



国家医学考试中心推荐用书

国家执业医师 资格考试

口腔医师应试指导 (下 册)

《国家执业医师资格考试应试指导》专家组 编

中国协和医科大学出版社

随书赠送20元
免费学习卡

国家医学考试中心推荐用书

(2007 版)

● 国家执业医师资格考试 ●

口腔医师应试指导

(下 册)

《国家执业医师资格考试应试指导》专家组 编

中国协和医科大学出版社

目 录

(上 册)

第一篇 生物化学

第一单元	蛋白质结构与功能	(1)
第二单元	核酸的结构与功能	(3)
第三单元	酶	(6)
第四单元	糖代谢	(11)
第五单元	氧化磷酸化	(15)
第六单元	脂肪代谢	(18)
第七单元	磷脂、胆固醇及血浆脂蛋白	(21)
第八单元	氨基酸代谢	(24)
第九单元	核苷酸代谢	(30)
第十单元	遗传信息的传递	(33)
第十一单元	基因表达调控	(41)
第十二单元	信息物质、受体与信号传导	(47)
第十三单元	重组 DNA 技术	(49)
第十四单元	癌基因与生长因子概念	(53)
第十五单元	血液生化	(54)
第十六单元	肝胆生化	(57)

第二篇 药 理 学

第一单元	药物效应动力学	(60)
第二单元	药物代谢动力学	(62)
第三单元	胆碱受体激动药	(64)

第四单元	抗胆碱酯酶药和胆碱酯酶复活药	(65)
第五单元	M 胆碱受体阻断药	(67)
第六单元	肾上腺素受体激动药	(69)
第七单元	肾上腺素受体阻断药	(73)
第八单元	局部麻醉药	(75)
第九单元	镇静催眠药	(75)
第十单元	抗癫痫药和抗惊厥药	(76)
第十一单元	抗帕金森病药	(78)
第十二单元	抗精神失常药	(79)
第十三单元	镇痛药	(82)
第十四单元	解热镇痛抗炎药	(84)
第十五单元	钙拮抗药	(85)
第十六单元	抗心律失常药	(87)
第十七单元	治疗充血性心力衰竭的药物	(89)
第十八单元	抗心绞痛药	(90)
第十九单元	抗动脉粥样硬化药	(91)
第二十单元	抗高血压药	(92)
第二十一单元	利尿药及脱水药	(94)
第二十二单元	作用于血液及造血器官的药物	(95)
第二十三单元	组胺受体阻断药	(98)
第二十四单元	作用于呼吸系统的药物	(99)
第二十五单元	作用于消化系统的药物	(99)
第二十六单元	肾上腺皮质激素类药物	(100)
第二十七单元	甲状腺激素和抗甲状腺素药	(102)
第二十八单元	胰岛素和口服降血糖药	(103)
第二十九单元	β -内酰胺类抗生素	(104)
第三十单元	大环内酯类及林可霉素类抗生素	(105)
第三十一单元	氨基苷类抗生素	(106)
第三十二单元	四环素及氯霉素	(108)
第三十三单元	人工合成的抗菌药	(109)
第三十四单元	抗真菌药和抗病毒药	(110)

第三十五单元 抗结核病药	(111)
第三十六单元 抗疟药	(112)
第三十七单元 抗恶性肿瘤药	(113)

第三第 医学微生物学

第一单元 微生物的基本概念	(114)
第二单元 细菌的形态与结构	(115)
第三单元 细菌的生理	(118)
第四单元 消毒与灭菌	(119)
第五单元 噬菌体	(121)
第六单元 细菌的遗传与变异	(122)
第七单元 细菌的感染与免疫	(123)
第八单元 细菌感染的检查方法与防治原则	(126)
第九单元 球菌	(127)
第十单元 肠道杆菌	(130)
第十一单元 弧菌属	(132)
第十二单元 厌氧性细菌	(133)
第十三单元 棒状杆菌属	(135)
第十四单元 分枝杆菌属	(135)
第十五单元 放线菌属和奴卡菌属	(136)
第十六单元 动物源性细菌	(137)
第十七单元 其他细菌	(138)
第十八单元 支原体	(140)
第十九单元 立克次体	(140)
第二十单元 衣原体	(141)
第二十一单元 螺旋体	(142)
第二十二单元 真菌	(143)
第二十三单元 病毒的基本性状	(145)
第二十四单元 病毒的感染和免疫	(147)
第二十五单元 病毒感染的检查方法与防治原则	(150)
第二十六单元 呼吸道病毒	(151)

