

国家医师资格考试辅导用书

最新版

2010

医学综合笔试

高频考点背诵及全真模拟试题

临床执业医师

(下册)

医师资格考试专家组 编写



人民卫生出版社



国家医学考试中心推荐教材



医学综合笔试

高频考点背诵及全真模拟

临床执业医师

第2版

国家医学考试中心 组织编写



人民卫生出版社



国家医师资格考试辅导用书



医学综合笔试

高频考点背诵及全真模拟试卷

临床执业医师

(下册)

编写	医师资格考试专家组			
编委	宋崇升	朱红云	何长顺	王承志
	张 华	张喜萍	林志娟	李松珊
策划	胡东华			

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医学综合笔试 高频考点背诵及全真模拟试卷 临床
执业医师 (上、下册)/医师资格考试专家组编写. —北京:
人民卫生出版社, 2010.3
ISBN 978-7-117-12585-7

I. ①医… II. ①医… III. ①医学-医师-资格考核-自
学参考资料②临床医学-医师-资格考核-自学参考资料
IV. ①R

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 009852 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中
医
师、卫生资格考试培训

本书本印次封一贴有防伪标。请注意识别。

医学综合笔试 高频考点背诵及全真模拟试卷 临床执业医师 (上、下册)

编 写: 医师资格考试专家组
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)
地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
邮 编: 100078
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
印 刷: 北京汇林印务有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16
总 印 张: 94.5
总 字 数: 3176 千字
版 次: 2010 年 3 月第 1 版 2010 年 3 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-12585-7/R·12586
定价 (上、下册): 148.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

国家执业医师考试分级与分类实施形式：

考试分为两级四类，即医师和助理医师两级；每级分为临床、中医（包括中医、民族医、中西医结合）、口腔、公共卫生四类。考试方式分为实践技能考试和医学综合笔试。

考试内容与科目：

执业医师考试测试基础科目、专业科目和公共科目三部分。

执业助理医师测试基础医学综合、专业科目和公共科目三部分。

考试全部采用客观性选择题，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。

本系列丛书依据最新的《医师资格考试大纲》编写，适用于第二轮和第三轮复习使用。

本书每章的具体体例为：

每章第一单元为历年考情分析。非常清晰地总结出各章历年每个考点的出题情况及出题规律。这些便于考生在第一轮复习完教材后，有针对性地进入第二轮复习。

第二单元为高频考点理解及背诵。这些高频考点，都是从历年考情分析表中总结出来的。每个高频考点尽量用表格或形象记忆法归纳总结，帮助考生从厚重的教材中，抓取考试中最常考的一些内容。也有助于考生对教材的掌握完成“从厚到薄”的消化掌握过程。

这些高频考点，只占全部考点的 30%~50% 左右，而考试中所占的分值却高达 70% 左右，足见掌握这些高频考点对取得高分的重要意义！

把有限的精力，投入到最有可能给你带来高分数的有效复习中去，最后的高分，一定是你能掌控的！

高频考点下面都附了典型例题，以加深和巩固对高频考点的理解和消化。

第三单元为模拟试题。这些模拟试题可以强化考生理解本章高频考点的内容。帮助考生掌握医师资格考试的试题题型、特点、难易等内容，训练考生答题的规范性。

第四单元为模拟试题答案解析，解析详尽规范。

在全书的最后附全真模拟试卷和答案解析，建议考生在模拟考试环境下做全真模拟试卷，把答错的考点都单独罗列出来，集中突破。下次再模拟时，再检验这次掌握的效果，如此反复，效果显著。

复习方法千万种，关键一定要摸索出适合于自己得高分的复习方法。

协助参加编写人员还包括：陈浩、苏燕、何洋、刘楣林、胡在斌、潘峰、乔海玲、李利娟、李萌、李秀红、耿莱、韩珍、周丽红、韩彬、温晴、李为、包凌燕、刘静、刘素枚、吴必有、刘英、郭瑞、程佳、周健、刘治国、王薇、汪萍、王欣、马芳芳、史根生、刘治佳、李敏、刘超、王爽、刘亚红、杜鹃、郭海权、王艳、高伟、王秀辉、王立志、王国峰、郭宏洁、朱金春、高佳、刘雪。他们付出了辛勤劳动，在此表示感谢！

诚恳希望对本书提出您的宝贵意见，期待与您的沟通（yszgbxz@126.com）。

目 录

上 册

第一部分 基础综合

第一章 生物化学	1
第一单元 历年考情分析	1
第二单元 高频考点理解及背诵	2
第三单元 模拟试题	40
第四单元 模拟试题答案解析	43
第二章 生理学	46
第一单元 历年考情分析	46
第二单元 高频考点理解及背诵	47
第三单元 模拟试题	80
第四单元 模拟试题答案解析	84
第三章 医学微生物学	90
第一单元 历年考情分析	90
第二单元 高频考点理解及背诵	91
第三单元 模拟试题	126
第四单元 模拟试题答案解析	131
第四章 医学免疫学	137
第一单元 历年考情分析	137
第二单元 高频考点理解及背诵	138
第三单元 模拟试题	182
第四单元 模拟试题答案解析	184
第五章 病理学	187
第一单元 历年考情分析	187
第二单元 高频考点理解及背诵	188
第三单元 模拟试题	219
第四单元 模拟试题答案解析	222
第六章 药理学	224
第一单元 历年考情分析	224
第二单元 高频考点理解及背诵	225
第三单元 模拟试题	250

