



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:

白芷

笔记内容:

进阶学习法

适用专业:

王德臣的课堂

上课阶段:

王德臣老师-核心考点精讲

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



上课链接

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 4

直播笔记

整理教辅:白芷

2021年1月14日

## 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。

## 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。

**胸廓一侧膨隆**——多见于大量胸腔积液、气胸等。

**一侧平坦或下陷**——见于肺不张、肺纤维化、广泛性胸膜增厚和粘连等。

**胸廓局限性隆起**——见于心脏明显增大、大量心包积液、肋骨骨折等。

**脊柱畸形引起的胸廓改变**——常见于脊柱结核、强直性脊柱炎、胸椎疾患等

## 考点四 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。

## 考点五 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。（及单侧浅表静脉扩张、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。乳腺癌肿块形状不规则，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

### 考点二 肺和胸膜触诊

#### 2. 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

### 考点二 肺和胸膜触诊

3.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”

### 考点五 啰音听诊

1.干啰音:干啰音由气流通过狭窄的支气管时发生漩涡,或气流通过有黏稠分泌物的管腔时冲击黏稠分泌物引起的振动所致。

#### (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、火箭音等。

## 1. 干啰音

(2) 临床意义：干啰音是支气管有病变的表现。如两肺都出现干啰音，见于急慢性支气管炎、支气管哮喘（哮鸣音）、支气管肺炎、心源性哮喘等。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。

**2. 湿啰音（水泡音）**：湿啰音是因为气道、肺泡或空洞内有较稀薄的液体（渗出物、黏液、血液、漏出液、分泌液），呼吸时气流通过液体形成水泡并立即破裂时所产生的声音，很像用小管插入水中吹气时所产生的水泡破裂音，故也称水泡音。水泡音可分为大、中、小湿啰音和捻发音。

### (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。捻发音常见于肺炎或肺结核早期、肺淤血、肺泡炎等，也可见于正常老年人或长期卧床者。

## 考点七 听觉语音检查

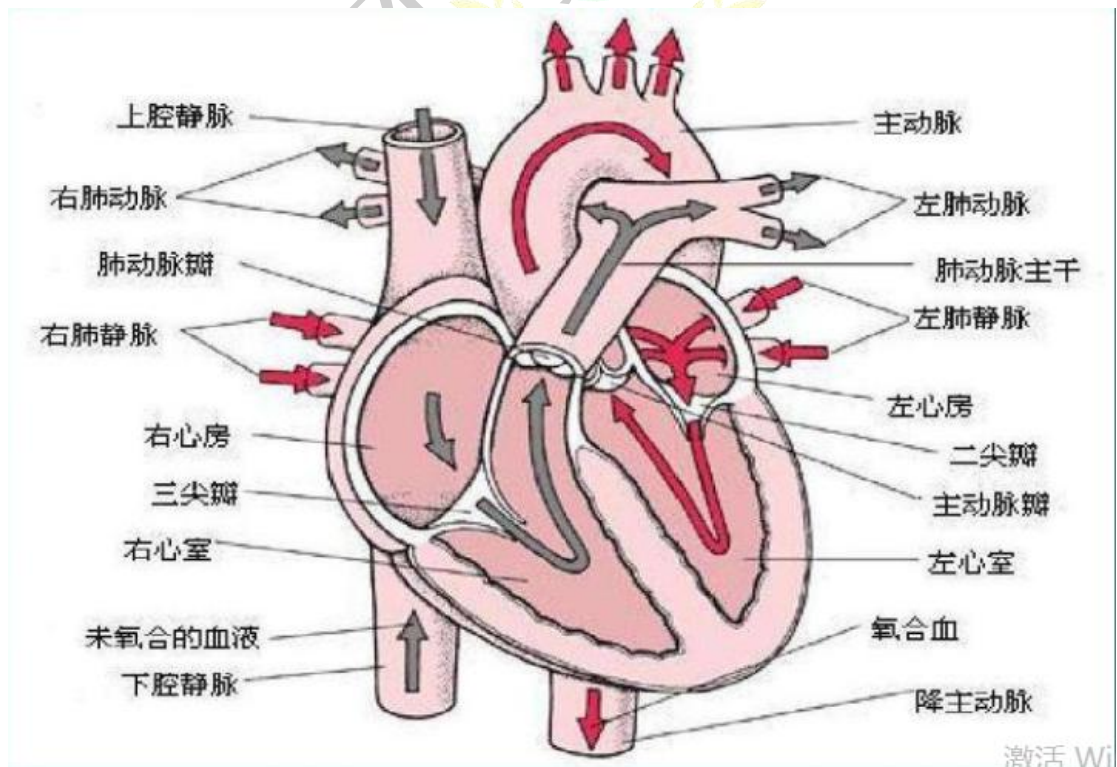
1. 听觉语音：当被检查者按平时说话的音调数“一、二、三”时，在胸壁上可用听诊器听到柔和而模糊的声音，即听觉语音。听觉语音的发生机制及临床意义与

