

全国“星火计划”丛书

乡村医生临床实用丛书

常见病症 的鉴别诊断

主编 龚兰生 张维忠
上海中医药大学出版社



总 序

中华人民共和国卫生部部长 陈敏章

《乡村医生临床实用丛书》经数十位中西医专家的辛勤努力，现在和广大读者见面了。我对此表示祝贺！

我国幅员辽阔，人口众多，其中农村人口占全国人口的80%；广大农村地区生产力发展水平还不高，经济基础仍较薄弱，相当多的农民不能就近享受到比较优质的医疗卫生保健服务。一些边远地区和少数民族地区，缺医少药的现象依然存在。

新中国成立以后，我国的医疗卫生事业有了很大的发展，城乡三级卫生网已初步建立，卫生专业技术队伍不断壮大；同时培养和造就了一支百万人的乡村医生队伍，活跃在农村防病治病的第一线。近十年来，随着改革开放的深入发展，国家在乡村和县级医疗机构的建设方面继续作出了很大努力，但是如何尽快地提高农村的医疗卫生水平，保证九亿多农村人口身体健康，以加快广大农村地区实现2000年人人享有卫生保健的宏伟目标，仍是摆在我们面前一个需要付出巨大努力的十分重要的任务。

目前乡村卫生院是农村三级医疗网中比较薄弱的环节，在全国5万多所乡镇卫生院、60余万所村卫生所或医疗站中，房屋、医疗设施简陋的占了相当大的比例。应该指出，广大农村基层卫生人员特别是乡村医生为农民防病治

病作出了积极的贡献,但由于他们缺乏足够的专业技术培训,业务素质普遍不高,这与他们承担的医疗卫生保健任务很不相称。不少乡村医生喜欢运用中医药治疗手段和技术防病治病,但他们反映,目前适合农村医生阅读和进一步提高诊疗水平的实用医学书籍很少见到或买到。要在短期内将这么庞大的一支乡村医生队伍的医疗水平迅速提高到适应乡村医疗卫生保健需要的程度,仅仅依靠政府主管部门的努力是十分困难的。

为了尽快改变现状,除各级政府积极创造条件,为当地的乡村培养所需要的适宜卫生技术人员,适当投资并逐步改善医疗卫生条件外,还需要社会各方面的通力支持。上海中医学院出版社积极组织国内有一定影响的中、西医专家,根据乡村医疗卫生工作的实际情况,以解决临床诊断与治疗实际问题为出发点,编写这套融贯中西医之长,有助于乡村医生掌握中、西医基本技能,以防治乡村常见病、多发病的临床实用丛书,这是一项很有实际意义的工作。目前,这套丛书已列为“八·五”期间重点图书,并列入国家星火计划,它的出版,将为各地乡村医生的培训和复训工作提供一套很好的参考教材,相信会受到广大乡村医生的欢迎。我由衷期待社会各方面多作努力,为加速培养农村卫生技术人员,全面提高农村医疗卫生水平,建设具有中国特色的社会主义卫生事业多作贡献。

1992年6月19日

前 言

随着现代医学的发展，诊断手段与工具不断更新，检查项目日新月异，但是对于常见病的诊断仍然离不开基本知识和方法，尤其是医生的思维方法和技巧。本书试图以通俗易懂、切合实用的方式向基层医务人员，主要是我国广大农村地区的医师，介绍常见病的基本诊断手段、鉴别诊断要点、诊断思路与步骤。本书特点以常见的症状和体征为线索，引导基层医生联系临床疾病进行分析思考，从而作出正确的判断。因此，本书力求避免冗长的理论撰写，较多内容侧重于围绕症状或体征如何思考以及具体诊断步骤。从基层单位实际情况出发，一些实验室和特殊器械检查仅扼要提及，未作详细介绍。

本书内容包括三大部分：诊断方法、症状与体征。诊断方法论述疾病诊断过程中的共性问题，即诊断手段、诊断思路与技巧，旨在提高总体临床思维能力；症状与体征分别介绍常见的30项临床症状和20项体征，以期提高解决临床问题的才能。每节内容分别邀请具有一定实践经验和理论知识的临床医生撰写。本书可以作为基层医生业务培训的教材，也可作为广大医学爱好者的参考读物。希望本书能为读者提供一把诊治常见疾病的开门钥匙。

