

中等卫生职业技术学校教材



诊断学基础

(供乡村医士专业用)

湖南科学技术出版社

中等卫生职业技术学校教材

诊断学基础

(供乡村医士专业用)

主编：宁资闾

编者：王超然 宁资闾 邓德容

主审：陈健雄

湖南科学技术出版社

中等卫生职业技术学校教材

诊断学基础

(供乡村医士专业用)

主 编：宁资圃

责任编辑：石 洪

*

湖南科学技术出版社出版发行

(长沙市展览馆路8号)

湖南省新华书店经销 湖南省新华印刷二厂印刷

*

1988年7月第1版第1次印刷

开本：787×1092毫米 1/16 印张：23.5 插页：1 字数：550,000

印数：1—20,200

ISBN 7—5357—0366—6

R·76 定价：5.90元

地科88—5

《中等卫生职业技术学校教材》编委会

主任委员 顾英奇

副主任委员 陈 璋

编 委 (按姓氏笔画为序)

方克家 王翔朴 叶雨文 龙沛之 卢永德 刘友斌 朱 杰

吴丽贞 余浣珍 李学渊 杨永宗 金庆达 周衍椒 陈建雄

许雪娥 易有年 苏先狮 赵尚久 张悟澄 唐先魁 康 平

游孟高 傅敏庄 彭泽南 韩建生 盛昆岚 董来炜 熊声忠

编委会办公室主任 吴丽贞 (兼)

副主任 唐起伦

出版说明

在卫生部和各级地方政府的关怀和支持下,中等卫生职业技术学校乡村医士专业已在全国部分县、市创办,以打通人才通向农村的路子,加强农村卫生队伍的建设。为提供系统而实用的教材,湖南省政府、省卫生厅和湖南科学技术出版社联合组织编写出版《中等卫生职业技术学校教材》共十五种,包括政治常识、医用基础化学、生物化学与生理学、解剖学与组织胚胎学、医学微生物学与人体寄生虫学、病理学、药理学、诊断学基础、中医学、内科学、流行病学与传染病学、外科学(含皮肤病学)、五官科学、妇女儿童保健学、卫生学等。计划至一九八九年陆续出齐,向全国发行,供三年制乡村医士专业使用,亦可兼作基层卫生人员的自学参考。

本教材是在保持医学科学系统性、完整性的基础上,突出农村、城镇基层的实际需要和防病治病特点。其内容分配和中专医士教材相当,但注重实用性,兼顾先进性,并力求在理论上深入浅出,文字上通俗易懂,同时注意现场急救和应变能力的培养,旨在造就能防能治、独当一面而又具有八十年代医学知识水平的新型乡村医士。

本教材以湖南中等卫生学校讲师以上教师为主主编,江苏、广东、吉林等省参加协编;由湖南医学院等三所高等院校的专家、教授主审;并邀请鄂、苏、浙、鲁等近十个省市有丰富教学和临床经验的教师审稿,他们中的多数均为全国统编中专教材的主编;同时亦广泛征求了乡村医生和基层医务人员的意见。目的在于保证书稿内容的科学、实用和全面。

为加强对教材编写工作的领导并提高书稿质量,本教材组织了编写委员会,由卫生部顾英奇副部长担任主任委员。

为了便于卫生职校老师安排教学进度并熟悉课程内容,本教材后均附有教学大纲。但教材建设是一项长期而艰巨的工作,中等卫生职业技术教育在我国刚刚兴起,编写适合乡村医士专业的系列教材亦属初次尝试。因此,书中不可避免地还有一些不足之处,诸如内容详略是否恰当,大纲安排是否合理,理论技能是否全面,等等,都有待于广大职校师生、本书读者以及专家们的批评指正,以便不断修订完善。

需要说明的是,本教材有关剂量单位均采用国际单位制和我国剂量法的新规定,但为方便学生参考原来出版各类书刊,因此,又同时列出旧制与国际单位制的对比及其换算方法。

前 言

本教材是根据湖南省政府《关于改革和加强农村卫生工作的决定》中关于“要组织力量制订和编写一套适合农村需要的教材”的精神，在省卫生厅科教处的组织领导下编写的。主要供中等卫生职业技术学校招收初中毕业、学制三年的“乡村医士”专业的学生使用。也可供农村、厂矿等基层医务人员自学参考之用。

本书在内容分配上基本与中专教材相当，但突出实用性，同时注意先进性和全面性。为使本教材符合乡村医士的实际需要，在编写过程中，我们对每个章节的深广度进行了取舍。故本书重点论述了诊断疾病的基本理论、基本知识和基本技能，如病史资料的收集、体格检查、三大常规化验、病历的编写、临床常用诊疗技术及危重症的护理常规等，这些是乡村医士必须掌握的基本功，书中作了系统、全面且详细的叙述。对已逐步向基层医疗单位普及的X线诊断、心电图检查也比较详细地进行了阐述。有关超声诊断、脑电图、放射性核素检查、基础代谢率测定、内窥镜检查及有关化验检查等现代诊断技术则作了扼要的介绍，以便乡村医士了解并掌握转院条件，会看检查报告。此外，因乡村医士工作条件限制，且独当一面，必须医护兼顾，故本书编入了常用的护理知识。

