

21

世纪高等医药院校教材

供管理、信息、营销、药学、生物技术、检验等非临床
医学专业本科生使用

现代临床医学概论

主编 张燕燕



科学出版社
www.sciencep.com

21 世纪高等医药院校教材
供管理、信息、营销、药学、生物技术、检验等非临床医学专业本科生使用

现代临床医学概论

主 编 张燕燕

副主编 李 萍

编 者 张燕燕 李 萍 陈泽斌

陈 晓 高尚民 徐 露

黄必胜 陶建武 熊 凡

文学明 姚群峰

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书共分十九章。第一、二、三章主要介绍临床常见症状、体格检查和基本诊断方法,是本教材课程内容的基础;第四章是医学影像及器械检查,主要介绍心电图和超声波检查;第五章介绍了传染病(含性传播疾病);第六章是急诊医学;第七至第十五章按系统分别介绍临床上常见的内科疾病;第十六章是外科学基础;第十七章是妇产科疾病,主要介绍妊娠诊断和妇产科常见的疾病;第十八章是儿科疾病,介绍了婴幼儿的喂养及常见疾病;第十九章是临床常用诊断技术。各疾病均按病因(含病理)、临床表现(含并发症)、诊断(含实验室及辅助检查、鉴别诊断)、治疗(包括预防)加以阐述,特别突出重要疾病的临床表现及诊断,体现了非临床专业医学教材的内容特点。

本教材适用于医学相关理科、工科、管理学科及人文学科等非临床医学专业本科生,也可作为成人教育教材,或供其他相关医学人员参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

现代临床医学概论/张燕燕主编. —北京:科学出版社,2005

21世纪高等医药院校教材

ISBN 7-03-016082-7

I. 现… II. 张… III. 临床医学—中医学院—教材 IV. R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第088637号

责任编辑:夏宇方霞/责任校对:刘小梅

责任印制:刘士平/封面设计:陈敬

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2005年8月第一版 开本:787×1092 1/16

2005年8月第一次印刷 印张:21

印数:1—4 000 字数:497 000

定价:33.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换(环伟))

前 言

根据专业建设规划中关于加强医学相关的理科、工科、管理学科及人文学科专业建设和发展的基本原则,我院制定了可行的人才培养目标,对非临床专业涉及的现代医学系列课程进行改革与整合,开设了一门新的现代医学综合性课程《现代医学概论》。为此,我们编写了《现代基础医学概论》和《现代临床医学概论》两本教材,以适应课程需要。

本书为《现代临床医学概论》。临床医学是研究诊断和防治疾病的学科群,在现代医学中居重要地位,其内容丰富、领域宽广,涉及诸多学科。

在编写过程中,各编者参考医学本科相关教材和其他专著,渗入编者的部分理论和实践知识,基本涵盖了现代医学的主要知识点,并淡化了学科意识,引入模块化学习理论机制,将基础理论与临床学科的知识相整合,增强了各交叉学科的自然过渡和相关知识的融会贯通;避免知识的重复及时间的浪费;坚持内容的思想性和科学性,力求体现知识的规范性、整体性;体现教材的精品意识和全套教材的整体优化;展现本课程医学教育特色和时代特色,反映医学科学新成果。

本书共设十九章,第一、二、三章为基础章节,第四章为医学影像及器械检查,其余章节涉及内、外、妇、儿、传染病等临床各科常见疾病,并以内科疾病为主。与过去的同类教材相比,压缩了一些相对少见的疾病,增加了急诊医学、性传播疾病、外科学基础、小儿喂养及常见病、计划生育、临床常用诊断技术等内容。为突出《现代临床医学概论》的特点,体现非临床专业医学教材特色,本书将各疾病的临床表现和诊断列为重点,并尽量简要阐明病因和发病机制,使读者易于理解、便于自学。初稿完成后,经编者审稿、评议、修改,最后由主编统一整理、定稿。

在本教材编写过程中得到湖北中医学院教务处、医学检验与技术系、基础医学院等单位领导和教师的支持与指导,特别是徐露老师承担本书插图、排版的全部工作,在此一并致谢!

