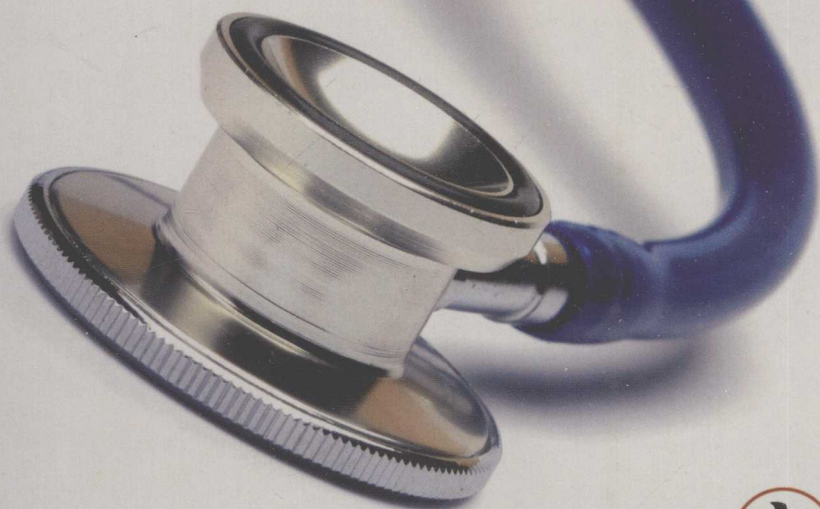


Practical Diagnosis of Clinical Medicine



实用临床
内科诊断学

主编 牟晓华 赵文 杨化浩等



天津科学技术出版社

实用临床内科诊断学

主 编 牟晓华 赵 文 杨化浩等

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用临床内科诊断学/牟晓华等主编. —天津:
天津科学技术出版社, 2010. 1
ISBN 978 - 7 - 5308 - 5521 - 8

I. 实… II. ①牟… III. ①内科—疾病—诊断
IV. ①R504

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 020145 号

责任编辑:郑东红
责任印制:王 莹

天津科学技术出版社出版
出版人:胡振泰
天津市西康路 35 号 邮编 300051
电话 (022) 23332693 (编辑室) 23332393 (发行部)
网址:www.tjkjbs.com.cn
新华书店经销
济南红日印刷有限公司印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 26.25 插页 2 字数 682 000
2010 年 2 月第 1 版第 1 次印刷
定价:88.00 元

前 言

内科诊断学是临床医学的一个重要分支,也是临床医学的基础学科。近年来,我国的医药卫生事业取得飞速进展。随着临床医学科学的迅猛发展,内科诊断和治疗技术发生了革命性的进展,使人们对内科疾病的认识和研究也跃上了一个新的台阶,新的研究和临床实践正在不断地丰富着医学知识。这就使得我们需要更加努力学习,更快适应科学技术的创新,更好掌握内科疾病的诊断和治疗。为此,本书编委会组织全国知名专家,以深入的研究和丰富的临床经验为基础,参阅国内外最新文献,编撰完成《实用内科诊断学》。

本书主要以临床为重点,共八章。书中主要介绍了内科疾病的诊断原则及诊断程序以及有关呼吸系统疾病的诊断、心血管系统疾病的诊断、消化系统疾病的诊断、泌尿系统疾病的诊断、内分泌系统疾病的诊断、神经系统疾病的诊断、血液系统疾病等内容。全书贯穿了内科各系统疾病的临床症状和诊断方法,力求为读者提供一本实用的案头参考书。

本书内容突出重点,简明扼要,条理清楚,实用性强。书中内容将随着医学的发展而不断地得到补充、完善和提高,在此希望能给其他医学同仁提供一些借鉴。

由于《实用内科诊断学》为集体执笔,编者较多,文笔不同,加之笔者学识有限,书中难免存在不足和错漏之处,欢迎广大读者批评指正。

《实用临床内科诊断学》编委会

2009年11月于济南

目 录

上篇 总论

第一章 内科疾病的诊断原则及诊断程序	(1)
第一节 诊断的原则	(1)
一、防止片面、孤立和静止的思维方法	(1)
二、首先考虑常见病、多发病	(1)
三、一元化解释	(1)
四、先考虑器质性病变,后考虑功能性疾病	(2)
五、应以主病为主要诊断	(2)
第二节 诊断的分类	(2)
一、临床上常见的诊断	(2)
二、根据诊断的确切程度进行分类	(2)
三、诊断的内容	(3)
第三节 诊断的步骤	(3)
一、收集资料	(3)
二、分析资料	(4)
三、综合判断	(4)
第二章 呼吸系统疾病的诊断	(6)
第一节 呼吸系统疾病的常见症状	(6)
一、咳嗽	(6)
二、咳痰	(7)
三、咯血	(7)
四、胸痛	(9)
五、呼吸困难	(12)
六、紫绀	(12)
第二节 呼吸系统体格检查	(14)
一、胸部体表标志	(14)
二、胸部的物理检查	(15)

