

中级医刊临床检验杂志 问题解答选辑

第三輯



人民卫生出版社

《中級医刊》《临床檢驗杂志》

問題解答选輯

第 三 輯

人 民 卫 生 出 版 社

一九六五年·北京

內 容 提 要

此书是在原《中級医刊、临床檢驗杂志問題解答选輯》基础上經過全面修訂，加入了部分新写的解答題并收录了近年来中华医学杂志問題解答的一部分編輯而成的。

本輯是三輯中的第三輯，共包括基础医学理論、藥物药理、化驗技术及輸血等項的三百多个問題。其中絕大部分都是有关专业的中級医务工作者在实际工作中遇到的疑難問題，解答都較具体透彻，文字深入浅出。因此本书适为有关专业的广大中級医务人员及一般临床工作者在工作和学习中的一本良好参考书。

中級医刊临床檢驗杂志問題解答选輯

第 三 輯

开本：787×1092/32 印張：9 $\frac{15}{16}$ 字数：197千字

人 民 卫 生 出 版 社 編 輯 出 版

(北京書刊出版業營業許可証出字第〇四六號)

• 北京崇文區錢子胡同三十六號 •

五 三 五 工 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行 • 各地新华书店經售

統一書号：14048·3072

1965年2月第1版—第1次印刷

定价：(科六) 0.90 元

印 数：1—65,000

出版者的話

原《中級医刊、臨床檢驗杂志問題解答选輯》第1—3輯，自出版以來受到廣大讀者的歡迎。這是因為，选輯中所闡述的內容，對於解決一般醫務人員特別是廣大中級醫務幹部在實際臨床工作中經常遇到的問題，有一定參考價值。但是，原选輯自初版至今已有5~6年之久，有些內容顯然有些陳舊，已不能滿足實際工作的需要。因此，我社請原中級医刊的編委會主任委員翁心植醫師，組織北京中蘇友誼醫院的李維藩醫師、朱鏞連醫師以及唐淑芝醫師對原《中級医刊、臨床檢驗杂志問題解答选輯》作了全面修訂，本書即為修訂後的版本。修訂本中大部分解答題仍是利用舊版進行修改增刪而成，小部分解答題則完全是新增加的。新增部分包括上面幾位醫師及中蘇友誼醫院的陳佩琴、應麗雲、王奇洛等醫師撰寫的，以及乘修訂之便收錄近年來中華醫學杂志上的部分解答題。

為了便於讀者根據各專業的需要來選閱，這次再版，特將性質相近的科目編為一輯。第一輯包括內科、兒科、公共衛生及理療，第二輯包括外科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮膚性病科及針灸，第三輯包括基礎醫學理論、藥物藥理、化驗技術及輸血問題。

本选輯在修訂過程中，雖作了許多努力以冀滿足廣大讀者的需要，但因修訂倉促，對個別舊的解答未能作較大更動，故其內容或有略為陳舊之感及其他不妥之處，希望讀者提出寶貴意見，以便再版時改正。

人民衛生出版社

一九六四年八月

基础医学理论

1. 条件反射的意义为何?	1
2. 什么叫做思维?	2
3. 条件刺激强弱以什么为标准?	3
4. 强或弱的新异动因对阴性或阳性条件反射的作用如何?	4
5. 什么叫“掩蔽”现象?	4
6. 反射和反应有何区别?	5
7. 什么叫痕迹反射?	5
8. 痕迹条件反射、延缓条件反射、时间条件反射之间的区别为何?	6
9. 什么叫二级和三级条件反射? 它是如何形成的?	7
10. 第三级条件反射为什么只能建立在防御反射基础上, 而不能建立在条件反射基础上?	8
11. 延缓反射的形成和延缓抑制形成的结果相同, 为什么会各有本质上的区别? 为什么没有滞后抑制和痕迹抑制?	8
12. 假使条件反射的神经联系不是永久的, 那么动物对环境的适应是否就能变为迟钝?	10
13. 在大脑内兴奋过程微弱, 则发生扩延, 中等度则形成集中, 很强时则又发生扩延, 其原因何在? 如何演变的?	10
14. 在巴甫洛夫学说里所指的大脑皮质是否大脑半球的皮层?	10
15. 什么叫位相状态、逆理相和违拗反应?	11
16. 夜间多梦是不是病理现象? 对身体有何影响? 怎样治疗?	12
17. 神经过程扩散的区域大小是根据什么决定的?	12
18. 同时诱导和继时诱导如何区别?	13
19. 睡眠的移行相如何变化?	14
20. 每于晚间临睡前或睡时, 偶尔发生意识明了, 但不能言语、肢体不能动等现象, 以巴甫洛夫学说如何解释?	15
21. 有人在大脑皮层活动对于皮层下中枢的影响中说: “人类或狗在熟睡时由于皮层活动降低而出现皮层下中枢作用的增强……要出现迷走神经紧张性的提高, 心脏活动被抑制, 心跳频率减慢”, 但熟睡时大脑皮层处于抑制状态, 这时皮层下中枢也是在抑制状态, 为什么出现增强呢?	15

