

## 诊断学基础

### 第一章 症状学 (45%)

#### 第一节 发热

- 一、发热的病因：(1) **感染 (最多见, 病原体)**、感冒属于感染性发热；  
(2) 非感染(如心肌梗死)

#### 二、发热的临床表现

1. 临床分度 口腔温度标准：低热 37.3-38℃ 中高热 38.1-39℃  
高热 39.1-41℃ 超高热 41℃以上 (38-39-41)
2. 热型及临床意义：稽留热——持续高温，24 小时温差  $<1^{\circ}\text{C}$ ——大叶肺炎、伤寒、脑炎  
弛张热——弛有波动、24 小时温差  $>2^{\circ}\text{C}$ ——败血症、风湿热、重症结核  
间歇热——高热期与无热期交替出现——疟疾、急性肾盂肾炎 (j-j)  
回归热——骤升后持续数日又骤降——回归热、霍奇金病 (h-h)  
波状热——逐渐升高又逐渐下降——布氏杆菌病 (b-b)

【速记】记住 8 个字会做题，弛长热及稽留热：重败风化，稽大伤脑

**弛张热 (2℃)**——重败风化 (重症肺结核、败血症、风湿热、化脓性炎症)

**稽留热 (1℃)**——稽大伤脑 (肺炎链球菌性肺炎 (又称大叶性肺炎)、伤寒、斑疹伤寒，脑炎)

3. 临床经过 (1) 体温上升期①骤升型：伴有寒战②缓升型：不伴寒战，见于伤寒。

#### 第二节 头痛 (助理不考)

1. 头痛的性质：三叉神经痛——颜面部电击样疼痛 血管性头痛——搏动样  
舌咽神经痛——咽喉部发作性疼痛

#### 第三节 胸痛

1. 胸痛的病因 (考点) 以下哪个疾病不引起胸痛：哮喘
2. 胸痛的问诊要点：(疾病特征性表现)
- ①带状疱疹——沿一侧肋间神经分布，不超过体表正中线
- ②心绞痛与心肌梗死

鉴别心绞痛与心肌梗死：

	心绞痛	心肌梗死
部位	胸骨后或心前区，可向左侧放射	
诱因	劳累、体力活动或精神紧张	

疼痛性质	压榨、窒息感	剧烈、恐惧、濒死感
持续时间	<30min	>30min
含服硝酸甘油	可缓解	不可缓解
心电图	S-T 下移	S-T 段抬高、病理性 Q 波
自行缓解	可自行缓解	不可自行缓解

胸痛的性质 尖锐刺痛或撕裂痛，伴有呼吸时加重，屏气时消失——**干性胸膜炎**

#### 第四节 腹 痛

1. 病因：急性腹膜炎——胃肠穿孔引起最常见，伴**压痛、反跳痛**（壁腹膜受侵犯）、**腹肌紧张**、肠蠕动音减弱或消失。

2. 部位：疼痛最明显部位往往就是病变器官

(1) 右上腹—肝、胆疾病 (2) 右下腹—**急性阑尾炎**

3. 腹痛的性质与程度：

慢性、周期性、节律性中上腹疼痛——**消化性溃疡**（胃溃疡饭后痛，十二指肠溃疡饭前痛）“**肠前胃后**”

绞痛——结石及肠梗阻

钻顶样痛——胆道蛔虫梗阻

**进行性**锐痛——肝癌

腹痛+压痛、反跳痛——腹膜炎

腹痛+**呕吐宿食、吐后缓解**——幽门梗阻

5. 诱发、加重或缓解腹痛的因素

胆囊炎或胆石症发作前——进食**油腻**食物史

急性胰腺炎发作前——**暴饮暴食、酗酒史**

**服用碱性药缓解**——**十二指肠溃疡**

**肠炎引起的腹痛**——**排便后减轻**，**肠梗阻引起的腹痛**——**呕吐或排气缓解**

6. 腹痛的伴随症状

伴**黄疸**——**肝胆胰疾病**、急性溶血等

伴**呕吐、腹胀、停止排便排气**——**机械性胃肠梗阻**（痛吐胀闭）

伴血便——**肠套叠**，**绞窄性肠梗阻**

## 第五节 咳嗽与咯痰

### 一、咳嗽的性质

(1) 干性咳嗽：非炎症、非感染或感染初期，如气管受压、支气管异物等

(2) 湿性咳嗽：炎症感染。

### 二、咳嗽的音色

声音嘶哑的咳嗽多见于声带炎、喉炎、喉癌，以及肺癌、扩张的左心房或主动脉瘤压迫喉返神经；犬吠样咳嗽多见于喉头炎症水肿或气管受压；带有鸡鸣样吼声常见于百日咳；金属调的咳嗽可由于纵隔肿瘤或支气管癌等直接压迫气管所致。

### 三、痰的性质与量

支气管扩张、空洞型肺结核、肺脓肿等痰量常较多；支气管扩张与肺脓肿患者痰量多时，痰可出现分层现象：上层为泡沫，中层为浆液或浆液脓性，下层为坏死性物质。大叶性肺炎咯吐铁锈色痰，肺水肿时痰呈粉红色泡沫状。

