



“十四五”职业教育国家规划教材

临床医学概论

LINCHUANG YIXUE GAILUN

主 编 彭 克 刘格日乐

临床医学概论

主 编 彭 克 刘格日乐



扫描二维码
共享立体资源



中南大学出版社
www.csupress.com.cn



中南大学出版社
www.csupress.com.cn

图书在版编目 (CIP) 数据

临床医学概论 / 彭克, 刘格日乐主编. — 长沙:
中南大学出版社, 2019.8 (2023 重印)
ISBN 978-7-5487-3749-0

I. ①临… II. ①彭… ②刘… III. ①临床医学—高等职业教育—教材 IV. ① R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2019) 第 196082 号

临床医学概论

彭 克 刘格日乐 主编

责任编辑 陈 娜

责任印制 易红卫

出版发行 中南大学出版社

社址: 长沙市麓山南路

邮编: 410083

发行科电话: 0731-88876770

传真: 0731-88710482

印 装 定州启航印刷有限公司

开 本 787×1092 1/16 印张 14 字数 276 千字

版 次 2019 年 8 月第 1 版 2023 年 6 月修订 2023 年 7 月第 6 次印刷

书 号 ISBN 978-7-5487-3749-0

定 价 45.00 元

图书出现印装问题, 请与经销商调换

目录

第一篇 诊断学基础

项目一 问诊与常见症状 1

- 任务一 问诊 2
- 任务二 常见症状 5

项目二 体格检查 26

- 任务一 基本检查 26
- 任务二 一般检查 29
- 任务三 头颈部及其器官检查 32
- 任务四 胸部检查 36
- 任务五 腹部检查 42
- 任务六 神经系统检查 48

项目三 实验室检查 54

- 任务一 血液检查 54
- 任务二 尿液与粪便检查 58
- 任务三 肝功能检查 61
- 任务四 肾功能检查 65

项目四 诊断方法与病历书写 68

- 任务一 临床诊断步骤与思维方法 68
- 任务二 病历书写 72



第二篇 内科学基础

项目五 呼吸系统疾病 75

- 任务一 急性呼吸道感染 75
- 任务二 支气管哮喘 78
- 任务三 慢性阻塞性肺疾病与肺源性心脏病 81
- 任务四 肺炎 85
- 任务五 原发性支气管肺癌 88
- 任务六 呼吸衰竭 92

项目六 循环系统疾病 96

- 任务一 原发性高血压 96
- 任务二 冠状动脉粥样硬化性心脏病 99
- 任务三 心肺复苏 103

项目七 消化系统疾病 108

- 任务一 慢性胃炎 108
- 任务二 消化性溃疡 110
- 任务三 肝硬化 114
- 任务四 肝性脑病 117

项目八 泌尿与生殖系统疾病 120

- 任务一 肾小球疾病 120
- 任务二 尿路感染 126
- 任务三 肾衰竭 131

项目九 内分泌与代谢性疾病 138

- 任务一 甲状腺疾病 138
- 任务二 糖尿病 143



项目十 风湿性疾病 150

任务一 类风湿关节炎 150

任务二 系统性红斑狼疮 154

项目十一 血液系统疾病 159

任务一 贫血 159

任务二 过敏性紫癜 164

项目十二 神经系统疾病 168

任务一 脑血管病 168

任务二 帕金森病 180

第三篇 外科学基础

项目十三 外科学总论 183

任务一 休克 183

任务二 肿瘤 187

任务三 烧伤 193

项目十四 运动系统疾病 200

任务一 骨折 200

任务二 关节脱位 210

参考文献 215

第一篇 诊断学基础

项目一

问诊与常见症状

学习目标

» 知识目标

1. 掌握问诊的内容及各种常见症状的概念、临床表现、问诊要点。
2. 熟悉各种常见症状的病因。

» 能力目标

能独立进行系统的问诊，学会问诊的方法、技巧。能够判断各种常见症状。

» 素质目标

培养细心、耐心、关心患者的职业素质，树立全心全意为患者服务的思想。

诊断学 (diagnostics) 是联结基础医学与临床医学的桥梁课程，是运用医学基本理论、基本知识和基本技能对疾病进行诊断的一门学科。其主要内容包括症状学、病史采集、体格检查、实验室检查以及器械检查等。学习、研究与运用诊断学的基本理论、基本知识和基本技能，对患者的临床资料进行全面系统的收集、整理和分析，对疾病诊断具有十分重要的意义。学好诊断学基础知识将为学习临床医学各科、临床见习与实习奠定基础。



■ 任务一 问诊

案例导入 ◆

案例 1-1

李某，男，18岁。3天前放学路途中淋雨后出现咽痒、鼻塞，次日中午出现发热，自测体温为39.1℃，伴右胸局部疼痛，咳嗽时加剧，未予重视，自服维C银翘片。近3天来体温持续升高，维持在39.1℃~40.1℃，下午2点体温最高，且咳嗽日益加重，有铁锈色痰，自觉疲惫、精神欠佳。患者开始担心，遂来院就诊。既往体健，无结核病等传染病接触史、无药物过敏史。

思 考

1. 接诊患者后，我们需要从哪些方面对患者开展问诊？
2. 该患者的初步诊断是什么？

一、问诊的重要性

问诊（inquiry）是医生通过对患者或相关人员的系统询问获取病史资料，经过综合分析而作出临床判断的一种诊法。问诊是病史采集的主要手段，是临床医生必须掌握的基本功。诊断疾病的大多数线索和依据来源于病史采集。

机体在疾病的早期处于功能或病理生理改变的阶段，还缺乏器质性或组织、器官形态学方面的改变，患者却在更早的时期有某些特殊感受，如乏力、头晕、食欲改变、疼痛等症状。在此阶段，体格检查、实验室检查和特殊检查均无阳性发现，问诊所获得的资料能作为唯一的早期诊断依据。临床工作中有些疾病的诊断仅通过问诊即可基本确定，如感冒、癫痫、胆道蛔虫等。

采集病史是医生诊治疾病的第一步，是医患沟通和建立良好医患关系的最重要时机。问诊的过程还可以教育患者，向患者提供信息，有时甚至交流本身也具有缓解焦虑等治疗作用。

二、问诊的内容

1. **一般项目** 包括姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、通信地址（住址）、电话号码、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。记录年龄时应填写具体年龄，不能用“儿”或“成人”代替，病史陈述者非本人应注明与患者的关系。

2. **主诉** 为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或（和）体征，也是本次就诊最主要的原因及其持续时间。主诉应用一两句话加以概括，并同时注明主诉自发生到就诊的时间，如“高热、咽痛2天”“活动后心慌气短2年，双下肢水肿2周余”。记录主



诉应尽可能用患者自己描述的症状，如“多饮、多食、多尿、消瘦1年”，而不是医生对患者的诊断用语，如“患糖尿病1年”。对当前无症状，诊断资料和入院目的又十分明确的患者，也可以用以下方式记录主诉。如“2周前超声检查发现胆囊结石”。

3. 现病史 是病史中的主体部分，它记述患者患病后的全过程，即发生、发展、演变和诊治经过。可按以下的内容和程序询问。

(1) 起病情况与患病的时间：有的疾病起病急骤，如心绞痛、急性胃肠穿孔等；有的疾病起病缓慢，如肺结核、肿瘤等。疾病的起病常与某些因素有关，如脑出血、高血压危象常发生于情绪激动时。患病时间是指从起病到就诊或入院的时间。

(2) 主要症状的特点：包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度，缓解或加剧的因素。如典型心绞痛多位于胸骨后中上段深部，疼痛范围约拳头大小，呈压榨性疼痛，每次持续1~15分钟，休息或含服硝酸甘油后1~2分钟缓解，疼痛持续时间不超过5分钟。对症状的性质也应作有鉴别意义的询问，如灼痛、绞痛、胀痛、隐痛以及症状为持续性或阵发性，发作及缓解的时间等。

(3) 病因与诱因：尽可能了解与本次发病有关的病因（如外伤、中毒、感染等）和诱因（如气候、环境、情绪、饮食等）。如在睡眠中发生昏迷，全家集体发病，应想到煤气中毒的可能性。

(4) 病情发展与演变：包括病程中主要症状的变化或新症状的出现。如手术卧床患者，既往健康，第一次下地后突发呼吸困难，甚至晕厥，应考虑肺栓塞的可能。

(5) 伴随症状：在主要症状的基础上又出现一系列的其他症状。这些伴随症状常是鉴别诊断的重要依据。例如急性上腹痛可有多种原因，若患者同时伴有恶心、呕吐、发热，特别是又出现黄疸和休克时，应该考虑急性胆道感染的可能。当某一症状按规律应出现伴随症状，而实际上没有出现时，也应将其记录，这种隐性症状往往具有重要的鉴别诊断意义。

