

史上最全化验单解读教程和医学影像诊断报告及快速读懂心电图

(1)红细胞计数英文缩写: RBC

增多: 可见于真性红细胞增多症、肺心病、肺气肿、高原缺氧等。

降低: 见于各种贫血、血液稀释等。

(2)血红蛋白(也叫血色素)测定英文缩写: Hb 或 HGB

增多: ①生理性增多: 见于高原居民、胎儿和新生儿、剧烈活动、恐惧、冷水浴等; ②病理性增多: 见于严重的先天性及后天性心肺疾患、血管畸形及携氧能力低的异常血红蛋白病等; 也见于某些肿瘤或肾脏疾病。

减少: ①生理性减少: 老年人由于骨髓造血功能逐渐降低, 可导致红细胞和血红蛋白含量下降。②病理性减少: 骨髓造血功能衰竭, 如再生障碍性贫血、骨髓纤维化所伴发的贫血如缺铁性贫血、叶酸及维生素 B12 缺乏所致的巨幼细胞性贫血; 因红细胞膜、酶遗传性的缺陷或外来因素所致红细胞破坏过多而导致的贫血, 如遗传性球形红细胞增多症、地中海性贫血、阵发性睡眠性血红蛋白尿、异常血红蛋白病、免疫性溶血性贫血、心脏体外循环的大手术或某些生物化学性因素所致的溶血性贫血, 急性或慢性失血所致的贫血。

(3)白细胞计数英文缩写: WBC

增多: 常见于急性细菌性感染和化脓性炎症, 严重组织损伤、急性出血、中毒(如糖尿病酸中毒, 尿毒症)、恶性肿瘤、白血病及手术后等。

降低: 常见于某些传染病(伤寒、疟疾、病毒感染等)、某些血液病、自身免疫性疾病、过敏性休克、脾功能亢进、恶病质、放疗或化疗后及再生障碍性贫血等。

(4)白细胞分类计数英文缩写: DC 检测各类白细胞所占白细胞总数的百分比例。

白细胞分为 5 类:

①中性粒细胞英文缩写: N%

增多和减少与白细胞计数相同。

②嗜酸性粒细胞英文缩写: E%

增多: 常见于过敏性疾病(支气管哮喘、荨麻疹、血管神经性水肿, 食物过敏、神经性皮炎及由曲霉菌芽胞引起的肺炎等)、

寄生虫病(急性血吸虫病、钩虫病、绦虫病、旋毛虫病、肺吸虫病等)、某些皮肤病、某些恶性肿瘤(霍奇金病、淋巴系统恶性 疾病等)。

减少: 常见于长期应用肾上腺皮质激素治疗时, 也可见于大手术及某些传染病的早期。

③嗜碱性粒细胞 英文缩写: B%

增多: 常见于慢性粒细胞性白血病、嗜碱粒细胞白血病、骨髓纤维化及某些转移癌。

④淋巴细胞 英文缩写: L%

增多: 常见于某些病毒或细菌所致的传染病(麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎、病毒性肝炎、结核病等)、传染性淋巴细胞增多症、某些慢性感染和结核病恢复期及淋巴细胞性白血病、白血病性淋巴肉瘤等。

减少: 常见于接触放射线、应用肾上腺皮质激素、抗淋巴细胞球蛋白治疗、淋巴细胞减少症、免疫缺陷病、丙种球蛋白缺乏症等。

⑤单核细胞英文缩写: M%

增多: 常见于某些感染(如亚急性细菌性心内膜炎)、急性感染的恢复期、单核细胞性白血病、活动性结核病、

淋巴瘤及骨髓增生异常综合征等。

减少：无重要临床意义。

(5)血小板计数英文缩写：PLT 增多(大于 $400 \times 10^9 / \text{升}$)：①骨髓增生综合征：见于慢性粒细胞性白血病、真红细胞增多症等。②急性反应：急性感染、失血、溶血等。③其它：脾切除术后。

降低(小于 $100 \times 10^9 / \text{升}$)：①生成障碍：见于再生障碍性贫血、急性白血病、急性放射病。②破坏过多：见于原发性血小板减少性紫癜、脾亢。③消耗过多：见于弥漫性血管内凝血(DIC)。④家族性血小板减少：巨大血小板综合征。

如何看尿常规化验单 尿常规化验包括尿的颜色、透明度、酸碱度、比重、有无蛋白和糖等。在一张化验单上，如果一些项目后面写了“+”号，这在医学上叫做阳性结果；相反，“—”号就叫阴性结果。阳性结果通常是泌尿系统疾病的标志。

NIT 代表尿中的亚硝酸盐。亚硝酸盐含量的多少常与食物的种类有关。如经常超过正常，提示有尿结石或有尿路感染的可能。

PH 代表酸碱度。正常结果为 6.0。酸碱度增高常见于频繁呕吐，呼吸性碱中毒等。酸碱度降低常见于酸中毒、糖尿病等。

GLU 代表尿糖。正常结果为阴性。患糖尿病时尿糖可达 2~3 个加号，甲亢、肢端肥大症、脑肿瘤等均可导致尿糖升高。

PRO 代表尿蛋白。正常结果为阴性或微量。阳性见于急性肾小球肾炎、肾动脉硬化、多发性骨髓瘤和高热等。

BLO 代表隐血。正常人尿隐血为阴性。

KET 代表酮体。正常结果为阴性。酮症酸中毒时尿酮体为阳性，常见于糖尿病患者饥饿、呕吐、腹泻时。

BIL 代表胆红素。如果是阳性，提示有黄疸，需进行检查。

WBC 代表白细胞。正常结果为阴性，尿液中 WBC 增多见于肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎及前列腺炎。

SG 代表比重。尿比重增高见于脱水、高热、心功能不全等；降低见于慢性肾小球肾炎和肾盂肾炎等。

URO 代表尿胆元。正常结果为阴性或弱阳性。在病毒性肝炎早期黄疸出现前，尿胆元增高，溶血性黄疸时阳性或强阳性。

乙肝检查结果解读“两对半”不同组合模式的意义

正常情况：HBsAg,HBsAb,HBeAg,HBeAb,HBcAb 五项乙肝的血清标志均为阴性。

异常：HBsAg,HBsAb,HBeAg,HBeAb,HBcAb 五项乙肝的血清标志常联合检测，称之为乙肝“两对半”试验，它们

的组合模式如表。

常见的组合模式(1—8)

血清标志	1	2	3	4	5	6	7	8
HBsAg	+	+	+	+	—	—	—	—
HBsAb	—	—	—	—	+	+	—	—
HBeAg	+	—	—	—	—	—	—	—
HBeAb	—	—	—	+	—	+	+	—
HBcAb	+	+	—	+	—	—	+	+

少见的组合模式(9—20)

血清标志	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
HBsAg	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—
HBsAb	—	—	—	+	+	+	+	—	+	+	—	—	+
HBeAg	+	—	+	—	+	—	—	+	+	+	+	—	—
HBeAb	—	+	+	—	—	+	—	—	—	—	+	+	—
HBcAb	—	—	+	—	+	+	+	+	—	+	+	—	+

意义：

- 1.感染乙肝病毒，病毒不断复制，有强传染性。简称“三阳”。
- 2.病毒复制，有传染性；如由“三阳”转变而来，提示病毒复制趋于停止，传染性小。
- 3.乙肝急感染早期；乙肝病毒携带者；由“三阳”转变而来，提示病毒复制趋于停止，传染性小；病毒核心部分与人体肝细胞核心部分整合为一体，无传染性。
- 4.病毒复制停止，或有一定程度复制，无传染或传染性相对转小。
- 5.感染乙肝病毒后，病毒已清除，无传染性，且有免疫力；注射乙肝疫苗后已获得免疫力。
- 6.7.8 感染乙肝病毒后，病毒已清除，故无复制与传染性，且具有免疫力。
- 9.乙肝病毒感染早期，传染性强。
- 10.乙肝恢复期或慢性携带者，血清标志易转阴
- 11.病毒感染趋于恢复；慢性携带者。
- 12.不同亚型的乙肝病毒二次感染，不典型乙肝病毒感染早期。
- 13.14.15.乙肝病毒感染早期。
- 16.不典型急性感染（提示非A非B型肝炎）
- 17.18.不典型感染
- 19.乙肝急性感染中期。
- 20.感染恢复期。
- 21.既往感染过乙肝，现在仍有免疫力，属于不典型恢复期，也可能为急性乙肝感染期。

如何看懂糖尿病“化验单” 得了糖尿病免不了要和各种化验单打交道，因此，学会看化验单就成了每一位糖尿

病患者的基本功。

下面就逐一介绍与糖尿病相关的各项检查及其结果判读。

尿糖(U—G L U)

正常情况下，尿液中只含有微量的葡萄糖，尿糖检查呈阴性。当血糖增高到一定程度($\geq 8.9 \sim 10.0$ 毫摩尔 / 升)时，肾脏的肾小管就不能将尿液中的葡萄糖全部回吸收，尿糖就会增高呈阳性，化验单上用“+”号表示。

一般情况下，尿糖可以反映出血糖的情况。但尿糖还受许多其他因素的影响，有时血糖与尿糖并不完全一致，例如：当患者有肾脏疾病时，由于肾糖阈增高，患者尽管血糖很高，尿糖却往往阴性；再如，妊娠期妇女肾糖阈往往减低，尽管血糖不高，尿糖也可呈阳性。因此，尿糖结果仅供参考，而不能作为糖尿病的诊断依据。

血糖(B S)

临床上所说的血糖是指血浆中的葡萄糖。空腹血糖(FPG)，是指隔夜空腹(至少 8-10 小时除饮水外未进任何食物)于早餐前抽静脉血所测的血糖，它间接反映基础胰岛素的分泌功能；餐后 2 小时血糖(P2hPG)则可间接反映胰岛 β 细胞的储备功能。

空腹血糖 ≥ 7.0 毫摩尔 / 升和(或)餐后 2 小时血糖 ≥ 11.1 毫摩尔 / 升即可诊断为糖尿病；空腹血糖在 6.1-7.0 毫摩尔 / 升为空腹血糖受损(IFG)，餐后 2 小时血糖在 7.8~11.1 毫摩尔 / 升为糖耐量受损(IGT)。空腹血糖受损和糖耐量受损统称为糖尿病前期。

作为糖尿病患者，理想情况下血糖应控制在：空腹血糖 < 6.1 毫摩尔 / 升，餐后 2 小时血糖 < 8.0 毫摩尔 / 升。

葡萄糖耐量试验(OGTT)

