

诊断字基础

姜月华 张贵健 张瑜瑶 编著

全国盲人按摩专业统编教材



中国盲文出版社

全国盲人按摩专业统编教材

诊断学基础

姜月华 张贵健 张瑜瑶 编著

中国盲文出版社

图书在版编目(CIP)数据

诊断学基础:盲文/姜月华,张贵健,张瑜瑶编著. —北京:中国盲文出版社,1997.6

全国盲人按摩专业统编教材

ISBN 7-5002-1028-0

I. 诊… II. ①姜… ②张… ③张… III. 诊断学-盲人教育-教材-盲文 IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1997)第 09225 号

编审委员会名单

李业甫	成为品	姜月华	滕伟民	
万 明	邓延满	王玉花	王松泉	王志林
王会霞	叶逢山	刘冠玮	乔宽奇	伏天云
李海燕	李晓萍	李烁华	李瑞英	张贵健
赵小宁	胡 南	徐贤品	席蔚青	韩纪斌
韩桂琴	董爱民			

全国盲人按摩专业统编教材

诊断学基础

姜月华 张贵健 张瑜瑶 编著

出版者:中国盲文出版社

发行者:中国盲文出版社

地 址:北京市丰台区卢沟桥城内街 39 号

邮 编:100072

电 话:(010)83895214 83895215

印 刷:北京凯鑫彩色印刷有限公司印刷

787mm×1092mm 16 开 8.75 印张 201 千字

1997 年 7 月北京第 1 版 2006 年 12 月北京第 3 次印刷

印数:5001—7000 册

ISBN 7-5002-1028-0/R·118

定价:11.20 元

再 版 前 言

我国有 877 万盲人,他们是一个特别困难又特别渴望参与社会、奉献于社会的群体。

按摩是祖国传统医学的瑰宝,是人类最古老的治疗方法,在炎黄子孙繁衍昌盛的历史长河中,它有着不可磨灭的独特功勋。按摩以手法治病、无损伤、无副作用、简便易行、经济有效的特点,深受人们欢迎,从古至今源远流长,经久不衰。盲人具有记忆力强、触觉灵敏、注意力易于集中等独特优势,最适宜从事按摩工作。

1989 年 4 月,由中华盲人按摩中心组织编写的全国盲人按摩专业统编教材,经过各地按摩教学单位 7 年多的教学实践证明,本套教材适合盲人特点,符合盲人教学要求,在培养、培训盲人按摩教学中起到了重要作用。但是,由于本套教材属首次编写,在各学科的深度和广度方面还存在着一定的不足。为了进一步提高按摩教学质量,培养更多更好的医疗按摩人才,推动我国盲人按摩事业的发展,经中国残疾人联合会批准,我们组织有关教学人员和专家对第一版全国盲人按摩专业统编教材进行认真修改,并于 1995 年 12 月召开了第一次修改编审会议,1996 年再次召开了审定会议,确定了解剖学、按摩学基础、内、伤、妇、儿科按摩学等十八门按摩教材与大纲。

本套教材在原版基础上,对主要学科的内容进行了增减,加强了解剖学中运动系统、神经系统的深度,扩充了原版中医基础学、中医诊断学、医古文等学科的内容。既适用于盲人按摩中等教育、保健按摩师资格培训,也可供其他医疗按摩人员和按摩爱好者使用。

本套教材在修改过程中得到了中国中医研究院西苑医院、南京中医药大学、安徽中医学院专家的指导,也得到了河南省盲人按摩学校、山西省盲人卫生学校、陕西省自强中专学校、安徽盲人按摩学校的领导和原作者的理解与支持。在此一并表示感谢。

教材是培养专门人才和传授知识的重要工具,教材质量的高低直接影响到人才的培养,要想提高教材的质量,必须不断地予以实践和修改。本套教材虽经作者和编审会认真修定,仍不可避免地存在不足之处,衷心希望各地按摩教学人员和广大读者在使用中进行检验,并提出宝贵意见,为进一步修订做好准备,逐步使之成为科学性更强,教学效果更好的盲人按摩专业的教学用书,以期更好地适应我国盲人按摩事业发展的需要。