(6) 诊治经过：询问患者在本次就诊前曾就诊过的医疗单位，接受过的检查及诊断结果。如已进行治疗则应问明使用过的药物名称、剂量、时间和疗效。

(7) 病程中的一般情况：记述患病后到就诊前或入院前的精神、体力状态、食欲、食量、体重、睡眠与大小便的情况等。

4. 既往史 包括患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病（包括各种传染病）、外伤手术史、预防接种史、过敏史，特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。如风湿性心脏瓣膜病应询问过去有无游走性关节痛、咽部疼痛，脑血管意外患者有无高血压病史等。

5. 系统回顾 系统回顾的作用是最最后一遍搜集病史资料，消除问诊过程中患者或医生忽略或遗漏内容。

6. 个人史

(1) 社会经历：包括出生地、居住地和居留时间（尤其是疫源地和地方病流行区）、受教育程度等。

(2) 职业及工作条件：包括劳动环境、对工业毒物的接触情况等。



(3) 习惯与嗜好：包括起居与卫生习惯、饮食的规律与质量、烟酒嗜好时间与摄入量等。有无冶游史。

7. **婚姻史** 未婚或已婚，结婚年龄，配偶健康状况等。

8. **月经史与生育史** 月经初潮的年龄、月经周期和经期天数，经血的量和颜色，经期症状，有无痛经与白带，末次月经日期，闭经日期，绝经年龄。

生育史包括妊娠与生育次数，人工或自然流产次数，有无早产、死产、手术产、围生期感染及计划生育措施和避孕药的使用情况等，对男性患者也应询问是否患过影响生育的疾病。

9. **家族史** 询问父母与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况，应询问是否有与患者同样的疾病，有无与遗传有关的疾病，如白化病、糖尿病、高血压病、精神病等。对已经死亡的直系亲属要问明死因与年龄。

三、问诊的方法、技巧与注意事项

(1) 问诊开始时，患者常有紧张情绪，临床医生应主动创造一种宽松和谐的环境以解除患者的不安心情，一般应从礼节性交谈开始，如自我介绍等。

(2) 尽可能让患者充分地陈述和强调他认为重要的情况和感受，只有在患者的陈述离病情太远时，才需要灵活地把话题转回。

(3) 避免暗示性提问、责难性提问、连续性提问和逼问。

(4) 追溯首发症状开始的确切时间，直至目前的演变过程。如有几个症状同时出现，必须确定其先后顺序。根据具体情况采用不同类型的提问。

(5) 提问时要注意系统性和目的性，有时用反问及解释等技巧。要全神贯注地倾听患者的回答，避免不必要地重复提问。

(6) 善于归纳小结。询问病史的每一部分结束时进行归纳小结，可唤起医生自己的记忆和理顺思路，以免忘记要问的问题。

(7) 避免使用医学术语。患者使用医学术语时要问清含义，患者使用诊断名词时，记录要冠以引号。

(8) 坚持人文关怀。仪表、礼节和友善的举止，有助于发展与患者的和谐关系，使患者感到温暖亲切，甚至能使患者讲出原想隐瞒的敏感事情。

(9) 恰当地运用一些评价、赞扬与鼓励语言，可促使患者与医生的合作，使患者受到鼓舞而积极提供信息，如“可以理解”“那你一定很不容易”等。

(10) 患者答非所问或依从性差可能是因为患者没有理解医生的意思，可检查患者的理解程度。如询问者提出一种假设的情况，看患者能否作出适当的反应。如患者没有完全理解或理解有误，应予及时纠正。

(11) 询问时应宽慰患者。关注患者，包括患者对病因、临床症状、诊断、治疗、预后的关注及患者关心的其他问题，为其提供适当信息、指导或教育。



课程思政

人民健康是民族昌盛和国家强盛的重要标志。把保障人民健康放在优先发展的战略位置，完善人民健康促进政策。

——习近平在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告

【案例分析】

1. 接诊患者后，应当从患者的一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史等方面进行问诊，尤其关注对现病史中起病情况与患病时间、主要症状的特点、病因与诱因、病情发展与演变、伴随症状、诊治经过等方面的询问。

2. 该患者的初步诊断：①急性上呼吸道感染；②急性肺炎。

任务二 常见症状

案例导入

案例 1-2

老李，56岁，男性。近3个月来常感全身乏力，右上腹不适，食欲缺乏。1周前因出差劳累出现腹胀和失眠。3天前无明显诱因出现腹泻，水样便，每天4~6次，自服小檗碱（黄连素）未见好转。昨天出现畏寒、发热，家属发现其巩膜黄染，尿色加深。今晨呕出咖啡样血水约1000mL，遂来院急诊。18年前曾患急性肝炎，经住院1个月行保肝治疗，多次复查肝功能正常后出院。由于其为销售人员，平素多有应酬，有大量饮酒的习惯，每天约饮750g黄酒。其妻为农民，瘫痪在床。无子女，家境困难，主要靠其一人收入，故仍坚持工作。

思考

针对老李的情况，我们就发热、腹泻、呕血、黄疸等情况如何开展问诊？

症状（symptom）是疾病的表现，是患者主观感受到的异常感觉或客观上的病态改变，如发热、疼痛、眩晕等。症状学（symptomatology）主要研究症状病因、发生机制、临床表现及其在疾病诊断中的作用。

广义症状，包含症状和体征两个方面，指疾病引起患者的主观不适、异常感觉、功能变化或明显的病态改变。临床常见的重要症状有发热、头痛、咳嗽与咳痰、咯血、呼吸困难、胸痛、恶心、呕吐、呕血、便血、腹痛、腹泻、便秘、黄疸、尿频、尿急、尿痛、眩晕、意识障碍等。



一、发热

发热 (fever) 是指机体在致热源作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时, 体温升高超出正常范围。发热可分为生理性发热和病理性发热两类, 通常所说的发热是指病理性发热。

(一) 正常体温与生理性发热

正常人的体温在 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右。正常体温是有波动的, 如下午体温较早晨稍高, 剧烈活动、餐后体温略升高, 但 24 小时内体温波动范围一般不超过 1°C 。此外, 女性在月经前及妊娠期体温略高于正常范围; 老年人体温相对于青壮年稍低, 而新生儿则稍高。

(二) 病因

引起发热的病因较多, 可分为感染性和非感染性两大类, 以感染性发热多见。

1. 感染性发热 常见的病原体有细菌、病毒, 其次有支原体、立克次体、螺旋体、真菌及寄生虫等。

2. 非感染性发热 即由非病原体引起的发热。非病原体因素主要有无菌性坏死物质的吸收、抗原-抗体反应、内分泌与代谢反应、体温调节中枢功能紊乱、皮肤散热减少、自主神经功能紊乱等。

(三) 临床表现

1. 发热的分度 以口腔温度为标准, 将发热分为①低热: $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$; ②中等度热: $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$; ③高热: $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$; ④超高热: 41°C 以上。

2. 发热的临床过程及特点 分为三个阶段。

(1) 体温上升期: 该期产热大于散热, 使体温上升。患者有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。体温上升有骤升和缓升两种形式: 前者体温在几小时内达 39°C 或以上, 常伴有寒战; 后者体温逐渐上升, 在数天内达高峰, 多不伴寒战。

(2) 高热期: 体温上升达高峰之后保持一定时间, 持续时间的长短可因病因不同而有差异。常表现为皮肤发红伴灼热感, 脉搏增快, 呼吸加快变深, 食欲减退等, 多无寒战现象。

(3) 体温下降期: 患者出汗多, 皮肤潮湿。体温下降有骤降和渐降两种形式: 前者体温于数小时内迅速下降至正常, 常伴有大汗淋漓; 后者体温在数天内逐渐降至正常。

3. 热型 将不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上, 并将各体温数值点连接起来, 即形成体温曲线, 该曲线的不同形态 (形状) 称为热型。

(四) 伴随症状

1. 寒战 见于大叶性肺炎、败血症、急性肾盂肾炎、急性溶血反应等。

2. 单纯疱疹 见于大叶性肺炎、流行性感音等。

3. 淋巴结肿大 见于传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、白血病、淋巴瘤等。

4. 出血 见于流行性出血热、败血症、斑疹、伤寒等; 也可见于血液病, 如白血病、



再生障碍性贫血等。

5. 昏迷 发热在前见于流行性乙型脑炎、中暑等；发热在后见于脑出血、巴比妥类药物中毒等。

（五）问诊要点

（1）询问发热有无诱因，有无规律，是持续性发热还是间歇发热，体温最高值、最低值及波动范围。

（2）起病缓急，病程长短，发病的时间、地点，有无畏寒、寒战、大汗或盗汗等。

（3）询问是否伴有呼吸系统症状（如咳嗽、咳痰、咯血、胸痛）、消化系统症状（如恶心、呕吐、腹痛、腹泻）、泌尿系统症状（如尿频、尿急、尿痛）、神经系统症状（如意识改变、头晕）及全身表现（如皮疹、出血、肌肉关节疼痛）等。

