

## 重点字体加粗带有\*, 下方有下划线

### 体格检查physical examination

体格检查（physical examination）：是指医师运用自己的感官和借助于简便的检查工具，客观地了解和评估身体状况的一系列基本的检查方法。

## 第二章 基本检查方法

### 一、视诊inspection

1. 定义：医师用眼睛观察病人全身或局部表现的诊断方法。

2. 包括：

(1) 全身视诊：用于全身一般状态和许多征象的检查。

(2) 局部视诊：了解患者身体各部分的改变。

### 二、触诊palpation

1. 定义：医师通过手接触被检查部位的感觉，进行判断的一种诊断方法。

2. 手的感觉以指腹和掌指关节部掌面的皮肤最为敏感（指腹对于触觉较为敏感，掌指关节部掌面对于震动较为敏感，手背皮肤对于温度较为敏感）

3. 触诊方法

浅部触诊法	1. 适用于体表浅在病变，深度约为1~2cm。 2. 一手轻轻地放在被检查的部位，利用掌指关节和腕关节的协同动作，以旋转或滑动方式进行轻压触摸。 3. 检查腹部有无压痛、抵抗感、搏动、包块和肿大脏器。以右手并拢的手指尺侧部分或指腹，检查每个区域后，手应抬起，不要在整个腹壁上滑动。
深部触诊法	1. 医师将右手并拢的二、三、四指平放在腹壁上，以指端逐渐触向腹腔的脏器或包块，在被触及的脏器或包块上、下、左、右滑动触摸。 2. 适用于腹腔深在包块、胃肠病变的检查。
双手触诊法	1. 将左手置于被检查脏器或包块的后部，并将被检查部位推向右手方向。 2. 适用部位：肝、脾、肾、腹腔肿物。
深压触诊法	1. 以一个或两至三个并拢的手指逐渐深压腹壁被检查部位，用于探测腹腔深在病变的部位或确定腹腔压痛点。 2. 检查反跳痛时，在深压的基础上迅速将手抬起，并询问病人是否有感觉疼痛加重或察看是否出现痛苦表情。 3. 适用部位：阑尾压痛点，胆囊压痛点。
冲击触诊法	1. 检查时以右手并拢的示、中、环指，取70°~90°角，置放于腹壁上相应的部位，作数次急速而较有力的冲击动作，在冲击时即会出现腹腔内脏器在指端浮沉的感觉。 2. 只用于大量腹水时肝、脾、腹部包块难以触及时。

4. 触诊的体位：

检查腹部时：（1）医师应站在病人的右侧，面向病人，以便随时观察病人的面部表情。

（2）病人取仰卧位，双手置于体侧，双腿稍屈曲，腹肌尽可能放松。

检查肝、脾、肾时，也可侧卧位。

### 3、叩诊percussion

1. 定义：用手指叩击身体表面某部使之震动而产生音响，根据震动和音响的特点，判断检查部位的脏器有无异常的诊断方法。

2. 叩诊的方法：

(1) 直接叩诊法

a.方法：右手中间三指并拢，用掌面直接拍击被检查的部位，借助于拍击的反响和指下的振动感来判断病变情况。

b.临床应用：胸部、腹部面积较为广泛的病变，如胸膜粘连或增厚、气胸、大量的胸水或腹水。

(2) 间接叩诊法（考）

方法：左手中指第二节紧贴于叩诊部位，其他手指稍微抬起，勿与体表接触。右手手指自然弯曲，以中指指端叩击左手中指第二节指骨的远端（或末端指间关节处）。

检查肝区或肾区叩击痛：医师可将左手手掌平置于被检查部位，右手握成拳，并用其尺侧叩击左手背。询问或观察患者有无疼痛感。

3. 叩诊音：

(1) 定义：叩诊时被叩击部位产生的反响。

(2) 根据音调高低、音响强弱、乐音的不同分为清音、浊音、鼓音、实音、过清音。

叩诊音及其特点

叩诊音	音响强度	相对音调	相对时限	正常可出现部位	病理状态
清音	响亮	低	长	正常肺	支气管炎
鼓音	更响亮	高	较长	胃泡区、腹部	大量气胸、肺空洞、气腹
过清音	较响亮	更低	更长	正常成人不出现	肺气肿、肺含气量增加
浊音	较弱	较高	较短	心脏、肝脏被肺缘覆盖部分	大叶性肺炎
实音	更弱	更高	短	实质脏器部分	大量胸腔积液、肺实变

