

內科症狀及診斷學

第 二 冊

過 晉 源 主 譯

夏 松 汀 譯

上海醫學出版社

目 錄

第五章：心臟和血管方面的症狀

I. 心臟方面的症狀	1
1. 自覺症狀	1
甲 呼吸困難	1
乙 心悸	1
丙 心痛	3
心胃綜合病徵	5
冠狀動脈血栓形成（急性冠狀動脈栓塞、心肌梗塞）	6
冠狀動脈狹窄（心絞痛或狹心症）	8
2. 他覺症狀	9
甲 從心電圖中得到的徵候	9
心電圖在解剖學和生理學上的原理	10
正常的心電圖	11
病理的心電圖	14
心室綜合波的變化	14
心動節律的障礙	26
刺激形成的障礙	27
期外收縮	28
心房纖維性顫動和心房撲動	35
刺激傳導的障礙	38
乙 從臨床上觀察所得到的徵候	45

心臟的視診和觸診	45
心臟的叩診	47
滲出性心包炎(心包積水)	48
心臟的聽診	50
心肌的疾患	51
主動脈瓣閉鎖不全	56
主動脈瓣狹窄	59
僧帽瓣閉鎖不全	62
僧帽瓣狹窄	65
三尖瓣狹窄	69
先天性心臟病	70
乾性心包炎	71
II. 血管系統方面的症狀	72
1. 靜脈方面的症狀	72
甲 靜脈系統方面的各種症狀	72
血栓形成、血栓性靜脈炎和栓塞	73
心臟中血栓形成	74
肺動脈枝栓塞(肺梗塞)	75
肺動脈幹栓塞	77
各種臟器中的栓塞	77
門靜脈血栓形成	79
孤立性肺靜脈血栓形成	79
大腔靜脈的血栓形成	80
乙 頸部靜脈擴張	80
縱隔障疾患	80

三尖瓣閉鎖不全	82
粘連性縱隔障心包炎	84
丙 胸廓側壁上皮膚靜脈擴張	85
丁 心臟血管系虛脫所致的靜脈擴張	85
2. 動脈方面的症狀	86
甲 主動脈瘤	86
乙 主動脈及其以下動脈之粥樣化	91
丙 肺動脈硬化	92
丁 內臟血管動脈硬化	92
戊 末梢動脈硬化	93
動脈硬化的自覺症狀及動脈硬化對神經衰弱的鑑別診斷	94
己 腦動脈硬化	94
庚 閉塞性動脈內膜炎	95
辛 結節性動脈周圍炎	96
壬 血管神經病	97
雷那德氏病	99
輕度的局部血管神經病	100
皮硬化症(指、趾皮硬化)	100
進行性面偏側萎縮症	101
血管神經病性水腫(奎克氏水腫)	101
3. 脈搏	101
甲 交替脈	103
乙 逆脈	103
丙 不均脈	103
丁 速高脈	104

戊 脈細·····	104
附屬：藉脈搏幫助測定心力的方法和其在診斷上的價值·····	105
4. 動脈血壓增高·····	106
甲 腎性血壓過高症·····	106
乙 特發性血壓過高症·····	107
5. 動脈血壓降低·····	111
甲 徵候性血壓過低症·····	111
乙 特發性血壓過低症·····	113

第六章：其他胸腔器官方面的症狀

I. 嚥下困難·····	115
1. 食道炎·····	115
2. 食道潰瘍·····	116
3. 食道腐蝕·····	116
4. 食道神經官能病·····	117
5. 賁門痙攣·····	118
6. 食道肌麻痺·····	118
7. 食道憩室·····	119
8. 食道癌·····	120
II. 胸痛·····	121
1. 胸壁疾患所致的疼痛·····	121
2. 胸腔器官疾患所致的疼痛·····	123
甲 胸側和胸後的疼痛·····	123
乾性胸膜炎·····	123
胸膜粘連·····	123

