

出版前言

为了完善高等教育自学考试教育形式，促进高等教育自学考试的发展，我们组织编写了全国高等教育自学考试自学辅导书。

自学辅导书以全国考委公布的课程自学考试大纲为依据，以全国统编自考教材为蓝本，旨在帮助自学者达到学习目标，顺利通过国家考试。

自学辅导书是高等教育自学考试教育媒体的重要组成部分，我们根据专业的开考情况和考生的实际需要，陆续组织编写、出版文字、音像等多种自学媒体，由此构成与大纲、教材相配套的、完整的自学媒体系统。

全国高等教育自学考试指导委员会

2000年10月

2000年7月

编者前言

第一部分 学习要求和自学方法

本书是全国高等教育自学考试教材《西医内科学》的学习辅导，其编写内容及顺序仍按教材进行。与教材不同的是，它主要针对临床重点和学生自学中可能出现的问题，按重点讲解、难点分析进行讲述。学生学习时应按大纲要求重点掌握内科常见疾病的临床表现、诊断方法、必要的鉴别诊断以及危重病抢救等基本知识和技能，熟悉内科常见病的治疗原则，有条件者应争取多参加临床实践，以加深对理论的认识。在众多的内科疾病中，呼吸、循环和消化系统疾病最多见，可作为重点，系统进行学习。

另外，为增强和检测学生的自学效果，本书在每章节内容之后都附有相应的练习题和答案，并且在书的最后有三套综合自测题，供自学者在学习完每章节内容和全部内容之后，对教材内容的掌握程度进行检测。应注意的是：本书只是《西医内科学》教材的辅导书，自学者应结合教材内容进行学习，切不可以此代替教材使用，以免内容遗漏。

编者

2001年7月

目 录

一、全面学习,重点掌握	(1)
二、注意分析对比	(1)
三、考试中应注意的问题	(2)
四、各种题型的答题方法	(2)
<hr/>	
第二部分 教材各章基本内容和重点难点	
<hr/>	
第一章 传染病	(4)
一、章节结构和内容提要	(4)
二、基本概念简释	(4)
三、重点问题解答	(5)
四、难点释疑	(18)
五、练习题	(20)
六、练习题答案	(21)
第二章 呼吸系统疾病	(22)
一、章节结构和内容提要	(22)
二、基本概念简释	(22)
三、重点问题解答	(23)
四、难点释疑	(32)
五、练习题	(34)
六、练习题答案	(36)
第三章 循环系统疾病	(38)
一、章节结构和内容提要	(38)
二、基本概念简释	(39)
三、重点问题解答	(40)
四、难点释疑	(48)
五、练习题	(50)

六、练习题答案	(51)
第四章 消化系统疾病	(53)
一、章节结构和内容提要	(53)
二、基本概念简释	(54)
三、重点问题解答	(55)
四、难点释疑	(61)
五、练习题	(66)
六、练习题答案	(67)
第五章 泌尿系统疾病	(69)
一、章节结构和内容提要	(69)
二、基本概念简释	(69)
三、重点问题解答	(70)
四、难点释疑	(75)
五、练习题	(76)
六、练习题答案	(77)
第六章 造血系统疾病	(79)
一、章节结构和内容提要	(79)
二、基本概念简释	(79)
三、重点问题解答	(80)
四、难点释疑	(86)
五、练习题	(87)
六、练习题答案	(88)
第七章 内分泌与代谢疾病	(90)
一、章节结构和内容提要	(90)
二、基本概念简释	(90)
三、重点问题解答	(90)
四、难点释疑	(91)
五、练习题	(92)
六、练习题答案	(93)
第八章 风湿性疾病	(94)
一、章节结构和内容提要	(94)
二、基本概念简释	(94)
三、重点问题解答	(94)
四、难点释疑	(95)
五、练习题	(95)
六、练习题答案	(96)
第九章 神经系统疾病	(97)
一、章节结构和内容提要	(97)
二、基本概念简释	(97)
三、重点问题解答	(97)
四、难点释疑	(98)
五、练习题	(98)

六、练习题答案	(99)
第十章 急性中毒	(100)
一、章节结构和内容提要	(100)
二、基本概念简释	(100)
三、重点问题解答	(100)
四、难点释疑	(102)
五、练习题	(102)
六、练习题答案	(103)

第三部分 综合模拟试题部分

综合模拟试题 (A)	(104)
综合模拟试题 (B)	(108)
综合模拟试题 (C)	(111)
综合模拟试题 (A) 参考答案	(115)
综合模拟试题 (B) 参考答案	(116)
综合模拟试题 (C) 参考答案	(117)

二、注意分析对比

西医内科包括很多病种，单靠死记硬背很难掌握，甚至混淆不清。复习时要注意分析对比，抓住疾病间的共性，掌握每种疾病的特征，以便于理解和记忆。疾病的表现包括症状和体征。同一系统的不同疾病可有相同的症状或体征，但每种疾病还有各自特点。比如呼吸系统疾病，包括支气管炎、肺炎、肺结核、支气管哮喘，临床均有咳嗽、吐痰症状。听诊均可出现肺部啰音。这是呼吸系统疾病的共性；但慢支反复咳嗽吐痰，较多伴有气喘；肺结核两肺散在干啰音；肺炎为急性起病，咳吐铁锈色痰，伴有发热、胸痛，有实变体征，听诊有湿啰音；肺结核咳嗽，痰中可带有血丝，伴有低热、盗汗等；支气管哮喘为反复发作的呼气性呼吸困难，伴有咳嗽，痰少，两肺满布哮鸣音。

