

內科診斷學

北京医学院內科教研组

1974.1

内科诊断学

前 言

诊断学的定义

诊断学是认识和了解病人所患的疾病过程的方法学。病人由于健康情况发生变化所引起的痛苦，要求医生给予帮助、解决。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。”病人健康情况的变化可能是突然发生的，可能是逐渐发展起来的，也可能是偶然发现的；问题也可能很复杂，也可能比较简单。因此，医生通过对病人健康情况变化过程的了解，对病人身体各器官各系统的解剖上和功能上变化的检查，结合基础医学的原理，将所了解到的丰富材料加以去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的思索，从而对病人所患的疾病作出诊断。

临床诊断是认识病人所患疾病发生发展过程的方法。认识病人所患的疾病是为了治疗病人的疾病，解除病人的痛苦。毛主席教导我们说：“指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。”对于病人所患的疾病，没有正确的认识和了解，就不可能制订出正确的治疗措施。对疾病正确的认识和了解来源于周到的和必要的检查。诊断学就是研究认识疾病，检查疾病的基本方法的方法学。

利用各种检查方法所取得的资料——症状和体征是疾病的一些表面现象，要通过这些表面现象来找出其内在联系，从而抓住疾病的实质。不能只从某一种现象或某一种检查结果来下结论。

诊断疾病的方法

根据方法的不同，诊断疾病的方法可以概括为下列几种：

（一）症状诊断学（问诊） 问诊是通过和病人交谈了解疾病发生发展过程的检查方法。病人所诉述的一些疾病的现象称之为症状，如头痛、腹痛等。有些症状只是反映生理功能的改变，另有一些症状还包括病理形态的改变，如浮肿。有些疾病根据问诊的料材即可得出正确的诊断，如溃疡病、心绞痛等。

(二) 物理诊断学 物理诊断学是指医生利用自己的感觉器官和简单的工具(如听诊器)对病人身体各部进行系统的检查方法。利用这种检查方法所发现的病态现象称为体征,有一些症状和体征是统一的,如水肿。利用物理诊断的检查所得结合病理解剖和病理生理的知识进行分析和综合,从而得出正确的诊断。

(三) 实验诊断学 实验诊断学是利用实验室各种检验方法对病人的体液、分泌物、排泄物以及对各器官的生理功能进行检查的方法。实验诊断的方法种类繁多,其中包括对体液、分泌物、排泄物的物理的、化学的和细胞学的检查,生化检查,细菌血清免疫学检查,组织病理形态的检查,以及各种生理功能检查等。有些实验诊断方法简便易行,也有一些比较复杂。由于任何实验诊断方法的精确程度均有一定的限度,临床医师对于实验诊断的检查结果,必须结合其他的临床资料综合考虑。

(四) 特殊检查诊断学 如放射诊断学等。

(五) 其他 如手术探查诊断法、试验治疗诊断法等。

祖国医学诊断学

祖国医学有悠久的历史。祖国医学诊断学有其独特的理论体系。其诊断疾病的方法称为四诊,即望(望神色、望形态、望舌)、闻(闻声、闻味)、问(问情状、问病源)、切(切脉、切腹)。通过四诊所得的材料作八纲及脏腑的辨证。祖国医学诊断学积累了数千年来实践的宝贵经验,有极其丰富的内容。我们遵照毛主席关于“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高”的指示,发扬祖国医学遗产,走中西医结合的道路,创造我国的新医学派。

在诊断学范围内,由于祖国医学诊断学与现代医学诊断学理论体系之不同,目前尚难于将它们结合在一起。且祖国医学诊断学有其专门课程,故本课程内容中未涉及到祖国医学诊断学的内容。但是,走中西医结合的道路,创立我国独特的新医学派,是我们医务工作者努力的方向。这一光荣而艰巨任务的完成,尚有待于我们的努力。

内科诊断学

目 录

前言

诊断学的定义.....	i	发育.....	4
诊断疾病的方法.....	i	营养.....	4
祖国医学诊断学.....	ii	意识状态.....	5
第一章 病史采取(问诊).....	1	体位.....	5
问诊的方法.....	1	体温.....	5
问诊的内容.....	1	腋窝测量.....	5
一般项目.....	1	直肠测量.....	6
主诉.....	2	口腔测量.....	6
现病史.....	2	第二节 皮肤.....	6
过去史.....	2	颜色.....	6
个人史.....	2	弹性.....	6
家族史.....	2	皮疹.....	6
各系统疾病的问诊纲要.....	2	蜘蛛痣.....	6
呼吸系统.....	3	紫纹.....	7
循环系统.....	3	水肿.....	7
消化系统.....	3	第三节 淋巴结.....	7
泌尿系统.....	3	第三章 头部和头部器官.....	7
血液系统.....	4	头部.....	7
内分泌系统及代谢.....	4	眼.....	7
神经系统.....	4	耳.....	9
第二章 一般检查.....	4	鼻.....	9
第一节 一般表现.....	4	口.....	9

第 四 章 颈 部	10
软硬度	10
甲状腺	10
气管	11
血管	11
颈动脉	11
颈静脉	11
第 五 章 胸 廓 和 肺	12
胸廓体表标志及分区	12
胸廓及肺部检查	12
望 诊	12
胸部外形	12
呼吸运动	14
触 诊	15
语音震颤	15
检查方法	15
注意事项	15
语颤正常变异	15
病理情况下语颤增强或减弱 的变化	16
摩擦感	17
叩 诊	17
叩诊方法	17
注意事项	17
叩诊音产生原理	18
胸部叩诊音正常变异	18
肺底界线与肺底移动范围	18
病理性叩诊音	19
听 诊	19
听诊器	19

