



高等学校教材**配套辅导**
西 医 类

内科学·外科学

西医综合

教材辅导(下)

主编 王新

编写 医学类教材辅导委员会

 科学技术文献出版社

高等学校教材配套辅导(西医类)

西医综合教材辅导

(下)

内科学·外科学

主 编 编写人员	编 写 人员	王 新														
		医学类教材辅导委员会														
		刘亚红	陈晓鹏	李 敏	陈 楠	陈 丰										
		张怀甫	高永军	狄 懿	堃 伟	李 竞										
		常慧敏	康建明	杨 军	张士新	苗红										
		王振凯	李 为	张渭义	苏 燕	韩 彬										
		祝贺梅	谢检平	胡东华	杨 峰	蔡贵娟										
		李利娟	闵 伟	高 睿	李 芹	杜清平										
		韩 珍	周丽红	高温	张晓帆	钟崇光										
		高 鑫	温桂荣	韩 琴	郭海权	史 进										
		王 爽	程 佳	王 薇	潘 峰	李 怀瑾										

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

·北京·

图书在版编目(CIP)数据

西医综合教材辅导(下)内科学·外科学/王新主编.-北京:科学技术文献出版社,2008.11

ISBN 978-7-5023-3527-4

I. 西… II. 王… III. ①现代医药学-研究生-入学考试-自学参考资料
②内科学-研究生-入学考试-自学参考资料③外科学-研究生-入学考试-自学参考资料 IV. R

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 166106 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)51501739
图书发行部电话 (010)51501720,(010)51501722(传真)
邮 购 部 电 话 (010)51501729
网 址 <http://www.stdph.com>
策 划 编 辑 科 文
责 任 编 辑 丁坤善 杜 娟
责 任 校 对 赵文珍
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 富华印刷包装有限公司
版 (印) 次 2008 年 11 月修订版 第 1 次印刷
开 本 850×1168 32 开
字 数 788 千
印 张 21.5
印 数 1~6000 册
定 价 38.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

声明:本书封面及封底均采用双博士品牌专用图标(见右图);该图标已由国家商标局注册登记。未经策划人同意,禁止其他单位或个人使用。



P 前言

Preface

“双博士”成就双博士!

本丛书,以普通高等学校普遍采用的教材为蓝本,针对性强,信息含量高,具有很高的参考价值和实用性,是考研专业课不可多得的工具。

缺乏对专业课命题侧重点及考试要求的了解,已成为众多考生专业课考试失利的重要原因。因此,选取一本好的专业课辅导教材,对于有志于考研的莘莘学子来说,至关重要。本丛书涉及法学、金融、经管、通信电子、计算机、机械、控制理论与控制工程及其他热门专业。西医综合教材辅导(上·下)与市场上同类书相比,在内容编写方面更加细致详尽。下册在编排上分两部分:内科学、外科学。

本书与西医综合同类书相比,有如下特点:

1. 体现大纲新要求:本书根据新大纲编写,对大纲的内容和要求做了深入透彻地提炼和延伸,并且大纲新增和删除的知识点,在本书中都能得到体现,可以很好地帮助考生全面深入和准确地把握考试大纲的内容和要求。

2. 内容权威:依据第六版教材精心编撰而成,吸收了全国众多考研辅导班讲义之精华。编者具有多年考研辅导经验,了解硕士研究生所应掌握的知识深度和广度,题目和题型均具有很强的针对性。

3. 重点突出:在对考纲和历年真题进行深入剖析的基础上,对所涉及的考点逐一做出总结、归纳,指出复习重点,给考生以方法上的指导,帮助考生完成“从厚到薄”的复习过程。

4. 布局合理:每一章第一部分“考纲要求”,体现了大纲对本章知识点的要求;第二部分为“考纲精要”,按考纲考试范围展开论述;第三部分为“历年真题精选”,选编了历年真题中与本章知识点相关的试题,并且附加了详细评析;第四部分为“实战模拟”,帮助考生进一步巩固重点、难点。

温馨提示:

