

第二版

主编 虞积仁

全国高等医学院校教材

临床医学概要



人民卫生出版社

全国高等医学院校教材

临床医学概要

(第二版)

主编 虞积仁

编者 (以姓氏笔画为序)

马明信	王仪生	王延华	王勤环	方志伟
付希贤	刘玉春	严仲瑜	吴林	吴栋
陈宝雯	张希全	周瑞征	周世梅	武淑兰
涂平	斯崇文	虞积仁	戴三冬	

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床医学概要/虞积仁主编. —2 版. —北京:
人民卫生出版社, 2002

ISBN 7-117-05028-4

I. 临… II. 虞… III. 临床医学-医学院校-教材 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 045086 号

临床医学概要
第二版

主 编: 虞积仁

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京市安泰印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 **印张:** 21.5

字 数: 486 千字

版 次: 1998 年 5 月第 1 版 2002 年 8 月第 2 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-05028-4/R·5029

定 价: 27.50 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等医学院校教材中国输血协会 第一届教材评审委员会

主任委员 才生嘎

副主任委员 肖星甫

委员 (按姓氏笔画为序)

王培华 田兆嵩 田俊士

陈 忠 赵海燕 廖清奎

再版说明

中国输血协会组织编写的全国高等医学院校教材一套五册于1998年出版后,在广州医学院、浙江海洋学院医学院、佳木斯医学院、首都医科大学成人教育学院等高等医学院校培养高素质应用型人才发挥了很好的作用,而且也深受广大输血工作者的厚爱。全套书在3年之内已告罄。进入21世纪,我国输血事业又迎来了一个新的发展时期,新建和扩建的血站不断增加,一批年轻人陆续充实到输血工作第一线,现有输血技术人员为提高自身业务素质迫切需要更新知识,科学用血已纳入医师资格考试和继续医学教育内容,许多医学院校为培养输血人才正积极探索新的办学模式。为此,有必要对这套教材作适当修订后再版,以满足广大读者的需求。

此次再版,根据每册书特点做了不同处理。《输血管理学》在《中华人民共和国献血法》实施后,由于献血性质和血站管理模式均发生了根本性变化,许多内容已不适用,故决定重新组织人员撰写;《输血技术学》增添了一些输血新技术和新方法;《临床输血学》部分章节已重新撰写;《血液制品学》和《临床医学概要》也根据输血医学的发展作了适当增删,使内容更为丰富、实用。

需要强调的是,由于这套教材的读者面广,故难以满足特定对象的需求。用这套教材作为教学参考书,还应根据培养对象和培养目標制定相应的教学大纲,讲授内容可依学时数进行适当调整,以期获得最佳教学效果。

在修订过程中,各位编者在百忙之中认真对书稿进行了修改,特别是各册的主编为再版花费了大量的心血,人民卫生出版社也给予鼎力支持,借再版之际谨向他们表示衷心的感谢!由于这套教材涉及的知识面广,编者的水平有限,对内容的取舍难免有疏漏和错误之处,恳请读者给予批评指正。我们也向爱护这套书的读者深表谢意。

本套教材目录:

- | | | | |
|------------|-----|----|-----|
| 1.《临床输血学》 | 第二版 | 主编 | 田兆嵩 |
| 2.《输血技术学》 | 第二版 | 主编 | 王培华 |
| 3.《血液制品学》 | 第二版 | 主编 | 王憬惺 |
| 4.《输血管理学》 | 第二版 | 主编 | 高国静 |
| 5.《临床医学概要》 | 第二版 | 主编 | 虞积仁 |

中国输血协会

2002年4月

前 言

输血在现代医学治疗中日益起着重要作用,随着基础科学的进步,输血医学也有了长足进展。当今临床的输血问题特别是大量输血、利用自身输血、血细胞单采、血浆置换以及输血传播疾病等有关输血问题,均需要输血工作者给予指导。然而,我国输血队伍的现状离此要求尚有一定距离,许多输血工作者临床知识尚有欠缺,对临床输血工作给予指导还有一定困难。有鉴于此,中国输血协会委托北京大学医学部第一临床学院承担编写《临床医学概要》,作为高等医学院校输血医学的教材,也可作为在职输血工作者进修之用。本书在各系统概论中扼要介绍了各系统临床疾病概况,使读者能对每个系统的主要疾病有一概括性了解,并在各系统疾病中选择与输血有关的常见病、多发病予以介绍,叙述中强调概念清楚,病因、发病机制紧密联系治疗,而对具体治疗仅作原则性介绍。具体输血、血浆置换、细胞单采及自身输血等详细治疗措施,不在本书中叙述,可参阅《临床输血学》。

