

诊断学实习辅导

遵义医学院内科教研究 编写
王丕荣 李琮辉 主编

贵州科技出版社

诊断学实习指导

主编 王树强 副主编 王树强 王树强
编者 王树强 王树强 王树强

中国医药出版社

诊断学实习辅导

遵义医学院内科教研室 编写

王丕荣 李琮辉 主编

贵州科技出版社

参加编写人员

(以姓氏笔画为序)

于翕珊	王丕荣	文学铨	江 超	孙丽君
李小薇	李琮辉	陈 琦	欧阳瑶	罗为民
金侶泓	杨亦彬	杨渝浩	郝 星	晏永慧
袁 钟	唐诗伟	龚方泽	黄祖敏	董德琼
喻 亮				

编 务

李琮辉 谷洪波

诊断学实习辅导

遵义医学院内科教研室 编写

王丕荣 李琮辉 主编

贵州科技出版社出版发行

(贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550004)

*

贵阳宝莲彩印厂印刷 贵州省新华书店经销

787 毫米×1092 毫米 16 开本 6.25 印张 140 千字

1998 年 5 月第 1 版 1998 年 5 月第 1 次印刷

印数 1—3000

ISBN7-80584-805-X/R·209 定价:8.50 元

前 言

诊断学是由医学基础课过渡到临床各科的桥梁,是一门临床基础课。诊断学内容很多,其中病历书写和心电图分析是难点之一。为满足学生的需要和方便教学,我们总结多年教学经验,编写了这本《诊断学实习辅导》教材,已在历届学生中广泛应用,对见习、实习、进修医师及年轻的住院医师提高病历书写和心电图阅读水平等有较大的帮助和启迪。我们选择了临床常见的比较典型的心电图 24 幅,以心电图报告的形式加以解释以利学生学习和掌握。同时,为帮助学生学习和提高病历分析水平,了解对常见疾病进行诊治的思维程序和方法,还增加了病例分析示教内容,共 15 例病例,供学习时参考。1998 年 1 月重新整理修订,正式出版发行,供诊断学教学及临床见习、实习医师及临床医务人员使用,希望能对学生学习有较大帮助。由于水平和时间所限,不足之处恳请读者指正。

编者 1998 年 1 月

编写说明

1. 病历书写是按照规范格式及等级医院要求编写,并对十二种常见书写项目进行了书写格式和内容示教,帮助学生掌握病历书写的方法及内容,提高书写水平。

2. 根据《诊断学》教学大纲要求,选择了 24 幅临床常见的典型心电图,并附图解。图解以心电图报告形式解释,内容包含一般项目及心电图特征和心电图诊断。以利学生掌握心电图阅图方法,心电图诊断和书写报告的格式与方法。

3. 第三章病历分析收集了内、外、妇、儿科常见病 15 例进行病例示教。内容包含病例摘要,临床诊断,诊断依据和鉴别诊断,治疗原则,并开出医嘱。以利学生了解对某个疾病如何进行分析,学会对疾病进行正确诊断及治疗的思维程序和方法。

4. 本书适用于《诊断学》实习、临床见习、临床实习的学生学习使用,也是进修医师和低年资住院医师有益的参考书。

目 录

第一章 病历书写与病历示范

一、询问病史和注意事项	(1)
二、住院病历的书写	(1)
三、住院病历示范	(6)
四、入院记录	(11)
五、首次病程记录	(13)
六、主治医师查房记录	(14)
七、第三次住院病历	(15)
八、病程记录	(17)
九、请会诊记录	(18)
十、转科记录	(19)
十一、交班小结	(20)
十二、接班小结	(21)
十三、出院记录	(22)
十四、死亡记录	(23)

第二章 心电图图谱及图解

一、心电图图谱	(24)
二、心电图图解	(46)
(一)自 R—R 间期推算心率表,正常 R—R 间期的最高限度表	(46)
(二)心电图测量内容及步骤参考表	(47)
(三)正常心电图	(48)
(四)窦性心律不齐	(48)
(五)窦性心动过速	(49)
(六)窦性心动过缓	(49)

