

201677

Nº

内科

R

問題解答



NANCHANGSULIAOBACHANGYIWUSI'

目 录

1.咯血常见于那些疾病?大咯血如何治疗?并发窒息怎样抢救?	(1)
2.试述大叶性肺炎(肺炎双球菌肺炎)典型病理变化经过和临床表现。	(2)
3.什么叫中毒性肺炎(休克型肺炎)?如何采取抢救措施?	(2)
4.肺炎实变、肺不张、胸腔积液、自发性气胸、阻塞性肺气肿和代偿性肺气肿,临床物理检查有什么区别?	(3)
5.支气管扩张症的诊断要点和治療措施如何?	(4)
6.试述肺脓肿的诊断要点和治療措施。	(5)
7.肺癌的早期诊断,与常见的胸部疾病(肺结核、肺炎、肺脓肿、结核性胸膜炎)的鉴别诊断如何?	(6)
8.哮喘性慢性支气管炎和支气管哮喘如何鉴别?	(7)
9.支气管哮喘和心原性哮喘如何鉴别?处理上有什么不同?	(8)
10.呼吸衰竭的分类、发生机制和诊断要点是什么?常见于那些疾病?如何采取抢救措施?	(8)
11.胃溃疡与胃癌如何鉴别?	(11)
12.试述溃疡病的诊断要点、治疗原则和手术指征。	(12)
13.试述黄疸的发生机制和鉴别诊断。	(13)
14.常见急腹症如急性胰腺炎、坏死性小肠炎、消化道穿孔、胆道疾患、急性阑尾炎、肠梗阻、肝脾破裂和宫外孕等应如何鉴别?	(15)
15.上消化道出血,常见于那些疾病!怎样掌握鉴别诊断?如何进行抢救?	(16)
16.试述肝肿大和脾肿大的鉴别诊断。	(18)
17.肝癌、肝脓肿、肝硬化、慢性肝炎、急性肝炎与正常肝脏,在肝脏物理检查方面有哪些不同表现?	(19)
18.怎样确定心脏杂音的级别?其临床意义如何?	(19)
19.怎样区别心脏器质性杂音和功能性杂音(从发生部位、响度、性质、长短、震颤、传导等加以区别)?	(20)
20.什么叫周围血管征象、奇脉、交替脉?其发生机制如何?对临床诊断有何意义?检查方法如何?	(20)
21.动脉导管未闭、房间隔缺损和室间隔缺损,在听诊、触诊上如何区别?	(21)
22.试述常见的心律紊乱如期前收缩、房室传导阻滞与心房纤颤的鉴别诊	

断和治疗。·····	(22)
23.怎样鉴别窦性心动过速、室上性阵发性心动过速、室性阵发性心动过速和心房纤颤? 如何治疗? ·····	(24)
24.怎样鉴别心性、肾性、肝性、营养不良性和持发性水肿? 为什么好发部位不同? ·····	(42)
25.怎样掌握隐性冠心病的诊断要点? ·····	(43)
26.试述心绞痛、心肌梗死的诊断和治疗(诊断包括心电图特征及如何掌握心肌梗死前综合征、治疗包括中医辨证施治和经验中草药方)。·····	(43)
27.心绞痛与心脏神经官能症、肋间神经痛如何鉴别? ·····	(46)
28.如何掌握血压升高的标准和确定高血压病的标准? ·····	(47)
29.试述高血压病的分期标准和各期的治疗原则。·····	(47)
30.试述肺心病的诊断要点和治疗原则。·····	(48)
31.试述肺性脑病的发病机制、临床表现和治疗原则。·····	(49)
32.心功能怎样分级? ·····	(50)
33.充血性心力衰竭的诊断要点和治疗原则怎样? ·····	(51)
34.治疗充血性心力衰竭疗效不佳或无效时,要考虑哪些因素影响疗效? ·····	(52)
35.急性肺水肿的临床表现和抢救措施如何? ·····	(53)
36.慢性风湿性心脏病好侵犯哪些瓣膜? 其临床体征如何? ·····	(54)
37.风湿活动的诊断依据如何? ·····	(55)
38.亚急性细菌性心内膜炎的诊断要点和治疗方法如何掌握? 在体检、血培养和治疗上应注意什么问题? ·····	(55)
39.慢性风湿性瓣膜病常见有那些并发症? ·····	(58)
40.什么叫“急性心原性脑缺血综合症”? 常见于哪些情况? 如何进行抢救? ·····	(58)
41.心跳骤停发生原因和抢救步骤如何? ·····	(61)
42.心肌病的诊断要点和治疗原则怎样? ·····	(64)
43.心包炎常见有哪些病因? 怎样掌握诊断要点和治疗原则? 如发生心包填塞怎么办? ·····	(66)
44.试述原发性肾小球疾病的临床分类和治疗原则(包括饮食管理)。你运用中医辨证施治或中草药方治疗原发性肾小球疾病有何经验体会? ·····	(68)
45.试述肾盂肾炎的鉴别诊断和治疗原则。·····	(70)
46.血尿常见于那些疾病? 如何鉴别? ·····	(70)
47.急性肾功能衰竭常见于那些情况? 如何掌握诊断要点和治疗原则? ·····	(72)
48.试述慢性肾功能衰竭的诊断要点和处理原则。·····	(73)
49.什么叫“全血细胞减少”? 见于哪些疾病? ·····	(75)
50.试述缺铁性贫血的病因、诊断要点和治疗方法。·····	(75)
51.对一位贫血病人,你将采取哪些诊断步骤和检查方法? 询问病史、体格检查、化验等方面应注意哪些问题? ·····	(77)