《临床医学概要》教学对象与本科教学不尽相同,教学目的和要求也不一致,各章节内容详略深浅等亦有较大区别,编写这类教材尚缺乏实际经验。本次再版,在第一版的基础上内容作了较大修订,部分章节进行了删减和补充。尽管如此,可能尚存在诸多不足,希望使用本教材的广大师生及界内朋友提出宝贵意见,使之不断完善和提高。

本书完稿后部分章节承蒙田俊士、田兆嵩教授审阅,并提出了许多宝贵意见;书中插图由北京大学医学部绘图室绘制,在此一并致谢。

虞积仁

2002年6月

目 录

第一章 症状学	1
第一节 发热.....	1
第二节 咳嗽与咳痰	4
一、咳嗽.....	4
二、咳痰	5
第三节 胸痛.....	6
第四节 呼吸困难.....	7
第五节 咯血.....	9
第六节 紫绀	10
第七节 心悸	12
第八节 水肿	14
第九节 恶心与呕吐	15
第十节 呕血与便血	17
第十一节 腹痛	19
第十二节 腹泻与便秘	22
一、腹泻	22
二、便秘	24
第十三节 黄疸	25
第十四节 血尿	27
第十五节 头痛	29
第十六节 眩晕	31
第十七节 昏迷	34
第二章 检体诊断	37
第一节 检体诊断的基本方法	37
第二节 体格检查内容	39
一、一般检查	39
二、头颈部检查	43
三、胸部检查	44

四、心脏检查	48
五、血管检查	52
六、腹部检查	53
七、脊柱和四肢检查	56
八、神经系统检查	56
九、妇科检查	58
十、产前检查	60
第三章 医学影像学	64
第一节 常规 X 线诊断	64
第二节 电子计算机体层扫描诊断	68
第三节 磁共振成像	72
第四章 问诊与病历	77
第一节 问诊方法与内容	77
第二节 病历的书写	79
第五章 传染病	82
第一节 概论	82
第二节 病毒感染	86
一、病毒性肝炎	86
二、巨细胞病毒感染	90
三、艾滋病	93
四、流行性出血热	97
第三节 螺旋体病	100
一、梅毒	100
二、钩端螺旋体病	103
第四节 原虫感染	107
一、疟疾	107
二、弓形虫病	110
第五节 败血症	112
第六章 呼吸系统疾病	116
第一节 概论	116
第二节 感染性疾病	119
一、支气管扩张症	119
二、肺脓肿	121
三、肺结核	124
第三节 肺源性心脏病	131
第七章 循环系统疾病	135

第一节 概论	135
第二节 心功能不全	137
一、急性心功能不全	137
二、慢性心功能不全	139
第三节 休克	144
第四节 贫血性心脏病	148
第八章 消化系统疾病	151
第一节 概论	151
第二节 肝硬化	154
第三节 消化性溃疡	158
第九章 泌尿系统疾病	162
第一节 概论	162
第二节 肾功能衰竭	166
一、急性肾功能衰竭	166
二、慢性肾功能衰竭	170
第三节 急进性肾炎	174
第四节 肺出血-肾炎综合征	176
第十章 血液系统疾病	178
第一节 概论	178
第二节 贫血总论	182
第三节 再生障碍性贫血	185
第四节 溶血性贫血	189
一、总论	189
二、自身免疫性溶血性贫血	191
三、血红蛋白病	194
四、阵发性睡眠性血红蛋白尿症	197
第五节 白细胞减少与粒细胞缺乏	199
第六节 白血病	203
一、总论	203
二、急性白血病	205
三、慢性粒细胞白血病	208
四、慢性淋巴细胞白血病	210
第七节 特发性血小板减少性紫癜	212
第八节 血小板功能缺陷病	215
一、总论	215
二、血管性血友病	217
第九节 血友病	218

