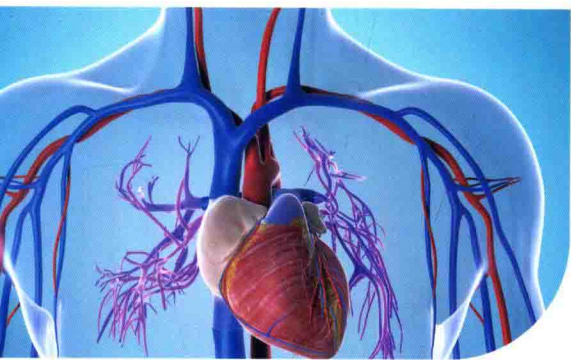


高等院校“十三五”规划教材

临床医学基础

主编/贺兰湘



本书由“体育教育与健康促进湖北省优势学科群”资助

临床医学基础

主 编 贺兰湘

副主编 李 睿 李春艳



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

中国·武汉

图书在版编目(CIP)数据

临床医学基础/贺兰湘主编. —武汉: 华中科技大学出版社, 2018. 5
ISBN 978-7-5680-3738-9

I. ①临… II. ①贺… III. ①临床医学-教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 074388 号

临床医学基础

Linchuang Yixue Jichu

贺兰湘 主编

策划编辑: 倪 非 袁 冲

责任编辑: 狄宝珠

封面设计: 杨玉凡

责任监印: 朱 玟

出版发行: 华中科技大学出版社(中国·武汉)

电话: (027)81321913

武汉市东湖新技术开发区华工科技园

邮编: 430223

录 排: 武汉正风天下文化发展有限公司

印 刷: 武汉华工鑫宏印务有限公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

印 张: 15

字 数: 352 千字

版 次: 2018 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

定 价: 39.00 元



本书若有印装质量问题, 请向出版社营销中心调换
全国免费服务热线: 400-6679-118 竭诚为您服务
版权所有 侵权必究

编委名单

主 编:贺兰湘(武汉体育学院)

副 主 编:李 睿(武汉体育学院)

李春燕(武汉体育学院)

本书由“体育教育与健康促进湖北省优势学科群”资助

| 前 言 |

QIAN YAN

目前全国有二十余所高校(主要是体育院校)开设了运动人体科学、运动康复学等本科专业。这些专业是体育和医学的交叉学科,是为了适应社会对健康和康复的需求而设立的。培养的学生不仅要掌握运动科学知识,还需要掌握生物学和医学相关知识,因此学生的培养计划应包括运动、中医和西医的相关课程的学习。其中,临床医学基础(西医)课程涉及诊断学、内科学、外科学、传染病学、妇产科学、儿科学等多个学科,内容繁杂,在医学院校需要500多学时来完成,而在非医学院校,该课程安排的学时数有限,大多是72学时,因此编写一本适应这些专业特点的临床医学基础知识的教材是非常有必要的。

本教材是在综合分析现有相关教材的基础上,结合运动相关专业的特点对临床医学知识进行了精选,包括四篇内容:诊断学基础、传染病学基础、内科学基础、外科学基础。诊断学基础篇重点介绍常见症状和常用的检查方法;传染病学基础篇精选了六个疾病,包括流感、疟疾、病毒性肝炎、艾滋病、狂犬病和肺结核,这些传染病正严重危害着人类的健康和生命;内科学基础篇重点介绍常见病多发病,尤其是可以从运动中获益的慢性疾病,比如糖尿病、高血压等;外科学基础篇重点介绍感染、麻醉、疼痛等相关基础知识,尤其是慢性疼痛的治疗。

本书适合运动人体科学、运动康复学等非临床医学专业的学生使用。结合这些学生的特点,本教材在每个系统疾病的介绍之前都增加一个重要内容,即生理和解剖学特点,通过简述该系统与疾病发生的相关的生理特点和解剖特点,方便学生学习和理解。由于这些专业的学生不具备申请临床医师的资格,因此在疾病防治方面,重点介绍原则、治疗适应证和禁忌证等。

参编者均为武汉体育学院健康科学学院运动人体科学专业的教师,长期从事相关课程的教学,对学生及其专业的特点比较熟悉。然而,编者能力有限,时间紧迫,书中错漏在所难免,恳请指正。

