

全国医学类专业“十三五”规划创新教材

# 临床医学概论

林 彬 周齐艳 主编



中国出版集团公司



世界图书出版公司

广州·上海·西安·北京

# 全国医学类专业“十三五”规划创新教材

## 《临床医学概论》编委会

主 编 林 彬 周齐艳

副主编 栾桂松 李 瑶 郭莎莎 文 雯 吴兰兰 龙根和

编 委 (以下排名不分先后)

- |     |            |
|-----|------------|
| 林 彬 | 山东药品食品职业学院 |
| 郭莎莎 | 山东药品食品职业学院 |
| 王丽丽 | 山东药品食品职业学院 |
| 栾桂松 | 山东药品食品职业学院 |
| 孙 辉 | 阜阳职业技术学院   |
| 周齐艳 | 永州职业技术学院   |
| 杜丽娟 | 哈尔滨职业技术学院  |
| 吴兰兰 | 海南科技职业大学   |
| 胡家栋 | 杨凌职业技术学院   |
| 文 雯 | 杨凌职业技术学院   |
| 李 巍 | 唐山职业技术学院   |
| 龙根和 | 铜仁职业技术学院   |
| 张芝娟 | 山西省晋中市卫生学校 |
| 吴 伟 | 汕头市卫生学校    |
| 丁克兰 | 甘肃医学院      |
| 李 瑶 | 昭通卫生职业学院   |
| 曾 滢 | 昭通卫生职业学院   |
| 汪建宏 | 广安职业技术学院   |
| 董全斌 | 东莞职业技术学院   |

# 前 言

《临床医学概论》是为适应我国高等职业教育药学及相关专业教学改革和发展需要，适应“互联网+”环境下信息传播趋势和教学改革创新的发展而编写的。

在编写过程中坚持了以下编写原则：

1. 以纸质教材为基本载体，结合富媒体资源。
2. 根据教育部提出的“大力推行工学结合，突出实践能力培养，改革人才培养模式”和“以就业为导向、以能力为本位、以学生为主体”等精神，进一步突出以人为本和以健康为中心的职业素养和职业道德的内容。从医药卫生行业实际岗位入手，根据执业药师考试大纲编写教材内容。
3. 教材内容的选择上，努力贯彻理论知识“必需、够用、实用”原则，涵盖了各科常见疾病，可以满足高职高专药学、临床、检验、康复、护理、影像类专业对临床知识的需要，满足就业岗位需要。

希望通过本教材的学习，学生能加深对临床知识的理解，初步掌握临床思维方法，培养发现问题、分析问题和解决问题的能力，初步具备一定的健康教育咨询与管理的能力。

本教材参考了有关专著和同类教材，谨在此向有关作者致以崇高的敬意和感谢！

由于编者水平有限、时间仓促，不妥之处在所难免，敬请读者批评指正！

编 者

2020年3月



# 目 录

<b>第一章 绪论</b> .....	<b>1</b>
第一节 临床医学概论的范畴 .....	1
第二节 学习临床医学概论的目的、要求和方法 .....	1
<b>第二章 诊断学基础</b> .....	<b>3</b>
第一节 常见症状 .....	3
第二节 问诊 .....	21
第三节 体格检查 .....	24
第四节 常用医学检查指标及其临床意义 .....	30
第五节 影像学检查 .....	35
<b>第三章 内科常见疾病</b> .....	<b>44</b>
第一节 呼吸系统常见疾病 .....	44
第二节 循环系统常见疾病 .....	56
第三节 消化系统常见疾病 .....	84
第四节 泌尿系统常见疾病 .....	92
第五节 血液系统常见疾病 .....	107
第六节 内分泌系统常见疾病 .....	116
<b>第四章 外科常见疾病</b> .....	<b>130</b>
第一节 外科感染 .....	130
第二节 急腹症 .....	136
第三节 前列腺增生 .....	150
第四节 乳腺癌 .....	154
第五节 胃癌 .....	158
第六节 肝癌 .....	162
第七节 原发性支气管肺癌 .....	167
第八节 骨科疾病 .....	173



<b>第五章 妇科常见疾病</b> .....	<b>179</b>
第一节 妊高征 .....	179
第二节 妇科炎症 .....	183
第三节 原发性痛经 .....	188
<b>第六章 儿科常见疾病</b> .....	<b>191</b>
第一节 维生素D缺乏性佝偻病.....	191
第二节 小儿肺炎 .....	194
第三节 儿童腹泻 .....	197
<b>第七章 脑血管疾病</b> .....	<b>202</b>
第一节 脑血管疾病 .....	202
第二节 阿尔茨海默病 .....	209
第三节 帕金森病 .....	212
<b>第八章 传染病</b> .....	<b>217</b>
第一节 传染病概述 .....	217
第二节 病毒性肝炎 .....	225
第三节 肺结核 .....	231
第四节 艾滋病 .....	236
第五节 手足口病 .....	239
第六节 流行性感冒 .....	243
<b>第九章 急诊常见疾病</b> .....	<b>249</b>
第一节 中毒 .....	249
第二节 心肺复苏 .....	253
第三节 噎食 .....	255
<b>第十章 其他科常见疾病</b> .....	<b>258</b>
第一节 皮肤系统疾病 .....	258
第二节 五官科疾病 .....	263
<b>参考文献</b> .....	<b>272</b>