## 第六节 咯血

1. 我国最常见咯血原因——肺结核，其次是支扩。

2. 咯血量及其性状：

大量咯血(超过 500mL)——空洞性肺结核、支气管扩张(可突止)和肺脓肿

中等量以上咯血(100-500mL)——二尖瓣狭窄

粉红色泡沫痰——急性左心衰竭—肺水肿

3. 鉴别咯血与呕血

	咯血	呕血
病史	肺、心脏病	消化性溃疡、肝硬化
出血前症状	咳嗽、胸闷	恶心、呕吐
血内混有	泡沫、痰	食物、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
出血颜色	鲜红	棕黑色，暗红色
黑便	无	有，可在呕血停止后仍持续数日

## 第七节 呼吸困难

1. 呼吸困难的临床表现

**肺源性：**吸气性呼吸困难(大气道)——急性喉炎、气管异物(三凹征)

呼气性呼吸困难（小气管）—支气管哮喘、慢阻肺

心源性：（慢性左心衰）劳累性呼吸困难；端坐呼吸；夜间阵发性呼吸困难——心源性哮喘

中毒性：代谢性酸中毒—呼吸深大而规则，库斯莫尔呼吸——糖尿病酸中毒

中枢性：呼吸慢而深——重症颅脑疾病

## 第八节 水 肿

### 1. 病因及临床表现

#### (1) 全身性水肿

心源性：下肢肿——右心衰竭——下垂性水肿，颈静脉怒张、肝静脉回流征阳性

肝源性：腹水——肝硬化——肝掌、蜘蛛痣

肾源性：眼睑肿——肾炎肾衰——眼睑、颜面水肿

营养不良性——低蛋白血症——营养不良

内分泌源性——甲状腺功能减退——非凹陷性（黏液性）水肿

#### (2) 局部性水肿 丝虫病——象皮肿

## 第九节 恶心与呕吐（助理不考）

### 1. 反射性呕吐：

胃肠病变：伴恶心先兆，呕吐后感觉轻松

肝胆胰与腹膜病变：有恶心先兆，呕吐后不觉轻松

### 2. 中枢性呕吐：（颅内高压）喷射性——常无恶心先兆，吐后不感轻松

### 3. 前庭障碍性呕吐：迷路炎，梅尼埃病，晕动症（耳源性）

### 4. 精神因素引起的呕吐：癔症

### 5. 晨间呕吐：育龄女性早孕反应

### 6. 呕吐物的性质

呕吐物性质	提示疾病
咖啡色	上消化道出血
隔餐或隔日食物，并含腐酵气味（宿食）	幽门梗阻
含胆汁	十二指肠乳头以下的十二指肠或空肠梗阻
有粪臭	低位肠梗阻
有蛔虫	胆道蛔虫、肠道蛔虫

## 第十节 呕血与黑便（重点）

### 1. 常见原因依次是：消化性溃疡（最多）、肝硬化食管与胃底静脉曲张破裂

**2. 出血量估算：**

5ml 以上——隐血阳性

50-60ml——黑便

250-300ml——呕血

400ml 以上——休克前期

800-1000ml 以上——失血性休克

出血量大就呕血，出血量小就便血，再小就潜血。

**第十一节 黄疸**

游离胆红素——UCB（非结合胆红素）——无法透过肾小球

结合胆红素——CB——可以透过胆红素

TB（总胆红素）=UCB+CB

尿胆原=粪胆原

1. 正常总胆红素：3.4~17.1  $\mu\text{mol/L}$

2. 隐性黄疸：17.1~34.2  $\mu\text{mol/L}$

显性黄疸：超过 34.2  $\mu\text{mol/L}$

**3. 黄疸鉴别**

鉴别点	溶血性	肝细胞性	梗阻性
病史	溶血	肝炎、肝硬化	肿瘤压迫胆道
症状、体征	贫血、血红蛋白尿	肝区不适	大便陶土、小便浓茶
血胆红素	UCB 升高明显	UCB、CB 升高都明显	CB 升高明显
尿胆红素	阴性	阳性	阳性
尿（粪）胆原	增加	增加	减少
临床表现	柠檬色	浅黄至深黄	黄绿色，褐绿色

溶血性黄疸：有(游离)粪无尿

肝细胞性——全增加（+）

**第十二节 抽搐**

抽搐伴随症状	可能的疾病
不伴随意识丧失	破伤风、狂犬病、低钙抽搐、癔症抽搐

高热	小儿高热惊厥、颅内与全身的感染性疾病
脑膜刺激征	脑膜炎及蛛网膜下腔出血
瞳孔散大、意识丧失、大小便失禁	癫痫大发作
肢体偏瘫	脑血管疾病及颅内占位性病变

### 第十三节 意识障碍

嗜睡	最轻的意识障碍，表现为持续性睡眠状态（可回答）
昏睡	熟睡状态，不易唤醒，强刺激可唤醒（不能回答）
昏迷	意识丧失，强大刺激不能唤醒。
意识模糊	轻度意识障碍，意识障碍成都比嗜睡重
谵妄	兴奋性增高为主的急性高级肾精中枢活动失调状态

- 昏迷：**
- (1) 浅昏迷 对疼痛刺激有躲避反应，生理反射存在。
  - (2) 中度昏迷 意识丧失，生理反射丧失。
  - (3) 深昏迷 生理反射消失，出现病理反射。

