

GUOJIAZHIIYIYISHI
ZIGEKAOSHI
KOUQIANGYISHI YINGSHIZHIDAO

国家医学考试中心推荐用书



国家执业医师 资格考试

口腔医师应试指导

(下册)

《国家执业医师资格考试应试指导》专家组 编

中国协和医科大学出版社



国家医学考试中心推荐用书

· 国家执业医师资格考试 ·

口腔医师应试指导

(2005 版)

(下 册)

《国家执业医师资格考试应试指导》专家组 编

中国协和医科大学出版社

目 录

(上 册)

第一篇 生物化学	(1)
第一单元 蛋白质结构与功能	(1)
第二单元 核酸的结构与功能	(3)
第三单元 酶	(6)
第四单元 糖代谢	(10)
第五单元 氧化磷酸化	(15)
第六单元 脂肪代谢	(17)
第七单元 磷脂、胆固醇及血浆脂蛋白	(20)
第八单元 氨基酸代谢	(23)
第九单元 核苷酸代谢	(29)
第十单元 遗传信息的传递	(32)
第十一单元 基因表达调控	(39)
第十二单元 信息物质、受体与信号传导	(45)
第十三单元 重组 DNA 技术	(47)
第十四单元 癌基因与生长因子概念	(50)
第十五单元 血液生化	(51)
第十六单元 肝胆生化	(54)
第二篇 药理学	(57)
第一单元 药物效应动力学	(57)
第二单元 药物代谢动力学	(59)
第三单元 胆碱受体激动药	(61)
第四单元 抗胆碱酯酶药和胆碱酯酶复活药	(62)
第五单元 M 胆碱受体阻断药	(64)
第六单元 肾上腺素受体激动药	(66)
第七单元 肾上腺素受体阻断药	(69)
第八单元 局部麻醉药	(71)
第九单元 镇静催眠药	(71)
第十单元 抗癫痫药和抗惊厥药	(72)
第十一单元 抗帕金森病药	(74)
第十二单元 抗精神失常药	(75)

第十三单元	镇痛药	(77)
第十四单元	解热镇痛抗炎药	(79)
第十五单元	钙拮抗药	(80)
第十六单元	抗心律失常药	(82)
第十七单元	治疗充血性心力衰竭的药物	(84)
第十八单元	抗心绞痛药	(85)
第十九单元	抗动脉粥样硬化药	(86)
第二十单元	抗高血压药	(87)
第二十一单元	利尿药及脱水药	(89)
第二十二单元	作用于血液及造血器官的药物	(90)
第二十三单元	组胺受体阻断药	(93)
第二十四单元	作用于呼吸系统的药物	(93)
第二十五单元	作用于消化系统的药物	(94)
第二十六单元	肾上腺皮质激素类药物	(95)
第二十七单元	甲状腺激素和抗甲状腺素药	(97)
第二十八单元	胰岛素和口服降血糖药	(97)
第二十九单元	β -内酰胺类抗生素	(98)
第三十单元	大环内酯类及林可霉素类抗生素	(100)
第三十一单元	氨基苷类抗生素	(101)
第三十二单元	四环素及氯霉素	(102)
第三十三单元	人工合成的抗菌药	(104)
第三十四单元	抗真菌药和抗病毒药	(104)
第三十五单元	抗结核病药	(105)
第三十六单元	抗疟药	(106)
第三十七单元	抗恶性肿瘤药	(107)
第三篇	医学微生物学	(108)
第一单元	微生物的基本概念	(108)
第二单元	细菌的形态与结构	(108)
第三单元	细菌的生理	(111)
第四单元	消毒与灭菌	(113)
第五单元	噬菌体	(114)
第六单元	细菌的遗传与变异	(115)
第七单元	细菌的感染与免疫	(116)
第八单元	细菌感染的检查方法与防治原则	(119)
第九单元	球菌	(121)
第十单元	肠道杆菌	(124)
第十一单元	弧菌属	(126)
第十二单元	厌氧性细菌	(126)

第十三单元	棒状杆菌属	(128)
第十四单元	分枝杆菌属	(129)
第十五单元	放线菌属和奴卡菌属	(130)
第十六单元	动物源性细菌	(130)
第十七单元	其他细菌	(132)
第十八单元	支原体	(133)
第十九单元	立克次体	(134)
第二十单元	衣原体	(135)
第二十一单元	螺旋体	(135)
第二十二单元	真菌	(137)
第二十三单元	病毒的基本性状	(138)
第二十四单元	病毒的感染和免疫	(140)
第二十五单元	病毒感染的检查方法与防治原则	(143)
第二十六单元	呼吸道病毒	(144)
第二十七单元	肠道病毒	(146)
第二十八单元	肝炎病毒	(147)
第二十九单元	虫媒病毒	(152)
第三十单元	出血热病毒	(153)
第三十一单元	疱疹病毒	(153)
第三十二单元	反转录病毒	(155)
第三十三单元	其他病毒	(156)
第四篇 医学免疫学		(158)
第一单元	绪论	(158)
第二单元	抗原	(159)
第三单元	免疫器官	(161)
第四单元	免疫细胞	(162)
第五单元	免疫球蛋白	(165)
第六单元	补体系统	(168)
第七单元	细胞因子	(172)
第八单元	白细胞分化抗原和粘附分子	(176)
第九单元	主要组织相容性复合体及其编码分子	(177)
第十单元	免疫应答	(180)
第十一单元	免疫应答的调节	(184)
第十二单元	免疫耐受	(186)
第十三单元	超敏反应	(188)
第十四单元	自身免疫和自身免疫病	(192)
第十五单元	免疫缺陷病	(194)
第十六单元	肿瘤免疫	(196)

