

新编临床体检图解

杨仲昆 主编

华夏出版社

新编临床体检图解

主编 杨仲昆

编者 杨仲昆 蓝之荣 杨学照
张 勤 游子文 周汉庭



08399103

华夏出版社

1993年·北京

(京)新登字045号

新编临床体检图解

杨仲昆 主编

*

华夏出版社出版发行

(北京东直门外香河园北里4号)

新华书店经销

北京市人民文学印刷厂印刷

787×1092毫米16开本 26.5印张 620千字 插图2

1993年5月北京第1版 1993年5月北京第1次印刷

印数 1—6000册

ISBN7-5080-0028-5/R·104

定价: 18.50 元

前 言

本书是在《临床体检图解》第二版（人卫版）的基础上，作了较大幅度的删节与增补，保留了临床上常用的体检方法和体征共1200多项和1000多幅插图。主要增补的内容有二，一是妇产科与神经系统；二是对各部位体检方法与体征的基本原理，整理归纳出几条基本线索和几个基础类别，其目的是利于初学者能对书中诸多类似体征评价有理、选用有据，而不拘泥于书中罗列的点滴介绍。书名改为《新编临床体检图解》，由华夏出版社出版。这次重新编写修改中难免仍有以偏概全、挂一漏万之处，祈望读者与专家指教再三。

编 者

1992年6月

目 录

一、一般状态	(1)	四、淋巴结检查提要	(68)
(一) 体温	(1)	五、头颅、面部与五官	(69)
(二) 脉搏	(4)	(一) 头颅	(69)
(三) 呼吸	(6)	(二) 面部	(73)
(四) 血压	(8)	(三) 眼	(80)
(五) 意识障碍	(11)	(四) 耳	(110)
(六) 面容	(11)	(五) 鼻、咽、喉	(124)
(七) 步态	(17)	(六) 口	(131)
(八) 体位和姿势	(22)	六、颈部	(146)
(九) 体态	(32)	(一) 颈部创伤	(146)
二、神经系统检查提要	(39)	(二) 颈静脉	(146)
(一) 感觉	(39)	(三) 颈动脉	(149)
(二) 感觉障碍的类型	(42)	(四) 甲状腺	(149)
(三) 疼痛的检查	(44)	(五) 喉与气管	(152)
(四) 运动	(45)	(六) 颈淋巴结	(153)
(五) 反射	(48)	(七) 颈部肿块	(154)
(六) 脑膜刺激征	(49)	(八) 头颈强迫体位与运动异	
(七) 脑神经检查	(49)	常	(157)
(八) 脊神经检查	(50)	七、乳房	(164)
三、皮肤检查概述	(51)	八、胸部	(175)
(一) 皮肤颜色	(51)	(一) 胸壁	(175)
(二) 出汗	(53)	(二) 肺与胸膜	(181)
(三) 脱水	(54)	(三) 心脏与心包	(189)
(四) 水肿	(54)	(四) 食管	(201)
(五) 皮肤紫纹	(55)	九、腹部	(203)
(六) 皮下气肿	(56)	(一) 腹壁	(203)
(七) 紫癜	(56)	(二) 腹部触诊	(210)
(八) 皮肤萎缩	(57)	(三) 腹部叩诊	(217)
(九) 皮肤病变的型式	(57)	(四) 腹部听诊	(221)
(十) 糜烂与溃疡	(58)	(五) 胃	(222)
(十一) 创伤深度的估计	(61)	(六) 小肠、结肠、阑尾	(223)
(十二) 肿块	(61)	(七) 肝	(225)
(十三) 毛发	(66)	(八) 胆囊与胆总管	(228)

(九) 胰腺.....(230)	十五、腰背部与脊柱.....(295)
(十) 脾.....(230)	(一) 脊柱、骨盆骨性标志与 定位.....(296)
(十一) 泌尿系统.....(231)	(二) 立位检查.....(299)
十、腹股沟区.....(237)	(三) 坐位检查.....(307)
十一、男性生殖系统.....(242)	(四) 仰卧位检查.....(309)
(一) 阴茎.....(242)	(五) 俯卧位检查.....(316)
(二) 阴囊、睾丸、附睾与精 索.....(244)	十六、上肢.....(317)
(三) 前列腺、精囊腺、尿道 球腺.....(249)	(一) 肩部.....(317)
十二、肛门与直肠.....(251)	(二) 上臂.....(328)
十三、女性生殖系.....(256)	(三) 肘部.....(330)
(一) 妇科检查.....(256)	(四) 前臂.....(333)
(二) 妇科临床体征检查.....(260)	(五) 手与指.....(338)
(三) 产科临床检查.....(272)	十七、下肢.....(362)
十四、腰、背部与四肢检查概 述.....(290)	(一) 髋关节、臀部与股部.....(362)
(一) 骨与关节检查.....(290)	(二) 膝部.....(381)
(二) 肌肉检查.....(291)	(三) 小腿.....(395)
(三) 血管检查.....(292)	(四) 踝与足.....(400)
(四) 坏疽.....(293)	(五) 下肢的几个特殊神经反 射.....(409)
(五) 人体中轴的姿势与构筑..(294)	(六) 下肢脉管的几个检查法..(413)

