

全国中等卫生学校教材

疾病概要

（供检验士、临床检验士专业用）

桑明华 主编

汪家瑞 主审

全国中等卫生学校教材

疾 病 概 要

(供临床检验士、检验士专业用)

主编 桑明华

编写 桑明华 沙蔚瑜 沈淑贞

张梅白 陈瑞珍

主审 汪家瑞

山东科学技术出版社

一九八七年·济南

责任编辑 聂方熙

全国中等卫生学校教材
疾 病 概 要
(供临床检验士、检验士专业用)
主编 桑明华

•
山东科学技术出版社出版
【济南市玉函路】
山东省新华书店发行
山东莱芜市印刷厂印刷

•
787×1092毫米16开本 20.75印张 482千字
1986年7月第1版 1987年8月第2次印刷
印数: 13,501—25,000
ISBN 7-5331-0198-7/R·55(课)
书号 14195·234 定价 3.05 元

编写说明

《疾病概要》原系中专教材《病理学及疾病概要》的一部分。因原教材内容庞杂，学时又少，给教学带来一定困难。有鉴于此，在新编教材中将“病理学”与“疾病概要”各自独立成书。新编的《疾病概要》在内容上重新作了安排，并且增加了学时。

《疾病概要》共十章，可分为两个部分，即问诊和体格检查以及各科有关疾病。问诊和体格检查部分为讲授各科疾病打基础。各科疾病部分主要讲授与检验有密切联系的常见病的病因和发病原理、病理、临床表现及辅助检查等。

本书在编写过程中参考了《实用内科学》和大学统编教材第一、二版的《内科学》、《诊断学》、《传染病学》、《妇产科学》及《儿科学》等。

本书的儿科疾病部分由北京市儿童医院李燮彬副主任医师协助审稿，妇产科疾病部分由首都医学院附属宣武医院蒋春林副教授协助审稿。书中插图由北京卫生学校李帮秀同志绘制，特此致谢。

由于编者水平有限，书中缺点错误在所难免，请广大师生在使用过程中提出宝贵意见，以便进一步修改。

编 者

一九八五年九月

目 录

绪 言.....	1	第一节 胃炎.....	99
第一章 问诊和体格检查.....	2	急性胃炎.....	99
第一节 问诊.....	2	慢性胃炎.....	100
第二节 体格检查.....	4	第二节 消化性溃疡.....	102
一般检查.....	4	第三节 门静脉性肝硬化.....	106
头颈部.....	9	第四节 急性胰腺炎.....	112
胸部.....	13	第五节 胆道感染与胆石症.....	114
〔附〕周围血管体征.....	27	第六节 急性阑尾炎.....	117
腹部.....	27	第七节 肠梗阻.....	121
肛门、直肠和外生殖器.....	33	第八节 结核性腹膜炎.....	124
脊柱和四肢.....	33	第九节 消化系统恶性肿瘤.....	126
神经反射.....	34	胃癌.....	126
第二章 呼吸系统疾病.....	39	结肠癌.....	128
第一节 急性上呼吸道感染.....	39	原发性肝癌.....	130
第二节 慢性支气管炎.....	41	第十节 婴儿腹泻.....	131
第三节 慢性肺原性心脏病及慢性呼吸 衰竭.....	45	第五章 泌尿生殖系统疾病.....	139
第四节 支气管哮喘.....	49	第一节 急性肾小球肾炎.....	139
第五节 肺炎.....	52	第二节 慢性肾小球肾炎.....	142
肺炎球菌肺炎.....	52	第三节 尿路感染.....	145
小儿肺炎.....	55	第四节 前列腺炎.....	148
第六节 肺结核.....	61	急性前列腺炎.....	148
第七节 支气管肺癌.....	69	慢性前列腺炎.....	148
第三章 循环系统疾病.....	73	第五节 慢性肾功能衰竭.....	149
第一节 风湿热.....	73	第六节 早期妊娠.....	153
第二节 感染性心内膜炎.....	77	第七节 死胎.....	155
第三节 高血压病.....	80	第八节 妊娠高血压综合征.....	156
第四节 动脉粥样硬化和冠状动脉粥样 硬化性心脏病.....	86	第九节 胎盘早期剥离.....	161
隐性冠心病.....	88	第十节 滋养层细胞疾病.....	163
心绞痛.....	89	葡萄胎.....	164
心肌梗塞.....	90	恶性葡萄胎.....	166
心力衰竭及心律失常.....	93	绒毛膜癌.....	166
猝死.....	93	第十一节 子宫颈癌.....	168
第五节 慢性心功能不全.....	94	第十二节 阴道炎.....	172
第四章 消化系统疾病.....	99	滴虫性阴道炎.....	172
		霉菌性阴道炎.....	173
		第六章 血液系统疾病.....	175

第一节 贫血	175
缺铁性贫血	179
巨幼红细胞性贫血	181
再生障碍性贫血	184
溶血性贫血	186
第二节 白血病	189
急性白血病	190
慢性白血病	193
慢性粒细胞性白血病	193
慢性淋巴细胞性白血病	194
第三节 出血性疾病	195
过敏性紫癜	200
原发性血小板减少性紫癜	201
血友病	202
播散性血管内凝血	204
第四节 新生儿溶血症	207
第七章 营养、内分泌、代谢	
障碍疾病	212
第一节 垂体前叶功能减退症	212
第二节 甲状腺机能亢进症	215
第三节 糖尿病	219
第四节 维生素D缺乏症	225
佝偻病	225
手足搐搦症	230
第八章 结缔组织病和关节病	233
第一节 系统性红斑狼疮	233
第二节 类风湿性关节炎	236

