

21世纪全国高等医药院校教材

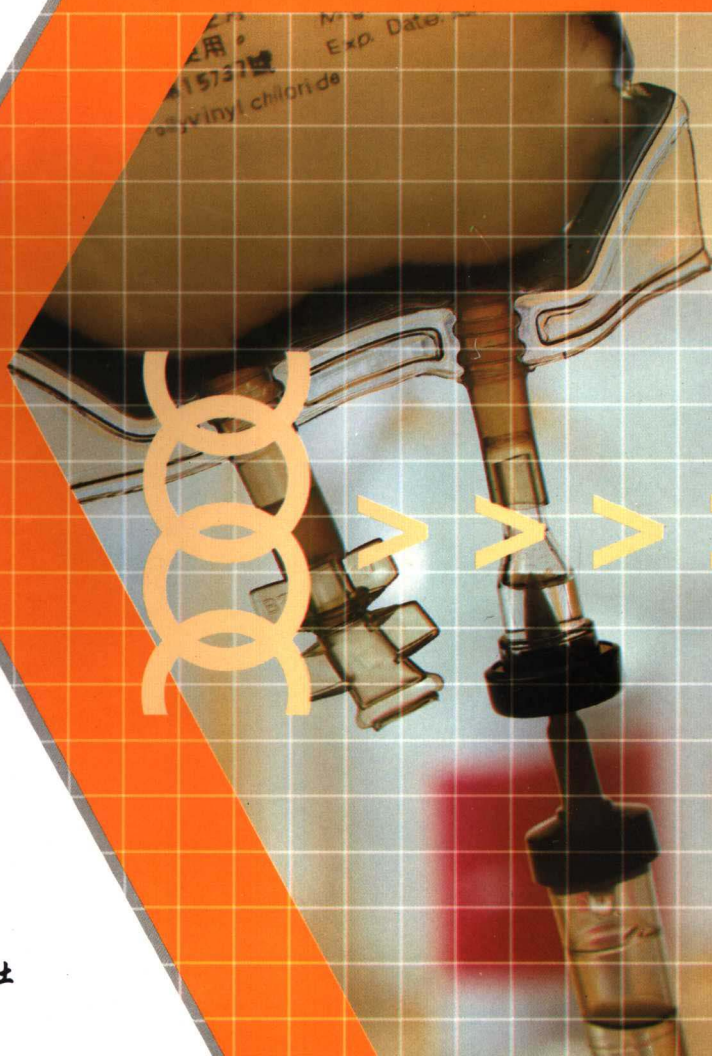
供临床·基础·预防·护理·口腔·药学·检验·卫生管理专业等使用

临床

▶▶▶ 医学导论

Lin chuang yi xue dao lun

◆主编 戴东陈金玲



中国医药科技出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床医学导论/戴东,陈金玲主编. - 北京:中国医药科技出版社,2006.7
ISBN 7-5067-3486-9

I. 临... II. ①戴...②陈... III. 临床医学
IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 087862 号

出版 中国医药科技出版社
地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号
邮编 100088
电话 010-62244206
网址 www.mpsky.com.cn
规格 787×1092mm 1/16
印张 15.25
字数 390 千字
版次 2006 年 8 月第 1 版
印次 2006 年 8 月第 1 次印刷
印刷 广州天河粤达印刷厂
经销 全国各地新华书店
书号 ISBN 7-5067-3486-9/G·0521
定价 25.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

出版说明

随着我国高等教育改革的深入，我国的高等医学教育在教学体制、教学理念、学科设置和教学内容等多方面都取得了长足的进步。21世纪的医学教育将更加注重人才的综合培养：不仅要培养学生具有学科专业知识和能力，而且要具有知识面宽、能力强、素质高的特点，注重创新精神、创新意识、创新能力的培养。

教材建设是教学改革的关键环节。长期以来，医学教育教材的单一已不能体现各高校的办学特点，也不能体现教学改革与教学内容的更新。教材的多元化和具有地方性特色是教材建设的必要手段。因此，为了适应21世纪医学教育发展的需要，我们组织有关专家编写了这套“21世纪全国高等医药院校教材”。

本套教材的编写是在充分向各医学院校调研、总结归纳的基础上开展的。在编写过程中特别注重体现各学科的基本理论、基本方法和基本技能，力求体现内容的科学性、系统性、实用性和可读性，最大程度地满足师生们的要求。在基本理论和基本知识上以“必须，够用”为度，并作适当扩展；重点强调基本技能的培养，突出实用性。本套教材紧扣人才培养目标和教学大纲，适当兼顾各校学生不同起点的要求，以确保教材的实用性和通用性，可供高等医药院校临床、基础、预防、护理、口腔、药学、检验、卫生管理等专业使用。

该套教材汇集了各学科相关专家多年来教学经验和实践经验，在编写过程中付出了大量心血，也做了很多有益的尝试和创新。衷心希望这套教材能够为我国的医学教育贡献一份力量。当然，由于时间仓促，不可避免地还会存在各方面不足，欢迎各院校师生批评指正。

