

临床速查系列

内科临床

● 总主编 胡建平
● 主 编 江亚文

速查

*Neike Linchuang
Sucha*



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

临床速查系列

内科临床速查

NEIKE LINCHUANG SUCHA

主 编 江亚文
编 者 (以姓氏笔画为序)

王 钢 王继业 王鲁妮

刘 骏 江亚文 李别非

何慕芝 易仁亮

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

内容提要

编者从快捷、便查、实用出发,简明扼要地介绍了心血管系统、呼吸系统、消化系统、神经系统、内分泌系统、肾脏疾病、血液系统等内科疾病的临床表现、诊断要点、治疗原则、注意事项等,内容科学实用,版式简洁明快,便于查阅,适合临床实习生、低年资医师参考阅读。

《临床速查系列》编委会名单

总 主 编	胡建平		
副 总 编	申东翔	陈青山	
编 委	(以姓氏笔画为序)		
	王继业	尹庆水	刘 颖
	江亚文	杨春华	李 薇
	罗新根	袁 进	章 莹
	韩丽萍	谢闻悦	
编 者	(以姓氏笔画为序)		
	王 俊	王 钢	王石光
	王鲁妮	邓志雄	刘 岩
	刘 骏	刘志刚	刘韶清
	杨 晨	李别非	何慕之
	邹江冰	汪维健	张 强
	张小鹏	易仁亮	易魁先
	季 波	周晓宁	郑鹏成
	黄雪峰	彭 萍	彭海莹
	熊 敏		
总主编助理	罗秀莲		

序

欣闻《临床速查系列》即将出版,我由衷地为广大临床医师又多了一个“法宝”感到高兴。温家宝总理指出,民生问题就是国家的大事。医疗卫生事业的发展,是我们党和国家密切关注的最大的民生问题之一。作为临床医师,如何改善自身素质,规范临床诊断、治疗,提高医疗服务水平,不仅是自身从业基本的要求,更是党的十七大提出的建设富强、民主、文明、和谐的社会主义现代化国家的迫切需要。

近些年,我国医疗卫生事业虽然发展迅速,但仍有区域不平衡现象,特别是农村医疗卫生事业仍较落后,基层医务人员的诊疗水平和基层单位的医疗卫生工作服务保障水平均亟待加强。在党的十七大精神的指引下,广州军区广州总医院的专家们积极适应国家经济和社会发展特别是医药卫生改革的需要,主动与地方专家们密切合作,在总结临床实践经验的基础上,从我国地方和军队医疗卫生工作的实际以及临床医疗的实用性出发,充分吸收国内外临床医学的最新理论、最新技术和最新成果,编写了这套内容全面、重点突出和针对性、操作性强的《临床速查系列》。相信该书的出版对提高中、低年资临床医师,尤其是基层医疗单位临床医师的诊疗水平和服务能力将会起到积极作用。她的面世,是军队医疗卫生系统的一大幸事,也是军队为国家医疗卫生事业的发展做出的积极贡献,值得庆贺。

是为序。

广州军区联勤部 孙方敏

2008年3月于广州

前言

随着我国经济的发展,人民对健康的需求也日益在提高,为了培养后备力量和提高医疗服务质量,帮助医学实习生、低年资医师快速掌握常见疾病诊疗技能,促进临床诊疗的科学化、规范化、标准化,我们组织了以广州军区广州总医院具有丰富临床实践经验的主任医师、副主任医师和高年资主治医师为主,同时聘请了部分广州市大医院的专家,在总结临床实践经验的基础上,充分吸收国内外临床医学的最新理论和最新技术,编写了这套内容实用,查阅快捷,携带方便的《临床速查系列》。

本系列包括内科临床、外科临床、门急诊、化验单解读、临床用药速查5个分册。编写中我们严格遵循科学、实用、新颖、快捷的原则,重点围绕常见疾病的临床表现、诊断要点、治疗方法、注意事项等进行阐述,力求内容全面、精辟、重点突出,文字简明、扼要、规范,并在编排上进行细心设计,以方便读者快速查阅,提高这套书的实用性。

