

临床诊断学

1、发热fever

【正常体温与生理变异】（熟悉）

- 1.正常人体温一般为36-37°C左右；口测法：36.5-37.2°C
- 2.不同个体略有差异，机体内、外因素的影响稍有波动。

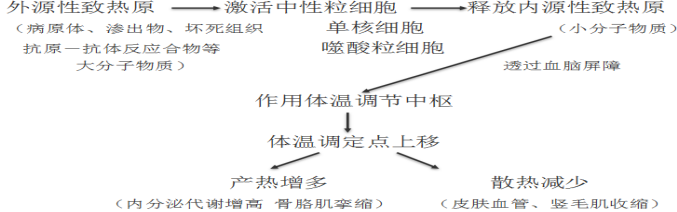
【发热的病因】（了解）

- 1.感染性发热：各种病原体
- 2.非感染性发热

- (1) 无菌性坏死物质吸收
- (2) 变态反应
- (3) 内分泌与代谢疾病：甲状腺功能亢进、重度脱水、失血等。
- (4) 皮肤散热减少：广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心力衰竭等，一般为低热。
- (5) 体温调节中枢功能失常：中暑、重度安眠药中毒、脑出血、脑外伤等。高热无汗。
- (6) 自主神经功能紊乱：影响正常的体温调节过程，多为低热。

【发生机制】（了解）

1.致热原性发热



2.非致热原性发热

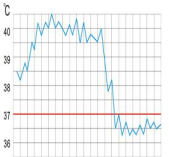
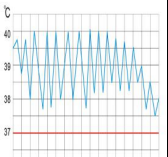
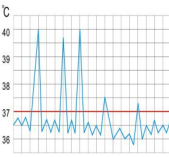
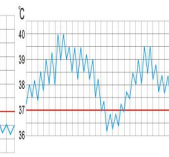
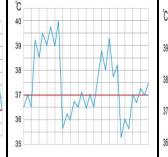

- (1) 体温调节中枢直接受损: 颅脑外伤, 出血、炎症
- (2) 引起产热过多的疾病: 癫痫持续状态、剧烈运动等。
- (3) 引起散热减少的疾病: 皮肤病、阿托品中毒、心衰。

【临床表现】（掌握）

- 1.发热的分度：低热37.3~38°C 中等度热38.1~39°C  
高热39.1~41°C 超高热41°C以上
- 2.发热的临床过程及特点（三个阶段）

体温上升期	骤升型：体温在几小时内达39~40°C或以上，常伴有寒战。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎等。	在此期常有疲乏、肌肉酸痛、皮肤苍白、干燥无汗、四肢末端发冷、畏寒、寒战等临床表现。
	缓升型：体温逐渐上升在数日内达高峰。如伤寒、结核病、布氏杆菌病等。	
高热期	指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。如疟疾可持续数小时，大叶性肺炎、流行性感冒可持续数天，伤寒则可为数周。	在此期中临床症状明显，头痛、皮肤潮红、灼热感；呼吸加快变深、脉快、消化道症状；重者意识障碍、谵妄、惊厥等中枢神经功能紊乱。
体温下降期	骤降：指体温于数小时内迅速下降至正常，常伴有大汗淋漓。常见疟疾、急性肾盂炎、大叶性肺炎及输液反应等。	此期表现为出汗多，皮肤潮湿。
	渐降：指体温在数天内逐渐降至正常，如伤寒、风湿热等。	

## 【热型及临床意义】\*（掌握）

热型	稽留热	弛张热（败血症热型）	间歇热	波状热	回归热	不规则热
特点	1. 体温持续39~40℃以上达数天或数周，24小时内波动不超过1℃。 2. 常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。	1. 体温常在39℃以上，波动幅度大，24小时内波动范围超过2℃，在正常水平以上。 2. 常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症。	1. 体温骤升达高峰后持续数小时，又迅速降至正常水平，无热期（间歇期）可持续1天至数天，如此高热期与无热期反复交替出现。 2. 常见于疟疾、急性肾盂肾炎。	1. 体温逐渐上升达39℃或以上，数天后又逐渐下降至正常水平，持续数天后又逐渐升高，如此反复多次。 2. 常见于布氏杆菌病。	1. 体温急骤上升至39℃或以上，持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。 2. 可见于回归热、霍奇金（Hodgkin）病等。	1. 发热的线无一定规律。 2. 见于结风湿热、肺炎、渗出性膜炎等。
示意图						

（1）不同的发热性疾病各具有相应的热型，根据热型不同有助发热病因的诊断和鉴别诊断。

（2）但必须注意：①抗生素、解热药或糖皮质激素的应用，使某些疾病的热型变得不典型或呈不规则热型；②热型与个体反应强弱有关，如老年人休克型肺炎可仅有低热或无发热，不具备肺炎的典型热型。

### 【伴随症状】

1. 伴寒战：见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。
2. 伴结膜充血：常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。
3. 伴单纯疱疹：口唇单纯疱疹多出现于急性发热性疾病，常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。
4. 伴淋巴结肿大：常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。
5. 伴肝脾肿大：见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。
6. 伴皮肤粘膜出血：可见于重症感染及某些急性传染病，如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病，如急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。
7. 伴关节肿痛：常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。
8. 伴皮疹：常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。
9. 伴昏迷：先发热后昏迷者常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等；先昏迷后发热者见于脑出血、巴比妥类药物中毒等。

## 2、水肿 Edema

### 【名词解释】（掌握）

1. 水肿：组织间隙过量积液的病理现象在临床上的一种客观表现，就称为水肿。
2. 全身性水肿：液体在体内组织间隙呈弥漫性分布。
3. 凹陷性水肿：皮肤受压后长时间下陷。
4. 局部性水肿：液体积聚在局部组织间隙。
5. 体腔积液 胸腔积液：胸膜腔中液体积聚过多。  
腹腔积液：腹膜腔中液体积聚过多。

心包积液：心包中液体积聚过多。

【发生机制】

1. 平衡因素

细胞外液体积=通透系数【（平均毛细血管内压力-平均组织间液压力）-（血浆渗透压-间质渗透压）】-淋巴液流量

毛细血管静水压+组织间隙胶体渗透压=毛细血管胶体渗透压+组织间隙机械压

2. 主要因素

- (1) 钠水潴留，继发性醛固酮增多症
- (2) 毛细血管滤过压升高，右心衰竭
- (3) 毛细血管通透性升高，各种炎症，包括感染、烧伤、昆虫咬伤、急性肾炎等
- (4) 血浆胶体渗透压下降，低蛋白血症，如肝病、肾病综合征。
- (5) 淋巴回流受阻：肿瘤压迫、丝虫病。

【临床表现】（心肾肝特点掌握）

	发病机制	特点**
心源性水肿	<pre> graph TD     A[右心衰竭] --&gt; B[肺循环量↓]     A --&gt; C[左心输出量↓]     A --&gt; D[有效循环血量↓]     A --&gt; E[肾血流量↓]     A --&gt; F[醛固酮↑]     A --&gt; G[钠水潴留]     B --&gt; H[腔静脉回流↓]     C --&gt; I[静脉淤血]     D --&gt; J[毛细血管滤过压↑]     E --&gt; K[组织液回吸收↓]     F --&gt; L[水肿程度]     G --&gt; L     H --&gt; M[水肿部位]     I --&gt; M     J --&gt; M     K --&gt; M     L --&gt; M         </pre>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 见于右心衰竭</li> <li>2. 起始部位：身体下垂部位</li> <li>3. 进展快慢：发展缓慢</li> <li>4. 伴随病征：颈静脉怒张，肝肿大，静脉压升高，胸腹水，心脏增大，心脏杂音。</li> </ol>
肾源性水肿	<pre> graph TD     A[肾小球超滤系数及滤过率↓] --&gt; B[钠水潴留]     C[肾小管回吸收Na+↓] --&gt; B     D[肾实质缺血] --&gt; E[激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统]     E --&gt; F[醛固酮活性↑]     F --&gt; B     G[肾内前列腺素↓PGI2、PGE2] --&gt; H[肾排钠↓]     H --&gt; B     I[大量蛋白尿] --&gt; J[低蛋白血症]     J --&gt; K[血浆胶体渗透压↓]     K --&gt; L[水外渗]     L --&gt; M[水肿]     B --&gt; M         </pre>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 见于各型肾炎和肾病</li> <li>2. 起始部位：眼睑、颜面开始，后延及全身</li> <li>3. 进展快慢：发展较快</li> <li>4. 伴随病征：高血压、蛋白尿、血尿，眼底改变，肾功能损害</li> </ol>
心源性水肿和肾源性水肿的鉴别（记住）		
	肾源性水肿	心源性水肿
开始部位	从眼睑、颜面开始延及全身	从足部开始，向上延及全身
发展快慢	迅速	缓慢
伴随症状	尿检异常、高血压、肾功能异常	心脏增大、心脏杂音、肝大静脉压增高
肝源性水肿	<pre> graph TD     A[门脉高压] --&gt; B[腹腔血管床静脉压↑]     B --&gt; C[组织液回吸收↓]     C --&gt; D[腹水]     E[肝淋巴液生成!&gt;胸导管引流的能力] --&gt; F[渗入腹腔]     F --&gt; D     G[低白蛋白血症] --&gt; H[血浆胶体渗透压↓]     H --&gt; I[水分外渗]     I --&gt; J[水肿]     K[继发性醛固酮↑] --&gt; L[钠水潴留]     L --&gt; J     D --&gt; J         </pre>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 见于失代偿期肝硬化</li> <li>2. 起始部位：腹水，或首先由踝部水肿向上蔓延。</li> <li>3. 伴随病征：门脉高压（脾大、腹壁静脉怒张和食管—胃底静脉曲张），黄疸、肝掌、蜘蛛痣，肝功能异常。</li> </ol>
营养不良性水肿		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特点：从足部开始蔓延全身</li> <li>2. 伴随症状：消瘦、体重减轻</li> </ol>
黏液性水肿（记住）		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特点：非凹陷性，下肢胫骨前区域或眼眶周围</li> <li>2. 见于甲状腺功能减退</li> </ol>
经前期紧张综合征		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特点：月经前7~14天出现眼睑、手、踝部水肿，月经后消退，轻度水肿</li> </ol>