编者

2006年8月

目 录

| | |
|------------------------|----|
| 第一章 身体检查 | 1 |
| 第一节 基本检查方法 | 1 |
| 第二节 一般检查 | 3 |
| 第三节 头颈部 | 5 |
| 第四节 胸部 | 7 |
| 一、肺 | 7 |
| 二、心脏 | 10 |
| 第五节 腹部 | 17 |
| 一、肝 | 17 |
| 二、脾 | 18 |
| 三、胆囊 | 19 |
| 第六节 脊柱与四肢 | 19 |
| 一、脊柱 | 19 |
| 二、四肢与关节 | 20 |
| 第七节 神经反射检查 | 21 |
| 第二章 实验室检查 | 24 |
| 第一节 临床血液学检查 | 24 |
| 一、红细胞和血红蛋白 | 24 |
| 二、白细胞计数和分类 | 26 |
| 三、血小板 | 28 |
| 第二节 排泄物、分泌物及体液检查 | 28 |
| 一、尿液的颜色和气味 | 28 |
| 二、尿蛋白 | 28 |
| 三、糖尿和酮尿 | 29 |
| 四、粪 | 29 |
| 五、痰液 | 30 |
| 第三节 临床生物化学检查 | 31 |

| | |
|-------------------------|-----------|
| 一、血清尿素氮 | 31 |
| 二、血清肌酐 | 31 |
| 三、血糖 | 32 |
| 四、血清钾 | 33 |
| 五、血清总胆红素 | 34 |
| 六、血清总胆固醇 | 34 |
| 七、血清总蛋白、白蛋白和球蛋白 | 35 |
| 第四节 临床免疫学检查 | 35 |
| 一、伤寒、副伤寒 | 35 |
| 二、艾滋病 | 36 |
| 第五节 血气分析与酸碱平衡 | 37 |
| 第三章 器械检查 | 39 |
| 第一节 心电图 | 39 |
| 一、心电图 | 39 |
| 二、动态心电图 | 46 |
| 第二节 超声诊断 | 47 |
| 第三节 X线检查 | 50 |
| 第四节 CT检查 | 53 |
| 第五节 MRI检查 | 55 |
| 第六节 核医学检查 | 57 |
| 第七节 脑电图与肌电图 | 58 |
| 一、脑电图 | 58 |
| 二、脑诱发电位 | 59 |
| 三、肌电图 | 59 |
| 第八节 纤维内镜检查 | 60 |
| 第九节 穿刺术 | 62 |
| 第四章 症状诊断技术 | 66 |
| 第一节 发热 | 66 |
| 第二节 呼吸困难 | 67 |
| 第三节 呕血与咯血 | 68 |
| 一、呕血 | 68 |
| 二、咯血 | 69 |
| 第四节 腹痛 | 70 |
| 第五节 水肿 | 71 |
| 第六节 昏迷 | 72 |

| | |
|-------------------------|-----|
| 第五章 呼吸系统疾病 | 74 |
| 第一节 急慢性支气管炎 | 74 |
| 一、急性气管-支气管炎 | 74 |
| 二、慢性支气管炎 | 75 |
| 第二节 支气管哮喘 | 77 |
| 第三节 肺炎 | 80 |
| 第四节 肺炎球菌肺炎 | 81 |
| 第五节 肺结核 | 83 |
| 第六节 原发性支气管肺癌 | 86 |
| 第九节 呼吸衰竭 | 90 |
| 第六章 循环系统疾病 | 94 |
| 第一节 心力衰竭 | 94 |
| 一、慢性心力衰竭 | 95 |
| 二、急性心力衰竭 | 99 |
| 第二节 心律失常 | 100 |
| 一、窦性心律失常 | 100 |
| 二、期前收缩 | 101 |
| 三、阵发性心动过速 | 103 |
| 四、扑动与颤动 | 104 |
| 五、房室传导阻滞 | 106 |
| 第三节 心脏性猝死 | 108 |
| 第四节 原发性高血压 | 110 |
| 第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病 | 114 |
| 一、心绞痛 | 115 |
| 二、心肌梗死 | 117 |
| 第六节 风湿性心脏瓣膜病 | 122 |
| 一、二尖瓣狭窄 | 122 |
| 二、二尖瓣关闭不全 | 125 |
| 三、主动脉瓣关闭不全 | 125 |
| 四、风湿性多瓣膜病 | 127 |
| 第七章 消化系统疾病 | 128 |
| 第一节 胃炎 | 128 |
| 一、急性胃炎 | 128 |
| 二、慢性胃炎 | 129 |
| 第二节 消化性溃疡 | 131 |
| 第三节 胃癌 | 136 |

| | | |
|------|-------------|-----|
| 第四节 | 肝硬化 | 139 |
| 第五节 | 上消化道大出血 | 144 |
| 第八章 | 泌尿系统 | 149 |
| 第一节 | 泌尿系统感染 | 149 |
| 第二节 | 慢性肾功能不全 | 152 |
| 第九章 | 血液系统 | 157 |
| 第一节 | 缺铁性贫血 | 157 |
| 第二节 | 急性白血病 | 159 |
| 第十章 | 神经系统 | 164 |
| 第一节 | 急性感染性多发性神经炎 | 164 |
| 第二节 | 急性脑血管病 | 165 |
| 一、 | 脑动脉血栓形成 | 166 |
| 二、 | 脑栓塞 | 167 |
| 三、 | 脑出血 | 168 |
| 四、 | 蛛网膜下腔出血 | 169 |
| 第三节 | 癫痫 | 171 |
| 第十一章 | 普通外科 | 176 |
| 第一节 | 急性阑尾炎 | 176 |
| 第二节 | 肠梗阻 | 178 |
| 第三节 | 急性胆囊炎 | 180 |
| 第四节 | 急性胰腺炎 | 182 |
| 第十二章 | 骨科疾病 | 185 |
| 第一节 | 骨折 | 185 |
| 第二节 | 关节脱位 | 188 |
| 第三节 | 颈椎病 | 189 |
| 第四节 | 腰椎间盘突出症 | 190 |
| 第十三章 | 妇科疾病 | 192 |
| 第一节 | 盆腔炎 | 192 |
| 一、 | 急性盆腔炎 | 192 |
| 二、 | 慢性盆腔炎 | 193 |
| 第二节 | 子宫颈癌 | 195 |
| 第三节 | 子宫肌瘤 | 198 |
| 第四节 | 月经失调 | 200 |

