

全国中医药专业技术资格考试

实战技巧

相关知识篇(三)

● **西医诊断学** ● **医学心理学**

(供中级使用)

本丛书编委会 编

上海科学技术出版社

全国中医药专业技术资格考试实战技巧

相 关 知 识 篇 (三)

西医诊断学
医学心理学

(供中级使用)

本丛书编委会 编

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

全国中医药专业技术资格考试实战技巧. 相关知识篇.
3, 西医诊断学、医学心理学 / 《全国中医药专业技术
资格考试实战技巧》编委会编. -上海: 上海科学技术
出版社, 2003. 4

供中级使用

ISBN 7-5323-6993-5

I. 全... II. 全... III. ①中国医药学—医药卫生
人员—资格考核—自学参考资料②西医诊断学—医药卫
生人员—资格考核—自学参考资料③医学心理学—医药
卫生人员—资格考核—自学参考资料 IV. R2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 013311 号

上海科学技术出版社出版发行

(上海瑞金二路 450 号 邮政编码 200020)

苏州望电印刷有限公司印刷 新华书店上海发行所经销

2003 年 4 月第 1 版 2003 年 4 月第 1 次印刷

开本 787×1092 1/16 印张 22.5 字数 499 000

印数 1—6 000 定价: 45.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向本社出版科联系调换

编写说明

为了便于准备晋升中级中医药专业技术职称的中医药工作人员复习迎考,我们根据国家人事部颁发的有关卫生专业技术资格考试中医药专业的考试课目,根据新修订的考试大纲细目,以全国中医药院校五版统编教材为蓝本,组织全国有关的专家、教授共同编写了此套辅导丛书。

全国中医药专业中级技术资格考试课目共 30 种,分为基础知识、相关知识、专业技能三大块。按照相关相类的划分原则,将 30 种课目分装成 13 册,具体如下:《基础知识篇(一)》含中药学、方剂学;《基础知识篇(二)》含中医基础理论、中医诊断学、内经学;《相关知识篇(一)》含中药化学、中药药理学、药事管理学;《相关知识篇(二)》含卫生法规、医古文;《相关知识篇(三)》含西医诊断学、医学心理学;《相关知识篇(四)》含伤寒论、金匱要略、温病学;《专业技能篇(一)》含中药鉴定学、中药药剂学;《专业技能篇(二)》含中药炮制学、中药调剂学;《专业技能篇(三)》含中医内科学、中医外科学;《专业技能篇(四)》含中医儿科学、中医妇科学;《专业技能篇(五)》含中医耳鼻喉科学、中医眼科学;《专业技能篇(六)》含中医骨伤学、中医肛肠科学、中医皮肤与性病科学;《专业技能篇(七)》含推拿(按摩)学、针灸学;其中《基础理论篇(一)》、《相关知识篇(一)》、《专业技能篇(一)》、《专业技能篇(二)》为初级与中级考试共用的辅导书,仅在考试的试题量上有所差别。考生可根据自己所报考的专业选择使用。

为帮助考生能在较短的时间内复习掌握考试的内容,熟悉考试的题型与答题技巧,对每种课目均分为三部分编写。一为复习要点,主要将考生必须掌握和熟悉的内容提纲挈领地介绍,列出要点要素。二为综合练习,是根据必须掌握和熟悉的内容,参照正式考试的题型编写的练习题,考生可通过练习检查自己对知识的掌握程度,进而巩固自己复习的知识,熟悉考试的题型。三为参考答案,对一些较难的题目并加注解解题的思路与答题的理由,便于考生自测,加深理解。

由于编写时间紧迫,又由于是第一次编写专业技术资格考试的辅导用书,经验不足,书中必然会存在一些不足之处,衷心希望广大应试者在使用中提出宝贵意见,以便在重印和修订时将本套丛书编得更好。

《全国中医药专业技术资格考试实战技巧》编写委员会

2003 年 2 月

目 录

西 医 诊 断 学

第一部分 复习要点.....	1
第一单元 症状诊断.....	1
第二单元 体检诊断	17
第三单元 实验诊断	59
第四单元 器械检查	96
第五单元 影像诊断.....	109
第六单元 诊断步骤与病历书写.....	134
第二部分 综合练习.....	141
第三部分 参考答案.....	247