由于本书为新编教材,加之编者水平所限、时间仓促,难免有疏漏、不足之处,恳请广大师生和同仁给予指正。

编 者

2005年6月

目 录

第一章 常见症状	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 头痛	(3)
第三节 咳嗽与咳痰	(4)
第四节 咯血	(5)
第五节 呼吸困难	(6)
第六节 胸痛	(7)
第七节 心悸	(7)
第八节 恶心与呕吐	(8)
第九节 呕血与便血	(9)
第十节 腹痛	(10)
第十一节 腹泻与便秘	(11)
第十二节 黄疸	(12)
第十三节 发绀	(14)
第十四节 水肿	(15)
第十五节 眩晕与晕厥	(16)
第十六节 抽搐与惊厥	(17)
第十七节 意识障碍与昏迷	(18)
第二章 问诊	(20)
第一节 问诊的方法与技巧	(20)
第二节 问诊的内容	(21)
第三节 病历书写格式与内容	(23)
第三章 体格检查	(27)
第一节 基本检查方法	(27)
第二节 一般检查	(29)
第三节 头部及颈部检查	(32)
第四节 胸部检查	(34)
第五节 腹部检查	(40)
第六节 脊柱与四肢检查	(42)
第七节 神经系统检查	(43)
第四章 医学影像及器械检查	(44)
第一节 心电图检查	(44)
第二节 超声波检查	(55)

第五章 传染性疾病	(63)
第一节 总论	(63)
第二节 病毒性肝炎	(66)
第三节 艾滋病	(72)
第四节 流行性乙型脑炎	(75)
第五节 流行性出血热	(77)
第六节 麻疹	(80)
第七节 狂犬病	(82)
第八节 伤寒与副伤寒	(83)
第九节 细菌性痢疾	(86)
第十节 霍乱	(88)
第十一节 寄生虫病	(91)
第十二节 其他传染病	(95)
第六章 急诊医学	(97)
第一节 休克	(97)
第二节 昏迷	(98)
第三节 心跳呼吸骤停	(100)
第四节 急性呼吸衰竭	(102)
第五节 多器官功能障碍综合征	(103)
第六节 挤压综合征	(104)
第七章 呼吸系统疾病	(107)
第一节 急性上呼吸道感染及急性气管-支气管炎	(107)
第二节 慢性支气管炎	(109)
第三节 慢性肺源性心脏病	(111)
第四节 支气管哮喘	(113)
第五节 支气管扩张	(115)
第六节 肺炎	(117)
第七节 肺结核	(124)
第八节 肺癌	(131)
第八章 循环系统疾病	(135)
第一节 心力衰竭	(135)
第二节 高血压病	(137)
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(140)
第四节 风湿性心瓣膜病	(142)
第五节 感染性心内膜炎	(145)
第六节 病毒性心肌炎	(148)
第九章 消化系统疾病	(150)
第一节 胃炎	(150)

第二节	消化性溃疡	(152)
第三节	胃痛	(155)
第四节	急性阑尾炎	(157)
第五节	肠梗阻	(159)
第六节	胆道疾病	(162)
第七节	胰腺疾病	(165)
第八节	肝硬化	(168)
第九节	原发性肝癌	(172)
第十节	直肠癌	(174)
第十章	泌尿与男性生殖系统疾病	(176)
第一节	肾小球肾炎	(176)
第二节	肾病综合征	(179)
第三节	泌尿系统感染	(182)
第四节	慢性肾功能衰竭	(187)
第五节	尿路结石	(192)
第六节	前列腺炎	(195)
第七节	膀胱肿瘤	(196)
第十一章	血液与造血系统疾病	(198)
第一节	红细胞系统疾病	(198)
第二节	急性白血病	(204)
第三节	过敏性紫癜	(207)
第四节	特发性血小板减少性紫癜	(208)
第十二章	内分泌、代谢和营养疾病	(211)
第一节	甲状腺功能亢进症	(211)
第二节	甲状腺功能减退症	(216)
第三节	糖尿病	(218)
第十三章	风湿性疾病	(227)
第一节	风湿热	(227)
第二节	类风湿关节炎	(229)
第三节	系统性红斑狼疮	(231)
第十四章	神经系统与精神疾病	(233)
第一节	脑血管病	(233)
第二节	癫痫	(237)
第三节	人格障碍与性心理障碍	(239)
第四节	精神分裂症	(242)
第五节	情感障碍	(245)

第十五章	理化因素所致疾病	(247)
第一节	有机磷杀虫药中毒	(247)
第二节	急性一氧化碳中毒	(249)
第三节	中暑	(250)
第四节	镇静催眠药中毒	(251)
第五节	毒蛇咬伤	(253)
第十六章	外科学基础	(256)
第一节	无菌术	(256)
第二节	外科病人水、电解质代谢和酸碱平衡失调的处理	(257)
第三节	麻醉	(261)
第四节	外科营养	(264)
第五节	外科感染	(265)
第六节	烧伤	(270)
第七节	骨折概论	(271)
第十七章	妇产科疾病	(275)
第一节	妊娠诊断	(275)
第二节	妊娠高血压综合征	(277)
第三节	阴道炎症	(282)
第四节	子宫肌瘤	(286)
第五节	卵巢肿瘤	(288)
第六节	月经失调	(291)
第七节	乳腺癌	(296)
第八节	计划生育	(299)
第十八章	儿科疾病	(303)
第一节	概述	(303)
第二节	婴儿喂养	(304)
第三节	新生儿肺炎	(307)
第四节	新生儿黄疸	(308)
第五节	营养不良	(309)
第六节	维生素 D 缺乏症	(310)
第七节	小儿腹泻	(314)
第十九章	临床常用操作技术	(318)
第一节	胸膜腔穿刺术	(318)
第二节	腹膜腔穿刺术	(319)
第三节	腰椎穿刺术	(320)
第四节	眼底检查法	(322)
第五节	清创缝合术	(323)
第六节	无菌消毒	(325)

