

卫生部规划教材

全国中等卫生学校教材

供放射技术专业用

内科疾病概要

第二版

主编 余光华



人民卫生出版社

98
R5-43
4
2

全国中等卫生学校教材

供放射技术专业用

内科疾病概要

第 二 版

主 编 余光华

主 审 陈运贞

副主审 王周碧

编者（以姓氏笔画为序）

王盛宗 刘逸舟 李 洁

吴德全 余光华 武爱群

XH271.6



人 民 卫 生 出 版 社



图书在版编目 (CIP) 数据

内科疾病概要/余光华主编. —2 版. —北京: 人民卫生出版社, 1998

ISBN 7-117-02823-8

I. 内… II. 余… III. 内科-疾病-诊疗 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 00204 号

内科疾病概要

第 二 版

余光华 主编

人民卫生出版社出版发行

(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

北京市房山区印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16 开本 14 印张 317 千字

1990 年 10 月第 1 版 1998 年 6 月第 2 版第 7 次印刷

印数: 13 241 — 23 240

ISBN 7-117-02823-8/R·2824 定价: 12.40 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究。

第三轮中等医学教材出版说明

卫生部曾于1983年组织编写、陆续出版全国中等卫生学校11个专业使用的77种教材。1992年又组织小修订，出版第二轮教材。为我国的中等医学教育作出了积极贡献。

为适应中等医学教育改革形势的需要和医学模式的转变，1993年11月，卫生部审定、颁发了全国中等卫生学校新的教学计划及教学大纲。在卫生部科教司领导下，我们组织编写（修订）出版第三轮全国中等医学12个专业96种规划教材，供各地教学使用。

本轮教材以培养中级实用型卫技人才为目标，以新的教学计划及大纲为依据，体现“思想性、科学性、先进性、启发性、适用性”，强调“基本理论知识、基本实践技能、基本态度方法”。教材所用的医学名词、药物、检验项目、计量单位，注意规范化，符合国家要求。

编写教材仍实行主编负责制；编审委员会在教材编审及组织管理中，起参谋、助手、纽带作用；部分初版教材和新任主编，请主审协助质量把关。第三轮中等医学教材由人民卫生、河北教育、山东科技、江苏科技、浙江科技、安徽科技、广东科技、四川科技和陕西科技九家出版社出版。

希望各校师生在使用规划教材的过程中，提出宝贵意见，以便教材质量能不断提高。

卫生部教材办公室

1995年10月

全国中等医学教材编审委员会

主任委员：姜寿葆

副主任委员：陈咨夔 殷冬生

委员：（以姓氏笔画为序）

马惠玲	王同明	方茵英	王德尚	延民	那功伟
朱国光	吕树森	李绍华	李振宗	李振林	陈心铭
吴忠礼	杨华章	洪启中	洪思劬	郭常安	张冠玉
张审恭	殷善堂	董品泸	谭筱芳		

前 言

《内科疾病概要》是根据卫生部 1994 年 3 月颁布的新教学大纲为全国中等卫生学校放射技术专业编写的一门基础课程, 它的总任务是使学生具有相应的基础知识, 更好地运用放射技术服务于临床。

本教材包括内科诊断基础、内科常见疾病、儿科基础知识和儿科常见疾病四大组成部分, 其涉及面很广, 概括性很强; 但由于受到大纲学时数和内容的严格限制, 不少内容只能简略介绍, 甚至完全未予涉及 (如心电图基础、超声波检查和放射性核素检查)。

本教材的主要特点有: ①紧紧围绕培养实用型人才的宗旨, 在内容的选择上力求适合放射技术专业的需要, 对各个疾病的阐述着重在临床表现、主要的实验室检查特别是 X 线检查, 而对于疾病的防治只作简单介绍; ②依据大纲精神, 突出教学目标, 使教学目标与教材内容保持了密切的相关性和一致性; ③注重“五性” (思想性、先进性、科学性、适用性、启发性)、“三基” (基本理论知识、基本实践技能、基本态度方法), 对于比较陈旧的或已被淘汰的知识 (如部分检验项目) 均予以屏弃; 有些新的规定 (如 1%~5% 改为 1%~5%, 柯兴氏综合征改称库兴综合征, 副鼻窦改称鼻旁窦等) 本教材一律按新的要求编写; 在“临床表现”的叙述方面尽量与发病机制联系, 以启发学生的逻辑思维。

