

乡村医士培训教材

诊断学基础

主编 张玉芝

主审 廖一祥

江西高校出版社

乡村医生培训教材

诊断学基础

主编 张玉芝
主审 廖一祥

X11126134

江西高校出版社



3 0147 0021 9



B

256306

(赣)新登字第007号

书 名: 诊断学基础
主 编: 张玉芝
出 版: 江西高校出版社(南昌市洪都北大道16号)
经 销: 各地新华书店
印 刷: 江西新华印刷厂
开 本: 787×1092 1/16
印 张: 12
字 数: 288千
印 数: 35800册
版 次: 1992年10月第1版第1次印刷
定 价: 5.00元
ISBN 7—81033—174—4/R·4

邮政编码: 330046 电话: 331257、332093

(江西高校版图书凡属印刷、装订错误, 请随时向承印厂调换)

乡村医士培训教材编委会名单

主任编委 戴 迪 廖一祥

编 委 (按姓氏笔划)

王雪蕉	朱哲黑	朱华富	华柏椿	后平钦
沈世竝	沈志谦	张玉芝	张孟华	邹嘉明
肖振辉	陈龙根	姜寿葆	姜国和	胡念璋
郭常安	徐杏根	高 榕	章远庆	

编写人员 (按姓氏笔划)

吕葆英	张玉芝	张锡钧	胡汝南	阎江南
-----	-----	-----	-----	-----

前 言

乡村医生是我国农村卫生队伍中的一支生力军。几十年来在改变农村缺医少药的状况,提高广大群众健康水平等方面发挥了重要的作用。随着农村经济建设和卫生事业的迅速发展,特别是在提出了实施初级卫生保健和“2000年人人享有卫生保健”的目标后,乡村医生肩负的责任更重了。尽快地提高乡村医生的思想水平和业务素质,已成为当务之急。中央卫生部提出,对乡村医生要进行系统化、正规化教育,使他们尽快达到中专水平或相当中专水平。鉴此,浙江省卫生厅和江西省卫生厅决定共同组织编写一套《乡村医生培训教材》。

根据乡村医生工作在农村基层,条件比较简陋,原有的医疗水平、文化素质参差不齐等特点,本教材除设专业课外,还设政治课、语言课及理化课;专业课则力求适应现阶段农村的实际需要并注意循序渐近,医学基础学科与临床学科并重,同时加强卫生保健与农村卫生管理知识的分量。使学生不仅懂得怎样做,而且了解为什么这样做,能举一反三,独立工作;不仅能治疗农村的常见病、多发病,而且会开展卫生防疫、妇幼保健工作,成为德智体全面发展的、具有一定医疗技术又能从事农村初级卫生保健工作的实用型卫生技术人员。

为使本教材既适合于全日制教学,也能供函授、自学等多种形式的培训使用,在各专业学科的每一章前均有“学习指导”或“重点内容”等提示,章后有“思考与练习”,以利于教学与自学。

教材全套共12种13册。包括《思想政治教育概论》、《实用语文》、《医用理化概要》、《正常人体学》、《疾病基础学》、《药理学》、《诊断学基础》、《疾病防治学》(上下册)、《中医学概要》、《预防保健学》、《急救与护理常用技术》和《农村基层卫生事业管理》。全套教材授课时数约1900学时。为便于教学,在每一册书后均附有该学科的教学大纲和学时分配表,供参考。

由于本教材与普通中等卫校教材有较大的不同,难免有许多不成熟之处,恳请大家提出意见,使之臻于完善。

编 委 会

1992年2月

编写说明

《诊断学基础》是根据浙江、江西两省卫生厅共同制定的“乡村医生教学计划”和教材编写要求编写的，供乡村医生培训使用。

《诊断学基础》主要包括常见症状、问诊、检体诊断、诊断及病历编写、实验室检查常识、心电图诊断常识、超声诊断常识、X线诊断常识等共八章，并附常用内窥镜检查常识、实验指导和教学大纲。

本教材的绪论、第一章是由江西省卫生干部学校副主任医师张玉芝、主治医师阎江南编写；第二章、第四章、第八章和常用内窥镜检查常识由上饶地区卫生学校高级讲师胡汝南编写；第三章由南昌市卫生学校高级讲师吕葆英编写；第五章、第六章、第七章由浙江省长兴县卫生进修学校讲师张锡钧编写。全书由张玉芝、阎江南统稿，廖一祥副教授审定。