第九章 理化因素所致疾病	
及职业病	240
第一节 有机磷农药中毒	240
第二节 一氧化碳中毒	242
第三节 铅中毒	245
第十章 传染病	249
第一节 概述	249
第二节 麻疹	255
第三节 水痘	258
第四节 流行性腮腺炎	260
第五节 猩红热	262
第六节 百日咳	265
第七节 流行性脑脊髓膜炎	267
〔附〕结核性脑膜炎	271
第八节 病毒性肝炎	271
第九节 伤寒和副伤寒	279
第十节 细菌性痢疾	282
第十一节 霍乱和副霍乱	286
第十二节 流行性乙型脑炎	289
第十三节 疟疾	291
第十四节 流行性出血热	295
第十五节 狂犬病	299
第十六节 布氏杆菌病	301
第十七节 钩端螺旋体病	304
附 录 人体检验正常值	310
教学大纲	317

绪 言

临床各科与临床检验有密切的关系,对于许多疾病,例如某些传染病、血液病、泌尿系统疾病等,如果没有实验室检查,只靠医生的问诊和体格检查,往往难以作出初步诊断。反之,只依靠化验检查而不考虑临床表现,医生也很难诊断疾病。例如根据少量蛋白尿、镜下血尿并不能确诊肾炎,因为高烧、充血性心力衰竭、肾淤血等病况都可能伴有蛋白尿、血尿。可以说,临床表现和实验室检查是诊断疾病不可缺少的。

《疾病概要》的教学目的,是培养学生掌握与检验有密切关系的临床各科常见疾病的临床表现、辅助检查及化验结果的临床意义;使学生认识实验室检查在诊断疾病、观察疾病的发展及判断疾病预后中的重要作用;使学生了解对某一疾病应做哪些化验检查,为什么要做这些检查等。

《疾病概要》是供我国中等卫生学校临床检验士和检验士专业用的教材。其内容以内科为主,兼及外、妇、儿、传染病诸科中与检验有密切关系的常见疾病,以及体格检查方面的有关基础知识。对疾病的叙述,重点放在临床表现上,并突出实验室检查。因为某些化验要通过叙述发病原理才能讲解清楚,所以部分章节中将发病原理也列为重点内容。

《疾病概要》是为临床检验、生物化学、微生物学等检验专业课程服务的基础课程。同时又需要以解剖学、生理学、病理学等医学前期课程为理论基础。这样,《疾病概要》就起着沟通医学前期课程和检验专业课程的桥梁作用。

学习《疾病概要》,主要是掌握基础理论、基本知识和一定的基本技能,掌握常见疾病的临床表现及实验室检查。要经常复习医学前期课程,用基础课的理论去解释临床表现,运用启发式教学把过去所学的知识和《疾病概要》课程内容紧密地联系起来。在教学过程中要安排必要的临床见习,通过实践、认识、再实践、再认识来巩固所学的知识。

第一章 问诊和体格检查

第一节 问 诊

问诊即病史采取,是医生通过询问病人或知病情的人,了解疾病发生、发展的全过程,以及患者过去病史、个人生活史、家族疾病史等情况的方法。通过问诊可为诊断提供线索,为进一步检查找出方向。它是认识疾病的开始,也是诊断疾病的重要手段之一。虽然现代医学迅速发展,可用精密仪器来辅助诊断,但是问诊仍然是诊断疾病的重要方法,因此我们需要掌握好这一基本功。

问诊时应直接询问病人,因为只有病人对自己的疾病最清楚,体会最深刻。询问开始时,可先提出一般性问题,例如问“你感觉哪里不舒服?”在病人叙述过程中可插语,灵活地启发病人。但要防止暗示性的套问,以免病人顺口称是,影响问诊的可靠性。要注意保护性医疗制度。对危重病人经扼要地询问及重点体格检查后,应立刻抢救,以免贻误病情。

询问完毕后,根据先后主次加以整理,认真分析思考,并以病历格式编写成完整的病历记录。问诊的内容如下:

一、一般项目

包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、职业、婚姻、住址、入院日期、病史采取日期、病史叙述者。

二、主诉

是指病人就诊时感觉最痛苦或最突出的一个或数个主要症状或体征,及其持续的时间。主诉的内容可多样,包括感觉异常(头痛、腹痛、皮肤蚁走感等)、功能异常(吞咽困难、肢体瘫痪、失语等)、形态改变(肢体畸形、全身浮肿、腹部膨隆等)。记录主诉时文字要简明扼要,例如“咳嗽、咯痰3天”;“腹痛、腹泻1天”等。若主诉包括前后不同时间出现的几个症状时,则按症状发生的先后顺序记录。例如“上腹部疼痛5年,呕血2小时”;“劳累性心悸、气短2年,呼吸困难并两下肢浮肿半个月”等。

