



全国中等中医药学校教材

诊断学基础

供中医、中药、中医护理、
针灸专业使用

陈经宇 主编
李良信 主审

ZHENDUANXUE JICHU
QUANGUO ZHONGDENG
ZHONGYIYAO XUEXIAO JIAOCAI

全国中等中医药学校教材

诊 断 学 基 础

(供中医、中药、中医护理、针灸专业使用)

主 编 陈经宇
编 者 王廷珍 刘致祥
易明华 张宪宝
陈经宇
主 审 李良信

全国中等中医药学校教材

诊断学基础

陈经宇 主编

出版者：山东科学技术出版社

地址：济南市玉函路16号

邮编：250002 电话：(0531) 82098080

网址：www.lkj.com.cn

电子邮件：sdkj@sdpress.com.cn

发行者：山东科学技术出版社

地址：济南市玉函路16号

邮编：250002 电话：(0531) 82098071

印刷者：济南申汇印务有限责任公司

地址：济南市王官庄12号

邮编：250022 电话：(0531) 87966822

开本：787mm×1092mm 1/16

印张：12.5

版次：2011年8月第1版第24次印刷

ISBN 978-7-5331-0661-4

定价：17.00元

编审人员单位

四川省万县中医学校	陈经宇
四川省重庆中医学校	王廷珍
山东省中医药学校	刘致祥
安徽省芜湖中医学校	易明华
江西省抚州中医学校	张宪宝
四川省成都中医学院	李良信

编写说明

诊断学基础是阐述诊断疾病的原则和方法的一门重要临床课。为适应中医教育事业发展的需要，我们根据国家中医管理局（87）国医教字第16号文件精神，成立了《诊断学基础》教材编写组，编写了《诊断学基础》教材，供中等中医药学校中医士、中医护士专业使用。

本教材共分八章，其基本内容包括常见症状、问诊、体格检查、实验室检查、X线检查、心电图检查、诊断步骤与病历书写。正文中凡用小号字排印的内容，仅供学生自学参考。书后附有实习指导和教学大纲。

在编写过程中坚持理论联系实际，根据培养目标的要求精选内容，力求反映中医特色，为中医临床各科打好基础，并充分注意教材的思想性、科学性、启发性、先进性和适用性。

本教材在审定稿会议前，全国许多兄弟学校对教材初稿提供了宝贵的意见，对我们的工作给予大力支持和鼓励；芜湖市第二人民医院放射科主任医师陈国梁同志，对本教材X线检查部分进行了审定，在此一并感谢。

由于我们的水平有限，时间紧迫，难免存在某些缺点和错误，恳切希望使用本教材的教师和同学提出批评和指正，以便再版时修订。

编者

前 言

卫生部曾于1960年组织北京、南京、上海、广州、成都等五所中医学院编写了一套中医中级教材，供全国中医学校和卫生学校中医班教学使用；1978年卫生部又组织编写了中等卫生学校有关中医课程的教材，为培养中等中医专业人才做出了贡献。

为适应中等中医药教育事业的发展，加强各专业系列教材的建设，卫生部于1985年8月在山东省莱阳市召开的全国中等中医教育工作座谈会期间，制订了中医士、针灸医士、中药士、中医护士四个专业的教学计划，并组织了中医士、中药士、中医护士专业教材的编写工作，成立了各门教材编审组，实行主编单位和主编负责制。同年11月及1988年5月，在安徽省芜湖市先后两次召开了本套教材教学大纲审定会议，审定了中医士、中药士、中医护士和针灸医士等专业38门中西医药课程的教学大纲。为提高教学质量，在编写过程中，力求突出中医特色，体现中专特点；坚持理论联系实际的原则；以教学计划、教学大纲为依据，对本学科的基础理论、基本知识和基本技能进行较为全面的阐述，加强实践性教学内容的比重，并注意各门学科之间的联系，以提高教学的思想性、科学性、启发性、先进性和适用性。

