

全国中等卫生学校试用教材

内 科 学

供医士专业用

江苏科学技术出版社

全国中等卫生学校试用教材

内 科 学

《内科学》编写组

（供医士专业用）

江苏科学技术出版社

内 科 学

全国中等卫生学校《内科学》编写组编

出版：江苏科学技术出版社

发行：江苏省新华书店

印刷：江苏新华印刷厂

开本 787×1092 毫米 1/16 印张 32.25 字数 800,000
1980 年 8 月第 1 版 1980 年 8 月第 1 次印刷
印数 1—76,000 册

书号 14196·050 定价 2.70 元

编写说明

本书是由卫生部和江西省卫生厅组织有关高、中等医学院校和医院共同编审的教材，供全国中等卫生学校三年制医士专业试用。

全书内容共分两部分即诊断学基础与系统内科学。诊断学基础包括临床常见症状、问诊及体格检查、实验诊断、X线检查基本知识、心电图、超声检查、其他器械检查、护理及诊疗技术。系统内科学包括各系统、内分泌及代谢障碍性疾病、结缔组织疾病、理化因素所致疾病，地方病及精神病等。大部份系参考国内各医学院校所编试用教材，对上述内容的基础理论和基本知识作了较系统的介绍。鉴于地区上的差异，使用时可根据具体情况适当掌握。

参加编审的单位有：江西省九江地区卫生学校、天津医学专科学校、陕西省人民卫生学校、广东省汕头地区卫生学校、山东聊城地区卫生学校、天津医学院附属总医院、天津中医学院附属第一医院、天津南开医院、天津肿瘤研究所、天津市第一中心医院、天津市河西医院、天津市劳动卫生研究所附属医院、山东聊城地区人民医院等，由江西医学院审稿。

本书系试用教材，由于编写时间匆促，未能广泛征求意见，加以编写人员水平有限，缺点和错误在所难免，殷切期望使用本教材的教师和学生提出宝贵意见，以便再版时修订。

全国中等卫生学校试用教材
医士专业用《内科学》编写组
一九七九年十二月。

目 录

第一编 诊断学基础

第一章 临床常见症状

第一节 发热	1 • 1
第二节 头痛	1 • 2
第三节 咳嗽与咳痰	1 • 3
第四节 咯血	1 • 4
第五节 呼吸困难	1 • 5
第六节 紫绀	1 • 6
第七节 胸痛	1 • 7
第八节 恶心与呕吐	1 • 7
第九节 呕血与黑粪	1 • 8
第十节 腹痛	1 • 9
第十一节 腹泻与便秘	1 • 10
第十二节 水肿	1 • 11
第十三节 昏迷	1 • 11
第十四节 黄疸	1 • 12

第二章 问诊及体格检查

第一节 问诊	1 • 14
第二节 体格检查	1 • 17
第三节 病历的编写	1 • 71

第三章 实验诊断学

第一节 血液检查	1 • 79
第二节 尿液检查	1 • 91
第三节 粪便检查	1 • 97
第四节 痰液检查	1 • 99
第五节 浆膜腔穿刺液检查	1 • 101
第六节 脑脊液检查	1 • 102
第七节 肝功能检查	1 • 104
第八节 肾功能试验	1 • 105
第九节 胃液分析及其临床意义	1 • 106
第十节 脱落细胞学检查	1 • 108

第四章 X线检查基本知识

第一节	概述	1 • 112
第二节	呼吸系统	1 • 116
第三节	循环系统	1 • 127
第四节	消化系统	1 • 132
第五节	泌尿系统	1 • 138
第六节	骨与关节	1 • 142
第五章 心电图		
第一节	心电产生原理与心电向量概念	1 • 148
第二节	心电图的导联	1 • 152
第三节	心电图各波的名称和产生的机理	1 • 154
第四节	心电图的测量	1 • 154
第五节	正常心电图	1 • 157
第六节	心电图的临床应用	1 • 158
第六章 超声检查		
第一节	概述	1 • 171
第二节	超声波的临床应用	1 • 173
第三节	超声心动图	1 • 179
第七章 其他器械检查		
第一节	放射性同位素检查	1 • 182
第二节	脑电图	1 • 193
第三节	脑电阻图	1 • 197
第四节	胃镜检查	1 • 200
第八章 护理及诊疗技术		
第一节	注射技术	1 • 204
第二节	皮肤试验	1 • 207
第三节	穿刺技术	1 • 208
第四节	其他	1 • 214

