

临床诊断便览

甘肃民族出版社

PDG

简 介

《临床诊断便览》是《临床医学便览》丛书之一。《临床医学便览》丛书共分10种：《内科临床便览》、《外科临床便览》、《妇产科临床便览》、《儿科临床便览》、《骨科临床便览》、《临床诊断便览》、《眼科临床便览》、《口腔科临床便览》、《耳鼻咽喉临床便览》、《中医临床便览》。本丛书的最大特点是选材精当，资料新颖，力求反映当代临床医学的最新进展；密切联系日常诊疗工作，以临床实用为基本出发点；注重实践，将条理性与实用性有机地结合在一起，对每一病种着重阐明诊断要领与治疗方案。丛书简明扼要，重点突出，使用方便，适合广大医务工作者临床参考，尤其对住院医师、进修医师、初涉临床的医学生和基层医生更为实用，是一套不可多得的案头必备参考书。

目 录

传 染 病

病毒性肝炎(1) 脊髓灰质炎(3) 伤寒与副伤寒
(4) 细菌性痢疾(6) 阿米巴痢疾(8) 流行性脑脊髓
膜炎(10) 流行性乙型脑炎(12) 疟疾(14) 血吸虫病
(16) 蛔虫病(18) 蛲虫病(19) 鼠疫(20) 炭疽(22)
破伤风(23) 气性坏疽(25) 狂犬病(26) 流行性感
冒(28) 流行性腮腺炎(29) 麻疹(31) 天花(33) 水痘
(35) 猩红热(36) 获得性免疫缺陷综合征(爱滋病)
(38)

呼吸系统疾病

急性支气管炎(40) 慢性支气管炎(41) 支气管哮喘
(42) 支气管扩张(43) 阻塞性肺气肿(44) 肺水肿
(46) 成人呼吸窘迫综合征(47) 肺栓塞(48) 大叶性肺
炎(50) 肺脓肿(51) 支气管腺瘤(52) 肺错构瘤(53)
肺癌(53) 结核性渗出性胸膜炎(55) 肺结核(56) 支
气管内膜结核(57) 急性脓胸(58) 慢性脓胸(58) 血胸
(59) 气胸(60) 肺包虫病(61)

循环系统疾病

风湿病(62) 风湿性心脏病(63) 高血压病(64) 高

血压性心脏病(65)肺动脉口狭窄(66)主动脉狭窄(67)房间隔缺损(67)室间隔缺损(68)动脉导管未闭(69)亚急性感染性心内膜炎(70)急性肺源性心脏病(71)慢性肺源性心脏病(72)急性心包炎(73)缩窄性心包炎(74)病毒性心肌炎(75)早搏(76)阵发性室上性心动过速(77)阵发性室性心动过速(78)心房扑动(78)心房颤动(79)房室传导阻滞(80)隐性冠心病(81)心绞痛(82)心肌梗塞(83)动脉瘤(84)动静脉瘘(85)下肢静脉曲张(86)血栓闭塞性脉管炎(86)血栓性静脉炎(87)

消化系统疾病

食管贲门失弛缓症(89)食管癌(90)急性胃肠炎(91)慢性胃炎(92)胃、十二指肠溃疡病(93)胃、十二指肠急性穿孔(94)胃、十二指肠溃疡出血(95)溃疡病并幽门梗阻(96)应激性溃疡(97)急性胃扩张(98)胃癌(99)胃粘膜脱垂(101)肠系膜上动脉综合征(102)肠结核(103)局限性肠炎(105)急性出血性坏死性肠炎(106)非特异性溃疡性结肠炎(107)结肠癌(109)机械性肠梗阻(110)麻痹性肠梗阻(111)粘连性肠梗阻(112)肠套叠(113)肠扭转(114)肠系膜血管阻塞(116)小肠损伤(117)急性化脓性腹膜炎(118)结核性腹膜炎(119)肝硬化(120)原发性肝癌(122)肝脓肿(124)肝包虫病(125)肝损伤(126)肝性脑病(127)急性胆囊炎(129)慢性胆囊炎(130)胆囊结石(131)胆总管结石(132)急性梗阻性化

脓性胆管炎(133)胆道蛔虫病(135)胆囊癌(136)胆管癌(137)急性胰腺炎(138)慢性胰腺炎(139)胰腺癌(141)急性阑尾炎(142)类癌瘤及类癌综合征(144)痔(145)肛裂(146)肛瘘(147)

