

名词解释

1. **急性上呼吸道感染 (acute upper respiratory tract infection)**: 是指鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称。常见病因为病毒, 少数由细菌引起。
2. **慢性支气管炎**: 简称慢支, 是气管、支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症, 临床上以咳嗽、咳痰为主要症状。
3. **慢性阻塞性肺疾病 (COPD)**: 简称慢阻肺, 是以持续气流受限为特征的可以预防和治疗疾病, 其气流受限多呈进行性发展。
4. **支气管哮喘**: 是由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。
5. **气道高反应性**: 指气道对各种刺激因子如变应原、理化因素、运动、药物等呈现的高度敏感状态, 表现为患者接触这些刺激因子时气道出现过强或过早的收缩反应。
6. **气道重构**: 是哮喘的重要病理特征, 表现为气道上皮细胞粘液化生、平滑肌肥大/增生、上皮下胶原沉积和纤维化、血管增生等, 多出现在反复发作、长期没有得到良好控制的哮喘患者。
7. **支气管扩张**: 大多继发于急慢性呼吸道感染和支气管阻塞后, 反复发生支气管炎症, 致使支气管壁结构破坏, 引起支气管异常和持久性扩张。临床表现主要为慢性咳嗽、咯大量脓痰和(或)反复咯血。
8. **肺炎**: 指终末气道、肺泡和肺间质的炎症, 可有病原微生物、理化因素、免疫损伤、过敏及药物所致。
9. **社区获得性肺炎**: 是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症, 包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎。
10. **医院获得性肺炎**: 指患者入院时不存在, 也不处于潜伏期, 而于入院 48 小时后在医院(包括老年护理院、康复院等)内发生的肺炎。
11. **肺脓肿**: 是肺组织坏死形成的脓腔。临床特征为高热、咳嗽和咳大量脓臭痰。
12. **科赫现象**: 机体对结核菌再感染与初感染所表现出不同反应的现象, 称为科赫现象。
13. **干酪样坏死**: 发生于变态反应较强的肺结核患者。由于结核菌数量多和毒力强, 在渗出或增殖性病变基础上, 发生组织凝固性坏死, 坏死物呈浅黄色凝成块状物, 类脂质含量多, 因颇似乳酪故名。
14. **原发综合征**: 肺的原发结核病灶、淋巴管炎和肺门淋巴结炎三者构成原发综合征。
15. **中央型肺癌**: 生长在段支气管以上至主支气管的肺癌, 约占 3 / 4, 以鳞癌和小细胞未分化癌多见。
16. **上腔静脉梗阻综合征**: 是肿瘤侵犯纵隔, 压迫上腔静脉, 或其他原因致头部和上腔静脉回流受阻, 产生头面部、颈部和上肢水肿及前胸部淤血和静脉曲张。
17. **Horner 综合征**: 纵隔气肿时, 心尖部可听到与心跳同步的“咔哒”声, 称 Horner 征。
18. **结节病**: 是一种原因不明的多系统累及的肉芽肿性疾病, 主要侵犯肺和淋巴系统, 其次是眼部和皮肤。
19. **肺间质**: 指肺泡间及终末气道上皮以外的支持组织, 包括血管及淋巴管组织。主要包括两种成分: 细胞及细胞外基质。
20. **间质性肺疾病 (ILD)**: 是以弥漫性肺实质、肺泡炎和间质纤维化为病理基本改变, 以活动性呼吸困难、X 线胸片弥漫阴影、限制性通气障碍、弥散功能降低和低氧血症为临床表现的不同类疾病群构成的临床一病理实体的总称。
21. **特发性肺纤维化 (IPF)**: 指病因不明的、局限于肺部的弥漫性肺间质纤维化, 表现为进行性加重的呼吸困难, 又称特发性间质性肺炎。
22. **肺源性心脏病**: 指肺部、胸廓肺动脉的慢性病变引起肺循环阻力增高, 导致肺动脉高压及右心负担过重, 造成右心室肥大, 最后发生右心衰。
23. **肺性脑病**: 是由慢性肺、胸疾病伴呼吸功能衰竭, 出现缺氧、二氧化碳潴留而引起精神障碍和神经症状的综合征。
24. **呼吸衰竭**: 由于呼吸系统或其他系统疾病所致使动脉血氧分压降低, $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 和(或)伴有动脉血二氧化碳分压增高 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。
25. **I 型呼吸衰竭**: 只有低氧血症 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$, 而无二氧化碳潴留的呼吸衰竭。
26. **氧合指数**: 动脉血氧分压与吸入氧浓度的比值。
27. **胃食管反流病 (GERD)**: 是指胃十二指肠内容物反流入食管引起烧心等症状, 根据是否导致食管黏膜糜烂、溃疡, 分为反流性食管炎及非糜烂性反流病。
28. **Barrett 食管**: 食管下段鳞状上皮被化生的柱状上皮替代, 称之为 Barrett 食管。
29. **功能性消化不良**: 是一组表现为慢性或反复发作的胃肠道症状、而无器质性改变的胃肠道功能性疾病, 临床表现主要是胃肠道(包括咽、食管、胃、胆道、小肠、大肠、肛门)的相关症状, 因症状特征而有不同命名。
30. **肠易激综合征**: 是一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变为特征而无器质性病变的常见功能性肠病。
31. **射频消融术**: 将电极导管经静脉或动脉送入心腔特定部位, 释放射频电流导致局部心内膜及心内膜下心肌凝固性

