

诊断学基础

(试用教材)

湖南医学院内科教研组

一九七三年十二月

目 录

绪论.....	1
第一篇 问诊及症状学.....	4
第一章 问诊.....	4
第二章 症状学.....	6
发热(6) 昏迷(8) 呼吸困难(9) 发绀(11) 咳嗽(11)	
咯血(12) 胸痛(12) 心悸(13) 腹痛(13) 呕吐(14) 腹泻(14)	
便秘(14) 消化道出血(15) 黄疸(16) 贫血与出血(18) 水肿(19)	
泌尿及排尿异常(20)	
第二篇 体格检查.....	22
第一章 一般检查.....	22
皮肤及粘膜(23) 淋巴结(25)	
第二章 颈部检查.....	25
第三章 颈部检查.....	27
第四章 胸部检查.....	28
体表标志(28) 望诊(29) 触诊(30) 叩诊(31) 听诊(33)	
第五章 心脏检查(包括血管的检查).....	37
望诊(37) 触诊(37) 叩诊(38) 听诊(40) 血管的检查(48)	
脉搏(49) 动脉压(53) 静脉压(54) 中心静脉压(54)	
第六章 腹部检查.....	56
分区(57) 望诊(57) 触诊(58) 叩诊(61) 听诊(62)	
第七章 肛门、直肠及外生殖器检查.....	62
第八章 脊柱及四肢检查.....	63
第九章 神经系统检查.....	63
第三篇 实验室检查.....	69
第一章 血液.....	69

红细胞及血红蛋白(71) 红细胞比积(74) 网织红细胞计数(75)
红细胞沉降率(75) 白细胞计数(76) 白细胞分类(78) 出血性疾
病检查(80)

第二章 尿.....84

第三章 粪.....90

第四章 痰.....95

第五章 胃液和十二指肠引流液.....96

第六章 浆膜腔穿刺液.....97

第七章 脑脊液.....99

第八章 肝功能试验.....101

胆红素代谢(101) 蛋白质代谢(104) 血清酶活力测定(106)

脂肪代谢功能(108) 排泄功能(108)

第九章 肾功能试验.....111

第十章 骨髓检查.....114

第十一章 心电图检查.....121

心电图原理(121) 心电图的导联(123) 心电图的测量与分

析(130) 心电图的临床意义(131)

第四篇 诊断步骤与病历写作.....138

第一章 诊断步骤.....138

第二章 病历写作.....139

【附：完全病历示范】.....140

诊断学基础

对于疾病的诊断和治疗，长期以来，一直存在着唯物辩证法和形而上学的斗争。实质上，这是两个阶级、两条道路和两条路线斗争在医学领域里的反映。解放后，特别是无产阶级文化大革命以来，我国广大的革命医务人员在毛主席和共产党的英明领导下，在毛泽东思想的光辉指引下，以毛主席光辉哲学思想为武器，在疾病的诊断和治疗上，创造出许多震惊世界的奇迹。针刺麻醉，大面积烧伤的治疗成功，心脏较长时间停搏的抢救成功等等，这一切都是唯物辩证法战胜形而上学的伟大胜利，是毛泽东思想的伟大胜利，是毛主席无产阶级革命医疗卫生路线的伟大胜利。

正确的诊断和正确的治疗是非常重要的。它关系着阶级兄弟的健康和生命。我们学习诊断学基础的目的，就是在唯物辩证法的认识论的指导下，初步掌握基本的诊断方法，能够更好的为人民服务。

绪 论

【诊断学的意义】

诊断学是认识疾病和病人健康情况的科学。诊断的过程就是认识的过程，就是对疾病进行调查研究的過程。它是通过对病人的健康变化过程的了解，对他的器质和功能方面的种种检查，结合基础医学的原理，用唯物辩证法的思维方法进行分析、综合和推理，从而对疾病原因和本质以及病人的健康情况作出判断。伟大领袖毛主席教导我们：

“指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。”为了很好地解除阶级兄弟的病痛，首先要有一颗全心全意为人民服务的红心，同时要有一个科学的态度，要学习毛主席光辉哲学思想，运用唯物辩证法的观点，指导我们的医疗实践。对于病人的病情做周密的、深入的调查研究，掌握丰富的感性材料，然后加以分析、判断，得出一个正确的诊断，才能正确地指导治疗，真正做到情况明，决心大，方向对。

伟大领袖毛主席教导我们：“应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。”为了保障工农兵及广大劳动人民的健康，有效的向疾病作斗争，正确的预防和治理措施是十分重要的。而正确的防治措施，往往与正确的诊断是分不开的。正确的治疗，预后和预防是诊断的目的，而正确的诊断是治疗、预后和预防的前提。因此，认真学习和掌握正确的诊断，是直接关系到如何更好地为工农兵服务，为中国革命和世界革命作出贡献的重要问题。

【诊断学的指导思想】

诊断学的指导思想是唯物辩证法的认识论，用唯物辩证法的思维方法将检查病人所得的材料加以去粗取精，去伪存真，由此及彼，由表及里的联贯起来进行分析、综合和

推理，从而对疾病的原因和本质以及病人的健康情况作出判断。

诊断学的基本内容是方法学，是实践性很强的课程，按照马克思列宁主义的实践第一的观点，理论密切结合实际。我们必须牢牢记住这个原则。

【诊断学基础内容介绍及其在临床工作中的地位】

诊断学的基本组成部分是方法学。毛主席教导我们：“世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看，不能只从单方面去看。”为了全面地从各方面去认识疾病，常采用不同的检查方法。目前，常用的诊断方法包括以下几种：

