

内科临床医学问题
解答

中华医学会四川省南充地区分会

2319

前 言

在党的十一届三中全会、四中全会和五届人大二次会议精神鼓舞下，在向四个现代化胜利进军的号角声中，我区广大医务工作者满腔热情地学习业务、钻研技术，力争为人民的健康事业多作贡献。为了适应这一新的发展形势，我们组织有关人员编辑出版了这本《内科临床医学问题解答》，供大家在学习中参考。

本书主要参考了近年出版的高等医学院校教科书，医学期刊和美国医学会、日本医学会编写的医生自修问题解答等资料。中华医学会四川省南充地区分会理事刘贤坤同志主持编辑工作，副理事长邢光辉同志和理事边祥麟同志审阅稿件。南充医专胡际远、张振华、罗运正、麦坤仪、高兴玉、邓家莉和忠县人民医院张生理、凌朝慧等同志参与编写工作，并得到南充医专科研科、卫生科等有关部门的支持，还有段桃德、王碧芳同志参与了部份资料的搜集和抄写工作，在此特表谢意。

由于编者业余撰稿，时间仓促，兼之水平有限，本书还存在不少问题，望读者批评指正。

中华医学会四川省南充地区分会

一九七九年十月

呼 吸 系 统

第 一 部 分

1. 肺循环的特点有哪些? (1)
2. 试述支气管扩张的发病原理、临床表现及诊断方法? (1)
3. 试述支气管哮喘的发病原理及治疗,它与哮喘性支气管炎,心性哮喘如何鉴别? (2)
4. 药物雾化吸入疗法在呼吸系统疾病治疗中的地位如何? (5)
5. 上感可以引起美尼尔氏综合症吗? (5)
6. 慢性支气管炎有哪些并发症? (5)
7. 中毒性肺炎的早期临床表现及处理是怎样? (6)
8. 金葡肺炎的临床特点? (7)
9. 什么叫肺部炎性假瘤?有何特点? (7)
10. 肺心病的发病原因、临床表现、治疗中的主要环节是什么? (7)
11. 什么叫肺性脑病?在什么情况下可以做气管切开,其意义如何? (10)
12. 试述肺性脑病的发病机制、临床表现、抢救措施? (10)
13. 慢性肺心病酸碱平衡失调与电解质紊乱是怎样形成的? (11)
14. 试述肺心病的氧气疗法? (12)
15. 何谓“呼吸器肺”? (13)
16. 肺心病人在哪种情况下不宜用醋氮酰胺? (14)
17. 治疗急性肺水肿应用吗啡有什么作用? (14)
18. 肺心病患者在什么情况下用肾上腺皮质激素? (14)
19. 试述肺脓肿的治疗原则? (14)
20. 休克肺的含义、预防及治疗怎样?休克肺与急性左心衰肺水肿有何区别? (15)
21. 什么叫右肺中叶综合征?其病因及诊断依据是什么? (16)
22. 试述咯血的病因、鉴别诊断、处理原则及应用垂体后叶素的注意事项? (16)
23. 试述肺结核的临床表现及治疗原则?抗痨一线药物的组成并评价疗效? (18)
24. 试述我国肺结核的分类法? (19)
25. 对肺结核化疗情况是怎样认识的? (21)
26. 在肺结核的治疗中应如何看待休息和营养? (23)
27. 浸润性结核合并结核性胸膜炎在治疗中能否应用皮质激素? (23)
28. 用异烟肼治疗结核病时在什么情况下应加维生素B₆? (23)
29. 在国内利福平治疗肺结核的地位如何? (24)
30. 何谓结核球?与周围型肺癌如何区别? (24)
31. 何谓肺结节病?其诊断和鉴别诊断怎样? (25)

- 32、试述结核菌素的反应机理及其临床意义?(26)
- 33、支气管肺癌有哪些临床表现? 在临床上常遇见哪些情况应怀疑为肺癌以及如何进一步确诊?(26)
- 34、何谓肺瘢痕癌? 其特点如何? 与其它肺部疾患怎样鉴别?(27)
- 35、试述肺癌的TNM分期?(28)
- 36、说明肺结核与肺癌的关系? 肺结核患者合并了肺癌如何进一步诊断?(29)
- 37、痰的细胞学检查对原发性肺癌的诊断价值如何? 怎样选取痰以提高检出率?(29)
- 38、肺癌化学治疗的方案如何安排?(30)
- 39、怎样认识药物肺部反应(药物肺)?(30)
- 40、试述自发性气胸的病因、临床类型、处理原则?(31)
- 41、试述干性胸膜炎和渗出性胸膜炎的病因分型及临床表现?(32)
- 42、试述血性胸水的鉴别要点?(32)
- 43、渗出性胸膜炎抽液的意义?(33)
- 44、什么是胸膜间皮瘤? 试述它的临床症状、X线表现及其鉴别诊断?(33)
- 45、试述纤维支气管镜在临床上的应用?(34)
- 46、试述自动呼吸器的应用?(35)

第二部分

- 第一类问题.....(37)
- 第二类问题.....(42)
- 第三类问题.....(46)

