

诊断学基础

主编单位
山东医学院

协作编写单位
中山医学院 沈阳医学院
北京医学院 山东医学院

人民卫生出版社

诊 断 学 基 础

主 编 单 位
山 东 医 学 院

协作编写单位
中山医学院 沈阳医学院
北京医学院 山东医学院

人 民 卫 生 出 版 社

重 印 说 明

本书原为高等医学院校协作编写的试用教材，内部发行。现根据读者要求重印，作为参考书公开发行以适应社会需要。

一九七八年三月

诊 断 学 基 础
山 东 医 学 院 主 编

人民卫生出版社出版
四川新华印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 20¹/₂印张 1插页 470千字

1976年3月第1版第1次印刷

1978年10月第1版第2次印刷

印数：80,501—130,600

统一书号：14048·3478 定价：1.40元

目 录

绪论	1
----------	---

第一篇 问诊与体格检查

第一章 问诊.....	3
一 问诊的重要意义.....	3
二 问诊注意事项.....	3
三 问诊的内容.....	3
四 各系统疾病问诊提要.....	5
第二章 体格检查	6
第一节 基本检查方法.....	6
第二节 一般检查.....	10
第三节 头部检查.....	14
第四节 颈部检查.....	18
第五节 胸部检查.....	19
第六节 腹部检查.....	50
第七节 生殖器、肛门和直肠检查.....	61
第八节 脊柱及四肢检查.....	61
第九节 神经系统检查.....	63

第二篇 临床检验

第一部分

第一章 血液常规检查——血液检查(一)	69
第二章 尿液检查(一)	77
第三章 粪便检查	86

第二部分

第四章 血液检查(二)	89
第五章 尿液检查(二)	101
第六章 肾功能检查.....	103
第七章 肝功能检查.....	106
第八章 胃液及十二指肠引流液检查	115
第九章 脑脊液检查.....	118
第十章 浆膜腔穿刺液检查	122
第十一章 痰液检查	123
第十二章 骨髓细胞学检查	124

第三篇 X 线 检 查

第一章 总论	134
第一节 概述	134
第二节 呼吸系统	141
第三节 循环系统	153
第四节 骨、关节系统	160
第五节 消化系统	167
第六节 泌尿系统	174
第七节 节育环的正常与异常 X 线表现	177
第二章 各系统常见疾病的 X 线表现	178
第一节 呼吸系统	178
第二节 循环系统	196
第三节 骨与关节系统	201
第四节 消化系统	213
第五节 泌尿系统	221

第四篇 心电图、超声波、放射性同位素与肺功能检查

第一章 心电图检查	224
第二章 超声波检查	248
第三章 放射性同位素检查	253
第四章 肺功能检查	260

第五篇 诊断方法概述及病历书写

第一章 诊断的步骤和思维方法	266
第二章 病历书写	267

第六篇 症 状 学

一、发热	279
二、呼吸困难	281
三、水肿	283
四、腹痛	285
五、消化道出血(呕血、便血)	287
六、意识障碍	289
七、咳嗽、咳痰、咯血	290
八、胸痛	292
九、心悸	293
十、紫绀	294
十一、黄疸	295
十二、呕吐	297
十三、腹泻	298

十四、血尿·····	299
附录(一) 临床常用技术操作·····	301
皮内注射·····	301
皮下注射·····	302
肌肉注射·····	302
静脉穿刺与注射·····	303
导尿术·····	303
灌肠术·····	304
胸腔穿刺术·····	304
腹腔穿刺术·····	305
腰椎穿刺术·····	306
心包穿刺术·····	307
骨髓穿刺术·····	307
淋巴结穿刺术·····	308
肝脏活体组织穿刺术·····	308
肝脏穿刺抽脓术·····	309
乙状结肠镜检查术·····	309
静脉压测定·····	310
中心静脉压测定·····	310
胃液抽取术·····	312
十二指肠引流液采取术·····	312
附录(二) 临床检验正常值·····	313

绪 论

《诊断学基础》是阐述诊断疾病的基本知识和基本检查方法的课程。因此，它不仅是内科的入门，也是临床各科的基础。诊断是通过采取病史、体格检查、临床检验、X线检查以及其它检查方法所获得的结果，结合基础医学知识，进行分析、综合、推理和判断而建立的。没有正确的诊断就不可能对疾病采取有效的防治措施。正确的诊断来源于科学的调查研究，诊断过程是对疾病进行调查研究的過程。因此，必须以辩证唯物主义的观点为指导，才能透过复杂的临床现象，深入全面地认识疾病的本质，从而做出符合实际的诊断，更好地为医疗实践服务。

