

诊断学基础

(试用教材)

衡阳医学专科学校

毛主席语录

我们的教育方针，应该使受教育者在德育、智育、体育几方面都得到发展，成为有社会主义觉悟的有文化的劳动者。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

一个正确的认识，往往需要经过由物质到精神，由精神到物质，即由实践到认识，由认识到实践这样多次的反复，才能够完成。这就是马克思主义的认识论，就是辩证唯物论的认识论。

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。

前 言

我們遵照偉大領袖毛主席关于“教育要革命”“教材要彻底改革”的光輝指示和“全国教育工作会议紀要”精神，在校党委正确领导下，在学习兄弟院校教材改革的先进經驗的基础上，結合我校教育革命实践，試編了《正常人体形态学》《正常人体机能学》《病原学》《病理学》《药理学》《中医学》《诊断学基础》《外科学总論》《內科学》《儿科学》《傳染病学》《外科学》《妇产科学》《五官科学》《卫生防疫与职业病防治学》等，供我校三年制医疗专业工农兵學員試用。

为便于學員自学，还增編了一些参考資料，附于各章之后，供學員自学和医疗实践中参考。

由于我們学习馬列主义、毛澤东思想不够，教育革命实践很少，缺点錯誤一定很多，希望广大工农兵學員、革命医务人员在学习和使用中，提出宝贵意見，以便不断修改、充实和提高。

衡阳医学专科学校
一九七三年七月

緒 言

诊断学是认识疾病和病员健康状况的科学。一个人民医生要完成为工农兵病员服务这个光荣而艰巨的任务，必须解决认识疾病的问题。《诊断学基础》的主要内容就是介绍有关认识疾病的基本理论、步骤和各种方法。本课程的教学任务是培养学员全心全意为病员服务的思想、严格的科学态度，正确地询问病史、体格检查，掌握常用的化验检查和仪器检查以获得必要的临床资料，结合基础医学的原理，在辩证唯物的思想指导下进行分析综合、推理判断，从而揭露疾病的本质，对于疾病作出正确的诊断，为有效地防治疾病打下基础。

诊断的过程就是认识的过程。毛主席教导我们：“**认识的过程，第一步，是开始接触外界事情，属于感觉的阶段。第二步，是综合感觉的材料加以整理和改造，属于概念、判断和推理的阶段。**”毛主席这一伟大教导，对人们认识事物的规律作了精辟的概括，也是我们认识疾病的指导思想。学员在学习过程中，必须以毛主席的辩证唯物论的哲学思想为武器，彻底批判唯心论的先验论和形而上学的反动思想，牢固树立辩证唯物主义观点。

现代医学诊断技术虽然很多，但最基本和最重要的仍然是依靠详细询问病史和认真地体格检查。因此，学员应以问诊和体格检查作为本课程的学习重点，要求学员达到在不具备化验检查和仪器检查的条件下，对常见病也能作出正确诊断。要防止过分依赖仪器和复杂的化验检查的错误倾向。

通过《诊断学基础》的学习，学员应达到下列要求：

- 1、学会独立地系统地询问病史，掌握问诊要点，了解常见症状的临床意义。
- 2、掌握体格检查的望、触、叩、听等基本操作方法。掌握正常体征并熟悉异常体征及其临床意义。
- 3、了解常用化验检查和仪器检查的应用范围及其检查结果的临床意义。
- 4、学会编写病历，掌握对疾病进行诊断的要领。

在临床实践过程中，强调一切从工农兵病员的利益出发，坚决反对不顾病员痛苦，在病员身上“练技术”的资产阶级医疗作风。

为了学好《诊断学基础》，必须遵循“**实践、认识、再实践、再认识**”这一马克思主义认识论的观点，重视在实践中学习，不断加深认识，反复实践，在为病员服务的过程中，学好为病员服务的技能与知识。

诊断学基础目录

绪言

第一篇 问诊

第一章 问诊的重要性及其方法	1
第一节 问诊的重要性	1
第二节 问诊时注意事项	1
第二章 问诊的内容	2
一、一般项目	2
二、主诉	2
三、现病史	2
四、既往史(过去史)	3
五、个人史	3
六、家族史	4

第二篇 体格检查

第三章 一般检查	6
体温	6
脉搏	7
呼吸	7
血压	8
发育与营养	8
体位与姿态	9
神志	9
病容与表情	9
声音	10
气味	10
皮肤	10
浅表淋巴结	12
第四章 头颈部检查	13
第一节 头部检查	13
第二节 颈部检查	17
第五章 胸部检查	18