医 学 心 理 学

第一部分 复习要点.....	259
第一单元 医学心理学的产生.....	259
第二单元 心理学基础知识.....	263
第三单元 医学心理学的理论.....	273
第四单元 挫折与应对.....	277
第五单元 心理应激.....	283
第六单元 心理障碍.....	287
第七单元 心身疾病.....	293
第八单元 临床心理评估.....	300
第九单元 心理治疗.....	306
第十单元 医学心理咨询.....	312
第十一单元 心理健康.....	317

目 录

第十二单元 患者的心理·····	322
第十三单元 医患关系·····	326
第二部分 综合练习 ·····	332
第三部分 参考答案 ·····	352

西医诊断学

第一部分 复习要点

第一单元 症状诊断

细目一 发热

一、病因

临床上大致可区分为感染性与非感染性两大类,而以前者多见。

(一) 感染性发热

各种病原体所引起发热均称为感染性发热,如病毒、支原体、立克次体、细菌、真菌、寄生虫等。

(二) 非感染性发热

1. 无菌性坏死物质的吸收 如大手术后组织损伤、内出血、大面积烧伤、肺梗死、心肌梗死、癌、白血病等。
2. 抗原-抗体反应 如风湿热、药物热、血清病、结缔组织病等。
3. 内分泌与代谢障碍 如甲状腺功能亢进症、重度失水等。
4. 皮肤散热减少 如广泛性皮炎、慢性心功能不全等。

5. 体温调节中枢功能失常 如中暑、巴比妥类或苯二氮草类药物中毒、脑出血、脑外伤等。

6. 自主神经功能紊乱 如功能性发热。

二、发病机制

引起发热最常见的物质是致热原。若致热原作用于体温调节中枢或体温调节中枢本身功能紊乱等原因可导致体温超过正常范围而引起发热。

三、发热的临床分度、常见热型及其临床意义

(一) 临床分度

1. 低温 $37.4\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。
2. 中等度发热 $38.1\sim 39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。
3. 高热 $39.1\sim 41\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。
4. 超高热 $41\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上。

(二) 发热过程、常见热型及其临床意义

1. 体温上升期

缓升型:见于伤寒、结核病等。伤寒以阶梯状上升的高热为特征。

骤升型:见于肺炎球菌性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎等。

2. 高热持续期(常见热型及其临床意义)

(1) 稽留热:体温持续于 $39\sim 40\text{ }^{\circ}\text{C}$, 达数日或数周, 24 小时波动范围不超过 $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。见于肺炎球菌肺炎、伤寒等。

(2) 弛张热:体温在 $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上, 24 小时内体温差达 $2\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上, 最低时一般仍高于正常水平(低于正常水平称消耗热)。弛张热见于败血症、风湿热、重症肺结核等。

(3) 间歇热:高热期与无热期交替出现, 体温波动幅度可达数度, 无热期持续 1 日乃至数日, 反复发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4) 不规则热:发热无一定规律。可见于结核病、风湿热、渗出性胸膜炎等。

(5) 回归热:体温骤升至 $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上, 持续数日后又骤然下降至正常水平, 高热期与无热期各持续若干日, 即有规律交替一次。见于回归热、霍奇金病、周期热等。

3. 体温下降期

(1) 骤降:见于疟疾、肺炎球菌性肺炎、急性肾盂肾炎、回归热等。

(2) 渐降:见于伤寒、风湿热等。

四、问诊要点

1. 发热时间的长短与起病缓急, 有无恶寒、寒战或出汗。

2. 体温变化规律并分析热型。

3. 发热伴随症状

(1) 发热伴意识障碍:提示中枢神经系统的疾患。

- (2) 发热伴腹泻:肠炎、痢疾等。
- (3) 发热伴皮疹:急性出疹性传染病、麻疹、猩红热等。
- (4) 发热伴寒战:大叶性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、输液或输血反应等。
- (5) 发热伴咳嗽、咯痰:肺炎、胸膜炎、急性支气管炎等。
- 4. 传染病密切接触史、饮食不洁史、疫水接触史等。注意发病的季节与地区。

