



高等医药院校教材

(供专科中医学专业用)

西医诊断学基础

主编 段振离 副主编 王巨德



中国中医药出版社



高等医药院校教材

西 医 诊 断 学 基 础

(供专科中医学专业用)

主 编 段振离
副主编 王巨德
编 委 吴垂光 陈治英 于淑芳
审 定 蔡美秋 陈齐光

中 国 中 医 药 出 版 社

(京)新登字025号

高等医药院校教材
西医诊断学基础
主编 段振离

中国中医药出版社出版

(北京市朝阳区东兴路7号)

邮编: 100027 电话: 64151553 电挂: 3406

新华书店总店北京发行所发行 平谷县大华山印刷厂印刷

787×1092毫米 16开本 20.25印张 520千字

*

1994年8月第1版 1997年5月第3次印刷

印数: 7501—11500册

ISBN 7-80089-360-X/R·361 定价: 24.30元

专科中医学专业主要课程教材 编审委员会

主 任: 李安邦

副主任: 陆莲舫 万德光 郑守曾 曾诚厚

委 员: (按姓氏笔划)

丁国明	丁 镔	万德光	马宝章	王元勋
王景宜	韦永兴	尤庆文	邓振鹏	石学敏
龙文君	付元谋	丛春雨	宁 越	皮巨川
乔 模	许相文	刘宝贵	刘淑珍	孙国强
李安邦	李良信	李钟文	李超凡	李敬孝
杨护生	吴垂光	吴崇奇	陆莲舫	陈陶后
陈齐光	张光明	张发荣	张安楨	张华珠
张珍玉	张跃林	赵敬华	郑守曾	祈 涛
胡永年	奎传经	段振离	顾婉先	党兰玉
陶兴华	徐生旺	郭志强	涂晋文	黄国麒
黄委风	黄建业	惠纪元	韩宏志	曾君望
曾诚厚	蔡美秋	蔡绪江	廖润泉	魏毓奇

前 言

为发展普通高等中医药专科教育，加强专科教材建设，提高专科人才培养质量，国家中医药管理局组织编写出版了专科中医学专业17门教材。

本套教材主要是为培养适应县、乡、厂矿等基层医疗卫生机构需要的中医临床人才服务的。计有《中医学基础》、《中药学》、《方剂学》、《正常人体解剖学》、《生理学》、《西医临床学基础》、《西医诊断学基础》、《中医内科学》、《中医妇科学》、《中医儿科学》、《中医外科学》、

《中医骨伤科学》、《中医急症学》、《针灸推拿学》、《西医内科学》、《西医外科学概论》、《农村卫生防疫》等十七门专科中医学专业主要课程教材。

在编写过程中，力求体现中医特色与专科特点；坚持科学性与适用性相统一，既注意吸取适合农村和基层需要的中医药学术新进展和诊疗新技术，又注意在取材的深度和广度上符合专科层次的要求。为了保证编写质量，特别加强了教材的审定工作，各门教材编写出初稿后，均由各门教材审定人和编审委员会根据教材的要求进行全面认真地审定。

编写专科中医学专业教材，属探索性的工作，可供借鉴的经验较少，要使本套教材适应普通高等中医药专科教育的需要，还需进行长期的努力。要通过大量实践，不断总结经验，加以提高，才能逐步完善。因而殷切期望广大师生和读者提出宝贵意见，以便在今后的修订时加以改进。

全国专科中医学专业主要课程
教材编审委员会

编写说明

本书是由国家中医药管理局组织有关中医院校和西医院校共同编写的教材，供全国专科中医学专业使用。

本教材的内容包括症状诊断、检体诊断、实验诊断、X线诊断、心电图诊断以及超声波、纤维内窥镜、脑电图等仪器诊断。通过课堂讲授和实验、实习，使学生能初步掌握现代医学中诊断疾病的基础知识，能系统地问诊和进行体格检查。了解和运用化验、X线、心电图等检查方法，具备初步分析各项资料的能力，并据此写出完整病历，作出初步诊断。