第一节 胸廓检查	18
第二节 肺脏检查	22
附：呼吸系统常见病变 体征比较	29
第三节 心脏检查	29
附：常见心脏瓣膜病变 杂音比较表	42
第四节 表浅血管检查	43
第六章 腹部检查	45
第一节 望诊	46
第二节 触诊	48
第三节 叩诊	49
第四节 听诊	50
第五节 几种腹腔内脏的检查	50
第七章 肛门、直肠、外生殖器检查	53
第一节 肛门、直肠的检查	53
第二节 外生殖器检查	55
第八章 脊柱、四肢检查	55
第一节 脊柱的检查	55
第二节 四肢的检查	56
第九章 神经系统检查	57
第一节 颅神经检查	57
第二节 运动神经检查	59
第三节 感觉神经检查	60
第四节 神经反射检查	61
第五节 植物性神经的检查	65

第三篇 常见症状

发热	66
昏迷	66
咳嗽、咯痰	67
咯血	70

胸痛	71
呼吸困难	71
发绀	73
恶心、呕吐	74
腹痛	75
腹泻	76
呕血、黑粪	77
血尿	78
水肿	79
黄疸	80

第四篇 实验室检查

第十章 血液检查	84
第一节 血常规	84
附：红细胞有关的血液	
指数	88
血红蛋白有关的血	
液指数	89
异常的血红蛋白	89
第二节 嗜酸性粒细胞直接计数	91
第三节 网织红细胞计数	91
第四节 血小板计数	91
第五节 出血时间测定	91
第六节 血凝固时间测定(玻片法)	92
第七节 血块收缩时间测定	92
第八节 红细胞沉降率测定	
(E.S.R.)	92
第九节 血型鉴定和交叉配合试验	92
第十节 血液生化检查	94
附表：常用血液生化检验	
正常值和临床意义	96
第十一节 骨髓检查	97
第十一章 尿液检查	102
第一节 尿液常规检查	102
第二节 爱迪氏计数	108
第三节 妊娠试验	109
第十二章 粪便检查	110
第一节 粪便常规	110

第二节 粪便虫卵检查的其他方法	112
第三节 隐血试验	113
第十三章 引流液及痰液检查	113
第一节 胃液检查	113
第二节 十二指肠引流液检查	115
第三节 痰液检查	116
第十四章 穿刺液的检查	117
第一节 胸、腹腔液常规检查	117
第二节 脑脊液检查	118
附：脑脊液压力的测定	120
奎克氏试验方法	120
常见疾病的脑脊液变化	
表	120
第十五章 常用肝功能检查	121
一、胆红素代谢功能试验	121
二、蛋白质代谢功能检查	122
三、异物排泄功能试验	
(B.S.P.试验)	123
四、酶代谢功能试验	123
第十六章 常用血清酶活力测定	123
一、血清淀粉酶活力测定	123
二、血清转氨酶活性测定	123
三、血清乳酸脱氢酶活力测定	124
四、血清硷性磷酸酶活力测定	124
五、血清酸性磷酸酶活力测定	124
第十七章 肾功能检查	124
一、尿浓缩和稀释试验	124
二、酚红试验	125
三、血内非蛋白氮测定	126
第十八章 其他实验室检查	126
一、血清甲胎蛋白测定	126
二、葡萄糖耐量试验	127
三、抗链球菌溶血素“O”测定	128

第五篇 病历编写及诊断 步骤与方法

第十九章 病历编写	129
-----------	-----

第一节	病历编写的重要性及 注意点	1 2 9
第二节	病历的内容及病历编写 的格式	1 2 9
第二十章	诊断步骤、方法与内容	1 3 1
第一节	诊断步骤与方法	1 3 1
第二节	诊断的内容	1 3 3

第六篇 X线检查

第二十一章	总论	1 3 4
第一节	X线诊断的应用原理	1 3 4
第二节	常用X线检查方法	1 3 5
第三节	X线诊断原则	1 3 7
第二十二章	呼吸系统的X线诊断	1 3 8
第一节	胸部正常X线表现	1 3 8
第二节	呼吸系统基本病变的 X线表现	1 4 0
第三节	呼吸系统常见疾病的 X线表现	1 4 3
第二十三章	循环系统的X线诊断	1 4 7
第一节	循环系统正常的X线 表现	1 4 7
第二节	循环系统基本病变的 X线表现	1 4 8
第三节	几种常见心脏病的X线 表现	1 5 1
第二十四章	消化系统的X线诊断	1 5 4
第一节	消化系统正常的X线表 现	1 5 5
第二节	消化系统基本病变的X 线表现	1 5 6
第三节	消化系统常见疾病的X 线表现	1 5 7
第二十五章	泌尿系统的X线诊断	1 6 2
第一节	泌尿系统正常的X线表 现	1 6 3
第二节	泌尿系统常见疾病的X线 表现	1 6 3

