

新编临床医学诊疗学

新编

内科疾病诊疗学

主编 唐爱明 曹忠义 刘禧玲 张东旭



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

第五版 全国高等医药院校教材



内科疾病诊疗学

主编 王德林 副主编 王德林 王德林 王德林 王德林



人民卫生出版社

地址：北京市丰台区右安门内大街2号

· 新编临床医学诊疗学 ·

新编内科疾病诊疗学

主 编：唐爱明 曹忠义 刘禧玲 张东旭

副主编：荆有森 吴秀芳 王国栋 王传栋

王法勤 吕 莉 王玲玲 边俊兰

郭春玉 胡吉庆

编 委：（按姓氏笔画排序）

王传栋 王法勤 王玲玲 边俊兰

匡玉华 孙云凤 吕 莉 孙淑君

刘禧玲 杜文霞 吴秀芳 范 君

张东旭 胡吉庆 荆有森 郭春玉

姜秀华 唐爱明 曹忠义 黄蕊萍

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

新编内科疾病诊疗学/唐爱明,曹忠义,刘禧玲等主编. - 上海:第二军医大学出版社,2009.9

ISBN 978-7-81060-973-9

I. 新… II. ①唐…②曹…③刘… III. 内科-疾病-诊疗 IV. R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第180971号

出 版 人 石进英

责任编辑 王 楠

新编内科疾病诊疗学

主 编 唐爱明 曹忠义 刘禧玲 张东旭

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路800号 邮政编码:200433

电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

青州市新希望彩印有限公司印刷

开本:787×1092 1/16 印张:38.5 字数:985千字

2009年9月第1版 2009年9月第1次印刷

ISBN 978-7-81060-973-9/R·786

定价:97.00元

参编人员一览表

(按姓氏笔画排序)

王国栋	山东省潍坊市人民医院
王传栋	山东省安丘市人民医院
王法勤	山东省单县中心医院
王玲玲	山东省即墨市人民医院
边俊兰	山东省夏津县人民医院
匡玉华	山东省即墨市人民医院
孙云凤	山东省即墨市人民医院
吕 莉	山东省即墨市人民医院
孙淑君	山东省即墨市人民医院
刘禧玲	山东省烟台市烟台山医院
杜文霞	山东省即墨市人民医院
吴秀芳	山东省高密市妇幼保健院
范 君	山东省即墨市人民医院
张东旭	山东省临清市人民医院
胡吉庆	山东省乳山市人民医院
荆有森	山东省高密市人民医院
郭春玉	山东省平邑县地方中心卫生院
姜秀华	山东省即墨市人民医院
唐爱明	山东省高密市人民医院
曹忠义	山东省安丘市中医院
黄蕊萍	山东省即墨市人民医院

前 言

随着科学技术的发展和进步，新的医学理论知识、技术方法和新的医疗施治方案不断应用于临床，并取得了很好的临床效果。为了汇集这些宝贵临床经验，我们组织多家医疗单位的内科医生集体编写了这本《新编内科疾病诊疗学》，其目的就是通过相互学习，相互交流，以不断提高内科医生的临床诊疗水平和进一步规范医疗行为，更好地为患者解除病痛。

全书共分十一章，从基本症状和体征入手，详细介绍了呼吸、循环、消化、神经、血液等各系统常见疾病的诊断基础和治疗方法。内容新颖丰富，论述充分全面，理论与实践相结合，实用性强。

该书出版发行对内科学的发展起到进一步的推动作用，同时也为广大内科临床医师、进修医师、实习医师和教学工作人员提供有价值的资料。

编 者

2009 年 9 月

目 录

第一章 症状和体征	(1)
第一节 症状	(1)
第二节 体征	(12)
第二章 呼吸系统疾病	(20)
第一节 急性上呼吸道感染	(20)
第二节 流行性感胃	(21)
第三节 急性支气管炎	(23)
第四节 慢性支气管炎	(24)
第五节 慢性阻塞性肺疾病	(26)
第六节 慢性肺源性心脏病	(31)
第七节 支气管哮喘	(34)
第八节 支气管扩张症	(37)
第九节 呼吸衰竭	(40)
第十节 肺炎	(41)
第十一节 肺脓肿	(50)
第十二节 肺结核	(52)
第十三节 原发性支气管肺癌	(55)
第十四节 间质性肺疾病与结节病	(58)
第十五节 肺栓塞	(66)
第十六节 急性呼吸窘迫综合征	(68)
第十七节 睡眠呼吸暂停低通气综合征	(69)
第十八节 胸膜疾病	(71)
第三章 循环系统疾病	(82)
第一节 慢性心功能不全	(82)
第二节 急性心功能不全	(88)
第三节 心律失常	(90)
第四节 高血压病	(95)

