

全国高等医学院校协编教材

临床医学概要

虞积仁 主编

人民卫生出版社



全国高等医学院校协编教材

临床医学概要

虞积仁 主编

编者 (以姓氏笔画为序)

马明信	王仪生	王延华	王勤环	方志伟
付希贤	刘玉春	严仲瑜	吴林	吴栋
陈宝雯	张希全	周瑞征	周世梅	武淑兰
涂平	斯崇文	虞积仁	戴三冬	



人民卫生出版社



3 0006 0439 1

图书在版编目(CIP)数据

临床医学概要/虞积仁主编. —北京:人民卫生出版社, 1998
ISBN 7-117-02918-8

I. 临… II. 虞… III. 临床医学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 04013 号

临床医学概要

虞积仁 主编

人民卫生出版社出版发行
(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)
三河市宏达印刷厂印刷
新华书店经销

787×1092 16 开本 19 $\frac{1}{4}$ 印张 449 千字

1998 年 5 月第 1 版 1998 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 00 001 - 3 070

ISBN 7-117-02918-8/R·2919 定价: 21.50 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究。

编写说明

这套教材是中国输血协会组织编写的协编教材,主要供高等医学院校培养输血方向学生使用,也可作为在职人员培训用的教材。全套教材共5册,均经中国输血协会聘任的输血教材评审委员会审定。

输血教材

- 1.《输血技术学》 王培华主编
- 2.《临床输血学》 田兆嵩主编
- 3.《血液制品学》 王愷煜主编
- 4.《输血管理学》 胡开瑞主编
- 5.《临床医学概要》 虞积仁主编

全国医学院校输血协编教材第一届评审委员会

主任委员 才生嘎

副主任委员 肖星甫

委员(按姓氏笔画为序)

王培华 田兆嵩 田俊士 陈 忠 赵海燕 廖清奎

前 言

输血在现代医学治疗中日益起着重要作用,随着基础科学的进步,输血医学也有了长足进展。当今临床的输血问题特别是大量输血、利用自身输血、血细胞单采、血浆置换以及输血传播疾病等有关输血问题,均需要输血工作者给予指导。然而,我国输血队伍的现状离此要求尚有一定距离,许多输血工作者临床知识尚有欠缺,对临床输血工作给予指导还有一定困难。有鉴于此,中国输血协会委托北京医科大学第一临床学院承担编写《临床医学概要》,作为大专水平输血医学生的教材,也可作为在职输血工作者进修之用。本书在各系统概论中扼要介绍了各系统临床疾病概要,使读者能对每个系统的主要疾病有一概括性了解,并在各系统疾病中选择与输血有关的常见病、多发病予以介绍,叙述中强调概念清楚,病因、发病机制紧密联系治疗,而对具体治疗仅作原则介绍。具体输血、血浆置换、细胞单采及自身输血等详细治疗措施,由《临床输血学》详述。

《临床医学概要》教学对象与过去所教的学生不尽相同,教学目的和要求也不尽一致,各章节内容详略深浅不易求得一致,加之我们对编写这部教材缺乏实际经验,故本书可能存在缺点、错误和不足之处。恳切期望使用和阅读本书的师生给予批评指正,以期在今后修订中能及时纠正。

本书完稿后部分章节承蒙田俊上、田兆高教授审阅,对教材提出了宝贵意见,书中插图由北京医科大学绘图室绘制,在此一并致谢。

虞积仁

目 录

第一章 症状学	1
第一节 发热.....	1
第二节 咳嗽与咳痰.....	4
一、咳嗽.....	4
二、咳痰.....	5
第三节 胸痛.....	5
第四节 呼吸困难.....	7
第五节 咯血.....	8
第六节 紫绀.....	9
第七节 心悸.....	11
第八节 水肿.....	12
第九节 恶心与呕吐.....	14
第十节 呕血与便血.....	16
第十一节 腹痛.....	18
第十二节 腹泻与便秘.....	21
一、腹泻.....	21
二、便秘.....	22
第十三节 黄疸.....	23
第十四节 血尿.....	25
第十五节 头痛.....	27
第十六节 眩晕.....	28
第十七节 昏迷.....	31
第二章 体检诊断	34
第一节 体检诊断的基本方法.....	34
第二节 体格检查内容.....	36
一、一般检查.....	36
二、头颈部检查.....	39
三、胸部检查.....	40
四、心脏检查.....	43
五、血管检查.....	47
六、腹部检查.....	49
七、脊柱和四肢检查.....	51
八、神经系统检查.....	52
九、妇科检查.....	54
十、产前检查.....	56

