

国家执业医师 考试辅导——

诊断学

提要及试题

山东医科大学诊断学教研室 编

人民卫生出版社

99
R44
54
2

国家执业医师考试辅导

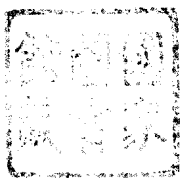
诊断学提要及试题

山东医科大学诊断学教研室 编

编者 (以姓氏笔画为序)

王 岩 王 勇 孔宪明 付丽娜 冯长伟
卢雪峰 牟爱萍 周伟华 邹俊晖 郭娟娟

XAP3116



人民卫生出版社



3 0103 3997 0

国家执业医师考试辅导
诊断学提要及试题

山东医科大学诊断学教研室 编

人民卫生出版社出版发行
(100078 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼)

北京市安泰印刷厂印刷
新华书店经销

787×1092 16开本 15印张 342千字
1999年7月第1版 1999年7月第1版第1次印刷
印数:00 001—10 000

ISBN 7-117-03427-0 / R·3428 定价:19.50元
(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究。

出版说明

《中华人民共和国执业医师法》已于1999年5月1日正式实施，该法中规定：“国家实行医师资格考试制度”；“具有下列条件之一的，可以参加执业医师资格考试：（一）具有高等学校医学专业本科以上学历，在执业医师指导下，在医疗、预防、保健机构中试用期满一年的；（二）取得执业助理医师执业证书后，具有高等学校医学专科学历，在医疗、预防、保健机构中工作满二年的；具有中等专业学校医学专业学历，在医疗、预防、保健机构中工作满五年的”；“具有高等学校医学专科学历或者中等专业学校医学专业学历，在执业医师指导下，在医疗、预防、保健机构中试用期满一年的，可以参加执业助理医师资格考试”；“医师资格考试成绩合格，取得执业医师资格或者执业助理医师资格”。

为了有效地贯彻实施《中华人民共和国执业医师法》，卫生部决定于1999年下半年组织执业医师资格考试。应参加执业医师资格考试的广大临床医生的要求，人民卫生出版社组织出版了一套执业医师资格考试辅导丛书——《国家执业医师考试辅导——内科学提要及试题》等共13种（书目见封底）。参加本套丛书编写的人员均为高等医药院校具有丰富教学经验和命题经验的专家教授，他们将数十年的教学和命题考试心得全部倾注到该套丛书中，对考生顺利通过执业医师资格考试会有很大的帮助。

本套丛书以在全国高等医药院校教学中使用的卫生部规划教材为蓝本，章节划分基本与教材相吻合，内容包括复习参考和试题两大部分。复习参考部分运用精炼的语言浓缩归纳了教材中各章的主要内容，列出了各章复习要点，使应试者在有限的复习时间内，既能有的放矢，抓住重点，又能熟悉教材中的大部分知识，提高综合解题能力。试题部分按照执业医师资格考试的题型及比例要求出题，题量适中，针对性强，以帮助考生检验复习效果，提高应试能力。希望本套《国家执业医师考试辅导》丛书能对广大考生复习应试并顺利通过执业医师资格考试，获得执业医师资格有所帮助。

本套丛书亦可供高等医药院校广大师生学习参考。

人民卫生出版社

执业医师资格考试解题说明

医师资格考试拟采用 A 型题 (One best answer 最佳选择题) 和 B 型题 (Matching question 配伍题)。A 型题分为 A₁、A₂、A₃、A₄ 型题, B 型题分为 B₁、B₂ 型题 (医师资格考试暂不采用 B₂ 型题)。

(一) A 型题

1. A₁ 型题 (单个的最佳选择题)

(1) 标准型

每道试题由一个题干和 5 个供选择的备选答案组成。备选答案中只有一个是最佳选择, 称为正确答案, 其余 4 个均为干扰答案。干扰答案或是完全不正确或是部分正确, 相互排斥的答案可同时提供。这类试题常常具有比较意义, 在答题时, 应当找出最佳的或最恰当的备选答案, 排除似乎有道理而实际是不恰当的选择。

例 1 慢性支气管炎最主要的病因是:

- A. 过敏因素
- B. 环境污染
- C. 气候因素
- *D. 长期吸烟
- E. 真菌感染

(2) “以上都不是”型

按照最佳选择题的一般命题方法, 在备选答案中必须列入一个最佳选择, 而这一最佳选择在解题时, 对那些即时记忆不起来的应试者来说, 具有某种暗示作用。如果设计“以上都不是”作为最佳选择, 作为正确答案的选择不存在, 应试者在回答此类题时必须认真思考。当然, 也可以保留正确答案, 而把“以上都不是”作为一个错误选择。

例 2 拟肾上腺素类药物治疗哮喘的主要机制是:

- A. 稳定肥大细胞膜
- B. 抗过敏
- C. 抗组胺
- D. 抑制磷酸二酯酶
- *E. 以上都不是

目前有逐渐淘汰“以上都不是”型题的趋势。因此在考试中应尽量少使用此型试题。

(3) 否定型

如果试题涉及不止一个相关问题或正确答案, 可采用否定型。题目的题干中有一个特别标注的否定词 (不、不是、不能、除、除外、错误、无关等)。5 个备选答案中有

* 表示正确答案

一个是错误的，要求考生把这一答案找出来，加以排除。应试者要从备选答案中选出最不适用的一个；或者用得最少的一个；或者某一方面是例外的一个。但是，这种命题方式在解题时，通常会给学生造成从肯定到否定的思维突变，影响答题，出现不该出现的错误。通常，否定词都用黑点标注，以提醒应试者。

例3 下列哪项不引起支气管平滑肌痉挛：

- A. 组胺
- B. 前列腺素 F
- * C. 前列腺素 E
- D. 神经肽
- E. P 物质

A₁ 型题多用来考查基础学科的知识与技能，但对临床与其他学科同样适用。

2. A₂ 型题（病历摘要型最佳选择题）

试题结构是一个叙述性主体（简要病历）作为题干和 5 个供选择的备选答案组成，也可有标准型、否定型。

例4 男，20 岁，咳嗽、咳脓痰 10 年，间歇咯血，体检左下肺背部闻及湿啰音，杵状指（+），诊断应首先考虑：

- A. 肺结核
- * B. 支气管扩张症
- C. 慢性支气管炎
- D. 慢性肺脓肿
- E. 先天性肺囊肿

A₂ 型题多用来考查临床学科的知识与技能，但对基础与其他非临床学科同样适用。

3. A₃ 型题（病历组型最佳选择题）

其结构是开始叙述一个以患者为中心的临床情景，然后提出 2~3 个相关的问题，每个问题均与开始的临床情景有关，但测试要点不同，且问题之间相互独立。每个问题是由 5 个备选答案组成，需要选择一个最佳答案，其余的供选择答案可以部分正确，也可以是错误，但是只能有一个最佳答案。不止一个的相关问题，有时也可以用否定的叙述方式，同样在否定词下用黑点标出，以提醒应试者。

例5 女，25 岁，咳嗽、咳脓痰 10 年，痰量 40ml/d。胸片两下肺纹理紊乱，呈卷发状改变。

1. 诊断应首先考虑

- A. 慢性支气管炎
- * B. 支气管扩张症
- C. 慢性肺脓肿
- D. 先天性肺囊肿
- E. 卡纳格内（Kartagener）综合征

2. 下列哪项治疗是错误的

- * A. 长期应用抗生素
- B. 体位引流

- C. 体育锻炼
- D. 免疫治疗
- E. 生理盐水雾化吸入

从这一例题可以看出，每一问题都是根据病史所提供的材料提出的，显然，应尽量避免用相互依赖的考题，否则，如果对一个问题的作出了错误选择，那么，对另一问题也将可能作出错误的选择。

4. A₄ 型题（病历串型最佳选择题）

试题的形式是开始叙述一个以单一病人或家庭为中心的临床情景，然后提出 4~9 个相关问题，问题之间也是相互独立的。当病情逐渐展开时，可逐步增加新的信息。有时陈述了一些次要的或有前提的假设信息，这些信息与病例中叙述的具体病人并不一定有联系。提供信息的顺序对回答问题是非常重要的。每个问题均与开始的临床情景有关，又与随后改变有关。回答这样的试题一定要以试题提供的信息为基础。