由于编者经验和水平有限，缺点与不足之处，敬请读者与同道不吝指正。

上海第二医科大学附属瑞金医院

龚兰生 张维忠

目 录

第一章 诊断方法

第一节	手段	1
第二节	思路	22
第三节	技巧	25

第二章 症 状

第一节	高热	28
第二节	低热	35
第三节	咳嗽	38
第四节	咯血	44
第五节	呼吸困难	50
第六节	声音嘶哑	57
第七节	心悸	63
第八节	胸痛	67
第九节	晕厥	73
第十节	头痛	80
第十一节	眩晕	85
第十二节	吞咽困难	88
第十三节	呕吐	93
第十四节	腹泻	98
第十五节	慢性腹痛	103
第十六节	便秘	108

第十七节	黑便	113
第十八节	便血	119
第十九节	鼻出血	123
第二十节	紫癜	128
第二十一节	血尿	134
第二十二节	水肿	140
第二十三节	多尿	144
第二十四节	尿频	147
第二十五节	腰痛	153
第二十六节	关节痛	159
第二十七节	抽搐	164
第二十八节	间歇性跛行	169
第二十九节	闭经	173
第三十节	昏迷	177

第三章 体 征

第一节	贫血	184
第二节	淋巴结肿大	188
第三节	甲状腺肿大	192
第四节	肝肿大	196
第五节	脾肿大	200
第六节	腹块	203
第七节	腹水	208
第八节	黄疸	211
第九节	紫绀	216
第十节	杵状指	222
第十一节	心脏杂音	227
第十二节	早搏	234

第十三节	心动过速	237
第十四节	心动过缓	242
第十五节	血压升高	247
第十六节	血管杂音	252
第十七节	偏瘫	258
第十八节	肥胖	262
第十九节	消瘦	266
第二十节	皮疹	269

第一章 诊断方法

第一节 手 段

在临床工作中，尽管疾病种类繁多，表现各异，然而一般诊断疾病的过程却是相同的。医生利用各种方法调查了解病人患病的材料，进行整理、分析、思考，并观察其发展变化，最后作出结论。采用的手段主要是询问病史、体格检查和辅助检查。

询问病史是问病人自我感觉的一些异常症状，重点在症状的发生、发展变化及有关因素。体格检查通过医生的感觉器官和简单工具观察疾病的客观表现，例如肝、脾肿大，心脏杂音等。辅助检查包括临床化验、细菌学、病理学等实验室检查和X线、心电图、各种内窥镜等器械检查。询问病史、体格检查和辅助检查三者密切有关，相互补充，就好像人的三个手指，即拇指、食指、中指，互相配合能够灵活方便地抓取物品。事实上，许多常见疾病通过询问病史和体格检查就可以获得正确的临床诊断。单纯依赖实验室或其他辅助检查的结果反而有片面性，导致误诊。如果没有病史和体格检查材料的指引，就不能有的放矢地选择辅助检查项目，对其结果也无法作出合理的解释。

一、询问病史

询问病史是诊断疾病的第一步。在某些疾病或疾病的早期，病人如无客观表现而仅有自觉症状，问诊就显得更为重要。询问病史还常为诊断疾病提供需进一步检查的重要线索，例如病人主诉隔日寒战高热，就需验血找疟原虫。问诊一般询问患者本人或

家属、陪同人员，要鼓励病人陈述自己最主要的症状和发生时间，要按疾病发生、发展的顺序来问，要追问有关鉴别诊断的重要症状。

询问病史的主要内容如下：

(一) 一般资料 主要包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、婚姻状况、职业等。上述的一般资料，可能对疾病诊断有意义，帮助排除某些疾病或提示某些疾病的可能性。例如低热在年轻人以结核病、风湿热可能性大，在老年人要考虑恶性肿瘤；已婚具生育能力的女性患呕吐时应将妊娠考虑在内，而不仅只想到胃肠道疾病；居住在农村者不能忽略肠道寄生虫病；如果是工厂作业者，还应注意工种，排除有关化学品慢性中毒的可能性。

(二) 主诉 主诉是病人最明显的主观感觉及其就医的主要原因，应包括病人最痛苦的一个或两个主要症状或体征及其持续时间。通过主诉可初步估计疾病的主要部位与性质，例如咳嗽，痰中带血2周，估计是呼吸系统疾病，医生可根据咳嗽、咯血入手进行鉴别诊断。从持续时间可以判断疾病发生的急或缓，以及病情演变规律，究竟属于急性骤发、慢性持续性、发作性，还是进行性加剧。

