

考点二 病因病机

本病的发生与肾虚密切相关,肾精亏虚是其主要病因。绝经后肾气衰退,肾精亏虚,或因先天禀赋不足,或因房劳多产,或因久病伤肾,耗伤肾精,肾精气亏虚,骨髓化生乏源,导致本病的发生。常见证候有肾精亏虚、阴虚内热、阴阳两虚、脾肾两虚。考点三辨证论治

1. 肾精亏虚证

证候:腰背疼痛,脘酸膝软,头晕耳鸣,或发枯而脱,齿摇稀疏,小便余沥或失禁;舌质淡红,苔薄白,脉沉细无力。

治法:补肾填精益髓。

方药:左归丸。

2. 阴虚内热证

证候:腰背部疼痛,或足跟痛,或驼背,或骨折,急躁易怒,五心烦热,心烦少寐,腰膝酸软无力,面部烘热而汗出,或眩晕,或潮热盗汗;舌质红或绛,脉细数。

治法:滋阴清热,补肾强筋。

方药:知柏地黄丸。

3. 阴阳两虚证

证候:时有骨痛肢冷或腰背部疼痛,或足跟痛,腰膝酸软,畏寒喜暖,四肢倦怠无力,面色少华,体倦无力;舌质淡,脉沉细。

治法:补肾壮阳,益髓健骨。

方药:二仙汤加菟丝子、五味子、肉苁蓉、杜仲、茯苓。

4. 脾肾两虚证

证候:腰背疼痛,脘酸膝软,面色不华,肢倦乏力,纳少便溏;舌质淡边有齿痕,苔薄白,脉细。

治法:益肾健脾。

方药:大补元煎。考点四预防与调护

1. 营养指导患者饮食生活,合理调整营养,适当增加蛋白质、钙、磷类饮食,其他营养素如维生素 C 及多种微量元素(镁、锰、锌、硼等)的补充,应注意以食物补充为宜,但也可选用各种食疗法滋阴补肾壮骨。

2. 运动目前研究已证明,运动通过肌肉活动产生对骨的应力,刺激骨形成,增强机体的骨矿含量,能使成年人生理性骨量丢失减少。因此,中老年人必须坚持力所能及的体力活动或参加适当的体育运动。

3. 日光浴定时晒太阳是一种免费的有效防治措施,户外日晒应不少于 30 分钟,日晒时仅暴露身体几处(头、颈、前臂、下肢)即可。

4. 药物防治根据临床及治疗情况,选用适当的中成药补肾壮骨,避免骨质疏松继续发展,或巩固疗效。

P658

妊娠恶阻

新增:

3. 痰滞证

主要证候:妊娠早期,呕吐痰涎;胸膈满闷,不思饮食,口中淡腻,头晕目眩,心悸气短;舌淡胖,苔白腻,脉滑。

治法:化痰除湿,降逆止呕。

方药:青竹茹汤。

P659

删除:

第三节 妊娠腹痛

考点一 妊娠腹痛的定义

妇女怀孕后,小腹部疼痛,经常发作,亦称胞阻。妊娠期发生小腹疼痛,无腰酸、阴道出血。

考点二 病因病机

妊娠腹痛的发生机理,主要是气滞、血瘀、血虚、虚寒,以致胞脉、胞络阻滞或失养,气血运行不畅,“不通则痛”或“不荣则痛”。其病位在胞脉、胞络,尚未损伤胎元。病情严重者,可影响到胎元,发展为胎漏、胎动不安。

考点三 鉴别诊断

与异位妊娠、胎动不安、妊娠合并卵巢囊肿蒂扭转、孕痫等相鉴别。

考点四 辨证论治

1. 血虚证

证候:妊娠期间,腹痛绵绵,按之痛减;面色萎黄,头晕目眩,心悸少寐;舌淡,舌苔薄白,脉细滑弱。

治法:养血安胎止痛。

方药:当归芍药散加首乌、桑寄生。

2. 气滞证

证候:妊娠期间,小腹胸胁胀痛,或少腹胀痛,情志抑郁,嗝气吐酸,烦躁易怒,舌苔薄黄,脉弦滑。

治法:疏肝解郁,养血安胎。

方药:逍遥散。

3. 虚寒证

证候:妊娠期后,小腹冷痛,绵绵不休,喜温喜按,形寒肢冷,面色白,纳少便溏,舌淡苔白滑,脉沉细滑。

治法:暖宫止痛,养血安胎。

方药:胶艾汤加巴戟天、杜仲、补骨脂。

4. 血瘀证

证候:妊娠后,小腹隐痛不适,或刺痛不移,或素有癥瘕,舌黯有瘀点,脉弦滑。

治法:养血活血,补肾安胎。

方药:桂枝茯苓丸合寿胎丸。

P664

滑胎——3. 气血两虚证

修改成 3. 气血虚弱证

P666

子肿——2. 肾虚证——治法:补肾温阳,化气行水。

修改:治法:补肾温阳,化气利水。

P674

产后发热——2. 外感证——方药:荆穗四物汤加防风、苏叶或参苏饮。

修改:方药:荆防四物汤加防风、苏叶或参苏饮。

产后发热——3. 血虚证——方药:补中益气汤加地骨皮。

修改:方药:八珍汤加减。

P675

产后腹痛

1. 主要病因气血两虚;瘀滞子宫。

2. 主要病机气血运行不畅——不荣则痛;迟滞而痛——不通则痛。

修改:主要病机是冲任、胞宫的不荣而痛和不通则痛,其原因有血虚和血瘀。

P678

缺乳(助理不考)

删去:(助理不考)

缺乳——3. 痰浊阻滞证——治法:健脾化痰,佐以通乳。

修改:治法:健脾化痰通乳。

P686

不孕症

2.肝气郁结证—方药:开郁种玉汤或百灵调肝汤。

修改:方药:开郁种玉汤。

3.瘀滞胞宫证——方药:少腹逐瘀汤或膈下逐瘀汤。

修改:方药:少腹逐瘀汤。

4.痰湿内阻证——治法:燥湿化痰,行滞调经。

修改:治法:燥湿化痰,理气调经。

P690

第一节 避孕考点一工具避孕 1.宫内节育器(4)节育器的取出与换置

删除:

③取器方法:有尾丝者,用止血钳夹住尾丝后轻轻牵引出;无尾丝者,其方法的前三步与放置方法相同,然后用子宫探针探测节育器位置,再将取环钩呈水平位送达宫腔底部节育器所在的位置,旋转90°,钩住节育器下缘轻轻拉出。

P695

第十四章 妇科特殊检查与常用诊断技术(助理不考)

删去:(助理不考)

P696

考点二 阴道脱落细胞检查

修改:考点二、阴道脱落细胞检查(助理不考)

考点三 宫颈黏液检查

修改:考点三、宫颈黏液检查(助理不考)

考点五 活体组织检查

修改:考点五、活体组织检查(助理不考)

P697

考点六 诊断性刮宫

修改:考点六、诊断性刮宫(助理不考)

考点七 后穹窿穿刺

修改:考点七、后穹窿穿刺(助理不考)

考点八 输卵管通畅检查

修改:考点八、输卵管通畅检查(助理不考)

考点九 超声检查

修改:考点九 超声检查(助理不考)

P697

添加:考点九超声检查后边

考点十 宫腔镜检查

(一)宫腔镜检查适应证

- 1.异常子宫出血。
- 2.可疑宫腔粘连及畸形。
- 3.可疑妊娠物残留。
- 4.影像学检查提示宫腔内占位病变。
- 5.原因不明的不孕或反复流产。

6. 宫内节育器异常。
 7. 宫腔内异物。
 8. 宫腔镜术后相关评估。
- (二) 宫腔镜手术适应证
1. 子宫内膜息肉。
 2. 子宫黏膜下肌瘤及部分影响宫腔形态的肌壁间肌瘤。
 3. 宫腔粘连。
 4. 纵隔子宫。
 5. 子宫内膜切除。
 6. 宫腔内异物取出, 如嵌顿节育器及流产残留物等。
 7. 宫腔镜引导下输卵管插管通液、注药及绝育术。

(三) 禁忌证

1. 绝对禁忌证

- (1) 急性、亚急性生殖道感染。
- (2) 心、肝、肾衰竭急性期及其他不能耐受手术者。

2. 相对禁忌证

- (1) 体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$ 。
- (2) 子宫颈瘢痕, 不能充分扩张者。
- (3) 近期(3个月内)有子宫穿孔史或子宫手术史者。
- (4) 浸润性子宫颈癌、生殖道结核未经系统抗结核治疗者。

考点十一 腹腔镜检查

(一) 适应证

1. 急腹症(如异位妊娠、卵巢囊肿破裂、卵巢囊肿蒂扭转等)。
2. 盆腔包块。
3. 子宫内膜异位症。
4. 确定不明原因急慢性腹痛和盆腔痛的原因。
5. 不孕症。
6. 计划生育并发症(如寻找和取出异位宫内节育, 子宫穿孔等)。
7. 有手术指征的各种妇科良性疾病。
8. 子宫内膜癌分期手术和早期子宫颈癌根治术。

(二) 禁忌证

1. 绝对禁忌证

- (1) 严重的心脑血管疾病及肺功能不全。
- (2) 严重的凝血功能障碍。
- (3) 绞窄性肠梗阻。
- (4) 大的腹壁疝或膈疝。
- (5) 腹腔内大出血。

2. 相对禁忌证

- (1) 盆腔肿块过大。
- (2) 妊娠 >16 周。
- (3) 腹腔内广泛粘连。
- (4) 晚期或广泛转移的妇科恶性肿瘤。

腹腔镜手术作为一种微创手术方式, 具有创伤小、恢复快、住院时间短等优点, 已成为当代妇科疾病诊治的常用手段。

第八篇

中医儿科学

P699

7~12个月体重(kg)=7+0.5×(月龄-6)

修改为:7~12个月体重(kg)=6+0.25x月龄

P700

身高(cm)=70+7×年龄

修改为:身高(cm)=75+7×年龄

P723

感冒——④时邪感冒——治法:清瘟解表消毒。

修改为:治法:清瘟解毒。

P725

咳嗽

新增:考点三辨证论治之前

诊断要点与鉴别诊断

(一)诊断要点

1.病史好发于冬春二季,常因气候变化而发病,病前多有感冒病史。

2.临床表现以咳嗽、咯痰为主症。肺部听诊两肺呼吸音粗糙,可闻及干啰音或不固定的粗湿啰音。

3.辅助检查

(1)X线检查胸片显示肺纹理增粗模糊,肺门阴影加深。

(2)血常规病毒感染者血白细胞总数正常或偏低;细菌感染者血白细胞总数及中性粒细胞增高。

(3)病原学检查取鼻咽或气管分泌物标本作病毒分离或桥联酶标法检测,有助于病毒学的诊断。血肺炎支原体抗体IgG、IgM检测用于肺炎支原体感染诊断。痰细菌培养,可作为细菌学诊断。

(二)鉴别诊断

1.肺炎喘嗽以气喘、咳嗽、痰壅、发热为主症,双肺听诊吸气末可闻及固定的中细湿性啰音,胸部X线检查可见肺纹理增粗、紊乱及斑片状阴影。

2.原发型肺结核以低热、咳嗽、盗汗为主要临床症状。多有结核病接触史,结核菌素试验阳性,气道排出物中可找到结核菌,胸部X线检查显示活动性原发型肺结核改变,纤维支气管镜检查可见明显的支气管结核病变。

3.支气管异物有异物吸入史,突然出现呛咳,胸部X线检查可见纵隔摆动,纤维支气管镜检查可确定诊断。

P726

咳嗽——②风热咳嗽——方药:桑菊饮。

修改:方药:桑菊饮。加减:咳嗽重者合麻杏石甘汤;咳甚痰多加瓜蒌皮。

P728

肺炎喘嗽——(1)常证

①风寒郁肺证

修改:风寒闭肺证

②风热郁肺证

修改:风热闭肺证

P732

哮喘

新增:考点五预防与调护前面

其他疗法

1. 针灸疗法

(1)体针取定喘、天突、内关。咳嗽痰多者,加膻中、丰隆。针刺,1日1次。用于发作期,取大椎、肺俞、足三里、肾俞、关元、脾俞。每次取3~4穴,针刺加灸,隔日1次。在好发季节前作预防性治疗。

(2)耳针选喘点、内分泌、交感、肺、肾。用于哮喘发作期。

2.中药敷贴疗法白芥子、延胡索、甘遂、细辛,共研细末,加生姜汁调膏,分别贴在肺俞、心俞、膈俞、膻中穴。适用于哮喘缓解期。每年夏季三伏及冬季三九贴敷。

P734

反复呼吸道感染

新增:

5.肺胃实热证

证候:反复外感,咽微红,口臭,口舌易生疮,汗多而黏,夜寐欠安,大便干,舌质红,苔黄,脉滑数。

治法:清泻肺胃。

方剂:凉膈散加减。

P738

口疮——(3)虚火上浮证——治法:滋阴降火,引火归元。

修改:治法:滋阴降火,引火归原。

P741

泄泻

新增:考点五预防与调护前面

要点五其他疗法

(一)针灸疗法

1.针法取足三里、中脘、天枢、脾俞。

虚泻。

(二)贴敷疗法

1.丁香1份、肉桂2份,共研细末,每次1~2g,姜汁调和成糊状,贴敷神阙穴,外用胶布固定,每日1次。用于风寒泻、脾虚泻、脾肾阳虚泻。

2.用五倍子、干姜各10g,吴茱萸、丁香各5g,共研细末,用白酒调和,贴敷神阙穴,纱布敷盖固定。用于虚寒泄泻。

(三)推拿疗法

1.补脾土,清大肠,清小肠,退六腑,揉小天心。用于湿热泻。

2.揉外劳宫,推三关,摩腹,揉脐,揉龟尾。用于风寒泻。

3.推板门,清大肠,补脾土,摩腹,逆运内八卦,点揉中脘。用于伤食泻。

4.推三关,补脾土,补大肠,摩腹,推上七节骨,捏脊。用于脾虚泻。

P747

新增:增加在第七节贫血前

腹 痛

考点一 概述

小儿腹痛是小儿时期常见的一种病证,是指小儿胃脘以下、脐周及耻骨以上部位发生的疼痛,具体可分为胃脘以下、脐部以上的大腹痛;脐周部位的脐腹痛;脐部以下正中部位的小腹痛;脐部以下小腹两侧或一侧的少腹痛。腹痛为一临床症状,可在多种内科及外科疾病中出现,其发病无季节性,任何年龄都可发生。中医小儿腹痛病常指除外小儿急腹症的各类腹痛。

考点二 病因病机

小儿腹痛的发病原因较多,或因腹部中寒,或因乳食积滞,或因胃肠结热,或因素体脾胃虚寒,或因瘀血内阻所致。病位主要在脾、胃、大肠,亦与肝有关。其总的病机为气机不畅,气血运行受阻。病初多以实证为主,若因素体虚弱气滞血瘀者,则属虚实夹杂或虚多实少之证。

考点三 诊断要点与鉴别诊断

(一) 诊断要点

- 1.病史患儿可有外感寒邪、伤于乳食、脾胃虚寒、情志不畅等病史或诱因。
- 2.临床表现
 - (1)表现在胃脘部、脐周部位、小腹两侧或一侧部位、下腹部正中部位。
 - (2)腹痛时作时止、时轻时重,常有反复发作、发后自行缓解的特点。
 - (3)疼痛的性质可有隐痛、钝痛、胀痛、刺痛、掣痛等。
 - (4)除外腹部器官器质性病变、全身性疾病及腹部以外器官疾病引起的腹痛。
- 3.实验室及特殊检查血、尿、便检查,腹部超声波检查、X线检查等有助于临床诊断及鉴别诊断。腹腔穿刺、胃镜、腹腔镜、CT等,根据病情及临床需要选择。

(二) 鉴别诊断

- 1.腹部器官与非腹部器官引起的腹痛鉴别应排除肛门、尿道、四肢、腰背等疼痛,应注意全身查体,注意有腹泻、呕吐等胃肠症状。此外,须注意呼吸道感染、病毒性心肌炎、代谢性疾病以及腹型癫痫等均可致急性腹痛。
- 2.腹部器质性病变腹痛与功能性腹痛鉴别器质性病变指某器官有病理解剖上的变化,如阑尾炎、肠梗阻、腹膜炎、消化性溃疡等。器质性病变引起的腹痛比较持续,体征较固定,只要病变继续存在,腹痛也存在,有时还可由于肠蠕动或暂时的痉挛而引起阵发性腹痛加剧。
- 3.急腹症的鉴别包括腹腔内脏器急性炎症、腹膜炎、肠梗阻及腹部损伤等。腹腔内脏器急性炎症主要症状为腹痛,继之发热,白细胞升高,腹部出现局限范围的压痛、肌紧张、反跳痛。腹膜炎以腹部出现局限或全腹压痛、肌紧张、反跳痛,腹胀,肠鸣音减弱或消失为主要表现。肠梗阻的主要症状为阵发性腹绞痛、呕吐、无大便等。腹部损伤则多有外伤史及腹膜刺激征表现。

考点四 辨证论治

(一) 辨证要点

本病辨证要考虑腹痛发生的部位、性质。

- 1.辨部位感受寒邪或素体脾胃虚寒多为脐周痛;因食伤多有饮食不节、不洁及暴饮暴食的病史,同时可伴有呕吐酸腐,多为胃脘及脐部以上疼痛;肠痛多为右侧少腹痛。因瘀血、虫积、食积者,痛有定处。因寒、热、虚而痛者痛无定处。
- 2.辨性质腹痛遇寒而发或加重,得温而减者属寒;腹痛拒按,进食后痛甚者为实,腹痛喜按,进食痛减者为虚;积滞者腹胀痞满,按之痛甚;血瘀者痛如针刺,固定不移;气滞者痛时走窜,游走不定。

(二) 治疗原则

本病以调理气机,和中缓急为基本治则。根据不同病因分别治以温中散寒、消食导滞、通腑泄热、温

阳补虚、活血化瘀等法。除内治法外,还可以配合针灸、推拿等外治方法。

腹痛证候在临床往往寒热、虚实相互兼夹,相互转化,气滞可以导致血瘀,血瘀可以使气机壅滞;实证腹痛日久可至脏腑虚弱,而虚证腹痛又可导致脾胃失运而产生积滞。

(三)分证论治

1.腹部中寒证

证候:腹部疼痛,拘急疼痛,得温则舒,遇寒痛甚,痛处喜暖,面色苍白,痛甚者髓冷汗出,唇色紫暗,肢冷不温,或兼吐泻,小便清长,舌淡,苔白滑。脉沉弦紧,指纹红。

治法:温中散寒,理气止痛。

方剂:养脏汤。

2.乳食积滞证

证候:脘腹胀满,按之痛甚,暖腐吞酸、不思乳食,矢气频稀或腹痛欲泻,泻后痛减,或有呕吐,吐物酸臭,大便秽臭,夜卧不安,时时啼哭,舌红,苔厚腻,脉沉滑,指纹紫滞。

治法:消食导滞,行气止痛。

方剂:香砂平胃散。

3.胃肠结热证

证候:腹痛胀满,疼痛拒按,大便秘结,烦躁口渴,手足心热,口唇舌红,舌苔黄燥,脉滑数或沉实,指纹紫滞。

治法:通腑泄热,行气止痛。

方剂:大承气汤。

4.脾胃虚寒证

证候:腹痛绵绵,时作时止,痛处喜按,得温则舒,面白少华,精神倦怠,手足清冷,乳食减少,或食后腹胀,大便稀溏,舌淡苔白,脉沉缓,指纹淡红。

治法:温中理脾,缓急止痛。

方剂:小建中汤合理中汤。

5.气滞血瘀证

证候:腹痛经久不愈,痛有定处,痛如针刺,或腹部癥块拒按,肚腹硬胀,青筋显露,舌紫暗或有瘀点,脉涩,指纹紫滞。

治法:活血化瘀,行气止痛。

方剂:少腹逐瘀汤。

考点五预防与调护

(一)预防

- 1.注意饮食卫生,避免过食生冷。
- 2.注意气候变化,防止感受外邪,避免腹部受凉。
- 3.餐后稍事休息,勿做剧烈运动。

(二)调护

- 1.剧烈或持续腹痛者要卧床休息,及时检查腹部体征,并进行必要的辅助检查,以利鉴别诊断和及时处理。
- 2.根据病因,给予相应饮食调护。
- 3.虚性、寒性腹痛者应温服或热服药液;呕吐者,药液要少量多次分服。

便秘

考点一 概述

便秘指大便干燥坚硬,秘结不通,排便时间间隔延长,或虽有便意但排出困难的一种病证。本病可发生于任何年龄,一年四季均可发病。由于排便困难,部分小儿可发生食欲不振,烦躁不安,或可由于便秘

努力,引起肛裂、痔疮或脱肛。

考点二 病因病机

便秘的病因包括饮食因素、情志因素、正虚因素及热病伤津。主要病位在大肠,与脾、肝、肾三脏相关,病机关键是大肠传导功能失常。若脾胃升降功能失常,或肝气失疏则胃失和降;或肾气失煦,脾胃升降无力,导致大肠传导失职而形成便秘。

考点三 诊断要点与鉴别诊断

(一) 诊断要点

1.病史患儿可有喂养不当、挑食、偏食、外感时邪、情志不畅、脏腑虚损等病史。

2.临床表现

(1)不同程度的大便干燥,轻者仅大便前部干硬,重者大便坚硬,状如羊屎。

(2)排便次数减少,间隔时间延长,常2~3日排便1次,甚者可达6~7日1次,或虽排便间隔时间如常,但排便艰涩或时间延长,或便意频频,难以排出或排净。

(3)伴有腹胀、腹痛、食欲不振、排便哭闹等症。可因便秘而发生肛裂、便血、痔疮。部分患儿左下腹部可触及粪块。

(二) 鉴别诊断

1.先天性巨结肠主要表现为顽固性便秘,新生儿有胎便排出延迟,小儿便秘症状进行性加重,伴有严重腹胀、消瘦、生长发育落后等。锐剂灌肠检查显示近直肠-乙状结肠处狭窄,上段结肠异常扩大。

2.机械性肠梗阻主要表现为急性便秘,伴阵发性剧烈腹痛腹胀、恶心呕吐、肠鸣音亢进,腹部X线检查显示多个扩张肠袢及较宽液平面,结肠远端及直肠无气。

考点四 辨证论治

(一) 辨证要点

本病辨证,应首辨虚实,继辨寒热。

1.辨别实证、虚证实证多由乳食积滞、燥热内结和气机郁滞所致,一般病程短,粪质多干燥坚硬,腹胀拒按。食积者,不思进食,或恶心呕吐;气机郁滞者,常胸胁痞满,腹胀暖气。虚证多因气血不足,肠失濡润,传导乏力,一般病程较长,病情顽固,大便虽不甚干硬,但多欲便不出或便出艰难,腹胀喜按。因气虚所致者,神疲乏力,气短多汗;由血虚引起者,面色无华,唇甲色淡。

2.分清寒热热证多身热面赤,口渴尿黄,喜凉恶热;寒证多面白肢冷,小便清长,喜热恶凉。

(二) 治疗原则

本证治疗,以润肠通便为基本法则。临证应根据病因不同,分别采用消食导滞、清热润肠、理气通便、益气养血等治法。治疗用药应注意通下不可太过,以免损伤正气。

(三) 分证论治

1. 食积便秘证

证候:大便秘结,脘腹胀满,不思饮食,或恶心呕吐,或有口臭,手足心热,小便黄少,舌质红,苔黄厚,脉沉有力,指纹紫滞。

治法:消积导滞通便。

方剂:枳实导滞丸。

2. 燥热便秘证

证候:大便干结,排便困难,甚则便秘不通,面赤身热,腹胀或痛,小便短赤,或口干口臭,或口舌生疮,舌质红,苔黄燥,脉滑实,指纹紫滞。

治法:清热润肠通便。

方剂:麻子仁丸。

3. 气滞便秘证

证候:大便秘结,欲便不得,甚或胸胁痞满,腹胀疼痛,暖气频作,舌质红,苔薄白,脉弦,指纹滞。

治法:理气导滞通便。

方剂:六磨汤。

4.气虚便秘证

证候:时有便意,大便不干燥,仍努挣难下,排便时汗出气短,便后神疲乏力,面色少华,舌淡苔薄,脉虚弱,指纹淡红。

治法:益气润肠通便。

方剂:黄芪汤。

5.血虚便秘证

证候:大便干结,艰涩难下,面白无华,唇甲色淡,心悸目眩,舌质淡嫩,苔薄白,脉细弱,指纹淡。

治法:养血润肠通便。

方剂:润肠丸。

考点五预防与调护

(一)预防

- 1.适量多饮水,多进食蔬菜、水果,尤其是粗纤维类蔬菜。
- 2.经常参加体育活动,避免久坐少动。

(二)调护

- 1.对患儿进行排便训练,养成定时排便习惯。
- 2.大便干结临时对症处理,可用开塞露塞肛或肥皂条纳入肛门通便。

P747

贫血

修改:营养性缺铁性贫血

P751

夜啼

删掉:

考点五预防与调护

- 1.要注意防寒保暖,但也勿衣被过暖。
- 2.孕妇及乳母不可过食寒凉及辛辣热性食物,勿受惊吓。
- 3.不可将婴儿抱在怀中睡眠,不通宵开启灯具,养成良好的睡眠习惯。
- 4.婴儿无故啼哭不止,要注意寻找原因,如饥饿、过饱、闷热、寒冷、虫咬、尿布浸渍及衣被刺激等,除去引起啼哭的原因。

