

诊断学基础-学霸笔记

第一章 症状学

什么叫症状、体征？

症状：**病人**自己发现的——比如发烧、头痛、咽痛

体征：**医生**查体（视触叩听）发现的——比如一查扁桃体肿大

辅助检查：实验室化验结果不是体征——比如转氨酶高

发 热

1. 发热常见的原因：**感染（最常见，病原体）**、感冒属于感染性发热；非感染(如心肌梗死)

2. 发热——体温的测量：**肛温最接近人体体温**

腋温标准：低热 **37.3-38℃** 中高热 38.1-39℃

高热 39.1-41℃ 超高热 41℃以上

热型及临床意义：**稽留热**——持续高温——**肺炎**、伤寒、脑炎

弛张热——张一弛有波动、超 2℃——败血症、**风湿热**、重症结核

间歇热——寒热往来——疟疾、**急性肾盂肾炎**

回归热——骤升后持续数日又骤降——回归热、**霍奇金病**

波状热——逐渐升高又逐渐下降——**布氏杆菌病**

不规则热——结核、风湿热、药物热、激素

【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**）

头 痛

1. 病因：颅内、颅外、全身、神经症

2. 头痛的性质：三叉神经痛—**电击样**、扳机点 血管性头痛—**搏动样**

舌咽神经痛—咽喉部发作性疼痛

胸 痛

1. 病因：胸壁—外伤、肋骨骨折 心血管疾病—心绞痛、心肌梗死

呼吸疾病—肺炎 其他—食管炎

2. 胸痛的问诊要点：

胸壁疾病——（1）**固定于病变部位**；（2）压痛。

带状疱疹——沿一侧肋间神经分布，不超过体表正中线

鉴别心绞痛与心肌梗死：

	心绞痛	心肌梗死
部位、诱因	相同	相同
疼痛性质	压榨感	濒死感
持续时间	短，3~5min，<30min	长，>30min
含服硝酸甘油	可缓解	不可缓解
心电图	S-T 下移	S-T 太高、坏死 Q 波

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、腹肌紧张**、肠蠕动音减弱或消失。
2. 部位：通过部位判断可能病变的脏器
右下腹—阑尾炎 右上腹—胆囊
3. 腹痛的性质与程度：
持续性痛——炎症
阵发性痛——肠梗阻、结石、痉挛
腹痛+休克——腹腔内出血
4. 腹痛的规律：
“肠前胃后”——消化性溃疡（胃溃疡饭后痛，十二指肠溃疡饭前痛）
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
果酱样血便——肠套叠
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**

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**——**胃肠梗阻（痛吐胀闭）**

咳嗽与咯痰

1. 常见疾病：

左心衰、肺水肿——**粉红色泡沫痰**

支扩、肺脓肿——痰分三层

大叶性肺炎——**铁锈样痰**

青少年+低热干咳——肺结核

老年人+嘶哑样咳嗽、痰中带血——肺癌

鸡鸣样咳——百日咳

犬吠咳——喉炎、气管受压

金属调的咳嗽——纵膈肿瘤、支气管癌

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

肺里出来—咯血。消化道出来—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
------	----	----

呼吸 困 难

1. 病因:

肺源性: 呼气性呼吸困难—**支气管哮喘**、慢阻肺、病变在小气管

吸气性呼吸困难—花生米堵塞、大气管狭窄 (**三凹征**)

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**——糖尿病酸中毒

中枢性: 呼吸慢而深——重症颅脑疾病

水 肿

1. 病因及临床表现

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

皮下黏膜出血

1. 分类

直径 <2mm—瘀点

3-5mm—紫癜

>5mm—瘀斑

恶心与呕吐

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. 呕吐物的性质

呕吐物不含胆汁、**隔夜宿食**—幽门梗阻

呈**咖啡色**—上消化道出血

有粪臭—低位肠梗阻

喷射样—脑炎、**颅内高压**

呕血与黑便

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——潜血阳性

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。

黄疸

1. 正常总胆红素：小于 $17.1 \mu\text{mol/L}$

2. 隐性黄疸： $17.1 \sim 34.2 \mu\text{mol/L}$

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	-无	+增加	++明显增加
尿（粪）胆原	增加	轻度增加	减少消失

