

内 科 学

第 一 部 分

诊 断 学 基 础

河南医学院图书馆
河南医学院图书馆

河 南 医 学 院

一九七五年三月

2054

19
Z

前 言

内科学由《诊断学基础》、《系统内科》两部分组成。

内科学的第一部分为《诊断学基础》，它是以毛主席的哲学思想为指导思想进行调查研究，然后经过综合、分析、判断、推理，最后达到认识疾病的一门科学。它包括症状学、询问病史、体格检查、化验检查以及心电图、X线诊断、超声波、常用的放射性同位素检查等部分。病史、体格检查以及常用的化验检查是我们学习的重点。

内科学的第二部分为《系统内科》。

这次教材的修改，是根据伟大领袖毛主席“**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，征求工农兵学员及教师同志们的意见后进行的。修改教材过程中，正在认真学习无产阶级专政的理论，如何使教材这个上层建筑为经济基础服务，如何使学校变成为无产阶级专政的工具，都认真地进行了贯彻。

《诊断学基础》中增加了症状学，在病史、体格检查部分作了文字的修改，化验检查一章对血、尿、粪各项检查的临床意义以及肝功能检查等增加的内容较多，X线一章对肺结核的分类作了修改。经过修改后文字较前简练了，内容更加有利于工农兵学员自学和开门办学的需要了。《系统内科》对各系统的重要常见病亦进行了修改和补充，如冠心病、白血病、肿瘤以及地方病的甲状腺肿等都增加了不少我们

自己的资料。

在修改教材过程中，我们认真学习了马、列主义，毛主席的教育革命思想，始终用毛泽东思想指导教材编写的全过程。坚决贯彻“**把医疗卫生工作的重点放到农村去**”，贯彻“**中西医结合**”的方针，贯彻“**预防为主**”的方针。坚决贯彻毛主席的革命卫生路线和“**教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合**”的指示。

这次修改后，教材的质量可能会有所提高，但教材改革是一项长期而艰巨的任务，要使教材适应社会主义革命和社会主义建设发展的需要，必须在实践中不断修改，我们决心遵照伟大领袖毛主席“**人类总得不断地总结经验，有所发现、有所发明、有所创造、有所前进**”的教导，为逐步编写符合工农兵学员需要的教材而努力奋斗。

内科学教材编写组

一九七五年三月

毛 主 席 语 录

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

人的正确思想，只能从社会实践中来，只能从社会的生产斗争、阶级斗争和科学实验这三项实践中来。

备战、备荒、为人民。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

内 科 学

第一部分 诊断学基础

目 录

第一章 症状学

第一节	发热	(1)
第二节	呼吸异常	(3)
第三节	紫绀	(5)
第四节	咳嗽、咳痰	(6)
第五节	咯血	(7)
第六节	胸痛	(8)
第七节	水肿	(9)
第八节	呕吐	(10)
第九节	呕血	(11)
第十节	腹泻	(12)
第十一节	腹痛	(13)
第十二节	排尿异常	(14)
第十三节	血尿	(15)
第十四节	黄疸 (见肝功能检查)	(15)

第二章 病史采取 (问诊)

第一节	病史的询问	(16)
第二节	病史的内容	(17)

第三章 体格检查

第一节	一般检查	(19)
第二节	皮肤、粘膜及全身淋巴结的检查	(21)
第三节	头、颈部的检查	(22)
第四节	胸部的检查	(23)
一、	胸部体表标志与分区	(24)

二、	叩诊与听诊·····	(25)
三、	胸廓及肺部的检查·····	(27)
附:	呼吸系统常见病变体征比较表·····	(33)
四、	心脏的检查·····	(33)
	(一)心脏的解剖位置·····	(33)
	(二)心脏的检查·····	(33)
	附1.常见心脏病的典型局部体征比较表·····	(43)
	附2.末梢血管的检查·····	(43)
第五节	腹部的检查·····	(45)
第六节	生殖器、肛门和直肠的检查·····	(51)
第七节	脊柱和四肢的检查·····	(51)
第八节	神经系统的检查·····	(52)