第十节 血栓性微血管病	221
第十一节 骨髓增殖性疾病	224
一、真性红细胞增多症	224
二、原发性血小板增多症	227
第十二节 弥散性血管内凝血	229
第十一章 结缔组织病与免疫缺陷病	232
第一节 概论	232
第二节 系统性红斑狼疮	233
第三节 类风湿性关节炎	236
第四节 免疫缺陷病	239
一、性联低丙种球蛋白血症	239
二、继发性免疫缺陷病	240
第十二章 中毒	243
第一节 概论	243
第二节 急性一氧化碳中毒	246
第三节 急性催眠药物中毒	248
第十三章 神经系统疾病	250
第一节 概论	250
第二节 重症肌无力	252
第三节 急性感染性多发性神经根炎	256
第四节 多发性硬化	259
第十四章 外科疾病	263
第一节 概论	263
第二节 成人呼吸窘迫综合征	265
第三节 烧伤	269
附 1 器官移植	275
附 2 体外循环中凝血机制障碍及输血	280
第十五章 骨科疾病	283
第一节 概论	283
第二节 骨肉瘤	285
第三节 股骨头缺血坏死	288
第十六章 妇产科疾病	290
第一节 概论	290

第二节 流产	292
第三节 妊娠高血压综合征	294
第四节 异位妊娠	298
第五节 产前出血	300
一、前置胎盘	300
二、胎盘早期剥离	302
第六节 羊水栓塞	305
第七节 产后出血	307
第十七章 新生儿疾病	310
第一节 概论	310
第二节 新生儿黄疸	315
一、生理性黄疸	316
二、病理性黄疸	316
第三节 新生儿疾病与输血	318
一、新生儿失血性贫血	318
二、新生儿出血症	320
三、新生儿溶血病	322
第四节 新生儿免疫性血小板减少性紫癜	325

第一章 症状学

疾病对病人所引起的主观不适、不正常的感觉或某些病态改变称为症状 (symptom), 如发热、咳嗽、恶心、呕吐等。通过病人的诉说或医师的问诊可得到这些不适的症状, 症状是病理形态和病理生理改变的反映, 病人常因症状不适而去就医。医师通过体格检查发现病人不同于正常人的异常客观表现称为体征 (sign), 如心脏扩大, 啰音, 肝、脾肿大等。医师通过症状的指引, 可了解病人的病理生理状态, 结合异常体征能为诊断疾病提供重要线索。熟悉常见症状的发生机制、临床意义, 大大有助于认识疾病和正确诊断, 这是临床医师的重要基本功之一。

第一节 发 热

发热 (fever) 是指人的体温超过正常高限而言, 是体温调节异常的结果。国内规定人的正常体温是: 腋表平均为 36.8°C , 口表为 37.1°C , 肛表为 37.5°C 。正常人体温常有变异, 一般上午的体温较低, 下午较高, 可波动于 $1\sim 1.2^{\circ}\text{C}$, 妇女排卵后体温较高, 月经期较低。

【病因和发病机制】

(一) 病因

1. 感染性 包括各种细菌、病毒、真菌、支原体、立克次体、螺旋体和部分寄生虫等感染引起。

2. 非感染性

(1) 组织坏死、细胞破坏后无菌性坏死物质吸收引起的发热; 如大面积烧伤、大手术组织损伤、内出血、巨大血肿、急性溶血及各种恶性肿瘤等。

(2) 风湿病、结缔组织病等所致的抗原抗体反应。

(3) 产热过多或散热障碍: 如甲状腺功能亢进、大量失水等。

(4) 体温调节中枢功能异常的中枢性发热: 如中暑、脑出血、脑外伤等。

(5) 自主神经功能紊乱影响正常体温调节可有低热。

(二) 发病机制

正常人体温是由大脑皮层和下丘脑的体温调节中枢 (下丘脑后区的产热中枢和下丘脑前区的散热中枢) 进行调节, 通过产热和散热之间的动态平衡使体温保持相对恒定。

引起发热的机制主要是外源性致热原和内生性致热原。内生性致热原是一种蛋白

质，当各种病原微生物和内毒素及原胆烷醇酮和抗原抗体复合物等作用于粒细胞和单核-巨噬细胞系统后，经过一系列代谢反应，即产生内生性致热原，当它作用于体温调节中枢后，经交感神经使皮肤的血管收缩，散热减少；经运动神经使骨骼肌周期性收缩，发生寒战，使产热增加，结果使体温上升。

