

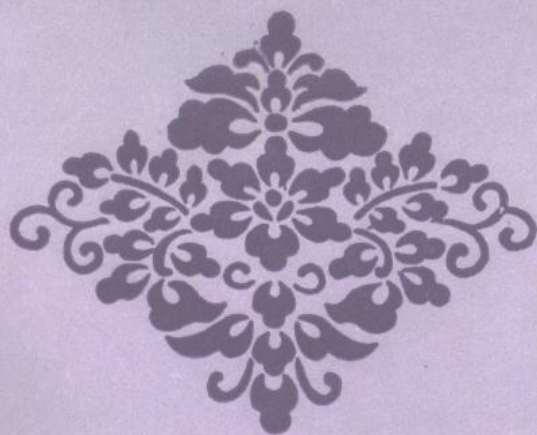
诊断学基础实习指导 (供中医类专业用)

普通高等教育中医药类规划教材

诊断学基础实习指导

(供中医类专业用)

主 编 叶传蕙
副主编 吴垂光 程国洸
主 审 曾诚厚



上海科学技术出版社

BAANC

未出版

普通高等教育中医药类规划教材

诊断学基础实习指导

(供中医类专业用)

主 编 叶传蕙

副主编 吴垂光 程国沈

主 审 曾诚厚

上海科学技术出版社

诊断学基础实习指导

(供中医类专业用)

主编 叶传蕙

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 常熟第六印刷厂印刷

开本 787×1092¹/₁₆ 印张 6.75 字数 151,000

1996 年 5 月第 1 版 1996 年 5 月第 1 次印刷

印数 1—15,000

ISBN 7-5323-4104-6/R·1083(课)

定价: 4.30 元

普通高等教育中医药类规划教材

顾问委员会名单

(按姓氏笔画排列)

王玉川	王绵之	邓铁涛	刘志明	刘弼臣	刘渡舟
江育仁	杨甲三	邱茂良	罗元恺	尚天裕	赵绍琴
施奠邦	祝湛予	顾伯康	董建华	程莘农	裘沛然
路志正					

编审委员会名单

主任委员:张文康

副主任委员:于生龙 李振吉 陆莲舫

委员:(按姓氏笔画排列)

于生龙	于永杰	万德光	马宝璋	马 驥
王永炎	王世成	王和鸣	王洪图	王萍芬
王新华	王韵珊	王耀庭	韦贵康	邓福树
龙致贤	叶传蕙	叶定江	石学敏	丘和明
丘德文	皮持衡	朱文锋	任继学	刘柏龄
刘振民	孙国杰	孙 校	杜 健	杨兆民
杨春澍	李任先	李安邦	李明富	李振吉
李家实	李 鼎	严世芸	严振国	吴敦序
何 珉	肖崇厚	沈映君	陈 奇	陈大舜
陈子德	陆莲舫	陆德铭	张文康	张六通
张安楨	张志刚	张绚邦	张殿璞	范碧亭
罗永芬	周梦圣	郑守曾	尚炽昌	宗全和
孟 如	项 平	柯雪帆	钟 森	段逸山
段富津	施 杞	施顺清	施雪筠	袁 浩
钱 英	徐生旺	高尔鑫	郭诚杰	梁颂名
葛琳仪	彭胜权	傅世垣	曾 诚	雷载权
黎伟台	戴锡孟	魏 氏	魏 稼	魏璐雪

前 言

根据国家教委《全国普通高等教育“八五”期间教材建设规划纲要》“要集中力量抓好本科主要专业主干课程教材建设”的精神,国家中医药管理局统一组织编审出版了普通高等教育中医药类规划教材。本套教材包括中医学、中药学专业的主要课程和针灸、中医骨伤科学专业主要专业课程教材,计有《医古文》、《中医基础理论》、《中医诊断学》、《中药学》、《方剂学》、《中医内科学》、《中医外科学》、《中医妇科学》、《中医儿科学》、《中医急诊学》、《内经选读》、《伤寒论选读》、《金匱要略选读》、《温病学》、《正常人体解剖学》、《生理学》、《病理学》、《生物化学》、《诊断学基础》、《内科学》、《针灸学》、《经络学》、《腧穴学》、《刺法灸法学》、《针灸治疗学》、《中医骨伤科学基础》、《中医骨伤学》、《中医骨病学》、《中医筋伤学》、《中医学基础》、《药用植物学》、《中药化学》、《中药药理学》、《中药鉴定学》、《中药炮制学》、《中药药剂学》、《中药制剂分析》、《中药制药工程原理与设备》等三十八门课程教材及其相关实践教学环节教材。

为了提高教材质量、深化教学领域改革,国家中医药管理局于一九九二年四月在杭州召开了全国中医药本科教材建设工作会议,研究部署了本套教材的建设工作,会后下发了《普通高等教育中医药类规划教材编写基本原则》、《普通高等教育中医药类规划教材组织管理办法》、《普通高等教育中医药类规划教材主编单位招标办法》等文件。通过招标,确定并聘任了各门教材主编。一九九二年十一月在北京召开的普通高等教育中医药类规划教材建设工作会议上,成立了普通高等教育中医药类规划教材编审委员会,讨论研究了本套教材的改革思路,并组成了各门教材编写委员会,确定了审定人。