第三节 呼吸系统疾病的辅助检查	(23)
一、影像学诊断	(23)
二、肺功能测定	(30)
三、胸腔积液检查	(38)
四、生化免疫学检查	(43)
五、内镜检查	(50)
六、组织活检	(61)
第三章 心血管系统疾病的诊断	(72)
第一节 心血管系统疾病的常见症状	(72)
一、心悸	(72)
二、呼吸困难	(73)
三、水肿	(75)
四、紫绀	(76)
五、胸痛	(78)
六、心绞痛	(79)
七、咯血	(81)
八、晕厥	(81)
九、休克	(82)
第二节 心血管系统的体格检查	(85)
一、望诊	(85)
二、触诊	(86)
三、叩诊	(87)
四、听诊	(87)
第三节 心血管系统的常用辅助检查	(90)
一、心电图	(90)
二、心机械图	(96)
三、心电向量图	(100)
四、动态心电图	(107)
五、心率变异性	(117)
六、心室晚电位	(122)
七、心脏超声诊断	(125)
八、心血管放射学检查	(140)

九、心脏的放射性核素检查	(150)
第四章 消化系统疾病的诊断	(157)
第一节 消化系统的临床症状	(157)
一、恶心与呕吐	(157)
二、吞咽困难	(159)
三、腹痛	(162)
四、便秘	(164)
五、腹泻	(165)
六、上消化道出血	(170)
第二节 消化系统的体格检查	(173)
一、一般和全身检查	(173)
二、腹部检查	(174)
第三节 消化系统疾病的辅助检查	(177)
一、消化系统疾病的影像诊断技术	(177)
二、实验室诊断	(187)
第五章 泌尿系统疾病的诊断	(211)
第一节 泌尿系统疾病的常见症状	(211)
一、血尿	(211)
二、尿量异常	(215)
三、蛋白尿	(218)
四、水肿	(219)
五、高血压	(220)
六、膀胱刺激症	(223)
七、疼痛	(225)
八、肿块	(227)
第二节 泌尿系统疾病的体格检查	(228)
一、视诊	(228)
二、触诊	(231)
三、叩诊与听诊	(234)
第三节 泌尿系统疾病辅助检查	(234)
一、常用实验室检查	(234)
二、肾穿刺活检	(240)

三、血液净化治疗	(244)
第六章 内分泌系统疾病的诊断	(247)
第一节 内分泌系统疾病的常见症状	(247)
一、消瘦	(247)
二、多食	(248)
三、多饮	(251)
四、突眼	(253)
五、身材矮小和高大	(254)
六、甲状腺肿大	(255)
七、溢乳	(257)
八、多尿	(258)
九、色素沉着	(259)
第二节 内分泌系统疾病体格检查和辅助诊断	(261)
一、体格检查	(261)
二、辅助诊断	(261)
第七章 神经系统疾病的诊断	(268)
第一节 神经系统疾病的常见症状	(268)
一、昏迷	(268)
二、头痛	(276)
三、慢性口面痛	(287)
四、步态异常	(291)
五、眩晕	(297)
六、癫痫	(305)
七、癫痫持续状态	(319)
八、震颤	(321)
九、晕厥	(327)
十、认知障碍	(336)
十一、语言和言语障碍	(342)
十二、睡眠及睡眠障碍	(352)
第二节 神经系统的体格检查	(358)
一、脑神经检查	(358)
二、感觉功能检查	(363)

三、运动神经检查	(364)
四、自主神经功能检查	(365)
五、神经反射检查	(367)
第三节 神经系统疾病的常用辅助检查	(370)
一、脑脊液检查	(370)
二、神经影像学检查	(373)
三、神经电生理检查	(379)
四、放射性核素检查	(384)
五、肌肉及神经组织病理学检查	(386)
第八章 血液系统疾病的诊断	(388)
第一节 血液系统疾病常见临床症状	(388)
第二节 血液系统疾病的体格检查与辅助诊断	(391)
一、体格检查	(391)
二、辅助诊断	(391)
本书主要参考文献	(406)

