

名词解释

1。症状诊断：症状诊断（symptomatic diagnosis）是根据尚未查明病因的症状或体征提出的初步诊，如发热待查（FUO）或水肿原因待查等。

2。病理生理诊断：病理生理诊断（pathophysiological diagnosis）又称为功能诊断，是对各系统器官功能的判断，如心功能不全三度或心功能四级。

3。病理解剖诊断：病理解剖诊断（pathological diagnosis），又称病理形态学诊，指出病变的部位，范围及器官或组织甚至细胞水平的病变性质。如二尖瓣狭窄等。

4。病因诊断：病因诊断（etiological diagnosis）是根据致病素所作出的诊断，对疾病的防治具有重要意义，是最理想的诊断，如防痼性痢疾。

5。诊断：诊断（diagnosis）是将问诊、体格检查，实验室检查及其他各种检查所获得的资料。经过分析，综合及推理而作出的符合客观实际的判断性结论。

6。门诊病历：是门诊病人就诊时书写的病历记录，其内容除包括一般项目（科别、姓名、性别、年龄及就诊日期等）外，应具体记录简要的病史（history）、体征、化验或器械检查的项目及结果，初步诊断及治疗或其他处理意见，门诊病历应简明扼要、重点突出。

7。再住院病历：指由于旧病复发而再次住院的病历。其内容包括以往住院病历的摘要，及前次出院后至本次住院前的病情变化与诊治经过。过去史、个人史及家族史等可从略，但如发现新情况应加以补充。如因新患疾病再次住院，不应写再住院病历，应书写完整的住院病历。

8。病程记录：是病人在住院期间全部病情变化及诊断治疗过程的记录。

9。病历：病历（case history）是记载病的发生，发展，诊断以及转归的医疗记录，是临床医师对病人进行调查了解，将搜集到的资料加以归纳，整理后书写的文字记录。

问诊名解

1.问诊--为临床基本诊断方法之一，是医师通过科学的询问达到了解疾病的起因，发展，经过，现及属性的一种诊断方法。

2.冶游史(Seductive history)--有嫖娼，卖淫等不洁性交经历，在医学术语上称冶游史。

3.问诊--为临床基本诊断方法之一，是医师通过科学的询问达到了解疾病的起因，发展，经过，现及属性的一种诊断方法。佳美文印整理

4.主诉为--病人感受最主要的或最明显的症状或体征及持续时间

5.冶游史(Seductive history)--有嫖娼，卖淫等不洁性交经历，在医学术语上称冶游史。

肺部检查名词解释

1。呼吸三凹征：上呼吸道部分梗阻时，气流进入肺中不畅，呼吸肌收缩、肺内负压极度增高，出现胸骨上窝、锁骨上窝及肋间隙向内凹陷。

2。病理性管状呼吸音：在正常肺泡呼吸音的部位听到了支气管呼吸音，则为异常支气管呼吸音。

3。胸膜腔：覆盖在肺表面的胸膜为脏层胸膜（visceral pleura），而覆盖在胸廓内面，膈上面及纵隔表面的胸膜为壁层胸膜（parietal pleura）。两层在肺门部相互反折延续，形成左、右两个完全封闭的无气腔隙，称为胸膜腔（pleural cavity），腔内为负压，使两层胸膜紧贴，但腔内有少量浆液，以减少呼吸时两层胸膜的摩擦。

4。三凹征：当上呼吸道部分梗阻，吸气时气体入肺不畅，呼吸肌收缩，肺内负压极度增高，吸气时间延长，发生吸气性呼吸困难。同时出现胸骨上窝，锁骨上窝及肋间隙向内凹陷，称为三凹征（three depression sign）。

5。Kussmaul 呼吸：严重的代酸中毒病人为排出体内较多的二氧化碳，调整酸碱平衡，可出现深而快的呼吸，称为 Kussmaul 呼吸或深长呼吸。

6。遏止性（restrained）呼吸：指在吸气过程中因胸部剧痛而突然停顿或断续的呼吸运动。常见于急性胸膜炎、胸膜肿瘤、肋骨骨折及胸背部外伤等。

7。叹气样（shinnig）呼吸：自觉胸部胀闷不适，在正常的呼吸基础上间隔一段时间即出现一次深大呼吸，似叹气样。其后自觉症状减轻或缓解。转移其注意力可使此深大呼吸消失，见于神经衰弱，忧郁或精神紧张者。

8。双吸气（double inspration）呼吸：又称抽泣样呼吸，是在过程中连续两次吸气后再行呼气，类似哭啼后的抽泣。常见于颅内压增高和脑疝早期病人。

9。蝉鸣性呼吸（stridalas respiration）：多发生于吸气性呼吸困难病人，当上呼吸道梗阻，空气吸入困难，吸气时发生一种高调的音响，称为蝉鸣样呼吸。常伴有“三凹征”。多见于喉头水肿，痉挛或喉癌、气管异物等。也可见于百日咳病人阵发性咳嗽之后。

10。触觉语颤：被检查者发音时产生声波，沿气管、支气管及肺泡，传到胸壁引起共鸣振动，可用手掌在胸壁触到，这种振动称为触觉语颤（vocal tactile fremitus）。

11。空瓮音（amphoric note）：是鼓音的一种，叩诊时具有金属性回响，颇似以手指弹击充气良好的小皮球所发出的声音。常见于表浅而腔壁光滑的大空洞或张力性气胸等。

12。浊鼓音：是一种兼有浊音及鼓音特点的混合性叩诊音，常发生于肺泡壁弛缓而肺泡内含气量减少的情况下。多见于肺不张及肺炎的充血期或消散期，肺水肿等。少量或中量的胸腔积液时，积液上方的肺组织受压而萎缩，叩诊时也可呈浊鼓音，称为（skoda）叩响。

13。肺部听诊音：呼吸时气流进出呼吸道肺泡产生湍流而引起振动，发出声音，经过肺组织和胸壁传至胸部体表，在体表听到的声音为肺部听诊音。包括呼吸音、罗音、听觉语音等。

14。断续性呼吸音：由于肺脏某一局部性小的炎性病灶或小支气管狭窄，空气不能均匀地进入肺泡，引起吸气音断续而呈不规则的短促音隙，又称齿轮呼吸（cogwheel breathing）音。常见于肺炎、肺结核等。但应与因寒冷、疼痛或精神紧张所致的断续性肌肉收缩时的附加音相鉴别，后者与呼吸运动无关。

1 5。有响性湿罗音：因发生湿罗音的病变周围有良好的传导介质或有空洞的共鸣作用，使湿罗音较响亮。若空洞壁光滑或有液气胸时，湿罗音还可带有金属调。常见于肺炎及肺空洞调整等。

1 6。无响性湿罗音：由于产生湿罗音的病变周围有较多正常肺组织，声波在传导中逐渐减弱，使湿罗音的音响较低，听诊时有遥远感。

1 7。振荡音：当摇动病人胸部时，在胸外能直接听到振荡的声音，称为振荡音（succussion sound）。常见于液气胸病人，但应与上腹部的振水音相区别，后者见于胃潴留病人。

1 8。胸骨角：胸骨柄与胸骨体交接处向前突起而形成的夹角，即为胸骨角（sternal angle），又称 Louis 角。恰为胸骨与第二肋软骨连接处，为在前胸部计数肋骨顺序的标志。此处也是气管分叉、心房上缘及上下纵隔的交界部位。