一、一般状态

【检查提要】

病人的一般状态，通常包括脉搏、呼吸、血压、体温、意识等五项生命征，以及面容、发育、体态、体位、步态及姿势等方面。

一般状态是体检的最基本项目，检查者从这些项目中，可大致判断病人病情的危急程度，以及可能属于哪一系统或哪一类疾病，为进一步检查诊断与治疗提供一个基本线索。

(一) 体 温

测量体温，用手测法虽不如用体温计测量准确，但较方便和快速。方法是用第2、3、4三指指背部触诊。但最敏感的部位是手掌尺侧缘近小指的根部。

1. 正常体温

正常人口腔温度（口温）为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。腋下温度（腋温）比口温低约 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ ，肛门内温度（肛温）比口温高约 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。

【正常体温波动范围和因素】

正常人体温波动范围不超过 1°C 。其变动因素有：

- (1) 季节、室温、衣被厚薄等变动，对2岁以下小儿腋温可波动在 $35\sim 38^{\circ}\text{C}$ 之间。
- (2) 上午比下午低，夜间较低，清晨最低，午后最高。
- (3) 食后半小时，体温较高。
- (4) 劳动、小儿哭闹、情绪激动时，体温升高，甚至可达 38°C 。
- (5) 老年人较低。
- (6) 月经期较低，排卵期与妊娠早期稍高（又称黄体热）。
- (7) 肢体近端与远端，左右两侧，皮温可相差 $0.5\sim 1.0^{\circ}\text{C}$ 。
- (8) 下腹部或盆腔内炎症时，肛温可升高；脑膜中动脉出血侧，腋温可较高。

2. 发热

一般，口温 37.3°C 以上，肛温 37.6°C 以上，或一昼夜波动 1°C 以上，即属发热。正常时基础体温 $<36.5^{\circ}\text{C}$ ，病后体温达 $37.0\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 时，也应认为是低热。

$37.4\sim 38.0^{\circ}\text{C}$ ，属低热； $38.1\sim 38.9^{\circ}\text{C}$ ，属中等热， $>39.0^{\circ}\text{C}$ ，属高热； $>40^{\circ}\text{C}$ ，称过高热。

3. 热型

发热过程分为：发热期、极期、退热期三个阶段。

发热期有2种类型：(1) 渐升性发热：在几天内逐渐升高至极期，或感发冷，但无寒颤。如见于伤寒、结核、波状热等。(2) 骤升性发热：在数小时内达高热极期，开始

时多有寒颤。见于传染病及某些药物反应。

极期，据其发热程度、波动幅度、反复性等，可分为下列几种热型。这几种热型都属典型热型。典型热型对诊断很有帮助，但经治疗或出现并发症等，则热型必有改变；小儿热型也不似成人典型。

【稽留热】

高热达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 上下，持续数天或数周，一昼夜波动 1°C 以内，一般上午较低，下午偏高，这种热型称稽留热。可见于大叶性肺炎、伤寒、副伤寒、斑疹伤寒、恙虫病、回归热等急性传染病（图1-1）。

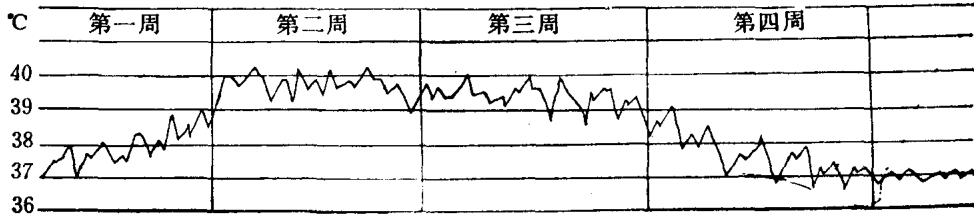


图 1-1 稽留热
(伤寒4周多的热型)

【消耗热】

消耗热又称弛张热，或败血症热。持续高热，日夜波动可达 $1.5\sim 2.0^{\circ}\text{C}$ 以上（图1-2）。此热型可见于各种败血症、结核病、风湿热、亚急性心内膜炎、支气管肺炎、局灶性化脓性感染、过敏反应等。

