

视天鹰医学考试培训系列教材
教园医学考研集训营推荐用书

MEDICINE

2017

考研西医综合 记忆技巧规律总结

(下册：临床医学篇)

主编 史泽良



同济大学出版社
TONGJI UNIVERSITY PRESS

视天鹰医学考试培训系列教材
教园医学考研集训营推荐用书

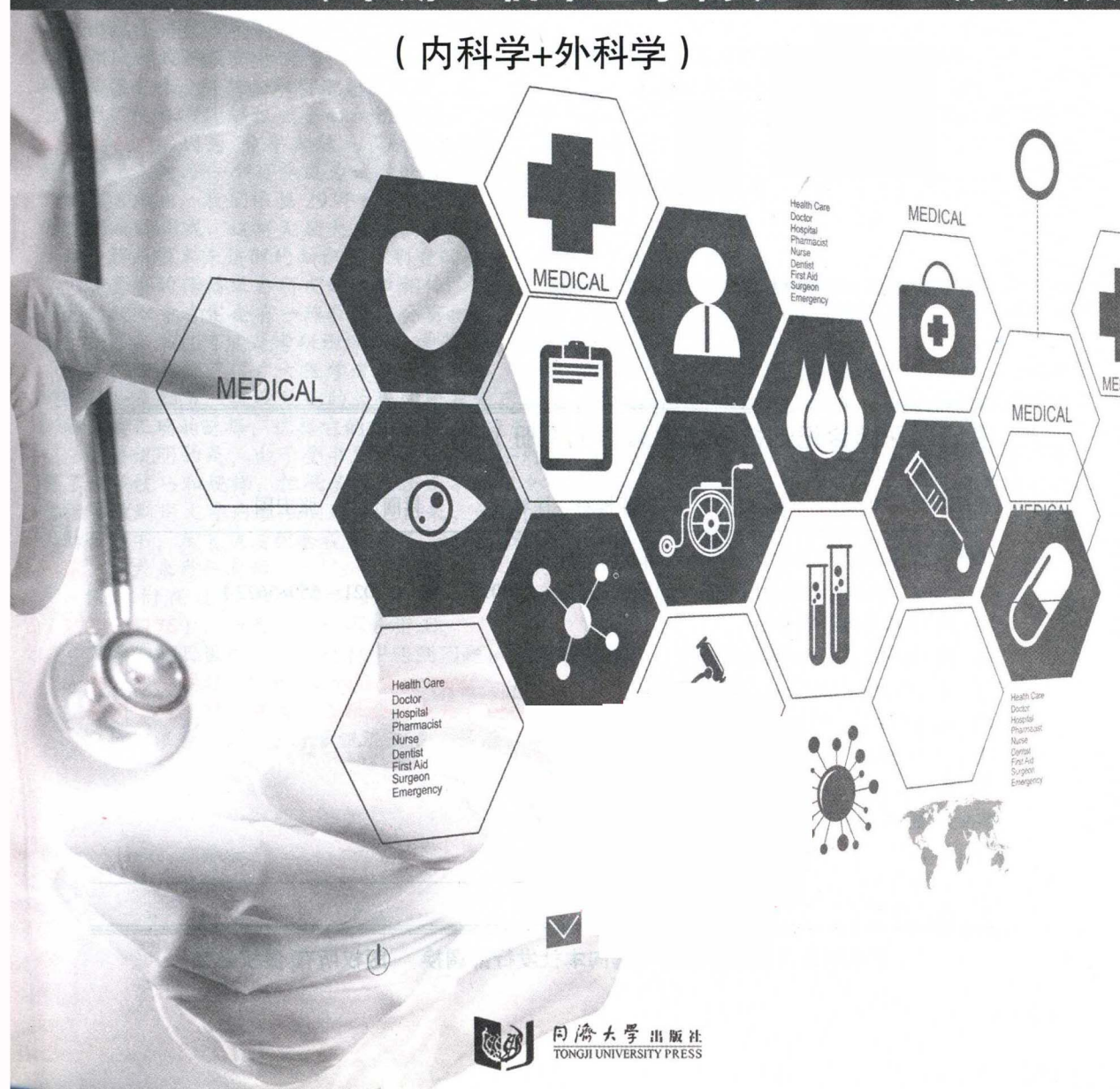
2017

考研西医综合 记忆技巧规律总结

(下册: 临床医学篇)

主编 史泽良

(内科学+外科学)



同济大学出版社
TONGJI UNIVERSITY PRESS

内容提要

研究生入学考试西医综合科目考试大纲要求考生掌握的知识点十分繁杂,对于大部分考生来说,要想顺利通过西医综合考试并非易事。本书作者是西医综合276分获得者,深谙西医综合命题规律,长期受邀到各医科大学讲授高分经验。本书即是在作者当年复习笔记的基础上,依据最新考试大纲、历年真题和人民卫生出版社第8版医学类教材编著而成。

全书上下册共分为五个部分,分别为生理学、生物化学、病理学、内科学及外科学。每一部分通过归纳总结常考点、易错点,以大量表格总结、解题公式及题眼的方式详细讲解考研西医综合各科的命题规律、解题方法和记忆技巧,可使考生迅速明确考点、抓住重点、掌握难点和熟悉命题要点,复习时能事半功倍。

本书适合所有参加西医综合考试的考生及广大的医务工作者。

图书在版编目(CIP)数据

考研西医综合记忆技巧规律总结:全2册/史泽良
主编. -- 上海:同济大学出版社,2016.5
ISBN 978-7-5608-6298-9

I. ①考… II. ①史… III. ①现代医药学-研究生-
入学考试-自学参考资料 IV. ①R

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第087798号

考研西医综合记忆技巧规律总结(下册)

主 编 史泽良

责任编辑 沈志宏

陈红梅

责任校对 徐春莲

封面设计 张宏国

出版发行 同济大学出版社 www.tongjipress.com.cn

(地址:上海市四平路1239号 邮编:200092 电话:021-65985622)

经 销 全国各地新华书店

印 刷 合肥兰轩印务有限公司

开 本 787mm×1092mm 1/16

印 张 45.75

印 数 1-20000

字 数 1142000

版 次 2016年5月第1版 2016年5月第1次印刷

书 号 ISBN 978-7-5608-6298-9

定 价 118.00元(全2册)

本书若有印装质量问题,请向本社发行部调换 版权所有 侵权必究

2017 版前言

考研,对于很多人而言是人生的重要转折点,是给那些怀揣梦想的人又一次人生腾飞的机会。如果你已身处名校,你可以追求更高层次的学历;如果你对自己的本科院校或专业不满意,你可以借此契机,发挥自己的潜能,进入那些你向往已久的知名学府;如果你已经参加工作,更能在工作中深深体会到“书到用时方恨少”的道理,于是燃起了继续深造的念头。因此,对于大多数人而言,考研是一次机会,是一次能够改变一生命运的机会!