通过主诉,可初步估计疾病属哪一个系统或哪种性质。有时病人叙述症状时含糊不清,或由于病情较复杂,病人不能说出主要症状时,可先询问现病史,再从中概括出主诉来。

三、现病史

现病史是整个病史中的主要部分。是指这次疾病从发生、发展直到来就诊时的全过程,主要包括以下内容:

(一)发病情况 包括发病的时间、发病时的环境、起病的缓急、起病的原因或诱因。例如腹痛,应询问是突然发生还是逐渐发生,有无暴饮暴食史、进不洁食物史,腹痛和进食的关系等。

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

1. 性质 如腹痛是钝痛还是烧灼样痛, 是刀割样痛还是针刺样痛, 或是绞痛等。

2. 部位 如腹痛的部位在上腹部还是脐周围, 或下腹部。上腹部又分为左、右上腹部和心窝部。下腹部又分为左、右下腹部及耻骨上部。

3. 时间 如上腹部疼痛几小时、几天、几年或几十年。疼痛在进食前还是进食后, 和饮食的关系。腹痛为持续性疼痛还是阵发性疼痛, 疼痛持续的时间和疼痛间歇的时间等。

4. 程度 如上腹痛是剧烈疼痛还是轻微痛。

5. 伴随症状 在主要症状的基础上同时又出现一系列其他症状, 这些其他症状叫伴随症状。伴随症状常常是鉴别诊断的依据。例如上腹部疼痛伴呕血, 结合既往病史可能为溃疡病出血; 若伴随恶心呕吐、黄疸, 结合血、尿淀粉酶升高, 可诊为急性胰腺炎。反之, 某些疾病按一般规律应该出现的伴随症状而实际上没有出现时, 也应询问并记录于现病史中, 以便进一步观察。

6. 缓解方法 如上腹部疼痛患者用碱性药可缓解者, 多见于消化性溃疡; 胸骨后疼痛, 用硝酸甘油可缓解者, 常为心绞痛。

(三) 病情的发展与演变 指主要症状的发展与演变, 包括是好转还是恶化, 有无新的症状出现等。例如急性阑尾炎患者, 其右下腹痛转变为全腹剧痛, 伴寒战高烧, 则为病情恶化, 提示有阑尾穿孔和并发弥漫性腹膜炎的可能。反之, 右下腹疼痛减轻, 体温正常, 血白细胞下降至正常, 表示病情好转。

(四) 诊治情况 发病后的诊治经过, 包括做过何种检查, 结果如何, 用过何种药物, 其剂量、用法、用药时间、效果及反应等。

(五) 一般情况 包括发病后的精神状态、食欲、睡眠、体重及大小便的情况等。

四、既往史

指过去的健康状况, 过去患过什么病, 尤其是和现在疾病有密切关系的既往疾病史, 应详细询问。为了防止遗漏, 可按各系统有重点地进行询问。例如怀疑有风湿性心脏病时, 应询问过去有无风湿热的有关症状, 如咽痛、游走性大关节痛、皮肤环形红斑、心悸、浮肿等。

此外, 还应询问预防接种的情况, 有无传染病史、外伤手术史、过敏性疾病史等。

五、个人史

是指病人的生活情况。包括出生地; 曾到过何地及居住的时间, 尤应注意是否到过地方病或传染病流行的地区; 饮食卫生习惯; 有无烟酒嗜好; 职业及工种, 就业时间, 有无经常和毒物(铅、汞、矽尘、苯等)或放射性物质接触史。了解这些情况, 对诊断某些地方病及职业病有一定的帮助。

六、婚姻、月经、生育史

婚姻史包括婚否、结婚年龄、爱人的健康状况。若爱人已死亡, 则应询问死亡的原因和时间。

对女性患者应询问月经及生育的情况, 包括月经初潮年龄、月经周期、行经日期、

末次月经的时间。若已闭经，应询问闭经的年龄。记录方法为，

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

若13岁初潮，月经周期20~40天不等，行经日期5~7天，末次月经为1985年5月4日，则可记录为：

$13 \frac{5 \sim 7}{20 \sim 40} 1985.5.4$

询问月经情况时，还要询问月经的量、颜色，有无痛经，以及白带情况等。

对已婚妇女应询问生育情况，包括妊娠次数、产次，有无流产、早产、手术产、死胎、产褥热，以及计划生育的措施等。

七、家族史

指家庭成员的健康状况，有无与遗传有关的疾病史（如先天愚型、血友病、白化病等），有无传染病史（如肺结核、病毒性肝炎等）。若家庭成员中有的已死亡，则应询问死亡的原因。

第二节 体格检查

一般检查

一、一般状况

一般状况的检查，是对病人全身状况的概括性观察。检查方法以望诊为主，必要时配合触诊等检查方法。内容如下：

（一）体温 在我国测量体温一般都用摄氏体温表，常用方法为腋表测量法。准确的体温测量对观察和诊断疾病都是十分重要的。

1. 正常体温 口表为 $36.3 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$ ，腋表为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ ，肛表为 $36.5 \sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。正常人在24小时内体温略有波动，但一般相差不超过 1°C 。生理状态下早晨略低，下午稍高，运动或进餐后稍高，妇女在月经前或妊娠期稍高。

