

LINCHUANG YIXUE GAILUN

临床医学概论

主编 王柏群

主审 韩立民 朱祖余



供医学院校非医学专业使用

临床医学概论

主 编 王柏群
主 审 韩立民 朱祖余

江西高校出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床医学概论/王柏群主编. —南昌:江西高校出版社, 2007.1

ISBN 978 - 7 - 81075 - 877 - 2

I. 临... II. 王... III. 临床医学 - 高等学校 - 教材 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007) 第 021628 号

出版发行	江西高校出版社
社 址	江西省南昌市洪都北大道 96 号
邮政编码	330046
电 话	(0791)8529392, 8504319
网 址	www.juacp.com
印 刷	江西教育印刷厂
照 排	江西太元科技有限公司照排部
经 销	各地新华书店
开 本	787mm × 1092mm 1/16
印 张	28.25
字 数	720 千字
版 次	2007 年 2 月第 1 版第 1 次印刷
印 数	1 ~ 1000 册
书 号	ISBN 978 - 7 - 81075 - 877 - 2
定 价	56.00 元

版权所有 侵权必究

主 编 王柏群

副主编 王小农 黄才斌 万 通

编 委 叶军明 江柏青 刘跃梅 刘维优 吕维名

汤显湖 何 侃 何 晓 李章红 邹连生

邹晓锋 钟善全 胡 蓉 唐卫东 姬广林

曾祥云 谢 军 谢志军 谢晓英 韩文玲

彭韶平 彭兰秀 廖 伟 廖庚进

前 言

医学院校近几年陆续开办了与医学有密切关系的非医学专业。这类专业学生,在教学内容上既要有医学知识的基础,又不需要和医学专业有同样教学深度和广度的知识结构。目前采用临床医学专业的相关教材,内容过深,学生负担过重。为了改善这种状况,根据我校“十一五”发展规划,进一步加强教材建设,在省级重点教改课题“非医学类专业医学课程的构建和实践”框架内,组织编写了这套非医学类学生使用教材《基础医学概论》和《临床医学概论》。

由我校基础医学院编写的《基础医学概论》教材,包括解剖学、组织学、生理学、生物化学与分子生物学、病原生物学、免疫学、病理学、病理生理学、药理学等学科内容。第一临床医学院编写的《临床医学概论》教材,包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学、眼科学、耳鼻喉科学、传染病学、中医学等学科内容。这套教材适合公共卫生事业管理、运动人体科学、应用心理学等非医学类本科学生,对专科层次的医学教育也有一定的参考价值。

这本《临床医学概论》教材的内容着重体现上述各有关学科大纲中的教学要求,强调相应课程中的重要内容:概念、病因、发病机制、临床表现、诊断要点、治疗原则等基本知识。本书的编写力求少而精,突出重点,注意学科间知识的连贯性。为便于学生学习和掌握所学知识,在内容的编排上,我们尽量照顾到非医学专业学生的特点和学习需要,采取了相关学科知识的组合。非医学类专业学生学完本套教材内容后能够对基础医学和临床医学的基本知识有一个初步了解。

本套教材的编写出版得到江西省教育厅的大力支持,在这里表示衷心感谢。

由于我们编写这类教材缺乏经验,错误、缺点在所难免,恳请使用这套教材的师生以及其他读者提出宝贵意见,以便再版时修订。

谨致谢忱!

