

临床诊断学

主 编 刘同库 任江华 赵亚清

河南医科大学出版社

临床诊断学

主 编 刘同库 任江华 赵亚清

河南医科大学出版社
·郑州·

图书在版编目(CIP)数据

临床诊断学/刘同库,任江华,赵亚清主编. —郑州:
河南医科大学出版社, 2000. 7
ISBN 7-81048-412-5

I. 临… II. ①刘…②任…③赵… III. 诊断学
IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 20061 号

河南医科大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

邮政编码 450052 电话 (0371)6988300

河南医版激光照排中心照排

郑州文华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 18.625 字数 416 千字

2000 年 7 月第 1 版 2000 年 7 月第 1 次印刷

印数 1~3 000 册 定价:36.00 元

主 编 刘同库 任江华 赵亚清
副主编 邱凤岐 李秀敏 韩卫星 陈少贤
李晓波

编 委 (按姓氏笔画为序)

叶燕青	吕冬燕	任江华	刘同库
李秀敏	李桂芹	李晓波	邱凤岐
陈少贤	赵亚清	韩卫星	

内 容 提 要

本书全面系统地阐述了临床诊断的步骤和方法,详细论述了临床常见症状的发生、发展、表现、意义以及鉴别诊断,具体介绍了接诊技巧、病史采集、体格检查,阐明了诊断的逻辑思维方法,分析了误诊和引起误诊的原因,举例说明了病历编写的种类、格式和内容,书后附有临床常用诊断技术。全书内容科学新颖,重点突出,实用性强,是医学院校师生、临床医师及有关科研人员必备的工具书。

前 言

临床诊断学是研究诊断疾病的基本理论、基本技能和临床诊断思维方法的科学。一个正确的诊断程序,应是医生通过所收集到的疾病表现,运用科学的思维方法,分析疾病的病因与临床表现的关系,提出符合疾病实质的结论。一个正确诊断的形成,不仅需要医学专业知识,而且要有运用符合客观实际的辩证思维方式。以往有关临床诊断的教材和专著,往往孤立地叙述症状、体征、实验诊断等项目,缺乏指导读者运用辩证思维方式正确地分析所获得的临床资料;而这一思维逻辑正是初具临床经验者所渴望得到的。鉴于此,河南医科大学出版社本着生物-心理-社会医学模式的特点,特邀医学院校长期从事诊断教学的专家,共同策划、磋商,在统一指导思想的基础上,编撰了《临床诊断学》一书。

《临床诊断学》一书,分四篇阐述,第一篇为症状篇,重点论述主要症状表现、发生机制、症状鉴别诊断;第二篇为接诊篇,重点阐述接诊技巧,包括问诊、视(望)诊、触诊、叩诊、嗅诊的方法和内容;第三篇为检体篇,主要论述体格检查的基本方法和内容;第四篇为诊断方法及病历书写,重点论述疾病诊断步骤和诊断思维方法,病历书写的原则、方法、检体细则和各种标准参考病历举例;全书最后尚附有临床常用诊断技术的内容。本书在编写过程中,充分考虑到初具临床经验而又渴望运用正确的诊断程序来指导临床实践的读者,充分体现其实用性和新颖性。鉴于篇幅所限,有关实验诊断、放射线诊断、心电图和超声诊断等内容,因故未编入。参与编写者均系长期工作在临床教学第一线,具有较丰富的经验,编写过程中,将他们的实践体验融会其中,特别是对于典型误诊病例的分析,更具有指导意义。本书内容具有较强的科学性、新颖性和实用性,便于读者掌握并能指导其临床实践,对于初具临床经验的医师,确可起到良师益友的作用。

在本书的编写出版过程中,尽管编写人员力图提高质量,出版各流程认真雕琢,但出于编写水平有限,出版时间仓促,编写水平有限,书中的缺点和不足之处在所难免,殷切希望广大同仁和读者提出批评和建议,以便在修订时加以充实和完善。

本书的编写得到了参编单位有关领导和许多专家教授的大力支持与热心帮助,在此谨致以衷心感谢!