全国盲人按摩专业统编教材编审委员会

一九九六年四月

目 录

绪 论	(1)
第一章 常见症状	(3)
第一节 发热	(3)
第二节 头痛	(6)
第三节 胸痛	(7)
第四节 腹痛	(7)
第五节 腰痛	(9)
第六节 呼吸困难	(10)
第七节 咳嗽、咳痰	(11)
第八节 咯血	(12)
第九节 呕血与便血	(13)
第十节 恶心与呕吐	(15)
第十一节 腹泻	(16)
第十二节 便秘	(17)
第十三节 惊厥	(18)
第十四节 水肿	(18)
第十五节 昏迷	(20)
第十六节 心悸	(21)
第十七节 紫绀	(22)
第二章 问诊	(24)
第一节 问诊的重要性	(24)
第二节 问诊的方法	(24)
第三节 问诊的内容	(25)
第三章 体格检查	(27)
第一节 体格检查的基本方法	(27)
第二节 体格检查的内容	(30)
第四章 实验诊断	(63)
第一节 血液检查	(63)
第二节 骨髓细胞学检查	(69)
第三节 止血与凝血障碍检查	(69)
第四节 尿液检查	(72)
第五节 肾功能检查	(76)
第六节 粪便检查	(78)
第七节 痰液检查	(79)

第八节 浆膜腔液检查	(80)
第九节 脑脊液检查	(81)
第十节 肝功能检查	(82)
第十一节 常用临床生物化学检查	(87)
第五章 其他检查	(91)
第一节 X线检查	(91)
一、X线检查的基础和在临床的应用	(91)
二、呼吸系统的X线检查	(92)
三、心脏和大血管的X线检查	(94)
四、消化道的X线检查	(96)
五、泌尿系统的X线检查	(99)
六、骨与关节的X线检查	(100)
七、妇产科X线检查	(107)
第二节 计算机体层摄影(CT)和核磁共振	(108)
一、计算机体层摄影(CT)	(108)
二、核磁共振	(109)
第三节 心电图检查	(110)
一、心电图波形和间期的正常范围	(110)
二、心电图检查在临床的应用	(111)
三、心电图阅读分析方法	(118)
第四节 超声波检查	(119)
一、超声波的检查法	(119)
二、B型超声诊断仪的临床应用	(119)
三、超声心动图	(123)
第六章 诊断步骤和病历书写	(126)
第一节 诊断步骤和思维方法	(126)
第二节 病历书写	(128)

绪 论

诊断学是论述诊断疾病的基本理论和方法的一门课程,即将问诊、体格检查和其他特殊检查结果,经过综合、分析和推理,从而对疾病作出正确的判断。其检查方法包括询问病史、体格检查、实验室检查、X线检查、心电和超声检查等。诊断学的课程内容范围很广,新的检查方法不断涌现,本教材所涉及的只能是临床各学科中最基本的方面。

一、《诊断学基础》的内容

(一)症状与问诊

症状能够很早期地提示疾病的存在。症状是指在疾病状态下机体生理功能发生异常时病人的感受,当这种异常感受开始出现时,在临床上有时尚不能检查出病理形态的改变(即体征),但通过问诊却能获得。将病人叙述的症状对照生理学、病理生理学、病理学的知识来进行分析,推导后获得的印象或初步结论称为症状诊断。症状诊断主要是通过问诊实现的,因此,系统的、深入细致的问诊,对医者重要的基本训练。

(二)体格检查

体格检查是指医者用自己的感觉器官或简单的辅助工具(听诊器、叩诊锤、体温表等)对病人进行细致的观察与系统的检查,发现异常征象,经这种方式提出的临床判断称为检体诊断。检体诊断的基本方法包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。体格检查所发现的体征比问诊所得的主观症状有时更为可靠,故体格检查是诊断过程的重要内容之一。

(三)实验室检查

实验室检查是利用病人的血液、排泄物、分泌物、体液、组织细胞等标本进行理化和生物学等检验,再结合临床进行全面分析的诊断方法。近年来,实验室检查技术发展很快,先进的实验室技术不断涌现,实验室检查的诊断价值日趋重要,已成为临床诊断不可缺少的组成部分。但由于标本的采取、保存、仪器的稳定性和技术人员操作的熟练程度不同,往往会导致某些因素所致数据差异,因此,当实验结果与临床表现不符时,必须结合病史和体格检查作系统的、全面的考虑或进行必要的重复,偶然的阳性或阴性皆不应视为肯定或否定临床诊断的依据。

