

诊断学

歌诀

李殊响
编著



科学出版社

www.sciencepress.com

●●● 诊断学歌诀 ●●●

李殊响 编著

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书将诊断学的主要内容——症状诊断学、物理诊断学、实验诊断学、器械诊断学、影像诊断学等7章,编成歌诀并辅以文字和图表注解。全书共计歌诀243首、图示177幅、表格149个,力求融会贯通、重点突出、图文并茂。

本书深入浅出、层次分明,主要供全国高等医药院校学生、中医药院校学生使用。尤其有助于中医药院校学生掌握西医诊断疾病的方法。亦可供临床医生参考。

图书在版编目(CIP)数据

诊断学歌诀/李殊响编著. —北京:科学出版社,2005.8

ISBN 7-03-015287-5

I. 诊… II. 李… III. 中医诊断学 - 中医学院 - 自学参考资料
IV. R241

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第026910号

责任编辑:赵 璞 郭海燕 曹丽英 / 责任校对:宋玲玲

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2005年8月第 一 版 开本:720×1000 B5

2005年8月第一次印刷 印张:17 1/2

印数:1—5 000 字数:339 000

定价:24.80元

(如有印装质量问题,我社负责调换(路通))

前 言

诊断学是研究诊断疾病的基本理论、基本知识、基本技能和临床思维的一门临床学科,其内容包括症状诊断学、物理诊断学(病史与体格检查)、实验诊断学、器械诊断学、影像诊断学,以及诊断疾病步骤、临床思维方法、病历书写记录等。它是临床各科的基础,是连接基础医学与临床医学的桥梁,也是打开临床医学大门的一把金钥匙,是从事医学工作者的基本功与必修课。既然诊断学如此重要,怎样才能更快、更好地掌握这门学科呢?这正是笔者编写本书的宗旨所在。

本书的指导思想是贯彻全国高等医药院校的培养目标,突出“三基”(基本理论、基本知识与基本技能)与“五性”(思想性、科学性、先进性、启发性和适用性)。既注重科学性与严谨性,又兼顾艺术性与趣味性,亦庄亦谐,寓教于乐。全书贯彻精品意识和质量意识,注重反映诊断学的新进展与新动态。

本书将诊断学的主要内容——临床诊断学(症状诊断学、物理诊断学、器械诊断学)、实验诊断学、影像诊断学等7章,编成歌诀并辅以文字和图表注解。全书共计歌诀243首、图示177幅、表格149个,力求融会贯通、深入浅出、层次分明、重点突出、图文并茂,而别开生面、别具一格。借以开拓创新思维和培养动手操作能力;借以增进医务人员与医学生的抽象思维和形象思维。

本书是本人执教诊断学20年的教学心得。歌诀部分力求言简意赅、辞约意丰,读起来琅琅上口,引人入胜,以期内涵丰富的诊断学由厚变薄、由博返约;图表部分则希冀将枯燥抽象的文字内容变得生动活泼、情趣盎然,便于快速记忆与准确把握。本书不求面面俱到,广征博引,但求启迪思维、引而不发,提纲挈领、执简驭繁,以举一反三、事半功倍,极大地提高学习效率。

本书以现行西医高校与中医药高校的最新教材为蓝本,即普通高等教育“十五”国家级规划教材《诊断学》(陈文彬,潘祥林,2004年2月,第6版,北京:人民卫生出版社)与全国高等中医药院校规划教材《诊断学基础》(戴万亨,2003年1月,第6版,北京:中国中医药出版社),原则上与两书同步。此外,还参考了“十五”国家级规划教材《医学影像学》,七年制规划教材《临床诊断学》、《实验诊断学》、《医学影像学》,以及戚仁铎、杨兴季主编的《实用诊断学》。因此,本书可作为高校诊断学教学同步辅助读物。

