

2 + 121
農村公社医生進修用参考教材

臨床診斷基本知識

鄭元龍 馮 宏 編

人民衛生出版社

目 录

第一章 总论

第一节 检查病人的目的和方法

第二节 问诊

病史的重要性(1)

病史的内容(2)

第三节 视诊

视诊注意事项(3)

表情(4) 步态及体

皮肤及粘膜的视诊(5)

第四节 触诊

触诊时应注意的事项(6)

的检查(13) 骨骼的检查(13)

第五节 叩诊14

叩诊的方法(14) 叩诊音(15)

第六节 听诊15

听诊器的种类(15) 听诊时应注意的事项(16)

第七节 发热及热型16

正常体温(16) 发热的经过(16) 热型(17) 体温与
脉搏、呼吸的关系(19)

第二章 呼吸系(郑元龙).....27

第一节 问诊27

咳嗽(27) 痰液(27) 咯血(28) 胸痛(28) 呼吸困
难(29) 病史中应注意事项(30)

第二节 视诊30

正常胸廓(30) 病态的胸廓(31) 呼吸运动(31)

第三节 触诊	32
胸壁弹性及抵抗感(32) 压痛(33) 气管位置(33)	
语音震颤(33) 皮下捻发感(33)	
第四节 叩诊	34
肺尖叩诊(34) 肺下界叩诊(肝肺境界)(34) 肺部叩	
诊的病变(35)	
第五节 听诊	36
正常呼吸音(36) 病理呼吸音(37) 罗音(38) 胸膜	
摩擦音(39) 支气管语音(40)	
第六节 痰及胸腔穿刺液的检验	40
痰的物理学检查(40) 痰的显微镜检查(41) 染色痰	
片的检查(43) 胸腔穿刺液的检查(43)	
第三章 血液系	(郑元龙) 49
第一节 问诊	49
第二节 查体	50
第三节 化验	50
临床检验要点(51) 红细胞计数法(52) 血红蛋白测	
量法(56) 红细胞的形态学与贫血分类法(57) 红细	
胞的发育及形态异常(58) 红细胞沉降率(59) 白细	
胞计数法(61) 白细胞分类(63) 出血素质的检	
查(66)	
第四章 循环系	(郑元龙) 70
第一节 问诊	70
第二节 视诊	73
第三节 触诊	76
第四节 叩诊	78
第五节 听诊	80
心瓣膜的解剖位置及听诊部位(80) 正常心音(81)	
心音的增强和减弱(82) 奔马律、心音分裂及钟摆	
律(82) 心脏杂音(83) 心包摩擦音(85) 周围血管	

的听诊(86) 血压(86)	
第六节 心脏机能不全(心力衰竭)·····	87
第七节 心律不整·····	88
第五章 泌尿系·····(郑元龙)·····	90
第一节 泌尿系的主要症状·····	90
泌尿系疾病引起的疼痛(90) 尿的改变(91) 水	
肿(92) 高血压(93) 尿毒症(94)	
第二节 泌尿系疾病的检查法·····	94
第三节 尿的检验和肾功能检查·····	97
尿的一般检验(97) 肾功能试验(106)	
第六章 消化系·····(冯 宏)·····	108
第一节 口腔检查·····	108
口中的气味(108) 牙齿与牙龈(108) 口腔粘膜(109)	
唇及舌(109)	
第二节 食管检查·····	109
主要症状(109) 问诊(110) 望诊(110) 检查	
法(110)	
第三节 腹部检查·····	111
问诊(111) 视诊(116) 触诊(116) 叩诊(119) 听	
诊(120) 腹围测量(120)	
第四节 实验室检查·····	120
粪便检查(120) 胃液分析(122)	
第七章 肝、胆和脾脏·····(冯 宏)·····	128
第一节 主要症状·····	128
第二节 问诊·····	129
第三节 视诊·····	130
第四节 触诊·····	131
第五节 实验室检查·····	132
尿中胆色素的检查(132) 十二指肠引流(133) 肝功	
能检查(133)	

