

乡村医生考核自学丛书

诊断学基础

湖南科学技术出版社

本丛书参加编写单位 (按笔划顺序排列)

广东省人民医院

柳州卫校

广州中医学院

湖北医学院

开封市卫校

湖南医学院

长沙市卫校

衡阳医学院

长沙市第一医院

衡阳地区卫校

河南医学院

诊断学基础

宁资阁等

责任编辑: 谢 军

*

湖南科学技术出版社出版

(长沙市展览馆路14号)

湖南省新华书店发行 湖南省新华印刷二厂印刷

*

1982年8月第1版第1次印刷

开本: 787×1092毫米 1/16 印张: 19 插页: 1 字数: 470,000

印数: 1—29,800

统一书号: 14204·57 定价: 1.60元

前 言

为了适应我国农村卫生事业发展的需要,提高乡村医生的业务水平,为实现四个现代化服务,我们编写了这本《诊断学基础》。

本书重点介绍了诊断疾病的基础知识和基本技能。如病史资料的收集、常见症状的临床意义、体格检查、三大常规化验、病历的编写等,这些都是每个医生所必备的基本功。对于X线诊断、心电图、超声波、重要脏器功能的实验室检查及常用诊疗技术等,作了扼要的介绍。有关临床诊疗技术,本不属于《诊断学》的范畴,但为了适应乡村医生医护兼顾的需要,故本书将常用的诊疗技术收入附篇,以求实用。

在编写中我们贯彻理论联系实际,力求做到内容系统全面、重点突出,便于自学。但由于水平有限,书中一定有不少缺点甚至错误,请读者批评和指正。

编 者

1982年于衡阳地区卫校

目 录

绪 论	(1)
-----------	-----

第一篇 常见症状

第一节 发热	(2)	第十二节 发绀	(18)
第二节 头痛	(5)	第十三节 恶心与呕吐	(19)
第三节 胸痛	(7)	第十四节 吞咽困难	(21)
第四节 腹痛	(8)	第十五节 腹泻	(22)
第五节 腰背痛	(9)	第十六节 便秘	(23)
第六节 肌肉关节痛	(10)	第十七节 呕血	(24)
第七节 水肿	(11)	第十八节 便血	(25)
第八节 呼吸困难	(13)	第十九节 黄疸	(27)
第九节 咳嗽与咳痰	(15)	第二十节 排尿异常	(29)
第十节 咯血	(16)	第二十一节 血尿	(30)
第十一节 心悸	(17)		

第二篇 问 诊

第一节 问诊的重要意义	(32)	第三节 问诊的内容	(33)
第二节 问诊的方法及注意事项	(32)	第四节 问诊参考提纲	(35)

第三篇 体格检查

第一章 基本检查方法	(37)	六、血压	(45)
第一节 望诊	(37)	七、发育	(46)
第二节 触诊	(38)	八、营养	(46)
第三节 叩诊	(38)	九、意识状态	(46)
第四节 听诊	(40)	十、面容与表情	(47)
第五节 嗅诊	(41)	十一、体位	(48)
第二章 一般检查	(41)	十二、姿势	(48)
第一节 全身状态检查	(41)	十三、步态	(49)
一、性别	(41)	第二节 皮肤	(49)
二、年龄	(42)	(一)颜色	(49)
三、体温	(42)	(二)湿度与出汗	(50)
四、呼吸	(43)	(三)弹性	(50)
五、脉搏	(43)	(四)皮疹	(50)
		(五)皮肤脱屑	(51)

(六)出血点与紫癜.....	(51)	四、听诊.....	(64)
(七)蜘蛛痣.....	(51)	(一)正常呼吸音.....	(64)
(八)水肿.....	(51)	(二)病理性呼吸音.....	(65)
(九)瘢痕及皮纹.....	(51)	(三)罗音.....	(66)
(十)毛发.....	(52)	(四)语音传导.....	(68)
第三节 淋巴结.....	(52)	(五)胸膜摩擦音.....	(68)
第三章 头部.....	(53)	第四节 呼吸系统常见病变的主 要症状与体征.....	(68)
第一节 头颅.....	(53)	一、肺实变.....	(68)
第二节 头部器官.....	(54)	二、肺气肿.....	(69)
(一)眼.....	(54)	三、胸腔积液.....	(69)
(二)耳.....	(55)	四、气胸.....	(70)
(三)鼻.....	(55)	五、胸膜增厚与粘连.....	(70)
(四)口腔.....	(55)	第五节 心脏.....	(71)
第四章 颈部.....	(56)	一、望诊.....	(71)
第一节 颈部外形与活动情况	(57)	二、触诊.....	(72)
第二节 甲状腺.....	(57)	三、叩诊.....	(73)
第三节 颈部血管.....	(57)	四、听诊.....	(75)
第四节 气管位置.....	(58)	第六节 血管.....	(87)
第五章 胸部检查.....	(58)	(一)颈动脉搏动及颈静脉怒张.....	(87)
第一节 胸部的体表标志.....	(58)	(二)毛细血管搏动.....	(87)
(一)骨路标志.....	(58)	(三)动脉枪击音.....	(87)
(二)常用标志线.....	(59)	(四)杜氏双重杂音.....	(87)
(三)胸部分区.....	(59)	(五)局部收缩期杂音.....	(88)
第二节 胸壁与胸廓.....	(60)	(六)脉搏与血压的检查.....	(88)
一、胸壁.....	(60)	第七节 循环系统常见病变的主要 症状与体征.....	(88)
二、胸廓.....	(60)	一、二尖瓣狭窄.....	(88)
第三节 肺和胸膜.....	(62)	二、二尖瓣关闭不全.....	(88)
一、望诊.....	(62)	三、主动脉瓣关闭不全.....	(89)
(一)呼吸类型.....	(62)	四、心包积液.....	(89)
(二)呼吸频率、节律及深度.....	(62)	五、心功能不全.....	(90)
(三)呼吸运动度.....	(62)	第六章 腹部.....	(92)
(四)膈现象.....	(62)	第一节 腹部体表标志及分区	(92)
二、触诊.....	(62)	(一)腹部范围.....	(92)
(一)呼吸运动.....	(62)	(二)体表标志.....	(93)
(二)语音震颤.....	(62)	(三)腹部分区.....	(93)
(三)胸膜摩擦感.....	(63)	第二节 望诊.....	(95)
三、叩诊.....	(63)	一、腹部外形.....	(95)
(一)叩诊注意事项.....	(63)	二、呼吸运动.....	(96)
(二)正常肺部叩诊音.....	(63)	三、腹壁静脉曲张.....	(96)
(三)肺界叩诊.....	(64)	四、蠕动波.....	(97)
(四)肺部病理性叩诊音.....	(64)		