编者认为,考研的成功=坚持+正确的方法。坚持固然重要,但选择一个正确方法的重要性就不言而喻了,正确合适的方法往往能引领您达到事半功倍的效果。然而,面对西医综合浩如烟海的知识点,大部分同学都有这样的体会:虽然每天在“西综”复习上投入了大部分的时间,却总感觉“看了前面忘了后面,看到后面忘了中间”,费了很大功夫,却收效甚微。但是善于研究真题的同学不难发现,“西综”试题的出题点往往比较集中,许多常考点我们只要用特殊的记忆方法和掌握一定规律技巧就会终身难忘。为此,编者经过多年精心的研究和总结,现在终于可以把这些常考点、易错点,以记忆技巧、表格总结、解题公式及题眼的形式展现在广大医学考研学子面前。

这套《**考研西医综合记忆技巧规律总结**》就是编者多年研究“考研西综”的一个成果,从2011版与大家见面开始,医学考研学子就把它当成“考研西综”的制胜宝典。确实,它没有让大家失望,从近几年使用本书后反馈回来的信息发现,我们的努力得到了广大医学考研学子的一致认可,他们都在西综上用最少的时间取得了比别人更好的成绩。编者并非名师巨匠,但是我们在“考研西综”这个领域投入了最多的时间,最执着地想要做好这本书!我们一直以来的宗旨是:让西医综合复习远离枯燥乏味,并轻松取得理想的成绩。

为了使本书能够权威全面和精简高效,编写本书我们依据的是**29年的西综考研真题和人卫第8版医学教材**。因为29年真题是“命题的轨迹”,而教材是命题的依据。我们在充分研究29年真题的基础上,对每一个可能成为试题的知识点都按照考试的要求做了技术加工,尽可能涵盖西综命题的所有重难点。我们依据29年的西综真题,对于人卫第8版医学教材上不会成为考点的地方,则做到能删减就删减,这样无疑大大提高了复习的效率。此外,对于西综真题常涉及而第8版教材又未详细讲解或根本未讲解的知识点,则查阅相关权威书籍进行补充分析。

这套书的传播来自研友的口口相传,特别是成功的学长学姐给后辈的推荐。当您仔细阅读这套书的时候心中肯定会有一阵狂喜,会有把这本书推荐给身边学友或下一届学弟学妹的冲动。相信您能拿到这本书也可能是考研西综高分学长学姐或好朋友的力荐。

我们的书能获得广大医学考研者的赞誉,并不是因为我们有多么优秀,而是因为我们认真地斟酌过每一个细节,设身处地的为医学研友考虑,真正做到为医学研友节省时间。相信拥有它是您考研路上最正确的选择,选择它的第一步,也是您踏上成功的一大步。

需要说明的是,由于受书本纸质化“文字内容”讲解技巧规律的局限,虽然我们在书中倾力讲解了诸多技巧和规律,但很多同学还是不能完全领会这些技巧规律和总结的精髓,而且部分技巧内容很难做到用文字内容准确地表达出来。为此,本书配有由我主讲的**全程同步视频课程**,同学们可以结合本书,反复观看配套视频课程,视频课程讲解十分透彻,能让您快速抓住重点,用“**公式化+题眼**”方式来秒杀真题。

同学们在使用本书复习的过程中,如果发现书中有不足或错误之处,请及时加我QQ(1924661176),与我取得联系并指正。

同学们在西医综合学习过程中遇到问题,也可通过以下方式与我取得联系:

唯一官方网址: <https://astv.taobao.com/>

池州傲视天鹰教育咨询有限公司电话: 0566-3387909 133 3566 0099

乘风破浪会有时,直挂云帆济沧海。最后,衷心祝愿广大考研学子金榜题名!

史泽良(小亮老师)

2016年5月于中城

本书考点标记的说明

本书标记	代表的含义
红色字体	这是非常重要的、关键的知识点，它们往往是考试的设题点或解题题眼
【诊断公式】	这是我们团队精心总结的病例题的诊断公式或重要技巧规律，掌握了这些诊断公式，不仅方便记忆，快速抓住疾病的核心特点，而且可快速锁定答案，每年考试都能派上用场
星号（★）	这表示该知识点是考试重点，“三星（★★★）或四星（★★★★）”标注的考点是西综的核心考点，尤其是“四星”标注的考点几乎是隔年考或每年都会考的重中之重考点
常考……总结	这是前后相似的和（或）容易混淆的知识点总结，编者把相似考点放到一起归类记忆，可以方便同学们前后对比记忆，加深印象
【记忆技巧】	这是我们原创总结的知识点记忆技巧，通过同音、情景、形象及联想记忆的方法，化繁为简，化难为易，将复杂的西医综合知识点巧妙地转换成各种轻松的记忆技巧
【智取分析】	这是教给同学们一些非常实用的解题技巧，以便既快速又准确地解题
【知识补充】	这是教材上面没有讲解或仅仅简单提到的知识点，它们作为背景知识在解题中经常用到，我们一并写入书中，让同学们更好地理解这些知识点的前后衔接，方便快速解题
（×××× 考点）	这是指出这个知识点在 2005 ~ 2016 年的 12 年中哪些年份成为了考点，考查的年份越多，表明该知识点越重要
【真题链接】	这是列举前文知识点对应的典型历年真题，知识点讲解与历年真题列举前后呼应，相得益彰。让同学们熟练掌握真题的出题方向，并体会本书中所讲解的解题技巧和规律，以便避开命题者设置的“陷阱”，更熟练地掌握考点
【注意】	这是常考点、重点或难点的对比、强调或补充，复习备考中应注意到这个知识点
2016-1A	表示 2016 年西医综合真题第 1 题，题型为 A 型题，即最佳选择题。
2016-121B	表示 2016 年西医综合真题第 121 题，题型为 B 型题，即标准配伍题。
2004-111C	表示 2004 年西医综合真题第 111 题，题型为 C 型题，即综合分析选择题。
2016-151X	表示 2016 年西医综合真题第 151 题，题型为 X 型题，即多项选择题。
【答案】 ABCDE	正确答案为红色的选项，即表示该题的正确答案为 A。其他同理

目 录

(下册)

前言	1
本书考点标记的说明	2

第四部分 内科学

第一章	慢性支气管炎与慢性阻塞性肺疾病	1
第二章	支气管哮喘	6
第三章	支气管扩张症	10
第四章	肺部感染性疾病 (肺炎与肺脓肿)	12
第五章	肺结核	18
第六章	间质性肺疾病	22
第七章	肺血栓栓塞症	23
第八章	慢性肺源性心脏病	26
第九章	胸膜疾病 (胸腔积液与气胸)	29
第十章	急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)	34
第十一章	呼吸衰竭	38
第十二章	心力衰竭	42
第十三章	心律失常	52
第十四章	高血压	62
第十五章	动脉粥样硬化和冠心病	67
第十六章	感染性心内膜炎	78
第十七章	心肌疾病 (原发性心肌病、心肌炎)	83
第十八章	心脏瓣膜病	90
第十九章	心包炎 (急性心包炎与缩窄性心包炎)	100
第二十章	心脏骤停与心脏性猝死	103
第二十一章	胃食管反流病 (GERD)	105
第二十二章	慢性胃炎	108
第二十三章	消化性溃疡	111
第二十四章	肠结核和结核性腹膜炎	118
第二十五章	炎症性肠病	123
第二十六章	肠易激综合征	130
第二十七章	肝硬化	132
第二十八章	原发性肝癌、肝性脑病	138
第二十九章	泌尿系统疾病总论	148
第三十章	肾小球肾炎、肾病综合征与 IgA 肾病	150
第三十一章	尿路感染	160
第三十二章	急性肾损伤与慢性肾衰竭	164
第三十三章	贫血概述和缺铁性贫血	170
第三十四章	再生障碍性贫血和溶血性贫血	175