本教材是在国家中医药管理局领导下，在全国中医学专业教材编写委员会直接指导下编写的，并得到了河南、贵阳、陕西、长春、广西、福建等中医学院和承德医学院各级领导的大力支持和亲切关怀，在此一并表示谢意。

本书系试用教材，请各院校在使用过程中不断总结经验，收集反映，提出宝贵意见，以便进一步修订和提高。

教材的编写分工如下（按编写顺序）：

段振离（河南中医学院）绪论 检体诊断

于淑芳（长春中医学院）常见症状 问诊

吴垂光（陕西中医学院）实验诊断 诊断步骤与病历书写 附录

陈志英（贵阳中医学院）X线诊断

王巨德（承德医学院）心电图 超声波 纤维内窥镜 脑电图诊断

编 者

一九九二年十二月

目 录

绪论	1
第一篇 常见症状	4
第一节 发热	4
第二节 咳嗽与咳痰	6
第三节 呼吸困难	7
第四节 胸痛	8
第五节 心悸	9
第六节 紫绀	10
第七节 水肿	11
第八节 恶心与呕吐	12
第九节 腹痛	14
第十节 黄疸	15
第十一节 咯血	16
第十二节 呕血与黑便	17
第十三节 抽搐	18
第十四节 意识障碍	19
第二篇 问诊	21
第三篇 检体诊断	26
第一章 体格检查法	26
第二章 一般检查	30
第一节 一般状态检查	30
第二节 皮肤、粘膜与毛发检查	36
第三节 浅表淋巴结检查	39
第三章 头部检查	40
第四章 颈部检查	44
第五章 胸部检查	46
第一节 胸部体表标志	46
第二节 胸壁及胸廓检查	47
第三节 肺部检查	49
第四节 心脏血管检查	56
第六章 腹部检查	74
第七章 肛门、直肠及外生殖器检查	87
第八章 脊柱与四肢检查	89
第九章 神经系统检查	93
第四篇 实验诊断	107
第一章 血液检查	107

第一节 血液一般检查	107
第二节 红细胞沉降率测定	116
第三节 贫血的一般检查	118
第四节 止血、凝血检查	119
第二章 骨髓细胞检查	123
第三章 尿液检查	128
第四章 粪便检查	137
第五章 浆膜腔液及脑脊液检查	142
第六章 免疫学检查	146
第一节 临床血清学检查	146
第二节 免疫功能检查	149
第七章 酶学检查	151
第八章 肝功能检查	154
第九章 肾功能检查	159
第十章 内分泌功能检查	162
第五篇 X线诊断	165
第一章 总论	165
第二章 呼吸系统X线诊断	169
第三章 循环系统X线诊断	182
第四章 消化系统X线诊断	188
第五章 骨、关节X线诊断	196
第六章 泌尿系统X线诊断	204
第七章 女性生殖系统X线诊断	207
第六篇 心电图、超声波、纤维内窥镜、脑电图诊断	210
第一章 心电图诊断	210
第一节 心电图基本知识	210
第二节 正常心电图	216
第三节 心房、心室增大	221
第四节 心肌缺血ST-T异常改变	223
第五节 心电图负荷试验	224
第六节 心肌梗塞	225
第七节 电解质紊乱的心电图改变	228
第八节 心律失常	230
第九节 心电图临床应用	238
第十节 怎样分析心电图	238
第二章 超声诊断	239
第一节 超声诊断的基本原理	239
第二节 超声的检查法	240
第三节 超声诊断的基本原则	241
第四节 超声诊断的临床应用	241
第三章 纤维内窥镜诊断	250

