

高等医药院校试用教材

西医内科学基础

(供中医、针灸、推拿专业用)

主编 殷凤礼 副主编 丁乃时 杨任民

上海科学技术出版社

高等医药院校试用教材

西医内科学基础

(供中医、针灸、推拿专业用)

主 编 殷凤礼

副主编 丁乃时 杨任民

上海科学技术出版社

高等医药院校试用教材

西医内科学基础

(供中医、针灸、推拿专业用)

主编 殷凤礼

世纪出版集团 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海瑞金二路 450 号 邮政编码 200020)

新华书店上海发行所经销 苏州望电印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 29 插页 20 字数 697 000

1986 年 5 月第 1 版 2004 年 11 月第 28 次印刷

印数 623 201—627 400

ISBN 7—5323—0505—8/R·144(课)

定价: 36.90 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向本社出版科联系调换

前 言

为了提高教材质量,促进高等中医药教育事业的发展,卫生部于1983年8月在上海召开了全国高等中医院校普通课、西医课教材编审会议,成立首届全国高等中医院校普通课、西医课教材编审委员会;组成十七个学科编审小组,根据卫生部1982年10月颁发的中医、针灸、中药各专业教学计划对各科教学大纲作了修订;并组织编写本套教材。

中医学院的普通课和西医课教材主要是为培养中医药高级专门人才服务的。本套教材是根据各专业培养目标对本门学科的要求,按照新的教学大纲,各编审小组制定了编写提纲,在总结二十多年来中医学院普通课、西医课教学经验的基础上编写而成。

在编写过程中,以辩证唯物主义和历史唯物主义为指导,力求从高等中医教育的实际出发,既保证教材内容的科学性、系统性和完整性,又贯彻“少而精”和理论联系实际的原则。在更新教材内容的同时,注意充实近年来运用现代科学技术研究中医药学的新成果,从而使本套教材为培养高级中医药人才编写出新的风格和特点。

本套教材包括《英语》、《日语》、《高等数学》、《数理统计方法》、《医用物理学》、《物理学》、《无机化学》、《有机化学》、《物理化学》、《分析化学》、《正常人体解剖学》、《组织学与胚胎学》、《生理学》、《生物化学》、《微生物与寄生虫学》、《病理学》、《药理学》、《西医内科学基础》和《西医外科学总论》等十九门学科,共二十二种教材。其中部分教材是在原有基础上更新、充实、修改而成。

教材质量的高低,将直接影响培养目标的实现。要使中医学院的普通课、西医课教材适应高等中医教育的需要,还要进行长期的努力。要通过大量实践,不断总结经验,加以提高,才能逐步完善。由于水平有限,经验不足,编写时间仓促,本套教材存在不足之处,恳切期望广大师生和读者随时提供宝贵意见,以便在今后修订时加以改进。

全国高等中医院校普通课、西医课教材编审委员会

一九八四年十月

编写说明

本教材是根据卫生部高等中医院校普通课、西医课教材编审委员会上海会议精神,组织部分中医院校编写,供全国高等医学院校中医专业与针灸推拿专业教学之用。

本书以西医内科学基础教学大纲为依据,包括诊断学与内科学两部分。编写内容尽量结合中医的临床和教学特点,阐述现代医学中诊断学与内科学的基础知识,在介绍各病的同时简要叙述中西医结合研究的某些成果,使学生在了解现代医学基本知识的同时,增强对中医的兴趣和热爱,以巩固其专业思想。教学的重点内容是问诊、检体诊断、各病的诊断与鉴别诊断以及急救知识等,其他诊断方法与各病的病因、病理、治疗等只作简要介绍。建议各院校使用时要根据中医、针灸、推拿专业教学大纲的不同要求,或地区与各院校教学计划的特点,选择所需内容并适当加以增减。

本教材所用的计量单位,为国务院于1984年2月颁布的法定计量单位,但也同时附有习惯沿用的计量单位,以便查阅。

教材的编写分工如下(按编写顺序):

殷凤礼 王世成(北京中医学院) 绪论,症状学,消化系统疾病

陈锡钵(南京中医学院) 问诊,检体诊断(体格检查法至肺部检查)