第三十五章	骨髓增生异常综合征和白血病	179
第三十六章	淋巴瘤	188
第三十七章	出血性疾病概述和特发性血小板减少性紫癜	193
第三十八章	甲状腺功能亢进症	199
第三十九章	库欣综合征	205
第四十章	嗜铬细胞瘤和原发性醛固酮增多症	209
第四十一章	糖尿病	214
第四十二章	风湿性疾病	225
第四十三章	急性中毒	236

第五部分 外科学

第一章	无菌术	240
第二章	外科病人的体液和酸碱平衡失调	242
第三章	输血	249
第四章	复苏、疼痛治疗和围术期处理	252
第五章	外科病人的代谢及营养治疗	256
第六章	外科感染	258
第七章	创伤和烧伤	266
第八章	肿瘤和移植	270
第九章	颈部疾病	274
第十章	乳腺疾病	280
第十一章	胸部外科疾病	288
第十二章	腹外疝	292
第十三章	腹部损伤	298
第十四章	急性化脓性腹膜炎	302
第十五章	胃十二指肠疾病	305
第十六章	小肠疾病	310
第十七章	阑尾炎	313
第十八章	结、直肠与肛管疾病	317
第十九章	肝脓肿、肝癌与门静脉高压症	326
第二十章	胆道疾病	328
第二十一章	上消化道大出血	337
第二十二章	胰腺疾病	340
第二十三章	脾切除术和血管外科疾病	348
第二十四章	泌尿外科疾病	353
第二十五章	骨折概论	359
第二十六章	骨折与脱位	365
第二十七章	膝关节韧带损伤和半月板损伤	374
第二十八章	周围神经损伤	375
第二十九章	颈椎病和腰椎间盘突出症	378
第三十章	骨与关节化脓性感染	382
第三十一章	骨与关节结核	385
第三十二章	非化脓性关节炎	388
第三十三章	骨肿瘤	389

第四部分 内科学

第一章 慢性支气管炎与慢性阻塞性肺疾病

1. 两种通气障碍的特点（8版 P10，2010、2013、2014、2015、2016 考点）★★★★

(1) 阻塞性与限制性通气功能障碍的鉴别

	阻塞性通气功能障碍	限制性通气功能障碍
② VC	减低或正常（晚期，比较特殊）	减低（肺容量降低为主）
② RV	增加（晚期）	减低（肺容量降低为主）
② TLC	正常或增加（晚期）	减低（肺容量降低为主）
③ RV/TLC	明显增加（晚期）	正常或略增加（TLC 降低可能比 RV 更明显）
① FEV ₁	减低（流速降低为主）	正常或减低（7版内科学为“正常或增加”）
① FEV ₁ /FVC	减低（流速降低为主）	正常或增加
① MMFR	减低（流速降低为主）	正常或减低
④ DLco	COPD 减低，支气管哮喘正常	特发性肺纤维化及 ARDS 明显减低
通气障碍特点	以流速降低为主	以肺容量降低为主
常考代表疾病	慢性阻塞性肺气肿（COPD） 支气管哮喘	间质性肺疾病（特发性肺纤维化） 急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

常考指标分类	常考指标	中文含义
①流速指标	FEV ₁	1 秒用力呼气量
	FEV ₁ /FVC	1 秒用力呼气量与用力肺活量的百分比
	MMFR（或称 MMEF、MMF）	最大呼气中期流速
	MEF50%、MEF75%、MEF25%	分别为 50%、75%、25% 肺活量时的最大呼气流量
	PEF	最高呼气流量
②肺容量指标	VC	肺活量
	FVC	用力肺活量
	RV	残气量
	FRC	功能残气量
	TLC	肺总量
③“中立”指标	RV/TLC	残气量 / 肺总量比值
④弥散指标	DLco（常表示肺换气功能）	CO 弥散量

【注意】

- ①为了便于理解和解题，编者将考题中常出现的指标分为 4 大类：“流速指标”“肺容量指标”“中立指标”和“弥散指标”。从上表可以看出，“流速指标”的特征是英文缩写代号中均含有字母“F”，如上表所示。但请注意代号中含有“F”的指标并不一定是“流速指标”，如 FVC（用力肺活量）和 FRC（功能残气量，参见下文）虽然均含有“F”，但均为肺容量指标。
- ②阻塞性肺通气功能障碍的代表疾病是 COPD 和支气管哮喘。
- ③限制性肺通气功能障碍的代表疾病是间质性肺疾病（特发性肺纤维化）和 ARDS。
- ④阻塞性肺通气功能障碍以流速降低为主，记忆为英文缩写代号中含有“F”的指标通常是降低的。
- ⑤限制性肺通气功能障碍以肺容量降低为主，即肺容量指标 VC、RV、TLC 均是降低的。
- ⑥ RV/TLC 比较特殊，编者将其归为“中立指标”（即“不偏向”上述两种通气功能的任何一方）。阻塞性和限制性肺通气功能障碍的 RV/TLC 均可以是增加的。

(2) 常考疾病的肺容量、通气功能和换气功能指标的变化归纳总结

【注意】

- 【真题链接】

【答案】ABCDE

【答案】ABCDE

【答案】ABCDE

【答案】ABCDE

【答案】ABCDE

A. FEV₁ 减小, FVC 基本不变, FEV₁/FVC 减小

- B. FEV_1 基本不变, FVC 减小, FEV_1/FVC 增大
 C. FEV_1 和 FVC 均减小, FEV_1/FVC 基本不变
 D. FEV_1 和 FVC 均增大, FEV_1/FVC 基本不变 【答案】ABCDE
- 2014-8A. 哮喘发作时, 1 秒用力呼气量 (FEV_1) / 用力肺活量 (FVC) 的检查结果是 (生理学试题)
 A. FEV_1 减小, FVC 基本不变, FEV_1/FVC 减小
 B. FEV_1 基本不变, FVC 减小, FEV_1/FVC 增大
 C. FEV_1 和 FVC 均减小, FEV_1/FVC 基本不变
 D. FEV_1 和 FVC 均增大, FEV_1/FVC 基本不变 【答案】ABCDE
- 1999-55A. 支气管哮喘发作时的呼吸功能检查, 下列哪项不正确?
 A. FEV_1 下降 B. $FEV_1/FVC\%$ 下降
 C. MMFR 上升 D. MEF50% 减少
 E. PEF 减少 【答案】ABCDE
- 1995-58A. 支气管哮喘的肺功能异常, 主要表现在
 A. 肺活量减少 B. 最大通气量增加
 C. 第一秒钟用力呼气容积减少 D. 弥散量下降
 E. 功能残气减少 【答案】ABCDE
- A. 弥散障碍 B. 第一秒用力呼气率减低
 C. 两者均有 D. 两者均无
- 1997-127C. 支气管哮喘 【答案】ABCDE
- 1997-128C. 慢性阻塞性肺气肿 【答案】ABCDE
- A. 限制性通气功能障碍 B. 弥散功能降低
 C. 两者均可有 D. 两者均可无
- 2000-129C. 间质性肺炎患者 【答案】ABCDE
- 2000-130C. ARDS 患者 【答案】ABCDE

