

医学专业三年制普通班试用教材

诊断学基础

河南医学院革命委员会

一九七二年

前 言

《诊断学基础》是用毛主席的哲学思想指导下进行调查研究，然后经过综合、分析、判断、推理最后达到正确认识疾病的一门科学。

本教材包括临床检查（询问病史和体格检查）、实验室检查以及X线诊断、心电图、超声波等部份，以临床检查为学习重点。

我们遵照毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，把常见病、多发病、普遍存在的疾病的诊断知识作为重点编写内容，并且努力贯彻“理论联系实际”的原则。

祖国医学的诊断学知识将在中医教学中讲授，但为了互为应用，在某些部份亦有所提及。

学习《诊断学基础》，务必树立为革命而学的思想，努力学习，刻苦钻研。在临床实践中，必须遵照毛主席“一切从人民的利益出发”的教导，带着深厚的无产阶级感情，同情体贴病人；要严肃认真，一丝不苟，要反对“爱病不爱病人”的资产阶级医疗作风。

必须指出，《诊断学基础》的学习还必须遵循“实践、认识、再实践、再认识”这一马克思主义认识论的观点，彻底批判唯心主义先验论和形而上学的反动思想，重在实践，反复实践；在为病人服务中，不断掌握与提高为病人服务的诊断技术。

由于我们政治思想和业务水平所限，加之编写时间仓促，缺点错误在所难免，望大家批评，我们将在实践中边教边学边改，以期逐步完善。

《诊断学基础》编写组

一九七二年八月

毛主席语录

没有正确的政治观点，就等于没有灵魂。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。

要提倡唯物辩证法，反对形而上学和烦琐哲学。

目 录

第一章 病 史	(1)
第一节 病史的调查	(1)
第二节 病史的内容	(2)
第二章 体格检查	(4)
第一节 一般检查	(4)
第二节 皮肤及全身淋巴结	(6)
第三节 头颈部检查	(7)
第四节 胸部检查	(8)
一、胸部体表标志与分区	(8)
二、叩诊与听诊法	(9)
三、胸廓及肺脏检查	(11)
附：呼吸系统常见病变体征比较表	(16)
四、心脏	(16)
(一)心脏的体表解剖	(16)
(二)心脏的检查	(16)
附：1.常见心脏病的典型局部体征比较表	(25)
附：2.末梢血管的检查	(25)
第五节 腹部检查	(26)
第六节 外生殖器及肛门	(29)
第七节 脊柱、四肢检查	(29)
第八节 神经系统检查	(30)
第三章 实验室检查	(32)
第一节 血液检查	(32)
第二节 尿液检查	(41)
第三节 粪便检查	(45)
第四节 肝功能检查	(46)
第五节 肾功能检查	(48)
第六节 浆膜腔穿刺液检查	(50)
第七节 脑脊液检查	(51)
第四章 心电图检查	(54)
一、心电产生的原理	(54)
二、心电图导联	(55)
三、心电图的基本图形及正常值	(57)

四、心电图波段的测量方法	(59)
五、心电轴	(60)
六、钟向转位	(60)
七、心电位	(61)
八、常见异常心电图	(62)
心房肥大	(62)
心室肥大	(62)
心肌梗死	(64)
心律失常	(66)
药物的作用	(79)
电解质平衡紊乱	(79)
九、心电图对心脏病的诊断价值	(79)
第五章 X线诊断学基础知识	(80)
第一节 X线诊断原理、检查方法和诊断原则	(80)
第二节 呼吸系统X线诊断	(85)
第三节 循环系统X线诊断	(99)
第四节 消化系统X线诊断	(105)
第五节 骨骼系统X线诊断	(115)
第六节 泌尿系统X线诊断	(125)
第六章 常用的特殊检查	(131)
第一节 基础代谢率测定	(131)
第二节 超声波检查	(131)
第三节 几种常用的放射性同位素检查方法	(134)
一、甲状腺吸碘 ¹³¹ I机能试验	(134)
二、甲状腺扫描	(134)
三、肝脏扫描	(135)
第七章 诊断方法与步骤	(136)
附：病历编写的内容提要	(137)

第一章 病 史

第一节 病史的调查

一、病史调查的重要性

伟大领袖毛主席教导我们：“你对于那个问题不能解决么？那末，你就去调查那个问题的现状和它的历史吧！你完完全全调查明白了，你对那个问题就有解决的办法了。”

了解病史，是医生对疾病进行调查研究的重要环节，是诊断疾病的第一步，目的是了解疾病发生、发展的全过程，从而为正确诊断提供可靠的资料。因为：1.有许多疾病只具有典型的症状，而没有明显的体征，病史就是重要的诊断根据。（如溃疡病，心绞痛等。）2.疾病发展是一个过程，要正确诊断必须了解全貌，特别是诊前病情的演变。（如慢性肾炎，高血压型与高血压所致之肾脏改变。）3.各种疾病都具有特殊的发展规律，要掌握它，就需要进行追问病史。4.病人的健康状况，生活环境、籍贯、年龄等对于诊断有价值的材料，也是靠询问病史。（如一些地方病，其住址就具有特殊之诊断价值。）

