

内科学（中级）应试指导 及历年考点串讲

主编 周国华 陈斌 尹凤鸣



人民军医出版社

全国初中级卫生专业技术资格统一考试（含部队）指定辅导用书

内科学（中级）应试指导 及历年考点串讲

NEIKEXUE (ZHONGJI) YINGSHI ZHIDAO
JI LINIAN KAODIAN CHUANJIANG

主 编 周国华 陈 斌 尹凤鸣
副主编 汤孝优 陈叶青 莫放林 张宇飞
编 者 （以姓氏笔画为序）

王 为	王 勇	王小文	王丽姣	尹凤鸣
邓 杰	卢树生	冯经华	匡卫国	伍绍铮
刘 畅	刘树旗	刘湘东	汤孝优	汤学宇
阳林俊	苏 静	苏利国	李 华	李中秋
李解贵	吴欣军	冷明芳	张 晖	张宇飞
陈 斌	陈叶青	陈永春	陈燕芳	周 炜
周红宇	周国华	莫放林	曹卫娟	崔 楠
谢金龙	廖 辉			



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

内科学 (中级) 应试指导及历年考点串讲 / 周国华, 陈斌, 尹凤鸣主编. —8 版. —北京: 人民军医出版社, 2015.12

ISBN 978-7-5091-8790-6

I. ①内… II. ①周…②陈…③尹… III. ①内科学—医药卫生人员—资格考试—自学参考资料 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 270612 号

策划编辑: 于晓红 丁 震 文字编辑: 高雅芬 责任审读: 黄翔兵

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927278

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300—8062

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 三河市京兰印务有限公司

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 30.5 字数: 764 千字

版、印次: 2015 年 12 月第 8 版第 1 次印刷

印数: 0001—5700

定价: 85.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要

本书是全国初中级卫生专业技术资格统一考试（含部队）的指定辅导用书。全书按照内科学（中级）最新考试大纲的要求，在分析了历年大约三千道考试题、认真总结考试的命题规律后精心编写而成。在编写结构上分为正文和历年考点串讲两部分，正文部分按照考试大纲的要求展开，既考虑到知识点的全面性，又突出重点，对常考或可能考的知识点详细叙述，对需要重点记忆的知识点用波浪线的形式加以突出，重要的关键词以黑体字的形式表示；历年考点串讲部分列出了该考试单元（细目）的历年考试频率，提示应该掌握的重点内容，并将该考试单元（细目）历年考过的试题以串讲的形式列出，简明扼要，提示考生一定要熟记这部分内容。本书紧扣考试大纲，内容全面，重点突出，准确把握考试的命题方向，有的放矢，是复习应考的必备辅导书。

此外，与本书配套出版的还有内科学（中级）、心血管内科学（中级）、消化内科学（中级）《模拟试卷及解析（纸质版）》（6套卷，2 400题）和内科学及各亚专业《模拟试卷及解析（网络学习版）》（4套卷，1 600题）。

出版说明

国家执业医师资格考试是评价申请医师资格者是否具备从事医师工作所必需的专业知识与技能的行业准入考试。考试分为两级四类，即执业医师和执业助理医师两级；每级分为临床、中医、口腔、公共卫生四类。中医类包括中医、民族医和中西医结合。

医师资格考试分为实践技能考试和医学综合笔试两部分，实践技能考试一般在每年的7月举行，医学综合笔试于9月中旬举行，具体时间以卫生部医师资格考试委员会公告时间为准。执业医师考试时间为2天，分4个单元；执业助理医师考试时间为1天，分2个单元，每单元均为两个半小时。笔试全部采用选择题形式，共有A1、A2、A3、A4、B1五种题型。助理医师适当减少或不采用A3型题。医师资格考试总题量为600题，助理医师资格考试总题量为300题。

为了帮助广大考生做好考前复习，我社组织了权威专家，联合历届考生，对考试的命题规律和考试特点进行了潜心分析和研究，严格按照考试大纲的要求，出版了国家执业医师资格考试（含部队）推荐系列辅导用书，包含了《历年考点精编》《应试宝典》《同步精选题库》《模拟试卷（解析）》《考前冲刺必做》和《专家命题预测试卷》等系列，覆盖了除民族医、公共卫生以外的四大类八个考试专业。根据全国广大军地考生的需求，经国家和军队相关部门认可，作为国家执业医师资格考试（含部队）的推荐辅导用书。

“国家执业医师资格考试（含部队）推荐辅导用书”紧扣考试大纲，以历年考点为编写的基本依据，内容的安排既考虑知识点的全面性，又特别针对历年考试通过率不高的现状，重点加强复习的应试效果，使考生在有限时间内扎实掌握大纲要求及隐含的重要知识点，从整体上提高考试的通过率。

《历年考点精编》系列，是在分析了数千道考试题的基础上，紧紧围绕历年考点编写，提示考试重点；以条目式的简洁叙述串讲考试命题点，重点、易考点一目了然。

《应试宝典》系列，编写紧扣考试大纲，在分析了数千道考试题的基础上，紧紧围绕历年考点编写，提示考试重点。内容的编写既考虑知识点的全面性，又特别针对历年考试通过率不高的现状，重点加强复习的应试效果，扎实掌握大纲要求及隐含的重要知识点。

