

物理诊断学

物理诊断学

李金鹏 主编



R443/LJP

出版社

科学技术文献出版社

物 理 诊 断 学

主 编 李金鹏
副主编 邢恒国 苏胜偶
 阎锡新 曹维克
主 审 贾民谊

科学技术文献出版社



C0190821

(京) 新登字 130 号

内 容 简 介

物理诊断学是通过问诊、检体及其它物理学方法(如心电、超声等),研究诊断疾病的基本理论、基本技能和临床思维方法的学科。本书共分四章,第一章“检体诊断”介绍了基本检查方法和身体各部位的病理检查方法。第二章“病历编写”介绍了诊断疾病的基本步骤,以及普通病历和其它医疗记录、处方的书写格式、方法、注意事项、示例等。第三章“心电图检查”介绍了正常心电图、常见异常心电图的诊断标准,以及快速阅读心电图的方法。第四章“超声及心肺功能检查”介绍了正常及常见病理情况下的超声及心肺功能检查特点、方法。书后附有常用检验参考值和典型心电图示例。

本书适宜各级医务工作者参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

物理诊断学/李金鹏主编. -北京:科学技术文献出版社, 1997. 6
ISBN 7-5023-2878-5

I. 物… I. 李… II. 物理诊断-诊断学 N. R443

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (97) 第 03621 号

科学技术文献出版社出版

(北京复兴路 15 号 邮政编码 100038)

北京市燕山联营印刷厂印刷 新华书店北京发行所发行

1997 年 6 月第 1 版 1997 年 6 月第 1 次印刷

787×1092 毫米 16 开本 8 印张 204 千字

印数: 1—6500 册

定价: 15.00 元

前 言

本书包括四方面内容：检体诊断、病历编写、心电图诊断和超声及心肺功能检查。书后附有常用检验参考值。主要作为高等医学院校临床医学、口腔医学、预防医学专业本科学生学习诊断学时的实习教材，也可作为高等医学专科学生的参考教材。

检体诊断部分是按照全国统一教学大纲要求编写而成的。病历编写部分介绍了诊断方法，并参考姚希贤教授主编的《病历书写规范》，介绍了普通病历及其它医疗记录、处方书写等的要求、格式及注意事项，并各有示例，以便于学生参考。心电图部分主要介绍了正常心电图、常见异常心电图的诊断标准以及如何阅读心电图，书中附有典型心电图 40 余幅及相应文字注释，作为学生实习心电图时的练习诊断用图。超声及心肺功能检查主要介绍正常及常见病理情况下的超声及心肺功能检查特点，供同学们实习时参考。力争做到重点突出，简明实用，亦可根据具体情况适当增减。

本书在编写过程中得到了全国高等医学专科学校统编教材第三版《诊断学》主编、河北医科大学贾民谊教授悉心指教，河北医科大学物诊教研室主任、第二医院内科蒋绍先教授大力支持，功能科张继增、秦玉玲教授，检验科李顺义教授提出了很多宝贵意见，心电图室王鲜英、蒋向真老师热情提供了部分典型心电图，河北省医院沈英杰老师，河北医科大学预防医学系 94 级吴宇静同学及物诊教研室马方红老师在本书编写过程中做了很多文字方面的工作，在此一并表示感谢。书中线条图由河北医科大学物诊教研室副主任李金鹏讲师绘制。

由于水平所限，时间仓促，难免在内容和编排上有不当之处，恳望广大师生惠予指正。

编 者

于河北医科大学

1996 年 6 月

目 录

第一章 体检诊断	(1)
第一节 基本检查法.....	(1)
第二节 一般状态及头颈部检查.....	(3)
第三节 病理一般状态及头颈部检查.....	(7)
第四节 正常胸肺部检查	(10)
第五节 病理胸肺部检查	(13)
第六节 正常心脏检查	(15)
第七节 病理心脏检查	(18)
第八节 正常腹部检查	(21)
第九节 病理腹部检查	(25)
第十节 脊柱和四肢检查	(28)
第十一节 神经系统检查	(29)
第二章 诊断及病历编写	(35)
第一节 诊断疾病的基本步骤和方法	(35)
第二节 病历编写	(36)
第三章 心电图检查	(57)
第一节 心脏除极与心电向量	(57)
第二节 心电图导联	(58)
第三节 平面心电向量图在各导联轴上的投影	(59)
第四节 正常心电图	(60)
第五节 平均心电轴	(63)
第六节 异常心电图	(64)
第七节 心电图的分析顺序和注意事项	(82)
第八节 心电图示例	(83)
第四章 超声及心肺功能检查	(101)
第一节 超声检查.....	(101)
第二节 心功能检查.....	(105)
第三节 肺功能测定及血气分析.....	(107)
附 常用检验参考值	(111)

第一章 体检诊断

体检诊断 (physical diagnosis) 是指医生用基本检查方法对病人进行体格检查, 从而得出对疾病的判断。这是临床诊断的重要环节。

基本检查方法包括视、触、叩、听、(嗅), 是医师必须切实掌握的最基本的诊断方法之一。即使在医学科学高度发展, CT、MRI 等先进诊断仪器不断引进到我们身边的今天, 亦依然如此。无论仪器如何先进, 它们也都有其局限性和有限的适应范围, 初学者切不可盲目依赖仪器, 而忽视基本功的训练。