代谢及内分泌系统疾病

糖尿病(149)糖尿病酮症酸中毒(151)痛风(152)维生素D缺乏病(154)甲状腺机能亢进症(155)亚急性甲状腺炎(157)单纯性甲状腺肿(158)甲状腺腺瘤(159)甲状腺癌(160)慢性肾上腺皮质机能减退症(161)急性肾上腺皮质机能减退症(163)原发性醛固酮增多症(164)肾上腺皮质机能亢进症(165)嗜铬细胞瘤(167)

血液系统疾病

贫血(170)缺铁性贫血(171)巨幼红细胞性贫血(172)再生障碍性贫血(174)溶血性贫血(175)急性白血病(177)慢性粒细胞性白血病(179)慢性淋巴细胞性白血病(180)白细胞减少症和粒细胞缺乏症(181)淋巴瘤(183)多发性骨髓瘤(186)恶性网状内皮系统增生病(189)过敏性紫癜(190)原发性血小板减少性紫癜(192)血友病(194)

泌尿系统疾病

急性肾炎(196)慢性肾炎(198)肾病综合征(199)急性肾盂肾炎(200)慢性肾盂肾炎(202)肾结核(203)肾结

石(205) 输尿管结石(206) 膀胱结石(207) 肾损伤(208)
膀胱损伤(210) 尿道损伤(211) 肾肿瘤(212) 膀胱肿瘤
(214) 尿道狭窄(216) 肾动脉狭窄性高血压(217) 肾下垂
(218) 急性肾功能衰竭(219) 慢性肾功能衰竭(220)

生殖系统疾病

急性前列腺炎(222) 慢性前列腺炎(223) 前列腺肥大
症(224) 前列腺癌(226) 附睾炎(227) 男性生殖系结核
(228) 鞘膜积液(229) 精索静脉曲张(230) 非特异性外阴
炎(231) 前庭大腺炎(231) 前庭大腺囊肿(232) 霉菌性阴
道炎(233) 滴虫性阴道炎(234) 老年性阴道炎(235) 慢性
子宫颈炎(236) 急性盆腔炎(237) 慢性盆腔炎(238) 卵巢
肿瘤(239) 子宫肌瘤(242) 子宫颈癌(244) 输卵管妊娠
(245)

结缔组织疾病

类风湿性关节炎(248) 系统性红斑狼疮(251) 结节性
多动脉炎(254) 皮炎(256)

神经系统疾病

三叉神经痛(260) 面神经炎(261) 多发性神经炎(262)
急性感染性多发性神经炎(263) 急性脊髓炎(265) 脊髓空
洞症(266) 脊髓压迫症(268) 短暂性脑缺血发作(271) 蛛
网膜下腔出血(272) 脑出血(274) 脑血栓形成(277) 脑栓

塞(279) 散发性脑炎(281) 脑肿瘤(283) 脑脓肿(287) 脑积水(288) 脑囊虫病(290) 脑包虫病(292) 周期性麻痹(293) 重症肌无力(294) 癫痫(296) 脑震荡(298) 脑挫裂伤(299) 脑干损伤(300) 颅内硬膜外血肿(301) 硬膜下血肿(303) 脑内血肿(305) 桡神经损伤(306) 正中神经损伤(307) 尺神经损伤(307) 坐骨神经损伤(308) 腓总神经损伤(309) 胫神经损伤(309) 颈椎病(310) 梨状肌综合征(312) 腰椎间盘突出症(313)

运动系统疾病

锁骨骨折(316) 肱骨大结节骨折(317) 肱骨外科颈骨折(318) 肱骨干骨折(319) 肱骨髁上骨折(320) 肱骨髁间骨折(321) 肱骨外髁骨折(322) 肱骨内上髁骨折(322) 肱骨小头骨折(324) 桡骨小头骨折(324) 尺骨鹰嘴骨折(325) 桡尺骨干双骨折(326) 桡骨干单骨折(327) 尺骨干单骨折(327) 尺骨上段骨折合并桡骨头脱位(孟氏骨折)(328) 桡骨下1/3骨折合并下桡尺关节脱位(盖氏骨折)(329) 桡骨下端伸直型骨折(科累氏骨折)(329) 桡骨下端屈曲型骨折(史密斯氏骨折)(330) 腕舟骨骨折(331) 月骨骨折(332) 掌骨骨折(332) 指骨骨折(333) 股骨颈骨折(334) 股骨粗隆间骨折(335) 股骨干骨折(336) 股骨髁上骨折(337) 股骨髁部骨折(338) 髌骨骨折(339) 胫骨髁骨折(340) 胫腓骨骨干骨折(341) 踝部骨折(342) 距骨骨折(343) 跟骨骨折(344) 足舟骨骨折(344) 跖骨骨折(345)