河南医科大学出版社

2000年5月

目 录

绪 论	1
-----------	---

第一篇 症状	5
--------------	---

第一节 发热	5
--------------	---

第二节 疼痛	9
--------------	---

一、头痛	11
------------	----

二、胸痛	13
------------	----

三、腹痛	15
------------	----

第三节 水肿	18
--------------	----

第四节 皮肤黏膜出血	21
------------------	----

第五节 呼吸困难	22
----------------	----

第六节 咳嗽与咯痰	26
-----------------	----

第七节 咯血	28
--------------	----

第八节 紫绀	30
--------------	----

第九节 心悸	33
--------------	----

第十节 吞咽困难	35
----------------	----

第十一节 恶心与呕吐	36
------------------	----

第十二节 呕血	38
---------------	----

第十三节 便血	39
---------------	----

第十四节 腹泻	41
---------------	----

第十五节 便秘	42
---------------	----

第十六节 黄疸	44
---------------	----

第十七节 腹水	47
---------------	----

第十八节 眩晕	50
---------------	----

第十九节 惊厥	51
---------------	----

第二十节 意识障碍	52
-----------------	----

第二十一节 血尿	54
----------------	----

第二十二节 尿频、尿急与尿痛	55
----------------------	----

第二十三节 尿失禁	56
-----------------	----

第二十四节 尿潴留	57
-----------------	----

第二篇 接诊	59
--------------	----

第一节 问诊	59
--------------	----

第二节 视诊	65
--------------	----

第三节 触诊	68
--------------	----

第四节 叩诊	69
--------------	----

第五节 听诊	70
--------------	----

第六节 嗅诊	71
--------------	----

第七节 临床不同情况的接诊方法	71
-----------------------	----

第三篇 检体	91
--------------	----

第一章 一般检查	92
----------------	----

第一节 全身状态检查	92
------------------	----

一、性别	92
------------	----

二、年龄	92
------------	----

三、生命征	93
-------------	----

四、发育与体型	94
---------------	----

五、营养	95
------------	----

六、意识状态	96
--------------	----

七、语调与语态	96
---------------	----

八、面容与表情	96
---------------	----

九、体位	98
------------	----

十、姿势	99
------------	----

十一、步态	99
-------------	----

第二节 皮肤	100
--------------	-----

一、颜色	100
------------	-----

二、湿度与出汗	101
---------------	-----

三、弹性	101
------------	-----

四、皮疹	102
------------	-----

五、皮肤脱屑	102
--------------	-----

六、紫癜	102
------------	-----

七、蜘蛛痣	103	一、大叶性肺炎	140
八、水肿	103	二、慢性支气管炎、肺气肿	140
九、皮下结节	104	三、支气管哮喘	141
十、瘢痕	104	四、胸腔积液	141
十一、毛发	104	五、气胸	141
第三节 淋巴结	104	第五节 心脏检查	142
第二章 头部	107	一、视诊	142
一、头发	107	二、触诊	144
二、头皮	107	三、叩诊	145
三、头颅	107	四、听诊	148
四、颜面及其器官	108	第六节 血管检查	162
第三章 颈部	119	一、视诊	162
一、外形与分区	119	二、触诊	164
二、姿势与运动	119	三、听诊	166
三、皮肤与包块	119	四、血压	166
四、血管	119	第七节 循环系统常见疾病的	
五、甲状腺	120	主要症状和体征	168
六、气管	121	一、二尖瓣狭窄	168
第四章 胸部	123	二、二尖瓣关闭不全	169
第一节 胸部的体表标志	123	三、主动脉瓣狭窄	169
一、骨骼标志	124	四、主动脉瓣关闭不全	169
二、垂直线标志	124	五、心包积液	170
三、自然隐窝和解剖区域	125	第五章 腹部	171
四、肺和胸膜的界限	125	第一节 腹部体表标志和分区	171
第二节 胸壁、胸廓与乳房	127	第二节 视诊	173
一、胸壁	127	第三节 触诊	178
二、胸廓	128	第四节 叩诊	187
三、乳房	129	第五节 听诊	189
第三节 肺和胸膜	131	第六节 腹部常见病变的主要	
一、视诊	131	症状和体征	191
二、触诊	133	一、消化性溃疡	191
三、叩诊	133	二、急性腹膜炎	192
四、听诊	136	三、肝硬化	193
第四节 呼吸系统常见疾病的		四、急性阑尾炎	194
主要症状和体征	140	五、肠梗阻	195
		六、腹部包块	196