溶血性黄疸：有（游离）粪无尿

肝细胞性——全增加（+）

第二章 问诊

本章 3~4 道题/年

1. 问诊内容包括：

一般项目——姓名、性别、年龄……

主诉——本次就诊最主要原因（主要症状或体征及持续时间）

现病史——该次得病的全部情况

既往史

个人史（冶游及性病史，包括是否到过疫区）

婚姻、月经、生育

家族史

一、基本检查法

1. 视诊

2. 触诊 浅部触诊

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

3. 叩诊 姿势：右手中指，扣左手中指

常见叩诊音如下：

鼓音——生理：胃泡、腹部 病理：肺空洞、气胸、气腹

过清音——病理：肺气肿

清音——生理：正常肺

浊音——生理：肺边缘所覆盖的心、肝 病理：肺炎

实音——生理：心、肝 病理：胸腔积液、实变

4. 听诊

心、肺、肠鸣音

5. 嗅诊

大蒜味——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、

1. 口腔温度正常值为 $36.3^{\circ}\text{C}\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。

2. 肛门温度正常值为 $36.5^{\circ}\text{C}\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。

3. 腋下温度正常值为 $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

速记——(3257)

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。

呼吸、

血压：**脉压增大**：脉压 $>40\text{mmHg}$ ——**主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、高热、贫血、甲亢**

脉压大—**水冲脉** (压差大，主不全)

病态面容：慢性病容：扁平胸、舟状腹

急性热病面容：急性感染性疾病

甲亢病很特殊，眼裂增大，眼球突出

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，发绀**。风心病、**二尖瓣狭窄**

苦笑面容：**破伤风**

满月脸：**激素、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

面具面容：面部呆板，**面无表情**

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) 端坐呼吸：**左心衰**
- (5) 辗转体位：**胆绞痛、肾绞痛**
- (6) 角弓反张：**破伤风**

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：震颤麻痹。
6. 蹒跚步态：（鸭步），先天性双髋关节脱位
7. 间歇性跛行：见于严重下肢动脉硬化

三、皮肤检查

- 皮肤红色：一氧化碳中毒
- 色素沉着：肾上腺皮质功能减退、肝硬化、肝癌晚期
- 色素脱失：白癜风，白化症
- 玫瑰疹见于伤寒（稽留热）
- 肝掌—大鱼际、小鱼际红紫色—肝病、肝硬化
- 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
- 皮下出血：直径 <2mm—瘀点、3-5mm—紫癜、>5mm—瘀斑

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

眼部：

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 眼睑浮肿—肾性水肿 | 眼睑下垂—双侧（重症肌无力）单侧（动眼神经麻痹） |
| 结膜苍白—贫血 | 巩膜黄染—黄疸 |
| 闭合障碍—双侧（甲亢） | 单侧（神经麻痹） |
| 眼球凹陷—脱水、营养不良 | |
| 瞳孔缩小—有机磷中毒 吗啡、毛果云香碱药物影响 | （速记——瞳孔缩小马、有、毛） |
| 瞳孔大小不等—脑疝、脑外伤、濒死状态 | |
| 瞳孔散大——阿托品、濒死状态、青光眼绝对期 | （速记——酒托死光） |