第一节 纤维内窥镜的基本原理.....	250
第二节 纤维内窥镜的临床应用.....	252
第四章 脑电图诊断.....	257
第七篇 诊断步骤与病历书写	259
附录一、临床常用诊断技术	268
附录二、临床检验的标本留取法及临床意义	286
附录三、临床检验正常参考值	298

绪 论

公元前五世纪在我国史书中就已有了关于通过问病情、望神色、听声音和切脉来诊断疾病的记载。以后经过历代医家不断地在医疗实践中探索、整理和总结，到秦汉时已奠定了中医诊法的基础，后人在这个基础上又相继充实、发展和提高，形成了我国所独有的一套完整的诊病体系，即四诊、八纲和辨证。

在西方，最早的医学记载是公元前五世纪希腊名医希波克拉底对某些疾病的描述，当时诊断主要靠询问症状和望病人的形色和表情。直到十七世纪末，在诊法上没有重大的发展。此后随着自然科学的进步，到十九世纪初，叩诊法和听诊法的发明，使最基本的检查疾病的方法更加完善，且已普遍在临床上应用。近百年来，又陆续采用了化验、X线、生物电流描记、超声波、放射性核素、纤维内窥镜、各种阻抗图、X线CT和核磁共振等检查法，以弥补问诊和基本检查法（视、触、叩、听、嗅）的不足。上述各项检查法相辅相成，构成了现代诊断学的主要内容，从而使诊断疾病所能达到的深度和广度都大有增长，诊断正确率也大有提高。

西医诊断学和中医诊断学，虽然有某些相似之处，但分属于两个不同的理论体系，各有其自身的特点。为了避免中西医混合讲述所造成的相互干扰和理论混乱，本教材仅阐述现代诊断学的基础知识，使中医各专业的学生再掌握一套现代医学的诊病方法，从而更好地为患者服务，并为毕业后进一步学习打下良好的基础。

诊断学是研究诊断疾病的基本原则和方法的科学。《诊断学基础》是一门专业基础课，是基础医学和临床医学的桥梁课。诊断学的基本原则是研究症状、体征发生的规律和机理，以及建立诊断的思维程序。基本诊断方法包括询问病史、体格检查、实验室检查、X线检查以及其他检查，如心电图、超声波、纤维内窥镜及脑电图检查等等。

一、诊断学基础的内容

诊断学基础的内容主要是临床医生都必须掌握或了解的诊断疾病的基本方法。现将这些诊断方法简述如下：

（一）症状诊断

症状诊断包括症状学和问诊。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，了解疾病的症状特点及其发生演变的过程，并运用症状学知识对所获资料进行分析和判断。

（二）检体诊断

检体诊断是医生运用自己的感官或借助简单的工具（如体温计、听诊器、叩诊锤等）检查病人而提出的临床诊断。病人的病态表现被医生客观检查所发现，如肝脾肿大、巩膜黄染等，称为体征。多数疾病可以通过问诊和一般检体的阳性发现而提出正确的临床诊断。因此，它是最基本的一种检查方法，必须正确运用和熟练掌握。

(三) 实验诊断

实验诊断是应用实验室的检查方法,即通过物理学、化学和生物学的方法对病人的血液、排泄物、分泌物、体液或组织细胞等标本进行化验检查,从而取得疾病的病原、病理改变或器官功能状态等客观资料,来协助临床诊断的一门学科。由于光学和电子仪器的迅速发展,先进的实验室技术不断涌现,实验室检查的诊断价值日趋重要,已成为临床诊断不可缺少的组成部分。但由于标本的采取、保存、仪器的稳定性和技术人员操作的熟练程度不同,往往会导致某些因素所致数据差异。因此,当实验室结果与临床表现不符时,必须结合病史和体格检查作系统的、全面的考虑,一次阳性或阴性结果不能轻易作为诊断结论。

(四) 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者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线检查不仅能验证其他检查所发现的问题,而且能发现尸体诊断与实验诊断所难以察觉的病变。