贺兰湘

2017-12-12

| 目 录 |

MULU

第一篇 诊断学基础

第一章 问诊 /2

第一节 问诊的内容 /2

第二节 问诊的方法与技巧 /3

第二章 症状学 /5

第一节 发热 /5

第二节 心悸 /8

第三节 咳嗽与咳痰 /9

第四节 呼吸困难 /11

第五节 头痛 /14

第六节 晕厥 /16

第七节 抽搐与惊厥 /18

第八节 意识障碍 /20

第九节 腹痛 /22

第十节 腹泻 /24

第十一节 便秘 /26

第三章 体格检查及实验室检查 /28

第一节 体格检查的基本方法 /28

第二节 实验室检查 /32

第二篇 传染病学基础

第四章 病毒性疾病 /43

第一节 流行性感冒 /43

- 第二节 病毒性肝炎 /47
 - 第三节 艾滋病 /53
 - 第四节 狂犬病 /58
 - 第五章 细菌和原虫感染性疾病 /62
 - 第一节 肺结核 /62
 - 第二节 疟疾 /68
-

第三篇 内科学基础

- 第六章 血液系统疾病 /78
 - 第一节 贫血 /78
 - 第二节 白血病 /86
- 第七章 内分泌系统疾病 /92
 - 第一节 甲状腺功能亢进症 /92
 - 第二节 糖尿病 /96
- 第八章 风湿性疾病 /103
 - 第一节 类风湿关节炎 /103
 - 第二节 系统性红斑狼疮 /106
 - 第三节 痛风 /110
- 第九章 呼吸系统疾病 /113
 - 第一节 慢性阻塞性肺疾病 /113
 - 第二节 支气管哮喘 /116
 - 第三节 肺炎 /120
- 第十章 循环系统疾病 /124
 - 第一节 原发性高血压 /124
 - 第二节 冠状动脉粥样硬化性心脏病 /129
 - 第三节 心脏瓣膜病 /138
- 第十一章 泌尿系统疾病 /143
 - 第一节 尿路感染 /143
 - 第二节 肾小球疾病 /147

- 第三节 慢性肾衰竭 /153
 - 第十二章 消化系统疾病 /158
 - 第一节 胃炎 /158
 - 第二节 消化性溃疡 /161
 - 第三节 肝硬化 /164
 - 第四节 急性胰腺炎 /169
 - 第十三章 脑血管疾病 /174
 - 第一节 短暂性脑缺血发作 /174
 - 第二节 脑血栓形成 /176
 - 第三节 脑栓塞 /180
 - 第四节 脑出血 /182
-

第四篇 外科学基础

- 第十四章 外科学基础 /188
 - 第一节 无菌术 /188
 - 第二节 输血 /189
 - 第三节 麻醉 /192
 - 第四节 外科感染 /196
 - 第五节 急性阑尾炎 /199
 - 第六节 疼痛治疗 /203
 - 第七节 腰腿痛 /208
 - 第八节 颈肩痛 /213
 - 第九节 创伤 /217
 - 第十节 烧伤 /226

第一篇 诊断学基础

诊断学是运用医学基础理论、基础知识和基本技能对疾病进行诊断的一门学科,是临床医学的基础,其主要内容包括问诊采集病史,全面系统地掌握患者的症状;通过体格检查,仔细了解患者的体征,并进行一些必要的实验室检查,如血液学检查、生物化学检查和病原学检查,以及心电图、X线、超声、CT等辅助检查,来揭示患者的整个临床表现,并提出可能的诊断,为临床医生制定治疗方案提供重要依据。

本篇主要介绍诊断学的基础知识,包括问诊、常见症状(发热、头痛、咳嗽和咳痰、心悸、腹痛、腹泻、便秘、呼吸困难、晕厥、惊厥和抽搐、意识障碍等)、体格检查的基本方法(视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊)、实验室检查中的三大常规检查(血常规、尿常规、大便常规)。

第一章 问 诊

医生通过交谈或询问从患者的陈述中获得更多更重要的信息,此即问诊。通过问诊不仅可以了解患者的主要症状,还可以了解和这些症状相关的信息,包括疾病的发生、发展和诊治经过,既往健康状况和曾患疾病的情况等。通过整理记录下来即为病史。