# 第一章

# 绪论

## 第一节 临床医学概论的范畴

临床医学概论是对临床医学各科常见病和多发病的临床表现、诊断及治疗方法进行概论性描述的专业课课程。它涵盖了诊断学基础、内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、肿瘤科、传染科、心理卫生及精神科等常见疾病，以及计划生育等内容，是非临床医学专业，如药学专业、医学检验专业、医学影像专业、护理专业、卫生事业管理专业等学生学习临床医学知识和技能的一门必修课程之一。通过学习，学生从中找到与自己所学专业的结合点，从而为学好自己的专业打下基础。

## 第二节 学习临床医学概论的目的、要求和方法

### 一、学习目的

学习临床医学概论的目的是，以就业为导向，运用临床医学的基本理论知识、基本操作技能，培养正确的临床思维方法，树立良好的服务理念。通过学习本教材，找到与自己所学专业的结合点，为后续课程的学习打下坚实的理论和技能基础，使自己成为高级实用型医药类人才，为我国的医药事业贡献力量。

### 二、学习要求

通过学习，学生应对临床医学中的查体诊断、病史询问、常见症状有一个概论性的认识，应掌握临床各科常见病、多发病的诊断要点、治疗方法。作为药品经营与管理和药学等专业的学生，还要掌握常见药物应用机制，学习本专业渗透于医学中的各种信息及相关知识。要培养认真、负责的态度，学会尊重患者，除了关心疾病本身的诊断和治疗外，还应考虑诊疗过程给患者带来的躯体、心理、经济和权利等方面的影响，树立“以人为本”的服务理念。

### 三、学习方法

首先，应注意每章的学习目标，它阐述了学习该章节的学习目的、知识要求和能力要求。明确学习该章节应掌握的知识点和技术方法，以及这些理论和技术在后续章节、课程的学习中



所对应的未来岗位发展中（技能鉴定）的重要性。针对自己的专业，找准“知识要求”和“能力要求”，把握目标，并通过练习题来考核自己的学习效果。

其次，应通过教材中的案例分析，加深对疾病的临床表现、诊断和治疗的知识掌握和运用，提高实际应用能力。学会根据临床疾病资料的收集和分析，掌握做出疾病的初步诊断、找到诊断依据、明确还需要做哪些检查来完善诊断，最后制订出治疗原则。

再次，学习中应通过知识链接和知识拓展模块来了解相关常识、理论和技术的发展前沿，更加全面地了解临床医学的全貌，拓宽自己的知识面，为日后更好地服务社会打下坚实的基础。

最后，课堂上应积极加入互动教学，运用所学知识来提高分析问题、解决问题的能力。要学会理论联系实际，包括生活实际、岗位实际和社会实际，培养和激发学习兴趣，提高学习的自觉性和主动性。



## 第二章

## 诊断学基础

### ◎ 学习目标

1. 掌握常见症状的概念。
2. 掌握问诊方法、技巧及注意事项。
3. 熟悉常见症状产生的病因、典型临床表现及问诊内容。
4. 学会一般体格检查的操作方法。
5. 了解实验室检查、影像学检查的检查方法。

### ◎ 能力目标

1. 能通过问诊了解患者的疾病情况，并根据所学知识对患者进行合理用药指导。
2. 能对患者进行部分体格检查操作，如测血压、量体温、计数脉搏和呼吸等生命体征。

### 案例导入

“望闻问切”四诊法由扁鹊发明。四诊法是中医诊病的基本方法。《素问·脉要精微论》说：“诊法何如？……切脉动静而视精明，察五色，观五脏有余不足，六腑强弱，形之盛衰，以此参伍，决死生之分。”可见，诊法就是对人体进行全面诊察的方法，借以判断人的健康与疾病状态。

扁鹊在诊视疾病中，通过望诊（看看他的脸色等）、闻诊（听听患者最近做了什么事情后生病）、问诊（问问有没有干导致生病的一些事情）和切诊（测他的脉搏）这些诊断技术，体现在史书所记载的他治病的案例中。他精于望色，即通过望色来判断病症及其病程演变和预后。

西医虽然与中医不同，但是在诊断疾病的时候也是遵循“望闻问切”的原则。

## 第一节 常见症状

疾病过程中机体内的一系列功能、代谢和形态结构异常变化所引起的患者主观上的异常感觉或某些客观病态改变称为症状，如发热、胸痛、腹痛等。体征是指医生或他人的客观发现。与症状有别，症状是患者自己向医生陈述（或是别人代述）的痛苦表现，而体征是医生给患者检查时发现的具有诊断意义的征候，如干啰音、心脏杂音、心律失常、肝大等。



### 【知识拓展】

所谓症状就是患者自己的感觉，如头疼、头晕、腹痛，以及恶心等，都属于症状。人们平时所说的症状，就是患者出现的不舒服、异常的感觉，这是具有主观性的。同一种疾病，出现在不同的患者身上，症状也会有所差异。

体征就不是患者的感觉了，而是医生在进行检查的时候所发现的异常情况。比如发现患者心跳过速、尿糖过高等，都属于体征的范畴，医生会从患者的体征来判断疾病。人们平时经常提到的生命体征，就是判断患者病情轻重以及危急程度的指标，例如心率、血压以及呼吸等。