22. 睡眠中樞是否存在？	16
23. 为什么說睡眠是抑制扩散的結果？	16
24. 有人說失眠是由于思索一个难题，以致越来越睡不着，这是大脑皮层兴奋所致，当他把問題解决了，即轉入睡眠，这是兴奋减退抑制扩散所致。兴奋性活动的定义是会引起机体或內臟活动的，而思索难题时并未引起机体或內臟活动，这种解釋似有矛盾，应如何解釋？	17
25. 語言是否第二信号系統所独有？有人主張，可能是第二信号系統，也可能是第一信号系統，究竟如何理解？鸚鵡能言語是属于第几信号系統？	18
26. “中樞”是什么？	18
27. 剔除甲状腺或作爱克氏瘻管的狗为什么拒絕食肉？	19
28. 弱小动物在看到猛兽或听到它的声音时便逃去，这种防御反射是否都是曾与猛兽爪牙接触后才形成的？	19
29. 非条件反射在中樞神經系統中有何机轉？	20
30. 食物反射(非条件反射)的代表領是否就是皮层的味觉分析器？	21
31. 为什么說非条件性适应是由皮层下部中樞来完成，而条件性适应是由大脑皮层来完成的？	22
32. 当人熟睡时，如有蚊虫咬在皮肤上，仍可产生搔爬，这是否是一种条件反射？	22
33. 体温中樞是否存在？大脑皮层如何干預着体温的調节过程？	23
34. 为什么人体各部之体温不同？	24
35. 发热的一般发生机制为何？	25
36. 什么是植物性神經及它的作用？植物神經性症状群有哪些？	26
37. 交感神經在心臟是起兴奋作用，而副交感神經起抑制作用，为什么在胃腸道则与此相反？其原因何在？副交感神經与迷走神經在生理作用上有何区别？为什么副交感神經需要迷走神經供給？其原因何在？	29
38. 內臟受自主神經支配为什么有感觉？	30
39. 神經中继性联系(暂时联系)究竟是在何处发生的？	30
40. 神經与肌肉的生理学中所說的电位是什么？	30
41. 什么叫做阳性及負性营养反应	31
42. 一定刺激物作用于感受器为什么会引起机体出現一定的独特反应？	32
43. 什么叫神經-体液性調节？	32
44. 分析器与感受器如何区别？	32
45. 什么是机体的內环境？	33
46. “实用生理学”神經生理一文中，“尼司耳小体的数目不同、大小不同，如人疲劳时和神經受损伤时，这些顆粒就分解消失”，这	

些顆粒是由什么物质組成的？其出現和消失經過怎樣的過程？	33
47. 什么叫机体同化过程？	34
48. 正常人的血量究竟相当于体重多少？	34
49. 关于血細胞体积的問題	35
50. 血流速度有的文献記載与血管橫断面积总合成正比，有的說成反比，哪一种說法对？	35
51. 血內的蛋白质正常时以何种形式存在？病理情况下有何改变？	36
52. 流血時間延長和血液凝固時間正常二者是否有矛盾？	37
53. 什么叫做代償性？	37
54. 什么叫做血清調理素？	38
55. 流体靜压与胶体渗透压如何理解？为什么它們有了改变就能发生水肿？	38
56. 血鈣降低的原因为何？鈣缺乏时手足为什么搖擗？	41
57. 临床上失水的病人为什么会发生强直性痙攣？而且多見于四肢肌肉？还可能发生什么病象？应怎样治疗？	42
58. 关于过敏反应和皮肤試驗	42
59. 細菌毒素是否可引起血压增高？一般高热疾患对血压有无影响？	44
60. 严重貧血病人在临床上为什么体温常增高呢？	45
61. 白細胞核左移、右移有何临床意义？	45
62. 嗜酸性白細胞增多，常見于哪些疾病？	45
63. 何謂“机化”？血栓机化是怎么回事？	46
64. 卡他性炎症与細菌性炎症有何不同？	46
65. 舌苔的产生及不同顏色的原因	47
66. 急性傳染病后发生耳聾的原因何在？	48
67. Havers 氏管发生在什么地方？作用？譯名？	49
68. Schwann 氏細胞是什么？譯名？	49
69. 郎罕氏巨細胞是什么？在何种情況下及何部位存在？	49
70. 何謂巨噬細胞？	50