为使本教材能适应培养对象和培养目标的要求，我们聘请了江西省部份县卫生职业技术学校教师罗时太（副主任医师）、范铁（主治医师）、徐时昶（主治医师）、彭瑞祥（主治医师）、傅强（主治医师）参加了书稿的讨论并提出了宝贵意见。在讨论过程中我们得到了江西省高安县卫生职业技术学校的大力支持，在此一并表示感谢。

由于编者水平有限，加之时间仓促，书中错误和缺点在所难免，我们殷切希望使用本教材的读者提出宝贵意见。

编 者

1991年12月

目 录

绪论	(1)
第一章 常见症状	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 头痛	(4)
第三节 呼吸困难	(5)
第四节 咳嗽与咳痰	(6)
第五节 咯血	(8)
第六节 胸痛	(9)
第七节 心悸	(9)
第八节 恶心与呕吐	(10)
第九节 腹痛	(11)
第十节 腹泻	(13)
第十一节 呕血	(14)
第十二节 便血	(15)
第十三节 黄疸	(16)
第十四节 水肿	(17)
第十五节 紫绀	(20)
第十六节 昏迷	(20)
第二章 问 诊	(23)
第三章 体格检查	(27)
第一节 体格检查的基本方法	(27)
第二节 一般检查	(31)
第三节 头颈部检查	(39)
第四节 胸部检查	(43)
第五节 腹部检查	(70)
第六节 肛门、直肠、外生殖器检查	(81)
第七节 脊柱与四肢检查	(84)
第八节 神经系统检查	(87)
第四章 诊断及病历书写	(92)
第一节 诊断步骤和思维方法	(92)
第二节 诊断原则及诊断内容	(93)
第三节 病历编写	(95)
第五章 实验检查常识	(103)
第一节 血液常规检查	(103)

第二节	尿液常规检查	(108)
第三节	粪便常规检查	(113)
第四节	肝功能检查	(116)
第五节	脑脊液及浆膜腔穿刺液检查	(119)
第六节	其他生化检查	(120)
第六章	心电图诊断常识	(129)
第一节	常用心电图导联和正常心电图	(129)
第二节	心电图的临床应用	(134)
第七章	超声诊断常识	(140)
第一节	超声的基本知识和诊断原理	(140)
第二节	超声检查的临床应用	(141)
第八章	X线检查常识	(147)
第一节	概论	(147)
第二节	常见疾病的X线表现	(148)
附	常用内窥镜检查常识	(162)
实习指导		(165)
教学大纲		(174)

第一章 常见症状

【重点内容】

通过理论讲授,使学生掌握发热、头痛、咳嗽与咳痰、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、咯血、便血、水肿、昏迷等常见症状的常见病因、临床表现和伴随症状。

疾病对病人所引起的主观不舒适、不正常的感觉或某些病态改变称为症状,如发热、头痛、腹痛、呼吸困难等,这些是通过病人的主诉和对病人的问诊得来的。医生通过对病人的体格检查而得到的客观表现称为体征,如肝脾肿大、杂音、罗音等。广义的症状可包括体征。

症状是在病理、生理和病理形态改变的基础上产生的。由于症状的出现,才促使病人就医,它是认识疾病的重要向导和依据。因此,熟悉某些常见的重要的症状,了解其发生发展的规律及其发生的机理和临床意义,是非常必要的。

第一节 发 热

正常成人的体温是相对恒定的。这是由于大脑皮层和丘脑下部体温调节中枢,通过神经、体液因素,调节产热和散热过程,维持两者处于动态平衡的结果。一般成人在安静状态下的口腔温度波动于 $36.3-37.2^{\circ}\text{C}$,腋窝温度比口腔温度略低 $0.2-0.4^{\circ}\text{C}$;口腔温度比直肠温度低 0.5°C 。在生理状态下,体温也有轻微的波动,如晨间稍低,下午稍高;小儿体温较成年人稍高;壮年人较老年人稍高;剧烈运动、进热食后、突然进入高温环境、情绪激动等,均可使体温稍高,但波动范围不超过 1°C 。

发热是指病理性的体温升高。任何原因引起的产热过多或散热过少,使体温超出正常范围,则称为发热。

一、病因与机理

(一)病因 引起发热的疾病很多,可区分为感染性和非感染性两大类,而以感染性发热为多见。急性发热疾病可分为:

1. 感染性发热 主要由于下列原因:

病毒感染 如流行性感冒、病毒性上呼吸道感染、病毒性肝炎、流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎、麻疹、流行性腮腺炎、水痘等。

