

诊断学基础

(讲义)

湖北医学院

一九七三年六月

救死扶傷
革命的人道主義

白大東

毛主席语录

领导我们事业的核心力量是中国共产党。

指导我们思想的理论基础是马克思列宁主义。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简。

指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。

调查就象“十月怀胎”，解决问题就象“一朝分娩”。调查就是解决问题。

完整病历示范

姓名：张焕发

职业：省汽车队司机

性别：男

婚姻：已婚

年龄：28岁

住址：武昌洪山路79号

籍贯：江苏无锡

入院日期：1971、2、8、8Am

民族：汉

病史记录日期：1971、2、8、10Am

成份：工人

病史陈述者：患者本人（可靠）

主诉：上腹部隐痛，反复发作已四年，一周来加剧，二时前黑便一次。

现病史：患者于四年前（67年）因经常出车，生活极不规律，不能定时进食。约半年后开始感上腹部隐隐作痛，多于进食后二小时余发生，至饭后缓解，有时半夜发作。疼痛加剧时伴有恶心、呕吐、吐出大量酸水。服“小苏打”“胃舒平”等药物或吃几块饼干可使症状缓解。四年来每逢冬春季发作较频，时间约持续半月。于69年冬曾呕吐一次咖啡渣样物，量约一饭碗（约300毫升）伴黑便三天，曾于市七医院住院二周出院。当时，因机器故障未作钡餐检查。嗣后饮食稍有不慎（如进生冷、酸辣、油炸食物）即诱发上腹部灼痛。

周前，因聚餐，饮酒进食较多，食后二小时即感上腹部呈烧灼样痛，阵发性加剧，并向腰背部脊柱两旁放射，伴有恶心、呕吐；呕吐物为食物残渣，不带血液。以后每日均感上腹部灼痛不适。曾在医务室服“胃可必舒”效不明。今晨四时突感腹痛加剧，约二时后解“柏油”样稀便一次，约半痰盂（500毫升）。伴头昏，心慌，未昏倒；但全身无力，出冷汗较多，感口干。随即来我院门诊，以“上消化道出血”收住院。患者起病后，睡眠尚好，食欲未减，尿无特殊改变。

既往史：一向健康情况尚好。

传染病史：未患过伤寒、猩红热及流行性脑脊髓膜炎，亦未患过流行性出血热，疟疾等。幼时曾患过“麻疹”，八年前患过“痢疾”当时大便日解十余次，带红白冻子，有里急后重感，经服“止痢片”一周而“愈”。四月前曾注射过“伤寒疫苗”。

系统回顾：

呼吸系统：无气喘呼吸困难史；无长期咳嗽，咳痰及咯血史；无盗汗及午后发热史；亦无胸痛史。

循环系统：无心慌心前区疼痛史；无气喘，呼吸困难的史；无经常头痛、头昏、眼花、耳鸣及关节肿痛或高血压等病史；无浮肿史。

消化系统：60年以前偶有反酸，无明显腹痛、黑便史，无腹泻、便秘及黄疸史。

泌尿生殖系统：无尿频、尿急、尿痛及血尿史；无尿失禁、尿潴留及夜尿增多史；外生殖器无肿痛及皮疹史。

造血系统：无气喘、心悸、头晕、倦怠乏力史。无鼻衄、淤斑及皮肤粘膜出血史，无肝脾肿大或全身浅层淋巴结肿大史。

内分泌及代谢障碍病史：无颈粗、多汗、怕热或畏寒软弱无力，无烦渴，多饮多尿，肌肉震颤，无性格改变史。

神经系统：无经常头昏及昏厥史；无抽筋、瘫痪及视力障碍史；无精神错乱及梦游

史。59年曾有失眠近二个月，经服中药而愈，记忆力尚好。

肌肉骨骼系统：无头颅外伤史；无骨折及关节脱臼史；无肌肉萎缩及运动障碍史；无关节疼痛及红肿史。

外伤及手术史：无任何外伤史；未接受过任何手术。

过敏史：无药物、食物或接触过敏史，无荨麻疹史。

个人史：自幼生长在江苏无锡，一岁后来汉，1965年曾到南昌学习半年，1966年曾到过上海、南京、苏州、杭州等处。无血吸虫疫水接触史。有吸烟嗜好每二天一包。偶而饮酒，任汽车司机已四年余。