2 目 录

第四单元 模拟试题答案解析	253
第七章 医学心理学	256
第一单元 历年考情分析	256
第二单元 高频考点理解及背诵	256
第三单元 模拟试题	269
第四单元 模拟试题答案解析	271
第八章 医学伦理学	273
第一单元 历年考情分析	273
第二单元 高频考点理解及背诵	273
第三单元 模拟试题	281
第四单元 模拟试题答案解析	283
第九章 预防医学	286
第一单元 历年考情分析	286
第二单元 高频考点理解及背诵	286
第三单元 模拟试题	308
第四单元 模拟试题答案解析	311
第十章 卫生法规	314
第一单元 历年考情分析	314
第二单元 高频考点理解及背诵	314
第三单元 模拟试题	330
第四单元 模拟试题答案解析	334

第二部分 专业综合

第十一章 症状与体征	337
第一单元 历年考情分析	337
第二单元 高频考点理解及背诵	338
第三单元 模拟试题	373
第四单元 模拟试题答案解析	377
第十二章 呼吸系统	380
第一单元 历年考情分析	380
第二单元 高频考点理解及背诵	381
第三单元 模拟试题	407
第四单元 模拟试题答案解析	412
第十三章 心血管系统	415
第一单元 历年考情分析	415
第二单元 高频考点理解及背诵	416
第三单元 模拟试题	452
第四单元 模拟试题答案解析	459

第十四章 消化系统	464
第一单元 历年考情分析	464
第二单元 高频考点理解及背诵	465
第三单元 模拟试题	514
第四单元 模拟试题答案解析	521
第十五章 泌尿系统	525
第一单元 历年考情分析	525
第二单元 高频考点理解及背诵	526
第三单元 模拟试题	551
第四单元 模拟试题答案解析	555
第十六章 女性生殖系统	558
第一单元 历年考情分析	558
第二单元 高频考点理解及背诵	559
第三单元 模拟试题	652
第四单元 模拟试题答案解析	656
第十七章 血液系统	659
第一单元 历年考情分析	659
第二单元 高频考点理解及背诵	660
第三单元 模拟试题	680
第四单元 模拟试题答案解析	683
第十八章 内分泌系统	686
第一单元 历年考情分析	686
第二单元 高频考点理解及背诵	687
第三单元 模拟试题	711
第四单元 模拟试题答案解析	714
第十九章 神经、精神系统	717
第一单元 历年考情分析	717
第二单元 高频考点理解及背诵	718
第三单元 模拟试题	753
第四单元 模拟试题答案解析	762
第二十章 运动系统	767
第一单元 历年考情分析	767
第二单元 高频考点理解及背诵	768
第三单元 模拟试题	791
第四单元 模拟试题答案解析	793
第二十一章 儿科	796
第一单元 历年考情分析	796
第二单元 高频考点理解及背诵	797
第三单元 模拟试题	852

4 目 录

第四单元	模拟试题答案解析	857
第二十二章	传染病、性病	861
第一单元	历年考情分析	861
第二单元	高频考点理解及背诵	862
第三单元	模拟试题	889
第四单元	模拟试题答案解析	892
第二十三章	其他	894
第一单元	历年考情分析	894
第二单元	高频考点理解及背诵	895
第三单元	模拟试题	918
第四单元	模拟试题答案解析	922

下 册

第三部分 实践综合

第一单元	高频考点理解及背诵	925
第二单元	模拟试题	1007
第三单元	模拟试题答案解析	1010

第四部分 全真模拟试卷

全真模拟试卷（一）	1015
全真模拟试卷（二）	1067
全真模拟试卷（三）	1119
全真模拟试卷（四）	1173
全真模拟试卷（五）	1228

第五部分 全真模拟试卷答案及解析

全真模拟试卷一答案及解析	1281
全真模拟试卷二答案及解析	1325
全真模拟试卷三答案及解析	1367
全真模拟试卷四答案及解析	1407
全真模拟试卷五答案及解析	1447

■ 实践综合 ■

第一单元 高频考点理解及背诵

【高频考点一】发热

一、基本知识点

(一) 概述

发热是指人的体温超过正常高限而言,是体温调节异常的结果。人的正常体温随测量部位不同而异,腋温为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,口温为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,肛温为 $36.5\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ 。正常人体温可有变异,一般上午体温较低,下午体温略高,24小时内波动幅度不超过 1°C ;妇女排卵后体温较高,月经期体温较低;运动或进食后体温略高;老年人体温略低。