循环系统

第一部分

- 1、冠状循环有何特点? 哪些因素影响冠状动脉的流量?(50)
- 2、何谓心输出量? 影响它的因素有哪些?(52)
- 3、血压的形成及影响血压的因素有哪些?(52)
- 4、微循环的基本结构及生理功能怎样? 休克时微循环的主要变化导致哪些脏器的病理改变? 休克的现代概念及处理要点如何?(53)
- 5、断层超声心动图对心脏病诊断的意义怎样?(56)
- 6、简述心电图向量的概念?(57)
- 7、对收缩期杂音应如何做出正确判断?(57)
- 8、怎样确定心脏杂音的级别? 其临床意义如何?(57)
- 9、常见的三音心律有哪些? 其临床意义如何?(58)
- 10、何谓开放拍击声? 其临床意义如何?(59)
- 11、什么叫二联脉、交替脉、水冲脉? 其临床意义如何?(59)
- 12、二尖瓣狭窄合并心房颤动的病人舒张期杂音为何可以减弱或消失?(60)

- 13、左前分枝传导阻滞和左后分枝传导阻滞的心电图有何特点？……………(60)
- 14、什么是单束传导阻滞、双束传导阻滞和三束传导阻滞？……………(60)
- 15、心房颤动时从心电图上如何鉴别室内差异传导和室性过早搏动？……………(61)
- 16、试述过早搏动的临床意义及其处理？……………(61)
- 17、病态窦房结综合征如何治疗？……………(62)
- 18、试述室上性及室性心动过速的区别、诊断要点及其处理。……………(63)
- 19、抗心律失常药物：利多卡因、奎宁丁、普鲁卡因酰胺、心得安、苯妥英钠等
的临床应用指征、主要副作用是什么？……………(64)
- 20、简述心肌的电生理及抗心律失常药物的电生理效应？……………(66)
- 21、试述心房纤颤电复律的适应症、禁忌症、术前准备和注意事项？……………(68)
- 22、怎样分析心律失常的心电图？……………(69)
- 23、何谓艾森曼格氏综合征其临床表现有何特点？如何诊断？……………(71)
- 24、风湿病的临床表现及诊断依据、治疗原则怎样？……………(71)
- 25、风湿性心脏瓣膜病分几种？其诊断要点如何？……………(72)
- 26、试述充血性心力衰竭的病因、病理生理、临床表现及处理原则。……………(74)
- 27、心脏的代偿功能有哪几种形式？……………(78)
- 28、阿—斯氏综合征的病因、临床表现、抢救措施怎样？……………(79)
- 29、心力竭衰患者在何种情况下可以用肾上腺皮质激素治疗？……………(80)
- 30、风湿性心脏病患者的急性肺水肿是怎样产生的？应如何预防？……………(80)
- 31、洋地黄中毒有哪些症状以及如何预防和治疗？……………(81)
- 32、对充血性心力衰竭患者治疗效果不好的因素有哪些？……………(82)
- 33、亚急性细菌性心内膜炎的临床表现及治疗原则怎样？……………(82)
- 34、试述原发性高血压病与继发性高血压的区别？……………(83)
- 35、对高血压病的药物治疗要求和原则怎样？……………(84)
- 36、为什么高血压病易发生动脉粥样硬化？……………(85)
- 37、试述高脂血症的临床分型和降脂药的选择？……………(85)
- 38、脉压差增大与减小各见于哪些情况？……………(87)
- 39、慢性低血压是怎样发生的？……………(87)
- 40、试述冠心病、肺心病、高心病的诊断标准？……………(87)
- 41、V₁导联波终末电势(ptf)诊断早期冠心病有何价值？……………(90)
- 42、试述典型的和非典型的心绞痛的临床表现及处理？类似心绞痛有哪些病？
……………(90)
- 43、试述梗塞前综合征的含义、临床表现及与心绞痛的鉴别诊断？……………(92)
- 44、试述典型的和不典型的心肌梗塞的临床表现及处理。……………(93)
- 45、心肌梗塞后综合征怎样诊断和处理？……………(96)
- 46、有些心肌梗塞病人为什么没有心前区疼痛？……………(96)
- 47、何谓冠状动脉偷窃现象？服潘生丁后是否有偷窃现象？……………(96)
- 48、急性心肌梗塞时怎样应用阿托品适宜？……………(97)
- 49、试述乳头肌功能不全综合征的诊断、鉴别诊断以及怎样处理？……………(97)
- 50、高脂血症与冠心病之间的关系怎样？……………(98)

- 51、Master氏二级梯双倍运动试验对冠心病的诊断价值如何？其阳性标准如何？检查时应注意些什么？……………(98)
- 52、原发性心肌病的含义、主要临床表现、诊断与鉴别诊断及治疗原则如何？…(99)
- 53、心包炎与慢性心功能不全的鉴别怎样？慢性心功能不全与肝硬化腹水的鉴别怎样？……………(101)
- 54、叙述国外心肺复苏的一种方法？……………(102)
- 55、简述人工心脏起搏器的临床应用？……………(102)
- 56、试述放射性核素检查心脏的方法及意义？……………(106)
- 57、抗心绞痛有哪些药物？其评价如何？……………(107)

第二部分

- 第一类问题……………(111)
- 第二类问题……………(117)
- 第三类问题……………(120)