一、症状诊断（问诊）通过询问病人症状的发生、发展过程以及对身体器官功能的影响，运用生理、病理和祖国医学方面的知识，进行分析，从而得出诊断或提供进一步检查的线索和方向。

由于症状的感受因人而异，故应深入了解病人的整体情况和反应特点，根据这些特点对症状作具体的估价和分析。

二、物理诊断（理学检查）：是医生利用自己的感觉器官和简单工具（如听诊器等），对病人的病变部位和整体进行望、触、叩、听、嗅等系统的检查，运用基础医学和祖国医学辩证的知识，对病变性质作出诊断。

三、实验诊断：利用实验室的各种检查方法，对病人的体液，分泌物和排泄物以及各种生理功能进行检查。对于化验结果必须结合临床资料全面地进行考虑，一般不应单凭一二项结果轻易作出诊断。

四、特殊检查诊断：利用某些特殊仪器、设备如：放射线、超声波、心电图等检查方法，达到诊断的目的。

上述各种不同的诊断方法，对不同疾病有其特殊的诊断价值。一般说来，许多常见病，往往依靠典型症状的描述（病史）和正确的体格检查，即可作出诊断。但在某些较为复杂的疾病或某些疾病的早期，临床表现的特殊性不很明显的时候，有选择地采用某种实验诊断或特殊检查的方法，对诊断也有很大帮助。因此，应该在全面掌握各种常用诊断方法的同时，更好地掌握症状和物理诊断方法。毛主席教导我们：“深挖洞，广积粮，不称霸。”尤其从战备和当前农村、工矿基层医疗工作实践的具体条件看，准确的掌握和运用症状和物理的检查方法，有着更为重要意义，也是贯彻落实毛主席光辉的“6·26”指示的实际行动。

诊断学基础是从基础医学过渡到临床的一个课程。它是基础与临床间的桥梁，因此它是把基础学科的基本理论和知识具体地结合和应用到临床实践的课程。

诊断是临床医学的最基本任务，因此有关诊断的基本原则和方法不仅适用于内科也适用于其他临床专业科系。诊断学基础是临床医学的入门课程，也是一切临床专业科系的基础课程。

【学习诊断学基础的目的及要求】

学习诊断学基础的目的，在于掌握基本的诊断方法，包括问诊（病史采取）、物理诊断和实验室常规检查，将所得资料结合基础科学的知识，运用唯物辩证法的思想方法，进行分析、综合和推理，并作出初步诊断。具体要求是

一、学会独立进行系统的问诊，并了解常见症状的临床意义；

二、初步掌握正确的物理检查的知识和技能，并辨别正常与病理的体征；

三、学会常规化验检查，并了解常用的实验室检验方法和特殊检查方法，及其应用范围和结果的临床意义；

四、了解如何将问诊、体格检查、化验检查和各种特殊检查所得的资料进行分析、综合和推理，并作出初步诊断；

五、学会书写完整的病史。

【学习诊断学基础的方法及态度】

在如何学习诊断学的问题上，也存在着两个阶级、两条道路、两种思想、两条路线的斗争。我们应该以毛主席思想为统帅，突出无产阶级政治，并进一步树立为革命而学的思想，要为掌握为人民服务的过硬本领而刻苦学习。

根据本课程的特点，应该注意以下问题：

一、树立“全心全意为人民服务”的思想：

毛主席教导我们：“政治是统帅，是灵魂。”突出无产阶级政治是毛主席的革命路线。我们学习业务知识，是为了更好地为人民服务，要为中国革命和世界革命作出贡献，因而应该树立为革命而学，要在政治统帅下学好业务。我们进入临床学习，主要的对象是病人，绝大多数是我们的阶级兄弟，他们不但是我们学习的对象，更重要的是我们服务的对象。我们要把每次接触病人的过程，当作培养全心全意为人民服务思想的过程。对一些基本技术操作，一定要坚持在自己身上精练，尽量做到不增加病人痛苦。检查病人时，要关心体贴，只有这样，才能使我们学到真正为人民服务的本领，更好地为人民服务。毛主席教导我们：“为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。”我们革命医务人员，要努力学习毛泽东思想，突出无产阶级政治，以白求恩同志为榜样，认真改造世界观，全心全意为人民服务，捍卫和执行毛主席的革命医疗卫生路线。

二、树立“理论和实际相结合”的革命学风：

诊断学是认识疾病的科学方法，它来源于实践，是前人向疾病作斗争的经验总结，我们必须认真学习，努力掌握，要为革命学好理论课。前人的经验，要变为自己的经验，必须经过自己的反复实践，这是我们学习诊断学的根本方法。

诊断学的基本内容是方法学，实践性最强。我们必须树立马列主义的实践第一，理论与实际相结合的科学的革命学风，才能搞好诊断学基础的学习。

三、走中西医结合的道路，为创立祖国新医学、新药学而努力：

毛主席教导我们：“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”。祖国医学是我国人民几千年来向疾病作斗争的经验总结，在诊断疾病方面，积累了丰富的经验。通过斗、批、改，我们在教育革命，中西结合工作中迈开了第一步。但由于我们学习和实践都不够，目前讲义中的结合，还是很初步的，有待于我们努力提高。我们要遵照毛主席“中国应当对于人类有较大的贡献”的伟大教导，让我们共同为捍卫毛主席的革命医疗卫生路线，为创立我国的新医学、新药学而努力。团结起来，争取更大的胜利。