（4）患病以来的精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便情况。

（5）是否接受过诊治，使用药物的名称及剂量，治疗效果如何。

（6）既往史、个人史（职业特点、居住环境等）、心理状态。

二、头痛

头痛（headache）是指额、顶、颞、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。

（一）病因

1. 颅内病变

（1）感染：如脑脓肿、脑膜炎及脑膜脑炎等。

（2）血管病变：如蛛网膜下隙出血、脑实质出血、脑血栓形成、脑栓塞、高血压脑病、脑供血不足等。

（3）占位性病变：如脑肿瘤、颅内转移瘤、颅内囊虫病等。

（4）颅脑外伤：如脑震荡、脑挫伤、颅内血肿、脑外伤后遗症等。

（5）其他：如偏头痛、丛集性头痛、癫痫、腰椎穿刺后头痛。

2. 颅外病变 颅骨疾病，颈部疾病，神经痛，眼、耳、鼻和牙齿疾病所引起的头痛。

3. 全身性疾病 急性感染、心血管疾病、中毒、尿毒症、肺性脑病、贫血、低血糖、月经及绝经期头痛、中暑等。

4. 神经症 如神经衰弱、癔症性头痛。

（二）临床表现

1. 发病情况 起病缓急、病程长短因病因不同而表现各异。急性起病伴有发热常见于感染性疾病；若急剧头痛，持续不减并有不同程度的意识障碍而无发热者，提示颅内血管性疾病（如蛛网膜下隙出血）。慢性进行性头痛，且有颅内压增高的症状（如呕吐、视盘水肿），应注意颅内占位性病变；长期反复发作的头痛或呈搏动性，多为偏头痛等血管性头痛或神经症。慢性头痛突然加剧并伴有意识障碍时，提示可能发生脑疝。青壮



年慢性头痛且无颅内压增高，常因情绪紧张或焦急而发生，休息后缓解，多为肌收缩性头痛（或称肌紧张性头痛）。

【知识链接】

偏头痛

偏头痛（migraine）是临床最常见的原发性头痛类型，临床以发作性中重度、搏动样头痛为主要表现，头痛多为偏侧，一般持续4~72小时，可伴有恶心、呕吐，光、声刺激或日常活动均可加重头痛，安静环境、休息可缓解头痛。偏头痛是一种常见的慢性神经血管性疾病，多起病于儿童和青春期，中青年期达发病高峰，女性多见，男女患者比例为1:2~3，人群中患病率为5%~10%，常有遗传背景。

2. 头痛部位 头痛的部位可发生在单侧、双侧、前额或顶部，可以是局部或弥散。单侧头痛多为偏头痛及丛集性头痛。高血压引起的头痛多在额部或整个头部；全头痛还可见于颅内感染或全身性疾病。颅内病变的头痛常深在、弥散，头痛部位不一定与颅内深部病变的部位相一致，头痛多向病灶同侧放射。眼源性、鼻源性和牙源性头痛多为浅表性疼痛，眼源性头痛常局限于眼眶、前额或颞部。

3. 头痛的程度与性质 头痛的程度一般分轻、中、重3种，但与病情的轻重不呈正相关。三叉神经痛、偏头痛及脑膜受刺激的疼痛最剧烈，神经功能性头痛有时也剧烈。脑肿瘤的痛多为中度或轻度。神经痛多呈电击样或刺痛，高血压性、血管性和发热性疾病的头痛可呈搏动性，肌肉收缩性头痛多呈重压感、紧箍感或呈钳夹样痛。

4. 头痛出现的时间与持续时间 颅内占位性病变更引起的头痛多清晨加剧，鼻窦炎引起的头痛常发生于清晨或上午，丛集性头痛常发生于晚间。脑肿瘤的头痛多为进行性、持续性，可有长短不等的缓解期。女性偏头痛常与月经期有关。

5. 头痛加重、减轻的因素 摇头、咳嗽、打喷嚏、俯身提重物可使颅内高压性头痛、感染性头痛、血管性头痛、脑肿瘤性头痛加剧。丛集性头痛可在直立时缓解，偏头痛在应用麦角胺后可获缓解。颈部急性炎症导致的头痛可因颈部运动而加剧，慢性或职业性的颈肌痉挛可因活动、或按摩颈肌使头痛缓解。

（三）伴随症状

1. 呕吐 如颅内压增高、偏头痛。
2. 眩晕 如小脑肿瘤、椎基底动脉供血不足。
3. 发热 如颅内或全身性感染。
4. 视力障碍 见于青光眼或脑肿瘤。
5. 脑膜刺激征 提示脑膜炎或蛛网膜下隙出血。

（四）问诊要点

- （1）询问头痛有无诱因、起病急缓、病程长短。
- （2）询问头痛的部位与范围、疼痛的性质和程度、频度（间歇性、持续性）、加



重与缓解的方式。

(3) 患者的职业特点、有无毒物(如铅、乙醇、CO、有机磷、药物等)接触史。

(4) 既往病史,是否接受过治疗,治疗经过及效果。

(5) 头痛时有无发热、高血压、动脉粥样硬化、颅脑外伤、肿瘤、精神病、癫痫、神经症及眼耳、鼻、齿等部位疾病史。

三、咳嗽与咳痰

咳嗽(cough)是一种反射性防御动作,通过咳嗽可以清除呼吸道分泌物及气道内异物。如果频繁剧烈的咳嗽影响工作和休息,则属于病理状态。剧烈咳嗽还可以使呼吸道内的感染扩散、呼吸道出血,甚至诱发自发性气胸。痰是气管和支气管的分泌物或肺泡内的渗出液,借助咳嗽将其排出称为咳痰(expectoration)。

(一) 病因

1. 呼吸道疾病 冷、热空气及刺激性气体(如氯、溴、氨等)的吸入以及炎症、异物、出血、肿瘤等刺激,均可引起咳嗽。

2. 胸膜疾病 各种原因所致的胸膜炎、气胸、血胸,胸腔穿刺时也可引起咳嗽。

3. 心血管疾病 左心衰竭引起肺淤血或肺水肿时,可引起咳嗽;右心或体循环静脉栓子脱落引起肺栓塞时也可引起咳嗽。

4. 中枢神经因素 脑炎、脑膜炎或受主观意识控制时也可出现咳嗽。

5. 其他 药物所致咳嗽,如服用血管紧张素转化酶抑制药。还有胃食管反流病、习惯性咳嗽、心因性咳嗽等。

(二) 临床表现

1. 咳嗽的临床表现

(1) 咳嗽的性质:按性质咳嗽可分为干性咳嗽和湿性咳嗽。干咳指咳嗽时无痰或痰量极少,常见于急慢性咽喉炎、喉癌、急性支气管炎初期及支气管的异物、肿瘤、胸膜疾病、二尖瓣狭窄等。湿咳则指咳嗽时有痰,常见于慢性支气管炎、支气管扩张肺炎、肺脓肿和空洞型肺结核等。

(2) 咳嗽的时间与规律:突发性咳嗽常由于吸入刺激性气体或异物、淋巴结或肿瘤压迫气管或支气管分叉处所引起。发作性咳嗽见于百日咳、支气管内膜结核以及咳嗽变异性支气管哮喘。慢性咳嗽常见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿和肺结核。夜间咳嗽明显则见于左心衰竭和肺结核。

(3) 咳嗽的音色:是指咳嗽声音的特点。①咳声嘶哑:多为声带的炎症或肿瘤压迫喉返神经所致。②咳声声音低微或无力:见于严重肺气肿、声带麻痹及极度体弱者。③鸡鸣样咳嗽:表现为连续阵发性剧咳伴有高调吸气回声,多见于百日咳、会厌或喉部疾患、气管受压。④金属音调咳嗽:常由气管受压迫所致,如纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌的压迫。



2. 咳嗽的临床表现

(1) 痰的性状：痰的性质可分为①黏液性：见于急性支气管炎、支气管哮喘、肺结核及大叶性肺炎的初期。②浆液性：见于肺水肿，咳粉红色泡沫样痰。③脓性：见于化脓性细菌性下呼吸道感染。④血性：见于呼吸道黏膜的毛细血管受损，或血液渗入肺泡者。上述各种痰液均可带血。

(2) 痰量：健康人很少有痰，急性呼吸道炎症时痰量较少，痰量增多常见于支气管扩张、肺脓肿和支气管胸膜瘘，且排痰与体位相关。痰量多时静置后可出现分层现象：上层为泡沫，中层为浆液或浆液脓性，下层为坏死物质。

(3) 痰的颜色：铁锈色痰为典型肺炎球菌肺炎的特征；粉红色泡沫痰是肺水肿的特征；黄绿色痰提示铜绿假单胞菌感染；痰白黏稠且牵拉成丝难以咳出，提示有真菌感染；大量稀薄浆液性痰中含粉皮样物，提示棘球蚴病（包虫病）；日咳数百至上千毫升浆液泡沫痰，提示肺泡癌。