健康人在一次食入大量葡萄糖后，血糖浓度仅为暂时性轻度升高，2 小时后可恢复到正常水平，此谓人体的耐糖现象。给受试者测定空腹血糖后，口服 7.5 克葡萄糖，之后分别在半小时内、1 小时、2 小时及 3 小时采血测血糖，并画出相应的血糖一时间曲线，即为口服葡萄糖耐糖量试验。

正常值：空腹血糖 3.9-6.1 毫摩尔 / 升，血糖在口服葡萄糖 0.5-1 小时达高峰，峰值 < 8.89 毫摩尔 / 升，2 小时后血糖 < 7.8 毫摩尔 / 升，3 小时后血糖恢复正常。

葡萄糖耐量试验对糖尿病具有很大的诊断价值。对空腹血糖正常或可疑升高，及餐后 2 小时血糖可疑升高等疑有糖尿病患者，均须依赖葡萄糖耐量试验才能做出最后诊断。但葡萄糖耐量试验不能用于评估糖尿病控制情况。

糖化血红蛋白(H bA 1 c)和糖化血清蛋白(G S P)

血糖水平受饮食、运动量、情绪、药物的影响而经常波动，因此，化验一次血糖只能反映采血那一刻的血糖水平，不能反映采血前一段时间内的平均血糖水平。而糖化血红蛋白可以反映采血前 2-3 个月的平均血糖水平，其正常值为 4%~6%。我国糖尿病指南要求，糖尿病患者应将糖化血红蛋白控制在 6.5% 以下。糖化血清蛋白反

映的是此前 2-3 周内的平均血糖水平，其正常值为 1.5-2.4 毫摩尔 / 升。对于血糖波动较大的糖尿病患者，了解其平均血糖水平更有意义。但糖化血红蛋白不能用于糖尿病的诊断，也不能用糖化血红蛋白和糖化血清蛋白化验结果来指导每日降糖药物的用量。

胰岛功能测定试验

主要用于了解胰岛 β 细胞的功能状态，协助判断糖尿病类型并确定治疗方案。通常包括：

胰岛素释放试验：口服 75 克葡萄糖或馒头 2 两，测定餐前及餐后血浆胰岛素水平。空腹正常胰岛素值为 5-25 微单位 / 毫升，服糖后 1 小时上升为空腹的 5-10 倍，3 小时后恢复至空腹水平。1 型糖尿病患者胰岛素分泌严重缺乏，餐后胰岛素分泌也无明显增加，胰岛素释放曲线呈无反应型或低平曲线。2 型糖尿病早期，空腹及餐后胰岛素水平可正常甚至略高，但胰岛素分泌高峰往往延迟至 2-3 小时后出现；2 型糖尿病晚期，由于患者胰岛 β 细胞功能趋于衰竭，其胰岛素分泌曲线可与 1 型糖尿病相似。在指导用药方面，如果胰岛素分泌量不低，说明主要问题是胰岛素抵抗，治疗上应控制饮食、加强锻炼、减肥，选择改善胰岛素抵抗的药物(如双胍类或噻唑烷二酮类药物等)；如果胰岛素分泌严重缺乏，则应及时加用胰岛素治疗。

C 肽释放试验：

C 肽是胰岛素原最后生成胰岛素时的等分子离解产物，因此，测定 C 肽可以间接反映自身胰岛素的分泌情况。健康人空腹血浆 C 肽值为 0.8~4.0 微克 / 升，餐后 1~2 小时增加 4~5 倍，3 小时后基本恢复到空腹水平。本试验的意义与胰岛素释放试验相同。血清 C 肽测定可以排除外源性胰岛素的干扰，能更准确地反映患者自身胰岛 β 细胞的分泌功能。

尿微量白蛋白(UAER)

糖尿病患者常易并发肾脏损害，如不及时发现和治疗，会逐渐发展为尿毒症。早期糖尿病肾病，尿常规检查尿蛋白常为阴性，易被忽略，待尿常规中出现尿蛋白时，肾脏病变往往已不是早期。尿微量白蛋白测定是反映早期肾损害的敏感指标，尿微量白蛋白超过 30 毫克 / 24 小时，或 20 微克 / 分钟，则提示有早期肾损害。此时如能严格地控制血糖、血压并配合其他治疗，肾功能多半可以恢复正常。

血、尿酮体

重症糖尿病患者由于胰岛素严重缺乏及糖利用障碍，造成脂肪分解，产生大量酮体并在血中堆积，引起糖尿病酮症酸中毒，如不能及时发现和救治，可危及患者生命。尿酮体检查是筛查试验，结果阳性也可能是由于不能进食或呕吐造成的；结果阴性也不能完全排除酮症，故准确性较差。可靠的试验是测定血中的 β -羟丁酸含量，超过 0.5 毫摩尔 / 升，就提示有糖尿病酮症。

糖尿病相关抗体

包括谷氨酸脱羧酶抗体(GAD A)、胰岛细胞抗体(ICA)和胰岛素自身抗体(IAA)等，主要用于糖尿病的分型。健康人以及 2 型糖尿病患者这三种抗体均呈阴性。1 型糖尿病多呈阳性，其中，谷氨酸脱羧酶抗体诊断价值最高，其阳性率高达 90% 且可持续多年。

血脂

糖尿病是一种代谢紊乱综合征，除血糖高以外，往往还同时伴有血脂代谢异常等，共同构成了糖尿病慢性并发症的高危因素。

糖尿病患者的血脂控制应比一般人更加严格，我国糖尿病学会要求，糖尿病患者血脂应控制在：总胆固醇<4.5 毫摩尔 / 升，甘油三酯<1.5 毫摩尔 / 升，高密度脂蛋白胆固醇>1.1 毫摩尔 / 升，低密度脂蛋白胆固醇<2.5 毫摩尔 / 升。

心肺未见异常两肺胸廓对称，所见骨质未见异常；两侧肺野透过度正常，未见异常密度增高影；两肺纹理清晰，无增粗 增多 变行；两肺门无增大 增浓；心影大小形态如常，主动脉未见异常；纵隔居中两隔面光滑，肋隔角清晰锐利；其他未见异常。

两肺纹理增多

两肺胸廓对称，所见骨质未见异常；两侧肺野透过度正常，未见异常密度增高影；两肺纹理清晰，增粗 增多 模糊；两肺门无增大 增浓；心影大小形态如常，主动脉未见异常；纵隔居中两隔面光滑，肋隔角清晰锐利；其他未见异常。

符合高血压病改变，请结合临床

心影呈主动脉型增大，心尖部向左下增大，两侧肺野透过度稍减低；两肺纹理稍增多 增粗 模糊；两肺门稍增大 增浓 模糊；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；纵隔居中 无增宽；两侧胸廓对称；所见骨质未见异常；其他未见异常。

心肺未见明显异常

两侧胸廓对称，所见骨质未见异常；两侧肺野透过度正常，未见异常密度增高影；两侧肺野透过度正常未见异常密度增高影；两肺纹理略增粗 增多 模糊；两肺门无增大 增浓；心影大小形态如常，主动脉未见异常；纵隔居中两隔面光整，肋隔角清晰锐利；其他未见异常。

主动脉硬化

主动脉扩张 迂曲 延长，主动脉结向左突出；两侧肺野透过度正常，未见明确变影；两肺纹理无增粗 增多 变形；两肺门无增大 增浓；，两隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态如常，其他未见异常。

主动脉粥样硬化

主动脉扩张 迂曲 延长，主动脉结向左突出，见弧状钙化影；两侧肺野透过度正常，未见明确变影；两肺纹理无增粗 增多 变形；两肺门无增大 增浓；，两隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态如常，其他未见异常。

右侧肺不张

右侧肺野呈均匀一致性密度增高影；胸廓塌陷，肋间隙变窄，纵隔向右侧移位，右隔升高，隔影及心影不清；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；其他未见异常。

右肺中叶综合征

正位片示右下肺野见一底靠右心缘三角形密度增高影，上界清晰，下界模糊；侧位：呈底向前胸壁，尖向肺门三角形阴影；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常；其他未见异常。

右侧斜裂叶间积液

右侧中下肺野见边缘模糊，大片状密度增高影，侧位片，右侧斜裂呈梭状增宽，边缘清晰；两肺门无增大 增浓；，两隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态如常，其他未见异常。

右侧胸腔包裹性积液

右下肺野外带见沿侧胸壁见一弧形凸出阴影，密度均匀，边缘清晰，呈上窄下宽状。左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

左侧胸腔包裹性积液

左下肺野外带见沿侧胸壁见一弧形凸出阴影，密度均匀，边缘清晰，呈上窄下宽状。右肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

右侧胸腔大量积液

右下肺野外带见沿侧胸壁见一弧形凸出阴影，密度均匀，边缘清晰，呈上窄下宽状。左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

左侧胸腔大量积液

左下肺野外带见沿侧胸壁见一弧形凸出阴影，密度均匀，边缘清晰，呈上窄下宽状。右肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

右侧胸腔少量积液

右侧肋隔角变钝，模糊；右侧余肺野未见异常；左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大，增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小，形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中，无增大；其他未见异常。

左侧胸腔少量积液

左侧肋隔角变钝，模糊；左侧余肺野未见异常；右肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大，增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小，形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中，无增大；其他未见异常。

右侧胸腔中度积液

右侧第 3 前肋间以下肺野见大片状密度增高阴影，上缘稍模糊，呈外高内底凹面向上弧状，右隔 右心缘及右中下侧胸壁被遮盖；余肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光

整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。-

左侧胸腔中度积液

左侧第 3 前肋间以下肺野见大片状密度增高阴影，上缘稍模糊，呈外高内底凹面向上弧状，左隔 左心缘及右中下侧胸壁被遮盖；余肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。-

肺炎

右侧肺野呈均匀一致性密度增高影；胸廓塌陷，肋间隙变窄，纵隔向右侧移位，隔升高，隔影及心影不清；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常；其他未见异常。

右肺上叶非膨胀不全

右上叶体积缩小。呈折扇形密度增高影；右肺门上移，水平裂外侧部上移，气管向右移位；左侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常，其他未见异常。

1.右肺下叶肺膨胀不全，2.右肺中 上叶代偿性肺气肿

右下肺野见一尖端与肺门相连，基底位于膈肌之三角形密度增高影，边缘模糊，见内收肺纹理；右隔面及右心缘模糊，右中上肺野透光度增强，肺纹理稀少；侧位:右肺下野内收呈‘双翼状’密度增高影，斜裂向后移位，右隔中后部模糊；左侧肺野透过度正常，未见异常密度增高影；左肺纹理清晰，无增粗 增多 变形，肺门无增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增宽；两侧胸廓对称 所见骨质未见异常，其他未见异常。-