(四)X线检查

X线检查是利用X线的穿透性和荧光、摄片原理,通过透视、摄片等方法,将人体组织的功能或器质性病变在荧光屏或X线片上显示出来,并运用基础医学知识,结合其他临床资料来解释所显示出病变的临床意义。X线检查不但能验证其他检查所发现的病变,并能发现体格检查与实验诊断所难于察觉的病变。

(五)心电图检查

心电图是利用心电图机描记的心肌生物电流动作的曲线,根据对曲线图形的分析判断心脏疾患的方法。心电图是某些心脏疾患的重要检查方法之一,是目前检查心律失常、

心肌梗塞的最精确方法。然而,也必须结合临床表现全面分析,才能作出正确诊断。

(六)超声检查

是利用超声诊断仪的探头发发出超声波,经过检查组织产生回声信号,再将这些信号用波型、曲线或图象显示出来,用以分析判断疾病的方法。超声波检查对诊断腹腔脏器及心脏疾患具有独特的优点,作为一项无创伤性诊断方法,已广泛应用于临床。

(七)其他

除上述内容外,还有心音图、肺功能检查、纤维内窥镜、放射性核素、脑电图等其他一些临床常用诊断检查技术,近年来已在临床上逐渐应用。

二、《诊断学基础》的学习方法与要求

《诊断学基础》的教学已进入了临床教学。在临床教学中既要求在理论上掌握诊断的原则和思维程序,又要求熟练地掌握诊断检查方法,以及各种检查方法的适应症及临床意义。结合临床,反复实践,才能加深理解诊断学的原理、原则并巩固所学知识。

在本门课程结束时达到如下要求:

1. 能独立地进行系统问诊,系统全面而有重点的体格检查,能够运用常用的其他检查方法协助检查,书写出完整的病历并作出初步诊断。
2. 要求加强医德修养,在接触病人时,必须做到体贴、爱护,处处为病人着想。一些基本检查方法,要先在自己身上或在同学之间反复练习,掌握后再运用于病人身上,达到轻柔、准确的目的。
3. 学习诊断学基础时,应联系和复习已学过的中医知识,帮助对所学内容的理解和记忆。

第一章 常见症状

患者主观感到的异常感觉或不适感觉称为症状,例如头痛、发热、咳嗽、腹痛等;而客观检查到的病态表现称为体征,例如杂音、啰音、皮疹、肝脾肿大等,广义的症状也包括体征。主要症状往往能提供疾病诊断的重要线索。

第一节 发 热

健康人经常保持恒定的体温,这是在大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢制约下并通过神经、体液的作用调节的。患病时,如体温调节中枢发生故障,导致产热过多或散热过少,使体温超出正常范围,则称发热。在大多数情况下发热是人体防御疾病的一种反应。

一、正常体温及其生理变异

一般成人清晨安静状态下的口腔(舌下)温度波动于 $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$,有不同个体的正常体温略有差异。体温可因内、外因素的影响而稍有波动。一日间,下午较早晨为高,一般不超过 1°C 。在剧烈运动、劳动或进餐后体温可暂时升高。妇女在月经前和妊娠期体温常高于正常。在高温作业下体温也可稍高。另外,老年人代谢率较低,其体温相对低于青壮年。

二、病因

引起发热的病因很多,临床上大致可区分为感染性发热与非感染性发热两大类,而以前者为多见。

(一)感染性发热

感染是发热最常见的原因,各种病原体,如细菌、病毒、肺炎支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等所引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可出现发热。其原因是由于病原体的代谢产物或其毒素,作用于白细胞而释放出致热原,从而导致发热。

(二)非感染性发热

主要由于下列几类原因:

1. 无菌性坏死物质的吸收:如心肌梗塞、大面积烧伤、恶性肿瘤等均可产生致热原,导致发热。
2. 变态反应性疾病:如风湿热、药物热、结缔组织病等。
3. 内分泌与代谢障碍:可引起产热过多或散热过少而导致发热,前者如甲状腺功能亢进,后者如重度失水等。
4. 体温调节中枢功能失常: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、硬膜下出血、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,使体温调节中枢功能失常而引起发热。

5. 植物神经功能紊乱:由于植物神经功能紊乱影响正常的体温调节所致,临床上常表现为低热,如神经官能症。

6. 皮肤散热减少:如广泛性皮炎、鱼鳞癣等。

三、临床表现

按照发热的高低,发热可区分为下列几种临床分度:

低热 $37.4^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$

中等度热 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$

高热 $39.1^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$

超高热 40°C 以上

发热的临床表现一般可分为三个阶段:

(一)体温上升期

临床表现为疲乏、肌肉酸痛、皮肤苍白、干燥、无汗、畏寒或寒战等症状。体温上升有两种方式:

1. 骤升型

体温急剧升高,在几小时内达 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴有寒战,见于疟疾、大叶性肺炎、急性肾盂肾炎等。

2. 缓升型

体温缓慢上升,于数日内才达到高峰,见于伤寒、肺结核等。伤寒以阶梯状上升的高热为特征。

(二)高热持续期

此时体温已达高峰,临床表现为皮肤潮红而灼热,呼吸加快加强,可有出汗。此期持续时间的长短因病而异,如疟疾持续数小时,流感、肺炎可持续数天,伤寒可持续数周。

(三)体温下降期

由于机体的防御功能与适当的治疗,疾病得到控制,体温恢复正常。体温下降的方式有两种:

1. 骤降

体温于数小时内迅速下降至正常,伴有大量出汗,常见于疟疾、大叶性肺炎等。

2. 渐降

体温于数日内逐渐降至正常,见于伤寒、风湿热等。

在体温下降过程中,由于病人大量出汗,丧失大量的体液,可使血压下降,甚至休克,尤其是年老体弱及有心血管疾病的患者较易发生。

临床上,很多发热性疾病有特殊的体温曲线,谓之热型。常见的有下列几种热型:

1. 稽留热

体温持续于 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右,达数日或数周,一天内波动范围不超过 1°C 。见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等的发热极期(图 1-1)。

2. 弛张热

体温在 39°C 以上,但波动范围大,一天内体温上下波动达 2°C 以上,体温最低时一般

仍高于正常水平,见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性疾患等(图 1-2)。

3. 间歇热

高热期与无热期交替地出现。体温突然上升达 39°C 以上持续几个小时又突然下降至正常,以后间歇数小时或数日又突然升高,持续数小时后再突然下降,如此反复发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等(图 1-3)。

4. 不规则热

发热无一定规律。见于结核病、流感、支气管肺炎等(图 1-4)。

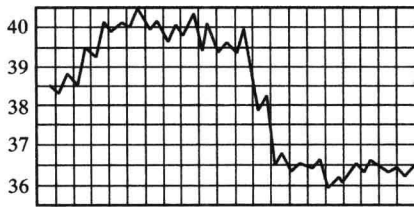


图 1-1 稽留热

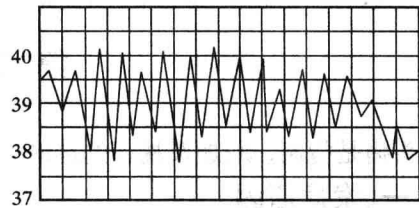


图 1-2 弛张热

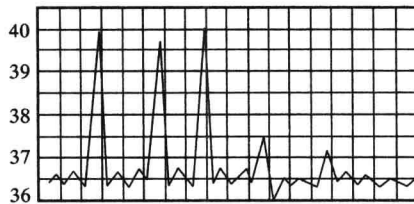


图 1-3 间歇热

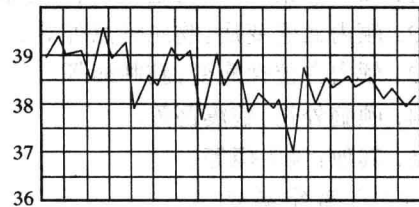


图 1-4 不规则热

在疾病过程中,有时可有两种以上的热型交互存在,如肺炎双球菌肺炎引起脓胸及败血症等并发症时,热型可由典型的稽留热变为弛张热。目前,由于抗生素的普遍应用,及时控制了感染,或因解热药及肾上腺皮质激素的应用,可使一些疾病的热型变为不典型。此外,热型也和个体反应强弱有关,年龄、营养状态均可影响热型,故应具体分析。

