

图表解中医

备考

丛书

西医内科学

主编◎李雁 王玫

总主编◎翟双庆

- ◎ 教材大瘦身，重点考点凸显，一目了然
- ◎ ——教师备课的好帮手
- ◎ 图表化内容，执简驭繁，清晰易记
- ◎ ——考生过关的杀手锏



中国医药科技出版社

◎图表解中医备考丛书◎

西医内科学

XIYINEIKEXUE

主编 李雁 王玫

备考学习
笔记

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是《图表解中医备考丛书》之一，以统编教材《内科学》为蓝本，以2011年中医执业医师资格考试大纲为中心，通过各类图表形式的运用，将所学教材内容进行归纳整理，使其条理清晰，简明精要，考点突出。本书可作为《西医内科学》本专科生的备考学习笔记，亦可作为中医执业医师资格考试、研究生考试、职称考试的参考书。

图书在版编目（CIP）数据

西医内科学/李雁，王玫主编. —北京：中国医药科技出版社，2012. 1

（图表解中医备考丛书/翟双庆主编）

ISBN 978 - 7 - 5067 - 5299 - 2

I. ①西… II. ①李… ②王… III. ①内科学 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2011）第 246836 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行：010 - 62227427 邮购：010 - 62236938

网址 [www. cmstp. com](http://www.cmstp.com)

规格 958 × 650mm 1/16

印张 11

字数 148 千字

版次 2012 年 1 月第 1 版

印次 2012 年 1 月第 1 次印刷

印刷 北京市松源印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 5299 - 2

定价 19.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《图表解中医备考丛书》

总编委会

总主编 翟双庆

副总主编 范志霞 王文澜 赵鲲鹏

编委 (按姓氏笔画排序)

王天芳 王文澜 王庆甫 王旭昀

王 玫 王新月 许 华 许筱颖

杨 楨 杨毅玲 李 雁 李赛美

邹纯朴 罗颂平 钟嘉熙 高 琳

郭 义 黄 斌 曹灵勇 温成平

裴晓华 薛晓琳

《西医内科学》

编委会

主 编 李 雁 王 玫

副主编 刘 彤

编 委 苗 青 郭 楠 梁腾霄

李 靖 吴 畏 庞 博

刘 言

主 审 张永涛

前 言

contents

目前,各种中医类考试越来越多,包括中医执业医师资格考试、研究生入学考试、中医药院校在校生结业考试、卫生专业资格考试、继续教育考试等。各版本教材也编得越来越厚,拓展内容越来越多,这对于考生来说,无疑增加了应试难度。为了帮助各级考生对重点课程知识的掌握,中国医药科技出版社策划出版了《图表解中医备考丛书》,本套丛书的主编多为国家级或省级精品课程的学科带头人,参编人员为多年从事教学、有丰富教学经验的资深教授,或者是对各种考试考点非常熟悉的教学一线人员。从而,保证了本丛书内容的权威性和科学性。

随着教材使用的多元化,各校使用的教材也存在差异,但五年制教学大纲却是一致的,基于此,本丛书内容以教学大纲为核心,本着将教材内容编薄、编精的原则,每本书的篇幅控制在相当于教材的 $1/3 \sim 1/2$,只刊载考点重点。这样将大大节省考生的复习时间,减轻负担。对于内容形式的表达,以图和表格为主,原则为:能用图表说明的一律采用图表形式;可以分条论述的不要成段地罗列论述;部分分册,对于高频重点考点内容用下划线标注,以示突出;考点有重点提示——【考点重点点拨】。为了照顾到本科结业考试和研究生考试、自考等学生需求,在每章或每一独立单元后加设【思考题】一项,指出一些阐述题常考的题眼。

本丛书的编写不仅是教材内容精简后的精华,更是帮助考生通过考试的重点提示,使学生在掌握重点知识的同时对考点进行针对性复习。

最后祝愿考生通过学习本丛书,能够熟练掌握各门课程的重点内容,顺利通过各种考试!

