

中医外科学《相关专业知识》知识点辅导

知识点：问寒热症状常见类型、临床表现及意义

1. 但寒不热

在通常的情况下，患者只有怕冷的感觉而无发热者，即为但寒不热。可见于外感病初起尚未发热之时，或者寒邪直中脏腑经络，以及内伤虚证等。根据患者怕冷感觉的不同特点，临床又分别称为恶风、恶寒、寒战、畏寒等。

恶风：是患者遇风则有怕风战抖的感觉，避风则缓。多为外感风邪所致。风邪在表，卫分受损，则失其温分肉司开阖的作用，故遇风有冷感而避之可缓。此外，恶风还可见于素体肺卫气虚肌表不固者。

恶寒：是患者时时觉冷，虽加衣覆被近火取暖仍不能解其寒。多为外感病初起，卫气不能外达，肌表失其温煦而恶寒。此时虽加衣及火，仍不能使肌体的阳气宣达于表，故得温而寒冷感无明显缓解。可见于多种外感病的初期阶段，病性多属于实。

寒战：患者恶寒的同时伴有战栗者，称为寒战，是恶寒之甚。其病机、病性与恶寒同。

应注意，外感病中恶风、恶寒、寒战症状独立存在的时间很短，很快就会出现发热症状，成为恶寒发热或寒热往来。亦有少数病例存在时间较长，一般亦必然会出现发热。这些对于掌握疾病的进程有一定帮助。

畏寒：是患者自觉怕冷，但加衣被近火取暖可以缓解，称为畏寒，多为里寒证。机体内伤久病，阳气虚于内。或寒邪过盛，直中于里损伤阳气，温煦肌表无力而出现怕冷的感觉。此时若加衣近火，防止阳气的耗散，或以热助阳，使阳气暂时恢复，肌表得温，畏寒即可缓解。

2. 但热不寒

患者但觉发热而无怕冷的感觉者，称为但热不寒。可见于里热证，由于热势轻重、时间长短及其变化规律的不同，临床上有壮热、潮热、微热之分。

壮热：即患者身发高热（体温超过 39 度），持续不退，属里实热证。为风寒之邪入里化热或温热之邪内传于里，邪盛正实，交争剧烈，里热炽盛，蒸达于外所致。

潮热：即患者定时发热或定时热甚，有一定规律，如潮汐之有定时。外感与内伤疾病中皆可见有潮热。由于潮热的热势高低、持续时间不同，临床上又有以下三种情况：

阳明潮热：此种潮热多见于《伤寒论》中的阳明腑实证，故称阳明潮热。其特点是热势较高，热退不净，多在日晡时热势加剧，因此又称日晡潮热。是由邪热蕴结胃肠，燥屎内结而致，病在阳明胃与大肠。

湿温潮热：此种潮热多见于“温病”中的湿温病，故称湿温潮热。其特点是患者虽自觉热甚，但初按肌肤多不甚热，扪之稍久才觉灼手。临床上又称之为“身热不扬”，多在午后热势加剧，退后热不净。是湿热病特有的一种热型，亦属潮热的范畴。

阴虚潮热：此种潮热多见于阴虚证候之中。其特点是午后或夜间发热加重，热势较低，往往仅能自我感觉，体温并不高，多见胸中烦热，手足心发热，故又称“五心烦热”。严重者有热自骨髓向外透发的感觉，则称为“骨蒸潮热”。是由各种原因致阴液亏少，虚阳偏亢而生内热。

微热：即患者发热时间较长，热势较轻微，体温一般不超过 38 度，又称长期低热。可见于温病后期，内伤气虚、阴虚、小儿夏季热等病证中。温病后期，余邪未清，余热留恋，患者出现微热持续不退。

由气虚而引起的长期微热，又称为气虚发热。其特点是长期发热不止，热势较低，劳累后发热明显增重。其主要病机是因脾气虚，中气不足，无力升发敷布阳气，阳气不能宣泄而郁于肌表，故发热。劳则气耗，中气益虚，阳气更不得敷布，故郁热加重。

小儿夏季热：小儿在气候炎热时发热不已，至秋凉时不治自愈，亦属微热。是小儿气阴不足

（体温调节机能尚不完善），不能适应夏令炎热气候所致。

3. 恶寒发热

恶寒与发热感觉并存称恶寒发热。它是外感表证的主要症状之一。

出现恶寒发热症状的病理变化，是外感表证初起，外邪与卫阳之气相争的反应。外邪束表，郁遏卫阳，肌表失煦故恶寒。卫阳失宣，郁而发热。如果感受寒邪，可导致束表遏阳之势加重，恶寒症状显著；感受热邪，助阳而致阳盛，发热症状显著。