第二十六章	骨关节系统X线诊断	1 6 4
第一节	骨关节正常的X线表现	1 6 5
第二节	骨关节基本病变的X线 表现	1 6 6
第三节	骨关节常见疾病的X线 表现	1 6 7

第七篇 其他仪器检查

第二十七章	心电图检查	1 7 4
第一节	导联(导程)	1 7 4
第二节	心脏激动的传导过程及 心电图各波的形成	1 7 6
第三节	心电图测量法及正常心 电图	1 7 8
第四节	临床常见的异常心电图	1 8 2
第五节	心电图的临床应用范围	1 8 8
第二十八章	超声波检查	1 8 9
第一节	波的命名	1 9 0
第二节	超声波诊断的临床应用	1 9 0
第二十九章	直肠、乙状结肠镜检查	1 9 2
第三十章	基础代谢率(B.M.R.) 测定的基本原理与临床 应用	1 9 3
第三十一章	肺功能测定	1 9 4
第三十二章	放射性同位素检查基本 知识	1 9 5
第一节	甲状腺吸碘 ¹³¹ I机能测定	1 9 5
第二节	肝脏扫描	1 9 6
附录一: 诊断技术操作		1 9 9
一、	腰椎穿刺术	1 9 9
二、	胸腔穿刺术	1 9 9
三、	腹腔穿刺术	2 0 0
四、	骨髓穿刺术	2 0 1
五、	心包穿刺术	2 0 2
六、	肝穿刺抽脓术	2 0 3
七、	肝脏活体组织穿刺术	2 0 4

八、淋巴结穿刺术.....	205	(Master)氏二级梯运动测验].....	209
九、静脉压测定.....	205	三、苄胺唑啉(Rigitine)试验.....	210
十、中心静脉压测定.....	206	四、高渗盐水试验.....	210
十一、心导管检查的应用.....	207	五、肾上腺皮质储备机能试验	
附录二：临床常用的机能测验.....	208	(A.C.T.H.兴奋试验).....	211
一、心脏耐力试验与简易呼吸功		六、皮质素水试验.....	211
能试验.....	208	七、肾上腺素试验.....	212
二、冠状循环功能试验〔双倍量马		八、毛细血管脆性试验.....	212

第一篇 問 診

第一章 问诊的重要性及其方法

第一节 问诊的重要性

问诊是调查研究疾病的重要方法之一。毛主席教导我们：“你对于那个问题不能解决么？那末，你就去调查那个问题的现状和它的历史吧！你完完全全调查明白了，你对那个问题就有解决的办法了。一切结论产生于调查情况的末尾，而不是在它的先头。”通过和病员（或病员家属及有关旁人）谈话并听取其诉述，可以了解到病员的主要痛苦、疾病发展全过程、有关的以往病史、个人生活史和家庭疾病史等，借以发现有关疾病的发生、发展的规律性，为诊断疾病提供重要的依据。有些疾病具有典型的症状而体征常不明显（如溃疡病、心绞痛等），病史是诊断的主要依据。许多疾病的早期阶段，病人可能仅有自觉的症状而缺乏异常体征，因而病史有利于早期诊断。问诊常能使医生得到许多启发，获得诊断的种种根据。问诊还可为进一步检查提供线索。

由此可见，病史调查不仅是诊病的第一步，而且是一项十分重要的诊断步骤。

第二节 问诊时注意事项

一、要带着深厚的无产阶级感情，对病员极端的热忱，态度和蔼，语言亲切，耐心认真地做好病史调查工作。并在听取工农兵病员诉说旧社会苦难史和受刘少奇一类骗子反革命修正主义医疗卫生路线迫害史的过程中，接受工农兵的再教育。同时要针对病员的具体思想及患病情况，积极宣传马列主义、毛泽东思想，做好过细的政治思想工作，充分发挥病员的主观能动性，使他们树立起与疾病作斗争的坚强信心。

二、要以唯物辩证法指导病史调查工作，反对唯心主义和形而上学：以唯物辩证法贯穿于问诊的全过程，反对唯心论和形而上学。问诊开始，医生可先提出一些一般性问题，如“你感觉那里不舒服？”使病员不受限制地详细叙述病情，医生要耐心倾听，不要轻易打断病员的讲话，不能草率图快，避免用“一问一答”的简单生硬的提问法。当病员所谈离题太远，要善于引回与本次疾病有关的问题上来。这样获得的材料比较客观真实。在病史调查工作中，要坚决反对主观唯心主义，反对那种从“想当然”出发，有目的地影响或促使病员供给合乎医生自己主观想象所要求的材料。主观唯心主义常常是在临床诊断上导致错误的根源。要避免用肯定的语气提问，如：“你胃痛吗？”“你失眠吗？”也不应提出带暗示性的问题，如：“腹痛向右肩放射吗？”而应问“腹痛会引起其他部位痛吗？”