(二) 病因

发热的病因通常分为感染性和非感染性两大类,而以感染性更常见。

病因		常见疾病
感染性发热		急、慢性传染病,各种病原体包括细菌、病毒、真菌、支原体、立克次体、螺旋体、原虫、寄生虫等 急、慢性全身性或局灶性感染性疾病
非感染性发热	风湿性疾病	①风湿热;②结缔组织病:如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、成人斯蒂尔(Still)病、多发性肌炎、混合性结缔组织病等
	恶性肿瘤	①各种恶性实体瘤;②血液系统恶性肿瘤:如白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等
	无菌性组织坏死	①内脏梗死:如心肌梗死、肺梗死、脾梗死;②大面积组织损伤:如烧伤、大手术等
	内分泌及代谢疾病	如甲状腺功能亢进症(包括甲状腺危象)、肾上腺髓质的嗜铬细胞瘤和严重脱水等
	中枢神经系统疾病	如脑出血、脑外伤、脑肿瘤、中枢神经系统变性疾病等
	物理因素	如中暑、日射病、放射线病等
	变态反应	①药物热;②溶血:如药物引起的溶血和血型不合输血引起的溶血等
	其他	如自主神经功能紊乱影响正常体温调节,可产生功能性发热,包括: ①感染后;②神经功能性低热

(三) 发生机制

正常人体温是由大脑皮质和下丘脑的体温调节中枢进行调节,通过产热和散热之间的动态平衡保持体

温相对恒定。由于各种原因导致产热增加和散热减少,体温超过正常,则出现发热。

1. 致热原机制 引起发热的机制主要是由于外源性致热原和内源性致热原。内源性致热原是一些蛋白质,是由外源性致热原刺激后产生,即当外源性致热原(包括各种病原体、炎症渗出物和无菌性坏死组织、抗原抗体复合物、某些类固醇物质、多糖体成分及多糖苷酸、淋巴细胞激活因子等)作用于粒细胞(中性粒细胞和嗜酸性粒细胞)和单核-吞噬细胞系统后,经过一系列反应,则产生内源性致热原如白细胞介素-1(IL-1)、肿瘤坏死因子(TNF)和干扰素等,当它们作用于体温调节中枢后,经交感神经使皮肤血管收缩,散热减少,经运动神经使骨骼肌周期性收缩,发生寒战,使产热增加,结果使体温上升。

2. 非致热原机制 非致热原性发热是由于:①体温调节中枢损伤,直接引起发热;②产热过多或散热障碍疾病所致发热。

(四) 临床特点

1. 发热的分度

分度	体温
低热	37.3~38℃
中度发热	38.1~39℃
高热	39.1~41℃
超高热	41℃以上

2. 发热的临床过程与特点、常见热型及临床意义 自发病起可分为前驱期、体温上升期、高热期和体温下降期:

(1)前驱期:根据发热病因的不同,此期可持续数小时至数天不等,表现各异,多数为全身不适、乏力、头痛、四肢酸痛和食欲不振等。

(2)体温上升期:有骤升和渐升之别,体温骤升者常伴有寒战,见于肺炎球菌肺炎和疟疾等;渐升者则开始先呈低热,数天内上升到高热,见于伤寒等。

(3)高热期:指发热的最高阶段,可见皮肤潮红而灼热,呼吸和心跳加速等。其持续时间随病因不同而异,如疟疾仅数小时,肺炎球菌肺炎为数天,而伤寒可达数周。其体温曲线即热型亦因病因不同而异,不同的疾病有不同的特殊热型,但由于抗生素、肾上腺皮质激素和解热药的应用及个体的差异等原因,有时热型可不典型。

常见的热型如下:

热型	定义	常见疾病
稽留热	体温恒定于 39~40℃ 以上,达数天或数周,波动小,24h<1℃	大叶性肺炎、斑疹伤寒、伤寒高热期
弛张热(又称败血症热型)	体温常在 39℃ 以上,波动大,24h>2℃	败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症
间歇热	体温骤升骤降,高热期与无热期反复交替出现	疟疾、急性肾盂肾炎
波状热	体温渐升渐降	布氏杆菌病
回归热	体温骤升(持续数天)骤降,高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次	回归热、霍奇金病、周期热
不规则热	发热的体温曲线无一定规律	结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎

(4)体温下降期:此期常表现多汗和皮肤潮湿。有骤降和渐降两种方式。体温在数小时内降至正常为骤降,如间歇热型和回归热型,常见于疟疾、肺炎球菌肺炎和输血反应等;体温在数天内降至正常为渐降,如波状

热型,常见于伤寒、风湿热等。

二、诊断思路

(一) 病史采集

1. 现病史

(1)针对发热本身的问诊:①询问发热的可能诱因:a. 传染病接触史和疫区居住史利于传染病的诊断;b. 着凉和过度劳累等利于呼吸道感染的诊断;c. 不洁饮食史利于肠道感染的诊断;②起病的缓急、病程的长短:a. 急性发热:急性起病,发热病程少于两周,主要由感染引起,也可能是全身发热的早期表现;b. 长期发热:为两周以上体温在 38°C 以上的高热,常由感染、肿瘤和结缔组织病引起,但仍以感染为主;c. 慢性低热:体温在 38°C 以内的非生理性发热,持续1个月以上者,可能是器质性低热,也可能是功能性低热;③询问热度和发热的特点,以确定热型,对发热的诊断和鉴别诊断有帮助。但由于抗生素、肾上腺皮质激素和解热药的应用及个体差异等,有时使热型变得不典型。