52. 急性白血病的诊断要点和治疗方法如何掌握? 请对“急粒”和“急淋”各拟出一治疗方案。…………… (78)
53. 恶性肿瘤、白血病使用化疗过程中发生造血功能障碍时, 应如何采取中西结合的防治措施? …………… (80)
54. 弥散性血管内凝血 (DIC) 常见于哪些疾病? 其诊断依据与处理原则如何? …………… (81)
55. 神经系统的检查方法如何操作 (包括颅神经、瘫痪、脑膜刺激征、共济失调、病理反射、植物神经功能等) ? …………… (82)
56. 试述常见昏迷的鉴别诊断。…………… (85)
57. 对昏迷病人除针对病因采取治疗措施外, 医生还应注意些什么问题? …………… (87)
58. 脑血管意外的出血性 (脑出血、蛛网膜下腔出血) 和缺血性 (脑血栓形成、脑栓塞) 如何鉴别? 怎样处理? …………… (88)
59. 试述癫痫和癔病的鉴别诊断和治疗原则。…………… (90)
60. 甲状腺功能亢进症的诊断要点和治疗原则如何? …………… (91)
61. 什么叫“甲状腺危象”? 有哪些临床表现? 如何抢救? …………… (92)
62. 试述糖尿病的诊断要点和治疗方法。并简述降血糖药物甲磺丁脲 (D860)、降糖灵、胰岛素的药理作用、适应症、用法、剂量及其付作用 (包括胰岛素过量出现低血糖的识别)。…………… (93)
63. 怎样掌握酮症酸中毒昏迷的诊断要点和紧急处理步骤? …………… (97)
64. 如何鉴别几种较常见的多发性关节炎 (风湿性关节炎、类风湿关节炎、变性性关节炎和结核性变态反应性关节炎) ? …………… (98)
65. 何谓胶原疾病? 全身性红斑狼疮的诊断要点如何掌握? …………… (100)
66. 如何掌握急性中毒的处理原则? 有机磷、砷、氰化物中毒和高铁血红旦白应使用哪些特殊解毒剂? 怎样用法? …………… (101)
67. 青霉素、链霉素的过敏性休克有哪些症状? 如何采取有效的抢救和预防措施? …………… (103)
68. 简述机体热的产生、散发和调节体温的机理。发热常见于那些种类的疾病? 怎样掌握诊断方法和处理原则? 对高热 ($39\sim41^{\circ}\text{C}$) 和过高热 (41°C 以上) 应采取什么措施? …………… (105)
69. 试述感染性休克的发病机制 (微循环学说)、早期诊断和治疗原则 (包括血管活性药物的临床应用)。…………… (107)
70. 试述水、电解质和酸碱平衡失调的简要机理。失水、酸中毒、低血钾有哪些临床表现? 如何采取治疗措施? …………… (108)
71. 一氧化碳中毒、触电、自缢、溺水和蛇咬伤如何抢救? …………… (111)
72. 中暑有哪些临床表现? 应当如何处理和预防? …………… (113)
73. 胸穿、腹穿、腰穿和骨髓穿刺的适应症是什么? 如何操作? …………… (114)
74. 常用抗菌素如青、链、氯、红、土、四环、卡那、庆大等抗菌素的抗菌谱、作用和付作用如何? 应怎样合理使用? …………… (117)

- 75.临床上常用药物如复方阿司匹林、去痛片类、呋喃类、磺胺类、硫
氧嘧啶、胰岛素、双氢克尿塞等各种药物,可能引起那些严重反
应?应当如何防止发生? (121)
- 76.试述洋地黄类药物的作用、付作用、使用指征,和应用洋地黄类药
物临床观察指标。..... (123)
- 77.激素的作用、适应症、禁忌症和注意事项是什么? (124)
- 78.肺部的基本病变如渗出、增殖、纤维化、钙化、空洞、结核瘤、肿
瘤、支扩、气胸、积液等的X线有那些表现?应怎样辨认? (127)
- 79.如何辨认心脏各房室增大的X线改变?何谓二尖瓣型和主动脉型?
各常见于那些疾病? (128)
- 80.胃、十二指肠溃疡的直接和间接X线征象是什么? (129)
- 81.消化道穿孔、肠梗阻的X线检查有什么特征? (130)
- 82.肥达——外斐氏反应、抗“O”试验、血沉率、血脂(胆固醇、
甘油三脂、 β -脂蛋白)的正常值及临床意义如何? (130)
- 83.胸、腹腔穿刺液如何鉴别为渗出液和漏出液?各常见于那些疾病? (132)
- 84.二氧化碳结合力、非蛋白氮、血糖、钾、钠、氯、钙、淀粉酶、
硷性磷酸酶、肝功能、血清总蛋白、白蛋白与球蛋白比例等正常
值是多少?检查有何临床意义? (133)
- 85.肾功能检查常做那几种试验?其正常值和临床意义如何? (136)
- 86.有一位病人尿常规检查发现蛋白微量,红细胞0~5/高倍,白细胞
0~5/高倍,是否属于病态?为进一步明确诊断,还需做那些检
查?医生怎样判断检查结果,才能做出比较正确的诊断? (136)
- 87.尿三胆试验有什么临床意义? (137)
- 88.说明下列检查的适应症及禁忌症:
钡餐、胆囊和胆道造影、超声波、纤维胃镜、同位素肝扫描、心
电图运动试验、支气管造影、断层照片、静脉肾盂造影、甲状腺
吸碘¹³¹测定、同步直流电复律。..... (138)
- 89.中医对疾病进行诊断的基本方法是什么?试述望舌诊、问寒热及
二便、切脉象的一些常见特征和临床意义。..... (143)
- 90.输血和输液发生反应如何处理? (145)
- 91.传染病的基本特征和临床特点是什么? (147)
- 92.传染病的流行过程中包括那三个环节?三个环节的预防措施是什么? (148)
- 93.暴发型流脑临床上分几型?败血症型发病机制和并发DIC时的
早期诊断标准和抢救措施怎样? (148)
- 94.流行性脑膜炎出现脑水肿及脑疝时,临床上有那些表现? (150)
- 95.流脑、乙脑、结核性脑膜炎与中毒性脑病如何鉴别? (150)
- 96.流行性脑膜炎作腰穿时应如何防止发生脑疝? (150)
- 97.目前临床上治疗流脑时,磺胺药仍为首选,治疗上应注意些什么