本套教材包括《语文》、《中医基础学》、《中药学》、《方剂学》、《古典医籍选》、《中医内科学》、《中医外科学》、《中医妇科学》、《中医儿科学》、《中医五官科学》、《针灸学》、《推拿学》、《中医学概要》、《中药鉴定学》、《中药炮制学》、《中药药剂学》、《中药化学》、《内科学及护理》、《外科学及护理》、《妇科学及护理》、《儿科学及护理》、《中医食疗学》、《针灸推拿医籍选》、《经络学》、《腧穴学》、《刺灸学》、《针灸治疗学》、《中医伤科学》、《药用植物学》、《解剖学及组织胚胎学》、《生理学》、《病理学》、《微生物与寄生虫学》、《诊断学基础》、《药理学》、《内儿科学概要》、《外科学概要》、《生物化学》等38种。供中医药学校各专业使用。

教材是教师进行教学的主要依据，也是学生获得知识的重要工具。教材只有通过教学实践，并认真总结经验，加以修订，才能日臻完善与提高。为此，希望全国中等中医药学校师生和广大读者，在使用过程中提出宝贵意见，共同为我国中等中医药学校教材建设做贡献。

全国中等中医药学校教材编审委员会

目 录

第一章 绪 论	1	第六节 脊柱与四肢检查	95
第二章 常见症状	4	第七节 生殖器和肛门检查	98
第一节 发热	4	第八节 神经反射的检查	101
第二节 咳嗽与咯痰	7	第五章 实验室检查	107
第三节 咯血	9	第一节 血液检查	107
第四节 胸痛	11	一、血液常规检查	107
第五节 呼吸困难	12	二、红细胞沉降率检查	113
第六节 紫绀	15	三、止血、凝血障碍检查	114
第七节 心悸	16	第二节 尿液检查	116
第八节 腹痛	18	一、一般性状检查	116
第九节 腹泻	20	二、化学检查	117
第十节 呕血与黑便	22	三、尿沉渣检查	119
第十一节 黄疸	24	第三节 粪便检查	121
第十二节 水肿	29	一、一般性状检查	122
第十三节 排尿异常	31	二、显微镜检查	122
第十四节 血尿	33	三、隐血检查	123
第十五节 头痛	35	第四节 肝脏功能检查	124
第十六节 昏迷	37	一、胆红素代谢功能试验	124
第三章 问 诊	39	二、蛋白质代谢功能检查	126
第一节 问诊的重要性	39	三、血清谷—丙转氨酶(SGPT)	
第二节 问诊的方法与注意事项	39	测定	127
第三节 问诊的内容	40	第五节 肾功能检查	129
第四节 系统问诊要点	42	一、浓缩——稀释试验	129
第四章 体格检查	44	二、酚红排泄试验(PSP)	130
第一节 体格检查的基本方法	44	三、非蛋白氮测定(NPN)	131
第二节 一般检查	47	四、二氧化碳结合力测定(CO ₂ CP)	131
第三节 头颈部检查	56	第六节 浆膜腔积液检查	132
第四节 胸部检查	59	一、一般性状检查	132
第五节 腹部检查	85	二、化学检查	132
		三、显微镜检查	133

第七节 脑脊液检查	133	第三节 心电图各波的正常形 态和数值	151
一、适应证及标本采集	133	附 常见异常心电图	155
二、一般性状检查	134	第八章 诊断步骤与病历书写	159
三、化学检查	134	第一节 诊断步骤和思维方法 ...	159
四、显微镜检查	135	第二节 病历书写	162
第六章 X线检查	136	实习指导	169
第一节 概述	136	附录	173
第二节 呼吸系统 X线检查	138	一、临床部分常用诊疗技术	173
第三节 循环系统 X线检查	143	二、常用人体检验新旧单位参 考值对照表	179
第七章 心电图检查	149	《诊断学基础》教学大纲(草案)	183
第一节 心电图的概念与临床 运用价值	149		
第二节 心电图导联	150		

第一章 绪 论

一、诊断学的定义

诊断学是阐述诊断疾病的原则和方法的一门重要临床课，也是临床各科的基础。

诊断的过程，就是对病人进行调查研究的过程。所谓“诊”，就是调查（包括询问病史，体格检查，实验室检查和器械检查等）。将调查所收集到的有关病人健康状况的资料，结合基础医学知识，运用辩证唯物主义的思维方法、进行分析、综合、推理，从而对病人的健康状况，疾病的部位、性质、原因、功能状态等，作出准确而完整的结论，这就是“断”。