在战时，由于环境的特殊，辅助检查常不能进行，故了解病史尤为重要，因此，如何进行调查研究问好病史，怎样分析整理调查材料写好病史，是每个医生必须熟练掌握的基本功。

二、怎样作病史调查

（一）要带着无产阶级感情进行调查

“为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题”，医生必须树立“完全”“彻底”为人民服务的思想，以白求恩同志为榜样，学习他对工作的极端的负责任，对同志对人民极端的热忱的精神。急病人之所急，痛病人之所痛，要把整个调查过程看作是医务人员向工农兵学习的好机会，看成是医务人员接受贫下中农再教育的过程。因此，在问病史时，对病人必须关怀爱护，亲切和蔼，认真耐心听取患者叙述病情经过，启发病人谈出有关病情。对昏迷病人要由最了解病情的人代述；对危重病人应针对主要矛盾，首先紧急抢救，仅作必要的询问和重点检查，待病情好转后再做详细的问诊和体查。有的病人若不能一次支持过久的谈话，则应分次询问，先问重点，后问其它，以免增加病人痛苦。

（二）以唯物辩证法的观点去进行调查。

遵循伟大领袖毛主席“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。”的伟大教导，在询问病史时，要善于抓住病人疾病的主要矛盾，围绕病人的主要症状询问清楚，弄清疾病的全过程，因为“任何运动形式，其内部都包含着本身特殊的矛盾。这种特殊的矛盾，就构成一事物区别于他事物的特殊的本质。”各种疾病，由于病变不同，因此在发

生发展上具有一定的特殊性。因此，对主要症状，一定要询问清楚，但又要防止主观武断，不能以医生的想象作暗示性的提问。在弄清主要矛盾的同时，亦要询问必要的既往史，个人生活史，和家族史等各方面的情况与这次患病的关系。既要看到事物的本质方面，主流方面，又不能忽略非本质，非主流方面；既要抓住重点，又要避免主观性，片面性和表面性，这样才能获得可靠的科学的病史资料。

第二节 病史的内容

一般项目：

包括姓名、性别、年龄、婚姻、民族、籍贯、住址、职业、家庭出身、政治面貌、入院日期以及病史的叙述者。

主诉：

包括病人就诊时感觉最痛苦的一个或数个主要症状或最明显的体征及其性质与持续的时间。词句要简单扼要，若主诉包括几个症状，则按其发生的先后排列。医生通过主诉可初步估计病人患的是那一个系统的疾病或那种性质的疾病。如：“间断性烧心、吐酸、上腹痛五年，增重十余日，呕血二小时。”

现病史：

现病史是指这次发病的第一个症状起，至看病时为止，整个疾病的全过程及其诊疗情况。是病史中最重要的一部分。一般包括以下四个内容：

一、疾病的发生过程：即开始发病情况。要问何时，何地及如何开始的，有无诱因，是骤起的还是逐渐发病的。

二、疾病的发展和变化过程；即各种症状的全部演变过程及其发生先后和病情的变化。对主要症状要深入了解其性质、部位、时间、程度、诱因、缓介和增剧的因素，以及伴随的其它症状等。

性质：如疼痛的性质有钝痛、锐痛、阵发痛、持续痛等。发热有间歇热、稽留热、骤起、骤退等。

部位：如上腹部痛，右季肋部、腰部以及心前区痛等，常代表不同的疾病。

时间：起病的年月；症状出现的时间，如咳嗽咯痰的时间、溃疡病与饮食的关系等，都有诊断的意义。

程度：这是病人的主观感觉，如发热有高热、微热，疼痛有轻微、剧烈等不同程度。

病因或诱因：一般病人不一定指出发病的原因或诱因，即使能指出亦不一定准确，但患者常能说出发病以前与发病当时的情况，如环境、生活条件、饮食起居和精神情绪等的变化。这些材料亦可帮助医生对疾病的了解。

伴随症状：主要症状往往有伴随症状，如发烧时可伴有寒颤、出汗，疼痛时可伴有恶心呕吐等。

缓解办法：如溃疡病人服硷性药物可使疼痛减轻，呼吸困难的病人坐起或前倾可使呼吸困难减轻等。

三、诊治情况：曾在何时，何处诊治过，曾用过何种治疗，药物名称、剂量、用法及效果。曾做过那种检查及结果。在写诊断名称及药名时，要加引号。

四、一般情况：要询问病后饮食情况，大小便、睡眠及体重改变。

过去史（既往史）：

“看问题要从各方面去看，不能只从单方面看。”过去史是指病人出生起到这次发病为止的健康状况，其中重要的是与这次疾病有关的一些情况。如风湿性心脏病患者，需问过去有无咽喉痛、发热、关节痛等，如有这些表现提示过去可能患过风湿热，对诊断风湿性心脏病更有帮助。询问过去病史的目的是为了调查病因，了解过去疾病与现在疾病之间的联系，和提供诊治线索。所以，过去史的询问，对诊断疾病有较重要的意义。过去史一般包括以下三个内容：

