

zhenduanxue fuxizhidao

主编 张道友

高等医药院校配套教材

诊断学 复习指导

ZHENDUANXUE FUXIZHIDAO

高等医药院校配套教材

诊断学复习指导

主 编 张道友

编 委 (以姓氏笔画为序)

吴万春 张斌华 张道友

胡荣华 浦 春 倪薇华

安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

诊断学复习指导/张道友主编. —合肥:安徽科学技术出版社,2003.3

高等医药院校配套教材

ISBN 7-5337-2630-8

I. 诊… II. 张… III. 诊断学-医学院校-教学参考资料 IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 073076 号

*

安徽科学技术出版社出版

(合肥市跃进路1号新闻出版大厦)

邮政编码:230063

电话号码:(0551)2825419

新华书店经销 合肥杏花印务股份有限公司印刷

*

开本:787×1092 1/16 印张:20.5 字数:475千

2003年3月第1版 2003年3月第1次印刷

印数:4 000

定价:22.00元

(本书如有倒装、缺页等问题,请向本社发行科调换)

内 容 提 要

《诊断学》是每个医学生和临床医师的必修课程,牢固掌握并不断更新诊断学知识及技能是新世纪医学教育的重要组成部分。为了帮助医学生和临床医师更好地学习诊断学,提高诊断水平,我们组织有诊断学教学经验的教师编著了本书。

本书以高等医药院校第五版教材《诊断学》为蓝本,内容分为重点解析、习题训练及参考答案三部分,重点解析复习各相关章节重点内容。习题训练分为名词解释、填空题及选择题。其中选择题分为 A_1 型题、 A_2 型题、 A_3 型题、 A_4 型题、 B_1 型题及 B_2 型题,分别就有关重点内容从不同角度编纂,以提高学生分析问题和解决问题的能力。 A_1 型题为单句型最佳选择题,可为肯定型、否定型和“以上都不是”型; A_2 型题为病例摘要型最佳选择题,可为肯定型、否定型或“以上都不是”型; A_3 型题为病例组型最佳选择题,先提供共同题干,然后提出 2~3 个相关问题,可为肯定型、否定型; A_4 型题为病例串型最佳选择题,先提供共同题干,然后提出 3~6 个相关问题,同时还可给一些假设信息,可为肯定型,有时也可为否定型; B_1 型题为标准配伍型最佳选择题,先提供 5 个备选答案,然后用引导词提出问题的要求,提出 2~5 个问题,备选答案可选一次、数次或一次也不用; B_2 型题为扩展配伍型最佳选择题,先提供有一定干扰的备选答案,然后提出 2 个以上问题,其他要求与 B_1 型题相同。各章列出参考答案,供学生复习解答时参考。

本书简明扼要,重点突出,可作为高等医药院校师生辅导教材,也可供临床医师在继续医学教育及晋升考试时参考。

前 言

诊断学是一门多领域交叉的学科,是临床各科的入门和基础,是过渡到学习各临床专科的桥梁课,是研究疾病的基本理论、熟悉临床基本技能和掌握临床思维方法的重要学科。作为医师,如果不能及时对各种疾病作出诊断或作出的诊断不正确,治疗就无从谈起,更不用说正确的治疗;也就是说,及时而正确的治疗来源于及时而正确的诊断。可见,诊断学在医学教育中处于不可忽视的重要地位,学好诊断学可以为学习各临床专科知识奠定坚实的基础。

半个多世纪以来,诊断学教学内容从简单的病史采集、体格检查、数量有限的实验室和器械检查迅速扩展开来;特别是改革开放以来,新知识、新技术、新方法与日俱增,使诊断学的教学内容急剧增长,方法日新月异。为了帮助医学生在有限的学习时间内更好地掌握诊断学的教学内容,我们组织编写了《诊断学复习指导》,以作为学生在课余时间复习的参考。

本书按全国高等医药院校教材(第五版)内容及顺序编排,各篇章分为重点解析、习题训练及参考答案三个部分。重点解析回顾各章节的重点教学内容,以简述的方式给以解答。习题训练包括名词解释、填空题及选择题,其中选择题的题型分为 A_1 型、 A_2 型、 A_3 型、 A_4 型、 B_1 型及 B_2 型。重点内容在各题型中均反复出现,以期帮助学生掌握重点,了解一般,兼顾全面。参考答案供学生复习时对照参考。

在本书编写过程中,安徽科学技术出版社给予了大力帮助,各位编者都倾注了大量心血,高丽娜、许羚、李萍等老师及杨利才、高绪霞等研究生也给予了诸多支持,在此一并致谢!