本书通俗易懂,可读性强,可操作性强,有利于医学工作者与医学院校学生学习与深造,尤其有助于中医药院校学生掌握西医诊断疾病的方法。本书既可作为高等院校师生的教学参考书与教辅文献资料,也可供医务人员阅读参考,还可作为从事医学相关工作者以及医学爱好者的参考读物。但限于作者的水平与能力,可能出现不妥甚至错误之处,欢迎专家与同道批评指正,不吝赐教。

本书的写作得到了山西中医学院院长陶功定教授(医学博士)的大力支持,他对本书的结构、内容与图表都提出了中肯的、建设性的意见,在此致以真诚的谢意!尤其要衷心感谢科学出版社给予的各方面鼎力支持,正是该社促成了本书的问世。

2004 年 8 月于山西中医学院

目 录

前 言

第一章 症状诊断学

第一节 最常见症状——发热

一、症状与体征的概念

二、关于发热

第二节 呼吸系统与循环系统疾病

常见症状

一、咳嗽与咳痰

二、咯血

三、胸痛

四、呼吸困难

五、心悸

第三节 消化系统疾病常见症状

一、恶心与呕吐

二、呕血与黑粪

三、腹痛

四、腹泻

五、黄疸

第四节 泌尿系统常见症状

一、尿频、尿急与尿痛

二、水肿

第五节 神经系统疾病的常见症状

一、头痛

二、眩晕

三、意识障碍

第二章 问诊

第一节 问诊的内容

第二节 特殊情况的问诊技巧

第三章 体格检查

第一节 基本检查法

第二节 一般检查

第三节 头部检查

第四节 颈部检查

第五节 胸部检查

一、胸廓与乳房

二、肺和胸膜

三、心脏检查

四、血管检查

第六节 腹部检查

一、视诊

二、触诊

三、叩诊

四、听诊

第七节 脊柱与四肢的检查

第八节 肛门直肠与外生殖器检查

第九节 神经系统检查

一、脑神经检查

二、运动功能与感觉功能的检查

三、神经反射的检查

四、自主神经功能检查

第四章 实验诊断学

第一节 临床血液学检验

一、血液一般检验	115	第一节 心电图	184
二、溶血性贫血的实验室检测	126	一、临床心电图基本知识	184
三、骨髓细胞学检测	127	二、心电图测量方法和正常数据	188
四、血型鉴定	128	三、心房与心室肥大	194
五、血栓与止血检测	131	四、心肌缺血	198
第二节 排泄物、分泌物及体液		五、心肌梗死	199
检查	136	六、心律失常	202
一、尿液检查	136	七、电解质紊乱和药物所致的心电	
二、粪便检查	142	图改变	217
三、痰液检查	144	八、心电图的分析方法和临床应用	219
四、浆膜腔穿刺液检查	146	第二节 其他常用心电学检查	221
五、脑脊液检查	147	一、动态心电图	221
第三节 肝功能检查	148	二、心电图运动负荷试验	221
一、肝脏的基本功能及检查项目		第三节 肺功能检查	222
的选择与应用	148	第四节 内镜检查	223
二、蛋白质代谢功能检查	150	第六章 影像诊断学	225
三、胆红素代谢检查	151	第一节 放射诊断	225
四、血清酶的检查	153	一、概述	225
第四节 肾功能检查	156	二、呼吸系统的放射诊断	227
一、肾小球功能检查	156	三、循环系统的放射诊断	233
二、肾小管功能试验	159	四、消化系统的放射诊断	238
第五节 临床常用生化检查	161	五、泌尿系统的放射诊断	244
一、糖类检查	161	六、中枢神经系统的影像诊断	247
二、血清脂质和脂蛋白检测	163	第二节 超声诊断	252
三、血清电解质检测	165	一、超声成像的基本知识	252
四、心肌酶和心肌蛋白检测	168	二、超声心动图	254
五、胰腺疾病常用酶的检测	169	三、腹部脏器超声诊断	257
六、内分泌激素检测	171	四、妇产科超声诊断	261
第六节 临床常用免疫学检查	174	第七章 病历与诊断方法	263
一、体液免疫检测	174	第一节 病历	263
二、细胞免疫检测	176	一、病历基本要求	263
三、感染免疫检测	177	二、住院大病历格式	263
四、肿瘤抗原标志物检测	180	三、病程记录	264
五、自身抗体检测	182		
第五章 器械诊断学	184		