第一篇 问诊及症候学

第一章 问 诊

【问诊的意义】

伟大领袖毛主席教导我们：“没有调查就没有发言权。”问诊就是调查了解疾病的第一步，只有通过仔细的询问病史，了解疾病发生及发展的全过程，才能作为正确诊断疾病的初步依据。所以问诊是医生正确认识疾病的基本方法之一，每个医生必须熟悉与掌握它。

通过问诊，也能了解病人的思想情况，以便使医生能及时进行细致的政治思想工作，充分发挥病人的主观能动性，配合医生，战胜疾病。

【问诊注意事项】

在问诊时，医生必须以深厚的无产阶级感情，学习白求恩同志对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱的精神对待病人。对病人要关心、体贴，态度要和蔼，言语要通俗易懂，并耐心倾听病人的叙述。

在问诊中，要客观、全面、细致，并善于抓住主要矛盾，对主要症状要作深入询问。同时，也要根据具体需要，对病人进行启发式的提问，引导病人确切、详细而有次序地说出疾病的发生与发展过程，但在提问时不能带主观性及片面性。

问诊一般是在体格检查之前进行，但在检查之中或在检查之后，以及在疾病的观察过程之中，还应根据具体情况的需要，及时作补充询问了解，以便更正确的认识病情。遇有危急病人，应在扼要的了解病情之后，立即进行抢救，或边抢救边询问，以免延误抢救时机。

【问诊内容】

一、一般项目：包括病人的姓名、性别、年龄、籍贯、民族、成份、婚姻、职业、住址及就诊日期等。

二、主诉：主诉是疾病在发生过程中使病人感到最痛苦的主要症状，它反映疾病的要点及概貌。要将疾病的一至数个主要症状的性质及持续时间用简短的语句记录出来，如“发热、咳嗽、胸痛2天”，“上腹隐痛3年，呕血1天”。

三、现病史：即此次患病的经过，是病史中最重要的部分。应仔细了解从这次得病的最初症状起，到看病时止的疾病的全过程。特别要注意询问：

（一）起病的具体时间，起病的缓急，有无诱因。

（二）主要症状的特点及其演变过程，特别要问清楚主要症状的性质、部位、程度、持续或间歇、缓解或加剧的因素等。有哪些伴随症状，它们有什么特点及出现的时间，均需依次问清楚。如疾病的病程短，应按日数或按钟点来描述病情的变化。如病程

较长，则可按月、按年或分阶段来描述病情的变化。对反复发生的疾病，应仔细描述初次发病时的情况，对以后的复发，则可仅记录复发的时间及次数，以及与初发时不同之处，以免重复。

(三) 了解病人在发病后的诊治情况，病人在来院前在何时、何地曾进行过哪些检查与诊断，曾用过哪些治疗，包括尽可能了解得到的药物、剂量、治疗方法及治疗效果等。

(四) 对病人的全身情况也要进行了解，包括有无畏寒、发热，食欲及食量改变，大便及小便的量及次数，睡眠、体重改变，何时丧失劳动力，何时卧床不起等。

(五) 对那些具有鉴别诊断意义的阴性症状，应予以询问及描述，

四、既往史：指病人在此次得病前过去的健康情况及患病情况，包括：

(一) 过去的健康状况，以往体质强壮或瘦弱，少病或多病，劳动力情况。

(二) 曾经患过那些疾病，其主要症状，持续时间及治疗经过。一般需按系统进行询问，以免遗漏。

(三) 有无外伤、手术、过敏或传染病史，曾接受过何种预防接种，后者对儿童病人尤为重要。

五、个人史：指病人以往生活情况，包括出生地点，到达何处，职业及劳动情况，饮食习惯，烟酒嗜好及婚姻状况等。

儿童患者需询问出生前母亲怀孕及生产过程（顺产、难产），发育过程（何时出牙、坐、走、说话等）及喂养情况（母乳、人工喂养）等。

六、月经史及生育史：对女性病人应询问月经及生育情况：何时月经初潮，月经周期及行经日数（通常以 $\frac{\text{行经日数(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 表之），末次行经日期，月经量及颜色，有无痛经，白带的多少、性质及气味，何时结婚，妊娠次数，分娩次数及过程等。