由于现代医学日新月异地发展，临床医学有了日益细致和完善的分工。许多专业科系已经形成。各科系自有其特殊的诊断疾病的方法，但诊断学中的基本原则和方法，仍是临床各科都必须掌握或了解的基本知识。这不仅适用于内科，也适用于临床其他科，故称它为诊断学基础。

二、诊断学的重要性

临床各科医生的首要任务是防病治病，保护人民的身体健康。因此，医生必须首先对疾病作出正确的诊断。正确的诊断来源于正确的诊断原则和方法，所以医生必须学好诊断学，尤其要学好并掌握诊断学中的基本原则和方法。每一位医学生，必须重视诊断学这门课程的学习，为今后防病治病打下良好的基础。

三、诊断学的内容

诊断学的内容，非常广泛。本书仅介绍其中的基本内容即症状与问诊，体格检查，实验室检查，胸部 X 线检查及心电图检查等。

（一）症状与问诊 问诊是医生通过与病人交谈或对病人进行询问，借以了解疾病发生和演变过程的一种方法。问诊所收集到的有关疾病的资料，许多是病人的主观感受，这些感受医学上称之为症状。这些症状，主要是反映了机体的生理功能变化，但也包括某些明显的病理形态的改变如水肿，皮肤黄染等即有上述双重含意。因此，广义的症状，应包含上述两个方面的变化。本书第二章中，将介绍十六种常见症状。通过学习，使学生能掌握或熟悉常见症状的概念、病因及临床特点，了解发病机理，伴随症状的意义。

（二）体格检查 体检检查，是医生运用自己的感官或借助简单的诊断工具，对病人进行检查的一种方法。被医生检查发现的病态表现则称为体征。多数疾病仅通过问诊

和体格检查所发现的症状与体征，即可对疾病作出比正确的诊断。因此它们是一种最基本的诊断方法，必须熟练正确地掌握和运用。

(三) 实验室检查 实验室检查，就是在实验室中，运用物理、化学、生物学的方法，对病人的血液、排泄物、分泌物、体液以及组织、细胞等标本进行检查，从而获得疾病的病原、机体的病理改变或器官功能状态等客观资料来协助临床诊断的一种方法。

本法因受客观条件的限制，同一标本可因人员更动、仪器不同而得出不同的结果。故必须结合临床资料，全面地进行分析比较，才能作出结论。

(四) X线检查 X线检查是利用X线的特性，研究人体结构和器官在生理及病理状态下的形态和功能状况，从而对疾病的性质进行诊断的一种方法。X线检查，有其局限性和一定的适应范围，运用时必须选择适宜的指征。

(五) 心电图检查 心脏机械收缩前所发生的一系列电激动，用心电图机描记成心脏的综合生物电流图像，称心电图。心电图检查，是临床器械检查方法之一，它对某些疾病，特别对某些心血管疾病如心律失常、急性心肌梗塞和缺血性心脏病等的诊断，具有重要意义。

在学习时，应充分了解其应用价值与限度，以便正确地选用。

四、学习诊断学的目的和要求

学习诊断学的目的，在于掌握诊断学的基本原则和方法，为临床各科的学习打下良好的基础。在本门课程结束时，学生应达到如下要求：

(一) 掌握或熟悉常见症状的概念、病因及临床特点；了解发病机理、伴随症状的意义和系统问诊要点。

(二) 掌握体格检查的正确方法，熟悉体征的临床意义。

(三) 掌握血、尿、粪常规检查的内容及其他化验检查的正常值、异常时的临床意义和某些化验检查的简单方法。

(四) 了解X线检查和心电图检查的特点和临床应用价值及范围。

(五) 了解诊断方法和完整住院病历的内容，能书写完整病历及作出初步诊断。

五、学习诊断学的态度和方法

学习诊断学，首先要有实事求是的态度和理论联系实际的工作作风。对待病人的叙述，要耐心听取，细心辨别，去伪存真、去粗取精地如实记录。学习中，既要努力钻研理论，又要重视临床实践。只有通过临床实践，才能验证理论知识，将理论知识学好记牢。