《同步精选题库》系列遵循科学、客观、严谨的命题要求，依据大纲精神精心命题，在全面分析历年考点试题的基础上，按大纲顺序精选试题，题型全面，题量丰富，具有很高的考试指导价值，通过考题同步练习的方式掌握考试要求的易考知识点，准确把握考试的命题方向。考生可以通过同步练习，透彻理解考试重点，举一反三。

《模拟试卷（解析）》系列，每个考试专业有3~5套卷。这个系列的突出特点，是试题质量高，题量适中，贴近真实考试的出题思路及出题方向，附有详尽解析，通过做题把握考

试复习的重点和方向。

《考前冲刺必做》系列，每个考试专业有 3~4 套卷。这个系列的突出特点，是在分析历年考试的基础上，总结历年必考重点，抽选高频考点组题，通过冲刺练习，使考生熟悉考试，得到考试必得分。

《专家命题预测试卷》系列，包含临床和口腔两个考试大类四个考试专业。每个考试专业有 3 套卷。总结历年必考重点，由试题研究专家抽选高频考点组卷，贴近真实考试的出题思路及出题方向。

本套考试用书对考试知识点的把握准确，试题与真实考试接近，对考生通过考试一定会有很大的帮助。由于编写及出版的时间紧、任务重，书中不足请读者批评指正。

人民军医出版社

第 1 部分 常见症状与体征

第 1 单元 发 热

1. 定义 发热是指病理性体温升高超过正常上限，是机体对致病因子的一种全身性防御反应。发热的诊断标准一般是口温在 37°C 以上或肛温在 37.6°C 以上，昼夜温差波动在 1°C 以上。

2. 病因 发热的病因包括感染性和非感染性两大类，感染性发热更为常见。

(1) 感染性发热：各种病原体感染，如病毒、细菌、肺炎支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等感染。

(2) 非感染性发热：①无菌性坏死物质的吸收；②抗原-抗体反应；③内分泌与代谢障碍；

④皮肤散热减少；⑤体温调节中枢功能失常；⑥自主神经功能失调。

3. 发生机制

(1) 致热原性发热：包括外源性和内源性（主要是一些炎性细胞因子）两大类。

(2) 非致热原性发热：①体温调节中枢受损；②产热过多；③散热减少。

4. 临床表现

(1) 发热的分度：①低热， $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ ；②中等度热， $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ；③高热， $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ；④超高热： 41°C 以上。

(2) 发热过程与特点：发热有 3 个阶段。①体温上升期，机体产热大于散热。因血管收缩，病人畏寒、皮肤苍白、皮温下降，可出现寒战。②高热期，产热与散热在较高水平上趋于平衡，体温维持在较高水平。病人颜面潮红、皮温灼热、口干、脉速、尿少。③退热期，散热增加，产热正常，体温渐正常。病人大量出汗，皮温降低。体温骤降可出现脱水和循环衰竭症状。

(3) 热型及临床意义：①稽留热，体温恒定地维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平，达数天或数周， 24h 内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等。②弛张热，又称为败血症热，体温常在 39°C 以上，波动幅度大， 24h 内波动范围超过 2°C ，但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重度结核感染、化脓性炎症等。③间歇热，体温骤升达高峰后持续数小时，又迅速降至正常水平，无热期（间歇期）可持续一天或数天，如此高热期与无热期反复交替出现为间歇热。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。④回归热，体温急骤上升至 39°C 或以上，持续数天后又骤然下降至正常水平，高热期与无热期各持续若干天后规律性交替 1 次。常见于回归热、霍奇金病、周期热等。⑤波状热，体温逐渐上升达 39°C 或以上，数天后又逐渐下降至正常水平，持续数天后又逐渐升高，如此反复多次。常见于布氏菌病。⑥不规则热，常见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

5. 相关症状与体征

(1) 伴有寒战：病程中只有一次寒战，见于大叶性肺炎；病程中反复于发热前出现寒战，见于败血症、疟疾、急性胆囊炎、钩端螺旋体病、感染性心内膜炎和恶性淋巴瘤。缓升型发

热常无寒战，如伤寒、结核、布氏菌病等。

(2) 结膜充血：见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病。

(3) 单纯疱疹：见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性感冒。

(4) 淋巴结大：见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌。

(5) 肝脾大：见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病。

(6) 皮肤黏膜出血：见于流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症、急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病。

(7) 关节肿痛：见于败血症、猩红热、布氏菌病、风湿热、结缔组织病、痛风。

(8) 皮疹：①发疹性传染病，包括水痘、猩红热、麻疹、斑疹伤寒、伤寒、幼儿急疹，发热和急疹出现的时间常常相对固定。②非传染性疾病，常见于风湿热、结缔组织病（系统性红斑狼疮）、药物热。

(9) 昏迷：先发热后昏迷见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒型菌痢、中暑。先昏迷后发热见于脑出血或巴比妥类药物中毒。

