

第一篇 诊断学基础

第一章 问 诊

第一节 问诊的重要性

问诊是对疾病进行调查研究的开始，医生通过与病人或有关人员的交谈，可了解疾病的发生、发展的全过程、以及过去病史、个人史、家族史等情况。通过问诊可为诊断提供线索，为进一步检查指出方向，特别当病人只有自觉症状而缺乏明显体征时，如溃疡病、心绞痛等，问诊可获得重要诊断依据。虽然现代医学的迅速发展，能利用许多精密器械和复杂的实验室检查方法以协助诊断，但问诊及体格检查仍然是诊断疾病的重要方法，因此，问诊是我们必须掌握的基本功。

祖国医学历来重视问诊，把它列为“四诊”之一，并把问诊内容编为《十问歌诀》，谓：“一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再兼服药观机变，妇人尤必问经期，迟速崩漏皆可见，再添片语告儿科，天花麻疹全占验”。可见祖国医学不仅重视问诊，而且对问诊早已积累了十分丰富的经验。

第二节 问诊的方法及注意事项

一、问诊时必须认真负责，态度要和蔼，亲切，讲话应通俗易懂，避免应用医学术语。

二、病人述说病情，应细心听取，不要轻易打断病人讲话，当病人所谈离题太远时，则应灵活地加以启发，使病人讲出与疾病有关的情况，但要注意防止暗示，引导病人说出实际并不存在，但符合医生主观臆测的某些病情和症状，以免导致错误的诊断。

三、问诊时应让病人自述疾病经过，对于神志不清、精神不正常、小儿病人不能自述时，可由最了解病史的人代述，但其可靠性应加以慎重和客观的分析。

四、对危重病人应抓紧时间积极抢救，问诊应重点扼要，待病情缓和以后再作补充询问。

五、问诊中既要有整体观念，又要抓住重点，与疾病有关的内容应深入询问。最后，对病人的陈述进行认真的分析思考，并加以归纳整理，为进一步检查及确立诊断打下良好基础。

第三节 问诊的内容

〔一般项目〕包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、职业、婚否、住址、入院日期、病史采取时间、病史叙述者。

〔主诉〕 是指病人就诊时感觉最痛苦的一个或数个主要症状，或明显体征及其持续时间。记录要简单扼要，如“发热、头痛已两天”。若主诉不只一个，则按发生的时间顺序记录，如“咳嗽、咳痰已两月余，突然咯血一小时”。

通过主诉可初步估计病人患的是那一系统，或那种性质的疾病。如病情复杂病人不能说出主诉时，可先问现病史，再从中概括出主诉来。

〔现病史〕 是指这次疾病从发病至就诊的全部过程。是病史中的主要部分，包括下列内容：

一、发病情况 发病的时间、地点、是骤起还是缓发、发病的诱因或原因。

二、主要症状的特点 对主要症状应深入了解其性质、部位、时间、程度、伴随症状及缓解方法等。

(一)性质 如疼痛是钝痛、绞痛、烧灼痛或刀割样痛等。

(二)部位 如疼痛的部位在心前区、上腹部、或右下腹部等。

(三)时间 如咳嗽、咳痰的时间，下午发热或是隔日发热，上腹痛在饭前或者饭后等。

(四)程度 这是病人的主观感觉，如疼痛有微痛、剧痛等不同程度。

(五)伴随症状 主要症状往往伴有次要症状，如发热时可伴有寒战、出汗，腹痛有时可伴有恶心、呕吐。

(六)缓解方法 如溃疡病病人服碱性药物可使疼痛减轻，心脏病人在发生呼吸困难时，须采取坐位或前倾位以减轻呼吸困难。

三、疾病的发展情况 应描述主要症状是持续性的，还是间歇性的，症状的发展是好转还是恶化，中间有无新的症状出现等。

四、诊治情况 患病后曾在何时、何地诊治过，曾诊断什么病，作过什么检查及结果怎样，曾接受过何种治疗，药物的名称、剂量、用法、疗效、有无副作用等。

五、一般情况 了解病后的食欲、睡眠、体重改变及大小便等。

〔过去史〕 过去的健康状况及患过的疾病，和现在的疾病可能有密切关系，故应详细加以追询，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，要详细询问与现在疾病有关的病史，例如当疑及现患风湿性心脏病时，应了解过去有无风湿热的有关症状，如咽痛、游走性关节痛和皮肤红斑等。

此外，尚须了解有无传染病史、外伤史、手术史、过敏史(特别是药物过敏)、预防接种史等。

〔个人史〕 包括出生地，曾到何地(应特别注意地方病及传染病的流行地区)，卫生及饮食习惯，有无烟酒嗜好，职业及工种，就业时间，劳动保护条件，有无经常与毒性物质的接触(如砒尘、铅、汞或磷等)，放射性接触。这些病史对诊断某些地方病或职业病有一定的帮助。

〔月经、婚姻及生育史〕 对女性病人应询问其月经情况、如初潮年龄、周期、行经日数、末次月经时间或绝经年龄，用下列方式记录：

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

例如：15 $\frac{3 \sim 4}{26 \sim 30}$ 78，10，20(或45)

同时还需了解月经的量和颜色，有无痛经及白带情况等。已否结婚，结婚年龄，已婚者应询问妊娠次数、生产胎数、有无流产、早产、手术产，对生育年龄时期者，应询问计划生育执行情况。

〔家族史〕 了解家庭成员的健康情况，如已死亡的则应询问死亡原因，特别注意某些传染病及遗传性疾病，如肺结核、血友病、糖尿病、高血压及精神病等。

第四节 各系统疾病问诊提要

下面内容可作问诊时的参考：

一、呼吸系统

咳嗽的性质、发生或加剧的时间、与气候变化的关系；咳痰的多少、粘稠度、颜色及气味、与体位改变的关系；咯血的颜色、量及持续时间；胸痛的部位、性质、与呼吸、咳嗽及体位的关系；呼吸困难的性质、程度及出现时间。

二、循环系统

心悸及其发生的时间，与活动的关系；心前区疼痛的部位、性质、程度、疼痛持续的时间、放射部位与活动及体位的关系，引起疼痛的诱因及缓解办法；呼吸困难的诱因、出现的时间、发作情况、与活动及体位的关系；咳嗽、咳痰、咯血；水肿出现的时间，开始发生的部位及发展顺序；尿量多少；有无上腹部胀满感、右上腹部疼痛、消化不良、头晕、头痛、失眠、晕厥等。

三、消化系统

食欲情况，有无吞咽困难，开始出现的时间、自觉咽下困难的部位、对流质及固体食物咽下的反应；反酸、嗝气；呕吐发生的时间，呕吐物的量、成分、颜色及气味；腹痛发生的时间、部位、性质、有无放射痛、有无节律性与季节性、痛与饮食的关系、喜按还是拒按；大便的次数、性质(干、溏、稀、粘液、脓血)、颜色及臭味、有无里急后重；巩膜及皮肤有无黄疸，黄疸出现的时间、程度、与疼痛的关系、粪尿颜色等。

四、泌尿生殖系统

尿量、尿的颜色、有无血尿、尿混浊；有无排尿困难、尿道刺痛、尿频、尿急、夜尿有无增多；腰部有无疼痛、痛的程度、性质及放射部位；水肿出现的时间，部位及发展顺序；有无性功能改变。