第一章 常见症状

症状(symptom)是指患者主观感到的不适或异常感觉或病态改变,如腹痛、疲乏、发热等。体征(sign)是指医师或其他人能客观检查到的异常改变,如肝肿大、心脏杂音、肺部啰音等。

广义的症状也包括了体征,如发热、呼吸困难等。疾病的症状很多,同一疾病可有不同的症状,不同的疾病又可有某些相同的症状,因此,在诊断疾病时必须结合临床所有资料综合分析,切忌单凭某一个或几个症状而做出错误的诊断。本章仅阐述临床上较为常见而重要的症状。

第一节 发 热

人的体温受体温调节中枢调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,使体温保持相对恒定。体温的测量:口腔(舌下)的温度一般在 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 之间,腋下温度比口腔温度约低 $0.2 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$,肛门内温度比口腔约高 $0.2 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外因素的影响稍有波动。在24小时内下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温也可略升高,但一般波动范围不超过 1°C 。当各种原因引起体温调节中枢功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热(fever)。

一、病 因

1. 感染性发热 各种病原体,如病毒、细菌、支原体、立克次体、真菌、寄生虫等引起的感染,均可出现发热。

2. 非感染性发热 见于无菌性坏死物质的吸收(大手术后组织损伤、大血肿、大面积烧伤、血栓形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗死、肢体坏死)、抗原-抗体反应(风湿热、药物热等)、甲状腺功能亢进、皮肤散热减少(广泛性皮炎、慢性心力衰竭)、自主神经功能紊乱或体温调节中枢功能失常(中暑、脑出血、颅骨骨折)等,高热无汗是这类发热的特点。

3. 发病机制 通常将能引起人体发热的物质称为致热原。多数患者的发热是由于致热原所致,致热原包括外源性和内源性两大类。①外源性致热原:生物病原体及其产物、炎症渗出物、无菌性坏死组织、抗原抗体复合物等,统称为外源性致热原。多为大分子物质,不能通过血-脑屏障直接作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸粒细胞和单核-吞噬细胞系统,使其产生并释放内源性致热原,而引起发热。②内源性致热原:白细胞介素-1、肿瘤坏死因子和干扰素等,可通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点,使产热增多;另一方面可通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩、排汗停止、散热减少。这一综合调节作用使产热大于散热,体温升高引起发热。

非致热原性发热见于:体温调节中枢直接受损(颅脑外伤、出血、炎症等);引起产热过

多的疾病(癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等);引起散热减少的疾病(广泛性皮肤病、心力衰竭)。

二、临床表现

(一) 发热的分度

一般可分为:低热 37.4 ~ 38℃;中等热 38.1 ~ 39℃;高热 39.1 ~ 41℃;超高热 41℃以上。

(二) 热型

1. **稽留热型(continued fever)** 体温恒定在 39 ~ 40℃左右,达数天或数周。24 小时内体温波动范围不超过 1℃。多见于肺炎球菌性肺炎、伤寒高热期(图 1-1-1)。

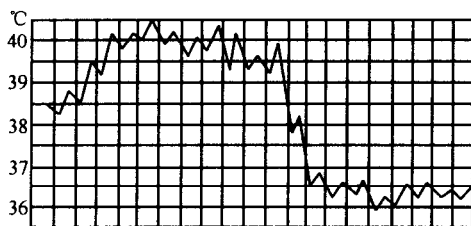


图 1-1-1 稽留热

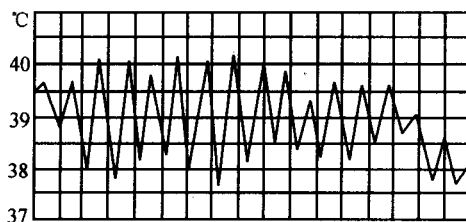


图 1-1-2 弛张热

2. **弛张热型(remittent fever)** 体温常在 39℃以上,波动幅度大,24 小时内波动范围超过 2℃,但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等(图 1-1-2)。