叩诊的临床应用：

确定肺尖的宽度、肺下缘的位置、胸膜病变、胸膜腔中液体或气体的多少、肺部病变的大小与性质、纵隔宽度、心界的大小与形状、肝脾的边界、腹水的有无与多少以及子宫、卵巢和膀胱有无胀大。

4、听诊auscultation

1. 定义：医师根据患者身体各部发出的声音判断正常与否的一种诊断方法。

2. 分为：直接听诊法和间接听诊法

5、嗅诊olfactory examination

1. 定义：通过嗅觉来判断发自患者的异常气味与疾病之间关系的一种诊断方法。

2. 临床常见的气味

酸性汗味——风湿热和长期服用阿司匹林者

特殊的狐臭味——腋臭

痰液呈 { 血腥味——大量咯血的患者  
恶臭味——肺脓肿或支气管扩张

呼气味呈 { 浓烈的酒味——大量饮酒的患者  
刺激性蒜味——有机磷中毒者  
烂苹果味——糖尿病酮症酸中毒  
氨味——尿毒症患者  
腥臭味——肝昏迷患者

第3章 一般检查

1、全身状态检查

(1) 性别（某些疾病影响性征：肾上腺皮质肿瘤或长期用肾上腺皮质激素—女性患者男性化；肝硬化、肾上腺皮质肿瘤—男性患者乳房发育）

(2) 年龄

(3) 生命体征（重点）

生命体征（vital sign）：是评估生命活动存在与否及其质量的重要征象，包括体温、脉搏、呼

吸、血压。(背)

1. 体温：正常值（口测法：36.3-37.2℃；腋测法：36-37℃；肛测法：36.5-37.7℃）

【重点：引起体温测量误差的常见原因】

- (1) 测量前体温计未甩到35℃以下。
- (2) 腋测法测量体温时，体温计不能夹紧，如消瘦、病情严重。
- (3) 未能避免或消除影响体温检测的其他因素，局部存在冷热物品刺激。
2. 脉搏：检查部位（桡动脉）；正常成人60~100次/分。
3. 呼吸：正常人每分钟平静呼吸的次数成人16~20次/分，新生儿约44次/分。
4. 血压：正常血压80-120mmHg
- (4) 发育与体型：发育正常指标和三种体型→无力型、正力型、超力型

【成人发育正常的指标有哪些】

- (1) 头的长度为身高的1/7；
- (2) 胸围为身高的1/2；
- (3) 双上肢展开后，左右指尖间距约等于身高；
- (4) 坐高约等于下肢的长度；
- (5) 身体上部量与下部量之比约为1:1
- (5) 营养状态：营养不良原因包括摄食障碍、消化障碍、消耗增多；判断皮下脂肪充实程度部位是前臂曲侧或上臂背侧下1/3处。

- (6) 意识状态
- (7) 精神状态
- (8) 语调与语态
- (9) 面容与表情

1. 急性病容：面色潮红，表情痛苦，烦躁不安。常见于急性发热性疾病、大叶肺炎等。
2. 慢性病容：面容憔悴，表情忧虑，面色灰暗或苍白，目光暗淡。见于消耗性疾病、如恶性肿瘤、严重肺结核等。
3. 贫血面容\*：面色苍白、唇舌色淡、表情疲惫、见于各种贫血。
4. 肝病面容：面颊瘦削，面色灰褐，可见蜘蛛痣。见于慢性肝脏疾病。
5. 肾病面容：面色苍白，颜面水肿，舌质色淡，舌缘有齿痕。见于慢性肾病。
6. 甲状腺功能亢进面容\*：表情惊愕，眼裂大，突眼，目光闪烁，兴奋易怒。见于甲亢。
7. 黏液性水肿面容\*：面色苍黄，颜面水肿，脸厚面宽，目光呆滞，反应迟钝，眉毛稀疏。见于甲状腺功能减退症。
8. 二尖瓣面容\*：面色晦暗、双颊紫红、口唇发绀。见于风湿性心瓣膜病二尖瓣狭窄。
9. 肢端肥大症面容：头大脸长、下颌大且前突、眉弓及颧部隆起、耳鼻增大、唇舌肥厚。见于肢端肥大症。
10. 伤寒面容：表情淡漠，反应迟钝，呈无欲状。见于肠伤寒、脑脊髓膜炎、脑炎等高热衰弱者。
11. 苦笑面容：牙关紧闭，面肌痉挛，呈苦笑状，见于破伤风。
12. 满月面容：面圆如满月，皮肤发红，多血质外貌，伴痤疮和胡须生长。见于Cushing综合征、长期糖皮质激素
13. 面具面容：面容呆板，无表情，似面具样。见于Parkinson病、脑炎、脑血管病、脑萎缩等。
14. 病危面容：面容瘦削，面色铅灰苍白，表情淡漠，眼窝凹陷，见于大出血、严重休克、脱水。