为了保证教材的编写质量,先后召开了几次工作会议和教材审定会议,对各门课程教学大纲、教材编写提纲及教材内容进行了认真审定。最后,还征求了本套规划教材顾问委员会各位名老中医药专家的意见。通过多次会议以及全体编委审定人的共同努力,在名老中医药专家的指导下,使本套教材在前五版统编教材的基础上,在符合本科专业培养目标的实际需要方面,在理论联系实际、保持中医理论的系统性和完整性,反映中医药学术发展的成熟内容和教育革新成果方面,在明确各门教材的教学目的、确定教材内容的深广度、促进教材体系整体优化等方面有了较大的提高,使本套规划教材内容能具体体现专业业务培养的基本要求和教学质量测试的基本标准。对少数教材根据课程设置的需要,进行了较大幅度的改革,使之更符合教学的需要。根据国家教委有关文件精神,各高等中医药院校、高等医药院校中医药类专业应优先选用这套由国家中医药管理局统一规划组织编审的规划教材。

随着中医药高等教育工作的不断改革与深化,本套教材不可避免地还存在一些不足之处,殷切希望各地中医药教学人员和广大读者在使用过程中,提出宝贵意见,以促使本套教材更臻完善和更符合现代中医药教学的需要。

普通高等教育中医药类规划教材编审委员会

一九九四年十二月

编写说明

诊断学基础是基础医学与临床医学的桥梁,是临床各科的基础,是一门实践性很强的课程。为了配合《诊断学基础》的教学,贯彻思想性、科学性、先进性、启发性和实用性原则,加强学生的基本技能训练,特组织编写《诊断学基础实习指导》。全书包括检体诊断、实验诊断、心电图及影象诊断、病史采集及病历编写共四个部分。实习的总学时为 42 学时,与课堂讲授学时之比为 1:2。

在实习教学过程中往往受病种(病征)或标本不足的影响,故应配合使用教学录象、录音、投影及幻灯等电化教学手段,以保证实习教学的质量和水平。

最后,恳切希望使用本指导的师生及医务工作者随时提出宝贵的意见。

《诊断学基础》编委会

一九九五年十二月

目 录

第一章 检体诊断	1
实习一 一般状态及头颈部检查.....	1
实习二 一般状态及头颈部病理体征检查.....	5
实习三 正常胸肺部检查.....	12
实习四 胸肺部病理体征检查.....	17
实习五 正常心脏血管检查.....	22
实习六 心脏血管病理体征检查.....	25
实习七 正常腹部、脊柱、四肢及神经系统检查.....	32
实习八 腹部病理体征检查.....	43
实习九 脊柱、四肢及神经系统病理体征检查.....	48
第二章 实验诊断	54
实习十 血液及骨髓检查.....	54
实习十一 尿液及粪便检查.....	67
实习十二 肝、肾功能检查.....	75
第三章 心电图及影象诊断	83
实习十三 心电图诊断.....	83
实习十四 超声诊断.....	87
实习十五 放射诊断.....	87
第四章 病史采集及病历编写	91
实习十六 病史采集及病历编写.....	91
附录一 血液标本采集与抗凝	95
附录二 尿液标本的收集、保存与处理	96
附录三 粪便标本的收集与处理	97

第一章 检 体 诊 断

一、实习目的要求

- (1) 掌握全面体格检查的顺序和操作方法,熟悉各种正常表现和病理体征。
- (2) 掌握各系统常见疾病的典型体征,并能解释其发生机制及临床意义。
- (3) 在临床实习时,必须遵守医院的一切规章制度,举止要端庄肃静,工作服应保持整洁。在接触病人过程中不断培养和提高医德观念,关心病人,爱护病人;对恶性疾病或预后不良的病人不得随意对其透露病情,尽量鼓励病人与疾病作斗争。检查病人时应尽量避免增加病人的负担,在操作过程中如病人发生明显的不适或病情加重,应立即停止检查,并迅速向指导教师报告。

二、实习方法

实习的原则是循序渐进,由正常到病理,通过实习逐步学会体格检查的正确方法,达到初步认识疾病的目的。实习应做到以下几点。

- (1) 实习前应充分作好预习,了解本次实习的内容、方法与要求,尽可能地从理论上和实践上熟悉操作要领,以求在临床时作到积极和主动。
- (2) 认真观察指导教师所作的示范动作,注意每一个细节,吸取教师检查操作中成功的要领,找出自己操作失败的原因。基本检体方法,只有通过反复练习、反复体会方能掌握。有的检查如翻转眼睑、心肺叩诊及腹部触诊等手法,必须先在同同学之间相互检查,反复练习,基本掌握后才能进行临床实习。
- (3) 在临床实习中,密切结合病人的症状、体征进行细致的体格检查;在实习中不断掌握规范的操作手法,不断提高临床检体诊断的能力。

实习一 一般状态及头颈部检查

【实习时数】 2学时。

【目的要求】 掌握一般检查及头颈部检查的方法与顺序,并熟悉其正常现象。

【实习方法】 先由教师作示范性检查,一边检查,一边讲解检查的方法及正常现象;然后每两位同学为一组,相互检查,教师巡回指导,随时纠正同学检查中的错误。

【实习内容】

一、一般检查

(一) 一般状态检查

1. 体温 应掌握三种体温的测量方法。

(1) 腋测法 将腋窝汗液擦干,检查体温计汞柱是否已甩到 35°C 以下。把体温计放在腋窝深处,用上臂将体温计夹紧,放置10min后取出读数。正常值为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 口测法 将消毒过的体温计置于舌下,紧闭口唇。不用口腔呼吸,以免冷空气进入口腔影响口腔内的体温。放置5min后取出读数。正常值为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。