坏死，达到阻断快速心律失常异常传导束和起源点的介入性技术。

32.经皮冠状动脉介入术：在血管造影仪的引导下，通过特定的导管、导丝、球囊、支架等，对狭窄或阻塞的冠状动脉进行疏通的治疗方法。

33.急性心衰：是指心力衰竭急性发作和（或）加重的一种临床综合征，可表现为急性新发和慢性心衰急性代偿。

34.心室重构：原发性心肌损害和心脏负荷过重使室壁应力增加，导致心室反应性肥大和扩大，细胞和细胞外基质—胶原网组成均有变化，称为心室重构。

35.心力衰竭：是各种心脏结构和功能性疾病导致心室充盈和（或）射血功能受损，心排血量不能满足机体组织代谢需要，以肺循环和（或）体循环淤血，器官组织血液灌注不足为临床表现的一组临床综合征。

36.病态窦房结综合征（SSS）：简称病窦综合征，是由窦房节病变导致功能减退，产生多种心律失常的综合表现。

37.预激综合征：又称 WPW 综合征，是指心电图呈预激表现，临床上有心动过速发作。心电图的预激是指心房冲动提前激动心室的一部分或全体。

38.尖端扭转型室速（TdP）：即尖端扭转型室速，是多型性室速的一个特殊类型，因发作时 QRS 波群的振幅与波峰呈周期性改变，宛如围绕等电位线扭转而得名，频率 200~250 次/min，QT 间期通常超过 0.5s，U 波显著。

39.阿-斯综合征（Adam-stokes Syndrome）：即心源性脑缺血综合征，指各种心脏病致心动过缓而出现脑缺血的一组临床综合征。

40.室性并行心律：心室的异位起搏点规律地自行发放冲动，并能防止窦房结冲动入侵。

41.稳定型心绞痛（stable angina pectoris）：稳定型心绞痛也称劳累性心绞痛，是在冠状动脉固定性严重狭窄的基础上，由于心肌负荷的增加引起心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧的临床综合征。

42.急性冠状动脉综合征（ACS）：ACS 是一组由急性心肌缺血引起的临床综合征，主要包括不稳定型心绞痛（UA）、非 ST 段抬高型心肌梗死（NSTEMI）以及 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）。病理基础是动脉粥样硬化不稳定斑块破裂或糜烂导致冠状动脉内血栓形成。

43.再灌注心律失常：再灌注心律失常是指心肌缺血后冠状动脉再通，恢复心肌灌注所致的心律失常。

44.冠心病：冠状动脉粥样硬化性心脏病指冠状动脉发生粥样硬化引起管腔狭窄或闭塞，导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病，简称冠心病（CHD），亦称缺血性心脏病。

45.X 综合征：X 综合征通常指患者具有心绞痛或类似于心绞痛的症状，运动平板试验出现 ST 段下移而冠状动脉造影无异常表现。

46.泵衰竭：心肌梗死时由于左心室排血功能障碍引起的左心室衰竭或肺水肿与心源性休克，统称为心脏泵功能衰竭，或泵衰竭。

47.原发性高血压：是以体循环动脉血压升高为主要临床表现的心血管综合征。

48.继发性高血压：是指由某些确定的疾病或病因引起的血压升高，约占所有高血压的 5%。

49.高血压急症：是指原发性或继发性高血压患者，在某些诱因作用下，血压突然和明显升高（一般超过 180/120mmHg），伴有进行性心、脑、肾等重要靶器官功能不全的表现。

50.恶性高血压：少数患者病情急骤发展，舒张压持续 ≥ 130 mmHg，并有头痛，视力模糊，眼底出血、渗出和视盘水肿，肾脏损害突出，持续蛋白尿、血尿与管型尿。

51.多瓣膜病：又称联合瓣膜病，是指两个或两个以上瓣膜病变同时存在。

52.Graham-Steell 杂音：严重肺动脉高压时，由于肺动脉及其瓣环的扩张，导致相对性肺动脉关闭不全，因而在胸骨左缘第 2 肋间可闻及递减型高调叹气样舒张早期杂音。

