

严格按照 2001 年 - 2002 年新大纲编著的权威版本



国成人高考专用

医学临床

(诊断学和外科总论)

编审：成人高考试题研究组

主编：刘洁

中华工商联合出版社

根据教育部最新制订的全国成人高考复习考试大纲编写

全国成人高考专用教材

——“3+2”考试专业课

医学临床

(诊断学和外科总论)

编审:成人高考试题研究组

主编:刘洁

中华工商联合出版社

责任编辑:孟斌
封面设计:李笃平

图书在版编目(CIP)数据

全国成人高考专用教材.医学临床/《全国成人高考专用教材》编写组编.一北京:中华工商联合出版社,2000.8

ISBN 7-80100-684-4

I.2... II.2... III.医学临床-成人教育:高等教育-入学考试-教材 IV.G723.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 66994 号

中华工商联合出版社 出版、发行

北京东城区东直门外新中街 11 号

邮编:100027 电话:64153909

河北涿州蕴铂印刷有限责任公司

新华书店总经销

787×1092 毫米 1/16 印张 16 420 千字

2000 年 10 月第 1 版 2000 年 10 月第 1 次印刷

印数:1-6000 册

ISBN 7-80100-684-4/G·239

本册定价:20.00 元

全套定价:220.00 元

前 言

本丛书严格根据教育部 2000 年 6 月颁布的《2001——2002 年全国各类成人高等学校招生复习考试大纲——高中起点升本、专科》精编而成。

本套丛书由具有多年教学经验,从事成人高考辅导的教师以及相关学科的学者、专家成立专门的研究组,以大纲为依据编审而成,是为帮助报考各类成人高等学校(包括广播电视大学、职工高等学校、管理干部学院、教育学院和教师进修学校;独立设置的函授学院、普通高等学校举办的干部专修科、师资科、脱产班、函授部、夜大等)的考生准备的,丛书分为三类:

A《全国成人高考专用教材》包括政治、语文、数学(文科)、数学(理科)、历史、地理、物理、化学、英语、医学基础(人体解剖学和生理学)及医学临床(诊断学和外科总论)11 个分册;

B《全国成人高考应试教程》包括文科、理科、西医科 3 个分册;

C《全国成人高考命题预测试卷精选》包括文科、理科、西医科 3 个分册。

A 类是成人高考单科复习专用教材,紧扣大纲、内容翔实、重点突出、题型与练习贴近考试实际,实用性、针对性强。附有近三年的全国统考试题和答案,另附有考试大纲方便学习。

B 类是各科合订本,文科含政治、语文、数学(文)、历史、地理五科;理科含政治、语文、数学(理)、物理、化学五科;西医科含政治、语文、数学(理)、人体解剖学、生理学五科,各科包括【知识结构】、【考点分析】、【同步练习】、【练习答案】,针对成人高考复习时间短,基础不扎实特点,按知识点一个一个地验收和检测,让考生迅速掌握考试大纲要求的知识,在短期内取得应考的理想成绩,本书也附有考试大纲和最新考题。

C 类也是各科合订本,即文科、理科、医科,此试卷合页装订,塑料袋精装,携带和使用方便。真卷设计、题题精当、套套精选,便于考生实际模拟以及进入考场前熟悉题型、题量,使考试时产生更多“似曾相识”和“早已做过这道题”的兴奋。文科含政治、语文、数学(文)、历史、地理五科,每科含 6 套试卷;理科含政治、语文、数学(理)、物理、化学五科,每科含 6 套试卷;西医科含政治、语文、数学(理)、人体解剖学、生理学五科,每科含 6 套试卷。附送各套试题的答案及答题卡。

《全国成人高考专用教材·医学临床》一书是完全依据教育部 2000 年 10 月批准公

布的全国成人高校医学门类专业,高中起点升专科的“3+2”考试专业课复习大纲编写而成。考生需要重视以下说明:

1. 原“3+2”成人高校医学类考试专业课《人体解剖学》和《生理学》经专家论证更改为《医学基础》和《医学临床》将由教育部委托卫生部科教司命题。本书严格按照《医学临床》的考试大纲编写,包括诊断学和外科总论两部分,并且重点突出。

2. 本书为方便考生作教材使用,有较为详细的临床病例。并讲练结合,配有考试统一题型的检测练习题。

3. 本书附有新大纲要求、试卷结构、题型示例等考生必须了解的内容。

愿本书助您乘上成人高考的直通车,圆您大学梦!

本书编写组

2000年10月

目 录

第一部分 诊断学

第一章 绪论	(1)
第一节 诊断的定义	(1)
第二节 诊断学的内容	(1)
第二章 常见症状	(3)
第一节 发热	(3)
第二节 疼痛	(4)
第三节 咳嗽与咳痰	(7)
第四节 咯血	(8)
第五节 呼吸困难	(9)
第六节 紫绀	(10)
第七节 水肿	(11)
第八节 腹泻	(13)
第九节 呕血与便血	(14)
第十节 黄疸	(15)
第十一节 昏迷	(16)
第三章 问诊	(26)
第四章 体格检查	(30)
第一节 基本检查法	(30)
第二节 一般检查	(32)
第三节 头部检查	(39)
第四节 颈部检查	(42)
第五节 胸部检查	(44)
第六节 腹部检查	(64)
第七节 肛门与直肠检查	(69)
第八节 脊柱和四肢检查	(70)
第九节 神经系统检查	(71)
第五章 实验室检查	(96)
第一节 血液检查	(96)
第二节 尿液检查	(103)
第三节 粪便检查	(107)
第六章 心电图检查	(114)
第一节 心电图导联	(114)
第二节 心电图各波、段、间期的命名	(114)
第三节 心电图各波、段、间期的测量法	(116)
第四节 心电图的临床应用	(117)
第七章 X线检查	(120)
第一节 常用X线检查方法	(120)
第二节 胸部疾病基本X线表现	(121)
第八章 超声检查	(125)
第一节 超声诊断原理	(125)
第二节 超声检查的主要用途	(126)
第九章 诊断的步骤及思维方法	(127)
第一节 诊断步骤和思维方法	(127)
第二节 诊断原则方法和内容	(128)
第十章 内科常用诊疗技术	(130)