为照顾自学的需要，全书文字叙述力求简明扼要，语言通俗易懂，内容由浅入深，循序渐进，以培养学生独立思考、分析问题和解决问题的能力。书中每章后附有复习思考题，便于老师布置作业和自学复习。书末附有实习指导和教学大纲。

本书在审定稿中，邀请了湘潭市卫生学校杨善彦副主任医师，衡阳医学院阮琬玉副教授和丁翠芬副教授等详细审阅，承蒙他们提出了许多宝贵的修改意见和建议，使本书的编写质量和适用性得以提高。本书在编写和审定稿过程中，一直得到湖南省卫生厅和衡阳市卫生局各位领导的指导、支持和鼓励，在此谨表诚挚的谢意。宁小可同志为本书绘制了全部插图，亦在此致谢。

由于我们的水平有限，经验不足，加之时间紧迫，未能广泛征求意见，书中一定有不少缺点和错误，敬请使用本书的教师、同学和读者批评指正，以便今后使本教材进一步修改和提高。

编 者

1987.6.1.

目 录

绪 论

第一篇 常见症状

第一节 发热.....(3)	第八节 发绀.....(18)
第二节 疼痛.....(6)	第九节 恶心与呕吐.....(20)
一、头痛.....(6)	第十节 吞咽困难.....(21)
二、胸痛.....(8)	第十一节 腹泻.....(22)
三、腹痛.....(9)	第十二节 便秘.....(23)
四、腰背痛.....(11)	第十三节 呕血.....(24)
五、肌肉关节痛.....(11)	第十四节 便血.....(26)
第三节 水肿.....(12)	第十五节 黄疸.....(27)
第四节 呼吸困难.....(14)	第十六节 排尿异常.....(31)
第五节 咳嗽与咳痰.....(16)	第十七节 血尿.....(32)
第六节 咯血.....(17)	第十八节 昏迷.....(33)
第七节 心悸.....(18)	

第二篇 问 诊

一、问诊的重要意义.....(35)	三、问诊的内容.....(36)
二、问诊的方法及注意事项.....(35)	四、系统回顾问诊提要.....(37)

第三篇 体格检查

第一章 基本检查方法.....(40)	七、发育.....(48)
第一节 望诊.....(40)	八、营养.....(49)
第二节 触诊.....(40)	九、意识状态.....(49)
第三节 叩诊.....(41)	十、面容与表情.....(50)
第四节 听诊.....(42)	十一、体位.....(51)
第五节 嗅诊.....(43)	十二、姿势.....(52)
第二章 一般检查.....(44)	十三、步态.....(52)
第一节 全身状态检查.....(44)	第二节 皮肤.....(53)
一、性别.....(44)	(一) 颜色.....(53)
二、年龄.....(44)	(二) 湿度与出汗.....(53)
三、体温.....(44)	(三) 弹性.....(53)
四、呼吸.....(45)	(四) 皮疹.....(53)
五、脉搏.....(46)	(五) 皮肤脱屑.....(54)
六、血压.....(47)	(六) 出血与紫癜.....(54)

(七) 蜘蛛痣	(54)	一、肺实变	(77)
(八) 水肿	(54)	二、肺气肿	(77)
(九) 瘢痕与皮纹	(55)	三、胸腔积液	(77)
(十) 毛发	(55)	四、气胸	(78)
第三节 淋巴结	(55)	五、胸膜增厚与粘连	(78)
第三章 头部	(57)	第五节 心脏	(79)
一、头颅	(57)	一、望诊	(79)
二、头部器官	(57)	(一) 心前区隆起	(79)
(一) 眼	(57)	(二) 心尖搏动	(79)
(二) 耳	(59)	(三) 心前区其他部位的搏动	(80)
(三) 鼻	(60)	二、触诊	(80)
(四) 口腔	(60)	(一) 心前区搏动	(80)
第四章 颈部	(63)	(二) 震颤	(80)
一、颈部外形与活动情况	(63)	(三) 心包摩擦感	(80)
二、甲状腺	(63)	三、叩诊	(81)
三、颈部血管	(64)	(一) 心脏浊音界	(81)
四、气管位置	(64)	(二) 正常心界	(81)
第五章 胸部	(65)	(三) 心脏的各部组成	(81)
第一节 胸部的体表标志	(65)	(四) 心脏浊音界的改变	(82)
第二节 胸廓、胸壁与乳房	(67)	四、听诊	(83)
一、胸廓	(67)	(一) 心脏听诊部位	(83)
二、胸壁	(68)	(二) 心脏听诊的顺序	(83)
三、乳房	(68)	(三) 听诊内容	(84)
第三节 肺和胸膜	(69)	第六节 血管	(96)
一、望诊	(69)	(一) 颈动脉搏动及颈静脉怒张	(96)
(一) 呼吸类型	(69)	(二) 毛细血管搏动	(96)
(二) 呼吸频率、节律及深度	(70)	(三) 动脉枪击音	(96)
(三) 呼吸运动度	(70)	(四) 杜罗济埃双重杂音	(97)
二、触诊	(70)	(五) 局部收缩期杂音	(97)
(一) 呼吸运动	(70)	(六) 脉搏与血压的检查	(97)
(二) 语音震颤	(70)	第七节 循环系统常见病变的主要症状	(97)
三、叩诊	(71)	与体征	(97)
(一) 叩诊注意事项	(71)	一、二尖瓣狭窄	(97)
(二) 正常肺部叩诊音	(71)	二、二尖瓣关闭不全	(97)
(三) 肺界叩诊	(71)	三、主动脉瓣关闭不全	(98)
(四) 肺部病理性叩诊音	(72)	四、心包积液	(98)
四、听诊	(72)	五、心功能不全	(98)
(一) 正常呼吸音	(72)	第六章 腹部	(101)
(二) 病理性呼吸音	(73)	第一节 腹部体表标志及分区	(101)
(三) 罗音	(74)	(一) 腹部范围	(101)
(四) 语音传导	(76)	(二) 体表标志	(101)
(五) 胸膜摩擦音	(76)	(三) 腹部分区	(102)
第四节 呼吸系统常见病变的主要症状	(77)	第二节 望诊	(104)
与体征	(77)		