2. COPD 的发病机制和病理变化 (8 版 P22, 2008、2011 考点) ★★★

(1) 炎症机制 ①气道、肺实质及肺血管的慢性炎症是慢阻肺的**特征性改变**, 中性粒细胞、巨噬细胞、T 淋巴细胞等炎症细胞均参与了慢阻肺的发病过程。②中性粒细胞的活化和聚集是慢阻肺炎症过程的一个重要环节, 通过释放**中性粒细胞弹性蛋白酶**等多种生物活性物质引起慢性黏液高分泌状态并破坏肺实质。

(2) 蛋白酶-抗蛋白酶失衡 ①蛋白水解酶对组织有损伤、破坏作用, 抗蛋白酶对弹性蛋白酶等多种蛋白酶具有抑制作用, 其中 α_1 -抗胰蛋白酶 (α_1 -AT) 是活性最强的一种。②蛋白酶增多或抗蛋白酶不足均可导致组织结构破坏, 产生肺气肿。③吸入有害气体和有害物质可以导致蛋白酶产生增多或活性增强, 而抗蛋白酶产生减少或灭活加快; 同时氧化应激、吸烟等危险因素也可以降低抗蛋白酶的活性。④先天性 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏多见于北欧血统的个体, **我国尚未见正式报道**。

(3) 氧化应激 ①COPD 患者氧化应激增加; ②**氧化物**主要有超氧阴离子、羟根、次氯酸、 H_2O_2 和一氧化氮 (NO) 等, 氧化物可直接作用并破坏许多生化大分子, 如蛋白质、脂质和核酸等, 导致细胞功能障碍或细胞死亡; 引起蛋白酶-抗蛋白酶失衡; 促进炎症反应等。

(4) 其他发病机制 自主神经功能失调、营养不良、气温变化等都有可能参与 COPD 的发生、发展。

(5) 病理变化 ①主要表现为慢性支气管炎及肺气肿的病理变化。②气道壁和肺实质慢性炎症引起组织**破坏**, 损伤修复最终导致气道壁**增厚**, 管腔**狭窄**。③肺气肿的病理改变可见肺**过度膨胀**, 弹性减退, 镜检见肺泡壁**变薄**, 肺泡壁**扩大、破裂**或形成**大疱**, 血液供应减少, 弹力纤维网破坏 (**不是肺纤维化**)。

【注意】

- ① 8 版病理学 P171 强调 α_1 -AT 参与肺气肿的发病引起**全腺泡型**肺气肿, 但是**并不是常见病**因。
 ② 8 版内科学 P22 强调遗传性 α_1 -AT 缺乏多见于北欧血统个体, 我国未见报道, 故先天性 α_1 -AT 缺乏**并不是引起我国 COPD 的常见危险因素**。

【真题链接】

- 2008-63A. 下列选项中, 不属于我国 COPD 发病的常见危险因素是
 A. 吸烟及大气污染 B. 职业性粉尘暴露
 C. 儿童时期下呼吸道感染 D. 先天性 α_1 抗胰蛋白酶缺乏 【答案】ABCDE
- 2011-65A. 下列关于阻塞性肺气肿发病机制的阐述, 错误的是
 A. 肺纤维化 B. 呼吸性细支气管狭窄

C. 气腔过度膨胀

D. 气腔壁破坏

【答案】ABCDE

3. COPD 的气流受限特点及病理生理改变（8 版 P23，2005 考点）★★★

相关疾病	气流特点
慢性阻塞性肺疾病（COPD）	气流受限， 不完全可逆 ，呈进行性进展（COPD 患者有气道弹性的减退，气道壁破坏，其病理改变是 不可逆的 ）
支气管哮喘	气流受限，但 具有可逆性

COPD 发展进程	病理生理改变
①早期病变局限于 细小气道	闭合容积（CV）↑， 动态肺顺应性↓，静态肺顺应性↑
②病变侵入 大气道 时（中期）	通气明显障碍 ，FEV ₁ ↓，最大通气量↓，MMFR↓（流速指标开始降低）
③肺组织 弹性日益减退	RV↑、RV/TLC↑（RV/TLC > 40% 才能诊断为肺气肿）
④肺气肿，血管受压、血流量减少 肺泡及毛细血管 大量丧失	肺 换气功能障碍 ——生理无效腔气量↑，通气 / 血流（V/Q）比例 失调 弥散面积减少——DLco↓
⑤ 通气和换气功能同时障碍	缺氧、二氧化碳潴留→低氧血症和高碳酸血症→呼吸功能衰竭

【注意】肺顺应性是指单位压力改变时所引起的肺容积的改变，它代表了胸腔压力改变对肺容积的影响。按照顺应性测定时有无气流流动，分为静态顺应性和动态顺应性两者。前者是指在呼吸周期中，气流**暂时阻断**时测得的肺顺应性，即肺组织的弹力，反映了**肺组织的弹性**。动态肺顺应性是指在呼吸周期中，**气流未阻断**时测得的肺顺应性，此受气道阻力的影响，后者受**肺组织弹性和气道阻力**的双重影响。因此，COPD 进展早期时**小气道阻塞**，动态肺顺应性**降低**，静态肺顺应性随**肺组织弹力减弱而升高**。

【真题链接】

- 1999-57A. 慢性支气管炎并发肺气肿**早期**病理生理改变，下列哪项错误？
A. 病变局限于细小气道
B. 最大通气量降低
C. 闭合容积增大
D. **动态肺顺应性降低**
E. **静态肺顺应性增加**
【答案】ABCDE
- 1997-61A. 下列哪项关于**阻塞性肺气肿**出现的病理生理改变是错误的？
A. 最大通气量和时间肺活量减低
B. 残气占肺总量的百分比增加
C. **动态及静态肺顺应性降低**
D. 生理无效腔气量增大
E. 肺内动静脉分流
【答案】ABCDE
- 1995-66A. 关于**阻塞性肺气肿**，哪一项描述是正确的？
A. 经积极治疗可以痊愈
B. 其病理改变是不可逆的
C. 仅限于肺泡弹性减退与膨胀
D. α₁-抗胰蛋白酶增加易发生肺气肿
E. 肺功能改变主要是肺活量减少
【答案】ABCDE

4. COPD 的严重程度分级（8 版 P24，2006、2012、2013、2016 考点）★★★★

肺功能检查见**持续气流受限**是慢阻肺诊断的**必备条件**，吸入支气管扩张剂后，FEV₁/FVC < 0.70（正常值为 0.83）为确定存在持续气流受限的界限。稳定期病情严重程度评估可根据 GOLD 分级：慢阻肺患者吸入支气管扩张剂后 FEV₁/FVC < 0.70，再根据其 FEV₁ 下降程度进行气流受限的严重程度分级。