五、腹部皮肤·····	(97)	二、阴囊·····	(110)
六、上腹部搏动·····	(98)	三、前列腺·····	(111)
第三节 触诊·····	(98)	四、精囊·····	(111)
一、腹壁紧张度·····	(98)	第二节 女性生殖器·····	(111)
二、压痛与反跳痛·····	(98)	第三节 肛门与直肠·····	(112)
三、腹部肿块·····	(99)	一、望诊·····	(112)
四、波动感·····	(99)	二、触诊·····	(112)
五、肝脏触诊·····	(100)	第八章 脊柱及四肢·····	(113)
六、胆囊触诊·····	(100)	第一节 脊柱·····	(114)
七、脾脏触诊·····	(101)	一、脊柱弯曲度·····	(114)
八、肾脏触诊·····	(102)	二、脊柱活动度·····	(114)
九、膀胱触诊·····	(102)	二、脊椎压痛与叩击痛·····	(114)
十、正常腹部可触到的其他脏器·····	(103)	第二节 四肢·····	(115)
第四节 叩诊·····	(103)	一、形态异常·····	(115)
(一)腹部正常叩诊音·····	(103)	二、运动功能障碍与运动异常·····	(117)
(二)肝脏叩诊·····	(103)	第九章 神经系统·····	(118)
(三)脾脏叩诊·····	(103)	第一节 颅神经·····	(119)
(四)胃泡鼓音区·····	(103)	一、嗅神经·····	(119)
(五)肾脏叩诊·····	(104)	二、视神经·····	(119)
(六)膀胱叩诊·····	(104)	三、动眼神经(III)、滑车神经(IV)	
(七)腹水的叩诊·····	(104)	及外展神经(VI)·····	(121)
第五节 听诊·····	(105)	四、三叉神经·····	(121)
(一)肠鸣音(肠蠕动音)·····	(105)	五、面神经·····	(121)
(二)震水音·····	(105)	六、听神经·····	(122)
(三)心血管音·····	(105)	七、舌咽神经与迷走神经·····	(122)
(四)摩擦音·····	(105)	八、副神经·····	(123)
(五)搔弹音·····	(105)	九、舌下神经·····	(123)
第六节 腹部常见病变的主要症状		第二节 感觉功能·····	(123)
与体征·····	(106)	第三节 运动功能·····	(127)
一、胃、十二指肠溃疡·····	(106)	第四节 神经反射·····	(129)
二、门静脉性肝硬化·····	(106)	一、生理反射·····	(129)
三、急性胆囊炎·····	(106)	二、病理反射·····	(132)
四、急性胰腺炎·····	(107)	第五节 植物神经·····	(134)
五、急性阑尾炎·····	(107)	第六节 神经系统常见病变的主要	
六、肠梗阻·····	(107)	症状与体征·····	(135)
七、急性腹膜炎·····	(108)	一、多发性神经炎·····	(135)
八、腹部肿块·····	(108)	二、结核性脑膜炎·····	(135)
第七章 生殖器、肛门·····	(110)	三、脑血栓形成·····	(136)
第一节 男性生殖器·····	(110)		
一、阴茎·····	(110)		

第四篇 病历编写

第一节 病历的重要意义·····	(137)	第二节 病历编写的方法及注意
------------------	-------	----------------

事项.....(137)	第四节 住院期间的其他记录 (139)
第三节 病历的格式及内容..... (137)	第五节 病历编写示例 (140)
第五篇 器械检查	
第一章 X线诊断的基本知识 (144)	第二节 正常心电图 (182)
第一节 概述..... (144)	第三节 心电图的临床应用..... (187)
第二节 呼吸系统X线检查 (147)	第三章 超声诊断 (206)
第三节 循环系统X线检查 (156)	第一节 超声诊断的基本知识 (206)
第四节 消化系统X线检查 (161)	第二节 常见疾病的超声诊断 (208)
第五节 泌尿系统X线检查 (165)	第四章 基础代谢率测定 (213)
第六节 骨、关节系统X线检查..... (169)	第一节 方法与注意事项 (213)
第二章 心电图检查 (171)	第二节 临床意义 (214)
第一节 心电图的基本知识 (172)	
第六篇 实验诊断	
第一章 血液检查 (215)	第五章 胃液及十二指肠引流
第一节 血红蛋白测定及红细胞	液检查 (238)
计数..... (215)	第一节 胃液检查 (238)
第二节 白细胞计数和白细胞分	第二节 十二指肠引流液的
类计数..... (218)	检查..... (239)
第三节 出血性疾病的检查..... (220)	第六章 浆膜腔穿刺液检查 (240)
第四节 红细胞沉降率(E、S、R)	第一节 概述..... (240)
测定..... (222)	第二节 一般实验检查 (241)
第五节 骨髓检查的临床意义	第七章 脑脊液检查 (242)
..... (224)	第一节 概述..... (242)
第六节 血型鉴定及交叉配血	第二节 一般实验检查 (242)
试验..... (224)	第八章 肝功能检查 (244)
第二章 尿液检查 (226)	第一节 胆红素代谢试验的临床
第一节 标本的收集与保存..... (226)	意义..... (244)
第二节 尿常规检查 (226)	第二节 蛋白质代谢功能试验的
第三节 尿液的特殊检查..... (231)	临床意义 (245)
第三章 粪便检查 (233)	第三节 溴磺酞钠排泄试验的临
第一节 标本采集 (233)	床意义..... (246)
第二节 粪便的常规检查 (233)	第四节 酶检查的临床意义..... (246)
第三节 隐血试验 (235)	第五节 肝功能检查的选择和
第四章 痰液检查 (236)	应用..... (247)
第一节 标本采集 (236)	第九章 肾功能检查 (247)
第二节 一般检查 (236)	第十章 免疫血清学检查的临
第三节 显微镜检查 (237)	