近年来X线新技术不断涌现,进一步提高了早期诊断的可能性,尤其是电子科学的飞速发展,使X线诊断技术日益革新。电子影象增强装置和电子计算机断层扫描(简称CT)的应用,使对某些疾病和病理生理状态的诊断更为精确。不过,X线检查也有它的局限性和一定的适应范围,临床应用时必须选择适宜的指征。

(五) 心电图诊断

心电图是用心电图机描记的心肌生物电流动作图象。心电图检查已成为某些心脏疾患的重要检查方法,如心律失常、心肌梗塞、各种心肌病变等。心电图检查不给病人身体增加负担,而且可以发现或判定用体格检查法难以发现或判定的一些改变,因而已在广大城乡普及。但在另一方面,也应认识到心电图诊断有它一定的局限性,如在估计心脏功能或瓣膜损害方面远不如尸体诊断。临床医生必须具有初步的心电图诊断知识,以便能正确地利用这项检查方法。

除以上五项内容外,超声波、纤维内窥镜、脑电图诊断亦日益被广泛应用,本书亦将作简要介绍。

二、学习方法与要求

学习诊断学基础,要有正确的学习方法和学习态度。本门课程与医学基础课程如解剖学、生理学、生物化学、微生物学、寄生虫学、病理学等有密切关系。因此,除学好本门课程外,在课余时间要对这些课程进行必要的复习;如有可能,还要阅读有关的参考资料。为使自己熟练掌握基本操作技术如叩诊、触诊、听诊和神经反射的检查方法,还须在自己身上或同学之间反复练习正规的、系统的检查方法,熟悉正常情况,比较病态变化,才能巩固所学知识,并能深刻体会,透彻理解。

诊断学基础是一门实践性很强的学科,除课堂讲授外,要有大量时间进实验室和到临床实习,学生必须经常面向病人。在这种情况下,必须做到同情病人,关心病人,一切从病人的利益出发,全心全意为病人服务,做一个有高尚医德修养的医生。要养成严肃认真的学风,观察病情力求细致,记录要真实准确;对待病人要亲切热情,态度和蔼;检查病人要手法轻柔,不能增加病人的痛苦。

学习本门课程,固然有不少数值要求记忆,但更为重要的是,要从复杂的现象中发现其内

在联系，寻找规律性的东西。要分析课程内容的主次，认识现象与本质、局部与整体、个性与共性、功能性与器质性等这些辩证统一的思维关系，才能作出合乎科学逻辑的结论。这样理解的内容，记忆才更为牢固。

学习《西医诊断学基础》，要求达到基本概念清楚，基本知识牢固，基本技能熟练。具体地讲，是在课程结束时要求达到以下各点：

(一) 基本理论和基本知识

1. 掌握各常见症状的临床特点，了解临床常见症状的概念、病因和发病机理。
2. 掌握问诊方法、内容及其临床意义。
3. 掌握视、触、叩、听、嗅等体格检查的内容、原理及异常改变的临床意义。
4. 掌握血、尿、粪常规检查及其他临床常用检查项目的正常参考值和临床意义。
5. 了解X线、心电图、超声波、纤维内窥镜、脑电图的诊断原理及其在临床常见病检查中的应用、正常表现和异常改变及其临床意义。

(二) 基本技能

1. 掌握系统问诊和检体诊断的基本操作方法，了解血、尿、粪常规检验方法，了解临床常用诊断仪器（X线、心电图、超声波、纤维内窥镜等）的基本操作方法，并且具有初步分析、综合临床各项资料的能力。
2. 正确书写病历。

第一篇 常见症状

患病时病人主观感觉到的异常或不适感觉称为症状,例如头痛、头晕、腹痛、乏力等;而客观检查到的病态则称为体征,例如皮疹、心脏杂音、肺部罗音、肝脾肿大等。广义的症状也包括体征。主要症状往往能提供疾病诊断的重要线索。