五、造血系统

有无疲倦无力、头晕、头痛、耳鸣、眼花、心悸、气促、记忆力减退、恶心、呕吐、腹胀、腹痛；皮肤粘膜有无苍白、出血点或紫癜、黄疸；有无其它部位的出血(如鼻衄、齿龈出血、咯血、呕血、便血、血尿等)及出血量；有无畏寒、发热；骨骼疼痛；有无肝脾及淋巴结肿大；有无放射性物质或抑制骨髓的化学药品接触史等。

六、内分泌系统及代谢

有无乏力、头痛、视力障碍、浮肿、心悸、怕热、多汗、手颤、食欲异常、烦渴、多尿。性格改变。体型改变。性器官发育及性功能有无异常等。

七、神经系统

有无头痛、头痛的性质、部位及时间。有无失眠、意识障碍、昏厥、抽搐、瘫痪、感觉失常等。

第二章 体格检查

体格检查是最基本,最简便,最实用的诊断技术,是正确诊断疾病不可缺少的重要方法,因此我们必须认真学习,反复实践,熟练掌握。体格检查时应注意如下几点:

一、体格检查时必须严肃认真、耐心、细致、要有实事求是的科学作风。

二、对病人要关心体贴,手法操作要轻,尽量避免因检查而增加病人的痛苦,对危重病人应先作重点检查,及时进行抢救,待病情稳定后再作补充检查。

三、体格检查应按一定的顺序进行,通常先观察全身一般情况,然后按头、颈、胸、腹、脊柱、四肢、生殖器、肛门、神经反射的顺序进行,以免遗漏。但对小儿应以不易引起患儿不安的部位先行检查,如咽部检查常常引起哭泣,故可放在最后进行。

四、体格检查要结合病史,既要全面系统,又要有所侧重。如对主诉为心悸、气急、下肢浮肿的病人,除全身系统检查外,重点应放在心脏的检查上。

第一节 体格检查的基本方法

〔望诊〕 望诊是医生对病人整体或局部的各种形象,进行观察了解的一种检查方法。

望诊可分为一般望诊及局部望诊两种,一般望诊是观察病人一般状态的特征,如发育营养、意识状态、面容、体位、姿势与步态等。局部望诊是对病人身体的某一部分作更深入细致的观察,如巩膜黄染、眼球震颤、皮肤或粘膜的出血点、心尖搏动及舌苔等。

望诊时光线要适合,最好在间接的日光下进行,以利于辨别皮肤的色泽,如在普通灯光下不易辨别黄疸及某些皮疹或出血点,对观察搏动或肿物的轮廓利用侧面光线则比较清楚。

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,对了解和推断整体病变具有重要意义。

〔触诊〕 是医生利用手的感觉,来判断所触脏器和躯体部分物理特征的检查方法,其物理特征包括位置、大小、境界、轮廓、表面性质、温度、湿度、硬度、移动性、波动、弹性、压痛等。触诊可以确定望诊所发现的征象,并补充望诊所不能察觉的变化。

触诊可检查身体任何部位,根据不同的检查目的,而嘱病人采取适当的体位,如仰卧位、侧卧位、坐位及直立位等。医生应位于病人右侧,检查时手要温暖,指甲要剪短,用力要适中,避免用力过大,过猛,引起病人痛苦。

触诊的内容与方法,详见胸、腹部检查。

祖国医学将用手检查病人的方法称为切诊。切诊可分为脉诊与按诊两部分,脉诊主要是切脉,是中医诊断疾病的重要方法之一,按诊是通过触按病人皮肤和病变部位来分辨寒热、虚实。如手足冷,多为阳气不足,手足温暖,多为阳气未衰。手背热,多为外感,手足心热,多属阴虚。又如局部疼痛,按之加剧,多为实证;按之痛减,多为虚证。

〔叩诊〕 叩诊是用手指叩击人体表面,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。由于人体各器官的弹性和含气量不同,以及与其邻近器官的

含气量和距离的不同，所以叩击时产生的音响也不一样，借此可以判断各种器官的物理状态。

一、叩诊方法 叩诊时，环境须安静，病人取坐位或仰卧位，叩诊部位的肌肉应松弛。叩诊方法分直接叩诊法与间接叩诊法两种：

(一)直接叩诊法 是用一个或二、三个手指的掌面，直接拍击被检查的部位。(图1—1)此种方法可用于广泛性病变，如大片肺实变，中等量以上的胸腔积液等。

(二)间接叩诊法 是临床上广泛采用的方法，叩诊时，将左手中指紧贴于被叩部位，其余各指不与体表接触，以免影响音波的振动，左手中指所施加的压力，应视病人胸壁厚薄而定，厚者须用较大的压力，薄者应相应地小些，然后以右手中指垂直地叩打左手中指第二指节，(图1—1)应以腕关节及指掌关节运动，肘关节不参加运动，要灵活、迅速而富有弹性的急促叩打，一个部位每次连续叩击2~3次，叩击力量要均等适中，并仔细听取其所产生的音响，以便正确地判断叩诊音的变化。叩诊力量的轻重依叩诊部位、病变大小及位置的深浅而有所不同，对面积较大、部位较深的病灶，宜采用重叩诊法，而对范围较小，位置较浅的病灶则用轻叩诊法。