第六节 脾肿的诊断·····	135
问诊(135) 叩诊及听诊(135) 触诊(135)	
第八章 内分泌及新陈代谢 ·····(冯 宏)···	145
第一节 问诊·····	145
第二节 体格检查·····	145
第三节 实验室检查·····	146
第九章 神经系统检查 ·····(冯 宏)···	148
第一节 问诊·····	148
第二节 检查·····	149
一般状况(149) 十二对脑神经检查(149) 肌肉运动	
的检查(150) 反射(151) 知觉的测验(154) 脑脊	
髓液的检查(154)	

第一章 总 論

第一节 检查病人的目的和方法

检查病人是为了明确诊断，只有正确和全面的诊断才能提供有效的治疗方法。早期正确的诊断，可了解疾病的预后和发展，并对传染病的预防和控制有重要意义。但要得到正确的诊断必须依据病人的症状、体征及必要的实验室检查。为了避免诊断的错误，在诊断时应想到其他类似的疾病，并一一加以鉴别，这称为鉴别诊断。

检查的方法主要有：

一、问诊 通过了解病人的主观感觉（医学上称为症状），就可以知道发病的情况、疾病发展的经过和以往的健康状况、生活条件，以及家族史等与疾病有关材料。

二、物理检查 包括视、触、叩、听等物理学诊断方法，用这些方法可以发现疾病的各种体征。

三、化验及其他检查 包括血液、痰、胃液、粪、尿及各种穿刺液的检查。

有条件的还可作X线、生化、细菌、病理等方面的检查。

医生可根据各种检查所得的材料，写出病历，加以分析综合，就可以得出初步的诊断，并进行合理的治疗和预防。

第二节 問 診

病史的重要性

问诊是检查的第一步工作，通过询问，可以了解病人的发

病经过,以得到比较可靠的诊断线索。将问诊所得到的材料,加以综合,并系统地记录下来,即成病史。病史在临床医学上是重要的记录,是我们诊断和治疗疾病的重要依据,也是研究和提高诊疗技术的重要资料。

采取病史时应注意的事项

首先要有全心全意为人民服务的思想,对劳动人民有高度同情心和责任感。问诊时态度必须和蔼,要处处关心、体贴病人。询问时要善于启发引导病人有次序地、自动地叙述,但要避免暗示性提问和用不通俗的术语,要尽可能地细致,切忌主观,不要只考虑某一种疾病的情况,而不注意其他疾病的可能性。对急诊病人,应迅速敏捷地作重要询问和检查,作出正确判断,立即抢救,以后再在细节上仔细询问,以免耽误病情。

病史的内容

一、一般项目 包括姓名、年龄、性别、籍贯、职业、婚姻状况、住址、就诊日期(入院日期)、病史采取日期;有人代诉时须写明代诉人的姓名及与病人的关系。

二、主诉 包括主要症状及患病时间。

三、现病史 是主要部分,必须仔细询问,特别是主要症状。询问的次序可按主诉的内容进行,并具体地了解其过程,如发病日期及发病时的症状,起病的原因,主要症状的变化过程,以及与其他症状的关系,过去有无类似症状等。并应询问一般情况,如食欲、大小便、体重、睡眠及影响工作的情况,这次的病诊治过没有。

四、既往史 过去是否健康,得过什么传染病,各系统(如呼吸、循环、消化、泌尿、神经等)有无疾病,有没有外伤或

手术史，有无结核病史。特别是对同一系统或与本次发病有关的材料，应仔细描写。

五、个人史 应记录出生地及到过哪些地方，家庭经济及营养卫生状况，职业及工作情况，有无职业中毒的历史，有无烟酒嗜好(应问明具体数量)。女病人应问月经史，如初潮年龄、间隔天数、每次来潮天数及停经年龄(简写为： $15\frac{3\sim5}{30\pm}$ 48)；分娩史可按生产次序记录分娩经过、健康情况及子女死亡原因，有无流产或早产。