53.急性心包炎：为心包脏层和壁层的急性炎症性疾病可单独存在，也可是某种全身性疾病累及心包所致。

54.Beck 三联征：心脏压塞的临床特征为低血压、心音低弱、颈静脉怒张称 Beck 三联征。

55.心包积液的 Ewart：心包积液量大时，可于左肩胛骨下出现触觉语颤增强，叩诊呈浊音，听诊出现支气管呼吸音称 Ewart。

56.感染性心内膜炎：为心内膜表面的微生物感染，伴赘生物形成。

57.Roth 斑：为视网膜的卵圆形出血斑，其中心呈白色，多见于亚急性感染性心内膜炎。

58.Osler 结节：为指和趾垫出现的豌豆大的红或紫色痛性结节，多见于亚急性感染性心内膜炎。

59.Janeway 损害：为手掌和足底处直径 1-4mm 无痛性出血红斑，多见于急性感染性心内膜炎。

填空题

1.呼吸系统的防御功能包括（）、（）、（）、（）等。

1.物理防御功能、化学防御功能、细胞吞噬、免疫防御功能。

填空题

- 1.急性上呼吸道感染的病原菌约 70% ~ 80%由引起 ()。
- 2.普通感冒以 () 卡他症状为主要表现。

- 1.病毒
- 2.鼻咽部

填空题

- 1.慢性支气管炎并发肺气肿时，在原疾病症状基础上出现逐渐加重的 ()。
- 2.COPD 的并发症为 ()、() 和 ()。

- 1.呼吸困难
- 2.自发性气胸 慢性呼吸衰竭 慢性肺源性心脏病

填空题

- 1.哮喘发作时可并发 ()、()、()。
- 2.() 是当前防治哮喘最有效的药物。
- 3.() 是目前推荐长期抗炎治疗哮喘非急性发作期最常用药物。

- 1.气胸 纵隔气肿 肺不张
- 2.糖皮质激素
- 3.吸入糖皮质激素

填空题

- 1.支气管扩张主要临床表现为 ()、() 和 (或) ()。
- 2.治疗支气管扩张症，采取体位引流，原则上应使患肺处于 ()，引流支气管开口朝 ()。

- 1.慢性咳嗽 咳大量脓痰 反复咯血
- 2.高位 朝下

填空题

- 1.肺炎按解剖分类 ()、()、()。
- 2.肺炎按患病环境分为 ()、()。

- 1.大叶性肺炎 小叶性肺炎 间质性肺炎
- 2.社区获得性肺炎 医院获得性肺炎

填空题

- 1.肺结核主要传染源是 () 的痰液。
- 2.() 是肺结核中最常见的一种类型。
- 3.肺结核分为 ()、()、()、()、() 五型。
- 4.() 是确诊肺结核最特异性的方法，结核菌素试验是诊断结核感染的 ()。
- 5.肺结核短程化疗，通常为 () 个月。

- 1.排菌的肺结核患者
- 2.浸润型肺结核
- 3.原发型 肺结核血行播散型 浸润型 慢性纤维空洞型 结核性胸膜炎

4.痰结核菌检查 参考指标

5.6-9

填空题

- 1.肺癌按解剖学部位分为 ()、()。
- 2.中央型肺癌指发生在 () 至主支气管的癌。
- 3.小细胞肺癌的治疗原则为 ()、()。

- 1.中央型 周围型
- 2.段支气管
- 3.全身化疗 手术为主

填空题

- 1.间质性肺病是以 ()、() 和 () 为病理基本改变。
- 2.间质性肺病肺功能表现为 () 为主。
- 3.特发性肺间质纤维化的主要死亡为 () 型呼吸衰竭。

- 1.弥漫性肺实质 肺泡炎 间质纤维化
- 2.弥散障碍
3. I

填空题

- 1.胸片显示右下肺动脉干扩张，其横径大于 ()，是诊断肺心病的主要依据。
- 2.肺心病肺动脉高压形成的主要有关因素为 ()。
- 3.肺心病急性加重期控制呼吸衰竭最主要的措施是 ()。

- 1.15mm
- 2.功能性因素
- 3.控制感染

填空题

- 1.二氧化碳潴留发生机理主要是由于 ()。
- 2.缺氧可刺激心脏，使 () 和 ()，血压上升。
- 3.Ⅱ型呼吸衰竭的氧疗原则是 () 持续吸氧。
- 4.呼吸性酸中毒的治疗，主要是 ()，一般不需补碱。

- 1.通气不足
- 2.心率加快 心排血量增加
- 3.低浓度
- 4.改善通气

填空题

- 1.Oddi 括约肌位于胆胰管末端和十二指肠乳头之间，具有调节胆囊充盈，控制胆汁、胰液流入十二指肠、() 及维持胆胰系统正常压力等功能。
- 2.() 是食管、胃、十二指肠疾病的最常用和最准确的检查方法。

- 1.阻止十二指肠液反流
- 2.胃镜

填空题

1.胃食管反流病的发病机制有 ()、()、食管黏膜屏障降低。

抗反流屏障结构与功能异常、食管清除作用降低

填空题

1.心力衰竭发生时，机体全面启动神经体液机制进行代偿，包括 () 兴奋性增强，() 激活。

2.左心衰竭是以 () 淤血及 () 降低为主要表现。

3.右心衰竭是以 () 淤血为主要表现。

4.心衰患者长期应用 β 受体阻滞剂能够 () 症状，() 预后，() 死亡率。

1.交感神经 RAAS

2.肺循环静脉 心肌收缩力

3.体循环静脉

4.缓解 改善 降低

填空题

1.房颤超过 2 天者，且打算复律，则应在复律前接受 () 周华法林治疗，待心律转复后继续华法林治疗 () 周。

2.房颤听诊特点：()、()、()。

3.心电图上，() 和 () 对确立室性心动过速的诊断提供重要依据。

4.心律失常的发生机制包括 () 和 (或) ()。

5.房室旁路典型预激的心电图表现为 ()、()、()、()。

1. 3 4

2.第一心音强弱不等 心律绝对不齐 脉搏短绌

3.心室夺获 室性融合波

4.冲动形成异常 冲动传导异常

5.P-R 间期缩短 QRS 波增宽 起始部粗钝 (delta 波) 继发性 ST-T 改变

填空题

1.动脉粥样硬化发展过程可分为 4 期：① ()；② ()；③ ()；④ ()。

2.冠心病根据发病特点和治疗原则不同分为两大类：① ()；② ()。

3.慢性冠脉病包括：① ()；② ()；③ () 等。

4.急性冠状动脉综合征包括：① ()；② ()；③ ()；④冠心病猝死。

5.急性心肌梗死除需与心绞痛鉴别外，还需与 ()、()、()、() 疾病鉴别。

6.心肌梗死后数周至数月内出现心包炎、胸膜炎或肺炎，称为 ()。

1.无症状期 缺血期 坏死期 纤维化期

2.慢性冠脉病 急性冠状动脉综合征

3.稳定型心绞痛 缺血性心肌病 隐匿性冠心病

4.不稳定型心绞痛 (UA) 非 ST 段抬高型心肌梗死 (NSTEMI) ST 段抬高型心肌梗死 (STEMI)