一般说，发热是机体有较强反应能力的一种表现，发热本身可以增强机体内吞噬细胞的活力及肝的解毒功能。但另一方面发热可给人体带来一定不适及危险，如常发生头痛、乏力、全身酸痛，小儿可发生呕吐、惊厥，严重发热可因大量出汗引起脱水、电解质紊乱，可因心率增快而诱发或加重心力衰竭，体温在 42℃ 以上可使一些酶的活力丧失，使大脑皮层产生不可逆的损害，最后导致昏迷甚至死亡。

【诊断和鉴别诊断】

（一）病史

1. 询问发热的高低和病程的长短

（1）根据口表体温的高低分为：①低热：37.4～38℃；②中度发热：38.1～38.9℃；③高热：39～40℃，④超高热：40℃以上。

（2）发热病程少于两周为短期发热，临床常称急性发热；两周以上为长期发热。若体温超过 38.5℃ 持续两周以上，未确定病因者，称为高热原因未明，最后确诊大约感染占 40%，肿瘤占 30%，结缔组织病占 20%，其他占 10%（其中大约一半可能仍找不到致病原因）。

2. 询问发热的热型

（1）稽留热，体温持续在 39～40℃ 数天到数周，波动不超过 1℃。见于伤寒、斑疹伤寒、大叶性肺炎等。

（2）弛张热：体温在 39℃ 以上，24 小时内波动相差 2℃ 以上。见于败血症、风湿热、重症结核、渗出性胸膜炎、化脓性炎症等。

（3）间歇热：高热与体温正常交替出现，体温正常后 1～2 天再次高热，反复发生。见于疟疾、急性肾盂肾炎、局限性化脓性感染等。

（4）回归热：体温达 39℃ 以上，持续几天，降到正常后，隔几天又发生高热，反复发生。见于回归热、霍奇金淋巴瘤、鼠咬热、某些疟疾等。

（5）波状热：体温逐渐上升高达 39℃ 以上，几天后逐渐下降到正常，数日后体温又逐渐升高，反复多次。见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、腹膜炎等。

（6）不规则热：发热无一定的规则，见于结核病、感染性心内膜炎、风湿热等。

（7）消耗热：高热伴反复寒战，每日体温波动相差 3～5℃。见于严重结核病、脓毒血症、败血症等。

（8）双峰热：24 小时内体温出现两个高峰。见于败血症。

（9）体温持续为 40～42℃，无汗，体温昼夜变化不大，用退热药物无效，见于中枢性高热。

3. 询问伴随症状

（1）伴有寒战。

1）一次性寒战：即先寒战后发热，发热后不再发生寒战。见于大叶性肺炎、输液和输血反应。

2) 反复性寒战后高热：见于疟疾、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、感染性细菌性心内膜炎、钩端螺旋体病及某些恶性淋巴瘤。

(2) 伴出血现象：见于流行性出血热、某些血液病（如急性再生障碍性贫血、急性白血病、恶性组织细胞病），弥散性血管内凝血、钩端螺旋体病、炭疽、鼠疫等。

(3) 伴明显头痛：见于颅内感染和颅内出血等。

(4) 伴有胸痛：常见于大叶性肺炎、胸膜炎、肺脓肿等。在心包炎、急性心肌梗死时也可有发热伴胸痛。

(5) 伴有腹痛：可见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性肾盂肾炎、急性阑尾炎、肠结核、肠系膜淋巴结结核、肝脓肿、急性病毒性肝炎、急性腹膜炎和腹部肿瘤如恶性淋巴瘤、肝癌、结肠癌等。