听诊注意事项	19
呼 吸 音	20
肺泡音	20
支气管音	20
支气管肺泡音	20
病理情况下呼吸音的改变	20
囉 音	22
干性囉音	22
湿性囉音	22
捻发音	23
胸膜摩擦音	24
耳 语 音	24
呼吸系统主要病变与物诊所见	25
第 六 章 心 脏 和 血 管	26
一、心脏	26
望 诊	26
心前区膨隆	26
胸壁上的搏动	26
1. 心尖搏动	26
2. 胸壁其他部位的搏动	27
触 诊	28
胸壁上的搏动	28
震 颤	28
叩 诊	29
听 诊	30
听诊的部位	31
听诊检查的内容	32
正常的心音	32
心音的变化	33
杂音	35

心包摩擦声.....	40	腹腔器官.....	53
心律.....	40	压痛和反跳痛.....	55
二、血管.....	41	肿块.....	56
脉搏.....	41	液波.....	56
毛细血管搏动.....	43	叩诊.....	57
大血管的听诊.....	43	移动性浊音.....	57
动脉血压的测定.....	43	肝浊音界.....	57
三、几种常见的心脏血管疾病的		鼓音.....	57
体征.....	46	叩击痛.....	57
心脏瓣膜病.....	46	听诊.....	57
二尖瓣狭窄.....	46	肠蠕动音.....	57
二尖瓣关闭不全.....	46	血管音.....	58
主动脉瓣关闭不全.....	47	第 八 章 肛门、直肠、生殖器.....	58
主动脉瓣狭窄.....	47	肛门.....	58
心肌疾病.....	48	直肠指诊.....	58
心包疾病.....	48	生殖器.....	58
心包积液.....	48	第 九 章 脊柱和四肢.....	59
缩窄性心包炎.....	48	脊柱.....	59
第 七 章 腹部.....	48	四肢.....	59
腹部分区.....	48	第 十 章 神经系统.....	60
望诊.....	49	反射.....	60
外形.....	49	脑膜刺激征.....	60
腹壁静脉.....	50	第 十 一 章 症状学.....	62
蠕动波.....	51	发热.....	62
呼吸运动.....	51	呼吸困难.....	66
触诊.....	52	心悸.....	69
触诊的注意事项.....	52	水肿.....	70
触诊的方法.....	52	疼痛.....	71
触诊的内容.....	52	呕血和黑便.....	75
腹肌紧张度.....	52	附录 病历格式.....	77

第一章 病史采取(问诊)

问诊的方法

问诊是通过和病人交谈并听取病人叙述来了解疾病发生发展过程的方法。通过问诊所取得的材料称为病史。所谓病史，顾名思义，即疾病发生的情况、疾病发生的条件及疾病演变过程的记录。病人过去的健康情况，家庭成员的健康情况以及生活条件和劳动条件等可能与现疾病的发生发展有关，也包括在病史之列。

医生和病人交谈时，应具有对病人极端热忱和对工作极端负责的精神。要态度和藹，体贴耐心，考虑周到，避免可能对病人发生不良影响的語言和表情。提问的态度不同可能引起不同的效果。避免重复同一个问题；这可能给病人一个印象，即医生对病人不够关心。尽可能地允许病人使用他自己的語言表达疾病的发展经过。有些病人对病情的陈述可以很清晰、有条理，但也有一些病人不能正确地表达他们的病情。这就需要医生提出适当的问题正确地引导。提问题避免提出有暗示性的问题，或者是提出只用“是”或“不是”这种简单答案的问题。提问题时避免使用医学术語，有一些通俗的医学詞句可能与医学上所用的詞句其概念不一致，以致引起病人和医生双方的誤解。当病人谈到一些症状，医生考虑有某些疾病的可能（初步诊断的假設）时，可以詢問一些有关的症状（这些症状或是病人未注意到，或是病人认为不重要，或是因某种原因遗漏掉）。

遇病情危重的患者，在作扼要的詢問和重点的检查后，应立即进行搶救处理。詳細的病史与检查，可随时酌情补充。若病人持有其他医疗单位的介紹材料，可能是很重要的参考資料，但医生还应根据病人现在的情况作必要的补充。

问诊的开始，和病人交谈时，可先提出两个问题：①您觉得那里和怎样不舒服？②您感到不舒服有多长时间？随后即耐心静听病人的陈述。有时为了充实或确定病人所述的材料，可以插问数語。医生也应适当地提出问题，以引导病人提供正确而有助于诊断的資料。至于何时和怎样提出问题，应根据病人所陈述的内容及病人的理解能力而定。

问诊的过程也是医生分析思考的过程。医生可以根据病人所述的材料考虑有哪些疾病的可能，还应该了解哪些情况以肯定某疾病或否定某疾病。当病人提到曾患过某种疾病的病名时，应进一步了解当时所患疾病的主要特征，以便推测其是否正确。记录时对疾病名称应加引号。

病史的采取，一般是在体格检查以前进行，而且也為体格检查提供必要的参考資料。医生在问诊结束时，即可有初步概念认为在体格检查时在某一方面应特别注意。但是，在体格检查的过程中，发现某些现象，为医生提出线索，需要进一步詢問以补充以前问诊之不足。

问诊的内容：病史的内容如下：

（一）一般项目 其中包括病人的姓名、性别、年龄、职业、婚否、通讯处、入院日期等。

关于病人的职业，不要籠统地写上干部、工人等之类的简单名詞，应比较具体一些。对于有些疾病可能与工作环境或工作条件有关者，更应詳細记录；可在个人生活史中詳細記載。

(二) 主诉 主诉是一个或几个使病人感到最苦恼的症状以及使病人就医的主要原因。主诉可以是某种功能障碍如呼吸困难、腹泄等，或是感觉异常如眩晕、腹痛等，或是身体某部形态的变化如颈部肿块等，或是其他一些异常现象如发热、畏寒等。