2 目 录

第五节 动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病	(99)
第六节 风湿性心脏瓣膜病	(126)
第七节 感染性心内膜炎	(131)
第八节 心肌炎	(135)
第九节 心肌病	(138)
第十节 心包疾病	(145)
第十一节 主动脉夹层	(149)
第四章 消化系统疾病	(153)
第一节 食管疾病	(153)
第二节 胃、十二指肠疾病	(157)
第三节 肝脏疾病	(164)
第四节 胰腺疾病	(179)
第五节 腹腔结核	(185)
第六节 炎症性肠病	(189)
第七节 大肠癌	(195)
第八节 功能性胃肠疾病	(197)
第九节 消化道出血	(200)
第五章 泌尿系统疾病	(209)
第一节 肾小球病概述	(209)
第二节 肾小球肾炎	(212)
第六章 血液系统疾病	(251)
第一节 贫血概论	(251)
第二节 缺铁性贫血	(252)
第三节 巨幼细胞性贫血	(254)
第四节 再生障碍性贫血	(256)
第五节 溶血性贫血	(258)
第六节 白血病	(267)
第七节 骨髓增生异常综合征	(273)
第八节 淋巴瘤	(277)
第九节 多发性骨髓瘤	(279)
第十节 脾功能亢进	(283)
第十一节 出血性疾病	(284)

第七章 内分泌系统疾病	(294)
第一节 总论	(294)
第二节 下丘脑和垂体疾病	(298)
第三节 甲状腺疾病	(310)
第四节 肾上腺皮质疾病	(318)
第八章 代谢疾病和营养疾病	(337)
第一节 总论	(337)
第二节 糖尿病	(339)
第三节 低血糖症	(349)
第四节 高脂血症	(350)
第五节 痛风及高尿酸血症	(352)
第六节 骨质疏松症	(355)
第九章 结缔组织病和风湿病	(359)
第一节 系统性红斑狼疮	(359)
第二节 类风湿关节炎	(362)
第三节 强直性脊柱炎	(365)
第四节 血管炎病	(368)
第五节 特发性炎症性肌病	(377)
第六节 系统性硬化病	(380)
第七节 骨关节炎	(384)
第八节 干燥综合征	(389)
第十章 神经系统疾病	(394)
第一节 神经系统症状学	(394)
第二节 脑血管疾病	(412)
第三节 脊髓疾病	(438)
第四节 周围神经疾病	(449)
第五节 中枢神经系统感染	(469)
第六节 中枢神经系统脱髓鞘疾病	(487)
第七节 运动障碍疾病	(496)
第八节 神经-肌肉接头疾病	(509)
第九节 肌肉疾病	(514)
第十节 头痛	(521)

4 目 录

第十一节 癫痫	(527)
第十二节 痴呆	(536)
第十三节 神经系统发育异常性疾病	(543)
第十四节 神经系统遗传性疾病	(548)
第十五节 自主神经系统疾病	(555)
第十一章 职业病	(559)
第一节 职业有害因素引起的器官或系统损害	(559)
第二节 职业中毒	(581)
第三节 生产性粉尘所致职业病	(601)

第一章 症状和体征

第一节 症 状

一、发热

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。人正常体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

按发热的高低可分为:低热, $37\sim 38^{\circ}\text{C}$;中等度热, $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$;高热, $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热, 41°C 以上。

【发病机制】

1. 致热原性发热 致热原包括外源性致热原和内源性致热原(又称白细胞致热原)两大类。

2. 非致热原性发热 体温调节中枢直接受损,引起产热过多、散热减少的疾病。

【病因与分类】

临床诊疗中将它分为感染性和非感染性两大类。

1. 感染性发热 临床多见,可以是急性、亚急性或慢性,亦可以是全身性或局部性感染。其病原体可以是病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等。病人除发热外,还有全身毒血症状。