消化系统

第一部分

- 1、何谓消化？以哪些形式完成的？三大营养物质消化到什么阶段才能吸收？…………(127)
- 2、慢性腹痛的部位不同应考虑系哪些腹腔脏器的疾病？……………(127)
- 3、试述腹水形成的机制、临床诊断？……………(128)
- 4、何谓胃窦炎？胃窦炎是否能发展为胃癌？……………(129)
- 5、试述慢性胃炎的临床表现？……………(130)
- 6、胃癌有哪些临床表现？如何确诊？……………(130)
- 7、简述上消化道出血的病因及治疗进展？……………(131)
- 8、胃溃疡大出血可用 α —肾上腺素能受体兴奋剂吗？……………(133)
- 9、什么是胃粘膜脱垂症？与其它胃部疾病如何鉴别？……………(133)
- 10、胃小弯粘膜炎症伴肠上皮化生有何临床意义？有无癌变可能？应如何处理？……………(134)
- 11、试述肝脾肿大的常见原因及诊断方法？……………(134)
- 12、原发性肝癌的临床表现及鉴别诊断怎样？……………(136)
- 13、试述阿米巴肝脓肿的临床表现、鉴别诊断及其误诊、漏诊的原因？……………(137)
- 14、哪些常用药物可引起肝损害？其机理如何？……………(139)
- 15、“胆道运动障碍”的症状有哪些？怎样治疗？……………(141)
- 16、试述溃疡病药物治疗的进展？……………(141)
- 17、试述急性胃粘膜病变的原因及临床表现？……………(143)
- 18、洗胃时应注意哪些问题？……………(143)
- 19、十二指肠引流胆汁检查的意义怎样？……………(144)
- 20、小肠性腹泻与结肠性腹泻如何鉴别？……………(145)

- 21、代谢性或内分泌紊乱性腹泻的病因有哪些？……………(145)
- 22、肠原发性腹泻的病因有哪些？……………(145)
- 23、对久治不愈的慢性非特异性溃疡性结肠炎患者有何中西医结合的治疗方法？
……………(146)
- 24、试述结肠激惹综合征？……………(147)
- 25、如何解除习惯性便秘？……………(148)

第二部分

- 第一类问题……………(148)
- 第二类问题……………(155)
- 第三类问题……………(160)

泌 尿 系 统

第一部分

- 1、简述肾小球选择性过滤的新见解？……………(162)
- 2、阐明肾小管的生理作用？其临床意义如何？……………(162)
- 3、简述急性肾炎的病因、临床表现、鉴别诊断及治疗？……………(164)
- 4、慢性肾炎有哪些症状？分哪几型？……………(167)
- 5、试述慢性肾功能衰竭的病因和诱因、临床表现、治疗原则？……………(167)
- 6、急性肾衰和肾前性尿闭如何鉴别？……………(170)
- 7、肾病综合征的病理形态类型与临床治疗的关系怎样？……………(170)
- 8、用肾上腺皮质激素治疗肾病综合征应注意哪些问题？……………(171)
- 9、为什么低血钾与硷中毒常同时发生、高血钾与酸中毒亦常同时发生？……………(171)
- 10、何谓肾性糖尿？……………(172)
- 11、乳糜尿是怎样引起的？与进食脂肪有无关系？如何诊断和治疗？……………(172)
- 12、简述血尿的鉴别诊断？……………(172)

第二部分

- 第一类问题……………(173)
- 第二类问题……………(182)
- 第三类问题……………(188)

造 血 系 统

第一部分

- 1、全身主要淋巴结群有哪些？淋巴结活检的临床意义怎样？……………(190)
- 2、什么是恶性网状内皮细胞增生症？其临床诊断依据及鉴别诊断如何？……………(191)

3、急、慢性白血病的临床表现、治疗原则如何？	(192)
4、何谓脑膜白血病？	(196)
5、试述白血病的分类和白血病前期的几点意见以及急性白血病疗效标准？	(196)
6、试述贫血病因的分类及临床表现？	(198)
7、缺铁性贫血治疗原则如何？服用铁剂应注意哪些事项？	(199)
8、试述再生障碍性贫血的病因、临床表现、诊断及治疗？	(200)
9、何谓自体免疫性贫血？	(201)
10、什么叫微血管病性溶血性贫血？	(201)
11、什么叫粒细胞缺乏症？常见原因、治疗原则怎样？	(201)
12、什么叫弥漫性血管内凝血？三项筛选试验与三项确诊试验指的哪些？国内对这六项检查指标的评价如何？	(202)
13、什么是原因不明的白细胞减少症？如何治疗？	(203)
14、血像常规出现中毒性颗粒这对患者病情轻重有什么关系？	(204)
15、简述维生素K ₁ 、K ₂ 、K ₃ 、K ₄ 的区别？	(204)
16、原发性血小板减少性紫癜与过敏性紫癜如何区别？	(204)

第二 部 分

第一类问题	(205)
第二类问题	(211)
第三类问题	(216)