第二节 诊断疾病的步骤	265	二、常见诊断失误的原因	267
第三节 临床思维方法	266	第四节 临床诊断内容	268
一、临床诊断思维的基本原则	266		
参考文献			269

第一章 症状诊断学

症状诊断学简称症状学(symptomatology),它是研究症状的病因、病机、临床特点及其在诊断学中的作用,是临床医师进行疾病调查的第一步,是问诊的主要内容,是诊断与鉴别的主要依据。

第一节 最常见症状——发热

一、症状与体征的概念

【歌诀】

症状体征五不同
主体本质时途径
一为主观一客观
两者异中又有同
临床表现即体征
症状问诊最先行

【注释】

(1) 所谓症状(symptom)是指患者主观上不舒适与异常感觉或病态改变,如发热、头痛等;体征(sign)是指医生客观检查时的异常发现,如肺部啰音、心脏杂音等。症状与体征有五方面的不同,即定义、主体、本质、获得途径与出现时间。症状与体征的不同点列表比较如下(表 1-1):

表 1-1 症状与体征的不同点

不同点	症状	体征
定义	病人主观上不舒适感	医生客观检查的异常发现
主体	患者	医者
本质	自觉	他觉
获得途径	问诊	体检
出现时间	较早	稍后

总之,症状是指病人主观上不舒适感,而体征是指医生客观检查的异常发现。一为主观,一为客观。

(2) 症状与体征既有区别,又有联系。相异中又有相同:①广义的症状也包括了体征。

②有些病理现象如黄疸,既是症状又是体征。

(3) 临床表现主要包括症状和体征。临床表现的概念就是指症状与体征的总称。

(4) 常见症状是问诊首当其冲的内容,是最先要了解的内容。

二、关于发热

【歌诀】

发热病因两大类
感染居多病原体
具体六类非感染
六种热型需牢记
伴症病机皆应知
分度分性又分期

【注释】

(1) 发热是最为常见的症状,是病理性体温的升高。正常人的体温受下丘脑体温调节中枢调控,保持在 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右,由于各种原因使体温调定点增高或者体温调节中枢直接受损导致产热增加和(或)散热减少,则出现发热。

(2) 引起发热的病因,临床上不外乎感染性与非感染性两大类,而以前者居多。

1) 感染性发热:是指各种病原体如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染,不论急性、亚急性或慢性,不论局部或全身性,均可出现发热。感染性发热的常见疾病列表如下(表 1-2):

表 1-2 感染性发热的病原体及相关疾病

病原体	疾 病
病毒	病毒性上呼吸道感染、病毒性肝炎、流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎、麻疹、流行性感冒、流行性腮腺炎、水痘等
细菌	伤寒、结核病、布鲁菌病、细菌性心内膜炎、肺炎链球菌性肺炎、猩红热、急性细菌性痢疾、丹毒、流行性脑脊髓膜炎等
支原体	肺炎支原体肺炎
立克次体	斑疹伤寒、恙虫病
螺旋体	钩端螺旋体病、回归热
真菌	放线菌病、念珠菌病、隐球菌病
寄生虫	疟疾、急性血吸虫病、阿米巴肝病

2) 非感染性发热:主要有六类,即:

- A { absorption 无菌坏死物吸收,如烧伤、心肌梗死等
Ag-Ab 抗原-抗体反应,如风湿热、药物热
S { secretion 内分泌代谢障碍,如甲状腺功能亢进症(甲亢)、重度脱水
skin 皮肤散热减少,如广泛性皮炎、慢性心力衰竭
体温调节中枢功能失常,如中暑、脑出血
N { nerve 自主神经功能紊乱,如原发性低热、夏季低热、感染性低热、生理性低热
(紧张性、运动后、月经前、妊娠初)

