

医学生复习考试指导丛书

总主编

钟世镇院士
陈宜章院士
王正国院士
樊代明院士

内科学

复习考试指导

■主编 贾满盈 方国存 李兆申

NEIKEXUE FUXI KAOSHI ZHIDAO

- 医学生的良师益友
- 执业医师考试的应备丛书
- 职称晋升考试的得力帮手



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

· 医学生复习考试指导丛书 ·

内科学复习考试指导

NEIKEXUE FUXI KAOSHI ZHIDAO

主 编 贾满盈 方国存 李兆申

副主编 蔡绍曦 曾志嵘 范群铭

吴莪如 丁 杰

编 者(以姓氏笔画排序)

丁 杰 丁继军 王汉民 王秀芬

方国存 孙 竞 李兆申 吴莪如

杨 敏 邹大进 陈 卫 张南雁

范群铭 贾满盈 高 方 曾志嵘

蔡绍曦

主 审 宣文兰



人民军医出版社

Peoples Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

内科学复习考试指导/贾满盈,方国存,李兆申主编. —北京:人民军医出版社,2004.1

(医学生复习考试指导丛书)

ISBN 7-80194-029-6

I. 内… II. ①贾…②方…③李… III. 内科学—医学院校—教学参考资料 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 078872 号

主 编:贾满盈等

出 版 人:齐学进

策划编辑:杨磊石

责任审读:李 晨

版式设计:赫英华

封面设计:吴朝洪

出版发行:人民军医出版社

地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号,邮编:100842,电话:(010)66882586、66882585、51927258

传真:(010)68222916,网址:www.pmmp.com.cn

印 刷:北京天宇星印刷厂

装 订:桃园装订厂

版 次:2004 年 1 月第 1 版,2004 年 1 月第 1 次印刷

开 本:710mm×1010mm 1/16

印 张:26.75

字 数:484 千字

印 数:0001~6000

定 价:36.00 元

(凡属质量问题请与本社联系,电话:(010)51927289、51927290)

《医学生复习考试指导丛书》

编审委员会名单

总主审	郑木明	黄伟灿	洪先本	陈胜秋
总主编	钟世镇	陈宜章	王正国	樊代明
副总主编	周增桓	文民刚	刘振全	徐晓璐
	王亮军	高京生	马飞	殷进功
编委	赵为民	徐建军	杨军	曾志嵘
	沈胜娟	曹洪欣	牛强	秦宇彤
	尹维宏	王东光		

内 容 提 要

本书为医学生复习考试指导丛书之一。以《内科学》教学大纲、规范教材和国家执业医师考试大纲为依据,结合四所军医大学已开展7年的《医学通用题库》研究成果,按复习提要、试题、参考答案、难题解析分类编排。复习重点明确,试题形式与内容实用,参考答案准确,难题解析简明,对医学生复习考试《内科学》,并在毕业后顺利通过国家执业医师考试,具有重要指导作用。

读者对象:高等医学院校学生,准备参加国家执业医师考试和技术职称晋升考试者,内科医生。

责任编辑 杨磊石

前 言

21 世纪已步入知识经济时代,人类正面临知识的革命、创新的革命、学习的革命。现代科学的迅猛发展和高新技术在医学中的广泛应用,推动着医学科技以前所未有的惊人速度向前发展,极大地加速了知识的积累和更新。面对浩如烟海的知识,学会学习是现代医学生必须具备的基本素质。引导医学生掌握高效率的学习方法,为医学生营造提高学习效率的环境和条件,是现代医学教育工作者的职责和重要任务。

为了更好地顺应医学教育发展与改革的需要,指导医学生高效率地复习所学课程,圆满完成在校学习任务,并顺利通过国家执业医师考试,中国人民解放军四所军医大学结合已经开展了 7 年的《医学通用题库》研究,联合编写了这套《医学生复习考试指导丛书》。

本套丛书涵盖了大学本科临床医学专业的各门课程,拟分期分批陆续出版。编写时均以教学大纲、规范教材和国家执业医师考试大纲为依据,按复习提要、试题、参考答案、难题解析分类编排,力求做到重点明确、试题实用、答案正确、解析简明,对医学生复习考试各门课程确实起到帮助指导作用。

