

诊断学基础

(试用教材)

江西医科大学

一九七二年七月

诊 断 学 基 础

(试用教材)

江 西 医 科 大 学

一 九 七 二 年 七 月

前 言

遵照伟大领袖毛主席关于“教材要彻底改革”的教导，切实贯彻全国和全省教育工作会议精神，在校党委领导下，组织有工农兵学员、原有教师（包括下放教师）和革命卫生人员相结合的教材编写小组，在总结两年来我校面向农村，开门办学，教育革命实践的基础上，根据三年制教学方案的课程设置，编写了一套试用教材，供新医专业和中医专业使用。这套教材包括：《医用化学》、《医用物理》、《英语》、《正常人体学》、《生物病原学》、《病理学》、《中药方剂学》、《药理学》、《中医学基础》、《诊断学基础》、《卫生防疫学》、《针灸学》、《内儿科学》、《外科学》、《妇产科学》、《五官科学》等共十六门学科。

在编写过程中，我们以毛主席哲学思想为指导，开展学科领域里的革命大批判，坚持政治与业务，理论与实践统一的原则，走中西医结合道路，学习、参考了兄弟院校编写的新教材，吸取了旧教材的有用部分。新编教材在内容上力求做到少而精，便于学生自学。但由于我们对毛主席教育革命思想领会不深，教学经验不足，时间仓促，这套教材难免会有不少缺点和错误，希望工农兵学员及广大革命同志给予批评指正，我们将在教学实践中不断总结，不断提高，使之更好地为工农兵服务。

目 录

绪言	1
第一章 症状学	2
第一节 发热	2
第二节 昏迷	2
第三节 头痛	3
第四节 呼吸困难	4
第五节 发绀	5
第六节 水肿	6
第七节 咳嗽与咳痰	7
第八节 咯血	8
第九节 吞咽困难	8
第十节 恶心与呕吐	8
第十一节 腹痛	9
第十二节 腹泻	10
第十三节 呕血及黑便	10
第十四节 便血	11
第十五节 尿量异常	11
第十六节 尿频、尿急与尿痛	12
第十七节 血尿	12
第二章 问诊及体格检查	14
第一节 问诊	14
一、问诊的方法和意义	14
二、问诊的内容	14
第二节 一般检查	16
一、体温、血压、呼吸	16
二、脉搏	18
三、望诊	20
四、闻诊	22
五、皮肤及浅表淋巴结的检查	22
第三节 头颈部检查	23
一、头部检查	23
二、颈部检查	25
第四节 胸部检查	25
一、胸部的体表标志	25

二、胸膜、肺叶、心界在胸壁上 的投影	27
三、胸廓及肺脏检查	28
四、心脏的检查	33
第五节 腹部检查	39
一、腹部的体表标志线和分区	39
二、望诊	39
三、触诊	40
四、叩诊	43
五、听诊	44
第六节 脊柱和四肢的检查	44
一、脊柱检查	44
二、四肢检查	44
第七节 肛门、直肠、生殖器的检 查	45
第八节 神经反射的检查	45
一、肌腱反射	45
二、病理反射	46
第三章 化验检查	48
第一节 血液检查	48
一、红细胞检查	48
二、白细胞检查	51
三、出血倾向的检查	53
四、其他血液检查	54
第二节 尿液检查	55
一、标本的收集与保存	55
二、尿的物理性状检查	55
三、尿蛋白定性试验	55
四、尿糖定性试验	56
五、尿沉渣检查	57
六、中段尿培养	59
第三节 粪便检查	59
一、常规检查	59
二、潜血试验	61

三、集卵孵化法	61
第四节 痰的检查	61
一、痰标本的收集与保存	61
二、痰的常规检查	61
三、细菌学检查	62
第五节 脑脊液检查	63
第六节 渗出液与漏出液的检查	64
第七节 胃液检查	65
第八节 肝功能试验	66
一、胆红素代谢试验	66
二、蛋白质检查的临床意义	68
三、脂肪代谢功能测定的临床意义	68
四、血清中酶活力测定的临床意义	68
第九节 肾功能试验	69
一、尿浓缩和稀释试验	69
二、非蛋白氮测定的临床意义	69
三、血浆二氧化碳结合力测定的临床意义	70
四、酚红排泄试验	70
第十节 骨髓检查	70
一、骨髓分类检查	71
二、骨髓检查结果判断	72
附：骨髓细胞的形态特点	72
附录一：化验检查正常值	73
附录二：血液标本的采集	75
第四章 X线检查	76
第一节 X线的特性、应用原理和检查方法	76
一、X线的特性	76
二、X线诊断的应用原理	76
三、X线检查方法	77
第二节 胸部X线检查	77

一、胸部正常X线表现	78
二、胸部基本病变的X线表现	79
三、胸部常见病的X线表现	84
第三节 心脏及大血管X线诊断	89
一、检查方法	89
二、心脏及大血管的正常X线表现	89
三、心脏大血管基本病变的X线表现	90
第四节 腹部X线检查	93
一、腹部平片的正常及异常X线表现	93
二、胃肠道造影检查	94
三、胆囊和胆管造影检查	98
四、泌尿道造影检查	98
第五节 骨与关节X线检查	100
一、检查方法	100
二、骨与关节正常X线表现	100
三、骨与关节基本病变的X线表现	102
四、骨与关节外伤的X线诊断	104
五、骨与关节常见病的X线诊断	105
第五章 心电图与超声波	107
第一节 心电图检查	107
一、描记心电图的导联	107
二、心电图各波的正常值和意义	109
三、心电图检查的临床应用	111
第二节 超声波检查	111
一、波形的名称	113
二、临床应用	113
第六章 诊断步骤与病历书写	116
第一节 诊断步骤	116
第二节 病历书写	117