记录主诉时，应包括其发生的时间；例如，反复发作上腹部痛已五年，两小时前大量呕血。若主诉不只一个症状，应按其发生的先后排列。有些主诉本身即可说明病人所患的是哪一系统的疾病，而另有一些主诉的概念则模糊不清。

(三) 现病史 即现在所患疾病发生发展的过程，亦即自疾病开始至就诊时止整个阶段发生发展的过程。其中包括：

(1) 发病的原因 病人一般不一定能提出发病的原因或诱因。有时病人所指的发病的原因也不一定就是真正发病的原因，也可能只是一些生活环境、气候条件、或精神情绪的变化等。

(2) 起病的情况及时间 起病的缓急。疾病从何时开始。病人往往只是从某一症状发展到一定严重程度时，才认为是疾病的开始。应提出适当的问题以便发现与本病有关的早期症状或正确估计起病时间。

(3) 部位及性质 如腹痛的部位，腹痛的性质等。

(4) 发展过程 发展的缓急，如何发展，是否逐渐加重或按一定规律时轻时重等。

(5) 伴随的症状 主诉以外的其他症状。

(6) 对各系统生理功能的影响，如睡眠、饮食、体重的变化、大小便的情况等。若考虑为消化系统疾病，更应了解饮食与疾病的关系。

(7) 若曾在他处就医，则应了解其检查结果，用药的情况及效果。有些药物更应了解其剂量及服用多长时间，如洋地黄类制剂等。

(四) 过去史 曾患过什么病。不要只问病名，应询问一些有关的症状，在何处治疗及治疗效果，有无合并症或后遗症。还应了解有无药物过敏史。

(五) 个人史 其中包括：

(1) 出生地点及居留地 特别注意曾否在某种疾病流行的地区居留过，以及居留的具体时间及期限。

(2) 生活习惯及嗜好 包括文化教育、卫生习惯、特殊嗜好等。如嗜烟、酒，应了解具体的量。

(3) 职业 特别是有些疾病可能与职业有关，应具体了解工作性质、工作环境及条件，生产原料，工龄等。

了解病人婚姻的情况。如为女病人，应询问月经及生育的情况，如月经初潮年龄、周期、行经期、月经的量及颜色，有无痛经或白带，末期月经及停经期等；妊娠及生产次数，有无早产、流产、手术产、产褥热等。

(六) 家族史 家庭成员的健康情况。若考虑到病人所患的疾病与遗传因素有关，则应具体了解哪一位家庭成员患有同样的疾病。

以上所述的各项资料，都可能与现在的疾病有密切关系，或对身体产生某种影响。了解这些材料，对诊断疾病和治疗疾病有其重要意义。

各系统疾病的问诊纲要

不是所有的症状对诊断疾病都是同等重要，而且各系统疾病均有其特有的症状。根据情况的不同，对具体某一病例，应考虑哪些症状是主要的、必需了解的。当医生有理由认为某

一个症状可能是指的某一系统的疾病时，应当询问哪一些问题，下列的一些问题可供采取病史时进一步问诊的参考。但是，这些问题远远是不完全的，目前也不大可能说明为什么要提出这些问题。临床经验的积累可使问诊达到熟练和比较完善的程度。

呼吸系统

咳嗽：干咳或有痰；什么时候较重；什么情况使咳嗽加重，寒冷，粉尘等。

痰：痰量，什么时候最多，痰的性质、颜色、气味，是否脓性，有无血及血量。

呼吸困难：在什么情况下出现，在什么样的活动下出现或在休息时出现，或是由于痰的郁留出现呼吸困难。

胸痛：在什么部位，呼吸及咳嗽是否加重，是否突然发生，是否伴有咳嗽加重、痰加多或呼吸困难加重。

过敏史，慢性支气管炎史，结核史，吸烟习惯，工作环境如粉尘等，有无盗汗、发热、食欲不振、体重下降等。

循环系统

呼吸困难：什么时候出现，休息时出现或只在劳动时出现，引起呼吸困难的劳动强度，有无夜间发作性呼吸困难，是否需坐在床上或可平卧。

心前区痛或不适：部位及性质，是否放射，向何处放射，发病的诱因，缓解的方法，发作的频率。

心悸：发生的原因，持续多长时间，是否觉得心脏有突然的冲击感，发作时病人自己是否检查过脉搏。

浮肿：何时出现，开始出现的部位。

有无咳嗽、咳痰、咯血史。有无风湿病、猩红热、高血压病史等。

消化系统

腹痛：程度及部位，局限性或弥散性，疼痛最明显的部位，沿何途径向何处放射，已有多长时间，持续性还是间断性，间断的时间有多长。与进食有无关系，晚间是否疼醒，疼痛加重的原因，缓解疼痛的方法（进食、碱性药、呕吐）。要分别是疼或只是不舒服感或是饱胀。大便或出虚恭是否可使疼痛缓解。