第二十七单元	肠道病毒	(153)
第二十八单元	肝炎病毒	(154)
第二十九单元	虫媒病毒	(159)
第三十单元	出血热病毒	(160)
第三十一单元	疱疹病毒	(161)
第三十二单元	反转录病毒	(162)
第三十三单元	其他病毒	(164)

第四篇 医学免疫学

第一单元	绪论	(165)
第二单元	抗原	(166)
第三单元	免疫器官	(168)
第四单元	免疫细胞	(169)
第五单元	免疫球蛋白	(173)
第六单元	补体系统	(176)
第七单元	细胞因子	(180)
第八单元	白细胞分化抗原和粘附分子	(184)
第九单元	主要组织相容性复合体及其编码分子	(186)
第十单元	免疫应答	(189)
第十一单元	免疫应答的调节	(193)
第十二单元	免疫耐受	(195)
第十三单元	超敏反应	(197)
第十四单元	自身免疫和自身免疫病	(202)
第十五单元	免疫缺陷病	(204)
第十六单元	肿瘤免疫	(205)
第十七单元	移植免疫	(207)
第十八单元	免疫学检测技术	(209)
第十九单元	免疫学防治	(213)

第五篇 口腔解剖生理学

第一单元	牙体解剖生理	(216)
------	--------------	-------

第二单元	殆与颌位	(229)
第三单元	口腔颌面颈部解剖	(234)
第四单元	口腔功能	(246)

第六篇 口腔组织病理学

第一单元	牙体组织	(253)
第二单元	牙周组织	(260)
第三单元	口腔粘膜	(262)
第四单元	涎腺	(264)
第五单元	口腔颌面部发育	(266)
第六单元	牙的发育	(269)
第七单元	牙的发育异常	(272)
第八单元	龋	(273)
第九单元	牙髓病	(276)
第十单元	根尖周病	(277)
第十一单元	牙周组织疾病	(279)
第十二单元	口腔粘膜病	(282)
第十三单元	颌骨疾病	(287)
第十四单元	涎腺疾病	(290)
第十五单元	口腔颌面部囊肿	(295)
第十六单元	牙源性肿瘤	(299)
第十七单元	口腔癌	(304)

第七篇 口腔内科学

第一单元	龋病	(306)
第二单元	非龋性牙体硬组织疾病	(329)
第三单元	牙髓疾病	(340)
第四单元	根尖周组织疾病	(352)
第五单元	牙周病病因学	(364)
第六单元	牙周病的主要症状和检查	(371)
第七单元	牙龈病——病因、临床表现、诊断和治疗	(377)

第八单元	牙周炎——病因、临床表现、诊断和治疗原则	(383)
第九单元	牙周病的治疗	(396)
第十单元	口腔粘膜疾病	(410)
第十一单元	儿童口腔病特点	(441)

第八第 口腔颌面外科学

第一单元	口腔颌面外科基本知识与基本操作	(454)
第二单元	口腔颌面外科麻醉	(473)
第三单元	牙及牙槽外科	(480)
第四单元	口腔颌面部感染	(491)
第五单元	口腔颌面部损伤	(513)
第六单元	口腔颌面部肿瘤	(525)
第七单元	涎腺疾病	(550)
第八单元	颞下颌关节疾病	(556)
第九单元	神经疾患	(562)
第十单元	先天性唇、腭裂	(569)
第十一单元	口腔颌面部影像技术及诊断	(574)
第十二单元	牙颌面畸形	(584)
第十三单元	口腔颌面部后天畸形和缺损	(585)

第九篇 口腔修复学

第一单元	口腔检查与修复前准备	(592)
第二单元	牙体缺损的修复	(598)
第三单元	牙列缺损修复	(623)
第四单元	牙列缺失修复全口义齿	(663)