第一章 内科疾病的诊断原则及诊断程序

疾病应从以下三个方面进行综合诊断,症状、体格检查、辅助检查。简单讲就是“症状+体格检查+辅助检查”=诊断。所以本书以人体几大内科系统为主线,每个系统分别介绍该系统疾病的症状、体格检查、辅助检查,从而得出诊断。

第一节 诊断的原则

诊断是防治疾病的前提和依据。诊断的正确与否,反映了医生的业务水平和素质。诊断过程自始至终贯穿着医生的思维活动,医生的主观思维应符合客观实际,才能对疾病作出较为正确的判断。诊断原则是医生在诊断疾病过程中应遵循的要点,对诊断的确立起重要指导作用。

一、防止片面、孤立和静止的思维方法

一个症状、体征或其他辅助结果,可能是局部病变的表现,也可能是某一系统或全身性疾病在局部的反映,诊断时必须从整体来分析,而不能用片面、孤立和静止的思维方法来考虑,否则就容易发生判断错误。例如肩部疼痛可能是局部的肩周炎症,也有可能是肺癌的肺外症状表现。医生应仔细询问病史,作详细的体格检查和收集有关资料,进行整理、分析和判断后,才能作出正确的诊断。作出初步诊断后,有时还需要在临床实践中,继续观察疾病的演变过程和对治疗的反应,以验证诊断的正确性。

二、首先考虑常见病、多发病

常见病是指临床上常见的疾病,如阑尾炎、高血压、肺炎等。多发病是指在某个地区、某个季节或某项职业中发病率较高的疾病,如日本血吸虫病、疟疾、矽肺等。当病人诉说的症状和客观检查在常见病、多发病或少见病、罕见病都可能出现时,应偏重于常见病及多发病的诊断,因为前者发生的几率较后者为多,但在确诊以前,对少见病或罕见病存在的可能性,也应充分予以考虑,不允轻易排除。

三、一元化解释

当病人同时出现多个系统的症状时,应注意寻找其内在联系,考虑出现的症状是否可以用一个疾病来解释,防止将一组互相关联的征象,误诊为数个互不相关的诊断,例如系统性红斑狼疮、结节病等都可同时侵犯多个系统。这一原则对内科疾病的诊断极为重要,因为两个互不相关的疾病,特别是急性病、病情较重的疾病,同时发生的机遇极为少见。医生应养成善于深入、细致、全面考虑问题的习惯。但两个或两个以上疾病同时发生在一个病人的情况,临床上也是存在的,不能生拉硬套,一律用一元化来解释。慢性病患者及老年病人常同时患有多种慢性疾病,如心脑血管病变及神经系统病变等,不在此例。

四、先考虑器质性病变,后考虑功能性疾病

当病人的临床表现一时难以判定是器质性或功能性疾病时,应多考虑器质性疾病。功能性疾病的诊断应在充分排除器质性病变以后作出。诊断功能性疾病应十分谨慎,防止误诊误治,造成不良后果。

五、应以主病为主要诊断

主病是引起病人就诊的主要疾病,应作为诊断和治疗的重点。例如高血压病患者因急性肺炎就诊,主要诊断应为肺炎,高血压为伴随疾病。主病有时可发生并发症,记录临床诊断时,原则上是先列出主病,接着是并发症,最后是伴随疾病。

(赵文)

第二节 诊断的分类

一、临床上常见的诊断

(一)症状诊断

即医生根据病人就诊时的主诉作出的判断,例如头痛、耳鸣、腹泻等。

(二)体检诊断

即医生根据体格检查所发现的体征作出的判断。例如色盲、弱视、甲状腺肿大、肝脾肿大等。

(三)实验室诊断

即医生根据病人标本所作实验室检查结果作出的判断。例如贫血、高脂血症、低氧血症等。从广义上讲,实验室诊断也应包括病理学诊断、超声诊断、放射线诊断、电生理诊断、内窥镜诊断、放射性核素诊断、手术探查诊断和治疗诊断等。