第三章 医学影像学	59
第一节 常规 X 线诊断	59
第二节 电子计算机体层扫描诊断	63
第三节 磁共振成像	66
第四章 问诊与病历	72
第一节 问诊方法与内容	72
第二节 病历的书写	74
第五章 传染病	77
第一节 概论	77
第二节 病毒感染	81
一、病毒性肝炎	81
二、巨细胞病毒感染	85
三、艾滋病	87
四、流行性出血热	91
第三节 螺旋体病	94
一、梅毒	94
二、钩端螺旋体病	97
第四节 原虫感染	100
一、疟疾	100
二、弓形虫病	103
第五节 败血症	105
第六章 呼吸系统疾病	109
第一节 概论	109
第二节 感染性疾病	112
一、支气管扩张症	112
二、肺脓肿	114
三、肺结核	116
第三节 肺源性心脏病	122
第七章 循环系统疾病	127
第一节 概论	127
第二节 心功能不全	129
一、急性心功能不全	129
二、慢性心功能不全	130
第三节 休克	135
第四节 贫血性心脏病	139
第八章 消化系统疾病	141
第一节 概论	141
第二节 肝硬化	144
第三节 消化性溃疡	147
第九章 泌尿系统疾病	151

第一节 概论	151
第二节 肾功能衰竭	155
一、急性肾功能衰竭	155
二、慢性肾功能衰竭	159
第三节 急性肾盂肾炎	162
第四节 肺出血-肾炎综合征	164
第十章 血液系统疾病	166
第一节 概论	166
第二节 贫血总论	169
第三节 再生障碍性贫血	172
第四节 溶血性贫血	175
一、总论	175
二、自身免疫性溶血性贫血	177
三、血红蛋白病	179
四、阵发性睡眠性血红蛋白尿症	182
第五节 白细胞减少与粒细胞缺乏	184
第六节 白血病	187 ²
一、总论	187
二、急性白血病	189
三、慢性粒细胞白血病	192
四、慢性淋巴细胞白血病	194
第七节 特发性血小板减少性紫癜	195
第八节 血小板功能缺陷病	198
一、总论	198
二、血管性血友病	200
第九节 血友病	201
第十节 血栓性微血管病	204
第十一节 骨髓增殖性疾病	206
一、真性红细胞增多症	207
二、原发性血小板增多症	209
第十二节 弥散性血管内凝血	211
第十一章 结缔组织病与免疫缺陷病	214
第一节 概论	214
第二节 系统性红斑狼疮	215
第三节 类风湿性关节炎	217
第四节 免疫缺陷病	220
一、性联低丙种球蛋白血症	220
二、继发性免疫缺陷病	221
第十二章 中毒	223
第一节 概论	223

第二节	急性一氧化碳中毒	225
第三节	急性催眠药物中毒	227
第十三章	神经系统疾病	229
第一节	概论	229
第二节	重症肌无力	231
第三节	急性感染性多发性神经根炎	234
第四节	多发性硬化	237
第十四章	外科疾病	241
第一节	概论	241
第二节	成人呼吸窘迫综合征	243
第三节	烧伤	246
附1	器官移植	252
附2	体外循环中凝血机制障碍及输血	257
第十五章	骨科疾病	260
第一节	概论	260
第二节	骨肉瘤	261
第三节	股骨头缺血坏死	264
第十六章	妇产科疾病	267
第一节	概论	267
第二节	流产	268
第三节	妊娠高血压综合征	270
第四节	异位妊娠	274
第五节	产前出血	276
一、前置胎盘		276
二、胎盘早期剥离		278
第六节	羊水栓塞	280
第七节	产后出血	282
第十七章	新生儿疾病	285
第一节	概论	285
第二节	新生儿黄疸	290
一、生理性黄疸		290
二、病理性黄疸		291
第三节	新生儿疾病与输血	293
一、新生儿失血性贫血		293
二、新生儿出血症		295
三、新生儿溶血症		297
第四节	新生儿免疫性血小板减少性紫癜	299

第一章 症状学

疾病对病人所引起的主观不适、不正常的感觉或某些病态改变称为症状(symptom),如发热、咳嗽、恶心、呕吐等。通过病人的诉说或医师的问诊可得到这些不适的症状,症状是病理形态和病理生理改变的反映,病人常因症状不适而去就医。医师通过体格检查发现病人不同于正常人的异常客观表现称为体征(sign),如心脏扩大,罗音,肝、脾肿大等。医师通过症状的指引,可了解病人的病理生理状态,结合异常体征能为诊断疾病提供重要线索。熟悉常见症状的发生机制、临床意义,大大有助于认识疾病和正确诊断,这是临床医师的重要基本功之一。