趾骨骨折(346) 胸腰段脊柱骨折(346) 骨盆骨折(347) 肩
关节前脱位(349) 肩关节后脱位(350) 习惯性肩关节脱位
(351) 肘关节后脱位(351) 桡骨小头半脱位(352) 髋关节
后脱位(353) 髋关节前脱位(354) 髋关节中心性脱位(354)
膝关节脱位(355) 外伤性髌骨脱位(356) 习惯性髌骨脱位
(357) 颞颌关节脱位(357) 急性腰扭伤(358) 慢性腰肌劳
损(359)

传 染 病

病毒性肝炎

诊断依据

流行病学 曾有与肝炎病人密切接触史或有输血及血制品的病史。

临床表现 近期突然出现不能用其他原因解释的消化道症状，如食欲减退、恶心、厌油、腹胀、腹泻、乏力等。肝脏肿大，每伴压痛或叩击痛，部分患者可有轻度脾肿大、黄疸、蜘蛛痣、肝掌、面部黧黑等体征。重症肝炎还可出现精神、神经系统症状。

血象 白细胞总数多正常或稍高，淋巴、单核细胞相对增多，重症肝炎时白总分及中性粒细胞均升高，部分病人血小板减少。

肝功能试验 种类甚多，应根据具体情况选用，一般无黄疸型肝炎可见血清谷丙转氨酶升高，慢性活动性肝炎有絮、浊度试验异常、黄疸型肝炎主要为胆红素增加，一般经二次或三次复查，血清谷丙转氨酶异常者有重要诊断价值，对可疑病例应进行近期随访检查，依据病情和肝功能动态变化作出最后诊断。

特异性免疫学检查 甲型肝炎急性期检测血清中的抗

—HAV·IgM, 恢复期检测抗HAV·IgG。乙型肝炎则检测表面抗原(HBsAg)、e抗原(HBeAg)、核心抗原(HBcAg)及其抗体,任何一项阳性均可视为HBV感染的标志。非甲非乙型肝炎目前主要靠排除甲、乙两型肝炎及其他肝炎来确诊。丁型肝炎可检测血清中抗HD IgM、HD IgG,持续高滴度抗HD IgG为慢性丁型肝炎感染的主要血清学标志,戊型肝炎可检测肝组织中HEV抗原(HEVAg)用于诊断。

非特异性免疫学检查 如E-玫瑰花结试验,淋巴细胞转化试验,结核菌素试验,植物血凝素(PHA)试验,类风湿因子,抗核抗体,特异性脂蛋白,肝膜抗原抗体复合物等的检测均有助于诊断。

肝脏活体组织检查 对确诊各型肝炎有很高价值。

临床分型 急性肝炎中包括无黄疸型肝炎,黄疸型肝炎和重症肝炎;慢性肝炎包括有慢性迁延型肝炎和慢性活动型肝炎及淤胆型肝炎,都有各自的临床特点。

鉴别 病毒型肝炎应与胃肠炎、溃疡病、风湿病、肝癌、中毒性肝炎、钩端螺旋体病、胆道感染、胆石症、脑头痛等疾病注意鉴别。

检查项目

血、尿、粪常规 出凝血时间 胸部透视或拍片
各种肝功能试验 特异性免疫学检查 非特异性
免疫性检查 肝活组织检查 B型超声波检查 同
位素肝扫描

脊髓灰质炎

诊断依据

流行病学 终年可发病，以夏秋发病为多。呈散发或小流行，偶发生大流行，1~5岁儿童发病率最高，易感对象为未服预防疫苗而又有与病人接触史者，传染源为病人与健康带病毒者，传染方式主要为粪一口途径，亦可有飞沫传播。

前驱期表现 由于病毒首先侵犯上呼吸道和肠道，起病时多有发热、乏力、咽痛、咳嗽、恶心、呕吐、便秘、腹泻、腹痛等症状。此期无神经系统表现，上述症状持续3~4天后多数病人迅速全愈，少部分患者病情继续发展。