以上诊断资料均供临床医生作诊断时参考使用或作为临床诊断的依据,一般不能作为完整、系统的临床诊断。

二、根据诊断的确切程度进行分类

由于医生在病人就诊时所获得的资料,有的充分,有的欠缺,因此对疾病认识的程度也有所不同。为了表示所作出的诊断与实际病情的符合程度,临床医生常使用初步诊断和临床诊断这两个名称。

(一)初步诊断

指病人初次就诊时,医生的诊断依据尚不够充分,尚待进一步检查方能作出明确诊断的暂时性诊断。在实际工作中,医生又往往根据对疾病的初步认识的深浅程度,将初步诊断分为印象诊断、临时诊断或暂定诊断,力求经过详细的检查、严密的病情观察、对病情的客观分析、推理和验证后,提出较为明确的临床诊断。

(二)临床诊断

指医生经过充分的客观检查和临床观察,对病情作出的结论性判断,一般来说,也是指医生在诊病过程中作出的具有确切依据的,用于指导治疗的正确诊断。

此外,在临床上还常见到入院诊断、出院诊断和门诊诊断等反映诊断场合的诊断名称,以及死亡诊断和尸解诊断等用于死后的诊断名称。尸解诊断实际上是死后经解剖作出的病理诊断,还可在直接暴露的条件下,采取必要的标本,进行其他有关检验,将上述检查结果结合临床资料作出的最后诊断,也是最确切、最可靠的临床诊断。尸解是临床医生提高诊断水平的重要途径,在病人不

幸去世后应努力争取。

三、诊断的内容

完整的临床诊断应包括：①病因诊断：指出疾病的致病原因或因素，例如风湿性心脏病、支原体肺炎、钩端螺旋体病等；②病理形态诊断：指出病变病理改变的性质、部位及受侵范围，例如右上肺干酪性肺炎、坏死性胰腺炎等；③病理生理诊断：主要指患病脏器的功能状态，例如心脏功能的分级、肝昏迷的分级等。病因诊断和病理形态诊断一般都属于定性诊断，如萎缩性胃炎就是定性诊断。除上述内容外，定性诊断还应包括疾病的性质和病情经过，如急性、慢性、亚急性、迁延性、特发性、继发性、先天性、器质性、功能性等。部分病理形态诊断和病理生理诊断属定量诊断，定量诊断能提示病变的范围和程度，如系统性红斑狼疮表明病变累及全身多个系统，心功能Ⅲ级表示心脏功能受损的程度等等。

诊断就其内容的含义还可分为描述性和实体性两大类。以现象为诊断内容的，属描述性诊断，如昏迷、紫癜、眼球震颤、血尿、不明原因发热等。描述性诊断多用于初诊时，需要进一步收集资料，以确定诊断。凡是揭示疾病本质的诊断都称为实体性诊断，如糖尿病、风湿性心脏病等。临床诊断一般均为实体性诊断。

(赵文)

第三节 诊断的步骤

内科疾病的诊断步骤一般包括收集资料、分析资料及综合判断三个部分。

一、收集资料

诊断的首要步骤就是通过询问病史，收集病史资料。询问病史对诊断的建立极为重要，医生应仔细、认真、耐心地听取病人对病痛的申诉，从中取得对初步诊断有用的资料。可靠的病史对诊断可起到定向的作用，可揭示诊断的线索，确定体检的重点和选择检查项目。病人寻医的目的是要解除病痛，尽快恢复健康。作为一名内科医生，不仅在业务上应该是称职的，同时也应关心病人的病痛，和病人建立良好的医患关系，取得病人的信任和合作，才能取得较为满意的病史资料。体征是医生的客观发现，是确立诊断的第一手资料。体格检查有助于验证症状的存在、辨别症状的性质和查明症状的由来，还有助于发现病人未曾觉察到的异常。体检资料有助于进一步确立或排除症状诊断所考虑的疾病，并可发现一些病人在症状诊断中未曾提及的疾病，有时还可据此作出临床诊断。实验室检查所提供的有助于医生进一步了解病人全身和受累脏器的情况，确定症状和体征的性质，可作为特异性诊断的依据。在收集资料时，应充分利用现代医学仪器设备和检查技术，如影像学检查、超声显像技术、放射性核素检查、内窥镜检查、电生理学检查等，使诊断尽快确立。此外还应注意收集反映某些器官或腺体功能状态的功能检查资料，如肺功能检查、血气分析以及各种负荷试验等。有时还需收集试验治疗的资料，必要时还可通过活体组织病理检查或手术探查取得资料。