2. 发热的临床类型 体温高于正常叫做发热。临床上将发热分为低热（ $37.5 \sim 38^{\circ}\text{C}$ ）、中度热（ $38 \sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ ）、过高热（ 41°C 以上）。将测得的体温按时记录到体温单上，所连成的曲线叫体温曲线，也称热型。临床常见的热型有：

（1）稽留热 高热持续数日，24小时内体温波动不超过 1°C 。例如伤寒极期、肺炎球菌肺炎等热型。

（2）弛张热 高热，体温波动较大，24小时内体温波动超过 1.5°C 。例如肺脓肿、败血症等热型。

（3）波状热 体温逐渐升高，在数日内达最高峰，以后又逐渐下降至低热或正常水平，经一段时间间歇后又再次逐渐上升，如此反复。例如布氏杆菌病的热型。

（4）间歇热 指高热与无热有规律地交替出现。常见于疟疾等热型。

（5）不规则热 体温变动无一定规律性，持续时间亦不定。例如风湿热、肺结核等热型。

(二) 脉搏 随着心脏节律性的收缩和舒张, 主动脉内的压力亦一升一降, 引起血管壁相应地出现一次扩张和回缩的搏动, 称动脉搏动, 即脉搏。检查脉搏时, 一般用桡动脉, 在特殊情况下可检查颞动脉、颈动脉、肱动脉、股动脉、足背动脉等。检查脉搏时应注意:

1. 速率 健康人脉搏为60~100次/分, 男性稍慢。生理情况下, 脉搏可因劳动、情绪波动等因素增快, 休息和睡眠时减慢。在病理情况下成人脉搏超过100次/分(幼儿超过120次/分、新生儿超过140次/分)为脉搏增快, 常见于发热、贫血、心肺疾病、甲状腺机能亢进等疾病。若少于60次/分为脉搏减慢, 见于颅内压增高、阻塞性黄疸、完全性房室传导阻滞等。一般情况下脉率与心率一致, 但某些心律失常时, 如心房纤颤, 由于有的心搏的搏出量过少, 以致周围血管不能出现脉搏, 则脉率少于心率。在同一时间内计数心率和脉率, 脉率少于心率, 称为脉搏短绌。发热时体温每升高1℃, 脉搏相应增加约10次/分。

2. 节律 脉搏的节律反映左心室收缩的情况, 正常人节律是规则的。在部分儿童及青年中, 可见到呼吸性心率不齐现象, 即在吸气时脉搏稍快, 呼气时稍慢, 称窦性心律不齐, 此非病态。在病理情况下可出现脉搏节律不整, 常见于各种心律失常。例如心房纤颤, 为无规律的不整脉; 过早搏动, 在一次提前出现的脉搏之后有一个较长时间的代偿间歇。

3. 紧张度 脉搏的紧张度决定于动脉收缩压的高低。检查方法是: 以几个手指按压动脉, 近端手指逐渐用力, 直至远端手指触不到脉搏为止。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。高血压病患者脉搏紧张度较大, 休克患者脉搏紧张度减小。

4. 动脉壁情况 正常情况下所触到的桡动脉, 其壁光滑、柔软而富有弹性。当动脉硬化时, 动脉壁变硬, 弹性丧失, 甚至有绳索感。

(三) 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、深度等。在病理情况下, 上述的呼吸情况均可发生变化(详见胸部检查)。

(四) 血压 正常成人在安静状态下, 血压不应超过140/90mmHg*。若收缩压大于或等于160mmHg、舒张压大于或等于95mmHg者, 称高血压。血压值在上述正常值与高血压之间者, 称临界性血压。在生理情况下, 晨起时血压稍低, 傍晚、劳动、精神紧张、寒冷等因素, 可使血压稍高, 收缩压往往随年龄增长而相应地增高。在病理情况下, 高血压常见于原发性高血压病、肾脏疾病、肾上腺皮质和髓质肿瘤等。血压低于80/60mmHg者称低血压, 常见于休克、心肌梗塞、心功能不全等。收缩压和舒张压之间的差称脉压, 脉压增大常见于主动脉关闭不全、主动脉粥样硬化等。脉压缩小常见于休克、心包积液等。

(五) 发育与营养

1. 发育 发育通常以年龄、智力和体格成长状态(身高、体重及第二性征)之间的关系来判断。发育正常时, 年龄和体格成长状态是均衡的。一般判断成人正常的指标为:

* 1mmHg = 133.322Pa (帕斯卡)

胸围约等于身高的一半，两上肢展开的长度约等于身高，坐高等于下肢的长度。正常人的身高和体重之间的关系是不平衡的，因此临床上把正常人的体型分无力型、超力型、正力型三型。

(1) 无力型(瘦长型) 身材高瘦，颈细长，肩垂，胸廓扁平，腹上角小于 90° 。常见于晚期肺结核等慢性病患者。

(2) 超力型(矮胖型) 体型粗壮，颈粗短，肩平，胸廓宽阔，腹上角大于 90° 。常见于高血压等患者。

(3) 正力型(均称型) 身体各部分均匀适中。正常人多为此型。

正常人的发育，和遗传、内分泌、营养代谢、体育锻炼等内外因素有关。病态发育和内分泌有密切的关系。例如在发育成熟前，垂体前叶功能亢进时，可患巨人症；当垂体前叶功能减退时，体格可异常矮小，称垂体性侏儒症。