询问寒热的轻重不同表现，常可推断感受外邪的性质。如恶寒重，发热轻，多属外感风寒的表寒证。发热重，恶寒轻。多属外感风热的表热证。恶寒、发热，并有恶风、自汗、脉浮缓，多属外感表虚证。恶寒发热，兼有头痛、身痛、无汗、脉浮紧是外感表实证。有时根据寒热的轻重程度，亦可推测邪正盛衰。一般地说，邪轻正盛，恶寒发热皆轻；邪盛正实，恶寒发热皆重；邪盛正虚，恶寒重，发热轻。

4. 寒热往来

患者恶寒与发热交替发作，其寒时自觉寒而不热，其热时自觉热而不寒。界线分明，一日一发或一日数发，可见于少阳病、温病及疟疾。

外邪侵人体机体，在由表入里的过程中，邪气停留于半表半里之间，既不能完全入里，正气又不能抗邪外出，此时邪气不太盛，正气亦未衰，正邪相争处于相持阶段，正胜邪弱则热，邪胜正衰则寒，一胜一负，一进一退，故见寒热往来。

知识点：常色的分类、临床表现及意义

常色指健康人面部皮肤的色泽，表示人体精神气血津液充盈。我国正常人的面色应是红黄隐隐，明润含蓄，是有神气、有胃气的表现。所谓有神气，即光明润泽；所谓有胃气，即隐约微黄，含蓄不露。由于时间、气候、环境等变化，常色又有主色、客色之分。

1. 主色主色为人生来就有的基本面色，属于个体特征，终生基本不变。但由于种族、禀赋的原因，主色也有偏白、偏黑、偏红、偏黄、偏青的差异。

2. 客色客色是指因外界因素（如季节、昼夜、阴晴气候等）的不同，或生活条件的差异，而微有相应变化的面色。如春应稍青，夏应稍红，长夏应稍黄，秋应稍白，冬应稍黑等。

主色和客色都是正常的生理现象。此外，如饮酒、跑路、七情等一时的影响，或因职业、工作关系少见阳光，或久经日晒，以及风土、种族等而有所变化，也不是病色，诊断时必须注意。

知识点：病色的分类、临床表现及意义

病色是指人体在疾病状态时面部显示的色泽。病色是以晦暗（即面部皮肤枯槁发暗而无光泽）、暴露（即某种面色异常明显地显露于外）为特点。

一般情况下，面部颜色显露程度与光泽的有无，受疾病轻重等不同情况的直接影响。一般而言，新病、轻病、阳证，面色多显露但尚有光泽；久病、重病、阴证面色则多暴露而晦暗。观察病色的关键在于分辨面色的善、恶。

1. 善色善色指病人面色虽有异常，但仍光明润泽。说明病变尚轻，脏腑精气未衰，胃气尚能上荣于面。其病易治，预后较好。

2. 恶色恶色指病人面色异常，且枯槁晦暗。说明病变深重，脏腑精气已衰，胃气不能上荣于面。其病难治，预后较差。

知识点：形体强弱胖瘦的临床表现及其意义

1. 肥胖

体重超过正常标准 20%者，一般可视为肥胖。

其形体特点是头圆形，颈短粗，肩宽平，胸厚短圆，大腹便便，体形肥胖。

临床意义：若胖而能食，为形气有余；肥而食少，是形盛气虚。

肥胖多因嗜食肥甘，喜静少动，脾失健运，痰湿脂膏积聚等所致。由于形盛气虚，水湿难以

周流，则痰湿积聚，故有“肥人多痰”、“肥人湿多”之说。

2. 消瘦

体重明显下降，较标准体重减少 10%以上者，一般可视作消瘦。

其体形特点是头长形，颈细长，肩狭窄，胸狭平坦，大腹瘦瘪，体形显瘦长。

临床意义：若形瘦食多，为中焦有火；形瘦食少，是中气虚弱。

消瘦多因脾胃虚弱，气血亏虚，或病气消耗等所致。由于消瘦者，形瘦皮皱，多属阴血不足，内有虚火的临床表现及体征，易患肺癆等病。故有“瘦人多火”之说。若久病卧床不起，骨瘦如柴者，为脏腑精气衰竭，气液干枯，属病危。此即《内经》所谓“大骨枯槁，大肉陷下”。