5.主动脉夹层 急性肺动脉栓塞 急腹症 急性心包炎

6.心肌梗死后综合征

填空题

1.主动脉瓣狭窄的常见三联征：()、()、()。

心绞痛 晕厥 呼吸困难

填空题

- 1、正常心包腔内有 () ml 浆膜液起润滑作用。
- 2、急性心包炎最常见的病因为 ()。
- 3、急性心包炎最有诊断价值的体征是 ()。

- 1、15-50
- 2、病毒感染
- 3、心包摩擦音

填空题

- 1、急性感染性心内膜炎主要致病菌是 ()；亚急性感染性心内膜炎主要致病菌是 ()。
- 2、感染性心内膜炎免疫系统激活可引起 ()，() 和 ()。
- 3、感染性心内膜炎超声心动图检查发现 () 可帮助明确诊断。

- 1、金黄色葡萄球菌 草绿色链球菌
- 2、脾大 肾小球肾炎 关节炎
- 3、赘生物

问答题

1.试述 COPD 诊断的必备条件及诊断依据？

答：肺功能检查见持续气流受限时慢阻肺诊断的必备条件，吸入支气管扩张剂后 $FEV_1/FVC < 0.70$ 为确定存在持续气流受限的界限。

2.COPD 的肺功能检查的特点？

答：1) 使用支气管扩张剂后， $FEV_1/FVC < 0.70$ 可确定为持续气流受限。
2) 肺总量、功能残气流和残气流增高，肺活量减低，表明肺过度充气。

3.支气管哮喘的诊断标准是什么？

答：(1)反复发作的喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理、化学刺激、上呼吸道感染、运动等有关。(2)发作时在双肺可闻及散在或弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。(3)上述症状可经治疗缓解或自行缓解。(4)除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽。(5)临床表现不典型者(如无明显喘息或体征)至少应有下列三项中的一项：①支气管激发试验或运动试验阳性；②支气管舒张试验阳性；③昼夜 PEF 变异率 $\geq 20\%$ 。符合 1-4 条或 4、5 条者，可以诊断为支气管哮喘。

4.治疗支气管哮喘的药物有如何分类？

答：分为控制性药物和缓解性药物。控制性药物包括吸入型糖皮质激素、白三烯调节剂，长效 β_2 受体激动剂，缓释茶碱及色甘酸钠、抗 IgE 抗体，联合药物（如 ICS/LABA），缓解性药物包括短效 β_2 受体激动剂、短效吸入型抗胆碱能药物、短效茶碱、全身用糖皮质激素。

5.简答支气管哮喘与心源性哮喘的鉴别。

答：(1) 病史：心源性哮喘有引起肺淤血、水肿的器质性心脏病，中年以上发病，病史短，发作少，支气管哮喘有反复发作的憋喘史，可有过敏史，病史长，发作多，多在青少年起病。(2) 症状：心源性哮喘常夜间突然发作，咳嗽，咳粉红色泡沫痰，坐位时症状减轻；而支气管哮喘任何时候均可发作，坐位时症状无改善。(3) 体征：心源性哮喘心脏扩大或心脏杂音，双肺底湿音；而支气管哮喘可闻及广泛哮鸣音。(4) X 线检查：心源性哮喘显示心脏扩大，肺淤血；而前者显示心脏正常，可有肺气肿征象或肺纹理增多。(5) 治疗：心源性哮喘宜强心利尿及扩血管，吗啡治疗有效，不宜用肾上腺素；支气管哮喘应用肾上腺素、肾上腺皮质激素、支气管扩张剂有效。

6.支气管扩张症有哪些临床表现？

答：①慢性咳嗽和大量脓性痰，多为阵发性，常与体位有关，早晨起床及晚上卧下时咳嗽和咳痰较多。每日量可

达数百毫升，呈粘液脓性，黄色或黄绿色，混合厌氧菌感染时，痰及呼吸有臭味。②咯血，大多数患者常有反复咯血。程度不等，通常为痰带血丝、血痰或小量咯血，也有大量咯血。少数患者仅有反复咯血，平时无明显咳嗽及咳痰。这与病变局限，支气管引流通畅，感染较轻有关。③肺部感染，常因上呼吸道感染向下延伸，使支气管感染加重，引流不畅，炎症扩展至病变支气管周围的肺组织，因而临床上出现发热咳嗽加剧、痰量增多、胸痛等征状。

7.支气管扩张 X 光片表现特点？

答：胸部 X 显示平片检查是，囊状支气管扩张的气道表现为显著的囊腔，腔内可存在气液平面，其他表现为气道壁增厚，纵切面可显示“双轨征”，横切面显示“环形阴影”。

8.肺炎链球菌肺炎 X 线特点？

答：早期仅见肺纹理增粗，或受累的肺段、肺叶稍模糊。随病情进展，表现为大片炎症浸润阴影或实变影，在实变阴影中可见支气管充气征，肋膈角可有少量胸腔积液，消散期炎症浸润逐渐吸收，可有片状区域吸收较快而呈现“假空洞征”，多数病例在起病 3-4 周后才完全消散。

9.肺炎的病人抗生素治疗 72 小时后体温未降、症状未改善，可能的原因是什么？

- 答：①药物未能覆盖致病菌，或细菌耐药
②特殊病原体感染，如结核分枝杆菌、真菌、病毒等
③出现并发症或存在影响疗效的宿主因素（如免疫抑制）
④非感染性疾病误诊为肺炎；
⑤药物热。

10.肺脓肿空洞的 X 光片表现特点？

答：急性肺脓肿表现为大片浓密模糊的浸润阴影，边缘不清，或为团片状浓密阴影，分布在一个或数个肺段，脓腔出现圆形透亮区及气液平面，其周围被浓密的炎症浸润所环绕。脓腔内壁光整或略有不规则。