#### 一、发热

正常人在体温调节中枢的调控下，机体的产热和散热过程经常保持动态平衡，当机体在致热原作用下或发生体温中枢的功能障碍时，产热过程增加，而散热不能相应地随之增加或减少，体温升高超过正常范围，称之为发热。

正常成人的体温维持在 $37^{\circ}\text{C}$ 左右，可受个体差异与内外因素影响略有波动，一般下午比早晨略高，剧烈劳动或餐后体温亦可稍有升高，但波动范围一般不超过 $1^{\circ}\text{C}$ 。老年人的体温较青壮年稍低，小儿体温较成人稍高，妇女月经期前及妊娠期体温略高于正常。口腔温度（舌下测温）范围为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，直肠内温度一般比口腔的高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，腋窝温度比口腔的低 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ 。

#### （一）病因

发热的病因较多，一般分为感染性发热和非感染性发热两类，其中以感染性发热为多见。

1. **感染性发热** 包括由各种急慢性传染病和急慢性全身与局灶性感染，各种病原体如细菌、病毒、肺炎支原体、立克次体、真菌、螺旋体及寄生虫等引起的发热。

2. **非感染性发热** 通常指由非病原体引起的发热，可归纳为以下几类：

- （1）无菌性组织坏死：见于大面积烧伤、消化道出血、心肌梗死、白血病、恶性肿瘤等。
- （2）变态反应：如风湿热、结缔组织疾病、药物热、输血反应等。
- （3）内分泌与代谢功能障碍：如甲状腺功能亢进。
- （4）体温调节中枢功能失常：常见于中暑、安眠药中毒和脑出血。
- （5）散热减少性疾病：如广泛性皮炎、鱼鳞病、慢性心功能不全等。

#### （二）临床表现

根据口腔温度，发热可分为低热（ $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ ）、中热（ $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $39\sim 41^{\circ}\text{C}$ ）和超高热（ $41^{\circ}\text{C}$ 以上）。

发热过程可分为三个阶段：

体温上升期：此期特点是产热大于散热，体温不断升高。患者出现皮肤苍白、畏寒、寒战和皮肤干燥。体温上升方式有骤升（如肺炎球菌性肺炎）和渐升（如伤寒）。

发热持续期：产热和散热在较高水平上趋于平衡。患者出现颜面潮红、皮肤灼热、口唇干燥、呼吸加深加快、心率加快、头痛、头晕，甚至惊厥、谵妄、昏迷、食欲缺乏、恶心、呕吐和乏力。

退热期：此期特点是散热增加而产热低于正常，体温恢复至正常水平。患者大量出汗、皮肤潮湿。退热方式有骤退和渐退两种。体温下降时因大量出汗易出现虚脱，表现为血压下降、



脉搏细速、四肢厥冷等，应注意观察。

### （三）体温测量方法

体温测量是诊断疾病时常用的检查方法，有腋下测温、口腔测温和肛门测温三种。腋下测温最常用，先擦干腋窝下汗液，将体温计水银端放置于腋窝深处，紧贴皮肤，屈臂过胸，夹紧体温计，5~10 min后取出。腋窝正常体温值为36~37℃。

口腔测温是将消毒过的口温表置于舌下，紧闭口唇，用鼻呼吸，放置5 min后读数，正常体温值为36.3~37.2℃。精神异常、昏迷、婴幼儿、口腔疾患、口鼻腔手术、呼吸困难、不能合作者不适宜进行口腔测温。

肛门测温是将肛表用油剂润滑水银端后轻轻插入肛门3~4 cm，3 min取出。直肠疾病或手术后、腹泻、心肌梗死患者不宜从直肠测温，热水坐浴、灌肠后须待30 min后行直肠测温。婴幼儿、精神病患者、躁动病患者测直肠温时护士需手持肛表，以防体温计断裂或进入直肠，造成意外。正常体温值为37~38℃。

### （四）发热的处理

发热时体温升高，有些病原微生物的活性和繁殖会减弱。而人体的免疫系统反应性则显著增强，包括白细胞计数增加、吞噬细胞和嗜中性粒细胞的杀菌活性增强等。因此，发热是人体进化获得的一种对抗病原微生物感染入侵的有益的保护性机制。超高温才是导致机体损害的原因，体温过高导致病理性损害的不是发热而是超高温，这种状态下人体的体温调节机制遭到破坏，致使体温失控而异常升高。人体最高的耐受温度为40.6~41.4℃，直肠温度持续升高超过41℃，可引起永久性的脑损伤；高热持续在42℃以上2~4 h常导致休克以及严重并发症。体温高达43℃则很少存活。

发热是儿科最常见的症状之一，临床上通常将肛温 $\geq 38^\circ\text{C}$ 或腋温 $\geq 37.5^\circ\text{C}$ 定义为发热，处理的关键是掌握退热药的用药指征、辅助检查的合理选择等。

### 【知识链接】

#### 物理降温是高热患者除药物治疗外，最简易、有效、安全的降温方法

湿敷帮助降低体温，热湿敷可退热，但是当患者觉得热得很不舒服时，应以冷湿敷取代。在额头、手腕、小腿上各放一湿冷毛巾，其他部位应以衣物盖住。虽然酒精比水还容易蒸发，但它对发热的患者可能引起不适。经由皮肤吸收酒精可能导致婴幼儿酒精中毒，故婴幼儿不应使用酒精擦浴。