第二部分 外科总论

第一章 绪论	(133)
第二章 外科无菌技术	(135)
第三章 体液失衡与补液	(145)
第一节 体液平衡	(145)
第二节 体液失衡	(146)
第三节 补液	(150)
第四章 输血	(158)
第一节 同种输血	(158)
第二节 血液成分制品和血浆增量剂	(159)
第五章 休克	(163)
第一节 概述	(163)
第二节 外科常见的休克	(167)
第六章 多系统器官衰竭	(172)
第一节 概述	(172)
第二节 急性肾功能衰竭	(173)
第三节 急性呼吸窘迫综合征	(174)
第七章 麻醉	(177)
第一节 麻醉前准备	(177)
第二节 局部麻醉	(178)
第三节 椎管内麻醉	(180)
第四节 全身麻醉	(182)
第八章 复苏	(192)
第一节 心跳呼吸骤停	(192)
第二节 心肺脑复苏法	(192)
第九章 围手术期处理	(199)
第一节 手术前准备	(199)
第二节 手术后处理	(200)
第十章 外科营养	(205)
第一节 概述	(205)
第二节 外科病人的营养支持	(206)
第十一章 外科感染	(208)
第一节 概述	(208)
第二节 常见软组织急性化脓性感染	(209)
第三节 全身性感染	(210)
第四节 特异性感染	(210)
第十二章 损伤	(219)
第一节 软组织损伤	(219)
第二节 烧伤	(220)
第三节 毒蛇咬伤	(220)
第十三章 肿瘤	(228)
第一节 概述	(228)
第二节 常见体表肿瘤与肿块	(230)
附录一 医学临床考试大纲(诊断学和外科总论)	(234)
附录二 医学临床(诊断学和外科总论)试卷结构	(246)
附录三 医学临床题型示例——诊断学	(247)
附录四 医学临床题型示例参考答案——诊断学	(248)
附录五 医学临床题型示例——外科总论	(249)
附录六 医学临床题型示例参考答案——外科总论	(250)

第一部分 诊断学

第一章 绪 论

第一节 诊断的定义

诊断是临床医学的一个基本课程,是研究临床医学中辨识疾病的方法学。“诊断”一词有“认识、判断”的意思。诊断学就是认识疾病和病人健康情况的科学。

临床医生为了治疗疾病,解除病人的痛苦,必须认识和了解病人所患的疾病,诊断疾病的过程就是认识疾病发生发展的过程。疾病是病人身体的病理反应。由于个体之间的差异,不同病人对同一疾病可能有不同的反应,因此疾病的临床表现和发展过程也有所不同,同一病人在疾病不同时期和不同内在和外在条件下,疾病的临床表现和对治疗的反应也可能有所不同,因此,诊断不仅包括了认识疾病,还应了解病人的全面健康情况。医生对疾病正确而及时的治疗取决于正确的诊断,正确的诊断是治疗,估计预后和制定预防措施的前提。

第二节 诊断学的内容

诊断学的基本内容是方法学,根据方法学不同,诊断学可以分为以下几类。

一、症状诊断学

症状指的是病人自己感受到的疾病所引起的一些生理功能改变(如发热、胸痛等),或是病理形态的改变(如肿块等)。唯有病人自己对这些不正常现象感受最深,而且了解得最清楚。医生通过与病人交谈以及听取病人的所述(问诊、询问病史)对病人进行检查,可以了解到各种症状的发生和发展过程。同一症状因疾病种类不同,其表现各有特点。

二、体检诊断学

体格检查是医生利用自己的感觉器官或借助于简单的工具对病人进行整体、系统的检查,从而发现疾病所引起的一些病态变化,称为体征。具体的检查方法有视诊、触诊、叩诊和听诊。通过对问诊和体格检查所发现的疾病的临床表现进行分析和推理,对大多数的疾病均可得出正确的诊断。

三、实验诊断学

疾病可以使病人的体液、分泌物和排泄物的成分以及各种生理功能发生变化,实验诊断就是利用各种物理学、化学、生物学等检查方法对病人的体液、分泌物和排泄物以及各种生理功能进行检查,以助疾病的诊断。临床医生对实验诊断检查的结果必须结合临床资料进行考虑,切不可单独根据某一实验检查的数据作出诊断。

四、特殊检查诊断学

特殊检查法指的是利用各种精密仪器对病人进行诊断检查的方法。随着科学技术的不断发展,诊断检查所采用的仪器越来越多。不同的检查方法,对临床诊断各有其应用范围和价值,有些特殊检查法已发展成为独立的专门学科,临床上常用的特殊检查法有:

1. 放射诊断学:利用X线对人体不同组织通透力的差别,X线透视和照片对诊断人体各器官和各组织的病变有一定价值。有些病变的部位、轮廓和性质可在X线的影像中显示出来。通过记波摄影、断层和造影等技术的临床应用,以及近年发展起来的计算机体层摄影技术和核磁共振技术的应用,X线检查在临床诊断中的应用范围和价值进一步扩大和提高。

2. 核素诊断学:核素诊断学是利用放射性同位素示踪技术来观察人体某些病理生理状态,或是利用放射性同位素扫描技术来检查某一脏器病变或肿物的检查方法。这种检查方法可以测定某些生理功能的变化,测定某一器官的组织的病变,以辨别病变的性质。临床诊断所用的放射性同位素剂量很小,而且所选用的放射性同位素的半衰期不长,因此对接受检查的病人不致引起放射性损害。

3. 超声诊断学:超声波通过各组织结构的界面时,将收到的回声反射波用光点连续扫描法显示于波屏上,使某些器官和组织的影像显示出来,即超声显像诊断法,超声技术的临床应用,可以测定某一器官病变或肿物的位置和大小,区别病变的性质,以及观察某些器官的功能改变,并观察某些器官的运动变化,超声多普勒技术可以测定某一特定部位的血流速度和异常分流途径。

4. 心电图学 心脏在功能活动时所产生的微弱生物电,通过人体表面上特制的仪器描记成为连续的曲线,即为心电图。临床上心电图可用于诊断心律失常、心房和心室肥厚、冠心病特别是心肌梗死等。但是,心电图所记录的只是在心脏功能活动时心肌的生物电变化,而不能判断心脏的病理变化及其原因,以及心脏的功能状态。有些心电

图的不正常现象可能不是心脏病的表现,而有些心脏病严重的病人心电图可正常。因此,心电图对心脏病的诊断虽有一定的价值,而且在某些方面可能有很大的价值,但其应用范围及临床应用价值仍有一定的限度。

5. 内镜检查法 内镜检查法是利用各种内镜,如眼底镜、耳镜、支气管镜、食管镜、胃镜、结肠镜、胸腔镜、腹腔镜、膀胱镜、阴道镜等,对某一特定器官或部位进行检查以助诊断的方法。通过各种内镜对所检查的器官或部位直接观察,摄影或采取小块组织或分泌物作病理检查,可有助于确诊各受检器官或组织病变的性质。然而,各种内镜检查各有其应用范围和禁忌症,而且有些内镜检查还可给病人带来一定痛苦甚至危险。因此,应根据病人的临床表现进行分析,严格掌握适应证,选用相应的内镜检查。