绪 言

诊断学是运用调查研究的科学方法，达到正确认识疾病的一门科学。诊断的过程，就是客观地认识疾病的过程。“没有调查就没有发言权，”我们必须用辩证唯物主义的观点，对疾病的发生、发展、变化的过程进行调查研究，并将调查取得的各种材料连贯起来，加以“去粗取精，去伪存真，由此及彼，由表及里的思索”，进行科学的分析和判断，以期得到正确的诊断。正确的诊断是预防、治疗疾病的基础，只有在正确诊断的前提下，才能及时地制定出防治疾病的有效措施和方案，以期得到治愈疾病的目的，解除疾病给劳动人民带来的痛苦。

祖国医学和现代医学检查疾病的一般方法基本相同，前者分为望、闻、问、切四大法，后者在问诊的基础上加视、触、叩、听四诊。这些都是临床最基本、最重要的诊断方法。通过问诊获得的对各种症状特征、变化规律的了解，可提供进一步检查的线索，有时仅根据问诊即可作出初步诊断。体格检查是医生通过自己的感觉器官和简单工具，运用视、触、叩、听四诊，对病人的病变部位及整体进行系统的观察检查，并结合基础医学知识和实践经验对病变性质作出判断，这是认识疾病不可缺少的手段。

化验检查及其他特殊检查（如X线检查、心电图及超声波检查等），对疾病的正确诊断也有相当重要的价值。对于有些病人，在问诊及体格检查的基础上，严格地、有目的地选择化验或其他特殊检查，可以帮助我们更全面、更正确地了解疾病的全貌，使诊断更为准确。

诊断学基础是临床医学的一门基本课程。诊断学的内容，它所提出的诊断疾病的基本原则和方法，不仅适用于内科，也适用于临床各科。如搜集疾病资料的步骤和方法，对症状、体征及各种检查结果的评价，成立诊断的分析、综合和推理过程等，都是从事任何专科的临床工作者必须学习和掌握的。

疾病是一种复杂的矛盾运动，诊断学就是运用辩证唯物主义认识论的规律，提出揭露疾病这一特殊矛盾运动的手段和方法，我们也只有以辩证唯物论为指导思想，才能学好诊断学。诊断学基础是理论与实践密切联系的科学，许多症状、体征的发现和病情的判断，都要依靠医生熟练的技巧和正确的思维方法。这就要求我们要以白求恩同志为榜样，以“完全”、“彻底”地为人民服务的精神，对技术精益求精，刻苦学习，反复实践，不仅要掌握诊断学的基本理论，而且要正确地、熟练地掌握各种基本的体格检查方法和常规化验技术，系统地学习和了解诊断学基础各方面的知识。

我们是为人民服务的。我们的一切临床工作都必须从人民的利益出发。从一开始接触病人起，就要注意处处关心病人、爱护病人、体贴病人，和病人一起，共同努力战胜疾病。在临床实践过程中，要尽一切可能避免增加病人的痛苦。

第一章 症状学

第一节 发热

正常人的体温在体温调节中枢的有效控制下，维持在相当稳定的范围内。当体温调节中枢功能紊乱时，体温升高超过正常范围，就叫发热。

正常人的体温波动范围在 $36.5^{\circ}\text{C}\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ （肛门温度）之间。正常体温受多种因素影响略有波动，一般于清晨2—6时最低，下午5—6时最高，但早晚之差不超过 1°C 。进食或运动可使体温短暂稍许升高。幼儿因代谢旺盛，体温可稍高于成人。环境温度对体温也有一定影响，环境温度过高时，体温可以增高。个别人体温经常稍高于正常水平而没有任何疾病。

发热的形成主要是由于体温调节中枢的功能紊乱。感染或非感染性组织分解产物都可扰乱体温调节中枢的正常功能，而感染是最常见的原因。细菌毒素或组织分解产物，通过神经或血液循环，作用于体温调节中枢，使之功能紊乱，通过神经内分泌作用，引起热的产生增多，热的放散减少，因而出现发热。除体温调节中枢功能紊乱外，其他原因所致之产热过多、散热过少也都可引起发热。体温升高仅是发热过程中最明显和最容易确定的症状，但它必然对体内物质代谢及各器官系统功能产生多方面的影响。

引起发热的原因很多，其中以感染所致者最为常见，兹分类列举于下：

一、感染：原虫、细菌、立克次氏体、病毒引起的急性或慢性感染，局部或全身性感染，都能引起发热。

二、无菌性组织损伤：（1）严重的创伤、大手术、放射治疗引起的大量组织破坏；（2）肿瘤：如肝癌、胃癌、淋巴瘤等；（3）造血系统疾病：如白血病、急性溶血性贫血；（4）血管栓塞性疾病：如心、脑、肾梗塞、周围血管栓塞或血栓形成。

三、过敏反应：如血清病，药物过敏。

四、体温调节中枢受累：如脑肿瘤、脑溢血、中暑等。

五、产热及散热异常：产热过多见于甲状腺机能亢进、惊厥和癫痫；散热受阻见于广泛性皮炎、牛皮癣等。

六、其他：如胶原性疾病、失水、失血也常见发热。

对发热的诊断，需要详细了解发病的经过，起病的缓急，是否有寒战及出汗。注意发热的程度，持续的时间和热型（见体温测量），发热时所伴有的全身性及局限性症状。发热是疾病表现的一个重要方面，但不是疾病的全貌，临床上除了要了解清楚发热的特征以外，还需对全身情况进行详尽的、周密的检查，才能得出正确的诊断。

