

诊断学基础

第一章 症状学

1. 症状:

病人自己发现的——比如发烧、头痛、咽痛。

2. 体征:

医生查体（视触叩听）发现的——比如一查扁桃体肿大。

3. 发热常见的原因:

感染——最多见，病原体——感冒属于感染性发热；

非感染——心肌梗死。

4. 腋温标准:

低热—— $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ ；

中高热—— $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ；

高热—— $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ；

超高热—— 41°C 以上。

5. 热型及临床意义:

稽留热——持续高温——肺炎、伤寒、脑炎。

弛张热——一张一弛有波动、超 2°C ——败血症、风湿热、重症结核。

间歇热——寒热往来——疟疾、急性肾盂肾炎。

回归热——骤升后持续数日又骤降——回归热、霍奇金病。

波状热——逐渐升高又逐渐下降——布氏杆菌病。

不规则热——结核、风湿热、药物热、激素。

6. 头痛的性质:

三叉神经痛——电击样。

血管性头痛——搏动样。

舌咽神经痛——咽喉部发作性疼痛耳枕部放射。

7. 胸痛病因:

胸壁——皮肤皮下，肌肉病变，肋骨病变，肋间神经病变——固定于病变部位；压痛。

心血管疾病——心绞痛、心肌梗死。

呼吸疾病——支气管及肺，胸膜病变。

其他——食管疾病，纵膈疾病，腹部疾病，带状疱疹（沿一侧肋间神经分布，不超过体表正中线）。

8. 鉴别心绞痛与心肌梗死:

鉴别	心绞痛	心肌梗死
疼痛性质	压榨、窒息	剧烈、濒死、恐惧
持续时间	短，多为 $3\sim 5\text{min}$	长， $>30\text{min}$
自行缓解	可自行缓解	不可自行缓解
硝酸甘油	有效	无效

9. 腹痛部位:

右下腹——阑尾炎。

右上腹——胆囊。

10. 腹痛性质:

持续性痛——炎症；

阵发性痛——肠梗阻、结石、痉挛；

腹痛+休克——腹腔内出血。

11. 腹痛的规律：

“肠前胃后”——消化性溃疡（胃溃疡饭后痛，肠溃疡饭前痛）。

绞痛——结石及肠梗阻。

钻顶样痛——胆道蛔虫梗阻。

进行性锐痛——肝癌。

腹痛+压痛、反跳痛——腹膜炎。

果酱样血便——肠套叠。

腹痛+呕吐宿食、吐后缓解——幽门梗阻。

进食油腻食物诱发——胆囊炎或胆石症。

暴饮暴食、酗酒诱发——急性胰腺炎。

服碱性药缓解者——十二指肠溃疡。

腹痛伴黄疸——肝胆胰疾病、急性溶血等。

腹痛伴血尿——泌尿系统疾病（结石）。

腹痛伴呕吐、腹胀、停止排便排气——胃肠梗阻（痛吐胀闭）。

12. 咳嗽咯痰：

左心衰、肺水肿——粉红色泡沫痰。

支扩、肺脓肿——痰分三层。

大叶性肺炎——铁锈样痰。

青少年+低热干咳——肺结核。

老年人+嘶哑样咳嗽、痰中带血——肺癌。

鸡鸣样咳——百日咳。

犬吠咳——喉炎、气管受压。

金属调的咳嗽——纵膈肿瘤、支气管癌。

13. 咯血：

大量咯血（超过 500 mL）——空洞性肺结核、支气管扩张和肺脓肿。

中等量以上咯血（100~500 mL）——二尖瓣狭窄。

粉红色泡沫痰——急性左心衰竭——肺水肿。

14. 咯血与呕血：

鉴别要点	咯血	呕血
病史	肺结核、支气管扩张、肺癌、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化等
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出，可为喷射状
出血颜色	鲜红	棕黑色或暗红色，有时鲜红
血内混有物	泡沫和（或）痰	食物残渣、胃液
黑便	无（如咽下血液时可有）	有，可在呕血停止后仍持续数日
酸碱反应	碱性	酸性

15. 呼吸困难：

呼气性呼吸困难——支气管哮喘、慢阻肺、病变在小气管。

吸气性呼吸困难——花生米堵塞、大气管狭窄（三凹征）。

劳累性呼吸困难——慢性左心衰。

夜间阵发性呼吸困难——心源性哮喘。

呼吸深大而规则——代谢性酸中毒——糖尿病酸中毒。

呼吸慢而深——重症颅脑疾病。

16. 水肿:

心源性水肿——下垂性水肿——右心衰竭。

肾源性水肿——晨起后眼睑或颜面水肿——肾炎肾衰。

肝源性水肿——(腹水)肝受损,肝掌、蜘蛛痣——肝硬化。

营养不良性水肿——贫血、乏力、消瘦——低蛋白血症。

内分泌源性水肿——甲减等粘液性水肿(非凹陷性)——甲状腺功能减退。

局部性水肿——丝虫病——象皮肿。

17. 皮下出血:

瘀点——直径 <2 mm;紫癜—— $3\sim 5$ mm;瘀斑—— >5 mm。

18. 呕吐:

胃肠病变——伴恶心先兆,呕吐后感觉轻松。

肝胆胰与腹膜病变——有恶心先兆,呕吐后不觉轻松。

中枢性呕吐——颅内高压,喷射性;常无恶心先兆,吐后不感轻松。

前庭障碍性呕吐——梅尼埃病。

呕吐物不含胆汁、隔夜宿食——幽门梗阻。

呈咖啡色——上消化道出血。

有粪臭——低位肠梗阻。

19. 呕血与黑便:

5 ml 以上——潜血阳性;

50~60 ml——黑便;

250~300 ml——呕血;

400 ml 以上——休克前期;

800~1000 ml 以上——失血性休克。

出血量大就呕血,出血量小就便血,再小就潜血。

20. 黄疸:

正常总胆红素——小于 $17.1\ \mu\text{mol/L}$;

隐性黄疸—— $17.1\sim 34.2\ \mu\text{mol/L}$;

显性黄疸——超过 $34.2\ \mu\text{mol/L}$;

溶血性黄疸——有(游离)粪尿。

21. 抽搐:

抽搐不伴意识丧失——破伤风、狂犬病、低钙抽搐、癔症性抽搐。

抽搐伴高热——颅内与全身感染性疾病、小儿高热惊厥。

抽搐伴脑膜刺激征——脑膜炎及蛛网膜下腔出血。

抽搐伴瞳孔散大、意识丧失、大小便失禁——癫痫大发作。

22. 意识障碍:

昏睡——不易被唤醒,强刺激可唤醒。

浅昏迷——意识大部分丧失,强刺激不能唤醒,但对疼痛刺激有痛苦表情及躲避反应。

角膜反射、瞳孔对光反射等存在。

中度昏迷——意识全部丧失,对强刺激反应减弱,角膜反射、瞳孔对光反射等消失。

深昏迷——对疼痛刺激均无反应,全身肌肉松弛,角膜反应、瞳孔对光反射等均消失,可出现病理反射。

谵妄——意识模糊,定向力障碍,伴错觉、幻觉、躁动不安、谵语。

第二章 问诊

1. 一般项目 姓名、性别、年龄……。
2. 主诉 本次就诊最主要原因（主要症状或体征及持续时间）。
3. 现病史 该次得病的全部情况。
4. 既往史 以往健康状况。
5. 个人史 冶游及性病史，包括是否到过疫区。
6. 婚姻、月经、生育
7. 家族史

第三章 检体诊断

1. 常见叩诊音：

鼓音——生理：胃泡、腹部。病理：肺空洞、气胸、气腹。

过清音——病理：肺气肿。

清音——生理：正常肺。

浊音——生理：肺边缘所覆盖的心、肝。病理：肺炎。

实音——生理：心、肝。病理：胸腔积液、实变。

2. 嗅诊：

粪臭味——肠梗阻。

大蒜味——有机磷农药中毒。

烂苹果味——糖尿病酮症酸中毒。

氨味——尿毒症。

腥臭味——肝性脑病（肝臭味）。

3. 体温：速记——（3257）

口腔——36.3℃~37.2℃；肛门——36.5℃~37.7℃；腋下——36℃~37℃。

4. 脉搏：

正常人 60~100 次/分。房颤时脉律不整齐，脉搏节律完全无规律。

5. 血压水平的定义和分类：

类别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
理想血压	<120 和	<80
正常高值	120~139 和/或	85~89
高血压	≥140 和/或	≥90
1 级高血压 (轻度)	140~159 和/或	90~99
2 级高血压 (中度)	160~179 和/或	100~109
3 级高血压 (重度)	≥180 和/或	≥110
单纯收缩期高血压	≥140 和	<90