疾病的诊断和鉴别诊断，主要依据临床表现、实验室及其他检查。临床表现包括症状与体征。因疾病不同，实验室及其他检查也有共性及特性。如呼吸系统疾病，检查项目应包括白细胞计数及分类、痰液检查、X线检查等。肺结核还应做结核菌素试验、怀疑肺菌需做气管镜检查等。循环系统疾病检查项目应包括心电图检查、超声心动图、心电图等，心肌梗死还应查心肌酶、血沉、白蛋白等。消化系统疾病检查项目应包括消化道钡餐造影、内镜检查、胃液分析等。肝脏疾病还应查肝功能，泌尿系统疾病应做尿常规等。泌尿系统疾病应做尿液、肾功能、肾图等。血液系统疾病主要检查血常规及骨髓象。每种疾病实验室及其他检查的阳性发现是诊断和鉴别诊断的重要依据，应重点学习。

为便于分析对比，复习时可以各系统为单位，将同一系统不同疾病列表对比，比较病因、发病机制、临床表现、实验室及其他检查、诊断与鉴别诊断、并发症、治疗等项目有何

第一部分 学习要求和自学方法

一、全面学习，重点掌握

西医内科教材内容均为考试内容。学习及考试重点是疾病的临床表现、诊断及鉴别诊断、主要治疗措施，包括危重病抢救。要很好理解并掌握重点内容，必须全面学习教材，如疾病的病因、发病机制、病理改变等虽非重点考试内容，也应熟悉。例如，肺炎球菌肺炎临床表现为咳吐铁锈色痰，有肺实变体征，学习时应了解其产生原因，在理解的基础上记忆。本病是细菌引起的肺组织炎症，病理改变可分为充血期、红色肝变期、灰色肝变期及消散期。在红色肝变期，红细胞渗入肺泡，故咳吐铁锈色痰。肺组织有炎性渗出，因而出现肺实变体征。全面学习、重点掌握也是应考的重点。自学考试的题型中，选择题占很大比重，此部分考试范围广泛，内容具体，其中不少是非重点，如病因、发病机制、药物毒副作用等，如果不全面复习，会丢掉很多分数。当然考试重点仍是临床表现（包括症状、体征）、诊断与鉴别诊断（包括实验室及其他检查）、治疗（包括危重病抢救），应重点复习。

二、注意分析对比

西医内科包括很多病种，单靠死记硬背很难掌握，甚至混淆不清。复习时要注意分析对比，抓住疾病间的共性，掌握每种疾病的特征，以便于理解和记忆。疾病的临床表现包括症状和体征。同一系统的不同疾病可有相同的症状或体征，但每种疾病还有各自特点，比如呼吸系统疾病，慢性支气管炎、肺炎、肺结核、支气管哮喘，临床均有咳嗽、吐痰症状，听诊均可出现肺部啰音，这是呼吸系统疾病的共性；但慢支反复咳嗽吐痰，较多伴有气喘，听诊两肺散在干湿啰音；肺炎为急性起病，咳吐铁锈色痰，伴有发热、胸痛，有肺实变体征，听诊有湿啰音；肺结核咳嗽，痰中可带有血丝，伴有低热、盗汗等；支气管哮喘为反复发作的呼气性呼吸困难，伴有咳嗽，痰少，两肺满布哮鸣音。

疾病的诊断和鉴别诊断，主要依据临床表现、实验室及其他检查。临床表现包括症状与体征。因疾病不同，实验室及其他检查也有共性及特性。如呼吸系统疾病，检查项目应包括白细胞计数及分类、痰液检查、X线检查等。肺结核还应做结核菌素试验，怀疑肺癌要做气管镜检查等。循环系统疾病检查项目应包括心脏X线检查、超声心动图、心电图等，心肌梗死还应查心肌酶、血沉、白细胞等。消化系统疾病检查项目应包括消化道钡餐造影、内镜检查、胃液分析等。肝脏疾病还应查肝功能，胰腺疾病应查胰淀粉酶等。泌尿系统疾病应检查尿液、肾功能、肾图等。血液系统疾病主要检查血象及骨髓象。每种疾病实验室及其他检查的阳性发现是诊断和鉴别诊断的重要依据，应重点学习。

为便于分析对比，复习时可以各系统为单位，将同一系统不同疾病列表对比，比较病因、发病机制、临床表现、实验室及其他检查、诊断与鉴别诊断、并发症、治疗等项目有何

异同。这种复习方法便于记忆，不易混淆。

三、考试中应注意的问题

做题时应先易后难，切忌在难题上花费过多时间，一定要先回答有把握的问题，难题放在最后回答，避免时间分配不当，丢失分数。

要根据评分值选择做题重点，不要平均分配。一般选择题每题分数很少（1分），而问答题、病例分析每题一般10分左右，甚至更多，故做题时要选择重点，不要平均分配精力，争取将分值高的试题答对；当然也不能花费过多时间，放弃了把握性大的简单试题。