七、家庭史：询问有关父母、爱人、子女或其他家庭成员的健康情况，有无类似疾病，有无传染病（如结核病）。如有死亡者，应问明死因。

【各系统疾病问诊提纲】

各系统疾病均有其特殊的症状，故问诊内容随病情而异。现将各系统疾病的常见症状列举如下，以供问诊时参考。

一、呼吸系统疾病：鼻塞、咽痛、咳嗽（时间、性质）、咳痰（性质及量）、咯血（量）、气促、胸痛、发热、盗汗等。*可结核或肺癌所致*

二、循环系统疾病：活动后心冲、气促、心前区疼痛、水肿、咳嗽、咳痰、咯血、头昏、头痛、失眠、上腹胀满感、尿量等。

三、消化系统疾病：食欲减退或异常、恶心、呕吐（次数、呕吐物）、嗝气、返酸、腹痛（性质、部位、时间）、腹泻、便秘、黄疸、吞嚥困难等。

四、泌尿系统疾病：尿急、尿频（次数）、尿痛、少尿、夜尿、血尿、水肿、腰痛等。

五、血液系统疾病：头昏、眼花、耳鸣、心冲、气促、出血、发热、骨骼疼痛、淋巴结肿大、痞块等。*造血系统*

六、内分泌及代谢疾病：食欲异常、食量增加、多饮、多尿、肌肉震颤、性格改变、

智力发育、性器官发育及性欲改变、第二性征改变、体重及骨骼改变等。

七、关节及运动疾病：关节疼痛、红肿、发热，与气候变化的关系、关节畸形、活动度、跛行、肌肉乏力、肌肉萎缩、震颤等。

八、神经系统疾病：头痛及其部位、性质及时间，失眠，视力障碍，意识障碍，昏迷，抽搐，瘫痪，性格改变，精神症状等。

【中医的问诊】

中医的问诊与现代医学的问诊在内容上基本相同。中医问诊的主要特点是：(1)重视了解症状的发生与演变过程，主要症状和伴随症状之间的关系，配合其他诊断材料，找出主证与兼证；(2)重视询问与八纲辨证有关的症状。

中医问诊的基本内容包括：(一)问寒热(如有无畏寒或发热，孰轻孰重)，(二)问汗(如有无出汗，自汗或盗汗)；(三)问二便(如小便清长或短赤，大便干结或稀溏)；(四)问饮食(如口味、食欲、口渴、喜冷饮或热饮)，(五)问头身(如头痛、头昏，眼花、耳鸣、耳聋、背痛、腰痛、四肢痛等)；(六)问胸腹(如胸胁痛、腹痛、喜按或拒按)；(七)问月经(如经期、经量、颜色、白带)；(八)问病因及治疗经过等。

第二章 症状学

第一节 发 热

发热是最常见的重要症状之一，对其病因、发病机理及热型需深入理解。

【体温和调节和正常变异】

正常人的体温保持相对的恒定，不因外界环境温度的变化而变化，这是在体温中枢的调节下，通过产热过程及散热过程的平衡来控制的。

通常测量体温的方法有口温、腋温与肛温三种。正常口温在 $36.2-37.2^{\circ}\text{C}$ 之间，腋温较口温稍低，而肛温则较口温稍高 $0.4-0.5^{\circ}\text{C}$ 。肛温测定虽不很方便，但能更正确地反映机体的内在温度。

正常体温因饮食、活动及运动等生理情况而有所波动，一般是晨低而晚高。儿童的代谢率较高，其体温较老年人高。妇女在月经前期和妊娠期体温也稍高。少数健康人的常温也可能低于 36.2°C 或高于 37.2°C ，这些体温的生理变异应与病理发热相区别。

【发热的原因及机理】

当机体受到某些致热物质的刺激，体温调节中枢发生机能障碍，使产热及散热过程失去平衡，引起发热；其中又以散热量减少为主，产热量过多仅居次要地位。发热的病因，可分为下列几种：

一、感染：为最常见的发热病因。

(一)急性传染病：如细菌感染（肺炎、猩红热、流行性脑脊髓膜炎、伤寒、痢疾、败血症等），立克次体属（斑疹伤寒），病毒类（麻疹、流行性感冒、乙型脑炎等），原虫

病（疟疾、阿米巴病）。

（二）慢性传染病：结核病，血吸虫病。

（三）局部感染：中耳炎、胆囊炎、肾盂肾炎、疔、疖等。

二、组织破坏及无菌性坏死：大量蛋白质分解产物作为刺激，可引起发热。

（一）机械或物理损伤：大手术后、外伤、骨折、烧伤。

（二）组织破坏：心肌梗死、大量内出血、X射线照射。

（三）肿瘤：癌、白血病、淋巴瘤。

三、产热散热异常：

（一）产热过多：如甲状腺机能亢进时基础代谢加强，体温可稍升高。

（二）散热失常：如广泛性皮炎、鳞皮病、高温中暑。

四、生物制剂或药物反应：如输液反应、输血反应、血清病、药热等。

五、中枢神经失调：中枢神经系统疾病如脑溢血、脑震荡、颅骨骨折，精神病等，均能引起散热失常而导致高热或过高热。

六、其他：结缔组织疾病如急性播散性红斑性狼疮、皮肤炎等也常伴有发热。

【热型及发热程度】

通常认为如体温在 37.2°C — 38°C 为低热， 38° — 39°C 为中度发热， 39°C 以上为高热，超过 41°C 为过高热。过高热是病情危重的表现，应及时进行处理。

对发热病人应定时观测体温，通常4—6小时检查一次，必要时可1—2小时检查一次，并绘成体温曲线，以了解病情的变化。注意体温上升、持续和下降的情况。上升可能是突升或渐升，下降也可能为突降或渐降；发热的持续阶段也可能有不同的表现。某些疾病常有其特异的发热变化，称为热型。根据热型的不同有一定的鉴别诊断意义。常见的热型有以下几种：

一、稽留热：高热在 39°C 以上，持续数日或数周，一日内体温波动在 1°C 以内，见于某些急性传染病如伤寒、斑疹伤寒、大叶性肺炎等。（图1—1）。

二、弛张热：高热达 39°C 以上，但体温波动较大，可达 $2-4^{\circ}\text{C}$ ，但不降到正常，多见于化脓性疾病如肺脓肿、败血症等（图1—2）。