第四章 化验检查

第一节	血液的检查·····	(56)
一、	血红蛋白测定及红细胞计数·····	(56)
二、	白细胞计数及白细胞分类计数·····	(59)
三、	血小板计数及出、凝血时间检查·····	(62)
四、	红细胞沉降率·····	(63)
五、	骨髓的检查·····	(64)
六、	血型鉴定和交叉配合试验·····	(67)
第二节	尿液的检查·····	(68)
一、	尿液一般性质的检查·····	(69)
二、	尿液的化学检查·····	(69)
三、	尿沉渣的显微镜检查·····	(71)
第三节	粪便的检查·····	(73)
一、	一般性状的检查·····	(74)
二、	显微镜检查·····	(74)
三、	化学检查——隐血试验·····	(75)
第四节	肝功能检查·····	(76)
一、	蛋白质代谢机能试验·····	(76)
二、	酶代谢功能测定·····	(76)
三、	胆红素代谢机能试验·····	(78)
四、	排泄功能试验·····	(80)
五、	肝炎协同抗原测定·····	(80)
六、	肝功能试验的选择·····	(81)
第五节	肾功能检查·····	(81)
一、	浓缩稀释试验(毛森他试验)·····	(81)

二、	酚红 (P.S.P.) 排泄试验	(82)
三、	血内非蛋白氮 (N.P.N) 测定	(83)
四、	血内二氧化碳结合力测定	(83)
第六节	浆膜腔穿刺液检查	(83)
一、	一般性状检查	(84)
二、	化学检查	(84)
三、	显微镜检查	(84)
第七节	脑脊液检查	(85)
一、	一般性状检查	(85)
二、	化学检查	(86)
三、	显微镜检查	(87)
附:	正常及常见的脑及脑膜疾病的脑脊液改变	(87)

第五章 心电图的检查

第一节	心电图的临床应用价值	(88)
第二节	导联 (导程)	(88)
第三节	心电图的各波、段	(91)
第四节	心电图产生的基本原理	(92)
一、	电位差	(92)
二、	心脏的除极与复极	(94)
第五节	正常心电图各波、段的形成及其正常值	(95)
第六节	心电轴	(98)
第七节	心电位及钟向转位	(99)
第八节	心电图的测量与分析	(101)
第九节	常见的异常心电图	(102)
一、	心房肥大	(102)
二、	心室肥大	(103)
三、	心肌梗塞	(104)
四、	心律失常	(106)
五、	药物的作用	(115)
六、	电解质紊乱	(115)

第六章 X 线诊断学基础知识

第一节	X 线诊断原理、检查方法和诊断原则	(116)
第二节	呼吸系统 X 线诊断	(120)
第三节	循环系统 X 线诊断	(136)
第四节	消化系统 X 线诊断	(143)

第五节	骨骼系统X线诊断.....	(153)
第六节	泌尿系统X线诊断.....	(162)

第七章 常用的特殊检查

第一节	基础代谢率测定.....	(169)
第二节	超声波检查.....	(170)
第三节	几种常用的放射性同位素检查方法.....	(172)

第八章 诊断方法与步骤

附:	病历书写的内容提要.....	(175)
----	----------------	-------

第一章 症状学

症状是疾病的一种现象，也往往是疾病的病理生理和病理形态方面的反映。毛主席教导我们说：“我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导，一进了门就要抓住它的实质，这才是可靠的科学的分析方法”。若能确实的掌握病人主要症状的发生和发展过程，并联系其发病原理和临床意义，抓住其实质，结合体格检查及某些必要的辅助检查作具体分析，则对大多数常见疾病不难作出正确的诊断。本章目的在于对临床上常见的和重要的症状作一初步介绍，使学员们能够了解它们的临床表现、诊断意义和病史询问及体格检查中应注意的事项。

第一节 发 热

正常人体温在体温中枢调节下，保持在稳定的范围内。当体温调节功能发生障碍时，体温可超过正常范围，称为发热。

正常体温与生理变异：正常人体温约为 37°C （口腔测温），波动于 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 之间，腋下测温约低于口腔体温 0.4°C ，直肠测温（肛温）约高于口腔体温 0.3°C 。

正常体温可受多种因素的影响而稍有变异，早晚差别一般不超过 1°C ，如饮食、运动、情绪激动，幼儿由于体温调节中枢尚不稳定，月经前期及妊娠期由于分泌激素影响均可稍高，剧烈运动后可有短暂的体温升高，气候炎热而湿度又大，由于散热困难亦可升高。

