

内科诊断学

青岛医学院

救死扶傷
革命的人道主義
白求恩

毛主席语录

我们的教育方针，应该使受教育者在德育、智育、体育几方面都得到发展，成为有社会主义觉悟的有文化的劳动者。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

改革旧的教育制度，改革旧的教学方针和方法，是这场无产阶级文化大革命的一个极其重要的任务。

学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

备战、备荒、为人民。

武器是战争的重要因素，但不是决定的因素，决定的因素是人不是物。

我们练兵的口号是：“官教兵，兵教官，兵教兵。”

前 言

遵照伟大领袖毛主席“学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简”的教导，为了适应我院当前教学实践的需要，我们编写了这套试用教材。由于我们对毛主席著作学习得不好，领会得不深，加之实践经验不足和编写、付印时间仓促，其缺点和错误之处在所难免。为此，恳请工农兵学员和所有阅读本教材的同志，提出意见和批评。我们将循着“实践、认识、再实践、再认识”的过程，不断总结、不断充实、不断提高、使之逐步地成为符合客观需要的新教材。

一九七二年四月

目

绪 言	1
第一章 问诊	2
第一节 问诊方法和注意事项	2
第二节 问诊内容	2
第二章 常见症状学	5
第一节 发热	5
第二节 水肿	6
第三节 头痛	8
第四节 昏迷	10
第五节 咳嗽和吐痰	11
第六节 咯血	12
第七节 呼吸困难	13
第八节 紫绀	14
第九节 胸痛	15
第十节 心悸	16
第十一节 恶心与呕吐	16
第十二节 呕血和黑便	17
第十三节 腹痛	18
第十四节 腹泻	19
第十五节 黄疸	20
第三章 体格检查	23
第一节 一般检查	23
一、体温	23
二、呼吸	25
三、脉搏	26
四、血压	27
五、发育及营养状况	27
六、意识	28
七、面容及表情	28
八、体位	29
九、皮肤	30
十、淋巴结	30

录

第二节 头颈部检查	30
一、头部	30
二、颈部	31
第三节 胸部检查	32
一、胸廓检查	32
(一)胸廓体表标志与分区	32
(二)胸廓外形	33
二、肺脏检查	34
(一)望诊	34
(二)触诊	34
(三)叩诊	34
(四)听诊	36
三、肺部常见疾病体征比较	39
四、心脏检查	39
(一)望诊	39
(二)触诊	41
(三)叩诊	42
(四)听诊	43
第四节 腹部检查	50
一、腹部分区	50
二、望诊	50
三、触诊	52
四、叩诊	54
五、听诊	55
第五节 脊柱和四肢检查	55
一、脊柱检查	55
二、四肢检查	55
第六节 神经反射检查	56
一、生理反射	56
二、病理反射	57
第四章 临床检验	59
第一节 血液检查	59
一、血常规	59
(一)红细胞计数	59

(二)血红蛋白量的测定	61
(三)白细胞计数	61
(四)白细胞分类计数	62
二、出血性疾病的检验	64
(一)凝血时间测定	64
(二)出血时间测定	64
(三)血小板检查	64
(四)束臂试验	65
三、红细胞沉降率	65
第二节 尿液检查	65
一、尿液收集	65
二、尿液检查内容	66
(一)物理检查	66
(二)化学检查	66
(三)显微镜检查	68
第三节 粪便检查	71
一、一般性质检查	71
二、显微镜检查	71
三、潜血试验	72
第四节 穿刺液检查	72
一、浆膜腔液检查	72
附：浆膜腔穿刺	72
(一)胸腔穿刺方法	72

(二)腹腔穿刺方法	73
二、脑脊液检查	74
(一)脑脊液检查内容	74
(二)常见中枢神经系统疾病 脑脊液改变	74
附：腰椎穿刺方法	75
第五节 肝功能试验	76
一、肝脏代谢功能试验	76
(一)蛋白质代谢	76
(二)胆红素代谢功能检查	76
二、排泄功能检查	77
三、血清转氨酶活力试验	77
第六节 肾功能检查	78
一、尿浓缩及稀释试验	78
二、酚红排泄试验	78
三、血中非蛋白氮含量测定	78
第五章 诊断方法与病历缮写	79
第一节 诊断方法	79
第二节 诊断内容	80
第三节 病历缮写	81
附：典型病历之一	83
典型病历之二	84