疾病的症状很多,本篇仅就一些常见而比较重要的症状,对其临床表现、发生机理和诊断意义加以扼要的阐述。

第一节 发 热

正常人的体温是由大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢所管理,并通过神经、体液因素调节产热和散热过程,保持产热和散热的动态平衡,所以正常人经常保持恒定的体温。各种疾病致体温调节中枢障碍或体温中枢本身功能紊乱时产热过多或散热过少,导致体温超出正常范围,则称为发热。

一、病因

引起发热的原因很多,临床上一般分为感染性发热和非感染性发热两大类,以前者为多见。

1. 感染性发热:各种病原体,如病毒、肺炎支原体、立克次体、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫等所引起的感染。其原因为病原体的代谢产物或其毒素作用于单核细胞——巨噬细胞系统而释放出致热原,从而导致发热。

2. 非感染性发热:

(1) 无菌性坏死物质的吸收:如大手术后组织损伤、内出血、大面积烧伤、心肌梗塞、恶性肿瘤等。

(2) 变态反应:是抗原——抗体反应结果。如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌与代谢障碍:可引起产热过多或散热过少而导致发热。如甲状腺功能亢进可致产热过多;脱水时可致散热过少。

(4) 体温调节中枢功能失常:有物理性(中暑)、化学性(安眠药中毒)、机械性(脑出血、脑震荡、脑疝),其原因是可直接损害体温调节中枢,致使其功能失常而引起发热。

(5) 皮肤散热减少:如广泛性皮炎。

(6) 植物神经功能紊乱:影响正常的体温调节而致发热,属于功能性发热。

二、临床表现

发热的临床表现一般可分为三个阶段:

1. 体温上升期:表现为畏寒或寒战、皮肤苍白、干燥、无汗、肌肉酸痛等症状。体温上升有两种方式:

(1) 骤升型:体温在几小时内达到 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或更高,常伴有寒战。见于大叶性肺炎、疟疾等。

(2) 缓升型：体温于数日内缓慢上升达高峰，见于伤寒、结核病等。伤寒的高热以阶梯状上升为特征。

2. 高热持续期：此期体温已达高峰，临床表现为皮肤潮红而灼热，呼吸心跳加快，可伴有出汗。此期可持续数小时（如疟疾）、数天（如大叶性肺炎）或数周（如伤寒）不等。

3. 体温下降期：由于机体的防御功能和经过适当的治疗，疾病得到控制，体温下降而恢复正常。体温下降的方式有两种：

(1) 骤降：体温在数小时内迅速下降至正常，有时可低于正常，并伴有大量出汗。见于疟疾、大叶性肺炎等。

(2) 渐降：体温在数天内逐渐降至正常，如伤寒、风湿热等。

三、热型

很多发热性疾病都有特殊的体温曲线，谓之热型。热型对疾病的诊断具有一定的意义。在高热持续期常见的有6种热型。

1. 稽留热：体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 可达数日或数周，而在一天内体温上下波动范围不超过 1°C 。见于大叶性肺炎、伤寒等。

2. 弛张热：体温在 39°C 以上，在一天内体温上下波动范围 2°C 以上。体温最低时，一般仍高于正常水平。见于败血症、风湿热、化脓性疾病等。

3. 间歇热：高热期与无热期交替地出现，体温波动的幅度可达数度。无热期（间歇期）持续一天至数天，反复发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 回归热：体温急骤升高至 39°C 以上，持续数天后又骤然下降至正常水平，高热期与无热期各持续若干天，如此反复发作。见于回归热等。

5. 波状热：体温逐渐升高达 39°C 以上，数天后又逐渐下降至正常水平，数天后又逐渐升高，如此反复多次。见于布鲁氏菌病。

6. 不规则热：发热无一定规律。可见于结核病、支气管肺炎等。此外，也可由于发热期使用解热药或激素类药物后引起，致使原有的热型变为不规则热型。

四、伴随症状

发热可伴有下列症状，有提示诊断的意义。

1. 寒战：常见于大叶性肺炎、急性肾盂肾炎、败血症、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等。