| | |
|-----------------------|------------|
| 一、功能失调性子宫出血····· | 200 |
| 二、闭经····· | 204 |
| 三、痛经····· | 207 |
| 第十四章 产科疾病····· | 209 |
| 第一节 分娩并发症····· | 209 |
| 一、子宫破裂····· | 209 |
| 二、产后出血····· | 211 |
| 第二节 产褥感染····· | 215 |
| 第三节 异位妊娠····· | 218 |
| 第十五章 儿科疾病····· | 221 |
| 第一节 新生儿窒息····· | 221 |
| 第二节 新生儿惊厥····· | 223 |
| 第三节 小儿肺部感染性疾病····· | 225 |
| 一、急性气管-支气管炎····· | 225 |
| 二、肺炎····· | 226 |
| 三、支气管肺炎····· | 227 |
| 第四节 婴幼儿腹泻····· | 229 |
| 第五节 病毒性脑炎、脑膜炎····· | 233 |

第一章 身体检查

体格检查是医师运用自己的感官或借助于简单的检查工具来了解病人身体状况的最基本的检查方法。多数疾病可以通过体格检查再结合病情作出临床诊断。基本检查方法有5种：视诊、触诊、叩诊、听诊、闻诊。要想熟练地运用这些方法并使检查结果具有诊断价值，必须具有丰富的医学知识和丰富的临床经验才能做到。

第一节 基本检查方法

【视诊】 视诊是医师用视觉来观察病人全身或局部的诊断方法。视诊能观察到全身一般状况和许多全身或局部的体征，如发育、营养、意识状态、面容、表情、体位、姿势等。局部视诊可了解病人身体各部分的改变，但对特殊部位则需要某些仪器帮助检查。

视诊适用范围很广，能提供重要的诊断资料，有时仅用视诊就可明确一些疾病的诊断。但视诊必须要有丰富的医学知识和临床经验作基础，否则会出现视而不见的情况。而且疾病的临床征象繁多，只有通过深入、敏锐的观察才能发现具有重要诊断意义的临床征象。

【触诊】 触诊是医师通过手的感觉进行判断的一种诊法。触诊的适用范围很广，可遍及身体各部，尤以腹部为重要。触诊还可以进一步明确视诊所不能明确的体征。手的感觉以指腹和掌指掌面最为敏感，因此，触诊时多用这两个部位。

触诊方法 进行触诊时，由于目的不同施加的压力有轻有重，因而可分为浅部触诊法和深部触诊法。

1. 浅部触诊法 用一手轻轻放在被检查的部位，利用掌指关节和腕关节协同动作，轻柔地进行滑动触摸。浅部触诊适用于体表浅在病变、关节、软组织和浅部的动脉、静脉、神经、阴囊和精囊等。

2. 深部触诊法 检查时用一手或两手重叠，由浅入深，逐渐加力以达深部。深部触诊乃主要用于察觉腹腔病变和脏器情况，根据检查目的、手法的不同又可分为以下几种：

(1) 深部滑行触诊法 使腹肌松弛，医师右手并拢以二、三、四指末端逐渐触向脏器或包块，在被触及的脏器或包块上作上下左右的滑动触摸，将左手置于被检查脏器或包块的后部，并将检查部位推向右手方向，用于肝、脾、肾和腹腔肿物的检查。

(2) 深压触诊法 以1或2个手指逐渐深压，用以探测腹腔深压病变的部位或确定腹腔压痛点。

(3) 冲击触诊法 又称浮沉触诊法。检查时右手三、四指并拢,取 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 角,放于腹壁上相应的部位,作数次急速而较有力的冲击动作,在冲击时即会出现腹腔内脏器在指端的感觉。这种方法一般只用于大量腹水肝、脾难以触及者。

【叩诊】 是用手指叩击身体表面某部,使之振动而产生声响,根据振动和声响的特点来判断被检查部位的脏器有无异常。

叩诊多用于确定肺尖的宽度、肺下缘边界、胸膜的病变及胸膜腔中液体或气体的多少,肺部病变的大小与性质;心界的大小与形态;肝脾的边界,腹水的有无与多少;以及子宫、卵巢、膀胱有无胀大等情况。另外用手或叩诊锤直接叩击被检查的部位,诊察有无疼痛反应也属叩诊。

被叩击部位的组织或器官因致密度、弹性、含气量以及与体表间距不同,故在叩诊时可发出不同的声响,根据声响的频率和振幅是否为乐音,临床上常分为清音、浊音、鼓音、过清音、实音5种。

1. 清音 是一种频率约为 $100 \sim 128$ 次/s,振动持续时间较长、音响不甚一致的非乐性音,是正常肺部的叩诊音。提示肺组织的弹性、含气量、致密度正常。