一个有丰富临床经验的医生,常常通过问诊就可对某些患者做出准确的诊断。特别是在某些疾病的早期,机体只是处于功能或病理生理改变的阶段,尚缺乏器质性或组织、器官形态学方面的改变,而患者却可以陈述出某些特殊的感受,如头晕、乏力、食欲改变、疼痛、失眠、焦虑等症状。在此阶段,体格检查、实验室检查,甚至特殊检查均无阳性发现,问诊所得资料却能更早地作为诊断依据。在临床工作中有些疾病的诊断仅通过问诊即可基本确定,如感冒、支气管炎、心绞痛、癫痫、疟疾、胆道蛔虫症等。相反,忽视问诊,必然使病史资料残缺不全,病情了解不够详细准确,往往会造成临床工作中的漏诊或误诊。对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例,深入、细致的问诊就更为重要。

第一节 问诊的内容

(1) 一般项目:姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、通信地址、电话号码、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。

(2) 主诉:为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或(和)体征,也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间。确切的主诉可初步反映病情轻重与缓急,并提供对某系统疾患的诊断线索。主诉应用一两句话加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,如“咽痛、高热1天”,“畏寒、发热、咳嗽2天,加重伴右胸痛3天”,“活动后心慌气短1年,加重伴双下肢水肿2周”。记录主诉要简明,应尽可能用病人自己描述的症状,如“多饮、多食、多尿、消瘦1年”或“心悸、气短2年”等,而不是医生对患者的诊断用语,如“患糖尿病1年”或“心脏病2年”。然而,病程较长、病情比较复杂的病例,由于症状、体征较多,或由于病人诉说太多,不容易简单地将病人所述的主要不适作为主诉,而应该结合整个病史,综合分析以归纳出更能反映其患病特征的主诉。有时对病情没有连续性的情况,可以灵活掌握,如“20年前发现心脏杂音,1个月来心悸、气短”。对当前无症状,诊断资料和入院目的又十分明确的患者,也可以用以下方式记录主诉。如“患白血病3年,经检验复发10天”,“2周前超声检查发现胆囊结石”。

(3) 现病史:是病史中的主体部分,记述患者患病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过。

(4) 既往史:包括患者既往的健康状况和曾经患过的疾病、外伤手术、预防注射、过敏,特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。例如风湿性心瓣膜病患者应询问过去是否反复发生过咽痛、游走性关节炎等;对肝大的患者,应了解过去是否有过黄疸;对慢性冠状动脉粥样硬化性心脏病和脑血管意外的患者应询问过去是否有过高血压病。在记述既往史时应注意不要和现病史发生混淆,如目前所患肺炎则不应把数年前也患过肺炎的情况写入现病史。而对消化性溃疡患者,则可把历年发作情况记述于现病史中。此外,对居住或生活地区的主要传染病和地方病史,外伤、手术史,预防接种史,以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等,也应记录于既往史中。记录顺序一般按年月的先后排列。

(5) 系统回顾:系统回顾由一系列直接提问组成,用以作为最后搜集病史资料的方法,避免问诊过程中患者或医生所忽略或遗漏的内容。它可以帮助医师在短时间内扼要地了解患者除现在所患疾病以外的其他系统是否发生目前尚存在或已痊愈的疾病,以及这些疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。主要情况应分别记录在现病史或既往史中。

(6) 个人史:①患者的出生地、居住地区和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区)、受教育程度、经济生活和业余爱好等;②患者的职业及工作条件包括工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间;③患者的习惯与嗜好:起居与卫生习惯、饮食的规律与质量,烟酒嗜好时间与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉药品、毒品等。

(7) 婚姻史:未婚或已婚、结婚年龄、配偶健康状况等。

(8) 月经史与生育史:月经初潮的年龄、月经周期和经期天数,经血的量和颜色,经期症状,有无痛经与白带,末次月经日期,闭经日期,绝经年龄。妊娠与生育次数,人工或自然流产的次数,有无死产、手术产、围生期感染、计划生育、避孕措施等。对男性患者应询问是否患过影响生育的疾病。

(9) 家族史:询问双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况,特别应询问是否有与患者同样的疾病,有无与遗传有关的疾病,如血友病、白化病、遗传性球形红细胞增多症、遗传性出血性毛细血管扩张症、家族性甲状腺功能减退症、糖尿病、精神病等。