3. **间歇热型(intermittent fever)** 体温骤升达 39℃以上,持续数小时,又迅速降至正常。间歇期可持续一天至数天,体温再次升高,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. **回归热型(recurrent fever)** 体温急剧上升至 39℃或以上,持续数天后又骤然下降至正常。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、周期热等。

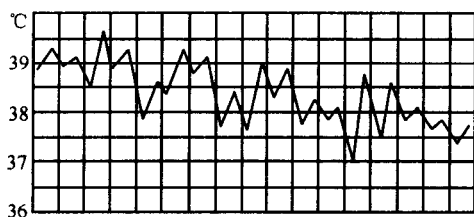


图 1-1-3 不规则热

5. **不规则热型(irregular fever)** 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(图 1-1-3)。

(三) 发热过程

发热的临床过程一般分为三个阶段:

1. **体温上升期** 体温上升有两种方式:骤升型:体温在数小时内达高峰,见于疟疾、大叶性肺炎、输液或某些药物反应等;缓升型:体温逐渐上升在数日内达高峰,如伤寒、结核病等所致的发热。

2. **高热期** 是指体温上升达高峰之后保持一段时间,如疟疾可持续数小时,大叶性肺炎、流行性感冒可持续数天,伤寒则可为数周。此期伴皮肤潮红并有灼热感,呼吸加快变深。

3. **体温下降期** 经治疗或机体的防御功能增高,体温逐渐恢复至正常。体温下降有两

种方式:骤降是指体温于数小时内迅速下降至正常,有时可略低于正常,可伴有大汗淋漓,常见于疟疾、大叶性肺炎及输液反应等;渐降是指体温在数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

伴随症状常有:寒战、结膜充血、咳嗽、胸痛、单纯疱疹、淋巴结肿大、肝脾肿大、出血、关节肿痛、皮疹、昏迷等。

第二节 头 痛

头痛(headache)是指额、顶、颞及枕部的疼痛。为多种疾病的常见症状,病因复杂,临床表现各异,大多无特异性,如精神紧张、过度疲劳也可有头痛。但反复发作或持续的头痛,可能是某些器质性疾病的信号,应引起警惕。

一、病 因

1. 颅脑疾病 感染、血管病变(脑出血、高血压脑病、脑供血不足等)、占位性病变、颅脑外伤(脑震荡、脑挫伤、硬膜下血肿、颅内血肿、脑外伤后遗症)均可引起头痛。

2. 颅外病变 主要见于颅骨疾病、颈椎疾病、神经痛(三叉神经痛、枕神经痛)、眼、耳、鼻和齿疾病所致的头痛。

3. 全身性疾病 常见于急性感染、心血管疾病、各种中毒(酒精、一氧化碳);此外,尿毒症、低血糖、贫血、月经期及绝经期头痛、中暑等均可引起头痛。另外,还有神经衰弱性及癔症性头痛。

二、临床表现

1. 头痛起病情况 急性起病伴发热者常为感染疾病所致;急剧头痛,伴有不同程度的意识障碍而无发热者,提示颅内血管性疾病;慢性进行性头痛并出现颅内压增高症状,需注意颅内占位性病变;长期的反复发作头痛或搏动性头痛,多为血管性头痛或神经官能症;青壮年慢性头痛,但无颅内压增高,常因焦急、情绪紧张而发生,多为肌收缩性头痛(或称肌紧张性头痛)。

2. 头痛部位 全身性或颅内感染性疾病的头痛,多为全头部痛;深在性且较弥散的头痛多见于颅内病变;高血压引起的头痛多在额部或整个头部;浅在性头痛多为眼源性、鼻源性或牙源性;了解头痛部位是单侧、双侧、前额或枕部、局部或弥散、颅内或颅外对病因的诊断有重要价值。

3. 头痛的性质及时间 搏动性头痛见于高血压性、血管性及发热性疾病;神经痛多呈电击样痛或刺痛;肌肉收缩性头痛多有重压感、紧箍感或钳夹样痛。三叉神经痛、偏头痛及脑膜刺激的疼痛最为剧烈。脑肿瘤的痛多为中度或轻度。有时神经功能性头痛也颇剧烈。清晨头痛加剧见于颅内占位性病变;丛集性头痛常在晚间发生;女性偏头痛常与月经期有关;脑肿瘤的头痛多为持续性,可有长短不等的缓解期。

4. 头痛并发症 颅内压增高者头痛可伴剧烈呕吐;小脑肿瘤、椎-基底动脉供血不足者头痛伴眩晕;感染性疾病者头痛伴发热;头痛伴视力障碍者可见于青光眼或脑瘤;慢性头痛突然加剧并有意识障碍者提示可能发生脑疝;头痛伴脑膜刺激征者提示有脑膜炎或蛛网