一、发热的原因

（一）主要因组织损伤而致发热的疾病：

1. 感染：包括各种原虫、细菌、立克次氏体或病毒所引起的感染，不论是急性的或慢性的，局限性的或周身性的，均可以有发热。

2. 组织创伤：严重的外伤，较大的外科手术，以及放射治疗所造成的组织损害，均可以引起发热。

3. 胶原性疾病：如风湿热等。

4. 恶性肿瘤：常见的是肝、肾、胃肠道癌肿、白血病、淋巴瘤及骨髓瘤等。因代谢率高或肿瘤释放某种致热物质所致。

5. 其它：药物过敏、内脏出血、血管栓塞性疾病如心肌梗塞、肺梗塞等。

（二）体温调节中枢功能失常引起发热的疾病：如颅内肿瘤、脑溢血和中暑等。

（三）产热过多引起发热的疾病：如甲状腺机能亢进、癫痫发作时等。

（四）散热障碍引起发热的疾病：如广泛性皮炎，及植物神经功能紊乱所致散热功能障碍。

二、发热过程的不同阶段和热型

发热的过程一般可分为三个阶段。

(一) 热的上升阶段:

1. 骤发型: 体温于数小时内迅速上升, 常伴有畏寒和寒战, 见于疟疾、大叶性肺炎等。
2. 缓发型: 体温于数日内逐渐升高, 见于伤寒、结核等。

(二) 热的高潮阶段(极期): 发热可持续数小时, 数日或数周, 此时常见的热型有下列数种:

1. 稽留热: 多为高热, 持续于 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右, 持续达数日或数周。每日体温常波动于 1°C 以内, 见于伤寒、大叶性肺炎等(图1—1)。

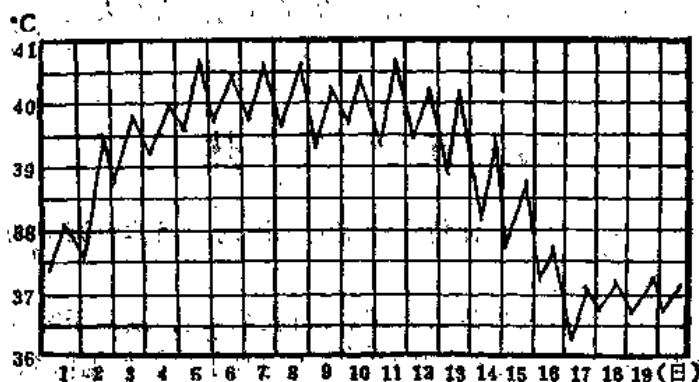


图1—1 稽留热

2. 弛张热: 亦为高热, 体温波动大, 超过 2°C , 一般体温在最低时亦高于正常水平, 见于化脓性感染、败血症等(图1—2)。

3. 间歇热: 每日体温波动于高热与正常之间, 高热可达 39°C 以上, 经过若干小时后降至正常, 经一间歇期, 数小时至数日又突然升高, 如此反复发作, 常见于疟疾(图1—3)。