1 9。胸骨下角：又称腹上角，为两则肋弓（第 7～10 肋软骨连接而成）在胸骨下端会合处所形成的夹角，即胸骨下角（infrasternal angle）。正力体型者为直角，超力体型者为钝角，无力体型者为锐角。佳美文印整理,正常人该角为 $70^{\circ} \sim 110^{\circ}$ 。

2 0。肋脊角：由第 12 肋骨与脊柱构成的夹角称为肋脊角（costaspinal angle）。肾脏及上输尿管位于此角内。

2 1。鸡胸：胸廓前后径略大于左右横径，胸部上下长度较短，胸骨下端向前突起，胸廓侧壁可凹陷，称为鸡胸（pigeon chest）。

2 2。佝偻病串珠：在前胸壁各肋软骨与肋骨连接处肥大隆起形成串珠状，称为佝偻病串珠（rachitic rosary）。

2 3。肋隔沟：又称 Harrison 沟，为前胸下部的肋骨向外翘起，自胸骨剑突开始沿膈肌附着部位向内凹陷形成一条沟，称为肋膈沟。

2 4。漏斗胸：漏斗胸（funnel chest）是前胸下部及剑突显著内缩，使胸廓呈漏斗状。

2 5。肋膈窦：每侧的肋胸膜与膈胸膜在肺下界以下的转折处形成一个突腔，称为肋膈突（sinus phrenicocostalis）。该突有 2～3 个肋间距离，当深吸气时也不能被肺组织完全充满。

2 6。胸膜摩擦感：当胸膜有炎症时，脏层与壁层胸膜之间因纤维蛋白沉着而使接触面变粗糙，呼吸运动时相玛摩擦，用手可触到似皮革互相摩擦的感觉。此称为胸膜摩擦感（pleurative friction sensation）。

腹部检查名词解释

1.舟状腹--前腹壁呈弥漫性的明显内凹，而且凹陷几乎贴近脊柱，肋弓，髂嵴和耻骨联合显露，全腹呈舟状。

2.隐血便--消化道少量出血而不引起大便颜色改变时，只有靠隐血试验的方法才能检出，称为隐血便。

3.阑尾炎--在右髂前上棘与脐的连线的外 1/3 与内 2/3 交界处有明显的压痛。

4.腹围--让病人空腹排尿后卧，用一软尺经脐绕腹一周，测得的周长即为腹围。

5.腹部膨隆--仰卧时前腹壁明显高于肋缘至耻骨的水平线。

6.Cullen 征--脐周围发蓝，为腹腔大出血的征象，偶见于异位妊娠破裂或脐部子宫内膜异位症的月经期，也可见于急性出血性坏死性胰腺炎。

7.腹部凹陷--仰卧时前腹壁明显低于肋缘至耻骨的水平线。

8.条纹--又称腹纹，多分布在下腹部.白纹可见于肥胖患者；妊娠纹呈淡蓝色或粉红色，产后则呈银白色，紫纹是皮质醇增多症的一个常见的征象，除下腹和髂部外还出现于大腿上部，臂外侧和髂嵴下部。佳美文印整理

9.Grey-Turner 症--左腰部呈蓝色，为血液自腹膜间隙渗到侧腹壁的腹膜外组织间隙所致，常见于急性出血坏死性胰腺炎。

10.脐疝--各种原因所致的脐部组织薄弱，当剧咳或腹内压力显著增高时，可使脐膨出，称为脐疝。

11.腹外疝--腹腔内容物经腹壁，骨盆的间隙或薄弱部分向体表突出，形成腹外疝。

12.海蛇头--是门脉高压症的体征之一，在门静脉阻塞时，可见到自脐部向四周放射的一簇曲张静脉。

13.蠕动波--当胃肠道发生梗阻时，梗阻近端的胃肠产生阵发性蠕动加强，在腹部有时可见到胃型或肠型，此即为蠕动波。

14.板状腹--胃肠道穿孔或实质性脏器破裂等原因所致的急性弥漫性腹膜炎，腹壁不仅紧张，且常强直，严重者犹如木板状，故称板状腹。

15.揉面感--全腹壁紧张度增加，触之犹如揉面团一样，称为揉面感。多见于结核性腹膜炎，癌性腹膜炎，癌肿性腹膜炎和血腹等。

头部名词结实

1、清音(resonant note):是肺部正常的叩诊音，频率约为100—128次/S 振动持续时间较长，为一种音强不甚一致的非乐性音。清音提示肺组织弹性，含气量致密度正常。