		2.伴随症状：乳房胀痛、盆腔沉重感
	药物性水肿	1.较常引起水肿的药物（肾上腺皮质激素、雄激素、雌激素、胰岛素、罗氟木单抗、甘草制剂、扩血管药物（钙离子拮抗剂））
	特发性水肿	特点：多见于女性、周期性水肿身体下垂部位， <u>体重昼夜变化较大</u> 。原因不明。
	其他	妊娠中毒症、硬皮病、血清病、皮炎
	局部性水肿	1.发病机制：1）静脉、淋巴回流受阻：血栓、肿瘤压迫、丝虫病、局部炎症、创伤。2）毛细血管通透性↑：过敏、蚊虫叮咬等。 2.疾病：丝虫病、血栓性静脉炎

#### 【伴随症状】

- 1.肝肿大—心、肝、营养不良
- 2.蛋白尿—肾源性
- 3.呼吸困难、发绀—心、上腔静脉阻塞综合征
- 4.黏液性水肿—甲状腺机能减退
- 5.与月经周期有关系—特发性
- 6.失眠、烦躁、思想不集中—经前紧张综合征

### 三、贫血anemia

#### 【定义】（记住）

- 1.贫血：是指循环中红细胞数量的减少或血血红蛋白浓度（Hb）的下降。

#### 2.国内常用的诊断贫血标准：

成年男性：Hb < 120g/L

成年女性：Hb < 110g/L

孕妇：Hb < 100g/L

#### 3.参考值：

	红细胞（RBC）	血红蛋白（Hb）
成年男性	$(4.0 \sim 5.5) \times 10^{12}/L$	120 ~ 160g/L
成年女性	$(3.5 \sim 5.0) \times 10^{12}/L$	110 ~ 150 g/L

#### 【贫血的分类】

##### 1.根据红细胞形态分类

类型	MCV (f l)	常见疾病
	80~100	
大细胞性贫血	> 100	巨幼细胞贫血、MDS、肝病、溶贫、药物、酗酒
正细胞性贫血	80~100	急性失血、缺铁性贫血、慢性贫血、骨髓抑制、再障、纯红再障、慢性肾功能不全
小细胞性贫血	< 80	缺铁性贫血、地中海贫血、慢性病贫血、铁粒幼性贫血、铅中毒

##### 2.根据病因和发病机理分类

贫血的发生机制	临床可能疾病状况
红细胞生成不足	骨髓造血干细胞与微环境异常
	再生障碍性贫血、骨髓纤维化、肿瘤侵犯骨髓
	造血原料不足
	巨幼细胞性贫血
	红细胞合成障碍
	缺铁性贫血、地中海贫血
红细胞破坏增多	自身免疫性溶血性贫血
	红细胞膜异常（遗传性球形红细胞增多症）
	脾功能亢进
失血	各种情况造成的红细胞丢失过多

- 3.根据骨髓增生情况：增生性贫血（缺铁性贫血、溶贫）、增生不良性贫血（再障、纯红再障）

#### 【临床表现】

1. 一般表现：皮肤黏膜苍白—最常见、最显著（指甲、手掌皮肤皱纹处、口唇黏膜、睑结膜）；疲倦、乏力、头晕耳鸣、记忆力衰退、思想不集中—早期、常见。
2. 心血管系统表现：1) 心悸、气短—轻度贫血；2) 窦性心动过速—中度贫血；3) 心绞痛与心力衰竭—重度贫血。
3. 消化系统表现：食欲缺乏、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、舌炎
4. 泌尿生殖系统：肾脏浓缩功能减退（多尿、尿比重降低）、蛋白尿、月经失调、闭经、性欲减退。

#### 【伴随症状】\*\*

1. 缺铁性贫血：头发失去光泽、变脆；反甲、舌炎、吞咽困难、异食癖；营养不良--消瘦、皮肤弹性差；消化道症状。
2. Vit B12及叶酸缺乏
  - (1) 消化道症状：食欲减退、腹胀、腹泻、舌炎（“牛肉样”舌：舌乳头萎缩，表面光滑）
  - (2) 脊髓侧索及后索联合变性—末梢神经炎，行走困难、触觉、位置觉、震颤感觉减退或消失（维生素B12缺乏）
  - (3) 情感改变（叶酸缺乏）
3. 再生障碍性贫血：出血倾向（血小板缺乏）、皮肤出血点、瘀斑；便血、血尿；颅内出血；感染（白细胞缺乏）—发热。
4. 溶血性贫血：皮肤黏膜黄疽；急性溶血—异型输血（腰背及四肢酸痛、头痛、呕吐、寒战、高热-->周围循环衰竭或急性肾衰竭-->血红蛋白尿、黄疽）；慢性溶血--黄疽、肝脾肿大、胆色素性胆结石。
5. 血液系统肿瘤引起贫血：淋巴瘤、急性淋巴细胞性白血病、恶性组织细胞增多症等所引起的贫血常合并明显的全身或局部淋巴结肿大、肝脾大等，有时会伴有骨痛、发热等。

## 4、胸痛（chest pain）

### 【病因及发病机制】

主要为胸部疾病，心脏疾病是导致胸痛的最主要原因。

1. 胸壁疾病：皮下蜂窝织炎、带状疱疹、流行性胸痛（Bornholm病）、非特异性肋软骨炎（Tietze病）、胸腹壁血栓性浅静脉炎（Mondor病）、肋间神经炎、肋骨骨折、强直性脊柱炎（累及胸肋关节、胸锁关节、脊肋关节时，可导致胸痛）等。
2. 心血管系统疾病：稳定型心绞痛、急性冠脉综合征（ACS）、心肌炎、急性心包炎、二尖瓣或主动脉瓣病变、主动脉瘤、主动脉窦瘤破裂、主动脉夹层动脉瘤、梅毒性心血管病、肺栓塞、肺动脉高压、肥厚型梗阻性心肌病和心血管神经症等。
3. 呼吸系统疾病：胸膜炎、胸膜肿瘤、自发性气胸、血胸、气胸、肺炎、急性气管-支气管炎、肺癌、肺炎衣原体肺炎等。
4. 纵隔疾病：纵隔炎、纵隔气肿、纵隔肿瘤、反流性食管炎、食管裂孔疝、食管癌等。
5. 其他：(1) 颈椎病时可导致心前区痛，称“颈源性心绞痛”。

(2) 急性白血病、多发性骨髓瘤。

(3) 膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死、肝癌等。

机制：

- 1) 各种刺激因子如缺氧、炎症、肌张力改变、肿瘤浸润、组织坏死以及物理、化学因子都可刺激胸部的感觉神经纤维产生痛觉冲动，并传至大脑皮质的痛觉中枢引起胸痛。
- 2) 非胸部内脏疾病也引起胸痛，这是因为病变内脏与分布体表的传入神经进入脊髓同一节段并在后角发生联系，故来自内脏的痛觉冲动直接激发脊髓体表感觉神经元，引起相应体表区域的痛感，称放射痛(radiating pain)或牵涉痛。如心绞痛时除出现心前区、胸骨后疼痛外尚可放射至左肩、左臂内侧或左颈、左侧面颊与咽部。

### 【临床表现】

1. 发病年龄：

(1) 青壮年胸痛，应注意结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌梗死、风湿性心瓣膜病。

(2) 40岁以上应注意心绞痛、ACS与肺癌。

2. 胸痛部位（疼痛部位及其放射部位）

(1) 胸壁疾病疼痛的部位局限，局部有压痛；炎症性疾病可伴有局部红、肿、热表现；

(2) 带状疱疹是簇集水疱沿一侧肋间神经分布伴剧痛，疱疹不超过体表中线；

- (3) 非特异性肋软骨炎多侵犯第1、2肋软骨，为对称或非对称性，呈单个或多个肿胀隆起，局部皮肤颜色正常，有压痛，咳嗽、深呼吸或患侧上肢大幅度活动时疼痛加重；
- (4) 食管及纵隔病变的胸痛多位于胸骨后，于进食或吞咽时加重；
- (5) 肝胆疾病与膈下脓肿所致的疼痛多在右下胸部；
- (6) 心绞痛和心肌梗死的疼痛多在心前区与胸骨后或剑突下，疼痛常放射至左肩、左臂内侧，达环指与小指，也可放射至左颈、咽与面颊部（有时误认为牙痛）；
- (7) 急性心包炎疼痛位于胸骨后或心前区，也可放射至颈、左肩、左臂与左肩胛骨，有时可达上腹部；
- (8) 主动脉夹层疼痛位于胸背部，向下放射至下腹、腰部与两侧腹股沟和下肢；
- (9) 自发性气胸、胸膜炎和肺栓塞的胸痛多位于患侧腋前线与腋中线附近，后两者如累及肺底与膈胸膜中心部，则疼痛也可放射至同侧肩部；
- (10) 肺尖部肺癌（肺上沟癌、Pancoast癌）以肩部、腋下痛为主，向上肢内侧放射。