一、以往健康状况：强壮或瘦弱。

二、曾否患过传染病：何种传染病，何时发生，近几年预防接种情况。

三、患过何种疾病：为了避免遗漏，可按各系统的主要症状来询问，如呼吸、消化、循环、泌尿、造血、神经等，选择与现病史有关的作重点询问。此外，问外伤、手术史及药物过敏史，并注意发生时间，主要病情经过及诊治情况。记录时应按照年月日或年龄顺序，对病人所说的病名应加引号。

个人生活史：

个人史是指病人过去的个人生活情况，着重的是与这次患病有关系的部分，一般包括：生活饮食习惯，烟酒嗜好程度；过去及目前的职业及其工作情况，居住地区；对女病人还要问月经、结婚年龄、生育等情况。

家族史：

主要询问病人的父母、爱人、兄弟姐妹及子女的健康状况。若有死亡，应问明原因。对疑似结核病、高血压病、精神病、过敏性疾病、血友病及其它传染病时，应询问家族中有无类似的病人。

问诊在诊断上占极重要的地位，故对病史的内容应逐项询问，以免遗漏。祖国医学在诊病中对问诊也极为重视，为了获得充足的感性材料，便于进一步综合分析，求得辨证诊断的准确性，将一些主要问诊项目，写成十问歌，以利记忆。

‘附’十问歌：一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再加服药参机变，妇女须问经带产，小儿痘疹全占验。

第二章 体格检查

第一节 一般检查

一般状况的检查，是体检的第一步，主要用望诊与触诊的方法，观察与检查病员，将检查所得的各种现象和感觉，加以综合，“于是在人们脑子里生起了一个认识过程中的突变（即飞跃）产生了概念。”从而对病情有一个初步的了解，概括的认识，为进一步检查提供重要线索。

一、体温：测体温的部位有腋窝、口腔、直肠三处。正常体温直肠内为 $36.5\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ （标准体温），口腔体温比直肠体温约低 0.5°C ，较腋窝约高 0.5°C ；超过正常体温为发热。

发热常见热型有：

（一）稽留热：通常高达 39°C 以上，持续数日或更多，每昼夜体温波动小于 1°C ，常见于伤寒。

（二）弛张热：常为高热，昼夜体温波动大于 1°C 以上，常见于败血症，化脓性病变等。

（三）消耗型：温度的动摇范围比弛张热尤为显著，见于败血症，重症肺结核。

（四）间歇热：体温突然升高达 39°C 或 40°C ，经若干时间后，又在短时间内重新降至正常，经过1—2天后，再升高，如此反复，如疟疾。

（五）不规则热：是最常见的一种热型，发热无一定规律性，常见于流感、风湿等。

二、脉搏：正常情况下，在挠动脉触查，特殊情况下可在颞动脉、颈动脉、足背动脉、股动脉处测定。检查时需注意脉搏的快慢、节律、紧张度及血管壁状态。正常人脉搏的快慢，成年人平均60—100次/分，每分钟超过100次，为心动过速；少于每分钟60次，为心动过缓。体温每增高 1°C ，脉搏约可增速10次/分。正常人可因劳动、精神状态改变等而使脉搏增快。

切脉是祖国医学诊断疾病重要方法之一。切脉的方法是医生用食指、中指、无名指的指端放在患者挠动脉上。正常人的脉象不浮不沉，不快不慢，节律均匀。患病时脉搏变化，常见者有以下几种。

（一）浮脉：浮在皮肤表面，手指轻轻按着皮肤就感到，这种脉可见于表证。

（二）沉脉：轻按时不明显，重按才感到，这种脉可见于里证。

（三）迟脉：脉搏慢，一呼一吸之间不足四次，这种脉多见于寒证。

（四）数脉：脉搏快，一呼一吸之间脉跳六次（七次以上为疾脉），这种脉多是热证。

（五）弦脉：脉紧张有力，挺直指下，如按在拉紧的弓弦上，这种脉多是肝病，剧

痛或寒证。

(六) 细脉: 脉搏细, 搏动无力, 表示虚证。

(七) 结脉: 脉搏缓慢, 时有间歇, 这种脉多是寒结、血瘀、气结, 表示有心脏病或期前收缩等。

(八) 代脉: 脉搏成规律性的间歇, 跳三歇一, 或跳二歇一, 或跳五歇一, 次数比较规律, 相当于二联律、或三联律等可见于心脏病。

三、呼吸: 正常人的呼吸每分钟为16—20次, 呼吸与脉搏比为1:4。

(一) 呼吸次数的变化:

