

封面：



2020 中西医 执业（助理）医师考试

# 王牌直播 核心考点精学笔记

- ◆ 核心考点
- ◆ 习题跟踪
- ◆ 名师精讲
- ◆ 重难剖析



金英杰独家资料（电子版）

# 金英杰直播学院

## 中医，中西医直播笔记

### 西医诊断 4

整理教辅：冬虫

2019年10月23日

## 第二节 全身状态检查

### 考点一 体位检查

- 1.自动体位：患者活动自如,不受限制。见于正常人、轻病或疾病早期。
- 2.被动体位：患者不能随意调整或变换体位,需别人帮助才能改变体位。见于瘫痪极度衰弱或意识丧失的患者
- 3.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。常见有以下几种：
  - (1) 强迫仰卧位：患者仰卧,双腿蜷曲,借以减轻腹部肌肉张力。见于急性腹膜炎等。
  - (2) 强迫俯卧位：俯卧位可减轻脊背肌肉的紧张程度。常见于脊柱疾病。
  - (3) 强迫侧卧位：患者侧卧于患侧,角弓反张位以减轻疼痛,且有利于健侧代偿呼吸。见于一侧胸膜炎及大量胸腔积液。
  - (4) 强迫坐位：又称端坐呼吸。患者坐于床沿上,以两手置于膝盖上或扶持床边。见于急性左心衰。
  - (5) 辗转体位：患者坐卧不安,辗转反侧。见于胆绞痛、肾绞痛、肠绞痛等。
  - (6) 角弓反张：位患者颈及脊背肌肉强直,以致头向后仰,胸腹前凸,背过伸,躯干呈反弓形。见于破伤风及小儿脑膜炎等。

### 考点二 步态检查

- 1.痉挛性偏瘫步态：步态瘫痪侧上肢呈内收、旋前,指、肘、腕关节屈曲,无正常摆动；下肢伸直并外旋,举步时将患侧骨盆抬高以提起瘫痪

侧下肢,然后以髌关节为中心,脚尖拖地,向外划半个圆圈并跨前一步,故又称划圈样步态。多见于急性脑血管疾病的后遗症。

2.醉酒步态:行走时重心不稳,左右摇晃,状如醉汉,见于小脑病变、酒精中毒等。

3.剪刀步态:双下肢肌张力增高,尤以伸肌和内收肌张力明显增高,双下肢强直内收,交叉到对侧,形如剪刀。见于双侧锥体束损害及脑性瘫痪等

4.共济失调步态:起步时一脚高抬,骤然垂落,且双目向下注视,两脚间距很宽,以防身体的倾斜,闭目时不能保持平衡,见于小脑或脊髓后索病变,如脊髓痨。

5.慌张步态:步行时头及躯干前倾,步距较小,起步动作慢,但行走后越走越快,有难以止步之势,向前追赶身体以防止失去重心。见于震颤麻痹。

6.蹒跚步态:又称鸭步。走路时身体左右摇摆似鸭行。见于佝偻病、大骨节病、进行性肌营养不良或先天性双髌关节脱位等。(肌肉骨骼病)

7.间歇性跛行:行走时,因下肢突发疼痛而停止前行,休息后继续前行,见于严重下肢动脉硬化等。

### 第三节 皮肤检查

#### 考点一 弹性、颜色、湿度检查

##### 皮肤颜色

皮肤颜色	原因
红	发热性疾病, 阿托品中毒, 一氧化碳中毒患者的皮肤、黏膜呈樱桃红色, 皮肤持久性发红为库欣综合征及真性红细胞增多症
白	贫血、寒冷、休克、虚脱, 只有肢端苍白者为雷诺病、血栓闭塞性脉管炎
黄	黄疸(肝细胞性、胆道阻塞性或溶血性)
发绀	还原血红蛋白增多, 见于缺氧性疾病(先心病)
色素沉着	全身性: 肾上腺皮质功能减退、肝硬化、肝癌晚期, 皮肤.砷剂、抗癌药; 妊娠斑; 老年斑
色素脱失	白癜风、黏膜白斑、白化症

## 考点二 皮疹、皮下出血、蜘蛛痣、皮下结节检查

1.皮疹: 玫瑰疹见于伤寒或副伤寒。

2.皮下出血: 皮肤或黏膜下出血,出血面的直径小于 2mm 者,称为瘀点。小的出血点容易和小红色皮疹或小红痣相混淆,但皮疹压之退色,出血点压之不退色,小红痣加压虽不退色,但触诊时可稍高出平面,并且表面发亮。皮下出血直径在 3~5mm 者,称为紫癜; 皮下出血直径 > 5mm 者,称为瘀斑; 片状出血并伴有皮肤显著隆起者,称为血肿。