〔目的要求〕

1. 能独立进行系统、全面而有重点的符合病人客观实际的体格检查;
2. 熟悉各种常见体征及发生机理和临床意义。

〔实习内容〕

第一节 基本检查法

一、实习要求

掌握视、触、叩、听基本检查方法及注意事项。

二、实习内容

(一) 视诊

是医生用视觉对被检查者全身或局部表现进行观察, 以发现有无异常体征的一种诊断方法。视诊应贯穿于整个体检过程之中, 如触诊时亦应注意病人表情变化, 医师应熟知视诊内容, 否则会出现视而不见。

1. 全身视诊 观察被检查者的一般状态、发育、营养、体位、步态、面容、表情、意识状态等。

2. 局部视诊 皮肤、粘膜、舌苔、头颈部、胸腹部及脊柱四肢的外形等。

(二) 触诊

是医生通过手与被检查者的局部接触后的感觉或被检查者的反应来发现异常体征的一种诊断方法, 可分为浅部触诊法和深部触诊法。

1. 浅部触诊法 进行触诊的手轻轻放在被检查的部位, 利用腕关节与指掌关节的协调动作、轻柔地进行滑动触诊。适用于体表或浅在病变检查。

2. 深部触诊法 检查时用一手或两手相互重叠, 由浅入深, 逐渐加压。主要用于检查腹腔病变和脏器的情况。为腹部检查的一项重要方法。

(三) 叩诊

叩诊是通过手指叩击被检查者体表而引起震动所发出的音响特点来判断脏器性状的变化的一种诊断方法。根据音响的强弱、长短、频率高低等可分为鼓音、过清音、清音、浊音、实音。叩诊可分直接叩诊和间接叩诊。

1. 直接叩诊法 用右手手指的掌面直接拍击被检查的部位，如同买西瓜时的拍瓜动作。根据拍击的反响与震动感来判断病变的情况，常用于胸、腹部面积广泛的病变，如鉴别胸、腹腔内是否有积液、积气或肿瘤等。

2. 间接叩诊法（指一指叩诊法） 以左手中指为叩诊板，使其掌面紧贴于被检查者的体表，其它各指微抬起，勿与病人体表接触，并以右手中指做为叩诊槌，其它各指自然弯曲。叩诊时，以右手中指指端叩击左手板指第二指骨的前端，叩击方向应与叩诊部位的体表垂直，叩击后右手中指应立即抬起（见图 1-1）。



图 1-1 间接叩诊法正误图

叩诊时应注意如下几点：

- 1) 尽量只用右手腕关节及指掌关节活动，而肘、肩关节不应参与活动。
- 2) 叩诊力量应均匀一致，不应一轻一重，且应在对称部位对比叩诊。
- 3) 同一部位每次连续叩击 2~3 下，如需重复叩诊时应稍停片刻后再继续叩诊。间断叩诊有利于叩诊音的辨别。

4) 叩诊板在移动时应抬起离开皮肤，不要连同皮肤一起移动。

5) 右手中指指甲不可过长，否则影响叩诊槌垂直或造成叩诊板疼痛。

（四）听诊

临床上最常用的方法为使用听诊器进行听诊的间接听诊法。听诊器由耳件、弹簧部、胶管、胸件所组成。常用的胸件有钟型和膜型两种，亦有合二为一者。钟型适于听诊低音调的声音，如二尖瓣狭窄时的舒张期隆隆样杂音、第 3 心音、舒张期奔马律等；膜型适于听诊高音调的声音，如主动脉瓣关闭不全时的舒张期杂音、开瓣音等。临床上一般膜型听诊器应用较广泛。

听诊时要注意下列几点：

1. 环境要安静，温暖。环境嘈杂或寒冷会引起肌肉颤动，出现附加音而影响听诊效果。
2. 听诊前注意耳件是否戴正，若戴反则严重影响听诊效果，检查胶管是否通畅，避免胶管与周围物品接触。
3. 胸件应严密地贴于被检查部位，不要隔着衬衣听诊，胶管勿与皮肤接触，以防产生附加音。
4. 当听诊器胸件与皮肤接触时，会产生一种背景音，不要误以为杂音。
5. 听诊胸部时应自上而下，前面、侧面、背面依次进行，两侧对比听诊。

第二节 一般状态及头颈部检查

一、实习要求

1. 基本上掌握体温、血压的测量方法和正常值；
2. 初步掌握瞳孔对光反射、扁桃腺、气管及甲状腺的检查方法，并了解其临床意义；
3. 熟悉一般状态及头颈部检查的主要内容及查体顺序。

二、实习内容

(一) 体温测量法

测量体温有腋温、口温、直肠温三种测温法，其中以腋温测量为临床所常用，测量前要充分甩动体温计，使其水银面下降到 35°C 左右。

1. 腋温测量法 测腋温时至少先休息 10 分钟，有汗者应先擦干腋窝，体温计从前下方斜向后上方插入腋窝深部中央处，体温计放置后，屈臂过胸，用上臂将体温计夹紧，10 分钟后，读数，观察体温计的水银柱上升度数，测量时于腋窝附近切勿有冷源和热物。