1. 呼吸频数: 成人呼吸每分钟超过24次者, 常见于严重的心肺疾患, 高热及重度贫血时。

2. 呼吸减慢: 每分钟可少于10次, 见于呼吸中枢抑制时, 如药物中毒, 肝昏迷及急性颅内压增高。

(二) 呼吸深度的变化:

1. 呼吸加深: 如中毒(尿毒症、糖尿病昏迷)。呼吸中枢强烈受刺激, 呼吸变深而慢, 可伴有鼾声, 称叹息样大呼吸。

2. 呼吸变浅: 见于肺气肿, 呼吸肌麻痹时。

(三) 呼吸节律的变化:

最常见的是潮式呼吸, 呼吸运动呈波状增大和减小, 并与呼吸暂停相交替。是呼吸中枢兴奋性降低的指征, 标志着病情的危重性。常见于脑循环障碍(脑出血)及某些中毒(尿毒症、吗啡、巴比妥中毒等)。

(四) 血压: 剧烈活动与精神紧张可影响血压。故测血压时, 应让病员稍微休息后, 在较平静的情况下测定。

正常成人的血压为90~130/60~85毫米汞柱, 40岁以后, 年龄每增加10岁, 收缩压可上升10毫米汞柱。健康人两上肢血压可相差10毫米汞柱。下肢血压较上肢血压高20~40毫米汞柱, 正常脉压差为30~40毫米汞柱。血压的高低要全面地、辨证的来判断, 才能得出正确结论, 切忌机械片面地看问题。

血压测量方法: 通常测量肱动脉的血压。病员取坐位或卧位, 露出手臂稍向外展, 肱动脉应与右心房同一水平, 坐位时与第四肋软骨同高, 卧位时与腋中线平。将袖带缠上臂, 其下缘距肘窝部约2—3 cm, 将听诊器胸件置于肘部肱动脉处, 然后用橡皮球将空气打入袖带, 压力加到挠动脉搏动消失为止, 再稍微打开橡皮球活门, 使压力缓慢下降, 一面注意听血管搏动音, 一面观察水银柱的下降, 当听到第一声的肱动脉搏动音时, 记录压力表上所指示的压力(即毫米汞柱数), 即为收缩压, 继续降低压力, 当搏动声音突然变调时, 再记录压力表上所指示的压力, 即为舒张压。

五、发育与营养状况:

发育的好坏, 应从年龄、身长、体重及智力等方面来衡量。一般说指距等于身长, 上身与下身等长。

营养状况的好坏, 应根据精神, 皮肤色泽, 肌肉, 头发等来判断, 一般分为良、中、不良。

	精 神	皮 肤	皮 下 组 织	毛 发	肌 肉
良	饱 满	红 润 有 弹 性	充 实	均、而有光泽	发 达
不 良	萎 靡	干 燥 无 光	少	稀、无光泽易脱	松 弛

“注”：界于二者之间为中等。

六、意识状态（神志）

正常人神志清楚，表情自然，语言明朗，呼吸均匀，动作如常。

病理状态常见有：

（一）意识模糊：是最轻的意识障碍，对事物反应迟钝，答话缓慢或不连贯。

（二）昏睡：较前者为重，终日深睡，不易唤醒，醒后答话含糊或答非所问，各种随意运动丧失，反射存在。

（三）谵妄：意识不清。躁动不安，有幻觉，语言杂乱。

（四）昏迷：是严重的意识障碍，此时病人皮层活动消失，随抑制过程的轻重，昏迷的程度也有不同。

1.浅昏迷：意识丧失，生理反射存在或稍迟钝。

2.深昏迷：意识完全丧失，各种生理反射消失或极迟钝，全身肌肉松弛，瞳孔扩大，巴彬斯基氏征阳性。

七、体位与表情：

（一）体位：一般分为下列三种：

1.自动体位：能自由活动，神志清，病情较轻的。

2.被动体位：肢体虽处于不舒适位，但病员本身不能自由转动与调节，见于意识有障碍及极度衰竭病员。

3.强迫体位：为减少痛苦而取之体位。如心衰病员的端坐位；大量胸腔积液病员的病侧卧位等。

（二）面容：一般分以下几种：

1.急性病容：多见于急性病，如大叶性肺炎，急腹症等。

2.慢性病容：多见于慢性消耗性疾病，患者常消瘦无力，双目光，面色苍白，如慢性肾炎尿毒症，贫血病员等。

3.特殊病容：某些疾病所特有之病容，如风湿性心脏病二尖瓣狭窄之二尖瓣面容——两颊红紫色，口唇发绀；肝脏病之面容——晦褐无光等。

第二节 皮肤及全身淋巴结

一、皮肤及粘膜：应在自然光线下检查，检查时应注意病员皮肤的颜色、弹性、温度、皮疹、水肿等。

（一）颜色：

1.苍白：见于休克、贫血、末梢血管痉挛（寒冷、惊恐）病员。

2.紫绀: 皮肤粘膜呈紫蓝色, 见于缺氧的病员, 如心衰等。

3.黄疸: 见于血胆红素量增多病员, 巩膜皮肤黄染, 多为肝胆系统疾患。

(二)弹性: 弹性差多见于脱水及老年人(检查方法: 用手摄起皮肤放下时, 其复平缓慢, 且皮肤干燥。)