2. 结膜充血：常见于麻疹、咽结膜热、钩端螺旋体病、流行性出血热、斑疹伤寒等。

3. 口唇疱疹：可见于多种急性发热疾病，如流行性感冒、大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等。

4. 头痛、意识障碍：常见于中枢神经系统感染（如流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎）及脑血管疾病等。

5. 关节肿痛：见于败血症、风湿热、布鲁氏菌病、结缔组织病、痛风等。

6. 肝脾肿大：可见于病毒性肝炎、肝及胆道感染、疟疾、布鲁氏菌病、黑热病、白血病、结缔组织病、血吸虫病等。

五、问诊要点

由于发热多数为感染性疾病，故应询问与感染有关的病情。

1. 询问发热的急缓、发热的时间及其持续时间，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. 询问有无伴随症状。若发热伴意识障碍,应考虑为中枢神经系统疾病,如脑炎、脑膜炎等;伴有腹泻时要考虑肠炎、痢疾等肠道感染。伴右上腹疼痛者,应注意肝胆系统疾病;伴右下腹疼痛者应考虑急性阑尾炎;发热同时有全腹疼痛者,应考虑急腹症;伴有腰痛和排尿异常者,为泌尿系感染;发热伴有皮疹或出血点者,应考虑急性传染病或败血症等。

4. 询问传染病密切接触史、发病季节与地区,以及饮食卫生、外伤等情况。

第二节 咳嗽与咳痰

咳嗽是一种保护性反射动作,借咳嗽可将呼吸道内的分泌物及异物排出体外。如有频繁的刺激性的咳嗽,将影响工作和休息,则失去其保护性意义。

一、发生机理

咳嗽是由于延髓咳嗽中枢受到刺激所引起。刺激可来自呼吸系统以外的器官,但大部分来自呼吸道粘膜,经迷走神经、舌咽神经和三叉神经的感觉纤维传入延髓咳嗽中枢,然后经传出神经,刺激咽肌、声门、膈肌及其他呼吸肌引起咳嗽动作。

咳嗽动作的全过程包括:短而深的吸气,声门随之关闭,膈肌下降,继而呼气肌和膈肌快速收缩,使肺内压增高,声门突然开放,气流由气道喷射而出,形成咳嗽,呼吸道内分泌物或异物也随之排出。

二、发病原因

1. 呼吸道疾病:从咽部至小支气管的粘膜受刺激都可引起咳嗽。如刺激性气体吸入、异物、炎症、肿瘤、出血等刺激,均可引起咳嗽。

2. 胸膜疾病:胸膜炎、自发性气胸等。

3. 心脏病:如二尖瓣狭窄或其他原因所致左心功能不全引起的肺瘀血与肺水肿,由于肺泡及支气管内的液体渗出,刺激呼吸道粘膜而导致咳嗽。

4. 中枢性因素:咳嗽也可起源于大脑皮质(随意性咳嗽)。冲动从大脑皮质发生,传至延髓咳嗽中枢,引起咳嗽动作。大脑皮质也能在一定程度上抑制咳嗽反射。

三、问诊要点

1. 咳嗽的性质:咳嗽无痰或痰量甚少称为干性咳嗽,见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、早期肺结核等;咳嗽有痰称为湿性咳嗽,见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺炎、慢性咽炎、肺脓肿等。

2. 咳嗽出现的时间与节律:短期突然发生的咳嗽,多见于急性上呼吸道感染、气管或支气管内异物;长期慢性咳嗽,多见于慢性呼吸道疾病,如慢性支气管炎、支气管扩张、空洞型肺结核、慢性肺脓肿等;阵发性咳嗽见于百日咳、支气管淋巴结核或肿瘤压迫气管分叉处等;清晨起床或夜间卧床时咳嗽加剧者,见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿;夜间咳嗽较重者,见于左心功能不全和肺结核,可能与夜间迷走神经兴奋性增高有关。

