

NWK

NIWIKEXUEFUXIFUDAO

内 外 科 学 复 习 辅 导

NIW 胡念璋主编

KXFXFD

NIWIKEXFD



江西科学技术出版社

内 外 科 学 复 习 辅 导

胡念璋 主编

江西科学技术出版社出版、发行

(南昌市新魏路)

南昌市印刷四厂印刷

开本787×1092 1/32 印张11.5 字数27万

1988年8月第1版 1988年8月第1次印刷

印数1—5,000

ISBN 7-5390-0213-1/R·49 定价: 2.90元

编写人员名单

主 编 胡念璋

编写者 (以姓氏笔划为序)

邓白宇 王毓棣 刘 光

刘正煌 刘国光 刘源胜

孙允萃 蓝芝华 陈碧箫

张守良 张廷臣 张 晓

张健美 胡念璋 夏学志

郭文铿 徐树绵 程全如

童奎昌 彭达仁 权学明

前 言

本书以卫生部组织编写的中专护士、医士、助产士、医专的外科学、内科学新版教材为中心,对教材中的重点、难点和疑点以问答的形式作了解答;对教材中出现的新名词、术语、概念、新诊疗技术与方法由于教材篇幅所限未能详尽解释的进行了深入浅出的阐述;对书中涉及的近百种容易混淆的常见病症,以表格形式作了一目了然的鉴别;并选编了20余例病案分析讨论。全书紧扣统编教材,内容丰富,取材新颖,讲求实用。可供卫校和医专学生学习外科学、内科学(含诊断学)的辅导与考试复习参考用书。

该书由江西、安徽、福建等省医专和中专卫校有丰富教学经验的讲师以上中、高级职称的教师合作编写。请江西医学院罗伟、盛茂鑫副教授审稿,永修县人民医院陈光米医师提供了修改意见。编写过程中得到景德镇市卫生学校领导的热情关照,谨致谢意。

编 者

1988年10月15日

目 录

一、症状学及体格检查(1~25)题	(1)
二、实验室及理学检查(26~75)题	(14)
三、常用治疗技术、方法(76~104)题	(40)
四、外科无菌技术和手术基本知识(105~123)题	(52)
五、液体疗法与营养疗法(124~157)题	(62)
六、麻醉与复苏术(158~184)题	(80)
七、休克与急性肾功能衰竭(185~216)题	(94)
八、外科感染(217~234)题	(111)
九、损伤与外科换药(235~250)题	(120)
十、肿瘤概论(251~275)题	(128)
十一、颅脑损伤与神经、精神疾病(276~309)题	(141)
十二、颈部与乳房疾病(310~333)题	(160)
十三、胸部、呼吸系统疾病(334~369)题	(172)
十四、心、血管疾病(370~396)题	(194)
十五、腹部损伤、腹壁与腹膜疾病(397~418)题	(207)
十六、胃、肠道疾病(419~459)题	(220)

十七、肛管、直肠疾病(460~478).....	(240)
十八、肝、胆、胰、脾疾病(479~522题).....	(250)
十九、泌尿系统疾病(523~553题).....	(272)
二十、造血系统疾病(554~569题).....	(289)
二十一、内分泌疾病、理化因素疾病(570~590题)...	(299)
二十二、骨关节疾病、移植(591~634题).....	(310)
二十三、内、外科疾病护理(635~690题)	(327)

一、 症狀学及体格检查

1. 何谓紫绀？临床上如何分型？

答：紫绀是指由于血中还原血红蛋白增加 ($>5\text{gm/dl}$) 或血中含有异常血红蛋白衍生物(如高铁血红蛋白、硫化血红蛋白等)，使皮肤粘膜呈紫蓝色的一种临床表现。临床上以还原血红蛋白增多所致紫绀多见。常分为中心性紫绀和周围性紫绀两大类。中心性紫绀是由于心、肺疾病所致血氧饱和度不足引起；周围性是由于毛细血管中血流过缓，组织需氧量增加，造成血氧的未饱和度增加而出现。两者鉴别如下表：