回答问题要简明，突出重点，切忌做不必要的解释，反而弄巧成拙。例如要求回答某种疾病的诊断，答案应包括症状、体征、实验室及其他检查依据，答案要求全面、完整，但不要画蛇添足，并非回答内容越多越好。

四、各种题型的答题方法

1. 选择题

A型题（最佳选择题）

每一道题下面有A、B、C、D、E 5个备选答案，只许从中选择1个最佳答案，如果选择1个以上则不得分。

B型题（配伍选择题）

本试题的形式是：先列出A、B、C、D、E 5个备选答案，下面数字标明的是一组问题，要求应试者给每1个问题从前面的备选答案中选择1个最合适的、最正确的答案。B型题与A型题的区别在于A型题是1个问题有5个备选答案，而B型题是多个问题共用同1组5个备选答案，每个备选答案可选1次或几次，也可1次也不选。

C型题（对比选择题）

每一组题上面都有A、B、C、D 4个备选答案，下面用数字标明的是1组考题。如果某题只与答案A有关，答案是A；如果只与B有关，答案是B；如果与A、B都有关，答案是C（二者均是）；与A、B都无关，答案是D（二者均非）。

K型题（组合选择题）

每道题号下有①、②、③、④ 4个用数字标明的备选答案，必须按照以下5种不同组合来回答问题：

如果这道题与答案①、②、③有关，答案是A；

如果这道题与答案①、③有关，答案是B；

如果这道题与答案②、④有关，答案是C；

如果这道题与答案④有关，答案是D；

如果这道题与答案①、②、③、④都有关，答案是E。

X型题（多解选择题）

每道题号下有A、B、C、D、E、F 6个备选答案，其中，至少2个，也可能均为正确答案，若缺少1个正确答案，则不能得分。

2. 填空题

每题包含几个空格，每空只填写1个内容，同一题的几个空格应为并列内容。

3. 简答题

回答问题时，要求针对问题，内容全面完整，简明扼要，重点突出，条理清楚，语言流畅，文字清晰。

4. 病例分析

此型试题为一个简要病例，要求考生分析病例的诊断、鉴别诊断，或给出治疗措施。分析可能的诊断时要说明诊断依据，包括症状、体征、实验室及其他检查项目。鉴别诊断要提出与哪些疾病鉴别，如何鉴别。治疗措施应较具体地指出各种措施的主要用药。

5. 细菌性痢疾（简称痢疾）：细菌性痢疾是由痢疾杆菌引起的一种常见肠道传染病，主要表现为发热、腹痛、腹泻、里急后重、黏液脓血便等。

6. 霍乱：霍乱是由霍乱弧菌引起的一种急性肠道传染病，主要表现为剧烈水样泻、呕吐、脱水、休克、死亡等。

第七次世界性霍乱大流行，从1817~1923年的100多年间，在印度孟加拉湾地区及印度次大陆恒河三角洲为地方性疫源中心，先后扩散成了6次世界性霍乱大流行，使人类遭受了四次大灾难。第七次世界性霍乱大流行是由埃尔托生物型霍乱弧菌引起的。1961年5月17日，在印度尼西亚苏拉威西岛向周南国家保健区传播蔓延，已有190多个国家地区受到波及，目前已扩散到太平洋地区内。其传播途径为：①直接接触患者粪便；②接触被污染的水、食物、饮料、蔬菜、水果等；③通过苍蝇、蚊虫等媒介传播；④通过海产品传播。本病潜伏期为1~5天，平均2~3天。起病急骤，主要表现为剧烈水样泻、呕吐、脱水、休克、死亡等。治疗原则为：①补液；②纠正电解质紊乱；③抗菌治疗；④对症治疗。预防措施：①加强卫生宣传教育；②加强水源、食物、饮水的卫生；③加强粪便、污水、垃圾的处理；④加强霍乱弧菌的监测和报告。

11. 流行性乙型脑炎（又称乙脑）：流行性乙型脑炎是由乙型脑炎病毒引起的急性传染病，主要表现为高热、意识障碍、抽搐、呼吸衰竭等。

12. 疟疾：疟疾是由疟原虫寄生于人体红细胞内引起的急性传染病，主要表现为周期性寒战、高热、出汗、乏力等。治疗原则为：①抗疟药物治疗；②对症支持治疗；③预防复发。预防措施：①防蚊灭蚊；②个人防护；③药物预防。

14. 血吸虫病：血吸虫病是由于血吸虫寄生于人体所引起的一种慢性寄生虫病。在我国主要流行于长江流域及以南地区。主要表现为腹痛、腹泻、血便、肝脾肿大、肝硬化等。治疗原则为：①病原治疗；②对症治疗；③预防复发。预防措施：①避免接触疫水；②个人防护；③药物预防。

第二部分 教材各章基本内容和重点难点

此部分为教材各章基本内容和重点难点，旨在帮助考生了解教材结构，明确复习重点，提高复习效率。

做题时应先易后难，切忌在难题上花费过多时间，一定要先回答有把握的题目，然后再攻克难题。

在答题过程中，要注意审题，明确题目的要求，做到有的放矢。同时，要注意答题的规范性，做到条理清晰、重点突出。

回答问题要简明，突出重点，切忌做不必要的解释，反而弄巧成拙。例如要求回答某种疾病的诊断，答案应包括症状、体征、实验室及其他检查依据，答案要求全面、完整，不可遗漏要点。

