

1.寒指病人自觉怕冷的感觉。临床上有恶风、恶寒和畏寒之分。

- (1) 病人遇风觉冷，避之可缓者，谓之恶风；
- (2) 病人自觉怕冷，多加衣被或近火取暖而不能缓解者，谓之恶寒；
- (3) 病人自觉怕冷，多加衣被或近火取暖而能够缓解者，谓之畏寒。

2.潮热：即病人定时发热或定时热甚，有一定的规律，如潮汐之有定时。

- ①日晡潮热：热势较高，日晡热甚，兼见腹胀、便秘等，属阳明腑实证。
- ②骨蒸潮热：午后和夜间有低热。有热自骨内向外透发的感觉者，多属阴虚火旺所致。
- ③湿温潮热：午后发热明显，身热不扬，肌肤初扪之不觉很热，扪之稍久即觉灼手，此属湿温，为湿郁热蒸之象。
- ④瘀血潮热：午后和夜间有低热，可兼见肌肤甲错，舌有瘀点瘀斑者，瘀血积久，郁而化热。

3. (1) 绝汗：指在病情危重的情况下，出现大汗不止的症状，是亡阳或亡阴的表现。

若病人冷汗淋漓，兼见面色苍白、四肢厥冷、脉微欲绝者，属亡阳证。

若汗热而黏腻如油，兼见躁扰烦渴、脉细数疾者，属亡阴。

(2) 战汗：多属邪盛正馁，邪伏不去。一旦正气来复，邪正剧争，则发战汗。见于温病或伤寒病邪正相争剧烈之时，是疾病发展的转折点。

4.根据头痛部位的不同，可辨识病在何经。

- ①前额部连眉棱骨痛，属阳明经头痛。
- ②侧头部痛，痛在两侧太阳穴附近为甚者，属少阳经头痛。
- ③后头部连项痛，属太阳经头痛。
- ④巅顶痛，属厥阴经头痛。
- ⑤全头重痛，多为太阴经头痛。
- ⑥脑中痛，或牵及于齿，多属少阴经头痛等。

## 5.胁痛

- (1) 胁肋胀痛，太息易怒者为肝郁气滞。
- (2) 胁肋胀痛，纳呆厌食，身目发黄者为肝胆湿热。
- (3) 胁肋灼痛，面红目赤者为肝胆火盛。
- (4) 胁肋刺痛，或肋下触及肿块，固定而拒按者属肝血瘀阻。
- (5) 胁痛，患侧肋间饱满胀痛，咳唾引痛者为悬饮病，是饮邪停留胸胁。

## 6.耳鸣

(1) 突发耳鸣，声大如雷，按之鸣声不减，或新病暴聋者，多属实证。可因肝胆火盛、肝阳上亢、痰火壅结、气血瘀阻、风邪上袭或药毒损伤耳窍等所致。

(2) 渐起耳鸣，声细如蝉，按之可减，或耳渐失聪而听力减退者，多属虚证。可因肾精亏虚、脾气亏虚、肝阴血不足等引起。

## 7.口渴欲饮

- (1) 口渴咽干，鼻干唇燥，发于秋季——燥邪伤津。
- (2) 口干微渴，兼发热——外感温热病初期，伤津较轻。
- (3) 大渴喜冷饮，兼壮热面赤，汗出，脉洪数者，属里热炽盛，津液大伤——里实热证。
- (4) 口渴多饮，伴小便量多，多食易饥，体渐消瘦——消渴病。

- (6) 渴不多饮，兼身热不扬，头身困重，苔黄腻——湿热证。
- (7) 口渴饮水不多，兼身热夜甚，心烦不寐，舌红绛——温病营分证。
- (8) 渴喜热饮，饮水不多，或饮后即吐——痰饮内停。
- (9) 口干但欲漱水而不欲咽，兼面色黧黑，或肌肤甲错——血内停。

**8.消谷善饥：**患者食欲过于旺盛，进食量多，食后不久即感饥饿的症状。

- (1) 多食易饥，兼见口渴心烦，口臭便秘——胃火亢盛。
- (2) 消谷善饥，兼见多饮多尿，消瘦——消渴病。
- (3) 消谷善饥，兼见大便溏泄——胃强脾弱。

### 9.口味异常

- (1) 口淡——脾胃虚弱证。
- (2) 口甜——脾胃湿热或脾虚之证。
- (3) 口黏腻——痰热内盛、湿热蕴脾及寒湿困脾之证。
- (4) 口酸——肝胃郁热或饮食停滞。
- (5) 口苦——心火上炎或肝胆火热之证。
- (6) 口涩——燥热伤津或脏腑热盛所致。
- (7) 口咸——肾病或寒水上泛的病证。

### 10.泄泻

- ①大便溏泄，兼见纳少腹胀、大腹隐痛——脾胃气虚。
- ②泻下秽臭，泻后痛减，兼见呕恶酸腐，脘闷腹痛——伤食。
- ③泻下黄糜，兼见腹痛，肛门灼热——大肠湿热。
- ④黎明前腹痛作泻，泻后则安，兼见形寒肢冷，腰膝酸软——五更泻——脾肾阳虚。
- ⑤腹痛作泻，泻后痛减，兼见情绪抑郁，脉弦——肝郁乘脾。

### 11.经期异常

- (1) 月经先期：指月经周期提前 7 天以上，并连续两个周期以上。多因脾气亏虚，肾气不足，冲任不固；或因阳盛血热，肝郁化热，阴虚火旺，热扰冲任，血海不宁所致。
- (2) 月经后期：指月经周期延后 7 天以上，并连续两个月经周期以上的症状。因营血亏损，肾精不足，或因阳气虚衰，生血不足，使血海空虚所致者，属虚证；因气滞或寒凝血瘀，痰湿阻滞，冲任受阻所致者，属实证。
- (3) 月经先后不定期：指经期不定，月经或提前或延后 7 天以上，并连续两个月经周期以上的症状。多因肝气郁滞，或脾肾虚损，使冲任气血失调，血海蓄溢失常所致。

### 12.带下异常的临床表现及意义

- (1) 白带是指带下色白量多，质稀如涕，淋漓不绝——属脾肾阳虚，寒湿下注。
- (2) 黄带指带下色黄，质黏，气味臭秽——湿热下注或湿毒蕴结。
- (3) 赤白带指白带中混有血液，赤白杂见——肝经郁热，或湿热下注。

### 13.假神

- (1) 临床表现：如久病、重病患者，本已神昏或精神极度萎靡，突然神志清楚，想见亲人，言语不休，但精神烦躁不安；或原本目无光彩，突然目光转亮，但却浮光外露，目睛直视；

