

全国中等卫生职业学校配套教材

供助产专业用

疾病概要 (二) 学习指导

主 编 任光圆



人民卫生出版社

ISBN 978-7-117-05719-3

人民卫生出版社, 2008

全国中等卫生职业学校配套教材

供助产专业用

疾病概要 (二)

学习指导

主 编 任光圆

编 者 (按姓氏笔画为序)
于海红 (河北省承德卫生学校)
王 欣 (绍兴文理学院医学院)
王益平 (绍兴文理学院医学院)
任光圆 (绍兴文理学院医学院)
黄丹文 (绍兴文理学院医学院)
黎 梅 (贵州省毕节卫生学校)
戴 琳 (贵州省安顺卫生学校)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

疾病概要(二)学习指导/任光圆主编. —北京:
人民卫生出版社, 2003.

ISBN 978-7-117-05749-3

I. 疾… II. 任… III. 疾病-诊疗-专业学校-
教学参考资料 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 087043 号

疾病概要(二)学习指导

主 编: 任光圆

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京市卫顺印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 14.5

字 数: 344 千字

版 次: 2003 年 12 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-05749-3/R·5750

定 价: 19.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

编写说明



《疾病概要》(二)的配套教材,有别于其他配套教材,原因有二:一是原教材适用于助产、药剂等六个专业,是融六个专业教学大纲的内容重组编写而成;二是本次配套教材的编写根据卫生部教材办的要求,只是针对助产专业,因而又根据助产专业的教学大纲对教材内容进行了重组和补充。相对于其他配套教材而言,增加了一定难度。

目前编成的《疾病概要》(二)配套教材,主要依据助产专业的教学大纲体例,对教材内容作了重新排序、整合和补充,故也可用作教师备课时参考。由于本教材所涉学科较多,加上主编水平有限,敬请广大师生在使用中发现问题及时提出宝贵意见和建议,以便再版时修正。

任光圆

目 录



第一章 诊断学基础	(1)
【学习指导】.....	(1)
一、问诊与体格检查	(1)
二、常用实验室检查.....	(13)
三、其他检查.....	(20)
【试题】	(24)
第二章 外科学总论	(58)
【学习指导】	(58)
一、手术基础知识.....	(58)
二、体液与酸碱平衡.....	(61)
三、输血.....	(64)
四、休克.....	(65)
五、多器官衰竭.....	(67)
六、麻醉.....	(68)
七、复苏.....	(71)
八、围手术期处理.....	(72)
九、外科感染.....	(73)
十、损伤.....	(75)
十一、肿瘤.....	(77)
【试题】	(78)
第三章 内科疾病	(95)
【学习指导】	(95)
一、急性上呼吸道感染.....	(95)
二、结核病.....	(96)
三、慢性肺源性心脏病.....	(97)

四、心力衰竭.....	(98)
五、风湿性心瓣膜病.....	(98)
六、肝硬化.....	(99)
七、肾盂肾炎.....	(99)
八、出血及凝血障碍疾病.....	(100)
九、甲状腺机能亢进症.....	(102)
十、垂体前叶功能减退症.....	(102)
十一、糖尿病.....	(103)
【试题】.....	(103)
第四章 外科疾病	(129)
【学习指导】.....	(129)
(1) 一、乳房疾病.....	(129)
(1) 二、常见腹外疝.....	(130)
(81) 三、急性腹膜炎.....	(132)
(08) 四、急性阑尾炎.....	(133)
(45) 五、肠梗阻.....	(134)
六、急腹症.....	(135)
(82) 七、痔.....	(136)
(23) 八、单纯性下肢静脉曲张.....	(136)
(35) 九、尿石症.....	(137)
(18) 十、先天性畸形.....	(137)
【试题】.....	(140)
第五章 妇科疾病	(151)
【学习指导】.....	(151)
(17) 一、女性生殖系统炎症.....	(151)
(27) 二、女性生殖系统肿瘤.....	(152)
(87) 三、滋养细胞疾病.....	(153)
(27) 四、月经失调.....	(154)
(77) 五、子宫内膜异位症.....	(155)
【试题】.....	(155)
第六章 儿科疾病	(175)
【学习指导】.....	(175)
(28) 一、维生素D缺乏性佝偻病.....	(175)
(80) 二、小儿腹泻.....	(176)
(78) 三、小儿肺炎.....	(177)

四、小儿营养性缺铁性贫血	(178)
【试题】.....	(179)
第七章 传染性疾病	(190)
【学习指导】.....	(190)
一、传染病概述	(190)
二、麻疹	(192)
三、水痘	(192)
四、流行性腮腺炎	(192)
五、百日咳	(193)
六、猩红热	(193)
七、流行性脑脊髓膜炎	(193)
八、病毒性肝炎	(194)
九、伤寒	(196)
十、细菌性痢疾	(197)
十一、流行性乙型脑炎	(197)
十二、疟疾	(198)
十三、性传播疾病	(199)
【试题】.....	(200)
第八章 实践指导	(214)
一、内科实践指导	(214)
二、外科实践指导	(216)
三、妇科实践指导	(219)
四、儿科实践指导	(221)
五、传染科实践指导	(222)

