

河南省高等教育临床医学专业自学考试复习资料

诊断学

河南省卫生人员高等教育自学考试助学辅导中心

一九九五年十二月

写在前面

为帮助广大卫技人员进一步提高业务素质,顺利迎接全省高等教育临床医学专业自学考试,我们委托有关专家编写了这套复习辅导资料。

该资料以教材为蓝本,扼守教材内容,并突出重点、难点的疑点,又照顾到知识的覆盖面,具有科学性强、详略得当,提纲挈领的特点,有一定的复习辅导实用价值。不但可供自学考试用,也可作为平时自修提高业务素质用书。

由于该书只是复习辅导材料,不可体现学科的完整性和系统性,务请考生在学习时以教材为主,系统掌握教材内容,切不可顾此失彼。

在编写中,可能有遗漏和疏忽的地方,请考生提出意见,以便进一步修改完善。

预祝广大考生取得良好成绩。

河南省卫生人员高等教育自学考试助学辅导中心

一九九五年十二月

第一篇 问诊及常见症状

目 录

(93)		查对第... 章十第
(98)		查对第... 章一十第
(10)		查对第... 章二十第

第一篇 问诊及常见症状

第一章 问诊.....	(1)
第二章 常见症状.....	(3)

第二篇 体检诊断

第一章 基本检查法.....	(12)
第二章 全身一般状态与皮肤、淋巴结的检查.....	(14)
第三章 头部及其器官的检查.....	(17)
第四章 颈部检查.....	(20)
第五章 胸部检查.....	(21)
第六章 腹部检查.....	(35)
第七章 生殖器、肛门、及直肠检查.....	(41)
第八章 脊柱及四肢检查.....	(43)
第九章 神经系统检查.....	(45)

第三篇 实验诊断

第一章 血液检查.....	(51)
第二章 骨髓细胞学检查.....	(58)
第三章 止血与凝血障碍检查.....	(61)
第四章 尿液检查.....	(66)
第五章 肾功能检查.....	(71)
第六章 妊娠诊断试验和精液、前列腺液检查.....	(75)
第七章 肝脏疾病实验室检查.....	(75)
第八章 粪便检查.....	(84)
第九章 胃液及十二指肠引流液检查.....	(86)

付红玲

第十章 痰液检查	(89)
第十一章 脑脊液检查	(92)
第十二章 浆膜腔穿刺检查	(94)

第四篇 器械检查与常用诊疗技术

第一章 心电图检查	(96)
第二章 心电向量图检查	(103)
第三章 超声检查	(104)

第五篇 诊断方法与病历书写

第一章 诊断步骤与思维方法	(107)
第二章 病历书写	(109)

第一篇 问诊及常见症状

第一章 问 诊

学习目的和要求

通过学习掌握问诊的内容和方法,并会按一定顺序整理记录,从而学会诊断疾病的最重要、最基本的方法——问诊。

第一节 问诊的重要性

问诊是医生通过与病人或有关人员交谈,详细了解疾病的发生、发展及相关因素,经过综合、分析、推理而作出初步临床判断的一种最重要的、最基本的方法。

医生将问诊得到的资料去粗取精,去伪存真、系统整理,按一定格式记录下来就是一份病历。

实践证明,即使是现代医学迅速发展的今天,深入细致的问诊仍是医生诊断疾病的必须掌握的基本功。

第二节 问诊的内容

问诊的内容应力求寻找疾病发生、发展的规律和特点。一般含如下内容:

1、一般项目

包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、婚姻、职业、住址、日期等。一般项目多,要求清楚、真实。

2、主诉

主诉反映病人的主要痛苦和经过时间。一般也是病人就诊的主要原因。医生了解病人主诉应抓住重点,力求如实。记录主诉必须用医学术语,文字简明扼要、显示特征性。

3、现病史

现病史主要反映病人本次疾病发生、演变和诊疗经过。也是对主诉的进一步阐述。

现病史对疾病主要痛苦的发生时间、原因或诱因、轻重缓急、部位、特征、性质、伴随症状等应详细询问并整理记录,同时应注意了解疾病演变过程和曾接受诊疗的情况,这些对疾病的诊断和制定治疗方案都提供重要依据。