✱ “双博士品牌图书”是全国最大的大学教辅图书和考研图书品牌,全国有三分之一的大学生和考研学生正在使用“双博士品牌图书”。

✱ 来自北京大学研究生会的感谢信摘要:双博士,您好!……,首先感谢您对北京大学的热情支持和无私帮助!双博士作为大学教学辅导和考研领域全国最大的图书品牌之一,不忘北大莘莘学子和传道授业的老师,其行为将永久被北大师生成感怀和铭记! 北京大学研究生会

✱ 现在市场上有人冒用我们的书名,企图以假乱真,因此,读者在购买时,请认准双博士品牌。

编者

2008 年于北京大学

目 录

第四部分 内科学	(1)
第1章 诊断学	(1)
第2章 消化系统疾病和中毒	(73)
第3章 循环系统疾病	(143)
第4章 呼吸系统疾病	(206)
第5章 泌尿系统疾病	(264)
第6章 血液系统疾病	(298)
第7章 内分泌系统和代谢疾病	(334)
第8章 结缔组织病和风湿性疾病	(361)
第五部分 外科学	(377)
第1章 外科总论	(377)
第2章 胸部外科疾病	(453)
第3章 普通外科	(462)
第4章 泌尿、男性生殖系统外科疾病	(550)
第5章 骨 科	(563)
附录: 西医综合教材辅导答案及详解	(608)
2008 年试题	(608)
2007 年试题	(642)

第四部分 内科学

第1章 诊断学

考纲要求

1. 常见症状学:包括发热、水肿、呼吸困难、胸痛、腹痛、呕血及黑便、咯血、昏迷。
2. 体格检查:包括一般检查、头颈部检查、胸部检查、腹部检查、四肢脊柱检查、常用的神经系统检查。
3. 实验室检查:包括血尿便常规检查、常规体液检查、骨髓检查、常用肝肾功能检查、血气分析、肺功能检查。
4. 器械检查:包括心电图检查、超声波检查(常用腹部B超及超声心动图检查)、内窥镜检查(支气管镜及消化内窥镜检查)。

考纲精要

常见症状学

一、发热

正常人体温一般为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右。

发热的分度按发热的高低可分为:

低热 $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ 中等度热 $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$

高热 $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$ 超高热 41°C 以上

名称	表现	常见疾病
稽留热	体温恒定地维持在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周,24h 内体温波动范围不超过 1°C	大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期
弛张热	又称败血症热型。体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24h 内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上	败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等
间歇热	体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期(间歇期)可持续 1 天至数天,如此高热期与无热期反复交替出现	疟疾、急性肾盂肾炎

波状热	体温逐渐上升达 39℃ 或以上,数天后又逐渐降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复数次	布氏杆菌病
回归热	体温急骤升至 39℃ 或以上,持续数天后又骤然降至正常水平,高热期与无热期若干天后规律交替一次。	回归热、霍奇金(Hodgkin)病
不规则热	发热的体温曲线无一定规律	结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎

二、水肿

心源性水肿与肾源性水肿的鉴别

鉴别点	肾源性水肿	心源性水肿
开始部位	从眼睑、颜面部开始而延及全身	从足部开始,向上延及全身
发展快慢	发展常迅速	发展较缓慢
水肿性质	软而移动性大	比较坚实,移动性较小
伴随病征	伴有其他肾脏病征,如高血压,蛋白尿、血尿、管型尿、眼底改变等	伴有心功能不全病征,如心脏增大、心杂音、肝肿大、静脉压升高等

三、呼吸困难

最常见的是肺源性呼吸困难,如下:

名称	特点	常见疾病
吸气性呼吸困难	吸气显著费力,严重者吸气时可见“三凹征”表现为胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙明显凹陷,此时亦可伴有干咳及高调吸气性喉鸣。三凹征的出现主要是由于呼吸肌极度用力,胸腔负压增加所致。	常见于喉部、气管、大支气管的狭窄与阻塞
呼气性呼吸困难	呼气费力、呼气缓慢、呼吸时间明显延长,常伴有呼气期哮鸣音,主要是由于肺泡弹性减弱和(或)小支气管的痉挛或炎症所致。	常见于慢性支气管炎(喘息型)、慢性阻塞性肺气肿、支气管哮喘、弥漫性广泛细支气管炎等。
混合性呼吸困难	主要特点表现为吸气期及呼气期均感呼吸费力、呼吸频率增快、深度变浅,可伴有呼吸音异常或病理性呼吸音。主要是由于肺或胸膜腔病变使肺呼吸面积减少导致换气功能障碍所致。	常见于重症肺炎、重症肺结核、大面积肺梗死、弥漫性肺间质疾病、大量胸腔积液、气胸、广泛性胸膜增厚等。

除了肺源性呼吸困难以外还可以有:心源性呼吸困难,常常由左心衰竭所致,其特点为①有引起左心衰竭的基础病因,②呈混合性呼吸困难,③两肺底部或全肺出现湿啰音,④应用强心剂、利尿剂和血管扩张剂改善左心功能后呼吸困难症状随之好转。其次为中毒性呼吸困难,神经精神性呼吸困难,血源性呼吸困难。

四、胸痛

带状疱疹	所致胸痛,可见成簇的水泡沿一侧肋间神经分布伴剧痛,且疱疹不超过体表中线
心绞痛及心肌梗死	疼痛多在胸骨后方和心前区或剑突下,可向左肩和左臂内侧放射,甚或达无名指与小指,也可放射于左颈或面颊部,误认为牙痛
肺尖部肺癌(肺上沟癌、Pancoast 癌)	引起疼痛多以肩部、腋下为主,向上肢内侧放射。

五、腹痛

腹痛部位	疾病
中上腹部	胃、十二指肠疾病、急性胰腺炎
右上腹部	胆囊炎、胆石症、肝脓肿
右下腹 McBurney 点	急性阑尾炎
脐部或脐周	小肠疾病
下腹或左下腹部	结肠疾病,膀胱炎、盆腔炎及异位妊娠破裂
弥漫性或部位不定	急性弥漫性腹膜炎(原发性或继发性)、机械性肠梗阻、急性出血坏死性肠炎、血卟啉病、铅中毒、腹型过敏性紫癜

腹痛的性质和特点	疾病
突发的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛	胃、十二指肠溃疡穿孔
中上腹持续性剧痛或阵发性加剧	急性胃炎、急性胰腺炎
阵发性绞痛,相当剧烈,病人辗转不安	胆石症或泌尿系结石
阵发性剑突下钻顶样疼痛	胆道蛔虫病
持续性、广泛性剧烈腹痛伴腹壁肌紧张或板样强直	急性弥漫性腹膜炎
隐痛或钝痛	多由胃肠张力变化或轻度炎症引起
胀痛	实质脏器的包膜可能为牵张所致
腹痛伴休克同时有贫血者	腹腔脏器破裂(如肝、脾或异位妊娠破裂)
腹痛伴休克无贫血者	胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭转、急性出血坏死性胰腺炎

六、咯血、呕血和黑便

喉及喉部以下的呼吸道任何部位的出血,经口腔咯出称为咯血(hemoptysis)。呕血(hematemesis)是指上消化道出血经口腔呕出,出血部位多见于食管、胃及十二指肠。

咯血与呕血的鉴别

	咯 血	呕 血
病因	肺结核、支气管扩张症、肺癌、肺炎、肺脓肿、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性胃粘膜病变、胆道出血、胃癌等
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出,可为喷射状
出血的血色	鲜红	暗红色、棕色、有时为鲜红色
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无,若咽下血流量较多时可有	有,可为柏油样便,呕血停止后仍可持续数日
出血后痰的性状	常有血痰数日	无痰

在我国,引起咯血的首要原因仍为肺结核。发生咯血的肺结核多为浸润型、空洞型肺结核和干酪性肺炎,急性血型播散性肺结核较少出现咯血。

每日咯血量在100mL以内为少量,100~500mL为中等量,500mL以上或一次咯血100~500mL为大量咯血,主要见于空洞型肺结核、支气管扩张症和慢性肺脓肿。支气管肺癌少有大咯血,主要表现为痰中带血,呈持续或间断性。慢性支气管炎和支原体肺炎也可以出现痰中带血或血性痰,但常伴有剧烈咳嗽。