2、嗅诊(olfaction)：医师的嗅觉判断发自病人身体的特异气味与疾病关系的一种诊断方法。

3、听诊(auscultation)：医师用听觉或借助听诊器来听取身体各部位运动器官发出的声音的一种临床诊法。佳美文印整理

4、颈静脉怒能：卧位时颈静脉充盈超过锁骨上缘至下颌角距离的下2/3，或坐位、立位时出现颈静脉充盈。

5、肥胖：超过标准体重的20%以上。

6、蜘蛛痣：皮肤小动脉来末端与支性扩成前形成的血管痣，形似蜘蛛。

7、淤斑：皮肤或粘膜下出血常形成红色或暗红色的斑，如果出血直径大于5毫米，称淤斑

8、反跳痛：当医生用手压血病人腹部疼痛部位而突然放开时，病人感觉疼痛加重，并有痛苦表情。

9、被动体位：病人自己不能调整（或变换）体位。

10、强迫体位：为了减轻病人的痛苦，病人常常被迫采取某种体位。

- 1 1、紫癜：皮下出血直径约 3 — 5 毫米
- 1 2、斑血疹：在血疹周围有皮肤发红的底盘
- 1 3、恶病质：极度消耗
- 1 4、olive征：主动脉弓部发生毒性动脉瘤时，在颈前中部可以触诊气管随心脏的搏动而向下 动的感觉，此种现象称olive征，其产生与梅毒性在动脉时，使主动脉弓根部与左侧支气管发生粘连，当心脏收缩时瘤体膨大，将气管向下后方牵压所致。olive征为诊断主动脉弓瘤的重要临床征象。
- 1 5、颈后三角：(posterical cervtcal triangle)为颈部后方的自然结构区域，左右各一、临床上常用发标记颈部病变部位。三角前蜀为胸锁乳突肌，下界为锁骨上缘，后界为斜方肌前缘。
- 1 6、颈前三角(antericd cervtcal triangle) 为头颈部前方的自然结构区域，左右各一，临床上常用以标记颈部病变部位。三角上界与下颌骨下缘，内界为正中线，外界为胸锁乳突肌内缘。
- 1 7、睑内翻(entreption)由于疤痕形成，睑缘向眼球方向内卷，使睫乱接触眼球，刺激角膜，患者有异物感，流泪、疼痛。检查时可发现，结膜充血，严重是可出现角膜溃疡。
- 1 8、koplik斑：在麻疹发病的早期，于相当第二磨牙的颊粘膜随近可见到大头针帽大小的灰白色斑点，绕似红晕，初呈期在，后可能融合。也可见于唇内侧及牙龈粘膜，偶见于上腭，一般持续 1 6 — 1 8 h，大多在出疹后消失。故为麻疹发疹前的早期诊断指标。
- 1 9、睑外翻：(extropion)是指睑缘离开眼球向外翻转的状态。严重外翻，角膜失去保护与滑沟，可以发生溃疡。睑外翻可由疤痕及老年下睑松弛，麻痹、痉挛等原因引志。
- 2 0、视力(vision) 即视敏度。视力分周边视力与中心视力的两种。中心视力是检查眼底黄斑中心窝以外的视网膜功能。用远距离视力表。在距 5 m 年能看清 “ 1 . 0 ” 引视标，或用近距离视力表。在距 3 3 c m 处看清 “ 1 . 0 ” 引视标量， 为正常视力。
- 2 1、草莓舌(strawberry tongue)：由于舌炎致炎使面乳头发红。肿胀貌似草莓见于猩红热或长期发热的病人。
- 2 2、光滑舌 (smooth tongue)：也称镜面舌，是由于舌乳头萎缩，舌体变小，变薄，舌面光滑呈粉红色或红色，见于缺铁性贫血，恶性贫血及慢性萎缩性胃炎。
- 2 3、毛舌：(hairy tongue)：也称黑舌 舌面敷有黑色或褐黑色乱状舌苔，故称毛舌：所为舌面皱状乳头缠绕了直菌丝以及舌面乳头上皮细胞群失调，真菌得以繁殖的病人。
- 2 4、牛肉舌(beef tongue)：早期表现为舌尖及舌的边缘充血发红，随后蔓延及全舌以及口腔粘膜均发红，晚期舌面上皮细胞脱落，并有表线溃疡，可伴疼痛，时久舌乳头萎缩，干燥状似生牛肉样，故名。见于糙皮病。由烟酸缺乏所致。
- 2 5、色盲 (color blind) 指患者失去了对颜色识别能力，多为先天性缺陷， 为锥细胞缺少某种感光色素（红、绿或蓝）所致。佳美文印整理
- 2 6、Hutchinson牙：晚期传梅毒，牙齿的发音可以遭到换，表现恒牙上的切牙上宽下窄气楔状。两中切牙的咬合面正中有帮状节透，为先天梅毒的重要临床体征。
- 2 7、鼻翼扇动 (nasal ala flap)：平时呼吸鼻翼无明显动作，当呼吸困难时，两则鼻于吸气时开大，呼气时复原这种动作称为鼻翼扇动。见于大叶肺为，支气管哮喘，心源性哮喘等。
- 2 8、地图舌(geographic tongue)：舌面丝状乳头间脱落上皮细胞堆积形成黄色隆起的部分，状如地图模型，故名。
- 2 9、色觉障碍 (disterbance of color sensation)为视网膜组织感色成分的异常致使对颜色判断能力的减损可分先于性与后天性两种，用色盲表可以测定。
- 3 0、色弱 (color weakness)：指患者对颜色辨别能力的降低或不足) 主要是对颜色差别较小的特制视标辨别能力不足。
- 3 1、深昏迷：意识全部丧失，强刺激也不能引起反应。肝体常呈弛缓状态。深、浅反射均消失。偶有深反射亢进与病理反射出现。机体仅能维持呼吸与血循环功能。
- 3 2、病危面容：在大出血、严重休克，脱水急性腹膜炎，患者表现面肌瘦削。面色苍白或铅灰色表情淡漠，目光暗晦 眼窝深陷 鼻骨峭耸，亦称 nippcrote面容。

3 3、面具面容：为震颤性麻痹的特异面容。表现面肌运动减少，面容呆板不眨眼，双目凝视，无表情如面具状。除见于震颤性麻痹外，也可见于脑炎患者。

3 4、满月面容：为cushing综合征及长期应用肾上腺皮质激素患者的特异性面容。面颊软组织增生加宽变圆，皮肤小血管扩张，伴有痤疮，唇、腮、颊部出现须毛。

3 5、慢性面容：指慢性消耗性疾病者的面容表现如面色灰暗或苍白，目光暗淡无神面容憔悴无等。

3 6、苦笑面容：为破伤风患者的一种特异性面容，发作时面肌痉挛，牙关紧闭，口角向上，双眉上扬，前额皱缩，形似苦笑。

3 7、急生面容：指急性发热性疾病的面容表一，如面色潮红，兴奋不安，鼻翼扇动，口唇痉疹，表情痛苦。

3 8、伤寒面容：为伤寒患者的一种特异性病容，也可见于一些高热衰弱的病人，如脑脊髓膜炎、脑炎等。表现为高热衰弱，表情淡漠，反应迟钝，淡然无欲。

3 9、粘液性水肿面容：为患甲状腺功能减低时所出现的一种特异性面容。表现为颜面水肿，目光无神，反应迟钝，眉发稀疏，舌大肥厚，表情呆滞。

4 0、肢端肥大症面容：头颅增大，眉弓高突，两颧隆起，下颌增长，唇舌肥厚，耳鼻增大为肢端肥大症的特异性病容。

4 1、甲亢面容：为患甲状腺功能亢进时所表现的一种特异性面容，有眼裂加宽、眼球突出，目光闪烁，兴奋不安，激动易怒，表情惊愕等。

4 2、二尖瓣面容（mitral face）：是风湿病变引致二尖瓣狭窄，所形成的临床征象。表现为面颊紫红，口唇发绀，机理是由于二尖瓣狭窄，肺部淤血，面颊部小血管通过迷走神经反射性扩张所致。

4 3、生命征（VITAL SIGN）：是生命活动存在与质量重要显明的征象，是体格检查的重点内容之一。内容包括：体温、脉搏、呼吸、血压四项指标。

4 4。视诊（INSPECTION）：医师用视觉来观察病人全身与局部表现的诊断方法。

4 5。触诊（PALPATION）：医师通过手的感触获得检查印象的一种诊断方法。

4 6。叩诊（PERCUSSION）医师用手指或手掌叩击病人体表的某部位，使之震动产生音响，根据音响的特点来判断被检查部位组织或脏器状态的一种诊断。

4 7。过清音（HYPERRESONANT SOUND）：是展示鼓音的一种变音，介于鼓音与清音之间，音调较清音低，音响较清音强，为一种类乐音。临床上常见于肺组织含气量增多，弹性减弱时，如肺气肿。

4 8。实音（FLAT SOUND）：叩诊胸部时所出现的一种特殊的音响，音调较浊音更高，音响更弱，振动持续时间更短的非乐音，如叩击实质脏器心或肺所产生的音响。在病理状态下，见于大量胸腔积液或肺实变等。佳美文印整理

4 9。鼓音（TYMPANIC NOTE）：是一种和谐的乐音，与清音相比音响更强，振动持续时间也较长，在叩击含有大量气体的空腔器官时出现。正常见于左下胸的胃区及腹部。病理情况下：可见于肺空洞，气胸、气腹等。

5 0。浊音（DULL NOTE）是一种音调较高、音响较弱、振动持续时间较短的非乐性叩诊音。当叩击被少量含气组织覆盖的部分，或在病理状态下如肺炎（肺组织含气量减少）所表现的叩诊音。

重要而明显的征象，是体格检查的重点之一。内容包括：体温、呼吸、脉搏、血压四项指标。

二尖瓣面容（MITRAL FACE）：是风湿病变引致二尖瓣狭窄所形成的临床征象，表现为面颊紫红，口唇发绀，机理是由于二尖瓣狭窄，肺部淤血，面颊部小血管通过迷走神经反射性扩张所致。由亢在容（HYPERTHYROID