触觉语颤相同。

2. **耳语音**：被检查者用耳语音调发“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。

### 第九节 心脏、血管检查

#### 循环系统示意图



## 考点一 心脏视诊

### 2. 心尖搏动

(1)正常心尖搏动位置：正常成人心尖搏动位于左侧**第5肋间隙、锁骨中线内侧0.5~1cm**处，搏动范围的直径约2~2.5 cm。

(2)心尖搏动的位置改变

①心脏疾病：**左心室**增大时，心尖搏动**向左下**移位；**右心室**增大时，心尖搏动**向左**移位。

②胸部疾病：移向患侧见于肺不张、粘连性胸膜炎。移向健侧见于胸腔积液、气胸。

## 考点三 心脏叩诊

心脏**浊音界**改变的临床意义

(1)**左心室增大**：心脏浊音界**向左下**扩大，心脏浊音区**呈靴形**，称为**主动脉型心脏**。见于**主动脉瓣关闭不全**及**高血压性心脏病**。

(2)**右心室增大**：显著增大时，心界向左、右两侧扩大，以向左增大较为显著。常见于**二尖瓣狭窄、肺心病**。

(3) **左心房增大**或合并**肺动脉段扩大**：心脏浊音区外形**呈梨形**，称为**二尖瓣型心脏**。见于**二尖瓣狭窄**。

(4) **左、右心室增大**：心界向两侧扩大，称为**普大型心脏**，见于**扩张型心肌病**等。

(5) **心包积液**：心脏浊音界向两侧扩大呈**三角烧瓶形**。

## 考点五 心率听诊、心律听诊

1.心率：正常成人心率为**60~100**次/分，超过100次/分为**窦性心动过速**，临床意义同脉率增快；低于60次/分为**心动过缓**，临床意义同脉率减慢。



2 心律:正常人的心律基本规则。**心房颤动 (房颤)** 多见于二尖瓣狭窄、冠心病、甲亢, 具有**心律绝对不规则、S1 强弱不等(第一心音强弱不等)、脉搏短绌**的听诊特点。

#### 考点七 心音听诊

#### 2. 心音改变及其临床意义

(4) **主动脉瓣区第二心音增强 (A2 增强)** : 见于**高血压病**、**主动脉粥样硬化**等; 主动脉瓣区第二心音减弱见于**低血压**、**主动脉瓣狭窄**和**关闭不全**。

(5) **肺动脉瓣第二心音增强 (P2 增强)** : 见于**肺动脉高压**、**二尖瓣狭窄**、**左心功能不全**、**室间隔缺损**、**动脉导管未闭**、**肺心病**; 肺动脉瓣第二心音减弱见于**肺动脉瓣狭窄**或**关闭不全**。

(7) **第二心音分裂**: 临床较常见, 以**肺动脉瓣区**明显。见于**右室排血时间延长**, **肺动脉瓣关闭明显延迟** (如**肺动脉瓣狭窄**), 或**左心室射血时间缩短**, **主动脉关闭时间提前** (如**二尖瓣关闭不全**、**室间隔缺损**等)。

#### 4. 奔马律及开瓣音

(1) **舒张早期奔马律** : 最常见, 是病理性第三心音, 又称**第三心音奔马律**或**室性奔马律**, 以**左室奔马律**占多数, 所以, 在**心尖部**容易听到。舒张早期奔马律的出现, 提示心脏有严重的器质性病变, 见于各种原因的**心力衰竭**、**急性心肌梗死**、**重症心肌炎**等。