(三) 现病史 现病史包括目前患病的整个过程，即病前状态、发病日期与时间，发病情形、特点与发展变化以及诱发因素。例如病人诉说腹痛，需追问腹痛的部位、疼痛的性质(阵发性、持续性、胀痛、绞痛、局限、游走等)、持续时间、有无合并症状，如呕吐、腹泻、发热、皮疹等。如果曾经治疗过，要询问治疗方法、药物以及效果。根据上述资料，初步可以对疾病获得印象诊断。为了确定诊断，避免漏诊和误诊，有时应简要地询问呼吸、循环、消化、泌尿生殖、内分泌、神经系统的有关症状以及有无传染病接触史。

(四) 过去史 重点询问与现在疾病有关的内容。例如在血压

升高者要追问有无血尿、浮肿等肾炎史；心力衰竭气急者过去有无心、肺疾病。另外，传染病史、过敏史、预防接种史与手术史也不可忽略。

(五) 个人史 重点询问个人烟、酒嗜好，特殊工种史(煤矿、玻璃与粉尘作业等)，流行病区居住时间。女性患者要询问月经、妊娠与生育情况。

(六) 家族史 特别注意家族中传染病和一些遗传性疾病。原发性高血压、胰岛素非依赖性糖尿病等可能有遗传因素参与。了解家族史对诊断有帮助。

二、体格检查

通过体格检查常能发现疾病的阳性体征，有时对诊断有确诊价值。体格检查应按一定顺序进行，一般采取由上而下，即头、颈、胸、腹、脊柱、四肢、肛门、神经反射的次序，这样可以避免重复与遗漏。对于已发现的体征，则应作重点详细检查。应注意体格检查必须在整个疾病诊疗过程中反复多次进行，观察体征的变化。

体格检查的主要内容如下：

(一) 一般状态 全身一般状态的检查包括体温、脉率、呼吸频率与节律、血压、发育与营养状态、意识状态、面容表情、体位姿势及步态等。

1. 体温 通常使用三种体温测量法。①口腔：将消毒的体温计置于舌下，然后紧闭口唇，避免用口呼吸，测量5分钟观察度数。②直肠：被检者取侧卧位，肛表头部涂以润滑剂，徐徐插入肛门，深达肛表的1/2处，测量5分钟观察度数。直肠温度一般较口腔高 $0.3^{\circ}\text{C}\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。③腋窝：将体温计置于腋窝深部，用上臂将体温计夹紧，测量10分钟观察度数。腋窝温度一般较口腔低 0.5°C 。

2. 发育 发育状态通常以年龄、智力和体格成长状态之间的关系来判断。正常成人有三种体型：①无力型：亦称瘦长型，表

现为体高肌瘦、颈细长、肩距窄、肩胛下垂、胸部扁平、腹上角小于90度；②超力型、亦称矮胖型，较矮、健壮、颈粗短、肩宽平、胸围大、腹上角大于90度；③正力型：亦称匀称型，身体各部分结构适中，肌肉、脂肪分布匀称。

3. 营养 一般根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的充实程度作综合判断。皮下脂肪厚度一般测量前臂中段内侧或上臂中段外侧。营养状态可分为三个临床等级：①良好：皮肤光泽，粘膜红润，皮肤弹性良好，皮下脂肪丰满有弹性，肌肉坚实，指甲光滑呈半透明；②不良：皮肤粘膜干燥，弹性减低，皮下脂肪菲薄，肌肉松弛无力，指甲透明度差、粗糙、有条纹或凹陷，毛发稀疏无光泽；③中等：介于以上两者之间。

4. 意识状态 通过与被检查者谈话和观察其对周围事物的反应作出判断。正常人意识清晰，反应敏锐、精确，思维合理，有逻辑性，语言清楚流利。意识障碍分为嗜睡、意识模糊、昏迷、谵妄。

5. 面容与表情 正常人或轻症者表情自然，无病容。临床上常见的病容包括急性高热面容、慢性消耗性面容、典型二尖瓣面容、贫血面容、甲状腺功能亢进面容、粘液性水肿面容、满月面容、假面具面容、病危面容等。

6. 体位 指患者身体所持的姿势或位置。①自主体位：身体可自由活动不受限制，正常人和疾病早期、病情轻微的患者所采取的动作或休息体位即为自主体位。②被动体位：患者肢体处在一种不合理或不舒适的姿势，而自己又不能调整或变换其位置，见于病情严重、极度衰弱或意识丧失的病人。③强迫体位：患者为减轻痛苦所采取的某种必需的姿势或位置，例如强迫仰卧位、端坐呼吸、强迫蹲位、辗转体位等。