右肺中叶综合征

正位片示右下肺野见一底靠右心缘三角形密度增高影，上界清晰，下界模糊；侧位：呈底向前胸壁，尖向肺门三角形阴影；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中，无增大；其他未见异常。

左侧肺野膨胀不全

正位片见左上 中肺野内 中带见大片状密度增高影，阴影下部密度渐低，边缘模糊，气管左移，左上纵隔边缘不清；右侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常，其他未见异常。

两肺肺气肿

胸廓前后径增加 肋间隙增宽，呈桶状；两肺野透过度增高，双肺纹理稀疏变细；心影狭长，两隔低平，位于第 11 后肋处；两侧肺门稍增大 增浓；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

两下肺感染

两下肺纹理增多 增粗 紊乱;两下肺野见网状及小点状密度增高影及斑片状密度增高 边缘模糊;两肺门无增大 增浓;心影大小形态如常,主动脉未见异常;纵隔居中两隔面光滑,肋隔角清晰锐利;其他未见异常。

右侧包裹性夜气胸

右上肺野外带沿侧胸壁见一突向肺野囊状阴影,上部窄长,为透亮气体影,下部见一夜平面,内侧见被压缩肺组织之外侧缘;左肺野未见明确实变影;两侧两肺门无增大 增浓;心影大小形态如常,主动脉未见异常;纵隔居中两隔面光滑,肋隔角清晰锐利;其他未见异常。

右侧肺底积液

右侧见假横隔征,假隔明显升高,顶点外移至外 1/3 处,侧位;右后肋隔角变钝;仰卧位透视见,右侧肺野透过减低,胸廓外侧部见带状密度增高影,正常隔影显示清楚;左肺野未见明确实变影;两侧肺门未见增大,增浓;肋隔角清晰锐利;心影大小形态正常;主动脉未见异常;纵隔居中两隔面光滑,肋隔角清晰锐利;其他未见异常。

慢性支气管炎并感染

两肺纹理增多 增粗,紊乱 模糊,以两下肺明显;两下肺野见网状及小片状密度增高影及斑片状密度增高影 边缘模糊;两侧肺门影增大 增浓;双隔面光整,肋隔角清晰锐利;心影大小 形态正常,主动脉未见异常;纵隔居中 无增大;其他未见异常。

慢性支气管炎伴肺气肿

两肺纹理增多 增粗,模糊,结构紊乱,间有点状及网状阴影;两肺野透光度增高;两隔低平,位于第 10 后肋间处,肋隔角增大;心影狭小,未见明确增大现象;两侧肺门增浓 增大右下肺动脉稍增宽;胸廓呈桶状胸,肋呈稍水平走向;纵隔居中 无增大 ; 其他未见异常。

1 慢性支气管炎并肺气肿,轻度肺动脉高压;2 肺源性心脏病(早期)

两肺纹理增多 增粗 模糊,紊乱,上肺纹理比下肺纹理增多 增粗;两肺野透光度增高,见网状及小点状密度增高影,以两下肺明显;两侧肺门影增大 增浓,右下肺动脉增粗 大小约为 1.6cm;两隔肌低平,位于第 11 后肋以下,肋隔角增大;心影呈二尖瓣型,右心室轻度增大,左心尖部稍圆隆 上翘,肺动脉段隆突,心胸比率约 0.52;纵隔居中;胸廓近似桶状,肋骨呈水平走向,其他未见异常。

1 慢性支气管炎并感染 肺气肿;2 两侧胸膜肥厚

两肺纹理增多 增粗 模糊 结构紊乱,以两下肺明显;两肺野透光度增高,见网状及小点状阴影及点片状密度增高 边缘模糊影,以两下肺也明显;两侧肺门增大 增浓;两隔低平,位于第 10 后肋见以下,双隔面见幕状粘连 突起,肋隔角开大;心影狭小;纵隔居中;胸廓近似桶状,肋骨呈水平走向;其他未见异常。

慢性支气管炎并感染\肺气肿

两肺纹理增多 增粗,紊乱 模糊,以两下肺明显;两下肺野见网状及小片状密度增高影及斑片状密度增高影 边缘模糊,两肺门影增大 增浓;两隔低平,位于第 10 后肋间以下,肋隔角增大;心影狭小,未见明显增大;纵隔居中;胸廓近似的桶状,肋骨呈水平走向;其他未见异常。

1 慢性支气管炎并感染 2 两侧胸膜肥厚

两肺纹理增多 增粗 模糊，结构紊乱，以两下肺明显；两肺野可见网状 小片状阴影及斑片状密度增高 边缘模糊影，以两下肺也明显；两侧肺门增大 增浓；双隔面见幕状粘连 突起，肋隔角变钝；心影大小 形态正常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右侧气胸

右侧肺野外带（相当于占肺野 1\4）见带状异常透亮无肺纹理区；内侧缘可见发线状被压缩肺组织之外侧缘，肺被压缩约百分之 35；左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；形影大小 形态正常；纵隔向左稍移位 无增大；其他未见异常。

1 放射性肺炎 2 左侧乳腺切除术后

左侧乳腺癌切除术后及放射性治疗后复查；左下肺野透亮度局部高于右侧；左上肺野密度不均 边缘模糊斑片状及索条状阴影；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

左肺舌叶肺段性肺炎

左中 下肺野中内带见宽基底朝左心缘，尖端指向外肺野之三角形阴影，边缘模糊；侧位片示病灶阴影占据左肺舌叶，边缘清楚；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。 -

两肺下叶过敏性肺炎

双下肺野见密度较淡大小不等斑片状阴影，边缘模糊，其内肺纹理隐约可见，病灶以外带明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

两肺间质性肺炎

两肺纹理增多 增粗，结构紊乱，见多发不规则条状阴影，交织成网状，其间见散在小点状阴影，以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

两肺炎症

两肺纹理增多 增粗 模糊，见散在分布斑片斑点状密度增高影，边缘模糊，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

两肺下叶霉菌性肺炎

两下肺野见散在分布 边缘模糊斑片状密度增高影；右上肺见一薄壁空洞，洞内见一球形肿物，肿物上缘与洞壁间见一新月状透亮间隙；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

两下肺炎症

两肺纹理增多 增粗 模糊，见散在分布斑片斑点状密度增高影，边缘模糊，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右下肺炎症

右肺纹理增多 增粗 模糊，见散在分布斑片斑点状密度增高影，边缘模糊，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

左下肺炎症

左肺纹理增多 增粗 模糊，见散在分布斑片斑点状密度增高影，边缘模糊，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右侧胸膜肥厚 右侧肋隔角变钝，右隔肌变平；右侧余肺野未见异常；左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称 所见骨质未见异常；其他未见异常。

左侧胸膜肥厚

左侧肋隔角变钝，左隔肌变平；左侧余肺野未见异常；右肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称 所见骨质未见异常；其他未见异常。

胸膜粘连

双侧胸廓对称肺野清晰，未见异常密度增高影；肺门不大，肺纹理走行正常。心影不大，纵隔不宽。双隔面欠光滑，可见蓬状突起。双侧肋隔角清晰。

右肺上叶大叶性肺炎

右上肺野见密度均匀增高大片阴影，下缘清晰，止于横裂，其内可见支气管气象；两侧肺门未见增大；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常；侧位；病灶位于右肺上叶。

右肺下叶大叶性肺炎

右上肺野见密度均匀增高大片阴影，上缘清晰，止于横裂，其内可见支气管气象；两侧肺门未见增大；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常；侧位；病灶位于右肺下叶。

右中肺炎症

右中肺野见云絮状密度增高影，边缘模糊；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常；

两肺支气管肺炎

两肺纹理增粗 增多 模糊，见沿肺纹理分布斑点状密度增高影，边缘较淡且模糊不清，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右肺下叶支原体肺炎

右肺下野见自肺门下缘向肺野伸展 呈扇形大片状阴影，密度较淡，其内可见肺纹理影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右侧液气胸

右侧肺野外带沿侧胸壁内缘见一窄带状异常透亮无纹理区，内缘可见发现状肺组织压缩缘，右肺被压缩约百分之 20；右下肺野见大片状致密影。上缘见夜平面；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

左侧液气胸

左侧肺野外带沿侧胸壁内缘见一窄带状异常透亮无纹理区，内缘可见发现状肺组织压缩缘，左肺被压缩约百分之 20；左下肺野见大片状致密影。上缘见夜平面；两侧肺门未见增大 增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

右肺下叶支气管扩张

肺纹理增多 增粗，结构紊乱，边界不清，以右下肺野明显；右下肺野见多发囊状透亮影及支气管双轨征；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

左肺下叶支气管扩张

肺纹理增多 增粗，结构紊乱，边界不清，以左下肺野明显；左下肺野见多发囊状透亮影及支气管双轨征；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右肺下叶多发性支气管囊肿

右下肺纹理模糊不清，右心缘旁见多个囊状透亮影，部分囊腔内可见液平；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右支气管异物

吸气相见，右侧肺野透过度较左侧低，纵隔向右侧移位；呼气相见，右侧肺野透过度较左侧增强，纵隔向左侧移位；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

左支气管异物

吸气相见，左侧肺野透过度较左侧低，纵隔向右侧移位；呼气相见，左侧肺野透过度较左侧增强，纵隔向左侧移位；右侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

1，正常心电图：不用说了,它有可能是把那几个波和导联都斩一段下来,每一个波给你 3 个周期,分成几行给你看,要注意

2，左心室肥大:只要看 V5 大于 5 格,也是上下纵的 5 格

3，右心室肥大:只要看 V1 大于 2 格,是上下纵的 2 格

4，心房颤动,所有的 P--P,Q--Q,R--R,S--S,T--T 都没规律,也就是乱七八糟,

5，窦性心动过缓:每个心动周期都大于 5 个格(是左右横的格)

6，窦性心动过速:每个心动周期都小于 3 个格(是左右的格)