鉴 别 项 目	中心性紫绀	周 围 性 紫 绀
常出现部位	全身性	肢体末端部和下垂部（肢端、耳垂、口唇等）
皮肤（舌、结膜、口腔）紫绀	有	无
皮肤温度	温	冷
按摩耳廓紫绀是否消失	不消失	消 失
杵状指合并红细胞增多	常 有	少 见
动脉血氧饱和度	降 低	正 常

2. 如何鉴别吸气性与呼气性呼吸困难？

答：两者鉴别参见下表：

鉴别项目	阻塞性呼吸困难	呼气性呼吸困难
病因	由于上呼吸道堵塞所致	由于下呼吸道梗阻所致
症状与体征	1. 吸气困难 2. 颈部、肋间肌参与吸气动作 3. 呼气时间可闻及哮鸣音 4. 有三凹征	1. 呼气困难 2. 腹肌参与呼气动作 3. 肺部可闻及广泛哮鸣音 4. 无明显三凹征
动脉血氧分压	降低	降低
动脉血二氧化碳分压	正常或降低	升高

3. 黄疸和隐性黄疸概念有何区别?

答:由于胆色素代谢障碍导致血液中胆红素浓度升高(超过 2mg/dl),渗入组织,使皮肤、巩膜、粘膜黄染称黄疸。如血中胆红素超过正常值,而临床上看不到黄疸(黄疸指数约为 $7\sim 15$ 单位),则称隐性黄疸。

4. 咯血与呕血如何鉴别?

答:两者鉴别可参见下表:

鉴别项目	咯血	呕血
病史	常有呼吸系统或心脏病史	常有胃病或肝病史
出血前症状	两肋不适、胸闷感、咳嗽	上腹不适、恶心、呕吐等
出血方式	咳出	呕出,可为喷射状
出血颜色	鲜红	棕黑或暗红,偶可鲜红
血内混有物	泡沫、痰	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
柏油大便	无血(血液咽下后可有)	有,可在停止后持续几天
出血后痰性状	痰中常带血	无痰

最后确诊还必须借助其他有关检查。

5. 如何鉴别几种常见的全身性水肿？

答：它们的鉴别可参见下表：

分类	病 史	水 肿 特 点	其 他 体 征
心源性	有心脏病史	凹陷性，从下肢开始遍及全身，发展较缓慢	可有呼吸困难，心脏扩大，心杂音，颈静脉怒张，肝肿大等
肾源性	有肾脏病史	凹陷性，从眼睑开始，后遍及全身，发生多迅速	可有尿少、血尿、蛋白尿、高血压、眼底改变等
肝源性	有肝脏病史	凹陷性，因肝硬化引起者腹水显著	可有肝、脾肿大，肝硬化、有腹壁静脉怒张，蜘蛛痣，肝掌等
营养不良性	有慢性消耗性疾病、营养不良、或严重贫血等	凹陷性	有消瘦、乏力，易倦、肢体肌力减退、感觉异常等
粘液性	有甲状腺机能低下等病史	非凹陷性，常在颜面及下肢出现	可有乏力，怕冷，毛发脱落，反应迟钝，月经失调等

6. 潮式呼吸产生的机理及临床意义如何？

答：潮式呼吸是指呼吸由浅慢变为深快，继而又逐渐变为浅慢，最后暂停一段时间后如此反复进行。其机理是由于呼吸中枢兴奋性减低，对血中二氧化碳敏感性降低，以致呼吸减弱或暂停。待呼吸停止后，缺氧更严重，二氧化碳积聚增多，此时缺氧对颈动脉体和主动脉体化学感受器的刺激作用加强，传入中枢的冲动增多，二氧化碳增多刺激延髓的二氧化碳敏感区，二者共同刺激呼吸中枢，使呼吸逐渐恢复而加强。当积聚的二氧化碳呼出后，呼吸中枢又失去有效的兴奋