第二节 昏迷

较持久的意识丧失，人事不省，不能用普通刺激方法唤醒的就称为昏迷。昏迷的早期，病人可以有手足乱动和精神错乱；当进入深度昏迷时，病人的各种知觉和许多神经反射都可以消失，出现四肢松弛和大小便失禁。昏迷是临床上一个极为严重的征象，必

须严密观察，细心护理，积极治疗。

昏迷是大脑功能受到严重损害的结果，大脑本身及其它内脏器官的疾病都可损害大脑的功能引起昏迷，比较重要的有：

一、脑组织的损害，如脑溢血、脑血管栓塞、颅内肿瘤、脑外伤等都可破坏脑组织和影响其血液循环，引起昏迷。

二、脑或其它内脏器官的严重感染，如脑炎、脑膜炎、脑脓肿、败血症、重症肺炎、中毒型菌痢等，可因病原微生物的毒素或病灶直接损害中枢神经引起昏迷。

三、机体代谢障碍，如尿毒症、糖尿病酸中毒、肝机能不全等，可因代谢障碍的中间产物对中枢神经的损害而引起昏迷。

四、某些物理因素，如中暑、高热时脑组织水肿，大脑皮层受到损害，亦可引起昏迷。

五、使用吗啡、苯巴比土盐、酒精、乙醚等药物，可以对中枢神经产生抑制或麻醉状态，如过量使用上述药物，可产生严重中毒而引起昏迷。

急性昏迷病人中，以中毒、急性传染病和脑血管疾病引起的最为多见。

第三节 头 痛

头痛是一个很常见的症状，引起头痛的原因很多，有些是由于颅骨内外的组织发生了一定的病理变化而引起，称为器质性或神经性头痛；也有并无病理改变的，称为非器质性头痛，如神经衰弱的头痛。为了查明头痛的病因，需要对病史进行详细的询问，体格检查时要特别注意头部、神经系统及循环系统的检查。

头痛的病因可大致分类如下：

一、颅内疾病引起的头痛：

(一)炎症引起的头痛，如脑膜炎、脑炎等。其头痛剧烈，发病急，多为弥散性，且伴有发热、脑膜刺激症状或意识障碍。

(二)脑血管疾患：脑血管硬化的头痛常伴有头晕、头重、记忆力减退、工作能力减低、失眠、疲乏等症状。脑溢血起病时常有剧烈头痛，病人迅速出现昏迷，并有偏瘫。

(三)颅内肿瘤：多为深部隐痛，间歇性，但有逐渐加重的特点，大便、咳嗽、直立时头痛加重，检查可发现视神经乳头水肿。

(四)腰椎穿刺后头痛：常于腰穿后数小时内发生。多表现为枕部及额部的弥散性隐痛。

(五)颅外伤性头痛：外伤引起的脑震荡、脑挫伤及颅内血肿都可引起剧烈头痛。

二、颅外疾病引起的头痛：

头颅表面组织（皮肤、肌肉、腱膜、骨膜、神经）病变引起的头痛常有共同的特点，即病变部位有压痛。临床上常见的三叉神经痛为发作性面部剧痛，痛如刀割样或电击样，发作时面肌颤动，嘴角偏于一侧，并伴有流涎、流泪及结膜充血。

五官科疾病也常引起头痛。如青光眼、屈光不正等眼疾常引起前额部持续胀痛或剧痛。副鼻窦炎多引起眉间持续性胀痛，白天疼痛加重，晚上减轻，病变部常有压痛。中耳炎、外耳道疖常引起耳部及同侧头痛。乳突炎延及骨膜及颅内时，可引起剧烈头痛，

并可出现颅内压增高的症状。

三、血管性头痛：主要指颅外血管收缩、舒张、牵拉引起的头痛，多局限于前额、后枕或弥散于全头部，头痛多伴有搏动感。如发热、一氧化碳中毒、高血压、高空缺氧、癫痫发作后以及血管本身疾病引起的头痛。

偏头痛的发作与血管运动障碍有关。表现为发作性的一侧剧烈头痛，常伴有恶心、呕吐、结膜及鼻粘膜充血。

四、神经机能性头痛：见于神经衰弱的病人，常有很多不明确的主诉，如记忆力减退、思想不集中等。

五、其他类头痛：如尿毒症、败血症、低血压、糖尿病、贫血等均可引起头痛。

第四节 呼吸困难

呼吸困难是一种常见的症状，即病人主观上感到呼吸费力、空气不足，客观上表现为呼吸速率、深度、节律等改变。

呼吸困难常见于呼吸系统及循环系统疾病，此外还可见于其他原因。此症的发生与呼吸中枢受刺激有关，多由肺部进入机体内的氧气不足，二氧化碳和各种氧化不全的代谢产物蓄积于血内，以及颅内病变等刺激呼吸中枢而引起。

按发病的原因可分以下五大类：

一、肺原性呼吸困难：是由喉、气管、支气管、肺及胸膜等疾病，而引起空气进入肺泡减少，血内缺氧，二氧化碳积留，进而刺激呼吸中枢而引起。

（一）上呼吸道堵塞：如白喉、急性喉炎、气管异物、肿瘤等引起呼吸道狭窄。

（二）下呼吸道堵塞：如支气管痉挛（支气管哮喘）、支气管炎所致的支气管狭窄。

（三）肺组织病变：如肺炎、肺结核、肺肿瘤、肺不张、肺气肿等疾病，致使肺组织交换气体面积减少，血中缺氧和二氧化碳浓度增高，刺激呼吸中枢，同时肺部因炎症刺激通过迷走神经反射等而引起呼吸困难。