由于各位教师教学体会不同,书写风格及内容繁简不尽一致,加之编者的水平有限,时间又较仓促,使此书在内容上可能存在错漏之处,恳请使用本书的师生及有关读者提出宝贵意见,以便再版时修改补充,使之更趋完善。

张道友
2003年1月

目 录

绪论	1
第一篇 问诊	2
第一章 问诊的方法与技巧	2
第二章 问诊的内容	4
第三章 特殊情况的问诊技巧	7
第四章 常见症状	8
第二篇 体格检查	36
第一章 基本检查法	36
第二章 一般检查	41
第三章 头部	50
第四章 颈部	56
第五章 胸部	59
第六章 腹部	101
第七章 生殖器、肛门、直肠	116
第八章 脊柱与四肢	120
第九章 神经系统检查	123
第三篇 病历书写	128
第一章 病历书写的基本要求	128
第二章 病历书写的种类、格式与内容	129
第四篇 实验诊断	135
第一章 概论	135
第二章 临床血液学检查	139
第三章 排泄物、分泌物及体液检查	181
第四章 肾脏病常用的实验室检查	198
第五章 肝脏病常用的实验室检查	209
第六章 临床常用生物化学检查	221
第七章 临床常用免疫学检查	236
第八章 临床病原体检查	251
第五篇 器械检查	262
第一章 心电图及其他常用心电学检查	262
第二章 肺功能检查	295
第三章 内镜检查	308
第六篇 诊断疾病的步骤和临床思维方法	310

绪 论

【重点解析】

一、诊断学的内容有哪些？

诊断学的内容大致包括下述几个方面：

1. 病史采集(history taking):即问诊,通过医师与患者的交谈了解疾病发生与发展的过程。许多疾病经过详细的病史采集,配合系统的体格检查,就可提出初步诊断(primary diagnosis)。

2. 症状和体征(symptom and sign):症状是患者患病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉,临床上往往尚不能客观地检查出明显异常,但可从患者的陈述中获得。体征是患者的体表或内部结构发生可察觉的改变。症状和体征可单独出现或同时存在。症状是病史的重要组成部分,研究症状的发生、发展及演变,对作出初步诊断或印象(impression)具有重要的价值;体征对临床诊断的建立可发挥主导作用。

3. 体格检查(physical examination, PE):是医师用自己的感官或传统的辅助器具对患者进行系统的观察和检查,揭示机体正常和异常征象的临床诊断方法。

4. 实验室检查(laboratory examination):是通过物理、化学或生物学等实验室方法对患者的血液、体液、分泌物、排泄物、细胞取样和组织标本等进行检查,从而获得病原学、病理形态学或器官功能状态等资料,结合病史、临床症状和体征进行全面分析的诊断方法。

5. 辅助检查(assistant examination):如心电图、内窥镜、B超、X线等,通过图片或影像辅助诊断疾病。

二、诊断学教学的要求有哪些？

通过诊断学的教学,要求学生能掌握以下内容。

1. 能够独立进行系统而有针对性的问诊,能较为熟练掌握主诉、症状、体征间的内在联系和临床意义。

2. 能够以规范化手法进行系统、全面、重点、有顺序的体格检查。

3. 熟悉血、尿、粪等常规项目实验室检查的操作技术及常用临床检验项目的目的和临床意义;熟悉现代化自动生化分析仪的操作程序及原理,了解实验结果对疾病的诊断意义。

4. 掌握心电图机的操作程序,熟悉正常心电图及异常心电图的图像分析,能够辨认心肌供血不足、心肌梗死、房室肥大、期前收缩、心房纤维颤动及心室纤维颤动等常见的异常心电图。

5. 能够将问诊和体格检查资料进行系统的整理,书写出格式正确,文字通顺,表达清晰,字体规范,符合要求的完整病历和表格病历。

6. 能够根据病史、体格检查、实验室检查和辅助检查所提供的资料,进行分析,得出印象或初步诊断。

(张道友)