3) 临床上部分患者发热为显性症状,但其原因一时无法查出,称为不明原因发热(unknown of fever)。应首先考虑结核的可能,此外应考虑其他感染因素或其他因素,约 10% 属特异性发热。

(3) 所谓热型,是指特殊形态的体温曲线。将不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,连接数值点即可观察到热型。

1) 临床常见的热型有六种,即稽留热、弛张热、间歇热、不规则热、回归热与波状热。图示如下(图 1-1):

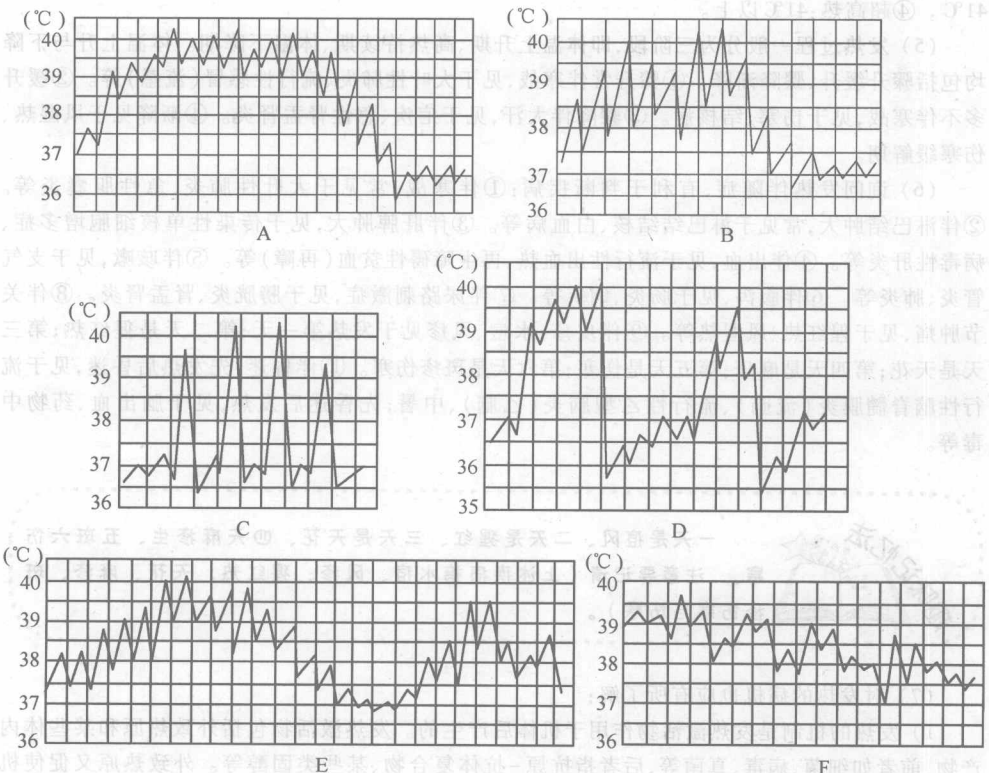


图 1-1 不同热型示意图

A. 稽留热; B. 弛张热; C. 间歇热; D. 回归热; E. 波状热; F. 不规则热

2) 六种热型的概念列表比较如下(表 1-3):