王刚(黑龙江中医学院) 检体诊断(心脏检查至神经系统检查),诊断步骤与病历书写

程国洸 戎兴云(广州中医学院) 实验诊断,传染病,寄生虫病,地方病

丁乃时 翁星翠(上海中医学院) X线诊断,超声诊断,放射性核素诊断

李良信(成都中医学院) 心电图诊断,心血管疾病

章如虹(湖北中医学院) 呼吸系统疾病,泌尿系统疾病

彭一丁(湖南中医学院) 造血系统疾病,内分泌及代谢疾病

杨任民(安徽中医学院) 神经系统疾病,急性中毒

本书初稿曾分送全国各兄弟院校审阅,并提出不少宝贵意见,对初稿修订帮助很大。定稿讨论时我们邀请了许迺珊、朱荫兰、郑泽清、余朝骏等教授和专家协助我们做了大量工作,在此特致谢意。由于编者水平所限,定有许多不足之处,望各院校试用时提出意见。

《西医内科学基础》编写组

1984年10月

目 录

绪 论	1
-----------	---

上编 诊断学基础

1 症状学	5
1.1 发热	5
1.2 意识障碍	6
1.3 抽搐	8
1.4 胸痛	8
1.5 呼吸困难	9
1.6 咳嗽	11
1.7 咯血	12
1.8 黄疸	13
1.9 腹痛	14
1.10 呕吐	15
1.11 呕血与黑便	17
2 问诊	18
2.1 问诊的方法和注意事项	18
2.2 问诊内容	19
2.3 各系统疾病主要症状的问诊要点	21
3 体检诊断	23
3.1 体格检查法	23
3.2 一般检查	26
3.3 头部检查	33
3.4 颈部检查	36
3.5 胸部检查	37
3.6 腹部检查	60
3.7 肛门、直肠及外生殖器检查	70
3.8 脊柱与四肢检查	72
3.9 神经系统检查	75
4 实验诊断	90
4.1 血液检查	90
4.2 骨髓细胞学检查	101
4.3 尿液检查	103
4.4 粪便检查	110
4.5 分泌液检查	112
4.6 痰液检查	114
4.7 浆膜腔液检查	115

4.8 脑脊液检查	116
4.9 免疫学检查	118
4.10 酶学检查	121
4.11 肝功能检查	123
4.12 肾功能检查	127
4.13 血液气体分析	129
4.14 内分泌功能检查	130
5 X线诊断	132
5.1 总论	132
5.2 呼吸系统	136
5.3 循环系统	153
5.4 消化系统	166
5.5 骨、关节	180
5.6 泌尿系统	192
5.7 女性生殖系统	195
5.8 鼻窦	196
5.9 乳突	197
6 心电图、超声波及放射性核素诊断	199
6.1 心电图诊断	199
6.2 超声波诊断	224
6.3 放射性核素诊断	235
7 诊断步骤与病历书写	247

下编 内科学基础

8 传染病、寄生虫病及地方病	253
8.1 伤寒与副伤寒	253
8.2 细菌性痢疾	258
8.3 霍乱与副霍乱	262
8.4 病毒性肝炎	264
8.5 流行性脑脊髓膜炎	270
8.6 流行性乙型脑炎	274
8.7 疟疾	278
8.8 流行性腮腺炎	283
8.9 钩端螺旋体病	285
8.10 血吸虫病	289
8.11 克山病	294
9 呼吸系统疾病	299

9.1 肺结核	299	15.3 坐骨神经痛	415
9.2 支气管炎	304	15.4 梅尼埃尔病	416
9.3 支气管哮喘	307	15.5 特发性多发性神经根病	418
9.4 肺炎球菌肺炎	309	15.6 癫痫	420
9.5 气胸	313	15.7 急性脑血管疾病	422
9.6 原发性支气管肺癌	315	15.8 神经官能症	428
10 心血管疾病	319	16 急性中毒	431
10.1 慢性心功能不全	319	16.1 急性中毒的急救	431
10.2 慢性肺源性心脏病	328	16.2 有机磷农药中毒	433
10.3 风湿热	333	附录 I 常用诊疗技术	436
10.4 风湿性心瓣膜病	337	一、胸腔穿刺术	436
10.5 高血压病	342	二、腹腔穿刺术	437
10.6 缺血性心脏病	348	三、腰椎穿刺术	437
10.7 病毒性心肌炎	355	四、骨髓穿刺术	438
11 消化系统疾病	359	五、肝活体组织穿刺术	439
11.1 慢性胃炎	359	六、洗胃术	440
11.2 消化性溃疡	361	七、三腔管的应用	440
11.3 胃癌	364	八、十二指肠引流术	441
11.4 肝硬化	366	九、纤维胃十二指肠镜检查术	442
11.5 原发性肝癌	370	十、乙状结肠镜检查术	442
11.6 急性胰腺炎	373	十一、直肠镜检查术	443
11.7 非特异性溃疡性结肠炎	376	十二、中心静脉压测定法	443
12 泌尿系统疾病	379	附录 II 临床检验正常参考值	445
12.1 慢性肾小球肾炎	379	1. 血液一般检查	445
12.2 尿路感染	383	2. 骨髓细胞检查	446
12.3 慢性肾功能衰竭	386	3. 血液化学检查	447
13 造血系统疾病	389	4. 血清酶学检查	448
13.1 再生障碍性贫血	389	5. 肝功能检查	448
13.2 白血病	391	6. 血清学及免疫学检查	449
13.3 白细胞减少症与粒细胞缺乏症	397	7. 尿液检查	450
13.4 原发性血小板减少性紫癜	399	8. 肾功能检查	451
14 内分泌及代谢疾病	402	9. 粪便检查	451
14.1 甲状腺功能亢进症	402	10. 胃液检查	452
14.2 糖尿病	406	11. 十二指肠引流液检查	452
15 神经系统疾病	413	12. 脑脊液检查	452
15.1 三叉神经痛	413	13. 内分泌功能检查	453
15.2 面神经炎	414	附录 III 临床心电图常用表	454