7. 步态 病态情况下可出现蹒跚步态(鸭步)、醉酒步态、慌张步态、跨阈步态、剪刀步态、共济失调步态等。

(二) 皮肤和粘膜

1. 颜色 灯光下皮肤色泽失真,应尽可能在自然光线下进行观察。注意有无苍白、发红、发绀、黄染以及色素沉着等改变。

2. 湿度与出汗 植物神经功能调节小血管舒缩,影响皮肤血流量和湿度。风湿热、结核病、甲状腺功能亢进等出汗较多的患者,皮肤较湿润;维生素A缺乏和粘液性水肿患者,出汗较少,皮肤干燥。

3. 弹性 检查皮肤弹性可用食指和拇指将手背或上臂内侧的皮肤捏起,正常中青年人在松手后皮肤皱褶立即平复,老年人则皮皱平复缓慢。长期消耗性疾病、严重脱水时,皮肤弹性减低;发热与水肿时,皮肤弹性增强。

4. 皮疹 正常人皮肤表面光滑,色泽基本一致。出现皮疹时,要观察其分布、形态、大小、颜色,加压后是否褪色,平坦还是隆起,有无瘙痒与脱屑。

5. 出血点与紫癜 皮肤、粘膜出血的范围,直径 <2 毫米是出血点;3~5毫米为紫癜; >5 毫米为瘀斑;片状出血伴有局部皮肤显著隆起则是血肿。

6. 蜘蛛痣 在胸、颈以上部位出现的点状或伴有辐射状小血管网的红色斑点,用指尖压迫中心部位,小红点及周围的红色网络消失,压力解除后又出现,即为蜘蛛痣。常见于慢性肝炎、肝硬化者,健康孕妇也可有少数蜘蛛痣。蜘蛛痣要与皮肤小红痣鉴别,小红痣高出皮肤表面,亮红、光滑,大小一致,加压后不褪色,无病理意义。

7. 肝掌 手掌的大鱼际肌、小鱼际肌以及指腹的皮肤发红,而掌心明显苍白,发红部分加压后立即褪色。肝掌见于慢性肝病者。

8. 疤痕 疤痕是外伤、感染、手术后皮肤在修复过程中由新生结缔组织形成的不规则韧性结构,常表示过去病损留下的永久

性痕迹。

9. 水肿 重度水肿外观明显,轻度水肿易被疏漏。用指加压局部,如胫骨前皮肤,出现组织凹陷,称为凹陷性水肿;加压后无凹陷的水肿,见于粘液性水肿和象皮肿。水肿程度可分为:①轻度:仅见于眼睑、眶下软组织、胫骨前、踝部皮下组织,指压后轻度下陷,很快即平复;②中度:全身出现外观水肿,指压后有明显凹陷,平复缓慢;③重度:全身组织严重水肿,低部位处皮肤变薄、发亮,甚至有液体渗出,胸腔、腹腔、鞘膜腔内出现积液,外阴部有严重水肿。

10. 毛发 年龄、疾病、营养、精神状态等都可使毛发发生改变。

11. 指甲 正常人指甲表面稍弯曲、光泽、半透明、颜色红润。缺铁性贫血者指甲苍白,中部凹陷,边缘翘起,呈匙状。指甲中央部隆起,弯曲度增大是杵状指。霉菌感染的指甲,指甲面不光滑、粗糙、灰白、酥脆。指甲面出现横沟见于慢性消耗性疾病。

(三) 淋巴结 检查淋巴结应按一定的顺序进行,一般为耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颈后三角、颈前三角、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝等。检查时局部肌肉应放松,使皮肤松弛,由浅入深地进行触诊。正常人在颈、下颌、腹股沟部有时可触及直径0.2~0.5厘米的表浅淋巴结,质地柔软、光滑,可推动,无压痛,无特殊临床意义。

(四) 五官

1. 眼

(1) 眉毛 注意观察眉毛有无稀疏或脱落,尤其外1/3部位。

(2) 眼睑 检查眼睑有无下垂、水肿、闭合障碍,有无包块、睑内翻或外翻及倒睫等。

(3) 结膜 检查结膜需翻转眼睑，用食指与拇指捏住眼睑中部的边缘，嘱被检者向下看，轻轻向前方牵拉，然后食指向下压，拇指同时将睑缘向上捻转。观察结膜有无充血、苍白、出血点、颗粒及滤泡等。