一、腹部外形.....	(104)	第一节 男性生殖器.....	(119)
二、呼吸运动.....	(104)	一、阴茎.....	(119)
三、腹壁静脉曲张.....	(104)	二、阴囊.....	(119)
四、蠕动波.....	(105)	三、前列腺.....	(120)
五、腹部皮肤.....	(105)	四、精囊.....	(120)
六、上腹部搏动.....	(106)	第二节 女性生殖器.....	(120)
第三节 触诊.....	(106)	(一) 女性外生殖器.....	(120)
一、腹壁紧张度.....	(106)	(二) 女性内生殖器.....	(120)
二、压痛与反跳痛.....	(106)	第三节 肛门与直肠.....	(121)
三、腹部肿块.....	(107)	第八章 脊柱及四肢.....	(122)
四、波动感.....	(107)	第一节 脊柱.....	(122)
五、肝脏触诊.....	(108)	一、脊柱弯曲度.....	(122)
六、胆囊触诊.....	(109)	二、脊柱活动度.....	(123)
七、脾脏触诊.....	(109)	三、脊椎压痛与叩击痛.....	(123)
八、肾脏触诊.....	(110)	第二节 四肢.....	(123)
九、膀胱触诊.....	(111)	一、形态异常.....	(123)
十、胰腺触诊.....	(111)	二、运动功能障碍.....	(125)
十一、正常腹部可触到的其他脏器.....	(111)	第九章 神经系统.....	(126)
第四节 叩诊.....	(112)	第一节 颅神经.....	(127)
(一) 腹部正常叩诊音.....	(112)	一、嗅神经.....	(127)
(二) 肝脏叩诊.....	(112)	二、视神经.....	(127)
(三) 脾脏叩诊.....	(112)	三、动眼神经(III)、滑车神经(IV)及外展神经(VI).....	(128)
(四) 胃泡鼓音区.....	(112)	四、三叉神经.....	(129)
(五) 肾脏叩诊.....	(112)	五、面神经.....	(130)
(六) 膀胱叩诊.....	(112)	六、听神经.....	(130)
(七) 腹水的叩诊.....	(113)	七、舌咽神经与迷走神经.....	(131)
第五节 听诊.....	(113)	八、副神经.....	(131)
(一) 肠鸣音.....	(113)	九、舌下神经.....	(131)
(二) 震水音.....	(114)	第二节 感觉功能.....	(132)
(三) 心血管音.....	(114)	一、检查方法.....	(132)
(四) 摩擦音.....	(114)	二、临床意义.....	(132)
(五) 搔弹音.....	(114)	第三节 运动功能.....	(136)
第六节 腹部常见病变的主要症状与体征.....	(114)	一、检查方法.....	(136)
一、胃、十二指肠溃疡.....	(114)	二、临床意义.....	(137)
二、门静脉性肝硬化.....	(115)	第四节 神经反射.....	(139)
三、急性胆囊炎.....	(116)	一、生理反射.....	(139)
四、急性胰腺炎.....	(116)	二、病理反射.....	(141)
五、急性阑尾炎.....	(116)	第五节 植物神经.....	(143)
六、肠梗阻.....	(116)	第六节 神经系统不同部位病变.....	(144)
七、急性腹膜炎.....	(117)	一、周围神经病变.....	(144)
八、腹部肿块.....	(117)	二、脊髓病变.....	(144)
第七章 生殖器、肛门、直肠.....	(119)	三、脑干病变.....	(145)
		四、大脑半球损伤.....	(145)

五、脑膜病变.....(145)

六、颅内压增高与脑疝.....(145)

第四篇 器械检查

第一章 X线检查.....(146)

第一节 X线检查的基本知识.....(146)

一、X线产生的基本原理.....(146)

二、X线的特性.....(146)

三、X线诊断的应用原理.....(147)

四、X线检查方法.....(147)

第二节 正常胸部X线表现.....(148)

第三节 呼吸系统病变的基本X线表现
.....(150)

一、肺部病变.....(150)

二、肺门的改变.....(151)

三、支气管改变.....(152)

四、胸膜病变.....(152)

第四节 呼吸系统常见疾病的X线表现
.....(153)

一、大叶性肺炎.....(153)

二、支气管肺炎.....(154)

三、支原体肺炎.....(154)

四、肺脓肿.....(154)

五、肺结核.....(155)

六、肺肿瘤.....(156)

七、纵隔原发性肿瘤.....(157)