## 第二章 问诊

主诉——本次就诊最主要原因（主要症状或体征及持续时间，20字以内）

现病史——该次得病的全部情况

既往史（包括传染病）

个人史（冶游及性病史，包括是否到过疫区）

## 第三章 检体诊断（35%）

### 一、基本检查法

#### 1. 触诊 浅部触诊 体表

**深部滑行触诊：**适用于腹腔深部包块、胃肠病变

**双手触诊：**适用于肝、脾、肾、子宫和腹腔肿物

**深压触诊法：**压痛、反跳痛

**冲击触诊：**大量腹水而肝脾无法触及

#### 2. 叩诊 姿势：右手中指，扣左手中指

常见叩诊音如下：（鼓过清浊实）

叩诊音	生理情况	病理状态
清音	正常肺部的叩诊音	
浊音	肺的边缘所覆盖的心脏或肝脏部分	肺组织含气量减少（如肺炎）
鼓音	胃泡区及腹部	肺空洞、气胸或气腹
过清音	——	肺气肿

实音	心脏、肝脏	大量胸腔积液或肺实变
----	-------	------------

### 3. 嗅诊

刺激性蒜味—有机磷农药中毒

烂苹果味—糖尿病酮症酸中毒

氨味—尿毒症

腥臭味—肝性脑病（肝臭味）

## 二、全身状态检查

### 1. 体温测量

口腔温度正常值为 36.3℃~37.2℃。

肛门温度正常值为 36.5℃~37.7℃。

腋下温度正常值为 36℃~37℃。

速记——（3257）

### 2. 脉搏

脉搏、正常人 60-100 次每分。房颤时脉律不整齐，脉搏节律完全无规律。同时脉搏强弱不齐和脉搏短绌，脉搏绝对不齐。

### 3. 血压（压差大，主不全）

脉压增大：脉压>40mmhg——主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、高热、贫血、甲亢等。

### 4. 面容检查

急性热病面容：急性感染性疾病

慢性病容：慢性消耗性疾病

甲状腺功能亢进面容：眼裂增大，眼球突出，惊恐貌。

黏液水肿面容（甲减）：颜面浮肿、目光呆滞、反应迟钝

二尖瓣面容：双颊紫红，口唇发绀。风心病、二尖瓣狭窄。

伤寒面容：表情淡漠，反应迟钝，呈无欲状态。

苦笑面容：破伤风。

满月面容：满月脸。见于库欣综合征。

肢端肥大症面容：头颅增大，脸面变长，下颌增大向前突出。见于肢端肥大症。

面具面容：面部呆板，面无表情，似面具样，见于帕金森病。

### 5. 体位检查

被动体位：见于瘫痪极度衰弱或意识丧失的患者。

强迫体位：患者为了减轻疾病所致的痛苦，被迫采取的某些特殊体位，  
常见有：

- (1) 强迫仰卧位：见于急性腹膜炎
- (2) 强迫俯卧位：脊柱疾病
- (3) 强迫侧卧位：胸腔积液
- (4) 强迫坐位：端坐呼吸。见于急性左心衰。
- (5) 辗转体位：胆绞痛、肾绞痛、肠绞痛
- (6) 角弓反张：破伤风、小儿脑膜炎

## 6. 步态检查

1. 痉挛性偏瘫步态：见于急性脑血管疾病
2. 醉酒步态：见于小脑病变，酒精中毒。
3. 剪刀步态：脑性瘫痪
4. 共济失调步态：见于小脑或脊髓后索病变。
5. 慌张步态：帕金森，又称震颤麻痹。
6. 蹒跚步态：（鸭步），先天性双髋关节脱位（肌肉骨骼病）
7. 间歇性跛行：见于严重下肢动脉硬化
8. 跨阈步态：足下垂患者。

## 第三节 皮肤检查

### 一、皮肤颜色

1. 樱桃红色：一氧化碳中毒
2. 色素沉着：肾上腺皮质功能减退、肝硬化、肝癌晚期（青黑颜色深）
3. 色素脱失：白癜风、黏膜白斑、白化症

### 二、皮疹、皮下出血、蜘蛛痣、皮下结节

1. 皮疹 玫瑰疹见于伤寒或副伤寒（稽留热）
2. 皮下出血
  - (1) 瘀点：出血面直径 $<2\text{mm}$
  - (2) 紫癜：直径在 $3-5\text{mm}$
  - (3) 瘀斑：直径 $>5\text{mm}$
3. 蜘蛛痣—雌激素增多—常位于上腔静脉分布区（前胸后背面部颈部）—肝病、肝硬化



4. 肝掌一大鱼际、小鱼际红紫色—肝病、肝硬化

#### 四、淋巴结检查

左侧锁骨上窝淋巴结肿大—胃癌、肝癌、结肠癌

右侧锁骨上窝淋巴结肿大—肺癌、食管癌 (左腹右胸)

颈部淋巴结肿大—鼻咽癌

腋下淋巴结肿大—乳腺癌

#### 五、头部检查

##### 一、眼部检查

###### 1. 眼睑

①上睑下垂—双侧 (重症肌无力) 单侧 (动眼神经麻痹)

②闭合障碍—双侧 (甲亢) 单侧 (面神经麻痹)