(10) 伴有黄疸：常见于病毒性肝炎、恶性组织细胞病、胆囊炎、化脓性胆管炎、败血症和其他严重感染、急性溶血等。

历年考点串讲

发热近几年来共考过 5 题，其中病因相关 2 题，诊断相关 2 题，临床表现相关 1 题。历年常考。考查重点为热型，应熟练掌握，不要混淆；临床表现考查形式比较灵活，一般都结合诊断的知识点综合考查；发热伴随症状应熟悉。考试的细节有：

1. 发热病因多由病毒引起。
2. 稽留热 24h 内体温波动范围不超过 1°C ，常见于大叶性肺炎、伤寒。
3. 弛张热 24h 内体温波动范围超过 2°C ，常见于败血症、风湿热。
4. 发热的体温上升期表现：畏寒、皮肤苍白、皮温下降，可出现寒战。
5. 不属于内源性致热原的物质是内毒素。
6. 急性肾盂肾炎患者的发热常表现为间歇热。
7. 引起机体发热的致热原包括外源性致热原和内源性致热原，内源性致热原也称白细胞致热原，如白介素-1、肿瘤坏死因子、干扰素等。
8. 体温调节中枢功能异常导致的发热的特点是高热无汗。
9. 发热伴有皮肤黏膜出血、浅表淋巴结肿大，常见于流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症、急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病。
10. 发热伴肝脾大：传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病。
11. 先发热后昏迷见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒型菌痢、中暑。

12. 发热伴黄疸常见于病毒性肝炎、恶性组织细胞病、胆囊炎、化脓性胆管炎、败血症和其他严重感染、急性溶血等。

第2单元 咳嗽与咳痰

1. 常见病因 ①呼吸道疾病：以呼吸道感染最为常见；②胸膜疾病；③心血管疾病；④中枢神经因素。

2. 临床表现

(1) 性质：①干咳或刺激性咳嗽，见于急性或慢性咽喉炎、喉癌、急性支气管炎初期、气管受压、支气管异物或肿瘤、胸膜疾病、原发性肺动脉高压以及二尖瓣狭窄；②湿性咳嗽，见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿和空洞型肺结核。

(2) 时间与规律：①突发性咳嗽，见于吸入刺激性气体、气管异物等，发作性咳嗽可见于百日咳、支气管内膜结核，支气管哮喘（变异性哮喘）；②长期慢性咳嗽，见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿及肺结核；③夜间咳嗽，见于左侧心力衰竭和肺结核病人。

(3) 咳嗽声音特点：①咳嗽声音嘶哑，见于声带的炎症或肿瘤压迫喉返神经；②鸡鸣样咳嗽，见于百日咳、会厌或喉部疾患、气管受压；③金属音咳嗽，见于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌直接压迫气管；④咳嗽声音低微或无力，见于严重肺气肿、声带麻痹及极度衰弱者。

(4) 痰的性质：痰液性状对诊断有一定的诊断意义。如①黏液性痰见于急、慢性支气管炎，支气管哮喘及大叶性肺炎的初期，肺结核；②浆液性血性泡沫痰最常见于肺水肿；③带臭味的脓性痰见于厌氧菌感染，如肺脓肿；④血性痰见于呼吸道黏膜受侵害、损害毛细血管或血液渗入肺泡所致；⑤铁锈色痰见于肺炎球菌肺炎、砖红色胶冻样痰见于肺炎克雷伯杆菌感染；⑥持续性脓痰见于支气管扩张和慢性肺脓肿，痰液往往较多，留置后可分层；⑦黄绿色或翠绿色痰常提示铜绿假单胞菌感染；⑧痰白黏稠且牵拉成丝难以咳出提示有真菌感染。

(5) 痰量：①增多见于支气管扩张症、肺脓肿和支气管胸膜瘘，且排痰与体位有关；②痰量多时静置后可出现分层现象，见于支气管扩张症、肺脓肿。

3. 伴随症状

(1) 咳嗽伴发热：急性上、下呼吸道感染，肺结核，胸膜炎。

(2) 咳嗽伴胸痛：肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、肺梗死和自发性气胸。

(3) 咳嗽伴呼吸困难：喉水肿、喉肿瘤、支气管哮喘、慢性阻塞性肺病、重症肺炎、肺结核、大量胸腔积液、气胸、肺淤血、肺水肿及气管或支气管异物。

(4) 咳嗽伴咯血：支气管扩张症、肺结核、肺脓肿、支气管肺癌、二尖瓣狭窄、支气管结石、肺含铁血黄素沉着症。

(5) 咳嗽伴大量脓痰：支气管扩张症、肺脓肿、肺囊肿合并感染和支气管胸膜瘘。

(6) 咳嗽伴有哮鸣音：支气管哮喘、慢性喘息性支气管炎、心源性哮喘、弥漫性细支气管炎、气管与支气管异物、支气管肺癌。

(7) 咳嗽伴杵状指（趾）：①支气管扩张症；②慢性肺脓肿；③支气管肺癌；④脓胸。

历年考点串讲

咳嗽与咳痰近几年来共考过3题,其中病因相关1题,临床表现相关1题,诊断相关1题。历年偶考。考查重点为病因、临床表现,应熟练掌握;伴随症状,考查形式比较灵活,一般都结合诊断的知识点综合考查。痰液性状对疾病的提示应熟悉。考试的细节有:

1. 咳嗽与咳痰以呼吸道感染最常见。
2. 咳嗽伴声音嘶哑,见于声带的炎症或肿瘤压迫喉返神经。
3. 咳嗽伴咯血常见支气管扩张症、肺结核、支气管肺癌、二尖瓣狭窄。
4. 咳嗽伴杵状指(趾)常见于支气管扩张症、慢性肺脓肿、支气管肺癌、脓胸。
5. 浆液性血性泡沫痰最常见于肺水肿。
6. 铁锈色痰见于肺炎球菌肺炎。
7. 砖红色胶冻样痰见于肺炎克雷伯杆菌感染。
8. 痰白黏稠且牵拉成丝难以咳出提示有真菌感染。
9. 咳嗽伴有哮鸣音见于支气管哮喘、慢性喘息性支气管炎、心源性哮喘、弥漫性细支气管炎、气管与支气管异物、支气管肺癌。
10. 典型病例一:某糖尿病患者,男性,68岁。突发高热、寒战、右胸痛,次日咳痰,为黄脓性带血丝,量多。X线检查显示右下肺实变,其中有多个液气囊腔,最可能的诊断是葡萄球菌肺炎。
11. 典型病例二:男性,68岁。高热3d伴咳嗽、胸痛,多量黄绿色脓性痰,白细胞增高,X线胸片示右下角肺实变,期间有不规则透亮区,叶间隙下坠,伴少量胸腔积液,最可能的诊断是克雷伯杆菌肺炎。

第3单元 咯 血

1. 咯血的概念 喉及喉部以下的呼吸道任何部位的出血,经口腔咯出称为咯血。咯血多数为呼吸和循环系统疾病所致。咯血与上呼吸道出血和呕血鉴别点:病因、出血前症状、外观、出血后痰液性状、血中混有物、pH等。呕血是指上消化道出血经口腔呕出,出血部位多见于食管、胃及十二指肠。

2. 病因 ①呼吸系统疾病:以支气管扩张症、肺结核常见,此外支气管肺癌、肺炎、肺脓肿、支气管内膜结核和慢性支气管炎也可引起咯血。②心血管系统疾病:左心衰竭、二尖瓣狭窄、肺动脉高压、先天性心脏病等。③凝血和出血功能障碍性疾病:急性白血病、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、血友病、使用抗凝药物(华法林等)。④传染病和寄生虫病:钩端螺旋体病、肺吸虫病、流行性出血热。

3. 临床表现

(1) 年龄:①青壮年咯血常见于肺结核、支气管扩张症、二尖瓣狭窄。②40岁以上有长期吸烟史(每天吸纸烟20支且有20年的吸烟史)者,应高度注意支气管肺癌。③儿童慢性咳嗽伴少量咯血与低色素贫血,注意特发性含铁血黄素沉着症的可能。

(2) 咯血量:每日咯血量100ml以内为小量,100~500ml为中等量,500ml以上或一次

咯血超过(100~500ml)为大量。但病变的严重程度与咯血量并不完全一致。①大量咯血最常见于支气管扩张症、空洞型肺结核和慢性肺脓肿。②支气管肺癌少有大咯血,主要为痰中带血,呈持续或间断性。③慢性支气管炎和支原体肺炎也可出现痰中带血或血性痰,但常伴剧烈咳嗽。

(3) 颜色和性状:①肺结核、支气管扩张症、肺脓肿和出血性疾病所致咯血,为鲜红色。②铁锈色血痰可见于典型的肺炎球菌肺炎,也可见于肺吸虫病和肺泡出血。③砖红色胶冻样痰见于克雷伯杆菌肺炎。④二尖瓣狭窄所致咯血多为暗红色。⑤左心衰竭咯血为浆液性粉红色泡沫痰。⑥肺梗死引起咯血为黏稠暗红色血痰。

4. 伴随症状

(1) 咯血伴发热:见于肺结核、肺炎、肺脓肿、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病、支气管肺癌。

(2) 咯血伴胸痛:见于肺炎球菌肺炎、肺结核、肺梗死、支气管肺癌。

(3) 咯血伴呛咳:见于支气管肺癌、支原体肺炎。

(4) 咯血伴脓痰:见于支气管扩张症、肺脓肿、空洞型肺结核继发细菌感染等。其中慢性支气管扩张症则仅表现为反复咯血而无脓痰。

(5) 咯血伴皮肤黏膜出血:见于血液病、风湿病及肺出血型钩端螺旋体病和流行性出血热。

(6) 咯血伴杵状指(趾):见于支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌。

(7) 咯血伴黄疸:注意钩端螺旋体病、肺炎球菌肺炎、肺梗死。

历年考点串讲

咯血近几年来共考过5题,其中病因相关1题,临床表现相关2题,诊断相关2题。历年常考。考查重点为病因、临床表现,应熟练掌握。临床表现考查形式比较灵活,一般都结合诊断的知识点综合考查。概念、伴随症状应熟悉。考试的细节有:

1. 咯血以支气管、肺部、心血管疾病最为常见。

2. 咯血量的估计,每日100ml以内为小量,100~500ml为中等量,500ml以上或一次咯血100~500ml为大量。

3. 大量咯血最常见于支气管扩张症、空洞型肺结核和慢性肺脓肿。

4. 咯鲜红色血痰见于支气管扩张症、肺结核、肺脓肿和出血性疾病。

5. 铁锈色痰见于肺炎球菌肺炎。

6. 砖红色胶冻样痰见于肺炎克雷伯杆菌感染。

7. 因支气管静脉曲张破裂所致咯血最常见于二尖瓣狭窄。

8. 咯血伴杵状指(趾)多见于支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌。

9. 咯血伴脓痰见于支气管扩张症、肺脓肿、空洞型肺结核继发细菌感染。

10. 典型病例:一青年男子咯血、低热、乏力、消瘦,应首先考虑的疾病是肺结核。

第4单元 发 绀

1. 概念及发生机制 发绀是血液中还原血红蛋白增多所致的皮肤与黏膜呈现青紫色的现象。正常动脉血氧饱和度为 90%~98%，而静脉血液的氧饱和度为 60%~80%。正常动脉血氧未饱和度为 5%，静脉内血氧未饱和度为 30%，毛细血管中血氧未饱和度为前二者的平均数。发绀最常见的机制为血液中还原型血红蛋白的绝对含量增加。当毛细血管内的还原血红蛋白超过 50g/L 时皮肤黏膜可出现发绀，当动脉血氧饱和度（ SaO_2 ）为 66%时，相应动脉血氧分压（ PaO_2 ）已降低至 34mmHg（4.5kPa）的危险水平。在血红蛋白浓度正常的病人，如 $\text{SaO}_2 < 85\%$ 时，发绀已明显可见。假若病人吸入氧能满足 120g/L 血红蛋白氧合时，病理生理上并不缺氧。若病人血红蛋白增多达 180g/L 时，虽然 $\text{SaO}_2 > 85\%$ 亦可出现发绀。严重贫血（血红蛋白 $< 60\text{g/L}$ ）时，虽 SaO_2 明显降低，但常不能显示发绀。临床上所有的发绀并不能全部确切反映动脉血氧下降情况。

2. 常见原因

（1）呼吸系统疾病：各种肺部疾病引起严重低氧血症时均可出现。

（2）心脏疾病：各种病因导致左心衰、周围动脉病变、Fallot 四联症、Eisenmenger 综合征等。

（3）缺血性发绀：左心衰竭、休克、雷诺现象。

（4）淤血性发绀：右心衰竭、心包积液、缩窄性心包炎、周围静脉病变（深静脉血栓）。

（5）异常血红蛋白衍化物增加：高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症。

3. 分类、临床表现和伴随症状

（1）血液中还原血红蛋白增加（真性发绀）：主要分 2 类。

中心型发绀：全身性，皮肤是温暖的。①肺性发绀见于各种严重的呼吸系统疾病，如肺水肿；②心性混合性发绀如法洛四联症、艾森曼格（Eisenmenger）综合征。

周围型发绀：周围型常出现于肢体的末端与下垂部位，这些部位的皮肤是冷的，但若给予按摩或加温，使皮肤转暖，发绀可消退。①淤血性发绀，见于右侧心力衰竭、心包炎、静脉曲张等；②缺血性发绀，见于血栓闭塞性脉管炎、雷诺现象等。

中心型发绀：原因为 SaO_2 下降或出现异常血红蛋白衍生物，故发绀为全身性，下降的主要原因为肺部病变和动静脉分流；周围型发绀主要见于周围循环障碍，分为缺血性发绀和淤血性发绀，前者主要为肢体动脉供血不足，后者则是肢体静脉回流障碍。

（2）血液中存在异常血红蛋白衍生物：①高铁血红蛋白血症。其量达到 30g/L 时可出现发绀，如各种化学物质或药物中毒。由于大量进食含亚硝酸盐的变质蔬菜而引起的中毒性高铁血红蛋白血症，称“肠源性青紫症”。②先天性高铁血红蛋白血症。自幼即有发绀，而无心、肺疾病及引起异常血红蛋白的其他原因，有家族史，身体状况较好。③硫化血红蛋白血症。血液中硫化血红蛋白达到 5g/L 即可发生发绀。

（3）伴随症状：①伴呼吸困难见于重症心、肺疾病及急性呼吸道阻塞、大量气胸等，而高铁血红蛋白血症虽有明显发绀，但无呼吸困难。②病程较长时伴杵状指（趾），主要见于发绀型先天性心脏病及某些慢性肺部疾病。③伴意识障碍及衰竭见于某些药物或化学物质中毒、休克、急性肺部感染或急性心功能衰竭。