七、昏迷

昏迷	特点
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
中度昏迷	对周围事物及各种刺激均无反应,对于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
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

体格检查

第一节 一般检查

一般检查的内容包括:性别、年龄、体温、呼吸、脉搏、血压、发育与营养、意识状态、面容表情、体位姿势、步态等,还有皮肤和淋巴结。

一、生命征

生命征包括体温、脉搏、呼吸和血压。

生命征	正常值及测定的意义
体温	(1)口测法:正常值为 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。(2)肛测法:正常值为 $36.5 \sim 37.7^{\circ}\text{C}$,多用于婴幼儿及神志不清者。(3)腋测法:正常值 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。为最常用的体温测定方法。
呼吸	观察记录患者呼吸的节律性及每分钟次数。
脉搏	观察记录患者脉搏的节律性及每分钟次数。
血压	观察动脉血压的高低

二、发育

发育异常	病因
巨人症	在发育成熟前,如出现垂体前叶功能亢进,可致体格异常高大
垂体性侏儒症	发生垂体功能减退可致体格异常矮小
呆小病	甲状腺功能衰退,可导致体格矮小和智力低下

三、营养状态

1. 营养不良当体重减轻至低于正常的 10% 时称为消瘦 (ematiation), 极度消瘦者称为恶病质 (cachexia)。

2. 营养过度当超过标准体重的 20% 以上者称为肥胖, 亦可计算体重质量指数 [体重(kg)/身高的平方(m^2)], 按 WHO 的标准, 男性大于 27, 女性大于 25 即为肥胖症。

四、意识状态

凡能影响大脑功能活动的疾病均可引起程度不等的意识改变, 称为意识障碍。根据意识障碍的程度可将其分为嗜睡、意识模糊、谵妄、昏睡及昏迷。

五、面容与表情

面容特征	特点	常见病
甲状腺功能亢进面容	面容惊愕,眼裂增宽,眼球凸出,目光炯炯,兴奋不安,烦躁易怒	见于甲状腺功能亢进症
粘液性水肿面容	面色苍黄,颜面浮肿,脸厚面宽,目光呆滞,反应迟钝,眉毛、头发稀疏,舌色淡、肥大	见于甲状腺功能减退症
二尖瓣面容	面色晦暗,双颊紫红、口唇轻度发绀	见于风湿性心脏瓣膜病二尖瓣狭窄
肢端肥大症面容	头颅增大,面部变长,下颌增大、向前突出,眉弓及两颧隆起,唇舌肥厚,耳鼻增大	见于肢端肥大症
伤寒面容	表情淡漠,反应迟钝,呈无欲状态	见于肠伤寒、脑脊髓膜炎、脑炎等高热衰竭患者
苦笑面容	牙关紧闭,面肌痉挛,呈苦笑状	见于破伤风
满月面容	面圆如满月,皮肤发红,常伴痤疮和胡须生长。	见于 Cushing 综合征及长期应用糖皮质激素者
面具面容	面部呆板、无表情,似面具样	见于震颤麻痹、脑炎等

六、体位

体位		特征	常见病
自主体位		身体活动自如,不受限制	见于正常人、轻症和疾病早期患者
被动体位		患者不能自己调整或变换身体的位置	见于极度衰竭或意识丧失者
强迫体位	强迫仰卧位	患者仰卧,双腿蜷曲,借以减轻腹部肌肉的紧张程度	见于急性腹膜炎
	强迫俯卧位	俯卧位可减轻脊背肌肉的紧张程度	见于脊柱疾病
	强迫侧卧位		有胸膜疾病的患者多采取患侧卧位
	强迫坐位	端坐呼吸,患者坐于床沿上,以两手置于膝盖或扶持床边	见于心、肺功能不全者
	强迫蹲位	患者在活动过程中,因呼吸困难和心悸而停止活动并采用蹲踞位或膝胸位以缓解症状	见于先天性发绀型心脏病
	强迫停立位	在步行时心前区疼痛突然发作,患者常被迫切刻站住,并以右手按抚心前部位,待症状稍缓解后,才继续行走	见于心绞痛
	辗转体位		胆石症、胆道蛔虫症、肾绞痛等
	角弓反张位		见于破伤风及小儿脑膜炎