肺功能分级	患者肺功能 FEV ₁ 占预计值的百分比（FEV ₁ % 预计值或 FEV ₁ %pred）
GOLD1 级：轻度	FEV ₁ /FVC < 0.70，FEV ₁ %pred ≥ 80%
GOLD2 级：中度	FEV ₁ /FVC < 0.70，50% ≤ FEV ₁ %pred < 80%
GOLD3 级：重度	FEV ₁ /FVC < 0.70，30% ≤ FEV ₁ %pred < 50%
GOLD4 级：极重度	FEV ₁ /FVC < 0.70，FEV ₁ %pred < 30%

【注意】应严格区分 FEV₁/FVC 与 FEV₁% 预计值，两者的共同点是都有“FEV₁（1 秒用力呼气量）”，且都是“**比值**”指标。FEV₁/FVC 是 FEV₁ 与用力肺活量的比值，而 FEV₁% 预计值是 FEV₁ 与预计值的比值。但是 FEV₁/FVC 主要用于判断**有无气流受限**，而 FEV₁% 预计值主要用于判断 COPD 的**严重程度**。

【真题链接】

- 2012-63A. 2006-59A. 评估慢性阻塞性肺疾病**严重程度**的肺功能指标是

- A. FEV₁/FVC
C. FEV₁ 绝对值

- B. FEV₁% 预计值
D. DLco

【答案】ABCDE

5. COPD 的并发症（8 版 P25，2005、2009、2013 考点）★★★★

（1）COPD 的并发症

慢性呼吸衰竭	常在 COPD 急性加重时发生，其症状明显加重，表现为 低氧血症 和（或） 高碳酸血症 ，出现缺氧和二氧化碳潴留的临床表现
自发性气胸	表现为 突然加重 的 呼吸困难 ，并伴有明显发绀，患侧肺部叩诊为 鼓音 ，听诊呼吸音 减弱或消失 ，通过 X 线检查 可以 确诊
慢性肺源性心脏病	由于慢阻肺肺脏病变引起肺血管床减少及缺氧致肺动脉收缩、血管重塑，导致肺动脉高压、右心室肥厚扩大，最终发生右心功能不全

（2）COPD 的并发症——自发性气胸 本考点常以病例分析题的形式出现，请牢记以下诊断公式。

【诊断公式】COPD（慢性或反复咳嗽、咳痰 N 年）+ 突发胸痛、呼吸困难 + 患肺呼吸音减弱 = 自发性气胸

【注意】患者有**慢性（或反复）咳嗽、咳痰 N 年**（即考虑 COPD）的**病史**，现在在无明显诱因下（或改变体位、抑或是运动后）**突发（突感或突然出现）的胸痛、呼吸困难**（这两个症状可出现 1 个或 2 个），并且患肺呼吸音降低，那就是（自发性）气胸。题干往往强调患者有“**突发（突感，突然出现）**”的胸痛、呼吸困难。

【真题链接】

2013-64A. 男性，68 岁。3 年前诊断为 COPD，未正规治疗。2 小时前无明显诱因**突感**左胸剧痛，继之**呼吸困难**、发绀、大汗、烦躁。查体：BP90/60mmHg，气管右移，左肺呼吸音减弱，未闻及干湿性啰音，最可能的诊断是

- A. 肺炎并发胸膜炎 B. 肺栓塞
C. 自发性气胸 D. 急性心肌梗死

【答案】ABCDE

2005-66A. 男性，40 岁，**慢性咳嗽咳痰史 10 年**，**突发左侧胸痛 1 天**，呈针刺样疼痛，向左肩部放射，伴有**胸闷及气短**，干咳，无发热。吸烟约 10 年，1 包/天。查体：消瘦，神志清楚，气管居中，无颈静脉怒张，左下肺叩诊**鼓音**，左下肺呼吸音明显**降低**，右肺散在少量干啰音，心界叩诊不清，心率 92 次/分，律齐，无病理性杂音，双下肢不肿。最可能的疾病是

- A. 左侧气胸 B. 肺栓塞 C. 急性心肌梗死
D. COPD E. 肺大疱

【答案】ABCDE

2009-65A. 患者，男，**58 岁**，3 小时前在**投掷铅球转身**后，**突感**左侧胸痛，随即出现**胸闷气短，呼吸急促**，后症状加重，伴出汗心悸，稍事休息后症状稍有缓解而来院，既往有高血压，冠心病，肺结核病史，根据临床症状分析，应首先考虑下列哪种疾病的可能性最大？

- A. 心绞痛 B. 心肌梗死
C. 急性肺栓塞 D. 急性闭合性气胸

【答案】ABCDE

6. COPD 急性加重期的治疗（8 版 P26，2014、2016 考点）★★★

确定急性加重期的病因	最多见的急性加重原因是 细菌或病毒感染
支气管扩张剂	① β ₂ 肾上腺素受体激动剂（如沙丁胺醇、特布他林、沙美特罗等） ② 抗胆碱能药（如异丙托溴铵、噻托溴铵） ③ 茶碱类药（如氨茶碱）
低流量吸氧	① 吸入氧浓度（%）= 21 + 4 × 氧流量（L/min） （常用，务必掌握该计算公式） ② 一般吸入氧浓度为 28%~30% ，应避免吸入氧浓度过高引起二氧化碳潴留。
抗生素	当患者呼吸困难加重，咳嗽伴痰量增加、有脓性痰时，应积极选用抗生素治疗
糖皮质激素	对需住院治疗的急性加重期患者可考虑口服泼尼松龙，也可静脉给予甲泼尼龙
祛痰剂	酌情选用溴己新或盐酸氨溴索

【注意】①慢性阻塞性肺疾病（COPD）急性加重期关键的治疗措施是**控制感染 + 对症处理**。②肺源性心脏病（肺心病）急性加重期关键的治疗措施是**控制感染**。

【真题链接】

2014-10A. 在给肺心病患者应用氧疗时，宜予吸入气体的氧浓度是（**生理学试题**）

- A. 15%~20% B. 25%~30%

- C. 80%~85%
1996-62A. 慢性支气管炎偶有轻微咳嗽，少量痰液，采取下列哪项措施最为合适？
A. 应用抗菌素治疗
D. 提高机体抗病能力，避免上呼吸道感染
E. 应用少量激素，减少气道非特异性炎症
- D. 95%~100%
C. 应用支气管扩张剂以利排痰
- 【答案】ABCDE
- 【答案】ABCDE

第二章 支气管哮喘

1. 临床表现（8版 P30）★★

- (1) 典型症状
①典型症状为**发作性（阵发性）**伴有**哮鸣音**的**呼气性**呼吸困难（**有气呼不出**）。
②症状可在数分钟内发生，并持续数小时至数天，可经平喘**药物治疗后缓解**或**自行缓解**。
③**夜间及凌晨**发作或加重是哮喘的重要临床特征。
- 【注意】应严格区分支气管哮喘与 COPD 的气流受限特点：前者为**完全可逆**的气流受限，药物治疗可恢复或自行可恢复；后者有气道弹性的减退，气道壁的破坏，为**不可逆性**气流受限。
- (2) **运动型哮喘** 有些青少年患者，其哮喘症状（胸闷、咳嗽和呼吸困难）在运动时出现，称为运动性哮喘。
(3) **咳嗽变异性哮喘（CVA）** 以**咳嗽**为唯一症状的不典型哮喘。
- 【注意】咳嗽变异性哮喘的特点：日轻夜重，夜间咳嗽明显，无呼吸困难，辅助检查往往正常
- (4) **胸闷变异性哮喘（CTVA）** 以**胸闷**为唯一症状的不典型哮喘。
- (5) 体征
①发作时胸部呈**过度充气**状态（**有气呼不出**），哮喘发作时典型的体征是双肺可闻及广泛的**哮鸣音**（两肺散在、弥漫分布的**呼气相哮鸣音**），**呼气音延长**。
②非常严重的哮喘发作，哮鸣音反而减弱，甚至完全消失，表现为“**沉默肺**”（也称“寂静胸、静止肺”），是**病情危重**的表现。
③严重哮喘患者可出现心率增快、**奇脉**、血压降低、**胸腹反常运动**（腹式呼吸）、发绀及意识模糊。
④非发作期体检可无异常发现，故未闻及哮鸣音，不能排除哮喘。

