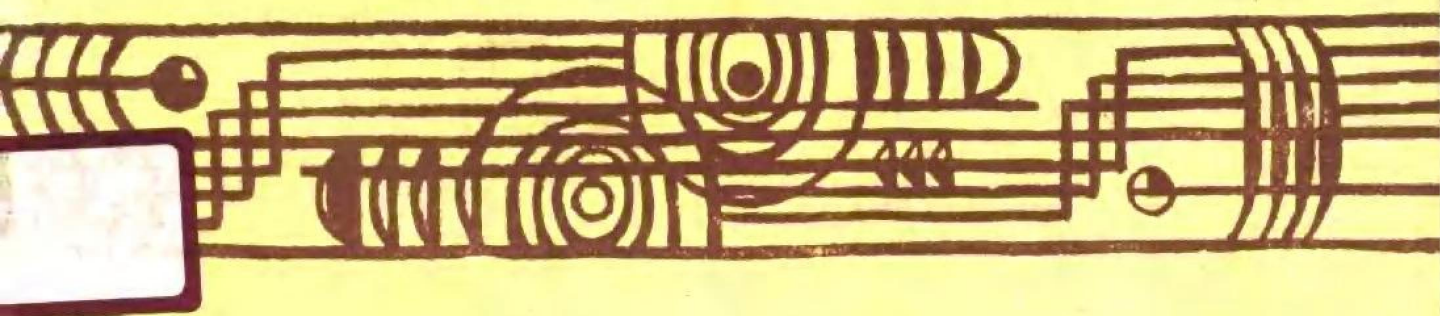


中医自学辅导丛书

西医内科学基础题解

谢金魁 孙塑伦 编

翁心植 审定



中医古籍出版社

责任编辑：杜杰慧
封面设计：陆大奎

中医自学辅导丛书
西医内科学基础题解

谢金魁 孙塑伦 编

中医古籍出版社出版

(北京东直门内北新仓18号)

新华书店北京发行所发行

华勘五一七印刷厂印刷

787×1092毫米 16开本 10.75印张 243千字

1986年11月第1版 1988年5月第2次印刷

印数：10001—25,000

ISBN 7-80013-142-4/R·142

定价：2.70元

丛 书 编 写 人 员

主 编：董建华

副主编：傅景华 岳承忠

编 写：董建华 岳承忠 戴世吉 施树玉 黄作福

张景新 谢金奎 宋书功 史书德 郑锦章

李玉枝 葛英华 张树益 李曰庆 李淑华

常章富 王云阁 孙塑伦 周渝龙 刘小北

王伊明 吴金荣 董连荣 辛 英 吉凤霞

高慧筠 金汉明 王福海 靳 琦 马豫东

刘大新 边长宗 王晓兰 黄建军 解桔萍

审 订：郭振球 邱树华 翁心植 颜正华 庞俊忠

耿恩广 祁宝玉 施汉章 武春发 李书良

编写说明

《西医内科学基础》既是全国高等中医院校五年制中医专业必修课程，也是国家教育委员会规定的全国高等教育中医专业自学考试的必考科目。为了配合全国高等教育自学考试，根据全国高等中医院校《西医内科学基础》五版教材和《西医内科学基础全国中医大专阶段自学考试大纲》，我们特编写了这本“全国中医自学辅导丛书”《西医内科学基础题解》分册。本书包括问答题、题解和多选题。问答题分诊断学基础和内科学基础两部分。

诊断学基础题解部分，旨在使读者掌握现代医学诊断疾病的基本手段和方法；内科学基础题解部分，对各系统内科常见病、多发病的诊断，鉴别诊断和治疗原则的重点、难点作了必要的解答。为适应临床工作实际需要，本书对危重急症的诊断和处理，较五版教材内容略有加深和拓宽。

多选题约400道，分成四套，每一套的内容安排都注意到从基础到临床，由浅入深，并尽可能顾其代表性、系统性和完整性，供读者在复习中自检。以利巩固记忆，扩展思维领域，加强基础与临床，理论与实践的联系，提高鉴别、判断、分析和综合能力。

本书在编写过程中，得到《中华内科杂志》主编、心血管专家翁心植教授的大力支持和帮助。翁老在百忙中抽空对本书逐题进行了审阅、修改，并为之撰写了序言。体现了西医前辈对中医事业的关怀与支持，在此特致以衷心感谢！

由于编者水平有限，加之时间仓促，错误之处难免，请广大读者批评指正。

编 者

一九八六年四月于北京

序

现代科学的发展,使许多学科互相渗透,互相促进,互为补充,互为利用。中医学和现代医学有着不同的理论体系,其认识疾病和治疗疾病的方法各具特色。为发挥中医的特长,首先应当遵循中医的基本理论和方法,但作为中医临床工作者,在系统学习和掌握中医理论知识与诊治疾病的技能的基础上,学习一些必要的现代医学知识,掌握现代医学诊断疾病的方法以及常见多发疾病的诊断要点和鉴别诊断,熟悉其处理原则,无疑将有助于加深对疾病的认识,提高辨证论治水平。也有利于提高中医的水平,促进中西医结合,更好地为社会主义四化建设服务。