2. 浊音 是一种音调较高、音响较弱、振动持续时间较短的非乐性叩诊音,叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器时出现,如叩击心或肝被肺的边缘所覆盖的部分。

3. 实音 音调更浊、音响更弱,振动持续时间更短的非乐音,如叩击实质脏器心或肝所产生的声响。在病理状态下,见于大量胸腔积液或肺实变等。

4. 鼓音 是一种和谐的音乐音,如同击鼓声,与清音相比音响更强,振动持续时间也较长,在叩击含有大量气体的空腔脏器时出现。正常见于左下胸的胃泡区及腹部。病理情况下,可见于肺内空洞、气胸等。

5. 过清音 是属于鼓音范畴的一种变音,介于鼓音与清音之间,音调较清音低,音响较清音强,极易听到,为一类乐音。正常儿童可叩击出相对过清音,临床上常见于肺组织含气量增多,弹性减小时,如肺气肿。

【听诊】 是用听觉听取身体各部发生的声音判断正常与否的一种诊断方法。听诊分为直接与间接两种。直接听诊法是听诊器发明以前使用的听诊法。医师用耳廓直接贴附在被检查者的体壁上进行听诊,用这种方法听得体内声音很弱,目前也只有在某些特殊或紧急情况下才采用。间接听诊法即用听诊器进行听诊的检查方法,可在任何体位时用。间接听诊法的使用范围很广,除心、肺、腹外,还可听取身体其他部位的血管音、皮下气肿音、肌束颤动音、关节活动音、骨折面摩擦音等。

用听诊器进行听诊是临床医师的一项基本功,是诊断心肺疾病的重要手段,常用以听取胸部正常或病理呼吸音、心脏的心音与杂音及心律。

【闻诊】 以嗅觉闻发病人的异常气味的诊断方法为闻诊。这些异常气味多来自皮肤、黏膜、呼吸道、胃肠道、呕吐物、排泄物、分泌物、脓液与血液等,在临床工作中通过闻诊往往能够迅速提供具有意义的诊断线索。

1. 常见分泌物 正常人汗液无强烈刺激气味,如闻到酸性汗味见于风湿热或长期服用水杨酸、阿司匹林等解热镇痛药物的患者。特殊的狐臭味见于腋臭等。

2. 脓液味 一般脓液无特殊臭味,如有恶臭应考虑气性坏疽的可能。

3. 呕吐物味 单纯饮食性胃内容物略带酸味,如酸味过浓提示食物在胃内滞留时间

过长，胃内容物发酵；呕吐物若出现粪便味，则提示可能为幽门梗阻或腹膜炎所致的长期强烈呕吐或肠梗阻。

4. 呼气味 浓烈的酒味见于饮酒后或醉酒者；刺激性蒜味见于有机磷中毒；烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒；氨味见于尿毒症；肝腥味见于肝性脑病。

第二节 一般检查

一般检查是对病人全身状态的概括性观察，其检查方法以视诊为主，但当视诊不能满意地达到检查目的时，也配合使用触诊等。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、皮肤、淋巴结等。

【性别】 正常人的性征明显，性别不难判断。疾病的发生与性别有一定的关系。

1. 某些疾病对性征的影响 肾上腺皮质肿瘤或长期使用肾上腺皮质激素，可使女性病人发生男性化，肝硬化所引起的睾丸功能损害及肾上腺皮质肿瘤可引起男性乳房女性化。

2. 性别与某些疾病的发生率有关 临床统计某些疾病发生率与性别有关。如甲状腺病和系统性红斑狼疮多发生于女性，萎黄病几乎全发生于女性；胃癌、食管癌多发生于男性，而甲型血友病多见于男性，偶发于女性。

【年龄】 体格的生长发育状态可因年龄而变化，因此，疾病的发生与预后也与年龄有密切关系。如佝偻病、麻疹、白喉多见于幼儿与儿童；结核病、风湿热多见于少年与青年；动脉硬化、冠状动脉疾患则多见于老年。

【生命体征】 由于心跳、呼吸和身体的温度是生命的临床指征，所以称之为生命征（脉搏、呼吸频率、体温和血压），至今仍是所有检查项目中最常采用的。

1. 体温 体温测量对临床工作十分重要。

2. 呼吸 正常呼吸频率成人 $16 \sim 18$ 次/min。呼吸与脉搏的频率比为 $1:4$ ，新生儿呼吸约 44 次/min，随着年龄的增长而逐渐减慢。应注意呼吸频率和节律的变化情况。特别慢的呼吸，常是由于疾病或药物导致的中枢神经系统的抑制；周期性或潮式呼吸常伴发于严重的心肺和脑的疾病；特别深慢的呼吸是酸中毒的特征。呼吸显著加快，常在急性病时出现，可见于慢性或急性肺、心脏疾病或全身性病变（如休克、剧痛）。在过分兴奋或紧张时也可有呼吸加快并常伴有叹息，应认真排除器质性病因。