六、家庭史 父母、祖父母及兄弟姐妹的健康情况，如有无结核病史、糖尿病、癌肿、癫痫及某些精神神经病等。

第三节 视 诊

视诊注意事项

基本物理学检查包括视诊、触诊、叩诊、听诊。祖国医学对视诊特别注意，如望色、神气、病人的形态、精神状态、皮肤、胖瘦、毛发及舌苔等。视诊最好在自然光线下进行，因在灯光下常不易发现轻度黄疸、贫血等。对搏动(如心、血管搏动等)的观察要用侧面光线。视诊要系统、全面：如一般视诊、颈部视诊、胸部视诊等各有不同的注意点，切勿遗漏。视诊也需要与其他检查相联系，如病人有水肿，就应注意查心脏、肾脏、肝脏及其他营养缺乏体征，以便做出正确诊断。

意 识 状 态

健康人或轻病人的意识清楚。半昏迷的病人意识不清，表情迟钝，回答问题时延迟而不全面。昏睡的病人对周围事

物漠不关心,但对强有力的刺激仍有反应;角膜反射迟钝,吞咽及咳嗽反射仍存在。昏迷状态的病人意识完全丧失,肌肉松弛,反射消失,无自发运动。

临床上检查病人的意识状态时,可用问答法以观察病人是否意识清晰,是否有定向力(是否认识人、地点和时间);可用针刺观察有无痛觉反应;试验腹壁、膝部、角膜、瞳孔等反射,以决定意识障碍(昏迷)的程度。

昏迷的原因

昏迷是临床上常见的症状,遇到昏迷病人时,应想到下列常见的原因:

一、外伤或脑血管病变 如脑挫伤、脑震荡及脑血管病变(包括脑溢血,脑血管血栓形成及脑血管栓塞)。

二、中毒 如酒精、安眠药中毒;肾功能衰竭时,因血内氮质滞留,称为尿毒症;肝功能衰竭时,称为肝昏迷;糖尿病时酮体积聚于组织和血液内,引起酸中毒而昏迷;许多感染产生的毒素,称为毒血症等。

三、脑部病变 如脑炎、脑膜炎、败血症、脑脓肿、颅内瘤肿(包括原发性或继发性等)及癫痫等(表1)。

表 情

观察病人的表情,可了解病人对周围事物是否淡漠,有无精神兴奋或沮丧等。

一、急性病容 各种急性传染病患者(如大叶肺炎),面部皮肤潮红,结膜充血,全身无力,舌干而面容并不消瘦,有时并伴有意识障碍,如半昏迷或谵妄(即说胡话)等表现。

二、慢性病容 见于结核病、癌肿、肝硬变等,病人消瘦、

表 1 昏迷鉴别诊断表

病名	发病年龄	发病形式	昏迷发生率	抽搐发生率	神经系统体征	一般体征	脑脊液变化	其他
脑血管痉挛	成年和老年	急	较少	可有1/10	暂时性偏瘫，失语，巴氏征+	血压升高或正常，眼底动脉硬化	正常	
脑血栓形成	成年和老年	亚急	1/3	可有1/10	偏瘫(日渐加重)，失语，巴氏征+	"	蛋白+，细胞+，梅毒反应+，或正常	梅毒血化验阳性或阴性
脑栓塞	成年和老年	急	1/5	可有1/10	立即偏瘫	心脏病或产褥期感染	蛋白+，细胞+，50%蛋白+，或正常	血尿、白细胞增加、贫血等
脑溢血	成年和老年	急	1/2	可有1/5	脑膜刺激症，瞳孔散大，偏瘫，巴氏征+	高血压，肾脏病，颅内动脉瘤，心力衰竭	脑压高，红细胞+	血糖高，血尿，白细胞增多
蛛网膜下腔出血	青年	急	1/4	可有1/4	脑膜刺激症，眼球运动麻痹，视网膜出血，巴氏征+	高血压或正常	血性脑脊液	尿酸+，白细胞增高
脑震荡、脑挫伤		急	均有	较少	无、或轻偏瘫	颅部创伤	正常或轻度血性	
外伤性颅内血肿		急	均有	较少	病侧瞳孔散大，对侧轻瘫	颅部创伤	脑压高，血性或正常	
脑膜炎		急、亚急	较少	较少	脑膜刺激症，眼球运动障碍	感染性症状	脑压高，混浊，大量白细胞，培养阳性，直接涂片可找到病菌	白细胞增高

