



金英杰医学®
JINYINGJIE.COM



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

重点学科西诊直播笔记

整理教辅：叶子

2019 年 10 月 29 日

第九节 心脏、血管检查

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。

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、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**：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**：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。

心脏瓣膜听诊区

1.**二尖瓣区**：位于左侧第 5 肋间隙，锁骨中线内侧。

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**：在胸骨体下端近剑突偏右或偏左处。

二三狭舒 二尖瓣狭窄 心尖区 舒张期杂音 三尖瓣狭窄 剑突下舒张期杂音

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 剑突下收缩期杂音

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

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. 腹壁

(1) **腹壁静脉**：上腔静脉阻塞时，上腹壁或胸壁曲张的浅静脉血流

转向下方进入下腔静脉。下腔静脉阻塞时，脐以下的腹壁浅静脉血流方向转向上方进入上腔静脉。

(2) **蠕动波**：当胃肠道发生**梗阻**时，梗阻近端的胃或肠段饱满而隆起，可显出各自的轮廓，称**胃型或肠型**。

考点二 腹部触诊

2.压痛及反跳痛：**腹壁紧张伴压痛、反跳痛称为腹膜刺激征，是急性腹膜炎的重要体征。**

阑尾点：又称麦氏点，位于右髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处。

(2) **胆囊点**：位于右侧腹直肌外缘与肋弓交界处。

考点三 腹内脏器触诊

1.肝脏触诊

(1) 大小：一般在平静呼吸时,测量右锁骨中线肋下缘至肝下缘垂直距离 (以厘米计) ,并注明以叩诊法叩出的肝上界位置。同时应测量前正中剑突下至肝下缘垂直距离。肝脏下移时,可触及肝下缘,但肝上界也相应下移,且肝上下径正常,见于腹壁松弛、内脏下垂、肺气肿、右侧大量胸腔积液等导致的膈肌下降。肝大时,肝上界正常或升高。病理性肝大可分为弥漫性和局限性。**弥漫性肝大**见于肝炎、脂肪肝、肝淤血早期、肝硬化、白血病、血吸虫病等；**局限性肝大**见于肝脓肿、肝囊肿 (包括肝包虫病) 、肝肿瘤等,并常能触及或看到局部膨隆。肝脏缩小见于急性和亚急性肝坏死、晚期**肝硬化**。

胆囊触诊

(1) **墨菲征阳性**：在深吸气时发炎的胆囊下移时碰到用力按压的拇

指引起疼痛，患者因疼痛而突然屏气，又称胆囊触痛征。见于急性胆囊炎。

(2) 库瓦济埃征阳：当胰头癌压迫胆总管导致阻塞，出现黄疸进行性加深，胆囊显著肿大，但无压痛，又称无痛性胆囊增大征阳性。（库瓦西耶征---Courvoisier sign）

考点五 腹部叩诊

1.肝脏叩诊 病理表现：**肝浊音界向上移位**见于右肺不张、右肺纤维化、气腹及鼓肠等；**肝浊音界向下移位**见于肺气肿、右侧张力性气胸等。肝浊音界扩大见于肝炎、肝脓肿、肝淤血、肝癌和多囊肝等；肝浊音界缩小见于急性肝坏死、晚期肝硬化和胃肠胀气等；**肝浊音界消失代之以鼓音者**，多因肝表面有气体覆盖所致，是急性胃肠穿孔的一个重要征象，亦可见于人工气腹等。肝区有叩击痛时，对肝炎、肝脓肿有一定的诊断意义。

考点六 胃泡鼓音区和移动性浊音叩诊 **移动性浊音：**当腹腔内有 **1000mL** 以上游离液体时，患者仰卧位叩诊，腹中部呈鼓音，腹部两侧呈浊音；侧卧位时，叩诊上侧腹部转为鼓音，下侧腹部呈浊音。这种因体位不同而出现浊音区变动的现象称为移动性浊音阳性，见于肝硬化门静脉高压症、**右心衰竭**、肾病综合征、严重营养不良以及渗出性腹膜炎（如结核性或自发性）等引起的**腹水**。

考点七 腹部听诊

1.肠鸣音

(1) 肠鸣音亢进：肠鸣音次数多，且呈响亮，高亢的金属音，称肠

鸣音亢进，见于机械性肠梗阻。（4-5， > 10）

（2）肠鸣音消失或减弱：见于急性腹膜炎或麻痹性肠梗阻（与机械性肠梗阻相反）。

2.振水音：患者仰卧，医师用耳凑近患者上腹部或将听诊器体件放于此处，然后用稍弯曲的手指以冲击触诊法连续迅速冲击患者上腹部，如听到胃内液体与气体相撞击的声音为振水音。正常人餐后或饮入多量液体时，振水音阳性。若空腹或餐后 6~8 小时以上仍有此音，则提示胃内有液体潴留，见于胃扩张、幽门梗阻及胃液分泌过多等。胃扩张、幽门梗阻及胃液分泌过多。