此外,由于编写时间仓促,各位编者虽殚精竭虑,查阅了大量参考文献,以望能体现其先进性,但是仍难保无疏漏或偏颇,如有不妥之处敬请广大读者批评指正。

广州军区广州总医院 胡建平

2008年3月

目

录

第 1 章 心血管系统疾病	(1)
第一节 心血管系统疾病的常见症状和体征	(1)
第二节 高脂血症和高脂蛋白血症	(11)
第三节 高血压	(14)
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病(心绞痛型)	(20)
第五节 急性心肌梗死	(23)
第六节 期前收缩	(26)
第七节 心房纤颤	(28)
第八节 心房扑动	(30)
第九节 阵发性室上性心动过速	(31)
第十节 阵发性室性心动过速	(33)
第十一节 房室传导阻滞	(35)
第十二节 病态窦房结综合征	(36)
第十三节 肥厚型心肌病	(38)
第十四节 扩张型心肌病	(40)
第十五节 限制型心肌病	(42)
第十六节 充血性心力衰竭	(44)
第十七节 慢性肺源性心脏病	(50)
第十八节 完全性大血管错位	(54)
第十九节 房间隔缺损	(55)
第二十节 室间隔缺损	(56)
第二十一节 动脉导管未闭	(57)
第二十二节 法洛四联症	(58)
第二十三节 艾森门格综合征	(59)

第二十四节	主动脉缩窄	(60)
第二十五节	单纯肺动脉狭窄	(61)
第二十六节	主动脉窦动脉瘤	(62)
第二十七节	克山病	(63)
第二十八节	风湿性心瓣膜病	(65)
第二十九节	感染性心内膜炎	(68)
第三十节	病毒性心肌炎	(70)
第三十一节	多发性大动脉炎	(73)
第三十二节	急性心包炎	(75)
第三十三节	缩窄性心包炎	(77)
第三十四节	梅毒性心血管病	(79)
第2章	呼吸系统疾病	(83)
第一节	急性气管、支气管炎	(83)
第二节	慢性支气管炎	(84)
第三节	慢性阻塞性肺气肿	(85)
第四节	支气管哮喘	(86)
第五节	支气管扩张	(88)
第六节	肺炎	(89)
第七节	肺真菌病	(96)
第八节	肺寄生虫病	(100)
第九节	肺脓肿	(103)
第十节	慢性肺源性心脏病	(105)
第十一节	肺结核病	(106)
第十二节	外源性变应性肺泡炎	(110)
第十三节	肺嗜酸粒细胞浸润症	(111)
第十四节	弥漫性肺间质纤维化	(113)
第十五节	结节病	(114)
第十六节	肺出血-肾炎综合征	(115)
第十七节	肺泡蛋白沉积症	(116)
第十八节	肺癌	(118)
第十九节	胸腔积液	(123)
第二十节	自发性气胸	(124)

第二十一节 胸膜间皮瘤	(126)
第二十二节 肺栓塞	(127)
第二十三节 呼吸衰竭	(129)
第二十四节 急性呼吸窘迫综合征	(131)
第3章 消化系统疾病	(134)
第一节 腹痛	(134)
第二节 黄疸	(137)
第三节 腹泻	(141)
第四节 消化道出血	(143)
第五节 肠梗阻	(148)
第六节 消化性溃疡	(153)
第七节 食管-贲门失弛缓症	(157)
第八节 食管裂孔疝	(159)
第九节 胃食管反流病	(161)
第十节 食管癌	(164)
第十一节 非溃疡性消化不良	(168)
第十二节 急性胃炎	(171)
第十三节 慢性胃炎	(173)
第十四节 胃癌	(176)
第十五节 肝硬化	(180)
第十六节 原发性肝癌	(183)
第十七节 肝性脑病	(186)
第十八节 急性胰腺炎	(188)
第十九节 慢性胰腺炎	(192)
第二十节 胰腺癌	(194)
第二十一节 克罗恩病	(196)
第二十二节 肠结核	(200)
第二十三节 溃疡性结肠炎	(202)
第二十四节 肠易激综合征	(205)
第二十五节 大肠癌	(208)
第二十六节 急性腹膜炎	(211)
第二十七节 结核性腹膜炎	(213)