五、其他诊断法

1. 试验治疗诊断法:有些病人所患的疾病经各种诊断方法进行检查后,诊断仍不能确定。但是,考虑其所患疾病可能为某种疾病,且所考虑的疾病有特效药物治疗时,可试用这种特效药进行治疗,根据对药物的反应可以肯定或否定所考虑的疾病。

2. 手术探查疗法:对于诊断难以确定,但考虑所患的疾病有可能进行手术治疗,而同时危险性不大时,可考虑试行手术探查。在手术探查过程中,可直接观察病变的部位和性质,或在病变部位采取组织标本作病理检查以助诊断,同时还可能达到手术治疗的目的。

诊断检查病人的方法虽种类繁多,但在临床工作中,问诊及体格检查是临床医生必须熟练掌握的检查病人的基本方法。问诊及体格检查这两种临床医学的基本检查方法,不仅适用于内科,而且适用于其他临床各专业学科。

诊断学的学习对象是病人。问诊是临床医生接触病人进行检查的第一步,是医生与病人建立良好关系和取得病人信任的开端。体格检查是继问诊之后的重要检查方法。在临床实际工作中,视诊、触诊、叩诊和听诊可以穿插进行。实际上,医生于开始接触到病人时,即已开始进行视诊。医生以其敏锐的观察能力可以发现某些重要的体征如黄疸、特殊面容、呼吸的类型等。有些疾病通过问诊即可得出正确的诊断,如心绞痛或溃疡病患者对疼痛这一症状的典型描述。有些疾病通过问诊虽不能作出正确的诊断,但为进一步选择检查病人的方法,其中包括比较复杂的实验诊断及特殊诊断检查法,提供有价值的线索。对大多数疾病,通过问诊和体格检查,均可能得出正确的诊断。选用特殊检查法所得出的检查结果或是对初步诊断加以证实,或是发现更多的病态现象以助诊断。选用特殊诊断检查法应以门诊及体格检查后所提供的线索为依据,严格掌握各该检查法的适应证,注意其禁忌证,尽可能避免给病人带来不必要的创伤、痛苦或危害。尽管如此,有时仍难作出结论。需经过一段时间的观察或多次重复某些检查才能作出比较合理的结论。有时甚至只能以逐项排除的方法以作出一个相对合理的诊断。

【考试要点强化训练】

名词解释

1. 症状
2. 体征

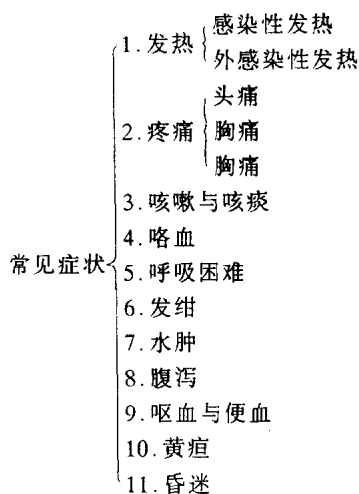
【强化训练参考答案】

名词解释

1. 病人能够主观感受到不舒服感,异常感觉或病态改变,称为症状。
2. 医师或其他人能客观检查到的异常改变称为体征。

第二章 常见症状

【知识结构网络图示】



【考试大纲内容详解】

第一节 发 热

正常人的体温在大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢的控制下,保持相对恒定。当体温调节功能发生障碍,致体温升高超出正常范围,称为发热(fever)。发热是人体防御疾病的一种反应。体温升高是发热的客观标志。

【病因】

发热的病因甚多,是临床最常见的症状之一。根据致热原的性质和来源不同,常分为感染性发热和非感染性发热两大类。前者较多见。

1. 感染性发热 各种病原体包括细菌、病毒、支原体、立克次体、螺旋体、霉菌、寄生虫等引起的急性、慢性、局限性、全身性感染,均可引起发热。这是因为病原体的代谢产物及其毒素直接作用于单核细胞、巨噬细胞系统而使其释放出致热原所致。

2. 非感染性发热 有下列几类原因:

(1) 组织损伤坏死物质吸收:见于手术、组织损伤、严重外伤、烧伤、内出血、大血肿吸收、血管栓塞(如心肌梗塞)等。

(2) 恶性肿瘤:见于肝癌、肺癌、肾癌等。

(3) 血液系统疾病:见于急性白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病等。

(4) 免疫性疾病:抗原抗体反应的结果。见于风湿样疾病、风湿热、药物热、血清病等。

(5) 内分泌与代谢障碍:产热过多或散热过少所致。见于甲状腺功能亢进、惊厥、重度脱水等。

(6) 皮肤散热障碍:见于广泛性皮炎、鱼鳞病。此外,慢性心功能不全时由于心排血量降低,皮肤血流量减少,以及水肿的隔热作用,使散热减少而引起低热。

(7) 体温调节中枢功能障碍:由于物理(如中暑)、化学(如安眠药中毒)、机械性因素,如脑震荡、脑出血等。

(8) 植物神经功能紊乱 由于植物神经功能紊乱,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,常伴有植物神经功能紊乱的其他表现。常见的功能性低热包括感染后低热,夏季低热和生理性低热。

【临床表现】

一、发热的分度 按发热的高低可分为:

低 热 37.3~38℃

中等度热 38.1~39℃

高 热 39.1~41℃

超高热 41℃以上

二、发热的临床过程及特点 发热的临床经过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。

该期产热大于散热使体温上升,体温上升有两种方式。

(1) 骤升型:体温在几小时内达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴有寒战。小儿多伴有惊厥。见于疟疾、大叶肺炎、败血症、流行性感、急性肾盂肾炎、输液或某些药物反应等。

(2) 缓升型:体温逐渐上升在数日内达高峰,多不伴寒战。如伤寒、结核病、布鲁氏菌病(brucellosis)等所致的发热。

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,大叶肺炎、流行性感、可持数天,伤寒则可为数周。

寒战消失;皮肤血管由收缩转为舒张,使皮肤发红并有灼热感;呼吸加快加剧;开始出汗并逐渐增多。使产热与散热过程在较高水平上保持相对平衡。

3. 体温下降期 由于病因的消除,致热原的作用逐渐减弱或消失,体温中枢的体温调定点逐渐降至正常水平。产热相对减少,散热大于产热,使体温降至正常水平。此期表现为出汗多,皮肤潮湿。体温下降有两种方式。

(1) 骤降(crisis):是指体温于数小时内迅速下降至正常,有时可略低于正常,常伴有大量淋漓。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶肺炎及输液反应等。

(2) 渐降(lysis):指体温在数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

【热型及临床意义】

在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,将各体温数值点连接起来成体温曲线,该曲线的不同形态(形状)称为热型(fever type)。不同的病因所致发热的热型也常不同。临床常见的热型如下。