回答问题要简明，突出重点，切忌做不必要的解释，反而弄巧成拙。例如要求回答某种疾病的诊断，答案应包括症状、体征、实验室及其他检查依据，答案要求全面、完整，不可遗漏要点。

第一章 传染病

四、各种题目的答题方法

一、章节结构和内容提要

传染病是由病原体侵入机体引起的一组具有传染性的疾病，与其他内科疾病不同，其性质及防治对策均有独特之处。课文中，每种疾病均按病原学、流行病学、发病机制、病理、临床表现、诊断、鉴别诊断、治疗及预防叙述。一般来说，每个病种以临床表现、诊断、鉴别诊断、防治等为重点。临床表现中，应按疾病发展的不同时期记忆，尤其应重点记忆极期中的临床表现，因为在此期中，该传染病的各种特征性表现均可见到。传染病的诊断一般应按流行病学、临床及实验室三方面的资料进行综合分析，实验室资料对诊断有着至关重要的作用，有时甚至具有确诊价值，应熟记。传染病的治疗，细菌性疾病一般应以病原治疗为重点；病毒性疾病由于目前尚缺乏特效治疗，常以一般治疗及对症治疗为重点。传染病的预防应针对传染源、传播途径及易感人群构成的传染病流行三环节而采取综合性的预防措施，由于每种传染病的流行病学不同，预防的侧重点也有所不同，故可结合流行病学来学习预防部分的内容。

二、基本概念简释

1. 传染病及传染病学：传染病是由病原微生物引起的有传染性的疾病。一般来说，凡具有病原体、且具有传播可能的疾病均可称为传染病。传染病学是研究传染病和寄生虫病在人体内、外环境中发生、发展、传播和防治规律的科学。其重点是研究这些疾病的发病机制、临床表现、诊断和治疗方法，同时兼顾流行病学和预防措施的研究，以求达到防治结合的目的。

2. 传染过程：是人体同病原体相互作用、相互斗争的过程。构成流行的过程必须具备三个因素：病原体、人体和它们所处的外环境。其中起决定性作用的是人体，病原体只有通过人体才能起作用。环境因素可以改变病原体的生存条件，而且可以引起它们遗传性质的变异，使之丧失或获得新的对人体的致病能力。在传染过程中可以产生各种后果互不相同的表现：①病原体被清除；②隐性感染；③显性感染；④病原携带状态；⑤潜伏性感染。同学们

要在理解的基础上分清这五种表现的不同之处。

3. 传染病的流行过程：传染病的流行过程是传染病在人群中发生、发展和转归的过程。构成流行过程必须具备三个环节：①传染源（体内有病原体生长繁殖并能将其排出体外的人和动物）；②传播途径（病原体离开传染源后，到达另一个易感者的途径称为传播途径）；③易感人群（对某一传染病缺乏特异性免疫力的人群）。

4. 伤寒：伤寒是由伤寒杆菌经消化道侵入人体而引起的急性传染病，临床上以持续性发热、特殊中毒状态、相对缓脉、脾肿大、玫瑰疹和血白细胞减少等为特征，易出现肠出血、肠穿孔等并发症。

5. 细菌性痢疾（菌痢）：细菌性痢疾是由痢疾杆菌引起的一种常见肠道传染病，主要表现为发热、腹痛、腹泻、里急后重、粘液脓血便等。

6. 霍乱：霍乱是由霍乱弧菌引起的烈性肠道传染病，典型临床表现为剧烈泻吐、“米泔水”样排泄物，导致严重脱水、酸中毒，重者可危及生命。

7. 七次世界性霍乱大流行：从1817~1923年的100多年间，古典生物型霍乱弧菌以印度恒河三角洲为地方性疫源中心，先后酿成了6次世界性霍乱大流行，使人类遭受了巨大的灾难。第七次世界性霍乱大流行是由埃尔托生物型霍乱弧菌引起的，1961年5月以来，自印尼的苏拉威西岛向周围国家和地区传播蔓延，已有100多个国家或地区受到波及，目前仍未停止。

8. 病毒性肝炎：病毒性肝炎是由肝炎病毒引起的，以肝脏炎性损害为主的一组传染病，具有传染性强、传播途径复杂、流行面广、发病率高等特点，临床上多以急性为主，部分乙型、丙型、丁型肝炎可演变为慢性，少数可发展为肝硬化甚至肝癌。

9. 流行性脑脊髓膜炎（流脑）：流脑是由脑膜炎球菌引起的急性化脓性脑膜炎，临床上主要表现为高热、头痛、呕吐、皮肤粘膜瘀点瘀斑、脑膜刺激征阳性、脑脊液呈化脓性改变。部分患者病情进展迅猛，早期出现休克、出血，病死率高。

10. 流行性乙型脑炎（乙脑）：乙脑是由乙脑病毒经蚊虫传播引起的急性中枢神经系统传染病，为人畜共患的自然疫源性疾，临床上以高热、惊厥、昏迷为特征，重症常发生呼吸衰竭，并可留有神经系统后遗症。