床意义	(249)	第十二章 脱落细胞检查	(253)
第十一章 其他常用化验检查	(251)		

附 篇 临床常用诊疗技术

第一章 无菌技术	(257)	五、灌肠术	(274)
一、无菌技术的概念	(257)	六、导尿术	(276)
二、无菌技术操作原则	(258)	第五章 常用穿刺技术	(277)
三、无菌技术基本操作方法	(258)	一、胸腔穿刺术	(277)
第二章 注射技术	(260)	二、腹腔穿刺术	(279)
一、注射器和针头的使用	(260)	三、腰椎穿刺术	(280)
二、注射原则	(261)	四、肝穿刺抽脓术	(281)
三、常用注射法	(261)	五、骨髓穿刺术	(282)
第三章 静脉输液与输血	(266)	第六章 常用急救技术	(284)
一、静脉输液法	(266)	一、氧气吸入法	(284)
二、静脉输血法	(268)	二、人工呼吸术	(286)
第四章 插管技术	(271)	三、胸外心脏按压术	(289)
一、洗胃术	(271)	四、心内注射	(290)
二、鼻饲法	(272)	五、股动脉注射法	(291)
三、胃液采取术	(272)	附录 临床检验正常参考值	(292)
四、十二指肠液引流术	(273)		

绪 论

一、诊断学的定义

诊断学是论述诊断疾病的基本理论和方法的一门学科，也是沟通基础医学和临床医学的桥梁。医生在临床工作中，通过诊察和各种检查方法了解疾病发生、发展过程中出现的病理状态、功能变化和机体的各种反应，结合基础医学原理，运用唯物辩证的思想方法进行科学的综合、分析和推理，从而对疾病的原因、本质和病人的健康状况作出判断，这就是诊断学。

及时而正确的诊断，有利于医生采取合理的治疗措施，推测病人的预后和制订恰当的预防措施。因而诊断是临床和防疫工作中十分重要的一环。

二、诊断学的内容

诊断学是论述诊断疾病的基本理论和方法的一门临床医学基础课程。其基本理论是研究认识疾病的原理和建立诊断的依据。基本诊断方法包括询问病史、检体诊断、实验诊断、X线诊断及其他诊断技术(超声波、心电图、心向量图、心音图、超声心动图、脑电图、肺功能、纤维胃肠镜、放射性同位素及活体组织检查等)。诊断学的内容较广，各种检查方法各具有独特的实用价值，因此，越来越广泛地应用于临床诊断。但实践证明，问诊、体格检查和简单的化验检查，仍然是最基本的、最重要的诊断方法。这些检查方法更符合目前农村的实际需要。所以我们必须把问诊、体格检查和简单的化验检查作为诊断学的重点来学习。其他的诊断方法也应了解其基本原理和临床意义。

三、学习诊断学的要求

我们希望在学完本书后能够达到：

- (1) 能进行独立的、系统的问诊，并了解主诉和症状的临床意义。
- (2) 能进行系统而全面的体格检查，其检查结果能达到基本准确的程度。
- (3) 熟悉本书中各种实验检查结果，并了解其临床意义。
- (4) 能写出完整的病历。
- (5) 能根据自己的问诊和检查结果作出初步诊断。

第一篇 常见症状

自 学 提 要

本篇叙述二十一个常见症状。对每个症状的概念、病因、发生机理、临床特点及伴随症状都作了简要介绍。常见症状是问诊的纲要，因此，在问诊时要注意问清每个症状的有关病史，诱发因素，症状发生的时间、部位、程度、性质及加重或缓解因素等。

疾病引起病人的主观不舒适、异常感觉或某些病态改变称为症状，如发热、头痛、咳嗽、胸痛等。症状是在病理生理和病理形态改变的基础上产生的。它是认识疾病的向导，并能为诊断提供重要的线索和依据。

第一节 发 热

在大脑皮层和丘脑下部体温调节中枢的有效控制下，通过神经体液因素调节，人体的产热和散热过程处于动态平衡，因此正常人的体温总保持在相当恒定的正常范围内。当体温调节功能发生障碍，使体温高于正常的范围时，就叫做发热。在大多数情况下，发热是人体的一种防御性反应。

（一）病因 发热的原因很多，通常分为感染性与非感染性两大类，其中以感染性最为常见。

1. 感染性发热 绝大多数病原体（如病毒、肺炎支原体、立克次体、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫等）侵入人体均可引起发热。造成发热的因素是病原体的代谢产物和毒素作用于白细胞产生致热原，引起发热。