么?如遇到耐磺胺的患者应如何处理?	(151)
98.夏秋季突然高热昏迷抽搐应考虑是什么病?如何诊断?	(151)
99.中毒性菌痢如何早期诊断?	(152)
100.传染性黄疸型肝炎、勾端螺旋体病、胆道系统疾患与肝癌应如何鉴别?	(152)
101.付霍乱确诊和疑似病例的诊断标准如何?	(152)
102.小儿麻痹症和传染性多发性神经根炎如何鉴别?	(153)
103.急性菌痢、肠套叠、坏死性肠炎、中毒性消化不良、血吸虫病、 直肠癌如何进行鉴别?	(153)
104.试述急性菌痢的中医辨证施治和中草药治疗。	(154)
105.脑型疟疾、乙脑如何进行鉴别?	(155)
106.临床上为什么间日疟、三日疟易复发,而恶性疟不复发?	(155)
107.试述乙脑的中医辨证施治原则。	(155)
108.流行性出血热少尿期并发尿毒症、酸中毒、高血钾时,应如何进 行抢救?	(156)
109.咽白喉为什么咽部会有假膜形成?假膜为什么不易剥离?	(156)
110.白喉喉梗阻应与那些原因引起的喉梗阻进行鉴别?	(156)
111.如何正确掌握狂犬病的预防措施?	(157)
112.甲型肝炎与乙型肝炎各有何特点?如何区别?	(158)
113.无黄疸型肝炎和疑似病例的诊断标准如何?	(158)
114.为什么传染性肝炎早期白、球蛋白尚无改变而絮状试验却出现异 常反应?	(159)
115.重症传染性肝炎如何早期识别采取有效措施,预防肝昏迷发生?	(159)
116.肝功能检查血清谷丙转氨酶(GpT)单项增高是否可以诊断为传 染性肝炎?	(160)
117.试述传染性肝炎的中医辨证施治及中草药治疗。	(161)
118.伤寒、血吸虫病、疟疾、粟粒性肺结核如何鉴别诊断?	(162)
119.略述肺结核的临床分型。	(162)
120.如何掌握肺结核的治疗原则?	(163)
121.肺结核自发性气胸病人的抢救措施和注意事项有那些?	(163)
122.肝昏迷如何抢救?	(165)
123.伤寒肥达氏反应的诊断意义及注意事项如何?	(166)

内 科 问 题 解 答

(1 2 3 题)

1. 咯血常见于那些疾病？大咯血如何治疗？并发窒息怎样抢救？

《咯血常见的疾病有》：

(1) 支气管疾病（慢性支气管炎，非结核性支气管扩张，结核性支气管扩张，支气管内膜结核，支气管结石，支气管癌（原发性肺癌），良性支气管瘤）；

(2) 肺部疾病（肺结核，肺炎，肺脓肿，肺真菌病，肺梅毒，肺寄生虫病（如肺阿米巴病，肺吸虫病，肺包虫病）恶性肿瘤的肺转移，肺血管疾病（如肺郁血，肺梗塞，肺动脉高压症，肺动静脉瘘），肺囊肿，尘肺；

(3) 全身性疾病与其它原因（急性传染病（如肺出血型钩端螺旋体病，流行性出血热），血液病，白塞氏病，结缔组织疾病，肺出血～肾炎综合征，“替代性月经”）

《大咯血的治疗》：

(一) 病因治疗。

(二) 对症治疗：

1. 使病员保持安静休息，可适当辅以少量苯巴比妥等镇静剂及止咳祛痰剂。

2. 选用止血剂：除一般诸如参三七粉（吞）1～2克，分三次服。或凝血质，维生素K、仙鹤草素、紫珠草等止血剂外，还可选用：

① 脑垂体后叶素：将5～10单位脑垂体后叶素溶于10～20毫升生理盐水中，缓慢静注（需时15～20分钟），切勿过快，以免发生心悸，头晕及其它严重副作用。亦可溶于500毫升生理盐水中或5%葡萄糖溶液中，静滴。本药禁用于狭心症、冠状动脉疾患、动脉硬化症、心力衰竭、高血压病、肺原性心脏病及妊娠期。

② 鱼精蛋白注射液：每次50毫克，每日2～3次，肌注；或100毫克+25%葡萄糖40毫升，每日1～2次，静注。

③ 普鲁卡因：普鲁卡因150～300毫克溶于500毫升之葡萄糖溶液中，静滴；或普鲁卡因50毫克+25%葡萄糖40毫升，静注，每日1～2次。

④ 抗血纤溶芳酸（对羧基苄胺，PAMBA）：100～200毫克+25%葡萄糖40毫升，静注，每日1～2次。

3. 若大量反复咯血者，或咯血经上述治疗仍未改善者，可试用人工气腹；如病变有手术切除指征者，也可考虑进行手术处理；大量咯血有窒息可能者，应迅速作气管插管或气管镜

吸引以清除血块。

4.咯血时，禁用氨茶碱（因可使肺小动脉扩张，不利于止血）。

2. 试述大叶性肺炎（肺炎双球菌肺炎）

典型病理变化经过和临床表现。

大叶性肺炎之主要病变是肺泡内的炎性渗出物引起的肺实变。在抗菌药物未广泛应用前，可以看到未经治疗的自然过程，其典型病理表现可分为三个阶段：（与相应之临床表现）

（一）充血期：为肺部感染的早期。病变部位的肺泡毛细血管扩张，充血。肺泡内有浆液和少量红、白细胞渗出。此期在临床上除了有寒战、高热、白细胞增加等感染，早期症状外，并可伴以少量咳嗽、咯痰，有时痰中可混有少量血丝，痰量一般很少。此时肺部阳性体征很少出现，或X线检查可能亦无发现。历时24小时以上后，转入第二期。