膜下腔出血。

第三节 咳嗽与咳痰

咳嗽(cough)是人体的一种保护性反射动作。通过咳嗽反射能有效清除呼吸道内的分泌物或进入气道内的异物,对机体有益。但长期、频繁、剧烈咳嗽则对机体产生不利影响。

咳痰(expectoration)是通过咳嗽动作将呼吸道内分泌物排出口腔外的病态现象。正常情况下,支气管黏膜腺体和杯状细胞只分泌少量黏液,使呼吸道黏膜保持湿润。在病理状态下,呼吸道黏膜充血、水肿、分泌物增多,与吸入的尘埃、病原微生物、组织破坏产物,一起混合成痰。

一、病 因

1. 呼吸道、胸膜疾病 从鼻咽部到小支气管整个呼吸道黏膜受到刺激时,均可引起咳嗽,见于呼吸道炎症、吸入刺激性气体、结核病、过敏等刺激;胸膜炎或胸膜受到刺激时,也可引起咳嗽。

2. 心血管疾病 左心衰竭所致的肺淤血、肺水肿、肺泡及支气管内有浆液性或血性液体可引起咳嗽。肺栓塞时可出现咳嗽咯血。

3. 中枢神经因素 大脑皮质可影响咳嗽,表现为随意性咳嗽或抑制咳嗽反射;脑炎、脑膜炎时也可引起咳嗽。

二、临床表现

1. 咳嗽的性质 咳嗽无痰或痰量甚少,称干性咳嗽,见于急性咽喉炎、急性支气管炎等;咳嗽伴有痰液称湿性咳嗽,见于慢性支气管炎、肺炎、肺脓肿、支气管扩张、空洞型肺结核。

2. 咳嗽时间与节律 突然出现的发作性咳嗽,见于吸入刺激性气体所致急性咽喉炎、气管与支气管异物、百日咳等疾病;少数支气管哮喘者,也可表现为发作性咳嗽;长期慢性咳嗽,多见于慢性呼吸道疾病;咳嗽于清晨或夜间变动体位时加剧,并伴咳痰,常见于慢性支气管炎、支气管扩张症和肺脓肿等;左心衰竭、肺结核患者夜间咳嗽加重,可能与夜间肺淤血加重及迷走神经兴奋性增高有关。

3. 咳嗽的音色 咳嗽声音嘶哑,多见于声带炎、喉结核、喉癌等;阵发性连续剧咳伴有高调吸气回声(犬吠样咳嗽),见于会厌、喉部疾患和气管受压;咳嗽声音低微或无声,见于极度衰弱或声带麻痹患者;金属音调咳嗽,见于纵隔肿瘤、支气管癌、结节病压迫气管等。

4. 痰的性质和痰量 痰的性质可分为黏液性、浆液性、黏液脓性、脓性、血性等。黏液性痰多见于急性支气管炎、支气管哮喘、肺炎早期;黏液脓性痰见于支气管炎、肺结核;浆液痰见于肺水肿;血性痰则由呼吸道黏膜毛细血管损害所致。急性呼吸道炎症时痰量较少,而支气管扩张症、肺脓肿、支气管胸膜炎时痰量较多。

咳嗽患者可伴发热(胸膜炎、肺结核等);胸痛(肺炎、胸膜炎、支气管肺癌);呼吸困难(喉水肿、支气管哮喘、慢性阻塞性肺病、大量胸腔积液、肺水肿、气管与支气管异物等);咯血(肺结核、支气管扩张症、支气管肺癌、二尖瓣狭窄等);杵状指(支气管扩张症)。

第四节 咯 血

咯血(hemoptysis)是指喉及喉以下呼吸道任何部位的出血,经口腔排出者。咯血须与口腔、鼻、咽部出血或上消化道出血引起的呕血鉴别。口腔与咽部出血易观察到局部出血灶;鼻出血多自前鼻孔流出,常在鼻中隔前下方发现出血灶;鼻腔后部出血,用鼻咽镜检查可见血液从后鼻孔沿咽壁流下。大量咯血需与呕血相鉴别(表 1-4-1)。

表 1-4-1 咯血与呕血的鉴别

	咯血	呕血
病因	多有呼吸系统或心脏疾病	多有消化道疾病(消化性溃疡、肝硬化)
先驱症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐
出血方式	咯出	呕出
血内混合物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
出血颜色	鲜红	棕色、暗红、有时鲜红
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无(除非咽下血液时)	有,可持续数日
出血后痰性状	常有血痰	无痰