A₄ 型题也是由 5 个备选答案组成。值得注意的是 A₄ 型选择题的每个问题，均需选择一个最佳回答，其余的供选择答案可以部分正确，也可以错误，但只有一个最佳答案。不止一个的相关问题，有时也可以用否定的叙述方式，同样在否定词下用黑点标出以提醒应试者。

例 6 男性，63 岁，确诊为慢性阻塞性肺病近 10 年，因呼吸困难一直需要家人护理和照顾起居。晨起大便时突然气急显著加重，伴胸痛，送来急诊。

1. 采集病史时应特别注意询问：

- *A. 胸痛部位、性质和伴随症状
- B. 冠心病、心绞痛病史
- C. 吸烟史
- D. 近期胸部 X 线检查情况
- E. 近期服药史如支气管舒张剂、抗生素

2. 体检重点应是：

- A. 肺下界位置及肺下界移动度
- B. 肺部啰音
- C. 病理性支气管呼吸音
- *D. 胸部叩诊音及呼吸音的双侧比较
- E. 颈动脉充盈

3. 确诊最有价值的辅助检查是：

- A. B 型超声显像
- B. 心电图
- *C. X 线透视或摄片
- D. MRI
- E. 核素肺扫描

4. 若经检查确诊为肺气肿并发左侧自发性气胸，其治疗拟选择胸腔插管水封瓶引流，主要目的是：

- *A. 尽早使肺复张，维护已经严重受损的肺功能，防止呼吸衰竭

- B. 尽快使肺复张, 缩短住院时间
 - C. 尽快使肺复张, 防止形成慢性气胸
 - D. 尽快使肺复张, 防止胸腔继发感染
 - E. 尽快使肺复张, 防止循环系统受扰和引起并发症
5. 如果床旁胸部 X 线摄片未显示明确气胸带, 下列间接征象中哪项最有助于气胸诊断:
- A. 心脏移位
 - *B. 左心缘透亮度增高、左膈压低
 - C. 肺大泡
 - D. 两肺透亮度增高, 肺门血管纹理增多而外周突然减少
 - E. 肋间隙增宽
6. 若已有检查仍不能证明气胸, 诊断尚需考虑下列哪种可能性:
- A. 肺炎
 - B. 心绞痛
 - C. ARDS
 - *D. 肺栓塞
 - E. 急性肺水肿

A₃、A₄ 型题主要考查临床学科的知识与技能, 但是在此类试题的某一个问中, 可以考查基础学科或其他非临床学科的知识与技能。

(二) B 型题

配伍题的基本结构是先列出一组用英文字母标明的备选答案, 接着是至少 2 道用数字标明的试题, 要求学生从备选答案中为每题配一个最合适的答案。B 型题与 A 型题的区别是: A 型题一道题配一组答案, B 型题则是若干道题公用一组备选答案。

B₁ 型题 (标准配伍题)

B₁ 型题的形式为开始是 5 个备选答案, 备选答案后提出至少 2 道试题, 要求应试者为每一道试题选择一个与其关系密切的答案。在一组试题中, 每个备选答案可以选用一次, 也可以选用数次, 也可以一次也不选用。

例 7

- A. 茶碱类
 - B. β_2 受体激动剂
 - C. 抗胆碱能类
 - D. 皮质激素
 - E. 抗过敏药
1. 沙丁胺醇
 2. 丙酸倍氯米松
 3. 异丙托溴铵

答案: 1. B 2. D 3. C

B 型题可用于考查基础、临床各学科的知识与技能。特别是可有效地测试知识的关联性, 如考查应试者对关系密切的几种药物的作用和应用的了解, 鉴别几种类似疾病的症状和体征等。

前 言

《中华人民共和国执业医师法》颁布实施后,国家执业医师资格考试也必将进行。为了帮助广大青年医师复习应考,我们根据我校诊断学教研室多年来的教学经验和积累的试题,以卫生部规划教材《诊断学》(第四版)为依据,紧密结合教学大纲和考试重点,反复斟酌,慎重取舍,编写了《国家执业医师考试辅导——诊断学提要及试题》一书。