(10) 体位：自主体位、被动体位、强迫体位

强迫体位：

1. 强迫仰卧位\*：仰卧，双腿蜷曲以减轻腹肌紧张。见于急性阑尾炎、腹膜炎。
2. 强迫俯卧位：为减轻脊背肌肉的紧张程度而采取的体位。见于脊柱疾病。
3. 强迫侧卧位：胸膜疾病患者多采取患侧卧位，可限制患侧胸廓活动而减轻胸痛并有利于健侧代偿呼吸。见于一侧胸膜炎和大量胸腔积液。
4. 强迫坐位\*（端坐呼吸）：患者坐于床沿，两手置于膝关节上或扶持床边，此种坐位可使横膈下降，肺换气量增加，下肢回心血量减少，减轻心脏负荷。见于心力衰竭、支气管哮喘。
5. 强迫蹲位：在活动过程中，由于呼吸困难或心悸而采取蹲踞位或胸膝位以缓解症状。见于紫绀型先天性心脏病。
6. 步行时心前区疼痛突然发作，常被迫立刻站立，并以右手按抚心前区。见于心绞痛。
7. 辗转体位：腹痛发作时，患者辗转反侧，坐卧不安。见于胆石症、胆道蛔虫症、肾绞痛。
8. 角弓反张位：因颈及背背肌肉强直，致使患者头向后仰，胸腹前凸，背过伸，躯干呈弓形。见于破伤风、脑炎及小儿脑膜炎。

(11) 姿势

(12) 步态

### 【常见的典型异常步态有哪几种】

蹒跚步态——佝偻病、先天性脱位  
 醉酒步态——小脑病变、酒精中毒  
 共济失调步态——脊髓病变  
 慌张步态——震颤麻痹  
 跨阈步态——腓总神经麻痹  
 剪刀步态——脑瘫、截瘫  
 间歇性跛行——高血压动脉硬化

## 2、皮肤

### (1) 颜色

苍白	1. 可由贫血、末梢毛细血管痉挛或充盈不足引起。见于寒冷、惊恐、休克、虚脱以及主动脉瓣关闭不全等。 2. 观察甲床、掌纹、结膜、口腔粘膜及舌质颜色。
发红	1. 毛细血管扩张充血、血流加速以及红细胞量增多。 2. 见于发热性疾病或阿托品、一氧化碳中毒、饮酒、真红、Cushing综合征、长期糖皮质激素。
发绀	1. 单位容积血液中还原血红蛋白量增高。 2. 唇、舌、耳垂、面颊及肢端明显（皮肤黏膜呈青紫色），见于心肺疾病，亚硝酸盐中毒
黄疸	1. 血中总胆红素浓度超过20mg/L (34.2μmol/L)时临床可见黄疸，见于胆道阻塞，肝细胞损害及溶贫。 2. 特点①首先出现于巩膜、硬腭后部及软腭粘膜，较明显时才见于皮肤黄染。②巩膜黄染连续，近角巩膜缘处黄染轻、黄色淡，远角巩膜缘处黄染重、黄色深。
胡萝卜素增高	1. 胡萝卜素含量增加，>2.5g/L。 2. 特点：①黄染首先出现于手掌、足底、前额及鼻部皮肤；②一般不出现巩膜和口腔粘膜黄染；③血中胆红素不高；④停止食用富含胡萝卜素的蔬菜或果汁后，皮肤黄染逐渐消退。
药物	1. 长期服用含有黄色素药物，如阿的平、呋喃类，也可使皮肤黄染。 2. 特点：①黄染首先出现于皮肤，严重者可出现于巩膜。②巩膜黄染以角巩膜缘处黄染重、黄色深，离角巩膜缘越远，黄染越轻，黄色越淡。
色素沉着	1. 表皮基底层的黑色素增多 2. 生理：身体外露部分乳头、腋窝、生殖器官等处皮肤色泽加深 3. 病理：肾上腺皮质功能减退、肝硬化、肢端肥大症等。
色素脱失	白癜风、白斑、白化病