(6) 伴有明显的肌肉痛：可见于肌炎、皮炎、旋毛虫病、军团病、钩端螺旋体病等。

4. 询问有无传染病接触史和应用药物史

(二) 体格检查

除进行全面体检外，特别应注意如下方面：

1. 神志状态 伴有神志障碍者常见于颅内感染、颅内出血、感染中毒性脑病等。

2. 有无皮疹 有皮疹者见于如下情况：

(1) 发疹性传染病：发热与皮疹出现的时间常有固定关系，有助于疾病的鉴别。如发热1天后出现皮疹，见于水痘；2天后出现皮疹，见于猩红热；3天后出现皮疹，见于天花；4天后出现皮疹，见于麻疹；5天后出现皮疹，见于斑疹伤寒；6天后出现皮疹，见于伤寒。

(2) 非传染性疾病：常见于风湿热、药物疹、系统性红斑狼疮、败血症、变应性亚败血症等。

3. 有无黄疸 伴有黄疸者常见于病毒性肝炎、恶性组织细胞病、胆囊炎、化脓性胆管炎、钩端螺旋体病、败血症或其他严重感染、急性溶血等。

4. 淋巴结有无肿大

(1) 局部淋巴结肿大伴压痛，多见于炎症。

(2) 局部淋巴结肿大、较硬、无压痛，见于转移癌或某些全身性淋巴结肿瘤性增大的早期，如恶性淋巴瘤等。

(3) 全身淋巴结肿大伴压痛，可见于传染性单核细胞增多症，也可见于组织细胞性坏死性淋巴结炎（有时压痛不明显）。

(4) 全身性淋巴结肿大不伴压痛或偶尔轻微压痛，多见于急性和慢性淋巴细胞性白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病、血管免疫母细胞性淋巴结病、Castleman病等。

5. 有无脾肿大 脾肿大可见于恶性组织细胞病、某些急性白血病、疟疾、黑热病、伤寒及某些结缔组织病、慢性肝炎等。

(三) 其他检查

1. 血象 感染性发热可有白细胞计数增高及分类中性粒细胞核左移，某些血液病的发热可有相应的异常。

2. 尿、粪常规 对泌尿系统和肠道的感染等可提供诊断依据。

3. 高热、寒战时做血培养和血涂片找疟原虫，可为败血症和疟疾的诊断提供依据。
4. 疑有呼吸系统疾病，应作胸部 X 线透视或照胸片。
5. 肝脾肿大、腹痛等，应做腹部 B 超检查，必要时做腹部 CT 检查，注意腹腔脏器情况和腹腔淋巴结是否肿大。
6. 肝、肾功能检查。
7. 发热原因未明者，还应作血清肥达反应、外斐反应、布氏杆菌凝集试验、抗链球菌溶血素“O”测定、结核 PPD 试验，检查 C 反应蛋白、抗核抗体、血沉、免疫球蛋白、蛋白电泳和补体等。

(马明儒)

第二节 咳嗽与咳痰

一、咳 嗽

咳嗽(cough)是机体的一种反射性防御动作，当呼吸道粘膜受到异物或炎症等刺激时，即引起咳嗽，将异物或炎症分泌物排出。

【病因和发病机制】 咽以下的呼吸道及胸膜由于炎症、出血、肿瘤、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，感受器将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、膈神经或脊神经，从而引发咳嗽动作。咳嗽也可由大脑皮层控制，冲动由大脑皮层发出，传到延髓咳嗽中枢而引发咳嗽，即随意性咳嗽。大脑皮层在一定程度上也能控制咳嗽反射。一般说来，咳嗽可以排出呼吸道异物或分泌物，对机体有益，不应完全加以制止。但长时频繁的咳嗽可影响病人工作和休息，引起胸肌疼痛、胸膜腔内压增高、静脉回心血流受阻，甚至引起昏厥。

【临床表现】 不同病因可有不同的临床表现。咳嗽有时为单发或散在，有时为连续频繁，有时为发作性刺激性咳嗽，可发生于晨间起床后，也可发生于夜间睡眠中，可呈金属音，也可声音低微、嘶哑，可咳嗽无痰或少痰，也可痰量较多。