本书内容包括复习参考、试题与试题答案三部分。复习参考部分列出了应掌握和熟悉的主要内容及复习要点。《诊断学》中一些实践性很强的部分,如问诊、体格检查基本检查法、病历与诊断方法等,考虑到不太适合于问卷测试,因而本书中未能列入。但必须指出,这些内容在临床实践中是极其重要的。有些症状,如心悸、惊厥等,我们认为在相应学科中学习更为恰当,所以本书也未列入。检体诊断中,头部与颈部检查由于内容较少,我们将二者编排在一起。本书的试题与试题答案部分均列在每章(或篇)的复习参考之后。

在本书编写过程中,我们力求内容完整、准确无误。由于编者水平所限,文笔各异,不足、疏漏乃至错误之处在所难免,恳请读者及同道们给予指正,将不胜感激!

编 者

1999.5

目 录

第一篇 常见症状	(1)
一、发热	(1)
二、头痛	(3)
三、胸痛	(3)
四、腹痛	(4)
五、水肿	(5)
六、皮肤粘膜出血	(5)
七、呼吸困难	(6)
八、咳嗽与咯痰	(7)
九、咯血	(8)
十、紫绀	(9)
十一、恶心与呕吐	(9)
十二、呕血	(10)
十三、便血	(10)
十四、腹泻	(11)
十五、便秘	(12)
十六、黄疸	(12)
十七、眩晕	(13)
十八、意识障碍	(13)
十九、排尿异常	(14)
第二篇 体检诊断	(32)
第一章 一般检查	(32)
第二章 头部与颈部	(37)
第三章 胸部	(43)
第四章 腹部	(73)
第五章 生殖器、肛门、直肠	(101)
第六章 脊柱与四肢	(105)
第七章 神经系统检查	(110)
第三篇 器械检查	(117)
第一章 心电图	(117)
第二章 其他常用心电学检查	(125)

第三章	超声检查.....	(134)
第四章	肺功能检查.....	(144)
第五章	内镜检查.....	(149)
第四篇	实验诊断.....	(153)
第一章	血液检验.....	(153)
第二章	骨髓细胞学检查.....	(171)
第三章	止血与凝血障碍的检验.....	(182)
第四章	尿液检验.....	(196)
第五章	肾功能检验.....	(204)
第六章	肝脏病常用的实验室检查.....	(208)
第七章	胃液及十二指肠液检验.....	(215)
第八章	脑脊液检验.....	(221)
第九章	浆膜腔积液检验.....	(225)

第一篇 常见症状

复习参考

【主要内容】

一、发热

(一)概念

在致热原作用下或体温调节中枢功能障碍时,机体产热大于散热,体温升高超过正常范围,称为发热。

(二)正常体温

正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。成年人清晨安静状态下,舌下体温为 $36.3\sim 37.3^{\circ}\text{C}$;肛门体温较舌下高,为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$;腋窝体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

不同个体、一日内不同时间、不同状态(如运动、餐后、月经、妊娠期、高温环境下等)体温可有变化。正常情况下,同一个体 24 小时内体温波动范围多不超过 1°C 。老年人体温略低于青年人。

(三)发热机制

外源性致热原通过内源性致热原作用于体温调节中枢,使机体产热大于散热,导致体温升高。

外源性致热原:包括①细菌、病毒、真菌等病原体及细菌毒素等;②炎性渗出物及无菌性坏死组织;③抗原抗体复合物;④某些类固醇物质如肾上腺皮质激素的代谢产物原胆烷醇酮;⑤多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞因子等。

特点:种类多、分子量大,不能通过血脑屏障,不能直接作用于体温调节中枢。

内源性致热原:由中性粒细胞、单核细胞、嗜酸粒细胞等释放,也称为白细胞致热原(即白细胞介素 I)。其特点为分子量小,可通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢。

(四)病因

1. 感染性发热 占 $50\%\sim 60\%$,各种病原体如细菌、病毒、支原体、立克次体、真菌、螺旋体及寄生虫均可引起发热,称为感染性发热,以细菌感染最多见。

2. 非感染性发热

(1) 无菌性坏死组织吸收,如大面积烧伤、恶性肿瘤、心脑血管梗塞等。

(2) 变态反应,如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌与代谢疾病,如甲状腺功能亢进、严重脱水等。