收集资料需要医生运用自己的医学知识，有的放矢地选择。其中问诊和体格检查在任何情况下都是必不可少的。此外，实验室检查中的血、尿、便常规也是必检项目。随着医院设备的日趋完善，X线胸部透视、心电图检查和超声波检查已被大多数医生视为常规收集资料的方法，各种大型医疗仪器如计算机体层扫描、磁共振成像、放射性核素检查等的使用已日渐增多。这些检查项目固然可为早期诊断提供较多的资料，但应有目的地选择使用，以避免给病人增加不必要的负担。

二、分析资料

对收集到的资料,首先应予以归纳,然后进行具体分析,去伪存真,保留其有用的部分。依据汇集的资料作初步诊断时,一般应将可能的诊断考虑得广一些,特别对比较疑难的病例,更需要从多个方面和不同的角度来考虑和分析,以免遗漏重要的疾病。在进一步肯定或排除某种可能的诊断时,必须采用极为慎重的态度,认真估计所收集资料的真实性和准确性,必要时可作进一步检查来加以鉴别,以避免作出错误诊断。准确地分析和判断检查和实验室检查的结果,是达到正确诊断的关键。医生必须熟悉和掌握所作检查的特异性和敏感性。由于个体差异的存在,绝大多数检查项目的正常值都是用正常范围来表示,由统计学计算的正常范围最多只能包括总体数的99%,一般为95%左右,也就是说约有1%~5%正常人也可能出现异常结果。此外,每项检查的敏感性和特异性也各不相同,一般说来,阳性率愈高,特异性愈差;阴性率愈高,则特异性愈强。例如,痰结核菌阳性只出现在肺结核,绝不出现在其他肺部感染性疾病,所以痰菌阳性对诊断肺结核的特异性很强,但在肺结核中的阳性率并不高。又如尿糖检查在原发性糖尿病患者中,均呈阳性反应,但尿糖也可见于肾性糖尿、甲状腺功能亢进症等疾病,所以尿糖对检出原发性糖尿病的敏感性很高,但特异性不强。由此看来,任何检查项目均存在假阳性和假阴性的可能。当检查结果与临床所见相矛盾时,除应考虑是否应修正原有的诊断外,必要时应重复该项检查或添加其他有助于鉴别的检查项目,以排除由于技术性原因引起的错误。

三、综合判断

综合判断是在分析资料基础上进行判断的思维过程。收集到的资料,不论齐全与否都需要医生运用既有的知识、经验,进行综合、分析、联想、推理,才能引伸出诊断。临床上进行诊断的思维方式约有3种方式,即病象对比、鉴别推断和否定拟诊。除这3种方式外,还有模拟思维的电子计算机诊断。

(一)病象对比

当医生获得的资料与书本上描写的某病相一致时,即可通过对比,首先考虑该病。对临床表现比较典型的疾病,一般都采用这种诊断方式。这种诊断方法比较便捷,容易掌握,但由于临床上遇到许多病例并不典型,所以用途受限。

(二)鉴别诊断

这是临床上最常用的诊断方式,多用于疾病全貌未充分表露出来,或病情复杂,或本质比较隐匿但阳性表现却较多的疾病。临床实际采用的诊断方式有两种:一为逐步逼近诊断法。即根据收集的资料,先删选出一些可能性较大的疾病,通过深入检查,逐步缩小疾病范围,最后保留下来的疾病就是最接近诊断的疾病,一般再经过临床观察和治疗转归,作出临床诊断。这一诊断方式比较繁琐,但由于在诊断过程中对所有涉及阳性资料的疾病都进行了反复分析、推理和综合判断,所以较少漏诊。另一方式是综合鉴别诊断法,也是目前临床医生应用最多的一种诊断方式,首先对所获得的资料进行仔细的分析和判断,从中选出几项最主要的阳性表现作为诊断重点,列出有待鉴别的一些疾病,通过比较进行删除,挑选出阳性表现频率最多的疾病作为临床诊断。这种诊断方式比逐步逼近法简单、便捷,但主要阳性表现是由医生选择的,有一定主观成分,选择失当会导致误诊。