2. 非感染性发热

（1）无菌性坏死物质的吸收 广泛的组织损伤（如大面积烧伤、大手术后、急性心肌梗塞后、内出血等），急性溶血性贫血，恶性肿瘤，急性白血病等。

（2）变态反应 是抗原与抗体反应的结果。多见于药物热、血清病、风湿病、结缔组织疾病（如播散性红斑性狼疮等）。

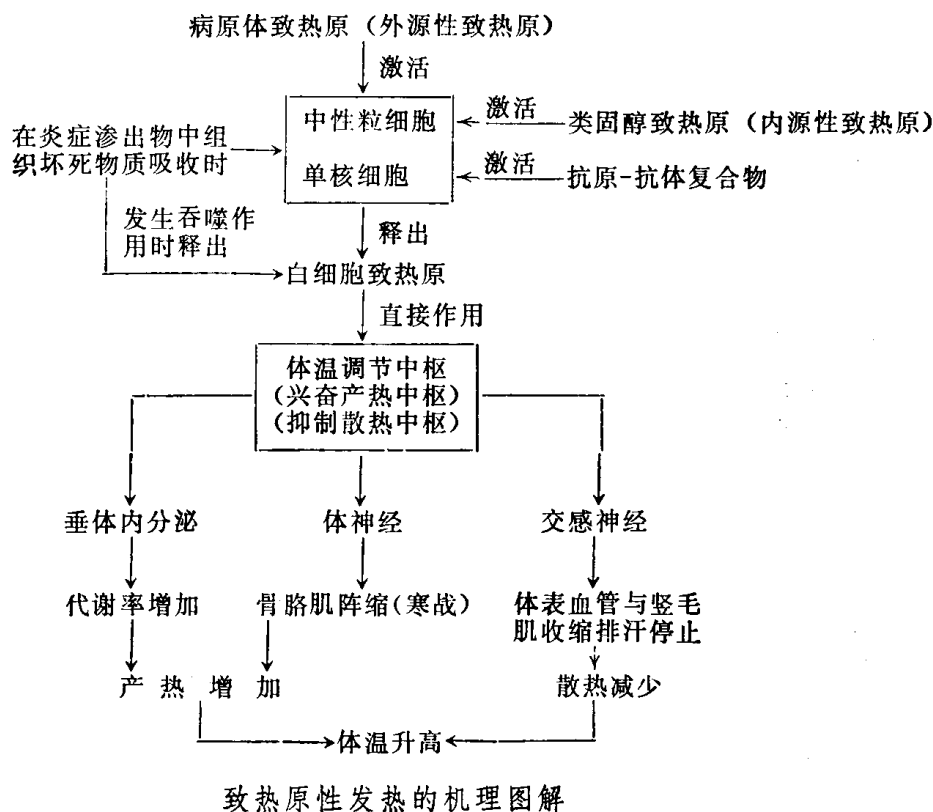
（3）体温调节中枢功能失常 如中暑、重度安眠药中毒、脑出血、脑震荡、颅骨骨折等可损害体温调节中枢，使其功能失常而发热。

（4）产热过多或散热过少 产热过多见于甲状腺机能亢进症、惊厥、癫痫持续状态等；散热障碍见于广泛性皮炎、先天性汗腺缺乏症、鱼鳞癣或被褥包盖过厚等。

（5）植物神经功能紊乱 是机能性低热的主要原因，见于神经官能症。

（二）机理 引起发热的最常见因素是体内存在有致热原。凡能引起发热的致热物质均称为致热原。与人体有关的致热原有病原体致热原（如细菌的内毒素）和类固醇致热原（是类固醇激素的中间代谢产物，如原胆烷醇酮）。这两种致热原不能直接作用于体温调节中枢，而最终的致热因素是白细胞致热原，其成分是蛋白质，由中性分叶核粒细胞和单核细胞所产生。

白细胞致热原是在这些细胞发生吞噬作用时（如在炎症性渗出物中，在组织坏死物质的吸收时），或与病原体致热原、类固醇致热原、抗原-抗体复合物等发生接触时所产生和释放的。它直接作用于体温调节中枢使产热增加和散热减少而引起发热。这种由致热原引起的发热称为致热原性发热。致热原性发热的机理尚未完全阐明。除白细胞致热原外，可能还有其他直接作用于体温调节中枢的致热原。动物实验证明，兔的肌肉、心、肺、肝、脾、肾等组织中，也含有一种致热物质（很可能由组织中吞噬细胞所释放），称组织致热原，也可能直接作用于体温调节中枢。此外，某些物理或化学性因素，也可直接作用于体温调节中枢，引起发热。当体温调节中枢功能失常或植物神经功能紊乱时，亦可能引起发热。现将致热原性发热的机理图解如下。



（三）发热过程 发热过程中产热和散热这对矛盾不断地发生变化，一般可分为三个阶段：

1. 体温上升期 致热原进入机体后改变了体温调节中枢的兴奋性，使散热减少，产热增加而引起发热。

患者表现为皮肤苍白、干燥、无汗、畏寒或寒战。体温上升有两型：①骤升型：体温急剧升高，于几十分钟或至几小时之内达到高峰，并常伴有寒战，常见于大叶性肺炎、疟疾等；②缓升型：体温缓慢上升，数日内才达到高峰，常见于伤寒等。

2. 高热持续期 此时体温已达高峰。当体温升高到一定高度时，体温调节中枢不断加强调节作用，散热过程开始增强，但由于体内仍受致热原的不断刺激，产热并未降低，所以产热和散热在新的基础上重新建立相对的平衡，使体温维持在一定的高水平上。患者表现皮肤潮红而灼热，呼吸加快、加强及出汗等。此期可持续数小时（如疟疾）至数天（如肺炎、流行性感胃）或数周（如伤寒）。

3. 体温下降期 由于机体的防御作用或通过治疗之后,致热原在体内的作用逐渐减弱或消除,产热减少;同时,通过体温调节,散热增加,于是体温下降,产热和散热终于恢复正常的相对平衡状态。体温下降有两型:①骤退型:体温于数小时内迅速下降至正常,多伴有大量出汗,常见于疟疾、大叶性肺炎等;②渐退型:体温于数日内逐渐下降至正常,常见于伤寒、风湿热等。