4、既往史

既往史包括病人以前的健康状况、现患疾病(包括传染病史)、手术史、过敏史(注意药物过敏史)、预防接种史。自幼起,按时间顺序记录。询问既往史应注意重点了解与现患疾病可能有关的情况,必要时应详细记录以前发生过的有关疾病及诊治情况。为了帮助病人回顾过去,提供有关资料,临床医生一般采用按系统询问曾否发生过某种症状。

5、个人史

包括出生、居住地、生活水平、生活习惯、卫生习惯、饮食习惯、工作性质和条件、工作环境、家庭情况等,这些内容对传染病、流行病、职业病、地方病及某些精神病等的发生有密切关系。

6、婚姻史

包括结婚否,结婚年龄,配偶健康状况,夫妻关系等的了解对某些疾病,特别是妇产科病、性病、精神病、传染病等的诊断有帮助。

7、月经及生育史

对女性病人必须询问月经生育及计划生育措施。记录月经史一般采用下列格式:

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经日期(或绝经年龄)

8、家族史

主要询问病人的直系或有近血缘关系亲属的健康状况。对传染病和遗传性疾病意义重大。

第三节 问诊的方法

问诊的方法是否恰当直接影响病史的采集全面和准确,病史内容不全、不确切常常是造成漏诊或误诊的主要原因。因此,医生应掌握正确的问诊方法。

首先,问诊时应尽可能询问患者本人,不能陈述者应向知情人询问病史,以保证病史的可靠性。对危重病人,问诊应简明扼要,及时抢救,待病情稳定后再及时补充。

医生问诊时应态度和蔼,富于同情心和耐心,给病人以信任感。

问诊时语言应通俗易懂,避免使用难懂的医学专用术语,不要暗示性或强迫性提问,注意引导病人谈与病情有关的内容。

问诊过程中医生应边问边想,注意鉴别诊断,抓住重点症状,纵横联系,适时加以补充询问,并按顺序了解既往史、个人史等有关内容。

问诊后进行查体过程中可以围绕体征进一步询问病史。

问诊后,医生应归纳、整理和分析所采集的资料,书写出层次分明、条理清楚、有时间顺序的规范、完整、系统、简明扼要的病历。

对问诊中采集到的病人隐私资料,应注意保密,恪守医德要求。

第二章 常见症状

学习目的和要求

通过对常见症状的临床表现的学习,了解症状对诊断重要作用,认识常见症状,并掌握其发生的原因和临床意义。

第一节 发热

体温是指人体内部的温度,临床上常用口腔、腋窝或直肠的温度来表示。正常人体温是相对稳定的,24小时内波动不超过 1°C 。

发热是由各种原因引起的,产热过程超过散热过程,以致体温超出正常范围。

1、发热的原因

感染性发热:由病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起感染导致机体发热。

非感染性发热:

——组织损伤或坏死。如烧伤、手术、梗塞等。

——恶性肿瘤。

——变态反应。如风湿热、药物热、结缔组织病等。

——内分泌、代谢病。如甲亢、失水等。

——中枢神经性发热。如脑出血、中暑等。

多数学者认为发热的机制是内源性致热源作用于体温调节中枢,其调定点上移所致。

2、发热的临床表现

发热的早期而体温上升期,可出现疲乏、无力、全身酸痛、发冷、寒战。进而进入高热持续期,病人有头痛、灼热、口干舌燥、食欲不振、腹胀、呼吸脉搏加快,甚者可出现中枢神经功能障碍如意识不清、惊厥等。数小时或数日后体温下降,病人常有出汗现象。

根据体温升高的程度,临床上将发热分为低热($T37.7\sim37.9^{\circ}\text{C}$);中度热($T38\sim38.9^{\circ}\text{C}$);高热($T39\sim40^{\circ}\text{C}$);超高热($T41^{\circ}\text{C}$ 以上)。