知识点：舌质与舌苔综合分析

1. 舌质与舌苔单方面异常

一般无论病之新久，提示病情尚属单纯。如淡红舌而伴有干、厚、腻、滑、剥等苔质变化，或苔色出现黄、灰、黑等异常时，主要提示病邪性质、病邪盛衰和消长等方面的情况，正气尚未明显损伤。

2. 舌苔和舌质均出现异常

（1）舌质与舌苔变化一致：揭示病机相同，所主病证一致，说明病变比较单纯。例如舌质红，舌苔黄而干燥，主实热证。

（2）舌苔和舌质变化不一致：舌质与舌苔不一致，甚至相反的变化，多提示病因病机比较复杂，此时应对二者的病因病机以及相互关系进行综合分析。如淡白舌黄腻苔，舌色淡白主虚寒，而苔黄腻又主湿热，舌色与舌苔反映的病性相反。

知识点：表证、里证的概念及临床表现

1、表证

（1）概念：指六淫、疫疠等邪气，经皮毛、口鼻侵入机体的初期阶段。

（2）临床表现：新起恶风寒，或恶寒发热，头身疼痛，打喷嚏，鼻塞，流涕，咽喉痒痛，微有咳嗽、气喘，舌淡红，苔薄，脉浮。表证见于外感病初期，具有起病急、病位浅、病程短的特点。

2、里证

（1）概念：指病变部位在内，脏腑、气血、骨髓等受病所反映的证候。

（2）临床表现：里证的范围极为广泛，其表现多种多样，概而言之，凡非表证（及半表半里证）的特定证候，一般都属里证的范畴，即所谓“非表即里”。其证候特征是无新起恶寒发热并见，以脏腑症状为主要表现，其基本特征是病情较重，病位较深，病程较长。

知识点：表里证的鉴别要点

1、外感病中，发热恶寒同时并见者属表证；但热不寒或但寒不热者属里证。

2、表证以头身疼痛，鼻塞或喷嚏等为常见症状，内脏证候不明显；里证以内脏证候，如咳嗽、心悸、腹痛、呕泻之类表现为主症，鼻塞、头身痛等非其常见症状。

3、表证舌苔变化不明显，里证舌苔多有变化；表证多见浮脉，里证多见沉脉或其他多种脉象。

知识点：虚实证候的临床表现

虚实是辨别邪正盛衰的两个纲领。虚指正气不足；实指邪气盛实。虚证反映人体正气虚弱而邪气也不太盛。实证反映邪气太盛，而正气尚未虚衰，邪正相争剧烈。虚实辨证，可以掌握病者邪正盛衰的情况，为治疗提供依据，实证宜攻，虚证宜补。只有辨证准确，才能攻补适宜，免犯虚虚实实之误。

一、虚证

虚证是对人体正气虚弱各种临床表现的病理概括。虚证的形成，有先天不足，后天失养和疾病耗损等多种原因。

由于虚证的临床表现相当复杂。在此，仅介绍一些共同的、有规律性的表现。

【临床表现】各种虚证的表现极不一致，很难全面概括，常见有的：面色淡白或萎黄，精神萎靡、身疲乏力，心悸气短，形寒肢冷，自汗，大便滑脱，小便失禁，舌淡胖嫩，脉虚沉迟，或为五心烦热，消瘦颧红，口咽干燥，盗汗潮热，舌红少苔，脉虚红数。

【证候分析】虚证病机主要表现在伤阴或伤阳两个方面。若伤阳者，以阳气虚的表现为主。由于阳失温运与固摄无权，所以见面色淡白，形寒肢冷，神疲乏力，心悸气短，大便滑脱，小便失禁等现象。若伤阴者，以阴精亏损的表现为主。由于阴不制阳，失去濡养、滋润的功能，故同凶手足心热，心烦心悸，面色萎黄或颧红，潮热盗汗现象。阳虚则阴寒盛，故舌胖嫩，脉虚沉迟；阴虚则阳偏亢，故舌红干少苔，脉细数。

