

内 科 学

(试 用 教 材)

(第 一 册)

沈 阳 医 学 院

一 九 七 四 年 十 一 月

毛主席语录

工人阶级必须领导一切。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

R5
SY

48909

说 明

在伟大的批林批孔运动中，遵照毛主席关于“**教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合**”的教导，在党委的领导下，总结了文化大革命以来教育革命的实践经验，吸取兄弟院校的经验，大破“三脱离”和“老三段”的资产阶级教育制度，制订了新的教育计划，巩固和发展了无产阶级文化大革命的伟大成果。

根据新教育计划的要求，内科教材必须以辩证唯物论的认识论为指导，对人体疾病的发生、发展和防治规律进行新的概括。因而我们试把与内科临床密切有关的基础理论知识（包括生理、生化、病理、药理等）和临床内容紧密结合起来，由浅入深，由易到难，分两册编写新的内科学（第一册供第一学年用，第二册供第二、三学年用）。

原编的第一册教材，经过五十九期半年来教育革命的实践，在工农兵学员的参加下做了修改；增加了“临床诊断的思维方法”、一些常见的异常体征和部分中医内容，以期引导学员以辩证唯物论的观点，用辨病辨证的两套方法，对疾病进行调查研究。同时将五十九期革命师生在第一阶段学习中医的一份总结材料加在后面，以利加快我们学习中医的步伐。

本教材在排印上采用了大小字相结合的方式。小字是属于参考材料。大字排印的部分，在标题上带有※符号者，表示不是本学年的重点内容，供下一阶段使用。

由于我们的路线觉悟和业务水平所限，加上编写时间的仓促，肯定会有不少的缺点和错误，因此，在试用过程中，希望工农兵学员和同志们批评指正。

沈阳医学院第一附属医院内科
一九七四年十一月修订

目

录

第一章 病史和体格检查

问病史	1
体格检查	3
基本理学检查法	3
一般检查	5
浅表淋巴结检查	8
头部检查	9
颈部检查	9
胸廓检查	10
肺部检查	11
※ 肺部病理体征	14
心脏检查	17
※ 心脏病理体征	18
腹部检查	25
其它部位检查	29

第二章 临床诊断与病历编写

临床诊断步骤和思维方法	31
病历编写	34
附录1. 完整病历记录	34
附录2. 住院病历举例	35
附录3. 我们是在第一段进行 中医学习的	36

第三章 常见症状和对症处理

发热	43
呼吸困难	45
水肿	48
黄疸	49
胸痛	53
头痛	54
头昏和眩晕	55
昏厥和昏迷	55
心悸	56

咳嗽和咳痰	56
咯血	57
呕血和黑便	58
恶心和呕吐	59
腹痛	60
腹泻	62
便秘	63
关节酸痛	64
贫血	65
皮下出血	66

第四章 常见病的一般临床表现和防治

上呼吸道感染	68
慢性支气管炎	69
支气管哮喘	70
肺炎	71
急性胃肠炎	72
胃和十二指肠溃疡病	73
胆道蛔虫症	74
尿路感染	75
神经衰弱	76
高血压病	76
病毒性肝炎	77
肺结核	79

第五章 常用护理技术

体温、脉搏、呼吸及血压的测量和记录	81
饮食护理	83
给药和各种注射法	84
常用过敏试验	86
输血	87
氧气、喷雾吸入法	87
灌肠、简易通便及排气法	88
导尿术	90
护理常规	90

第一章 病史和体格检查

“指挥员的正确的部署来源于正确的决心，正确的决心来源于正确的判断，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。”我们和疾病作斗争好比战场上的指挥员，要战胜疾病，就必须有一颗全心全意为人民服务的红心，和一定要战胜疾病的决心；同时还必须作出战胜疾病的正确部署（即正确的防治方案）。正确的防治方案来源于周到和必要的调查（向病员作调查），以及对于各种调查材料的辩证唯物物的分析。

疾病的诊断过程，也就是我们对疾病的认识过程。通过调查，无数客观的疾病现象，通过我们的眼、耳、鼻、手等感觉器官，反映到我们的头脑中来，产生了概念；又通过判断和推理的工夫，得出了疾病的诊断。然而认识运动至此还没有完结，得出的诊断还必须经过临床实践的检验。

临床上有不少调查研究（诊断）疾病的方法，有通过我们眼、耳、鼻、口、手来进行调查的，如问病史和体格检查；有通过实验室检查或利用各种器械、仪器来进行调查的（如X光、心电图、超声波、同位素等）。临床上大多数的疾病，通过问病史和体格检查就能得出正确的诊断，而且这样的方法，也最适用于农村和战争条件下。因此，我们必须立足于运用问病史和体格检查的方法来诊断疾病，单纯依靠大医院那套特殊检查法来诊断疾病，往往容易发生片面性，更不适合广大农村防治疾病的实际。

中医主要是运用四诊八纲来诊断疾病。四诊就是望、闻、问、切。望诊就是用眼来观察病员，闻诊就是用耳来听、鼻子嗅，问诊就是询问病史，切诊就是用手来摸，如切

脉。八纲就是阴阳，表里，寒热，虚实。运用四诊调查研究的材料，进行八纲辨证和辨证施治。

问病史（问诊）

问病史是通过询问的方法，了解病员的自觉症状，疾病发生发展的经过以及治疗情况等。询问病史时，对阶级兄弟必须亲切、耐心、要有深厚的无产阶级感情；尽可能直接向病员本人询问，如遇昏迷病员或婴幼儿时，可向其父母或其它亲人询问；询问时语言要通俗易懂，避免使用不恰当的医学术语，忌带主观性和片面性。危重病员，问诊要迅速、简明、重点突出，尽速抢救，边抢救边调查，或待病情缓解后，再做全面补充问诊。

问诊内容

（一）一般项目 包括病员的姓名、性别、年龄、职业、民族、成份、婚姻、籍贯、现住址、记录日期、病史叙述人。如为住院病员还应注明入院日期。

（二）主诉 是指病员最主要、最明显的症状或病征（即来诊的主要原因）以及其持续的时间。记载主诉要简单扼要。例如“高热、昏迷三天”，“右上腹剧痛反复发作二年，三天前复发。”

（三）现病史 是这次疾病从发病至来诊时的全部过程。要问清疾病开始怎样、后来怎样，现在又怎样？突出问清疾病的开始和现在的情况。还要问经过什么治疗和检查，用过什么药，效果怎样？对主诉的主要症状或病征，应当深入详细的记录，如主诉腹痛，要写明疼痛的部位、性质（酸痛、钻顶样、刀割样、针刺样……）、程度、时间、持