###### 2. 瞳孔

①瞳孔缩小 (<2mm) ——有机磷中毒、吗啡、氯丙嗪、毛果云香碱药物影响 (速记——瞳孔缩小马、有、氯、毛)

②瞳孔扩大 (>5mm) ——阿托品、濒死状态、青光眼绝对期 (速记——瞳孔散大酒托死光)

③瞳孔大小不等——脑疝、脑外伤、濒死状态

###### 3. 口腔

①草莓舌 (杨梅舌) —猩红热

②扁桃体肿大的分度——I度: 没出来 (没超过咽腭弓)

II度: 出来了 (没超过咽喉壁中线)

III度: 没到中线 (达到或超过咽喉壁中线)

扁桃体充血有不易剥离的假膜, 见于白喉

#### 六、颈部检查

##### 一、颈部血管检查

1. 颈静脉怒张: 右心衰、缩窄性心包炎、心包积液、上腔静脉受压。

2. 颈动脉搏动增强 (安静状态下明显搏动): 主动脉瓣关闭不全 (主不全) 发热、甲亢、贫血。

##### 二、甲状腺检查

甲状腺肿大: 分度 I度: 不能看出但能触及

II度：肿大能触及，但不超过胸锁乳突肌

III度：超过胸锁乳突肌外缘

甲亢特征改变：听到杂音、触及震颤

三、气管检查（哪边压力小，就往哪边跑）

气管移向健侧：大量胸腔积液、气胸或纵隔肿瘤及单侧甲状腺肿

气管移向患侧：肺不张、肺硬化、胸膜粘连

### 第七节、胸壁及胸廓检查

一、骨骼标志

胸骨角—第2肋软骨相接，解剖计数标志

肩胛下角—平第7肋骨或第7肋间隙、第8胸椎

二、异常胸廓

桶状胸—慢性阻塞性肺气肿及支气管哮喘

扁平胸—慢性消耗性疾病，如肺结核

佝偻病胸—又称鸡胸，见于佝偻病

漏斗胸—佝偻病

胸廓一侧膨隆——多见于大量胸腔积液、气胸等。

一侧平坦或下陷——见于肺不张、肺纤维化、广泛性胸膜增厚和粘连等。

胸廓局限性隆起——见于心脏明显增大、大量心包积液、肋骨骨折等。

脊柱畸形引起的胸廓改变——常见于脊柱结核、强直性脊柱炎、胸椎疾患等。

三、胸壁及胸骨检查

胸骨压痛或叩击痛—白血病（胸骨压痛+肝脾淋巴结肿大）

四、乳房检查

乳腺癌：①酒窝、橘皮样变、血性分泌物；压痛不明显；②乳头内陷或位置偏移；③单侧浅表静脉扩张

### 八、肺和胸膜检查

一、肺和胸膜触诊

1. 语颤 语颤形成条件：肺内、气流、震动；语颤强弱与气体量相反。

二、肺和胸膜触诊

胸膜摩擦感：以腋中线第5~7肋间隙最易感觉到。

三、呼吸音听诊

正常呼吸音—支气管呼吸音（分叉以上）、肺泡呼吸音（分叉处）、支气管肺泡呼吸音  
啰音（分叉以下）

病理性支气管呼吸音—肺组织**实变**

#### 四、啰音听诊

1. 干啰音：气管、支气管狭窄

**呼气时清楚、性质多变、部位多变**

多见于支气管病变

2. 湿啰音（水泡音）：肺泡内有**稀薄**液体

**吸气末清楚、部位恒定、性质不变**

多见于支气管炎、支气管肺炎

#### 四、听觉语音检查

耳语音增强见于**肺实变**。

### 第九节 心脏血管检查

#### 一、心脏视诊：

正常心尖搏动—胸骨左缘**第五肋间** 中线内侧 0.5~1cm——二尖瓣听诊区。

异常搏动：向左下移位—**左心室增大**

向左移动—右心室增大

#### 二、心脏叩诊：

左心室增大—**靴形心** **主不全**

左心房增大—**梨形心** **二狭**

心包积液—三角**烧瓶形**

#### 三、心脏瓣膜听诊：

5 个听诊区：二尖瓣—左侧**第 5 肋间隙**、锁骨中线**内侧**（**心尖搏动点**）

肺动脉瓣—胸骨**左缘 2 肋间隙**

主动脉一区—胸骨**右缘 2 肋间隙**

主动脉二区—胸骨**左缘 3、4 肋间隙**

三尖瓣：胸骨**左缘 4、5 肋间隙**

**二三狭舒，肺主不舒；二三不收，肺主狭收。**

二三狭舒	二尖瓣狭窄	心尖区	舒张期杂音	三尖瓣狭窄	左四五	舒张期杂音
------	-------	-----	-------	-------	-----	-------

肺主不舒	主关不全	胸右二	舒张期杂音	肺关闭不全	胸左二	舒张期杂音
二三不收	二关闭不全	心尖区	收缩期杂音	三关不全	左四五	收缩期杂音
肺主狭收	主动脉狭窄	胸右二	收缩期杂音	肺动狭窄	胸左二	收缩期杂音