在本教材的编写过程中, 除得到卫生部教材办公室和四川省卫生厅科教处的直接领导和大力支持外, 四川省万县卫生学校、湖南省湘潭卫生学校、广东省卫生厅科教处及佛山卫生学校、深圳卫生学校、武汉卫生学校、上海松江卫生学校、四川省雅安卫生学校及成都卫生学校、内蒙古赤峰市政协等单位的领导都给予了高度的重视和热情的帮助, 特别是重庆医科大学的陈运贞教授及王周碧副教授对本教材逐字逐句地反复修改, 付出了辛勤的劳动。对上述单位和个人在此一一表示真挚的谢意。

本教材虽然力图“紧扣大纲, 重在适用”希望对放射技术专业起到良好的“奠基”和“桥梁”作用, 但限于水平, 错误之处在所难免, 切望广大师生不吝指正。

编 者

1997 年 10 月

目 录

绪 论	1
第一章 诊断学基础	5
第一节 问诊	5
第二节 体格检查	6
一、体格检查的基本方法	6
二、体格检查的内容	7
第三节 实验室检查	37
一、血液检查	37
二、尿液检查	45
三、粪便检查	48
四、痰液检查	49
五、脑脊液检查	50
六、浆膜腔穿刺液检查	52
第二章 呼吸系统疾病	54
第一节 慢性支气管炎	54
第二节 支气管扩张症	57
第三节 支气管哮喘	59
第四节 慢性阻塞性肺气肿	62
第五节 慢性肺源性心脏病	65
第六节 肺转移性肿瘤	68
第七节 肺炎	70
一、肺炎链球菌肺炎	70
二、肺炎支原体肺炎	73
三、放射性肺炎	74
第八节 肺脓肿	76
第九节 肺结核	79
第十节 胸膜炎	88
第十一节 自发性气胸	91
第三章 循环系统疾病	95
第一节 心功能不全	95
一、慢性心功能不全	95
二、急性心功能不全	99
第二节 风湿热	100
第三节 慢性风湿性心脏病	103
第四节 原发性高血压	109
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	113
第六节 心肌病和心肌炎	118

一、原发性心肌病	118
二、病毒性心肌炎	120
第四章 消化系统疾病	122
第一节 慢性胃炎	122
第二节 胃粘膜脱垂症	124
第三节 消化性溃疡	125
第四节 十二指肠淤滞症	129
第五节 肠结核	130
第六节 溃疡性结肠炎	132
第七节 克隆病	134
第八节 肝硬化	137
第五章 泌尿系统疾病	141
第一节 慢性肾小球肾炎	141
第二节 肾盂肾炎	144
第六章 造血系统疾病	149
第一节 多发性骨髓瘤	149
第二节 淋巴瘤	151
第七章 风湿性疾病	154
第一节 类风湿性关节炎	154
第二节 系统性红斑狼疮	157
第八章 神经系统疾病	160
第一节 脑出血	160
第二节 蛛网膜下腔出血	164
第三节 脑血栓形成	165
第四节 脑栓塞	167
第五节 短暂性脑缺血发作	168
第九章 儿科基础知识与儿科疾病	170
第一节 儿科基础知识	170
第二节 营养缺乏性疾病	176
一、维生素 D 缺乏性佝偻病	176
二、维生素 C 缺乏症	181
第三节 呼吸系统疾病	183
一、急性上呼吸道感染	184
急性支气管炎	186
二、支气管肺炎	187
三、几种特异病原体所致支气管肺炎	189
金黄色葡萄球菌性肺炎	189
腺病毒性肺炎	191
呼吸道合胞病毒肺炎	192
第四节 常见的先天性心血管畸形	193
一、室间隔缺损	197

二、房间隔缺损	199
三、动脉导管未闭	200
四、单纯性肺动脉瓣狭窄	201
五、法洛四联症	202
第五节 小儿颅内肿瘤的特点与诊断.....	203
第六节 骨骼发育障碍性疾病及其他.....	207
一、粘多糖病	207
二、软骨发育不全	209
三、成骨发育不全症	210
四、组织细胞增生症 X	211

绪 论

内科疾病概要是临床医学的一部分，是内、儿科基础和内、儿科疾病学的融合，其涉及面很广，概括性很强，是放射技术专业的一门重要基础课程。设置本课程的总任务是：使学生具有内科学及儿科学的基本理论知识，以便更好地用 X 线技术服务于临床。通过本课程的学习要求达到：①熟悉内科和儿科的基本体格检查方法；②掌握内科及儿科常见疾病的基本概念；能概述有关疾病的临床表现、诊断要点及 X 线特征；能简述各有关疾病的病因、发病机制及防治原则；③树立正确的医德、医风及为基层卫生事业服务的奉献精神。

一、内科疾病概要的范围和内容

内科疾病概要包括诊断学基础、内科常见疾病、儿科基础和儿科常见疾病四个部分。

（一）诊断学基础 是诊断疾病的基本理论和基本方法。本教材将重点介绍：

1. 问诊的意义、内容和方法。
2. 体格检查的基本方法和内容。
3. 主要的实验室检查（包括血液、尿液、粪便、肝功能、脑脊液、浆膜腔液检查）的正常值及临床意义。