2. 营养 营养状况的好坏一般可作为评定健康和疾病程度的标准之一。营养状态是根据皮肤、毛发、皮下脂肪及肌肉发育的情况等进行综合判断的。临床上常用营养状态良好、中等、不良来形容。

(1) 良好 表现为精神饱满，皮肤粘膜红润和有弹性，皮下脂肪丰满，肌肉发达，毛发分布均匀而有光泽。

(2) 不良 表现为精神不振，皮肤粘膜苍白、干燥而弹性差，皮下脂肪菲薄，肌肉松弛无力，毛发稀疏等。

(3) 中等 介于两者之间。

在病理状态下，患者严重的营养不良，极度的消瘦无力，称“恶病质”，常见于恶性肿瘤的晚期或其他慢性消耗性疾病(如肺结核)的晚期。肥胖是体内中性脂肪过多积聚的表现，一般超过标准体重20%以上称肥胖。肥胖的原因除食物摄入过多，体内营养物质过剩而转化为脂肪外，往往和遗传因素、内分泌、环境与运动等因素有关。肥胖一般分为两类，即单纯性肥胖和继发性肥胖。单纯性肥胖全身脂肪均匀分布，一般无其他病态。继发性肥胖多为某些内分泌疾病所引起。例如肾上腺皮质功能亢进时，表现为向心性肥胖(以腰腹部肥胖为主，四肢不明显)、满月脸、水牛肩、皮肤紫纹等，称为库兴(Cushing)氏综合征。

(六) 意识状态 正常人意识清楚，反应敏锐精确，思维合理，语言清晰，表达能力正常。疾病时(凡能影响大脑功能活动的疾病)，均可引起不同程度的意识障碍。根据意识障碍程度可分为：

1. 嗜睡 是最轻的意识障碍。患者处于病理性的睡眠状态，可被轻度刺激或言语所唤醒，醒后能回答问题，但反应较迟钝，回答问题简单而缓慢，停止刺激后又再入睡。

2. 意识模糊 是较嗜睡更进一步的意识障碍。患者有定向障碍，思维和语言不连贯，可有错觉和幻觉，躁动不安或精神错乱。意识模糊常见于重症感染(如伤寒)的高热期。

3. 昏睡 患者处于深睡状态，不易唤醒。在强烈刺激下(如压迫眶上神经、摇动病人身体)可唤醒，但很快又再入睡。醒时答话含糊不清，或答非所问。

4. 昏迷 是意识障碍的最严重阶段。可分为：

(1) 浅昏迷 意识大部丧失,无自主运动,对光、声刺激无反应,对疼痛刺激尚可出现痛苦表情或肢体退缩等防御反应。角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在。

(2) 深昏迷 意识全部丧失,对强刺激不能引起反应,肢体常呈松弛状态。深、浅反射消失,偶有深反射亢进与病理反射出现。机体仅能维持呼吸与循环功能。

此外,还有一种以兴奋性增高为主的高级神经中枢急性活动失调状态,称“谵妄”。临床表现为意识模糊、定向力消失、感觉错乱(幻觉、错觉)、躁动不安、言语杂乱。常见于急性感染的高热期,某些药物(如颠茄类)或酒精中毒等。由于病因不同,有的谵妄患者可康复,有的则进一步发展为昏迷状态。

临床上检查意识状态的方法一般多采用问诊,通过与病人的对话来了解其思维、情感反应、定向力等。同时还要做一些检查,例如瞳孔对光反射、角膜反射、肌腱反射、痛觉试验等,来判断其意识障碍的程度。

(七)面容与表情 正常人精神饱满,表情自如。在某些疾病时,常有特殊面容与表情,对临床诊断有一定的帮助。

1. 急性病容 面色潮红、兴奋不安、鼻翼扇动、口唇疱疹、表情痛苦。常见于急性热病,如肺炎球菌肺炎、疟疾等。

2. 慢性病容 面部憔悴,面色灰暗或苍白,目光暗淡。常见于慢性消耗性疾病,如恶性肿瘤、肝硬化等。

3. 贫血面容 面色苍白,唇舌色淡,表情疲惫无力。见于各种贫血。

4. 甲状腺机能亢进面容 表情惊愕、睑裂增大、眼球凸出、目光闪烁、兴奋不安、烦躁易怒。

5. 二尖瓣面容 双颊紫红,口唇轻度发绀。见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄患者。

6. 苦笑面容 发作时牙关紧闭,面肌痉挛呈苦笑状。见于破伤风。

7. 满月面容 面圆如满月,皮肤发红,面部胡须明显,常伴痤疮。见于库兴氏综合征及长期应用肾上腺皮质激素的患者。

8. 病危面容 亦称希波克拉底(Hippocrates)面容。表现为面容枯槁,面色苍白或铅灰,表情淡漠,目光无神,眼眶凹陷等。常见于休克、急性腹膜炎、大失血等。

(八)体位 体位是指患者身体在卧位时所处的状态。体位对某些疾病的诊断具有一定意义。常见体位有:

1. 自动体位 身体活动自如,不受限制。

2. 被动体位 患者不能自己调整或变换肢体的位置,称被动体位。见于意识丧失的病人及极度衰弱的患者。

3. 强迫体位 为了减轻疾病的痛苦,病人常被迫采取某种体位,称强迫体位。临床上常见的强迫体位有:

(1) 强迫坐位 又称端坐呼吸。患者被迫坐于床沿,两手置于膝盖上或扶持床边。这种体位可使胸廓辅助呼吸的肌肉易于运动,使膈肌下降,肺换气量增加;同时下肢回心血量减少,可减轻心脏负担,借以减轻呼吸困难。常见于心肺功能不全患者。

(2) 强迫仰卧位 病人仰卧,双腿蜷曲,借以减轻腹肌的紧张。常见于急性阑尾炎、急性腹膜炎患者。

(3) 强迫侧卧位 纤维素性胸膜炎或大量胸腔积液患者,喜向患侧卧,以减轻疼痛,有利于健侧代偿呼吸。

(4) 变换体位 腹部剧痛时,病人辗转反侧,坐卧不安。常见于胆道疾患、肠绞痛等。

(5) 角弓反张位 患者颈及脊背肌肉强直,以致头向后仰,胸腹前凸,背反曲,使躯干呈弓形。常见于破伤风及脑膜炎患者。

二、皮肤与粘膜

皮肤本身的疾病很多,同时许多全身性疾病病程中,伴随多种多样皮肤粘膜的改变。检查皮肤粘膜时以望诊为主,配合触诊。

(一) 颜色 皮肤粘膜苍白,常见于贫血、休克、血栓闭塞性脉管炎等,是由于毛细血管痉挛或充盈不足等引起。潮红常由于毛细血管扩张、充血等原因引起,如发热性疾病、炎症等。紫绀为缺氧的一种表现,常见于心肺疾病,紫绀最先出现在距心脏较远的末梢循环,如指(趾)尖、口唇等部位。黄疸轻者见于巩膜、软腭粘膜等处,重者全身皮肤粘膜均可见到,是由于血中胆红素增多所致,常见于肝胆疾病、溶血性贫血等。色素沉着是指全身或局部皮肤黑色素增多,例如慢性肾上腺皮质功能减退引起的阿狄森(Addison)氏病。色素脱失常见的有白化病(全身皮肤、毛发色素脱失,为遗传性疾病)和白斑(局部小面积色素脱失,常发生在口腔粘膜、外阴部等处)。

(二) 弹性 皮肤的弹性和年龄、营养状况及组织间隙所含液体量有关。儿童及青年人皮肤弹性好,老年人及脱水或长期消耗性疾病者皮肤弹性差。检查方法为:捏起某处(手背、大腿内侧等处)皮肤,松手后很快恢复原状者弹性好,复原缓慢者弹性差。

(三) 皮疹 皮疹多为全身性疾病的症候之一,是临床诊断某些疾病的重要依据。在发现皮疹时,要仔细观察其出现和消失的时间、发展顺序、分布部位、颜色、形态大小、平坦或隆起、压之是否退色、有无瘙痒和脱屑等。常见的皮疹有:

1. 斑疹 局部发红,一般不隆起皮面。如风湿性环形红斑。
2. 丘疹 局部发红,隆起皮面。如猩红热皮疹、药疹、麻疹等。
3. 斑丘疹 丘疹隆起皮面,其周围皮肤发红。如风疹。
4. 玫瑰疹 呈鲜红色圆形斑疹,直径2~3mm,压之退色,常见于躯干部,是伤寒具有的特征性皮疹。
5. 荨麻疹 稍隆起于皮面、瘙痒。常见于某些食物或药物过敏。

(四) 出血点与紫癜 皮肤粘膜下出血点,其广泛程度与出血面积的大小,因病情轻重而异。直径不超过2mm的称出血点,直径在3~5mm的称紫癜,直径在5mm以上者称瘀斑。皮下出血伴有皮肤显著隆起者称血肿。出血点及紫癜,在皮肤加压后不退色。皮肤粘膜出血点及紫癜,常见于血液系统疾病及某些感染、中毒等。

(五) 蜘蛛痣 是皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣,其形似蜘蛛,故名蜘蛛痣。蜘蛛痣多分布在上腔静脉分布的区域内,如面、颈、肩、臂、前上胸部等处。检查时用笔尖或竹签压迫蜘蛛痣的中心,其周围辐射状小血管网即退色。其发生一般认为与体内雌激素水平增高有关。常见于慢性肝炎、肝硬化及生理性妊娠期等。部分慢性肝病者,其手掌大小鱼际部位发红,压迫后退色,称肝掌,其发生机理与蜘蛛痣相

同。

(六) 水肿 是皮下组织的组织间隙液体滞留过多所致。水肿常首先发生于皮肤组织疏松部位(眼睑、踝等处)和下垂部位。用手指加压后出现凹陷,经一定的时间后才能平复,故称可凹性水肿。局限性水肿常由局部炎症或静脉血、淋巴液回流受阻所致。全身性水肿常由于右心功能不全,体静脉回流受阻所致。临床上根据水肿的程度可分为轻、中、重三度。