杂音出现在哪个瓣膜区，就是哪个瓣膜的病变。

#### 四、心脏触诊：心脏震颤

胸骨左缘第 3、4 肋间收缩期杂音——**室间隔缺损**；  
连续性胸骨左缘第 2 肋间及其附近杂音——**动脉导管未闭**。

#### 五、心率与心律听诊：

心律绝对不规则、第一心音强弱不一、脉搏短绌——**房颤（秒杀词！）**

#### 六、心音听诊：

主动脉瓣区第二心音增强（ $A_2$ 增强）——高血压  
肺动脉瓣区第二心音**增强**（ $P_2$ 增强）——肺动脉高压  
奔马律——**心力衰竭**  
开瓣音——**二尖瓣狭窄**，**二尖瓣分离术**适应症

#### 七、心脏杂音的特征：

1. 杂音的性质 机器声样杂音：**动脉导管未闭**；海鸥鸣或鸽鸣样：**感染性心内膜炎**
2. 杂音与体位 左侧卧位可以**增强二尖瓣杂音**  
前倾坐位**增强主动脉瓣杂音**
3. 杂音与呼吸 吸气——右心杂音增强；呼气——左心杂音增强。  
(速记——**呼左吸右**)  
心包摩擦音、胸膜摩擦音：屏气后不消失——心包摩擦音  
**屏气后消失——胸膜摩擦音**

#### 八、血管检查及周围血管征：

都是由**脉压增大**所致，常见于**主动脉瓣关闭不全**、发热、贫血、甲亢。

### 第十节 腹部检查

#### 一、腹部视诊

##### 1. 腹部外形

腹内积气：可见**肠梗阻、肠麻痹**  
腹腔积液：蛙腹。常见**肝硬化门脉高压症，右心衰竭**。  
全腹凹陷：严重者呈**舟状腹**，见于**慢性消耗性疾病**。

## 2. 腹壁

静脉：曲张—上下腔静脉阻塞

蠕动波：梗阻

## 二、腹部触诊

压痛及反跳痛：**腹壁紧张伴压痛、反跳痛**称为腹膜刺激征，是**急性腹膜炎**的重要体征。

1. 阑尾点：又称麦氏点，位于**右髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处**。

2. 胆囊点：位于右侧**腹直肌外缘与肋弓交界处**。**墨菲征阳性**。

## 三、腹内脏器触诊

1. 肝脏—右肋弓下触不到，剑突下不超过 3cm。

病理性肝大：（1）弥漫性：肝炎、脂肪肝、肝硬化等

（2）局限性：肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤等

肝脏缩小：晚期肝硬化。

### 2. 胆囊触诊

（1）**墨菲氏征阳性**：见于**急性胆囊炎**。

（2）**库瓦济埃征阳性**：**黄疸+胆囊肿大无压痛**：见于**胰头癌**。

## 四、肝脏叩诊

肝浊音界上移—**右肺不张、右肺纤维化、气腹**。

肝浊音界下移—**肺气肿、右侧张力性气胸**。

肝浊音界消失代之以鼓音—**急性胃肠穿孔**

五、移动性浊音：腹水超过 1000ml；见于**肝硬化门静脉高压症、右心衰**。

## 六、腹部听诊

### 1. 肠鸣音

肠鸣音正常：4-5 次/分钟

肠鸣音**亢进**（肠鸣音次数多，高亢响亮**金属音**）——**机械性肠梗阻**

肠鸣音**减弱消失**——**急性腹膜炎、麻痹性肠梗阻**

2. 振水音——空腹或餐后 6~8 小时以上仍有此音，提示胃内有**液体潴留**，见于胃扩张、**幽门梗阻**、胃液分泌过多。

### 3. 血管杂音

**上腹部两侧收缩期血管杂音****肾动脉狭窄**

中腹部收缩期血管杂音 腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄

脐周或上腹部连续性杂音 肝硬化所致门静脉高压侧支循环形成

### 七、腹部常见疾病的特征（助理不考）

1. 肝硬化门静脉高压：黄疸、蜘蛛痣、肝掌、肝脏轻度肿大或缩小，质硬，无压痛，脾大，脾亢，蛙腹，移动性浊音阳性，出现液波震颤，食管下端和胃底静脉曲张，腹壁静脉曲张，可见痔核。

2. 幽门梗阻：反复呕吐大量发酵的隔日食物，空腹时上腹部饱满，出现胃型、蠕动波及逆蠕动波，并出现振水音。

3. 急性腹膜炎：腹壁紧张、压痛、反跳痛。胃肠穿孔时，叩诊肝浊音界缩小或消失。

4. 急性阑尾炎：右下腹部麦氏点有显著而固定的压痛及反跳痛是诊断阑尾炎的重要依据。

5. 急性胆囊炎：右肋下胆囊区有腹壁紧张、压痛及反跳痛，墨菲征阳性。

6. 肠梗阻 机械性肠梗阻：可见肠型及蠕动波，听诊肠鸣音亢进，呈金属性音调。

麻痹性肠梗阻：视诊无肠型，听诊肠鸣音减弱或消失。

### 第十一节 肛门、直肠指诊

#### 肛门、直肠指诊

1. 有剧烈触痛 肛裂与感染。
2. 触痛并有波动感 肛门、直肠周围脓肿。
3. 柔软光滑而有弹性包块 直肠息肉。
4. 质地坚硬、表面凹凸不平的包块 直肠癌。
5. 指套带有黏液、脓液或血液 炎症并有组织破坏。