(3) 肛测法 嘱被检查者取侧卧位,将肛表涂以润滑剂,徐徐插入肛门,深达体温计长度的一半为止。放置 5min 后取出读数。正常值为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。肛测法一般较口测法高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。

2. 脉搏 检查脉搏时,必须选择较浅表的动脉,一般选用桡动脉。在某些情况下,可选用颞动脉、耳前动脉、颈动脉、肱动脉、股动脉、足背动脉等。通常用食指、中指和无名指的指腹,平放于桡动脉近手腕处,进行细致的触诊。检查的内容包括脉搏的速率、节律、紧张度、强弱或大小、波形及动脉壁的情况。

正常成人脉率为 $60\sim 100$ 次/min,多数为 $65\sim 85$ 次/min;脉搏的节律是比较规整的,但在正常小儿、青年和部分成年人中,可触到呼吸性窦性心律不齐。

检查脉搏的紧张度时,以近端的手指按压动脉,并逐渐用力使远端手指触不到脉搏,此时近端手指完全阻断动脉搏动所需的压力,即为脉搏的紧张度。在正常情况下,桡动脉管壁光滑、柔软且有一定弹性,若用手指压迫动脉使其血流阻断时,其远端的动脉管不能触及。

3. 呼吸 观察记录呼吸的频率(次/min)、节律、深度及呼吸类型,具体内容及方法见《实习三 正常胸肺部检查》。

4. 血压 血压测量多采用汞柱式血压计。首次就诊者需测左、右臂的血压,并予记录,以后一般以右上肢为准。具体测量方法如下。让被检查者安静休息片刻,然后脱下右臂衣袖,露出手臂,放在与右心房同一水平处(坐位时平第 4 肋软骨,仰卧位时平腋中线),并外展 45° 。将袖带平展地缚于上臂,其下缘在肘窝上方 $2\sim 3\text{cm}$,不可过紧或过松;将听诊器胸件放在肘部肱动脉上(不要接触袖带,更不能塞在袖带下)。然后向袖带打气,待动脉搏动消失后,再将汞柱升高 $2.67\sim 4.0\text{kPa}$ ($20\sim 30\text{mmHg}$)后缓慢放出袖带中的空气,使汞柱缓慢下降(以 2mm/s 为宜),当听到第一个声音时所示的压力值为收缩压;继续放气,直至声音消失时所示的压力值为舒张压。收缩压与舒张压之差为脉压。每次测量应反复进行 $2\sim 3$ 次,以血压平均值作记录。在某些情况下,尚需测量两下肢血压,方法同前。但测量下肢血压时,被检者应采取俯卧位,袖带束于腘窝上部约 $3\sim 4\text{cm}$ 处,以测量腘动脉的压力。血压的记录方法是:收缩压/舒张压 kPa(mmHg),并注明测定血压时被检者的体位与所用肢体,如 $16/9.3\text{kPa}$ (右上肢,卧位),或 $120/70\text{mmHg}$ (右上肢,坐位)。个别人声音持续不消失者,舒张压取变音值,并加以说明,如 $16/5.3\sim 0\text{kPa}$ (右上肢,卧位)。

5. 发育与体型 发育正常时,年龄和智力、体格的成长状态(身高、体重及第二性征)之间的关系是均衡的。一般判断成人正常的指标为: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。

体型是身体各部分发育的外观表现,包括骨骼、肌肉的成长与脂肪分布的状态等。正常成年人的体型表现有三种:无力型、超力型及正力型。

6. 营养 营养状态是根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的发育情况来综合判断的。最简便而迅速的方法是察看皮下脂肪的充实程度,而判断脂肪充实程度最方便、最适宜的部位是前臂的内侧或上臂的下 $1/3$ 背侧。临床上将营养状态分为良好、中等、不良三级。

(二) 皮肤检查

1. 颜色 正常人粘膜红润,皮肤的颜色差别较大,但都有光泽。

2. 弹性 皮肤弹性与年龄、营养状态、皮下脂肪及组织间隙所含液量有关。儿童及青年弹性好,中年后弹性减弱,老年人弹性差。检查时常取手背或上臂内侧部位,用食指和拇

指将皮肤捏起,正常人于松手后皱折立即平复。

3. 湿度 出汗多者皮肤比较湿润,出汗少者比较干燥,在气温高、湿度大的环境里出汗增多,在气温低、湿度小的环境里出汗少。

4. 毛发 正常人头发分布均匀,有光泽;眉毛、腋毛、阴毛、体毛等分布规则,有光泽。

(三) 浅表淋巴结检查

正常除颌下、腋窝和腹股沟的淋巴结较易触及外,其他部位的浅表淋巴结一般不易摸到。正常浅表淋巴结为圆形或椭圆形,直径多在 0.2~0.5cm 之间,质地柔软,表面光滑,可以被推动,无压痛。检查的顺序如下: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。检查的方法如下:检查颈部淋巴结时,检查者可站在被检查者背后,手指紧贴检查部位,由浅入深进行滑动触诊。触诊时让被检查者头稍低,或偏向检查侧,使皮肤或肌肉松弛,以利触诊。检查锁骨上窝淋巴结时,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。检查腋窝淋巴结时,应以手扶被检查者前臂,使之稍外展,检查者以右手检查左侧,以左手检查右侧,触诊时由浅入深,直达腋窝顶部。检查滑车上淋巴结时,以左手扶托被检查者左前臂,以右手向滑车上由浅入深地触摸。检查腹股沟淋巴结时,被检查者仰卧,检查者用手指在腹股沟平行处由浅入深地触摸。检查腘窝淋巴结时,被检查者取俯卧位或仰卧位屈膝,检查者用手指在腘窝部由浅入深地触摸。