(4) 痰的气味：恶臭痰提示有厌氧菌感染，腥臭痰提示肺癌晚期，粪臭痰提示膈下脓肿破溃形成支气管痿。

(三) 伴随症状

1. 发热 常见于急性上、下呼吸道感染，肺结核及胸膜炎等。
2. 胸痛 常见于肺炎、胸膜炎、肺栓塞、支气管肺癌、自发性气胸等。
3. 咯血 常见于支气管扩张、肺脓肿、肺结核、支气管肺癌、二尖瓣狭窄等。
4. 哮鸣音 常见于支气管哮喘、慢性喘息性支气管炎、心源性哮喘、气管与支气管异物等。

(四) 问诊要点

- (1) 咳嗽的性质、程度及音色
- (2) 咳嗽发作的时间、急缓及规律。
- (3) 咳嗽的性状和痰量。
- (4) 发病的年龄及性别。
- (5) 咳嗽、咳嗽的伴随症状。

四、咯血

喉及喉部以下的呼吸道及肺组织出血，经口腔咯出称为咯血（hemoptysis）。少量咯血仅表现为痰中带血，大量咯血时血液从口鼻涌出，常阻塞呼吸道，可造成窒息死亡。

(一) 病因

1. 支气管疾病 常见于支气管扩张、支气管肺癌、支气管内膜结核及慢性支气管炎。
2. 肺部疾病 肺结核、肺炎、肺脓肿、肺淤血、肺栓塞、肺寄生虫病、恶性肿瘤肺转移。
3. 心血管疾病 常见于二尖瓣狭窄、先天性心脏病所致的肺动脉高压等。



4. **全身疾病肺部表现** 风湿性疾病、肺出血-肾炎综合征、流行性出血热、支气管子宫内膜异位症、血液病（如血小板减少性紫癜、血友病、再生障碍性贫血）等。

（二）临床表现

1. **年龄** 青壮年咯血常见肺结核、支气管扩张和二尖瓣狭窄等。40岁以上的长期吸烟者应高度警惕是否是支气管肺癌。

2. **咯血量** ①小量咯血：咯血量每日小于100mL；②中等量咯血：咯血量每日在100~500mL；③大咯血：咯血量每日大于500mL，或一次咯血100~500mL。

3. **颜色和性状** 咯血呈鲜红色，提示肺结核、支气管扩张、肺脓肿和出血性疾病等；咯血呈暗红色，提示二尖瓣狭窄；铁锈色血痰提示肺炎球菌肺炎；砖红色胶冻样痰提示肺炎克雷伯菌肺炎；浆液性粉红色泡沫痰提示左心衰竭；黏稠暗红色血痰提示肺梗死。

（三）伴随症状

1. **发热** 见于肺结核、肺炎、肺脓肿，或流行性出血热、支气管肺癌等。

2. **胸痛** 见于肺炎球菌肺炎、肺结核、肺栓塞以及支气管肺癌等。

3. **咳嗽** 见于慢性支气管炎、支气管肺癌和支原体肺炎。

4. **脓痰** 见于支气管扩张、肺脓肿，或空洞型肺结核继发的细菌感染等。

5. **皮肤黏膜出血** 见于血液病、风湿性疾病、流行性出血热等。

（四）问诊要点

（1）咯血的量、性状、持续时间。

（2）性别、年龄、既往病史、结核病接触史。

（3）个人史包括职业、饮食习惯、居住地、月经史等。

（4）咯血的伴随症状。

五、呼吸困难

呼吸困难（dyspnea）指患者主观感觉空气不足，呼吸费力；客观上表现为呼吸频率、节律和深度的改变。严重者表现为呼吸运动用力，严重时可出现张口呼吸、鼻翼扇动、端坐呼吸、发绀，甚至需呼吸辅助肌参与呼吸运动。

（一）病因

1. 呼吸系统疾病

（1）**气道梗阻**：炎症、水肿、肿瘤或异物致气道狭窄、梗阻，或支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病等。

（2）**肺部疾病**：肺炎、肺脓肿、肺结核、肺水肿、肺不张、弥漫性肺间质疾病及细支气管肺泡癌等。

（3）**胸壁胸廓、胸膜腔疾病**：胸壁炎症、严重胸廓畸形、胸腔积液、广泛胸膜粘连、自发性气胸以及结核、外伤等。



(4) 神经肌肉疾病：急性多发性神经根神经炎（吉兰-巴雷综合征）、重症肌无力以及药物所致的呼吸肌麻痹。

(5) 膈运动障碍：膈麻痹，或大量腹腔积液、腹腔巨大肿瘤、妊娠末期所致膈肌位置上抬。

2. 循环系统疾病 常见于各种原因所致的心力衰竭、心包压塞、肺栓塞及原发性肺动脉高压等。

3. 中毒 糖尿病酮症酸中毒，或吗啡类药物、有机磷农药、氰化物、亚硝酸盐及急性一氧化碳等中毒。

4. 血液病 重度贫血、高铁血红蛋白血症及硫化血红蛋白血症等。

5. 神经精神性疾病 颅脑疾病，如脑出血、脑外伤、脑肿瘤、脑炎、脑膜炎及脑脓肿等所致的呼吸中枢功能障碍；精神因素，如焦虑症、癔症等。

（二）临床表现

1. 肺源性呼吸困难 主要是呼吸系统疾病所致的通气、换气功能障碍引起缺氧和（或）CO₂ 潴留。常见三种类型：

(1) 吸气性呼吸困难：由喉、气管及支气管狭窄或梗阻所引起。其特点是吸气显著费力，严重者可出现“三凹征”，即吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷。可伴有干咳及高调吸气喉鸣音。

(2) 呼气性呼吸困难：由于肺组织弹性减弱、小支气管痉挛或狭窄所致。其特点是呼气费力且缓慢、呼吸时间明显延长，伴有呼气期哮鸣音。

(3) 混合性呼吸困难：吸气和呼气均感费力，呼吸频率增快，深度变浅，可伴有呼吸音异常或病理性呼吸音。

2. 心源性呼吸困难 左心和右心衰竭均可出现呼吸困难，而左心衰竭所致的呼吸困难更为严重。呼吸困难是左心衰竭的最早症状，常表现为：①劳力性呼吸困难，即活动时出现或加重，休息时减轻或消失；②夜间阵发性呼吸困难，即夜间睡眠中突感胸闷气急，被迫坐起，甚至面色发绀、大汗，咳浆液性粉红色泡沫样痰，两肺底闻及较多的湿啰音、哮鸣音，心率加快，可出现奔马律，此时发生了“心源性哮喘”；③端坐呼吸：病情较重时往往被迫采取半坐位或端坐位呼吸，两肺底部或全肺可闻及湿啰音。

右心衰竭引起体循环淤血，其呼吸困难程度较左心衰竭轻。

3. 中毒性呼吸困难

(1) 代谢性酸中毒：出现深长而规则的呼吸，可伴有鼾音，称为酸中毒大呼吸。

(2) 吗啡类、巴比妥类和有机磷杀虫药中毒：可抑制呼吸中枢引起呼吸困难，呼吸缓慢、变浅伴有呼吸节律异常，如潮式呼吸或间停呼吸。

(3) 化学毒物中毒：使机体缺氧引起呼吸困难。

4. 血源性呼吸困难 由于红细胞携氧量减少，血氧含量降低所致。其表现为呼吸浅，心率快。



5. 神经精神性呼吸困难

(1) 神经性呼吸困难：重度颅脑疾病时，呼吸中枢受到压迫、血供减少。主要表现为呼吸深而慢，伴有呼吸节律的改变，如抽泣样呼吸、抑制性呼吸等。

(2) 精神性呼吸困难：癔症时过度通气而发生呼吸性碱中毒。主要表现为呼吸频率快而浅，伴叹息样呼吸或手足搐搦。

(三) 伴随症状

1. 发热 见于肺炎、肺脓肿、肺结核、胸膜炎或急性心包炎等。

2. 哮鸣音 见于支气管哮喘或心源性哮喘，往往是发作性的呼吸困难；而突发性呼吸困难见于急性喉头水肿、气管异物、大面积肺栓塞、自发性气胸等。

3. 一侧胸痛 见于大叶性肺炎、急性渗出性胸膜炎、自发性气胸、急性心肌梗死及支气管肺癌等。

4. 咳嗽、咳痰 见于慢性支气管炎、阻塞性肺气肿继发肺部感染、支气管扩张、肺脓肿、急性左心衰竭等。

5. 意识障碍 见于脑出血、脑膜炎、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、肺性脑病、休克型肺炎、急性中毒等。