续性或阵发性、与饮食关系、加重或减轻的因素，是否伴有恶心、呕吐、腹泻、便秘、嗝气、反酸等，便于考虑对疾病的诊断和鉴别诊断。

现病史中除主要疾病的病史，可能还有第二种、第三种病，只要现在还影响病员的健康，在现病史中，都应有所记载。

(四) 既往史 过去的健康情况与现在的疾病常有着密切关系，有时现在的疾病实际上是过去疾病的继续。例如现在的风湿性心脏病，就和过去的发热、关节红肿疼痛、皮肤环形渗出性红斑等有密切关系。对过去的疾病尤其与现病关系密切的，均应较详细的了解，并注明患病年月和诊治情况。

在门、急诊病员，既往史中主要着重记录与现在疾病密切有关的情况，如无特殊、可以省略。住院病员，则应详细了解过去健康情况和曾患过的疾病，便于系统全面地进行防治工作。

(五) 个人生活史 (包括月经、生育史) 应记载出生、居住地点，生活习惯 (包括烟、酒、饮食等，此外如鲜族吃生鱼、牧区接触牛羊狗等)，还应了解有无地方病和流行病地区居住史。女病员要了解月经、生育情况，包括初潮、停经年龄、周期、行经期、经量和颜色以及有否痛经、白带、妊娠次数、分娩情况及计划生育等。

(六) 家族史 记录病员家庭成员的健康情况，有无和病员类似的疾病。如遇疑有与某些遗传因素有关的疾病，应详细了解上代、兄妹及下代有无同样的疾病。

祖国医学把问诊大致归纳为十项要点，称为十问，编成了歌诀：“一问寒热二问汗，三问饮食四问便，五问头身六胸腹，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再兼服药参机变，妇女尤必问经带，小儿当问出疹斑。”因此，要问寒热 (怕冷、怕热)，出汗 (有汗、无汗、自汗、盗汗)、饮食口味 (喜热饮、冷饮)、大便 (便秘、稀薄)、小便 (短

少、清长) 等，结合查体所见，进行中医辨证，开展中西医结合的诊断和治疗。

问诊方法

问诊时，先向病员提出一些一般性的问题。如：“闹病多少天啦？你感觉哪里不舒服？”等简短问题，然后细心听取病员自己述说发病的详细经过。当病员所谈离病情太远时，则要灵活地加以启发，引导病员叙述与病情有关的病史。等病员叙述完毕后，再根据病情的需要加以补充询问。不应引导病员提供医生主观印象所要求的材料。例如：想要了解右上腹痛是否向右肩放散时，不应直问：右上腹痛扯着右肩疼吗？应问：右上腹痛往别的地方窜不？或扯着别的地方疼不？抓住重点，将与诊断、鉴别诊断有关的内容尽可能地询问清楚，一直到搞清疾病发生发展的经过为止。病情简单，病程较短的病史可简单些，如果病程长、病情复杂的要耐心地加以询问。如经过细致的询问仍得不出印象诊断时，可先进行体格检查，在发现某些阳性体征的启发下，然后再补充询问。总之，问病史是调查研究的过程，是诊断疾病的重要手段。对病员所提供的病史不能轻易的否定掉，也不应不去分析、研究、草率的进行诊断。而是把了解到的病史结合体格检查所得的材料，综合分析判断，方可得到切合实际的诊断。

各系统疾病的问诊提要

为了帮助初学者学会采集病史，兹将各系统疾病的问诊要点，简述于下以供参考。

(一) 呼吸系统 咳嗽、咳痰、咳血、呼吸困难、胸疼是呼吸系统的几项主要症状。但有上述几项症状并不一定就是呼吸系统疾病，必须深入了解咳嗽的性质、发生与加剧的时间，与气候及变换体位的关系 (如咳嗽时间较长，与季节、气候关系较密切，可能是慢性支气管炎；如伴有左侧卧位时痰量增多，易咳出，提示右侧可能有支气管扩张或脓肿)，咳痰的性质、量、粘稠度、颜

色及气味；咯血的量、颜色、与痰是否相混；胸疼的部位、性质，与呼吸、咳嗽、体位的关系；呼吸困难的性质、程度、出现时间。此外，发冷、发烧、盗汗、无力、食欲不振及体重改变；有无结核接触史，有否吸烟嗜好等。

（三）循环系统 循环系统的主要症状有心悸、气短、浮肿、咯血、心前区疼痛，右肋部胀闷等。心机能不全时，体力劳动容易引起心悸、气短，安静休息或坐位时则易缓解，浮肿从下肢开始，休息或清晨减轻。心机能不全肝淤血时，则有上腹胀满右季肋部痛，消化功能紊乱等症状。还应注意了解是否用过毛地黄类药物，具体用量，有无风湿、高血压、肾炎等病史。

（三）消化系统 食欲改变、烧心、暖气，咽下困难；恶心、呕吐出现的诱因、时间、次数、吐物的量、色、味及其内容（尤其是呕血及吐蛔虫）；腹痛的部位、性质、发生时间、规律性、季节性、与饮食和情绪的关系，加压时疼痛减轻或加重，有无放散；便秘或腹泻，大便次数、颜色、性质、有无里急后重；腹胀、腹内包块及生长速度，移动性；发热，黄疸出现的时间和程度与腹痛的关系，既往有无类似病史等。

（四）泌尿系统 排尿困难、白天及夜间尿量、次数、尿频、尿急、排尿痛、尿混浊、尿血、尿潴留或失禁；肾区或膀胱区疼痛、性质、放散；水肿出现的时间、部位，既往有无嗓子痛、高血压、水肿及血尿史。

（五）造血系统 疲乏、无力、头晕、眼花、耳鸣、嗜眠、心跳、气短；黄染、食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、消化异常；皮肤粘膜及鼻出血、尿血或呕血、便血；骨骼疼痛、浅表淋巴结肿大、肝、脾大等。既往有无出血、贫血、寄生虫病（如钩虫病）及其它慢性病史；放射性物质或某些化学物质（如苯）接触史；常吃何种药物，家族成员有无类似病史，饮食、生活习惯等。

（六）内分泌系统 畏寒、怕热、无力、头痛、视力障碍；食欲异常、烦渴、多饮、多尿、水肿；肌肉震颤及痉挛，性格及智力变化；体重、皮肤、毛发的改变；性器官发育及性生活。

