

卫生部规划教材

全国中等卫生学校教材

供医士、妇幼医士、卫生医士、口腔医士、放射医士、助产士专业用

内科学

第 二 版

李振宗 朱汉熙 主编

人民卫生出版社

全国中等卫生学校教材

供医士、妇幼医士、卫生医士、口腔医士、
放射医士、助产士专业用

内 科 学

第二版

李振宗 朱汉熙 主编

编 者

刘六子 朱汉熙 吕广震 李日东

李振宗 金亚欢 彭汉基 徐明瑞

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

内科学/李振宗,朱汉熙主编.—2版(修订本).—北京:

人民卫生出版社,1993

中等卫生学校教材

ISBN 7-117-00208-5

I. 内…

II. ①李…②朱…

III. 内科学-专业学校-教材

IV. R5-43

内 科 学

第 二 版

李振宗 朱汉熙 主编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版
(北京市崇文区天坛西里10号)

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷
新 华 书 店 北 京 发 行 所 发 行

787×1092毫米16开本 34 $\frac{1}{2}$ 印张 4插页 805千字

1986年5月第1版 1997年6月第2版第17次印刷
印数:2 136 751—2 151 750

ISBN 7-117-00208-5/R·209 定价:27.50元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究。

第二版 说明

全国中等卫生学校11个专业使用的77种教材系卫生部 1983 年组织编写，于1985～1987年出版发行。

为进一步提高中等卫生学校的教材质量，培养合格的中等卫生人才，1992年11月决定对这套教材进行小修订。

这次修订基本维持原教材体系，只更正其中的错误和不当之处，在总字数不增加的前提下，修改的幅度一般不超过20%。主要修订的有：改正错误的 内容、数据、图表等；删除淘汰的35种临床检验项目与方法；使用国家公布的名词与法定计量单位等；更新陈旧的内容，如不符合《中华人民共和国药典》的内容，不符合医学模式转变的内容等；删除针对性不强、对中等卫生学校不适用的内容等。

本次修订由主编负责。因为时间紧，改动范围不大，部分教材未能邀请第一版全体编审者参与工作，特此说明。

卫生部教材办公室

1993年 6 月

第二版前言

根据1992年11月卫生部在北京召开的全国中等卫生学校教材修订工作会议精神，在江西省卫生厅和上海市卫生局的直接领导下，我们对《内科学》进行了重点修订。这次修订的范围主要是：删去了那些针对性不强，陈旧、重复，对中等卫生学校不适用的内容；删去了卫生部规定淘汰的35种临床检验项目与方法；按国家法定计量单位核改了全书应用的单位（为了便于教学，在法定计量单位后括号内仍注明旧单位）；修正了第一版教材中错误的内容、文字和数据；适当更新了自第一版教材出版以来在内科学方面一些新进展的内容，并更新了某些药名和检验项目名称。此外，原书中第三篇第一章传染病部分仅供放射医士专业使用，在教材修订工作会议上已确定该专业亦用《传染病学》教材，故不再编入本书。关于每一章节后面的复习题，因考虑到内容比较局限，不利于发挥教师教学和学生学习的主动性，因此，在第二版中不再附上。

这次修订工作按照卫生部的规定仍由原编写小组负责进行，由于徐明瑞教授已于1988年病逝，因此，除主编由卫生部教材办公室确定外，编者也作了部分变动。

由于我们编写水平有限，修订时间仓促，缺点和错误在所难免，恳请使用本教材的广大师生和广大读者批评指正。

李振宗 朱汉熙

1993年5月

目 录

第一篇 绪论	1
第二篇 诊断学	4
第一章 常见症状	4
第一节 发热	4
第二节 咳嗽与咳痰	6
第三节 咯血	7
第四节 呼吸困难	8
第五节 胸痛	9
第六节 心悸	9
第七节 紫绀	10
第八节 水肿	10
第九节 恶心与呕吐	11
第十节 腹痛	12
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 问诊和检体诊断	21
第一节 问诊	21
第二节 检体诊断	23
第三章 实验诊断和其他检查	75
第一节 实验诊断	75
第二节 心电图检查	101
第三节 超声波检查	119
第四节 X线检查	126
第四章 诊断步骤和病历编写	143
第一节 诊断步骤和思维方法	143
第二节 病历编写	145
第三篇 内科疾病	152
第一章 呼吸系统疾病	152
第一节 总论	152
第二节 急性支气管炎	157
第三节 慢性支气管炎	158
第四节 支气管哮喘	162