七、步态

步态	特点	常见疾病
蹒跚步态	走路时身体左右摇摆似鸭行	见于佝偻病、大骨节病、进行性肌营养不良或先天性双侧髋关节脱位等
醉酒步态	行走时躯干重心不稳,步态紊乱不准如醉酒状	见于小脑疾病、酒精及巴比妥中毒
共济失调步态	起步时一脚高抬,骤然垂落,且双目向下注视,两脚间距很宽,以防身体倾斜,闭目时则不能保持平衡	脊髓痨患者
慌张步态	起步后小步急速趋行,身体前倾,有难以止步之势	见于震颤麻痹患者
跨阈步态	由于踝部肌腱、肌肉弛缓,患足下垂,行走时必须抬高下肢才能起步	见于腓总神经麻痹
剪刀步态	由于双下肢肌张力增高,尤以伸肌和内收肌张力增高明显,移步时下脚内收过度,两腿交叉呈剪刀状	见于脑性瘫痪与截瘫患者
间歇性跛行	步行中,因下肢突发性酸痛乏力,患者被迫停止行进,需稍休息后方能继续行进	见于高血压、动脉硬化患者

八、皮下出血

小于 2mm 称为瘀点 (petechia), 3 ~ 5mm 称为紫癜, 大于 5mm 称为瘀斑; 片状出血并伴有皮肤显著隆起称为血肿 (hematoma)。

九、蜘蛛痣与肝掌

皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣, 形似蜘蛛, 称为蜘蛛痣, 多出现于上腔静脉分布的区域内, 如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等处。常见于急、慢性肝炎或肝硬化。

十、皮下结节

皮下结节位于关节附近, 长骨骺端, 无压痛, 圆形硬质小结节多为风湿小结; 位于皮下肌肉表面, 豆状硬韧可推动小结, 无压痛, 多为猪绦虫囊蚴结节; 如结节沿末梢动脉分布, 可为结节性多动脉炎; 如指尖、足趾、大小鱼际肌腱部位存在粉红色有压痛的小结节, 称为 Osler 小结, 见于感染性心内膜炎; 游走性皮下结节, 见于一些寄生虫疾病, 如肺吸虫病; 无明显局部炎症, 生长迅速的皮下结节, 见于肿瘤所致皮下转移。

十一、淋巴结

发现淋巴结肿大时,应注意其部位、大小、数目、硬度、压痛、活动度、有无粘连,局部皮肤有无红肿、瘢痕、瘰管等。同时注意寻找引起淋巴结肿大的原发病灶。

头颈部淋巴结的检查顺序是:耳前、耳后、枕部、颌下、颏下、颈前、颈后、锁骨上淋巴结。上肢淋巴结的检查顺序是:腋窝淋巴结、滑车上淋巴结。腋窝淋巴结应按尖群、中央群、胸肌群、肩胛下群和外侧群的顺序进行。下肢淋巴结的检查顺序是:腹股沟部(先查上群、后查下群)、腘窝部。

第二节 头部检查

一、外眼检查

眼球突出(exophthalmos):①Stellwag征:瞬目减少;②Graefe征:眼球下转时上睑不能相应下垂;③Mobius征表现为集合运动减弱,即目标由远处逐渐移近眼球时,两侧眼球不能适度内聚;④Joffroy征:上视时无额纹出现。单侧眼球突出,多由于局部炎症或眶内占位性病变所致,偶见于颅内病变。