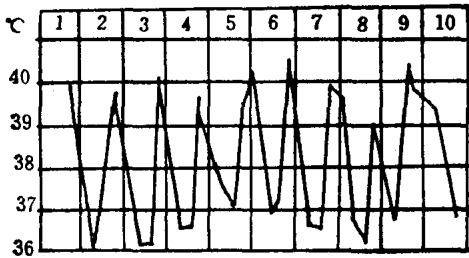


图 1-2 消耗热

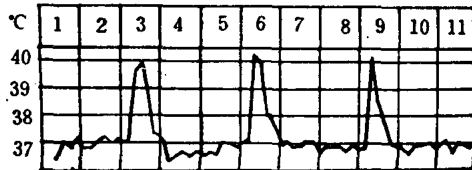


图 1-3 三日疟热型

【双峰热】

持续高热，而且一日之内出现两次高热高峰，称为双峰热。可见于黑热病、恶性疟、大肠杆菌或绿脓杆菌败血症等。

【间歇热】

突然高热达 39°C 以上，历数小时后，降至正常，间歇一日或数日后又复发，如此有规律地间歇反复发作的热型，称间歇热。间歇热的发热与退热都来去骤然，高热时常伴寒颤，退热时又大汗淋漓。常见于疟疾、回归热、波状热等（图1-3）。

【波状热】

波状热也是高热期与无热期反复交替，但不是骤起骤退，而是历经数日渐升至高热期，然后又经数天渐退至正常或低热期，故其全程体温反复发作性升高如波浪起伏，称为波状热。如见于波状热（布鲁菌病）、恶性淋巴瘤、脂膜炎等（图1-4）。

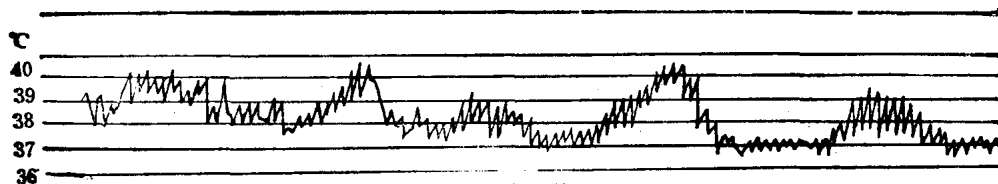


图 1-4 波状热
(持续16周的热型)

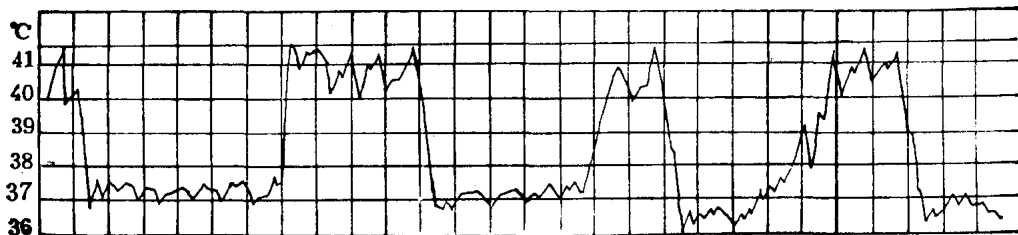


图 1-5 回归热
(持续28天的热型)

【再发热】

再复热又称复发热，其热型为发热期与无热期呈周期性的交替。可见于回归热、鼠咬热，或发热性疾病并发另一发热性疾病（图1-5）。

【双相热】

双相热热型的特点是，第一次发热持续数天，经一至数天的解热期后，突然又出现第二次发热，持续数天后退热。这种热型常见于某些病毒性传染病，如脊髓灰质炎、淋巴细胞性脉络丛脑膜炎、麻疹、病毒性肝炎、登革热、天花等。

【颠倒热】

颠倒热又称体温倒错。其热型为上午发热，下午退热，或白天不发热，夜间发热。如见于丝虫病、丘脑下部病变等。

【不规则热】

其热型时高时低，或长或短，全无规律。如见于流行性感冒、癌症、肺结核；或因发热期中使用退热药，或出现并发症等，使原有热型发生改变之故（图1-6）。

退热期，也有骤退与渐退两种形式，在上述热型图中已可见一斑。

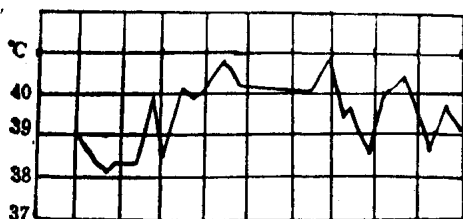


图 1-6 不规则热
(持续10天的热型)

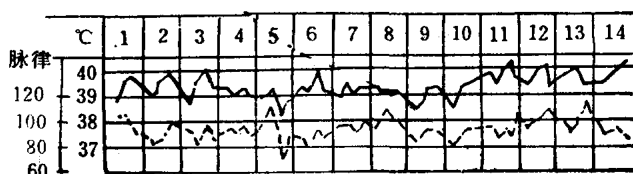


图 1-7 伤寒相对性缓脉
(实线为体温，虚线为脉搏)