7，房性期前收缩:前面几个正常的波,接着一个波提前(注意：这个波的 pQRSt 形状是正常的,只是提前罢了),接下去又是正常的波

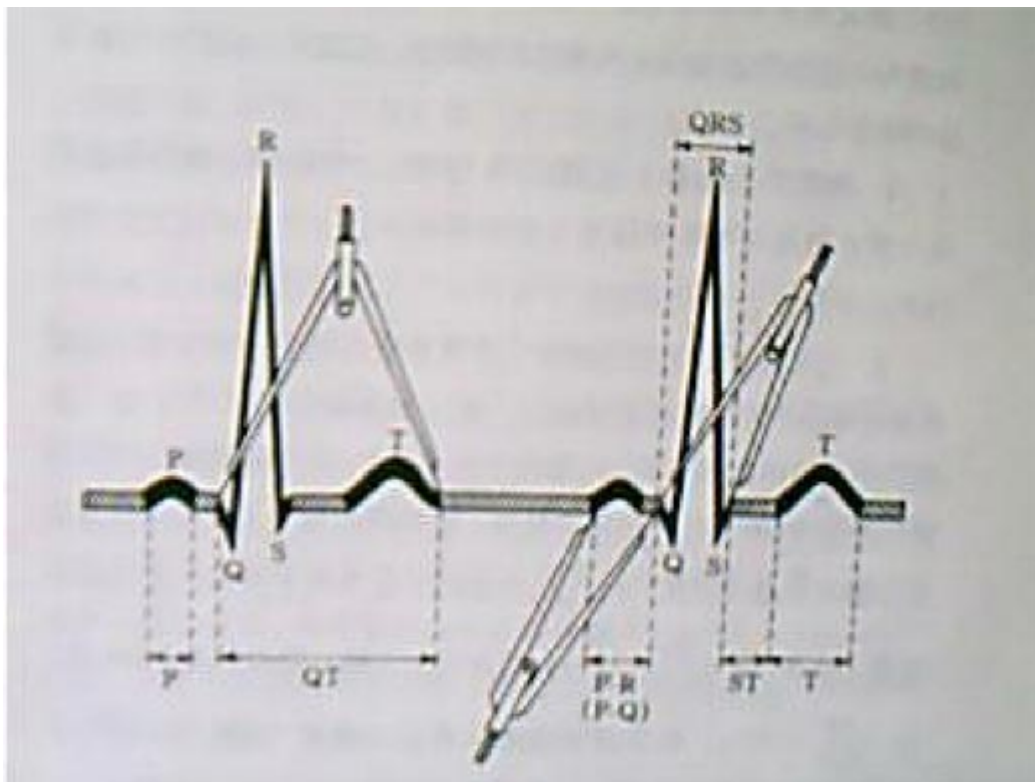
8，室性期前收缩:前面几个正常的波,接着一个波提前的宽大畸形的 QRS 波群(注意：这时候 R 波变宽),接下去又是正常的波

9，典型心肌缺血：V456 的 ST 段下移

10，急性心肌梗死：Q 波增宽+ST 段弓背向上抬高，注意：前壁看 V123456;后壁看 II，III，aVF

快速目测判断心电图的经验

1、正常心电图



(1)红细胞计数英文缩写：RBC

增多：可见于真性红细胞增多症、肺心病、肺气肿、高原缺氧等。

降低：见于各种贫血、血液稀释等。

(2) 血红蛋白(也叫血色素)测定英文缩写：Hb 或 HGB

增多：①生理性增多：见于高原居民、胎儿和新生儿、剧烈活动、恐惧、冷水浴等；②病理性增多：见于严重的先天性及后天性心肺疾患、血管畸形及携氧能力低的异常血红蛋白病等；也见于某些肿瘤或肾脏疾病。

减少：①生理性减少：老年人由于骨髓造血功能逐渐降低，可导致红细胞和血红蛋白含量下降。②病理性减少：骨髓造血功能衰竭，如再生障碍性贫血、骨髓纤维化所伴发的贫血如缺铁性贫血、叶酸及维生素 B12 缺乏所致的巨幼细胞性贫血；因红细胞膜、酶遗传性的缺陷或外来因素所致红细胞破坏过多而导致的贫血，如遗传性球形红细胞增多症、地中海性贫血、阵发性睡眠性血红蛋白尿、异常血红蛋白病、免疫性溶血性贫血、心脏体外循环的大手术或某些生物化学性因素所致的溶血性贫血，急性或慢性失血所致的贫血。

(3) 白细胞计数英文缩写：WBC

增多：常见于急性细菌性感染和化脓性炎症，严重组织损伤、急性出血、中毒(如糖尿病酸中毒，尿毒症)、恶性肿瘤、白血病及手术后等。

降低：常见于某些传染病(伤寒、疟疾、病毒感染等)、某些血液病、自身免疫性疾病、过敏性休克、脾功能亢进、恶病质、放疗或化疗后及再生障碍性贫血等。

(4) 白细胞分类计数英文缩写：DC 检测各类白细胞所占白细胞总数的百分比。

白细胞分为 5 类：

① 中性粒细胞英文缩写：N%

增多和减少与白细胞计数相同。

② 嗜酸性粒细胞英文缩写：E%

增多：常见于过敏性疾病(支气管哮喘、荨麻疹、血管神经性水肿，食物过敏、神经性鼻炎及由曲霉菌芽胞引起的肺炎等)、

寄生虫病(急性血吸虫病、钩虫病、绦虫病、旋毛虫病、肺吸虫病等)、某些皮肤病、某些恶性肿瘤(霍奇金病、淋巴系统恶性 疾病等)。

减少：常见于长期应用肾上腺皮质激素治疗时，也可见于大手术及某些传染病的早期。

③ 嗜碱性粒细胞 英文缩写：B%

增多：常见于慢性粒细胞性白血病、嗜碱粒细胞白血病、骨髓纤维化及某些转移癌。

④ 淋巴细胞 英文缩写：L%

增多：常见于某些病毒或细菌所致的传染病(麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎、病毒性肝炎、结核病等)、传染性淋巴细胞增多症、某些慢性感染和结核病恢复期及淋巴细胞性白血病、白血病性淋巴肉瘤等。

减少：常见于接触放射线、应用肾上腺皮质激素、抗淋巴细胞球蛋白治疗、淋巴细胞减少症、免疫缺陷病、丙种球蛋白缺乏症等。

⑤ 单核细胞英文缩写：M%

增多：常见于某些感染(如亚急性细菌性心内膜炎)、急性感染的恢复期、单核细胞性白血病、活动性结核病、淋巴瘤及骨髓增生异常综合征等。

减少：无重要临床意义。

(5)血小板计数英文缩写: PLT 增多(大于 $400 \times 10^9 / \text{升}$): ①骨髓增生综合征: 见于慢性粒细胞性白血病、真红细胞增多症等。②急性反应: 急性感染、失血、溶血等。③其它: 脾切除术后。

降低(小于 $100 \times 10^9 / \text{升}$): ①生成障碍: 见于再生障碍性贫血、急性白血病、急性放射病。②破坏过多: 见于原发性血小板减少性紫癜、脾亢。③消耗过多: 见于弥漫性血管内凝血(DIC)。④家族性血小板减少: 巨大血小板综合征。

如何看尿常规化验单 尿常规化验包括尿的颜色、透明度、酸碱度、比重、有无蛋白和糖等。在一张化验单上,如果一些项目后面写了“+”号,这在医学上叫做阳性结果;相反,“-”号就叫阴性结果。阳性结果通常是泌尿系统疾病的标志。

NIT 代表尿中的亚硝酸盐。亚硝酸盐含量的多少常与食物的种类有关。如经常超过正常,提示有尿结石或有尿路感染的可能。

PH 代表酸碱度。正常结果为 6.0。酸碱度增高常见于频繁呕吐,呼吸性碱中毒等。酸碱度降低常见于酸中毒、糖尿病等。

GLU 代表尿糖。正常结果为阴性。患糖尿病时尿糖可达 2~3 个加号,甲亢、肢端肥大症、脑肿瘤等均可导致尿糖升高。

PRO 代表尿蛋白。正常结果为阴性或微量。阳性见于急性肾小球肾炎、肾动脉硬化、多发性骨髓瘤和高热等。

BLO 代表隐血。正常人尿隐血为阴性。

KET 代表酮体。正常结果为阴性。酮症酸中毒时尿酮体为阳性,常见于糖尿病患者饥饿、呕吐、腹泻时。

BIL 代表胆红素。如果是阳性,提示有黄疸,需进行检查。

WBC 代表白细胞。正常结果为阴性,尿液中 WBC 增多见于肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎及前列腺炎。

SG 代表比重。尿比重增高见于脱水、高热、心功能不全等;降低见于慢性肾小球肾炎和肾盂肾炎等。

URO 代表尿胆元。正常结果为阴性或弱阳性。在病毒性肝炎早期黄疸出现前,尿胆元增高,溶血性黄疸时阳性或强阳性。

乙肝检查结果解读“两对半”不同组合模式的意义

正常情况: HBsAg,HBsAb,HBeAg,HBeAb,HBcAb 五项乙肝的血清标志均为阴性。

异常: HBsAg,HBsAb,HBeAg,HBeAb,HBcAb 五项乙肝的血清标志常联合检测,称之为乙肝“两对半”试验,它们的组合模式如表。

常见的组合模式(1—8)

血清标志	1	2	3	4	5	6	7	8
HBsAg	+	+	+	+	—	—	—	—
HBsAb	—	—	—	—	+	+	—	—
HBeAg	+	—	—	—	—	—	—	—
HBeAb	—	—	—	+	—	+	+	—
HBcAb	+	+	—	+	—	—	+	+

少见的组合模式(9—20)

血清标志	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
HBsAg	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—
HBsAb	—	—	—	+	+	+	+	—	+	+	—	—	+
HBeAg	+	—	+	—	+	—	—	+	+	+	+	—	—
HBeAb	—	+	+	—	—	+	—	—	—	—	+	+	—
HBcAb	—	—	+	—	+	+	+	+	—	+	+	—	+

意义：

- 1.感染乙肝病毒，病毒不断复制，有强传染性。简称“三阳”。
- 2.病毒复制，有传染性；如由“三阳”转变而来，提示病毒复制趋于停止，传染性小。
- 3.乙肝急感染早期；乙肝病毒携带者；由“三阳”转变而来，提示病毒复制趋于停止，传染性小；病毒核心部分与人体肝细胞核心部分整合为一体，无传染性。
- 4.病毒复制 停止，或有一定程度复制，无传染或传染性相对转小。
- 5.感染乙肝病毒后，病毒已清除，无传染性，且有免疫力；注射乙肝疫苗后已获得免疫力。
- 6.7.8 感染乙肝病毒后，病毒已清除，故无复制与传染性，且具有免疫力。
- 9.乙肝病毒感染早期，传染性强。
- 10.乙肝恢复期 或慢性携带者，血清标志易转阴
- 11.病毒感染趋于恢复；慢性携带者。
- 12.不同亚型的乙肝 病毒二次感染，不典型乙肝病毒感染早期。
- 13.14.15.乙肝病毒感染早期。
- 16.不典型急性感染（提示非 A 非 B 型肝炎）
- 17.18.不典型感染
- 19.乙肝急性感染中期。
- 20.感染恢复期。
- 21.既往感染过乙肝，现在仍有免疫力，属于不典型恢复期，也可能为急性乙肝感染期。