二、瞳孔检查

瞳孔正常直径2~5mm。

(1)瞳孔的形状与大小:正常为圆形,双侧等大。引起瞳孔大小改变的因素很多,生理情况下,婴幼儿和老年人瞳孔较小,在光亮处瞳孔较小,青少年瞳孔较大,兴奋或在暗处瞳孔扩大。病理情况下,瞳孔缩小,见于虹膜炎、中毒(有机磷类农药)、药物反应(毛果芸香碱、吗啡、氯丙嗪)等。双侧瞳孔散大并伴有对光反射消失为濒死状态的表现。

(2)双侧瞳孔大小不等:常提示有颅内病变,如脑外伤、脑肿瘤、中枢神经梅毒、脑疝等。双侧瞳孔不等,且变化不定,可能是中枢神经和虹膜的神经支配障碍。

(3)对光反射:瞳孔对光反射迟钝或消失,见于昏迷病人。

(4)集合反射:嘱病人注视1m以外的目标(通常是检查者的示指尖),然后将目标逐渐移近眼球(距眼球约5~10cm),正常人此时可见双眼内聚,瞳孔缩小,称为集合反射。

三、口腔检查

名称	特点
干燥舌	轻度干燥不伴外形的改变;明显干燥见于鼻部疾患(可伴有张口呼吸、唾液缺乏)、大量吸烟、阿托品作用、放射治疗后等;严重的干燥舌可见舌体缩小,并有纵沟,见于严重脱水,可伴有皮肤弹性减退

舌体增大	暂时性肿大见于舌炎、口腔炎、舌的蜂窝组织炎、脓肿、血肿、血管神经性水肿等。长时间的增大见于粘液性水肿、呆小病和先天愚型(Down 病)、舌肿瘤等。
裂纹舌	舌面上出现横向裂纹,见于 Down 病与核黄素缺乏,后者有舌痛,纵向裂纹见于梅毒性舌炎。
地图舌	舌面上出现黄色上皮细胞堆积而成的隆起部分,状如地图。
草莓舌	舌乳头肿胀、发红类似草莓,见于猩红热或生长期发热病人
牛肉舌	舌面绛红如生牛肉状,见于糙皮病(菸酸缺乏)
镜面舌	舌头萎缩,舌体较小,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
毛舌	见于久病衰弱或长期使用广谱抗生素(引起真菌生长)的病人
舌的运动异常	震颤见于甲状腺功能亢进症;偏斜见于舌下神经麻痹

第三节 颈部检查

一、在颈部检查中最为重要的是甲状腺检查。

甲状腺正常约 15 ~ 25g。表面光滑,柔软不易触及

1. 视诊检查时嘱被检查者做吞咽动作,可见甲状腺随吞咽动作而向上移动,如不易辨认时,再嘱被检查者两手放于枕后,头向后仰,再进行观察即较明显。

2. 触诊包括甲状腺峡部和甲状腺侧叶的检查。

3. 听诊听到低调的连续性静脉“嗡嗡”音,对诊断甲状腺功能亢进症很有帮助。

二、引起甲状腺肿大的常见疾病如下:

1. 甲状腺功能亢进
2. 单纯性甲状腺肿
3. 甲状腺癌
4. 慢性淋巴性甲状腺炎
5. 甲状旁腺腺瘤

第四节 胸部检查

一、胸廓

外形改变	特点	常见疾病
扁平胸	扁平胸为胸廓呈扁平状,其前后径不及左右径的一半	见于瘦长体型者,亦可见于慢性消耗性疾病,如肺结核等
桶状胸	为胸廓前后径增加,有时与左右径几乎相等,甚或超过左右径,故呈圆桶状。肋骨的斜度变小,其与脊柱的夹角常大于 45° 。肋间隙增宽且饱满。腹上角增大且呼吸时改变不明显。	见于严重肺气肿的患者,亦可发生于老年或矮胖体型者。
漏斗胸、鸡胸	肋膈沟呈串珠状	佝偻病
胸廓一侧变形		胸廓一侧膨隆多见于大量胸腔积液、气胸或一侧严重代偿性肺气肿。胸廓一侧平坦或下陷常见于肺不张、肺纤维化、广泛性胸膜增厚和粘连等
胸廓局部隆起		见于心脏明显肿大、心包大量积液、主动脉瘤及胸内或胸壁肿瘤等。此外,还见于肋软骨炎和肋骨骨折等,前者于肋软骨突起处常有压痛,后者于前后挤压胸廓时,局部常出现剧痛,还可于骨折断端处查到骨摩擦音。
脊柱畸形引起的胸廓改变	严重者因脊柱前凸、后凸或侧凸,导致胸廓两侧不对称,肋间隙增宽或变窄。	脊柱结核