1. 轻度 仅见于眼睑、眶下软组织、胫骨前、踝部皮下组织。指压可出现轻凹陷,能较快平复。

2. 中度 全身组织均可见水肿,压之可出现明显凹陷,平复缓慢。

3. 重度 全身组织严重水肿,皮肤紧张发亮,破损处有液体渗出,伴胸腹腔积液等。

三、淋巴结

正常人浅表淋巴结很小,不易触及,部分健康人在颈部、颌下、腹股沟等处可触到小而软的淋巴结,无压痛,与周围组织不粘连。

表浅淋巴结呈组群分布,每一组群收集一定区域内的淋巴液。例如耳后、乳突区的淋巴结群收集头皮范围淋巴液;颈深上群收集鼻咽部淋巴液;颈深下群收集咽、喉、气管、甲状腺处的淋巴液;锁骨上群左侧群收集食道、胃等器官的淋巴液,右侧群收集气管、胸膜、肺等处的淋巴液;颌下群收集口腔底部、颊粘膜、牙龈等处的淋巴液;颌下群收集颌下三角区内组织,如唇、舌等处淋巴液;腋窝部淋巴结群收集躯干上部、乳腺、胸腔等处淋巴液;腹股沟群收集下肢、会阴等处回流淋巴液。

检查淋巴结时,要按一定的顺序进行,以免发生遗漏。从耳后开始,依次为乳突、颌下、颌下、颈深上群、颈深下群、锁骨上、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝等。发现淋巴结时,要注意其大小、数目、硬度、压痛、活动度、局部红肿、疤痕、瘰管等。病理情况下,局限性淋巴结肿大,常见于局部炎症、结核及肿瘤的转移等,全身淋巴结肿大常见于白血病、恶性淋巴瘤等(图1-1)。

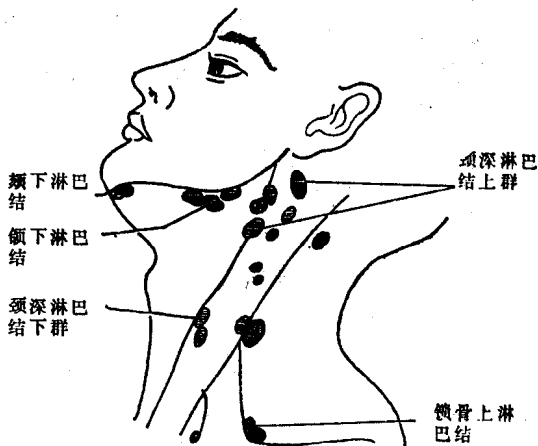


图1-1 颈淋巴结群

头 颈 部

一、头部

(一) 头颅 头颅的形状和大小的异常,可成为某些疾病的特征。如脑积水病儿,头颅增大,对比之下颜面很小,由于颅内压高,形成双目下视、巩膜外露的特殊表现,称巨颅;方颅见于小儿佝偻病;小颅畸形见于大脑发育不全患者。幼儿还需注意其凶门的情况。小儿前凶门多在12~18个月内闭合,若一岁半以后的小儿凶门未闭,常因佝偻

病所致。正常幼儿囟门平坦。囟门隆起常见于颅内压增高，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的患儿。

（二）眼

1. 眼睑 眼睑浮肿常见于肾脏疾病；一侧眼睑下垂常由动眼神经麻痹所致，双侧者常见于重症肌无力；双侧眼睑闭合障碍常见于甲状腺机能亢进，单侧者常见于面神经麻痹。

2. 眼球 双侧眼球突出见于甲状腺机能亢进或高度近视患者，单侧眼球突出常为局部炎症或眶内肿瘤。眼球凹陷常见于脱水患者或眼球萎缩者。眼球震颤常见于耳源性眩晕或小脑疾患等，其检查方法为：嘱病人用眼跟随医生手指所示方向（水平或垂直）运动数次，若眼球呈水平方向向左或右快速往返运动，称水平震颤（较多见）；若上下运动，称垂直震颤。眼球压力增高见于青光眼，降低见于严重脱水或慢性消耗性疾病的后期。眼球压力对比测试法是：一手轻压病人眼球，另一手轻压自己（健康者）眼球。

3. 结合膜 结合膜分为睑结合膜、穹窿部、球结合膜三部分。检查时要翻转眼睑进行观察。结合膜充血常见于炎症。睑结合膜苍白见于贫血；睑结合膜上有出血点，常见于某些严重的感染，如败血症、流行性脑脊髓膜炎、亚急性感染性心内膜炎等；睑结合膜上的滤泡、疤痕，常见于沙眼。

4. 巩膜 巩膜黄染是黄疸的征象，但要和结膜下脂肪沉着相鉴别。后者多位于巩膜的内眦部，并且分布不均匀。

5. 角膜 检查角膜时应注意透明度，有无角膜溃疡、白斑、云翳、血管翳、软化等。若白斑或云翳发生在角膜的瞳孔部位，则可引起不同程度的视力障碍。角膜周围血管增生，称血管翳，常为严重沙眼造成。角膜周围出现环状灰白色混浊为老年环，是类脂质沉着的结果，对机体无妨碍。角膜软化常见于婴幼儿营养不良、维生素A缺乏等。