(三)否定拟诊

即利用排除法来作出诊断,常用于主要征象少而又缺乏伴随表现的疾病,如不明原因的发热和浮肿等。

(四)电子计算机诊断

电子计算机有逻辑判断和信息加工的能力,但计算机只能忠实地按医生编制的程序来完成其

职能。电子计算机辅助诊断目前仍处于初步阶段,临床上仅用于少数几类疾病中。

值得提出的是,临床经验在诊断过程中往往起着重要的作用,临床经验是指医生在医疗实践中取得的技能和总结出来的心得体会,包括基础的技能和特殊的技能。临床医学是以实践为基础的科学,经验的积累离不开医疗实践,经验的积累是一个长期而艰辛的过程,这里不存在天才,也没有捷径,临床医生应懂得这个道理。经验丰富的临床医生可以在较短的时间内,对汇集的资料进行分析、综合、推论,做出更接近于实际的诊断,甚至可根据不完整的资料做出判断,进行恰当的治疗或采取急救措施。因此临床医生应在长期的临床实践过程中不断积累自己的经验,提高诊断疾病的本领。

(赵 文)

第二章 呼吸系统疾病的诊断

第一节 呼吸系统疾病的常见症状

一、咳嗽

咳嗽是机体的一种保护性反射,呼吸道粘膜受到异物刺激或由于炎症或其他原因引起的分泌物增多,即可导致咳嗽,将分泌物排出体外。

(一)病因与发病机制

耳、鼻、咽喉、气管、支气管、肺等器官,由于炎症、淤血、物理、化学或过敏等因素,刺激了迷走神经分支、三叉神经或舌咽神经所支配的粘膜时皆可引起咳嗽。咳嗽过程一般包括下列几个动作:首先深吸气,然后声门紧闭,横膈、胸壁和腹壁肌肉高度收缩,肺内压力骤增,这时声门忽然开放,肺内高压气体突然被射出,声门发出峻嗽声。反射径路为上述感受器的刺激传入延髓咳嗽中枢,由咳嗽中枢再将冲动传向运动神经,即喉下神经、膈神经或脊髓神经,引起咳嗽。经屡次刺激后,咳嗽的感受器能产生耐受性,患者常于维持某一体位时,咳嗽减轻,而于改变体位时,则因呼吸道内分泌物流至未受过刺激的部位而使咳嗽加剧。一般说来,自发的咳嗽对机体有益,不应完全加以制止。长时频繁的咳嗽可致胸肌疼痛,有时可使胸内压增高,静脉回心血流受阻,引起昏厥。

(二)诊断

1. 临床表现

不同病因,可有不同的临床表现。咳嗽有时无力、单发或散在,有时为连续、频繁咳嗽,有时为发作性刺激性咳嗽。在时间上,有时多见于晨间起床后,有时发生在夜间睡眠中。在音色上,有时伴金属声;有时声音低微、嘶哑。在痰量上,有时稀少,有时量较多。

2. 病史

询问咳嗽持续时间,短期数日,抑或数月,甚至数年;长期咳嗽,是持续存在,抑或反复发作。要注意了解咳嗽性质、程度、频度、音色及伴随症状。应了解咳嗽与气候变化关系,咳嗽的昼夜节律,咳嗽与体位关系,咳嗽与活动、劳累关系。还要详细询问既往史、过敏史、职业史与吸烟史。

3. 体检

除一般检查外,要特别注意胸部呼吸音改变与啰音的性质、分布与强度。还应注意检查心脏,心界有无扩大,有无杂音。

4. 实验室检查及其他辅助检查

血白细胞总数及分类检查,疾病病原学检查或痰瘤细胞检查。胸部 X 线透视或普通照片检查,在需要时,可做体层摄影、CT 检查或支气管造影。有时纤维支气管镜检查可以明确病因。

在进行诊断与鉴别诊断时,要根据咳嗽的临床表现与其伴随症状,加以分析。散发、单发,多见于早期支气管炎、肺结核、吸烟。咳嗽无力,常见于肺结核。历时久、连续性咳嗽,见于慢性支气管炎、支气管扩张。发作性咳嗽,可见于急性喉炎、气管异物或百日咳。晨间咳嗽,较常见于支气管扩张、慢性肺气肿,与体位改变、痰液移动有关。夜间阵发性咳嗽,可见于左心功能不全或慢性支气管炎,系迷走神经兴奋性增强所致。伴金属声,见于主动脉瘤或纵隔肿物或胸骨后甲状腺,压迫气管