（四）胸膜病：大量胸腔积水、气胸，以及胸膜广泛纤维化，致使肺组织受压，肺的扩张与收缩受到限制，造成肺活量减少而形成呼吸困难。

二、心原性呼吸困难：各种心脏病引起的充血性心力衰竭，特别是左心衰竭，造成肺淤血、肺水肿，致使肺换气障碍，反射性地引起呼吸困难。右心衰竭时，大循环血流淤滞，血氧下降，氧化不全的产物（特别是乳酸）蓄积体内刺激呼吸中枢而引起呼吸困难。

心机能不全的病人，呼吸困难，依病情轻重而不同。轻者仅在劳累后出现，重者在安静状态下也喘促不安，常被迫取端坐位，因端坐位使回心血量减少，减轻肺淤血，并可使膈肌下降，胸腔扩大，增加肺换气量。左心机能不全的病人常有夜间阵发性呼吸困难，称心病性哮喘，乃是因平卧回心血量增加，夜间迷走神经兴奋性相对增高。严重的左心机能不全，可引起急性肺水肿，此时呼吸困难更为明显，病人可咳粉红色泡沫痰，肺部有很多湿性啰音。

以上两种原因造成的呼吸困难，其共同点是由于肺脏气体交换直接受到影响。按呼吸困难的不同性质其表现形式有三种：

1.吸气性呼吸困难：发生于上呼吸道阻塞时，主要表现为气体吸入特别困难，如急性喉炎、白喉、异物等病人。轻者呼吸徐缓而深，重者呼吸肌极度紧张，吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙明显凹陷，称为三凹现象，同时伴有高音调的喉鸣音。

2.呼气性呼吸困难：主要表现为呼气显著延长，见于痉挛性支气管炎及支气管哮喘时所致小支气管狭窄，可伴有哨笛音。肺气肿病人，由于肺组织的弹性减弱，也可出现呼气性呼吸困难。

3.混合性呼吸困难：主要表现为呼气与吸气时均费力，常见于肺组织内气体交换面积减少（如肺炎、肺水肿），以及呼吸受到限制（如胸膜炎、气胸等）时。此外，在心脏功能不全时，肺部淤血所致的肺换气受限制亦属于混合性呼吸困难。

三、中毒性呼吸困难：包括酸中毒（糖尿病昏迷、肝昏迷、尿毒症）、毒血症、药物中毒等所致的呼吸困难。酸中毒时，血中酸度升高，刺激呼吸中枢，使呼吸深而慢，高度深而慢的呼吸叫库施毛（Kussmaul）氏呼吸。毒血症发热病人，代谢亢进，血液温度增高以及血中毒素都可刺激呼吸中枢使呼吸增快。吗啡、巴比妥等中毒时，抑制呼吸中枢，使呼吸迟缓。

四、神经性或中枢性呼吸困难：中枢神经系统疾病，如脑肿瘤、脑出血、颅内压增高等，因呼吸中枢血流量减少或直接受压，致呼吸慢而深。严重脑循环障碍，如脑实质病变，中毒、休克晚期可出现叹息状呼吸，周期性呼吸、间歇性停顿等呼吸衰竭表现。癔病病人也可出现呼吸困难，呼吸频率增加可达60—100次/分，发作时常有精神因素，体检无器质性疾病所引起呼吸困难的证据。

五、血原性呼吸困难：重症贫血、变性血红蛋白血症，因红细胞带氧量减少，呼吸常频速而深。

对呼吸困难，应了解其起病的时间，发作的缓急，与体位及运动的关系。有无中枢神经系统病变或各种中毒（包括酸中毒、药物中毒）、贫血等病史。有无胸痛、咳嗽、心悸、发热等症状。

第五节 发 绀

发绀是指血液中还原血红蛋白绝对值增加，使皮肤和粘膜出现紫蓝色现象而言。当毛细血管血液中还原血红蛋白达到每100毫升5克时，就可出现发绀。临床上发绀最易观察的部位是口唇粘膜、颊部、鼻尖、耳壳及手足末梢。因这些部位毛细血管丰富，色素浅。在严重贫血的病人，血液中血红蛋白量少，即使大部被还原，也不致使皮肤、粘膜现紫蓝色。

从广义的概念说，发绀还包括血液中含有异常血红蛋白衍化物所引起的皮肤粘膜颜色的改变。

引起发绀的原因如下：

（一）心脏病引起的发绀：1.因心功能不全而引起：如左心衰竭时，肺淤血、肺水肿致使肺部的气体交换障碍，血液在肺内的氧合不足；右心衰竭及缩窄性心包炎时，静肺淤血，周围血流缓慢，氧在组织中消耗过多。2.某些先天性心脏血管疾病有右至左的分流，静脉系统血液经不正常通路直接进入动脉系统，其分流量超过心输出量的1/3时即可出现发绀。其中以先天性青紫型四联症最常见。

(二) 呼吸系统疾病：如呼吸道阻塞、肺实质病变，大量胸腔积液或气胸等，血液流经肺部时，由于以上原因，而得不到充分的氧合作用，血液含氧不足而引起发绀。

(三) 动脉缺血：严重休克时，心输出量大为降低而造成供氧不足，此时皮肤与黏膜呈青绿色。此外某些动脉梗阻或小动脉收缩（如寒冷环境），则可引起局限性发绀。

(四) 血中含有异常血红蛋白衍化物：如高铁血红蛋白症和硫化血红蛋白症患者可出现发绀现象，其色调较还原血红蛋白过多所致者更紫或呈铝蓝色。高铁血红蛋白症多为化学药物如朴症奎宁、亚硝酸盐及磺胺类药物等引起，工业上制造染料、油漆用的硝基苯，苯胺及其衍化物可通过吸入或皮肤吸收而产生。硫化血红蛋白症则可由非那西酐，乙酰苯胺，氨苯等引起。临床常见的肠源性青紫症属高铁血红蛋白症一类。