八、支气管疾病.....(158)

第五节 循环系统X线检查.....(159)

一、心脏大血管的正常X线表现.....(159)

二、心脏大血管病变的基本X线表现
.....(160)

三、循环系统常见疾病的X线表现
.....(163)

(一) 风湿性心脏病.....(163)

(二) 慢性肺原性心脏病.....(164)

(三) 高血压性心脏病.....(165)

(四) 心包积液.....(165)

第六节 消化系统X线表现.....(165)

一、消化道的正常X线表现.....(165)

二、消化道常见疾病的X线表现.....(167)

(一) 食道静脉曲张.....(167)

(二) 食管癌.....(167)

(三) 胃溃疡.....(167)

(四) 十二指肠溃疡.....(168)

(五) 胃癌.....(168)

(六) 肠结核.....(169)

(七) 结肠癌.....(170)

(八) 肠梗阻.....(170)

(九) 肠套叠.....(171)

第七节 泌尿系统X线检查.....(171)

一、泌尿系统的正常X线表现.....(171)

二、泌尿系统常见疾病的X线表现
.....(172)

(一) 泌尿道结石.....(172)

(二) 泌尿道结核.....(173)

(三) 泌尿道肿瘤.....(173)

第八节 骨与关节X线表现.....(174)

一、骨与关节的正常X线表现.....(174)

二、常见骨关节疾病X线表现.....(175)

(一) 骨折.....(175)

(二) 关节脱位.....(176)

(三) 骨关节结核.....(176)

(四) 骨与关节的化脓性感染.....(176)

(五) 骨肿瘤.....(177)

第二章 心电图检查.....(179)

第一节 心电图基本知识.....(179)

一、心电图的产生原理.....(179)

二、心电图导联.....(184)

三、心电向量环与心电图波形的关系
.....(185)

四、心电轴.....(187)

第二节 正常心电图.....(190)

一、正常心电图各波、波段的意义和
名称.....(190)

二、心电图的测量.....(190)

三、正常心电图各波的分析.....(193)

第三节 心电图的临床应用.....(195)

一、心室与心房肥大.....(195)

二、心包炎与心肌炎.....(198)

三、药物与电解质紊乱对心电图的影
响.....(201)

四、冠状动脉供血不足.....(203)

五、心肌梗塞.....(204)

六、心律失常.....(205)

第三章 超声检查.....(224)

第一节 超声诊断的基本知识.....(224)

一、超声波的物理特性	(224)
二、超声诊断的基础	(226)
第二节 超声诊断法种类	(229)
(一) 超声示波法 (A型)	(229)
(二) 超声显象法 (B型或BP型)	(229)
(三) 超声光点扫描法 (M型)	(229)
(四) 超声多普勒诊断法 (D型)	(229)
第三节 A型超声的临床应用	(230)
一、肝脏的超声诊断	(230)
二、胆囊的超声诊断	(231)
三、脾脏的超声诊断	(232)
四、肾脏的超声诊断	(232)
五、腹部肿块的超声诊断	(232)
六、颅脑的超声诊断	(232)
第四节 B型超声的临床应用	(233)
一、上腹部的超声诊断	(233)
二、妇产科的超声诊断	(235)
第五节 超声心动图	(236)
一、正常超声心动图	(236)
二、超声心动图的临床应用	(238)

三、心脏超声造影	(240)
第四章 脑电图	(241)
一、描记技术及注意事项	(241)
二、脑电图各波的命名	(242)
三、正常脑电图	(242)
四、成人异常脑电图	(243)
五、脑电图的临床应用	(243)
第五章 放射性核素检查	(246)
一、脏器功能检查	(246)
(一) 甲状腺吸 ¹³¹ 碘率测定	(246)
(二) 邻 ¹³¹ 碘马尿酸钠肾图	(247)
二、脏器显影	(250)
(一) 甲状腺扫描	(250)
(二) 肝脏扫描	(250)
(三) 其他器官的扫描	(252)
第六章 基础代谢率测定	(253)
一、方法与注意事项	(253)
二、临床意义	(254)
第七章 内窥镜检查	(255)
一、纤维胃镜检查术	(255)
二、纤维结肠镜检查术	(256)
三、直肠镜及乙状结肠镜检查术	(257)

第五篇 实验诊断

第一章 血液检查	(260)
第一节 血红蛋白测定及红细胞计数	(260)
一、血红蛋白测定	(260)
二、红细胞计数	(261)
第二节 白细胞计数和白细胞分类计数	(263)
一、白细胞计数	(263)
二、白细胞分类计数	(264)
第三节 出血性疾病的检查	(265)
一、血小板计数	(265)
二、出血时间测定	(265)
三、凝血时间测定	(266)
四、血块退缩试验	(266)
五、血浆凝血酶原时间测定	(266)
六、毛细血管脆性试验	(266)
第四节 红细胞沉降率 (ESR) 测定	(267)
第五节 骨髓细胞检查的临床意义	(267)
第六节 血型鉴定与交叉配合试验	(270)
第二章 尿液检查	(272)