2. 非感染性发热 主要有以下几类原因。

(1) 无菌性坏死物质的吸收:①机械性、物理性或化学性损害;②血管栓塞或血栓形成引,起的内脏梗死或肢体坏死;③组织坏死与细胞破坏。

(2) 抗原-抗体反应。

(3) 内分泌代谢障碍。

(4) 皮肤散热减少。

(5) 体温调节中枢功能失常,高热无汗是 its 特点。见于:①物理性(如中暑);②化学性(如重度安眠药中毒等);③机械性(如脑出血、脑震荡、颅骨骨折等)。

(6) 功能性发热:①原发性低热;②感染性低热,在判断感染性低热时,必须注意与因抗体抵抗力降低导致潜在的感染病灶活跃(如结核病)或其他新的感染鉴别;③夏季热;④生理性低热。

【问诊要点】

(1) 起病时间、季节、起病的缓急,病程,发热的高低、间歇性或持续性,诱因。

(2) 有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。

(3) 多系统症状询问,是否伴有如咳嗽、咯血、胸痛、咳痰;腹痛、呕吐、腹泻、黄疸;尿频、尿急、尿痛、腰痛;皮肤出血、紫癜;头痛、肌肉关节痛等。

(4) 患病以来的一般情况。如精神状态, 食欲、体重有无减少, 睡眠、大小便等改变情况。

(5) 病后的诊断与治疗情况。如各种检查的结果, 药物治疗的疗效反应等。

(6) 传染病接触史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史、服药史、职业特点等。

二、咳嗽与咳痰

咳嗽是一种保护性反射动作, 能有效消除呼吸道内的分泌物或进入的异物。当咳嗽时久、频繁等影响工作、休息, 呼吸肌疼痛等则属病理现象。痰液是呼吸道内的病理性分泌物。通过痰液检查可获得病原学、病理学的诊断依据。咳嗽的神经调节控制中枢在延髓。

【病因】

从鼻咽部到小支气管整个呼吸道黏膜受到刺激时均可引起咳嗽, 而刺激效应以喉部杓状间腔和气管分叉部的黏膜最敏感。

1. 呼吸道疾病 呼吸道各部位(咽、喉、气管、支气管、肺等)受到刺激性气体、粉尘、异物、炎症、出血、肿瘤等刺激时均可引起咳嗽, 临床最为常见。

2. 胸膜疾病 炎症、肿瘤、外伤等胸膜病变。

3. 心血管疾病 各种原因所致左心衰竭导致肺瘀血、肺水肿或右心及体循环静脉栓子脱落、羊水、气栓、瘤栓所致的肺栓塞时, 肺泡、支气管内漏出液或渗出液等。

4. 中枢神经因素 延髓神经中枢受到刺激时。

【问诊要点】

1. 发病年龄、咳嗽和咳痰的病程与节律。

2. 咳嗽的程度、音色与影响因素。

3. 咳痰的痰的性状与量及其变化。

4. 咳嗽与咳痰有哪些伴随症状。

三、咯血

咯血是指喉以下呼吸道任何部位的出血经口腔排出者。咯血是呼吸系统疾病的常见症状, 但也常见于循环系统疾病, 如二、三尖瓣狭窄及急性左心功能不全等。每日咯血量在 100ml 以内为少量咯血, 100 ~ 500ml 为中等量咯血, 在 500ml 以上(或一次咯血在 300 ~ 500ml) 为大量咯血。

【病因】

引起咯血的原因很多, 以呼吸系统和心血管疾病为常见。其中肺结核、风湿性心脏病二尖瓣狭窄、支气管扩张和肺癌是我国临床咯血的常见病因。

【咯血与呕血的鉴别】

咯血与呕血的鉴别见表 1-1。

表 1-1 咯血与呕血的鉴别

项 目	咯 血	呕 血
病史	肺结核、支气管扩张、肺炎、肺脓肿、肺癌、心脏病	消化性溃疡、急性胃黏膜病变、等肝硬化等
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出，可为喷射状
血的颜色	鲜红	棕黑、暗红，有时鲜红
血内混有物	泡沫、痰	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无（咽下血液时可有）	有，可持续数日
出血后痰的性状	痰中带血	无痰

【问诊要点】

应问清是咯出的还是呕出的血，注意发病年龄、病程、咯血量、颜色与性状，有无呼吸困难，以及咯血伴随症状。

四、恶心与呕吐

呕吐是胃内容物反流入食管，经口吐出的一种反射动作。可分为3个阶段，即恶心、干呕和呕吐，但有些呕吐可无恶心或干呕的先兆。呕吐可将咽入胃内的有害物质吐出，是机体的一种防御反射，有一定的保护作用，但大多数并非由此引起，且频繁而剧烈地呕吐可引起脱水、电解质紊乱、酸碱平衡失调、营养障碍，甚至导致食管贲门黏膜撕裂而出血等并发症。