三、间歇热：体温突然上升达 39°C 或以上，经过数小时以后降到正常，间歇1—2天后，又再上升，如此反复发作，见于疟疾（图1—3）。

四、波状热：又称周期热，体温高达 39°C 以上，持续数日或十数日后渐降到正常，经过间歇数日或数周后，又重新发热，再持续多日后又下降，如此反复发作，见于回归热、波浪热、何杰金氏淋巴瘤等（图1—4）。

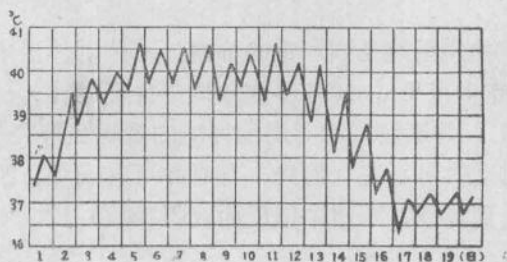


图 1—1 稽留热

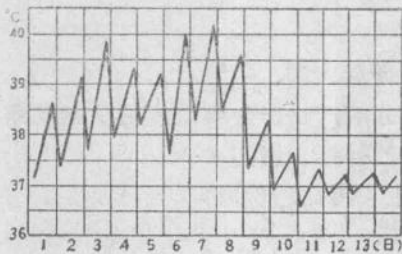


图 1—2 弛张热

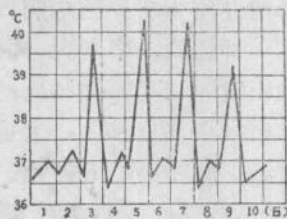


图 1—3 间歇热

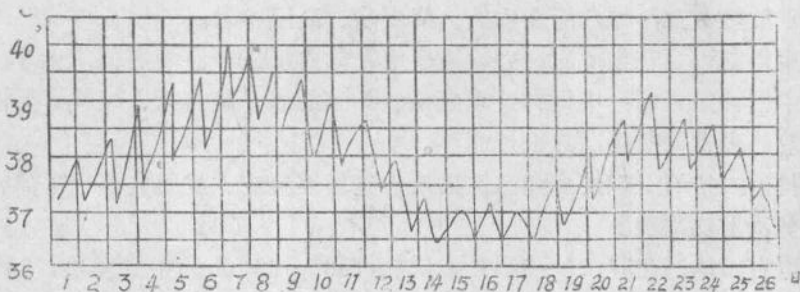


图 1—4 波状热

五、长期低热：病人有长期低热 37.2°C — 38°C ，持续数周或数月，常见于结核病、风湿病及功能性低热。

【病史询问要点】

许多疾病的发热有它一定的规律性，可借助进行鉴别诊断。在询问病史时，要详细了解起病的缓急、发热的时间、程度、波动情况、发热的久暂及间歇情况，是否伴随有畏寒、寒战及出汗。有无传染病接触史。有无伴随各系统症状。如发热伴有咳嗽、咳痰及胸痛可能表明有肺部感染；发热伴有腹痛、腹泄可能为肠道传染病；发热伴有腰痛、排尿异常，则应考虑为泌尿道感染。

第二节 昏 迷

昏迷是机体的高级神经系统受到严重的抑制，机体对外界事物失去知觉的一种临床表现。昏迷重者意识完全丧失，对各种刺激均失去反应，大脑机能仅能维持呼吸和循环等重要器官的功能。昏迷较浅者对周围环境的意识虽已丧失，角膜反射、对光反应、吞咽及咳嗽等生理反射可不完全消失，有时并可有谵妄、四肢乱动，手足的腱反射增强等。（因为大脑受到抑制，下级中枢反而获得释放）。

【昏迷的病因】

一、中枢神经系统疾病：如脑外伤、脑震盪，脑血管疾病，颅内肿瘤等。

- 二、感染：如流行性脑脊膜炎、乙型脑炎、结核性脑膜炎、脑型疟疾、败血症等。
- 三、代谢障碍：如糖尿病酮中毒、低血糖症、尿毒症、肝昏迷、肺源性脑病等。
- 四、中毒：如CO中毒、有机磷农药中毒、巴比妥中毒及其他药物或化学品中毒等。
- 五、其他：如高温中暑。

【病史询问要点】

昏迷病人意识丧失，要向家属或护送人员详细了解病人发生昏迷的前后经过，发生的快慢，当时的环境；有无外伤，有无与特殊物品接触或服药情况。是否伴随有发热、呕吐、抽搐；昏迷前的健康情况，有无传染病、糖尿病、心脏病、肾脏病及血压情况。

第三节 呼吸困难

呼吸困难是病人感到“呼吸费力”、“空气不够用”或“气促”。严重的呼吸困难使病人不能平卧而被迫采取坐位或半卧位，称端坐呼吸。

正常人呼吸均匀，深度适当，不感费力，一次吸气及呼气量平均为500毫升。成年人每分钟呼吸16—20次，妇女较男人每分钟可多2—4次；儿童呼吸较成年人为快。一般成人呼吸次数与心脏搏动的比例是1:4，我国古代医学家早就观察到这点，称“一息四至”。