P753

汗证

添加:考点四辨证论治之前

(二)鉴别诊断

- 1.脱汗发生于病情危笃之时,出现大汗淋漓,或汗出如油,伴有肢冷、脉微、呼吸微弱,甚至神志不清等。
- 2.战汗在恶寒发热时全身战栗,随之汗出淋漓,或但热不寒,或汗出身凉,常出现在热病病程中。
- 3.黄汗汗色发黄,染衣着色如黄柏色,多见于黄疸及湿热内盛者。

P754

添加:方剂:泻黄散。后边

预防与调护

(一)预防

- 1.进行适当的户外活动,加强体格锻炼,增强小儿体质。
- 2.积极治疗各种急慢性疾病,注意病后调护。

3.药物治疗时不宜辛散太过,需用时应中病即止。

(二)调护

1.减少剧烈运动,注意个人卫生,勤换衣被,保持皮肤清洁。

2.汗出衣湿后,应及时用柔软干毛巾拭干皮肤,更换干净内衣,避免直接吹风受凉。

3.汗出过多应补充水分,进食易于消化、营养丰富的食物。

P758

抽动障碍

添加:考点四辨证论治前面

(二)鉴别诊断

1.风湿性舞蹈病 6 岁以后多见,女孩居多,是风湿热主要表现之一。常表现为四肢较大幅度的无目的而不规则的舞蹈样动作,生活经常不能自理,常伴肌力及肌张力减低,并可有风湿热其他症状。无发声抽动或秽语症状。抗链球菌溶血素“O”增高。抗风湿治疗有效。

2~肌阵挛是癫痫发作的一个类型,表现为全身肌肉或某部肌肉突然、短暂、触电样收缩,可一次或多次发作,发作时常伴有意识障碍,脑电图异常。抗癫痫治疗可控制发作。

3.习惯性抽搐 4~6 岁多见。往往只有一组肌肉抽搐,如眨眼、皱眉、咳嗽声。发病前常有某些诱因,此症一般轻,预后较好。但此症与多发性抽搐症并无严格的界限,有些病儿能发展为多发性抽搐症。

4.注意力缺陷多动症以注意力不集中、自我控制差、动作过多、情绪不稳、冲动任性,伴有学习困难,但智力正常或基本正常为主要临床特征。

P764

痫病

4.瘀血痫证——方剂:通窍活血汤。

添加:方剂:通窍活血汤。加减:头痛剧烈加丹参、五灵脂;频发不止加失笑散。

P765

添加:考点五预防与调护前

西医治疗

1.病因治疗对有明确可治性病因(如颅内占位、代谢异常等)所致的症状性癫痫,应及时对因治疗。

2.合理应用抗癫痫药物是治疗癫痫的主要手段。应遵循以下原则:

(1)用药要审时一旦诊断明确,应尽早予抗癫痫药。对首次发作,症状不重,既往体健,各项检查无异常者,可暂不用药,但应密切观察。

(2)选药应正确主要根据发作类型选择抗癫痫药。

(3)联合用药应谨慎尽量采用单药治疗,避免药物相互作用导致毒性增加;若单药不能控制,需联合用药时,必须了解药物相互作用及机制,正确应用。

(4)用药个体化由于药物代谢及对药物的敏感性存在个体差异,因此用药应从小剂量开始,逐渐增加。

(5)服药宜规律用药疗程要足,一般控制发作后还要继续服药 2~4 年。

(6)停药要缓慢减药过程一般 3~6 个月,甚至 1~2 年。减药过快或突然停药易致再次发作或发作加重;停药后复发者应重新开始抗癫痫药物治疗。

(7)定期复查定期复查动态脑电图,监测血药浓度以评价药物治疗效果;定期检测血、尿常规及肝肾功能等以观察药物不良反应。

3.手术治疗经规范药物治疗无效或效差,严重影响患儿日常生活,并具有手术指征者。

4.其他疗法如激素、丙种球蛋白、迷走神经刺激术等。

5.癫痫持续状态的治疗

(1)快速控制发作。①地西洋 0.25~0.5mg/kg 缓慢静脉注射,必要时 20 分钟后可再用。②氯硝西洋

每次 0.01~0.06mg/kg。③咪达哩仑 0.1~0.2mg/kg 缓慢静脉注射。④苯巴比妥 20mg/kg 分次肌内注射, 24 小时后改为维持量 3~5mg/(kg·d)。⑤10%水合氯醛 0.5mg/kg 稀释后灌肠。仍不能控制者, 备好气管插管使用麻醉药物。

(2) 保持呼吸道通畅, 吸痰。

(3) 保护脑、心等重要脏器功能, 防治并发症。

P770

水肿

添加: 考点五预防与调护前

西医治疗

1. 抗感染急性肾炎患儿有咽部及皮肤感染灶者, 应给予青霉素或其他敏感抗生素治疗 10~14 天。肾病患儿合并感染时, 抗感染对症治疗。

2. 激素疗法肾病综合征患儿采用肾上腺皮质激素治疗, 多采用中、长程疗法。先以泼尼松 2mg/(kg·d), 最大量 60mg/d, 分次服用。尿蛋白转阴 2 周后开始减量至隔日 2mg/kg 顿服, 按照每月 2.5~5mg 速度逐渐减量, 疗程 6~9 个月为中程疗法, 疗程 9 个月以上者为长程疗法。复发病例可延长隔日服药时间, 即采用“拖尾疗法”, 对于难治性肾病可使用免疫抑制剂治疗。

3. 利尿急性肾炎患儿一般采用噻嗪类或者袢利尿剂。慎用保钾利尿剂及渗透性利尿剂。肾病综合征患儿利尿时常选用氢氯噻嗪、螺内酯, 必要时可予低分子右旋糖酐、血浆以扩容利尿。

4. 降压可选用钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂等。

5. 严重合并症积极进行降压、利尿、止痉、强心等抢救方法。

P771

遗尿

考点一 发病特点

遗尿又称尿床, 是指 3 周岁以上的小儿睡中小便自遗, 醒后方觉的一种病证。正常小儿 1 岁后白天已渐渐能控制小便, 若 3 岁以后夜间仍不能自主控制排尿而经常尿床, 就是遗尿症。多见于 10 岁以下的儿童。

修改:

遗尿又称尿床, 是指 5 周岁以上的小儿睡中小便自遗, 醒后方觉的一种病证。正常小儿 1 岁后白天已渐渐能控制小便, 若 5 岁以后夜间仍不能自主控制排尿而经常尿床, 就是遗尿症。多见于 10 岁以下的儿童。

考点三 诊断与鉴别诊断 1. 诊断要点 (1) 发病年龄在 3 周岁以上, 寐中小便自出, 醒后方觉。

修改: (1) 发病年龄在 5 周岁以上, 寐中小便自出, 醒后方觉。

P775

第一节 麻疹(助理不考)

删去:(助理不考)

P778

奶麻

添加: 考点四辨证论治之前

(二) 鉴别诊断

1. 麻疹发热 3~4 天出疹, 出疹时发热更高, 玫瑰色斑丘疹自耳后发际到额面、颈部, 到躯干, 到四肢, 3 天左右出齐。病程 2~3 天时可出现麻疹黏膜斑。疹退后遗留棕色色素斑、糠麸样脱屑。

2. 猩红热(丹痧) 多见于 3~15 岁儿童, 起病急骤, 发热数小时至 1 天皮肤猩红, 伴细小红色丘疹, 自颈、胸、腋下、腹股沟处开始, 2~3 天遍布全身。在出疹时可伴见口周苍白圈、皮肤线状疹、草莓舌等典型症状。

P778

添加:方药:银翘散合养阴清肺汤之后

预防与调护

- 1.隔离患儿,至出疹后5天。
- 2.在婴幼儿集体场所,如发现可疑患儿,应隔离观察7~10天。
- 3.患病期间宜安静休息,注意避风寒,防感冒。
- 4.饮食宜清淡、易消化,忌油腻,多饮水。

删除:

P788 传染病——第八节传染性单核细胞增多症,这个病的整体添加到其他疾病中第五节。

添加:

P805 其他疾病——第五节——传染性单核细胞增多症

添加:

P790 传染性单核细胞增多症——辨证论治后边

西医治疗

- 1.抗病毒治疗阿昔洛韦或更昔洛韦有一定效果,也可应用EBV特异性免疫球蛋白。
- 2.对症治疗高热者可予物理降温,亦可用退热剂。注意口腔清洁和水、电解质平衡。继发细菌性咽喉炎、肺炎者,应进行咽拭子培养,给予敏感抗生素。对持续高热、重症肝炎伴黄疸、心肌炎、咽喉水肿、血小板减少、溶血性贫血及中枢系统严重合并症者,可用肾上腺皮质激素治疗。
- 3.急症处理本病最严重的并发症为脾破裂。常发生在疾病的第二周,触摸脾脏或轻微创伤均可引起。应及时确诊,迅速处理。宜迅速补充血容量,输血和脾切除。脾肿大患者应避免剧烈运动,防止腹部外伤,体检时亦应谨慎。

P798

夏季热

新增:考点四辨证论治前面

(二)鉴别诊断

- 1.疰夏多发生在长夏季节,主要表现为低热,一般无高热、汗闭、口渴多饮、多尿等症状,可伴有食欲减退,身困乏力。
- 2.湿温系感受湿热时邪所致。主要发生于夏秋季节,发热持续不退,与夏季热相类似,但口渴不甚明显、尿不多,这是与夏季热的主要区别之处。

P800

紫癜

新增:考点五预防与调护前

西医治疗

- 1.过敏性紫癜积极寻找和去除致病因素,如控制感染、补充维生素。有荨麻疹或血管神经性水肿时,应用抗组胺药物和钙剂。腹痛时应用解痉剂,消化道出血时应禁食,可静脉滴注西咪替丁,必要时输血。急性期对腹痛和关节痛者可应用肾上腺皮质激素,症状缓解后即可停用。过敏性紫癜若并发肾炎且经激素治疗无效者,可考虑联合用免疫抑制剂,如环磷酰胺(冲击或口服)以抑制严重免疫损伤,有利于保护残存肾功能。
- 2.免疫性血小板减少症急性型可用大剂量丙种球蛋白、短疗程肾上腺皮质激素等,病情重者可考虑大剂量甲基强的松龙、血小板输注、血浆置换等。慢性型必要时行脾切除术。

第九篇

针灸学

P810 增补

第三节

考点三 原文内容之前增补

奇经八脉的主要作用体现在三个方面,一是统率、主导作用;二是沟通、联络作用;三是蓄积、渗灌作用。

P811 增补

第六节 十二经筋

考点一 原文后增补

经筋还有刚筋、柔筋之分。刚(阳)筋分布于项背和四肢外侧,以手足阳经经筋为主;柔(阴)筋分布于胸腹和四肢内侧,以手足阴经经筋为主。

第六节 十二经筋

考点二 原文修改

经筋的作用主要是约束骨骼,利于关节屈伸活动,以保持人体正常的运动功能。《素问·痿论》曰:“宗筋主束骨而利机关也。”

经筋为病多属于筋肉方面的疾病和运动功能的异常,如转筋、筋痛、弛纵、痹证、口眼歪斜、痿证等。针灸治疗经筋病多局部取穴,且多用燔针劫刺。如《灵枢·经筋》云:“治在燔针劫刺,以知为数,以痛为输。”

P812 修改

第二章

第一节 经络的作用(助理不考)

考点二 运行气血,营养全身 修改为 运行气血,协调阴阳

考点三 抗御病邪,保卫机体 修改为 抗御病邪,反应病候

考点三 增补

原文内容后增补

内脏病变可通过经络反映到体表组织器官。如《灵枢·邪客》说:“肺心有邪,其气留于两肘;肝有邪,其气留于两腋;脾有邪,其气留于两髀;肾有邪,其气留于两膕。”《素问·脏气法时论》也说“肝病者,两胁下痛引少腹”,“心病者,胸中痛,肋支满,肋下痛,膺背肩胛间痛,两臂内痛”等。说明经络既是病邪传注的通路,又是反映病候的途径。

增补

考点四 传导感应,调整虚实

针刺过程中的得气和行气现象都是经络传导感应的功能表现。人身经络之气发于周身腧穴,《灵枢·九针十二原》说:“节之交,三百六十五会……所言节者,神气之所游行出入也。”所以针刺操作的关键在于

调气,所谓“刺之要,气至而有效”。当经络或内脏功能失调时,通过针、灸等刺激体表的穴位,经络可以将刺激传导到有关的部位和脏腑,从而发挥调节人体脏腑气血的作用,使阴阳平复,达到治疗疾病的目的。