细菌感染 如伤寒、结核病、细菌性心内膜炎、败血症、肺炎球菌性肺炎、丹毒、细菌性痢疾等。

支原体感染 如肺炎支原体肺炎。

立克次体感染 如斑疹伤寒。

螺旋体感染 如钩端螺旋体病、回归热。

真菌感染 如放线菌病、念珠菌病、隐球菌病。

寄生虫感染 如疟疾、急性血吸虫病、阿米巴病等。

2. 非感染性发热 主要由于下列原因：

变态反应与过敏性疾病 如风湿热、药物热、血清病、输血反应等。

组织坏死与血液吸收 如急性溶血、急性心肌梗塞、内出血、肢体坏死、大手术后组织损伤、大面积烧伤、恶性肿瘤、溶血反应等。

内分泌代谢障碍 如甲状腺机能亢进、重度脱水。

体温调节中枢功能失调 如中暑、脑出血、脑外伤、重度安眠药中毒。

植物神经系统功能紊乱 如神经官能症等。

(二) 发生机理 最常见引起发热的因素是体内的致热原。致热原可分为外源性和内源性两大类。外源性致热原即病原体致热原，如细菌的内毒素，其分子量大，不能直接作用于体温调节中枢引起发热；内源性致热原主要存在于中性粒细胞和单核细胞内，即白细胞致热原，其成分是蛋白质，当这些细胞发生吞噬作用时，或与外源性致热原发生接触时，即释放出白细胞致热原。直接作用于体温调节中枢而引起发热。有关致热原发热的机理目前尚未完全阐明。除白细胞致热原外，某些理化因素，也可以直接作用于体温调节中枢，引起发热。在体温调节中枢功能失调或植物神经功能紊乱时，有时也能引起发热。

二、临床表现

(一) 发热过程 一般可分为三个阶段

1. 体温上升期 临床表现为皮肤苍白、干燥、无汗，畏寒或寒战，肌肉酸痛，乏力。体温上升有两种表现：一种是体温急剧上升，几十分钟或几个小时内达到高峰，可高达 $39-40^{\circ}\text{C}$ 以上，常伴有寒战，多见于肺炎球菌性肺炎、流行性感冒、疟疾等；另一种是体温缓慢上升，数日达高峰，多见于伤寒、肺结核等。

2. 高热持续期 此时体温已达高峰，临床表现为皮肤潮红而灼热、呼吸加快加强，可有出汗。此期可持续数小时（如疟疾）至数天（肺炎、流行性感冒）或数周（如伤寒）。

3. 体温下降期 有两种表现：一为骤退，体温于数小时内骤退为正常，常伴有大汗，见于疟疾、肺炎球菌性肺炎等。一种为渐退，体温于数日内渐渐降为正常，见于伤寒、风湿热等。

在体温骤退时，由于病人常大量出汗，丧失大量体液，可使血压下降、甚至休克，尤其是年老体弱及有心血管疾病的病人较易发生。

(二) 临床分度 根据体温升高的程度可分为以下几类：低热（ $37.4-38^{\circ}\text{C}$ ）；中度热（ $38-39^{\circ}\text{C}$ ）；高热（ $39-41^{\circ}\text{C}$ ）；过高热（ 41°C 以上）。

(三) 热型 许多发热疾病有特殊的热型，对疾病的诊断和鉴别诊断有一定的帮助。临床常见的热型有以下几种：

1. 稽留热 体温持续在 $39-40^{\circ}\text{C}$ 左右，达数日或数周，一天内波动范围不超过 1°C 。见于肺炎球菌性肺炎、伤寒等（图1—1）。

2. 弛张热 体温在 39°C 以上，但波动度大，一天内体温差别在 2°C 以上。体温最低时仍高于正常体温。常见风湿热、肝脓肿、败血症、脓毒血症、严重肺结核等（图1—2）。