在临床实践中，要有高尚的医德，树立全心全意为病员服务的思想。对病人要和蔼可亲，体格检查时的动作要轻柔温和，切忌动作粗暴，给病人带来不必要的痛苦。

各种特殊检查，应有针对性地选择使用，以减轻病人的经济负担。

此外，必须加强锻炼自己的独立思考的能力。对临床上出现的错综复杂的疾病表现，要积极主动地结合基础医学知识，进行分析、判断。使自己的思考和推理力求符合客观实际情况，从而提高判断的准确性。

（四川省万县中医学校 陈经宇）

第二章 常见症状

病人主观感到的异常感觉或不适称为症状，如发热、头痛、咯血、吞咽困难等；而客观检查到的病态表现称为体征，如心脏杂音、肺部罗音、皮疹、肝脾肿大等。

本章仅就一些常见的症状，对其病因、发生机理、临床特点、伴随症状、问诊及检查要点等加以扼要的阐述。

第一节 发 热

正常人的体温是由大脑皮质和丘脑下部的体温调节中枢（下丘脑后区的产热中枢、下丘脑前区的散热中枢）所控制。并通过神经、体液因素调节产热和散热过程，保持产热和散热的动态平衡。所以正常人体的体温相对恒定。若致热原作用于体温调节中枢，或体温调节中枢本身功能紊乱等原因，导致体温升高，经体温表测量超出正常范围，称为发热。一般说来，发热是人体患病时的一种病理生理反应。此外，发热亦与个体反应有关，如年老衰竭病人，虽病情危重，发热可不高或甚至无发热。

正常成人清晨安静状态下的口腔温度一般为 $36.2 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ；直肠温度为 $36.5 \sim 37.7^{\circ}\text{C}$ ；腋下温度为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。体温受内、外因素的影响而稍有波动，昼夜间下午较早晨高，一般不超过 0.5°C ；剧烈运动、情绪激动、突然进入高温环境或进餐后体温均可暂时升高；年轻人体温偏高，老年人体温偏低；妇女在月经前和妊娠期稍高于正常。脉搏和呼吸通常随体温升高而加快，一般说来，体温升高 1°C ，脉搏每分钟增加 $10 \sim 20$ 次，呼吸增加 $3 \sim 4$ 次。

根据发热的高低，发热可区分为下列几种临床分度：

低热：口腔温度不超过 38°C ，如结核病、风湿热。

中度热：口腔温度 $38 \sim 38.9^{\circ}\text{C}$ ，如一般感染性疾病。

高热：口腔温度 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，如急性感染。

超高热：口腔温度 40°C 以上，如中暑。

【病因与发生机理】

（一）病因：引起发热的疾病很多，临床上可分为感染性与非感染性两大类。以前者较多见。

1. 感染性发热：由于各种病原体（病毒、肺炎支原体、立克次体、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫等）引起的感染，均可出现发热。

2. 非感染性发热：主要由下列几种原因引起。

（1）无菌性坏死物质的吸收：见于①物理性、机械性或化学性损害，如大面积烧伤、大手术后、内出血、血肿；②血管栓塞或血栓形成引起的心肌、肺、脾等内脏梗塞或肢体坏死；③组织坏死及细胞坏死。如癌、肉瘤、白血病、溶血危象。

(2) 抗原—抗体反应: 见于风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌和代谢障碍: 由于产热过多, 如甲状腺功能亢进症、癫痫、惊厥等, 或散热过少, 如重度脱水、失血等引起发热。

(4) 皮肤散热不良: 见于广泛性皮炎、慢性心功能不全、高温作业等。

(5) 体温调节中枢功能失常: 见于①物理性, 如中暑; ②化学性, 如安眠药中毒; ③机械性, 如脑出血、硬脑膜下出血、颅骨骨折等。上述各种原因直接损害体温调节中枢, 致使其功能失常引起发热。