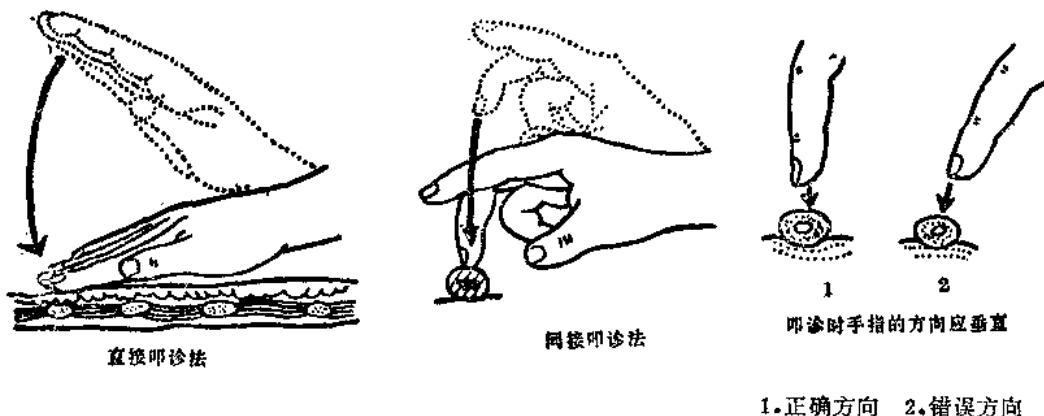


图1—1 叩诊法

二、叩诊音 叩击人体时产生音响的性质，可分为下列几种：

(一)清音 为叩打正常肺脏之叩诊音，其音响较长而强，音调较低。

(二)浊音 为叩打被少量含气组织复盖的实质脏器时所产生的声音，如肝脏、心脏的相对浊音界，其特点为音响较短，音调较高。

(三)实音 为叩打不含气体的实质脏器时所产生的声音，如肝脏、心脏的绝对浊音界，其音调较浊音更高，音响更短。

(四)鼓音 为叩打含有大量气体的空腔器官时所出现的声音，如正常情况下叩击胃肠，病理情况下叩打肺空洞、气胸等时，与清音相比其音响较强，时间较长。

(五)过清音 见于叩打弹性减弱，含气量增多的肺组织如肺气肿时，其音调、音响介于清音与鼓音之间。

〔听诊〕 是医生利用听觉听取体内某些脏器在活动时所产生音响的检查方法。根据音响的变化从而推断病变的性质。

听诊可分为直接与间接两种：

一、直接听诊法 是以耳直接贴附于被检部位进行听诊,此法已很少应用,只是在紧急情况下而又无听诊器时采用。

二、间接听诊法 是最普遍使用的听诊法,为借助听诊器来进行听诊,听诊器有两种,硬质听诊器仅用于听取胎心音,软质听诊器为医生所广为采用。

听诊时环境要肃静、室内要温暖、背风、天冷时听诊器的胸端在使用前应用手加温,避免因寒冷引起肌肉震颤,而出现附加音。此外,病人体位要舒适,并使肌肉放松,听诊器的胸端要用手指固定好,紧贴于被检查的部位,以免因与皮肤摩擦而产生杂音,影响听诊效果。

第二节 一般检查

一般状况检查,是体检的第一步,主要用望诊与触诊来观察与检查病人,通过这些检查,对病情的轻、重、缓、急有一个初步的认识,是进一步全身系统检查的基础。其内容如下:

〔体温〕

一、体温测量法 在我国测量体温一般都用摄氏(简写C)体温表,测量前先将体温表的汞柱甩到刻度 35°C 以下,然后进行测量。测量的方法有如下三种:

(一)口表测量法 将体温表放在病人的舌下,让病人闭口,放置3~5分钟,然后看体温的度数。用口表测量前,病人勿饮冷水或热水以免影响测量结果,测量时间过短亦能产生错误。

(二)肛表测量法 用此法测得体温,较口表或腋表测量法准确。一般用于幼儿或意识障碍的病人。测量时直肠中应无粪便,病人取侧卧位,体温表的水银端涂以润滑油,将其一半插入直肠,测量3~5分钟。

(三)腋表测量法 在腋窝测量,测量时腋窝应干燥,将体温表水银端放入腋窝顶部,病人用上臂紧紧夹住体温表,5~10分钟后取出,并记录其度数。

二、正常人的体温 正常人的体温一般口腔为 $36.2^{\circ}\text{C}\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。直肠体温比口腔约高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。腋下体温为 $36^{\circ}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。健康人体温昼夜相差一般在 1°C 以内,清晨最低,午后最高;老年人体温偏低,小儿体温略高;饮食及运动后体温可稍升;妇女在月经前或妊娠期中体温亦可稍增高。

三、发热的临床类型 体温超过正常范围为发热。临床上根据体温升高的程度(按口表法计)分为:低热, $37.5^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$;中度发热, $38^{\circ}\sim 39^{\circ}\text{C}$;高热, $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$;超高热, 40°C 以上。

发热病人应每4小时测量一次体温,并将各个时间所测得的体温,记录在体温单上,然后用直线连接起来,即得体温曲线,也称热型。常见热型有下列几种:

(一)稽留热 高热持续数天或数周,每天体温波动不超过 1°C ,见于伤寒、大叶性肺炎等。(图1~2)

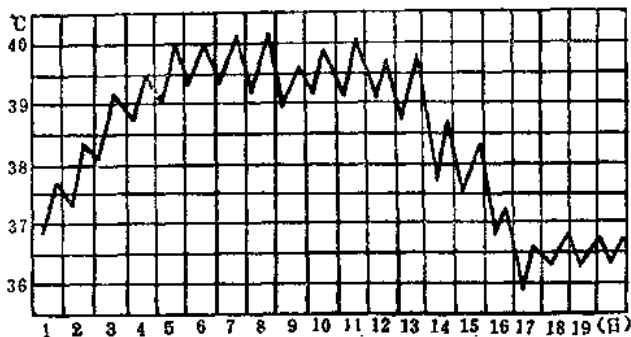


图1-2 稽留热

(二)弛张热 亦为高热,但体温波动大,一天内体温差别超过 1.5°C 以上。但一般体温最低时仍高于正常水平,见于化脓性疾病、败血症、风湿热等。(图1—3)

(三)间歇热 指发高热与无热交替出现。常见于疟疾。(图1—4)

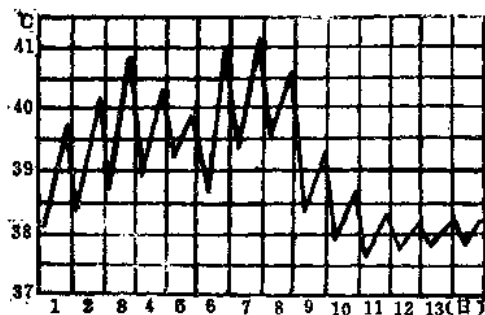


图1—3 弛张热

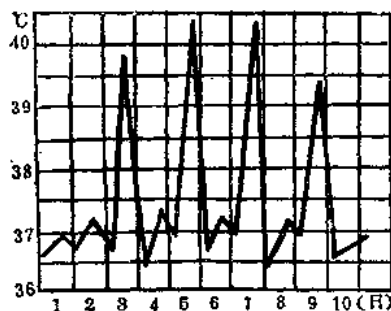


图1—4 间歇热

(四)波状热 体温逐渐升高,达到高峰后又逐渐下降至低热或正常水平,经一段间歇,体温又再次逐渐上升,如此反复多次,可见于布鲁氏杆菌病。(图1—5)

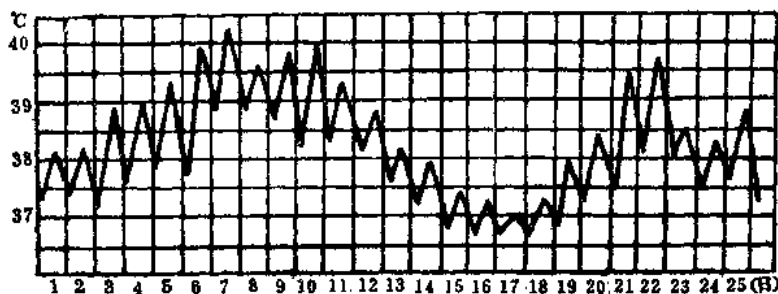


图1—5 波状热

(五)不规则热 体温变动无一定规律性,持续时间也不定,见于风湿热及肺结核等。(图1—6)

〔脉搏〕 动脉的搏动简称脉搏。一般是检查挠动脉的搏动,在特殊情况下也可检查其它动脉,如颞动脉、颈动脉、股动脉和足背动脉。通常用三个手指(食指、中指、无名指)的指尖来进行触诊。