第二篇 系统内科学

第一章 呼吸系统疾病

第一节	急性上呼吸道感染	2 • 1
第二节	急性支气管炎	2 • 3
第三节	慢性支气管炎	2 • 4
第四节	支气管哮喘	2 • 9
第五节	支气管扩张	2 • 13
第六节	肺炎	2 • 15
	肺炎链球菌肺炎	2 • 16
	金黄色葡萄球菌肺炎	2 • 20

肺炎支原体肺炎	2 • 21
第七节 肺脓肿	2 • 22
第八节 肺结核	2 • 25
第九节 支气管肺癌	2 • 34
第十节 肺气肿	2 • 38
第十一节 结核性胸膜炎	2 • 40
第二章 循环系统疾病	
第一节 充血性心力衰竭	2 • 43
第二节 心律失常	2 • 53
第三节 风湿热	2 • 63
第四节 慢性风湿性心脏病	2 • 68
第五节 亚急性细菌性心内膜炎	2 • 73
第六节 高血压病	2 • 76
第七节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	2 • 84
第八节 慢性肺源性心脏病	2 • 92
第九节 心包炎	2 • 97
第十节 心肌疾病	2 • 102
病毒性心肌炎	2 • 102
原发性心肌病	2 • 104
第三章 消化系统疾病	
第一节 慢性胃炎	2 • 109
第二节 胃、十二指肠溃疡	2 • 111
第三节 胃癌	2 • 118
第四节 肠结核	2 • 121
第五节 慢性非特异性溃疡炎性结肠炎	2 • 124
第六节 肝硬化	2 • 127
第七节 原发性肝癌	2 • 133
第八节 肝性昏迷	2 • 135
第九节 急性胰腺炎	2 • 140
第十节 结核性腹膜炎	2 • 143
第四章 泌尿系统疾病	
第一节 肾盂肾炎	2 • 146
第二节 慢性肾小球肾炎	2 • 150
第三节 慢性肾功能衰竭	2 • 154
第五章 造血系统疾病	
第一节 贫血	2 • 160
缺铁性贫血	2 • 161
再生障碍性贫血	2 • 163
溶血性贫血	2 • 165

第二节 白血病	2 • 169
急性白血病	2 • 170
慢性白血病	2 • 175
第三节 出血性疾病	2 • 177
原发性血小板减少性紫癜	2 • 177
过敏性紫癜	2 • 179
第四节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	2 • 181
白细胞减少症	2 • 181
粒细胞缺乏症	2 • 182
第五节 淋巴瘤	2 • 184
第六节 恶性网状细胞病	2 • 186
第六章 内分泌及代谢障碍性疾病	
第一节 甲状腺机能亢进症	2 • 188
第二节 垂体前叶机能减退症	2 • 192
第三节 糖尿病	2 • 195
第七章 结缔组织疾病	
第一节 类风湿性关节炎	2 • 205
第二节 系统性红斑狼疮	2 • 208
第八章 理化因素所致疾病	
第一节 急性中毒的诊疗原则	2 • 212
第二节 有机磷农药中毒	2 • 217
第三节 一氧化碳中毒	2 • 221
第四节 放射病	2 • 224
急性放射病	2 • 225
慢性放射病	2 • 227
第五节 中暑	2 • 230
第六节 触电	2 • 233
第七节 淹溺	2 • 235
第九章 地方病	
第一节 单纯性甲状腺肿	2 • 237
第二节 大骨节病	2 • 240
第三节 克山病	2 • 243
第四节 高山病	2 • 248
第十章 神经系统疾病	
第一节 神经系统的检查	2 • 251
第二节 面神经炎	2 • 255
第三节 三叉神经痛	2 • 256
第四节 多发性神经炎	2 • 258
第五节 急性脊髓炎	2 • 261

第六节 脑血管意外.....	2 • 263
脑出血	2 • 263
蛛网膜下腔出血	2 • 265
脑血栓形成.....	2 • 267
脑栓塞	2 • 268
第七节 癫痫.....	2 • 269
第十一章 精神病	
第一节 概述.....	2 • 274
第二节 精神分裂症.....	2 • 276
第三节 神经官能症.....	2 • 279
神经衰弱	2 • 280
癔病	2 • 282

