

全国硕士研究生入学统一考试辅导用书

2007 西医综合

下

考纲精解与 历年真题分类解析

卫生部教材办公室考试用书专家组 编写

- ★ 以2007年西医综合考试大纲为依据
- ★ 以全国高等学校6版规划教材为蓝本
- ★ 以全国高等学校6版规划教材主编及编者为主体审稿把关
- ★ 以国内名校多位中青年专家对历年考纲及真题的分析为基础精心策划

全国硕士研究生入学统一考试辅导用书

2007 西医综合

考纲精解与历年真题分类解析

(下)

卫生部教材办公室考试用书专家组 编写

审稿专家 (以姓氏笔画排序)

田德安 (华中科技大学同济医学院附属同济医院)

李一雷 (吉林大学白求恩医学部)

李玉林 (吉林大学白求恩医学部)

周剑锋 (华中科技大学同济医学院附属同济医院)

赵建平 (华中科技大学同济医学院附属同济医院)

胡蜀红 (华中科技大学同济医学院附属同济医院)

查锡良 (复旦大学上海医学院)

姚 泰 (复旦大学上海医学院)

唐家荣 (华中科技大学同济医学院附属同济医院)

主要作者 (以姓氏笔画排序)

孔丽丽 刘红云 宋元龙 何松师 张其亮

宫丽华 费世宏 高琳琳 黄达永 薛胜利

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

2007 西医综合考纲精解与历年真题分类解析(上、下)/
卫生部教材办公室考试用书专家组编写. —北京:人民
卫生出版社,2006.9

ISBN 7-117-07967-3

I. 2... II. 卫... III. 现代医药学-研究生-入学
考试-自学参考资料 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 103551 号

2007 西医综合考纲精解与历年真题分类解析 (上、下)

编 写: 卫生部教材办公室考试用书专家组

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张(上、下): 56.25

字数(上、下): 2196 千字

版 次: 2006 年 9 月第 1 版 2006 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07967-3/R·7968

定价(上、下): 98.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

本书的策划与编写历时了近2年的时间。之所以直到今天才出版,最根本的原因是:编写组的全体成员真心地希望这本书的面世能得到读者的认可,能为读者的研究生入学考试之旅铺路搭桥。

在构思该书的“前言”之初,总觉得似有千言万语,但又无从落笔。最后我们一致认为:对于书中笔者自认为的“煞费苦心”之处最好留给读者阅读该书后予以评价。在这里我们只是为各位读者针对该书做一个简要的导读:

1. 有关考试大纲与考纲精解 该书所列出的考试大纲为教育部最新颁布的考试大纲,书中我们不仅对大纲进行了精解,还把新大纲与往年大纲进行了分析对比,总体来说今年的考纲的变化可以说是近年来变化较大的一年,新考纲相对去年大纲的变化之处在书中都一一指出。考纲精解的内容是根据新大纲对“6版教材”的提炼,内容覆盖了考纲的所有考点。

2. 有关历年真题与真题解析 许多真题的考点在不同的年份反复出现,甚至有些试题一字不差地重复出现,这已是不争的事实。为了帮助考生在有限的复习时间里能够抓住重点,做到有的放矢。我们对从1998年研究生入学考试西医综合实行统考以来的所有真题(根据专家意见删除了个别考题)进行了分类分析。在分析的基础上绘制了近年真题在新大纲考点中的分布表,并将历年真题分类汇集在新大纲的每一个考点精解之下。考试的考点在哪里,重点在哪里,一目了然。真题答案及解析是依据“6版教材”对真题的解答,对于答案的解析我们写的比较简单,因为90%以上的题目在我们的考纲精解中都能找到答案。有些题目由于大纲变化或内容较偏在精解中没有相应的解释,读者如果深究的话可以参考相应的教材。

3. 有关专家审稿 为了做到“提炼”教材而避免“曲解”教材,同时使往年真题对考生的复习起到真正的“引导”,而避免个别题目可能的“误导”。我们邀请了“6版教材”的主编和编者对书稿进行了审读,根据审稿专家的意见我们删除了一些原来认为正确,但随着学科的进展现在发现不正确,以及一些由于设计不严谨而可能误导考生的真题。同时考虑到真题某种程度的“不严谨性”也是考生对真题应有的认识,我们仍然保留了个别虽然设计不够严谨,但还不至于误导考生的题目。不过需要提醒的是:各位读者实际工作中应以权威教材或专著为指导,而不要以真题的标准答案作为指导今后工作的金标准。

4. 有关本书的作者 为了实现考试用书“实用”与“权威”的最佳结合,本书的作者队伍选择了“中青年专家”(均为毕业于原北京医科大学、同济医科大学、天津医科大学的多名工作在临床、教学第一线的年轻硕士或博士)与“权威专家”(均为6版教材主编及作者)相结合的组合,通过“中青年专家”的分析总结努力实现本书“实用”的特点;通过“6版教材主编及作者”的审改来塑造本书“权威”的内涵。

5. 有关本书的使用 本书的编写主要是针对研究生入学考试编写,具有很强的针对性,考生复习的过程中可以本书为主,但由于编写过程中为了尽可能减轻考生负担,我们对命题可能性小的知识点写的比较简单,精练概括与系统全面有时是难以调和的矛盾。如果读者学习过程中辅以“6版教材”,相信会有更加满意的效果。