4. 波状热: 体温逐渐升高, 数日后又逐渐下降至低热或正常水平, 数日后又逐渐上升如此反复多次, 常见于波浪热(图1—4)。

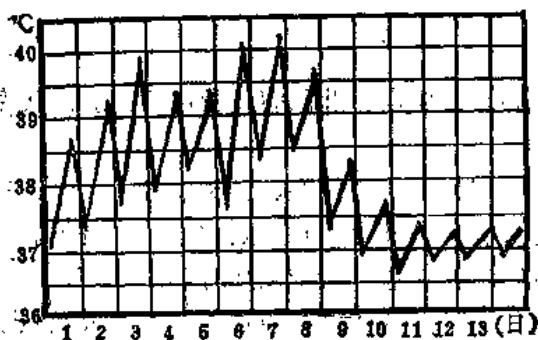


图1—2 弛张热

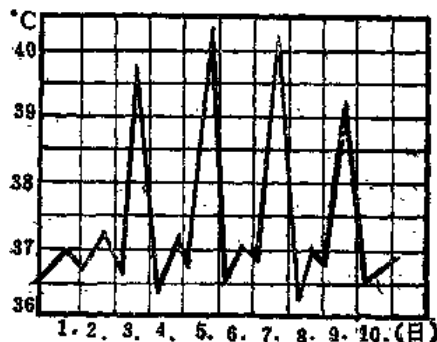


图1—3 间歇热

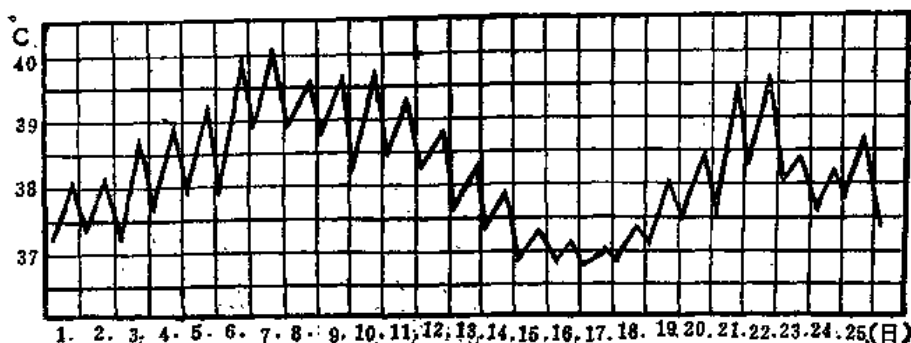


图 1—4 波浪热

5. 不规则热：是较常见的一种热型，发热无一定规律性、常见于风湿热及肺结核等。

（三）热的减退阶段：

1. 骤退型：体温于数小时内迅速正常或低于正常水平，常伴有大汗，可见于肺炎、疟疾等。

2. 渐退型：体温于数日内逐渐降至正常，可见于伤寒、风湿热、波浪热等。

三、诊断注意事项

（一）体温测定力求准确，必要时采用肛门测温。

（二）询问病史应详细，其起病的急缓，是否伴有寒颤或出汗，体温的波动情况，持续时间，和并发的周身性及局限性症状。

（三）体格检查应全面，特别注意有无皮疹，淋巴结肿大，肝脾肿大及炎性病灶。

（四）如经过病史询问、体格检查后诊断仍不清楚者，可选择必要的常规化验及特殊检查。

第二节 呼吸异常

健康成年人每分钟呼吸16~20次。正常人呼吸次数与心脏搏动数的比例约为1:4。

在病理情况下，呼吸可发生次数、深度、节律的变化及多样形式的呼吸困难。

一、呼吸次数、深度和节律的变化

（一）呼吸频数：呼吸次数每分钟超过24次时，称为呼吸频数。呼吸频数见于（1）呼吸器官疾病，由于肺呼吸功能减弱；（2）心血管疾病，由于肺换气受到阻碍；（3）重症贫血；（4）发热时，由于新陈代谢亢进，血液温度上升刺激呼吸中枢，以及感染性毒素，对于呼吸中枢的作用。

（二）呼吸减慢：每分钟可少于10次，见于呼吸中枢抑制时，如药物中毒，肝昏迷及颅内压增高（脑肿瘤、脑溢血）等。

（三）呼吸加深：如酸中毒（尿毒症，糖尿病昏迷时，呼吸中枢受到强烈刺激，呼吸

深而慢，称叹息样大呼吸。

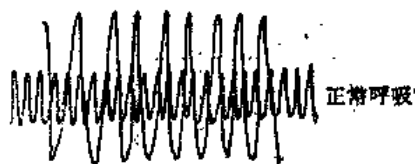


图1—5 酸中毒大呼吸

(四)呼吸变浅：在肺气肿，呼吸肌麻痹，服用镇静剂及麻醉药时，呼吸深度可明显变浅，而呼吸次数的变化不明显。

(五)潮式呼吸：呼吸运动呈波状增大和减小，并与呼吸暂停相交替。是呼吸中枢衰竭的指征，表明病情严重。常见于脑循环障碍（脑出血）及某些中毒（尿毒症、吗啡、巴比妥中毒等）。



图1—6 潮式呼吸

二、呼吸困难

呼吸困难为临床上常见的一种自觉症状和客观体征。患者自觉空气不足或呼吸费力。检查时可见病人用力呼吸，呼吸肌努力参加运动，呼吸深度或频度均增加，严重呼吸困难时，迫使病人采取坐位，不能平卧，称为端坐呼吸。呼吸困难由于其发生机制不同可分为：