【呼吸困难的表现】

在病理情况下，呼吸的次数、深度及节律可发生变异。

一、呼吸次数的变化：

(一) 呼吸增快：呼吸次数每分钟超过24次，常见于发热、贫血、肺脏疾病、心脏疾病等。有些癔病患者可表现为呼吸浅而快，一分钟可达60—100次。

(二) 呼吸减慢：呼吸次数每分钟少于10次是中枢神经系统受到抑制的表现，见于颅内高压，尿毒症，药物中毒等。

二、呼吸深度的变化：

(一) 呼吸加深：当呼吸中枢受到强烈刺激，呼吸变深而慢，称库司曼氏(Kussmaul)呼吸，见于酸中毒，糖尿病酮中毒、尿毒症等。

(二) 呼吸变浅：当肺气肿、呼吸肌麻痹或服用大量镇静剂时，呼吸深度可明显变浅。

三、呼吸节律的变化：最常见的是潮式呼吸，即陈—施二氏(Cheyne-Stokes)呼吸，病人的呼吸运动呈波形的增大及减小，并与呼吸暂停相交替(图1—5)。潮式呼吸是呼吸中枢受到严重抑制的表现。此时，呼吸中枢的兴奋性降低，对血中 O_2 及 CO_2 浓度的变化一般不敏感，于是呼吸减慢减弱，直到呼吸停止后，血中 CO_2 浓度增高及 O_2 缺乏达到相当的程度，才能使颈动脉窦及主动脉弓的化学感受器和呼吸中枢受到较强烈的刺激，引起呼吸运动的恢复，

并加深加快。其后，血中 CO_2 浓度降低， O_2 浓度增高，强烈刺激解除，衰弱的呼吸中枢仍处于抑制状态，呼吸又变

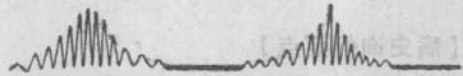


图 1—5 潮式呼吸

浅变慢，继而暂停，如此周而复始。对潮式呼吸应及时进行治疗，否则，中枢抑制加深，病

人将最终出现呼吸完全停止。

潮式呼吸见于中枢神经系统疾病和大脑循环障碍，如脑溢血，脑血栓形成，脑动脉硬化，颅内压增高（脑膜炎、脑肿瘤），心脏功能不全以及某些中毒如尿毒症、糖尿病昏迷、吗啡中毒等。健康老年人及小儿在睡眠时也可出现轻度的潮式呼吸现象。

四、阵发性呼吸困难：常引起病人呈强迫坐位，称端坐呼吸，见于支气管哮喘及急性左心功能不全，（详后）。

【呼吸困难的病因】

一、肺原性呼吸困难：由于呼吸器官的功能障碍或器质性损害，引起肺换气不足，肺活量降低或肺血循环障碍所致。

（一）呼吸道阻塞：如喉、气管或支气管的炎症（如白喉）、痉挛（如支气管哮喘）、异物阻塞或肿瘤压迫等机械阻塞，引起肺换气量不足，血中缺氧及二氧化碳潴留而有呼吸困难。

（二）肺组织病变：如大叶性肺炎、肺结核、肺脓肿、肺气肿等肺实质病变，均能减少肺换气量。

（三）胸膜病变：胸腔积液、气胸、胸膜增厚等均使肺脏受压，肺活量减少而有气促，严重的胸廓畸形也引起肺活量减少。

二、心原性呼吸困难：见于各型心脏病，当心脏功能不全时，随着病情的发展，病人稍有活动，即感呼吸困难及心悸。

（一）右心功能不全：由于大循环郁血，血液循环减慢，血中含氧量降低，并有乳酸及丙酮酸等代谢产物滞留，刺激化学感受器，使呼吸增快。

（二）左心功能不全：由于左心排血量减少，肺血管淤血，肺泡内张力增高，肺活量减少，血中缺 O_2 及 CO_2 滞留而有呼吸困难。病人常在夜间突然惊醒，发生呼吸困难，并有窒息感，被迫坐起，称“心源性哮喘”。轻者可于坐起后片刻，气促消失而重新入睡。重者则于夜间连连发作，呼吸极度困难，出汗、发绀，甚至咳出大量粉红色泡沫痰（肺水肿的表现），需进行紧急处理。心源性哮喘常在夜间发生，其原因可能是睡眠后呼吸中枢的兴奋性降低，加上平卧后肺充血加重，肺活量进一步减少，缺 O_2 及 CO_2 滞留更为加重所致。（坐位时，上半身及肺脏的血液可部分转移到腹腔及下肢，使回心血量减少，肺充血减轻，能使肺活量增加10—30%）。

三、中毒性呼吸困难：酸中毒病人呼吸深而慢，称库司曼氏呼吸。毒血症病人常有高热，代谢亢进，有呼吸增快。

四、血原性呼吸困难：重症贫血，CO中毒，变性血红蛋白血症等，因红细胞带 O_2 量减少，使呼吸加深加快。

五、神经性呼吸困难：中枢神经系统病变如脑溢血、脑肿瘤等引起颅内压增高时，呼吸中枢因血流减少，或直接受压力的刺激，使呼吸变深而慢，严重者可有潮式呼吸。

【病史询问要点】

对呼吸困难的病人应询问起病的缓急，发作的时间，与体位及运动的关系，有无夜间哮喘，有无中毒史，有无咳嗽、发热、胸痛等伴随症状，有无心脏病，高血压病等病史。

第四节 发绀

发绀是指病人的皮肤及粘膜出现青紫色，其基本原理是血液中还还原的血红蛋白增多，超过5克%时，即可出现发绀。

【发绀的病因】

一、中枢性发绀：血液在肺内氧合不足，动脉血氧未饱和度增加（动脉性缺氧），因而出现发绀，见于（1）呼吸道阻塞，肺泡内空气流通受阻，氧张力降低。（2）肺部疾病，氧由肺泡透入血液的扩散作用受阻（如肺炎、肺气肿、肺充血、肺水肿等）。