婚姻及（爱人）生育史：今年元旦结婚、爱人未育。

家族史：父健在，有胃痛史。母于十年前因难产死亡。祖母及弟妹各一人均健在。家中成员均无慢性咳嗽及咯血史。亦无梅毒、癫痫、血友病、精神病、糖尿病、高血压等病史。

体格检查：体温36度（A）P102/分 R24/分 B·P90/60mmHg，发育正常，营养稍差，神志清楚，慢性病容，精神萎靡，自动体位，检查合作。

皮肤粘膜颜色：面色略苍白，无黄染及发绀。皮肤弹性尚存在，无水肿及斑痕，无色素沉着及皮下结节。

淋巴结：耳后、颌下、颈前、锁骨上腋窝及滑车上淋巴结均未肿大。两侧腹股沟淋巴结可触及，约蚕豆大小，左侧二个，右侧三个，质中等硬度，活动，无压痛。

头部：头颅大小正常，无畸形，头皮清洁无疤痕，头发量较多，色黑，有光泽。

眼：眉无脱落，无内翻倒睫，眼球无突出或震颤，结合膜不充血，巩膜无黄染，角膜不混浊。瞳孔等圆等大，边缘整齐，对光反射存在。

耳：无畸形，外耳道无分泌物，听力正常，乳头无压叩痛。

鼻：无马鞍鼻，鼻道通畅，鼻中膈无偏曲，无息肉。

口腔：唇色淡红，无发绀。粘膜无斑痕溃疡，齿龈无出血，无缺齿义齿及龋齿，舌被薄白苔，伸舌无偏斜。咽不充血，悬雍垂居中，扁桃体不肿大。

颈部：颈软，无颈静脉怒张，气管居中。甲状腺不肿大，未闻杂音。

胸部：胸廓两侧对称，无畸形隆起或凹陷，肋间隙不增宽。乳房两侧对称。

心脏：

望诊：心尖搏动在左第五肋间锁骨中线内2 Cm，搏动范围2 × 2 Cm，不弥散。

触诊：心尖搏动位置及范围同望诊，搏动有力；未触到猫喘。

叩诊：前正中线到锁骨中线距离8 Cm，心相对浊音界如图。

右		左
1.5Cm	2	2Cm
2Cm	3	3.5Cm
3Cm	4	5Cm
	5	8Cm

听诊：心音尚有力，心律规则，各瓣膜区未闻杂音，心率102/分 $P_2 > A_2$ 。

肺脏：

望诊：两侧呼吸运动对称。

触诊：两侧语言震颤等强，无摩擦感。

叩诊：肺下界及移动度如图示。

肺 脏 下 界		
右		左
6 肋 间	锁 骨 中 线	6
8 肋 间	腋 中 线	8
10 肋 间	肩 胛 线	10肋间
5 Cm	移 动 度	5 Cm

听诊：两肺呈正常肺泡呼吸音，未闻干性或湿性罗音，语音传导两侧等强。

腹部：

望诊：腹平坦，未见腹壁静脉怒张，未见包块隆起。未见肠型及蠕动波。

触诊：腹壁柔软，上腹部中线偏右有压痛，无反跳痛。肝脾均未触及，亦未触及其它包块。10胸椎右有压痛点。

叩诊：无移动性浊音或波动感。

听诊：肠鸣音稍亢进。

肛门直肠及外生殖器：阴毛分布正常，睾丸、附睾、精索、阴囊均正常，无压痛。肛门指诊未发现狭窄、包块和压痛，指套占有黑色稀便。

脊柱及四肢：脊柱无畸形，无运动障碍，无压痛及冲击痛，四肢无畸形及瘫痪，肌肉无萎缩，关节无脱臼及运动障碍。

神经反射：两侧膝反射及跟腱反射存在，克匿格氏征（一）巴彬斯基氏征（一）。

实验室检查：血：血色素9克 红血球300万/mm³

粪：潜血反应（+++）镜检蛔虫0—2/CP

小结：患者张焕发，男，28岁，因上腹部隐痛伴反酸，反复发作已四年，近七天来症状加重，今晨黑便一次。于71.2.8入院。

患者于四年前开始有经常上腹部隐痛史，痛多在饭后二小时余发生，有反酸暖气。痛时吃碱性药物及少量进食后症状可缓解。发病多在冬春季。67年有呕吐咖啡色食物残渣及解黑大便史。七天前继饮酒及暴食后上述症状加剧，解黑大便一次，自觉头昏、心慌、出汗、口干急诊入院。