P813 增补

第二节 治疗方面 指导药物归经 增补

原文前增补

中药治疗亦可通过经络,使药达病所,从而发挥其治疗作用。如麻黄入肺、膀胱经,故能发汗、平喘和利尿。金元四大家中的张洁古还根据经络学说,创立了“引经报使药”理论。

P814

第四章 第二节

考点二 增补

头面颈项部经穴主治规律		
分部	主治	
前头、侧头区	眼、鼻病,前头及侧头部病	
后头区	神志、头部病	
项区	神志、咽喉、眼、头项病	
眼区	眼病	
鼻区	鼻病	
颈区	舌、咽喉、气管、颈部病	

胸腹背腰部经穴主治规律		
前	后	主治
胸膈部	上背部	肺、心(上焦)病
胁腹部	下背部	肝、胆、脾、胃(中焦)病
少腹部	腰尻部	前后阴、肾、肠、膀胱(下焦)病

P814 修改

第五章

考点二 (一)五输穴 修改为 (一)五输穴(助理不考)

P816 增补

考点二 (一) 3. (2)按五行生克关系选用增补

子母补泻取穴表

		脏						腑					
		金	水	木	火	相火	土	金	水	木	火	相火	土
本经子母穴	经脉	肺经	肾经	肝经	心经	心包经	脾经	大肠经	膀胱经	胆经	小肠经	三焦经	胃经
	母穴	太渊	复溜	曲泉	少冲	中冲	大都	曲池	至阴	侠溪	后溪	中渚	解溪
	子穴	尺泽	涌泉	行间	神门	大陵	商丘	二间	束骨	阳辅	小海	天井	厉兑

续表

		脏						腑					
		金	水	木	火	相火	土	金	水	木	火	相火	土
他 经 子 母 穴	母经	脾经	肺经	肾经	肝经	肝经	心经	胃经	大肠经	膀胱经	胆经	胆经	小肠经
	母穴	太白	经渠	阴谷	大敦	大敦	少府	足三里	商阳	足通谷	足临泣	足临泣	阳谷
	子经	肾经	肝经	心经	脾经	脾经	肺经	膀胱经	胆经	小肠经	胃经	胃经	大肠经
	子穴	阴谷	大敦	少府	太白	太白	经渠	足通谷	足临泣	阳谷	足三里	足三里	商阳

P818 增补

(五)八会穴 1.分布特点和组成

八会穴表增补

八会	脏	腑	气	血	筋	脉	骨	髓
穴位	章门	中脘	膻中	膈俞	阳陵泉	太渊	大杼	绝骨
经属	足厥阴肝经	任脉	任脉	足太阳膀胱经	足少阳胆经	手太阴肺经	足太阳膀胱经	足少阳胆经

(五)八会穴 2.临床应用

原文后增补

此外《难经·四十五难》记载：“热病在内者，取其会之穴也。”提示八会穴还可治疗相关的热病。

P818 修改

(六)郄穴 修改为 (六)郄穴(助理不考)

(七)下合穴 修改为 (七)下合穴(助理不考)

(八)交会穴 修改为 (八)交会穴(助理不考)

P822 修改

第七章

考点三

1.中府(募穴)(助理不考) 修改为 1.中府(募穴;手、足太阴经交会穴)(助理不考)

2.尺泽 增补

【操作】直刺 0.8~1.2 寸,或点刺出血。

3.孔最 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

4.列缺 增补

【操作】向肘部斜刺 0.5~0.8 寸。

5.太渊 增补

【操作】避开桡动脉,直刺 0.3~0.5 寸。

6.鱼际 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

P823 增补

7.少商 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。

P824 增补

1.商阳 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。

2.合谷 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。孕妇不宜针。

3.阳溪 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

4.偏历 增补

【操作】直刺或斜刺 0.3~0.5 寸。

5.手三里 增补

【操作】直刺 0.8~1.2 寸。

6.曲池 增补

【操作】直刺 1.0~1.5 寸。

P825 修改及增补

7.肩髃 修改为 7.肩髃(手阳明经与阳跷脉的交会穴)

7.肩髃 增补

【操作】直刺或向下斜刺 0.8~1.5 寸。

8.扶突 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。避开颈动脉,不可深刺。一般不使用电针,以免引起迷走神经反应。

9.迎香 增补

【操作】略向内上方斜刺或平刺 0.3~0.5 寸。

P827 修改及增补

1.承泣 修改为 1.承泣(足阳明经与任脉的交会穴)

1.承泣 增补

【操作】以左手拇指向上轻推固定眼球,右手持针紧靠眶缘缓慢直刺 0.5~1 寸,不宜提插和大幅度捻转,以防刺破血管引起血肿。出针时稍加按压,以防出血;禁灸。

2.四白 增补

【操作】直刺或向上斜刺 0.3~0.5 寸。

3.地仓 增补

【操作】斜刺或平刺 0.3~0.8 寸,可向颊车穴透刺。

4.颊车 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,或向地仓穴透刺 1.5~2 寸。

5.下关 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

6.头维 修改为 6.头维(助理不考)

7.人迎 增补

【操作】避开颈总动脉,直刺 0.3~0.8 寸。

P828 删除

8.梁门 增补

【操作】直刺 0.8~1.2 寸。

9.天枢 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

10.归来 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

11.梁丘 增补

【操作】直刺1~1.2寸。

12.足三里 增补

【操作】直刺1~2寸。

13.上巨虚 增补

【操作】直刺1~2寸。

14.条口(助理不考) 删除(助理不考)

【操作】直刺1~1.5寸。

15.下巨虚 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

16.丰隆 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

17.解溪 增补

【操作】直刺0.5~1寸。

18.内庭 增补

【操作】直刺或斜刺0.5~0.8可灸。

19.厉兑 增补

【操作】浅刺0.1寸。

P830

1.隐白 增补

【操作】浅刺0.1寸。

2.太白 增补

【操作】直刺0.5~0.8寸。

3.公孙 增补

【操作】直刺0.6~1.2寸。

4.三阴交 修改为 4.三阴交(足三阴经的交会穴)

4.三阴交 增补

【操作】直刺1~1.5寸。孕妇禁针。

5.地机 增补

【操作】直刺1~2寸。

6.阴陵泉 增补

【操作】直刺1~2寸。

7.血海 增补

【操作】直刺1~1.5寸。

8.大横(足太阴脾经与阴维脉的交会穴)

【操作】直刺1~2寸。

9.大包 增补

【操作】斜刺或向外平刺0.5~0.8寸。

P833

1.极泉 增补

【操作】避开腋动脉,直刺或斜刺0.5~0.8寸。

2.少海 增补

【操作】直刺0.5~1寸。

3.通里 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

4.阴郄 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

5.神门 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

6.少冲 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。

P834

1.少泽 增补

【操作】斜刺 0.1 寸或点刺出血。孕妇慎用。

2.后溪 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。治手指挛痛可透刺合谷穴。

3.养老 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~0.8 寸。

4.支正 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~0.8 寸。

5.天宗 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~1 寸遇到阻力不可强行进针。

6.颧髻 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,斜刺或平刺 0.5~1 寸。

7.听宫 增补

【操作】微张口,直刺 0.5~1 寸。

P836

1.睛明 增补

【操作】嘱患者闭目,医者左手轻推眼球向外侧固定,右手缓慢进针,紧靠眶缘直刺 0.5~1 寸。遇到阻力时,不宜强行进针,应改变进针方向或退针。不捻转,不提插(或只轻轻地捻转和提插)。出针后按压针孔片刻,以防出血。针具宜细,消毒宜严。禁灸。

2.攒竹 增补

【操作】可向眉中或向眼眶内缘平刺或斜刺 0.5~0.8 寸,或直刺 0.2~0.3 寸。禁灸。

3.天柱 增补

【操作】直刺或斜刺 0.5~0.8 寸。不可向内上方深刺,以免伤及延髓。

4.大杼 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。本经背部诸穴,不宜深刺,以免伤及内部重要脏器。

5.风门 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。热证宜点刺放血。

6.肺俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。热证宜点刺放血。

7.心俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

8.膈俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

9.肝俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

10.胆俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

11.脾俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

12.胃俞 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

13.肾俞 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

14.大肠俞 增补

【操作】直刺或斜刺 0.8~1.2 寸。

15.膀胱俞 增补

【操作】直刺或斜刺 0.8~1.2 寸。

16.次髎 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

17.承扶 增补

【操作】直刺 1~2 寸。

18.委阳 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

19.委中 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸,或用三棱针点刺腠静脉出血。针刺不宜过快、过强、过深,以免损伤血管和神经。

20.膏肓 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。此穴多用灸法。

21.志室 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

22.秩边 增补

【操作】直刺 1.5~3 寸。

23.承山 增补

【操作】直刺 1~2 寸。不宜过强地刺激,以免引起腓肠肌痉挛。

24.飞扬 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

25.昆仑 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。孕妇禁用,经期慎用。

26.申脉 增补 申脉(八脉交会穴,通阳跷脉;足太阳经与阳跷脉的交会穴)

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

27.束骨 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

28.至阴 增补

【操作】浅刺 0.1 寸。胎位不正用灸法。

P841

1.涌泉 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。针刺时要防止刺伤足底动脉弓。临床常用灸法或药物贴敷。

2.然谷 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

3.太溪 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

4.大钟 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

5.照海 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

6.复溜 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

7.育俞 增补 7.育俞(足少阴经与冲脉的交会穴)

【操作】直刺 0.8~1.2 寸。

P843

1.天池 增补 (手厥阴经与足少阳经的交会穴)

【操作】斜刺或平刺 0.3~0.5 寸,不可深刺

2.曲泽 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸,或三棱针点刺出血。

3.郄门 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

4.间使 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

5.内关 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。注意穴位深层有正中神经。

6.大陵 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

7.劳宫 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。为急救要穴之一。

8.中冲 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。为急救要穴之一。

P845

1.关冲 增补

【操作】浅刺 0.1 寸,或点刺出血。

2.中渚 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

3.阳池 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

4.外关 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

5.支沟 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

6.肩髃 增补

【操作】直刺 0.8~1.5 寸。

7.翳风 增补

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。

8.角孙 增补

【操作】平刺 0.3~0.5 寸。治疗小儿腮腺炎常用灯草灸。

9.耳门 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,微张口。

10.丝竹空 增补 (手、足少阳经的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸;不灸。

P847

1.瞳子髎 增补 (手、足少阳经及手太阳经的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸,或用三棱针点刺

2.听会 增补(助理不考)

【操作】张口,直刺 0.5~1 寸。

3.完骨 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

4.阳白 增补 (足少阳经与阳维脉的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸。

5.头临泣 增补 (足少阳经、足太阳经与阳维脉的交会穴)

【操作】平刺 0.3~0.5 寸。

6.风池 增补 (足少阳经与阳维脉的交会穴)

【操作】向鼻尖方向斜刺 0.8~1.2 寸。

7.肩井 增补 (手、足少阳经与阳维脉的交会穴)

删除 (助理不考)

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,切忌深刺、捣刺。孕妇禁用。

8.日月 增补 (胆募穴;足少阳经、足太阴经与阳维脉的交会穴)

【操作】斜刺或平刺 0.5~0.8 寸。

9.带脉 增补 (足少阳经与带脉的交会穴)

【操作】直刺 0.8~1.0 寸。

10.环跳 增补 (足少阳经与足太阴经的交会穴)

【操作】直刺 2~3 寸。

11.风市 增补

【操作】直刺 1~2 寸。

12.阳陵泉 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

13.光明 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

14.悬钟 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

15.丘墟 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

16.足临泣 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

17.侠溪 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

18.足窍阴 增补

【操作】浅刺 0.1~0.2 寸,或点刺出血。

P851

1.大敦 增补

【操作】浅刺 0.1~0.2 寸,或点刺出血。

2.行间 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

3.太冲 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

4.蠡沟 增补

【操作】平刺 0.5~0.8 寸。

5.曲泉 增补

【操作】直刺 0.8~1 寸。

6.章门 增补(八会穴之脏会;脾募穴;足厥阴经与足少阳经的交会穴)

【操作】直刺 0.8~1 寸。

7.期门 增补 (肝募穴;足厥阴经与足太阴经的交会穴)

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

P853

1.长强 增补(络穴;督脉与足少阴经、足少阳经的交会穴)

【操作】斜刺,针尖向上与骶骨平行刺入。0.5~1 寸,不宜直刺,以免伤及直肠。

2.腰阳关 增补

【操作】直刺或向上斜刺 0.5~1 寸。

3.命门 增补

【操作】向上斜刺 0.5~1 寸。

4.至阳 增补

【操作】向上斜刺 0.5~1 寸。

5.身柱 增补

【操作】向上斜刺 0.5~1 寸。

6.大椎 增补 (督脉与足三阳经的交会穴)

【操作】直刺或向上斜刺 0.5~1 寸。

7.哑门 增补 (督脉与阳维脉的交会穴)

【操作】伏案正坐位,头微前倾,项肌放松,向下颌方向缓慢刺入 0.5~1 寸。不可向上斜刺或深刺,以免刺入枕骨大孔,伤及延髓。

8.风府 增补 (督脉与阳维脉的交会穴)