肺部疾患	124
膈的疾患	124
膈下的疾患	126
乙 胸骨後疼痛	126
縱隔障淋巴腺腫大和縱隔障腫瘤	126
縱隔障炎	127
氣管的疾患	127
食道的疾患	127
III. 咳嗽和唾痰	128
引言：痰的檢查	128
1. 呼吸道外疾患引起的咳嗽	134
2. 上呼吸道疾患引起的咳嗽	135
甲 咽部疾患引起的咳嗽	135
乙 喉頭疾患引起的咳嗽	136
急性喉炎	136
慢性喉炎	137
喉頭結核	138
喉頭梅毒	138
喉軟骨膜炎	138
良性喉頭腫瘤	139
喉頭癌腫	139
丙 氣管疾患引起的咳嗽	139
丁 百日咳	140
3. 下呼吸道疾患引起的咳嗽	143
甲 痰量稀少或中等痰量的疾患引起的咳嗽	143

急性枝氣管炎	143
單純性急性枝氣管炎	143
毛細枝氣管炎	144
閉塞性細枝氣管炎	144
纖維素性枝氣管炎	145
吸入腐蝕性氣體後引起的枝氣管炎	146
慢性枝氣管炎	146
單純性慢性枝氣管炎	146
慢性纖維素性枝氣管炎	147
嗜伊紅性卡他	147
作為併發症的慢性枝氣管炎	148
肺充血	148
肺塵埃沉着病	150
肺炎以及肺部特異性炎症	151
格魯布性肺炎(即大葉性肺炎)	151
枝氣管性肺炎(即小葉性肺炎)	151
肺梅毒	152
肺放線菌病	153
肺部寄生蟲疾患	153
肺腫瘤	153
乙 痰量很多的疾患	153
有大量漿液痰的疾患	154
粘液性氣管枝卡他	154
肺水腫	154
有大量膿痰的疾患	155
枝氣管膿性卡他	155

肺膿瘍·····	155
有大量腐臭痰的疾患·····	157
惡臭性枝氣管炎·····	157
枝氣管擴張症·····	158
肺壞疽·····	159
丙 有血痰的疾患·····	160
咯血·····	160
概論·····	160
血管壁滲透性增加和循環障礙引起的肺出血·····	161
出血性傳染病·····	161
出血性素質·····	162
肺部循環障礙·····	162
肺梗塞·····	162
肺部疾患引起的肺出血·····	164
各種非結核性肺部疾患·····	164
肺結核·····	165
肺結核發病論及分期法·····	165
結核性原發病灶·····	169
淋巴、血行性散佈·····	172
氣管行性散佈(成人型結核)·····	174
早期病灶或早期浸潤·····	175
肺尖結核(肺尖卡他)·····	177
肺結核臨床學·····	179
肺結核的一般症狀及鑑別診斷·····	179
肺結核的特殊徵候及鑑別診斷·····	184

IV. 由胸部物理檢查得到的徵候	187
1. 視診	187
2. 觸診	188
3. 叩診	189
4. 聽診	194
5. 語音的聽診	195
6. 附帶雜音	196
7. 漣盪聲	197
8. 胸部檢查總結	198
V. 由各種症狀以鑑別診斷胸部器官疾患	201
1. 肺部疾患的鑑別診斷	201
甲 肺部浸潤性病變的鑑別診斷	201
急性浸潤性病變	201
格魯布性肺炎	201
肺梗塞	201
乳酪性肺炎	202
枝氣管性肺炎	202
枝氣管性肺炎的臨床症狀	202
各種枝氣管性肺炎	204
傳染病引起的枝氣管性肺炎	204
流行性感冒引起的枝氣管性肺炎	204
麻疹引起的枝氣管性肺炎	204
百日咳引起的枝氣管性肺炎	204
白喉引起的枝氣管性肺炎	204
傷寒引起的枝氣管性肺炎	204