退热药物的用药指征是什么？

（1）无须使用退热药物：患儿精神状态好、无明显哭闹等不适表现，即使体温比较高，也可以不用退热药。

（2）需使用退热药物：目的是增加患儿的舒适度，当患儿精神状态不好或不舒适时使用。

实际上，大部分急性发热性疾病都不需要过度使用药物治疗，一般3~5 d无须特殊治疗也会退热。所以，临床可根据患儿的精神状态和舒适度合理用药。若患儿无不适表现，即使体温超过了38.5℃也可不使用退热药；若患儿精神状态不好、舒适度不佳，即便体温未达到38.5℃，也可以使用退热药。



## 二、头痛

头痛是指额、顶、颞部及枕部的疼痛。可见于多种疾病，大多无特异性，但反复发作或持续的头痛，可能是某些器质性疾病的信号，应认真检查、明确诊断、及时治疗。

### （一）病因

头痛的常见病因：

1. **颅内病变** ①颅内感染性疾病：常见于脑炎、脑膜炎、脑脓肿、蛛网膜炎及颅内寄生虫病等；②颅内血管性病变：见于脑出血、蛛网膜下腔出血、高血压脑病、脑供血不足、脑梗死等；③颅内占位性病变：见于脑肿瘤、脑寄生虫病等；④颅脑外伤：见于脑震荡、脑挫伤；⑤其他：见于偏头痛、丛集性头痛、头痛型癫痫等。

2. **颅外病变** 常见于颅骨疾病、颈椎病、颈部其他疾病、神经痛及眼、耳、鼻、牙源性头痛等。

3. **全身性疾病** 见于某些感染及发热性疾病、心血管病、中毒及其他疾病。

4. **神经官能症** 见于神经衰弱、癔症性头痛等。

### （二）临床表现

头痛可由多种疾病引起，偏头痛是一种常见的反复发作的原发性头痛，其特点为发作性单侧搏动性中重度头痛，少数表现为双侧头痛，可伴有恶心、呕吐、畏光和畏声等自主神经症状，约1/3的偏头痛发病可出现神经系统先兆症状。本病中年女性多见，男：女=1：3。多起病于童年或青春期，中青年期达到发病高峰，而绝经期后逐渐减少。其发病率远低于紧张性头痛，却是门诊头痛就诊及造成失能的第一位原因。

诊断时应注意：

（1）头痛的发病情况：如急起头痛伴有发热常为感染性疾病所致；急起头痛伴不同程度的意识障碍，提示颅内血管性病变；慢性进行性头痛伴有颅内高压者提示颅内占位性病变；间断性头痛可见于偏头痛、三叉神经性头痛、高血压病等；慢性头痛见于高血压、神经官能症等。

（2）头痛的部位：以额部疼痛为主常见于鼻窦炎、颅压增高等，颈椎病、枕大神经痛以枕部疼痛为主，一侧疼痛多见于偏头痛及丛集性头痛，弥散性头痛见于全身性感染及颅内感染等。

（3）对于头痛还应注意其性质、程度、头痛发生与时间的关系、影响头痛的因素及伴随症状等。

## 三、胸痛

胸痛一般由胸壁、胸膜及胸内脏器病变引起，少数由其他部位引起。胸痛是临床上常见的症状，胸痛的程度因个体痛阈的差异而不同，与疾病病情的轻重程度不完全一致。

### （一）病因及发病机制

引起胸痛的原因主要为胸部疾病。常见的有以下几种：

1. **胸壁疾病** 急性皮炎、皮下蜂窝织炎、带状疱疹、肋间神经炎、肋软骨炎、流行性肌炎、肋骨骨折、多发性骨髓瘤、急性白血病等。

2. **心血管疾病** 冠状动脉粥样硬化性心脏病（心绞痛、心肌梗死）、心肌病、二尖瓣或主动脉瓣病变、急性心包炎、胸主动脉瘤（夹层动脉瘤）、肺栓塞（梗死）、肺动脉高压，以及



神经症等。

3. **呼吸系统疾病** 胸膜炎、胸膜肿瘤、自发性气胸、血胸、支气管炎、支气管肺癌等。

4. **纵隔疾病** 纵隔炎、纵隔气肿、纵隔肿瘤等。

5. **其他** 过度通气综合征、痛风、食管炎、食管癌、食管裂孔疝、膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死等。

## （二）临床表现

1. **发病年龄** 青壮年胸痛多考虑结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病，40岁以上则须注意心绞痛、心肌梗死和支气管肺癌。

2. **胸痛部位** 大部分疾病引起的胸痛常有一定部位。例如，胸壁疾病所致的胸痛常固定在病变部位，且局部有压痛，若为胸壁皮肤的炎症性病变，局部可有红、肿、热、痛表现；带状疱疹所致胸痛，可见成簇的水疱沿一侧肋间神经分布伴剧痛，且疱疹不超过体表中线；肋软骨炎引起胸痛，常在第一、二肋软骨处见单个或多个隆起，局部有压痛但无红肿表现；心绞痛及心肌梗死的疼痛多在胸骨后方和心前区或剑突下，可向左肩和左臂内侧放射，甚至达环指与小指，也可放射于左颈或面颊部，误认为牙痛；夹层动脉瘤引起的疼痛多位于胸背部，向下放射至下腹、腰部与两侧腹股沟和下肢；胸膜炎引起的疼痛多在胸侧部；食管及纵隔病变引起的胸痛多在胸骨后；肝胆疾病及膈下脓肿引起的胸痛多在右下胸，侵犯膈肌中心部时疼痛放射至右肩部；肺尖部肺癌（肺上沟癌、Pancoast癌）引起的疼痛以肩部、腋下为主，向上肢内侧放射。