【操作】伏案正坐位,头微前倾,项肌放松,向下颌方向缓慢刺入 0.5~1 寸。不可向上斜刺或深刺,以免刺入枕骨大孔,伤及延髓。

9.百会 增补 (督脉与足太阳经的交会穴)

【操作】平刺 0.5~0.8 寸,升阳固脱多用灸法。

10.上星 增补

【操作】平刺 0.5~0.8 寸。

11.素髎 增补

【操作】向上斜刺 0.3~0.5 寸,或点刺出血。

12.水沟 增补 (督脉与手、足阳明经的交会穴)

【操作】向上斜刺 0.3~0.5 寸,强刺激;或指甲按掐。

13.印堂 增补

【操作】平刺 0.3~0.5 寸,或三棱针点刺出血。

P855

1.中极 增补 (膀胱之募穴;任脉与足三阴经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸,应在排尿后针刺,以免伤及深部膀胱。孕妇慎用。

2.关元 增补 (小肠之募穴;任脉与足三阴经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸,应在排尿后针刺,以免伤及深部膀胱。孕妇慎用。

3.气海 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸,孕妇慎用。

4.神阙 增补

【操作】此穴禁针,多用艾条灸或隔盐灸。

5.下脘 增补 (任脉与足太阴经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸。

6.建里 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

7.中脘 增补 (胃之募穴;八会穴之腑会;任脉与手少阳经、手太阳经、足阳明经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸。

8.上脘 增补 (任脉与手少阳经、足阳明经的交会穴)

【操作】直刺 1~1.5 寸。

9.膻中 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,或平刺。

10.天突 增补 (任脉与阴维脉的交会穴)

【操作】先直刺 0.2 寸,然后将针尖转向下方,紧靠胸骨后方、气管前缘缓慢刺入 1~1.5 寸。必须严格掌握针刺的角度和深度,以防刺伤肺和有关动、静脉。

11.廉泉 增补 任脉与阴维脉的交会穴

【操作】向舌根斜刺 0.5~0.8 寸。

12.承浆 增补 (任脉与督脉及手、足阳明经的交会穴)

【操作】斜刺 0.3~0.5 寸。

P856

1.四神聪 增补

【操作】平刺 0.5~0.8 寸。

2.太阳 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,或点刺出血。

3.金津、玉液

【操作】点刺出血。

4.牵正 增补

【操作】向前斜刺 0.5~1 寸。

5.安眠 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

6.三角灸 增补

【操作】艾炷灸 5~7 壮。

7.定喘 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

8.夹脊 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸,或梅花针叩刺。

9.胃脱俞 增补

【操作】斜刺 0.3~0.5 寸。

10.腰眼 增补

【操作】直刺 0.5~1 寸。

11.腰痛点 增补

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

12.外劳宫 增补

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

13.八邪 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸,或点刺出血。

14.四缝 增补

【操作】直刺 0.1~0.2 寸,点刺出血或挤出少许黄白色透明黏液。

15.十宣 增补

【操作】直刺 0.1~0.2 寸,或点刺出血。

16.内膝眼 增补

【定位】在膝部,髌韧带内侧凹陷处的中央。

【主治】①膝痛,腿痛。②脚气等下肢病证。

【操作】向膝中斜刺 0.5~1 寸,或透刺对侧膝眼。

17.胆囊 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

18.阑尾 增补

【操作】直刺 1~1.5 寸。

19.八风 增补

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸,或点刺出血。

P859

第三节 增补

针刺的方向、角度和深度,是对毫针刺入皮下后的具体操作要求。正确的针刺角度、方向和深度,是增强针感、提高疗效、防止意外的关键。

考点一 方向

针刺的方向是指针刺时针尖所朝的方向。针刺方向是否正确,是决定针刺疗效的因素之一。确定针刺的方向主要根据以下三方面:

1.依经脉循行定方向根据治疗需要使用的针刺补泻手法,采用顺经脉而刺的补法,或逆经脉而刺的泻法。如“迎随补泻”手法,补法针尖须与经脉循行的方向一致;泻法针尖则与经脉循行的方向相反。

2.依腧穴位置定方向根据腧穴的局部解剖,针刺某些穴位时,必须朝向某一特定方向进针。如哑门穴,针尖应朝下颌方向缓慢刺入;廉泉穴,针尖应朝向舌根方向缓慢刺入;背部膀胱经第 1 侧线腧穴,针尖一般朝向脊柱方向等。

依病性、病位定方向根据病位的深浅、病性的虚实,选择针尖朝向阳经刺或朝向阴经刺。另外,为使针感达到病变所在的部位,即达到“气至病所”的目的,针尖应朝向病所。

P861 修改

1.概念得气,古称“气至”,近称“针感”,是指毫针刺入腧穴一定深度后,施以提插或捻转等行针手法,使针刺部位获得“经气”感应,谓之得气。

针下是否得气,可以从患者对针刺的感觉和反应、医者对刺手指下的感觉等两方面加以判断。当针

刺得气时,患者的针刺部位有酸、麻、胀、重等自觉反应,有时可出现局部的热、凉、痒、痛、蚁行等感觉,或呈现沿着一定的方向和部位传导和扩散现象。少数患者还会出现循经性肌肤跳动、震颤等反应,有的还可见到针刺腧穴部位的循经性皮疹带或红、白线状现象。当患者有自觉反应的同时,医者的刺手亦能体会到针下沉紧、涩滞或针体颤动等反应。若针刺后未得气,则患者无任何特殊感觉或反应,医者刺手亦感觉到针下空松、虚滑。“轻滑慢而未来,沉涩紧而已至……气之至也,如鱼吞钩饵之浮沉;气未至也,如闲处幽堂之深邃”(《标幽赋》)是对得气与否所作的形象描述。

2.临床意义得气是施行针刺产生治疗作用的关键,是判断患者经气盛衰、取穴准确与否的依据,是施行守气、行气和补泻手法的基础。得气与否、气至的迟速,不仅关系到针刺的治疗效果,而且可以借此窥测疾病的预后。《灵枢·九针十二原》之“刺之要,气至而有效”表明了针刺得气的重要意义。一般而言,得气迅速时,临床疗效较好;得气较慢时效果就差;若不得气时,就难以取效;若经反复施用各种候气、催气手法后,经气仍不至者,多属正气衰竭,预后极差;若初诊不得气或得气缓慢,经使用正确的针刺方法治疗之后,开始得气或得气较快,表示患者正气恢复,预后良好。《金针赋》所谓“气速效速,气迟效迟”即为此意。但也应当注意,得气的强弱也因人因病而异,如一般体弱者得气宜弱,健壮者得气宜强,痹证者宜针感强些,面肌痉挛宜针感弱些。

在临床上针刺不得气时,要分析经气不至的原因。检查取穴定位是否准确,针刺角度、深浅是否适宜,手法运用是否恰当,据此重新调整腧穴的针刺部位、角度、深度和相应手法。若经过上述调整仍不得气,则可采用留针候气法等待气至。留针期间亦可间歇运针,施以提插、捻转等手法,以促气至。也可使用催气法。

P861 修改

考点三 疾徐补泻 修改为 疾徐补泻(助理不考)

P864 增补

增补考点九外周神经损伤

外周神经损伤是指针刺操作不当造成相应的神经干的损伤。

- 1.原因使用粗针强刺激,或出现触电感后仍然大幅度的提插,造成神经及神经干的损伤。
- 2.症状刺中神经干或神经根时,会出现触电样针感。当神经受损后,多出现麻木、灼痛等症状,甚至出现神经分布区域及所支配脏器的功能障碍或末梢神经炎等症状。
- 3.处理一旦出现神经损伤症状,勿继续提插捻转,应缓慢出针。可应用B族维生素类药物进行治疗。严重者可在相应经络腧穴上进行B族维生素类药物穴位注射,或根据病情需要应用激素冲击疗法以对症治疗。
- 4.预防针刺神经干附近穴位时,手法宜轻;出现触电感时,不可再使用强刺激手法。

P864 修改

考点一 修改为 患者状态的宜忌

考点二考点三内容合并 标题修改为 施术部位的宜忌

考点四 修改为 考点三 病情的宜忌

P866 增补

第一节

增补考点五引热外行

艾火的温热能使皮肤腠理开放,毛窍通畅,引热外行。《医学入门·针灸》曰:“热者灸之,引郁热之气外发。”灸法可用于治疗某些实热病证,如疔肿、带状疱疹、丹毒、甲沟炎等。对阴虚发热也可使用灸法,如选用膏肓、四花穴等治疗骨蒸潮热、虚劳咳嗽。

P872 增补

考点五 火针法(助理不考)

火针法是将特制的针具用火烧红针体后,迅速刺入人体的腧穴或一定部位,达到治疗疾病目的的方法。

(一)操作方法

1.术前准备

(1)选穴与毫针的选穴规律基本相同。取穴一般宜少,实证和青壮年患者取穴可略多。要采取舒适体位,以防因患者治疗中改变姿势而影响取穴的准确性。

(2)消毒对针刺部位用75%乙醇溶液消毒,或用0.5%~1%碘伏棉球消毒后用75%乙醇棉球脱碘。

2.烧针用乙醇灯烧红针尖及针体,根据针刺深度,决定针体烧红长度。刺手拇指、食指、中指微曲夹持针柄,针尖指向病变部位,置针于火焰的上1/3处,先加热针体,再加热针尖。火针烧灼的热度应根据针刺深浅确定:若针刺较深,需烧至白亮;若针刺较浅,可烧至通红;若仅使针体在表皮部位轻而稍慢地烙熨,则烧至稍红即可。烧针是使用火针的关键步骤,一定要将针烧红才能使用,否则影响疗效。《针灸大成》说:“灯上烧,令通红,用方有功。若不红,不能祛病,反损于人。”

3.进针、出针针体烧红后,应迅速、准确地刺入针刺部位,疾进疾退,也可刺入后留针5~15分钟再出针。出针后用无菌干棉球按压针孔,以减少疼痛并防止出血。

4.火针常用刺法

(1)点刺法在腧穴上施以单针点刺的方法。

(2)密刺法在体表病灶上施以多针密集刺激的方法,每针间隔不超过1cm。

(3)散刺法在体表病灶上施以多针疏散刺激的方法,每针间隔2cm左右。

(4)围刺法围绕体表病灶周围施以多针刺刺激的方法,针刺点在病灶与正常组织交界处。

(5)刺络法用火针刺入体表血液瘀滞的血络,放出适量血液的方法。

5.针刺深度针刺的深度,要根据患者的病情、体质和年龄以及针刺部位的肌肉厚薄、血管深浅等而定。一般而言,四肢、腰背部腧穴针刺稍深,可刺2~5分,胸背部腧穴宜浅刺,可刺1~2分,痣、疣的针刺深度应以刺到其基底为宜。

6.出针操作完毕,火针出针提离皮肤后,要用消毒干棉球迅速按压针孔,以减轻疼痛。如针刺处出血,一般勿止,待其自止。

(二)适用范围

火针法具有温经散寒、活血化瘀、软坚散结、祛腐生肌、止痛缓急、清热解毒等作用。适应范围较为广泛,主要用于治疗疼痛类疾病,如风寒湿痹、颈痹、漏肩风、腰痛、膝痛、软组织扭伤;皮外科疾病,如蛇串疮、湿疹、神经性皮炎、痈疽、疮疡、痿、痔、瘰疬等;也可用于胃下垂、泄泻、痢疾、脱肛、痛经、阳痿、小儿疝积、扁平疣、痣等疾病。

(三)注意事项

1.治疗前应向患者做好解释工作,消除患者的恐惧心理。

2.面部除用于治疗痣、疣等外,一般不宜用火针。

3.血管和神经干分布部位不宜用火针。

4.有自发性出血倾向的患者禁用火针。

5.针后局部发痒,避免用手搔抓,以防感染。针刺后,局部呈现红晕或红肿未完全消失时,应注意局部清洁,以防感染。

6.针刺较浅可不作特殊处理,若针刺3~5分,针刺后需用消毒纱布覆盖针孔,用胶布固定1~2天,以防感染。

P878 修改

第二十七章

第一节 针灸治疗原则

P884 修改

第二节面痛(助理不考) 修改为 第二节面痛

P887 修改

第五节坐骨神经痛(助理不考) 修改为 第五节坐骨神经痛

P905 删除

第二十一节痢疾(助理不考) 此病删除

P907 删除

第二十三节阳痿(助理不考) 此病删除

P914 增补 十七椎

第二节痛经

1.实证主穴 中极、次髎、地机、三阴交、十七椎

2.虚证主穴 关元、足三里、三阴交、十七椎

P919 增补

第八节 小儿多动症

考点一 辨证要点

小儿多动症是指儿童智力正常或基本正常,但有不同程度的注意力涣散、活动过多、情绪不稳、冲动任性、自我控制能力差、学习困难等症状。其发病与先天禀赋不足、后天失养、外伤瘀滞或情志失调等因素有关。病位在心、脑,与肝、脾、肾关系密切。基本病机是髓海空虚,元神失养;或气血不足,心神失养。