绪 论

祖国医药学是中国人民长期与疾病斗争的丰富经验总结,至今已有数千年的历史。公元前五世纪,我国已经运用问病情、望形色、听声音及切脉等方法来了解和诊断疾病。秦汉以来已形成和发展成为具有丰富理论和实践经验的独特医学体系,为中华民族的健康和繁衍昌盛作出了巨大贡献。

西方在公元前五世纪已有描述某些疾病的记载,但直到十七世纪才有了较大的进展。十九世纪以来,随着现代科学的发展,西方医学广泛采用现代科学成就,从而对认识疾病的诊断和治疗有了很大发展。

中医诊断学与西医诊断学,中医内科学与西医内科学,虽然它们之间有某些相似之处,但因理论不同,各有特点而自成体系。因此,为避免中西医混合讲述所造成的相互干扰和理论混乱,本教材仅阐述现代医学方面的基础知识和简要介绍某些应用现代医学研究中医的成果,使学生能运用所学知识为将来继承、发扬祖国医药学遗产和创造我国新医药学的工作中有所裨益。

西医内科学基础内容

根据全国中医院校中医专业与针灸专业教学计划安排,西医内科学基础包括诊断学(上编)与内科学(下编)两部分。

上编 诊断学

诊断学是了解和诊断疾病时所必须掌握的基本知识,是临床医学的基础。其内容包括症状诊断、检体诊断、实验诊断、X线诊断及其他诊断方法。

症状诊断 包括症状学与问诊。症状是病人觉察到的某些感觉或形态的异常现象,这些现象常出现在疾病的早期,并反映了生理功能或病理形态的变化。症状学的任务是阐明症状发生的原因和机理,同一症状在不同疾病时的特点,以帮助我们对疾病进行分析和判断。问诊则是以对话方式,了解发病的症状特点及其发生、演变过程,并运用症状学知识对所获资料进行分析和判断。

检体诊断 检体诊断是利用感觉器官直接或间接(简易器械如听诊器,叩诊锤等)对病人进行体格检查,然后将资料(体征)结合基础医学知识及实践经验来判断疾病的部位和性质。检体诊断的基本方法包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。体格检查所发现的客观体征,比问诊所得的主观症状,有时更为可靠,故检体诊断是诊断过程的重要内容之一。

实验诊断 实验诊断是利用病人的体液、分泌物、排泄物进行理化检验的一种实验室诊断方法。近年来,实验室检查技术发展很快,灵敏度与准确性都有很大提高。但应指出此种检查方法并非都是特异性的,必须将检查结果与其他临床资料结合起来进行综合分析,才能作出正确的诊断。

X线诊断 X线诊断是利用X线的穿透性和荧光原理,通过透视、摄片等方法将人体组织的功能或器质性病变在荧光屏或X线片上显示出来,并运用基础医学知识,结合其他临床

资料来解释所显示出病变的临床意义。X线检查不但能验证其他检查所发现的问题,并能发现检体诊断与实验诊断所难于察觉的病变。

除上述四种最常用的基本检查方法外,心电图、超声波、放射性核素、脑电图、内窥镜等诊断方法,也广泛应用于临床,本书将作简要介绍。

下编 内科学

内科学是临床医学中涉及面广、整体性强的一门重要学科,是临床各科的基础。随着科学的日益发展,各专业学科逐步形成,原属内科范围的一些具有自成体系特点的内容,已分为独立的学科,如传染病、职业病、神经精神病、肿瘤等。