丛书编委会
2011年12月

编写说明

《西医内科学》作为临床医学的基础学科，在临床实际应用和各类医学考试中都处于极为重要的地位。为了让广大中医院校学生更好地掌握内科学的重要知识点，顺利解决临床问题，从容应对各类医学考试，我们特邀请多位临床及教学经验丰富的中、高级医师及命题专家编写了本书。

本书以西医《内科学》第7版及中医类、中西医结合类专业用《内科学》统编教材为蓝本，以2011年中医执业医师资格考试大纲为中心，通过各类图表形式的运用，使原本繁杂的课本内容变得条理清晰、简明精要。语言力求言简意赅，尤其是在每节前列出本病所要掌握的考点重点内容，使读者能对需要掌握的知识点一目了然。我们相信通过本书的精心编排和设计，必定有越来越多的医学学习者完成自己的目标，希望本书成为一本读者需要的参考书。

本书在编写过程中，承蒙中国医药科技出版社的指导和支持，参加编写的专家通力合作，在编写内容和质量上花费了大量精力，但由于我们编写时间仓促，加之学识有限，不足之处还请各位同仁及读者批评指正，敬希读者不吝赐教！

最后，祝所有读者学习愉快，硕果累累！

编者
2011年6月

目 录

contents

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 支气管炎	(1)
急性气管 - 支气管炎	(1)
慢性支气管炎	(3)
第二节 阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病	(5)
阻塞性肺气肿	(5)
慢性肺源性心脏病	(7)
第三节 支气管哮喘	(10)
第四节 肺炎	(14)
第五节 肺结核	(19)
第六节 原发性支气管肺癌	(27)
第二章 循环系统疾病	(32)
第一节 心力衰竭	(32)
慢性心力衰竭	(34)
急性心力衰竭	(37)
第二节 常见心律失常	(39)
第三节 风湿热和风湿性心脏病	(47)
风湿热	(47)
风湿性心脏瓣膜病	(52)
第四节 高血压病	(56)
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(63)
心绞痛	(64)
心肌梗死	(67)
第六节 病毒性心肌炎	(75)



第七节 心肌病	(78)
第三章 消化系统疾病	(81)
第一节 胃炎	(81)
急性胃炎	(81)
慢性胃炎 ✓	(82)
第二节 消化性溃疡 ✓	(84)
第三节 胃癌	(87)
第四节 肝硬化 ✓	(89)
第五节 原发性肝癌	(94)
第六节 急性胰腺炎 ✓	(97)
第七节 上消化道出血	(101)
第四章 泌尿系统疾病	(104)
第一节 慢性肾小球肾炎	(104)
第二节 尿路感染 ✓	(107)
第三节 慢性肾衰竭 ✓	(111)
第五章 血液系统疾病	(116)
第一节 缺铁性贫血 ✓	(116)
第二节 再生障碍性贫血 ✓	(119)
第三节 急性白血病 ✓	(122)
第四节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(128)
第五节 特发性血小板减少性紫癜 (ITP) ✓	(130)
第六章 内分泌及代谢疾病	(135)
第一节 甲状腺功能亢进症 ✓	(135)
第二节 糖尿病 ✓	(138)
第七章 急性中毒	(143)
第一节 总论	(143)



第二节 有机磷杀虫药中毒	(148)
第八章 神经系统疾病	(152)
第一节 癫痫	(152)
第二节 急性脑血管病	(157)
短暂性脑缺血发作	(157)
脑梗死	(159)
脑出血	(163)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 支气管炎