在体温下降时,由于大量出汗,丧失大量的体液,可出现血压下降,甚至休克,尤以年老体弱或患有心血管疾病的病人较易发生。

(四) 热型 许多发热性疾病,具有特殊的体温曲线(热型),对诊断和鉴别诊断有一定帮助。临床上常见者有下列几种:

1. 稽留热 高热持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右,达数天或数周,一日波动范围不超过 1°C ,常见于大叶性肺炎极期及伤寒等(图1—1)。

2. 弛张热 体温在 39°C 以上,但波动度较大,一天内体温差别达 2°C 以上,常见于风湿热、结核病、化脓性感染等(图1—2)。

3. 间歇热 体温急骤上升达 39°C 以上,持续数小时或更长,然后迅速下降至正常,经一间歇期(数小时或数天)又再次升高,如此反复发作,常见于疟疾、肾盂肾炎、回归热、淋巴瘤、布氏杆菌病及周期热等(图1—3)。

4. 不规则热 发热无一定规律,常见于风湿热、流行性感冒、支气管炎、肺结核及癌性发热等(图1—4)。

(五) 伴随症状

1. 发热伴寒战 常见于大叶性肺炎、疟疾、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、急性骨髓炎、钩端螺旋体病、药物热及急性溶血性疾病等。

2. 发热伴结合膜充血 常见于麻疹、流行性出血热、咽结膜热、斑疹伤寒、恙虫病、钩端螺旋体病等。

3. 发热伴唇上疱疹 常见于水痘、流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、大叶性肺炎等。

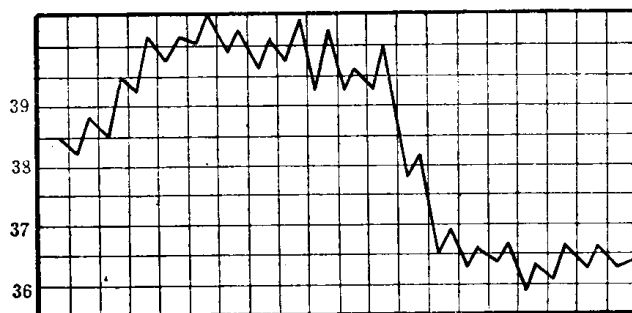


图1—1 稽留热

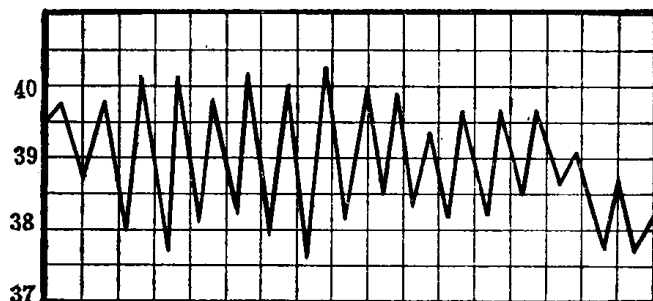


图1—2 弛张热

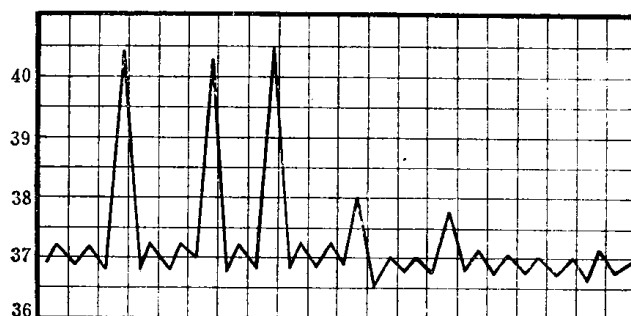


图1—3 间歇热

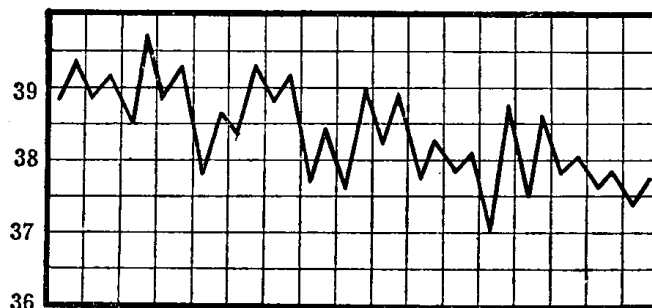


图1—4 不规则热

4. 发热伴皮疹 常见于麻疹、水痘、风疹、败血症、伤寒或副伤寒、斑疹伤寒、猩红热、恙虫病、风湿热、药物热等。

5. 发热伴咳嗽、咯血、胸痛及呼吸困难 多提示肺、胸膜、心包等的炎症，如肺炎、肺脓肿、肺结核、胸膜炎、心肌炎、心包炎等。

6. 发热伴恶心、呕吐、腹痛、腹泻、里急后重及脓血便 多提示为急性肠炎、细菌性痢疾及阿米巴痢疾等。

7. 发热伴腰痛、尿频、尿急 应考虑为泌尿系感染，如急性肾盂肾炎等。

8. 发热伴出血现象 多见于重症麻疹、败血症、急性或亚急性细菌性心内膜炎、钩端螺旋体病、流行性出血热、急性白血病、急性再生障碍性贫血等。

9. 发热伴黄疸 常见于肝脏和胆道系统的疾病。如急性黄疸型病毒性肝炎、急性胆囊炎等。

10. 发热伴淋巴结肿大 可见于风疹、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、传染性单核细胞增多症、白血病、恶性淋巴瘤、转移癌等。

11. 发热伴肝脾肿大 多见于病毒性肝炎、肝胆道感染、疟疾、急性血吸虫病、黑热病、白血病、恶性淋巴瘤等。

12. 发热伴昏迷 先发热然后昏迷，可见于流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎、伤寒、中毒型痢疾、脑型疟疾、中毒等；先昏迷然后发热，可见于脑出血、巴比妥类药物中毒等。