3. 间歇热 体温骤然上升达 39°C 以上，持续数小时或更长时间，然后下降至正常。发

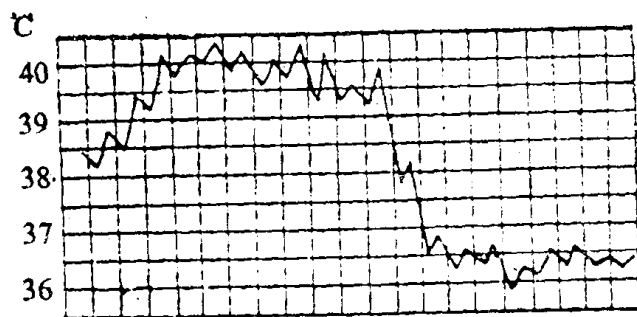


图 1—1 稽留热

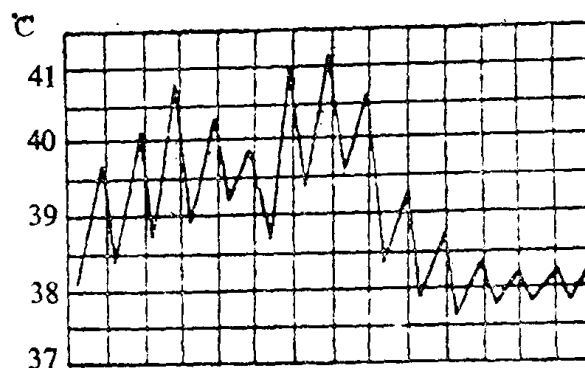


图 1—2 弛张热

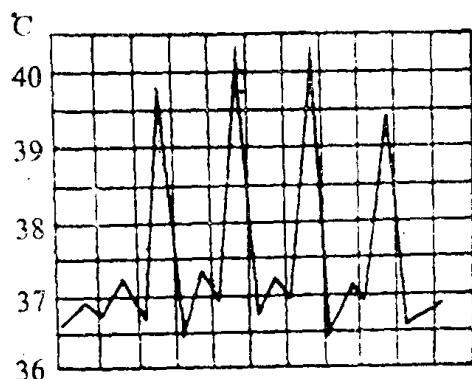


图 1—3 间歇热

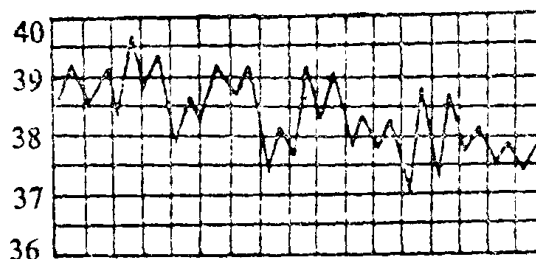


图 1—4 不规则热

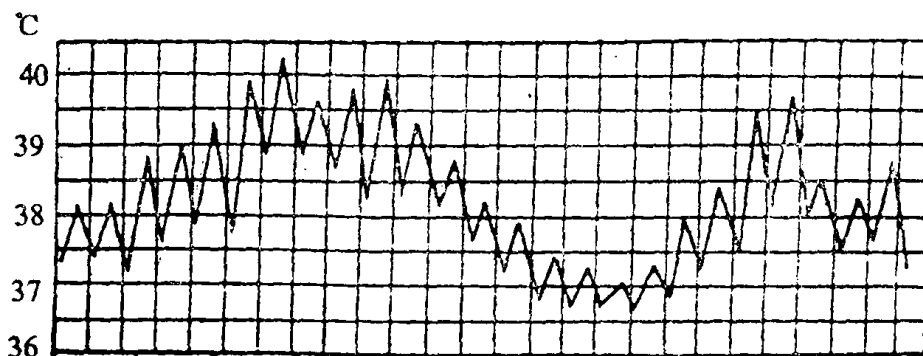


图 1—5 波状热

热期与无热期交替出现，如此反复发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎、周期热等（图 1—3）。

4. 不规则热 发热无一定规律。可见于风湿热、流行性感冒、支气管炎、肺结核以及癌症等（图 1—4）。

5. 波状热 体温逐渐上升达 39°C 以上，数天后逐渐下降至正常，体温曲线呈波状起伏，见于布氏杆菌病（图 1—5）。

6. 再发热（回归热） 体温突然升高达 39°C 以上，持续数日后降至正常，经过数日后又重复发热，持续数日后又降至正常，见于回归热。

在疾病过程中，有时会有二种或二种以上热型交互存在，说明有并发症存在，热型可变

得不典型。另一方面由于抗菌药物的普遍应用，及时控制了感染，也会使热型变为不典型。此外热型亦与个体反应有关，例如老年人患休克型肺炎，发热可不高或不发热。所以对发热的病人，应按具体情况作具体分析，才能对疾病作出正确的诊断。