二、实证

实证是对人体感受外邪，或体内病理产物堆积而产生的各种临床表现的病理概括。实证的成因有两个方面：一是外邪侵入人体，一是脏腑功能失调以致痰饮、水湿、瘀血等病理产物停积于体内所致。随着外邪性质的差异，致病之病理产物的不同，而有各自不同的症候表现。由于实证的表现也是多处多样的，所以也只介绍一些共同的、带一般性的问题。

【临床表现】由于病因不同，实证的表现亦极不一致，而常见的表现为：发热，腹胀痛拒按，胸闷，烦躁，甚至神昏谵语，呼吸气粗，痰涎壅盛，大便秘结，或下利，里急后重，小便不利，淋漓涩痛，脉实有力，舌质苍老，舌苔厚腻。

【证候分析】邪气过盛，正气与之抗争，阳热亢盛，故发热，实邪扰心，或蒙蔽心神，故烦躁甚则神昏谵语；邪阻于肺，则宣降失常而胸闷，喘息气粗。痰盛者尚可见痰声漉漉。

实邪积肠胃则腑气不通，大便秘结，腹胀满痛拒按。湿热下攻，可见下痢里急后重，水湿内停，气化不得，所以小便不利。湿热下注膀胱，致小便淋漓涩痛。邪正相争，搏击于血脉，故脉盛有力。湿热蒸腾则舌苔多见厚腻。

知识点：阴证、阳证的概念及鉴别要点

1、阴证

凡见抑制、沉静、衰退、晦暗等表现的里证、寒证、虚证，以及症状表现于内的、向下的、不易发现的，或病邪性质为阴邪致病、病情变化较慢等，均属阴证范畴。

2、阳证

凡见兴奋、躁动、亢进、明亮等表现的表证、热证、实证，以及症状表现于外的、向上的、容易发现的，或病邪性质为阳邪致病、病情变化较快等，均属阳证范畴。

3、阴阳证鉴别要点

可见于表里“寒热、虚实证候的鉴别要点”。

知识点：辨气血类证候

辨气血证候，是根据病人所表现的症状、体征等，对照气血的生理、病理特点，分析、判断疾病中有无气血亏损或运行障碍的证候存在。气血证候的分类，一方面为气血的亏虚，主要包括气虚证、血虚证，属虚证的范畴，气脱证、血脱证、气陷证、气不固证，一般是气血虚的特殊表现；另方面为气血的运行失常，主要有气滞证、血瘀证，一般属实证的范畴，所谓气逆证、气闭证，一般属气滞的范畴。血热证、血寒证实际为血分的热证、寒证。气与血密切相关，病理上二者常互相影响，或者同时发病，或者互为因果。临床常见的气血同病证候有气血两虚证、气滞血瘀证、气不摄血证、气随血脱证、气虚血瘀证等。

知识点：气虚证

指元气不足，气的推动、固摄、防御、气化等功能减退，或脏器组织的机能减退，以气短、乏力、神疲、脉虚等为主要表现的虚弱证候。【临床表现】气短声低，少气懒言，精神疲惫，体倦乏力，脉虚，舌质淡嫩，或有头晕目眩，自汗，动则诸症加重。【证候分析】形成气虚证的原因，主要有：久病、重病、劳累过度等，使元气耗伤太过；先天不足，后天失养，致元气生成匮乏；年老体弱，脏腑机能减退而元气自衰。由于元气不足，脏腑机能衰退，故出

现气短、声低、懒言、神疲、乏力；气虚而不能推动营血上荣，则头晕目眩，舌淡嫩；卫气虚弱，不能固护肤表，故为自汗；“劳则气耗”，故活动劳累则诸症加重；气虚鼓动血行之力不足，故脉象虚弱。元气亏虚，而以某脏腑机能减退所表现的证候为主者，临床常见证有心气虚证、肺气虚证、脾气虚证、肾气虚证、胃气虚证、肝胆气虚证等，甚至可为多脏气虚证候同在。气陷证、气不固证、气脱证等，常是气虚的发展，或为其特殊表现。气虚可导致多种病理变化，如气虚而机能减退，运化无权，推动无力，可导致营亏、血虚、阳虚、生湿、生痰、水停、气滞、血瘀，以及易感外邪等。同时气虚可与血虚、阴虚、阳虚、津亏等兼并为病，而为气血两虚证、气阴两虚证、阳气亏虚证、津气亏虚证等。气虚证的辨证依据是，病体虚弱，以神疲、乏力、气短、脉虚为主要表现。

