

【中医理化诊断学】



中 册

主 编
陈雨振
王力建
韩 铭

山东省地图出版社

中医理化诊断学编辑委员会

主任委员 殷镜海 李晋波 陈雨振
副主任委员 段明福 王力建 赵 燕 韩 铭 马仁智
委 员 (以姓氏笔画为序)
马仁智 王力建 王建国 王新华 李晋波
刘伟伟 段明福 祁 明 陈雨振 赵 燕
张立明 闫宗廷 张孝亭 孟宪法 殷镜海
韩 铭 路广晁 管 琳 傅桂苓

中 册

主 编 陈雨振 王力建 韩铭
副主编 张孝亭
编 委 (以姓氏笔画为序)
王力建 陈雨振 张孝亭 管 琳 韩 铭

目 录

下 篇

第一章 急症.....	(1)
第一节 高烧.....	(1)
第二节 痢症	(10)
第三节 厥症	(11)
第四节 脱症	(17)
第五节 出血	(22)
第二章 临床各科病症	(31)
第一节 感冒	(31)
第二节 咳嗽	(32)
第三节 哮喘	(44)
第四节 肺癆	(46)
第五节 肺萎	(49)
第六节 肺癰	(53)
第七节 失音	(56)
第八节 痰饮	(58)
第九节 自汗	(63)
第十节 盗汗	(68)
第十一节 呃逆	(71)
第十二节 噎膈	(77)
第十三节 胃痛	(82)
第十四节 腹痛	(85)
第十五节 呕吐	(90)
第十六节 腹泻.....	(102)

第十七节 痢疾·····	(105)
第十八节 便秘·····	(107)
第十九节 胁痛·····	(108)
第二十节 黄疸·····	(122)
第二十一节 鼓胀·····	(127)
第二十二节 水肿·····	(130)
第二十三节 消渴·····	(134)
第二十四节 胸痹·····	(136)
第二十五节 惊悸·····	(166)
第二十六节 不寐·····	(189)
第二十七节 癫狂·····	(195)
第二十八节 痫症·····	(200)
第二十九节 郁症·····	(202)
第三十节 淋症·····	(204)
第三十一节 癃闭·····	(216)
第三十二节 遗精·····	(219)
第三十三节 头痛·····	(221)
第三十四节 眩晕·····	(234)
第三十五节 中风·····	(244)
第三十六节 面瘫·····	(255)
第三十七节 面痛·····	(257)
第三十八节 痹症·····	(258)
第三十九节 痿症·····	(260)
第四十节 内伤发烧·····	(264)
第四十一节 积聚·····	(284)
第四十二节 虚劳·····	(288)
第四十三节 腰痛·····	(290)
第四十四节 月经不调·····	(296)
第四十五节 痛经·····	(298)

第四十六节	经闭	(299)
第四十七节	崩漏	(301)
第四十八节	绝经前后诸症	(303)
第四十九节	带下病	(304)
第五十节	妊娠恶阻	(305)
第五十一节	妊娠痼症	(305)
第五十二节	乳少	(307)
第五十三节	阴挺	(308)
第五十四节	阴氧	(309)
第五十五节	不孕	(309)
第五十六节	疔疮	(311)
第五十七节	乳痈	(313)
第五十八节	痔疮	(314)
第五十九节	瘰癧	(315)
第六十节	瘰气	(317)
第六十一节	乳癖	(322)
第六十二节	肠痈	(323)
第六十三节	丹毒	(325)
第六十四节	脱疽	(326)
第六十五节	油风(鬼剃头)	(330)
第六十六节	暴盲	(331)
第六十七节	青盲	(332)
第六十八节	耳鸣耳聋	(333)
第六十九节	鼻渊	(334)
第七十节	鼻衄	(336)
第七十一节	牙痛	(338)
第七十二节	咽喉肿痛	(338)

下篇 各 论

第一章 急 症

概 述

各论中将根据辨证的分型,按照中医急症、内科、妇科、外科和五官科的顺序将中医辨证排序,理化检查按照检查结果对该疾病诊断中所起作用大小进行排序,而不是按照一般教科书中放射、化验、特殊检查的模式排序,在指导临床医师开具检查单时,阳性率高和更有针对性。能给临床诊断方面提供价值的帮助。

第一节 高 烧

中医:临床以体温 38°C 或以上为主症,主要见于外感发热。

西医:多为其他疾病的并发症,最常见的疾病有病毒、细菌、原虫等致热源所引起的高热或体温调节中枢异常引起高热为主的一组症状。

中医诊断 望诊:舌质绛红或有裂纹,苔薄白或黄腻或紫暗,有瘀斑或瘀点。

切诊:脉细数或浮弦紧或缓迟洪大。

外感发热:临床是指人体感受外邪而引起的寒战壮热,可持续或间歇性发作。

外感发热主要见于各种原虫、细菌、病毒引起急性炎症,最常见的有疟疾、感冒、流行性脑炎、流行性脑脊髓膜炎、病毒性肝炎及各器官化脓性炎症等。

一、疟疾

临床主要是指间歇性的高热,高热可以是一日一发或隔日一发或三日一发不等。主要是机体感受疟邪、瘴毒所致。但与机体的饮食不节,劳倦过度,起居失宜,正气虚弱或脾胃虚弱,易感外邪有关。