主症注意力不集中、活动过多、情绪不稳、冲动任性,伴有不同程度的学习困难,但智力正常或基本正常。

兼急躁易怒,多动多语,五心烦热,盗汗多梦,舌红,苔黄,脉细数者,为阴虚阳亢;兼精神疲倦,记忆力差,面色无华,遗尿,纳少便溏,舌淡,苔白,脉细缓者,为心脾两虚。

考点二 治法

调和阴阳,安神定志。取督脉及手少阴、手厥阴经穴为主。

考点三 选穴

主穴印堂四神聪太溪风池神门内关

配穴阴虚阳亢,配三阴交、太冲;心脾两虚,配心俞、脾俞。烦躁不安,配照海、神庭;记忆力差,配悬钟;盗汗,配阴郄、复溜;纳少,配中脘、足三里;遗尿,配中极、膀胱俞。

方义印堂为督脉穴,有宁心安神之效;四神聪位于头部,可安神定志,益智健脑;太溪为肾经原穴,填精生髓,育阴潜阳;风池镇肝潜阳;神门为心之原穴,内关为心包之络,合用可宁心镇定安神。

考点四 治疗操作

1.基本刺灸方法毫针刺,虚补实泻。

2.其他治疗

(1)耳针法取脑干、心、肝、肾、皮质下、肾上腺、交感、枕。每次取 2~4 穴,毫针刺或用埋针法、压丸法。

(2)皮肤针法取夹脊穴(C₇~T₁₀)、百会、印堂、三阴交、阳陵泉。轻叩,以皮肤潮红为度,每日 1 次。

头针法取顶颞前斜线、额中线、顶中线、顶旁 1 线、顶旁 2 线、颞前线。头针常规针刺,隔日 1 次。

P933 增补

第三十一章 五官科病证的针灸治疗

增补

第六节 鼻鼽

考点一 鼻鼽的辨证要点

鼻鼽是指突然和反复发作的以鼻痒、打喷嚏、流清涕、鼻塞等为主要表现的一种病证。呈季节性、阵

发性发作,亦可常年发病。其发生常与正气不足、外邪侵袭等因素有关。病位在鼻,与肺、脾、肾三脏关系密切。基本病机是肺气失宣,鼻窍壅塞。

主症 鼻痒,打喷嚏,流清涕,鼻塞。

遇风冷易发,气短懒言,自汗,面色苍白,舌质淡,苔薄白,脉虚弱者,为肺气虚寒;患病日久,鼻塞、鼻胀较重,面色萎黄,四肢倦怠,舌淡胖,边有齿痕,苔薄白,脉弱无力者,为脾气虚弱;病久体弱,神疲倦怠,形寒肢冷,小便清长,舌质淡,苔白,脉沉细无力者,为肾阳亏虚。

考点二 鼻鼽的治法

调补正气,通利鼻窍。取局部腧穴、手阳明经穴为主。

考点三 鼻鼽的选穴

主穴 迎香、印堂、风池、合谷、足三里

配穴 肺气虚寒——肺俞、气海;

脾气虚弱——脾俞、气海、胃俞;

肾阳亏虚——肾俞、命门。

考点四 鼻鼽的治疗操作

1.基本刺灸方法 毫针平补平泻法。印堂由上往下沿皮直刺至鼻根部;迎香由下往上沿鼻唇沟斜刺。

2.其他治疗

(1)耳针法 取内分泌、内鼻、肺、脾、肾,毫针刺,或用埋针法、压丸法。

(2)穴位敷贴法 取大椎、肺俞、膏肓、肾俞、膻中穴。用芥子 30g,延胡索、甘遂、细辛、丁香、白芷各 10g,研成粉末。上述药末用生姜汁调糊,涂纱布上,撒上适量肉桂粉,贴敷穴位。30~90 分钟后去掉,以局部红晕微痛为度。

(3)皮肤针法取夹脊穴(C₁~C₄)、背部第 1 侧线、前臂部手太阴肺经。叩刺至局部皮肤潮红。



第十篇

诊断学基础

第一章 症状学

第一节 发热

P938

增补:发热的概念

发热是指机体在致热原的作用下,或各种原因引起体温调节中枢功能障碍,导致体温升高超出正常范围

P939

修改:发热的临床分度 以口腔温度为标准,可将发热分为:低热为 $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$;中等度热为 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$;高热为 $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热为 41°C 以上。

第二节 头痛

P940

增补:头痛的概念

头痛是指局限于头颅上半部的疼痛,主要有额、顶、颞及枕部的疼痛,是临床常见的症状之一。

增补:头痛的伴随症状 伴脑膜刺激征见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血

修改:头痛的伴随症状

伴发热体温升高与头痛同时出现见于脑炎、脑膜炎等感染;先头痛后出现发热见于脑出血、脑外伤等。

第三节 胸痛

增补:胸痛的概念

胸痛是指颈部与上腹之间的不适或疼痛,主要是由胸部疾病引起,有时腹腔疾病也可引起胸痛。胸痛的程度因个体痛阈差异而不同,与病情轻重程度不完全一致。

第四节 腹痛

P942

增补:腹痛的概念

腹痛为临床常见症状,多由腹部脏器疾病所致,少数也可由腹腔外及全身性疾病引起腹痛按性质可分为器质性和功能性两种,按病情缓急可分为急性腹痛和慢性腹痛属外科范畴的急性腹痛也称“急腹症”,其特点是发病急、进展快、变化多、病情重,诊断延误或治疗不当会给病人带来生命危险

第五节 咳嗽与咳痰

P944

增补:咳嗽的概念

咳嗽是机体的防御性神经反射,有利于清除呼吸道分泌物、吸入物和异物。痰是气管、支气管的病理分泌物或肺泡内渗出液,借助咳嗽反射将其排出体外称为咳痰

修改:

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。(常见疾病删除慢性咽喉炎)

第六节 咯血

增补:咯血的概念

喉及喉以下的呼吸道及肺脏等任何部位的出血,经咳嗽动作从口腔咯出称为咯血。少量咯血可表现为痰中带血,大咯血时血液从口鼻涌出,常可阻塞呼吸道,造成窒息死亡,是内科急症之一。

修改:咯血的病因

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、流行性出血热等。

P945

增补:咯血的量及其性状 咯血铁锈色血痰可见于典型的肺炎链球菌肺炎。

修改:咯血的伴随症状

伴发热见于肺结核、肺炎链球菌性肺炎、肺脓肿、肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热等;

第七节 呼吸困难

增补:一呼吸困难的定义

呼吸困难是指患者主观上感到空气不足,呼吸费力;客观上表现为呼吸频率、节律与深度的异常,严重时出现鼻翼扇动、发绀、端坐呼吸及辅助呼吸肌参与呼吸活动。

修改:呼吸困难的病因

2.循环系统疾病 各种原因所致的急慢性左心衰竭、心包填塞、原发性动脉高压等。

4.血液系统疾患 如严重疾病如重度贫血、高铁血红蛋白血症等。

P946

修改:

2.心源性呼吸困难 主要由左心衰竭引起,临床上主要有三种表现形式:

4.中毒性呼吸困难

(2)药物及中毒 如吗啡、巴比妥类药物及有机磷农药中毒时,可抑制呼吸中枢,致呼吸减慢,也可呈潮式呼吸。一氧化碳、氰化物中毒时均可引起呼吸加快

5.精神或心理性呼吸困难 见于癔症、抑郁症患者。其特点是呼吸非常频速和表浅,并常因换气过度而发生呼吸性碱中毒,出现口周、肢体麻木和手足搐搦,经暗示疗法可使呼吸困难减轻或消失

增补:呼吸困难的问诊要点及临床意义

1.发病情况 注意询问是突发性还是渐进性,是吸气困难、呼气困难或吸气和呼气均困难,还应询问有无药物、毒物摄入史及外伤史。

2.发病诱因 劳力后出现呼吸困难,常见于心力衰竭早期、慢性阻塞性肺疾病、尘肺和先天性心脏病;呼吸困难于卧位时加重见于心力衰竭,直立时加重而仰卧位时缓解见于左房黏液瘤,健侧卧位时加重见于胸腔积液

3.伴随症状

(1)伴发热:见于肺炎、肺脓肿、胸膜炎、肺结核、急性心包炎等;

(2)伴咳嗽、咳痰:见于慢性支气管炎、阻塞性肺气肿合并感染、肺脓肿等;

- (3) 伴咯粉红色泡沫样痰:见于急性左心衰竭;
- (4) 伴大量咯血:常见于肺结核、支气管扩张症、肺癌等;
- (5) 伴胸痛:见于肺炎链球菌性肺炎、渗出性胸膜炎、自发性气胸、支气管肺癌、肺梗死、急性心肌梗死、纵隔肿瘤等;
- (6) 伴意识障碍:见于脑出血、脑膜炎、尿毒症、肝性脑病、肺性脑病、各种中毒等。

第八节 水肿

增补:水肿的概念

人体组织间隙有过多液体积聚,导致组织肿胀称为水肿可分为全身性水肿和局部性水肿过多液体在体内组织间隙呈弥漫性分布时,称全身性水肿;而液体积聚在局部组织间隙时,称局部性水肿当体腔内有液体积聚时称为积液,如胸腔积液、心包积液、腹腔积液等,是水肿的特殊形式

修改:水肿的病因

局部性水肿见于各种组织炎症、静脉回流受阻(静脉血栓形成、静脉炎等)、淋巴回流受阻(丝虫病、淋巴管炎、肿瘤压迫等)及血管神经性水肿。

P947

修改:水肿的临床表现

肾源性水肿特点为早期晨起时眼睑或颜面水肿,以后发展为全身水肿,伴有血尿、少尿、蛋白尿、管型尿、高血压、贫血等表现

修改:水肿的问诊要点及临床意义

1. 水肿开始的部位及发展顺序
2. 既往病史,尤其是心、肝、肾及内分泌等疾病史是否有使用肾上腺皮质激素、睾丸酮、雌激素等药物史。

删减:第九节 皮肤黏膜出血 全部内容

第十节 恶心与呕吐

P948

增补:恶心与呕吐的概念

恶心是一种上腹部不适、欲吐的感觉,可伴有流涎、出汗、皮肤苍白、心动过缓、血压下降等迷走神经兴奋的症状;呕吐是指胃或部分小肠内容物通过胃的强烈收缩,经食管或口腔排出体外的现象。恶心想为呕吐的前奏,一般恶心后随即呕吐,但两者也可单独存在。

第十一节 呕血与黑便

P949

增补:呕血与黑便的概念

呕血是因上消化道及其邻近器官/组织疾病,或全身性疾病导致上消化道出血,血液经口腔呕出黑便是血液经过肠道时,血红蛋白中的铁与肠内硫化物结合,生成硫化铁而使粪便呈黑色呕血和黑便是上消化道出血的主要症状,呕血均伴有黑便,但黑便不一定伴有呕血。

增补:呕血与黑便的临床表现

幽门以上的出血常表现为呕血和黑便,出血量大,呕吐物呈鲜红色或暗红色,常混有血块;出血量少,呕吐物呈咖啡色或棕褐色,或只有黑便幽门以下的出血常无呕血,只表现为黑便上消化道大出血时,可出现头昏、心悸、乏力、口渴、出冷汗、心率加快、血压下降等循环衰竭的表现

第十二节 黄疸

P950

修改:胆红素的正常代谢途径

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,增多时可通过肾小球滤过,从尿中排出。

修改:溶血性黄疸

实验室检查特点:血清总胆红素增多,以非结合胆红素为主,结合胆红素基本正常或轻度增高,尿胆原增多,尿胆红素阴性,大便颜色变深具有溶血性贫血的改变,如贫血、网织红细胞增多、血红蛋白尿、骨髓红细胞系增生旺盛等。

胆汁淤积性黄疸(阻塞性黄疸)

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,尿胆红素阳性尿色深,大便颜色变浅。

P951

修改:黄疸的问诊要点及临床意义

病程 黄疸快速出现者常见于急性病毒性肝炎、急性中毒性肝炎、胆石症、急性溶血等;黄疸持续时间长者见于慢性溶血、肝硬化、肿瘤等;黄疸进行性加重者,要考虑胰头癌、胆管癌、肝癌;黄疸波动较大者常见于胆总管结石等

第十三节 抽搐

增补:抽搐的概念

抽搐是指一块或一组肌肉快速、重复性、不自主地阵挛性或强直性收缩抽搐发作时一般是全身性的,伴有或不伴有意识丧失

修改:抽搐的病因

非感染性疾病①外伤:产伤、脑挫伤、脑血肿等②肿瘤:原发性肿瘤(如脑膜瘤、神经胶质瘤等)及转移性脑肿瘤③血管性疾病:脑血管畸形、高血压脑病、脑栓塞、脑出血等④癫痫。