细目二 意识障碍

一、概念

(一) 意识障碍

是指患者对自身和周围环境的辨认能力及反应能力的减退或丧失,或者说是中枢神经系统对内外环境刺激缺乏作出有意义反应的能力。

(二) 分类

1. 觉醒障碍 以觉醒状态改变为主。

(1) 嗜睡:是一种病理性倦睡,患者陷入持续的睡眠状态;可被唤醒,并能正确回答问题和做出各种反应,但当刺激去除后很快又再入睡。临床上很常见,也可以是严重意识障碍的早期表现。

(2) 昏睡:是一种比嗜睡深而又较昏迷稍浅的意识障碍,强刺激后才能唤醒;醒后不能准确回答,反应迟钝,很快又进入昏睡状态。

(3) 昏迷:患者的觉醒状态,意识内容及随意运动严重丧失;任何强大的刺激均不能使之清醒。

1) 浅昏迷: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) 深昏迷:意识全部丧失,强刺激也不能引起反应;肢体常呈弛缓状态,深、浅反射均消失;偶有深反射亢进与病理性反射存在;机体仅能维持呼吸与血液循环功能。

2. 意识模糊 是一种最常见的轻度意识障碍。主要表现在觉醒与意识功能两方面均有障碍,如不能觉醒,倦睡或似睡非睡,并有认知障碍,注意力不集中,思维不像正常那样快速与清晰等。

3. 意识内容障碍 以意识内容改变为主,多属大脑皮质病损所致。按其表现不同,又可分为如下类型。

(1) 谵妄:又称急性精神错乱状态,是一种以兴奋性增高为主的高级神经中枢急性活动失调状态;患者对时间、地点、人物的定向力完全或部分发生障碍;有感觉错乱、精神紧张、恐惧、躁动不安,言语杂乱。

(2) 醒状昏迷:是“觉醒状态”存在、“意识内容”丧失的一种特殊的意识障碍。临床上表现为语言和运动反应严重丧失,类似昏迷;而“觉醒—睡眠”周期保存或紊乱的分

离状态,患者双眼睁开,眼睑开闭自如,眼球无目的地活动,似乎给人一种意识清醒的感觉。

1) 去皮质综合征:又称去皮质状态。身体姿势为上肢屈曲,下肢强直。

2) 无动性缄默症:临床主要表现为不言不语,意识内容丧失。

3) 持续性植物状态:又称“植物人”、“植物症”。是由于严重的脑部损害后缺乏高级神经活动而长期存活(持续在3个月甚至1年以上)的一种状态,即仅有躯体的生存而缺乏智力与社交活动。

二、病因

(一) 颅脑疾患

(1) 脑血液循环障碍:脑出血、脑缺血、蛛网膜下腔出血、脑梗死、高血压脑病等。

(2) 颅内占位性病变:脑肿瘤、硬膜外血肿、脑脓肿等。

(3) 颅脑外伤:脑震荡、颅骨骨折等。

(4) 癫痫。

(二) 全身性疾病

1. 重症急性感染 如伤寒、败血症、中毒性细菌性痢疾、肺炎球菌性肺炎等。

2. 内分泌与代谢障碍 如甲状腺功能减退症、甲状腺危象、尿毒症、肝性脑病、肺性脑病、糖尿病酮症酸中毒等。

3. 心血管疾病 严重心律失常引起阿-斯综合征等。

(三) 其他疾病

1. 外源性中毒 如巴比妥类或苯二氮草类药物、乙醇、有机磷农药、一氧化碳等中毒。

2. 物理性损害 如高温中暑、触电、溺水、高山病等。

三、问诊要点

1. 既往史及其诱因 对意识障碍的诊断可提供重要线索。询问有无高血压病、糖尿病、肝脏病、慢性肺部疾病、肾炎、内分泌、癫痫等病史,有无中暑、一氧化碳中毒、颅脑外伤、误服毒药、电击伤等病史。

2. 意识障碍发生的缓急 急者大多为急性中枢性感染、脑血管病或某些意外事故等;缓者大多见于肺性脑病、肝性脑病、尿毒症等。

3. 伴随症状

(1) 发热:先有发热后有意识障碍,见于病毒性脑炎、流行性脊髓膜炎、伤寒等;先有意识障碍后有发热,常见于脑出血、蛛网膜下腔出血、巴比妥类药物中毒等。

(2) 呼吸缓慢:吗啡、巴比妥类药物、有机磷农药等中毒。

(3) 特殊呼吸气味:深大呼吸、呼出氨味,见于肝昏迷;潮式呼吸带有尿味者要考虑尿毒症;有肝臭味要考虑肝昏迷;有大蒜味要考虑有机磷农药中毒;有烂苹果味则为糖尿病酮症酸中毒。