《诊断学基础》的内容包括：问诊，体格检查，临床检验，X线检查，其它检查（心电图、超声波、放射性同位素与肺功能检查）以及常见症状等。其中以问诊，体格检查，临床检验中血、尿、粪三种常规最为重要，在学习期间要切实掌握。现将《诊断学基础》的重点内容简介如下：

（一）问诊 问诊是通过医生的询问与病人的叙述，借以了解疾病的发生和发展的一种诊断方法。问诊所获得的资料往往是诊断某些疾病的重要依据。

（二）体格检查 是医生运用自己的感觉器官和简单的医用工具，对病人进行包括望、触、叩、听、嗅的全面检查的方法。由于体格检查是通过医生的感官进行的，故需要耐心细致反复的体验，方能获得正确的结果。在操作时，必须尽量减轻病人的负担和痛苦。问诊和体格检查对诊断疾病至为重要，不少疾病通过详细地问诊和认真地体格检查即能诊断。因此必须努力掌握。

（三）临床检验 它是通过物理、化学与生物的方法，对病人的体液、排泄物、分泌物等标本进行检查，从而获得疾病的病原、病理变化或器官的功能状态等资料，结合临床进行分析。临床检验在协助诊断、观察病情及制订防治措施等方面有重要作用。

（四）X线检查 利用X线能够穿透组织的性能，使解剖结构、机体器官在萤光屏上或X线照片上显示影象。根据X线对人体不同组织穿透能力的差异，可以从影象的轮廓、密度、活动情况来分析器官结构和功能状态。它可以查明某些用体格检查和其他检查方法不能查明的病变，因而具有特殊的诊断价值。X线检查也有它的局限性和一定的适应范围，故应严格掌握指征，防止滥用。

（五）其它检查 包括心电图、超声波、同位素与肺功能检查。这些检查方法都各有他们的特殊用途，对诊断疾病有一定价值。当前医学科学发展迅速，各种诊断仪器不断增多，由于疾病的性质各有不同，应按照“不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决”的原则，合理选用。

（六）常见症状 包括临床上最常见的部分症状。症状是病人所觉察到的异常感觉或现象。这些感觉或现象一般反映机体的生理功能改变或某种程度的病理形态变化。症状往往可作为诊断的重要依据，又由于个体的不同，症状的表现也各有差异，因此询问时，应深入细致地了解，然后作客观实际的分析。

毛主席教导我们：“思想上政治上的路线正确与否是决定一切的。”

在教学过程中，必须坚持无产阶级政治挂帅，坚持教育革命的方向。“为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。”我们必须以无产阶级国际主义战士白求恩同志为榜样，怀着深厚的无产阶级感情，以极端负责的精神，救死扶伤，实行革命的人道主义。在为工农兵病人的服务过程中，学习为人民服务的本领。

在教学过程中，必须以辩证唯物主义作为指导思想。遵照毛主席关于“**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**”的教导，对获得的临床资料进行归纳、整理，去粗取精，去伪存真，由此及彼，由表及里，加以综合分析和判断，才能正确地掌握诊断疾病的规律。

在教学过程中，必须走中西医相结合的道路。“**中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。**”努力做到辨病和辨证相结合，相互学习，取长补短。通过反复的临床实践，不断总结经验，为创造我国统一的新医学新药学贡献力量。

在教学过程中，必须引导学员运用对立统一法则，正确地对待现象与本质、局部与整体、共性与个性、正常与异常、内因与外因等诊断疾病中经常遇到的辩证关系，从而培养和提高学员分析问题和解决问题的能力。

第一篇 问诊与体格检查

第一章 问 诊

一、问诊的重要意义

毛主席教导我们：“没有调查就没有发言权”。问诊就是通过与病人或有关人员交谈，了解病人疾病的发生、发展和现状，以及既往健康情况，有关的生活经历等全部历史。问诊是诊断疾病的第一步，也是认识疾病十分重要的第一步。虽然现代医学迅速发展，有可能利用各种仪器（如X线、心电图、超声波等）和实验室检查来协助诊断；但是，如果忽视病史的询问及体格检查，过分地和片面地依赖器械和实验室检查，是唯武器论的反映，也不适合于临床实际的。通过问诊不仅能掌握病人的病情和思想动态，还可为落实诊断提供线索，指出方向。甚至有些疾病如溃疡病、心绞痛等，问诊可提供重要的诊断依据。对问诊粗枝大叶，询问的内容不全面、不细致，常会导致错误的诊断，引起不良的后果。因此，掌握好问诊是诊断疾病的一个重要环节。