本书编写和出版过程中得到了卫生部教材办公室、人民卫生出版社相关领导的大力支持,在此深表谢意!同时我们在这里还要感谢那些为本书的编写给予了宝贵的意见和建议,但由于参与了该项考试的命题而不便于在该类考试用书上署名的专家。

最后需要指出的是,由于时间和作者水平所限,不当之处在所难免,恳请读者批评指正,以便于我们在改版过程中不断进步。

卫生部教材办公室考试用书专家组

2006年8月

目 录

上

第一篇 生理学

第一章 绪论	1
I. 考试大纲与往年真题分布	1
II. 考试大纲精解与历年真题	1
III. 历年真题答案及题解	3
第二章 细胞的基本功能	4
I. 考试大纲与往年真题分布	4
II. 考试大纲精解与历年真题	4
III. 历年真题答案及题解	12
第三章 血液	15
I. 考试大纲与往年真题分布	15
II. 考试大纲精解与历年真题	15
III. 历年真题答案及题解	20
第四章 血液循环	22
I. 考试大纲与往年真题分布	22
II. 考试大纲精解与历年真题	23
III. 历年真题答案及题解	37
第五章 呼吸	41
I. 考试大纲与往年真题分布	41
II. 考试大纲精解与历年真题	41
III. 历年真题答案及题解	49
第六章 消化和吸收	51
I. 考试大纲与往年真题分布	51
II. 考试大纲精解与历年真题	51
III. 历年真题答案及题解	58
第七章 能量代谢和体温	61
I. 考试大纲与往年真题分布	61
II. 考试大纲精解与历年真题	61
III. 历年真题答案及题解	64
第八章 尿的生成和排出	65
I. 考试大纲与往年真题分布	65
II. 考试大纲精解与历年真题	65
III. 历年真题答案及题解	72

第九章 感觉器官	74
I. 考试大纲与往年真题分布	74
II. 考试大纲精解与往年真题	74
III. 历年真题答案及题解	79
第十章 神经系统	81
I. 考试大纲与往年真题分布	81
II. 考试大纲精解与往年真题	82
III. 历年真题答案及题解	92
第十一章 内分泌	94
I. 考试大纲与往年真题分布	94
II. 考试大纲精解与往年真题	94
III. 历年真题答案及题解	101
第十二章 生殖	103
I. 考试大纲与往年真题分布	103
II. 考试大纲精解与往年真题	103
III. 历年真题答案及题解	106

第二篇 生物化学

第一章 生物大分子的结构和功能	107
I. 考试大纲与往年真题分布	107
II. 考试大纲精解与往年真题	108
III. 历年真题答案及题解	126
第二章 物质代谢	130
I. 考试大纲与往年真题分布	130
II. 考试大纲精解与往年真题	131
III. 历年真题答案及题解	173
第三章 基因信息的传递	180
I. 考试大纲与往年真题分布	180
II. 考试大纲精解与往年真题	181
III. 历年真题答案及题解	209
第四章 生化专题	213
I. 考试大纲与往年真题分布	213
II. 考试大纲精解与往年真题	214
III. 历年真题答案及题解	232

第三篇 病理学

第一章 细胞与组织损伤	235
I. 考试大纲与往年真题分布	235
II. 考试大纲精解与往年真题	235
III. 历年真题答案及题解	240
第二章 修复、代偿与适应	242
I. 考试大纲与往年真题分布	242
II. 考试大纲精解与往年真题	242

Ⅲ. 历年真题答案及题解	246
第三章 局部血液及体液循环障碍	247
I. 考试大纲与往年真题分布	247
II. 考试大纲精解与历年真题	247
Ⅲ. 历年真题答案及题解	252
第四章 炎症	253
I. 考试大纲与往年真题分布	253
II. 考试大纲精解与历年真题	253
Ⅲ. 历年真题答案及题解	257
第五章 肿瘤	259
I. 考试大纲与往年真题分布	259
II. 考试大纲精解与历年真题	259
Ⅲ. 历年真题答案及题解	271
第六章 免疫病理	273
I. 考试大纲与往年真题分布	273
II. 考试大纲精解与历年真题	273
Ⅲ. 历年真题答案及题解	279
第七章 心血管系统疾病	280
I. 考试大纲与往年真题分布	280
II. 考试大纲精解与历年真题	280
Ⅲ. 历年真题答案及题解	289
第八章 呼吸系统疾病	291
I. 考试大纲与往年真题分布	291
II. 考试大纲精解与历年真题	292
Ⅲ. 历年真题答案及题解	299
第九章 消化系统疾病	301
I. 考试大纲与往年真题分布	301
II. 考试大纲精解与历年真题	302
Ⅲ. 历年真题答案及题解	313
第十章 造血系统疾病	315
I. 考试大纲与往年真题分布	315
II. 考试大纲精解与历年真题	315
Ⅲ. 历年真题答案及题解	320
第十一章 泌尿系统疾病	321
I. 考试大纲与往年真题分布	321
II. 考试大纲精解与历年真题	321
Ⅲ. 历年真题答案及题解	327
第十二章 生殖系统疾病	329
I. 考试大纲与往年真题分布	329
II. 考试大纲精解与历年真题	330
Ⅲ. 历年真题答案及题解	336
第十三章 传染病及寄生虫病	337
I. 考试大纲与往年真题分布	337
II. 考试大纲精解与历年真题	338
Ⅲ. 历年真题答案及题解	349
第十四章 其他	351