食欲：增加或减少，若减少是真减少或是因疼不敢进食。

呕吐：频率，与疼痛的关系，是否可缓解疼痛。呕吐物的特征，量及颜色，是否咖啡样，是否含有食物或隔日的食物残渣。

呕血及便血：呕血的量及诱发因素，是否有黑便或鲜血便，鲜血是否与大便完全混合。

吞咽困难：自觉在何处有阻挡，对何种食物困难更甚（液体或固体）。

腹泄：每日大便之时间及次数，与饮食的关系或与某种特殊饮食的关系，大便的颜色及性状，泡沫样、水样、粥样，有无血或粘液，大便时疼不疼，是否用过泄药。

便秘：一般的大便习惯，大便是否规则。若规则几日一次，最近大便习惯有无变化，便秘与腹泄是否交替，是否用过吗啡类制剂。

泌尿系统

水肿：水肿最先出现的部位及分布。

有无腰痛或疼痛向下放射至会阴部。

是否有尿痛，何时出现——开始排尿时，排尿中，或排尿末，在何处感觉到。

关于排尿：尿量，排尿次数是否增加，夜尿次数，尿颜色之变化、清或浊、有无血液，

若有血在排尿的哪一段。

有无头痛、呕吐、抽搐、呼吸困难、视力障碍等症状。有无咽炎、扁桃体炎等病史或过去有肾炎史。家族中有无肾病或高血压患者。

血液系统

有无怠倦无力、头晕、头痛、耳鸣、心悸、呼吸困难、腿肿等症状。有无出血史，出血的部位及量（女病人应了解月经的变化），饮食的情况，用过什么药，是否用过阿斯匹林及同类药物，同某些化学物质或放射性物质接触史。

内分泌系统及代谢

乏力、畏寒、热感、头痛、视力障碍、食欲异常、烦渴、多尿、肌肉震颤及瘰癧、性格、智力、性器官发育、体重等方面的改变。既往史注意询问各个时期的体格与智力的发育情况。详询家族成员的健康情况。

神经系统

惊厥：第一次惊厥发作之年龄，对惊厥之发作情况作具体描述，发作之频度，发作间期最长及最短之时限，是否在睡眠时发生，有无先兆，突然或是逐渐发生，有无抽搐（局部或全身），抽搐从何处开始何处终止，发作时是否伤及自己、咬破舌或大小便失禁，发作后有何症状如头痛，瘫痪，精神障碍等。

瘫痪：应询问心脏病、高血压等之症状，发生瘫痪前有无先驱症状，瘫痪是逐渐发生还是突然发生，有无头痛或呕吐。有无中毒之可能。

家族中有无瘫痪或惊厥发作之患者。

第二章 一般检查

第一节 一般表现

发育

观察病人的身材高矮及身体各部是否均称。

身材过高称为巨人症，是青春期前发生垂体前叶机能亢进（生长激素分泌过多）的结果。此时骨骼尚未结合，因此长骨可异常增长而形成巨人症。骨骼结合后发生垂体前叶机能亢进则形成肢端肥大症。其特征为头部增大，眶上嵴和颧骨隆凸，下颌增大，鼻亦增大，唇舌变厚，手足巨大。身材过矮称为侏儒症，多见于垂体前叶机能减退（垂体侏儒）和甲状腺机能减退（呆小病）。前者之特征为身材矮小，但智力发育与年龄相符，而后者体格与智力发育均落后，甚至可呈白痴。

确定身体各部是否匀称时，应该对比身体各部的长度。正常人之指距（两上肢平伸外展与肩平时，左右两手指尖的距离）与身高大致相等。上部测量（头顶至耻骨联合上缘）和下部测量（耻骨联合上缘至足底）大体相当于身高的一半。当骨骼结合延缓时，长骨继续生长，因而指距长于身高，下部测量大于上部测量。此种现象可见于性腺发育不良。骨骼结合过早，如肾上腺皮质机能亢进时的柯兴（Cushing）氏综合征，四肢发育受到影响，因而指距短于身高，下部测量小于上部测量。

营养

依据病人的皮肤、皮下脂肪及肌肉的发育状况来判断营养状态。临床上大致分为良好、中等、不良三种。良好者皮肤光滑、肌肉发达、皮下脂肪丰满、较胖。不良者皮肤干燥、肌肉松弛、皮下脂肪少、消瘦。中等者介于二者之间。

正常人的胖瘦程度有很大差别。因此，划分正常生理的肥胖和消瘦与病理的肥胖和消瘦的界限有时颇为困难。过度肥胖见于饮食过多、运动减少。此种肥胖多属中度肥胖，脂肪分布均匀。过度肥胖还可见于内分泌疾病，如柯兴（Cushing）氏综合征。这种肥胖时脂肪分布不均：躯干肥胖，四肢仍旧正常。病理的消瘦见于长期的饮食不足或饥饿以及某些消耗性疾病，如影响消化和吸收的消化系统疾病、结核病、甲状腺机能亢进、糖尿病和恶性肿瘤。极度的消瘦状态称为恶病质，见于西蒙（Simmonds）氏病（垂体前叶机能减退）、晚期恶性肿瘤等。

意识状态

正常人意识清楚。下列疾病中可出现意识障碍：（1）脑血管疾病，如脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓、脑栓塞、脑供血不全等；（2）脑实质和脑膜疾患，如脑炎、脑膜炎、脑肿瘤、脑脓肿等；（3）颅脑损伤；（4）代谢障碍，如糖尿病昏迷、尿毒症、低血糖、肝性昏迷等；（5）化学药品中毒，如巴比土酸盐类药物中毒、酒精中毒、吗啡中毒、有机磷农药中毒等；（6）其他，如癫痫、恶性疟疾等。