1. 稽留热(continus fever) 体温恒定地维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周。24h 内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

2. 弛张热(remittent fever) 又称败血症热型。体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24h 内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上,常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。

3. 间歇热(intermittent fever) 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。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 波状热(undulant fever) 体温逐渐上升达 39°C 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。常见于布鲁菌病。

不同的发热性疾病各具相应的热型,根据热型的不同有助于发热病因的诊断或鉴别诊断。但必须注意:①由于抗生素的广泛应用,及时控制了感染,或因解热药与肾上腺皮质激素的应用,可使某些疾病的特征性热型变得不典型或成不规则热型;②热型也与个体反应性的强弱有关,如老年人体克型肺炎时可有低热或无发热,而不具备肺炎的典型热型。

第二节 疼 痛

疼痛(pain)是临床常见的症状,也是促使病人就医的主要原因。疼痛又是一种警戒信号,对机体的正常生命活动具有保护作用,使机体采取措施避开或去除造成疼痛的因素。但强烈或持久的疼痛又会造成生理功能的紊乱,甚至休克,因此对疼痛必须了解病因,明确诊断,恰当处理,以解除病人痛苦。

一、头痛

头痛(headache)是指额、顶、颞及枕部的疼痛。很多疾病都可出现头痛症状,大部分无特殊意义,例如全身感染发热性疾病往往伴有头痛。精神紧张、过度疲劳也可有头痛。但反复发作或持续的头痛,可能是某些器质性疾病的信号,应认真检查,明确诊断,及时治疗。

【病因及临床表现】

(一)颅内病变

1. 感染性疾病 如脑炎、脑膜炎、脑膜脑炎、脑脓肿等。常伴有发热、恶心、呕吐、脑膜刺激征或病理反射。为深在性全头痛。

2. 占位性病变 如脑瘤、肿瘤颅内转移、脑寄生虫病(脑囊虫病、脑血吸虫病)等。头痛呈进行性加重。并有颅内压增高表现。

3. 颅内血管病 如脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、脑供血不足、风湿性脑动脉炎、高血压脑病等。脑血栓形成、脑栓塞的头痛呈胀痛、跳痛或钝痛,可伴有偏瘫及其他神经系统表现。肺性脑病为全头痛。蛛网膜下腔出血多见于青壮年,常突然出现剧烈头痛,伴有呕吐及脑膜刺激征。高血压脑病是因血压突然升高而表现的一种综合征,常有剧烈头痛。风湿性脑动脉炎大多有相当剧烈的头痛,为胀痛或跳痛,部位不定,伴有偏瘫、单瘫、失语等。

4. 颅内外伤 如脑外伤综合征、脑挫裂伤、硬脑膜下血肿等。

5. 其他 偏头痛、丛集性头痛(组织胺性头痛)、头痛型癫痫、腰椎穿刺后及腰椎麻醉后头痛等。偏头痛为发作性一侧头痛。发作前可能有视觉障碍或语言障碍等先兆,随后出现一侧头痛,为胀痛或跳痛,常伴有恶心、呕吐。

(二) 颅外病变

1. 颅骨疾病 颅底凹陷症、颅骨内板增生症、颅骨肿瘤、颈椎病等均可引起头痛。

2. 神经痛 如三叉神经痛、舌咽神经痛、枕神经痛。三叉神经痛为单侧面部发作性电击样、短促而剧烈的疼痛。舌咽神经痛主要位于一侧咽后部、喉部、扁桃体及舌根等处,为发作性剧烈疼痛。持续数秒至数分钟,常向患侧的外耳道放射。枕神经痛位于枕后及颈部,疼痛较剧烈,可为一侧或双侧。呈持续性阵发性增强,有时为发作性,常向头顶放射。转头、咳嗽或震动头部使疼痛加剧。

3. 颞动脉炎 是一种全身性血管病。为单侧或双侧颞部的剧烈疼痛,常于夜间加剧。

4. 肌收缩性头痛(紧张性头痛) 慢性头痛中最常见的一种。是由于头部或颈部肌肉持久收缩以及继发血管扩张引起。发作常有明显的精神因素。为双侧性、持续性痛,紧张、焦虑、烦躁时加重,故又叫精神性头痛或神经性头痛。

5. 眼原性、耳原性、鼻原性、牙原性头痛 因眼疾患引起的头痛比较常见,位于眼球附近,也可在前额、后枕部或全头部,为钝痛。对头痛原因未明者应进行眼科检查。多因视力疲劳、屈光不正、青光眼所致。中耳炎、乳突炎引起的头痛多在原发灶周围,可向同侧颞部放射。鼻炎、鼻窦炎常引起前额及鼻根部疼痛,多为钝痛。牙齿疾患所致疼痛常局限于患齿部位,为持续性搏动性痛,有时可累及三叉神经。

(三) 全身性疾病

1. 感染 感染性疾病如流行性感冒、伤寒等发热疾病常可引起剧烈的头痛。位于前额部、后枕部或全头部。

2. 心血管疾病 高血压性头痛的程度与血压高低并无平行关系,可因血压突然升高而头痛加重。慢性心功能不全时,由于静脉压升高而发生头痛。

3. 中毒 铅、酒精、一氧化碳、有机磷、颠茄类药物等中毒及服用血管扩张剂,均可产生不同程度的头痛。

4. 中暑 常表现剧烈头痛。

5. 其他 尿毒症、低血糖、贫血、肺性脑病、系统性红斑狼疮等可引起头痛症状。

(四) 神经官能症 由于长期神经过度紧张、精神刺激、焦虑所致头痛部位常不固定,性质多样化,可呈重压感、紧箍感、胀痛、麻痛等。常伴有其他植物神经功能紊乱的症状。见于神经衰弱、癔病、失眠等。

二、胸痛

胸痛(chest pain)是胸内、外疾病常见的症状。由胸壁、胸膜及胸内脏器疾病引起。有时剧烈,有时轻微。其严重程度与病情轻重不一定相一致。

【病因及发生机理】

胸部的各种损伤性刺激如物理性、化学性、生物性因素,作用于肋间神经感觉纤维、脊髓后根传入纤维、支配气管与支气管及食道的迷走神经感觉纤维、支配心脏及主动脉胸段的感觉纤维、膈神经的感觉纤维等,均可引起胸痛。此外,有时某一内脏有病变,除患部器官局部疼痛外,还可放射到远离该器官的某部位相应体表出现疼痛感觉,称为放射性疼痛。其产生原因:某一内脏与体表某一部位同受某些脊神经后根的传入神经支配,即内脏器官病沿纤维与由皮肤来的感觉纤维进入脊髓共同聚合于同一神经元,上行传入丘脑和大脑皮质。因此内脏痛觉冲动传入中枢后可感觉内脏局部及相应体表反射性疼痛。如冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛,除胸骨后或心前区疼痛外,还放射到左肩及左手尺侧。