药 物 药 理

〔抗菌素〕

71. 抗菌作用的定义如何？有的叫植物杀菌素(如大蒜)，而有的却称为抗菌作用(如黃連、金銀花)，化学药物如磺胺类、脾剂为什么不称为抗菌作用？升汞、石炭酸等却叫消毒作用呢？	51
72. 大蒜有几种制剂？怎样調制？各适用于治疗哪些疾病？	53
73. 鏈霉素与青霉素是否可以合并应用？	53
74. 青霉素与四環素类药物合用有无韻抗作用？文献报导二者在試管	

- 中可呈顯抗現象，但我們在临床上將二者合用仍然獲得了療效。……………54
75. 第一次使用小量青霉素，為什麼會使細菌產生抗藥性？青霉素的殺菌作用是直接的或間接的，怎樣才能殺死細菌？……………53
76. 青霉素用多少藥量或多長時間後細菌才會產生抗藥性？……………57
77. 對於青霉素有抗藥性的細菌是否永遠不再對青霉素敏感？……………57
78. 青霉素過期無效究竟失掉了什麼？……………58
79. 青霉素水溶液可保持多久不失效？……………59
80. 普魯卡因青霉素在使用前常常在 38°C 的溫水內浸泡使其溶化，這樣做，青霉素會不會減少其效力？……………59
81. 青霉素能否在夏日放置衣袋內？……………59
82. 油劑青霉素注射後，為什麼在局部結成硬結經久不散？怎樣防止？……………60
83. 由於各種炎症而引起高熱的患者，注射青霉素後往往伴以出汗而退熱，其藥理反應機理何在？……………60
84. 青霉素與 25% 葡萄糖混合靜脈注射是否能引起血栓形成？有無危險？……………61
85. 普魯卡因青霉素在水中不易溶解，但在組織內如何吸收？……………61
86. 青霉素與普魯卡因配合為什麼成結晶？……………62
87. 將青霉素溶解於四拉米藍液內是否可延長其作用時間？……………63
88. 用 1% 普魯卡因溶解青霉素能否延長其作用時間？……………63
89. 在青霉素與普魯卡因配合應用方面目前有哪些不同的見解？……………64
90. 鏈霉素與普魯卡因相混是否有沉淀發生？……………66
91. 青霉素與 10% 磺胺嘧啶溶液合用的效果如何？……………66
92. 再答青霉素與磺胺類藥物合用的問題……………68

〔抗結核藥〕

93. 異烟肼和異烟肼二藥有何異同？結核菌對哪一種藥物最敏感？……………71
94. 圓絲氨酸是治療肺結核的一種新藥，其一般性質及效果如何？……………72
95. 結核菌對異烟肼可產生抗藥性，如與對氨水楊酸合用是否可消除其抗藥性？……………73
96. 對氨水楊酸鈉服用的時間以何時為宜（飯前或飯後）？……………73
97. 服對氨水楊酸後為何要避免酸性食物？……………74
98. 對氨水楊酸(PAS)是否需要與碳酸氫鈉并用？……………74

〔磺 胺〕

99. 內服磺胺類藥物時為什麼不能同時應用封閉療法？普魯卡因與磺胺起什麼作用？……………74
100. 一般書上記載，琥珀磺胺嘧啶(SS 或 SX)第一次用量為 10 克，以

- 后每六小时服 5 克，有人只在第一次用 2 克，以后 1 克是否有效？75
101. 磺胺嘧啶与磺胺噻唑合用为什么疗效转强而毒性减少？此两药单独应用皆有毒性，若合用岂不是毒性更强吗？75
102. 服磺胺类药物时服用碳酸氢钠有恶心、呕吐现象，是否可以用葡萄糖酸钙代替碳酸氢钠，其价值是否相同？76
103. 服用氨基磺胺时不加服重碳酸钠和少饮水对吗？77
104. 在创面上用磺胺类药物撒布和口含磺胺，这与它的药理作用相符合吗？能否起到一定的作用？78
105. 为何于服用磺胺类药物期间应避免曝曬日光？78
106. 磺胺类药物与表飞鸣或胰酶合用的作用如何？79
107. 磺胺剂与阿司匹林能破坏白细胞吗？80
108. 关于磺胺类药物制菌作用的机制问题，有的材料认为对氨基安息香酸的学说不可靠，那么究竟哪种学说才正确呢？80
109. 磺胺类药物的服法能否简化？81
110. 如何预防因服用磺胺类药物而发生的过敏反应？82
111. 服用磺胺类药物时为什么要忌用蛋白质？82
112. 鱼肝油 30%、磺胺 5%、水 65% 混合在一起，并不成乳状，而分层沉淀，这是什么原因？83