检查脉搏时应注意脉搏的速率、节律、紧张度及动脉壁的情况。

一、脉搏的速率 健康成人在安静时脉搏速率

每分钟在60~100次之间,男性较女性稍慢。正常情况下,可因劳动、运动、情绪激动而使脉搏增快,休息及睡眠时减慢。成人脉搏每分钟超过100次,为脉率增快,属数脉,常见于发热、甲状腺机能亢进、贫血、休克及心脏疾病等;若脉搏每分钟在60次以下,为脉搏徐缓,属迟脉,常见于颅内压增高、阻塞性黄疸和完全性房室传导阻滞等。

一般体温每升高 1°C ,脉搏每分钟约增加10次。

二、脉搏的节律 正常人脉搏节律规则,强弱一致。但在部分健康的青年及儿童中可出现吸气时脉率加快,呼气时脉率减慢,是窦性心律不齐的反映,此并非病态。病理情况下的

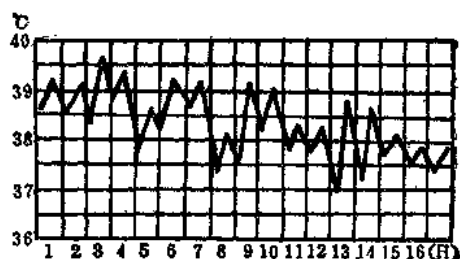


图1—6 不规则热

各种心律失常，可使脉搏节律不整，称为不整脉。若脉搏呈无规律的间歇，称为结脉，可见于期前收缩、心房颤动等；若脉搏呈规律的间歇，称为代脉，可见于期前收缩形成的二联律，三联律时。

三、脉搏的紧张度 脉搏的紧张度取决于动脉的收缩压。用手指按压挠动脉以阻断血管搏动，其所用压力之大小，即表示脉搏紧张度的大小，收缩压高者如高血压，所用压力比较大，因其紧张度较大，如弦脉。相反，收缩压低者所用压力较小，因为其紧张度小，如虚脉。

四、动脉壁的情况 如用手指在动脉上滑动触摸时，正常情况下所触到的挠动脉壁光滑、柔软而富有弹性。当动脉硬化时，动脉壁变硬、弹性丧失、甚至呈绳索状感。

五、几种常见的异常脉搏

(一)交替脉 节律正常而交替出现一强一弱的脉搏，称为交替脉。此由于心室收缩强弱交替所致，可见于心肌损害，尤其多见于高血压性心脏病与动脉硬化性心脏病。

(二)奇脉 (吸停脉) 吸气时脉搏显著减弱或消失称为奇脉。常见于心包积液及缩窄性心包炎。

正常情况下，吸气时肺循环内血容量增加，同时静脉回流入心脏的血量亦增加，故脉搏及血压无显著变化。但是在病理情况下，如心包积液、缩窄性心包炎时，心脏因受压迫舒张受限制，故吸气时肺循环内血液容量增加，但心脏的静脉回流不能相应增加，使之左心室排血量减少、致脉搏显著减弱或消失而出现奇脉。

(三)水冲脉 (见本章第四节〈周围血管体征〉)。

〔呼吸〕 正常人呼吸均匀，每分钟16~20次。检查呼吸时应注意呼吸的类型、频率、节律与深度、在病理情况下均可发生变化。(详见本章第四节〈胸廓及肺脏检查〉)。

〔血压〕 动脉血压，简称血压。通常均测肱动脉的血压，有时因某种特殊原因而测量腘动脉的血压。当心室收缩时，动脉内最高压力称收缩压，心室舒张时，动脉内最低压力称舒张压，收缩压与舒张压之差称为脉压。其测定方法如下：

一、应先让被检查者休息15分钟，以消除劳累或紧张等因素对血压的影响。

二、放松血压计气囊气门上的螺旋帽，并排空袖带中的空气，使血压计汞柱平而(或指针)降到零点。

三、受检查者，露出上臂，上臂位置应与右心房同高，(坐位时与第四肋骨同高；卧位时在腋中线水平)，并外展45°。

四、将袖带缚于肘窝上约2~3厘米处，不可过紧或过松。

五、用手触到肱动脉搏动后，将听诊器胸件放在肱动脉上，关闭气门上的螺旋帽，向袖带内打入空气，待动脉音消失，再将汞柱升高20~30毫米，然后缓缓放出袖带中的空气，使汞柱缓慢下降，当听到第一个声音时所示的压力值为收缩压，继续放气减压，当声音突然由强变弱血压计上所示的压力值为舒张压，若变音不易辨别，则以动脉搏动音消失时的数值为准。

六、每次测量血压，至少应测两次，以便核对，重复测量时，应待水银柱下降至零点之后。

七、记录方法以分子式表示，分子代表收缩压，分母代表舒张压，血压用毫米汞柱(mm Hg)作单位。

正常成人收缩压平均90~120毫米汞柱，舒张压平均60~80毫米汞柱，脉压为30~40毫

汞柱。

正常人的收缩压常随年龄的增高而相应地增高，40岁以后年龄每增长10岁，收缩压约增高10毫米汞柱，但舒张压不超过90毫米汞柱。生理情况下，晨起时血压较低，晚上、精神紧张、劳动、饮酒、饱食及吸烟后血压可稍上升，但对收缩压影响较大，而对舒张压影响较小。

40岁以前的青壮年，若在安静状态下血压持续在140/90毫米汞柱以上者为血压升高，常见于高血压病、肾脏疾病、妊娠中毒症。若血压低于80/60毫米汞柱者称为低血压，常见于周围循环衰竭、心肌梗塞等。脉压增加见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺机能亢进。脉压减低见于低血压、心包积液等。

〔发育与营养〕 发育状况是否正常，一般以年龄、身高、体重、智力及第二性征之间的关系来衡量。发育良好者，上述关系呈均衡状态。正常人两上肢平展的长度约等于身高，胸围等于身高的一半，坐高与下肢等长。正常人身高与体重之间的关系是不平衡的，所以临床上将正常人的体型分为匀称型(正力型)，瘦长型(无力型)，矮胖型(超力型)三种。体型的特殊改变，往往为某些内分泌疾病的表现，如巨人症、侏儒症、柯兴氏综合征等。幼年时长期营养不良也可影响身体发育，如维生素D缺乏时可致佝偻病。

营养状态是根据皮肤、毛发、皮下脂肪及肌肉发达情况来判定的。可分为良好、中等、不良三种。

良好：精神饱满，皮肤红润有弹性，皮下脂肪丰满，肌肉发达，毛发分布均匀而有光泽。

不良：精神不振，皮肤干燥而弹性差，皮下脂肪菲薄，肌肉松弛，毛发稀疏而易脱落。

中等：介于上述两者之间。

极度消瘦与严重营养不良者称为“恶病质”。

〔意识状态〕 正常人意识清楚，思维合理，语言正常，面部表情自如。某些疾病常可引起意识状态的改变，常见有以下几种：

一、意识模糊 是最轻的意识障碍，病人对周围事物反应迟钝，答话迟缓而简短，但仍合理。

二、嗜睡 病人终日处于深睡状态，不易唤醒，醒后又很快入睡，答话含糊不清，常答非所问。

三、昏迷 是高度的意识障碍，意识完全丧失，浅昏迷者对强刺激有轻度反应（如压迫眶上神经），角膜反射和瞳孔对光反射尚存在。深昏迷者感觉及各种反射均消失，仅有呼吸及循环机能。

