

咯血与呕血如何鉴别

9. 答：咯血与呕血的鉴别

	咯血	呕血
病史	肺结核、支气管扩张、肺癌、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化等
出血前症状	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
出血颜色	鲜红	棕黑色或暗红色，有时鲜红色
血内混有物	泡沫和（或）痰	食物残渣、胃液
黑便	无（如咽下血液时可有）	有，可在呕血停止后仍持续数日
酸碱反应	碱性	酸性

临床常见三种类型的黄疸鉴别要点有哪些

44. 答：溶血性、肝细胞性、胆汁淤积性黄疸的鉴别如下：

	溶血性黄疸	肝细胞性黄疸	胆汁淤积性黄疸
病史	有溶血因素可查，有类似发作史	肝炎或肝硬化病史，肝炎接触史，输血、服药史	结石者反复腹痛伴黄疸，肿瘤者常伴腹痛、消瘦
症状与体征	贫血、血红蛋白尿、脾肿大	肝区胀痛或不适，消化道症状明显，肝脾肿大	黄疸波动或进行性加深，胆囊肿大，皮肤瘙痒
STB	<85.5μmol/L	<171μmol/L	不完全性梗阻 171~342μmol/L；完全性梗阻 >342μmol/L
胆红素测定	STB ↑ UCB ↑	STB ↑ UCB ↑ CB ↑	STB ↑ CB ↑
CB/STB	<20%	20%~50%	>50%
尿胆红素	(-)	(+)	(++)
尿胆原	增加	轻度增加	减少或消失
ALT、AST	正常	明显增高	可增高
ALP	正常	可增高	明显增高
其他	有溶血的实验室表现	肝功能实验室检查结果异常	影像学发现胆道梗阻病变

现病史包含哪些内容

答：现病史的内容包括：起病情况与患病的时间；主要症状的特点；病因与诱因；病情的发展与演变；伴随症状；诊治经过；病程中的一般情况

试述常见的胸部异常叩诊音及其病因 1

胸部常见的异常叩诊音:①浊音或实音:见于肺部含气减少或肺内不含气的病变,如肺炎、肺结核、肺水肿、肺肿瘤、胸腔积液等;②过清音:见于肺张力减弱而含气量增多时,如肺气肿等;③鼓音:见于气胸,或肺内腔直径大于3~4cm的空腔性病变,且靠近胸壁时,如空洞性肺结核等。

简述肺部病理性叩诊音及其临床意义 2

答:正常肺部清音区如出现浊音、实音、过清音或鼓音时,称为病理性叩诊音。病理性叩诊音的性质及范围取决于病变的性质、大小及病变部位的深浅。

1. 浊音或实音:见于:①肺组织含气量减少或消失:如肺炎、肺结核等。②肺内不含气的病变:如肺肿瘤、肺包虫等。③胸膜腔病变:如胸腔积液、胸膜增厚粘连等。④胸壁疾病:如胸壁水肿、肿瘤等
2. 鼓音:产生鼓音的原因是肺有大的含气,见于气胸及直径大于3~4cm的浅表肺大泡、肺空洞,如空洞型肺结核、液化破溃了的肺脓肿或肺肿瘤。
3. 过清音:见于肺内含气量增加且肺泡弹性减退者,如肺气肿、支气管哮喘发作时。
4. 其他:空瓮音、破壶音、浊鼓音。

简述口咽的检查方法、扁桃体肿大的分级及临床意义。

检查方法:嘱被检查者头稍向后仰,口张大发“啊”声,医生一手用压舌板将舌的前2/3与后1/3交界处迅速下压舌体,一手用手电筒照亮咽部,就可清楚看见软腭、悬雍垂、咽腭弓及舌腭弓、扁桃体及咽后壁。(2分)

扁桃体肿大分为三度:I度肿大时扁桃体不超过咽腭弓;II度肿大时扁桃体超过咽腭弓;III度肿大时扁桃体达到或超过咽后壁中线。(2分)