第六章 生殖器、肛门、直肠	199
第一节 男性生殖器	199
一、阴茎	199
二、阴囊	200
三、前列腺	201
四、精囊	201
第二节 女性生殖器	202
一、外生殖器	202
二、内生殖器	202
第三节 肛门与直肠	203
一、视诊	204
二、触诊	205
三、内镜检查	205
第七章 脊柱与四肢	206
第一节 脊柱	206
一、脊柱弯曲度	206
二、脊柱活动度	207
三、脊柱压痛与叩击痛	208
第二节 四肢与关节	208
一、四肢	208
二、关节	210
第八章 神经系统检查	213
第一节 脑神经检查	213
第二节 运动功能检查	214
一、随意运动与肌力	215
二、肌张力	215
三、不随意运动	216
四、共济运动	216
第三节 感觉功能检查	217
一、浅感觉	217
二、深感觉	217
三、复合感觉	218
第四节 神经反射检查	218
一、浅反射	218
二、深反射	219
三、病理反射	221

四、脑膜刺激征	222
五、Lasegue 征	223
第五节 自主神经功能检查	223

第四篇 诊断及病历书写

第一章 诊断方法	225
第一节 诊断程序	226
一、调查研究,收集资料	226
二、归纳分析,形成印象	229
三、临床实践,明确诊断	232
第二节 诊断思维方法	234
一、临床工作特点	234
二、临床思维特点	235
三、诊断思维逻辑方法	237
四、诊断思维活动的选择	238
五、误诊及误诊原因	240

第二章 病历书写及检体细则

第一节 病历编写要求	243
第二节 体格检查细则	244
一、一般状态及生命体征	244
二、头颈部	245
三、胸部	246
四、腹部	248
五、脊柱、四肢、神经	249
第三节 病历的种类、格式与内容	250
一、门诊病历	250
二、住院病历	251

附录 临床常用诊断技术

一、导尿术	267
二、胸膜腔穿刺术	268
三、心包穿刺术	269

四、腹膜腔穿刺术	270
五、肝活体组织穿刺术	271
附:细针肝穿刺涂片细胞学检查	272
六、肝穿刺抽脓术	272
七、骨髓穿刺术	273

八、腰椎穿刺术	274
九、淋巴结穿刺术	275
十、大静脉穿刺插管术	276
十一、静脉压测定	279
附:周围静脉压简易测定法	280

绪 论

诊断(diagnosis)源于希腊文,意思是判断或识别。在 17 和 18 世纪,疾病诊断学(diagnosics of disease)的含义是依据疾病的特征而认识疾病。随着人类的不断进步,医学科学的飞速发展,诊断学(diagnostics)成为论述诊断疾病的基本理论和基本检查方法的一门学科。临床诊断学就是论述和研究诊断疾病的基本原则和方法的一门科学。其主要研究领域是疾病的症状和体征及其发生规律和机制,建立诊断思维程序,作出结论性的诊断。《临床诊断学》作为临床医学专业的基础课程,是由基础医学向临床医学过渡的必由之桥梁,同时,又是一门实践性非常强的科学。

《临床诊断学》的主要内容包括临床常见症状和症状鉴别诊断(症状篇),接诊技巧(问诊、视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊),体格检查(检体篇)和诊断思维与病历书写。通过系统学习,学生能基本掌握诊察技能,逐步形成正确的诊断思维,为以后学习临床各科医学课程及临床实践打下良好基础。

(一)主要内容

1. 常见症状 在临床实践工作中,病人往往有诸多不适的感受,如疼痛、胸闷、恶心、眩晕等。这是病人患病后对机体生理功能异常的自身体验和感受,称为症状(symptom)。其常在问诊时由病人陈述获得。症状是病史中重要的组成部分,研究症状的发生、发展及演变,对形成初步诊断或印象(impression)起着重要的作用。本书第一篇即为症状篇,学生通过学习,对常见症状的病因、发生机制、伴随症状及其临床意义有基本的了解,为临床诊断及鉴别诊断提供完善的资料。

2. 问诊(inquisition) 是医生通过与病人或有关人员交谈,了解疾病的发生、发展、诊治经过及以往健康情况等,经过分析综合,提出初步临床诊断的一种诊断方法。从问诊过程中得到的材料,主要是病人的主观感受,也就是症状。问诊是诊断疾病的一个重要步骤,有些疾病通过问诊就可作出初步诊断,如上呼吸道感染、糖尿病、心绞痛等。相反,忽视问诊,病史不详,多易造成漏诊或误诊。一般来讲,只要病人神志清晰,就可行问诊。问诊过程中有许多技巧,问诊的内容和方法将在接诊篇中作介绍。