炭疽引起的枝氣管性肺炎·····	205
鸚鵡病引起的枝氣管性肺炎·····	205
吸入毒性氣體後引起的枝氣管性肺炎·····	207
吸入性肺炎·····	207
附屬：肺膨脹不全·····	207
墜積性肺充血·····	208
慢性浸潤性病變·····	208
慢性肺炎·····	208
肺腫瘤·····	209
原發性肺腫瘤·····	209
繼發性肺腫瘤(繼發性惡性真性瘤)·····	212
肺梅毒·····	212
肺放線菌病·····	213
肺鏈絲菌病·····	214
肺包蟲病·····	214
乙 肺部空洞的鑑別診斷·····	215
2. 胸膜積水的鑑別診斷、病因和臨床症狀·····	216
甲 充血性積水·····	219
乙 胸膜腫瘤·····	220
丙 結核性滲出性胸膜炎·····	220
丁 傷寒質斯性多發性漿膜炎·····	221
戊 滲出性漿液纖維素性胸膜炎·····	222
己 膿性胸膜積水(膿胸)·····	223
3. 胸膜粘連的鑑別診斷·····	224
4. 縱隔障腫瘤·····	225

內科症狀及診斷學

第五章 心臟和血管方面的症狀

I 心臟方面的症狀

1. 自覺症狀

病人所陳訴的自覺症狀。主要有三種可以引起我們對於心臟檢查的注意：呼吸困難、心悸和心痛。

甲 呼吸困難

呼吸困難是一個有多方面意義而在鑑別診斷上非常重要的徵候，但是它並不完全屬於心臟的疾患，然而有幾種呼吸困難型是某些心臟病的特徵（見呼吸困難章）。

乙 心 悸

心悸的感覺是一種狀態，這種狀態是由於心臟的疾患，至少是心臟的改變所造成的。所以這種感覺不論在何種情況下是從心臟發出來的，它可以發生在所有各種器官性心臟疾患中，也可以發生在神經質的人上。心悸的感覺在器官性心臟疾患中是和心動加速，至少和心動加強有關係的，並是由於這種心臟動作增多所引起的。神經質的人也常陳訴有心悸，但是卻找不到心動有任何改變，然而這種人由於精神上的興奮確能發生心動加速的現象，而在器官性疾患中（主要為心臟瓣膜病和心肌的疾患），心動加強主要是肌肉運動所引起的，次之，也常是消化作用（心胃綜合病徵）所引起的。至於心臟的神經官能病患者以及神經過敏

者陳訴的不適症狀雖然很多，但都不是確定性的。病人並且往往應用極不適宜的比喻來形容他們的症狀。他們可能陳訴心臟部位上有各種不同的和古怪的感覺，像這種的感覺，我們在器官性心臟病的病象中是找不到的。此外，心臟的神經衰弱症尚有許多循環器方面的神經過敏性障礙現象（血管神經官能病）：臉赤、頭部熱感、耳赤、眩暈、耳鳴、高度的皮膚割痕症等。外來的毒物也能引起心悸，主要為嗜好品如咖啡、酒、菸鹼。特別是過敏的人，以及服了這些物品過多的人都可發生脈搏加速、心悸以及惡心等現象。有一種發作性心悸，心動極度加快，這便是發作性心動加速症。還有發作性的而尚未固定的心房纖維性顫動症也能引起這種現象。至於已固定的永久性纖維性顫動症（固定的永久性不規則脈），通常不會引起心悸感覺的，同樣地甲狀腺機能亢進患者祇有當心動加速發作時，才陳訴有心悸的感覺。主動脈瓣閉鎖不全症患者，雖有心動加速的現象（心動加速是主動脈瓣閉鎖不全時的特徵，這現象是一種代償機能，用洋地黃治療無效），但能忍受，故並無心悸感覺。由於心動加速，舒張期便縮短，因此祇有少量的血液可以經過閉鎖不全的大動脈瓣反流至心臟。如果心動突然加快而找不出原因，同時病人有心悸的感覺以及呼吸加快的現象，那麼我們也要懷疑到肺栓塞，因此我們必須向這個方向進行檢查。但是我們也要注意，肺栓塞的典型徵候，如深呼吸時的疼痛、體溫升高以及血痰等等往往可以沒有的。最使人懷疑到這個病的，便是病象的突然發生。從這一點說來，肺栓塞和冠狀動脈梗塞相同，因為冠狀動脈梗塞時，起初往往突然發生心悸和心動過速現象。在器官性神經疾患時，也有心動過速現象，但是很少有心悸的感覺，例如進行性延髓麻痺症、迷走神經麻痺症。迷走神經區域的麻痺（咽部和喉頭的痛覺缺失、聲帶麻痺），以及頸交感神經的刺激（瞳孔散大、眥裂變大、眼球突出、蒼白、同側臉半部寒涼）也能引起心動過速。