第一节 发 热

发热(fever)是指人的体温超过正常高限而言,是体温调节异常的结果。国内规定人的正常体温是:腋表平均为 36.8°C ,口表为 37.1°C ,肛表为 37.5°C 。正常人体温常有变异,一般上午的体温较低,下午较高,可波动于 $1\sim 1.2^{\circ}\text{C}$,妇女排卵后体温较高,月经期较低。

【病因和发病机制】

(一) 病因

1. 感染性 包括各种细菌、病毒、真菌、支原体、立克次体、螺旋体和部分寄生虫等感染引起。

2. 非感染性

(1) 组织坏死、细胞破坏后无菌性坏死物质吸收引起的发热:如大面积烧伤、大手术组织损伤、内出血、巨大血肿、急性溶血及各种恶性肿瘤等。

(2) 风湿病、结缔组织病等所致的抗原抗体反应。

(3) 产热过多或散热障碍:如甲状腺功能亢进、大量失水等。

(4) 体温调节中枢功能异常的中枢性发热:如中暑、脑溢血、脑外伤等。

(5) 自主神经功能紊乱影响正常体温调节可有低热。

(二) 发病机制 正常人体温是由大脑皮层和下丘脑的体温调节中枢(下丘脑后区的产热中枢和下丘脑前区的散热中枢)进行调节,通过产热和散热之间的动态平衡使体温保持相对恒定。

引起发热的机制主要是外源性致热原和内源性致热原。内源性致热原是一种蛋白质,当各种病原微生物和毒素及原胆烷醇酮和抗原抗体复合物等作用于粒细胞和单核-巨噬细胞系统后,经过一系列代谢反应,即产生内源性致热原,当它作用于体温调节中枢后,经交感神经使皮肤的血管收缩,散热减少;经运动神经使骨骼肌周期性收缩,发生寒战,使产热增加,结果使体温上升。

一般说,发热是机体有较强反应能力的一种表现,发热本身可以增强机体内吞噬细胞的活力及肝的解毒功能。但另一方面发热可给人体带来一定不适及危险,如常发生头痛、

乏力、全身酸痛，小儿可发生呕吐、惊厥，严重发热可因大量出汗引起脱水、电解质紊乱，可因心率增快而诱发或加重心力衰竭，体温在42℃以上可使一些酶的活力丧失，使大脑皮层产生不可逆的损害，最后导致昏迷甚至死亡。

【诊断和鉴别诊断】

(一) 病史

1. 询问发热的高低和病程的长短

(1) 根据口表体温的高低分为：①低热：37.4~38℃；②中度发热：38.1~38.9℃；③高热：39~40℃；④超高热：40℃以上。

(2) 发热病程少于两周为短期发热，临床常称急性发热；两周以上为长期发热。若体温超过38.5℃持续两周以上，未确定病因者，称为高热原因未明，最后确诊大约感染占40%，肿瘤占30%，结缔组织病占20%，其他占10%（其中大约一半可能仍找不到致病原因）。

2. 询问发热的热型

(1) 稽留热：体温持续在39~40℃数天到数周，波动不超过1℃。见于伤寒、斑疹伤寒、大叶性肺炎等。

(2) 弛张热：体温在39℃以上，24小时内波动相差2℃以上。见于败血症、风湿热、重症结核、渗出性胸膜炎、化脓性炎症等。

(3) 间歇热：高热与体温正常交替出现，体温正常后1~2天再次高热，反复发生。见于疟疾、急性肾盂肾炎、局限性化脓性感染等。

(4) 回归热：体温达39℃以上，持续几天，降到正常后，隔几天又发生高热，反复发生。见于回归热、霍奇金病、鼠咬热、某些疟疾等。

(5) 波状热：体温逐渐上升高达39℃以上，几天后逐渐下降到正常，数日后体温又逐渐升高，反复多次。见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、腹膜炎等。

(6) 不规则热：发热无一定的规则。见于结核病、感染性心内膜炎、风湿热等。

(7) 消耗热：高热伴反复寒战，每日体温波动相差3~5℃。见于严重结核病、脓毒血症、败血症等。

(8) 双峰热：24小时内体温出现两个高峰。见于败血症。

(9) 体温持续为40~42℃，无汗，体温昼夜变化不大，用退热药物无效，见于中枢性高热。

3. 询问伴随症状

(1) 伴有寒战：

1) 一次性寒战：即先寒战后发热，发热后不再发生寒战。见于大叶性肺炎、输液和输血反应。

2) 反复性寒战后高热：见于疟疾、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、感染性细菌性心内膜炎、钩端螺旋体病及某些恶性淋巴瘤。