(三)温度与湿度: 甲状腺机能亢进、发烧的病员, 皮温高。皮肤苍白, 休克与虚脱时, 可见皮肤苍白, 冷而潮湿。

(四)皮疹: 有斑疹、丘疹、脓疱疹、疱疹、荨麻疹等某些特殊疹, 对传染病之诊断有特殊意义, 有时为药物或食物过敏反应之表现。

(五)紫癜: 为皮下出血所致, 点状的称瘀点, 片状的为瘀斑, 其加压后不退色, 常见于血小板减少, 败血症, 过敏性疾病。

(六)蜘蛛痣: 皮肤微小动脉局限性扩张, 形如蜘蛛, 多于面、颈、上肢、上胸部, 常见于肝硬化。

(七)水肿: 皮下组织液体滞留, 常发生于皮肤组织疏松处, 如眼睑、踝部, 用手加压后局部凹陷。

皮肤异常改变, 是内脏疾病在体表上的反应, “我们看事情必须要看它的实质。”应从皮肤异常表现中, 去发现疾病的所在及其本质。

二、淋巴结: 正常人表浅淋巴结不大, 但颌下及腹股沟可触及小而软无压痛之淋巴结。其检查应依次触摸颌下、颌下、耳前、耳后、乳突区、枕骨下、颈部、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟等, 注意其数目、大小、活动度、硬度、压痛、红肿、瘰管等。

第三节 头颈部检查

一、头部检查: 包括头颅及头部器官检查。

(一)头颅: 注意大小及形状。

(二)头部器官

1.眼:

(1)眉毛: 有无脱落。

(2)眼睑: 有无水肿, 能否完全闭合。

(3)眼球: 两眼突出多见于甲状腺机能亢进及高度近视病员; 有无斜视与震颤。

(4)结合膜: 有无充血、红肿、出血点。

(5)巩膜: 有无黄染等。

(6)角膜: 是否透明, 有无混浊等。

(7)瞳孔: 注意大小, 双侧是否等大, 有无畸形, 对光反应与调节反应是否存在。对光反应是指瞳孔受光照射后立即缩小。瞳孔的调节反应是要病员注意远处, 然后再让病员注视置于其面前约一尺远处的手指, 正常时双侧瞳孔缩小, 并且两眼球向内集聚。

2.耳: 外耳道有无出血及分泌物, 乳突有无压痛。

3.鼻: 有无鼻翼煽动, 鼻塞、出血与分泌物, 付鼻窦有无压痛。

4.口腔:

(1) 唇：是否苍白、发绀、有无疱疹与口角糜烂。

(2) 齿：有无龋齿，残根、义齿、缺齿及牙龈溢脓等。

(3) 口腔粘膜：有无溃疡、出血、麻疹粘膜斑等。

(4) 咽及扁桃体：咽部有无充血、溃疡、白膜，扁桃体有无充血、肿大、分泌物等。

(5) 舌：注意舌质颜色及舌苔颜色厚薄。

祖国医学对舌的望诊积累了丰富的经验。如舌的颜色比正常人淡时称舌淡，是虚证，多见于血虚；颜色比正常人红称舌红，表示热症。白苔多见于寒证；黄苔多见于热证；腻苔是舌苔增多而且看上去有粘糊的感觉，常表示有湿。

二、颈部检查：检查时应解衣，将整个颈部暴露，便于望诊与触诊。

(一) 颈的软硬度：正常人颈软无抵抗，当脑膜刺激或颈椎病变时，则颈部强直（头不能前屈）。

(二) 颈部血管：正常人坐位时，颈静脉不显露，若有上腔静脉回流障碍时，则充盈明显或怒张，如心包积液，右心衰竭等。

正常人平静时，颈动脉搏动隐约可见，当心脏排血量增多时，则颈动脉搏动明显增强，如高血压病，甲状腺机能亢进，贫血，主动脉瓣闭锁不全等。

(三) 气管：有无偏移，当一侧胸腔积液，气胸或纵膈障肿瘤时，气管向健侧移位；当一侧肺不张或肺、胸膜纤维性病变之牵引，使气管向患侧移位。检查方法：右手食和中指放在胸骨柄上窝进行触诊，可测知气管的位置，正常人的气管位于前面正中。

(四) 甲状腺：注意甲状腺大小、形态、部位、硬度，表面光滑度，压痛，移动性，对称性。触诊有无震颤，听诊有无血管杂音。正常人看不到甲状腺，少数女性青春发育期可见到轻度肿大。检查方法：一种是站在患者前面，用右手拇指与食指握住肿胀处，要患者作吞咽动作，如随之而运动即可确定为肿大的甲状腺，此种方法用于甲状腺肿大不明显者；另一种是站在患者后面，以双手触摸甲状腺，此法用于甲状腺肿大明显者。

