

前言

远洋船舶是一个流动的工作和生活场所。当船员患有较严重的疾病时，通常是就近与港口国代理联系入院治疗的。这时利用传真发给代理一份详细的病情介绍是十分必要的，以便代理与医院联系，做好救治的准备工作。病人入院后，医生要问诊，病人要陈述病情。这些都需要相关的医疗英语知识。

本书最初的构思是围绕以上两方面组织材料，即第三章如何用英语书写病情介绍和第四章的医疗英语口语。后来，考虑到本书的读者大多没有经过系统的医学知识培训，又增加了一些比较简单而实用的医学知识。第一章就某一特定的症状或体征，可能是什么疾病，提供了一些诊断线索和思考方法。第二章主要阐述某些疾病的典型症状和体征、诊断依据、鉴别诊断和处理方法。这两章内容对相关人员会有所帮助，同时对病情介绍的英语书写也有一定的参考意义。

本书在编写过程中曾得到大连远洋运输公司詹兆洪硕士和薛连栋船长的鼓励和支持，在此一并致谢。

作者

2001年10月

目 录

第一章 常见症状和体征及其临床诊断意义	1
第二章 远洋船员常见急性病、重病	21
第三章 英语病情介绍的书写	40
第四章 医疗英语口语	55
第一节 陈述症状	55
第二节 医生问诊	66
第三节 体检、诊断、治疗及医嘱用语	81
第四节 住院医护用语	87
第五章 医疗英语常用词汇、短语和句型	89
第一节 医院科室及医护人员名称	89
第二节 人体结构及生理功能词汇	90
第三节 症状和体征	92
第四节 诊断常用词汇	96
第五节 常见疾病名称	98
第六节 治疗技术和治疗方法用语	101
第七节 常用药物	104
第八节 护理及饮食用语	105
第九节 医用英语缩略语	106
第十节 常用医疗英语短语	108
第十一节 医用英语常见句型	121

第一章 常见症状和体征及其临床诊断意义

总论

症状是在疾病状态下，人体生理机能发生异常时患者的感受。通常，人们是在出现某些症状后找医生看病的，这时，医生会围绕患者的主诉症状进行问诊，包括发病时间、伴随症状、既往病史、家族患病史、职业及嗜好等，这些称作病史的采集。病史的采集应真实、详细。

接下来，医生给患者做体格检查，包括望诊、叩诊、触诊、听诊，例如常见的胸部检查和腹部检查。检查中得到的阳性结果称为体征，例如腹部检查中的压痛、反跳痛等。体检必须系统而全面，防止重要的遗漏。例如，对待急性腹痛的患者，应重点检查其腹部，但也不能忽略心肺检查，以排除肺炎、心肌梗塞等能引起腹痛的其他疾病。眼部检查如发现巩膜黄染，可考虑肝、胆、胰腺疾病，但也不能遗漏腹股沟检查，否则极易忽略嵌顿疝引起的肠梗阻。

通过病史采集和体格检查，医生对某些疾病会得出初步的诊断。对一些难以明确诊断的疾病，则需做进一步的化验和器械检查，如X光、B超、心电图、胃镜、CT或MRI检查。

以上是医生诊断疾病的基本过程。我们可以看到，症状是医生诊断疾病的线索。传统的哲学思想认为：有其内，必形诸外。内在的疾病必定会有外在的表现，这是通过症状诊断疾病的理论基础。

疾病不同,表现出的症状或体征可能相同,若同时伴有其他症状,我们就可以排除一些疾病,缩小诊断范围。一组比较典型的症候群具有明确的诊断意义,即已知条件越多,我们越容易得出结论。例如,右侧腹痛可见于急性胆囊炎、急性阑尾炎、肾输尿管结石梗阻、消化性溃疡穿孔等多种疾病,但若伴有血尿,则基本可诊断肾输尿管结石梗阻。腹痛、呕吐、腹胀和肛门排气排便停止这组症候群对肠梗阻的诊断有明确的意义。