二、周围性发绀：当周围血液循环缓慢时，血液在组织的毛细血管中脱氧过多（郁滞性缺氧），因而出现发绀，见于各型心脏病有心脏功能不全。如局部静脉栓塞或静脉受压，局部有瘀血及血循环缓慢，形成局部发绀。

三、动静脉血混合：当有某些先天性心脏病时，部分静脉血液未经过肺循环即直接进入动脉血流，引起动静脉血混合而有发绀，见华乐氏（Fallot）三联症。

四、血液中含有变性血红蛋白衍化物，如高铁血红蛋白血症或硫化血红蛋白血症时，血氧饱和度降低，引起发绀，见于药物或化学药品中毒，亚硝酸盐类中毒（肠源性紫绀）等。

【病史询问要点】

应了解发绀的时间、部位、有无心脏、肺脏及周围血管疾病等，有无进食大量变质的蔬菜，有无服用某些药物或与某些化学药品接触等。

第五节 咳嗽

咳嗽是一种反应性防御动作，常由于呼吸道炎症或受刺激引起，故咳嗽是呼吸系统疾病的常见症状。

【咳嗽的性质及病因】

一、干咳：咳而无痰，多见于呼吸道受刺激（如吸入刺激性气体）和轻度炎症（如上呼吸道感染、支气管炎等）。

二、咳痰：由于支气管或肺的充血和炎症，呼吸道分泌物增多而有痰咳出。因病变性质不同，痰量和性状也不同。

（一）痰量：支气管炎，肺炎早期及轻度肺结核的痰量不多。大量咳痰常见于肺脓肿，支气管扩张症，肺结核有空洞等，有时一日痰量可达数百毫升。

（二）痰的性状：粘液性痰见于支气管炎及肺炎早期；血性痰（血丝、血块）见于肺结核、支气管扩张症等；粉红色泡沫痰见于肺水肿；铁锈色痰见于大叶肺炎；脓稠痰可见于肺炎、肺结核、支气管扩张症等。肺脓肿和支气管扩张症的痰量多，常有臭气，久放后可分三层，上为粘液泡沫样层，中为水样浆液层，下为脓液层。

三、咳嗽的时间：慢性支气管炎有经常性咳嗽，百日咳及呼吸道异物有发作性及痉

挛性的咳嗽；支气管扩张症常早晚有阵咳多痰。

四、咳嗽的伴随症状：咳嗽伴有高热、气促及胸痛可见于肺炎、肺脓肿及胸膜炎。慢性咳嗽伴有长期低热、盗汗、乏力等多为肺结核的表现。咳嗽伴有呼吸困难常见于哮喘、心脏病等。

【病史询问要点】

注意了解咳嗽的性质，时间，是持续还是间歇性，与气候变化及体位变化的关系；注意痰量及性状，颜色、气味；有无血痰或咯血；有无伴随发热，胸痛、呼吸困难、声嘶等。过去有无久咳、咯血及心脏病史等。

第六节 咯 血

咯血是指气管、支气管及肺实质病变的出血，随咳嗽而经口腔排出者。咯血不包括口腔、牙龈、鼻、咽等处的出血。咯血的特点是常有咳嗽的动作，血随痰相混而排出，呈鲜红色。咯血需与呕血相鉴别，详见表 1—1。

表 1—1 咯血与呕血的鉴别

咯 血	呕 血
1. 经咳嗽而出。	随呕吐而出。
2. 呈鲜红色，常混有泡沫。	呈暗红色或褐色，无泡沫。
3. 与痰相混，呈碱性反应。	与食物相混，呈酸性反应。
4. 咯血前有咽喉部痒感。	呕吐前带有恶心感。
5. 咯血后常有痰中带血。	无痰中带血。
6. 大便颜色一般正常。	常伴有黑便或柏油样便。
7. 常有呼吸系统或心血管病史。	常有胃病或肝病史。

【咯血的病因】

一、呼吸器官疾病：最常见的咯血病因是肺结核，其次是支气管扩张症，其他如肺癌、肺脓肿、肺吸虫病等。

二、心血管疾病：常见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄患者，当肺瘀血严重时可引起咯血。急性左心功能不全有肺水肿时，可咯出大量粉红色泡沫痰。

三、出血性疾病：如血小板减少性紫癜偶可见咯血。

【病史询问要点】

应了解咯血的时间、血量、随伴症状（咳嗽、痰量及性质、胸痛等）。询问有无呼吸系统或心血管病史。仔细区别是咯血还是口腔粘膜、牙龈、鼻咽部出血或是呕血。

第七节 胸 痛

胸痛主要由胸壁或胸腔内脏器的疾病引起，常因胸痛的部位、时间、性质及伴随症

状不同而有不同的临床意义。

【胸痛的原因】

一、胸壁疾病：胸痛常与呼吸系统及咳嗽动作相连，有时伴局部压痛，见于胸膜炎、胸壁挫伤等。肋骨软肋膜炎常发生于第二或第三或第四肋骨与软肋骨交界处，多有局限性隆起及压痛。