2. 口温测量法 口温测量时，半小时前不可进食或饮水，将已消毒的体温计置于舌下，舌底面贴盖于水银柱头上，闭口 5 分钟后取出，观察水银柱上升度数。口温测量法对幼儿及昏迷不清者不能使用。

3. 直肠温测量法 被检查者采取屈膝侧卧位，将特制的温度计肛表的水银端先涂以滑润剂，然后徐徐插入肛门，深度至少 6 厘米，或体温计长度的一半以上，5 分钟后取出，观察水银柱上升的度数。直肠测温法较准确，但因操作不便，故一般情况下较少使用。

生理条件下，体温常受下列因素影响：

昼夜变化：可有昼夜周期变化，一般 $0\sim 4$ 时最低， $17\sim 19$ 时最高。

性别：女子体温平均比男子高 0.3°C ，这与激素内分泌有关，已知黄体酮有升高体温的作用，排卵后比排卵前平均体温高 $0.2^{\circ}\text{C}\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，妊娠后前 3 个月妇女可出现持续低热。

年龄：一般认为，随年龄增长，每增加一个年龄组（10 年），平均体温降低 0.05°C 。

环境：夏季平均体温略高于冬季平均体温，这在腋温最明显，口腔温度次之，而体内温度变化不大。

运动：剧烈运动后肛温可达 39°C 以上，这与剧烈运动后热量不能及时散发有关。

进食、激动、精神紧张等都影响体温，在测量和分析体温时应考虑到如上因素。

一般成人、清晨、安静状态下正常体温参考值为：

腋窝温度： $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$

口腔温度： $36.3^{\circ}\text{C}\sim 37.2^{\circ}\text{C}$

直肠温度： $36.5^{\circ}\text{C}\sim 37.7^{\circ}\text{C}$

(二) 血压测量

动脉血压简称血压（BP），通常是指肱动脉压，若测量其它部位的血压要特别注明，如腓动脉压等。血压测量可分直接测压和间接测压，直接测压时用导管直接插入血管接压力计测压，而临床上均用血压计来间接测压。血压计有汞柱式、弹簧式和电子式。目前临床上多采用汞柱式血压计。

1. 测血压方法 被检查者于安静状态下取坐位或仰卧位,手臂平伸外展 45 度左右,被检查者手臂应放于同右心房等高的位置(坐位平第四肋软骨,卧位时平腋中线),将袖带缚于上臂,其下缘距肘窝 2 厘米~3 厘米处,气袋中部对着肱动脉的部位,袖带上的两条胶管置于肘窝肱动脉两侧。袖带不可过松或过紧,以免影响准确性。将听诊器胸件放于肘窝部肱动脉上(可先用手指触到肱动脉搏动处)。然后再用气球向袖带内打气。当桡动脉搏动消失时,再继续打气使汞柱再升高 20mmHg~30mmHg 后即开始缓慢放气。于汞柱缓慢下降的同时注意听诊。当开始听到第一声“拍、拍”的脉搏搏动声时,在血压计上所表示的压力数字即是收缩压;随着汞柱缓慢下降,此音逐渐增强,而后转为柔和的杂音,压力再降低后,又出现不带杂音的声音,并逐渐减弱,当该音性质突然变为低沉、然后则很快消失,取动脉音消失时的压力值为舒张压。有些人脉搏消失不明显,此时则可取变音时的压力值为舒张压,但应加以注明。

2. 血压测量的注意事项

- 1) 被检查者测压前应休息 5 分钟~10 分钟。
- 2) 血压计要放平,汞柱不应倾斜,打气前观察汞柱是否在“0”点。
- 3) 一般以右上肢为准,连续测量 2 次~3 次,取其最低值。必要时可测量左上肢及下肢血压,两上肢血压可相差 1.3kPa~2.6kPa(10mmHg~20mmHg)。测下肢血压时,被检查者需采取俯卧位,气袖束于腘窝上部 3 厘米~4 厘米处,测量腘动脉的压力,记录时要特殊注明测压部位。
- 4) 听诊器胸件不应放在气袋下面(里面),不应过度压迫测压动脉,亦不应接触气袖。
- 5) 气袋放气要缓慢,汞柱缓慢下降速度以 2 毫米/秒为宜。
- 6) 重复测压时,应在复测前将气袋内气体放净,使汞柱下降到“0”,稍等片刻然后再复测,避免长时间压迫血管而致静脉郁血,影响测量结果的准确性。
- 7) 读数时,眼要与水银柱在同一水平,避免视觉误差。
- 8) 注意水银柱开关,用毕将血压计右倾,使水银全部回到贮水银瓶(此时在“0”位看不到水银),而后将开关关闭,以避免血压计倒置时水银由玻管上方的排气孔溢出,污染环境、影响血压计准确性。
- 9) 用毕将气球挂在盒内特制的钩卡上,不可随便放于盒内,以避免气球上的铁器压碎盛水银柱的玻管,损害血压计。

3. 正常血压参考值

血压随年龄而升高,正常成人血压参考值为:

收缩压: 12kPa~18.6kPa (90mmHg~140mmHg)

