

全国中等卫生学校教材

内 科 学

(供医士、卫生医士、妇幼医士、放射
医士、口腔医士、助产士专业用)

徐明瑞 主编

胡义结 主审

人 民 卫 生 出 版 社

全国中等卫生学校教材

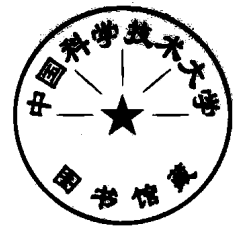
内 科 学

(供医士、卫生医士、妇幼医士、放射医士、
口腔医士、助产士专业用)

徐 明 瑞 主 编

徐 明 瑞 李 日 东
李 振 宗 吕 广 震 编写
彭 汉 基 朱 汉 熙

胡 义 结 主 审



人 民 卫 生 出 版 社

内 科 学
徐 明 瑞 主 编

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)
四川新华印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 40 $\frac{3}{4}$ 印张 4插页 953千字

1985年5月第1版 1986年5月第1版第1次印刷
印数: 00,001—104,100

统一书号: 14048·5173 定价: 5.90元

编写说明

本教材是根据 1983 年 11 月卫生部在重庆召开的中等卫生学校教材编审工作会议精神，在江西省卫生厅的直接领导下，组织有关教师编写而成，供医士、卫生医士、妇幼医士、放射医士、口腔医士、助产士专业使用。其内容包括绪论、诊断学基础、传染病、各系统内科疾病、内科护理和诊疗技术。对内科常见病、多发病以及内科常用诊断、治疗和护理技术作了系统的介绍。

由于本教材为多专业使用，在内容上各专业自然有所侧重和取舍，这些情况在教学大纲中有所说明。在使用本教材时请参阅内科学教学大纲。

书中插图由编写组聘请专人绘制。

由于编审水平有限，编写时间仓促，缺点和错误在所难免，尚祈批评指正。

《内科学》编写组

1985.4.

目 录

第一篇 绪论	1
第二篇 诊断学基础	3
第一章 常见症状	3
第一节 发热	3
第二节 咳嗽与咯痰	5
第三节 咯血	6
第四节 呼吸困难	7
第五节 胸痛	8
第六节 心悸	8
第七节 紫绀	9
第八节 水肿	10
第九节 恶心与呕吐	10
第十节 腹痛	11
第十一节 腹泻与便秘	13
第十二节 呕血与便血	15
第十三节 黄疸	16
第十四节 头痛	17
第十五节 眩晕	18
第十六节 昏迷	19
第二章 病史采取及体格检查	20
第一节 问诊	20
第二节 体格检查	22
第三章 辅助检查	83
第一节 实验诊断	83
第二节 心电图检查	110
第三节 超声波检查	132
第四节 X线检查	138
第四章 诊断步骤和病历编写	154
第一节 诊断步骤和思维方法	154
第二节 病历编写	156
第三篇 内科疾病	163
第一章 传染病	163
第一节 总论	163
第二节 伤寒	168
第三节 细菌性痢疾	173

第四节	病毒性肝炎·····	178
第五节	流行性脑脊髓膜炎·····	184
第六节	流行性乙型脑炎·····	189
第七节	疟疾·····	193
第二章	呼吸系统疾病·····	199
第一节	总论·····	199
第二节	急性支气管炎·····	205
第三节	慢性支气管炎·····	206
第四节	支气管哮喘·····	210
第五节	肺气肿·····	214
第六节	慢性肺原性心脏病·····	217
第七节	肺炎·····	221
	肺炎球菌肺炎·····	221
	金黄色葡萄球菌肺炎·····	225
	肺炎支原体肺炎·····	227
第八节	肺脓肿·····	228
第九节	支气管肺癌·····	230
第十节	肺结核·····	235
第十一节	胸膜炎·····	246
第十二节	自发性气胸·····	248
第十三节	呼吸衰竭·····	251
第三章	循环系统疾病·····	257
第一节	总论·····	257
第二节	心功能不全·····	261
	慢性心功能不全·····	261
	急性心功能不全·····	270
第三节	风湿性心瓣膜病·····	271
第四节	高血压病·····	279
第五节	冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	287
	心绞痛·····	290
	心肌梗塞·····	293
第六节	心包炎·····	299
	急性心包炎·····	299
	慢性心包炎·····	302
第七节	感染性心内膜炎·····	303
第八节	心肌病·····	307
	病毒性心肌炎·····	307
	扩张型心肌病(原发性)·····	309
	肥厚型心肌病(原发性)·····	310