知识点：发绀的常见病因和临床特点

（一）血液中还原血红蛋白增多

1. 中心型发绀：由于呼吸系统、心脏疾病，导致血氧饱和度降低，临床表现为弥漫性发绀。

（1）呼吸系统疾病：因通气或换气功能障碍所致，见于慢性阻塞性肺疾病、重症哮喘、重症肺炎、气胸、大量胸腔积液等。

（2）心脏疾病：常见于心力衰竭和先天性心脏病，如法洛四联症。前者主要由于肺内气体交换障碍，后者主要由于部分静脉血通过肺进行氧合而直接进入体循环动脉血中。如分流量超过左心搏出量的 1/3，即引起发绀。

2. 周围型发绀：由于周围循环障碍所致，临床表现的特点是发绀常出现于肢体的末端。

（1）静脉淤血：如下肢静脉栓塞、静脉曲张。

（2）心排量减少：如严重休克时，因周围血管血流缓慢及血管收缩，导致组织缺血及缺氧。

（3）动脉供血不足：如血栓闭塞性脉管炎、雷诺病、闭塞性周围动脉粥样硬化等。

3. 混合型发绀：中心型和周围型发绀同时存在，见于心力衰竭（左心、右心和全心衰竭）或前述心肺疾病合并周围循环衰竭者。

（二）血液中存在异常血红蛋白衍生物

1. 高铁血红蛋白血症：摄入亚硝酸盐、磺胺类、苯胺、硝基苯等，可引起血液中高铁血红蛋白增加，出现发绀，发病急、病情重，氧疗后发绀症状不减轻。

2. 硫化血红蛋白血症：患者便秘或服用硫化物后，在肠内形成硫化氢，硫化氢作用于血红蛋白生成硫化血红蛋白。特点为发绀持续时间长，可达几个月或更长的时间。

知识点：呼吸困难的临床表现

从症状表现分析，将呼吸困难分为以下几种类型。

1. 肺源性呼吸困难

（1）吸气性呼吸困难：特点是吸气费力、显著困难，重者因吸气肌极度用力，胸腔负压增大，吸气时胸骨上窝、锁骨上窝与肋间隙明显凹陷，出现“三凹征”（three depressions sign）常伴干咳与高调吸气性喉鸣。此种表现提示为喉、气管与大支气管狭窄与阻塞。如突然出现考虑异物阻塞（儿童尤为多见）、喉痉挛、喉水肿；如年龄较大，逐渐出现，进行性加重，则应考虑恶性肿瘤；如发生稍快伴发热，则应考虑喉炎、白喉等。

（2）呼气性呼吸困难：特点是呼气费力，呼气时间明显延长而缓慢，听诊常伴有干啰音。见于下呼吸道阻塞疾病，如呼吸困难呈发作性，胸部听诊有弥漫性哮鸣音，使用支气管舒张剂有效，提示为支气管哮喘。

（3）混合性呼吸困难：特点是吸气、呼气都困难，呼吸频率加快、变浅，听诊肺常有呼吸音异常（减弱或消失），可有病理性呼吸音。主要见于广泛肺实质或肺间质病变以及严重胸廓、膈肌、胸膜与神经-肌肉疾患。混合性呼吸困难呼气相更明显，胸廓外形如桶状，肺呼吸音减弱、呼气时间延长，提示为阻塞性肺气肿。

2. 心源性呼吸困难主要见于心力衰竭，左心衰竭呼吸困难的特点是活动时出现或加重，休息时减轻或缓解；仰卧位时加重，坐位减轻；因活动时心脏负荷加重，机体耗氧增加；坐位时回心血量减少，肺瘀血程度减轻；同时坐位膈位降，活动度增大，肺活量可增加10%~30%，故病情较重者，常被迫采取半坐位或端坐位呼吸（orthopnea）。

急性左心衰竭时，常出现阵发性呼吸困难，多在夜间熟睡中发生，称夜间阵发性呼吸困难。这是因为：①睡眠时迷走神经兴奋性增高，致冠状动脉收缩，心肌供血减少，心功能降低；小支气管收缩，肺泡通气进一步减少；②仰卧位时肺活量减少，静脉回心血量增多，致原有肺瘀血加重；③夜间呼吸中枢敏感性降低。对肺瘀血所引起的轻度缺氧反应迟钝，当瘀血程度加重缺氧明显时，才“唤醒”呼吸中枢作出应答反应。发作时，病人常于熟睡中突感胸闷憋气惊醒，被迫坐起。惊恐不安，伴有咳嗽，轻者数分钟至数十分钟后症状逐渐减轻、缓解；重者，高度气喘，颜面青紫、大汗，呼吸有哮鸣声，甚至咳大量浆液性血性痰，或粉红色泡沫样痰，听两肺底有较多湿性啰音，心率增快。有奔马律。此种呼吸困难，又称“心源性哮喘”（cardiac asthma）。其原因在老年人多为冠心病、冠心病；青少年则多考虑风心病、心肌炎、心肌病、先天性心脏病。