四、谵妄 意识不清、感觉错乱、有幻觉、躁动不安、语无伦次、对周围人物、地点和时间的鉴别能力丧失。

〔面容与表情〕 健康人精神健旺，面色红润，表情自如。某些疾病常有特殊的面容和表情，根据面容与表情的观察，对临床诊断有一定帮助。

一、急性病容 因高热、疼痛、呼吸困难等原因而出现烦躁不安、颜面潮红、呼吸急促、表情痛苦等表现。常见于各种急性传染病、大叶性肺炎等。

二、慢性病容 表现面色苍白或萎黄、精神萎靡、双目无神、消瘦无力。见于慢性消耗性疾病，如晚期肝硬化、重症肺结核、恶性肿瘤等。

三、特殊面容 甲状腺机能亢进的病人，两眼突出、双目闪亮、兴奋不安、有惊愕表情。风湿性心脏病二尖瓣狭窄的病人，口唇发绀、两颊紫红、称二尖瓣面容。

四、病危面容 形容枯槁、面色苍白、额部冷汗、四肢厥冷、祖国医学属亡阴或亡阳范畴。常见于休克，大出血等。

〔体位〕 不同的疾病和意识状态，常使病人采取各种不同的体位。

一、自动体位 身体能自由活动，不受限制，见于轻病或重病初期的病人。

二、被动体位 躯干和四肢虽处于不适位置，但病人自己不能随意调整，见于意识丧失及极度衰弱的病人。

三、强迫体位 由于疾病的影响，病人为了减轻痛苦而被迫采取的体位。常见如下几种：

(一)仰卧位 急性阑尾炎，急性腹膜炎的病人常采取仰卧位，双腿屈曲，借以减少腹肌紧张。

(二)侧卧位 胸膜炎和一侧胸腔大量积液的病人，喜卧于患侧，以利于健侧呼吸。

(三)端坐位 见于呼吸困难，如支气管哮喘发作时或心肺功能不全的病人，因坐位可使膈肌下降，增加肺换气量，减少肢体血液回流，而使心肺负担减轻。

〔姿势与步态〕 健康人躯干端正，步态稳健，动作自如。某些疾病可引起异常的姿势与步态，如坐骨神经痛病人常跛行，患肢不敢用力。小脑疾病时，行步不稳，呈酒醉状。震颤麻痹病人，步行时呈慌张步态。

〔皮肤与粘膜〕

一、颜色

(一)苍白 常见于贫血、寒冷、惊恐、休克或虚脱，由于血红蛋白减少或毛细血管痉挛所致。

(二)潮红 见于运动、热水浴、日晒及饮酒后。病理情况下常见于某些发热性疾病。

(三)紫绀 皮肤粘膜呈青紫色，为缺氧的一种表现，大多由于血液中还原血红蛋白增高所致。常见于严重心、肺疾病。紫绀首先出现于毛细血管丰富的部位，如口唇、鼻尖、耳壳、以及距离心脏较远的手足末端。

(四)黄疸 皮肤粘膜呈黄色，轻者见于巩膜及软腭粘膜，重者现于周身皮肤。由于血液中胆红素增多所致。常见于肝、胆疾病及溶血性疾病。

(五)色素沉着 皮肤粘膜色泽加深呈暗褐色，多发生在乳头、生殖器、口腔颊部粘膜等处。常见于慢性肾上腺皮质功能减退症，肝硬化及某些药物(如砷剂、马利兰)的作用等。

二、弹性 皮肤弹性与年龄、营养状况及组织间隙所含液体量有关。儿童与年青人皮肤弹性好，皮肤被捏起后很快恢复正常。老年人、脱水及长期消耗性疾病时，皮肤弹性差，捏起后其复位展平缓慢。

三、皮疹及出血点 常见的皮疹有斑疹、丘疹、疱疹、荨麻疹等。对皮疹应注意观察其形态、大小、部位、及其出现与消失的时间，并了解有无痛痒。麻疹、猩红热、伤寒、药物过敏等疾病均具有特殊皮疹，因此识别皮疹对某些疾病的诊断具有重要的临床意义。

皮肤粘膜下出血，直径不超过2毫米者称为出血点，加压不退色，大于2毫米者为紫癜或瘀斑。皮肤粘膜的出血多见于血小板减少性紫癜、白血病、暴发型流行性脑脊髓膜炎、败血症及某些中毒(如苯、砷中毒)等。

(四)蜘蛛痣 蜘蛛痣是由一枝中央小动脉及许多向外放射的细小血管形成，形状似蜘蛛，故名蜘蛛痣。多见于上腔静脉分布的范围内，如颈部、面部、前臂、手背及胸上部。一般多

认为由于血液中雌激素增加有关。常见于慢性肝炎、肝硬化、也可见于妊娠期妇女。

(五)温度与湿度 皮肤温湿度变化大致可用手触知,如皮肤异常干燥见于维生素A缺乏症、严重脱水。皮肤潮湿多汗常见于甲状腺机能亢进、风湿热等。皮肤湿冷常见于末梢循环衰竭。

(六)水肿 是皮下组织有过多的水分储积。水肿常首先发生于皮肤疏松和下垂部位,如眼睑、踝部。用手指加压后呈现凹陷,并且须经一定时间才能平复者,称凹陷性水肿。全身性水肿见于肾炎、心力衰竭、严重营养不良等。局限性水肿往往是由于局部炎症、或局部静脉血流和淋巴液回流受阻的结果。

〔淋巴结〕 正常人浅表淋巴结很小,不易触及。但有些健康人在颈部、颌下、腹股沟等处可以触到个别柔软而小的淋巴结。

检查淋巴结应按一定顺序进行,一般依次为耳后、颈部、颌下、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝等。检查时应注意其大小、数目、硬度、压痛、活动度、局部有无红肿、疤痕、瘰管等。

局限性淋巴结肿大常见于局部或附近组织的炎症、结核或肿瘤。如口腔、咽部的急性炎症,常引起颈部、颌下淋巴结肿大、并伴有明显压痛;淋巴结结核,常发生于颈部沿动脉的淋巴结,其大小不等,相互粘连,晚期并易溃破形成瘰管。癌肿转移性淋巴结肿大质坚硬而无压痛,如胃癌转移常引起左侧锁骨上淋巴结肿大。

全身性淋巴结肿大多见于恶性淋巴瘤、白血病、传染性单核细胞增多症等。

第三节 头颈部检查

〔头部检查〕

一、头颅 头颅的形状、大小、可为某种疾病的特征,如脑积水病人头颅增大;大脑发育不全病人头颅过小;佝偻病病人由于双侧额部及颞部突出,顶部扁平,整个头颅可呈方形。

正常小儿囟门平坦。囟门膨隆多见于颅内压增高,如流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎等。囟门凹陷常见于严重脱水及营养不良。一岁半以后的小儿若囟门未闭,多为佝偻病。