咽部及扁桃体咽部充血、红肿,分泌物增多,见于急性咽炎。咽部充血,表面粗糙,并有淋巴滤泡呈簇状增生,见于慢性咽炎。扁桃体红肿增大,可伴有黄白色分泌物或苔片状易剥离假膜是扁桃体炎。(2分)

简述局限性及全身性淋巴结肿大的临床意义1

答:局限性淋巴结肿大见于:①非特异性淋巴结炎:多有触痛,表面光滑,无粘连,质不硬。②淋巴结结核:常发生在颈部血管周围,多发性,质地较硬,大小不等,可互相粘连或与邻近组织、皮肤粘连,移动性稍差,晚期破溃后形成瘰管,愈合后可形成不规则瘢痕。③转移性淋巴结肿大:恶性肿瘤转移所致的淋巴结肿大,质硬或有橡皮样感,一般无压痛,表面光滑或有突起,与周围组织粘连而不易推动。

全身性淋巴结肿大常见于传染性单核细胞增多症、淋巴细胞性白血病、淋巴瘤和系统性红斑狼疮。

试述淋巴结肿大的意义。2

局限性淋巴结肿大,局部炎症和肿瘤往往引起相应区域的淋巴结肿大。

如:①非特异性淋巴结炎,②淋巴结核,③恶性肿瘤淋巴结转移。

全身性淋巴结肿大,可见于急、慢性淋巴结炎,传染性单核细胞增多症,淋巴瘤,各型急、慢性白血病等。

如何鉴别颈静脉搏动和颈动脉搏动?

颈动脉搏动强而有力,为膨胀性,触诊搏动感明显;颈静脉搏动柔和,范围弥散,触诊无搏动感。

触觉语颤检查异常有何临床意义

答:触觉语颤减弱或消失,主要见于:①肺泡内含气量过多,如肺气肿;②支气管阻塞,如阻塞性肺不张;③大量胸腔积液或气胸;④胸膜高度增厚粘连;⑤胸壁皮下气肿。

触觉语颤增强,主要见于:①肺泡内有炎症浸润,因肺组织实变使语颤传导良好,如大叶性肺炎实变期、大片肺梗死等;②接近胸膜的肺内巨大空腔,声波在空洞内产生共鸣,尤其是当空洞周围有炎性浸润并与胸壁粘连时,则更有利于声波传导,使语音震颤增强,如空洞型肺结核、肺脓肿等。

叙述干啰音的分类及临床意义

分类

1) 鼾音(sonorous rhonchi):也称低调干音。由气流通过有黏稠分泌物的较大气管或支气管时发生的振动和移动所产生,为一种粗糙的、音调较低的、类似熟睡时鼾声的干啰音。

2) 哨笛音(sibilant rhonchi):也称高调干啰音。为气流通过狭窄或痉挛的小支气管时产生的一种高音调的干啰音。有的似吹口哨或吹笛声,称为哨笛音;有的呈丝丝声,称为飞箭音。

临床意义

干啰音是支气管有病变的表现。如两肺都出现干啰音,见于急性或慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管肺炎、心源性哮喘等。局限性干啰音是由局部支气管狭窄所致,常见于支气管局部结核、肿瘤、异物或黏稠分泌物附着。局部而持久的干啰音见于肺癌早期或支气管内膜结核。

心脏震颤是怎样产生的?有何临床意义

答:心脏震颤是由于血流经狭窄的瓣膜口或关闭不全或异常通道流至较宽广的部位产生漩涡,使瓣膜、心壁或血管壁产生振动传至胸壁所致。如触及震颤则可肯定心脏有器质性病变,常见于某些先天性心脏病及心脏瓣膜狭窄病变。

心脏震颤常见于哪些疾病?其发生的时期、部位及疾病的关系如何?

