



直播学院

2021 中西医执业 医师资格考试

核心考点精学

直播笔记

——金英杰直播学员**专属**——

学霸笔记:

白话

笔记内容:

诊断学基础第1讲

适用专业:

中西医执业

上课阶段:

直播直播课-核心精学阶段

上课时间:

2021年1月10日 19:00



- 学霸笔记
- 课后总结
- 考点梳理
- 查缺补漏



上课提醒

金英杰直播学院
专属内部资料

金英杰直播
智慧学习“医”学就会

金英杰直播学院

中医/中西医专业

诊断学基础症状学 1

直播笔记

整理教辅:白芷

2021年1月10日

第一章 症状学

第一节 发热

考点二 发热的病因

1. **感染性发热**: 临床上**最多见**, 各种**病原体**所引起的急、慢性感染均能引起感染性发热。包括细菌、病毒、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等。

2. **感染性发热**:

(1) 无菌性坏死物质吸收如: 大手术、内出血、大面积烧伤、恶性肿瘤、白血病、急性溶血、心肌梗死或肢体坏死等。

(2) 抗原-抗体反应如: 风湿热、血清病、药物热、结缔组织疾病等。

(3) 内分泌与代谢障碍如: 甲亢、大量脱水等。

(4) 皮肤散热减少如: 广泛性皮炎、鱼鳞癣、慢性心功能不全等。

(5) 体温调节中枢功能失常如: 直接损害体温调节中枢, 功能失常而发热。

(6) 自主神经功能紊乱: 体温调节产热大于散热, 属功能性发热。多为低热。

考点三 发热的临床表现

1. 临床**分度**: 以口腔温度为标准, 低热 $37.3^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$; 中度热 $38.1^{\circ}\text{C}\sim 39^{\circ}\text{C}$; 高热 $39.1^{\circ}\text{C}\sim 41^{\circ}\text{C}$; 超高热 41°C 以上。

2. 热型与临床意义：

热型	特征	临床意义
稽留热	体温持续39~40°C以上,达数日或数周,24小时温差<1°C	见于肺炎链球菌性肺炎、伤寒、斑疹伤寒、脑炎等
弛长热	体温39°C以上,波动幅度大,24小时内温差>2°C	见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症等
间歇热	高热期与无热期交替出现,反复发作	见于疟疾、急性肾盂肾炎
回归热	体温骤升至39°C以上,持续数日骤降至正常水平,交替	见于回归热、霍奇金病
波状热	体温逐渐升高达39°C或以上,逐渐下降,反复	见于布氏杆菌病
不规则热	发热无规律	见于结核、风湿热

3. 临床经过：

(1) 体温上升期 临床表现为疲乏无力、肌肉酸痛、畏寒或寒战、皮肤苍白、干燥、无汗等。体温上升有两种方式：①**骤升型**：体温在几小时内小达 39 °C~40 °C 或以上，常伴有**寒战**，儿易伴有惊厥。见于肺炎链球菌性肺炎、疟疾、败血症、流感、急性肾盂肾炎、输液反应或某些药物反应等。②**缓升型**：体温于数日内缓慢上升达高峰，多**不伴寒战**。见于**伤寒**、结核病等。伤寒初期体温以阶梯状上升为特征。

(2) 高热持续期 临床表现为皮肤潮红而灼热，呼吸加快加强，心率增快，常出汗。此期可持续数小时（如疟疾）、数日（如肺炎、流感）或数周（如伤寒极期）。

(3) 体温下降期 表现为出汗多、皮肤潮湿。降温的方式有两种：①**骤降**：体温于数小时内迅速下降至正常，有时甚至可低于正常，伴有大汗。见于疟疾、肺炎链球菌性肺炎、急性肾盂肾炎及输液反应等。②**渐降**：体温于数日内逐渐降至正常，如**伤寒**缓解期、风湿热等。

关键词

感染/非感染：**病原体**

发热分度：**38 39 41**

稽留热、弛长热、间歇热：**1; 2; 交替**

弛长热及稽留热：**重败风化，稽大伤脑**

间歇热、回归热、波状热：**看拼音**

第二节 头痛（助理不考）

第三节 胸痛

考点二 胸痛的病因

1. 胸壁疾病：皮肤及皮下组织病变：蜂窝组织炎、乳腺炎等；肌肉病变：外伤、劳损、肌炎等；肋骨病变：肋软骨炎、肋骨骨折等；肋间神经病变：肋间神经炎、带状疱疹等。
2. 心血管疾病：心绞痛、心肌梗死等；急性心包炎、肥厚型心肌病等；血管病变，如胸主动脉瘤、主动脉夹层等；心脏神经症。
3. 呼吸系统疾病：支气管及肺部病变：原发性支气管肺癌、肺炎、肺结核、肺梗死等；胸膜病变：急性胸膜炎、自发性气胸、胸膜肿瘤等。（哮喘除外）
4. 其他：食管疾病：食管炎、食管癌等；纵隔疾病：纵隔气肿、纵隔肿瘤；腹部疾病：肝脓肿、胆囊炎、胆石症、膈下脓肿等。