第一节 标本的收集与保存	(272)
第二节 尿常规检查	(272)
一、一般性状检查	(272)
二、化学检查	(272)
三、显微镜检查	(274)
第三节 尿液的其他检查	(277)
一、尿三胆试验	(277)
二、尿酮体定性试验	(278)
第三章 粪便检查	(279)
一、标本采集	(279)
二、粪便常规检查	(279)
三、粪便化学检查	(280)
第四章 痰液检查	(282)
一、标本采集	(282)
二、一般检查	(282)
三、显微镜检查	(282)
第五章 胃液及十二指肠引流液检查	(283)
一、胃液检查	(283)
二、十二指肠引流液检查	(284)
第六章 浆膜腔穿刺液检查	(286)

一、概述	(286)
二、一般实验检查	(286)
第七章 脑脊液检查	(287)
一、概述	(287)
二、一般实验检查	(287)
第八章 肝功能检查	(289)
一、胆红素代谢试验的临床意义	(289)
二、蛋白质代谢功能试验的临床意义	(290)
三、磺溴酞钠排泄试验(简称BSP)的临床意义	(290)
四、血清酶检查的临床意义	(291)

五、肝功能检查的选择和应用	(291)
第九章 肾功能检查	(293)
一、浓缩与稀释试验	(293)
二、酚红排泄试验(PSP)	(293)
三、血浆非蛋白氮(NPN)和尿素氮(BUN)的测定	(294)
四、血浆二氧化碳结合力(CO ₂ CP)	(294)
五、应用肾功能检查的注意事项	(294)
第十章 免疫学检查的临床意义	(295)
第十一章 其他常用化验检查	(297)

第六篇 病历编写

一、病历的重要意义	(299)	四、住院期间的其他记录	(301)
二、病历编写的方法及注意事项	(299)	五、病历编写示例	(301)
三、病历的格式及内容	(299)		

附篇 临床常用诊疗技术及护理

第一章 常用物品的消毒灭菌法与无菌技术	(305)	二、腹腔穿刺术	(324)
一、常用物品的消毒灭菌法	(305)	三、肝穿刺抽脓术	(325)
二、无菌技术	(306)	四、腰椎穿刺术	(325)
第二章 注射技术	(308)	五、心包穿刺术	(326)
一、注射物品的准备	(308)	六、骨髓穿刺术	(327)
二、注射原则	(308)	第六章 常用急救术	(328)
三、常用注射法	(309)	一、氧气吸入法	(329)
第三章 静脉输液与输血术	(313)	二、人工呼吸法	(330)
一、静脉输液术	(313)	三、胸外心脏按压术	(333)
二、静脉输血术	(315)	四、股动脉穿刺术	(334)
第四章 插管术	(318)	五、双囊三腔管压迫止血术	(334)
一、插管洗胃术	(318)	第七章 常见急重症护理	(335)
二、鼻饲术	(318)	一、高热的护理	(335)
三、胃液采取术	(319)	二、昏迷的护理	(335)
四、十二指肠引流术	(320)	三、大咯血的护理	(336)
五、灌肠术	(320)	四、上消化道大出血的护理	(337)
六、导尿术	(321)	五、瘫痪的护理	(337)
第五章 常用穿刺术	(323)	诊断学基础实习指导	(338)
一、胸腔穿刺术	(323)	诊断学基础教学大纲	(354)

绪 论

诊断学基础是论述诊断疾病的基本理论和方 法的一门学科,也是沟通基础医学和临床 医学的桥梁。其基本原则就是研究症状、 体征发生的规律与机理及建立诊断的思维程 序。医生在临床工作中,通过诊察和各种检 查方法,了解疾病发生、发展过程中出现的 病理状态、功能变化和机体的各种反应,结 合基础医学原理,运用唯物的辩证的思想方 法进行科学的综合、分析和推理,从而对疾病 的病因、本质和病人的健康状况作出全面而 符合客观实际的判断,这就是诊断。疾病的 发生发展是多方面的、复杂的、不断变化的 过程,因此,诊断疾病就是认识疾病不断深 化的过程。

诊断的目的是为了防治疾病,恢复和增 进病人的健康。所以,及时而正确的诊断, 有利于医生采取合理的治疗措施,推测病人 的预后和制订恰当的预防措施,因而诊断是 临床和预防工作中十分重要的一环。

一、诊断学的内容

诊断学是论述诊断疾病的基本理论和方 法的一门临床医学基础课程。其基本理论是 研究认识疾病的原理和建立诊断的依据。基 本诊断方法包括询问病史、体检诊断、实 验诊断、X线诊断、超声诊断、心电图、心 向量图、心音图、脑电图、肺功能、导光纤 维内窥镜、放射性核素检查、电子计算机(如 CT)及活体组织检查等。诊断学的内容较广, 因各种检查方法各具有独特的实用价值,而 越来越广泛地应用于临床诊断。但实践证明, 问诊、体格检查和简单的化验检查,仍然是 最基本的、最重要的诊断方法。这些检查方 法更符合目前农村的实际需要。所以我们必 须把问诊、体格检查和简单的化验检查作为