3. 体格检查 是医生用自己的感官(如手、耳、鼻等)或传统的辅助工具(如听诊器、叩诊锤等)对患者进行细致的观察和系统检查,找出机体的正常或异常征象的临床检查方法。医生在检查病人时所发现的异常变化,称为体征(sign)。如检查心脏病病人时所发现的心脏扩大、心脏杂音;病人肝硬化时所见的肝掌、蜘蛛痣、黄疸等。体格检查有 5 种基本方法,即视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊。体格检查的操作要求有很强的技艺性,一个训练有素的医生在进行体格检查时,动作轻柔协调,既不使病人感到不适,又能获得明确的检查结果;反之,则不仅不能获得正确的结果,还会增加病人的痛苦,影响医患之间的良好合

作关系。通过体格检查而提出诊断的手段称为**检体诊断**(physical diagnosis), 又称**物理诊断**。多数疾病可通过问诊和一般检体的阳性结果而提出正确的临床诊断, 因此, 体格检查是一种最基本的检查方法, 必须熟练掌握, 正确运用。

4. 形成正确的诊断思维 诊断实际上是一种基本的医疗思维活动, 是明确表达的一种完整的思想形式, 也是医生通过诊察和思维对就诊者所患疾病作出的判断。诊断是一个由表及里、由浅入深的认识过程, 包括诊察就诊对象—形成拟诊意见—通过临床实践检验与修正—形成确诊判断等基本环节。临床中, 医生对患者进行病史询问、查体征和选择性进行实验室以及其他特殊检查, 是诊的过程; 尔后进行综合分析, 形成正确的结论, 则是断的过程; 最后用治疗或其他手段对诊断结论进行检验, 则是验证过程。可以说诊断包括搜集病例资料和分析病例资料 2 个程序, 任何一个程序执行得不好, 都可发生诊断上的错误。故培养正确的诊断思维是相当重要的, 而且, 随着医学模式的转变, 具有正确的诊断思维就更显其重要性。临床思维包括认识、判断、决策和验证等几个过程, 其中认识是非常关键的一个阶段。因此, 必须重视病史, 体格检查时切忌先入为主。临床医师在诊断疾病时, 不仅应具有丰富的实践经验和坚实的理论基础, 更重要的是要有辩证的思维方式。只有这样, 才能避免主观臆断, 从而作出比较合乎客观规律的判断。

(二) 诊断学的发展

1. 诊断学在我国历史上的发展 我国的传统中医学历史悠久, 源远流长, 是中华民族璀璨的瑰宝。我国也是最早形成系统医学的国家之一。早在公元前 5 世纪的战国时期, 四诊已广为流传。著名医学家秦越人已使用望色、闻声、观形和切脉来诊断疾病。我国最早的医学论著《内经》(公元前 3 世纪) 中就有了关于诊法和病机的阐述, 其中的《病机十九条》是中医学病因辨证的规范。在《素问》中不仅明确指出了问诊的重要性, 还指出“切脉动静而视精明, 察五色, 观五藏, 有余不足; 六腑强弱, 形之盛衰, 以此参伍, 决生死之分”。这时已提出脏腑相关、相互制约及脏腑之间有特定的经络相关的概念。在不断的发展过程中, 逐步形成祖国医学在诊断疾病上的四诊合参的理论和实践基础。晋代医学家王叔和编写的《脉经》, 使中医的四大诊法之一的切诊达到了相当完善的程度。汉代著名医学家张仲景在他的《伤寒论》中运用六经辨证, 为中医诊断学的发展做出进一步的贡献。在反复实践、认识的过程中, 中医理论逐步形成了整体观念、辨证论治、辨证求因等较系统的诊断思维, 与此同时, 我国医学家还十分重视对临床经验的总结, 在周代就出现了最早的病案记录。到了西汉, 一代名医淳于意(公元前 3 世纪) 首创了“珍籍”, 详细记载了病人的姓名、住址、职业、症候、辨证、方药、预后、诊病日期, 以作为复诊时的参考。这一切对后世医学的实践和理论认识的发展以及中华民族的繁荣昌盛都起了十分重要的作用。