一、病 因

咯血主要见于支气管、肺部疾病(支气管扩张、支气管癌、肺炎、肺结核等),可能与炎症、肿瘤或结石损伤支气管黏膜或病灶处毛细血管,使其通透性增高或黏膜下血管破裂所致有关。另外,二尖瓣狭窄、肺淤血、血液病、流行性出血热等亦可引起咯血。

二、临床表现

1. 咯血量 每日咯血量在 100ml 以内为小量;100 ~ 500ml 为中等量;500ml 以上为大量咯血。小量咯血或痰中带血、血丝痰,是由于肺淤血致肺泡壁或支气管内膜毛细血管破裂所致;支气管黏膜下层支气管静脉曲张破裂,常引起大咯血;当出现急性肺水肿和任何性质心脏病发生急性左心衰竭时,咯浆液性粉红色泡沫样血痰;并发肺梗死时,咯出黏稠暗红色血痰。大量咯血主要见于肺结核空洞、支气管扩张症和慢性肺脓肿;支气管肺癌的咯血主要表现为持续或间断痰中带血,少有大咯血。

2. 颜色和性状 肺结核、支气管扩张、出血性疾病咯血颜色鲜红;铁锈色血痰见于肺炎球菌性肺炎;二尖瓣狭窄、肺淤血咯血一般为暗红色;左心衰竭、肺水肿时咯粉红色泡沫样血痰。

3. 年龄 青壮年咯血多见于肺结核、支气管扩张、风湿性心脏病二尖瓣狭窄。40 岁以上有大量吸烟史者应警惕支气管肺癌。

咯血患者常伴有发热、胸痛、呛咳、脓痰、黄疸、皮肤黏膜出血等并发症。

第五节 呼吸困难

呼吸困难(dyspnoea)是指患者感到空气不足、呼吸费力,客观表现为呼吸费力,重者张口呼吸、抬肩、鼻翼扇动,甚至出现发绀,呼吸辅助肌也参与活动,并伴有呼吸频率、深度与节律的异常。

一、病 因

1. **呼吸系统疾病** 各种原因造成的呼吸道梗阻、肺、胸廓疾病(肺炎、肺水肿、气胸、大量胸腔积液等)、神经肌肉疾病、膈肌麻痹、大量腹水等。
2. **心血管系统疾病** 常见于高血压性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、风湿性瓣膜病等。
3. **其他** 尿毒症、有机磷杀虫药中毒、血液病、颅脑外伤、脑出血、脑肿瘤致呼吸中枢功能障碍。

二、临床表现

(一) 肺源性呼吸困难

肺源性呼吸困难是由呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍,导致缺氧和(或)二氧化碳潴留。

1. **吸气性呼吸困难** 特点是吸气费力、显著困难,重者常伴有干咳和哮鸣音,由于呼吸肌极度用力,胸腔负压增大,吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷,称“三凹征”。见于各种原因引起的喉、气管、大支气管的狭窄与阻塞。

2. **呼气性呼吸困难** 特点是呼气费力,呼气时间明显延长而缓慢,常伴有干啰音。常见于支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿合并感染等。

3. **混合性呼吸困难** 特点是吸气与呼气均感费力,呼吸频率增快、变浅,常伴有呼吸音异常,可有病理性呼吸音。常见于重症肺结核、大面积肺不张、弥漫性肺间质纤维化、大量胸腔积液、气胸。

(二) 心源性呼吸困难

心源性呼吸困难主要见于心力衰竭。左心衰竭呼吸困难产生的主要因素是肺淤血、肺组织弹性减弱、气体交换障碍。其特点为活动时出现或加重,休息时减轻或缓解,仰卧位时加重,坐位减轻。因为活动时心脏负荷加重、心肌耗氧量增加;坐位时回心血量减少,肺淤血程度减轻;同时膈肌位置降低、活动度增大、肺活量增加,故较重患者常取端坐呼吸体位。

左心功能不全时,可有夜间阵发性呼吸困难,发作时患者常于睡眠中突感胸闷憋气惊醒,被迫坐起,伴咳嗽,轻者数分钟、数十分钟后症状消失,重者气喘、大汗淋漓、呼吸有哮鸣音,甚至咳粉红色泡沫痰,双肺底可闻及湿啰音,心率增快,可有奔马律,这种呼吸困难又称为“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、风湿性心脏病等。右心衰竭患者亦常取坐位以缓解呼吸困难,主要见于慢性肺源性心脏病。

(三) 中毒性呼吸困难

各种酸中毒者因血中酸性代谢产物增多,强烈刺激呼吸中枢,出现深长而规则的大呼吸

(Kussmaul呼吸),频率或快或慢,呼出的气体可有尿(氨)味、烂苹果味等。常见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒者。吗啡、巴比妥类药物中毒时,呼吸中枢受抑制,呼吸迟缓,可呈潮式呼吸。