【真题链接】

- 2001-54A. 关于支气管哮喘发作的临床表现，下列哪项不正确？
A. 强迫端坐位
B. 出现**严重**呼气性呼吸困难
C. 呼吸动度增大、呈吸气位
D. 语音**震颤**减弱
E. 大汗淋漓伴紫绀
- 【答案】ABCDE
- 1998-56A. **危重**哮喘患者的临床表现，下列哪项不正确？
A. 呈现腹式呼吸
B. 双肺哮鸣音**响亮**
C. 血压下降
D. 有奇脉
E. 意识模糊
- 【答案】ABCDE
- (2013 临床执业医师真题) 下列呼吸困难的临床表现中，强烈提示患者为支气管哮喘的是
A. 夜间或凌晨发作的喘息
B. 呼吸困难常常不能自行缓解
C. 活动时出现呼吸困难
D. 频繁发作的叹息样呼吸
E. 发作时吸气相明显延长
- 【答案】ABCDE
- (2011 临床执业医师真题) 女，45 岁。间断干咳 3 年，无低热、咯血等，反复抗生素治疗无效。查体无明显阳性体征，胸部 X 线片未见明显异常。最可能的诊断是
A. 支原体肺炎
B. 支气管结核
C. 支气管扩张
D. 咳嗽变异性哮喘
E. 慢性支气管炎
- 【答案】ABCDE

2. 辅助检查（8版 P30~31，2006、2008 考点）★★★

(1) 肺功能检查

项目	检测目的	阳性标准
通气功能	肺通气功能	参见本书内科学第一章
支气管 激发 试验	测定气道 反应性	吸入支气管激发剂乙酰甲胆碱、组胺等（激发支气管收缩） FEV ₁ 下降 $\geq 20\%$ 为阳性，提示存在 气道高反应性

支气管舒张试验	测定气道的可逆性改变	吸入支气管舒张剂沙丁胺醇、特布他林 20min 后重复测定肺功能，FEV ₁ 较用药前增加 ≥ 12%，且其绝对值增加 ≥ 200ml 为阳性，提示存在可逆性气道阻塞
PEF 及其变异率测定	测定气道的可逆性改变	哮喘有通气功能时间节律变化的特点，监测 PEF（最高呼气流量）日间变异率有助于诊断和病情评估，若昼夜 PEF 变异率 ≥ 20% 提示存在可逆性的气道改变

【注意】

- ① FEV₁/FVC < 0.70 或 FEV₁ < 正常预计值的 80% 为判断气流受限的最重要指标。
- ② 支气管激发试验具有一定的危险性，适用于非哮喘发作期、FEV₁ > 正常预计值的 70% 的患者。
- ③ 支气管舒张试验的检测目的是测定气道的可逆性改变，可用于鉴别支气管哮喘与 COPD。
- ④ 在呼吸系统疾病中，COPD 和支气管哮喘的确诊均依赖于肺功能的检测。请放在一起记忆。

【真题链接】

2006-61A. 用于鉴别 COPD 和支气管哮喘的试验是

- A. 过敏原试验
- B. 支气管激发试验
- C. 低氧激发试验
- D. 运动试验
- E. 支气管舒张试验

【答案】ABCDE

【注意】COPD 表现为不可逆性气流受限，支气管哮喘表现为可逆性气流受限。支气管舒张试验阳性提示可逆性气道阻塞，以此鉴别 COPD 和支气管哮喘。

2008-64A. 患者，男，45 岁。吸烟 20 年，有喘息、咳嗽症状，普通胸片未发现明显异常，支气管舒张试验阳性。最可能的诊断是

- A. 心源性哮喘
- B. 支气管哮喘
- C. 嗜酸性肺炎
- D. COPD

【答案】ABCDE

（2013 临床执业医师真题）男性，45 岁。间断咳嗽 2 年。每年均于秋季出现，干咳为主，夜间明显，伴憋气，常常影响睡眠，白天症状常不明显。使用多种药物抗感染治疗无效，持续 1~2 个月症状可自行消失。本次入秋后再次出现上述症状，体格检查未见明显异常。胸部 X 线片未见明显异常，肺通气功能正常。为明确诊断，宜采取的进一步检查措施是

- A. 肺部 CT
- B. 支气管镜
- C. 睡眠呼吸监测
- D. 血气分析
- E. 支气管激发试验

【答案】ABCDE

（2）动脉血气分析 严重哮喘发作时可出现缺氧。

① 呼吸性碱中毒 急性发作期 → 缺氧 → PaO₂ ↓ → 代偿性呼吸加快 → 过度通气 → PaCO₂ ↓、pH ↑，表现为呼吸性碱中毒（最常见类型）。

② 呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒 病情恶化时可出现 CO₂ 潴留，表现为呼吸性酸中毒，即严重哮喘时 → CO₂ 排出受阻 → PaCO₂ ↑ → 呼吸性酸中毒；严重哮喘（晚期）→ 缺氧 → 糖酵解 → 乳酸酸中毒 → 代酸。

【注意】急性发作期 PaCO₂ 降低 → 呼吸性碱中毒；严重哮喘时呼气性呼吸困难进一步加重 → CO₂ 排出受阻 → PaCO₂ ↑ → 呼吸性酸中毒。因此，PaCO₂ 升高是病情加重的标志。

【真题链接】

2002-59A. 对支气管哮喘急性发作病人进行血气分析，其中 PaCO₂ 增高提示

- A. 病情好转
- B. 出现呼吸性碱中毒
- C. 病情恶化
- D. 出现心力衰竭
- E. 无临床意义

【答案】ABCDE

（2006 临床执业医师真题）支气管哮喘发作时最常见的血气改变是

- A. PH 值上升，PaO₂ 下降，PaCO₂ 降低
- B. PH 值上升，PaO₂ 下降，PaCO₂ 上升
- C. PH 值下降，PaO₂ 下降，PaCO₂ 降低
- D. PH 值下降，PaO₂ 下降，PaCO₂ 上升
- E. PH 值正常，PaO₂ 下降，PaCO₂ 上升