内 分 泌 及 代 谢

第 一 部 分

1、试述糖尿病酮症酸中毒昏迷的治疗。	(221)
2、对糖尿病患者如何使用胰岛素？	(222)
3、试述高渗性非酮症糖尿病昏迷与糖尿病酮症酸中毒昏迷的鉴别。	(224)
4、甲状腺吸 ¹³¹ 碘率为什么要根据本地区的正常值来判断？	(225)
5、什么叫“甲状腺危象”？有哪些临床表现？如何抢救？	(225)
6、阿狄森氏病危象是怎样发生的？如何处理？	(226)
7、何谓席汉氏综合症？有哪些症候？怎样治疗？	(227)
8、氯噻嗪类利尿剂治疗尿崩症的机理如何？	(228)

第 二 部 分

第一类问题	(228)
第二类问题	(241)
第三类问题	(243)

神 经 系 统

第 一 部 分

1. 瘫痪如何分级? (247)
2. 何谓散发性病毒性脑炎? 如何诊断治疗? (247)
3. 急性传染性多发性神经根炎(又称格林——巴利氏综合症)如何诊断和鉴别诊断? (248)
4. 试述脑动脉硬化的临床诊断? (249)
5. 真、假球麻痹如何区别? (249)
6. 何谓低血钾软病? 如何诊断? (250)
7. 低血钾软病如何治疗及预防? (250)
8. 脑电阻图对脑动脉硬化症的诊断价值如何? (251)

第 二 部 分

- 第一类问题..... (251)

传染病、免疫学基础及其他

第 一 部 分

1. 胆汁淤积型病毒性肝炎与胆管性肝炎有何不同? (259)
2. 治疗暴发型肝炎是否使用激素? (259)
3. 病毒性肝炎迁延性与慢性活动性肝炎在临床上有何区别? (260)
4. 简述慢性肝炎药物治疗的近况? (261)
5. 单项谷丙转氨酶(GPT)增高对病毒性肝炎的诊断价值如何? (262)
6. 试述肝性昏迷的发病机制及治疗? (263)
7. 感染乙型肝炎后机体的反应形式怎样? (265)
8. 在临床上对伤寒如何诊断? (265)
9. 在伤寒患者白细胞减少的情况下, 应如何掌握抗菌药物的治疗? (266)
10. 乙脑出现脑水肿时? 如何治疗? (266)
11. 试述疟原虫的抗药性和抗疟药物治疗的进展? (267)
12. 呋喃唑酮治疗细菌性痢疾有哪些副作用? (268)
13. 简述流行性出血热(EHF)垂体性昏迷? (268)
14. 高热病人氧离解曲线右移, 出血热、流脑、乙脑等热性病时使用双氧水注射, 这如何解释? (268)
15. 何谓血清环卵沉淀试验? 操作方法及反应标准如何? 应注意些什么? (269)
16. 华支睾吸虫病在什么情况下需要治疗? (269)

第二部分

免疫学基础

- 1、什么是现代免疫学？临床意义如何？..... (271)
- 2、补体系统的组成及在临床上的意义怎样？..... (271)
- 3、什么叫免疫抑制剂？在临床上如何选择应用？..... (272)
- 4、哪些中药有免疫增强作用？那些中药有免疫抑制作用？..... (272)
- 5、何谓自身免疫性疾病？一般的临床特点和治疗原则是什么？..... (273)
- 6、何谓免疫功能缺陷病？如何防治？..... (273)

其他

- 1、维生素 C 的现代应用状况及疗效？..... (274)
- 2、化学介质与受体学说的概念及其在临床药物中的意义如何？..... (276)
- 3、几种医疗数据如何计算？..... (277)
- 4、敌鼠钠盐中毒有哪些表现？如何处理？..... (278)
- 5、何谓转移因子，临床试用的概况如何？..... (278)
- 6、盐酸四环素静脉滴注与其他药怎样配伍？..... (279)
- 7、为什么低分子右旋糖酐不宜用于少尿、无尿及休克的病人？..... (279)
- 8、抢救有机磷中毒时，阿托品化和阿托品中毒的判断标准是什么？..... (279)

第三部分

- 第一类问题..... (280)
- 第二类问题..... (284)
- 第三类问题..... (287)

呼 吸 系 统

第 一 部 分

问题 1、肺循环的特点有哪些？

答：肺循环有以下四个方面的特点：

一、肺循环压力低：肺循环途径短于体循环。肺动脉管壁薄，弹性纤维较少，易于扩张。肺血管分枝多而短，口径粗，外周阻力小。因此肺循环压力低，约为主动脉压的1/6，根据直接测量人体肺动脉血压的结果，收缩压平均为22毫米汞柱，舒张压平均为8毫米汞柱，是一个低压循环系统。由于肺血管的压力低，右室排血所需要克服的阻力就小，故右室心肌只有左室的1/3厚。又由于左心房压力反映肺静脉压力，以心导管插入肺动脉的终末枝，所测得的压力数值与左心房平均压约相等，故可用此法间接测定左心房压力。

二、无组织液生成：肺毛细血管压力低，据估计为7毫米汞柱左右，远低于血浆胶体渗透压（25毫米汞柱），故正常情况下有效滤过压是负值，不能在肺泡中形成组织液；反之，肺泡中如有液体也将被吸收入血。在某种病理情况下，如左心衰竭，使肺静脉压升高时，则血管内液体渗入肺泡形成肺水肿。