本书是根据全国高等中医院校《西医内科学基础教学大纲》和国家教育委员会批准的《全国中医大专阶段自学考试大纲》的要求编写的。对现代医学的诊断方法作了简要介绍,侧重于对内科各系统常见多发病的诊断,鉴别诊断,急重症的处理原则及与临床密切相关的基础知识的介绍。旨在帮助初学者掌握教材的重点和难点。书末还编了一些多选题和临床病案讨论,既可帮助复习巩固所学过的知识,又可提高分析、综合和判断能力。

本书内容较丰富、新颖,重点突出,既可作为自学中医准备应试者的复习辅导材料,又可作为高等中医院校教师,学生和基层临床医师参考用书。

翁心植

一九八六年四月十一日

目 录

问答题	(1)
一、诊断学基础	(1)
二、传染病、寄生虫病及地方病	(27)
三、呼吸系统疾病	(41)
四、心血管疾病	(56)
五、消化系统疾病	(74)
六、泌尿系统疾病	(88)
七、造血系统疾病	(94)
八、内分泌及代谢系统疾病	(101)
九、神经系统疾病	(103)
十、急性中毒	(120)
多选题	(129)
第一套多选题	(129)
第二套多选题	(137)
第三套多选题	(145)
第四套多选题	(153)
多选题答案	(160)
附试卷举例	(162)

问 答 题

一 诊断学基础

1、何谓发热？何谓长期低热？何谓长期高热？发热时有何临床表现？

答：患病时，如体温调节中枢发生障碍，导致产热过多或散热过少而致体温超出正常范围称发热。口温在 $37.4\sim 38.4^{\circ}\text{C}$ 之间称低热，若持续2周以上称长期低热。口温在 39°C 或以上，称高热，持续2周以上称长期高热。

(1) 发热临床表现：

①发热过程一般可分为体温上升期，高温持续期和体温下降期。在体温上升期往往有畏寒、寒颤、皮肤苍白干燥。高温持续期：皮肤潮红、灼热、出汗、呼吸及心率加快。体温下降期，若下降急骤多伴大汗。

(2) 发热时的伴随症状：

①发热伴眼结膜充血：多见于麻疹，流行性出血热，斑疹伤寒。

②发热伴口唇疱疹：见于肺炎球菌性肺炎，流行性脑脊髓膜炎，流感。

③发热伴头痛、意识障碍：见于中枢神经系统感染，如乙脑、流脑，及脑血管疾病，中毒性痢疾，中暑等。

④发热伴肌肉酸痛，见于流感，钩端螺旋体病等。

2、临床上常见哪几种热型？各有何特点？

答：很多发热性疾病有特殊的体温曲线，谓之热型，此对疾病的诊断有一定意义。常见热型有四种：

(1)稽留热：体温持续在 $39^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，可达数日或数周，而一天内体温上下波动不超过 1°C ，常见于伤寒，大叶性肺炎。

(2)弛张热：体温在 39°C 以上，但每日波动在 2°C 以上。见于败血症，风湿热。

(3)间歇热：体温突然上升持续几小时后又突然下降，如此反复发作。见于疟疾，结核及某些革兰氏阴性杆菌败血症。

(4)不规则热：发热热型无一定规律性。常见于流感，结核。此外，在发热期使用解热药激素之后，致使原有热型变为不规则热。

3、在对发热病人询问病史和体查时，应注意哪些要点？

答：在询问病史时，应注重下列问题：①发热时间的长短与起病的缓急；②体温变化规律，分析热型；③发热时的伴随症状。如有意识障碍应考虑中枢神经系统疾病，伴腹泻要考虑肠道疾病如痢疾、肠炎等。④与传染病的密切接触史，发病的季节与地区。

体查时，在全面系统基础上，应重点检查皮肤、淋巴结、心、肺、肝、脾和神经系统。注意有无意识障碍、周围循环衰竭等。发热的面容应描述清楚，如一般高热为急性病容；伤寒表现为无欲状面容；伴休克时，面容呈死灰色；结核为慢性消耗性面容；破