(2) 伴出血现象：见于流行性出血热、某些血液病（如急性再生障碍性贫血、急性白血病、恶性组织细胞病）、弥散性血管内凝血、钩端螺旋体病、炭疽、鼠疫等。

(3) 伴明显头痛：见于颅内感染和颅内出血等。

(4) 伴有胸痛：常见于大叶性肺炎、胸膜炎、肺脓肿等。在心包炎、急性心肌梗死

时也可有发热伴胸痛。

(5) 伴有腹痛: 可见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性肾盂肾炎、急性阑尾炎、肠结核、肠系膜淋巴结核、肝脓肿、急性病毒性肝炎、急性腹膜炎和腹部肿瘤如恶性淋巴瘤、肝癌、结肠癌等。

(6) 伴有明显的肌肉痛: 可见于肌炎、皮炎、旋毛虫病、军团病、钩端螺旋体病等。

1. 询问有无传染病接触史和应用药物史

(二) **体格检查** 除进行全面体检外, 特别应注意如下方面:

1. 神志状态 伴有神志障碍者常见于颅内感染、颅内出血、感染中毒性脑病等。

2. 有无皮疹 有皮疹者见于如下情况:

(1) 发疹性传染病: 发热与皮疹出现的时间常有固定关系, 有助于疾病的鉴别。如发热 1 天后出现皮疹, 见于水痘; 2 天后出现皮疹, 见于猩红热; 3 天后出现皮疹, 见于天花; 4 天后出现皮疹, 见于麻疹; 5 天后出现皮疹, 见于斑疹伤寒; 6 天后出现皮疹, 见于伤寒。

(2) 非传染性疾病: 常见于风湿热、药物疹、系统性红斑狼疮、败血症、变应性亚败血症等。

3. 有无黄疸 伴有黄疸者常见于病毒性肝炎、恶性组织细胞病、胆囊炎、化脓性胆管炎、钩端螺旋体病、败血症或其他严重感染、急性溶血等。

4. 淋巴结有无肿大

(1) 局部淋巴结肿大伴压痛, 多见于炎症。

(2) 局部淋巴结肿大、较硬、无压痛, 见于转移癌或某些全身性淋巴结肿大性增大的早期, 如恶性淋巴瘤等。

(3) 全身淋巴结肿大伴压痛, 可见于传染性单核细胞增多症, 也可见于组织细胞性坏死性淋巴结炎(有时压痛不著)。

(4) 全身性淋巴结肿大不伴压痛或偶尔轻微压痛, 多见于急性和慢性淋巴细胞性白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病、血管原始免疫母细胞性淋巴瘤、Castleman 病等。

5. 有无脾肿大 脾肿大可见于恶性组织细胞病、某些急性白血病、疟疾、黑热病、伤寒及某些结缔组织病、慢性肝炎等。

(三) **其他检查**

1. 血象 感染性发热可有白细胞计数增高及分类中性粒细胞核左移, 某些血液病的发热可有相应的异常。

2. 尿、粪常规 对泌尿系统和肠道的感染等可提供诊断依据。

3. 高热、寒战时作血培养和血涂片找疟原虫, 为败血症和疟疾的诊断提供依据。

4. 疑有呼吸系统疾病, 应作胸部 X 线透视或照胸片。

5. 肝脾肿大、腹痛等, 应作腹部 B 超检查, 注意腹腔脏器情况和腹腔淋巴结是否肿大。

6. 肝、肾功能检查。

7. 发热原因未明者, 还应作血清肥达反应、外斐反应、布氏杆菌凝集试验、抗链球菌溶血素“O”测定、结核 PPD 试验, 检查 C 反应蛋白、抗核抗体、血沉、免疫球蛋白、蛋白电泳和补体等。

(马明信)

第二节 咳嗽与咳痰

一、咳 嗽

咳嗽(cough)是机体的一种反射性防御动作,当呼吸道粘膜受到异物或炎症等刺激时,即引起咳嗽,将异物或炎症分泌物排出。

【病因和发病机制】 咽以下的呼吸道及胸膜由于炎症、出血、肿瘤、物理、化学或过敏等因素,刺激了迷走神经分支、三叉神经或吞咽神经所支配的粘膜时,感受器将刺激传入延髓咳嗽中枢,由咳嗽中枢再将冲动传向运动神经,即喉下神经,膈神经或脊神经,从而引发咳嗽动作。咳嗽也可由大脑皮层控制,冲动由大脑皮层发出,传到延髓咳嗽中枢而引发咳嗽,即随意性咳嗽。大脑皮层在一定程度上也能控制咳嗽反射。一般说来,咳嗽可以排出呼吸道异物或分泌物,对机体有益,不应完全加以制止。但长时频繁的咳嗽可影响病人工作和休息,引起胸痛、胸内压增高、静脉回心血流受阻,甚至引起昏厥。