第十七单元 移植免疫	(197)
第十八单元 免疫学检测技术	(199)
第十九单元 免疫学防治	(203)
第五篇 口腔解剖生理学	(206)
第一单元 牙体解剖生理	(206)
第二单元 颌与颌位	(219)
第三单元 口腔颌面颈部解剖	(224)
第四单元 口腔功能	(236)
第六篇 口腔组织病理学	(243)
第一单元 牙体组织	(243)
第二单元 牙周组织	(250)
第三单元 口腔粘膜	(252)
第四单元 涎腺	(254)
第五单元 口腔颌面部发育	(256)
第六单元 牙的发育	(259)
第七单元 牙的发育异常	(262)
第八单元 龋	(263)
第九单元 牙髓病	(266)
第十单元 根尖周病	(267)
第十一单元 牙周组织疾病	(269)
第十二单元 口腔粘膜病	(272)
第十三单元 颌骨疾病	(277)
第十四单元 涎腺疾病	(280)
第十五单元 口腔颌面部囊肿	(285)
第十六单元 牙源性肿瘤	(289)
第十七单元 口腔癌	(294)
第七篇 口腔内科学	(296)
第一单元 龋病	(296)
第二单元 非龋性牙体硬组织疾病	(319)
第三单元 牙髓疾病	(330)
第四单元 根尖周组织疾病	(342)
第五单元 牙周病病因学	(354)
第六单元 牙周病的主要症状和检查	(361)
第七单元 牙龈病——病因、临床表现、诊断和治疗	(367)
第八单元 牙周炎——病因、临床表现、诊断和治疗原则	(373)
第九单元 牙周病的治疗	(386)
第十单元 口腔粘膜疾病	(400)
第十一单元 儿童口腔病特点	(431)

第八篇 口腔颌面外科学	(444)
第一单元 口腔颌面外科基本知识与基本操作	(444)
第二单元 口腔颌面外科麻醉	(463)
第三单元 牙及牙槽外科	(470)
第四单元 口腔颌面部感染	(481)
第五单元 口腔颌面部损伤	(503)
第六单元 口腔颌面部肿瘤	(515)
第七单元 涎腺疾病	(540)
第八单元 颞下颌关节疾病	(546)
第九单元 神经疾患	(552)
第十单元 先天性唇、腭裂	(559)
第十一单元 口腔颌面部影像技术及诊断	(564)
第十二单元 牙颌面畸形	(574)
第十三单元 口腔颌面部后天畸形和缺损	(575)
第九篇 口腔修复学	(582)
第一单元 口腔检查与修复前准备	(582)
第二单元 牙体缺损的修复	(588)
第三单元 牙列缺损修复	(613)
第四单元 牙列缺失修复全口义齿	(653)
第十篇 口腔预防医学	(674)
第一单元 绪论	(674)
第二单元 口腔流行病学	(675)
第三单元 龋病的预防	(699)
第四单元 氟化物与牙健康	(704)
第五单元 窝沟封闭和预防性充填	(717)
第六单元 牙周疾病预防方法	(725)
第七单元 刷牙	(731)
第八单元 口腔癌的预防	(738)
第九单元 特定人群的口腔保健	(740)
第十单元 口腔健康教育与促进	(751)
第十一单元 口腔保健实践中的感染与控制	(757)

(下 册)

第十一篇 临床综合 (内科基础)	(767)
第一单元 常见症状与体征	(767)
第二单元 血液学有关检验	(779)
第三单元 慢性支气管炎和阻塞性肺气肿	(782)

第四单元 慢性肺源性心脏病	(783)
第五单元 支气管哮喘	(785)
第六单元 呼吸衰竭	(785)
第七单元 肺炎	(789)
第八单元 动脉粥样硬化	(792)
第九单元 感染性心内膜炎	(800)
第十单元 胃、十二指肠疾病	(804)
第十一单元 肝脏疾病	(809)
第十二单元 尿液检查	(812)
第十三单元 肾小球疾病	(812)
第十四单元 泌尿系感染	(814)
第十五单元 贫血	(818)
第十六单元 淋巴瘤	(821)
第十七单元 出血性疾病	(822)
第十八单元 甲状腺疾病	(824)
第十九单元 肾上腺疾病	(825)
第二十单元 糖尿病	(826)
第二十一单元 传染病概论	(834)
第二十二单元 病毒感染	(837)
第二十三单元 精神病学概论	(843)
第二十四单元 周围神经病	(855)
第二十五单元 脑血管疾病	(857)
第十二篇 临床综合(外科基础)	(862)
第一单元 水、电解质代谢和酸碱平衡的失调	(862)
第二单元 外科休克	(866)
第三单元 外科感染	(871)
第四单元 创伤和战伤	(879)
第五单元 烧伤	(883)
第六单元 颈部疾病	(886)
第十三篇 卫生法规	(889)
第一单元 医疗与妇幼保健监督管理法规	(889)
第二单元 疾病控制与公共卫生监督管理法规	(907)
第三单元 血液与药品监督管理法规	(966)
第十四篇 预防医学	(973)
第一单元 绪论	(973)
第二单元 人类和环境	(976)
第三单元 物理因素与健康	(980)
第四单元 化学因素与健康	(983)