病名	发病年龄	发病形式	昏迷发生率	抽搐发生率	神经系统体征	一般体征	脑脊液变化	其他
脑炎	儿童或青年	不定	常有	较少	脑膜刺激症，眼球运动麻痹，瞳孔散大	不规则发热，肺炎	正常、白细胞增高，脑压高，病毒结合试验+	白细胞常增加
脑瘤		慢	可有	较少	视乳头水肿，偏瘫，失语、巴氏征+	缓慢，脱水	正常或微量蛋白，脑压高	
脑脓肿		慢	晚期出现	较少	脑膜刺激症，视乳头水肿，瞳孔散大，巴氏征+	躯体化脓性病灶，不规则发热，缓慢，脱水	培养+，蛋白和细胞数增加	白细胞增多
糖尿病	老年	慢	可有	无	瞳孔病理变化震颤，巴氏征+，腹反射消失	苹果味呼吸，速脉，皮色苍白，眼压松软，低血压	正 常	高血糖，高尿酸，酮尿，酸中毒，尿比重高
尿毒症		慢	可有	可有	瞳孔缩小，蛋白尿性视网膜炎，肌性挛，腹反射高	尿味呼吸，皮色灰黄，剧吐	正 常	贫血，酸中毒，尿比重低，蛋白尿，肾脏病尿改变
中毒性昏迷		急	常有		瞳孔缩小或散大		正 常	找出中毒根据
癫痫		急	短暂	均有	发作时瞳孔固定，强直动作，巴氏征+	正 常	正 常	
癔症		急	假性昏迷	舞动	紧闭眼	正 常	正 常	
昏厥		急	均有	无	面色苍白，缓脉或速脉		正 常	
中暑	青、老	急	重的发生	可有	衰弱，虚脱，头痛，头晕，口渴，可狂躁，膝反射消失	体温40°C以上，皮肤热干，脉大	正 常	高热环境史
败血症		急	常有	少	无	高热，呼吸可增快，身体有化脓病灶，皮肤可有出血点	正 常	白细胞增高

(曹克涌)

苍白、无力，但意识常清晰，行动自如。

三、无表情 如伤寒、败血症等患者，常常目光呆滞而无表情。

四、脱水貌 病人在呕吐、水泻或失血时，可产生脱水貌：眼球下陷，颧骨隆起，皮肤失去弹性而松弛、干燥、有皱纹，将病人的皮肤捏起成皱折后，不能迅速复原；舌也干燥。伴有周围的循环衰竭时，手足耳垂发凉。因交感神经的刺激可有凉汗。在小儿及肥胖病人由于皮下脂肪较多，常无典型的皮肤改变，应注意眼球下陷及舌干等表现。婴儿时可见囟门陷落。但正常老年人也可有皮肤松弛及皱折。

步态及体位

健康人步态有力而自然，但在偏瘫、截瘫、脊髓痨、多发性硬化症、小脑疾患等则有步态失调现象。

病人的体位常因疾病的情况而有以下三种：

一、自动体位 轻病或疾病初期的体位正常，病人仍能走动。

二、被动体位 病人不能动弹，头及四肢都无力而下垂，多见于昏迷或非常虚弱的病人。

三、强迫体位 疼痛及其他症状常能迫使病人采取特殊体态，如脊椎结核病人常取俯臥；胸膜炎病人常向患侧臥；腹痛病人常蹲着或两下肢蜷缩，以减轻腹部紧张；脑膜炎病儿常有角弓反张（即头、腿向后弯如弓状）；心脏病患者心力衰竭或哮喘时，常不能平臥，随着病情发展，可由不能平臥的半坐位发展成为端坐位，甚至端坐时也要用两手支起。

发育、营养及体型

视诊须注意病人的身高、胸围及身体各部的均称性，并须估计是否与年龄相称，有无过高、过矮、过瘦、过胖的情况。更应注意面色皮肤是否红润，皮下脂肪是否丰满，肌肉是否坚实，眼睛有无凹陷。极度消瘦时叫做“恶病质状态”，常为结核病、癌肿或其他慢性病的末期表现。