历年考点串讲

发绀近几年来共考过7题，其中病因相关2题，临床表现相关2题，诊断相关3题。每年必考。考查重点为概念、临床表现，应熟练掌握。分类、伴随症状应熟悉。考试重点为：中心型发绀的原因为 SaO_2 下降或出现异常血红蛋白衍生物，故发绀为全身性，下降的主要原因为肺部病变和动静脉分流；周围型发绀主要见于周围循环障碍，分为缺血性发绀和淤血性发绀，前者主要为肢体动脉供血不足，后者则是肢体静脉回流障碍。考试的细节有：

1. 毛细血管内的还原血红蛋白超过 50g/L 称为发绀。
2. 肺性发绀见于各种严重的呼吸系统疾病，如肺水肿；心性混合性发绀如法洛四联症、艾森曼格（Eisenmenger）综合征。
3. 静脉血经异常通道进入体循环动脉血中所致发绀常见于法洛四联症。
4. 淤血性发绀见于右侧心力衰竭、心包炎、静脉曲张等；缺血性发绀见于血栓闭塞性脉管炎、雷诺现象。
5. 硫化血红蛋白血症：血液中硫化血红蛋白达到 5g/L 即可发生发绀。
6. 大量进食含亚硝酸盐的变质蔬菜而引起的中毒性高铁血红蛋白血症称“肠源性青紫症”。

第5单元 胸 痛

1. 常见病因 ①引起胸痛的常见胸壁疾病为肋间神经炎；②心血管疾病；③呼吸系统疾病；④纵隔疾病；⑤其他疾病，如过度通气综合征、痛风、食管炎、食管癌、食管裂孔疝、膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死。

2. 发生机制 ①各种化学、物理因素及刺激因子均可刺激胸部的感觉神经纤维产生痛觉冲动，并传至大脑皮质的痛觉中枢引起胸痛。②放射痛或牵涉痛原因：内脏病变与相应区域体表的传入神经进入脊髓同一节段并在后角发生联系，故来自内脏的感觉冲动可直接激发脊髓体表感觉神经元，引起相应体表区域的痛感。如心绞痛时除出现心前区、胸骨后疼痛外也可放射至左肩、左臂内侧或左颈、左侧面颊部。

3. 胸痛临床表现与诊断步骤

（1）发病年龄：①青壮年胸痛多考虑结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病。②40岁以上者应注意心绞痛、心肌梗死和支气管肺癌。

（2）胸痛部位及特点：①带状疱疹所致胸痛可见成簇的水疱沿一侧肋间神经分布伴有剧痛（疼痛呈刀割样、灼伤样），持续时间长，且疱疹不超过体表中线。②肋软骨炎引起胸痛，常在第1、2肋软骨处见单个或多个隆起，局部有压痛，活动时加重，但无红肿表现。③心绞痛及心肌梗死的疼痛多在胸骨后方和心前区或剑突下，可向左肩和左臂内侧放射，甚或达示指与小指，也可放射于左颈或面颊部。④夹层动脉瘤引起疼痛多位于胸背部，向下放射至下腹、腰部与两侧腹股沟和下肢。⑤胸膜炎引起的疼痛多在胸侧部。⑥食管及纵隔病变引起的胸痛多在胸骨后。⑦肝胆疾病及膈下脓肿引起的胸痛多在右下胸，侵犯膈肌中心部时疼痛放射至右肩部。⑧肺尖部肺癌（肺上沟癌、Pancoast 癌）引起疼痛多以肩部、腋下为主，向

上肢内侧放射。

(3) 胸痛性质：①带状疱疹呈刀割样或灼热样剧痛。②食管炎多呈烧灼痛。③肋间神经痛为阵发性灼痛或刺痛。④心绞痛呈绞榨样痛并有重压窒息感，心肌梗死则疼痛更为剧烈，并有恐惧、濒死感。⑤气胸在发病初期有撕裂样疼痛。⑥胸膜炎常呈隐痛、钝痛和刺痛。⑦夹层动脉瘤常呈突然发生胸背部撕裂样剧痛或锥痛。⑧肺梗死亦可突然发生胸部剧痛或绞痛，常伴呼吸困难与发绀。

(4) 疼痛持续时间：①平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致的疼痛为阵发性，炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛呈持续性。②心绞痛发作时间短暂，而心肌梗死疼痛持续时间很长，常持续数小时或更长，且不易缓解。

(5) 影响疼痛因素：①心绞痛发作可在劳力或精神紧张时诱发，休息后或含服硝酸甘油、硝酸异山梨酯后于 1~2min 内缓解，而服药对心肌梗死所致疼痛则无效。②食管疾病多在进食时发作或加剧，服用抗酸药和促动力药物可减轻或消失。③胸膜炎及心包炎的胸痛可因咳嗽或用力呼吸而加剧。

(6) 伴随症状：①胸痛伴有咳嗽、咳痰和（或）发热见于气管、支气管和肺部疾病。②胸痛伴呼吸困难提示病变累及范围较大，如大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎和肺栓塞。③胸痛伴咯血见于肺栓塞、支气管肺癌。④胸痛伴苍白、大汗、血压下降或休克可见于心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂和大块肺栓塞。⑤胸痛伴吞咽困难见于食管疾病，如反流性食管炎。