第九节 克山病	312
第十节 常见心律失常	315
概述	315
窦性心律失常	317
病态窦房结综合征	319
过早搏动	320
阵发性心动过速	323
心房纤维颤动	326
心室颤动	328
房室传导阻滞	328
第四章 消化系统疾病	331
第一节 总论	331
第二节 胃炎	335
急性胃炎	335
慢性胃炎	336
第三节 消化性溃疡	339
第四节 肝硬化	348
第五节 原发性肝癌	355
第六节 肝性脑病	359
第七节 急性胰腺炎	363
第八节 肠结核和结核性腹膜炎	367
肠结核	367
结核性腹膜炎	369
第九节 溃疡性结肠炎	371
第五章 泌尿系统疾病	375
第一节 总论	375
第二节 肾小球疾病	381
肾小球肾病	382
急性肾小球肾炎	384
急进性肾小球肾炎	384
慢性肾小球肾炎	385
隐匿性肾小球肾炎	390
第三节 肾盂肾炎	391
第四节 慢性肾功能不全——尿毒症	395
第六章 造血系统疾病	403
第一节 总论	403
第二节 贫血概述	406
缺铁性贫血	409
再生障碍性贫血	413

第三节 出血性疾病概述	417
血小板减少性紫癜	421
过敏性紫癜	423
第四节 白血病	425
概述	425
急性白血病	426
慢性白血病	432
第五节 淋巴瘤	434
第七章 内分泌、代谢疾病	438
第一节 总论	438
第二节 垂体前叶功能减退症	442
第三节 甲状腺功能亢进症	445
第四节 单纯性甲状腺肿	451
第五节 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	453
第六节 糖尿病	456
糖尿病酮症酸中毒及昏迷	464
第八章 结缔组织疾病	467
第一节 系统性红斑狼疮	467
第二节 类风湿性关节炎	471
第九章 理化因素所致疾病	475
第一节 急性中毒总论	475
第二节 有机磷农药中毒	480
第三节 一氧化碳中毒	483
第四节 中暑	486
第五节 触电	489
第六节 高原适应不全症	491
第十章 神经系统疾病	495
第一节 总论	495
第二节 多发性神经炎	503
第三节 面神经炎	505
第四节 急性脊髓炎	506
第五节 急性脑血管病	508
暂时性脑缺血发作	510
脑出血(脑溢血)	510
蛛网膜下腔出血	512
脑血栓形成	512
脑栓塞	513
急性脑血管病的辅助检查	514
急性脑血管疾病的诊断和鉴别诊断	515

急性脑血管疾病的治疗·····	516
急性脑血管疾病的预防·····	518
第六节 癫痫·····	518
第十一章 精神疾病·····	521
第一节 精神疾病总论·····	521
第二节 精神分裂症·····	525
第三节 神经官能症·····	528
神经衰弱·····	528
癔病·····	530
强迫症·····	531
第四篇 内科护理及诊疗技术·····	533
第一章 内科护理·····	533
第一节 内科疾病的分期护理·····	533
第二节 内科疾病的一般护理·····	536
第三节 危重病人的护理·····	545
第二章 内科常用护理技术·····	553
第一节 注射技术·····	553
第二节 各种皮肤试验法·····	557
第三节 灌肠术·····	560
第四节 导尿术·····	561
第五节 洗胃·····	562
第六节 鼻饲·····	562
第七节 氧气疗法·····	563
第八节 吸痰法·····	564
第九节 吸入疗法·····	564
第十节 各种标本采集·····	566
第三章 内科常用诊疗技术·····	568
第一节 胸腔穿刺术·····	568
第二节 腹腔穿刺术·····	569
第三节 肝脏穿刺术·····	570
第四节 腰椎穿刺术·····	572
第五节 心包穿刺术·····	573
第六节 骨髓穿刺术·····	573
第七节 淋巴结穿刺术·····	574
第八节 胃液抽取术·····	575
第九节 十二指肠引流术·····	575
第十节 纤维胃镜检查·····	576
第十一节 三腔双气囊管的应用·····	578
第十二节 乙状结肠镜检查术·····	580