第十第 口腔预防医学

第一单元	绪论	(684)
第二单元	口腔流行病学	(685)
第三单元	龋病的预防	(709)
第四单元	氟化物与牙健康	(714)

第五单元	窝沟封闭和预防性充填	(727)
第六单元	牙周疾病预防方法	(735)
第七单元	刷牙	(741)
第八单元	口腔癌的预防	(748)
第九单元	特定人群的口腔保健	(750)
第十单元	口腔健康教育与促进	(761)
第十一单元	口腔保健实践中的感染与控制	(767)

(下 册)

第十一篇 临床综合 (内科基础)

第一单元	常见症状与体征	(777)
第二单元	血液学有关检验	(790)
第三单元	慢性支气管炎和阻塞性肺气肿	(794)
第四单元	慢性肺源性心脏病	(795)
第五单元	支气管哮喘	(796)
第六单元	呼吸衰竭	(797)
第七单元	肺炎	(801)
第八单元	动脉粥样硬化	(804)
第九单元	感染性心内膜炎	(813)
第十单元	胃、十二指肠疾病	(817)
第十一单元	肝脏疾病	(822)
第十二单元	尿液检查	(825)
第十三单元	肾小球疾病	(826)
第十四单元	泌尿系感染	(828)
第十五单元	贫血	(832)
第十六单元	淋巴瘤	(835)
第十七单元	出血性疾病	(836)
第十八单元	甲状腺疾病	(838)
第十九单元	肾上腺疾病	(840)

第二十单元 糖尿病	(841)
第二十一单元 传染病概论	(849)
第二十二单元 病毒感染	(852)
第二十三单元 精神病学概论	(859)
第二十四单元 周围神经病	(870)
第二十五单元 脑血管疾病	(873)

第十二篇 临床综合 (外科基础)

第一单元 水、电解质代谢和酸碱平衡的失调	(878)
第二单元 外科休克	(882)
第三单元 外科感染	(888)
第四单元 创伤和战伤	(897)
第五单元 烧伤	(900)
第六单元 颈部疾病	(903)

第十三篇 卫生法规

第一单元 医疗与妇幼保健监督管理法规	(907)
第二单元 疾病控制与公共卫生监督管理法规	(925)
第三单元 血液与药品监督管理法规	(984)

第十四篇 预防医学

第一单元 绪论	(991)
第二单元 人类和环境	(994)
第三单元 物理因素与健康	(998)
第四单元 化学因素与健康	(1002)
第五单元 食物因素与健康	(1014)
第六单元 人群健康的研究方法	(1023)
第七单元 人群健康研究的流行病学原理和方法	(1048)
第八单元 疾病的预防和控制	(1055)

第十五篇 医学心理学

第一单元	绪论	(1088)
第二单元	医学心理学基础	(1091)
第三单元	心理卫生	(1099)
第四单元	心身疾病	(1101)
第五单元	心理评估	(1103)
第六单元	心理治疗与咨询	(1106)
第七单元	病人心理	(1111)
第八单元	医患关系	(1114)

第十六篇 医学伦理学

第一单元	医学与医学伦理学	(1118)
第二单元	医学伦理学的规范体系	(1120)
第三单元	医患关系	(1125)
第四单元	医务人员之间的关系	(1127)
第五单元	医德修养与医德评价	(1129)
第六单元	医学研究与医学道德	(1130)
第七单元	生命伦理学的若干问题	(1132)
第八单元	医学伦理学文献	(1138)
附录 1	国家执业医师资格考试题型介绍	(1140)
附录 2	国家执业医师资格考试口腔医师历年考题精选及解析	(1151)

第十一篇 临床综合（内科基础）

第一单元 常见症状与体征

第一节 发 热

机体在致热源（pyrogen）作用下或各种原因引起体温调节中枢功能障碍，导致体温升高超出正常范围，称为发热（fever）。

一、原因

引起发热的原因甚多，临床上通常分为感染性发热与非感染性发热两大类。以前者多见。

（一）感染性发热

各种病原体如病毒、立克次体、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫等引起感染，无论是急性还是慢性，局部性还是全身性，均可引起发热。