考点三 胸痛的问诊要点

1. 发病年龄与病史。
2. 胸痛的部位：**胸壁疾病**所致的胸痛常**固定**于病变部位，局部常有**压痛**；胸壁皮肤炎症在罹患处皮肤伴有红、肿、热等改变。

(1) 带状疱疹是成簇的水疱沿一侧肋间神经分布伴胸痛，疱疹不超过体表正中
线。

(2) 非化脓性肋软骨炎多侵犯第 1、2 肋软骨，患部隆起，但局部皮肤正常，有压痛。

(3) 心绞痛与急性心肌梗死的疼痛常位于胸骨后或心前区，疼痛常牵涉至左肩背、左臂内侧达无名指及小指。食管、膈和纵隔肿瘤的疼痛也位于胸骨后，常伴进食或吞咽时加重。

3. 胸痛的性质

疼痛性质	常见疾病
阵发性的灼痛或刺痛	带状疱疹
酸痛	肌痛
刺痛	骨痛
灼痛或灼热感	食管炎
压榨样痛，可伴有窒息感	心绞痛
疼痛更为剧烈并有恐惧，濒死感	心肌梗死
尖锐刺痛或撕裂痛，伴呼吸时加重，屏气时消失	干性胸膜炎
胸部闷痛	原发性肺癌纵隔肿瘤
突然剧烈刺痛或绞痛，常伴有呼吸困难与发绀	肺梗死

4. 胸痛持续时间

平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致疼痛——阵发性；

心绞痛——发作时间短暂；

心肌梗死——疼痛持续时间长且不易缓解；

炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛——持续性。

5. 胸痛的诱因与缓解因素

(1) 心绞痛常因劳累、体力活动或精神紧张而诱发，含服硝酸甘油可迅速缓解，而对心肌梗死的胸痛则无效。

(2) **心脏神经症**的胸痛在体力**活动后**反而**减轻**。

(3) **反流性食管炎**的胸骨后烧灼痛在服用**抗酸剂**后**减轻**或消失。

心绞痛与心肌梗死鉴别相同点:

- 1、疼痛区域均为**胸骨后或心前区**，可向**左侧放射**。
- 2、均可由情绪激动、劳累及体力活动诱发。

不同点:

鉴别	心绞痛	心肌梗死
疼痛性质	压榨、窒息	剧烈、濒死、恐惧
持续时间	短，多为3-5min	长，>30min
自行缓解	可自行缓解	不可自行缓解
硝酸甘油	有效	无效

第四节 腹痛

考点二 腹痛的病因

1.腹部疾病

(1) **急性腹膜炎**：由胃、肠穿孔引起者最常见，伴有腹部**压痛、反跳痛、腹肌紧张**、肠蠕动音**减弱或消失**。

考点三 腹痛的问诊要点

1.病史及年龄

2 腹痛部位：**疼痛最明显部位往往就是病变器官**

疼痛部位	常见疾病
中上腹部	胃及十二指肠疾病、急性胰腺炎
右上腹部	肝、胆疾患
右下腹部	急性阑尾炎
左下腹部或下腹部	结肠疾病、膀胱炎、盆腔炎、异位妊娠破裂
脐部或脐周	小肠疾病
全腹痛	空腔脏器穿孔后引起弥漫性腹膜炎
弥漫性或不定位性疼痛	结核性腹膜炎、腹膜转移癌、腹膜粘连
牵涉性腹痛	肺炎、心肌梗死

3. 腹痛的性质与程度

腹痛性质与程度	可能的诊断
慢性、周期性、节律性中上腹疼痛，突然呈剧烈的刀割样、烧灼样持续性疼痛，可能并发急性穿孔	消化性溃疡
胀痛，于呕吐后减轻或缓解	消化性溃疡并发幽门梗阻
绞痛相当剧烈，病人呻吟不已，辗转不安	胆石症、泌尿道结石及肠梗阻
剑突下钻顶样痛	胆道蛔虫梗阻
进行性锐痛	肝癌
持续性胀痛	慢性肝炎与淤血性肝大（如右心衰竭、缩窄性心包炎）
隐痛或绞痛	肠寄生虫病
剧烈绞痛或持续性疼痛	肝、脾破裂，异位妊娠破裂
持续性、广泛性剧烈腹痛伴腹肌紧张	急性弥漫性腹膜炎

