

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**  
**西医诊断学 3**

**整理教辅；冬虫**

**2019 年 10 月 22 日**

## 第十一节 呕血与黑便

### 考点一 呕血与黑便的病因

上消化道出血前三位的病因：**消化性溃疡、食管与胃底静脉曲张破裂、急性胃黏膜病变。**

1.胃及十二指肠疾病，**最常见的原因是消化性溃疡。**

2.食管疾病，其实质是肝脏疾病（门脉高压）。

3.肝、胆、胰的疾病。

4.全身性疾病

### 考点二 呕血与黑便的问诊要点

出血量的估算：

临床表现或检查结果	估计出血量
大便 <b>隐血试验阳性</b>	<b>5ml</b> 以上
<b>黑便</b>	<b>50-60ml</b> 以上
<b>呕血</b>	胃内蓄积血量达 <b>250-300ml</b>
头昏、眼花、口干、乏力、皮肤苍白、心悸不安、出冷汗，甚至昏倒（休克前期）	一次出血量达 <b>400ml</b> 以上
周围循环衰竭（休克）	一次出血量达 <b>800 ~ 1000ml</b> 以上

## 第十二节 黄疸

### 考点一 黄疸的概念

血清总胆红素浓度升高致皮肤、黏膜、巩膜黄染称为黄疸。

总胆红素在  $17.1 \sim 34.2 \mu\text{mol/L}$ , 虽然浓度升高, 但无黄疸出现, 叫**隐性黄疸**; 总胆红素浓度**超过  $34.2 \mu\text{mol/L}$** , 则可出现皮肤、黏膜、巩膜黄染, 称为**显性黄疸**。

游离胆红素-间接胆红素-UCB (非结合胆红素)

结合胆红素-直接胆红素-CB

TB (总胆红素) = UCB + CB

尿胆原 即 粪胆原

考点二 胆红素的正常代谢途径 (助理不考)

1. 来源血中胆红素主要来源于血红蛋白 (红细胞破溃生成**游离胆红素-UCB**)。

2. 肝内转变游离胆红素在肝细胞内与葡萄糖醛酸结合形成葡萄糖醛酸胆红素, 称为**结合胆红素 (CB)**。结合胆红素为水溶性, 可通过肾小球滤过后从尿中排出。

3. 排泄进入毛细胆管的结合胆红素随胆汁经胆道进入肠道, 在肠道内细菌的作用下, 还原为**无色的尿胆原 (又称粪胆原)**, 大部分尿胆原自粪便排出, 小部分尿胆原在肠内被重吸收入血液, 经门静脉回肝脏。

(血) 红细胞破溃血红蛋白被分解为**游离胆红素 (UCB)** → (肝脏) 内转化为**结合胆红素 (CB)** → (胆) 结合胆红素 (CB) 经胆汁**排泄入肠** → (肠道) 细菌作用下结合胆红素 (CB) 转为**粪胆原**

注意;

游离胆红素-间接胆红素-UCB —**无法透过肾小球**

结合胆红素-直接胆红素-CB — 可以透过肾小球

粪胆原-尿胆原

### 考点三 各型黄疸的病因、临床表现及实验室检查特点

#### 1.溶血性黄疸

(1) 病因：①先天性溶血性贫血：如遗传性球形红细胞增多症、珠蛋白生成障碍性贫血、蚕豆病等。②后天获得性溶血性贫血：自身免疫性溶血性贫血；同种免疫性溶血性贫血，如误输异型血、新生儿溶血；非免疫性溶血性贫血，如败血症、疟疾、毒蛇咬伤、毒蕈中毒、阵发性睡眠性血红蛋白尿等。

(2) 临床表现：黄疸较轻，呈浅柠檬色，急性溶血时，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衰竭。慢性溶血常有贫血、黄疸、脾肿大三大特征。

(3) 实验室检查特点：血清总胆红素增多，以非结合胆红素为主，结合胆红素一般正常。尿胆原增多，尿胆红素阴性。如贫血、网织红细胞增多等。

#### 2.肝细胞性黄疸

(1) 病因：病毒性肝炎、中毒性肝炎、肝硬化、肝癌、钩端螺旋体病、败血症、伤寒等。

(2) 临床表现：黄疸呈浅黄至深黄。有乏力、食欲下降、恶心呕吐、出血及肝脾大等体征。

(3) 实验室检查特点：血清**结合及非结合胆红素均增多**。尿中尿胆原通常增多，**尿胆红素阳性**。大便颜色通常改变不明显。有转氨酶升高、肝功受损的表现。

### 3.胆汁淤积性黄疸（阻塞性黄疸）

(1) 病因：①肝外梗阻性黄疸：如胆道结石、胆管癌、**胰头癌**、胆道炎症水肿、胆道蛔虫、胆管狭窄等引起的梗阻。②肝内胆汁淤积：胆汁排泄障碍所致，而无机械性梗阻，常见于内科疾病，如毛细胆管型病毒性肝炎、药物性胆汁淤积、原发性胆汁性肝硬化、妊娠期特发性黄疸等。