(2) **开瓣音** (二尖瓣开放拍击音) : 见于**二尖瓣狭窄**而**瓣膜弹性尚好**时, 是**二尖瓣分离术适应证**的重要参考条件。

#### 考点九 心脏杂音的特征

3. 杂音的性质 : 分为**吹风样**、**隆隆样** (或**雷鸣样**)、**叹气样**、**机器样**及**乐音样**等,

进一步分为粗糙、柔和。**机器声样杂音**主要见于**动脉导管未闭**。**音乐样杂音**听诊时如**海鸥鸣或鸽鸣样**，常为**感染性心内膜炎及梅毒性**主动脉瓣关闭不全的特征。一般器质性杂音常是粗糙的，而功能性杂音则常为柔和的。

6.杂音与**体位**的关系：**左侧卧位**可使**二尖瓣**狭窄的舒张中晚期隆隆样杂音更明显；**前倾坐位**可使**主动脉瓣**关闭不全的舒张期杂音更易于听到；**仰卧位**则使肺动脉瓣、二尖瓣、三尖瓣关闭不全的杂音更明显。

7.杂音与**呼吸**的关系：**深吸气**时可使**右心**(三尖瓣、肺动脉瓣)的杂音增强；**深呼气**时可使**左心**(二尖瓣、主动脉瓣)的杂音增强。

考点十二 血管检查及周围血管征周围血管征：

**周围血管征：**

包括头部随脉搏呈节律性点头运动、颈动脉搏动明显、毛细血管搏动征、水冲脉、枪击音与杜氏双重杂音。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、贫血及甲亢。

考点四 心脏瓣膜听诊区

1.**二尖瓣区**：心尖搏动**最强处**，又称心尖区。2.**主动脉瓣区**：

(1) **主动脉瓣第一听诊区**：位于胸骨**右缘第2肋间隙**，主动脉瓣狭窄时的收缩期杂音在此区最响。

(2) **主动脉瓣第二听诊区**：位于胸骨**左缘第3、4肋间隙**，主动脉瓣关闭不全时的舒张期杂音在此区最响。

3.**肺动脉瓣区**：在胸骨**左缘第2肋间隙**。

4.**三尖瓣区**：胸骨下端左缘，即胸骨**左缘第4、5肋间处**。

二尖瓣狭窄/关闭不全    三尖瓣狭窄/关闭不全

肺动脉狭窄/关闭不全 主动脉狭窄/关闭不全

**二三狭舒** 二尖瓣狭窄 心尖区 舒张期杂音 三尖瓣狭窄 左四五 舒张期杂音

**肺主不舒** 主关闭不全 胸右二 舒张期杂音 肺关闭不全 胸左二 舒张期杂音

**二三不收** 二关闭不全 心尖区 收缩期杂音 三关闭不全 左四五 收缩期杂音

**肺主狭收** 主动脉狭窄 胸右二 收缩期杂音 肺动脉狭窄 胸左二 收缩期杂音

考点二 心脏触诊

**心脏震颤**

时期	部位	临床意义
收缩期	胸骨右缘第2肋间	主动脉瓣狭窄
	胸骨左缘第2肋间	肺动脉瓣狭窄
	胸骨左缘第3、4肋间	室间隔缺损
舒张期	心尖部	二尖瓣狭窄
连续性	胸骨左缘第2肋间及其附近	动脉导管未闭

## 第十节 腹部检查

考点一 腹部视诊

### 1. 腹部的外形

#### (1) 全腹膨隆

① **腹内积气**: 可见于肠梗阻、肠麻痹、胃肠穿孔或治疗性人工气腹。

② **腹腔积液**: 大量积液可形成蛙腹。常见于肝硬化门脉高压症、右心衰竭、缩窄性心包炎、肾病综合征、结核性腹膜炎、腹膜转移癌等。

③ **腹腔巨大肿块**: 以巨大卵巢囊肿最常见。

(2) **全腹凹陷**: 常见于严重脱水、明显消瘦及恶病质。严重者呈舟状腹，见于恶性肿瘤、结核、糖尿病、顽固性心衰、神经性厌食等慢性消耗性疾病的晚期

(3) **局部膨隆**: 局部膨隆常见于腹部炎性包块、胃肠胀气、脏器肿大、腹内肿瘤、

腹壁肿瘤和疝等。





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: 400-900-8192 客服热线/咨询电话: 400-606-1615

地址: 北京市海淀区学院路甲10号金英杰大厦2层212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