【临床表现】 不同病因可有不同的临床表现。咳嗽有时为单发或散在,有时为连续频繁,有时为发作性刺激性咳嗽,可发生于晨间起床后,也可发生于夜间睡眠中,可呈金属音,也可声音低微、嘶哑,可咳嗽无痰或少痰,也可痰量较多。

【诊断与鉴别诊断】

(一) **病史** 注意询问咳嗽持续时间,长期咳嗽者,要询问是持续性发作还是间断发作,还应注意咳嗽性质、程度、频度、音色及伴随症状,了解咳嗽与气候、体位、活动及劳累的关系,要详细询问既往史、过敏史、吸烟史及职业病史。

(二) **体检** 要特别注意呼吸音改变与啰音性质及分布,同时应注意心脏检查,有无心界扩大,有无杂音。

(三) **实验室及其他辅助检查** 白细胞计数及分类,痰涂片及培养,痰找瘤细胞,胸部X线片或体层摄影,必要时行CT或纤维支气管镜检查。

(四) **根据咳嗽的临床表现及其伴随症状** 如干咳无痰或仅有极少量的痰,常见于咽喉炎、胸膜炎、浸润型肺结核、急性支气管炎早期;咳嗽伴痰多,常见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核等;咳嗽无力,常见于肺结核;持续多年经常性咳嗽,见于慢性支气管炎、支气管扩张症。发作性咳嗽见于急性喉炎、气管异物、百日咳;夜间阵发性咳嗽,可见于左心功能不全或慢性支气管炎;咳嗽伴声音嘶哑,见于声带发炎或肿瘤;犬吠样咳嗽,见于会厌及喉头疾患、气管受压、百日咳;金属音调咳嗽,见于主动脉瘤或纵隔肿瘤压迫气管或支气管所致;咳嗽声低微见于极度衰弱、声带麻痹。此外还应注意咳嗽的伴随症状,咳嗽伴发热、血白细胞增高,多为炎症,如肺炎、肺脓肿、支气管扩张继发感染;咳嗽伴胸痛,见于胸膜炎、大叶性肺炎、自发性气胸等;咳嗽伴有弥漫性哮鸣音,常见于支气管哮喘、喘息性支气管炎。咳嗽伴咯血,见于支气管扩张、肺脓肿、肺结核、肺癌等;咳嗽伴杵状指,见于支气管扩张、慢性肺脓肿等;咳嗽伴有呕吐者,可见于百日咳或慢性咽炎;食后咳嗽发作或加剧,痰内混有食物,见于食道支气管瘘;咳嗽伴局限于两肺下方、表浅、细小高音调湿罗音,可见于肺间质纤维化;伴有肺性骨关节病者见于支气管肺癌。

二、咳 痰

咳痰 (expectoration) 是借助咳嗽将喉以下的呼吸道内生理性或病理性分泌物排出。

【病因和发病机制】 呼吸道粘膜杯状细胞和粘液腺可以分泌粘液, 每日约 10ml, 以保持呼吸道粘膜的湿润, 粘液含 95% 水分, 其余为蛋白质、糖类、脂类及无机物等; 当呼吸道粘膜受到微生物、过敏因素及其它理化刺激而发生炎症时, 粘膜充血、水肿, 粘液分泌增多, 毛细血管通透性增高, 浆液渗出增多。渗出液与粘液以及吸入的尘埃等混合而成痰。当肺淤血与水肿时, 肺泡毛细血管也有浆液漏出, 也可引起咳嗽与咳痰。

【临床表现】 不同疾病所致痰的数量、颜色、性质及气味等不同, 痰量可少至几毫升, 多时可达几百毫升, 感染化脓性痰, 静置时可分三层: 上层为泡沫, 中层为粘液, 下层为脓块。痰一般为白色, 感染化脓时多为黄色, 绿脓杆菌感染时呈绿色; 血性痰多为鲜红色, 有时为痰中带血丝或血块; 厌氧菌感染时, 痰有恶臭。

【诊断与鉴别诊断】

(一) **病史** 应询问咳痰持续时间, 是持续存在, 还是间断发作, 注意咳痰的数量、性质、颜色、气味, 咳痰与体位有无关系。

(二) **体检** 应着重心肺体征。

(三) **实验室检查** 注意痰的肉眼检查情况如粘度、颜色、气味、有无分层、痰病原学检查包括病毒、肺炎支原体、细菌、溶组织阿米巴、肺吸虫卵等。

(四) **根据痰液性状及伴随症状** 呼吸道或肺组织感染性疾病的痰多为粘稠的黄痰; 支气管炎的痰多为白色泡沫样痰; 砖红色痰, 且呈粘稠胶冻样者, 见于克雷白杆菌肺炎; 铁锈色痰, 见于肺炎球菌肺炎; 赭色果酱样痰, 见于肺吸虫病; 粉红色稀薄泡沫样痰, 见于肺水肿; 大量脓痰, 静置后可分层, 见于肺脓肿或支气管扩张; 恶臭痰, 多为梭形杆菌、螺旋体或厌氧菌感染所致。