第十三节 血液循环时间测定.....	580
第十四节 周围静脉压测定术.....	581
第十五节 中心静脉压测定术.....	581
《内科学》教学大纲说明.....	583
内科学讲课与教学实习时数分配总表.....	584
内科教学实习要求.....	585
诊断学基础教学实习参考方案.....	586
内科学毕业实习要求.....	588
《内科学》教学大纲.....	590

第一篇 绪 论

一、内科学在临床医学中的地位 内科学是临床医学中的一门重要学科。其范围甚为广泛，包括人体各系统和器官的各种疾病，而且与基础医学和临床医学中的各门学科都有密切的联系。可以说，内科学是临床医学的基础。内科学在人民卫生保健事业和医学教育中亦占有重要的地位。医学生必须努力学好这一临床医学的重要学科。

二、内科学的范围 如上所述，内科学的范围甚为广泛，但作为一本教材，应从属于教学的需要。因此，中等卫生学校医士类和助产士专业《内科学》的范围包括有诊断学基础、传染病、呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、造血系统疾病、内分泌代谢疾病、结缔组织疾病、神经系统疾病、精神疾病以及内科护理和诊疗技术。而选讲的课题以常见病、多发病和地方病为主。要求学生在内科学毕业实习结束之后，对内科的常见病、多发病和地方病具有坚实的基础知识和实际的防治技能。毕业之后能在基层医疗机构中从事疾病的防治工作。

三、临床医生的必备条件 内科临床医生，应该有精湛的技术，但更需要有全心全意为人民服务的良好医德。因为正确的诊断和治疗不但需要有广泛的临床知识，而且还需要有高度的责任感才能办到。如果轻率地采集病史、漫不精心地进行体格检查，不加思索地滥用药物，则不仅不能达到正确诊断和治疗的目的，相反还会给病人带来不幸。因此在学生时代就应树立舍己为人的共产主义道德品质，刻苦钻研的学习精神，一丝不苟的科学态度。这就是一个人民医生必备的起码条件。

四、内科学的学习方法 要学好内科学，学习方法亦极重要。临床医学，特别是内科学是一门理论密切联系实践的科学。因此在学习内科学时，一方面要与基础医学如生理学、生化学、病理学、药理学知识相联系，同时还必须注意在学习过程中将内科学的基础理论和诊断治疗知识与临床实践相结合。因此不能忽视教学实习和毕业实习这一重要环节。通过理论与实践的紧密结合，在学习上由浅入深，循序渐进，持之以恒，则定能达到学好内科学的目的。

五、学习内科学的目的和要求

(一) 对常见病、多发病能作出正确的诊断、治疗和预防。没有正确的诊断，就没有正确的治疗和预防。欲得出正确的诊断，必须有可靠的病史，细致的体格检查，敏锐的观察力，正确的逻辑思维和客观的全面分析。对疾病的治疗更应根据病人的实际情况，从整体观念出发，采用综合性治疗措施。不可单一地只使用药物或某种疗法，或者头痛医头，脚痛医脚。但注意考虑整体观念的同时又应考虑个体化原则。因为各个病人的具体情况互不相同，对各种治疗反应不一。故必须采取针对病人个体的不同情况而采取不同的治疗方法。例如年龄体重不同的同种疾病，投药剂量就应相应改变。