引起胸痛的原因:炎症、外伤、肿瘤、胸内脏器缺血(心绞痛、急性心肌梗塞、肺栓塞)、神经精神因素(肋间神经炎、神经根痛、心脏神经官能症)及其他因素(自发性张力型气胸、胸主动脉瘤、夹层主动脉瘤)等。

【临床表现】

胸壁、胸膜、肺脏、心血管及纵隔的病变均可引起胸痛,因其部位不同,临床表现不一,分述如下:

(一) 胸壁疾病

胸壁的皮肤、肌肉、骨骼、神经发生病变时,可引起疼痛。其疼痛特点:多部位固定,局部常有明显压痛。见于胸壁结核、胸壁炎症、肋骨骨折、肋软骨炎等。但肋间神经痛与肋间神经分布一致,为阵发性灼痛和刺痛,在神经接近表面处有局部压痛,带状疱疹疼痛剧烈沿神经分布。

(二) 胸膜疾病

胸膜炎、胸膜腔肿瘤、自发性气胸可在患侧引起胸痛,咳嗽、深呼吸使其加重。当胸膜炎侵及膈胸膜时,疼痛可向肩部、上腹部放射。

(三) 肺脏疾病

肺脏无感觉纤维,因此,肺组织疾患本身并不引起疼痛,当病变侵及壁层胸膜时才出现胸痛、常见于肺炎、支气管肺癌、肺梗塞、肺结核等。

(四)心血管疾病常见的有:

1. 心绞痛、心肌梗塞 由于冠状动脉供血不足血流减少,心肌缺血、蓄积在心肌内的某些代谢产物刺激心肌内的感受器而引起疼痛。

(1)心绞痛:多位于胸骨后或心前区,少数位于上腹部,可放射到左肩及左臂的尺侧,也可放射到胸背部、颈部或下颌部、疼痛程度轻重不一,轻者压迫感或紧缩感,重者剧烈绞痛。体力劳动、情绪激动、饱餐诱发发作,疼痛持续数分钟,休息或服用扩张冠状动脉药物后缓解。

(2)心肌梗塞:心绞痛反复发作,持续时间长,心肌长期缺血缺氧,或冠状动脉急性闭塞,使心肌坏死即心肌梗塞。其特点是疼痛剧烈、持续时间长,可达数小时乃至数天。血清酶测定、心电图检查有助诊断。

2. 心包炎 心包膜只在壁层下部有痛觉神经分布。心包炎累及该处时才可引起心前区疼痛,为刺痛或钝痛,体位改变、深呼吸、咳嗽使其加重。

3. 心肌炎 心肌的氧需要量增加,致心肌缺氧引起疼痛。多为持续性钝痛,其程度可轻微,亦可类似心绞痛。

4. 夹层主动脉瘤 心前区或胸骨后突然出现剧烈的烧灼痛或撕裂痛,常伴有呼吸困难。甚至有休克、心包摩擦音及一侧桡动脉搏动减弱或消失。

5. 心脏神经官能症 疼痛多位于左胸部或心尖部,为发作性刺痛,较短暂,几秒钟。若为隐痛或钝痛,则可持续数小时、数天,亦可放射至左肩部,发作与劳动无关,安静休息不缓解。根据如上的临床特点及各项检查的阴性结果,可确诊为本病。

(五)纵隔疾病

慢性纵隔炎、纵隔肿瘤、纵隔气肿、食道炎、食道痉挛、食道癌等纵隔疾病可引起胸骨后疼痛。

三、腹痛

腹痛(abdominal pain)是一种常见症状,由腹腔内脏器或腹膜外病变引起。可为功能性失常或器质性病变。

【发生机理】

腹痛是腹部神经受病变刺激的一种反应。这种病变可以是炎症、痉挛、机械性、化学性等因素。产生疼痛的机理有:

1. 腹腔内空腔脏器的平滑肌强烈收缩、腔内压力增高或壁膨胀。
2. 实体脏器迅速肿大,致包膜受牵张。
3. 化学性或其他刺激刺激腹膜壁层。
4. 脏器血管痉挛或阻塞,使局部组织缺血,刺激内脏感受器。
5. 腹腔外其他内脏器官的病变所发生的牵涉痛。
6. 全身性感染、内分泌与代谢紊乱、过敏、血液病等也可引起腹痛。
7. 腹壁软组织病变。

【病因及临床表现】

腹痛的病因很多,其临床表现复杂,分急性、慢性两类阐述。

(一)急性腹痛

急性腹痛具有起病急、病情重、变化快的临床特点。

1. 腹腔内脏器急性炎症 常可引起急性腹痛,其疼痛部位一般与病变部位相一致。如急性胆囊炎右上腹剧痛,急性胃炎上腹痛,急性胰腺炎中上腹及左上腹痛、且局部有明显的压痛或反跳痛。此外,常伴有寒战、发热、乏力、白细胞总数升高及核左移的炎症表现。

2. 脏器阻塞或扭转 具有阵发性剧烈绞痛的特点。见于:

(1)胃肠梗阻或扭转:常伴有恶心、呕吐,不排便排气,可见肠型及蠕动波,肠鸣音亢进。

(2)胆道蛔虫症、胆道结石:前者呈右上腹钻顶样痛或绞痛,后者呈右上腹或上腹的绞痛,常放射至右肩背部,伴有黄疸。

(3)泌尿道结石(肾结石、输尿管结石):突然发生的腰部阵发性绞痛,沿输尿管向下放射到腹股沟及会阴部,常伴有血尿、恶心、呕吐。

(4)腹部有蒂器官急性扭转:如卵巢囊肿蒂扭转、肠系膜扭转、大网膜扭转等。

3. 内脏破裂 外伤或发生在实体脏器肿大的基础上。突然出现腹痛、休克、进行性贫血。如肝、脾、肾脏破裂。此外,宫外孕破裂出现下腹部痛。

4. 急性血循环障碍 见于肠系膜动脉栓塞、门静脉栓塞、脾栓塞等,常发生在心脏病、高血压、动脉硬化的基础

上。

5. 腹膜急性炎症 常由于胃肠道急性穿孔所致。见于消化道溃疡、伤寒、外伤等。疼痛一般以病变部位明显，可有牵涉痛，局部腹肌紧张，有压痛、反跳痛。严重呈弥漫性腹膜炎，满腹疼痛，腹肌紧张呈板状，全腹有压痛、反跳痛。但老年人急性腹膜炎时，由于机体反应低下，仅出现腹痛，而无其他体征。