（二）内科各系统疾病 内科疾病所涉及的范围非常广泛，内容非常丰富。随着临床医学的不断发展和分化，原本属于内科范围的传染病、神经精神病、职业病等等已成为独立的学科；近年来逐渐发展起来的老年病学、临床流行病学和各系统专科疾病均有形成独立学科的趋势；本教材由于教学目标所定，仅重点介绍与放射技术专业密切相关的疾病（包括呼吸、循环、消化、泌尿、内分泌、神经精神系统及风湿类疾病）的临床表现、实验室检查和 X 线特征。

（三）儿科基础 小儿不是“成人的缩影”，他们无论从生理或心理上都具有自身的特点，在不断地生长发育的过程中，各器官系统也在不断地变化。儿科基础就是研究这些特点的。本教材主要介绍：

1. 小儿年龄的分期和各期的特点。
2. 小儿生长发育的规律性。

（四）儿科疾病 小儿疾病种类繁多，同成人一样涉及到各个系统、各种性质的疾病，但也具有它自身的特点。本教材扼要介绍以下几种：

1. 小儿常见的营养缺乏性疾病，如佝偻病。
2. 感染性疾病，重点介绍支气管肺炎。
3. 先天性疾病，如室间隔缺损、房间隔缺损、法洛四联症等。
4. 颅内肿瘤，主要介绍常见颅内肿瘤的特征和诊断要点。
5. 骨发育障碍，如软骨发育不全和成骨发育不全。
6. 与 X 线检查密切相关的其他疾病，如组织细胞增生症 X（临床少见，但 X 线具有特征性改变）。

二、内科与儿科领域的发展概况

内科学和儿科学都是临床医学的重要组成部分。由于他们具有明确的研究对象，大量的研究素材、充分的实践机遇，在不断总结经验、提炼研究成果的基础上，很早就形成了独立的学科体系。随着生物学、生物化学、免疫学、遗传学、病理学等基础学科的不断深入，内、儿科学得到了迅速的发展。特别是近百年来，医学家们应用生物科学的成就，去认识、治疗和预防疾病，取得了显著的成果，于是“生物医学”便成了“现代医学”的标志和核心，但随着社会的不断进步和科学技术的飞速发展，“生物医学模式”逐渐显示出它的局限性，人们更多地注意到了被研究对象——“人”的社会性和丰富多采的精神活动与健康 and 疾病的关系，提出了“社会-心理-生物医学模式”。这一模式的观点，一改过去单一的重视躯体疾病、看轻心理因素、重视个体治疗、忽视社会群体的倾向。新的医学模式强调了人的“整体观”，强调了人的“社会性”，强调了“心理因素”对疾病和健康的影响。当今的临床医学已经在更广阔、更深入的范围展现了蓬勃发展的趋势。

在疾病的病因和发病机制方面，由于免疫、遗传、内分泌、物质代谢、神经生理等多个方面研究的不断深入，使不少疾病的病因和发病得到了进一步阐明。例如，白血病的发生，病毒是主要的致病因素，遗传基因的异常可能是致病的辅助因子；甲状腺功能亢进症，其基础是遗传异常，其诱因是精神刺激，其发病机制是一种自身免疫反应；类风湿性关节炎，是抗原物质刺激机体产生免疫反应的结果，与细胞免疫反应和体液免疫反应均有重要的关系；又如，心钠素、消化激素、前列腺素等的发现和研究，对某些循环系和消化道疾病发病机制的探索开辟了新路；在新医学模式的引导下，发现不少疾病（如高血压病、消化性溃疡、糖尿病、溃疡性结肠炎、精神分裂症等）的形成都与心理因素有着极其密切的关系；还有不少病因不同的新病种（如军团菌病、艾滋病、肾素瘤、胰生长抑素瘤等）也被发现；疾病谱在不断地变化，有些疾病在不断地被控制甚至已被消灭，而有些疾病则在不断被发现，其规律性不少已被阐明或已被掌握。

在检查和诊断技术方面，随着自然科学技术的不断进步，医学检查技术也在迅速更新。例如，临床生化检查，随着多道生化分析仪的应用，已向“超微量、高速度、高效能、自动化”方向发展，因而可以在很短的时间内迅速、准确地测出多项检验数据；纤维内镜的广泛应用，使呼吸、消化、泌尿道的多种疾病得到了确诊；超声检查，已由一维（线）、二维（面）发展为三维（立体）显像。特别是彩色多普勒血流显像对心血管疾病的诊断既准确又安全；电子计算机体层扫描（CT）是X线检查技术上的一大进步，具有很高的准确性，对肿瘤的发现尤其具有重要的意义；磁共振显像（MRI）可以显示软组织的结构，更有助于诊断水平的提高；单光子计算机体层扫描（SPECT）的应用，将放射性核素检查技术提高到了一个新的水平；此外，心包、肺、肝、脾、肾等经皮活组织检查技术的应用，也提高了相关疾病的确诊率。