2. 西方医学诊断学的发展 公元前 5、6 世纪是古希腊繁荣的时期。当时医学界杰出的代表 Hippocrates(公元前 460 至公元前 377 年) 编著了《希波克拉底全集》, 成为当时西方医学的代表。他对诊断学的贡献是强调临床时要认真观察病人, 注意主诉和既往史, 并强调认真地检查病人。他所描述的恶液质病容被称为希氏面容, 他还用直接听诊法发现了胸膜摩擦音和肺部啰音(醋沸音), 被后世医学家奉为医圣。

公元 100 年鲁弗斯(Rufus) 著《论身体各部名称》、《论询问病》等, 对人体和疾病有了初步系统的记述。公元 2 世纪时, 罗马名医 Galen 首次区分了人的动脉和静脉, 建立了系

统的脉搏学说。他在神经支配方面的研究,对疾病的诊断也非常有意义。他还首创了直肠与阴道内镜,这些实验对当时医学诊断水平都有巨大的推进作用。1450年,卡萨努斯(Cusanus, C)测量脉搏和尿量。1614年,桑克陶瑞斯(Sanctorius)发表了《静态医学艺术》报道研究人体的体温、脉搏、体重的动态变化。1628年,哈维(Harvey, W, 1578~1657年)发表了《论动物心脏和血液运动的解剖学研究》,实验证实血液循环,对人类医学的发展做出了巨大贡献。17世纪文艺复兴运动对近代医学起到了明显的推进作用。18世纪初,物理、化学、生物学等方面的进展,更使诊断学的手段产生了质的飞跃。1761年,奥地利医师Auenbrugger发明了叩诊法。1816年,雷奈克(Laennec, R. T. H)发明了听诊器。1827年,亚当(Adams, R.)描述心脏传导阻滞,尼波斯(Niepce, J. N.)发明照相术。1828年,皮奥里(Piorry)发明叩诊锤,创建了间接叩诊法,一直沿用至今。1868年,翁德利希(Wennderlich, C. R. A)发表《临床体温测定的近代基础知识》提倡用体温曲线的记录方法。1870年,阿尔布(Albutt, T. C)推广应用临床体温计。1883年,巴希(Basch, Q. S. von)在临床上使用血压计测量血压。到1888年,Barzi - Bianchi发明了双耳件软管听诊器,明显提高了听诊的效果,加上叩诊和间接听诊,完善了视、触、叩、听四大基本诊法。

17世纪末 Leeuwenhock 首先创用了显微镜,对病因诊断做出前所未有的贡献。1854年 Welcher 创用了血红蛋白计。19世纪末临床上开始使用细菌学和血清学检查法,20世纪发明了X射线、心电图仪。现代用于诊断疾病的高科技技术日新月异,推动临床医学大步前进。

(三)临床诊断的分类和步骤

1. 临床诊断的分类

(1)病因诊断(etiological diagnosis) 是根据致病因素所提出的诊断。病因大体可分为两大类:内因和外因。内因,如免疫、遗传和代谢方面的缺陷等;外因,如外伤、感染、中毒、理化 and 环境因素等。病因决定疾病的性质,疾病是病因和机体相互作用的结果,了解病因能为治疗和预防提供可靠的基础。病因诊断是理想的诊断,它对疾病的防治具有指导意义,能明确提出致病的主要因素和阐明本质的疾病名称,如肺炎球菌肺炎、风湿性心脏病、结核性脑膜炎、先天性丙种球蛋白缺乏症及血友病等。对病因不清疾病的诊断,可以用另外的方法表示,如克山病、大骨节病、再生障碍性贫血等。病因诊断说明疾病的本质,是最重要的临床诊断。

(2)病理诊断(pathologic diagnosis) 是从病变的部位、组织形态改变的观点提出来的,对病变的部位、组织结构或细胞水平的病变均能提出明确的结论。如二尖瓣狭窄、肝硬化、肾小球肾炎等。这些诊断不一定都经过病理活检,在临床医生详查症状、体征的情况下也可明确诊断,诚然,当这些方法不能明确病变性质时,应采取各种内窥镜、手术活检及病理组织学检查,以提出病理(形态学)诊断。

(3)病理生理诊断(pathophysiologic diagnosis) 着重强调在疾病状态下机体功能的改变,如心功能不全与肝、肾功能障碍等。有些疾病的形态改变并不十分明显,而主要是功能性改变或机体代谢方面的变化,如意识障碍、糖尿病等。病理生理诊断不但指出整个机体或器官的功能改变,而且对判断预后和劳动能力的鉴定也是主要的依据。