伤风则为特殊苦笑面容。

4、胸痛常见于哪些疾病？

答：胸壁疾病，肺与胸膜疾病，纵隔与食管疾病，心血管疾病，横膈疾病均可引起胸痛。各部位常见病因又可分：

(1) 胸壁病变常见于：①胸肌挫伤或劳损痛；②肋间神经痛；③肋软骨炎；④带状疱疹等。

(2) 肺与胸膜病变常见有：①肺炎，特别是大叶性肺炎；②肺结核；③支气管肺癌，特别在有胸膜转移后；④肺梗塞；⑤自发性气胸；⑥各种胸膜炎，特别是干性胸膜炎。

(3) 纵隔与食管病变常见于：①纵隔气肿；②纵隔肿瘤或纵隔疝；③急性纵隔炎；④急性食管炎或食管癌。

(4) 心血管疾病，常见有①心肌梗塞；②心绞痛；③夹层主动脉瘤。

(5) 横膈疾病，常见有①膈胸膜炎；②膈下脓肿；③膈疝。

上述五类有胸痛的疾病中，仅肺与胸膜病变，属于呼吸系统疾病的范畴。

5、咳嗽有何临床意义？常见原因有哪些？

答：咳嗽是一种保护性反射性强烈的呼气性冲击动作，能将呼吸道内分泌物或异物排出体外；咳嗽又是一种病理现象，是呼吸道疾病最常见的症状。当耳、鼻、咽、喉、支气管、肺和胸膜等脏器，由于炎症，充血和物理、化学或过敏等因素刺激时，通过分布于上述器官的迷走神经分支传达到延脑咳嗽中枢，从而引起咳嗽反射。

6、在诊断咳嗽时，要注意哪些问题？

答：(1) 要注意咳嗽的病程，是急性还是慢性。急性者多为急性咽炎，急性支气管炎，肺炎，肺充血、肺水肿，往往数日可愈；慢性者可达数月至数年，多见于肺结核、慢支、尘肺、支气管肺癌等。

(2) 咳嗽的频率和响度。咳嗽的频率取决于引起咳嗽刺激的频率；响度取决于声门开放的快慢。一般急性呼吸道感染较重；而久病重病，因呼吸肌无力咳嗽反可减轻。

(3) 咳嗽的性质，即是干咳还是痰咳。干咳见于咽喉，胸膜和纵隔疾病；亦可见于早期结核、肺癌。痰咳多见于支气管、肺脏发炎，郁血或受理化因素强烈刺激。喉头水肿时呈犬吠样咳嗽，百日咳呈阵发性痉挛性咳嗽。

(4) 伴随症状：咳嗽伴发热、胸痛者，多为肺炎、胸膜炎；伴吸气性呼吸困难者，多为肺门或气管、纵隔有肿瘤或异物压迫，阻塞气道；伴呼气延长多为慢性阻塞性肺病，伴咯脓臭痰多为肺脓肿或支扩；伴鲜血者多为支气管扩张；咯铁锈色痰为大叶性肺炎；伴哮喘者不是支气管哮喘就是喘息性支气管炎。

7、痰的性状包括哪些内容？各有何临床意义？

答：在诊断疾病时痰的特征不容忽视，其痰的性状与临床意义应包括如下几个方

面：

(1) 痰量：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，多至数百毫升/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，可使痰量突然增多。

(2) 颜色：由痰中所含物质的色泽而定。正常人少量痰为无色或白色。

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。

粉红或棕红色痰常因含血或血红蛋白所致，多见肺水肿。

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，可见于阿米巴性肺脓肿，肺吸虫病等。

棕色见于心脏病，由于含有变性血红蛋白所致。

灰色或黑色则见于各种肺尘埃沉着症。

(3) 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、支扩及肺结核继发感染等。

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泡沫血性痰见于急性肺水肿。

⑤血痰见于肺结核，肺循环瘀血、肺梗塞、支气管扩张、肺脓肿、肺癌及肺吸虫病等。

(4) 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。

(5) 分层：痰量较多者，将24小时痰静置后，观察是否分三层（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、支气管扩张症或空洞型肺结核继发感染时，痰可呈三层。

8、何谓咯血？如何与呕血相区别？

答：喉部以下呼吸道或肺组织出血，经口咳出，称咯血。一天咯血500毫升以上者称大咯血。

下列情况有助于区别咯血和呕血：

(1) 咯血前常有喉部发痒，而呕血前常感上腹部不适；

(2) 咯血为咳出，呕血为呕出；

(3) 咯血颜色鲜红，常混有泡沫，呕血色暗红或咖啡渣样，无泡沫，易凝成块状；

(4) 咯血中常混有痰液，呕血中则混有食物残渣及胃液；

(5) 咯血呈弱碱性反应，呕血呈酸性反应；

(6) 咯血后继有血痰数天，呕血后数天内常排黑便；

(7) 咯血常有支气管, 肺病或心脏病史; 而呕血常有胃病或肝病史。

9、咯血的常见病因有哪些?

答: 咯血可见于下列疾病:

(1) 支气管疾病: 包括慢性支气管炎、支气管扩张、支气管内膜结核、支气管结石、支气管异物、支气管癌或支气管其他良性肿瘤等。

(2) 肺部疾病: 肺结核、肺炎、肺脓肿、肺霉菌、肺寄生虫病(如阿米巴、肺吸虫、肺包虫) 尘、矽肺、转移性肿瘤、肺囊肿等。

(3) 心血管疾病: 肺血管疾病(如二尖瓣狭窄引起的肺瘀血、肺梗塞、肺动脉高压、肺动-静脉瘘)、高血压、急性肺水肿、主动脉瘤、冠心病等。

(4) 全身性疾病及其他: 急性传染病(如肺型钩端螺旋体病、流行性出血热), 血液病(如白血病、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、血友病), 慢性肾功能衰竭, 尿毒症, 白塞氏综合症, 肺肾综合症, 替代性月经等。

10、如何对咯血病人进行鉴别诊断?