11.肺结核的基本病变有哪些？

答：（1）渗出为主的病变：表现为充血、水肿和白细胞浸润。（2）增生为主的病变：结核菌被多核巨细胞吞噬，其周围为类上皮细胞，而外围是淋巴细胞，形成典型结核结节，为结核病特征性病变。（3）变质为主的病变：常发生在渗出或增生性病变的基础上。当人体抵抗力降低或菌量过多，变态反应过于剧烈时，上述渗出性病变和结核结节连同原有的组织结构一起坏死。坏死区呈灰白略带黄色，质松而脆，状似干酪，故名干酪样坏死。

12.结核菌素试验阴性说明什么问题？

答：（1）未受结核菌感染。（2）结核菌感染后 4~8 周内，机体尚未形成变态反应即变态反应前期。（3）应用免疫抑制剂后如肾上腺皮质激素。（4）机体免疫力受到抑制如营养不良，麻疹、百日咳、重症结核病和各种危重病人可暂时阴性，待病情好转后，又转为阳性反应。（5）其它如淋巴细胞免疫系统缺陷：白血病、淋巴瘤、结节病等。

13.常用抗结核药物有哪些副作用？

答：（1）异烟肼：末梢神经炎，精神兴奋，肝损害，常用量 300mg，一日一次口服。（2）链霉素：第八对颅神经损害，引起耳鸣、耳聋；对前庭神经引起损害，产生眩晕和共济失调，少数有过敏反应。用量：0.75g，一日一次，肌肉注射。（3）利福平：短暂性肝功能损害，转氨酶升高、黄疸。（4）乙胺丁醇：球后视神经炎，视野缩小，中心盲点，绿视等。

14.肺癌按组织病理学如何分类？

答：（1）非小细胞肺癌，包括鳞状上皮细胞癌、腺癌、大细胞癌、其他类型；（2）小细胞肺癌，包括燕麦细胞型、中间细胞型、复合燕麦细胞型。

15.对 45 岁以上男性有长期重度吸烟史，出现哪些迹象应怀疑肺癌？

答：（1）无明显诱因的刺激性咳嗽持续 2-3 周，治疗无效（2）原有慢性呼吸道疾病，咳嗽性质改变；（3）反复发作

的同一部位的肺炎，特别时肺段肺炎；(4) 原因不明的肺脓肿，无中毒症状，无大量脓痰，无异物吸入史，抗炎治疗效果不显著；(5) 原因不明的四肢关节痛及杵状指(趾) (6) 影像学提示局限性肺气肿或段、叶肺不张；(7) 孤立性圆形病灶和单侧性肺门增大；(8) 原有肺结核病灶已稳定，而形态或性质发生改变；(9) 无中毒症状的胸腔积液，尤其是呈血性、进行性增加者。

16.肺心病心衰应用强心剂的原则是什么？

答：原则上选用作用快、排泄快的洋地黄类药物，小剂量（常规剂量的 1/2 或 2/3）静脉给药，用药前应注意纠正缺氧、防治低钾血症，以免发生药物毒性反应。

17.简述肺动脉高压形成的机理。

答：(1) 肺血管阻力增加的功能性因素，缺氧、高碳酸血症和呼吸性酸中毒使肺血管收缩。痉挛。缺氧时，收缩血管的活性物质增多，如白三烯，使肺血管收缩，血管阻力增加，形成肺动脉高压；缺氧使平滑肌细胞膜对 Ca^{2+} 通透性增加，细胞内 Ca^{2+} 含量增高，肌肉兴奋-收缩耦联增强，使肺血管收缩；高碳酸血症，产生过多 H^+ ，后者使血管对缺氧收缩敏感性增强，促使肺动脉高压。(2) 肺血管阻力增加的解剖学因素炎症累及邻近肺小动脉，引起血管炎，管壁增厚，管腔狭窄或纤维化，使血管闭塞，肺血管阻力增加，肺气肿时，肺泡内压升高，压迫肺泡毛细血管，造成毛细血管腔狭窄或闭塞。肺泡壁的破裂造成肺毛细血管网受损及肺血管的重构促使肺动脉压升高。(3) 缺氧使促红细胞生成素增加，使红细胞增多，血粘度增加；缺氧使醛固酮增加，钠、水潴留；肾小动脉收缩，使血容量增加。更使肺动脉压升高。

18.简述肺心病急性加重期治疗原则。

答：(1) 控制感染：选用广谱抗生素，避免抗生素的肾毒性，进行痰培养+药敏指导治疗。(2) 保持呼吸道通畅：应用祛痰药物及舒张支气管平滑肌药物。(3) 控制心力衰竭，以纠正呼吸衰竭为主要治疗目的。可酌情应用作用轻、小剂量利尿剂，必要时应用作用快、排泄快的强心剂。(4) 增加通气量。(5) 加强护理。(6) 持续低流量吸氧。(7) 对症处理，纠正水电解平衡失调及电解质紊乱。

19.慢性肺源性心脏病并发症有哪些？

答：肺性脑病，酸碱失衡及电解质紊乱，心律失常，休克，消化道出血，弥散性血管内凝血，深静脉血栓形成。

20.肺心病心衰洋地黄应用指征？

答：应用指征：(1) 感染已控制，呼吸功能已改善，利尿治疗后右心功能无改善者；(2) 以右心衰竭为主要表现而无明显感染的患者；(3) 合并室上性快速心律失常，如室上性心动过速，心房颤动（心室率 >100 次/分）者；(4) 合并急性左心衰竭的患者。

21.何为机械通气，常见的并发症？

答：机械通气是在患者自然通气和（或）氧合功能出现障碍时，运用器械（主要是呼吸机）使患者恢复有效通气并改善氧合的技术方法。并发症为：呼吸机相关肺损伤，血流动力学影响，呼吸机相关肺炎，气囊压迫导致气管—食管瘘。