3. 脉搏 取桡动脉脉搏的最佳部位是拇指的根部。如果桡动脉搏动很弱或不规则，应通过心尖部的听诊和触诊测得脉搏。静止状态时的正常脉搏为 $60 \sim 100$ 次/min，专业运动员可 < 50 次/min，易于激动的病人可 > 100 次/min。 < 60 次/min的常称之为心动过缓，而 > 100 次/min的则称之为心动过速。心房颤动时脉搏完全无规律。Ⅱ度房室传导阻滞时，心房的激动不能下传至心室，使心搏出现脱漏，脉搏亦相应脱落，脉搏也不规则，称为脱落脉。期前收缩时，可触及脉搏的不规则，有提前出现的搏动。

4. 血压 动脉血压简称血压，为重要的生命体征，进行体检时，均应测量血压。正

常人的血压范围变异较大，正常血压与高血压之间的界限有时难以划分，各国的标准也不一致。1999年10月我国公布了“中国高血压防治指南”参照世界卫生组织/国际高血压联盟（1999年）制定的标准，18岁以上成人血压新标准如下：

(1) 正常血压 收缩压 < 140mmHg，舒张压 < 90mmHg。

(2) 临界高血压 收缩压 140 ~ 149mmHg，舒张压 < 90mmHg 为临界性单纯性收缩期高血压。

(3) 高血压 未服用抗高血压药情况下，收缩压 \geq 140mmHg 和舒张压 \geq 90mmHg。收缩压 \geq 140mmHg 和舒张压 < 90mmHg 单独列为单纯性收缩期高血压。

(4) 脉压 30 ~ 40mmHg。

5. 血压变动的意义

(1) 高血压 主要见于原发性高血压，亦可见于其他疾病（肾脏疾病、肾上腺皮质和髓质肿瘤、肢端肥大症、甲状腺功能亢进、颅内压增高等），称继发性高血压。

(2) 低血压 血压 < 90/60mmHg 时称为低血压，常见于休克、急性心肌梗死、心力衰竭、心脏压塞、肺梗死、肾上腺皮质功能减退等，也可见于极度衰弱者。

(3) 上下肢血压差异异常 袖带测量时，下肢血压应较上肢血压高 20 ~ 40mmHg，如等于或低于上肢血压，则提示相应部位动脉狭窄或闭塞。见于主动脉狭窄、胸腹主动脉型大动脉炎、闭塞性动脉硬化、髂动脉或股动脉栓塞等。

(4) 两上肢血压不对称 指两上肢血压差 > 10mmHg。主要见于多发性大动脉炎、先天性动脉畸形、血栓闭塞性脉管炎等。

(5) 脉压增大和减少 脉压 > 40mmHg 称为脉压增大，主要见于主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、动静脉瘘、甲状腺功能亢进和严重贫血、老年性动脉硬化等。脉压 < 30mmHg 称为脉压减小，主要见于主动脉瓣狭窄、心力衰竭、低血压、心包积液和缩窄性心包炎等。

【皮肤】 皮肤的病变和反应有的是局部的，有的是全身的。皮肤病变除表现为颜色、湿度、弹性改变外，还可有皮疹、出血点及紫癜、水肿、瘢痕等。

1. 颜色

(1) 苍白 可由贫血、末梢毛细血管痉挛或充盈不良引起，如寒冷、惊恐等。

(2) 发红 在生理情况下见于饮酒，疾病情况下见于发热性疾病，如大叶性肺炎、肺结核、猩红热以及某些中毒（如阿托品、一氧化碳）等。

(3) 发绀 皮肤黏膜呈青紫色，主要为单位容积血液中还原血红蛋白量增高所致。发绀常见的部位为舌、唇、耳廓、面颊、肢端。

(4) 黄染 主要见于黄疸，常见于胆道阻塞、肝细胞损害或溶血性疾病。

(5) 皮疹 多为全身性疾病的征候之一，是临床诊断某些疾病的重要依据。常见皮疹有下列几种：①斑疹：只有局部皮肤发红，一般不隆起皮面，见于斑疹伤寒、丹毒、风湿性多形性红斑等；②玫瑰疹：是一种鲜红色的圆形斑疹，这是一种对伤寒或副伤寒具有诊断意义的特征性皮疹；③丘疹：除局部颜色改变外，还隆起皮面，见于药物疹、麻疹、湿疹等；④斑丘疹：在丘疹周围有皮肤发红的底盘称为斑丘疹。见于风疹、猩红热、药物疹；⑤荨麻疹：为稍隆起皮面苍白色或红色的局限性水肿，是速发的皮肤变态反应，常见于各种异常蛋白性食物或药物过敏。

(6) 蜘蛛痣 是皮肤小动脉末端分支性扩张形成的血管痣,形似蜘蛛,故称为蜘蛛痣。蜘蛛痣的发生一般认为与肝对体内雌激素的灭活减弱有关。常见于急、慢性肝炎或肝硬化时。慢性肝病患者手掌大、小鱼际处常发红,加压后退色,称为肝掌。

【淋巴结】 淋巴结分布于全身,在大多数情况下,可分成5大组:颈与面部、锁骨上、腋下、腹股沟和股区。淋巴结的检查主要通过触诊,并应描写其:部位、大小、压痛、硬度、活动度、有无粘连、局部皮肤有无红肿、瘰管等特征。

局部淋巴结肿大见于非特异性淋巴结炎、淋巴结结核、恶性肿瘤淋巴结转移。全身性淋巴结肿大见于急、慢性淋巴腺炎,传染性单核细胞增多症、淋巴瘤、各型急慢性白血病、系统性红斑狼疮等。