二、头部检查

(一) 头颅与颜面

正常人头颅的大小适中,无畸形及异常运动。颜面对称,各部比例适当。头颅的大小以头围来衡量,测量时以软尺自眉间绕到颅后通过枕骨粗隆。

(二) 眼

1. 眉毛 正常人眉毛的内侧与中间部分较浓密,外侧部分较稀,无脱落。

2. 眼睑 正常人眼睑无水肿,开闭自如,睫毛分布正常。

3. 结膜 结膜分睑结膜、穹窿部结膜和球结膜三部分。检查上睑结膜时需翻转眼睑才能进行,翻转要领为:用食指和拇指捏住上睑中部的边缘,嘱被检查者向下看,此时轻轻向前下方牵拉,然后食指向下压迫睑板上缘,并与拇指配合将睑缘向上捻转即可将眼睑翻开。翻转时动作要轻,以免引起被检查者的痛苦和流泪。正常人脸结膜红润,球结膜无充血。

4. 眼球 正常人两侧眼球对称、等大,无突出、无凹陷,上下、左右及旋转运动自如。

5. 巩膜 正常人巩膜不透明,血管极少,呈瓷白色。

6. 角膜 正常人角膜无色透明,表面光滑。

7. 虹膜 正常人虹膜纹理呈放射状排列。

8. 瞳孔 检查时应注意其形状、大小、对称性、对光及调节反射等。正常人双侧瞳孔圆形等大,直径约 3~4mm,对光、调节及聚合反射皆灵敏。

检查对光反射时,嘱被检查者注视远方,检查者用手电筒直接照射瞳孔后,瞳孔立即缩小,移开光源后瞳孔迅速复原,称为直接对光反射;再用手隔开双眼,照射一侧瞳孔,对侧瞳孔也缩小,称为间接对光反射。检查调节和聚合反射时,嘱被检查者注视 1m 以外的检查者的手指,然后将手指迅速移近眼球(距眼球约 20cm 处),此时瞳孔逐渐缩小,称为调节反射;如同时双侧眼球向内聚合,称为聚合反射(又称辐辏反射)。以上反射检查结果可用“灵敏”、

“迟钝”、“消失”表示之。

(三) 耳

检查时应注意耳廓的形状、外耳道有无分泌物、鼓膜的颜色及形状、鼓膜是否穿孔、乳突有无压痛等。

(四) 鼻

检查时注意鼻的外形、皮肤颜色、鼻翼的活动、鼻中隔有无明显偏曲或穿孔、鼻腔粘膜改变、有无鼻出血及分泌物、鼻窦有无压痛等。

鼻中隔检查法：让被检查者将头稍向后仰，检查者用拇指将鼻尖略向上推，即可观察到鼻中隔。

鼻旁窦压痛检查法：上颌窦：检查者双手固定在被检查者的两侧耳后，将拇指分别置于左右颧部向后按压；额窦：检查者用一手扶住被检查者枕部，用另一手置于眼眶上面内侧用力向后按压；筛窦：检查者用一手扶住被检查者枕部，用另一手拇指置于鼻根部与眼内角之间向筛窦方向按压；蝶窦：因解剖位置较深，不能在体表进行检查。

(五) 口

1. 口唇 正常人口唇红润光泽。

2. 口腔粘膜 口腔粘膜的检查应在充分的自然光线下进行，也可用手电筒照明。正常人口腔粘膜光洁呈粉红色。

3. 牙齿 正常人牙齿洁白、坚固、排列规整。

4. 牙龈 正常人牙龈呈粉红色，质坚韧，与牙颈部紧密贴合，检查时经压迫无出血及溢脓。

5. 舌 正常人舌呈淡红色，厚薄适中，舌面湿润且覆有薄白苔，自然伸出方向居中，伸缩转动自如。

6. 咽及扁桃体 检查时让被检查者头稍向后仰，并张口发“啊”音，此时检查者一手用压舌板将舌的前2/3与后1/3交界处迅速下压，一手持手电筒照亮咽部，即可看到软腭、悬雍垂、咽弓及舌腭弓、扁桃体及咽后壁等。正常人咽部粘膜光洁呈粉红色，扁桃体不肿大。

7. 口腔的气味 正常人口腔无特殊气味，饮酒、吸烟的人可有烟酒味。

8. 腮腺 腮腺位于耳屏、下颌角、颧弓所构成的三角区内。正常人腮腺体薄而软，触诊时摸不出腺体轮廓。腮腺导管位于颧骨下1.5cm处，横过嚼肌表面，开口相当于上颌第二磨牙对面的颊粘膜上(图1-1)。检查时注意导管口有无分泌物。