二、问诊注意事项

（一）问病史要有阶级分析观点，要注意病人的思想情况，“千万不要忘记阶级斗争”。对广大工农兵群众，必须带着深厚的无产阶级感情、科学的态度，细致地进行问诊。问诊时要亲切和蔼，要用通俗易懂的语言，耐心启发引导病人，将疾病发生和发展的全过程调查清楚。

对急重病人，作扼要的询问和重点的检查后，应立即进行抢救，待病情好转后，再作细致的、全面的问诊及体格检查。

（二）毛主席教导我们：“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性”。在问诊过程中要善于抓住重点，深入细致地询问，但要防止只顾一点不及其余的偏向，更不可按主观想像去套问病人，以免由于暗示而影响病史的真实性。

（三）病史应由病人自己叙述，因为只有病人对自己的病情最了解，体会最深刻。对不能亲自口述的病人（如意识不清、小儿），则可向了解其病情的陪人询问，待病人意识清楚后再详细询问。

其他医疗单位转来的病情介绍及病历摘要，是重要的参考资料，但还须以医务人员亲自采得的第一手资料，作为主要的诊断依据。

三、问诊的内容

（一）一般项目 包括姓名、性别、年龄、成分、民族、籍贯、职业（工种）、已否结婚、住址、就诊或入院日期、病史叙述者。病史叙述者若非病人自己，则应注明其与病人的关系及对疾病了解的可靠程度。

(二) 主诉 主诉是病人最明显的、最痛苦的主观感觉及就诊的主要原因。

主诉应包括病人的主要症状和体征的发生与经过时间。文字要简明扼要，例如“发热、头痛二天，昏迷半天”。“上腹部反复疼痛已五年，两小时前呕血约200毫升”。如果主诉不只一个，则按发生的时间顺序记录。

通过主诉，医务人员可初步明确诊断的方向。

(三) 现病史 是这次疾病从发病至就诊的全部过程。在询问现病史时，既要注意局部症状与体征，也要重视整体机能的反应，才能对疾病有较全面的了解。主要内容有以下几方面：

1. 发病情况 发病的时间、地点，骤发或缓发，主要症状的部位、性质、持续时间和程度，发病的诱因或原因。

2. 病情演变和诊治经过 病情是进行性还是间歇性。主要症状的演变是逐渐好转，还是加重；缓和和加重的因素。患病后诊治经过，曾诊断为什么病，曾作过什么治疗，药物的名称、剂量、用法、用药时间、疗效、有无副作用等。同时要了解其他伴随症状，多个症状联系起来常能提示疾病的诊断。

3. 一般症状 患病后的精神状态、恶寒、寒战、发热、出汗（自汗、盗汗）、头身有无不适，以及体力、食欲、大小便、睡眠和体重的改变等。

(四) 既往史 过去的健康状况及患过的疾病，和现在的疾病可能有密切的关系，应详细加以询问。为了防止遗漏，可按各系统询问（参阅《各系统疾病问诊提要》），但应有重点，特别要详询与现在疾病有密切关系的病史，如对心脏病病人应了解过去有无反复发作的咽痛、关节肿痛及高血压病史等；对肝硬化病人，应询问过去有无黄疸史、血吸虫病史、嗜酒史、营养障碍史等。不仅要了解诊断是什么，更要了解当时的主要症状，病程经过和治疗效果。此外尚须了解曾经接受过何种预防注射，有无传染病史，过敏病史、外伤史及手术史等。

(五) 个人史 包括家庭环境，个人思想情况和生活习惯，有无烟酒嗜好，职业的性质，劳动条件，有无经常与毒性物质接触（如矽尘、铅、汞或磷等），就业的时间，曾否到过流行病地区。这些病史对了解是否有地方性疾病或职业病有一定帮助。

(六) 月经、婚姻及生育史 女性病人应注意询问月经情况，如初潮年龄、周期、行经日数、末次月经时间，以下列方式记录：

初潮年龄 $\frac{\text{行经日数}}{\text{月经周期}}$ 末次月经时间（或闭经年龄）

例如：14 $\frac{3\sim5}{26\sim30}$ 74.2.18（或45）

此外还要询问月经的量和颜色，有无痛经等。已否结婚与婚姻情况。已婚者应询问妊娠次数，有无流产、早产、手术产、产褥热等病史，以及计划生育情况等。

(七) 家族史 主要询问病人的家庭成员的健康情况，患过何病及死亡原因。应特别注意有无传染病及遗传性疾病。因传染病如肺结核易在密切接触中发生；血友病，某些免疫缺陷则为遗传性疾病；此外，高血压病、糖尿病等常见内科病亦可能与遗传因素有关。