【诊断与鉴别诊断】

(一) 病史

注意询问咳嗽持续时间，长期咳嗽者，要询问是持续性发作还是间断发作，还应注意咳嗽性质、程度、频度、音色及伴随症状，了解咳嗽与气候、体位、活动及劳累的关系，要详细询问既往史、过敏史、吸烟史及职业病史。

(二) 体检

要特别注意呼吸音改变与啰音性质及分布，同时应注意心脏检查，有无心界扩大，有无杂音。

(三) 实验室及其他辅助检查

白细胞计数及分类，痰涂片及培养，痰找瘤细胞，胸部 X 线片或体层摄影，必要时行 CT 或纤维支气管镜检查。

(四) 根据咳嗽的临床表现及其伴随症状

如干咳无痰或仅有极少量的痰，常见于咽喉炎、胸膜炎、浸润型肺结核、急性支气管炎早期；咳嗽伴痰多，常见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核等；咳嗽无力，常见于肺结核；持续多年经常性咳嗽，见于慢性支气管炎、支气管扩张症。发作性咳嗽见于急性喉炎、气管异物、百日咳；夜间阵发性咳嗽，可见于左心功能不全或慢性支气管炎；咳嗽伴声音嘶哑，见于声带发炎或肿瘤；犬吠样咳嗽，见于会厌及喉头疾患、气管受压、百日咳；金属音调咳嗽，见于主动脉瘤或纵隔肿物压迫气管或支气管所致；咳嗽声低微见于极度衰弱、声带麻痹。此外还应注意咳嗽的伴随症状，咳嗽伴发热、血白细胞增高，多为炎症，如肺炎、肺脓肿、支气管扩张继发感染；咳嗽伴胸痛，见于胸膜炎、大叶性肺炎、自发性气胸等；咳嗽伴有弥漫性哮鸣音，常见于支气管哮喘、喘息性支气管炎。咳嗽伴咯血，见于支气管扩张、肺脓疡、肺结核、肺癌等；咳嗽伴杵状指，见于支气管扩张、慢性肺脓肿等；咳嗽伴有呕吐者，可见于百日咳或慢性咽炎；食后咳嗽发作或加剧，痰内混有食物，见于食道支气管瘘；咳嗽伴局限于两肺下方、表浅、细小高音调湿啰音，可见于肺间质纤维化；伴有肺性骨关节病者见于支气管肺癌。

二、咳 痰

咳痰（expectoration）是借助咳嗽将喉以下的呼吸道内生理性或病理性分泌物排出。

【病因和发病机制】 呼吸道粘膜杯状细胞和粘液腺可以分泌粘液，每日约 10ml，以保持呼吸道粘膜的湿润，粘液含 95% 水分，其余为蛋白质，糖类、脂类及无机物等；当呼吸道粘膜受到微生物、过敏因素及其它理化刺激而发生炎症时，粘膜充血、水肿，粘液分泌增多，毛细血管通透性增高，浆液渗出增多。渗出液与粘液以及吸入的尘埃等混合而成痰。当肺瘀血与水肿时，肺泡毛细血管也有浆液漏出，也可引起咳嗽与咳痰。

【临床表现】 不同疾病所致痰的数量、颜色、性质及气味等不同，痰量可少至几毫升，多时可达几百毫升。感染化脓性痰，静置时可分三层：上层为泡沫，中层为粘液，下层为脓块。痰一般为白色，感染化脓时多为黄色，绿脓杆菌感染时呈绿色；血性痰多为鲜红色，有时为痰中带血丝或血块；厌氧菌感染时，痰有恶臭。

【诊断与鉴别诊断】

（一）病史

应询问咳痰持续时间，是持续存在，还是间断发作，注意咳痰的数量、性质、颜色、气味，咳痰与体位有无关系。

（二）体检

应着重心肺体征。

（三）实验室检查

注意痰的肉眼检查情况如粘度、颜色、气味、有无分层、痰病原学检查包括病毒、肺炎支原体、细菌、溶组织阿米巴、肺吸虫卵等。

（四）根据痰液性状及伴随症状

呼吸道或肺组织感染性疾病的痰多为粘稠的黄痰；支气管炎的痰多为白色泡沫样痰；砖红色痰，且呈粘稠胶冻样者，见于克雷白杆菌肺炎，铁锈色痰，见于肺炎球菌肺炎；赭色果酱样痰，见于卫氏并殖吸虫病；粉红色稀薄泡沫样痰，见于肺水肿；大量脓