22.简述 II 型呼吸衰竭持续低流量吸氧的机理。

答：II 型呼吸衰竭吸氧浓度应低于 35%，持续给氧。由于高碳酸血症，呼吸中枢对 CO_2 反应性差，主要靠低氧血症对颈动脉窦、主动脉体的化学感受器的兴奋作用维持呼吸。若吸入高浓度氧， PaO_2 迅速上升，使外周化学感受器失去了低氧血症的刺激，患者的呼吸变浅、变慢、肺泡通气量下降，加重了缺氧和二氧化碳潴留，诱发或加重肺性脑病。此外吸入高浓度氧可使肺血流重新分布，通气与血流比例失调，使有效肺泡通气量减少，加重二氧化碳潴留。

23.胃食管反流病的并发症有哪些。

答：①上消化道出血；②食管狭窄；③Barrett 食管

24.GERD 的诊断依据有哪些？

答：1.有反流症状;2.胃镜下发现 RE;3.食管过度酸反流的客观证据。胃镜检查如发现有 RE 并能排除其他原因引起的食管病变,本诊断可成立。对有典型症状而内镜检查阴性者,监测 24 小时食管 pH,如证实有食管过度酸反流,诊断成立。

25.原发性肝癌的临床表现有哪些?

答：(1)肝区疼痛,多呈持续性胀痛或钝痛;

(2)肝呈进行性增大,质地坚硬,表面凹凸不平,常有大小不等的结节,边缘圆钝而不整齐,常有不同程度的压痛;

(3)黄疸,一般出现在肝癌晚期,多为梗阻性黄疸,少数为干细胞性黄疸;

(4)肝硬化征象。在失代偿期肝硬化基础上发病者有基础疾病的临床表现。

(5)全身性表现。呈进行性消瘦、发热、食欲不振、乏力、营养不良和恶病质等;

(6)伴癌综合征。主要表现为自发性低血糖、红细胞增多症;

26.原发性肝癌的并发症有哪些?

答：(1)肝性脑病。通常是肝癌终末期的最严重并发症,约 1/3 的患者因此死亡;

(2)上消化道出血。大量出血可加重肝功能损害,诱发肝性脑病;

(3)肝癌结节破裂出血。癌结节破裂可局限于肝包膜下,产生局部疼痛;也可破入腹腔引起急性腹痛、腹膜刺激征和血性腹水,大量出血可致休克;

(4)继发感染。患者因长期消耗或手术等,抵抗力减弱,容易并发肺炎、自发性腹膜炎、肠道感染和霉菌感染等。

27.AFP 诊断原发性肝癌的标准如何?

答：是诊断肝细胞癌特异性的标志物,阳性率约为 70%。现已广泛应用于肝癌的普查、诊断、判断治疗效果及预测复发。在排除妊娠和生殖腺胚胎瘤的基础上,AFP>400ng/ml 为诊断肝癌的条件之一。对 AFP 逐渐升高不降或>200ng/L,持续 8 周,应结合影像学及肝功能变化作综合分析或动态观察。

28.简述肝性脑病的五期临床表现?

答：主要表现为高级神经中枢的功能紊乱(如性格改变、智力下降、行为失常、意识障碍等)以及运动和反射异常(如扑翼样震颤、肌阵挛、反射亢进和病理反射等),其临床过程现分为 5 期:

0 期(潜伏期) 又称轻微肝性脑病,无行为、性格的异常,无神经系统病理征,脑电图正常,只在心理测试或智力测试时有轻微异常。

1 期(前驱期) 轻度性格改变和精神异常,如焦虑、欣快激动、淡漠、睡眠倒错、健忘等,可有扑翼样震颤,脑电图多数正常。此期临床表现不明显,易被忽略。

2 期(昏迷前期) 嗜睡、行为异常(如衣冠不整或随地大小便)、言语不清、书写障碍及定向力障碍。有腱反射亢进、肌张力增高、踝阵挛及 Babinski 征阳性等神经体征,有扑翼样震颤,脑电图有特征性异常。

3 期(昏睡期) 昏睡,但可唤醒,醒时尚能应答,常有神志不清或幻觉,各种神经体征持续或加重,有扑翼样震颤,肌张力高,腱反射亢进,锥体束征常阳性,脑电图有异常波形。

4 期(昏迷期) 昏迷,不能唤醒。患者不能合作而无法引出扑翼样震颤。浅昏迷时,腱反射和肌张力仍亢进;深昏迷时,各种反射消失,肌张力降低。脑电图明显异常。

29.肝性脑病的主要诊断依据有哪些?

答：1.有严重肝病和(或)广泛门-体侧支循环形成的基础及肝性脑病的诱因;2.出现精神紊乱、昏睡或昏迷,可引出扑翼样震颤;3.肝功能生化指标明显异常及(或)血氨增高;4.脑电图异常;5.心理智能检测、诱发电位及临近视觉闪烁频率异常;6.头部 CT 或 MRI 排除脑血管意外及颅内肿瘤等疾病。