(七)左房肥大、左室高电压、左室负荷过重	(50)
(八)右房肥大、左房负荷过重、右室肥厚劳损	(50)
(九)窦性心动过速、左房负荷过重、右室肥厚劳损	(51)
(十)窦性心律不齐、左室肥厚劳损	(51)
(十一)完全性右束支传导阻滞	(52)
(十二)完全性左束支传导阻滞	(52)
(十三)一度房室传导阻滞	(53)
(十四)窦性心动过速、二度 I 型房室传导阻滞	(53)
(十五)二度 II 型房室传导阻滞	(54)
(十六)三度房室传导阻滞伴室性逸搏性心律	(54)
(十七)窦性心律不齐、三度房室传导阻滞伴房室交界性逸搏性心律	(55)
(十八)房性期前收缩呈二联律	(55)
(十九)房性期前收缩	(56)
(二十)窦性心动过缓、房性期前收缩未下传	(56)
(二十一)窦性心动过速、房性期前收缩、短阵性房性心动过速	(57)
(二十二)房室交界性期前收缩部分呈二联律	(57)
(二十三)房室交界性期前收缩伴室内差异性传导	(58)
(二十四)窦性心律不齐、房室交界性期前收缩	(58)
(二十五)房室交界性期前收缩伴室内差异性传导呈三联律	(59)
(二十六)室性期前收缩呈三联律	(59)
(二十七)一度房室传导阻滞、多源性室性期前收缩、短阵性室性心动过速部分伴传出 阻滞	(60)
(二十八)窦性心律不齐、间位性室性期前收缩伴房室干扰	(60)
(二十九)室性期前收缩、短阵性室性心动过速	(61)
(三十)阵发性室上性心动过速	(61)
(三十一)阵发性房性心动过速	(62)
(三十二)阵发性房室交界性心动过速	(62)
(三十三)阵发性室性心动速、心室夺获	(63)
(三十四)心房纤颤伴房室交界性逸搏	(63)
(三十五)心房扑动	(64)
(三十六)心室扑动、心室颤动	(64)
(三十七)肢导低电压、急性广泛前壁、高侧壁心肌梗塞	(65)
(三十八)窦性心律不齐、急性下壁心肌梗塞	(65)
(三十九)窦性心律不齐、A 型预激综合征	(66)
(四十)窦性心动过缓伴窦性心律不齐、B 型预激综合征	(66)

第三章 病历分析

一、消化性溃疡、上消化道大出血伴早期失血性休克	(67)
-------------------------------	------

二、肝硬化(失代偿期)	(69)
三、肠结核伴结核性腹膜炎	(70)
四、风湿性心脏病,二尖瓣狭窄并关闭不全、心房纤颤、全心衰竭	(72)
五、冠心病,急性下壁、前壁心肌梗塞、左心衰竭	(73)
六、高血压病、高血压性心脏病,左心衰竭	(75)
七、急性原发性肺脓疡	(76)
八、支气管哮喘,哮喘持续状态、自发性气胸、I 型呼吸衰竭	(78)
九、慢性支气管炎急性加重期,慢性肺原性心脏病,心力衰竭、II 型呼吸 衰竭、肺性脑病、呼吸性酸中毒并代谢性酸中毒	(80)
十、缺铁性贫血	(82)
十一、原发性肾病综合征	(84)
十二、弥漫性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进症	(86)
十三、闭合性腹外伤(肝、十二指肠破裂)、休克	(87)
十四、异位妊娠、失血性贫血、休克	(88)
十五、急性肾小球肾炎合并高血压脑病	(90)

第一章 病历书写与病历示范

一、询问病史的注意事项

1. 询问病史时医生必须怀着全心全意为人民服务的思想,高度的同情心和责任感,态度和蔼,体贴耐心。语言应通俗,避免使用不适当的医学术语,并防止对病人有不良刺激的语言和表现。恶性疾病的诊断应对病人保密,但必须对其家属及所在单位领导说明病情及预后。

2. 采取病史时以先听取病人的叙述为原则,运用技巧使健谈者不离题太远,保守者肯公开其隐秘,使迟钝者知所趋向,抓住重点,深入发问。再就其性质,追问有关鉴别诊断的问题,但需防止主观片面。有时病人记忆不清,顺口称是,前后矛盾,有的病人有意夸大或隐瞒与疾病有关的问题,有的病人甚至可能弄虚作假,不说实话。对这些情况应加以注意,用科学态度及医学知识加以分析整理,去伪存真。