（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，大出血，大血肿，大面积烧伤等；血管栓塞或血栓形成导致的内脏梗死或肢体坏死；白血病，淋巴瘤，溶血反应等细胞破坏。

2. 抗原-抗体反应 如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

3. 内分泌与代谢障碍 如甲状腺功能亢进症，严重脱水等。

4. 皮肤散热减少 如慢性心力衰竭，广泛性皮炎，鱼鳞癣等。

5. 体温调节中枢功能失常 也称为中枢性发热，如中暑，重度安眠药中毒，脑震荡，脑出血，颅骨骨折，颅内压增高等。

6. 自主神经功能紊乱 如原发性低热，感染后低热，夏季低热，生理性低热等。

二、临床表现

（一）发热的临床分度

以口腔温度为标准，可将发热程度分为：

1. 低热 体温为 $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

2. 中度发热 体温为 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ 。

3. 高热 体温为 $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。

4. 超高热 体温为 41°C 以上。

（二）临床过程与特点

在临床上，发热的过程大致可分为 3 期，各期的临床症状有所差异。

1. 体温上升期 此期主要表现为皮肤苍白、干燥，畏寒或寒战，口唇发绀，自觉外界非常寒冷。体温升高可呈急升型或缓升型。急升型多于数十分钟内体温升至高峰，常达 39°C 以上，伴寒战，常见于疟疾、败血症、大叶性肺炎、输液或输血反应等。缓升型则体温逐渐上升，需数小时或致日才达高峰，常见于伤寒、结核病、布鲁菌病等。

2. 高温持续期 是体温达高峰并保持于一定水平的时期。当体温升高到一定程度的时候，体温调节中枢会自动加强对体温的调节作用，散热过程开始加强，但由于体内仍受致热原的不断刺激，产热效应尚未降低，效产热与散热在新的基础上重新建立相对的平衡，使体温维持在一定的高水平上。临床上主要表现为皮肤潮红而灼热，呼吸加速加强，头痛，烦躁和口渴等。此时可有少量出汗。此期可持续致小时或数天，前者如疟疾，后者如肺炎、伤寒、流行性出血热、乙型脑炎、致血症等。

3. 体温下降期 由于机体的自卫作用达到了目的，致热原已被清除，或因病人接受了解热药物治疗，体温调节中枢会使机体产热减少、散热增多，从而导致体温逐渐下降，达到正常水平。体温下降时可呈骤降型或渐降型。骤降型是指病人的体温于效小时内骤退至正常水平，常见于疟疾、大叶性肺炎、恙虫病、输液反应等；渐降型是指体温于致日内才能降至正常水平，如风湿热、结核病、隐球菌性脑膜炎、伤寒等。由于骤降型病人于体温下降时常大量出汗，故较易发生虚脱或休克。

（三）热型

是指发热时的体温曲线类型，在临床病例的诊断和鉴别诊断中有重要参考意义。

1. 稽留热 是指体温明显升高达 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 及以上，24 小时内体温波动相差不超过 1°C ，常见于伤寒、大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、恙虫病等的症状明显期。

2. 弛张热 是指 24 小时内体温波动相差超过 2°C ，但最低点未达正常水平的体温曲线类型，常见于伤寒的缓解期、败血症、风湿热、维菌性肝脓肿等。

3. 间歇热 体温骤然升达高峰，持续数小时，又迅速降至正常水平，无热期可持续 1 天至数天，如此高热期与无热期反复交替出现，见于疟疾，急性肾盂肾炎等。

4. 回归热 是指急升型高热持续数日后自行骤降，但效日后又再出现的体温曲线类型，可见于回归热、霍奇金淋巴瘤等。

5. 波状热 是指体温逐渐上升达 39°C 或以上，发热数日后逐渐下降，致日后又再发热数日的热型，可见于布鲁菌病等。

6. 不规则热 是指发热病人体温曲线无一定规律的热型，可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、流行性感冒、败血症、癌性发热等。