二、眼

(一)眉毛 眉毛过稀可见于粘液性水肿。外三分之一脱落常见于麻风病者。

(二)眼睑 眼睑浮肿常见肾炎。一侧眼睑下垂见于动眼神经麻痹,两侧眼睑下垂见于重症肌无力。

(三)眼球 双侧眼球突出,常见于甲状腺机能亢进或高度近视,单侧眼球突出,多为局部炎症或眶内肿瘤。眼球凹陷见于眼球萎缩或脱水。眼球震颤(指眼球快速往返运动)见于耳源性眩晕、小脑疾病等。

(四)结合膜 充血、水肿见于结合膜炎。苍白见于贫血。出血点常见于败血症、细菌性心内膜炎或出血性疾病。

(五)巩膜 巩膜黄染是黄疸的征象,但应注意与结合膜下脂肪沉着相鉴别,脂肪沉着多位于巩膜之眼裂部,并且分布不均常呈块状,而黄疸多以巩膜周边部较明显,同时分布均匀。

(六)角膜 注意透明度,有无角膜溃疡、白斑及云翳。

(七)瞳孔 正常人两侧瞳孔等大、圆形。瞳孔缩小多见于有机磷中毒、毒蕈中毒、氯丙

嚏、毛果芸香硷等药物的作用。瞳孔散大多见于颠茄类药物中毒及垂危病人。两侧瞳孔大小不等见于颅内疾病，如脑外伤、脑肿瘤、脑疝等，亦可见于眼病如虹膜炎时。

对光反应 正常瞳孔受到光照射后立即缩小，移开光源后瞳孔迅速复原。

调节反应 嘱病人注视一米以外的手指，然后将手指逐渐移近眼球，正常时可见瞳孔逐渐缩小，同时双侧眼球向内聚合。

三、耳 注意外耳道有无畸形、分泌物或出血、乳突有无压痛、听力是否正常。

四、鼻 注意鼻腔有无阻塞，检查时分别压迫一侧鼻翼，嘱病人作擤鼻动作。鼻翼煽动表示有严重的呼吸困难，常见于肺炎。鼻出血常见于外伤、高血压、出血性疾病及鼻咽癌等。鼻腔有脓性分泌物且副鼻窦区有压痛，常提示有副鼻窦炎。

五、口腔

(一)口唇 口唇苍白见于贫血。口唇紫绀多为缺氧。口唇红而干焦见于急性发热性疾病，多属祖国医学热盛范畴。口唇疱疹常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎及疟疾等。口角糜烂见于核黄素缺乏症。口角歪斜常为面神经瘫痪、脑血管意外。

(二)口腔粘膜 注意有无溃疡、出血及粘膜斑等。麻疹早期在皮疹出现以前，可在颊粘膜第二臼齿处，出现针尖大小的白色小点，周围有红晕，称麻疹斑，又称柯(Koplik)氏斑，对麻疹早期诊断有很大帮助。粘膜溃疡常见于复发性口疮性口炎等。

(三)齿及牙龈 注意有无牙齿脱落、残根、龋齿、义齿、如有可按下面方式标明其部位。

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(上)
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(下)
(右侧)								(左侧)								

若右上第五齿与左上第四齿为龋齿，其表示如下：

5	4	
		龋齿

齿槽溢脓，常为慢性脓毒感染的根源。牙龈出血常见于各种出血性疾病或维生素C缺乏症。铅线，为一条沿牙龈游离边缘灰黑色点线，是慢性铅中毒的特征，铋、汞等慢性中毒时，也可出现类似的灰黑色点线。

(四)舌 舌诊时，应注意舌质、舌苔和舌体运动情况。健康人舌质淡红，舌苔薄白，干湿适中，活动自如。舌干燥，呈暗褐色，见于高热、重度脱水。舌色淡，舌面平滑无苔见于贫血、营养不良、胃酸缺乏。舌苔黄厚，多见于消化不良。舌上皮不规则隆起呈地图状舌，见于核黄素缺乏。舌伸出时颤抖，常见于重症感染及甲状腺机能亢进。舌伸出偏向一侧，为舌下神经麻痹之征。

祖国医学认为舌与体内脏腑间有较密切的联系，当脏腑功能失常或气血津液有变化时，常可由舌反映出来，因此，舌诊为祖国医学诊察疾病的重要方法之一。

(五)咽及扁桃体 检查时嘱病人头略后仰，张口发“啊”音，以压舌板压舌体的上面，在充分的光线下，可以看见咽腭弓、软腭、悬雍垂、扁桃体及咽后壁。急性咽炎时，咽部粘膜充血红肿。慢性咽炎时粘膜充血而干燥，咽后壁有滤泡增生。扁桃体炎时，腺体红肿，陷窝内有时可见黄白色脓性分泌物，有时融合形成假膜，但易剥离。咽白喉病人扁桃体上也有灰

白色假膜，但与粘膜粘连甚紧，不易剥离，若勉强剥离，则易引起出血。

扁桃体肿大可分三度：扁桃体肿大但未超过咽腭弓者为Ⅰ度；超过咽腭弓者为Ⅱ度；接近悬雍垂者为Ⅲ度。

〔颈部检查〕

一、颈部强直 正常人颈部柔软，转动自如。颈部强直见于颈椎疾患、颈部肌肉痉挛及脑膜刺激征（如脑膜炎、脑炎、蛛网膜下腔出血等）。检查时，嘱病人取仰卧位，两腿伸直，医生用手托着病人后颈部向前屈曲，若病人头部不能前屈，并感头颈部疼痛，则为颈部强直。

二、颈部血管

（一）颈静脉怒张 正常人在坐位时颈静脉不显露，卧位时可见充盈。如坐位时颈静脉充盈或怒张，则表示上腔静脉回流受阻，见于心功能不全、心包积液及上腔静脉受肿瘤压迫时。

（二）颈动脉搏动 正常人不易看见颈动脉搏动。当心脏排血量增多时，可出现较明显的颈动脉搏动，常见于高血压、严重贫血、甲状腺机能亢进和主动脉瓣关闭不全等。

三、甲状腺 正常人甲状腺一般看不见，但少数女青年在发育期可有轻度肿大。甲状腺肿大常见于单纯性甲状腺肿、甲状腺机能亢进等。

甲状腺检查方法：嘱病人作吞咽动作，可见肿大的甲状腺随吞咽动作而上下移动。当望诊不清楚时可用触诊法检查，检查时，医生站在病人对面，以右手拇指和食指接摸甲状腺，同时嘱病人作吞咽动作，如触及随吞咽动作而上下移动的肿块，即为肿大的甲状腺。触诊时应注意其硬度、大小、是否对称、表面是否光滑、有无压痛及血管震颤、并听诊有无血管杂音。

甲状腺肿大可分三度，未超过胸锁乳突肌前缘者为Ⅰ度，在胸锁乳突肌后缘以内者为Ⅱ度，超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度。