第五节 肺气肿	167
第六节 慢性肺源性心脏病	169
第七节 肺炎	174
肺炎球菌肺炎	174
金黄色葡萄球菌肺炎	178
肺炎支原体肺炎	180
第八节 肺脓肿	181
第九节 原发性支气管癌	183
第十节 肺结核	188
第十一节 胸膜炎	199
第十二节 自发性气胸	202
第十三节 呼吸衰竭	205
第二章 循环系统疾病	211
第一节 总论	211
第二节 心功能不全	215
慢性心功能不全	215
急性心功能不全	223
第三节 风湿性心瓣膜病	225
第四节 高血压病	232
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	240
心绞痛	242
心肌梗塞	245
第六节 心包炎	251
急性心包炎	251
慢性缩窄性心包炎	254
第七节 亚急性感染性心内膜炎	255
第八节 心肌疾病	259
病毒性心肌炎	259
扩张型心肌病	261
肥厚型心肌病	262
第九节 克山病	264
第十节 常见心律失常	267
概述	267
窦性心律失常	269
病态窦房结综合征	271
过早搏动	272
阵发性心动过速	274
心房颤动	278
心室颤动	279

房室传导阻滞	280
第三章 消化系统疾病	283
第一节 总论	283
第二节 胃炎	287
急性胃炎	287
急性单纯性胃炎	287
慢性胃炎	288
第三节 消化性溃疡	291
第四节 肝硬化	299
第五节 原发性肝癌	307
第六节 肝性脑病	311
第七节 急性胰腺炎	315
第八节 肠结核和结核性腹膜炎	319
肠结核	319
结核性腹膜炎	321
第九节 溃疡性结肠炎	324
第四章 泌尿系统疾病	328
第一节 总论	328
第二节 肾小球疾病	334
轻微病变性肾小球肾炎	335
急性肾小球肾炎	337
急进性肾小球肾炎	337
慢性肾小球肾炎	338
隐匿性肾小球肾炎	343
第三节 肾盂肾炎	344
第四节 慢性肾功能不全——尿毒症	348
第五章 造血系统疾病	357
第一节 总论	357
第二节 贫血概述	359
缺铁性贫血	362
再生障碍性贫血	366
第三节 出血性疾病概述	370
血小板减少性紫癜	374
过敏性紫癜	376
第四节 白血病	378
概述	378
急性白血病	379
慢性白血病	385
第五节 淋巴瘤	387

第六章 内分泌、代谢疾病	391
第一节 总论	391
第二节 腺垂体功能减退症	395
第三节 甲状腺功能亢进症	398
第四节 单纯性甲状腺肿	404
第五节 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	406
第六节 糖尿病	409
糖尿病酮症酸中毒及昏迷	418
第七章 风湿病疾病	421
第一节 系统性红斑狼疮	421
第二节 类风湿性关节炎	425
第八章 理化因素所致疾病	430
第一节 急性中毒总论	430
第二节 有机磷农药中毒	435
第三节 一氧化碳中毒	438
第四节 中暑	441
第五节 触电	444
第六节 高原适应不全症	446
第九章 神经系统疾病	450
第一节 总论	450
第二节 多发性神经炎	458
急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	458
第三节 面神经炎	460
第四节 急性脊髓炎	461
第五节 急性脑血管疾病	463
短暂性脑缺血发作	464
脑出血	465
蛛网膜下腔出血	467
脑血栓形成	467
脑栓塞	468
急性脑血管疾病的实验室和其他检查	469
急性脑血管疾病的诊断和鉴别诊断	469
急性脑血管疾病的治疗	470
急性脑血管疾病的预防	472
第六节 癫痫	473
第十章 精神疾病	477
第一节 精神疾病总论	477
第二节 精神分裂症	482
第三节 情感性精神障碍	484