第五单元	食物因素与健康	(995)
第六单元	人群健康的研究方法	(1004)
第七单元	人群健康研究的流行病学原理和方法	(1028)
第八单元	疾病的预防和控制	(1035)
第十五篇	医学心理学	(1067)
第一单元	绪论	(1067)
第二单元	医学心理学基础	(1070)
第三单元	心理卫生	(1077)
第四单元	心身疾病	(1079)
第五单元	心理评估	(1081)
第六单元	心理治疗与咨询	(1084)
第七单元	病人心理	(1089)
第八单元	医患关系	(1092)
第十六篇	医学伦理学	(1095)
第一单元	医学与医学伦理学	(1095)
第二单元	医学伦理学的规范体系	(1097)
第三单元	医患关系	(1102)
第四单元	医务人员之间的关系	(1104)
第五单元	医德修养与医德评价	(1106)
第六单元	医学研究与医学道德	(1107)
第七单元	生命伦理学的若干问题	(1108)
第八单元	医学伦理学文献	(1114)
附录 1	国家执业医师资格考试题型介绍	(1116)
附录 2	国家执业医师资格考试口腔医师考题精选及解析	(1127)

4. 超高热 体温为 41°C 以上。

(二) 临床过程与特点 在临床上, 发热的过程大致可分为 3 期, 各期的临床症状有所差异。

1. 体温上升期 此期主要表现为皮肤苍白、干燥, 畏寒或寒战, 口唇发绀, 自觉外界非常寒冷。体温升高可呈急升型或缓升型。急升型多于数十分钟内体温升至高峰, 常达 39°C 以上, 伴寒战, 常见于疟疾、败血症、大叶性肺炎、输液或输血反应等。缓升型则体温逐渐上升, 需数小时或数日才达高峰, 常见于伤寒、结核病、布鲁菌病等。

2. 高温持续期 是体温达高峰并保持于一定水平的时期。当体温升高到一定程度的时候, 体温调节中枢会自动加强对体温的调节作用, 散热过程开始加强, 但由于体内仍受致热原的不断刺激, 产热效应尚未降低, 故产热与散热在新的基础上重新建立相对的平衡, 使体温维持在一定的高水平上。临床上主要表现为皮肤潮红而灼热, 呼吸加速加强, 头痛, 烦躁和口渴等。此时可有少量出汗。此期可持续数小时或数天, 前者如疟疾, 后者如肺炎、伤寒、流行性出血热、乙型脑炎、败血症等。

3. 体温下降期 由于机体的自卫作用达到了目的, 致热原已被清除, 或因病人接受了解热药物治疗, 体温调节中枢会使机体产热减少、散热增多, 从而导致体温逐渐下降, 达到正常水平。体温下降时可呈骤降型或渐降型。骤降型是指病人的体温于数小时内骤退至正常水平, 常见于疟疾、大叶性肺炎、恙虫病、输液反应等; 渐降型是指体温于数日内才能降至正常水平, 如风湿热、结核病、隐球菌性脑膜炎、伤寒等。由于骤降型病人于体温下降时常大量出汗, 故较易发生虚脱或休克。

(三) 热型 是指发热时的体温曲线类型, 在临床病例的诊断和鉴别诊断中有重要参考意义。

1. 稽留热 是指体温明显升高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 及以上, 24 小时内体温波动相差不超过 1°C , 常见于伤寒、大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、恙虫病等的症状明显期。

2. 弛张热 是指 24 小时内体温波动相差超过 2°C , 但最低点未达正常水平的体温曲线类型, 常见于伤寒的缓解期、败血症、风湿热、细菌性肝脓肿等。

3. 间歇热 体温骤然升达高峰, 持续数小时, 又迅速降至正常水平, 无热期可持续 1 天至数天, 如此高热期与无热期反复交替出现, 见于疟疾, 急性肾盂肾炎等。

4. 回归热 是指急升型高热持续数日后自行骤降, 但数日后又再出现的体温曲线类型, 可见于回归热、霍奇金淋巴瘤等。

5. 波状热 是指体温逐渐上升达 39°C 或以上, 发热数日后逐渐下降, 数日后又再发热数日的热型, 可见于布鲁菌病等。

6. 不规则热 是指发热病人体温曲线无一定规律的热型, 可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、流行性感冒、败血症、癌性发热等。

(四) 临床意义 发热病人常伴有其他的症状与体征, 这对寻找发热的病因很有帮助。较常见的症状与体征有:

1. 皮疹 许多发热性疾病都伴有皮疹。皮疹可分为内疹和外疹两大类。内疹是指粘膜疹, 如麻疹的口腔粘膜疹。外疹可分为斑疹、丘疹、斑丘疹、疱疹、荨麻疹和出血疹。斑疹呈红色不凸出皮肤, 可见于斑疹伤寒、猩红热等; 丘疹呈红色凸出皮肤, 可见于麻疹、恙虫

病、传染性单核细胞增多症等；斑丘疹是指斑疹与丘疹同时存在，可见于麻疹、登革热等；疱疹可见于水痘、带状疱疹等；荨麻疹可见于输血或输液反应、病毒性肝炎等；出血疹可见于流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热等。玫瑰疹属于丘疹，呈粉红色，可见于伤寒、沙门菌感染等。焦痂发生于昆虫传播媒介叮咬处，可见于恙虫病、北亚蜱媒立克次体病等。有些疾病，如登革热、流行性脑脊髓膜炎等，可同时出现斑丘疹和出血疹。

2. 皮下出血点 常见于流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎、败血症等。严重时形成皮下瘀斑。

3. 淋巴结肿大 多见于淋巴瘤、恶性组织细胞病、白血病、恙虫病、钩端螺旋体病、传染性单核细胞增多症、局部化脓性感染等。肿大的淋巴结可发生质地改变、压痛、粘连等。

4. 结膜充血 可见于急性结膜炎、钩端螺旋体病、流行性脑脊髓膜炎等。结膜下出血常见于钩端螺旋体病、败血症等。

5. 肌痛 多见于布鲁菌病、皮炎、风湿热等。钩端螺旋体病多表现为腓肠肌痛。

6. 关节痛 常见于类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、风湿病、布鲁菌病等。

7. 肝脾肿大 见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、布鲁菌病、疟疾、白血病、淋巴瘤、黑热病、急性血吸虫病等。

第二节 咯 血

病因

以呼吸系统和循环系统疾病为主。

(一) 支气管疾病 多见于支气管扩张症、支气管肺癌、支气管内膜结核、慢性支气管炎等；少见的有支气管腺瘤、支气管结石等。

(二) 肺部疾病 常见于肺结核、肺炎、肺脓肿等；其次是肺梗死、肺吸虫等。肺结核咯血原因有毛细血管通透性增高，血液渗出，空洞内小动脉瘤破裂或继发的结核性支气管扩张形成的小动静脉瘘破裂；前者咯血较少，后者可引起致命性大咯血。

(三) 循环系统疾病 主要是二尖瓣狭窄，其次为房间隔缺损、动脉导管未闭等先天性心脏病并发肺动脉高压。二尖瓣狭窄咯血原因有肺淤血致肺泡壁或支气管内膜毛细血管破裂，粘膜下层支气管静脉曲张破裂，肺水肿致血液渗漏到肺泡腔或并发出血性肺梗死。其咯血各有特点：小量咯血或痰中带血、大咯血、咯粉红色浆液泡沫样血痰或粘稠暗红色血痰。

(四) 其他 血液病（如血小板减少性紫癜、白血病、再生障碍性贫血）、急性传染病（如流行性出血热、肺型钩端螺旋体病）、风湿病（如贝赫切特病、结节性多动脉炎、Wegener肉芽肿）、肺出血肾炎综合征等均可因出凝血机制障碍与血管炎性损坏而有咯血。子宫内膜异位症则因异位子宫内膜周期性增生脱落，定期咯血。

第三节 胸 痛

胸痛主要是胸部疾病所引起，少数为其他部位的病变所致。因痛阈个体差异性大，故胸

痛的程度与原发疾病的病情轻重并不完全一致。

临床表现

(一) 发病年龄 青壮年胸痛, 应注意胸膜炎、自发性气胸、心肌病、风湿性心脏病; 在老年人则应注意心绞痛与心肌梗死。

(二) 胸痛部位 胸壁的炎症性病变, 局部可有红、肿、痛、热表现。带状疱疹是成簇的水疱沿一侧肋间神经分布伴神经痛, 疱疹不超过体表中线。非化脓性肋骨软骨炎多侵犯第一、二肋软骨, 呈单个或多个隆起, 有疼痛但局部皮肤无红肿表现。食管及纵隔病变, 胸痛多在胸骨后。心绞痛及心肌梗死的疼痛多在心前区及胸骨后或剑突下; 自发性气胸、胸膜炎及肺梗死的胸痛多位于患侧的腋前线及腋中线附近。

(三) 胸痛性质 带状疱疹呈刀割样痛或灼痛。食管炎则多为烧灼痛。心绞痛呈绞窄性并有窒息感, 心肌梗死则痛更剧烈而持久并向左肩和左臂内侧放射。干性胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛。肺癌常有胸部闷痛。肺梗死则表现突然的剧烈刺痛、绞痛, 并伴有呼吸困难与紫绀。