口腔：口腔麻疹黏膜斑—麻疹早期表现

草莓舌—猩红热

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）

腮腺肿大—流行性腮腺炎

六、颈部检查

颈静脉怒张：右心衰、缩窄性心包炎、心包积液、上腔静脉受压

颈动脉搏动增强：主不全 发热甲亢贫血

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

气管检查：气管移向健侧：胸腔积液、气胸、纵隔肿瘤、单侧甲状腺肿

气管移向患侧：肺不张、胸膜粘连

七、胸壁及胸廓检查

体表标志：

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

异常胸廓：

桶状胸—肺气肿

扁平胸—慢性消耗性疾病

鸡胸—佝偻病

胸骨压痛或叩击痛—白血病（胸骨压痛+肝脾淋巴结肿大）

乳房：酒窝、橘皮样变—乳腺癌 乳头内陷或位置偏移—癌变

八、肺和胸膜检查

语颤（肺内、气流、震动） 气体**减少**——语颤增强。气体**增多**——语颤减弱。

胸膜摩擦感：以腋中线第5~7肋间隙最易感觉到。

听诊：正常呼吸音—支气管呼吸音、肺泡呼吸音、支气管肺泡呼吸音

啰音—干啰音：气管、支气管狭窄

呼气时清楚、性质多变、部位多变

多见于支气管哮喘、喘息性慢支

湿啰音：肺泡内有液体

吸气末清楚、性质不变、部位不变

多见于支气管肺炎、肺淤血肺水肿

九、心脏血管检查

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。

异常搏动：向左下移位—**左心室增大**

向左移动—**右心室增大**

叩诊：从外向内、从下向上

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—**烧瓶形** **心包积液**

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2肋间隙**

主动脉一区—胸骨**右2肋间隙**

主动脉二区—胸骨**左缘3、4肋间隙**

三尖瓣：胸骨下端近**剑突部**

二三狭舒，肺主不舒；

二三不收，肺主狭收。

杂音出现在哪个瓣膜区，就是哪个瓣膜的病变。

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**。

心率与心律：心律绝对不等、心音强弱不一、脉搏短拙—房颤（秒杀词！）

心音听诊：

主动脉瓣区第二心音增强—高血压

肺动脉瓣区第二心音增强—肺心病、肺动脉高压

奔马律—心衰（左心衰、右心衰、全心衰）

开瓣音—二尖瓣弹性好，二尖瓣分离术适应症

心脏杂音：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

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

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。

肝颈静脉回流征—肝淤血、右心衰

毛脉压差增大：细血管搏动征、点头运动、水冲脉——见于5个病：发热、甲亢、严重贫血、主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭。