為了確定心動加速症的性質以及檢查有否心肌疾患，可以與臨床

檢查相結合的最好方法便是心動電流描述法。所以任何可疑的病例均應作心電圖。爲了這個緣故，我們將來在敘述心電圖的時候再討論心動過速的鑑別診斷。在本節中我們祇使讀者得到些臨床鑑別診斷上的概念。

丙 心 痛

心臟部位上的疼痛可以由於很多不同的原因所引起：我們稱發生在心臟部位上的疼痛（尤其當心臟證明有病時）以及來自心臟的疼痛爲心絞痛。冠狀動脈病患者的心絞痛，據我們想像是由於心肌的局部缺血所致。因爲供給心臟的血量不足，乃使氧的需要和氧的消耗不能平衡；其直接的原因，恐是異常的代謝產物瀦積過多。心絞痛是以下二種病象中的一個主徵：即冠狀動脈血栓形成和冠狀動脈狹窄。但類似的疼痛現象也可由於心臟的其他疾患或損及心臟的疾患所致，如二尖瓣狹窄（僧帽瓣狹窄）、主動脈瓣狹窄、尤其是主動脈中層炎和主動脈瓣閉鎖不全。此外，如高血壓、心動過速症、所謂血壓危象以及嚴重的貧血等。這裏，疼痛的原因也是由於貧血、心肌的血流減少和血液供給不足所造成的。每次心絞痛發作時，血壓必升高，但是反過來說也是合適的，即冠狀動脈循環若已有了機能不全的情形（心臟完全健康時，這種可能性便比較少），而由於任何原因更加血壓突然升高時（見高血壓節），心臟的工作便加重，於是引起了局部缺血和疼痛。因爲我們知道，由於高血壓以及同時經常存在着的心動加速現象，心肌比在靜止時需要更多的氧氣，但是此時它所得到的血量卻太少了。這種的急性血壓危象尙有其他症狀，如心悸、蒼白、出汗、血糖過多和白血球增多。它的發作和外來的誘因無關，主要的在晚間臥床休息時發作。

所有這類器官性心臟病中，如果發生疼痛，便表示心肌中氧的供給不佳。這情形和冠狀動脈的循環很有關係。疼痛大多不很典型，也不放

射出去。它的發生和體力勞動無關。心電圖(最好在疼痛發作時做)常顯示心肌有缺氧現象。

在鑑別診斷時我們尚須注意主動脈痛。主動脈中層炎的患者常陳訴胸骨後面有燒灼感,偶或也有壓感。這種痛感發生在體力勞動和激動以後,可以非常持久,常延綿數星期或數月之久。疼痛不向任何方向放射出去,主要是並不向手臂放射。如果主動脈中層炎的疼痛具有典型心絞痛性質,那麼便表示冠狀動脈也被侵及了,故為真性狹心症。現在的問題是心絞痛現象是否可能由於冠狀動脈的痙攣而引起。根據動物試驗的結果,我們祇可確定冠狀動脈不可能因痙攣而閉塞,因為閉塞將立刻致死。敗血性心內膜炎由於栓塞形成可以引起急性冠狀動脈閉塞,或者施於冠狀血管外的壓力,如癌症轉移,也可引起冠狀動脈閉塞,但是這些情形都是罕見的。