(四) 影响胸痛因素 劳累、过强体力活动、精神紧张可诱发心绞痛发作, 应用硝酸甘油片, 可使心绞痛缓解而心肌梗死则无效。胸膜炎及心包炎的胸痛则可因用力呼吸及咳嗽而加剧。反流性食管炎的胸骨后烧灼痛, 在服用抗酸剂和促动力药物(如多潘立酮等)后可减轻或消失。

第四节 呼吸困难

呼吸困难是指患者主观上有空气不足或呼吸费力的感觉, 而客观上表现为呼吸频率、深度及节律的改变, 患者用力呼吸, 可见呼吸辅助肌参与呼吸运动, 严重者可呈端坐呼吸甚至发绀。

临床常见类型与特点

根据临床症状及发生机制, 可将呼吸困难分为以下几种类型:

(一) 肺源性呼吸困难 系呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍, 导致缺氧和/或二氧化碳潴留。临床上分为二种类型:

1. 吸气性呼吸困难 特点是吸气费力, 重者由于呼吸肌极度用力, 胸腔负压增大, 吸气时胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷, 称“三凹征”, 常伴有干咳及高调吸气性喉鸣。发生机制是各种原因引起的喉、气管、大支气管的狭窄与梗阻, 如急性喉炎、喉水肿、喉痉挛、白喉、喉癌、气管肿瘤、气管异物或气管受压(甲状腺肿大、淋巴结肿大或主动脉瘤压迫)等。

2. 呼气性呼吸困难 特点是呼气费力, 呼气时间延长而缓慢, 常伴有哮鸣音。发生机制是肺泡弹性减弱和/或小支气管狭窄阻塞。常见于支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿等。

3. 混合性呼吸困难 特点是吸气与呼气均感费力, 呼吸频率增快、变浅, 常伴有呼吸音减弱或消失, 可有病理性呼吸音。发生机制是肺部病变广泛, 呼吸面积减少, 影响换气功能。常见于重症肺炎、重症肺结核、大片肺不张、大块肺梗死、弥漫性肺间质纤维化、大量

胸腔积液和气胸等。

(二) 心源性呼吸困难 主要由左心和/或右心衰竭引起,两者发生机制不同,左心衰竭所致呼吸困难较为严重。

1. 左心衰竭 发生机制为:①肺淤血使气体弥散功能降低;②肺泡张力增高,刺激牵张感受器,通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢;③肺泡弹性减退,扩张与收缩能力降低,肺活量减少;④肺循环压力升高对呼吸中枢的反射性刺激。

左心衰竭所致呼吸困难的特点是活动时出现或加重,休息时减轻或缓解,仰卧加重,坐位减轻。因坐位时下半身回心血量减少,减轻肺淤血的程度;同时坐位时膈位置降低,运动加强,肺活量可增加10%~30%,因此病情较重病人,常被迫采取端坐呼吸体位。

急性左心衰竭时,常出现阵发性夜间呼吸困难。其发生机制为:①睡眠时迷走神经兴奋性增高,冠状动脉收缩,心肌供血减少,降低心功能;②仰卧位时肺活量减少,下半身静脉回心血量增多,致肺淤血加重。发作时,病人突感胸闷气急而惊醒,被迫坐起,惊恐不安。轻者数分钟至数十分钟后症状逐渐消失,重者气喘、发绀、出汗,有哮鸣音,咳粉红色泡沫样痰,两肺底部有湿性啰音,心率加快。此种呼吸困难又称为心源性哮喘,常见于高血压性心脏病、冠心病、风湿性心脏瓣膜病、心肌炎、心肌病等。

2. 右心衰竭 发生机制为:①右心房与上腔静脉压升高,刺激压力感受器反射地兴奋呼吸中枢;②血氧含量减少,酸性代谢产物增多,刺激呼吸中枢;③淤血性肝肿大、腹水和胸水,使呼吸运动受限。临床上主要见于慢性肺心病。

(三) 中毒性呼吸困难 在尿毒症、糖尿病酮症酸中毒和肾小管性酸中毒时,血中酸性代谢产物增多,强烈刺激呼吸中枢,出现深而规则的呼吸,可伴有鼾声,称为酸中毒大呼吸(Kussmaul呼吸)。急性感染和急性传染病时,体温升高及毒性代谢产物的影响,刺激呼吸中枢,使呼吸频率增加。某些药物和化学物质中毒如吗啡类、巴比妥类药物、有机磷中毒时,呼吸中枢受抑制,致呼吸变缓慢,可表现呼吸节律异常如Cheyne-Stokes呼吸或Biot's呼吸。

(四) 血源性呼吸困难 重度贫血、高铁血红蛋白血症或硫化血红蛋白血症等,因红细胞携氧量减少,血氧含量降低,致呼吸变快,同时心率加速。大出血或休克时,因缺血与血压下降,刺激呼吸中枢,也可使呼吸加速。