心脏震颤：连续性 动脉导管未闭

十、腹部检查

视诊

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。

舟状腹——脱水、消瘦、恶病质

腹壁

静脉：曲张—上下腔静脉阻塞

蠕动波—梗阻

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。

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

胆囊点：位于右侧**腹直肌外缘与肋弓**交界处。

揉面感—**结核性腹膜炎**

肌紧张、压痛、反跳痛—**腹膜刺激征—急性腹膜炎**

内脏触诊：肝脏—右肋弓下触不到，剑突下不超过 3cm。

“肝、肿”**局限性肝大**，其他为**弥漫性**

胆囊—**墨菲氏征**阳性：见于**胆囊结石、急性胆囊炎**。

库瓦济埃征阳性=**黄疸+胆囊肿大无压痛**：见于**胰头癌**。

脾脏—轻度：脾脏肋下不超过 3cm，

中度：脾脏超过肋下 3cm 但在脐水平线上。

重度：脾脏超过脐水平线或前正中线。

叩诊

肝脏：正常叩诊音为**浊音**，上界在右锁骨中线上第 5 肋间，下界位于右季肋下缘。

右锁骨中线上肝浊音区上下径 9-11cm。

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**。

脾脏：正常脾浊音在 9-11 肋见，宽 4-7cm，不超过腋前线。

膀胱：膀胱充盈，可以叩出浊音。

移动性浊音：腹水超过 1000ml **肝硬化 右心衰**

听诊

肠鸣音正常：4-5 次/分钟 大于 10 次 消化不好

肠鸣音**亢进—机械性肠梗阻** 高亢响亮金属音

肠鸣音**减弱消失—急性腹膜炎、麻痹性肠梗阻**

振水音—胃扩张、**幽门梗阻**、胃液分泌过多

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

腹部常见疾病的特征

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。

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。

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。

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。

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。

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。

麻痹性肠梗阻时，视诊无肠型，听诊肠鸣音减弱或消失。

十一、肛门、直肠指诊

体位：仰卧位、截石位、肘膝位、左侧卧位、蹲位。没有右侧卧位。

十二、脊柱、四肢检查

脊柱某一部位压痛与叩击痛——该部位有病变，如脊柱结核、脊椎骨折。

四肢：匙状甲—缺铁性贫血、风湿热

杵状指—慢性缺氧疾病，如支扩、肺癌、先心病

指关节变性—类风湿性关节炎的梭形关节

肢端肥大—腺垂体功能亢进、生长激素分泌过多

膝内翻、膝外翻—佝偻病

十三、神经系统检查

运动功能检查

折刀样肌张力过高见于锥体束损害，铅管样肌张力过高见于锥体外系损害（帕金森）

中枢性瘫痪：

共济失调：小脑病变、前庭性、感觉性

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

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

诊断学基础

1. 血红蛋白：男 120~160g/L 女 110~150g/L

血红蛋白临床意义

红细胞：男 $4.0 \sim 5.5 \times 10^{12}/L$ 女 $3.5 \sim 5.0 \times 10^{12}/L$

生理性减少：妊娠，幼儿、老年人。

病理性减少：各种贫血。

血红蛋白合成障碍见于小缺铁性贫血。

骨髓造血功能障碍见于巨幼细胞性贫血。

2. 白细胞 $4 \sim 10 \times 10^9/L$

中性粒细胞增多见于化脓性细菌感染，减少见于病毒感染。

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。

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：再生障碍性贫血，骨髓病性贫血。

4. 血小板 $100 \sim 300 \times 10^9/L$

减少：血小板减少紫癜、脾功能亢进等。

5. 红细胞沉降率 男性 $0 \sim 15 \text{ mm/h}$ 女性 $0 \sim 20 \text{ mm/h}$ 。

生理性增快：月经期、妊娠、老年人。

病理性增快：各种炎症、损伤及坏死、恶性肿瘤、贫血。

6. 出血时间超过 9 分钟为异常。

延长：血小板减少、血小板功能异常、毛细血管壁异常、凝血因子缺乏。

7. 骨髓

极度活跃：各种白血病。

活跃：正常骨髓。

极度减低：重型再障。

8. 血氨升高——诊断肝性脑病依据。

9. ALT、AST 均升高——急性病毒性肝炎

LDH 升高——肝脏疾病、急性心肌梗死。

10. 抗 HAV-IgM 是早期诊断甲肝的特异性抗体。

HBsAg：感染后最早出现的血清学指标。

抗-HBs：保护性抗体。

HBeAg：病毒活动复制和传染性重要标志。

抗-HBe：病毒复制减少，传染性降低。

抗-HBc：近期感染或慢性感染的指标。

11.

临床分期	肾小球滤过率	肌酐清除率	血肌酐	血尿素氮
缩写	GFR	CCr	SCr	BUN
正常值	125	80-120	44-133	3.2-6.0
代偿期	50-80	50-79	134-185	<7.1
失代偿期	25-50	20-49	186-450	>7.1
肾衰竭期	10-25	10-19	451-707	19.7-28.6

尿毒症期	<10	<10	>707	>28.6
------	-----	-----	------	-------

12. 空腹血糖 3.9~6.1mmol/l

升高：**糖尿病、甲亢、嗜铬细胞瘤、库欣综合征**等。

降低：**胰岛细胞瘤、胰岛素注射过量**。

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

糖化血红蛋白—反应近 2~3 个月平均血糖水平。(4-6)