(一)胸腔穿刺方法	72
(二)腹腔穿刺方法	73
二、脑脊液检查	74
(一)脑脊液检查内容	74
(二)常见中枢神经系统疾病 脑脊液改变	74
附：腰椎穿刺方法	75
第五节 肝功能试验	76
一、肝脏代谢功能试验	76
(一)蛋白质代谢	76
(二)胆红素代谢功能检查	76
二、排泄功能检查	77
三、血清转氨酶活力试验	77
第六节 肾功能检查	78
一、尿浓缩及稀释试验	78
二、酚红排泄试验	78
三、血中非蛋白氮含量测定	78
第五章 诊断方法与病历缮写	79
第一节 诊断方法	79
第二节 诊断内容	80
第三节 病历缮写	81
附：典型病历之一	83
典型病历之二	84

緒 言

内科诊断学是认识疾病的一门科学，是各科疾病诊断的基础。其目的是将通过病史询问、体格检查、临床检验及各种器械检查所取得材料，经过医生的分析、综合而对疾病作出正确判断。

虽然在诊断时，病史询问、体格检查、临床检验及器械检查等方法不能偏废、缺一不可，但病史询问和体格检查仍然是其最基本、最重要的方法。因此，学习时必须加以十分重视并熟练掌握它。

诊断在临床上的重要意义在于：

一、通过诊断可以了解疾病的部位、性质、原因和主要矛盾所在。但我们的任务不仅在于懂得疾病的规律从而可以解释和诊断疾病，更重要的是要掌握疾病的发生、发展规律，及时采取相应的防治措施，促使预后朝着有利于机体的方面发展，以期最后治愈疾病。

二、取得正确诊断，有助于及时防止传染病的传播，更好地贯彻“预防为主”的方针。

三、达到早期诊断，可以及时治疗，缩短病程，使病人早日恢复健康，更好地“抓革命，促生产，促工作，促战备”。

四、通过在认识疾病过程中的反复实践，我们要不断地总结经验，作到“有所发现，有所发明，有所创造，有所前进”。

但绝不能把诊断疾病看成一项单纯的技术工作。它要求医务人员必须以毛主席哲学思想为锐利武器，确立辩证唯物观点，彻底摆脱形而上学的羁绊；坚持面向工农兵、为大多数人服务的根本方向，在改造客观世界的同时，也改造自己的主观世界。只有这样才能培养深厚的无产阶级感情；才能坚决铲除粗枝大叶、不负责任的资产阶级医疗作风；才能以严肃认真、实事求是的科学态度，对具体疾病作具体分析，并做出正确的诊断。

第一章 問 診

要想对一个疾病作到正确的诊断，离开周密与必要的调查和侦察是决计不行的。问诊是调查和侦察的主要手段之一。它为我们提供了发病的第一手资料。有些资料可作为我们进一步侦察的线索，有些资料则使我们获得诊断疾病的可靠依据，甚至某些疾病仅通过问诊就可得到初步诊断。如果对问诊重视不够，以至通过问诊得到的内容贫乏或者可靠性很差，这样往往会延误诊断，影响疾病的防治。因此，一个医生必须熟练地运用问诊技术。

问诊过程也是医务人员和病员思想交流的过程。一方面医务人员要把询问病史的过程当作接受工农兵再教育的好机会，激发为工农兵服务的深厚无产阶级感情，另方面也要结合病员思想与疾病特点宣传毛泽东思想。这样，既发挥了医务人员的积极性，也调动了病员的积极性，从而更有利于疾病的防治。

第一节 问诊方法和注意事项

一、态度要热情可亲，言语要通俗易懂。尽量启发病人自己详细叙述病史；当其叙述离题太远，这时医生可作适当的启发引导。待病人叙述完毕后，医生再根据已得到的线索和需要，抓住重点和关键问题，深入询问。但提问必须是启发式的，绝不应以主观意愿去套问病人。