甲状腺机能亢进时，肿大可对称或不对称，质软，可触及震颤，并可听到血管杂音。单纯性甲状腺肿时，肿大常较明显，质软或稍硬，表面多光滑，无震颤及血管杂音。

四、气管 正常人气管居中。若有一侧胸腔大量积液或积气，气管可推向健侧；一侧肺不张或胸膜纤维性变时，气管移向患侧。

检查时，医生用食指和无名指分别置于病人两侧胸锁关节上，将中指触摸气管，观察中指与食指和无名指之间的距离是否相等，即可了解气管位置有无偏移。

第四节 胸部检查

〔胸部的体表标志及分区〕 为了能正确地记录和说明胸部症状、体征的位置和范围，常利用胸部体表的一些天然标志，人工划线和分区来标记。（图1—7、1—8、1—9）

一、骨骼标志 胸部的主要骨骼标志有如下几个：

（一）胸骨角 为胸骨柄与胸骨体连接处向前突起形成的骨嵴。用手可触及，第二肋软骨在此与胸骨相连，为计算肋骨及肋间隙的重要标志。

（二）第七颈椎棘突 低头时可见最突出的棘突为第七颈椎棘突。可作为计算棘突的标志。

（三）肩胛下角 取直立位或坐位，两上肢自然下垂时，肩胛下角相当于第七或第八肋骨

水平，第八胸椎平面。

二、人工划定的垂直线

(一)前正中线 通过胸骨中央的垂直线。

(二)锁骨中线 (左右各一)为通过锁骨中点的垂直线，在男子或儿童此线一般通过乳头，是临床上最常用的重要标志线。

(三)腋前线 (左右各一)为通过腋窝前皱壁所作的垂直线。

(四)腋中线 (左右各一)为通过腋窝中央所作的垂直线。

(五)腋后线 (左右各一)为通过腋窝后皱壁所作的垂直线。

(六)肩胛线 (左右各一)上肢自然下垂时，通过肩胛骨下角所作的垂直线。

(七)后正中线 为通过脊椎棘突所作的垂直线。

在胸壁上没有人工划定的横线，而是利用肋骨及肋骨间隙为标记。

三、胸部分区 利用胸壁上的一些天然凹陷，骨骼标志及人工划线将胸部分为下面几个区：

(一)胸骨上窝 胸骨柄上方的凹陷。正常气管位于此窝正中。

(二)锁骨上窝 为左右锁骨上方之凹陷。肺尖位于此窝。

(三)锁骨下窝 为左右锁骨下方之凹陷。

(四)肩胛区 即肩胛骨所在区域。

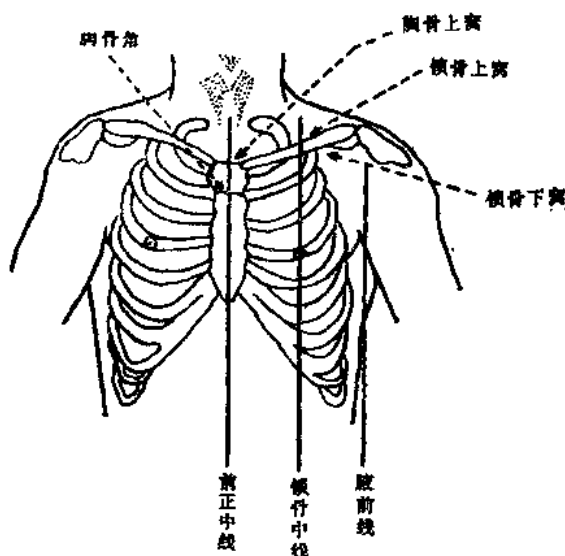


图1-7 前胸壁标志线及分区示意图

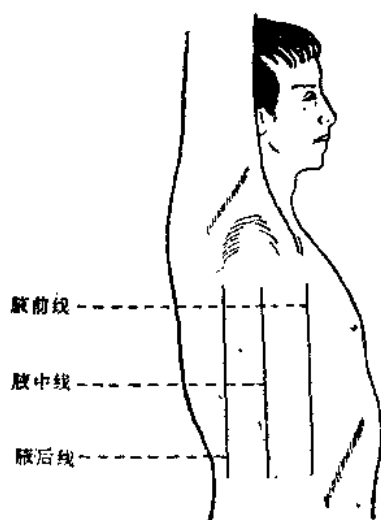


图1-8 侧胸壁标志线

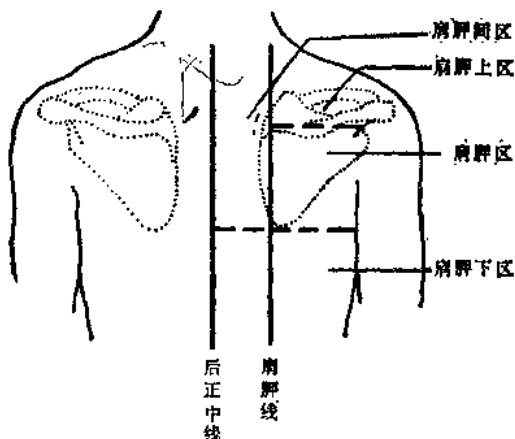


图1-9 后胸壁标志线及分区示意图

(五)肩胛上区 位于两侧肩胛岗之上方。

(六)肩胛下区 位于两侧肩胛下角水平以下的区域。

(七)肩胛间区 为两侧肩胛骨内侧缘之间的区域，上至第二肋间，下至肩胛下角水平。后正中线将肩胛间区分为左右两部分。

〔胸廓及肺脏检查〕

一、望诊

(一)胸廓形态 正常人胸廓两侧基本对称，两肩与两肩胛下角均在同一水平。成人胸廓前后径小于横径，小儿，特别是婴儿胸廓的前后径几乎和横径相等，老年人胸廓可略呈桶状。

由两侧第 7~10 肋软骨互相集合于胸骨所形成的角度称腹上角。其角度大小与体型有关，一般人近乎直角，矮胖者角度较大，瘦长者角度较小。常见的胸廓变形有：

1.扁平胸 (图 1—10)胸廓的前后径比横径小一半以上，呈扁平形，同时伴有锁骨突出，锁骨上、下窝凹陷，腹上角尖锐等现象。见于体瘦细长的正常人及慢性消耗性疾病如肺结核等。



图1—10 扁平胸



图1—11 桶状胸

2.桶状胸 (图 1—11)胸廓的前后径及横径都增大，尤以前后径增大为显著，呈桶状。颈短肩高，锁骨上、下窝展平或膨出，肋间隙变宽，腹上角呈钝角。常见于肺气肿及支气管哮喘发作。

3.佝偻病胸 (旧称鸡胸)胸廓前后径增大，横径缩小，特别是胸骨下部明显前突，肋骨与肋软骨连接处变厚增大，突起如串珠状，见于佝偻病。

4.胸廓一侧或局限性变形 一侧或局部凹陷，该处肋间隙变窄，见于肺萎缩和胸膜粘连；一侧胸廓隆起，肋间隙增宽，见于大量胸腔积液或积气；局限性隆起见于胸壁肿瘤等。

5.脊柱改变所致胸廓畸形 脊柱的改变可影响胸廓，如脊柱后凸可使整个胸部变短，脊柱侧凸可使一侧胸廓隆起而另一侧凹陷，严重的脊柱畸形可改变气管、肺、心脏的位置而引起呼吸及循环功能障碍。

(二)呼吸运动

1.呼吸的类型 以胸部肋骨起伏运动的呼吸称胸式呼吸,以膈肌上下活动,腹部起伏运动为主的呼吸称腹式呼吸。正常时两者同时存在,但女性和青年人以胸式呼吸为主,成年男性及儿童以腹式呼吸为主。某些疾病可使呼吸类型发生变化,如肺炎或胸膜炎时,胸式呼吸减弱而腹式呼吸增强;腹膜炎、大量腹水或腹腔内有巨大肿瘤时,腹式呼吸减弱而胸式呼吸增强。