意识障碍可根据大脑机能抑制的程度概括地分为四种不同的程度：（1）嗜睡（第一度），是最轻度的意识障碍。这种病人可被任何刺激所唤醒。醒来后，其神志可以清楚，但也可意识模糊。刺激停止后，病人往往又陷入睡眠。这种病人可有自发性动作和喃喃自语，甚至表现为烦躁不安或谵妄。（2）木僵（第二度），这种病人似处于深睡状态，很难使其醒来。对疼痛和大声呼唤等刺激可有反应。在反复和持续刺激下，可简单回答问题，但多答非所问。刺激停止又立即恢复原状。（3）半昏迷（第三度），这种病人意识近于完全丧失，外界强烈刺激尚可引起防御反应，反射尚存。（4）深昏迷（第四度），是高级神经活动的最高度抑制。意识、感觉和自发动作完全丧失，肌肉十分松弛，反射完全消失，仅存呼吸和血液循环机能。

体位

正常人体位自如。不同疾病的病人可采取特殊体位以减轻其痛苦，例如患呼吸困难的病人多采取坐位，甚至轻度前倾；渗出性胸膜炎病人喜采患侧卧位，以便尽可能地利用健侧肺来呼吸；肺脓肿和支气管扩张病人喜采取患侧卧位，以减轻咳嗽；患干性或纤维素性胸膜炎的病人喜采取健侧卧位，这种病人如采取患侧卧位，疼痛往往显著增剧；急性腹膜炎病人，每行仰卧，两腿弯起，以减少腹肌之紧张力，从而使疼痛减轻。

体温

体温没有一个绝对正常的数值，即使是同一个人，每日体温亦可有波动，但不超过 1°C 。上午体温较低，下午体温较高；休息时体温降低，而活动时体温增高。

腋窝测量 腋窝体温正常约为 $36-37^{\circ}\text{C}$ 。测量前应充分振荡体温计使水银面下降到最低限度。测量时，体温计应放于腋窝顶部，并将上臂紧贴于胸部。体温计附近勿放置热水袋。腋窝要干燥，否则测得之温度会低于实际温度。测量时间约为5—10分钟，时间过短，体温计上的温度亦会低于实际温度。

直肠测量 正常时直肠体温约比腋窝高 0.5°C 。直肠测量较腋窝或口腔测量更为精确。判断微热时，直肠测量占有重要位置。此法还常用于测量幼儿、病势垂危以及昏迷病人的体

温，因为这些病人均不能自行挟持体温计。

口腔测量 口腔温度较腋窝为高，而较直肠为低。将体温计置于舌下，嘴唇必须紧闭，用鼻呼吸。测量时间不得短于3分钟。测量结果可因病人先饮用冷水或热水或吸入寒冷空气而发生错误。采用此法测量体温时，最好具备一独用的体温计，否则易发生交叉感染。

第二节 皮 肤

注意检查皮肤的颜色、弹性、皮疹、蜘蛛痣、紫纹和水肿。

颜色 皮肤的颜色与色素的多少、皮肤的厚薄和血液充盈度有关。

苍白 见于贫血、休克或虚脱。

青紫（紫绀） 皮肤和粘膜因为表面小血管内血液的还原血红蛋白浓度增高（至少达5克%）而发生弥漫性紫蓝色时，称为青紫或紫绀。多由于循环不良或缺氧所致。临床上常见于：（1）心脏疾病，特别是肺原性心脏病、二尖瓣狭窄（二尖瓣面容）、某些先天性心脏病和各种原因造成的充血性心力衰竭；（2）肺部疾病，特别是肺气肿、支气管哮喘、肺栓塞、大面积肺不张和严重的肺炎。

黄疸 由于高胆红素血症时胆红素的沉着致使巩膜和皮肤黄染称为黄疸。一般说来，血清胆红素超过2—3毫克%时，皮肤和巩膜即呈现黄色。黄疸的色调，除黄色外，尚可呈桔黄、深黄或绿色。轻度黄疸时，仅能自巩膜的颜色查觉，较重时才可见于皮肤。观察黄疸时应在天然光线下进行。

胡萝卜素、阿的平也可使皮肤黄染，应注意与黄疸鉴别。胡萝卜素血症时，黄色往往局限于皮肤角质层较厚的部位（手掌、足底）和具有丰富皮脂腺的面面部（特别是鼻唇沟部位），巩膜和粘膜并不黄染，从而可以和黄疸鉴别。阿的平的黄染，于用药一周左右即可出现，停药数周或数月逐渐消退。它与黄疸的鉴别在于其色素沉着于皮肤明显，而巩膜和粘膜则极为轻微，甚至缺如。

黄疸多见于肝胆系统疾病和血液病。

色素沉着 色素沉着常见于阿狄森（Addison）氏病（肾上腺皮质机能不全）。颜色由浅褐至灰黑。以暴露部位（颜面、颈、手）、摩擦部位（腋窝、腰）、正常有色素沉着的部位（乳头、生殖器）最为显著，口腔粘膜亦可见色素沉着。

弹性 皮肤的弹性与年龄有关。青年人皮肤弹性大，老年人皮肤弹性减低（出现皱纹）。皮肤的弹性在颇大程度上取决于其所含的液体量。脱水时，皮肤弹性显著降低。皮肤弹性良好时，以手捏过后很快恢复常态；弹性减退时，皱纹持久不消。

皮疹 皮疹的类型较多，常见的有斑疹、丘疹、疱疹、脓疱疹、结节疹（如结节性红斑）、荨麻疹等。皮疹的种类、形状、大小和出现时间对许多传染病，如水痘、猩红热、天花、麻疹、斑疹伤寒、伤寒等有重要的诊断意义。紫癜是出血性皮疹，常见于血液病（如血小板减少和血管脆性增加时）及流行性脑脊髓膜炎。应用某些药物亦可出现各种各样的皮疹（药疹）。各种皮肤病多有其特殊的皮疹。