三、肺循环血容量变化大：由于肺组织和肺血管具有较大的扩张性，则血液容量亦有较大变动范围。虽然肺循环只容纳总循环血量的9%左右，但人体肺血管容量改变时，其转移（贮存或排出）的血液总量可达200毫升，故可认为肺循环也是人体血库之一。正常呼吸运动对肺循环容量有一定影响。吸气时，肺组织扩张，肺毛细血管延伸，其血液容量增加；反之，呼气时血液容量减少。每一呼吸周期中肺血管容量的变化也对左心房静脉回流量以及心输出量发生影响，即吸气时左心房的静脉回流量减少，心输出量也减少，动脉血压降低；呼气时，左心房的静脉回流量增加，心输出量也增加，动脉血压升高。

四、体循环的血液，经过肺循环进行气体交换以后又回到体循环，使静脉血动脉化。此外肺循环可把少量血栓、小量气泡留下来，减少对脑、心肌等重要器官栓塞的危险性。

问题 2、试述支气管扩张的发病原理、临床表现及诊断方法？

答：支气管壁弹力纤维和平滑肌纤维的回缩与周围肺组织牵张力是平衡的，得以保持支气管的管径。当感染时使支气管壁受破坏，平衡失调，而导致支气管扩张。现将发病原理分述如下：

一、支气管感染和支气管壁的破坏：支气管感染和肺部化脓性炎症损害支气管各层组织，一般认为这种损害是支气管扩张的主要因素；此外，烈性气体如芥子气的吸入也

可引起支气管炎，导致支气管壁损害，最终引起支气管的扩张。

二、支气管阻塞：由于支气管纤维性狭窄、肿瘤、吸入异物，或管外淋巴结肿大、肿瘤压迫等原因引起阻塞。阻塞远端肺不张伴感染，且受胸腔负压的牵引以致助长支气管扩张。

此外，少数病例由于支气管的先天性畸形而形成扩张则较罕见。

临床表现：

支气管扩张的典型临床症状是长期咳嗽，咳大量脓性痰液，每日可达100—400毫升，反复咯血，以及多次继发性呼吸道和肺部感染引起周身毒血症状，如发热、盗汗、食欲减退、贫血、消瘦等。痰量较多，尤以次晨为甚。顺体位方向卧床时较多。痰液脓样而多呈黄绿色，如有厌氧菌混合感染，则有臭味。若将24小时内的痰收集起来，放于玻璃瓶中静置一段时间，可见分离为三层：上层为泡沫，中层为粘液，下层为坏死组织沉淀物。

另外，尚有一类所谓“干性”支气管扩张，只表现为反复咯血，平时咳嗽，咳痰不多，甚至完全无痰。

当支气管扩张进一步发展，引起周围肺组织化脓性炎症、纤维化并发代偿性及阻塞性肺气肿时，患者出现气急及发绀。此外，化脓性炎症蔓延，可引起胸膜炎、脓胸及心包炎等。

体征：早期体征一般不明显，较重病例，患侧肺部病变部位呼吸音减弱，可有固定的干湿性罗音，以湿鸣为主。慢性化脓性支气管扩张，呼出的气味发臭，且有杵状指，全身营养状态较差等。

支气管扩张的诊断方法：

支气管扩张的诊断方法除了病史、症状、体征外，主要依靠X线检查，作支气管碘油造影，可以肯定病变的部位和范围。

支气管镜检查仅能发现支气管内有无肿瘤、异物和管腔狭窄等，但对支气管扩张本身的诊断帮助不大。

痰培养及药敏试验，对选择抗菌素及治疗有帮助。

问题 3、试述支气管哮喘的发病原理及治疗，它与哮喘性支气管炎，心性哮喘如何鉴别？

答：支气管哮喘的发病原理：过敏体质患者吸入过敏性抗原微粒或发生呼吸道感染时，均可引起发病。已知的过敏源可分外生性的（如风媒花粉、粉尘、某些生物一螨及代谢产物、鱼、卵旦白等）及内生性的（主要是机体对细菌毒素的过敏）两种。

近年来免疫学的研究表明，吸入的过敏性抗原能与附着于支气管壁细胞上的抗体一反应素（Reagin IgE）起反应，释放出数种生物活性物质（如组织胺、慢反应物质—A，嗜酸细胞趋化因子）。从而对其它细胞起作用，并且影响血管的通透性，能使支气管粘膜充血、水肿、平滑肌痉挛与腺体的分泌增加而使管腔狭窄，导致哮喘发生。

支气管哮喘的治疗：

支气管哮喘的治疗，按发作期、发作间期和并发症的治疗，分述如下。

一、发作期的治疗，主要目的为停止哮喘发作。

（一）一般发作（轻度或中度发作）的治疗：

1、首先应安慰患者，积极祛痰，控制感染，去除诱因。

2、立即进行针灸治疗，常用穴位为肺俞、天突、合谷、定喘、膻中等。有时即可见效。

3、药物治疗：

(1) 异丙基肾上腺素(喘息定)是 β 肾上腺能受体兴奋剂，通过对支气管平滑肌细胞膜的腺苷酸环化酶把ATP转化成cAMP,起第二信使作用，促使一系列生化反应，对支气管平滑肌有强大的舒张作用，常用0.5%水溶液0.2—0.5毫升喷雾吸入，或5—10毫克的片剂舌下含化，作用迅速，但维持时间较短。此药无升高血压的副作用，但对心肌的 β ——受体有刺激兴奋作用，引起心悸、心搏出量和心肌耗氧量增加。对严重缺氧的病人，可引起心律失常。Benoy (1975)指出，长期使用，由于 β 受体拮抗物的产生使此药作用迅速减弱，故不适宜长期使用。最近Keck等人合成了一种新的 β —受体兴奋药Spiropent(氨哮素)，正用于临床。