或久病面色晦暗无华，突然两颧泛红如妆等；或原本身体沉重难移，忽思起床活动，但不能自己转动；或久病脾胃功能衰竭，本无食欲，而突然欲进饮食等。

(2) 临床意义：脏腑精气耗竭殆尽，属病危。

#### 14. 五色主病

(1) 白色主虚证（包括血虚、气虚、阳虚）、寒证、失血证。

①面色淡白无华，舌、唇色淡——血虚证或失血证。

②面色晄白——阳虚证；晄面色而虚浮——阳虚水泛。

③面色苍白（白中透青）——阳气暴脱之亡阳证；或阴寒凝滞，血行不畅之实寒证；或大失血之人。

(2) 黄色主虚证、湿证。

①面色淡黄，枯槁无华，称“萎黄”——脾胃气虚，气血不足者。

②面色淡黄而虚浮，称为“黄胖”——脾气虚弱，湿邪内盛。

③若面目一身俱黄，称为“黄疸”。黄而鲜明如橘子色者，属“阳黄”，乃湿热熏蒸；黄而晦暗如烟熏者，属“阴黄”，乃寒湿郁滞。

④面色青黄（苍黄）者——肝郁脾虚。

(3) 青色主寒证、气滞、血瘀、疼痛和惊风。

(4) 黑色主肾虚、寒证、水饮、瘀血、剧痛。

#### 15. 望头发

(1) 发黄：指发黄干枯，稀疏易落。

①小儿头发稀疏黄软，生长迟缓，甚至久不生发，或枕后发稀，或头发稀疏不匀者，多因先天不足，肾精亏损所致。

②小儿发结如穗，枯黄无泽，伴见面黄肌瘦，多为疳积病。

(2) 发白：指青少年白发。发白伴有耳鸣、腰酸者属肾虚。

(3) 脱发：

①突然片状脱发，脱落处显露圆形或椭圆形光亮头皮而无自觉症状，称为斑秃，多为血虚受风所致。

②青壮年头发稀疏易落，有眩晕、健忘、腰膝酸软等表现者，多为肾虚。

③头发已脱，头皮瘙痒，多屑多脂者，多为血热化燥所致。

#### 16 望面部病变的临床表现及意义

(1) 面肿

①头面皮肤焮红灼热，肿胀疼痛，色如涂丹，压之褪色，为抱头火丹——风热火毒上攻。

②头面焮赤肿痛，头肿大如斗，面目肿盛，目不能开者，为大头瘟——天行时疫，火毒上攻。

(2) 腮肿

①痄腮：指一侧或两侧腮部以耳垂为中心肿起，边缘不清，局部灼热疼痛的症状。为外感温毒之邪所致，多见于儿童，属传染病。

②发颐：指颧下颌上耳前发红肿起，伴有寒热、疼痛的症状。为阳明热毒上攻所致。

**17. 五轮学说的内容：**目内眦及外眦的血络属心，称为“血轮”；黑珠属肝，称为“风轮”；白睛属肺，称为“气轮”；瞳仁属肾，称为“水轮”；眼胞属脾，称为“肉轮”。

#### 18. 唇之形态

- ①口唇干裂：为津液损伤——燥热伤津或阴虚液亏。
- ②口唇糜烂——脾胃积热上蒸。
- ③唇内溃烂，其色淡红——虚火上炎。
- ④唇边生疮，红肿疼痛——心脾积热。
- ⑤人中满唇反：久病而人中沟变平，口唇翻卷不能覆齿——脾气将绝，属病危。

### 19. 牙齿色泽

- ①牙齿洁白润泽——津液内充、肾气充足的表现。
- ②牙齿干燥——胃阴已伤。
- ③牙齿光燥如石——阳明热盛，津液大伤。
- ④牙齿燥如枯骨——肾阴枯竭，精不上荣，见于温热病的晚期。
- ⑤牙齿枯黄脱落——久病者，多为骨绝。
- ⑥齿焦有垢——胃肾热盛，但气液未竭；齿焦无垢，为胃肾热甚，气液已竭。

### 20. 动态

- (1) 肢体痿废——截瘫病人。
- (2) 四肢抽搐——肝风内动，筋脉拘急。
- (3) 手足拘急——寒邪凝滞，或气血亏虚，筋脉失养。
- (4) 手足颤动——血虚筋脉失养，或饮酒过度。
- (5) 手足蠕动——阴虚动风。
- (6) 扬手掷足——热扰心神。
- (7) 循衣摸床，撮空理线——病重失神之象。

### 21. 望痰

- (1) 痰黄黏稠，坚而成块者，属热痰。因热邪煎熬津液之故。
- (2) 痰白而清稀，或有灰黑点者，属寒痰。因寒伤阳气，气不化津，湿聚为痰之故。
- (3) 痰白滑而量多，易咯出者，属湿痰。因脾虚不运，水湿不化，聚而成痰之故。
- (4) 痰少而黏，难于咯出者，属燥痰。因燥邪伤肺，或肺阴虚津亏所致。
- (5) 痰中带血，色鲜红者，为热伤肺络。因肺阴亏虚，或肝火犯肺，或痰热壅肺所致。
- (6) 咳吐脓血腥臭痰，属肺痈。因热毒蕴肺，化腐成脓所致。

### 22. 望呕吐物的临床表现及意义

- (1) 呕吐物清稀无臭者，为寒呕——胃阳不足，或寒邪犯胃，水饮内停，胃失和降。
- (2) 呕吐物秽浊酸臭者，为热呕——邪热犯胃，或肝经郁热，胃失和降。
- (3) 呕吐物酸腐，夹杂不消化食物者，多属伤食——暴饮暴食，致食滞胃脘，胃气上逆。
- (4) 呕吐黄绿色苦水者——肝胆湿热或郁热，致胃失和降。
- (5) 呕吐物暗红有血块，或吐血鲜红，夹有食物残渣——胃有积热，或肝火犯胃，或胃腑瘀血。
- (6) 呕吐清水痰涎，伴胃脘振水声者，多属痰饮——饮停胃脘，胃失和降。

### 23. 舌可反映其他脏腑的病变

- ①肝藏血、主筋，足厥阴肝经络舌本。
- ②肾藏精，足少阴肾经循喉咙、夹舌本。
- ③足太阳膀胱经经筋结于舌本。

④肺系上达咽喉，与舌根相连。

⑤其他脏腑组织，由经络沟通，也直接、间接与舌产生联系，因此，脏腑的病变亦必然通过经络气血的变化而反映于舌。

#### 24.舌色。

- (1) 淡红舌为气血调和的征象，多见于正常人，或病之轻者。
- (2) 淡白舌主气血两虚、阳虚。枯白舌主脱血夺气。
- (3) 红舌主实热、阴虚。
- (4) 绛舌主里热亢盛、阴虚火旺。
- (5) 紫舌主血行不畅。

#### 25.白苔

(1) 临床意义：白苔一般常见于表证、寒证、湿证。但在特殊情况下，白苔也主热证。

- ①薄白苔——正常舌象，表证初期，或是里证病轻，或是阳虚内寒。
- ②苔薄白而滑——外感寒湿，或脾肾阳虚，水湿内停。
- ③苔薄白而干——外感风热。
- ④苔白厚腻——湿浊内停，或为痰饮、食积。
- ⑤苔白厚而干——痰浊湿热内蕴。
- ⑥苔白如积粉，扪之不燥（“积粉苔”）——瘟疫或内痈等病，系秽浊时邪与热毒相结而成。
- ⑦苔白燥裂如砂石，扪之粗糙（“糙裂苔”）——内热暴起，津液暴伤。

#### 26.语言异常的表现及临床意义

- (1) 谵语：神志不清，语无伦次，声高有力——邪热内扰神明所致，属实证。
- (2) 郑声：神志不清，语言重复，时断时续，语声低弱模糊——久病脏气衰竭，心神散乱所致，属虚证。
- (3) 夺气：指语言低微，气短不续，欲言不能复言——宗气大虚之象。
- (4) 独语：自言自语，喃喃不休，见人语止，首尾不续——心气虚弱，神气不足，或气郁痰阻，蒙蔽心神所致，属阴证。常见于癫病、郁病。
- (5) 错语：病人神志清楚而语言时有错乱，语后自知言错——虚证多因心气虚弱，神气不足；实证多为痰湿、瘀血、气滞阻碍心窍所致。
- (6) 狂言：精神错乱，语无伦次，狂叫骂詈——情志不遂，气郁化火，痰火互结，内扰神明所致。多属阳证、实证，常见于狂病、伤寒蓄血证。
- (7) 言謇：神志清楚而吐字困难，或吐字不清——风痰阻络，中风之先兆或后遗症。