(六) 问诊注意事项 应详细问清起病的缓急、发热的时间、热度的高低、伴随症状、发病的季节、传染病流行情况及有无接触史等。

第二节 头 痛

头痛是临床常见的症状之一。颅内、外组织（包括脑膜、血管、神经）发生病变（如脑膜炎、脑肿瘤、鼻窦炎等）或受刺激时，均可发生头痛。除颅内、外组织疾病可引起头痛外，某些全身性疾病也可引起头痛。头痛程度可轻可重，但剧烈程度与病变轻重不一定成正比。

(一) 病因、机理及临床表现

1. 颅脑疾病

(1) 颅内炎症 如脑膜炎、脑炎、脑脓肿等使颅内痛觉敏感组织或有痛觉纤维的颅神经受刺激或压迫而发生头痛。其特征为头痛急起且剧烈，呈弥漫性，多伴有发热、呕吐及脑膜刺激征，可发生意识障碍。

(2) 脑血管病变 如脑血管硬化的头痛，多伴有眩晕、头重感、记忆力减退、疲乏、失眠等症状。脑出血开始头痛剧烈，迅即进入昏迷并出现偏瘫。蛛网膜下腔出血常为剧烈头痛起病，可伴有头晕、呕吐、昏迷或无意识障碍，常伴有脑膜刺激征。

(3) 颅内肿瘤 由于颅内压增高或肿瘤直接压迫和牵拉痛觉敏感组织而发生头痛。多为深部隐痛，呈间歇性，逐渐加重，常伴有呕吐、大便、咳嗽、直立时头痛加剧及视神经乳头水肿。

(4) 颅脑外伤 除局部疼痛外，外伤所致的脑震荡、脑挫伤及颅内血肿均可引起剧烈头痛。

(5) 腰穿后头痛 多在腰穿后数小时内发生，常表现为枕部与额部的弥散性隐痛，咳嗽、用力、直立或摇头时加剧，平卧时减轻，甚至消失，系由于脑脊液放出过多，造成颅内压降

低所致，称为低压综合征。

(6) 偏头痛 系由于脑血管功能紊乱所引起的阵发性一侧头痛，多见于青年女性，常有家族史，发作前有一定诱因（如月经来潮、情绪激动等），并有全身不适、眼冒火星、暗点、偏盲、头晕、手足发麻等先兆。发作较快，每次发作限于一侧眼眶、额部、颞部的剧烈跳痛，有时弥散到全头部，可伴有恶心呕吐，常于睡眠后头痛消失。每次持续数小时或数日，发作缓解后不留其他症状。

2. 颅外疾病

(1) 头部表面组织疾病 如疖、痈、骨膜炎、神经炎、肌肉炎症等所引起的头痛多为浅部疼痛，其性质为持续性、撕裂性或发作性钻痛，常有局部压痛。如三叉神经痛多为发作性面部剧痛，每次发作历时数秒或数分钟，间歇时间不一，痛如电击或刀割样，发作时面肌颤动，口角偏向一侧，伴有流泪、流涎、结膜充血及局部感觉异常。痛自一点发出，第一支发痛点在眶上裂；第二支在上唇、鼻孔与面颊交界处；第三支在下颌孔或舌侧。谈话、咀嚼、洗脸及冷风拂面，均可诱发。

(2) 头部器官疾病

①眼部疾病 如青光眼、视神经炎、远视、散光等所引起的头痛，常位于眼眶、眼球后或额部。

②鼻及副鼻窦疾病 如急、慢性炎症所致的头痛，多为急性发作，或为慢性进行性。多为钝痛或隐痛，鼻腔内有分泌物，病变窦部有压痛。

③耳部疾病 如中耳炎、外耳道疖及乳突炎等。除耳痛外尚有剧烈头痛。

④牙齿疾病 多为持续性的搏动性头痛，局限于病齿部位。

⑤颈部疾病 如颈椎关节炎、肌炎或外伤等都可引起头痛，多位于枕部，病变部位有压痛。

3. 全身性疾病

(1) 感染 系由于感染所致发热或其毒素刺激引起动脉扩张而发生头痛，常见于各种传染病，如感冒、伤寒、肺炎、疟疾等。疼痛常位于额部、双侧颞部、后枕部或弥散全头部，多呈搏动性，头部活动时可加剧。热退后头痛即减轻或消失。

(2) 高血压 头痛常为高血压病人的主诉，多为持续性、紧张感或搏动性痛，多位于枕部或前额部，用力或摇头时加剧，伴有头晕。当血压稳定在一定水平时头痛即消失。其头痛的发生可能是由于高血压使颅内动脉受牵引及颅内、外血管扩张或收缩所致。

(3) 神经功能性头痛 常见于神经官能症，多为胀痛或紧箍样痛，位于头顶部或不固定，与精神和情绪的变化有关。常伴有失眠、多梦、思想不集中、记忆力减退等症状。但在诊断时必须全面细致检查，以排除各种器质性病因。

(二) 伴随症状

1. 头痛伴发热、呕吐及脑膜刺激征 常见于脑膜炎、脑炎等。

2. 头痛伴发热 多见于急性传染性疾病、中暑、脑血管意外等。

3. 头痛伴眩晕 见于高血压病、耳源性眩晕等。

(三) 问诊注意事项 应注意询问头痛的起病缓急，部位，程度，性质（搏动性、钻痛、裂痛、钝痛、胀痛等），持续时间，诱发加重或缓解因素，伴随症状及有关全身性疾病的病史。

第三节 胸 痛

胸痛是临床上的常见症状,主要是由胸廓、呼吸器官、循环器官和纵隔等疾病所引起。因疼痛受主观因素影响较大,很难用客观指标来确定疼痛的程度,且症状的严重性与病变程度不一定成正比,故其疼痛部位对诊断不一定有很大意义,必须配合其他检查,综合判断。