体型(图1)：正常人
为正力型。无力型者，身体瘦、长、细、弱，胸部平坦，肌肉不发达，血压及红细胞数都较低；肺结核或溃疡病患者多属于这种类型。超力型者，身体矮、胖、粗、壮，血压及红细胞数都较高；肥胖病、高血压、动脉硬化、胆石症、肾石症等患者，多属于这种类型。

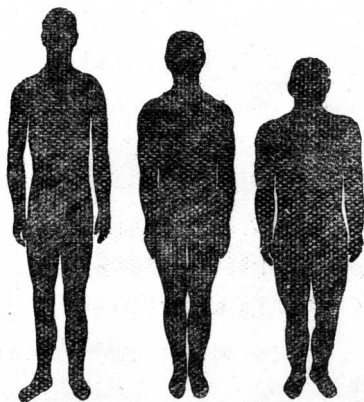


图1 青年人的三种基本体型
左—无力型 中—正力型 右—超力型

皮肤及粘膜的视诊

一、颜色 皮肤的颜色可因疾病而改变。

(一) 颜面潮红 正常人在过冷、过热、害羞、发怒或酒后都可见面部潮红。许多急性传染病、风湿性心脏病二尖瓣狭窄及肺结核病人，也常有颜面潮红。一氧化碳中毒时，颜面呈樱桃红色。其他如面部炎症或烧伤时，颜面也可潮红。

(二) 黄疸 黄疸是因血液内胆红质增加，沉积于皮肤而

呈黄色。轻微的黄疸，只在巩膜上隐约可见，但血液内胆红质显著增加时，巩膜及皮肤上都有显著黄疸。巩膜上的黄疸要和结膜上的脂肪块相区别。脂肪块是局限的黄色块状物，而黄疸是均匀的黄色。

(三) 紫绀(青紫) 常见于血液中极度缺氧时，如心力衰竭、先天性心脏病、肺部及支气管疾患所引起的氧交换不足等。右心衰竭和休克时，末梢血流迟缓，组织耗氧增多，可有周围性紫绀。此外，药物中毒如硝基甘油及苯胺等作用于血红蛋白，使它成为变性血红蛋白时，也可出现紫绀。紫绀最易出现于口唇和指甲。

(四) 苍白 血液中红细胞及血红蛋白减少时，可使皮肤苍白。急性失血时，病人可突然面色苍白。贫血时皮肤常呈黄色，所以病人常称贫血为“发黄”。贫血的严重程度，可由粘膜及手掌的苍白程度大致判断。

(五) 色素沉着或脱失 阿狄森氏病患者，因肾上腺有病而引起全身性色素沉着。妇女妊娠时，乳头及腹白线色素沉着较明显。患癞皮病时，往往局部暴露皮肤有色素增加。黑热病及肝病患者，在鼻的两侧常有蝶状色素沉着，称为肝斑。先天性色素脱失，称为皮肤白化病(俗称羊白头)。白癜风常见局部皮肤脱色。

二、皮疹 可分为原发性及继发性两种。

(一) 原发性病变

1. 斑：系局限性皮内病变，并不隆起，如雀斑或伤寒的蔷薇疹(即玫瑰疹)。

2. 丘疹：系凸出皮肤表面的小隆起，如痤疮(即青春瘰)等。

3. 小水泡：为小水珠状的皮肤隆起，内含血浆，如水痘

等。

4. 脓疱：形状与小水泡同，但内含脓液，可见于脓疱病。
5. 大水泡：较大的水泡，如烫伤的大水泡。
6. 结节：为较大(如榛实)的坚硬肿块，如结节性红斑。
7. 肿块：大于结节的肿物。
8. 荨麻疹团：局限性表皮浮肿所致的隆起，如荨麻疹。

(二) 继发性病变

1. 鳞屑：即脱皮碎片(表皮的脱屑)。
2. 结痂：浆液、脓液或血性分泌物的凝固物。
3. 表皮剥脱：皮肤表层较大片的脱落。
4. 裂伤：即皮肤受伤裂开，有时可深达真皮。
5. 溃疡：深达真皮的局限性皮肤溃烂。
6. 瘢痕：皮肤损伤后结缔组织的修复，常深达皮下组织。