对发热的病人，应详细询问起病的缓急、病程、体温的高低及波动情况，是否伴有寒战、大汗、某些部位的疼痛，是否有咳嗽、咯血、黄疸、皮疹、出血现象、关节痛、昏迷以及是否有传染病接触史、疫水接触史、有否手术史、流产或分娩史等等。

第二节 头 痛

头痛是一个常见的症状。头痛系指额、顶、颞及枕部的疼痛。

一、常见病因

(一) 颅内病变

1. 颅内感染性疾病 如脑膜炎、脑炎、脑脓肿、蛛网膜炎、脑部的寄生虫病等。
2. 颅内血管病变 如脑血管意外、颅内动脉瘤、高血压性脑病等。
3. 颅内占位性病变 如脑肿瘤、脑结核瘤、脑囊虫病等。
4. 颅脑外伤 如脑震荡、脑挫伤等。
5. 其他原因 如偏头痛、腰椎穿刺后头痛。

(二) 颅外病变

1. 头颅邻近器官或组织的病变 如青光眼、副鼻窦炎、乳突炎、颈椎病、三叉神经痛等。
2. 全身性疾病 如发热、急、慢性全身感染、高血压、中毒、贫血、肺性脑病、中暑、尿毒症、月经期或绝经期头痛等。
3. 神经官能症。

二、临床表现

(一) 头痛发生的急缓

急性头痛 常伴有发热，如急性感染；若同时伴有呕吐、意识障碍，提示脑出血或蛛网膜下腔出血；头痛进行性加剧并伴有颅内压升高表现，提出颅内占位性病变。

慢性头痛 多见于偏头痛及肌肉收缩性头痛。

(二) 头痛的部位

全头痛 如急性感染性疾病。

浅在性 如眼源性或鼻源性头痛。

深在性 如脑膜炎、脑炎、脑肿瘤，并可向病灶同侧的外面放射。

(三) 头痛的性质与程度

剧烈的头痛，多见于三叉神经、脑膜刺激性头痛。

中等度头痛 一般为眼源性、鼻源性头痛。

搏动性头痛 多为高血压、发热、脑肿瘤等。而神经官能性头痛，则因不同病人，头痛的程度也可不一致。

(四) 头痛发生的时间 鼻窦炎引起的头痛多在上午10时前最明显，颅内占位性病变在

晨间加剧；偏头痛多在月经期发作；而神经官能性头痛则有病程长和易变性的特点。

（五）伴随的症状 头痛伴发热、呕吐及脑膜刺激征者，多见于颅内感染。头痛伴视力障碍者，多见于青光眼、脑肿瘤等。呕吐后头痛明显减轻是偏头痛的特点。神经官能症头痛常伴有失眠、焦虑等症状。

第三节 呼吸困难

呼吸困难是指病人主观上感到空气不足，呼吸费力（憋气），而客观上常有呼吸频率、深度、节律的改变，常看到呼吸用力，张口抬肩、端坐呼吸，重者出现鼻翼扇动、紫绀、辅助呼吸肌活动增加。

一、常见病因

（一）肺原性呼吸困难 凡由呼吸系统疾病引起的呼吸困难，称肺原性呼吸困难。包括：

1. 上呼吸道疾病 喉与气管、大支气管的炎症、水肿、肿瘤、异物等。
2. 支气管及肺部疾病 细支气管炎、支气管哮喘、肺炎、肺水肿、肺气肿、肺不张、肺梗塞、肺郁血、肺癌、肺纤维性变等。
3. 胸膜疾病 自发性气胸、大量胸膜腔积液、广泛的胸膜增厚粘连等。
4. 膈肌运动受阻 大量腹水、高度肠胀鼓、腹腔巨大肿瘤等。
5. 神经肌肉疾病 急性感染性多发性神经炎、脊髓灰质炎后遗症、重症肌无力等。
6. 胸廓畸形。

（二）心原性呼吸困难 如充血性心力衰竭、心包积液。

（三）中毒性呼吸困难 如尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、化学毒物中毒、吗啡及巴比妥类药物中毒、毒血症等。

（四）血原性呼吸困难 严重贫血、大出血或休克、高铁血红蛋白血症等。

（五）神经精神性呼吸困难 如脑出血、脑水肿、脑外伤、脑肿瘤、癔病等。

二、临床表现与机理

（一）肺原性呼吸困难 此种呼吸困难是由呼吸系统疾病所引起的。由于通气和换气障碍，血中的二氧化碳分压增高，氢离子浓度增高及氧分压降低，这些化学成份的明显变化，可直接刺激呼吸中枢或作用于化学感受器，通过神经反射作用刺激呼吸中枢；由于通气功能障碍，肺泡二氧化碳含量增加，使肺换气量增加；肺泡充血、郁血、水肿等，肺泡缩小，呼吸面积减少，气体交换障碍，造成缺氧或二氧化碳滞留。在这些变化影响下，出现呼吸困难。