舒张压: 8kPa~12kPa (60mmHg~90mmHg)

脉压: 4kPa~5.3kPa (30mmHg~40mmHg)

(三) 全身浅表淋巴结检查

淋巴结分布全身,一般只能检查各部浅表淋巴结,正常时不易触及,若可触及也多在 0.2 厘米~0.5 厘米直径,且质地柔软、表面光滑、无粘连、无压痛。

1. 检查顺序 检查淋巴结要按一定顺序进行才不致于遗漏。通常检查顺序如下:

- 1) 耳前、耳后、乳突区、枕骨下区淋巴结群。
- 2) 颈淋巴结群。
- 3) 颌下、颏下淋巴结群。
- 4) 锁骨上淋巴结群。

- 5) 腋窝淋巴结群。
- 6) 滑车上淋巴结群。
- 7) 腹股沟淋巴结群及股淋巴结群。
- 8) 腘窝淋巴结群。

2. 检查方法 检查时应保持被检查的局部肌肉松弛，将淋巴结压向附近的骨面进行触诊。

颈部淋巴结检查法 医师站在被检查者背后，手指紧贴被检查部位，由浅入深进行滑动触诊。被检查者头稍低并稍偏向检查侧，便于皮肤及肌肉松弛。

颌下及颌下淋巴结检查法 头部稍前倾或偏向被检查侧，以手指（四指并拢）伸入颌下进行滑动触诊，将淋巴结压向下颌骨的内侧面。颌下淋巴结肿大常见于非特异性淋巴结炎。

锁骨上窝淋巴结检查法 让被检查者取坐位或卧位，头部稍向前屈，用双手进行触诊，左手触诊右侧，右手触诊左侧，由浅部逐渐触摸至锁骨后深部。

腋窝淋巴结检查法 以手扶被检查者前臂稍外展，医师以右手检查左侧，左手检查右侧，触诊时由浅入深，直达腋窝顶部。

3. 淋巴结肿大时应注意内容 部位、大小、数目、质地、压痛、活动度、有无粘连、皮肤改变（红肿、疤痕、瘰管等）。并同时注意寻找引起淋巴结肿大的原发病灶。

（四）头部检查

头部检查包括头颅、眼、耳、鼻、口的多项检查，这里主要介绍最常用的四种检查法。



图 1-2 翻上眼睑方法

1. 睑结合膜检查法 检查上睑结膜时，如为左眼则用右手拇指置于上睑边缘（不可碰睫毛），示指置于上睑中部，捏住上睑稍向前下牵拉，同时令病人向下看，此时拇指与示指互相配合，示指压迫睑板，将上睑向上翻转，上睑结膜即露出（见图 1-2）。观察结膜是否有充血、苍白、滤泡、出血点等。检查完毕令病人向上

看，眼睑即复位。下眼睑结膜检查较简便，临床亦较常用，检查时病人向上看，检查者用拇指将下眼睑向下一拉，即可暴露下睑结膜。

结膜常见的改变有：

结膜充血：见于结膜炎、角膜炎。

颗粒或滤泡：见于沙眼。

结膜苍白：见于贫血。

出血点：可见于亚急性感染性心内膜炎。

2. 巩膜检查法 在自然光线下，拇指按上睑令病人向下看，或按下睑令病人向上看，以观察巩膜颜色，是否有黄染。由血中胆红素浓度增高引起的黄染特称为黄疸。此时巩膜均匀发黄，有些情况时巩膜黄染色不均匀，如血液中其它黄色素（胡萝卜素、阿的平等）成分增多时，黄染只出现在角膜周围的巩膜，中年以后在内眦部由于脂肪沉着所形成的黄色斑块亦应与黄疸鉴别。

3. 对光反射检查法 在较暗处或背光处检查，令病人向前看，用一手挡在鼻中间，医生以手电光源自侧方迅速内移照射一眼，注意不要让光线照到另一眼，观察两侧瞳孔变化（见图 1-3）。正常光照一侧瞳孔立即缩小，称为直接对光反射，同时对侧瞳孔也缩小，称为间接对光反

射。正常时,双侧瞳孔正大等圆,对光反射灵敏。轻、中度昏迷时,对光反射迟钝,深昏迷时,对光反射消失。

4. 扁桃腺检查法 病人头部略向后倾,令病人张口发“啊”音,此时病人软腭上提、舌下压,在适当自然光下即可看清咽部,若病人配合不好或光线弱时,可辅

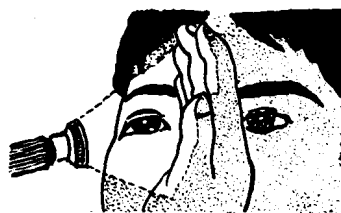


图 1-3 对光反射检查法

以压舌板及手电。检查者右手执消毒的压舌板,按压被检查者舌的前 2/3 与后 1/3 交接处,同时左手持手电筒照向被检查者咽后壁,即可看到咽部。在舌腭弓与软腭弓之间即可看到扁桃腺。如扁桃腺肿大即可在该处望知。

扁桃腺肿大时应记录肿大的程度、有无假膜、分泌物及充血等。扁桃腺肿大分三度:

I 度肿大: 肿大不超出咽腭弓。

II 度肿大: 肿大超出咽腭弓。

III 度肿大: 肿大达到或超过咽后壁中线者 (见图 1-4)。



图 1-4 扁桃腺肿大分度示意图

(五) 颈部检查

正常人颈部软,两侧对称,无颈静脉怒张及颈动脉异常搏动,气管居中,甲状腺不大。这里主要介绍气管位置及甲状腺检查法。

1. 气管位置检查法 检查时病人头部位于正中略向后仰(平卧时应先将枕头去掉),检查者将食指与无名指放在左右胸锁关节上(手掌应与中线成平行),中指放在病人胸骨上窝,上下触摸气管,观察气管是否移位。如气管位于中指下方,则气管无移位,如气管偏离中指一侧,即是向该侧移位。也可用食指与中指按摸气管与胸锁乳突肌之间的凹陷,观察和感觉哪侧较窄,气管即偏向该侧(见图 1-5)。

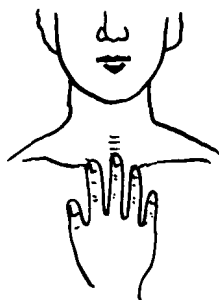


图 1-5 气管移位检查法

气管向健侧移位见于:大量胸腔积液、气胸、纵隔肿瘤、单侧甲状腺肿等。

气管向患侧移位见于:肺不张、肺纤维化、胸膜肥厚粘连等。

2. 甲状腺检查法 甲状腺位于甲状软骨下方,正常时看不见,也不易触及。甲状腺的全面体检应包括视、触及听诊。

1) 视诊 观察大小及对称性,正常人外观不突出,青春发育期女性可略大,在做吞咽动作时,甲状腺可随吞咽动作上下移动,以此可与颈前其它包块鉴别。如不易辨认,可让被检查者两手放于枕后,头向后仰再进行观察即较明显。

2) 触诊 因颈部皮肤较松,故触诊比视诊敏感。检查者立于被检查者身后,以双手拇指

置于颈后（第6、7颈椎附近），其余各指向前伸展从甲状软骨两侧触摸（甲状腺在甲状软骨下），若发现肿物，令病人做吞咽动作，如肿物随吞咽移动则为甲状腺（见图1-6（1））。也可站在或坐在被检查者对面，以右手拇指及其它各指分别在甲状软骨两侧进行触诊。观察甲状腺大小，表面是否有结节、质度、对称性、有无压痛、对气管有无影响、有无震颤等（见图1-6（2）（3））。

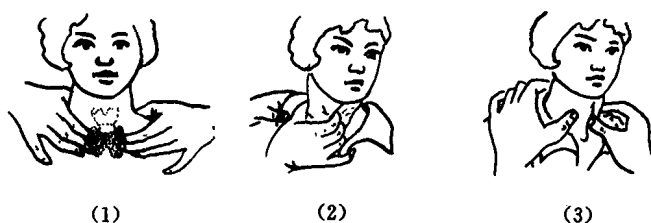


图1-6 甲状腺触诊示意图

3) 听诊 触及甲状腺肿大时，用钟型听诊器放在局部听诊。部分甲状腺功能亢进者可闻及低调的连续性静脉“嗡嗡”音；在弥漫性甲状腺肿伴功能亢进者还可听到收缩期动脉杂音。

描述甲状腺肿大时可分三度：

I度肿大：可触及而不能看到肿大；

II度肿大：可看到又可触及且不超过胸锁乳突肌者；

III度肿大：肿大超过胸锁乳突肌。

第三节 病理一般状态及头颈部检查

一、实习要求

1. 初步识别常见病理一般状态；
2. 基本掌握病理头颈部检查方法及意义。

二、实习安排与注意事项

各组分别去指定医院实习。

实习时应注意如下几点：

1. 遵守纪律，听从指挥，进医院后务必保持安静，不得大声喧哗，不穿带铁钉的硬底皮鞋，宜穿软底鞋。更不得随意乱串病房。
2. 白大衣要清洁平整，衣帽整齐，女生长发不要露在帽外，不得留长指甲。
3. 进入病房后不许坐下，更不得坐在病床上，未经老师许可，不得随意检查病人。
4. 未经老师同意，不得随便拿走或翻阅病历。
5. 实行保护性医疗制，不得随意向病人透露严重病情。

三、实习内容

根据各医院具体条件，选择实习如下内容。

（一）全身状态

1. 肥胖 超过标准体重 20%以上者谓之。

单纯性肥胖 常有一定的遗传倾向，多无异常表现。

继发性肥胖 多在某些内分泌疾病后引起，如肾上腺皮质功能亢进、肥胖性生殖无能症、成年型糖尿病等。

2. 消瘦 体重低于正常的 10%时称消瘦，极度消瘦者称恶病质。见于慢性消耗性疾病，如恶性肿瘤、长期活动结核等。

3. 嗜睡 是最轻的意识障碍，表现为精神萎靡、动作减少、表情淡漠，常持续地处于病理性睡眠状态，但可被轻刺激或语言唤醒，醒后能回答问题及配合检查，但反应迟钝，停止刺激即又入睡。可见于甲状腺功能减退、肺性脑病等。