二、问诊得到的材料务求十分丰富和合于客观实际，只有这样才能得出正确的结论来。但同时又必须抓住重点，由此方能发现主要矛盾所在。

三、在一开始听取病人叙述时，医生就要同时进行认真的思考和分析，进行“去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里”的思索，把零散的材料，逐渐归纳总结，以至最后形成比较清晰的概念——最初步的诊断印象。

四、对危重病人，只作扼要的问诊和重点的查体，并立即投入抢救，待病情好转后或在治疗间歇时，再补充作较详细的病史询问和体格检查。

五、对小儿和无法自己叙述病史的病人，要向陪伴者询问病史。

第二节 问诊内容

问诊内容包括许多方面，其中有些是主要的，有些是次要的。这主次也是相对而言的，如一个大叶肺炎的病人，职业史就不很主要，但对一个矽肺的病人，职业史就具有相当重要的意义。

一般说来，病人的主诉和现在病史乃是整个问诊中最重要的东西，因为主诉和现在

病史，不仅是病人感觉最痛苦的地方，而且也往往能反映出疾病的本质，故它是诊断疾病的重要根据。

但无论是主诉还是现在病史，它们所能提供的还只是疾病现象方面的东西，有的还是片面的，缺少内部联系的。因此必须进行其他方面的调查和侦察，例如体格检查、检验等，并把这些现象连贯起来加以思索，然后才能由现象推求其本质而得出正确的判断。

一、一般项目：

包括姓名、性别、年龄、婚姻、籍贯、职业、住址、病史叙述人（在撰写病史时，需同时记录就诊及入院日期）。

二、主诉：

是促使病人就诊的主要症状，也是调查疾病的重要线索。主诉有时是一个，有时则有二个、三个。记录主诉时，要简单扼要地突出主要症状及其性质和发生时间。例如“阵发性右上腹绞痛已5小时”；“发热、头痛二天，昏迷半天”。如几个主要症状出现的时间不同，可按其发生的先后顺序排列记录，如“咳嗽、吐痰一月，咯血一天”；“心慌二年，呼吸困难五天，全身浮肿二天”。如遇到有的病人，当问完现在病史后，发现其主诉与现在病史不相吻合，医生可根据现在病史找出其主要症状以作为主诉。这种情况往往发生在一些长期慢性病人身上。

三、现在病史：

是指这次患病开始直至就诊时为止的整个疾病过程的情况。询问时应注意：

（一）起病情况：问明起病的时间和症状。突然发病或缓慢起病，有无诱因或可能的原因。

（二）病情经过情况：了解初发症状及其演变经过，是进行性还是间歇性；还有那些新的症状出现；上述症状有无缓解或加重，其缓解或加重的原因等。

（三）诊治经过：患病后曾在何处诊治过，用过何种药物，用药时间的长短，效果如何；及作过何种检查，结果如何。

（四）一般症状：如发冷、发热、乏力、头痛、头晕、食欲情况、大小便情形及睡眠状况等均应进行了解。

四、过去病史：

了解病人以往的健康状况和疾病状况，特别是与这次疾病有关的病症。如风湿性心脏病者，应问及过去曾否有发热、咽痛、关节肿痛、水肿和咯血等症；如支气管扩张者，应询问幼年时有否患过麻疹、百日咳及肺炎等病史。了解过去病史，目的在于调查病因以及过去的疾病与现在疾病之间的联系，以便为现在疾病的诊断提供证据与线索。

五、个人史：

包括出生地，曾到过何地（指流行病地区），生活及饮食习惯，有无烟、酒嗜好，职业及工种（主要指与传染病有关的职业及与毒物接触的职业及其防护条件等）。

如为妇女还应了解其月经史，如有无痛经，月经周期（如 $18\frac{3-4}{28}45$ ，即表示18岁

月经初潮，每28天来潮一次，每次持续3—4天，45岁停经）。如为已婚妇女尚应了解其生育史。

六、家族史：

了解家庭主要成员（如父、母、妻、子以及兄弟、姊妹）的健康和疾病情况。特别是有些与家族有关的疾病和传染病，如高血压病、糖尿病、结核病等。

祖国医学中间诊的内容也是基本相同的，象“十问”，即：一问寒热二问汗，三问饮食四问便，五问头身六胸腹，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再兼服药参机变，妇女尤必问经带，小儿当问麻疹斑。同样提出了在询问病史时所应注意的内容及其系统性和全面性。