（七）神经系统 头痛、失眠、嗜睡、记忆力减退、意识障碍、昏厥、痉挛、瘫痪、视力障碍、感觉及运动失常、性格改变等。

体格检查

体格检查是我们向病员做调查研究的第二步，是很重要的诊断方法。在体查时，我们应注意下述几点：

（一）要怀着深厚的无产阶级感情，急工农兵之所急，痛工农兵之所痛。对广大工农兵病员应体贴、关怀、态度和蔼，检查时，动作要轻，要有严肃认真、实事求是的科学作风。

（二）体格检查需要有适当的光线和室温以及安静的环境。检查时，依次暴露被检部位，以利于全面、细致和准确的检查。体查时要按一定的顺序进行。通常是先进行一般检查，接着依次查皮肤、淋巴结、头、颈、胸、腹、背、脊柱、四肢、生殖器、肛门、神经系统等，这样可避免遗漏体征。但须根据病员的不同具体情况，体格检查既要全面系统又要有所侧重。

（三）事物是在不断发展变化的，疾病本身也是如此。故应经常观察病员的病情变化，及时发现新的症状和体征，从而不断修改诊断，进行正确的治疗。

为了便于掌握，先介绍体格检查的基本理学检查法，然后按照体查的顺序，依次介绍体格检查的有关内容。

基本理学检查法

一般包括望诊、触诊（扪诊）、叩诊、听诊及嗅诊。它是通过检查者的感觉器官或借助常用的简单工具进行的。这是临床医生常用

的检查疾病的基本方法。因而必须满怀深厚的无产阶级感情，认真学习，反复实践，熟练掌握。

通过体格检查所发现的临床客观现象（包括正常或异常）称为体征；而体格检查所发现的疾病征象，称为病征。

望 诊

是通过视觉来观察病员的周身或局部情况。如发育、营养、面容、表情、神志、表皮情况、姿势、步态以及在身体各部所能看到的体征。有些部位则需辅以器械检查。如眼底、鼻、咽喉及直肠等。

望诊最好在间接自然光线下进行，以利于辨别皮肤的色泽（例如，在一般灯光下，不易识别黄染）；侧照的光线易于识别肿瘤的轮廓。

触 诊

是用手的触觉来判断所触脏器的物理特性（如位置、大小、境界、轮廓、表面性质、硬度、移动度及疼痛等）的检查法。适用于周身各部位的检查，如脉搏、皮肤、肌肉、骨骼、淋巴结、总气管以及心、肺、腹部的检查等。

其中腹部的检查尤为重要。腹部触诊的方法可分为浅部触诊法与深部触诊法两种。

浅部触诊，是以平放的手指掌面轻触腹部，以了解腹部压痛及肌抵抗等一般情况。

深部触诊，则是为进一步了解病变的部位和性质，以及触摸深腹部的情况。

后者依检查目的不同又分为：

（一）滑动触诊法 即以检查者的右手手指末端（二、三、四指）紧贴腹部皮肤，在被触脏器的长轴上进行横轴方向的滑动。此法最适于肠管的检查。

（二）双手触诊法 用两手进行检查。用左手将被检查部位的脏器固定或推向右手，以触摸实体脏器的病变如肝、脾、肾和腹腔肿瘤。

（三）插入触诊法 用一个或两、三个

手指，逐渐用力触压某一部位，以确定腹部的压痛点。

（四）冲击触诊法 常用于腹部检查。用三、四个并拢而稍屈曲的手指掌面放于腹部适当部位，进行数次急促而较有力的冲击。在腹腔大量积液时，可用来触知用一般触诊法不能触及的肝、脾或肿块。

触诊时，检查者的手要温暖，所施压力要适当，由浅到深，以免给病员造成不必要的痛苦。

叩 诊

是叩击人体某部使之震动产生声音，并按其声音特性进行诊断的方法。由于各组织器官物理特性的不同，叩击时所产生的音响也不同。

（一）叩诊的方法：

1. 直接叩诊法（图1）：一般用四个并

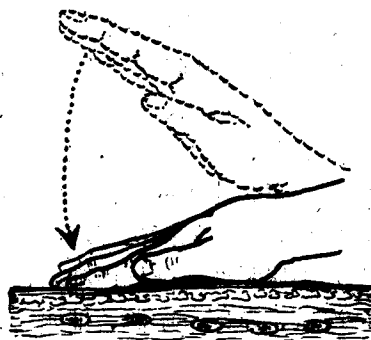


图1 直接叩诊法

拢而稍屈的手指掌面，作弹性叩击，以粗略了解该部叩诊音的性质。此法适用于检查胸部的大片病变。

2. 间接叩诊法：又称指-指叩诊法（图2），是临床广泛采用的方法。叩诊时，将左手中指（其它指稍抬起）的第二指节平贴在被叩部位，勿重压；右手指稍有分开而半屈，用中指指端叩击左手中指第二指节上。叩打方向应与被叩部位垂直；要以腕关节和指掌关

节的运动,进行叩打(肘关节不动);叩打时要灵活而迅速,叩打后将右手中指立即抬

起;在每一被叩部位连续叩击2~3次,用力要均匀使声音一致,以利于判断叩诊音。

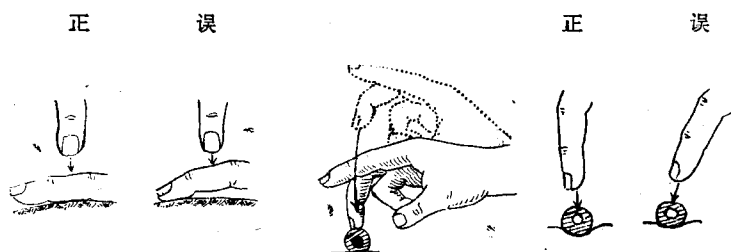


图2 指-指叩诊法

间接叩诊法的优点是声音较响而清晰,叩击部位小,可较正确地确定病变部位。按叩击力量的强弱,可分为重和轻叩诊法。

重(强)叩诊法:又称深部叩诊法。适于检查面积较大,处于深部的大病灶。**轻(弱)叩诊法:**又称浅部叩诊法。适用于病变范围较小,位置较浅或距含气脏器较近的脏器或病灶。此时如用力过重,则震动范围过大而影响叩诊的正确性。如叩诊心脏浊音界、肺肝界等。

(二) 正常叩诊音的种类

1. **清音:**其音较响,音调低,音响较长。是正常肺部的叩诊音。

2. **鼓音:**其音调较清音高,音响振动时间较长。见于叩击含有大量气体的空腔器官(如胃泡的叩诊音)。

3. **浊音:**其声音较短而音调较高。正常见于被肺组织复盖部分的心脏与肝脏。

4. **实音:**为重度浊音。实音调较浊音更高,音响更短。为叩击无气的实质性脏器(心、肝)所产生的声音。

听 诊

是利用听觉对病员进行检查的方法。或借助听诊器以听取内脏运动所发出的各种声音。

听诊时应注意如下事项:

(一) 诊察室应肃静,避免噪音。室内要温暖。听诊器胸件在使用前要暖和,以免太凉,增加病员痛苦及引起肌震颤产生附加

音而影响听诊的正确性。

(二) 检查时,应注意听诊器的使用方法、耳件方向及听诊器胸件的选择等。胸件要固定,使紧贴于听诊部位,以免漏气或因胸件与皮肤摩擦而产生杂音。听诊器的橡皮管也要尽可能稳定,避免附加杂音。

(三) 听诊时必须注意力集中,排除干扰,细心听取所检查器官的声音。

嗅 诊

是用嗅觉检查病员呼吸时或某些分泌物所发出的特殊气味。如糖尿病性昏迷(酸中毒)时可有苹果味(酮味);肝昏迷时可有肝臭味;严重尿毒症者可有尿味。

一 般 检 查

体 温

检查病员是否发热,可将检查者的手背放在病员额部(脑门)进行粗测,或用体温计测量。每次测试5~10分钟。

正常人腋窝体温为 $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。昼夜体温差,一般在 1°C 以内。早晨较低,下午稍高。体温高达 $37^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ 之间称为微热(低热);升高至 39°C 以上称为高热; 41°C 以上者称为超高热(有关测温时注意事项,详见第五章常用护理技术)。

脉 搏

触诊检查血管(切脉),中医称为脉诊,是祖国医学诊法的重要内容之一,历代医学者都特别重视这一诊法,几千年来积累了

极其丰富的宝贵经验。脉跳的表现(脉象)与脏腑气血盛衰有直接关系,它是心跳、血容量、血流速度、血管壁的回缩力与紧张度等因素相互作用的结果。

检查脉搏时应注意脉搏的频率、节律、脉位、强弱与大小、动势及动脉壁的情况。

(一) 频率 一般正常脉搏的频率与心率一致,中取明显,每分钟60~80次(一息4~5至),不快不慢,不大不小、不软不硬、从容和缓。年龄、性别、胖瘦的不同以及形体的动静、进食、呼吸和情感变化等均可影响频率。

病理情况下,脉率可增快或减慢。如成年人脉率超过100次/分,称为脉率增快,属数脉,主热证,见于发热、甲状腺机能亢进、贫血,亦见于休克、心脏疾病等;如脉率在60次/分以下,称为脉率徐缓,属迟脉,主寒证,见于房室传导阻滞、梗阻性黄疸、颅内压增高、迷走神经紧张等。脉率超过160次/分,属疾脉,主心阴欲竭,常见于阵发性心动过速病员。一般体温每升高1℃,脉搏约增加10次/分。

(二) 节律 脉搏的节律是左心室收缩的反映,正常人的脉搏的节律是规则、强弱一致的。健康的青年及儿童可出现呼吸性不整脉,即吸气时脉率加快,呼气时脉率减慢,这是窦性心律不齐的表现。

当心脏发出冲动的机能、心脏各部分的应激能或各部分的传导机能发生变化时,可以产生各种心律失常,其中有的主要表现为节律的不规则,称为心律不齐。心律不齐在脉搏节律上的表现为脉率不规则,称为不整脉。表现为:①有一定规律的不整脉,如二联律、三联律等。时有一止,止有定数,属代脉,多为脏气衰微。常见于毛地黄中毒、心肌受累。②无规律的不整脉,如心房颤动。往来滞涩,三五不调,大小、强弱、间隔均不等,属涩脉,主气血淤滞。常见于二尖瓣狭窄、冠心病、甲状腺机能亢进。③心

率较快的不整脉如脉来数,时而一止,止无定数,属促脉,主阳盛实热。可见于多源性早期搏动或心房颤动。④心率较慢的不整脉如脉来迟,时而一止,止无定数,属结脉,主阴甚气结。可见于早期搏动或房室传导阻滞。

(三) 脉位(深浅) 脉位的深浅与脉搏的紧张度有关,后者取决于动脉的收缩压,可根据手指按压挠动脉所施的压力来估计。

浮脉:轻按明显,重按反而不明显。证在表。沉脉:重按明显,轻按反而不明显。证在里。

(四) 强弱与大小 脉搏的强弱与大小决定于动脉的充盈度和血管的紧张度,亦即与心脏的排血量及脉压大小有关。

实脉:脉充实,浮、中、沉三部均有力,主实证。其中,脉浮而大,充盈盛满,称为洪脉,见于高热证,多伴有口渴、多汗。脉如拉紧的弦,硬而有力,称为弦脉,主肝、主痛。脉紧如精绳,称为紧脉,主寒,主痛。脉跳往来流利,称滑脉,主痰、主湿、主孕。

虚脉:脉弛软,浮、中、沉三部均无力。主虚证。其中,虚软浮而细,称为濡脉,主湿;虚软沉而细,称为弱脉,主阳衰;虚而细,称为细脉,主气血虚证。

(五) 动势 在脉波动势及形状方面,比较有特异性的常见脉搏有以下几种:

水冲脉:脉搏迅速上升突然下降。见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺机能亢进及严重贫血。

奇脉:吸气时脉搏明显减弱或消失。常见于缩窄性心包炎、渗出性心包炎。

交替脉:脉搏一强一弱交替出现。这是由于心室收缩强弱交替所引起的。多见于心肌损害,如高血压、动脉硬化性心脏病等。

(六) 动脉壁的弹性 正常情况下,挠动脉壁光滑、柔软而有弹性。动脉硬化时,动脉管壁变硬,弹性丧失,而呈纡曲状。

除上所述,检查或比较其他部位的脉搏亦可有助于诊断。如主动脉缩窄时,桡动脉及颈动脉的搏动均很强,但下肢的脉搏(如足背动脉的脉搏)则较弱。比较两侧对称部位动脉的脉搏,可发现局限于一侧动脉的疾病,如一侧胫后动脉或足背动脉的脉搏减弱或消失,表示该侧动脉阻塞,可见于血栓性闭塞性脉管炎。