4. 定向力检查 定向力是指顷刻间被检查者对自身状态及周围环境的判断力。如询问其姓名、性别、身分、所处时间、地点、周围人物身分等，正常人能正确、快速回答。异常情况下，如意识模糊时则出现定向力障碍。

5. 意识模糊 患者有定向力障碍，表现为思维言语不连贯，可有错觉、幻觉、谵语、躁动不安等。可见于急性感染高热期等。

6. 昏睡 近于人事不省状态，处于病理的熟睡状态，不易唤醒，虽在强刺激下（压眶上神经、摇动身体等）可被唤醒，但答话含糊或答非所问，停止刺激后很快又熟睡。如肝性脑病的昏睡期、中度 CO 中毒等。

7. 浅昏迷 意识丧失，即不能唤醒或执行简单命令，但对疼痛刺激（如压眶上缘、扎针）有躲避反应及痛苦表情，角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等均存在。

8. 深昏迷 是意识障碍最严重的阶段，自发动作完全消失、意识完全丧失、各种深浅反射均消失，肌肉松弛，可有病理反射。机体仅能维持呼吸及循环功能。各种疾病发展到严重阶段都可导致昏迷。

9. 甲亢面容 眼球突出、眼裂增大、目光闪烁、兴奋不安、烦躁易怒。见于甲状腺功能亢进病人。

10. 粘液性水肿面容 颜面水肿、睑厚面宽、面色苍白、目光呆滞、反应迟钝、舌色淡胖大、眉毛、头发稀疏。见于甲状腺功能减退症。

11. 二尖瓣面容 面色晦暗、双颊紫红、口唇轻度发绀，见于风心病二尖瓣狭窄病人。

12. 满月面容 面圆如满月，皮肤发红，常伴有痤疮和小须。见于肾上腺皮质功能亢进（Cushing 综合征）及长期应用肾上腺皮质激素者。

13. 肢端肥大症面容 头颅增大，面部变长，下颌增大向前突出，眉弓及颧骨隆起，唇舌肥厚，耳鼻增大。见于成人垂体前叶功能亢进。

14. 被动体位 不能自己调整变换肢体位置者，如昏迷病人，高位截瘫等。

15. 强迫体位

强迫侧卧位 干性胸膜炎，胸腔积液等时常采取患侧卧位，气胸时常采取健侧卧位。胃粘膜脱垂病人喜左侧卧位。

强迫坐位（端坐呼吸） 见于心肺功能不全的病人。

16. 鸭步 见于进行性肌营养不良，双侧先天性髋关节脱位等，又称蹒跚步态。

17. 慌张步态 见于帕金森氏病（震颤性麻痹）患者。

18. 跨阈步态 见于腓总神经麻痹、多发性神经炎等。

19. 剪刀式步态 见于脑性瘫痪及截瘫病人。

(二) 皮肤、粘膜

1. 黄染 皮肤粘膜发黄称黄染，主要见于黄疸，早期或轻微时可见于巩膜及软腭粘膜，明显时才见于皮肤。黄疸见于胆道阻塞、肝细胞损害或溶血性疾病。

2. 色素沉着 由于表皮基底层的黑色素增多，使皮肤色泽加深。常见于慢性肾上腺皮质功能减退（Addison 氏病）、肝硬化、尿毒症等。

3. 皮疹 根据形态、颜色及是否隆起皮肤，可冠以不同名称。如伤寒时的玫瑰疹，风湿性多形红斑的斑疹，小儿猩红热或药疹时出现的丘疹及斑丘疹，过敏引起的荨麻疹等。皮疹应与皮下出血相鉴别，前者压之退色，后者压之不退色。

4. 出血点、紫癜、瘀斑 乃皮肤或粘膜下出血所致，通常以 3 毫米～5 毫米为界，直径在此范围者称紫癜，小于此呈点状者称出血点，大于此范围者称瘀斑。见于重症感染，造血系统疾病等。

5. 蜘蛛痣 多在上腔静脉分布区域，乃小动脉分支性扩张所致，常见于慢性肝炎、肝硬化等。育龄妇女或妊娠期亦可偶见。

6. 肝掌 大小鱼际肌处皮肤发红，压之退色称为肝掌，意义同蜘蛛痣。

7. 水肿 指凹性水肿见于肾、心、肝及营养不良性水肿。非指凹性水肿见于粘液性水肿及象皮肿。

8. 皮下结节 见于风湿热时在关节附近出现的风湿小结，囊虫病时位于皮下肌肉表层的猪肉绦虫囊蚴结节，结节性多动脉炎时沿末梢动脉分布的皮下结节，感染性心内膜炎时出现在指尖、足趾、大小鱼际肌处的 Osler 小结等。

