

名词解释

- 热型 P9

发热患者在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上, 体温曲线, 该曲线的不同形态(形状)称为热型(fever type)。不同同。临床上常见的热型有以下几种:

- 稽留热 P9

1. 稽留热(continued fever) 是指体温恒定地维持在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平, 周, 24 小时内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期

- 弛张热 P10

2. 弛张热(remittent fever) 又称败血症热型。体温常在 39°C 以上, 波动幅度大, 波动范围超过 2°C , 但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性感染(图 1-2)。

- Murphy征 P183

胆囊, 此时可探测胆囊触痛。检查时医师用左手掌平放于患者右胸下部, 以拇指指腹按压肋下胆囊点处(图 3-6-12), 然后嘱患者缓慢深吸气, 在吸气过程中发炎的胆囊下移时碰按压的拇指, 即可引起疼痛, 此为胆囊触痛, 如因剧烈疼痛而致吸气中止称墨菲征(Murphy sign)。

- 移动性浊音 P189 因体位不同而出现浊音区移动的现象 shifting dullness

- Babinski征 P224

1. Babinski 征 取位与检查跖反射一样, 用竹签沿患者足底外侧缘, 由后向前至小趾跟部并转向内侧, 阳性反应为踝趾背伸, 余趾呈扇形展开(图 3-9-10)。

- 牵涉痛

- 黄疸 P36

黄疸(jaundice)是由于血清中胆红素升高致使皮肤、黏膜和巩膜发黄的症状和体征。

- 奔马律 P155

1) 奔马律(gallop rhythm): 系一种额外心音发生在舒张期的三音心律, 由于同时常存在的心率增快, 额外心音与原有的 S_1 、 S_2 组成类似马奔跑时的蹄声, 故称奔马律。奔马律是心力衰竭的体征。按其出现时间的早晚可分三种: ①舒张早期奔马律(protodiastolic gallop)

- 间停呼吸 P23 meningitic breathing 又称 Biots 呼吸, 表现为有规律的呼吸几次后, 突然停止一段时间, 又开始呼吸, 周而复始。见于脑干受压。来源于百度

- 潮式呼吸 P23 Cheyne-Stokes respiration 又称陈-施呼吸, 特点是呼吸逐步减弱以至停止和呼吸逐渐增强两者交替出现, 周而复始, 呼吸呈潮水涨落样。呼吸中枢对二氧化碳的反应性降低来源于百度

- 静止性震颤 P220 为两组拮抗剂交替收缩硬气的不自主动作, 静止时表现明显, 而在运动时减轻, 睡眠时消失, 常伴肌张力增高, 见于帕金森。

- 枪击音 P165 是周围血管征的一种, 主要见于主动脉重度关闭不全, 甲亢和严重贫血。高动力状态。

1. 枪击音(pistol shot sound) 在外周较大动脉表面, 常选择股动脉, 轻放听诊器时, 时可闻及与心跳一致短促如射枪的声音。

- 腹膜刺激征 P179

局部或弥漫性腹膜炎。腹膜炎患者常有腹肌紧张、压痛与反跳痛, 称腹膜刺激征(peritoneal sign), 亦称腹膜炎三联征。当腹内脏器炎症尚未累及壁层腹膜时, 可仅有压痛而无反跳痛。

- 肋脊角 P172

10. 肋脊角(costovertebral angle) 是背部两侧第 12 肋骨与脊柱的交角, 为检查肾区疼痛的位置。

- 开瓣音 P156

2) 开瓣音 (opening snap): 又称二尖瓣开放拍击声, 常位于第二心音后 0.05 ~ 0.06 秒。二尖瓣狭窄而瓣膜尚柔软时。由于舒张早期血液自高压力的左房迅速流入左室, 导致开放的瓣叶迅速开放后又突然停止, 使瓣叶振动引起的拍击样声音。听诊特点为音调高、清脆、响亮, 呈拍击样, 在心尖内侧较清楚。开瓣音的存在可作为二尖瓣瓣叶弹性及瓣膜的间接指标, 是二尖瓣分离术适应证的重要参考条件。

- 主诉 P555 促使患者就诊的主要症状和持续时间
- 奇脉 P163

4. 奇脉 (paradoxical pulse) 是指吸气时脉搏明显减弱或消失, 系左心室搏血量减少所致。

- 脑膜刺激征 P228 书里说的太简单了 脑膜刺激征 (Meningeal irritation) 为脑膜受激惹的表现, 脑膜病变导致脊髓膜受到刺激并影响到脊神经根, 当牵拉刺激时引起相应肌群反射性痉挛的一种病理反射。见于脑膜炎, 蛛网膜下腔出血和颅内压增高等。脑膜刺激征主要表现为不同程度的颈强直, 尤其是伸肌。颈强直也可见于颈椎疾病和颈部炎症, 引起一系列症状, 如头痛、呕吐、颈强直、Kernig 氏征等。来自百度
- 蜘蛛痣 P96

皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣, 形似蜘蛛, 称为蜘蛛痣 (spider angioma)。多出现于上腔静脉分布的区域内, 如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等处, 其中心为一小红点, 周围有辐射状小血管网。检查时用棉签等物品压迫蜘蛛痣的中心, 其辐射状小血管网立即消失, 去除压力后又出现。一般认为蜘蛛痣的出现与肝脏对雌激素的灭活作用减弱有关, 常见于急、慢性肝硬化。