有效的治疗取决于正确的诊断。一个正确诊断的确立有赖于详细的病史采集和系统的体格检查,必要时借助化验和器械检查。值得注意的是,一种疾病在不同的阶段会出现不同的症状和体征,特别是存在着一些早期表现不典型的疾病,因此诊断时应动态观察。本章讨论远洋船员常见症状和体征及其诊断意义,涉及许多远洋船员常见病,这些疾病在第二章还将做进一步探讨。

急性腹痛

腹痛是临床最常见的症状之一,病因复杂,涉及的疾病多达上百种,其中最常见的有十几种。据统计,资深外科医生正确诊断率仅为80%左右,因此漏诊、误诊时有发生。有一些需要紧急外科处理的急性腹痛,称急腹症,一旦漏诊、误诊则必将导致严重后果。与急性腹痛相关的急性阑尾炎、急性胆囊炎、肾输尿管结石梗阻、消化性溃疡穿孔等也是远洋船员最常见的疾病。这一节是本章也是本书的重点内容。

诊断包括病史采集和体格检查,必要时可入院做化验或器械检查。

病史采集

重点在腹部和消化道。

腹痛的部位 让患者用右手食指指出疼痛区,疼痛的固定部位常是病变部位。右下腹痛多见于急性阑尾炎。右上腹痛多见

于急性胆囊炎、胆管炎、胆石绞痛、胆道蛔虫病。中上腹及脐周痛多见于急性胃肠炎、消化性溃疡、急性胰腺炎和急性阑尾炎早期。外伤后左上腹痛多见于脾破裂。腰腹部剧烈绞痛见于肾输尿管结石梗阻。腹痛由局部扩散至全腹，见于内脏穿孔引起的弥漫性腹膜炎，如阑尾穿孔、溃疡病穿孔。疼痛始于上腹或脐周，数小时后转移且固定在右下腹，是急性阑尾炎的典型表现。

腹痛的发作方式 腹痛突然发生，多为急性穿孔，如胃溃疡穿孔，或是梗阻病变，如肠梗阻、胆道蛔虫病、肾输尿管结石梗阻。腹痛逐渐发生，多为炎症病变，如急性阑尾炎。

腹痛的性质 持续性腹痛见于腹腔内炎症，如阑尾炎、腹膜炎，或是腹腔内出血，如肝、脾破裂，或是肠道缺血，如绞窄性肠梗阻。阵发性疼痛见于空腔脏器梗阻或痉挛，如胆道蛔虫病、急性肠炎、肾输尿管结石梗阻。持续性疼痛伴阵发性加剧，多为空腔脏器炎症伴痉挛或结石梗阻，如急性胆囊炎、胆石症、绞窄性肠梗阻。

腹痛的程度 钝痛和胀痛多见于轻度炎症，如急性阑尾炎。剧痛多见于穿孔（胃、十二指肠溃疡穿孔）或梗阻（肾输尿管结石梗阻、胆道结石梗阻、胆道蛔虫病、肠梗阻）。刀割样痛是剧痛的一种，见于胃肠道穿孔、胆囊炎穿孔引起的胆汁性腹膜炎。绞痛剧烈，多为空腔脏器梗阻所致，如肾输尿管结石梗阻所致肾绞痛，胆石梗阻、胆道蛔虫所致胆绞痛，肠梗阻所致肠绞痛。

放射痛 某些腹痛有特定部位的放射痛。多数胆囊炎、胆石症的疼痛向右肩背部放射。肾输尿管结石梗阻的疼痛向外阴或大腿内侧放射。胰腺炎或脾破裂时腹痛向左肩背部放射。1/3溃疡病穿孔患者感到肩痛。肺炎、心绞痛、心肌梗塞有时导致腹部放射痛，易被误诊为急性胆囊炎，胃、十二指肠穿孔，急性胰腺炎等腹腔疾病，但体检腹部无明显腹肌紧张、压痛点及反跳痛等