I. 考试大纲与往年真题分布	351
II. 考试大纲精解与历年真题	351
III. 历年真题答案及题解	352



第四篇 内 科 学

第一章 诊断学	355
I. 考试大纲	355
II. 考试大纲精解	355
第二章 消化系统疾病和中毒	412
I. 考试大纲与往年真题分布	412
II. 考试大纲精解与历年真题	414
III. 真题答案及题解	448
第三章 循环系统疾病	455
I. 考试大纲与往年真题分布	455
II. 考试大纲精解与历年真题	457
III. 真题答案及题解	504
第四章 呼吸内科	511
I. 考试大纲与往年真题分布	511
II. 考试大纲精解与历年真题	513
III. 真题答案及题解	546
第五章 泌尿系统疾病	554
I. 考试大纲与往年真题分布	554
II. 考试大纲精解与历年真题	555
III. 真题答案及题解	574
第六章 血液系统疾病	579
I. 考试大纲与往年真题分布	579
II. 考试大纲精解与历年真题	580
III. 真题答案及题解	601
第七章 内分泌系统疾病	605
I. 考试大纲与往年真题分布	605
II. 考试大纲精解与历年真题	606
III. 真题答案及题解	624
第八章 结缔组织病和风湿性疾病	628
I. 考试大纲与往年真题分布	628
II. 考试大纲精解与历年真题	628
III. 真题答案及题解	637

第五篇 外 科 学

第一章 外科总论	639
-----------------------	-----

I. 考试大纲与往年真题分布	639
II. 考试大纲精解与历年真题	641
III. 真题答案及题解	696
第二章 胸部外科疾病	701
I. 考试大纲与往年真题分布	701
II. 考试大纲精解与历年真题	701
第三章 普通外科	703
I. 考试大纲与往年真题分布	703
II. 考试大纲精解与历年真题	706
III. 真题答案及题解	782
第四章 泌尿、男性生殖系统外科疾病	789
I. 考试大纲与往年真题分布	789
II. 考试大纲精解与历年真题	789
第五章 骨科	793
I. 考试大纲与往年真题分布	793
II. 考试大纲精解与历年真题	795
III. 真题答案及题解	850
附 1: 2006 年全国硕士研究生入学统一考试西医综合科目试题	855
附 2: 2006 年全国硕士研究生入学统一考试西医综合科目试题答案及题解	865

1

诊 断 学

第一章

I. 考试大纲

本章考试大纲要求如下：

- 1. 常见症状学：包括发热、水肿、呼吸困难、胸痛、腹痛、呕血及黑便、咯血、昏迷
- 2. 体格检查：包括一般检查、头颈部检查、胸部检查、腹部检查、四肢脊柱检查、常用神经系统检查
- 3. 体格检查：包括一般检查、头颈部检查、胸部检查、腹部检查、四肢脊柱检查、常用神经系统检查
- 4. 器械检查：包括心电图检查、超声波检查（常用腹部B超及超声心动图检查）、内窥镜检查（支气管镜及消化内窥镜检查）

注：本章内容为新增考点。

II. 考试大纲精解

第一节 常见症状学：包括发热、水肿、呼吸困难、胸痛、腹痛、呕血及黑便、咯血、昏迷

一、发 热

(一) 正常体温

正常人体温一般为 36~37℃左右，在 24h 内波动范围一般不超过 1℃。

(二) 发生机制

1. 致热源性发热 致热源包括外源性和内源性两大类。

(1) 外源性致热源：外源性致热原的种类甚多，包括：①各种微生物病原体及其产物；②炎性渗出物及无菌性坏死组织；③抗原抗体复合物；④某些类固醇物质，特别是肾上腺皮质激素的代谢产物原胆烷醇酮；⑤多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等。外源性致热原多为大分子物质，特别是细菌内毒素分子量非常大，不能通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢，而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核-吞噬细胞系统，使其产生并释放内源性致热源，通过下述机制引起发热。

(2) 内源性致热源：又称白细胞致热源，如白介素（IL-1）、肿瘤坏死因子（TNF）和干扰素等。通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点，使调定点（温阈）上升，使产热增多，散热减少。

2. 非致热源性发热 常见于以下几种情况。

(1) 体温调节中枢直接受损：如颅脑外伤、出血、炎症等。

(2) 引起产热过多的疾病：如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等。

(3) 引起散热减少的疾病：如广泛性皮肤病、心力衰竭等。

(三) 发热的分度

按发热的高低可分为：①低热：37.3~38℃；②中等度热：38.1~39℃；③高热：39.1~41℃；④超高热：41℃以上。

(四) 热型及临床意义

1. 稽留热 是指体温恒定地维持在 39~40℃ 以上的高水平，达数天或数周，24h 内体温波动范围不超过 1℃。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