赣南医学院《临床医学概论》编写组
2006年12月

目 录

第一章 症状学	1
第一节 发热.....	1
第二节 咳嗽与咳痰.....	2
第三节 呼吸困难.....	3
第四节 胸痛.....	5
第五节 心悸.....	6
第六节 水肿.....	7
第七节 腹痛.....	7
第八节 恶心与呕吐.....	9
第九节 呕血与便血.....	9
第十节 黄疸.....	11
第二章 体格检查	13
第一节 体检的基本方法.....	13
第二节 一般检查.....	14
第三节 头颈部检查.....	16
第四节 胸部及肺检查.....	16
第五节 心脏.....	23
第六节 血管检查.....	27
第七节 腹部检查.....	30
第八节 生殖系统检查.....	33
第九节 脊柱与四肢检查.....	34
第十节 神经系统检查.....	34
第三章 实验室诊断	41
第一节 血液一般检验.....	41
第二节 排泄物、分泌物及体液检验.....	44
第三节 肾功能检查.....	49
第四节 肝脏病常用的实验室检查.....	50
第五节 临床常用的部分生物化学检查.....	52

第四章 外科学基础	55
第一节 无菌术	55
第二节 外科水、电解质代谢和酸碱平衡	56
第三节 休克	59
第四节 外科感染	61
第五节 输血	64
第六节 移植	70
第七节 麻醉	72
第五章 呼吸系统疾病	79
第一节 肺炎	79
第二节 肺结核	83
第三节 慢性阻塞性肺疾病	88
第四节 支气管哮喘	91
第五节 肺源性心脏病	95
第六节 原发性支气管肺癌	98
第七节 胸膜疾病	103
第八节 呼吸衰竭	108
第九节 胸部损伤	112
第十节 脓胸	116
第六章 循环系统疾病	117
第一节 心力衰竭	117
第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	121
第三节 原发性高血压	124
第四节 感染性心内膜炎	127
第五节 心脏瓣膜病	128
第七章 消化系统疾病	133
第一节 胃炎	133
第二节 消化性溃疡	135
第三节 胃癌	140
第四节 肝硬化	142
第五节 原发性肝癌	146
第六节 急性胰腺炎	148
第七节 溃疡性结肠炎	151
第八节 胆石症	153

第九节 大肠癌·····	154
第十节 食道癌·····	155
第十一节 外科急腹症·····	157
第八章 泌尿与男性生殖系统疾病·····	163
第一节 肾小球疾病·····	163
第二节 肾病综合征·····	167
第三节 泌尿系统感染·····	169
第四节 慢性肾衰竭·····	174
第五节 泌尿系统梗阻·····	176
第六节 尿石症·····	180
第七节 泌尿、男生殖系统肿瘤·····	184
第九章 血液与造血系统疾病·····	189
第一节 缺铁性贫血·····	189
第二节 巨幼红细胞性贫血·····	191
第三节 再生障碍性贫血·····	192
第四节 溶血性贫血·····	195
第五节 白血病·····	197
第六节 特发性血小板减少性紫癜·····	202
第十章 内分泌系统疾病·····	205
第一节 内分泌学导论·····	205
第二节 甲状腺疾病·····	207
第三节 糖尿病·····	214
第十一章 运动系统疾病·····	220
第一节 骨与关节损伤·····	220
第二节 骨与关节感染·····	232
第三节 颈肩痛与腰腿痛·····	242
第四节 骨肿瘤·····	245
第十二章 神经系统疾病·····	249
第一节 颅脑损伤·····	249
第二节 颅内肿瘤·····	259
第三节 周围神经病·····	263
第四节 脊髓疾病·····	269

第五节 脑血管病	272
第六节 癫痫	279
第七节 震颤麻痹	281
第十三章 妇产科学	283
第一节 正常妊娠、正常分娩及产褥期保健	283
第二节 妊娠病理	288
第三节 异常分娩及产后并发症	296
第四节 女性生殖内分泌疾病	299
第五节 女性生殖系统炎症	301
第六节 女性生殖器肿瘤	303
第七节 妊娠滋养细胞肿瘤	306
第八节 子宫内膜异位症	307
第九节 乳腺疾病	308
第十节 不孕症与计划生育	309
第十四章 儿科学疾病	312
第一节 小儿液体平衡的特点与液体疗法	312
第二节 营养与营养障碍疾病	314
第三节 新生儿与新生儿疾病	317
第四节 免疫性疾病	321
第五节 感染性疾病	325
第六节 小儿腹泻	328
第七节 支气管肺炎	329
第八节 先天性心脏病	331
第九节 化脓性脑膜炎	338
第十节 小儿急救	341
第十五章 眼科疾病	346
第一节 眼的解剖与生理	346
第二节 眼睑病	349
第三节 泪器病	351
第四节 结膜病	352
第五节 角膜病	354
第六节 葡萄膜病	355
第七节 青光眼	357
第八节 晶状体病	359