第一章



诊断学基础

学习指导

学习诊断学基础首先应明确诊断学的基本概念和基本内容。

诊断学是研究诊断疾病的基本理论、基本技能和临床思维方法的一门学科。所谓诊断,就是医生运用医学科学的方法对疾病作出辩证逻辑的结论。在诊断过程中,医生将问诊、体格检查、实验室及其他辅助检查的结果,根据医学知识和临床经验,进行分析、综合、推理,从而获得有关健康状况和疾病本质的判断。

诊断学基础的基本内容有:常见症状、问诊、体格检查、实验室检查、其他检查和医疗文件的书写等。

在学习诊断学基础之前,有必要区分症状和体征这两个概念。所谓症状是指病人主观感受到不适或痛苦的异常感觉或病态改变,如发热、头痛、腹痛、呼吸困难等。所谓体征是指医生通过对病人的体格检查而得到的客观表现,如肝脾大、杂音、啰音等。

一、问诊与体格检查

(一) 问诊

问诊是医生通过询问病人或知情人而获取病史资料的过程,借此了解疾病发生、发展、诊治经过及病人过去史、个人生活史、家族疾病史等情况。问诊时,医生要按一定顺序进行并注意自己的态度。应避免暗示性套问,也不应作提示性诱问。在问诊中还应注意下列事项:①对危重病人问诊要简要,重点体检后,应立即进行抢救,待病情稳定后再作详细询问及全面体检,以免延误治疗;②问诊应尽可能询问病人本人,但对于重症、意识不清或儿童病人不能亲自口述时,可由最了解其病史者代叙,等病情好转后再补充询问;③问诊时语言要通俗,避免使用医学术语,避免对病人有不良刺激的语言及表情;④对其他医疗单位转来的资料,只能作为参考,决不能取代临床医生的亲自问诊;⑤在问诊过程中,应随时分析、综合归纳病人所陈述的内容,在询问完毕后,根据先后主次加以整理,认真分析思考,并按病历规范格式编写完整的病历记录。

问诊内容包括:

1. 一般项目 包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻、住址、工作单位、职业、就诊或入院日期、记录日期、病史叙述者及可靠程度等。

2. 主诉 是病人感受最痛苦或最突出的一个或数个主要症状(或体征)及其持续时间。主诉的文字要简明扼要,一般不超过 20 字。病名不能用作主诉。

3. 现病史 是病史的主体部分,是指病人从发病开始到就诊时疾病发生、发展及演变的全过程。包括:①起病的情况:包括起病时间、地点环境、原因或诱因、起病的急缓等。起病时间以数分、数小时、数日计。患病时间则按数日、数月、数年计。②主要症状的特点:包括主要症状的部位、性质和程度、出现和持续时间、加重或缓解因素等。③病情的发展和演变:包括患病过程中主要症状的变化及有无新症状出现等。④伴随症状:是指在主要症状的基础上又同时出现的其他症状,它常常是鉴别诊断的依据。⑤具有鉴别意义的阴性症状:是指需与本病鉴别的疾病的一些特征性症状或按一般规律在本病中应出现,而实际上没有出现的一些症状,也应记述在现病史中,以备进一步观察和鉴别。⑥诊治经过:包括病人病后曾在何地就诊,做过何种检查,结果如何;用过何种药物及其剂量、用法、疗效,以作本次诊治方案的参考。⑦病程中的一般情况:包括病人患病后在饮食、睡眠、大小便、精神状态及体力等方面变化。

4. 既往史及系统性回顾 既往史包括病人既往的健康状况和过去曾经患过的疾病、居住或生活地区的主要传染病和地方病、外伤、手术、预防接种、输血史及食物药物过敏史等。系统回顾,即按身体各系统选择常见的症状逐一加以询问,一般不用病名提问。

5. 个人史 包括社会经历、职业及工作条件、习惯与嗜好、有无不洁性交及性病史等。

6. 月经史、婚姻史、生育史 月经史的记录格式:

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经时间(或绝经年龄),经血的量和色,经期症状,有无痛经与白带。

婚姻史包括是否结婚及结婚年龄、配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。生育史包括妊娠与生育次数和年龄,人工或自然流产的次数,有无死胎、手术产、产褥热及计划生

育情况等。

7. 家族史 双亲、兄弟姐妹及子女的健康与疾病情况,尤其是有无遗传性疾病或与遗传有关的疾病及传染病。对已死亡的亲属要问明死因与年龄。

(二) 体格检查

体格检查是医生运用自己的感觉器官或借助于简单的检查工具,对被检查者的身体进行检查,根据检查结果来判断健康状态和病情的一种基本方法。体格检查所获得的客观征象称为体征。

体格检查时医生站在病人的右侧,应按一定的顺序进行,先观察一般情况、皮肤粘膜和淋巴结,然后检查头、颈、胸、腹、脊柱、四肢、生殖器、肛门、神经反射等。

体格检查的基本方法包括:视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。医生应掌握各种检查方法的操作要领、适用范围及临床意义。如深部滑行触诊法用于腹腔深部脏器、肿块和胃肠病变的检查;深压触诊法以确定腹腔内脏器或组织的压痛点,如阑尾压痛点、胆囊压痛点等;医生常用间接叩诊法确定肺部病变的部位和范围。叩诊音分为清音、浊音、实音、鼓音、过清音。清音是一种音调低、音响较强、振动持续时间较长的声音,是正常肺部叩诊音。浊音是一种音调较高、音响较弱、振动持续时间较短的叩诊音,当叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器可得此音,如心脏、肝脏的边缘部分。实音的音调较浊音更高、音响更弱、振动持续时间更短,见于实质性脏器如心、肝和大量胸腔积液等。鼓音是一种和谐的低音,音响强、振动时间长,左胸下部胃泡区可出现。过清音介于鼓音与清音之间,见于肺气肿。听诊是一种重要的体检方法,主要用于心脏和肺部检查。