诊断学的重点来学习。其他的诊断方法也应 了解其基本原理和临床意义。

二、诊断学的发展简史

历代医学家在长期的医疗实践中,不断 丰富和发展了诊断技术,有些原则和方法一 直沿用至今。我国是世界上最早形成系统医 学的国家之一,早在公元前五世纪战国时期, 著名医学家扁鹊已应用“望色”、“闻声”“观 形”和“切脉”来诊断疾病。公元前三世纪西汉 时期,我国最早的医学理论著作《内经》中提 出了“善诊者察色按脉,先别阴阳,审清浊而 知部分,视喘息、闻声音而知所苦;观权衡 规矩而知病所主;按尺寸观浮、沉、滑、涩而 知病所生”的诊断方法。《素问》中提出了“诊 病不问其始,忧患、饮食之失节,起居之过 度,不先言此,卒其寸口,何病能中”?又指 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”。此时已提出脏腑相关及脏腑 之间的经络相联的概念。认识到体表的色、脉、 经、形是内脏情况的反映,为祖国诊断医学 “四诊合参”提供了客观依据和理论基础。到 公元三世纪,晋朝医学家王叔和总结了前人 的经验和自己的医疗实践,编著了《脉经》, 使祖国医学四大诊法中的切诊更臻完善。西 汉名医淳于意的“诊籍”详细记录了病人的 姓名、居址、职业、证候、辨证、方药、预 后及诊病日期,以作复诊时参考,是为病史 记录的开始。他的医案记录已成为后世的范 例。时至明朝医学家韩昶所著《韩氏医通》中 就已制定了医案格式,包括:望形色、闻声 音、问病情、切脉理、治方术等五个部分。 到了清代,医学家更重视病历记录,许多医 案已具备了近代形式。病例记录方法的建立

为后世医学实践经验的积累与形成系统医学理论奠定了基础。中医诊断疾病是通过四诊合参来收集症状与体征，运用八纲辨证来明辨疾病的部位、性质、机体的强弱与病邪的缓猛，再结合脏腑辨证或卫、气、营、血、三焦辨证来认识病症的全貌。由此可见，祖国医学是一个伟大的宝库，是我国各族人民长期与疾病斗争的经验总结。我们要努力学习和发掘这一宝贵遗产，并用现代的科学方法去加以整理和提高。

公元前五、六世纪，希腊进入文化、科学繁盛时代。杰出的医学家希波克拉底(Hippocrates)所著的《希波克拉底全集》就是当时西方医学的代表作。他在诊断方面强调认真细致地观察病人，注重主诉与既往病史及认真细致地检查病人，他们描述的恶液质病容被称为希波克拉底面容沿用至今。除叩诊外，望、触、听诊他都采用过，他还用直接听诊法发现了胸膜摩擦音和肺的“醋沸”音(水泡音)。到公元二世纪罗马著名医生盖伦(Galen)观察了脉搏频率与呼吸运动的关系，建立了脉搏学说，他还创用了直肠与阴道窥镜，对当时的诊断学起了很大的推动作用。盖伦在总结医学经验和成就时掺杂了抽象推理的唯心主义观点，由于他当时的威望以致使他的观点被奉为勿容置疑的律条，从而影响了西方医学的发展。文艺复兴以后虽出现过少数医学革新家，但仍遭到守旧势力的摧残。直到十八世纪初，由于物理、化学、生物学等方面的进展，诊断学的手段才得到了进一步的发展。1761年奥恩布鲁格(Auenbrugger)在打酒坛检查酒量的启示下发明了叩诊法。十八世纪末，法国名医柯威沙特(Corvisart)将叩诊法广泛应用于临床。1876年法国名医雷内克(Laennec)首创了木制简单听诊器，并著有《医学听诊法》。1898年Bazzi-Bianchi发明了双管听诊器，使听诊效果得到明显提高。由于叩诊和间接听

诊法的出现，从而使望、触、叩、听诊得到完善。十七世纪末列文虎克(Leenwenhock)首先创用显微镜于诊断上。1724年Fahrenheit创制了体温计，1847年Ludwig发明了血压计，1854年Welcher创用了血红蛋白计。十九世纪末以后，开始应用了细菌学和血清学检查法，二十世纪X线和心电图先后问世。此后，先进的诊断手段日新月异，推动着临床医学迅速前进。

三、学习诊断学的方法与要求

诊断学所涉及的方法与原则是临床各科所通用的，故是学习各门临床课的入门或桥梁，其教学方法与基础课程不同。即除在校内进行实习或实验外，大部分教学活动都是在医院里进行。因此，要求初学者不仅在理论上掌握诊断的原则和思维程序，而且要熟练地掌握诊断检查方法。欲达此目的，初学者必须耐心细致，不畏艰辛，反复地实践，苦练基本检查手法，使操作技术技巧精益求精，达到娴熟、准确的程度。此外，还应学习和运用辩证唯物主义的观点去观察病情，分析临床表现，透过现象找出疾病的本质。一个善诊者应当学会全面考虑问题，切忌主观、臆断，才能避免“一叶障目，不见泰山”而导致误诊或漏诊的事例。

希望在学完本书后能够达到：

- 1.能进行独立的、系统的问诊，并了解主诉和症状的临床意义。
- 2.能进行系统而全面的体格检查，其检查结果能达到准确的程度。
- 3.熟悉本书中各种实验检查结果，并了解其临床意义。
- 4.熟悉X线、心电图、超声波、脑电图、放射性核素、基础代谢率等检查的指征，了解检查结果的临床意义。
- 5.能写出完整的病历，能根据自己的问诊和检查结果，作出初步诊断。