第九节 视网膜与视神经病	361
第十节 眼外伤	362
第十一节 眼的屈光与调节	365
第十二节 防盲治盲	367
第十六章 耳鼻咽喉疾病	369
第一节 耳鼻咽喉感染	369
第二节 耳鼻咽喉肿瘤	371
第三节 耳鼻咽喉变态反应性疾病	373
第四节 耳鼻咽喉创伤	375
第五节 鼻出血	377
第六节 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	380
第七节 喉阻塞	381
第八节 耳鼻咽喉—气管食管异物	382
第九节 耳聋	384
第十节 耳鸣	384
第十一节 眩晕	385
第十七章 中医学	387
第一节 阴阳五行	387
第二节 藏象	391
第三节 气血津液	393
第四节 病因病机	394
第五节 经络	399
第六节 诊法	400
第七节 辨证	402
第八节 防治原则	403
第九节 中药学	406
第十节 方剂学	408
第十一节 针灸推拿	410
第十八章 传染病学	413
第一节 总论	413
第二节 狂犬病	415
第三节 传染性非典型肺炎	416
第四节 流行性感胃	418
第五节 人感染高致病性禽流感	419

第六节 艾滋病·····	419
第七节 病毒性肝炎·····	421
第八节 流行性脑脊髓膜炎·····	425
第九节 细菌性食物中毒·····	427
第十节 钩端螺旋体病·····	429
第十一节 日本血吸虫病·····	431
第十二节 流行性乙型脑炎·····	432
第十三节 流行性出血热·····	433
第十四节 疟疾·····	434
第十五节 伤寒与副伤寒·····	434
第十六节 细菌性痢疾·····	436
第十七节 霍乱·····	437
主要参考文献·····	439

第一章 症状学

第一节 发热

正常人的体温受体温调节中枢所调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。

【正常体温与生理变异】 正常人体温一般为 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右,正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外因素的影响稍有波动。在 24h 内下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温也可略升高,但一般波动范围不超过 1°C 。妇女月经前及妊娠期体温略高于正常。老年人因代谢率偏低,体温相对低于青壮年。另外,在高温环境下体温也可稍升高。

【病因与分类】 发热的病因很多,临床上可分为感染性与非感染性两大类,而以前者多见。

1. 感染性发热

各种病原体如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可出现发热。

2. 非感染性发热

主要有下列几类原因:

(1) 无菌性坏死物质的吸收:由于组织细胞坏死、组织蛋白分解及组织坏死产物的吸收所致的无菌性炎症,常可引起发热,亦称为吸收热。常见于:大手术后组织损伤、内出血、大面积烧伤等;组织坏死与细胞破坏,如癌、白血病等。

(2) 抗原—抗体反应:如风湿热、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌与代谢疾病:如甲状腺功能亢进、重度脱水等。

(4) 皮肤散热减少:如广泛性皮炎及慢性心力衰竭等而引起发热,一般为低热。

(5) 体温调节中枢功能失常:有些致热因素直接损害体温调节中枢,使体温调定点上移后发出调节冲动,造成产热大于散热,体温升高,称为中枢性发热。常见于:中暑,重度安眠药中毒,脑出血、脑震荡等。