皮肤黏膜出血常见于造血系统疾病、重症感染、某些血管损害的疾病,以及某些毒物或药物中毒等。

3.蜘蛛痣: 最常出现在上腔静脉分布区域, 常见于慢性肝炎、肝硬化。

慢性肝病患者手掌大、小鱼际处常发红, 加压后退色, 称为肝掌。

## 第四节 淋巴结检查

### 考点一 局部和全身浅表淋巴结肿大

#### 1.局限性淋巴结肿大

##### (3) 转移性淋巴结肿大:

①左锁骨上窝淋巴结肿大——腹腔脏器癌（胃癌、肝癌、结肠癌等）转移等。

②右锁骨上窝淋巴结肿大——胸腔脏器癌（肺癌）。

③颈部淋巴结肿大——鼻咽癌。

④腋下淋巴结肿大——乳腺癌。

## 第五节 头部检查

### 考点一 眼部检查

#### 1.眼睑

(2) 上睑下垂：双侧睑下垂见于先天性上睑下垂、重症肌无力；单侧上睑下垂见于蛛网膜下腔出血、白喉、脑脓肿、脑炎、外伤等引起的动眼神经麻痹。

(3) 眼睑闭合障碍：双侧眼睑闭合障碍可见于甲状腺功能亢进症；单侧闭合障碍见于面神经麻痹。

#### 2.瞳孔

##### (1) 瞳孔大小

①双侧瞳孔缩小（ $< 2\text{ mm}$ ）：常见于虹膜炎、有机磷农药中毒、毒蕈中毒，以及吗啡、氯丙嗪、毛果云香碱等药物影响。



②双侧瞳孔扩大 ( $> 5 \text{ mm}$ )：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**、可卡因等药物影响。