第四节 神经症.....	486
神经衰弱.....	486
癔病.....	488
第四篇 内科护理及诊疗技术.....	490
第一章 内科护理.....	490
第一节 内科疾病的分期护理.....	490
第二节 内科疾病的一般护理.....	493
第三节 危重病人的护理.....	502
第二章 内科常用护理技术.....	511
第一节 注射技术.....	511
第二节 各种皮肤试验法.....	515
第三节 灌肠术.....	518
第四节 导尿术.....	519
第五节 洗胃.....	520
第六节 鼻饲.....	520
第七节 氧气疗法.....	521
第八节 吸痰法.....	522
第九节 吸入疗法.....	522
第十节 各种标本采集.....	524
第三章 内科常用诊疗技术.....	527
第一节 胸腔穿刺术.....	527
第二节 腹腔穿刺术.....	528
第三节 肝穿刺术.....	529
第四节 腰池穿刺术.....	530
第五节 心包穿刺术.....	531
第六节 骨髓穿刺术.....	532
第七节 淋巴结穿刺术.....	533
第八节 胃液抽取术.....	533
第九节 十二指肠引流术.....	534
第十节 纤维胃镜检查.....	535
第十一节 三腔双气囊管的应用.....	537
第十二节 乙状结肠镜检查术.....	538
第十三节 血液循环时间测定.....	539
第十四节 周围静脉压测定术.....	540
第十五节 中心静脉压测定术.....	540

第一篇 绪 论

内科学是临床医学中一门涉及面广和整体性强的学科,它既是临床各科的基础,又与临床各科有着密切的关系。中等卫生学校的《内科学》教材,还包含了诊断学和神经、精神病学,内科护理,诊疗技术等内容,因此,在中等卫生学校的教学中更占有重要的地位。

长期以来,医学模式一直是在生物学发展基础上形成的“生物医学模式”,是以生物因素为出发点进行防病、治病的。但是,随着人类文明的进步和现代化科技的发展,一些与心理、社会因素密切相关的疾病如心血管疾病、恶性肿瘤等的发病率明显增高,因此,就提出了新的“生物-心理-社会医学模式”。新的医学模式强调了卫生服务目标的整体观,即从局部到整体,从医病到医人,从个体到群体,从原有的医学范畴扩展到社会医学、心理医学的广阔领域。这就要求内科学的教学内容也要随着医学模式的转变而变化。

【内科学的范围和内容】内科学的范围很广,但根据中等卫生学校教学的需要,这本教材包括诊断学、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、风湿性疾病、理化因素所致疾病、神经系统疾病、精神疾病以及内科护理和诊疗技术。每一疾病的编写内容大体包括概述、病因和发病机理、病理、临床表现、并发症、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗和预防。根据不同专业,选讲的课题均以常见病、多发病和地方病为主,要求学生通过内科学的教学和临床实习,能对常用的诊断技术,内科的常见病、多发病和地方病以及内科护理、诊疗技术,都具有必要的基础知识和坚实的防治技能,毕业后能在基层医疗机构从事防病治病工作。此外,还有相当数量的内科疾病未编入本书之内,学生应在学习期间及今后的工作期间,不断深入学习,以丰富和扩大自己的知识。

【学习内科学的目的、要求和方法】学习内科学的目的是为了保障人民健康;为了发展我国医学科学和为社会主义现代化建设服务。医生服务的对象是病人,因此,我们必须牢固树立全心全意为病人服务的思想和培养高尚的医德医风。在学习内科学知识技能时,要以高度的责任感,满腔热情地对待病人,通过系统而细致的病史采集和各项检查,不仅要了解疾病的生物致病因素,也要仔细探索心理、社会因素对疾病的影响,只有这样,才能正确而及时地作出诊断,并合理地进行防病治病。

在专业方面,学习内科学的目的是要扎实地掌握本门课程的基本理论、基本知识和基本技能,为毕业后能独立地防治内科常见病、多发病打下坚实的基础。因此,在学习内科学的过程中,一方面应经常复习相关的基础医学知识,如生理学、生物化学、病理学、药理学等;另一方面还应与临床实践紧密结合起来,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。

通过学习内科学应达到的要求:①加强基本临床技能的训练。包括搜集完整可靠的病史,进行全面、正确的体格检查,利用必要的实验室检查和其他有关检查,掌握常用

的护理技术操作和内科诊疗技术操作；②加强临床思维和临床实际工作能力的训练。要求学生通过内科学的学习，能够利用各种临床资料，进行逻辑分析和综合判断，对疾病作出正确诊断，制订切实可行的治疗方案，并在具体临床工作中予以实施；③加强三级预防观念的培养。预防为主是我们国家卫生工作方针的基本点，我们必须针对每个疾病的病因和发病机理，采取相应有效的措施，达到预防为主的目的。同时，必须从当今新的“生物-心理-社会医学模式”的高度，重视心理、社会致病因素的预防，重视整体、群体的预防；④加强自学能力的培养。现代医学科学的发展日新月异，内科领域的基础理论、诊断技术和防治方法也在不断更新和发展，这就要求我们的学生通过内科学基本内容的学习，掌握学习方法，培养自学能力，为其他临床课程的学习和毕业后的提高深造打下良好的基础。