11. 流行性出血热（又称为肾综合征出血热）：流行性出血热是由汉坦病毒引起的以鼠类为主要传染源的自然疫源性疾，其临床表现以发热、出血与肾脏损害为主要特征。

12. 疟疾：疟疾是由蚊虫传播的疟原虫寄生于人体内所引起的虫媒传染病，临床上以间歇性寒战、高热、出汗和脾肿大、贫血等为特征。

13. 钩端螺旋体病（钩体病）：钩体病是由致病性钩端螺旋体引起的动物源性传染病，主要表现为急性发热、周身酸痛，重者可并发肺出血、黄疸出血、肾功能衰竭等，甚至死亡。

14. 血吸虫病：血吸虫病是由于血吸虫寄生于人体所引起的疾，在我国主要指日本血吸虫寄生于人体门静脉系统所引起的寄生虫病，属人畜共患病。

三、重点问题解答

1. 传染病的特征

(1) 基本特征：有病原体，有传染性，有流行病学特征，有感染后免疫。这是传染病与

其他疾病的主要区别。这里同学们还应掌握有关流行病学的一些基本概念，如散发（某种传染病在某地区近年来的发病率的一般水平）、流行（某种传染病在某地区的发病率水平高于一般水平）、大流行（某传染病的流行范围甚广，波及全国各地，甚至超出国界或洲界）、暴发（某种传染病病例的发病时间分布高度集中于一个短时间之内）等。

(2) 临床特征：如发热、皮疹、毒血症症状及肝、脾、淋巴结肿大等表现，对传染病的诊断很有帮助。

2. 传染病的预防

应当遵循针对传染病流行过程三环节采取综合性措施（管理传染源、切断传播途径、保护易感人群），以及根据各个传染病的特点采取起主导作用的措施两者相结合的原则：①管理传染源：国家对传染病实行预防为主方针，防治结合，分类管理。《中华人民共和国传染病防治法》于1989年9月1日执行。该法将传染病分为三类，35种。甲类（鼠疫、霍乱）两种为强制管理传染病，要求于发现后城镇6小时、农村12小时内上报。乙类22种为严格管理传染病，要求于发现后城镇12小时内、农村24小时内上报。丙类11种为监测管理传染病。1996年卫生部将丙类传染病中的肺结核及新生儿破伤风提升为乙类传染病。执行职务的医疗保健人员、卫生防疫人员是传染病的法定报告人。②切断传播途径：对于那些没有有效疫苗预防的消化道传染病、虫媒传染病、经血传播的传染病以及许多寄生虫病来说，切断传播途径通常是起主导作用的预防措施。③保护易感人群：通过预防接种（疫苗、菌苗、类毒素等）提高人群的特异性免疫是预防传染病的根本性措施。

3. 典型伤寒的临床表现

自然病程可分为四期：①初期（侵袭期）：相当于发病的第1周。主要为发热等毒血症症状。腹胀、便秘多见，少数有腹泻。②极期：相当于发病的第2~3周。持续高热；表情淡漠，无欲貌，听力减退等特殊中毒状态；厌食、腹部不适、腹胀、便秘或腹泻等消化系统症状；相对缓脉；玫瑰疹；脾、肝肿大。此期易并发肠出血及肠穿孔。③缓解期：相当于发病的第4周。病情开始好转，各种症状减轻。④恢复期：相当于病程的第5周以后。体温已恢复正常，各种症状及体征消失。全身状况的恢复约需1个月左右。

4. 伤寒的再燃和复发

(1) 再燃：进入缓解期，体温接近正常时又重新上升，伤寒其他临床表现可再度出现。

(2) 复发：进入恢复期后发热等临床症状再度出现如同伤寒初发。多见于抗菌治疗疗程过短的患者，此时血培养均可阳性。

5. 伤寒的主要并发症

(1) 肠出血：少量肠出血可能只表现为大便潜血试验阳性，大量出血则为柏油样便或果酱样便，甚或伴失血性休克。

(2) 肠穿孔：表现为突发腹痛、恶心、呕吐、呃逆、腹壁紧张及压痛与反跳痛、肝浊音界消失、X线透视可见膈下游离气体等。

6. 伤寒的实验室检查

(1) 血常规检验：白细胞偏低或正常，中性粒细胞减少，嗜酸性粒细胞减少或消失，尤其是后者对诊断及观察病情都有价值，其消长与病情一致。

(2) 病原学检查：细菌培养是确诊伤寒的主要手段。血培养简便易行，阳性率高；骨髓培养阳性率更高，且受病程及使用抗菌药物的影响较小；粪便培养在病程的3~4周阳性率

最高，但应排除胆道带菌而患其他疾病。

(3) 伤寒血清凝集试验(肥达反应):对伤寒有辅助诊断价值,通常“O”效价 $\geq 1:80$ 、“H” $\geq 1:160$ 为阳性,才有诊断意义。常在病程第1周末出现阳性;第3~4周阳性率可达90%,其效价随病程的演变而递增;第4~5周达高峰,恢复期应有4倍以上升高。同学们应掌握肥达反应的临床意义(详见难点分析)。

7. 伤寒的诊断

原因不明的发热持续1~2周不退者都应想到本病的可能,尤其是有流行病学资料、特殊中毒状态、相对缓脉、玫瑰疹、肝脾肿大、血白细胞减少、嗜酸性粒细胞消失等高度提示本病,如伤寒杆菌培养阳性即可确诊。