四、检查要点

1. 生命体征 体温、脉搏、呼吸、血压等(略)。

意识障碍伴有呼吸节律的异常则是各种病因引起的呼吸中枢衰竭。

2. 神经系统检查

(1) 瞳孔:瞳孔缩小见于吗啡类药物、巴比妥类药物、有机磷农药等中毒;瞳孔扩大见于癫痫及乙醇、颠茄类中毒等;两侧瞳孔不等大见于颅脑外伤、脑血管疾病等。

(2) 脑膜刺激征:如突然起病见于脑出血、脑栓塞;与外伤有关常见于颅脑外伤、硬膜外血肿、硬膜下血肿;如以发热为前驱症状者见于脑脓肿、脑脊髓炎等;缓慢起病者可见于脑瘤、慢性硬膜下血肿。

3. 实验室及器械检查

(1) 血液及生化检查。

(2) 脑电图、心电图、颅脑超声、放射性核素扫描、CT、MRI 等检查。

细目三 抽搐

一、病因

1. 颅脑疾病

(1) 感染:各种病原体所致的颅内感染。

(2) 外伤:颅脑外伤、产伤等。

(3) 肿瘤:原发性肿瘤,脑转移瘤。

(4) 脑血管疾病:如脑出血、脑缺氧、蛛网膜下腔出血、高血压病等。

(5) 原发性癫痫。

(6) 其他:①先天性脑发育障碍。②其他原因未明的大脑病变。

2. 全身性疾病

(1) 全身重症感染:败血症、中毒性肺炎等。

(2) 缺氧:如窒息等。

(3) 代谢障碍:低糖血症、低钙血症等。

(4) 心血管疾病:如严重心律失常致阿-斯综合征等。

(5) 中毒:①内因性:尿毒症、肝性脑病等。②外因性:一氧化碳中毒、有机磷农药、乙醇等。

(6) 变态反应与结缔组织病:如系统性红斑狼疮、风湿性脉管炎等。

(7) 其他:突然撤停巴比妥类或苯二氮草类药、抗癫痫药等。

3. 神经症。

二、问诊要点

1. 既往史、发作诱因及诊疗经过 有无头部外伤史,脑炎、脑膜炎及寄生虫病史;有

无高血压及慢性肝肾疾病,有无妊娠、药物和毒物摄入、代谢障碍性病史、先天性或后天性中枢神经系统病史;有无同样发作史,以及发作诱因、诊疗经过。

2. 抽搐特点 抽搐前有无先兆,发作时有无意识障碍、肢体抽搐,以及发作时的姿态、面容、声音、持续时间等。

3. 伴随症状

(1) 体温升高:见于感染性疾病,但也可见于胃肠功能紊乱、重度失水等。

(2) 高血压:见于高血压病、肾炎等。

(3) 脑膜刺激征:各种原因的脑膜炎、脑膜脑炎、蛛网膜下腔出血等。

(4) 瞳孔扩大、意识障碍、舌咬伤与大小便失禁:见于癫痫大发作。

(5) 肢体瘫痪:见于脑血管疾病。

(6) 角弓反张、牙关紧闭、特殊苦笑面容者:破伤风。

(7) 发作前有剧烈头痛:可见于高血压、急性感染、蛛网膜下腔出血、颅内占位性病变等。

三、检查要点

详细的内科和神经系统检查对明确抽搐的病因很有必要。当临床上提示抽搐是全身性疾病所致时,应做相应的血液生化检查、血气分析、内分泌检查、肝肾功能检查、毒物分析、ECG等。一旦怀疑神经系统病变,可进行脑脊液、脑电图、脑血流图、颅脑超声、头颅X线摄片、造影、CT或MRI等检查。