急性气管-支气管炎

【考点重点点拨】

1. 病因与发病机制
2. 临床表现
3. 诊断与鉴别诊断
4. 治疗

一、病因与发病机制

(一) 病因

1. 感染 细菌，病毒支原体，衣原体等。
2. 理化因素 冷空气，刺激性气体。
3. 过敏因素 花粉，真菌等。

(二) 发病机制

气管-支气管黏膜充血，水肿 \rightleftharpoons 纤毛上皮损伤、脱落，腺体肥大，淋巴细胞、中性粒细胞浸润

二、临床表现

(一) 症状

鼻塞，流涕，咽痛，发热，咳嗽，始为刺激性咳嗽，后转为阵发性咳嗽。多数患者咳痰，随病程发展，痰液由黏液痰逐渐转为脓性痰，甚

原书缺页



慢性支气管炎

【考点重点点拨】

1. 病因与发病机制
2. 临床表现
3. 诊断与鉴别诊断
4. 治疗

一、病因与发病机制

1. 吸烟。
2. 感染因素。
3. 理化因素。
4. 过敏因素。
5. 其他 寒冷，自主神经功能失调。

二、临床表现

(一) 症状与体征

症 状	体 征
主要表现为咳嗽、咳痰，晨起明显，痰为白色黏液或泡沫样，可伴喘息，随病情进展，终年咳嗽，冬季加剧	早期多无体征，肺底可闻及散在干湿啰音，喘息型可闻及哮鸣音，长期反复发作患者可有肺气肿体征

(二) 分型

单 纯 型	喘 息 型
符合慢支诊断标准，且咳嗽，咳痰	符合慢支诊断标准，且咳嗽，咳痰，喘息，听诊双肺可闻及哮鸣音

(三) 分期

1. 急性发作期 一周内出现发热，痰量增多，或咳嗽，咳痰，喘息任一症状明显加剧。



2. 慢性迁延期 咳嗽, 咳痰, 喘息症状迁延 1 个月以上。
3. 临床缓解期 治疗后症状消失保持 2 个月以上。

三、并发症

1. 阻塞性肺气肿。
2. 支气管肺炎。
3. 支气管扩张症。

四、诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

主要依据病史和症状。如果咳嗽、咳痰或伴喘息, 每年发病持续 3 个月, 连续 2 年或以上, 并能排除其他心、肺疾患时, 则可确诊。

(二) 鉴别诊断

疾病	鉴别要点				
	病史	易感人群	特征表现	体征	辅助检查
支气管哮喘	多有过敏性疾病史, 无慢性咳嗽, 咳痰史	多青少年发病	发作性喘息为特征表现	听诊双肺满布哮鸣音, 缓解后无症状	X 线, 血气分析有助于诊断
支气管扩张症	常于麻疹、肺炎或百日咳后, 可有脓臭痰, 咯血史	多青少年发病	咳嗽, 咳痰反复发作	可有杵状指, 肺部听诊湿啰音为主	X 线, 胸部 CT, 支气管造影有助于鉴别
肺结核	免疫力低下及排菌病人密切接触者等		除呼吸系统症状外, 可有午后低热、乏力、纳差、盗汗等症状	较大的空洞病变可闻及支气管呼吸音, 支气管结核可闻及局限性哮鸣音, 干酪样坏死可有肺实变体征	X 线检查和痰结核杆菌检查可以鉴别
肺癌	有刺激性咳嗽, 痰血史	常年吸烟	逐渐加重的刺激性咳嗽, 可有咳血, 气促等	见肺癌章节	X 线检查, 胸部 CT, 纤支镜活检可鉴别



五、治疗

急性期			缓解期
控制感染	祛痰镇咳	解痉平喘	以增强体质、提高抗病能力和预防复发为主
根据痰培养选取敏感抗生素或经验性用药，社区获得性感染多为革兰阳性细菌，可选用青霉素类、头孢菌素类等 医院获得性感染多为革兰阴性细菌，可予头孢菌素类、喹诺酮类，重症患者可予碳青霉烯类治疗	可予氨溴索、乙酰半胱氨酸等治疗，使黏痰溶解，纤毛运动改善，促进痰液排出，亦可采取雾化吸入方式稀释气道分泌物，不宜采取强效镇咳剂，以免影响痰液排出	支气管扩张剂包括 β_2 受体激动剂（沙丁胺醇，特布他林）、抗胆碱药（异丙托溴铵）、茶碱类（氨茶碱，多索茶碱等）	