第一篇 常见症状

疾病引起病人的主观不舒适、异常感觉或某些病态改变称为症状，如发热、头痛、咳嗽、胸痛等。症状是在病理生理和病理形态改变的基础上产生的。它是认识疾病的向导，并能为诊断疾病提供重要的线索和依据。

第一节 发 热

在大脑皮层和丘脑下部体温调节中枢的控制下，通过神经、体液因素的调节，人体的产热和散热过程处于动态平衡，因此，正常人的体温总保持在相当恒定的正常范围内。当致热原作用于体温调节中枢，或体温调节中枢的调节功能发生障碍，使体温高于正常范围时，就叫做发热。发热通常是人体患病时的一种病理生理反应，但在大多数情况下，发热也是人体对疾病的一种防御性反应。

一、病因

发热的原因很多，通常分为感染性与非感染性两大类，其中以感染性最为常见。

(一) 感染性发热 绝大多数病原体(如病毒、肺炎支原体、立克次体、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫等)侵入人体均可引起发热。造成发热的因素是病原体的代谢产物和毒素作用于白细胞而释放出致热原，从而引起发热。

(二) 非感性发热 常见的原因如下：

1. 无菌性坏死物质的吸收：广泛的组织损伤(如大面积烧伤、大手术后、急性心肌梗塞后、内出血、大血肿等)，急性溶血性贫血，恶性肿瘤，急性白血病等。

2. 抗原-抗体反应：如药物热、血清病、风湿性疾病(如风湿热、系统性红斑狼疮)等。

3. 体温调节中枢功能失常：如中暑、重

度安眠药中毒、脑出血、硬膜下出血、脑震荡、颅骨骨折等都可直接损害体温调节中枢，使其功能失调而引起发热。

4. 产热过多或散热过少：产热过多见于甲状腺功能亢进、惊厥、癫痫持续状态等；散热障碍见于广泛性皮炎、先天性汗腺缺乏症、鱼鳞癣、重度脱水或被褥包盖过厚等。

5. 植物神经功能紊乱：由于植物神经功能紊乱，使正常的体温调节功能失常而引起发热，是功能性低热的主要原因，见于神经官能症。

二、机理

引起发热的最常见因素是体内存在有致热原。凡能引起发热的致热物质称为致热原。致热原有外源性致热原与内源性致热原两类。与人体有关的外源性致热原，如细菌的内毒素、抗原-抗体复合物和原胆烷醇酮等，这些外源性致热原的分子量大，均不能通过血脑屏障直接作用于下丘脑的体温调节中枢或直接参与发热反应，它们的主要作用是能够促使内源性致热原的产生和释放，从而引起机体发热。内源性致热原以无活动性前身物质的形式存在于白细胞内，主要存在于中性粒细胞和单核细胞内。当白细胞被外源性致热原激活时，便迅速合成新的信息核糖核酸(mRNA)和内源性致热原，故通常称内源性致热原为白细胞致热原。内源性致热原释放进入血液中，透过血脑屏障直接作用于下丘

脑的体温调节中枢，并通过某些生物活性物质如前列腺素、单胺、环化腺苷酸等中枢传导介质使其调定点上移而引起发热。此外，某些物理或化学因素，也可直接作用于体温调节中枢引起发热。当体温调节中枢功能失常或植物神经功能紊乱时，亦可引起发热。

肝脏和肌肉（主要是骨骼肌）是热能产生的场所。当机体在致热原的强烈持续作用下，肌肉则发生强烈收缩，临床上表现为寒战。

三、临床表现

(一) 发热过程 发热过程中产热和散热这对矛盾不断地发生变化，一般可分为三个阶段：

1. 体温上升期：致热原进入机体后改变了体温调节中枢的兴奋性，使散热减少，产热增加而引起发热。

患者表现为皮肤苍白、干燥、无汗、畏寒或寒战。体温上升有两型：(1) 骤升型：体温急剧升高，于几十分钟或几小时之内达到高峰，并常伴有寒战，常见于大叶性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎等；(2) 缓升型：体温缓慢上升，数日内才达到高峰，常见于伤寒、结核病等。

2. 高热持续期：此时体温已达高峰。当体温升到一定高度时，体温调节中枢不断加强调节作用，散热过程开始增强，但体内仍受致热原的不断刺激，产热并未降低，所以

产热和散热在新的基础上重新建立相对的平衡，使体温维持在一定的高水平上。

患者表现皮肤潮红而灼热，呼吸加快、加强及出汗等。此期可持续数小时（如疟疾）至数天（如肺炎、流行性感冒）或数周（如伤寒）。

3. 体温下降期：由于机体的防御作用或通过治疗之后，致热原在体内的作用逐渐减弱或消除，产热减少；同时通过体温调节，散热增加，于是体温下降，产热和散热终于恢复正常的相对平衡状态。体温下降有两型：(1) 骤退型：体温于数小时内迅速下降至正常，多伴有大量汗，常见于疟疾、大叶性肺炎等；(2) 渐退型：体温于数日内逐渐下降至正常，常见于伤寒、风湿热等。

在体温下降时，由于大量出汗，丧失大量的体液，可出现血压下降，甚至休克，尤以年老体弱或患有心血管疾病的病人较易发生。

(二) 热型 许多发热性疾病具有特殊的体温曲线(热型)，对疾病的诊断和鉴别诊断有一定帮助。临床上常见者有下列几种：

1. 稽留热：高热持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，达数天或数周，一日波动范围不超过 1°C ，常见于大叶性肺炎极期、伤寒、斑疹伤寒等(图1-1)。