在治疗和预防方面，在疾病的治疗方法和手段上，发展相当迅速。例如，心脏疾病，过去多偏于单一的药物治；近年来，对多种心脏瓣膜病变已可应用外科手术疗法（如瓣膜分离、瓣膜修补、瓣膜置换术）；心脏传导系统疾病和心律失常，已广泛采用了心脏起搏、食管调搏超速抑制、电复律、射频消融等介入性治疗；心电监护系统的使用，由

于能连续监测病情和自动报警，显著地提高了重危病人的抢救成功率；消化、泌尿和呼吸系统疾病，在采用新型药物的同时，还引入了内镜治疗等方法，取得了良好的效果；血液系统疾病，在“细胞动力学原理”的理论指导下，化疗效果有了较大的提高。在这一领域，骨髓移植技术的应用，给患者带来了新的希望；各种急慢性肾功能衰竭，由于血液净化技术的推广和肾移植的成功，有效地延长了患者的寿命；血浆置换疗法，使系统性红斑狼疮和其他重型风湿性疾病得到了缓解；免疫缺陷病，采用胎肝细胞输注，胎儿胸腺移植，均取得了良好的效果；近年来，在新医学模式观念的指导下，心理治疗、整体治疗和传统的养生摄生，日益受到重视，人们越来越注意提高生命的质量。对于健康的概念已不满足于“躯体无病”或躯体疾病的“如何治疗”，而更重要的是如何“保持健康”和“促进健康”。作为未来的放射技术专业工作者，正是为了提高人类健康而努力。因此需要了解临床医学，特别是内、儿科学总的发展趋势。

三、内科疾病概要在放射技术专业中的地位

内科疾病概要在放射技术专业的课程中作为一门基础课，其学习的目的不同于医疗专业，不需要全面深入地掌握各种治疗方法和手段去直接从事临床医疗工作；而是运用内科学和儿科学的基本理论知识作基础，去科学地分析、理解、判断X线征象，作出合乎临床实际的解释，尽可能地提高X线诊断准确率。鉴于此，本教材所选的内容主要是与X线技术密切相关的知识，其中绝大部分是临床上的常见病、多发病；但亦有临床不常见而在X线诊断上却有重要意义的疾病，如组织细胞增生症X、粘多糖病等。为了能使学生比较全面地了解内、儿科领域的知识，本教材对每一个疾病都将从疾病概念、病因、发病机制、病理、临床表现、实验检查、其他检查、诊断和鉴别诊断以及防治原则等作系统介绍，但重点是：每个疾病的突出表现、相关检查的诊断价值和各类疾病的鉴别要点，以充分体现本教材的“奠基”和“桥梁”作用。

四、学习内科疾病概要的方法

任何一门课程都有其自身的特殊性，因此应有其不同的学习方法。对本门课程的学习方法提出以下几点，供参考。

（一）认准学习目标，抓住基本要求 内科疾病概要有“三个具体目标”和相应的“三个基本要求”。

1. 知识目标 要掌握内科和儿科常见疾病的主要表现、相关检查及鉴别诊断等基本理论知识。

2. 技能目标 要学会内、儿科疾病的体格检查方法，即基本的技能操作。

3. 态度目标 要树立良好的医德、医风和奉献精神。

认准这“三个具体目标”是学好本门课程的“出发点”，掌握这“三个基本要求”是学习本门课程的“终结”。具体地讲《内科疾病概要》应该是《内科和儿科疾病概要》，换句话说，我们需要掌握的是：内科学和儿科学两个方面的三个“基本”要求。本教材定名《概要》已经标明了这一教学宗旨。

（二）理论与实践紧密结合 学习内科疾病概要的有关理论，要与放射投照和放射诊断中所遇到的实际问题紧密结合；同时还应深入到临床实践中去，加深对疾病本质的认

识，然后再转过来对照所学的理论。如此从理论到实践，再从实践到理论，反复验证所学的知识，才能使之变成自己的知识。

（三）重视整体分析，作好鉴别诊断 在理论学习和实际工作中，可能遇到各种各样、错综复杂的问题，特别是不同质而表现近似的疾病征象（或 X 线征象）时，最需要重视“病人”和“病情”的整体分析，全面系统地思考问题，找出具有特征性的鉴别要点，才能作出正确的判断，否则就可能被假象所迷惑。例如，不典型肺炎和肺结核的鉴别常常需要全面地了解“病人”和“病情”，包括其社会活动、所处环境、心理活动、精神状况及躯体感受等各方面的资料。尤其需要反复对肺部 X 线征象的动态变化，作好鉴别才能减少失误。