(4) 眼球 检查眼球有无外突和运动异常。用不透明物遮住一侧眼睛，嘱病人用另一侧眼凝视光源，在取下遮蔽物后如有眼球偏斜，即为斜视。嘱病人注意光源，如看到存在两个光点即可确定复视。嘱病人眼球随检查者手指所示的水平或垂直方向运动数次，可观察眼球是否出现水平或垂直方向的运动。将食指和中指置于一侧眼球上，嘱病人下视，然后用适度的压力测试眼球的张力可初步估计眼压。

(5) 巩膜 主要观察巩膜有无黄染以及黄染的程度。

(6) 角膜 观察角膜的透明度，有无云翳、白斑、软化、溃疡及新生血管等。在老年人角膜周围可见白色色素环。

(7) 虹膜 正常人虹膜圆盘形，中间的瞳孔正圆形。炎症、水肿时虹膜纹理模糊或消失；青光眼时虹膜颜色变淡。

(8) 瞳孔 正常人瞳孔直径3~4毫米，圆形，边缘规则光滑，双侧等大。观察瞳孔大小变化可了解中枢神经系统和瞳孔括约肌、扩大肌的功能状态；①直接对光反射：用手电筒直接照射瞳孔，在正常人双侧瞳孔立即缩小，移开光源后瞳孔迅速复原；②间接对光反射：用手电筒照射一侧瞳孔，用手隔开两眼，在正常人对侧瞳孔也立即缩小；③调节反射：嘱被检查者注视1米以外的目标(手指)，然后将目标迅速移近眼球(距眼球约20厘米处)，正常人瞳孔迅速缩小，同时双侧眼球向内聚合，称辐辏反射。

(9) 视力与色觉 视力用标准视力表检查。在远距离视力表5米处能看清1.0行目标为正常视力；在近距离视力表33厘米处能看清1.0行目标为正常视力。色觉用色盲表检查，相距0.5米在10秒钟内读出表上的数字或图形。

2. 耳 检查外耳道有无分泌物,鼓膜有无内陷、外凸或穿孔。听力检查时嘱被检查闭目,用手指堵住一侧耳道,检查者手持秒表自1米以外逐渐移近被检者耳边,听力正常者一般在1米距离处即可听到秒表声。

3. 鼻 观察有无马鞍状或蛙状鼻、酒糟鼻等异常。将拇指置于鼻尖,其他手指置于额部,以拇指上推鼻尖,可以检查鼻中隔,观察鼻中隔位置、有无穿孔、出血、充血和分泌物。鼻腔周围有4对鼻旁窦,采用以下方法检查有无压痛:上颌窦:双手固定在病人两侧耳后,将拇指分别置于左、右颧部并向下按压;额窦:一手扶持病人枕部,另一手置于眼眶上面内侧并向下按压;筛窦:一手扶持病人枕部,另一手拇指置于鼻根部与眼内角之间,向筛窦方向加压;蝶窦:位置较深,难以压按检查。

4. 口、咽

(1) 口唇 观察口唇的色泽和干湿等情况有鉴别诊断意义。口唇苍白:贫血,急性失血,主动脉关闭不全;口唇深红:高热,红细胞增多症;口唇紫绀:心、肺功能不全,先天性心脏病,亚硝酸盐中毒;口唇干燥、皲裂:严重脱水;口唇肥厚:肢端肥大症,粘液性水肿。

(2) 口腔粘膜 正常口腔粘膜光洁,呈粉红色。注意观察有无出血点、溃疡、麻疹粘膜斑、色素沉着斑等。

(3) 牙齿与牙龈 观察有无龋齿、残根、牙面有无异常色素沉着。观察牙龈有无红肿、溢脓、出血、牙龈缘有无蓝色铅线。

(4) 舌 检查时舌展平伸出,正常舌体表面淡红色,舌面有淡白色薄苔。病态情况下可出现地图舌、草莓舌、牛肉舌、镜面舌、厚苔舌、毛舌、白斑舌等。

(5) 咽部与扁桃体 检查时患者取坐位,头略向后仰,口张大发“阿”音,将压舌板置于舌前2/3与后1/3交界处迅速下压,此时软腭上抬,在手电筒照射下可见软腭、悬雍垂、舌腭弓、扁桃