四、伴随症状

询问发热的伴随症状对确定疾病的部位和性质有提示诊断的意义。

(一)寒战

常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、钩端螺旋体病、流行性脑脊髓膜炎、疟疾及急性溶血性疾病等。

(二)结膜充血

多见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、恙虫病、钩端螺旋体病等。

(三)口唇疱疹

可见于多种急性发热疾病,可见于大叶性肺炎而见于小叶性肺炎或结核性肺炎;可见于流行性脑脊髓膜炎而见于结核性脑膜炎;可见于间日疟而见于恶性疟。

(四)出血现象

常见于重症感染与血液病。前者如流行性出血热、重症麻疹、重症病毒性肝炎、败血

症、感染性心内膜炎、钩端螺旋体病等；后者如急性白血病、急性再生障碍性贫血等。

(五)肝脾肿大

可见于病毒性肝炎、肝及胆道感染、败血症、疟疾、白血病、淋巴瘤、急性血吸虫病等。

(六)淋巴结肿大

可见于传染性单核细胞增多症、淋巴结核、风疹、白血病、丝虫病、淋巴瘤等。

(七)发热伴昏迷

先发热后昏迷者,可见于急性传染病,如乙脑等;先昏迷后发热症状者,可见于脑溢血、巴比妥类药物中毒等。

第二节 头 痛

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛。

一、发病原因

(一)颅内病变

1. 颅内感染性疾病:脑膜炎、脑脓肿等。
2. 颅内血管病变:脑血管意外等。
3. 颅内占位性病变:脑肿瘤等。
4. 颅脑外伤:脑震荡等。
5. 其他:偏头痛等。

(二)颅外病变

1. 头颅邻近器官或组织的病变:青光眼、鼻窦炎等病。
2. 全身性疾病:常见发热、高血压等。
3. 神经官能症:包括神经衰弱和癔病等。

二、临床表现

(一)头痛发生的急缓

急起的头痛伴发热者,常见于急性感染;头痛突然发生,伴有意识障碍与呕吐,提示脑出血或蛛网膜下腔出血的可能;头痛进行性加剧并有颅内压增高的表现者,常见颅内占位性病变;慢性头痛以偏头痛及肌肉收缩性头痛为多见。

(二)头痛的部位

由急性感染性疾病所致的头痛多位于全头部。眼源性或鼻源性头痛多为浅在性;而脑膜炎、脑炎、脑肿瘤所致头痛多为深在性,并可向病灶同侧的外表放射。

(三)头痛的性质与程度

一般来说,以三叉神经痛、脑膜刺激所致头痛最为剧烈;眼源性、鼻源性头痛多为中等度;神经官能症性头痛,则不同病人的疼痛程度可不一致;高血压、发热、脑肿瘤等常可出现搏动性头痛。

(四)头痛发生的时间

鼻窦炎引起的头痛常在上午 10 时以前最明显;颅内占位性病变者常为晨间加剧的头痛;偏头痛在月经期发作较频;神经官能症的头痛则有病程长与易变性的特点。

三、伴随症状

头痛伴发热、呕吐及脑膜刺激征者,见于颅内感染;头痛伴视力障碍者可见于青光眼、脑肿瘤等;呕吐后头痛明显减轻者是偏头痛的特点;神经官能症头痛常伴有失眠、焦虑等症状;头痛伴眩晕者多见于小脑疾患或椎基底动脉供血不足等。

第三节 胸痛

胸痛一般是由胸部脏器或胸壁组织病变所引起的。

一、发病原因

1. 胸壁病变:胸壁外伤、带状疱疹等。
2. 肺及胸膜疾病:大叶性肺炎、肺癌等。
3. 心血管疾病:心绞痛、心肌梗塞等。
4. 纵隔及食管疾病:纵隔肿瘤、食管癌等。
5. 横膈或膈下疾病:膈下脓肿、膈疝等。