2. 弛张热 又称败血症热型。体温常在 39℃ 以上，波动幅度大，24h 内波动范围超过 2℃，但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。

3. 间歇热 常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 波状热 常见于布氏杆菌病。

5. 回归热 可见于回归热、霍奇金（Hodgkin）病等。

6. 不规则热 发热的体温曲线无一定规律，可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

必须注意：①由于抗生素的广泛应用，及时控制了感染，或因解热药或糖皮质激素的应用，可使某些疾病的特征性热型变得不典型或呈不规则热型；②热型也与个体反应的强弱有关。

(五) 伴随症状

发热常见的伴随症状有：①寒战；②结膜充血；③单纯疱疹；④淋巴结肿大；⑤肝脾肿大；⑥出血；⑦关节肿痛；⑧皮疹；⑨昏迷。

二、水 肿

(一) 发生机制

产生水肿的几项主要因素为：①钠与水的潴留，如继发性醛固酮增多症等；②毛细血管滤过压升高，如右心衰竭等；③毛细血管通透性增高，如急性肾炎等；④血浆胶体渗透压降低，如血清白蛋白减少；⑤淋巴回流受阻，如丝虫病等。

(二) 病因与临床表现

1. 全身性水肿

(1) 心源性水肿与肾源性水肿的鉴别（表 4-1）

表 4-1 心源性水肿与肾源性水肿的鉴别

鉴别点	肾源性水肿	心源性水肿
开始部位	从眼睑、颜面开始而延及全身	从足部开始，向上延及全身
发展快慢	发展常迅速	发展较缓慢
水肿性质	软而移动性大	比较坚实，移动性较小
伴随病征	伴有其他肾脏病征，如高血压、蛋白尿、血尿、管型尿、眼底改变等	伴有心功能不全病征，如心脏增大、心杂音、肝肿大、静脉压升高等

(2) 肝源性水肿：失代偿期肝硬化主要表现为腹水，也可首先出现踝部水肿，逐渐向上蔓延，而头、面部及上肢常无水肿。门脉高压症、低蛋白血症、肝淋巴液回流障碍、继发醛固酮增多等因素是水肿与腹水形成的主要机制。肝硬化在临床上主要有肝功能减退和门脉高压两方面表现。

(3) 营养不良性水肿：其特点是水肿发生前常有消瘦、体重减轻等表现。皮下脂肪减少所致组织松弛，组织压降低，加重了水肿液的潴留。水肿常从足部开始逐渐蔓延至全身。

(4) 其他原因的全身性水肿：①粘液性水肿：为非凹陷性水肿（是由于组织液含蛋白量较高之故），颜面及下肢较明显；②经前期紧张综合征；③药物性水肿；④特发性水肿：多见于妇女；⑤其他。

2. 局部性水肿 常由于局部静脉、淋巴回流受阻或毛细血管通透性增加所致。

三、呼吸 困难

(一) 病因

引起呼吸困难的原因繁多, 主要为呼吸系统和心血管系统疾病。

1. 呼吸系统疾病 常见于: ①气道阻塞; ②胸壁、胸廓、胸膜腔疾病; ③膈运动障碍。
2. 循环系统疾病 常见于各种原因所致的左心和或右心衰竭、心包压塞、肺栓塞和原发性肺动脉高压等。
3. 中毒 系各种中毒所致。
4. 神经精神性疾病 如脑出血等颅脑疾病引起呼吸中枢功能障碍和精神因素所致的呼吸困难(如癔病)。
5. 血液病 常见于重度贫血、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症等。

(二) 发生机制及临床表现

根据发生机制及临床表现特点, 将呼吸困难归纳分为以下五种类型。

1. 肺源性呼吸困难 临床上常分为三种类型:

(1) 吸气性呼吸困难: 主要特点表现为吸气显著费力, 严重者吸气时可见“三凹征”, 表现为胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷, 此时亦可伴有干咳及高调吸气性喉鸣。三凹征的出现主要是由于呼吸肌极度用力, 胸腔负压增加所致。常见于喉部、气管、大支气管的狭窄与阻塞。

(2) 呼气性呼吸困难: 主要特点表现为呼气费力、呼气缓慢、呼吸时间明显延长, 常伴有呼气期哮鸣音。主要是由于肺泡弹性减弱和(或)小支气管的痉挛或炎症所致。

(3) 混合性呼吸困难: 主要特点表现为吸气期及呼气期均感呼吸费力、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。主要是由于肺或胸膜腔病变使肺呼吸面积减少导致换气功能障碍所致。

2. 心源性呼吸困难 主要是由于左心和(或)右心衰竭引起, 尤其是左心衰竭时呼吸困难更为严重。

左心衰竭发生的主要原因是肺瘀血和肺泡弹性降低。其机制为: ①肺瘀血, 使气体弥散功能降低; ②肺泡张力增高, 刺激牵张感受器, 通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢; ③肺泡弹性减退, 使肺活量减少; ④肺循环压力升高对呼吸中枢的反射性刺激。