#### 27.咳嗽异常的表现及临床意义

- (1) 咳声重浊沉闷，多属实证——寒痰湿浊停聚于肺。
- (2) 咳声轻清低微，多属虚证——久病肺气虚损。
- (3) 咳声不扬，痰稠色黄，不易咯出，多属热证——热邪犯肺，肺津被灼。
- (4) 咳有痰声，痰多易咯——痰湿阻肺。
- (5) 干咳无痰或少痰——燥邪犯肺或阴虚肺燥。
- (6) 咳声短促，呈阵发性、痉挛性，连续不断，咳后有鸡鸣样回声，称顿咳（百日咳）——风邪与痰热搏结所致，常见于小儿。
- (7) 咳声如犬吠，伴有声音嘶哑，吸气困难——肺肾阴虚，疫毒攻喉，多见于白喉。

## 28.胃、神、根的含义

- (1) 脉有胃气的特点是徐和、从容、软滑的感觉。
- (2) 脉之有神是指：脉象有力柔和，节律整齐。
- (3) 脉之有根主要表现在尺脉有力、沉取不绝两个方面。

## 29.脉象鉴别与主病比较

革脉：浮而搏指，中空边坚——亡血、失精、半产、崩漏

弱脉：沉细无力而软——阳气虚衰，气血俱虚

牢脉：沉按实大弦长——阴寒内积、疝气、癥积

涩脉：往来艰涩，迟滞不畅——精伤、血少、气滞、血瘀、痰食内停

结脉：迟而时有一止，止无定数——阴盛气结，寒痰痲血，气血虚衰

动脉：脉短如豆，滑数有力——疼痛，惊恐

滑脉：往来流利，应指圆滑——痰湿、食积、实热，亦见于青壮年或孕妇

弦脉：端直以长，如按琴弦——肝胆病、疼痛、痰饮等，亦见于老年健康者

## 30.癥瘕积聚的鉴别

- (1) 凡肿块推之不移，肿块痛有定处者，为癥积，病属血分。
- (2) 肿块推之可移，或痛无定处，聚散不定者，为瘕聚，病属气分。

## 31.寒热真假的概念

(2) 真热假寒：指内有真热而外见某些假寒的“热极似寒”证候。其临床表现有四肢凉甚至厥冷，神识昏沉，面色紫暗，脉沉迟。身热，胸腹灼热，口鼻气灼，口臭息粗，口渴引饮，小便短黄，舌红苔黄而干，脉有力。

(2) 真寒假热（阴盛格阳证、戴阳证）：指内有真寒而外见某些假热的“寒极似热”证候。其临床表现有自觉发热，欲脱衣揭被，触之胸腹无灼热、下肢厥冷；面色浮红如妆，非满面通红；神志躁扰不宁，疲乏无力；口渴但不欲饮；咽痛而不红肿；脉浮大或数，按之无力；便秘而便质不燥，或下利清谷；小便清长（或尿少浮肿），舌淡，苔白。

(3) 寒热真假的鉴别：胸腹的冷热是辨别寒热真假的关键，胸腹灼热者为热证，胸腹部冷而不灼热者为寒证。

## 32.亡阳证、亡阴证的临床表现与鉴别

(1) 亡阳证：冷汗淋漓、汗质稀淡，神情淡漠，肌肤不温，手足厥冷，呼吸气弱，面色苍白，舌淡而润，脉微欲绝等。

(2) 亡阴证：汗热味咸而黏、如珠如油，身灼肢温，虚烦躁扰，恶热，口渴饮冷，皮肤皱瘪，小便极少，面赤颧红，呼吸急促，唇舌干燥，脉细数疾等。

## 33.气病辨证

- (1) 气虚证：神疲、乏力、气短、脉虚。
- (2) 气陷证：自觉气坠，或脏器下垂为主。
- (3) 气不固证：自汗，或大便、小便、经血、精液、胎元等不固。
- (4) 气脱证：气息微弱、汗出不止。
- (5) 气滞证：以胀闷疼痛为主。
- (6) 气逆证：咳嗽喘促、呃逆、呕吐等。
- (7) 气闭证：突发昏厥或绞痛。

### 34. 血病辨证

- (1) 血虚证：以面、睑、唇、舌、爪甲的颜色淡白、脉细为主。
- (2) 血脱证：以面色苍白、脉微或芤为主。
- (3) 血瘀证：以固定刺痛、肿块、出血、瘀血、涩脉为主。
- (4) 血热证：以身热口渴、斑疹吐衄、烦躁谵语、舌绛、脉数等为主。
- (5) 血寒证：以患处冷痛拘急、畏寒、唇舌青紫，妇女月经愆期、经色紫暗夹有血块为主。

### 35. 痰饮

痰饮：饮停胃肠；脘腹痞胀，呕吐清涎，胃中振水音，肠间水声辘辘；饮停胃肠，胃失和降。

悬饮：饮停胸胁；胸胁饱满、胀痛，咳嗽、转侧则痛增，脉弦；饮停胸胁，阻碍气机。

支饮：饮停心肺；胸闷心悸，气短不能平卧等；饮停心包，阻遏心阳。

溢饮：饮溢四肢；肢体沉重、酸痛，或浮肿，小便不利；饮溢四肢。

### 36. 脏腑辨证

- (1) 肝郁气滞证：以情志抑郁、胸胁或少腹胀痛等为主。
- (2) 肝火炽盛证：以头痛，烦躁，耳鸣，胁痛等与火热症状共见为主。
- (3) 肝阳上亢证：以眩晕耳鸣、头目胀痛、面红、烦躁、腰膝酸软等为主。
- (4) 肝阳化风证：以眩晕、肢麻震颤、头胀痛、面赤，甚至突然昏仆、口眼歪斜、半身不遂等为主。
- (5) 热极生风证：以高热、神昏、抽搐为主。
- (6) 阴虚动风证：以眩晕，手足震颤、蠕动与阴虚内热症状共见为主。
- (7) 血虚生风证：以眩晕、肢麻、震颤、瘙痒、拘急、瞤动等与血虚症状共见。
- (8) 寒滞肝脉证：以少腹、前阴、巅顶冷痛与实寒症状共见为主。
- (9) 肝胆湿热证：以胁肋胀痛、身目发黄，或阴部瘙痒、带下黄臭等与湿热症状共见。

### 37. 传经、直中、合病、并病的概念

(1) 传经病邪自外侵入，逐渐向里发展，由某一经病证转变为另一经病证，称为“传经”。其中若按伤寒六经的顺序相传者，即太阳病证→阳明病证→少阳病证→太阴病证→少阴病证→厥阴病证，称为“循经传”；若是隔一经或两经以上相传者，称为“越经传”；若相互表里的两经相传者，称为“表里传”，如太阳病传少阴病等。

(2) 直中：伤寒病初起不从阳经传入，而病邪直入于三阴者。

(3) 合病：伤寒病不经过传变，两经或三经同时出现的病证。

(4) 并病：伤寒病凡一经病证未罢，又见他经病证者。

### 38. 非感染性发热

- (1) 无菌性坏死物质吸收：手术、出血、烧伤、癌、溶血。
- (2) 抗原抗体反应：风湿热、药物热、结缔组织病。
- (3) 内分泌与代谢障碍：甲亢、严重脱水。
- (4) 皮肤散热减少：广泛性皮炎、鱼鳞病、慢性心衰。
- (5) 体温调节中枢功能失常：中暑、安眠药中毒、脑出血、脑外伤。
- (6) 植物神经功能紊乱：产热大于散热。