（二）实变（或肝变）期：随着炎症的发展，炎性渗出物充满着肺泡，以致肺泡腔含气体很少，质地实变，故称实变；又因在肉眼下病变肺组织致密如肝，故又称肝变期。此期肺泡内有大量纤维蛋白和红、白细胞渗入肺泡内，实变早期，红细胞比白细胞多，肺呈红色，故称为红色肝变，中后期则以中性粒细胞及大单核细胞为主，以吞噬大量细菌，转为灰色，故称为灰色肝变。此时体检可出现患侧肺部的实变体征，X线上病变处呈大片阴影。

由于肺泡充满炎性渗出物，呼吸面积减少，影响气体交换，临床上除感染早期症状外，还出现气急、紫绀，患者的痰液逐渐转变为铁锈色（红色肝变时，红细胞被吞噬分解，血色素变成含铁血黄素）或黄色脓性（灰色肝变时，有大量脓细胞）。

肺炎常累及胸膜，表现为纤维蛋白性胸膜炎。早期患者常感病侧胸痛，有时还可听到胸膜摩擦音，如治疗不及时或不适当时，少数可发展成浆液纤维蛋白性胸膜炎，甚至很快又发生脓性。此时临床上常见病情恶化，发热、胸痛、胸闷、气促、紫绀、咳嗽等症状均加剧，体检可发现有胸腔积液或积脓的体征。毒血症常严重。有时还可伴有败血症。

本期如经过顺利，约5～6日左右进入第3期。

（三）消散期：肺泡内细菌被吞噬杀死，白细胞以及细菌死后释出的蛋白溶解酶使纤维蛋白溶解，肺泡内渗出物部分经淋巴管吸收，部分随痰咳出，肺泡又恢复充气。此期患者体温常骤降，肺部实变体征开始逐渐消散。在消散过程中，常可听到粗细不等的湿性罗音。

整个病程约1～2周。

3. 什么叫中毒性肺炎（休克型肺炎）？

如何采取抢救措施？

中毒性肺炎是以周围循环衰竭为主要表现的一种重症肺炎，也叫休克型肺炎（肺炎伴休克者）。

中毒性肺炎一经确诊，就应该加强护理、积极抢救。

（一）立即选用大剂量，最有效的抗菌素～一般可先根据原发病的性质和细菌可能侵入的途径，推测致病菌的种类，有条件时可根据血液细菌培养找到致病菌对各种抗菌素的敏

感试验，选用大剂量，最有效的抗菌素；

(二)更重要的是抗休克~按抗中毒性休克处理：目前趋向于避免应用缩血管药，主张使用扩张血管药物（使用前应先补足血容量，最好测定中心静脉压），如异丙肾上腺素、3~羟酪胺（多巴胺）、山莨菪碱等；与使用升压药或强心药以积极抗休克；

(三)及早短期应用大剂量肾上腺皮质激素（如静注氢化可的松300毫克以上/日地或塞米松10~20毫克/日）以减轻炎症反应和毒血症等；

(四)注意纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱：如无吐泻，则体内总的体液量无明显减少，故补液量不宜过多，以免引起肺水肿。休克时由于组织缺氧，常并有代谢性酸中毒。酸中毒可抑制心血管功能，促使血管内凝血，加重微循环障碍，因此在抢救休克过程中纠正酸中毒甚为重要。可从另一根静脉滴注碳酸氢钠（因碳酸氢钠和许多药有配伍禁忌）。

4. 肺炎实变、肺不张、胸腔积液、自发性气胸、阻塞性肺气肿和代偿性肺气肿的临床物理检查有什么区别？

病 症	望 诊	触 诊	叩 诊	听 诊
肺 实 变	实变范围较宽者可出现呼吸困难，鼻翼扇动、发绀、胸部呼吸运动减弱	语音震颤增强有时有胸部压痛	病变区明显浊音甚至实音	病变区有支气管呼吸音，支气管语音增强，有时可有胸膜摩擦音
肺 不 张	患侧胸壁扁平、肋间隙狭小或凹陷，呼吸运动减弱或消失	触觉震颤减弱或消失	高度浊音或实音	呼吸音及语音减弱或消失，健侧高清音，呼吸音亢进
胸 腔 积 液	呼吸浅快，患侧呼吸运动受限、胸廓扩张、肋间隙饱满	气管和心尖搏动向对侧(健侧)移位，语音震颤明显减弱或消失（但液面以上的肺组织因受挤压而较致密一压迫性肺不张，其语音震颤可增强）	呈浊音至实音；胸腔积液在左侧时，心界可能叩不出，在右侧时肝上界可能叩不出	患部肺泡呼吸音减弱，甚至消失，对侧常代偿性增强；语音传导减弱或消失，如有明显压迫性肺不张，则肺不张区呼吸音及语音传导增强，且因受压迫的肺组织充血，可有细湿性罗音