正疟:寒战壮热,发作有定时,先呵欠乏力,继而寒战鼓颌,肢体痠痛,寒罢则壮热,头痛如裂,面赤唇红,烦渴引饮,终则遍身出汗,热退身凉,舌苔薄白或黄腻,脉弦紧或弦数。

温疟:热多寒少,或单热不寒,汗出不畅,头痛,骨节酸痛,口渴引饮,便结溲黄,舌红苔黄,脉弦大而数。

寒疟:单寒不热,或寒多热少,口不渴,胸胁痞满,神疲肢倦,苔白腻,脉弦迟。

瘴疟:热甚寒微,或壮热不寒,面目尽赤,烦渴喜冷饮,甚则神昏,谵语,舌质红绛,苔垢黑,脉洪数或弦数;而冷瘴则寒甚热微,或恶寒颤栗、无热,甚则神昏不语,舌苔白厚腻,脉弦。

实验室检查:

白细胞一般不高,晚期由于 RBC 的被破坏可出现贫血。疟原虫分为恶性疟原虫、间

日疟原虫、卵形疟原虫和三日疟原虫。进入血循环的裂殖体大部分被巨噬细胞吞噬,小部分通过红细胞膜上特异性受体进入红细胞。进入红细胞的疟原虫经过滋养体期→裂殖体期→放出裂殖子→新的红细胞进行循环增殖,一次循环引起一次临床发作。在发作期外周血疟原虫的检出率较高,不论在血液中发现任何一期疟原虫即可确诊。

二、感冒、流行性感冒

风寒:恶寒重,发热轻,口不渴,无汗,头痛,四肢疫痛,鼻塞流涕,咳嗽痰稀,舌苔薄白,脉浮紧。

风热:发热重,微恶寒,口渴,咽喉红痛,咳嗽,咳黄痰,苔薄黄,脉浮数。

夹温:恶寒,身热不扬,头胀如裹,身重困倦,关节痛疼,口不渴,苔白腻。

夹暑:身热有汗,心烦口渴,胸闷纳差,小便短赤,舌苔黄腻。

实验室检查:

1、血常规检查:RBC、Hb 大致正常,白细胞计数正常或减少,白细胞分类淋巴细胞略高。

2、病毒学检查:病人鼻咽冲洗液作病毒分离或用 APAAP 法或免疫荧光法检测病毒抗原阳性者有早期诊断价值。

3、血清学检查:急性期和恢复期血清抗体检测增高 4 倍以上有助于诊断。

三、流行性乙型脑炎

邪在卫气:发热,微恶寒或不恶寒,头痛,口渴,项稍强,神志清,舌苔薄黄,脉浮数或滑数。

邪在气营:壮热不恶寒,头痛项强,阵发性抽搐,烦躁不安,舌质绛红,舌苔黄燥,脉洪数。

邪在营血:高热不退,颈项强直,神昏谵语,甚则昏迷,反复抽搐,舌苔深绛,脉细数。

实验室检查:

1、血象:白细胞总数在 $10 \sim 20 \times 10^9/L$,中性粒细胞在 0.8 以上。

2、脑脊液检查:外观无色透明或微混,白细胞计数在 $50 \sim 500 \times 10^6/L$,个别达 $1000 \times 10^6/L$ 以上,白细胞的多少只反映炎症渗出性改变情况,与病情轻重无关。病变早期白细胞分类以中性粒细胞稍多,氯化物正常,糖正常或偏高。少数病人于病初期脑脊液检查正常。发病早期,脑脊液可测到乙脑病毒 IgM 抗体。

3、血清学检查:

(1)补体结合试验:补体结合抗体属特异性 IgG 抗体,出现较迟,一般在 3~4 周出现,无早期诊断价值。该抗体特异性和灵敏度较高,一般用作回顾性诊断。抗体效价 5 个月明显下降,持续时间不长,可用于当年隐性感染率的流行病学调查。单份血清 1:4 为阳性,双份血清抗效价增高 4 倍为阳性;

(2)血凝抑制试验:抗体出现较早,于第 2 周效价达高峰,持续时间长,阳性率高于补体结合试验,用于诊断和流行病学调查,但可出现假阳性,临床诊断需双份血清效价 4 倍增高才有意义;

(3)中和试验:特异较高,抗体出现较迟,于 2 个月时效价最高,可持续 5~15 年。方法复杂,仅用于人群免疫水平的流行病学调查,不用于临床诊断;

(4)特异性 IgM 抗体测定:特异性 IgM 抗体一般发病后 3~4 天即可出现,脑脊液中最早在病程第 2 天测到,两周达高峰,可作早期诊断用。轻、中型乙脑患者血清中检出率高 95.5%,而重型和极重型检出率较低,可能与病人免疫功能低下,产生抗体较晚有关。

4、病毒分离:从第 1 周内死亡病人的脑组织中可分离出病毒,但脑脊液和血中不易分离出病毒。

5、白细胞中乙脑病毒相关抗原测定:总检出率为 41%。在白细胞中的检出率为中性粒细胞>单核细胞和淋巴细胞。大多数病人在 3~6 天内检出相关抗原。

CT、MRI 检查

早期在病变常见部位出现低密度,境界欠清,与血管分布无关,可具早期诊断价值。MRI 异常信号若累及两侧丘脑,特别是出血性的,可看作乙脑的特征性改变,尤其是在乙脑流行区。

四、流行性脑脊髓膜炎

卫气同病:起病突然,发热微恶寒,头痛呕吐,颈项稍强,神志尚清,皮肤红色斑点显露,舌质红,苔薄黄,脉滑数。

气血两燔:壮热烦躁,头痛呕吐,神昏谵语,颈项强直,紫红色瘀疹增多,舌红苔黄,脉洪数。

热盛风动:高热,呕吐频繁,颈项强直,反复抽搐,角弓反张,舌质红绛,脉弦数或滑数。

邪陷正脱:面色苍白,汗出肢冷,肢端青紫,脉微细弱。

实验室检查:

1、血常规检查:一般在正常范围,WBC 分类淋巴细胞可稍高。

2、病毒检查:采用病毒 cDNA 作核酸杂交及用 RT-PCR 检测脊髓灰质炎病毒 RNA,具有快速诊断的价值。

3、抗体检测:发病一个月内从脑脊液或血液中查到抗脊髓灰质炎病毒 IgM 抗体,或恢复期病人血清中抗或特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍升高,或脑脊液中特异 IgG 抗明显升高,血液与脑脊液 IgG 抗体滴度比例失常或倒置(在血脑屏障无损害时,血:脑脊液为 200~400:1)有诊断价值。从粪便、咽部、脑、脊髓组织中分离出病毒,鉴定为脊髓灰质炎野毒株即可确诊。

五、化脓性脑膜炎:

实验室检查:

1、血液检查:白细胞明显增加,一般在 $20 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.8~0.9,病情危重者白细胞可低于 $10 \times 10^9/L$ 。发生 DIC 时,血小板降低,凝血酶原时间延长,纤维蛋白原及凝血因子 V、Ⅶ、Ⅷ含量减少,纤维蛋白降解产物浓度增加。血及脑脊液鲎溶解试验检测脂多糖呈阳性,对估计病情有帮助,但不能与其他革兰氏阴性菌感染区别。

2、细菌学检查:①脑脊液涂片:革兰氏染色,发现阴性球菌尤其是在细胞发现即可确诊。阳性率在 80%以上,应用抗生素后一定时间内仍能找到细菌。脑脊液沉淀涂片的阳性率也比脑脊液细菌培养阳性率高,为诊断流脑不可缺少的检查。脑脊液不宜搁置过久,否则病菌易自溶。②细菌培养:脑脊液细菌培养(败血症时以血培养为主,肺炎时可采用痰、气管吸取物或血培养)。脑脊液直接接种于巧克力培养基,在 5~10% CO_2 孵育。③

聚合酶链反应(PCR):PCR 利用 DNA 片段, 该法敏感性高, 特异性好。用于检测血及脑脊液中脑膜炎球菌, 即用抗生素后, 也能检出其中微量的细菌 DNA。

3、免疫学检查: 由于脑膜炎球菌对各种抗生素十分敏感, 且本病的严重性要求及时应用有效的抗菌治疗, 因此常致临床细菌分离率不高。采用细菌抗原抗体检测, 对协助诊断有一定价值。检测血、脑脊液、尿等细菌抗原阳性率可达 80% 以上, 病程早期阳性率较高。病程后期可检测细菌抗体, 恢复期抗体有 4 倍以上升高有诊断价值。

4、脑脊液检查: 脑脊液混浊、米汤样, 白细胞数明显增加, 以中性粒细胞为主, 蛋白质浓度增高, 糖明显降低, 甚至不能测出, 乳酸脱氢酶活性升高。

六、病毒性肝炎(急性肝炎)

肝胃不和: 右胁胀痛, 胸闷口苦, 恶心腹胀, 不思饮食, 脉弦。

肝郁脾虚: 身困乏力, 右胁隐痛, 不思饮食, 大便溏稀, 舌苔薄白, 脉多沉弦。

气滞血瘀: 面色晦暗, 右胁刺痛, 腹满, 肋下痞块, 舌质暗紫, 有瘀点或瘀斑, 脉沉弦或弦涩。

肝胆湿热: 胸闷烦热, 胁痛腹胀, 恶心纳呆, 口苦咽干, 小便短赤, 大便秘结, 舌质红, 脉弦数。

实验室检查:

1、血清 ALT、AST 为诊断本病最敏感的指标之一, 阳性率可达 80~100% 无黄疸型肝炎时, 血清 ALT、AST 升高可能为唯一诊断依据。在黄疸型肝炎, 于黄疸出现前 3 周大部分病例的 ALT、AST 即已增高, 2 周前全部病例均增高, 待黄疸出现后, 急骤上升, 高峰可达正常值的数十倍, 个别病例 ALT 可大于正常平均值的 300 倍, AST 大于正常平均值 150 倍。至黄疸极期后, 多数迅速下降。甲型肝炎时, 起病后 ALT、AST 迅速上升, 持续时间不超过 3~4 周; 而在乙型肝炎时, ALT、AST 多在几周内逐渐上升, 持续时间也较长, 可达数月。

2、血清学检查: 但单凭 ALT、AST 的动态变化并不能鉴别甲、乙等型肝炎, 需依赖肝炎病毒感染特异性免疫学检查。甲型肝炎时 HAAb 检测呈阳性反应; 乙型肝炎时乙肝系列血清学指标呈阳性反应。血清转氨酶活力的高低与临床上病情的轻重相平行。按临床表现划分为轻、中、重三组黄疸型肝炎患者, 其血清 ALT 活力平均分别为 450、780、810 单位。但不完全如此。有的病人转氨酶极高, 甚至达 3000 单位以上, 恢复却甚快, 降低后很少复发。而在暴发性肝炎时, 转氨酶仅轻度升高且于临床终期有显著下降现象。在病毒性肝炎时, 如果出现血清胆红素进行性增高, 而血清转氨酶却无明显升高或先高后降, 两者形成解离现象, 为暴发性肝坏死的征兆。在肝炎病程中, 血清转氨酶活力的波动往往与临床表现相一致, 通常转氨酶升高在先, 症状加重随后。恢复期如活动过早, 疲劳或感冒及饮食不当等因素可使转氨酶活力再度升高。如酶活力长期升高, 一般认为肝炎病变仍在进行或倾向于慢性化。