### (2) 湿度与出汗

1. 腺体排泌汗液异常多汗、冷汗、盗汗、无汗
2. 汗腺排泌物异常：狐臭、尿汗、色汗症、血汗症
- (3) 弹性：与年龄、营养状态、皮下脂肪及组织间隙所含液体量有关。
- (4) 皮疹

### 【临床常见的5种皮疹——会举例】

	皮肤改变	常见疾病
斑疹	局部发红、不凸出皮肤表面	斑疹伤寒、丹毒
玫瑰疹	鲜红色圆形（2-3mm），压之消退松 开复现	伤寒、副伤寒
丘疹	局部皮色变化，凸出表面	药物疹、麻疹、湿疹
斑丘疹	周围发红底盘	风疹、猩红热、药疹
荨麻疹	稍隆起，苍白或红色水肿，由速发性 皮肤变态反应所致	过敏反应
疱疹	局限性高起皮面的腔性皮损。1) 水疱：腔内液体为血清、淋巴液，直径<1cm，见于单纯疱疹、水痘；2) 大疱：直径>1cm的水疱；3) 脓疱：腔内含脓液。	

(5) 脱屑：米糠样脱屑——麻疹；片状脱屑——猩红热；银白色鳞状脱屑——银屑病

(6) 皮下出血

1. 特点：局部皮肤青紫色，压之不褪色，除血肿外一般不高起皮面。
  2. 分类：瘀点<2mm；紫癜3-5mm；瘀斑>5mm；血肿：片状出血伴皮肤隆起。
  - (7) 蜘蛛痣与肝掌
  1. 蜘蛛痣
    - (1) 蜘蛛痣：皮肤小动脉末端分支扩张所形成的血管痣，形似蜘蛛。
    - (2) 多出现在上腔静脉分布的区域内
    - (3) 检查方法：用工具压迫蜘蛛痣中心，其辐射状小血管网立即消失，去除压力后复现。
  2. 肝掌：慢性肝病者的手掌大小鱼际处皮肤常发红，加压后褪色，称为肝掌。
  - (8) 水肿
 

**【水肿分几度、如何分】**

    - (1) 轻度：仅见于眼睑、眶下软组织、胫骨前、踝部皮下组织。指压后可见组织轻度下降，平复较快。
    - (2) 中度：全身组织均见明显水肿。指压后可出现明显组织下陷，平复缓慢。
    - (3) 重度：全身组织严重水肿，身体低位皮肤紧张发亮，甚至有液体渗出。有时伴有胸腔、腹腔积液。
  - (9) 皮下结节
  - (10) 溃疡与糜烂
  - (11) 瘢痕
  - (12) 毛发
- ### 3、淋巴结
- (1) 正常浅表淋巴结
  1. 头颈部：耳前、耳后、枕、颌下、颏下、颈前、颈后、锁骨上淋巴结
  2. 上肢：腋窝淋巴结、滑车上淋巴结
  3. 下肢：腹股沟淋巴结、腘窝淋巴结
  - (2) 淋巴结的检查
  1. 检查顺序：
    - (1) 头颈部：耳前、耳后、枕部、颌下、颏下、颈前、颈后、锁骨上窝；
    - (2) 上肢：腋窝、滑车上；（腋窝淋巴结按尖群、中央群、胸肌群、肩胛下群和外侧群的顺序进行。）
    - (3) 下肢：腹股沟（先查上群、后查下群）、腘窝。
  2. 检查方法：视诊、触诊
  3. 检查内容：部位，大小与形状，数目与排列，表面特性，质地，压痛，活动度，界限是否清楚，有无粘连，局部皮肤有无红肿、瘢痕、瘰疬
  - (三) **临床意义**
  1. 局限性淋巴结肿大
    - (1) 感染性淋巴结肿大
    - 1) 非特异性淋巴结炎：质地柔软、有压痛、表面光滑无粘连；慢性期质地较硬、疼痛轻微。
    - 2) 特异性感染性淋巴结炎
      - ① 淋巴结结核：颈部血管周围，大小不等、质稍硬，可有粘连性。晚期破溃，形成瘰疬
      - ② 淋病：两侧腹股沟淋巴结肿大，压痛
    - (2) 恶性肿瘤的淋巴结转移：质地坚硬，无压痛、易粘连而固定
- |         |            |
|---------|------------|
| 胃癌—左锁骨上 | 肺癌—右锁骨上、腋下 |
| 鼻咽癌—颈深上 | 乳腺癌—腋下、锁骨上 |
2. 全身性淋巴结肿大
    - (1) 感染性淋巴结肿大：传染性单核细胞增多症、病毒感染、细菌感染、布氏杆菌病、螺旋体感染。
    - (2) 结缔组织病：干燥综合征、SLE、结节病
    - (3) 血液与造血组织疾病：淋巴瘤、白血病