或支气管。咳嗽低微、嘶哑见于声带炎、喉炎、喉癌、声带麻痹、声带水肿。咳嗽无痰或少痰,粘稠不易咳出,见于上部呼吸道感染、急性气管炎。伴有大量脓痰,放置分层,见于肺脓肿、支气管扩张。伴高热、血白细胞增多,多为炎症,如肺炎、支气管扩张继发感染、肺脓肿。咳嗽散在,伴低热、咯血而血白细胞总数正常者,多见于肺结核。与气候改变有明显关系者,多为慢性支气管炎。与体位改变有明显关系者,多为支气管扩张或肺脓肿。伴有固定性胸痛者应疑为支气管肺癌。伴有咯血者,较常见于肺结核、支气管扩张、肺脓肿、二尖瓣狭窄、支气管肺癌。二尖瓣狭窄者由于左房增大,压迫左总支气管也可引起咳嗽。伴有呕吐者,可见于百日咳或慢性咽炎。于进食后咳嗽发作或加剧,痰内混有食物伴呕吐,见于食道支气管瘘。咳嗽伴有弥漫性哮鸣音,常见于支气管哮喘。伴有局限性哮鸣音者应疑为支气管肺癌或其他肿瘤。伴有散在性不固定的干湿性啰音,多为慢性支气管炎。伴局限性、经常性、固定性湿性啰音者见于支气管扩张。伴有发热与局限性湿性啰音者多为肺内炎症。伴有限局于两肺下方,表浅、细小、高音调湿性啰音(爆裂性啰音),可见于肺间质纤维化。伴有杵状指(趾)者可见于支气管扩张或慢性肺脓肿、肺癌。伴有肺性骨关节病者见于支气管肺癌。

长治无效之迁延性咳嗽,尚应考虑一些少见情况,如少数哮喘病人在早期并无呼吸困难而仅以咳嗽为唯一表现;服用血管紧张类转换酶抑制药(ACEI)类药物过程中,可出现顽固性咳嗽;按支气管炎治疗无效而按哮喘治疗有效,即所谓咳嗽变异型哮喘(CVA);胃食管反流(GER)可以引起夜间咳嗽,尤其是晚餐过量之后;鼻窦炎症,分泌物沿后鼻腔引流下行引起刺激性咳嗽等等。比较罕见的干性阵发性咳嗽,尚可见于颈动脉炎。急性或慢性颈动脉炎,可通过释放多肽及神经激肽,刺激迷走神经而致咳,除咳嗽外,尚可伴有咽痒、咽痛、颈痛、耳痛、胸痛等症状,病情顽固,可反复发作或持续数年。口服或局部注射皮质激素有效。精神性咳嗽,好发于易激动之青年,一般为频发干咳,有时似犬吠,甚至可致失音。如疑及本病应首先除外器质性疾病,不宜轻易地做出精神性咳嗽的诊断。外耳耳垢嵌塞,亦可引发咳嗽,常为内科医师所忽视。

二、咳痰

呼吸道粘膜上皮中有杯状细胞,可分泌粘液;粘膜下有粘液腺体,可分泌粘液和浆液。粘液腺的分泌受迷走神经的支配。粘液分泌可在有空气污染、气道炎症或受到物理、化学性刺激时增加分泌量。从生理学的角度来看,咳痰是一种保护性功能。询问咳痰这一个重要症状时应注意仔细询问。痰量、痰味(指气味)、痰色和痰的状态,对评价其诊断意义是很重要的。

除了询问咳痰之外,进一步对痰以肉眼观察—显微镜窥视和培养化验等,都会对疾病的诊断提供有益的参考信息。

一般痰液呈白色或微黄色,多为粘液性。金黄色痰或翠绿色痰在临床上少见,一旦见到此种颜色的痰液,应分别考虑是否由金黄色葡萄球菌或绿脓杆菌感染。粉色而带有脓性的痰液往往表示有肺组织破坏,侵及较小的血管。腥臭的痰液说明包括厌氧菌在内的混合性细菌感染。仔细地观察痰的性状可以反映病情转归。由脓性黄痰转为白色粘痰,示病情好转。

观察痰液不但在贮痰的杯皿上看,必要时可将痰液倾倒在盛有清水的器皿中细审。一口粘痰漂浮在清水中,可呈现树枝状或管型状,对于诊断和估计预后都有帮助。粉色泡沫状稀痰,可出现于左心衰竭且肺水肿者。