(6) 植物神经功能紊乱: 影响正常体温调节引起发热。属功能性发热范围。临床上表现为长期低热。

(二) 发生机理: 引起发热的物质称为致热原。其中常见的致热原有病原体致热原(内毒素、外毒素)和类固醇致热原, 这两种致热原均不能直接作用于体温调节中枢, 起直接作用的是中性粒细胞和单核细胞所产生的白细胞致热原。当中性粒细胞和单核细胞发生吞噬作用时, 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, 则释放出白细胞致热原, 白细胞致热原直接作用于体温调节中枢引起发热。

其次, 由于某些疾病本身所引起的产热过多, 散热过少, 或体温调节障碍也可导致发热, 这种发热称为非致热原性发热。

人体在致热原(主要是细菌内毒素)的强烈作用下, 肌肉收缩特别强烈, 临床上则表现为寒战。

【临床特点】

(一) 发热过程: 一般分三个阶段。

1. 体温上升期: 其特点为产热大于散热, 病人表现为皮肤苍白、干燥、无汗和畏寒, 有时伴寒战。体温上升的方式, 分骤升和缓升两种类型。骤升型体温在几小时内达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上, 缓升型体温于数日内缓慢上升达高峰。

2. 高热持续期: 其特点为产热与散热在较高的水平上趋于平衡, 体温维持在较高的状态。病人表现为皮肤潮红而灼热, 呼吸和心率加快。高热期持续时间可因病情和治疗效果而异, 表现为数小时、数天甚至数周不等。

3. 体温下降期: 其特点为散热增加而产热趋于正常, 体温恢复正常的调节水平。病人表现为大量出汗和皮肤温度降低。其退热方式分骤降与渐降两种类型。骤降型体温于数小时内迅速下降至正常, 有时可低于正常。渐降型体温于数天内逐渐降至正常。

(二) 热型: 高热病人每4小时测体温1次。待体温恢复正常3天后, 可逐渐递减至每日2次, 将所测体温绘于体温单上。符号为: 口温“●”, 腋温“⊗”, 肛温“⊙”。用骨棒制成上述符号, 用蓝油印打印在体温单上, 相邻两次温度用蓝线相连, 形成体温曲线。根据病人体温曲线的特点, 可分为下列几种热型。

1. 稽留热: 多为高热。体温升高达 39°C 以上, 持续数日或数周, 昼夜间波动范围不超过 1°C 。见于急性传染病, 如伤寒、肺炎球菌肺炎(图2-1)。

2. 弛张热: 体温高低不一, 昼夜间波动达 2°C 以上, 但最低温度仍高于正常水平。见于败血症、重症肺结核、风湿热等(图2-2)。

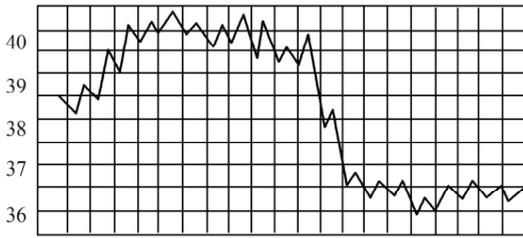


图 2-1 稽留热

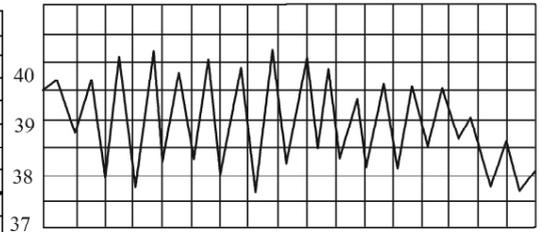


图 2-2 弛张热

3. 间歇热: 体温骤然升高至 39℃ 以上, 持续数小时或更长时间, 然后很快下降至正常或正常以下, 再经过一个间歇时间后, 又再次升高而反复发作。见于疟疾等 (图 2-3)。