(五) 神经精神性呼吸困难 重症颅脑疾患如颅脑外伤、脑出血、脑炎、脑膜炎、脑脓肿及脑肿瘤等,呼吸中枢因受增高的颅内压和供血减少的刺激,使呼吸变慢而深,并常伴有呼吸节律的异常,如呼吸遏制、双吸气等。癔病患者由于精神或心理因素的影响可有呼吸困难发作,其特点是呼吸浅表而频数,1分钟可达60~100次,并常因通气过度而发生呼吸性碱中毒,出现口周、肢体麻木和手足搐搦。叹息样呼吸患者自述呼吸困难,但并无呼吸困难的客观表现,偶然出现一次深大吸气,伴有叹息样呼气,在叹息之后自觉轻快,属于神经官能症表现。

第五节 腹 痛

腹痛是临床极其常见的症状,也是促使病人就诊的重要原因。腹痛多数由腹部脏器疾病所引起,但腹腔外疾病及全身性疾病也可引起腹痛。病变的性质可为器质性,也可能是功能

性。有的疾病来势急骤而剧烈，有的起病缓慢而疼痛轻微。由于发病原因复杂，腹痛机制各异，对腹痛病人必须深入理解发生机制，认真了解病史，进行全面的体格检查和必要的辅助检查（包括化验检查与器械检查），在此基础上综合分析，才能作出正确的诊断。临床上一般可将腹痛按起病缓急、病程长短分为急性与慢性腹痛。

常见病因

（一）急性腹痛 有起病急、病情重和转变快的特点，常涉及是否手术治疗的紧急决策。

1. 腹膜炎 多为胃肠穿孔引起，少部分为自发性腹膜炎。

2. 腹腔器官急性炎症 如急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎、急性出血性坏死性肠炎、急性胆囊炎等。

3. 空腔脏器阻塞或扩张 如肠梗阻、胆道结石、胆道蛔虫症、泌尿系结石梗阻等。

4. 脏器扭转或破裂 如肠扭转、肠绞窄、肠系膜或大网膜扭转、卵巢扭转、肝破裂、脾破裂、异位妊娠破裂等。

5. 腹腔内血管阻塞 如缺血性肠病、夹层腹主动脉瘤等。

6. 胸腔疾病所致的腹部牵涉性痛 如肺炎、肺梗死、心绞痛、心肌梗死、急性心包炎、胸膜炎、食管裂孔疝。

7. 腹壁疾病 如腹壁挫伤、脓肿及腹壁带状疱疹。

8. 全身性疾病所致的腹痛 如腹型过敏性紫癜、腹型风湿热、尿毒症、铅中毒、血卟啉病等。

（二）慢性腹痛 起病缓慢、病程长，疼痛多为间歇性，以钝痛或隐痛居多，也可有烧灼痛或绞痛发作。

1. 腹腔内脏器的慢性炎症 如反流性食管炎、慢性胃炎、慢性胆囊炎及胆道感染、慢性胰腺炎、结核性腹膜炎、溃疡性结肠炎、Crohn病等。

2. 空腔脏器的张力变化 如胃肠痉挛或胃肠、胆道运动障碍等。

3. 胃、十二指肠溃疡。

4. 腹腔内脏器的扭转或梗阻 如慢性胃、肠扭转。

5. 脏器包膜的牵张 实质性器官因病变肿胀，导致包膜张力增加而发生的腹痛，如肝淤血、肝炎、肝脓肿、肝癌等。

6. 中毒与代谢障碍 如铅中毒、尿毒症。

7. 肿瘤压迫及浸润 以恶性肿瘤居多，可能与肿瘤不断长大，压迫与浸润感觉神经有关。

8. 胃肠神经功能紊乱 如胃肠神经症。

第六节 呕 血

常见病因及出血部位

呕血（hematemesis）是上消化道疾病（指屈氏韧带以上的消化器官，包括食管、胃、十二指肠、空肠上段、肝、胆、胰疾病）或全身性疾病所致的急性上消化道出血，血液经胃从口腔呕出。鼻腔、口腔、咽喉等部位出血吞咽后再呕出或呼吸道疾病引起的咯血，不属于呕血。

血,应当加以区别(呕血与咯血的鉴别见咯血节)。呕血的常见病因为:

(一) 食管疾病 食管静脉曲张破裂、食管炎、食管憩室炎、食管癌、食管异物、食管贲门粘膜撕裂(Mallory-Weiss综合征)、食管裂孔疝及食管外伤等。大量呕血常为门脉高压所致的食管静脉曲张破裂引起,食管异物戳穿主动脉可造成大量呕血,并常危及生命。

(二) 胃及十二指肠疾病 最常见为胃及十二指肠溃疡,其次为服用非甾体类消炎镇痛药(如阿司匹林、消炎痛等)和应激所引起的急性胃粘膜病变。胃十二指肠息肉、癌、淋巴瘤、平滑肌肉瘤、血管性疾病及十二指肠炎伴糜烂等亦可引起出血。

(三) 肝、胆道疾病 肝硬化门静脉高压胃底及食管静脉曲张破裂出血,肝恶性肿瘤(如肝癌)、肝脓肿或肝动脉瘤破裂出血,胆囊、胆道结石、胆道寄生虫(常见为蛔虫)、胆囊癌、胆管癌及壶腹癌均可引起出血。大量血液流入十二指肠,可造成呕血。