## 第四章 头部

### 一、头发与头皮

### 二、头颅

头颅的大小异常或畸形：（掌握）

1. 小颅：小儿囟门过早闭合（正常12~18个月）可形成小头畸形，通常伴有智力发育障碍。通常头围小于同年龄、同性别正常头围两个标准差以上，称为小颅畸形。

- 2.尖颅（塔颅）：由于矢状缝与冠状缝过早闭合，头顶部尖突高起，造成与面部的比例异常。见于先天性疾患尖颅并指（趾）畸形（Apert综合征）。
- 3.方颅：前额左右突出，头顶平坦呈方形，见于小儿佝偻病或先天性梅毒。
- 4.巨颅：额、顶、颞及枕部突出膨大呈圆形，颈部静脉充盈，对比之下颜面小。由于颅内压增高，压迫眼球，形成双目下视，巩膜外露的特殊表情，称落日现象。见于脑积水
- 5.长颅：自颅顶至下颌部长度明显增大，见于马方综合征及肢端肥大症。
- 6.变形颅：发生于中年人，以颅骨增大变形为特征，同时伴有长骨的骨质增厚与弯曲，见于变形性骨炎。

3、 颜面及其器官

(1) 眼

眼的检查包括：视功能、外眼、眼前节、内眼

1. 眼的功能检查

- (1) 视力：远视力，近视力
- (2) 视野：当眼球向正前方固视不动时所见的空间范围，与中心视力相对而言，它是周围视力，是检查黄斑中心凹以外的视网膜功能。
- (3) 色觉：色弱和色盲

2. 外眼检查

(1) 眼睑

睑内翻	瘢痕形成使睑缘向内翻转，见于沙眼
上睑下垂	双侧睑下垂见于先天性上睑下垂、重症肌无力；单侧上睑下垂见于蛛网膜下腔出血、脑炎、外伤等引起的动眼神经麻痹
眼睑闭合障碍	双侧闭合障碍可见于甲亢；单侧闭合障碍见于面神经麻痹。
眼睑水肿	眼睑皮下组织疏松，轻度或初发水肿常在眼睑表现出来。常见原因为肾炎、血管神经性水肿等。

- (2) 泪囊：若有粘液脓性分泌物流出，考虑慢性泪囊炎。有急性炎症时应避免作此检查
- (3) 结膜：  
充血：结膜炎、角膜炎      颗粒与滤泡：沙眼  
苍白：贫血                      发黄：黄疸
- (4) 眼球  
①眼球突出：双侧眼球突出见于甲状腺功能亢进症。**患者除突眼外还有以下眼征：** A.Stewart征：瞬目减少  
B.Graefe征：眼球下转时上睑不能相应下垂  
C.Mobius 征：集合运动减弱，即目标由远处逐渐移近眼球时，两侧眼球不能适度内聚D.Joffroy征：上视时无额纹出现      (背)

②眼球下陷：双侧→严重脱水、老年人；单侧→Horner综合征、眶尖骨折

③眼球运动（背）

- A.由支配眼肌运动的神经核、神经或眼外肌本身器质性病变所产生的斜视，称为麻痹性斜视，多由颅脑外伤、鼻咽癌、脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑血管病等所引起。
- B.眼球震颤：双侧眼球发生一系列有规律的快速往返运动，运动方向有水平、垂直和旋转。