检查：神志清楚，面色较苍白，呈慢性病容，巩膜无黄染。心肺无异常、腹软，上腹中部偏右有压痛，无反跳痛；肝、脾未触及、肠鸣音稍亢进。皮肤弹性存在，BP90/60mmHg，P102/分，化验血色素9克，红细胞300万，大便潜血+++，蛔虫卵0—2/CP。

初步诊断：

十二指肠球部溃疡病，合并出血。

伴发症，肠蛔虫感染。

实习医生：王晓玲

患者：张焕发，男，28岁，因上腹部隐痛不适四年，伴返酸，疼痛多于餐后二小时余发生，少量进食及服碱性药物可缓解；发病多在冬春季，67年有呕吐咖啡色食物残渣及黑便史。七天前因饮酒暴食症状加剧，今晨黑便一次，伴头昏、心慌、冷汗、口渴。

体检：BP90/60mmHg，P102/分，神清，面色略苍白。巩膜无黄染，皮肤弹性稍差。心肺无异常发现。腹软、上腹部偏右有压痛，无反跳痛，肝脾未触及。

门诊检查血：血色素9克，红细胞300万/mm

粪：潜血(++) 镜检蛔虫卵0—2/CP

根据患者以上症状及体征及有关检查属于消化系统疾患。又因患者67年有呕吐咖啡色食物残渣及黑便史。此次又因黑便入院，故考虑属上消化道出血范畴。再结合其长期周期性发作过程及规律性疼痛餐后缓解的症状，考虑以十二指肠球部溃疡并发出血可能性最大。根据大便检查，患者伴发肠蛔虫感染。

诊断依据：

1.青年，男性。

2.上腹部隐痛四年，伴返酸，发作多于餐后二时许，进食及服碱性药物可缓解，疼痛向背放射。

3.发作多于冬春季，今年2月8日因饮食不慎后加剧七天，二时前黑便一次入院。

4.BP90/60mmHg P102/分，面色苍白，呈慢性病容，上腹部偏右压痛(+)，无反跳痛。

5.血色素9克，红细胞300万，粪潜血+++，镜检蛔虫卵0—2/CP病人最后诊断须待病人腹痛缓解及粪便潜血转阴后，进一步作胃液分析及钡餐检查加以证实。

目前须与以下疾患相鉴别：

(一)慢性肥厚性胃炎：

支持点：1.上腹部隐痛多于进食后二小时余发作；

2.进食后及服碱性药物可缓解；

3.部分可伴有呕血及黑便。

不符合处：胃炎患者腹部压痛，主要为上腹弥漫性，不会偏向于右上腹，为进一步鉴别诊断还可借助胃液分析及钡餐检查，必要时胃镜检查。

(二)胃溃疡：

支持点：1.周期性上腹部疼痛四年，伴反酸；

2.疼痛有时向背部放射。

不符合点：1.本病压痛位置多为左上腹或上腹，而此病人则在右上腹；

2.胃溃疡疼痛多于进食后半小时—1小时即痛，而本病例是进食后二小时余始痛，同时进食后可缓解，符合十二指肠球部溃疡。

(三)食管溃疡病：本病罕见，多见于30—70岁男性。其胸骨下痛向背部放射，疼痛于进食后数秒即出现，且伴吞咽困难。故于本病例均不符合，可排除之。

(四)门脉性肝硬化伴食道静脉曲张破裂出血：

患者无肝病史，体检未见蜘蛛痣及肝掌，未见腹壁静脉曲张，肝脾均不肿大，故可排除。

(五)胃癌：本病多见于40—60岁，男多女少。初期无症状，晚期食欲不振，体重减轻，苍白，上腹部不适及包块或出现梗阻症状。如癌症转移则可有左锁骨淋巴结肿大。均与本病例症状不符合。