〔其 他〕

113. 山道年注射液是否可用于驱虫？83
114. 甘汞与山道年并用起何作用？84
115. 山道年的药理作用如何？84
116. 山道年的服用以何法为优？85
117. 服用山道年后可否以蓖麻油作泻剂？86
118. 蓖麻油的致泻作用如何发生？分解后的甘油是否有滑润作用？剂量如何？86
119. 南瓜子治疗绦虫的药理作用是什么？它含有何种成分？86
120. 在治疗绦虫病时，第一次口服阿的平前服用巴比妥是什么原因？同时每次口服硫酸钠 2 两，用量是否太多？87
121. 3% 甲紫酒精溶液外用其杀菌力甚强，但内服作驱除蛔虫时为什么忌酒？88
122. 奎宁被机体吸收后的作用是什么？各种副作用是怎样发生的？如何处理？88
123. 氯胍(百乐君)有何优缺点？如何克服其缺点？是否可以与奎宁合用？89
124. 用氯胍(百乐君)治疗恶性疟疾时口服给药作用太慢，可否制成水剂作为注射用？90

125. 葡萄糖酸鈣与洋地黄合用有协同作用, 但有人主張在使用大量洋地黄时必须禁用鈣盐, 这样主張是否正确?	90
126. 麻黄素和洋地黄是否可合并应用?	91
127. 注射肝精局部疼痛, 可否加入普魯卡因?	92
128. 有的文献記載应用小剂量嗎啡可促进胃腸蠕動; 也有的文献上說应用嗎啡能使胃腸失去有力之蠕動, 究竟如何?	92
129. 有的药理学上說嗎啡主要抑制中樞神經及兴奋平滑肌, 为何又可抑制腸蠕動呢?	92
130. 嗎啡对胃腸平滑肌及括約肌的药理作用及其引起便秘、臌腸的原因如何?	93
131. 嗎啡作靜脉注射有什么危險?	94
132. 嗎啡与阿托品可否同时应用?	95
133. 蘇酸蛋白与阿片可否配伍应用治疗腹瀉?	95
134. 苯甲酸鈉咖啡因有无止痛作用?	95
135. 咖啡因和溴化物是否禁忌配合?	96
136. 溴化鈣与苯甲酸鈉咖啡因能否混合靜脉注射? 能否治疗神經衰弱病人?	97
137. 有人以巴比妥与安納加合用治疗頑固性头痛, 效果很好, 但此二药按药理上有韻抗作用, 这样使用是否正确?	98
138. 胃蛋白酶与硷性药品伍用为何失效?	99
139. 巴比妥中毒可否用尼可刹米(可拉明)急救?	100
140. 关于苯巴比妥的作用, 有的文献記載作用于皮层下中樞; 亦有的文献記載作用于大脑皮层(并且最可能作用于前額叶的皮层), 何种說法正确?	101
141. 水合氯醛与酒精是否可以混合? 为什么有人说可以, 有人说不可以呢?	101
142. 颠茄叶制剂如何应用?	102
143. 維生素 B ₁ 能否作靜脉注射?	102
144. 維生素 U 是什么? 它可以治疗什么病?	104
145. 注射烟酸为什么突覺面紅头暈?	105
146. 烟酸和烟酰胺的作用是否相同? 如何使用?	106
147. 健胃散是一种硷性药, 而阿司匹林則是一种酸性药, 为什么有人主張混合服用? 能否中和失效?	106
148. 长期服用麻黄素有何危害(对于患者或常接触麻黄素的工作人员)?	107
149. 肾上腺素用为靜脉注射时其作用为何只持續 5 分钟? 而用于皮下注射則为时較长? 为什么多次靜脉注射能引起肺水肿?	107
150. 蜂蜜有何用途? 能否代替凡士林?	108
151. 氧化鋅能否医治盜汗?	108
152. 大剂量的(50 毫升以上)葡萄糖液大腿皮下注入, 超过 5% 以上	