(三) 淋巴结

局部淋巴结肿大常见于非特异性淋巴结炎、淋巴结结核、恶性肿瘤转移等。全身淋巴结肿大见于淋巴瘤、各种急慢性白血病、传染性单核细胞增多症、急慢性淋巴腺炎等。

(四) 头颈部检查

1. 眉毛脱落 在眉毛外三分之一脱落更明显，常见于粘液性水肿、垂体前叶功能减退等。

2. 结膜苍白 见于贫血病人。

3. 眼球突出 见于甲状腺功能亢进。单侧突出多由局部炎症或眶内占位性病变所致。

4. 巩膜黄染 乃黄染最敏感、最先出现的部位。

5. 瞳孔改变

瞳孔缩小 见于有机磷中毒，吗啡、氯丙嗪等药物反应，虹膜炎等。

瞳孔散大 见于阿托品等药物影响或中毒、青光眼、濒死状态、癫痫大发作等。

瞳孔不等大 双侧大小不等常提示颅内病变，如脑疝、外伤血肿、脑肿瘤等。

对光反射消失 见于深昏迷、濒死状态、癫痫大发作等。

6. 鼻衄 单侧出血多见于鼻中隔偏曲、外伤、局部干燥等。双侧出血多见于全身性疾病，如血液系统疾病，发热性传染病、肝脾疾患等。

7. 扁桃腺肿大 见于急慢性扁桃腺炎，掌握肿大的分度。

8. 颈静脉怒张 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，充盈的水平不应超过锁骨上缘至下颌角距离的下 $\frac{2}{3}$ 。卧位时如充盈超过正常水平，或立位与坐位时可明显静脉充盈，称颈静脉怒张，见于右心衰竭、缩窄性心包炎、上腔静脉梗阻综合征等。

9. 颈动脉明显搏动 见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、高血压、严重贫血病人

等。

10. 甲状腺肿大 能看到肿大者至少为Ⅰ度肿大，学会全面应用视、触、听诊的方法检查甲状腺，注意肿大的甲状腺随吞咽动作上下移动，触诊甲状腺震颤，听诊低调的连续性静脉“嗡嗡音”或收缩期动脉杂音。

甲状腺肿大见于甲状腺功能亢进、单纯性甲状腺肿、甲状腺癌、慢性淋巴性甲状腺炎（桥本氏甲状腺炎）等。

11. 气管移位 见于大量胸水、气胸、肺不张，胸膜粘连等。

第四节 正常胸肺部检查

一、实习要求

1. 正确识别及描划体表标志；
2. 正确掌握语颤检查法；
3. 识别三种正常呼吸音。

二、实习内容

（一）胸部体表标志

胸部体表标志可以准确地说明胸部病变的所在部位。常用标志如下：

1. 角

1) 胸骨角（Louis 角） 由胸骨柄和胸骨体相连接处的突起所形成。作为参照物的意义在于：

- ①与第2肋软骨相连，便于肋间计数；
- ②在此水平支气管分叉；
- ③上下纵隔交界部；
- ④背部相当于第4胸椎水平。

2) 肩胛下角 两上肢自然下垂时，肩胛下角位于第7或第8肋间隙，便于背部肋间计数。

3) 腹上角 两侧肋弓于胸骨下端所构成的夹角。其大小与体型有关。正力型为90°，无力型小于90°，超力型大于90°。

4) 肋脊角 由背部第12肋与脊椎所形成的角度称肋脊角。肾、上输尿管位于此角内。

2. 窝

1) 胸骨上窝 为胸骨上方凹陷，气管位于其后正中。

2) 锁骨上窝 锁骨上方凹陷，相当于肺尖的上部。

3) 锁骨下窝 锁骨下方凹陷，相当于肺尖下部。

4) 腋窝 为乳腺癌淋巴结转移好发部位。

3. 区

1) 肩胛上区 为背部肩胛岗以上的区域。

2) 肩胛下区 肩胛下角连线与第12胸椎水平线之间的区域。

3) 肩胛间区 两肩胛骨内侧区域。

4) 肩胛区 肩胛岗至肩胛下角之间区域。

4. 划线

- 1) 前正中线 通过胸骨中央的垂线。
- 2) 锁骨中线 自胸锁关节至锁骨的肩峰端的中点所做的向下平行于前正中线的垂线。
- 3) 腋前线 通过腋窝前皱襞所做的垂线。
- 4) 腋中线 腋窝顶部中央向下的垂线，与腋前线和腋后线等距离。
- 5) 腋后线 通过腋窝后皱襞所做的垂线。
- 6) 肩胛下角线 两上肢自然下垂时，通过肩胛下角所做的垂线。

7) 后正中线 通过椎骨棘突所做的垂线（见图 1-7）。在此垂线上，当令病人头前倾时，颈后下部棘突突出最明显者为第 7 颈椎，此乃计数椎体的重要标志点。

(二) 正常肺脏检查

肺脏检查应按视、触、叩、听顺序进行。

1. 视诊

正常人两侧呼吸动度一致，无增强及减弱，肋间隙无增宽或变窄。

2. 触诊



图 1-8 胸部触诊

3. 叩诊

1) 肺部叩诊方法 被检查者取坐位或仰、卧位，于端坐位时头要稍向前倾，两手下垂置于膝上，保持平静、均匀呼吸，检查前胸时胸部稍向前挺，检查者面对被检查者或在其背后进行叩诊。