呼 吸

正常成人 $16\sim 20$ 次/分。小儿较快,年龄愈小则越快。呼吸均匀,节律规整,呈胸腹联合呼吸型。睡眠时较慢,运动、外界气温或体温增高时较快。

在病理情况下,呼吸可能发生各种变化。常见的呼吸异常有呼吸类型、频率、深度和节律的变化等。

(一)呼吸类型变化 由于胸部外伤或胸膜炎症,为减轻其疼痛,常以腹式呼吸为主。如腹部外伤或腹膜炎症,常以胸式呼吸为主。

(二)呼吸次数及深度变化 如酸中毒时可使呼吸加深,且减慢。

(三)呼吸节律变化 某些中枢神经系统的疾病、左心机能不全以及在某些中毒时,可出现潮式呼吸(见第三章呼吸困难节)。

血 压

正常人血压为 $90\sim 130/60\sim 90$ 毫米汞柱(mmHg)。正常人的收缩压,40岁以下不超过140毫米汞柱,以后随年龄增长,收缩压可有升高,而舒张压则不变。凡舒张压持续超过90毫米汞柱者,不论其收缩压如何,均列为高血压。正常成人脉压差为 $30\sim 40$ 毫米汞柱,下肢血压比上肢血压高约 $20\sim 40$ 毫米汞柱,两侧上肢血压可相差10毫米汞柱左右。

正常人在晨起时或高热环境中,血压较低;劳动、饭后、晚上、饮酒、紧张、寒冷环境中,血压较高。儿童年龄越小,收缩压越低。其正常值算法为:收缩压(毫米汞柱) $= 2 \times \text{年龄} + 80$;舒张压为收缩压的 $2/3\sim 3/5$

(有关血压的测量见第五章常用护理技术)。

血压增高 常见于高血压病、肾炎、肾上腺髓质肿瘤、妊娠中毒症、颅内压增高等;甲状腺机能亢进或主动脉瓣关闭不全,仅为收缩压增高。

血压降低 见于心包积液、慢性肾上腺皮质低功、甲状腺机能减低、严重的二尖瓣狭窄;急性者,见于周围循环机能不全(严重感染、大出血或外伤等)、心肌梗塞、过敏反应、心机能不全、阵发性心动过速等。

脉压增大 见于主动脉瓣关闭不全、动脉硬化、甲状腺机能亢进、贫血等。

脉压缩小 见于低血压、心包积液或缩窄性心包炎、心机能不全、严重二尖瓣狭窄及主动脉瓣狭窄等。

望 神 色

主要观察病员的精神、面色和神志或意识状态。

疾病的轻重缓急往往可以从望病员的神色中得到启示。健康人看上去精力充沛、面色红润、目光炯炯有神;病者精神萎靡、面色灰暗、两目无神;急性传染病或急性热病(如肺炎)的早期,病员面容发红、口唇干燥、呼吸粗大并伴有出汗等,称为急性病容;慢性消耗性疾病(如肺结核、癌肿等),病员面容常消瘦苍白,行动、语言无力等,称为慢性病容。贫血病员面色苍白,黄疸病员面色发黄(尤其巩膜),缺氧时在口唇、肢端等末梢部位青紫。

意识状态是高级神经功能活动的反映。因此,在大脑病变(如中风、脑膜脑炎等)或其它全身性疾病发展到严重影响大脑功能时(如肝硬化所致肝昏迷,肾炎所致的尿毒症等),都可以发生意识障碍。根据意识障碍程度的不同,可有下列几种:

(一)淡漠 对周围事物漠不关心,对问题回答迟钝或答非所问。如伤寒病或休克早期。

(二)谵妄 病员表现烦躁不安,话多

而无条理。时间、人物、地点的认识不准确，称为定向能力障碍；由于有幻视、幻听的存在，常有自言自语、两手摸空、寻衣摸床等无意识动作。见于高热、毒血症病员或阿托品中毒等。

(三) 嗜睡 病员处于昏睡状态，呼之能应，答话含糊但尚正确，随之又自行入睡。

(四) 昏迷 意识丧失，不省人事，唤之不醒。浅昏迷者，眶上压痛有反应，角膜反射和瞳孔对光反应尚存在，深昏迷者各种生理反射都消失，四肢肌肉松弛，仅维持着呼吸循环机能。

望 形 态

主要是观察病员的发育、营养以及病员所采取的体位、姿势和步态。

发育和营养的观察对于儿童尤为重要。发育表现在体格、第二性征、智力三个方面，常以良好、中等、较差表示之。如在发育之前有长期全身性疾病，严重先天性心脏病、血吸虫病、垂体功能减退等病，病员发育不良，身体矮小，临床上称为侏儒症。营养状况常以皮下脂肪的多少和体重等指标去衡量，亦可用良好、中等、较差表示之。病员营养状况差，极度消瘦，临床上称为恶病质（见于晚期严重消耗性疾病）。

观察病员的体位、姿势和步态，有时对诊断也有帮助。某些疾病中，病员往往采取一定的体位以减轻疼痛或改善功能。例如严重心机能不全和支气管哮喘发作时，病员往往采取坐位，以减轻心肺的负担，这种体位称端坐呼吸。某些疾病可引起异常姿势和步态，脊柱病者走路拘谨，有时屈身而行；震颤麻痹病员走路呈“慌张步态”，有小脑疾病时走路摇晃，重心不稳，步态呈醉酒状。

皮肤及粘膜的检查

(一) 皮肤颜色 皮肤苍白见于贫血、外围小血管收缩(如因寒冷、疼痛、早期休克)等情况。皮肤粘膜发绀，为缺氧的表现，常

见于严重的心、肺等疾病。黄疸见于肝、胆或溶血性疾病。黄疸在灯光下不易看清，宜在天然光线下检查。黄疸最早出现于巩膜与软腭，但巩膜表面有时因脂肪堆积而不易分清，尤其在老年人，更应注意区分。黄疸的颜色在溶血性者为淡黄，如柠檬黄色；肝细胞性者为桔黄色；梗阻性黄疸为黄绿色，甚至黑绿色。多食胡萝卜或服阿的平等黄颜色药物，皮肤与尿也可呈黄色，但巩膜不黄。

(二) 弹性 用手捏起皮肤，立即放松，皮肤很快展平，表示弹性良好。弹性差时皮肤展开较慢，常见于脱水，消瘦和老年人。

(三) 皮疹、出血点和痣 皮肤上见到有红色斑点时，用手压之退色的皮疹大多是充血疹，是由于局部毛细血管扩张所致；压之不退色的大多是出血疹，是由于局部小血管破裂所致。皮下出血如针头大小的称瘀点，呈小片状的称瘀斑。红痣呈鲜红色，常见于正常人，随年龄增长而增多，注意不要和出血点相混淆。蜘蛛痣是由一支扩张的小动脉为中心，以及由此发出的许多向外呈放射状扩张的细小血管所组成，压之退色，典型的外观象蜘蛛（有体、有脚，不典型的只有体没有脚或只有脚没有体）所以称蜘蛛痣，常分布于双手、颈面及上胸部，常见于肝硬化，妊娠期妇女、少数正常人也可见到。