刺激作用，使呼吸又逐渐减浅慢，进入停顿。潮式呼吸主要见于呼吸中枢衰竭的病人，多见中枢神经系统疾病，亦见尿毒症、糖尿病酸中毒、巴比妥类中毒及临终病人等。

7. 什么是意识？怎样观察病人的意识状态？

答：意识是指人对环境的知觉状态，是大脑高级功能的综合表现。正常人意识清晰，思维合理，语言准确，反应敏锐，表达能力如常。当大脑皮质、皮质下结构以及特异性、非特异性上升激活系统部位有损害时，则出现各种不同程度的意识障碍。意识障碍程度分为嗜睡、意识模糊、谵妄、昏睡及昏迷。

临床上观察病人意识状态可通过：（1）问诊与谈话，了解病人的思维反应、情感活动、表达能力与定向力等；（2）根据痛觉试验、瞳孔、角膜、肌腱反射、呼吸、脉搏、血压的变化，大小便潴留或失禁等，了解意识障碍的程度。

8. 如何区别昏迷的不同程度？

答：昏迷常分三度，临床特点鉴别如下：

鉴别项目	浅 度	中 度	深 度
意 识	大部丧失	丧失	全部丧失
随意运动	无，常处被动体位	丧失	丧失，全身肌松软
声、光刺激	无反应	无反应	无反应
强烈疼痛刺激	是防御性屈曲，躲避	可产生防御反射	无反应
角膜、瞳孔、对光反射	存在	减弱或迟钝	消失
呼吸、血压、脉搏	无明显改变	有改变	呼吸不规则，可有血压下降
大、小便	可有潴留或失禁	潴留或失禁	失禁，偶而潴留

9. 颈静脉怒张检查方法及临床意义怎样?

答:颈静脉怒张系采用肉眼检查。正常人立位或坐位时颈静脉常不显露;平卧时在锁骨上缘至下颌骨距离的下1/3稍见颈静脉充盈。若在卧位时充盈度超过下1/3,或坐位时可见明显颈静脉充盈,称颈静脉怒张。见于体静脉回流受阻、静脉压升高时。临床上常见于充血性心力衰竭、缩窄性心包炎、大量心包积液、急性肺梗塞或上腔静脉综合征等。

10. 如何区别颈动脉与颈静脉搏动?

答:(1)呼吸对颈动脉搏动无影响,而颈静脉搏动在正常吸气时下降,呼气时上升。

(2)颈静脉搏动于坐位时不明显,半卧位时较明显,而颈动脉搏动不受体位变动的影响。

(3)在胸锁关节上方以手指或压舌板轻压颈静脉,即可使静脉搏动消失,而使颈动脉消失则需用较大压力。

(4)右心功能不全时,在右上腹肝区逐渐加压30~45秒钟,即可使静脉压升高,充盈度明显上升,搏动点升高,此现象称肝颈静脉回流征。而颈动脉搏动则无此现象。

(5)颈静脉搏动柔和,触及无搏动感;颈动脉搏动强劲,搏动感明显。

11. 何谓支气管语音?有何临床意义?

答:肺实变或肺组织受压而致密并与支气管畅通,或肺内空腔与支气管相通时,语言的传导增强而响亮,听到的字音也清楚,则称支气管语音。在肺实变、肺空洞与肺不张时,支气管语音增强;在胸腔积液或胸膜肥厚及支气管发生

部分性或完全性阻塞时，则减弱及消失。

12. 干性罗音和湿性罗音听诊时各有什么特征？

答：干性罗音特征：（1）音调较高，声音清楚而不相连续。（2）在呼气与吸气过程中均可听到，但在呼气末听得明显。（3）性质容易改变。（4）发生部位容易变换。（5）在短时间内其数量也可增多或减少。

湿性罗音特征：（1）呼吸音以外附加的声音。（2）断续而短暂。（3）多出现于吸气时，或在吸气终末时增多或更清楚，有时也可出现在呼气早期。（4）部位较恒定，易变性小。（5）咳嗽后可出现或消失，加重或减弱。