细目四 胸痛

一、病因

1. 炎症 皮肤及皮下组织炎症、肋间神经炎、肌炎、流行性胸痛、非化脓性肋软骨炎、心包炎、胸膜炎、食管炎等。

2. 内脏缺血 心绞痛、急性心肌梗死、肺梗死等。

3. 肿瘤 原发性肺癌、纵隔肿瘤、骨髓瘤、白血病等。

4. 其他原因 自发性气胸、外伤等。

5. 腹部疾病 肝脓肿、肝癌、胆道疾病等。

6. 心脏神经症。

二、问诊要点

(一) 胸痛的特点

1. 胸痛的部位 心绞痛与急性心肌梗死的疼痛位于胸骨后或心前区;食管疾患、膈疝、纵隔肿瘤疼痛位于胸骨后;自发性气胸、急性胸膜炎、肺梗死时患侧的部位剧烈疼痛;非化脓性肋软骨炎常见第1、第2肋软骨压痛明显;带状疱疹沿神经分布,一般不超过正

中线;胸壁皮炎在罹患处常有红、肿、热、痛。

2. 胸痛性质 肋间神经痛呈阵发性灼痛或刺痛;食管炎、膈疝为灼痛或灼热痛;心绞痛呈压榨样痛,可伴有窒息感;肋痛呈酸痛;主动脉瘤侵蚀胸壁多为刺痛。

3. 胸痛的诱发与缓解因素 心绞痛常因用力或精神紧张而诱发,含硝酸甘油可迅速缓解;心肌梗死呈持续性剧痛,硝酸甘油含服无效;心脏神经症者在体力活动后反而减轻;胸膜炎、自发性气胸者咳嗽或深呼吸而加剧,暂停呼吸运动时缓解;食管疾病在吞咽食物时出现或加剧;胸壁疾病有局部压迫或当胸廓活动时加剧,局部麻醉后疼痛暂时缓解;过度换气综合征用纸袋回吸气后胸痛可缓解。

(二) 胸痛的伴随症状

1. 咳嗽咯痰 见于气管、支气管、肺或胸膜疾病。
2. 咯血 见于肺炎、肺脓肿、肺梗死、支气管肺癌。
3. 呼吸困难 见于自发性气胸、重症心、肺疾病。
4. 吞咽困难 见于食管疾病。
5. 高血压、动脉硬化 见于心绞痛,心肌梗死。
6. 上腔静脉阻塞综合征 见于纵隔疾病。

(三) 询问相关病史(略)

三、检查要点

1. 重点心肺体格检查 如自发性气胸肺部叩诊呈鼓音,听诊呼吸音减弱或消失;胸膜炎时可听到胸膜摩擦音或有胸腔积液体征;风湿性心脏病、心包积液各有相应的心脏体征等。

2. 实验室及器械检查

- (1) 心电图:对确诊心绞痛与急性心肌梗死有重要价值。
- (2) X线胸片:了解心肺、胸膜、纵隔、肋骨等情况。
- (3) 肌酸激酶、乳酸脱氢酶及其同工酶测定:有助于急性心肌梗死的诊断。
- (4) 放射性核素肺扫描:有助于肺梗死的诊断。
- (5) 血 pH 测定:有助于诊断过度换气综合征的呼吸性碱中毒状态。

细目五 呼吸困难

一、病因

1. 呼吸系统疾病 肺炎,肺水肿,喉、气管、支气管的炎症、水肿、肿瘤或异物所致的呼吸道狭窄或梗阻,呼吸肌无力(重症肌无力),自发性气胸,大量胸腔积液等。
2. 心脏病 各种原因所致的心功能不全。
3. 中毒 尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、吗啡中毒等。
4. 血液病 如重度贫血、高铁血红蛋白血症。

5. 神经精神因素 脑出血,脑外伤,缺氧,二氧化碳潴留致呼吸中枢障碍,癔症等。
6. 其他 如成人呼吸窘迫综合征(ARDS)。

二、问诊要点

1. 呼吸困难的发病情况 发病突然者见于急性中毒、肺部急性感染、气胸、气管异物、支气管哮喘、急性左心衰;发病缓慢者见于慢性呼吸道感染,如肺结核、肺气肿、支气管扩张等。

2. 临床特点

(1) 吸气性呼吸困难:喉、气管、大支气管的炎症、水肿或异物等引起狭窄或梗阻所致。吸气显著困难,高度狭窄时呼吸肌极度紧张,出现“三凹征”(胸骨上窝及锁骨上窝、肋间隙、腹上角在吸气时明显下陷),常伴有频繁干咳及高调的吸气性哮鸣音。气管或支气管异物、喉部水肿、喉癌等。