按照发热时体温变化规律和波动情况,常见稽留热(24小时体温波动范围 $\leq 1^{\circ}\text{C}$);间歇热(24小时体温相差 $> 2^{\circ}\text{C}$);间歇热(体温由 39°C 以上,数小时骤然降至正常,如此反复);波浪热(体温由 39°C 以上,数日降至正常或低热,如此反复);回归热(发热期与无热

期有规则的交替出现);不规则热(发热无规律)。

以上不同热型的出现对许多疾病具有诊断和鉴别诊断意义。但鉴于日前抗生素、糖皮质激素、退热药的广泛应用,致使热型表现不典型,医生在诊断时应充分考虑到这点。

第二节 发绀

发绀(紫绀)指血液中还原血红蛋白增多,引起皮肤、粘膜呈青紫色的状态。发绀在毛细血管丰富的血液循环末梢处明显,如口唇、指端等。

当人体每升血液中还原血红蛋白平均浓度超过 50g 时就会出现发绀。某种情况下,血液中异常血红蛋白衍生物增高(如血液中高铁血红蛋白含量增加)亦可出现皮肤粘膜青紫。

1、血液中还原血红蛋白增多

(1)中心性发绀:由于心肺疾病导致动脉血氧饱和度降低,出现全身性发绀。四肢末端、颜面、躯干、皮肤及粘膜呈青紫色。但皮肤温暖,按摩后发绀不消失。由肺部疾病引起的呼吸功能不全,导致血氧饱和度降低;或由先天性心脏病存在的右向左分流,动静脉血混合,使动脉血氧饱和度降低,皆属中心性发绀。

(2)周围性发绀:由于慢性全身疾病或局限性疾病,如慢性充血性心功能不全、休克、静脉阻塞性疾病、寒冷等,导致毛细血管内血流缓慢、淤滞,组织摄取了过多氧,引起毛细血管内血液血氧饱和度降低。表现为局限于肢体末梢、颊部、口唇等末梢部位的紫绀伴发凉。按摩后发绀消失,无粘膜发绀是与中心性发绀的区别。

(3)混合性发绀:某些疾病可引起中心性和周围性发绀因素同时存在,称为混合性发绀。慢性心功能不全时出现的发绀为之。

2、异常血红蛋白增多

(1)高铁血红蛋白血症:血红蛋白分子的二价铁被三价铁代替,形成不能携带氧的高铁血红蛋白,当血中含量超过 15g/L 时即可引起发绀。如亚硝酸盐中毒。

(2)硫化血红蛋白血症:少见。由于误服用硫化物而产生,此引起的发绀持续时间长。

第二节 呼吸困难

呼吸困难系指病人自觉空气不足,呼吸费力。表现为呼吸加快、加深,甚至出现鼻翼扇动、发绀、端坐呼吸。

呼吸道疾病(感染、阻塞、畸形、外伤、肿瘤等),各种原因引起的心功能不全、中毒(代谢、药物等)、贫血、中枢神经系病变(外伤、出血、肿瘤等)时,均可出现呼吸困难。

1、肺原性呼吸困难

此类呼吸困难是由于呼吸器官功能障碍引起肺通气、换气功能不全,肺活量降低,血液中缺氧及二氧化碳潴留。临床上分为三型。

(1)吸气性呼吸困难。由于上呼吸道阻塞引起吸入空气困难,伴喘鸣和干咳,严重者可

出现“三凹征”(胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙吸气时下陷)。如急性喉炎。

(2)呼气性呼吸困难。由于小支气管和肺组织病变,出现呼出气体费力,常伴哮喘等。如支气管哮喘。

(3)混合性呼吸困难。由于肺脏广泛病变致呼吸面积小,影响换气,出现呼、吸气均费力,且浅快。如重肺气肿。

2、心源性呼吸困难

是由于心功能不全引起肺淤血、肺组织弹性减弱,导致肺内气体交换障碍,血液中缺氧和二氧化碳滞留。然在心功能不全时,呼吸困难的原因主要是由于体循环淤血之故。

体力活动时呼吸困难加重,休息后缓解或减轻是和病人常采取端坐或半卧位的体位,是心源性呼吸困难的特征。

在急性左心功能不全患者,可出现夜间熟睡时忽然惊醒,被迫坐起用力呼吸,称之为阵发性呼吸困难,严重者可伴冷汗、发绀、咳粉红色泡沫痰,两肺哮鸣音、罗音等重性肺水肿症状。