3. **程度和性质** 胸痛的程度可呈剧烈、轻微和隐痛。胸痛的性质可有多种多样。例如：带状疱疹呈刀割样或灼热样剧痛；食管炎多呈烧灼痛；肋间神经痛为阵发性灼痛或刺痛；心绞痛呈压榨样痛并有重压窒息感；心肌梗死则疼痛更为剧烈，并有恐惧、濒死感；气胸在发病初期有撕裂样疼痛；胸膜炎常呈隐痛、钝痛和刺痛；夹层动脉瘤常突然发生胸背部撕裂样剧痛或锥痛；肺梗死亦可突然发生胸部剧痛或绞痛，并常伴呼吸困难与发绀。

4. **疼痛持续时间** 平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致的疼痛为阵发性，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（持续1~5 min），而心肌梗死疼痛持续时间很长（数小时或更长）且不易缓解。

5. **影响疼痛因素** 主要为疼痛发生的诱因、加重与缓解的因素。例如心绞痛发作可在劳力或精神紧张时诱发，休息后或含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯后于1~2 min缓解，而对心肌梗死所致疼痛则服药无效；食管疾病多在进食时发作或加剧，服用抗酸剂和促动力药物可减轻或消失；胸膜炎及心包炎的胸痛可因咳嗽或用力呼吸而加剧。

## （三）伴随症状

1. **胸痛伴有咳嗽、咳痰或发热** 常见于气管、支气管和肺部疾病。

2. **胸痛伴呼吸困难** 常提示病变累及范围较大，如大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎和肺栓塞等。

3. **胸痛伴咯血** 主要见于肺栓塞、支气管肺癌。

4. **胸痛伴苍白、大汗、血压下降或休克** 多见于心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂和大块肺栓塞。

5. **胸痛伴吞咽困难多提示食管疾病** 如反流性食管炎等。



## 四、腹痛

### 案例引入

同居女友小花腹痛12 h后死亡！小花与男子小微是恋人关系并同居。有一天，小花在家中开始出现腹痛，第二天早上，小花还是感觉下腹痛，小微到药店买药给其服用，中午12点小花病情加重，随即拨打120急救电话，大约20 min失去知觉，救护人员到场抢救但无效死亡。

经鉴定，小花因右侧输卵管异位妊娠并破裂出血，致失血性休克死亡。

腹痛的原因有很多种，但是大部分人对腹痛的严重程度难以分辨，那么腹痛到底都有哪些原因呢？

腹痛多由腹腔内脏器的器质性病变和功能性紊乱所致，也可因腹外脏器病变引起。

#### （一）病因

引起腹痛的病因较多，病变性质既可为器质性亦可为功能性，起病表现也很复杂，临床上常分为急、慢性两种。

##### 1. 急性腹痛

（1）腹腔内脏器急性炎症：常见于急性胃炎、急性胆囊炎、急性阑尾炎、急性肠炎、急性肠系膜淋巴结炎、急性盆腔炎、急性胰腺炎、急性肾盂肾炎等。

（2）脏器阻塞或扭转：见于肠梗阻、肠扭转、肠系膜或大网膜扭转、卵巢扭转、胆管结石、胆管蛔虫、泌尿道结石、肠绞窄及肠套叠等。

（3）内脏破裂或出血：见于肝破裂、脾破裂、异位妊娠破裂及肾破裂。

（4）腹腔内血管病变：见于缺血性肠病、门静脉血栓形成、夹层腹主动脉瘤、脾栓塞、肝栓塞、肠系膜动脉栓塞等。

（5）腹膜炎与腹壁疾病：见于胃肠道穿孔，应激、外伤引起的急性腹膜炎；腹壁外伤、脓肿、带状疱疹等。

（6）其他：胸腔疾病所致的牵涉性腹痛，如肺炎、肺梗死、心绞痛、心肌梗死、急性心包炎、胸膜炎等；全身性疾病所致的急性腹痛，如过敏性紫癜、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、铅中毒、有机磷农药中毒等。

##### 2. 慢性腹痛

（1）腹内脏器慢性炎症及消化性溃疡：见于胃或十二指肠溃疡、慢性胃炎、反流性食管炎、慢性胆囊炎及胆管感染、慢性胰腺炎、炎症性肠病、肠系膜淋巴结炎、慢性肝炎、慢性盆腔炎、肠结核及结核性腹膜炎等。