第 4 章 神经系统疾病	(216)
第一节 短暂性脑缺血发作	(216)
第二节 脑梗死	(217)
第三节 脑出血	(220)
第四节 蛛网膜下腔出血	(223)
第五节 脑动脉硬化症	(225)
第六节 老年痴呆与血管性痴呆	(226)
第七节 周围神经病	(229)
第八节 帕金森病	(234)
第九节 老年抑郁症	(238)
第十节 急性脊髓炎	(240)
第十一节 脊髓空洞症	(241)
第十二节 脊髓蛛网膜炎	(242)
第十三节 脑部炎性疾病	(243)
第十四节 癫痫	(248)
第十五节 重症肌无力	(249)
第十六节 进行性肌营养不良症	(251)
第 5 章 内分泌系统疾病	(252)
第一节 下丘脑疾病	(252)
第二节 垂体疾病	(253)
第三节 甲状腺疾病	(262)
第四节 甲状旁腺疾病	(274)
第五节 肾上腺疾病	(279)
第六节 性腺疾病	(287)
第七节 糖代谢疾病	(288)
第 6 章 肾脏疾病	(295)
第一节 肾小球疾病	(295)
第二节 肾间质疾病	(306)
第三节 肾小管酸中毒	(309)
第四节 糖尿病性肾病	(311)
第五节 狼疮肾炎	(316)
第六节 原发干燥综合征的肾损害	(320)

第七节 高血压的肾损害	(322)
第八节 肾实质性高血压	(324)
第九节 淀粉样变肾损害	(326)
第十节 多发性骨髓瘤肾损害	(329)
第十一节 尿酸性肾病	(331)
第十二节 泌尿系感染	(333)
第十三节 急性肾功能衰竭	(336)
第十四节 慢性肾功能不全	(340)
第十五节 血液透析和腹膜透析	(342)
第7章 血液系统疾病	(348)
第一节 血液系统疾病总论	(348)
第二节 贫血	(350)
第三节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(368)
第四节 骨髓增生异常综合征	(370)
第五节 白血病	(372)
第六节 淋巴瘤	(382)
第七节 浆细胞病	(386)
第八节 恶性组织细胞病	(389)
第九节 骨髓增生性疾病	(390)
第十节 脾功能亢进	(394)
第十一节 出血性疾病	(395)
第十二节 弥散性血管内凝血	(406)
第十三节 血栓性疾病	(409)

心血管系统疾病

第一节 心血管系统疾病的常见症状和体征

心脏疾病的症状相对较少,主要包括疼痛、呼吸困难,乏力,心悸,头晕、晕厥先兆和晕厥等。往往通过详尽的病史和体格检查得以诊断。

一、症状

1. 疼痛 主观上可归类为心肌缺血性、心包性和非典型疼痛。

心肌缺血性疼痛常被描述为压迫、挤压或负重感。疼痛常以心前区为显著,有时病人握拳放在胸骨中央来表达。疼痛的感觉也可在颈部、下颌、双肩或左臂和左手尺侧,常伴恶心、呕吐、出汗,并可呈濒死感。发作多与劳累有关,亦可在夜间或休息状态下发作,通常持续时间为数分钟,硝酸甘油可缓解。

心包性疼痛,感觉像针刺样、烧灼样或刀割样,咳嗽、吞咽、深呼吸或平卧位可加重,取前倾位或保持静止不动可使疼痛减轻。心包性疼痛发作可瞬间(数秒)也可持续数小时或数天,硝酸甘油不能缓解。

非典型疼痛倾向于刺痛、灼痛,疼痛的部位与强度通常变异较大,与体力活动无关,对硝酸甘油无反应,发作时间可瞬间(数秒),也可持续数小时或数天。

心血管来源的心外源性胸痛常来自大血管病变和肺栓塞,通常疼痛剧烈,当怀疑肺栓塞时,应注重是否伴有下肢水肿和疼痛,是否有近期手术史或长期卧床史。

2. 呼吸困难 心脏性呼吸困难是由于支气管壁水肿和肺泡水肿所

致。活动后加剧休息时可部分或完全缓解。由于肺水肿和静脉压升高引起的呼吸困难卧位时出现或加重,坐位、立位时减轻称端坐呼吸,端坐呼吸引起夜间觉醒称夜间阵发性呼吸困难,常伴干咳,心脏性呼吸困难常伴虚弱和乏力。

3. 虚弱和乏力 因心排血量不足而产生的虚弱和乏力,开始于活动而终止于休息;由心排血量限制性疾病所引起者,则休息或睡眠均不能缓解。

4. 心悸 由心律失常引起的心悸可伴有虚弱、呼吸困难或头晕。心悸可见于主动脉瓣反流或甲状腺功能亢进,最常见的原因是心律失常。心悸伴有心肌缺血型胸痛可提示为冠心病。