答:心脏震颤常见于二尖瓣狭窄、主动脉瓣狭窄、肺动脉狭窄、动脉导管未闭、室间隔缺损等。其发生的时期、部位及疾病的关系见下表:

心脏各种震颤的临床意义

时期	部位	疾病
收缩期	胸骨右缘第 2 肋间	主动脉瓣狭窄
收缩期	胸骨左缘第 2 肋间	肺动脉狭窄
收缩期	胸骨左缘第 3、4 肋间	室间隔缺损
舒张期	心尖部	二尖瓣狭窄
连续性	胸骨左缘第 2 肋间	动脉导管未闭

心脏各瓣膜听诊区的部位及顺序

二尖瓣听诊区: 心尖搏动最强处, 一般位于第 5 肋间左锁骨中线内侧(1 分); 肺动脉瓣听诊区: 胸骨左缘第 2 肋间隙(1 分); 主动脉瓣听诊区: 胸骨右缘第 2 肋间隙(1 分); 主动脉瓣第二听诊区: 胸骨左缘第 3、4 肋间隙(1 分); 三尖瓣听诊区: 胸骨体下端近剑突偏左或偏右(1 分)。
顺序如上所述

第一第二心音产生机制和听诊特点(表格)

表 7-6 心音的产生机制和听诊特点		
心音	产生机制	听诊特点
S_1	包含两个主要成分, 即心室收缩开始, 尖瓣关闭及三尖瓣关闭, 瓣叶突然拉紧产生振动而发出声音, 通常听诊仅为一个声音。 <i>振动的产生</i>	音调较低钝, 音响较强, 持续较长(约 0.1 秒), 在心尖部听诊最响, 与心尖搏动基本同时出现。 <i>特点: 室收缩的开始</i>
S_2	包含两个成分, 即心室舒张开始, 主动脉瓣和肺动脉瓣突然关闭, 引起瓣膜振动所致。 S_2 的两个成分, 主动脉瓣关闭在前, 肺动脉瓣关闭在后, 因其间距极小, 听诊仅为一个声音。	音调较高而脆, 强度较 S_1 弱, 持续时间较短(约 0.08 秒), 在心底部最响, 出现于心尖搏动之后。 <i>特点: 心室舒张的开始</i>

主动脉瓣关闭不全的体征

答:主动脉关闭不全的体征:

(1)视诊:颜面较苍白。颈动脉搏动明显,可见点头运动,心尖搏动向左下移位且范围较广毛细血管搏动征阳性。

(2)触诊:心尖搏动向左下移位并呈抬举样,有水冲脉及毛细血管搏动征等。(3)叩诊:心界向左下扩大,心腰凹陷,心浊音界呈靴形。

(4)听诊:①主要体征为主动脉瓣区及主动脉瓣第二听诊区叹气样递减型舒张期杂音,以动脉瓣第二听诊区更明显,可传导至心尖部。②心尖部S₁减弱,主动脉瓣区S₂减弱或消失。③有相对性二尖瓣关闭不全时,心尖部可听到柔和的吹风样收缩期杂音;如有相对性二尖瓣,心尖部可听到柔和的舒张中期隆隆样杂音。④股动脉枪击音及杜双重杂音。

简述肠梗阻患者临床体征

答:肠梗阻临床主要表现为腹痛、腹胀、呕吐。排便、排气停止,腹痛是最主要症状。

体征:①视诊:呈痛苦重病面容。眼球凹陷呈脱水貌。呼吸急促,腹部膨隆。小肠梗阻可见脐周规则呈梯形多层排列的肠型和蠕动波,结肠梗阻可见腹部周边明显膨隆。

②触诊:腹部有压痛,绞窄性肠梗阻患者腹肌紧张且伴压痛,可出现反跳痛。③叩诊:当腹腔有渗液时,出现移动性浊音。

④听诊:机械性肠梗阻患者可听到肠鸣音明显亢进,呈金属音调。麻痹性肠梗阻患者肠鸣音减弱或消失

简述肝硬化患者临床体征

答: 代偿期以乏力、纳差为主要表现, 失代偿期主要表现为门脉高压, 出现脾肿大、侧支循环形成和腹水。

主要体征:

视诊: 面色萎黄, 颈部及上胸部可见毛细血管扩张、蜘蛛痣, 并可见肝掌。晚期面色灰暗, 缺少光泽, 皮肤、巩膜可有黄染, 大量腹水时腹部膨隆呈蛙状腹, 脐突出, 甚至形成脐疝, 腹部可见静脉曲张, 男性常有乳房发育。

触诊: 早期肝脏轻度肿大, 质地偏硬, 表面光滑, 压痛不明显。脾脏可触及。晚期肝脏缩小而不能触及, 腹壁紧张度增加, 脾脏轻中度肿大。大量腹水时液波震颤阳性, 下肢出现浮肿。

叩诊: 早期肝浊音区轻度扩大, 晚期肝浊音区缩小, 如有腹水, 则移动性浊音阳性。

听诊: 肠鸣音可减弱, 脐周腹壁静脉曲张处可听到静脉连续性潺潺声。

简述杵状指的特征

答: 手指或足趾末端指节增宽、增厚, 指(趾)甲从根部到末端拱形隆起, 使指(趾)端背面皮肤与指(趾)甲构成的基底角 $\geq 180^\circ$, 呈杵状, 又称为鼓槌指(趾)。

杵状指的发生机制是什么, 导致杵状指发生的常见疾病有哪些

答：一般认为，杵状指（趾）与肢体末端慢性缺氧、代谢障碍及中毒性损害等有关。这些因素可使肺及肝破坏还原型铁蛋白的能力减弱，加之缺氧使末梢毛细血管增生、扩张，血流丰富，导致末端肢体软组织增生膨大。常见于：①呼吸系统疾病：如支气管扩张、支气管肺癌、慢性肺脓肿、脓胸等。②某些心血管疾病：如发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等。③营养障碍性疾病：如肝硬化等。

中枢性面瘫与周围性面瘫如何鉴别？

答：中枢性面瘫：为核上组织病变引起。主要临床表现为病变对侧颜面下部肌肉麻痹，如鼻唇沟变浅、露齿时口角下垂、不能吹口哨和鼓腮等。（3分）

周围性面瘫：为面神经核或面神经受损引起的一侧面肌麻痹。临床表现为：同侧眼裂增大，不能皱眉、皱额、闭目、露齿、鼻唇沟变浅、露齿时口角下垂 不能吹口哨和鼓腮等。（3分）

2. 答：中枢性与周围性瘫痪的鉴别

	中枢性	周围性
瘫痪分布	范围较广	范围较局限
肌张力	增强	减弱或消失
肌萎缩	不明显	较明显
深反射	亢进	减弱或消失
病理反射	有	无
肌肉颤动	无	可有

（评分标准：按上述要点计分，每条 1 分，共 6 分）

中枢性面瘫与周围性面瘫的区别:		
	中枢性面瘫	周围性面瘫
1. 病变与瘫痪部位的关系	病变对侧下部颜面瘫痪	病变颜面同侧全部颜面瘫痪 (2 分)
2. 额纹	存在	消失 (2 分)
3. 眼睑	能闭合	不能闭合 (2 分)

肌力是如何分级的?

答:0 级:完全瘫痪。

1 级:肌肉可收缩,但不能产生动作。

2 级:肢体在床面上可移动,但不能抬离床面。3 级:肢体能抬离床面,但不能抗阻力。4 级:能做抗阻力动作,但较正常差。5 级:正常肌力。

(巴宾斯基 Babinski 征的检查方法及临床意义是什么?)

答: Babinski 征: 检查方法同跖反射, 用钝头竹签延足底外侧缘从下向上划向拇指端。阳性表现为拇指缓缓背伸, 其他四趾呈扇形展开, 是锥体束损害的表现

器质性二尖瓣关闭不全时心脏杂音的的听诊要点有哪些?

答:最响部位:心尖部。(1 分)时期:收缩期。(1 分)

性质:吹风样, 性质粗糙、响亮。(1 分)强度:常在 3/6 以上。(1 分)

传导:向左腋下或左肩胛下传导。(1 分)

体位、呼吸和运动对杂音的影响:呼气及左侧卧位时明显。

答:心脏杂音听诊要点:

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/057140012125010016>