（2）腹内脏器慢性扭转及粘连：见于慢性胃扭转、慢性肠扭转、慢性肠粘连。

（3）腹内肿瘤：见于胃癌、肝癌、结肠癌、胰腺癌、胆管癌、淋巴瘤、卵巢肿瘤等。

（4）中毒与代谢疾病：见于铅中毒、尿毒症、卟啉病等。

（5）寄生虫病：见于蛔虫病、钩虫病、丝虫病等。

（6）神经精神因素：见于胃肠神经官能症、肠易激综合征、胆管运动功能障碍等。



## （二）临床表现

**1. 腹痛的部位** 对判断病变部位有重要意义。如腹痛在右下腹，尤其是有转移性腹痛者应首先考虑阑尾炎，在右上腹者则多为胆囊炎。突发性的腹痛在上腹部开始者，一般是胃十二指肠溃疡穿孔，而痛在下腹部某处开始者应疑为肠穿孔。外伤性内出血患者最初痛在左季肋部者首先考虑脾破裂，痛在右上腹部者可能是肝破裂。一般腹痛的部位多与腹腔内病变脏器所在的部位一致，如胃十二指肠病变腹痛常位于中上腹部，空肠与回肠病变腹痛多位于脐周围，结肠、直肠病变腹痛常位于下腹部，肝胆病变腹痛常位于右上腹部，胰腺病变腹痛位于中上腹部或中上腹偏左，泌尿系病变腹痛位于病侧的侧腹部或后腰部，妇产科病变腹痛位于下腹部，腹壁病变腹痛常局限于患病处，弥散性腹膜炎常为全腹部疼痛。

**2. 腹痛的性质** 疼痛开始的性质对判断是空腔脏器病变还是实质性脏器病变很有帮助。空腔脏器如胃肠道、胆管、泌尿道梗阻性病变引起平滑肌强烈收缩而导致剧烈的绞痛，疼痛呈阵发性发作。实质性脏器病变开始时多为隐痛，但当病变持续发展，腹腔内有炎性渗液刺激腹膜引起躯体痛时，则为持续性疼痛。绞痛见于空腔脏器的梗阻或括约肌痉挛收缩，胀痛见于实质性脏器的病变，持续痛见于脏器炎症或肿瘤。持续性疼痛伴阵发性加剧多见于炎症与梗阻并存。根据绞痛的发作频度和剧烈程度，还可以反映出梗阻的性质（单纯性或绞窄性）和梗阻的程度（完全性或不完全性）。如胆管蛔虫症的绞痛发作频繁，有特殊的钻顶感，而胆石症发作时绞痛的程度相对较轻；肠道不全梗阻时绞痛较轻，完全梗阻时阵痛较剧烈；有时脏器的急性缺血如脾或肠系膜动脉栓塞等也可引起剧痛。

**3. 腹痛的程度** 取决于有害刺激的强弱，一般由炎症引起的腹痛较轻，而空腔脏器的痉挛、梗阻、嵌顿、扭转或绞窄缺血、化学性刺激等所产生的疼痛程度较重，常难以忍受。如胃十二指肠溃疡穿孔、急性胰腺炎或异位妊娠破裂、卵巢囊肿扭转等引起的腹痛非常剧烈，可能导致休克。胃十二指肠溃疡穿孔时，内容物进入腹腔，因其刺激性很强，故腹痛很剧烈。再如胆管蛔虫症所致的胆绞痛、尿路结石引起的肾绞痛等疼痛都很剧烈。此外，疼痛程度还与患者的敏感性有关，如老年患者、衰弱患者对疼痛刺激的反应减弱，腹痛较轻。

### 【知识拓展】

孕卵在子宫腔外着床发育的异常妊娠过程，也称“宫外孕”，以输卵管妊娠最常见。病因常由于输卵管管腔或周围的炎症，引起管腔通畅不佳，阻碍孕卵正常运行，使之在输卵管内停留、着床、发育，导致输卵管妊娠流产或破裂。在流产或破裂前往往无明显症状，也可有停经、腹痛及少量阴道出血。破裂后表现为急性剧烈腹痛，反复发作，阴道出血，以致休克。检查常有腹腔内出血体征，子宫旁有包块，超声检查可助诊。治疗以手术为主，纠正休克的同时开腹探查，切除病侧输卵管。若为保留生育功能，也可切开输卵管取出孕卵。

**4. 腹痛部位的变化** 有时可提供诊断的线索，如急性阑尾炎的初期痛在上腹部而后转移到右下腹部。输尿管结石患者随着结石的下移而疼痛的部位也可下移。胃十二指肠溃疡穿孔开始为上腹部剧痛，继而腹痛向全腹部扩散。

**5. 腹痛的影响因素** 如夜间痛加重常见于十二指肠溃疡及胰腺癌。吃油腻食物诱发，常见于胆囊炎、胆石症或胰腺炎。腹痛喜按者常为溃疡病、输尿管结石。呕吐后腹痛缓解常见于急



性胃炎、幽门梗阻。排便后腹痛缓解者，常见于急性肠炎、痢疾等。

## 五、咳嗽与咳痰

咳嗽是机体的一种保护性反射动作，借此动作可将呼吸道内分泌物或外界进入呼吸道的微粒异物排出体外。咳痰是机体借助咳嗽动作将肺及呼吸道内液体分泌物（包括生理性及病理性分泌物、脓液和少许血液）排出体外。正常呼吸道黏膜的黏液腺分泌少许黏液，保持呼吸道黏膜湿润。