1. 一般检查

(1) 生命征

1) 体温 正常体温口测法 $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$,肛测法 $36.5^{\circ}\text{C} \sim 37.7^{\circ}\text{C}$,腋测法 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。体温低于正常称为体温过低,见于休克、慢性消耗性疾病、甲状腺功能减退及在低温环境中暴露过久等。体温高于正常称为发热。发热的病因有感染性和非感染性两大类。临床上根据体温升高的程度将发热分为:低热($37.4^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$);中等度热($38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$);高热($39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$);超高热(41°C 以上)。

2) 脉搏 正常成人的脉搏,每分钟 60~100 次,节律整齐,强弱相等,动脉管壁柔韧有弹性。检查脉搏时应注意其脉率、节律、大小、强弱及动脉壁的弹性等。常见的异常脉搏有:①速脉:超过 100 次/分称为速脉;②缓脉:低于 60 次/分称为缓脉;③水冲脉:脉搏骤起骤落,触诊手指感觉搏动急促有力,称为水冲脉,见于主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、甲状腺功能亢进、严重贫血等;④交替脉:指节律正常而强弱交替出现的脉搏,是左心衰竭的重要体征;⑤奇脉:又称吸停脉,即在吸气时脉搏明显减弱甚至消失,见于心包腔积液和缩窄性心包炎;⑥短绌脉:又称脉搏短绌,即在单位时间内脉率少于心率,常见于心房颤动或期前收缩。

3) 呼吸 正常成人呼吸频率为每分钟 16~20 次,呼吸与脉搏之比为 1:4。检查呼吸时应注意呼吸的频率、深浅度和节律的改变。成年人呼吸 >24 次/分称呼吸增快,见于心肺疾患、贫血、发热、甲状腺功能亢进;呼吸 <10 次/分称呼吸缓慢,见于颅内高压、麻醉剂过量等。呼吸浅快见于贫血、胸腔积液等;严重代谢性酸中毒时,出现深而慢的呼吸,称

之为深长呼吸或 Kussmaul 呼吸。潮式呼吸是一种由浅慢逐渐变为深快,然后再由深快变为浅慢,继之呼吸暂停一段时间,周而复始。间停呼吸表现为规律地呼吸几次以后,突然停止呼吸,间隔一个短时期后又开始呼吸,周而复始。这两种异常呼吸是由于呼吸中枢的兴奋性降低,使调节呼吸的反馈系统失常所致。常见于脑炎、颅内高压、糖尿病酸中毒等。间停呼吸较潮式呼吸更为严重、预后不良。

4) 血压 是动脉血压的简称。心室收缩时,动脉内的最高压力称为收缩压;心室舒张时,动脉内的最低压力称为舒张压。收缩压与舒张压之差称为脉压。健康成年人的理想血压是:收缩压 $90 \sim 120 \text{ mmHg}$,舒张压 $60 \sim 80 \text{ mmHg}$,脉压为 $30 \sim 40 \text{ mmHg}$ 。当收缩压 $\geq 140 \text{ mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90 \text{ mmHg}$,称为高血压,绝大多数为原发性高血压,少数为慢性肾炎、肾动脉狭窄和内分泌疾病等引起,称为继发性高血压或症状性高血压。当血压 $< 90/60 \text{ mmHg}$ 时,称为低血压,常见于休克、心肌梗死、急性心包压塞等。脉压大于 40 mmHg ,称为脉压增大,见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进等。脉压小于 30 mmHg ,称为脉压减小,见于主动脉瓣狭窄、心包积液等。

(2) 发育和营养 发育一般以身高、体重、智力及第二性征与年龄是否相称来判定。发育通常以良好、中等和不良来描述。营养状态是根据皮肤、毛发、指甲、皮下脂肪、肌肉的发育情况来综合判断的。营养状态在临床上可分为良好、中等、不良三种。

(3) 意识状态 意识是大脑高级功能活动的综合表现,即对环境的知觉状态。健康人意识清晰。意识障碍有嗜睡、意识模糊、谵妄、昏睡、昏迷等。嗜睡是最轻的一种意识障碍,为病理性睡眠状态,可被语言唤醒,醒后能正确回答和做出各种反应,但停止刺激后又再入睡。意识模糊的意识水平下降程度较嗜睡为重,病人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。昏睡是接近于不省人事的意识状态,病人处于熟睡状态,不易被语言唤醒,虽在压迫眶上神经、摇动病人躯体等强刺激下可被唤醒,但醒后答话含糊或答非所问,停止刺激后很快又再入睡。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。按其程度可分为轻度昏迷、中度昏迷和深度昏迷。轻度昏迷(浅昏迷):意识大部分丧失,无自主运动,对周围的事物及声、光等刺激无反应,对疼痛刺激(如压眶上神经)虽不能使其清醒,但可出现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应,生理反射如角膜反射、瞳孔对光反射、吞咽反射、咳嗽反射和眼球运动等可存在。深度昏迷(深昏迷):意识全部丧失,强烈刺激也不能引起反应,深、浅反射均消失,肢体呈松弛状态。中度昏迷介于两者之间。谵妄表现为意识模糊、定向力丧失、幻觉、错觉、躁动不安、言语混乱,常见于急性感染的高热期、急性酒精中毒、肝性脑病、肺性脑病等。临床上还有一种由于脑组织暂时缺血而产生的短暂的意识障碍,可迅速恢复,称为晕厥。