FACE）：为患甲状腺功能亢进量所表现的一种特性面有眼裂加宽 眼球突出，目光闪烁，兴奋不安，激动易怒，表情惊愕等。

心脏检查解释

1、脉搏短绌：在听诊同时数心率与脉搏，当发现脉率比心率少时，这种脉搏脱离现象称之为脉搏短绌。

2、主动脉瓣第二听诊区：胸骨左缘第三、四肋间处。

3、二尖瓣型P波：I、II、AVL、P波宽 >0.11 ，“顶峰呈双峰，峰距 >0.04 ”。

4、钟摆律：当心肌有严重病变时，第一心音失去原有的特征而与第二心音相似，同时心搏加速且舒张期与收缩期的时间几乎相等，相似钟摆声。

5、高血压：成人血压收缩压在160mmHg或以上，及/舒张压在95或以上。

6、水冲脉：脉搏骤起骤降，急促而有力。

7、颈静脉充盈：正常人立位或坐位时颈外静脉常不显露，平卧时可稍见充盈，充盈的水平限于锁骨上缘至下颌角距离的下2/3处。卧位时如充盈度超过正常水平，或立位与坐位时可见明显静脉充盈，称为颈静脉充盈。

8、交替脉：为一种节律正常而强弱交替出现的脉搏，这是心室收缩强弱交替的结果，为心肌损害的一种表现。

9、奇脉：在吸气时脉搏明显减弱甚或消失的现象，称奇脉，见于心包积液时。

10、奇脉：在吸气时脉搏明显减弱甚或消失的现象。

11、抬举性心尖搏动：病理情况下，左心室肥大时，心尖搏动增强，范围亦较大，多大于2厘米，明显者则强而有力，用手指触诊时，可使指端抬起片刻，称抬举性心尖搏动。

12、Graham steell 杂音：在肺动脉瓣区听到的舒张期叹气样杂音。由于肺动脉扩张致瓣膜相对性关闭不全而引起的。见于二尖瓣狭窄。

13、开瓣音：在二尖瓣狭窄时，于第二心音之后出现的一个音调较高而清脆的附加音，是由于心室舒张早期血液由左心房迅速流于左心室，房室瓣开放突然停止而产生的振动所致。

14、脉搏短绌：同时测定心率和脉率，发现脉率少于心率。这种脉搏脱落的现象

15、负性心尖搏动：正常心脏收缩时，心尖搏动向外凸起。若心脏收缩时心尖反而向内陷者，称为负性心尖搏动。

16、震颤：是用手触知的一种细微的震动感，为器质性心血管疾病的特征性体征之一。

17、肝颈静脉回流征：按压右心功能不全病人肿大的肝脏时，颈静脉明显充盈（怒张），称为肝颈静脉回流征(hepatojugular reflux sign)阳性。若颈静脉不充盈则为阴性。阳性是右心功能不全的重要征象之一。

18、水冲脉：由于脉压增大，致脉搏骤起骤降，急促而有力，称为水冲脉(water hammer pulse)，亦称为 Corrigan 脉，降落脉或速脉。见于主动脉关闭不全，甲亢、严重贫血及动脉导管未闭。

19、交替脉：是一种节律正常而强弱交替出现的脉搏，多因心肌受损，心室收缩强弱交替所致，见于高血压性心脏病、冠心病等。佳美文印整理。

20、动脉枪击音：在脉压增大时，于股动脉或肱动脉处可听到“哈哈”音，称为

枪击音(pistol shot sound)，亦称射弹音， 见于主动脉瓣关闭不全。

2 1、 **Duroziez** 双重杂音：当听到枪击音时，在股动脉近端用手指加压，则可听到一种“突哈—突嗒”的杂音，在收缩、舒张两期均可听到故称双重杂音，也称 **Duroziez** 双重杂音。也是由于脉压增大所致，见于主动脉瓣关闭不全、甲亢、严重贫血、高热患者。

2 2、 **Musset** 征：在主动脉瓣关闭不全时，脉压增大，致颈动脉搏动明显，头部可随搏动呈节奏性点头运动，亦称点头征(**Musset** 征)。

2 3、大炮音：在完全性房室传导阻滞时，心房、心室的搏动各不相关，形成房室分离；当心房、心室偶然同时收缩时，则出现第一心音极响亮，通常形象地称其为大炮音 (**canon sound**)。

2 4、胎心律：当钟摆律伴有心动过速，心率在120 次/分以上时,酷似胎心音， 称为胎心律(**embryocardia**)。

2 5、钟摆律：当心肌有严重病变时，第一心音失去原有的特征与第二心音相似，同时心搏加速。舒张期与收缩期的时间几乎相等时，则极似钟摆声称为钟摆律(**pendular rhthm**)。

2 6、心音分裂：左右两侧心室活动较正常显著不同步，两者的时距明显加大，两个房室瓣或两个半月瓣关闭的时间差大于 0.4S，则听诊时第一个心音分成两个声音，该现象称为心音分裂(**splitting of heart sounds**)。

2 7、额外心音：除原有的四个心音外，在某些情况下，尚能听到一个额外的附加心音，如喷射音、喀喇音、开瓣音及心包叩击音等，与正常心音相区别，将其统称为额外心音或附加心音。

2 8、 **Barlow** 综合征：由于右室乳头肌、腱束松弛延长，在收缩中期被骤然拉紧，或二尖瓣后叶脱垂翻转入左房,腱索瓣膜发生振动产生喀喇音。并由于瓣膜脱垂致关闭不全，产生收缩晚期杂音。此种收缩期喀喇音伴收缩晚期杂音称二尖瓣脱垂综合征。

2 9、奔马律：在舒张期第二心音之后，出现一个额外附加音，与第一、二心音共同组成三音心律，其韵律犹奔驰的马蹄着地的声音，称为奔马律(**gallop rhythm**)。

3 0、第三心音奔马律：第三心音奔马律也称舒张期奔马律或室性奔马律，是加强的病理性第三心音与第一、二心音共同组成的三音心律，多出现于心率加快，在 100 次/分以上时。

3 1、第四心音奔马律：第四心音奔马律也称房性奔马律，是加强的病理性第四心音与第一、二心音共同组成的三音心律，多出现在心率加快达 100 次/分以上时。

3 2、重叠型奔马律：亦称舒张中期奔马律。是由于心率显著增速超过 120 次/分或房室传导延长使舒张期缩短，致心室快速充盈期与心房收缩同时发生，此时第四心音提前出现，在舒张中期与第三心音互相重叠，形成一个响亮的单一声音，与第一、二心音形成音调，间隔大致相等的奔马律。

3 3、四音心律：是在心脏病变严重时，四个心音均较明显，其韵律好像火车开动时车轮撞击铁轨所产生的声音“克—伦—达—拉”，故又称火车头节律或火车头奔马律。

3 4、开瓣音：亦称二尖瓣开放拍击音。二尖瓣狭窄患者的心室舒张早期，血液自左房迅猛流入左心室，二尖瓣由于病变粘连，开放到一定程度便突然中止而产生振动，于是在第二心音后出现一个清脆、音调较高的附加音，称开瓣音。

3 5、心包叩击音：也称缩窄性心包炎舒张早期音。是在缩窄性心包炎时，出现在第二心音之后的一个较响的额外心音，实质是增强变化了的第三心音。

3 6、心脏杂音：是在心音以外出现的一种杂乱无章的较长的机械震动，属噪音范畴。

3 7、Austin Flint 杂音：主动脉瓣关闭不全时，在舒张期从主动脉返流入左心室的血液将二尖瓣前叶冲起，形成相对性二尖瓣狭窄，于二尖瓣听诊区听到的舒张期杂音。