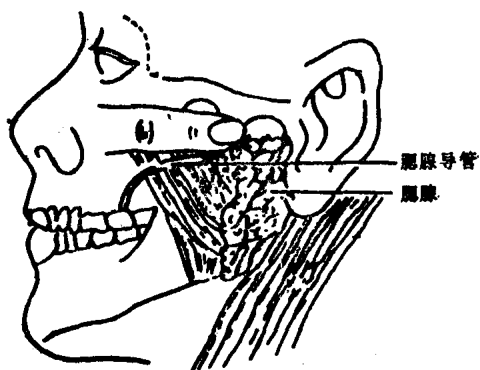


图 1-1 腮腺与腮腺导管位置图

三、颈部检查

(一) 颈部外形及活动

正常人颈部直立，两侧对称。矮胖者较粗短，瘦长者较细长。男性甲状软骨比较突出，女性则平坦不显著。转头时可见胸锁乳突肌突起。颈部伸屈、转动自如。

(二) 甲状腺

甲状腺位于甲状软骨下方，其检查方法如下。

1. 视诊 观察甲状腺的大小和对称性。检查时让被检查者做吞咽动作,当甲状腺肿大时,可见甲状腺随吞咽动作而上下移动,如不易辨认时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 检查时检查者可站在被检查者背后,双手拇指放在颈后,用其他手指从甲状软骨两侧进行触摸;也可在被检查者的对面以右手拇指和其他手指在甲状软骨两旁进行触诊,并同时让被检查者作吞咽动作。

3. 听诊 用钟型听诊器直接放在肿大的甲状腺,听诊有无杂音。

正常人甲状腺一般看不到,表面光滑、柔软不易触及。女性在青春发育期甲状腺可略增大。

(三) 颈部血管

正常时,坐位或半卧位(上半身与水平面呈 45° 角度)时颈静脉应当是塌陷的,躺平时颈静脉充盈并可见搏动。如坐位或半卧位时可见明显颈静脉充盈,称为颈静脉怒张。部分正常人可在锁骨上窝右颈静脉处听到连续的“营营”音,在坐位、深吸气并将头转向左侧时更清晰,如用手指轻压颈静脉,则此杂音消失。

正常人颈动脉搏动在安静时不易看到,只在剧烈运动后可见颈动脉的微弱搏动。

(四) 气管

正常气管位于颈前正中。检查时让被检查者取坐位或仰卧位,检查者将食指与无名指分别置于两侧胸锁关节上,然后将中指置于气管之上,观察中指是否在食指与无名指中间。若两侧距离不等则表明气管有偏移。

实习二 一般状态及头颈部病理体征检查

【实习时数】 2学时。

【目的要求】 掌握一般及头颈部常见病理体征的检查方法,了解其临床意义。

【实习方法】 教师带领同学进病房观察常见的一般及头颈部病理体征。到床旁先由教师指出病理体征,让同学观察及体会,然后让同学说明其特性,教师加以补充或纠正。每看1~2个体征后,由教师讲解其临床意义。

【实习内容】

一、一般检查常见病理体征

(一) 一般状态病理体征

1. 体温异常

(1) 发热 见于各种发热性疾病。根据发热的高低,临床上将发热分为四度: $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$ 为低热, $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 为中度发热, $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ 为高热, 41°C 以上为超高热。临床上常见的热型有四种: ①稽留热: 体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$, 达数日或数周, 24h内波动范围不超过 1°C ; 见于伤寒、大叶性肺炎等。②弛张热: 体温在 39°C 以上, 24h内波动范围在 2°C 以上, 体温最低时一般仍高于正常; 见于败血症、风湿热等。③间歇热: 体温突然上升至 39°C 以上, 持续几小时后又突然下降至正常, 以后间歇数小时或数日后体温又突然升高, 持续几小时后再突然下降, 如此反复发作; 见于疟疾、急性肾盂肾炎等。④不规则热: 发热无一定规律; 见于流行性感冒、结核病、风湿热等。

(2) 体温过低 见于休克、慢性消耗性疾病、严重营养不良、甲状腺功能低下以及在低温环境中暴露过久等。

2. 血压异常

(1) 高血压 成人血压收缩压 $\geq 21.3\text{kPa}$ (160mmHg), 和(或)舒张压 $\geq 12.7\text{kPa}$ (95mmHg)者, 称为高血压; 收缩压在 $18.8\sim 21.2\text{kPa}$ (141~159mmHg)之间, 和(或)舒张压在 $12.1\sim 12.5\text{kPa}$ (91~94mmHg)之间者, 称为临界高血压; 高血压常见于高血压病、肾脏疾病、肾上腺皮质和髓质肿瘤、颅内压增高等。

(2) 低血压 血压低于 $12.0/8\text{kPa}$ (90/60mmHg)者, 称为低血压; 常见于休克、心肌梗死、心功能不全、心包填塞、肾上腺皮质功能减退等。

(3) 脉压增大 脉压大于 5.3kPa ; 见于主动脉瓣关闭不全、高血压病、主动脉粥样硬化、甲状腺功能亢进症、严重贫血等。

(4) 脉压减小 脉压小于 4.0kPa ; 见于低血压、心包积液、缩窄性心包炎、严重左房室瓣狭窄、主动脉瓣狭窄、重度心功能不全等。

3. 发育异常

(1) 巨人症 体格异常高大称为巨人症; 见于垂体前叶功能亢进。

(2) 生长激素缺乏性侏儒症 体格异常矮小; 见于垂体前叶功能减退。

4. 营养异常

(1) 营养不良 多见于长期或严重的疾病。主要由摄食不足及消耗增多引起。体重减轻到低于标准体重的10%时称为消瘦, 极度消瘦者称为恶病质。

(2) 单纯性肥胖 全身脂肪分布较均匀, 一般无异常表现, 体重超过标准体重的20%以上。

(3) 继发性肥胖 多见于某些内分泌疾病, 如下丘脑病变所致的肥胖性生殖无能症(Fröhlich 综合征)、肾上腺皮质功能亢进症(Cushing 综合征)及甲状腺功能低下(粘液性水肿)等。