2. 临床诊断的步骤

(1)初步诊断 临床医生通过询问病史及体格检查,经过必要的辅助检查,就可提出比较符合实际的诊断,这就是初步诊断。其中,部分患者具有典型的症状和体征,也可不需辅助检查得出直接诊断,如外伤性血肿、急性扁桃体炎、荨麻疹等。

(2)鉴别诊断 在临床医疗活动中,常有一些症状、体征不典型的病例,需要经过与一些容易混淆的疾病详细对比、逐个排除后得出诊断,这种方式称为鉴别诊断。鉴别诊断的过程是正确诊断思维的过程,对正确诊断及治疗具有十分重要的意义。

(3)临床诊断(clinical diagnosis) 是临床医生通过对病人进行问诊、体格检查以及所获得的实验室等特殊检查结果,根据医学知识和临床经验,经过综合分析而得出的诊断。如前所述,一个完整的临床诊断应包括:病因诊断、病理诊断和病理生理诊断。其诊断中亦应对疾病的分期和分型作出结论,以便进行治疗和判断其预后。在临床实际工作中,一般将经过鉴别、排除而又获得病因、病理、检验证据的诊断,称为临床诊断,亦即确定诊断。确定诊断涉及到治疗措施,对临床工作至关重要。临床医生应当尽一切努力提出正确诊断。暂时不能完全明确诊断的,可据经验行试验性治疗,如果疗效明显,则可达确诊目的。

(四)学习方法与目的

1.学习方法 学习临床诊断学,要有正确的学习方法和学习态度。在从基础到临床的过渡中,要善于学习,勤于学习,达到学习目的,为成为一名合格的临床医师打下坚实的基础。首先要专心听课,抓住重点,做好笔记,将以往学过的基础课程如生理学、解剖学、病理学、病理生理学等与本学科密切联系,使自己能顺利掌握该学科的基本理论、基本知识和基本技能。在检体诊断方面,除熟练掌握正规基本操作技能外,还需在自己或同学之间进行反复训练,只有掌握正常体征,才能发现异常改变。其次,《临床诊断学》与以前的基础课最大的不同之处就在于,它除了课堂授课外,还有约一半的时间为临床实习,在临床实习过程中,务必谦虚谨慎,对病人要亲切热情、态度和蔼、关心爱护、养成良好的工作作风。第三,在学习过程中,要以辩证唯物主义为指导思想,要善于细心观察,从复杂的现象中发现其内在的联系,认识现象与本质、局部与整体、个性与共性、功能性与器质性等辩证统一的思维联系,学会科学地逻辑地分析问题、解决问题。

2.学习目的 学习《临床诊断学》要做到严肃认真,一丝不苟,并在学习完该课程之时,达到如下要求。

(1)熟练地掌握症状和症状鉴别,通过症状鉴别疾病的本质。

(2)能独立进行系统问诊,并清晰地了解病人的主诉、症状、体征的临床意义,以及它们之间的内在联系。

(3)能独立进行系统全面而有重点的体格检查,并要求检查结果符合病人的实际。

(4)能将问诊和检体资料进行系统整理,按照规定的格式写出完整的住院病历。

(5)根据病史和临床检查结果,运用科学的思维方法进行全面综合分析,作出初步诊断。

(6)树立一切从病人的利益出发,以病人为中心的思想,成为具有高尚医德修养的医务工作者。

(刘同库 北华大学医学院)

第一篇 症 状

症状,即是疾病所导致的病人主观上感受到的异常感觉、不舒服感或病态改变,例如:头痛、胸痛、心悸、乏力、多梦等。体征,则是由医生或其他人观察到或检查到的病人异常改变(病态表现),如:心脏杂音、肺部啰音、肝脾肿大等。在临床上有些异常改变既是症状,又是体征,病人可以感觉到,医生也可以观察到,如:发热、呼吸困难、水肿等,临床上常将此称为广义的症状。症状篇则是阐述症状和体征的发生、发展、表现和意义的基本理论和基本知识。

症状和体征是疾病诊断及鉴别诊断的主要依据和线索,是反映病情的重要指标之一。同一种症状可出现在不同的疾病中,同一种疾病也可有多种不同症状的存在,因此,在临床诊断疾病时切忌单凭某种症状就下结论,而应结合临床资料,综合分析判断。本篇仅就临床上常见的重要症状加以阐述。