(二) 疾病的预防知识是建立在对发病原因和机理全面了解的基础之上的。因此在学习内科学时应该重视病因学、发病机理、病理生理以及预防方法的学习。

六、内科学的近代进展 医学中的每一重大进展几乎都是基础医学结合临床实践的产物。由于近代物理学、化学和生物学在医学领域中的广泛应用，使内科学无论在病

因、发病机理、诊断技术、预防方法等各方面都有很大的进展。

由于免疫学、遗传学和内分泌学的研究进展，不仅使过去许多病因和发病机理不甚明了的疾病得到科学的阐明，而且还发现了不少新的疾病。例如由于遗传基因研究的进展便阐明了地中海贫血是属于一种遗传性疾病；由于免疫学研究的进展发现越来越多的疾病与免疫学有关，重症肌无力、感染性多发性神经炎都已证明系自身免疫性疾病；由于内分泌学的研究进展发现下丘脑能分泌下丘脑激素，这些激素对垂体前叶激素的分泌有调节作用，因而证明了神经、内分泌系统相关的学说，对许多疾病的发病机理得到了进一步的解释。

诊断技术方面的高速进展，是近代临床医学中的一大特色。例如电子计算机体层摄影技术，放射性核素诊断技术、超声波扫描影像技术、光导纤维镜检查技术，以及生物化学方法、生物学方法、细胞学方法等的临床应用，大大地提高了诊断的正确性。对提高医疗质量确有帮助。但这些检查技术都有它的局限性，如不结合病史和体格检查，会把我们引入歧途，作出错误的判断。

七、新中国在内科学方面的重大成就 我国近年来在内科学方面取得了可喜的成就。例如高血压病经全国多个省市的人群普查，基本上弄清了我 国高血压病的患病情况；对克山病的防治研究，也取得了显著的成绩，急性克山病的病死率已由过去的 30% 下降为 5%；冠心病中西结合防治研究的开展，使急性心肌梗塞的病死率从过去的 40% 下降为 15% 以下。此外传染病、寄生虫病的研究也取得了巨大的成就。我们应该相信，在科学技术正在蓬勃发展的新中国，内科学的进展必将取得更大的成就。

(九江市卫生学校 徐明瑞)

复 习 题

1. 一个临床医生的必备条件是什么？你有哪些看法？
2. 你打算怎样来学习内科学？

第二篇 诊断学基础

第一章 常见症状

病人主观的异常感觉称为症状；客观检查的异常发现称为体征。症状和体征是疾病造成机体功能障碍或器质性变化的临床表现，是诊治疾病的重要线索或依据。

第一节 发 热

正常健康人如果衣着适宜，饮食适量，则体温保持稳定，口腔温度约在 $36\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 之间。正常人口腔温度比直肠温度低 0.3°C 左右；腋下温度又比口腔温度低 0.4°C 左右；体温的测量以直肠温度较为可靠，因为直肠温度受外界的环境影响较少之故。但为了工作方便常用口温。

人体正常体温的维持有赖于丘脑体温调节中枢的调节，它通过运动神经可以增加肌肉的活动而产热；它又可接受来自皮肤温度感受器的冲动，通过植物神经系统调节皮肤血管的舒缩，以控制散热，达到产热和散热之间的动态平衡。故正常人体温只在一个很小的范围内波动。

发热是体温超过了正常体温限度的表现。为致热物质刺激丘脑的体温调节中枢，使人体产热增多，散热减少，因而体温升高。这些致热物质有细菌及其内毒素、病毒、抗原-抗体反应、激素（如胆烷醇酮）、药物、输血、创伤等，称为外热原。外热原不能直接刺激体温调节中枢，它必须通过另一种称为内热原的物质，才能作用于体温调节中枢而引起发热。这种内热原物质存在于中性粒细胞和巨噬细胞之中。正常情况下人体内中性粒细胞或巨噬细胞并不释放内热原物质，只有在受到上述外热原物质激活之后才能释放内热原物质而引起发热。

致热原物质并不能解释全部发热的机理，有些发热可能是丘脑体温调节中枢直接遭受损害所致，如中暑、脑炎、脑溢血等；有些发热则是由于产热过多，如甲状腺机能亢进；有些发热则是由于散热障碍，如广泛性皮肤病。环境温度对体温亦有明显影响。