腹膜刺激征。

腹痛的诱发因素 进食油腻后发病，多见于急性胆囊炎。暴饮暴食或酗酒后腹痛，多见于急性胰腺炎。溃疡病患者饱餐后突发剧烈上腹痛，可考虑胃肠道穿孔。饱餐后剧烈活动引起腹痛，多见于肠梗阻。

伴发症状 急性腹痛伴血尿多见于肾输尿管结石梗阻。急性腹痛伴呕吐、腹泻多见于急性胃肠炎、食物中毒。先腹痛，后呕吐、腹泻，也可见于急性阑尾炎。急性腹痛伴频繁、量大的呕吐，腹泻及肛门停止排便排气提示肠梗阻。急性腹痛伴血便见于绞窄性肠梗阻、肠套叠。急性腹痛伴高热、寒战见于胆道结石梗阻、急性梗阻性化脓性胆管炎、肺炎。急性阑尾炎先有腹痛后有发热，但为中低度热。急性腹痛伴休克见于急性内出血（如脾破裂），急性梗阻性化脓性胆管炎，坏死性胰腺炎，绞窄性肠梗阻，胃、十二指肠溃疡穿孔和心肌梗塞。急性腹痛伴黄疸（眼巩膜黄染）见于胆道结石梗阻、急性梗阻性化脓性胆管炎、胆囊炎、胆石症、黄疸型肝炎、胰腺炎。

既往病史 胃、十二指肠溃疡患者突然发生上腹剧烈疼痛应考虑穿孔。具有胆囊炎、胆石症病史者，出现腹痛、黄疸、寒战、高热，应考虑胆道结石梗阻感染及急性梗阻性化脓性胆管炎。有心绞痛病史的腹痛患者，应考虑到心肌梗塞。

体格检查

全身检查 观察患者表情和体位。急性阑尾炎患者双下肢屈曲或身体蜷曲以减轻痛苦。胃、肠穿孔患者平卧，表情痛苦，不敢翻动，不敢深呼吸，双下肢屈曲以减轻痛苦。胆道结石梗阻、肾输尿管结石梗阻、肠梗阻及胆道蛔虫病患者在床上辗转不安、呻吟甚至大叫，常规检查体温、脉搏、呼吸及血压，可发现早期休克。仔细检查眼部双侧巩膜有无黄染，不要将胆囊疾患误诊为

胃部疾患。仔细检查心脏、肺部，以排除肺炎、心绞痛、心肌梗塞引起的腹痛，否则右下肺炎易被误诊为胆囊炎，心肌梗塞易被误诊为胃、十二指肠穿孔或胰腺炎。每例急性腹痛患者都应常规检查腹股沟，以排除腹股沟斜疝嵌顿引起的肠梗阻。

腹部检查 腹部检查应多次进行，否则不易得出正确的结论。正确的检查顺序是望诊、听诊、触诊、叩诊。

望诊：腹式呼吸消失是诊断早期急性腹膜炎的一个重要体征。腹壁见肠形和肠蠕动波（正常看不见）是肠梗阻的征象。全腹膨胀是低位小肠梗阻和麻痹性肠梗阻的常见体征。见腹部有手术疤痕，应了解手术的性质，如腹腔手术常导致粘连性肠梗阻，阑尾已切除可排除阑尾炎。

听诊：肠鸣音减退见于腹腔内炎症，如急性阑尾炎、急性胆囊炎。肠鸣音消失见于弥漫性腹膜炎、麻痹性肠梗阻。肠鸣音亢进多见于急性肠炎。在腹痛剧烈时易听到气过水声，常是机械性肠梗阻。