第一节 发 热

【概念】 各种原因所致人的体温超出正常范围,即测试体温高于正常值和(或)一日内体温波动超过 1°C 时,称为发热(fever)。

【发生机制】 生理学所说的体温是指机体深部平均温度。由于深部温度不易测试,所以临床上通常用腋窝温度、直肠温度、口腔温度来代表体温。人和高等动物能够在环境温度变化的情况下,通过体内的体温调节机构来维持体温的相对恒定,这是其进行正常新陈代谢和生命活动的必要条件。

正常情况下人体的产热和散热过程保持动态平衡,一旦相对或绝对的产热增加和(或)散热减少,以致产热大于散热,即出现发热,这是发热的基本原理。正常人的体温是由大脑皮质和下丘脑的体温调节中枢(下丘脑后区为产热中枢、前区为散热中枢)所控制,通过神经、体液因素调节产热和散热过程,保持其动态平衡,所以正常人的体温是恒定的。在正常情况下,不同的个体、同一个体不同时间或不同状态时,体温可以有一定的生理变异,一般成年人清晨安静状态下,口腔体温 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,肛门内体温 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$,腋下体温为 $36.0\sim 37.0^{\circ}\text{C}$;一日内体温波动不超过 1°C ,下午较清晨稍高;老年人代谢率较低,体温略低于青壮年。

导致体温升高最常见的因素是产热增加,导致产热增加的最常见原因是致热原。目前,关于致热原导致发热的机制尚未十分清楚,一般认为致热原分为外源性致热原和内源性致热原两大类。外源性致热原包括细菌内毒素、外毒素、结核菌素等病原体物质,内源

性致热原包括与原胆烷醇酮有关的类固醇代谢产物等。两类致热原均不能直接作用于体温调节中枢,而是通过白细胞致热原起作用。白细胞致热原是以无活性的前身物质形式存在于中性粒细胞、单核-巨噬细胞内,当这些细胞对病原体及其毒素、抗原-抗体复合物、炎性渗出物、类固醇代谢产物等致热原产生接触或发生吞噬作用时,即被激活而产生和释放白细胞致热原,直接作用于体温调节中枢引起发热。目前公认白细胞致热原是炎症性发热的共同因素,是引起发热的主要物质。

被抗原激活的淋巴细胞所产生的淋巴细胞激活因子(LAF),也能激活单核-巨噬细胞释放致热原。近年已证明纯化了了的白细胞致热原是与淋巴细胞激活因子性质相同的类激素物质,被称为白细胞介素-1(interleukin-1),它能刺激辅助性T淋巴细胞增生,产生抗体和免疫反应。

非致热原性发热常见于:①产热过多,如癫痫持续状态的骨骼肌强烈收缩、甲状腺功能亢进的高代谢状态等;②散热减少,如广泛性皮肤病的出汗障碍、心功能不全的循环不良等;③理化因素直接作用于体温调节中枢,如高温、药物等;④中枢神经病变或自主神经功能紊乱等,直接或间接影响体温调节中枢。

【病因】临床上将发热病因分为两大类:感染性和非感染性,以前者多见。

1. 感染性发热 各种病原体引起的急性或慢性感染、局部或全身感染,均可导致发热。如病毒、细菌、支原体、立克次体、钩端螺旋体、真菌、寄生虫等病原体感染。

2. 非感染性发热 常见有以下几类原因:

(1) 无菌性坏死物质的吸收(吸收热) ①机械性、物理性或化学性损害,如大面积烧伤、大手术后组织损伤、大血肿、内出血等;②血管栓塞或血栓形成所致组织坏死,如心肌梗死、肺梗死、脾梗死、肢体坏死等;③组织坏死及细胞破坏,如癌肿、肿瘤、白血病、急性溶血。