第一篇 诊断学基础

第一章 临床常见症状

第一节 发 热

正常人的体温在大脑皮层及丘脑下部体温调节中枢的控制下,保持相对的恒定,若体温调节中枢功能紊乱或因体内产热过多和/或散热减少,致体温上升超过正常范围时称为发热。

发热是许多疾病过程中的一种表现。发热的机理目前尚未完全明瞭,一般认为与人体发热有关的致热原有病原体致热原(内毒素)和类固醇致热原(类固醇激素的中间代谢产物,如原胆烷醇酮),它们作用于中性粒细胞和单核细胞,释放白细胞(或称内源性)致热原通过血循环作用于体温调节中枢而引起发热。



机体产热过多或散热减少、体温调节中枢功能紊乱、植物神经机能紊乱等亦可引起发热,但临床少见。发热可加速代谢活动,热度愈高,代谢愈亢进,过高热可造成脑细胞的损伤,引起神志模糊不清,谵妄状态 and 抽搐等。但发热亦可加速抗体的形成,促进吞噬细胞的吞噬作用,因此发热也是人体对入侵病原的一种防御反应。

发热的常见原因 发热的原因很多,大体可分为感染性与非感染性两类,其中以感染性为临床上最常见和最主要的原因。

一、感染性发热 病原体可为病毒、支原体、立克次体、细菌、螺旋体,真菌、寄生虫等。病原体的毒素或其代谢产物,可作用于白细胞产生致热原而引起发热。

二、非感染性发热

(一) 无菌性坏死物质的吸收 广泛的组织损伤(如大手术后,重度外伤或烧伤,急性

溶血,急性心肌梗塞后等),恶性肿瘤,血液病(如急性白血病、急性溶血性贫血)等。

(二)变态反应 血清病、药物热、结缔组织疾病(风湿热、播散性红斑性狼疮等)。

(三)体温调节中枢功能失常 (如中暑、颅内肿瘤、脑血管意外等。)

(四)产热过多或散热不良 如甲状腺机能亢进症、惊厥、癫痫持续状态等可使机体产热过多;严重脱水和酸中毒可使机体散热不良而引起发热。

(五)植物神经机能紊乱 是机能性低热的主要原因。

问诊注意事项 应详细询问起病的缓急、发热的时间、热度的高低及其波动情况、伴随的全身或局部症状、发病时的季节及当地当时传染病的流行情况,有无接触史等。

第二节 头 痛

头痛是一个很常见的症状。有些是由于分布在头颅骨内外的组织,尤其是动脉,静脉窦及其支流,基底部的硬脑膜、颅内的血管及神经发生了一定的病理变化,如炎症、血管扩张及移位或受牵引,神经组织受压迫,以及颅内压增高而引起的头痛,称为器质性或神经性头痛;也有一些并无病理性改变则称非器质性头痛,如神经衰弱的头痛。

头痛的常见原因

一、颅脑疾病引起的头痛

(一)颅内炎症 主要是头部痛觉敏感组织或有痛觉纤维的脑神经及颈神经受炎症刺激或压迫所致。如脑膜炎、脑炎、脑脓肿等,发病急头痛剧烈,呈弥散性,常伴有发热、呕吐及脑膜刺激征,甚至发生意识障碍。

(二)脑血管疾患 脑血管硬化的头痛常伴有眩晕、头重感,记忆力减退、失眠等症状。脑溢血多见于老年人,开始时可有剧烈头痛,迅速进入昏迷并出现偏瘫。蛛网膜下腔出血从剧烈头痛起病,可伴有头晕、呕吐,昏迷或无意识障碍,多伴有明显的脑膜刺激征。

(三)颅内肿瘤 头痛为颅内压增高及肿瘤对疼痛敏感组织的直接压迫和牵引所致。多为深部隐痛,常呈间歇性,有逐渐加重的特点,多伴呕吐、大便、咳嗽、直立时头痛加剧。眼底检查可发现乳头水肿。

(四)腰穿后头痛 常在腰穿后数小时内发生,多表现为枕部及额部的弥散性隐痛,咳嗽、用力、直立或摇头时加重,平卧时减轻,甚至消失,称为低压综合征。

(五)颅脑外伤性头痛 外伤引起的脑震荡、脑挫伤及颅内血肿均可引起剧烈头痛。

(六)颅外疾病引起的头痛 颅外组织包括皮肤、肌肉、韧带、动脉、帽状腱膜及骨膜神经等疾病所引起的头痛多为浅部疼痛,其性质为持续性,撕裂性(如骨膜炎、肌肉炎)或为发作性钻痛(如神经痛),其共同特点为病变部位常有局部压痛。如三叉神经痛为发作性的面部剧痛,每次发作历时数秒或数分钟,间歇时间不一,痛如电击或刀割样,发作时面肌颤动,口角偏向一侧,并有流泪、流涎及结膜充血,痛自一点发出;第一支发痛点在眶上裂,第二支在上唇、鼻孔与面颊交界处,第三支在下颌孔或舌侧。可因谈话、咀嚼、洗脸甚至冷风拂面,均可引起发作。