答: 在接诊咯血病人时, 应注意下列各方面的问题:

(1) 病史: 注意患者年龄, 初次咯血或多次咯血。血量多少, 颜色, 伴随症状如发热高低, 胸痛, 咳嗽, 痰量, 气味等。还要注意有否结核史, 吸烟史, 粉尘接触史, 生食螃蟹史及月经史等, 并注意有无其他部位出血症状。

(2) 体格检查: 仔细注意心肺体征, 血压, 有无杵状指(趾), 有无全身出血情况及贫血貌。

(3) X线检查: 对咯血病者常规应作胸部X线检查, 必要时还需作前弓位胸片, 断层摄片, 支气管造影等。

(4) 支气管镜检: 原因未明的咯血或支气管阻塞, 必要时可作支气管镜检。

(5) 实验检查: ①痰: 找结核杆菌, 癌细胞, 真菌, 肺吸虫卵, 阿米巴原虫, 滋养体, 痰培养致病菌等。②红细胞计数及血红蛋白测定, 白细胞计数及分类, 找幼稚细胞等。③出凝血时间, 血小板计数, 凝血酶元时间测定有助于出血性疾病的诊断, 必要时应作骨髓穿刺涂片检查, 心导管, 同位素肝扫描, 超声波检查, 以及找红斑狼疮细胞, 皮下结节活检, 钩端螺旋体培养及补体结合试验。

11、试简述大咯血的抢救措施。

答: (1) 让患者保持安静, 绝对卧床休息, 卧患侧或半坐位, 若有窒息征象时, 则立即取头低足高俯卧位引流血液, 必要时, 可用开口器撬开口腔, 掏出口咽部血块, 吸出气管内血液。

(2) 对情绪紧张而无呼吸功能障碍者, 酌情选用下列镇静药: ①安定 2.5 毫克, 扑尔敏 4 毫克, 利眠宁 10 毫克; ②若咳嗽剧烈可选用下列镇咳剂: 咳必清 25 毫克, 复方桔梗片 0.3 克或磷酸可待因 15~30 毫克。

(3) 应用止血药:

①首选脑垂体后叶素 5~10 单位加入 10% 葡萄糖液 200 毫升中静滴, 大咯血不止者,

可先将5单位加入25%葡萄糖40毫升中静注。但对伴有高血压、冠心病、心衰者和孕妇禁用。

②对不宜使用脑垂体后叶素者，给予普鲁卡因。将50毫克普鲁卡因加入25%葡萄糖40毫升中，缓慢静注，待出血减轻时，将150~300毫克普鲁卡因加入5%葡萄糖液500毫升内缓慢静滴，每日1~2次。

③纠正凝血障碍药物：维生素K₁10毫克肌注或静注；维生素K₃4~8毫克，每日3次口服。止血敏250~500毫克，肌注或静注。6-氨基己酸（EACA）4~8克或对羧基苄胺（PAMBA）0.3~0.6克、或止血环酸（AMCA）0.25~0.5克静脉滴注，每日一次。

④降低血管通透性药物：

安咯血10毫克，每日2次肌注；

维生素C1~2克静滴。

（4）反复大咯血者，可输入新鲜血液，除补充失血量外，还有促进止血作用。

（5）注意气道通畅，防止血块堵塞气道产生窒息，是抢救大咯血的关键，但忌用氨茶碱，在排除气道阻塞情况下，适时给予呼吸兴奋剂，低流量持续给氧。若已窒息，则大量高速给氧。

（6）在上述方法无效时，可考虑人工气腹，一般一次注气1000~1500毫升，必要时隔1~2天重复注气一次。

（7）在病变部位明确，又无禁忌症时，可急症手术止血。

（8）加强病因治疗，如积极抗感染，抗心衰等等。

12、何谓呼吸困难？常见于哪些疾病？

答：病人主观上感觉呼吸费力，客观上表现为呼吸频率、节律和深度的改变，并见面青，唇紫，鼻翼煽动，烦躁不安则称之为呼吸困难。呼吸困难是呼吸衰竭的重要临床表现之一。

（1）产生呼吸困难的基本原因：一是通气能力低下：如气道阻力增加，肺顺应性降低，有功能的肺组织减少，胸廓扩张受限。二是通气需要量增加：如剧烈运动，严重肺气肿等生理死腔量增加。三是动脉血气和酸碱度严重失调需要极大地发挥呼吸代偿机制等。

（2）常见疾病：①一切严重呼吸系统疾病；②心脏疾病引起的左心衰竭；③心包积液；④严重的代谢失常：如糖尿病酮症酸中毒，尿毒症代谢性酸中毒，甲状腺危象等；⑤血液成分异常：如严重贫血，血容量不足和急性白血病代谢增强也可引起呼吸深快等；⑥中枢神经系统疾病：如脑炎、脑血管意外，脑肿瘤，脑外伤均可引起颅压增高，呼吸中枢直接受压，使其供血减少，引起呼吸困难，甚至严重呼吸衰竭（中枢性）。