(2) 麻黄素：25毫克一日三次口服，或15—30毫克皮下注射，止喘作用较弱，由于有心悸、中枢神经兴奋等副作用(儿童能诱导睡眠)，故常须与苯巴比妥或苯海拉明同用。其优点是作用慢而较持久，如同作用又快又短暂的肾上腺素合用，疗效更好。

(3) 氨茶碱：0.1—0.2克每日2—3次口服，或0.25克加入50%葡萄糖20毫升中静脉缓注，常有较好的止喘作用。必要时4—6小时后可重复注射一次。此药还可用0.5克溶于20—30毫升水中作灌肠，每8—12小时可重复应用。灌肠时可与10%水合氯醛溶液10—15毫升或副醛10—15毫升同时应用。直肠用药比静脉注射的作用慢而持久。缺点是剂量过大，可刺激胃肠道而产生症状。(4) 色甘酸二钠：每次20毫克(含异丙肾0.1毫克)口服每日3—4次，它是一种抗哮喘物质，副作用少。因为它能防止支气管粘膜中肥大细胞的脱颗粒作用，从而阻止组织胺和SRS—A(慢反应物)的释放。最近研究认为，抗原抗体反应导致膜上的cAMP减低，使钙的通透性增加，细胞内钙离子浓度增高又使细胞内cAMP的降低，促发脱颗粒的进程。

(二) 哮喘持续状态(重度发作)的处理：

哮喘发作剧烈，经过上述治疗12小时后仍不缓解者，称哮喘持续状态或重度发作，国外报告2000例哮喘病人中，在一年内观察到32例哮喘持续状态。此种情况与下列因素有关，应予以纠正：1、发病后多汗、呼气性呼吸困难、饮水少，致呼吸道干燥、痰液粘稠，难以咳出，形成支气管粘膜栓子，加剧症状；2、呼吸道感染；3、某些吸入性抗原或刺激性气体持续存在；4、神经过度紧张、体力不支或用药不当等因素；5、并发肺不张、气胸等。

哮喘持续状态的主要治疗措施如下：

1、小剂量多次肌注肾上腺素，每次0.1—0.2毫升，每15分钟一次，一般用6—8次哮喘即可能停止。注意，每次注射之前要数病人的脉搏和测血压，如果脉搏增快和血压升高均显著时则停药或延长注射时间。但对患有冠心病、动脉硬化、高血压的病人则不能用。

经上述方法治疗使哮喘停止发作之后，为了巩固疗效再用氨茶碱0.5—1.0克加入5—10%葡萄糖水500—1000毫升中静脉滴注；也可用肾上腺素0.5—1毫升加入500毫升液体中静脉滴注。

2、纠正缺氧：吸入氧气，或用0.3%双氧水60毫升(即3%双氧水6毫升用5—10%葡萄糖水稀释至60毫升)，每日1—3次静脉缓注。

3、控制感染:

一般在重度哮喘发作24小时几乎都有继发感染,病人表现咳脓性痰、发热、白细胞增多等,抗菌素的选择主要根据痰细菌培养及药物敏感而定。一般可用青、链霉素肌肉注射,也可用红霉素、四环素、SM₂加TMP等药物。

4、激素治疗:

皮质类固醇是治疗支气管哮喘最重要、最有效的药物。常用氢化考的松200—400毫克/日加入液体中静滴,或地塞米松5—10毫克加入25—50%葡萄糖溶液20—40毫升内静脉注射。症状缓解后可口服强的松5—10毫克,每日2—3次。以后视病情好转而逐渐减量至停用。最近研究机理方面有二点值得注意。一是糖皮质激素能提高拟交感药的支气管松弛作用。二是糖皮质激素可以与细胞内的受体蛋白结合,从而合成RNA。此新合成的RNA具有生理与治疗作用的特异性蛋白而起间接缓慢的作用。

5、纠正水、电解质平衡失调:

哮喘发作时,有广泛的气道闭塞影响气体交换,因此动脉血气体分析可有各种变化。Fadden氏调查了101例,发现91例有低氧血症,73例有低碳酸血症及呼吸性碱中毒。二氧化碳潴留(呼吸性酸中毒者)仅见有严重发作的11例。若病人有代谢性酸中毒(根据二氧化碳结合力下降程度)使用5%碳酸氢钠纠正酸中毒。

二、发作间期的治疗:

目的是为防止复发,主要措施如下:

(一)去因疗法:

如为“外源性”哮喘病,应尽力找出反应原,使患者避免与之接触。如不可避免者可进行脱敏疗法。

如为“内源性”哮喘病,尽可能除去各种病灶(包括鼻窦窦炎在内),预防新的感染,注射长效青霉素,每月120万单位。亦可用自体疫苗注射。

(二)增强体质,改善机体的机能状态。

有条件时可异地疗养(主要对外源性效果明显)。

(三)中药治疗:主要采用补肺补肾等中药。

三、并发症的治疗:

针对患者的具体并发症,如慢性支气管炎、支气管扩张、肺气肿、肺心病等,加以适当治疗。

支气管哮喘和心病性气喘鉴别表

支 气 管 哮 喘		心 病 性 气 喘
病 史	长期反复发作史	心悸、气促史
发作时间	不定时发作	多在夜间发作,多见于中年、老年人
症 状	呼气性呼吸困难,咳白色泡沫状痰	呼气、吸气均困难,咳血性泡沫痰
心脏体征	心脏基本正常	心脏扩大、奔马律及原有心脏病体征
肺部体征	两肺满布哮鸣音	肺底大量湿性罗音
治 疗	肾上腺素、麻黄素有效,禁用吗啡	吗啡有效,禁用肾上腺素、麻黄素

单纯性哮喘和哮喘性支气管炎鉴别表

单纯性哮喘		哮喘性支气管炎
病 因	变态反应	体内病灶感染
季 节	夏、秋季节多见	冬、春季节多见
年 龄	年 轻	年 老
发作期与发作间期	明 显	不 明 显
症 状	先喘后咳(以喘气为主)	先咳后喘(以咳为主)
肺部体征	以哮鸣音为主	以湿罗音为主
治 疗	以止喘解痉及抗过敏为主	以抗感染为主
预 后	较 好	较 差

问题 4、药物雾化吸入疗法在呼吸系统疾病治疗中的地位如何？

答：药物雾化吸入疗法是局部给药法之一，其作用是既能增强抗菌，又能湿化痰液使痰易于咳出，改善通气功能。在临床上（1）用 10—20% 痰易净雾化吸入，使粘旦白易分解，降低痰的粘稠度；（2）胰脱氧核糖核酸酶，每次 4—8 单位雾化吸入，分解痰中的脱氧核糖核酸，降低粘稠度；（3）多种抗菌素，如青霉素、链霉素、卡那霉素、庆大霉素等均可雾化吸入。故此种疗法在呼吸系统疾病治疗中占有一定地位。

问题 5、上感可以引起美尼尔氏综合症吗？

答：上呼吸道感染时，由于咽部和扁桃体发炎充血，细菌可经过耳咽管（约 3—4 天）进入内耳，使内耳的毛细血管充血，半规管的淋巴液回流受阻，使平衡失调，引起头昏头痛、眩晕、耳鸣、耳聋等美尼尔氏综合症（亦称内耳眩晕症）。

问题 6、慢性支气管炎有哪些并发症？

答：慢性支气管炎的常见并发症有：

1、支气管肺炎：主要由于支气管粘膜上皮细胞的纤毛功能减弱或消失，以致粘液与分泌物滞留在支气管腔，容易遭受感染。如感染扩散到肺泡内，导致广泛的小叶性肺炎。临床上表现为体温升高、呼吸困难加重和白细胞计数增多。

2、慢性阻塞性肺气肿：由于细支气管反复发炎，在吸气时变长、变大，空气尚可畅通地进入肺组织。但呼气时，乃由管腔变短、变窄，致肺泡内的气体排出不畅，肺泡内长时期地充气过多与压力增高，且压迫肺毛细血管，使肺组织供血不足、营养障碍、弹性减退，加上受慢性咳嗽影响等原因，逐渐形成慢性肺气肿。主要症状为胸闷、气短和心悸。其症状随体力劳动量的增强而加重。

3、支气管扩张：由于患者支气管阻塞，长期反复继发性感染，使支气管壁的弹力组织、肌层及软骨逐渐被损坏，管腔逐渐扩张。其症状为咳大量浆液或粘液性的泡沫痰，有的也可出现反复咯血。如果并发严重感染时，则常咳大量脓性痰。

4、慢性肺源性心脏病：慢性支气管炎并发肺气肿的患者，由于病情继续发展，使

肺动脉压持久性增高；此外，长期缺氧导致的心肌变性，代偿性红细胞增多，血液粘稠度和血容量增加等原因，加重了心脏的负担，因而形成肺心病。

问题7、中毒性肺炎的早期临床表现及处理是怎样？

答：患者病前常有受凉上呼吸道感染、劳累或饮酒史，或多数患者原有慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿或心脏病等，易于发病。临床表现为：

一、起病急骤：一般休克出现在3天以内，亦可在发病前毫无咳嗽、发热等症状而突然发生休克。

二、发热：患者开始时有发热，半数在 38°C 以下， $1/3$ 在 37°C 以下，很少达 40°C 。随着病情迅速发展，体温可骤然而持久的不上升，或仅有低热。