第三节 胸 痛

胸痛 (thoracic pain) 是临床上常见的症状, 引起胸痛的原因比较复杂, 胸痛的严重程度与引起胸痛疾病的严重程度很不一致; 胸痛的临床意义可大可小, 起源于局部的轻微损害对病人生命影响不大, 而由于内脏疾病所致的胸痛则往往有重要意义。胸痛可由不同脏器的疾病引起。

【病因与发病机制】 各种理化因素、炎症、肌肉缺氧、内脏膨胀、机械压迫、异物刺激、外伤、肿瘤等原因均可引起胸痛。各种因素刺激肋间神经的感觉纤维、脊髓后根传入纤维、支配心脏及主动脉的感觉纤维、支配气管与支气管及食道的迷走神经感觉纤维或膈神经的感觉纤维等, 均可引起胸痛。此外, 有时某一内脏与体表某部位同受某些脊神经后根的传入神经支配时, 则来自内脏的痛觉冲动可达大脑皮层, 除可产生局部疼痛外, 还可出现相应体表的疼痛感觉, 这称为放射性疼痛。如心绞痛时除出现胸骨后或心前区疼痛外, 还可出现左肩及左臂内侧放射性疼痛。

【临床表现】 根据不同脏器的疾病, 胸痛可分为以下几类。

(一) **呼吸系统疾患所致的胸痛** 气管炎引起的胸痛表现为胸骨后闷痛、灼痛或发紧的感觉, 常伴有咳嗽; 肺没有感觉神经, 所以肺组织本身的疾病是无痛的, 除非累及胸

膜壁层时才出现疼痛；胸膜痛的特点为呼吸、咳嗽或转动身躯时疼痛加重，而停止呼吸可使疼痛缓解，疼痛多位于胸下部，常见于干性胸膜炎、少量渗出性胸膜炎和肺部炎症波及壁层胸膜时；当胸膜炎侵及胸膜时，疼痛可向肩部、心窝部或腹部放射，以致可误诊为肝胆疾病或阑尾炎，自发性气胸的胸痛常在剧烈咳嗽或负重过度时突然发生一侧剧烈胸痛，并伴有呼吸困难及干咳，胸膜肥厚、粘连时可有长期的胸部钝痛；肺栓塞时可引起胸痛，大块的肺栓塞引起肺动脉高压而发生持续性胸骨后疼痛，伴有呼吸困难和休克，小块肺栓塞的胸痛多位于胸部外侧，是由于累及胸膜所致，可伴有咯血；纵膈气肿可引起胸骨后剧烈疼痛，向肩部放射，局部可有捻发音；纵膈肿瘤的胸痛类似胸膜炎痛痛的性质，伴有紧缩感或压迫感。

(二) 循环系统疾患所致的胸痛 心前区痛是心脏疾患的一个重要症状，但心前区痛不一定全是由于心血管系统疾病引起，应根据疼痛的部位、发生的诱因和缓解的措施、疼痛的性质、持续的时间及伴随的症状来辨别疼痛的起源。

1. 冠状血管循环障碍 由于冠状动脉的血流量减少，或由于心肌的氧需要量增加，而产生心肌缺血，引起心绞痛。疼痛多位于胸骨后或稍偏左，亦可在腹上部，常放射到左肩部及沿左臂的尺侧放射至第4、5指尖，或放射到左肩胛部、肩胛下部、颈部或下颞部。疼痛为压榨样或紧缩样，轻重不一，持续数十秒钟至十几分钟，发作与用力 and 情绪有关，休息及含硝酸甘油后可缓解，若心绞痛持续数小时或更久，或服用扩张冠状动脉的药物不能缓解，则应考虑为心肌梗死，常伴有出汗、恐惧感、呼吸困难、虚脱、心力衰竭。

2. 心包炎 也可引起胸痛，疼痛可放射至肩顶、三角肌及颈部、当心包炎累及胸膜时，疼痛的特点亦具有胸膜痛的特点。心包炎时听诊可发现心包摩擦音。心包积液时，心包膜受牵引可引起胸部钝痛。心肌炎时胸痛多为持续性钝痛，较轻，有时类似心绞痛。主动脉夹层动脉瘤时，可出现胸部及背部突然发生的撕裂样痛，疼痛剧烈可达难以忍受的程度，并伴有两上肢血压不等。心脏神经官能症者可出现左胸部或心尖部疼痛，为钝痛或酸痛，可持续数小时或数日，亦可伴有心前区压迫感，疼痛发作与劳动无关，休息亦不能缓解。