许多传染病都有不同的皮疹，在视诊时尤应注意，如麻疹、猩红热、天花、水痘、伤寒、斑疹伤寒等都有特殊的皮疹。在视诊皮疹时，须注意观察及询问以下各点：

1. 在发病的第几天发疹。
2. 从何处开始。
3. 分布情况及出疹与消退的顺序。
4. 蔓延的速度。
5. 皮疹的形态、大小、颜色等特性。
6. 加压时能不能退色。
7. 散在性或融合性。
8. 疹退后有无色素沉着。
9. 皮疹有无痛痒，及与其他症状的关系等。

例如伤寒蔷薇疹的特征是：常在发病的第6~10天出

3. 2029

现,多发于胸、腹部,为散在的淡红色斑疹或丘疹,约2~3毫米大小,加压可暂时退色,持续2~3天消退,无落屑或色素沉着,不痒不痛。

三、出血 血小板减少、血液凝固性障碍、中毒性毛细血管损伤或菌血症时血管栓塞,都可引起皮肤或粘膜出血。

瘀点:是小于2毫米如针尖大的出血点,常见于菌血症、流行性脑膜炎及亚急性细菌性心内膜炎。

瘀斑:较大的出血块,多见于风湿热、血液病、坏血病及严重的肝病等。

四、毛发或指甲 毛发的脱落常见于重症传染病、甲状腺机能不全及皮肤病患者,老年人也常有脱发。麻风病人常有早期眉毛脱落。妇女生须,为肾上腺皮质机能亢进所致。长期缺铁性贫血时,指甲平坦、脆弱、易碎,或有典型的匙状指。杵状指(指端组织增厚如鼓槌)常见于肺脓肿、支气管扩张及先天性心脏病等患者。

五、水肿(可凹性水肿) 皮下有过多的水分淤积,皮肤紧张发亮,弹力减少,用手指加压有凹窝,根据这点,可以与肥胖及粘液性水肿(压之无凹窝)区别;检查时可压迫骨骼突出部,如面部的颧骨或小腿胫骨的前内侧面等处。常见的水肿有下列四种:

(一) 心脏性水肿 充血性心力衰竭时,静脉压及毛细血管压增高,液体易于透入组织所致。病人常伴有紫绀及呼吸困难,先见下肢浮肿,以后逐渐上升。

(二) 肾性水肿 因肾小球的滤过机能减低,血液内盐和水份滞留所致,常伴有小便减少。先是晨起有眼睑浮肿,以后渐及全身。

(三) 营养不良性水肿 由于长期营养不良,血浆蛋白减

少,致使血液的胶体渗透压降低而发生水肿。

(四) 局部炎症或淋巴管阻塞,如患象皮肿(絲虫病等引起)时,也有水肿。

六、出汗 除暑热或劳动等原因所致的出汗属于正常现象外,常可见于发热病人或疼痛、惊愕等情况。在气喘、剧烈的呼吸困难、严重的心力衰竭、血管麻痹及濒死状态时,血中含有大量二氧化碳,常能引起中毒性或酸性发汗,同时出现面色苍白。

某些传染病患者,如结核病、波浪热、流行性感冒及风湿热等,出汗较多。有些只在退热时出汗,如疟疾、大叶肺炎、败血症及丹毒等。

第四节 触 診

触診时应注意的事项

触診是用手的触觉判断某些器官及组织的特征,如位置、大小、境界、形态、坚度或移动性等。触診还可以检查脉搏和心搏、组织的敏感性、疼痛及肺部的语颤等。触診是一种基本功,应很好地练习。

进行触診时,应注意以下各点:

一、病人的位置 必须将病人位置安排适当,以减轻病人痛苦及便于触診;触診部位不同时,体位也应随着改变。

二、医生的位置 医生的位置应使动作方便,前臂与病人受检查的部位一样高低,以保持触觉的敏感性。

三、医生的手应温暖,动作必须灵巧轻柔,指甲应该剪短。

四、设法使病人安静 进行触診时,患者易由于精神紧