(一)肺原性呼吸困难：系由呼吸器官功能障碍，引起肺换气不足，肺血循环障碍或肺活量降低所致。可因病变的性质和部位不同而有三种不同的表现方式：

1.吸气性呼吸困难：见于喉部或气管阻塞，如急性喉炎、喉白喉、异物吸入、肿瘤压迫等。病人主要表现为吸气费力，呼吸慢而深。阻塞严重时，常伴有高调音响（喘鸣），呼吸肌高度紧张，胸骨柄上窝、锁骨上下窝、肋间隙及上腹部在吸气时凹陷。

2.呼气性呼吸困难：见于肺泡弹性减弱（如肺气肿）或细小支气管狭窄（如支气管哮喘）等。病人呼气费力，呼气慢而长，并伴有笛音。

3.混合性呼吸困难：见于肺换气面积减少（如肺炎、胸腔积液、气胸等），或因胸痛而限制呼吸（如胸部外伤）的疾患。呼气和吸气均费力，并有呼吸增快。

(二)心原性呼吸困难：充血性心力衰竭为临床上出现呼吸困难最多见最主要的原因，无论左心或右心衰竭均可发生呼吸困难，但其发生机制不同。

左心衰竭由于：1.肺循环郁血，通过迷走神经反射而引起浅而快的呼吸；2.郁血的肺组织弹性减弱引起呼吸困难；3.肺郁血及肺活量降低使二氧化碳蓄积及血中氢离子浓度增高，反射地引起呼吸增强加深。

右心衰竭由于：1.大循环血流郁滞，右心房及上腔静脉压力增高可反射地使呼吸增强；2.大循环郁血时，血中氧量减低，氧化不全的代谢产物，如乳酸、丙酮酸在体内蓄积，血液缺氧及酸度增高，均可刺激呼吸中枢及颈动脉窦的感受器，引起呼吸困难。

心原性呼吸困难的特点：1.劳力性呼吸困难：呼吸困难常在劳动后、跑步或上楼后出现，重者轻度劳动后亦出现；2.端坐呼吸：因坐位较平卧位肺活量增加，上半身及肺部的血液量部分移至腹腔脏器及下肢，回心血流量减少，肺充血减轻使呼吸困难减轻。3.阵发性夜间呼吸困难，又名心性哮喘，常于夜间睡眠时突然发作，发作时呈端坐呼吸，伴有发绀、冷汗、咳嗽及咳粉红色泡沫痰，可听到哮鸣音、湿性啰音和奔马律，见于高血压、冠状动脉及主动脉瓣疾患。哮喘发作主要由于急性或突然加重的肺充血。夜间发作的原因由于夜间迷走神经兴奋性高，加之平卧，使肺充血加重，肺活量减低，晚间进食过饱和恶梦可为其诱因。

(三)中毒性呼吸困难：此类呼吸困难的原因包括酸中毒、毒血症及药物中毒。

1.酸中毒：常见于糖尿病酮中毒及尿毒症患者，由于代谢性酸性产物对呼吸中枢有强烈的刺激作用，呼吸深而慢，即叹息样大呼吸，但频度不增加，并非真性呼吸困难。

2.毒血症：由于高热、血中毒素、代谢亢进均可刺激呼吸中枢。

3.药物中毒：如吗啡、巴比妥等麻醉、镇静药中毒时，呼吸中枢受到抑制，呼吸浅而缓慢。

(四)血原性呼吸困难：重度贫血、一氧化碳中毒时，红细胞带氧量减少，呼吸快而深，高空缺氧亦可引起呼吸困难。大出血或休克时，由于血压显著下降，颈动脉窦及主动脉弓的压力感受器受到刺激，对呼吸中枢起反射作用，同时呼吸中枢缺氧亦可出现呼吸困难。

(五)神经精神性呼吸困难：中枢神经系统病变如脑肿瘤、脑溢血可致颅内压增高或病变累及呼吸中枢，呼吸慢而深，或呈潮式呼吸。癔病患者可突然自觉气急，呼吸加快，每分钟甚至可达60~100次；伴有精神紧张，但在检查时，除呼吸增快外，无缺氧或其它阳性发现。