表 1-3 六种热型的概念及临床意义

热型	体温	温差	其他特点	临床意义
稽留热	高达 39 ~ 40℃	24h < 1℃	持续数日或数周	大叶性肺炎、伤寒等
弛张热	> 39℃	24h > 2℃	$T_{\min} > \text{正常}$	败血症、风湿热
间歇热	高热与无热相交替	24h > 数度	反复发作	疟疾、急性肾盂肾炎
不规则热	高低不等	不定	发热无一定规律	支气管肺炎、感染性心内膜炎
波状热	缓升达 39℃ 以上	缓升缓降	数天后又渐降至正常水平, 如此反复多次	布鲁菌病、淋巴瘤
回归热(再发热)	骤升至 39℃ 以上	骤升骤降	数天后又骤降至正常, 若干天后规律性交替一次	霍奇金病、周期热

(4) 发热的临床分度为四度: ①低热: 37.5 ~ 38℃。②中度热: 38.1 ~ 39℃。③高热: 39.1 ~ 41℃。④超高热: 41℃ 以上。

(5) 发热过程一般分为三阶段, 即体温上升期、高热持续期、体温下降期。体温上升与下降均包括骤升缓升、骤降渐降。①骤升常伴寒战, 见于大叶性肺炎、流行性感冒(流感)等。②缓升多不伴寒战, 见于伤寒、结核病。③骤降伴大汗, 见于疟疾、急性肾盂肾炎。④渐降见于风湿热、伤寒缓解期。

(6) 询问发热伴随症, 有利于判断疾病: ①伴寒战, 常见于大叶性肺炎、急性胆囊炎等。②伴淋巴结肿大, 常见于淋巴结结核、白血病等。③伴肝脾肿大, 见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎等。④伴出血, 见于流行性出血热、再生障碍性贫血(再障)等。⑤伴咳嗽, 见于支气管炎、肺炎等。⑥伴腹泻, 见于肠炎、痢疾等。⑦伴尿路刺激症, 见于膀胱炎、肾盂肾炎。⑧伴关节肿痛, 见于猩红热、风湿热等。⑨伴皮疹: 水痘、风疹见于发热第一天; 第二天是猩红热; 第三天是天花; 第四天是麻疹; 第五天是伤寒; 第六天是斑疹伤寒。⑩伴昏迷: 先发热后昏迷, 见于流行性脑脊髓膜炎(流脑)、流行性乙型脑炎(乙脑)、中暑; 先昏迷后发热, 见于脑出血、药物中毒等。



一天是痘风、二天是猩红、三天是天花、四天麻疹生、五斑六伤寒。注意要记清(上述疾病指水痘、风疹、猩红热、天花、麻疹、斑疹伤寒与伤寒)。

(7) 对发热的病机也应有所了解:

1) 发热的机制是发热激活物作用于机体后产生的。发热激活物包括外致热原和某些体内产物, 前者如细菌、病毒、真菌等, 后者指抗原-抗体复合物、某些类固醇等。外致热原又促使机体产生内致热原(EP, 又称白细胞致热原), 引起体温调节中枢调定点(set point, SP)上移, 最终导致了发热。图示如下(图 1-2):

2) 还要注意发热实际上有生理性体温升高与病理性体温升高的区别, 后者又有调节性体温升高与被动性体温升高的不同。调节性体温升高又称为发热, 被动性体温升高称为过热, 故