（四）临床意义

发热病人常伴有其他的症状与体征，这对寻找发热的病因很有帮助。较常见的症状与体征有：

1. 皮疹 许多发热性疾病都伴有皮疹。皮疹可分为内疹和外疹两大类。内疹是指粘膜疹,如麻疹的口腔粘膜疹。外疹可分为斑疹、丘疹、斑丘疹、疱疹、荨麻疹和出血疹。斑疹呈红色不凸出皮肤,可见于斑疹伤寒、猩红热等;丘疹呈红色凸出皮肤,可见于麻疹、恙虫病、传染性单核细胞增多症等;斑丘疹是指斑疹与丘疹同时存在,可见于麻疹、登革热等;疱疹可见于水痘、带状疱疹等;荨麻疹可见于输血或输液反应、病毒性肝炎等;出血疹可见于流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热等。玫瑰疹属于丘疹,呈粉红色,可见于伤寒、沙门菌感染等。焦痂发生于昆虫传播媒介叮咬处,可见于恙虫病、北亚蜱媒立克次体病等。有些疾病,如登革热、流行性脑脊髓膜炎等,可同时出现斑丘疹和出血疹。

2. 皮下出血点 常见于流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、败血症等。严重时形成皮下瘀斑。

3. 淋巴结肿大 多见于淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病、恙虫病、钩端螺旋体病、传染性单核细胞增多症、局部化脓性感染等。肿大的淋巴结可发生质地改变、压痛、粘连等。

4. 结膜充血 可见于急性结膜炎、钩端螺旋体病、流行性脑脊髓膜炎等。结膜下出血常见于钩端螺旋体病、败血症等。

5. 肌痛 多见于布鲁菌病、皮炎、风湿热等。钩端螺旋体病多表现为腓肠肌痛。

6. 关节痛 常见于类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、风湿病、布鲁菌病等。

7. 肝脾肿大 见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、布鲁菌病、疟疾、白血病、淋巴瘤、黑热病、急性血吸虫病等。

第二节 咯 血

病因

以呼吸系统和循环系统疾病为主。

(一) 支气管疾病

多见于支气管扩张症、支气管肺癌、支气管内膜结核、慢性支气管炎等;少见的有支气管腺瘤、支气管结石等。

(二) 肺部疾病

常见于肺结核、肺炎、肺脓肿等;其次是肺梗死、肺吸虫等。肺结核咯血原因有毛细血管通透性增高,血液渗出,空洞内小动脉瘤破裂或继发的结核性支气管扩张形成的小动静脉瘘破裂;前者咯血较少,后者可引起致命性大咯血。

(三) 循环系统疾病

主要是二尖瓣狭窄,其次为房间隔缺损、动脉导管未闭等先天性心脏病并发肺动脉高压。二尖瓣狭窄咯血原因有肺淤血致肺泡壁或支气管内膜毛细血管破裂,粘膜下层支气管静脉曲张破裂,肺水肿致血液渗漏到肺泡腔或并发出血性肺梗死。其咯血各有特点:小量咯血或痰中带血、大咯血、咯粉红色浆液泡沫样血痰或粘稠暗红色血痰。

(四) 其他

血液病(如血小板减少性紫癜、白血病、再生障碍性贫血)、急性传染病(如流行性出

血热、肺型钩端螺旋体病）、风湿病（如贝赫切特病、结节性多动脉炎、Wegener 肉芽肿）、肺出血肾炎综合征等均可因出血机制障碍与血管炎性损坏而有咯血。子宫内膜异位症则因异位子宫内膜周期性增生脱落，定期咯血。

第三节 胸 痛

胸痛主要是胸部疾病所引起，少数为其他部位的病变所致。因痛阈个体差异性大，故胸痛的程度与原发疾病的病情轻重并不完全一致。

临床表现

（一）发病年龄

青壮年胸痛，应注意胸膜炎、自发性气胸、心肌病、风湿性心脏病；在老年人则应注意心绞痛与心肌梗死。

（二）胸痛部位

胸壁的炎症性病变，局部可有红、肿、痛、热表现。带状疱疹是成簇的水疱沿一侧肋间神经分布伴神经痛，疱疹不超过体表中线。非化脓性肋骨软骨炎多侵犯第一、二肋软骨，呈单个或多个隆起，有疼痛但局部皮肤无红肿表现。食管及纵隔病变，胸痛多在胸骨后。心绞痛及心肌梗死的疼痛多在心前区及胸骨后或剑突下；自发性气胸、胸膜炎及肺梗死的胸痛多位于患侧的腋前线及腋中线附近。