1. 吸气性呼吸困难 由各种原因引起的喉、气管、大支气管狭窄或梗阻所致。特点是吸气过程明显困难，严重时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙及上腹部在吸气时明显凹陷，临床上称“三凹征”，肺部听诊有高调的吸气性哮鸣音，病人常伴有干咳。

2. 呼气性呼吸困难 由于肺组织弹性减弱或小支气管狭窄所致。其特点是呼气困难，费力，呼气时间延长，常伴有呼气性哮鸣音。多见于肺气肿、支气管哮喘、痉挛性支气管炎等。

3. 混合性呼吸困难 由于肺部广泛的病变，使呼吸面积缩小，影响换气功能所致。其

特点是吸气及呼气均感困难、费力，呼吸频率加快。可见于严重肺炎、大面积肺梗塞、肺不张、大量胸腔积液或积气等。

(二) 心源性呼吸困难 此种呼吸困难是循环系统疾病所致。主要发生于左心或右心功能不全。

当左心功能不全时，肺部郁血发生呼吸困难。其机理是：肺泡张力增加，刺激肺牵张感受器，通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢；肺泡活动减弱，使肺活量减低；肺郁血，使气体交换功能发生障碍；肺循环压力升高，对呼吸中枢的反射刺激增强。

在急性左心功能不全过程中，常出现阵发性呼吸困难。多在夜间睡眠中发作，又称夜间阵发性呼吸困难。这是由于睡眠时迷走神经兴奋性增强，冠状动脉收缩，使心肌供血不足，以及平卧时肺活量减少和下半身静脉血回流增加，使肺郁血加重所致。发作时，患者常在睡中突然憋醒被迫坐起，甚至惊恐不安，有窒息感。轻者，数十分钟后症状即逐渐平息；重者，可表现为气喘、面色灰白、出汗、咳嗽、咳粉红色泡沫痰，两肺（主要是中、下部）布有小水泡音或捻发音，心率加快等。这种夜间阵发性呼吸困难，又称“心源性哮喘”。常见于高血压性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病及风湿性心脏瓣膜病等。

在右心功能不全时，呼吸困难的原因主要是体循环郁血所致。其机理是：右心房与上腔静脉压力升高，压力感受器受到刺激，借反射作用兴奋呼吸中枢；血氧压力降低，而乳酸、丙酮酸等酸性代谢产物增多，刺激呼吸中枢；如并发肝脏肿大、腹水、胸水等，由于压迫，可使呼吸受限，如慢性肺原性心脏病。

(三) 中毒性呼吸困难

1. 代谢性酸中毒 当血中酸性代谢产物增多时，使呼吸中枢受到强烈刺激，引起呼吸困难。如糖尿病酮症酸中毒、尿毒症，其特点是呼吸深而慢，节律规整，可伴有鼾声，称酸中毒大呼吸。

2. 急性感染 因毒血症及体温升高的影响，均可刺激呼吸中枢，使呼吸加快。

3. 吗啡及巴比妥类药物急性中毒，因呼吸中枢受到抑制而引起呼吸困难。其特点是，呼吸缓慢，也可呈潮式呼吸。

(四) 血源性呼吸困难 主要是由于红细胞携带氧气量减少，血内含氧量降低，如大出血及休克时，由于缺血及血压显著下降，可刺激呼吸中枢，引起呼吸困难。其特点是，呼吸慢而深，心率可同时加快。

(五) 神经精神性呼吸困难

颅脑疾病时，呼吸中枢受到压迫或供血不足，功能减退，可使呼吸深而慢，并常伴有呼吸节律的改变。如脑出血、脑肿瘤、脑水肿、脑外伤等。

在精神或心理因素的影响下，常发生呼吸困难。如癔病。特点是呼吸浅表频数，每分钟可达60—100次，但呼吸音正常。另外，有一种叹息样呼吸，即病人自述呼吸困难，其特点是在一定时间内，出现一次急促吸气而后作深大呼气。这也属一种神经官能症的表现。