中医院校《西医内科学基础》的内科学部分,根据教学计划安排,选取内科学中的常见病、多发病,也注意到危害人民健康较大的一些地区性疾病,其内容如下:

传染病、寄生虫病及地方病 细菌性痢疾、霍乱与副霍乱、伤寒与副伤寒、病毒性肝炎、流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎、疟疾、流行性腮腺炎、血吸虫病(选讲)、克山病(选讲)。

呼吸系统疾病 肺结核、支气管炎、支气管哮喘、肺炎球菌肺炎、气胸、原发性支气管肺癌。

心血管疾病 慢性心功能不全、慢性肺源性心脏病、风湿热、风湿性心瓣膜病、高血压病、缺血性心脏病(冠状动脉粥样硬化性心脏病)、病毒性心肌炎。

消化系统疾病 慢性胃炎、消化性溃疡、胃癌、肝硬变、肝癌、急性胰腺炎、非特异性溃疡性结肠炎。

泌尿系统疾病 慢性肾小球肾炎、尿路感染、慢性肾功能衰竭。

造血系统疾病 再生障碍性贫血、白血病、白细胞减少症与粒细胞缺乏症、原发性血小板减少性紫癜。

内分泌及代谢疾病 甲状腺功能亢进症、糖尿病。

神经系统疾病 神经官能症、癫痫、多发性神经根病、梅尼埃尔病、三叉神经痛、面神经炎、坐骨神经痛、急性脑血管疾病。

急救 中毒抢救、有机磷中毒。

每一疾病的内容,包括概述、病因与发病机理、病理、临床表现、实验室与其他检查、诊断与鉴别诊断、并发症、治疗、预防等,做到阐述力求简明,使学生对疾病的基本知识有较系统的概念。

学习方法与要求

《西医内科学基础》是一门临床医学学科,实践性很强,学习时既要钻研理论,更应重视临床实践,因为只有通过实践,才能熟记和掌握所学的理论知识。在学习中,要锻炼唯物辩证思维,运用基础医学知识,通过分析和推理来深刻地理解各种临床现象的特点和治疗原理,避免效果差的生记硬背方法。只有掌握正确的学习方法,才能在一定的时间内学会和掌握更多的内容。提高分析与解决问题的能力,则能在复杂的临床现象中抓住本质,掌握正确诊断和治疗疾病的基本规律。

学习本门课程的要求是:

1. 在本门课程结束时,能初步掌握常用的现代医学诊断方法,学会书写完整的病历,并作出初步诊断。掌握内科常见病、多发病的临床表现,诊断和鉴别诊断,及其治疗原则。还需

掌握急症抢救的治疗原则。

2. 要加强医德修养,在接触病人时,必须做到体贴、爱护病人,处处为病人着想,在为病人服务的前提下学好为人民服务的本领。一些基本检查方法,要先在自己身上或在同学之间反复练习,掌握后再运用于病人身上,并需做到动作轻柔,仔细与准确。

3. 要有科学的学风和工作作风,学习要积极主动,刻苦努力,学通学精,掌握真知,临床工作要一丝不苟、深入细致,以去伪存真,使诊断和治疗正确无误。反对主观臆断,粗枝大叶,不懂装懂。

4. 学习《西医内科学基础》时,应联系和复习已学过的中医知识,帮助对所学内容的理解和记忆,并对沟通中西医学说,促进建立共同语言和团结合作也有益处。既要防止学习现代医学无用的思想,也要反对学习现代医学忽视中医的倾向。

上编 诊断学基础

1 症状学

1.1 发热

健康人经常保持恒定的体温,它是在大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢制约下并通过神经、体液的作用调节的。患病时,如体温调节中枢发生障碍,导致产热过多或散热过少而致体温超出正常范围,则称为发热。一般而论,发热是人体防御疾病的反应。最常见的发热是内热源性发热,此内热源主要由于粒性白细胞和单核细胞发生吞噬作用,或接触病原体、内毒素、抗原-抗体复合物,而产生并释放出内热源,其成分是一种蛋白质,可直接刺激体温中枢引起发热。其次,某些物理化学性因素作用于体温中枢也可引起发热。