自发性 气 胸	患侧呼吸活动减弱	语颤 减弱 或 消失	呈鼓音,肝浊音界 或心浊音界消失	呼吸音及语音减弱 或消失
阻塞性 肺气肿	胸廓前后径加大, 以致接近横径(左 右径),而成为“桶 状胸”,呼吸运动 减弱,肋间隙加 宽。	语颤减弱,常触不 到心尖搏动(被肺 遮盖)	全肺呈高 清 音, 肺下 界下降(致 肝上界下移)心 脏触音界缩小	肺泡呼吸音减弱, 语音传导减弱,心 音低弱遥远,“肺 2”可亢进
代 偿 性 肺 气 肿	呼吸时之健康部之 胸廓运动增加(与 病变部之呼吸运动 限制相比)。心、 肝、纵、横膈有时 因过度膨胀之肺组 织之压挤而移位, 或改变其原有之轮 廓	触觉震颤轻度增加 (可能出现)	过 度叩 音反响	呼吸音亢进(较正 常者粗糙)

5. 支气管扩张症的诊断要点和治理措施如何?

《诊断要点》:

(一)长期咳嗽、咳痰和反复的呼吸道感染,痰量甚多,搁置后可分为三层:上层为泡沫状;中层为浆液;下层为脓液及细胞碎屑。

(二)时有反复咯血,但在间隔期一般情况良好。个别病员可仅有多次咯血,而无咳嗽和多痰病史。

(三)在病变部,尤其在胸下部及背部,可有固定而散在的湿性罗音。后期,可有杵状指(趾)。

(四)X线检查:如临床表现不典型或需与其他疾病鉴别时,可作X线检查。

1.胸片:显著扩张者可见肺纹增深或肺部有环形透明阴影,甚至见到液平。一般扩张者,可无特殊X线改变。

2.支气管造影:如需明确病灶部位、范围及性质,以便作进一步处理或手术时,可作造影。扩大的支气管呈囊状、柱状或柱囊状扩张。

《治理措施》:

(一)体位引流:保持病变部位引流通畅(要根据X线检查报告)。

(二)中草药:

1.肺热：咳嗽，咳脓痰，苔薄脉滑，宜清肺化痰。桑白皮15克~30克，黄芩9克~15克，杏仁9克，桔梗9克，冬瓜子30克，竹沥9克，半夏9克，芦根30克，水煎服。

2.热毒：咳吐黄绿脓痰，发热畏寒，苔黄脉数，宜清热解毒。蒲公英30克~60克，鱼腥草30克~60克，芦根60克，金银花15克~30克，冬瓜子60克，杏仁9克，桔梗9克，水煎服。

加减法：胸痛~加瓜蒌皮12克，延胡索9克；

气急~加苏子9克；

血痰~加茜草根15克；

3.鱼腥草30克~60克，或鲜大蓟根30克，水煎加冰糖，连服半月。

（三）感染期间用抗菌药物治疗：

1.磺胺类药物。

2.青霉素，或加用链霉素，或用其他抗菌素。

3.如一般抗菌素无效，可作痰液细菌培养及抗菌素敏感试验。

（四）祛痰剂：可选用敌咳、半夏露、棕色合剂等。

（五）如病变局限，伴有下列情况者应考虑肺切除手术：

1.有反复大量咯血。

2.经积极治疗仍有大量脓痰。

3.支气管扩张部位反复发生肺炎。

（六）手术禁忌范围：

1.双侧支气管扩张者。

2.肺功能差者。

6. 试述肺脓肿的诊断要点和治療措施。

《诊断要点》：

（一）起病急，畏寒、发热，或伴有胸痛（由于本病初起时大多就有局部胸膜炎，以后产生胸膜粘连）。

（二）咳嗽、咳痰：开始咳嗽并不剧烈，痰亦不多，以后出现粘液性或脓性痰，起病约一周后可突然咳出大量（300~500毫升）脓痰，黄或黄绿色，可有臭味（腐臭型肺脓肿，往往由于引流不畅，病员中毒症状严重）。咳嗽、咳痰与体位有关（向健侧卧时咳痰多）。

（三）部分病员痰中带血丝或咯血。

（四）体征：体征的表现与病变范围、部位有关，一般表现为叩诊浊音，呼吸音减低以及湿性罗音。空腔大时，可有空瓮音。慢性病员可有杵状指（趾）。

（五）实验室及其他检查：

1.血液：白细胞计数及中性多核细胞增多。

2.痰：静置后分成三层，大量脓块沉于底部，中层为粘液，上层为泡沫。如作涂片及培养，可帮助发现致病菌。

3.X线摄片：早期为模糊阴影，病员咳出大量脓痰后表现为一有液平的空洞，周围有大量炎性病变。恢复期空洞逐渐消失，炎性阴影逐渐吸收。

(六) 支气管镜检查: 可帮助寻找诱因, 对诊断已明确或病情严重者, 不需进行。检查时可见脓液流出部位及支气管粘膜红肿情况。如有异物, 应设法取出。如有肿瘤, 应作活体检查。

《治疗措施》:

(一) 早期积极使用抗菌素治疗: 首选青霉素120~240万单位/日, 加用链霉素1.0克/日; 如治疗后体温不下降, 或痰量不减, 应考虑改用其它抗菌素, 如四环素、氯霉素、红霉素等。如有可能, 应根据痰菌培养及药敏试验, 选择抗菌素。抗菌素治疗一般需4~6周, 直至肺部炎症完全消散。

(二) 保持病变部位引流通畅(脓肿位置, 根据X线检查报告):