第二节 阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病

阻塞性肺气肿

【考点重点点拨】

1. 病因与发病机制
2. 临床表现
3. X线检查
4. 诊断
5. 治疗

一、病因与发病机制

吸烟、大气污染、感染等 \longrightarrow 蛋白酶 - 抗蛋白酶平衡失调 \longrightarrow 肺损伤 \longrightarrow 肺气肿



二、临床表现

(一) 症状及体征

症 状	体 征			
	视 诊	触 诊	叩 诊	听 诊
在原有疾病症状的基础上出现逐渐加重的呼吸困难。多在活动后有气急，如静息时有气急，提示病情严重。可有疲乏，纳差，体重减轻等全身症状。如并发呼吸衰竭和右心衰竭时可有相应症状	病情发展可出现桶状胸，肋间隙饱满、呼吸运动减弱	触诊语颤减弱或消失	心浊音界缩小，肺下界叩诊过清音	听诊呼吸音和语音减弱，呼气延长，并发感染时可闻及啰音

(二) 并发症

并发疾病	并 发 症 状		
	症状	体征	辅助检查
自发性气胸	突然出现加剧的呼吸困难，胸痛	发绀，触诊语颤减弱，肺部叩诊鼓音，听诊呼吸音减弱或消失	X线检查可明确诊断
慢性肺源性心脏病	逐渐加重的喘憋、气促可伴心悸等	颈静脉怒张、心率增快，可出现心律失常，肝大，肝颈静脉回流征阳性，下肢水肿	超声心动图可明确诊断
慢性呼吸衰竭	常在 COPD 急性加重时发生，其症状明显加重，发生低氧血症和（或）高碳酸血症，可具有缺氧和二氧化碳潴留的临床表现。	发绀、呼吸浅快，急性加重期可出现明显的“三凹”现象	血气分析可明确诊断

三、实验室及其他检查

(一) X 线检查

肺野透光度增加，重度肺气肿时胸廓饱满，肋间隙增宽有时可见局限性肺气肿或肺大泡，心脏呈垂直位，心影狭长。

(二) 肺功能检查

可用于确诊的金指标。

(三) 动脉血气分析

明确有无酸碱失衡及判断呼吸衰竭的类型。



(四) 痰培养

合并细菌感染时，痰培养可明确病原菌，以指导治疗。

四、诊断

1. 逐渐加重的气急或呼吸困难史。
2. 肺气肿或肺过度充气体征。
3. X线表现及肺功能检查示通气和换气功能障碍。
4. 支气管扩张剂治疗后肺功能没有明显改善者。

五、治疗

1. 氧疗 给氧从低流量开始，注意血气分析，血氧饱和度变化。
2. 药物治疗
 - (1) 抗生素：青霉素类、头孢菌素类、喹诺酮类、大环内酯类等。
 - (2) 祛痰剂：氨溴索、乙酰半胱氨酸等。
 - (3) 支气管扩张剂： β_2 受体激动剂、抗胆碱药、茶碱类。
 - (4) 糖皮质激素：在支气管扩张剂治疗效果欠佳时加用糖皮质激素。
3. 营养支持 由于呼吸负荷加重，能量消耗过多，摄入减少，常合并营养不良，应加强营养摄入。
4. 康复治疗 包括体育锻炼，呼吸锻炼，呼吸肌锻炼及心理治疗。
5. 手术治疗 包括肺减容术，肺移植术等。

慢性肺源性心脏病

【考点重点点拨】

1. 病因与发病机制
2. 临床表现
3. 实验室及其他检查
4. 诊断与鉴别诊断
5. 治疗