8. 伤寒的鉴别诊断

应与持续发热性疾病相鉴别。

(1) 结核病:根据病史、结核菌素试验、X线胸片、痰涂片及培养、抗痨治疗有效等与伤寒鉴别。

(2) 恶性组织细胞病:全身中毒症状不明显,肿大的淋巴结做病理检查有助于鉴别。

9. 伤寒的治疗

选用营养丰富、易消化的流质、半流质或少渣饮食。高热以物理降温为主,慎用解热镇痛类药;便秘者禁用泻剂和高压灌肠;腹胀可肛管排气,禁用新斯的明类药物。病原治疗为治疗的重点,首选喹诺酮类如诺氟沙星、氧氟沙星、环丙沙星等;非耐药菌株可选用氯霉素,对氯霉素有禁忌者可选用氨苄西林;老年伤寒及儿童伤寒可选用第三代头孢菌素。

10. 菌痢的病原学

痢疾杆菌系肠杆菌科、志贺菌属,革兰染色阴性。利用菌体“O”抗原可将痢疾杆菌分为A、B、C、D四群,相当于志贺、福氏、鲍氏和宋内痢疾杆菌。发达国家以宋内痢疾杆菌最常见,福氏痢疾杆菌次之。我国以福氏痢疾杆菌最常见,宋内痢疾杆菌次之。各型或群细菌之间无交叉免疫性,故菌痢可重复感染和再次发病,这也是本病发病率高的重要原因。

11. 急性菌痢的临床表现

潜伏期为数小时~7日,多为1~2日。

(1) 急性菌痢多以畏寒、发热开始,常伴头痛、周身酸痛等全身症状,继而出现阵发性腹痛、腹泻,粘液或脓血便,伴有里急后重,全腹胀痛,左下腹为甚。根据临床表现的轻重不同,分为急性普通型(典型)菌痢和急性轻型(非典型)菌痢。

(2) 急性中毒型菌痢多见于2~7岁体质健壮的儿童,起病急骤,突发高热 40°C ,个别体温不升。很快出现神经系统症状,常于数小时内迅速出现循环衰竭或呼吸衰竭。而肠道症状可极不明显或缺如,常需经肛拭子或生理盐水灌肠取便检查方能确诊。根据临床表现不同可分为休克型、脑水肿型和混合型三型。

12. 慢性菌痢

急性菌痢病情反复发作或迁延不愈,病程超过2个月者为慢性菌痢。根据临床表现的不同,慢性菌痢分为迁延型、急性发作型和隐匿型三型。

13. 急性菌痢诊断标准

(1) 急性发作腹泻(排除其他原因)伴发热、腹痛、里急后重、脓血便或粘液便、左下腹胀痛等症状。

(2) 粪便显微镜检查：白细胞（或脓细胞）每高倍视野 15 个以上，可看到少量红细胞。

(3) 粪便培养：痢疾杆菌阳性。

临床诊断应具备 (1)、(2) 项；实验确诊应具备 (1)、(3) 项。

14. 急性中毒型菌痢诊断标准

(1) 发病急，高热，呈全身中毒为主的症状。

(2) 中枢神经系统症状，如惊厥、烦躁不安、嗜睡或昏迷；或有周围循环衰竭症状，如面色苍白、四肢厥冷、脉搏细数、血压降低；或有呼吸衰竭表现。

(3) 起病时胃肠道症状不明显，但用盐水灌肠或肛拭子采便检查可发现白细胞（脓细胞）。

(4) 粪便培养痢疾杆菌阳性。

临床诊断应具备 (1)、(2)、(3) 项；实验确诊应具备 (1)、(2)、(4) 项。

15. 慢性菌痢诊断标准

(1) 过去有菌痢病史，多次典型或不典型腹泻 2 个月以上者。

(2) 粪便呈粘液脓性或间歇发生。

(3) 粪便培养痢疾杆菌阳性。

临床诊断疑似病例应具备 (1) 或 (2) 项；实验确诊疑似病例应具备 (1) 或 (2) 加 (3) 项。

16. 菌痢的病原治疗

首选喹诺酮类，如诺氟沙星（氟哌酸）200~400mg，每日 2~4 次；小儿 30~40mg/(kg·d)。也可酌情选用复方磺胺甲噁唑（复方新诺明）及庆大霉素、氨苄西林或阿莫西林等，疗程为 1 周左右。

17. 中毒型菌痢治疗原则

应把好高热惊厥、循环衰竭和呼吸衰竭三关。原则为抗菌，退热止惊，扩充血容量，补碱纠酸，应用血管活性药物，适当应用糖皮质激素等抗休克，以及脱水降低颅内压，缓解脑水肿等。

18. 慢性菌痢的治疗原则

应采取以抗菌治疗为主的综合性措施。联合应用两种抗菌药物进行治疗，适当延长疗程至 2 周左右，并可应用微生物活菌制剂治疗，以恢复肠道正常菌群等。

19. 霍乱的流行特征

以沿海地带为主，一般先沿海后内陆；无严格的季节性，7~10 月为高发季节；新疫区成人发病较多，老疫区儿童较多。印度恒河三角洲为古典型霍乱的地方性疫源地；印尼的苏拉威西岛为埃尔托型霍乱的地方性疫源地；埃尔托型常在新传播地区固定下来，成为新的地方性疫区。