三、诊断注意事项

(一)呼吸困难的起病急、缓、发作的时间、与体位及活动的关系。

(二)有无发热、胸痛、咳嗽、心悸等症状，有无中毒史。

(三)体格检查时注意意识状态、体温、呼吸频率、深度及节律的变化、有无贫血、紫绀、水肿、心肺异常体征等。

第三节 紫 绀

紫绀是指皮肤及粘膜的毛细血管中的还原血红蛋白浓度增高而出现的青紫现象。广义的紫绀尚包括血液中含有异常血红蛋白，如高铁血红蛋白及硫化血红蛋白而引起的皮肤粘膜变色。

一、发生机制

当毛细血管血液的还原血红蛋白超过5克%时，即可出现紫绀。全身性发绀最易出现于皮肤较薄、色素少、毛细血管丰富的部位。如口唇、鼻尖、颊部、耳壳、甲床等处。局限性发绀是由于局部静脉血流受阻或动脉血流不足的结果。严重贫血时，常因血红蛋白量少，即使大部分被还原，毛细血管血液的还原血红蛋白也不会超过5克%，故不能显示发绀。而真性红细胞增多症时，因血红蛋白量明显增多，即使血液中氧未饱和度增高不多，其还原血红蛋白总量也可超过5克%，引起发绀，因而这种病人的皮肤与粘膜经常呈紫红色。

异常血红蛋白所引起的发绀较为少见，当血液中铁血红蛋白达3克%或硫化血红蛋白达0.5克%时，即可出现紫绀，其色较还原血红蛋白所致者更紫或发灰色。紫绀一般表示有缺氧状态存在。但“紫绀”与“缺氧”并不完全相同，如一氧化碳中毒缺氧严重但并不出现紫绀，反而呈鲜红色。

影响紫绀色调除血液中还还原血红蛋白或异常血红蛋白的浓度外，还与血浆颜色，毛细血管数量与扩张情况及皮肤，粘膜的颜色及厚度有关。

二、原因

(一) 动脉血的氧未饱和度增加(中枢性紫绀)

1. 肺氧合作用不足：血液流经肺脏时，未得到充分的氧合作用，动脉血氧未饱和度增加，而组织中毛细血管内的氧照常被吸收。见于(1)呼吸道阻塞，氧的流入量少，如气管或支气管异物，支气管哮喘发作时等。(2)肺部疾患如肺充血、肺水肿、肺气肿、肺炎、肺纤维化等而致肺泡与氧的接触面减少。(3)胸膜疾患，如胸腔大量积液或积气等使肺呼吸运动受限，肺换气不足。

2. 静脉血液与动脉血液混合：当部分静脉血液未经氧合作用即流入动脉血流，其分流流量占心输出量 $\frac{1}{3}$ 以上时即可产生紫绀。见于紫绀型先天性心脏病，如先天性紫绀四联症等。

(二) 组织中毛细血管脱氧过多(外周性紫绀)：

当血液经过体循环毛细血管时，过量的血红蛋白被还原。见于小静脉郁血，如心功能不全、缩窄性心包炎等，血流缓慢，氧消耗过多。(2)动脉缺血，如休克时，心脏输出量减少。

(三) 血液中含有异常血红蛋白衍化物：(1)高铁血红蛋白症：可由于先天性红细胞内缺乏使三价铁还原为二价铁的酶，或由于化学毒物如伯氨喹啉，苯胺衍化物，亚硝酸盐及磺胺类药物引起。(2)硫化血红蛋白症：主要由于乙酰苯胺，非那西汀及氨基磺胺引起，便秘患者易发生此症。进食变质蔬菜时，因肠管内有亚硝酸盐或硫化物产生而被吸收，故可引起高铁血红蛋白症或硫化血红蛋白症，此谓“肠源性发绀”。

三、诊断注意事项

遇有紫绀病变时，应询问紫绀的时间，有无呼吸困难、心悸，曾服何种药物，有无进食变质蔬菜史。对有呼吸困难的病人，应注意检查咽喉、气管、肺与心脏，发绀的部位以及有无杵状指趾等。疑有异常血红蛋白血症时尚应作相应的化验检查。

第四节 咳嗽、咳痰

咳嗽为机体的一种保护性反射动作，它能帮助呼吸道的分泌物或异物排除。引起咳嗽咳痰的原因很多，其中呼吸道炎症、肺充血、肺水肿、呼吸道肿瘤、异物或化学刺激等是较常见的。

一、问 诊

(一) 起病情况：急性咳嗽见于呼吸道急性感染或异物吸入。慢性咳嗽见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核等。