5. 头晕、晕厥先兆和晕厥 有明显的头晕、晕厥先兆和晕厥,提示有心排血量的急剧下降;头晕、晕厥先兆和晕厥伴心悸提示有严重心律失常,如室性心动过速、心室纤颤或严重心动过缓及心脏停搏。劳力性晕厥见于主动脉瓣狭窄或肥厚型心肌病。冠心病、心肌炎、心肌病原有室性心律失常的患者,一旦发生晕厥则提示预后不良,心肌肿瘤或球状样瓣膜血栓在心脏内可间歇性地阻断血流产生晕厥先兆或晕厥。直立性低血压和血管迷走神经性晕厥是晕厥的良性原因。

6. 其他 有不能解释的发热伴心脏杂音应考虑心内膜炎;周围或脑栓塞、脑卒中发生时应查找是否心脏原因(心肌梗死、心脏瓣膜病);中央型发绀提示有先天性心脏病。

二、体征

(一)生命体征

1. 血压 常规两上臂测血压,手臂左右两侧间相差 15mmHg 属正常。疑有直立性低血压,需测量病人卧位、坐位、站位血压。疑有先天性心脏病或周围血管疾病时需测两侧腿部,血压袖带需大于肢体直径 20%。

2. 呼吸 呼吸频率反映出心脏代偿或原发性肺部疾病。忧虑病人呼吸可增快,临终病人呼吸减慢,浅而快速的呼吸可提示胸膜疾病。

3. 体温 体温升高可能提示为急性风湿热或心脏病,在心肌梗死后很常见。若发热持续大于 72h,应查找其他的原因。

4. 脉搏 应检查上肢与下肢末端主要的周围脉搏。一般在双侧腕部触诊桡动脉搏动,注意其频率、节律、强弱变化和动脉壁上的弹性。周围

血管上方听诊闻及杂音提示血管狭窄引起的湍流。老年人血管硬化,动脉弹性减弱,年幼儿童即使有严重的主动脉狭窄其颈动脉搏动仍可正常;两侧颈动脉的望、触、听诊可获得心脑血管疾病的有价值的信息。

临床常见的异常脉搏有以下几种。

(1)水冲脉:病人手臂高举,医生紧握病人手腕掌面,感到病人脉搏骤起骤降,急促有力,是由于脉压增大所致,见于主动脉瓣关闭不全,动脉导管未闭,甲状腺功能亢进症及严重贫血。

(2)重搏脉:在桡动脉可触及,提示外周血管阻力明显降低。

(3)交替脉:节律规整,一强一弱交替出现的脉搏,是心肌损害的表现。

(4)奇脉:吸气时收缩压下降超过 10mmHg,同时周围脉搏减弱,甚至消失,呼气时又恢复正常的脉搏,是心包积液的重要体征,但非特异性,在慢性阻塞性肺疾病时也可出现。

(5)短绌脉:脉搏减弱或触不到,脉率小于心率,见于心房纤颤或期前收缩。

(6)动脉杂音需与静脉音相区别:动静脉畸形(AVM)和分流时,听诊可闻及分流上方处连续性杂音,常扪及震颤。血栓性静脉炎可引起触痛。

(7)肝颈回流征:患者取头部略高、倾斜 45°卧位,用手压迫其腹部右肋下时,颈外静脉充盈,凸出皮肤,肝颈静脉回流征(+),提示上腔静脉阻塞、缩窄性心包炎,限制性心肌病或严重心力衰竭。

(二)心脏体征

1. 心界扩大 心界左下扩大提示左心室扩大,常见于二尖瓣关闭不全,主动脉瓣关闭不全,主动脉狭窄,高血压性心脏病,动脉导管未闭等,心浊音界突向左右两侧扩大,但不向左下扩大,是右心室扩大,可见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄、先天性心脏病肺动脉瓣狭窄,法洛四联症,心左界第3肋间浊音界增宽见于左心房增大。心腰部浊音界扩大见于左心房与肺动脉扩大。右心房扩大时心右界第3、4肋间浊音界增宽,常见于三尖瓣关闭不全,房间隔缺损。