历年考点串讲

胸痛近几年来共考过 3 题，其中病因相关 1 题，临床表现相关 1 题，诊断相关 1 题，历年偶考。考查重点为病因、发病机制、临床表现与诊断步骤，应熟练掌握；胸痛部位及特点、胸痛性质、伴随症状要熟悉，注意带状疱疹、夹层动脉瘤、反流性食管炎的胸痛方式。考试的细节有：

1. 心绞痛呈绞榨样痛并有重压窒息感，时间不超过 5min；心肌梗死疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感，持续数小时或更长，且不易缓解。

2. 带状疱疹所致胸痛特征为成簇的水疱沿一侧肋间神经分布，伴有剧痛，疼痛呈刀割样、灼伤样，持续时间长，且疱疹不超过体表中线。

3. 夹层动脉瘤引起疼痛多位于胸背部，向下放射至下腹、腰部与两侧腹股沟和下肢。胸膜炎引起的疼痛多在胸侧部。

4. 食管及纵隔病变引起的胸痛多在胸骨后。

5. 青年胸痛多考虑结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风心病。40 岁以上考虑心绞痛、心肌梗死和支气管肺癌。

6. 胸壁疾病引起的胸痛见于带状疱疹、肋间神经炎、肋骨骨折。

7. 胸痛伴吞咽困难可见于反流性食管炎。

第6单元 呼吸困难

1. 常见病因

(1) 呼吸系统疾病：多见于气道阻塞，肺部疾病，胸壁、胸廓、胸膜腔疾患，神经肌肉疾病，膈运动障碍。

(2) 心血管疾病：多见于心力衰竭、心包压塞、肺栓塞和原发性肺动脉高压。

(3) 中毒：尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、河豚鱼中毒、毒蛇咬伤、有机磷农药中毒、氯化钡中毒均可出现呼吸肌麻痹的中毒症状。

(4) 其他：血液病、神经精神因素等也可引起。

2. 临床表现与发生机制

(1) 肺源性呼吸困难：病因为呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍，导致缺氧、二氧化碳潴留。①吸气性呼吸困难：吸气费力，重者因吸气肌极度用力，表现为胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙的凹陷，称为三凹征，常伴有干咳及吸气性喉鸣。常见于喉、气管、大支气管的狭窄与梗阻。②呼气性呼吸困难：呼气费力，呼气相延长，常伴有哮鸣音。发生机制：肺泡弹性回缩力减退，小气道广泛狭窄。常见于支气管哮喘、慢阻支、肺气肿。③混合性呼吸困难：呼吸浅快，常伴有呼吸音的异常。发生机制：肺部病变广泛、呼吸面积减少、换气功能下降。常见于广泛肺实变、肺栓塞、肺间质纤维化、大量胸腔积液或气胸。

(2) 心源性呼吸困难：左侧心力衰竭时肺循环淤血和肺泡弹性降低。表现为劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸。右侧心力衰竭时体循环淤血，右心房、上腔静脉压力升高，严重时伴有呼吸困难。

(3) 中毒性呼吸困难：①Kussmaul 呼吸（又称酸中毒深大呼吸）：代谢性酸中毒时酸性代谢产物刺激呼吸中枢。常见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、肾小管酸中毒。②药物或化学物质抑制呼吸中枢，表现为呼吸缓慢或间停呼吸，有潮式呼吸（Cheyne-Stokes 呼吸）和比奥呼吸（Biots 呼吸）。

(4) 神经精神性呼吸困难：①重度颅脑疾患，呼吸慢、深以及节律异常；②癔症，呼吸浅快，呼吸性碱中毒表现（口周及肢体麻木、手足抽搐）；③神经官能症，常表现为叹息样呼吸。

3. 呼吸困难诊断步骤

(1) 呼吸困难发生的诱因、表现，是吸气性、呼气性还是呼吸都感困难。

(2) 起病缓急，是突发性，还是渐进性。

(3) 呼吸困难与活动、体位的关系，昼夜是否一样。

(4) 是否伴有发热、胸痛、咳嗽、咳痰，咳痰的性质，是否有咯血。

(5) 有无颅脑外伤及毒物摄食等相关病史。

历年考点串讲

呼吸困难近几年来共考过 7 题，其中病因相关 1 题，临床表现相关 3 题，诊断相关 3 题。历年必考。考查重点为发病机制、临床表现，应熟练掌握；病因、诊断步骤应熟悉。

考试的细节有：

1. 吸气性呼吸困难特点：吸气费力，出现胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙的凹陷（三凹征），常见于喉、气管、大支气管的狭窄与梗阻。
2. 呼气性呼吸困难特点：呼气费力，呼气相延长，伴有哮鸣音，常见于支气管哮喘、慢性喘息性支气管炎、肺气肿。
3. 左心衰竭引起的呼吸困难为混合性呼吸困难。
4. 代谢性酸中毒时酸性代谢产物刺激呼吸中枢，出现 Kussmaul 呼吸。
5. 脑出血患者常见的呼吸困难类型是抽泣样呼吸。
6. 吸气性呼吸困难的特点是出现三凹征。
7. 药物或化学物质抑制呼吸中枢，表现为呼吸缓慢或间停呼吸，有潮式呼吸（Cheyne-Stokes 呼吸）和比奥呼吸（Boit 呼吸）。
8. 左心衰竭发生呼吸困难最主要的原因是肺淤血。
9. 呼气性呼吸困难发生机制：肺泡弹性回缩力减退，小气道广泛狭窄。
10. 心源性呼吸困难表现为劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸。