30.心衰的基本病因是什么

答：心衰的基本病因以下两大类：原发性心肌损害和心脏长期容量和(或)压力负荷过重导致心肌功能由代偿最终发展为失代偿。

原发性心肌损害由缺血性心肌损害、心肌炎、心肌病、心肌代谢障碍性疾病所致;心脏负荷过重由压力负荷过重和容量负荷过重所致。

31.心衰的诱因有哪些

答：心衰的诱因有：感染、心律失常、血容量增加、过度体力消耗或情绪激动、治疗不当、原有心脏病加重或并发其他疾病。

32.洋地黄的不良发应有哪些

答：洋地黄的不良发应有：

各种心律失常，室性早搏二联律最常见；

胃肠道表现如恶心呕吐；

神经系统症状如视力模糊、黄视、绿视。

33.试述心衰的分期

答：试述心衰的分以下四期

前心衰阶段：患者存在心衰高危因素，但目前尚无心脏结构和功能异常也无心衰的症状体征。

前临床心衰阶段：患者有结构性心脏病，但无心衰的症状体征。

临床心衰阶段：患者有基础结构性心脏病既往或目前有心衰的症状体征。

难治性终末期心衰阶段：患者虽经严格优化内科治疗，但休息时仍有症状，常伴心源性恶病质，须长期反复住院。

34.左心衰的症状有哪些

答：左心衰的症状

不同程度的呼吸困难

咳嗽、咳痰、咯血

乏力、疲倦、运动耐量减低

少尿及肾功能损害

35.试述急性心梗心衰的 Killip 分级

答：急性心梗心衰的 Killip 分级

I 级：无心力衰竭的症状体征；

II 级：有心力衰竭的症状体征，肺部 50%以下湿性啰音；

III 级：严重的心力衰竭的临床症状和体征，严重肺水肿，肺部 50%以上湿性啰音；

IV 级：心源性休克。

36.简述病态窦房结综合征的心电图表现。

答：(1) 持续而显著的窦性心动过缓（50 次/分以下），且并非由于药物引起；(2) 窦性停搏与窦房传导阻滞；(3) 窦房传导阻滞与房室传导阻滞同时并存；(4) 心动过缓-心动过速综合征。

37.简述抗心律失常药物的作用机制及分类。

答：依据 Vaughan Williams 分类法，将抗心律失常药物分为 4 类。I 类为快钠通道阻断剂，IA 类减慢动作电位 0 相上升速度（V_{max}），延长动作电位时限，IB 类不减慢 V_{max}，缩短动作电位时限，IC 类减慢 V_{max}，减慢传导与轻微延长动作电位时限；II 类阻断 β 肾上腺素能受体；III 类阻断钾通道与延长复极；IV 类阻断慢钙通道。

38.如何终止阵发性室上速？

答：(一) 刺激迷走神经的方法；(二) 抗心律失常药物：(1) 腺苷与钙通道阻滞剂；(2) 洋地黄与 β 受体拮抗剂；(3) 普罗帕酮；(4) 其他药物：合并低血压者可应用升压药物；(三) 食管心房调搏术；(四) 直流电复律。

39.简述产生折返的基本条件？

答：(1) 心脏两个或多个部位的传导性与不应期各不相同，相互连接形成一个闭合环；(2) 其中一条通道发生单向传导阻滞；(3) 另一通道传导缓慢，使原先发生阻滞的通道有足够时间恢复兴奋性；(4) 原先阻滞的通道再次激动，从而完成一次折返激动。

40.简述房颤分类？

答：(1) 首诊房颤：首次确诊(首次发作或首次发现)；(2) 阵发性房颤：持续时间 ≤ 7 天(常 ≤ 48 小时)，能自行终止；(3) 持续性房颤：持续时间 > 7 天，非自限性；(4) 长期持续性房颤：持续时间 ≥ 1 年，患者有转复愿望；(5) 永久性房颤：持续时间 > 1 年，不能终止或终止后又复发，无转复愿望。

41.AMI 静脉溶栓治疗的适应证、禁忌证和再通指标？

答：(I) 适应证：① 两个或两个以上相邻导联 ST 段抬高，(胸导 $\geq 0.2\text{mv}$ ，肢导 $\geq 0.1\text{mv}$)，或伴 LBBB，时间 $< 12\text{h}$ ，年龄 < 75 岁；② ST 段显著抬高的患者年龄 > 75 岁，权衡利弊后可以考虑；③ STEMI，发病时间已达 $12\sim 24\text{h}$ ，仍有进行性缺血性胸痛、广泛 ST 段抬高者仍可考虑。(2) 禁忌证：① 发生过出血性脑卒中，6个月内发生过缺血性脑卒中或脑血管事件；② 中枢神经系统受损、颅内肿瘤或畸形；③ 近期(2~4周)有活动性内脏出血；④ 未排除主动脉夹层；⑤ 入院时严重且未控制的高血压($> 180/110\text{mmHg}$)或慢性严重高血压病史；⑥ 目前正在使用治疗剂量的抗凝药或已知有出血倾向；⑦ 近期(2~4周)创伤史，包括头部外伤、创伤性心肺复苏或较长时间(> 10 分钟)的心肺复苏；⑧ 近期(< 3 周)外科大手术；⑨ 近期(< 2 周)曾有在不能压迫部位的大血管行穿刺。(3) 再通指标：A.直接指标：冠状动脉造影观察血管再通情况，依据 TIMI 分级，达到 II、III 级者表明血管再通。B.间接指标：① 心电图抬高的 ST 段在 2 小时内回降 $> 50\%$ ；② 胸痛 2 小时内基本消失；③ 2 小时内，出现再灌注性心律失常(短暂的加速性室性自主节律，房室或束支阻滞突然消失，或下壁心肌梗死患者出现一过性窦性心动过缓，窦房阻滞或低血压状态)。④血清 CK-MB 酶峰值提前出现(14 小时内)。

42.心绞痛的典型症状有哪些？

答：心绞痛的典型症状有：(1)胸痛的部位：胸骨体之后，可波及心前区，有手掌大小范围，甚至横贯前胸；(2)性质：压迫、发闷或紧缩性，也可有烧灼感。(3)诱因：体力劳动或情绪激动等；(4)持续时间：3-5 分钟；(5)缓解方式：停止原来诱发病状的活动后即可缓解，或舌下含硝酸甘油能在几分钟内缓解。