【内科学的进展】

一、病因和发病机理方面 近年来，由于遗传学、免疫学、内分泌学和物质代谢研究等方面的迅速发展，使不少疾病的病因和发病机理有了新的认识。如白血病发病机理的研究，已明确病毒和遗传因素是起主要作用的；免疫功能障碍在很多疾病过程中所起的作用已受到重视，如恶性肿瘤、肾小球疾病、类风湿性关节炎和部分慢性活动性肝炎等；消化激素、前列腺素、心钠素的发现和研究，为某些消化系统、循环系统疾病的发病机理和治疗的探索开辟了新途径；通过应用多种新的检验技术，已发现遗传病和免疫病中不少新的综合征和其他新的病种，并对某些旧有的疾病也作了新的分类。

二、检查和诊断技术方面 放射免疫和酶学检查技术的建立和完善，为诊断学和实验医学提供了新的有效手段。临床生化分析向超微量、高效能、高速度和自动化方向发展，目前已有每小时能完成数百份标本、数十项指标的多道生化分析仪。心、肺、脑的电子监护系统能连续监测病情，提高了抢救危重病人的成功率。纤维内镜的广泛使用和不断改进，已可通过直接观察、电视、照相以及采取脱落细胞和活组织检查等手段，提高了对消化道、呼吸道、泌尿道等一些疾病的早期诊断和确诊率，且可用于止血、切除息肉、取出结石等治疗。电子计算机X线体层扫描(CT)和核磁共振体层扫描(NMR-CT)的临床应用，大大提高了诊断尤其是肿瘤诊断的准确性。放射性核素检查的新技术，已广泛应用于消化系统疾病、心血管疾病、内分泌疾病、肾疾病、肺疾病和血液病的诊断。多普勒彩色血流显象更可对血流及其变化取得直观效果，是诊断心血管等疾病很有用的无创伤性检查技术。

三、疾病的防治方面 由于免疫工程在治疗上的应用，对不同类型的先天性或获得性免疫缺陷，可给予相应的免疫治疗措施，如进行骨髓移植，给予免疫抑制剂或免疫增强剂等。药理学的不断进展，已从发病机理的角度研制新药，如肾上腺素能 β -受体阻滞剂、 H_2 受体阻滞剂、多巴胺能受体阻滞剂、钙通道阻滞剂、血管紧张素转化酶抑制剂、新型溶血栓剂等的出现，为治疗一些心血管疾病提供了更有效的手段。“血液净化”技术的不断改进和普及应用，使急、慢性肾功能衰竭的治疗大为改观。肾移植的成功使慢性肾功能衰竭病人的寿命明显延长。埋藏式人工心脏起搏器向微型、长效能源和多功能方面发展，使其既可治疗缓慢心律失常，又可抗快速心律失常，甚至可用于除颤。用带球囊的心导管扩张狭窄的动脉和瓣膜，可代替部分外科手术治疗。

【我国内科学近年的主要成就】随着世界内科学领域诊疗技术的不断发展，我国在

内科学方面亦取得了巨大成就。在防治地方性疾病方面已有较大进展,如克山病、地方性甲状腺肿和呆小病的发病率已显著下降。对严重危害人民健康和生命的肿瘤、心血管疾病、慢性支气管炎、糖尿病等,都进行了大面积的普查与防治,并探索了一些与发病有关的因素。新的诊断技术如各种超声波检查、CT、NMR-CT、纤维内镜检查、高度选择性心血管造影、放射性核素显象、心电生理检查等和新的治疗手段如人工心起搏、带球囊心导管的血管和心瓣膜扩张、纤维内镜用于止血、切除组织和取石、血液净化技术等的应用,使许多疾病的诊治能力已达到国际水平。急性心肌梗塞住院病人在开展综合疗法抢救后,病死率已从40%下降到15%左右。