3.胸痛性质

- (1) 带状疱疹呈刀割样痛或灼痛，剧烈难忍。
- (2) 食管炎则为烧灼痛。
- (3) 心绞痛呈绞窄性并伴重压窒息感；心肌梗死的疼痛更为剧烈并伴恐惧、濒死感。
- (4) 急性心包炎疼痛呈锐痛或压榨样，结合其疼痛部位与放射部位，有时颇似急性心肌梗死。
- (5) 干性（纤维索性）胸膜炎常呈尖锐刺痛、钝痛或撕裂痛。
- (6) 肺癌常为胸部闷痛，胰腺癌的疼痛则呈烧灼样，夜间更甚。
- (7) 夹层动脉瘤为突然发生胸背部难忍受的撕裂样剧痛。
- (8) 肺梗死为突然剧烈刺痛或绞痛，常伴呼吸困难与发绀。

4.持续时间：平滑肌痉挛致血管狭窄缺血所引起的疼痛为阵发性；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（5分钟），而心肌梗死疼痛持续时间很长(30分钟以上或数小时)且不易缓解。

5.影响疼痛因素：

(1) 心绞痛发作可在劳累或精神紧张时诱发，休息后含服硝酸甘油或硝酸异山梨醇后于1-2分钟内缓解，而对心肌梗死所致疼痛则无效。

(2) 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。

(3) 胸膜炎及心包炎的胸痛可因咳嗽或用力呼吸而加剧。

【伴随症状】

- 1.咳嗽、咳痰和（或）发热见于气管、支气管和肺部疾病；
- 2.呼吸困难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.咯血见于肺栓塞、支气管肺癌；
- 4.面色苍白、大汗、血压下降或休克见于心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂和大块肺栓塞等；
- 5.吞咽困难见于食管疾病，如反流性食管炎等。

5、发绀cyanosis

1.发绀（cyanosis）：是指血液中还原性血红蛋白增多(>50g/L)，使皮肤、黏膜呈现青紫色的现象；也可因硫化血红蛋白、高铁血红蛋白、碳化血红蛋白升高所致。（记住）

2.表现：发绀可以是全身性的，也可以局限于外周部位，多发生于皮肤较薄、色素较少和毛细血管丰富的部位，如舌、口唇、鼻尖、耳垂、颊部及指（趾）甲床等处最为明显。

【病因和发病机制】

病因	发病机制
血液中还原血红蛋白增	<b>呼吸系统疾病</b> 1. 见于气道阻塞、肺实质与肺间质疾病（如肺炎、COPD、肺心病、肺水肿） 2. 由于通气或换气功能障碍，肺氧合作用不足，导致体循环血中还原血红蛋白含量增多。

多 (主要因心肺疾病所致)	
	<b>心血管疾病</b> 1. 心力衰竭和发绀型先天性心脏病，如法洛四联症、艾森曼格综合征等。 2. 前者主要因肺淤血、肺水肿导致肺内气体交换障碍； 3. 后者主要是由于心与大血管之间存在异常通道，部分静脉血未通过肺进行氧合，即经异常通道进入体循环动脉血中，如分流量超过左心搏出量的1/3，即引起发绀。
	<b>周围血流障碍疾病</b> 1) 局部静脉病变（由于局部淤血、周围血流缓慢，氧被组织过多摄取所致）； 2) 动脉供血不足；3) 休克：由于循环血容量不足、心搏量减少与周围血管痉挛收缩，血流缓慢，周围组织血流灌注不足、缺氧导致发绀；4) 冷聚集素血症：由于寒冷使红细胞在肢端毛细血管内凝集与冷球蛋白自行凝集而阻塞末梢血管所致；5) 真性红细胞增多症：由于红细胞过多，血液黏稠，导致血流缓慢，周围组织摄氧过多，还原血红蛋白的含量增高引起发绀。
	<b>吸入气中氧分压低</b>
<b>血液存在异常血红蛋白衍化物</b>	1. <b>高铁血红蛋白血症(MetHb)</b> ： 1) 药物或化学物质中毒所致高铁血红蛋白血症。当血中高铁血红蛋白含量>30g/L(3g/dl)时，即可出现发绀。 2) 因大量进食含有亚硝酸盐的变质蔬菜，而引起的中毒性高铁血红蛋白血症，也可出现发绀，称“肠源性青紫症”。
	2. <b>硫化血红蛋白血症(SHb)</b> ：患者便秘或服用硫化物后，在肠内形成硫化氢，作用于血红蛋白形成硫化血红蛋白。当血中含量>达5g/L时，即可出现发绀。
	3. <b>碳血红蛋白血症(HbCO)</b> ：见于CO中毒，除皮肤黏膜发绀（呈櫻桃红）外，还有中枢系统、循环呼吸系统表现等。

### 【临床表现】

<b>还原血红蛋白增多</b>	<b>中心性发绀</b>	1. 全身性发绀，除四肢与颜面外，也见于黏膜（包括舌与口腔黏膜）和躯干，皮肤温暖。 2. 主要见于有心肺功能不全的疾病和右、左异常分流的先天性心脏病，除发绀外常有咳嗽等症状。
	<b>周围性发绀</b>	1. 最常见于肢体末梢与下垂部位，如肢端、耳垂与鼻尖； 2. 因周围血流障碍，局部皮肤温度低、发凉，按摩或加温使其温暖，发绀可消失，此点有助于与中心性发绀相鉴别，后者即使按摩或加温，青紫亦不消失。
	<b>混合性发绀</b>	以上两种并存，见于心力衰竭（左心、右心和全心衰竭）或前述心肺疾病合并周围循环衰竭者。
<b>血液中存在异常血红蛋白衍化物</b>	<b>药物及中毒 MetHb</b>	1. 特点：急骤出现，暂时性，病情严重，经过氧疗青紫不减，血液呈深棕色，暴露于空气中也不能转变成鲜红色，分光镜检查在618-630 nm处可见一黑色吸收光带。 2. 治疗：静脉注射亚甲蓝、硫代硫酸钠或大剂量维生素C，均可使青紫消退。
	<b>先天性 MetHb</b>	自幼即有发绀，有家族史，无心肺疾病及引起异常血红蛋白的其他原因，身体一般健康状况较好。
	<b>特发性 MetHb</b>	见于女性，发绀与月经周期有关，为阵发性，机制未明。
	<b>硫化血红蛋白血症</b>	1. 特点：持续时间*，可达几个月或更长时间，因硫化血红蛋白一经形成，不论在体内或体外均不能恢复为血红蛋白，而红细胞寿命仍正常； 2. 检查：患者血液呈蓝褐色，分光镜检查于630nm处出现吸收光带，有时与高铁血红蛋白血症难以区别，但加入氰化钾后吸收光带消失，即可确定硫化血红蛋白的存在

#### 【伴随症状】

1. 呼吸困难：常见于重症心、肺疾病和急性呼吸道阻塞、气胸等；先天性高铁血红蛋白血症和硫化血红蛋白血症虽有明显发绀，而一般无呼吸困难或不明显；
2. 杵状指（趾）：主要见于发绀型先天性心脏病及某些慢性肺部疾病（弥漫性间质肺）、支扩（一般病程较长）。
3. 急性发病伴意识障碍和衰弱表现：见于某些药物或化学物质急性中毒、休克、急性肺部感染等。

## 6、心悸palpitation

**心悸（palpitation）**：是指患者自觉心脏跳动的不适感（或心慌、扑动、落空、重击、漏跳或偷停感等）。（记住）

#### 【病因及发病机制】

分类：病理性和生理性；心源性和非心源性；心率失常性和非心率失常性。

#### 【伴随症状】\*\*\*（问答：心悸的伴随症状及意义）

1. 伴头晕、黑矇、晕厥或气促：提示心悸由严重的、需紧急处理的临床情况引起。如室性心动过速、心室颤动、高度房室传导阻滞、窦性停搏、大量失血。
2. 伴发热：见于感染及非感染性疾病，前者多见。
3. 伴心前区疼痛：见于冠心病（如心绞痛、心肌梗死）、主动脉狭窄或关闭不全、肥厚型梗阻性心肌病、心包炎。
4. 伴贫血
5. 伴呼吸困难：主要为心肺疾病
6. 伴消瘦、易怒、多汗：甲亢、心脏神经症
7. 伴发绀：先心病、右心功能不全、休克等。

## 7、咳嗽cough、咳痰expectoration

（本节重点为临床表现及问诊要点）

咳嗽：人体的一种防御性反射动作，通过咳嗽可以清除呼吸道分泌物和一些气道异物。

咳痰：痰液是气管、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。

#### 【病因与发生机制】

咳嗽：

1. 呼吸道疾病
2. 胸膜疾病：各种胸膜炎、胸膜间皮瘤或胸膜受到刺激时（气胸、血胸、胸膜腔穿刺）可出现咳嗽。
3. 心血管疾病：左心功能不全伴肺淤血、肺水肿，或体循环静脉栓子脱落导致肺栓塞。
4. 胃食管反流：下食管的咳嗽感受器受返流的胃酸刺激，反射性地引起咳嗽。
5. 中枢神经因素：从皮层发出神经冲动至延髓咳嗽中枢引发或抑制咳嗽。

（来自呼吸系统及呼吸系统以外的器官（脑、耳、内脏）的刺激经迷走神经、舌咽神经和三叉神经与皮肤的感觉神经纤维传入，经喉下神经、膈神经与脊神经分别传至咽肌、声门、膈与其他呼吸肌，引起咳嗽动作。）

6. 血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）诱发的咳嗽。

咳痰：咽、喉、气管、支气管或肺因各种原因（微生物性、物理化学性、过敏性）使粘膜或肺泡充血、水肿；毛细血管通透性增高和腺体分泌增加、渗出物（含红细胞、白细胞、巨噬细胞、纤维蛋白等）与粘液、浆液、吸入的尘埃和某些组织破坏产物，一起混合成痰。