20. 霍乱的典型临床表现

潜伏期为数小时至 5 日。多以剧烈腹泻开始，继而呕吐，常无腹痛及里急后重。大便每日数次至数十次，甚至失禁。开始为稀便，后即水样便，少数为米泔水样便。呕吐物性状与大便性质相似。由于大量水、电解质丧失，患者可迅速出现脱水虚脱、周围循环衰竭、电解质紊乱等。由于钠盐大量丧失，患者可出现腹直肌、腓肠肌等肌肉痉挛。如果患者脱水得到及时纠正，大多数症状可迅速消失而恢复正常。部分患者在恢复期有反应性发热。无并发症

者一般3~5日内可恢复正常。

21. 霍乱的粪便常规特点

外观为稀便、稀水样便或米泔水样便，显微镜检查多无红细胞、白细胞。

22. 霍乱的细菌学检查

(1) 悬滴检查(动力试验): 动力试验阳性、制动试验阳性即可做出初步诊断。非O₁群霍乱弧菌的动力试验也常为阳性, 但制动试验阴性。

(2) 细菌培养: 是确诊霍乱的主要手段。

23. 霍乱的确诊标准

有下列三项之一者即可确诊: ①有腹泻症状, 粪便培养霍乱弧菌阳性者。②流行期间的疫区内, 凡具有典型症状, 粪便培养阴性但无其他原因可查者; 或在流行期间的疫区内有腹泻症状, 双份血清抗体效价测定血清凝集试验呈4倍以上增长, 或杀弧菌抗体测定呈8倍以上增长者。③在疫区检索中, 首次粪便培养阳性前后各5日内有腹泻症状者。

24. 霍乱的疑似诊断标准

具有下列两项之一者应按疑似病例处理: ①有典型症状的首发病例, 病原学检查尚未肯定之前; ②流行期间有明确接触史, 出现腹泻症状而无其他原因可查者。疑似病例未确诊之前按霍乱处理, 大便培养每日1次, 连续3次阴性可否定诊断。

25. 霍乱的抗菌治疗

可缩短病程, 减少腹泻量, 缩短排菌时间, 但不能替代补液。首选喹诺酮类, 也可酌情选用四环素及多西环素(强力霉素)等。

26. 霍乱患者的出院标准

(1) 症状消失后, 粪便培养每日1次, 停药后连续3次阴性。

(2) 无培养条件者, 须自发病之日起, 住院隔离不得少于7日。

(3) 慢性带菌者经治疗后, 粪便培养连续7日阴性, 或胆汁培养每周1次, 连续2次阴性, 可解除隔离, 但尚须进行流行病学追踪。

27. 霍乱的经常性预防措施

(1) 做好疫情监测, 加强疫情报告。

(2) 设置肠道门诊, 加强检索, 做到早发现、早处理可疑患者。

(3) 改善环境卫生, 搞好“三管一灭”。

(4) 做好宣传、教育及培训。

(5) 做好国境、交通卫生检疫。

28. 发生疫情时的紧急措施

(1) 核定诊断、隔离治疗和抢救患者, 做好有关的消毒工作。

(2) 以最快的方式(电话)逐级做好疫情报告。

(3) 按照“早(时间早)、小(范围小)、严(措施严)、实(落在实处)”四字方针做好疫点处理, 注意内紧外松。

(4) 做好疫区管理, 对疫点外接触者进行登记管理, 防止续发和向外传播。

(5) 进行流行病学调查。

(6) 根据疫情发展情况决定周围地区的联防及交通检疫等。

29. 病毒性肝炎的流行病学

(1) 传染源：甲型、戊型肝炎的传染源是急性期患者和亚临床感染者；乙型、丙型及丁型肝炎的传染源是急、慢性肝炎患者和病毒携带者。

(2) 传播途径：甲型、戊型肝炎主要经过粪-口途径传播，少见的情况下也可经血液或血制品传播。乙型、丙型及丁型肝炎可通过各种体液（如血液、精液、阴道分泌物等）排出体外，通过皮肤粘膜的破损口（显性或隐性）进入易感者的体内而传播，包括血液传播、母婴传播、性传播及日常生活密切接触传播等。

(3) 易感人群：感染 HAV 后可产生保护性抗体（抗-HAV）且可持久存在。感染 HBV 后如产生抗-HBs，也可产生较持久的免疫力。感染 HEV 后可产生一定的免疫力（抗-HEV）。

30. 病毒性肝炎的临床分型
可分为：①急性肝炎（急性无黄疸型，急性黄疸型）；②慢性肝炎（轻度，中度，重度）；③重型肝炎（急性重型，亚急性重型，慢性重型）；④淤胆型肝炎；⑤肝炎肝硬化（活动性，静止性）。

31. 急性黄疸型肝炎的临床表现
(1) 黄疸前期：可有恶寒、发热等，突出的症状是全身乏力、食欲不振、厌油、恶心、呕吐、腹部不适等。

(2) 黄疸期：继黄疸前期末尿色加深后，巩膜首先出现黄染，继及皮肤。肝脏肿大有压痛及叩击痛，脾也可轻度肿大。

(3) 恢复期：此期各种症状、体征及肝功能等逐渐恢复正常。

32. 慢性肝炎
既往有乙型、丙型、丁型肝炎或慢性 HBV 携带史，或急性肝炎病程超过半年，而仍有肝炎症状、体征及肝功能异常者即可诊断为慢性肝炎。根据肝功能损害程度，临床可分为轻、中、重三度。