瘫痪前期表现 此期可出现头痛、全身肌痛，以颈、背、四肢肌痛为重，并伴有感觉过敏。腱反射开始正常，后期减弱或消失。克氏症、布氏症呈阳性，但无瘫痪。

瘫痪期表现 瘫痪可突发或在肌力减退后发生，呈肢体不对称性的弛缓性瘫痪，常为单侧下肢受累，腱反射消失，但感觉无障碍。如病变累及延髓生命中枢时，可出现中枢性呼吸、循环衰竭。脑型患者可表现为烦躁、失眠、惊厥、昏迷及痉挛性瘫痪。

恢复期表现 急性期后1~2周瘫痪肢体逐渐恢复，肌力渐增加，腱反射渐恢复，大部分病人可在6~12个月

内恢复，少数则发生肢体肌肉萎缩，出现畸形。

脑脊液检查 细胞数可增至数十至数百，蛋白轻度增高，压力稍高，少数患者脑脊液始终正常。

周围血象 白细胞多正常，偶见总数及中性增高，血沉可增快。

病毒培养与分离 起病一周内可从咽部、粪便中分离出脊髓灰质炎病毒。早期如从血液或脑脊液中分离出病毒，诊断意义更大。

血清学检查 可应用发病初期和恢复期双份血清做补体结合试验、抗体中和试验、琼脂沉淀试验、血凝抑制试验，测定抗体效价，抗体效价升高4倍者可确诊。

鉴别 本病应与传染性多发性神经根炎、急性脊髓炎、家族性周期性瘫痪、白喉后瘫痪、流行性乙型脑炎、假性瘫痪及其他病毒性脑膜炎等疾病相鉴别。

检查项目

血、尿、粪常规	血沉	脑脊液常规	胸部透
视或拍片	病毒培养与分离	多项血清学检查	

伤寒与副伤寒

诊断依据

指由伤寒杆菌及副伤寒甲、乙、丙杆菌引起的，以网状内皮系统、肠道淋巴组织增生与坏死为主要病变的急性肠道传染病。

流行病学 传染源为病人和带菌者，传播途径为粪—口途径。人对伤寒、副伤寒普遍易感，病后可获持久免疫。全年可发病，8~11月发病率最高。

临床表现 起病徐缓，体温呈梯形上升，继之呈稽留型。高热持续1~2周，伴有面色苍白、表情淡漠、食欲不振、腹胀、肠鸣、便秘等中毒症状。少数患者可于上腹部、胸部、背部出现淡红色约1毫米直径的玫瑰疹。与体温比较，脉搏相对缓慢为本病的特点之一。常见肝脾肿大，部分病人因肝功损害可出现黄疸。病程第四周患者开始恢复，体温下降到正常，症状日渐减轻。

并发症 发病第三周，由于小肠溃疡形成，可产生严重的肠出血、肠穿孔及腹膜炎，可发生休克。重症患者还可引起中毒性心肌炎。此外，下尿路炎症，胆管炎，骨髓炎，沙门氏菌脑膜炎亦可发生。

周围血象 白细胞总数降低，可低至 $3000/\text{mm}^3$ 以下。

嗜酸性白细胞计数 可明显降低，甚至消失。恢复期嗜酸细胞计数可渐正常。

血培养 第一周内阳性率最高，全病程中骨髓培养均可阳性，粪培养第三~四周阳性率最高。

尿检查 可有轻度蛋白尿及少许管型。

粪检查 病程第三周可出现潜血阳性。

肥达氏反应 于病程第二周开始凝集效价增高。“O”、“H”抗原凝集效价均在1:160以上时有诊断意

义。

鉴别 本病应与病毒感染、急性粟粒性肺结核、败血症、急性血吸虫病、钩端螺旋体病、流行性斑疹伤寒、布氏杆菌病等相鉴别。

检查项目

血、尿、粪常规 出凝血时间 嗜酸细胞计数 胸腹部透视或拍片 血培养 粪培养 骨髓培养 肥达氏反应

细菌性痢疾

诊断依据

指由痢疾杆菌引起的以结肠化脓性炎症为主要病变的急性肠道传染病。

流行病学 终年发病，夏秋多见。传染源为病人和带菌者，为粪一口传播途径。人类普遍易感，病后不稳定，有暂时的特异性免疫力。

急性菌痢表现 可有起病急、畏寒、高热、恶心、呕吐等毒血症状，继之出现阵发性腹痛，腹泻每日十余次至数十次，大便开始呈糊状、水样，其后转为粘液脓血便。患者可有里急后重，可因严重失水而并发休克，左下腹压痛、肠鸣音亢进。轻型患者仅有低热、轻度腹痛、腹泻，易误为肠炎。