如何看懂糖尿病“化验单” 得了糖尿病免不了要和各种化验单打交道，因此，学会看化验单就成了每一位糖尿病患者的基本功。

下面就逐一介绍与糖尿病相关的各项检查及其结果判读。

尿糖(U—G L U)

正常情况下，尿液中只含有微量的葡萄糖，尿糖检查呈阴性。当血糖增高到一定程度($\geq 8.9 \sim 10.0$ 毫摩尔 / 升)时，肾脏的肾小管就不能将尿液中的葡萄糖全部回吸收，尿糖就会增高呈阳性，化验单上用“+”号表示。

一般情况下，尿糖可以反映出血糖的情况。但尿糖还受许多其他因素的影响，有时血糖与尿糖并不完全一致，例如：当患者有肾脏疾病时，由于肾糖阈增高，患者尽管血糖很高，尿糖却往往阴性；再如，妊娠期妇女肾糖阈往往减低，尽管血糖不高，尿糖也可呈阳性。因此，尿糖结果仅供参考，而不能作为糖尿病的诊断依据。

血糖(B S)

临床上所说的血糖是指血浆中的葡萄糖。空腹血糖(FPG)，是指隔夜空腹(至少 8-10 小时除饮水外未进任何食物)于早餐前抽静脉血所测的血糖，它间接反映基础胰岛素的分泌功能；餐后 2 小时血糖(P2hPG)则可间接反映胰岛 β 细胞的储备功能。

空腹血糖 ≥ 7.0 毫摩尔 / 升和(或)餐后 2 小时血糖 ≥ 11.1 毫摩尔 / 升即可诊断为糖尿病；空腹血糖在 6.1-7.0 毫摩尔 / 升为空腹血糖受损(IFG)，餐后 2 小时血糖在 7.8~11.1 毫摩尔 / 升为糖耐量受损(IGT)。空腹血糖受损和糖耐量受损统称为糖尿病前期。

作为糖尿病患者，理想情况下血糖应控制在：空腹血糖 < 6.1 毫摩尔 / 升，餐后 2 小时血糖 < 8.0 毫摩尔 / 升。

葡萄糖耐量试验(OGTT)

健康人在一次食入大量葡萄糖后，血糖浓度仅为暂时性轻度升高，2 小时后可恢复到正常水平，此谓人体的耐糖现象。给受试者测定空腹血糖后，口服 75 克葡萄糖，之后分别在半小时、1 小时、2 小时及 3 小时采血测血糖，并画出相应的血糖一时间曲线，即为口服葡萄糖耐糖量试验。

正常值：空腹血糖 3.9-6.1 毫摩尔 / 升，血糖在口服葡萄糖 0.5-1 小时达高峰，峰值 < 8.89 毫摩尔 / 升，2 小时后血糖 < 7.8 毫摩尔 / 升，3 小时后血糖恢复正常。

葡萄糖耐量试验对糖尿病具有很大的诊断价值。对空腹血糖正常或可疑升高，及餐后 2 小时血糖可疑升高等疑有糖尿病者，均须依赖葡萄糖耐量试验才能做出最后诊断。但葡萄糖耐量试验不能用于评估糖尿病控制情况。

糖化血红蛋白(H bA_{1c})和糖化血清蛋白(G S P)

血糖水平受饮食、运动量、情绪、药物的影响而经常波动，因此，化验一次血糖只能反映采血那一刻的血糖水平，不能反映采血前一段时间内的平均血糖水平。而糖化血红蛋白可以反映采血前 2-3 个月的平均血糖水平，其正常值为 4%~6%。我国糖尿病指南要求，糖尿病患者应将糖化血红蛋白控制在 6.5% 以下。糖化血清蛋白反映的是此前 2-3 周内的平均血糖水平，其正常值为 1.5-2.4 毫摩尔 / 升。对于血糖波动较大的糖尿病患者，了解其平均血糖水平更有意义。但糖化血红蛋白不能用于糖尿病的诊断，也不能用糖化血红蛋白和糖化血清蛋白化

验结果来指导每日降糖药物的用量。

胰岛功能测定试验

主要用于了解胰岛 β 细胞的功能状态，协助判断糖尿病类型并确定治疗方案。通常包括：

胰岛素释放试验：口服 75 克葡萄糖或馒头 2 两，测定餐前及餐后血浆胰岛素水平。空腹正常胰岛素值为 5-25 微单位 / 毫升，服糖后 1 小时上升为空腹的 5-10 倍，3 小时后恢复至空腹水平。1 型糖尿病患者胰岛素分泌严重缺乏，餐后胰岛素分泌也无明显增加，胰岛素释放曲线呈无反应型或低平曲线。2 型糖尿病早期，空腹及餐后胰岛素水平可正常甚至略高，但胰岛素分泌高峰往往延迟至 2-3 小时后出现；2 型糖尿病晚期，由于患者胰岛 β 细胞功能趋于衰竭，其胰岛素分泌曲线可与 1 型糖尿病相似。在指导用药方面，如果胰岛素分泌量不低，说明主要问题是胰岛素抵抗，治疗上应控制饮食、加强锻炼、减肥，选择改善胰岛素抵抗的药物(如双胍类或噻唑烷二酮类药物等)；如果胰岛素分泌严重缺乏，则应及时加用胰岛素治疗。

C 肽释放试验：

C 肽是胰岛素原最后生成胰岛素时的等分子离解产物，因此，测定 C 肽可以间接反映自身胰岛素的分泌情况。健康人空腹血浆 C 肽值为 0.8~4.0 微克 / 升，餐后 1~2 小时增加 4~5 倍，3 小时后基本恢复到空腹水平。本试验的意义与胰岛素释放试验相同。血清 C 肽测定可以排除外源性胰岛素的干扰，能更准确地反映患者自身胰岛 β 细胞的分泌功能。

尿微量白蛋白(UAER)

糖尿病患者常易并发肾脏损害，如不及时发现和治疗，会逐渐发展为尿毒症。早期糖尿病肾病，尿常规检查尿蛋白常为阴性，易被忽略，待尿常规中出现尿蛋白时，肾脏病变往往已不是早期。尿微量白蛋白测定是反映早期肾损害的敏感指标，尿微量白蛋白超过 30 毫克 / 24 小时，或 20 微克 / 分钟，则提示有早期肾损害。此时如能严格地控制血糖、血压并配合其他治疗，肾功能多半可以恢复正常。

血、尿酮体

重症糖尿病患者由于胰岛素严重缺乏及糖利用障碍，造成脂肪分解，产生大量酮体并在血中堆积，引起糖尿病酮症酸中毒，如不能及时发现和救治，可危及患者生命。尿酮体检查是筛查试验，结果阳性也可能是由于不能进食或呕吐造成的；结果阴性也不能完全排除酮症，故准确性较差。可靠的试验是测定血中的 β -羟丁酸含量，超过 0.5 毫摩尔 / 升，就提示有糖尿病酮症。

糖尿病相关抗体

包括谷氨酸脱羧酶抗体(GAD-A)、胰岛细胞抗体(ICA)和胰岛素自身抗体(IAA)等，主要用于糖尿病的分型。健康人以及 2 型糖尿病患者这三种抗体均呈阴性。1 型糖尿病多呈阳性，其中，谷氨酸脱羧酶抗体诊断价值最高，其阳性率高达 90% 且可持续多年。

血脂

糖尿病是一种代谢紊乱综合征，除血糖高以外，往往还同时伴有血脂代谢异常等，共同构成了糖尿病慢性并

发病的高危因素。

糖尿病患者的血脂控制应比一般人更加严格，我国糖尿病学会要求，糖尿病患者血脂应控制在：总胆固醇<4.5 毫摩尔 / 升，甘油三酯<1.5 毫摩尔 / 升，高密度脂蛋白胆固醇>1.1 毫摩尔 / 升，低密度脂蛋白胆固醇<2.5 毫摩尔 / 升。

心肺未见异常两肺胸廓对称，所见骨质未见异常；两侧肺野透过度正常，未见异常密度增高影；两肺纹理清晰，无增粗 增多 变行；两肺门无增大 增浓；心影大小形态如常，主动脉未见异常；纵隔居中两隔面光滑，肋隔角清晰锐利；其他未见异常。

两肺纹理增多

两肺胸廓对称，所见骨质未见异常；两侧肺野透过度正常，未见异常密度增高影；两肺纹理清晰，增粗 增多 模糊；两肺门无增大 增浓；心影大小形态如常，主动脉未见异常；纵隔居中两隔面光滑，肋隔角清晰锐利；其他未见异常。

符合高血压病改变，请结合临床

心影呈主动脉型增大，心尖部向左下增大，两侧肺野透过度稍减低；两肺纹理稍增多 增粗 模糊；两肺门稍增大 增浓 模糊；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；纵隔居中 无增宽；两侧胸廓对称；所见骨质未见异常；其他未见异常。

心肺未见明显异常

两侧胸廓对称，所见骨质未见异常；两侧肺野透过度正常，未见异常密度增高影；两侧肺野透过度正常未见异常密度增高影；两肺纹理略增粗 增多 模糊；两肺门无增大 增浓；心影大小形态如常，主动脉未见异常；纵隔居中两隔面光整，肋隔角清晰锐利；其他未见异常。

主动脉硬化

主动脉扩张 迂曲 延长，主动脉结向左突出；两侧肺野透过度正常，未见明确变影；两肺纹理无增粗 增多 变形；两肺门无增大 增浓；，两隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态如常，其他未见异常。

主动脉粥样硬化

主动脉扩张 迂曲 延长，主动脉结向左突出，见弧状钙化影；两侧肺野透过度正常，未见明确变影；两肺纹理无增粗 增多 变形；两肺门无增大 增浓；，两隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态如常，其他未见异常。

右侧肺不张

右侧肺野呈均匀一致性密度增高影；胸廓塌陷，肋间隙变窄，纵隔向右侧移位，右隔升高，隔影及心影不清；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；其他未见异常。

右肺中叶综合征

正位片示右下肺野见一底靠右心缘三角形密度增高影，上界清晰，下界模糊；侧位：呈底向前胸壁，尖向肺门三角形阴影；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常；其他未见异常。

右侧斜裂叶间积液

右侧中下肺野见边缘模糊，大片状密度增高影，侧位片，右侧斜裂呈梭状增宽，边缘清晰；两肺门无增大 增浓；，两隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态如常，其他未见异常。