触诊：腹部触诊应从健侧到患侧，从浅到深，同时观察患者表情。腹肌紧张、压痛、反跳痛称为腹膜刺激征，是诊断急腹症的重要体征。它的出现、加重或范围扩大是判断病情、决定是否手术治疗的重要依据。腹膜刺激征最常见于腹腔内炎症，如阑尾炎、胆囊炎、胆道感染、胃肠道穿孔、急性腹膜炎。

叩诊：腹部叩诊肝浊音界缩小或消失多见于胃肠道穿孔。移动性浊音是腹腔积液体征。

诊断性腹腔穿刺 经过以上检查仍不能诊断是何疾病，尤其在怀疑脏器穿孔或破裂出血时，可使用腹腔穿刺帮助诊断。穿刺抽得放置几分钟不凝固的鲜血，提示腹腔内有出血，见于脾破裂、肝破裂。抽出黄色胆汁，是胆道系统受伤、十二指肠穿孔。穿刺液含有食糜，为胃肠道损伤，如溃疡病穿孔。穿刺液透明略呈黄

色，为泌尿道损伤。抽出脓液见于阑尾炎、腹膜炎。抽得血性渗液，提示坏死性胰腺炎、绞窄性肠梗阻。

腹腔穿刺简便易行，所得的阳性结果不仅有明确的诊断意义，还可帮助判断病情。它虽然危险性不大，但还是应由经过训练的人员操作。注意：

(1) 应先做左下腹穿刺，此前先向左侧卧床 5 分钟。左下穿刺阴性，再做右下穿刺。

(2) 一般不做上腹穿刺，以免损伤内脏。

(3) 腹胀严重时，操作要小心。

观察期注意事项 腹痛在 48 小时内定位不准，症状及体征不典型，较难诊断。另外，急性阑尾炎及肠梗阻容易在 48 小时内穿孔或肠坏死，因此急性腹痛早期要严密观察。观察期间要四禁（禁食、禁用止痛剂、禁用泻剂、禁止灌肠）、四抗（抗休克、抗感染、抗水电解质紊乱、抗腹胀）。注意观察是否为外科急腹症，若疑为肠绞窄、肠坏死、肠穿孔及内出血，应及早入院治疗。

(1) 腹痛发生后，体温逐渐升高，可能出现高热，常是外科急腹症，如急性阑尾炎、急性胆囊炎、胆道感染、胃肠穿孔、急性腹膜炎等。先发热后腹痛，多是内科疾病。

(2) 腹痛发生后，出现早期休克症状，血压下降，提示外科急腹症，如脾破裂出血、急性梗阻性化脓性胆管炎、急性坏死性胰腺炎。

(3) 腹肌紧张、压痛、反跳痛这些腹膜刺激征象提示外科急腹症，如逐渐加重或范围扩大，则是手术治疗的依据。

(4) 腹痛后出现频繁呕吐，提示胃肠道有梗阻。先呕吐后腹痛多是内科疾病。

(5) 胸部疾病如肺炎、胸膜炎、心绞痛、心肌梗塞可引起放射性腹痛及轻度肌肉紧张，但疼痛部位不明确，也缺乏明显的

压痛、反跳痛等腹膜刺激征。

鉴别诊断

腹痛的病因十分复杂。它所涉及的疾病上百种，但最常见的只有十几种。如果我们能掌握这些常见病典型的临床表现，就会排除那些可能性很小的疾病，缩小诊断范围，从而得出准确的诊断。