13、发现病人呼吸困难时，要注意哪些问题？

答：（1）在问诊中要注意：

①发病情况：即是急起还是逐渐出现呼吸困难。急起者多见于支气管哮喘，自发性

气胸，过敏反应，气管或支气管异物；缓慢起病者，多见于慢性阻塞性肺病（COPD），肺结核等。

②发病诱因：劳累诱发多见于心脏疾患和慢性呼吸器官疾患；健侧卧位时呼吸困难加重者，多见于对侧胸膜疾患，肺炎，肺不张和气胸。

③伴随症状：咳嗽，咯痰，胸痛者多为呼吸系统病变；伴有心悸气促，不能平卧和水肿者多为心脏疾病；有意识障碍多应考虑中枢神经性疾病；有高热者多为肺部感染。

（2）在检查中要注意：

①呼吸频率，深度和节律：呼吸减慢多见于安眠药中毒；浅快常见于肺气肿，胸膜炎，气胸和心衰；深大呼吸见于代谢性酸中毒；深慢呼吸多见于脑出血；呼吸节律不齐，多见于呼吸兴奋性降低或颅内高压，特别是颈骨大孔疝。

②呼吸困难的类型：第一吸气性呼吸困难：皆由上呼吸道狭窄引起，见于喉水肿、异物、喉癌或咽后壁脓肿；第二呼气性呼吸困难：由细小支气管痉挛或肺组织弹性减弱所致，常见于慢性阻塞性肺病，支气管哮喘；第三混合性呼吸困难：多由于肺的换气面积减少或胸痛呼吸运动受限所致，如自发性气胸，肺水肿，肺纤维化，大量胸水，以及粟粒性结核和大叶性肺炎等。

（3）要根据病史、体征作必要的辅助检查，重点在肺、心，其他如血象，血气，血糖，酮体，也应予以注意。

14、何谓胸膜摩擦音？捻发音？各有何临床意义？

答：胸膜摩擦音是一种粗糙，断续而接近表面的声音。与呼吸一致，在吸气和呼气时均可听到，但以吸气末或呼气开始较为明显，在胸廓下部沿腋中线区最易听到。常见于干性胸膜炎，尿毒症，胸膜肿瘤等。

捻发音是未展开的或少量液体而互相粘合的肺泡壁，在吸气时被气体展开所发生的聲音。其声音高低一致，不受咳嗽影响，仅在吸气末期听到。持续存在的捻发音见于肺结核、肺炎、肺瘀血、肺水肿的早期。

15、试列表说明肺部疾病常见体征的特点和鉴别诊断：

答：列表如下：

	视 诊		触 诊		叩 诊	听 诊		
	胸 廓	呼 吸 活 度	气 管 位 置	语 颤	音 响	呼 吸 音	罗 音	语 音 传 导
肺 实 变	对 称	病侧减弱	正 中	病侧增强	浊 或 实	支气管呼吸音	湿 罗 音	病侧增强
肺 气 肿	桶 状	减 弱	正 中	减 弱	过 清 音	减 弱	多 无	减 弱
肺 不 张	病侧凹陷	病侧减弱	移向病侧	消 失	浊 音	消 失	无	消失或减弱
胸腔积液	病侧饱满	病侧减弱或消失	移向健侧	减 弱 或 消 失	实 音	减 弱 或 消 失	无	减弱或消失
胸膜增厚	病侧凹陷	病侧减弱	移向病侧	减 弱	浊 音	减 弱	无	减 弱
气 胸	病侧饱满	病侧减弱或消失	移向健侧	消 失	鼓 音	消 失	无	消 失