(四) 水肿 是皮下组织有液体潴积。尤其在皮肤疏松和下垂部位如眼睑、踝部、胫骨前为显著，用手加压后局部呈现凹陷，故称凹陷性水肿。常见于肾炎、心机能不全、肝病及低蛋白血症。局部水肿见于局部感染、外伤、静脉及淋巴回流受阻等，如下肢静脉曲张、深部静脉炎等。

此外，皮肤的湿度、色素和毛发等改变对诊断也有帮助。

浅表淋巴结检查

检查体表淋巴结要有一定的顺序。一般

应依次扪触耳前、耳后、枕部、颌下、颈部、锁骨上窝、腋窝、滑车上、膈窝、腹股沟等处的淋巴结。检查时应注意淋巴结的部位、大小、数目、硬度、活动度、压痛，以及邻近皮肤有无红肿、瘰管等。正常人，尤其较瘦的人可在颌下、腹股沟触及几个软、直径不超过0.5厘米大小的淋巴结，无压痛、可移动。

(一) 全身淋巴结肿大 见于淋巴细胞性白血病，淋巴瘤及网状内皮细胞增生性疾病，肿大淋巴结可活动、不粘连、光滑、弹性硬、不痛、不化脓、不破溃；传染性单核细胞增多症时，淋巴结可有疼痛、不化脓，以颈淋巴结肿大为明显。

(二) 局部淋巴结肿大 首先应考虑是否由附近炎症引起。如颌下淋巴结肿大常由口腔内炎症所致；下肢炎症往往引起腹股沟淋巴结肿大。一般炎症性淋巴结肿大，多有触痛，质不硬。结核性淋巴结肿大多见于颈部，可成串、相互粘连，易溃破成瘰管。肿瘤性淋巴结肿大质硬、无压痛、易与周围组织粘连而固定。左锁骨上窝淋巴结肿大，多为腹腔脏器（胃癌、肝癌等）癌肿转移；右锁骨上窝淋巴结肿大，多为胸腔脏器（肺癌、食道癌等）癌肿转移；鼻咽癌易转移到颈部淋巴结；乳癌常引起腋下淋巴结肿大。

头 部 检 查

头 颅

头颅显著增大见于脑积水；方头见于佝偻病；震颤麻痹者，头作不自主的震颤。

眼

眼睑浮肿见于肾炎和贫血，甲状腺机能亢进的病员眼球突出、发亮。巩膜发黄是黄疸的征象。睑结合膜苍白是贫血的标志。对昏迷病员要试角膜反射、压眶反应等。两侧瞳孔缩小见于某些药物（如有机磷、安眠药）中毒，瞳孔大小不等见于脑疝。

耳

耳道有无感染及分泌物；乳突有无压痛及听力有无障碍。

鼻

注意有无阻塞、分泌物、出血等。如见鼻翼煽动，表示呼吸困难。

口 腔

口唇是否苍白、紫绀；有无口角炎（维生素B₂缺乏的表现）、疱疹（常见于大叶肺炎、脑膜炎和疟疾等）。观察口腔粘膜有无溃疡、瘀点、色素沉着和白斑等。牙龈有无肿胀、出血、溢脓。咽部、扁桃体有无充血、渗出物，扁桃体有无增大（肿大不超过后腭弓者为一度，超出者为二度，近中线者为三度）。

舌诊 很重要，应注意舌体、舌质和舌苔。正常时舌体不胖不瘦、舌质淡红、薄白苔。舌体增大（胖舌）多属虚证，如舌边有牙痕，多为脾肾阳虚或血虚、水湿停留；舌体糜烂、溃疡为心火上炎；舌质淡为心血虚，鲜红为邪热盛，深绛为热在血分。舌有紫斑为瘀血凝聚。舌有震颤或强硬而言语不能者为肝风内动、中风等。舌伸出偏向一侧为舌下神经麻痹。舌苔是舌面上的一层苔状物。薄苔病邪多在表，厚苔病邪多在里；苔厚腻为痰湿积滞，干燥为津液耗损，白苔为寒，黄苔为热；黑而滑润为寒甚，黑而燥裂为热极。

实践证明，舌质的变化，着重于反应脏腑气血的虚实及病邪的衰盛。舌苔的变化，着重反应病邪的性质和病位的浅深，以及胃肠的功能。

颈 部 检 查

颈 强 直

让病员仰卧，两腿伸直，用手抬起病员头部向前屈曲。如头不能前屈，且感到颈部疼痛即为颈强直阳性，为脑膜刺激征之一。见于（脑膜炎、蛛网膜下腔出血）或颈椎

病。

气管位置

将食指和无名指分别放在两侧胸锁关节上，中指放在气管上，看中指与其它两指之间的距离是否相等。正常时气管居中，二边相等。胸腔或肺部疾病，凡能引起纵隔移位时均可使气管发生偏移。如单侧胸腔大量积气（气胸）、积液（胸腔积液），可使气管偏向健侧；如一侧肺不张、肺纤维化或明显胸膜肥厚时，气管移向病侧。

甲状腺

因甲状腺附于甲状软骨上，故能随吞咽活动上下移动。正常的甲状腺既看不到，也摸不清，如有甲状腺肿大，当病员头仰起作吞咽动作时，就可以摸到或看到上下移动的甲状腺。触诊时请病员稍低头以使颈前皮肤放松，有利于用手触摸，当摸到甲状腺时，应注意它的大小、外形、压痛、硬度、对称性、活动度以及有无结节、震颤等。听诊主要检查有无血管杂音。正常没有震颤和血管杂音。甲状腺肿大常见的有单纯性甲状腺肿及甲状腺机能亢进。

颈动脉搏动

在主动脉瓣关闭不全、严重贫血及甲状腺机能亢进时，颈动脉搏动明显。

颈静脉

正常人仰卧时，在锁骨与下颏角间距离的下1/3段颈静脉可见充盈。如仰卧位超过上述标准或在坐位时看到颈静脉充盈，称为颈静脉怒张，表示上腔静脉回流受阻引起静脉压升高。两侧颈静脉充盈常见于右心衰竭、心包炎或上腔静脉受压（纵隔肿物）；单侧颈静脉充盈多因局部受压所致。