5. 意识障碍 临床上检查意识状态的方法一般多用问诊, 通过与病人的对话来了解其思维、反应、情感活动、定向力(即对时间、地点、人物的分析力)等, 同时还要作痛觉试验、瞳孔反射、肌腱反射等以判定意识障碍的程度。临床上常见的意识障碍有嗜睡、昏睡、浅昏迷、深昏迷、意识模糊及谵妄等。

6. 特征性面容与表情 常见的有以下几种。

(1) 急性病容 面色潮红, 兴奋不安, 鼻翼煽动, 口唇疱疹, 表情痛苦。见于急性热病, 如大叶性肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎等。

(2) 慢性病容 面容憔悴, 面色晦暗, 目光暗淡。见于慢性消耗性疾病, 如恶性肿瘤、肝硬化、严重结核病等。

(3) 左房室瓣面容 面色晦暗, 两颊紫红, 口唇发绀。见于风湿性心脏病左房室瓣狭窄。

(4) 甲亢面容 面容惊愕, 眼球凸出, 目光闪烁, 兴奋不安。见于甲状腺功能亢进。

(5) 伤寒面容 表情淡漠, 反应迟钝, 呈无欲貌。见于伤寒。

(6) 脱水貌 眼窝凹陷, 颧弓凸显, 皮肤干燥, 表情迟钝。见于因严重呕吐或腹泻而大量丢失体液的病人。

7. 异常体位 常见的有以下几种。

(1) 被动体位 病人不能自己随意调整或变换体位,见于昏迷、肢体瘫痪及极度衰弱的病人。

(2) 强迫体位 病人为了减轻疾病的痛苦,被迫采取的某种体位。临床常见的强迫体位有以下几种:①强迫仰卧位:见于急性腹膜炎等;②强迫俯卧位:见于脊柱疾病等;③强迫侧卧位:见于一侧胸膜炎和大量胸腔积液等;④强迫坐位(端坐呼吸):见于心肺功能不全的病人等;⑤辗转体位:见于胆石症、胆道蛔虫、肠绞痛等;⑥角弓反张位:见于破伤风及小儿脑膜炎等。

8. 步态异常 常见的有以下几种。

(1) 蹒跚步态(鸭步) 走路时身体左右摇摆,见于佝偻病、大骨节病、进行性肌营养不良或双侧先天性髋关节脱位等。

(2) 偏瘫步态 患者行走时,需靠躯体先将一侧骨盆抬高,以提起患侧下肢,然后以髋关节为中心,直着腿,足趾擦地,向外划半个圆圈跨前一步,故又称弧形步态;见于肢体偏瘫患者。

(3) 慌张步态 起步后小步急速趋行,身体前倾,有难以止步之势;见于震颤麻痹。

(4) 共济失调步态 起步时一脚高抬,骤然垂落,且双目向下注视,两脚间距很宽,以防身体倾斜,闭目时则不能保持平衡;见于脊髓痨病人。

(5) 跨阈步态 由于踝部肌腱、肌肉弛缓,患足下垂,行走时必须高抬下肢才能起步;见于腓总神经麻痹。

(6) 剪刀式步态 移步时下肢内收过度,两腿交叉呈剪刀状;见于脑性瘫痪与截瘫病人。

(二) 皮肤病理体征

1. 颜色异常

(1) 苍白 见于贫血、寒冷、惊恐、休克、主动脉瓣关闭不全、雷诺病及血栓闭塞性脉管炎等。

(2) 潮红 见于大叶性肺炎、肺结核、猩红热,以及某些中毒(如阿托品、一氧化碳)等。

(3) 黄染 主要见于黄疸。

(4) 发绀 主要是由于单位容积血液中还原血红蛋白量增高(超过 50g/L)所致。发绀的常见部位为舌、唇、耳廓、面颊、肢端。

(5) 色素沉着 视诊时,除观察面部、四肢等暴露部位外,还要观察乳头、乳晕、腋窝等非暴露部位的皮肤有无色素沉着。色素沉着常见于慢性肾上腺皮质功能减退症(Addison病)、肝硬变、肝癌晚期、肢端肥大症、黑热病、疟疾以及使用某些药物如砷剂、抗癌药等。

(6) 色素脱失 常见于白癜、白斑和白化症。

2. 弹性减弱 检查时皮肤皱折平复缓慢,见于长期消耗性疾病或严重脱水的病人。

3. 湿度异常

(1) 皮肤潮湿多汗 见于风湿热、疟疾、甲状腺功能亢进、结核病及佝偻病等。

(2) 皮肤异常干燥 见于维生素A缺乏、粘液性水肿、硬皮病、尿毒症和脱水等。

4. 皮疹 皮疹出现的规律和形态有一定的特异性,所以检查时应注意皮疹出现与消失的时间、发展顺序、分布部位、形状大小、颜色、压之是否退色、平坦或隆起、有无搔痒及脱

屑等。

常见的皮疹有以下几种。

(1) 斑疹 只是局部皮肤发红,一般不高出皮肤。见于斑疹伤寒、丹毒、风湿性多形红斑。

(2) 玫瑰疹 是一种鲜红色的圆形斑疹,直径2~3mm,为病灶周围的血管扩张所形成,压之退色,松开时又复出现,多出现于胸腹部。见于伤寒或副伤寒。

(3) 丘疹 除局部颜色改变外还隆起皮面。见于药物疹、麻疹、猩红热、湿疹等。

(4) 斑丘疹 在丘疹周围合并皮肤发红的底盘。见于风疹、猩红热及药物疹。

(5) 荨麻疹 又称风团块。其特征为皮肤上出现大小不一的鲜红色或苍白色风团,发得快退得快,并伴有瘙痒或烧灼感,消退后不留痕迹。见于各种特异性蛋白性食物或药物过敏。