发热开始时有皮肤血管收缩和肌肉颤抖，皮肤血管收缩可使散热减少，但由于皮肤温度下降病人则有寒冷的感觉；肌肉颤抖可使产热增加，这就是发热开始时有寒战的原因。

【发热的病因】

一、感染性发热 各种急、慢性感染时，由于病原体等抗原物质激活粒细胞或巨噬细胞，释放内热原而引起发热。

二、无菌性组织损害 组织损伤坏死之后，虽无细菌感染，但因亦有无菌性的炎症反应，可促使中性粒细胞释放“内热原”。心肌梗塞、肺梗塞、外科手术后、体腔的积血等都可引起发热。

三、恶性肿瘤与白血病 这类疾病的发热其原因是复杂的。除无菌性炎症的原因外，尚有肿瘤本身的免疫反应，瘤细胞自身释放的致热原、代谢的旺盛、加杂感染等都

是发热原因。

四、变态反应 变态反应可引起组织的过敏性炎症，有白细胞聚集，造成发热。例如血型不合的输血，血清注射，药物热，药物所致的溶血性贫血，结缔组织疾病等都可发热。

五、产热、散热的异常 产热过多如剧烈运动、癫痫持续状态、甲状腺机能亢进。散热过少如广泛性皮肤病、阿托品中毒出汗减少、脱水等。

六、中枢神经性发热 中枢神经损害如中暑、脑出血、流行性乙型脑炎等可影响体温调节中枢，常可发生高热。

植物神经功能异常，亦可影响正常体温的调节，常表现为不规则低热。

【诊断要点】

一、热型 根据发热病人定时测定体温的数据，可绘成体温曲线。有许多发热疾病其体温曲线常常呈一种特殊形态，称为热型。热型在诊断和鉴别诊断上有一定的参考价值。

(一) 稽留热 体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，一天内波动范围不超过 1°C ，可持续数天或数周，见于伤寒和肺炎球菌性肺炎等（图 2-1-1）。