（四）独立思考，灵活运用 学习任何一门课程都需要独立思考，灵活运用，本门课程更是如此。内科疾病概要研究的对象是内、儿科患者，他们都是可变性极强的个体，特别是小儿。因为他们受着各种不同的社会环境和自然环境的影响，他们有着多变的心理活动，他们的个体差异是十分显著的，生病以后的各种躯体感受，也是千差万别的。书本上所描述的各种疾病征象，仅仅是指“典型病例”而言，不能完全以“典型表现”去衡量每一个患者，而要针对不同的个体，充分发挥独立思考的能力，灵活运用所学的理论，去解决随时随地变化着的实际问题。

此外，循序渐进，持之以衡，充分利用已学的其他基础知识前后联系，也是非常重要的。

（四川省万县卫生学校 余光华）

第一章 诊断学基础

诊断学基础是介绍诊断疾病的基本知识和基本检查方法的课程,本章主要介绍问诊、体格检查及实验室检查。

第一节 问 诊

问诊是医生以询问的方式了解病人及其所患疾病有关情况的一种诊断方法。

【问诊的重要性】 问诊是诊断疾病的手段之一,是认识疾病的第一步。通过问诊,可以为疾病的诊断提供资料,为进一步选择其他检查提示方向;某些疾病,通过问诊能更早地获取诊断线索;某些疾病(如支气管炎、消化性溃疡、癫痫等),甚至通过问诊就可以基本诊断;问诊还可为某些疾病的鉴别诊断提供依据。

【问诊方法】 问诊一般应直接询问病人,某些时候也可以向最了解病情的人询问。医务人员扎实的理论基础、良好的素养及缜密的思维是问诊成功的前提。问诊时,医务人员对病人要亲切、和蔼、富于同情心与耐心;提问需从一般问题开始:如“你感到哪里不舒服”、“你得病多久了”等,忌用医学术语或其他专业性很强的语言;如,“你的主诉是什么”、“你是否有里急后重感”;问诊要注意科学性,避免主观片面,避免先入为主、暗示诱导;对危重病人的问诊应以不影响抢救为原则;外单位的病情介绍不能取代接诊医生的亲自询问。

【问诊的内容】 问诊得到的疾病有关资料叫病史。问诊的内容主要有:

(一) **一般项目** 包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、职业、婚姻、住址、工作单位、入院时间、病史采集时间、病史陈述者及可靠程度。

(二) **主诉** 是指促使病人前来就诊的一个或几个最主要的症状或体征及其持续的时间。症状是病人主观体验到的异常或不适;体征是客观检查到的病态表现。主诉应简明,有明显意向性,尽可能用病人自己的语言而不用诊断术语。主诉有几个症状时应按发生的先后顺序记录,时间一律置于表现之后。如:“发热1周,咽痛3天,咯血1次”。主诉有时需从分析现病史中概括得出。

(三) **现病史** 是病史的主要部分,指本次疾病从发生发展到就诊的全过程。应包括:

1. **起病情况** 包括起病时间、地点、环境、缓急、原因及诱因。
2. **主要症状特点** 包括部位、性质、持续时间和程度,加剧或缓解的因素,伴随症状。如腹痛,是在上腹部还是下腹部,是烧灼样痛还是刀割样痛,有多长时间了,是持续不止还是间歇阵发,进食或体位改变会致加剧还是可减轻,有无恶心、呕吐或局部压痛等。
3. **病情的发展与演变** 包括主要症状是好转、消失还是恶化、加剧,是渐进还是急骤变化;病程中有无新的症状发生。如肺结核病人,呼吸困难突然加重并感到剧烈胸痛,应考虑并发自发性气胸。

4. **诊疗情况** 此次就诊前已经过哪些诊治,作过何种检查,结论如何,用过什么治疗,药物名称、剂量、疗效及反应等,这些可能成为诊断的参考,或成为下一步治疗的借鉴。

5. 一般状况 包括病人的精神状态、体力、食欲、睡眠、大小便等情况。

(四) 既往史 包括病人过去的健康状况、所患疾病、外伤手术、预防接种及过敏史。为避免遗漏,可按系统逐一询问,与本次疾病有关的内容应详细询问。

(五) 个人史 包括个人出生地、居留地(尤其注意疫源地或地方病流行区);饮食习惯、烟酒及其他嗜好、毒品嗜好;职业工种、劳动环境、毒物及放射线等接触情况;冶游性病史等。