### （一）病因及发病机制

咳嗽是由延髓咳嗽中枢受刺激所引起。引起咳嗽的刺激大部分来自呼吸道黏膜。呼吸道内分泌物或异物等刺激呼吸道黏膜，通过迷走神经、舌咽神经、三叉神经的感觉纤维传至延髓咳嗽中枢，经喉下神经、膈神经、脊神经支配咽喉、声门、膈肌及其他呼吸肌收缩，产生咳嗽动作，将呼吸道内分泌物排出。

1. **呼吸道疾病** 呼吸道的炎症、异物、刺激性气体吸入、肿瘤、出血等刺激咽喉或支气管黏膜引起咳嗽反射。

2. **胸膜疾病** 胸膜病变如胸膜炎、胸膜间皮瘤、自发性或外伤性气胸、血胸和胸膜腔穿刺。

3. **心脏疾病** 二尖瓣狭窄或左心功能不全引起肺动脉高压、肺瘀血、肺水肿，右心及体循环静脉栓子脱落或羊水、气栓、瘤栓引起肺栓塞时，肺泡内或支气管内浆液或浆液血性渗出物或漏出物，刺激肺泡壁或支气管黏膜导致咳嗽。

4. **中枢性因素** 从大脑皮层发出冲动，刺激延髓咳嗽中枢，引起咳嗽。人可以随意引发或抑制咳嗽。

### （二）临床表现

1. **咳嗽的性质** 咳嗽时无痰或痰量甚少称为干性咳嗽，可见于急性咽喉炎、支气管炎、早期肺结核、各种原因的胸膜炎等。咳嗽时伴有痰液称湿性咳嗽，可见于肺炎、慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿、慢性纤维空洞型肺结核等。

2. **咳嗽的时间与节律** 骤起咳嗽多见于吸入刺激性气体、气管或支气管异物、上呼吸道急性炎症等，长期反复发作的慢性咳嗽多见于慢性支气管炎、支气管扩张症、慢性纤维空洞型肺结核、慢性肺脓肿等，发作性咳嗽见于百日咳、肿瘤等，夜间咳嗽多见于慢性心力衰竭、肺结核等，清晨或体位改变时咳嗽见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿等。

3. **咳嗽的音色** 指咳嗽时声音的音色和特性。咳嗽声音嘶哑见于声带炎症或肿瘤等，犬吠样咳嗽见于会厌、喉部病变或气管受压，金属音调样咳嗽见于纵隔肿瘤、主动脉瘤、肺癌等，咳嗽声音微弱见于极度衰竭或声带麻痹。

4. **痰液的性质和痰量** 痰液的性质可分为黏液性、浆液性、黏液脓性、脓性、浆液血性和血性。铁锈色痰见于肺炎球菌肺炎，粉红色乳状痰见于金葡菌肺炎，灰绿色、红砖色痰见于克雷白杆菌肺炎，草绿色痰见于绿脓杆菌感染，棕褐色痰见于阿米巴肺脓肿，烂桃样痰见于肺吸虫病，粉红色泡沫痰见于急性肺水肿，黄脓痰表示呼吸道化脓性感染。合并厌氧菌感染，痰有恶臭时多见于肺脓肿、支气管扩张症。肺脓肿、支气管扩张症、支气管胸膜瘘时，痰量多且呈脓性，静置后可出现分层现象，上层为泡沫，中层为黏液或浆液脓性，下层为坏死组织。

#### 5. 咳嗽、咳痰时伴随症状或体征

（1）咳嗽、咳痰伴发热多见于感染性呼吸道炎症、胸膜炎、肺结核等。



(2) 咳嗽伴胸痛多见于感染性炎症、肺部肿瘤、自发性气胸、肺栓塞等。

(3) 咳嗽、咳痰伴体重减轻多见于肺结核、肺部肿瘤等。

(4) 咳嗽伴咯血多见于肺结核、肺部肿瘤、支气管扩张症、肺脓肿、二尖瓣狭窄、肺出血、肾炎综合征等。

(5) 咳嗽伴呼吸困难多见于喉炎、喉水肿、喉肿瘤、气管和支气管异物、心肺疾患、气胸、胸腔积液等。

(6) 咳嗽伴哮鸣音多见于支气管哮喘、气管异物、慢性支气管炎喘息型、心性哮喘、气管和支气管异物等。

(7) 咳嗽、咳痰伴杵状指(趾)多见于支气管扩张症、肺脓肿、脓胸和支气管肺癌等。

### 【知识拓展】

杵状指(clubbing digits)亦称鼓槌指,表现为手指或足趾末端增生、肥厚,呈杵状膨大。其特点为末端指(趾)节明显增宽增厚,指(趾)甲从根部到末端呈拱形隆起,使指(趾)端背面的皮肤与指(趾)甲所构成的基底角 $\geq 180^\circ$ 。杵状指(趾)可见于多种疾病,须根据病因进行针对性治疗。

## 六、心悸、呼吸困难

心悸是一种自觉心跳或心慌,并伴有胸前区不适感。客观检查可有心率增快或减慢、心律不规则、心律失常等,部分患者的心率和心律亦可正常或仅有心搏增强。

呼吸困难是指患者主观上感觉空气不足、呼吸费力;客观表现为用力呼吸,重者出现张口耸肩、鼻翼翕动、端坐呼吸、发绀,辅助呼吸肌也参与呼吸运动,并伴有呼吸频率、深度及节律的改变。