【答案】ABCDE

3. 急性发作期病情严重程度分级（8 版 P31，2011、2012 考点）★★★

（1）急性发作期病情严重程度分级 急性发作时严重程度可分为轻度、中度、重度 and 危重 4 级。

临床特点	轻度	中度	重度（常考）	危重（常考）
①精神状态	可有焦虑，尚安静	时有焦虑或烦躁	常有焦虑、烦躁	—
②体位	可平卧	喜坐位	端坐呼吸	—
③讲话方式	连续成句	单词（讲话常有中断）	单字	不能讲话

④心率（次/分）	< 100	100~120	> 120	慢或不规则	
⑤奇脉	无	可有	常有	无	
⑥哮鸣音	散在，呼吸末期	响亮、弥漫	响亮、弥漫	减弱，甚至消失（“沉默肺”）	

（2）心率（P） 解题时常根据心率来判断患者的严重程度分级。

【记忆技巧】

①轻度：P < 100 次/分 —— 记忆为“不需要打电话给 120 急救（< 100）”。

②中度：100 < P < 120 次/分 —— 记忆为“暂时不需要打电话给 120 急救（< 120）”。

③重度：P > 120 次/分 —— 记忆为“严重了，需要打（>）电话给 120 急救（> 120）”。

（3）常考可出现奇脉的疾病归纳总结 奇脉是指吸气时脉搏显著减弱或消失，又称吸停脉。可见于右心衰、大量胸腔积液、大量心包积液、缩窄性心包炎、肺气肿、支气管哮喘等。

4. 治疗（8 版 P32~36，2009、2011、2012、2015、2016 考点）★★★★

- （1）确定并减少危险因素接触 使患者脱离并长期避免接触危险因素（脱离变应原）是最有效的防治方法。
- （2）药物治疗 哮喘治疗药物分为缓解性药物和控制性药物。

	缓解性药物	控制性药物
又称	解痉平喘药（针对哮喘的症状——“治标”）	抗炎药（针对哮喘的本质——“治本”）
定义	是指按需使用的药物，通过迅速解除支气管痉挛从而缓解哮喘症状	是指需要长期使用的药物，主要用于治疗气道慢性炎症，使哮喘维持临床控制
包括	①短效 β_2 受体激动剂（SABA） ②短效吸入型抗胆碱能药物（SAMA） ③短效茶碱 ④全身用糖皮质激素（即短期口服、静脉用糖皮质激素，一般用 3~5 天，不宜长期使用）	①吸入型糖皮质激素（ICS）（可单独使用） ②白三烯（LT）调节剂（可单独使用） ③长效 β_2 受体激动剂（LABA，不能单独使用） ④缓释茶碱；⑤色甘酸钠；⑥抗 IgE 抗体；⑦联合药物（如 ICS/LABA）

【注意】

①缓解性药物与控制性药物的分类需要掌握，前者包括的药物种类少，容易记住。由于缓解性药物是短期使用，用以缓解哮喘的症状（类似于速效救心丸在治疗心绞痛急性发作中的作用），因此其名称中常含有“短效”二字，即缓解性药物 = 短效制剂 + 全身用糖皮质激素（也是短期使用）。

②控制性药物除吸入型糖皮质激素和白三烯调节剂外，其余均不能单独使用。

【真题链接】

- 2015-64A. 治疗支气管哮喘的缓解药物不包括
- A. 速效吸入的 β_2 受体激动剂 B. 短效茶碱
- C. 白三烯调节剂 D. 全身用糖皮质激素
- 【答案】ABCDE

（3）常考代表性药物的特点归纳总结

分类	代表药物	常考特点（8 版内科书的“最”“首选”“唯一”）
支气管舒张药	β_2 受体激动剂	SABA：沙丁胺醇、特布他林 LABA：福莫特罗、沙美特罗 为治疗哮喘急性发作的首选药物，首选吸入给药 LABA 与 ICS 联合是目前最常用的哮喘控制性药物 LABA（沙美特罗等）不能单独用于哮喘的治疗
	抗胆碱药	异丙托溴铵 尤其适用于夜间哮喘及多痰的患者
	茶碱类药物	氨茶碱 用药期间监测血药浓度，安全有效浓度：6~15mg/L
抗炎药类	糖皮质激素	倍氯米松、布地奈德 目前控制哮喘最有效的药物（针对哮喘本质治疗） ICS 已成为目前哮喘长期治疗的首选药物 不主张长期口服激素用于维持哮喘控制的治疗
	白三烯调节剂	扎鲁司特 是目前除 ICS 外唯一可单独应用的哮喘控制性药物
抗炎药类	色甘酸钠	— 用于预防支气管哮喘的发作
	酮替酚	—

【注意】

- ①治疗支气管哮喘急性发作的**首选药物**——短效的 β_2 受体激动剂（首选**吸入**给药）。
- ②目前控制支气管哮喘**最有效的药物**——糖皮质激素。不良反应**最小**的糖皮质激素——布地奈德。
- ③**吸入治疗**是目前推荐长期抗炎治疗哮喘的**最常用方法**

【真题链接】

2016-65A. 支气管哮喘急性发作首选的药物治疗方法是

- A. 静脉注射氨茶碱
- B. 雾化吸入异丙托溴铵
- C. 雾化吸入沙丁胺醇
- D. 静脉使用糖皮质激素

【答案】ABCDE

2009-63A. 下列药物中，属于治疗支气管哮喘患者的 β_2 受体激动剂的是

- A. 氨茶碱
- B. 异丙托溴铵
- C. 色苷酸钠
- D. 沙丁胺醇

【答案】ABCDE

(4) 急性发作期的治疗 支气管哮喘急性发作期**激素**治疗原则：能**吸入**不**口服**，能**口服**不**静脉注射**。

分度	可供选择的治疗方案	记忆关键词
轻度	间断 吸入短效 β_2 受体激动剂（SABA）。效果不佳时可加缓释茶碱片，或加用短效抗胆碱药气雾剂吸入	间断 （按需使用） 吸入 SABA ，这里 没有用糖皮质激素
中度	规则 雾化吸入短效 β_2 受体激动剂（SABA），第1小时内可持续雾化吸入。联合应用雾化 吸入 短效抗胆碱药、 激素 混悬液。也可联合静脉注射茶碱类。如果治疗效果欠佳，尤其是在控制性药物治疗的基础上发生的急性发作，应尽早 口服激素 ，同时吸氧	规则 （每日定时） 吸入 SABA ， 吸入激素 ，效果不佳 口服激素
重度、危重度	持续雾化吸入短效 β_2 受体激动剂（SABA），联合雾化吸入短效抗胆碱药、激素混悬液以及静脉茶碱类药物。吸氧。尽早静脉应用激素，待病情得到控制和缓解后改为口服给药	持续 （持续用） 吸入 SABA ， 吸入激素 ，尽早 静脉应用激素

重度、危重度患者注意维持水、电解质平衡，纠正酸碱失衡，当 $\text{pH} < 7.20$ 且合并**代谢性酸中毒**时，应适当**补碱**。经过上述治疗，临床症状和肺功能无改善甚至继续恶化者，应及时给予**机械通气治疗**，其指征主要包括**呼吸肌疲劳**、 $\text{PaCO}_2 \geq 45\text{mmHg}$ 、**意识改变**（如**神志恍惚**，**意识模糊**等，需进行有创机械通气）。