(二) 咳嗽的性质：

1.干性咳嗽：病人咳嗽而无痰，见于咽喉炎症、支气管炎的初期、胸膜炎、支气管淋巴结核及支气管肺癌等。

2.湿性咳嗽：病人咳嗽而有痰，常见于慢性支气管炎、肺炎、支气管扩张症、肺脓肿及肺水肿等。要询问痰的性质、颜色、粘稠度、量多少、有无气味及血液等。

粘液性痰多见于支气管炎及支气管哮喘发作时；脓性痰多见于肺脓肿及支气管扩张症；铁锈色痰（由血红蛋白及其衍化物血棕晶质及胆红素所形成）多见于大叶肺炎；粉红色泡沫样痰（由毛细血管渗入肺泡的水分、蛋白质及少量血细胞组成）多见于各种疾病所致的肺水肿。

（三）咳嗽的时间和规律

1.经常性：如慢性支气管炎。

2.发作性：如呼吸道异物、淋巴结压迫气管、百日咳等。

3.周期性：病人多在每天中某一时间咳嗽，如支气管扩张症、慢性鼻旁窦炎、慢性支气管炎（常在冬季加重）等病患者，常因痰液在夜间潴积而于晨起后发生咳嗽；又如肺结核患者在夜间常有咳嗽，可能是由于夜间睡眠时迷走神经兴奋性增高，易受刺激的缘故。

（四）咳嗽的伴随症状

1.咳嗽伴有发热多为呼吸道感染，若同时有胸痛、气急常为大叶肺炎或胸膜炎。

2.咳嗽伴有气喘多为支气管哮喘或心性哮喘。

3.咳嗽伴有痰中带血丝见于支气管炎及肺结核；咳嗽伴有大量咯血见于支气管扩张、肺结核空洞、二尖瓣狭窄。

4.咳嗽伴有呕吐见于百日咳、慢性咽炎。

二、体格检查注意事项

咽部有无炎症，肺部有无哮鸣音及湿罗音，胸腔有无积液，心界有无扩大及杂音，配合必要的化验及X线检查，有助于确立诊断。

第五节 咯 血

咯血系指喉、气管、支气管或肺出血，经咳嗽由口腔排出，不包括口腔及鼻咽部的出血。

一、病因与发生机制

引起咯血的原因甚多，按发生的机制归类如下：

（一）呼吸器官疾患：除胸部外伤引起的肺出血外，常见于肺结核、支气管扩张、支气管肺癌、肺脓肿、肺炎、肺吸虫病等。由于炎症或溃疡侵及血管壁而破裂引起出血。

（二）心血管疾患：二尖瓣狭窄及左心衰竭时，可以引起程度不等的咯血。二尖瓣狭窄引起咯血的原因可为肺郁血，使肺泡壁毛细血管通透性增高及压力显著增高，发生曲张破裂出血。所以有时可大量咯血。左心衰竭引起肺充血或肺水肿时，血液可渗入肺泡内，形成粉红色泡沫痰而被咳出。

(三) 出血性疾患：如血小板减少性紫癜可有咯血。

二、诊断注意事项

(一) 检查应排除来自鼻、咽、口腔的出血，重点注意心、肺有无异常，必要时辅以化验或X线检查。

(二) 大量咯血时须与门静脉高压症及溃疡病所致的呕血相鉴别，鉴别要点如下：

咯 血 与 呕 血 的 鉴 别

	咯 血	呕 血
病 史	结核病、支气管扩张症及心脏病史	有胃病及肝硬化病史
出血前常有症状	咯血前常有咽喉发痒或咳嗽	呕血前常有恶心，上腹部不适
出 血 方 式	咳 出	呕 出
血 液 颜 色	鲜 红	暗红或棕黑色
血液内混合物	常混有气泡及痰	常混有食物残渣
酸 碱 反 应	碱 性	酸 性
黑 粪	除非血被咽下，否则不会有黑粪	常有黑粪，呈柏油样便
出血后痰的情况	咯血后，继有痰中带血	无 血 痰