4. 常度下体温

口温低于36.1°C者，称为常度下体温。可见于休克、大出血、慢性消耗性疾病、年老体弱、严重营养不良、甲状腺功能低下、心肌梗塞、慢性充血性心力衰竭、肺病合并

水肿、某些疾病高热骤退之后、使用强烈的退热药后、长期处于寒冷的环境中等。

5. 发热与心率、呼吸率、基础代谢率的关系

体温与心率、呼吸率、基础代谢率间，均有一定的比例关系。发热时，后三者一般按一定比率相应增加，但有例外。

【发热与心率的关系】

一般，发热时，体温每升高 1°C ，其心率相应增加 $12\sim 15$ 次/min。但在甲状腺功能亢进症、心脏病、肺病、风湿热、败血症、猩红热等，其心率增加数可大于上述比率，这种现象称为相对性心动过速。相反，在甲状腺功能低下、伤寒、急性颅内压增高（脑炎、脑膜炎等）、心肌损害等，其心率反而减慢，这种现象称“相对性心动过缓”（图1-7）。

【发热与呼吸率的关系】

一般发热性疾病，体温每升高 1°C ，其呼吸率平均增加 $3\sim 4$ 次/min。但在有些引起肺活量减少的疾患，其呼吸率增加可超过上述比率，如肺病、胸膜疾病、腹内压增高的疾患等。

【发热与基础代谢率的关系】

一般情况下，体温每升高 1°C ，基础代谢率相应增加 $+10\%$ 左右。

有些疾患发热期的基础代谢率增加超过 $+10\%$ 以上，如：（1）内分泌疾病：甲状腺功能亢进、肢端肥大症早期、尿崩症、糖尿病并发严重酮中毒、肾上腺皮质功能亢进、肾上腺髓质嗜铬细胞瘤、丘脑下部疾患引起促甲状腺素释放因子（TRF）者。（2）某些恶性肿瘤、淋巴网状细胞瘤、白血病。（3）循环系统疾病：严重贫血、红细胞增多症、心肾疾患并发功能不全、原发性高血压。（4）其他：黑热病、消耗性疾病的恢复期等。

有些疾病发热期的基础代谢率较低，如见于一些内分泌腺功能低下疾患（甲状腺、肾上腺、垂体等）、糖尿病并发严重营养不良、肾病综合征、营养不良等。

【死亡交错】

一般发热性传染病者临死前，不论是否已解热，其脉率皆上升，故其脉搏曲线与体温曲线形成交叉现象，称为死亡交错。

【基础代谢率推算法（床边法）】

在清晨，病人未起床未做任何活动时，测其血压（mmHg）*和心率，各测2次，取其均值，连测3天，取其均值，按下列公式推算其基础代谢率：

$$\text{基础代谢率} = 0.683 \times (\text{心率} + 0.9 \times \text{脉压}^*) - 71.5$$

测前一周停用所有影响基础代谢率的药物，如甲状腺素、碘剂、安眠药等。测前夜，睡眠要充足。

正常基础代谢率在 $-10\sim +15\%$ 范围内。

基础代谢率增高，可见于甲状腺功能亢进症、高血压、结核病、发热等。基础代谢率降低，见于甲状腺功能低下、肾上腺皮质功能低下、垂体功能减退、严重营养不良等。

（二）脉 搏

【脉率】

* 血压与脉压均按mmHg计算， $1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$ ，下同。

正常人安静时的脉率(次/min): 成人男性为60~80, 女性为70~90。婴儿为120~140, 1~2岁为110, 3~4岁为90~100, 5~6岁为95, 7~8岁为85, 9~15岁为70~80。

睡眠中, 脉率减慢, 男性约为50~70, 女性约为60~75。有人可低至45~50。小儿可减慢10~40。站立位、运动、饭后、情绪激动时, 脉率可加快。

【脉率与呼吸率的关系】

各年龄组脉率与呼吸率, 见表1-1。

表 1-1 各年龄组脉率、呼吸率及其比例

年龄(岁)	脉率(次/min)	呼吸率(次/min)	脉率: 呼吸率
新生儿	140	45	3:1
1~5岁	90~120	25~30	3~4:1
6~9岁	80~100	20~25	4:1
10~12岁	70~90	18~20	4:1
男成人	60~80	14~18	4:1
女成人	70~90	14~18	4:1