【病因】

1. 胃、肠源性呕吐 胃、十二指肠疾病，肠道疾病。
2. 反射性呕吐 咽部受到刺激、肝胆胰疾病、腹膜及肠系膜疾病及其他疾病。
3. 中枢性呕吐 颅内感染、脑血管疾病、颅脑损伤、癫痫或其他疾病，药物等。
4. 神经性呕吐 颅内高压等。

【发病机制】

(1) 恶心时胃张力和蠕动减弱，十二指肠张力增强，可伴有或不伴有十二指肠液反流。

(2) 干呕时胃上部放松而胃窦部短暂收缩。

(3) 呕吐时为胃窦部持续收缩，贲门开放，腹肌收缩，腹压增加，迫使胃内容物急速而猛烈地从胃反流，经食管、口腔而排出体外。

【问诊要点】

- (1) 呕吐的起病、时间、呕吐物的特征、呕吐物的量；
- (2) 发作的诱因；
- (3) 伴随症状；
- (4) 诊治情况。

五、呼吸困难

呼吸困难既是主观症状，即病人感到呼吸费力或气不够用；又是客观体征，表现为呼吸深度或频率的改变、节律不规则、辅助呼吸肌参与呼吸运动或端坐呼吸等。

【病因】**1. 呼吸系统疾病**

(1) 气道阻塞：指气道狭窄或阻塞所致通气障碍为主的各种疾病，如炎症、水肿、肿瘤、异物等。

(2) 肺疾病：如炎症、水肿、淤血、纤维化、肺不张等，影响气体交换、弥散等通气功能障碍出现呼吸困难。

(3) 胸廓疾病：如严重胸廓畸形、气胸、大量胸腔积液、胸廓外伤等，影响肺呼吸运动、肺通气功能。

(4) 神经肌肉疾病：导致呼吸肌无力或麻痹，主要影响通气。如脊髓灰质炎、急性多发性神经根炎、重症肌无力等。

(5) 膈肌运动障碍：影响肺活量、通气。如膈神经麻痹、高度肠胀气、大量腹水、腹腔巨大肿瘤、胃扩张、妊娠末期等。

2. 心血管系统疾病 各种原因所致心力衰竭、心包压塞、原发性肺动脉高压和栓塞等，导致肺淤血或肺水肿，影响气体交换、弥散。

3. 理化因素或代谢障碍等导致的中毒 影响呼吸中枢功能。

4. 血液病 主要影响红细胞携带氧的能力下降。如重度贫血、高铁血红蛋白血症等。

5. 神经精神因素

(1) 颅脑疾病：如颅脑外伤、脑出血、脑肿瘤、脑或脑膜炎症等损害致呼吸中枢功能障碍。

(2) 精神因素：如癔症。

【发病机制及临床表现】

1. 肺源性呼吸困难 因通气、换气功能障碍导致缺氧和（或）二氧化碳潴留引起。需特别掌握吸气性、呼气性、心源性呼吸困难特点及鉴别点。

2. 心源性呼吸困难 主要由左心和（或）右心衰竭引起，两者发生机制不同，左心衰竭所致的呼吸困难较为严重。

3. 中毒性呼吸困难。

4. 神经精神性呼吸困难 掌握重症颅脑疾病与癔病呼吸困难的特点与区别。

【问诊要点】

1. 呼吸困难发生的诱因、表现（吸气性、呼气性还是吸与呼都感困难）。

2. 呼吸困难起病缓急，是突发性还是渐进性。

3. 呼吸困难与活动、体位变换的关系，昼夜是否一样。

4. 呼吸困难是否伴有发热、胸痛、咳嗽、咳痰，咳痰的性状如何，是否伴有咯血（量与性状）。

5. 呼吸困难有无排尿、饮食异常、有无高血压、肾病与代谢疾病的病史。

6. 呼吸困难有无药物、毒物摄入史及头痛、意识障碍、颅脑外伤等。

六、心悸

心悸是一种自觉心脏跳动的不适感觉或心慌感。当心率加快时可感到心脏跳动不适，

心率缓慢时则感搏动有力。心悸时心率可快、可慢或可有心律失常。

【发生机制】

心悸发生的机制与心动过速、每次心搏出量大和心律失常有关。如在心率加快时舒张期缩短心室充盈不足，当心室收缩时心室肌与心瓣膜的紧张度突然增加，可引起心搏增强而感心悸；心律不齐，如期前收缩（早搏）在一个较长的代偿期之后的一次心室收缩，往往强而有力，此时也常使病人感到心悸。