(三) 胸部其他组织疾患所致的胸痛 胸大肌及肋间肌劳损常引起胸痛，发病与某种体力活动有关，深呼吸或胸部转动可使疼痛加重，常有局部压痛。肋软骨炎的胸痛位于前胸壁表面，为持续性钝痛，可见局部隆起并伴有局部明显压痛。肋间神经痛按肋间神经走行分布，为电击样痛，在脊柱旁，腋中线处，胸骨旁神经接近表面可有压痛点。带状疱疹可引起非常剧烈的肋间神经痛，有时疼痛可先于皮疹出现。脊神经根受刺激可引起沿肋间神经的束带状发作性刺痛，常由脊柱的慢性骨关节炎所引起，疼痛的分布因所累及的神经节不同而异。

(四) 其他 食管位于纵膈，因此食道炎、食管痉挛或化学物质刺激食道粘膜可引起胸骨后疼痛，疼痛常在吞咽时出现，可伴有咽下困难及食物反流。

【诊断与鉴别诊断】

(一) 病史 询问疼痛的部位、放射的部位 诱因及与呼吸、咳嗽、吞咽有无关系；是否伴有心悸、气短及发热，有无咳嗽、咳痰及咯血，缓解疼痛的方法等。

(二) 体检 认真检查胸部的皮肤、肌肉、肋骨及肋间神经，注意有无胸膜摩擦音、

罗音及胸腔积液或气胸的体征，注意心脏体征，检查脊柱有无畸形、压痛与叩击痛。

(三) **化验室及其他辅助检查** 白细胞计数及分类，胸部X线片，心电图，心肌酶谱，胸椎X线片等。

(四) **根据胸痛的性质及伴随症状分析可能的疾病** 疼痛与呼吸有关者，病变多累及胸膜；与劳累及情绪有关者，应除外冠心病；与吞咽有关者，可能为食道或纵膈疾患，胸痛伴休克者，常见于急性心肌梗死、肺栓塞、夹层动脉瘤破裂等；突发剧烈胸痛应考虑急性心肌梗死、夹层动脉瘤破裂，急性肺梗死、自发性气胸等疾患，胸骨后疼痛可见于心绞痛、纵膈与食道疾病；心前区疼痛常见于心包炎、心绞痛。

第四节 呼吸困难

呼吸困难 (dyspnea) 是呼吸功能不全的主要症状，是指患者在主观上有空气不足或呼吸费力的感觉，客观上表现为呼吸频率、幅度和节律的异常。

【病因和发病机制】 根据引起呼吸困难的病因可分为肺源性呼吸困难、心源性呼吸困难、血源性呼吸困难、中毒性呼吸困难和中枢神经及精神性呼吸困难。

(一) **肺源性** 由于各种原因如喉头水肿、气管内异物、肿瘤、支气管哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、肺纤维化、肺梗死、大量胸腔积液、膈肌麻痹等，均可引起呼吸道、肺实质、肺间质、胸膜或呼吸肌的结构异常与功能障碍，导致呼吸系统通气、换气功能不良，使血中氧含量下降及二氧化碳含量升高，均可直接或间接地作用于呼吸中枢，引起呼吸困难，表现为呼吸费力、呼吸频率增加、呼吸表浅等。

(二) **心源性** 常见于左心功能不全，由于左心室排血量不足或左房排血受阻，肺静脉及肺毛细血管压力升高，肺内淤血、水肿，引起呼吸困难，表现为端坐呼吸或夜间阵发性呼吸困难，呼吸频数每分钟可达30~40次。右心功能不全时，由于右室排血量减少，体循环淤血，各脏器淤血、肿胀，功能减退，甚至出现胸水、腹水，亦可出现呼吸困难。

(三) **血源性** 重度贫血、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症、一氧化碳中毒时，由于红细胞携氧量减少，血氧含量降低，引起呼吸困难，表现为呼吸急促、心率加快。在大量失血或休克时，由于缺血及血压下降，呼吸中枢受刺激而引起呼吸困难，表现为呼吸增速。

(四) **中毒性** 尿毒症、糖尿病酮中毒时，血中酸性代谢产物增加，血pH值下降，直接刺激呼吸中枢，引起深大呼吸，称为库斯莫尔 (Kussmaul) 呼吸。感染时由于发热、体温升高、代谢增加及血中毒性代谢产物的作用，可刺激呼吸中枢使呼吸加快。吗啡、巴比妥类药物中毒时，直接抑制呼吸中枢，使呼吸缓慢而浅表。