(6) 自主神经功能紊乱:由于自主神经功能紊乱,影响正常的体温调节过程,使产热大于散热,体温升高,多为低热,常伴有自主神经功能紊乱的其他表现,属功能性发热范畴。常见的功能性低热有:①原发性低热。②感染后低热。③夏季低热,多见于幼儿。④生理性低热,如精神紧张、剧烈运动后均可出现低热。

【临床表现】

1. 发热的分度

按发热的高低可分为:低热: $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$,中等度热: $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$,高热: $39.1^{\circ}\text{C} \sim$

41℃,超高热:41℃以上。

2.发热的临床过程及特点

发热的临床过程一般分为以下三个阶段。

(1)体温上升期:体温上升期常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。

(2)高热期:是指体温上升达高峰之后保持一定时间,持续时间的长短可因病因不同而有差异。如疟疾可持续数小时,大叶性肺炎、流行性感胃可持续数天。在此期寒战消失,皮肤发红并有灼热感;呼吸加快变深;开始出汗并逐渐增多。

(3)体温下降期:此期表现为出汗多,皮肤潮湿,体温降至正常水平。

【临床意义】 不同疾病所引起发热的热型也常不同。临床上常见的热型有以下几种。

1.稽留热

是指体温恒定地维持在39℃~40℃以上的高水平,达数天或数周,24h内体温波动范围不超过1℃。常见于大叶性肺炎、伤寒高热期。

2.弛张热

体温常在39℃以上,波动幅度大,24h内波动范围超过2℃,但都在正常水平以上。见于败血症、风湿热等。

3.间歇热

体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期(间歇期)可持续1天至数天,如此高热期与无热期反复交替出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4.波状热

体温逐渐上升达39℃或以上,数天后又逐渐下降至正常水平持续数天后又逐渐升高,如此反复多次。常见于布氏杆菌病。

5.回归热

体温急剧上升至39℃或以上,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后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病等。

6.不规则热

发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

第二节 咳嗽与咳痰

咳嗽、咳痰是临床最常见的症状之一。咳嗽是一种反射性防御动作,通过咳嗽可以清除呼吸道分泌物及气道内异物。但是咳嗽也有不利的一面,例如,咳嗽可使呼吸道内感染扩散,剧烈的咳嗽可导致呼吸道出血,甚至诱发自发性气胸等。因此,如果频繁的咳嗽影响工作与休息,则为病理状态。痰是气管、支气管的分泌物或肺泡内的渗出液,借助咳嗽将其排出称为咳痰。

【病因】

1.呼吸道疾病

当鼻咽部至小支气管整个呼吸道黏膜受到刺激时,均可引起咳嗽。刺激效应以喉部杓状间质和气管分叉部黏膜最敏感。当肺泡内有分泌物、渗出物、漏出物进入小支气管即可引起咳嗽,或某些化学刺激物刺激分布于肺的C纤维末梢亦可引起咳嗽。如各种物理(包括

异物)、化学、过敏因素对气管、支气管的刺激以及肺部细菌、结核菌、真菌、病毒、支原体或寄生虫感染以及肺部肿瘤均可引起咳嗽和(或)咳痰。

2. 胸膜疾病

如各种原因所致的胸膜炎、胸膜间皮瘤、自发性气胸或胸腔穿刺等均可引起咳嗽。

3. 心血管疾病

二尖瓣狭窄或其他原因所致左心衰竭引起肺淤血或肺水肿时,因肺泡及支气管内有浆液性或血性渗出物,可引起咳嗽。右心或体循环静脉栓子脱落造成肺栓塞时也可引起咳嗽。

4. 中枢神经因素

从大脑皮质发出冲动传至延髓咳嗽中枢,人可随意引起咳嗽反射或抑制咳嗽反射。

【临床表现】

1. 咳嗽的性质

咳嗽无痰或痰量极少,称为干性咳嗽。干咳或刺激性咳嗽常见于急性或慢性咽喉炎、喉癌、急性支气管炎初期、气管受压、支气管异物、支气管肿瘤、胸膜疾病等。咳嗽伴有咳痰称为湿性咳嗽,常见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿和空洞型肺结核等。