2.呼吸的频率、深度及节律

健康成年人每分钟呼吸16~20次,呼吸与脉搏之比约1:4。当运动、情绪激动时呼吸增快;休息、睡眠时呼吸较慢。病理情况下呼吸增快,常见于发热、贫血、肺炎、心功能不全等。呼吸减慢,可见于镇静药物的中毒、颅内压增高时。

呼吸加深可见于酸中毒,为酸性代谢产物强烈刺激呼吸中枢所致,表现呼吸为深而快,称为库司模(Kussmaul)氏大呼吸。呼吸变浅见于肺气肿、呼吸肌麻痹等。

正常呼吸节律规整。呼吸节律改变常见于潮式呼吸,其特点是呼吸运动呈波浪式增大及减弱,并与呼吸暂停相交替。呼吸中枢兴奋性降低时,因对一般浓度的二氧化碳刺激不起反应,故引起呼吸变慢,以至暂停,呼吸暂停后,体内二氧化碳蓄积增加,颈动脉窦及主动脉弓的化学感受器和呼吸中枢受到刺激,故呼吸又逐渐加深加快,使二氧化碳排出,当血中二氧化碳浓度减低后,呼吸又变浅变慢,继而又出现呼吸暂停。如此周而复始,这种周期性呼吸节律的变化称潮式呼吸(图1—12)。常见于中枢神经系统疾患如脑循环障碍、颅内压增高、糖尿病昏迷及巴比妥中毒等。



图1—12 潮式呼吸

3.呼吸运动的对称性 正常情况下,两侧胸廓呼吸运动基本对称。当一侧肺部疾病(如肺炎),或胸膜疾病(如胸腔积液、气胸)时,可使患侧呼吸运动减弱或消失,健侧呼吸运动代偿性增强。

二、触诊

(一)胸壁的压痛 用手轻轻按压胸壁各部,注意有无压痛,在肋间神经炎、肋软骨炎、肋骨骨折等时、局部可有压痛。白血病时可有胸骨压痛及叩击痛。

(二)胸壁皮下气肿 胸部外伤或手术误伤时,空气由胸膜壁层裂隙进入胸壁皮下组织,称皮下气肿。检查时胸壁局部可见肿胀,按压皮肤有“握雪感”。

(三)语音震颤 检查时,将两手掌平贴在病人胸部或背部两侧的对称部位,嘱病人重复数“一、二、三”或用拉长的低音调说“一”字时,医生的手掌所感到的震动即为语音震颤,简称语颤。语颤是由于发音时声带震动产生的声波,通过气管、支气管及肺泡、传到胸壁,使胸壁发生振动所致。

1.正常胸部语颤 正常男性较女性强,或人较儿童强,消瘦者较肥胖者强,此与声音强弱及胸壁厚薄有关。在同一正常人,前胸上部较下部强,因上部距声门较近;背部则下部较上部强,因上部骨骼肌肉较厚;左右两侧胸部对比,右上胸部较左上胸部稍强,因右肺尖靠气管较近。

2.病理性语颤

语颤增强 见于下列情况,

(1)肺实变 因肺组织实变密度增高,对声音传导良好,故语颤增强,如大叶性肺炎等。

(2)肺组织受压 当胸腔积液时,因液面上方的肺组织被压缩,含气量减少,传音良好,语颤增强。

(3)肺空洞 肺组织内有较大空洞并接近胸壁时,如肺结核空洞、肺脓肿等,因声波可在空洞内产生共鸣,同时因空洞周围肺组织又多有浸润实变,所以语颤增强。

语颤减弱 任何能阻碍声波由声门传至胸壁的情况,都可使语颤减弱或消失。如支气管阻塞、胸腔积液或积气、肺气肿及胸壁水肿等。

三、叩诊

(一)叩诊的顺序与方法 病人取坐位,身体两侧须保持平衡,并使胸部肌肉松弛。通常先叩前胸,自肺尖或第一肋间隙开始,由上而下,由外向内,然后再叩背部,背部叩诊时,病人头稍向前低垂,身体略向前弯,两手交叉互抱肘部,这样可使肩胛骨向外展开,有利于上背部的叩诊。当病人不能坐立时,可先仰卧检查前胸,然后侧卧检查背部,近床部位的音响常偏浊,如有必要须变换体位作另一侧检查。

胸部叩诊一般都采用间接叩诊法,在叩前胸、两侧及背部肩胛下角以下区域时,板指应平置于肋间隙与肋骨平行,在肩胛间区板指应与脊柱平行。

(二)正常肺部叩诊音 肺部叩诊音为清音,但其在各区的响度与肺脏的含气量,胸壁的厚薄及邻近器官有关,因此肺脏各部的叩诊音不完全相同。一般右肺尖较左侧稍浊(因前者位置较低,且肩胛肌较发达);前胸上部较下部稍浊(因上叶体积小,含气量较少,且上部肌肉较多);背部叩诊音较前胸稍浊(因背部肌肉较丰满);前胸左侧第二、三肋间叩音稍浊(因与心脏接近);右腋下因受肝脏的影响,叩诊音稍浊;左侧腋下部有胃鼓音区,又称讨贝(Traube)氏鼓音区(图1-13);其上界为肺下缘,右界为肝,左界为脾,下界为肋弓,是由于胃内含气所形成,其大小因胃内含气量而异,当左侧大量胸腔积液或显著脾肿大时,可使该区缩小或消失。

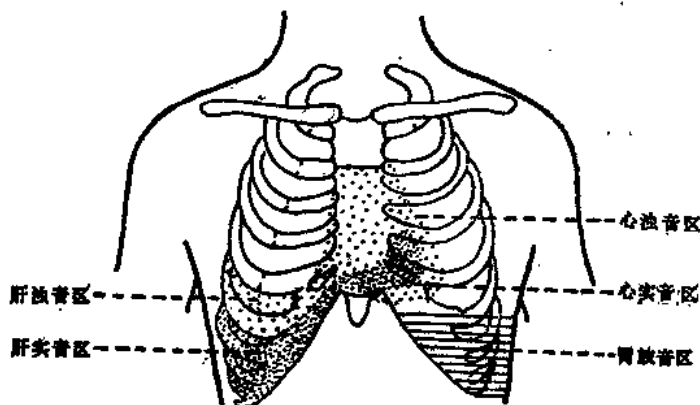


图1-13 正常胸部叩诊音

(三)肺界的叩诊

1.肺上界 自锁骨向上越过肩部到达肩胛棘的一条清音带,称克伦尼希(Kronig)氏峡,代表肺尖的宽度。正常为4~6厘米,右侧肺尖的宽度较左侧稍窄(图1-14)。叩诊时从斜方肌前缘中央部开始,移向外侧,再由外侧叩向内侧,至清音变为浊音时,即为肺尖的边缘。肺上界的测定,对早期肺结核的诊断有一定帮助,因肺结核多累及肺尖,此时可使病侧清音带的面积缩小,当肺气肿时此清音带面积则扩大。