### 第十二节 脊柱、四肢检查

#### 骨质增生无叩击痛

四肢：匙状甲—缺铁性贫血、风湿热

杵状指（趾）—慢性缺氧疾病，如支扩、慢性肺脓肿

指关节变性—类风湿性关节炎的梭形关节

膝内翻、膝外翻—佝偻病

### 第十三节 神经系统检查

#### 一、中枢性、周围性面神经麻痹鉴别

鉴别要点	中枢性面神经麻痹	周围性面神经麻痹
病因	（脑）核上组织（包括皮质、皮	面神经核或面神经受损

	质脑干纤维、内囊、脑桥等)受损	
临床表现	病灶 <b>对侧</b> 颜面 <b>下部</b> 肌肉麻痹,可见鼻唇沟变浅,露齿时口角下垂(口角歪向病灶侧),不能吹口哨和鼓腮等	病灶 <b>同侧</b> 的全部面肌瘫痪,从上到下表现为不能皱额、皱眉、闭目,角膜反射消失,鼻唇沟变浅,不能露齿、鼓腮、吹口哨,口角下垂(口角 <b>歪向病灶对侧</b> )
临床意义	多见于 <b>脑</b> 血管病变、脑肿瘤和脑炎等	多见于受寒、耳部或脑膜感染、神经纤维瘤引起的周围型面神经麻痹,此外,还可出现舌前 2/3 味觉障碍等

## 二、运动功能检查

折刀样肌张力过高——**锥体束损害**

铅管样肌张力过高——**锥体外系损害** (帕金森)

## 三、神经反射检查

**浅反射**: 角膜反射、腹壁反射、提睾反射

**深反射**: 桡骨骨膜反射 (颈髓 5-6)、**肱二头肌反射** (颈髓 5-6)、

肱三头肌反射 (颈髓 7-8)、膝反射 (腰髓 2-4)、跟腱反射 (骶髓 1-2)

**病理反射**: 巴宾斯基征

奥本汉姆征

戈登征

查多克征

**霍夫曼 (上肢)**

肌阵挛

**锥体束病变**

**脑膜刺激征**: 颈强直、克尼格征、布鲁津斯基征

# 第四章 实验室检查

## 第一节 血液的一般检查

1. 血红蛋白 (Hb): 男 130~175g/L 女 115~150g/L (30-15)

红细胞: 男 (4.3~5.8) × 10<sup>12</sup>/L 女 (3.8~5.1) × 10<sup>12</sup>/L (4-3-8)

**贫血分级**: ①轻度: Hb < 参考值低限, 但 > 90 g/L。

②中度: Hb 90~60 g/L。

③重度: Hb 60~30 g/L。

(3-6-9)

④极重度: Hb < 30 g/L。

临床意义：红细胞生成减少：（1）如叶酸及（或）维生素 B<sub>12</sub> 缺乏所致的巨幼红细胞贫血；（2）血红蛋白合成障碍所致的缺铁性贫血；（3）骨髓造血功能障碍，如再生障碍性贫血、白血病。

红细胞破坏过多：见于各种原因引起的溶血性贫血，如阵发性睡眠性血红蛋白尿、免疫性溶血性贫血、脾功能亢进等。

红细胞丢失过多：如各种失血性贫血等。

2. 白细胞（4.0~10.0）×10<sup>9</sup>/L，中性粒细胞（50~70%）

中性粒细胞增多见于化脓性（细菌）感染，急重损伤；减少见于病毒感染、伤寒。

嗜酸性粒细胞增多见于过敏、寄生虫、血液病，减少见于伤寒、副伤寒、应激状态。

淋巴细胞增多见于病毒感染，减少见于免疫缺陷性疾病。

3. 网织红细胞 0.5%~1.5%，反应骨髓造血功能状态。

增多：溶血性贫血、缺铁性贫血、急性失血性贫血。

减少：骨髓造血功能减低，见于再生障碍性贫血，骨髓病性贫血。

4. 血小板（100~300）×10<sup>9</sup>/L

减少：血小板减少紫癜、脾功能亢进等。

## 第二节 血栓与止血检查

出血时间：普通伤口出血时间小于 9 分钟

抗凝药物监测所用指标是：血浆凝血酶原时间（PT）。

## 第三节 骨髓检查（助理不考）

一、骨髓细胞学检查的临床意义：诊断造血系统疾病最有价值。

二、骨髓增生

活跃：正常骨髓。

极度活跃：各种白血病。

极度减低：重型再障。

## 第四节 肝脏病常用实验室检查

1. 血清氨基转移酶升高的临床意义

丙氨酸氨基转移酶（ALT）5~40U/L；

天门冬氨酸氨基转移酶（AST）8~40U/L。ALT/AST≤1。

2. 乳酸脱氢酶（LDH）升高—肝脏疾病、急性心肌梗死。

LDH 有 5 种同工酶，即 LDH<sub>1</sub>~LDH<sub>5</sub>。LDH<sub>1</sub> 和 LDH<sub>2</sub> 主要来自心肌，LDH<sub>3</sub> 主要来自肺脏、脾脏，LDH<sub>4</sub> 和 LDH<sub>5</sub> 主要来自骨骼肌、肝脏，血清中的 LDH<sub>2</sub> 含量最高。