### (一) 病因

#### 1. 引起心悸的病因

(1) 生理性心悸可见于:①剧烈运动、精神高度紧张、情绪异常激动;②大量饮酒、浓茶或咖啡后;③使用某些药物,如肾上腺素、麻黄碱、咖啡因、甲状腺片、阿托品等。

(2) 病理性心悸见于:①各种心室肥大,如高血压性心脏病、二尖瓣和主动脉瓣关闭不全引起的左室肥大等;②某些引起心脏排血量增加的病变,如高热、甲状腺功能亢进、贫血等。③心律失常:心动过速,包括窦性心动过速、心房扑动及快室率房颤等;心动过缓,包括病态窦房结综合征、II~III度房室传导阻滞、房室交界性心律、室性自搏性心律及迷走神经兴奋性过高等;心律不齐,包括期前收缩、心房颤动等。

(3) 心脏神经官能症:心脏无器质性病变,由自主神经功能紊乱引起,多见于年轻女性。

### 【知识拓展】

正常的二尖瓣关闭功能取决于瓣叶、瓣环、腱索、乳头肌、左心室这5个部分的完整结构和正常功能。这5个部分中的任一部分发生结构和功能的异常均可引起二尖瓣关闭不全。轻度反流,患者仅有轻微劳力性呼吸困难。重度反流(如乳头肌断裂),很快出现急性左心衰竭,甚至心源性休克。



**2. 呼吸困难的常见病因** 呼吸系统和循环系统疾病是呼吸困难的常见病因，少数由中毒性、神经和精神性、血液性疾病引起。

(1) 上呼吸道病变：常见于喉部水肿、咽喉及支气管内异物、喉癌等。

(2) 气管及支气管病变：常见有肿瘤、甲状腺肿大、主动脉瘤压迫、支气管炎、支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病等。

(3) 肺脏病变：肺炎（包括细菌性、病毒性、真菌性、衣原体及支原体性等）、肺栓塞、肺气肿、肺纤维化、肺水肿、肺结核等。

(4) 胸膜病变：常见有气胸、大量胸腔积液、间皮瘤、严重胸膜肥厚等。

(5) 纵隔病变：常见于纵隔肿瘤、纵隔炎症、胸内甲状腺肿、畸胎瘤、气肿等。

(6) 胸壁限制性疾病：常见于肋骨骨折、呼吸肌麻痹、重症肌无力、周期性瘫痪、过度肥胖、胸廓畸形、膈肌麻痹、大量腹水、腹腔巨大肿块等。

(7) 循环系统疾病：见于各种原因引起的左右心功能不全、心肌炎、心包炎、原发性肺动脉高压或肺栓塞等。

(8) 中毒性疾病：见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、吗啡及巴比妥类药物中毒、有机磷农药中毒、亚硝酸盐中毒和急性一氧化碳中毒。

(9) 血液病：如重度贫血、高铁血红蛋白血症和硫化血红蛋白血症。

(10) 神经精神因素：神经系统疾病如脑血管疾病、脑肿瘤、脑外伤、脑炎等，精神性疾病如神经官能症、癔症等。

## (二) 临床表现

**1. 心悸的临床表现** 心悸主要临床表现为自觉心跳或心慌，可分别伴有心前区不适、心前区疼痛、发热、晕厥或抽搐、呼吸困难等，应注意患者的精神及神志状态，有无被迫体位，体温、血压的变化，有无贫血、发绀、甲状腺肿大；有无心脏扩大、病理性杂音，心率快慢，心律是否规整，这些都有助于心律失常引起心悸的诊断。

**2. 呼吸困难的临床表现** 临床上将呼吸困难分为以下几种形式：

(1) 肺源性呼吸困难：肺源性呼吸困难由呼吸系统疾病引起，按其性质分为三种类型。

1) 吸气性呼吸困难：由喉、气管及大支气管的狭窄及不完全性阻塞所引起，常见于喉炎、喉痉挛、喉头水肿、气管异物、喉肿瘤、甲状腺Ⅲ度肿大。其特点是吸气时间延长、吸气明显困难，吸气时呼吸肌极度紧张，吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显下陷，称为“三凹征”。

2) 呼气性呼吸困难：其特点是呼气费力，呼气时间延长，常伴有干啰音。由于肺组织弹性减弱，小气管痉挛、狭窄所致，常见于支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿等。

3) 混合性呼吸困难：其特点是吸气与呼气均费力，呼吸频率加快，深度变浅。其发生机制是由于肺部广泛病变或肺组织受压、呼吸面积减少，影响肺换气所致。常见于重症肺炎、肺不张、肺梗死、肺广泛纤维化、胸腔大量积液或气胸、硅肺、尘肺、胸膜广泛增厚与粘连。

(2) 心源性呼吸困难：主要由左右心功能不全所致，亦可由心包大量积液及缩窄性心包炎所引起。呼吸困难是左心功能不全的最早期症状，发生后较严重。其特点是活动时呼吸困难出现或加重，休息时可减轻或缓解，仰卧位时加重，坐位时减轻。常表现为阵发性呼吸困难，多在夜间发生，患者常于睡眠中突感胸闷气促而憋醒，被迫坐起，惊恐烦躁，用力呼吸，经数分