3.血管杂音

（1）上腹部两侧收缩期血管杂音肾动脉狭窄。

（2）中腹部收缩期血管杂音腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄。

（3）脐周或上腹部连续性杂音肝硬化所致门静脉高压侧支循环形成。

考点八 腹部常见疾病的体征（助理不考）

1.肝硬化门静脉高压：黄疸、蜘蛛痣、肝掌，肝脏轻度肿大或缩小，质硬，无压痛，脾大，脾亢，蛙状腹，移动性浊音阳性，出现液波震颤，食管下端和胃底静脉曲张，腹壁静脉曲张，可见痔核。

2.幽门梗阻：反复呕吐大量发酵的隔夜食物，空腹时上腹部饱满，出现胃型、蠕动波及逆蠕动波，并出现振水音。

3.急性腹膜炎：腹壁紧张、压痛及反跳痛。胃肠穿孔时，叩诊肝浊音界缩小或消失，听诊肠鸣音减弱或消失。

4.急性阑尾炎：右下腹部麦氏点有显著而固定的压痛及反跳痛是诊断

阑尾炎的重要依据。结肠充气试验阳性提示阑尾炎。腰大肌征阳性提示盲肠后位的阑尾炎。

5.急性胆囊炎：右肋下胆囊区有腹壁紧张、压痛及反跳痛，墨菲征阳性。

6.急性胰腺炎：多有胆道病史，常于进食油腻食物或饮酒后发病。

7.肠梗阻腹部膨胀，腹壁紧张，有压痛。

(1) 绞窄性肠梗阻有反跳痛。

(2) 机械性肠梗阻时，可见肠型及蠕动波，听诊肠鸣音亢进，呈金属性音调。

(3) 麻痹性肠梗阻时，视诊无肠型，听诊肠鸣音减弱或消失（听诊与机械性肠梗阻相反）。

第十一节 肛门、直肠检查

考点二 肛门、直肠指诊

1.有剧烈触痛：肛裂与感染。

2.触痛并有波动感：肛门、直肠周围脓肿。

3.柔软光滑而有弹性包块：直肠息肉。

4.质地坚硬、表面凹凸不平的包块：直肠癌。

5.指套带有黏液、脓液或血液：炎症并有组织破坏。

第十二节 脊柱与四肢检查 考点一 脊柱检查

3.脊柱压痛与叩击痛

临床意义：正常人脊柱无压痛与叩击痛，若某一部位有压痛与叩击痛，提示该处有病变，如脊椎结核、脊椎骨折、脊椎肿瘤、椎间盘突出等。

(骨质增生无叩击痛)**考点二 四肢、关节检查 1.四肢、关节形态改变及其临床意义**

(1) **匙状甲（反甲）**：常见于**缺铁性贫血**，偶见于风湿热。

(2) **杵状指（趾）**：常见于**支气管扩张、支气管肺癌、慢性肺脓肿、脓胸以及发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等**。

(3) **指关节变形**：以**类风湿性关节炎**引起的梭形关节最常见。

(4) **膝内翻、膝外翻**：膝内翻为“O”形腿，膝外翻为“X”形腿。常见于佝偻病及大骨节病。

第十三节 神经系统检查 考点三 运动功能检查

2.肌张力：肌张力是肌肉在松弛状态下的紧张度和被动运动时的阻力，张力过低或缺失见于周围神经、脊髓灰质前角及小脑病变。**折刀样肌张力**过高见于**锥体束损害**，铅管样肌张力过高见于锥体外系损害(如**帕金森病**)。

考点四 中枢性与周围性瘫痪的鉴别

	中枢性瘫痪（硬瘫）	周围性瘫痪（软瘫）
瘫痪分布	范围较广，单瘫、偏瘫、截瘫	范围较局限，以肌群为主
肌张力	增强	降低
肌萎缩	不明显	明显
膝腱反射	亢进	减弱或消失
病理反射	有	无
肌束颤动	无	可有

考点五 神经反射检查

浅反射：角膜发射、腹壁反射、提睾反射

深反射：桡骨骨膜反射、肱二头肌反射、肱三头肌反射、膝反射、踝

反射

病理反射（锥体束征）：巴彬斯基征、奥本海姆征、戈登征、查多克征、霍夫曼征、肌阵挛

脑膜刺激征：颈强直、凯尔尼格征、布鲁金斯基征

拉塞格征：见于坐骨神经痛、腰椎间盘突出或腰骶神经根炎