左心衰竭引起的呼吸困难特点为: ①有引起左心衰竭的基础病因, 如风湿性心脏病、高血压心脏病、冠状动脉硬化性心脏病等; ②呈混合性呼吸困难, 活动时呼吸困难出现或加重, 休息时减轻或消失, 卧位明显, 坐位或立位时减轻, 故当病人病情较重时, 往往被迫采取半坐位或端坐体位呼吸; ③两肺底部或全肺出现湿啰音; ④应用强心剂、利尿剂和血管扩张剂改善左心功能后呼吸困难症状随之好转。

急性左心衰竭时, 常可出现夜间阵发性呼吸困难, 表现为夜间睡眠中突感胸闷气急, 被迫坐起, 惊恐不安。轻者数分钟至数十分钟后症状逐渐减轻、消失; 重者可见端坐呼吸、面色发绀、大汗、有哮鸣音, 咳浆液性粉红色泡沫痰, 两肺底有较多湿性啰音, 心率加快, 可有奔马律。此种呼吸困难称“心源性哮喘”。左心衰竭发生机制为: ①睡眠时迷走神经兴奋性增高, 冠状动脉收缩、心肌供血减少, 心功能降低; ②小支气管收缩, 肺泡通气量减少; ③仰卧位时肺活量减少, 下半身静脉回心血量增多, 致肺瘀血加重; ④呼吸中枢敏感性降低, 对肺瘀血引起的轻度缺氧反应迟钝, 当瘀血加重, 缺氧明显时, 才刺激呼吸中枢作出应答反应。

右心衰竭严重时也可引起呼吸困难, 但程度较左心衰竭轻, 其主要原因为体循环瘀血所致。其发生机制为: ①右心房和上腔静脉压升高, 刺激压力感受器反射性地兴奋呼吸中枢; ②血氧含量减少, 乳酸、丙酮酸等代谢产物增加, 刺激呼吸中枢; ③瘀血性肝肿大、腹腔积液和胸腔积液, 使呼吸运动受限, 肺交换面积减少。

3. 中毒性呼吸困难 其主要表现为: ①有引起代谢性酸中毒的基础病因, 如尿毒症、糖尿病酮症等; ②出现深长而规则的呼吸, 可伴有鼾音, 称为酸中毒大呼吸(Kussmaul呼吸)。

四、胸 痛

(一) 病因与发生机制

引起胸痛的原因主要为胸部疾病。常见的有: ①胸壁疾病; ②心血管疾病; ③呼吸系统疾病; ④纵隔疾病; ⑤其他: 如过度通气综合征、痛风等。

除患病器官的局部疼痛外, 还可见远离该器官某部体表或深部组织疼痛, 称放射痛或牵涉痛。其原因是内脏病变与相应区域体表的传入神经进入脊髓同一节段并在后角发生联系, 故来自内脏的感觉冲动可直接激发脊髓体表感觉神经原, 引起相应体表区域的痛感。如心绞痛时除出现心前区、胸骨后疼痛外也可放射至左肩、左臂内侧或左颈、左侧面颊部。

（二）临床表现

1. 发病年龄。

2. 胸痛部位 大部分疾病引起的胸痛常有一定部位。例如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，甚或达无名指与小指，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（肺上沟瘤、Pancoast 瘤）引起疼痛多以肩部、腋下为主，向上肢内侧放射。

3. 胸痛性质。

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 1~5min），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 1~2min 内缓解，而对心肌梗死所致疼痛则服上药无效。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、咳痰和（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、血压下降或休克时，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。

五、腹 痛

（一）病因

1. 急性腹痛

（1）腹腔器官急性炎症。

（2）空腔脏器阻塞或扩张。

（3）脏器扭转或破裂。

（4）腹膜炎：多由胃肠穿孔引起，少部分为自发性腹膜炎。

（5）腹腔内血管阻塞：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：如腹壁挫伤、脓肿及腹壁皮肤带状疱疹。

（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、食管裂孔疝、胸椎结核。

（8）全身性疾病所致的腹痛：如腹型过敏性紫癜、糖尿病酸中毒、尿毒症、铅中毒、血卟啉病等。

2. 慢性腹痛

（1）腹腔脏器的慢性炎症。

（2）空腔脏器的张力变化：如胃肠痉挛或胃、肠、胆道运动障碍等。

（3）胃、十二指肠溃疡。

（4）腹腔脏器的扭转或梗阻。

（5）脏器包膜的牵张：实质性器官因病变肿胀，导致包膜张力增加而发生的腹痛，如肝瘀血、肝炎、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：以恶性肿瘤居多，可能与肿瘤不断长大，压迫与浸润感觉神经有关。

（8）胃肠神经功能紊乱：如胃肠神经症。

（二）发生机制

腹痛发生可分为三种基本机制，即内脏性腹痛、躯体性腹痛和牵涉痛。

1. 内脏性腹痛 特点为：①疼痛部位不确切，接近腹中线；②疼痛感觉模糊，多为痉挛、不适、钝痛、灼痛；③常伴恶心、呕吐、出汗等其他自主神经兴奋症状。

2. 躯体性腹痛 特点是：①定位准确，可在腹部一侧；②程度剧烈而持续；③可有局部腹肌强直；④腹痛可因咳嗽、体位变化而加重。

3. 牵涉痛 指内脏性疼痛牵涉到身体体表部位，即内脏痛觉信号传至相应脊髓节段，引起该节段支配的体表部位疼痛。特点是定位明确，疼痛剧烈，有压痛、肌紧张及感觉过敏等。