为保证编写质量,各校均由训练部牵头组织,指派教学经验丰富、写作能力强的一线教学人员参加编写工作,并多次召开编写会议,统一思想认识和编写要求;初稿写出后,又经过各分册主编复审和训练部组织专家终审两个程序,从总体上保证了书稿的质量。这套丛书的出版,是四所军医大学团结协作、共同努力的结果,是全体参编专家教授辛勤劳动的结晶。但由于丛书规模宏大,参编人员众多,编写时间仓促,如果存在错漏、不当之处,欢迎同行专家和广大读者批评指正。

《医学生复习考试指导丛书》

编审委员会

2003 年 8 月

编写说明

本书按照《内科学》(第五版)各系统疾病章节顺序,分四个部分,即“复习要点”、“试题”、“参考答案”和“难题解析”编排。本书收录的题型有选择题,包括 A 型题(A1 和 A2)、B 型题(B1 型)、X 型题及 PMP 型题,填空题,判断题,问答题和名词解释,以选择题为主。在每章后面附有参考答案;对部分难题,在各章参考答案的后面,备有难题解析,供参考。现将选择题说明如下:

[A 型题]

A 型题又称最佳选择题,有 A1~A4 多种类型,本书只收录 A1, A2 两种类型,而且 A1 与 A2 混合编排,每题有 5 个备选答案,其中 A1 型题只有 1 个肯定的答案,而 A2 型题只有 1 个否定的答案。

A1 型题例

临床上作为左室后负荷的最可能指标是:

- A. 左室舒张末压
- B. 左室收缩末压
- C. 主动脉顺应性
- D. 周围血管阻力
- E. 动脉内容量

答案:D

A2 型题例

预激综合征合并快速房颤时,使用下列哪种药物是错误的:

- A. 毛花苷丙(西地兰)
- B. 利多卡因

- C. 奎尼丁
 - D. 普鲁卡因酰胺
 - E. 胺碘酮(乙胺碘呋酮)
- 答案:A

[B 型题]

B 型题为配伍题,有 B1 型和 B2 型(扩展型),本书只收录 B1 型题。每道题一般有 5 个备选答案,备选答案后有 2 个以上的问题,每个问题要选择 1 个正确答案,但每个备选答案可不选或选用几次。

例:A. β 受体阻滞剂

- B. 利尿剂
- C. 血管紧张素转换酶抑制剂
- D. 钙拮抗剂
- E. 强心剂

1. 高血压病 2 级患者,心率常在 110 次/min 左右,血浆肾素活性增高,最适宜用:

答案:A

2. 高血压病患者,有高脂血症和高尿酸血症,血浆肾素活性降低,最适宜用:

答案:D

[X 型题]

为多项选择题。同样,每道题有 5 个备选答案,答案一般 2 个以上或全部。

例:左心衰竭的临床表现有哪些:

- A. 颈静脉怒张
- B. 阵发性夜间呼吸困难

- C. 肝大
 - D. 心尖部舒张早期奔马律
 - E. 双下肢水肿
- 答案: B, D

[PMP 型题]

为处理临床问题的一组试题,每组题有 1 个总题干,即简要病史,然后按顺序分阶段提出与临床诊断有关的问题。考试时要严格按顺序做题,不能返回(电子计算机考试时)。答案有必须做的项目,以(+)表示;有禁忌做的,以(-)表示;还有一种是可做可不做的,以(0)表示。除选(0)不加分不扣分外,(+)与(-)选错了均应扣分。题首的 A, B, C 等字母为病人代号。

例:男, 52 岁, 头痛、头晕反复发作 10 年, 外院曾诊为高血压病, 用三精司乐平、地奥心血康等治疗, 效果欠佳。入院前 2 小时因情绪激动, 突然晕倒(被人扶住), 视物旋转, 伴恶心、呕吐(非喷射性)、心悸。

A₁ 体检应重点注意哪些:

- (1) 脉搏
- (2) 呼吸
- (3) 血压
- (4) 体温
- (5) 神志
- (6) 浅表淋巴结
- (7) 头部有无外伤
- (8) 瞳孔
- (9) 肺部
- (10) 心脏
- (11) 腹部
- (12) 神经系统

A₂ 体检: 体温 36.5℃, 脉搏 70

次/min, 呼吸 18 次/min, 血压 180/110mmHg, 神清、合作; 心率 70 次/min, 律齐, A₂ > P₂。应做哪些必要的检查:

- (1) 血常规
- (2) 尿常规
- (3) 粪便常规
- (4) 血糖、血脂
- (5) 肝功
- (6) 肾功
- (7) 心肌酶谱
- (8) 心电图
- (9) 脑电图
- (10) 头部 CT
- (11) X 线胸片
- (12) 眼底检查

A₃ 检查结果: 尿透明管型 0~1/HP, 血清尿素氮 4.2mmol/L, 肌酐 96μmol/L, 空腹血糖 5.8mmol/L, 胆固醇 6.2mmol/L; 心电图示 Rv₅ 2.7mV, ST 段 V₄~V₅ 下移 0.1mV; X 线胸片见主动脉弓迂曲延长, 左心室增大; 眼底呈 Keith-Wagener II 级表现; 头部 CT 未见异常。本例诊断是:

- (1) 原发性高血压 1 级
- (2) 原发性高血压 2 级
- (3) 原发性高血压 3 级
- (4) 慢性肾炎
- (5) 恶性高血压
- (6) 高血压危象
- (7) 高血压脑病
- (8) 高血压性心脏病
- (9) 慢性肾衰竭
- (10) 高脂血症
- (11) 糖尿病(2 型)

(12)冠状动脉粥样硬化性心脏病

答案:

A₄ 治疗宜选择:

	A ₁	A ₂	A ₃	A ₄
(1)利尿剂	(1)+	(1)0	(1)-	(1)-
(2) β 受体阻滞剂	(2)+	(2)+	(2)-	(2)-
(3)钙通道阻滞剂	(3)+	(3)-	(3)+	(3)-
(4)使用血管紧张素转换酶抑制剂	(4)0	(4)+	(4)-	(4)-
(5) α_1 受体阻滞剂	(5)+	(5)0	(5)-	(5)+
(6)甲基多巴	(6)-	(6)+	(6)-	(6)0
(7)阿司匹林	(7)0	(7)0	(7)-	(7)0
(8)戒烟酒	(8)+	(8)+	(8)+	(8)+
(9)卧床休息	(9)0	(9)0	(9)-	(9)+
(10)适量运动	(10)+	(10)+	(10)+	(10)+
(11)减轻体重	(11)+	(11)+	(11)-	(11)+
(12)低盐饮食	(12)+	(12)+	(12)0	(12)+

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
复习要点	(1)
试题	(14)
参考答案	(79)
难题解析	(84)
第二章 心血管系统疾病	(86)
复习要点	(86)
试题	(95)
参考答案	(158)
难题解析	(164)
第三章 消化系统疾病	(166)
复习要点	(166)
试题	(172)
参考答案	(233)
难题解析	(239)
第四章 泌尿系统疾病	(242)
复习要点	(242)
试题	(248)
参考答案	(282)
难题解析	(285)
第五章 血液系统疾病	(286)
复习要点	(286)
试题	(291)
参考答案	(339)
难题解析	(344)
第六章 内分泌系统及代谢疾病	(347)
复习要点	(347)
试题	(352)
参考答案	(389)
难题解析	(393)
第七章 结缔组织病和风湿病	(394)

复习要点·····	(394)
试题·····	(395)
参考答案·····	(399)
难题解析·····	(400)
第八章 理化因素所致疾病 ·····	(401)
复习要点·····	(401)
试题·····	(402)
参考答案·····	(413)
难题解析·····	(414)