3、中毒性呼吸困难

包括代谢性酸中毒时呼吸加深加快,急性感染时的呼吸加快及急性药物中毒时的呼吸缓慢。

4、血源性呼吸困难

由于红细胞携氧量减少而引起的呼吸深快,常伴心率加快。

5、神经精神性呼吸困难

临床上常见的重症颅脑疾病时,可出现呼吸深慢,伴有节律改变;发生于癔病患者的呼吸表浅频速;神经官能症病人主诉呼吸困难,而无症状,或呈叹息样的呼吸。

第四节 咳嗽与咳痰

咳嗽是一种保护性反射动作。呼吸道内的病理性分泌物和外界吸入的异物,借咳嗽反射而排出体外称之为咳痰。

一、咳嗽、咳痰的原因

呼吸道、胸膜、心血管疾病均可引起咳嗽或咳痰。大脑皮层对咳嗽出现有作用。

二、咳嗽的临床表现

依病变的部位、病因和合并症等不同,咳嗽和咳痰之时间、性质和伴随症状等表现各异。

各种急性呼吸道感染早期可引起无痰或少痰的干咳;支气管和肺部感染常有痰液,称反弹性咳嗽。另外,依病变发生的部位、病因咳嗽可呈金属声、嘶哑、犬吠样。痰的颜色亦不同,有浓痰、泡沫样痰、铁锈色痰、褐色痰等。

骤然发生的咳嗽多见于上呼吸异物或急性炎症;而呼吸系统的慢性感染多呈现长期慢性咳嗽;发作性咳嗽多见于百日咳、肿块迫气管;有些疾病只在清晨明显,如支气管扩张;当病人心功能不全或有慢性支气管炎时,可由于夜间迷走神经兴奋性增高而引起咳

嗽。

咳嗽可伴呼吸困难、胸痛、发热、咯血、呕吐、哮喘、杵状指等。伴随症状对诊断有很大的意义,如咳嗽伴咯血的病人常见于肺结核,支气管扩张,原发性支气管癌及二尖瓣狭窄等。

第五节 咯血

咯血指喉以下的呼吸血管出血,经咳嗽由口腔排出。咯血量因病而异,可多可少。

一、发生原因

临床上所见咯血以呼吸系统疾病多见,咯血量因病而异。如肺部和支气管的细菌感染,其中肺结核、支气管扩张、慢性支气管炎等,是最常见的咯血原因,癌肿、肺淤血、肺寄生虫病等;而许多心血管疾病也会出现咯血,然咯血量多数较小。如各种心脏病合并心力衰竭时引起的肺淤血可有咯血;另外某些传染病(如流行性出血热),血液病(如白血病),外伤(如胸部创伤),妇科病(如子宫内位)等亦可有咯血症状。

二、临床表现

各种疾病引起的咯血量、颜色和伴随症状不同。

年龄、性别不同的病人的咯血对疾病的诊断有参考价值,如青壮年咯血多见于肺结核、支气管扩张等,而40岁以上的咯血应高度警惕原发性支气管癌发生。女性周期性的咯血,应考虑子宫内位的可能。

了解咯血病人的饮食习惯、居住环境、家族史对明确诊断也是很必要的。如生食石蟹而感染患肺吸虫病,居住在钩端螺旋体病流行区和患肺结核病人有密切接触史等均有可能患病而出现咯血。

咯血可以是痰中带血或血点,也可咯鲜血达数百毫升以上。临床上发生24小时咯血量在500毫升以上多见于空洞肺结核、支气管扩张、肺脓肿和钩端螺旋体病等。大量咯血应注意与呕血鉴别。从二者发生的原因、出血前症状、出血方式、血的颜色、血内混合物性质,是否伴有黑便等方面的不同可以鉴别。