3. 当病人叙述曾患某种疾病时,应将主要症状特点询问清楚,然后推测其正确性。记录时应将当时的主要表现特点加以记载,并将病人所述病名加用引号标明。

4. 对重危病人,通常简单扼要地询问病史和重点检查后,应立即进行抢救。待病情好转后再作全面、细致的问诊及其他检查,以免延误治疗。

5. 其他医疗单位转来的病情介绍或病历摘要,只能作为重要的参考资料,此时仍须亲自询问病史,以作为综合分析的主要依据。

二、住院病历的书写

住院病历(用红笔书写)

姓名

性别

年龄	婚姻
民族	职业
籍贯	住址
入院日期	记录日期
病史叙述者	可靠程度

病 史

主 诉 促使病人就诊的主要症状或体征及其时间。

现病史 从发病至本次就诊时疾病的发生、发展及其变化的全过程。其主要内容包括：

(1)起病情况。包括起病时的环境及具体时间,发病急、缓。

(2)原因及诱因。

(3)主要症状的特点。如腹痛应包括其部位、性质、持续时间及程度等。

(4)病情的发展与演变。包括起病后病情呈持续性还是间歇性发作,是进行性加重还是逐渐好转,以及缓解或加重的因素等。

(5)伴随症状。应详细询问各伴随症状出现时间,特点及其演变过程,并了解各伴随症状之间,特别是与主要症状之间的相互关系。

(6)诊疗经过。包括发病后的诊断及治疗的主要经过。如果再次住院,应参考过去住院记录,简记其上次住院、出院日期,当时诊治经过及出院后的情况,如曾接受治疗,应注明重要药物名称、剂量、持续时间及治疗效果。

(7)门诊诊断及入院目的。

(8)在常规询问中,应包括食欲、大小便、精神、睡眠及体重增减等一般情况。

既往史 包括病人过去的健康状况及曾患疾病,尤其与现在疾病有密切关系者,应详细询问。此外还应询问过敏史,外伤及手术史,传染病史,传染病接触史及预防接种史。为防止遗漏,应作系统回顾(如有阳性病史,写在既往史中)。

系统回顾

呼吸系统 有无咳嗽、咳痰、咯血,有无气急、胸痛、发热及盗汗史等。

循环系统 有无心悸、气短、发绀,有无心前区疼痛、水肿及高血压病史等。

消化系统 食欲,有无呕血、便血、黑便,有无恶心、呕吐、嗝气及反酸,有无腹痛、腹泻,便秘或大便习惯改变史及黄疸史等。

泌尿、生殖系统 有无尿频、尿急、尿痛,有无排尿困难、尿量异常、水肿史,有无性病史等。

造血系统 有无头昏、眼花、乏力及苍白,有无出血、骨骼疼痛及淋巴结肿大史等。

内分泌及代谢 有无多饮、多食、多尿,有无怕冷、怕热、体重改变,有无性格、性欲及第二性征改变史等。

运动系统 关节有无红、肿、热、痛,有无骨折、畸形、关节脱位,有无运动障碍、肌肉萎缩等。

神经系统 有无头痛、失眠、记忆力改变,有无视力减退、意识障碍、感觉异常,有无瘫痪及精神异常史等。

肌肉骨骼系统 发育,有无畸形、骨折、肌肉萎缩、疼痛,运动有无受限等。

个人史 出生地点,是否到过外地及居留时间。生活习惯,饮食种类,烟酒嗜好,量及时间。过去与现在的职业性质,工作劳动环境,毒物接触史。

婚姻史 婚否,结婚年龄及爱人健康情况,夫妻关系,性生活情况,如配偶已死亡,应询问其死亡原因及时间。

月经及生育史 内容及记录方式如下:

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经时间(或闭经年龄)