第一章 呼吸系统疾病

复习要点

一、急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎

(一)急性上呼吸道感染

1. 流行病学 ①无明显季节性,以冬春季节多发;②散发性;③感染后获得的免疫力弱,短暂,无交叉免疫。

2. 病因和发病机制 ①病毒感染占70%~80%;②细菌感染可为直接或继发于病毒感染之后。

3. 临床表现 普通感冒、病毒性咽炎和喉炎、疱疹性咽峡炎、咽结膜炎、细菌性咽-扁桃体炎的临床表现。

4. 并发症 急性鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎,部分患者可继发风湿病、肾小球肾炎、心肌炎等。

5. 鉴别诊断 本病须与过敏性鼻炎、流行性感冒、传染性非典型肺炎等相鉴别。

6. 治疗 对症治疗,并发细菌感染时需选用敏感的抗菌药物。

(二)急性气管-支气管炎

1. 病因和发病机制 感染、物理化学因素、过敏反应。

2. 临床表现 起病较急,常先有

急性上呼吸道感染症状,呼吸音正常,可有多变性干、湿啰音。

3. 实验室和其他辅助检查 细菌感染重时血白细胞可增高,胸片正常或肺纹理增粗。

4. 诊断和鉴别诊断 须与流行性感冒、急性上呼吸道感染、支气管炎、传染性非典型肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等鉴别。

5. 治疗

(1)一般治疗:休息,保暖,多饮水,予足够的热量。

(2)抗菌药物治疗:可经验性选择或针对明确的病原体选用大环内酯类、青霉素类、氟喹诺酮类,第一、二代头孢菌素类。

(3)对症治疗:镇咳、祛痰、平喘。

二、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和肺源性心脏病

(一)慢性支气管炎

1. 病因和发病机制 病因复杂,与大气污染、吸烟、感染、过敏因素及与机体内在因素有关,如①自主神经功能失调,交感神经功能亢进,气道反

应性增高;②呼吸道防御功能下降;③营养因素;④遗传等。

2. 病理 要求了解早期至晚期及电镜下的病理改变。

3. 病理生理 ①早期,大气道功能正常,小气道功能异常;②随病情加重,常规通气功能检查有不同程度的异常,但缓解期可恢复正常;③晚期,发展为不可逆性气道阻塞。

4. 临床表现 以咳、痰、喘反复发作的慢性过程为特征的症状及体征,注意临床分型和临床分期。

5. 实验室和其他检查

(1)胸片:无异常,或纹理增粗、紊乱,呈网状或条索状、斑点状阴影,以下肺明显。

(2)呼吸功能检查:①小气道阻力增加,闭合容量增加;②病情发展为阻塞性通气功能障碍,第一秒用力呼气量(FEV_1)减少,第一秒用力呼气量占肺活量比值减少($FEV_1/FVC < 70\%$),最大通气量减少($MMV < 80\%$),最大流量-容积曲线降低。

(3)血液、痰液检查:急性发作期或继发感染时,血白细胞计数和中性粒细胞增多。痰液涂片和培养可用于指导临床的抗感染治疗。

6. 诊断 ①咳嗽、咳痰或伴喘息,每年发病持续3个月,连续2年或以上,并排除其他心肺疾患;②每年发病不足3个月,但有明确的客观检查依据。

7. 治疗 ①急性发作期:控制感染,祛痰镇咳,解痉平喘,气雾疗法;②缓解期:加强锻炼,增强体质,提高免疫力。

(二)阻塞性肺气肿

1. 病因和发病机制 引起慢性支气管炎的各种因素均可引起。机制:①支气管慢性炎症致管腔狭窄,形成不完全阻塞;②慢性炎症致小支气管壁软骨破坏,失去支架作用;③蛋白分解酶增加,损害肺组织和肺泡壁;④毛细血管受压,肺组织血供减少,肺泡壁弹性减退;⑤弹性蛋白及其抑制因子失衡学说。