四、各系统疾病问诊提要

各系统疾病除一般表现外,还有其特殊的表现,下列内容可作问诊时的参考。

(一) 发热状态

微热、中等度热、高热或超高热。骤起或缓起;有无恶寒或寒战;无汗、大汗或盗汗。发热是持续性或间歇性,发热期与无热期的长短,每日发热的时间。热型:稽留热、弛张热、间歇热、回归热、波状热、不规则热等。解热方式为骤退或渐退。伴发的各系统症状,如乏力、头晕、头痛、消瘦、咽痛、听力障碍、呼吸困难、咳嗽、咯血、胸痛、食欲不振、喜冷饮或热饮、恶心呕吐、腹痛、腹泻或便秘、腰痛、膀胱刺激征。了解有无意识障碍、贫血、黄疸、皮疹、皮肤与粘膜出血、结膜充血、甲状腺肿大、淋巴结与肝脾肿大、关节肿痛等。此外还应注意询问有无受凉、工作场所的气温、传染病接触史等。

(二) 呼吸系统

咳嗽的性质、发生与加剧的时间,与气候变化及改变体位的关系,持续时间;咳嗽的性质、量、粘稠度、颜色及气味;有无咯血,咯血的量、颜色;呼吸困难的性质、程度、出现时间;胸痛的部位、性质,与呼吸、咳嗽、体位的关系;有无伴发症状如恶寒、发热、食欲不振及体重减轻等。吸烟史、结核病接触史。

(三) 循环系统

呼吸困难的诱因与发作时间;心悸及其发生的时间;心前区疼痛的部位、性质、程度、持续的时间、放射部位与活动及体位的关系,引起疼痛的诱因及缓解方法;有无咳嗽与咯血;水肿出现时间,开始的部位及发展顺序;尿量(包括夜尿量);有无腹胀、肝区疼痛、消化不良、头晕、头痛、失眠、晕厥等。过去有无出现过类似症状、有无风湿热、高血压、动脉粥样硬化等病史。

(四) 消化系统

食欲情况;有无吞咽困难,出现的缓急、程度、持续时间及进展,与食物种类及精神因素的关系;反酸、嗝气、胃灼热感;呕吐发生的诱因、时间,呕吐物的性质、量、颜色及气味;呕血的量和颜色;腹痛的部位、性质、发生时间、有无节律性与季节性、痛与饮食、天气改变和情绪的关系,喜按或拒按;大便次数、性质(干、溏、稀)、颜色及臭味,有无里急后重;腹胀,腹内肿块的部位、形状、大小、生长速度、有无疼痛与移动性。巩膜及皮肤有无黄疸,出现的时间、程度、与疼痛的关系。有无发热,体力及体重的改变。过去有无同样病史。

(五) 泌尿生殖系统

有无水肿,出现的时间、部位及发展顺序;腰部或膀胱区有无疼痛,痛的程度、性质及放射部位;有无尿的颜色、尿量(短赤、清长)、血尿、尿混浊等改变。有无排尿困难、尿痛、尿频、尿急(膀胱刺激征)。夜尿有无增多。有无性功能改变。有无食欲减退、恶心、呕吐、头晕、头痛、心悸、呼吸困难等。过去有无咽炎、高血压史。

(六) 造血系统

疲乏、无力、头晕、头痛、眼花、耳鸣、记忆力减退、心悸、气促;食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、腹痛。皮肤粘膜有无苍白、出血点或紫癜、黄疸;其他部位的出血及

出血量；有无畏寒、发热；骨骼疼痛。有无浅表淋巴结、肝脏、脾脏肿大等。过去有无出血、传染病、寄生虫病病史，放射性物质或抑制骨髓的化学药品接触史。家族易出血史。

（七）内分泌系统及代谢

无力、畏寒、怕热、头痛、视力障碍、多汗、心跳、食欲异常、烦渴、多尿。性格改变，性器官发育及性功能。骨骼、皮肤、毛发、甲状腺、体重等的改变。过去有无结核病、手术、产后流血史及高血压史。

（八）神经系统

有无头痛，头痛的部位、性质及时间。睡眠情况，有无失眠或嗜睡。记忆力减退、意识障碍、抽搐、瘫痪、视力障碍、感觉与运动障碍、性格改变等。

第二章 体格检查

体格检查（physical examination）是医生用自己的感官或借助于简单的诊断工具，进行检查的最基本的方法。多数器质性疾病是可以通过体格检查发现阳性体征的。因此必须认真学习，反复操作，熟练掌握，才能对病人的疾病状况作出科学的判断。