(六) 月经、婚姻、生育史 月经史按下列公式记录并注明经血的量、色、气味,有无痛经及白带情况。

$$\text{初潮年龄(岁)} \frac{\text{行经天数(天)}}{\text{月经周期(天)}} \text{末次月经时间或绝经年龄}$$

$$\text{如 } 14 \frac{3 \sim 6}{28 \sim 30} 95.7.4 (49 \text{ 岁})$$

婚姻史记述已婚、未婚、结婚年龄、配偶健康状况、性生活及夫妻关系等。生育史指妊娠及生育情况,如妊娠次数、产次、有无流产、早产、手术产、死胎、产褥热及计划生育情况等。

(七) 家族史 包括家族成员健康状况、有否与遗传相关的疾病及传染病、有无类似病人。家族成员中已死亡者,应询问死亡原因。

第二节 体格检查

体格检查是检查者运用自己的感觉器官或同时借助简单的诊断工具(听诊器、压舌板、叩诊锤等)了解身体状况的一种最基本的诊断手段。进行体格检查必须有丰富的医学知识和熟练的操作技能。检查者应当态度和蔼、举止端庄,体现高度的责任感和良好的医德修养。操作时要注意环境适宜,动作规范,轻柔细致,全面系统而重点突出。

一、体格检查的基本方法

体格检查基本方法有五种,即视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。

【视诊】 视诊是检查者以视觉来观察病人全身或局部情况的方法。视诊最好在自然光线下进行,应尽可能充分暴露被检查部位。

【触诊】 触诊是检查者用手在被检查部位反复触摸按压,通过手的感觉来进行判断的一种方法。手部感觉通常以指腹和掌指关节掌面皮肤最敏感。触诊适用于身体各部位检查,但以腹部触诊最为重要。检查时可根据需要,分别采用浅部触诊法及深部触诊法。通过触诊可进一步证实或明确视诊的某些发现;可了解诸如体温、湿度、震颤、波动、摩擦感、压痛等。对肿大的组织器官或包块的触诊,应注意其位置、大小、轮廓、边缘、表面性状、质地、移动度、触痛或压痛等。

触诊时检查者应手脑并用,动作准确轻柔。病人采取适宜的体位,检查者一般立于病人右侧,面向其头部,以便随时观察病人面部表情。

【叩诊】 叩诊是检查者以手指叩击身体某部使之震动发声,根据震动和声响特点来判断被检查局部有无异常的检查方法。叩诊可分直接叩诊与间接叩诊,后者在临床上更为常用。

直接叩诊法 将并拢的右手中间三指掌面直接叩击被检查部位，用于胸部或腹部面积较广泛的病变，如胸膜炎、胸腔积液、腹水的检查。

间接叩诊法 以左手中指作扳指，紧贴于被检查部位体表，其余四指稍微抬起免与体表接触，右手各指自然弯曲，以中指指端作为叩诊指，叩击左手中指（扳指）第二指骨前端（图 1-2-1）。叩击方向应与叩诊部位体表垂直，叩诊时应以腕关节的运动为主，肘、肩关节不参与运动。叩击应灵活、有节奏、短促而富有弹性。同一部位每次连续叩击 2~3 下，如未获明确印象，可重复叩几遍。叩诊频率不能太快，力量应根据病变部位、范围大小、位置的深浅及周围组织器官情况而定：范围大、位置深的病灶宜重叩，否则轻叩，叩击过程中应注意对称部位的比较。