2. 病理 注意小叶中央型、全小叶型及混合型的病理改变。

3. 病理生理 肺通气功能障碍和换气功能障碍。

4. 临床表现 ①慢性支气管炎症状和逐渐加重的呼吸困难,由活动后出现发展到静息状态时的呼吸困难,严重时出现呼吸衰竭的症状;②阻塞性肺气肿体征。

5. 实验室和其他检查 ①胸片:胸廓扩张,活动度减弱,膈低平,两肺透亮度增加等表现;②心电图可有低电压;③呼吸功能检查:通气功能障碍,第一秒用力呼气量占用力肺活量比值($FEV_1/FVC\% < 60\%$),最大通气量($MMV < 80\%$),残气量占肺总量的百分比($RV/TLC > 40\%$)有诊断意义;④动脉血气分析:严重可合并呼吸衰竭、呼吸性酸中毒;⑤血液和痰液分析等。

6. 并发症 自发性气胸、肺部急性感染、慢性肺源性心脏病。

7. 诊断分型 ①气肿型(红肿型、PP型、A型);②支气管炎型(紫肿型、BB型、B型);③混合型。

8. 治疗



(1)舒张支气管药物,如抗胆碱药、茶碱类、肾上腺受体激动剂。

(2)急性发作使用抗菌药物,根据病原菌或经验治疗选择。

(3)呼吸肌功能锻炼,如缩唇呼吸,腹式呼吸锻炼膈肌功能。

(4)家庭氧疗,1~2L/min,10~15 h/d。

(5)康复治疗。

(6)手术治疗。

(三)肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病

1. 流行病学

2. 病因 ①支气管-肺疾病:80%~90%由慢性支气管炎并发阻塞性肺气肿引起;②胸廓运动障碍性疾病;③肺血管疾病;④其他,如原发性肺泡通气不足、睡眠呼吸暂停综合征。

3. 发病机制和病理

(1)肺动脉高压的形成:①缺氧、高碳酸血症、呼吸性酸中毒为引起肺血管阻力增加的功能性因素;②肺小动脉炎症致管腔狭窄、纤维化,肺泡内压增高压迫肺泡毛细血管,以及肺泡壁的破坏致肺泡毛细血管床减少,成为肺血管阻力增加的解剖性因素;③血容量增多和血液黏稠度增加。

(2)心脏病变和心力衰竭:①右心病变(肺动脉高压);②左心病变(心肌缺氧、毒素损伤、水电酸碱失衡)。

(3)其他重要器官的损害:如脑、肝、肾、胃肠的功能损害。

4. 临床表现

(1)肺、心功能代偿期(包括缓解期):主要是慢性阻塞性肺气肿的表现。

(2)肺、心功能失代偿期:慢性呼吸衰竭为主,有或无右心衰竭。

5. 实验室和其他检查

(1)胸片:①基础肺疾病特征;②急性肺部感染特征;③肺动脉高压的表现。

(2)心电图检查:主要为右心室肥大的改变。

(3)心电向量图:右心房、右心室肥大。

(4)超声心动图:有右心室流出道、右室内径扩大,右心室肥厚,右肺动脉内径或肺动脉干及右心房肥大等。

(5)肺阻抗血流图及其微分图检查:肺阻抗血流图的波幅及其微分波值降低,Q-B时间延长,B-Y时间缩短,Q-B/B-Y增大。

(6)血气分析、血液检查、肺功能检查等。

6. 鉴别诊断 应与冠状动脉粥样硬化性心脏病、风湿性心脏病、原发性心肌病鉴别。

7. 治疗

(1)急性加重期:积极控制感染,通畅气道,改善呼吸功能,纠正缺氧和二氧化碳潴留,控制呼吸衰竭和心力衰竭,控制心律失常。加强护理工作。

(2)缓解期:增强免疫功能,去除诱发因素,减少或避免急性加重期的发生。

(3)营养疗法:保证热量及蛋白质等的供应。

8. 并发症 主要有肺性脑病、酸碱失衡及电解质紊乱、心律失常、休克、消化道出血及弥散性血管内凝血

(DIC)等。

9. 预后 预后不良,死亡率10%~15%

10. 预防 戒烟,防治原发病的诱发因素,开展群众性体育活动和卫生宣教。

急性肺源性心脏病

1. 病因 常见于严重的肺动脉栓塞。

2. 发病机制和病理 肺小动脉痉挛,肺循环横断面积阻塞,导致肺动脉压急升,右心室排血受阻,右心室扩张与右心室衰竭,同时可影响左心功能。

3. 临床表现 ①突发呼吸困难、胸闷、心悸、窒息感,剧烈咳嗽、咯血,胸痛,严重时烦躁、焦虑、出冷汗等;②发绀,肺大块梗死区叩诊浊音、呼吸音减弱,可有胸膜摩擦音和胸腔积液征;③ P_2 亢进,并有收缩期和舒张早期杂音,三尖瓣区收缩期杂音和舒张期奔马律,心律失常;④右心衰竭的表现。