2. 咳嗽的时间与规律

突发性咳嗽常由于吸入刺激性气体或异物、淋巴结或肿瘤压迫气管或支气管分叉处所引起。发作性咳嗽可见于百日咳、支气管内膜结核以及以咳嗽为主要症状的支气管哮喘(变异性哮喘)等。长期慢性咳嗽多见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿等。夜间咳嗽常见于左心衰竭患者,引起夜间咳嗽的原因,可能与夜间肺淤血加重及迷走神经兴奋性增高有关。

3. 咳嗽的音色

是指咳嗽声音的特点。①咳嗽声音嘶哑,多为声带的炎症或肿瘤压迫喉返神经所致;②鸡鸣样咳嗽,表现为连续阵发性剧咳伴有高调吸气回声,多见于百日咳、会厌、喉部疾患或气管受压;③金属音咳嗽,常见于因纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌直接压迫气管所致的咳嗽;④咳嗽声音低微或无力,见于严重肺气肿、声带麻痹及极度衰弱者。

4. 痰的性质和痰量

痰的性质可分为黏液性、浆液性、脓性和血性等。黏液性痰多见于急性支气管炎、支气管哮喘及大叶性肺炎的初期,也可见于慢性支气管炎、肺结核等。脓性痰见于化脓性细菌性下呼吸道感染。血性痰是由于呼吸道黏膜受侵害、损伤毛细血管或血液渗入肺泡所致。上述各种痰液均可带血。痰量增多常见于支气管扩张症、肺脓肿和支气管胸膜瘘,且排痰与体位有关,痰量多时静置后可出现分层现象:上层为泡沫,中层为浆液或浆液脓性,下层为坏死物质。恶臭痰提示有厌氧菌感染。铁锈色痰为典型肺炎球菌肺炎的特征;黄绿色或翠绿色痰,提示铜绿假单胞菌感染;痰白黏稠且牵拉成丝难以咳出,提示有真菌感染;粉红色泡沫痰是肺水肿的特征。

第三节 呼吸困难

呼吸困难是指患者主观感到空气不足、呼吸费力,客观上表现呼吸运动用力,严重时可出现张口呼吸、鼻翼扇动、端坐呼吸,甚至发绀、呼吸辅助肌参与呼吸运动,并且可有呼吸频

率、深度、节律的改变。

【病因】

1. 呼吸系统疾病

常见于：①气道阻塞：如喉、气管、支气管的炎症、水肿、肿瘤或异物所致的狭窄或阻塞及支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病等；②肺部疾病：如肺炎、肺结核、弥漫性肺间质疾病等；③胸壁、胸廓、胸膜腔疾病：如胸壁炎症、严重胸廓畸形、胸腔积液、自发性气胸、外伤等；④神经肌肉疾病：如脊髓灰质炎病变累及颈髓、急性多发性神经根神经炎和重症肌无力累及呼吸肌，药物导致呼吸肌麻痹等；⑤膈运动障碍：如膈麻痹、大量腹腔积液、腹腔巨大肿瘤和妊娠末期。

2. 循环系统疾病

常见于各种原因所致的左心和(或)右心衰竭、心包压塞、肺栓塞和原发性肺动脉高压等。

3. 中毒

系各种中毒所致，如糖尿病酮症酸中毒、吗啡类药物中毒、有机磷杀虫药中毒、氰化物中毒、亚硝酸盐中毒和急性一氧化碳中毒等。

4. 神经精神性疾病

如脑出血、脑外伤、脑肿瘤、脑炎、脑膜炎等颅脑疾病引起呼吸中枢功能障碍和精神因素所致的呼吸困难，如癔病等。

5. 血液病

常见于重度贫血、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症等。

【临床表现】 根据发生机制及临床表现特点，将呼吸困难归纳分为以下五种类型。

1. 肺源性呼吸困难

肺源性呼吸困难主要是呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍导致缺氧和(或)二氧化碳潴留引起。临床上常分为三种类型：