右侧胸腔包裹性积液

右下肺野外带见沿侧胸壁见一弧形凸出阴影，密度均匀，边缘清晰，呈上窄下宽状。左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

左侧胸腔包裹性积液

左下肺野外带见沿侧胸壁见一弧形凸出阴影，密度均匀，边缘清晰，呈上窄下宽状。右肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

右侧胸腔大量积液

右下肺野外带见沿侧胸壁见一弧形凸出阴影，密度均匀，边缘清晰，呈上窄下宽状。左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

左侧胸腔大量积液

左下肺野外带见沿侧胸壁见一弧形凸出阴影，密度均匀，边缘清晰，呈上窄下宽状。右肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

右侧胸腔少量积液

右侧肋隔角变钝，模糊；右侧余肺野未见异常；左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大，增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小，形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中，无增大；其他未见异常。

左侧胸腔少量积液

左侧肋隔角变钝，模糊；左侧余肺野未见异常；右肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大，增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小，形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中，无增大；其他未见异常。

右侧胸腔中度积液

右侧第 3 前肋间以下肺野见大片状密度增高阴影，上缘稍模糊，呈外高内底凹面向上弧状，右隔 右心缘及右中下侧胸壁被遮盖；余肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。-

左侧胸腔中度积液

左侧第 3 前肋间以下肺野见大片状密度增高阴影，上缘稍模糊，呈外高内底凹面向上弧状，左隔左心缘及右中下侧胸壁被遮盖；余肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。-

肺炎

右侧肺野呈均匀一致性密度增高影；胸廓塌陷，肋间隙变窄，纵隔向右侧移位，隔升高，隔影及心影不清；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常；其他未见异常。

右肺上叶非膨胀不全

右上叶体积缩小。呈折扇形密度增高影；右肺门上移，水平裂外侧部上移，气管向右移位；左侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常，其他未见异常。

1.右肺下叶肺膨胀不全，2.右肺中 上叶代偿性肺气肿

右下肺野见一尖端与肺门相连，基底位于隔肌之三角形密度增高影，边缘模糊，见内收肺纹理；右隔面及右心缘模糊，右中上肺野透光度增强，肺纹理稀少；侧位：右肺下野内收呈‘双翼状’密度增高影，斜裂向后移位，右隔中后部模糊；左侧肺野透过度正常，未见异常密度增高影；左肺纹理清晰，无增粗 增多 变形，肺门无增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增宽；两侧胸廓对称 所见骨质未见异常，其他未见异常。-

右肺中叶综合征

正位片示右下肺野见一底靠右心缘三角形密度增高影，上界清晰，下界模糊；侧位：呈底向前胸壁，尖向肺门三角形阴影；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中，无增大；其他未见异常。

左侧肺野膨胀不全

正位片见左上 中肺野内 中带见大片状密度增高影，阴影下部密度渐低，边缘模糊，气管左移，左上纵隔边缘不清；右侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常，主动脉未见异常，其他未见异常。

两肺肺气肿

胸廓前后径增加 肋间隙增宽，呈桶状；两肺野透过度增高，双肺纹理稀疏变细；心影狭长，两隔低平，位于第 11 后肋处；两侧肺门稍增大 增浓；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

两下肺感染

两下肺纹理增多 增粗 紊乱；两下肺野见网状及小点状密度增高影及斑片状密度增高 边缘模糊；两肺门无增大 增浓；心影大小形态如常，主动脉未见异常；纵隔居中两隔面光滑，肋隔角清晰锐利；其他未见异常。

右侧包裹性夜气胸

右上肺野外带沿侧胸壁见一突向肺野囊状阴影，上部窄长，为透亮气体影,下部见一夜平面，内侧见被压缩肺组织之外侧缘；左肺野未见明确实变影；两侧两肺门无增大 增浓；心影大小形态如常，主动脉未见异常；纵隔居中两隔面光滑，肋隔角清晰锐利；其他未见异常。

右侧肺底积液

右侧见假横隔征，假隔明显升高，顶点外移至外 1/3 处，侧位;右后肋隔角变钝；仰卧位透视见，右侧肺野透过减低，胸廓外侧部见带状密度增高影，正常隔影显示清楚；左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大，增浓；肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常；主动脉未见异常；纵隔居中两隔面光滑，肋隔角清晰锐利；其他未见异常。

慢性支气管炎并感染

两肺纹理增多 增粗，紊乱 模糊，以两下肺明显；两下肺野见网状及小片状密度增高影及斑片状密度增高影 边缘模糊；两侧肺门影增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小 形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

慢性支气管炎伴肺气肿

两肺纹理增多 增粗，模糊，结构紊乱，间有点状及网状阴影；两肺野透光度增高；两隔低平，位于第 10 后肋间处，肋隔角增大；心影狭小，未见明确增大现象；两侧肺门增浓 增大右下肺动脉稍增宽；胸廓呈桶状胸，肋呈稍水平走向；纵隔居中 无增大 ；其他未见异常。

1 慢性支气管炎并肺气肿，轻度肺动脉高压；2 肺源性心脏病（早期）

两肺纹理增多 增粗 模糊，紊乱，上肺纹理比下肺纹理增多 增粗；两肺野透光度增高，见网状及小点状密度增高影，以两下肺明显；两侧肺门影增大 增浓，右下肺动脉增粗 大小约为 1.6cm；两隔肌低平，位于第 11 后肋以下，肋隔角增大；心影呈二尖瓣型，右心室轻度增大，左心尖部稍圆隆 上翘，肺动脉段隆突，心胸比率约 0.52;纵隔居中；胸廓近似桶状，肋骨呈水平走向，其他未见异常。

1 慢性支气管炎并感染 肺气肿；2 两侧胸膜肥厚

两肺纹理增多 增粗 模糊 结构紊乱，以两下肺明显；两肺野透光度增高，见网状及小点状阴影及点片状密度增高 边缘模糊影，以两下肺也明显；两侧肺门增大 增浓；两隔低平，位于第 10 后肋见以下，双隔面见幕状粘连 突起，肋隔角开大；心影狭小；纵隔居中；胸廓近似桶状，肋骨呈水平走向；其他未见异常。

慢性支气管炎并感染\肺气肿

两肺纹理增多 增粗，紊乱 模糊，以两下肺明显；两下肺野见网状及小片状密度增高影及斑片状密度增高影 边缘模糊，两肺门影增大 增浓；两隔低平，位于第 10 后肋间以下，肋隔角增大；心影狭小，未见明显增大；纵隔居中；胸廓近似的桶状，肋骨呈水平走向；其他未见异常。

1 慢性支气管炎并感染 2 两侧胸膜肥厚

两肺纹理增多 增粗 模糊，结构紊乱，以两下肺明显；两肺野可见网状 小片状阴影及斑片状密度增高 边缘模糊影，以两下肺也明显；两侧肺门增大 增浓；双隔面见幕状粘连 突起，肋隔角变钝；心影大小 形态正常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右侧气胸

右侧肺野外带（相当于占肺野 1\4）见带状异常透亮无肺纹理区；内侧缘可见发线状被压缩肺组织之外侧缘，肺被压缩约百分之 35；左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；形影大小 形态正常；纵隔向左稍移位 无增大；其他未见异常。

1 放射性肺炎 2 左侧乳腺切除术后

左侧乳腺癌切除术后及放射性治疗后复查；左下肺野透亮度局部高于右侧；左上肺野密度不均 边缘模糊斑片状及索条状阴影；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

左肺舌叶肺段性肺炎

左中 下肺野中内带见宽基底朝左心缘，尖端指向外肺野之三角形阴影，边缘模糊；侧位片示病灶阴影占据左肺舌叶，边缘清楚；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。-

两肺下叶过敏性肺炎

双下肺野见密度较淡大小不等斑片状阴影，边缘模糊，其内肺纹理隐约可见，病灶以外带明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

两肺间质性肺炎

两肺纹理增多 增粗，结构紊乱，见多发不规则条状阴影，交织成网状，其间见散在小点状阴影，以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

两肺炎症

两肺纹理增多 增粗 模糊，见散在分布斑片斑点状密度增高影，边缘模糊，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

两肺下叶霉菌性肺炎

两下肺野见散在分布 边缘模糊斑片状密度增高影；右上肺见一薄壁空洞，洞内见一球形肿物，肿物上缘与洞壁间见一新月状透亮间隙；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

两下肺炎症

两肺纹理增多 增粗 模糊，见散在分布斑片斑点状密度增高影，边缘模糊，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右下肺炎症

右肺纹理增多 增粗 模糊，见散在分布斑片斑点状密度增高影，边缘模糊，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

左下肺炎症

左肺纹理增多 增粗 模糊，见散在分布斑片斑点状密度增高影，边缘模糊，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右侧胸膜肥厚 右侧肋隔角变钝，右隔肌变平；右侧余肺野未见异常；左肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称 所见骨质未见异常；其他未见异常。

左侧胸膜肥厚

左侧肋隔角变钝，左隔肌变平；左侧余肺野未见异常；右肺野未见明确实变影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称 所见骨质未见异常；其他未见异常。

胸膜粘连

双侧胸廓对称肺野清晰，未见异常密度增高影；肺门不大，肺纹理走行正常。心影不大，纵隔不宽。双隔面欠光滑，可见蓬状突起。双侧肋隔角清晰。

右肺上叶大叶性肺炎

右上肺野见密度均匀增高大片阴影，下缘清晰，止于横裂，其内可见支气管气象；两侧肺门未见增大；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常；侧位；病灶位于右肺上叶。

右肺下叶大叶性肺炎

右上肺野见密度均匀增高大片阴影，上缘清晰，止于横裂，其内可见支气管气象；两侧肺门未见增大；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常；侧位；病灶位于右肺下叶。

右中肺炎症

右中肺野见云絮状密度增高影，边缘模糊；两侧肺门未见增大 增浓；双隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常；

两肺支气管肺炎

两肺纹理增粗 增多 模糊，见沿肺纹理分布斑点状密度增高影，边缘较淡且模糊不清，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右肺下叶支原体肺炎

右肺下野见自肺门下缘向肺野伸展 呈扇形大片状阴影，密度较淡，其内可见肺纹理影；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右侧液气胸

右侧肺野外带沿侧胸壁内缘见一窄带状异常透亮无纹理区，内缘可见发现状肺组织压缩缘，右肺被压缩约百分之 20；右下肺野见大片状致密影。上缘见夜平面；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

左侧液气胸

左侧肺野外带沿侧胸壁内缘见一窄带状异常透亮无纹理区，内缘可见发现状肺组织压缩缘，左肺被压缩约百分之 20；左下肺野见大片状致密影。上缘见夜平面；两侧肺门未见增大 增浓；右隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；其他未见异常。