1.1.1 病因

引起发热的病因很多,临床上一般分为感染性发热和非感染性发热两类,而以前者最为常见。

1.1.1.1 感染性发热 各种病原体引起的感染均可导致发热,这是因为病原体及其毒素直接刺激白细胞而使其释放内热源所致。

1.1.1.2 非感染性发热

(1) 坏死物质吸收 如心肌梗塞、大面积烧伤、恶性肿瘤等均可产生内热源而引起发热。

(2) 变态反应 是抗原-抗体反应的结果,见于血型不合的输血、药物热、血清病等。

(3) 代谢障碍 如甲状腺功能亢进可致产热过多,脱水时可致散热过少。

(4) 体温调节中枢失常 如中暑(物理因素)、安眠药中毒(化学因素)、脑疝或脑血管疾病(机械因素)。

(5) 神经功能障碍 由于植物神经功能紊乱而致体温调节失常,多表现为长期低热。

1.1.2 临床表现

发热过程中可产生一系列临床表现,一般分为三个阶段。

1.1.2.1 体温上升期 发热开始,体温中枢处于兴奋状态,使散热减少,产热增加。临床表现为畏寒、战栗、皮肤苍白并干燥无汗。体温可于十几分钟至几小时内达到高峰,或缓慢上升于几日内才达到高峰。

1.1.2.2 高温持续期 体温处于高峰。此时散热与产热在高的水平上达到暂时平衡,致使体温持续在一定高度。临床表现为皮肤潮红、灼热、出汗,呼吸及心率加快等。此期可达数小时,数日甚至数周。

1.1.2.3 体温下降期 由于人体的防御作用及治疗得当,使产热减少,散热增加,而表现为体温下降。降温方式可于数小时内骤降至正常,此时多伴有大量汗;也可于数日内逐渐降

至正常。

1.1.3 伴随症状

1.1.3.1 发热伴眼结膜充血 多见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒等。

1.1.3.2 发热伴口唇疱疹 见于流行性感、大叶性肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎等。

1.1.3.3 发热伴头痛、意识障碍 见于中枢神经系统感染(流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎)及脑血管疾病。而发热伴意识障碍可见于中毒性菌痢、中暑等。

1.1.3.4 发热伴肌肉痠痛 见于急性传染病的发病初期,如流感等。

1.1.4 热型

很多发热性疾病有特殊的体温曲线,谓之热型,对疾病的诊断有一定的意义,常见热型有四种。

1.1.4.1 稽留热 体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 可达数日或数周,而一天内体温上下波动范围不超过 1°C 。见于伤寒、大叶性肺炎等。

1.1.4.2 弛张热 体温在 39°C 以上,但一天内体温上下波动范围在 2°C 以上。见于败血症、风湿热等。

1.1.4.3 间歇热 体温突然上升后持续几小时又突然下降致正常,以后间歇数小时或数日又突然升高,持续几小时后再突然下降,如此反复发作。见于疟疾、结核以及某些革兰阴性杆菌败血症等。

1.1.4.4 不规则热 发热热型无一定规律。见于流行性感、肺结核等。此外,也可由于发热期使用解热药或激素类药后引起,致使原有的热型变为不规则热型。

1.1.5 问诊要点

由于发热多数为感染性发热,故应注意询问与感染有关的病情。

1)询问发热时间的长短与缓急,初期有无恶寒、寒战或出汗;2)询问体温变化规律并分析热型;3)询问与发热伴随的症状,如发热伴意识障碍,常提示有中枢神经系统的疾患。发热伴腹泻时要考虑肠道感染,如肠炎、痢疾等。发热伴皮疹时,应注意是否为急性出疹性传染病如麻疹、猩红热等;4)询问传染病密切接触史,发病的季节与地区;以及询问有无饮食不卫生、外伤等情况。

1.1.6 检查要点

对发热病人应进行系统而全面的体检。重点是检查皮肤、淋巴结、心、肺、肝、脾和神经系统。注意有无意识障碍、周围循环衰竭等。发热时面容亦应描述,如一般高热为急性热病面容;伤寒都表现为无欲状面容;发热伴休克时,面容死灰色,结核病人则为慢性消耗面容;破伤风时则出现特殊苦笑面容。

血、尿、便常规检验不应忽视。血液检查重点是白细胞计数及分类,细菌性感染时白细胞增加,且中性粒细胞比例上升,而病毒性感染则白细胞减少,淋巴细胞比例可能上升。必要时要做血培养。尿液检查注意尿蛋白及红白细胞。粪便检查注意外观、细胞及虫卵。此外发热病人需做 X 线检查。

细菌学、血清学、免疫学、寄生虫学等各方面检查应根据病情决定。

1.2 意识障碍

意识的清醒有赖于大脑皮质、皮质下(丘脑、丘脑下部)及脑干网状结构功能的完整。凡

由于各种原因引起大脑皮质的损害,或影响了脑干结构功能,而导致人体对自身和对周围环境的知觉及精神活动出现障碍,谓之意识障碍。临床上常见的有:嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷及谵妄等。意识障碍的程度不同,表现各异,且可互相转化。