(4) 面容和表情 健康人面容润泽,表情自如。当患有某种疾病时,可呈现特殊的病容与表情,为疾病的诊断提供线索。如甲状腺功能亢进面容为表情惊愕、眼裂增大、眼球凸出、目光闪烁、兴奋不安、烦躁易怒;二尖瓣面容为面色晦暗、双颊紫红、口唇轻度发绀,见于慢性风湿性心瓣膜病二尖瓣狭窄。

(5) 体位和步态 自动体位身体活动自如,不受限制;被动体位的病人不能自己调整或变换肢体的位置,见于极度衰弱、意识障碍或瘫痪病人;强迫体位是病人为了减轻疾病的痛苦,被迫采取某种体位,如强迫侧卧位、强迫坐位、辗转体位、角弓反张位等。体位的

改变对某些疾病的诊断具有一定的意义。步态即走动时所表现的姿态。某些疾病可使步态发生很大改变,如蹒跚步态、醉酒步态、共济失调步态、偏瘫步态、慌张步态等。

2. 皮肤粘膜 正常人粘膜红润、皮肤有光泽。体检时应注意有无潮红、苍白、发绀、黄染、皮疹、紫癜、蜘蛛痣、肝掌、水肿等情况。单位容积血液中还原血红蛋白($>50\text{g/L}$)增高,或血中存在异常血红蛋白(如高铁血红蛋白)使皮肤粘膜呈青紫色,称为发绀,常在口唇、舌、指端和耳廓处明显。当血清胆红素增高($>34.2\mu\text{mol/L}$)时,临床上可出现皮肤、巩膜、口腔粘膜黄染,称为黄疸(显性黄疸);如血清胆红素已有所增高,在 $17.2\sim 34.1\mu\text{mol/L}$,而临床上尚未出现皮肤、巩膜、口腔粘膜黄染者,称为隐性黄疸。临床上按黄疸发生机制的不同,分为溶血性黄疸、肝细胞性黄疸、阻塞性黄疸和先天性非溶血性黄疸4型。皮疹多为全身性疾病的表現之一,对急性传染病、过敏性疾病的诊断有重要意义。皮疹多为局部毛细血管扩张充血所致,压之褪色是最大的特点。皮疹有斑疹、玫瑰疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹之分。紫癜为皮肤或粘膜下出血,压之不褪色。直径在 2mm 以下者称为瘀点,直径在 $3\sim 5\text{mm}$ 者称为紫癜,直径大于 5mm 者称为瘀斑,片状出血并伴有皮肤显著隆起者称为血肿。见于出血性疾病、重症感染等。蜘蛛痣是皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣,形似蜘蛛而得名,多见于上腔静脉分布的区域内,如面、颊、手背、上臂、前胸、肩部等处。肝掌是手掌大、小鱼际发红,加压后褪色。蜘蛛痣和肝掌与肝脏对体内雌激素的灭活减弱有关,常见于慢性肝炎、肝硬化等。皮下组织的细胞内及组织间隙中液体积聚过多称为水肿。以手指按压组织发生凹陷不能很快恢复者,称为压陷性水肿,常见于右心衰竭、急慢性肾炎、肾病综合征、肝硬化及慢性消耗性疾病的病人。压陷性水肿根据程度分为轻度、中度、重度。轻度水肿仅见于眼睑或下肢踝部附近;中度水肿为全身组织明显水肿;重度水肿为全身组织严重水肿,皮肤紧张发亮,甚至有液体渗出,常伴有胸腔、腹腔、鞘膜腔积液,外阴严重水肿。粘液性水肿者在指压后无凹陷,称为非压陷性水肿,主要见于甲状腺功能减退的病人。

3. 淋巴结 正常的浅表淋巴结很小,直径多在 $0.2\sim 0.5\text{cm}$ 之间,质地柔软,表面光滑,活动,无压痛,不易触及。浅表淋巴结呈组群分布,每个组群的淋巴结收集一定区域内的淋巴液。当触及肿大淋巴结时要注意部位、大小、数目、压痛、硬度、活动度、有无粘连,局部皮肤有无红肿、瘢痕、瘰管等。淋巴结肿大常见于炎症、结核和肿瘤。