第一篇 问 诊

第一章 问诊的方法与技巧

【重点解析】

一、问诊的重要意义有哪些？

问诊是临床医师必须掌握的基本功。通过问诊所获取的资料,对于了解疾病的发生、发展、诊治经过、既往健康状况和曾患疾病的情况,以及对现病的诊断具有极其重要的意义。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生,通过问诊常常就能对某些患者作出准确的诊断。特别在某些疾病或是疾病的早期,机体还只是处于功能或病理生理改变的阶段,还缺乏器质性或组织、器官形态学方面的改变,而患者却可以更早地陈述某些特殊的感受,如头晕、乏力、食欲改变、疼痛、失眠、焦虑等症状。在此阶段,体格检查、实验室检查甚至特殊检查均无阳性发现,问诊所得到的资料却能更早地作为诊断的依据。实际上,在临床工作中相当一部分疾病的诊断仅通过问诊即可以基本确立。相反,忽视问诊,必然使病史资料残缺不全,病情了解不够详细确切,往往造成临床工作中的漏诊或误诊。对于病情复杂而缺乏典型症状和体征的病例,深入细致的问诊就更为重要。

同时,医师通过问诊采集病史作为诊治疾病的第一步,还有利于医患沟通,建立良好的医患关系,正确的方法和良好的问诊技巧,使患者感到医师的亲切和可信,有信心与医师合作,也有利于疾病的诊治。

二、问诊要注意哪些技巧？

问诊时要注意:

1. 从礼节性交谈开始,缩短医患之间距离,改善生疏局面,得以顺利采集病史。
2. 由主诉谈起,逐步深入进行有目的、有层次、有顺序的询问。
3. 避免暗示性提问和逼问。
4. 避免重复提问。
5. 避免使用有特定意义的医学术语。
6. 注意及时核实患者陈述中不确切或有疑问的情况。

【习题训练】

一、名词解释

1. 病史采集
2. 暗示性提问

二、填空题

1. 问诊一般由_____开始,逐步深入进行_____、_____、_____的询问。

2. 病史完整性和准确性对疾病的_____有很大影响,通过问诊所获取的资料对于了解疾病的_____,_____,_____,_____和_____的情况以及对现病的诊断具有重要意义。

三、选择题

A₁ 型题

1. 关于问诊,下述哪项不正确?

- A. 问诊是以医师和患者(或相关人员)交谈的方式进行的 B. 某些疾病如心绞痛主要是靠问诊作出诊断 C. 问诊可以定出体检的重点 D. 问诊应该避免重复
E. 问诊可适当暗示

2. 医师在问诊时,下列哪点是不正确的?

- A. 从礼节性交谈开始 B. 可先向患者做自我介绍 C. 避免逼问 D. 尽量使用有特定意义的医学术语 E. 注意核实陈述中不确切或有疑问的地方

A₂ 型题

3. 女性,21岁,间断咯血4年,每月大约发作1次,同时伴有腹痛,无发热及盗汗,无明显消瘦,无胸痛及呼吸困难,无咳脓痰,无游走性四肢关节疼痛,无皮肤淤点、淤斑,必须补充的问诊是:

- A. 有无冠心病史 B. 月经史 C. 结核病史 D. 血中是否有食物残渣 E. 有无鼻出血

4. 男性,60岁,近来常在劳累后出现胸痛,每次持续20分钟左右,与呼吸无关,感到明显乏力,必须问诊的是:

- A. 疼痛缓解方式 B. 疼痛部位 C. 有无外伤史 D. 有无呼吸困难 E. 伴随症状

参 考 答 案

一、名词解释

1. 是指医师通过对患者或有关人员的系统询问而获取病史资料的过程,又称问诊。
2. 是一种能为患者提供带有倾向性特定答案的提问方式。

二、填空题

1. 主诉 有目的 有层次 有顺序
2. 诊断和处理 发生 发展 诊治经过 既往健康状况 曾患疾病

三、选择题

1. E 2. D 3. B 4. A

(张道友)

第二章 问诊的内容

【重点解析】

一、问诊包括哪些内容？

问诊的内容即住院病历所要求的内容，一般包括：

1. 一般项目：包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻、地址、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。如果病史陈述者不是患者本人，则应注明其与患者的关系。