第十四节 意识障碍

P952

增补:意识障碍的概念

意识障碍是指当弥漫性大脑皮质或脑干网状结构发生损害或功能抑制时,机体对自身状态和客观环境的识别与觉察能力出现障碍

修改:意识障碍的病因

2.全身性疾病

(1)感染性疾病 见于全身严重感染性疾病,如伤寒、中毒性菌痢、重型肝炎、流行性出血热、钩端螺旋体病、中毒性肺炎、败血症等

(2)非感染性疾病 ①心血管疾病:阿-斯综合征、重度休克等②内分泌疾病:甲状腺危象、黏液性水肿性昏迷、糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷、低血糖性昏迷、垂体性昏迷等③代谢性脑病:尿毒症昏迷、肝性脑病、肺性脑病等。

修改:昏睡是一种比嗜睡重的意识障碍,患者近乎不省人事,处于熟睡状态,不易唤醒。

P953

增补:意识障碍的问诊要点及临床意义

1.既往史 询问有无高血压、心脏病、肝脏病、肾脏病、糖尿病、甲状腺功能亢进症、慢性阻塞性肺疾病、颅脑外伤、肿瘤、癫痫等病史,有无手术、外伤、中毒及药物过敏史等

2.发病诱因 询问糖尿病患者降糖药或胰岛素的用量、肝脏病患者应用镇静剂等情况,有无在高温或烈日下工作等诱因

3.伴随症状①伴发热:先发热后有意识障碍,见于脑膜炎、脑炎、败血症等;先有意识障碍后发热,见于脑出血、蛛网膜下腔出血、脑肿瘤、脑外伤等②伴呼吸缓慢:见于吗啡、巴比妥类、有机磷杀虫剂等中毒、颅内高压等③伴瞳孔散大:见于脑疝、脑外伤、颠茄类、酒精、氰化物等中毒,癫痫,低血糖昏迷等④伴瞳孔

缩小:见于脑桥出血,吗啡类、巴比妥类及有机磷杀虫剂等中毒⑤伴高血压:见于高血压脑病、脑梗死、脑出血、尿毒症等⑥伴心动过缓:见于颅内高压症、房室传导阻滞、甲状腺功能减退症、吗啡类中毒等⑦伴脑膜刺激征:见于各种脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。

第二章 问诊

增补:问诊的方法与注意事项

1. 问诊的方法

医生对患者首先从礼节性谈话开始,自我介绍,明确患者本次就诊目的,根据不同患者的具体情况,采用不同类型的提问方式,语言要通俗易懂,避免使用医学术语,可用开放性或直接提问,避免诱导式或暗示性、责难性、连续性提问及杂乱无章的重复提问每一部分病史询问结束时要进行归纳总结对危重患者询问要简明扼要,迅速,并立即进行抢救

2. 问诊的注意事项

问诊时环境要安静;仪表、礼节和友善的举止;态度要和蔼、亲切、同情和耐心,应对患者适当微笑或赞许地点头示意;交谈时采取适当的姿势表示对患者的尊重和理解;不乱解释,不要不懂装懂,也不要简单回答“不知道”,可以提供自己所知道的情况供患者参考;问诊时记录要尽量简单、快速,并与患者作必要的眼神交流;问诊结束时,应感谢患者的合作

第三章 检体诊断

第一节 基本检查法

P956

增补:视诊的内容和方法

视诊是检查者用眼睛来观察被检者全身或局部表现的检查方法视诊既能观察全身的一般状态,如年龄、发育、营养、意识状态、面容与表情、体位、姿态、步态等,又能观察局部体征,如皮肤、黏膜、五官、头颈、胸廓、腹部、脊柱、肌肉、骨骼、关节等外形特点但对特殊部位则需借助特殊仪器进行检查

在体格检查中,视诊适用范围广,使用器械少,得到的体征最多,常能提供重要的诊断资料和线索视诊时应注意:①应在间接日光下或灯光下进行,但观察皮疹或黄疸时必须在自然光线下进行,观察搏动、肿物、某些器官的轮廓时以侧面光线为宜;②在温暖环境中进行,被检者采取适宜的体位,裸露全身或检查部位,如需要可配合做某些动作;③应按一定顺序,系统、全面而细致地对比观察;④应结合触诊、叩诊、听诊、嗅诊等检查方法,综合分析、判断,使检查结果更具有临床意义

修改

浅部触诊用一手轻轻放在被检查部位,利用掌指关节和腕关节的协同配合,轻柔地进行滑动触摸。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

深部触诊主要用于腹腔内病变和脏器的检查嘱患者平卧,屈膝,张口平静呼吸检查者立于右侧,用温暖的一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部组织进行触诊。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

第二节 全身状态检查

P959

修改:10.面具面容 面部呆板、无表情,似面具样。见于帕金森病、脑炎等

增补:11.贫血面容 面色苍白,口唇色淡,表情疲惫见于各种原因所致的贫血

P960

修改:间歇性跛行行走时,因下肢突发疼痛而停止前行,休息后继续前行见于闭塞性动脉硬化、高血压动脉硬化等

增补:跨阈步态患足下垂,行走时先将膝关节、髋关节屈曲,使患肢抬很高才能起步,如跨越门槛之势

见于腓总神经麻痹出现的足下垂患者

第四节 淋巴结检查

P962

修改

检查某部淋巴结时,应使该部皮肤和肌肉松弛,以利于触摸。如发现有肿大的浅表淋巴结,应记录其位置、数目、大小、质地、移动度,表面是否光滑,有无粘连,局部皮肤有无红肿、压痛和波动,是否有瘢痕、溃疡和瘰管等,同时应注意寻找引起淋巴结肿大的病灶。

第五节 头部检查

P962

修改:眼部检查

1.眼睑检查时注意观察有无红肿、浮肿,睑缘有无内翻或外翻,睫毛排列是否整齐及生长方向,两侧眼睑是否对称,上睑抬起及闭合功能是否正常。

P963

增补:角膜检查

角膜边缘出现灰白色混浊环,称为老年环,是类脂质沉着所致,多见于老年人或早老症。

修改:调节反射与集合反射嘱被检查者注视 1m 以外的目标(通常为检查者的示指尖),然后逐渐将目标移至距被检查者眼球约 10cm 处,同时观察双眼瞳孔的变化情况,由看远逐渐变为看近,即由不调节状态到调节状态时,正常反应是双侧瞳孔逐渐缩小(调节反射)、双眼球向内聚合(集合反射)。当动眼神经受损害时,调节和集合(辐辏)反射消失。

修改:眼球凹陷 双侧眼球凹陷见于重度脱水,老年人由于眶内脂肪萎缩而有双侧眼球后退;单侧眼球凹陷见于 Homer 综合征或眶尖骨折。

P964

修改:鼻窦 额窦、筛窦、上颌窦和蝶窦,统称为鼻窦。鼻窦区压痛多为鼻窦炎。蝶窦因解剖位置较深,不能在体表检查到压痛。

第六节 颈部检查

P965

修改:颈动脉搏动增强,常见于主动脉瓣关闭不全、高血压、甲状腺功能亢进症及严重贫血等。(删除发热)

第七节 胸壁及胸廓检查

P966

修改:胸廓一侧或局限性变形 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。

修改: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。

修改:乳房检查视诊 乳头有血性分泌物见于乳管内乳头状瘤、乳腺癌。

修改:急性乳腺炎时乳房红、肿、热、痛,常局限于一侧乳房的某一象限触诊有明显压痛的硬块。

第八节 肺和胸膜检查

P967

增补:3.呼吸运动 健康人在平静状态下呼吸运动平稳而有节律,胸廓两侧动度一致、对称

(1)呼吸运动减弱或消失①一侧或局部:见于大叶性肺炎、中等量以上胸腔积液或气胸、胸膜增厚或粘连、一侧肺不张等②双侧:见于慢性阻塞性肺气肿、两侧肺纤维化、双侧大量胸腔积液、呼吸肌麻痹等。

(2)呼吸运动增强①局部或一侧:见于健侧的代偿②双侧:见于酸中毒大呼吸、剧烈运动

P968

增补:肺上界 即肺尖的上界,其内侧为颈肌,外侧为肩胛带。自斜方肌前缘中部叩诊为清音,逐渐叩向外侧,变为浊音时为肺上界外侧终点;然后再由中部向内侧叩,由清音变为浊音时为肺上界内侧终点。此清音带的宽度即为肺尖的宽度,正常为4~6cm,右侧较左侧稍窄。肺上界变窄见于肺尖有结核、肿瘤、纤维化、萎缩或胸膜增厚等;肺上界增宽见于气胸、肺大泡、肺气肿等,叩诊可呈鼓音或过清音。

修改:肺泡呼吸音 此为气体进出肺泡产生的声音,正常人除了可听到支气管呼吸音及支气管肺泡呼吸音的部位外,其余肺部任何区域都可听到。

修改:

病理性支气管呼吸音 在正常肺泡呼吸音部位听到支气管呼吸音,亦称管状呼吸音主要见于:肺组织实变,如大叶性肺炎实变期等;肺内大空洞,如肺结核、肺脓肿、肺癌形成空洞时;压迫性肺不张,见于胸腔积液、肺部肿块等使肺组织受压发生肺不张时。

病理性支气管肺泡呼吸音 在正常肺泡呼吸音的区域听到支气管肺泡呼吸音常见于肺实变区域较小且与正常肺组织掺杂存在,或肺实变部位较深并被正常肺组织所遮盖。

P969

增补:水泡音可分为大、中、小湿啰音和捻发音。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。

P970

修改:儿童时期患慢性风湿性心脏瓣膜病伴右心室增大者。

第九节 心脏、血管检查

P971

修改:二尖瓣区位于心尖搏动最强处,又称心尖区。

三尖瓣区位于胸骨下端左缘,即胸骨左缘第4、5肋间处。

修改:心音性质改变:心肌有严重病变时,心肌收缩力明显减弱,致使 S_1 失去其原有特征而与 S_2 相似,同时因心搏加速使舒张期明显缩短致收缩期与舒张期时间几乎相等,此时听诊 S_1 、 S_2 酷似钟摆的“滴答”声,称为钟摆律。如钟摆律时心率超过120次/分,酷似胎儿心音,称为胎心律,提示病情严重。以上两者可见于大面积急性心肌梗死和重症心肌炎等。

心音分裂:① S_1 分裂:当左、右心室收缩明显不同步时,可出现 S_1 分裂,在二、三尖瓣听诊区都可听到,但以胸骨左下缘较清楚,多见于二尖瓣狭窄等,偶见于儿童及青少年② S_2 分裂:临床上较常见,由主、肺动脉瓣关闭明显不同步所致,在肺动脉瓣区听诊较明显可见于青少年,尤以深吸气更明显。临床上最常见的 S_2 分裂,见于右室排血时间延长,肺动脉瓣关闭明显延迟(如完全性右束支传导阻滞、肺动脉瓣狭窄、二尖瓣狭窄等),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)时。

P972

修改:2.出现的时期 按杂音出现的时期不同,可分为:①收缩期杂音:出现在 S_1 与 S_2 之间②舒张期杂音:出现在 S_2 与下一个心动周期的 S_1 之间③连续性杂音:连续出现于收缩期及舒张期,并不为 S_2 打断④双期杂音:收缩期和舒张期都出现,但不连续,性质不一致。舒张期杂音及连续性杂音均为器质性,收缩期杂音可为功能性

P974

修改:重搏脉指正常脉搏后均有一次较弱的脉搏可触及,见于伤寒、败血症、低血容量休克等。

第十节 腹部检查

P976

增补:液波震颤

检查时患者仰卧,医师用手掌面贴于患者一侧腹壁,另一手四指并拢屈曲,用指端迅速叩击对侧腹壁,如腹腔内有大量游离液体(3000~4000mL以上),则贴于腹壁的手掌可感到液波的冲击,称为液波震

颤或波动感。为防止腹壁本身的震动传至对侧,可让另一人将手掌尺侧缘轻压于患者脐部腹中线上,即可阻止腹壁震动的传导。

P977

修改 2.腹部肿块触诊 腹腔脏器的肿大、异位、肿瘤、囊肿或脓肿、炎性组织粘连或肿大的淋巴结等均可形成肿块。如触到肿块要鉴别其来源于何种脏器,上腹中部肿块多来源于胃或胰腺的肿瘤,右肋下肿块常与肝胆有关,两侧腹部的肿块常为结肠肿瘤;是炎症性还是非炎症性,炎性肿块压痛明显,如肝炎、肝脓肿、阑尾周围脓肿等,而非炎性肿块压痛轻微或不明显;是实质性还是囊性,实质性肿块质地可柔软、中等硬或坚硬,见于炎症、结核和肿瘤,而囊性肿块触之柔软,见于脓肿或囊肿等;是良性还是恶性,良性肿块多为圆形且表面光滑,而形态不规整、表面凹凸不平及坚硬者多为恶性;在腹腔内还是在腹壁上,还须注意肿块的部位、大小、形态、质地、压痛、搏动、移动度、与邻近器官的关系等。