痰，静置后可分层，见于肺脓肿或支气管扩张；恶臭痰，多为梭形杆菌、螺旋体或厌氧菌感染所致。

第三节 胸 痛

胸痛（thoracic pain）是临床上常见的症状，引起胸痛的原因比较复杂，胸痛的严重程度与引起胸痛疾病的严重程度很不一致；胸痛的临床意义可大可小，起源于局部的轻微损害对病人生命影响不大，而由于内脏疾病所致的胸痛则往往有重要意义。胸痛可由不同脏器的疾病引起。

【病因与发病机制】 各种理化因素、炎症、肌肉缺氧、内脏膨胀、机械压迫、异物刺激、外伤、肿瘤等原因均可引起胸痛。各种因素刺激肋间神经的感觉纤维、脊髓后根传入纤维、支配心脏及主动脉的感觉纤维、支配气管与支气管及食道的迷走神经感觉纤维或膈神经的感觉纤维等，均可引起胸痛。此外，有时某一内脏与体表某部位同受某些脊神经后根的传入神经支配时，则来自内脏的痛觉冲动可达大脑皮层，除可产生局部疼痛外，还可出现相应体表的疼痛感觉，这称为放射性疼痛。如心绞痛时除出现胸骨后或心前区疼痛外，还可出现左肩及左臂内侧放射性疼痛。

【临床表现】 根据不同脏器的疾病，胸痛可分为以下几类。

（一）呼吸系统疾患所致的胸痛

气管炎引起的胸痛表现为胸骨后闷痛、灼痛或发紧的感觉，常伴有咳嗽；肺没有感觉神经，所以肺组织本身的疾病是无痛的，除非累及胸膜壁层时才出现疼痛；胸膜痛的特点为呼吸、咳嗽或转动身躯时疼痛加重，而停止呼吸可使疼痛缓解，疼痛多位于胸下部，常见于干性胸膜炎、少量渗出性胸膜炎和肺部炎症侵及壁层胸膜时；当胸膜炎侵及胸膜时，疼痛可向肩部，心窝部或腹部放射，以致可误诊为肝胆疾病或阑尾炎，自发性气胸的胸痛常在剧烈咳嗽或负重过度时突然发生一侧剧烈胸痛，并伴有呼吸困难及干咳，胸膜肥厚、粘连时可有长期的胸部钝痛；肺栓塞时可引起胸痛，大块的肺栓塞引起肺动脉高压而发生持续性胸骨后疼痛，伴有呼吸困难和休克，小块肺栓塞的胸痛多位于胸部外侧，是由于累及胸膜所致，可伴有咯血；纵隔气肿可引起胸骨后剧烈疼痛，向肩部放射，局部可有捻发音；纵隔肿瘤的胸痛类似胸膜炎胸痛的性质，伴有紧缩感或压迫感。

（二）循环系统疾患所致的胸痛

心前区痛是心脏疾患的一个重要症状，但心前区痛不一定全是由于心血管系统疾病引起，应根据疼痛的部位、发生的诱因和缓解的措施、疼痛的性质、持续的时间及伴随的症状来辨别疼痛的起源。

1. 冠状血管循环障碍 由于冠状动脉的血流量减少，或由于心肌的氧需要量增加，而产生心肌缺血，引起心绞痛。疼痛多位于胸骨后或稍偏左，亦可在腹上部，常放射到左肩部及沿左臂的尺侧放射至第4、5指尖，或放射到左肩胛部、肩胛下部、颈部或下颞部。疼痛为压挤样或紧缩样，轻重不一，持续数十秒钟至十几分钟，发作与用力 and 情绪有关，休息及含硝酸甘油后可缓解，若心绞痛持续数小时或更久，或服用扩张冠状动脉的药物不能缓解，则应考虑为心肌梗死，常伴有出汗、恐惧感、呼吸困难、虚脱、心