### 39. 热型

(1) 稽留热: 39℃~40℃以上, 数日或数周, 24 小时波动范围不超过 1℃。见于: 肺炎链球菌肺炎、伤寒等的高热期。(大汗积极雨间歇)

(2) 弛张热: 39℃以上, 波动幅度 2℃以上, 最低时一般仍高于正常水平。常见于: 败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症等。(百风持花弄飞结)

(3) 间歇热: 高热期与无热期交替出现。体温波动幅度可达数度, 无热期(间歇期)可持续 1 日至数日, 反复发作。见于: 疟疾、急性肾盂肾炎等。(大汗积极雨间歇)

(4) 回归热: 体温骤升至 39℃以上, 持续数日后又骤降至正常水平, 高热期与无热期各持续若干日后即有规律地交替 1 次。见于: 回归热、霍奇金病等。

**40. (1) 腹痛诱因:** ①暴饮暴食: 急性胰腺炎、急性胃扩张或急性胆囊炎; ②进食油腻: 急性胆囊炎、胆石症或急性胰腺炎; ③腹部外伤、有休克者: 肝、脾破裂; ④反复发作的饥饿性腹痛: 十二指肠溃疡。

(2) 腹痛部位: 右上腹痛: 肝、胆疾患; 右下腹痛: 阑尾炎; 脐周疼痛: 小肠病变; 左下腹痛: 降结肠、乙状结肠; 中上腹痛: 胃、十二指肠或胰腺病变; 全腹痛: 弥漫性腹膜炎。

#### 41. 咳嗽

(1) 咳嗽的音色: ①声音嘶哑: 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。②犬吠样咳嗽: 急性喉炎或气道异物。③鸡鸣样吼声: 百日咳。

(2) 痰的性质与量: ①支气管扩张与肺脓肿: 痰可分层。②大叶性肺炎: 铁锈色痰。③肺水肿: 粉红色泡沫状。

(3) 伴随症状: ①伴发热: 多见于呼吸道感染、胸膜炎、肺结核等。②伴胸痛: 累及胸膜的疾病, 如肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、自发性气胸等。③伴哮喘: 支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎、心源性哮喘等。④伴呼吸困难: 喉头水肿、喉肿瘤、慢性阻塞性肺病、重症肺炎以及重症肺结核、大量胸腔积液、气胸、肺淤血、肺水肿等。⑤伴咯血: 肺结核、支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌及风湿性二尖瓣狭窄等。

#### 42. 咯血的量及其性状

(1) 大量咯血: 空洞型肺结核、支气管扩张和肺脓肿。

(2) 中等量以上: 二尖瓣狭窄。

(3) 咯粉红色泡沫痰: 急性左心衰竭。

(4) 多次反复少量咯血: 支气管肺癌。

#### 43. 呼吸困难的临床表现

(1) 肺源性呼吸困难: ①吸气性呼吸困难: 三凹征。②呼气性呼吸困难: 呼气费力, 呼气时间延长, 伴有广泛哮鸣音。③混合性呼吸困难。

(2) 心源性呼吸困难: 劳力性呼吸困难、端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难。

(3) 中毒性呼吸困难: 代谢性酸中毒; 呼吸抑制药物及毒物: 如吗啡、巴比妥类、有机磷农药等药物过量或中毒。

(4) 癔症性呼吸困难: 呼吸非常频速(60~100 次/分钟)和表浅, 经暗示疗法减轻或消失。

#### 44. 发绀的病因与临床表现

(1) 中心性发绀: ①肺性发绀: 呼吸道阻塞、肺部疾病和胸膜疾病(胸腔积液、气胸)。②心性混血性发绀: 法洛四联征。

(2) 周围性发绀: ①淤血性周围性发绀: 右心衰竭、缩窄性心包炎、局部静脉病变。②缺



血性周围性发绀：重症休克、血栓闭塞性脉管炎、雷诺病。

(3) 混合性发绀：心力衰竭、急性高原反应等。

#### 45. 水肿的病因

(1) 全身性水肿

①心源性水肿：右心衰竭（伴颈静脉怒张、肝-颈静脉回流征阳性）。

②肾源性水肿：各型肾炎和肾病（伴高血压、蛋白尿、管型尿）。

③肝源性水肿：肝硬化、重症肝炎（伴肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、脾肿大）。

④营养不良性水肿：低蛋白血症和维生素 B1 缺乏。

⑤其他：内分泌疾病、结缔组织疾病、妊娠高血压综合征等。

(2) 局部性水肿 血栓性静脉炎、丝虫病、局部炎症、创伤或过敏等。

#### 46. 呕血与黑便伴随症状

(1) 慢性、周期性、节律性上腹痛——消化性溃疡。

(2) 蜘蛛痣、肝掌、黄疸、腹壁静脉曲张、腹水、脾肿大——肝硬化门静脉高压。

(3) 皮肤黏膜出血——血液病及急性传染病。

(4) 右上腹痛、黄疸、寒战高热（夏科三联征）——急性梗阻性化脓性胆管炎。

#### 47. 黄疸的特点

(1) 溶血性黄疸：轻度黄疸，不伴皮肤瘙痒。

①急性溶血：起病急骤，出现寒战、高热、头痛、腰痛、呕吐，严重者出现周围循环衰竭及急性肾功能衰竭。②慢性溶血：贫血、黄疸、脾肿大征。③实验室检查：非结合胆红素增多为主，结合胆红素一般正常。尿胆原增多，尿胆红素阴性。贫血，网织红细胞增多。

(2) 肝细胞性黄疸：①黄疸呈浅黄至深黄。有乏力、食欲下降、恶心呕吐甚至出血等肝功能受损的症状及肝脏肿大等体征。②实验室检查：血清结合及非结合胆红素均增多。尿中尿胆原增多，尿胆红素阳性。有转氨酶升高肝功能受损的表现。

(3) 胆汁淤积性黄疸：①黄疸色深，伴皮肤瘙痒及心动过缓。尿色深，粪色变浅。②实验室检查：血清结合胆红素明显增多。尿胆原减少或阴性，尿胆红素阳性。血清碱性磷酸酶增高。

速记：溶血—未结尿原高；阻塞—结合尿素高；肝性—血尿两胆高。

#### 48. 皮肤黏膜出血的病因

(1) 血管壁功能异常：①先天性：如遗传性出血性毛细血管扩张症、血管性假性血友病。

②获得性：过敏性紫癜、单纯性紫癜、药物中毒、严重感染、维生素 C 缺乏症等。

(2) 血小板数量与功能异常

血小板减少：①生成减少：如再生障碍性贫血、急性白血病、感染或放化疗后的骨髓抑制等。

②破坏增多：如特发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进等。③消耗过多：如弥散性血管内凝血、血栓性血小板减少性紫癜、溶血性尿毒综合征等。

血小板增多：原发性血小板增多症、慢性粒细胞白血病、脾切除术后等。

血小板功能异常：如血小板无力症，或继发于感染、药物、尿毒症、肝病等。

(3) 凝血功能障碍：①先天性：血友病、凝血酶原缺乏症、纤维蛋白缺乏症等。②获得性：严重肝功能不全、尿毒症、维生素 K 缺乏症等。③抗凝血物质增多或纤溶亢进：中毒（如蛇毒）、抗凝药过量、原发或继发纤溶亢进。