(4) 心力衰竭或某些皮肤病,主要是散热减少所致。

(5)体温调节中枢功能失常,如中暑、重度安眠药中毒、脑震荡、脑溢血等。

(6)自主神经功能紊乱,如原发性低热、感染后低热、夏季低热、生理性低热等。

(五)临床表现

1. 发热分度

低 热 37.3~38℃

中等度热 38.1~39℃

高 热 39.1~41℃

超 高 热 41℃以上

2. 热型

	体温情况	升降方式	发热持续时间	无热期	常见原因
稽留热	39~40℃以上 24h内波动 <1℃		数天或数周	无	大叶性肺炎、伤寒等 败血症、风湿热、化脓 性炎症等
弛张热	可达39℃以上,24h 内波动>2℃均在正 常以上			无	败血症、风湿热、化脓 性炎症等
间歇热	高热期与无热期反 复交替出现	骤升骤降	数小时	持续1天 至数天	疟疾、急性肾盂肾炎等
波状热	可达39℃以上,高热 期与无热期反复交 替出现	缓升缓降	数天	数天	布鲁菌病等
回归热	可达39℃以上	骤升骤降	数天	数天	回归热、霍奇金病、周 期热
不规则热	不定	不定	数天	无	结核病、风湿热等

3. 伴随症状

(1)寒战:见于大叶肺炎、败血症、急性肾盂肾炎等。

(2)结膜充血:见于麻疹、咽结膜热、流行性出血热等。

(3)单纯疱疹:见于大叶肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。

(4)淋巴结肿大:见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、白血病、淋巴瘤等。

(5)肝脾肿大:见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤、血吸虫病等。

(6)出血:见于重症感染及某些传染病,如流行性出血热,病毒性肝炎,某些血液病如白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

(7)关节肿痛:见于败血症、布鲁菌病、风湿热、结缔组织病等。

(8)皮疹:见于某些传染病如麻疹、风湿热、结缔组织病、药物热等。

(9)昏迷:先发热后昏迷见于脑炎、脑膜炎等;先昏迷后发热见于脑出血等。

二、头痛

(一)概念

额、顶、颞及枕部疼痛为头痛。

(二)常见病因

1. 颅脑病变

- (1)感染:脑膜炎、脑膜脑炎、脑炎等。
- (2)血管病变:蛛网膜下腔出血、脑出血、脑栓塞、高血压脑病、脑血管畸形等。
- (3)占位性病变:颅内肿瘤、颅内囊虫病或包虫病等。
- (4)颅脑外伤。
- (5)其他:偏头痛、丛集性头痛、头痛性癫痫等。

2. 颅外病变

- (1)颅骨疾病。
- (2)颈椎病及其他颈部病变。
- (3)神经痛:三叉神经、舌咽神经及枕神经痛。
- (4)眼耳鼻及牙病可导致头痛。

3. 全身疾病

- (1)急性感染,高热所致。
- (2)心血管病:高血压、心力衰竭等。
- (3)中毒:铅、酒精、一氧化碳等中毒。
- (4)其他:尿毒症、低血糖、贫血、中暑、月经期及绝经期头痛等。

4. 神经官能症

(三)临床表现

1. 一侧性头痛常见于偏头痛和丛集性头痛。
2. 全头部痛常见于全身性疾病和颅内感染。
3. 搏动性头痛常见于血管性头痛。
4. 头痛伴剧烈呕吐提示颅内压增高。
5. 头痛伴眩晕见于小脑肿瘤、椎-基底动脉供血不足等。
6. 慢性进行性头痛伴精神症状时注意颅内肿瘤。
7. 头痛伴视力障碍见于青光眼或脑肿瘤等。
8. 头痛伴癫痫样发作,见于脑血管畸形、脑内寄生虫及脑瘤等。

三、胸痛

(一)胸痛的常见病因

1. 胸壁疾病 包括皮肤、肌肉、肋间神经等的病变。
2. 心脏与大血管疾病 如心绞痛、心肌梗塞、胸主动脉瘤、肺梗塞等。
3. 呼吸系统疾病 如胸膜炎、胸膜肿瘤、气胸、肺癌等。
4. 纵隔疾病及其他 如纵隔炎症、肿瘤及食管炎、食管癌、食管裂孔疝等。