3 8、Craham Steell 杂音：在肺动脉高压时，肺动脉扩张引起相对性肺动脉瓣关闭不全而产生的舒张期杂音。常见于二尖瓣狭窄病人

3 9、Gibson 杂音：动脉导管未闭时，在心脏搏动的整个周期中血液从主动脉经未闭的导管流入肺动脉产生湍流场而形成杂音。该杂音类似机器转动的轰鸣声，故称机器样杂音，亦称(Gibson)杂音。

4 0、窦性心律不齐：当窦性心律的周期在短时间内发生波动时，称为窦性心律不齐(sinus arrhythmia)。最常见的是呼吸性窦性心律不齐，表现为吸气时心率增快，呼气时心律减慢。窦性心律不齐一般无重要临床意义。

4 1、二联律与三联律：当出现过早搏动时，若每隔一个正常心搏后出现一个早搏称为二联律(bigeminal rhythm)。若每隔 2 个正常心搏出现一个早搏，或每个正常心搏后，连续出现两个过早搏动称为三联律(trigeminal rhythm)。

4 2、短绌脉：在心房颤动时，若同时测定心率与脉率，可发现脉率少于心率，这种脉搏脱落现象，称为脉搏短绌或短绌脉(pulse defect)。此种现象亦可见于频发多源性过早搏动。

4 3、主动脉瓣型心脏：主动脉瓣关闭不全时，血液加流至左心室，致左心室容量负荷增加；或高血压主动脉压力增高时，致左心室收缩期压力负荷增加，均可导致左心室肥大，心浊音界向左下扩大，致心腰或直角，使心浊音区呈靴形，称为靴形心脏，也称主动脉型心脏。

4 4、二尖瓣型心脏：风湿性心脏瓣膜病二尖瓣狭窄所致右室肥大，左房及肺动脉扩大，导致心腰部饱满膨出，使心浊音界呈梨形，称为梨形心，也叫二尖瓣型心脏。

4 5、周围血管征：周围血管征包括musset 征，颈动脉搏动明显，毛细血管搏动征水冲脉，动脉枪击音及 Duroging 双重杂音，由于动脉差增大引起，常见于主漏、甲亢、严重贫血。

症状学

1．症状：

2．发热：

3．寒战：

4．酸中毒大呼吸：

5．三凹征：

6 . 出血点:

7 . 淤斑:

8 . 假性腹泻:

9 . 便秘:

1 0 . 皮肤,

1 1 . 紫绀:

1 2 . 便血:

1 3 . 腹泻:

1 4 . 浅昏迷:

1 5 . 昏睡:

1 6 . 惊厥:

1 7 . 放射痛:

1 8 . 体征:

1 9 . 牵涉痛:

2 0 . 稽留热:

2 1 . 黄疸:

2 2 . 弛张热:

2 3 . 水肿:

2 4 . 谵妄:

2 5 . 盗汗:

2 6 . 主诉:

2 7 . 潮式呼吸:

1 . 症状: 在病理生理基础上或病理基础上, 病人主观的异常感觉称症状(symptom) , 如头痛、发热等。

2 . 发热: 当致热原作用于体温调节中枢或体温中枢本身功能紊乱等原因, 致体温起超出正常范围则称发热 (fever)。

3 . 寒战: 机体的热能主要产生肝脏和肌肉, 而骨骼肌的产生作用尤大。当机体在某些致热属物质 (主要是细菌内毒素) 的强烈作用下, 肌肉收缩可能特别强烈, 临床上则表现为寒战 (rigor)。

4 . 酸中毒大呼吸: 在代谢性酸中毒 (尿毒症、糖尿病酮中毒) 时, 血中酸性代谢产物强烈刺激呼吸中枢, 使呼吸深而规规, 可伴有鼾声, 称酸中毒大呼吸 (Kussmaulrespiration)。

5 . 三凹征: 由于喉、气管、大支气管的炎症, 水肿、肿瘤或异物等引起狭窄或梗阻时, 吸气显著困难, 而高度狭窄时呼吸肌极度紧张, 胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙在吸气时明显下陷, 称为三凹征。

6．出血点：出血常形成红色或暗红色的斑，压之褪色，出血直径在2mm 以内者称出血点或淤点。

7．淤斑：皮肤粘膜出血斑大于 5mm 者，称淤斑。

8．假性腹泻：排便次数增多粪便成形者，称为假性腹泻。

9．便秘：排便次数减少，每 2 — 3 天或更长时间一次，无规律性。粪质干硬，粘膜的

1 0．皮肤，将其染成黄色，称之为黄疸(Jaundice)。

1 1．紫绀：血液中还原血红蛋白增多，致皮肤与粘膜呈现青紫色的现象称紫绀(cyanosis)。但广义的紫绀，应包括少数异常血红蛋白衍化物（变铁血红蛋白、硫化血红蛋白）所致的皮肤粘膜青紫现象。

1 2．便血：消化道出血是，血中肛门排出，色鲜红暗红或柏油样黑色，或粪便带血，称为便血(hemutochezia)，一般认为上消化道出血量在 50ml 以上即可出现黑便。

1 3．腹泻：肠粘膜分泌旺盛或吸收障碍，肠蠕动过快，致排便频率增加、粪质稀薄且含有异常成分，称为腹泻(diarrhea)。

1 4．浅昏迷：意识大部分丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应，对疼痛刺激尚可出现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应，角膜的反射，瞳孔对光反射，眼球运动，吞咽反射等可存在，称为浅昏迷。佳美文印整理

1 5．昏睡：是接近于人事不省的意识状态，患者处于熟睡状态，不易唤醒。虽强烈刺激（如压迫眶上神经，摇动患者身体等）可唤醒，但很快又再入睡，醒时答话含糊或答话非所问，称之为昏睡(stupor)。

1 6．惊厥：四肢，躯干与颜面骨骼肌非自主的强直与阵挛抽搐，引起关节运动，常为全身性对称性伴有或不伴意识丧失，称为惊厥(corwulsion)。

1 7．放射痛：某一内脏器官有病变，尚可感到远离该器官的某部位体表或深部组织疼痛。

1 8．体征：能被客观检查到的表现称体征(sign)，如黄疸、心脏杂音等。

1 9．牵涉痛：起源于内脏疾病的痛觉冲动为使机体产生疼痛感，定位于体表，且常位于病变脏器的远距离处，这种疼痛称牵涉痛(Neforred Pain) 痛觉发生在相应脊髓后根支配的皮肤区域。

2 0．稽留热：体温持续于 39~40℃左右,达数天或数周， 2 4 小时波动范围不超过 1℃。潮式呼吸：是一种由浅切而至深快，再由深快而至浅切，之后经过一段呼吸暂停，再开始如上新周期性呼吸。