1.2.1 病因

1.2.1.1 颅脑疾患 引起脑炎、脑膜炎、脑脓肿等颅内感染的病原体可直接损害中枢神经而导致意识障碍。而脑血管疾病、脑肿瘤、颅脑外伤、癫痫等则因脑组织受损、受压或功能障碍而出现意识障碍。

1.2.1.2 全身疾患 严重感染(败血症、中毒性肺炎)时,可因毒素侵入中枢神经系统引起中毒性脑病。内分泌功能障碍(如甲状腺功能亢进危象)、代谢性疾患(肝硬变、尿毒症)可因内分泌严重紊乱或代谢后的有毒物质作用于脑组织而导致意识障碍。心血管疾病(肺心病、心脏停搏)时,多因脑组织严重缺氧。而某些物理、化学因素(中暑、电击及一氧化碳、有机磷农药、酒精、安眠药中毒)则因引起脑组织受损而致意识障碍。

1.2.2 问诊要点

1.2.2.1 过去病史 对意识障碍的诊断可提供重要线索。如有无高血压、心肾疾患、肝脏病、癫痫等。

1.2.2.2 意识障碍诱因 有无中暑、一氧化碳中毒、电击伤、颅脑外伤等。有无传染病密切接触史。有无局部感染等。

1.2.2.3 意识障碍发生缓急 突然出现者多为急性感染(脑炎、脑膜炎)、脑血管疾病、某些意外事故(中毒、中暑、电击、颅脑外伤)。逐渐出现者见于尿毒症、肝昏迷、肺心病等。

1.2.2.4 伴随症状 伴有高热、抽搐、呕吐要考虑脑炎及脑膜炎等急性传染病。伴有偏瘫、高血压,应怀疑脑血管疾病。伴有深大呼吸及呼出特殊气味则要注意肝昏迷、尿毒症等。伴有瞳孔的异常改变则见于各种急性中毒及脑疝等。

1.2.3 检查要点

1.2.3.1 一般检查 除要严密观察体温、血压、脉搏、呼吸的变化外,尚应注意以下各点:

(1) 呼吸和气味 潮式呼吸而带有尿味者应考虑尿毒症。呼气有烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒。有肝臭味则见于肝昏迷。呼气有大蒜味是有机磷中毒。意识障碍并伴有呼吸节律的异常则是各种病因引起的呼吸中枢衰竭。

(2) 皮肤 有皮疹、出血点者应考虑严重的细菌感染,如流行性脑膜炎、败血症等。有黄疸应考虑肝、胆疾患。

(3) 心血管检查 有无心率改变及心律失常、休克、心脏扩大、杂音、震颤等变化。

1.2.3.2 神经系统检查

(1) 瞳孔 瞳孔缩小见于吗啡、巴比妥类药物及有机磷中毒。阿托品及酒精中毒则瞳孔扩大。两侧瞳孔不等大见于颅脑外伤、脑炎、脑血管疾病。

(2) 有脑膜刺激征者见于脑膜炎或蛛网膜下腔出血。

(3) 有局灶性神经体征者见于脑血管疾病及颅内占位性病变。

1.2.3.3 其他检查 血、尿、血生化、脑脊液、X线、脑电图等检查对意识障碍的诊断也有重要意义。

1.3 抽搐

抽搐是指全身或局部发作性的痉挛,一般均伴有不同程度的意识障碍。

1.3.1 病因

1.3.1.1 颅脑疾患

- (1) 感染 各种病毒、细菌引起的脑炎、脑膜炎、脑脓肿及寄生虫引起的脑囊虫病等。
- (2) 外伤 如产伤、颅脑外伤等。
- (3) 脑血管疾病 如脑出血、闭塞性脑血管病等。
- (4) 肿瘤 如脑膜瘤、神经胶质瘤等。
- (5) 癫痫

1.3.1.2 全身性疾患

- (1) 感染 如中毒性肺炎、破伤风等。
- (2) 缺氧 如窒息、溺水、休克等。
- (3) 代谢障碍 如低血糖、低血钙等。
- (4) 心血管疾患 如脑栓塞、严重心律失常等。
- (5) 各种中毒 如一氧化碳、有机磷农药、工业毒物(铅、苯)中毒等。