病员叙述的种种症状，并不是各自孤立的现象。要深入调查了解它们发生发展的时间及

顺序、相互间的关系，以找出其内在联系。要掌握病程中每个症状的消长及演变过程。抓住疾病的主要症状，找出主要矛盾。

三、语言要通俗易懂，避免使用医学术语。如不应问：“痛的部位是心前区还是胸骨后？”应问：“胸痛的部位在那里？”。病员讲述病情时可能提到一些医学术语如“休克”“昏迷”或曾患病名，应进一步将其主要病情特点询问清楚，才能推测其是否正确。记录时对此种专门术语可加引号。有的病员所述症状不够具体明确，如诉说：“心里不舒服”，此时，应进一步用明确具体的语言，询问清楚。

四、遇病情危急的病员，在作扼要的询问和重点检查后，应立即进行抢救。详细的病史与检查，可在病情好转后再作补充。

五、病史应尽可能由病员本人叙述，因为他对自己的病情体会得最清楚、最深刻。病员不能亲自叙述的，如昏迷病员或小儿，应向最了解其病情的人调查。如系由其他医疗单位或某些医生介绍来诊，病人所持的病历摘要可能是很重要的参考资料，一定要足够的重视。但主要还要靠医生自己来询问、检查和分析判断。对原来资料不应盲目接受。

六、对病员的叙述要善于启发，要结合其他资料进行全面分析研究。如有的病员所述内容可能轻重倒置，甚或遗漏主要症状，有的对某个症状可能特别敏感、过分强调，或诉说不必要的联系和推想等等。这些都是要经过医务人员进行分析综合，去粗取精，去伪存真。

在阶级社会中，个别别有用心的人伪造或隐瞒病情的情况是会有有的。在调查病史的工作中，“千万不要忘记阶级斗争。”

七、病史调查虽然一般是在客观检查以前进行，但决不就此结束。在客观检查以后以及在疾病发展过程中，都要根据需求和某些新现象的发生与发现，作补充及深入的询问，并把它记录下来，充实以前记录的不足。

第二章 问诊的内容

问诊的内容包括：一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、家族史。

一、一般项目：姓名、性别、年龄、婚否、职业、成分、籍贯、住址、入院日期。若病史是由旁人代诉，应注明与病员的关系以及对病史了解的可靠程度。

二、主诉：主诉是病员就诊时最感觉痛苦的症状和最明显的体征及其存在的时间。要以简明的语句记录下来，以反映疾病的要点及概貌。通过主诉能初步估计病员患的是那一个系统、属于那种性质的疾病。如：“上腹部发作性钝痛五年多，黑便一天。”“咳嗽、咳痰十年，间断咯血半月。”“持续高热已六天。”“上腹部硬质肿块伴厌食消瘦已二月。”

病员提出的病名不要写进主诉。如不应写：“疟疾发作五天”，应写：“间歇寒热发作五天”。不应写：“阵发性心绞痛二年”，应写：“前胸发作性紧缩感二年”。

假若由于病情复杂，病员未能以简练的语言表达出主诉时，可先调查现病史，再从中概括出主诉来。

三、现病史：为病史中最重要的部分，是叙述从这次发病开始到就诊时的详细经过。要求用简要的文字，按照时间顺序，围绕主诉的内容，综合记录病情发生、发展的经过。其内容

要点如下：

(一)起病时间，起病急慢，发病的可能诱因。

(二)症状的发展演变。疾病是一个过程，每一个疾病都有其特征和规律性。问诊时要抓住贯穿疾病始终的主要症状，详细询问下列各点：

1、症状的性质：如疼痛的性质有钝痛、灼痛、绞痛，阵发性或持续性疼痛等。发热有间歇热、稽留热，骤起、骤退等。

2、症状出现的部位：如上腹部、右季肋部、腰部以及心前区的疼痛等，常代表不同的疾病。

3、症状出现与持续的时间：起病的年月，症状出现的时间。

4、症状的程度：如发热有高热、微热，疼痛有轻微、剧烈的不同程度。

5、伴随症状：如发热伴有寒战、出汗，疼痛时伴呕吐等症状。

6、症状加重因素与缓解方法：如胸膜炎胸痛在深呼吸或咳嗽时加剧，心绞痛含硝酸甘油片可立即缓解，溃疡病者服硷性药物可缓解疼痛等。

此外，还有什么次要症状？这些症状经过怎样？发生过一些什么变化？应问清所有症状的演变情况，是进行性的或是有间歇期，是否有突然加重或减轻的情况，症状的性质有无改变等。

有些症状在病史中虽然并不存在，但对鉴别诊断或了解病情有一定价值时，也应问清。例如慢性支气管炎有长期咳嗽、咳痰，偶有痰中带血等症状。为了与肺结核鉴别，对于象午后微热、盗汗、食欲不振、消瘦等结核中毒症状，不论有无，均需调查并记录。