鉴于以上分析：初步诊断为十二指肠球部溃疡，合并出血。

伴发症：肠蛔虫感染。

王晓玲

绪 论

诊断学基础的定义

临床医学的任务，是正确地认识疾病并对疾病进行正确有效的预防和治疗，特别是对常见病、多发病和普遍存在的病。诊断学是认识疾病和病人健康情况的科学。诊断的过程就是认识的过程。

诊断学基础是认识疾病、对疾病进行调查研究的基本知识和方法的学科，它将基础学科的基本理论和知识与临床学科的知识有机地结合起来，从而对疾病的原因和本质以及病人的健康情况作出正确的判断。因此，它是基础与临床间的桥梁，也是完成临床医学任务的必要的知识，有关诊断学基础的知识，原则和方法不仅适用于内科，也适用于其他临床专业，它是临床医学的入门课程，也是一切临床专业学科的基础课程。

诊断学基础的内容

诊断学基础的基本组成部分，包括症状诊断学（问诊）、物理诊断学（体格检查）、实验诊断学和特殊检查诊断学。兹分别介绍如下：

（一）**症状诊断学（问诊）**：病人诉述的症状一般反映机体生理功能的改变或一定病理形态的变化，了解病人的各种症状及它们的发展全过程和影响，以及生活中其他有关事项，往往可以提示初步的正确诊断。

（二）**物理诊断学**：物理诊断是指医务工作者运用自己的感觉器官（视、触、听、嗅等）和简单的工具（如听诊器）、对病人的整体进行系统的观察，并结合病理解剖、病理生理和临床学科等的知识对疾病性质作出判断，这是对疾病进行调查研究的最基本而最重要的方法之一。

（三）**实验诊断学**：实验诊断学的内容包括利用实验室各种检验方法（如生物学、物理学、化学的）和仪器对病人的体液分泌物和排泄物以及各种生理功能（如肾、肝、肺功能等）进行检查。

（四）**特殊检查诊断学**：特殊检查包括①内窥镜诊断法，医师利用各种内窥镜，如眼底镜，耳镜、胃镜、支气管镜、乙状结肠镜、腹腔镜、膀胱镜进行检查和诊断。②放射诊断学。③同位素诊断学，④其他特殊检查法，如心电图、脑电图、超声波等。

诊断疾病的方法很多，疾病的性质各有不同，毛主席教导我们：“不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。”不同的疾病常须选用不同的诊断方法，有些疾病须用多种检查方法才能得出诊断，有的仅须用一个或二个方法就可作出诊断。某些疾病即使采用复杂的诊断方法亦难得出诊断，而另一些疾病只需依靠详细的病史和认真的系统的体格检查，就可作出正确的初步诊断，这后者（病史及体格检查）正是最基本的，最简单而有效的诊断方法，是每个临床医务工作者执行毛主席的革命医药卫生路线，面向农村所必须掌握的。

学习诊断学基础的目的

学习诊断学基础的目的，在于掌握基本的诊断方法，包括问诊（病史采取），物理诊断（体格检查）和实验室常规检查，其最终目的是运用诊断方法对病人进行调查研究，并将所得资料结合基础学科和临床学科的知识，运用辩证唯物主义的思想方法进行分析综合和推理以对疾病作出初步诊断。

学习诊断学基础的要求

- (1) 能独立进行系统的问诊，了解常见症状的发生原理和临床意义。
- (2) 初步掌握正规系统的体格检查的临床技巧，基本知识和基础理论，并能辨别正常与病理的体征和理解其临床意义。
- (3) 初步掌握一般常规化验检查，了解一般常用的实验检查方法和特殊检查方法，及其应用范围和其检查结果的临床意义。
- (4) 学会编写病历，并能对各种检查（问诊、体格检查、化验检查和特殊检查）所得资料进行分析，综合和推理，以作出初步诊断。

学习诊断学基础的方法和态度

- (1) 学习毛主席的哲学思想，加强独立思考的锻炼，提高辩证唯物主义的科学思维能力。
- (2) 要视病人如亲人，要在为人民服务中，学习为人民服务的本领。实习中要关心爱护病人，避免增加病人痛苦。
- (3) 课堂听课要仔细，抓住重点，作好笔记。
- (4) 重视实践，勤学勤练，操作要求正规系统。