3. 抗 HAV-IgM 是早期诊断甲肝的特异性抗体。

4. 乙肝两对半检查（大三阳：1、3、5 阳性；小三阳：1、4、5 阳性）

HBsAg（表面抗原）：感染后最早出现的血清学指标。



抗-HBs（表面抗体）：保护性抗体。

HBeAg（e 抗原）：病毒活动复制和传染性重要标志。

抗-HBe（e 抗体）：病毒复制减少，传染性降低。

抗-HBc（核心抗体）：近期感染或慢性感染的指标。

## 第五节 肾功能检查

### 一、肾小球功能检测

1. 内生肌酐清除率 Ccr：参考值成人 80~120ml/min

2. 血肌酐 Cr

3. 肾小球滤过率 GFR：是反应肾功能最灵敏、最准确的指标。男性：125±15ml/min；女性：约低 10%。

二、肾小管功能检测 成人尿量 1000~2000ml/24 小时。

尿比重固定 1.010~1.012 为等渗尿，见于肾衰。

## 第六节 常用生化检查

### 一、糖类检查

空腹血糖（FBG）：3.9~6.1mmol/L；高糖血症：FBG>7.0mmol/L

葡萄糖耐量试验（GTT）：诊断症状不明显或血糖增高不明显一餐后 2 小时血糖≥11.1mmol/l。

糖化血红蛋白：反应近 2~3 个月平均血糖水平。

### 二、血脂测定

血清总胆固醇<5.20mmol/L, 甘油三酯<1.70mmol/L, 两者升高都见于心血管疾病

高密度脂蛋白（HDL）高好，低密度脂蛋白（LDL）低好。

### 三、电解质检查

血钾 3.5~5.3mmol/l, 降低见于利尿、幽门梗阻等

血钠 137~147mmol/l, 降低见于呕吐、腹泻、尿钠排出过多。

血氯 95~105mmol/l。

血钙 2.2~2.7mmol/l。

## 第七节 酶学检查

1. 急性胰腺炎——血尿酸淀粉酶 超过 3500u/l 怀疑，超过 5000u/l 有诊断价值

2. 急性心肌梗死（AMI）——心肌酶包括血清肌酸激酶（CK）及其同工酶（CK-MB）、乳酸脱氢

酶（LDH）及其同工酶。 **肌**

3. 心肌肌钙蛋白 T（cTnT）：诊断 AMI 的确定性标志物。
4. 脑钠肽（BNP）：确定心衰的指标，并能判断愈后。
5. 抗“O”测定——风湿热。
6. 肥达反应——**伤寒**特异性检查
7. 血清甲胎蛋白（AFP）——原发性**肝癌**
8. 血清癌抗原 125（CA125）——**卵巢癌**
9. PSA——前列腺癌
10. **CA19-9**——**胰腺癌**
11. 类风湿因子 RF——类风湿关节炎
12. 抗 Sm 抗体阳性——**系统性红斑狼疮**

### 第九节 尿液检查

#### 1. 尿量

多尿：24 小时超过 **2500ml**，

少尿：24 小时超过 **400ml**

无尿：24 小时超过 **100ml**

#### 2. 管型

透明管型：可见于正常人

**白细胞管型**：肾盂肾炎

**红细胞管型**：慢性肾小球肾炎

脂肪管型：肾病综合征

**蜡样管型**：肾衰

### 第十节 粪便检查

大便颜色或性状	提示疾病
水样或粥样	腹泻，如急性胃肠炎、甲亢
<b>米泔样</b>	<b>霍乱</b>
黏液脓样或黏液脓血便	痢疾、溃疡性结肠炎、直肠癌
<b>果酱样</b>	<b>阿米巴痢疾</b>
鲜血便	肠道下段出血
<b>柏油样</b>	<b>上消化道出血</b>
<b>灰白色</b>	<b>阻塞性黄疸</b>
细条状	直肠癌

绿色	乳儿消化不良
----	--------

显微镜检查巨噬细胞提示：细菌性痢疾和溃疡性结肠炎。

隐血试验：消化性溃疡——间断阳性；消化道癌症——持续性阳性。

### 第十一节 痰液检查

痰颜色	可能的疾病
黄绿色	绿脓杆菌感染、干酪性肺炎
红色	肺结核、支气管扩张、肺癌
粉红色泡沫痰	急性肺水肿
铁锈色	肺炎链球菌肺炎、肺梗死
棕褐色	肺阿米巴脓肿
黄色脓性	化脓性感染
砖红胶冻痰	克雷伯杆菌

### 第十二节 浆膜腔穿刺液检查

#### 渗出液与漏出液的鉴别要点

鉴别要点	漏出液	渗出液
原因	非炎症所致	炎症
外观	淡黄，浆液性	脓性、血性、乳糜性
透明度	透明或微浑	多浑浊
比重	<1.018	>1.018
凝固性	不自凝	能自凝
黏蛋白定性	阴性	阳性
蛋白质定量	25 g/L 以下	30 g/L 以上
葡萄糖定量	与血糖相近	常低于血糖水平
细胞计数	常<100×10 <sup>6</sup> /L	常>500×10 <sup>6</sup> /L
细胞分类	以淋巴主	中性粒细胞
细菌检查	阴性	可找到致病菌
细胞学检查	阴性	可找到肿瘤细胞