4. 不规则热: 昼夜间体温变化不规则。持续时间不定。见于流行性感冒、肿瘤性发热等 (图 2-4)。

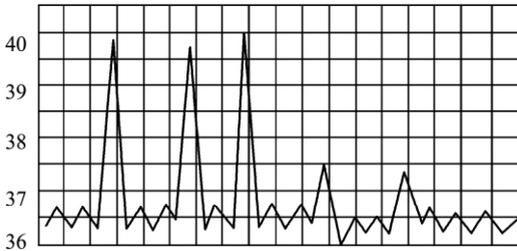


图 2-3 间歇热

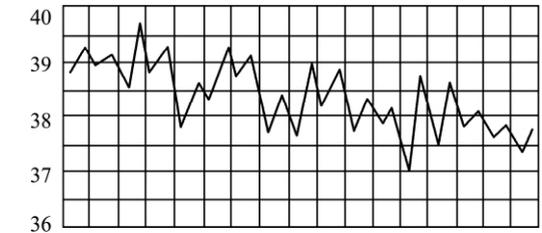


图 2-4 不规则热

【伴随症状】

(一) 发热伴寒战: 见于肺炎球菌肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾及急性溶血性疾病等。

(二) 发热伴唇疱疹: 见于肺炎球菌肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎等。

(三) 发热伴皮疹: 见于麻疹、水痘、风疹、斑疹伤寒、败血症、伤寒、结缔组织病、药物热等。

(四) 发热伴出血: 见于重症麻疹、流行性出血热、重症病毒性肝炎、败血症、感染性心内膜炎、急性白血病、急性再生障碍性贫血等。

(五) 发热伴淋巴结肿大: 见于传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、恶性淋巴瘤、转移癌等。

(六) 发热伴肝脾肿大: 见于病毒性肝炎、肝及胆道感染、疟疾、血吸虫病、结缔组织病、白血病、恶性淋巴瘤等。

(七) 发热伴关节肿痛: 见于风湿热、败血症、结核病、结缔组织病等。

(八) 发热伴昏迷: 先发热然后昏迷, 见于乙型脑炎、伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒型菌痢、脑型疟疾、中暑等。先昏迷然后发热, 见于脑出血、巴比妥类药物中毒等。

【问诊与检查要点】

(一) 问诊要点:

1. 发热持续时间，有无畏寒或寒战、大汗，热的升降和波动情况，热度多高，高峰出现和持续的时间。以确定发热的急、缓、长短和热型。
2. 有无传染病史或传染病接触史、疫水接触史、流产或分娩史。
3. 询问发热伴随的症状。

(二) 检查要点:

1. 体格检查: 对发热病人应进行系统的全身检查。特别注意检查体温与热型、皮肤、浅表淋巴结、心、肺、腹部、四肢和神经系统。详细观察病人的精神状态，如有无谵妄及其对周围环境的反应如何等。

2. 实验室检查: 血、尿、粪便的常规检查，尤其是血和尿的检查，常可对发热原因提供线索。有指征时应作红细胞沉降率、清洁中段尿培养、血培养、血片找疟原虫、血清免疫学反应、脑脊液及骨髓象等检查。

3. 器械检查: 有指征时应作胸部 X 线、胃肠钡餐、钡剂灌肠造影检查，超声检测肝、胆、脾及其他器官。浆膜腔积液或深部脓肿诊断性穿刺等。

第二节 咳嗽与咯痰

咳嗽是一种保护性反射动作，能将呼吸道内的异物和病理性分泌物排出体外，起排出异物和清洁呼吸道的作用。但频繁的刺激性的咳嗽，则消耗体力、增加心脏负担，影响工作和休息，失去其保护性意义。

咯痰是借助支气管黏膜纤毛上皮细胞的纤毛运动、支气管平滑肌的收缩以及咳嗽反射，将呼吸道内分泌物排出口腔外的动作。正常气管、支气管黏膜经常分泌微量的黏液使黏膜保持湿润，对呼吸道黏膜起保护作用。当呼吸道因各种原因（病原性、物理性、化学性、变态反应性）发生炎症时致黏膜充血、水肿、黏液分泌增多，毛细血管通透性增高、浆液渗出，渗出物与黏液、吸入的尘埃混合成痰。不同的呼吸道疾病有不同性质的痰。因此，痰检查在临床上具有重要意义。