4. 头部检查 检查头发、头皮、头颅和头部器官。

(1)眼 眼睑水肿常见于急慢性肾炎;结膜充血常见于结膜炎,苍白见于贫血,睑结膜出血点常见于亚急性感染性心内膜炎和败血症等,颗粒、滤泡常见于沙眼。正常巩膜呈瓷白色,黄疸病人,巩膜首先发黄;中年以后,在内眦部可见分布不均匀的脂肪沉着所形成的黄色斑块,应与黄疸区别。双侧眼球突出并眼裂增宽,见于甲状腺功能亢进;重度脱水时,眼球凹陷。动眼、滑车、外展3对脑神经麻痹时,可出现眼球运动障碍、复视、麻痹性斜视。病人眼球随医生手指所示方面运动数次,双侧眼球发生有规律的快速往返运动,称为眼球震颤,见于耳源性眩晕、小脑疾患等。正常瞳孔圆形,双侧等大,直径 $3\sim 4\text{mm}$ 。吗啡、有机磷杀虫药中毒时,双侧瞳孔缩小;阿托品类药物可使双侧瞳孔扩大;双侧瞳孔散大并对光反射消失,为濒死状态的表现;两侧瞳孔不等,常提示颅内病变,如脑外伤、脑肿瘤、脑疝等。

(2)耳、鼻、口、牙齿、牙龈及舌 检查外耳耳廓有无畸形;外耳道是否通畅,有无耵聍、异物、疖肿及分泌物;乳突有无压痛;听力大致正常者可听到1m远处的机械表声与捻指声。鼻有无畸形及鼻翼扇动;鼻道是否通畅;有无分泌物或出血;鼻中隔是否居中;鼻窦(上颌窦、额窦、筛窦)有无压痛;鼻翼扇动为高度呼吸困难;鼻窦压痛并伴有鼻塞、流涕、头痛,多为鼻窦炎。健康人口唇红润光泽;苍白见于贫血,发绀提示缺氧;应注意有无口唇疱疹、口角糜烂、口角歪斜等。口腔粘膜应注意有无色素沉着、出血点、白色膜状物附着;麻疹早期,在相当于第二磨牙的颊粘膜处可见针头大小的灰白色斑点,周围绕以红晕,称为麻疹粘膜斑。牙齿和牙龈应注意有无龋齿、残根、缺齿、义齿、牙龈出血、牙龈铅线等。一侧舌下神经麻痹,伸舌时舌尖偏向患侧。

(3)咽和扁桃体:咽部检查通常指口咽部检查,应注意咽粘膜充血、淋巴滤泡增生、扁桃体肿大情况。扁桃体肿大分3度:不超过咽腭弓者为Ⅰ度;超过咽腭弓者为Ⅱ度;达到或超过咽后壁中线者为Ⅲ度。

5. 颈部检查 颈部检查包括:颈部外形和运动、颈部血管、甲状腺和气管检查。正常人颈部正位时两侧对称、活动自如。颈强直见于各种脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。正常人立位或坐位时颈外静脉常不显露,平卧位可稍见充盈。若取 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 的半卧位时颈外静脉充盈度超过锁骨上缘至下颌角距离的下 $2/3$ 水平,称为颈静脉怒张,提示静脉压增高,见于右心衰竭、缩窄性心包炎、心包积液或上腔静脉阻塞综合征等。当肝脏淤血肿大时,医生以手掌压迫病人肝脏30~40秒,血液自淤血肝沿肝静脉、腔静脉反流到颈静脉,以致颈静脉明显怒张,停止压迫,则颈静脉充盈度复原,此为肝颈静脉回流征阳性,常见于右心衰竭、缩窄性心包炎、心包积液的病人。在安静状态下看到明显的颈动脉搏动,提示脉压显著增高,多见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、严重贫血和部分原发性高血压病人。正常人甲状腺外观不突出,表面光滑柔软,不易触及。检查甲状腺应注意大小、表面、质地、有无结节、震颤和血管杂音等。甲状腺肿大可分3度:不能看出肿大但能触及者为Ⅰ度;能看到肿大又能触及,但在胸锁乳突肌以内者为Ⅱ度;超过胸锁乳突肌外缘者为Ⅲ度。甲状腺弥漫性肿大,质软,触诊有震颤,并听到血管杂音,见于甲状腺功能亢进。甲状腺肿大为弥漫性或结节性,无震颤、血管杂音,见于单纯性甲状腺肿。甲状腺肿大有结节感,不规则,质硬,应怀疑甲状腺癌。正常气管居于颈前正中。气管偏向健侧,见于大量胸腔积液、气胸、纵隔肿瘤、单侧甲状腺肿大。气管偏向患侧,见于肺不张、胸膜粘连。

6. 胸部检查

(1)胸廓、胸壁和乳房 正常胸廓两侧大致对称。成人胸廓前后径较左右径短,前后径与横径的比例约为1:1.5,近乎于椭圆形。病态胸廓有:①扁平胸:廓前后径不及左右径的一半,呈扁平形,见于瘦长体型或肺结核等;②桶状胸:胸廓的前后径增大,与左右径几乎相等,胸廓呈圆桶状,肋间隙增宽,见于肺气肿等;③佝偻病胸(鸡胸):胸骨特别是下部显著前突,胸廓前后径增大,横径缩小,左右两侧塌陷,形状似鸡胸部,为佝偻病所致的胸廓改变,多见于儿童,有的伴有佝偻病肋串珠、肋膈沟或出现漏斗胸。胸壁静脉曲张提示上腔静脉或下腔静脉阻塞,前者血流自上而下,后者自下而上。胸壁皮下气肿见于气胸病人。胸壁压痛见于局部炎症、肋骨骨折;胸骨压痛见于白血病病人。正常儿童及男子乳房一般不明显,乳头位置在锁骨中线第四肋间隙。妇女乳房在青春期逐渐长大,呈半球