第 7 单元 水 肿

1. 常见病因

（1）全身性水肿：常见于右侧心力衰竭、心包疾病、各型肾炎和肾病、失代偿期肝硬化、慢性消耗性疾病长期营养缺乏、蛋白丢失性胃肠病、重度烧伤、维生素 B₁ 缺乏症、黏液性水肿、经前期紧张综合征、药物性水肿、特发性水肿、妊娠中毒症、硬皮病、皮炎、血清病、脑脑综合征等。

（2）局部性水肿：①局部炎症性水肿。②血管神经性水肿。③静脉回流障碍性水肿：肢体静脉血栓形成及血栓性静脉炎、上或下腔静脉阻塞综合征、髂总静脉受压综合征（Cockett syndrome）。④麻痹肢体。⑤淋巴回流障碍性水肿：丝虫病所致象皮腿、恶性肿瘤淋巴结切除术后、过敏等。

2. 发生机制 在正常人体中，保持体液平衡有 4 种因素：①毛细血管内静水压；②血浆胶体渗透压；③组织间隙机械压力（组织压）；④组织液的胶体渗透压。维持体液平衡的因素发生障碍，则可产生水肿。产生水肿的 5 种主要因素为：①钠与水的潴留，如继发性醛固酮增多症等；②毛细血管滤过压升高，如右侧心力衰竭等；③毛细血管通透性增高，如急性肾炎等；④血浆胶体渗透压降低，通常继发于人血白蛋白（清蛋白）减少，如慢性肾炎、肾病综合征等；⑤淋巴液或静脉回流受阻，如丝虫病或血栓性静脉炎等。

3. 分类

全身性水肿，分类如下。

(1) 心源性水肿：①心衰（泵衰性）；②心包积液与心包炎（外压增加血管内阻力）。

(2) 肾源性水肿：①肾病性（因白蛋白减低为主）；②肾炎性与肾衰性（以GFR降低为主）。

(3) 肝病性水肿：①肝硬化与门脉高压症；②肝癌。

(4) 营养不良性水肿：①低蛋白血症；②肾病综合征；③蛋白丢失性肠病；④吸收不良综合征；⑤维生素B₁缺乏症。

(5) 妊娠性水肿：①妊娠；②妊高征。

(6) 内分泌性水肿：①甲低；②垂体前叶功能减退；③皮质醇症；④原醛；⑤经前期紧张综合征（周期性水肿：间歇性水潴留与突然增重，常伴腹部不适与精神情绪因素，但很少有头痛、抑郁、激动）；⑥水肿型甲状腺功能亢进；⑦糖尿病性。

(7) 药物性水肿：①血管扩张药，钙离子阻滞药；②氯化钠或含钠药物；③潴钠激素（肾上腺皮质激素、胰岛素、雌激素、睾酮等）；④甘草。

(8) 特发性水肿（Machzhen 综合征）：见后。

(9) 肥胖性水肿：①肥胖-水肿综合征（皮下脂肪多对浅静脉支撑力减弱及散热而周围血管扩张，肥胖人活动少致下肢毛细血管静水压增高等因素引起水肿）；②肥胖性腔静脉综合征（Condorelli syndrome）（重症肥胖病人纵隔内大量脂肪储积压迫静脉引起水肿）。

(10) 老年性水肿（因毛细血管通透性增加与肌力减低）。

(11) 运动性水肿：正常人在剧烈运动后可出现面部或踝部水肿。

(12) 旅游者水肿。

(13) 热带性水肿（正常人从温带到热带 48h 后可突然出现踝部指凹性水肿，并于短期内自发缓解）。

(14) 高原性水肿：正常人（妇女多见）到海拔 2 400m 以上地区常有面部与下肢水肿，高盐摄入者尤多见，回到原来低海拔地区水肿自然消失。

(15) 其他：①高温环境工作；②间脑性（与影响水盐调节有关）；③血清病；④结缔组织病（皮炎，硬皮病）；⑤疲劳-IgM 增高-水肿综合征。

局限性水肿，分类如下。

(1) 局部炎症性水肿。

(2) 血管神经性水肿。

(3) 静脉回流障碍性水肿：①下肢静脉曲张；②下腔静脉阻塞综合征；③上腔静脉阻塞综合征；④Condorelli syndrome；⑤髂总静脉受压综合征（Coekett syndrome）；⑥肝静脉反流障碍综合征（Budd-Chiari syndrome）；⑦静脉血栓形成或血栓性静脉炎。

(4) 淋巴回流障碍性水肿：①丝虫病性象皮肿；②非特异性淋巴结炎；③恶性肿瘤淋巴结切除术后。

(5) 麻痹肢体性水肿。

4. 临床表现

(1) 心源性水肿：首先出现于身体低垂部位，还有右侧心力衰竭的其他表现，如颈静脉