3. 咳嗽声音特点:这对提示诊断有重要意义。咳嗽声音嘶哑是声带发炎或肿瘤所致,可见于喉炎、喉结核、喉癌等;犬吠样咳嗽见于急性喉炎、气管内异物或受压;金属音调咳嗽见于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌等直接压迫气管;阵发性咳嗽伴有鸡鸣样回声,见于百日咳。

4. 痰的性质和痰量:痰的性质可分为粘液性、浆液性、脓性、粘液脓性、浆液血性、血

性等。支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核等痰量较多；急性呼吸道炎症时痰量较少。支气管扩张与肺脓肿患者痰量多时，将痰静置后可出现分层现象，上层为泡沫，中间层为浆液性或浆液脓性，下层为坏死性物质。

5. 伴随症状：咳嗽伴有发热，见于呼吸道感染、支气管扩张并发感染、胸膜炎等；咳嗽伴胸痛，见于胸膜炎、大叶性肺炎、自发性气胸、支气管癌等；咳嗽伴哮鸣音者，见于支气管哮喘、喘息性支气管炎、心源性哮喘等；咳嗽伴有杵状指者，见于支气管扩张、慢性肺脓肿及慢性脓胸等；咳嗽伴呼吸困难者，见于重症心肺疾病、自发性气胸、大量胸腔积液等。

第三节 呼吸困难

呼吸困难是指患者主观上感到空气不足，客观上表现为呼吸费力，检查时可见呼吸有频率、节律与深度的异常改变。严重时出现鼻翼煽动、紫绀、端坐呼吸，辅助呼吸肌参与呼吸运动。

一、病因及发生机理

1. 呼吸系统疾病：

(1) 上呼吸道及支气管疾病：如喉、气管、大支气管的炎症、水肿，肿瘤或异物所致的狭窄、梗阻，导致气道阻力增大，出现通气功能障碍而表现为呼吸困难。常见的疾病有咽后壁脓肿、扁桃体肿大、喉白喉、支气管炎、支气管异物等。

(2) 肺脏疾病：当发生慢性阻塞性肺气肿、肺炎、尘肺、肺水肿、广泛性肺纤维化、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表现为呼吸困难。

(3) 胸膜及胸壁疾病：胸腔积液、气胸、胸廓畸形、肋骨骨折时，因影响胸廓活动及肺扩张而导致呼吸困难。

(4) 神经肌肉疾病：如脊髓灰白质炎、重症肌无力等所致呼吸肌麻痹。

2. 循环系统疾病：呼吸困难是心功能不全的重要症状之一，多见于左心功能不全。是由于肺瘀血、肺水肿，使其换气功能发生障碍而发生呼吸困难。严重时可出现端坐呼吸及夜间出现阵发性呼吸困难。心包积液时，因压迫支气管及肺组织而引起呼吸困难。

3. 化学物质及药物中毒：吗啡、巴比妥类药物中毒时，抑制呼吸中枢，使呼吸变慢而浅。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，细胞呼吸酶受抑制而阻碍了细胞呼吸，表现为缺氧、呼吸困难。

4. 酸碱平衡失调：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。如糖尿病酮症和尿毒症所引起的代谢性酸中毒，由于血液酸度增高，刺激化学感受器和呼吸中枢，可引起大而深的呼吸。

5. 神经精神系统疾病：脑炎、急性脑血管疾病、颅脑外伤、脑肿瘤、脑水肿等疾病可直接累及呼吸中枢而引起呼吸困难。癫痫发作时亦可出现呼吸困难。

二、问诊要点

1. 发病情况：发病突然者见于气管异物、自发性气胸、急性中毒、肺内急性感染、支气管哮喘及急性左心功能不全。发病缓慢者见于慢性呼吸道感染，如肺气肿、支气管扩张、肺结核等。