除了心絞痛之外,急性心臟擴張也可引起心臟區上方的疼痛,這情形非常多見,故須予以分別(如劇烈運動、划船、過度的爬山運動、騎車、肺栓塞、主動脈瓣上由外傷所致的罅裂)。大量的心包積水,尤其當積水生長很快時,由於心包的過分擴張,可以引起心臟部位上方的劇烈疼痛,但是這種疼痛有個特點,即向左臂放射。心肌炎也可引起疼痛。有些病變,雖然和心臟毫無關係,卻可引起心絞痛狀的疼痛,如左側臂神經叢的神經痛、左側臂關節炎、胸膜粘連、肋間神經痛以及胸壁上的肌痛。所以詳細的檢查是必需的。

在典型的病例中,真性的心絞痛是局限在胸骨後面,並向右肩、左肩,或也向右臂、特別是左臂放射,更也有向頸、頸背和牙齒放射的。疼痛可以達到非常劇烈的程度,故病人同時有恐怖感和不安感。

但是疼痛的程度大多是可以忍受的。有時嚴重的冠狀動脈血栓形成卻反而完全沒有疼痛,有時心臟部位上僅有壓感、燒灼感或不定的器官感,並且疼痛不一定向臂部放射(小指側)。相反地,心臟部位上也可

能一些也沒有不舒服的感覺或疼痛，病人祇在前臂、肘關節、頸部、單側肩部或齒部有些疼痛，所以可能誤為普通牙痛。有時冠狀動脈疾患引起的疼痛也向腹部放射，或者根本局限在腹上，因此常和胃潰瘍、胰臟壞死、胰臟結石或膽石病（如果疼痛位在右季肋部）造成鑑別診斷上的困難。

神經官能病患者陳訴的不適症狀中主要部分往往是心痛。疼痛局限在心尖部位上，常可達非常強烈的程度，但不向任何方向放射。這種情形有個特點，即病人可以很精確地用手指點出疼痛的位置，這大多在心尖上，而真性心絞痛的患者則通常是不能精確地指出疼痛位置的。他們祇陳訴胸骨後面有劇烈疼痛，多為瀰漫性，但是他們卻能非常準確地說出疼痛的放射情形。神經官能病患者更常訴稱在胸骨左邊，第三肋骨附着的地方有自發性疼痛和觸痛。心臟的神經官能病和有心絞痛現象的器官性心臟疾患往往極難區別，而它們的區別也極重要。心電圖對於鑑別診斷是很有幫助的，這首先可以使我們知道心肌究竟有無疾患。若病人有一般的神經官能病症狀，或精神療法有極顯著的效果，那麼心臟神經官能病的可能性便更大。

心胃綜合病徵

在討論了心臟的神經官能病以後，我們還應把所謂心胃綜合病徵的症狀敘述一下。特別肥胖的中年男子在飯後常陳訴左側胸部有重感和壓感。這種疼痛通常局限在心尖上，然而也可能向左臂放射，有時我們並可見到期外收縮和心動加速的現象，至於心動徐緩的現象則較為少見。病人常覺眩暈、有恐懼感，甚至發生暈厥狀態，但是這究竟比較罕見。心胃綜合病徵也發生於心臟健康的人，它是由於飽餐後膈的高位所致，或也可能是如 Roemheld 氏所假設的由於直接從胃作用在心臟上的神經反射，以及腸胃道的毒性作用所致。它總是和消化不良一起發生。

的，病人陳訴有強烈鼓腸現象。用 X 光檢查則可見胃泡很大，結腸左曲上積氣，因此左膈高位、心臟橫位、而主動脈僅似乎擴張。在心臟上常可聽到偶發性收縮期高位雜音，有時第二主動脈瓣音非常響，這是因為心臟被向上擠，使得主動脈靠近了胸骨的緣故。胃酸分泌缺乏或減少，打嗝或放氣均可使病人覺得舒適。飯後作運動也是如此。但是如果在飯後躺下，那麼將很難受。這種現象大概是心臟的過敏性所造成的，而這種過敏性可能和體質很有關係。但是我們也應想到器官性心臟疾患，尤其是心肌疾患、冠狀動脈硬化或主動脈中層炎。在這些病症中血壓常昇高。