痰量应准确测量记载,特别是痰很多的患者。在一部分肺泡性肺癌病例,痰量每日可达数百毫升,但这种痰无特殊气味,往往呈白色沫状,与肺脓肿患者的臭味黄脓混有坏死残渣的痰有所不同。

三、咯血

喉以下的呼吸道或肺组织出血,经口排出称咯血。

(一)病因和发病机制

咯血常见于支气管扩张、肺结核、肺脓肿、肺癌或二尖瓣狭窄,还可见于支气管腺瘤、支气管内膜结核、慢性支气管炎、肺水肿、肺炎等病。近年来二尖瓣狭窄和肺脓肿已较少见。有时血液病、传染病或子宫内膜异位症等,亦偶有咯血。粉红色痰,一般系由于毛细血管内红细胞渗出所致;痰中带血丝或血块,常由于小血管破坏引起;全血,由几毫升至几百毫升不等,甚至有1000ml以上者,常由于大血管破裂而发生。咯血一般可持续几天,开始时咯出的血为鲜红色,以后呈紫黑色。

(二)临床表现

咯血前,尤其是中等量以上咯血前,多先有喉痒、胸闷等症状。咯血当时,伴呛咳,出冷汗,脉速,呼吸急促、浅表,颜面苍白,恐惧感。

(三)诊断

临诊时,要注意下列五个问题:

1. 咯血抑或呕血

应注意询问有无溃疡病、肝硬化、胃炎等疾病,出血前有无上腹部不适、恶心、呕吐等症状,血内有无食物残渣,是否为黑褐色,呈咖啡渣样,是否为酸性。体检有无上腹部压痛、腹水、腹壁静脉曲张或脾肿大。尚应除外鼻咽喉部或口腔牙龈出血。鼻出血多从前鼻孔溢出,诊断不难。后鼻腔、咽部或牙龈出血,有时在睡眠时不自觉地坠入气道而于清晨咳出,易误诊为咯血。此种出血量少,色黑,多于清晨发生。应进行鼻和口腔检查。

2. 出血数量

一般只能粗略估计,少量咯血,24小时内咯血量 $<100\text{ml}$;中等量咯血24小时内咯血量 $100\sim 500\text{ml}$;大量咯血,24小时内咯血量 $>500\text{ml}$ 。咯血量多少与病变严重程度并不完全一致。肺功能严重障碍者,即或少量出血亦可危及生命。

3. 出血性状

鲜红色、紫黑色,血丝或仅为血块,杂有泡沫或伴有脓臭痰。

4. 出血部位

中等量以上出血,可根据肺内湿性啰音的分布,判断出血部位,亦可参考既往X线胸片或最近胸片(少量出血物理诊断常无阳性体征)。

5. 咯血病因的判断

根据问诊、体检、实验室检查与胸部X线片,大部分病例可以得到确诊。要注意过去史、杵状指(趾)的有无、心尖部有无舒张期杂音。仍难以确诊时,在停止咯血1周后,可以进行纤维支气管镜检查、断层摄影或CT检查,有时还须进行痰瘤细胞检查。大多数咯血病例,根据上述检查可以确诊,约有20%病例,咯血原因始终未能明确,但经多年随诊,这些原因未明的咯血病例,绝大部分并未出现较为严重的病症。

根据过去史与个人史,在青少年咯血者多提示肺结核的可能性,45岁以上男性有持续性或间断性痰中带血,应首先考虑肺癌。幼年曾患麻疹、百日咳或肺炎,而在多年以后出现反复咳嗽、咳痰、咯血者应考虑支气管扩张。咯血量的多少亦可提示病因。痰中带血应考虑肺癌、慢性支气管炎,有时亦可见于浸润性肺结核。少量咯血亦可见于肺结核、肺脓肿。中等量咯血多见于肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄。大量咯血多见于空洞性肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄。

咯血伴有其他症状者,如伴胸痛,可见于肺炎、肺梗死、肺癌等。肺梗死临床上易于漏诊,其症状包括急性发作性胸痛、呼吸困难和咯血,咯血常出现于胸痛和呼吸困难之后。伴发热或大量脓臭痰,应考虑肺脓肿;伴低热、盗汗、无力,首先考虑肺结核;伴慢性咳嗽,咳大量脓痰,应考虑支气管扩