形。正常坐位时两侧乳房对称。检查乳房时,应注意皮肤有无溃破、溃疡、色素、皮疹、出血、疤痕和肿物。女性乳房皮肤呈橘皮样改变,为乳腺癌的特征之一。

(2)肺和胸膜

1)视诊:健康人平静呼吸时,每分钟16~20次,均匀整齐。

2)触诊:主要检查触觉语颤,语颤增强见于肺实变、压迫性肺不张、接近胸膜的巨大肺空洞;语颤减弱或消失,见于支气管阻塞、肺气肿、胸腔大量积液或积气、胸膜高度增厚粘连等。

3)叩诊:正常肺部部位的叩诊均为清音;在肺与心、肝重叠区域为浊音,叩诊未被肺组织遮盖的心脏、肝脏时为实音,左前胸下方可叩得一个半月状鼓音区,称胃泡鼓音区。当正常肺的清音区范围内,如出现浊音、实音、过清音或鼓音时,为异常叩诊音。异常浊音或实音见于:①肺组织含气量减少:如肺炎、肺结核等;②肺内不含气的病变:如肺肿瘤等;③胸膜腔积液;④胸壁疾病:如胸壁水肿等。异常鼓音见于靠近胸壁的大肺空洞、气胸。正常肺部无过清音,过清音见于肺气肿病人。正常人肺下界移动度为6~8cm。

4)听诊

呼吸音 正常肺部呼吸音有支气管呼吸音、肺泡呼吸音、支气管肺泡呼吸音3种。支气管呼吸音:呼气时相较吸气时相长,呼气音较吸气音强而高调,位于喉部、胸骨上窝、背部第6、7颈椎及1、2胸椎附近。肺泡呼吸音:吸气时音响较强,音调较高,时相比较长,正常情况下,除支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音部位外,其余肺部均为肺泡呼吸音。支气管肺泡呼吸音是一种兼有支气管呼吸音和肺泡呼吸音特点的混合性呼吸音,吸气和呼气的音响、音调、时相相同,正常人于胸骨两侧第1、2肋间隙,肩胛间区第3、4胸椎水平以及肺尖前后部可听及支气管肺泡呼吸音。常见的异常呼吸音包括:①肺泡呼吸音减弱或消失:见于肺气肿、肺不张、胸腔积液、气胸等;②异常支气管呼吸音:是指在正常肺泡呼吸音的区域听到支气管呼吸音,又称管状呼吸音,见于肺组织实变(如大叶性肺炎实变期)、肺内大空腔、压迫性肺不张的上方。

啰音 是伴随呼吸音的一种附加音。正常肺部听诊无啰音。啰音可分为干啰音和湿啰音两种。干啰音是由于支气管粘膜炎症性肿胀、管腔内有粘稠分泌物、支气管内外存在肿块,使管腔变窄,气流通过时发生湍流引起震动所致。其特点为:呼气时较清楚;音调较高而连续;随咳嗽、深呼吸而发生性质、部位改变。干啰音有①鼾音:多发生在气管和主支气管,是一种粗糙的、低音调的、类似熟睡时的“鼾声”的干啰音;②哨笛音:类似吹笛或射箭所发出的声音,又称飞箭音,多发生在小支气管或细小支气管,是一种高音调的干啰音;③哮鸣音:是一种吸气短呼气长、高音调的哨笛音,常见于支气管哮喘发作时,亦可见于心源性哮喘。湿啰音是由于呼吸时气流通过支气管或空洞中稀薄的液体,形成的水泡立即破裂所产生的声音,又称水泡音。其特点为:吸气与呼气时均可听到,以吸气末为清楚;多样性,有大、中、小水泡音,水泡音的大小与管腔大小相一致;部位较恒定,易变性小,咳嗽后可稍有变化;水泡破裂声常断续出现。湿啰音有①大水泡音:见于肺内大空洞、肺水肿、垂危病人无力咳痰等;②中水泡音:见于支气管炎、支气管肺炎等;③小水泡音(又称细湿啰音):见于细支气管肺炎、肺结核、肺淤血等;④捻发音:持续存在见于肺炎早期、肺淤血、肺结核等。

胸膜摩擦音 胸膜有炎症时,胸膜脏层和壁层上有纤维素沉着而变得粗糙,呼吸使脏、壁两层互相摩擦,听诊时闻及胸膜摩擦音。听诊部位常在腋中线下部,吸气末呼气初摩擦音明显,听诊器加压、深呼吸时,摩擦音增强,屏气时消失。多见于干性胸膜炎、肺梗死、胸膜肿瘤及尿毒症等。

(3)心脏

1)视诊:正常人心尖搏动位于左侧第5肋间隙锁骨中线内侧0.5~1.0cm处,直径约为2.0~2.5cm。左心室增大时向左下移位;右心室增大向左移位。心室肥大、甲亢、贫血、发热时心尖搏动增强;心肌病变、心包积液等,心尖搏动减弱。