(一) 机理 胸部的各种损伤性刺激(如物理的、化学的、生物的刺激)作用于痛觉感受器,经由A δ 类纤维(传导快痛、定位明确)和C类纤维(传导慢痛、定位模糊)通过后根进入脊髓后、再经脊髓丘脑束,上传到丘脑、大脑皮层中央后回,产生痛觉。此外,缺血、缺氧的代谢物质——P物质(属多肽类)、组织胺、缓激肽等刺激可引起心肌和骨骼肌产生疼痛。

胸痛发生的机理是:①胸壁组织病变,如皮肤、肌肉、神经、骨骼及关节的病变;②胸膜壁层受激惹;③心肌缺氧;④骨骼肌与平滑肌张力增加;⑤内脏器官的牵涉痛;⑥精神性疼痛。

(二) 病因与临床表现 引起胸痛的原因甚多,现将常见者及其表现分述如下:

1. 胸壁疾患 主要是由于胸壁肌肉、肋骨和肋间神经的炎症性病变或外伤所引起,如胸部各种创伤、皮炎、肌纤维组织炎、带状疱疹、骨髓炎、非化脓性肋软骨炎等。其特征是疼痛的部位固定于病变部位,局部常有明显压痛;胸廓可因深呼吸、咳嗽、举臂等动作而增强活动使疼痛加剧。

2. 呼吸系统疾病 本系统疾病所致胸痛的共同特征为:咳嗽、深呼吸可使胸痛加剧,胸壁局部无压痛,胸部体格检查及X线检查常可发现相应的病变。如支气管炎、支气管内异物或吸入毒气、肺炎、肺脓肿、肺结核、肺梗塞、肺部肿瘤等常有胸痛,并伴有咳嗽、咳痰、咯血等症状,体格检查及X线检查常可发现相应的病变。纤维素性胸膜炎及自发性气胸可有一侧胸痛,咳嗽或深呼吸时胸痛加剧,而胸廓停止活动时则缓解,尚有呼吸困难和其他相应体征。当膈胸膜受累时,疼痛可放射到肩部、心窝部或上腹部,有时引起腹壁紧张及压痛而被误诊。

3. 心血管疾病 常见者为:①心绞痛:由于冠状动脉供血不足,使心肌发生暂时缺血和缺氧,以至心肌内代谢产物(如乳酸)积聚,刺激神经末梢而产生疼痛。典型心绞痛多位于胸骨后或心前区,常放射至左肩、左手前臂尺侧,疼痛性质多为挤压感或窒息感,疼痛历时短暂,约1~2分钟,极少超过15分钟,常因劳动、情绪激动、饱餐后或寒冷刺激而诱发,休息或用扩张冠状动脉药物可缓解。②急性心肌梗死:由于冠状动脉急性闭塞,使部分心肌因持久严重缺血而发生坏死。其疼痛性质与心绞痛相似,但程度剧烈,持续时间较长,多在30分钟以上,常达数小时至1~2天。扩张冠状动脉药物不能使之缓解。常伴有发热、心律失常、心功能不全、心源性休克等表现。③急性心包炎:疼痛多位于心前区,为刺痛或钝痛,疼痛持续时间较心绞痛为长。由于病变常累及胸膜,故疼痛常因体位改变、深呼吸、咳嗽、左侧卧位时而加剧。④夹层主动脉瘤:为突然出现的心前区或胸骨后的烧灼痛或撕裂痛。程度剧烈,可放射到头、颈、上肢、背、腰及中、下腹甚至下肢。常伴有呼吸困难,可有休克、心包摩擦音及一侧桡动脉减弱或消失等。既往有高血压史,X线检查可见主动脉进行性加宽,⑤心脏神经官能症:疼痛多在乳房下,常有变动,可放射至左肩部。刺痛短暂,约一至数秒钟,而钝痛可持续数小时或数日,常在精神紧张时发痛,与劳动无关。心前区肋骨、软组织或皮肤表面有过敏点或压痛点。有时感觉气闷或作叹息样呼吸。服用硝酸甘油不能使疼痛缓解。

4. 纵隔与食管病变 如纵隔炎症、纵隔肿瘤、纵隔气肿、食管炎、食道憩室、食管癌等所引起的疼痛，多位于胸骨后，呈持续性隐痛或钻痛，可放射到其他部位，吞咽时可使疼痛发作或加重，常有吞咽困难。

（三）伴随症状

1. 胸痛伴发热及相应胸部体征 常见于大叶性肺炎、肺脓肿、脓胸、结核性胸膜炎等。
2. 胸痛伴咳嗽、咳痰、咯血 多见于支气管扩张症、肺结核、支气管肺癌等。
3. 胸痛伴胸闷及呼吸困难 常见于支气管哮喘、肺气肿、肺梗塞、气胸、心血管病变等。
4. 胸痛为心前区闷痛或紧压感，并放射到左肩及左手前臂尺侧者 可见于心绞痛、心肌梗死。
5. 胸痛伴吞咽困难 见于食管癌等。

（四）问诊注意事项 应注意询问胸痛的部位、放射部位、持续时间、诱发因素、疼痛性质、剧烈程度、伴随症状及与呼吸、咳嗽、体位改变的关系。

第四节 腹 痛

腹痛是临床上常见症状之一，大多数是由于腹腔内脏器的器质性病变和功能障碍所引起，但腹膜外器官的病变也可引起。引起腹痛的原因很多，在诊断时必须全面考虑，注意鉴别。

（一）机理 腹痛是腹部神经受病变（包括炎症、痉挛、机械、化学等因素）刺激的一种反应。腹部受脊神经和内脏神经的支配。脊神经分布于腹壁和壁层腹膜，它对刺激反应敏感，传导迅速，能较准确地反映病变部位，是一种锐痛的感觉。内脏神经（交感神经和迷走神经）分布于腹腔内脏器和脏层腹膜，它对刺激的反应和定位作用都不如脊神经敏感。由于腹腔内各脏器的内脏神经大都汇集于腹腔神经丛，故在胃、十二指肠溃疡、胆道蛔虫症、阑尾炎等病早期，虽然病变部位不同，但病人都感到上腹痛，这在诊断上值得注意。