基本检查方法包括：望诊，触诊，叩诊及听诊。

在进行体格检查时应注意以下几点：

（一）关心病人，体贴病人，全心全意为广大工农兵病人服务。在为病人服务的过程中，时刻要怀着深厚的无产阶级感情，急工农兵所急，痛工农兵所痛。必须批判那种单纯以病人为实习对象的资产阶级思想，树立牢固的为人民服务的无产阶级思想，要在为人民服务的过程中，学好为人民服务的本领。

（二）遵照毛主席关于“要过细地做工作。要过细，粗枝大叶不行，粗枝大叶往往搞错”的伟大教导，进行体格检查时必须严肃认真，耐心、细致，要有实事求是的作风。如病情危重，不容许详细检查时，则应重点检查，明确诊断方向，积极进行抢救。待病情好转后再进行其他必要的补充检查。

（三）检查病人需要适当的光线、温度以及安静的环境。检查时依次暴露各被检查的部位，以利全面地和准确地检查。

（四）体格检查要按一定的顺序进行。通常先由一般情况、头、颈、胸、腹、脊柱、四肢、生殖器、肛门、神经反射的顺序进行，这样可以避免不必要的重复和遗漏。

（五）体格检查必须在病程中反复进行。因病情总是不断变化的，反复检查可发现新的症状与体征，从而不断补充或改正诊断，以便及时采取适当的医疗措施。

第一节 基本检查方法

一、望 诊

望诊（inspection）是医生运用视觉来了解被检者的全身或局部情况的方法。全身一般状态包括性别、年龄、发育与营养、意识状态、面容、体位、步态与姿势等。局部望

诊可了解病人体表各部分的改变，包括皮肤、粘膜、舌苔、头颈、胸廓、腹形、四肢、肌肉、脊柱及其他骨路等。

祖国医学把望诊内容概括为神、色、形、态等四方面的变异。人体的外部表现和脏腑状态有密切关系，因此细致地观察神、色、形、态的改变，对了解和推断整体的病变具有重要意义。

二、触 诊

触诊 (Palpation) 是医生用手指或手掌，在病变部位进行触摸或按压的检查方法。触诊可了解体表和脏器病变的物理特征，可以进一步明确望诊所不能肯定的改变，如位置、大小、轮廓、表面性质、硬度、移动度、波动性及压痛等。触诊时必须把触诊的发现，密切结合其解剖部位、毗邻关系，边触摸边思索，才能进一步了解病变情况。

祖国医学将用手检查病人的方法称为切诊。切诊又分为脉诊与按诊两部分。脉诊详见血管检查部分；按诊是通过按病人体表和病变部位，以分辨寒热、虚实、邪正盛衰的方法。

(一) 触诊方法

触诊时，医生位于病人的右侧，面向病人，随时观察病人的表情，但可随不同的检查目的，而嘱病人取适当的体位。触诊可检查身体的任何部位，但对腹部的检查更为重要。检查时手要温暖，指甲要剪短，一般由病变的远处开始，逐渐移向病变处。

触诊分深部触诊与浅部触诊两种方法。

1. 浅部触诊法 用右手自然放于被检查的部位上，轻轻滑动触摸，这种方法适用于体表、关节、软组织或腹壁浅在病变的检查。其优点是在不增加病人痛苦和不引起肌肉紧张的情况下，可了解被检部位有无疼痛、抵抗感、搏动、肿块和脏器增大等改变。

2. 深部触诊法 用一手或两手重叠加压，由浅层逐渐向深层触摸，借以了解腹腔病变和脏器情况的方法。根据检查目的和手法的不同，又分为：

(1) 深部滑行触诊法：嘱病人张口平静呼吸，使肌肉松弛，医生用稍弯曲的二、三、四指末端逐渐压向腹后壁脏器或包块，连同该处腹壁皮肤一起，在被触及的脏器或包块上，作上下左右的滑动触摸，这种方法有利于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。

(2) 双手触诊法：将左手置于被检查部位的背侧，把检查部位或脏器推向正在检查的手，这样双手配合，有利于肝、脾、肾和腹腔肿物的检查。

(3) 冲击触诊法：以三、四个并拢的手指，取几乎垂直的角度，放置于腹壁上相应的部位，作数次急速而较有力的向下冲击动作。这种方法仅用于大量腹水，致肝脾用一般触诊法难以触及时采用。因急速冲击可使腹水暂时移开，因而指端易于触及肿大的肝、脾或腹腔肿块（图 1-1）。