二、肺脏疾病：肺组织的疾病本身不引起疼痛，只有当病变连及壁层胸膜时，病人才感胸痛，常见于大叶肺炎、肺脓肿、肺癌等。

三、心血管疾病：如心包膜炎、冠状动脉硬化心脏病（心绞痛、心肌梗死）等，多在胸前区或胸骨后痛，心绞痛常向左肩及左臂放射。

四、其他：如纵膈疾病，食道疾病等。

【病史询问要点】

应询问胸痛发生的时间、性质、部位及放射方向；与呼吸、咳嗽、体位变化的关系，有无伴随症状如发热、咳嗽、呼吸困难、心悸等。

第八节 心 悸

当病人感觉心跳或心冲时，称为心悸。正常人心律规则，心搏每分钟60—80次时，不感到心悸；当有惊惧或活动增加时，由于心搏加快，也可有心悸感。

【心悸的病因】

心悸的基本原因是心脏功能不全，心动过速或节律不规则，常见于：

一、各种心脏病：如风湿性心脏病，高血压心脏病，冠状动脉硬化心脏病，先天性心脏病等，随着病情的发展及心脏功能减弱，病人活动增加时，即感心悸。

二、心律失常：如期外收缩，心房纤维震颤，阵发性心动过速等，病人感心悸，或有胸内突发的梗阻感或窒息感。

三、甲状腺机能亢进由于基础代谢增加，心律增快，或伴有心律失常，病人常有心悸。

四、高热及严重贫血或大失血后，有代偿性心动加速，病人有心悸感。

五、功能性心悸：当情绪紧张或在神经官能症患者，心脏虽无器质性疾病，也常感心悸。

【病史询问要点】

询问心悸发生的时间、久暂、间歇、与活动的关系，是否伴有气促、浮肿、发热、贫血、出血等，有无心脏病及高血压史。

第九节 腹 痛

腹痛是消化系统疾病中最重要的常见症状，主要由于腹腔器官病变或功能失调所致。应注意了解腹痛的部位、性质、时间等。

【腹痛的部位】

大多数腹痛与腹内脏器所在的部位相适应。1. 上腹痛常见于胃炎、溃疡病；右上腹痛多为肝、胆疾病如胆囊炎、胆石症、肝脓肿、肝炎等；2. 右肾有病可有右腰或右上腹痛。3. 左上腹痛多为胃或胰腺的疾病（溃疡病、胰腺炎）；4. 右下腹痛常见于阑尾炎、肠结核；5. 脐周腹痛多见于蛔虫病、肠粘连、肠梗阻等。女性病人的下腹痛应考虑盆腔炎、附件炎、宫外孕破裂等。有时腹痛的部位也可能有变动，如急性阑尾炎可先出现上腹疼痛，而后疼痛慢慢移向右下腹部。有时腹部疼痛可能是腹外脏器病变所引起的牵扯痛，如大叶性肺炎，急性心肌梗死等均可发生上腹部的牵扯痛，有时甚至很象急腹症而导致误诊，应引起注意。

【腹痛的性质】

一、钝痛、隐痛、胀痛、烧灼痛等，疼痛一般较轻，常见于溃疡病、胃炎、肝炎等。

二、绞痛：是一种阵发性的剧痛，象刀割一样或扭绞一样，常突然发生，发作时病人常在床上翻滚，呻吟不安。这是由于空腔器官的平滑肌痉挛所致，常见于胆道、肠道及泌尿道炎症及梗阻。

（一）胆绞痛：多发生于右上腹部或剑突下偏右侧处，可放射（或牵扯）到右肩部或右肩胛间区，常伴有恶心、呕吐、发热及黄疸，见于胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫病等。

（二）肠绞痛：多位于脐周，进食时加重，常伴有腹胀，肠鸣增加，呕吐或腹泄等，见于急性肠炎、肠蛔虫病、肠粘连、肠梗阻、肠套叠等。

（三）肾或输尿管绞痛：疼痛常发生于腰部或脐旁外侧，向下放射到腹股沟内侧及会阴处，常伴有排尿困难及血尿，见于肾或输尿管结石、急性肾盂肾炎等。

【病史询问要点】

应仔细询问疼痛发生的时间、起病的缓急、疼痛的部位及性质，有无放射痛或部位转移，与体位的关系等。注意询问伴随症状如发热、呕吐、腹泄、便秘、黄疸、排尿困难、血尿等。

第十节 呕吐、腹泄、便秘

【呕吐】

呕吐是中枢神经系统疾病及消化道疾病常见的症状，病因较复杂。要详细了解呕吐发生的时间，呕吐前有无恶心，呕吐物的性状、量，有无呕血等。

常见呕吐的原因有：

一、中枢性呕吐：多突然发生，呕吐前无恶心感，胃内容物急速而有力的喷出，称“喷射性呕吐”。见于颅内病变或颅内压增高时，如脑膜炎、脑炎、颅内肿瘤、颅脑外伤等。

二、胃原性呕吐：呕吐前多有恶心、或有腹痛，腹胀等症状，见于胃炎、溃疡病伴幽门梗阻，胃癌、高位性肠梗阻等。