(二)胸痛的特点

1. 胸壁疾病引起的疼痛部位固定且有局部疼痛。
2. 心绞痛或心肌梗塞引起的疼痛多见于老年人,心前区、胸骨后或剑突下疼痛,可向左肩和左臂内侧放射。
3. 胸膜炎、肺梗塞所致的胸痛常与呼吸有关。疼痛多在患侧腋前线及腋中线附近,可伴有咳嗽、咯痰、咯血或呼吸困难。
4. 食管病变所致的疼痛常位于胸骨后,可有吞咽困难或在吞咽时加重。

四、腹痛

(一)急性腹痛

特点为起病急、病情重、转变快。

1. 病因 ①腹膜炎;②腹腔器官急性炎症;③空腔脏器阻塞或扩张;④脏器扭转或破裂;⑤腹腔内血管阻塞;⑥胸腔疾病所致的腹部牵涉性痛;⑦腹壁疾病;⑧全身性疾病所致的腹痛。

2. 临床表现

(1)腹痛部位:一般腹痛部位多为病变所在。胃十二指肠疾病、急性胰腺炎,疼痛多在中上腹部;胆囊炎、胆石症、肝脓肿等疼痛多在右上腹;急性阑尾炎疼痛在右下腹 McBurney 点;小肠疾病痛在脐部或脐周。

(2)腹痛性质及程度:突然发生的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛多为胃十二指肠溃疡穿孔;中上腹持续性剧痛或阵发性加剧应考虑急性胰腺炎;胆石症或泌尿系结石常表现为阵发性剧烈疼痛;剑突下阵发性钻顶样痛为胆道蛔虫症。

(3)诱发因素:胆囊炎、胆石症发作前常有进食油腻食物史。急性胰腺炎发作前常有酗酒史。

3. 伴随症状

- (1)发热:见于急性胆系感染、肝脓肿等。
- (2)黄疸:可能与胆系疾病或胰腺疾病有关。
- (3)休克:可见于腹腔脏器破裂、胃肠穿孔、肠梗阻、急性出血性坏死性胰腺炎等。
- (4)血尿:应考虑泌尿系统疾病。

(二)慢性腹痛

特点为起病慢、病程长,疼痛多为间歇性、迁延性。

1. 病因 ①腹腔内脏的慢性炎症;②消化性溃疡;③腹腔内脏器的扭转或梗阻;④包膜张力增加;⑤中毒与代谢障碍;⑥肿瘤压迫及浸润;⑦胃肠神经功能紊乱。

2. 临床表现

(1)发病经过:可急可缓。

(2)腹痛部位:上腹剑突下疼痛多为食管、胃、十二指肠、胆系或胰腺疾病;右下腹痛应考虑急慢性阑尾炎、克隆病等;广泛腹痛可能为腹膜病变。

(3)腹痛性质:隐痛或钝痛提示内脏痛;绞痛提示肠痉挛;消化性溃疡为刺痛或烧灼痛,发作多有周期性与节律性。

(4)腹痛与体位的关系:左侧卧位可使胃粘膜脱垂患者疼痛减轻;膝胸或俯卧位可使十二指肠壅积症的腹痛和呕吐等症状缓解;胰体癌患者仰卧位时疼痛明显,前倾位或俯卧位时疼痛减轻;反流性食管炎患者身体前屈时剑突下烧灼感明显,直立位时减轻。