不同疾病引起的咯血,除血痰的颜色、量等有区别外,主要的区别在于原发病的各种特征性临床症状,如肺结核病人可伴有发热、盗汗及其它全身症状。

第六节 胸痛

胸痛是由多种疾病引起的一种常见症状。

一、胸痛的原因

当胸部组织、血管及膈下脏器发生炎症、缺血、肿瘤、受到理化刺激而受损时,组织释放出组织胺、 H^+ 、 K^+ 等致病物质,刺激感觉神经纤维而产生胸痛。

引起胸痛的疾病有胸壁疾病、胸腔脏器疾病(呼吸系、循环系、食道和纵膈)部分,腹腔脏器疾病(如肝、胆、脾)。

二、临床表现

各种疾病所引起的胸痛部位、性质、时间、诱因、程度、放射各有一定特点。如心绞痛多在劳动或情绪激动时心前区或胸骨后痛,呈压榨样,常向左肩和左臂内侧放射,持续数分钟,休息或含硝酸甘油可迅速缓解。

胸痛时出现的伴随症状对明确诊断至关重要。如急性心肌梗塞时除特征性的胸痛症状外,常伴呼吸困难、面色苍白、发绀、大汗、血压下降等严重情况,对诊断提供了更多、更确切的临床表现依据。

第七节 腹痛

腹痛多数由腹部疾病引起,也可由腹外疾病引起。临床上根据腹痛发生的时间、程度、伴随症状等,将腹痛分为急性和慢性。

1、急性腹痛:多由于腹内脏器急性炎症、扭转、破裂、梗阻、扩张,腹膜急性炎症,腹腔内血管栓塞,血栓等;腹外疾病如肺炎、急性心肌梗塞等;一些中毒、过敏等都可引起急性腹痛。

2、慢性腹痛:多由于腹腔脏器的慢性炎症、溃疡、结核、粘连、寄生虫、慢性扭转、癌肿、肝脾肿大等,植物神经功能紊乱患者亦可出现慢性腹痛。

3、腹痛的临床表现

一般来讲,腹痛时痛疼最明显的部位即是病变所在,也有部份腹痛症状是由于牵涉或放射所致,如心肌梗塞时可出现上腹痛。

腹痛的性质、程度和持续时间因疾病不同而异。一般慢性腹痛病程长,呈隐痛或胀痛,可呈间歇性或周期性节律性,可有诱发因素,发作或缓解与体位和饮食有关等。而急性腹痛发病急,痛剧烈呈刀割或绞痛,腹肌紧张,亦可有诱发因素,多数不能自行缓解等特点。

腹疼时伴随症状,如发热、呕吐、黄疸、血尿、呕血、便血、休克等与发生腹痛的疾病关系密切。

第八节 黄疸

黄疸是由于血液中胆红素浓度超过 $34\mu\text{mol/L}$ (2mg/dl) 使巩膜、粘膜、皮肤及某些体液黄染的征象。

临床上按黄疸发生的原因和机理分为三型,临床表现有区别。

1、溶血型黄疸:由于大量红细胞破坏,血液内间接胆红素增加,超过了肝脏清除能力而出现黄疸。如地中海贫血、系统性红斑狼疮、阵发性睡眠性血红蛋白尿等出现的黄疸为溶血型黄疸。黄疸出现突然,黄染明显,伴发热,背及腹痛、头痛、贫血,有血红蛋白尿或少尿、无尿、粪色加深。

2、肝细胞性黄疸:因肝细胞受损,功能下降,处理胆红素能力减小,使血中间接胆红素

增加;同时又由于直接胆红素反流至血液;及胆汁排泄不畅等使血中直接胆红素量也增加而引起黄疸。病毒性肝炎、肝癌、门脉性肝硬化患者出现此型黄疸。黄疸一般较轻,常伴乏力、食欲不振、恶心、头晕、胆区痛,可有发热、尿黄等。