第四节 胸部检查

毛主席教导我们：“世界上怕就怕‘认真’二字，共产党就最讲‘认真’”。胸部检查是体检的重要组成部分。认真的胸部检查和其他检查材料联贯起来的分析，对心、肺疾病的诊断有很大意义。

一、胸部体表标志与分区

在检查胸部时，为了准确说明病变所在部位，利用人体表面标志，将胸部划分数条标志线并分若干区域。（图1、2、3）

(一) 常用的胸部标志线划法：

前正中线：通过胸骨正中之垂直线。

胸骨线：通过胸骨边缘之垂直线。

胸骨旁线：为胸骨线至锁骨中线中点的平行线。

锁骨中线：通过锁骨中点并与前正中线平行的垂直线。

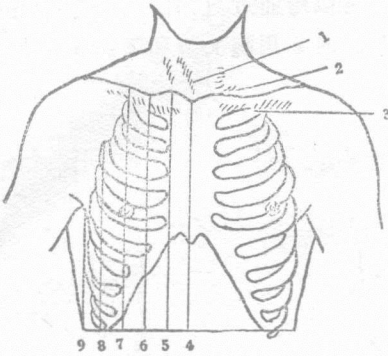


图1 体表前面划分法

1. 胸骨上窝 2. 锁骨上窝 3. 锁骨下窝
4. 前正中线 5. 胸骨线 6. 胸骨旁线
7. 锁骨中线 8. 腋前线 9. 腋中线

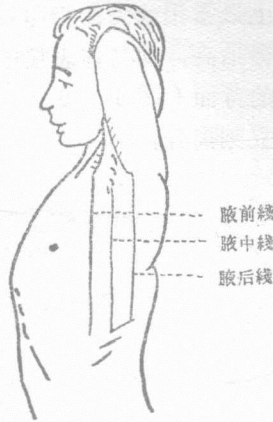


图2 腋线划分法。

腋前线
腋中线
腋后线

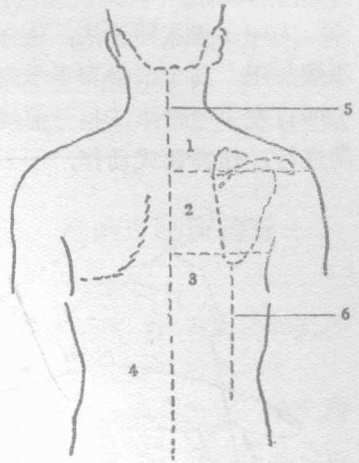


图3 体表背部划分法

1. 肩胛上区 2. 肩胛间区 3. 肩胛下区
4. 腰部 5. 后正中线 6. 肩胛线

腋前线：通过腋窝前皱壁之垂直线。

腋中线：通过腋窝中央部之垂直线。

腋后线：通过腋窝后皱壁之垂直线。

肩胛线：通过肩胛骨下角之垂直线。

后正中线：通过脊柱中央之垂直线。

(二) 胸部之分区：

胸骨上窝：胸骨柄切迹上方之凹陷。

锁骨上窝：锁骨上方之凹陷。

锁骨下窝：锁骨至第三肋间的区域。

肩胛上区：肩胛骨棘以上之区域。

肩胛间区：肩胛骨与脊柱缘之间的区域。

肩胛区：肩胛骨所在的区域。

肩胛下区：肩胛骨下角水平以下至肺下界的区域。

二、叩诊与听诊法

望、触、叩、听是胸部检查的主要方法，只有联合应用互为补充，才能避免片面性。不过叩、听二法对于胸部检查较为重要，在方法上也有一定要求，故分述如下：

叩诊：叩诊就是用手指叩击某部使之震动，根据发音的特性和检查者手指感觉的不同而进行诊断的方法。

胸部叩诊时，请病人采取坐位或平卧位，肌肉放松。背部叩诊时，病人头部可稍前倾，双手抱肘以使肩胛间区放宽。检查者要尽量减少病人痛苦，叩诊不可用力过大，同时每次叩诊力量要均等。每叩一处须连叩二、三次，以产生明确印象而有利于比较。

叩诊法:

(一)指指叩诊法:临床上最常用的为指指叩诊法。左手中指密贴于被叩部位,但不要加压,其余四指和手掌略微抬高,勿与体表接触,再以弯曲近直角的右手中指的指尖叩打左手中指第二指骨前端的背面(图4、5)。叩诊时要用腕关节和掌指关节的运动进行,作弹跳式动作,叩后立刻离开。