#### 49.抽搐的问诊要点

高热：颅内与全身感染性疾病、小儿高热惊厥等。

高血压：高血压脑病、高血压脑出血、妊娠高血压综合征、颅内高压。

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。

不伴意识丧失：破伤风、狂犬病、低钙抽搐、癔症性抽搐。

肢体偏瘫：脑血管疾病及颅内占位性病变。

#### 50.触诊

(1) 浅部触诊：体表浅在病变、关节、软组织、浅部的动脉与静脉、神经、阴囊和精索等。

(2) 深部触诊主要用于腹部检查。

①深部滑行触诊：腹腔深部的包块和脏器。

②双手触诊：肝、脾、肾、子宫和腹腔肿物。

③深压触诊：探测腹部深在病变部位或确定压痛点。

④冲击触诊：大量腹水而肝脾难以触及时。

#### 51.叩诊音

(1) 清音：正常的肺部叩诊音。

(2) 过清音：肺气肿。

(3) 浊音：被肺覆盖的心脏或肝脏部分。病理：肺组织含气减少，如肺部炎症、少量胸腔或腹腔积液。

(4) 实音：不含气组织（如骨骼、心脏、肝脏）。病理（大量胸腔积液、肺实变）。

(5) 鼓音：正常情况下，存在于左下胸的胃泡区及腹部。病理见于肺空洞、气胸或气腹等。

#### 52.嗅诊

(1) 呼吸气味：①酒味：酒精中毒。②刺激性蒜味：有机磷农药中毒。③烂苹果味：糖尿病酮症酸中毒。④氨味：尿毒症。⑤腥臭味：肝昏迷。

(2) 痰液味血腥味：大咯血；恶臭味：厌氧菌感染。

(3) 呕吐物味粪臭味：肠梗阻；酒味：饮酒和醉酒；腐臭味：幽门梗阻。

(4) 粪便腥臭味：细菌性痢疾，肝腥味：阿米巴痢疾。

#### 53.面容与表情

甲亢面容：眼裂增大，眼球突出，目光闪烁，呈惊恐貌，兴奋不安，烦躁易怒——甲亢

黏液性水肿面容：睑厚面宽，颜面浮肿——甲减

二尖瓣面容：面色晦暗，双颊紫红，口唇轻度发绀——风心病二尖瓣狭窄

伤寒面容：表情淡漠，反应迟钝，无欲状态——伤寒

苦笑面容：牙关紧闭，面肌痉挛，呈苦笑状——破伤风

满月面容：面圆如满月，皮肤发红，伴痤疮和小须——库欣综合征、应用肾上腺皮质激素者

肢端肥大症面容：头颅增大，耳鼻增大，脸面变长——肢端肥大症

#### 54.步态

偏瘫步态——脑血管病后遗症

剪刀步态——双侧锥体束损害及脑性瘫痪

醉酒步态——小脑病变、酒精中毒

慌张步态——震颤麻痹

蹒跚步态（鸭步）——佝偻病、大骨节病、进行性肌营养不良或先天性双髋关节脱位

### 55. 蜘蛛痣

（1）雌激素增多导致皮肤小动脉末端分支扩张所形成的血管痣。多出现在上腔静脉分布区。常见于慢性肝炎、肝硬化患者，也可见于妊娠妇女。肝掌的发生机制与蜘蛛痣相同。位于关节附近或长骨骺端的圆形硬质小结，无压痛，多为风湿小结。

### 56. 淋巴结肿大

左锁骨上：腹腔癌肿转移；右锁骨上：胸腔癌肿转移；鼻咽癌：颈部淋巴结；乳腺癌：腋下淋巴结肿大

### 57. 眼

（1）眼睑：①上睑下垂：双上眼睑下垂见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂；单侧上眼睑下垂见于动眼神经麻痹。②眼睑闭合不全：双侧眼睑闭合不全常见于甲亢；单侧眼睑闭合不全见于面神经麻痹。

（2）瞳孔：①瞳孔大小改变：病理情况下，瞳孔缩小见于虹膜炎、有机磷农药中毒、毒蕈中毒、吗啡、氯丙嗪、毛果云香碱等药物的影响；瞳孔扩大见于外伤、青光眼绝对期、视神经萎缩、完全失明、濒死状态、颈交感神经刺激和阿托品、可卡因等药物的影响；双侧瞳孔大小不等，常见于脑外伤、脑肿瘤、脑疝及中枢神经梅毒等。

### 58. 胸壁检查

（1）胸壁静脉：上腔静脉受阻时，胸壁静脉的血流方向自上向下；下腔静脉受阻时，胸壁静脉的血流方向自下向上。

（2）胸壁压痛：胸壁炎症、肿瘤浸润、肋软骨炎、肋间神经痛、带状疱疹、肋骨骨折等，可有局部压痛。白血病时，常有胸骨压痛或叩击痛。

### 59. 触觉语颤（语颤）

（1）语颤增强：①肺实变：肺炎链球菌肺炎、肺梗死、肺结核、肺脓肿及肺癌等。②压迫性肺不张：胸腔积液上方受压而萎瘪的肺组织及受肿瘤压迫的肺组织。③较浅而大的肺空洞：见于肺结核、肺脓肿、肺肿瘤所致的空洞。

（2）语颤减弱或消失：①肺泡内含气量增多：肺气肿及支气管哮喘发作时。②支气管阻塞：阻塞性肺不张、气管内分泌物增多。③胸壁距肺组织距离加大：胸腔积液、气胸、胸膜高度增厚及粘连、胸壁水肿或皮下气肿等。④体质衰弱者，大量胸腔积液、严重气胸语颤可消失。

（3）胸膜摩擦感：见于干性胸膜炎，在腋中线第5~7肋间隙最易感觉到。

### 60. 啰音

（1）干啰音：气流通过狭窄支气管时发生漩涡，或气流通过有黏稠分泌物的管腔时冲击黏稠分泌物引起的震动所致。

听诊特点：①吸气和呼气都可听到，但呼气时更加清楚。②性质多变且部位变换不定。③几种不同性质的干啰音可同时存在。

（2）湿啰音（水泡音）：气流通过气道、肺泡或空洞内的稀薄液体（渗出物、黏液、血液、漏出液、分泌液）时形成水泡并立即破裂时所产生的声音。

听诊特点：①吸气和呼气都可听到，以吸气末时多而清楚。②部位较恒定，性质不易改变。

③大、中、小湿啰音可同时存在。

### 61.心脏震颤（猫喘）是器质性心血管疾病的体征。

- （1）胸骨右缘第2肋间收缩期喷射样杂音——主动脉瓣狭窄
- （2）胸骨左缘第2肋间收缩期——主动脉瓣狭窄
- （3）胸骨左缘第3、4肋间收缩期——室间隔缺损
- （4）心尖部舒张期隆隆样杂音——二尖瓣狭窄
- （5）心尖部收缩期吹风样杂音——二尖瓣关闭不全
- （6）胸骨左缘第2肋间及其附近连续性——动脉导管未闭

### 62.心脏浊音界改变的临床意义

- ①左心室增大：心脏浊音界向左下扩大，使心界呈靴形——主不全、高血压性心脏病。
- ②右心室增大：右心室显著增大时，心界向左、右两侧扩大，以向左增大较为显著——单纯二尖瓣狭窄、肺心病。
- ③左心房增大或合并肺动脉段扩大：心腰部饱满或膨出，心脏浊音区呈梨形——二尖瓣狭窄。
- ④左、右心室增大：心界向两侧扩大，称普大型心——扩张型心肌病。
- ⑤心包积液：坐位时心脏浊音界呈烧瓶形。