3、阻塞型黄疸:由于肝内、外阻塞,胆汁淤积并反流入血而引起的黄疸。胆石症,胰头癌时出现阻塞型黄疸。黄染明显伴皮肤瘙痒、心动过缓、肝大、粪色浅或呈灰白色。

以上三型的黄疸可应用胆红素代谢功能试验来区别。

第九节 恶心与呕吐

恶心是呕吐的先兆,表现为心窝部不适,伴有头晕、流涎、脉缓、血压低等。呕吐是指胃或十二指肠内容物逆流出口腔的反射动作,呕吐有保护性作用,然过度可引起失水和酸碱平衡失调。

一、发生原因

恶心和呕吐是由于延髓呕吐中枢兴奋而引起的一系列复杂而协调的反射动作。

引起恶心呕吐的病因有中枢性呕吐;当中枢神经系有感染、血管病、肿瘤、外伤、药物中毒等时可发生。妊娠、代谢障碍、放射损害也可呈现中枢性恶性呕吐症状。而各种消化系病、心血管病、青光眼、百日咳等出现的呕吐多为反射性呕吐;当前庭发生障碍时亦可引起恶心呕吐;也有无器质性病变而出现恶性呕吐,常称为神经官能症。

二、临床表现

中枢性呕吐:常无恶心,呈喷射状、吐后不感轻松。伴剧烈头痛。

反射性呕吐:无恶心,吐后不感轻松,但胃原性恶心呕吐与进食等有关,吐后轻松,可伴腹痛、腹泻、黄疸。

前庭障碍性呕吐:与头位有关,伴眩晕、眼球震颤、面色苍白、出汗等。

神经官能症:与精神因素有关,呕吐容易、量少,一般情况好。

第十节 腹泻

腹泻是由于肠粘膜分泌增多与吸收障碍,肠蠕动过速,致使排便次数增加,粪质稀薄并含异常成分。

一、腹泻的原因:腹泻的病程超过两个月为慢性腹泻。

1、恶性腹泻:急性肠道感染,食物中毒,药物中毒,某些急性传染病,内分泌疾病,变态反应疾病等可引起急性腹泻。

2、慢性腹泻:消化系慢性感染、肿瘤,肝胆疾病,内分泌和代谢性疾病等可引起慢性腹泻。

二、临床表现

1、病程:急性腹泻起病急,且大便次数多且量大质稀,伴里急后重感,可并发热、水电解质紊乱和酸碱平衡失衡,少数病例可转为慢性。

而慢性腹泻起病缓慢,病程长,日大便次数少,可伴腹痛,也可腹泻与便秘交替,可并发维生素缺乏,营养不良,体重减轻等。

2、病史:急性腹泻多发生于秋季,多与饮食不当有关。慢性腹泻与季节和饮食关系不明显。

3、大便性状:腹泻原因不同,大便性状也不同。大便可呈水样、洗肉水样、粘液血便、脓便、果酱样、蛋清样、蛋汤样、泡沫状、米泔水样等。肉眼观大便特殊性状可直接诊断疾病。如发现米泔水样大便应高度怀疑Ⅰ号病的发生。而果酱样大便则是阿米巴痢疾的特征。