第四节 咳嗽与咳痰

咳嗽是一种保护性反射动作，借此可将呼吸道的分泌物排出体外。由咳嗽排出呼吸道分

分泌物的现象称为咳痰。如呼吸道只有炎症刺激而无分泌物时，只有咳嗽而无痰，称为干咳。咳嗽也有一定的危害性，如长期、频繁或剧烈的咳嗽，可使胸内压力增高，影响静脉血回流；也可加重心脏负担，消耗体力，影响工作和休息，甚至导致肺气肿，有时可引起自发性气胸。

一、发生机理

当呼吸道粘膜受到刺激时，经迷走神经、喉上神经、舌咽神经和三叉神经的感觉纤维，很快传递到延脑的咳嗽中枢，然后由传出纤维通过喉下神经、膈神经、脊神经分别将冲动传至咽肌、声门、膈肌及其他呼吸肌而引起咳嗽动作。一个咳嗽动作，包括以下几个协调运动：首先是快速吸气，横膈下降及声门关闭，随即腹肌和呼吸肌收缩，呼吸道内压力迅速升高，然后高压气流由声门喷射而出，即成为咳嗽。

二、常见病因

1. 呼吸道疾病 从鼻、咽、喉、气管、到小支气管的粘膜受到刺激，都会引起咳嗽。这些刺激，大多来自炎症、肿瘤、结核、出血、异物、过敏及刺激性气体等。肺泡受到刺激，是否会引起咳嗽，目前尚无一致意见，一般认为，肺泡受到刺激不产生咳嗽，仅当肺泡内的液态物质进入小支气管时，才发生咳嗽。

2. 胸膜疾病 胸膜炎或胸膜受到刺激（穿刺）时，可引起咳嗽。

3. 心血管疾病 当心脏病患者出现左心功能不全时，因肺郁血或肺水肿可引起咳嗽。由右心及体循环静脉脱落的栓子发生肺栓塞时，肺泡及支气管含有渗出物或漏出物，刺激支气管粘膜，可引起咳嗽。

4. 中枢神经因素 大脑皮层也可影响咳嗽，人类可随意发生咳嗽，也可随意抑制咳嗽。又如脑炎、癔病也可引起咳嗽。

三、临床表现

1. 咳嗽的性质 有以下几种不同的表现：单声咳嗽，常见于咽或喉炎、气管炎初期、胸膜炎、早期或轻症肺结核、吸烟及神经因素等。慢性连续性咳嗽，多见于慢性支气管炎、支气管扩张、慢性肺脓肿等。发作性咳嗽，见于气管异物、气管受压、百日咳、急性喉炎等。

2. 咳嗽出现的时间 有些疾病，咳嗽常有时间性。如晨咳，见于支气管扩张、慢性肺脓肿等。夜咳，见于慢性支气管炎、肺结核及左心功能不全等。

3. 咳嗽的音色 金属声咳嗽，常见于纵膈肿瘤、支气管肺癌及主动脉瘤压迫气管所致。声音嘶哑的咳嗽，多见于声带炎、喉炎、喉结核、喉癌等。咳嗽无力或声音低微，见于声带麻痹、声带水肿及极度衰竭者。犬吠样咳嗽，多见于会厌、喉头疾患或气管受压等。

4. 痰的性质和痰量 急性呼吸道炎症常有少数粘液性痰；肺炎球菌性肺炎咳铁锈色痰；肺水肿咳粉红色泡沫样痰；肺结核、肺癌咳血痰；支气管扩张、肺脓肿常咳出大量恶臭的脓痰。

5. 伴随症状

伴呼吸困难 常见于喉炎、喉水肿、喉肿瘤、慢性支气管炎和肺气肿、肺炎或肺结核、胸腔积液及积气等。

伴发热 见于流感、麻疹、伤寒、肺炎、肺结核、胸膜炎等。

伴胸痛 见于肺炎球菌性肺炎、胸膜炎、纵膈肿瘤、支气管肺癌等。

伴大量脓性痰 见于肺脓肿、支气管扩张、脓胸支气管瘘等。

伴咯血 常见于肺结核、支气管扩张、支气管肺癌、肺脓肿、风湿性心脏病二尖瓣狭窄等。

伴呕吐 可见于百日咳、慢性咽炎。

第五节 咯 血

咯血是指喉部以下的呼吸器官出血，血液随咳嗽从口腔吐出。咯血可以是痰中带血，也可以大口咯血。咯血首先应与口腔、鼻腔及咽部的出血鉴别。大量咯血还须与呕血相鉴别（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、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化等
出 血 前 症 状	喉部痒感、胸闷、咳嗽	恶心、呕吐
出 血 方 式	咳出	呕出
血 的 颜 色	鲜红色	暗红或褐色
血 内 混 合 物	泡沫和痰	食物残渣、胃液
酸 碱 反 应	碱性	酸性
黑 便	如血不咽下，无黑便	常伴有黑便
出 血 后 痰 的 性 状	痰中带血丝	无痰中带血