2. 主诉：为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或体征，也就是患者本次就诊最主要的原因。

3. 现病史：是病史中的主体部分，记录患者患病后的全过程，即发生、发展、演变和诊治经过。

4. 既往史：既往的健康状况和过去曾经患过的疾病（包括各种传染病）、外伤手术、预防注射、过敏，特别是与现病有密切关系的疾病。

5. 系统回顾：是避免问诊过程中患者或医师所忽略或遗漏的除现病以外的其他各系统的疾病而设立的问诊内容，可以帮助医师在短时间内扼要地了解患者除现病以外的其他各系统是否发生目前尚存在或已经痊愈的疾病，以及这些疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。

6. 个人史：包括社会经历、职业及工作条件、习惯与嗜好、有无不洁性交史等。

7. 婚姻史：婚否、结婚年龄、配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

8. 月经史和生育史：月经初潮年龄，月经周期和经期天数，经血的量和色，经期症状，有无痛经和白带，末次月经日期（LMP），闭经日期，绝经年龄。记录格式如下：

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ LMP 或绝经年龄，例如：14 $\frac{3\sim6\text{天}}{28\sim29\text{天}}$ 2001年10月12日（或49岁）。

妊娠与生育次数和年龄，人工或自然流产的次数、有无死产、手术产、产褥感染及计划生育状况等。对男性患者应询问是否患过影响生育的疾病。

9. 家族史：询问直系亲属的健康与疾病情况，特别应询问是否有与患者同样的疾病。对已经死亡的直系亲属要问明死因及年龄。若在几个成员或几代人中皆有同样疾病的发生，可绘出家系图示明。

二、怎样写好主诉？

主诉应用简短的语句加以概括，并同时注明主诉自发生到就诊的时间，通过主诉可以初步反映病情轻重缓急，并提供对某系统疾病的诊断线索，如：“畏寒、高热、右胸痛、咳嗽3天”，“活动后心慌、胸闷3年，下肢水肿10天”等。主诉要简明扼要，尽可能用患者自己

的言词,而不是诊断术语,如患“糖尿病1年”或“心脏病2年”,而以“多饮、多食、多尿、消瘦1年”或“心慌、气急2年”等叙述之。对于病程长、病情比较复杂的病例,症状、体征变化较多,就诊时的主诉可能并非现症的主要表现,应该结合病史选择更贴切的主诉。对于当前无症状,诊断资料和入院目的又十分明确的患者,也可以用疾病来叙述之,如“胃癌行胃大部切除术后3个月,要求入院化疗”。

三、现病史包括哪些内容?

现病史包括:

1. 起病情况与患病时间:包括疾病发作的轻重缓急,发病当时的情况,患病到就诊的时间等。

2. 主要症状的特点:包括主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度、缓解和加剧的因素等。

3. 病因与诱因:常见的病因如外伤、感染、中毒等;诱因包括气候变化、环境改变、情绪激动或低沉、起居饮食失调等。

4. 病情的发展与演变:包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。

5. 伴随症状:在主要症状的基础上又同时出现一系列其他症状,可作为鉴别的依据。

6. 诊治经过:在本次就诊前已经接受过诊治者,应询问已经接受过何种诊断措施,获得何种结果,使用过哪些药物,药物的剂量与用药时间,药物疗效等,作为本次疾病的诊治参考。

7. 病程中的一般情况:包括患病后的精神、体力状态,食欲状况,睡眠与大、小便情况等,以期对病情进行评估,有时也有利于鉴别诊断。

【习题训练】

一、名词解释

1. 主诉 2. 病因 3. 伴随症状

二、填空题

1. 问诊的内容包括_____、_____、_____、_____、_____、_____、_____、_____、_____。

2. 现病史是描写患者患病后的全过程,即_____、_____、_____、和_____。

3. 系统回顾问诊的主要内容有_____、_____、_____、_____、_____、_____、_____、和_____。

三、选择题

1. 关于主诉,下列哪项描述是正确的?

- A. 指患者感受最明显症状或体征及其持续的时间 B. 指主要症状或体征的特点
C. 指主要症状或体征及其用过的治疗 D. 指主要症状或体征及其诊断 E. 指主要症状或体征及其有关检查

2. 家族史一般不包括：
A. 父母亲健康状况 B. 子女健康状况 C. 兄弟姐妹健康状况 D. 配偶健康状况 E. 遗传相关性疾病
3. 询问伴随症状主要是为了：
A. 帮助了解主要疾病的性质 B. 帮助了解患者的预后 C. 帮助了解患者疾病的严重程度 D. 有助于不同疾病的鉴别 E. 有助于了解外院治疗情况
4. 现病史中不包括：
A. 主要症状 B. 伴随症状 C. 父母兄妹健康状况 D. 诊治经过 E. 一般情况