此外还应询问月经的量及颜色,有无痛经和白带等。

对已婚妇女应询问妊娠次数,分娩次数,有无死胎,流产或早产、剖腹产,妊娠高血压综合征,产褥热,产后大出血等。应详细了解和记录。

家族史 主要询问病人的父母、兄弟、姐妹、子女等直系亲属的健康状况,应特别注意有无遗传性疾病及可能与遗传有关的疾病。必要时绘出家谱图。

体 格 检 查

一般状况

体温 脉搏 呼吸 血压

发育,营养(良好,中等,不良),体位,步态,面容与表情(急性或慢性病容,表情痛苦、忧虑、恐惧、安静),神志(清晰、模糊、嗜睡、昏迷),能否与医生合作。

皮肤与粘膜 颜色(潮红、苍白、发绀、黄染、色素沉着),水肿,湿度,弹性,出血,皮疹,皮下结节或肿块,蜘蛛痣,溃疡及瘢痕,并明确记述其部位,大小及形态。

淋巴结 全身或局部浅表淋巴结(颌下、颈下、耳后、颈部、腋窝、滑车上、腹股沟部及腘窝部)肿大、大小、数目、压痛、硬度、移动性、瘰管、瘢痕等。

头部及其器官

头颅 大小、形态、压痛、包块、头发(疏密、色泽、分布)。

眼 眉毛(脱落),睫毛(倒睫),眼睑(水肿、运动、下垂)。眼球(凸出、凹陷、运动、震颤、斜视),结膜(充血、水肿、苍白、出血、滤泡),巩膜黄染,角膜(混浊、瘢痕、云翳、反射),瞳孔(大小、形态、对称、对光、调节反射及辐辏反射)。

耳 听力,分泌物,乳突,耳屏压痛,耳廓牵扯痛。

鼻 鼻翼扇动,畸形,阻塞,鼻中隔偏移,副鼻窦压痛,分泌物,出血。

口腔及咽喉 气味,唇(色、疱疹、皲裂、溃疡),牙(龋牙、缺牙、义牙、残根,注意其位置),牙龈(色泽、肿胀、溢脓、出血、铅线)。舌(形态、舌质、舌苔、溃疡、运动、震颤、偏斜)。粘膜(发疹、出血、溃疡)。腮腺开口,扁桃体(大小、充血、分泌物、假膜),咽(色泽、分泌物、反射),喉(发音)。

颈部 对称,强直,颈静脉充盈,肝颈静脉回流征,颈动脉异常搏动,气管位置,甲状腺(大小、硬度、压痛、结节、震颤、杂音)。

胸部 胸廓(对称、畸形、局部隆起、压痛),呼吸(方式、频率、节律、深度),异常搏动,乳房(大小、包块),静脉曲张。

肺部

视诊 呼吸运动(两侧对比),肋间隙增宽或变窄。

触诊 语颤,胸膜摩擦感,皮下捻发感。

叩诊 叩诊音(清音、浊音、实音、鼓音、过清音),肺下界,肺下界移动范围。

听诊 呼吸音(性质、强弱、异常呼吸音),干、湿啰音,胸膜摩擦音,语音传导。

心脏

视诊 心前区有无隆起,轻度或显著,心尖搏动或心脏搏动的位置、范围(以cm×cm表示),强度,心前区其它部位异常搏动(部位、隐约或明显可见)。

触诊 心尖区搏动的性质及位置、强度(视诊时未能看到而经触诊确定的位置、范围、强度。不要与视诊重复。此处特别注意心尖搏动是否抬举性,双重性)。心前区异常搏动(补充视诊之不足,不需重复),震颤(部位、时间),摩擦感(标明部位)。

叩诊 以表记录心脏左、右相对浊音界,可用左、右第二、第三、第四、第五肋间距正中线的距离(厘米)表示之,并注明锁骨中线至前正中线的距离。

听诊 心率(次/分),心律(整齐或不规则,有早搏、有长间歇、绝对不整)。心音强度及性质(标明在何处哪个心音亢进、减弱、呈拍击性、呈金属性、呈大炮音,比较主、肺动脉瓣区第二心音强度),心音分裂(在哪个瓣膜听诊区、哪个心音分裂,注意第二心音分裂是否反常性)。有无二尖瓣开瓣音(描写其性质)。有无奔马律(标明时期),有无杂音,若有应写明其部位,时期(收缩期、舒张期、双期、连续性),性质(吹风性、隆隆样、机械样、乐音性、海鸥鸣样、粗糙的、柔和的、增强型、减弱型、减弱增强型等),强度(收缩期按六级分类法,舒张期可分轻度、中等度、或重度),传导方向,必要时写明与体位、运动、呼吸、药物及听诊器体件种类的关系,有无心包摩擦音(标明时期)。