(四) 问诊要点

1. 呼吸困难发生的快慢 气管支气管异物、气胸、肺栓塞、中毒、急性左心衰竭等导致的呼吸困难多突然发作；慢性阻塞性肺疾病、间质性肺疾病等所致的呼吸困难多渐进性发生。

2. 呼吸困难与体位、活动的关系 有些呼吸困难发生在平卧位或端坐位，有些属活动后呼吸困难。

3. 呼吸困难的原因 注意询问肺部疾病、心脏疾病、肾脏疾病、代谢性疾病、血液系统疾病病史，药物、毒物摄入史及颅脑疾病史等。

4. 伴随症状 呼吸困难时是否伴随有其他不适症状。

六、胸痛

胸痛 (chest pain) 主要由胸部疾病所致，其程度因个体痛阈的不同而不同，与病情轻重程度也不完全一致。

(一) 病因

1. 胸壁及胸廓疾病 急性皮炎、皮下蜂窝织炎、带状疱疹、肋间神经炎、肋软骨炎、肋骨骨折、外伤、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、夹层动脉瘤、二尖瓣或主动脉瓣病变、心肌病、急性心包炎、肺动脉高压等。

3. 呼吸系统疾病 胸膜炎、自发性气胸、血胸、支气管炎、支气管肺癌等。

4. 纵隔疾病 纵隔的炎症、气肿、肿瘤等。



5. 其他 过度通气综合征、食管炎、食管癌、食管裂孔疝、膈下脓肿、肝脓肿等。

（二）临床表现

1. 发病年龄 青壮年胸痛多见于结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病，40 岁以上应注意心绞痛、心肌梗死和支气管肺癌。

2. 胸痛的部位 胸壁疾病所致的胸痛常固定在病变部位，且有压痛。带状疱疹所致胸痛，典型者可见成簇的水疱沿一侧肋间神经分布，且疱疹不超过体表中线。肋软骨炎引起胸痛，常在第 1 肋、第 2 肋软骨处见单个或多个隆起，有压痛、无红肿。心绞痛及心肌梗死的疼痛多在胸骨后和心前区或剑突下，可向左肩和左臂内侧放射，甚至达小指与无名指，也可放射至左颈或面颊部。夹层动脉瘤引起疼痛多位于胸背部，放射至下腹、腰部、两侧腹股沟及下肢。胸膜炎引起的疼痛多在患侧胸部。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，可放射至右肩部。肺尖部肺癌引起疼痛多以肩部、腋下为主，可向上肢内侧放射。

3. 胸痛的性质 带状疱疹多呈刀割样或灼热样剧痛；食管炎多呈烧灼痛；肋间神经痛呈阵发性灼痛或刺痛；心绞痛呈绞榨样痛并有重压窒息感，心肌梗死的疼痛更剧烈伴有濒死感；气胸初期呈撕裂样疼痛；主动脉夹层动脉瘤多呈胸背部突发性的撕裂样剧痛或锥痛；胸膜炎可呈隐痛、钝痛或刺痛；肺梗死亦可突发胸部剧痛或绞痛。

4. 疼痛持续时间 心绞痛发作时间短暂，一般持续 1 ~ 5 分钟，而心肌梗死疼痛持续时间很长，可数小时或更长，不易缓解。

5. 影响疼痛因素 心绞痛可由精神紧张或劳累诱发，休息或含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯后 1 ~ 2 分钟内缓解，但对心肌梗死的疼痛无效。食管疾病在进食时发作或加剧，服用促动力药物和抗酸药可减轻、消失症状。胸膜炎的胸痛可在咳嗽或用力呼吸时加剧。

带状疱疹

【知识链接】

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的急性感染性皮肤病。对此病毒无免疫力的儿童被感染后，发生水痘。部分患者被感染后成为带病毒者而不发生症状。由于病毒具有亲神经性，感染后可长期潜伏于脊髓神经后根神经节的神经元内，当抵抗力低下或劳累、感染、感冒时，病毒可再次生长繁殖，并沿神经纤维移至皮肤，使受侵犯的神经和皮肤产生强烈的炎症。皮疹一般有单侧性和按神经节段分布的特点，有集簇性的疱疹组成，并伴有疼痛；年龄愈大，神经痛愈重。

（三）伴随症状

1. 咳嗽、咳痰和（或）发热 常见于气管、支气管及肺部疾病。

2. 呼吸困难 见于大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎及肺栓塞等病变范围较大者。

3. 咯血 主要见于肺结核、肺栓塞、支气管肺癌。



4. 面色苍白、大汗、血压下降 见于心肌梗死、主动脉瘤、主动脉窦瘤破裂及大块肺栓塞。

5. 吞咽困难 常见于食管疾病。

（四）问诊要点

- （1）询问胸痛的诱因、起病方式、病程长短、加重与缓解的因素。
- （2）胸痛的部位、性质、程度、持续时间及其有无放射痛，是否伴有发热、咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、吞咽困难。
- （3）患者年龄、职业特点、既往病史、诊疗经过。
- （4）要特别注意有无皮肤苍白、大汗、血压下降或休克。

七、恶心、呕吐

恶心（nausea）是指上腹部不适、紧迫欲吐的感觉，可伴有皮肤苍白、出汗、流涎、血压降低和心动过缓等迷走神经兴奋的症状。呕吐（vomiting）是指胃或部分小肠的内容物经食管、口腔而排出体外的现象。一般恶心常在呕吐之前，但恶心和呕吐也可单独出现。频繁和剧烈的呕吐可引起水、电解质紊乱、食管贲门黏膜撕裂和营养缺乏等。

（一）病因

1. 反射性呕吐

- （1）咽部受刺激：吸烟、剧咳、鼻咽部的炎症或溢脓等。
- （2）胃、十二指肠疾病：急、慢性胃肠炎，消化性溃疡，功能性消化不良，幽门梗阻等。
- （3）肠道疾病：急性阑尾炎、肠梗阻、急性出血性坏死性肠炎、腹型过敏性紫癜等。
- （4）肝胆胰疾病：急性肝炎、肝硬化、肝淤血、胆囊炎、胆石症或胰腺炎等。
- （5）腹膜及肠系膜疾病：急性腹膜炎、急性肠系膜淋巴结炎等。
- （6）其他：肾输尿管结石、急性肾盂肾炎、急性盆腔炎、异位妊娠破裂，青光眼、屈光不正等亦可引起恶心、呕吐。

2. 中枢性呕吐

- （1）神经系统疾病：脑炎、脑膜炎、脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、高血压脑病、脑挫裂伤及癫痫等。
- （2）全身性疾病：尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、甲状腺危象、低血糖、早孕反应等。
- （3）药物：某些抗生素、抗癌药、洋地黄、吗啡等。
- （4）中毒：乙醇、一氧化碳、重金属、有机磷农药、鼠药等中毒。
- （5）精神因素：胃神经症神经性厌食、癔症等。

3. 前庭障碍性呕吐 常见于迷路炎、梅尼埃病、晕动病。

（二）临床表现

1. 呕吐的时间 晨起呕吐可见于早孕反应、尿毒症、慢性酒精中毒或功能性消化不



良；鼻窦炎慢性咽炎患者因起床后脓液经鼻后孔刺激咽部，可出现晨起恶心、干呕；晚上或夜间呕吐见于幽门梗阻。

2. 呕吐与进食的关系 进食过程中或餐后即刻呕吐，可见于幽门管溃疡或精神性呕吐；餐后1小时以上的延迟性呕吐，提示胃张力下降或排空延迟；餐后较久或数餐后呕吐，见于幽门梗阻；餐后数小时呕吐，或是在食用相同食物后的集体性发病，多见于食物中毒。

3. 呕吐物的性质 呕吐物呈咖啡色样，提示上消化道出血；呕吐物呈酸腐味或含有隔夜宿食，提示胃潴留；呕吐物带粪臭味提示低位肠梗阻；呕吐物不含胆汁说明梗阻平面多在十二指肠乳头以上，呕吐物含多量胆汁提示在此平面以下；呕吐物含有大量酸性液体者多见于十二指肠溃疡或胃泌素瘤，无酸味者可能为贲门狭窄或贲门失弛缓症。

4. 呕吐的特点 喷射状呕吐多见于颅内压增高的疾病，常不伴明显恶心症状。

（三）伴随症状

1. 腹痛、腹泻 见于急性胃肠炎、细菌性食物中毒、霍乱等。

2. 右上腹疼痛、发热、寒战 见于急性胆囊炎、胆石症。

3. 眩晕、眼球震颤 见于前庭器官疾病。

4. 喷射性呕吐伴头痛 见于颅内压增高、青光眼。

（四）问诊要点

1. 呕吐的起病 急起或缓起，有无明确的病因或诱因，与进食的关系，有无腹部手术史，女性患者的月经史。

2. 呕吐的特点与变化 白天或夜间，与进食、体位改变的关系，间歇或持续。

3. 呕吐物的特征 注意呕吐物的性状及气味。

4. 恶心、呕吐加重与缓解因素

5. 诊治情况 X线、胃镜、腹部B超、血糖、肝功能、肌酐、尿素氮等检查。

八、呕血、便血

呕血（hematemesis）是指上消化道（指屈氏韧带以上的消化器官，包括食管、胃、十二指肠、肝、胆、胰）疾病或全身性疾病所致的上消化道出血，血液经口腔呕出。呕血常伴有黑便，严重时可有急性周围循环衰竭的表现。便血（hematochezia）是指消化道出血，血液由肛门排出。