随着基础医学和生物医学工程等学科的发展,医学模式由“生物医学模式”逐渐向“生物-心理-社会医学模式”的转变,以及对祖国医学的整理和提高,内科学必将出现深刻的变化,我们一定要以努力学习和积极进取的精神,勇于钻研和创新,为加速我国医学科学技术的现代化而努力奋斗。

(金山县卫生学校 李振宗)

(九江市卫生学校 朱汉熙)

第二篇 诊 断 学

第一章 常 见 症 状

病人主观的异常感觉或不适感觉称为症状；客观检查的病态表现称为体征。症状和体征是机体功能障碍或器质性变化的表现，是诊治疾病的重要线索或依据。

第一节 发 热

健康人如果衣着适宜，饮食适量，则体温保持稳定，口腔温度波动在 $36.2\sim 37.3^{\circ}\text{C}$ 之间。

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。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，致体温升高超出正常范围，则称为发热。

【发热机理】

发热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（如原胆烷醇酮）、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单核细胞和巨噬细胞之中。正常情况下人体内单核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，如甲状腺功能亢进；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单核细胞或巨噬细胞，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，可促使单核细胞释放内热原。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，风湿性疾病等都可发热。

五、产热、散热的异常 产热过多如剧烈运动、癫痫持续状态、甲状腺功能亢进。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）。

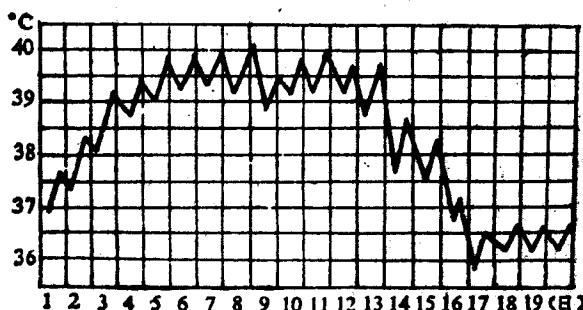


图2-1-1 稽留热

(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）。

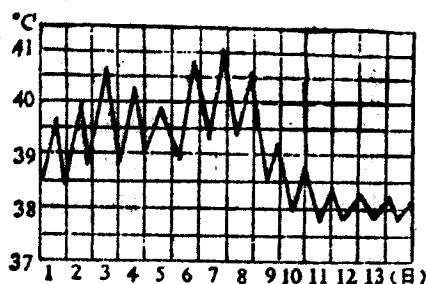


图2-1-2 弛张热

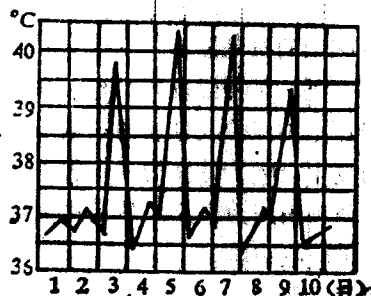


图2-1-3 间歇热

(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)。

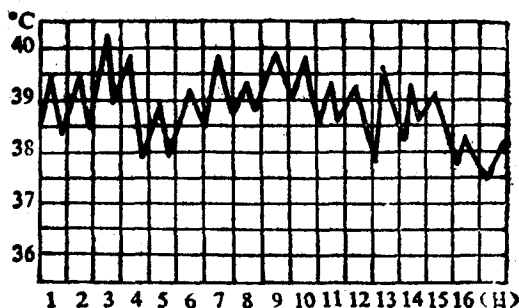


图2-1-4 不规则热

二、临床分度 体温持续在 $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ 称为高热; 超过 41°C 的称为超高热; 在 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 之间的称中等度发热; 在 $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$ 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。

三、伴随症状 临床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 咳嗽与咳痰

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咳痰。只有咳嗽而无咳痰, 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, 经迷走神经传入延髓的咳嗽中枢, 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淤血或肺水肿时，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咳痰。

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咳痰，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、百日咳或急性喉炎等。

二、咳嗽的时间 晨间或就寝时咳嗽和咳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 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。金属音调咳嗽可由于纵隔肿瘤，支气管癌等压迫气管所致。

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。

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，不难诊断。

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，血液流入气管所致。

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，其原因可由肺淤血或由支气管粘膜下静脉曲张破裂。肺淤血时只是少量咯血，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】