七、肝脓肿

1、灰阶超声: 在肝脏化脓性病变的早期, 主要显示病变部位实质内回声略增强或是回声欠均匀, 此种改变以病灶中心较明显。随病程发展, 形成病变周围血流量的增加, 此时可出现病灶中心回声降低或明显降低, 而病变周围组织密度相对增高的回声。此时病灶

边界显示不清,实质内回声不均匀。随着病变进一步加重,当病灶中心出现明显坏死并液化后,在液化区内见到低回声或无回声区,开始此区形态不规则,液化区内的回声不均匀,出现低回声区周围反射性增强区(带),此带边界不清,但已经有边界模糊轮廓存在,此时患者的主要症状为高烧。当病变进一步发展,就形成肝脓肿,一旦有肝脓肿形成,此时囊腔显示为圆形或椭圆形无回声或低回声区,当液化不完全时,脓腔内回声不均匀,低回声区边缘由于包膜的缠绕而显示边界较清楚,此时囊壁回声明显的增强。一旦有脓肿形成后,高烧程度就有所降低。

2、彩色多普勒血流成像:在肝脓肿的早期,可见多普勒显示血流明显增加,越接近早期,其血流量的频谱增加越明显,当病灶有模糊边界时,其周围仍可见血流量增加,而中心见明显降低或无血流信号频谱。当检查到较大血管时,可见血管血流速度有轻度增加或正常偏快。

3、CT 检查:肺内病变如肺炎、肺脓肿胸片即可明确诊断,无需再做 CT 检查。部分高热不退的病人,呼吸道症状不明且胸部平片检查无重要异常,有或无肝区症状,肝脏 CT 检查是必要的,进一步确定有无肝脓肿,以免延误病情。CT 平扫肝脓肿表现为类圆形低密度区,因脓肿内脓液含有一定量蛋白成分,密度明显高于液体,CT 值多在 HW 左右。但脓肿液化明显,甚至有气体产生,其密度明显低于 HW 以下甚至是负值。部分病人肝脓肿是多发的或脓肿呈多房状。增强扫描脓肿壁呈均匀性状强化,内壁光整的环状强化特点可与肝脏其它病变区别。

4、实验室检查

1)血液检查:白细胞总数增多,嗜中性粒细胞增高,可有核左移及胞浆内出现中毒颗粒。病程长者可出现贫血,血沉增快,ALT、AST 增高。

2)致病菌检查:肝穿刺脓液可找到致病菌;细菌培养可有致病菌生长。

八、急性胆囊炎

1、灰阶超声:在急性胆囊炎的早期,仅显示胆囊稍大,囊壁轻度增厚。当胆囊出现化脓后,有典型灰阶超声特征,其特征是:胆囊壁明显增厚,呈回声增强带,其间出现间断或连续弱回声带,形成胆囊壁双边征象,该征象是急性胆囊炎重要标志之一。此时胆囊体积明显增大,囊内充盈着密集细小或粗大不均匀无声影斑点,该斑点不形成沉积带,此种征象为胆囊蓄脓特征之一。此时胆囊收缩功能全部丧失,如有胆囊区急性穿孔,可显示胆囊壁连续性中断,有时可显示胆囊壁膨出或缺损以及胆囊周围的局限性积液。

2、彩色多普勒血流成像:在胆囊壁上可显示彩色血流信号略有增强或不增强。

3、实验室检查

1)血常规检查:白计数轻度增高一般不超过 $15 \times 10^9/L$ 。如呕吐、失水等情况已经矫正,白细胞仍超过 $20 \times 10^9/L$,且有核左移,考虑有胆囊坏死或穿孔等并发症的存在。

2)尿液检查:常有尿胆原增高,感染消后恢复正常。

3)酶类检查:血清 SAM 有轻度增高,血清胆红素增高,ALT、ALP、 γ -GT 增高。

九、急性胰腺炎

1、实验室检查

1)血清淀粉酶测定:血清淀粉酶大多病人在 6~8 小时开始上升,可达 1000U 以上,

一般持续 2~3 天后开始下降,但重症患者则持续时间较长。淀粉酶定量的高低并不反映炎症的轻重,有时轻症也可很高,而坏死性胰腺炎反而可较低,甚至正常。血清淀粉酶持续时间过长或下降后又上升,常表示病变的持续、扩大、进展或复发等。血清淀粉酶常有波动,在早期应反复进行测定。

2)尿淀粉酶测定:尿淀粉酶比血淀粉酶升高稍晚,约在血清淀粉酶升高 2 小时后尿中开始排出,持续升高时间较长,适用于就诊较晚,血清淀粉酶未见升高的病人。

3)血常规检查:早期白细胞计数多在 $(10 \sim 20) \times 10^9/L$ 。

4)有胸腹水时,可抽取胸、腹水测定淀粉酶,一般高于血清淀粉酶,且血清淀粉酶浓度恢复正常后腹水中可持续升高 2~3 天。必须指出胸、腹水中淀粉酶含量升高并非仅见于胰腺炎。血清 TBIL、AST 可升高。如血钙严重升高,一般反映胰腺的病变广泛,表示预后不良。

2、灰阶超声:可见胰腺体积明显增大,增大的胰头有时呈球形,胰腺内部出现积液的无回声或低回声区,其内夹杂稀疏散在的光点,后壁回声往往增强。严重水肿时,可出现似囊肿的声像图,此时边界显示不清,实质内回声不均匀。

3、彩色多普勒血流成像:低回声区内血流信号明显减低或缺如,周边血管内血流频谱有明显或略明显的增加。

十、阑尾炎

1、灰阶超声:在炎症早期,因肠胀气等原因,显示该区域为正常超声图像,如果一旦出现脓肿,在脓肿形成区域见明显低回声区,其低回声区内可夹杂明显不均匀的细小较强回声,为液化不全的组织所致。张力较大的脓肿显示为圆形或椭圆形的低回声或无回声,而张力较小的脓肿显示低回声为多样性。