（一）病因

1. 呕血的病因

（1）消化系统疾病：食管疾病，如反流性食管炎、食管癌、食管异物等；胃及十二指肠疾病，如消化性溃疡、急性糜烂出血性胃炎、胃癌、胃泌素瘤及门脉高压引起的胃底静脉曲张破裂；肝胆胰疾病，如胆结石、胆道蛔虫、胆囊癌、急慢性胰腺炎、胰腺癌合并脓肿破溃出血等。

（2）消化系统临近器官疾病：如主动脉瘤破入食管、胃、十二指肠。



(3) 全身性疾病：血液系统疾病，如血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、血友病、白血病、弥散性血管内凝血等；感染性疾病，如流行性出血热、钩端螺旋体病、急性重型肝炎、败血症等；结缔组织病，如系统性红斑狼疮、皮炎等；其他疾病，如尿毒症、肺源性心脏病、呼吸衰竭等。

在上述病因中以消化性溃疡最常见，其次是食管或胃底静脉曲张破裂，再次为急性糜烂性出血性胃炎和胃癌。

2. 便血的原因 上述呕血的病因均可引起便血。此外，下消化道疾病也可引起便血：

①小肠疾病：如肠结核、急性出血性坏死性肠炎、克罗恩病、小肠肿瘤等。②结肠疾病：如急性细菌性痢疾、溃疡性结肠炎、结肠癌等。③直肠肛管疾病：如直肠肛管损伤、直肠癌、痔、肛裂、肛瘘等。④肠血管病变：如遗传性毛细血管扩张症、先天性血管畸形等。

(二) 临床表现

1. 呕血的表现

(1) 呕血与黑便：呕血前常有上腹部不适和恶心，随后呕吐血性胃内容物。呕血颜色主要与出血速度、出血量以及血液在胃内停留的时间、出血的部位有关。当出血量大，或在胃内停留时间短，则食管出血血色为鲜红，或混有凝血块，或为暗红色；当出血量小，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，使呕吐物呈咖啡渣样棕褐色。部分血液经肠道排出体外，则形成黑便。若黑便伴有肠鸣，提示有活动性出血。

(2) 失血性周围循环衰竭：出血量达循环血容量的 10% ~ 15% 时，可有头晕、畏寒、无力，多无血压、脉搏变化；出血量达循环血容量的 20% 以上时，可有冷汗、四肢湿冷、心悸、脉搏增快；出血量达循环血容量的 30% 以上时，可出现呼吸急促、脉搏细数且微弱、血压下降、休克等急性周围循环衰竭的表现。

(3) 血液学改变：出血早期可无明显血液学改变。出血 3 ~ 4 小时以后因组织液的渗出及输液等情况，血液被稀释，血红蛋白及血细胞比容逐渐降低。

(4) 其他：大量呕血会出现氨质血症、发热等。

2. 便血的表现 黑便又称为柏油便，大便呈黑色或棕黑色，为上消化道出血最常见的症状之一。而便血多见于下消化道出血，可仅为血液，或混有粪便，或附着于粪便表面，或于排便后点滴而出。便血颜色与出血速度、出血部位、出血量以及血液在肠腔内停留的时间有关。出血量大、速度快则呈鲜红色；出血量小、速度慢，血液在肠道内停留的时间长，可呈暗红色。脓（黏液）血便排出的粪便中既有脓（黏）液，也有血液。若消化道出血每天在 5mL 以下时，粪便颜色无改变，称为隐血便，需用隐血试验确定，但应注意与一些假阳性情况相鉴别。

(三) 伴随症状

1. 呕血

(1) 上腹痛：慢性反复发作的上腹痛，具有一定周期性与节律性，多为消化性溃疡；



中老年人的慢性上腹痛，腹痛无明显规律性，并有厌食、消瘦或贫血者，应警惕胃癌。

(2) 肝大：肝大且质地坚硬、表面凹凸不平或有结节，肝区疼痛、血清甲胎蛋白阳性者多为肝癌。

(3) 脾大：脾大，有蜘蛛痣、肝掌腹壁静脉曲张，或有腹水、肝功能障碍者，可见于肝硬化。

(4) 黄疸：黄疸、寒战发热、右上腹绞痛者，可见于胆道疾病；黄疸、发热、皮肤黏膜有出血倾向者，可见于败血症、钩端螺旋体病等。

(5) 皮肤黏膜出血：常见于血液系统疾病或凝血功能障碍性疾病。

2. 便血

(1) 腹痛：慢性反复发作的上腹痛，具有周期性、节律性，见于消化性溃疡；上腹绞痛，或有黄疸，可见于胆道出血；排血便或脓血便伴腹痛者，便后腹痛减轻，见于细菌性痢疾、阿米巴痢疾或溃疡性结肠炎。

(2) 里急后重：提示肛门、直肠疾病，见于痢疾、直肠炎或直肠癌。

(3) 发热：常见于传染性疾病或部分恶性肿瘤，如败血症、流行性出血热、钩端螺旋体病、肠道淋巴瘤、白血病等。

(4) 全身出血倾向：可见于急性传染性疾病和血液疾病，如重症肝炎、流行性出血热、白血病、血友病、过敏性紫癜等。

(四) 问诊要点

(1) 确定是否呕血、便血。

(2) 询问呕血、便血的诱因。与进食、排便的关系，有无大量饮酒，有无毒物、特殊药物摄入史及集体发病。

(3) 呕血、便血的色和量。可帮助推测出血的部位、速度及估计出血量。

(4) 患者的一般情况。

(5) 既往身体健康情况。

九、腹痛

腹痛(abdominal pain)是指各种原因引起的腹腔内外脏器病变,而表现为腹部的疼痛。一般将腹痛分为急性腹痛和慢性腹痛。

(一) 病因

1. 急性腹痛

(1) 腹腔脏器急性炎症：如急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎、急性阑尾炎等。

(2) 空腔脏器梗阻或扩张：如肠梗阻、肠套叠、胆道的结石、蛔虫症、泌尿系统结石、梗阻等。

(3) 脏器扭转或破裂：如肠扭转、肠系膜或大网膜扭转、卵巢扭转、胃肠穿孔、肝、脾破裂、异位妊娠破裂等。



- (4) 腹膜炎：如胃肠穿孔引起的腹膜炎、自发性腹膜炎，前者多见。
- (5) 腹腔内血管栓塞：如缺血性肠病、夹层腹主动脉瘤和门静脉血栓形成。
- (6) 腹壁疾病：如腹壁的挫伤、脓肿或带状疱疹。
- (7) 胸腔疾病所致的腹部牵涉性痛：如肺炎、肺梗死、心绞痛、心肌梗死、急性心包炎、胸膜炎等。
- (8) 全身性疾病：如糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、腹型过敏性紫癜、铅中毒等。

2. 慢性腹痛

- (1) 腹腔脏器慢性炎症：如慢性胃炎、十二指肠炎、慢性胰腺炎、慢性胆囊炎、结核性腹膜炎、溃疡性结肠炎等。
- (2) 消化道运动障碍：如肠易激综合征、功能性消化不良、胆管运动功能障碍等。
- (3) 胃、十二指肠溃疡。
- (4) 腹腔脏器扭转或梗阻：如慢性胃扭转、肠扭转、十二指肠淤滞症、慢性肠梗阻。
- (5) 脏器包膜受牵张：如肝炎、肝淤血、肝脓肿、肝癌等。
- (6) 中毒与代谢障碍：如铅中毒、尿毒症等。
- (7) 肿瘤压迫及浸润。

(二) 临床表现

1. 腹痛部位 一般腹痛部位多为病变所在部位。例如，胃疾病、十二指肠疾病和胰腺疾病所致的疼痛多在中上腹部；胆囊炎、胆石症、肝脓肿等所致疼痛多在右上腹部；急性阑尾炎所致疼痛在右下腹麦氏点；小肠疾病所致疼痛多在脐部或脐周；结肠疾病、膀胱炎、盆腔炎以及异位妊娠破裂等所致疼痛多在下腹部。弥漫性或部位不定的疼痛见于急性弥漫性腹膜炎、机械性肠梗阻、急性出血坏死性肠炎、血卟啉病、铅中毒、腹型过敏性紫癜等。