2. 心前区隆起 胸骨左下缘隆起,提示严重的右心室肥厚,常见于风湿性心脏病,先天性心脏病,房室间隔缺损,肺动脉瓣狭窄;胸锁关节及胸右缘第2肋间隆起,常见于升主动脉瘤或马方综合征,心前区广泛隆起,全心扩大,大量心包积液。

3. 心尖冲动异常 左心室增大者心尖冲动向左下移位。右心室增大者心尖冲动向左略向上移位。胸腔积液、气胸等时心尖冲动向健侧移位。大量腹水,肝、脾大时心尖搏动向上移位。心尖冲动不因体位及深呼吸动作而移位时,说明心包粘连的可能性。右心室明显肥大或粘连性心包炎出现负性心尖冲动。

4. 心前区异常搏动

(1)胸骨左缘第2、3肋间出现收缩期搏动,可见肺动脉扩张等。

(2)胸骨右缘第2、3肋间收缩期搏动见于升主动脉瘤、主动脉瘤、主动脉瓣关闭不全、高血压动脉硬化等。

(3)心尖冲动扩散和向左下移位可见于左心室扩张和肥厚,如二尖瓣反流。

(4)胸骨下方和胸左侧前壁处扪及抬举感,见于右心室肥厚。

5. 心脏震颤 胸骨右缘第2肋间收缩期震颤提示主动脉瓣狭窄,心尖部收缩期震颤提示二尖瓣关闭不全,胸骨右缘第2肋间震颤见于肺动脉瓣狭窄,震颤出现在第4肋间常见于室间隔肌部缺损。

6. 心音异常

(1)第1心音:引起第1心音减弱的常见疾病为二尖瓣关闭不全,重症主动脉瓣狭窄,心肌炎或心尖病,左心衰竭。使第一心音增强的情况有:二尖瓣狭窄、三尖瓣狭窄、房间隔缺损、心动过速、P-R间期缩短等。第1心音分裂的原因有:完全性左、右束支传导阻滞、二尖瓣狭窄、左房黏液瘤、Ebstein畸形。

(2)第2心音(S_2):常见异常的第2心音为 S_2 分裂。

① S_2 音宽分裂,引起 S_2 音宽分裂的原因,可以是由于肺动脉瓣关闭延迟,亦可以是主动脉瓣关闭提前。常见的疾病有:完全性右束支传导阻滞,肺动脉瓣或右心室流出道狭窄,急性肺栓塞,急性肺动脉高压,双侧肺动脉瓣狭窄,右心衰竭以及室间隔缺损重度二尖瓣关闭不全,心脏压塞,左房黏液瘤等。

② S_2 固定分裂,常见的原因有右心衰竭,房间隔缺损,缩窄性心包炎和室间隔缺损。

③ S_2 反分裂,亦称矛盾性逆分裂,是由于主动脉瓣关闭延迟或肺动脉瓣关闭提前而引起,常见的疾病有完全性左束支传导阻滞,左室流出道狭窄如主动脉瓣狭窄和肥厚型心肌病主动脉瓣狭窄,高血压性心脏病,冠心病

病,急性左心功能不全,动脉导管未闭,预激综合征。在主动脉瓣和肺动脉瓣狭窄或二尖瓣关闭不全时,室间隔缺损收缩期杂音延长,响亮时往往掩盖 S_2 音,而呈现出单一的 S_2 音。

④ S_2 亢进,主动脉听诊区 S_2 亢进见于主动脉压力升高,如甲亢、中度主动脉瓣关闭不全,动脉导管未闭。肺动脉瓣听诊区 S_2 亢进则见于任何原因引起的肺动脉高压,如左-右分流的先天性心脏病。

(3)第3心音(S_3):或称心包叩击音,右心室 S_3 在吸气时、卧位时最易听出,左心室 S_3 于呼气时,同时左侧卧位听得最清楚。青少年可以听到 S_3 属正常。40岁以上者听到 S_3 多为病理性,表明有严重心功能不全。在心室率 $\geq 100/\text{min}$ 时, S_3 、 S_2 和 S_1 构成舒张期奔马律。