胸廓检查

胸部的体表标志

为了便于叙述和记录胸部体征，常须采用一些体表标志，常采用的有：

（一）计算肋骨和肋间隙的标志 在胸

骨柄和胸骨体的连接处稍向前凸起，称为胸骨角，是第二肋软骨和胸骨相连的地方；在后背，当病员采取坐位或立位，两手自然下垂时，肩胛骨下角是在第七肋间隙。

（二）第七颈椎棘突 在低头时沿颈椎自上而下最明显最突出的一个棘突，为第七颈椎棘突，依此可以往下查胸椎棘突数。

通过上述标志，就能够判定前胸、后背的各肋骨及肋间隙，从而有了胸部横的定位标志。

（三）前胸、后背及侧胸壁上人工制定的几条垂直线 在前胸壁的（图3）有前正

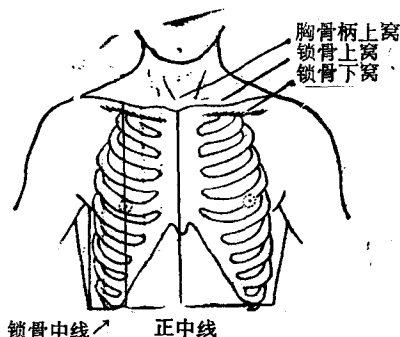


图3 前胸壁上的标志

中线（通过胸骨中央）、锁骨中线（通过锁骨中点）。在侧胸壁上的（图4）有腋前线

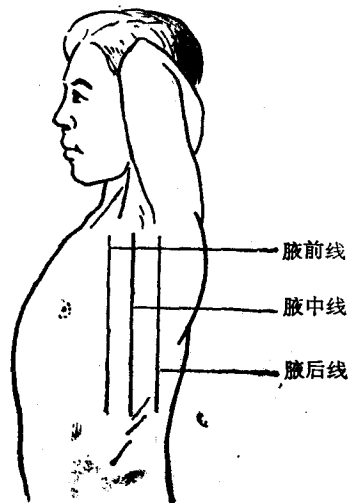


图4 侧胸壁上的标志

（通过腋窝前皱襞），腋后线（通过腋窝后

皱襞)、腋中线(通过腋窝中央)。在后胸壁上(图5)有后正中线(通过脊椎棘突)、肩胛线(通过肩胛骨下角)。

利用天然标志和人为划分可将胸部分为

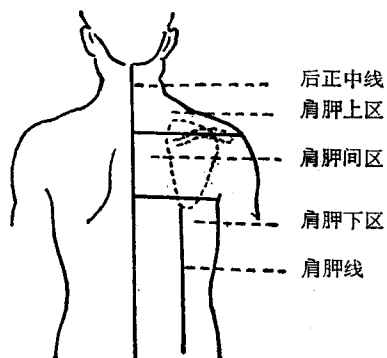


图5 后胸壁上的标志

若干区(图3.4.5)，如左、右腋窝、胸骨柄上窝、锁骨上、下窝、肩胛上区、肩胛下区、肩胛间区等。

正常胸廓

正常胸廓两侧对称，前后径与横径之比约为3:4，婴幼儿和老年人的两径比例几乎相等。

病态胸廓

常见的病态胸廓外形有：

(一)桶状胸 胸廓的前后径与横径均增大，前后径与横径几乎相等，呈圆桶状。这是由于肺组织弹性减弱、肺泡内气体过度充盈所致。常见于哮喘、肺气肿和老年人。

(二)扁平胸 胸廓的前后径显著狭小，呈扁平状。见于发育较瘦弱或消耗性疾病病员，特别是较为严重的肺结核病员。

(三)“鸡”胸 胸廓前后径增大而横径较小，胸骨下部明显前凸，常伴有肋软骨增大成串珠状。见于佝偻病(婴幼儿多见)。

(四)脊椎畸形所引起的胸廓外形异常 可因脊柱结核、发育畸形、软骨病等原因，脊柱发生侧凸、后凸或前凸，伴有胸廓变形。

(五)胸廓一侧或局部塌陷 见于肺不张、较严重的胸膜粘连等。患侧胸廓平坦或局限性凹陷。肋间隙变窄、脊柱向健侧凸出，引起胸廓变形。

(六)胸廓一侧或局部隆起 见于代偿性肺气肿、胸腔大量积液、积气。患侧胸廓饱满，肋间隙增宽。心前区隆起多表示年幼时即有心脏病。

肺部检查

肺脏体表解剖

肺脏分为左右两半部。左肺有上下两叶，右肺分为上、中、下三叶。了解每个肺叶在胸壁上的投影(图6.7.8.)，对判定肺病变的部位是很重要的。

上下两叶在背部的分界线开始于第三胸椎棘突，向前并稍向下，止于腋后线与第四肋骨交叉处。左肺下叶与上叶在侧面和前面的分界线则相当于背部分界线向前下方的延长线，直至第六肋骨与肋软骨交接处(在锁骨中线上)。右肺下叶与中叶的分界线亦同上述；右侧中叶与上叶的分界线从腋后线与第四肋交叉处起，沿第四肋骨(或第三肋间)前行，直至胸骨右缘。

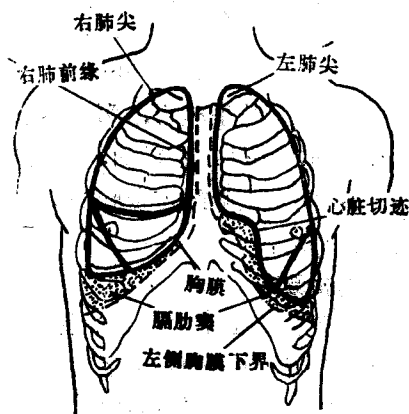


图6 肺及肺叶的境界(前面)

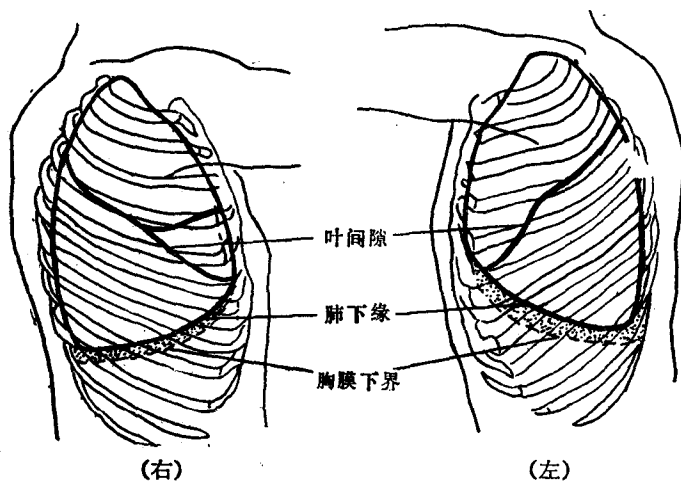


图7 肺及肺叶的境界(侧位)