蜘蛛痣 由一支中央小动脉和许多向外辐射的细小血管形成，形如蜘蛛。用大头针压迫

中央小动脉可使整个蜘蛛痣变白。蜘蛛痣一般出现在上腔静脉分布的区域，如颜面、颈部、上胸部、前臂和手背。两乳头连线以下很少出现。蜘蛛痣常见于肝脏疾病，如肝硬变、慢性肝炎等，是肝功能不良的征象，肝功能改善后可以消失。妊娠妇女也可出现蜘蛛痣。

紫纹 柯兴（Cushing）氏综合征时，于腹部、臀部及股部皮肤有特殊的紫纹。妊娠，特别是初次妊娠的妇女，于腹部皮肤常有红紫色的妊娠纹。

水肿 水肿是皮下组织有水分潴留。水肿时皮肤紧张、光亮，亦可呈指压凹陷。全身性水肿见于肾小球肾炎、心力衰竭、肝硬变及营养不良患者。局限性水肿往往是局部静脉回流障碍、局部感染或外伤的结果。

第三节 淋 巴 结

检查淋巴结的通常部位为：颌下、颈部、锁骨上窝、腋窝及腹股沟。检查时，应注意其大小、硬度、压痛、粘连、窦道、瘢痕等。淋巴结正常为绿豆或黄豆大小，较软，无压痛。如淋巴结肿大且有明显压痛，多见于淋巴结炎。淋巴结结核时，肿大之淋巴结可互相粘连或与皮肤粘连，并易破溃形成窦道及皮肤瘢痕。锁骨上窝淋巴结易发生转移癌，此时肿大的淋巴结质硬，但无粘连。血液病时常有淋巴结肿大，白血病时多为全身性肿大，恶性淋巴瘤可为全身性肿大，亦可为局部性肿大。局部炎症每伴有局部淋巴结肿大。

第三章 头部和头部器官

头部

注意头部的形状、大小和脱发。

头部的形状和大小具有一定的诊断重要性。脑积水时头部显著增大，与身体其他部位不成比例，前额膨出，颞缝远离，囟门增大、膨出。佝偻病时顶平而额粗凸出，形成方头。肢端肥大症时头部亦有特征性变化（见一般检查中发育一项）。还应注意头发的情况。斑形脱发常见于发癣和斑秃；广泛的一时性脱发常发生于各种严重的、长时间的发热性疾病。

眼

眼睑 注意水肿、内翻、倒睫、外翻、睑裂大小和上睑下垂。

眼睑水肿常见于肾小球肾炎。眼睑内翻及倒睫常见于沙眼。眼睑外翻的最主要原因是眼睑皮肤由于外伤、烧伤、溃疡等形成的瘢痕组织的收缩。睑裂变宽见于甲状腺机能亢进，此种患者尚极少眨眼。上睑下垂的临床意义见下。

眼球 注意突出、下陷、张力、震颤和运动。

甲状腺机能亢进时眼球突出。脱水和严重消耗性疾病时眼球下陷。青光眼的张力（眼内压）增高。美尼耳（Meniere）氏病及小脑肿瘤或脓肿时出现眼球震颤。

检查眼球运动时，可使病人注视放置于其面前一尺处的检查者的手指，在不转动头的情况下，眼睛跟随向一定方向转动的手指转动（图3—1）。如有眼外肌麻痹，则可发现眼球运动限制和斜视，患者诉复视。

动眼神经（第Ⅲ颅神经）支配提上睑肌、上直肌、内直肌、下直肌和下斜肌，麻痺时表现为上睑下垂，眼球固定于外下斜位，同时瞳孔散大。滑车神经（第Ⅳ颅神经）支配上斜肌，麻痺时眼球不能向外下方转动。外展神经（第Ⅵ颅神经）支配外直肌，麻痺时眼球不能向外活动，而表现为眼球内斜。

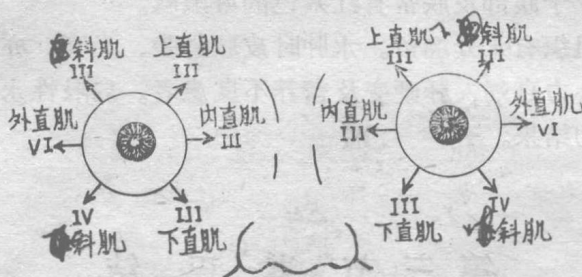


图 3—1 眼肌之正常运动图解

正常人，当眼向下看时，上睑跟随眼球立即下落；甲状腺机能亢进时，上睑不能相应地随眼球下落，而于虹膜上方露出巩膜。

结膜 注意充血、出血点、沙眼和翼状胬肉。

检查结膜时，检查者用右手拇指向下按病人下睑，同时嘱其向上方注视，则下睑结膜即露出。检查上睑结膜时，检查者用拇指及食指捏住病人上睑皮肤，嘱其向下方注视，并迅速将上睑翻转，上睑结膜即行暴露。检查完毕，嘱病人向上方看，眼睑即复位。

结膜炎时可见结膜充血，亚急性细菌性心内膜炎及败血症时可见出血点。沙眼时可见乳头增生、滤泡及瘢痕。翼状胬肉系睑裂部的球结膜呈肥厚状态，并侵入角膜，上有血管增生，多在鼻侧，颞侧较少。

巩膜 注意颜色

巩膜黄染是黄疸的征象。观察巩膜黄疸时切勿与结膜下脂肪相混淆，后者呈斑片状，分布不均匀，且稍隆起。

角膜 注意透明度、溃疡和瘢痕。

维生素A缺乏，发生眼球干燥症时，结膜干燥无光泽，有时在角膜内外两侧发生细微泡沫状物，且每集聚呈三角形，称毕脱（Bitot）氏斑，重症者角膜可变混浊（角膜软化），甚至发生溃疡。角膜溃疡还可发生于外伤或感染。溃疡愈合后遗留瘢痕，称为云翳或白斑。