2. 发病诱因：劳动后出现呼吸困难，常是心功能不全的早期症状。慢性阻塞性肺气肿、尘肺、先天性心脏病等亦可于劳累后出现呼吸困难。体位改变使呼吸困难加重者，见于心功能不全、一侧胸腔积液、气胸等疾病。前者于卧位时呼吸困难；后二者向健侧卧位时感到呼吸困难。

3. 伴随症状：发作性呼吸困难伴有窒息感，可见于支气管哮喘、心源性哮喘、癔病等。突然发生的呼吸困难也可见于气管异物、声门水肿、自发性气胸、大片肺栓塞等。呼吸困难伴有咳嗽、咯痰、胸痛者，应考虑呼吸系统疾病，如大叶性肺炎、胸膜炎等。呼吸困难伴有心悸、不能平卧和水肿者，应考虑心脏疾病。伴有意识障碍者，多见于神经系统疾病；伴有高热者，多为肺部感染；伴有大量咯血者，多见于肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄等。

第四节 胸 痛

胸痛是由于外伤、炎症、肿块或组织缺血刺激肋间神经、膈神经和迷走神经的感觉纤维或脊髓神经后根传入纤维等引起。此外，某一脏器病变可产生牵涉痛，如心绞痛可出现胸骨后或心前区疼痛，还可放射到左肩和左上臂内侧。胸痛的剧烈程度不一定与病情轻重相平行。

一、病因及其疼痛特点

1. 胸壁疾病：

(1) 软组织损伤或炎症：胸部挫伤和胸肌劳损有局部触痛，疼痛部位与肌肉分布一致。流行性胸痛是病毒感染所致，主要在下胸部剧烈疼痛，并伴有发热及上呼吸道感染症状。

(2) 肋骨病变：肋软骨炎局限于肋软骨，常累及第二至第四肋软骨，表现局部肿胀、压痛。

(3) 肋间神经病变：肋间神经痛见于肋间神经炎、胸段脊髓压迫症、肋间神经瘤。带状疱疹为病毒感染所致，疱疹沿一侧肋间神经分布，一般不超过前后中线。

2. 呼吸系统疾病：

(1) 肺部疾患：如肺炎、肺结核、肺栓塞、肺癌等病变，累及胸膜壁层时则引起胸痛。

(2) 胸膜疾患：如胸膜炎、气胸、胸膜肿瘤等，发病即有胸痛。

3. 心血管疾患：见于心绞痛、心肌梗塞、心包炎等。其疼痛特点多表现为胸骨后或心前区疼痛，并向左肩部放散。疼痛可因情绪激动，体力活动而诱发。

4. 其他：食管、纵隔的炎症和肿瘤、膈下脓肿、腹腔脏器疾病（如病毒性肝炎、胆石症、胆囊炎等）都可有胸痛。

二、问诊要点

1. 胸痛部位：如第二至第四肋软骨痛，多为肋软骨炎。心前区或胸骨后疼痛，见于心绞痛或心肌梗塞。食管疾病，膈疝、纵隔肿瘤引起的疼痛也多位于胸骨后。肋间神经痛多沿肋间神经走行分布。自发性气胸、急性胸膜炎、肺梗塞多表现为患侧剧烈胸痛。

2. 放射部位：心绞痛、心肌梗塞的疼痛向左肩和左上臂内侧放散，胆石症的绞痛向右肩放散。

3. 疼痛性质：肋间神经痛多为阵发性灼痛或刺痛。心绞痛常呈压榨样痛，可伴有窒息感。原发性肺癌、纵隔肿瘤为胸部隐痛或闷痛。肌痛呈酸痛，骨痛呈酸痛或锥痛。

4. 诱发因素：劳累或情绪激动后发生的心前区压榨样疼痛，多为心绞痛或心肌梗塞。胸