参 考 答 案

一、名词解释

1. 为患者感受最为痛苦或最明显的症状或体征。
2. 指引起疾病发生的内外因素。
3. 是在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状。

二、填空题

1. 一般项目 主诉 现病史 既往史 系统回顾 个人史 婚姻史 月经和生育史 家族史
2. 发生 发展 演变 诊治过程
3. 头颅五官 呼吸系统 心血管系统 消化系统 泌尿生殖系统 内分泌系统与代谢 造血系统 肌肉与骨关节系统 神经系统 精神状态

三、选择题

1. A 2. D 3. D 4. C

(张道友)

第三章 特殊情况问诊技巧

【重点解析】

一、对焦虑与抑郁的患者应如何问诊？

对焦虑与抑郁的患者，应鼓励患者讲出其感受，注意其语言和非语言的各种异常线索，确定问题的性质，给予宽慰和保证。如疑为抑郁症，应按精神科要求采集病史并做精神检查。

二、对多话与唠叨的患者应注意哪些问诊技巧？

对多话与唠叨的患者，应表现为有礼貌、诚恳，切勿表现得不耐心而失去患者的信任，以下技巧有利于问诊：

1. 提问应限定在主要问题上。
2. 根据初步判断，在患者提供不相关内容时，巧妙地打断。
3. 让患者稍微休息，同时仔细观察患者有无思维奔逸或混乱情况。

三、对重危、晚期患者应如何问诊？

对重危患者的病史询问应力求简练，并同时体检。重危患者常反应迟钝，或思维缓慢，不应催促患者，应充分理解，耐心等待。对病史中的某些内容可等到病情稳定后再详细加以询问补充。

临危晚期患者常因治疗无望有拒绝、孤独、抑郁等情绪，应特别关心，引导其作出反应。对诊断、治疗等回答中肯，避免造成伤害，更不要与其他医生的回答发生矛盾。如果对病情不清楚，应妥善交代或做适当许诺，等待以后详细说明。

四、对精神病患者如何问诊？

完整的精神科问诊应包括两大部分，病史采集和精神检查。精神疾病患者大多数对自己的疾病缺乏自知力，有些甚至不认为自己有精神障碍，其病史应该从一个或多个患者的亲属中获取，尽管直接问患者一些与病史有关的问题是必要的，但有时候要有意地给患者一些机会让其自发地谈，因为有些意想不到的材料会从这里发现。问诊应该在安静的、不受打扰的房间里进行。精神检查有时还要收集患者的书信或日记，从中发现重要的病史或其他资料。在问诊的同时，还要仔细观察患者的情绪反应、语气、面部表情和行为，在问诊不合作的患者时尤其重要。

(张道友)

第四章 常见症状

【重点解析】

一、简述发热的发生机制。

在正常情况下,人体的产热和散热保持着动态平衡。由于各种原因导致产热增加和/或散热减少,则发生发热。多数患者的发热是由于致热原(外源性致热原或内源性致热原)所致。外源性致热原不能直接作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核吞噬细胞系统,使其产生并释放内源性致热原,从而引起发热。内源性致热原又称白细胞致热原,通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点,使调定点上升,体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动,并通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌阵缩,产热增多;另一方面可通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩,排汗停止,散热减少。其结果是产热增加、散热减少,体温升高,引起发热。

非致热原发热见于体温调节中枢直接受损,如颅脑外伤、出血等;产热过多,如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等;散热减少的疾病如皮肤病、心力衰竭等。

二、发热如何分度?

按发热的高低,一般分为低热($37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等度热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$)、超高热($>41^{\circ}\text{C}$)。

三、简述发热的临床过程及特点。

发热的临床经过一般分为以下三个阶段:

1. 体温上升期:患者常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等。体温上升可表现为两种形式:

(1)骤升型:体温可在几十分钟或几小时内达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴寒战,小儿可出现惊厥。

(2)缓升型:体温逐渐上升,在数日内达高峰,多不伴寒战。

2. 高热期:体温上升达高峰之后保持一定时间。体温已达到或略高于上移的体温调定点水平,体温调节中枢不再发出寒战冲动,故寒战消失,临床表现为皮肤潮红而灼热,呼吸加快加强,可有出汗,持续时间的长短可因病因不同而有差异,可数小时、数天或数周。

3. 体温下降期:表现为出汗多,皮肤潮湿。由于病因消除,致热原的作用逐渐减弱或消失,体温调节中枢的体温调定点逐渐降至正常水平,产热相对减少,散热大于产热,使体温降至正常水平。体温下降也可表现为两种形式:

(1)骤降型:体温在数小时内迅速下降至正常,有时甚至略低于正常,患者常大汗淋漓。

(2)渐降型:体温在数天内逐渐降至正常。

四、临床上常见哪几种热型?各种热型有哪些代表性的疾病?