43.AMI 的心力衰竭如何分级？

答：AMI 的心力衰竭分级即 Killip 分级：I 级：尚无明确心力衰竭；II 级：有左心衰竭，肺部罗音 $< 50\%$ ；III 级：有急性肺水肿，全肺大、小、干、湿罗音；IV 级：有心源性休克等不同程度或阶段的血流动力学变化。

44.AMI 直接 PCI 的适应症？

答：AMI 直接 PCI 的适应症：(1) 所有症状发作 12 小时以内并且有持续新发的 ST 段抬高或新发左束支传导阻滞的患者；(2) 即使症状发作时间在 12 小时以上，但仍然有进行性缺血证据，或仍然有胸痛和心电图变化；(3) 合并严重心衰或心源性休克的患者。

45.心肌梗死的并发症有哪些？

答：AMI 后并发症：乳头肌功能失调或断裂、心脏破裂、栓塞、心室壁瘤、心肌梗死后综合征

46.冠心病的二级预防？

答：ABCDE 方案：A 抗血小板、抗心绞痛治疗和 ACEI；B β 受体拮抗剂预防心律失常，减轻心脏负荷和控制血压；C 控制血脂和戒烟；D 控制饮食和治疗糖尿病；E 健康教育和运动。

47.叙述血压水平分类和定义。

答：分类：收缩压，舒张压(单位 mmHg)；

正常血压： < 120 和 < 80 ；

正常高值血压： $120\sim 130$ 和 (或) $80\sim 90$ ；

高血压： ≥ 140 和 (或) ≥ 90 ；

1 级高血压： $140\sim 159$ 和 (或) $90\sim 99$ ；

2 级高血压： $160\sim 179$ 和 (或) $100\sim 109$ ；

3 级高血压： ≥ 180 和 (或) ≥ 110 ；

单纯收缩期高血压： ≥ 140 和 < 90 ；

48.降压药物应用基本原则。

答：原则：使用降压药物应遵循以下 4 项原则：小剂量开始，优先选择长效制剂，联合用药及个体化。

49.目前常用降压药物的种类，每种药物各举 1 例

答：目前常用降压药物可归纳为五大类，即利尿剂， β 受体拮抗剂，钙通道阻滞剂，血管紧张素转换酶抑制剂和血管紧张素 II 受体拮抗剂。

利尿剂—氢氯噻嗪，呋塞米

β 受体拮抗剂—美托洛尔，比索洛尔

钙通道阻滞剂—硝苯地平，非洛地平

血管紧张素转换酶抑制剂—依那普利，赖诺普利

血管紧张素 II 受体拮抗剂—厄贝沙坦，坎地沙坦。

50.扩张型心肌病需要与哪些疾病相鉴别

答：主要应该除外引起心脏扩大、收缩功能减低的其他继发因素、包括心脏瓣膜病、高血压性心脏病、冠心病、先天性心脏病等。

51.围生期心肌病如何诊断

答：诊断标准既往无心脏病的女性于妊娠最后 1 个月至产后 6 个月内发生心力衰竭，临床表现符合扩张型心肌病特点可以诊断本病。

52.二尖瓣狭窄的并发症包括：

答：1.心房颤动；2.急性肺水肿；3.血栓栓塞；4.右心衰竭；5.感染性心内膜炎；6.肺部感染

53.二尖瓣狭窄人工瓣膜置换术的适应证为：

答：1.严重瓣叶和瓣下结构钙化、畸形、不宜做经皮球囊二尖瓣成形术或分离术者；2.二尖瓣狭窄合并明显二尖瓣关闭不全者；

54.Austin-Flint 杂音产生机制：

答：由于主动脉瓣返流，左心室血容量增多及舒张期压力增高，将二尖瓣前侧叶推起处于较高位置引起相对二尖瓣狭窄所致。2.主动脉瓣返流血液由左心房流入的血液发生冲击、混合，产生涡流，引起杂音。

55.心包积液的处理原则

答：根据心包积液的量的多少，急性、慢性的不同可进行：1.心包穿刺：主要由诊断性穿刺、对症处理、药物治疗等；2.心包切开引流术：对于特发性心包积液因反复大量积液可行此手术，以达到持续引流的作用。

56.心包摩擦音的特点

答：部位：多位于心前区，以胸骨左缘 3、4 肋间最为明显。

性质：抓刮样粗糙的高频音。

时期：发生于心房收缩、心室收缩、心室舒张三相，称三相摩擦音。

与生理动作的关系：身体前倾、深吸气更清楚。

57.感染性心内膜炎的抗微生物药物用药原则

答：(1)早期应用；(2)足量用药；(3)静脉用药为主；(4)病原微生物不明时，急性者选用针对金黄色葡萄球菌药物，亚急性选用针对链球菌的药物；(5)已分离出病原微生物时，应根据药敏接管选择药物。

58.急性感染性心内膜炎如何做血培养

答：急性患者应在入院 3 小时内，每隔一小时一次静脉血，每次采血 10ml，共采血 3 次后开始治疗。已用过抗菌素者，停药 2-7 天后采血。

59.感染性心内膜炎的病理改变有

答：心内感染和局部扩散、赘生物碎片脱落致栓塞、血源性播散、免疫系统激活

60.感染性心内膜炎的周围血管征有

答：瘀点；指和趾甲下线状出血； Roth 斑：即视网膜的卵圆形出血斑，多见于亚急性感染性心内膜炎； Osler 结节：指和趾垫出现豌豆大的红或紫色痛性结节； Janeway 损害：手掌和足底处直径 1-4mm 无痛性出血斑。