6. 中毒、腹腔外脏器及全身性疾病 其特点是疼痛剧烈，而无明显压痛及反跳痛，与腹部体征不一致。如铅中毒为下腹的绞痛。心绞痛、心肌梗塞、大叶性肺炎可放射到上腹部。糖尿病酮中毒为阵发性剧烈腹痛，腹部紧张有压痛。尿毒症、过敏性紫癜腹痛型、腹型风湿热，腹痛剧烈甚至绞痛，但部位不固定，腹肌紧张不明显。

(二)慢性腹痛

是由起病缓慢、病程长的腹部脏器慢性疾病及炎症或急性炎症迁延引起的。腹痛部位多和罹患疾病器官的部位相一致。

1. 腹腔内脏器慢性炎症 是造成慢性腹痛的主要原因。疼痛呈持续性或间歇性钝痛或隐痛。见于慢性胃炎、慢性胆囊炎、慢性胰腺炎、肠系膜淋巴结炎、慢性肝炎、慢性盆腔炎、肠结核、溃疡性结肠炎等。

2. 腹膜慢性炎症 局部或全腹的慢性钝痛或隐痛，见于结核性腹膜炎、手术或炎症后腹膜粘连。

3. 腹部脏器慢性疾病 见于胃、十二指肠溃疡，胃下垂、慢性铅中毒、结缔组织病等。

4. 肿瘤 见于胃癌、胰腺癌、肝癌、结肠癌等。

5. 神经精神因素 见于胃肠神经官能症、结肠激惹综合征。

6. 寄生虫 肠蛔虫病、钩虫病等。

第三节 咳嗽与咳痰

一、咳嗽

咳嗽是人体的一种保护性反射动作。呼吸道内病理性分泌物和从外界吸入的异物借助咳嗽反射动作排出体外。可是频繁的咳嗽影响工作和休息，则失去保护意义。咳嗽是由于延髓咳嗽中枢受到刺激引起的。这种刺激主要是来自呼吸道粘膜。因此，咳嗽是呼吸系统疾病常见症状。咳嗽反射亦可受大脑皮层的控制。

【病因】

1. 呼吸道疾病 从咽到小支气管的粘膜受到刺激均可引起咳嗽。以喉部杓状间腔和气管分叉部的粘膜最为敏感。肺泡受到刺激能否引起咳嗽仍有争论，一般认为是肺泡内分泌物、渗出物进入小支气管时才能引起咳嗽。这些病因刺激可以是异物、刺激性气体的吸入、炎症、出血、结核、肿瘤、过敏等。

2. 胸膜疾病 胸膜炎或胸膜受刺激(自发性气胸、胸膜腔穿刺)时，均可引起咳嗽。

3. 心脏疾病 当心脏病发生左心功能不全引起肺瘀血、肺水肿时，肺泡和支气管内含有浆液性或血性浆液性漏出物，刺激支气管粘膜引起咳嗽。右心或体循环静脉的栓子脱落发生肺栓塞也可引起咳嗽。

4. 中枢性因素 大脑皮层可影响咳嗽。表现为随意性咳嗽或抑制咳嗽反射。

【临床表现】

咳嗽的性质、节律、音色、出现时间及其伴发症等临床表现有助于疾病的诊断及鉴别诊断。

1. 咳嗽的性质

(1) 干咳：咳而无痰者称或痰量甚少者称干咳。常见于咽喉炎、胸膜炎、急性支气管炎初期、肺癌等。

(2) 湿咳：咳而有痰者称湿咳。常见于支气管扩张、肺脓肿、肺炎、慢性咽炎、慢性支气管炎等。

2. 咳嗽出现的时间与节律

(1) 经常性咳嗽(长期慢性咳嗽)：咳嗽的时间长达数年、数十年或更长。见于慢性呼吸道及肺疾病。如慢性咽炎、慢性喉炎、慢性支气管炎、支气管扩张、慢性肺脓肿、肺结核、矽肺等。

(2) 发作性咳嗽：见于气管异物、百日咳、气管受压(肿大淋巴结、肿瘤压迫)等。

(3) 周期性咳嗽：咳嗽有一定的时间性。如支气管扩张、慢性支气管炎与肺脓肿常在早晨起床和夜间躺下时咳嗽加剧，并伴有咳痰。乃由于体位改变，滞留痰液流动刺激支气管壁粘膜所致。又如肺结核、左心功能不全夜间咳嗽加重，这可能与夜间迷走神经兴奋性增高有关。

3. 咳嗽的音色 指咳嗽声音的变化，对诊断有一定意义。常见的有：

(1) 金属调：咳嗽呈金属声，由于气管受压所致。见于纵隔肿瘤、支气管肺癌或主动脉瘤。

(2) 无声(无力)咳嗽：见于极度衰竭病人、声带麻痹、声带水肿、喉返神经麻痹等。

(3) 咳嗽声音嘶哑：由于声带炎症、肿瘤所致。见于喉炎、喉癌、喉结核等。

(4) 短促轻微咳嗽：见于早期肺结核、干性胸膜炎、喉炎等。

(5) 犬吠样咳嗽：见于喉狭窄、气管受压等。

二、咳嗽

咳嗽是呼吸系统疾病的一个重要病理征象。痰是指伴随咳嗽而向体外排出的病理性分泌物。咳嗽是呼吸道内痰液借助咳嗽而排出体外的动作。正常呼吸道粘膜的粘液腺和杯状细胞分泌少量粘液,使呼吸道表面粘膜保持湿润。

【病因、发病机理】

痰液指由于感染性(病毒、细菌、支原体、阿米巴原虫等感染)、物理性、化学性、过敏性因素作用于粘膜,使粘膜充血、水肿、毛细血管通透性增高,粘液分泌增多,浆液及细胞(红细胞、白细胞、纤维蛋白、游走细胞)渗出的炎性分泌物;脱落的支气管粘膜上皮细胞;呼吸道粘膜分泌的粘液;吸入的尘埃或病原微生物等。上述生理、病理的分泌物混合而成痰。痰液借支气管粘膜上皮细胞的纤毛运动、支气管肌肉收缩及咳嗽的冲力将其排出体外。

【临床表现】

由于引起咳嗽病因不同,其咳嗽的数量、性质、颜色、气味、粘稠度等亦不相同。

1. 痰量 痰量少者仅数毫升,痰量多者数十毫升至数百毫升。少痰见于呼吸道炎症初期。多痰见于支气管扩张、肺脓肿等。痰液静置可分三层:上层为泡沫,中层为粘液,下层为脓块及坏死组织。