13. 高密度脂蛋白高好，低密度脂蛋白低好。

14. 血钾 3.5~5.5mmol/l，降低见于利尿、幽门梗阻等

血钠 134~145mmol/l，降低见于呕吐、腹泻、尿钠排出过多。

血氯 95~105mmol/l。

血钙 2.25~2.58mmol/l。

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

急性心肌梗死——心肌酶包括**磷酸肌酸激酶**及其同工酶（CK、CK-MB）、乳酸脱氢酶及其同工酶（LDH）。

16. 抗 O 升高—溶血性链球菌感染后免疫反应—感染性心内膜炎、风湿热、肾小球肾炎。

肥达反应—**伤寒**特异性检查

AFP—原发性**肝癌**

CA125—**卵巢癌**

PSA—前列腺癌

CEA—结肠癌

类风湿因子 RF—类风湿关节炎

抗核抗体 ANA—**系统性红斑狼疮**

17. 多尿：24 小时超过 2500ml，

少尿：24 小时超过 400ml

无尿：24 小时超过 100ml

尿蛋白：24 小时 <150mg

血尿：高倍镜视野 ≥ 3 个红细胞为镜下血尿，见于各种肾炎。

脓尿：高倍镜视野 ≥ 5 个白细胞为脓尿，见于泌尿系统感染。

菌尿：计数 $>10^5$ /ml 为阳性，提示尿路感染。

白细胞管型：急性肾盂肾炎，**鉴别上下尿路感染重要依据**

红细胞管型：急性肾小球肾炎

脂肪管型：肾病综合征

蜡样管型：肾功能衰竭

透明管型：可见于正常人

18 白陶土样大便（灰白）—**梗阻性黄疸**

柏油便—**上消化道出血**

果酱样便—阿米巴

黏液脓血便—**痢疾、溃疡性结肠炎、直肠癌**

19. 粉红色泡沫痰—**左心衰**

铁锈色—**大叶性肺炎**

红色——肺结核、支气管扩张、肺癌

棕褐色——阿米巴脓肿

黄色脓性——化脓性感染

20 渗出液比重大（ >1.018 ），可以找到病原体；漏出液比重小（ <1.018 ），不能找到病原体。

渗出液与漏出液鉴别要点

21. 流脑：压力**高**、外观**浑**、**中性多**。

乙脑：压力**不高**、外观**不浑**、**淋巴多**。

结核脑：外观**毛玻璃样**。

22. P 波——心房除极

QRS 波——心室除极

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

Q-T 间期——心室去极到复极的时间

23. 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

心绞痛：S-T 段下移

T 波倒置

变异性心绞痛：S-T 段弓背向上。

左心房增大——p 波增宽

右心房增大——p 波高尖

左心室增大—— $V_5 > 2.5\text{mv}$

右心室增大—— $V_1 > 1.0\text{mv}$

房早——p' 波 PR 间期 > 0.12

交界早——无 p 或 PR 间期 < 0.12

室早——QRS 宽大畸形

房颤——小 f 波

房室传导阻滞——【速记】一延、二落、三分离

部位特征性 ECG 改变导联对应性改变导联

前间壁 V1~V3

局限前壁 V3~V5

前侧壁 V5~V7、I、II、aVL

广泛前壁 V1~V6

下壁 II、III、aVF、aVL

高侧壁 I、aVL、“高”V4~V6、II、III、aVF

右室 V3R~V7R, 多伴下壁梗死

24. 影像诊断

超声诊断

1. 检测**实质性脏器**（如肝、肾、脾、胰腺、子宫及卵巢等）的大小、形态、边界及脏器内部回声等，帮助判断有无病变及病变情况。
2. 检测某些**囊性器官**（如胆囊、膀胱、胃等）的形态、走向及功能状态。
3. 检测心脏、大血管和外周血管的结构、功能及血流动力学状态，包括对各种先天性和后天性心脏病、血管畸形及闭塞性血管病等的诊断。
4. 鉴别脏器内局灶性病变的性质，是实质性还是囊性，还可鉴别部分病例的良、恶性。
5. 检测积液（如胸腔积液、腹腔积液、心包积液、肾盂积液及脓肿等）的存在与否，对积液量的多少作出初步估计。
6. 对一些疾病的治疗后动态随访。如急性胰腺炎、甲状腺肿块、子宫肌瘤等。
7. 介入性诊断与治疗。