急性阑尾炎 最常见，约占急腹症病例的 24%。首先有上腹或脐周痛，数小时后向右下腹转移，右下腹有腹肌紧张和压痛，出现恶心、呕吐、食欲不振及便秘和低热。

急性胆囊炎、胆石症 右上腹绞痛，放射至右肩。常在进食油腻食物后发作，有反复发作史。右上腹压痛，腹肌紧张，Murphy 征阳性。体温可达到 39℃。常有黄疸出现。

胆总管结石 反复发作上腹绞痛、寒战及高热、黄疸。

胆道蛔虫病 突发突停的上腹部阵发性绞痛或钻顶痛，上腹部有轻度压痛和肌肉紧张，有呕蛔史。

急性梗阻性化脓性胆管炎 突发的右上腹顶胀痛或绞痛，寒战，高热，黄疸，精神症状及休克。

机械性肠梗阻 阵发性腹部绞痛，恶心呕吐频繁，腹胀，肠鸣音亢进，肛门排气排便停止。

肾输尿管结石梗阻 突然发作的一侧腹部或腰部绞痛，向外阴或大腿根部内侧放射，可出现血尿。

消化性溃疡急性穿孔 突发上腹部剧痛，全腹压痛，反跳痛，腹肌紧张甚至呈木板样强直，肠鸣音消失。有溃疡病史。

急性胰腺炎 突发急剧上腹疼痛，疼痛常向背部放射，恶心呕吐，腹胀，腹部压痛，中度肌紧张。多由暴饮暴食引起。多有饮酒史。

还应注意的是，腹痛并非全部由腹腔内病变引起，腹腔外

病变如肺炎、心肌梗塞也可引起腹痛。腹腔内病变包括以下几种。

- (1) 脏器的炎症, 如急性阑尾炎。
- (2) 空腔脏器穿孔, 如胃溃疡穿孔。
- (3) 实质脏器破裂, 如脾破裂。
- (4) 梗阻, 如肠梗阻、胆道结石梗阻、肾输尿管结石梗阻。

呕吐

呕吐是人体的一种本能, 可将进入胃内的有害物质排出。但剧烈频繁的呕吐妨碍进食, 导致体液丧失, 电解质紊乱, 酸碱平衡失调。呕吐病因较复杂, 病变不一定在胃肠道系统。呕吐常有恶心的前期症状。

呕吐的问诊包括下面几个方面:

- (1) 有无恶心的先兆。
- (2) 有无不洁饮食史和服药史。
- (3) 有无酗酒史。
- (4) 以往有无类似发作史。
- (5) 呕吐发作的时间、与进食的关系。
- (6) 呕吐物的质。
- (7) 呕吐物的量。
- (8) 呕吐发生的次数及频率。
- (9) 呕吐前有无脑外伤。
- (10) 既往病史, 尤其是胃肠道病史、高血压病史、手术史等。

细菌性食物中毒常有不洁饮食史。急性中毒有误服毒物史。晨间呕吐见于酒精性胃炎。颅内病变(包括脑外伤)的呕吐为喷射性, 无恶心先兆, 与饮食无关, 吐后头痛暂时缓解。胃幽门梗阻引起的呕吐量大, 呈喷射状, 伴恶心, 呕吐物为酸性宿食, 无胆汁。呕吐物含大量胆汁, 见于高位肠梗阻、胆囊炎、胆石症、

晕动病。呕吐物有粪臭味，见于低位肠梗阻。呕吐物为咖啡渣样见于胃溃疡出血。呕吐蛔虫对胆道蛔虫病、蛔虫性肠梗阻的诊断有帮助。呕吐伴腹泻见于细菌性食物中毒、急性中毒、霍乱及副霍乱。呕吐伴剧烈头痛注意颅内高压症、青光眼。呕吐伴眩晕、耳鸣，见于美尼尔氏病、晕动病。呕吐伴腹痛，见于急性胃肠炎、肠梗阻。（参见“急性腹痛”）

体格检查

重点在腹部，包括肠形，胃肠蠕动波，腹肌紧张，压痛，反跳痛，肠鸣音。必要时做神经系统和眼科检查。

与呕吐相关的疾病

急性胃肠炎 进食不洁食物数小时后，出现上腹疼痛、恶心、呕吐、腹泻，上腹或脐周有轻压痛，肠鸣音亢进。

细菌性食物中毒 进食污染的食物后集体发病，出现恶心、呕吐、腹泻、腹痛等急性胃肠炎症状。严重者可有脱水，甚至休克。

胃幽门梗阻痉挛 胃溃疡的并发症。进食数小时后出现周期性发作喷射性呕吐，量大，酸性宿食。注射阿托品可缓解。

肠梗阻 腹部绞痛，呕吐，腹胀，肛门排气排便停止。

颅内高压症 剧烈头痛伴呕吐，见于脑外伤、脑出血、蛛网膜下腔出血、高血压脑病。

另外，急性阑尾炎、急性胰腺炎、胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫病、泌尿系统结石梗阻、心肌梗塞患者也会出现程度不同的呕吐。