(七)头部器官疾病引起的头痛 鼻及副鼻窦炎症引起的头痛,多为钝痛或隐痛,常局限于病窦部位。发生的时间与病人的体位及渗出物的引流有关,一般多于清晨发生,

晚间逐渐消退,伴有鼻塞、分泌物增多及受累的副鼻窦部有压痛等。耳部疾病如急性中耳炎及外耳道疔肿,常引起同侧头痛,乳突炎延及骨膜和颅内组织时可引起剧烈头痛或脑膜刺激症状。眼病所致的头痛为位于眼球附近或后枕部的隐痛。屈光不正所致的头痛,为额颞部钝痛及沉重感,常在阅读后发生,青光眼可引起剧烈头痛,初期仅局限于眼球内,常伴有恶心、呕吐、视力减弱、瞳孔散大、结膜充血、角膜混浊及眼压增高等。牙齿疾病所引起的疼痛多局限于患齿部位,为持续性搏动性疼痛,也可引起三叉神经上颌支及下颌支分布区域内的疼痛。

二、全身性疾病引起的头痛

(一)感染发热性疾病的头痛 多见于各种传染病,如感冒、伤寒、肺炎、疟疾等,系由于发热及毒性物质刺激引起动脉扩张所致。多位于前额部,后枕部或整个头部,常呈搏动性,头部运动时可加重。热退,头痛可随之减轻或消失。

(二)心血管疾病所引起的头痛 如高血压病常有头痛,但头痛的发生并不与血压的高度成正比,而是多发生于血压波动不稳时,可能与当时颅内动脉受牵引的程度及颅内、外血管扩张或收缩有关。头痛程度不一,为搏动性或紧压感,多位于枕部或颈部,当血压稳定在一定的水平时,头痛即可消失。

心脏机能不全引起的头痛为挤压性钝痛,主要位于枕部,系由于颅内静脉充血所致。常于咳嗽、立位时加重,卧位时减轻,常伴有头晕、眼花、耳鸣等症状。偏头痛为一种间歇性发作的单侧搏动性头痛,发作前可出现短暂的视幻觉、偏盲等脑功能障碍的先兆,头痛可持续几小时至数天、头痛剧烈时,常伴有恶心、呕吐、结膜及鼻粘膜充血等,以女性患者多见、头痛逐渐加重,颞部有过敏区,颞动脉呈强烈搏动,以手指压迫颈总动脉或颞动脉时疼痛即可减轻。本病发作与血管运动障碍有关。

(三)神经官能性头痛 如神经衰弱病人的头痛,为胀痛或紧箍样痛,头痛不随病程的延长而加重,常伴有许多很不明确的主诉,如记忆力减退、思想不能集中、失眠、多梦、眩晕等,体检多无客观发现。诊断神经机能性头痛务须慎重,以免延误诊断和治疗。

问诊注意事项 应注意询问起病缓急,发作的时间,阵发性或持续性,有无先兆,疼痛部位、程度及性质(搏动性、钻痛、裂痛、钝痛、胀痛),头痛诱发加重或减轻的因素,与体位变化的关系,随伴症状(如发热、恶心、呕吐、视力减退、嗜睡昏迷等),以及过去治疗的情况等。还应注意头部外伤和精神神经创伤,以及高血压、全身感染、肝、肾疾病等病史。

第三节 咳嗽与咳痰

咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状,亦是一种保护性的反射动作,当呼吸道粘膜受到异物、炎症、分泌物或过敏性因素等刺激时,即反射性地引起咳嗽动作,将呼吸道的异物或分泌物排出体外。

咳嗽与咳痰的常见原因 最常见的是呼吸器官的炎症(咽、喉、气管或支气管炎,肺炎,肺结核等),或异物、刺激性气体的刺激。左心衰竭时所致的肺郁血,胸膜受刺激,纵隔肿物压迫支气管等均可引起咳嗽。

问诊注意事项 对咳嗽的病人应注意询问下列情况:

一、起病缓急 急性咳嗽常见于呼吸器官的急性炎症或异物吸入。慢性咳嗽常见于

慢性支气管炎、支气管扩张,肺结核等。

二、咳嗽出现的时间 经常性咳嗽见于慢性支气管炎、肺结核等。发作性咳嗽见于百日咳、呼吸道异物、纵隔肿瘤压迫支气管等。晨间咳嗽加剧,见于上呼吸道慢性炎症、慢性支气管炎及支气管扩张,由于夜间痰液潴留所致。肺结核病人常于夜间咳嗽较剧,由于夜间迷走神经兴奋性增高所致。进食时发生咳嗽且痰中混有食物,见于食道支气管瘘。体位转换引起咳嗽,见于肺脓肿、支气管扩张、据此可推测病变部位。

三、咳嗽的性质 咳嗽无痰称干性咳嗽,常见于咽喉炎、支气管炎初期、胸膜炎、粟粒性肺结核、支气管淋巴结核及支气管肺癌等;咳嗽伴有痰液称湿性咳嗽,见于支气管扩张、慢性支气管炎、肺炎、肺充血、肺脓肿、肺结核空洞等。

四、咳嗽的音色 高亢的咳嗽而呈金属调者,见于纵隔肿瘤及主动脉瘤直接压迫气管所致。声带炎症时咳声嘶哑。咳声低微或无声,见于久病体弱、声带水肿及喉返神经麻痹等。短促而轻微的咳嗽,见于喉炎、初期肺结核、干性胸膜炎及呼吸道受轻度刺激。

五、痰的性状和量 如急性支气管炎早期为粘液性痰,后期有少量黄脓痰;大叶性肺炎常是铁锈色痰;左心衰竭肺水肿为粉红色泡沫痰;支气管扩张和肺脓肿常咳出大量恶臭脓痰,放置后分三层,上层为粘液混合物,中层为浆液,下层为脓性。肺结核、肺癌常有血痰。

六、咳嗽伴随症状 伴有发热常示呼吸器官感染。伴有发热、胸痛及呼吸困难常见于胸膜炎、肺炎、肺脓肿等。伴有哮喘则见于支气管哮喘、心脏性哮喘、呼吸道异物等。伴有咯血见于支气管扩张、肺结核、肺癌等。咳嗽伴有呕吐见于百日咳、慢性咽炎。

第四节 咯 血

喉、气管、支气管及肺实质出血,经咳嗽由口腔排出者,称为咯血。咳血的特点是血与痰混在一起,可带有泡沫,鲜红色,呈碱性反应。小量出血应与口腔、鼻咽、牙龈等部位出血鉴别,大量出血须与呕血加以鉴别。

咯 血 与 呕 血 的 鉴 别

咯	血	呕	血
常有呼吸系统或心脏病史及体征		常有胃或十二指肠溃疡病或肝硬变病史	
常先有喉部不适感,咳嗽,可有胸痛		常有恶心,呕吐	
经咳嗽排出		经呕吐排出	
鲜红色常有泡沫,可与痰液相混		暗红色或褐色无泡沫,可与食物相混	
碱性反应		酸性反应	
如血不咽下,无黑便		常同时有黑便	
咯血后有持续性痰中带血		无痰中带血	

咯血的常见原因

(一)呼吸系统疾病 多见于支气管扩张症及肺结核。肺炎、肺癌、肺脓肿、矽肺、支气管腺瘤、慢性支气管炎、肺吸虫病和肺真菌病等亦可有咯血。

(二)循环系统疾病 常见于二尖瓣狭窄、先天性心脏病、左心衰竭、肺水肿及肺梗塞

等。

(三)其他 如造血系统疾病及结缔组织病等。

问诊注意事项 问诊时应注意询问咯血发生的时间、血量、颜色、有无夹杂物(食物残渣或痰液),咯血有无诱因(如感染、剧咳等)。有无慢性咳嗽、胸痛、呼吸困难、心悸、盗汗、发热、消瘦等病史,有无伴随症状等。

第五节 呼吸困难

呼吸困难既是病人的自觉症状,又是客观体征。呼吸困难时,病人主观上感到空气不足与呼吸费力,客观上表现为呼吸用力,出现鼻翼扇动,张口呼吸,辅助呼吸肌亦参与呼吸运动,同时伴有呼吸频率、深度和节律的改变。

呼吸困难的常见原因

呼吸困难的发生,是由于呼吸中枢受到反射性或直接刺激的结果。按其发病原因不同,分述如下:

一、肺原性呼吸困难 系由于呼吸器官疾病引起肺通气或换气功能的障碍,肺活量降低,肺血循环障碍,使机体缺氧及血中二氧化碳蓄积,氢离子浓度增高,直接或反射性的刺激呼吸中枢所引起。