第三节 头颈部

【头部】

1. 头发 头发检查需注意颜色、疏密度、脱发的类型与特点。脱发可由疾病引起,如伤寒、甲状腺功能低下、斑秃等,也常由物理与化学因素引起,如放射治疗和抗癌药物治疗等。

2. 头皮 头皮的检查需拨开头发观察头皮颜色、头皮屑、头癣、炎症、外伤及瘢痕等。

3. 头颅 头颅的检查应注意大小、外形变化和运动时的异常。头颅大小异常或畸形可成为一些疾病的典型体征,临床常见者有:①小头:常伴有智力发育障碍;②尖颅:见于先天性疾患尖颅并指(趾)畸形;③方颅:见于小儿佝偻病;④巨颅:见于脑积水;⑤长颅:见于 Marfan 综合征及肢端肥大症。

【颜面及其器官】

1. 眼

(1) 眼眉 如果外1/3的眉毛过于稀疏或脱落,见于黏液性水肿和垂体前叶功能减低症。特别稀疏或脱落应考虑麻风病。

(2) 眼睑 ①睑内翻:见于砂眼;②上睑下垂:见于先天性睑下垂、重症肌无力;单侧睑下垂见于蛛网膜下腔出血、白喉、脑脓肿、脑炎、外伤等引起的动眼神经麻痹;③眼睑闭合障碍:双侧眼睑闭合障碍可见于甲状腺功能亢进;单侧闭合障碍见于面部神经麻痹;④眼睑水肿:常见于肾炎、肝炎、营养不良、贫血、血管神经性水肿。

(3) 结膜 充血时黏膜发红可见血管充盈,见于结膜炎、角膜炎;颗粒与滤泡见于砂眼;结膜苍白见于贫血;结膜发黄见于黄疸,若有多少不等散在的出血点时,可考虑亚急性感染性心内膜炎。

(4) 眼球 检查时注意眼球的外形与运动。①眼球突出:双侧眼球突出见于甲状腺功能亢进;单侧眼球突出,多见于局部炎症或眶内占位性病变,偶见于颅内病变;②眼球下陷:双侧下陷见于严重脱水;单侧下陷,见于 Horner 综合征;③眼球运动:眼球运动受动眼、滑车、外展3对脑神经支配,这些神经麻痹时就会出现眼球运动障碍,并伴有复视。

由支配眼肌运动的神经麻痹所产生的斜视，称麻痹性斜视，多由脑膜炎、脑脓肿、脑血管病变引起；④眼球压力减低：双眼球凹陷，见于眼球萎缩或脱水；单侧眼球凹陷见于Honer综合征；⑤眼球压力增高：见于眼压增高性疾患，如青光眼。

(5) 巩膜 在结膜发生黄疸时，巩膜部最为明显。中年以后在内眦部可出现黄色斑块，为脂肪沉着。

(6) 角膜 角膜表面有丰富的感觉神经末梢，因此，角膜的感觉十分灵敏。检查时注意透明度，有无薄翳、白斑、软化、溃疡、新生血管等。薄翳与白斑如发生在角膜的瞳孔部位可以引起不同程度的视力障碍；角膜周围血管增生可为严重砂眼所致。角膜软化见于婴幼儿营养不良、维生素A缺乏等。角膜边缘及周围出现灰白色混浊环，多见于老年人，故称为老年环。

(7) 虹膜 正常虹膜纹理呈放射性排列，纹理模糊或消失见于炎症、水肿。虹膜形态异常或有裂孔，见于虹膜前粘连、外伤、先天性虹膜缺损等。

(8) 瞳孔 是虹膜中央的孔洞，正常直径为3~4mm。①瞳孔的形状：瞳孔缩小，由动眼神经的副交感神经纤维支配，见于虹膜炎症、中毒（有机磷类农药、毒蕈）、药物反应（毛果芸香碱、吗啡、氯丙嗪）等。双瞳孔散大并伴有对光反射消失为濒死状态的表现。②瞳孔大小不等：常提示有颅脑病变，如脑外伤、脑肿瘤。③对光反射：是检查瞳孔功能活动的测验，直接对光反射通常用电筒直接照射瞳孔并观察其动态反应。正常人当眼受到光线刺激后双侧瞳孔立即缩小，移开光线后瞳孔迅速复原。间接对光反射为隔开两眼观察瞳孔反应，正常人当一侧瞳孔受光刺激时，对侧也立即缩小。瞳孔反应迟钝或消失，见于昏迷病人。

2. 耳 外耳的异常可反映全身性疾病，如肾脏病和大脑发育不全者可伴有耳的形态和听力的异常；耳廓上可出现痛风石；耳朵上的钙质或色素沉着可提示其他的代谢性疾病。外耳道的压痛常提示外耳炎。外耳道阻塞可因耳垢或异物所致，也可因某些肿瘤，特别是外生骨、囊肿或恶生新生物引起。对耳道和鼓膜的检查最好使用耳窥镜。患化脓性中耳炎引流不畅时可蔓延为乳突炎，检查时可发现耳廓后方皮肤有红肿，乳突有明显的压痛，有时可见瘰道或疤痕等。听力减退见于耳道有耵聍或异物、局部或全身血管硬化、听神经损害等。

3. 鼻 从检查外鼻开始，检查者面对病人站立或坐下。观察或触诊判断是否有结构或支撑的缺失。对鼻内的检查最好借助于鼻窥镜；观察鼻的前庭并检查气道是否正常。仔细检查鼻中隔是否有偏移。