二、临床表现

(一)胸痛的部位

胸壁肌肉、肋骨和肋间神经病变所引起的胸痛,常固定于病变部位,局部多有明显压痛;肺及胸膜疾病引起的胸痛,一般为单侧性,胸壁局部无压痛;心绞痛与急性心肌梗塞的疼痛常位于胸骨或心前区,可向左肩、左上肢尺侧放射;纵隔肿瘤、食管炎、食管癌的疼痛位于胸骨后。

(二)胸痛的性质

自发性气胸、急性胸膜炎、肺梗塞等常为患侧剧烈的胸痛;肋间神经痛呈阵发性灼痛或刺痛;心绞痛及心肌梗塞常呈压榨样痛,伴有窒息感;急性心包炎为刺痛或钝痛;纵隔病变常为胸骨后的闷痛或钻痛;食管炎、膈疝等常呈灼痛或灼热感。

(三)影响胸痛的因素

胸壁疾病引起的胸痛,在深呼吸、咳嗽、举臂等动作时常可加剧;心绞痛常在活动或情绪激动时诱发,而休息或含化硝酸甘油片可迅速缓解;纵隔及食管疾病,常在吞咽时胸痛加剧;心脏神经官能症则常因运动而使胸痛好转;胸膜炎、大叶性肺炎、自发性气胸等常因呼吸、咳嗽而使胸痛加重。

三、伴随症状

肺及胸膜疾病多伴有咳嗽、咳痰等症状;急性心肌梗塞可伴有发热、休克、心律失常、心功能不全及胃肠道症状;食管病变常伴吞咽困难;大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎常伴有呼吸困难;纵隔肿瘤可伴发声嘶哑及上腔静脉综合征。

第四节 腹痛

腹痛多由腹腔内脏器的器质性病变或功能性障碍所致,也可因腹外脏器病变引起。

一、发病原因

(一)急性腹痛

1. 腹腔内脏器急性炎症:急性胃炎、急性胆囊炎等。
2. 胃肠急性穿孔。
3. 空腔脏器梗阻或扩张:肠梗阻等。
4. 腹腔脏器破裂或扭转:急性肝破裂、肠系膜急性扭转等。
5. 腹腔内血管病变:心脏病、高血压、动脉硬化等。
6. 中毒与代谢障碍:铅中毒、糖尿病酮症酸中毒等。
7. 变态反应性疾病:过敏性紫癜等。
8. 胸腔疾病的牵涉痛:急性心肌梗塞、肺梗塞等,疼痛可向腹部放射。

(二)慢性腹痛

1. 腹腔内脏器慢性炎症:慢性胃炎等。
2. 腹膜及脏器包膜的牵张。
3. 肿瘤:胃癌等。
4. 肠寄生虫病:蛔虫病等。
5. 胃肠神经官能症。
6. 其他:铅中毒、尿毒症等。

二、临床表现

(一)疼痛的部位

腹痛部位与病变脏器的解剖位置大体一致。如胃痛多位于中上腹;胆道疾病为右上腹痛,可向右肩放射;阑尾炎疼痛在右下腹;小肠绞痛位于脐周;脾破裂疼痛在左上腹;胸腔疾病的牵涉痛多放射到上腹部;下腹痛则常由结肠或盆腔脏器疾病所致。

(二)疼痛的性质与程度

胃、十二指肠溃疡常呈周期性、节律性中上腹痛;若溃疡穿孔,则疼痛可突然加剧,呈剧烈的刀割样、烧灼样持续性疼痛;肠寄生虫病常为发作性绞痛或隐痛;胆道蛔虫多为剑突下的钻痛;广泛性的剧烈腹痛可见于急性弥漫性腹膜炎;慢性肝炎表现为肝区胀痛;肝癌疼痛则多呈进行性加剧。

(三)诱发、加剧或缓解疼痛的因素

胃溃疡常因进食而疼痛加重,十二指肠溃疡的疼痛进食后可减轻或缓解;暴饮、暴食往往是急性胰腺炎、急性胃扩张的诱因;胆绞痛常因进食高脂饮食而诱发;胰腺炎疼痛以卧位为甚,前倾坐位可减轻;胆道蛔虫症患者常以膝胸位使疼痛有所缓解。