#### 【临床表现】（重点）

1. 咳嗽的性质

（1）干性咳嗽（咳嗽无痰或痰量甚少）：急性咽喉炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、喉及肺结核、二尖瓣狭窄、原发性肺动脉高压、间质性肺炎。

（2）湿性咳嗽（咳嗽伴有痰液）：COPD、肺炎、肺脓肿、支气管扩张症、空洞型肺结核、肺囊肿合并感染、支气管胸膜瘘。

2. 咳嗽的时间与节律

（1）突然发生：急性咽喉炎、急性气管-支气管炎、气管与支气管异物、百日咳、气管或支气管压迫、哮喘；



(2) 长期慢性：COPD、纤维素性支气管炎、支气管扩张、肺囊肿、肺脓肿、肺结核、特发性肺纤维化、肺尘埃沉着症；

(3) 夜间咳嗽：慢性心衰、肺结核等；

(4) 清晨或体位改变时咳嗽：COPD、PNDS、支气管扩张、肺脓肿、胃食管反流病。

3.咳嗽的音色

(1) 声音嘶哑：声带炎症、喉结核、喉返神经麻痹或肿瘤等。

(2) 鸡鸣样：即阵发性连续剧咳伴有高调吸气回声。见于会厌、喉部病变或气管受压等。

(3) 金属音调样咳嗽：纵隔肿瘤、主动脉瘤、肺癌、淋巴瘤、结节病压迫气管等。

(4) 咳嗽声音微弱：严重肺气肿、极度衰竭或声带麻痹等。

4.痰的性质和量（性质分为黏液性、浆液性、黏液脓性、脓性、血性）

(1) 黏液性及黏液脓性：急性呼吸道炎症；

(2) COPD：痰液多为黏液泡沫状，痰量增多转为脓性时提示急性加重。

(3) 支气管扩张、肺脓肿、支气管胸膜瘘：痰液分层（上层为泡沫、中层为浆液或浆液脓性、下层为坏死组织碎屑）。

(4) 厌氧菌感染：脓痰有恶臭味。

(5) 铜绿假单胞菌感染：黄绿色或翠绿色痰。

(6) 白色念珠菌感染：痰白黏稠、牵拉成丝难以咳出。

(7) 棘球蚴病（包虫病）：大量稀薄浆液性痰含粉皮样物。

(8) 肺水肿：粉红色泡沫样痰。

(9) 纤维性支气管炎：反复剧烈咳嗽后，咳出淡红色或乳白色有弹性、质韧的树枝状物。

(10) 弥漫性肺泡癌：每天咳数百至上千毫升浆液泡沫样痰。

【伴随症状】

1.发热：呼吸系统感染、胸膜炎、肺结核等

2.胸痛：肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、肺栓塞、自发性气胸

3.呼吸困难：喉炎、喉肿瘤、支气管哮喘、重度COPD、重症肺炎、肺结核、大量胸腔积液等

4.大量脓痰：支气管扩张、肺脓肿、肺囊肿合并感染

5.咯血：肺结核、支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌、二尖瓣狭窄、支气管结石、肺出血肾炎综合征。

6.杵状指(趾)：支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌、脓胸

7.哮鸣音：支气管哮喘、慢支喘息型、心源性哮喘

8.鼻塞：PNDS

9.心窝部烧灼感、反酸：胃食管反流性咳嗽

8、咯血hemoptysis

咯血：是指气管、支气管或肺组织出血，血液随咳嗽从口腔排出或痰中带血。

呕血：指上消化道出血从口腔呕出。

鉴别点** (背)	咯血	呕血
病因	肺结核、支气管扩张症、肺癌、肺炎、肺血管病、肺脓肿和心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性胃粘膜病变、胃癌、胆道病变
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出
出血的血色	鲜红	暗红、棕色（咖啡色），有时为鲜红色
血中混有物	痰液泡沫	食物残渣
酸碱反应	碱性	酸性
	黑便	有，可为柏油样，呕血停止后仍可持续数天
出血后痰的性状	痰液持续数天	一般无痰

【病因与发生机制】（难点）

支气管疾病	1. 常见于支气管扩张症、支气管肺癌、支气管结核和COPD； 2. 其咯血主要是由于炎症、肿瘤或结石损伤支气管黏膜，或病灶处毛细血管通透性增高或黏膜下血管破裂所致。
肺部疾病	1. 肺结核、肺炎、肺脓肿、肺淤血、肺栓塞、肺真菌病、肺吸虫病、肺阿米巴病、肺囊肿、肺泡炎、肺含铁血黄素沉积症、恶性肿瘤肺转移等； 2. 肺部病变使毛细血管通透性增高，血液渗出，或病变侵蚀小血管使其破裂出血。
心血管疾病	1. 急性左心衰、原发性肺动脉高压、某些先天性心脏病、肺血管炎、肺动静脉瘘；

	2. 肺淤血导致肺泡壁或支气管内膜毛细血管破裂，或支气管黏膜下层支气管静脉曲张破裂。
其他	1. 血液病、急性传染病、风湿性疾病、支气管子宫内膜异位症； 2. 机制为凝血功能障碍，气管、支气管子宫内膜异位症的内膜周期性剥落等而导致出血。

【临床表现】（重点）

1. 发病年龄

- (1) 青壮年咯血：常见于肺结核、支气管扩张症、二尖瓣狭窄等；
- (2) 40岁以上有长期大量吸烟史者：考虑支气管肺癌；
- (3) 中老年有慢性基础疾病如糖尿病、肺结核、脑血管病伴延髓性麻痹等，若出现砖红色胶冻样痰时多考虑肺炎克雷伯菌肺炎，进食水有呛咳应想到吸入性肺炎等。

2. 症状和体征

- (1) 少量咯血（小于100ml/d）：多无症状；
- (2) 中等量以上咯血（100-500ml/d），咯血前患者可有胸闷，喉痒、咳嗽等先兆症状
- (3) 大咯血（大于500ml/d或一次咯血100-500ml）：常伴呛咳、脉搏增快、出冷汗、呼吸急促、紧张不安或恐惧感，甚至出现血压下降、少尿、四肢厥冷等休克体征。

3. 咯血的颜色和性状

- (1) 鲜红色：肺结核、支气管扩张症、肺脓肿和出血性疾病；
- (2) 铁锈色血痰：肺炎球菌性肺炎；
- (3) 砖红色：胶冻样血痰：肺炎克雷伯杆菌肺炎；
- (4) 暗红色：二尖瓣狭窄、肺梗死；
- (5) 粉红色：泡沫样血痰：左心衰竭

【伴随症状】

- 1. 发热：肺炎、肺脓肿、肺结核、肺出血型钩端螺旋体病，流行性出血热等。
- 2. 胸痛：大叶性肺炎、肺结核、肺梗死、支气管肺癌等。
- 3. 脓血痰：肺脓肿、空洞型肺结核、支气管扩张症。
- 4. 呛咳：支气管肺癌等。
- 5. 皮肤粘膜出血：血液病、流行性出血热等。
- 6. 黄疸：大叶性肺炎、肺栓塞、钩端螺旋体病。
- 7. 杵状指趾：扩张、肺脓肿、原发支气管肺癌。

9、呼吸困难dyspnea

呼吸困难：患者主观感到空气不足或呼吸费力，客观上表现呼吸运动用力，严重时可出现张口呼吸、鼻翼扇动、端坐呼吸及发绀，辅助呼吸肌参与呼吸活动，并伴有呼吸频率、深度与节律的异常。

分类	病因与发生机制	临床表现
肺源性呼吸困难	1. 病因： 1) 气道阻塞；2) 肺疾病；3) 胸壁、胸廓与胸膜疾病；4) 神经-肌肉疾病与药物不良反应；5) 膈疾病与运动受限。 2. 发生机制： 1) 气道阻塞、胸廓与膈运动障碍、呼吸肌力减弱与活动受限→肺通气量降低、肺泡氧分压（PaO <sub>2</sub> ）降低； 2) 肺通气/血流（V/Q）比例失调所致，见于肺实质性疾病； 3) 弥散障碍→动脉血氧分压（PaO <sub>2</sub> ）降低，见于肺水肿、肺间质疾病。	1. 吸气性呼吸困难：“三凹征”（胸骨上窝、锁骨上窝与各肋间隙明显凹陷），伴干咳与高调吸气性喉鸣音，提示喉、气管与大气支气管狭窄与阻塞；突然出现，考虑异物阻塞、喉痉挛、喉水肿；年龄较大，进行性加重，考虑喉与气管恶性肿瘤；突然发生伴发热为喉炎、白喉。 2. 呼气性呼吸困难：呼气延长，伴干啰音，见于下呼吸道阻塞性疾病；发作性呼气困难，弥漫性哮鸣音，支气管扩张剂有效，提示支气管哮喘。 3. 混合性呼吸困难：呼吸频率加快变浅，呼吸音异常，见于广泛肺实质或间质病变，严重胸廓、膈肌、胸膜与神经-肌肉疾病；呼气相明显，桶状胸，呼吸音减弱，呼气延长，见于阻塞性肺气肿。
	1. 病因：各种原因所致心力衰竭、心包填塞、缩窄性心包炎、原发性肺动脉高压和肺栓塞等。 2. 左心衰引发呼吸困难机制：心功能减退，左心搏出量减少，导致舒张末期压力增高，相继引起左房压、肺静脉压、毛细血管压增高，引起：（背）。 1) 肺淤血，导致间质性肺水肿、血管壁增厚，弥散	1. 左心衰竭： 1) 活动后出现或加重，休息时缓解。 2) 仰卧位时加重，坐位减轻，半坐位或端坐呼吸。 3) 急性左心衰→夜间阵发性呼吸困难：睡眠时迷走神经兴奋性增高→冠状动脉收缩，心肌供血减少，心功能减低；小支气管收缩，