(1) 鼻外形 如果鼻梁部皮肤出现红斑，病损处高起皮面并向两侧颊部扩展，见于系统性红斑狼疮。如发红的皮肤损害主要在鼻尖和鼻翼，并有毛细血管扩张和组织肥厚，见于酒渣鼻。肥大的息肉见于蛙状鼻。

(2) 鼻翼煽动 见于伴有呼吸困难的高热性疾病、支气管哮喘和心源性哮喘发作时。

(3) 鼻中隔 检查鼻中隔是否偏曲和穿孔，多为鼻腔慢性炎症、外伤等引起。

(4) 鼻窦 鼻窦炎时可以出现鼻塞、流涕、头痛和鼻窦压痛。

4. 口

(1) 口唇 健康人口唇红润光泽。口唇苍白见于虚脱、主动脉瓣关闭不全或贫血；口唇颜色深红见于急性发热性疾病。

(2) 口腔黏膜 正常口腔黏膜光洁呈粉红色, 如出现蓝黑色素沉着斑片多为肾上腺皮质功能减退; 如见大小不等的黏膜下出血点或瘀斑, 则可能为各种出血性疾病中维生素 C 缺乏; 若在相当于第 2 磨牙的颊黏膜处出现帽针头大小白色斑点, 称为麻疹黏膜斑 (koplik 斑), 为麻疹的早期表现。黏膜溃疡可见于慢性复发性口疮, 雪口病 (鹅口疮) 为白色念珠菌感染。

(3) 牙齿 牙龈水肿见于慢性牙周炎; 牙龈缘出血常由口腔内局部因素引起, 如牙石等, 也可由全身性疾病所致, 如坏血病、血液系统疾病或出血性疾病等; 牙龈经挤压后有脓液流出见于慢性牙周炎、牙龈瘻管等。

(4) 舌 舌乳头萎缩外观红色光滑, 提示为营养不良或恶性贫血; 乳头肥大或角化过度可呈现皮革茸毛样表面; 舌苔厚腻呈不同色泽, 是口腔卫生不良的表现。

(5) 咽部及扁桃体 扁桃体位于舌腭弓之间的扁桃体窝中。咽部黏膜充血、红肿、黏膜腺分泌增多, 多见于急性咽炎。扁桃体增大一般分为 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。喉咽需用间接或直接喉镜才能进行检查。

【颈部】 颈部痛是一常见的症状, 对有颈部痛的病人不应轻视, 它可能是骨骼肌功能障碍的表现, 也可能伴发于脑膜炎或颅内出血。颈部的症状可能是位于颈部的各种器官 (如甲状腺、气管、食管、肌肉) 病理变化的表现; 也可以是颈部、脑部或胸部疾病 (结节、牵涉痛、脑膜炎) 的信号, 或是全身性疾病 (破伤风、肌病) 病理变化的表现。

正常人气管位于颈前正中部。根据气管的偏移方向可以判断病变的位置。如大量胸腔积液、积气、纵隔肿瘤以及单侧甲状腺肿大可将气管推向健侧, 而肺不张、肺硬化、胸膜粘连可将气管拉向患侧。

正常人立位或坐位时颈外静脉常不显露, 平卧时可稍见充盈, 充盈的水平仅限于锁骨上缘至下颌角距离下 2/3 以内, 若取 30°~45° 的半卧位时静脉充盈度超过正常水平, 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。

甲状腺肿大可分 3 度: 不能看出但能触及者为 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即为 III 度。甲状腺肿大见于甲状腺功能亢进、单纯甲状腺肿、甲状腺癌、慢性淋巴性甲状腺炎等。

第四节 胸部

一、肺

【视诊】

1. 呼吸运动 正常男性和儿童的呼吸以膈运动为主, 胸廓下部及上腹部的动度较大

形成腹式呼吸；女性的呼吸则以肋间肌的运动为主，故形成胸式呼吸。某些疾病可使呼吸运动发生改变，如肺炎、重症肺结核和胸膜炎等肺或胸膜疾病，或肋间神经痛，肋骨骨折等胸壁疾病，均可使胸式呼吸减弱而腹式呼吸增强。腹膜炎、大量腹水、肝脾极度肿大、腹腔内巨大肿瘤及妊娠晚期时，膈向下运动受限，则腹式呼吸减弱代之以胸式呼吸。