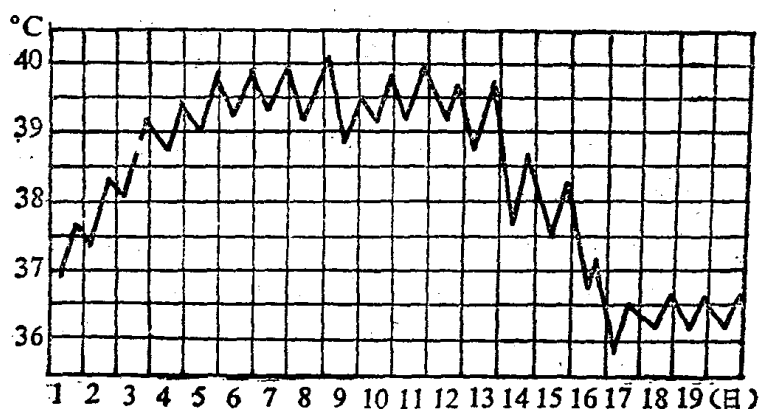


图 2-1-1 稽留热

(二) 弛张热 体温在 39°C 以上，但一日内波动范围大，可达 2°C 以上，见于风湿热、败血症、脓毒血症、肝脓肿、严重肺结核等（图 2-1-2）。

(三) 间歇热 发热期与无热期交替出现，如疟疾、肾盂肾炎、回归热、淋巴瘤、布氏杆菌病和周期热等（图 2-1-3）。

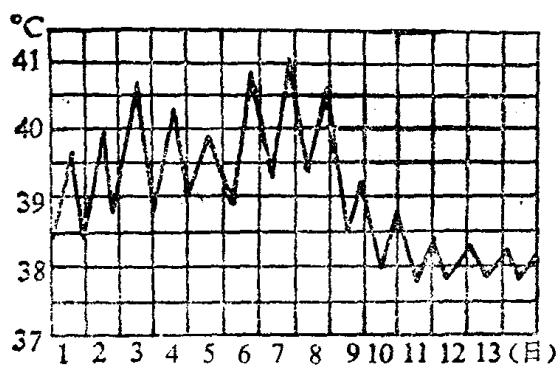


图 2-1-2 弛张热

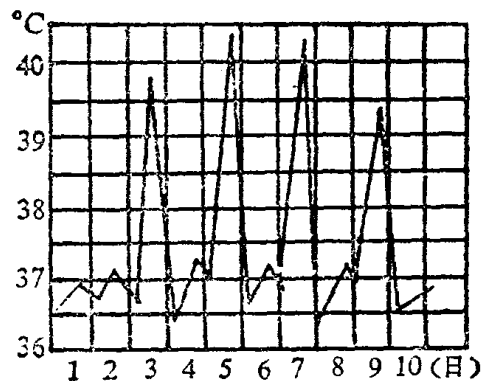


图 2-1-3 间歇热

(四) 不规则热 发热无一定规律, 可见于风湿热、流行性感冒、支气管肺炎、肺结核和癌症等 (图 2-1-4)。

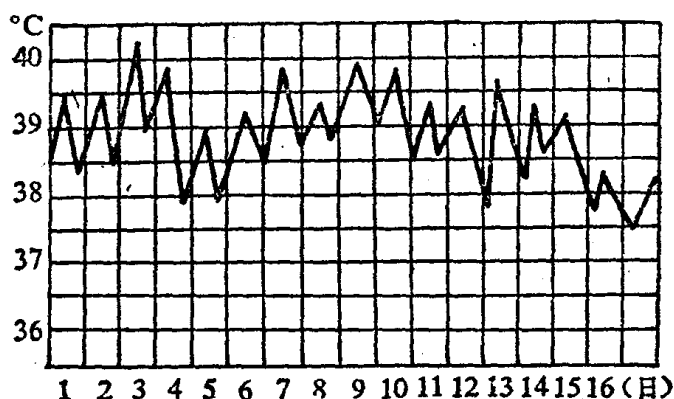


图 2-1-4 不规则热

体温持续在 39°C 以上的称为高热; 超过 41°C 以上的称为超高热; 在 $38\sim39^{\circ}\text{C}$ 之间的称中等度发热; 在 $37.4\sim38^{\circ}\text{C}$ 之间的称为低热。这些情况在诊断上有一定意义。超高热多见于体温调节中枢障碍的疾病, 如中暑、脑部疾病如脑炎等; 长期低热则见于慢性感染或功能性低热; 急性感染如败血症、伤寒和肺炎常有高热表现。

发热时体温骤升, 退热时体温骤降者如疟疾、肺炎、流行性感冒等病症; 体温在起病时缓慢上升, 数日后达到高峰, 退热时逐渐下降者常见于伤寒和肺结核等疾病。

二、注意发热的伴随症状 临诊时要注意观察发热时伴随的其他症状, 对诊断颇有帮助。发热伴有寒战者多为急性感染; 发热伴有结膜充血者常见于麻疹、流行性出血热等传染病; 发热伴口唇疱疹者多见于肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎; 发热伴有黄疸者多为肝胆系统疾病。因此对发热病人应详细地询问病史, 细致准确的体格检查甚为重要。至于发热时常伴有全身疲乏不适、肌肉酸痛、皮肤苍白、干燥无汗、畏寒等现象, 则是发热疾病的共同表现。

第二节 咳嗽与咯痰

咳嗽与咯痰是呼吸道疾病的常见症状。咳嗽是一种保护性反射动作。侵入呼吸道的异物和呼吸道的分泌物, 都可借咳嗽而排出体外。由咳嗽而排出呼吸道分泌物的现象称为咯痰。呼吸道有分泌物时多有咳嗽和咯痰现象; 如呼吸道内只有炎症刺激而无分泌物时, 则只有咳嗽而无咯痰, 常称为干咳。