1. 脓肿位于上叶者~病员可取坐位, 并按病灶位置不同, 向前、向后或向侧倾斜。
2. 脓肿位于中叶者~将脚端床脚抬高30~50厘米, 病员取仰卧姿势, 全身稍向右转。
3. 脓肿位于下叶尖段者~将脚端床脚抬高30~50厘米, 病员取俯卧姿势。
4. 脓肿位于下叶其他部位者~将脚端床脚抬高30~50厘米, 如有前底段, 病员取仰卧姿势; 外底段, 取侧卧, 患侧向上; 后底段, 取俯卧姿势。

(三) 经积极抗菌素治疗未好转或咳痰不畅者, 应作支气管镜检查, 帮助吸出脓液。

(四) 气管滴药治疗: 在全身应用抗菌素后(一般1~2周), 全身情况好转的基础上采用。用鼻导管滴药, 病员取引流体位, 每日滴药1~3次, 滴药后, 病员静卧1~2小时。药物的选择可参照药敏试验。如青霉素20万单位或链霉素0.25~0.5克(均稀释至10毫升), 亦可加用一些排痰剂, 如2%碘化钾, 或0.3%麻黄素等(均为10毫升)。一般用药到X线征象改善后1~2周。如滴注30次无效, 即不宜继续用药。本治疗方法适用于炎症早期, 有明显脓腔而病变局限于一肺段者。如胸片示大块致密阴影、浓厚团块阴影(总之, 不见透光区), 疗效不好。病情严重者, 厌氧菌感染有臭脓血痰者, 均不宜用此疗法。

(五) 内科治疗的疗效, 与病程的长短有密切关系。病程越短, 根治的百分率越高。一旦确诊后, 应不间断地持续给药, 直至全愈。治愈的标准为: (1) 症状消失; (2) 胸片示脓腔消失或炎症消失, 残留较淡的稀疏条状阴影。

(六) 治疗二个月以上仍残留脓腔者, 考虑手术。

(七) 中草药:

1. 鲜芦根60克, 冬瓜子15克, 桃仁12克, 生薏仁12克, 桔梗5克, 生甘草5克, 煎服。
2. 山海螺30克, 鱼腥草30克, 煎服。

7. 肺癌的早期诊断, 与常见的胸部疾病(肺结核、肺炎、肺脓肿、结核性胸膜炎)的鉴别诊断如何?

《肺癌的早期诊断》:

因为肺癌的临床表现非常复杂, 一般早期常可没有任何明显的自觉症状, 并且单纯通过一般物理检查也很难检查到相应的体征, 只有在胸部X线检查时肺癌才可能被发现。

一般年令在40岁以上的病人(尤其有长期大量吸烟历史的男性), 当有下列临床表现

时, 就应想到有肺癌的可能性, 并认真负责地作进一步的必要检查, 以尽早确定诊断, 以防延误根治的时机。

1. 经治疗无效的, 不明原因的咯血与频繁的呛咳, 或有慢性支气管~肺部疾病的病人突然出现咳嗽加重与原因不好解释的频繁咯血。

2. 在肺的同一部位反复发生肺炎, 特别是在肺段性肺炎中, 没有急性发病表现; 炎性症状轻微; 经抗菌素治疗后症状虽然可以消失, 但肺部病灶变化不大; 或反而呈进行性恶化改变。

3. 无明确原因的肺不张, 尤其是肺段性的肺不张出现。

4. 局限性的肺气肿, 尤其是单侧的局限性肺气肿, 特别是在透视下发现在吸气时比呼气时局部肺气肿的表现更明显, 并且在其相应的胸部听到局限性的哮鸣音。

5. 起病不急剧、无明显吸入性诱因和急性感染, 症状的肺化脓症, 尤其是抗菌素治疗虽然充分, 脓液的咳出也无困难但疗效不明显。

6. 肺结核病已稳定, 但又突然出现新病灶, 而这种病灶表现奇特, 用肺结核的恶化或复发不好解释。

《鉴别诊断》:

1. 肺结核: 尤其是结核球。必须注意肺癌可合并肺结核, 故痰液找到结核杆菌, 并不能完全排除肺癌。

2. 肺炎: 如肺炎经抗菌药物积极治疗效果不满意, 或年龄较大的病员发生类似支气管扩张的症状时, 均须注意排除肺癌的可能。注意: 约1/3的肺癌以肺炎形式出现。

3. 肺脓肿: 与癌性肺脓肿鉴别。后者常先有肺癌症状如慢性咳嗽、反复血痰等, 以后出现感染, 咳嗽加剧、脓痰等; X线表现空洞壁较厚, 内腔不平滑偏于中心。支气管造影或断层摄片可见引流支气管变窄或阻塞。

单纯性肺脓肿起病较急, 中毒症状较重, 脓痰多, 有臭味; X线显现的浓密炎症阴影中具有空洞, 空洞壁较薄、光滑, 常有液平面, 支气管造影可见引流支气管与空洞相通, 故空洞可充盈显影。

4. 结核性胸膜炎: 常有全身中毒症状, 胸液淡黄色, 偶为血性, 抗结核治疗可转淡, 且往往迅速奏效。若肺癌侵至胸膜可有持续性胸痛, 积液形成块, 常为血性, 抗结核治疗无效, 胸液可找到癌细胞, 抽液后X线检查可发现肺部或胸膜肿块。

8. 哮喘性慢性支气管炎和支气管哮喘如何鉴别?

