

206533

内科复习题解

NEIKEFUXITI JIE



衡阳地区人民医院

前 言

为了加强基础理论复习，提高医疗质量，使医院工作适应党的工作重点转移的需要，为迎接省卫生局医疗业务技术考核，我们在院党委的关怀下，组织部份力量，对省卫生局印发的内科 280 题复习提纲，参照《实用内科学》、《内科疾病鉴别诊断学》、《实用心脏病学》、《内科治疗手册》、《现代诊断治疗学》、《新编药理学》、《病理生理学》，及部份国内外有关杂志加以编纂题解，以资同道参考。

由于编写时间仓促，兼之我们理论水平不高，编辑缺乏经验，错误之处必定难免，望批评指正。

在编写过程中，煤炭职工医院谢金魁医师，地区卫校李平民、谢敦祥老师给予我们大力协助，谨在此一并致谢！

编 者

一九七九年七月二十日

目 录

一、基础内科复习题	(1)
1、基本知识 (1——3)	(1)
2、呼吸系统 (4——11)	(2)
3、心血管系统 (12——35)	(7)
4、泌尿系统 (36——38)	(23)
5、消化系统 (39——43)	(24)
6、血液系统 (44——46)	(28)
7、内分泌、新陈代谢、胶原病、神经系统 (47——56)	(31)
8、传染病、肿瘤部分 (57——66)	(35)
9、X线部份 (67——77)	(42)
10、基本操作、体征及临床意义 (78——82)	(48)
11、中医基础 (83——92)	(68)
12、药理学部份 (93——120)	(73)
二、系统内科	(92)
1、呼吸系统 (1——23)	(92)
2、心血管系统 (24——57)	(113)
3、泌尿系统 (58——72)	(136)
4、消化系统 (73——86)	(147)
5、血液系统 (87——98)	(160)
6、内分泌系统 (99——110)	(168)
7、胶原性疾病 (111——113)	(176)
8、水电解质的平衡 (114——119)	(178)
9、中毒的抢救 (120——125)	(182)
10、病毒感染与传染病 (126——142)	(187)
11、神经系统 (143——160)	(199)

基础内科复习题

1、怎样才能写好一份病历？

一、必须具备高度的对病人的同情心、责任感，为病人解除病痛是医生的神圣职责。

二、采取病历资料必须确切可靠，病历书写严肃认真，要求实事求是、准确、及时。

三、病历内容要求完整，注意逻辑性，力求简明扼要，抓住重点，主次分明，条理清楚。

四、病历书写文字要通顺、简练、字迹清楚，不要随意涂改。

五、完整的病历包括下列主要内容：一般项目、主诉、现病史、既往史、个人生活史（包括婚姻、月经及生产史）、家族史、全身体格检查、实验室常规检查及特殊检查、摘要、诊断、记录者签名、记录日期时间。

2、体格检查要注意那些问题？

一、关心病人，体贴病人，全心全意为广大工农兵病人服务。

二、进行体格检查时必须严肃认真，耐心细致，要有实事求是的作风。如病情危重，不容许详细检查时，则应重点检查，明确诊断方向，积极进行抢救。待病情好转后再进行其他必要的补充检查。

三、注意挑选一光线充足、温暖、安静的环境。检查时依次暴露各被检查的部位，以利全面和准确地检查。

四、检查时必须按正规系统顺序进行。通常先由一般情况、头、颈、胸、腹、脊柱、四肢、生殖器（女性患者检查时，须有二人在场）、肛门、神经反射的顺序进行，这样可以避免不必要的重复和遗漏。

五、体格检查必须在病程中反复进行。因病情总是不断变化的，反复检查可发现新的症状与体征，从而不断补充或改正诊断，以便及时采取适当的医疗措施。

3、试述稽留热、弛张热、间歇热和不规则热的特点及其临床意义？

一、稽留热：体温常高达 39°C 以上，持续数天或更长时间，昼夜体温波动很少超过 1°C 。

常见于伤寒、斑疹伤寒、大叶性肺炎、麻疹出疹期等。

二、弛张热：高热可达 39°C 以上。每日体温有较大幅度的波动、高低可相差 $1.5\sim 2^{\circ}\text{C}$ 以上。常见于化脓性疾病、败血症、结核病、Hodgkin氏病等。