桡动脉 脉率,节律(规则、不规则、脉搏短绌),奇脉,左右桡动脉比较。动脉壁的性质,紧张度。

周围血管征 水冲脉,毛细血管搏动征,枪击音,杜氏征(Durozeiz's 双期杂音)。

腹部

视诊 对称,平坦,膨隆,凹陷,呼吸运动,皮疹,色素,条纹,疤痕,腹部体毛,脐,疝,静脉曲张与血流方向,胃肠蠕动波,腹围测量(有腹水或腹部包块时)。

触诊 腹壁紧张度,压痛,反跳痛,液波震颤,包块(部位、大小、形态、硬度、压痛、搏动、移动度)。

肝脏 大小(右叶在右锁骨中线上从肋缘至肝下缘,左叶由剑突至肝下缘,以多少厘米表示),质地、表面、边缘、压痛、搏动。

胆囊 大小、形态、压痛,莫菲氏征。

脾脏 大小、硬度、压痛、表面、边缘。

肾脏 大小、形状,硬度,压痛,移动度。

膀胱 膨胀、输尿管压痛点。

叩诊 肝肺相对浊音界,肝区叩击痛,移动性浊音,肾区叩击痛。

听诊 肠鸣音(正常、增强、减弱或消失)。振水音,血管杂音。

肛门直肠 痔、肛裂、脱肛、肛痿、直肠指诊(狭窄、包块、压痛、前裂腺肿大及压痛)。

外生殖器 根据病情需要作相应的检查。

男性:发育畸形,包皮、睾丸、附睾、精索、鞘膜积液。

女性:有特殊情况时,可请妇科医生检查。

脊柱 侧凸、后凸、压痛、运动度。

四肢 畸形,杵状指(趾),静脉曲张,骨折,关节(红肿、疼痛、压痛、积液、脱位、活动度受限、畸形、强直),水肿,肌肉萎缩,肢体瘫痪或肌张力增加、减弱。

神经反射 肱二、肱三头肌反射,膝腱反射,跟腱反射,腹壁反射,病理反射,必要时作运动、感觉及神经系统其他检查。

专科情况 如外科情况,眼科情况,妇科情况等。

辅助检查结果

实验室检查 以下为常规检查,要求病人在入院后 24 小时内完成。

血液 红细胞计数,血红蛋白测定,白细胞计数及分类。

尿液 颜色、比重、酸碱度、蛋白、糖、尿沉渣显微镜检查。

粪便 颜色、性状(血、粘液),涂片显微镜检查。

其他辅助检查 如 X 线,心电图,超声波,肺功能,特殊的实验室检查等。

摘 要

包括病史,体格检查,实验室及其他检查的主要阳性发现和具有重要鉴别诊断意义的阴性资料,应简明扼要,能反映病情的基本特点和诊断的依据。书写顺序为患者姓名,性别,年龄,主诉,入院日期,现病史主要症状及密切相关的既往史。体检:一般项目,皮肤粘膜,浅表淋巴结,头颅五官,颈部,胸部,肺部,心脏,腹部,脊柱四肢。重要的实验室检查及其他辅助检查结果。(参考诊断学病历书写章节及示范病历章节。)

初步诊断: 1.
2.
3.

签名:

三、住院病历示范

记 录 纸

姓名 ×××

住院号 ××××

住 院 病 历(用红笔)

姓名	×××	性别	女
年龄	27 岁	婚姻	已婚
民族	汉族	籍贯	贵州省遵义县
职业	农民	住址	贵州省遵义县山盆区太阳乡打鼓村一组
入院日期	1990. 5. 3. 4Pm	记录日期	1990. 5. 3. 5Pm
病史叙述者	本人	可靠程度	可靠

病 史

主 诉 劳力性心悸、气短 3 年,全身水肿 5 月,加重 7 天。

现病史 3 年前从事农田劳动觉体力下降,劳动时间较长则出现心悸,气短,

休息后可缓解,曾就诊于我院门诊,诊断“心脏病”。病后体力逐渐下降,尚能胜任家务劳动。5个月前上述症状加重,需高枕卧位,并时现阵发性心“乱跳”,持续数分钟后自行缓解。此期间睡眠中常因突发胸闷、气促及心悸而憋醒,被迫坐起或下床走动,于室外行深呼吸约10余分钟,症状逐渐缓解后又可入睡,一夜发作1~3次不等,同期双足水肿,渐至全身。2月前在当地县医院经心电图、超声及胸透等检查后诊为“风心病及心衰”给予“地高辛1片/d、双氢克尿塞2片/d口服,肌注青霉素2支/d”,半月后心悸、气短减轻,水肿消退,能平卧而自行停药,但此后症状又逐渐加重。7天前劳累后又呈胸闷,心“乱跳”,休息不能缓解。感尿量减少,腹胀,全身水肿明显,不能平卧。并咳嗽,咳白色泡沫痰,时带少量血丝,未咯粉红色泡沫痰。7天来自服“双氢克尿塞3片、地高辛2片”症状无好转而就诊我院。病来无发热,骨关节疼痛及皮疹,无腰痛及尿频、尿痛,食欲明显减退,精神较差,大便无异常。