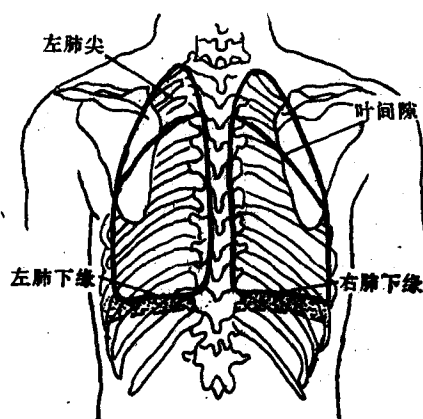


图8 肺及肺叶的境界(背面)

由此可见,在后面,下叶约占全部的 $\frac{2}{3}$;在侧面,下叶呈楔形,两侧不同,右侧腋后线以前有中叶,在前面,右上叶约占全肺的 $\frac{2}{3}$,而左上叶约占全肺的 $\frac{5}{6}$,两侧下叶只各占 $\frac{1}{6}$ 。

肺脏的检查

(一) 望诊 正常时,二侧胸廓呼吸运动相等。病态时胸廓两侧呼吸运动可不对称。

(二) 触诊 主要是语音震颤(简称语颤)和胸膜摩擦感(见肺部病征)的检查。

1. 检查法:检查时将两手掌小鱼际侧平贴于胸廓两侧对称部位,让病员拉长声说

“一”字时,检查者两手所感到的震动就是语颤。检查时用双手对称地自上到下,从前到后区别语颤的强弱变化。正常人两侧语颤相等,但右上部较左上部略增强,因右肺主支气管短而粗。

2. 产生机理 发音时由于声带震动产生声波,声波沿气管、支气管及肺泡传至胸壁而使胸壁产生震动所致。凡胸腔积液,气胸或支气管阻塞等原因,因影响语音传导,故病变部位语颤减弱,反之,肺组织实变、肺内大空洞可使语颤增强。

(三) 叩诊 用手叩击身体,引起震动可产生音响。由于人体各器官的弹性和含气量不同,因而叩击人体各部分可产生不同的音响,我们借助于这些不同的声音来判断所叩器官的物理状态。

1. 正常叩诊音 叩击含大量气体的空腔器官,如胃泡、肠等,产生鼓音;肺组织为具有弹性的含气器官,叩击肺部时产生清音;而介于清音和鼓音之间的音响为过清音(如肺气肿);叩击不含气体的脏器(心、肝)时产生实音;实质性脏器(如肝、心)和含气组织(如肺)相交处的叩音呈浊音。

叩诊时,应由上而下,以同样叩击力量叩打两侧对称部位,以便进行对比,只有这

样,才可能发现一侧的轻微病变。叩诊心界或病变范围较小的部位,力量宜轻些。

2. 肺界的叩诊:在正常情况下,肺上界在锁骨上窝。右肺下界即肺肝境界的实音界,该境界在锁骨中线上为第六肋骨,腋中线上为第八肋骨,肩胛线上为第十肋骨;左肺下界因受心脏的影响,在锁骨中线上的境界变动较大,余者与右侧大致相同。

病态时叩击肺区可出现异常音响,如肺组织实变、胸腔大量积液可产生实音;气胸产生鼓音;肺气肿可呈过清音等。

(四)听诊 听诊时,环境宜安静,病员肌肉要放松,天冷时要保暖,以免肌肉颤动影响听诊;同时也应避免听诊器与衣服、皮肤摩擦而干扰听诊。听诊的顺序与叩诊同,由肺尖开始,自上而下,由前面向侧面,最后检查背部;同时要进进行两侧对照听诊。听诊的主要内容:呼吸音、语言传导、罗音和胸膜摩擦音。

1. 正常呼吸音

(1)肺泡性呼吸音 正常胸部(除胸骨柄区及肩胛间区第4.3胸椎水平等部位外)听到的呼吸音均为肺泡性呼吸音,其特点为吸气音较呼气音长而强(图9),近似上齿接

近下唇合口向内吸气时的“夫”音。当空气进入肺泡时,肺泡壁由弛缓转为紧张状态,呼气时肺泡由紧张变为弛缓状态,肺泡性呼吸音就是由于这种肺泡的弹性变化而产生的。肺泡呼吸音的强弱与呼吸运动的深浅、肺组织的弹性、胸壁的厚薄、年龄的大小等因素有关。如前胸上中部呼吸音最强,而肺尖与肺下缘最弱。肥胖人的呼吸音较弱,消瘦人的呼吸音较强。但双侧对比,肺泡性呼吸音强度类同。

(2)支气管性呼吸音 正常在喉部、胸骨柄区域可听到支气管性呼吸音,其特点为呼气音比吸气音长而强,类似“夫(吸)一哈(呼)”音。除上述部位外,听到支气管性呼吸音,则为病理状态,如肺炎实变区。

(3)支气管肺泡性呼吸音 是支气管性呼吸音和肺泡性呼吸音的混合音,其特点为吸气和呼气音的时间、强度及音调都相似。正常时在靠近大气管的肺部如右锁骨下窝靠近胸骨柄处及肩胛间第3~4胸椎水平(气管分支)处可听到,而其它部位不应听到支气管肺泡呼吸音。

在肺空洞或肺炎实变区的病变部位,可听到支气管肺泡性呼吸音。

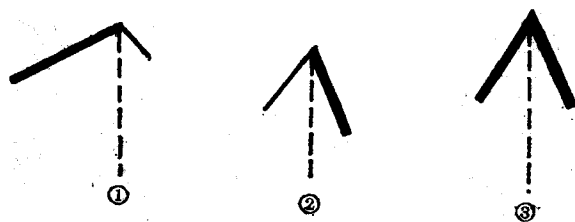


图9 正常呼吸音的特点示意图

①肺泡呼吸音:吸气长、响; ②支气管呼吸音:呼气长、响;
③支气管肺泡呼吸音:吸气与呼气相似。

2. 语音传导 其原理和意义均与语颤相同,但语音传导较语颤更灵敏些。按具体做法不同又可分为两种:

(1)支气管语音:被检查者用平时说

话的音调拉长说“一”字,或均匀地数“一、二、三”,医生用听诊器在被检查者胸壁上,对称地比较其语音传导的变化,正常在肩胛间区及胸骨柄两旁比较清晰,其他部位