右肺下叶支气管扩张

肺纹理增多 增粗，结构紊乱，边界不清，以右下肺野明显；右下肺野见多发囊状透亮影及支气管双轨征；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

左肺下叶支气管扩张

肺纹理增多 增粗，结构紊乱，边界不清，以左下肺野明显；左下肺野见多发囊状透亮影及支气管双轨征；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右肺下叶多发性支气管囊肿

右下肺纹理模糊不清，右心缘旁见多个囊状透亮影，部分囊腔内可见液平；两侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

右支气管异物

吸气相见，右侧肺野透过度较左侧低，纵隔向右侧移位；呼气相见，右侧肺野透过度较左侧增强，纵隔向左侧移位；左侧肺门未见增大 增浓；左隔面光整，肋隔角清晰锐利；心影大小形态正常 主动脉未见异常；纵隔居中 无增大；两侧胸廓对称，无畸形；其他未见异常。

左支气管异物

吸气相见,左侧肺野透过度较左侧低,纵隔向右侧移位;呼气相见,左侧肺野透过度较左侧增强,纵隔向左侧移位;右侧肺门未见增大 增浓;左隔面光整,肋隔角清晰锐利;心影大小形态正常 主动脉未见异常;纵隔居中 无增大;两侧胸廓对称,无畸形;其他未见异常。

1, 正常心电图:不用说了,它有可能是把那几个波和导联都斩一段下来,每一个波给你 3 个周期,分成几行给你看,要注意

2, 左心室肥大:只要看 V5 大于 5 格,也是上下纵的 5 格

3, 右心室肥大:只要看 V1 大于 2 格,是上下纵的 2 格

4, 心房颤动,所有的 P--P,Q--Q,R--R,S--S,T--T 都没规律,也就是乱七八糟,

5, 窦性心动过缓:每个心动周期都大于 5 个格(是左右横的格)

6, 窦性心动过速:每个心动周期都小于 3 个格(是左右的格)

7, 房性期前收缩:前面几个正常的波,接着一个波提前(注意:这个波的 pQRSt 形状是正常的,只是提前罢了),接下去又是正常的波

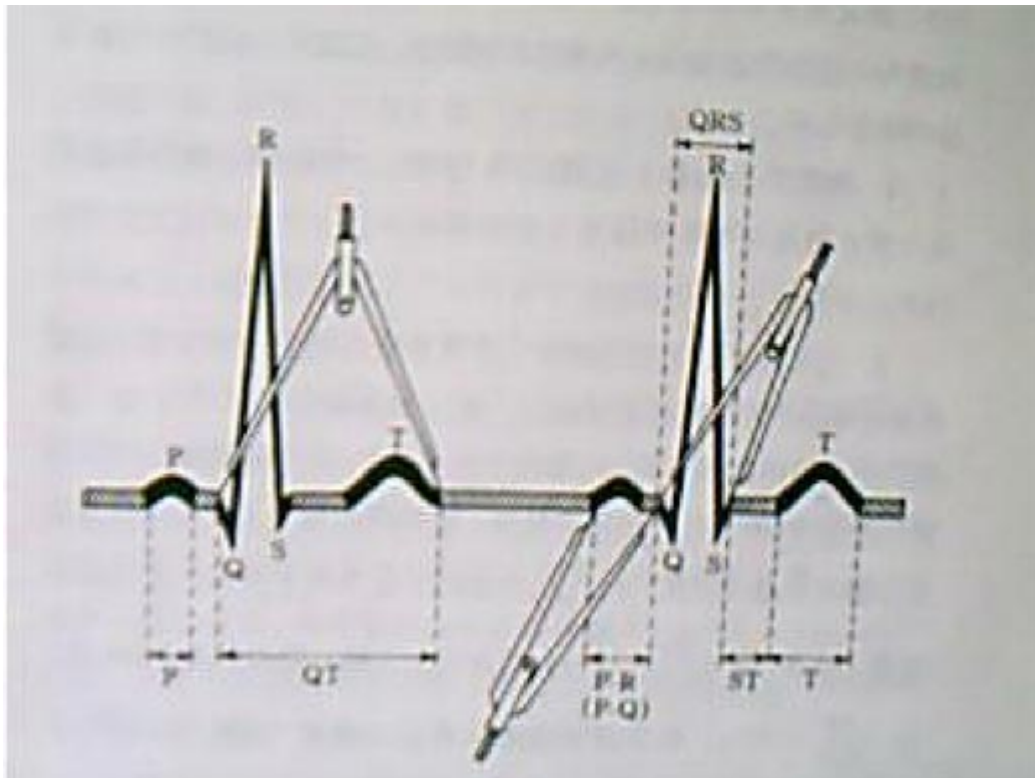
8, 室性期前收缩:前面几个正常的波,接着一个波提前的宽大畸形的 QRS 波群(注意:这时候 R 波变宽),接下去又是正常的波

9, 典型心肌缺血: V456 的 ST 段下移

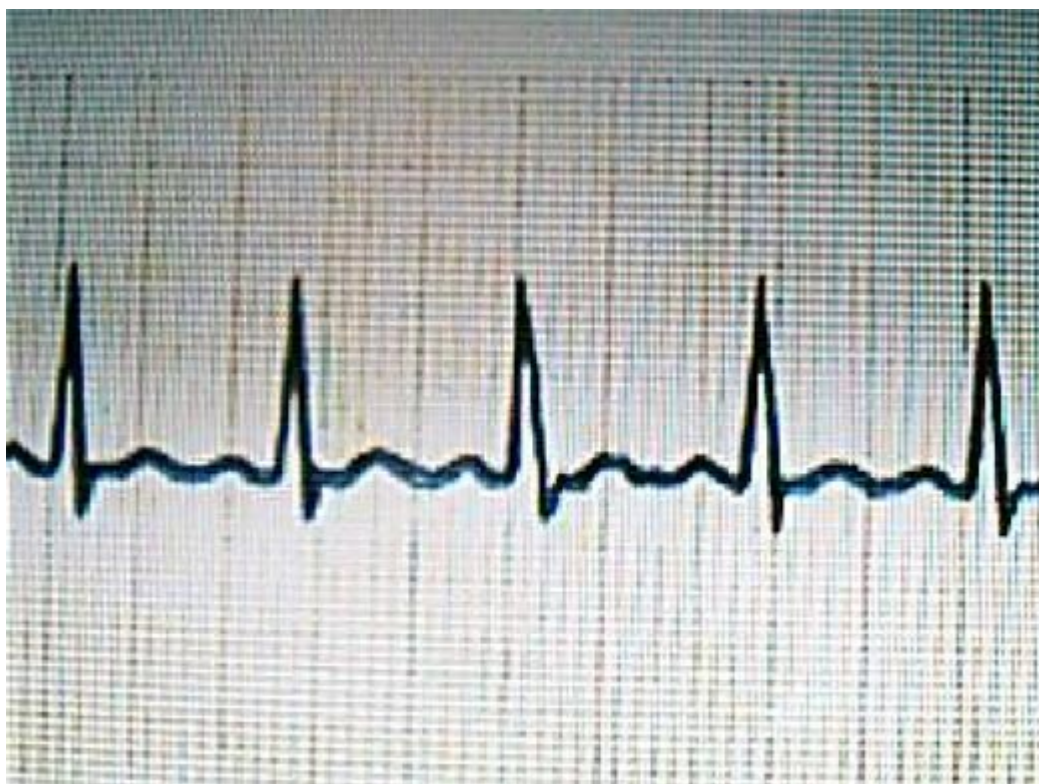
10, 急性心肌梗死: Q 波增宽+ST 段弓背向上抬高, 注意: 前壁看 V123456;后壁看 II, III, aVF

快速目测判断心电图的经验

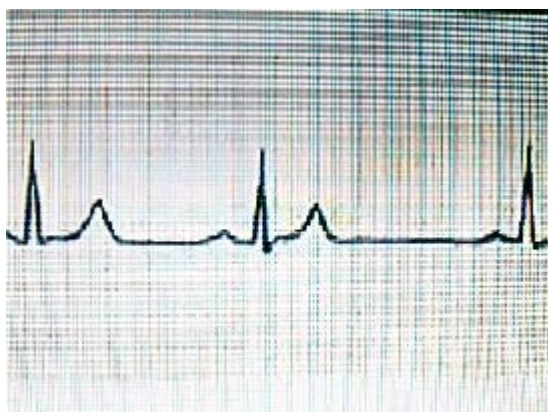
1、正常心电图



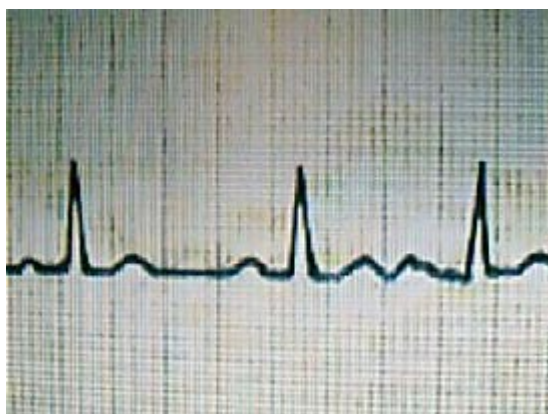
2、窦性心动过速



3、窦性心动过缓



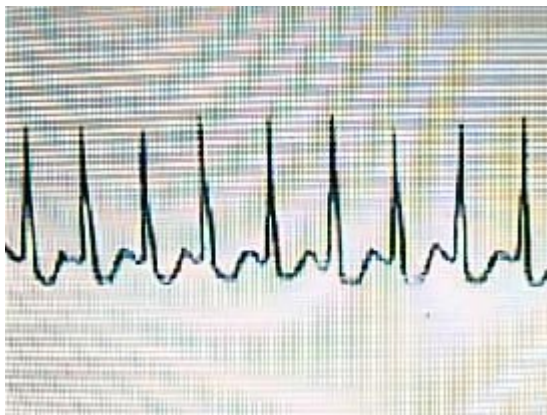
4、房性期前收缩---特点：各个波形正常，但是节律不一致



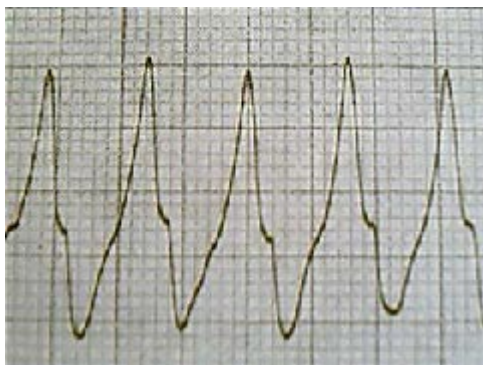
5、室性期前收缩---特点：出现宽大畸形的 QRS 波，T 波与主波方向相反



6、阵发性室上性心动过速---特点：与窦性心动过速有点相似，但是频律更快一些，在 150-250 次/分之间。在电视节目中反映抢救危重病人时常常用此图来衬托紧张的气氛。