(2) 瞳孔**大小不等**：双侧瞳孔大小不等。见于脑外伤、脑肿瘤、脑疝及中枢神经梅毒等颅内病变。

## 考点二 口腔、腮腺检查

### 1.舌

(1) **草莓舌**舌乳头肿胀、发红如同草莓，见于**猩红热**或长期发热的患者

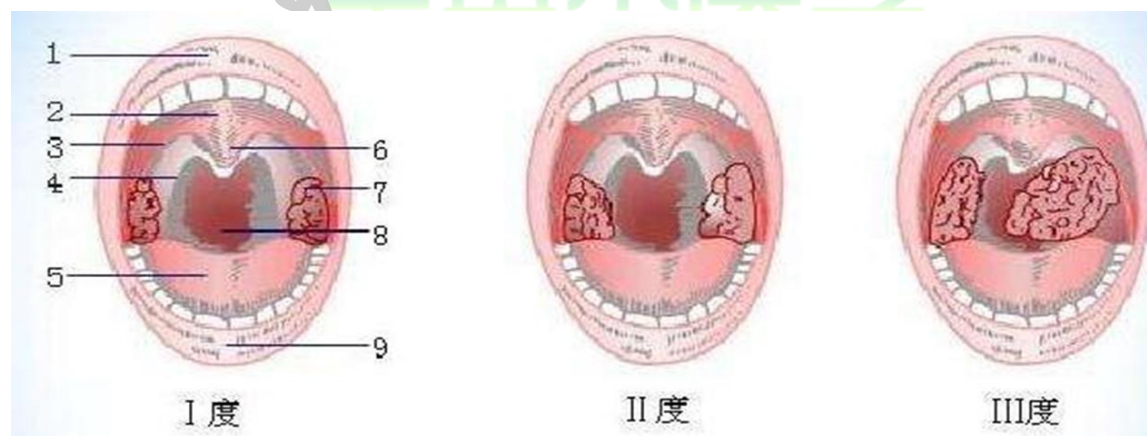
## 考点三 口腔、腮腺检查

1.咽部及扁桃体：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**，介于 I 度与 II 度之间；

III 度肿大时扁桃体达到或**超过咽后壁中线**。扁桃体充血红肿，并有**不易剥离的假膜**（强行剥离时出血），见于**白喉**。



## 第六节 颈部检查

## 考点一 颈部血管检查

**颈静脉怒张**——**右心衰竭**、缩窄性心包炎、心包积液及上腔静脉阻塞综合征等。

**颈动脉搏动增强**（安静状态下明显搏动）——发热、甲亢、高血压、主动脉瓣关闭不全或严重贫血等

## 考点二 甲状腺检查

甲状腺位于甲状软骨下方和两侧。甲状腺触诊时应让病人做吞咽动作。

### 1. 甲状腺肿大分度

I 度：**不能看出但能触及**。

II 度：既可**看出肿大又能触及**，但在胸锁乳突肌以内区域。

III 度：肿大**超出胸锁乳突肌外缘**。

## 考点三 气管检查

将气管**推向健侧**——大量胸腔积液、气胸或纵隔肿瘤及单侧甲状腺肿大。

将气管**拉向患侧**——肺不张、肺硬化、胸膜粘连等。

气管**下移**——主动脉弓动脉瘤

## 第七节 胸壁及胸廓检查

### 考点一 胸部体表标志及分区

#### 1. 骨骼标志

(1) **胸骨角**两侧胸骨角分别与**左、右第 2 肋**软骨相连接，通常以此作为标记来计数前胸壁上的肋骨和肋间隙。



(2) 第 7 颈椎棘突为背部颈、胸交界部的骨性标志，其下即为第 1 胸椎棘突。

(3) 肩胛下角被检查者取直立位，两手自然下垂时，肩胛下角平第 7 肋骨或第 7 肋间隙，或相当于第 8 胸椎水平。

## 考点二 常见异常胸廓

**桶状胸**——慢性阻塞性肺气肿及支气管哮喘。

**扁平胸**——瘦长体型者，也可见于慢性消耗性疾病，如肺结核。

**佝偻病胸**——又称鸡胸，见于佝偻病。

**漏斗胸**——佝偻病。

**局限性隆起**——胸腔肿瘤、先天性心脏病、心脏扩大、心包积液。(心大)

## 考点三 胸壁及胸骨检查

用手指轻压或轻叩胸壁，正常人无疼痛感觉。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。

**白血病患者骨髓异常增生时，常有胸骨压痛或叩击痛。**

## 考点四 乳房检查

1. 视诊：皮肤呈“橘皮样”，多为浅表淋巴管被乳腺癌细胞堵塞后局部皮肤出现淋巴性水肿所致，也可见于炎症。乳头有血性分泌物见于乳管内乳头状瘤、乳癌。近期发生的乳头内陷或位置偏移，可能为癌变。

**(及抬高、单侧青筋暴露、酒窝征)**

### 2. 触诊

(1) 如乳房变为较坚实而无弹性，提示皮下组织受肿瘤或炎症浸润。

(2) 乳房压痛多系炎症所致，恶性病变一般无压痛。

(3) 急性乳房炎时乳房红、肿、热、痛，常局限于一侧乳房的某一象限。

乳癌肿块形状不规则，表面凹凸不平，边界不清，压痛不明显，可有“橘皮样”、乳头内陷及血性分泌物。

## 第八节 肺和胸膜检查

### 考点一 肺和胸膜触诊

#### 1. 触觉语颤 (肺内、气流、震动)

触觉语颤	原因
增强	肺实变 (含气减少)：肺炎、肺梗死、肺结核、肺脓肿及肺癌； 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；较浅而大的肺空洞：肺结核、肺脓肿、肺肿瘤所致的空洞
减弱或消失	肺泡内含气量增多：如肺气肿及支气管哮喘发作时；支气管阻塞：如阻塞性肺不张、气管内分泌物增多；胸壁距肺组织距离加大：如胸腔积液、气胸、胸膜高度增厚及粘连、胸壁水肿或高度肥厚、胸壁皮下气肿；体质衰弱

2. 胸膜摩擦感：以腋中线第 5~7 肋间隙最易感觉到。临床意义同听诊部分的“胸膜摩擦音”

### 考点二 啰音听诊

#### 1. 干啰音

##### (1) 听诊特点

① 吸气和呼气都可听到，但常在呼气时更加清楚。

②性质多变且部位变换不定。

③音调较高，每个音响持续时间较长。

④几种不同性质的干啰音可同时存在。

⑤发生于主支气管以上的干啰音，有时不用听诊器都可听到，称喘鸣，可分为鼾音、哨笛音等。

(2) 临床意义：干啰音是支气管有病变的表现。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。(哮鸣音-哮喘)

## 2.湿啰音（水泡音）

### (1) 听诊特点

①吸气和呼气都可听到，以吸气终末时多而清楚，因吸气时气流速度较快且较强，吸气末气泡大，容易破裂。

②部位较恒定，性质不易改变。

③大、中、小水泡音可同时存在。

(2) 临床意义：湿啰音是肺与支气管有病变的表现。湿啰音两肺散在性分布，常见于支气管炎、支气管肺炎、血行播散型肺结核、肺水肿；两肺底分布，多见于肺淤血、肺水肿早期及支气管肺炎；一侧或局限性分布，常见于肺炎、肺结核、支气管扩张症、肺脓肿、肺癌及肺出血等。

## 考点三 听觉语音检查

1. **听觉语音**：当被检查者按平时说话的音调数“一、二、三”时，在胸壁上可用听诊器听到柔和而模糊的声音，即听觉语音。听觉语音的发生机制及临床意义与触觉语颤相同。

2. **耳语音**：被检查者用耳语声调发“一、二、三”音，将听诊器放在胸壁上听取，正常能听到肺泡呼吸音的部位只能听到极微弱的声音，即耳语音。耳语音增强见于肺实变、肺空洞及压迫性肺不张