三、伴随症状

腹痛伴寒战高热者,常见于急性胆道感染、腹腔脏器脓肿、腹膜炎、大叶性肺炎;腹痛伴黄疸,有利于肝、胆、胰腺疾病的诊断;腹痛伴休克,可见于急性腹腔内出血、急性胃肠穿孔、急性胰腺炎、心肌梗塞等;腹痛沿输尿管部位放射或伴有血尿,常见于尿路结石;慢性腹痛伴腹泻,常见于慢性肠道炎症,也可见于慢性肝与胰腺疾病。

第五节 腰 痛

腰痛是指腰部一侧、二侧或正中等区域发生疼痛。腰痛是许多疾病常有的一个症状。

一、发病原因

(一)内科疾病

腹腔中肝、胆、肠、胃等各种炎症,但以肾病为主。

(二)妇科疾病

宫颈炎、子宫脱垂、子宫内膜移位症等。

(三)脊柱疾病

类风湿性脊柱炎、腰椎纤维环破裂症、脊椎骨折、腰椎退变等。

(四)脊椎旁软组织病变

腰肌劳损、纤维组织炎等。

(五)脊髓神经病变

急性脊髓炎、脊神经根炎。

(六)某些腰骶椎的先天性变异

隐性脊柱裂、腰椎骶化、骶椎腰化、椎管狭窄等。

二、临床表现

(一)疼痛发生部位

腰痛以两侧为主,按之则舒,多为腰肌病变有外伤史,腰部一侧疼痛剧烈,则多为急性腰扭伤;腰痛在脊柱正中,提示脊柱有病变;腰痛和下肢有间隙性疼痛,伴间歇性跛行者可能为椎管狭窄;上腰部牵涉痛,多为消化系统疾病;腰骶部牵涉痛,则可能为盆腔内脏器疾病所致。

(二)疼痛的性制和程度

腰部局限性、剧烈性刺痛或胀痛,可能是腰部急性损伤;腰部长期酸痛多为腰肌劳损;腰部一侧或两侧绞痛,坐卧不安,多为泌尿系结石。

(三)诱发、加重或缓解疼痛的因素

腰部酸痛,维持固定姿势则痛甚者可能为腰肌劳损;腰酸痛沉重,常因劳累;阴雨天加重者则提示有风湿;腰部僵硬酸痛,不能久坐,晨起加重,活动后减轻,多为退行性脊柱炎;疼痛局限于一两个棘突,弯腰痛剧多为棘上韧带损伤;痛点在棘突之间,伸腰痛剧,多为棘间韧带损伤。

三、伴随症状

腰部疼痛,并沿神经路线向下肢放射,伴腰肌紧张,患椎棘突偏歪,直腿抬高试验阳性,则多为腰椎间盘突出纤维环破裂症;腰骶部疼痛,伴汗毛过长,皮肤色浓者多是先天性骶椎裂,腰痛伴四肢小关节肿痛,甚至脊椎僵硬,关节变形则可能为类风湿性脊柱炎;中老年人腰痛伴脊柱后伸障碍,则多为老年性骨质疏松;腰部慢性疼痛有持续性加重的趋势,伴低热,多

为腰部结核；腰部进行性疼痛伴低热或间隙热、消瘦、乏力提示脊椎肿瘤；腰部牵涉痛伴腹部不适或疼痛，则提示消化系疾病，如伴尿频、尿急、尿痛则多为泌尿系炎症；腰骶部牵涉痛伴小腹重坠隐痛不适，月经异常，白带增多，则为妇科病。

第六节 呼吸困难

呼吸困难是指病人主观上感到空气不足，呼吸费力，而客观上常有呼吸频率、深度与节律的改变，严重时可出现鼻翼扇动、紫绀、端坐呼吸、辅助呼吸肌参与呼吸活动等。

一、发病原因

(一)肺原性呼吸困难

凡由呼吸系统疾病所致的呼吸困难，统称为肺原性呼吸困难，其中包括：

1. 喉与气管疾病：喉与大气管的炎症、水肿等所致的狭窄或梗阻。
2. 肺部疾病：肺炎、肺水肿等。
3. 胸腔疾病：大量胸腔积液等。
4. 神经肌肉疾病：脊髓灰质炎后遗症、重症肌无力等。
5. 胸廓畸形。
6. 膈运动受限：大量腹水等。