13. 胸膜摩擦音与罗音如何鉴别？

答：胸膜摩擦音与罗音的鉴别见下表：

鉴别项目	胸 膜 摩 擦 音	罗 音
性 质	粗糙，断续的摩擦音	具有乐音的干罗音或水泡音
部 位	多为单侧，多见于腋下	多为双侧，以肺底为多
声响距离	浅 表	较 远
听诊器体位加重	加 重	不 变
压后声响变化		
咳嗽后变化	不 变	可消失或出现，加重或减弱
触 诊	有时可触到膜摩擦感	一般触不到摩擦感，低调干罗音偶可触到振动感
闭口，掩鼻，行腹式呼吸	仍能听到	听不到

14. 心脏听诊时A₂和P₂过去与现在的含意有何不同？

答：A₂过去常意谓“主动脉瓣区”（胸骨右缘第二肋间）

的整个第二心音； P_2 过去的常意指“肺动脉瓣区”（胸骨左缘第二肋间）的整个第二心音。现在用 A_2 只表示第二心音的主动脉瓣成分； P_2 表示第二心音的肺动脉瓣成分。这就有完全不同的含意。

15. 功能性和器质性收缩期杂音如何区别？

答：区别如下表：

鉴别点	功能性杂音	器质性杂音
部位	肺动脉瓣区或（及）心尖部	任何瓣膜听诊区
持续时间	短，又遮盖第一心音	长，占大部分或全部收缩期可遮盖第一心音
强度	一般在Ⅱ/6肺级以下	常在Ⅲ/6级以上
性质	柔和，吹风样	低音调，粗糙
传导	比较高限	较广而远
杂音的经常性	易变动	经常存在
杂音与呼吸关系	呼气末期或屏住呼吸时最响，吸气时消失	不受呼吸的影响
与姿势、体位关系	运动后、卧位时出现，坐位或立位消失	与位置变动关系不大

16. 对常见心脏杂音如何分析鉴别？

答：心脏常见杂音鉴别见下表：

病 变	部 位	时 间	性 质	放射部位	听诊鉴别注意事项
二尖瓣狭窄	心 尖 部	舒张中、晚期	隆隆音	局限心尖部	第一心音亢进，二尖瓣开瓣音，左侧卧位用力呼气增强
二尖瓣关闭不全	心 尖 部	收缩末期	较粗糙，吹风样	向左腋部传导	呼气时增强，第一音减弱，肺动脉区第二音亢进
主动脉瓣狭窄	胸骨右缘第二肋间	收缩中期	粗糙，响亮，吹风样	向颈放射及心尖传导	主动脉瓣第二心音减弱或消失
主动脉瓣关闭不全	胸骨左缘3~4肋间	舒张早期	叹气样	向心尖部传导	坐位前倾呼气末较清楚，心尖部第一心音减弱，主动脉瓣区第二心音减弱或消失
肺动脉瓣狭窄	胸骨左缘第二肋间	收缩中期	粗糙，响亮，吹风样	较局限	吸气时杂音增强，肺动脉瓣区第二心音减弱
肺动脉瓣关闭不全	胸骨左缘2~3肋间	舒张早期	吹风样		吸气末增强，呼气末减弱（相对性）
三尖瓣狭窄	胸骨体下近剑突稍左右	舒张中期	隆隆样	局限或略向心尖区传导	（极少见）左侧卧位及深吸气末增强

续表

病 变	部 位	时 间	性 质	放射部位	听诊鉴别注意事项
三尖瓣关闭不全	同上	收缩期	吹风样	可传至心尖部	深吸气末或可增强
室间隔缺损	胸骨左缘 8~4肋间	全收缩期	粗糙,响亮		呼气时增强,肺动脉瓣区第二心音亢进及分裂,分流量大心尖部可有舒张期隆隆杂音
动脉导管未闭	胸骨左缘 8~4肋间	连续性以收缩晚期和舒张期最响	响亮,机器样		运动、呼气时加强,偶甚至在背部也可听到

17. 腹壁静脉曲张常见于哪些疾病? 如何鉴别?