心源性呼吸困难	<p><u>功能障碍:</u></p> <p>2) 肺泡张力增高, 刺激肺张力感受器, 通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢;</p> <p>3) 肺泡弹性降低, 导致肺通气量减少;</p> <p>4) 肺循环压力升高, 对呼吸中枢的反射性刺激。</p> <p><u>3. 右心衰引发呼吸困难机制 (背):</u></p> <p>1) 右心房与上腔静脉压升高, 刺激压力感受器反射性兴奋呼吸中枢;</p> <p>2) 血氧含量减少、乳酸等酸性代谢产物增多, 刺激呼吸中枢;</p> <p>3) 淤血性肝肿大、腹水和胸水, 使呼吸运动受限, 肺受压气体交换面积减少。</p>	<p>肺泡通气进一步减少; 仰卧位时肺活量减少, 静脉回心血量增多, 原有肺淤血加重;</p> <p>夜间呼吸中枢敏感性降低, 对缺氧反应差。</p> <p>**</p> <p>2 右心衰竭:</p> <p>半坐位, 慢性肺心病的呼吸困难与其原发疾病亦有关; 心包疾病患者喜取前倾坐位, 减轻增大心脏对左肺压迫。</p>
中毒性呼吸困难	<p>1. 各种原因引起的酸中毒: 急、慢性肾功能衰竭、糖尿病酮症酸中毒和肾小管性酸中毒→血中酸性代谢产物增多→强烈刺激颈动脉窦、主动脉体化学感受或直接作用于呼吸中枢→增加肺泡通气排出二氧化碳;</p> <p>2. 急性感染和急性传染病;</p> <p>3. 某些药物和化学物质: 吗啡类、巴比妥类、苯二氮草类药物和有机磷杀虫药中毒, 一氧化碳中毒, 氰化物中毒→呼吸中枢受抑制→呼吸变缓慢、变浅, 且常有呼吸节律异常。</p>	<p>1. 酸中毒大呼吸(Kussmaul呼吸): 深长规则大呼吸, 可伴有鼾声, 有尿味、烂苹果味。</p> <p>2. 急性感染和急性传染病: 呼吸快速、急促。</p> <p>3. 某些药物和化学物质: 呼吸深快见于异常血红蛋白衍化物或氰化物中毒, 呼吸表浅、缓慢见于中枢抑制, 且常有呼吸节律异常, 如Cheyne-Stokes呼吸, Biots呼吸(间停呼吸)。</p>
神经精神性呼吸困难	<p>1. 器质性颅脑疾病: 颅脑外伤、脑血管病、脑炎、脑膜炎、脑脓肿及脑肿瘤等; 呼吸中枢因受增高的颅内压和供血减少的刺激→呼吸变慢变深, 并常伴呼吸节律的异常, 如呼吸遏制(吸气突然终止)、双吸气(抽泣样呼吸)等。</p> <p>2. 癔症: 呼吸浅表而频数, 1分钟可达60~100次, 并常因通气过度而发生呼吸性碱中毒, 出现口周、肢体麻木和手足搐搦。</p> <p>3. 神经症患者: 叹息样呼吸, 偶然出现一次深大吸气, 伴有叹息样呼气, 在叹息之后自觉轻快。</p>	
血液性呼吸困难	<p>1. 重度贫血、高铁血红蛋白血症或硫化血红蛋白血症等: 红细胞携氧减少, 血氧含量降低→呼吸加速, 心率加快。</p> <p>2. 大出血或休克: 缺血与血压下降→刺激呼吸中枢→呼吸加速。</p> <p>临床表现: 呼吸表浅、急促、心率增快。</p>	

#### 【伴随症状】

1. 发作性呼吸困难伴有哮鸣音: 支气管哮喘、心源性哮喘;
2. 骤然发生的严重呼吸困难→急性喉水肿、气管异物、大块肺栓塞、自发性气胸、ARDS;
3. 缓慢渐进行呼吸困难: COPD、弥漫性肺间质纤维化、卡氏肺囊虫肺炎;
4. 一侧胸痛: 大叶性肺炎、急性渗出性胸膜炎、肺梗塞、自发性气胸、急性心肌梗塞、支气管肺癌等;
5. 发热: 肺炎、肺脓肿、胸膜炎、急性心包炎、咽后壁脓肿等;
6. 咳嗽、咳脓痰: 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿并发感染、化脓性肺炎、肺脓肿、支气管扩张症并发感染等, 后二者脓痰量较多; 伴大量浆液性泡沫样痰, 见于急性左心衰竭和有机磷杀虫药中毒;
7. 大量浆液性泡沫样痰: 急性左心衰、有机磷杀虫剂中毒;
8. 昏迷: 脑出血、脑膜炎、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、肺性脑病、急性中毒等。

## 10、黄疸jaundice

名词解释 (记住)

1. **黄疸 (jaundice)**: 由于血清中胆红素升高, 致使皮肤、巩膜和黏膜黄染的体征。
2. **胆红素的肠肝循环**: 结合胆红素进入肠道后, 由细菌的脱氢作用还原为尿胆原, 尿胆原大部分氧化为尿胆素从粪便中排出称粪胆素。小部分在肠内被吸收, 经肝门静脉回到肝内, 其中大部分再转变为结合胆红素, 又随胆汁排入肠内, 形成“胆红素的肠肝循环”。
3. **Charcot三联征**: 右上腹剧痛、寒战高热、黄疸。提示急性化脓性胆管炎。
4. **正常胆红素 (TB)**: 1.7~17.1umol/L  
**结合胆红素 (CB)**: 0~3.42umol/L  
**非结合胆红素 (UCB)**: 1.7~13.68 umol/L  
**隐性黄疸**: 17.1~34.2 umol/L  
**黄疸**: > 34.2 umol/L

总胆红素 (TB) =非结合胆红素 (UCB) +结合胆红素 (CB)  
问：非结合胆红素与结合胆红素的区别？  
答：非结合胆红素：游离性、脂溶性、不溶于水、不能经肾脏排出。  
结合胆红素：水溶性、分子量小、能经肾脏排出。

【病因及发生机制】（掌握）				
分类	病因	发生机制	临床表现	实验室检查
溶血性黄疸 Hemolytic jaundice	1. 先天性溶血性贫血 2. 后天性获得性溶血性贫血	大量红细胞破坏→循环中UCB过度增高超过肝脏处理能力。	1.轻度黄疸，无皮肤瘙痒。 2.原发病（溶血）表现。	1.TB增加以UCB为主。 2.尿胆原、粪胆原都增加。 3.尿中无胆红素。 4.溶血改变：血红蛋白尿，贫血，网织红细胞增加。
肝细胞性黄疸 Hepatocellular jaundice	各种原因导致的肝细胞损伤	损伤的肝细胞难以摄取胆红素，对其结合和排泄功能降低，毛细胆管受损，胆栓形成，胆汁排泄受阻反流入血，血中UCB及CB均增加。	1.皮肤浅黄或深黄。 2.伴有皮肤瘙痒。 3.肝脏原发病表现。	1.TB呈双相升高。 2.尿胆原升高，尿中胆红素阳性。 3.肝功能损害。
胆汁淤积性黄疸 Cholestatic jaundice	1. 肝内性胆汁淤积： 1) 肝内阻塞性胆汁淤积：结石、癌栓、寄生虫； 2) 肝内胆汁淤积：病毒性或药物性肝炎、PBC、妊娠。 2. 肝外性胆汁淤积：胆总管结石、狭窄、炎症、肿瘤、蛔虫等。	1.胆道阻塞导致胆红素反流入血。 2.胆汁分泌障碍、胆管通透性增加、胆盐、胆栓形成。	皮肤暗黄或黄绿，皮肤瘙痒，尿色深，陶土便。	1.TB增加以CB为主 2.尿胆原、粪胆原减少或缺如。 3.血清碱性磷酸酶及总胆固醇升高。
先天性非溶血性黄疸 congenital nonhemolytic jaundice	机制：肝细胞对胆红素的摄取、结合或排泄有缺陷。	<b>Gilbert综合征：</b> （记住名词和特点即可） 肝细胞摄取UCB功能障碍及微粒体内葡萄糖醛酸转移酶不足，使血中UCB增加。		
		<b>Crigler-Najjar综合征：</b> 肝细胞缺乏葡萄糖醛酸转移酶，使UCB不能形成CB， <u>UCB增加</u> 。		
		<b>Rotor综合征：</b> UCB、CB增加		

		Dubin-Johnson综合征：CB增加
--	--	-----------------------

**【伴随症状】**

- 1.发热：胆管炎、脓肿、钩体病、败血症，病毒性肝炎、溶血。
- 2.上腹痛：结石、脓肿、蛔虫，病毒性肝炎、肝癌。  
(\*\*\*Charcot三联征：右上腹剧痛、寒战高热、黄疸，提示急性化脓性胆管炎。)
- 3.肝大：肝炎、胆道阻塞、肝硬化、肝癌。
- 4.胆囊肿大：胆总管梗阻。
- 5.脾大：病毒性肝炎、钩体病、败血症、肝硬化、疟疾、贫血、淋巴瘤。
- 6.腹水：重症肝炎、肝硬化、肝癌。