(四) 胰腺疾病 急性胰腺炎合并脓肿破裂出血、胰腺癌。

(五) 血液疾病 血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、白血病、血友病、霍奇金病、遗传性毛细血管扩张症、弥散性血管内凝血及其他凝血机制障碍(如应用抗凝药过量)等。

(六) 急性传染病 流行性出血热、钩端螺旋体病、登革热、暴发型肝炎。

(七) 其他 尿毒症、结节性多动脉炎、贝赫切特病。

如上所述,呕血的原因甚多,但以消化性溃疡引起最为常见,其次为胃底或食管静脉曲张破裂,再次为急性胃粘膜病变,因此考虑呕血病人的病因时,应首先考虑上述三种疾病。当病因未能明确时,也应考虑一些少见疾病,如血友病、原发性血小板减少性紫癜等。

第七节 黄 疸

黄疸(jaundice)为一种常见的临床表现,是由于血清内胆红素浓度增高(高胆红素血症),使巩膜、皮肤、粘膜、体液和其他组织被染成黄色。正常血清总胆红素浓度为 $1.7 \sim 17.1 \mu\text{mol/L}$,其中一分钟胆红素低于 $3.4 \mu\text{mol/L}$ 。如总胆红素为 $34 \mu\text{mol/L}$,临床上即可发现黄疸;如血清总胆红素超过正常范围而肉眼看不出黄疸,则称为隐性黄疸。

一、鉴别诊断

黄疸的鉴别诊断应根据病史、体征、实验室和其他检查等所取得的结果,进行综合分析判断,以期得到正确诊断。

(一) 病史

1. 年龄与性别 婴儿期黄疸有新生儿生理性黄疸、新生儿肝炎和先天性胆管闭锁,儿童时期至30岁以前,以病毒性肝炎为多见;40岁左右所见的黄疸常由胆石症所致;30~50岁的男性黄疸患者,应多考虑肝硬化或原发性肝癌;50~60岁以上出现的黄疸,常见于癌肿,男性以胰头癌,女性以胆道癌为多见。

2. 接触史 黄疸型病毒性肝炎患者常有与肝炎患者接触史,或有近期输血、血浆制品、注射史;服用氯丙嗪、甲睾酮、对乙酰氨基酚等药物或接触四氯化碳者,应考虑药物性肝病或中毒性肝炎,还应了解患者疫水接触史等。

3. 家族史 家族中除肝炎外,要想到先天性溶血性及非溶血性黄疸和其他遗传性肝病。

4. 过去史。

5. 妊娠史。
6. 饮酒史与冶游史。
7. 病程 黄疸的病程可作为诊断的参考。

(二) 症状

1. 发热 病毒性肝炎在黄疸出现前常有低热，胆管炎的发热一般在中等度以上，多伴有寒战，肝癌因癌组织坏死或继发感染常有发热。
2. 腹痛 肝区隐痛或胀痛，常提示病毒性肝炎，持续性胀痛见于慢性肝炎及肝癌；胆石症或胆道蛔虫症发作，常有右上腹阵发性绞痛，上腹及腰背痛提示胰头癌。
3. 消化不良症状。
4. 皮肤瘙痒 胆汁淤积性黄疸常有明显的皮肤瘙痒，肝细胞性黄疸可有轻度瘙痒，溶血性黄疸则无瘙痒。
5. 体重是否改变。
6. 尿、粪颜色的改变 胆汁淤积性黄疸时尿如浓茶，粪色浅灰或陶土色；肝细胞性黄疸时尿色加深，粪色浅黄；溶血性黄疸急性发作时可排出酱油色尿，粪便颜色亦加深。

(三) 体征

1. 黄疸的色泽 皮肤颜色主要由黄疸的种类与持续的时间来决定。溶血性黄疸皮肤呈柠檬色，肝细胞性黄疸呈浅黄或金黄色，胆汁淤积性黄疸持续时间较长者呈黄绿色、深绿色或绿褐色。
2. 皮肤改变 除黄疸外，在肝硬化可见色素沉着、肝病面容、肝掌、蜘蛛痣或毛细血管扩张、出血点、腋毛脱落、腹壁静脉曲张及下肢浮肿等。胆汁淤积性黄疸时可见皮肤瘙痒抓痕、色素沉着及眼睑黄瘤等。在溶血性黄疸常见皮肤苍白。
3. 肝大 急性肝炎时，肝轻度或中度肿大，质地软而有压痛。肝硬化时肝常先大后小，质地明显变硬。肝癌时肝显著肿大，质坚硬并有压痛，表面有不规则结节。心功能不全时，肝肿大，质地中度，有压痛。急性肝坏死时，肝浊音界缩小。
4. 脾大 肝硬化伴有门静脉高压时，脾中度或显著肿大，急性黄疸型病毒性肝炎脾轻度肿大。
5. 胆囊肿大 胰头癌、壶腹周围癌、胆总管癌引起肝外阻塞性胆汁淤积时的胆囊肿大，有表面平滑、可移动与无压痛等特点，即所谓 Courvoisier 征。在胆囊癌及胆囊底部巨大结石，肿大的胆囊坚硬而不规则。
6. 其他 如腹水、男性乳房发育等。