- 心脏听诊 P151 通过听诊器将心脏运动时各部位血流冲击产生的声音放大, 来辅助判断循环系统尤其是心脏状况的手段 心脏听诊是将听诊器胸件置于心前区, 探听心脏搏动声音以了解心脏状态的诊断方法, 包括心率、心律、心音、杂音及心包摩擦音等 百度

大题

- 咯血与呕血的鉴别 P18

表 1-2 咯血与呕血的鉴别

咯 血		
病因	肺结核、支气管扩张、肺癌、肺炎、肺脓肿、心脏病等	消化性溃疡、食管出血、胃出血、十二指肠出血、胃癌等
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出,可为喷射状
血的颜色	鲜红	暗红色、棕褐色或咖啡色
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胆汁等
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无,若咽下血液量较多时可有	有,可为柏油样便,数日
出血后痰的性状	常有血痰数日	无痰

• 腹膜炎三联征 P178-179

- 腹肌紧张
- 压痛: 按压腹部引起疼痛感 E.G.麦氏点压痛表示有阑尾的病变。
- 反跳痛rebound tenderness: 出现压痛后, 用并拢的手中压于原处稍停片刻, 使压痛趋于稳定, 然后迅速将手抬起, 患者感受到的骤然加重的腹痛, 并伴有痛苦表情或呻吟。

• 急性腹痛病因 P31

1. 急性腹痛

(1) 腹腔器官急性炎症: 急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎、急性出血坏死性肠炎、急性阑尾炎等。

(2) 空腔脏器阻塞或扩张: 肠梗阻、肠套叠、胆道结石、胆道蛔虫症、泌尿系统结石等。

(3) 脏器扭转或破裂: 肠扭转、绞窄性肠梗阻、胃肠穿孔、肠系膜或大网膜扭转、卵巢蒂扭转、肝破裂、脾破裂、异位妊娠破裂等。

(4) 腹膜炎症: 多由胃肠穿孔引起, 少部分为自发性腹膜炎。

(5) 腹腔内血管阻塞: 缺血性肠病、腹主动脉瘤及门静脉血栓形成等。

(6) 腹壁疾病: 腹壁挫伤、脓肿及腹壁皮肤带状疱疹。

(7) 胸腔疾病所致的腹部牵涉性痛: 大叶性肺炎、肺梗死、心绞痛、心肌梗死、急性心包炎、食管裂孔疝、胸椎结核。

(8) 全身性疾病所致的腹痛: 腹型过敏性紫癜、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、铅中毒、病等。

• 甲状腺肿大分度及其常见疾病 P117

甲状腺肿大可分三度：不能看出肿大但能触及者为Ⅰ度；能看到肿大又能触及，但在胸锁乳突肌以内者为Ⅱ度；超过胸锁乳突肌外缘者为Ⅲ度。引起甲状腺肿大的常见疾病如下：

1. 甲状腺功能亢进 肿大的甲状腺质地柔软，触诊时可有震颤，可能听到“嗡嗡”样音，是血管增多、增粗、血流增速的结果。

2. 单纯性甲状腺肿 腺体肿大很突出，可为弥漫性，也可有结节性，不伴有甲状腺功

3. 甲状腺癌 触诊时包块可有结节感，不规则、质硬。因发展较慢，体积有时不大，甲状腺瘤、颈前淋巴结肿大相混淆。

4. 慢性淋巴性甲状腺炎（桥本甲状腺炎） 呈弥漫性或结节性肿大，易与甲状腺癌相混淆。由于肿大的炎性腺体可将颈总动脉向后方推移，因而在腺体后缘可以摸到颈总动脉搏动。甲状腺癌则往往将颈总动脉包绕在癌组织内，触诊时摸不到颈总动脉搏动，可借此作鉴别。

5. 甲状旁腺腺瘤 甲状旁腺位于甲状腺之后，发生腺瘤时可使甲状腺突出，检查时甲状旁腺移动，需结合甲状旁腺功能亢进的临床表现加以鉴别。

- 心脏瓣膜听诊区有哪些在什么位置
- 肝浊音界变化及其对应疾病
- 干湿啰音形成机制和特点
- 浅表淋巴结触诊顺序及其肿大的描述
- 鉴别心源性水肿和肾源性水肿
- 肌力的分级和具体的表现
- 脾肿大的分度 P183

临床记录中，常将脾肿大分为轻、中、高三度。脾缘不超过肋下2cm为轻度肿大；超过2cm，在肋缘水平线以上为中度肿大；超过脐水平线或前正中

则为高度肿大，即巨脾。脾脏高度肿大时，应分别记录第Ⅱ、第Ⅲ线，并作图表示。

- 呼吸困难的病因以及相应的例子
- 什么是黄疸，其病因学分类？
- 什么是意识障碍，分为哪几种？

该文档在此网址 [github](#) 会不断更新

欢迎注册[github](#) 一起补充答案，格式是 1.相应诊断学书中的页码 2.具体回答或者截屏