心脏瓣膜病、心肌病首选**超声心动图**（M 型）

放射诊断

骨关节检查、呼吸系统疾病首选 X 线

肠梗阻——气液平面

胃肠穿孔——膈下游离气体

脑病变首选 CT，脑出血——高密度灶，脑缺血——低密度灶

MRI 对脑梗死灶发现早，敏感性高。

医学伦理

医学伦理学历史发展

1. 东汉张仲景《伤寒杂病论》：精究方术，勤求古训，博彩众方；“精究方术”，“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保长全，以养其生”
2. 出自《大医精诚》的是：“若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富、长幼妍媸、怨亲善友、华夷愚智、普同一等，皆如至亲之想……”。
3. 明代陈实功《外科正宗》“医家五戒十要”
4. 出自《希波克拉底誓言》的是：“凡我所耳闻目睹的关于人们的私生活，我决不到处宣扬，我决不泄露作为应该守密的一切细节”。
5. 中国医学道德优良传统：仁爱救人、不图名利、普同一等、尊重同道、注重自律

医学伦理学的理论基础

五大论点：生命、人道、美德、功利、道义

- ① 生命论：生命神圣论+生命质量论=生命价值论
- ② 人道论：尊重患者生命、人格、权利
- ③ 美德论：仁爱、严谨、诚挚、公正、奉献
- ④ 功利论：“善”的量化—最大多数人最大幸福
- ⑤ 道义论：行为动机善良，不论结果如何，行为都是道德的

医学道德的规范体系

重点掌握：

- ① 医学道德原则：行善、尊重、公正、无伤
- ② 医学道德规
- ③ 医学道德范畴：权利义务、情感良心、审慎保密，荣誉幸福

医学关系道德

重点了解：

- ①医患关系内容：技术方面(方案、措施,实施),非技术方面(道德、经济、法律价值)
- ②医患关系趋势：人机化、经济化、多元化、法制化
- ③医患双方权利义务
- ④医患冲突原因：服务态度
- ⑤医疗事故处理原则：公平公正公开、实事求是

临床诊疗工作中的道德

- 1. 临床诊疗的道德原则：**最优化、知情、保密、尊重生命**
- 2. 中医四诊的道德要求：**安神定志；实事求是**
- 3. 体格检查的道德要求：**全面、体贴、尊重**
- 4. 药物治疗中的道德要求：对症、合理、节约
- 5. 手术治疗道德要求：术前掌握、术中关心、**术后观察**
- 7. 心理治疗中的道德要求：知识、诚意、心态、隐私（**并不提倡理解**）
- 8. 急诊科的工作特点及道德要求：急
- 9. 传染科（室）的工作特点及道德要求：奉献、预防为主、严格隔离、及时上报

医学科研工作的道德(重点了解)

- ①人体实验类型：**天然实验一不受控制、没有道德代价**
- ②人体实验的道德原则：**知情同意、患者利益、医学目的、科学对照**

医学道德的评价、教育和修养(重点了解)

- ①医学道德评价的标准：疗效标准、**社会标准**、科学标准
- ②医学道德评价的依据：**动机与效果、目的和手段**
- ③医学道德的评价方式：内心信念、社会舆论、传统习俗
- ④医学道德教育的意义：**培养医学人才**
- ⑤医学道德修养的意义：**完善医德人格**
- ⑥医学道德修养的途径：**实践**

生命伦理学(重点了解)

- ①基因诊断和基因治疗的伦理原则：尊重、知情
- ②脑死亡标准：**无反应、运动、呼吸、反射、脑电平直 24 小时多次测定，每次 10 分钟**
- ③**安乐死：我国不允许**

④人类生殖克隆：我国不允许。

卫生法规

卫生法概述

卫生法渊源：

- ①卫生法律（XXX法）：人大常委会
- ②卫生法规（XXX条例）：国务院或国务院批准的有关部门
- ③卫生规章（XXX办法）：卫生行政部门

卫生法基本原则：保护、预防、公平、健康、自主（患者）

卫生法律责任

三个层面：民事、行政、刑事

- ①民事责任：赔偿损失为主
- ②行政责任：处罚对外一经营，处分对内一前程（两个都有警告）
- ③刑事责任：自由、功产

《中华人民共和国执业医师法》

- ①医师资格考试制度（1，2，5原则——本大中）
- ②医师执业注册制度：有资格，未注册，属于非法行医
- ③执业医师的权利、义务
- ④医师执业规则：不得隐匿，伪造或者销毁医学文书及有关资料
- ⑤执业医师法行政责任：违反卫生规章/技术规范后果严重的处6-12月暂停执业活动
- ⑥擅自开办及非法行医：取缔、没收、罚款、吊销，构成犯罪的追究刑事责任