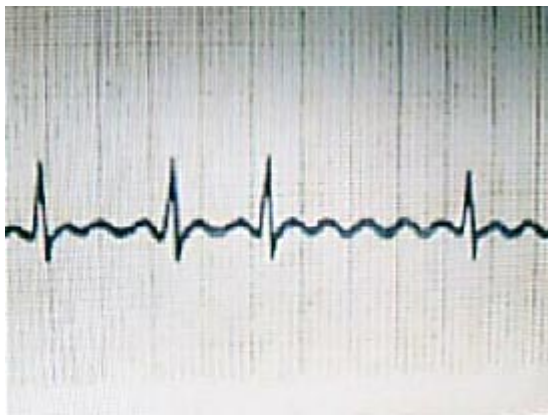
7、阵发性室性心动过速---特点：没有正常波形，可见宽大畸形的 QRS 波及深的 T 波，有点象拉开的弹簧一样一圈一圈的。



8、房颤---特点：P 波消失，代之以大小不等、形状各异的 f 波。



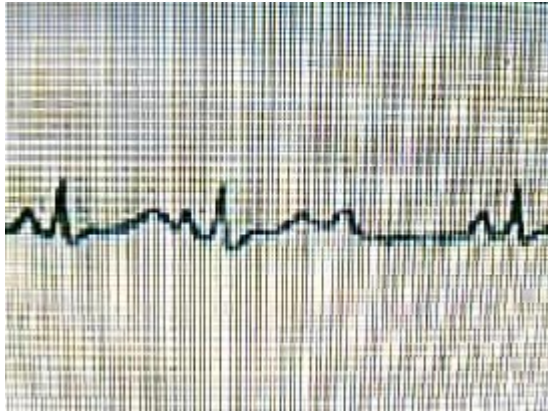
9、房扑---特点：P 波消失，代之以大小、形状相同的 F 波。



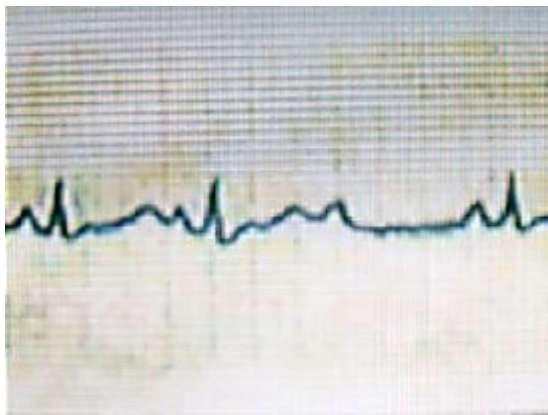
10、II 度 I 型房室传导阻滞---特点：P-R 间期逐渐延长，至 QRS 波发生一次脱落，周而复始出现。



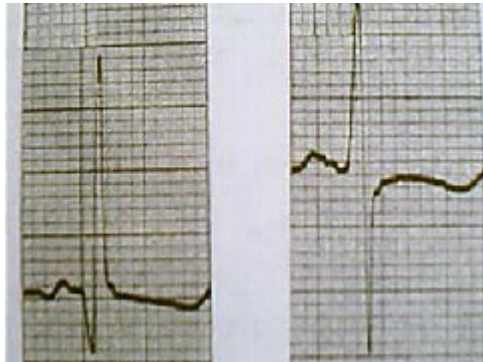
11、II 度 II 型房室传导阻滞---特点：P-R 间期固定不变，QRS 波自动发生一次脱落，周而复始出现。



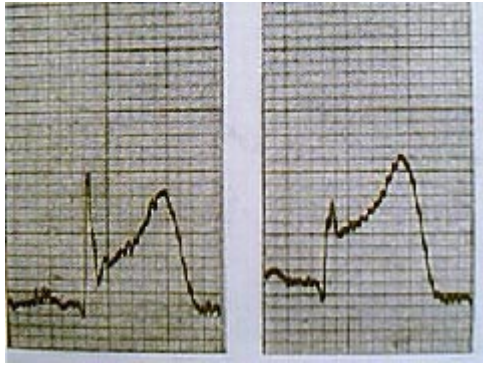
12、III度房室传导阻滞---特点：各个波形正常，但P波的节律与QRS波的节律没有联系，各自维持自己的节律。
此图P波130次/分；QRS波只有42次/分。



13、左、右心室肥厚---特点：心电图对右心肥大的诊断敏感性较差。通常以QRS波群电压增高为标准。



14、典型心肌缺血---特点：ST段水平形或下斜形压低大于0.1mV或抬高0.3mV。



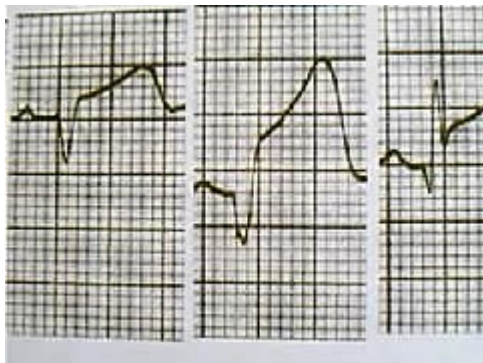
15、急性心肌梗死---特点:

早期: 首先 T 波高大, ST 段抬高与高耸直立 T 波相连。

急性期: 出现异常 Q 波, ST 段弓背向上抬高, 高耸直立 T 波开始降低并倒置。

近期: ST 段基本恢复至等电位线, T 波由倒置逐渐变浅。

陈旧期: ST-T 恢复正常, 残留坏死 Q 波。



各波形态改变对应的意义及代表的疾病

一、-P 波增宽,见于: 二尖瓣狭窄或关闭不全;冠心病; 高血压; 急性左心衰; 房内传导阻滞; 心房梗死;

二、-P 波增高, 见于: 肺源性心脏病; 横位心; 高血压、冠心病; 二尖瓣病变; 交界性心律;

三、-P 波形态变化, 见于: 房性心律游走; 多源性房性早搏 (房早) 或房性心动过速 (房速); 房性并行心律合并房性融合波; 双重心房心律等。

四、-P-R 间期改变, 见于: I 度房室传导阻滞: 见于心肌炎; 迷走张力增高; 房性早搏 (房早); 交界性心律; 不完全性干扰性房室脱节、II 度 I 型房室传导阻滞。

五、-P-R 段偏移, 见于: 心房梗死; 心房复极波明显, 可使 P-R 段压低。

六、-P-R 段不等, 见于: 完全性干扰性房室脱节; II 度 I 型房室传导阻滞。

七、-QRS 波高电压, 见于: 左、右心室肥大; 左、右束支传导阻滞; 预激综合征; 室内差异性传导; 室性早搏 (室早)、室性逸搏、室性融合波等。

八、-QSR 波低电压, 见于: 心包积液、胸腔积液; 肥胖、肺气肿; 水、电解质和代谢紊乱; 心力衰竭 (心衰); 心肌炎、心肌病、冠心病。

九、-QSR 波宽大畸形, 见于: 束支传导阻滞; 预激综合征; 室早; 心室肥大; 高血钾; 心肌炎、心肌病; 室内差异性传导。

十、-QSR 波形态变化, 见于: 多源或多形性室早; 房早或房性心室颤动 (房颤) 伴室内差异性传导; 早搏与融合波并存; 室性心动过速 (室速) 或室性并行心律; 间歇性预激综合征。

十一、-Q 波变异, 见于: 左束支传导阻滞; 高度顺钟向转位; 心肌梗死 (心梗); 心肌病; 室间隔肥厚; 右心室肥大; 预激综合征。

十二、-ST 段压低, 见于: 心肌供血不足; 急性非 Q 波型心梗; 束支传导阻滞; 预激综合征; 心肌病; 低钾血

症；洋地黄作用；心室肥大。

十三、-ST段抬高，见于：急性心梗；急性心包炎；早期复极综合征；室壁瘤（持续抬高 $>3\sim 6$ 个月）；变异型心绞痛。

十四、-ST段延长或缩短，见于。低血钙：ST段延长；高血钙、心动过速：ST段缩短。

十五、-T波低平或倒置，见于：心肌梗死；心肌缺血；心肌炎、心肌病；心包炎；低血钾、药物（乙胺碘呋酮、奎尼丁）；自主神经功能紊乱；预激综合征；心室肥大；束支传导阻滞、脑血管意外等。

十六、-T波高耸，见于：急性心梗超急性期；高钾血症；早期复极综合征；脑血管意外；急性心包炎。

十七、-TP融合，见于：心动过速；房性早搏。

十八、-Q-T间期延长，见于：Q-T间期延长综合征；脑血管意外；低钾血症；低钙血症；心肌炎、心肌病；室内传导阻滞；酸中毒、低镁血症；

奎尼丁、乙胺碘呋酮等药物；

十九、-Q-T间期缩短，见于：使用洋地黄过程中；高钾血症或高钙血症；心动过速。

二十、-u波倒置，见于：心肌缺血；高血压、心肌病；主动脉瓣关闭不全、高钾血症；心肌梗死早期。

二十一、-u波增高，见于：低钾血症、高钙血症、低镁血症；冠脉供血不足；药物（奎尼丁、洋地黄、乙胺碘呋酮等）、左心室肥厚、脑血管意外等。先天性心脏病：甲状腺功能亢进：低钾血症、交感张力增高、深吸气、运动等也可见P波增高；间歇性心房内传导阻滞。

二十二、-P波低平（振幅 $<0.05\text{mV}$ ），见于：高钾血症；甲状腺功能低下；心包积液、胸腔积液、肺气肿、气胸。

二十三、-P波消失，见于：窦性停搏、III度房室传导阻滞；窦-室传导；房颤或房扑；交界性早搏或交界性心律；阵发性室速等。

二十四、-P波倒置，见于：右位心；左心房心律。

二十五、-电轴左偏，见于：左前分支阻滞；完全性左束支阻滞；下壁心梗；肺气肿；B型预激综合征；高钾血症。

二十六、-电轴右偏，见于：左后分支阻滞；右束支阻滞；右心室肥大；A型预激综合征；前侧壁心梗；垂位心脏。