6. 瞳孔 是虹膜中央的孔。正常人瞳孔等大等圆。瞳孔缩小常见于有机磷农药中毒、吗啡中毒、虹膜炎等。当虹膜粘连时，瞳孔形状可不规则。瞳孔散大，常见于阿托品等药物中毒或濒死的病人。两侧瞳孔大小不等且变化不定，常见于颅内疾患，如脑外伤、脑肿瘤、脑疝等。

瞳孔对光反应，即正常人瞳孔受光刺激后立即缩小，移开光源后迅速复原。对光反应迟钝或消失，常见于昏迷病人。

瞳孔调节与辐辏反射的检查是：嘱病人两眼注视1m以外的目标（一般为医生的手指），然后将目标迅速移近（距眼球20cm左右）。正常人在目标移近时，瞳孔逐渐缩小（即调节反射），同时双侧眼球向内聚合（即辐辏反射）。当动眼神经功能障碍时，调节反射和辐辏反射均消失。

（三）耳 耳是听觉和平衡的器官，可分为外耳、中耳、内耳三部分。检查时注意外耳道有无分泌物、出血、红肿等。若有脓性分泌物，应考虑为化脓性中耳炎。红肿常为外耳道疖肿所致。外伤后有血或脑脊液流出，则考虑颅底骨折。检查鼓膜时注意是否穿孔，鼓膜穿孔常为急、慢性中耳炎所致。检查乳突有无压痛，有明显压痛者，常为慢性中耳炎所致乳突炎，严重时还可继发耳源性脑脓肿。听力正常者，一般在1m外能听

到秒表声。听力减退，常见于中耳疾患。

(四)鼻 检查鼻时，应注意鼻腔有无阻塞。其方法为分别压迫一侧鼻翼，让病人作通气动作。当鼻粘膜有急、慢性炎症时，常因粘膜充血、水肿或鼻息肉，引起通气障碍。鼻翼扇动（尤其是幼儿）提示有严重的呼吸困难，如肺炎。鼻出血称鼻衄，常见于出血性疾病。鼻腔有多量脓性分泌物，且鼻窦区有压痛，提示有鼻窦炎。鼻窦有四对，除蝶窦的解剖位置较深，体表不能检查外，其余三对即额窦、筛窦、上颌窦均可检查（图1-2）。

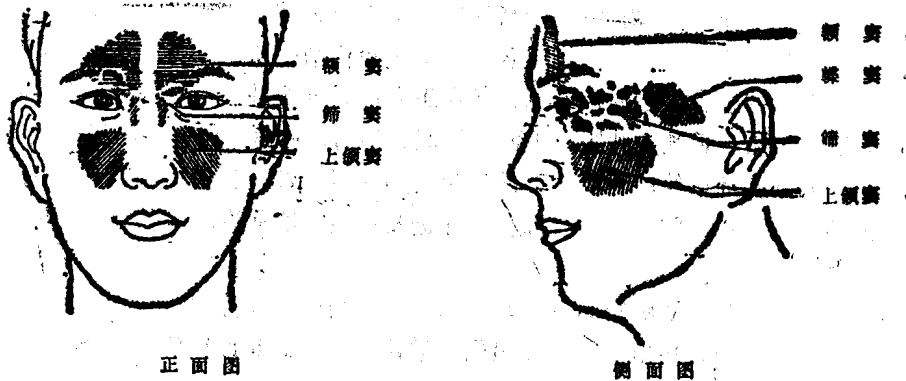


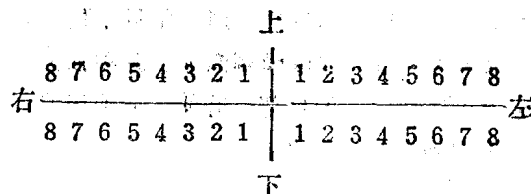
图1-2 鼻窦

(五)口腔

1. 口唇 口唇的毛细血管十分丰富，因此健康人口唇红润光泽。当口唇毛细血管充盈不足或血红蛋白含量减低时，则口唇苍白，见于贫血、虚脱等病人。口唇紫绀为缺氧的表现，见于心、肺功能不全，周围循环衰竭等。口唇疱疹多为单纯疱疹病毒感染所致。口角糜烂常见于核黄素缺乏。面神经瘫或炎症时，口角被拉向健侧。

2. 口腔粘膜 正常口腔粘膜呈粉红色。口腔粘膜有出血点或淤斑，常见于各种出血性疾病。有色素沉着而使口腔粘膜出现蓝黑色斑片者，常见于肾上腺皮质功能减退，如阿狄森氏病。儿童麻疹时，常在相当于第二白齿的颊粘膜处出现针尖大小灰白色斑点，称麻疹粘膜斑或科泼力克（Koplik）氏斑，为麻疹早期的特征。口腔粘膜溃疡反复发生者，常为慢性炎症、营养不良或继发于某些全身性疾患。鹅口疮常见于婴幼儿或老年体弱者，也可出现于长期使用广谱抗生素或抗癌药之后，为白色念珠菌感染。

3. 齿及齿龈 检查牙齿时，要注意有无龋齿、残根、缺齿、义齿等。如发现牙齿疾患，可按下列格式标明所在部位。



例如右上第五齿。左下第三齿为龋齿，可表示为： $\frac{5}{3}$ 龋齿。