(4) 深插触诊法：以一个或两三个手指，

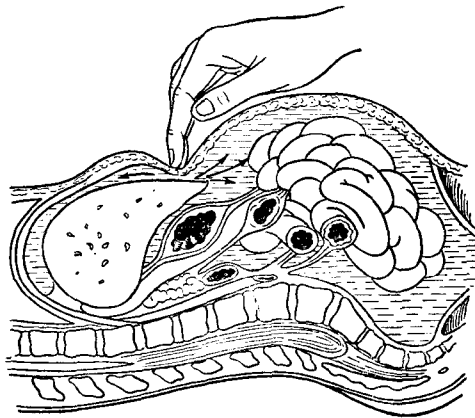


图 1-1 冲击触诊法示意图

逐渐深触腹腔某个部位，以确定腹腔内脏器或组织的压痛点。

(二) 触诊注意事项

由于触诊法可致病人一些不适或痛苦，因此，在进行时必须体贴病人，爱护病人，耐心向病人讲清检查目的和配合动作，检查时尽量细致并避免过度用力，才能获得可靠和满意的效果。

三、叩 诊

叩诊 (Percussion) 是用手指叩击身体某部，使之震动而产生音响，根据音响的特点，来判断脏器的状态和病变性质的方法。

(一) 叩诊方法

因叩诊的部位不同，需嘱病人采取适宜的体位。如叩诊胸部时取坐位或卧位，叩诊腹部时常取仰卧位。由于叩诊的手法和目的不同通常又分直接或间接两种。

1. 间接叩诊法 叩诊时，左手中指第二指节紧贴于叩诊部位，其它手指稍微抬起，勿使与体表接触。右手各指自然弯曲，以中指指端叩击左手第二指节前端，叩打方向应与叩诊部位垂直，叩诊时应以腕关节及指掌关节的活动为主，避免肘关节参加运动，叩击动作要灵活，短促而富有弹性。叩打后右手中指应立即抬起，以免影响震动的幅度与频率。一个部位每次连续叩击2~3次，叩击力量要均等适中，使产生的叩诊音响一致，才能正确判断叩诊音的变化。叩诊中随时注意与对称部位比较与鉴别，当检查范围较大，部位较深的病灶时需要采取重(强)叩诊法；对范围较小、位置较表浅的病灶则只用轻(弱)叩诊法。叩诊中除注意音响的变化外还要注意不同病灶的震动所引起的指感差异，两者互相配合，即使在环境较为嘈杂的情况下，也能获得比较满意的叩诊效果(图1-2)。

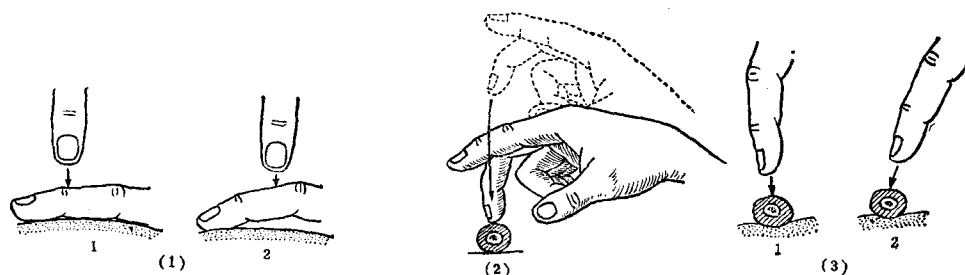


图 1-2 间接叩诊法正误示意图

(1)叩诊时手指放置于体表的姿势
1.正确姿势 2.错误姿势

(2)间接叩诊法的姿势

(3)叩诊时手指的方向
1.正确方向 2.错误方向

2. 直接叩诊法 用右手中间三指掌面，直接拍击被检查的部位，借叩击的反响和指下的震动感，来判断病变情况。这种方法适用于胸部或腹部面积较广泛的病变。

(二) 叩诊音

因被叩击部位的组织或器官的弹性、含气量、以及距体表的间距不同故可产生不同的叩诊音，临床上区分为清音、鼓音、浊音、实音、过清音等五种。

1. 清音 是一种音调低、音响较强，震动持续时间较长的声音。这是正常肺部的

叩诊音，提示肺组织弹性良好。

2. 鼓音 是一种和谐的低音，与清音相比音响较强，震动持续的时间也较长，在叩击含有大量气体的空腔器官时出现。正常见于左下胸的胃泡区及腹部，病理情况下可见于肺空洞、气胸、气腹等。