2. 弛张热：体温在 39°C 以上，但波动幅

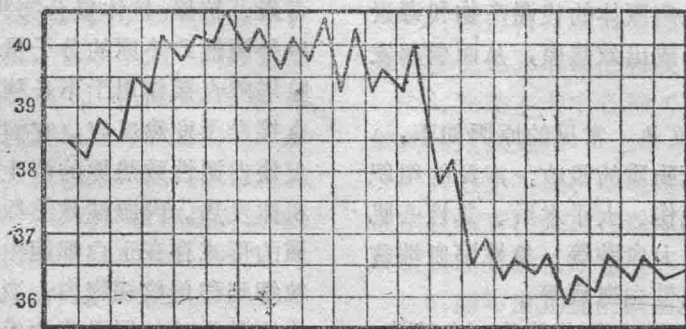


图1-1 稽留热

度较大，一天内体温差别达 2°C 以上，体温最低时仍高于正常水平。常见于败血症、化脓

性感染、风湿热、结核病等(图1-2)。

3. 间歇热：体温急骤上升达 39°C 以上，

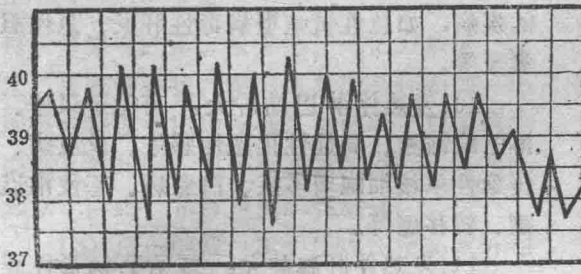


图1—2 弛张热

持续数小时或更长，然后迅速下降至正常，经一间歇期（数小时或数天）又再次升高，如此反复发作，即高热期与无热期交替地出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等（图1—3）。

4. 回归热：体温骤然升高至39℃以上，持续数日后又骤然下降至正常水平，数日后又出现高热，如此反复多次交替出现。见于

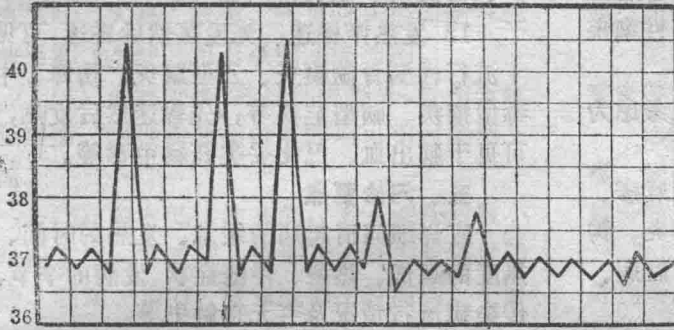


图1—3 间歇热

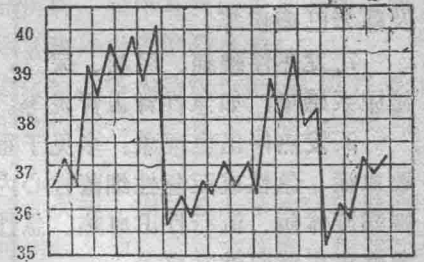


图1—4 回归热

回归热、何杰金病、周期热等（图1—4）。

隔几天后又逐渐上升，如此反复多次，常见于布鲁斯菌病（图1—5）。

5. 波状热：体温逐渐上升达39℃或以上，数日后又逐渐下降至低热或正常水平，

6. 不规则热：发热无一定规律。常见于

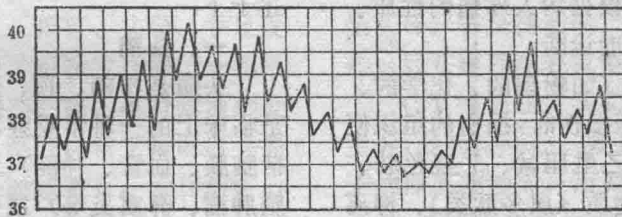


图1—5 波状热

风湿热、流行性感冒、支气管炎、肺结核及癌性发热等（图1—6）。

四、伴随症状

1. 发热伴寒战：常见于大叶性肺炎、疟疾、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、急性骨髓炎、钩端螺旋体病、急性溶血性疾病等。

2. 发热伴结合膜充血：常见于麻疹、流行性出血热、咽结膜热、斑疹伤寒、恙虫病、钩端螺旋体病等。

3. 发热伴口唇疱疹：常见于流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、大叶性肺炎

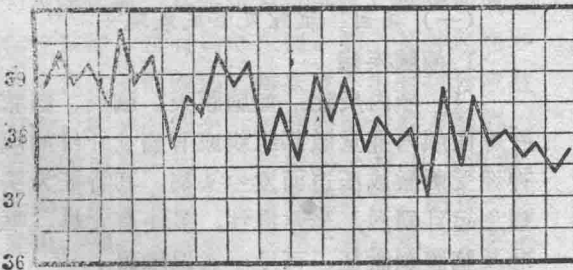


图1—6 不规则热