叩诊时，左手中指（叩诊板）应与肋间隙平行，并由内向外，自上而下、由前向后，双侧对比叩诊。

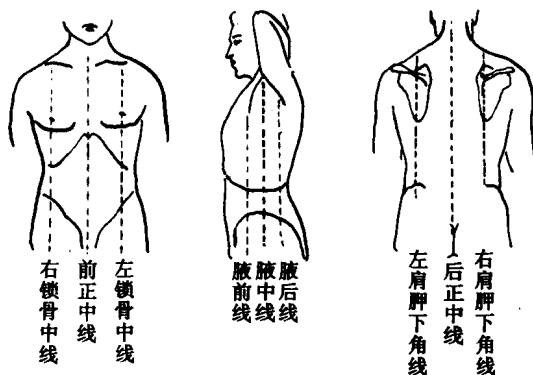


图 1-7 胸部体表标志与划线

1) 触觉语颤检查法（语颤） 医生将两手掌或手掌尺侧缘轻放于病人胸壁两侧的对称部位，令病人重复拉长声说“一”，此时医生的手掌即可感到语音传导所引起的胸壁震动，此即为语颤。检查时应自上而下，由胸前到背后，两侧对比进行检查，应注意有无局部语颤增强、减弱或消失（见图 1-8）。正常人右上胸语颤多较左上胸为强，此因右肺上部较接近气管，且右支气管较粗、短而直。

2) 胸膜摩擦感触诊方法 正常人无胸膜摩擦感，当胸膜有炎症时，由于两层胸膜间纤维蛋白沉着使接触面粗糙，深呼吸时两层胸膜产生明显摩擦，可触及皮革相互摩擦的感觉，因腋中线下部活动度较大，故此处触诊最明显。

2) 肺肝浊音界叩诊 在右胸前壁沿锁骨中线自上而下地叩诊,当叩诊音由清音变为浊音时即为肺肝相对浊音界,其代表肝上界。正常情况下,肺肝相对浊音界位于右锁骨中线第5肋间。由此继续向下叩诊,叩诊音由浊音变为实音,此即肺肝绝对浊音界,其代表肺下界。正常肺肝绝对浊音界位于右锁骨中线第6肋间。

3) 肺下界叩诊 分别沿锁骨中线、腋中线及肩胛下角线自上而下地叩诊,听到由清音变为实音或鼓音处即为相应部位的肺下界。正常肺下界如下:

锁骨中线上第6肋间。

腋中线上第8肋间。

肩胛下角线上第10肋间。

4) 肺下界移动范围 在平静呼吸时叩出肺下界以后,令病人于深吸气后屏住呼吸,再重新叩出肺下界,做一标记。然后令病人深呼气后屏住呼吸再叩出肺下界,也做一标记。以上两个标记间的距离即为肺下界移动范围(肺底移动度)。正常成人约6厘米~8厘米。

5) 胃泡鼓音区(Traube's 鼓音区) 胃泡鼓音区位于左前胸下部第7~9肋间处,为胃底含气部分所形成的鼓音区,其大小与胃内含气量多少有关。其上界为肺下界,下界为肋弓,右界为肝左叶,左界为脾脏。当肝脾肿大与左侧胸腔积液时,此鼓音区的范围可缩小或消失,正常人于饱餐后或胃内有大量液体时也可使此鼓音区缩小或消失。

4. 听诊

1) 肺部听诊方法 病人采取坐位或仰卧位,保持平静而均匀的呼吸,而在听取罗音时,常嘱病人深呼吸。听诊顺序一般由肺尖开始,然后自上而下,由胸前到侧胸和背部,于两侧对称部位进行对比性听诊。

2) 正常呼吸音 正常情况下可以听到3种呼吸音,听诊时应注意听诊部位、呼吸音强度、音调高低及呼吸时限长短等。

支气管呼吸音:在喉部、胸骨上窝、背部第6、7颈椎及第1、2胸椎附近听诊所听到的呼吸音即为支气管呼吸音,是呼吸气流通过声门、气管及主支气管时产生湍流使管壁震动而产生的声音。听诊特点为呼气较吸气的声音强、音调高、时限长,似呼气时抬高舌部所发出之“哈哈”音。

肺泡呼吸音:在支气管呼吸音及下述将提到的混合呼吸音以外的肺组织,即肺野大部分区域均可听到肺泡呼吸音,是呼吸气流入肺泡时肺泡壁由弛缓转为紧张,出肺泡时由紧张转为松弛而产生的声音。听诊特点为吸气较呼气时声音强、声调高、时限长,似向内吸气之“夫”音,声音较软,而有吹风样性质。

混合呼吸音:又称支气管肺泡呼吸音,在上述两种呼吸音听诊区交界处,即胸骨角、肩胛间区第3、4胸椎水平等处可以听到混合呼吸音,即支气管呼吸音及肺泡呼吸音二者兼而有之。吸气音似肺泡呼吸音,呼气音似支气管呼吸音,呼气与吸气时限约相等。

3) 听觉语音 被检查者按平时谈话的声调重复拉长调说“一、二、三”时,用听诊器在胸壁上可听到柔软而模糊的语音为听觉语音。听诊时应自上而下,由胸前到侧胸及背部,并进行两侧对称性听诊,比较两侧语音的强弱及性质,其临床意义同触觉语颤,当肺实变时,语音增强,字音也较清楚,称为支气管语音。