(2)相关鉴别问诊

伴随症状	常见疾病
伴明显头痛	见于颅内感染、颅内出血等
伴有寒战	①一次性寒战:即先寒战后发热,发热后不再发生寒战,见于肺炎球菌肺炎、输血反应、输液反应;②反复性寒战:见于疟疾、败血症、急性胆囊炎、感染性心内膜炎、钩端螺旋体病和某些淋巴瘤
伴出血	见于肾综合征出血热、某些血液病(如急性白血病、急性再生障碍性贫血)、弥散性血管内凝血、钩端螺旋体病、炭疽、鼠疫等
伴有胸痛	常见于肺炎球菌肺炎、胸膜炎、肺脓肿等;在心包炎、心肌炎、急性心肌梗死时也可有发热伴胸痛
伴有腹痛	可见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性阑尾炎、肠结核、肠系膜淋巴结结核、肝脓肿、急性病毒性肝炎、急性腹膜炎及腹部肿瘤如淋巴瘤、肝癌、结肠癌等
伴尿痛、尿频、尿急	见于急性慢性肾盂肾炎、急性膀胱炎、肾结核等
伴肌肉痛	可见于多发性肌炎、皮肌炎、旋毛虫病、军团菌病、钩端螺旋体病等
伴有皮疹	见于如下情况:①发疹性传染病:发热与皮疹出现的时间常有固定关系。发热1天出现皮疹,见于水痘;2天后出现皮疹,见于猩红热;3天后出现皮疹,见于天花;4天后出现皮疹,见于麻疹;5天后出现皮疹,见于斑疹伤寒;6天后出现皮疹,见于伤寒。②非传染性疾病:常见于风湿热、药物热、系统性红斑狼疮、败血症等
伴有黄疸	常见于病毒性肝炎、淋巴瘤、急性溶血、胆囊炎、化脓性胆管炎、钩端螺旋体病、败血症和其他严重感染等

(3)诊疗经过问诊:①患病以来是否曾到医院就诊,做过哪些检查,检查结果如何?②治疗和用药情况,疗效如何?

(4)患病以来的一般情况问诊:包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况,即现病史5项,以了解全身一般情况。

2. 相关既往及其他病史的问诊 ①既往有无结核病、肝炎、结缔组织病、糖尿病和肿瘤等疾病史;有无传染病接触史;药物和食物过敏史;外伤、手术史;②有无长期疫区居住史;有无烟酒嗜好;性病和冶游史;③爱人健康状况,有无流产史等;④有无遗传性疾病史。

(二) 体格检查

1. 测量体温,必要时测肛温,连续每日记录4次体温,以观察热型,特别对长期不明原因的发热有诊断价值。

2. 全面系统的体格检查 包括皮疹、黄疸、淋巴结(局部或全身肿大)、局部感染灶、心肺异常体征及是否有肝脾肿大等,对发热病因有诊断价值。

(三) 常规实验室检查

检查	意义
血象	①白细胞增高伴核左移和中性粒细胞碱性磷酸酶(NAP)积分增高:见于急性化脓性细菌感染;②白细胞不增高或降低:可见于伤寒、副伤寒、疟疾、病毒感染及革兰阴性杆菌感染等;③淋巴细胞增高且异型淋巴细胞大于10%,对传染性单核细胞增多症有诊断价值;④嗜酸性粒细胞增高:常见于寄生虫病及变态反应性疾病;⑤贫血伴大量原始和幼稚细胞,则最可能是急性白血病
尿常规	①发热本身可有轻度蛋白尿;②明显尿常规异常可由尿路感染、肿瘤或结缔组织病引起
粪常规	对肠道感染和肿瘤有诊断价值
血沉	对结核病、自身免疫病、肿瘤性疾病的诊断有帮助
胸部 X 片	对了解心、肺、纵隔及结核或肿瘤的诊断有重要价值
腹部 B 超	对了解腹部脏器病变和腹腔淋巴结是否肿大有重要价值
细菌检查	①血培养:有利于伤寒、败血症、感染性心内膜炎的确诊;②痰培养:有利于呼吸道感染的诊断;③尿培养:有利于泌尿道感染的诊断;④粪培养:有利于肠道感染的诊断