2、彩色多普勒血流成像:在低回声区内无血流频谱信号,在低回声边缘血管内有血流频谱增加,越接近低回声区的大血管其血流速度增加越明显。

3、实验室检查:血常规化验 WBC 升高明显,,分类中性粒细胞明显升高。

十一、泌尿系感染

1、灰阶超声:肾脏化脓性炎症时主要肾脏边缘显示不清,实质内回声略增强。当有脓肿形成后,在脓肿区见明显低回声,一般肾脏的脓肿呈圆形或椭圆形,早期脓肿边界不如晚期显示清楚。肾盂的炎症主要出现明显增强回声,增强回声明显程度与炎症形成纤维组织增生有关,当炎症明显刺激纤维组织增生,其回声的强度就较明显,而炎症较轻,刺激纤维组织增生不明显,回声就相对较低,如果炎症形成粘连,出现尿液潴留,可在潴留的上方出现低回声或无回声。当膀胱炎症,可出现膀胱壁明显增厚,边缘显示不清、毛糙,有时可见严重水肿的膀胱壁出现双层带状回声。

2、彩色多普勒血流成像:在低回声区内见血流频谱信号缺如或显示较弱,在炎症早期低回声区周边血管内的血流频谱信号有明显增强,当炎症一旦形成脓肿或进入慢性期,增强的血流信号将变为正常或略增强。

3、实验室检查

1)尿常规检查:尿内可有 RBC 及 WBC,病变程度不同尿中细胞含量也不同,可由少量到大量,一般蛋白少量。

2)血常规检查:白细胞可有轻度增加,病情严重时可中度增加,分类中性粒细胞增高。

3)细菌学检查:中段尿细菌培养可发现致病菌生长。

十二、大叶性肺炎

实验室检查

1、血常规:白细胞总数增多,一般在 $15 \times 10^9/L$ 有核左移;严重病例白细胞总数可不增多,但中性粒细胞比值增高,可见中毒颗粒。

2、痰液检查:痰液呈铁锈色,痰液涂片革兰氏染色可见球菌并有大量中性粒细胞特别是细菌位于白细胞内有诊断意义;痰培养可有致病菌生长可帮助确诊。

3、特异性多糖体测定:用对流免疫电泳法在痰液、血清、胸液、脑脊液中测出肺炎菌多糖荚膜抗原,可作出诊断。该技术在 1h 内可获得结果,有助于快速诊断。

4、血气分析:病变广泛时,有动脉血氧分压下降及二氧化碳分压下降,原有慢性阻塞性肺疾病患者的二氧化碳分压可上升。

5、影像学检查:

普通 X 线检查即胸部拍片,肺内炎症时表现为肺叶内大片阴影,边缘模糊,如为肺脓肿可见肺内空洞形成,空洞内有液平,空洞内壁光滑,外壁因炎性浸润模糊。

1)充血期 在发病初期可无明显 X 线征象,偶见病变区内局限性肺纹理增粗或肺野透亮度稍降低,下叶肺炎可有同侧横膈轻度升高,运动受限。

2)实变期 表现为大片均匀一致的密度增高影,表示一个肺叶或肺段的实变,其形态与肺叶的轮廓相吻合。

右上叶大叶性肺炎在正位片上,实变影位于右上肺野,下缘平直,相当于横裂,肺尖部多不受累,侧位片上后缘止于斜裂的上部。

右中叶实变形成右中下肺野与右心缘相连的密度增高影,上缘平直,向下密度逐渐变淡,肋膈角清晰。侧位片上呈三角形影,尖端指向肺门,底部紧贴前胸壁或肋膈角,上缘以横裂为界,下缘为斜裂的前半部。

左上叶实变影像相当于右上叶及右中叶改变之和。

下叶实变表现为中下肺野大片致密影,上缘模糊,下部阴影浓密达横膈,肋膈角及心缘被遮盖。侧位为一直立三角形,前邻斜裂,后邻后胸壁,下邻横膈。

在大叶性肺炎的实变期,于致密的阴影中可见有“空气支气管征”。

3)消散期 病变密度逐渐变淡而不均匀,呈散在斑片状影。进一步吸收后呈索条状影,并逐渐恢复正常。少部分病例因长期病变不吸收而演变为机化性肺炎。

十三、化脓性关节炎

(一)X 线诊断:

1、于起病早期数日内即出现关节囊积液肿胀,显示关节和骨端旁透亮的脂肪层呈弧线状挤向外侧,衬出因积液而膨隆的关节囊,呈密度均匀的软组织影,界限分明。关节内积液使关节间隙增宽,导致关节脱位和半脱位。骨质出现稀疏并使关节周围软组织水肿。

2、晚期关节软骨被融解破坏后,关节间隙变窄,软骨下的骨质破坏首先出现在承重关节面处,开始表现为骨端关节面毛糙,继则骨质大块破坏,碎片脱落,可形成死骨,骨端缺损或变形,破坏区周围常伴反应性新骨形成。病灶可自关节向骨干方向蔓延而引起干骺

端和骨干的骨髓炎和骨膜炎。重者可有脱位、半脱位及骨骺分离征象。关节严重破坏后往往须经纤维化和骨化而愈合,导致关节骨性强直,并可见到关节周围软组织内不规则的钙化影。

(二)CT诊断:对显示其关节受破坏的程度及周围软组织改变非常敏感,可帮助观察病情发展程度及鉴别诊断。其表现以骨质硬化为主,周围软组织肿胀,层次不清晰,但少有关节周围脓肿形成。