第二节 问诊的方法与技巧

问诊的方法技巧与获取病史资料的数量和质量有密切的关系,涉及一般交流技能、收集资料、医患关系、医学知识、仪表礼节,以及提供咨询和教育病人等多个方面。

(1) 问诊开始,医生应该从礼节性的交谈开始,缓解患者的紧张情绪。

(2) 让患者充分地陈述和强调他认为重要的情况和感受,只有在患者的陈述离病情太远时,才需要根据陈述的主要线索灵活地把话题转回,切不可生硬地打断患者的叙述。

(3) 追溯首发症状开始的确切时间,直至目前的演变过程。如有几个症状同时出现,必须确定其先后顺序。

(4) 在问诊的两个项目之间使用过渡语言,即向病人说明将要讨论的新话题及其理由,让病人不会困惑为什么要改变话题以及为什么要询问这些情况。如过渡到家族史之前可说

明有些疾病有遗传倾向或在一个家庭中更容易患病,因此我们需要了解这些情况。

(5) 提问时要注意系统性和目的性。杂乱无章的重复提问会降低患者对医生的信心和期望。例如:在收集现病史时已获悉病人的一个姐姐和一个弟弟也有类似的头痛症状,如再问病人有无兄弟姐妹,则表明询问者未注意倾听。

(6) 避免医学术语。在选择问诊的用语和判断病人的叙述时应注意,病人对各种医学词汇的理解有较大的差异。与病人交谈,必须用常人易懂的词语代替难懂的医学术语。不要因为病人偶尔用了一两个医学术语,就以为他有专业的医学知识水平。

(7) 仪表、礼节和友善的举止,有助于发展与病人的和谐关系,使病人感到温暖亲切,获得病人的信任,甚至能使病人讲出原想隐瞒的敏感事情。适当的时候应微笑或赞许地点头示意。问诊时记录要尽量简单、快速,不要只埋头记录,不顾与病人必要的视线接触。交谈时采取前倾姿势以表示正注意倾听。

第二章 症状学

症状(symptom)是患者病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉,如头痛、发热、恶心、呕吐等。

第一节 发 热

【概述】

发热(fever)是指机体在致热源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。

正常人的体温受体温调节中枢所调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。正常人体温一般为 37°C 左右。在24 h内下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温也可升高,但一般波动范围不超过 1°C 。妇女月经前及妊娠期体温略高于正常。老年人因代谢率偏低,体温相对低于青壮年。

在正常情况下,人体的产热和散热保持动态平衡。由于各种原因导致产热增加或散热减少,则出现发热。

【病因与分类】

发热的病因很多,临床上可分为感染性与非感染性两大类,而以前者多见。

1. 感染性发热

各种病原体如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可出现发热。

2. 非感染性发热

非感染性发热包括血液病、结缔组织疾病、内分泌与代谢疾病、颅内疾病、恶性肿瘤等引起的发热。

(1) 无菌性坏死物质的吸收:由于组织细胞坏死、组织蛋白分解及坏死产物的吸收,所致的无菌性炎症,常可引起发热。

- ① 机械性、物理或化学性损害,如大手术后组织损伤、内出血、大血肿、大面积烧伤等。
- ② 因血管栓塞或血栓形成而引起的心、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死。
- ③ 组织坏死与细胞破坏,如癌、白血病、淋巴瘤、溶血反应等。

(2) 抗原-抗体反应:如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌与代谢疾病:如甲状腺功能亢进等。

(4) 皮肤散热减少:如广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心力衰竭等而引起发热,一般为低热。

(5) 体温调节中枢功能失常:有些致热因素不通过内源性致热源而直接损害体温调节中枢,使体温调节中枢功能异常,造成产热大于散热,体温升高,称为中枢性发热。

① 物理性:如中暑。

② 化学性:如重度安眠药中毒。

③ 机械性:如脑出血、脑震荡、颅骨骨折等。

上述各种原因可直接损害体温调节中枢,致使其功能失常而引起发热,高热无汗是这类发热的特点。

(6) 自主神经功能紊乱:由于自主神经功能紊乱,影响正常的体温调节过程,使产热大于散热,体温升高,多为低热,常伴有自主神经功能紊乱的其他表现,属功能性发热范畴。

① 原发性低热:由于自主神经功能紊乱所致的体温调节障碍或体质异常,低热可持续数月甚至数年之久,热型较规则,体温波动范围较小,多在 0.5°C 以内。

② 感染后低热:由于病毒、细菌、原虫等感染致发热后,低热不退,而原有感染已愈。此系体温调节功能仍未恢复正常所致,但必须与因机体抵抗力降低导致潜在的病灶(如结核)活动或其他新感染所致的发热相区别。