目 录

緒 论

诊断学基础的定义	1
诊断学基础的内容	1
(一) 症状诊断学 (问诊)	1
(二) 物理诊断学	1
(三) 实验诊断学	1
(四) 特殊检查诊断学	1
学习诊断学基础的目的	2
学习诊断学基础的要求	2
学习诊断学基础的方法和态度	2

第一篇 症 状 学

引言	1
一、发热	1
发热的原理	1
发热时的病理生理变化	1
发热的原因	2
发热过程和热型	2
发热的诊断注意事项	4
二、疼痛	4
疼痛发生的原理和特点	4
(一) 浅表疼痛	4
(二) 深部疼痛	4
(三) 牵涉性疼痛	4
(四) 精神性疼痛	5
临床常见的几种疼痛	5
(一) 头痛	5
(二) 胸痛	5
(三) 腹痛	6
问诊应注意事项	7
三、呼吸困难	7
(一) 肺原性呼吸困难	7
(二) 心原性呼吸困难	8
(三) 中毒性呼吸困难	9

(四) 中枢性呼吸困难	9
四、水肿	9
水肿发生的原理	9
水肿的临床意义	10
(一) 心性水肿	10
(二) 肾性水肿	10
(三) 肝性水肿	11
(四) 营养不良性水肿	11
五、发绀	11
发绀的产生原理	11
发绀的原因	11
(一) 中枢性紫绀	11
(二) 外周性紫绀	12
(三) 变性血红蛋白性紫绀	12
问诊注意事项	12
六、咳嗽	12
咳嗽反射和咳嗽动作	12
问诊注意事项	12
七、咳痰	13
痰的形成	13
咳痰的原因	13
八、咯血	13
咯血的原因	13
(一) 呼吸器官疾病	13
(二) 心血管疾病	13
(三) 出血性疾病	13
注意事项	13
九、消化障碍	14
嗳气	14
胃灼热	14
反胃	14
胀气	14
消化障碍的原因	14

十、吞嚥困难	14
十一、恶心和呕吐	15
恶心	15
呕吐	15
(一) 呕吐的分类	15
(二) 呕吐物的性质	15
十二、消化道出血	15
呕血	15
(一) 原因	16
(二) 呕血与咯血的鉴别	16
便血	16
(一) 鲜血便	16
(二) 沥青样便	17
(三) 隐血	17
消化道出血检查注意事项	17
十三、腹泻	17
腹泻的发生原理和分类	17
检查注意事项	18
十四、黄疸	18
黄疸发生的原因和原理	18
(一) 溶血性黄疸	19
(二) 肝细胞性黄疸	19
(三) 阻塞性黄疸	20
检查注意事项	21
十五、泌尿排尿异常	22
多尿	22
少尿与无尿	22
夜尿症	22
尿潴留	22
尿频尿急尿痛	22
尿失禁	22
检查注意事项	23
十六、意识障碍	23
意识模糊	23
昏睡	23
昏迷	23
谵妄	23
十七、贫血	24
贫血发病原理和病因	24

贫血一般病理生理和临床表现	24
贫血的检查注意事项	25

第二篇 病史调查(问诊)

第一章 病史调查的目的意义及注意

事项

一、病史调查的目的意义	26
二、病史调查注意事项	26

第二章 病史调查的内容

一、一般项目	27
二、主诉	27
三、现病史	27
现病史内容	27
现病史要求	29
四、过去史(既往史)	29
过去史内容	29
过去史记录方法及要求	29
五、个人史	29
六、月经史	29
七、婚姻与(爱人)生育史	30
八、家族史	30