按肺原性呼吸困难的性质,可见以下三种表现形式:

(一)吸气性呼吸困难 当发生上呼吸道阻塞时,主要表现为空气吸入特别困难,如急性喉炎、白喉及气管内异物吸入等疾患。病情轻者呼吸徐缓而深,重者呼吸肌极度紧张,吸气时胸骨上窝、锁骨上、下窝和肋间隙呈明显凹陷,称为三凹现象,并伴有高音调的吸气性哮鸣音。

(二)呼气性呼吸困难 主要表现为呼气费力,呼气延长,见于哮喘性支气管炎和支气管哮喘时所致小支气管狭窄,常伴有哮鸣音。肺气肿时由于肺组织弹性减弱,也可出现呼气性呼吸困难。

(三)混合性呼吸困难 呼气和吸气均显示困难,同时伴有呼吸频率增加。多因肺组织内气体交换面积减少如肺炎、肺不张及肺水肿;或因肺呼吸受限制如胸膜炎、气胸、胸廓运动障碍、呼吸肌病变等,造成有效通气量减少,血中缺氧和二氧化碳增高,以致呼吸困难。

二、心原性呼吸困难 呼吸困难是心功能不全,尤其是左心功能不全最常见和最早出现的症状。心原性呼吸困难与劳动量和体位有密切关系。心原性呼吸困难,常于夜间睡眠时突然发作,突然感倒气急而醒,被迫坐起,轻者数分钟症状消失,重新入睡,重者有发绀、冷汗、脉细速、甚至发展为急性肺水肿。此种阵发性夜间呼吸困难,称为心脏性哮喘。

三、中毒性呼吸困难 包括酸中毒、毒血症和化学药物等所致的呼吸困难。如代谢性酸中毒(尿毒症及糖尿病昏迷)时,由于酸性代谢产物刺激呼吸中枢,使呼吸深而慢;毒血症因高热、代谢亢进、血液温度增高及血中毒性产物刺激呼吸中枢而使呼吸增快。化学药物中毒如吗啡、巴比妥类中毒时,因抑制呼吸中枢而使呼吸迟缓。

四、血原性呼吸困难 重症贫血及一氧化碳中毒时,红细胞带氧量减少,呼吸快而深,心率亦增快。在大出血及休克时,由于血压显著下降,颈动脉窦及主动脉弓的压力感

受器受到刺激,反射性影响呼吸中枢,同时呼吸中枢本身缺氧亦可出现呼吸困难。

五、神经、精神性呼吸困难 中枢神经系统疾病如脑肿瘤、脑出血、脑水肿等颅内压增高时,因呼吸中枢缺血及直接受压力的刺激,可使呼吸慢而深。癔病病人,由于精神因素致呼吸快而强,持续时间稍久,可因二氧化碳呼出过多,致血中碳酸减少(呼吸性碱中毒)而发生手足搐搦症。

问诊注意事项 对呼吸困难的病人应询问起病时间和缓急,发作时间(白天或黑夜)与体位及劳动的关系,有无慢性咳嗽史及中毒病史,是否伴有发热、咳嗽、咳痰、胸痛、心悸及下肢浮肿等症状。

第六节 紫 绀

紫绀又称发绀或青紫,是指血液中还原血红蛋白浓度增高(超过5克%)而使皮肤与粘膜呈现紫蓝色现象而言。广义的紫绀还应包括因异常血红蛋白衍化物所引起的发绀。全身性紫绀最易出现于色素少、毛细血管丰富的浅薄部位,如口唇、鼻尖、颊部及耳廓,以及距心脏较远的部位如手足末梢等。由于局部静脉受阻或动脉血流不足可引起局限性发绀。

紫绀的常见原因

一、血液中还原红血蛋白增多

(一)中枢性紫绀

1. 血液在肺内氧合不足产生动脉性缺氧,而血液流经组织中毛细血管时,血氧照常被利用,因而毛细血管中还原血红蛋白含量增多,故出现紫绀,常见于呼吸系统疾病。

2. 静脉与动脉血混合 由于部分静脉血液直接通过异常通道而进入动脉系统,若分流流量超过心输出量1/3时即可出现紫绀。见于右至左分流的先天性心脏病,如法乐(Fallot)氏四联症。

(二)周围性紫绀 血氧在毛细血管中被过多的消耗,即血红蛋白被还原过量。可见于:

1. 静脉淤血 如心力衰竭、缩窄性心包炎时可出现全身性紫绀;静脉血栓或静脉受压时,在相应部位出现局限性紫绀。这是因为血流缓慢,氧在组织中过分消耗所致。

2. 动脉缺血 在严重休克时,心脏输出量大为减低,皮肤及粘膜呈青灰色。动脉阻塞或小动脉收缩(如寒冷时)可引起局限性紫绀。

(三)混合性紫绀 心力衰竭时,血液在肺内氧合不足以及血流缓慢氧在组织中消耗增多,因而发生紫绀,称为混合性紫绀。

二、血液中含有异常血红蛋白衍生物 当每100毫升血液内有3克高铁血红蛋白或0.5克硫化血红蛋白时,即可使皮肤与粘膜呈紫兰色,其色调较还原血红蛋白所致者更紫或呈铅蓝色(灰色)。

高铁血红蛋白症多为化学药物如扑疟奎宁、苯胺衍化物、亚硝酸盐及磺胺类药物等所引起;工业上制造染料,油漆用的硝酸苯,可通过呼吸道或皮肤吸收而产生。此外,因进食大量腌渍或贮藏不当的含有大量亚硝酸盐的蔬菜,亦可引起高铁血红蛋白症而发生紫绀,称为“肠源性紫绀”。高铁血红蛋白症先天性者较少见,是因酶缺陷所致。

硫化血红蛋白症主要由非那西汀、乙酰苯胺、氨苯磺胺等药物引起,便秘者更易发生。

问诊注意事项 对于紫绀病人应注意询问发绀的时间、部位、有无呼吸困难、心悸、胸痛、咳嗽、咳痰、咯血等呼吸及循环系统疾病病史，有无在发绀前进食含大量亚硝酸盐菜类及应用过有关药物史等。

第七节 胸痛

胸痛主要由于胸壁、肺及胸膜、心血管和纵隔等疾患所引起。

胸痛的主要原因

一、胸壁疾患 主要由于胸壁肌肉、肋骨和肋间神经病变引起，其共同特征为：疼痛的部位固定于病变部位，局部多有明显压痛；深呼吸、咳嗽、举臂等动作使胸廓活动而疼痛加剧。

二、肺及胸膜疾患 肺组织本身无痛觉神经，故不引起疼痛，只有当病变侵入壁层胸膜时才产生疼痛。胸膜疼痛常见于干性或少量渗出液的胸膜炎。肺及胸膜病变所致疼痛的共同特点为：一般为单侧性，多伴有咳嗽、咳痰，常因咳嗽、深呼吸而加剧，胸壁局部无压痛。当膈胸膜受累时，疼痛可向肩部、心窝部及腹部放射，有时引起腹壁紧张及压痛而致误诊。

三、心血管疾病 胸痛多位于胸骨后或心前区，少数在剑突下，可向左肩、左上肢尺侧放射，常因劳动而诱发或加重，休息后可缓解，例如心绞痛，由于冠状动脉供血不足，使心肌缺血，以至心肌内代谢产物（如乳酸等）积聚，刺激神经末梢而引起疼痛。疼痛历时短暂，约1~2分钟，极少超过15分钟，常因劳动、兴奋或饱餐而诱发，休息或应用冠状动脉扩张药物后缓解。心肌梗塞的疼痛性质与心绞痛相似，但程度剧烈，持续时间亦较长，多在30分钟以上，可达数小时至1~2天，冠状动脉扩张药物不能使之缓解，常伴有心律失常和血压下降。心包炎的疼痛多位于心前区，为钝痛或刺痛，与心绞痛不同点为疼痛时间较长，且因病变常累及胸膜，故咳嗽、深呼吸时疼痛加剧。此外，心肌炎、心脏神经官能症亦可引起胸痛。

四、纵隔及食道病变 可见于纵隔的炎症、肿瘤和气肿，以及食道炎症、癌肿等。其疼痛的共同特征为：1. 疼痛位于胸骨后，呈持续性隐痛或钻痛，可放射至其他部位；2. 吞咽时疼痛加剧，伴吞咽困难。

五、横膈病变 如膈胸膜炎、膈下脓肿及膈疝等。其共同特点为：1. 疼痛常位于胸廓或胸骨下部；2. 横膈中央受累及时，疼痛放射至肩及颈部；膈周围病变时可放射至腹部。

少数腹部病变亦可引起胸痛，应注意鉴别。

问诊注意事项 对于胸痛病人应注意询问疼痛的部位与放射，发作的诱因与时间，疼痛的性质与剧烈程度，还应注意有无心悸、呼吸困难、咳嗽、咳痰、咯血、以及疼痛与呼吸、咳嗽、体位改变的关系。