**【临床表现】**（背\*\*）

	溶血性	肝细胞性	胆汁淤积性
皮肤颜色	浅柠檬色	浅黄至深黄	暗黄或黄绿色
皮肤瘙痒	无	轻度	明显
大便颜色	加深	加深	色浅或白陶土色
尿颜色	酱油或茶色	色深	色深
其他症状	发热、寒战、头痛、呕吐、腰痛；贫血、脾大	疲乏、食欲减退、腹泻、水肿、严重者可有出血倾向	可有腹痛、发热、心动过缓
TB	升高	升高	升高
DB	正常	升高	明显升高
DB/TB	<20%	>20%~<60%	>60%
ALT、AST	正常	明显升高	可升高
ALP	正常	升高	明显升高
GGT	正常	升高	明显升高
尿胆原	升高	轻度升高	降低或消失
尿胆红素	-	+	++

# 11、腹痛Abdominal pain

分类：急性腹痛、慢性腹痛

**【病因】**

1. 急性腹痛

- (1) 腹腔器官急性炎症：胃、肠、胰腺、胆囊、阑尾等；
- (2) 空腔脏器阻塞或扩张：肠梗阻、肠套叠、胆结石、蛔虫等；
- (3) 脏器扭转或破裂：肠、肠系膜、卵巢、肝、脾、妊娠等；
- (4) 腹膜炎症：胃穿孔、自发腹膜炎；
- (5) 腹腔内血管阻塞：缺血性肠病、夹层腹主动脉瘤、门脉血栓；
- (6) 腹壁疾病：腹壁挫伤、脓肿、带状疱疹等；
- (7) 胸腔疾病：食管、肺、心、纵隔、胸椎；
- (8) 全身疾病：过敏性紫癜、糖尿病、尿毒症、中毒。

2. 慢性腹痛

- (1) 腹腔脏器慢性炎症：食管、胃胆囊、胰腺、腹膜、结肠等；
- (2) 空腔脏器张力变化：胃、肠、胆道等；
- (3) 脏器扭转或梗阻：胃、十二指肠、肠等；
- (4) 脏器包膜牵张：肝脾淤血、炎症、脓肿、癌症
- (5) 胃十二指肠溃疡
- (6) 肿瘤压迫及浸润
- (7) 中毒：铅中毒、尿毒症
- (8) 胃肠神经功能紊乱

【发生机制】（掌握腹痛发生的三种基本机制）

	定义	特点
内脏痛	分布于空腔脏器黏膜及黏膜肌层、内脏脏腹膜、肠系膜的感觉传入神经感受的刺激，称为内脏性疼痛。	1. 疼痛定位不明确，接近腹中线； 2. 疼痛感觉模糊，多为痉挛、不适、钝痛、灼痛； 3. 逐渐发生，持续较久； 4. 常伴有自主神经功能紊乱的症状：恶心、呕吐、出汗、心动过缓。
躯体痛	分布于壁腹膜及膈肌等的感觉传入神经感受的刺激，为躯体痛。	1. 定位准确； 2. 程度剧烈，发生急骤、消失也快； 3. 可有局部腹肌强直； 4. 腹痛可因咳嗽、体位变化而加重。
牵涉痛	不同部位的内脏与躯体感觉传入神经汇入同一脊髓后根节段，致使大脑皮层将内脏神经感觉传入感受为另一躯体部位的体表或深部组织刺激，称牵涉痛。	1. 定位准确； 2. 疼痛剧烈。

患病脏器	牵涉部位
胃、胰腺	左上腹、肩胛间
肝、胆	右肩部
消化性溃疡穿孔	肩顶部
输尿管结石	大腿内侧、会阴部
阑尾炎	上腹部或脐周
子宫与直肠	腰骶部
急性心梗	左臂、颈或下颌部

【临床表现】

1. 腹痛部位：一般腹痛部位多为脏器病变所在部位。

疾病	腹痛部位
胃、十二指肠、肝、胆、胰疾病	中上腹部
胆囊炎、胆石症、肝脓肿	右上腹
急性阑尾炎	右下腹
小肠疾病	脐部或脐周
结肠疾病	左、右下腹部
膀胱炎、盆腔炎及异位妊娠破裂	下腹部
急性弥漫性腹膜炎（原发性或继发性）、机械性肠梗阻、急性出血性坏死性肠炎、血卟啉病、铅中毒、腹型过敏性紫癜	部位不定

2. 腹痛的性质和程度：

- (1) 剧烈刀割样/烧灼样：穿孔
- (2) 持续剧痛伴阵发性加剧：炎症
- (3) 阵发性绞痛：胆道/泌尿系结石
- (4) 剑突下钻顶样疼痛：胆道蛔虫
- (5) 持续性广泛剧烈腹痛伴肌紧张：急性弥漫性腹膜炎

- (6) 隐痛/钝痛：内脏炎症  
(7) 胀痛：包膜牵拉
3. 诱发与缓解因素：  
油腻饮食史：胆道炎症/结石；酗酒/暴饮暴食史：胰腺炎；腹部手术：肠梗阻；外伤史：脏器破裂；进食与抑酸剂缓解的上腹痛多与胃酸分泌有关；解痉药物缓解者则多与平滑肌痉挛关系；呕吐后缓解的上腹痛多为胃十二指肠病变。
4. 发作时间与体位的关系：  
(1) 餐后痛：胆胰疾病、胃部肿瘤或消化不良；  
(2) 饥饿痛发作呈周期性、节律性者：胃窦、十二指肠溃疡；  
(3) 宫内膜异位：腹痛与月经周期有关；  
(4) 卵泡破裂：月经间期  
(5) 十二指肠雍滞症：膝胸或俯卧位可使腹痛加剧或减轻；  
(6) 胰体癌：仰卧位疼痛加剧，前倾位或俯卧位减轻；  
(7) 反流性食管炎病人烧灼痛在卧位或前倾位明显，而直立时减轻。

【伴随症状】

1. 腹痛伴发热、寒战：炎症  
2. 腹痛伴黄疸：肝胆胰疾病、溶血  
3. 腹痛伴休克：脏器破裂（肝、脾或异位妊娠破裂）；无贫血者伴穿孔、梗阻、严重的炎症、腹腔外疾病如心梗、肺炎。  
4. 伴呕吐、反酸、腹泻：消化道疾病  
5. 伴血尿：泌尿系疾病如结石

问：肠绞痛、胆绞痛、肾绞痛的鉴别（背）

疼痛类别	疼痛的部位	其他特点
肠绞痛	多位于脐周、下腹部	常伴有恶心、呕吐、腹泻或便秘、肠鸣音增加等
胆绞痛	位于右上腹，放射至右背与右肩胛	常有黄疸、发热、肝可触及或墨菲征阳性
肾绞痛	位于腰部，并入肋腹向下放射，达于腹股沟、生殖器、大腿内侧	常有尿频、尿急、小便含蛋白质、红细胞等

## 十二、呕血hematemesis

**呕血（hematemesis）**：上消化道出血，血液经口呕出。上消化道通常指Treitz韧带以近的消化器官，包括食管、胃、十二指肠、肝、胆、胰。

【病因与发病机制】（掌握病因）

1. 常见疾病  
(1) 消化性溃疡  
(2) 急性糜烂性胃炎  
(3) 食管和胃底静脉曲张破裂出血  
(4) 食管癌、胃癌：肿瘤破裂出血
2. 其他疾病  
(1) 食管疾病：食管炎、食管憩室炎、食管异物（戳穿主动脉）、食管贲门黏膜撕裂（Mallory-Weiss综合征）、食管裂孔疝等。  
(2) 胃及十二指肠：血管异常，例如Dieulafoy综合征（恒径动脉破裂）引起呕血。  
(3) 肝胆疾病：肝硬化、肝恶性肿瘤、肝脓肿、肝动脉瘤破裂；胆囊、胆道结石、胆道寄生虫、胆囊癌、胆管癌、壶腹癌。  
(4) 胰腺：急性胰腺炎合并脓肿或囊肿、胰腺癌破裂出血  
(5) 血液系统疾病：血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、白血病、血友病、霍奇金病、遗传性毛细血管扩张症、弥散性血管内凝血、凝血机制障碍等、  
(6) 其他：尿毒症、钩端螺旋体病、流行性出血热、

【临床表现】（掌握）

1. 出血量多、在胃内停留时间短、位于食管则血色鲜红或暗红色；  
2. 出血量较少、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，呕吐物呈咖啡渣样棕褐色；  
3. 黑便：血红蛋白在肠道内与硫化物结合形成硫化亚铁，故粪便呈黑色，更由于附有黏液而发亮，类似柏油，故又称柏油样便。  
4. 出血量的估计：  
1) 出血量为10%-15%血容量：头晕、畏寒，血压脉搏无变化；

- 2) 出血量达20%血容量：冷汗、四肢厥冷、心慌、脉快  
 3) 出血量达30%以上血容量：急性周围循环衰竭表现，脉频弱、血压下降、呼吸急促、休克、  
血红蛋白及红细胞比容先升后降。

【伴随症状】（熟悉）

1. 伴上腹痛：1) 中青年、腹痛规律，多为消化性溃疡；2) 老年、腹痛无规律、消瘦，警惕胃癌。
2. 伴肝脾大：1) 脾大、腹水、腹壁静脉曲张→门脉高压；2) 肝区疼痛、肝肿大、凸凹不平→肝病。
3. 伴黄疸：1) 黄疸、寒战、发热、右上腹痛→肝胆疾病；2) 黄疸、发热、全身出血倾向→感染性疾病。
4. 皮肤黏膜出血：血液系统疾病及凝血功能障碍。