5. 皮肤粘膜出血 出血面之直径小于2mm者,称为出血点;皮下出血直径约3~5mm者,称为紫癜;皮下出血直径大于5mm者,称为瘀斑;片状出血并伴有皮肤显著隆起者,称为血肿。皮肤粘膜出血常见于造血系统疾病、重症感染、某些血管损害的疾病以及工业毒物或药物中毒等。

6. 蜘蛛痣 蜘蛛痣多出现在上腔静脉分布的区域内,如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等处。蜘蛛痣的直径可由针头大到数厘米以上。检查时用铅笔尖或以火柴杆压迫蜘蛛痣的中心,其辐射状小血管网即退色,去除压力后又复出现。蜘蛛痣常见于慢性肝炎或肝硬化。健康妇女在妊娠期间可出现蜘蛛痣。慢性肝病患者手掌大、小鱼际处常发红,加压后退色,称为肝掌。

7. 水肿 轻度水肿单靠视诊不易发现,如以手指按压发生凹陷不能很快恢复者,称为凹陷性水肿。粘液性水肿及象皮肿虽也表现为组织明显肿胀,但指压后并无组织凹陷,可资鉴别。全身性水肿常见于肾炎、心功能不全及肝硬化等;局限性水肿可见于静脉或淋巴回流受阻。

8. 皮下结节 位于关节附近、长骨隆起部位或肢体肌腱上。检查时应注意结节的大小、硬度、部位、活动度、有无压痛等。见于风湿热、结节性多动脉炎、囊虫病及感染性心内膜炎等。

9. 皮下气肿 患处肿胀似水肿,但触诊有握雪感,听诊有皮下捻发音。见于肺部外伤或肢体有产气杆菌感染等。

10. 毛发异常

(1) 毛发脱落 局限性脱发,见于脂溢性皮炎及斑秃等;弥漫性脱发,多见于伤寒后,粘液性水肿、过量的放射线影响及应用某些抗癌药物等;多部位毛发脱落,如头发、眉毛、腋毛及阴毛脱落,常见于脑垂体前叶功能减退。

(2) 毛发异常增多 常见于肾上腺皮质功能亢进或长期使用肾上腺皮质激素者,女性病人除体毛增多外,还可生长胡须。

(三) 浅表淋巴结肿大

浅表淋巴结肿大时应注意部位、大小、数目、硬度、压痛、活动度,有无粘连,局部皮肤有无红肿、疤痕、瘰管等,并同时注意寻找引起浅表淋巴结肿大的原发病灶。

局限性淋巴结肿大,常见于非特异性淋巴结炎、淋巴结结核及恶性肿瘤淋巴结转移等;全身性淋巴结肿大,多见于白血病和淋巴瘤等。

二、头部病理体征

(一) 头颅及颜面异常

小颅见于前囟早闭及小儿痴呆等；巨颅多见于脑积水；方颅见于小儿佝偻病或先天性梅毒等。前囟隆起见于脑膜炎及颅内出血等；前囟凹陷多见于脱水。头部活动受限见于颈椎疾患；头部不随意地颤动，见于震颤麻痹；与颈动脉搏动一致的点头运动，见于严重主动脉瓣关闭不全。先天性斜颈病人的两侧颜面不对称；肢端肥大症病人下颌增大前突，两颧和眉弓高凸，口唇增厚；流行性腮腺炎则见两侧腮腺弥漫性肿大，耳垂被托起，颜面增宽。

(二) 眼的异常

1. 眉毛过于稀疏或脱落 见于粘液性水肿、垂体前叶功能减退症及麻风病等。

2. 眼睑

(1) 睑内翻 见于砂眼。

(2) 上睑下垂 双侧上睑下垂见于先天性上睑下垂或重症肌无力；单侧上睑下垂见于动眼神经麻痹。

(3) 眼睑闭合障碍 双侧眼睑闭合障碍见于甲状腺功能亢进症；单侧眼睑闭合障碍见于面神经麻痹。

(4) 眼睑水肿 常见于肾炎、贫血、营养不良及血管神经性水肿等。

3. 结膜改变 结膜苍白见于贫血；结膜充血发红见于结膜炎或沙眼；结膜有颗粒与滤泡见于沙眼；结膜发黄见于黄疸；结膜有出血点见于败血症、亚急性感染性心内膜炎及出血性疾病。