4. 实验室和其他检查 ①血白细胞常变化不大;②心电图和心电向量图检查;③胸片;④CT及放射性核素肺灌注扫描。

5. 诊断 ①突发胸痛,与体征不相称的呼吸困难、发绀、休克;②长期卧床,手术或分娩以后及心力衰竭患者;③肺动脉高压体征;④心电图;⑤心电向量图;⑥胸片;⑦CT及放射性核素肺灌注扫描检查和选择性肺动脉造影可以确诊栓塞的部位和范围。

6. 治疗

(1)一般治疗:卧床休息,吸氧,吗

啡止痛,纠正休克,补充血容量。

(2)溶栓治疗:注意适应证及基本方法。

(3)抗凝治疗。

(4)手术治疗。

7. 预防 积极防治静脉血栓形成或血栓性静脉炎。

三、支气管哮喘

1. 流行病学 患病率1%~13%。儿童发病率高于成人,男女相同,40%有家族史。

2. 病因和发病机制 病因不明。发病机制与变态反应、气道炎症、气道反应性增高及神经因素等有关。

3. 病理 ①肉眼见肺膨胀及肺气肿,支气管及细支气管内含有黏稠痰液及黏液栓,支气管壁增厚,黏膜肿胀;②气道上皮下肥大细胞、肺泡巨噬细胞、嗜酸性粒细胞、淋巴细胞、中性粒细胞浸润;③气道黏膜下组织水肿,微血管通透性增加,支气管平滑肌痉挛,成为支气管哮喘典型的病理改变。

4. 临床表现

(1)症状:有反复发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难,或发作性胸闷和咳嗽等表现。

(2)体检:广泛哮鸣音,呼气音延长,严重者可有心率快、奇脉、胸腹反常运动、发绀等。

(3)实验室和其他检查:①血液嗜酸性粒细胞可增高;②痰液涂片可见较多嗜酸性粒细胞及其退化形成的结晶体、黏液栓、哮喘珠;③呼吸功能检查:发作时呼气流速的全部指标显著下降,缓解期可恢复正常;④动脉血气

分析:可见缺氧、呼吸性碱中毒或酸中毒;⑤胸片早期为过度通气,合并感染者可见感染表现;⑥特异性变应原检测。

5. 诊断、分期、分度及评价 依据临床表现、肺功能以及为控制症状所需用药进行评价。

6. 鉴别诊断 心源性哮喘、慢性喘息型支气管炎、支气管肺癌、变态反应性肺浸润。

7. 并发症 气胸、纵隔气肿、肺不张,长期反复发作和感染可并发慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、间质性肺炎、肺纤维化和肺源性心脏病。

8. 治疗

(1)脱离变应原。

(2)药物治疗:①支气管舒张药, β_2 肾上腺素受体激动剂(首选)、茶碱类、抗胆碱药;②抗炎药,糖皮质激素、色苷酸钠;③其他药物,白三烯调节剂等。

(3)急性发作期的治疗:尽快缓解气道阻塞,纠正低氧血症,恢复肺功能,预防进一步恶化或再发作,防治并发症。

(4)哮喘非急性发作期的治疗:制定哮喘的长期治疗方案,防止哮喘再次急性发作。

9. 哮喘的教育与管理 是提高疗效、减少复发、提高患者生活质量的重要措施。

10. 预后 与正确的治疗方案关系重大。

四、支气管扩张

1. 病因和发病机制 ①支气管-

肺组织感染和支气管阻塞;②支气管先天性发育缺损和遗传因素;③机体免疫功能失调。

2. 病理 ①多见于肺下叶,尤左下叶、左舌叶;②分为柱状和囊状扩张。

3. 病理生理 阻塞性通气功能障碍,通气-血流比例失调,肺泡弥散功能障碍。

4. 临床表现 ①慢性咳嗽,大量脓痰(与体位变动有关,静置分层),反复咯血;②病变部位固定持久的较粗湿啰音;③胸片:粗乱肺纹理中有多个不规则的蜂窝状透亮阴影或沿支气管的卷发状阴影,感染时阴影内可出现液平;④胸部CT:管壁增厚的柱状扩张或成串成簇的囊样改变。