答: 正常腹壁表面静脉不易见到, 腹壁静脉曲张多因门静脉或上下腔静脉回流受阻引起的侧枝循环。可根据静脉的血流方向帮助鉴别。

(1) 门静脉阻塞: 曲张的腹壁静脉脐上的静脉血流向脐上, 脐下的静脉血流向脐下。见于肝炎后肝硬化、肝癌、肝周围炎、肝门静脉炎及门静脉血栓形成, 斑替氏综合征等。

偶可有脐周围静脉曲张并伴血管鸣音，称克—鲍二氏综合征。

(2)下腔静脉阻塞：脐以下曲张的腹壁静脉血流向上。见于下腔静脉栓塞、血栓形成、栓塞性静脉炎、肿瘤压迫等。

(3)上腔静脉阻塞：脐以上(上腹部)曲张的静脉血流向下。见于恶性肿瘤(肺癌扩散)、血栓性静脉炎、主动脉弓动脉瘤、缩窄性心包炎等。

18. 真假腹肌紧张如何鉴别？

答：真的腹肌紧张是由腹膜刺激征引起的腹肌痉挛性收缩。是长时间存在的，除非病情改善治愈，否则一般体检中无法人为地使其腹肌放松。假的腹肌紧张并非病变所致，是人为紧张，暂时现象，可人为消除。可用多种检查方法鉴别：

(1)一边检查，一边与病人交谈以转移其注意力。或嘱病人深而慢地张口呼吸，假性腹肌紧张者，此时即可放松。(2)病人坐在靠背椅上，下有踏足，两旁有扶手，在全身肌肉皆松弛的情况下，再作触诊，真性腹肌紧张则仍不放松。(3)病人深呼气后屏气，口张开，如因胸部疾病引起腹部放射痛，其腹肌紧张即可放松。如为腹膜刺激征引起的腹肌紧张则依然存在。(4)病人仰卧，检查者一手触诊，另手推一下肢膝部，使大腿压向腹部直接与腹壁相贴，在此情况下，假性腹肌紧张很难继续保持肌紧张；如真的腹肌紧张，则仍不放松。此法常用于不合作的小儿。

19. 腹壁反跳痛的产生机理和临床意义如何？

答：反跳痛是当用手按压腹壁时手突然放开，使腹壁反跳回原位时，壁层腹膜被牵动所产生的。反跳痛的出现腹膜壁层已有炎性累及。如腹内脏器炎症尚未累及壁层腹膜时，可只出现压痛，而无反跳痛。反跳痛为腹膜刺激征之一。常见于急性腹膜炎、腹内脏器破裂出血(如脾破裂、宫外孕破裂)、癌肿腹膜转移等。

20. 脾肿大触诊和叩诊有何特征？

答：正常的脾脏不能触到。脾脏大两倍时才能在左肋弓缘触及。其触诊和叩诊特征为：(1)随呼吸而上下移动。(2)在脾表面与季肋肋弓之间插不进手指。(3)不论脾肿大到何程度，脾前缘的脾切迹始终存在。(4)肿大的脾表面叩诊为浊音并延及正常的脾浊音区。(5)胃泡鼓音区左界缩小，即脾脏浊音区超出左腋前线。

21. 以移动性浊音检查腹水时，可能发生哪些错误？

答：可能发生的错误情况有：(1)肠管内有大量液体存在时，亦可产生类似移动性浊音现象。(2)腹腔有粘连性改变时，腹水流动受阻，移动性浊音变化则不显著。(3)小量腹水时只能在肘膝卧位时叩诊脐部才有浊音。(4)巨大卵巢囊肿有时亦可被误诊为腹水。

22. 何谓杵状指(趾)？对可疑者如何鉴别？

答：末端指节宽度和厚度都超过该指骨间关节甲根部隆起，指甲前缘弯向掌面，指端圆钝，甚至整个手指类似捣米的杵或鼓槌状，故也可称鼓槌指。对可疑或轻度杵状指应：(1)观察指甲底部与近端皮肤之间所构成的正常角度是