瞳孔 注意大小、形状、两侧相等性、对光反应、调节反应和聚合反应。

瞳孔缩小常见于有机磷农药中毒，巴比土酸盐类药物、氯丙嗪和吗啡中毒。霍纳（Horner）氏综合征是颈交感神经麻痺的征象，表现为同侧瞳孔缩小、交感性上睑下垂（上睑轻度下垂，用力睁眼则能张大）、眼球内陷及汗闭。交感纤维支配瞳孔扩大肌、上睑板肌（举起上睑的一种不随意的微小平滑肌）和米勒（Müller）氏肌（位于眼球后方的一种能促成眼球凸出或退缩的平滑肌）。交感神经麻痺时的瞳孔缩小是瞳孔扩大肌麻痺，上睑下垂是上睑板肌麻痺，眼球内陷是米勒氏肌麻痺的结果。

瞳孔散大见于阿托平或颠茄中毒、癫痫发作及深度昏迷时。动眼神经（第Ⅲ颅神经）支配瞳孔括约肌，麻痺时同侧瞳孔散大。

瞳孔两侧不等见于脑疝、中枢神经系统梅毒等。

瞳孔对光反应的检查颇为重要。检查者以手电筒的光亮从侧面迅速照射眼睛，可见同侧

瞳孔收缩，同时可见对侧瞳孔伴随收缩（同感反应）。因此在检查一眼之对光反应时，为了消除同感反应的影响，最好将另眼遮盖。电筒停止照射后，瞳孔又见开大。瞳孔对光反应消失见于深度昏迷的病人。阿吉尔-罗伯逊（Argyll-Robertson）二氏瞳孔是神经梅毒的特征，它的特点是两侧瞳孔缩小，对光反应消失，而调节反应（见下）良好。

调节反应和聚合反应是当近距离视物时所引起的适应作用。检查者可讓病人注视远方数秒鐘后，立即嘱其注视置于其面前仅数厘米的检查者的手指，此时出现两眼球的内聚（聚合反应）和瞳孔缩小（调节反应）。

晶体 注意透明度。

白内障时晶体混浊，使瞳孔变为灰白色。

耳

注意外耳分泌物、出血及乳突压痛。

外耳道有膿性分泌物常见于中耳炎。外耳道出血，如果没有耳道局部外伤，多由于顱中凹骨折，有时可因中耳的恶性肿瘤引起。乳突压痛常见于乳突炎。

鼻

注意鼻的外形、鼻翼扇动、堵塞、分泌物、副鼻窦压痛。

鞍鼻的特征为鼻樑部陷下，是鼻骨损坏的结果，见于晚期梅毒。鼻翼扇动表示高度呼吸困难，见于肺炎、肺水肿等。鼻堵塞见于普通感冒、鼻炎等。鼻腔分泌物：浆液性分泌物见于过敏性鼻炎，膿性分泌物见于鼻炎及副鼻窦炎。副鼻窦炎时相应部位有压痛。

口

唇 注意顏色、疱疹、口角炎。

苍白及青紫往往在唇部容易查觉。唇部疱疹（单纯疱疹）为病毒感染，常并发于大叶性肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎等病。除唇部外，疱疹还可发生于顏面的其他部位，如鼻和下颌。口角炎伴有口角裂隙和浸渍见于核黄素缺乏。

齿 注意龋齿、缺齿、残根和义齿。记录方法：

右	上	8	7	6	5	4	3	2	1	左	1	2	3	4	5	6	7	8	上
	下	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	下

如 $\frac{7}{}$ 龋代表左上第7齿为龋齿， $\frac{35}{87}$ 缺代表左上第3和第5齿以及右下第7和第8齿为缺齿。

赫钦森（Hutchinson）氏齿为两个中间门齿的游离缘呈半月形凹陷，两牙的上部狭窄，彼此距离很远。这种牙齿是先天性梅毒的特征之一。

齿龈 注意红肿、溢膿、出血、铅线。

齿龈红肿见于龈炎。溢膿见于牙周病。齿龈疏松，易出血见于坏血病（维生素C缺乏）和急性白血病等。慢性铅中毒或鉍中毒时沿齿龈游离缘可出现一条灰黑色线，称为铅线或鉍线。

舌 注意舌苔、顏色、乳头、偏歪。

消化功能紊乱、便秘时，舌面覆盖一层由增生上皮、细菌和食物碎屑构成的舌苔。舌苔还可见于高热和脱水病人。健康人，特别是吸烟或用口呼吸的人，也可有少量舌苔。舌的状态还可作为衡量脱水的一个指标，舌干而皱缩，表明需要增加液体入量。低色素性贫血、巨

细胞性贫血、伴有胃酸缺乏的慢性胃肠疾病以及某些营养缺乏疾病如糙皮病（烟酸和烟酰胺缺乏）时，可发生舌炎，表现为舌红，呈鲜牛肉色，伴有剧痛，甚至出现浅表溃疡，晚期舌乳头萎缩，舌面光滑。猩红热病人的舌色鲜红，舌乳头增大、突出，有如草莓（草莓状舌）。舌伸出时偏向一侧系舌下神经（第Ⅻ颅神经）麻痹之征。