（三）胸痛性质

带状疱疹呈刀割样痛或灼痛。食管炎则多为烧灼痛。心绞痛呈绞窄性并有窒息感，心肌梗死则痛更剧烈而持久并向左肩和左臂内侧放射。干性胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛。肺癌常有胸部闷痛。肺梗死则表现突然的剧烈刺痛、绞痛，并伴有呼吸困难与紫绀。

（四）影响胸痛因素

劳累、过强体力活动、精神紧张可诱发心绞痛发作，应用硝酸甘油片，可使心绞痛缓解而心肌梗死则无效。胸膜炎及心包炎的胸痛则可因用力呼吸及咳嗽而加剧。反流性食管炎的胸骨后烧灼痛，在服用抗酸剂和促动力药物（如多潘立酮等）后可减轻或消失。

第四节 呼吸 困 难

呼吸困难是指患者主观上有空气不足或呼吸费力的感觉，而客观上表现为呼吸频率、深度及节律的改变，患者用力呼吸，可见呼吸辅助肌参与呼吸运动，严重者可呈端坐呼吸甚至发绀。

临床常见类型与特点

根据临床症状及发生机制，可将呼吸困难分为以下几种类型：

（一）肺源性呼吸困难

系呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍，导致缺氧和/或二氧化碳潴留。临床上分为二种类型：

1. 吸气性呼吸困难 特点是吸气费力，重者由于呼吸肌极度用力，胸腔负压增大，吸

气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷，称“三凹征”，常伴有干咳及高调吸气性喉鸣。发生机制是各种原因引起的喉、气管、大支气管的狭窄与梗阻，如急性喉炎、喉水肿、喉痉挛、白喉、喉癌、气管肿瘤、气管异物或气管受压（甲状腺肿大、淋巴结肿大或主动脉瘤压迫）等。

2. 呼气性呼吸困难 特点是呼气费力，呼气时间延长而缓慢，常伴有哮鸣音。发生机制是肺泡弹性减弱和/或小支气管狭窄阻塞。常见于支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿等。

3. 混合性呼吸困难 特点是吸气与呼气均感费力，呼吸频率增快、变浅，常伴有呼吸音减弱或消失，可有病理性呼吸音。发生机制是肺部病变广泛，呼吸面积减少，影响换气功能。常见于重症肺炎、重症肺结核、大片肺不张、大块肺梗死、弥漫性肺间质纤维化、大量胸腔积液和气胸等。

（二）心源性呼吸困难

主要由左心和/或右心衰竭引起，两者发生机制不同，左心衰竭所致呼吸困难较为严重。

1. 左心衰竭 发生机制为：①肺淤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，扩张与收缩能力降低，肺活量减少；④肺循环压力升高对呼吸中枢的反射性刺激。

左心衰竭所致呼吸困难的特点是活动时出现或加重，休息时减轻或缓解，仰卧加重，坐位减轻。因坐位时下半身回心血量减少，减轻肺淤血的程度；同时坐位时膈位置降低，运动加强，肺活量可增加10%~30%，因此病情较重病人，常被迫采取端坐呼吸体位。

急性左心衰竭时，常出现阵发性夜间呼吸困难。其发生机制为：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，降低心功能；②仰卧位时肺活量减少，下半身静脉回心血量增多，致肺淤血加重。发作时，病人突感胸闷气急而惊醒，被迫坐起，惊恐不安。轻者数分钟至数十分钟后症状逐渐消失，重者气喘、发绀、出汗，有哮鸣音，咳粉红色泡沫样痰，两肺底部有湿性啰音，心率加快。此种呼吸困难又称为心源性哮喘，常见于高血压性心脏病、冠心病、风湿性心脏瓣膜病、心肌炎、心肌病等。