三、间歇性热：体温突然可升高达 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，经若干小时可下降至正常，经 $1\sim 2$ 天后再度上升，如此反复有规律的发作，见于疟疾及数种滤过性病毒感染，如天花之一期等。

四、不规则热：是最常见的一种热型，体温高低变化不规则，持续时间也不一定。常见于流感，风湿热、肿瘤等。

4、痰的性状包括那些？有何临床意义？

痰的特征不容忽视，其痰的性状与临床意义应包括如下几个方面：

一、量：正常人无痰或有少量痰。痰量因疾病不同和病期不同而异，少至一口/日、多至数千毫升/日。痰量最多者为湿性支气管扩张，肺空洞，肺水肿及肺脓肿等。在病程中痰量的增减，一般可反映病情的恶化或改善。例如当肺脓肿或脓胸向支气管破裂时，可见痰量突然增多。

二、颜色：由痰中所含物质的色泽而定。正常人少量痰为无色或灰白色。

黄色可能由于含脓细胞所致。

绿色因含胆汁，变性血红蛋白或绿脓素所致，可见于黄疸，吸收缓慢的大叶性肺炎及肺部绿脓杆菌感染时。

黄绿色痰常见于进行性肺结核或慢性支气管炎等。

粉红或棕红色常因含血或红蛋白所致，见于肺水肿。

橙黄或铁锈色，系痰内血红蛋白分解所致，是大叶性肺炎的特征。

红褐色痰为脓和血的均匀混合，可见于阿米巴肺病，肺吸虫病等。

棕色见于心脏病，由于含有变性血所致。

灰色或黑色则见于各种肺尘埃沉着症。

三、性质：依其发炎情况和组织受损程度不同而异。

(1)、粘液性痰见于咽、喉、气管的卡他炎症和早期支气管炎及哮喘。

(2)、脓性痰见于肺脓肿，进行性肺结核等。

(3)、粘液脓痰最为常见。可见于支气管炎，支气管扩张及肺结核等。

(4)、泡沫性痰见于肺水肿。

(5)、血痰见于肺结核，肺循环淤血，肺梗塞，支气扩张，肺脓肿、肺癌及肺吸虫病等。

四、气味：发炎伴有厌氧菌感染时，可有恶臭；见于肺坏疽及支扩症等。

膈下脓肿和肺相沟通时，可带粪臭。

五、分层：痰量较多者，将24小时痰静置后，观察有否分三层（上层为泡沫粘液、中层为浆液、下层为脓液或坏死组织等。在肺脓肿、支扩症或空洞型肺结核时，痰可呈三层。

5、试述肺实变、肺不张、胸腔积液、胸膜增厚及肺气肿、气胸在物理检查中的异同点？

如下表所示：

疾病	气管	视 诊				听 诊			其它
		胸廓	呼吸运动	触诊 语颤	叩 诊 叩 诊 音	呼吸音	罗 音	语音	
肺实变	正中	对称	病侧减弱	病部↑	浊音或 实 音	管状音	常有湿 罗 音	病变部↑	
肺不张	推向 病侧	病侧 凹陷	病侧↓	病部 多↓	实 音	减弱		消失	心脏 向病侧 移位
胸 腔 积 液	推向 健侧	病侧 饱满	病侧减弱 或 消失	减弱 或消失	实 音	减弱 或消失		减弱 或消失	心脏 向健侧 移位
胸 膜 增 厚	拉向 病侧	病侧 凹陷	病侧↓	减弱	浊 音	减弱		减弱	心脏 向病侧 移位
肺气肿	正中	桶状 对称	双侧↓	双侧 相等	过清音	减弱		减弱	
气 胸	推向 健侧	病侧 饱满	病侧减弱 或 消失	消失	鼓 音	消失		消失	心脏 向健侧 移位