第三章 各系统疾病的问诊纲要

呼吸系统	30
循环系统	30
泌尿生殖系统	31
消化系统	31
造血系统	31
内分泌系统及代谢	31
神经系统	31

第三篇 体格检查

第一章 一般检查

一、性别	32
二、年龄	32
三、体温	32
四、脉搏与呼吸	33
五、发育与营养	33
六、意识状态	33

七、面容与表情	34	(二) 人体叩诊音的种类	46
八、体位	34	(三) 肺部叩诊的顺序和方法	46
九、步态	34	(四) 正常肺部叩诊音	47
十、皮肤及粘膜	34	(五) 肺部叩诊音异常改变及其临床意义	47
十一、淋巴结	35	1、肺下界位置的改变	47
第二章 头部	36	2、肺部叩诊音的改变	47
头颅	36	(1) 浊音或实音	47
颜面	36	(2) 鼓音	47
眼、耳、鼻、口腔	36	(3) 过清音	47
第三章 颈部	37	听诊	48
一、颈部导常形态	37	(一) 听诊注意事项	48
二、颈部血管	37	(二) 正常呼吸音的种类与特点	48
三、甲状腺肿大	38	1、肺泡呼吸音	48
四、气管	38	2、支气管性呼吸音	48
第四章 胸部	38	3、支气管肺泡呼吸音	49
一、胸廓表面标志与分区	38	(三) 肺部呼吸音异常改变及其临床意义	49
(一) 骨骼标志	38	1、肺泡呼吸音的减弱或消失	49
(二) 常用胸部标志线	39	2、病理性支气管呼吸音及支气管肺泡呼吸音	49
(三) 胸部分区	40	(四) 罗音	49
(四) 肺叶在胸壁上的投影	41	干性罗音	50
二、胸廓形态	42	1、发生原理	50
(一) 正常胸廓形态	42	2、种类	50
(二) 常见异常胸廓	42	3、特征	50
三、肺部检查	43	4、临床意义	50
视诊	43	湿性罗音	50
(一) 呼吸类型	43	1、发生原理	50
(二) 呼吸频率	43	2、种类	50
(三) 呼吸节律和深度	43	3、临床意义	50
触诊	44	捻发音	50
(一) 气管的位置	44	(五) 胸膜摩擦音	51
(二) 胸廓呼吸运动	44	四、心脏检查	51
(三) 胸部压痛	44	视诊	51
(四) 语音震颤	44	(一) 心前区隆起	51
(五) 胸膜摩擦感	45	(二) 心尖搏动	51
(六) 皮下捻发感	45		
叩诊	45		
(一) 叩诊法 (指指叩诊)	45		

84	1、正常心尖搏动	51
84	2、心尖搏动强弱的改变	51
71	3、心尖搏动位置的改变	52
	触诊	52
71	(一) 心尖搏动	52
71	(二) 震颤	52
71	叩诊	53
72	(一) 心脏叩诊的方法	53
71	(二) 心脏浊音界与正常心界	53
74	(三) 心脏浊音的变化及其意义	54
84	听诊	55
	(一) 心脏听诊的部位	55
84	(二) 正常心音	56
84	1、心音产生的原理	56
84	2、第一心音与第二心音的特点及辨别方法	56
84	(三) 心音的变化	56
84	1、心音强度的变化	56
	2、心音分裂	57
84	(四) 心音的附加音	57
	1、奔马律	58
84	2、二尖瓣开放性拍击音	58
84	(五) 心脏杂音	58
84	1、心脏杂音产生的原理	58
84	2、心脏杂音分析要点	59
84	3、杂音的分类	61
84	4、临床常见杂音	62
84	(六) 心包摩擦音	64
84	(七) 心率	64
84	1、正常心率	64
84	2、常见异常心率	64
84	(八) 节律(心律)	65
84	1、正常节律	65
84	2、常见心律不齐	65
84	(1) 窦性心律不齐	65
84	(2) 过早搏动(期外收缩)	65
84	(3) 心房纤维性颤动	65

144	附：血管的检查	66
144	视诊	66
144	1、动脉 2、静脉 3、毛细血管	66
144	触诊	66
144	1、脉搏检查的方法和部位	66
144	2、脉搏检查时应观察事项	66
144	听诊	68
144	1、正常动脉音	68
144	2、病理性动脉音	68
144	动脉压的测定	69
144	静脉压的测定	69
144	中心静脉压测定方法	70
	第五章 腹部	71
	一、腹部分区	71
	二、望诊	72
84	(一) 腹部外形	72
84	(二) 腹部呼吸运动	72
84	(三) 腹部皮肤状态	72
84	(四) 胃肠蠕动波	72
84	三、触诊	73
84	触诊注意事项	73
84	触诊的方法	73
84	(一) 浅部触诊法	73
84	(二) 深部触诊法	73
84	腹部触诊内容	73
84	(一) 腹壁的紧张度	73
84	(二) 压痛与反跳痛	73
84	(三) 肿块	73
84	(四) 正常腹部可能触及的脏器	74
84	胃的触诊	74
84	肠的触诊	74
84	肝脏的触诊	74
84	脾脏的触诊	74
84	胆囊的检查	75
84	肾脏的触诊	75
84	腹水的触诊	76