(三)病后曾作过什么检查和治疗，包括当时检查的结果及诊断，用过何种药物、剂量，使用时间及效果。

(四)一般情况：调查病后的食欲、睡眠、大小便、体重增减、劳动情况及思想活动等。

四、既往史(过去史)：过去史是指病人从出生起，到这次发病为止的健康状况和疾病情况(特别是与这次现病史有联系的一些病情)。调查过去病史可使我们了解过去的疾病与这次所患疾病的内在联系，对诊断疾病有一定帮助。如一个心脏病病员，过去患过咽峡炎、关节痛时，有助于风湿性心脏病的诊断。过去史一般应着重询问以下内容：

(一)以往身体健康状况：可用健康、一般、较弱、多病……记录之。

(二)患过何种疾病：为了在询问时避免遗漏，可按各系统进行询问，着重问清楚各系统所患疾病的主要症状及时间，当时诊治情况。具体内容包括：传染病史以及预防接种史，呼吸、循环、消化、泌尿、代谢内分泌、运动、神经等系统疾病史。问诊熟练后，则可根据不同病情而灵活掌握，有选择地进行询问(不必逐条询问)。记录过去患病情况时应按年月日先后顺序。

(三)有否外伤史、手术史、过敏史(药物或其他物质)。

五、个人史：是指病员过去的的生活情况。一般包括：

(一)出生地与居留地：对地方病与流行病的诊断有帮助。

(二)生活情况和习惯：包括个人卫生习惯，饮食情况，有无烟酒或其他特殊嗜好等。

(三)工作环境：如有无接触有害物质，时间久暂，以及病员对防护规程的遵守情况等。

(四)女病员要问月经史及生育史：包括月经初潮年龄、周期、行经期、绝经年龄(记录法：初潮年龄^{行经期}绝经年龄^{月经周期})月经的血量及颜色，有无痛经、白带，末次月经日期，妊娠次数、生产胎数及有否流产、早产、难产史等。

六、家族史：主要是询问病员的父、母、爱人、兄弟姐妹及子女的健康状况。若有死亡者应问明死因。对于高血压病、冠心病、糖尿病、精神病等应问清家族中有无患过此类疾病者。对疑似传染病者，除问清家族中有无类似疾病外，还应注意询问与病员接触密切的同志有否类似疾病的发生。

总之，上述病史调查的各项内容，在实际工作中要根据具体情况，酌情掌握，灵活取舍，不要千篇一律，缺乏重点。总的原则是：既要突出重点，又要照顾全面；调查过程要全面，病史记录要精练，必要的项目和有参考价值的内容要记录，关系不大的可以不记。对疑难病和危重病员，无论是问诊和记录都应详细。

第二篇 体格检查

体格检查是医生采集病史后对疾病进一步调查研究的基本方法，也是正确诊断疾病的重要步骤。

进行体检时，每个医务人员必须对病员怀有深厚的无产阶级感情。要关心、体贴病员，痛病员之所痛，急病员之所急。检查时手法要轻，操作要准确，应尽量减少病员的痛苦；要有严肃、认真、负责和实事求是的科学态度，克服粗枝大叶的作风；要抓住主要矛盾，突出重点，又要兼顾全面。按一般顺序即头、颈、胸、腹、肛门、外生殖器、脊柱、四肢、神经系统。从前到后、左右对比地进行，以免遗漏。对危重病员可先作重点检查，及时进行紧急处理，待病情稍稳定后再作全面检查。

体格检查的基本方法，一般包括如下：

【望诊】

一般望诊可以得到病员的全貌和局部概况，如精神、面色、发育、营养、体位、皮肤及头、颈、胸、腹、脊柱、四肢的体表变化和功能障碍等情况，这些外表的变化常常也是某些内脏疾病的反映，可据此帮助诊断。

望诊时以自然光线为佳，晚间或灯光下常不能辨别黄染与轻度发绀，皮疹也不易看清楚。利用侧面的光线往往容易看出搏动或肿物的轮廓。

【触诊】

是用医生的手去触摸病员的局部病变和脏器的物理特征，如位置、大小、质地及表面性质，移动性、震颤、抵抗感、压痛等。

【叩诊】

用手叩击病员身体的一定部位，由其发生一定性质的声音，根据声音回响的变化以及被叩者的感觉（如叩痛）来判断体内器官的病变。如叩肺部有无实变，心界大小，腹部有无移动性浊音判断腹水，肾区叩击痛等。