6、如何判断总气管的位置？试举3—5种常见疾病说明气管偏移的方向及机制。

正常人气管居中。检查时，食指及无名指放在病员的胸锁关节处。并以中指触摸气管，观察有否移位。

胸腔积液，积气及主A瘤，纵隔肿瘤时，由于胸腔的一侧有大量积液或积气，或肿瘤生长时膨大而将气管推向健侧。肺萎陷、胸膜增厚则由于牵拉作用而使气管向患侧移位。主A弓部有主A瘤时，在心脏收缩时因动脉瘤扩张牵引气管向下运动，出现气管牵引。

7、胸膜摩擦音心包摩擦音及捻发音如何鉴别？各有何临床意义？

见下表：

	胸膜摩擦音	心包摩擦音	捻发音
部 位	下胸部沿腋前线处 易听到	常于胸骨左缘Ⅲ—Ⅳ 肋间易听到	不定
与 呼 吸 的 关 系	呼气与吸气期均听 到，与呼吸一致，摒 气时消失。	与呼吸无关，与心 跳一致，摒气时不消 失。	吸气末期听到。
易 变 性	变化较多，可于短 时期内消失，时有时无。	同左	无此特点。
临 床 意 义	见于干性胸膜炎。	各种心包炎	见于肺炎早期或消 散期、老年人久病、 肺淤血。

8、语颤增强及减弱常见于哪些原因？参阅第5题。

9、胸痛常见于哪些原因？如何鉴别？

胸痛常见原因及鉴别要点如下：

一、胸壁病变：

1、胸肌痛：有肌肉局部损伤，或剧烈运动、经久剧烈咳嗽史，疼痛固定于病变处，局部有压痛。

2、肋软骨炎：多见于中、壮年，特征性表现肋骨肋软骨交界处疼痛性肿胀，质地坚实

有压痛，最常见于第二肋软骨，一次发作常侵及一个区域。无发热与全身症状，实验室检查包括ESR均正常。

3、带状疱疹：发疹前2—4天常有发热与全身症状伴受累神经分布区疼痛，麻木或感觉过敏。以后出现红斑性皮炎，迅速变为丘疹及疱疹。在此基础上出现成群水泡。有局部淋巴结肿大、压痛。

4、肋间神经痛：疼痛范围局限于病变肋间N分布区，呈刺痛、灼痛，甚至刀割样痛。深呼吸、咳嗽可使疼痛加剧。沿肋骨下缘肋间神经部位可有压痛，受累N分布区常有感觉减退或过敏。

二、肺与胸膜病变：

1、支气管肺癌：参阅“系统内科复习第十七题”。

2、大叶性肺炎：参阅“系统内科复习第一题”。

3、肺结核：参阅“系统内科复习第十七、第十八题”。

4、肺梗塞：突然起病，呼吸困难、胸痛、咯血、发热，严重者可伴有紫绀、休克、甚至猝死。大块肺梗塞可有湿罗音、胸膜摩擦音，叩诊呈浊音、心率增快，血压下降。可以出现右心奔马律、P₂亢进、肝肿大等右心衰征。X线检查肺野可见三角形、楔状大片阴影。可伴胸腔积液。小的梗塞，X线可不显影。