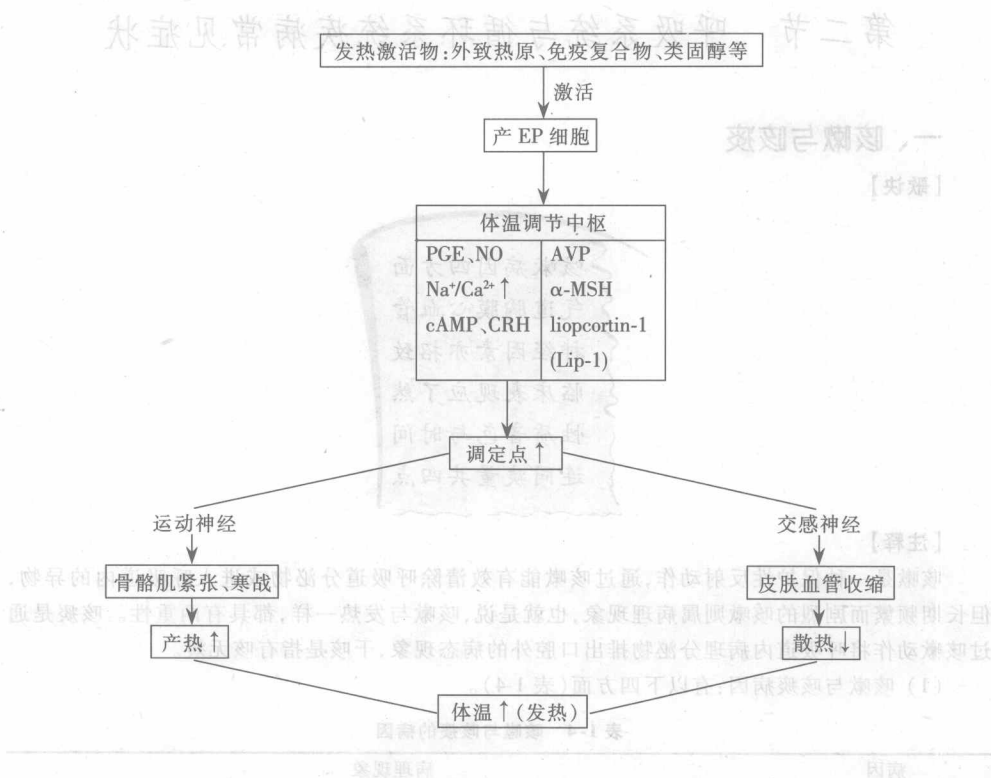


图 1-2 发热激活物所致的发热机制示意图

两者皆属发热范畴。图示如下(图 1-3):

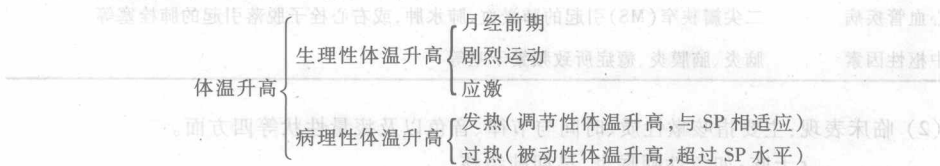


图 1-3 体温升高的分类

六花片片飞琼，千树颗颗倚玉——六花指雪花，因雪花为六角，又称“六出”；飞琼指雪花纷飞、蔚为壮观，千树万树银装素裹，犹如梨花盛开，故称千树倚玉。

上述部分内容可联想为六花飞琼，如非感染发热病因有六种情况；常见热型为六类；皮疹与疾病发热的关系以 1~6 天界定；常见六种病原体是细菌、病毒、诸原核体、真菌、放线菌、寄生虫；诸原核体又包括支原体、热原体、衣原体、立克次体、螺旋体、弓形体；主要发热中枢调节介质有 PGE、cAMP、NO、AVP、MSH、Lip-1（前列腺素 E、环磷酸腺苷、一氧化氮、精氨酸加压素、黑素细胞刺激素、脂皮质蛋白-1）。



第二节 呼吸系统与循环系统疾病常见症状

一、咳嗽与咳痰

【歌诀】

咳嗽病因四方面
气道胸膜心血管
神经因素亦招致
临床表现应了然
性质音色与时间
连同痰量共四点

【注释】

咳嗽是一种保护性反射动作,通过咳嗽能有效清除呼吸道分泌物或进入呼吸道内的异物,但长期频繁而剧烈的咳嗽则属病理现象,也就是说,咳嗽与发热一样,都具有两重性。咳痰是通过咳嗽动作将呼吸道内病理分泌物排出口腔外的病态现象,干咳是指有咳无痰。