濃度(如20—50%等)注射后会在局部及全身发生什么反应? 反应机理及病理变化如何? 小儿及成人是否相同?	109
153. 感染葡萄球菌时为何忌用葡萄糖静脉注射?	109
154. 锑剂注射后在甲状腺积蓄较多, 是什么缘故?	110
155. 锑剂在治疗过程中发生皮疹或白细胞减少症(2,400/立方毫米), 是不是中毒现象?	110
156. 双氧水为什么会爆炸?	111
157. 白头翁对慢性阿米巴痢疾是否有效? 其药理作用机轉如何? 为什么对心臟衰弱所引起的浮肿有利尿作用? 白头翁既然有止血作用, 为何又能治經閉?	111
158. 匹哌卡因溶液是由哪些药物配成的? 其用量及用法如何?	112
159. 新的口服利尿剂双氢氯噻嗪的药理、剂量及副作用如何?	113
160. 氯噻嗪既是利尿剂, 为什么又有抗利尿作用呢?	113
161. 四氯乙烯的药理作用、吸收、排泄如何?	114
162. 四氯乙烯吸收到体内后, 能产生哪些毒性反应?	114
163. 四氯乙烯与濃茶同时服用对疗效有何影响? 为什么?	115
164. 吐根硷是否可采用静脉注射的方法给药?	115
165. 促肾上腺皮质激素(促皮质素)的剂量, 有时用单位, 有时用毫克, 两者有什么关系?	116
166. 促肾上腺皮质激素及可的松、可的索、杜卡有何区别?	116
167. 去甲肾上腺素的药理作用为何? 与肾上腺素有何不同? 如何应用?	117
168. 肾上腺素可促进脑垂体前叶分泌促肾上腺皮质激素(ACTH), 惟ACTH价昂貴, 可否以廉价的肾上腺素間接得到ACTH效果?	119
169. 麻黄硷可否作靜脉注射用?	119
170. 应用氨茶硷靜脉注射是否可以引起突然死亡? 如可能, 其机轉为何?	120
171. 浮地黃制剂中有无靜脉注射剂? 在何种情况下应用?	120
172. 各种手术用的肌肉松弛剂, 如阿納司汀、司寇林及箭毒等, 其用法及效果如何?	120
173. 盐酸苯海拉明的药理作用如何? 为什么能治疗蕁麻疹?	121
174. 氨基叶酸、6-巯基嘌呤的药理作用及用法怎样? 疗效如何?	122
175. 癌肿新药氮明、癌散、抗癌霉素各有何疗效? 各项疗法的机轉如何?	124
176. 溶肉瘤素、多潘、恩比兴、秋水仙胺, 是什么药?	124
177. 苯巴比妥鈉是否能靜脉注射? 其机轉如何? 如靜脉注射有何危險? 中毒后如何处理?	125
178. 为什么磺胺类药物与維生素B ₁ 要合用? 磺胺噻唑鈉是否可以与盐酸磺胺同时混合注射?	126

179. 烟酸、烟酰胺、烟硷等是否为一物质?有何不同?	127
180. 在人体内维生素 D 与钙有何密切关系?	127
181. 硫酸鎂注射則鎮痙, 內服則致瀉, 同一藥物何以作用全異?	128
182. “腦力須”液劑能否伍用三溴合劑?	129
183. 关于麦角胺治疗偏头痛的理由、剂量、用法为何?	129
184. 勃朗氏合剂(Brown's mixture)含有哪些成分?分剂是多少?配 制程序是怎样的?应注意哪些问题?一次量和极量是多少?此合 剂有哪些优点?	130
185. 在儿科常用的止咳糖浆(桔梗、紫苑等)中, 若加入 12% 复方樟 脑酊, 在药理上是否禁忌?	131
186. 氯化鉄与碳酸氢鈉合用的問題?	131
187. 无 α 細胞激素(glucagon-free)是什么?与普通胰島素有什么不 同?	132
188. 氨基苯磺酸为何不能溶于盐酸中?怎样才能使其溶解?	132
189. 怎样使濃酒精溶液作成淡酒精溶液?如要将 95% 酒精作成 75%, 需加多少蒸餾水?	133
190. 六六六杀虫液发生分层現象怎么办?	134

化 驗 技 術

〔臨床檢驗〕

191. 顯微鏡油鏡脫膠的原因何在?	135
192. 紅細胞吸管、計算室、血紅蛋白計的运用是否有選擇性?	135
193. 老式牛鮑氏計算室究竟怎样計算紅細胞才能正确?	135
194. 用多馬氏血細胞計算板作白細胞計算时的差异如何?	136
195. 为什么不同血紅蛋白計測定出的結果相差很大(有时克数相差很 大而百分数相近)?	137
196. 正常血小板計算的結果为什么往往不一致?	139
197. 用酸化血紅质的方法測定血紅蛋白的含量时, 所用盐酸的濃度大 小和量多少, 对結果有无影响?	140
198. 小儿白細胞分类常数是多少?	141
199. 关于骨髓中紅細胞流入血行的問題	141
200. 关于紅細胞生存日数的問題	142
201. 二氧化碳在血液中运输机轉如何?	142
202. 高山上正常人的血細胞为什么增多?	143
203. 白細胞总数的正常值是多少?	143
204. 中国人中性白細胞中杆状核正常百分数为多少?	144
205. 一般書籍記載, 正常人大单核細胞的百分数是 4—8%, 但在我們 長期工作中, 百分数常只有 1—2%, 有时甚至没有, 这是什么 緣故?	145