5、干性胸膜炎：参阅“系统内科第二十题”。

6、自发性气胸：参阅“系统内科第二十二题”。

三、心血管病变：

1、心肌梗塞：参阅“系统内科第三十一题”。

2、心绞痛：参阅“系统内科第二十九题”。

四、纵隔与食道病变：

1、纵隔气肿：胸骨下剧烈疼痛、伴有呼吸困难、紫绀、颈静脉怒张、颈部皮下气肿、心浊音界消失。在心前区常可听到一种与心搏动同时性的特征性爆破音。X线检查可确诊。

2、纵隔肿瘤：持续性胸痛、后期有压迫症状、X线胸片与颈部斜角肌淋巴结活检可帮助诊断。

3、急性纵隔炎：寒战、发热、胸骨后持续性疼痛、向肩胛部放射。伴有吞咽困难、吞咽食物使疼痛加剧、胸骨部压痛等。X线检查可见纵隔阴影增宽。

4、急性食道炎：胸骨下疼痛可放射于肩部、吞咽食物使疼痛加剧，可伴吞咽困难。食道镜检查有助于诊断。

五、横膈病变：

1、隔胸膜炎：胸廓下部疼痛、可向他处放射，甚至可有腹壁紧张与压痛，患者胸廓下部运动受限制，呼吸音减低。X线检查可见横膈升高，横膈运动减弱，有时可有胸腔积液。

2、隔下脓肿：发热、上腹部常沿肋缘有疼痛与压痛，可向肩部放射。患侧胸廓下部呼吸运动减弱，X线检查可见患者横膈升高，胸腔积液，有时隔下可见空气与液平。本病多发生于腹部手术后，因感染而形成。

3、隔疝：疼痛位于剑突或胸骨下部、有膨胀感或灼痛，可放射至背部。进食后弯腰、平卧时症状明显。站立、向后弯腰、散步时可缓解。严重者可伴有呼吸困难、呃逆、呕吐与

休克等。患侧胸部呼吸音减弱，叩诊呈鼓音。X线钡餐检查有助于诊断。

10、渗出液与漏出液如何鉴别？

如下表所示：

	渗 出 液	漏 出 液
肉眼观密	草黄色浆液性、混浊或脓性、血性	淡黄色、澄清或微混
凝 固	常自行凝固	不易凝固
比 重	常高于1.018	常低于1.018
李凡他试验	阳性	阴性
蛋白定量	大于3克%	小于3克%
细胞数及分类	常多于500/mm ³ ，急性感染以中性为主，慢性感染以淋巴为主	常少于100/mm ³ ，主要为内皮细胞、和淋巴细胞、中性细胞少见
细 菌	可找到病原菌	无
见于何种情况	结核性胸、腹膜炎，化脓性胸、腹膜炎	肝硬化、心衰、肾炎、血浆蛋白过低

11、试述OT试验与死卡的临床应用。

OT试验是测定人体是否受过结核杆菌感染的一种方法，临床上常用来对幼年孩童进行结核病的诊断和对成年人进行结核病的排除诊断。

阳性反应表示已有过结核感染。三岁以下婴幼儿尤其是一岁以下未接种过卡介苗者，如反应呈阳性，即可诊断为结核病。

阴性反应者，有时不一定表示没有结核感染。感染结核杆菌后一般需4—8周变态才能充分形成。在这一时期内结核菌素试验反应可呈阴性。严重的结核病如急性粟粒性结核，或长期应用肾上腺皮质激素，可暂时抑制或消除结核菌素反应使呈阴性结果。

常用的结核菌素试验法有两种：即皮上划痕法和皮内注射法。以后者剂量准确，反应敏感，为常用方法。下面介绍皮内注射法的使用方法：

以0.1毫升结核菌素稀释液作左前臂内侧注射，使局部皮肤形成丘疹，48—72小时有红肿硬结者为阳性。结核菌素可引起局部、病灶和周身性三种反应。OT试验以局部反应为据。过大剂量会引起体内原有病灶充血、水肿等炎症反应和发热等周身性症状。为避免这些不良反应，结核菌素试验往往从小剂量开始，如无反应，逐步增加到100个结核菌素单位。在健康普查，一般用5个结核菌素单位。衡量局部反应常以注射后72小时局部肿结为依据，肿结直径小于5mm，无反应（-）；肿结直径为5—10mm，阳性反应（+）；肿结直径达11—20mm，为中等阳性反应（++）；肿结直径大于20mm或有水泡和组织坏死，为强阳性反应（+++）。