【咳嗽的机理】

咳嗽是一种神经反射动作。来自呼吸道粘膜的刺激或呼吸道以外的刺激如胸膜的刺激, 经迷走神经传入延脑的咳嗽中枢, 然后由传出纤维分别传导至声门、横膈及其他呼吸肌而发生咳嗽。咳嗽的发生首先是短而深的吸气, 接着声门关闭, 继而肋间肌和膈肌收缩, 使肺内压力升高, 然后声门突然开放, 此时膈肌强力收缩, 肺内气体便喷射而出, 发出咳嗽声响。

【病因】

一、呼吸道的各种刺激 炎症、过敏、物理或化学刺激, 都可引起咳嗽。

二、胸膜疾病 胸膜的炎症或机械性刺激如胸膜穿刺, 可通过反射而引起咳嗽。

三、心血管疾病 当心功能不全伴发肺瘀血或肺水肿时，肺泡或支气管内含有渗出物，可刺激支气管粘膜而发生咳嗽和咯痰。

四、中枢神经因素 咳嗽可受意识的控制，也可有意识地发生咳嗽。癔病患者可发生频繁的咳嗽，不过这种咳嗽多系无痰的干咳。

【诊断要点】

一、咳嗽的性质 单声咳嗽多半无痰，见于上呼吸道或气管的炎症、物理或化学的刺激、早期肺结核、胸膜炎等。慢性连续性咳嗽多伴有咯痰，见于慢性支气管炎、支气管扩张、慢性肺脓肿等。发作性咳嗽可有痰或无痰，见于气管异物、气管受压、百日咳或急性喉炎。

二、咳嗽的时间 晨间或就寝时咳嗽和咯痰常见于支气管扩张、慢性肺脓肿，与体位改变引起痰液移动而刺激气管粘膜有关。夜间咳嗽多见于左心功能不全、肺结核、慢性支气管炎，此与迷走神经兴奋性增高有关。

三、咳嗽的音色 病人张口短声轻咳而不敢爽声咳嗽者，多有胸部或腹部疼痛的疾病存在。犬吠样咳嗽多见于喉的疾病、声带肿胀、气管异物或气管受压。嘶哑性咳嗽见于声带炎症或喉返神经麻痹。

四、咳嗽的伴随症状 咳嗽伴呼吸困难者多半为呼吸器官有严重的病变存在或有心脏功能不全。咳嗽伴发热者常表示呼吸器官有急性感染或活动性肺结核。咳嗽伴胸痛表示病变已累及胸膜。咳嗽伴大量脓性痰者多为肺脓肿，支气管扩张。咳嗽伴咯血者常见于肺结核、支气管扩张、支气管肺癌等疾病。

咳嗽时观察痰的性状、痰量和气味等对疾病的诊断颇有帮助。急性左心衰竭发生肺水肿时有大量粉红色泡沫状痰，颇具特征性。有关痰液检查的详细情况，请温习检验诊断痰液检查项下。

第三节 咯 血

咯血是指气管、支气管或肺组织出血，经咳嗽而咯出。须与鼻出血和口咽部出血经口吐出相区别。鼻腔、口腔或咽部的出血，检查时容易发现出血病灶，诊断不难。

咯血时通常量较少，咯出的血液颜色鲜红，一般不凝固，且与痰液相混和。常常连续咯出血液，持续一天或数天。大量咯血时血液可由鼻孔和口腔涌出，须与呕血相鉴别（见呕血节）。

【病因】

一、支气管疾病 常见的有支气管扩张、慢性支气管炎、支气管内膜结核、支气管肺癌等。其原因为炎症导致血管壁渗出性增加，红细胞由血管内外渗或粘膜下血管破裂，血液流入气道所致。

二、肺部疾病 肺结核是临床上最常见的咯血原因。其次为肺部感染如各种肺炎、肺脓肿、肺吸虫病、恶性肿瘤肺转移等。

三、心血管疾病 风湿性心脏病二尖瓣狭窄者常有咯血，其原因可由肺瘀血或由支气管粘膜下静脉曲张破裂。肺瘀血时只是少量咯血，支气管粘膜下静脉曲张破裂出血者可大量咯血。某些先天性心脏病如房间隔缺损、动脉导管未闭等亦可咯血。