对于发绀的病人在了解病史时，应注意发绀的时间、部位、有无心肺及周围血管等疾病征象，有无在发绀前进食大量菜类及应用过有关药物史等。

第六节 水 肿

组织细胞间隙、皮下或体腔内有过量的液体积聚，就称水肿。

为了维持体内组织的代谢，血管内和组织细胞间的液体经常不断地进行交换，充分保持动的平衡。如果血管内液体渗入组织中的速度超过离开组织的速度，液体就会在组织细胞间隙积聚，因此形成水肿。如果体内液体的排出量少于液体的进入量时，就可形成全身性水肿。液体主要积聚在体腔内的，称为体腔积液，如积聚于心包腔的叫做心包积液，积聚于胸腔腔的叫做胸腔积液，积聚于腹腔腔的叫做腹腔积液或称腹水。

影响水肿发生的因素有：

(一) 毛细血管动脉端或静脉端的压力增高。

(二) 血浆白蛋白量减少，使血浆胶体渗透压降低。

(三) 毛细血管渗透性增加，血浆的蛋白成分进入组织间隙，使血浆胶体渗透压降低而组织间的渗透压升高。

(四) 淋巴液回流受阻，使部分体液不能循淋巴管回流到心脏。

(五) 神经、体液调节障碍，引起钠与水的潴留。

局部性水肿可因静脉回流受阻（如肿瘤的压迫）、淋巴管阻塞（如丝虫病）、毛细血管壁的渗透性增加（如炎症反应、血管神经性水肿等）等引起。

全身性水肿依其发生的主要因素不同可分为：

(一) 机械性或充血性水肿，如心机能不全的水肿，主要由于静脉充血，毛细血管内压力升高所引起。

(二) 低血浆胶体渗透压水肿，如营养不良性水肿，主要由于血浆蛋白的含量降低所引起。

(三) 血管性水肿，如急性肾炎的水肿，主要由于毛细血管壁受损害所引起。

临床常见的水肿有心脏性水肿、肾性水肿、营养不良性水肿，现将心脏性水肿与肾性水肿的鉴别列表于下（心、肾水肿鉴别表）：

营养性水肿的发生为渐进性，发生很慢，水肿是全身性的，病人有长期营养不良，特别是缺乏蛋白质和维生素史，伴有消瘦苍白、疲乏无力等慢性病史。

体液过剩而积聚于内脏器官可发生内脏器官的水肿，并产生相应的症状，如脑水肿

心、肾 水 肿 鉴 别 表

鉴 别 要 点	心 脏 性 水 肿	肾 性 水 肿
发 生	逐渐形成	迅速发生
分 布 部 位	从下肢开始	眼睑、颜面或全身
水 肿 性 质	水肿较坚实，移动性小	软而易移动
临 床 表 现	有心机能不全的其它表现，如心脏扩大、肝肿大	有肾脏病的其它症状，如血压高及血尿、蛋白尿
病 人 体 位	强迫坐位，端坐呼吸	病人能够平卧

可有头痛、惊厥、呕吐等；肺水肿可有呼吸困难、咯大量泡沫粉红色痰等；胃肠水肿可有消化不良、腹泻等。

第七节 咳嗽与咳痰

咳嗽是一种反射性防御动作。当呼吸道粘膜受到异物、炎症、或分泌物的刺激时，通过传入神经（迷走神经、三叉神经、舌咽神经）将冲动传到延髓咳嗽中枢，由此中枢再把冲动经运动神经（即喉下神经、膈神经、脊髓神经）传至呼吸肌，而引起咳嗽动作，将异物及分泌物等从呼吸道排出。

咳痰是呼吸器官疾病的一个征象。痰液是气管及支气管粘膜炎症的分泌物或肺泡毛细血管的渗出物，痰量的多少，咳痰的性状决定于病变的性质和程度。

对咳嗽的病人，应注意询问下列情况：

（一）咳嗽的性质：咳嗽无痰称干性咳嗽，见于咽喉炎症，支气管炎初期、胸膜炎、粟粒性肺结核、支气管淋巴结结核及支气管肺癌等；咳嗽而伴有痰液称湿性咳嗽，见于支气管扩张，慢性支气管炎、肺炎、肺充血、肺脓肿、肺结核空洞等。

（二）咳嗽的时间：慢性支气管炎多为经常性咳嗽；支气管异物、支气管淋巴结结核、百日咳多表现为发作性咳嗽；上呼吸道慢性炎症，慢性支气管炎，支气管扩张常于晨间咳嗽加剧。这是因为夜间在呼吸道内聚集了较多痰液之故；肺结核病人常于夜间咳嗽较剧，可能由于夜间迷走神经兴奋性升高所致。

（三）咳嗽的音色：高亢的咳嗽多由纵膈肿瘤及主动脉瘤等直接压迫气管所致；声带炎症时咳声嘶哑。久病体弱者咳声低微。干性胸膜炎多表现为短促的咳嗽。

（四）咳嗽伴发的其他现象：咳嗽而伴有大量痰液，见于肺脓肿、支气管扩张，脓胸破入气管；体位转换引起咳嗽见于肺脓肿、支气管扩张，据此可推测病变部位。咳嗽伴有呕吐常见于百日咳病人；进食时发生咳嗽，痰中混有食物见于食道支气管瘘。