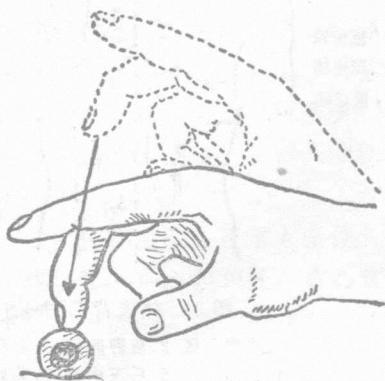


图4 指指叩诊法

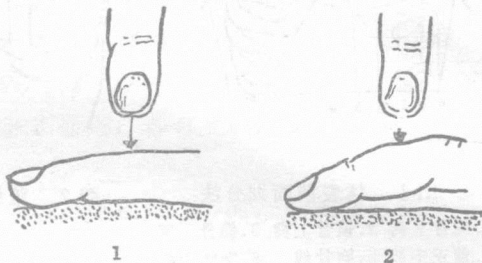


图5 手指放在体表的姿势

1.正确姿势 2.不正确姿势

(二)重、轻叩诊法:按叩诊力量大小及检查目的不同分为重叩诊及轻叩诊两种:

1.重(强)叩诊法,用力较大,适用于检查深在且面积较大的病变。

2.轻(弱)叩诊法,适用于检查浅表且体积较小的病变,或用于测定与含气脏器重叠的脏器如心界叩诊。

叩诊音:按叩诊音的性质、强弱、音调的高低及声音的长短可分为清音、鼓音、浊音及实音四种(见下表)。

正常人体的叩诊音及其分布表(附图6)

叩 诊 音	清 音	鼓 音	浊 音	实 音
正 常 分 布 区	正 常 肺 区	胃肠及胃泡区	肝及心脏的浊音区	肝及心脏的实音区

胃泡区是沿左腋前线下方的一个半月状鼓音区,其上界为左肺下缘、左界为脾、右界为肝、下界为肋弓,是胃泡所在的部位。肝脾肿大或左胸腔大量积液时胃泡区缩小。

听诊:听诊是直接用手或用听诊器听取体内发出的声音,借以判定正常或异常。

听诊时室内要安静、温暖、听诊器的接胸端在使用前应用手加以温暖,以减少病人痛苦并可防止肌肉震颤而影响听诊。病人应解开衣服,采取舒适体位防止肌肉紧张。听诊器接胸端要密贴皮肤,但不要加压以免皮肤紧张而影响声音传导。听诊时要专心听取检查器官的声音,勿将听诊器与皮肤摩擦音、肌肉颤抖音、胃肠蠕动感等误认作胸部脏器发出的声音。

听诊的方法:

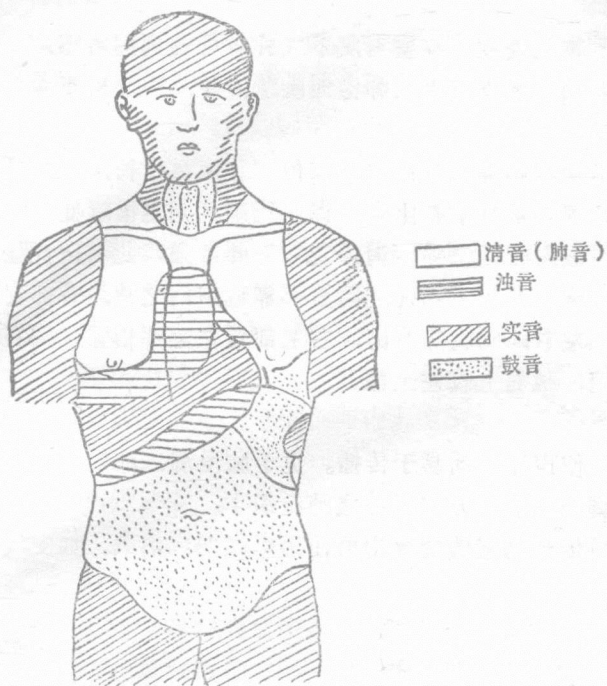


图6 人体叩诊音的分布:

2.异常胸廓:

扁平胸: 前后径比横径明显小, 是一种消瘦无力体型的胸廓, 常见于慢性消耗性疾病。

桶状胸 (肺气肿胸): 前后径与横径皆增大, 且前后径与横径几乎相等, 胸廓呈圆桶形。常见于肺气肿病人, 支气管哮喘发作时及老年人。

佝偻病胸: 胸骨下部前突特别明显, 胸廓前后径增大, 横径缩小。佝偻病患者两侧肋骨与肋软骨连接处呈圆形增大, 称“串珠胸”。

胸廓畸形: 一侧或局部凹陷, 该处肋间隙窄, 肩下垂, 脊柱向健侧突出, 见于肺萎缩和广泛性胸膜粘连; 一侧胸廓隆起, 肋间隙增宽, 见于大量胸腔积液和积气; 局限性隆起多见于胸壁的肿瘤及脓肿等。儿童患心脏病而心脏显著扩大时, 由于胸部骨骼尚软, 心前区可隆起。脊柱后凸可使整个胸部变短; 脊柱侧凸可使凸起一侧的胸廓膨隆而使另一侧下凹。