(五) **中枢神经、精神性** 脑血管意外、颅脑外伤、肿瘤、炎症，颅内高压等重症颅脑疾病，使呼吸中枢缺血或直接受压力的刺激，引起呼吸慢而深，或出现节律的改变。常见的如潮式呼吸 (Cheyne-Stokes respiration)，表现为呼吸有节律地由暂停逐渐增快、加深，再逐渐减慢、变浅直至再停，全程持续约0.5~1.0分，如此周而复始。癔病患者有时呼吸非常频数 (60~100次/分)、浅表，常伴有呼吸性碱中毒，甚至出现手足搐搦。叹气样呼吸一般见于神经官能症，在规律的正常呼吸过程中，间或有一次深吸气，随后出现一个较长的呼气并伴有叹息声，叹息性呼吸之后患者暂时自觉轻快。

【临床表现】 呼吸困难表现为呼吸费力，可见鼻翼扇动，甚至端肩收腹，有时可伴

有哮喘，有时端坐不能平卧，急性发作时可面色苍白、口唇紫绀、皮肤湿冷、脉细弱。还可伴有呼吸频率、深度或节律的改变。

呼吸困难可分为急性呼吸困难，见于肺栓塞、肺炎、自发性气胸、急性左心衰竭；慢性进行性呼吸困难见于慢性阻塞性肺疾病肺间质纤维化、充血性心力衰竭等；发作性呼吸困难常见于支气管哮喘。

呼吸困难还可分为吸气性呼吸困难，主要见于上呼吸道梗阻，表现为气体吸入明显困难；呼吸道高度狭窄时，可伴有喘鸣及胸骨上窝、胸廓下部及上腹部在吸气时凹陷；呼气性呼吸困难见于肺气肿、支气管哮喘，主要表现为呼气缓慢延长，可伴有哮鸣音；混合性呼吸困难主要见于呼吸面积减少，影响换气功能，如重症肺炎、广泛肺间质纤维化等；也可由于胸廓呼吸运动受限引起，如大量胸腔积液、气胸等，表现为吸气和呼气均困难，并有呼吸频率增快。

【诊断与鉴别诊断】

(一) 病史 注意心、肺、肾、神经、精神病史及过敏史、粉尘吸入史、药物中毒史、既往呼吸困难发作情况。

(二) 体检 注意心肺体征，观察呼吸困难的性质，呼吸的频率、深度和节律变化。

(三) 实验室及其它辅助检查 肺功能、胸X线片、心电图、超声心动图、纤维支气管镜、头颅CT等，血常规、血糖、肝肾功能、血气分析等。

(四) 根据呼吸困难的性质及伴随症状分析可能存在的疾病 如吸气性呼吸困难可见于各种原因引起的上呼吸道狭窄或梗阻；呼气性呼吸困难常见于慢性支气管炎、支气管哮喘；深而大的呼吸多见于代谢性酸中毒；浅而快的呼吸常见于癔病；端坐呼吸常见于急性左心衰竭、自发性气胸、支气管哮喘。呼吸困难伴胸痛，见于大叶性肺炎、胸膜炎、自发性气胸、肺梗死及急性心肌梗死；呼吸困难伴哮鸣音，见于支气管哮喘、喘息性支气管炎、急性左心衰竭早期。

第五节 咯 血

咯血 (hemoptysis) 是指喉以下的呼吸道或肺组织出血，经口排出。需与口腔、鼻腔、咽部出血鉴别，还需与上消化道出血鉴别，以免误诊。口腔、咽部出血，可观察到局部出血灶；鼻腔出血多自鼻孔流出，鼻腔检查时亦可发现出血灶，如出血量多时，可流到咽部经口排出，可误认为咯血，用鼻咽镜检查可证实。呕血是上部胃肠道出血，外观常为咖啡色或暗红色，无泡沫，混有胃内容物，患者有消化道病史或肝病史。

【病因和发病机制】 咯血常见于支气管扩张、肺结核、肺脓肿、肺癌及二尖瓣狭窄，还可见于支气管腺瘤、支气管内膜结核、慢性支气管炎、肺水肿、肺炎等，血液病、传染病及子宫内膜异位症等亦偶有咯血，还有一些少见疾病如肺出血、肾炎综合征、肺含铁血黄素沉着症亦表现咯血。痰中带血丝或血块，常由于小血管破坏引起，咯血由几毫升至几百毫升不等，多由大血管破裂所致，咯血一般可持续几天，开始时为鲜红色，以后呈暗红色，粉红色痰一般是由毛细血管内红细胞渗出所致。

【临床表现】 一般可有原发病的症状，小量咯血时可无明显症状，中量以上咯血时，咯血前多先有喉痒、胸闷，继之咯血，伴呛咳，出冷汗，脉速，呼吸急促，颜面苍白，恐惧感。