第二章 常見症状学

症状是疾病的现象。各种疾病，由于其病理基础不同，也就会产生各种不同的症状。通过对这些现象的分析，可以了解疾病的本质。所以要研究疾病的本质，就必须从分析症状入手。

第一节 发 热

正常机体在体温中枢调节下，其体温比较恒定，一般维持在 36°C — 37°C 之间。

正常体温相对恒定是由产热和散热的相互协调来完成的，这是一个对立统一的过程。正常情况下，产热增多散热也增多，如劳动或运动时，代谢增强，产热增多，散热也就相应增强，表现为出汗。又如在寒冷环境中，人体散热过多，也就相应地促使产热增多，从而维持了体温的相对恒定。

人体热量来源于物质的代谢，主要为糖、脂肪、蛋白质的燃烧。主要产热器官是骨骼肌和肝脏。散热则主要是通过辐射、传导、对流和体表水分蒸发来完成。位于丘脑下部的体温调节中枢控制着这种产热和散热的过程。

当体温升高超过正常范围时称为发热。发热是人的全身性反应。一方面由于发热时人体的防御功能加强，代谢增高，有利于对抗致病因子，但发热时人体的一些变化又可引起不良后果，所以应一分为二地看待发热。在致热因子作用下，使体温调节中枢的功能失常，一方面通过交感神经的兴奋作用，引起皮肤血管收缩，汗腺分泌减少以至停止，散热随之减少；另一方面通过神经体液调节，使肝脏等实质性器官的分解代谢增强，从而产热增加。由于产热多于散热，体温逐渐升高。

发热过程一般可分为三期：

一、升热期：此为体温开始升高的阶段，表现为畏寒、脸色苍白、皮肤干燥、脉搏加速。当体温迅速升高时尚可伴有寒战，此由于骨骼肌张力增高所致。升热期一般在几小时到1—2天，如疟疾、大叶肺炎；但也可持续一周左右，如伤寒。

二、热盛期：此期病人的产热和散热在较高的水平上达到了相对平衡，体温维持在一定的高度。病人有热感，且脸色潮红，呼吸和心跳加快。此期因病而异，可为几小时，如疟疾；几天，如大叶肺炎；或1—2周，如伤寒。

三、退热期：此期产热减少，散热加强，因而体温逐渐下降，最后恢复正常。退热时体温可在几小时内迅速下降至正常，称为骤退，如大叶肺炎；亦可在几天内逐渐缓慢下降，称为渐退，如伤寒。

根据发热高低，可分为低热（ 37.2°C — 38°C ）、中等热（ 38°C — 39°C ）及高热（ 39°C 以上）。根据发热时间，又可分为长期发热（发热在二周以上）及急性发热（发热在两

周以内)。

发热的原因较为复杂，大致可分为：

一、感染性发热：如各种病原微生物引起的感染。绝大部分发热是由感染引起的。其引起发热的原因是由于微生物体内存在致热原。

二、非感染性发热：常见的可有以下几类：

(一)自身组织破坏产物引起的发热：如外伤、大手术、急性溶血时的发热。

(二)恶性肿瘤：因代谢增高或肿瘤释放某种致热物质所致。

(三)中枢性发热：如脑溢血、脑外伤时影响体温调节中枢而出现发热。

(四)其他：如药物过敏等。

对发热症状进行询问时注意以下几点：

一、起病形式及病程，即询问发热是突起的或是缓起的，发热已有多长时间。如伤寒起病徐缓，体温呈梯形上升；而流感则发病急，突发高热。

二、是高热还是低热，热型如何。如败血症、疟疾、伤寒、大叶肺炎、急性胆囊炎多为高热。而肺结核、慢性胆道感染、慢性肾盂肾炎一般为低热。

三、发热有无规律性：如间日疟每隔一天发热一次；三日疟每隔二天发热一次。又如波状热，其发热持续一至数星期，以后间歇一至数星期，继后热度又升，犹如波浪起伏，可连绵达数月。