右心衰竭患者亦常取半坐位以缓解呼吸困难，在慢性肺心病与其原发疾病亦有关；心包疾病患者喜取坐位前倾体位，以减轻增大心肌对肺的压迫。

3. 中毒性呼吸困难因各种酸中毒所致者多为深长规则大呼吸（Kussmaul呼吸），频率或快或慢，据病因不同呼出气可有尿（氨）味（见于尿毒症）、烂苹果味（见于糖尿病酮症酸中毒）。急性发热性疾病呼吸快速、急促。因血中出现异常血红蛋白衍化物或氰化物中毒者，一般呼吸深快。严重时因脑水肿呼吸中枢受抑制，呼吸浅表、缓慢，与镇静安眠或麻醉药中毒所致者相似，也可有节律异常，如Cheyne-Stokes呼吸、Biot's呼吸。

4. 精神神经性呼吸困难因颅脑疾患所致者呼吸变慢变深，常伴有鼾声和严重呼吸节律异常，如呼吸遏制（吸气突然终止）、双吸气（抽泣样呼吸）等。癔病患者呼吸困难发作常浅表、频数，可达60~100次/分，并常因过度通气而出现口周、肢体麻木或手足搐搦等呼吸性碱中毒表现。神经症患者常述胸部压抑感、气短，但仔细观察并无呼吸困难客观表现，偶尔在一次深长大吸气之后伴叹息样呼气，叹息之后自觉轻松舒适。

知识点：皮肤黏膜出血的五个基本病因

- 一、血管壁缺陷；
- 二、血小板数量及功能异常；
- 三、凝血因子缺乏或活性降低；
- 四、血液中抗凝物质增多；
- 五、纤维蛋白溶解亢进。

1. 血管壁结构与功能异常

（1）先天性如遗传性出血性毛细血管扩张症、血友病、家族性单纯性紫癜等。

（2）获得性过敏性紫癜、药物性紫癜、感染性紫癜、中毒性紫癜、结缔组织疾病、维生素C缺乏症、单纯性紫癜等。

2. 血小板数量与功能的异常

血小板数量异常。

血小板减少：生成减少：再障、白血病。

破坏过多：ITP。

消耗过多：DIC。

血小板增多：原发性：骨髓增生性疾病。

继发性脾切除后。

血小板功能异常：遗传性：血小板无力症。

继发性：药物、尿毒症。

3. 凝血功能障碍

(1) 先天性血友病、遗传性凝血酶原缺乏症、遗传性纤维蛋白原缺乏症等。

(2) 获得性严重肝功能不全、尿毒症、维生素 K 缺乏症等。

知识点：意识障碍临床表现

1. 嗜睡：是最轻的意识障碍，是一种病理性嗜睡，患者陷入持续的睡眠状态，可被唤醒，并能正确回答和做出各种反应，但当刺激去除后很快又再入睡。

2. 意识模糊：是意识水平轻度下降，较嗜睡为深的一种意识障碍。患者能保持简单的精神活动，但对时间、地点、人物的定向能力发生障碍（2007）。

3. 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。虽在强烈刺激下可被唤醒，但很快又再入睡。醒时答话含糊或答非所问。

4. 昏迷：是严重的意识障碍，表现为意识持续的中断或完全丧失。按其程度可区分 3 个阶段。

(1) 轻度昏迷：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。角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在。

(2) 中度昏迷：对周围事物及各种刺激均无反应，对剧烈刺激可出现防御反射。角膜反射减弱，瞳孔对光反射迟钝，眼球无转动（2008）。

(3) 深度昏迷：全身肌肉松弛，对各种刺激全无反应。深、浅反射均消失。

(4) 脑死亡：也称过度昏迷，全身肌张力低下，瞳孔散大，眼球固定，自主呼吸停止，完全依靠人工呼吸维持生命。

5. 谵妄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、定向力丧失、感觉错乱（幻觉、错觉）、躁动不安、言语杂乱。