【病因】

1. 心脏搏动增强 心脏收缩力增强引起的心悸，可为生理性或病理性。

(1) 生理性：①健康人剧烈运动或精神过度紧张时；②饮用酒、浓茶或咖啡后；③应用某些药物，如肾上腺素、麻黄碱、咖啡因、阿托品、甲状腺片等。

(2) 病理性：①心室肥大。如高血压性心脏病、各种原因所致的主动脉瓣关闭不全、风湿性二尖瓣关闭不全等引起的左心室肥大，心脏收缩力增强。动脉导管未闭、室间隔缺损回心血量增多，增加心脏的工作量，导致心室增大，也可引起心悸。此外脚气性心脏病，因维生素 B₁ 缺乏，周围小动脉扩张，阻力降低，回心血量增多，心脏工作量增加，也可以出现心悸。②其他引起心脏搏出量增加的疾病。甲状腺功能亢进症，系由基础代谢与交感神经兴奋性增高，导致心率加快；贫血，以急性失血时心悸为明显，贫血时血液携氧量减少，器官及组织缺氧，机体为保证氧的供应，通过增加心率、提高排血量来代偿，于是心率加快导致心悸；发热时基础代谢率增高，心率加快心输出量增加也可引起心悸。③低血糖症、嗜铬细胞瘤引起的肾上腺素分泌增多，心率加快也可发生心悸。

2. 心律失常

(1) 心动过速：各种原因引起的窦性心动过速、阵发性室上性或室性心动过速等，均可发生心悸。

(2) 心动过缓：高度房室传导阻滞、窦性心动过缓或病态窦房结综合征，由于心率缓慢，舒张期延长，心室充盈度增加、心搏强而有力导致心悸。

(3) 心律失常：房性或室性的期前收缩（早搏），心房颤动、心脏跳动不规则或有一段间歇，使病人感到心悸甚至有停跳感受。

(4) 心脏神经官能症：由自主神经功能紊乱所引起，心脏本身并无器质性病变。多见于青壮年女性。临床表现除心悸外尚常有心率加快、心前区或心尖部发作痛，以及疲乏、失眠、头晕、头痛、耳鸣、记忆力减退等神经衰弱表现，且在焦虑、情绪激动等情况下更易发生。肾上腺素能受体反应亢进综合征也与自主神经功能紊乱有关，易在精神紧张时发生，其表现除心悸、心动过速、胸闷、头晕外尚可有心电图的一些改变。

【问诊要点】

(1) 发作诱因、时间、频率、病程。

(2) 有无心前区痛、发热、头晕、头痛、晕厥、抽搐、呼吸困难、消瘦及多汗、失眠、焦虑等相关症状。

(3) 有无心脏病、内分泌疾病、贫血性疾病及神经症等病史。

(4) 有无嗜好浓茶、咖啡、烟酒情况，有无精神刺激史。

七、胸痛

胸痛是胸部的疼痛感。可以由胸廓或胸壁疾病引起,也可来源于胸腔内脏器病变。此外,腹部病变也可引起胸痛。上述部位的各种病变和理化因素,如炎症、缺氧、内脏膨胀、机械压迫、异物、外伤和肿瘤等刺激了分布在该部位的感觉神经末梢,兴奋传导到大脑皮质,便会产生痛觉。有时脏器与体表某部位受到脊神经后根同一传入神经支配,该脏器的刺激在大脑皮质可产生相应体表的痛觉,即放射痛。

【病因】

引起胸痛的原因很多,主要为胸部疾病,包括胸壁疾病、心血管疾病、呼吸系统疾病和纵隔疾病。

【问诊要点】

- (1) 发病年龄、起病缓急、胸痛部位、范围及有无放射痛。
- (2) 胸痛性状、轻重及持续时间、发生疼痛的诱因、加重与缓解的方式。
- (3) 伴随症状。

八、腹痛

【病因】

1. 急性腹痛 ①腹腔器官急性炎症;②空腔脏器阻塞或扩张;③腹膜炎症;④腹腔内血管阻塞;⑤腹壁疾病;⑥胸腔疾病;⑦全身性疾病。

2. 慢性腹痛 ①腹腔器官慢性炎症;②空腔脏器的张力变化;③消化性溃疡;④腹腔脏器的扭转或梗阻;⑤脏器包膜的牵拉;⑥中毒与代谢障碍;⑦肿瘤压迫及浸润;⑧胃肠神经功能紊乱。