正常人体的各器官由于它的弹性和含气量与其邻近器官的含气量不同，因而叩击人体各部分产生不同的声音。

鼓音—正常胃肠区叩诊为鼓音。

清音—正常肺部叩诊为清音。

浊音—相对浊音：正常心、肝表面被肺覆盖部分。

绝对浊音（实音）：正常心、肝表面未被肺覆盖部分。

【听诊】

应用听诊器听病员内脏运动时所发出的声音，如听心跳及肺脏呼吸时所产生的声音，直接听病员言语、呼吸、咳嗽的声音，以判别正常和异常。没有听诊器时也可用耳朵直接贴在病员的胸部或腹部听诊。

【嗅诊】

用鼻嗅病员由呼吸道、口腔发出的气味，嗅病员排泄物的气味，来帮助诊断。

第三章 一般检查

一般检查的内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、发育与营养、体位与姿态、神志、病容与表情、声音、气味、皮肤、浅表淋巴结等。通过这些检查，对病情的轻、重、缓、急，有一个初步的认识，作为进一步全身系统检查的基础。

【体温】

正常人的口腔体温在 $36.2\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 之间，腋窝体温比口腔体温低 0.5°C ，直肠体温比口腔体温高 0.5°C 。腋窝及肛门体温的测定用于小儿或意识不清的病员。正常人的体温早晨较低傍晚较高，一日内体温波动范围在 $0.5\sim 1^{\circ}\text{C}$ 之间。情绪波动，剧烈劳动或酷暑天，体温可略升高，幼儿体温稍高于成人。异常体温有以下几种：

一、体温过低：体温低于 36°C 以下称体温过低，多见于休克及全身衰竭的病员。

二、发热：口温高于 37.3°C 时为发热。临床根据体温升高的程度可分为低热（ $37.3^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ ），中度热（ $38.1^{\circ}\text{C}\sim 39^{\circ}\text{C}$ ），高热（ $39.1^{\circ}\text{C}\sim 41^{\circ}\text{C}$ ）及过高热（ 41.1°C 以上）四类。将每天病员的体温变动的情况记录在体温表格上可画成体温曲线。根据体温曲线的特点，可将发热分为若干类型（亦称热型）。有些疾病的热型有一定特征，所以观察热型对疾病的诊断有一定帮助。常见的热型如下：

（一）稽留热：体温常高达 39°C 以上，持续数日或更长，昼夜间体温波动很少超过 1°C 。常见于伤寒，斑疹伤寒，麻疹出疹期等（见图3—1）。

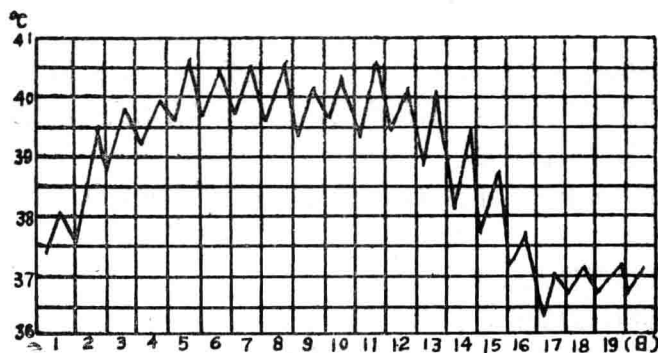


图3—1 稽留热

（二）弛张热：高热可达 39°C 以上，每天体温有较大幅度的波动，高低可相差 $1^{\circ}\text{C}\sim 2^{\circ}\text{C}$ 。常见于化脓性疾病，败血症，结核病等等（见图3—2）。

（三）间歇热：体温突然可升高达 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，经若干小时可下降至正常，经一、二天