(2) 临床表现：黄疸深而色泽暗，甚至呈**黄绿色或褐绿色**。皮肤瘙痒及心动过缓。粪便颜色变浅或呈白陶土色。

(3) 实验室检查特点：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。**大便颜色变浅（灰白陶土便）**。

### 三种黄疸鉴别诊断

鉴别	溶血性黄疸	肝细胞性黄疸	阻塞性黄疸
血胆红素	TB↑ (UCB 为主)	TB↑ (均升高)	TB↑ (CB 为主)
尿胆红素	阴性	阳性	阳性
粪（尿）胆原	增加	增加	减少
TB（总胆红素）=UCB（非结合胆红素）+UB（结合胆红素）			

类型 \ 检测	(血) 游离胆红素	(血) 结合胆红素	(尿) 尿胆红素	(尿) 粪胆原
溶血性黄疸	2	1	0	2
肝细胞性黄疸	2	2	2	2
梗阻性黄疸	1	2	2	0

1. 肝细胞性黄疸——直接胆红素增加，尿胆原增加，尿胆红素阳性
2. 溶血性黄疸——直接胆红素正常，尿胆原增加，尿胆红素阴性
3. 胆道完全梗阻性黄疸——直接胆红素增加，尿胆原阴性，尿胆红素阳性

### 第十三节 抽搐

#### 考点一 抽搐的问诊要点（助理不考）

抽搐伴随症状	可能的疾病
不伴意识丧失	破伤风、狂犬病、低钙抽搐、癔症性抽搐
高热	颅内与全身的感染性疾病、小儿高热惊厥
高血压	高血压脑病、高血压脑出血、妊娠高血压综合征、 <b>颅内高压</b>
<b>脑膜刺激征</b>	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

## 第十四节 意识障碍

### 考点一 意识障碍的临床表现

- 1.嗜睡：嗜睡是最轻的意识障碍，表现为持续性的睡眠状态。
- 2.昏睡：患者近乎不省人事，处于熟睡状态，不易被唤醒。
- 3.昏迷：意识丧失，任何强大的刺激都不能被唤醒。是最严重的意识障碍，按程度不同可分为：
  - (1) 浅昏迷：意识大部分丧失，强刺激不能唤醒，但对疼痛刺激有痛苦表情及躲避反应。角膜反射、瞳孔对光反射等存在。
  - (2) 中度昏迷：意识全部丧失，对强刺激反应减弱，角膜反射、瞳孔对光反射等消失。
  - (3) 深昏迷：对疼痛刺激均无反应，全身肌肉松弛，角膜反应、瞳孔对光反射可等均消失,出现病理反射。
- 4.意识模糊：轻度意识障碍，意识障碍程度较嗜睡重。
- 5.谵妄：谵妄是一种以兴奋性增高为主的急性高级神经中枢活动失调状态。表现为意识模糊，定向力障碍，伴错觉、幻觉、躁动不安、谵语。谵妄常见于急性感染的高热期，也可见于某些中毒（急性酒精中毒）、代谢障碍（肝性脑病）等。

## 第二章 问诊

## 考点 问诊的内容

1. **一般项目**：包括姓名、性别、年龄、婚否、出生地、民族、工作单位、职业、现住址、就诊或入院日期、病史记录日期、病史叙述者等。
2. **主诉**：患者就医的最明显、最主要的症状或体征及持续时间，也是本次就诊的最主要原因。（**不要用诊断术语、尽量用病人所述**）
3. **现病史（该次得病的全部情况）**
  - （1）起病情况，包括有无病因或诱因。
  - （2）主要症状的特点，包括主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解和加剧的因素等，是诊断疾病的主要依据。
  - （3）病情的发展与演变。
  - （4）伴随症状。
  - （5）诊治经过。
  - （6）一般情况。
4. **既往史**：包括以往健康状况的评价、外伤手术、接种及过敏史、患过何种疾病等（包括传染病）。
5. **个人史**：①出生地及居住地：注意出生地及居住地区与某种传染病或地方病的关系。②生活与饮食习惯。③过去及现在的职业及工种。④冶游及性病史（包括是否到过疫区）
6. **婚姻史**：询问患者的婚姻状况，是未婚、已婚，还是离异等。
7. **月经及生育史**：女性应询问其月经初潮年龄、每次经期相隔日数、行经日数、闭经年龄。生育史包括妊娠、生育次数，有无早产、剖宫产、死胎、产褥热及计划生育情况。