《中华人民共和国药品管理法》

- ①立法目的：药品质量
- ②假药：成分不允许
- ③劣药：成分含量、有效期
- ④特殊药品：精麻毒放
- ⑤处方保存：麻、精一3年，毒、精二2年，普急儿1年

门急诊麻精一	普通患者	癌症患者	住院患者
注射剂型	1	3	1
其他剂型	3	7	1

缓控剂型	7	15	1
------	---	----	---

- ⑦院内制剂：市场没有、经省级批准、本机构使用
- ⑧制假售假：没撤停吊 2~5 年
- ⑨制劣售劣：没撤停吊 1~3 年
- ⑩索财谋利：数额较大 5 年以下，数额巨大 5 年以上

《中华人民共和国传染病防治法》

- ①防治方针：预防为主、防治结合、分类管理、依靠科学、依靠群众
- ②甲类传染病：鼠疫、霍乱
- ③乙类参照甲类管理：SARS、人感染高致病禽流感、肺炭疽、脊灰
- ④预防接种制度对象：儿童
- ⑤医疗机构发现甲类传染病采取措施：机构内疑似一制定场所医学观察
- ⑥政府部门传染病发生采取措施：组织力量切断传播，限停封控
- ⑦医疗救治：医疗机构对传染病患者实行传染病预诊、分诊制度
- ⑧违法责任：单位个人民事责任，机构责任人行政处罚，构成犯罪刑事责任

《突发公共卫生事件应急条例》

- ①县级以上政府建立监测预警系统，其卫生行政部门指定机构日常监测
- ②突发事件报告要求：2 小时内报主管部门→2 小时内上报本级政府

《医疗事故处理条例》

★ 医疗事故分级：一死，二中，三轻，四损

- ②死因异议尸检：死亡后 48 小时，冻存可延长至 7 日
- ③不属于事故：抢救、体质特殊、无法预料、错输血、患方不可抗
- ④医务人员医疗事故处理：暂定 6 个月到 1 年

《中华人民共和国中医药条例》

- ①发展中医药方针：保护、扶持、发展，鼓励中西医相互学习、补充、提高
- ②中医医疗机构的设立：社区卫生服务站、乡镇卫生院等基层机构应提供中医医疗服务
- ③中医医药专家、技术专长、名老中医标准：从事中医药专业工作 30 年以上并担任高级专业技术职务 10 年以上

《医疗机构从业人员行为规范》

①《医疗机构从业人员行为规范》是依据有关法律法规、规章制度、结合实际制定，用于规范医疗机构从业人员。

②《医疗机构从业人员行为规范》的适用人群：**一切机构人员**

“拾遗”（参考）

- 1、心理测验的原则：(1)标准化原则；(2)保密原则；(3)客观性原则。
- 2、心理治疗的原则：真诚原则、耐心原则、保密原则、中立原则、回避原则。
- 3、道德的构成要素：道德活动、道德关系、道德意识。
- 4、医学道德的基本原则包括：
 - (1) 不伤害原则；(2)有利(有益)原则；(3)尊重原则；(4)公正原则。
- 4、能够表明一个医务人员良好医德品质的是：医疗审慎。
- 5、作为医德评价方式之一的是：传统习俗。
- 6、属于医生违背不伤害原则的是：医生检查病人时，由于消毒观念不强，造成交叉感染。
- 7、首先创立现代临终关怀事业的国家是：**英国**。
- 8、首先提出脑死亡标准的国家是：**美国**。
- 9、突发公共卫生事件的特点：具有突发性、公共性、危害性和复杂性。
- 10、在临床诊疗或开展以人为研究对象的医学研究时，首先应坚持：**知情同意原则**。