临床上常见的热型有下述六种:

1. 稽留热:体温恒定维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上的高水平,达数天或数周,24 小时内体温波动范围不超过 1°C ,常见于大叶性肺炎、伤寒高热期等。

2. 弛张热:体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24 小时内体温波动范围超过 2°C ,但都在正常范围以上,常见于败血症、风湿热、重症肺结核等。

3. 间歇热:体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,间歇 1 天至数天,如此高热期与无热期交替出现,见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 波状热:体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次,见于布鲁菌病。

5. 回归热:体温急骤上升至 39°C 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替 1 次,可见于回归热、周期热、霍奇金病。

6. 不规则热:发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热等。

五、皮肤粘膜出血基本病因有哪些?

皮肤粘膜出血基本病因有:

1. 血管壁功能异常:正常在血管破损时,局部小血管即发生反射性收缩,使血流变慢,以利初期止血;继之,在血小板释放的血管收缩素等血清素作用下,使毛细血管较持久地收缩,发挥止血作用。当毛细血管壁存在先天性缺陷或受损伤时则不能正常地收缩发挥止血作用,而致使皮肤粘膜出血,常见于遗传性疾病、过敏性疾病、严重感染等。

2. 血小板异常:血小板在止血过程中起重要作用,在血管损伤处血小板相互粘附、聚集成白色血栓阻塞伤口。血小板膜磷脂在磷脂酶作用下释放大花生四烯酸,随后转化为血栓烷(TXA_2),能进一步促进血小板聚集,并有强烈的血管收缩作用,促进局部止血。当血小板数量或功能异常时,如血小板减少、血小板功能异常等,都可发生皮肤粘膜出血。

3. 凝血功能障碍:任何一个凝血因子缺乏或功能不足,如血友病等遗传性疾病、肝脏疾病、尿毒症等继发性疾病、血液中抗凝物质增多或纤维蛋白溶解亢进等,都可引起凝血障碍,导致皮肤粘膜出血。

六、引起水肿的主要因素有哪些?

引起水肿的主要因素有下述五项:

1. 钠与水潴留,如继发性醛固酮增多症等。

2. 毛细血管滤过压升高,如右心衰竭等。

3. 毛细血管通透性增高,如急性肾炎等。

4. 血浆胶体渗透压降低,如血清白蛋白减少。

5. 淋巴回流受阻,如丝虫病等。

七、简述心源性水肿的发生机制和临床表现。

心源性水肿为右心衰竭的主要表现,是有效循环血量减少、肾血流量减少、继发性醛固酮增多引起钠水潴留及静脉淤血,毛细血管滤过压增高,组织液回吸收减少所致。

心源性水肿水肿程度可因心力衰竭程度而有不同,可自轻度踝部水肿以至于全身性水肿。水肿的特点是首先出现于身体下垂部位。能起床活动者,最早出现于踝内侧,行走活动后明显,休息后减轻或消失;经常卧床者以腰骶部为明显。颜面部一般不肿。水肿为对称性、凹陷性,通常有颈静脉怒张、肝肿大、静脉压升高,严重时还出现胸水、腹水等右心衰竭的其他表现。

八、简述肾源性水肿的发生机制和临床表现。

肾源性水肿主要是由于多种因素引起肾排泄水钠减少,导致钠水潴留,细胞外液增多,毛细血管静水压升高,引起水肿。钠水潴留是肾性水肿的基本机制,导致钠水潴留可能与下列因素相关:

1. 肾小球超滤系数(kf)及滤过率下降,而肾小管回吸收钠增加,导致钠水潴留。
2. 大量蛋白尿导致低蛋白血症,血浆胶体渗透压下降致使水分外渗。
3. 肾实质缺血,刺激肾素-血管紧张素-醛固酮活性增加。
4. 肾内前列腺素产生减少,致使排钠减少。