### 63.周围血管征

包括点头运动、颈动脉搏动明显、毛细血管搏动征、水冲脉、枪击音与杜氏双重杂音。均由脉压增大所致，常见于主动脉瓣关闭不全、发热、贫血及甲亢等。

### 64.循环系统常见病的体征（视诊、触诊、叩诊、听诊）

- （1）二尖瓣狭窄：二尖瓣面容，心尖搏动略向左移，心尖部触及舒张期震颤，心浊音界早期稍向左，以后向右扩大，心腰部膨出，呈梨形心，较局限的递增型舒张中晚期隆隆样杂音，可伴开瓣音， $p_2$ 亢进。
- （2）主动脉瓣关闭不全：颜面较苍白，颈动脉搏动明显，心尖搏动向左下移位且范围较广，可见点头运动，心尖搏动向左下移位并呈抬举性，周围血管征阳性，心浊音界向左下扩大，心脏呈靴形，主动脉瓣第二听诊区叹气样递减型舒张期杂音。
- （3）右心衰竭：颈静脉怒张，口唇发绀，浮肿，肝脏肿大、压痛，肝-颈静脉回流征阳性，下肢或腰骶部凹陷性水肿，心界扩大，可有胸水或腹水体征，心率增快，心尖部舒张期奔马律。

### 65.腹部常见疾病的体征

- （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，蛙状腹，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，肠鸣音正常。
- （2）幽门梗阻：反复呕吐大量发酵的隔夜食物，空腹时上腹部饱满，出现胃型、蠕动波，并出现振水音。
- （3）急性腹膜炎：腹壁紧张、压痛及反跳痛。胃肠穿孔时，叩诊肝浊音界缩小或消失，听诊肠鸣音减弱或消失。
- （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。结肠充气试验阳性提示阑尾炎。腰大肌征阳性提示盲肠后位的阑尾炎。
- （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) 急性胰腺炎多有胆道病史，常于进食油腻食物或饮酒后发病。

(7) 肠梗阻腹部膨胀，腹壁紧张，有压痛。

①绞窄性肠梗阻有反跳痛。

②机械性肠梗阻时，可见肠型及蠕动波，听诊肠鸣音亢进，呈金属性音调。

③麻痹性肠梗阻时，视诊无肠型，听诊肠鸣音减弱或消失。

#### 66.四肢检查形态异常

(1) 匙状甲（反甲）：常见于缺铁性贫血，偶见于风湿热。

(2) 杵状指（趾）：常见于支气管扩张、支气管肺癌、慢性肺脓肿、脓胸以及发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等。

(3) 指关节变形：以类风湿性关节炎引起的梭形关节最为常见。

(4) 膝内翻、膝外翻：膝内翻为“O”形腿，膝外翻为“X”形腿。常见于佝偻病及大骨节病。

#### 67.中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法

中枢性：核上组织受损；表现病灶对侧面下部肌肉麻痹，口角歪向病灶侧，（额纹和眉毛动作保留）；见于脑血管病变、脑肿瘤和脑炎。

周围性：面神经核或面神经受损；表现病灶同侧全部面肌瘫痪，歪向病灶对侧，（额纹和眉毛动作消失）；见于受寒、耳部或脑膜感染、神经。

#### 68.肌力

(1) 肌力分级：分为6级。

0级：无肢体活动，也无肌肉收缩，为完全性瘫痪。

1级：可见肌肉收缩，但无肢体活动。

2级：肢体能在床面上做水平移动，但不能抬起。

3级：肢体能抬离床面，但不能抵抗阻力。

4级：能做抵抗阻力的动作，但较正常差。

5级：正常肌力。

其中，0级为全瘫，1~4级为不完全瘫痪（轻瘫），5级为正常肌力。

#### 69.中枢性瘫痪与周围性瘫痪的鉴别

**中枢性瘫痪：**瘫痪分布范围较广，单瘫、偏瘫、截瘫；肌张力增强；肌萎缩不明显；膝腱反射亢进；病理反射有；肌束颤动无。

**周围性瘫痪：**范围较局限，以肌群为主；肌张力降低；肌萎缩明显；膝腱反射减弱或消失；病理反射无；肌束颤动可有。

**70.腹壁反射：**上部腹壁反射消失，说明病变在胸髓7~8节；中部腹壁反射消失，说明病变在胸髓9~10节；下部腹壁反射消失，说明病变在胸髓11~12节；一侧腹壁反射消失，多见于同侧锥体束病损；上、中、下腹壁反射均消失，见于昏迷或急腹症患者；肥胖、老年人、经产妇也可见腹壁反射消失。

#### 71.白细胞计数及分类计数

(1) **中性粒细胞增多：**①化脓性感染，如流脑、肺炎、阑尾炎等；②严重组织损伤，如大手术后、急性心肌梗死等；③急性大出血、溶血，如脾破裂或宫外孕、急性溶血；④中毒、

类风湿关节炎应用皮质激素；⑤异常增生性粒细胞增多见于急、慢性粒细胞性白血病，骨髓增殖性疾病。

(2) 嗜酸性粒细胞增多：过敏、寄生虫、血液病

(3) 淋巴细胞：感染性疾病（病毒感染，如麻疹、风疹等，某些杆菌感染，如结核病、百日咳、布氏杆菌病）；某些血液病，急性传染病的恢复期 应用糖皮质激素、烷化剂，接触放射线，免疫缺陷性疾病

## 72. 红细胞沉降率（血沉）检查

(1) 参考值男性 0~15mm/h；女性 0~20mm/h。

(2) 病理性增快：①各种炎症：细菌性急性炎症、结核病和风湿热活动期。②组织损伤及坏死：急性心肌梗死血沉增快，而心绞痛时则正常。③恶性肿瘤：恶性肿瘤血沉增快，良性肿瘤血沉正常。④各种原因导致的高球蛋白血症：如慢性肾炎、多发性骨髓瘤、肝硬化、感染性心内膜炎、系统性红斑狼疮等。⑤贫血和高胆固醇血症时血沉可增快。