2. 腹痛性质和程度 突发的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛多为胃、十二指肠溃疡穿孔；中上腹持续性隐痛多考虑慢性胃炎以及胃、十二指肠溃疡；上腹部持续性钝痛或刀割样疼痛呈阵发性加剧，多为急性胰腺炎；胆石症或泌尿系统结石常为阵发性绞痛，且疼痛相当剧烈，致使患者辗转不安；持续性、广泛性剧烈腹痛伴腹壁肌紧张或板样强直，提示为急性弥漫性腹膜炎；隐痛或钝痛多为内脏性疼痛，胀痛可能为实质脏器的包膜牵张所致。

3. 诱发因素 胆囊炎或胆石症发作前常有进油腻食物史；急性胰腺炎发作前则常有酗酒、暴饮暴食史；部分机械性肠梗阻多与腹部手术有关；腹部受暴力作用引起的剧痛并有休克者，可能是肝、脾破裂所致。

4. 发作时间 餐后痛可能由于胆胰疾病、胃部肿瘤或消化不良所致；周期性、节律性发作的饥饿痛见于十二指肠溃疡。

(三) 伴随症状

1. 发热、寒战 见于急性胆道感染、胆囊炎、肝脓肿、腹腔脓肿。



2. 黄疸 见于肝胆胰疾病、急性溶血性贫血。

3. 休克 见于腹腔脏器破裂，同时有贫血；胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭转、急性出血坏死性胰腺炎时则无贫血。此外，心肌梗死、肺炎也可有腹痛与休克，应警惕。

4. 呕吐、反酸、腹泻 若伴呕吐且量大提示胃肠道梗阻；伴反酸暖气提示胃炎或消化性溃疡；伴腹泻提示消化吸收障碍或肠道的炎症、溃疡、肿瘤。

5. 血尿 可考虑泌尿系统疾病。

（四）问诊要点

（1）询问腹痛的诱因、部位、起病情况、病程长短、疼痛性质、发作频率、加重与缓解的因素。

（2）患者年龄、性别、职业特点，有无外伤史、腹部手术史、毒物接触史。

（3）既往病史，是否接受过治疗，治疗经过及效果。如腹痛既往有消化性溃疡要考虑溃疡穿孔，有酗酒史要考虑急性胰腺炎、急性胃炎，有心血管意外史要考虑血管栓塞。

（4）腹痛是否与进食、活动、体位有关。如饥饿性疼痛，进食后缓解对十二指肠溃疡诊断有利。

（5）急性起病者要警惕急腹症的发生，因需外科紧急处理，应仔细询问病史，以免延误。

十、腹泻

腹泻（diarrhea）主要是指粪便水分增加，通常伴有大便次数增加。正常人大便次数一般为每周3次至每天3次，每天粪便量一般不少于200g，粪便含水量为60%~80%。当粪便稀薄（含水量超过85%），且次数增加（如每天超过3次）、排粪量增加（如每天超过200g），可视为腹泻。腹泻可分为急性和慢性两种。

（一）病因

1. 急性腹泻

（1）急性肠道疾病：①急性肠道感染，包括病毒、细菌、真菌、阿米巴、血吸虫等感染；②细菌性食物中毒，如肉毒杆菌、嗜盐杆菌、变形杆菌、金黄色葡萄球菌等引起者。

（2）急性中毒：食用毒蕈、河豚、鱼胆及化学药物（砷、铅、磷、汞等）引起的腹泻。

（3）全身性感染：可见于败血症、伤寒、副伤寒、钩端螺旋体病等。

（4）其他：见于变态反应性肠炎、腹型过敏性紫癜，服用氟尿嘧啶、利血平、新斯的明等药物；甲状腺危象及肾上腺皮质功能减退危象。

2. 慢性腹泻

（1）消化系统疾病：①胃部疾病：慢性萎缩性胃炎、胃大部切除后胃酸缺乏等。②肠道感染：肠结核、慢性细菌性痢疾、血吸虫病、钩虫病、绦虫病等。③肠道非感染性病变：克罗恩病、溃疡性结肠炎、结肠多发性息肉、吸收不良综合征、肠道恶性肿瘤等。④胰腺疾病：慢性胰腺炎、胰腺癌、胰腺切除术后等。⑤肝胆疾病：肝硬化、胆汁淤积性黄疸、慢性胆囊炎与胆石症。



(2) 全身性疾病：甲状腺功能亢进、肾上腺皮质功能减退、系统性红斑狼疮、尿毒症、肠易激综合征等。此外，还可见于某些药物的不良反应，如利血平、甲状腺素、洋地黄类药物等。

(二) 临床表现

1. **急性腹泻** 起病急，病程短，常见于感染或食物中毒。感染性腹泻常在不洁饮食后 24 小时内发病，每日便次增多，甚至可达数十次；粪便呈糊状或水样，少数含有脓血。急性腹泻常伴有腹痛，若疼痛部位在脐周，且便后腹痛缓解不明显者为小肠疾病；若疼痛部位在下腹部，且便后腹痛缓解者为结肠病变。

2. **慢性腹泻** 起病缓，病程长，常见于慢性感染吸收不良、消化功能障碍、非特异性炎症、肠道肿瘤或神经功能紊乱等。表现为每天便次增多，粪质稀薄。黏液、脓血便主要见于慢性痢疾、炎症性肠病或结肠、直肠癌；暗红色果酱样便见于阿米巴痢疾；只有黏液而无病理成分者则常见于肠易激综合征患者。

(三) 伴随症状

1. **发热** 可见于急性细菌性痢疾、伤寒或副伤寒、肠结核、溃疡性结肠炎急性发作期、败血症等。

2. **里急后重** 多见于痢疾、直肠炎、直肠肿瘤等。

3. **明显消瘦** 多见于吸收不良综合征、胃肠道恶性肿瘤、肠结核，后两者常可触及腹部包块。

4. **重度失水** 多见于分泌性腹泻，如霍乱、细菌性食物中毒等。

(四) 问诊要点

1. **腹泻的诱因** 有无不洁饮食史，是否与进食高脂饮食、精神紧张、焦虑有关。

2. **腹泻的次数、性状与大便量** 有助于判断腹泻的类型及病变部位。

3. **腹泻加重、缓解的因素** 某些腹泻加重、缓解可分析病因。

4. **患者一般情况** 有无脱水、消瘦、乏力及四肢抽搐等症状。

十一、黄疸

黄疸 (jaundice) 是由于血清中胆红素升高致皮肤、黏膜和巩膜发黄的症状和体征。正常血清总胆红素为 $1.7 \sim 17.1 \mu\text{mol/L}$ ，当超过 $34.2 \mu\text{mol/L}$ 时可见黄疸，在 $17.1 \sim 34.2 \mu\text{mol/L}$ 时则不宜察觉，称为隐性黄疸。

(一) 病因

1. **溶血性黄疸** 先天性溶血性贫血，如珠蛋白生成障碍性贫血 (海洋性贫血)、遗传性球形红细胞增多症；后天性溶血性贫血，如自身免疫性溶血性贫血、新生儿溶血、不同血型输血后溶血、蚕豆病以及毒蕈、蛇毒中毒等。

2. **肝细胞性黄疸** 各种病毒性肝炎、肝硬化、中毒性肝炎、肝癌、钩端螺旋体病以



及败血症等。

3. **胆汁淤积性黄疸** 肝外梗阻，如胆管结石、胆管狭窄、胆管癌、胰头癌等。肝内梗阻，如肝内泥沙样结石、癌栓以及寄生虫病、病毒性肝炎、药物性胆汁淤积和原发性胆汁性肝硬化等。

4. **先天性非溶血性黄疸** 本组疾病临床少见，多为家族遗传病。

（二）临床表现

1. **溶血性黄疸** 黄疸较轻，呈浅柠檬色。伴有急性溶血的表现，如发热、寒战、头痛、腰痛、呕吐，贫血和血红蛋白尿（酱油色或浓茶色尿液），甚至出现急性肾衰竭。

2. **肝细胞性黄疸** 皮肤、黏膜呈浅黄色至深黄色，可有轻度皮肤瘙痒，伴有肝原发病的表现，如疲乏、食欲减退，严重者可有出血倾向、腹水、昏迷等。

3. **胆汁淤积性黄疸** 皮肤呈暗黄色，甚至黄绿色，皮肤瘙痒。尿色深，粪便颜色变浅，甚至呈白陶土样便。

（三）伴随症状

1. **发热** 见于急性胆管炎、肝脓肿、钩端螺旋体病、败血症和病毒性肝炎。

2. **肝大** 见于病毒性肝炎、急性胆道感染、肝硬化、肝癌及胆道梗阻。

3. **脾大** 见于病毒性肝炎、肝硬化、钩端螺旋体病、败血症、溶血性贫血、淋巴瘤等。

4. **腹水** 见于重症肝炎、肝硬化的失代偿期和肝癌等。

5. **胆囊肿大** 见于胆总管结石、胆总管癌、胰头癌或壶腹癌等。

（四）问诊要点

1. **确定是否黄疸** 仔细询问有无巩膜黄染及尿色变化，应注意与皮肤苍白、球结膜下脂肪异常增生及高胡萝卜素血症等相区别。

2. **黄疸的起病、持续时间与波动情况** 起病急或缓，有无群集发病、外出旅游、药物使用史，有无长期酗酒史或肝病史。

3. **黄疸对全身状况的影响**

十二、尿频、尿急、尿痛

尿频(frequent micturition)是指单位时间内排尿次数增多。正常成人白天排尿4~6次，夜间0~2次。尿急(urgent urination)是指患者一有尿意即迫不及待需要排尿，难以控制。尿痛(odynuria)是指患者排尿时感觉耻骨上区、会阴部和尿道内疼痛或烧灼感。尿频、尿急和尿痛合称膀胱刺激征。