(1)吸气性呼吸困难：主要特点表现为吸气显著费力，严重者吸气时可见“三凹征”，表现为胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷，此时亦可伴有干咳及高调吸气性喉鸣。常见于喉部、气管、大支气管的狭窄与阻塞。

(2)呼气性呼吸困难：主要特点表现为呼气费力、呼气缓慢、呼吸时间明显延长，常伴有呼气期哮鸣音。常见于慢性支气管炎(喘息型)、慢性阻塞性肺气肿、支气管哮喘、弥漫性泛细支气管炎等。

(3)混合性呼吸困难：主要特点表现为吸气期及呼气期均感呼吸费力、呼吸频率增快、深度变浅，可伴有呼吸音异常或病理性呼吸音。常见于重症肺炎、重症肺结核、弥漫性肺间质疾病、大量胸腔积液、气胸等。

2. 心源性呼吸困难

主要是由于左心和(或)右心衰竭引起，尤其是左心衰竭时呼吸困难更为严重。

左心衰竭引起的呼吸困难特点为：①有引起左心衰竭的基础病因，如风湿性心脏病、高血压心脏病、冠状动脉硬化性心脏病等；②呈混合性呼吸困难，活动时呼吸困难出现或加重，休息时减轻或消失，卧位明显，坐位或立位时减轻，故而当病人病情较重时，往往被迫采取半坐位或端坐体位呼吸；③两肺底部或全肺出现湿啰音；④应用强心剂、利尿剂和血管扩张剂

改善左心功能后呼吸困难症状随之好转。

急性左心衰竭时,常可出现夜间阵发性呼吸困难,表现为夜间睡眠中突感胸闷气急,被迫坐起,惊恐不安。轻者数分钟至数十分钟后症状逐渐减轻、消失;重者可见端坐呼吸、面色发绀、大汗、有哮鸣音,咳浆液性粉红色泡沫痰。此种呼吸困难称“心源性哮喘”。

右心衰竭严重时也可引起呼吸困难,但程度较左心衰竭轻,其主要原因为体循环淤血所致。

3. 中毒性呼吸困难

代谢性酸中毒可导致血中代谢产物增多,刺激颈动脉窦、主动脉体化学受体或直接兴奋刺激呼吸中枢引起呼吸困难。其主要表现为:①有引起代谢性酸中毒的基础病因,如尿毒症、糖尿病酮症等;②出现深长而规则的呼吸,可伴有鼾音,称为酸中毒大呼吸(Kussmaul呼吸)。

某些药物如吗啡类、巴比妥类等中枢抑制药物和有机磷杀虫药中毒时,可抑制呼吸中枢引起呼吸困难。其主要特点为:①有药物或化学物质中毒史;②呼吸缓慢、变浅,伴有呼吸节律异常的改变,如 Cheyne - Stokes 呼吸(潮式呼吸)或 Biots 呼吸(间停呼吸)。

化学毒物中毒可导致机体缺氧引起呼吸困难,常见于一氧化碳中毒、亚硝酸盐和苯胺类中毒、氰化物中毒。

4. 神经精神性呼吸困难

神经性呼吸困难主要是由于呼吸中枢受增高的颅内压和供血减少的刺激,使呼吸变为慢而深,并常伴有呼吸节律的改变,如双吸气(抽泣样呼吸)、呼吸遏制(吸气突然停止)等。临床上常见于重症颅脑疾患,如脑出血、脑炎、脑膜炎、脑外伤及脑肿瘤等。

精神性呼吸困难主要表现为呼吸频率快而浅,伴有叹息样呼吸或出现手足搐搦。临床上常见于癔症患者,病人可突然发生呼吸困难。

5. 血源性呼吸困难

多由红细胞携氧量减少、血氧含量降低所致。表现为呼吸浅、心率快。临床常见于重度贫血、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症。