6. 脉诊：

脉压 >40 mmHg——主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、高热、贫血、甲亢。

脉压大——水冲脉（压差大，主不全）。

7. 病态面容：

急性热病面容——急性感染性疾病。

甲状腺功能亢进面容——眼裂增大，眼球突出。

粘液性水肿面容——颜面浮肿、目光呆滞、反应迟钝——**甲状腺功能减退症**。

二尖瓣面容——双颊紫红，发绀——风心病、二尖瓣狭窄。

苦笑面容——破伤风。

满月脸——激素、库欣综合征。

面具面容——震颤麻痹。

8. 强迫体位：

强迫仰卧位——急性腹膜炎等。

强迫俯卧位——脊柱疾病。

强迫坐位，端坐呼吸——急性左心衰。

辗转体位——胆绞痛、肾绞痛、肠绞痛等。

角弓反张——破伤风。

9. 步态检查：

痉挛性偏瘫步态——急性脑血管疾病。

醉酒步态——小脑病变，酒精中毒。

剪刀步态——脑性瘫痪。

共济失调步态——小脑或脊髓后索病变。

慌张步态——震颤麻痹。

蹒跚步态（鸭步）——先天性双髋关节脱位。

间歇性跛行——严重下肢动脉硬化。

10. 皮肤检查：

皮肤红色——一氧化碳中毒。

色素沉着——肾上腺皮质功能减退、肝硬化、肝癌晚期。

色素脱失——白癜风，白化症。

玫瑰疹——伤寒（稽留热）。

肝掌——大鱼际、小鱼际红紫色——肝病、肝硬化。

蜘蛛痣——常位于上腔静脉分布区（前胸后背面部颈部）——肝病、肝硬化。

11. 转移性淋巴结肿大：（左腹右胸）

左锁骨上窝淋巴结肿大——腹腔脏器癌（胃癌、肝癌、结肠癌等）转移等。

右锁骨上窝淋巴结肿大——胸腔脏器癌（肺癌、食管癌等）。

颈部淋巴结肿大——鼻咽癌。

腋下淋巴结肿大——乳腺癌。

12. 眼部检查：

眼睑浮肿——肾性水肿。

眼睑下垂——双侧，重症肌无力；单侧，动眼神经麻痹。

结膜苍白——贫血。

巩膜黄染——黄疸。

闭合障碍——双侧，甲亢；单侧，神经麻痹。

眼球凹陷——脱水、营养不良。

瞳孔缩小——有机磷中毒吗啡、毛果芸香碱药物影响。（速记——瞳孔缩小马、有、毛）

瞳孔大小不等——脑疝、脑外伤、濒死状态。

瞳孔散大——阿托品、濒死状态、青光眼绝对期。（速记——酒托死光）

13. 口腔检查：

口腔麻疹黏膜斑——麻疹早期表现。

草莓舌——猩红热。

14. 扁桃体肿大：

I度——没出来（没超过咽腭弓）；

II度——出来了（没超过咽喉壁中线）；

III度——没到中线（达到或超过咽喉壁中线）。



15. 甲状腺肿大:

I 度——不能看出但能触及;

II 度——肿大能触及, 但不超过胸锁乳突肌;

III 度——超过胸锁乳突肌外缘。

16. 颈部检查:

腮腺肿大——流行性腮腺炎。

颈静脉怒张——右心衰、缩窄性心包炎、心包积液、上腔静脉受压。

颈动脉搏动增强——发热、甲亢、高血压、主动脉瓣关闭不全或严重贫血等。

甲亢特征改变——听到杂音、触及震颤。

气管移向健侧——胸腔积液、气胸、纵隔肿瘤、单侧甲状腺肿。

气管移向患侧——肺不张、胸膜粘连。

17. 胸壁及胸廓检查:

桶状胸——肺气肿。

扁平胸——慢性消耗性疾病。

鸡胸——佝偻病。

漏斗胸——佝偻病。

胸骨压痛或叩击痛——白血病(胸骨压痛+肝脾淋巴结肿大)。

乳房酒窝、橘皮样变——乳腺癌。

乳头内陷或位置偏移——癌变。

18. 肺和胸膜检查:

语颤——气体减少, 语颤增强; 气体增多, 语颤减弱。

胸膜摩擦感——以腋中线第 5~7 肋间隙最易感觉到。

正常呼吸音——支气管呼吸音、肺泡呼吸音、支气管肺泡呼吸音。

干啰音——气管、支气管狭窄, 呼气时清楚、性质多变、部位多变——支气管哮喘、喘息性慢支。

湿啰音——肺泡内有液体, 吸气末清楚、性质不变、部位不变——支气管肺炎、肺淤血肺水肿。

19. 心脏搏动:

正常心尖搏动——胸骨左缘第五肋间中线内侧 0.5~1 cm。

异常搏动——向左下移位, 左心室增大; 向左移动, 右心室增大。

左心室增大——靴形心, 主不全。

左心房增大——梨形心, 二狭。

心包积液——烧瓶形, 心包积液。

20. 心脏听诊:

舒张期早期奔马律——心尖部易听到; 心功能不全。

开瓣音——二尖瓣狭窄。

二尖瓣听诊区——左侧第 5 肋间隙、锁骨中线内侧(心尖搏动点)。

肺动脉瓣听诊区——胸骨左 2 肋间隙。

主动脉一区听诊区——胸骨右 2 肋间隙。

主动脉二区听诊区——胸骨左缘 3、4 肋间隙。

三尖瓣听诊区——胸骨下端近剑突部。

胸骨左缘第 3、4 肋间收缩期杂音——室间隔缺损。

连续性胸骨左缘第 2 肋间及其附近杂音——动脉导管未闭。

心律绝对不等、心音强弱不一、脉搏短拙——房颤。

主动脉瓣区第二心音增强——高血压。

肺动脉瓣区第二心音增强——肺心病、肺动脉高压。

21. 心脏杂音:

左侧卧位——增强二尖瓣杂音。

前倾坐位——增强主动脉瓣杂音。

吸气——右心杂音增强；呼气——左心杂音增强。

屏气后不消失——心包摩擦音。

屏气后消失——胸膜摩擦音。

22. 血管检查:

周围血管征——主动脉瓣关闭不全、发热、贫血、甲亢。

肝颈静脉回流征——肝淤血、右心衰。

毛脉压差增大——细血管搏动征、点头运动、水冲脉——发热、甲亢、严重贫血、主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭。

心脏震颤——连续性，动脉导管未闭。

23. 腹部检查

腹内积气——肠梗阻、肠麻痹。

腹腔积液——蛙腹。常见肝硬化门脉高压症，右心衰竭。

舟状腹——脱水、消瘦、恶病质。

腹壁静脉曲张——上下腔静脉阻塞。

腹壁蠕动波——梗阻。

腹壁紧张伴压痛，反跳痛——腹膜刺激征——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。

胆囊点——位于右侧腹直肌外缘与肋弓交界处。

揉面感——结核性腹膜炎。

墨菲氏征阳性——胆囊结石、急性胆囊炎。

库瓦济埃征阳性——黄疸+胆囊肿大无压痛——胰头癌。

肝浊音界上移——右肺不张、右肺纤维化、气腹。

肝浊音界下移——肺气肿、右侧张力性气胸。

移动性浊音——腹水超过 1000 ml——肝硬化、右心衰。

肠鸣音亢进——机械性肠梗阻，高亢响亮金属音。

肠鸣音减弱消失——急性腹膜炎、麻痹性肠梗阻。

振水音——胃扩张、幽门梗阻、胃液分泌过多。

24. 血管杂音:

上腹部两侧收缩期血管杂音——肾动脉狭窄。

中腹部收缩期血管杂音——腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄。

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。

25. 肛门、直肠指诊体位:

仰卧位、截石位、肘膝位、左侧卧位、蹲位。没有右侧卧位。

26. 脊柱、四肢检查:

脊柱某一部位压痛与叩击痛——该部位有病变，如脊柱结核、脊椎骨折。

匙状甲——缺铁性贫血、风湿热。

杵状指——慢性缺氧疾病，如支扩、肺癌、先心病。

指关节变性——类风湿性关节炎的梭形关节。

肢端肥大——腺垂体功能亢进、生长激素分泌过多。



膝内翻、膝外翻——佝偻病。

27. 神经系统检查:

折刀样肌张力过高——锥体束损害。

铅管样肌张力过高——锥体外系损害（帕金森）。

共济失调——小脑病变、前庭性、感觉性。

浅反射——角膜反射、腹壁反射、提睾反射。

深反射——桡骨骨膜反射（颈髓 5~6）、肱二头肌反射（颈髓 5~6）、肱三头肌反射（颈髓 7~8）、膝反射（腰髓 2~4）、跟腱反射（骶髓 1~2）。

病理反射——巴宾斯基征、奥本汉姆征、戈登征查多克征、霍夫曼征、肌阵挛。

脑膜刺激征——颈强直、克尼格征、布鲁津斯基征。

第四章 实验室诊断

1. 血红蛋白:

男 120~160g/L, 女 110~150g/L。

2. 红细胞:

男 $4.0\sim 5.5\times 10^{12}/L$, 女 $3.5\sim 5.0\times 10^{12}/L$ 。

生理性减少——妊娠, 幼儿、老年人。

病理性减少——各种贫血。

3. 血红蛋白:

血红蛋白合成障碍——小缺铁性贫血; 骨髓造血功能障碍——巨幼细胞性贫血。

4. 白细胞:

$4\sim 10\times 10^9/L$ 。

中性粒细胞增多——化脓性细菌感染; 减少——病毒感染。

嗜酸性粒细胞增多——过敏、寄生虫、血液病; 减少——伤寒、副伤寒、应激状态。

淋巴细胞增多——病毒感染。

5. 网织红细胞:

0.5%~1.5%。

增多——溶血性贫血、缺铁性贫血、急性失血性贫血。

减少——再生障碍性贫血, 骨髓病性贫血。

6. 血小板:

$100\sim 300\times 10^9/L$ 。

减少——血小板减少紫癜、脾功能亢进等。

7. 红细胞沉降率:

男性 0~15 mm/h, 女性 0~20 mm/h。

生理性增快——月经期、妊娠、老年人。

病理性增快——各种炎症、损伤及坏死、恶性肿瘤、贫血。

8. 出血时间:

超过 9 分钟为异常。

延长——血小板减少、血小板功能异常、毛细血管壁异常、凝血因子缺乏。

9. 骨髓:

极度活跃——各种白血病。

活跃——正常骨髓。

极度减低——重型再障。

10. 肝功能检查:

血氨升高——诊断肝性脑病依据。

ALT、AST 均升高——急性病毒性肝炎

LDH 升高——肝脏疾病、急性心肌梗死。

抗 HAV-IgM——是早期诊断甲肝的特异性抗体。

HBsAg——感染后最早出现的血清学指标。

抗-HBs——保护性抗体。

HBeAg——病毒活动复制和传染性重要标志。

抗-HBe——病毒复制减少，传染性降低。

抗-HBc——近期感染或慢性感染的指标。

11. 慢性肾脏病的临床分期:

临床分期	肾小球滤过 mL/min	肌酐清除率 mL/min	血肌酐 $\mu\text{mol/L}$	血尿素 mmol/L
缩写	GFR	Ccr	Cr	BUN
正常成人	125	80~120	88~177	3.2~7.1
代偿期	51~80	51~80	<178	<7.1
失代偿期	26~50	20~50	178~445	>7.1
肾衰竭期	10~25	10~19	445~707	19.7~28.6
尿毒症期	<10	<10	>707	>28.6

12. 血糖:

空腹血糖: 3.9~6.1 mmol/l。

升高——糖尿病、甲亢、嗜铬细胞瘤、库欣综合征等。

降低——胰岛细胞瘤、胰岛素注射过量。

葡萄糖耐量试验——诊断症状不明显或血糖增高不明显——餐后 2 小时血糖 ≥ 11.1 mmol/l。

糖化血红蛋白——反应近 2~3 个月平均血糖水平。

13. 血清脂蛋白测定:

高密度脂蛋白 ≥ 1.04 mmol/L (高好); 低密度脂蛋白 < 3.37 mmol/L (低好)。

14. 电解质检查:

血钾——3.5~5.3 mmol/L——降低见于利尿、幽门梗阻等。

血钠——137~147 mmol/L——降低见于呕吐、腹泻、尿钠排出过多。

血氯——95~105 mmol/L。

血钙——2.25~2.58 mmol/L。

15. 酶学检查

急性胰腺炎——血尿淀粉酶超过 3500U/L 怀疑, 超过 5000U/L 有诊断价值。

急性心肌梗死——心肌酶包括磷酸肌酸激酶及其同工酶 (CK、CK-MB)、乳酸脱氢酶及其同工酶 (LDH)。

16. 免疫学检查

抗 O 升高——溶血性链球菌感染后免疫反应——感染性心内膜炎、风湿热、肾小球肾炎。

肥达反应——伤寒特异性检查。

AFP——原发性肝癌。

CA125——卵巢癌。

PSA——前列腺癌。

CEA——结肠癌。

类风湿因子 RF——类风湿关节炎。

抗核抗体 ANA——系统性红斑狼疮。

17. 尿液检查:

多尿——24 小时超过 2500 ml;

少尿——24 小时超过 400 ml;

无尿——24 小时超过 100 ml。

尿蛋白——24 小时 <150 mg。

血尿——高倍镜视野 ≥ 3 个红细胞，见于各种肾炎。

脓尿——高倍镜视野 ≥ 5 个白细胞，见于泌尿系统感染。

菌尿——计数 $>10^5$ /ml 为阳性，提示尿路感染。

白细胞管型——急性肾盂肾炎，鉴别上下尿路感染重要依据。

红细胞管型——急性肾小球肾炎。

脂肪管型——肾病综合征。

蜡样管型——肾功能衰竭透明管型——可见于正常人。

18. 粪便检查:

白陶土样大便（灰白）——梗阻性黄疸。

柏油便——上消化道出血。

果酱样便——阿米巴。

黏液脓血便——痢疾、溃疡性结肠炎、直肠癌。

19. 痰液检查:

粉红色泡沫痰——左心衰。

铁锈色——大叶性肺炎。

红色——肺结核、支气管扩张、肺癌。

棕褐色——阿米巴脓肿。

黄色脓性——化脓性感染。

20. 浆膜腔穿刺液检查:

渗出液——比重大 (>1.018)，可以找到病原体;

漏出液——比重小 (<1.018)，不能找到病原体。

21. 脑脊液检查:

流脑——压力高、外观浑、中性多。

乙脑——压力不高、外观不浑、淋巴多。

结核脑——外观毛玻璃样。

第五章 心电图检查

1. 正常心电图:

P 波——心房除极;

QRS 波——心室除极;

T 波——心室复极;

P-R 间期——从心房开始兴奋到心室兴奋的时间;

Q-T 间期——心室去极到复极的时间。

2. 常见异常心电图

心肌梗死——病理性 Q 波（心肌坏死）；ST 段弓背向上抬高（心肌损伤）；T 波倒置（心肌缺血）。

心绞痛——S-T 段下移；T 波倒置。

变异性心绞痛——S-T 段弓背向上。

左心房增大——p 波增宽。

右心房增大——p 波高尖。
左心室增大—— $V_5 > 2.5 \text{ mv}$ 。
右心室增大—— $V_1 > 1.0 \text{ mv}$ 。
房早——p' 波 PR 间期 > 0.12 。
交界早——无 p 或 PR 间期 < 0.12 。
室早——QRS 宽大畸形。
房颤——小 f 波。
房室传导阻滞——（速记）一延、二落、三分离。

3. 心肌梗死的定位诊断：

前间壁—— $V_1 \sim V_3$ 。
局限前壁—— $V_3 \sim V_5$ 。
前侧壁—— $V_5 \sim V_7$ 、I、II、aVL。
广泛前壁—— $V_1 \sim V_6$ 。
下壁——II、III、aVF、aVL。
高侧壁——I、aVL、“高” $V_4 \sim V_6$ 、II、III、aVF。
右室—— $V_3R \sim V_7R$ ，多伴下壁梗死。

第六章 影像诊断

心脏瓣膜病、心肌病——首选超声心动图（M 型）。
骨关节检查、呼吸系统疾病——首选 X 线。
肠梗阻——气液平面。
胃肠穿孔——膈下游离气体。
脑病变——首选 CT。
脑出血——高密度灶。
脑缺血——低密度灶。
MRI——对脑梗死灶发现早，敏感性高。

金英杰医学
JINYINGJIE.COM