0.1ml结核菌素稀释液含量根据稀释度不同而不同，1:10000的浓度含国际结核菌素1个单位，1:1000含10个单位，1:100含100个单位。

近年来发现卡介苗对慢支及某些肿瘤和免疫反应性疾病有一定治疗价值，临床上已推广使用。使用免疫学方法治疗结核病已有80余年的历史，由于疗效不稳定，安全性方面也有一定问题，理论上又一直停滞在脱敏的概念上，所以未能受到重视。一九六〇年我省为了解决当时抗痨药物的短缺，试用死卡治疗结核病，通过广泛的临床实践和实验研究，认为死卡具有对特异性免疫之调节作用。有增强网状内皮系统，激活巨噬细胞和增强机体抗过敏之功能，以及增强机体抗理化刺激之能力。在运用过程中陆续发现它对支气管哮喘、感冒和慢支也具有作用。适用的疾病增至十余种。如流感、风湿性关节炎、神经性皮炎、麻风、肾炎、肿瘤、过敏性鼻炎、泡性眼结膜炎等。

12、有哪些方法可以判断心脏扩大？

临床上常用如下几个方法：

一、体查：以心脏的望、触、叩诊来判断左右心室的扩大。

（1）右心室扩大：

可见胸骨下段与胸骨左缘第三、四、五肋骨及肋间隙的局部隆起，多数病例同时伴有左乳头向上向外移位，此种情况常见于发育期间的儿童。可见弥漫性心前区搏动和剑突下心脏收缩期搏动。

触诊心尖搏动移向左侧，胸骨左缘抬举性冲动并往往伴有心尖处收缩软组织凹陷，形成摇摆形波动。

叩诊心界向右扩大。

（2）左心室扩大：

心尖搏动移向左下侧。心尖搏动弥漫。

心尖区抬举性搏动或称为“圆顶型心尖冲动”，这是因为此种心尖冲动的区域较广，往往需要用两个或三个手指端方能将其盖住。并可同时有胸骨下端左缘处有收缩期胸壁软组织的凹陷，形成与右心室肥厚时相反的摇椅样摆动。

心浊音界向左下移位。

二、X线：此方法诊断心脏大小较为准确。参阅第七十四题。

三、心电图：参阅第二十八题。

四、超声诊断学检查：常用超声心动图检查，常根据心脏内径、心壁厚度与活动规律的探测来诊断心脏的大小。国内应用较多的还有A型示波法，此法简单易行。切面显象法，Do—PPLaz氏法也可帮助诊断心脏的大小。

另外、心脏血池扫描（同位素）、心脏导管造影对于心脏扩大的鉴别诊断亦有一定的价值。

13、心脏听诊区有几个？如何鉴别器质性杂音和功能性杂音？

一、临床上将心脏听诊区分为下述5个区域：

- （1）二尖瓣区：在心尖部。
- （2）主动脉瓣区：在胸骨右缘第二肋间处。
- （3）主动脉瓣第二听诊区：在胸骨左缘第三、四肋间处。
- （4）肺动脉瓣区：在胸骨左缘第二肋间处。
- （5）三尖瓣区：在胸骨体下端近剑突稍偏右处。

二、器质性与功能性杂音的区别：见下表所示。

	器质性杂音	功能性杂音
部位	可发生任何瓣膜听诊区	心尖部或肺动脉瓣区
性质	吹风样、粗糙	吹风样、柔和
时期	长常占全收缩期	短、不掩盖第一心音
震颤	可有	无
传导方向	较广而远	比较局限
强度	常在Ⅲ级以上	一般在Ⅱ级以下
心脏大小	有心房或心室增大	正常
体位或呼吸的影响	无改变	杂音消失

14、试述杵状指和奇脉的特征及其临床意义？

杵状指：指（趾）甲呈弧形隆起。若测量指（趾）端背面皮肤与指（趾）甲盖所成之角度大于 160° 时即可以认为杵状指趾的存在。常见于肺脓肿、支气管扩张、脓胸、肺肿瘤、青紫型先天性心脏病，细菌性心内膜炎等。