颊粘膜 注意出疹、溃疡、白色斑片、色素沉着、腮腺导管开口。

麻疹、风疹、猩红热、水痘以及其他出疹性病，往往在颊粘膜上出现粘膜疹。麻疹、猩红热及风疹的粘膜疹最易发现。麻疹时，在皮疹出现前2—3天，在颊粘膜近臼齿处出现针头大小的灰白色斑点，有如胡椒面，周围环以红晕，称为柯泼力克（Koplik）氏斑。它对麻疹的早期诊断具有重要意义。口疮性口炎时，在颊粘膜及舌出现疱疹，继而破溃形成溃疡。鹅口疮系白色念珠菌感染，其特征为在口腔粘膜，特别是颊、舌、软腭及口底，具有分布不规则的白色斑片。柯狄森（Addison）氏病时，颊粘膜及口腔其他部位粘膜可有色素沉着。腮腺肿大时，应注意检查腮腺导管口。急性化脓性腮腺炎时，压迫腺体可自导管口挤出脓液。

软腭 注意腭裂、偏斜和低垂、运动。

可有先天性腭裂。舌咽（第Ⅸ颅神经）和迷走（第X颅神经）神经损害时，麻痹侧的软腭低垂，发“啊”音时软腭不上升，悬雍垂偏向健侧。

扁桃体 注意大小、颜色、渗出。

扁桃体炎时，扁桃体肿大、充血，急性炎症时，表面尚可有黄白色膜状渗出物，易于剥离。扁桃体肿大一般分为三度：Ⅰ度肿大，扁桃体不超过咽腭弓；Ⅱ度肿大，扁桃体超过咽腭弓；Ⅲ度肿大，扁桃体几与悬雍垂接触。

咽 注意颜色、渗出、肿胀。

急性咽炎时，咽部红肿。慢性咽炎时，粘膜发红，咽后壁尚可出现因淋巴组织肿大而形成的结节。白喉病人的咽部有灰白色假膜，与粘膜紧密粘连，剥离时易引起出血。咽后壁出血可见于颞后凹骨折。

第四章 颈 部

注意软硬度、甲状腺、气管、血管（颈动脉和颈静脉）。

软硬度

正常人颈部柔软。颈椎疾患（如关节炎、骨折）、颈部肌肉痉挛（如扭伤、破伤风）及脑膜受刺激（如脑膜炎、脑炎、蛛网膜下腔出血）时，均可出现颈部强直。

检查时，病人须取仰卧位，将两下肢伸直。检查者用手轻轻托起病人头部并向前屈曲，如有抵抗，不能充分前屈时，则为颈部强直。

甲状腺

检查甲状腺时，主要依靠触诊。甲状腺肿大著明时，单纯自望诊即可判断。触诊时，检查者立于病人背后，用双手手指紧放于其下颈部的前面及侧面两侧胸锁乳突肌间。有的检查者喜立于病人侧面，用一支手进行触诊，而用另一支手放在后面将其头部位置加以固定。首先平静状态下进行触诊，然后嘱病人做吞咽动作。甲状腺将随吞咽动作与喉头一起上下移

动，而颈部其他肿物则无此现象。检查时应注意其大小、硬度、压痛、结节，并用轻触诊判定有无震颤，用听诊确定有无杂音。震颤和杂音是血管增多的结果。甲状腺杂音是连续性杂音，于心脏收缩期加强。有时在正常人锁骨上可听到生理性静脉音。切勿将此杂音与甲状腺杂音混淆。静脉杂音于压迫颈静脉阻断血流后，立即消失，可以此点与甲状腺杂音相鉴别。

正常时，甲状腺一般触不到，有时可在环状软骨下方、气管的表面触到质软的峡部。如果触到甲状腺的其他部分，则应认为有甲状腺肿大。

单纯性甲状腺肿时，甲状腺弥漫肿大、质软、边界不清、无压痛及杂音。甲状腺机能亢进—葛瑞夫兹(Graves)氏病或巴塞杜(Basedow)氏病时，甲状腺多呈对称性肿大、稍硬，伴有震颤及杂音。地方性甲状腺肿时，甲状腺肿大可呈弥漫性，也可呈结节性，肿大有时极为著明，甚至出现压迫症状，如吞咽困难、气管移位、呼吸困难等。结节性甲状腺肿时，甲状腺内有大小不等的结节，有时可并发甲状腺机能亢进。甲状腺炎时，甲状腺可有压痛，但慢性甲状腺炎多无压痛。甲状腺腺瘤时，在甲状腺可触到边界清楚的局限性结节。甲状腺癌时，甲状腺肿大不规则，质坚如石，与周围组织粘连，常向颈部淋巴结转移。

气管

主要观察气管移位。检查时，将右手食指及无名指分别放在病人两侧胸锁关节处，并以中指触气管，观察是否移位。也可用右手食指先后触压气管与胸锁关节间的两侧空隙，比较两侧空隙之大小来判断气管之位置。

正常人的气管位于前面正中。大量胸腔积液或气胸时，气管移向对侧。大面积的吸收性肺不张、肺纤维化和胸膜肥厚时，气管移向患侧。

血管

颈动脉 观察异常搏动。正常时一般看不到颈动脉搏动，仅当剧烈劳动后才能看到。在安静状态下如能看到颈动脉搏动常表示有脉压加大的现象。常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺机能亢进、严重贫血等。

颈静脉 观察怒张及异常搏动。正常人于坐位或立位时，颈静脉不明显，卧位时，可略充盈。颈静脉怒张最常见于充血性心力衰竭，也可见于血液回流受阻，如缩窄性心包炎、大量心包积液时。颈静脉有收缩期搏动，特别是胸锁乳突肌由于深部颈静脉的搏动而向外跳动时，应高度怀疑三尖瓣关闭不全。这是因为在三尖瓣关闭不全，当心室收缩时，血液自右心室逆流入心房，使颈静脉产生收缩期搏动的缘故。