既往史 平素尚健康,14年前曾出现膝、肘、肩关节疼痛,呈游走性,部分关节红肿,并发热,在当地县医院按“关节炎”治疗1月余好转,无畸形及运动障碍,以后未再复发。未接受过任何预防注射,无手术、外伤史,无药物、食物过敏史。

系统回顾:

呼吸系统 无咳嗽、咳痰、无咯血、气急及胸痛史。

消化系统 食欲正常,无恶心、呕吐、嗝气及反酸,无腹痛、腹泻或便秘,无黄疸史。

循环系统 无心悸、气短,无心前区疼痛及水肿史。

泌尿系统 无尿频、尿痛、尿急及血尿,肾区无疼痛及水肿史。

造血系统 无头昏、眼花、心悸及气短,无出血、骨骼疼痛及淋巴结肿大史。

内分泌及代谢 无多饮、多食、多尿,无性格、性欲改变,无第二性征改变史。

运动系统 无骨折、关节畸形及脱位,无运动障碍及肌肉萎缩。

神经系统 无头痛,失眠及记忆力改变,无视力、意识障碍,无瘫痪及精神异常史。

个人史 一直务农,居住地系“出血热”流行区,未到过其他流行病区,无毒物及放射线接触史,饮食无特殊,无烟酒嗜好等。

婚姻史 20岁结婚,配偶健康,两人感情好。

月经、及生育史 月经 $13\frac{4\sim6}{28\sim30}$ 1990.4.28,经量中等,白带不多,无痛经。孕2产1,人流1次,产后未感明显劳累性心悸、气短。4年前已行输卵管结扎。

家族史 家庭成员均健康,无高血压、肿瘤等疾病或遗传病,其母6年前死于外伤。其兄3年前曾患“出血热”,治疗好转。

记 录 纸

姓名 ×××

住院号 ××××

体 格 检 查

一般状况 体温 36.8℃,脉搏 89 次/min,呼吸 30 次/min,血压 14/10kPa,发育正常,营养中等,半坐位,急性病容,神清合作。

皮肤与粘膜 弹性尚好,无皮疹、出血点、瘀斑及紫癜,无皮下结节或肿块,无蜘蛛痣、溃疡及瘢痕等。

淋巴结 颌下及双颌下、耳后、颈部、锁骨上、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝均未触及。

头部及其器官

头颅 大小、形态无异常,无压痛及肿块。发黑,量中,有光泽。

眼 眉毛无脱落,无倒睫。眼睑水肿、无下垂及运动障碍,眼球无凸出或凹陷、无震颤及运动障碍。球结膜无水肿、出血,巩膜无黄染,角膜无混浊、溃疡,双瞳正圆等大、直径 4mm,对光反射灵敏,辐辏反射存在。

耳 听力无异常,外耳道无分泌物、流脓及出血,耳屏、乳突无压痛。

鼻 无鼻塞,无出血及鼻翼扇动,额窦、筛窦及上颌窦无压痛。

口腔 无特殊气味,唇紫绀,无疱疹、溃疡,口角无偏斜,——⁶——龋齿,无义齿。牙龈无红肿,溢脓及出血,口腔粘膜无溃疡、出血。舌质红,无溃疡、震颤及运动障碍,腮腺开口无红肿、溢脓。

咽 无充血、肿胀及渗出物,扁桃体不肿大。

喉 无声嘶或失声。

颈部 两侧对称,无强直。颈静脉怒张,肝颈静脉回流征阳性,无颈动脉异常搏动。气管居中,甲状腺不大。

胸部 胸廓对称,无畸形及压痛,无胸壁静脉曲张,肋间隙无增宽或变窄,乳房对称,无压痛及包块,胸式呼吸为主。

肺部

望诊 呼吸运动对称,不受限,频率稍快。

触诊 两侧语颤无增强或减弱,无胸膜摩擦感及皮下捻发感。

叩诊 呈清音,肺下界位于右侧锁骨中线第 6 肋间、腋中线第 8 肋间、肩胛下角线第 9 肋间,左侧腋中线第 8 肋间、肩胛下角线第 10 肋骨,两侧肺下界移动度均为 6.0cm。