奇脉：吸气时脉搏显著减弱，甚至消失。以血压计观察奇脉，常较手指触诊更为明显。一般维持血压在收缩压以下5—10毫米汞柱处用听诊器在肱动脉处听诊。若有奇脉，在吸气之末时可听到脉搏声减弱或消失。此种现象见于心包积液，缩窄性心包炎，肺气肿。喉部狭窄与重度哮喘有时亦可出现。

15、试述周围血管征的产生机制及其临床意义、周围血管征包括那几项？

临床常见的周围血管征为水冲脉、毛细血管搏动、枪击音及杜氏双重音。一般常同时出现。

一、水冲脉：触诊时感到脉搏为急促而有力的冲击，此冲击突然而来，又突然而去。检查时可用手掌紧握病员腕部的掌面，并高举病员的上肢而检查之。脉压差大是形成水肿的主要原因。多见于主动脉瓣关闭不全或动静脉瘘时，由于左心室搏出量增大，心收缩时，动脉内压迅速上升。舒张期则由于血流从关闭不全的主动脉瓣回流入左心室或经畸形之孔道分流，动脉内压迅速下降，即可出现水冲脉。在甲状腺机能亢进症、重度贫血时亦可见之，其产生机理是收缩期左心室搏出量增加而致动脉内压力迅速上升，舒张期由于周围血管阻力降低而压力迅速下降之故。正常人在精神激动，妊娠时均可发生周围血管扩张，亦可出现轻度水冲脉。

二、毛细血管搏动：轻压病员的指甲或以玻片轻压病员的口唇，正常人受压部位变白。若有毛细血管搏动，则透过指甲或玻片可以看到受压部位边缘的颜色随脉搏跳动而呈现忽红忽白的交替改变。其产生的原因主要是由于脉压差的增大，当收缩期，动脉压力迅速上升，毛细血管为血液急速充盈而显红色，而于舒张期，压力又迅速下降，而毛细血管的血液充盈量突然减少而显白色，故出现毛细血管搏动现象，临床意义同水肿脉。

三、枪击音：如将听诊器轻置于股动脉，肱动脉等大动脉上面，可以听到与A搏动一致的象手枪射击的声音。如再稍加压力，则听到收缩期与舒张期双重杂音，称为杜（Duroziez）氏双重音。枪击音及杜氏双重音产生机理同水冲脉。枪击音临床意义见水冲脉所述，杜氏双重音见于主动脉瓣关闭不全。

16、心尖区听到舒张期杂音要考虑哪些可能性？

心尖区听到舒张期杂音，须考虑到如下几种情况。

一、二尖瓣狭窄：有风湿热史、杂音局限于心尖处、舒张中期、收缩期前(窦性心律)，或舒张中期(心房颤动)，呈隆隆样。常伴有心尖区第一音亢进，肺动脉瓣第二音增强，二尖瓣拍击音，左房右室增大等。

二、功能性二尖瓣狭窄：主动脉瓣闭锁不全所致一种相对性二尖瓣狭窄杂音(弗氏杂音)，杂音出现在舒张中期，收缩期前，局限于心尖区，伴有主动脉瓣闭锁不全体征，左心室增大等。

三、左心房粘液瘤：有栓塞或昏厥史，杂音局限于心尖区，舒张中期，收缩前出现。往往坐位时出现，躺卧时消失。伴有左心房畸形，进行性心脏衰竭等。

四、动脉导管未闭、室缺、贫血、甲亢均可因通过二尖瓣口的血流增多，而出现短促的舒张中期杂音，同时往往伴有心音亢进，有明显的收缩期杂音，洪脉及上述疾病的相应症状与体征。