## 73. 肝脏疾病

(1) 急性或局限性肝损害：血清蛋白检查可无明显异常。

(2) 慢性肝病：慢性肝炎、肝硬化、肝癌时可有白蛋白减少，球蛋白增加，A/G 比值减低。

(3) A/G 比值倒置：表示肝功能严重损害，如重度慢性肝炎、肝硬化。

(4) 低蛋白血症：常出现严重水肿及胸、腹水。

## 74. 评估肾功能损害的程度：

(1) 肾衰竭代偿期：CCr51~80ml/min。

(2) 肾衰竭失代偿期：CCr50~20ml/min。

(3) 肾衰竭期（尿毒症早期）：Ccr19~10ml/min。

(4) 肾衰竭终末期（尿毒症晚期）：Ccr<10ml/min。

## 75. 血清钾测定

(1) 高钾血症（血钾>5.5mmol/L）

①排出减少：如急性或慢性肾衰竭少尿期、肾上腺皮质功能减退症。

②摄入过多：如高钾饮食、静脉输注大量钾盐、输入大量库存血液。

③细胞内钾外移增多：严重溶血、大面积烧伤、挤压综合征、组织缺氧和代谢性酸中毒等。

(2) 低钾血症（血钾<3.5mmol/L）

①摄入不足：如长期低钾饮食、禁食。

②丢失过多：如频繁呕吐、腹泻、胃肠引流、肾上腺皮质功能亢进症、醛固酮增多症、长期应用排钾利尿剂。

③分布异常：如心功能不全、肾性水肿、大量应用胰岛素、碱中毒等。

**76. 诊断糖尿病：**具备以下一项即可诊断为糖尿病：①FPG>7.0mmol/L，并具有糖尿病症状。

②OGTT 血糖峰值>11.1mmol/L。③随机血糖>11.1mmol/L，同步尿糖阳性，有糖尿病症状者。

## 77. 肿瘤标志物检测的临床意义

(1) 血清甲胎蛋白（AFP）增高：原发性肝癌：AFP 是目前诊断原发性肝细胞癌最特异的标志物，血清中 AFP>300 μg/L 可作为诊断阈值

- (2) 癌胚抗原 (CEA) 增高见于结肠癌、胃癌、胰腺癌等, 但无特异性。
- (3) 血清癌抗原 125: 卵巢癌。

### 78. 正常尿液各种检查表现

- (1) 尿量: 正常成人 1000~2000ml/24h。
- (2) 多尿: 尿量 >2500ml/24h。病理性多尿见于糖尿病、尿崩症、有浓缩功能障碍的肾脏疾病 (如慢性肾炎、慢性肾盂肾炎等) 及精神性多尿等。
- (3) 少尿或无尿: 尿量 <400ml/24h 或 <17ml/h 为少尿; 尿量 <100ml/24h 为无尿。肾前性少尿: 休克、脱水、心衰等所致的肾血流量减少。肾性少尿: 肾后性少尿: 尿道结石、狭窄、肿瘤等引起的尿道梗阻。
- (4) 尿蛋白定性试验阳性或定量试验 >150mg/24h 称为蛋白尿。
- (5) 尿酮体阳性: 糖尿病酮症酸中毒、妊娠剧吐、重症不能进食等。

### 79. 粪便颜色及性状

- (1) 水样或粥样稀便——急性胃肠炎、甲状腺功能亢进症等。
- (2) 米泔样便——霍乱。
- (3) 黏液脓样或脓血便——痢疾、溃疡性结肠炎、直肠癌等。
- (4) 冻状便——肠易激综合征、慢性菌痢。患阿米巴痢疾——暗红色果酱样; 细菌性痢疾——黏液脓性便或脓血便为主。
- (5) 鲜血便——肠道下段出血, 如痔疮、肛裂、直肠癌等。
- (6) 柏油样便——上消化道出血。
- (7) 灰白色便——阻塞性黄疸。
- (8) 细条状便——直肠癌。
- (9) 绿色粪便: 提示消化不良。
- (10) 羊粪样便——老年人及经产妇排便无力者。

### 80. 痰液颜色

- ①黄色痰——呼吸道化脓性感染。
- ②黄绿色痰——绿脓杆菌感染、干酪性肺炎。
- ③红色痰——肺癌、肺结核、支气管扩张。
- ④粉红色泡沫样痰——急性肺水肿。
- ⑤铁锈色痰——大叶性肺炎。
- ⑥棕褐色痰——阿米巴肺脓肿。

### 81. 心电图各波段的正常范围和临床意义

- (1) P 波代表左、右心房去极时的电位和时间的变化。
- (2) P-R 间期代表心房去极开始至心室开始去极的时间, 为 0.12~0.20s。
- (3) QRS 波群代表左、右心室去极过程电位和时间的变化。时间为 0.06~0.10s。
- (4) S-T 段正常 S-T 段多为一等电位线, S-T 段下移超过正常范围, 见于心肌缺血、心肌损害、洋地黄作用、心室肥厚及束支传导阻滞等。S-T 段上抬超过正常范围且弓背向上见于急性心肌梗死, 弓背向下的抬高见于急性心包炎。S-T 段上抬亦可见于变异型心绞痛和室壁膨胀瘤。
- (5) T 波代表心室快速 (晚期) 复极时的电位改变。T 波电压不应低于同导联 R 波的 1/10。
- (6) Q-T 间期代表心室去极和复极所需时间的总和。Q-T 间期缩短见于高血钙、高血钾、洋

地黄效应。

(7) U 波增高最常见于低血钾。

## 82.心电图表现。

(1) 左房肥大：P 波增宽 $>0.11s$ ，呈双峰型，双峰间期 $>0.04s$ ，二尖瓣狭窄。。

(2) 右房肥大：P 波尖而高耸，其幅度 $>0.25mV$ ，慢性肺源性心脏病。

(3) 左室肥大：①QRS 波群电压增高：RV5 $>2.5mV$ ，RV5+Sv1 $>4.0mV$ （男）或 $>3.5mV$ （女）。

②心电轴左偏。③QRS 波群时间延长到 0.10~0.11s。④ST-T 改变，T 波低平，双向或倒置。

(4) 典型心绞痛面对缺血区的导联上出现 S-T 段水平型或下垂型下移为 0.1mV，T 波低平、双向或倒置，时间一般小于 15 分钟。

(5) 心肌梗死：①缺血型 T 波改变；损伤型 S-T 段改变；坏死型 Q 波出现。

(6) 室性期前收缩：提早出现的宽大畸形的 QRS；QRS 时限常 $\geq 0.12s$ ；T 波方向与 QRS 主波方向相反；常有完全性代偿间歇。

(7) 心房颤动：P 波消失，代以大小不等、形状各异的 f 波，频率为 350~600 次/分；心室律绝对不规则；QRS 波群形态通常正常，当心室率过快时，发生室内差异性传导，QRS 波群增宽变形。

(8) 房室传导阻滞：一延而落三分离。

## 83.血气分析及酸碱度测定

(1) PaO<sub>2</sub> $<60mmHg$  是诊断呼吸衰竭的主要指标。

(2) pH 值：pH $<7.35$  见于失代偿性酸中毒；pH $>7.45$  见于失代偿性碱中毒。

(3) SB 下降见于代谢性酸中毒和呼吸性碱中毒；SB 增多见于代谢性碱中毒和呼吸性酸中毒。

(4) 剩余碱 (BE) 正常值为  $0\pm 3mmol/L$ ，临床意义同 SB。

(5) 二氧化碳结合力 (CO<sub>2</sub>CP) 正常值为 23~31mmol/L，临床意义同 SB。

## 84.肺部病变

(1) 渗出与实变：多为肺部炎症所致，X 线多表现为密度较高的斑片影，边缘模糊。

(2) 恶性肿瘤多无包膜，边缘有毛刺或为分叶状，中心可坏死形成空洞。

(3) 空洞：X 线表现为：①薄壁空洞：肺结核。②厚壁空洞：肺脓肿（空洞内多有液面）、肺癌（洞壁多厚薄不规则）。③虫蚀样空洞：干酪样肺炎。

(4) 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。

(5) 支气管扩张症确诊主要靠胸部 CT 检查，柱状扩张时可见“轨道征”或“戒指征”；囊状扩张时可见葡萄串样改变；扩张的支气管腔内充满黏液栓时，可见“指状征”。

(6) 大叶性肺炎：实变期可见呈肺段性 or 大叶性分布的密实阴影，支气管充气征。

(7) 原发性肺结核：原发综合征：肺内原发灶、淋巴管炎及淋巴结炎组成的哑铃状双极现象。

## 85.消化系统常见疾病

(1) 胃溃疡：上消化道钡剂造影检查的直接征象是龛影，多见于胃小弯。

(2) 十二指肠溃疡：球部，溃疡易造成球部变形；球部龛影或球部变形是十二指肠溃疡的直接征象。间接征象有：①激惹征。②幽门痉挛，开放延迟。③胃分泌增多和胃张力及蠕动方面的改变。④球部固定压痛。