(三) 临床表现

1. 腹痛部位 一般腹痛部位多为病变所在部位。如胃、十二指肠疾病、急性胰腺炎，疼痛多在中上腹部；胆囊炎、胆石症、肝脓肿等疼痛多在右上腹部；急性阑尾炎疼痛在右下腹 McBurney 点；小肠疾病疼痛多在脐部或脐周；结肠疾病疼痛多在下腹或左下腹部。膀胱炎、盆腔炎及异位妊娠破裂，疼痛亦在下腹部。弥漫性或部位不定的疼痛见于急性弥漫性腹膜炎（原发性或继发性）、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。中上腹持续性剧痛或阵发性加剧应考虑急性胃炎、急性胰腺炎。胆石症或泌尿系结石常为阵发性绞痛，相当剧烈，致使病人辗转不安。阵发性剑突下钻顶样疼痛是胆道蛔虫症的典型表现。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，多由胃肠张力变化或轻度炎症引起。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；而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；饥饿痛发作呈周期性、节律性者见于胃窦、十二指肠溃疡；子宫内膜异位者腹痛与月经来潮相关；卵泡破裂者发作在月经间期。

5. 与体位的关系 例如胃粘膜炎病人左侧卧位可使疼痛减轻。十二指肠壅滞症患者膝胸或俯卧位可使腹痛及呕吐等症状缓解。胰体癌患者仰卧位时疼痛明显，而前倾位或俯卧位时减轻。反流性食管炎患者烧灼痛在躯体前屈时明显，而直立位时减轻。

(四) 问诊要点

1. 腹痛与年龄、性别、职业的关系

2. 腹痛起病情况

3. 腹痛的部位 熟悉神经分布与腹部脏器关系（见表 4-2）对疾病的定位诊断有利。

表 4-2 神经分布与内脏

内 脏	传 入 神 经	相应的脊髓节段	体表感应部位
胃	内脏大神经	胸脊节 7~8(? 胸脊节 6 及 9)	上腹部
小肠	内脏大神经	胸脊节 9~10(? 胸脊节 11)	脐部
升结肠	腰交感神经链与主动脉前神经丛	胸脊节 12 与腰脊节(? 胸脊节 11)	下腹部与耻骨上区
乙状结肠与直肠	骨盆神经及其神经丛	骶脊节 2~4	会阴部与肛门区
肝与胆囊	内脏大神经	胸脊节 7~8(? 胸脊节 6 及 9)	右上腹及右肩胛
肾与输尿管	内脏最下神经及肾神经丛	胸脊节 12, 腰脊节 1, 2(? 胸脊节 11)	腰部与腹股沟部
膀胱底	上腹下神经丛	胸脊节 11, 12, 腰脊节 1	耻骨上区及下背部
膀胱颈	骨盆神经及其神经丛	骶脊节 2~4	会阴部及阴茎
子宫底	上腹下神经丛	胸脊节 11, 12, 腰脊节 1	耻骨上区及下背部
子宫颈	骨盆神经及其神经丛	骶脊节 2~4	会阴部

4. 腹痛的性质和严重度 腹痛的性质与病变性质密切相关。烧灼样痛多与化学性刺激有关，如胃酸的刺激；绞痛多为空腔脏器痉挛、扩张或梗阻引起，临床常见者有肠绞痛、胆绞痛、肾绞痛，三者鉴别要点如表 4-3。

表 4-3 三种绞痛鉴别表

疼痛类别	疼痛的部位	其 他 特 点
肠绞痛	多位于脐周围、下腹部	常伴有恶心、呕吐、腹泻、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 Murphy 征阳性
肾绞痛	位于腰部并向下放射，达于腹股沟、外生殖器及大腿内侧	常有尿频、尿急，小便含蛋白质、红细胞等

持续钝痛可能为实质脏器牵张或腹膜外刺激所致；剧烈刀割样疼痛多为脏器穿孔或严重炎症所致；隐痛或胀痛反映病变较轻，可能为脏器轻度扩张或包膜牵扯等所致。

5. 腹痛的时间 特别是与进食、活动、体位的关系，已如前述。饥饿性疼痛，进食缓解对胃酸分泌性胃病，特别是十二指肠溃疡诊断有利。

6. 腹痛的伴随症状。

7. 既往病史。

六、呕血与黑便

(一) 病因

1. 消化系统疾病

(1) 食管疾病：大量呕血常由门脉高压所致的食管静脉曲张破裂所致。

(2) 胃及十二指肠疾病：最常见为消化性溃疡（胃及十二指肠溃疡）。

(3) 肝、胆道疾病。

(4) 胰腺疾病：急慢性胰腺炎合并脓肿或囊肿、胰腺癌破裂出血。

2. 消化系统临近器官疾病 如胸主动脉瘤破裂进入食管，腹主动脉瘤破裂进入十二指肠等。

3. 全身性疾病

(1) 血液疾病：如血小板减少性紫癜等。

(2) 感染性疾病：如流行性出血热等。

(3) 结缔组织病：如系统性红斑狼疮，皮炎，结节性多动脉炎累及上消化道。

(4) 其他：尿毒症、肺源性心脏病、呼吸功能衰竭等。

呕血的原因甚多，但以消化性溃疡引起最为常见，其次为食管或胃底静脉曲张破裂，再次为急性胃粘膜病变。

(二) 临床表现

1. 呕血与黑便 呕血颜色视出血量的多少及在胃内停留时间的久暂以及出血的部位而不同。出血量多、在胃内停留时间短、出血位于食管则血色鲜红或混有凝血块，或为暗红色；当出血量较少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，呕吐物可呈咖啡渣样棕褐色。