都属于肺源性哮喘。

哮喘性慢性支气管炎, 是慢性支气管炎中的一型, 发作时的临床表现与支气管哮喘发作期相似。

主要的不同点是本病多见于中年以上及至老年人, 具有病程长, 平时即有不同程度的气急和并存明显的肺气肿等特点。使用支气管平滑肌扩张药治疗这种哮喘的效果, 不如使用抗感染药物治疗更明显。

9. 支气管哮喘和心源性哮喘如何鉴别？

处理上有什么不同？

	支气管哮喘	心源性哮喘
发 病 年 令	多于儿童或青年、少年时期起病	多于40岁以后起病
病 史	家族病史或个人过敏病史，哮喘发作史，无心脏病史	一般无过敏病史，有高血压性，冠状动脉硬化性，梅毒性心脏病或二尖瓣狭窄病史
发 作 期 间	任何时间都可发作，多于深秋或冬春季节发作	常在夜间出现阵发性呼吸困难
肺 部 体 征	双肺弥漫干罗音	双肺底较多湿罗音
心 脏 体 征	正 常	左心增大，心动过速，奔马律，心瓣膜器质性杂音。
X 线 检 查	肺野清晰或肺气肿征	肺郁血，左心增大
药 物 疗 效	支气管扩张药有疗效	洋地黄，氨茶碱、吗啡有疗效

《处理上的不同》：

在处理支气管哮喘上，使用肾上腺素、氨茶碱等支气管平滑肌扩张药或抗过敏治疗，常有较好的效果。

而处理心源性哮喘时，主要应以强心治疗为主。当与肺源性哮喘鉴别困难而哮喘程度严重的情况下，为了及时控制哮喘、减轻症状，以选用氨茶碱最好，可立即静脉注射氨茶碱0.25克，由于本药对两种哮喘都有效，经过用药使急性哮喘症状缓解后再进一步诊治，（氨茶碱0.25克+50%葡萄糖40毫升：静注！）属于心源性哮喘，则以强心治疗为主（毒毛旋花子素K 0.25毫克或西地兰0.4~0.8毫克加于50%葡萄糖40毫升，静脉注射，缓缓于5分钟内推完。2~4小时后如症状不能缓解可重复半量或全量一次），并可给镇静剂（吗啡：10~15毫克，皮下注射）。

10. 呼吸衰竭的分类、发生机制和诊断要点是什么？

常见于那些疾病？如何采取抢救措施？

《分类》：呼吸衰竭是一个广义的名词。在分类上有二种。

- 一种分类法：
- 1) 中枢性呼吸衰竭
 - 2) 呼吸器官机能衰竭
 - 3) 因一氧化碳中毒、高铁血红蛋白血症、休克、氰化物中毒等所致之血液，循环和组织的呼吸衰竭。

另一种分类法：

1) 急性呼吸衰竭(是原来正常的呼吸功能基础上由于突发的因素如中毒、电击、溺水窒息而引起)；

2) 慢性呼吸衰竭(常常是慢性呼吸系统疾病逐渐演变加重，经过较长期的代偿和失代偿的过程而产生，如慢性支气管炎、肺气肿随病情的进展，呼吸功能减退，由于进展缓慢，有足够的时间取得在功能上的代偿和适应，可能没有明显症状~称为慢性呼吸衰竭的代偿期，但一旦代偿达到极限，轻微呼吸功能的进一步减退，如原病复发或并发呼吸道感染，就会出现危重症状，称为慢性呼吸衰竭，代偿期)。

《发生机制》：

基本病理生理是缺氧和二氧化碳潴留。临床上导致缺氧和二氧化碳潴留的病理生理扼要说明如下：

(一) 肺通气功能障碍~通气是将有足够的新鲜空气进入肺泡，并将经过气体交换的肺泡废气排出体外，因此它是保证肺泡有效气体交换的先决条件。通气功能障碍就会使肺泡 PO_2 (动脉血氧分压) 下降、 PCO_2 (动脉血二氧化碳分压) 升高，其程度与通气量密切相关，通气不足引起的缺氧和二氧化碳潴留在程度上也是一致的。通气不足时，给予高浓度氧吸入，可纠正缺氧，但二氧化碳潴留并不能得到帮助，所以改善通气才是针对性的治疗。引起通气障碍的原因有属肺外的如呼吸中枢抑制(见于脑炎、卒中、安眠药中毒等)；有属呼吸器官本身的疾病(如慢性支气管炎，支气管哮喘、肺气肿等)。

(二) 通气/血流比例失调~通气换气是进行气体交换对等的二方。所以有效的气体交换不仅取决于足够的肺泡通气量，也取决于充分的血流量，而且二者必须在数量上配合协调。正常通气/血流的比值为0.8。当肺有疾病时，由于血管的病变，血液流经各处肺泡不均匀，以致通气/血流比例失调时，主要引起缺氧，而二氧化碳潴留往往不明显。一旦出现二氧化碳潴留时，必然存在缺氧，这是因为血液中的二氧化碳和氧弥散到肺泡中的速率不一样(二氧化碳比氧弥散到肺泡中去的速率快约20倍)。

(三) 弥散功能障碍~虽然通气与血流供应都正常，但由于肺泡间质的增厚，同样也可引起呼吸衰竭，这是因为气体的弥散功能受到很大障碍所致，临床见于广泛的矽肺、石棉肺、肺纤维化症等。