（一）病因及临床表现

1. 尿频

(1)生理性尿频：因饮水过多、精神紧张或气候寒冷时排尿次数增多，属正常现象。特点是每次尿量不少，无伴随症状。



(2) 病理性尿频：常见有以下几种情况。①多尿性尿频：排尿次数增多而每次量不少，全天总尿量增多。见于糖尿病、尿崩症、精神性多饮和急性肾衰竭多尿期。②炎症性尿频：尿频但每次量少，多伴有尿急和尿痛，尿液镜检可见炎性细胞。见于膀胱炎、尿道炎、前列腺炎和尿道旁腺炎等。③神经性尿频：尿频但每次量少，不伴尿急或尿痛，尿液镜检无炎症细胞。见于中枢及周围神经病变如癔症、神经源性膀胱。④膀胱容量减少性尿频：表现为持续性尿频，每次尿量少，药物治疗难以奏效。见于膀胱占位性病变、妊娠子宫增大或卵巢囊肿等压迫膀胱、膀胱结核引起膀胱纤维性缩窄。⑤尿道口周围病变：尿道口息肉、处女膜伞和尿道旁腺囊肿等刺激尿道口引起尿频。

2. 尿急

(1) 炎症：急性膀胱炎、尿道炎，特别是膀胱三角区和后尿道炎炎症尿急症状特别明显。急性前列腺炎常有尿急，慢性前列腺炎因伴有腺体增生肥大，故有排尿困难、尿线细和尿流中断。

(2) 结石和异物：膀胱和尿道结石或异物刺激黏膜产生尿频。

(3) 肿瘤：膀胱癌和前列腺癌。

(4) 神经源性：精神因素和神经源性膀胱。

(5) 高温环境下尿液高度浓缩：酸性高的尿可刺激膀胱或尿道黏膜产生尿急。

3. 尿痛 引起尿急的病因几乎都可以引起尿痛。疼痛部位多在耻骨上区、会阴部和尿道内，尿痛性质可为灼痛或刺痛。尿道炎多在排尿开始时出现疼痛，后尿道炎、膀胱炎和前列腺炎常出现终末性尿痛。

(二) 伴随症状

1. 尿频伴尿急、尿痛 见于膀胱炎和尿道炎；膀胱刺激征存在但不剧烈伴双侧腰痛见于肾盂肾炎；伴会阴部、腹股沟和睾丸胀痛见于急性前列腺炎。

2. 尿频、尿急伴有血尿、午后低热、乏力、盗汗 见于膀胱结核。

3. 尿频不伴尿急和尿痛，但伴有多饮、多尿、口渴 见于精神性多饮、糖尿病和尿崩症。

4. 尿频、尿急伴无痛性血尿 见于膀胱癌。

5. 老年男性尿频伴有尿线细、进行性排尿困难 见于前列腺增生。

6. 尿频、尿急、尿痛伴有尿流突然中断 见于膀胱结石堵住开口或后尿道结石嵌顿。

(三) 问诊要点

(1) 了解尿频程度：如单位时间内排尿频率、是否伴有尿急和尿痛；尿痛的部位和时间，排尿时耻骨上区痛多为膀胱炎，排尿毕时尿道内或尿道口痛多为尿道炎。

(2) 是否伴有发热、畏寒等全身症状，必要时应做进一步检查以排除相关疾病。

(3) 是否有明显的原因或诱因：如劳累、受凉、月经期、接受导尿、尿器械检查或流产术。

(4) 询问有无慢性病史：如结核、糖尿病、肾炎和尿路结石等，有无尿路感染的



反复发作史，诊疗过程如何。

十三、意识障碍

意识障碍（disturbance of consciousness）是指人对周围环境及自身状态的识别和觉察能力的障碍。常见于高级神经中枢功能活动受损。

（一）病因

1. 急性感染 颅脑感染，如脑炎、脑膜炎、脑型疟疾等。其他还可见于败血症、肺炎、中毒性菌痢、伤寒、斑疹伤寒等。

2. 颅脑非感染性疾病

（1）脑血管疾病：脑出血、蛛网膜下隙出血、脑缺血、脑血栓形成、脑栓塞以及高血压脑病。

（2）脑占位性病变：脑肿瘤、脑脓肿。

（3）颅脑损伤：脑震荡、脑挫裂伤、颅骨骨折等。

（4）癫痫。

3. 内分泌与代谢障碍 肝性脑病、肺性脑病、糖尿病、甲状腺危象、尿毒症、低血糖等。

4. 心血管疾病 心律失常引起的 Adams-Stokes 综合征、重度休克等。

5. 水、电解质平衡紊乱 低钠血症、低氯性碱中毒以及高氯性酸中毒。

6. 外源性中毒 如安眠药、有机磷农药、一氧化碳、酒精和吗啡中毒，毒蛇咬伤。

7. 物理性因素 中暑、触电或高山病等。

（二）临床表现

1. 嗜睡 是最轻的意识障碍。患者处在一种持续睡眠的病理性倦睡状态，可被唤醒，醒后能正确回答问题并做出各种反应，一旦刺激去除又很快入睡。

2. 意识模糊 意识水平轻度下降。患者可保持简单的精神活动，但定向力（对时间、地点、人物的判断能力）发生障碍。

3. 谵妄 是一种以兴奋性增高为主的高级神经中枢急性活动失调的状态。表现为意识模糊、定向力障碍、感觉错乱（幻觉、错觉）、言语杂乱以及躁动不安。

4. 昏睡 接近于不省人事。患者处在熟睡状态，在强刺激下，如压迫眶上神经，剧烈摇晃患者身体等可被唤醒，醒后不能正确回答问题或答非所问，很快又再入睡。

5. 昏迷 是严重的意识障碍，一般按其程度分为 3 个阶段：

（1）浅昏迷：意识大部分丧失，失去自主运动的能力，对声、光的刺激无反应，但对疼痛的刺激可有表情痛苦、肢体退缩的反应。角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动以及吞咽反射存在。

（2）中度昏迷：对剧烈刺激可出现防御反射，而对周围环境和刺激均无反应。角膜反射和瞳孔对光反射减弱，眼球无转动。

（3）深昏迷：全身肌肉松弛，对各种刺激均无反应，深浅反射均消失。



（三）伴随症状

1. **发热** 重症感染性疾病先发热后出现意识障碍，而脑出血、蛛网膜下隙出血和巴比妥类药物中毒则先出现意识障碍后发热。

2. **呼吸缓慢** 见于吗啡、巴比妥类及有机磷杀虫药等中毒，同时可见瞳孔缩小。

3. **心动过缓** 见于颅内高压症、房室传导阻滞、吗啡中毒等。

4. **脑膜刺激征** 见于脑膜炎、蛛网膜下隙出血。

5. **瘫痪** 见于脑出血、脑梗死。

6. **血压改变** 血压升高见于脑血管意外、高血压脑病及尿毒症，血压降低见于休克。

（四）问诊要点

（1）起病时间、发病前后情况、诱因、病程、程度。

（2）有无发热、头痛、呕吐、腹泻、皮肤黏膜出血及感觉与运动障碍等相关伴随症状。

（3）有无急性感染性休克、高血压、动脉粥样硬化、糖尿病、肝肾疾病、肺源性心脏病、癫痫、颅脑外伤、肿瘤等病史或服毒及毒物接触史。

【案例分析】

针对患者的情况，我们就发热、腹泻、呕血、黄疸等主要症状进行问诊，可以设计一些开放性的问题，明确这些症状的起病时间、特点、性质、持续时间、加重或缓解的因素、常见伴随症状等，如围绕呕血可设计“什么时间出现呕血？当时是处于什么情况？量有多少？什么频率？何种颜色？”等问题。

学习检测

1. 简述现病史所包括的内容。
2. 简述发热的临床过程及特点。
3. 简述心源性呼吸困难的临床特点。
4. 意识障碍的主要临床表现有哪些？