③ 夏季低热:低热仅发生于夏季,秋凉后自行退热,每年如此反复出现,连续数年后多可自愈。多见于幼儿,因体温调节中枢功能不完善,夏季身体虚弱,且多见于营养不良或脑发育不全者。

④ 生理性低热:如精神紧张、剧烈运动后均可出现低热。月经前及妊娠初期也可有低热现象。

【临床表现】

1. 发热的分度

以口腔温度为标准,可将发热分为:低热 $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ 、中等度热 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 、高热 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$ 、超高热 41°C 以上。

2. 发热的分期

(1) 体温上升期:常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。皮肤苍白是因体温调节中枢发出的冲动经交感神经而引起皮肤血管收缩,浅层血流减少所致,甚至伴有皮肤温度下降。由于皮肤散热减少刺激皮肤的冷觉感受器并传至中枢引起畏寒。中枢发出的冲动再经运动神经传至运动终板,引起骨骼肌不随意的周期性收缩,发生寒战及竖毛肌收缩,使产热增加。该期产热大于散热,使体温上升。

体温上升有以下两种方式。

① 骤升型:体温在几小时内达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴有寒战。小儿易发生惊厥。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎、输液或某些药物反应等。

② 缓升型:体温逐渐上升在数日内达高峰,多不伴寒战。如伤寒、结核病、布氏杆菌病等所致的发热。

(2) 高热期:体温上升达高峰之后保持一定时间,持续时间的长短可因病因不同而有差异。如疟疾可持续数小时,大叶性肺炎、流行性感胃可持续数天,伤寒则可为数周。在此期间体温已达到或略高于上移的体温调定点水平,体温调节中枢不再发出寒战冲动,故寒战消失;皮肤血管由收缩转为舒张,使皮肤发红并有灼热感;呼吸加快变深;开始出汗并逐渐增多,使产热与散热过程在较高水平保持相对平衡。

(3) 体温下降期:由于病因的消除,致热源的作用逐渐减弱或消失,体温中枢的体温调定点逐渐降至正常水平,产热相对减少,散热大于产热,使体温降至正常水平。此期表现为出汗多、皮肤潮湿。

体温下降有两种方式:体温于数小时内迅速下降至正常叫骤降,常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎及输液反应等;体温在数天内逐渐降至正常叫渐降,如伤寒、风湿热等。

3. 热型及临床意义

发热患者在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,将各体温数值点连接起来成体温曲线,该曲线的不同形态(形状)称为热型。不同的病因所致发热的热型也常不同。临床上常见的热型有以下几种。

(1) 稽留热:体温恒定地维持在 $39\sim 40\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周,24 h内体温波动范围不超过 $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。常见于大叶性肺炎、伤寒高热期。

(2) 弛张热:体温常在 $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上,波动幅度大,24 h内波动范围超过 $2\text{ }^{\circ}\text{C}$,但都在正常水平以上。常见于败血症、重症肺结核及化脓性炎症等。

(3) 间歇热:体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期可持续1天至数天,如此高热期与无热期反复交替出现。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4) 波状热:体温逐渐上升达 $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次。常见于风湿病、布氏杆菌病。

(5) 回归热:体温急剧上升至 $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金病等。

(6) 不规则热:发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

4. 伴随症状

(1) 寒战:常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。

(2) 结膜充血:常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

(3) 单纯疱疹:口唇单纯疱疹多出现于急性发热性疾病,常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感胃等。

(4) 淋巴结肿大:常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。

(5) 肝脾肿大:常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病等。

(6) 出血:皮肤黏膜出血可见于重症感染及某些急性传染病,如流行性出血热、病毒性

肝炎、斑疹伤寒、败血症等。

(7) 关节肿痛: 常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。

(8) 皮疹: 常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、药物热等。

(9) 昏迷: 先发热后昏迷者常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等; 先昏迷后发热者见于脑出血、巴比妥类药物中毒等。