(1) 咳嗽与咳痰病因:有以下四方面(表 1-4)。

表 1-4 咳嗽与咳痰的病因

病因	病理现象
呼吸道疾病	炎症、过敏、异物、出血、肿瘤、理化刺激
胸膜疾病	气胸、胸膜炎等
心血管疾病	二尖瓣狭窄(MS)引起的肺淤血、肺水肿,或右心栓子脱落引起的肺栓塞等
中枢性因素	脑炎、脑膜炎、癔症所致频繁干咳等

(2) 临床表现:主要指咳嗽性质、时间与节律、音色以及痰量性状等四方面。

- 1) 咳嗽性质 { 干咳:如急性咽喉炎、早期肺结核
湿性咳嗽:如支气管扩张、肺炎

- 2) 时间与节律 { 清晨:慢性支气管炎(慢支)、肺脓肿
夜间:肺结核、心衰(心力衰竭)
骤发:急性上呼吸道感染、气管异物
发作性:百日咳、支气管哮喘
长期慢性:慢支、肺结核

- 3) 音色 { 嘶哑:声带炎、喉癌
金属调:纵隔肿瘤、肺癌
鸡鸣样:百日咳
犬吠样:喉头疾患

4) 痰量性状(表 1-5):

表 1-5 痰质、痰量与痰色

痰 质	痰 量	痰 色
黏液性——急性呼吸道感染	少——急性呼吸道炎症	白黏——慢支、白色念珠菌感染
血性——肺结核、肺癌	多 { 支气管扩张	铁锈色——大叶性肺炎
脓性——支气管扩张、肺脓肿	多 { 肺脓肿	黄绿——铜绿假单胞菌感染、肺脓肿
浆液泡沫——肺泡细胞癌	多 { 空洞型肺结核	粉红泡沫浆液——肺水肿

四重奏——指咳嗽与咳痰病因四方面; 临床表现主要包括四方面。



二、咯血

【歌诀】

咯血呕血需鉴别
理化性质等八点
病因机制四方面
呼吸循环病常见
他如传染血液病
内膜异位“自身免”

【注释】

咯血是指喉及喉以下的呼吸器官出血,血液经咳嗽动作从口腔排出,包括少量(100ml)、中等量(100~500ml)以及大咯血(500ml 以上)。

(1) 首先应排除呕血。咯血与呕血的鉴别参见下表(表 1-6):

表 1-6 咯血与呕血的鉴别

鉴别点	咯 血	呕 血
1. 病因	肺结核、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、肺癌、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性糜烂出血性胃炎、胆道出血等
2. 出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹不适、恶心、呕吐等
3. 出血方式	咯出	呕出,可为喷射状
4. 血色	鲜红	棕黑、暗红,有时鲜红
5. 血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
6. 反应	碱性	酸性
7. 黑粪	除非咽下,否则没有	有,可为柏油样便,呕血停止后仍持续数日
8. 出血后症状	常有血痰数日	无痰

上述八条可归纳为四个层次：

趣味记忆法



即病因（第1条）、临床特点（第2~4条、第8条）、物理性质（第5、7条）、化学性质（第6条）。

上述八条，还可浓缩成八个字，即前、因、后、栢、式、湿、性、色。其中：栢是指有无栢油便（即黑粪）；性指酸碱反应，pH值。

（2）咯血病因：可归纳为四个方面（表1-7）：

表1-7 咯血的相关疾病

呼吸系统疾病 (RSD)		循环系统疾病 (CSD) (心血管病)	其 他
支气管	肺		
支气管扩张	肺炎	二尖瓣狭窄 (MS)	血液病 (特发性血小板减少性紫癜、白血病)
慢性支气管炎	肺结核	肺源性心脏病	传染病 (钩端螺旋体病、流行性出血热)
原发性支气管癌 (肺癌)	肺脓肿	先天性心脏病 (房间隔缺损、动脉导管未闭等)	风湿病 (结节性多动脉炎、系统性红斑狼疮)
支气管内膜结核			子宫内膜异位症