2)触诊:震颤是由于血流流经狭窄的瓣膜或畸形的孔道时所产生的湍流,使心壁或血管壁发生震动传至胸壁而引起的细小震动感,其感觉与猫颈部触到的呼吸震动相似,故又名“猫喘”,是器质性心脏病的一个重要证据。胸骨左缘第2肋间收缩期震颤见于肺动脉瓣狭窄,胸骨左缘第3~4肋间收缩期震颤见于室间隔缺损,心尖部舒张期震颤见于二尖瓣狭窄,胸骨左缘第2肋间及附近连续性震颤见于动脉导管未闭。

3)叩诊:心脏叩诊是用以确定心界,判定心脏大小、形状的一种方法。叩心界指叩出心相对浊音界,它反映心脏的实际大小。正常心浊音界:正常成人左右心相对浊音界与前正中线的平均距离(表1-1)。

左心室增大时心浊音界向左下扩大,心腰部相对内凹,使心浊音界呈靴形,称“靴形心”,又称主动脉型心脏,常见于主动脉瓣关闭不全、高血压心脏病等;肺动脉段及左心房增大时心腰部浊音界向左扩大,此时心浊音界的外形似梨形,称“梨形心”,又称二尖瓣型心脏,多见于二尖瓣狭窄;全心增大时心界向两侧扩大,见于全心衰竭、扩张型心肌病等;心包积液时心浊音界呈三角(烧瓶)形,并随体位而改变。临床上,如无影响心浊音界的心外因素存在,叩诊心浊音界超过左侧锁骨中线,即可判定心脏增大。心外因素对心脏浊音界也有影响,如肺气肿病人心浊音界变小;妊娠时横膈升高,心脏呈横位,心界扩大。

表1-1 正常心相对浊音界

右(cm)	肋间	左(cm)
2~3	Ⅱ	2~3
2~3	Ⅲ	3.5~4.5
3~4	Ⅳ	5~6
	V	7~9

注:正常人左锁骨中线至前正中线的距离为8~10cm。

4)听诊:心脏听诊内容包括心率、心律、心音、杂音及心包摩擦音。

瓣膜听诊区 心脏瓣膜听诊区是指心脏各瓣膜开闭时产生的声音传导至体表,听诊最清楚的部位。瓣膜听诊区与各瓣膜的解剖位置并不完全一致。心脏瓣膜听诊区为4个瓣膜5个区:①二尖瓣听诊区:心尖搏动最强点,又称心尖区;②主动脉瓣听诊区:胸骨右缘第2肋间隙;③主动脉瓣第二听诊区:胸骨左缘第3、4肋间隙;④肺动脉瓣听诊区:胸骨左缘第2肋间隙;⑤三尖瓣听诊区:胸骨体下端近剑突、稍偏右或稍偏左处。

听诊顺序一般按二尖瓣听诊区、主动脉瓣听诊区、主动脉瓣第二听诊区、肺动脉瓣听诊区、三尖瓣听诊区进行听诊。

心率 正常人的心率为 60~100 次/min,多数为 70~80 次/min。成人窦性心律的频率超过 100 次/min 或婴幼儿超过 150 次/min 者,称为窦性心动过速。成人窦性心律的频率低于 60 次/min 者,称为窦性心动过缓。

心律 是指心脏搏动的节律。正常成人心律规整。青年和儿童可有吸气时心率增快,呼气时心率减慢,这种随呼吸出现的心律不齐称为窦性心律不齐,一般无临床意义。听诊能发现的心律失常最常见的是期前收缩和心房颤动。期前收缩是指在规则心跳基础上突然提前出现一次跳动,继之有一较长间歇,称为代偿间歇,听诊难以区分期前收缩类型。心房颤动的听诊特点:心律绝对不规则、第一心音强弱不等、脉搏短绌。

正常心音 正常心音有 4 个,按其出现的先后顺序称为第一、第二、第三和第四心音。一般听到的是第一心音和第二心音,儿童和青少年可听到第三心音,正常情况下听不到第四心音。第一心音(S_1)是心室收缩开始时,由于房室瓣(二尖瓣、三尖瓣)骤然关闭及心室肌收缩的振动所产生。听诊特点:音调较低;历时较长;与心尖搏动同时出现;心尖区听诊最清楚。第二心音(S_2)是心室舒张开始时,由于主动脉瓣及肺动脉瓣关闭的振动所产生。听诊特点:音调较高;历时较短;在心尖搏动之后出现;以心底部听诊最清楚,即肺动脉瓣听诊区第二心音(P_2)和主动脉瓣听诊区第二心音(A_2)都可听到。青少年 $P_2 > A_2$;中年 $P_2 = A_2$;老年人 $A_2 > P_2$ 。 S_1 与 S_2 的区别:在心脏听诊中,区分 S_1 与 S_2 很重要,只有确定 S_1 与 S_2 ,才能正确地判定心室的收缩期和舒张期,从而确定异常心音或杂音是在收缩期还是在舒张期,以及与 S_1 或 S_2 的时间关系,这是临床心脏听诊的基础。 S_1 、 S_2 的区别(表 1-2)。