按照痰的性状，应注意下列情况：

（一）粘液性痰：呈灰白色、透明、粘稠、可见于支气管炎。

（二）脓性痰呈绿色或淡黄色，常见于支气管扩张、肺炎等。

（三）血性痰：呼吸系统疾病及其它病引起呼吸道出血时，可有血性痰。详咯血节。

（四）浆液性痰：稀薄而多泡沫，常见于肺郁血及肺水肿。

（五）浆液脓性痰：放置后分三层，上层为粘液的混合物，中层为浆液，下层为脓

性、底部有坏死组织，带恶臭气，常见于肺脓疡。

对于咳嗽与咳痰的病人在了解病史时，应注意咳嗽性质，发生时间、是持续性还是间歇性，与体位的关系；有无咳痰、痰的性状、痰量、粘稠度、颜色、气味、有无血痰等。

第八节 咯 血

咯血是指喉部和喉部以下的呼吸道，包括气管、支气管和肺脏的出血，随咳嗽咯出。

发生咯血的基本条件是血液从血管进入呼吸道，所以呼吸道血管壁的致密性发生变化或完整性受到破坏都可引起咯血。咯血的量可少至仅混合于痰，大量咯血可突然经口鼻涌出而易发生窒息，必须警惕准备抢救。一次大量咯血还可造成对机体的其它影响，如呼吸急促、心率增速、血压下降甚而产生休克。

咯血最常发生于呼吸道疾病，如肺结核、肺脓疡、支气管扩张、急性及慢性支气管炎、肺及支气管肿瘤、肺炎、肺吸虫病等。二尖瓣狭窄、左心衰竭等影响肺血液循环障碍，亦可发生咯血。在某些血液病如白血病、紫癜，咯血可以是出血倾向的表现，常伴有其它部位的出血。

引起咯血的原因不同，但常伴随出现咳嗽、咳痰、呼吸急促、发热等症状。详细了解过去病史，问明咳嗽、咳痰等情况，仔细进行胸部理学检查，参照胸部荧光透视或摄片检查，多可以找出咯血原因。必要时应进行血及痰的化验检查，支气管碘油造影，以帮助查明咯血原因。

因鼻咽部动脉与静脉直接吻合，易发生大量出血，故而对大咯血患者应进行鼻咽部检查。

第九节 吞咽困难

咽下时食物不能顺利下达胃部，胸骨后有疼痛或梗阻感，叫做吞咽困难。一般食物由口腔通过食道至胃部的时间大约6~60秒。咽喉部疾患如扁桃体炎、扁桃体周围脓肿、咽喉炎等所引起的咽喉部梗阻，有时被误认为吞咽困难，临床应予区别。

吞咽困难可以因食道狭窄或运动障碍而发生，吞咽困难常被视为食道癌的早期症状而受到重视。

食道狭窄的原因可以是食道本身的病变或食道外的病变，运动障碍引起的吞咽困难与神经肌肉病有关。

临床常见影响吞咽困难的疾病有食道癌、食道良性狭窄、食道炎症、食道异物、食道受强酸强硷等化学损伤后形成的瘢痕、食道憩室及膈疝等食道本身的病变。纵隔障碍压迫食道，重症肌无力时食道弛缓等都可以发生吞咽困难。

吞咽极度困难时液体食物亦往往不能咽下，并常合并食管性呕吐，其特征是食物排出前无恶心、排出食物时无呕吐动作、食物未经消化、无盐酸及胃蛋白酶。

吞咽困难患者应根据家族史，食道吞钡X线检查，参照体格检查及早查明原因，必要时行食管窥镜及活体组织检查。

第十节 恶心与呕吐

恶心是上腹部的特殊不适感觉，常有迷走神经受刺激的症状，俗称干呕。呕吐是胃

内容物经口吐出体外。恶心与呕吐可单独或同时发生。

恶心与呕吐可分中枢性和反射性二类。

一，中枢性恶心与呕吐：因延髓呕吐中枢受压迫或刺激，兴奋性增高引起。常无恶心而突然地、有力地喷射状吐出胃内容物，吐后并无舒适感。这类恶心与呕吐的常见原因有颅内肿瘤、脑及脑膜的炎症疾病、尿毒症、脑出血、脑脓肿、脑震荡、妊娠、歇斯底里等。

二，反射性恶心与呕吐：因机体内某一脏器或组织的病理改变或受到刺激，经神经反射而引起。呕吐发生前常有恶心，随之吐出胃内容物，呕吐后可感到舒适。这类恶心与呕吐的常见原因有幽门梗阻、胃、十二指肠溃疡病、急性胃肠炎、胃炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎胆石症、急性阑尾炎、胆道蛔虫症、肾、输尿管结石发作时、肠梗阻、肠扭转、药物及食物刺激等。

误食或因不快气味的刺激，可以引起恶心或呕吐，属于机体的保护性作用。

第十一节 腹 痛

腹痛是常见的症状。临床常遇到一些以突发剧烈腹痛为主要症状的疾病，医务人员通常把这些疾病称作急腹痛或急腹症。

腹痛或急腹痛都是疾病的症状表现，本身不是诊断，临床不能满足于对腹痛的缓解或制止等对症治疗，应该深入问清病史，认真进行检查，仔细分析研究，找出主要矛盾，及时得出正确诊断和进行有效的治疗，否则就会延误诊断，促使病情恶化，造成不良的后果。

引起腹痛的原因很多，腹内脏器疾病引起的占绝大多数，常见的有胃、十二指肠溃疡病、胃炎、胃癌、胆囊炎及胆石症、胆道蛔虫症、肝炎、肝癌、肝脓肿、肠寄生虫病、肠梗阻、肠扭转、阑尾炎、胰腺炎、胰腺癌、小肠及结肠的炎症、肾或输尿管结石、宫外孕、盆腔附件炎、卵巢囊肿蒂扭转、腹内空腔脏器穿孔、原发或继发腹膜炎等。非腹内脏器疾病也能出现腹痛症状，如大叶性肺炎及心肌梗死等引起反射性的上腹部疼痛，因而腹痛不能完全表示腹内脏器疾病。