2. 呼吸频率 正常成人静息状态下，呼吸频率为 16~18 次/min。

(1) 呼吸过速 指呼吸频率 > 24 次/min，见于发热、疼痛、贫血、甲状腺功能亢进及心力衰竭等。

(2) 呼吸过缓 指呼吸频率 < 12 次/min，呼吸浅慢见于麻醉剂或镇静剂过量和颅内压增高等。

(3) 呼吸深度的变化 呼吸浅快，见于呼吸肌麻痹、严重鼓肠、腹水和肥胖等，也可见于肺炎、胸腔积液和气胸等肺部疾病。呼吸深快见于剧烈运动、情绪激动或过度紧张时。

3. 呼吸节律 正常成人静息状态下，呼吸节律基本上是均匀而整齐的。病理状态下，会出现呼吸节律的各种变化。

(1) 潮式呼吸 又称 Cheyne-Stokes 呼吸。多发生于脑炎、脑膜炎、颅内压增高和中枢神经系统疾病，以及糖尿病酮症酸中毒、巴比妥中毒等。

(2) 间停呼吸 又称 Biots 呼吸。也见于中枢神经系统的疾病。间停呼吸较潮式呼吸更为严重，预后不良。

(3) 抑制性呼吸 常见于急性胸膜炎、胸膜恶性肿瘤、肋骨骨折及胸部严重外伤致胸部剧烈疼痛时。

(4) 叹气样呼吸 多为功能性改变，见于神经衰弱、精神紧张或忧郁症。

【触诊】

1. 胸廓扩张度 即呼吸时的胸廓动度，若一侧胸廓扩张受限，见于大量胸腔积液、气胸、胸膜增厚和肺不张等。

2. 语音震颤 语音震颤的强弱主要取决于气管-支气管是否通畅，胸壁传导是否良好。

(1) 语音震颤减弱或消失 主要见于：①肺泡内含气量过多，如肺气肿；②支气管阻塞，如阻塞性肺不张；③大量胸腔积液或气胸；④胸膜高度增厚粘连；⑤胸壁皮下气肿。

(2) 语音震颤增强 主要见于：①肺泡内有炎症浸润，因肺组织实质变使语颤传导良好，如大叶性肺炎实变期、肺梗死等；②接近胸膜的肺内巨大空腔，使声波在空洞内产生共鸣，如空洞型肺结核、肺脓肿等。

【叩诊】 叩诊的最大价值在于确定叩诊部位的肺内气体与实质的比例，确定器官的界线或肺内具有不同密度结构的界线部分。

1. 清音 正常的叩诊可因胸壁厚度和检查者叩诊力度不同而有差别。正常肺野的叩诊呈清晰而拉长的低调声，即清音。

2. 浊音 当叩诊部位的组织内空气含量减少、实质增加时则产生浊音。心脏部位叩诊常为浊音并伴有叩诊板指下的一种抵抗感。

3. 实音 是绝对的浊音，出现在叩诊部位的组织内完全没有空气时。实音非常短促、微弱且呈高调。

4. 过清音 代表一种更富于震动、低调、响亮而较长的声音，可在最大限度吸入气体后的肺部叩诊而得。常见于肺气肿。

5. 鼓音 类似击鼓的声音，系空气封闭于空腔中的结果。正常人鼓音可见于左下胸的胃泡区及腹部。

【听诊】

1. 正常呼吸音

(1) 肺泡呼吸音 是由于空气在细支气管和肺泡内进出移动的结果。肺泡呼吸音为一种叹息样的或柔和吹风样的“fufu”声。在大部分肺野内可听及。吸气时音响较强，音调较高，时相比较长。反之，呼气时音响较弱，音调较低，时相比较短。正常人肺泡呼吸音的强弱与性别、年龄、呼吸的深浅、肺组织弹性的大小及胸壁的厚薄等有关。

(2) 支气管呼吸音 该呼吸音强而高调。吸气相较呼气相短，且呼气音较吸气音强而高调，正常人于喉部、胸骨上窝、背部第6、7颈椎及第1、2胸椎附近均可听到支气管呼吸音且越靠近气管区，音响越强，音调亦越低。

(3) 支气管肺泡呼吸音 为兼有支气管呼吸音和肺泡呼吸音特点的混合性呼吸音，其吸气音的性质与正常肺泡呼吸音相似，其呼气音的性质则与支气管呼吸音相似。正常人于胸骨两侧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，于其他部位听及支气管肺泡呼吸音，均属异常情况。

2. 异常呼吸音

(1) 异常肺泡呼吸音 肺泡呼吸音减弱或消失：①胸廓活动受限；②呼吸肌疾病；③支气管阻塞；④压迫性肺膨胀不全；⑤腹部疾病。

肺泡呼吸音增强常见原因有：①运动、发热等；②缺氧；③酸中毒。

(2) 异常支气管呼吸音 如在正常肺泡呼吸音部位听到支气管呼吸音，则为异常的支气管呼吸音，称管样呼吸音。常见于：①肺组织实变；②肺内大空腔；③压迫性肺不张。

(3) 异常支气管肺泡呼吸音 为在正常肺泡呼吸音区域内听到的支气管肺泡呼吸音。常见于支气管炎、肺结核、大叶性肺炎初期或胸腔积液上方肺膨胀不全区域。

3. 啰音

啰音是呼吸音以外的附加音，该音正常情况下并不存在，按性质的不同可分为下列几种：

(1) 湿啰音 系由于吸气时气体通过呼吸道内的稀薄分泌物所产生的声音，故又称水泡音。其听诊特点为断续而短暂，一次常连续多个出现，以吸气时或吸气终末较为明显，部位较恒定。肺部局限性湿啰音，仅提示该处的局部病变，如肺炎、肺结核或支气管扩张等；两侧肺底湿啰音，多见于心力衰竭所致的肺淤血和支气管肺炎等；如两肺野满布湿啰音，则多见于急性肺水肿或严重支气管肺炎。

(2) 干啰音 系由于气管-支气管或细支气管狭窄或部分阻塞，空气吸入或呼出时产生湍流发出的声音。干啰音听诊特点为一种持续时间较长带乐性的呼吸附加音，吸气及呼气均可听及，但以呼气时为明显。发生于双侧肺部的干啰音，常见于支气管哮喘，慢性支气管炎气道狭窄，也可见于支气管结核或肿瘤等。