腹泻

腹泻指排便次数增加，并有不同程度的稀便，常伴腹痛。机理是肠黏膜分泌旺盛，吸收减少及肠蠕动亢进。最常见于急性肠道感染、细菌性食物中毒。

病史采集

急性细菌性痢疾常有痢疾接触史。细菌性食物中毒常集体暴发。急性腹泻伴下坠感（里急后重），粪质中混有血性黏液或脓血，提示细菌性痢疾。伴恶臭的血样便，注意急性出血性坏死性肠炎。无腹痛的剧烈呕吐、腹泻、排米泔水样便是霍乱的典型表现。细菌性痢疾以夏秋多见，以畏寒、发热起病，有恶心、呕吐、腹痛、腹泻、里急后重、黏液脓血便和脱水症状。

便血

便血指消化道出血时，血从肛门排出，色鲜红、暗红，或粪便带血，或粪便呈柏油样黑色。便血的颜色取决于出血部位、出血量及血液在肠道的停留时间。

肛门、直肠下段出血，如患痔疮、肛裂、直肠息肉、直肠癌，鲜血常排出或附着在粪便的表面。结肠出血时，血液常和粪便均匀混合，并呈酱红色，如细菌性痢疾、结肠结核、结肠炎、结肠癌。小肠及胃、十二指肠出血，如量不大，在肠道内停留时间较长，可有柏油样黑便，系血红蛋白中的铁与肠内硫化物结合成为硫化铁所致。消化性溃疡出血，出血量大，排出较快，呈暗红色或鲜红色血便。血在大便后滴下，与粪便不相混，多见于内痔、肛裂、直肠息肉、直肠癌。血与粪便相混，伴有黏液，注意结肠癌、结肠息肉、慢性结肠炎。粪便呈脓血样，或血便伴有黏液及脓液，应考虑痢疾、慢性结肠炎、肠结核。血便伴腹部肿块，注意结肠癌。突发性急性腹痛、腹泻、便血，出现毒血症甚至休克，应考虑出血性坏死性肠炎。血便伴呕血见于上消化道出血。

呕血

呕血指患者呕吐血液，多数由于上消化道急性出血所致。在确定为呕血之前，必须先排除口腔、鼻、咽、喉等部位的出血，并与咯血相鉴别。

患者先有恶心，然后呕血，继而排出黑便。食管和胃出血多有呕血及黑便。十二指肠出血多无呕血而仅有黑便。出血量大而在胃内停留时间短，则呕血呈鲜红色或暗红色。出血量小而在胃内停留时间长，由于血红蛋白受胃酸的作用，呕吐物呈咖啡渣样棕黑色。

发生呕血最常见的疾病是胃、十二指肠溃疡，食管静脉曲张（慢性肝病引起），胃癌，应激性溃疡。在休克、大面积烧（烫）伤、颅脑外伤之后发生呕血，须考虑应激性溃疡。

黄疸

黄疸是皮肤、黏膜及巩膜因胆红素沉着而黄染。观察黄疸应在自然光线下进行。出现黄疸应首先考虑肝、胆、胰腺疾病。常见有阻塞性黄疸（胆管结石）、肝细胞性黄疸（黄疸型病毒性肝炎）和溶血性黄疸（红细胞破坏）。