肾源性水肿特点是疾病早期晨间起床时眼睑与颜面水肿,以后发展为全身水肿。常有尿液成分改变、高血压、肾功能损害等表现。

九、试述肾源性水肿和心源性水肿的鉴别。

表 1-4-1 肾源性水肿和心源性水肿的鉴别

鉴别点	肾源性水肿	心源性水肿
开始部位	从眼睑、颜面而延及全身	从足部开始向上延及全身
发展快慢	发展常迅速	发展较缓慢
水肿性质	软而移动性大	比较坚实,移动性小
伴随病征	肾脏病病征,如高血压、蛋白尿、血尿、管型尿、眼底改变等	心功能不全病征,如心脏增大、杂音、肝肿大、静脉压升高等

十、简述肝源性水肿的发生机制和临床表现。

肝源性水肿主要是由于门脉高压征、低蛋白血症、肝淋巴液回流障碍、继发性醛固酮增多所致。失代偿期肝硬化主要表现为腹水,也可首先出现踝部水肿,逐渐向上蔓延,而头面部及上肢常无水肿。

十一、简述咳嗽的时间和节律与疾病的关系。

突然出现的发作性咳嗽,常见于吸入刺激性气体、气管与支气管异物、百日咳、气管或支气管分叉处受压等。长期慢性咳嗽,多见于慢性呼吸道疾病,如慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核等。此外,慢性支气管炎常在清晨或夜间变动体位时加剧,并咳痰,每年寒冷

季节加重,气候转暖时减轻或缓解,支气管扩张症和肺脓肿等也常在清晨或夜间变动体位时加剧,并咳痰;左心衰竭、肺结核夜间咳嗽明显。

十二、试述咯血与呕血的如何鉴别?

咯血与呕血可根据表 1-4-2 中的要点进行鉴别:

表 1-4-2 咯血与呕血的鉴别

	咯 血	呕 血
病因	肺结核、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、肺癌、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性糜烂出血性胃炎、胆道出血等
前驱症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出,可为喷射状
血色	鲜红	棕黑、暗红、有时鲜红
血中混合物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	除非咽下,否则没有	有,可为柏油样便,可持续数天
痰性状	常有血痰数日	无痰

十三、胸痛的性质对原发疾病的判断有何价值?

不同的疾病常表现为不同程度及性质的胸痛。如:带状疱疹常呈刀割样痛或灼痛,食管炎则为烧灼痛,心绞痛呈绞窄性并有重压窒息感,心肌梗死疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感,干性胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛,肺癌常为胸部闷痛,夹层主动脉瘤为突然发生胸背部难忍撕裂样疼痛,肺梗死也为突然剧烈刺痛或绞痛,常伴呼吸困难和发绀。

十四、简述中心性发绀的病因和临床表现。

中心性发绀是由于心、肺疾病导致动脉血氧饱和度降低引起,发绀的特点是全身性的,除四肢及面颊外,也见于粘膜与躯干的皮肤,但皮肤温暖。中心性发绀又可分为:①肺性发绀:见于各种严重呼吸系统疾病,如呼吸道阻塞、肺部疾病和肺血管疾病等,其发生机制是由于呼吸功能衰竭,通气或换气功能障碍,肺氧合作用不足,致使体循环血管中还原血红蛋白含量增多而出现发绀。②心性混血性发绀:见于发绀型先天性心脏病,其发绀机制是由于心脏与大血管之间存在异常通道,部分静脉血未通过肺进行氧合作用,即经过异常通道分流混入体循环动脉血中,如果分流量超过心脏输出量的 1/3 时,即可引起发绀。

十五、简述肺源性呼吸困难的发生机制和临床表现。

肺源性呼吸困难是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。临床上常分为三型:

1. 吸气性呼吸困难:特点是吸气极度费力、显著呼吸困难,重者可出现明显的“三凹征”,常伴有干咳及高调吸气性喉鸣。见于各种原因引起的喉、气管、大支气管的狭窄与阻塞。

2. 呼气性呼吸困难:特点是呼气费力,呼气时间明显延长而缓慢,常伴有干啰音,主要是由于肺泡弹性减弱和(或)小支气管狭窄阻塞所致。当有支气管痉挛时,可听到哮鸣音。常见于支气管哮喘、喘息性慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿合并感染等。而且,慢