206. 伤寒患者嗜酸性白細胞为什么减少?	147
207. 嗜酸性白細胞在炎症时是否消失(如阑尾炎合并寄生虫)?	147
208. 紅細胞的稀釋液为什么出現凝集?	148
209. 白細胞稀釋液是否能溶解紅細胞?	149
210. 有的病人血液遇到海姆氏試液即凝集成許多小顆粒, 致使計算发生困难。改用生理盐水稀釋仍无補助, 是何原因?	149
211. 紅細胞为什么会发生自家凝集現象? 使血細胞計数发生困难, 有何补救方法?	149
212. 紅細胞数和血紅蛋白(除操作中有缺陷外)为什么大都不能成正比?	150
213. 試驗紅細胞沉降时的常规是: 清晨或靜止状态中才作試驗, 其效果也正确, 如在患者不安靜时(急行或运动)作試驗, 效果往往不准确。但高热患者, 神志不安、心悸亢进等为什么血沉不显著增高呢?	152
214. 血沉的采血時間, 有的文献記載为上午10时到下午4时, 又有人主張在早晨6—7时为佳, 究竟何时为宜?	153
215. 血沉在診斷上的价值	154
216. 用魏(Westergren)氏法及潘前柯夫(Панченков)氏法作紅細胞沉降測定的对照試驗, 差数頗大, 何故?	154
217. 月經期与妊娠期为什么紅細胞沉降率加快?	155
218. 血沉降率的結果在室温 10°C 左右时是否会受很大影响?	156
219. 为什么血沉管口徑小于2毫米則血沉减慢? 根据試驗, 采用微量法时血沉减慢, 如何处理? 枸橼酸鈉的濃度, 各杂志均說3.8%为等渗液, 可是微量法用5%的, 这根据什么? 如用血紅蛋白計代替微量管, 用原来的濃度, 是否可影响結果? 斜管法的准确性如何?	156
220. 做血沉时出現顆粒、混浊不清, 应如何报告結果? 有的說从不生混浊处报告, 有的說从发生混浊处算起, 以半数报告, 那种准确? 其原因何在?	157
221. 在做血沉或紅細胞計数时, 偶有发生顆粒样沉淀而致无法进行試驗, 原因何在?	158
222. 紅血細胞沉降速度与傾斜度有何关系? 为什么角度小, 血細胞沉降的快?	158
223. 血沉抽血是否需要空腹? 飯后四小时抽血是否算空腹?	158
224. 用魏氏法測定血沉, 有的用0.4毫升3.8%枸橼酸鈉抽血1.6毫升; 有的用0.2毫升3.8%枸橼酸鈉抽血1.8毫升; 血液稀釋过度是否会使血沉加速?	159
225. 何謂亢进? 为什么脾机能亢进时紅細胞、白細胞及血小板反而会减少?	159

226. 重病患者的血片常发现中性白細胞的胞浆内有空泡，其变化机轉如何？临床意义如何？160
227. 血液涂片放到煤火上烤干后再作染色时，为何染出的片子全是桃紅色？是否与一氧化碳有关？160
228. 溶血性黄疸时为什么尿内不出现胆紅素？161
229. 将酞酐放入硷性溶液，如氢氧化鈉或碳酸鈉液中而变成紅色，如继续加濃硷性液则其原有的紅色即变成无色，这是什么原因，在化学上起何变化？161
230. 注射枸橼酸液能否引起酸中毒？162
231. 联苯氨(Benzidine)隐血試驗的原理为何？有哪些物质可以引起假阳性反应？试剂配制几天后，试剂便发生沉淀、变色、失掉原来的反应作用，是什么原因？162
232. 胸膜炎渗出液含糖量测定的临床诊断价值如何？163
233. 化膿性創面膿汁直接涂片染色为什么找不到細菌？163
234. 以0.1%高錳酸鉀液辨别維生素C真假对比变化中，为什么由藍褐色变成棕紅色？这种变化的反应式怎样？165
235. 血友病为何在检查时凝血時間延长？出血時間反而正常？165
236. 测量尿的比重以室温 15°C 为标准，每高 3°C 应增加 0.001，每低 3°C 应减 0.001，其原理是什么？尿液的比重与尿液的濃度有关，尿濃则比重高，尿淡则比重低。为什么糖尿病患者多尿而尿的比重高呢？166
237. 尿沉渣内白細胞数量多少是否与尿蛋白成正比？166
238. 做胃液潜血試驗，采用联苯胺法，阳性結果很多，与临床诊断不符，引起假阳性反应的原因何在？168
239. 为什么慢性腎炎时尿比重低？而急性腎炎时尿比重反而增高？发生比重高低的机轉是什么？169
240. 尿中葡萄糖的常规检查，班氏法必須加热，不知目前有否尿糖檢驗只加试剂不加热的方法？169
241. 用 10% 水楊酸酒精溶液試驗尿中蛋白质，为什么滴入尿中后，产生白色針状結晶？170
242. 以 1% 鞣酸水溶液加入健康人尿中，有白色混浊物出现，这是真蛋白还是假蛋白？它有无实验意义？170
243. 体液蛋白鉴定时，为什么蛋白质試驗阳性而立瓦特(Rivalta)氏試驗有时阴性？171
244. 同一病人做血与尿液淀粉酶测定，为什么結果不同？172
245. 用酞试剂测定蛋白质，采用酞氨酸作标准液时，酞氨酸换算各种蛋白质的因数随着各种方法而不同，是根据哪些原理算出来的？173
246. 靜脉血液和末梢血液在检查血常规(包括血紅蛋白、紅細胞、白細胞及其分类)的結果上是否有些不同？174