【缓脉】

缓脉又称迟脉, 脉率少于60次/min, 脉率与呼吸率之比低于4:1, 可见于心脏传导阻滞、阻塞性黄疸、伤寒等。

【速脉】

脉率超过90次/min, 脉率与呼吸率之比大于5:1, 即称为速脉。可见于发热性传染病、甲状腺功能亢进症等。内出血病人脉率如逐渐加快, 说明其内出血未止。

【脉率与心率的关系】

心率为心搏次/min。一般情况下, 心率与脉率完全一致。但在某些心律失常, 如早期收缩、心房颤动时, 有时心搏力量过弱, 不能传至末梢动脉, 故在末梢动脉上扪不到该次心搏, 形成“短绌脉”, 因此, 其脉率少于心率。

【窦性心律不齐】

多数正常人的脉率在吸气期与呼气期相等。但有些正常人在吸气期脉率较快, 在呼气期较慢, 屏气时脉率却变为整齐, 尤其是窦性心动过缓者。在运动之后等脉率加快时, 脉率也变得整齐。这种现象称窦性心律不齐, 或称呼吸性不整脉。可见于小儿、青年人及部分成年人, 偶见于老年人及服洋地黄之后。

【间歇脉】

在正常节律的脉率间, 突然出现一暂时性的不整脉, 在这个不整脉的最后一次脉搏之后, 有一段特别长的间歇期, 这种脉象称间歇脉。这种不整脉多因早期收缩所致, 故又称早期收缩不整脉(图1-8)。若此早期收缩的心搏力量过弱, 不能传至末梢动脉时, 则此间歇延长期更为明显。间歇脉还可见于房颤或房室传导阻滞伴脱漏搏动时。



图 1-8 早期收缩期不整脉

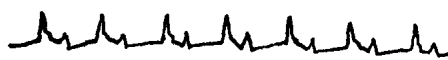


图 1-9 二联脉

【二联脉】

一次正常心搏后，即出现一次早期收缩，且早期收缩的搏动能传至末梢动脉，此时，其脉律形成每搏动2次之后，有1间歇延长期，则称二联脉（图1-9）。常见于室性早期收缩，也见于房性早期收缩、3:2房室传导阻滞等。

【绝对性不整脉】

绝对性不整脉的脉率与强度全无规则，间歇期也久暂不一，当心律加快时尤其明显。可见于心房纤维颤动时、心动过速伴有早期收缩时等（图1-10）。



图 1-10 绝对性不整脉

【脉搏消失】

正常人吸气时，脉搏振幅减小。当心包填塞、呼吸道阻塞、上腔静脉阻塞等，其吸气时的收缩压可更加降低。降低幅度大于10mmHg时，则脉搏消失。休克时，脉搏消失。

正常，股动脉脉搏与桡动脉同步。如有主动脉狭窄，则股动脉脉搏落后于桡动脉，而且振幅也较小。

（三）呼 吸

呼吸，一般观察其频率、节律、深度，以及呼吸困难的类型。

1. 正常呼吸

【呼吸频率】

影响呼吸频率的因素有：活动时加快，睡眠时减慢；饭后、情绪激动、缺氧、热天、发热等，频率加快；也可有意识地加快或减慢。

正常静卧时的呼吸频率约为14~16次/min；静坐时约为16~18次/min；站立不动时约为18~20次/min。静坐或静卧时如超过18次/min，若无其他原因，则可能为呼吸功能不全。

【屏气试验】

屏气试验可大概估计是否有呼吸功能不全。

试验方法：病人先深呼吸几次，然后深吸气后屏住，不呼气。计算其从开始屏气到不得不开始呼气时的时间，即为停止呼气时间。休息数分钟后，病人又深呼吸几次，然后深呼气后屏住，不吸气。计算其从呼气末了起，到不得不开始吸气时的时间，即为停止吸气期时间。

正常停止呼气期约为40~60s，停止吸气期约为20~35s。呼吸功能不全者，此两期的时间都显著缩短。

2. 呼吸困难

不论病人主观上是否感到“空气不够用”，只要其出现呼吸频率加快、呼吸幅度加深、呼吸运动加强、病人感到呼吸费力，或需维持于一定体位（如端坐呼吸等），皆属于呼吸困难。呼吸困难的病因不同，呼吸困难的表现特点也各异，常见有下列几种：

【吸气性呼吸困难】

吸气性呼吸困难主要因上呼吸道狭窄所致。特点是吸气时间显著延长，幅度深而慢，

费力，出现三凹征。

因喉腔狭窄所致的喉性呼吸困难，吸气时可伴有蝉鸣样的高音调，故又称蝉鸣性呼吸。呼吸时，可见其喉部上下运动非常剧烈，声音嘶哑，吸气时，头处于后仰姿势（最典型的是咽后脓肿者）。如狭窄部位在气管内，则吸气时头处于前倾的姿势。