16、胸部x线片上发现右上肺大片阴影有哪些可能？如何进行鉴别？

答：右上肺大片阴影应考虑有下列可能，其X线鉴别要点一并分述如下：

（1）浸润型肺结核：X线呈大小不等，边缘模糊，密度不匀斑片或云雾状阴影。常伴有纤维钙化或空洞病变，阴影与治疗消散过程以月计。

（2）干酪样肺炎：表现为整个肺叶呈大片密度较高、边缘模糊的致密影，短期发生蜂窝状，边缘不整齐的透明区，在同侧或对侧肺下野常有支气管播散病灶。

（3）大叶性肺炎：大片均匀致密阴影，边缘平直锐利，界限清楚。呈肺叶或肺段性分布，形态与肺炎轮廓相结合。阴影于7~10日后开始消散。

（4）过敏性肺炎：云雾状阴影，多分布在肺的外围，密度极淡，其中可见肺纹理。病灶可在3~4天内消失，但又可在其他部位出现新病灶，呈一时性迁徙性为此病特征。

（5）周围型肺癌：多为圆形或椭圆形，边缘多呈毛刺状，密度较均匀阴影。

（6）白血病肺浸润：多侵犯一肺叶（段），密度较低，边缘不清，肺门及纵隔淋巴结增大。常可侵犯胸膜、心包。

17、后前位胸片发现左下肺片状阴影，常见于哪些疾病？各有何特点？

答：左下肺野片状阴影常见于支气管扩张；支原体肺炎；病毒性肺炎；霉菌性肺炎；肺脓肿等。其X线特点分别简述如下：

（1）支气管扩张：X线显示不规则环状透光阴影或呈蜂窝状（卷发影），甚至可有液平面，有时可见肺炎或肺段不张，常伴有肺气肿征。

（2）支原体肺炎（原发性非典型性肺炎）：自肺门向外扩展之片状模糊阴影，其中有羽毛状条纹致密影，自中心区向外延伸，患侧肺门大，病变有游走性。

（3）病毒性肺炎（流感、麻疹、水痘、腺病毒、柯萨奇、埃可病毒等）：肺门常增大，肺纹粗乱模糊，中下肺可呈不规则索条状或小结节状浸润。也可呈大片融合状。

（4）霉菌性肺炎：两中下肺大小不等，不规则炎性浸润影，可有融合倾向或空洞形成。空洞中，有时可见曲菌珠。

（6）肺脓肿：呈圆形、三角形或大片状，病变中心密度大，外缘较淡，周边模糊不清。出现空洞时有液平等。

（7）支气管肺炎：沿支气管分布，呈结节、小片状，可融合成大片状，边缘模糊影。

其他尚有风湿性肺炎，矽肺，左下胸膜病变等。在此不一一赘述。

18、试述气胸、液气胸、肺大泡、肺囊肿和肺空洞的X线征象？

答：（1）气胸：患侧胸腔内有高度透明空气腔，其中无肺纹理存在。多量气胸时可见肺被压缩向肺门方向，并见压缩肺的边缘，于呼气时较易看到。此外，纵隔向健侧移位，患侧膈下降，肋间隙增宽等。

（2）液气胸：可见患侧胸腔内有横贯一侧胸腔的液面，液面上方为空气及萎缩的肺脏。气体较少时可仅见液面而不易见到空气带。

(3) 肺大泡：常于肺尖及中下部近胸膜处见到单发或多发空腔，洞壁菲薄，不定形或椭圆形，无液面。伴有周围肺气肿征。

(4) 肺囊肿：下叶多见，广泛者可见于各叶，呈环形透光区，壁薄，边缘清晰。含液囊肿可随呼吸活动而变形。

(5) 肺空洞：可分为三种类型。

①虫蚀空洞（无壁空洞）：常为多发，空洞壁不规则如虫蚀状。见于干酪样肺炎。

②薄壁空洞（张力空洞）：洞壁薄约为1~2毫米，无液面。多见于肺结核。

③厚壁空洞：洞壁厚大于2毫米，空洞周围可有不同性质病变。洞壁厚薄不一，内壁可凸凹不平，也可光滑整齐。见于肺脓肿及肺结核。结核性空洞多无液面，肺脓肿空洞内多有液面存在。癌性空洞多呈偏心性，内壁凹凸不平。

19、在X线上怎样识别心脏大小？

(1) 心脏有无增大是诊断心脏病的主要依据之一，X线测量在临床上有一定意义。常用方法为心胸比率法。正常人心胸比率：

$$\frac{\text{心脏横径}(T_1 + T_2)}{\text{胸廓横径}(T)} = 0.5 \text{ 或 } < 0.5$$

心表面积测量：一般采用温谢氏法将测得心脏正面面积数与预计面积比较，超过10%为增大。

(2) 根据心外形及其大小的改变，可以辨认出某一心腔或整个心脏发生的变化。

①左心室增大：左室增大主要是向后，向左和向下增大。因而可见，后前位时，左心缘下段突出；左侧卧位时，左心室弧向后下延伸，食道前三角与胸椎重迭。

②右心室增大：右心室增大主要向前及向左右增大。因而可见，后前位时，心脏横径增大，肺动脉干突出，心腰部消失；右前斜位时，右心室呈弧形向前突出，心前区缩小。下部往往与胸壁相贴，肺动脉圆锥亦隆起，使该段向前凸出更加明显；左前斜位时，右心室与膈接触段延长，室间沟往后上移。

③左心房增大：可向四个方向增大，增大次序为向后，向右，向左和向上。

向后增大压迫食管，吞钡见食道左房压迹加深和移位，以侧位及右前斜位时最明显。向右突出增大时，后前位片上见右心缘呈现双弧曲线称双房影。向左增大时，后前位上见肺动脉干与左心室之间出现另一弧形，左心缘有四弓。向上增大时，见左主支气管向上移，甚至被压而变狭窄，左前斜位较明显。

④右心房增大：往往是心脏普遍增大的一部分，很少单独存在。左前斜位30°时，右心房段延长并向前突出；后前位时右心缘向外突出，但不一定可靠，因为右心室增大时也可如此。