(三) 呼吸运动: 正常呼吸运动两侧活动度基本对称, 呼吸自如。

1 呼吸类型: 以胸廓运动为主的呼吸称为胸式呼吸; 以腹部运动为主的呼吸称为腹式呼吸。妇女和青年人以胸式呼吸为主, 儿童及成年男子则以腹式呼吸较为显著。严重肺部疾病或胸膜疾病可使胸式呼吸减弱, 腹腔疾病如腹膜炎、腹水等可使腹式呼吸减弱或受限。

2. 胸廓两侧呼吸运动不等: 当一侧有病变时 (胸腔积液、气胸、胸腔肿瘤、胸膜增厚), 则病侧呼吸运动减弱或消失, 健侧的呼吸深度常出现代偿性增加, 形成明显不对称。

常用的为间接听诊法, 利用听诊器听诊, 是现代通用的方法。听诊器有增强声音的作用, 能较准确地辨别声音产生的部位, 且灵活简便。

三、胸廓及肺脏检查

望诊:

(一) 胸壁: 注意胸壁有无皮下静脉曲张、炎症及肿物等变化。女病人要注意乳房的检查, 哺乳期在乳房附近的皮下静脉较明显是正常现象。

(二) 胸廓:

1. 正常胸廓: 两侧基本对称, 胸廓的前后径小于横径。学龄前儿童的胸廓前后径与横径几乎相等。老年人胸廓略呈桶状。

触诊:

(一) 胸壁有无压痛, 乳房有无肿物及炎症。胸壁有皮下气肿时可触到握雪感。

(二) 语音震颤: 是由于声带的震动, 经支气管及肺泡向胸壁传导, 因此检查者双手在胸壁即有震动的感觉(简称语颤)。

1. 检查方法: 用双手分别放在病员两侧胸部和背部对称部位, 让病员拉长声说“一”时, 即可触得。然后交替双手, 仍在原部位重复检查比较, 以便正确的判定语颤变化。

2. 正常胸部语颤: 男性较女性强; 成人较儿童强; 消瘦者较肥胖者强, 此与声音强弱及胸壁厚薄有关。在同一正常人, 前胸上部较下部强, 因上部靠近声门之故; 背部则下部较上部强, 因上部肌肉较厚之故。左右两侧胸部对比, 右上部较左上部稍强, 因右肺上叶支气管较左肺上叶短且靠近声门, 故右上较左上强。

3. 病理性语颤:

语颤增强: 常由于肺组织致密化, 使声波震动易于传播。见于肺浸润、肺实变(肺炎、肺结核)及压迫性肺膨胀不全(胸腔积液上方被压缩之肺组织)。

语颤减弱: 任何能阻碍声波由声门传至胸壁的情况均可使语颤减弱或消失。如支气管阻塞, 肺气肿, 胸腔积液或气胸等。

叩诊:

(一) 正常肺部叩诊:

1. 肺部叩诊顺序:

肺部叩诊通常先叩前胸, 再叩背部, 左右对比, 自上而下的顺序进行。前胸部先从肺尖或第一肋间叩起, 依次向下直至肺下界; 背部先由肩胛间区, 经肩胛下区至肺下界, 也是两侧对比进行。

2. 肺下界叩诊:

肺下界: 正常人肺下界的位置如下; 胸骨旁线第6肋骨; 锁骨中线第6肋骨; 腋前线第7肋骨下缘; 腋中线第8肋骨; 腋后线第9肋骨上缘; 肩胛线第9肋骨下缘或第10肋骨; 脊柱上第11胸椎棘突。临床检查时, 简用锁骨中线、腋中线及肩胛线上的位置即可(第6、8、10肋骨)。左肺下界除胸骨旁线有心脏, 腋中线有肺及脾的境界外, 均与右侧大致相同。肥胖人的肺下界可上升一肋; 瘦弱人的可下降一肋。病理变异时, 肺下界下降见于肺气肿、肺膨胀、腹腔内脏下垂; 下界上升见于肺萎缩(胸膜及肺的慢性炎症)、胸腔积液、膈肌上升(鼓肠、腹水、气腹、肝和脾肿大、腹腔肿瘤、膈肌麻痹、妊娠)。

肺下界移动度: 测定肺下界移动度, 一般在锁骨中线、腋中线及肩胛线上进行。先平静呼吸时叩出肺下界, 然后再深吸气并暂时屏住呼吸, 重新叩出肺下界, 正常人这种移动度两侧平均上下各2—3厘米, 即4—6厘米。肺下界移动度减弱见于肺气肿、肺不张、局部胸膜粘连及肺部炎症等。

3. 正常肺部叩诊音的分布:

肺部叩诊音为清音(长而低的音响), 其响度与肺脏的含气量及胸壁的厚薄有关。正常肺脏各部的叩诊音不完全相同。(1)右肺尖位置较低, 且右侧肩胛带的肌肉常较发达, 故右肺尖的叩诊音常较左侧稍短稍高。(2)前面肺上叶较下叶叩诊音稍短, 因上叶