(三)实验室检查

1、血常规检查:白细胞明显升高,分类中性粒细胞增高病情严重者可有轻度核左移。

2、脓液检查:脓液中可见大量白细胞及脓细胞,细菌培养可有致病菌生长。直接涂片可发现细菌。

3、血沉加快,链球菌感染时 ASO 升高。

十四、中枢性的高烧

中枢性高烧主要是脑部的炎症和脑部体温调节中枢损害形成体温升高,下面将分述如下:

1、炎症引起的高烧:无论是脑膜炎、脑炎等均可在脑电图上有脑炎的改变,出现明显慢节律,脑炎较脑膜炎慢节律出现更加明显,早期脑电图上慢节律的变化不明显,随着病程的延长,就是在病变程度不加重的情况下,脑电图上慢节律逐渐表现出来,但并非所有的脑部炎症患者均出现慢节律的改变,有时可出现节律振幅明显降低,甚至当两侧炎症程度不一致时,出现振幅或节律相同部位明显不同步,严重侧往往出现波。

2、体调中枢病变引起的高烧:多数的患者有中枢性疾病的病史,如脑血管病、脑外伤等,有明显中枢性损害病史。此种患者脑电图上出现局部异常,如果是脑血管病,可在病变部位出现明显脑电图节律变慢,以病灶处改变最明显。有时在病灶处出现慢波或节律不同步或振幅不对称,但以局限性慢波对中枢性损害的诊断意义最大。用动态连续脑电图检测系统进行观察,可在某个非常局限的区域内出现慢波,对临床病变部位诊断意义最大。但较其他影像学检查的意义略微逊色。特别是反映解剖变化的检查,CT、MRI。应用脑电图对早期或超早期病变诊断明显优于其他检查方法,只要有脑神经细胞的损害,脑电图就会在节律上反映出来。但检查相对较麻烦,特别是患者不配合,则使检查变得更加麻烦。显然不如其他检查方法简单。但仍不失为一种敏感中枢性高烧的检查方法之一。反映血流动力学方法,可显示出该炎症指标有显著增加,特别是脑部局限性化脓性炎症增加最明显。

心脏的炎症:主要是指细菌性的心内膜炎,灰阶超声可显示有结构异常,异常主要表现在心脏的瓣膜有赘生物存在,瓣膜边缘不光滑,有时可见水肿乳头肌以及瓣膜的增厚略强回声。

(一)实验室检查

1、血常规:

血象能反应人体对致病因素反应状态(主要是造血器官的反应状态)。不同的疾病可引起不同的血象反应,因而对每例诊断未明的发热病人,均须细致的血象检查,以便从中获得有助于诊断与鉴别诊断的依据。细胞总数及嗜中性粒细胞增高、多见于白血病与类

白血病反应。杆状核增多且有中毒颗粒时,应考虑严重感染;大多数病毒感染均无白细胞总数增多(但流行性出血热、乙型脑炎、狂犬病等在病程中可见白细胞增高)在某些细菌性感染(如伤寒、付伤寒波状热、结核病的某种类型)和某些原虫感染(如黑热病、疟疾)以及早期病毒性传染病的早期(如流感、麻疹、病毒性肝炎),病人的白细胞计数常见减少或在正常范围。严重化脓性感染如肺炎、细菌性肝脓肿、败血症等,白细胞计数与中性粒细胞比例显著增高,有时可呈白血病样反应,不但白细胞计数增多,而且可出现早期未成熟白细胞与中性粒细胞核左移,并出现嗜碱性颗粒与空泡变性的中毒性变化。病人全身情况甚差,抵抗力显著降低时,白细胞计数常不增高,而中性粒细胞仍显著增多,则为预后不良之兆。出现异常淋巴细胞者,常见于传染性单核细胞增多症、流行性出血热、结核病、淋巴瘤、淋巴细胞性白血病等;而血片中发现疟原虫、黑热病小体、狼疮细胞时,对确诊此种疾病具有重要意义。由感染引起的长期发热可引起轻、中度贫血,主要由于骨髓产生红细胞与血红蛋白合成受阻所致。白血病患者有较显著贫血。

2.尿常规:出现白细胞、脓细胞者,见于泌尿道感染;出现蛋白尿、红细胞、白细胞及管型者,见于流行性出血热、钩端螺旋体病、系统性红斑狼疮等。

3.大便常规:粘液脓血便常见于急性细菌性痢疾。

4.细菌培养:细菌学检查在发热的实验室检查中占有重要地位。长期高热病人常规进行血液培养,必要时同时做骨髓培养。此外应针对病原检查作尿、大便、痰液、脓液、引流物、脑脊液作细菌培养,有助于感染性疾病的病因诊断。

5.中性粒细胞硝基四唑氮试验对鉴别细菌或病毒感染有帮助,正常 $<10\%$ 。细菌性感染时可增高 $>25\%$,高于此值即有确切诊断意义。病毒性感染多不增高。

6.血清学检查:对发热的诊断有一定价值,如用于诊断伤寒副伤寒肥达试验、外斐反应、钩端螺旋体病的凝集溶解试验,流行性乙型脑炎的补体结合试验、风湿病的抗链球菌溶血素O试验、系统性红斑狼疮的抗核抗体试验、传染性单核细胞增多症的嗜异性凝集试验等。一般采取急性期与恢复期双份血清标本,如血清中抗体效价呈4倍以上增长者有诊断价值。临床上怀疑结缔组织疾病者应进行免疫学系统检查。