《诊断要点》：

(一) 临床表现：

一、缺氧引起的症状：

1. 中枢神经系统对缺氧最为敏感！

轻度缺氧~出现失眠、健忘、激动、呼吸加深，随着缺氧加重，可出现烦躁不安、视觉模糊、语言障碍、意识障碍、谵妄。

严重缺氧~可引起脑细胞水肿和间质水肿，颅内压增高引起抽搐、昏迷和死亡。

2. 缺氧可引起心肌损害~发生心律不齐，甚至心脏停搏。慢性缺氧往往表现为心率增快和心搏出量增加。

3. 代谢性酸中毒的一系列临床表现(轻者乏力，头昏头痛，症状明显者可有呕吐、眩晕、呼吸深大直至昏迷、休克)~严重缺氧而抑制丙酮酸氧化脱羧、三羧酸循环等代谢过

程，导致大量乳酸生成，引起代谢性酸中毒。

4.紫绀～是缺氧的典型症状。以口唇、甲床、结膜等血管丰富和血流通畅处最明显。

二、二氧化碳潴留引起的症状：

1.神经精神症状：

轻度二氧化碳潴留～兴奋大脑皮层，产生失眠、烦躁等精神兴奋症状；

重度二氧化碳潴留～大脑皮层从兴奋转入抑制，出现神志淡漠、精神恍惚、嗜睡以至昏迷（即所谓“二氧化碳麻醉”）。

检查：腱反射减弱或消失，锥体束征可呈阳性反应。可出现小肌肉颤或手足间隙抽搐或震颤等。

二氧化碳对呼吸中枢有兴奋作用～使呼吸加深加快。

高浓度二氧化碳（ $>8-10\%$ ）～可抑制呼吸中枢，通气量逐渐减少。

2.脑水肿和颅内压升高的表现～如眩晕、头痛、高血压、视神经乳头水肿等。

3.肺动脉高压～加重或促发肺源性心脏病。

4.引起周围血管扩张、表浅静脉充盈～皮肤红润、温暖、多汗（为二氧化碳潴留典型临床表现）。

5.心率增速、心排血量增加、脉洪大。

（二）化验检查：仅在对诊断尚有疑问者，如有条件，则可进行特别是动脉血气体分析，则更为客观、可靠。

动脉血饱和度 $<75\%$ 、动脉血氧分压 $<60-70\text{ mm Hg}$ ～说明严重缺氧。

动脉血二氧化碳分压 $>55\text{ mm Hg}$ ～表示有严重二氧化碳潴留。

《常见于那些疾病》？

一、感染：尤其是各种原因的脑炎、脑膜炎、中毒性痢疾等；

二、脑血管意外：多见于脑溢血；

三、中毒：对呼吸中枢抑制或毒害的药物或毒物中毒；

四、窒息、一氧化碳中毒、慢性肺原性心脏病～缺氧及二氧化碳潴留。

五、严重水中毒、酸中毒等～水和酸碱平衡紊乱；

六、肝、肾功能衰竭～肝性昏迷、尿毒症等。

七、呼吸系统疾病～如呼吸道阻塞（喉白喉、喉及气管异物、喉头水肿、喉及气管肿瘤），支气管哮喘、肺炎、肺气肿、肺不张、重症肺结核、胸腔积液或气胸等。

八、心脏病：如心力衰竭、心包积液等。

九、其它：如严重贫血、高热等。

《如何采取抢救措施》？

（一）改善通气：必须保持呼吸道通畅，具体措施包括鼓励病人咳嗽，协助病人多翻身，以利排痰（有时须采用鼻导管吸痰），并根据病情选用解痉、消肿、祛痰等药物。在病情危重、神志不清或昏迷病人，应考虑气管插管或气管切开，以清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。

（二）氧疗：采用鼻导管低浓度持续给氧法。

（三）辅助呼吸：重症病人用上述方法治疗无效时，可用面罩加压呼吸，或作气管切开

术，安上自动呼吸器或气囊加压呼吸。以纠正缺氧和二氧化碳潴留。

（四）呼吸兴奋剂：关于呼吸兴奋剂的应用，现有不同看法。一般仅用于嗜睡或浅昏迷而且呼吸道通畅，分泌不多的病人。一般常用可拉明、洛贝林、回苏灵、东莨菪碱等。临床上大多用可拉明。先静注0.75克，然后将8—12支溶于500毫升5%葡萄糖中静滴，并观察呼吸情况、神志变化及其付作用等，随时调整滴速。若治疗12~48小时无效，应考虑其他积极措施，包括气管切开，辅助呼吸等。

（五）纠正酸中毒：根本的治疗是改善通气。但当改善通气后，一时不能缓解酸中毒，或酸中毒严重时，急需纠正PH值，可暂时用5%碳酸氢钠100~250毫升，静脉滴注。

（六）控制感染：呼吸道感染是引起呼吸衰竭的诱因，故须积极控制。常用青霉素和链霉素联合治疗。同时作痰培养，找出致病菌，并根据细菌药物敏感度，选用有效抗菌素。

（七）脱水剂的应用：适用于脑水肿、脑疝性者。常用甘露醇等或配用地塞米松快速静滴。如病情需要时可每6~8小时重复给予。

（八）如呼吸已近停止，则立即作人工呼吸并准备气管插管，人工控制呼吸。

11. 胃溃疡与胃癌如何鉴别？

	鉴 别 要 点	胃 溃 疡	胃 癌
1	发 病 年 令	常在40岁以前	常在40岁以后
2	病 程	常呈节律性和周期性发作	短，呈进行性
3	痛	可有典型溃疡痛史	常不典型
4	食 欲 减 退	不明显	明显
5	全身情况及体重减轻	一般全身情况较好， 体重减轻不明显	在短期内全身情况变差， 体重有明显减轻
6	大 便 隐 血	仅在溃疡活动期阳性， 溃疡愈合后转阴性	常持续阳性
7	进 行 性 贫 血	除并发大出血外少见	常有进行性贫血
8	胃 液 分 析	游离酸存在	一般在组织胺刺激下，也 可以不分泌酸；有慢性出 血者呈咖啡渣样
9	×线钡餐检查	可见典型壁龛，其周围胃 壁柔软，粘膜纹呈放射形 集中	可有充盈缺损，近邻胃壁 强直，无蠕动，粘膜纹 中断
10	纤维胃镜检查	溃疡边缘光洁	溃疡边缘不光洁，或有息 肉样增生
11	剥脱细胞检查	阴性	可找到癌细胞