四、叩诊.....	76
腹水的叩诊.....	76
肝脏的叩诊.....	76
脾的叩诊.....	76
肾脏的叩去痛.....	77
五、听诊（肠鸣音的听诊）.....	77
六、腹部常见疾病综合征.....	77
（一）门静脉高压综合征.....	77
（二）急性兰尾炎综合体征.....	78
第六章 肛门和直肠	78
望诊.....	78
直肠指诊.....	78
第七章 脊柱四肢和关节	79
一、脊柱.....	79
二、四肢.....	79
三、关节.....	80
第八章 神经反射	80
浅层反射.....	80
深层反射.....	81
病理反射.....	83
病理反应.....	84

第四篇 实验室检查

第一章 血液的检查	85
一、血液的采取.....	85
二、血液常规检查.....	85
（一）血红蛋白测定.....	85
（二）红细胞计数.....	85
（三）白细胞计数.....	86
三血小板计数.....	88
四、出血与凝血时间测定.....	88
五、网织红细胞计数.....	89
六、红细胞沉降率测定.....	90
七、血液寄生虫检查.....	90
（一）疟原虫.....	90
（二）血中微丝蚴检查.....	91
八、血型鉴定及血型交叉.....	91

（一）血型鉴定.....	91
（二）血交叉配合试验.....	91

第二章 尿液肾功能的检查.....92

一、尿液检查.....	92
一带性状检查.....	92
（一）尿量.....	92
（二）颜色.....	92
（三）透明度.....	92
尿液的化学检查.....	92
（一）酸碱反应.....	92
（二）尿蛋白定性试验.....	93
（三）尿糖定性试验.....	93
（四）尿中胆红素.....	94
尿沉渣显微镜检查.....	94
（一）检查方法.....	94
（二）尿沉渣中有形成分的形态和临床意义.....	94
二、肾功能检查.....	95
（一）稀释浓缩试验.....	95
（二）酚红试验.....	96
（三）血内非蛋白氮测定.....	96
（四）血浆二氧化碳结合力测定.....	96

第三章 类便检查.....97

一、常规检查.....	97
（一）一般性状.....	97
（二）显微镜检查.....	97
二、化学检查.....	98
三、细菌学检查.....	98

第四章 胃液、十二指肠液引流液检查

及其临床意义.....	98
一、胃液检查.....	98
二、十二指肠引流液检查.....	99

第五章 常用肝功能试验及其临床意义.....99

一、胆红素代谢试验.....	99
----------------	----

第一篇 症状学

引言

疾病对病人所引起的主观不舒适和不正常的感觉，或某些较明显的病态改变，称之为**症状**。症状是疾病病理生理的反映和病理形态改变的表现。病人往往是由于症状的出现才来就医。临床医师对病人诉述的症状进行分析研究，是由表及里，从现象到本质以认识疾病的重要步骤之一。

症状学是研究分析症状的发生原理、发展变化、临床表现和临床意义的学科，是诊断学基础的一个重要组成部分。本篇介绍了各个系统疾病常见的几个症状，临床医师应当熟悉它们的临床表现、发生原理、临床意义和诊断过程中应注意事项。

一 发 热

正常人体的温度，在体温中枢的控制下，保持相对恒定。一般口腔舌下温度为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，直肠温度较口腔约高 $0.3\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ ，腋下温度较口腔温度约低 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。正常体温因受多种因素的影响而略有波动；一般清晨体温最低，下午较高，早晚差别可达 1°C 。当体温调节的功能发生障碍致体温高于正常范围时，称为发热。

发热的原理

正常人之所以能保持相对恒定的体温，有赖于机体热能的产生和散发之间的平衡。机体的产热主要来自肝脏和肌肉组织中物质代谢过程。即由各种营养物质（糖、脂肪、蛋白质）的氧化分解而释放热能。散热主要是依靠皮肤的辐射、传导、对流和水分的蒸发（如出汗、呼气等），少量随尿和粪的排泄而散失。