第八节 恶心与呕吐

恶心想吐的先兆，是一种心窝部特殊不适的感觉，多伴有迷走神经兴奋症状，如手

足发凉、皮肤苍白、脉搏变慢、血压下降、头晕、唾液分泌增多等。发生原理与呕吐相同。

呕吐是胃内容物不自主地经贲门、食管和咽部从口腔中冲出的现象。当进食某些对胃有刺激性的物质后即可引起呕吐，故呕吐又是一种保护性动作。

呕吐中枢位于延脑。呕吐是通过感觉和运动神经，并在中枢神经的调节下所产生的反射动作。首先是幽门收缩和关闭，胃逆蠕动，胃底充盈，继而贲门开放，同时腹压增高和呼吸肌的辅助运动，使胃内容物通过食管、咽部而排出口外。

恶心和呕吐的常见原因

一、中枢性呕吐 因受各种因素直接刺激呕吐中枢所引起，如颅内压增高者，见于脑膜炎、脑血管意外及脑水肿等；某些药物刺激者有阿朴吗啡、毛地黄过量；代谢产物的作用，见于尿毒症、酸中毒及早期妊娠等。中枢性呕吐常无恶心先兆，多呈喷射状。另外，尚有一种高级神经机能障碍所引起的呕吐，称神经性呕吐，其特点为无恶心先兆，进食后即发生，呕吐物量不多，吐完后可再进食。其次为内耳受刺激，如内耳眩晕症、晕车和晕船。

二、周围性呕吐

(一)胃原性 多由于胃粘膜受理化因素刺激及微生物侵袭所引起，如腐败食物、细菌毒素、化学药物(硫酸铜、氯化钡、四环素等)等。其特点是常有恶心先兆，吐后有舒适感。幽门梗阻所引起的呕吐，呕吐物量多，常为隔夜食物，且具有腐败气味。

(二)反射性呕吐 先有恶心，吐后不感轻松舒适，胃已排空但呕吐仍不停止。可见于腹膜和腹腔脏器的急性炎症(如腹膜炎、阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎、附件炎)、胆道蛔虫病、肠梗阻等。咽部受刺激引起的呕吐也属反射性。

问诊注意事项 应注意详细询问恶心呕吐发生的时间，及其与饮食的关系，呕吐的次数，呕吐物的量和性质，有无血液、胆汁、隔夜腐败食物、以及粪样腐臭呕吐物。有无进食生冷或腐败食物及暴饮暴食。并应询问呕吐的伴随症状，如伴发热、腹痛、腹泻，可能为急性胃肠炎；伴头痛、发热、昏迷者可能为脑膜炎；晨间呕吐发生于已婚育龄妇女而伴有停经史者，应注意有无早期妊娠的可能。应询问呕吐前曾否服过对胃肠有刺激性的药物等。

第九节 呕血与黑便

上消化道(包括食管、胃、十二指肠或胃肠吻合术后之空肠)大量出血时可引起呕血与黑便。呕血和黑便可以同时存在，也可以个别出现。一般呕血多伴有黑便，但黑便不一定伴有呕血。胃以上出血大都有呕血及黑便，十二指肠出血则以黑便为多见，少数可伴有呕血。呕血的颜色决定于血液是否在胃内停留、停留时间的长短和出血量的多少。呕血一般都在胃内经胃酸作用形成酸化血红蛋白而呈棕褐色(咖啡样)。如食管和胃底静脉曲张破裂出血，出血量大，在胃内停留时间短，可呈暗红色。如胃小动脉因病变侵蚀破裂而出血量，在胃内停留时间很短，呕出之血可呈鲜红色；如停留时间较长则呈棕褐色。上消化道出血如血液顺肠腔下行，经消化分解，血红蛋白中的铁与肠道内之硫化物结合而呈硫化铁，可使大便呈柏油色，故又称柏油样便，并提示血量约在60毫升以上。若出血量大，由于肠蠕动亢进，血液在胃肠内停留时间较短，粪便亦可呈酱红色。

呕血与黑便的常见原因 上消化道出血最常见于胃、十二指肠溃疡、血吸虫病性肝硬化、胃癌，其次可见于慢性胃炎、胆道疾患、严重烧伤、脑血管意外、肺性脑病、休克晚期、出