四、是否伴有发冷、寒战和出汗：如疟疾发热前有发冷及寒战，退热时大汗不止。

五、有那些伴随的全身或局部症状：各系统疾病引起的发热都有各系统的特有症状，如呼吸系统疾病引起的发热常伴有咳嗽、吐痰、胸痛、咯血等；中枢神经系统感染(脑炎、脑膜炎等)则伴有头痛、呕吐、昏迷等症状；此外应询问有无皮疹及皮下、牙龈和鼻腔出血等。

六、有无传染病接触史：如麻疹、水痘、流行性脑脊髓膜炎等常可问出传染病接触史。

第二节 水 肿

液体在组织间隙内存积过多便称之为水肿。发生水肿的组织体积增大，重量增加，弹性减退，组织缺血，颜色苍白，温度降低。

正常时血液和组织间的水代谢，是在血液、间质(结缔组织)和细胞浆等三个胶体体系内进行的。液体在三者之间的移动方向取决于毛细血管内压，血浆和组织的胶体渗透压以及毛细血管的通透性等因素。

正常机体，其毛细血管内压(其动脉端为32毫米汞柱，静脉端为12毫米汞柱)及组织胶体渗透压(为15毫米汞柱)是使液体从血管进入组织间隙的力量；而血浆胶体渗透压(为30毫米汞柱)是使液体从组织间隙回到血管中的力量。所以：

在毛细血管动脉端其外压力总和 $=32\text{mmHg}+15\text{mmHg}-30\text{mmHg}=17\text{mmHg}$ ，使

液体自血管滤出到组织内，形成组织液；

在毛细血管静脉端其内向压力总和 $=30\text{mmHg}-12\text{mmHg}-15\text{mmHg}=3\text{mmHg}$ ，使组织间液体被回吸到血管内（图1）。此外亦有一部分组织液进入淋巴管，以后进入血液。