【病因与发生机理】

(一) 病因:

1. 呼吸道疾病: 见于呼吸道感染、吸入刺激性气体、异物、肿瘤、出血、变态反应等。其中以慢性支气管炎、支气管哮喘、慢性阻塞性肺气肿、慢性肺原性心脏病最为常见。
2. 胸膜疾病: 见于胸膜炎、自发性气胸、恶性肿瘤的胸膜浸润等。
3. 心血管疾病: 见于左心房增大、左心功能不全、心包炎、主动脉瘤等。
4. 神经精神因素: 见于①神经反射性，如膈下脓肿、肝脓肿刺激膈神经，外耳道异物或炎症，刺激迷走神经耳支反射所致；②神经官能性，如习惯性咳嗽、癔病。

(二) 发生机理: 咳嗽是由于延髓咳嗽中枢受刺激所致。有的刺激来自呼吸系统以外的器官，但大部分来自呼吸道黏膜。呼吸道黏膜受到炎症、水肿、异物或过多分泌物的刺激时，经迷走神经、舌咽神经传入延髓咳嗽中枢，咳嗽中枢通过喉下神经、膈神经、脊神经分别兴奋声带肌、膈肌、肋间肌和其他呼吸肌。先引起深吸气，随即声带肌、呼吸肌和腹肌迅速收缩，使充满于肺泡内的气体处于高压状态，声带肌骤然松弛，

使肺泡内气体突然喷射而出，痰液和异物也随之排出。

【临床特点】

(一) 咳嗽的性质:

1. 干性咳嗽: 即刺激性咳嗽, 指咳嗽无痰或痰量甚少。见于急性咽(喉)炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、自发性气胸、粟粒性肺结核等。

2. 湿性咳嗽: 指带痰的咳嗽。多见于呼吸道炎症。如慢性支气管炎、支气管扩张合并感染、肺炎、肺脓肿、慢性纤维空洞型肺结核。也见于过敏性支气管炎、支气管哮喘等。

(二) 咳嗽发作时间:

1. 骤然发生的咳嗽: 见于上呼吸道炎症、呼吸道异物、吸入刺激性气体等。

2. 慢性咳嗽: 多由于呼吸道慢性疾病所致, 如慢性支气管炎、支气管哮喘、肺结核、支气管扩张、慢性肺脓肿、慢性阻塞性肺气肿等。

3. 阵发性咳嗽: 见于呼吸道异物、支气管哮喘、百日咳、支气管淋巴结结核、支气管肺癌等。

4. 定时咳嗽: 指咳嗽的出现和加剧有一定时间。如慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿病人, 往往于清晨起床或夜间卧下时因体位改变和痰液流动使咳嗽加剧。慢性心功能不全和肺结核病人夜间咳嗽比较频繁, 可能与夜间迷走神经兴奋性增高有关。

(三) 咳嗽的音色:

1. 嘶哑咳嗽: 见于声带炎症、肿瘤、息肉, 肺癌压迫或浸润喉返神经。

2. 犬吠样咳嗽: 见于会厌、喉部疾病或气管受压, 如喉白喉。

3. 金属音咳嗽: 可由于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管肺癌等直接压迫气管所致。

4. 咳嗽无声或声音低微: 见于极度衰弱或声带水肿、喉返神经麻痹的病人。

(四) 痰的性状和痰量: 由于疾病的病理特点不同, 痰的性状和颜色也不一样。急性支气管炎、支气管哮喘、病毒性肺炎咯黏液性痰。肺脓肿、支气管扩张、慢性支气管炎合并感染, 痰常为脓性。肺结核、支气管扩张、支气管肺癌, 痰可为血性。左心功能不全、肺水肿病人, 咳白色或粉红色泡沫浆液痰。肺炎球菌肺炎病人咳铁锈色痰, 阿米巴肺脓肿病人, 痰常为巧克力色。