(3) 胃肠道穿孔：立位 X 线透视或腹部平片可见两侧膈下有弧形或半月形透亮气体影。



(4) 肠梗阻：梗阻上段肠管扩张，积气、积液，立位或侧位水平位摄片可见肠管扩张，呈阶梯状气液平，梗阻以下的肠管闭合，无气或仅有少量气体。

## 86. 中枢神经系统常见疾病

(1) 脑出血：高血压性脑出血是最常见的病因，出血部位多为基底节、丘脑、脑桥和小脑。CT 表现呈圆形、椭圆形或不规则形均匀密度增高影，边界清楚。

(2) 蛛网膜下腔出血：CT 表现为脑沟、脑池、脑裂内密度增高影，脑沟、脑裂、脑池增大。

(3) 缺血性脑梗死：发病 12~24 小时之内，CT 无异常所见。

## 87. 传染病的基本特征

有病原体、有传染性、有流行病学特征、有感染后免疫等特征。

流行性：传染病在人群中连续发生造成不同程度蔓延的特性①散发：某种传染病在某一地区近几年发病率的一般水平；②流行：某种传染病在某一地区的发病率高于一般水平；③大流行：某传染病流行范围广，甚至超过国界或洲界；④暴发：某种传染病病例的发病时间分布高度集中于短期内，多是同一传染源或传播途径导致的。

## 88. 复发与再燃

①复发：有些传染病患者进入恢复期后，虽已稳定退热一段时间，但由于潜伏于组织内的病原体再度繁殖至一定程度，使初发的症状再度出现。

②再燃：有些患者在恢复期，体温未稳定下降至正常，又再升高。

## 89. 传染源分类

《中华人民共和国传染病防治法》把传染病分为甲类、乙类和丙类，实行分类管理。

甲类为强制管理传染病，包括鼠疫和霍乱，城镇要求发现后 6 小时内上报，农村不超过 12 小时；乙类为严格管理传染病，要求发现后 12 小时内上报；丙类属监测管理传染病。甲类传染病属强制管理传染病，根据国务院卫生行政部门的规定，乙类传染病中传染性非典型肺炎、肺炭疽、人感染高致病性禽流感 and 脊髓灰质炎等按甲类传染病报告和管理。

## 90. 病毒性肝炎病原学检查

(1) 甲型肝炎抗-HAVIgM 近期感染标志，有早期诊断价值。

(2) 乙型肝炎 HBsAg 阳性是现症感染标志，HBeAg、HBcAg、抗-HBcIgM、HBV-DNA 阳性：病毒复制活跃，抗-HBs：保护性抗体。

(3) 丙型肝炎抗-HCV 为非保护性抗体，是病毒感染的标志。HCV-RNA 阳性是 HCV 感染及复制活跃的标志。

(4) 丁型肝炎 HDsAg 是 HDV 感染的直接标志。

(5) 戊型肝炎抗-HEVIgM 近期感染标志，早期诊断价值。

## 91. 肾综合征出血热

(1) 病原学：汉坦病毒，以鼠类为主要传染源。

(2) 临床表现：①发热期：全身中毒症状、毛细血管损伤和肾损害等。头痛、腰痛和眼眶痛，称为“三痛”；颜面、颈、胸等部位潮红，称为“三红”，重者呈酒醉貌；②低血压休克期：低血容量性休克的表现。③少尿期；④多尿期：每日尿量增至 2000mL 即进入多尿期。⑤恢复期。

## 92. 艾滋病

获得性免疫缺陷综合征，是由人类免疫缺陷病毒（HIV）感染引起的、主要通过性接触和体液传播的慢性传染病。

HIV 抗体阳性，具有以下任何一项者：①CD4+T 细胞计数 $<0.2 \times 10^9/L$ 。②6 个月内体重减轻 10%以上。③原因不明的持续发热，体温在 38℃以上，超过 1 个月。④慢性腹泻次数多于 3 次/日，超过 1 个月。⑤反复发生的细菌、真菌、病毒感染或条件致病菌感染。⑥卡波西肉瘤。

## 93. 伤寒

（1）病原学：伤寒杆菌属沙门菌属，菌体破裂所释放的内毒素在发病中起重要作用。

（2）病理改变为全身单核吞噬细胞系统的炎性增生反应。病变部位主要在回肠下段。

（3）伤寒典型临床表现：持续发热，食欲减退等消化系统症状，表情淡漠、听力减退等神经系统症状，相对缓脉等循环系统症状，以及玫瑰疹、肝脾肿大等。

（4）病原治疗：首选第三代喹诺酮类药物，儿童和孕妇患者宜首选第三代头孢菌素。

## 94. 细菌性痢疾

（1）菌痢的主要病变部位为乙状结肠和直肠。

（2）基本病理变化为肠黏膜的弥漫性纤维蛋白渗出性炎症。

（3）慢性菌痢：病程迁延超过 2 个月以上不愈者。

## 95. 消毒的种类

（1）疫源地消毒：①随时消毒：对传染源的排泄物、分泌物及其污染过的物品及时进行消毒。②终末消毒：传染源住院隔离，痊愈或死亡后，立即对其原居住地点进行的最后一次彻底消毒。（2）预防性消毒：在未发现传染源情况下，对可能被病原体污染的场所、物品和人体进行消毒。

## 96. 医学伦理学的基本原则

（1）不伤害原则：努力使患者免受不应有的伤害。

（2）有利原则：把有利于患者健康放在第一位，切实为患者谋利益，亦称行善原则。

（3）尊重原则

（4）公正原则：是指在医学服务中公平地对待每一位患者。

97. 医患关系的模式：主动-被动型、指导-合作型和共同参与型。

## 98. 假药和劣药

（1）假药：①有下列情形之一的为假药：药品所含成份与国家药品标准规定的成份不符的；以非药品冒充药品或者以他种药品冒充此种药品的。

②有下列情形之一的药品按假药论处：国务院药品监督管理部门规定禁止使用的；依照本法必须批准而未经批准生产、进口，或者依照本法必须检验而未经检验即销售的；变质的；被污染的；未取得批准文号的原料药生产的；所标明的适应症或者功能主治超出规定范围的。

（2）劣药：①药品成份的含量不符合国家药品标准的。②有下列情形之一的药品按劣药论处：未标明有效期或者更改有效期的；不注明或者更改生产批号的；超过有效期的；直接接触药品的包装材料和容器未经批准的；擅自添加着色剂、防腐剂、香料、矫味剂及辅料的；其他不符合药品标准规定的。

### 99.《处方管理办法》的相关规定

(1) 门(急)诊麻醉药品:注射剂—每张处方一次量;(不是一日);其他剂型—每张处方 $\leq 3$ 日量;控缓释制剂——每张处方 $\leq 7$ 日量。

(2) 第一类精神药品:注射剂——每张处方一次量;(不是一日);其他剂型—每张处方 $\leq 3$ 日量。控缓释制剂—每张处方 $\leq 7$ 日量;哌甲酯—治疗儿童多动症—每张处方 $\leq 15$ 日量。

(3) 第二类精神药品:每张处方不得超过7日常用量。

(4) 门(急)诊癌症疼痛和中、重度慢性疼痛、麻醉药品、第一类精神药品:注射剂—每张处方 $\leq 3$ 日常用量;其他剂型—每张处方 $\leq 7$ 日量。控缓释制剂—每张处方 $\leq 15$ 日量;

(5) 处方保存期限:普通处方、急诊处方、儿科处方——1年,毒性药品、第二类精神药品处方—2年,麻醉药品和第一类精神药品处方—3年。

### 100.医疗事故

(1) 分级:①一级医疗事故:患者死亡、重度残疾的;②二级医疗事故:患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的;③三级医疗事故:患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍的;④四级医疗事故:患者明显人身损害的其他后果。

(2) 医疗事故的预防与处置:患者有权复印:门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录。