第二节 心 悸

【概述】

心悸(palpitation)是一种自觉心脏跳动的不适感或心慌感。当心率加快时感到心脏跳动不适,心率缓慢时感到搏动有力。心悸时,心率可快,可慢,也可有心率失常,心率和心律正常者也可以有心悸。

【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 生理性心悸: 健康人在剧烈运动或精神过度紧张时,在饮用酒、浓茶、咖啡后,或者应用了某些药物(如肾上腺素、麻黄碱、咖啡因、阿托品)等状态下可能出现心悸。

② 病理性心悸: 包括高血压性心脏病、主动脉瓣关闭不全、二尖瓣关闭不全等引起的左心室肥大,心脏收缩力增强。甲状腺功能亢进,是由于基础代谢与交感神经兴奋性增高,导致心率加快、心脏搏动增强。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,提高排出量来代偿,心率加快导致心悸。发热时基础代谢率增高,心率加快、心排血量增加,也可引起心悸。

(2) 心律失常: 心动过速、过缓或其他心律失常时,均可出现心悸。

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,由于心率缓慢,舒张期延长,心室充盈度增加,心搏强而有力,引起心悸。

③ 其他心律失常: 期前收缩、心房扑动或颤动等,由于心脏跳动不规则或有一段间歇,使病人感到心悸,甚至有停跳感觉。

(3) 心力衰竭: 各种原因引起的心力衰竭均可出现心悸。

(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,多见于女性。

【发生机制】

心悸发生机制尚未完全清楚,一般认为心脏活动过度是心悸发生的基础,常与心率及心搏出量改变有关。

【伴随症状】

(1) 伴心前区痛:见于冠状动脉粥样硬化性心脏病(如心绞痛、心肌梗死)、心肌炎、心包炎,亦可见于心脏神经官能症等。

(2) 伴发热:见于急性传染病、风湿热、心肌炎、心包炎、心内膜炎等。

(3) 伴晕厥或抽搐:见于窦性停搏、高度房室传导阻滞、阵发性室性心动过速、病态窦房结综合征等。

(4) 伴贫血:见于各种原因引起的急性失血。慢性贫血者,心悸多在劳累后较明显。

(5) 伴呼吸困难:见于急性心肌梗死、心肌炎、心包炎、心力衰竭、重症贫血等。

(6) 伴消瘦及出汗:见于甲状腺功能亢进症。

第三节 咳嗽与咳痰

【概述】

咳嗽(cough)、咳痰(expectoration)是临床最常见的症状之一。咳嗽是一种反射性防御动作,通过咳嗽可以清除呼吸道分泌物及气道内异物,但是咳嗽也有不利的一面,例如咳嗽可使呼吸道内感染扩散,剧烈的咳嗽可导致呼吸道出血,甚至诱发自发性气胸等。如果频繁的咳嗽影响工作与休息,则为病理状态。痰是气管、支气管的分泌物或肺泡内的渗出液,借助咳嗽将其排出称为咳痰。

【发生机制】

咳嗽是由于延髓咳嗽中枢受刺激引起。来自耳、鼻、咽、喉、支气管、胸膜等感受区的刺激传入延髓咳嗽中枢,该中枢再将冲动传向运动神经,即喉下神经、膈神经和脊髓神经,分别引起咽肌、膈肌和其他呼吸肌的运动来完成咳嗽动作,表现为深吸气后,声门关闭,继以突然剧烈的呼气,冲出狭窄的声门裂隙产生咳嗽动作和发出声音。

咳痰是一种病态现象。正常支气管黏膜腺体和杯状细胞只分泌少量黏液,以保持呼吸道黏膜的湿润。当呼吸道发生炎症时,黏膜充血、水肿,黏液分泌增多,毛细血管壁通透性增加,浆液渗出。此时含红细胞、白细胞、巨噬细胞、纤维蛋白等的渗出物与黏液、吸入的尘埃和某些组织破坏物等混合而成痰,随咳嗽动作排出。呼吸道感染和肺寄生虫病患者的痰中可查到病原体。另外,在肺淤血和肺水肿时,肺泡和小支气管内有不同程度的浆液漏出,也可引起咳痰。

【病因】

1. 呼吸道疾病

当鼻咽部至小支气管整个呼吸道黏膜受到刺激时,均可引起咳嗽。刺激效应以喉部杓