二、实验室和其他检查

(一) 肝功能试验

1. 胆红素代谢试验 包括胆红素定性和定量测定、尿胆红素和尿胆原测定。一分钟胆红素 (1'B) 相当于结合胆红素，一般约占总胆红素量 (TB) 的 20%。溶血性黄疸时非结合胆红素显著增高，1'B/TB 比值 $< 20\%$ ，尿胆红素阴性，尿胆原显著增加；肝细胞性黄疸时结合与非结合胆红素均中度增高，尿胆红素阳性，尿胆原增加、正常或减少；胆汁淤积性黄疸时结合胆红素显著增高，尿胆红素阳性，尿胆原视胆汁淤积程度而定，可有或无。

2. 血清蛋白测定与蛋白电泳 在慢性肝细胞性黄疸特别是晚期患者，血清总蛋白和清

蛋白减少,球蛋白增高致清/球蛋白比值低于正常或倒置。

在急性肝炎,血清蛋白电泳测定可见清蛋白轻度降低, β 与 γ -球蛋白轻度升高;肝硬化常有清蛋白显著降低, β 及 γ -球蛋白明显增高;在原发性胆汁性肝硬化,清蛋白降低, α_2 、 β 及 γ -球蛋白增高;早期胆汁淤积性黄疸蛋白电泳无明显改变,以后 α_2 及 β 球蛋白增高。

3. 血清酶活力测定

(1) 血清转氨酶 ALT (GPT)、AST (GOT): 急性黄疸型病毒性肝炎时, ALT 及 AST 活力明显增高,胆汁淤积性黄疸的二者仅轻度升高。在重症肝炎患者,有时见转氨酶活力反而降低,血清胆红素明显升高,呈“胆酶”分离现象,提示预后险恶。

(2) 碱性磷酸酶 (ALP): 在肝外、肝内阻塞性黄疸及肝内胆汁淤积, ALP 明显增高,其活力大于正常值 3 倍,如无骨病存在,则高度提示有胆汁淤积。

(3) γ -谷氨酰转肽酶 (γ -GT): 急性肝炎可有 γ -GT 轻度或中度增高,原发性肝癌及胆汁淤积性黄疸则 γ -GT 显著增高。

(4) 5'-核苷酸酶 (5'-NT): 是 ALP 的一种同工酶,但在骨病和妊娠期酶活力无改变。原发性肝癌、癌性胆管阻塞时 5'-NT 活力增高。

(5) 乳酸脱氢酶 (LDH): 大多数急性肝炎患者 LDH 增高,如 LDH 显著增高,应考虑癌肿阻塞引起的黄疸,单纯良性胆汁淤积时,LDH 一般仅轻度升高。

4. 血清总胆固醇、胆固醇酯、脂蛋白-X (LP-X) 测定 在胆汁淤积性黄疸,总胆固醇含量增高;肝细胞性黄疸特别是有广泛肝坏死时,胆固醇酯降低。

胆汁淤积性黄疸患者,血清中出现一种特殊的脂蛋白-X。正常人血清中无 LP-X。

5. 血清铁和铜含量测定 正常血清铁浓度为 $14.3 \sim 23.3 \mu\text{mol/L}$,血清铜为 $15.1 \sim 22 \mu\text{mol/L}$,铁/铜比值为 $0.8 \sim 1.0$ 。胆汁淤积性黄疸时血清铜增高,铁/铜比值小于 0.5;肝细胞性黄疸急性期的血清铁增高,铁/铜比大于 1。

6. 凝血酶原时间测定及其对维生素 K 的反应 即肝细胞性和胆汁淤积性黄疸时,凝血酶原生成减少,因而凝血酶原时间均延长。注射维生素 K $2 \sim 4\text{mg}$ 后 24 小时复查凝血酶原时间,如较注射前有明显缩短,表示肝功能正常,黄疸可能为胆汁淤积性。如无改变,表示肝制造凝血酶原的功能受损,黄疸可能为肝细胞性。

7. 吲哚菁绿 (ICG) 排泄试验 正常人 ICG 平均潴留量为注射剂量的 10%,肝实质病变时潴留量增加。

(二) 免疫学检查 原发性胆汁性肝硬化时,除 IgM 明显增高外,血清内抗线粒体抗体阳性率可高达 90% ~ 95%。在原发性肝癌,甲胎蛋白大多数阳性。

(三) 血液学检查 主要用于协助诊断溶血性黄疸。先天性溶血性黄疸时,有贫血、周围血中有晚幼红细胞和网织红细胞显著增多、骨髓红系统细胞明显增生活跃。遗传性球形细胞增多症,有红细胞脆性增加;地中海贫血时,红细胞脆性降低。抗人体球蛋白试验在自身免疫性溶血性贫血及新生儿溶血性贫血时呈阳性反应。

(四) 超声显像 腹部超声检查显著地提高了黄疸的诊断水平,超声显像在鉴别胆汁淤积性和肝细胞性黄疸的准确率甚高,特别是对肝外胆管阻塞引起的黄疸与肝内胆汁淤积的鉴别很有帮助。