(四) 神经精神性呼吸困难

颅脑疾病因呼吸中枢受压力刺激或供血减少,呼吸慢而深,可出现节律改变。见于脑出血、脑外伤、颅内压增高。癔病性呼吸困难发作的特点为呼吸浅速,可达60~100次/分钟,常因过度换气而出现呼吸性碱中毒,甚至出现手足抽搐症。

第六节 胸 痛

胸痛(chest pain)主要由胸部疾病引起,少数由其他部位的病变所致。

一、病 因

引起胸痛的主要原因有:胸壁疾病、心血管疾病(心绞痛、急性心肌梗死、二尖瓣或主动脉瓣病变等)、呼吸系统疾病(胸膜炎、气胸、肺炎、肺结核、肺癌等)、纵隔疾病(纵隔肿瘤、食管癌)等。

二、临床表现

1. 发病年龄 青壮年胸痛,应注意结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病,40岁以上者还应注意心绞痛、心肌梗死与肺癌。

2. 胸痛部位 包括疼痛部位及其放射部位。胸壁疾病特点为疼痛部位局限,且有压痛;炎症性疾病,伴有局部红、肿、热表现;食管及纵隔病变,胸痛多位于胸骨后,进食或吞咽时加重;心绞痛和心肌梗死的疼痛多在心前区与胸骨后或剑突下,疼痛常放射至左肩、左臂内侧,达无名指与小指;自发性气胸、胸膜炎和肺梗死的胸痛多位于患侧腋前线与腋中线附近。

3. 胸痛性质 心绞痛呈绞窄性并有压榨窒息感;心肌梗死疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感;食管炎为烧灼样痛;干性(纤维素性)胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛;肺癌常为胸部闷痛;带状疱疹呈刀割样痛,剧烈难忍。

4. 持续时间 平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致疼痛为阵发性;炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛呈持续性。如心绞痛发作时间短暂,而心肌梗死疼痛持续时间很长且不易缓解。

第七节 心 悸

心悸(palpitation)是一种自觉心跳或心慌,伴心前区不适感。

一、病 因

1. 心脏搏动增强 心脏收缩力增强可引起心悸。生理性者见于健康人在剧烈运动或精神紧张时、饮酒(浓茶、咖啡)后,或应用某些药物(麻黄碱、咖啡因等)等。病理性因素见于各种心脏病所致的心室肥大;亦可见于引起心排血量增加的其他疾病,如甲状腺功能亢进、贫血、高热、低血糖症。

2. **心律失常** 常见于心动过速、过缓或心律不齐。如窦性心动过速、阵发性室上性或室性心动过速、高度房室传导阻滞、房性或室性的期前收缩、心房颤动等均可出现心悸。

3. **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。多见于青年女性。临床表现除心悸外,常有心率加快,心前区或心尖部隐痛,以及疲乏、失眠、头晕、头痛、耳鸣、记忆力减退等神经衰弱表现。心悸发生常与精神因素有关,焦虑、情绪激动等情况下较易发生。

二、临床表现

心悸发生者常自己感觉到心脏剧烈跳动而引起不适感或心慌感。体格检查可发现心率加快或减慢,可有心律不齐。当心动过速时,舒张期缩短、心室充盈不足,心室收缩时心室肌与心瓣膜的紧张度突然增加,可引起心搏增强而感心悸;心律失常如期前收缩,在一个较长的代偿期之后的心室收缩,往往强而有力,会出现心悸。

心悸可伴心前区痛、发热、贫血、晕厥或抽搐、呼吸困难、出汗等。

第八节 恶心与呕吐

恶心(nausea)、呕吐(vomiting)是临床常见的症状。恶心为上腹部不适感,可伴头晕、流涎、面色苍白、四肢冷、出汗、脉缓、血压降低等自主神经功能失调表现。恶心常为呕吐的前奏,可与呕吐同时出现,也可单独发生。呕吐是胃或部分小肠的内容物,经食管、口腔而排出体外的现象,为一种复杂的反射动作,可由多种原因引起。

一、病因

引起恶心与呕吐的病因很多,可分为中枢性呕吐和反射性呕吐,由中枢神经系统和化学感受器触发刺激引起呕吐中枢兴奋而发生的呕吐称为中枢性呕吐;由末梢神经传入冲动引起呕吐中枢兴奋而发生呕吐称为反射性呕吐。