出现黄疸的常见病

急性黄疸型病毒性肝炎 平素身体健康的人感觉疲乏、食欲不振、头晕、恶心、肝区痛或不适，有时伴发热。黄疸出现后患者自觉症状减轻，触诊见肝脾肿大。

胆总管结石 阵发性右上腹绞痛后出现黄疸，合并感染时有寒战和发热。胆道完全阻塞时，大便呈白陶土色。

急性梗阻性化脓性胆管炎 急性右上腹痛，寒战高热，有黄疸，并出现精神症状和休克。

急性胰腺炎 约 18% 的急性胰腺炎伴有黄疸，深度黄疸提示病情严重。

发热

发热指病理性体温升高，是人体对致病因子的一种全身性反应。人的体温一日之内有少许波动，晨低晚高，但波动不超过 1°C 。通常认为，腋下温度超过 37.2°C 、口腔温度超过 37.5°C

即为发热。

引起发热的病因很多，以细菌、病毒引起的感染性发热最常见。骨折、大面积烧伤、重度脱水、肿瘤、血液病等也可引起发热。

许多发热疾病有独特的热型，例如：

(1) 稽留热。体温达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，持续数天或数周，24 小时内体温波动不超过 1°C ，多见于肺炎、伤寒。

(2) 弛张热。24 小时内体温波动达 2°C 或更多，多见于结核病、败血症。

(3) 间歇热。体温突然升至 39°C 以上，伴恶寒或寒战，数小时后体温降至正常，大汗淋漓。间隔一天后又同样发作，反复多次。这是间日疟的典型表现。

体格检查

发热的病因复杂，涉及全身多个系统，体检应全面、系统。

伴随症状

发热伴寒战 见于疟疾和细菌感染，如肺炎、败血症、急性胆道感染。

发热伴咳嗽、咳痰、咽痛、流涕 常见于上呼吸道感染。肺炎时体温突然上升至 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，持续数日，伴恶寒、寒战，可有呼吸困难、胸痛和铁锈色痰。咳嗽、潮热、胸痛、盗汗、消瘦是肺结核的主要症状。

发热伴有全身倦怠、心慌 心脏听诊有心动过速或心律不齐，应考虑病毒性心肌炎。

发热伴有明显腹痛 须注意阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎、急性腹膜炎及坏死性肠炎等疾病。

发热伴口唇疱疹 见于大叶性肺炎、间日疟、流脑。

发热伴皮疹 多见于伤寒、败血症。

发热伴淋巴结肿大 见于局灶性化脓性感染、血液病及转移癌。

发热伴肝脾肿大 多见于病毒性肝炎、疟疾、伤寒、败血症、肝及胆道感染及血液病。

发热伴黄疸 应考虑肝、胆、胰腺疾病。

发热伴感染性休克 常见于休克型肺炎、暴发性流脑、中毒性菌痢、败血症。

有发热表现的常见病

流感 高热、畏寒、寒战起病，剧烈的头痛和全身酸痛，与普通感冒不同的是鼻咽部表现不明显。多见于冬春季，集体发病。

大叶性肺炎 高热起病，多伴寒战，体温可达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 。胸痛，可有血痰或铁锈色痰。严重时气急、紫绀和呼吸困难，甚至出现休克。

病毒性肝炎 常以畏寒、发热起病，可有头痛、上呼吸道感染，易被误诊为感冒。出现黄疸时应考虑病毒性肝炎。

急性胆道感染 急起高热伴右上腹疼痛，多有黄疸。

伤寒 凡发热原因不明，持续一周以上，注意伤寒的可能。典型伤寒有下列表现：体温阶梯形上升，后呈持续的稽留热。患者神态呆滞，表情冷漠，嗜睡，听力减退，甚至昏迷。相对缓脉。皮肤胸腹部多出现蔷薇疹，色淡红。肝脾肿大。

胸痛

胸部的结构由表及里依次为：皮肤及皮下组织、肌肉、神经、骨骼、胸膜、心、肺、食管及气管。胸痛的临床意义可大可小，胸痛的剧烈程度与病情轻重也不一定一致。胸部检查包括望、叩、触、听，重点注意心、肺疾病。