2 1．黄疸：是由于胆色素代谢障碍致血液中胆红素浓度增高，渗入组织，尤其是巩膜、粘膜和皮肤，染成黄色所致。

2 2．弛张热：体温在 3 9℃以上，但波动幅度大， 2 4 小时内作温差达 2℃以上，体温最低时一般仍高于正常水平。

2 3．水肿：皮下组织的细胞内及组织间隙液体潴留过多所致。

2 4．谵妄：是一种以兴奋性增高为主的高级神经中枢急性活动失调状态，表现为意识模糊

定向力消失，感觉错乱，躁动不安，言语杂乱。

2 5 . 盗汗：夜音睡后出汗。

2 6 . 主诉：病人感觉最明显、最痛苦的主要症状或体征以及发病到就诊的时间（或答：主要症状或体征+持续时间）。

实验名词解释

1 。嗜多色性红细胞：正常成熟红细胞胞浆淡弱酸性，瑞氏染色条件下呈较均匀的染红色，整个红细胞或其中一部分呈灰蓝色，称为嗜多色性红细胞。

2 。硷性点彩红细胞：在瑞化染色条件下，红细胞胞浆中存在大小不等，多少不一的嗜硷性墨蓝色颗粒，其睡浆每具有嗜多色性色调，此种细胞称为硷性点彩红细胞。

3 。染色质小体：位于成熟劝红细胞胞浆中的紫红色小体，呈圆形大小约 $1 \sim 2 \mu m$,可一个或数个是核的残余物。见于巨幼细胞性贫血，溶血性贫血、及脾切除征。

卡搏环：位于嗜多色性或硷性点彩红细胞胞浆中的一种紫红色细线圈状结构呈圆形或“8”字形。见于铅中毒、巨幼细胞性贫血、溶血性贫血和恶性贫血。

4 。核左移：周围血中杆状核粒细胞增式或出现晚幼粒、中幼粒和早幼粒等细胞时，均称为核左移，常见于急性化脓性细菌感染，急生中毒及急生溶血反应也可见到。

5 。核右移：正常人周围血中的中性粒细胞以三叶核者为主，若五叶者超过 5 %时为核右移。主要见于营养性巨幼细胞性贫血、恶性贫血时。

6 。中毒颗粒：在较严重的化脓性细菌感染及大面积烧伤等情况时，中性粒细胞胞浆中出现粗大的分布不均匀的墨蓝色颗粒，称为中毒颗粒。

7 。异型淋巴细胞：在正常人的血片中，偶尔可见到一种形态变异的淋巴细胞，称为异型淋巴细胞。主要见于传染性单核细胞增多症及其他病毒感染性疾病。

8 。网织红细胞：是晚幼红细胞脱核后的年轻细胞，由于其胞浆中尚残存嗜硷性核糖体、核糖核酸等物质，由煌焦油蓝进行活体染色后，胞浆中可见蓝绿色的网状结构，故名网织红细胞。

9 。红细胞直径曲线：用目镜测微计，分别测出染色体薄血片上 1 0 0 个或 2 0 0 个红细胞直径后，把各红细胞改直径数据深成红细胞大小分布的曲线，称为红细胞直径曲线，即 Priccjones 曲线。

1 0 。平均红细胞体积：系指每个红细胞的平均体积，以 $f 1 c m 3$ 为单位。

红细胞比积：抗凝血在一定条件下离心沉淀，由此而测出红细胞在全血中所占体积的百分比，称为红细胞比积。

1 1 。平均红细胞血红蛋白含量：系指多个细胞内所含血红蛋白的平均量，以 $p g$ 为单位。

平均血红蛋白浓度：平均血红蛋白浓度，系指多升红细胞中所含血红蛋白的克数，此 g/l 表示。

1 2。红细胞沉降率：红细胞沉降率：指红细胞在一定条件下沉降的速度，以 mm/h 表示。

1 3。酸溶血试验：在弱酸的条件下，观察病人红细胞在含有补体和正常人血清中有无溶血的试验。主要用于诊断阵发性睡眠性血红蛋白尿症。

1 4。红细胞渗透脆性试验：将红细胞悬浮于不同浓度的低渗氧化钠溶液里，借以观察，判断红细胞脆性强弱的试验。主要用于诊断先天性球形红细胞增多症。

1 5。蔗糖水溶血试验：观察病人的红细胞在含有补体改等渗 10% 蔗糖水溶液中，有无溶血的试验。主要用作阵发性睡眠性血红蛋白尿的筛选试验。佳美文印整理

1 6。血尿：正常人尿液中无红细胞或偶见个别红细胞、离心沉淀后的尿液，显微镜下多高倍视野有 2 个以上红细胞，称为血尿(hematuria)。血尿轻症者尿色正常，须经显微镜检查方能确定，称显微镜血尿，重症者则尿呈洗肉水色甚至血色，称肉眼血尿。

1 7。白细胞介素 I：纯化了的内热原是淋巴细胞激活因子性质相同的类激素物质，现已称为原细胞介素 I (interleukin I)，它能刺激辅助 T 淋巴细胞增生，产生机体和免疫反应。

1 8。尿三杯试验：取三个清洁玻璃杯，嘱患者一次排尿，将前、中、后三段尿先后分别排入三个玻璃杯中，如前段尿中含有血液（初血尿），而其余二杯无血液或很少血液提示血液来自尿道，尿道口滴血则来自尿道。如后段尿中含有血液（终末血尿），提示血液来自膀胱颈部和三角区，后尿道或前列腺。如三杯尿中均有血液（全程血尿）提示血液来自肾脏，输尿管或膀胱内弥漫性出血的，女性血尿须排除生殖器官出血混入尿内。

1 9。骨髓增生程度：骨髓涂片中成熟红细胞与有核细胞之比称骨髓增生程度，正常为 20：1。

2 0。镜下血尿：尿沉渣镜检时，正常人红细胞 < 3 个 / HP，当红细胞 > 3 个 / HP，而外观无血色者，称镜下血尿。

2 1。核左移：周围血中杆状增多或并出现晚幼粒、中幼粒、早幼粒等细胞时均称为核左移。最常见于各种病原体所致的感染，特别是急性化脓性细菌感染时。

网织红细胞：是指晚幼红细胞脱核后到完全成熟的红细胞之间的过渡型细胞。

2 2。糖尿：尿糖定性阳性或定量检查尿糖 $> 900 mg/24$ 小时称糖尿。

胆红素转氨酶分离现象：在病毒性肝炎时，如胆红素进行性增高，而转氨酶无明显增高或先增高后下降，出现胆红素和转氨酶解离现象。可能为肝炎后出现肝坏死的表现。

2 3。粒红比值：是指粒细胞各阶段细胞百分率总和与各阶段幼细胞百分率总和之比。正常人 3：1。

2 4。非白血性白血病：有少数白血病病人的血片中可以找不到原始的白血病晚，这种病例习惯上常称为非白血性白血病。

2 5。隐血：上消化道少量出血时，粪便外观无异常，显微镜下也不易查见红细胞，因为红细胞已被消化液破坏，这种用肉眼及显微镜均不能证明的微量血液称为隐血，需靠化学方法即隐血试验检出。

2 6。白陶土样便：即灰白色粪便。由于进入肠道的胆汁缺少或缺如使粪便中缺乏粪胆素所

致。主要见于阻塞性黄疸时。

27。柏油样便：粪便呈暗褐色或黑色质软，富有光泽如柏油状，故称柏油样便，由上消化道出血所致。由于出血部位较高，红细胞被胃肠道消化液破坏后，变为正铁血红素、卟啉及硫化铁，而使粪便呈黑色。因硫化铁刺激小肠分泌过多的粘液，使粪便质软并富有光泽。上消化道出血 50～75ml 即可出现柏油样便。

28。血清总胆红素(STB)：血清中直接胆红素和间接胆红素的总量称为血清总胆红素。
GPT—黄疸分离：当肝脏严重损伤时，血清转氨酶活性随黄疸加深而急剧下降，这种现象称为 GPT—黄疸分离。见于各型重症肝炎。