1. **反射性呕吐** 常见于胃肠疾病(急慢性胃肠炎、幽门梗阻、各型肠梗阻等)、咽部受到刺激(剧咳、百日咳等)、肝胆胰疾病(急性肝炎、肝硬化、急慢性胆囊炎、胰腺炎、急性腹膜炎),其他疾病(急性肾盂肾炎、异位妊娠破裂、心肌梗死、心力衰竭)及青光眼、屈光不正等亦可出现恶心、呕吐。

2. **中枢性呕吐** 常见于颅脑疾病,药物或化学毒物作用可兴奋呕吐中枢而致呕吐,尿毒症、肝昏迷、糖尿病酮症酸中毒或低血糖均可致呕吐,胃肠神经症、癔症等可引起神经性呕吐,呕吐与精神因素有关,多不伴恶心。

二、临床表现

呕吐是一个复杂的反射动作,其过程可分三个阶段,即恶心、干呕与呕吐。

1. **呕吐的时间** 育龄期妇女晨起呕吐见于早期妊娠,亦可见于尿毒症、慢性酒精中毒或功能性消化不良;鼻窦炎患者因起床后脓液经鼻后孔刺激咽部,亦可致晨起恶心、干呕;晚上或夜间呕吐见于幽门梗阻。

2. **呕吐与进食** 餐后短期呕吐,特别是集体发病者,多由食物中毒所致;餐后即刻呕

吐,可能为精神性呕吐;餐后一小时后呕吐称延迟性呕吐,提示胃张力下降或胃排空延迟;餐后较久或数餐后呕吐,见于幽门梗阻。

3. 呕吐的特点 精神性或颅内高压性呕吐,恶心往往很轻或缺如,后者以喷射状呕吐为其特点。呕吐物带发酵、腐败气味提示胃潴留;带粪臭味提示低位小肠梗阻;不含胆汁说明梗阻平面多在十二指肠乳头以上,含多量胆汁则提示在此平面以下;含有大量酸性液体者多为十二指肠溃疡,而无酸味者可能为贲门狭窄或贲门失弛缓症所致。

第九节 呕血与便血

呕血(hematemesis)是上消化道疾病(食管、胃、十二指肠、肝、胆、胰疾病)或全身性疾病所致的急性上消化道出血,血液经口腔呕出。由鼻腔、口腔、咽喉等部位出血或呼吸道疾病引起的咯血,也能从口腔排出,但不属呕血,应注意仔细加以区别。

便血(hematochezia)是指消化道出血,血液由肛门排出。便血颜色可呈鲜红、暗红或黑色,少量出血不造成粪便颜色改变,需经隐血试验才能确定者,称为隐血便。

一、病 因

(一) 呕血

1. 食管疾病 食管静脉曲张破裂、食管炎、食管癌、食管异物等。大量呕血常由门静脉高压所致的食管静脉曲张破裂所致,食管异物戳穿主动脉可造成大量呕血,并常危及生命。

2. 胃及十二指肠疾病 最常见为消化道溃疡、慢性胃炎、服用阿司匹林或吲哚美辛、应激所引起的急性胃十二指肠黏膜病变、胃癌等亦可引起呕血。

3. 肝胆胰腺疾病 肝硬化门静脉高压可引起食管和胃底静脉曲张破裂出血;肝癌、肝脓肿、胆囊结石、胆道结石、胆囊癌、胆管癌、急性胰腺炎合并脓肿或囊肿、胰腺癌破裂出血均可引起出血,大量血液流入十二指肠造成呕血或便血。

4. 其他 血液疾病、流行性出血热、暴发型肝炎、尿毒症、呼吸功能衰竭、肝功能衰竭等。

(二) 便血

1. 上消化道疾病 能引起呕血的上消化道疾病也能引起便血。

2. 下消化道疾病 ①小肠疾病:常见于肠结核、肠伤寒、小肠肿瘤、肠套叠等;②结肠疾病:见于急性细菌性痢疾、阿米巴痢疾、溃疡性结肠炎、结肠憩室炎、结肠癌、结肠息肉等;③直肠肛管疾病:直肠肛管损伤、非特异性直肠炎、直肠息肉、直肠癌、痔、肛裂等。

3. 全身性疾病 见于白血病、血小板减少性紫癜、肝脏疾病、流行性出血热、败血症等。

二、临床表现

(一) 呕血

1. 呕血与黑便 呕血前常有上腹不适和恶心,随后呕出血性胃内容物。其颜色视出血量的多少及在胃内停留时间的久暂以及出血的部位而不同。出血量多、在胃内停留时间短、出血位于食管则血色鲜红或混有凝血块,或为暗红色;当出血量较少或在胃内停留时间长,则因血红蛋白与胃酸作用形成酸化正铁血红蛋白,呕吐物可呈咖啡渣样棕褐色。呕血的