### 13、血尿haematuria

**血尿（haematuria）**：新鲜尿液离心沉淀后的镜检每高倍视野有红细胞3个以上。（记住）

分类：（1）镜下血尿：尿色正常，仅显微镜下红细胞增多；

（2）肉眼血尿：出血量多，尿色呈洗肉水样、浓茶色或红色。

【病因】（重点）

泌尿系统疾病	1. 原发性肾小球疾病：新月体性肾炎、IgA肾病 2. 继发性肾小球疾病：系统性红斑狼疮、过敏性紫癜 3. 感染：肾盂肾炎、膀胱炎、前列腺炎 4. 结石：肾、输尿管及膀胱结石 5. 肿瘤：肾、输尿管及膀胱肿瘤 6. 遗传性疾病：遗传性肾炎、多囊肾 7. 血管性疾病：肾动静脉血栓、肾动静脉畸形 8. 其他原因：间质性肾炎
泌尿系邻近器官疾病	急性阑尾炎、盆腔炎、输卵管炎、邻近器官肿瘤
全身性疾病	血液病、感染性疾病、血管疾病、内分泌代谢疾病
理化因素及药物	磺胺类、吡喹酮、甘露醇、重金属等；环磷酰胺引起出血性膀胱炎、肝素过量。
功能性	运动性血尿
特发性	经全面仔细检查未能明确血尿原因者。

【发生机制】

1. 免疫异常
2. 感染引起的炎症反应
3. 泌尿系组织破坏
4. 运动损伤
5. 其他：中毒、过敏、肾血管畸形

【临床表现】

1. 尿颜色的改变：

颜色	镜检	病因
暗红色或酱油色	无或少量RBC	血红蛋白尿
棕红色或葡萄酒色	无RBC	卟啉尿
红色	无RBC	服药物或进食红色蔬菜

### 2. 尿三杯试验：大概了解血尿来源（记住）

第一杯（+）：前尿道（前尿道炎、结石、尿道狭窄和损伤等）

第三杯（+）：后尿道、膀胱颈部和三角区（前列腺炎、精囊炎、膀胱颈和三角区炎）

全程（+）：上尿路及膀胱疾病（肾炎、结核、肿瘤、结石）

【伴随症状】

1. 血尿伴疼痛：泌尿系结石；
2. 血尿伴膀胱刺激症状（尿频尿急尿痛）：病变在膀胱或后尿道
3. 血尿伴腹部肿块：肾肿瘤、多囊肾、肾下垂、异位肾
4. 血尿伴出血：见于血液疾病
5. 血尿伴发热：急性肾盂肾炎、钩端螺旋体病、肾结核、流行性出血热



- 6. 血尿伴高血压、水肿、蛋白尿：肾小球肾炎
- 7. 血尿伴乳糜尿：慢性肾盂肾炎、丝虫病
- 8. 无症状血尿：肾癌或膀胱癌

十四、尿频、尿急与尿痛（定义、病因、临床表现为重点）

尿频（frequent micturition）：单位时间内排尿次数增多。  
尿急（urgent micturition）：有尿意即迫不及待需要排尿，难以控制。  
尿痛（odynuria）：排尿时由于病变部位受到刺激而产生的尿道、耻骨上区及会阴部不适感，主要为刺痛或灼痛。

尿路刺激征：尿急、尿频、尿痛同时出现。（记住）

【病因与发生机制】

- 1. 感染：最常见原因，直接或邻近器官感染
  - (1) 尿道感染：肾盂肾炎
  - (2) 膀胱炎及尿道炎
  - (3) 膀胱或尿道邻近部位的感染
- 2. 肿瘤：压迫膀胱、侵害膀胱或继发感染
- 3. 结石或其他刺激：结石、妊娠晚期（尿频）
- 4. 化学刺激：脱水时尿液高度浓缩，高酸性尿刺激膀胱和尿道、环磷酰胺引起出血性膀胱炎。
- 5. 神经源性膀胱：如大脑皮质或基底节病变、帕金森病
- 6. 多尿导致的尿频：大量饮水、利尿剂、尿崩症
- 7. 精神因素

【临床表现与伴随症状】

- 1. 急性肾盂肾炎：全身症状（高热、腰痛、肾区叩击痛、畏寒）及尿路刺激症状（膀胱炎、尿道炎）
- 2. 肾结核：早期为尿频、尿急、尿痛；晚期合并膀胱结核时可有结核感染的全身症状。
- 3. 尿道感染：尿道口脓性分泌物
- 4. 急性前列腺炎：感染中毒症状，前列腺肿大、触痛；慢性前列腺炎：全身症状，会阴部酸胀、性功能减退，前列腺质韧、触痛。
- 5. 前列腺增生肥大：50岁以后，进行性排尿困难。
- 6. 膀胱结石：排尿困难、尿流中断或尿流分叉。
- 7. 神经源性膀胱：神经系统疾病病史，常伴有下肢感觉和运动障碍。

15、少尿、无尿与多尿（Oliguria, anuria, polyuria）

--掌握定义、病因及发生机制

概念：（掌握）

- 1. 少尿（oliguria）：24小时尿量小于400ml、或每小时尿量少于17ml。
- 2. 无尿（anuria）：24小时尿量少于100ml或12小时内完全无尿。
- 3. 多尿（polyuria）：24小时尿量超过2500ml。

【病因与发生机制】

问：少尿无尿的定义及病因？

症状	病因及发生机制	
少尿 无尿	肾前性	各种导致肾血流量减少、肾小球滤过率降低的因素。 1. <u>血容量不足</u> ：各种原因的大出血、严重脱水、重度低蛋白血症、肝硬化及肾病综合征等； 2. <u>心血管疾病</u> ：休克、心衰、急性心梗、急性肺栓塞、严重心律失常等； 3. <u>肾血管病变</u> ：肾血管狭窄、多发性大动脉炎、肾血管血栓形成、高血压危象等原因引起的持续肾动脉痉挛。
	肾源性	肾实质病变所致肾小球滤过膜通透性的降低、肾小球总滤过面积减少及肾小管结构功能的损害。 1. <u>肾小球病变</u> ：急性肾小球肾炎、急进性肾小球肾炎、狼疮性肾炎； 2. <u>肾小管-间质疾病</u> ：各种原因引起的急性肾小管坏死、急性间质性肾炎等； 3. <u>肾血管病变</u> ：肾静脉血栓 4. <u>其他</u> ： <u>肾移植后的急性排斥反应</u>
		尿液生成正常，但经输尿管、膀胱或尿道排泄的过程受阻。

	肾后性	1. 输尿管梗阻：肾盂或输尿管内机械性梗阻、输尿管外的压迫； 2. 尿道梗阻：膀胱、尿道结石阻塞，前列腺增生或肿瘤，神经膀胱等。
	肾脏疾病	1. 肾性尿崩症：远曲小管和集合管对抗利尿激素反应性降低。 2. 肾小管浓缩功能不全：肾脏疾病影响肾小管所致。慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、化学药物所致间质性肾炎等。
多尿	内分泌代谢障碍疾病	1. 垂体性尿崩症、糖尿病、原发性甲状旁腺、原发性醛固酮增多症（高血钠） 2. 这些病因或抑制肾小管对水的重吸收，或导致尿液中溶质异常增多，产生渗透性利尿导致多尿。
	排尿性多尿	摄水过多或应用利尿剂。
	精神性多尿	受习惯、心理或精神因素支配，强迫性多饮而引起多尿。

【临床表现与伴随症状】

少尿、无尿	多尿
1. 伴心慌，气短，夜间不能平卧：心功能不全 2. 伴肾绞痛：肾动脉血栓或栓塞 3. 伴发热，腰痛，尿频，尿急：急性肾盂肾炎 4. 伴水肿，大量蛋白尿，高血脂，低蛋白：肾病综合征 5. 伴水肿，蛋白尿，高血压，血尿：急性肾炎 6. 伴乏力、纳差、腹水和皮肤黄染：肝肾综合征 7. 伴排尿困难：前列腺肥大 8. 腰痛、血尿、腰痛向会阴部放散：肾结石	1. 伴烦渴多饮、低比重尿：糖尿病 2. 伴多饮、多食、消瘦：尿崩症 3. 伴高血压、低血钾、周期性麻痹：原发性醛固酮增多症 4. 伴酸中毒、骨痛、肌麻痹：肾小管性酸中毒 5. 少尿后数天出现多尿：急性肾小管坏死恢复期 6. 伴神经症症状：精神性多饮

16、眩晕、晕厥、意识障碍

重点掌握：概念 发病机制 病因 临床表现

（一）眩晕vertigo

定义：

**眩晕（vertigo）**：是人体的内在体验，是一种运动性或位置性错觉，造成人与周围环境空间关系在大脑皮质中的反应失真，产生旋转、倾倒及起伏的感觉。（背）

分类：

1. 按病变的解剖部位：

- （1）系统性眩晕：前庭系统病变所致。
- （2）非系统性眩晕：前庭系统以外的疾病所致。

按病变部位和临床表现不同：

系统性眩晕可分为：周围性眩晕和中枢性眩晕

【病因】

	周围性眩晕 (耳源性眩晕)	中枢性眩晕 (脑源性眩晕)	其他
发病原因	多为内耳迷路和神经前庭支受损所致	多为脑干前庭神经核或核团间的联系受损所致	全身性疾病、药物、生理性
常见病	外耳道耵聍、急性中耳炎、鼓膜内陷、梅尼埃病	听神经瘤、桥小脑角肿瘤、脑干出血、TIA、颈椎病	1. 低血压、高血压、严重心律失常等； 2. 氨基糖苷类抗生素、抗高血压药 3. 乘班车、乘飞机