247. 用耳垂和指尖血同时作血紅蛋白測定、紅細胞計數、白細胞計數、分類計數及凝血時間，应怎样排列順序，影响較小？175
248. 在作白細胞分類計數時，其白細胞計數不高，有时还在正常数值以下，常发现白細胞极少，而中性白細胞却在80%以上，这是什么原因？175
249. 一般白細胞分類，均系推片染色，再用油鏡檢查。如不染色，在計數后就用高倍鏡分類是否可以？可以的話，应注意哪些事項？如不可以，原因何在？176
250. 嗜硷性点彩紅細胞的檢查方法以哪種为最好，其臨床診斷价值如何？179
251. 高山地区居民的紅白細胞計數与平地居民有何不同？179
252. 重庆地区正常人血小板都只有10—25万（每立方毫米），有时仅8—9万，和一般书上所記載的正常值相差很大，这是技术上的問題，还是我国的正常值就是这样？其他地方有否此現象？180
253. 血紅蛋白測定時所用盐酸的作用、用量及与時間的关系如何？181
254. 奎克(Quick)氏凝血酶原測定所用的計算公式为什么上下都减8.7？而斯密司(Smith)氏法不减8.7呢？182
255. 关于福尔馬林試驗問題184

〔妊娠試驗〕

256. 臨床已确定妊娠但雄蛙試驗仍是阴性，这是什么原因？186
257. 妊娠反应試驗，同时注射两只青蛙，但結果有时出現一阴一阳，这种現象应如何解釋？186
258. 如何鉴别青蛙的雌雄？187
259. 用碘作妊娠診斷試驗時，为什么常出現假阴性？在妊娠第一个月和第二个月時，其阳性率如何？183
260. 我們在做青蛙試驗時，注射尿后不到30分钟，青蛙立即死亡。标本新鮮干淨，反应酸性，蛋白阴性，比重1.023。死亡原因何在？189
261. 正常妊娠小便須稀釋多少倍始呈阴性？在多少倍以上是由水泡状胎块所引起？稀釋試驗稀釋多少倍最为适宜？189

〔寄生虫檢查〕

262. 在血液中檢查瘧原虫的阳性率何时为高？如何使其阳性率增高？190
263. 幼絲虫到底是胎生还是卵生的？190
264. 为什么血吸虫病皮內反应阴性而大便孵化阳性？191
265. “福尔馬林盐水液做寄生虫卵漂浮法”失败的原因是什么？192
266. 支气管气喘及寄生虫病者嗜酸性白細胞为何增多？193

267. 在微絲蚴調查中，我們試用了靜脈血液濃集檢查和血液厚滴片檢查兩種方法，結果兩者的陽性標本，在低倍鏡下，前者比後者蟲體約大二倍，是何原因？193
268. 為什麼微絲蚴在白天出現於末梢血液？194
269. 糞便內吞噬細胞與阿米巴滋養體有何不同？195

〔生 化〕

270. 尿蛋白定性法為何很少利用艾氏試藥而用硫柳酸及煮沸法？197
271. 用羅納(Looney)氏及達爾(Dyer)氏比色法測定血清鉀的顏色反應原理為何？197
272. 關於血內尿素氮的測定問題199