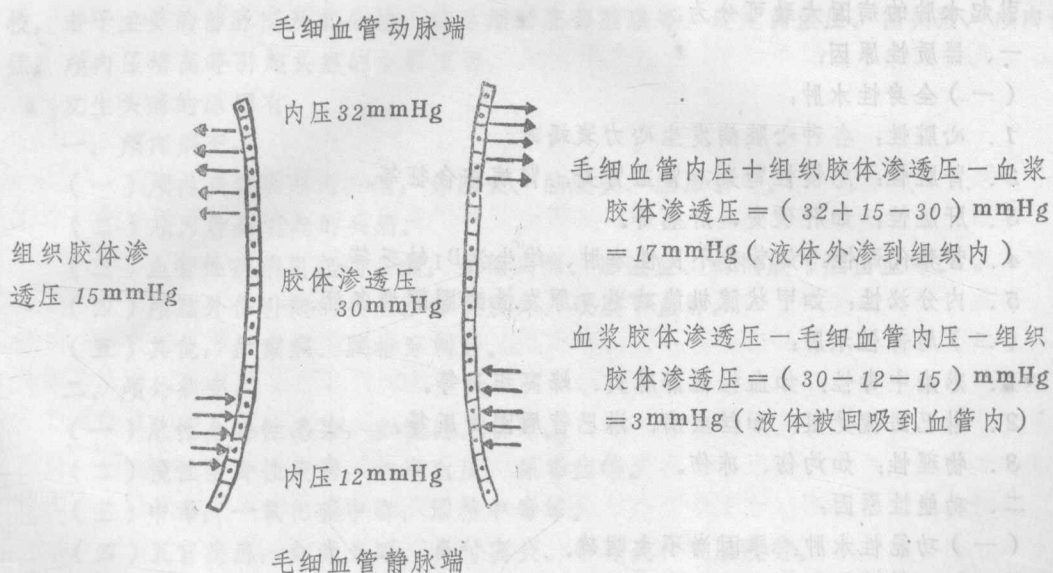


图1 组织液形成模式图

因此，在正常情况下，血液和组织内的体液保持平衡关系，组织内没有过量的液体积聚。

当维持组织与血液间液体平衡的各种因素发生变化时，即可引起水肿。这些影响因素为：

一、毛细血管内压升高：当全身及局部静脉淤血时，可使毛细血管内压升高，因而组织液生成增多而回流减少，以致形成水肿。此种情况最常见于心力衰竭。

二、血浆胶体渗透压降低：血浆胶体渗透压主要决定于血浆白蛋白的浓度。正常血浆白蛋白的浓度为 $4-5\text{克}\%$ ，若下降到 $2-3\text{克}\%$ 左右就可发生水肿。像营养不良性水肿就是由此而发生的。

三、组织渗透压升高：如在心力衰竭或肾炎又进食钠盐过多时，体内钠潴留过多，组织晶体渗透压升高而造成水肿。炎症时，局部代谢增强，蛋白分解不全产物增多，并有大量的血浆蛋白渗出到局部，环境趋向酸性， $[K]^+$ 和 $[H]^+$ 增多，使组织胶体的亲水性增强，这些均可使组织胶体渗透压升高而导致水肿。

四、毛细血管通透性升高：例如急性肾炎时由于全身血管的变态反应使毛细血管通透性升高，此时不仅水分渗出增多，而且血浆蛋白亦可经管壁透出到组织中，因而组织胶体渗透压增高而造成水肿。

五、淋巴循环障碍：如淋巴管受肿瘤、瘢痕等压迫时可使淋巴回流受阻而发生水肿。

引起水肿的病因大致可分为：

一、器质性原因：

(一)全身性水肿：

1. 心脏性：各种心脏病发生心力衰竭时。

2. 肾脏性：急慢性肾炎、肾盂肾炎、肾病综合征等。

3. 肝脏性：如肝硬化、肝癌等。

4. 营养代谢性：如营养不良性水肿、维生素B₁缺乏等。

5. 内分泌性：如甲状腺机能减退、原发性醛固酮增多症。

(二)局部性水肿：

1. 感染中毒性：如血栓性静脉炎、蜂窝织炎等。

2. 淋巴回流受阻：如丝虫病、淋巴管周围受压等。

3. 物理性：如灼伤、冻伤。

二、功能性原因：

(一)功能性水肿：原因尚不太明确。

(二)卵巢功能紊乱：如经前期水肿。

对水肿进行问诊时须注意下列各点：

一、水肿部位及初发情况：一般说来，肾脏性水肿发生迅速；心脏性水肿则为逐渐形成。心脏性水肿，先发生于下肢，进一步出现于面部及上肢，严重时胸腔腔均可积液；肾脏性水肿，起始于眼睑，继而向下蔓延乃至全身浮肿；肝硬化性水肿，则先是腹腔积液，继而因蛋白及其他营养的缺乏乃出现下肢以至全身的水肿。

二、水肿程度：肾脏性、心脏性及肝脏性的水肿多较严重；功能性水肿及经前期水肿则多较轻。

三、伴随症状：如心脏性水肿的病人常同时有心悸、呼吸困难等症状；肝脏性水肿者常有消化不良、鼻衄、牙龈出血甚至黄疸等症状。

四、过去病史及月经史：肝脏性水肿者常可问出以往有肝脏疾患的病史；经前期水肿病人可问出水肿发生和月经的关系。

第三节 头 痛

头痛是很常见的症状，其产生原理为：

一、头部存在疼痛刺激病灶：颅外各层组织对痛的刺激均十分敏感，故无论是头

皮、皮下组织、肌层、骨膜出现病灶都可引起头痛。此外疼痛不仅局限于病灶周围，而且可以由于神经元兴奋的中枢扩散作用，可使疼痛扩散到更为广泛的部位，这是五官疾病引起头痛的重要原因之一。