8. **家族史**：应重点针对血友病、糖尿病、高血压病、中风、癫痫、恶性肿瘤、哮喘等变态反应性疾病等。

### 第三章 体检诊断

#### 第一节 基本检查法

##### 考点一 常用触诊方法及其适用范围和注意事项

手的感觉以指腹和掌指关节掌面的皮肤较为敏感，指腹皮肤最为敏感，因此触诊多用于这两个部位。根据检查目的不同，触诊分为浅部触诊和深部触诊。

1. **浅部触诊**：主要用于检查体表浅在病变，如关节、软组织，浅部的动脉、静脉、神经，阴囊和精索等。

2. **深部触诊**：主要用于腹腔内病变和脏器的检查。

(1) 深部滑行触诊：主要适用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。

(2) 双手触诊：适用于**肝、脾、肾、子宫和腹腔肿物**的检查。

(3) 深压触诊：用于探测腹部深在病变部位或确定腹腔**压痛点**，如阑尾压痛点、胆囊压痛点等。检查反跳痛时，在深压的基础上迅速将手抬起，并询问患者疼痛感觉是否加重或观察患者面部是否有痛苦表情。

(4) 冲击触诊（**浮沉触诊法**）：适用于**大量腹水**而肝、脾难以触及时。

##### 考点二 叩诊的方法及常见叩诊音（**重点**）

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

### 考点三 嗅诊常见异常气味及临床意义

- 1.痰液：血腥味，见于大咯血的患者；痰液恶臭提示支气管扩张或肺脓肿。
- 2.脓液：恶臭味应考虑气性坏疽的可能。
- 3.呕吐物：粪臭味——肠梗阻，酒味——饮酒和醉酒等；浓烈的酸味——幽门梗阻或狭窄。
- 4.呼气味：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。（常考）

## 第二节 全身状态检查

### 考点一 体温测量

- 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  $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

### 考点二 脉搏检查

- 1.脉率正常值:成人 60~100 次/分。

2. 节律房颤和期前收缩时，脉律不整齐。**房颤**时，脉搏节律完全无规律，同时有脉搏强弱不一和**脉搏短绌**，称为脉搏绝对不齐

## 考点二 血压测量

类别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
理想血压	< 120 和	< 80
正常高值	120 ~ 139 和/或	85 ~ 89
高血压	≥ 140 和/或	≥ 90
<b>1 级高血压 (轻度)</b>	<b>140 ~ 159 和/或</b>	<b>90 ~ 99</b>
<b>2 级高血压 (中度)</b>	<b>160 ~ 179 和/或</b>	<b>100 ~ 109</b>
<b>3 级高血压 (重度)</b>	<b>≥ 180 和/或</b>	<b>≥ 110</b>
单纯收缩期高血压	≥ 140 和	< 90

## 3. 血压变异的临床意义

(1) 高血压：未服抗高血压药的情况下，收缩压  $\geq 140\text{mmHg}$  和 (或) 舒张压力  $\geq 90\text{mmHg}$ ，即为高血压。

(2) 低血压：血压低于  $90/60\text{mmHg}$ 。

(3) 脉压增大和减小：

① **脉压  $> 40\text{mmHg}$  称为脉压增大**，见于主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、动静脉瘘、高热、甲亢、严重贫血、动脉硬化。

② **脉压  $< 30\text{mmHg}$  称为脉压减小**，见于主动脉瓣狭窄、心力衰竭、低血压休克、心包积液、缩窄性心包炎。

### 考点三 面容检查

1. 急性（热）病容：面色潮红,兴奋不安,口唇干燥,呼吸急促,表情痛苦,有时鼻翼扇动,口唇疱疹。常见于急性感染性疾病,如肺炎链球菌性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、急性化脓性阑尾炎等。
2. 慢性病容：面容憔悴,面色晦暗或苍白无华,双目无神,表情淡漠等。多见于慢性消耗性疾病,如肝硬化、严重肺结核、恶性肿瘤等。
3. 甲状腺功能亢进面容：简称甲亢面容。眼裂增大,眼球突出,目光闪烁,呈惊恐貌,兴奋不安,烦躁易怒。见于甲状腺功能亢进症。
4. 黏液性水肿面容：面色苍白,脸厚面宽,颜面浮肿,目光呆滞,反应迟钝,眉毛、头发稀疏,舌色淡、胖大。见于甲状腺功能减退症。
5. 二尖瓣面容：面色晦暗,双颊紫红,口唇轻度发绀。见于风湿性心脏瓣膜病、二尖瓣狭窄。
6. 伤寒面容：表情淡漠,反应迟钝,呈无欲状态。见于伤寒等。
7. 苦笑面容：发作时牙关紧闭,面肌痉挛,呈苦笑状。见于破伤风。
8. 满月面容：面圆如满月,皮肤发红,常伴痤疮和小须。见于库欣综合征及长期应用肾上腺皮质激素的患者。
9. 肢端肥大症面容：头颅增大,脸面变长,下颌增大并向前突出,眉弓及两颧隆起,唇舌肥厚,耳鼻增大。见于肢端肥大症。
10. 面具面容：面部呆板,无表情,似面具样,见于震颤麻痹等。