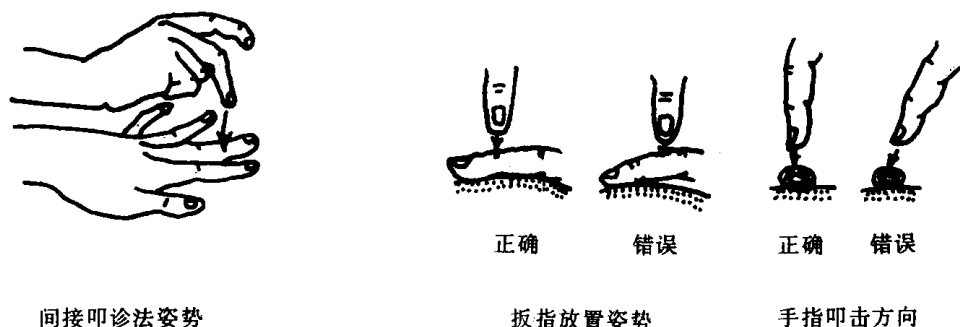


图 1-2-1 间接叩诊法正误图

由于被叩击部位组织或器官致密性、弹性、含气量及与体表间距不同，叩诊时产生的音响亦有不同，根据其频率、振幅、持续时间的长短，叩诊音可分为 5 种：

1. 清音 是正常肺部叩诊音，提示肺组织弹性、密度、含气量正常。
2. 浊音 亦称相对浊音。为叩击被少量含气组织覆盖的实质性脏器所产生的叩诊音，如心、肝被肺所覆盖的部分。病理状态下，肺组织含气量减少亦可产生浊音。
3. 实音 也称绝对浊音。为叩击不含气实质性脏器、组织所产生的音响，如心、肝不被肺掩盖的部分及病理情况下的大量胸腔积液等。
4. 鼓音 为叩击含有大量气体的空腔器官所产生的音响，如左下胸的胃泡部及腹部。
5. 过清音 为肺组织含气量增加、弹性减弱时所产生的叩诊音，见于肺气肿。

【听诊】 听诊是用听觉听取发自病人的声音。广义听诊应包括听取谈话、啼哭、咳嗽、呻吟等来自病人的任何声音。临床体检听诊是指借助听诊器在被检查者体表听取人体有关脏器发出的声音，如肺部呼吸音；心脏的心音、杂音、附加音；腹部的肠鸣音等。听诊时应保持环境安静、温暖，病人应取适当体位。听诊前应检查听诊器耳件方向是否正确、管腔是否通畅；听诊器体件应紧贴被检查部位，避免与皮肤摩擦产生附加音。听诊时检查者应集中注意力听取一种声音，排除其他声音干扰。

【嗅诊】 嗅诊是以嗅觉判断发自病人躯体甚至排泄物、呕吐物的异常气味以帮助诊断的一种方法。如痰液的恶臭味提示可能患有支气管扩张或肺脓肿；呼吸的烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒患者；刺激性大蒜味见于有机磷农药中毒。

二、体格检查的内容

【一般检查】

（一）一般状况检查

1. 生命征 是标志生命活动存在及质量的重要而简便的指征，是必检项目，包括体温、脉搏、呼吸、血压。

（1）体温（T）：用体温计测量，通常使用的测量方法有口测法、腋测法、肛测法。腋测法因其安全、方便，不易产生交叉感染而被广泛应用；口测法虽可靠，但不易保持卫生，且对幼儿及神志不清者不适用；肛测法温度受外界干扰少，多用于小儿及昏迷病人。

正常人体温为口温 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，腋温为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ ，肛温为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ ，24 小时内体温波动范围应在 1°C 以内。运动和进餐等可使体温稍升高，老年人体温偏低，妇女妊娠期及月经前体温亦稍高。

体温高于正常上限叫发热。根据体温高低，临床上将发热分为低热（ $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ ）、中度热（ $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ）、超高热（ 41°C 以上）。

将按时测得的体温及时记录到体温单上且以线段相连即成体温曲线，发热病人体温曲线的形状表现出一定的规律性称为热型，临床常见热型有：

稽留热 体温连续数天甚至数周持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，每 24 小时内体温波动范围在 1°C 以内。见于肺炎链球菌肺炎、伤寒等病人。

弛张热 体温在 39°C 以上，每 24 小时内体温波动可达 2°C 以上，但体温最低时仍高于正常。见于败血症、肺脓肿、风湿热病人。

间歇热 高热期与无热期有规律地交替出现，无热期持续一天至数天，反复发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等病人。

波状热 体温逐渐升高达 39°C 以上，数日后又逐渐下降至低热或正常，此后再度逐渐上升，如此反复，体温曲线呈波浪状。见于布氏杆菌病病人。

不规则热 发热无一定规律，时高时低，持续时间不定。如支气管肺炎等病人。

（2）脉搏（P）：随着心脏节律性地收缩和舒张，动脉内压力一升一降，致血管壁相应地出现搏动，称为动脉搏动，亦即脉搏。脉搏触诊一般用并拢的示指、中指、无名指的指腹置于桡动脉近手腕处进行，某些情况下可触颞动脉、颈动脉、肱动脉、股动脉、足背动脉等。检查脉搏一般每次测一分钟，应注意其速率、节律、强弱及血管壁状况，必要时需同时与心率对照。正常成人在安静状态下脉率在 $60\sim 100$ 次/分，女性较男性稍快，儿童稍快，老年人稍慢。成人脉率超过 100 次/分为脉搏增快，可见于运动、激动、妊娠等生理情况；也见于发热、贫血、甲状腺功能亢进等病理情况；发热时，体温每升高 1°C ，脉率一般相应增加 10 次/分；阿托品类药物亦可使脉率增快。脉率少于 60 次/分为脉搏减慢，见于颅内压增高、甲状腺功能低下。在同一时间内脉率少于心率称为脉搏短绌，见于心房纤颤、频发早搏。正常人脉搏节律规则，部分儿童及青年人可出现呼吸性脉律不齐，表现为吸气时脉率增快，呼气时脉率减慢。心律失常时脉搏常不规则，心房纤颤为毫无规律的不整脉；当早搏规律地发生时可表现为二联律、三联律。常见异常脉搏有：