2. 性质 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。因病因不同而异。

3. 气味 正常人痰液无特殊气味。当肺组织坏死或感染时有臭味,厌氧菌感染有特殊的恶臭味。

4. 颜色 因所含成分不同,可呈白色、铁锈色、鲜红色、浅绿色等。肺瘀血、肺水肿时,常咳粉红色泡沫样痰。

此外,支气管扩张、肺脓肿咳嗽与体位有明显关系,体位改变时明显加重。

第四节 咯 血

喉以下呼吸道及肺组织出血,经咳嗽动作由口腔排出作为咯血(hemoptysis)。咯血是呼吸系统疾病常见的症状之一,可为少量的痰中带血,或大咯血。大咯血易引起窒息和休克,应给以积极抢救。

【病因】

(一)支气管病变

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。少见的有支气管内结石、支气管静脉曲张、支气管非特异性溃疡。出血主要由于炎症致粘膜或病灶毛细血管渗透性增高,血液渗出或粘膜下小血管破裂所致。

(二)肺部疾病

常见的有肺结核、肺脓肿、肺炎、肺瘀血。少见的有肺梗塞、转移性肺癌、肺血吸虫病等。由于病变的侵袭使毛细血管渗透性增高,血液渗出,致痰中带血点、血丝或小血块;侵蚀小血管,管壁坏死引起中等量咯血;空洞壁肺动脉分支形成的动脉瘤破裂致大咯血。

(三)心血管疾病

1. 肺瘀血 常见于二尖瓣狭窄致左心功能不全肺瘀血,表现为痰中带血丝、小量咯血或咯粉红色泡沫痰。

2. 肺梗塞 右心房内或体循环静脉血栓形成,其栓子脱落到肺动脉及其分支,形成肺梗塞。见于心房纤颤、细菌性心内膜炎、血栓性静脉炎等。表现为咳嗽、胸痛、咯血、呼吸困难。

3. 肺动脉高压 某些先天性心脏病如原发性肺动脉高压症、房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭等引起肺动脉高压时,可引起咯血。

(四)血液系统疾病

某些血液病如血小板减少性紫癜、白血病、血友病等可引起咯血。除咯血外尚有其他皮肤、粘膜出血现象。

(五)其他

1. 结缔组织病 结节性多动脉炎、系统性红斑狼疮均可有少量咯血。结节性多动脉炎偶尔发生大咯血。

2. 急性传染病 流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病等,因毛细血管损害引起咯血。

3. 肺出血肾炎综合征 是一种原因未明的疾病。肺部损害表现为间歇性咯血、呼吸困难和胸痛。肾脏损害表现为肾小球肾炎,出现蛋白尿、血尿、管型尿,最终因尿毒症死亡。

4. 子宫内膜异位症(替代性月经) 成年女性发生与月经周期相应的周期性咯血。

5. 特发性咯血 通过各种检查未能发现病变、找到病因的咯血,称为特发性咯血。常呈一次或反复咯血。

【临床表现】

少量咯血表现为痰中带血点或血丝。中等量以上咯血前,多先有喉痒、胸闷,随之咯出鲜红色血痰。大咯血常咯出满口血液,此时,病人恐惧、脉速、呼吸急促、出冷汗。大咯血导致失血性休克、窒息。另外,有原发病的临床表现。

首先要确定出血的来源。少量咯血须与口腔、鼻、咽部出血鉴别。后者出血量少,多于清晨发生,口咽部检查容易发现牙龈、口腔及咽部的出血。鼻腔出血多从前鼻孔流出,常在鼻中隔前下方发现出血点。有的鼻腔后部出血量较大,易被误诊。鼻咽镜检查见血液从后鼻孔沿咽壁流下。大量咯血须与呕血(上消化道出血)鉴别(见表2-1),易引起上消化道出血的疾病如溃疡病、肝硬化、胃炎等有无,有利于呕血与咯血的鉴别。咯血病史中要注意询问咯血的量、次数、规律、诱因以及伴随症状(寒战、高热、胸痛、其他部位出血、黄疸、血尿等)。呼吸系统疾病、心脏病、血液病、系统性红斑狼疮以及吸烟史、月经史和结核病接触史等询问,有利于病因诊断。

表2-1 咯血与呕血的鉴别

项 目	咯 血	呕 血
病史	多有呼吸系统或心脏病疾患(肺结核、支气管扩张、风湿性心脏病二尖瓣狭窄等)	多有消化系统疾患(溃疡病、肝硬化等)
先驱症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽	上腹部不适、恶心
出血方式	咯出	呕出
出血颜色	鲜红	咖啡色、暗红色、偶呈现鲜红色
血内混有物	泡沫、与痰混在一起	多有胃酸、食物特殊残渣
酸碱反应	碱性	酸性

第五节 呼吸困难

呼吸困难(dyspnea)指患者主观上感觉空气不足,呼吸费力,客观上用力呼吸。严重者表现为张口呼吸、鼻翼煽动、紫绀、端坐呼吸,辅助呼吸肌参与呼吸动作,并有频率、深度和节律上的异常。呼吸困难的程度和病变的范围、部位、起病缓急及纵隔有无移位等因素有关。高度的呼吸困难称气喘。

【病因、发病机理与临床表现】

呼吸困难主要见于呼吸系统和循环系统的疾病,其次为中毒、血液系统疾病和神经精神因素。正常人剧烈活动后,可出现一时性、代偿性呼吸困难,稍休息即平息。

(一)肺源性呼吸困难

因呼吸系统疾病,使肺脏机能和血循环障碍,通气换气功能不良,肺活量降低,血中缺氧与二氧化碳浓度增高,刺激呼吸中枢引起呼吸困难发生。

1. 肺源性呼吸困难产生的病因

- (1)喉与气管狭窄:由于炎症、痉挛、异物、肿瘤等引起通气障碍。
- (2)肺部病变:由于肺部的炎症、结核、肿瘤、水肿、瘀血、广泛纤维化、不张和气肿等,使呼吸面积减少,气体交换障碍。
- (3)胸膜病变:由于胸膜腔大量积液、积气、胸膜肥厚粘连,使肺组织受压,活动受限,容积缩小,通气与换气障碍。
- (4)胸廓病变:严重胸廓畸形、外伤等,使呼吸运动减弱,呼吸面积减少。
- (5)呼吸肌功能障碍:由于呼吸神经和呼吸肌麻痹,使呼吸运动障碍,影响通气与换气功能。见于感染性多发性周围神经炎、重症肌无力等。

此外,腹腔压力高,使膈肌运动受限,也可引起呼吸困难。如大量腹水、巨大肿瘤、鼓肠、妊娠后期等。

2. 分型 肺源性呼吸困难临床上按其性质分为三种类型:

- (1)吸气性呼吸困难:以吸气显著困难为特点。轻者呼吸徐缓而深,严重者伴有高调喘鸣音及胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙、胸廓下部及上腹部吸气时明显凹陷的“三凹征”(呼吸肌极度紧张,胸腔负压增高所致)。吸气性呼吸困难常因喉、气管、支气管狭窄引起。见于喉炎、喉痉挛、喉肿瘤、支气管肺癌、甲状腺肿大、气管异物等。
- (2)呼气性呼吸困难:呼气缓慢延长,显著困难费力,常伴有哮鸣音。因肺组织弹性减弱及小支气管痉挛狭窄所致。前者见于慢性阻塞性肺气肿,后者见于支气管哮喘、喘息性支气管炎等。
- (3)混合性呼吸困难:吸气与呼气均感困难、费力,呼吸频率增加,深度变浅,常伴有呼吸音的改变(减弱或消失)及病理性呼吸音出现。因呼吸面积减少及气体交换障碍或因疼痛呼吸运动受限所致。见于严重肺炎、肺广泛纤维

化、肺不张、大量胸腔积液、气胸和胸膜炎。

(二)心源性呼吸困难

主要由左心或/和右心功能不全引起。此外,心包腔积液也可引起呼吸困难。心源性呼吸困难的特点是:①有严重心脏病存在;②呈混合性呼吸困难,劳动时发生或加重,休息时缓解或减轻,坐位时较轻,卧位时加重。因为坐位时减少下半身静脉血与水肿液的回流。从而减轻肺瘀血的程度,同时有利于膈肌的活动,增加肺活量,故常采取端坐呼吸体位;③肺底都有罗音存在;④放射线检查心影异常,肺有瘀血;⑤静脉压正常或升高,臂舌循环时间延长。

左心功能不全时呼吸困难主要是因肺瘀血引起。其发生机理如下:①肺泡内张力增高,刺激肺牵张感受器,通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢;②肺泡弹性减弱,妨碍其扩张与收缩,使肺活量减少;③肺瘀血阻碍肺毛细血管的气体交换;④肺循环压力增高,对呼吸中枢的反射性刺激增强,使其兴奋性增高。

急性左心功能不全因急性肺瘀血表现为阵发性呼吸困难,多在夜间睡眠中发作,故又称夜间阵发性呼吸困难。其产生原因:一般认为由于睡眠中迷走神经兴奋性增高,冠状动脉收缩,心肌供血不足。以及平卧时膈肌压迫,肺活量减少和下半身静脉血回流增多,使肺瘀血加重所致。发作时患者常在睡眠中突然因气急而憋醒被迫坐起,轻者数分、数十分钟后缓解,症状消失。重者气喘、哮鸣音、出汗、紫绀、咳粉红色泡沫痰、双肺湿罗音、心率增快等。这种阵发性呼吸困难作为“心源性哮喘”。可见于风湿性心脏病、高血压性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病。

右心功能不全时呼吸困难主要是由于体循环瘀血所致。其发生机理为:①有心房与上腔静脉压力增高,刺激压力感受器反射性兴奋呼吸中枢;②血氧含量减少,而乳酸、丙酮酸等酸性产物增多积聚,刺激呼吸中枢;③若并发胸水、腹水及肝脏增大,由于压迫使呼吸运动受限。

(三)中毒性呼吸困难

由于酸中毒、毒血症、药物中毒等所致的呼吸困难。尿毒症、糖尿病酮中毒时,血中酸性代谢产物增多,刺激呼吸中枢,使呼吸深而规则,称为酸中毒大呼吸(Kussmaul呼吸)。急性感染时,肌体代谢增加血液温度增高以及血中毒性代谢产物刺激呼吸中枢,使呼吸加快。吗啡、巴比妥类药物中毒时,抑制呼吸中枢,呼吸迟缓。

(四)血源性呼吸困难

由于红细胞变性或携氧能力降低所致的呼吸困难。见于重度贫血、变性血红蛋白血症(高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症)、一氧化碳中毒等。红细胞携氧量减少,血氧含量降低,使呼吸急慢而深。此外,在大出血或休克时,因缺血及血压下降,刺激呼吸中枢引起呼吸困难,使呼吸增快。

(五)神经、精神性呼吸困难(中枢性因素)

重症颅脑疾病,如脑溢血、颅内压增高(脑及脑膜炎、脑肿瘤)、颅脑外伤等,呼吸中枢因血流减少或直接受压力的刺激,使呼吸慢而深,有时出现呼吸节律改变,如潮式呼吸(Cherne-Stokes)及毕奥呼吸(Biot)。

情绪激动可使呼吸加快。癔病性呼吸困难其呼吸浅速,每分钟可达60~100次,常因换气过度而发生呼吸性碱中毒,甚至出现手足搐搦症。此外,神经官能症患者可出现叹息样呼吸,主诉呼吸困难,但无呼吸困难客观表现,仅是在正常的呼吸过程中,偶然出现一次深吸气,随后出现一个较长的叹息作呼气之后,暂时自觉轻快。

第六节 紫 绀

紫绀(cyanosis)又称发绀。是指皮肤、粘膜呈现青紫颜色。全身皮肤、粘膜均可出现紫绀,但以皮肤较薄、色素较少和毛细血管网丰富的口唇、舌、鼻尖、颊部、耳垂和甲床等部位最明显。紫绀主要是由于血液中还原血红蛋白增多所致。少数亦可由异常血红蛋白衍生物(高铁血红蛋白、硫化血红蛋白)引起。此称为真性紫绀。由于皮肤的异常色素或异物沉着(银质沉着症、金质沉着症)所致者,称为假性紫绀。

【发生机理】

真性紫绀主要是由于血液中还原血红蛋白的绝对量增多而引起。和还原血红蛋白与氧合血红蛋白的比例无关,还原血红蛋白的浓度可用血液内氧的未饱和度来表示。当毛细血管血液的还原血红蛋白量超5g/100ml,即血氧未饱和度超过6.7Vol/100ml时,皮肤、粘膜可出现紫绀。因此,严重贫血的人(血红蛋白量<4~5g/100ml时,即使几乎全部氧血红蛋白都处于还原状态,也不足以引起紫绀。因还原血红蛋白不容易超过5g/100ml。相反,真性红细胞增多症与症状性红细胞增多时,血红蛋白量明显增多。即使血液中有较少的氧未饱和度,只要毛细血管血液中还原血红蛋白量超过5g/100ml,皮肤粘膜便出现紫绀。

异常血红蛋白引起的紫绀少见。当血液中高铁血红蛋白量达3g/100ml,或硫化血红蛋白量达0.5g/100ml时,即可出现紫绀。

【临床表现】

由于引起紫绀的病因不同及临床表现不一,可有如下分类:

(一)血液中还原血红蛋白量增多