29. 甲胎蛋白 (AFP)：是人体胚胎时期血液中含有的一种特殊蛋白，在醋酸纤维膜电泳上，其位置在白蛋白和 α 球蛋白两个区带之间故称甲种胎儿蛋白，尚称甲胎蛋白。AFP 阳性有助于原发性肝癌的诊断。

30. 血清蛋白电泳：根据血清蛋白质的分子量和所带电荷的差异用电泳的方法将血清蛋白质分为白蛋白、 α 1 球蛋白、 α 2 球蛋白、 β 球蛋白、 β 球蛋白及、 γ 球蛋白等区带，称为血清蛋白电泳。

31. 肾小球滤过率：单位时间内经肾小球滤出的血浆液体量，称肾小球滤过率。是反映肾小球滤过功能的主要客观指标。

32. 肾脏清除率：是指肾脏于单位时间内，能将若干毫升血浆中所含的某物质全部加以清除，其结果以 ml/min 表示。

计算式为：

$$\text{清除率} = \frac{\text{某物质每分钟在尿中排出的总量}}{\text{某物质在血浆中的浓度}}$$

利用清除率可分别测定肾小球滤过率、肾血流量、肾小管对各种物质的重吸收和排油作用等。

33. 浆膜腔积液：浆膜腔包括胸腔、腹腔、心包腔、关节腔和鞘膜腔等。正常情况下腔内含有微量浆液，起润滑作用，当浆膜腔壁发生炎症或循行障碍等病变导致浆膜腔内体液增多时，称为浆膜腔积液。

34. 间皮细胞：浆膜腔的浆膜均来自间胚叶，为间皮所被覆。间皮由间皮细胞和其下的纤维结缔组织共同构成。间皮细胞是一层扁平上皮细胞，其形态特点为：细胞呈圆形、卵圆形或多边形，直径约 10～20 μ m。核呈圆形或卵圆形，位于细胞中央，核直径约 6 μ m，较正常小淋巴细胞的核为大，也有双核或多核的间皮细胞，核染色质颗粒细胞而均匀。间皮细胞脱落后可发生不同程度的退化变性，在炎症等病理情况下，可变为各种异形间皮细胞，应注意与癌细胞鉴别。

35. 渗出液：炎症性或其他非感染性原因所致的浆膜腔积液称为渗出液。其形成的主要原因为：①细菌感染，如化脓性细菌等所致的化脓性胸膜炎、腹膜炎等；②非感染性原因，如外伤或血液、胆汁、胃液和胰液的刺激等；③恶性肿瘤性浆膜腔积液也具有类似渗出液的特点。

36. 漏出液：非炎症性浆膜腔积液称为漏出液。其形成的主要原因为：①血浆渗透压降低，如肝硬化、肾病综合征、重度营养不良等；②静脉压增高，如静脉回流受阻、心衰竭等；③淋巴管阻塞，如丝虫病、肿瘤压迫等。

37. 浆膜腔积液：浆膜腔包括胸腔、腹腔、心包腔、关节腔和鞘膜腔等。正常情况下腔内含有微量浆液，起润滑作用。当浆膜腔壁 生炎症或循环障碍等病变导致浆膜腔内液体增多时，称为浆膜腔积液。

38. 假性糖尿：尿液中许多物质具有还原性，如维生素 C、尿酸、葡萄糖醛酸或随尿排出的药物（如异烟肼、链霉素、水杨酸、阿司匹林）等，可使班氏糖定性试剂中的硫酸铜还原为氧化亚铜，使糖定性试验呈阳性反应，此种情况称为假性糖尿。

39. 糖尿：当血糖浓度超过 8.8mmol/L 或定性方法测出尿糖为阳性时称为糖尿，一般指葡萄糖尿。

40. 非选择性蛋白尿、肾小球病变较严重时，只有中、小分子蛋白质白尿排出，而大分子量蛋白质排出较少，称为选择性蛋白尿。

41. 选择性蛋白尿：肾小球病变较轻时，只有中、小分子蛋白质自尿排出，而大分子量蛋白质排出较小，称为选择性蛋白尿。

42. 假性蛋白尿：肾脏以下部分的泌尿道疾病导致尿液内混有血液、脓液、粘液等含量的成分的物质时可使蛋白试验呈阳性反应，称为假性蛋白尿。

43. 溢出性蛋白尿：当血浆中某种蛋白质的含量明显增多，超过肾阈值时形成的蛋白尿称为溢出性蛋白尿。Bence-Jones 蛋白尿、血红蛋白尿、肌红蛋白尿等。

44. 混合性蛋白尿：肾小球和肾小管均有损害时，尿中出现小分子量和大分子量的蛋白质，称为混合性蛋白尿，其特征为上述两种分子量的蛋白质均同时出现于尿液中。

45. 肾小管性蛋白尿：各种病理因素使肾小管的因吸收能力降低时，因肾小球正常滤出的蛋白质不能被充分因吸收而出现在尿液中所形成的蛋白尿称为肾小管性蛋白尿。其特征为：尿蛋白量较少，24h 尿蛋白量常小于 1g；尿蛋白成分以小分子量蛋白质增多为主，如溶菌酶，B2 微球蛋白等增多为主，白蛋白正常或轻度增加。

46. 肾小球性蛋白尿：病理情况下，肾小球滤出的蛋白质增多，超过肾小管的正常值吸收能力所形成的蛋白尿，称为肾小球性蛋白尿，此种蛋白尿的特征为：尿蛋白量较多，24h 尿蛋白排出量多大于 1g，可达 3g 以上，尿蛋白成分以白蛋白为主，约占 70—78%， β_2 微球蛋白正常或轻度增多，随病变进展尿内大分子量蛋白质 IgG 等可显著增多。

47. Tamm—Horsfall 蛋白，是正常尿液中微量蛋白质的组成成分之一。1952 年从人尿中分离出来，此后被称为 Tamm—Horsfall 蛋白，简称 T—H 蛋白，该蛋白是一种大分子糖蛋白，由肾脏的髓 分支和远曲小管上皮细胞合皮和分泌，正常人每日排泄量约为 25mg，约占正常人尿蛋白的 。病理情况下其排泄量可明显增多并可形成病理性沉积，形成管型及结石的核心等，目前对其生理作用和病理变化正在作进一步研究探讨。

48. 等渗尿：各种原因导致肾小管丧失其浓缩功能时可使尿比重减低，如果尿比重常因定于 1.010 ± 0.003 ，或作尿液渗量检查，尿渗重在 300mmol/L 左右时，即与正常血浆渗量相等，称为等渗尿。

49. 假管型：是尿液中的粘液性纤维状物，粘附于非晶形尿酸盐，磷酸盐等形成的圆柱形物体，类似颗粒管型，但其两端不圆，粗细不匀，边缘不齐，加湿或加酸后立即消失，故称为假管型。

50. 肾衰竭管型：在管型基质中含有大量颗粒，外形宽大而长，不甚规则，有时呈扭曲状，易折断，是由于肾小管上皮细胞变性碎裂后，在明显扩大的集合管内凝聚而形成的。因见于肾功能不全时故称为肾衰竭管型。佳美文印整理