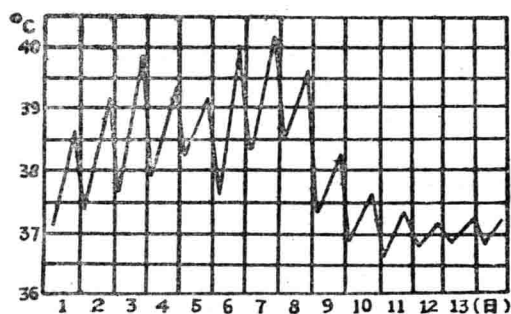


图 3—2 弛张热

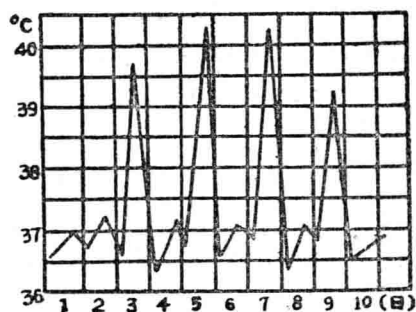


图 3—3 间歇热

后再度上升，如此反复有规律地发作，见于疟疾等。（见图 3—3）。

（四）不规则热：是最常见的一种热型，体温高低变化不规则，持续时间也不一定。常见于流感、风湿热、肿瘤等（见图 3—4）。

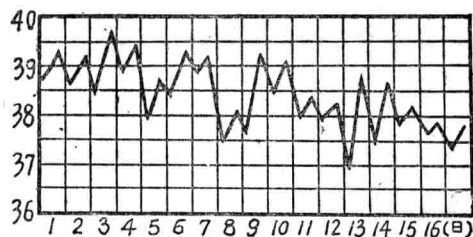


图 3—4 不规则热

【脉搏】

一般检查桡动脉搏动，正常人脉搏跳动规则，脉率和心率一致。检查时注意两侧桡动脉脉搏是否相同。若两侧差异明显，脉搏大小不等，应考虑到小的一侧动脉可能有异常，如动脉狭窄，大动脉炎，动脉瘤，颈肋等。

一、脉率：脉搏的快慢与年龄有关，正常人脉搏为 60~100 次/分。年龄越小脉搏也越快。劳动及情绪激动可使脉搏增快，所以检查脉搏应以安静时为准。

成人的脉率如超过 100 次/分，称为心动过速；若低于 60 次/分，即心动过缓。病理性脉搏增快的常见原因有发热、贫血、休克、疼痛、某些心脏病、甲状腺机能亢进等；病理性脉搏减慢可见于颅内压增高、阻塞性黄疸、完全性房室传导阻滞等情况。

二、节律：脉搏的节律反映心脏跳动的节律。正常脉搏的节律是规则的，并且强弱相等。脉律不整时，不仅在时间上可以不规则，而且每跳的强弱因心缩排水量之不同亦可不等。有时心缩排水量过少，以致不能引起周围血管的搏动，使脉率低于心率，此种现象称为脉搏短绌。有关脉律不整的发生原因及其临床意义详见“表浅血管检查”。

【呼吸】

正常成人 16~20 次/分。年龄越小呼吸越快。呼吸与脉搏之比约为 1 : 4。正常人在运动、精神激动、气温增高时呼吸增快；休息、睡眠时呼吸变慢。体温每升高 1°C，脉搏约增快 15 次/分，呼吸增加 3—4 次/分。

检查时还应观察呼吸的深浅度及节律有无变化。病理状态的呼吸改变如下：

一、呼吸增快：因缺氧或氧气消耗增加，如肺部广泛病变、心脏病、发热、贫血时引起呼吸增快。

二、呼吸减慢：常见于呼吸中枢抑制时，如肝昏迷、尿毒症、麻醉药中毒等，及颅内压

增高，如脑溢血、脑肿瘤等。

三、呼吸变深：呼吸变深可见于酸中毒，因其代谢产物刺激呼吸中枢所致。

四、呼吸变浅：见于催眠及麻醉等药物中毒呼吸中枢受抑制时（如巴比妥及吗啡中毒），或呼吸肌麻痹时。

五、潮式呼吸（陈施氏呼吸）：病员的呼吸由深快逐渐变为浅慢以至暂停片刻，随后又由浅慢逐渐变为深快，这种有周期性变化的呼吸形式称为潮式呼吸。这是呼吸中枢抑制较深，病情危重的表现，见于脑出血、脑水肿及严重的心力衰竭。其产生的机理是由于在呼吸中枢处于抑制状态时，对一般浓度的二氧化碳刺激不起反应，引起呼吸变浅变慢以至暂停。



图 3—5 潮式呼吸

呼吸暂停后，体内二氧化碳积累增多，在二氧化碳浓度达到相当高时刺激呼吸中枢，引起呼吸变深变快，使二氧化碳排出。二氧化碳浓度降低后，呼吸中枢转入抑制状态时又出现呼吸暂停（见图 3—5）。

在呼吸衰竭时尚可出现抽泣样呼吸（双吸气）及叹息样呼吸等。

【血压】

动脉血压通常简称血压。心室收缩时，动脉内的最高压力称为收缩压；心室舒张时，动脉内最低压力称为舒张压。收缩压与舒张压之差称脉压（脉压差）。

健康人的血压随着年龄的增长而升高。正常青壮年收缩压的范围为90~140毫米汞柱，舒张压的范围为60~90毫米汞柱，脉压为30~40毫米汞柱。40岁以上时，年龄每增加10岁，其收缩压约增高10毫米汞柱。下肢的血压高于上肢，平均相差约20~40毫米汞柱；左右两上肢之差可达10毫米汞柱左右。

正常人卧位所测得血压较坐位所测得者稍低。晨起时测得的血压较低，劳动、进餐、吸烟或饮酒后，血压可稍上升。情绪激动或精神紧张时，血压亦稍增高。上述因素对收缩压的影响较大，对舒张压则影响较小。由于影响血压的因素较多，因而不能轻率地根据一次测量血压的结果即判定其血压正常与否，有疑问时可重复测量数次以确定之。