(四) 针对性的辅助检查

- 1. 影像学检查 CT、MRI、高分辨 CT(HRCT)、正电子发射 CT(PETCT)。
- 2. 血清学试验 如针对性地选用肥达-外斐反应、嗜异性凝集试验等,但应避免大范围检查。
- 3. 自身抗体的检查 包括 ANA 谱、各种免疫球蛋白等。
- 4. 各种穿刺抽液检查 包括胸腔穿刺(胸水)、腹腔穿刺(腹水)、腰椎穿刺(脑脊液)、骨髓穿刺(骨髓液)检查,对相关疾病诊断有帮助。
- 5. 各种活检 包括淋巴结活检、肝活检、肺活检、肾活检及各种病变组织活检,对相关疾病诊断有帮助。
- 6. 诊断性探查术 包括开胸探查(或胸腔镜)和开腹探查(或腹腔镜),对诊断特别困难者才可考虑。

三、发热的诊断流程图

见图 1。

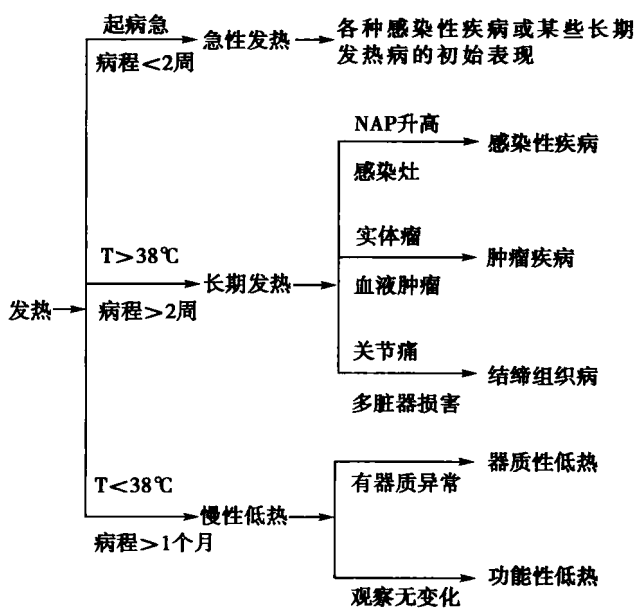


图 1 发热的诊断流程图

【高频考点二】胸痛

一、基本知识点

(一) 概述

胸痛是门诊患者就诊的常见原因。可以由心血管疾病、呼吸系统疾病、纵隔内其他器官或脊柱病变引起。另外,有相当数量的胸痛与精神因素有关。

(二) 常见病因

病因	常见疾病
胸壁疾病	如皮下蜂窝组织炎、带状疱疹、非化脓性肋软骨炎、肌炎、肋间神经炎、肋骨骨折、多发性骨髓瘤等。其特点为疼痛部位固定,局部有压痛,颈椎病有时也可致心前区痛
纵隔疾病(包括心脏与大血管疾病)	如心绞痛、急性冠状动脉综合征、急性心肌梗死、心肌炎、急性心包炎、二尖瓣或主动脉瓣的病变、主动脉瘤、肺梗死、肺栓塞、心脏神经官能症、纵隔炎、纵隔肿瘤、食管裂孔疝等
呼吸系统疾病	如胸膜炎、胸膜肿瘤、自发性气胸、血胸、肺炎、支气管炎、肺癌等
其他	膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死等

(三) 发病机制

各种炎症或物理因素刺激肋间神经,脊髓后根传入纤维,支配心脏及主动脉的感觉纤维,支配气管、支气管及食管的迷走神经感觉纤维和膈神经均可引起胸痛。最常见的胸痛是由心脏疾病引起的。大部分非心源性胸痛源自于胸膜或胸壁,壁层胸膜有痛觉神经分布,主要来自于肋间神经和膈神经。神经末梢对于炎症和胸膜的牵拉敏感,而不像以前认为的那样是由于脏层和壁层胸膜的摩擦所致。肺组织和脏层胸膜缺乏痛觉感受器,因此肺实质即使有严重的病变也可以没有胸痛发生。

(四) 临床特点

1. 胸膜性胸痛 胸膜性胸痛的特点是胸痛和呼吸有关,呈锐痛,深吸气时加重,呼气或屏气时变为钝痛或消失。胸膜性胸痛的感觉源于壁层胸膜受到刺激,脏层胸膜对痛觉并不敏感。胸膜性胸痛常见于胸膜疾病,如胸膜炎、气胸以及累及胸膜的肺实质疾病,如肺炎、肺栓塞和恶性肿瘤等。胸膜性胸痛的差异程度较大,轻度胸痛在深吸气末出现,而较严重的胸痛在吸气较浅的时候即会出现。病变波及膈胸膜时可出现牵涉痛,膈肌中央部分的感觉由膈神经支配,感觉中枢位于第3、4颈髓,疼痛常常放射到颈部和肩部,膈肌外周部分由下部肋间神经支配,感觉中枢位于7~12胸髓,疼痛可放射到下胸部、腰部和上腹部。

不同疾病引起胸膜性胸痛出现的速度和伴随症状不同。急骤发生的胸痛常见于气胸、肺栓塞;较快出现的疼痛伴咳嗽、发热提示肺炎、细菌性胸膜炎、结核性胸膜炎或脓胸;缓慢起病的胸痛伴疲乏、体重下降者应考虑结核和肿瘤。