3. 伴随症状

(1)发热:提示炎症、结缔组织病、恶性肿瘤等。

(2)呕吐:提示食管、胃或胆道疾病。

(3)腹泻:提示肠道病变、胰腺病或慢性肝疾患。

(4)消化道出血、柏油样便或呕吐:提示上消化道出血;鲜血便提示下消化道出血。

(5)反酸、嗝气:提示慢性胃炎或消化性溃疡。

五、水肿

(一)概念

人体组织间隙有过量液体聚集使组织肿胀称为水肿。

(二)常见原因

1. 全身性水肿

(1)心源性水肿:见于右心衰竭。

(2)肾源性水肿:见于各型肾炎和肾病。

(3)肝源性水肿:见于失代偿期肝硬化。

(4)营养不良性水肿:见于慢性消耗疾病。

(5)其他:如粘液性水肿、经前期紧张综合征、药物性水肿,特发性水肿等。

2. 局部性水肿 见于局部炎症、肢体静脉血栓形成及血栓性静脉炎、腔静脉阻塞综合征、丝虫病等。

(三)临床表现

1. 心源性水肿 特点为从足部开始延及全身,发展较缓慢,水肿较坚实,移动性较小,有心脏病及心力衰竭的表现。

2. 肾源性水肿 特点为从眼睑颜面开始延及全身,发展常迅速,水肿软而移动性大,有肾脏病的表现。

3. 肝源性水肿 特点为腹水明显。水肿也可先出现于踝部,而头、面及上肢常无水肿。有肝功能减退及门静脉高压等表现。

4. 营养不良性水肿 特点为先有消瘦,体重减轻,后出现水肿。

5. 粘液性水肿 特点为非压陷性水肿,常见于甲状腺功能减退。

六、皮肤粘膜出血

(一)概念

由于机体止血与凝血障碍所引起,以皮肤粘膜自发性出血,或轻伤后出血不止为临床特征。

(二)常见原因

1. 毛细血管壁缺陷 如过敏性紫癜、老年性紫癜等。
2. 血小板异常 如血小板减少或增多、血小板功能障碍等。
3. 凝血因子缺乏或活性下降 如血友病、肝脏疾病、阻塞性黄疸等。
4. 血液中抗凝物质增多 如类肝素物质增多或抗凝药物过量。

(三)临床表现

1. 出血的特点为出血部位呈暗红色,不高出皮肤表面,压之不褪色。而充血性皮疹的特点为压之褪色。

2. 毛细血管壁缺陷和血小板异常所致的出血多表现为瘀点、瘀斑,而软组织和内脏出血少见。凝血因子异常所致者常有内脏、肌肉出血,也可见到关节腔出血。先天性者可有家族史。

3. 四肢对称性出现的紫癜且以双下肢明显,伴荨麻疹,或关节痛、腹痛、血尿者,见于过敏性紫癜。

4. 紫癜伴有黄疸者应考虑为肝脏疾病、阻塞性黄疸、恶性组织细胞增生症等。

七、呼吸困难

(一)病因

1. 呼吸系统疾病 ①气道阻塞;②肺脏疾患;③胸廓疾患;④神经肌肉疾病;⑤膈运动障碍。
2. 左右心衰竭。
3. 中毒 药物中毒、各种酸碱中毒等。
4. 脑部疾患 外伤、出血、肿瘤、颅内炎症等。
5. 血源性呼吸困难 重症贫血、大出血、休克等。

(二)临床表现及发生机制

1. 肺源性呼吸困难

(1)吸气性呼吸困难:特点为吸气时呼吸肌极度用力,胸腔内负压大,出现胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙明显凹陷,称为“三凹征”,并伴有干咳或吸气性喉鸣。常见于喉、气管、大支气管的狭窄和梗阻,如喉炎、喉水肿、喉痉挛等。

(2)呼气性呼吸困难:特点为呼气时间延长,常伴有哮鸣音。如支气管哮喘、喘息型支气管炎、阻塞性肺气肿等所致的小气道阻塞及肺泡弹性减低等。

(3)混合性呼吸困难:特点为吸气、呼气均困难,常见于肺炎、肺结核、肺不张等。

2. 心源性呼吸困难

(1)左心衰竭:引起呼吸困难的主要原因是肺淤血和肺泡弹性降低。其特点为活动后出现或加重,休息时减轻或缓解,仰卧加重,坐位减轻。急性左心衰竭多在夜间睡眠时产生,患者突感胸闷气急惊醒,被迫坐起,数分钟后缓解;重者极度呼吸困难,咯浆液性粉红色泡沫样痰,两肺底闻及湿啰音,心率快,又称“心源性哮喘”。常见于高血压性心脏病、冠状动脉硬化性心脏病、风湿性心脏病等。

(2)右心衰竭:引起呼吸困难的主要原因是体循环淤血,导致静脉压升高;低氧血症和