(5) 重度、危重度支气管哮喘的处理记忆（考试重点）

【记忆技巧】“一补二纠三补碱、氧疗两素两兴奋”。

- ①“一补”→**补液**（**大量补液**）
- ②“二纠”→**纠正酸中毒**、**纠正电解质紊乱**
- ③“三补碱”→**补碱**、**抗胆碱药**、**氨茶碱**
- ④“氧疗”→**氧疗**（吸氧、气管插管等）
- ⑤“两素”→**糖皮质激素**、**抗生素**（预防感染）
- ⑥“两兴奋”→短效 β_2 受体**兴奋剂**持续雾化吸入，机械通气**兴奋**呼吸肌（考试重点）

【注意】重度、危重度哮喘的治疗应“**大量补液**”，而急性呼吸窘迫综合征（ARDS）的治疗应“**限制补液量**”

【真题链接】

2011-63A. 患者，男，30岁。哮喘发作已3天，氨茶碱、吸入丙酸倍氯米松气雾剂无效而来诊，体检，患者**神志恍惚**，**发绀**，有**奇脉**，两肺**满布哮鸣音**，**HR120次/分**，对该患者的紧急处理方法是

- A. 静脉推注氨茶碱并检测血药浓度
- B. 静脉注射地塞米松和受体激动剂
- C. 大量补液、气管插管和**机械通气**
- D. 静脉推注抗生素和支气管舒张剂

【答案】ABCDE

(96~98题共用题干) 男性，35岁。支气管哮喘30年，再发咳嗽伴喘息3天，吸入沙丁胺醇症状稍改善，1天来喘息加重。查体：R32次/分，端坐呼吸，大汗，**语不成句**，**口唇发绀**，双肺呼吸音低，可闻及散在哮鸣音，未闻及湿啰音，**心率126次/分**，有**奇脉**。

2012-96A. 应首选的辅助检查是

- A. 胸部X线
- B. 肺功能
- C. 动脉血气分析
- D. 心电图

【答案】ABCDE

2012-97A. 下列处理措施中，**不恰当**的是

- A. **鼻导管吸氧**
- B. **静脉滴注糖皮质激素**
- C. **持续雾化吸入 β_2 受体激动剂**
- D. **限制液体入量**（ $< 2000\text{ml/d}$ ）

【答案】ABCDE

2012-98A. 经治疗病情不缓解, 病人出现嗜睡。意识模糊, 不能言语, 查体哮鸣音消失, 应采取的最主要措施

- A. 面罩吸氧
B. 静脉注射肾上腺素
C. 机械通气
D. 静脉滴注呼吸兴奋剂

【答案】ABCDE

第三章 支气管扩张症

1. 临床表现 (8 版 P38, 2006 考点) ★★★

(1) 慢性咳嗽、大量脓痰 主要症状为持续或反复的咳嗽、咳痰或咳脓痰。

(2) 反复咯血 50%~70% 的病例可发生咯血, 从痰中带血至大量咯血, 大出血常为小动脉被侵蚀或增生的血管被破坏所致。咯血量与病情严重程度、病变范围有时不一致。

【注意】支扩的三大临床表现为慢性咳嗽 + 咳大量脓痰 + 反复咯血, 即“咳、痰、血”。

(3) 反复肺部感染 其特点是同一肺段反复发生肺炎并迁延不愈。这是由于扩张的支气管清除分泌物的功能丧失, 引流差, 易于反复发生感染。

(4) 干性支气管扩张 部分患者以反复咯血为唯一症状, 平时无咳嗽、咳脓痰等症状, 临床上称为干性支气管扩张。病变部位多位于引流良好的上叶支气管。

【注意】干性支气管扩张为特殊类型的支扩。内科学中其他类似的特殊概念: 咳嗽(或胸闷)变异性哮喘、孤立性房颤、无症状(或高排出量、舒张性)心力衰竭、亚临床肝癌、亚临床肝性脑病、无症状细菌尿(隐匿性尿感)、隐匿性肾炎、尿道综合征、无症状性尿异常、复杂性尿感。请同学们牢记这些概念。

(5) 好发部位 支扩好发于左下叶和舌叶支气管。

(6) 体征 早期或干性支气管扩张可无异常肺部体征, 病变重或继发感染时常可闻及下胸部、背部固定而持久的局限性粗湿啰音, 有时可闻及哮鸣音, 部分慢性患者伴有杵状指(趾)。

【真题链接】

2000-60A. 男性, 44 岁, 一周前上感伴咳嗽, 三小时前突然咯鲜血, 量达 300ml, 无胸痛。既往有痰中带鲜血史。查体: 体温 37.3℃, 血压正常, 双肺叩清, 右下肺可闻中小水泡音, 心尖部可闻 3/6 级收缩期吹风样杂音。最可能的诊断为

- A. 肺结核病伴空洞
B. 支气管扩张症
C. 肺梗塞
D. 肺炎球菌性肺炎
E. 风湿性心脏瓣膜病

【答案】ABCDE

(2013 临床执业医师真题) 女, 60 岁。反复咳嗽、咳脓痰、咯血 30 年, 再发伴发热 3 天。近 3 天来静脉滴注“头孢菌素”, 仍有较多脓痰及痰中带血。查体: T37.5℃, 左下肺可闻及湿性啰音, 杵状指。该患者最可能的诊断是

- A. 慢性支气管炎
B. 支气管扩张
C. 肺结核
D. 肺脓肿
E. 支气管肺癌

【答案】ABCDE

(2011 临床执业医师真题) 体检发现单侧肺底部湿性啰音, 且长期固定存在的情况最常见于

- A. 支气管扩张
B. 慢性阻塞性肺疾病
C. 心力衰竭
D. 肺结核
E. 特发性肺纤维化

【答案】ABCDE

2. 辅助检查 (8 版 P38~39) ★★★

(1) 胸片 气道壁增厚, 主要由支气管周围炎症所致。由于受累肺实质通气不足、萎陷, 扩张的气道往往聚拢, 纵切面可显示为“双轨征”, 横切面显示“环形阴影”。

①双轨征——支气管柱状扩张的典型 X 线表现 ②卷发样阴影——支气管囊状扩张的典型 X 线表现

【注意】胸片对判断有无支气管扩张缺乏特异性, 病变轻时(早期)影像学检查可正常。

(2) 支气管碘油(碘脂质)造影 为传统诊断支气管扩张的金标准, 其为创伤性检查, 耐受性差加上后遗症多, 现已被高分辨 CT (HRCT) 所取代。

(3) 高分辨 CT (HRCT) 具有无创、易重复、易接受的特点, 是确诊支气管扩张的首选方法。典型支气管扩张在 HRCT 上的特征为支气管腔扩张(支气管的内径大于伴行的肺动脉)、支气管壁增厚、正常支气管的鼠尾征消失、扩张的支气管腔内出现气液平面。①柱状扩张→与扫描平面平行的支气管呈分枝状的“双轨征”; ②囊状扩张→单个或多个簇状含气囊。

(4) 其他辅助检查 纤维支气管镜检查、痰液检查、痰涂片染色以及痰细菌培养及肺功能测定。

【真题链接】

(2011、2013 临床执业医师真题) 诊断支气管扩张首选的检查是

- A. 胸部 X 线片
B. 胸部高分辨率 CT
C. 支气管造影