上消化道或小肠出血并在肠内停留时间较长，则因红细胞破坏后，血红蛋白在肠道内与硫化物结合形成硫化亚铁，使粪便呈黑色，因附有粘液而发亮，类似柏油，故又称柏油便。食用动物血、猪肝等也可使粪便呈黑色，应加以注意。服用铋剂、铁剂、炭粉及中药等药物也可使粪便变黑，但一般为灰黑色无光泽，且隐血试验阴性，可资鉴别。

2. 失血性周围循环障碍 上消化道出血病人出血量为10%~15%的血容量时，除头晕、畏寒外，多无血压、脉搏等变化；出血量达血容量的20%以上时，则有冷汗、四肢厥冷、心慌、脉搏增快等急性失血症状。若出血量在30%血容量以上，则有急性周围循环衰竭的表现，显示脉搏频数微弱、血压下降、呼吸急促及休克等。

3. 血液学改变 最初可不明显，随后由于组织液的渗出及输液等情况，血液被稀释，血红蛋白及红细胞比容逐渐降低。

4. 其他 大量呕血可出现氮质血症、发热等表现。

七、咯血

(一) 病因与发生机制

咯血原因很多，主要见于呼吸系统和心血管疾病。

1. 支气管疾病 常见有支气管扩张症、支气管肺癌、支气管内膜结核和慢性支气管炎等；

2. 肺部疾病 常见有肺结核、肺炎、肺脓肿等。在我国，引起咯血的首要原因仍为肺结核。

3. 心血管疾病 较常见于二尖瓣狭窄，其次为先天性心脏病所致肺动脉高压或原发性肺动脉高压，另有肺栓塞、肺血管炎、高血压病等。

4. 其他

(二) 临床表现

1. 年龄 青壮年咯血常见于肺结核、支气管扩张症、二尖瓣狭窄等。40岁以上有长期吸烟史（纸烟20支/日×20年）者，应高度注意支气管肺癌的可能性。儿童慢性咳嗽伴少量咯血与低色素贫血，须注意特发性含铁

血黄素沉着症的可能。

2. 咯血量 大量咯血主要见于空洞型肺结核、支气管扩张症和慢性肺脓肿。支气管肺癌少有大咯血，主要表现为痰中带血，呈持续或间断性。慢性支气管炎和支原体肺炎也可出现痰中带血或血性痰，但常伴有剧烈咳嗽。

3. 颜色和性状 因肺结核、支气管扩张症、肺脓肿和出血性疾病所致咯血，其颜色为鲜红色；铁锈色血痰可见于典型的肺炎球菌肺炎，也可见于肺吸虫病和肺泡出血；砖红色胶冻样痰见于典型的肺炎克雷伯杆菌肺炎。二尖瓣狭窄所致咯血多为暗红色；左心衰竭所致咯血为浆液性粉红色泡沫痰；肺梗死引起咯血为粘稠暗红色血痰。

表 4-4 咯血与呕血的鉴别

	咯 血	呕 血
病因	肺结核、支气管扩张症、肺癌、肺炎、肺脓肿、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性胃粘膜病变、胆道出血、胃癌等
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，可为喷射状
咯出血的颜色	鲜红	暗红色、棕色、有时为鲜红色
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无，若咽下血量较多时可有	有，可为柏油样便、呕血停止后仍可持续数日
出血后痰的性状	常有血痰数日	无痰

(三) 伴随症状

1. 咯血伴发热 多见于肺结核，肺炎、肺脓肿、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病、支气管肺癌等。
2. 咯血伴胸痛 见于肺炎球菌肺炎、肺结核、肺梗死、支气管肺癌等。
3. 咯血伴呛咳 见于支气管肺癌、支原体肺炎。
4. 咯血伴脓痰 见于支气管扩张症、肺脓肿、空洞型肺结核继发细菌感染等。其中干性支气管扩张症则仅表现为反复咯血而无脓痰。
5. 咯血伴皮肤粘膜出血 可见于血液病、风湿病及肺出血型钩端螺旋体病和流行性出血热等。
6. 咯血伴杵状指 见于支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌等。
7. 咯血伴黄疸 须注意钩端螺旋体病、肺炎球菌肺炎、肺梗死等。