四、全身性疾病 血液病如白血病、血小板减少性紫癜。急性传染病如流行性出血

热、肺出血型钩端螺旋体病及慢性肾功能衰竭等全身性疾病，都可发生咯血。

【诊断要点】

一、咯血与年龄 青壮年咯血多见于支气管扩张、肺结核、风湿性心脏病二尖瓣狭窄等。中年以上的人咯血如有长期咳嗽病史者多为慢性呼吸道疾病如慢性支气管炎，否则应想到肺癌的可能。

二、咯血与全身营养状况 咯血病人如果营养状况极差者应想到肺癌或进行性肺结核。支气管扩张症和慢性支气管炎的咯血患者营养状况尚佳。

三、咯血与特殊病史 咯血病人有生食螃蟹史者要想到肺吸虫病的可能。有结核病史或家族中有肺结核病者，其咯血很可能是肺结核所致。

四、咯血与伴随症状 咯血伴发热者多为呼吸道炎症如肺炎、肺结核，亦可见于某些传染病如钩端螺旋体病、流行性出血热等。咯血伴胸痛者见于肺炎、肺梗塞、支气管肺癌。咯血伴有大量脓痰者见于肺脓肿、支气管扩张等症。

第四节 呼吸困难

呼吸困难是呼吸系统疾病和循环系统疾病最常见和最重要的症状。呼吸困难时患者主观上感到空气不足，因而必须作用力的呼吸。客观上可见到患者努力呼吸，张口抬肩，鼻翼扇动，呼吸肌和呼吸辅助肌都参与呼吸运动，口唇紫绀，呼吸频率、节律、深度都有变化。

【病因和诊断要点】

一、肺源性呼吸困难 这类呼吸困难是由①呼吸道疾病如气道痉挛、狭窄、阻塞造成通气障碍。②肺部疾病如肺炎、肺水肿、肺梗塞、肺受压等造成肺泡呼吸面积减少，影响换气。③胸膜疾病如胸腔积液、积气、胸膜粘连等使肺容积减少或影响胸廓活动造成呼吸困难。④胸壁疾病如胸廓变形、呼吸肌麻痹造成呼吸运动障碍而发生呼吸困难。

肺源性呼吸困难可分三种类型：

(一) 吸气性呼吸困难 为吸气时间显著延长，严重者可出现“三凹征”。所谓“三凹征”即吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙及上腹角凹陷。这种情况说明有上呼吸道狭窄或阻塞，造成空气进入受阻。常见于喉头水肿、气管异物、气管受压而狭窄等情况。

(二) 呼气性呼吸困难 为呼气时间显著延长。其特点是常伴哮鸣音，说明有小气道的阻塞或狭窄。因为吸气时狭窄的细支气管腔径可稍扩大，吸入气体可以进入，呼气时狭窄的细支气管腔则可变得更为狭窄，吸入的气体呼出就不容易，故呼气延长而常有哮鸣音。常见于慢性支气管炎，阻塞性肺气肿，支气管哮喘等。

(三) 混合型呼吸困难 呼吸和吸气都感困难。其特点为呼吸快而浅，常伴有呼吸音减弱及病理性呼吸音。见于严重肺炎、重症肺结核等。

二、心源性呼吸困难 心脏病患者如出现呼吸困难则说明有心脏功能不全。左心功能不全患者卧位时呼吸困难加重，故常端坐。急性左心功能不全可出现夜间阵发性呼吸困难，称“心性气喘”。此时要注意与支气管哮喘相区别（见支气管哮喘节）。右心功能不全时也可出现呼吸困难，患者常有颈静脉怒张、肝肿大、下肢浮肿。

三、中毒性呼吸困难 代谢性酸中毒时可出现深大、规则而稍快的呼吸困难。常见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒。急性感染毒血症时由于毒性物质对呼吸中枢的刺激，亦