内脏神经和脊神经之间有着感应性联系，腹腔内器官病变所产生的刺激，可通过这种联系反应到腹壁，引起相应部位的疼痛。如急性阑尾炎患者，在其发病初期常有上腹部或脐周疼痛，但经过一定时间后，通过内脏神经和脊神经的感应性联系，疼痛就转移到右下腹的病变所在部位。此外，某些内脏病变通过一定的神经联系，反映到其他特定部位产生疼痛，这种疼痛叫做“牵涉痛”。如肝脓疡可通过膈神经的联系而产生右肩、背部疼痛。

（二）病因与临床表现 腹痛的原因甚多，最常见者有：

1. 腹内脏器病变

（1）空腔脏器疾病 疼痛的原因可分为以下几类：①胃、肠、胆道、输尿管等的炎症、溃疡及肿瘤：由于充血、水肿或病变粘膜对刺激的敏感性增高而引起灼痛、隐痛、剧痛等，多为持续性。一般程度较轻，如有平滑肌痉挛，可产生阵发性疼痛加剧。②胃肠急性穿孔：突然起病，腹痛剧烈，如刀割样，局部明显压痛与反跳痛，腹肌紧张呈板状，肝脏浊音界缩小或消失，病人面色苍白、出冷汗、脉细、甚至休克。胃穿孔痛在上腹部；肠穿孔痛在下腹部。③急性空腔器官阻塞或扭转：由于平滑肌强烈收缩而产生绞痛。其疼痛特点为阵发性，反复发作，起止急骤，疼痛剧烈，辗转不安，可伴有面色苍白、出冷汗、虚脱及牵涉痛等。

（2）实质脏器疾病 如肝、脾等因充血、炎症及肿瘤而发生肿胀，使包膜牵张而产生疼痛，其性质多为持续性隐痛、钝痛、胀痛，活动时加剧。

(3) 腹膜病变 腹膜由于细菌、癌肿侵袭或受化学性刺激及内脏病变累及而产生腹痛。如胃肠或胆囊穿孔,由于内容物(如胃液、胆汁、肠液等)流入腹腔引起化学性腹膜炎外,还可因感染腹膜引起细菌性腹膜炎,产生剧烈持续性腹痛,腹肌强直呈板状,多伴有休克。

(4) 脏器血管疾患 系由于血管痉挛或阻塞使局部组织缺血、缺氧而产生腹痛,多为剧烈绞痛,如肠系膜血管栓塞。

(5) 腹腔神经受累 腹腔内器官肿瘤或腹膜后病变压迫或浸润腹腔神经丛或神经节时,可产生持续剧烈腹痛,并向腰背部放射,见于急性胰腺炎及腹膜后肿瘤。

2. 腹腔外脏器疾病

(1) 胸部疾患 如下叶的大叶性肺炎、胸膜炎累及膈胸膜及急性心肌梗死时,均可引起腹部放射性疼痛。

(2) 中毒和代谢障碍 如慢性铅中毒、糖尿病酸中毒等可引起痉挛性腹痛。

(3) 变态反应 如风湿热、荨麻疹、过敏性紫癜等均可引起急性无定位的腹痛。

(三) 伴随症状

1. 腹痛伴发热 急性发热多提示腹腔内脏器的急性炎症;缓起的不规则发热多见于结核病、结缔组织疾病、恶性肿瘤等。

2. 腹痛伴呕吐 常见于急性胃肠炎、幽门梗阻、肠梗阻、急性胆囊炎、胆道或泌尿道结石梗阻等。

3. 腹痛伴腹泻 常见于肠道慢性炎症、各种原因的食物中毒、肠结核、肠肿瘤、过敏性紫癜等。

4. 腹痛伴血便 急起者见于肠套叠、急性痢疾、急性出血性坏死性肠炎、过敏性紫癜等。

5. 腹痛伴黄疸 多见于肝炎、胆管炎、胆石症、肝癌、胰头癌、急性溶血性疾病等。

6. 腹痛伴血尿 常见于尿路结石。

7. 腹痛伴腹部肿块 见于阑尾脓肿、腹腔结核、蛔虫性肠梗阻、肠扭转、肠套叠、腹腔内肿瘤等。

8. 腹痛伴休克 主要见于急性腹腔内大出血、感染性休克、急性坏死型胰腺炎、急性肠穿孔、急性心肌梗死等。

(四) 问诊注意事项 应注意询问起病的缓急,腹痛的部位、性质、程度、与饮食的关系及伴随症状,是阵发性还是持续性。对生育年龄妇女,要询问月经、婚姻及生育情况。此外,还应询问腹外疾病(如急性心肌梗死、大叶性肺炎累及膈胸膜时、铅中毒等)所引起的腹痛。

第五节 腰 背 痛

腰背痛多由于长期处于不适当体位和某些局部创伤或炎症等所引起;此外全身性疾病或某些器官病变也可引起腰背痛。

(一) 机理 腰背痛发生的机理主要是:

1. 局部疼痛是由于局部病变或创伤刺激感觉神经末梢所引起,如骨膜、韧带、肌腱、肌肉、关节等可因病变或劳损而发痛。没有感觉神经末梢的组织,就是发生严重的病变也不会发生疼痛,如椎体受到肿瘤严重破坏时并不疼痛,直到能直接刺激感觉神经末梢时才发生疼痛。