【发生机制】

平衡三联（视觉、深感觉、前庭器官）→传入神经→中枢神经系统→传出神经→调节位置、维

持平衡

1. 视觉障碍：视觉障碍→传入至中枢的躯体位置的定位信息发生错觉→眩晕  
(眼外肌麻痹引起的复视、屈光不当、配镜不当)
2. 深感觉障碍：运动觉、位置觉、震动觉障碍→传入至中枢的躯体位置的定位信息发生错觉
3. 前庭功能障碍：前庭器、前庭神经、前庭神经核障碍

【临床表现】

1. 周围性眩晕：
  - (1) 急性发病，眩晕典型，程度较重；
  - (2) 患者不敢睁眼，走路向一侧偏斜或倾斜；
  - (3) 持续时间短，常伴有自主神经症状；
  - (4) 查体可见水平性或旋转性眼震，但绝无垂直性眼震；闭目难立征阳性；Barrany指向试验偏移；星形足迹试验阳性。(眼震、倾倒、偏斜的方向一致)

病变	临床表现
梅尼埃病	1. 以突发性眩晕伴耳鸣、听力减退及眼球震颤为主要特点；2. 伴恶心、呕吐、面色苍白和出汗等；3. 发作多短暂；4. 具有复发性特点。
迷路炎	1. 多由于中耳炎并发；2. 眩晕呈阵发性或继发性，伴恶心呕吐；3. 瘧管试验多呈阳性。
内耳药物中毒	起病慢，多为渐进性，持续时间长，程度轻，伴耳鸣、听力减退
前庭神经炎	1. 多有上呼吸道感染史；2. 起病急，伴恶心、呕吐，一般无耳鸣及听力减退；3. 持续时间较长，可自行缓解，很少复发。
位置性眩晕	头部处在特定位置时出现眩晕，伴眼震，多数不伴耳鸣及听力减退

2. 中枢性眩晕
  - (1) 起病较慢，有摇晃及浮动感，旋转感相对较轻；
  - (2) 发作与头位变动无关，一般不伴有耳聾耳鸣(听神经瘤、桥小脑肿瘤除外)；
  - (3) 自主神经症状少，持续时间长；
  - (4) 查体可见水平性、旋转性及垂直眼震，闭目难立征阳性，Barrany试验和星型足迹试验杂乱；
  - (5) 还可能共有共济失调、锥体束征、脑神经损害等症状，但前庭功能试验多正常。
3. 生理性眩晕：女性多见，一过性眩晕，伴恶心、呕吐，休息后可很快缓解，很少伴眼震。
4. 全身疾病所致的眩晕：表现不一，如有漂浮感、麻木感、倾斜感肌直线幻动等，无真正旋转感，一般不伴听力减退，眼球震颤、少有耳鸣，有原发病的表现。

【伴随症状】

1. 全身症状：恶心、呕吐、面色苍白，严重者可出现心率减慢、出汗、有便意等自主神经症状。
2. 听力障碍：耳鸣、听力下降
3. 视力障碍：复视、眼震
4. 神经系统异常：共济失调

(2) 晕厥syncope

定义：

**晕厥(syncope)：**是指大脑血液灌注不足或缺氧而导致的伴有姿势性张力丧失的短暂性意识丧失。(背)

(可突然发生，自主恢复，恢复后一般不留后遗症。)

依据意识丧失时间和深度分：

1. 晕厥样感觉：(也叫晕厥前兆)表现为短暂的意识模糊状态，可伴有眩晕、恶心、面色苍白、站立不稳。
2. 真性晕厥：由晕厥样感觉发展而来，意识丧失几秒钟或数分钟。
3. 惊厥样晕厥：意识丧失时间稍长，伴有短暂而轻度的肢体、躯干、面部肌肉阵挛或抽动，但无全身痉挛性惊厥，可有尿失禁。

【病因及发生机制】

	病因及发生机制
反射性晕厥	1. 血管迷走性 2. 体位性(直立性低血压) 3. 颈动脉窦综合症 4. 排尿性

	5.咳嗽性 7.锁骨下动脉窃血综合征	6.舌咽神经或三叉神经痛
心源性晕厥	1.因心脏疾病导致心输出量突然减少或心脏停搏，引起脑组织缺氧。 2.见于严重心律失常、阿-斯综合征等。	
脑源性晕厥	1.由于脑部血管或供应脑部血液的主要血管发生循环障碍，导致一过性广泛的脑供血不足。 2.短暂性脑缺血发作、偏头痛等。	
血液成分异常	1.低血糖综合征 3.重度贫血 5.哭泣性晕厥	2.换气过度综合征 4.高原晕厥

- 【临床表现】
- 一过性意识丧失，持续数秒或数分钟，可分为3期
- 1.晕厥前期：常有先兆症状，如乏力、头晕、恶心、呕吐、面色苍白、心动过速等。
  - 2.晕厥期：意识丧失，伴有血压下降、脉搏细弱集瞳孔散大、心动过速转为心动过缓，可伴尿失禁。
  - 3.恢复期：得到及时处理后很快恢复，但可有头晕、头痛、恶心呕吐、面色苍白集乏力，休息后可完全消失。
- 【伴随症状】
- 1.明显的自主神经功能障碍(如面色苍白、出冷汗、恶心、乏力等)：多见于反射性晕厥或低血糖晕厥。
  - 2.发绀、呼吸困难、心悸：见于急性左心衰竭。
  - 3.心率改变：见于心源性晕厥。
  - 4.抽搐：见于中枢神经系统疾病、心源性晕厥。
  - 5.恶心、呕吐：提示血管迷走性晕厥。
  - 6.发热、水肿和杵状指：提示心肺疾病。
  - 7.呼吸深而快、手足发麻、抽搐：见于通气过度综合征、癔症等。
  - 8.面颊痛：提示舌咽和三叉神经痛。

- (3) 意识障碍disturbance of consciousness
- 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发生障碍。
- 【病因】
- 1.全身性原因：
    - (1) 多灶性、弥散性或代谢性脑病：离子紊乱渗透压异常；
    - (2) 缺血缺氧性脑病：心梗、出血等造成脑细胞缺血缺氧；
    - (3) 全身性疾病：SLE、DIC等。
  - 2.局部原因：（神经系统本身的疾病）
    - (1) 弥散性中枢神经系统疾病：炎症、肿瘤、中毒、外伤
    - (2) 小脑幕以下病变：脑干或小脑出血、炎症和肿瘤等病变。
- 【发生机制】
- 感觉传导路、脑干网状结构 —— 开关系统→激活大脑皮质→机体处于觉醒状态→产生意识内容
- 【临床表现】

以觉醒度改变为主的意识障碍	1.嗜睡：程度最轻，病理性嗜睡，可唤醒，无刺激迅速再入睡。 2.昏睡：熟睡状态，不易唤醒，答非所问。 3.昏迷：（严重，表现为意识的中断或完全丧失，分为3度）		
		轻度昏迷	中度昏迷
	意识	大部分丧失	丧失
	自发动作	较少	无
	对刺激反应	声、光刺激无反应，疼痛有反应	周围事物及各种刺激无反应，剧烈刺激可有防御反应
	各种检查	角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在	角膜反射减弱、瞳孔对光反射迟钝、眼球无转动
	生命征	无明显异常	轻度异常
			明显异常

以意识内容改变为主的意识障碍	1. 意识模糊：1) 意识水平轻度下降；2) 可保持简单的精神活动；3) 定向能力发生障碍。 2. 谵妄：1) 兴奋性增高；2) 高级神经中枢急性功能失调；3) 意识模糊、定向力丧失、感觉错乱、躁动不安、言语杂乱。
特殊类型的意识障碍	1. 去皮质综合征：1) 意识丧失，睡眠与觉醒周期存在；2) 能无意识地睁、闭眼，转动眼球，但眼球不随光线移动；3) 貌似清醒，但对外界刺激无反应；4) 四肢肌张力增高，双侧锥体束征阳性；5) 可有原始反射，无自主动作；6) 大小便失禁；7) 上肢屈曲内收、腕及手指屈曲，双下肢伸直、足屈曲。 2. 无动性缄默症：1) 睡眠与觉醒周期存在；2) 貌似清醒，但不能活动和言语；3) 肌张力减低，锥体束征阴性；4) 强烈刺激不能改变其意识状态；5) 大小便失禁；6) 能注视周围环境及人物。 3. 植物状态：1) 对自身和外界的认知功能全部丧失；2) 不能外界交流，呼之不应；3) 睡眠与觉醒周期存在；4) 可有无意义的哭笑；5) 原始反射可存在；6) 自发或反射性睁眼，偶有视物追踪；7) 大小便失禁。

#### 【伴随症状】

1. 发热：先发热后有意识障碍见于重症感染性疾病；先有意识障碍然后有发热，见于脑出血、蛛网膜下腔出血、巴比妥类药物中毒等。
2. 呼吸缓慢：是呼吸中枢受抑制的表现，可见于吗啡、巴比妥类、有机磷杀虫药等中毒、银环蛇咬伤等。
3. 瞳孔散大：可见于颠茄类、酒精、氰化物等中毒以及癫痫、低血糖状态等。
4. 瞳孔缩小：吗啡类、巴比妥类、有机磷杀虫药等中毒。
5. 心动过缓：颅内高压症、房室传导阻滞及吗啡类、毒蕈等中毒。
6. 高血压：高血压脑病、脑血管意外、肾炎尿毒症等。
7. 低血压：见于各种原因的休克。
8. 皮肤黏膜改变：出血点、瘀斑和紫癜等可见于严重感染和出血性疾病；口唇呈樱红色提示一氧化碳中毒。
9. 脑膜刺激征：见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。