中毒性菌痢表现 多见于儿童，起病急骤，消化道症状不明显。突然出现高热、惊厥、面色苍白、四肢厥冷、

血压下降、神志不清，出现呼吸和循环衰竭。

慢性菌痢表现 病程超过二月以上，无急性期症状。腹部隐痛，腹泻、便秘交替出现，大便经常或间歇带有脓血。病程后期可出现贫血，营养不良，左下腹可扪及条索状的乙状结肠，少数病人可无症状，仅大便培养阳性，为危险的带菌传染源。

血象 急性病例白细胞总数增高常在 $1 \sim 2$ 万/ mm^3 之间，中性粒细胞显著增多。慢性病人可有贫血、血色素下降。

粪常规 镜下可见成堆的脓细胞和红细胞，同时可见巨噬细胞。

粪便培养 通常应用鉴别培养基培养，阳性结果有确诊意义。

荧光抗体染色 可准确地发现痢疾杆菌，有较大助诊价值。

X线钡剂灌肠检查 慢性期肠道痉挛、狭窄、肠粘膜增厚、肠段缩短。

乙状结肠镜检查 可直视肠道病变，有助诊断和鉴别诊断。

鉴别 本病应注意与阿米巴痢疾、弯曲杆菌肠炎、肠套叠、霍乱及副霍乱、病毒性肠炎、流行性乙型脑炎等疾病鉴别。

检查项目

血、尿、粪常规 胸部透视或拍片 血钾、钠、氯

测定 二氧化碳结合力测定 肌酐、尿素氮测定
荧光抗体染色 粪便培养 X线钡剂灌肠检查 乙
状结肠镜检查

阿米巴痢疾

诊断依据

流行病学 急性阿米巴痢疾及无症状的包囊排出者为传染源，为粪一口传播途径，夏秋季发病较高。

急性阿米巴痢疾 起病缓，不发热或低热。以腹痛、腹泻开始，大便呈痢疾样，每日可达10次左右，便时有腹痛及里急后重，左、右下腹部或脐周可有压痛。便量中等，呈糊状、带血和粘液。便呈紫红色、有腥臭、含大量阿米巴滋养体。白细胞数可正常或略偏高，上述症状持续数天或数周后则缓解。

轻型阿米巴痢疾 症状较轻，仅有腹部不适、隐痛。每日排便数次，缺乏痢疾样粪便而与一般肠炎相似。

暴发型阿米巴痢疾 起病急，症状重，少数以恶寒高热型开始。由于肠道有广泛性溃疡，腹泻频繁，可达20~30次/日，大便可呈水样、血水样、肉汁样。有明显里急后重及腹部压痛，可合并水、电解质紊乱，甚至休克，白细胞总数及中性粒细胞均增高。

慢性阿米巴痢疾 腹泻反复发作，病程持续数月甚至数年。腹泻每日不超过3~5次，大便呈黄糊状或为软

粪，具腐臭，常伴脐周或下腹部轻度钝痛。粪便镜检仅见少数红、白细胞，间歇期如常人。受凉、劳累、饮食不当可诱发腹泻加重。久病者可有不同程度的营养不良、贫血等。

并发症 早期常并发肠穿孔、肠出血、腹膜炎、阑尾炎、阿米巴瘤、肠狭窄，肠外并发症可有肝脓肿、胸膜、肺阿米巴病、心包阿米巴病、脑阿米巴病及腹膜、泌尿道、生殖系、皮肤的阿米巴病。

粪常规 粪便呈暗红色，具特殊腥臭，含血或粘液，镜下可见大量粘集成团的红细胞和少量白细胞。

粪便原虫检查 急性发病期，粪涂片镜检可找到阿米巴滋养体，确立诊断。粪便内查到包囊亦有诊断价值。

乙状结肠检查 可直视肠道病变，并能取分泌物涂片，镜检常获阳性结果确立诊断。也可钳取可疑病变做活检，查得病原体诊断即确定。

X线钡剂灌肠检查 病变部位可有充盈缺损、痉挛、壅塞现象，有助鉴别诊断。

阿米巴培养 阳性时有诊断价值。

血清学检查 应用琼脂扩散间接血凝试验、间接荧光抗体试验、酶标记免疫吸附试验测定血清抗体，有助诊断。

鉴别 本病应注意与细菌性痢疾、血吸虫病、兰氏贾革鞭毛虫病、肠结核、结肠癌、慢性非特异性溃疡性结肠炎等疾病相鉴别。