体及咽后壁。注意观察咽部各结构有无充血、红肿、分泌物、扁桃体是否肿大。扁桃体超出咽腭弓表示明显肿大。

(五) 颈部

1. 肿块 采用视诊与触诊相结合检查。如有肿块,要注意其轮廓大小、质地、弹性、表面是否光滑以及有无压痛。

2. 血管

(1) 静脉充盈 检查时取坐位或立位,正常时颈外静脉不显露,平卧时略有充盈。当坐位或立位时见静脉充盈饱满,即颈静脉怒张。

(2) 颈静脉搏动 正常人颈静脉无搏动。心脏三尖瓣关闭不全者可见柔和的、弥散的起伏波,但触诊时无搏动感。

(3) 颈动脉搏动 搏动为膨胀性,触诊有搏动感,见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进和严重贫血。

(4) 血管杂音 在颈部大动脉部位和锁骨上窝处有时用听诊器可听到收缩期血管杂音,见于大动脉炎、动脉粥样硬化斑块部分阻塞血管时。

3. 甲状腺 检查时取坐位,正视前方,嘱患者作吞咽动作,可见甲状腺随咽下动作而上移,颈稍后仰观察可更清楚。当视诊不能明确甲状腺肿大的轮廓与范围时,可采用触诊法:站在病人背后,双手拇指放在颈后,其他手指从甲状软骨两侧进行触摸,同时让病人作吞咽动作。甲状腺肿大分为三度。Ⅰ度:不能看出,但能触出;Ⅱ度:能看到,也能触出,但肿大范围不超出胸锁乳突肌;Ⅲ度:肿大范围超过胸锁乳突肌外侧缘。部分弥漫性甲状腺肿伴功能亢进者可听到收缩期血管杂音。

4. 气管 用食指和无名指分别置于两侧胸锁关节上,将中指置于气管上,如果中指位于两指正中间表示气管居中,如果有偏移则表示气管牵拉移位。

(六) 胸部

1. 胸壁 观察胸壁静脉是否显露可见,两侧乳头是否对称,乳晕色素有无异常,乳房有无隆起、包块、内陷或破溃。胸壁静脉怒张表示上腔静脉或下腔静脉回流受阻,形成侧枝循环。检查静脉血流方向可提示阻塞部位,上腔静脉受阻时血流方向自上而下;下腔静脉受阻时血流方向自下而上。在严重肺气肿者可出现肋弓缘胸壁小静脉怒张。检查胸壁压痛点可鉴别胸壁软组织、肋骨病变还是心、肺疾病。

2. 胸廓 观察胸廓外形两侧是否一致、对称。正常成人前后径小于左右径,两者比例约为1:1.5,小儿与老年人前后径略小于左右径。临床常见异常胸廓有扁平胸:前后径小于左右径的1/2,见于肺结核和慢性消耗性疾病;桶形胸:前后径与左右径相等,见于肺气肿;鸡胸:即佝偻病胸,胸骨下端显著前突,前后径甚至大于左右径;佝偻病串珠:各肋骨与肋软骨连接处变厚、粗大,上下排列成串珠状;肋膈沟:胸前下部肋骨向外凸出,形成一道浅沟;漏斗胸:胸骨下部剑突和肋骨内陷使胸廓呈漏斗状,漏斗胸与鸡胸见于佝偻病史患者。另外,一侧胸腔积液、心脏扩大和主动脉瘤可使胸廓局限性隆起;肺不张、胸膜粘连造成胸廓局限性凹陷。

3. 肺

(1) 观察呼吸运动 ①呼吸运动类型:可分为胸式与腹式,不少疾病使呼吸运动类型发生变化。肺、胸膜疾病及胸壁疾病(如肋间神经痛、肋骨骨折)者,胸式呼吸减弱或消失,腹式呼吸增强;腹膜炎、大量腹水、肝脾极度肿大、妊娠后期时,腹式呼吸减弱而胸式呼吸增强。②频率:呼吸频率增快见于运动后、发热、疼痛、贫血、甲状腺功能亢进、心肺功能不全;呼吸频率减慢见于镇静药过量、颅内压增高。③深度:肺、胸膜疾病、呼吸肌麻痹、严重腹胀使呼吸深度受限制;在尿毒症和糖尿病所致酸中毒时,出现深长呼吸。④潮式呼吸与间停呼吸:潮式呼吸的特点是由浅