⑤心脏普遍增大：一般指各心腔或整个心影均等性增大而言。X线表现为后前位和两斜位上的心缘各段都比较对称的凸出增大。

20、透视在诊断循环系统疾病中有何优点？

答：在诊断循环系统疾病中透视的优点是可以随意转动病人，从各个不同方向来观察心脏和大血管的位置、形态和轮廓等。更大的优点是可以观察心脏和大血管的搏动情

况，以及呼吸运动和体位对其形态的影响。在透视下还可以让病人吞服小量钡剂，观察食管上主动脉弓的压迹和左心房的压迹，对判断主动脉弓的管径是否增宽，以及左心房是否增大有相当重要的意义。

21、风心病人X线有何表现？

答：风心病心脏呈二尖瓣型梨形心。

①左心房增大：前后位右心缘呈双弧影，双重影，食管向右移位，右前斜位见食管有不同程度的受压和移位。左前斜位见心后缘上段显著向上扩大、左主支气管被抬高，分叉角度大；②右心室扩大，心腰丰满，肺动脉和漏斗部隆实；③左心室，主动脉球细小；④肺瘀血，肺门血管影增宽，上肺静脉影增粗，肺门增宽，中下肺野呈面纱样密度增高。

22、高血压性心脏病X线有何表现？

答：心影外形似主动脉型，左心室向心性肥大，后前位可见左心缘左心室段圆隆，抬高，心脏后缘下段向后突出扩大，与脊柱影重叠。主动脉影增宽、延长、迂曲。

23、循环系统疾病问诊要点有哪些？

答：循环系统主要症状为心悸、咳嗽，呼吸困难、咯血、水肿及胸痛。问诊要点是：

（1）呼吸困难：起病缓急，发作时间，是否阵发，与体力活动的关系，是否伴有心慌，水肿等。

（2）心悸：发生的时间与特点，是否伴有胸痛及呼吸困难。

（3）水肿：最早发生的部位、时间，与体力活动的关系，有无心悸、呼吸困难。

（4）心前区疼痛：时间、性质、频度，与劳动、休息的关系。

24、何谓脉搏？在检查脉搏时，应注意哪些问题？

答：由于心脏节律性的收缩与舒张，引起血管壁相应的有节奏的扩张与回缩的搏动，称为动脉脉搏，简称脉搏。它能反映心率、心律、心脏收缩力和动脉管壁状态。因此，在检查脉搏时应注意①速率；②节律；③强弱或大小；④动脉壁的弹性。

25、何谓血压？测血压时应注意什么问题？

答：血液在血管内流动时，作用于血管壁的压力称血压。心室收缩时，血液从心室流入动脉，这时血液对动脉的压力最高，称为收缩压。心室舒张时，由于血管的弹力，血液仍继续向前流动，但血压下降，这时称舒张压。收缩压与舒张压之差称脉压。

在测血压时，应注意下列事项：①量血压前要保持安静，休息15分钟以上；②血压计的示压管要垂直，汞柱应恰在“0”的标记处，袖带内的空气要排空。③右臂稍外展与心脏位于同一水平，坐位时约和第四前肋骨同高，卧位时臂与腋中线同一水平。袖带松紧要适中，放袖带空气速度以每秒2mmHg为宜，以免影响结果的准确性。④每次测量应反复几次，取其相对稳定值为准。血压升高者，须经非同日另次核实。

26、何谓奇脉？出现奇脉有何临床意义？

答：在吸气时脉搏明显减弱或消失，而在呼气终了时变强，称为奇脉。奇脉见于心包积液和缩窄性心包炎，大量胸水亦可见到。在心包积液和缩窄性心包炎病人，吸气时，由于胸腔负压增大，肺循环血容量有所增加，但由于心脏受束缚，体循环的血液向右心回流不能相应增加，结果使肺静脉血流入左心的量少于正常，左心室搏出量亦减少，所以脉搏变弱甚至不能触及；呼气时，较多的血液从肺流入左心室，则脉搏变强。

27、何谓奥—弗（Austin—Flint）杂音？其产生机制如何？

答：主动脉瓣关闭不全时，可在二尖瓣区听到舒张期雷鸣样杂音，叫做奥—弗杂音。其发生机制是从主动脉返流入左心室的血液，将二尖瓣前叶抬起，形成相对性狭窄所致。

28、何谓呕吐？何谓恶心？恶心与呕吐之间有何关系？

答：呕吐是一种胃内容物经口喷涌而出的，不能自行控制的反射性动作；而恶心是心窝部一种特殊不适的欲呕的感觉。恶心常是呕吐的先兆，但并不是所有呕吐前都必有恶心。

29、呕吐常由哪些类型的原因引起？各有什么特点？

答：呕吐神经中枢在延髓，很多系统的病变都可以引起呕吐，除几乎所有消化系统疾病都可以引起呕吐外，尚有内耳迷路病变；颅内高压性疾病；代谢紊乱等疾病，都可以通过迷走、内脏、前庭和吞咽等神经而影响呕吐中枢，引起呕吐。各类呕吐特点，简要介绍如下：