1.3.1.3 癔病。

1.3.2 发病机理

抽搐的发病机理是由于大脑皮质的神经元异常兴奋(所谓过度放电)所致。可由代谢、营养障碍及局部刺激所激发。其生物化学机理十分复杂,似与脑组织内乙酰胆碱及 γ -氨基酪酸代谢紊乱,脑血管活性物质去甲肾上腺素、多巴胺、5-羟色胺等分泌失调有关。另外,脑组织对缺氧及体液pH值的改变很敏感,故缺氧及酸碱平衡失调可诱发抽搐。

1.3.3 问诊要点

1.3.3.1 病史 注意有无头部外伤史、脑炎、脑膜炎及寄生虫病史,有无高血压史及慢性肝肾疾患。

1.3.3.2 抽搐特点 抽搐前有无先兆,发作时应注意有无意识障碍及肢体抽搐姿态,包括面色、面容、声音及其持续时间等。

1.3.3.3 伴随症状 抽搐伴高热者见于感染性疾患。抽搐前有先兆者见于继发性癫痫。抽搐伴高血压、肢体瘫痪者见于脑血管疾病。抽搐伴特殊苦笑面容是破伤风。抽搐不伴有意识障碍见于癔病。

1.3.4 检查要点

1.3.4.1 体检 除体温、呼吸、脉搏、血压及一般检查外,详细的神经科体检对确诊抽搐病因是很重要的。如抽搐伴意识障碍,多为脑组织器质性损害。无意识障碍常见于缺钙及癔病。脑膜刺激征、病理反射、生理反射的检查有助于病变的定位。

1.3.4.2 其他 包括血液、生化、脑脊液、眼底、脑电图等检查。如脑脊液正常一般可除外中枢神经系统感染性疾患。而血性脑脊液对脑出血诊断很重要。

1.4 胸痛

1.4.1 病因及其疼痛特点

1.4.1.1 胸壁疾患 较常见。其疼痛特点是痛的部位多固定于病变处,局部常有压痛,深呼吸、咳嗽、举臂动作可致胸痛加剧。

(1) 软组织损伤或炎症 胸部挫伤、胸肌劳损有局部触痛,痛区与肌肉分布一致。流行性胸痛是由病毒感染所致,主要在下胸部,胸痛剧烈,并伴有发热及上呼吸道感染症状。

(2) 骨骼病变 肋软骨炎局限于肋软骨,常累及第二至第四肋软骨,局部有肿胀及压痛。肋骨骨折、骨髓炎、原发性及转移性骨瘤均可致胸痛。

(3) 肋间神经病变 如肋间神经炎,多因邻近器官感染或外伤引起。带状疱疹则为病毒感染所致,疱疹沿肋间神经分布,常发生于一侧。

1.4.1.2 呼吸系统疾患 其胸痛特点是咳嗽及深呼吸时加重,局部无压痛,有原发性疾病的症状及体征可为佐证。

(1) 肺部疾患 凡是肺炎、肺结核、肺栓塞、肺癌等不同病因累及胸壁时,均可引起胸痛。

(2) 胸膜疾患 见于胸膜炎、气胸、胸膜肿瘤等。

1.4.1.3 心血管疾患 其疼痛特点是多位于胸骨后或心前区,并向左肩部放射,疼痛可因情绪激动、体力活动而诱发。如心绞痛、心肌梗塞、心包炎等。

1.4.1.4 其他 食管、纵隔的炎症及肿瘤,膈下脓肿,腹腔脏器疾患(病毒性肝炎、胆石症、胆囊炎)等。

1.4.2 问诊要点

1.4.2.1 胸痛部位及所见疾患 如第二至第四肋软骨痛见于肋软骨炎。心前区痛见于心绞痛或心肌梗塞。肋间神经痛多沿肋间神经分布。一侧胸痛并以下胸部及两侧胸部痛为重者见于胸膜炎。

1.4.2.2 放射部位 心绞痛、心肌梗塞时胸痛向左肩左臂放射。膈肌病变常在肋缘处有放射痛。而腹腔脏器病变出现之放射痛,常因脏器部位而异,如胆石症所致疼痛可向右肩放射。

1.4.2.3 胸痛性质 肋间神经痛如刀割样。肺癌早期为隐痛。流行性胸痛是酸痛。而心绞痛则呈压榨痛。

1.4.2.4 诱发因素 如胸膜炎时,胸痛常因深吸气或咳嗽时由于胸膜脏层与壁层相互摩擦而加重。心绞痛多因劳累或情绪激动诱发。胸壁疾患引起胸痛则在胸壁活动时加重。

1.4.2.5 伴随症状 伴有发热者常为感染性疾患。伴有咳嗽、呼吸困难者为肺及胸膜炎。伴有胸闷、面色苍白甚至休克者,为心肌梗塞。伴有吞咽困难者为食管及纵隔肿瘤。

1.4.3 检查要点

重点是胸部检查,包括心、肺和胸壁检查,在一般情况下可以初步诊断。遇有疑难病例,还要借助X线、心电图、超声波等。血液、痰液的常规检查,肿大淋巴结活检,胸腔及心包腔穿刺液检查等对诊断也有一定帮助。