5. 鉴别诊断 与慢性支气管炎、肺脓肿、肺结核、先天性肺囊肿、弥漫性泛细支气管炎鉴别。

6. 治疗 防治呼吸道反复感染,保持呼吸道引流通畅。

(1)保持呼吸道引流通畅:①祛痰剂;②支气管扩张剂;③经体位引流或支气管镜吸痰。

(2)控制感染:根据经验治疗或根据痰培养及药敏试验结果选择抗生素。

(3)手术治疗。

(4)咯血的处理。

7. 预防 防治呼吸道感染,增强机体免疫功能,防止异物误吸。

五、呼吸衰竭

(一)慢性呼吸衰竭

1. 病因 支气管肺疾病常见。

2. 发病机制和病理生理 注意缺氧和二氧化碳潴留的发病机制;缺氧和二氧化碳潴留对机体的影响。

3. 临床表现 呼吸困难、发绀、精神神经症状,循环系统、消化和泌尿系统症状。

4. 诊断 主要参考血气分析。

5. 治疗 原则:保持呼吸道通畅,改善通气和氧合功能,纠正缺氧和二氧化碳潴留及代谢功能紊乱,防治多器官功能损害,为基础疾病和诱发因素的治疗争取时间和创造条件。注意具体治疗措施。

(二)急性呼吸衰竭

1. 定义 原呼吸功能正常,因各种迅速发展的病变,在短时间内引起严重气体交换障碍,产生缺氧或合并二氧化碳潴留。

2. 治疗 保持呼吸道通畅,改善与维持通气;高浓度给氧。

(三)急性呼吸窘迫综合征(ARDS)

1. 定义

2. 病因和发病机制

(1)病因不明,导致 ARDS 的危险因素有严重休克、严重感染、严重创伤、弥散性血管内凝血(DIC)、吸入刺激性气体或胃内容物、溺水、大量输血、急性胰腺炎、药物或麻醉品中毒、骨折时脂肪栓塞、氧中毒等。

(2)发病机制不明,与基础疾病的直接损伤有关,更重要的是炎症细胞及其释放的介质和细胞因子的作用,导致肺的氧合功能障碍和顽固性低氧血症。

3. 病理 主要病理改变为肺广泛性充血、水肿和肺泡内透明膜形成。

分为渗出期、增生期、纤维化期三个阶段。

4. 病理生理 弥散障碍和肺内分流,造成严重的低氧血症和呼吸窘迫。

5. 临床表现 ①原发病的表现;②突发性进行性呼吸窘迫的表现,注意其特点。

6. 实验室及其他检查

(1)胸片:肺水肿的特点,快速多变,与病变严重程度相关较差。

(2)动脉血气分析:氧合指数($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) $<300\text{mmHg}$ 。

(3)床旁肺功能监测:顺应性降低,死腔通气量比例增加。

(4)血流动力学监测:用于与左心衰竭鉴别。

7. 诊断及鉴别诊断 需与大片肺不张、自发性气胸、上气道阻塞、急性肺栓塞和心源性肺水肿鉴别。

8. 治疗

(1)氧疗:高浓度给氧。

(2)机械通气:①PEEP 或 CPAP 的使用;②肺保护性通气;③其他通气模式。

(3)维持适当的液体平衡。

(4)积极治疗基础疾病。

六、肺炎

1. 病因分类 以感染为最常见,还可由理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。

2. 解剖分类 分为大叶性肺炎、小叶性肺炎和间质性肺炎。

(一)肺炎球菌肺炎

1. 定义