51. 管型：在一定条件下，肾脏滤出的蛋白质在肾小管，集合管中凝固后，可形成圆柱形蛋白聚体而随尿排出称为管型，尿内有多量管型出现时，表示肾实质有病理性变化。

52. 尾形上皮细胞：长约 20—40um，常呈梨形和纺锤形，核稍大呈圆形或椭圆形，来自肾盂，输尿管或膀胱等部位移行上皮细胞的中层，又称肾盂上皮细胞。此种细胞在正常尿中不易见于，肾盂、输尿管或膀胱颈部炎症时可多量出现，甚至成片脱落。

53. 复粒细胞：在某些慢性肾炎时，常见肾小管上皮细胞发生脂肪变性，浆中充满脂肪颗粒，甚至将细胞核遮盖，此时称为复粒细胞，也称脂肪颗粒细胞。

54. 肾细胞：即肾小管上皮细胞，此种细胞较白细胞称大，呈多角形，核较大，浆内常见脂肪滴及小空泡。因来自肾小管，故称为肾细胞或肾小管上皮细胞，正常尿中见不到，肾小管病变时可多量出现。肾细胞与移行上皮底层细胞形态相近，故因称为小圆上皮细胞。

55. 应激性糖尿：应激状态下如颅脑外伤、脑血管意外，急性心肌梗塞等，肾上腺素或胰高血糖素分泌过多，或延脑血糖中枢受到刺激，出现暂时性高血糖时形成的糖尿，称为应激性糖尿。

56. 肾性糖尿：血糖正常时，由于肾小管对葡萄糖的重吸收功能减退，肾阈值降低所致的糖尿称为肾性糖尿。

57. 果糖尿或半乳糖尿：肝功能障碍时，果糖或半乳糖的利用率下降，使血中浓度增高而随尿排出，称为果糖尿或半乳糖尿。

58. 乳糖尿：妇女在哺乳期，由于乳腺产生过多的乳糖，也会随尿排出形成糖尿即乳糖尿。

心电图名词解释

1。P—R间期：P—R间期包括了P波及P—R段代表自心房开始除极至心室开始，除极的时间间期。

2。双分支传导阻滞：包括右束支传导阻滞合并左前分支或左后分支传导阻滞。左束支传导阻滞，在多数情况下系指右束支传导阻滞合并左侧两个分支之一的传导阻滞。

3。三支传导阻滞：包括右束支传导阻滞，左侧两支分支中一支完全阻滞，一支传导时间延长或由此发展为完全性房室传导阻滞。

4。室内传导阻滞：发生在希氏束以下的各种阻滞，均称室内传导阻滞，它包括右束传导阻滞，左束传导阻滞（包括左前分支传导阻滞，左后分支传导阻滞）等。

5。单分支传导阻滞：指右束支传导阻滞或左前分支传导阻滞，或左后分支传导阻滞。在多数情况下，此名词是指左前分支或左后分支传导阻滞。

6。隐匿性传导：是指电激动进入心脏传导系统后，在传导途径中由于某种原因不能继续传递，但它途经的传导系统却因而产生不应期影响看下一次激动的传导时间，使之延长或使其P—QRS形态改变，这种不完全传导本身在心电图上没有直接表现但却隐匿地影响下一个

激动，故名隐匿性传导，它可以发生在传导系统的不同水平和部位，隐匿性传导见于各种单纯或复杂的心律失常之中，并且以各种形式表现于心电图，其基本形式可分为六种：①传导延缓；②传导阻滞；③房室交界区激动推迟；④房室异位节律加速；⑤促成传导加速；⑥促成折返激动。佳美文印整理

7。预激综合症：预激综合征（wolff-Parkinson-white,wpw; preexcitation syndrome）又称W—P—W综合征，是在正常的房室传导通道之外，激动通过旁路附加传导束提前到达，使部分（或全部）心室肌预先激动所致。在心电图上表现为P—R间期缩短，QRS增宽，且其起始部粗钝或切迹形成△波，多数具有继发性ST—T改变。

8。干扰与脱节：正常心肌细胞与传导组织在一次兴奋之后具有不应期，在不应期中如再有激动传入，则前一激动产生的不应期必然影响后面激动的形成和传导，这种现象称为干扰。干扰现象可发生在心脏各个部位，最常见的是房室交界性，

当心脏中两个激动点各自产生激动，互相之间在连续一系列的搏动的搏动上都产生了干扰现象，即称脱节。

9。逸搏及逸搏心律：当上位节律点发生病变或受到抑制而出现停搏或节律明显减慢时，或因传导障碍而不能下传时，或因其他原因而造成长的音歇时，作为一种保护性措施，低位起搏点就会发生一个或一连串的冲动，激动心室。若仅发出1—2个音，称为逸搏，连续3个以上者称为逸搏心律。

按逸搏发生的部位不同，可分为房性、房室交界性和室性三种，以房室交界性逸搏最为多见，房性逸搏最少。佳美文印整理

10。P波：代表左右两心房除极时的电位变化，由于窦房结位于右心房内膜下，所以激动首先传至右心房，而较晚地传左心房，左心房的除极作用。因此，也比左心房较早完毕。一般说来P波的前半部代表右心房的激动，后半部代表心房的激动。

11。P—R段：指P波出现以后的心室激动以前的一段时间，这段时间在心电图上看不出电位变化。

12。QRS波群：QRS波群代表左、右心室的除极过程。

S—T段：代表心室肌已全部受到电激动到复极开始的一段，即QRS终了与T波开始之间的一段。

13。T波：代表心室电激动后复原时的电位变化。

14。Q—T间期：代表整个心室肌自开始电激动至恢复到没有电活动（U波除外）的时间。

15。U波：它代表心肌激动的“激后电位”（after potential）。

16。J点：QRS波群的终末与ST段起始交接点，大多在等电位线上，通常随ST段的偏移而发生移位。

17。T2波：代表心房复极波。心房除极完毕后即进入复极。心房复极波幅较P波显著为小，所以隐藏在P—R段中，正常心电图上往往不易发现。

18。平均心轴：心脏是由大量心肌细胞组成的，心脏在除极和复极过程中的每一瞬间，都产生许多小的电向量。如果按平行四边形法则将这些小向量综合起来，就可构成瞬间的QRS综合向量再综合起来，就称为QRS平均电轴。由于心电轴位于空间，有上下、左右、前后三个方向，使用起来很不方便。因此临床上常常采用平均QRS额面电轴，也就是心室在除极过程中各瞬间额面QRS综合向量的总合，简称为平均心电轴。

19。Ptf 值：即心电图中心房终末电势。一般选 V₁ 导联分析 Ptf 值，称 Ptfv₁。正常人 V₁ 导联 P 波可以是直立的，也可以是双相、负性 P 波往往出现于直立 P 波后面，代表左心房的终末电势，其计算方法如下： $Ptfv_1 = \text{负性振幅 (mm)} \times \text{时间 (s)}$ ，所得 Ptf 值的单位是 mm·s，一般 V₁ 导联的 P 波倒置明显，因此没有测量的必要，但是如果一旦 V₁ 导联的 P 波明显倒置，这时便应测定 PtfV 的数值，正常人此值不超过 -0.02 mm·s。

20。过早搏动：又称期前收缩，期外收缩或额外收缩，简称早搏。是指异位起搏点的发出的过早冲动引起的心脏搏动，是最常见的心律失常，根据早搏起源部位的不同，可将其分为房性、房室交界性和室性，其中室性早搏最常见，房室交界性早搏较少。