1.5 呼吸困难

呼吸困难是指患者感觉呼吸急促费力,体检时呼吸有频率、节律与深度的异常改变,表现为面青、唇紫、鼻翼煽动、烦躁不安等一组症状与体征。

1.5.1 病因与发病机理

1.5.1.1 呼吸系统疾患

(1) 上呼吸道及支气管疾患 如咽后壁脓肿、扁桃体肿大、喉白喉、喉内异物、支气管炎、支气管哮喘、支气管异物时,由于呼吸道狭窄或梗阻,导致气道阻力增大,出现通气功能障碍而呼吸困难。

(2) 肺组织病变 当慢性阻塞性肺气肿、肺炎、尘肺、肺水肿、成人呼吸窘迫综合征时,由于肺组织的损害使肺泡通气量与肺毛细血管血流量比例失调,出现换气功能障碍而呼吸困难。

(3) 胸膜及胸壁疾患 胸腔积液、气胸、胸廓畸形、肋骨骨折时,因影响胸廓活动及肺脏扩张而致呼吸困难。

1.5.1.2 循环系统疾患 呼吸困难是心功能不全的主要症状之一,多见于左心功能不全。左心功能不全引起肺淤血、肺水肿,使其换气功能发生障碍所致。其特点是卧位时呼吸困难加重,有时表现为夜间阵发性呼吸困难。心包积液时,可因积液压迫支气管及肺组织而引起呼吸困难。

1.5.1.3 中毒因素

(1) 化学及药物中毒 一氧化碳中毒时,血红蛋白失去了携氧能力而缺氧;氰化物中毒时,由于细胞呼吸酶受抑制以致阻碍细胞呼吸而缺氧;吗啡、巴比妥类药物中毒时,可抑制呼吸中枢导致呼吸变慢而浅,以上情况均可出现呼吸困难。

(2) 毒血症 急性感染时,可由于某些毒素刺激呼吸中枢而出现呼吸困难。

(3) 任何原因引起体液中酸碱平衡失调时,导致呼吸中枢与外周化学感受器调节紊乱,均可出现呼吸困难。

1.5.1.4 神经精神系统疾患 脑炎、急性脑血管疾病、颅脑外伤、脑水肿、脑肿瘤时,病变可直接累及呼吸中枢而引起呼吸困难,并可出现呼吸频率、节律的改变。而癔病患者发作时亦可表现出呼吸困难。

1.5.2 问诊要点

1.5.2.1 发病情况 发病突然者见于急性中毒、肺部急性感染、气胸、气管异物、支气管哮喘,急性左心功能不全。发病缓慢者见于慢性呼吸道感染,如肺结核、肺气肿、支气管扩张等。

1.5.2.2 发病诱因 劳累后出现呼吸困难,常是心功能不全的早期症状。慢性阻塞性肺气肿、尘肺和先天性心脏病患者亦常于劳累后诱发呼吸困难。体位改变后呼吸困难加重,见于心功能不全及一侧胸腔积液,前者于卧位,后者向健侧卧位时呼吸均感困难。

1.5.2.3 伴随症状 呼吸困难伴发热咳嗽要考虑支气管及肺的感染。伴咯粉红色泡沫痰见于急性肺水肿。而伴有咯铁锈样痰可能是大叶性肺炎。而大量咯血者常见于肺结核、支气管扩张。呼吸困难伴心悸、下肢水肿则要考虑心脏疾患。

1.5.3 检查要点

1.5.3.1 常见呼吸困难的类型

(1) 吸气性呼吸困难 是由于喉或气管的炎症、水肿、肿瘤、异物等引起气道的狭窄或梗塞所致。表现为吸气费力,严重时可出现“三凹征”,即胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙及腹上角在吸气时呈明显凹陷,有时还伴有吸气性哮鸣音。

(2) 呼气性呼吸困难 是由于肺组织弹性差或小支气管痉挛所致。表现为呼气费力,呼气延长,亦伴有呼气性哮鸣音。可见于肺气肿、支气管哮喘、喘息性支气管炎等。