2. 右心衰竭 发生机制为：①右心房与上腔静脉压升高，刺激压力感受器反射地兴奋呼吸中枢；②血氧含量减少，酸性代谢产物增多，刺激呼吸中枢；③淤血性肝肿大、腹水和胸水，使呼吸运动受限。临床上主要见于慢性肺心病。

（三）中毒性呼吸困难

在床毒症、糖尿病酮症酸中毒和肾小管性酸中毒时，血中酸性代谢产物增多，强烈刺激呼吸中枢，出现深而规则的呼吸，可伴有鼾声，称为**酸中毒大呼吸**（Kussmaul呼吸）。急性感染和急性传染病时，体温升高及毒性代谢产物的影响，刺激呼吸中枢，使呼吸频率增加。某些药物和化学物质中毒如吗啡类、巴比妥类药物、有机磷中毒时，呼吸中枢受抑制，致呼吸变缓慢，可表现呼吸节律异常如Cheyne-Stokes呼吸或Biot's呼吸。

（四）血源性呼吸困难

重度贫血、高铁血红蛋白血症或硫化血红蛋白血症等，因红细胞携氧量减少，血氧含量降低，致呼吸变快，同时心率加速。大出血或休克时，因缺血与血压下降，刺激呼吸中枢，也可使呼吸加速。

（五）神经精神性呼吸困难

重症颅脑疾患如颅脑外伤、脑出血、脑炎、脑膜炎、脑脓肿及脑肿瘤等，呼吸中枢因受增高的颅内压和供血减少的刺激，使呼吸变慢而深，并常伴有呼吸节律的异常，如呼吸遏制、双吸气等。癔病患者由于精神或心理因素的影响可有呼吸困难发作，其特点是呼吸浅表而频数，1分钟可达60~100次，并常因通气过度而发生呼吸性碱中毒，出现口周、肢体麻木和手足搐搦。叹息样呼吸患者自述呼吸困难，但并无呼吸困难的客观表现，偶然出现一次深大吸气，伴有叹息样呼气，在叹息之后自觉轻快，属于神经官能症表现。

第五节 腹 痛

腹痛是临床极其常见的症状，也是促使病人就诊的重要原因。腹痛多数由腹部脏器疾病所引起，但腹腔外疾病及全身性疾病也可引起腹痛。病变的性质可为器质性，也可能是功能性。有的疾病来势急骤而剧烈，有的起病缓慢而疼痛轻微。由于发病原因复杂，腹痛机制各异，对腹痛病人必须深入理解发生机制，认真了解病史，进行全面的体格检查和必要的辅助检查（包括化验检查与器械检查），在此基础上综合分析，才能作出正确的诊断。临床上一般可将腹痛按起病缓急、病程长短分为急性与慢性腹痛。

常见病因

（一）急性腹痛

有起病急、病情重和转变快的特点，常涉及是否手术治疗的紧急决策。

1. 腹膜炎 多为胃肠穿孔引起，少部分为自发性腹膜炎。
2. 腹腔器官急性炎症 如急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎、急性出血性坏死性肠炎、急性胆囊炎等。
3. 空腔脏器阻塞或扩张 如肠梗阻、胆道结石、胆道蛔虫症、泌尿系结石梗阻等。
4. 脏器扭转或破裂 如肠扭转、肠绞窄、肠系膜或大网膜扭转、卵巢扭转、肝破裂、脾破裂、异位妊娠破裂等。
5. 腹腔内血管阻塞 如缺血性肠病、夹层腹主动脉瘤等。
6. 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。
7. 腹壁疾病 如腹壁挫伤、脓肿及腹壁带状疱疹。
8. 全身性疾病所致的腹痛 如腹型过敏性紫癜、腹型风湿热、尿毒症、铅中毒、血卟啉病等。

（二）慢性腹痛

起病缓慢、病程长，疼痛多为间歇性，以钝痛或隐痛居多，也可有烧灼痛或绞痛发作。

1. 腹腔内脏器的慢性炎症 如反流性食管炎、慢性胃炎、慢性胆囊炎及胆道感染、慢性胰腺炎、结核性腹膜炎、溃疡性结肠炎、Crohn病等。
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. 腹腔内脏器的扭转或梗阻 如慢性胃、肠扭转。