4. 眼球

(1) 眼球突出 双侧眼球突出见于甲状腺功能亢进症；单侧眼球突出见于局部炎症或颅内占位性病变。

(2) 眼球下陷 双侧眼球下陷见于严重脱水；单侧眼球下陷见于 Horner 综合征。

(3) 眼球运动异常 眼球运动受限见于眼肌麻痹，多由于脑炎、脑膜炎、脑出血及脑肿瘤等所致；眼球震颤见于耳源性眩晕及小脑疾患等。

5. 巩膜黄染 多见于黄疸。黄疸时巩膜黄染均匀，中年以后出现的内眦部黄色斑块，分布不均匀；胡萝卜素、阿的平等所致的黄染，仅限于角膜周围。

6. 角膜病变 检查时应注意角膜的透明度，云翳、白斑及溃疡常见于外伤及感染；角膜软化多见于维生素 A 缺乏症。

7. 虹膜异常 虹膜纹理模糊或消失，见于炎症或水肿；虹膜形态异常或有裂孔，见于虹膜前粘连、外伤、先天性虹膜缺损等。

8. 瞳孔改变

(1) 瞳孔的形状异常 双侧瞳孔缩小，见于虹膜炎症、中毒(有机磷农药及毒蕈中毒)、药物反应(吗啡、巴比妥类、毛果芸香碱、氯丙嗪)等；双侧瞳孔扩大见于外伤、颈交感神经刺激、绝对期青光眼、视神经萎缩、药物影响(阿托品、可卡因)等；双侧瞳孔散大伴对光反射消失，见于濒死状态；瞳孔呈椭圆形，可见于青光眼或眼内肿瘤；瞳孔形状不规则，见于虹膜粘连。

(2) 瞳孔大小不等 常见于脑外伤、脑肿瘤等所致的脑疝。

(3) 瞳孔对光反射迟钝或消失 常见于昏迷病人。

(4) 调节反射和聚合反射消失 常见于动眼神经麻痹。

(三) 耳的异常

耳廓上触及痛性小结见于痛风;耳廓红、肿、热、痛见于感染。外耳道内局部红肿疼痛,并有耳廓牵拉痛,见于疖肿;有脓性分泌物流出,见于中耳炎;有血液或脑脊液流出,见于颅底外伤。乳突压痛多见于乳突炎。

(四) 鼻的病变

1. 鼻的外形改变 鼻梁部及两侧面颊出现蝶形红斑,见于系统性红斑狼疮;鼻尖和鼻翼皮肤发红,并有毛细血管扩张和组织肥厚,见于酒渣鼻。鼻腔完全堵塞,外鼻变形,鼻梁宽平如蛙状,称为蛙状鼻,见于肥大的鼻息肉病人;由于鼻骨破坏,鼻梁塌陷,形似马鞍,称为鞍鼻,见于鼻骨骨折,鼻骨发育不良及先天性梅毒。

2. 鼻翼煽动 吸气时鼻孔开大,呼气时回缩,见于伴有呼吸困难的高热性疾病(如大叶性肺炎)、支气管哮喘和心源性哮喘发作时。

3. 鼻出血 常见于外伤、鼻腔感染、局部血管损伤、鼻腔肿瘤(鼻咽癌)、鼻中隔偏曲及全身性出血性疾病等。

4. 鼻腔粘膜及其分泌物异常 急性鼻粘膜肿胀见于急性鼻炎;慢性鼻粘膜肿胀见于慢性鼻炎;鼻粘膜萎缩、鼻腔干燥、嗅觉减退或消失,见于慢性萎缩性鼻炎;鼻腔分泌物过多,清稀无色,见于卡他性炎症;鼻腔分泌物过多,粘稠发黄或发绿,见于化脓性鼻炎或鼻旁窦炎;鼻腔分泌物过多,发绿,并有恶臭,常见于鼻咽癌。

5. 鼻旁窦压痛 鼻旁窦压痛,并伴有鼻塞、流涕和头痛,多见于鼻旁窦炎。

6. 鼻腔通气不畅 多见于鼻中隔偏曲、鼻甲肥大及鼻息肉等。

(五) 口的病变

1. 口唇异常 口唇苍白见于贫血、虚脱及主动脉瓣关闭不全;口唇深红见于急性发热性疾病;口唇发绀见于心、肺功能不全;口唇干燥或皲裂见于严重脱水;口唇疱疹见于单纯疱疹病毒感染;口唇突然发生非炎症性、无痛性肿胀,见于血管神经性水肿;口角糜烂见于核黄素缺乏;口唇肥厚见于克汀病、粘液性水肿及肢端肥大症等;唇裂见于先天性发育畸形。

2. 口腔粘膜异常 口腔粘膜出现蓝黑色色素沉着斑片,见于肾上腺皮质功能减退(Addison病);口腔粘膜下出血点或瘀斑,见于各种出血性疾病或维生素C缺乏;在第二磨牙的颊粘膜处出现针头大小的白色斑点,称为麻疹粘膜斑(Koplik斑),见于麻疹早期;在上齿列第二磨牙相对的颊粘膜上腮腺导管开口处红肿,见于流行性或化脓性腮腺炎。

3. 牙齿异常 检查时应注意有无龋齿、残根、缺齿及义齿等。如发现牙齿疾患,应按下列格式标明所在部位(图1-2)。

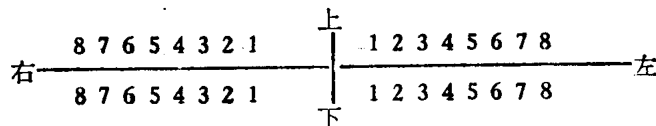


图 1-2 牙列表示法

1. 中切牙; 2. 侧切牙; 3. 尖牙; 4. 第一前磨牙; 5. 第二前磨牙;
6. 第一磨牙; 7. 第二磨牙; 8. 第三磨牙

例如: 左下第二前磨牙为龋齿, 则用“龋齿_下”表示; 右上侧切牙为缺齿, 则用“缺齿_上”表示。