6. 其他如无动性缄默、去大脑皮质状态、木僵等。

知识点：鉴别中枢性面瘫与周围性面瘫

中枢性面瘫：面神经核上行通路任何部位受损都可以引起中枢性面瘫，最常见的受损处是内囊。可能的病因是：颈内动脉系统闭塞，尤以大脑中动脉主干及分支闭塞更为多见，也可因血管瘤或高血压性血管病变所致颅内出血以及颅内肿瘤所致。

中枢性面神经麻痹，于颜面上部的肌肉并不出现瘫痪，因之闭眼、扬眉、皱眉均正常。面额纹与对侧深度相等，眉毛高度与睑裂大小均与对侧无异。中枢性面神经麻痹时，面下部肌肉出现瘫痪，即颊肌、口开大肌、口轮匝肌等麻痹，故患者于静止位时该侧鼻唇沟变浅，口角下垂，示齿动作时口角歪向健侧。

中构性面神经麻痹时，颜面不对称并不明显，移行于面肌痉挛者极为罕见。中枢性面瘫往往伴有偏瘫之其他体征，如腱反射异常、Babinski 氏征等。

周围性面瘫：是指特发性面神经麻痹，又称贝耳麻痹，是指原因不明、急性发病的单侧周围性面神经麻痹，系常见病。

临床表现：任何年龄均可发病，男性略多。通常急性起病，于数小时或 1~2 天内达高峰。病初可有下颌角或耳后疼痛。主要症状为一侧面部表情肌瘫痪。额纹消失，不能皱眉，眼裂闭合不全，试闭眼时，瘫痪侧眼球向上外方转动，露出白色巩膜，称贝耳现象。病侧鼻唇沟变浅、口角下垂，露齿时歪向健侧，因口轮匝肌瘫痪而鼓气或吹口哨时漏气，因颊肌瘫痪而食物易滞留于病侧齿颊之间。病变在鼓索参与面神经处以上时，可有同侧味觉丧失。

诊断和鉴别诊断：根据急性起病的周围性面瘫即可诊断。但需与以下疾病鉴别：

1、格林-巴利综合征可有周围性面瘫，但多双侧性，有对称性肢体瘫痪及脑脊液蛋白-分离现象。

2、各种中耳炎、迷路炎、乳突炎等并发的耳源性面神经麻痹，多有原发病的特殊症状及病

史。

3、颅后窝的肿瘤或脑膜炎引起的周围性面瘫，大多起病较慢，且有其他颅神经受损或原发病的表现。

引起周围性面瘫的病因很多，归纳起来有以下几个方面：

(1) 感染性病变耳部带状疱疹、脑膜炎、腮腺炎、猩红热、疟疾、多发性颅神经炎、局部感染。

(2) 耳源性疾病如中耳炎、迷路炎、乳突炎、颞骨化脓性炎症。

(3) 肿瘤基底动脉瘤、颅底肿瘤、听神经瘤、颈静脉球肿瘤。

(4) 外伤颅底骨折、面部外伤。

(5) 中毒如酒精中毒。

(6) 代谢障碍如糖尿病、维生素缺乏。

(7) 血管机能不全。

(8) 先天性面神经核发育不全。

中枢性面瘫于颜面上部的肌肉并不出现瘫痪，因之，闭眼、扬眉、皱眉均正常。额纹与对侧深度相等，眉毛高度与睑裂大小均与对侧无异。常根据此点与周围性面瘫相鉴别。

中枢性与周围性面瘫之鉴别，瘫痪明显者一目了然，极轻者鉴别困难。可以依靠以下几方面来鉴别：一靠表情运动，中枢性者哭笑时不表现瘫痪，周围性者则瘫痪更加明显；二靠掌颏反射，中枢性瘫痪有或亢进，周围性瘫痪无或减弱，但此法不太可靠；三靠将其他体征联系起来判定，此法最为可靠。

例如：当患者之面瘫不易判定其为中枢性或周围性时，如患者合并一侧上下肢轻瘫，瘫痪之上下肢是在面神经瘫痪之对侧，则其面瘫必为周围性；如瘫痪之上下肢是在面神经瘫痪之同侧，其面瘫必为中枢性，和眼肌瘫痪联系起来也与此相类似。