3. 浊音 音调较高，音响较弱、震动持续时间较短。叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器时即可产生。如叩击心脏或肝脏被肺组织所覆盖的部分，或在病理状态下肺含气量减少时，皆可出现浊音。

4. 实音 亦称重浊音，音调较浊音更高，音响更弱，震动持续时间更短。叩击不含气的实质脏器如心、肝所产生的声音，为实音(绝对浊音)。在病理状态下，见于大量胸腔积液或肺实变。

5. 过清音 音调、音响介于清音与鼓音之间。见于叩击弹性减弱，而含气量增多的肺组织如肺气肿时。

四、听 诊

听诊 (Auscultation) 是医生直接用耳或借助于听诊器,以听取体内脏器在运动时发出的声音的检查方法。听诊可分为直接与间接两种。直接听诊法是以耳直接贴附于被检查部位,用这种方法听取的声音较弱,也不方便,只有在某些特殊情况或紧急情况才采用。

间接听诊法是借助听诊器听诊的方法。此法方便,可在任何体位时使用,同时对脏器运动的声音还有所放大,易于听清。通常采用的听诊器有两种类型:一是钟型,适于听低调声音,如二尖瓣狭窄的隆隆样舒张期杂音。一种是膜型,适于听高调的声音,如主动脉瓣关闭不全的舒张期杂音(图1-3)。

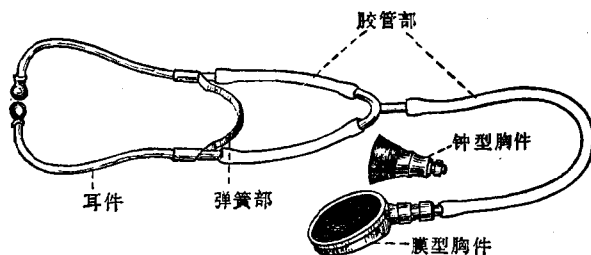


图 1-3 听诊器模式图

用听诊器进行听诊,是临床上通用和重要的检查方法。尤其对肺部呼吸音和附加音,心脏的心音,心律和杂音的听诊更为重要。听诊是基本检查法中的重点与难点,学习此部分内容时要知难而进,充分发扬为革命而学的精神,勤学苦练,反复实践,才能达到切实掌握和熟练应用的程度。

听诊是一项严肃而细致的检查,检查时环境需安静、温暖、背风,因寒冷可引起病人肌束颤动,出现附加音,影响听诊效果。检查时应根据病情嘱病人采取适当的体位,对体弱不能起床的病人,为减少病人变动体位的痛苦,以膜型听诊器为佳。听诊前应注意听诊器的耳件方向是否放正,管腔是否通畅;胸件要紧贴于被检查的部位,避免与皮

肤摩擦而产生杂音。此外，听诊时注意力要集中，听心音时要排除呼吸音的干扰，听肺时也要排除心音的干扰。

中医用听觉检查病人只是闻诊的一部分（另一部分是以嗅觉检查病人），以病人的语音、呼吸、咳嗽、呕吐、肠鸣、呻吟等作为辨证的依据。

第二节 一般检查

一、一般状态检查

一般状态检查以望诊为主，有以下内容：

（一）性别(Sex) 某些疾病的发生与性别有一定的关系，有些疾病多见于某一性别之中，如甲状腺疾病多见于女性；胃癌、食管癌多见于男性。有些疾病则仅发生于某一性别之中，如甲型血友病仅见于男性。

（二）年龄(Age) 许多疾病的发病率在不同年龄组中有明显的差异，如佝偻病、麻疹、白喉多见于儿童与幼儿；结核病、风湿病多见于少年与青年；动脉硬化症一般发生于中年及老年。

（三）体温(Temperature) 体温测量通常用口腔测温、腋窝测温、直肠测温三种方法进行。

口测 测量5分钟，正常值为 $36.2^{\circ}\text{C}\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，一般保持在 37°C 上下。

肛测 测量5分钟，肛测较口测约高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。

腋测 测量10分钟，正常值为 $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。此法安全，不易交叉感染，临床上较多使用。

正常人24小时内体温略有波动，一般相差在 1°C 以内，早晨略低，下午略高；老年人体温稍低；运动、进食后体温稍升；妇女在月经前或妊娠期中体温略高。体温高于正常称为发热。