(2) 变态反应与过敏性疾病(抗原-抗体反应) 风湿热、药物热、血清病、结缔组织病(如系统性红斑狼疮、结节性动脉炎等)。

(3) 内分泌及代谢性疾病 甲状腺功能亢进可致机体产热过多,重症脱水使病人散热减少,均可引起发热。

(4) 皮肤病变 因广泛皮肤病变所致散热减少,如鱼鳞病、广泛性皮炎、大面积疱疹性皮炎、大面积重症烧伤愈合后。

(5) 循环障碍 慢性心功能不全因心输出量减少,静脉淤血及水肿而导致尿量减少、皮肤散热减少,使体温升高。

(6) 体温调节中枢功能失常 此即中枢性发热(centric fever),某些因素直接作用于体温调节中枢,使体温调定点上移,造成产热大于散热。常见病因有:①理化因素,如中暑、重度安眠药中毒等;②机械性因素,如脑震荡、脑出血、硬膜下血肿、颅骨骨折、颅内压增高等。

(7) 自主神经功能紊乱 因自主神经功能紊乱而影响正常的体温调节过程,使得产热大于散热而发热,称功能性发热。

【临床表现】

1. 临床分度 以口腔温度为标准,按体温的高低可分为:

(1) 低热 体温 $37.3 \sim 38.0^{\circ}\text{C}$;

(2)中等度热 体温 $38.1 \sim 39.0^{\circ}\text{C}$;

(3)高热 体温 $39.1 \sim 41.0^{\circ}\text{C}$;

(4)超高热 体温 $\geq 41.1^{\circ}\text{C}$ 。

2. 临床过程 根据发热的急缓、程度和病程,其可分为急性发热和慢性发热。急性发热在临床上可表现为3个阶段:

(1)体温上升期 一般临床表现可有疲乏、不适、皮肤苍白、干燥、无汗,可有肌肉酸痛、畏寒或寒战等。体温上升可有2种形式:①骤升型,体温急剧升高,几小时内达到高峰($39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上),常伴寒战,可见于急性感染性疾病,如肺炎球菌性肺炎、疟疾、流行性感冒、急性肾盂肾炎等。②缓升型,体温缓慢上升,在数日内达到高峰,一般不伴有明显寒战。可见于伤寒、结核病等。

(2)体温持续期 体温达到高峰后可持续一段时间,持续时间的长短依病因、病情等因素而变,可为数小时(如疟疾)、数天(如肺炎球菌性肺炎、流行性感冒等)或数周(如伤寒、结核病等)。病人常有皮肤潮红、灼热,呼吸增快增强,或有出汗等表现。

(3)体温下降期 疾病得到控制时,体温趋于正常的过程,可有2种表现:①骤降型,数小时内体温迅速降至正常,甚至可低于正常,常伴有大汗,如疟疾、肺炎球菌性肺炎、急性肾盂肾炎、回归热等。②渐降型,体温逐渐下降,数日内降至正常,不伴有明显出汗,如伤寒、风湿热等。

3. 类型(热型) 主要是指在体温持续期的体温变化特征,不同的疾病可表现为不同的热型,对诊断及鉴别诊断有一定帮助。临床上常见的热型有:

(1)稽留热(continuous fever) 体温持续在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$, 24 h内波动范围不超过 1°C , 可持续数日或数周。常见于肺炎球菌性肺炎、伤寒、副伤寒、斑疹伤寒等疾病的极期。

(2)弛张热(remittent fever) 体温在 39°C 以上,波动幅度大,一昼夜体温波动达 2°C 以上,体温最低时一般仍高于正常水平。可见于败血症、风湿热、脓毒血症、肝脓肿、重症肺结核等。

(3)间歇热(intermittent fever) 高热期与无热期交替出现,体温常突然升高达 39°C 以上,持续数小时或更长,然后降至正常,体温波动可达数度,经一间歇期(无热期,数小时至数天)后又出现高热,如此反复发作。可见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4)回归热(再发热, recurrent fever) 体温骤升达 39°C 以上,持续数天后又骤降至正常水平,高热期与无热期各持续若干天,有规律的互相交替,反复发作。见于回归热、霍奇金病、周期热等。

(5)波状热(undulant fever) 与回归热不同的是体温逐渐升至 39°C 以上,数日后又逐渐降至低热或正常水平,几日后再次升高,反复多次,体温曲线呈波浪状起伏。典型的见于布鲁杆菌病(波状热)。

(6)不规则热(irregular fever) 发热无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎、流行性感冒及癌性发热等。

典型的热型有助于临床的诊断和鉴别诊断,但临床上影响热型的因素很多,诊断时应注意以下几点:①疾病过程中因并发症或伴发症的存在,可有2种或2种以上的热型交互并存,如肺炎球菌性肺炎并发脓胸或败血症时,热型可有典型的稽留热转变为弛张热。②