表 1-2 第一心音与第二心音的区别

	第一心音(S_1)	第二心音(S_2)
声音特点	音强、调低,时限较长	音弱、调高,时限较短
最响部位	心尖区	心底部
与心尖搏动的关系	同时出现	不同时,稍迟出现
心音之间的距离	S_1 - S_2 (收缩期)较短	S_2 - S_1 (舒张期)较长

S_1 增强见于二尖瓣狭窄、甲状腺功能亢进等病人;完全性房室传导阻滞病人,有时可听到特别响亮的 S_1 ,称为“大炮音”。原发性高血压病人可有 A_2 亢进;肺动脉高压如肺源性心脏病、二尖瓣狭窄等,可有 P_2 亢进。 S_1 减弱见于心肌收缩力减弱,如心肌炎、心脏病;心室充盈过度,如二尖瓣关闭不全。 A_2 减弱见于主动脉瓣狭窄、主动脉瓣关闭不全; P_2 减弱见于肺动脉瓣狭窄、肺动脉瓣关闭不全。

三音律 在原有两个心音之外,出现一个额外的声音,则形成三音律。舒张期的额外心音出现在第二心音之后,与原有的第一、二心音共同组成的韵律,犹如马奔跑时的蹄声,称为奔马律。舒张早期奔马律是心力衰竭的一个重要体征,常见于急性心肌梗死、心肌炎、扩张型心肌病和高血压心脏病等。

心脏杂音 是心音之外的一种具有不同频率、不同强度、持续时间较长的夹杂声音。

杂音可与心音分开或相连续,甚至完全遮盖心音。杂音对心脏瓣膜病和心血管畸形的诊断有着非常重要的意义。杂音的产生主要是由于血流加速或紊乱,在心腔、大血管内形成湍流或漩涡,引起心壁、大血管壁、瓣膜、腱索振动所致。其机制有血流加速、瓣膜口狭窄、瓣膜关闭不全、异常血流通道、心腔内漂浮物、大血管腔瘤样扩张。杂音的听诊要点包括

①部位:杂音在某瓣膜听诊区最响,提示病变在该区相应的瓣膜。如杂音在心尖区最响,提示二尖瓣病变。②时期:发生在 S_1 与 S_2 之间者,称为收缩期杂音;发生在 S_2 与下一心动周期的 S_1 之间者,称为舒张期杂音;若杂音连续在收缩期及舒张期出现,称为连续性杂音。临床上,舒张期及连续性杂音均为病理性,而收缩期杂音有很多属生理性。③性质:一般器质性杂音性质粗糙,而功能性杂音则性质柔和。吹风样杂音多见于心尖区、肺动脉瓣区。心尖区收缩期粗糙的吹风样杂音,提示二尖瓣关闭不全。典型的心尖区舒张期隆隆样杂音见于二尖瓣狭窄;主动脉瓣区舒张期叹气样杂音见于主动脉瓣关闭不全;机器样杂音主要见于动脉导管未闭。④传导:杂音常沿着血流方向传导,也可经周围组织传导。如二尖瓣关闭不全的收缩期杂音向左腋下、左肩胛下区传导;二尖瓣狭窄的舒张期杂音较局限,不传导;主动脉瓣狭窄的收缩期杂音可向颈部、胸骨上窝传导;主动脉瓣关闭不全的舒张期杂音沿胸骨左缘、心尖传导。⑤强度:舒张期杂音一般采用轻度、中等或响亮来表示;收缩期杂音的强度可分为6级:1级:响度最轻,很弱,须在安静环境下仔细听诊才能听到,易被忽略;2级:响度较轻,较易听到,不太响亮;3级:响度中等,为明显的杂音,伴或不伴震颤;4级:杂音响度响亮,伴有震颤;5级:响度很响,杂音很强,且向四周甚至背部传导,但听诊器离开胸壁即听不到,伴有明显震颤;6级:响度最响,杂音震耳,即使听诊器离胸壁尚有一定距离时也能听到,伴有强烈震颤。收缩期杂音的记录方法,如强度为2级,则记为2/6级杂音。一般认为,2/6级以下的收缩期杂音多为生理性,无病理意义。3/6级和3/6级以上的杂音多具有病理意义,常为器质性或相对性,但应结合杂音性质、粗糙程度、传导情况来判定。⑥杂音与体位、呼吸及运动的关系:二尖瓣的杂音于左侧卧位时最清晰;主动脉瓣关闭不全的舒张期杂音,在坐位前倾、深呼气末易听到;深吸气时三尖瓣和肺动脉瓣的杂音可增强;深呼气时二尖瓣和主动脉瓣的杂音可增强;心功能良好有杂音者,运动后可使杂音增强。

临床上,舒张期绝大多数为器质性杂音,说明心脏有器质性病变。而收缩期杂音可有生理性与器质性之分,两者的鉴别见表1-3。

表1-3 收缩期生理性杂音与器质性杂音的鉴别

鉴别点	生理性	器质性
年龄	儿童、青少年多见	不定
部位	肺动脉瓣区和(或)心尖区	不定
性质	柔和,吹风样	粗糙,吹风样,常呈高调
持续时间	短促	较长,常为全收缩期
强度	一般为3/6级以下	常在3/6级以上
震颤	无	3/6级常伴有
传导	局限,传导不远	沿血流方向传导较远而广