2. 纵隔性胸痛 纵隔内脏器包括气管、食管、胸腺、心脏、大动脉和淋巴结等,这些部位的病变都可能引起胸痛。纵隔性胸痛由内脏神经支配,疼痛常常位于胸骨后或心前区,也可以放射到颈部、上臂甚至背部。疼痛的性质、程度、放射部位以及疼痛的诱因对相应疾病的诊断具有重要意义。

心绞痛是胸痛的常见病因,由心肌缺血引起,为压榨样或绞窄样疼痛,休息或含服硝酸甘油可缓解。急性心肌梗死时可以出现性质相近但更为严重而持久的胸痛。性质类似的胸痛还见于大块肺栓塞,是由肺动脉压力急剧升高所致。二尖瓣狭窄或反复的肺动脉栓塞可引起严重的慢性肺动脉高压,亦可出现胸痛。急性心包炎所致的胸痛可因呼吸、吞咽或弯腰而加重。主动脉夹层的胸痛特点为突然出现的剧烈的撕裂样胸痛,可以放射到背部、延伸到腹部甚至下肢。食管疾病引起的“烧灼样”疼痛往往与进食有关。剧烈干咳刺激气管黏膜上的神经末梢可引起胸骨后疼痛。

3. 胸壁痛 引起胸壁痛的原因包括胸壁软组织、骨骼和神经病变。胸壁疼痛和胸膜性胸痛的区别在于深呼吸对于胸壁疼痛基本没有影响或影响很少,咳嗽和躯体运动可以明显加重胸壁疼痛,而且疼痛在两次咳嗽的间期持续存在。疼痛较局限,定位准确,按压疼痛部位往往可使疼痛加重,并且性质与患者的感觉相同。

肋间肌肉损伤可由于剧咳、外伤等引起。肋骨骨折的主要原因为外伤,有时见于长时间剧烈的咳嗽。肋

软骨炎好发于第2、3、4肋软骨,局部可以出现肿胀或包块,有压痛。骨转移瘤、多发性骨髓瘤可以侵犯肋骨引起疼痛。肋间神经炎主要表现为表浅的刀割样疼痛,病变区域有痛觉过敏或麻木。带状疱疹在出现典型的皮疹前往往不易明确诊断,疼痛的性质为“烧灼样”,常常发生于一侧,沿肋间神经走行部位分布,可以累及一个到多个肋间。

另外一种胸壁痛是由于神经后根的压迫和炎症刺激引起的,称为根性痛。性质为剧痛或钝痛,可以因为活动,尤其是咳嗽而加重。病因包括椎间盘突出、强直性脊柱炎、脊椎肿瘤和脊髓的炎症或恶性疾病。由脊髓或脊髓周围病变引起的疼痛在按压相应的椎体时疼痛可以减轻。

4. 其他 临床上一种多发生于左侧胸部的常见胸痛,疼痛部位主要位于心前区或心尖部,程度较重,性质为锐痛,常常在吸气时出现,有时部位变化不定。多发生于休息或轻度活动时,情绪波动可诱发,持续时间约为30秒到5分钟。呼吸对胸痛有一定的影响,随着患者保持较浅的呼吸疼痛会逐渐缓解。这是一种发病机制不明的良性胸痛,焦虑可以引起或加重胸痛,并且常常伴有呼吸困难和高通气。其意义在于和其他严重的胸痛,如心绞痛相鉴别。

二、诊断思路

(一) 病史采集

1. 现病史

问诊内容	提示意义
针对胸痛问诊	询问胸痛的发病年龄、起病缓急、胸痛部位、性质、诱因、持续时间和缓解方式;区分胸膜性胸痛和纵隔性胸痛对病变部位和性质的判断具有重要意义;对于纵隔性胸痛发生部位、性质和放射特点的询问有助于心绞痛、心肌梗死、主动脉夹层的诊断
相关鉴别问诊	①伴发热主要见于肺脏和胸膜的炎症,也见于肺栓塞、急性心肌梗死;②伴呼吸困难见于重症肺炎、胸膜炎、气胸、肺栓塞、心肌梗死和高通气综合征;③伴吞咽困难,见于食管疾病
诊疗经过问诊	①患病以来是否曾到医院就诊,做过哪些检查?是否进行胸片、ECG、UCG等检查;②治疗和用药情况,疗效如何?如疑诊心绞痛时应询问硝酸甘油对疼痛的缓解效果
一般情况	如夜间睡眠情况,有无夜间阵发性呼吸困难,有无体重下降明显等提示情况

2. 相关既往史及其他病史问诊

(1)既往史:有无肺部疾病(肺结核、肿瘤)、高血压、冠心病、消化系统疾病病史;有无深静脉血栓形成病史,有外伤史、药物过敏史。

(2)个人史和家族史:烟酒嗜好,饮食习惯;家族遗传病史。

(二) 体格检查

1. 生命体征 有无发绀。疑诊主动脉夹层时需要检查不同肢体的血压及浅动脉搏动情况。

2. 肺部异常体征 呼吸频率、幅度,呼吸运动是否对称;有无胸壁压痛、包块、皮疹;异常叩诊音、呼吸音变化和病理性呼吸音的出现常常提示有肺部疾病;胸膜摩擦音常见于纤维索性胸膜炎阶段,还可见于肺炎和肺栓塞。