发热时体温之所以会升高，一般认为是由于致热物质（异性蛋白和组织破坏的分解产物）作用于人体，首先作用于局部组织的神经感受器，反射性的使体温调节中枢的机能发生改变，同时致热物质可以随血流到中枢，直接使体温调节中枢的机能发生改变，此时体温调节中枢发出的冲动，经交感神经引起皮肤血管收缩和血流减少，散热因而减少；经运动神经引起骨骼肌收缩和紧张度增高，产热因而增多。由于产热多于散热，体温乃有上升。

发热时的病理生理变化：

发热时伴有以下的病理生理改变

1. 新陈代谢方面：发热时氧化作用增强，氧的消耗增多，基础代谢率也增高；体温每升高 1°C ，可使基础代谢率增高13%左右。
2. 水和电解质代谢方面：机体以增加排汗来放散过高的体温，因此发热时，大量出汗可导改大量水分和电解质的丢失。此外由于呼吸速度加快，也使从呼吸道排出的水分增加。
3. 心血管方面：由于交感神经兴奋性增高，及温热血流对心脏的直接刺激，引起心跳

加快。通常体温每升高 1°C ，心率每分钟大约增加10次。退热时，由于副交感神经的兴奋性增高，故心率减慢，血管舒张，大量出汗及排尿，有时可致血压下降。

4.消化系统方面：发热时唾液、胃液、肠液、胆汁等的分泌减少，消化能力减低，消化道运动迟缓，可出现食欲减退，腹胀或便秘等。

5.中枢神经系统方面：高热可引起中枢神经系统的功能紊乱，发生过度兴奋或抑制，临床可表现为谵妄、昏睡、昏迷和惊厥等症状。这些症状在幼儿尤易发生。

发热的病因

临床上通常将发热的原因分为传染性及非传染性两大类，其中以传染性发热最为常见。

(一) 传染性发热：由各种原虫（疟原虫）、细菌（如结核杆菌、伤寒杆菌、各种化脓菌）、病毒（如流感、麻疹病毒）、立克次氏体（斑疹伤寒）所引起的疾病常有发热。

(二) 非传染性发热：

1. 主要因组织损伤而致发热的疾病：如严重的外伤，烧伤，较大的外科手术，恶性肿瘤、白血病、脏器的梗死、内出血等。

2. 过敏性疾病：如血清病、结缔组织疾病和药物过敏等。

3. 中枢性发热：如颅内肿瘤、脑溢血和中暑等。

4. 代谢亢进：甲状腺机能亢进、癫痫等。

发热过程和热型

发热的过程一般可分为三个阶段，在不同疾病中，每个阶段的热型有所不同，临床医师可以参考热型对疾病进行鉴别诊断。

(一) 体温上升期：

1. 骤发型：体温在数小时内迅速上升，常伴有寒战，见于疟疾、大叶性肺炎、斑疹伤寒等。

2. 缓发型：体温在数日之内逐渐上升，见于伤寒、结核病等。

(二) 高热持续期：发热可持续数小时或数日，甚至数周。此期常见的热型有以下四型：

1. 稽留热：高热持续于 39°C 以上，达数日或数周之久，每日体温波动在 1°C 以内，见于伤寒、斑疹伤寒、大叶性肺炎等病。

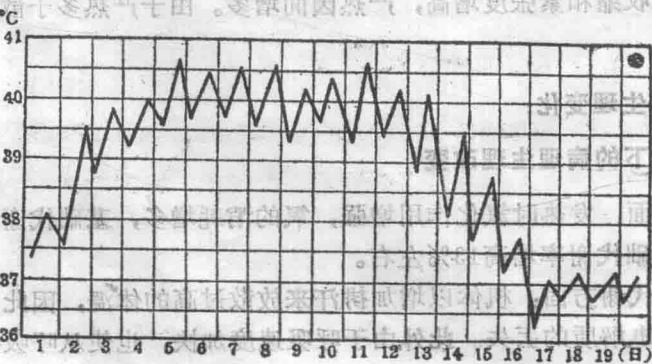


图1-1 高热稽留热