〔肝功能試驗〕

273. 上海地區谷丙轉氨酶(GPT)的最高正常值為40單位以下，而北京地區的谷丙轉氨酶的最高正常值為100—130單位，是什麼原因？200
274. 谷丙轉氨酶測定時應注意那些事項以避免誤差的發生？201
275. 對傳染性肝炎的診斷，除了血清轉氨酶測定以外，國內還展開了那些血清酶的檢查？它們的診斷價值比轉氨酶如何？201
276. 馬尿酸合成試驗中的問題202
277. 一般檢驗書籍中關於血清胆紅質凡登白氏試驗操作方法中均稱：倘直接反應陰性時，可再做間接反應，但當直接反應陽性時，是否仍應做間接反應試驗呢？（間接反應是否需做比色定量檢查？）一般醫院檢查，究以採用何種方法為佳？怎樣報告才是適當？204
278. 血清凡登白反應為陽性，則尿內作此試驗也呈陽性，為什麼？205
279. 如果作了尿液凡登白氏試驗，是否可以不再作血液凡登白氏試驗，為什麼？206
280. 麝香草酚濁度試驗和絮狀試驗的原理如何？206
281. 對“高田氏試驗”“黃疸指數”“凡登白氏試驗”的解答207
282. 在凡登白氏試驗中，重氮試劑與胆紅素的化學反應是怎樣進行的？209
283. 正常人是否有暫時性黃疸指數升高？50歲患者的主訴為輕度巩膜黃染，其他自覺與他覺症狀均無異常，僅血清內黃疸指數增高（20單位以上），會不會引起暫時性的黃疸指數升高？210

〔細菌學〕

284. 水中常有大腸桿菌嗎？為什麼要檢查水中的大腸桿菌？什麼情況下飲水才被認為是不安全？211
285. 為什麼有的細菌厭氧，有的不厭氧？211
286. 一般書中所指的胆鹽是否為各種胆酸鈉的總稱（如去氧胆酸鈉、

牛胆酸钠、甘胆酸钠甚至牛胆汁粉等)? 其中各种胆盐所含的成分如何? 其对于细菌的作用如何? 书中所指的培养基中, 如果系用去氧胆酸钠的, 现改用另外一种, 如牛胆酸钠, 是否会影响细菌的生长? 胆汁溶菌试验能否用 10% 牛胆酸钠?	213
287. 作艾克曼氏培养基, 用水 1,000 毫升溶解 100 克蛋白胨与 50 克氯化钠, 加热至沸加入 50 克葡萄糖校正 pH, 间歇灭菌; 另法是用乳糖、蛋白胨、二盐基磷酸钾(K_2HPO_4)、一盐基磷酸钾(KH_2PO_4)、氯化钠和蒸馏水, 两种方法均出现沉淀, 不知何故?	213
288. 细菌为何有革兰氏染色阴性、阳性的区别?	214
289. 在临床上直接涂片检查细菌时, 应如何报告?	215
290. 为什么血液的细菌培养常呈阴性? 如何提高血液培养的阳性率?	216
291. 为什么在克氏双糖培养基中葡萄糖分解时基底变色, 而乳糖分解时斜面变色?	216
292. 痢疾杆菌经过人工培养或在肠道中能否变为副大肠杆菌? 副大肠杆菌的临床意义如何?	219
293. 为什么有的病人做结核菌直接涂片检查时阳性为(++) , 同时做固体培养(用尚片仓氏培养基)而不生长? 我们反复做数次均获同样结果, 何故?	219
294. 关于结核杆菌的颗粒形态的问题	220
295. 麻风细胞和麻风球是否是麻风杆菌的一种生物学特性在机体内表现? 是怎样形成的, 两者有何区别? 结核杆菌能否发生同样现象?	221

〔血清免疫学〕

296. 用猪心或牛心制抗原一次须用几个?	221
297. 照斐拉托夫法处理的牛血清可否给人注入?	222
298. 牛血清加葡萄糖及枸橼酸经煮沸后蛋白质并不凝固, 而抗体(主要凝集素和溶血素)则存于球蛋白部分, 为什么蛋白质本身未起变化, 而抗体则被破坏了呢?	222
299. 什么是补体溶血反应?	223
300. 做补体结合试验应用何种羊的细胞?	224
301. 用酒精灯直接加热灭能后, 少数血清产生凝固的原因如何?	224
302. 偷斯斐尔特氏的血清环状沉淀试验法及格利费斯的玻片凝集试验法, 怎样操作? 应注意那些问题?	225
303. 伤寒病人在患病各阶段中, 应各采取哪种标本作细菌学、血清学诊断?	226
304. 康氏定量试验在临床上的诊断价值如何?	226
305. 风湿病的实验室诊断方法有何新进展? 对风湿病的诊断、活动期的决定价值如何?	227