33. 重型肝炎
(1) 急性重型肝炎：急性黄疸型肝炎，起病 2 周内迅速出现精神神经症状，凝血酶原活动度低于 40% 而排除其他原因者，同时患者常有肝浊音界进行性缩小、黄疸急剧加深、肝功能明显异常（特别是血清胆红素 $>171\mu\text{mol/L}$ ）。

(2) 亚急性重型肝炎：急性病毒性肝炎起病 15 日至 24 周出现凝血酶原时间明显延长（凝血酶原活动度低于 40%），同时具备以下指征之一者：出现 II 度以上肝性脑病症状；黄疸迅速加重（数日内 $\text{SBil} \geq 171\mu\text{mol/L}$ ），肝功能严重损害（ALT 升高或酶胆分离、A/G 倒置，丙种球蛋白升高）；高度乏力及明显食欲减退或恶心、呕吐，严重腹胀或腹水，可有明显出血现象（对无腹水及明显出血现象者应注意是否为本型早期）。

(3) 慢性重型肝炎：临床表现同亚急性重型肝炎，但有慢性肝炎、肝硬化病史、体征及严重肝功能损害或慢性 HBsAg 携带史，或虽无上述病史，但影像学、腹腔镜检查或肝穿检查支持慢性肝炎者。

34. 淤胆型肝炎
起病类似急性黄疸型肝炎，但自觉症状较轻，肝肿大明显，常有皮肤瘙痒、大便灰白、肝功能检查血清胆红素明显升高且以结合胆红素为主等阻塞性黄疸的表现。

35. 肝炎肝硬化

凡慢性肝炎患者具有肯定的门脉高压证据（如腹壁及食管静脉曲张、腹水），影像学诊断肝脏缩小、脾脏增大、门静脉增宽，且排除其他引起门静脉高压原因者均可诊断为肝硬化。

36. 慢性 HBsAg 携带者

HBsAg 持续阳性 6 个月以上、肝功能正常、无任何临床症状和体征者称为慢性 HBsAg 携带者。

37. 病毒性肝炎的肝功能检查

(1) 血清胆红素 (BIL)：各种急慢性病毒性肝炎肝细胞损害时，均可引起血清胆红素含量的增高。

(2) 血清蛋白测定：肝脏功能损伤严重（慢性肝炎中重度、肝硬化、重型肝炎等）则白蛋白常减少，球蛋白常增加，A/G 有显著改变。

(3) 凝血酶原时间 (PT) 和凝血酶原活动度 (PTA)：当肝实质广泛而严重坏死时，PT 显著延长，PTA 明显下降。重型肝炎凝血酶原活动度常低于 40%。

(4) 血清转氨酶：肝细胞受到损伤时，细胞内的丙氨酸转氨酶 (ALT) 及天冬氨酸转氨酶 (AST) 即可释放入血而引起转氨酶升高。故血清转氨酶为诊断肝炎最有价值的酶活力测定。

38. 病毒性肝炎的病原学检查

(1) HAV：抗-HAVIgM 为甲型肝炎诊断最常用的重要指标。

(2) HBV：HBsAg 是感染 HBV 后最早出现的血清学标志，阳性可见于各种 HBV 现症感染者，包括潜伏期患者、急慢性乙肝患者、部分肝硬化及肝癌患者和 HBsAg 携带者；抗-HBs 是感染 HBV 后产生的惟一保护性抗体，见于乙肝恢复期、HBV 既往感染者和乙肝疫苗接种后；HBcAg 阳性表示血液内含有 HBV，传染性强，HBV 复制活跃；抗-HBc 为感染 HBV 后最早出现的抗体，高滴度的抗-HBcIgM 为 HBV 急性或近期感染的标志，在一些慢性乙型肝炎、肝硬化、肝癌、慢性 HBV 携带者中，抗-HBcIgM 也可阳性但滴度较低，表示体内病毒复制活跃，传染性强；抗-HBcIgG 是 HBV 感染的标志，现症感染和既往感染均可阳性；HBeAg 阳性表示体内 HBV 复制，传染性强，而抗-HBe 的出现预示着病毒复制减少或终止，传染性弱；HBV-DNA 或 HBV-DNA-P 阳性是 HBV 存在和复制的最可靠的直接证据。

(3) HCV：抗-HCV 阳性，结合流行病学资料及临床可诊断为 HCV 感染；HCV-RNA 阳性，可诊断为 HCV 感染，表示体内有 HCV 复制，有传染性。

(4) HDV：HDV 感染是发生于 HBV 感染的基础上的，常用的检查有 HDAg、抗-HDIgM、抗-HDIgG、HDV-RNA 等。

(5) HEV：抗-HEV 滴度 $>1:20$ 对 HEV 感染有一定的诊断意义，而抗-HEVIgM 阳性则更具诊断意义。

39. 病毒性肝炎的鉴别诊断

(1) 传染性单核细胞增多症：本病系 EB 病毒感染，消化道症状轻，常有咽炎、淋巴结肿大、血白细胞增多、异常淋巴细胞 10% 以上、嗜异凝集反应阳性、抗 EB 病毒抗体 IgM 早期阳性 (4~8 周)。

(2) 中毒性肝炎：有服用损害肝脏的药物史，病原学检查常阴性。