血压的高低因素决定于：①心缩排血量；②循环血容量；③外周阻力（小动脉管径及血液粘稠度）；④大动脉壁的弹性。血压增高可能由于心缩排血量增加，或血容量及血液粘稠度增加，或动脉壁硬化所致的外周阻力增加。血压增高时，收缩压与舒张压可同时增高，或仅有收缩压增高而舒张压正常，亦有收缩压增高而舒张压反而降低者。在后两种情况下，脉压均增加。

一般认为青壮年人，在安静时血压超过140/90毫米汞柱称之高血压。引起血压升高的主要疾病有高血压病、肾小球肾炎、柯兴氏综合征（Cushing's syndrome）、嗜铬细胞瘤、妊娠毒血症等。

血压低于90/60毫米汞柱时称为低血压。常见于休克、肾上腺皮质功能减退及甲状腺功能减退等。

脉压的增高可见于甲状腺功能亢进、动脉粥样硬化、主动脉瓣关闭不全。脉压的降低见于心脏搏出量减少时，如心包积液、主动脉瓣狭窄。

【发育与营养】

发育：一般通过年龄、身长、体重、智力及身体各部分发育情况是否匀称来衡量，在小

儿尚应注意前囟门、头胸围、牙齿和精神发育等。发育和营养常常和内分泌疾患有很大关系。如在幼年时营养不良，维生素A、D缺乏，可影响身长（主要是骨骼）的发育，如佝偻病患者。脑下垂体前叶机能亢进，发生在青春期前可引起巨人症；在青春期后可引起肢端肥大症。垂体前叶机能减退时则发生侏儒症。甲状腺机能减退时在小儿引起克汀病，在成人引起粘液性水肿。

营养：临床上判定营养状态，大致分良好、中等、不良三种。良好者精神饱满，皮肤和粘膜色泽红润，皮肤具有弹性，皮下组织充实，肌肉结实；不良者精神软弱，毛发稀少而易脱落，皮肤干燥，无光泽且松弛，皮下组织不发达，肌肉松弛无力；介于二者之间属中等。营养不良者见于严重消耗性疾病，代谢异常，如严重结核病、癌肿晚期、甲状腺机能亢进、糖尿病等，也可见于消化机能障碍。

【体位与姿态】

体位一般分三种：

一、自动体位：病员坐、卧、行走时能随意地移动四肢和躯干，能自由活动，见于轻病人。

二、被动体位：病员不能随意移动四肢及躯干和自由活动，需由别人协助搬动肢体和翻身，多见于意识丧失或极度衰弱的病员。

三、强迫体位：由于疾病的影响，病人被迫采取一定姿势以减轻痛苦。如心力衰竭、支气管哮喘患者常取半卧位或坐位；渗出性胸膜炎常取患侧卧位；腹痛患者常仰卧、下肢屈曲或辗转翻滚不安；破伤风及脑膜炎患者可有角弓反张。

不正常的姿态常为疾病的反映，如腹痛病员行走时，常用手按腹；坐骨神经痛的病员常跛行，患肢不敢用力；佝偻病患者呈鸭步；震颤麻痹病员步行时呈慌张步态。

【神志】

正常人神志清楚。某些因素致大脑皮层功能障碍，则可出现不同程度的意识障碍：

一、嗜睡：终日昏睡，如大声呼唤或用力推动可以醒转，但不久又入睡，叫醒时回答问题尚正确。

二、朦胧（意识模糊）：对周围事物漠不关心，回答问题迟钝，言语简单，较重者说话零乱前后不相连贯，定向力障碍，即对时间、人物、地点的认识不正确。

三、谵妄：意识模糊，感觉错乱，对时间、人物、地点的定向力丧失，有错觉、幻觉、躁动不安、言语杂乱等精神异常表现。系一种急性的高级神经系统功能活动失调的状态，常发生于感染发热性疾病的发热期，药物中毒（如酒精和颠茄类药物中毒），代谢障碍（如肝功能衰竭）等。

四、昏迷：意识完全丧失，对外界事物无反应。浅昏迷时角膜反射及瞳孔对光反射仍未完全消失，强烈的疼痛刺激偶可引起防御反射，吞咽动作仍存在但较困难；重度昏迷时病员对各种刺激的反应均消失，包括角膜反射和瞳孔对光反射，病员肌肉松弛，处于被动体位而不能自动变换其肢体的位置，只有呼吸和循环的存在。

【病容与表情】

面容和表情常常是疾病轻、重、缓、急的反映。面部的表情通常用安静、烦躁、痛苦来说明。病容一般可分急性病容，慢性病容和特殊病容三种：