3. 心脏体征 P₂亢进及分裂见于肺栓塞、原发性肺动脉高压、二尖瓣狭窄等;有无心脏杂音、心包摩擦音。

(三) 辅助检查

1. 疑诊肺脏病变时应行X线胸片或胸部CT检查。

2. 疑诊冠心病心绞痛时可选择进行运动试验、核素检查或冠脉造影,疑诊心肌梗死时应行ECG、心肌坏死标志物等检查。

3. 疑诊肺栓塞时可行ECG、肺脏通气灌注扫描、CT肺动脉造影或肺动脉造影等。

4. 对于胸水患者应行胸腔穿刺检查明确积液的性质(结核、脓胸、肿瘤等),必要时行胸腔镜检查。

5. 疑诊食管疾病时可行内镜检查

三、胸痛的诊断流程图

见图2。

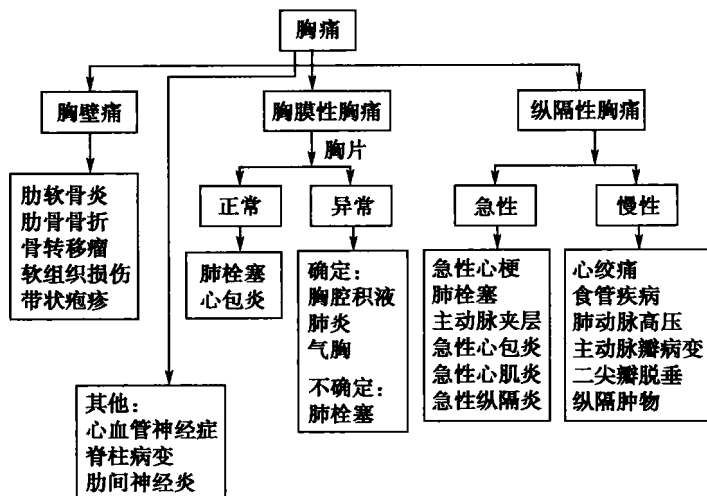


图2 胸痛的诊断流程图

【高频考点三】咳嗽与咳痰

一、基本知识点

(一) 概述

咳嗽是一种突然的、暴发式的呼气运动,有助于清除呼吸道内的分泌物或异物,其本质是一种保护性反射。咳嗽分为干咳和有痰的咳嗽,又称湿性咳嗽。咳痰是借助气管支气管黏膜上皮细胞的纤毛运动、支气管平滑肌的收缩及咳嗽时的用力呼气等将呼吸道内的痰液排出的过程。

(二) 常见病因

病因	常见疾病
呼吸道疾病	最常见的原因是整个呼吸道黏膜受到理化因子(如冷热空气、酸、氨等)、异物、出血、炎症、肿瘤等刺激,均可引起咳嗽反射
胸膜疾病	见于各种炎症、肿瘤和刺激(如自发性气胸、胸腔穿刺、血胸等)
心血管疾病	当二尖瓣狭窄或左心功能不全引起肺淤血、肺水肿或各种栓子引起肺栓塞时,肺泡和支气管管内漏出物或渗出物刺激肺泡壁与支气管黏膜,引起咳嗽
胃食管反流病	由于抗反流机制减弱,反流物的刺激与损伤,少数患者以咳嗽、咳痰为首发症状
中枢神经系统因素	从大脑皮质发出冲动传至延髓咳嗽中枢,人可随意引发或抑制咳嗽,脑炎、脑膜炎也可引起咳嗽

(三) 临床特点

引起咳嗽的三种常见刺激类型包括:物理性、炎症性和心因性。其中物理性刺激有吸入烟雾或颗粒、气道内的新生物或气管支气管外的压迫等,以干咳为主要表现。炎症性刺激包括呼吸道黏膜的炎症、呼吸道和肺实质的渗出物等,常常伴有咳痰。心因性刺激可以引起咳嗽,这时患者并未接受外周感受器传入的具体刺激,咳嗽的发生是由于中枢神经系统兴奋咳嗽中枢后发放冲动形成的。参与咳嗽过程的均为随意肌,因此人们可以自主地咳嗽或抑制咳嗽。

1. 临床表现

(1)咳嗽的性质:咳嗽无痰或痰量较少为干性咳嗽,见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、肺结核、间质性肺炎等。咳嗽伴有痰液称湿性咳嗽,见于慢性支气管炎、肺炎、慢性阻塞性肺炎、支气管扩张症、肺脓肿和空洞性肺结核等。