二、颅内疼痛敏感结构的影响：当对疼痛敏感的结构受到牵拉，炎性刺激或血管扩张时均会引起头痛。这些对疼痛敏感的结构主要有脑膜动脉，脑基底部的动脉及其分枝，若干主要的静脉窦及其分枝，前后颅凹底部脑膜等。这是高血压、偏头痛、颅内炎症、颅内压增高等引起头痛的主要原因。

发生头痛的原因有：

一、颅内病变：

(一) 颅内炎症引起的头痛：如脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。

(二) 颅内肿瘤引起的头痛。

(三) 血管性疾病引起的头痛：如偏头痛、脑溢血、蛛网膜下腔出血等。

(四) 颅脑外伤引起的头痛：如硬膜外、硬膜下血肿。

(五) 其他：如癫痫、腰椎穿刺后。

二、颅外病变：

(一) 急性全身性感染：如流感、伤寒。

(二) 慢性全身性疾病：如高血压、尿毒症等。

(三) 中毒：一氧化碳中毒、酒精中毒等。

(四) 五官疾患：如青光眼、鼻付窦炎、中耳炎和眼肌疲劳。

(五) 颈部疾患：颈椎关节炎、颈肌炎症等。

三、神经机能性头痛：其发病原理尚不十分清楚。

由于头痛很为常见，且有时为某些严重疾病的早期或突出症状，因此在询问病史时必须详细认真。问诊时须注意下列各点：

一、头痛发作情况：头痛是急性发作还是慢性的，晨起为重还是晚间为重；是持续性发作或间歇发作；持续多久时间，病程多久等等均须加以询问。如颅内炎症、蛛网膜下腔出血引起的头痛常急性发作，而眼肌疲劳引起的头痛则多为慢性发生；颅内高压引起的头痛常为持续性，而偏头痛则呈发作性。

二、头痛的性质和程度：是钝痛、胀痛、跳痛、灼痛或电闪样痛；痛的程度如何；头痛发作前有无先兆等。如高血压引起的头痛为钝痛或跳痛，三叉神经痛为电闪样痛；又如偏头痛在发作前可有视觉闪光、暗点、偏盲、暂时性失语、半身麻木或运动障碍等先兆。

三、头痛的部位：要询问头痛局限于某一部位，还是全头痛；是否经常固定于某一部位，还是头痛部位不固定。如高血压病头痛常位于额部或枕部；偏头痛则多局限于一侧额、颞或眶后部；颅内炎症引起的头痛则常为全头性剧痛。

四、诱发、加剧或缓解的因素：要询问当咳嗽、憋气、用力、头位转动或体位转动时头痛是否因之加剧或缓解，头痛发作与月经或情绪激动有否关系等。如占位性病变

(脑肿瘤等)的头痛常可以因咳嗽、用力、转动头位而使头痛加剧;高血压引起的头痛在睡醒时加重,从卧位坐起或休息时头痛可减轻。又如偏头痛常可因月经来潮,情绪激动而诱发。

五、伴发症状:注意询问有无恶心、呕吐、视力减退、肢体无力和麻木、瘫痪、意识障碍及失眠、记忆力减退、注意力涣散等症状。如颅内炎症引起头痛常伴有呕吐、昏睡等症状;青光眼常伴有恶心、呕吐和视力减弱;而神经机能性头痛则常有注意力涣散、记忆力减退、失眠等症状。

第四节 昏 迷

意识完全丧失称之为昏迷,是意识障碍中最为严重的表现,此时用任何刺激不能使患者清醒。

昏迷是由于某些病理原因造成的高级神经活动重度抑制状态。

要判断意识状态须要观察病人的随意运动、感觉、反射和植物神经等方面情况,但最主要的是观察病人对于语言、触觉、疼痛与光刺激所产生的反应。根据反应的程度可将昏迷分为浅昏迷及深昏迷。浅昏迷病人意识虽丧失,对周围事物无反应,但患者的一些浅反射(如角膜反射)尚存在。深昏迷者一切反射均消失。