知识点：ABO 血型系统的临床意义

ABO 血型系统的临床意义主要有三方面：

1. 输血：是治疗与抢救生命的重要措施。输血前必须检查血型，选择血型相同的供血者，进行交叉配血，结果完全相合才能输血。

2. 新生儿溶血病：母婴 ABO 血型不合引起的新生儿溶血病（常为第 1 胎溶血），主要依靠血型血清学检查作出诊断。

3. 器官移植：受者与供者必须 ABO 血型相符才能移植。

知识点：骨髓检查的主要临床应用

(1) 诊断造血系统疾病 骨髓象检验对各种类型白血病、再生障碍性贫血、巨幼细胞贫血、恶性组织细胞病、戈谢病、尼曼-匹克病、海蓝色组织细胞增生症、多发性骨髓瘤，也常通过复查骨髓象来评价疗效或判断预后。

(2) 协助诊断某些疾病 如各种恶性肿瘤的骨髓转移、淋巴瘤的骨髓浸润、骨髓增殖异常综合征、骨髓增生性疾病、缺铁性贫血、溶血性贫血、脾功能亢进和原发性血小板减少性紫癜。

(3) 提高某些疾病的诊断率 利用骨髓液检验疟原虫、黑热病原虫、红斑狼疮细胞及细菌培养、染色体培养、干细胞培养等，皆可提高阳性率。

1. 检查的适应症与禁忌症

(1) 适应症 ①外周血细胞成份及形态异常，如一系、二系或三系细胞的增多和减少；外周血中出现原始、幼稚细胞等异常细胞。②不明原因发热，肝、脾、淋巴结肿大。③骨痛、骨质破坏、肾功能异常、黄疸、紫癜、血沉明显增加等。④化疗后的疗效观察。⑤其他；骨髓活检、造血祖细胞培养、染色体核型分析、微生物及寄生虫学检查（如伤寒、疟疾）等。

(2) 禁忌症 由于凝血因子缺陷引起的出血性疾病如血友病；晚期妊娠的孕妇做骨髓穿刺

术应慎重。3. 骨髓标本的采集 骨髓标本大部分采用穿刺法吸取。骨髓穿刺部位选择一般要从以下几个方面考虑：①骨髓腔中红骨髓丰富；②穿刺部位应浅表、易定位；③应避开重要脏器。临床上常用的穿刺部位包括胸骨、棘突、髂骨、胫骨等处。髂骨后上棘此处骨皮质薄，骨髓腔大，进针容易，骨髓液丰富，被血液稀释的可能性小，故为临床上首选的穿刺部位。

知识点：骨髓涂片检查

（1）普通光镜低倍镜检验 判断骨髓增生程度；估计巨核细胞系统增生情况；观察涂片边缘、尾部、骨髓小粒周围，有无体积较大或成堆分布的异常细胞

（2）油镜 选择满意的片膜段，观察 200~500 个细胞，按细胞的种类、发育阶段分别计算，并计算它们各自的百分率；仔细观察各系统的增生程度和各阶段细胞数量和质量的变化的变化

知识点：骨髓象检查的注意事项

确认细胞不能单凭一、两个特点下结论，应综合细胞大小、核质比例、核的形状、染色质结构、核仁、胞质着色和颗粒等条件全面分析判断；个系统的原始细胞虽各有特征，但极相似，甚难鉴别，除应做相应的细胞化学染色协助区别外，也可根据伴随出现的幼稚细胞或成熟细胞，推测原始细胞的归属；介于两个阶段之间的细胞，不论其来源如何，应统一按成熟方向的下一阶段计算；在特殊情况下，光学显微镜下各别介于两个系统之间的细胞，甚难鉴别。如介于浆细胞与幼稚红细胞之间的细胞，可归于红细胞。介于淋巴细胞与红细胞之间的细胞亦归为红细胞；若确诊为浆细胞性白血病、淋巴细胞白血病或红白血病时，则应将这些细胞随确诊而划分其归属；实在难以确定类型的细胞，可列为“分类不明细胞”。应通过细胞化学染色、骨髓病理、电镜或集体读片等方法弄清楚类别，或作形态描述记录、照像记录、动态观察，以待进一步明确。

知识点：骨髓象的分析与报告

包括骨髓有核细胞增生程度、粒细胞与有核红细胞比例、粒系统细胞改变、红系统细胞改变、巨核系统细胞改变、淋巴系统细胞改变、单核系统细胞改变和其他血细胞改变。