### 第十三节 脑脊液检查

#### 常见中枢神经系统疾病的脑脊液特点

临床类型	压力	外观	蛋白质定性	葡萄糖	氯化物	细胞计数分类	细菌
化脓性脑膜炎	↑↑ ↑	混浊脓性，可有脓块	>+++	↓↓↓	↓	显著增加，中性粒细胞为主	阳性

结核性脑膜炎	↑↑	毛玻璃样，可有薄膜	++	↓↓	↓↓↓	增加，淋巴细胞为主	抗酸杆菌阳性
病毒性脑膜炎	↑	清晰或微浑	+	正常	正常	增加，淋巴细胞为主	阴性

## 第五章 心电图检查

P 波——心房除极  $\leq 0.11s$

QRS 波——心室除极  $0.06\sim 0.10s$

T 波——心室复极

P-R 间期——从心房开始兴奋到心室兴奋的时间  $0.12\sim 0.20s$

S-T 段——正常为水平等位线

Q-T 间期——心室去极到复极的时间

横格：0.04s 竖格：0.1mV

### 一、心房、心室肥大（左宽右高）

(1) 右心房肥大——P 波高尖，肺型 P 波。左室电压增高： $V_5 > 2.5mV$ 。

(2) 左心房肥大——P 波增宽，双峰二尖瓣型 P 波。QRS 波群电压改变： $V_1 > 1.0mV$

### 二、心肌梗死：病理性 Q 波——心肌坏死

ST 段弓背向上抬高——心肌损伤

T 波倒置——心肌缺血

定位诊断：

部位	特征性 ECG 改变导联	对应性改变导联
前间壁	V1~V3	
前壁	V3~V5	
侧壁	V5~V7、I、II、aVL	
广泛前壁	V1~V6	
后壁	V7~V9	
下壁	II、III、aVF	I、aVL
高侧壁	I、aVL、“高”V4~V6	II、III、aVF
右室	V3R~V7R, 多伴下壁梗死	

心绞痛：S-T 段下移或水平，T 波倒置

变异性心绞痛：S-T 段弓背向上，T 波高耸。

### 三、心律失常

房早——提早出现的 P' 波 P'-R 间期  $\geq 0.12s$

交界早——与 QRS 基本无关，有逆行 P 波

室早——QRS 宽大畸形

室速——QRS 波频率为 150~250 次/分，节律规则。

房颤——P 波消失，出现小 f 波；R-R 间距绝对不匀齐。

房室传导阻滞——【速记】一延、二落、三分离

预激综合征——P-R 间期 $<0.12s$ ，预激波（Delta）形成

高钾血症——T 波高尖“帐篷状”

低钾血症——U 波增高

## 第六章 影像诊断

### 第一节 超声诊断

心脏瓣膜病、心肌病首选**超声心动图**

### 第二节 放射诊断

1. 支气管扩张：**轨道征或戒指征**，囊状扩张可见葡萄串样改变

2. 肺炎（1）大叶性肺炎：实变期：**均匀性密度增高的片状阴影**，病变范围呈肺段性或大叶性分布，在**大片**密实阴影中常可见到透亮的含气支气管影。

（2）支气管肺炎：病变常见于**两肺下野的中、内带**。表现为沿增粗的肺纹理分布有散在的、多数密度不均匀的、边界模糊的小斑片状致密阴影。

（3）间质性肺炎：常同时累及两肺，以**中、下肺野**显著。表现为肺纹理增粗、模糊，可交织成网状，并伴有**小点状影**。

3. 肺结核

血行播散型肺结核（II型）：急性粟粒型肺结核：**大小一致、密度均等、均匀分布的粟粒样（直径1~3 mm）致密阴影**。

4. 肺脓肿

急性肺脓肿 X 线可见肺内**大片致密影**，**边缘模糊**，**密度较均匀**，可侵及一个肺段或一叶的大部。在致密的实变区中可见含有**液面的空洞**，内壁不规整。

5. 胸膜病变

（1）胸腔积液：游离性胸腔积液：当积液达 **250mL** 左右时，站立位 X 线检查可见外侧肋膈角变钝；中等量积液时，患侧胸中、下部呈均匀性致密影，其上缘形成自**外上斜向内下**的**凹面弧形**，同侧膈和心缘下部被积液遮蔽；大量积液时，除肺尖外，患侧全胸呈均匀的致密增高阴影。

（2）气胸及液气胸：X 线显示胸腔顶部和外侧**高度透亮**，其中**无肺纹理**，透亮带内侧可见被压缩的肺边缘。液气胸时，立位检查可见上方为透亮的气体影，下方为密度增高的液体影，且随体位改变而流动。

（3）胸膜肥厚、粘连、钙化：X 线表现为肋膈角**变钝或消失**。

6. 胃肠道穿孔——**膈下游离气体**，弧形或半月形透亮气体影

7. 肠梗阻——阶梯状气液平面
8. 脑病变首选 CT，脑出血——高密度灶，脑梗死——低密度灶
9. 甲状腺素测定 甲状腺功能亢进时 TSH 降低，甲状腺功能减退时 TSH 增高  
FT3 和 FT4 是诊断甲状腺功能的灵敏指标，尤其是 FT3。