(二)超声检查

1.超声心动图

1)心脏的改变:可显示心脏的扩大,严重者全心脏均扩大,左室显著增大,多数是因为心肌层的间质高度水肿、血管壁增厚,心腔变小,心肌普遍浮肿、空泡变性及灶性肌溶,同时有瓣膜关闭不全加重了心脏的扩大。

2)瓣膜的改变:显示瓣膜轻度增厚。回声稍增强,主要是二尖瓣,其次是主动脉瓣,腱索和乳头肌可因炎症侵犯引起轻度增粗或肥大。M型超声显示EF斜率减慢,DE段呈多重声回声,瓣膜活动已关闭不全为主。彩色多普勒检查可显示多个瓣膜返流,最常见出现返流的是二尖瓣,其次是主动脉瓣。二尖瓣返流较重,连续多普勒可检测到收缩期充填湍流频谱。因炎症的作用导致腱索和乳头肌继发性粘连和挛缩,不但出现二尖瓣的关闭不全,而且常常伴有二尖瓣的狭窄,显示左房的血经二尖瓣进入左室的速度加快。

3)心包积液:心包腔内多出现少量积液,超声也显示局限于左室后壁心包腔内,暗区前后径一般在10mm左右,很少超过15mm,严重者右室前壁也显示液性暗区,由于液体

产生速度快,心脏没有一个适应过程。即使右室前壁心包腔内仅有少量积液,也可出现右室前壁塌陷,经治疗心包积液很快吸收,不遗留心包损害。

4)心脏功能的改变:没有引起较重心力衰竭的患者,M型超声心动图显示左室后壁和室间隔运动幅度增大,左室射血分数及短轴缩短率升高。风湿性心脏病由于短期内引起二尖瓣关闭不全,使左室容量负荷急剧增加,导致心肌呈高动力状态,可引起室壁运动增强,左室射血分数及短轴缩短率增高。就是发生心衰后当在、心泵血功能未发生改变时,可导致左心明显扩大,但左室壁和室间隔运动降低不明显,左室射血分数和缩短率轻度下降,但不如扩张型心肌病那样明显。经治疗后左室收缩功能可较快恢复到正常。

第二节 痫 证

中医:临床是指脏腑受伤,神机受累,元神失控所致意识丧失,不省人事,两目上视,四肢抽搐为主要表现的一种疾病。

西医:多见于癫痫的持续状态。

中医诊断 望诊:舌质红或淡,苔薄白腻或黄腻。

切诊:脉弦数或弦滑或沉细或沉迟。

阳痫:病前多有眩晕、头痛而胀、胸闷乏力、喜伸欠等先兆症状或无明显先兆症状,旋即仆倒,不省人事,面色潮红,继之转为青紫或苍白,口唇青紫,牙关紧闭,两目上视,颈项强直,四肢抽搐,口吐涎沫或喉中痰鸣,甚至两便自遗。舌质红,苔白腻或黄腻。

阴痫:面色晦暗青灰而黄,手足清冷,双眼半开半合,昏愤,僵卧,拘急,或抽搐时作,口吐涎沫。舌苔淡,脉多沉细或沉迟。

西医诊断:根据症状、体征和脑电图检查可明确诊断。

特殊检查如下

脑电图

当癫痫大发作时,可以在脑电图上看到脑神经细胞异常高度放电,典型癫痫脑电图的特点是:在脑部高度放电部位出现异常棘波或棘慢综合波,波幅明显增高,一般超过 $250\mu\text{V}$,有些患者甚至会更高。有些成年人出现 θ 波或 δ ,在进行诱发实验时,此种波率出现机率明显增加和提前,特别是在停止诱发实验后恢复到诱发实验前节律时间明显延长,此点对癫痫诊断有较大意义。一般认为脑电图是诊断癫痫最理想的现代化检查方法,但并非所有癫痫患者均存在脑电图异常放电,有典型异常放电也只占癫痫中大部分(约计80%),而少部分(20%)没有脑电图异常放电。对异常放电观察时机,以癫痫发作时最理想(主要是因癫痫在发作时脑神经细胞正在异常高度放电),此时检出癫痫阳性率为最高,几乎100%的患者可检测到异常放电节律,但这样机会较少捕捉到。当用连续检测脑电图检查癫痫患者,异常脑电图发现率将大大提高,特别是在夜间就更加容易检出异常节律。以上是癫痫患者脑电图上最常见改变,仅可作为参考,因为原发性癫痫患者有相当的一部分没有脑电图异常放电。而有一部分患者有放电,而又没有癫痫症状,这应是引起临床十分注意的问题。但多数癫痫患者具有异常高度放电和临床症状同步存在,根据脑电

图异常放电特征对癫痫诊断不难确定。

CT、MRI 检查可发现继发性癫痫的病变,可参考病发性癫痫病变进行治疗。

第三节 厥 证

中医:临床以突然昏倒,不省人事,面色苍白,四肢厥冷,移时苏醒为主症的一种病症。

西医:最常见于休克、虚脱、昏厥、中暑、低血糖及精神性疾患。

中医诊断 望诊:面色气微,汗出而热或自汗,舌红,舌苔白薄。

切诊:脉沉细微

气厥:多由于恼怒惊骇,以致气机逆乱,上壅心胸,痞塞气逆,蒙蔽窍髓而致者;或因元气素虚,又遇悲恐或疲劳过度,致使阳气消乏,气虚下陷,清阳不开而突然昏厥者。

血厥:由于肝阳素旺,又逢暴怒,使血随气逆,气血上壅,清窍不利,而昏仆无知,或因产后失血过多,气随血虚而发生昏厥。

痰厥:形盛气弱之人,嗜食酒酪肥甘之品,脾胃受伤,运化失常,聚湿生痰,痰浊内阻,偶因恼怒气逆,痰随气升,上蒙清窍,造成突然眩仆而厥。

暑厥:夏令炎暑,久暴烈日之下或久劳于高温之室,感受暑邪,热郁气逆,阻塞气机,闭塞清窍,而卒然发病。

西医诊断:根据临床症状、体征、化验及特殊检查诊断不同的病症。

厥证中医所包括的范围较广,包括各种休克、低血糖、精神性疾病,下面将分述如下:

不管是休克、虚脱多是因脑血容量的降低所引起,故在脑部血流动力学的检查中就会出现异常结论,在经颅多普勒超声主要是显示血流速度变慢或血流速度差高于正常。不同的晕厥经颅多普勒超声最主要出现的结论是血流速度变慢或血流速度差高于正常,出现血流速度明显加快者相对较少,当出现明显血流速度加快,应该进行其他方面的检查,特别是需要反映脑部解剖结构变化的检查,以便排除其他病变的存在。小儿引起的厥证在临床上最多见,其中高热又是引起惊厥主要原因,其现代化的检查方法可以没有阳性结果的变化,它不同于癫痫的最主要鉴别诊断就是在脑电图上不出现异常放电。这仅是对多数的患者而言,但有少数患者有高度异常放电(可能惊厥伴发非发作性癫痫),但是尚没有癫痫症状和体征,此时可出现脑电图异常放电和血流动力学指标在局限性部位高度异常,但多数患者结合临床不难对此两种疾病进行鉴别诊断。脑阻抗血流图出现不对称或过度扩张的图形,此种扩张较局限性异常放电部位的不同,就是该患者的改变是整个血管系统均发生改变,并非是局部。而在经颅多普勒超声出现血流速度加快(血管痉挛)的频谱形态,也是整个头颅部位所检测到的血管多数出现血流速度加快,但较有局限性异常脑电图改变患者,出现血管调节异常和血流速度加快异常的发生率将有所降低。

低血糖所引起的血流动力学的改变,主要是显示血流速度的加快,这主要是因为低血糖,使能量供应的明显降低,血液中能量的降低只可以通过增加血流量进行代偿,可在低血糖性昏厥发生后,脑血流量指标明显增加,主要是经颅多普勒超声显示血流速度加快,而脑阻抗血流图显示波幅明显增高。脑电图检查可无阳性结果,多数为正常范围。当低

血糖损害到神经细胞功能的时候,可能会出现脑电图上异常节律或幅度的改变。

精神性疾病,多数患者神经科的各项检查均显示正常,特别是反映解剖结构变化的检查更是正常,有时可在功能性的检查有轻微异常,也仅仅低于正常值或位于正常值的低值。

严重精神性疾病可有脑电图上异常改变,主要的改变是节律明显异常,特别是双侧节律明显不同步,有时出现一些快节律等改变,但没有明显幅度方面的异常。

实验室检查 低血糖时血清葡萄糖含量降低,其它项目改变不大。

一、休克

休克早期病人神志清醒,但烦躁不安,可焦虑或激动。面色及皮肤苍白。口唇和甲床略带青紫。出汗,肢体湿冷。可有恶心、呕吐。心跳加快,脉搏尚有力。收缩压可偏低或接近正常,亦可因儿茶酚胺分泌增多而偏高,此期血压变化不稳定;多数舒张压升高,故脉压减低。尿量亦减少。

休克中期临床表现随休克程度而异。一般中度休克时,除有轻度休克的表现外,神志尚清楚,但软弱无力、表情淡漠、反应迟钝、意识模糊。脉搏细速,按压稍重即消失,收缩压降至 10.6kPa (80mmHg) 以下,脉压差小于 2.7kPa (20mmHg),表浅静脉萎陷,口渴,尿量减少至每小时 20ml 或以下。重度休克时,呼吸急促,可陷入昏迷状态,收缩压低于 8kPa (60mmHg) 以下,甚至测不到血压,无尿。

休克晚期可发生弥散性血管内凝血和广泛心脏器质性损害。前者可引起皮肤、粘膜和内脏出血,消化道和泌尿系出血比较常见;肾上腺出血可导致急性肾上腺皮质功能衰竭;胰腺出血可导致急性胰腺炎。此期多发生急性心力衰竭、呼吸衰竭、肾功能衰竭、肝功能衰竭和脑功能障碍等病变。

休克的特殊检查:

(一)、实验室检查:

1、血常规

大量出血后数小时,红细胞和血红蛋白即有显著降低;但是丢失体液病人发生血液浓缩时,红细胞计数和血红蛋白增高以及红细胞压积增加。白细胞计数亦有增高或正常,严重感染造成休克者大多有白细胞总数和中性粒细胞显著增加,嗜酸性粒细胞可减少。有出血倾向和弥散性血管内凝血者,血小板计数减少,纤维蛋白原减低,凝血酶原时间延长,血浆鱼精蛋白副凝试验(3P 试验)或乙醇胶试验阳性。

2、生化检验

血氧化血糖增高,血丙酮酸和乳酸增高,并有 pH 值降低,碱储备降低,二氧化碳结合力降低。肾功能减退时可有血尿和尿素氮以及非蛋白氮增高,血钾亦可增高。肝功能减退时血转氨酶、乳酸脱氢酶等肝脏转化酶类增高,肝功能衰竭时血氨可增高。动脉血氧饱和度和、静脉血氧含量下降,肺功能衰竭时动脉血氧分压显著降低,吸纯氧亦不能恢复正常。

3、尿常规

随肾脏功能变化而变化,尿中可出现蛋白、红细胞和管型等。

(二)、心电图:

心电图可有冠状动脉明显供血不足的表现,如 ST 段下移、T 波低平或倒置,甚至可