(三) 对咯血严重的病人，应在扼要问诊和必要的重点检查后，立即组织抢救，待咯血缓解或停止后再详细询问和检查，同时也须及早找出病因，标本兼治。

第六节 胸 痛

胸痛为常见症状，引起胸痛原因甚多，大致有外伤、炎症、机械性压迫及器官的缺血、缺氧等。

一、病变部位

(一) 胸廓疾患：除胸壁软组织炎症、外伤、骨折外，在内科方面尚有：

1. 肋间神经痛：疼痛发生于肋间，呈刺痛或灼痛，深呼吸、咳嗽及身体向患者弯曲时神经受压而疼痛加剧。沿肋间神经走行可有压痛。

2. 带状疱疹：疼痛程度不一，有时甚重，如刀割或灼痛，疼痛沿肋间神经的经路分布，并出现成群的疱疹。

(二) 呼吸器官疾患：气管炎的患者常有胸骨后疼痛及发紧感觉。肺组织本身病变不引起疼痛，除非病变累及壁层胸膜时才出现疼痛。胸膜疼痛见于干性或有少量渗出液的胸膜炎，疼痛呈刺痛或撕裂痛，位于胸廓侧部，咳嗽，深呼吸时疼痛加剧。自发性气胸疼痛，为突然发生的刺痛，向肩部或腹部放射，伴有呼吸困难，面色苍白，脉搏增速等休克症状。粘连性胸膜炎有长期的钝痛。

(三) 心血管疾患：

1. 心绞痛：由于冠状动脉供血不足而引起，疼痛多位于胸骨后，或稍偏左，亦可在上

腹部，常放射至左肩及右臂，疼痛为刺痛或压榨感，每次发作仅数分钟，应用冠状动脉扩张药物后即可缓解。

2. 心肌梗塞：疼痛性质与心绞痛相同，但较剧烈而持久，持续数小时以至数日，应用冠状动脉扩张药物不能控制，可出现呼吸困难、苍白、紫绀、出汗、脉搏细而快、血压下降等休克现象。继而发热及白细胞增高，心电图检查有助于诊断。

3. 心包炎：疼痛部位位于心前区，为刺痛或钝痛，咳嗽与深呼吸可加重疼痛。

(四) 其他：如纵膈炎在胸骨后有灼痛或压迫感。纵膈肿瘤压迫周围组织引起背部、胸部两侧或前胸持续性疼痛；如压迫神经则引起神经痛。急性食管炎多由于吞咽异物或腐蚀剂所引起为胸骨下灼痛，可放射到肩部，吞咽时疼痛加重。食管癌侵及邻近组织亦可引起疼痛。

二、诊断注意事项

(一) 问诊时应注意胸痛的时间为发作性或持续性，疼痛的部位、性质、程度，与呼吸、咳嗽和体位的关系；放射痛的部位；伴随的症状；缓解的方法等。

(二) 体检时对胸、腹部应该作详细检查。但对胸痛病员伴有休克、急性心力衰竭、气胸等严重情况时，问诊及体检均应简单扼要，主要是及时组织抢救，待病情稳定后再作详细询问及检查。

第七节 水 肿

组织间隙水分积聚过多时，称为水肿，严重时可在浆膜腔内出现液体。

一、水肿的部位

(一) 全身性水肿

1. 心源性水肿：见于充血性心力衰竭、渗出性或缩窄性心包炎。其发生机制有：(1) 由于心搏出量减少，使肾血流量减少和醛固酮分泌增多，而导致钠和水重吸收增加。(2) 由于静脉压升高，血液回流障碍，液体渗入组织间隙过多。(3) 体循环郁血、缺氧所致的毛细血管壁通透性增加等。水肿常出现在下肢、臀部、背部等受重力影响的较低部位。休息后减轻，严重时水肿可逐渐向上蔓延，各浆膜腔均可发生积液，出现腹水、胸水及心包积液等。

2. 肾脏性水肿：急性肾炎水肿程度轻度或中度，发生迅速，布及全身，面部更为明显，随体位变化小。其发生机制：(1) 由于肾血管痉挛及肾小球毛细血管内皮细胞增生、肿胀，引起肾血流量减少，而肾小管的重吸收正常，故有水钠潴留；(2) 周身毛细血管通透性增加，也是重要因素。

慢性肾炎肾病期可达高度全身性水肿，以眼睑及面部最明显，常伴有体腔积液，其发生机制主要由于大量蛋白尿引起血浆蛋白含量减少，致血浆胶体渗透压降低，液体从血管进入组织间隙。

3. 肝脏性水肿：任何肝脏疾病引起血浆白蛋白明显下降时均可出现水肿，如肝硬化或肝脏广泛严重损害时，往往先见腹水，而全身浮肿相对地较轻，仅在下肢可较明显。腹水