急性支气管炎、肺结核或肺炎的早期, 痰量甚少。支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核、支气管哮喘接近缓解时, 痰量较多。支气管扩张与肺脓肿病人痰量较多时, 痰可出现分层现象: 上层为泡沫, 中层为浆液性或浆液脓性, 下层为坏死性物质。

【伴随症状】

(一) 咳嗽伴发热: 见于呼吸道感染、支气管肺癌、白血病肺浸润、结缔组织病等。

(二) 咳嗽伴胸痛: 见于胸膜炎、肺炎球菌肺炎、支气管肺癌、自发性气胸等。

(三) 咳嗽伴呼吸困难: 见于重症心、肺疾病, 大量胸腔积液、自发性气胸等。

(四) 咳嗽伴哮鸣音: 伴弥漫性哮鸣音见于支气管哮喘、喘息性支气管炎、心源性哮喘等。伴局限性哮鸣音, 见于支气管肺癌、呼吸道异物以及其他原因所致的支气管局部狭窄。

(五) 咳嗽伴咯血: 见于支气管肺癌、支气管扩张、肺结核、左心功能不全等。

【问诊与检查要点】

(一) 问诊要点:

1. 注意咳嗽的起病情况, 全身情况, 心、肺病史, 发病年龄, 有无大量吸烟史、有害粉尘与气体吸入史。
2. 询问咳嗽的性质、出现时间、音色、有无咯痰以及痰的性状与痰量。
3. 询问咳嗽、咯痰伴随的症状。

(二) 检查要点:

1. 体格检查: 着重胸部体征。叩诊局限性浊音提示肺实变。两肺弥漫性湿啰音, 提示急性或慢性支气管炎、支气管肺炎、肺水肿等。两肺弥漫性干罗音常为支气管哮喘、喘息性支气管炎、心源性哮喘的早期。局限性肺下叶湿罗音见于支气管扩张、慢性支气管炎等。

支气管扩张、慢性肺脓肿、某些类型的先天性心脏病, 常有杵状指(趾)。

2. 实验室检查: 痰的检查对呼吸系统疾病的病因诊断有重要价值。痰涂片、培养或动物接种检查, 能明确肺结核、肺真菌病、阿米巴肺脓肿等的诊断。痰中找到癌细胞能明确支气管肺癌的诊断。根据病情需要, 可作血常规、红细胞沉降率、血 pH 值和血气分析检查。

3. 器械检查: 胸部 X 线检查, 能确定肺部病变的部位和范围, 有时还可确定病变性质。有指征时应作体层摄片、支气管造影、计算机断层 X 线扫描、纤维支气管镜和肺功能检查。

第三节 咯 血

咯血是指喉以下呼吸道和肺的出血, 血液随咳嗽经口咯出。由于毛细血管破裂或渗透性增加, 红细胞渗入肺泡内与痰相混, 引起痰中带血丝、血点或全血痰。小血管破裂引起者, 咯血每日 10 多口至 100~200ml 以内, 属小量咯血。微细动脉破裂出血者, 每日出血量达 200~500ml, 属中等量咯血。较大血管破裂出血, 或凝血障碍所致出血, 每日咯血量可达 500ml 以上, 属大量咯血。大量咯血时, 血块如阻塞呼吸道可引起窒息。

【病因与发生机理】

(一) 呼吸系统疾病:

1. 喉部疾病: 急性或慢性喉炎和喉结核等都可引起小量咯血。
2. 气管、支气管疾病: 见于支气管扩张、急性或慢性支气管炎、支气管内膜结核、支气管肺癌等。由于炎症导致毛细血管壁通透性增高或黏膜下血管破裂, 引起咯血。
3. 肺部疾病: 见于肺结核、肺脓肿、肺炎、肺真菌病、肺寄生虫病、肺转移瘤等。肺结核为最常见的咯血原因之一。肺部病变可引起毛细血管通透性增高、小血管破裂, 肺结核或肺脓肿空洞内小动脉瘤破裂, 导致咯血。

(二) 心血管疾病: 较常见的是风湿性心脏病二尖瓣狭窄所致的咯血, 由于肺静脉压升高引起支气管静脉曲张, 破裂后发生大咯血。肺淤血时, 毛细血管内压升高, 使