【发病机制及特点】

腹痛有3种基本发生机制。

1. 内脏性腹痛 是某一器官受到刺激,信号经交感神经通路传至脊髓,特点:①部位不确切,接近中线;②感觉模糊;③常伴恶心、呕吐、出汗等其他自主神经兴奋症状。

2. 躯体性腹痛 来自腹膜壁层及腹壁的痛觉信号,经体神经传至脊神经根,反映到相应脊髓节段所支配的皮肤。特点:①定位准确;②剧烈而持续;③可有局部腹肌强直;④腹痛随体位、咳嗽变化而加重。

3. 牵涉痛 是腹部引起的疼痛,刺激经内脏神经传入,影响相应脊髓节段而定位于体表。特点:程度剧烈,部位准确,局部有压痛,肌紧张及感觉过敏。

【问诊要点】

腹痛的起病情况、性质及严重度、部位、时间、伴随症状。

九、腹泻

腹泻是由于肠黏膜分泌旺盛或吸收障碍、黏膜炎症、肠蠕动亢进等原因致使排便次数增多,粪质稀薄或带有病理成分。一般来说,长期或剧烈的腹泻对人体是有害的,但同时腹泻又是一种保护性症状,可将人体肠道内的有害物质排出体外。

【病因】

急性腹泻的病因包括：各种病原体感染所致的肠道疾病；急性中毒，如食物或化学物质中毒等；全身性感染；其他如变态反应、药物不良反应等。

慢性腹泻的病因包括：胃、肠、胰或肝源性的消化系统疾病；内分泌及代谢障碍性疾病；神经功能紊乱；其他系统疾病，如尿毒症、放射性肠炎等。

【问诊要点】

了解腹泻起病的缓急，腹泻次数与粪便量，粪便的性状与臭味。同时要注意发病季节并进行流行病学调查。各种伴随症状的发生往往可以提示疾病的诊断。病后一般情况的变化也有助于腹泻的诊断。

注意腹泻病人的体格检查，包括伴随的体征，如脱水、营养不良、黄疸等。同时也要重视粪便的检查和结肠镜、钡剂灌肠等辅助检查。

十、便秘

便秘是指排便频率减少，7d内排便次数少于2~3次，排便困难，粪便干结，作为一种临床症状，对于临床疾病的诊断具有一定的意义。便秘可分为功能性便秘和器质性便秘两类。

【病因】

功能性便秘的常见原因有：进食或食物缺少纤维素；排便习惯的改变；结肠运动功能障碍；有关药物的不良反应等。

器质性便秘的常见原因有：直肠、肛门病变，如直肠炎、痔疮、肛裂；结肠病变如肠梗阻、结肠癌；全身性疾病，如尿毒症、糖尿病等。

【发病机制】

便秘的发生机制包括以下4点：

- (1) 摄入食物过少或纤维素及水分不足。
- (2) 肠道内肌肉张力减低和蠕动减弱。
- (3) 肠蠕动受阻碍致内容物滞留而不能下排。
- (4) 排便过程的神经及肌肉活动障碍。

十一、出血倾向

出血倾向是指皮肤黏膜自发性或损伤后的出血现象。皮肤黏膜出血倾向表现为皮肤有瘀点、紫癜、瘀斑、血肿，也可表现为鼻出血、牙龈出血或月经过多，少数可表现为内脏出血。引起出血倾向的病因很多，但就其发病机制而言，主要包括血管壁结构和功能异常、血小板数量和功能异常及凝血功能障碍（凝血因子缺乏或血中有抗凝血物质）三大主要因素，它们可以单独存在或合并发生，其出血特点大多是多部位、多器官的出血。局部病变引起的反复出血，如肺结核咯血、溃疡病引起的呕血等则不属于出血倾向。

【分类】

1. 血小板减少引起的出血 有出血点、紫癜和瘀斑、鼻出血、牙龈出血、月经过多、血尿及黑便，严重者可发生颅内出血。
2. 血管壁异常引起的出血 皮肤黏膜的瘀点、瘀斑，如过敏性紫癜表现为四肢或臀部呈对称性、高出皮肤（荨麻疹或丘疹样）的紫癜，可伴有痒感，关节痛及腹痛，累及