腹痛的程度与病变的性质和程度多数是一致的，但因人体对疼痛的感受差异，需要参照伴同发生的其它症状和检查的发现，才能作出比较符合实际情况的判断。

为了比较正确判断腹痛的原因，应注意以下五点。

（一）疼痛的部位和压痛点：疼痛的部位和压痛点往往相当于病变器官的部位，确定之后就大大缩小了病变的考虑范围，有利于及早确定诊断。如上腹部与剑突间的疼痛和压痛常为胃、十二指肠溃疡病；脐四周痛与肠寄生虫病有关；右上腹季肋部痛与肝胆、右肾有关；右下腹痛常为阑尾炎；二侧腹部痛多半是结肠病变；满腹疼痛及压痛并有腹壁紧张，是腹膜炎的征象等。

（二）疼痛的性质和程度：阵发性绞痛表示空腔脏器痉挛或有结石；持续性疼痛为炎症引起等。

（三）疼痛的放散：胆结石疼痛可放散到右肩；肾或输尿管结石疼痛可放散到同侧腰部和会阴部；胰腺病的疼痛向背部放散等。

（四）伴同发生的症状：肝胆疾病常伴有黄疸；泌尿系统疾病多伴有尿血、尿急、

尿痛、尿频；结肠疾病伴有大便异常；胃、十二指肠病常有吐酸、嗝气、饮食影响等；急性炎症常有发热与血液白细胞数增高等。

（五）其它方面：如妇女经期腹痛为痛经；已婚女性闭经期突然下腹部剧痛伴有面色苍白，为宫外孕征象；老年人发生上腹部疼痛而厌肉食，提示有胃癌的可能；身体壮实于饱食酒后发生上腹部疼痛，要想到急性胰腺炎的可能等。

对以腹痛为主要表现的病人，应该详细地询问病史，了解腹痛部位、性质、是否有放散、进展情况、影响疼痛加剧或减轻的因素、伴同出现的其它症状、发病前的健康状况和饮食生活情况等，女同志还要问明婚姻和月经情况，进行全面的体格检查，注意体温、脉搏、呼吸、血压的变化，辅以必要的化验检查和X线检查，密切观察病情变化，争取及早做出正确的诊断。

第十二节 腹 泻

腹泻是由于粪便在肠内运行过速所致，其特征为排便次数增多、粪便稀薄。腹泻是临床上极为常见的症状，常伴有腹鸣或腹痛等症状。

产生腹泻的主要原理是肠的运动和分泌机能失调，因而粪便通过大肠时加速，水分不能充分地被吸收而排出体外。

引起腹泻的原因以肠道病最多见，如肠道感染、炎症、过敏、吸收障碍、肿瘤、中毒和药物作用等。胃酸缺少、胃切除手术后、慢性胰腺疾病胰消化酶分泌缺少、甲状腺机能亢进促使肠运动加速等，亦能引起腹泻。但较少见，小儿呼吸道疾病及其他感染时也常引起腹泻。

因引起腹泻的原因不同，伴随出现的表现亦异，除了解与腹泻有关的情况如排便次数、粪便的性状外，尚需问明是否有腹鸣及其与排便关系；有否腹痛，腹痛的性质与部位，腹痛与排便的关系；是否伴有发热；腹泻存在的时间；慢性腹泻还要问明影响腹泻缓解与加剧的因素以及治疗的情况；

粪便化验检查对腹泻的诊断有帮助，但对慢性腹泻常需参照其它检查以确定诊断。

第十三节 呕血及黑便

食管、胃、十二指肠出血，从口腔呕吐出来，称为呕血。若血液经肠管由肛门排出，则称黑便。呕血与黑便都是上消化道出血的临床表现，可以各别出现或同时存在。

上消化道出血量达到一百毫升左右就可排出黑便，黑便颜色是血液在肠道内破坏，血红蛋白分解转变为硫化铁的结果，血液在肠道内停留时间长短影响黑便色泽的深浅，典型黑便像柏油样深黑而有金属光泽。血液从口腔呕吐出来的常呈咖啡样或酱样色泽，是血液受胃内盐酸作用变成酸性血红蛋白的结果，血液在胃内停留时间长，则受到胃内盐酸作用更充分，为典型的咖啡样或酱样色泽，若出血后在胃内停留不久或食管出血没有受到胃内盐酸作用，呕吐出来的血液可以是暗红色或鲜红色。

上消化道出血的常见原因有胃、十二指肠溃疡病，门静脉性肝硬化，胃部肿瘤，食道炎，强酸或强硷对食道及胃的腐蚀损伤等。

上消化道出血后常有急性失血的其它临床表现，如眩晕、面色苍白、呼吸急促、四肢厥冷、冒汗、心率快、脉搏细弱、血压降低、甚至意识障碍等，应予分秒必争的进行

抢救。

呕血或黑便通常发生在疾病的过程中，出现呕血或黑便前还有原发病的表现，胃、十二指肠溃疡病患者出血后疼痛常有暂时减轻。

根据患者的病史和体格检查发现，对上消化道出血的原因不难确定。但对症状不典型或初发病者，往往还需借助X线或胃镜等检查以寻找出血原因。

呕血应与咯血相鉴别，鉴别要点列表于下：

	咯血	呕血
出血方式	咯出	呕出
病史	结核病、支气管扩张及心脏病等	胃病及肝硬化等
出血前常有症状	咳嗽	恶心呕吐
血液颜色	鲜红	暗红或酱色
血液内混有物	气泡及痰	食物残渣
血液反应	碱性	酸性
黑便	无（血液吞下后可有）	有