五、此外，从别处传导来的杂音亦可在心尖区舒张期出现。例如从主动脉瓣区，动脉导管未闭，冠状动脉分支狭窄所传导来的杂音等。亦需考虑鉴别。

17、什么叫三心音？包括哪几种？如何鉴别？

在原有两心音之外，出现一附加的第三个心音，即称为三心音或三音心律。

较常见的三音心律有第二心音分裂，第三心音(包括生理性第三心音与病理性第三心音)，房性与室性奔马律，二尖瓣拍击音，心包叩击音、短促的舒张中期杂音，过早搏动所产生的单心音等。

鉴别诊断见下表。

诊 断	最 响 部 位	时 间 关 系	性 质	呼吸影响	能 否 扣 及	意 义	备 注
第二 心音 分裂	肺动脉瓣区	分裂两部间隔 紧接(约为0.03 —0.06秒)	短促、音调 高、两音相同	多于吸气末 最响	第二心音亢 进时多能 扣及	多是生理性现象, 但明显分裂可见于 病理性	健康人与心脏病病人 均可有
生理性 第三 心音	心尖区或其内 侧	距第二心音较远 (约为0.15秒)	音轻、较长、 音低、较第二 音为短	呼气末最响、 深吸气末减轻 或消失	不能扣及	儿童及青年的生 理现象, 35岁后不 多见	运动后向左侧卧时 最易听到, 坐位或 立位时消失
病理性 第三心 音	同上	同上	柔和、音低、 但有时较响亮	呼气末最响	多能扣及	心室充盈增速	提示二尖瓣关闭不 全、室缺、动脉导管未 闭、缩窄性心包炎
房性与 室性奔 马律	心尖区或其内 侧或胸骨左缘 第4—5肋间	距第二音较远 (约0.15秒或在第 一心音前)	音较响、较 长、音低	左心奔马律呼 气末较响, 右心 奔马律吸气末较 响	多能扣及并 看到	心室收缩期或舒 张期负荷过度的体 征	用钟型胸件听诊 器, 在向左侧卧 时最易听清
二尖瓣 拍击音	胸骨左缘第 3—4肋间	距第二心音较近 (约0.07秒)	较响、短脆、 音调高	呼气末较响	多能扣及	提示二尖瓣(前叶) 仍有活动度	同时有拍击性第 一心音及二尖瓣 狭窄的杂音

心包叩击音	胸骨左缘第3—4肋间、心尖区内侧	发生于主动脉瓣关闭后约0.1秒, 较“开瓣音”为迟, 较第三心音为早	响亮、音调多较室性奔马律为高	多在吸气时增强	多视及与扪及舒张早期膨突(心尖区内侧)	心室受心包缩窄的体征	心包缩窄解除后该音即消失
短促的舒张期杂音	心尖区或其内侧	距第二心音较远(约0.15秒)	短促低音调、舒张中期杂音较正常博动的第一心音为短促	呼气末较响	多能扣及	较轻度二尖瓣狭窄(如瓣膜水肿)或二尖瓣口血流增多	杂音较短促
过早搏动所产生单生的心音	心尖区	距第二心音较远	较正常博动的第一心音为短促		多能扣及	提示过早搏动	健康人和心脏病患者均可有

18、二尖瓣狭窄及主动脉瓣关闭不全心脏有哪些物理体征?

	二 尖 瓣 狭 窄	主动脉瓣关闭不全
望诊	心尖搏动点可仍在正常部位或略向左移位。若二窄发生在儿童期,患者心前区可有隆起,左乳头可移向左上方,并有胸骨左缘处收缩期抬举性冲动。	心脏向左下方扩大,心尖搏动移向左下,心尖搏动弥散,心尖搏动增强。
扪诊	可在心尖部触及短促的收缩期震荡,胸骨左缘心前区收缩期抬举性搏动,且可于第二心音后扪及一个短促的打击,相当于开瓣音,心尖区可触收缩期和舒张期震颤,侧卧位较明显。	心尖搏动增强,呈抬举性心尖搏动。
叩诊	典型的心界呈“梨型”。	心界向左下扩大,典型的呈“靴型”。
听诊	心尖区舒张期隆隆样杂音,第一心音亢进,二尖瓣拍击音和肺动脉瓣区第二音亢进。	于主动脉瓣区、主动脉瓣第二听诊区可闻舒张期乐性杂音。可闻及心尖区弗(Austin—Flint)氏杂音

19、颈静脉怒张及搏动有何临床意义?