第四节 胸痛

胸痛(chest pain)一般由胸部疾病引起,少数其他部位的疾病亦可引起胸痛。引起胸痛的病因如下:

1. 胸壁胸廓疾病

急性皮炎、肌炎、皮下蜂窝组织炎、带状疱疹、流行性胸痛、肋间神经炎、肋软骨炎、肋骨骨折等。

2. 呼吸系统疾病

胸膜炎、气胸、胸膜肿瘤、肺炎、原发性支气管肺癌、肺梗塞等。

3. 心脏与大血管疾病

心绞痛、急性心肌梗塞、心肌病、急性心包炎、二尖瓣或主动脉瓣病变、胸主动脉瘤、夹层动脉瘤、心脏神经官能症等。

4. 其他

食管炎、食管癌、食管裂孔疝、膈下脓肿、肝脓肿、脾梗塞、脾破裂等。

【临床表现】

1. 胸痛部位

胸壁胸廓疾病引起的胸痛,部位固定,局部有压痛,胸壁的炎症可有红、肿、热、痛表现;带状疱疹表现为成簇的水泡沿一侧肋间神经分布伴剧烈神经痛,疱疹不超过体表中线;肋软骨炎多侵犯第1、2肋软骨,患处隆起,有疼痛但无红肿;肋骨骨折部位有明显的挤压痛;心绞痛及急性心肌梗塞的胸痛多在胸骨后或心前区;食管及纵隔疾病引起的胸痛亦多在胸骨后;自发性气胸、胸膜炎及肺梗塞引起的胸痛多位于患侧的腋下。

2. 胸痛性质

肋间神经痛呈阵发性的灼痛或刺痛;带状疱疹呈刀割样痛或灼痛;食管炎多呈烧灼感;心绞痛呈压榨性伴窒息感;急性心肌梗塞时则疼痛更剧烈而持久伴濒死感;干性胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛;原发性支气管肺癌及纵隔肿瘤常表现为闷痛;肺梗塞则表现为突发剧烈刺痛、伴有呼吸困难和发绀。

3. 发病年龄

青壮年胸痛多见于胸膜炎、气胸、心肌病、风湿性心脏病,老年人胸痛应警惕心绞痛、急性心肌梗塞、原发性支气管肺癌等。

4. 影响胸痛的因素

心绞痛易在劳累、精神紧张时发生,硝酸甘油可使其很快缓解,但对急性心肌梗塞所致的疼痛无效。咳嗽、深呼吸可使胸膜炎、心包炎、自发性气胸的胸痛加剧。吞咽食物可使反流性食管炎疼痛加剧,制酸剂则可使其疼痛减轻。

第五节 心 悸

心悸(palpitation)是指自觉心跳或心慌,可伴心前区不适感。体格检查可发现心率增快、减慢或心律失常,亦可正常。

【病因与临床表现】

1. 心脏搏动增强

心肌收缩力增强和心搏量增加时可引起心悸,包括生理性或病理性两种情况。生理性见于:①健康人在剧烈体力活动、精神过度紧张或情绪激动时;②大量饮酒、浓茶或咖啡后,此外应用某些药物,如肾上腺素、麻黄素、咖啡因、氨茶碱、阿托品、甲状腺素片时。病理性见于:①各种器质性心脏病,如高血压性心脏病、主动脉瓣或二尖瓣关闭不全、某些先天性心脏病,在心功能处于代偿期时,心肌收缩力增强,心搏增强,出现心悸;②其他引起心脏搏出量增加的病变,如高热、甲状腺功能亢进症、贫血等。

2. 心律失常

任何原因所致心率与节律的改变均可引起心悸,尤其是突然改变时。

3. 心脏神经官能症

由自主神经功能紊乱及 β -肾上腺素能受体反应亢进综合征所致。