(2) 呼气性呼吸困难:由于肺组织弹性减弱及小支气管痉挛、狭窄所致。呼气显著费力、延长而缓慢,常伴有广泛哮鸣音。临床上常见于肺气肿、支气管哮喘、喘息型支气管炎等。

(3) 混合型呼吸困难:由于广泛性肺部病变使呼吸面积减少,影响换气功能所致。呼气及吸气均感费力,呼吸频率增加。临床上常见于广泛性肺纤维化、大片肺不张、重症肺炎、大量胸腔积液、自发性气胸等。

3. 发病诱因 常与劳累、体位等有关。

4. 伴随症状

(1) 发热、咳嗽:考虑支气管与肺的感染。

(2) 咳吐粉红色泡沫痰:急性左心衰。

(3) 心悸、下肢水肿:考虑心脏疾患。

(4) 大量咯血:见于肺结核、支气管扩张。

(5) 一侧胸痛:可见于肺炎球菌性肺炎、胸膜炎、自发性气胸、肺栓塞、急性心肌梗死等。

三、检查要点

1. 观察呼吸频率、深度、节律、呼吸类型

(1) 呼吸频率加快:呼吸系统疾病,心血管疾病,贫血,高热,癔症等。

(2) 呼吸频率减慢:麻醉药、巴比妥类或苯二氮草类药物中毒及颅内压增高。

(3) 呼吸加深:酸中毒。

(4) 呼吸变浅:肺气肿、胸外伤、呼吸肌麻痹等。

(5) 呼吸节律异常:呼吸中枢衰竭的表现。

2. 注意咽、喉及胸部体征 有无肝脾肿大、腹部肿块、腹水、水肿、杵状指等,查出引起呼吸困难的原发疾病。

3. 实验室及器械检查 血气分析、X线胸片、ECG、呕吐物或排泄物毒理学分析、血液生化检查等。

细目六 咳嗽与咯痰

一、病因

1. 呼吸道疾病 各种感染、过敏反应、肿瘤、物理化学因素刺激咽、喉、气管、支气管黏膜。
2. 胸膜疾病 胸膜炎或胸膜受刺激(如自发性气胸)。
3. 心血管疾病 肺淤血、肺水肿。
4. 中枢性因素 随意性咳嗽起源于大脑皮质,皮质冲动传至延髓咳嗽中枢,引起咳嗽。

二、问诊要点

(一) 咳嗽性质

1. 干性咳嗽 咳嗽而无痰或痰量甚少。常见于急性咽喉炎与急性支气管炎的初期、胸膜炎、轻症肺结核、肺癌等。
2. 湿性咳嗽 指带痰的咳嗽。常见于慢性咽喉炎、慢性支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺脓肿、空洞型肺结核等。

(二) 咳嗽出现的时间与节律

1. 骤然发生 急性上呼吸道感染、气管或支气管内异物、吸入刺激性气体等。
2. 长期慢性 慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核等。
3. 清晨起床或夜间卧下时咳嗽加剧 慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿。

(三) 咳嗽的音色

1. 声音嘶哑的咳嗽 见于喉炎,喉结核,喉癌,息肉,纵隔肿瘤、肺癌、主动脉瘤压迫喉返神经。
2. 犬吠样咳嗽 会厌、喉头疾患或气管受压。
3. 金属音调的咳嗽 纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管肺癌等直接压迫气管。

(四) 痰的性质与痰量

痰的性质可分为黏液性、浆液性、脓性、黏液脓性、浆液血性、血性等。支气管扩张与肺脓肿患者痰量多时,痰可出现分层现象。上层为泡沫,中层为浆液或浆液脓性,下层为坏死性物质。

(五) 伴随症状

1. 发热 见于呼吸道感染、支气管扩张并发感染、胸膜炎等。
2. 胸痛 见于肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、自发性气胸等。
3. 哮喘 见于支气管哮喘、喘息性支气管炎、心源性哮喘、气管内异物等。
4. 呼吸困难 见于重症心肺疾病、大量胸腔积液、自发性气胸等。
5. 体重减轻 见于肺结核、支气管肺癌等。

6. 咯血 见于肺结核、支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌及风湿性二尖瓣狭窄等。
7. 杵状指(趾) 见于支气管扩张、肺脓肿等。