冠狀動脈血栓形成(急性冠狀動脈栓塞、心肌栓塞)

冠狀動脈壁的變化(冠狀動脈硬化)引起了冠狀動脈血栓形成，最後造成急性冠狀動脈閉塞。一般說來，血栓形成的原因除了血管壁的變化之外，一定還有其他因素，但是這些因素我們還不知道。在大多數病例中疼痛是個信號式的徵候，但是我們已經說過，疼痛也可能沒有，或其強度和發生部位可因人而異。然而本病除了疼痛之外尚有許多其他典型徵候，我們從經驗上知道冠狀動脈血栓形成引起的疼痛不同於冠狀動脈狹窄引起的疼痛。它是持久性的，可達數小時至數天之久。其強度不變，祇偶爾略為減弱而已。而冠狀動脈狹窄引起的疼痛很暫短，僅持續數分鐘至一刻鐘。它和外來的影響很有關係(走路、寒冷、進餐)。至於冠狀動脈血栓形成的疼痛發作，則從無確定性的誘發原因可發見，至多和過飽似乎有些關係。冠狀動脈血栓形成所致的疼痛根本不受硝基苯的影響，至多祇稍許減輕而已。

冠狀動脈栓塞的他覺症狀即所謂直接症狀，乃是狹心性心包炎(Pericarditis episteno-cardica)。約在五分之二的病例中，等到病的最初症狀出現之後，我們便可在心尖部位上聽到很輕的搔爬音，這是開

始；以後就可聽到清楚而分為三段的摩擦音。這種心包炎很少引起積水，但是卻常造成左側胸膜腔積水。如果心臟方面的徵候並不顯著，確實很難使人想到二者間的關係。所以凡遇左側胸膜腔積水時，應該詳細檢查心臟。

在冠狀動脈血栓形成時，體溫也升高。有時在病發後二十四小時內便發熱，有時則在第二天或第三天才發熱。發熱約持續數天至一星期，可能祇是低熱，但也可能高達 39°C 。其原因為心肌壞死部分中異常蛋白質的分解產物被吸收了的緣故。這時多形核白血球增多，可達 20,000 個，尿中常含有糖分，這是血糖增多的伴發症狀。血壓的情形很是特殊。在這種持久性的心絞痛發作後數小時內，血壓往往升高，但很快地，普通約在二十四至四十八小時以後又下降，有時甚至在八至十小時後就下降。若收縮壓低至 70 毫米水銀柱以下，則預後惡劣。因為腦內重要中樞的血流不暢，所以可能發生昏迷和大小便失禁等現象，最後可以因而致死。

血球沉降率在血栓形成二天至五天後便加快，可達 100 毫米 (Westergreen 法)，並且較其他上述的症狀(心包炎、發熱、血壓降低)延續更久。血球沉降率是判斷病情進展程度的便利尺度。因為血球沉降率是由於心肌壞死部分中異常蛋白質的分解產物被吸收後而發生的，所以等到病變逐漸恢復以後，血球沉降率也漸趨正常。這約需時數月之久。

冠狀動脈血栓形成時尚有呼吸困難和腸胃道方面的不適症狀，如惡心(不嘔吐)、打嗝、噯氣、鼓腸、便秘和腹瀉等。故它有類似胃腸炎的症象，有時疼痛祇限制在腹部，甚至腹直肌緊張的現象也加強，以致其病象和胃潰瘍穿孔或胰臟壞死極不易分別。在這種情況下，祇有心電圖可以幫助我們立刻下準確的診斷，俾得進行迅速治療以挽救生命。

冠狀動脈栓塞和枝氣管肺炎也容易引起混淆(如果病人呼吸困難而同時我們在肺下葉上聽到囉音)。肺下葉上的囉音是個不良的前兆，