(2)咳嗽的时间与节律:突然出现的发作性咳嗽见于急性咽喉炎、气管与支气管异物、百日咳或气管、支气管分叉部受压(肿瘤或淋巴结肿大)等,少数支气管哮喘也可表现为长时间发作性咳嗽,尤其在冷空气、异味刺激时更易出现(咳嗽变异型哮喘)。长期慢性咳嗽多见于慢性呼吸道疾病,如慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张症、慢性肺脓肿、肺结核等。其中,慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张症和肺脓肿,咳嗽往往于清晨或夜间变动体位时加重,并伴咳痰。左心衰竭、肺结核夜间咳嗽明显,可能与夜间肺淤血加重、迷走神经兴奋性增高有关。

(3)咳嗽的音色:指咳嗽的声音特点,如:①咳嗽声音嘶哑:见于声带炎、喉结核、喉返神经麻痹与喉癌等;②金属音调咳嗽,声音高亢:见于纵隔肿瘤、主动脉瘤和支气管癌、淋巴瘤压迫气管等;③阵发、连续咳嗽伴有回声(犬吠样咳嗽):见于会厌、喉部疾患,气管受压和百日咳等;④咳声低微甚或无声:见于严重肺气肿极度衰弱或声带麻痹。

(4)痰的性状和量:急性呼吸道感染时,痰量较少,以浆液-黏液性痰为主,合并感染时,黏度增加或转为脓性;支气管扩张症、肺脓肿、支气管-胸膜瘘时,痰量较多,清晨与晚睡前增多,且排痰与体位有关,静置后分层;痰有恶臭气味者可能有厌氧菌感染;日咳数百至上千毫升浆液泡沫样痰,应考虑弥漫性肺泡癌的可能。黄色脓性痰,提示有细菌感染;痰呈黄绿色或翠绿色,提示铜绿假单胞菌感染;痰色白黏稠、牵拉成丝,提示念珠菌感染;较多水样痰液,内含粉皮样物,提示肺棘球蚴病。

2. 伴随症状

(1)咳嗽伴发热:常见于呼吸道感染、肺结核、肺脓肿等。

(2)咳嗽伴胸痛:见于肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、自发性气胸等。

(3)咳嗽伴呼吸困难:见于喉部疾病、阻塞性肺气肿、支气管哮喘大量胸腔积液、气胸、肺淤血、肺水肿等。

(4)咳嗽伴咯血:见于肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、肺癌、二尖瓣狭窄等。

(5)咳嗽伴有杵状指(趾):主要见于支气管扩张症、肺脓肿与脓胸。

(6)咳嗽伴有哮鸣音:见于支气管哮喘、喘息型支气管炎、心源性哮喘、气管与支气管异物等。

二、诊断思路

(一)病史采集

1. 现病史 深入了解咳嗽的特征有助于判断其产生的原因,80%左右的咳嗽通过详细的询问病史即可作出病因诊断。

(1)针对咳嗽、咳痰问诊

1)咳嗽发病急缓和持续时间:急性咳嗽为时间<3周,亚急性咳嗽为3~8周,慢性咳嗽为≥8周。急性咳嗽最常见的病因为普通感冒,其他病因包括急性支气管炎、急性鼻窦炎等急性呼吸道感染。亚急性咳嗽最常见的原因是感冒后咳嗽(又称感染后咳嗽)、细菌性鼻窦炎、哮喘等。胸片阴性的慢性咳嗽的常见病因有咳嗽变异型哮喘、上气道咳嗽综合征、嗜酸性粒细胞性支气管炎和胃食管反流性咳嗽。反复发生的、常出现于秋冬季的咳嗽是慢性支气管炎诊断的重要线索。

2)咳嗽的特点:病变部位在上呼吸道和大气道的咳嗽,往往是一种短促的刺激性咳嗽。上气道咳嗽综合征所致的咳嗽,患者常常描述有清喉的动作,是一种短促而频繁的干咳,或告知有来自后鼻腔的分泌物。而发生于较小气道和肺部的咳嗽则往往是深在的、非刺激性的咳嗽。慢性咳嗽患者如果咳嗽的性质突然发生了改变,要注意肺癌发生的可能,尤其是长期吸烟者。

3)干咳还是湿性咳嗽,如果有咳痰,痰的性状如何。

4)一天之中咳嗽发生的时间:慢性支气管炎、慢性肺脓肿、空洞性肺结核、支气管扩张等疾病的咳嗽、咳痰经常发生于早晨起床时。由于夜间滞留在支气管树中的分泌物较多,晨起时体位发生改变,分泌物刺激气管支气管黏膜产生咳嗽和咳痰。而肺淤血、咳嗽变异型哮喘的咳嗽往往以夜间为著,咳嗽常常会使患者醒来,其中肺淤血所致的咳嗽在患者坐起后可以明显缓解。胃食管反流所致咳嗽常常发生于白天或直立位。在某些特定体位才出现的咳嗽见于带蒂的气道内肿瘤。进食时出现咳嗽提示吞咽机制紊乱(常常由于脑血管病变引起)、食管憩室炎或食管支气管瘘。

5)咳嗽的发作诱因:接触冷空气、刺激性气体出现的咳嗽见于哮喘、变应性咳嗽或嗜酸性粒细胞性支气管炎。

(2)相关鉴别问诊

1)伴发热提示急性支气管或肺部感染。