P978

修改:胃泡鼓音区 胃泡鼓音区位于左前胸下部,上界为膈及肺下缘,下界为肋弓,左界为脾脏,右界为肝左缘。

第十三节 神经系统检查

P980

增补:脑神经检查

1.视神经

(1)视神经检查包括视力、视野和眼底检查。

(2)视野反映黄斑中央凹以外的视网膜及视觉通路的功能,视觉通路的任何部位受到损害,都可引起视野缺损。

(3)眼底检查需要用检眼镜,观察视乳头、视网膜、视网膜血管、黄斑有无异常。视乳头水肿常见于颅内肿瘤、视神经受压迫等,如颅内出血、脑膜炎、脑炎等引起的颅内压增高,视网膜出血常见于高血压、出血性疾病等。视网膜有渗出物可见于高血压、慢性肾炎、妊娠高血压综合症等。原发性视神经萎缩见于球后神经炎或肿瘤。

2.动眼神经

动眼神经位于中脑,支配上直肌、下直肌、内直肌、下斜肌、上睑提肌、瞳孔括约肌和睫状肌。

动眼神经麻痹可表现为上睑下垂;眼球转向外下方,有外斜视和复视;眼球不能向上、向下、向内转动;瞳孔扩大;对光反射、调节反射、集合反射消失。常见于颅底肿瘤、结核性脑膜炎、脑出血合并脑疝等

3.三叉神经

三叉神经位于脑桥,主要支配面部感觉和咀嚼运动

三叉神经刺激性病变时,可出现三叉神经痛,常表现为突然发作的一侧面部剧痛,可在眶上孔、上颌孔和颞孔三处有压痛点,且按压时可诱发疼痛。

4.面神经

(1)面神经主要支配面表情肌和分管舌前 2/3 味觉。面神经核位于脑桥,分上、下两部分:上部受双侧大脑皮质运动区支配,下部仅受对侧大脑皮质运动区支配。

(2)中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法,见下表

	中枢性面神经麻痹	周围性面神经麻痹
病因	核上组织(包括皮质、皮质脑干纤维、内囊、脑桥等)受损	面神经核或而神经受损

续表

	中枢性面神经麻痹	周围性面神经麻痹
临床表现	病灶对侧颜面下部肌肉麻痹,可见鼻唇沟变浅,露齿时口角下垂(或称口角歪向病灶侧),不能吹口哨和鼓腮等	病灶同侧全部面肌瘫痪,从上到下表现为不能皱额、皱眉、闭目,角膜反射消失,鼻唇沟变浅,不能露齿、鼓腮、吹口哨,口角下垂(或称口角歪向病灶对侧)
临床意义	多见于脑血管病变、脑肿瘤和脑炎等	多见于受寒、耳部或脑膜感染、神经纤维瘤引起的周围型面神经麻痹,此外,还可出现舌前2/3味觉障碍等

删除:中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法(下图)

修改:皮质型特点为四肢或下肢感觉障碍,并有复合感觉障碍,见于大脑皮层感觉区损害。

增补:运动功能检查

随意运动 指受意识支配的动作,由大脑皮质通过锥体束支配骨骼肌来完成。检查的重点是肌力。

增补:共济运动

(1)检查方法 指鼻试验、对指试验、轮替动作、跟-膝-胫试验、闭目难立试验等

(2)临床意义 正常人动作协调、稳准,如动作笨拙和不协调时称为共济失调,可分为三种:①觉性共济失调:与视觉有关,睁眼时减轻,闭眼时加重,伴有深感觉障碍,常见于感觉系统病变,如多发性神经炎、亚急性脊髓联合变性、脊髓空洞症等。②小脑性共济失调:与视觉无关,不受睁眼与闭眼的影响,伴有肌张力降低、眼球震颤等,常见于小脑疾病。③前庭性共济失调:以平衡障碍为主,伴有眩晕、恶心、呕吐及眼球震颤,常见于梅尼埃病、脑桥小脑角综合征等。

P981 删除:中枢性与周围性瘫痪的鉴别

第四章 实验室检查

第一节 血液的一般检查

P985

修改:一、血红蛋白测定和红细胞计数,红细胞形态变化

(一)参考值

血红蛋白(Hb):男性130~175g/L;女性115~150g/L。

红细胞(RBC):男性 $(4.3\sim 5.8)\times 10^{12}/L$;女性 $(3.8\sim 5.1)\times 10^{12}/L$ 。

(二)临床意义 红细胞及血红蛋白增多

单位容积循环血液中血红蛋白量、红细胞数高于参考值高限。诊断标准:成年男性Hb>180g/L,RBC> $6.5\times 10^{12}/L$;成年女性Hb>170g/L,RBC> $6.0\times 10^{12}/L$ 。

P986

修改:二、白细胞计数和白细胞分类计数,中性粒细胞核象变化

(一)参考值 白细胞总数:成人 $(3.5\sim 9.5)\times 10^9/L$ 。

修改:临床意义

成人白细胞数> $9.5\times 10^9/L$ 称为白细胞增多,< $3.5\times 10^9/L$ 称为白细胞减少。白细胞总数的增减主要受中性粒细胞数量的影响。

修改:减少中性粒细胞绝对值< $1.5\times 10^9/L$ 称为粒细胞减少症,< $0.5\times 10^9/L$ 称为粒细胞缺乏症

增补:异形淋巴细胞正常人外周血中偶可见到(<2%)。增多主要见于病毒感染性疾病,如传染性单核细胞增多症、流行性出血热等。

P987

修改:四、血小板计数 参考值 $(125\sim 350)\times 10^9/L$ 。

增补:六、C 反应蛋白(CRP)检测

CRP 是一种能与肺炎链球菌 C-多糖发生反应的急性时相反应蛋白。主要由肝脏产生,广泛存在于血清和其他体液中,具有激活补体、促进吞噬和免疫调理的作用。CRP 测定对炎症、组织损伤、恶性肿瘤等疾病的诊断及疗效观察有重要意义。

1.参考值 免疫扩散法:血清 $<10\text{mg/L}$ 。

2.临床意义 CRP 增高见于各种急性化脓性炎症、菌血症、组织坏死、恶性肿瘤等的早期。可作为细菌感染与非细菌感染、器质性与功能性疾病的鉴别指标,一般细菌性感染、器质性疾病 CRP 增高。

第二节 血栓与止血检查

P988

修改:1.血浆 D-二聚体测定 参考值 $0\sim 0.256\text{mg/L}$

修改:④动脉血栓栓塞的预防、心脏换瓣术后,INR 为 2.0~3.5。

第四节 肝脏病常用的实验室检查

P990

删除 血氨测定

修改:血清蛋白电泳参考值 醋酸纤维素膜法:白蛋白 $0.62\sim 0.71(62\%\sim 71\%)$; α_1 球蛋白 $0.03\sim 0.04(3\%\sim 4\%)$; α_2 球蛋白 $0.06\sim 0.10(6\%\sim 10\%)$; 任球蛋白 $0.07\sim 0.11(7\%\sim 11\%)$; 球蛋白 $0.09\sim 0.18(9\%\sim 18\%)$ 。

第五节 肾功能检查

P992

修改:肾小球滤过率(GFR)测定

1.参考值男性: $125\pm 15\text{mL/min}$;女性:约低 10%

2.临床意义

GFR 减低见于各种原发性、继发性肾脏疾病。GFR 是反映肾功能最灵敏、最准确的指标

修改:参考值男性 $149\sim 416\mu\text{mol/L}$,女性 $89\sim 357\mu\text{mol/L}$ 。

第六节 常用生化检查

P994

增补:葡萄糖耐量试验临床意义③确定空腹血糖受损(IFG)FBG $6.1\sim 6.9\text{mmol/L}$,2hPG $<7.8\text{mmol/L}$ 。

P995

修改:血清总胆固醇(TC)测定

参考值 合适水平: $<5.18\text{mmol/L}$ 边缘水平: $5.18\sim 6.19\text{mmol/L}$ 。增高: $>6.22\text{mmol/L}$ 。

修改:血清甘油三酯(TG)测定 参考值 合适范围: $<1.70\text{mmol/L}(150\text{mg/dL})$

边缘升高: $1.70\sim 2.25\text{mmol/L}(150\sim 199\text{mg/dL})$ 升高: $\geq 2.26\text{mmol/L}(200\text{mg/dL})$

修改:低密度脂蛋白(LDL)测定 参考值 合适范围: $<3.37\text{mmol/L}(130\text{mg/dL})$ 。边缘升高 $3.37\sim 4.12\text{mmol/L}(130\sim 159\text{mg/dL})$ 。升高: $\geq 4.14\text{mmol/L}(160\text{mg/dL})$ 。

P996

修改:血清钾测定 参考值 $3.5\sim 5.3\text{mmol/L}$ 。

修改:血清钠测定 参考值 $137\sim 147\text{mmol/L}$

修改:血清氯测定 参考值 $96\sim 108\text{mmol/L}$ 。

修改:血清钙测定 参考值血清总钙: $2.2\sim 2.7\text{mmol/L}$;离子钙: $1.10\sim 1.34\text{mmol/L}$ 。

第七节 酶学检查

P997

修改:急性胰腺炎发病后2~3小时血清AMS开始增高,12~24小时达高峰,2~5天后恢复正常。如

达 3500U/L 应怀疑此病,超过 5000U/L 即有诊断价值。尿 AMS 于发病后 12~24 小时开始增高,尿中 AMS 活性可高于血清中的 1 倍以上,多数患者 2~10 天后恢复到正常

P998

修改:

急性心肌梗死((AMI)CK 在发病后 3~8 小时开始增高,10~36 小时达高峰,3~4 天后恢复正常,是 AMI 早期诊断的敏感指标之一。在 AMI 病程中,如 CK 再次升高,提示心肌再次梗死。

增补:

脑钠肽(BNP)主要由心肌细胞分泌的利尿钠肽家族的成员,又称 B 型利钠肽,具有排钠、利尿,舒张血管作用。心功能障碍能够极大地激活利钠肽系统,心室负荷增加导致 BNP 释放,形成 BNP 前体(pro-BNP),再裂解为无活性的、半衰期为 60~120 分钟的氨基末端 BNP 前体(NT-pro-BNP)和有活性的、半衰期仅为 20 分钟的 BNP 释放入血。BNP 的释放与心衰程度密切相关。

1.参考值 BNP1.5~9.0pmol/L,判断值>22pmol/L(100ng/L);NT-pro-BNP<125pg/mL。

2.临床意义

(1)心衰的诊断、监测和预后评估 BNP 升高对心衰具有极高的诊断价值临床上,NT-pro-BNP>2000pg/mL,可以确定心衰治疗有效时,BNP 水平可明显下降。若 BNP 水平持续升高或不降,提示心衰未得到纠正或进一步加重。

(2)鉴别呼吸困难 通过测定 BNP 水平可以准确筛选出非心衰患者(如肺源性)引起的呼吸困难,BNP 在心源性呼吸困难升高,肺源性呼吸困难不升高。

(3)指导心力衰竭的治疗 BNP 对心室容量敏感,半衰期短,可以用于指导利尿剂及血管扩张剂的临床应用;还可以用于心脏手术患者的术前、术后心功能的评价,帮助临床选择最佳手术时机。

第八节 免疫学检查

P999

修改:血清免疫球蛋白测定参考值成人血清 IgG7.0~16.0g/L;IgA0.7~5.0g/L;IgM0.4~2.8g/L;IgD0.6~2mg/L;IgE0.1~0.9mg/L。

修改:补体 C₃测定参考值单向免疫扩散法 0.85~1.7g/L。

P1000

修改:血清癌抗原 125(CA125)测定

参考值 RIA、ELISA:男性及 50 岁以上女性<2.5 万 U/L;20~40 岁女性<4.0 万 U/L(RIA)。

P1001

修改:可提取性核抗原抗体谱测定改为 抗 Sm 抗体、抗 SSA 抗体谱测定

抗可提取性核抗原多肽(ENA)抗体是针对细胞核中可提取性核抗原的自身抗体,包括抗核糖核蛋白抗体、抗酸性核蛋白(Sm)抗体、抗 SSA 抗体等。对这些自身抗体的检测,可用于自身免疫性疾病的诊断和鉴别诊断。

1.参考值免疫印迹试验(IBT):阴性

2.临床意义

(1)抗 Sm 抗体 阳性抗 Sm 抗体为 SLE 所特有,疾病特异性达 99%,但敏感性低。

(2)抗 SSA 抗体 阳性干燥综合征中阳性率最高,敏感性达 96%;在亚急性皮肤性狼疮、新生儿狼疮等疾病中也有很高的阳性率;还可见于类风湿关节炎、SLE 等。

第九节 尿液检查

P1003

修改:尿沉渣计数临床意义白细胞数增多见于泌尿系感染,如肾盂肾炎及急性膀胱炎;红细胞数增多见于急、慢性肾炎。