第十四节 便血

血液经由肛门排出，称为便血，为下消化道出血的临床表现。因为出血部位不同和出血量的多少，便血的颜色和排出血液的情况也各不相同。近肛门处出血色较鲜红，血液与粪便不混；出血部位愈深，在肠内停留时间也较久，出血色较暗红，且常和粪便混杂。

肛门与肠道疾病是便血的常见原因，但不同原因引起的便血表现各不相同。如痔疮、脱肛在排便时或排便后有鲜红色血液滴出或射出；直肠癌引起的便血出现在排便前或附于粪便表面，颜色污红而带恶臭味；各种原因的结肠炎症溃疡引起的便血常呈暗红色并易与粪便混杂，此外尚有大便次数增多及排出粘液便，里急后重等症状。血液病如白血病、紫癜等亦能引起便血，但常有其它出血表现。

详细询问病史，了解便血时的情况，结合粪便化验检查、肛门指诊、直肠乙状结肠镜检查，查明便血原因。部分原因不明或怀疑高位病变出血者，硫酸钡灌肠X线检查有帮助。有全身出血倾向的应进行血液方面的检查。

第十五节 尿量异常

正常成人每昼夜尿量约为1000—1800毫升。尿量的多少通常与摄入水份量成正比。生理情况下，影响尿量的因素很多。例如摄入食物中含水量多或饮水多时，尿量增加，反之则减少。寒冷季节一方面由于皮肤毛细血管收缩，经皮肤蒸发的水份减少，另一方面体内能量消耗和水的生成增加，尿量因而增多。天气炎热、运动和体力劳动时，经皮肤蒸发的水份多，因而尿量减少。生理情况下尿量的变化，多为暂时性。

昼夜尿量持续超过2500毫升为多尿。昼夜尿量持续少于500毫升为少尿。若肾脏的泌尿机能完全停止则出现无尿。持续性无尿病人将出现尿毒症。

（一）多尿；长期的多尿通常都是病理现象。常见的原因有；

1.慢性肾脏疾病：如慢性肾炎、肾硬化。由于肾小管的重吸收机能降低，肾脏对尿液的浓缩能力下降，因而形成低比重的多尿。

2.糖尿病：大量葡萄糖经肾小球滤出，肾小球滤液的渗透压增高，影响肾小管对水份的重吸收，形成高比重的多尿。

3.尿崩症：垂体后叶分泌抗利尿激素不足，使肾小管的重吸收机能障碍，出现多尿，尿比重一般偏低。

（二）少尿与无尿：通常是由于肾脏血液循环严重失调或肾单位严重病变引起。按其发生原理分以下三类：

1.肾前性：见于休克、脱水、失血、心力衰竭的情况下，肾血流量显著减少，肾滤过率降低，出现少尿或无尿。

2.肾内性：见于急性或慢性肾炎，双侧肾结核或多囊肾，血型不合的输血、磺胺药中毒，大面积烧伤、黑尿热等引起的急性肾病而致的少尿或无尿。

3.肾后性：见于输尿管被结石，炎症、肿瘤等阻塞时。单侧的输尿管阻塞，通过反射性泌尿抑制，或对侧肾脏有机能损害时，也会出现少尿或无尿。

无尿需与尿潴留区别。无尿时膀胱是空的。尿潴留时，在耻骨上部触诊、叩诊可发现膨大的膀胱。尿潴留通常是由于尿道或膀胱颈被阻塞（如结石、前列腺肥大、肿瘤、尿道狭窄）；或排尿的神经反射性障碍，如局部炎症或手术刺激引起的膀胱括约肌痉挛，及某些神经系统的疾病等。

第十六节 尿频、尿急与尿痛

尿频是指排尿的次数增加，在慢性肾炎时，由于肾脏对尿液的浓缩能力降低，其尿频常与多尿同时出现。当膀胱受压迫而容量缩小时（如妊娠），出现尿频。当膀胱受到刺激时（如泌尿道感染或膀胱结石），常出现尿频和尿急。当有膀胱炎、尿道炎、膀胱结石、前列腺肥大或肿瘤等尿路疾患时，排尿非常困难，且伴有排尿时尿道灼痛。

第十七节 血 尿

正常人尿中没有或偶有极少数红细胞，仅个别地出现于尿沉渣中。若有较多的红细胞出现（显微镜下每高倍视野出现数个或聚集成群）就有病理意义，这种情况称为“显微镜”血尿。若每升尿中有一毫升以上的血液，则尿变红色，肉眼可辨，称“肉眼血尿”。急性及慢性肾小球肾炎、肾淤血多表现为“显微镜”血尿。肾及尿路的外科疾病（如结核、肿瘤、外伤、结石）多为“肉眼”血尿。严重的急性肾炎也可出现“肉眼”血尿。

血尿的病因分类如下：

（一）肾脏及尿路疾病：1.炎症：如急性肾炎、急性肾盂肾炎、急性膀胱炎、肾结核。2.尿路结石。3.肾肿瘤。4.外伤。5.其他：如磺胺药刺激、多囊肾、草酸尿。

（二）全身性疾病：如过敏性紫癜，血小板减少性紫癜、流行性出血热、丝虫病、充血性心力衰竭，亚急性细菌性心内膜炎。

（三）尿路邻近器官疾病：如子宫、阴道及直肠的癌肿，可侵及尿路而引起血尿。

为了判定血尿的来源，通常用三杯试验测定。即将病人一次排的尿分前、中、后三