(4)第4心音(S_4):也称心房音,是由于心房收缩引起心室舒张充盈增加所产生的,声音低钝于 S_1 之前。左房性 S_4 于胸骨左下缘或剑突下吸气时易听取,生理性 S_4 见于儿童和高血容量,高动力状态。病理性 S_4 见于较轻的心功能不全,比 S_3 多见,心房纤颤时消失。急性心肌梗死,心肌梗死者早期几乎都有 S_4 。病理性 S_4 与 S_1 、 S_2 构成的三音律在心率超过 $100/\text{min}$ 时称为房性奔马律。

(5)额外心音:除 $S_1 \sim S_4$ 外能听到的附加心音均称为额外心音。

①收缩早期额外心音包括主动脉和肺动脉喷射音,主动脉喷射音在主动脉瓣听诊区或心尖区可听到,是高调、高频率的额外心音,较易听到主动脉喷射音的疾病有主动脉瓣狭窄,主动脉扩张,升主动脉瘤。肺动脉喷射音又称肺动脉开放性喀喇音,最易听诊的部位是肺动脉听诊区,不向心尖传导, S_4 是紧跟 S_1 后出现的高调音响,发生肺动脉喷射音的疾病有轻、中度肺动脉瓣狭窄,肺动脉高压,肺动脉瓣闭锁和严重的法洛四联症。

②收缩中晚期额外心音。收缩中晚期喀喇音是高调高频的额外心音。可有一个或数个,在坐位或立位时增强。二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全时可以听到喀喇音。发生于收缩早期的喀喇音可见于先天性主动脉瓣或肺动脉瓣狭窄。

③舒张早期二尖瓣开放性拍击音,亦称开瓣音,其音调很高,声音短促,宜用膜式听诊器检查效果好。常在或仅在胸骨左缘下方听得最清楚,有时在心尖区也可听到。听到开瓣音有以下几种可能:轻-中度二尖瓣狭窄或三尖瓣狭窄,左-右分流的室间隔缺损和动脉导管未闭。

7. 心脏杂音 心脏杂音可分为收缩期、舒张期或延续性杂音。根据

其临床意义又可分为病理性杂音或生理性杂音。

(1)心脏杂音的听诊要点:明确杂音发生的时间,是在收缩期还是舒张期,或是两者都存在;且要辨明每期的杂音出现在早期、中期、晚期还是全期。

(2)杂音的性质:杂音性质的特点常常反映一定的心脏病理解剖和血流动力学的改变,临床上描述为粗糙喷射性杂音、反流性杂音、舒张期隆隆样杂音,乐性杂音和连续性机器样杂音。

(3)杂音的强度:根据美国心脏病学会推荐将心脏杂音分为6级(Sammel A. levine 分级)(表 1-1)。

表 1-1 Sammel A. levine 心脏杂音分级

级别	描述	级别	描述
1	勉强听得见	4	响亮杂音伴震颤
2	柔和但听得见	5	听诊器稍触胸壁呈响亮杂音
3	响亮杂音无震颤	6	听诊器不触胸壁便呈响亮杂音

(4)杂音的部位:临床听到杂音的部位常常就是心脏病变部位。通常二尖瓣杂音最响,其在心尖区附近;三尖瓣杂音在胸骨左缘第4、5肋间;主动脉瓣杂音在胸骨左缘第3肋间;肺动脉瓣杂音在胸骨左缘第2肋间。

(5)杂音的传导:二尖瓣舒张期杂音比较局限,不向远处传导,二尖瓣收缩期杂音一般向左腋下传导。三尖瓣收缩期杂音,多出现在胸骨体下部左右两侧,广泛传导,遍及右下胸和下腹部。主动脉瓣区收缩期杂音常在胸骨左缘第3肋间,向胸骨右缘第2肋间、颈部和心尖区传导。舒张期杂音最响部位在胸骨左缘第3、4肋间,可向左锁骨下方传导。舒张期反流性杂音在胸骨左缘第2、3肋间最响,一般传导不远。

(6)心脏的病理性杂音:分收缩期杂音、舒张期杂音和连续性杂音。

①收缩期杂音分为喷射状,反流性或分流性杂音。收缩期喷射状杂音常见于主动脉瓣狭窄,梗阻型心肌病,肥厚型心肌病,大动脉炎引起的主动脉缩窄,老年人高血压,动脉粥样硬化或钙化,颈动脉硬化,正常婴儿和未成年人。有些妊娠妇女,可因为动脉轻度湍流而产生柔和的喷射性