昏迷与晕厥的不同仅在于后者只是瞬间的意识丧失。晕厥是由暂时性脑缺血、脑缺氧所致。

引起昏迷的原因很多,可分类如下:

一、颅内病变:

(一)感染性疾病:各种中枢神经系统感染,如脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。

(二)非感染性疾病:脑血管病(脑溢血,脑血栓形成等),颅脑外伤,肿瘤,癫痫等。

二、颅外病变:

(一)感染性疾病:如中毒性脑病(常见于中毒型肺炎、中毒型痢疾时)。

(二)非感染性疾病:

1. 心血管疾病:休克、心力衰竭等。

2. 肝脏疾病:如肝硬变、肝坏死。

3. 代谢性疾病:如糖尿病。

4. 中毒性疾病:如有机磷农药中毒,一氧化碳中毒,安眠药中毒。

5. 其他:中暑、过敏等。

昏迷病人的病史,应向其家属或陪伴者了解。为了查明发病原因,应注意以下几点:

一、了解昏迷是主要的首发症状,还是在疾病的发展中逐渐发生的。如脑溢血、一氧化碳中毒、中暑等昏迷可能成为首发的症状;又如肝昏迷、尿毒症、心力衰竭等则昏

迷只有当疾病发展到严重阶段时方才出现。

二、了解昏迷时间及伴随症状，如昏迷前有无头痛、呕吐、抽搐、发热等。

三、有无药物中毒史、外伤史。

四、原有何种疾病，如肝炎、肾炎、高血压、糖尿病等。

但有时却往往因为病人已无法亲自提供病史，而家属及陪伴人又不知道病情，此时大致可按以下步骤进行侦察：

一、检查有无外伤迹象，若有外伤应鉴别是外伤导致昏迷，还是其他病因引致昏迷后而发生继发性外伤。

二、有重点地进行神经系统检查，以确定有无神经系统疾病。

三、进行全面体格检查并配合若干必要的临床检验以了解有无其他疾病。

第五节 咳嗽和吐痰

咳嗽是呼吸系统疾病常见的症状，也是一种反射性的保护动作。呼吸道内的分泌物或异物，须借咳嗽动作而排出体外，以维持正常的通气功能和保持呼吸道的清洁。

当呼吸道粘膜受到刺激时，通过传入神经（支气管壁经迷走神经分支，鼻腔经三叉神经，咽峡经舌咽神经），将刺激传入延髓的咳嗽中枢（靠近迷走神经中枢和呼吸中枢）；由此中枢再将冲动传向运动神经，即通过喉下神经传至咽头肌肉，通过膈神经传至膈肌和通过脊髓神经传至呼吸肌，这些肌肉协调的运动便引起咳嗽动作（深吸气后，声门关闭，继以急骤的呼气，冲击狭窄的声门裂隙）。此外咳嗽反射亦受大脑皮层的支配，所以人们可以随意的作咳嗽动作或抑制咳嗽。

咳嗽与吐痰常见于下列疾病：

一、呼吸道异物的刺激，如烟、尘、毒气、气管异物及肿瘤压迫等。

二、支气管与肺组织的炎症，如支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺脓肿等。

三、反射性咳嗽，如胸膜炎。

询问咳嗽和吐痰症状时应注意：

一、起病情况：急性咳嗽见于呼吸道急性炎症或异物吸入；慢性咳嗽见于慢性支气管炎、肺结核等。

二、咳嗽的性质：干性咳嗽见于呼吸道受压或粘膜受刺激，如喉炎、支气管炎初期、胸膜炎等；湿性咳嗽见于慢性支气管炎、肺炎等。

三、咳嗽的音色：金属音调的咳嗽见于纵隔肿瘤及主动脉瘤直接压迫气管时；嘶哑的咳嗽见于声带发炎；无声咳嗽见于声带水肿或溃疡，喉返神经麻痹等。

四、咳嗽的时间：如支气管扩张、慢性支气管炎在早晨咳嗽加剧，这是因为夜间痰液积聚之故；又如肺结核、支气管淋巴结肿大则夜间咳嗽较重，这是由于夜间迷走神经兴奋性增高所致。

五、吐痰情况：