颈静脉怒张:见于心力衰竭、心包炎及上腔静脉肿瘤压迫。

颈静脉搏动:见于三尖瓣关闭不全病员。

20、试用微循环学说解释休克的病理生理。

长期以来,对休克的发病机制有许多学说,这在休克的历史中已经简略地提到了。近年来,由于微循环研究的进展,对休克发病机制的认识有了较大的革新。多种原因引起的血液

总量减少, 心搏功能降低或血管床容积增大, 均可导致有效血量减少, 血液动力学因而产生一系列异常改变, 引起微循环障碍, 由于微循环障碍导致组织细胞血液灌注不足, 这是引起休克共同机制。休克的微循环改变大致可分为四期:

一、微血管痉挛期: 机体受到各种因素强烈袭击后由于应激反应, 交感神经兴奋, 儿茶酚胺及有关物质释放, 使微循环的微动脉及毛细血管前括约肌收缩, 毛细血管内血流减少, 虽血压尚可维持, 但脉压差很少, 微循环灌注不足, 导致组织缺血缺氧 O_2 , 从而产生一系列症状, 发生休克。

二、微血管扩张期: 由于小动脉持续收缩, 造成毛细血管内血流量不足, 组织细胞为要获得足够的氧供应, 需要比平时更长灌注时间。同时因组织缺氧, 肥大细胞分泌组织胺增加, 使附近毛细管前括约肌开放时间延长, 以致在同一时间内有许多毛细血管同时开放, 微静脉扩张, 使血管床容量骤然增加, 从而产生回心血量减少, 有效循环量减少; 再者血流的淤滞, 使组织缺氧更加严重, 产生酸中毒, 使休克进一步加深。

三、弥散性血管凝血期: 微循环内血流淤滞浓缩和血液酸化, 加上组织创伤所释放的凝血活酶或脓毒感染的毒素等促凝物质的作用, 便可引起弥散性血管内凝血。使休克进入晚期, 如不及时纠正, 就会严重威胁患者的生命。

四、组织坏死期: 弥散性血管内凝血发生后, 机体内的纤维蛋白溶解酶系统发生作用, 可将已形成的纤维蛋白凝块溶解, 但此时脏器组织往往因一段时间的血流阻断而发生细胞坏死。如细胞坏死之数量很大, 则可造成功能的衰竭引起机体死亡。

上述休克时微循环改变的各个阶段, 并不是固定不变的。各阶段病变的进展可交错并存。

21、何谓冷休克及暖休克?

冷、暖休克是按照皮肤温度表现及血液动力学来分型的。

冷休克: 即低动力型休克。心脏指数低于正常, 总外周阻力高于正常, 又称低排高阻型。常伴有交感神经高度兴奋。表现为肢体湿冷, 甲床色泽发绀等。常见于低血容量性, 心源性和一部分感染性休克。

暖休克: 即高动力型休克。心脏指数高于正常, 总外周阻力低于正常, 又称高排低阻型。交感神经兴奋不明显。表现为肢体干暖, 甲床色泽暗红等。常见神经源性休克及一部分感染性休克。

22、在休克时应从哪些方面进行监护?

休克时应从下述几方面进行监护:

一、意识与精神: 出现烦躁不安、呼吸急促及主诉口渴, 常为血容量不足的表现, 可在休克早期血压尚未明显降低时发生; 随着休克程度的加重, 可由兴奋转为抑制, 逐渐发展到意识模糊甚至昏迷。反之, 病人由烦躁转为安静, 由昏迷或神志模糊转为清醒, 往往是休克好转的标志。