（1）由腹膜，腹部器官的病变（如腹膜炎）或受刺激（如服某些药物）而引起的呕吐，称为反射性呕吐。反射性呕吐前，多有恶心，甚至腹痛。

（2）多种疾病导致脑水肿，颅压增高，或病变直接刺激呕吐中枢引起的呕吐（如脑血管意外，高血压脑病等），称中枢性呕吐。中枢性呕吐常呈喷射性，并伴剧烈头痛。

（3）由迷路炎症或水肿引起的呕吐，称前庭障碍性呕吐。常由化脓性中耳炎引起，严重的美尼尔氏综合征亦可出现呕吐，其特点有常伴发作性眩晕、恶心、耳鸣与眼球震颤。

（4）胃肠神经官能症或癔病产生的呕吐，称神经官能症性呕吐，其特点与精神刺激有关，无恶心先兆，吐量不多，吐后便能进食，一般情况良好。

（5）尿毒症等代谢障碍引起的呕吐，有相应疾病的临床表现。

30、在诊断呕吐时，要注意哪些问题？

答：为了明确呕吐的原因和性质，在临床工作中应注意下列几个问题：①诱发呕吐的因素；②呕吐与进食的关系；③呕吐剧烈程度；④吐物性状；⑤伴随症状；⑥检查是否有胃型、肠型，蠕动波，震水音，腹内包块存在？⑦是否有压痛、反跳痛？⑧必要

时，辅以三大常规，血气，血生化，甚至作脑脊液检查，以明确诊断。

31、何谓急腹症？

答：由于腹内脏器质性病变，引起腹部急性、剧烈疼痛的症状，称作急腹症。常见于腹部脏器的急性炎症（如阑尾炎、腹膜炎），穿孔，破裂，梗阻，套叠，扭转，绞窄等。急腹症除剧烈腹痛外，还有呕吐等其他症状和体征。

32、在接诊急性腹痛病员时，内科医生要注意些什么问题？

答：在临床（多在急诊或门诊）遇到急性腹痛病人就诊时，要注意下列问题：①病史询问要简洁、扼要；体格检查动作要迅速轻柔；特殊检查要针对性（适应症）强，以期在最短时间内明确（初步）诊断。②综合分析全部临床资料，尽可能弄清病变的部位、性质和原因，为拟定治疗方案提供依据。③大多数急腹症是外科病，需手术治疗。内科医生除非确诊而且认定确实不需要手术者之外，均应及时请外科医生会诊，以免贻误治疗，甚至失去手术机会。

33、在问诊急性腹痛患者时，应注意哪些内容？

答：急性腹痛的病因及其临床表现错综复杂，但也有其一定的规律性。在询问病史时，应注意下列内容：

（1）急性腹痛与发病年龄、性别、婚姻、职业的关系。如蛔虫性肠梗阻，胆道蛔虫多见于儿童；胆石症，胆囊炎，肿瘤多见于年长者；铅接触者，可产生腹绞痛；女性患者急性腹痛要排除宫外孕，卵巢囊肿蒂扭转。

（2）既往史和起病诱因。胃、十二指肠溃疡，有慢性长期上腹痛史；急性胰腺炎常发生在暴饮暴食之后；进食油腻饮食可引起胆绞痛；腹部手术史，应提防机械性肠梗阻。

（3）急性腹痛的部位。最先腹痛的部位，大多就是病变部位所在。但急性阑尾炎有转移性腹痛特点；某些大叶性肺炎，急性心肌梗塞患者亦可出现上腹痛，必须结合其他资料加以鉴别。

（4）急性腹痛的性质与程度。如胃、十二指肠穿孔多在隐痛基础上，突发剧烈绞痛，或烧灼样持续性中上腹痛，常被迫静卧蜷缩（猪犬位）以减轻疼痛；胆绞痛，肾绞痛常为发作性的，渐进性的，迅速达到高峰的剧烈绞痛，伴大汗淋漓，辗转不安。但间歇可无任何症状。若正常间歇期消失，在持续疼痛基础上，阵发性加剧，多提示已有炎症或炎症合并梗阻，如胆石症合并感染。

（5）疼痛的放射部位。对诊断有参考价值，如半数以上的胆囊炎，胆道结石、疼痛向左肩背部放射；胰腺疼痛向左腰部放射；输尿管结石绞痛向会阴部或大腿内侧部放射。右肩脾痛可能为肝脓肿向横膈穿破前的病征。

（6）与伴随症状的关系。急性腹痛伴畏寒、发热，应考虑梗阻性，化脓性炎症；伴休克，应先考虑内出血，其次考虑急性胰腺炎，绞窄性肠梗阻或急性心肌梗塞；伴出血，应考虑肠套叠，出血性坏死性肠炎；伴呕吐，腹胀，肛门排气停止，提示肠梗阻。