一、常见病因

1. 支气管疾病 多见于支气管扩张、支气管内膜结核、慢性支气管炎、支气管肺癌、气管异物等。

2. 肺部疾病 常见于肺结核、肺癌、肺脓肿、肺梗塞、肺炎、肺郁血、肺吸虫病、恶性肿瘤肺转移等。

3. 心血管疾病 见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄、先天性心脏病（房间隔缺损、动脉导管未闭）引起肺动脉高压时。

4. 其他 出血性疾病、急性传染病，如流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病、结缔组织疾病及慢性肾功能衰竭等。

二、伴随症状

1. 伴发热 可见于肺炎、肺结核、肺脓肿、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病等。

2. 伴胸痛 可见于肺炎球菌性肺炎、肺结核、肺梗塞、肺癌等。

3. 伴皮肤粘膜出血 可见于血液病、结缔组织病、流行性出血热等。

4. 伴乏力、盗汗 多见于肺结核。
5. 伴心慌、紫绀 多见于心血管病。
6. 伴黄疸 常见于钩端螺旋体病。

第六节 胸 痛

胸痛是临床常见的症状，胸内、外疾病均可引起，由于疼痛是一种主观感觉，很难用客观的指标确定疼痛的程度，而且疼痛的程度与病变的程度也不一定成正比，因而在诊断疾病时，不能仅根据胸痛的部位和程度确诊，还须配合其检查，综合判断。

一、常见病因

1. 胸壁病变 凡胸壁皮肤、肌肉、骨骼、神经的病变均可引起胸痛。常见的有胸壁外伤、带状疱疹、非化脓性肋软骨炎、肋骨骨折、肋间神经炎等。
2. 肺及胸膜疾病 如肺炎球菌性肺炎、胸膜炎、肺癌、肺梗塞、自发性气胸等。
3. 心血管疾病 如心绞痛、心肌梗塞、心肌炎、心包炎、心脏神经管能症等。
4. 纵膈及食管疾病 如纵膈肿瘤、纵膈气肿、食道炎、食道癌等。
4. 横膈或膈下疾病 如膈下脓肿、膈疝等。

二、临床表现

1. 胸痛的部位 胸壁肌肉、肋骨和肋间神经病变引起的胸痛，固定于病变部位，局部有明显压痛；肺及胸膜疾病引起的胸痛，一般为单侧性，胸壁无压痛；心绞痛及急性心肌梗塞常位于心前区或胸骨后痛，并可向左肩、左上肢尺侧放射；纵膈肿瘤、食管炎、食道癌常位于胸骨后痛。

2. 胸痛的性质 自发性气胸、急性胸膜炎、肺梗塞等常为患侧剧痛；肋间神经痛呈阵发性刺痛和灼痛；心绞痛及心肌梗塞呈压榨样痛并伴窒息感；急性心包炎则呈刺痛或钝痛；纵膈病变常为胸骨后闷痛或钻痛；食道炎、膈疝常呈灼痛或灼热感。

3. 影响胸痛的因素 胸壁疾病引起的胸痛，在深呼吸、咳嗽、举臂动作时加剧；心绞痛在活动或情绪激动时诱发胸痛，休息或用冠状血管扩张药可迅速缓解；纵膈及食道疾病常在吞咽时胸痛加剧。

4. 伴随症状

胸痛伴发热 多见于肺炎球菌性肺炎、结核性胸膜炎、脓胸、肺化脓症等。

胸痛伴咳嗽、咳痰、咯血 可见于肺结核、支气管扩张、支气管肺癌等。

胸痛伴胸闷、呼吸困难 多见于气胸、支气管哮喘、肺气肿、肺梗塞，也可见于心血管病变等。

胸痛伴吞咽困难 见于食道病变。

胸痛并向左肩、左臂及左手放射 可见于心绞痛、心肌梗塞。

第七节 心 悸

心悸是指病人自觉心跳或心慌，并伴心前区不适，听诊发现心率加快或减慢、心律规则