吸气性呼吸困难常见于：会厌区或喉腔粘膜水肿、喉痉挛、白喉、异物、肿瘤、结核、急性喉炎、百日咳、咽后脓肿、类风湿性环杓关节强直、因破伤风或佝偻病等所致的喉痉挛、延髓麻痹、迷走神经麻痹、喉上神经或喉返神经麻痹、喉或气管受压（如见于甲状腺巨大腺瘤、纵隔肿瘤或炎症、纵隔淋巴结核等）、气管异物、气管狭窄（因外伤或术后）等。

【呼气性呼吸困难】

呼气性呼吸困难是因下呼吸道（主要是小支气管）狭窄，或肺弹性回缩力减弱所致。呼气性呼吸困难的特点是：呼气慢而长，费力，呼气时，气流通过狭窄的小支气管腔，可出现笛音（即哮鸣音）。常见于支气管哮喘、细支气管炎、肺气肿、尘肺等。

【混合性呼吸困难】

混合性呼吸困难表现吸气与呼气皆困难，呼吸频率增加。可见于因广泛性肺实质病变，如：大叶性肺炎、支气管肺炎、急性粟粒性肺结核、急性肺水肿、肺血流障碍（如左心衰竭引起的肺郁血、肺梗塞等）；肺外病变，如：胸腔大量积液、气胸、纵隔内大肿块（炎症、肿瘤、气肿等）、多发性肋骨骨折、肋间肌瘫痪等。

【潮式呼吸】

延髓内呼吸中枢功能障碍时，呼吸频率、节律、深度等，都出现紊乱，可出现潮式呼吸、间停性呼吸、辜司模大呼吸等，这些周期性呼吸困难为临危和濒死之征。

潮式呼吸又称陈-斯氏呼吸，因呼吸中枢兴奋性减低所致。当体内氧含量减少和碳酸累积到相当程度时，才开始呼吸，并逐渐加快加深，到体内氧含量增加，二氧化碳排出到一定程度时，呼吸又逐渐减弱减慢，以至停止。这个呼吸期约历半分钟，呼吸停止期也约半分钟，然后，又开始呼吸。如此呼吸增强与暂停交替状态，称为潮式呼吸（图 1-11）。在呼吸期，病人呼吸困难；在停止呼吸期，病人则陷入沉睡、意识不清状态、发绀、瞳孔对光反射消失，直到呼吸期才清醒。

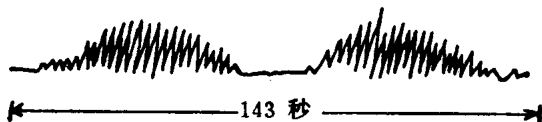


图 1-11 潮式呼吸



图 1-12 间停性呼吸

潮式呼吸常见于慢性充血性心力衰竭、颅内压增高、重症肺炎、尿毒症、糖尿病昏迷、吗啡中毒、巴比妥类中毒；老年人睡眠中，以及高空等空气稀薄环境，也可见轻度的潮式呼吸。

【间停性呼吸】

间停性呼吸又称毕奥呼吸，或称不规则间歇呼吸。其呼吸节律、深度、频率皆不规则，呼吸停止期也 longer。说明呼吸中枢功能极低，病情比潮式呼吸严重。可见于脑炎、

脑膜炎、严重的脑循环障碍、严重中毒、休克的晚期等（图1-12）。

【辜司模大呼吸】

辜司模（Kussmaul）大呼吸又称酸中毒大呼吸，或称深度呼吸。呼吸频率快、幅度深，但节律规则，可伴有鼾声（图1-13）。可见于尿毒症、糖尿病或肝昏迷的代谢性酸中毒、急性酒精中毒、脑干损伤、脑出血、颅内压增高等。

【浅而不规则的呼吸】

此型呼吸困难可见于休克、脑膜炎、昏迷等。有时尚可见叹息样呼吸。



图 1-13 辜司模大呼吸

【遏止性呼吸】

肋骨骨折、急性胸膜炎、胸膜肿瘤、胸背部损伤等，胸壁有疼痛性疾患者，因怕呼吸运动加剧胸痛，故呼吸浅而快，忌作深吸气，在吸气过程中，如突然出现疼痛，则立即暂停吸气，改为节段性的，或浅而快的吸气方式。

【点头状呼吸】

点头状呼吸常见于濒死者。吸气时头后仰，吸气深而长；呼气时相反，呼气短促，头前屈，如点头状，故称。

【阵发性呼吸困难】

支气管哮喘或左心衰竭所致的心源性哮喘，轻度者仅呈阵发性呼吸困难，持续数分钟或数小时，重度者才呈持续状态。常在劳累之后或夜间睡眠中发作，故又称为夜间阵发性呼吸困难。

（四）血 压

血压高低取决于心搏出量和外周血管的阻力。所以，凡能影响心肌收缩力、血容量、外周血管口径（尤其是小动脉口径）、血管壁弹性和张力、毛细血管床大小等因素，都能影响血压的高低。