体温测量可客观地了解发热病人的体温高度和热型。某些体温的变化具有一定的规律性，如疟疾、波状热等，因此，常可作为诊断疾病的参考。为了了解病人的发热情况，一般每日最好测量四次；并将所测体温记录于体温单上，并连成体温曲线。体温曲线是临床病历的重要组成部分。

按体温高度（腋表）一般分为：微热， $37.5^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ ；中度发热， $38^{\circ}\text{C}\sim 39^{\circ}\text{C}$ ；高热， $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ；超高热， 40°C 以上。热型与临床意义见症状学——发热。体温测量结果与病情有不符时，应考虑以下因素的影响：

1. 测量前未将体温计的汞柱甩到 36°C 以下。
2. 消瘦病人，因不能将体温表挟紧，可出现较实际体温为低的现象。
3. 体温表附近有影响体温的冷、热物体，如冰袋或热水袋。

（四）呼吸（见第二章，第五节，二）

（五）脉搏（见第二章，第五节，五）

（六）血压（见第二章，第五节，五）

（七）发育与营养

1. 发育 通常以年龄、体格成长状态（身高、体重及第二性征）之间的关系来衡

量。发育正常时，两者是均衡的。第二性征与年龄是适应的。一般正常标准为：胸围等于身高的一半，两上肢展开的长度约等于身高，坐高等于下肢的长度。正常人身高与体重之间的关系是不平衡的，因此，临床上可将正常人的体型分为瘦长型（无力型）；矮胖型（超力型）；匀称型（正力型）三种。但自幼即加强卫生保健，进行生产劳动及体格锻炼，对体型的正常发育具有重要意义。体型与某些疾病有一定关系。体型的特殊改变，往往为内分泌疾病的表现。如在发育成熟前患前垂体机能亢进时，体格可异常高大（巨人症）；前垂体机能减退时，体格则异常矮小（侏儒症）；肾上腺皮质机能亢进时可引起向心性肥胖体形（柯兴氏综合征）；幼年时长期营养不良可影响发育，如维生素D缺乏时可致佝偻病。

2. 营养 是根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的发育情况判断的，大致可分为：良好、中等、不良三种。

(1) 良好：皮肤粘膜红润，皮下脂肪丰满，有弹性；肌肉结实；毛发指甲光泽；精神饱满。

(2) 不良：皮肤粘膜弹性差，皮下脂肪菲薄、肌肉松弛无力、指甲粗糙无光泽、毛发稀少、精神萎靡。

(3) 中等：介于以上两者之间。

营养不良可见于严重消耗性疾病，如严重肺结核；恶性肿瘤；新陈代谢疾病，如糖尿病；消化机能障碍，如慢性腹泻；某些内分泌病，如甲状腺机能亢进症，产后垂体机能减退症（席汉氏综合征）。

(八) 意识状态 意识状态是大脑功能活动的综合表现。正常人意识清晰，反应敏锐精确，思维合理，语音清亮。某些疾病可引起意识状态的改变：如兴奋不安、神志紊乱、语言失常、循衣摸床等，统称为意识障碍。根据障碍的程度可分为：意识模糊（Confusion）、谵妄（Delirium）、昏睡（Stupor）、昏迷（Coma）等。临床上检查意识状态多用问答、查定向力、进行痛觉试验、各种反射（如瞳孔对光反应，角膜反射）等来测定意识障碍的程度。

(九) 面容 健康人面色红润、精神健旺、表情自如。祖国医学分析为气、色、神、形，并通过它们的盛衰来判断身体的健康状态。若这些表现失去常态，称为病容，不同的疾病可引起不同的病容，几种常见病容如下：

1. 急性病容 面色潮红、兴奋不安、鼻翼煽动，口唇有疱疹，表情痛苦，多属实热症候。见于大叶性肺炎、疟疾等急性传染病。

2. 慢性病容 容颜憔悴，消瘦乏力，形衰色败，目暗睛迷，多属虚寒症。见于慢性消耗性疾病病人，如晚期恶性肿瘤、肝硬化、严重结核病等。

3. 甲状腺机能亢进症面容 典型表现为眼球凸出，双目闪光，兴奋不安等。

4. 二尖瓣面容 双颊紫红，色泽晦暗，口唇紫绀，见于二尖瓣狭窄。中医认为系血脉瘀阻所致。

5. 病危面容 形容枯槁，面色苍白，双目无神，额部冷汗，四肢厥冷，中医属亡阴或亡阳范畴。常见于急性腹膜炎、休克、出血等。

(十) 体位 不同疾病及意识状态，可使病人主动或被动采取相应的体位。

1. 自动体位 身体活动自如，不受限制，见于轻病或重病早期。