水冲脉 当患主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、甲状腺功能亢进及严重贫血时，病人的收缩压与舒张压之差距（脉压）增大，致脉搏骤起骤落，急促有力，称为水冲脉，亦称陷落脉。检查时将病人手臂抬高过头并紧握其手腕掌面，则水冲脉能更明显触知。

交替脉 为一种节律正常，但一强一弱交替出现的脉搏，是由心肌受损，心室收缩强弱交替所致，可见于高血压性心脏病和冠状动脉粥样硬化性心脏病有心力衰竭时。

奇脉 吸气时脉搏明显减弱甚至消失称为奇脉，又叫吸停脉，是心包填塞的体征之一，见于心包积液。因为吸气时，胸腔负压增大，肺循环血量明显增加，而此时由于心包积液填塞使右心舒张受限，体循环回右心血量不能相应增加，右心排血量不足以补偿肺血容量的增加，使肺静脉回流减少，左心充盈减少，继而左室射血亦相应减少，致使脉搏减弱甚或消失。奇脉在测量血压时更易发现。

(3) **呼吸 (R)**：检查时应注意频率、节律、深度及呼吸方式。正常人呼吸节律均匀，成人 16~18 次/分，呼吸与脉搏之比为 1:4。呼吸超过 24 次/分为呼吸增快，少于 12 次/分为呼吸减慢。正常男性及儿童的呼吸以膈运动为主，形成腹式呼吸；女性呼吸则以肋间肌运动为主，表现为胸式呼吸。当上呼吸道部分阻塞时，气流进入肺内不畅，吸气时可出现胸骨上窝、锁骨上下窝、肋间隙向内凹陷，称为呼吸“三凹征”，是吸气性呼吸困难特征性表现；当下呼吸道部分梗塞时，气流呼出不畅，呼气时间延长，称为呼气性呼吸困难，常见于支气管哮喘及阻塞性肺气肿患者。

病理状态下，呼吸的频率、节律、深度都可发生改变，临床上常见的病理性呼吸有：

潮式呼吸 是一种由浅慢到深快再变浅慢，而后经过一段呼吸暂停，再开始下一次如上周期变化的呼吸（图 1-2-2），是由于呼吸中枢兴奋性显著降低，只有缺氧严重、血液中二氧化碳积聚到一定浓度才能刺激呼吸中枢，使呼吸逐渐恢复和加强；几次呼吸后血中二氧化碳相对减少，氧气相对增加，呼吸中枢便又失去有效兴奋，呼吸遂又变浅变慢终致暂停，从而形成了周期性的呼吸改变。此种呼吸常见于中枢神经系统疾患，如脑炎、颅内压增高、巴比妥中毒、糖尿病酮症酸中毒等。

间歇性呼吸 表现为速度和深度基本一致的有规律的几次呼吸之后突然呼吸暂停，间隔一短时间后又重复如上呼吸，周而复始（图 1-2-2）。其产生机制同潮式呼吸，只是更为严重，常为呼吸完全停止之先兆，预后不良。



潮式呼吸

间歇性呼吸

图 1-2-2 呼吸频率、节律示意图

酸中毒大呼吸亦称深长呼吸，为代谢性酸中毒病人出现的一种深而稍快的呼吸。见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒病人。

(4) **血压 (Bp)**：是动脉血压的简称，通常以血压计测量肱动脉血压为标准。先让被检查者安静休息片刻，测量时被检查者取坐位或卧位，充分暴露右臂，将手臂外展 45°平放，使与右心房、血压计零点处于同一水平，将血压计袖带排尽气体，展平缚于上臂中部，袖带下缘距肘窝 2~3cm，松紧度以能放入一指为宜。一手将听诊器体件固定于肘窝肱动脉搏动最明显处（不要塞入袖带下），另一手旋紧气门螺旋帽，握住气球向袖带内打气，待肱动脉搏动音消失后继续充气使汞柱再上升 2.6~4kPa (20~30mmHg)，而后缓慢旋松气门螺旋帽，放出袖带内空气，使血压计汞柱缓慢下降（每秒 2mm 为宜），当袖带内压力逐渐下降到和心脏收缩压相等时，血液即能在心脏收缩时通过被袖带压迫的肱动脉而发出“咚”的声音，故当听诊器听到第一个声音时，汞柱所指的读数即为收缩压。