第十一节 呕血与便血

一、呕血

呕血是指患者呕吐血液。

1、发生原因:消化道溃疡是呕血的最常见原因,其次是急性胃粘膜病变和胃癌。肝硬化失偿期食道和胃底静脉曲张破裂出血致使呕血。严重的胆、胰疾病和某些血液病也可呕血。

2、临床表现

(1)症状出血量:出血量小于1000毫升,出现呕血,伴黑便、乏力、眩晕,大于1000毫升可出现休克症状。

(2)颜色与出量:出血量少,呕吐物呈深咖啡色,出血量大为鲜红色或暗红色。

(3)伴随症状:消化性溃疡呕血后胃病缓解。伴蜘蛛痣、肝掌、脾大等呕血者提示肝硬化。伴吞咽困难,消瘦常见于食道癌。

二、便血

血液从肛门排出称为便血。

1、发生原因:消化道疾患如溃疡、炎症、套叠、痔等,血液病和传染病等。

2、临床表现

(1)血便的颜色:上消化道出血,出现黑便(柏油样便)。而下消化道出血可排出暗红色便、大便与血相混或鲜血。

(2)血便量的估计:上消化道出血5毫升以上,粪便潜血阳性;60毫升以上,出现柏油样便;大量便血,可出现休克。

(3)便血原因分析:便血伴随症状如呕血、腹痛、黑急后重感、皮肤出血、休克、消瘦、腹部包块等为分析便血的原因提供有力依据。如小儿便血伴急性腹痛、呕吐和腹部包块提示肠套叠。

第十二节 血尿

血尿指新鲜尿离心后沉渣镜检,每高倍视野红细胞在3个及以上。

一、发生原因

血尿主要由泌尿系统的感染、肾小球肾炎、结石、肿瘤、外伤、畸形、药物中毒、息肉等；也可由泌尿系邻近器官的炎症或肿瘤引起；全身性疾病，如血液病、传染病、心血管病、风湿病、代谢性疾病等也会出现血尿；少数正常人站立时或运动后发生血尿。

二、临床表现

1、尿改变：血尿时，尿可呈洗肉水样、血色、血块。病变部位不同，血尿排出先后不同，可通过尿三杯试验初步判断。前段血尿示尿出血，终末血尿为膀胱颈和三角区或前列腺出血，全程血尿为肾、输尿管或膀胱弥漫出血，不排尿时尿道口滴血，病变在前列腺。

其它原因引起的尿液呈红色与血尿的鉴别，主要靠尿液沉渣镜下查找有无红细胞来判定。

2、伴随症状：血尿伴随出现的疼痛、尿急、尿频、尿痛、发热、水肿、血压升高、腹部包块和其它部位出血，与出现血尿的病因有关。如血尿伴尿急、尿频、尿痛常提示泌尿系感染。

第十三节 水肿

过多的液体积聚在组织间隙中而出现肿胀时，称为水肿。

一、水肿发生机理

无论何种病因引起的全身性或局限性水肿，其发生的主要机理为：钠和水潴留；毛细血管内静脉压升高；血浆胶体渗透压降低；毛细血管通透性增高；淋巴回流受阻。

二、水肿的原因和表现

1、全身性水肿：

当心功能不全时，水肿首先发生在身体最低部位，休息后可减轻或消失，严重者波及全身，可出现胸水、腹水、心包积液，可伴有肝大、静脉怒张等。

由肾炎引起的水肿只于晨间发生在眼睑和颜面，以后可全身水肿。常伴高血压，尿常规检查异常。

肝源性水肿发生缓慢，先见于踝部、逐向上蔓延，上肢和面部不出现水肿。

由于营养不良而致白低蛋白血症，常先有消瘦后发生从下肢开始的水肿，继而蔓延全身。

甲状腺功能低下引起的粘液性水肿出现在眼睑、颜面和下肢，呈非指陷性水肿。女性经期前或不明原因的出现在眼睑、踝部、手部轻度水肿。某些药物如糖皮质激素，引起的水肿停药后可消退。

2、局限性水肿

局部炎症，局部静脉回流受阻引起的水肿，出现在相应部位的局部水肿。丝虫病引起的淋巴回流受阻，表现为下肢象皮肿。变态反应性疾病可引起血管神经性水肿，多由于过敏所致，其特征为突发，水肿多见于面部、眼睑、口唇，水肿部苍白。