有胸痛表现的常见病

带状疱疹 病毒引起的皮肤病,可见丘疹沿皮肤神经分布,有时表现为剧烈的胸痛,但心肺检查无明显体征。

肋间神经痛 病毒感染引起肋间神经炎,表现为沿肋间神经分布的刺痛、灼痛。无皮疹,应与带状疱疹鉴别。

外伤、肋骨骨折 胸部有外伤史,胸痛随咳嗽、深呼吸加重。

心绞痛 心前区压榨性疼痛,可向左肩放射。多由情绪激动、劳累诱发。用硝酸甘油可缓解。

心肌梗塞 既往有心绞痛病史,突发胸骨后压榨性疼痛,持续时间长,程度加重,硝酸甘油不能缓解。可导致心律失常、心力衰竭、休克、猝死。

病毒性心肌炎 先有发热、全身倦怠,易被误诊为感冒,后出现胸痛、心悸,心脏听诊有心动过速、心律失常、心脏杂音。

胸膜炎 胸痛随咳嗽、深呼吸而加重,胸部听诊有摩擦音。

支气管癌 有长期吸烟史的中老年男性,若有胸痛、咳嗽、血痰,应考虑支气管癌。

肺结核 咳嗽、胸痛、咯血、潮热、盗汗、消瘦是肺结核的常见症状。X光胸片可明确诊断。

大叶性肺炎 高热、寒战、胸痛、气急、血痰是常见症状。胸部检查有实变体征。X光胸片可明确诊断。

自发性气胸 突发的胸痛,伴呼吸困难,胸部叩诊呈鼓音。

咳嗽、咳痰

咳嗽是人体的一种保护性反射动作,能将呼吸道内异物或分泌物排出体外。咳痰是咳嗽的常见伴随症状。咳嗽、咳痰最见于呼吸道、肺、心脏疾病。

咳嗽伴发热常见于呼吸道感染、胸膜炎。咳嗽伴胸痛常见

于肺炎、胸膜炎、支气管癌、自发性气胸。咳嗽伴呼吸困难，见于重症心、肺疾病。咳嗽伴哮鸣音，见于支气管哮喘、心源性哮喘。咳嗽伴体重减轻，见于肺结核、支气管癌。干咳无痰，见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、轻症肺结核。咳嗽伴咳痰，见于肺炎、肺结核、支气管扩张、慢性支气管炎、肺脓肿。铁锈色痰对大叶性肺炎的诊断有提示作用。

咯血

咽部以下呼吸道出血，经口腔咯出，称咯血。咯血应与呕血相鉴别。呕血，血是呕出的，常伴恶心，血色暗红或呈咖啡渣样，可混有食物，常有胃病史、肝病史；咯血，血是咯出的，有喉痒感，呈泡沫状，色鲜红，常混有痰液，有心、肺病史。

咯血常见于肺结核、支气管癌、支气管扩张、大叶性肺炎、肺脓肿。

呼吸困难

指患者主观有空气不足或呼吸费力的感觉，客观表现为呼吸频率、深度、节律的改变，严重时患者被迫坐起呼吸，甚至出现紫绀。

最常见的呼吸困难有肺源性呼吸困难和心源性呼吸困难。前者包括支气管哮喘、大叶性肺炎、气胸、肺气肿。后者指心力衰竭，如急性左心衰引起的心源性哮喘。

呼吸困难伴高热，注意肺部感染。呼吸困难伴胸痛，见于气胸、肺炎、心肌梗塞。

紫绀

由心肺疾病所致动脉血氧饱和度不足（缺氧），血液中含有过量的还原血红蛋白，使皮肤黏膜呈广泛青紫颜色，称为紫绀。以唇、舌、鼻尖最明显。主要见于窒息、支气管哮喘、大叶性肺