三、检查要点

1. 着重心肺检查 肺部叩诊呈局限性浊音提示肺实变;听诊双侧弥漫性中、小水泡音常见于急性和慢性支气管炎等;双侧大、中、小水泡音可见于肺水肿;肺尖部局限性有响性水泡音常提示肺结核;局限性肺下部湿啰音常见于支气管扩张、慢性支气管炎等。
2. 实验室及器械检查 痰菌检查、X线胸片。有指征者做X线体层摄片、支气管造影,血清、生化、支气管纤维镜等检查视情况而定。

细目七 咯血

一、概念

1. 定义 喉以下的呼吸器官出血,经咳嗽动作从口腔排出称咯血。
2. 咯血和呕血的区别 咯血和呕血的区别见表 1-1。

表 1-1 咯血和呕血的区别

鉴别项目	咯血	呕血
病史	肺结核、支气管扩张、肺癌、心脏病等	消化道溃疡、肝硬化等
出血前症状	咽痒、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
血的颜色	鲜红	棕色和暗红色有时呈鲜红色
血的混合物	泡沫、痰	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
柏油样便	无(如咽下血液时有)	有
出血后痰的性状	痰中带血	无痰

3. 窒息的表现 窒息是咯血最严重的并发症。窒息时,患者表情恐怖或精神呆滞,喉头作响,随即呼吸浅速甚或骤停,一侧或双侧呼吸音消失,全身皮肤发绀,瞪眼张口,双手乱抓,大汗淋漓,神志不清等。

4. 咯血严重程度估计

- (1) 少量咯血:每日十数口至 100~200 ml。
- (2) 中量咯血:200~500 ml。
- (3) 大量咯血:>500 ml。

二、病因

1. 支气管疾病 常见于支气管扩张、慢性支气管炎、支气管内膜结核、支气管肺癌等。
2. 肺部疾病 常见于有肺结核、肺炎、肺脓肿等。

3. 心血管疾病 较常见的二尖瓣狭窄。

4. 其他全身性疾病 血液系统疾病,如白血病、血小板减少性紫癜;急性传染病,如肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热等。

三、问诊要点

1. 病史 了解心肺病史,血液系统疾病史,结核病接触史等。

2. 咯血量及其性状

(1) 大量咯血:空洞型肺结核、支气管扩张、肺脓肿和风湿性二尖瓣狭窄。

(2) 痰中带血:多见于浸润型肺结核、急慢性支气管炎等。

(3) 血与痰相混者:多见于肺炎。

(4) 粉红色泡沫痰:急性左心衰、肺水肿。

3. 咯血的伴随症状

(1) 发热:见于肺结核、肺炎、肺脓肿、肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热。

(2) 胸痛:见于肺炎球菌性肺炎、肺梗死、肺结核、支气管肺癌等。

(3) 呛咳:见于支气管癌、肺炎、支原体肺炎等。

(4) 皮肤黏膜出血:见于钩端螺旋体病、流行性出血热、血液病、结缔组织病等。

(5) 黄疸:见于钩端螺旋体病、肺炎球菌性肺炎、肺梗死等。

(6) 进行性消瘦:见于活动性肺结核与支气管肺癌。

细目八 黄疸

一、概念

1. 黄疸 由于胆红素代谢障碍致血中胆红素浓度增高,渗入组织,使巩膜、黏膜和皮肤等发生黄染。

2. 隐性黄疸 当血清胆红素浓度增高在 $17.1 \sim 34.2 \mu\text{mol/L}$ 之间,临床上尚未出现黄疸者。

3. 显性黄疸 血清胆红素浓度超过 $34.2 \mu\text{mol/L}$,临床上出现黄疸者。

二、黄疸的病因、临床表现、实验室检查特点

(一) 溶血性黄疸

由于大量红细胞破坏,致使非结合胆红素生成增多,超过了肝脏的处理能力,导致非结合胆红素在血中滞留而出现的黄疸。

1. 病因 先天性或后天获得性及非免疫性溶血性贫血。如珠蛋白生成障碍性贫血、蚕豆病、自身免疫性溶血性贫血、败血症、毒蕈中毒、阵发性睡眠性血红蛋白尿等。

2. 临床表现 急性溶血表现为寒战、高热、头痛、呕吐等;常有血红蛋白尿,严重病例可发生急性肾功能不全;慢性溶血常有脾肿大与不同程度的贫血。