第十四节 意识障碍

意识是大脑高级功能活动的综合表现,它包括觉醒状态与精神活动。当弥漫性的大脑皮层或脑干网状结构受到损害或功能抑制时可造成意识障碍。

一、意识障碍常见的病因

- 1、颅脑疾病:包括感染、血管病、外伤、肿瘤等。
- 2、全身疾病:急性重度感染、各种中毒、内分泌和代谢障碍、循环障碍、意外伤等。

二、意识障碍的临床表现

意识障碍可突发亦可缓慢发生逐渐加重。根据意识障碍的程度可分为

- 1、嗜睡:最轻的意识障碍,持续睡眠状态,唤之可醒。
- 2、模糊:思维困难、言语不连贯、定向力障碍、反应不正确等。
- 3、昏睡:接近昏迷,对言语的反映能力尚存,但不能回答,对痛疼刺激有反应。
- 4、昏迷:严重的意识障碍,是病情危急的信号。意识完全丧失。如对疼痛刺激有反应,各种反射存在为浅昏迷。如对任何刺激无反应,各种反射消失,为深昏迷。

第二篇 体检诊断

第一章 基本检查法

学习目的和要求

掌握视诊、触诊、叩诊、听诊的基本检查方法及注意事项，
了解嗅诊的基本内容。

第一节 视诊

视诊包括全身一般视诊、局部视诊和特殊部位视诊。全身一般视诊应注意病人全身的一般情况，在开始接触病人时即全面进行。局部视诊是对病人身体的某一局部进行细致深入的观察。特殊部位的视诊是借助某些仪器帮助检查。

第二节 触诊

(一)浅部触诊 在体表进行轻柔滑动触摸或触压。适用于检查体表浅部病变，也是腹部触诊检查首先采用的手法。

(二)深部触诊 在浅部触诊的基础上以手掌或手指逐渐加压，以触摸深部，进一步了解病变部位和性质，根据目的不同分为四种。

1、深部滑行触诊法：主要用于腹部触诊，在呼气时腹肌松弛之际，以并拢的指端由腹壁逐渐向腹腔深部的脏器或包块做滑动触摸，滑动的方向应与被触脏器的长轴相垂直。

2、双手触诊法：常用左手把被检部位和脏器推向触诊的右手。

3、深压触诊法：手指由腹壁逐渐向深部按压，用以检查深部的病变部位或压痛点。压力迅速去除时病人疼痛加重，称为反跳痛。

4、冲击触诊法：用指腹以一定角度置放在腹壁相应部位，进行数次急速而有力的冲

击,当有腹腔积液时采用此法。

第三节 叩诊

一、叩诊方法

(一)间接叩诊法

(二)直接叩诊法 直接用手指或掌面叩击或拍击被检部位,适用于检查面积较大的病变。

二、叩诊音

(一)清音 正常肺部的叩诊音,提示肺组织的弹性、含气量与致密度均正常。

(二)鼓音 含有大量气体的空腔器官的叩诊音。正常情况下叩击胃肠出现鼓音。

(三)过清音 介于清音与鼓音之间,属病理性叩诊音,常见于肺气肿。

(四)浊音 叩击被少量含气组织覆盖的实质性脏器时产生。正常叩击心脏或肝脏被肺边缘遮盖的部分为浊音。

(五)实音 叩击不含气体的实质性脏器或肌肉时为实音。

第四节 听诊

一、听诊方法

(一)直接听诊法 用耳廓直接贴附病人体表的听诊部位,或在其旁直接倾听病人发出的各种声音。

(二)间接听诊法 借助于听诊器听取体内某些脏器活动时产生的声音。

二、听诊器

硬质喇叭式样听诊器目前只用于产科听胎心音。软质听诊器钟形体件对音响传导较真实,适用于听低音调声音,膜式件对高音调起共振作用,适用于听高调声音,可根据需要选用。

三、听诊注意事项

听诊宜在安静、温暖、避风的环境中进行,病人要采取舒适的体位,听诊部位要充分暴露,体件要紧贴皮肤,按一定顺序进行,注意上、下、左、右的对比。要不断提高和养成听诊的专注力。

第五节 嗅诊

嗅诊是以嗅觉来判断发自病人的气味用以诊断疾病的一种方法。这些气味可来源于病人皮肤、粘膜、口腔、呼吸道、痰液、呕吐物、排泄物、分泌物、脓液与血液等。如有机磷农药中毒者有大蒜味,肺脓肿病人的痰有恶臭味,等。