(二)心原性呼吸困难

由心血管疾病并发的心功能不全。

(三)中毒性呼吸困难

尿毒症等。

(四)神经精神性呼吸困难

脑出血、脑外伤等。

(五)血原性呼吸困难

重度贫血、高铁血红蛋白血症等。

二、临床表现

(一)肺原性呼吸困难

临床上分三种类型。

1. 吸气性呼吸困难

由各种原因引起的喉、气管、大支气管的狭窄或梗阻所致。其特点是吸气过程显著困难，严重时，胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙及上腹部在吸气时明显凹陷，称为“四凹征”。常伴干咳及高调吸气性哮鸣音。

2. 呼气性呼吸困难

由于肺组织弹性减弱或小支气管狭窄所致。其特点是呼气费力，时间延长，常伴呼气性哮鸣音。常见于肺气肿，支气管哮喘。

3. 混合性呼吸困难

由于肺部广泛病变影响换气功能所致。其特点是呼气及吸气均感费力，呼吸频率增加。可见于严重肺炎等。

(二)心原性呼吸困难

主要是由左、右心功能不全或全心功能不全引起。临床特点是常在劳动时发生或加重,休息时缓解或减轻,仰卧位时加重,坐位时减轻。重者可表现为气喘、哮鸣音、出汗、咳粉红色泡沫样痰,为夜间熟睡发作,称为夜间阵发性呼吸困难或称“心原性哮喘”。

(三)中毒性呼吸困难

1. 代谢性酸中毒,其特点是呼吸深大而稍快,可伴有鼾声,称为酸中毒大呼吸。
2. 急性感染,因毒血症及体温升高的影响,均可刺激呼吸中枢,使呼吸加快。
3. 吗啡及巴比妥类药物急性中毒,可因呼吸中枢受抑制而引起呼吸困难。此时,呼吸缓慢,也可呈潮式呼吸。

(四)中枢性呼吸困难

1. 颅脑疾病,因呼吸中枢受到压迫或供血减少,功能降低,可使呼吸深而慢,并伴有呼吸节律的改变。
2. 癔病引起的呼吸困难,其特点是呼吸浅表频数,一分钟可达 60~100 次,而呼吸音正常。

(五)血原性呼吸困难

主要是由于红细胞携氧量减少,血含氧量降低,引起呼吸慢而深,心率加快。在大出血及休克时,由于缺血及血压显著下降,可刺激呼吸中枢而引起呼吸困难。

三、伴随症状

1. 阵发性呼吸困难伴窒息感有哮鸣音,常见于支气管哮喘、心原性哮喘与癔病等。
2. 急骤而严重的呼吸困难可见于支气管异物、痉挛性支气管炎、声门水肿等。
3. 呼吸困难伴发热可见于肺炎、急性心包炎等。
4. 呼吸困难伴一侧胸痛,可见于大叶性肺炎、纵隔肿瘤等。
5. 呼吸困难伴咳嗽、咳痰,应考虑支气管和肺部感染。咳粉红色泡沫样痰,见于急性左心衰竭肺水肿;咳铁锈色痰见于肺炎双球菌肺炎。

第七节 咳嗽、咳痰

咳嗽是一种保护性反射动作,借此可将呼吸道内的分泌物或其他异物排出体外。咳嗽是由于咳嗽中枢受刺激所引起的。

一、发病原因

1. 呼吸道疾病:大多是炎症、异物、出血、肿瘤及刺激性气体吸入等刺激了呼吸道粘膜,引起咳嗽。
2. 胸膜疾病:胸膜炎等。
3. 心血管疾病:左心功能不全等。
4. 中枢性因素。

二、临床表现

(一)咳嗽的性质

咳嗽而无痰的干性咳嗽,常见于急性咽喉炎,急性支气管炎初期,胸膜炎等;咳嗽伴有