其中咯血四大病因指支气管扩张、肺癌、肺结核与MS。咯血四方面病因中主要以呼吸、循环系统疾病多见，事实上咯血四大病因也证实了这一点。

（3）其他引起咯血的疾病：①血液病，如特发性血小板减少性紫癜 (ITP)、血友病、再障、白血病；②急性传染病，如流行性出血热、钩端螺旋体病肺出血型；③风湿性疾病，属免疫复合物病，即自身免疫病，如 Behçet 病、Still 病、系统性红斑狼疮 (SLE)、结节性多动脉炎等；④气管、支气管、子宫内膜异位症。

三、胸痛

【歌诀】

胸痛多因胸部疾
纵隔内脏与胸壁
胸外疾病较少遇
膈下脓肿肝胆脾
注意年龄与诱因
性质时间和部位

【注释】

(1) 引起胸痛的原因:①主要为胸部疾病,即胸壁、胸部脏器与纵隔病变。见表 1-8。②胸外疾病:较少见,如膈下脓肿、肝脓肿、肝癌、胆道病、脾梗死等。

表 1-8 引起胸痛的胸部疾病

胸 壁	脏 器	纵 隔
炎症: (1) 皮肤 (2) 肌肉 (3) 肋骨与肋软骨 (4) 肋外伤、骨折挫伤	呼吸系统: (1) 支气管(肺癌) (2) 肺(肺炎、肺结核) (3) 胸膜(气胸) 循环系统: (1) 心绞痛、心肌梗死 (2) 心肌炎、心包炎 (3) 风湿性心瓣膜病 (4) 心脏神经症	食管炎、癌、疝 纵隔: (1) 肿瘤 (2) 囊肿 (3) 脓肿 (4) 炎症

引起胸痛的疾病图示如下(图 1-4):

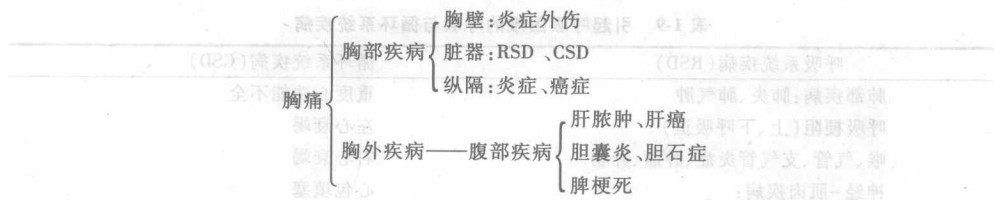


图 1-4 引起的胸痛疾病

(2) 胸痛问诊要点:

1) 发病年龄:青壮年考虑是气胸、胸膜炎、心肌炎、风湿性心瓣膜病(风心病)等,中老年注意心绞痛、心肌梗死与肺癌。

2) 影响因素:注意发生的诱因与加重缓解因素。劳累、体力活动、紧张可诱发心绞痛发作;胸膜炎和心包炎的胸痛可因深呼吸与咳嗽加重;返流性食管炎饱餐后可能出现胸骨后灼痛,仰卧或俯卧位加重。

3) 胸痛性质:带状疱疹呈刀割样;食管炎为烧灼痛;心绞痛为重压窒息感;心肌梗死为濒死感,肺癌常为闷痛;肺梗死为突然剧烈刺痛或绞痛。

4) 持续时间:平滑肌痉挛疼痛为阵发性;炎症肿瘤呈持续性;心绞痛很少超过 15 分钟,而心肌梗死持续数小时或数天。

5) 胸痛部位:包括疼痛部位与放射部位。

A. 胸壁疾病:部位局限且有压痛。

B. 带状疱疹:沿一侧肋间神经分布伴剧痛。

C. 心绞痛和心肌梗死:多在心前区与胸骨后,且常放射至左肩、左臂内侧达小指与环指。

D. 自发性气胸:多位于患侧腋前线与腋中线附近。