八、昏 迷

昏迷是严重的意识障碍，表现为意识持续的中断或完全丧失。按其程度可分为三个阶段。

1. 轻度昏迷 意识大部分丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应，对疼痛刺激尚可出现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应。角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在。
2. 中度昏迷 对周围事物及各种刺激均无反应，对于剧烈刺激可出现防御反射。角膜反射减弱，瞳孔对光反射迟钝，眼球无转动。
3. 深度昏迷 全身肌肉松弛，对各种刺激全无反应。深、浅反射均消失。

第二节 体格检查：包括一般检查、头颈部检查、胸部检查、腹部检查、四肢脊柱检查、常用神经系统检查

一、一般检查

(一) 全身状态检查

1. 性别
2. 年龄
3. 生命征

(1) 体温：①口测法：正常值为 36.3~37.2℃。②肛测法：正常值为 36.5~37.7℃。肛测法一般较口测法读数高 0.3~0.5℃。该法测值稳定，多用于婴幼儿及神志不清者。③腋测法：正常值 36~37℃。为最常用的体温测定方法。

(2) 呼吸：观察记录患者呼吸的节律性及每分钟次数。

(3) 脉搏：观察记录患者脉搏的节律性及每分钟次数。

(4) 血压：观察动脉血压的高低。

4. 发育与体型

5. 营养状态

6. 意识状态

7. 语调与语态

8. 面容与表情 通过视诊即可确定患者的面容和表情，临床上常见的典型面容改变有以下几种。

(1) 急性病容：面色潮红，兴奋不安，鼻翼扇动，口唇疱疹，表情痛苦。多见于急性感染性疾病，如肺炎球菌肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎等。

(2) 慢性病容：面容憔悴，面色晦暗或苍白无华，目光暗淡。见于慢性消耗性疾病，如恶性肿瘤、肝硬化、严重结核病等。

(3) 贫血面容：面色苍白，唇舌色淡，表情疲惫。见于各种原因所致的贫血。

(4) 肝病面容：面色晦暗，额部、鼻背、双颊有褐色色素沉着。见于慢性肝脏疾病。

(5) 肾病面容：面色苍白，眼睑、颜面浮肿，舌色淡，舌缘有齿痕。见于慢性肾脏疾病。

(6) 甲状腺功能亢进面容：面容惊愕，眼裂增宽，眼球凸出，目光炯炯，兴奋不安，烦躁易怒。见于甲状腺功能亢进症。

(7) 粘液性水肿面容：面色苍黄，颜面浮肿，睑厚面宽，目光呆滞，反应迟钝，眉毛、头发稀疏，舌色淡、肥大。见于甲状腺功能减退症。

(8) 二尖瓣面容：面色晦暗、双颊紫红、口唇轻度发绀。见于风湿性心瓣膜病二尖瓣狭窄。

(9) 肢端肥大症面容：头颅增大，面部变长，下颌增大、向前突出，眉弓及两颧隆起，唇舌肥厚，耳鼻增大。见于肢端肥大症。

(10) 伤寒面容：表情淡漠，反应迟钝呈无欲状态。见于肠伤寒、脑脊髓膜炎、脑炎等高热衰竭患者。

(11) 苦笑面容：牙关紧闭，面肌痉挛，呈苦笑状。见于破伤风。

(12) 满月面容：面圆如满月，皮肤发红，常伴痤疮和胡须生长。见于 Cushing 综合征及长期应用糖皮质激素者。

(13) 面具面容：面部呆板、无表情，似面具样。见于震颤麻痹、脑炎等。

9. 体位

10. 姿势

11. 步态

(1) 蹒跚步态：走路时身体左右摇摆似鸭行。见于佝偻病、大骨节病、进行性肌营养不良或先天性双侧髋关节脱位等。

(2) 醉酒步态：走时躯干重心不稳，步态紊乱不准确如醉酒状。见于小脑疾病、酒精及巴比妥中毒。

(3) 共济失调步态：见于脊髓痨患者。

(4) 慌张步态：见于震颤麻痹患者。

(5) 跨阈步态：见于腓总神经麻痹。

(6) 剪刀步态：见于脑性瘫痪与截瘫患者。

(7) 间歇性跛行：见于高血压、动脉硬化患者。

(二) 皮肤

1. 颜色 皮肤的颜色与毛细血管的分布、血液的充盈度、色素量的多少、皮下脂肪的厚薄有关。皮肤粘膜发黄称为黄染，常见的原因有：

(1) 黄疸：血清总胆红素浓度超过 $34\mu\text{mol/L}$ 时，可出现黄疸。黄疸引起皮肤粘膜黄染的特点是：①黄疸首先出现于巩膜、硬腭后部及软腭粘膜上，随着血中胆红素浓度的继续增高粘膜黄染更明显时，才会出现皮肤黄染；②巩膜黄染是连续的，近角巩膜缘处黄染轻、黄色淡，远角巩膜缘处黄染重、黄色深。

(2) 胡萝卜素增高：其特点是：①黄染首先出现于手掌、足底、前额及鼻部皮肤；②一般不出现巩膜和口腔粘膜黄染；③血中胆红素不高；④停止食用富含胡萝卜素的蔬菜或果汁后，皮肤黄染逐渐消退。

(3) 长期服用含有黄色素的药物：其特点是：①黄染首先出现于皮肤，严重者可出现于巩膜；②巩膜黄染