4. 诱发、加重或缓解腹痛的因素

- (1) 胆囊炎或胆石症发作前——进食油腻食物史。
- (2) 急性胰腺炎发作前——暴饮暴食、酗酒史。
- (3) 服碱性药缓解者——十二指肠溃疡。
- (4) 肠炎引起的腹痛——排便后减轻，肠梗阻引起的腹痛——呕吐或排气后缓解。

5. 腹痛的伴随症状

伴随症状	可能的诊断
伴寒战、高热	急性化脓性胆管炎、肝脓肿、腹腔脏器脓肿
伴黄疸	肝、胆、胰腺疾病，急性溶血等
伴血尿	泌尿系统疾病（如尿路结石）
伴休克	急性腹腔内出血、急性胃肠穿孔、急性心肌梗死、中毒性菌痢
伴呕吐、腹胀、停止排便排气	胃肠梗阻(痛吐胀闭)
伴腹泻	肠道炎症、吸收不良，亦见于慢性胰腺及肝脏疾病
伴反酸、嗝气	慢性胃炎或消化性溃疡
伴血便	急性者：急性菌痢、肠套叠、绞窄性肠梗阻、急性出血性坏死性结肠炎、过敏性紫癜。

肠梗阻分类

●按病因分类

(1) 机械性肠梗阻：临床上最常见，是由于肠内、肠壁和肠外各种不同机械性因素引起的肠内容物通过障碍。

(2)动力性肠梗阻：是由于肠壁肌肉运动功能失调所致，并无肠腔狭窄，又可分为麻痹性和痉挛性两种。

(3)血运性肠梗阻：是由于肠系膜血管内血栓形成，血管栓塞，引起肠管血液循环障碍，导致肠蠕动功能丧失，使肠内容物停止运行。

●按肠壁血循环分类

(1)单纯性肠梗阻：有肠梗阻存在而无肠管血循环障碍。

(2)绞窄性肠梗阻：有肠梗阻存在同时发生肠壁血循环障碍，甚至肠管缺血坏死。

第五节 咳嗽与咯痰

考点三 咳嗽与咯痰的问诊要点

1.咳嗽的性质

(1) **干性咳嗽**：见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、**气管受压、支气管异物、支气管肿瘤**、胸膜炎、二尖瓣狭窄、肺癌等。

(2) **湿性咳嗽**：见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、空洞型肺结核等。

考点三 咳嗽与咯痰的问诊要点

3. 咳嗽的音色：对提示诊断有一定意义。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。

4.痰的性质与量：痰的性质可分为黏液性、浆液性、脓性、黏液脓性、浆液血性、血性等。急性呼吸道炎症时痰量较少；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

考点二 咯血的病因

- 1.支气管疾病：常见于支气管扩张症、支气管肺癌、支气管内膜结核和慢性支气管炎等。
- 2.肺部疾病:如肺结核、肺炎链球菌性肺炎、肺脓肿等。**肺结核为我国最常见的咯血原因。**
- 3.心血管疾病：如风湿性心脏病、二尖瓣狭窄所致的咯血等。
- 4.其他:如血小板减少性紫癜、白血病、血友病、肺出血型钩端螺旋体病、肾综合征出血热等。

考点三 咯血的问诊要点及临床意义

1.咯血的量及其性状:

咯血的量及其性状	可能的诊断
大量咯血 (超过500mL)	空洞型肺结核、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
量较少,或仅为痰中带血 (100mL以内)	其他原因
粉红色泡沫痰	急性左心衰竭——肺水肿
多次反复少量咯血	支气管肺癌

考点四 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
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

门脉高压:

大——脾大

水——腹水

成——食管胃底静脉曲张、脐静脉曲张、直肠下静脉曲张(痔静脉曲张)



金英杰医学
JINYINGJIE.COM

医学培训知名品牌
致力于建立完整的医学服务产业链



金牌直播课



王牌直播课



王牌联盟班



上课提醒

医学优选,金英杰教育

全国免费咨询热线: 400-900-8392 客服热线/咨询电话: 400-606-1615

地址: 北京市海淀区医学洼路甲10号金英杰大厦2022室



中医金鹰



中医王牌重读



中医王牌退费



课表公众号



中西医金鹰



中西医王牌重读



中西医王牌退费