三、休克：为突出表现，收缩压低于80毫米汞柱，甚至测不起。四肢厥冷、出冷汗、唇和指甲发绀。

四、神经精神症状：多为神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄、甚至昏迷等。

体征：体征较少或无体征，少数病人有肺部实变征，大多数病人出现湿性罗音和呼吸音减弱。

血象：白细胞总数可达20000以上，中性为90%以上，并可有中毒颗粒，少数呈类白血病反应。

X线检查肺部出现炎性阴影改变。

心电图检查：可有心肌损害、束支阻滞、早搏、心动过速等改变。

中毒性肺炎的处理：

一、纠正休克：（一）补充血体积，输低分子右旋糖酐（500—1000毫升/日）及/或平衡盐液具有扩充血体积，减低血液粘滞性，疏通微循环的作用。

（二）纠正酸中毒：

5%碳酸氢钠200—250毫升静脉滴注，以纠正酸中毒，用时也有扩充血体积的作用。

（三）氢化考的松静脉滴入能改善血液动力学及机体代谢，产生抗休克的作用。宜使用大剂量。

（四）选用血管活性药物：

经上述治疗无好转者，可选用血管活性药物：

1、异丙基肾上腺素：在5—10%葡萄糖水100毫升中加异丙基肾上腺素0.1—0.2毫克静脉缓滴，根据血压、心率情况调整用量。本药是兴奋 β —肾上腺能受体的药物，使周围血管扩张心肌收缩力增强，心输出量增加、降低静脉压、改善微循环及组织缺氧状态，从而纠正休克。

2、3-羟酪胺（多巴胺）：每100毫升糖水中加入10—20毫克。此药有增强心肌收缩力，增加心输出量，对心率影响不大，收缩皮肤和肌肉小动脉，扩张内脏血管特别是肾血管，使肾血流量及肾小球的过滤率有所增加。

3、阿托品：首剂1毫克静注，以后每10—15分钟静脉注射0.5—1毫克，至血压上升，四肢厥冷较为暖和为止。但体温过高，心率过快时则不能用。

4、阿拉明、去甲肾上腺素等亦可根据血液动力学的变化选用。

二、抗菌素的应用：

除及时作痰培养及药物敏感试验以供选择抗菌素的参考外，应立即给比普通剂量大一倍的抗菌素，联合应用，并静脉途径给药。

三、其他：

1、适当使用强心剂。

2、病人烦躁用镇静剂，一般用10%水合氯醛10—15毫升灌肠，也可用安定、奋乃静等药。不用对呼吸中枢有抑制作用的吗啡类、苯巴比妥药物。

3、使用呼吸中枢兴奋剂、吸痰、必要时进行气管插管或气管切开加压给氧。

问题8、金葡肺炎的临床特点？

答：原发性金黄色葡萄球菌肺炎，常发生于流感上呼吸道感染之后；继发性金黄色葡萄球菌肺炎多继发于金葡败血症，身体其他部位有化脓性感染，尤以皮肤疖痈常见。该病起病急。原发性金葡肺炎常有呼吸道症状、肺部体征出现较缓慢，但寒战、高热等中毒症状严重。由于毒素的吸收，部分病人可出现休克，亦可出现精神萎靡反应迟钝，烦躁不安，甚至昏迷；患者易咯血性痰，量不多粘稠、胸痛、气促。继发性的金葡肺炎呼吸道症状可能较轻，但常有周身器官如肝、肾、脑等迁徙性脓肿，有时可有皮疹。金葡肺炎的早期体征不明显，病情进一步发展时，可有叩浊，呼吸音减低或细湿罗音。白细胞大多在20000以上，分类核左移。继发性者血培养可阳性。X线检查，早期肺部有一块至数块不规则阴影，数天内迅速扩大，其后病变中呈蜂窝样改变，可有空洞或大泡形成，亦可并发脓胸或液气胸。

问题9、什么叫肺部炎性假瘤？有何特点？

答：某些非特异性炎症所导致的肺内肿瘤样病变称为肺部炎性假瘤。其病理形态是一种非特异的慢性炎症或炎症的结局。而其X线表现是肺内瘤样肿块形成，因此，它是一个临床病理综合诊断。近年来本病日见增多，有人认为与抗菌素在临床上的广泛应用有关。临床上易与肺癌和肺结核瘤等疾患混淆，但实际上本病有其一定的临床、X线和病理特点。

临床方面：

成人患病较多，平均年龄为41岁，女性相对多见。多数患者有不同程度的胸闷、胸痛、干咳及咯血丝痰等症状，病程缓慢，往往在肺部感染后始出现肺内肿块。

X线表现：

肺内出现边界清楚的圆形或椭圆形阴影，大小不一，多数为4—5厘米大小（2.5—12厘米）；单发多见，少数为多发。轮廓多数光滑整齐（因有假性包膜形成）；密度一般较高而均匀；可发生于双肺各叶，以下叶为多。少数病例可呈哑铃形。少数病例还可见到空洞或束腔形成以及钙化灶。追随观察肿物发展缓慢，有的长达十二年无变化。假性淋巴瘤型肺部炎性假瘤的孤立性肿块尚可见到支气管气相。特殊的X线检查方法例如体层照相、支气管造影等对诊断有一定帮助。

病理方面：

肉眼观察瘤块质地柔韧，不似肺癌那样干燥酥脆。镜下表现为多种细胞成分组成的肉芽肿样结构，细胞成分有：炎症细胞、组织细胞、增生的肺泡上皮细胞和毛细血管、纤维母细胞、纤维细胞等。

问题10、肺心病的发病原因、临床表现、治疗中的主要环节是什么？

答：肺心病的发病原因，按原发疾病在肺组织、胸廓和肺动脉的部位不同，世界卫生组织分下列三大类（与国内病因分类基本相似）：

一、肺、支气管疾病；一般认为引起本病最常见的原因以慢性支气管炎及阻塞性肺