1. 正常血压及其差异

我国正常成人血压值：收缩压 $\leq 140\text{mmHg}$ ，舒张压 $\leq 90\text{mmHg}$ 。

【儿童血压的年龄差异】

儿童年龄越小，收缩压越低。4岁以上儿童血压的正常值为：

$$\text{收缩压 (mmHg)} = (2 \times \text{周岁数}) + 80$$

$$\text{舒张压 (mmHg)} = \text{收缩压} \times \frac{2}{3} \sim \frac{3}{5}$$

【血压的性别差异】

10岁以下儿童血压，无明显的性别差异。11~15岁女孩的收缩压与舒张压，皆比同龄男孩高。中、老年人血压的性别差异不大，或女性略高。

【血压的左右臂差异】

正常，右臂血压比左臂稍高（约 5mmHg 以下）。如左右臂血压差异过大，可能其锁骨下动脉或腋动脉血流受阻，如前斜角肌综合征、主动脉狭窄、动脉导管未闭等。

【血压的上下肢差异】

正常人仰卧位时,股动脉的收缩压比肱动脉高约10~40mmHg,而舒张压基本相同。可能由于测量下肢血压时的袖带宽度不足所致。

下肢血压在俯卧位时(测量腘动脉)比仰卧位高(高约25~50mmHg),站立位时比平卧位时高。

因主动脉狭窄、主动脉瘤、髂外动脉阻塞等,下肢动脉血压则低于上肢血压。

【血压的体位差异】

测量方法:平卧位时测右臂血压,每分钟测1次,共测5次,取其均值。然后,测其坐位和立位之右臂血压,同样测5次,取其均值。

测量时,病人右臂、血压计,均应与病人心脏平齐。

正常人,一般在平卧位与坐位时的血压,无明显差异;站立位时的收缩压可暂时下降(下降20mmHg以内),舒张压不变;约在30~40秒内,因直立反射,收缩压可迅速回升至原来水平。

如站立位时血压下降幅度超过50mmHg,而且持久不回升,则称之为体位性低血压。可见于植物性神经功能失调、体弱、营养不良、肾上腺皮质功能减退、糖尿病、血卟啉病、某些药物反应(如氯丙嗪、双氢克尿塞、胍乙啶等)。

【血压的呼吸差异】

正常人平静呼吸,吸气时收缩压可下降3~10mmHg。下降幅度超过10mmHg,可见于上腔静脉阻塞、哮喘发作时、肺气肿、狭窄性心包炎,严重的先天性心脏病等。

【血压的饭前饭后的差异】

饱餐后1小时内,血压(主要为收缩压)可暂时升高。

【血压的睡醒差异】

睡眠时收缩压可下降20~30mmHg,长期卧床者可能更低。

【血压与心搏加快因素的关系】

心搏加快的因素,如疼痛、紧张、劳动、酒后等,可使血压暂时升高。

【一日内血压差异】

清晨血压较低,午后17:00~19:00点最高。故需长期动态观察血压变化时,每天测压的时间应固定。

【血压的季节与地区性差异】

严冬季节血压比暑夏高;高山地区比平原地区高。

【血压的测量技术差异】

袖带过窄、绑扎过松,血压值可偏高。成人袖带用于小儿或成人上臂过细者,血压值可偏低;如用于上臂周径>20cm者,或用于测股动脉压,则血压值可偏高。听诊器体件没有按准肱动脉,或肱动脉位置异常,血压值可偏低;如体件压迫过紧,则舒张压值可偏高。袖带放气过快(超过4mm/每秒的下降速度)、或心率较缓慢者,其收缩压偏低,而舒张压偏高。

【小儿血压测量法(潮红法)】

选择袖带的宽度以小儿上臂长度的 $\frac{1}{2}$ ~ $\frac{2}{3}$ 为宜。

上肢血压测量法:将气袋绕于小儿腕部。检查者左拇指压于其掌心处,以食中二指夹

住其手腕,再迅速充气达预计的收缩压以上,然后放开拇指,一面细察其掌心颜色变化,一面慢慢放气,另请助手读其血压计读数。当小儿掌心受压处完全转红时的血压,为收缩压。

下肢血压测量法:袖带绑于小儿踝上部,检查者拇指压于其足底,食中二指固定其踝部,然后,如上述潮红法,观察其足底受压处转红时的血压,即为收缩压(下肢)。

上法中,也可以触诊挠动脉、颞动脉或足背动脉到搏动时的血压读数,为其收缩压,但比真正的收缩压值要低约10mmHg。

【脉压】

脉压 (mmHg)=收缩压-舒张压

正常成人脉压约为30~40mmHg。大于40mmHg,称为脉压增大;小于25~30mmHg,称为脉压缩小。

脉压增大,见于:

(1) 运动、情绪激动、甲状腺功能亢进、发热,以及其他引起心动过速或搏出量增加的疾患。

(2) 高血压的收缩压升高数大于其舒张压的升高数时。

(3) 主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、动脉瘤等,收缩压升高,而舒张压下降。

(4) 完全性房室传导阻滞时,收缩压升高,舒张压下降或正常。

脉压缩小,见于:

(1) 低血压、心包积液、狭窄性心包炎、心力衰竭、严重的二尖瓣狭窄、主动脉瓣狭窄等,引起心搏出量减少之故。

(2) 高血压的舒张压升高,与收缩压相差不大时。

(3) 阿迪森病,其收缩压明显下降,舒张压仅稍有下降。

(4) 脉压缩小到20mmHg以下者,多见于休克期。

2. 高血压与低血压

【高血压】

收缩压 ≥ 160 mmHg,舒张压 ≥ 95 mmHg,二者有其一,即属高血压。

一般情况下,舒张压升高时,收缩压也随之升高。但主动脉关闭不全、主动脉粥样硬化等,收缩压升高,但舒张压却正常或下降。

高血压,见于原发性高血压病,或因其他疾病引起的继发性高血压病,如:(1)各种原因引致肾动脉阻塞或肾功能急性衰竭等;(2)某些内分泌疾患,如柯兴病、肾上腺嗜铬细胞瘤、原发性醛固酮增多症、甲状腺功能亢进症、妇女绝经期等;(3)主动脉粥样硬化、主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、主动脉狭窄;高山病、完全性房室传导阻滞、产后心肌病、动静脉瘘;(4)颅内压增高、妊娠中毒症、血紫质病、真性红细胞增多症、前列腺肥大等。

【低血压】

成人收缩压低于90mmHg时,即属低血压。

慢性低血压,见于:消耗性疾病、体质性低血压、阿迪森病、垂体前叶功能减退症;严重的二尖瓣狭窄、狭窄性心包炎、无脉症等。

急性低血压,可见于:因剧痛或激动引起的血管舒张性昏厥,直立性低血压、颈动脉窦受压、休克、急性心力衰竭、Adam-Stokes 综合征(阿-斯氏综合征)、急性心包积

血、急性肾上腺皮质功能衰竭，或服用某些血管扩张药等。

(五) 意识障碍

当脑发生抑制状态，则会出现不同程度的意识障碍，从淡漠到深昏迷。

【淡漠】

病人对周围事物反应冷淡，应答迟缓。见于伤寒、休克初期、子痫的前驱症状等(图1-14)。

【摸空征】

摸空征又称捉床摸空，是病人意识不十分清醒时出现的无意识摸索动作，如拉扯被褥等。常见于高热谵妄（如伤寒、斑疹伤寒）、重症肺炎、阿托品中毒、醉酒、脑炎的极期，以及败血症等。

【嗜睡】

病人虽处于深睡状态，但尚可唤醒，能正确应答。如见于流行性乙型脑炎。

【谵妄】

病人烦躁不安，说胡话，定向能力消失，有幻觉和捉床摸空征等无意识动作。如见于高热时，醉酒，或阿托品、苯等中毒者。

【昏迷】

昏迷深度分3度：

(1) 轻度昏迷（浅昏迷） 病人随意运动已消失，对亮光及声音已无反应，对强烈的痛觉刺激尚有反射性的防御动作和表情，诸重要反射（吞咽、咳嗽、角膜、对光等反射）依然存在，生命体征正常；大小便失禁或潴留；有时可有谵妄举动。

(2) 中度昏迷 此时只有强烈的疼痛刺激防御反射仍保留；对光反射、角膜反射迟钝和减弱；生命征已有变化。

(3) 深度昏迷 对各种刺激皆无反应，各种反射皆消失，肌张力降低，呼吸困难，血压下降，大小便失禁。

癔病者的所谓“昏迷”，其意识依然存在，有情感反应和意识动作，虽闭眼“昏迷”，却眼角噙泪；检查者试查其双眼，其眼却闭得更紧，且眼球尚在眼皮下转动，即使不动，也为时不长；白尔反射存在，并无“定珠”现象。



图 1-14 淡漠
(子痫前驱症状)

(六) 面容

面容反映面部皮色（面色）、肌肉功能、骨骼结构，面部皱纹（出现部位、多少、深浅）、面部皮下组织液多少、面部脂肪多少与分布、五官的扮相与比例、面部表情、意识状态等诸多方面的综合表现。有许多疾病皆有其特殊面容。

【急性病面容】

大叶性肺炎、疟疾等急性传染病的高热期，面色潮红，呼吸急促，痛苦而烦躁不