二、乳房

(一) 视诊

1. 对称性

2. 表观情况

淋巴水肿,呈“桔皮”或“猪皮”样。

3. 乳头近期发生回缩则可能为乳癌。乳头溢血最常见于导管内良性乳突状瘤,但亦见于乳癌的患者。乳头分泌物由清亮变为绿色、紫色或黄色,常见于慢性囊性乳腺炎。妊娠时乳头及其活动度均增大,肾上腺皮质功能减退时乳晕可出现明显色素沉着。

4. 皮肤回缩常提示恶性肿瘤的存在,特别当尚无局部肿块、皮肤固定和溃疡等晚期乳癌表现的患者,轻度的皮肤回缩,常为早期乳癌的征象。

5. 腋窝和锁骨上窝完整的乳房视诊还应包括乳房淋巴引流最重要的区域。必须详细观察腋窝和锁骨上窝有无红肿、包块、溃疡、瘰管和瘢痕等。

(二)触诊

触诊乳房时,被检查者采取坐位,先两臂下垂,然后双臂高举超过头部或双手叉腰再行检查。当仰卧位检查时,可垫以小枕头抬高肩部使乳房能较对称地位于胸壁上,以便进行详细地检查。以乳头为中心作一垂直线和水平线,可将乳房分为4个象限,便于记录病变部位。

触诊先由健侧乳房开始,后检查患侧。检查者的手指和手掌应平置在乳房上,应用指腹,轻施压力,以旋转或来回滑动进行触诊。检查左侧乳房时由外上象限开始,然后顺时针方向进行由浅入深触诊直至4个象限检查完毕为止,最后触诊乳头。以同样方式检查右侧乳房,但沿逆时针方向进行,触诊乳房时应着重注意有无红肿、热痛或包块。乳头有无硬结、弹性消失和分泌物。触及包块时应注意:部位;大小;外形,大多数良性肿瘤表面多光滑规整,而恶性肿瘤凹凸不平,边缘多固定;硬度,良性肿瘤多呈柔软或囊性感觉;坚硬伴表面不规则者多提示恶性病变;压痛;活动度,大多数良性病变的包块其活动度较大,炎性病变则较固定,而早期恶性包块虽可活动,但当病程发展至晚期,其它结构被癌肿侵犯时,其固定度则增加。

(三)乳房的常见病变

1. 急性乳腺炎乳房红、肿、热、痛,常局限于一侧乳房的某一象限。触诊有硬结包块,伴寒战、发热及出汗等全身中毒症状。

2. 乳腺肿瘤乳腺癌一般无炎症表现,多为单发并与皮下组织粘连,局部皮肤呈桔皮样,乳头常回缩。多见于中年以上的妇女,晚期常伴有腋窝淋巴结转移。良性肿瘤则质较软,界限清楚并有一定活动度,常见有乳腺囊性增生、乳腺纤维瘤等。

男性乳房增生常见于内分泌紊乱,如使用雌激素、肾上腺皮质功能亢进及肝硬化等。

三、肺和胸膜

(一)视诊

1. 呼吸频率

正常成人静息状态下,呼吸为16~18次/分,呼吸与脉搏之比为1:4。新生儿呼吸约44次/分。

(1)呼吸过速(tachypnea)指呼吸频率超过20次/分而言。

(2)呼吸过缓(bradypnea)指呼吸频率低于12次/分而言。

2. 呼吸节律潮式呼吸和间歇呼吸

(二)触诊