眼球六个方向的运动、相应的配偶肌和神经支配（记住）

左、右上直肌 CN III    左、右上斜肌 CN IV      左、右内直肌 CN III  
左、右下直肌 CN III    左、右下斜肌 CN III      左、右外直肌 CN VI

④眼内压减低：双眼球凹陷，见于眼球萎缩或脱水。

⑤眼内压增高：青光眼

3. 眼前节检查

- (1) 角膜：角膜边缘若出现黄色或棕褐色的色素环，环的外缘较清晰，内缘较模糊，称为 Kayser－Fleischer环，是铜代谢障碍的结果，见于肝豆状核变性。（记住）
- (2) 巩膜：黄疸时，巩膜处最明显。
- (3) 虹膜：中央有圆形孔洞即瞳孔；虹膜纹理近瞳孔部分呈放射状排列，周边呈环形排列。虹膜纹理模糊或消失见于虹膜炎、水肿和萎缩。

(4) 瞳孔：

①瞳孔的性状与大小：瞳孔缩小，见于虹膜炎、有机磷中毒、药物反应（吗啡）等。瞳孔扩大见于外伤、青光眼、药物（阿托品）等，双侧瞳孔散大并伴有对光反射消失为濒死状态的表现。

②双侧瞳孔大小不等：常提示有颅内病变，如脑外伤、脑肿瘤、中枢神经梅毒、脑疝等。

③对光反射：直接对光反射、间接对光反射。检查瞳孔功能活动。双侧瞳孔对光反射迟钝或消失——昏迷病人；单侧瞳孔对光反射迟钝或消失——动眼神经损伤

④集合反射：嘱病人注视1m以外的目标（通常是检查者的示指尖），然后将目标逐渐移近眼球，正常人此时可见双眼内聚，瞳孔缩小，称为集合反射。

4. 眼底检查：视神经乳头、视网膜血管、黄斑区、视网膜各象限

(2) 耳

1. 外耳：

(1) 耳郭：大小、性状、对称性

(2) 外耳道：黄色液体流出并有疼痛者为外耳道炎；局部红肿疼痛，并有耳廓牵拉痛则为疖肿。脓液流出并有全身症状，则急性中耳炎；有血液或脑脊液流出则应考虑到颅底骨折；耳鸣患者注意是否存在外耳道瘢痕狭窄、耵聍或异物堵塞。

2. 中耳

3. 乳突：患化脓性中耳炎引流不畅时可蔓延为乳突炎。

4. 听力

(3) 鼻

1. 鼻的外形

2. 鼻翼扇动：吸气时鼻孔张大，呼气时鼻孔回缩，见于伴有呼吸困难的高热性疾病（大叶性肺炎）、支气管哮喘、心源性哮喘发作时。

3. 鼻中隔

4. 鼻出血

5. 鼻腔黏膜

6. 鼻腔分泌物

7. 鼻窦（掌握、检查方法记住）

(1) 上颌窦：双手固定于病人的两侧耳后，将拇指分别置于左右颧部向后按压，询问有无压痛，并比较两侧有无区别。也可用右手中指指腹叩击颧部。

(2) 额窦：一手扶持病人枕部，用另一手拇指或示指置于眼眶上缘内侧用力向后向上按压或双手固定头部，双手拇指置于眼眶上缘内侧用力向后向上按压，询问有无压痛，两侧有无差异。也可用中指叩击该区。

(3) 筛窦：双手固定病人两侧耳后，双手拇指分别置于鼻根部与眼内眦之间向后方按压，询问有无压痛。

(4) 蝶窦：不能在体表位置检查。

(4) 口

1. 口唇

2. 口腔黏膜：正常口腔黏膜光洁呈粉红色；蓝黑色色素沉着：Addison病；出血点或瘀斑：各种出血性疾病或维生素缺乏；相当于第二磨牙的颊粘膜处帽针头大小白色斑点：Koplik斑；黏膜疹：对称性，黏膜充血肿胀伴有小出血点，见于猩红热等；黏膜溃疡：见于慢性复发性口疮。

3. 牙齿：(1) 斑釉牙：牙齿呈黄褐色，长期饮用含氟量过高的水引起；(2) Hutchinson齿：中切牙切缘呈月牙形凹陷且牙间隙分离过宽，见于先天性梅毒；(3) 单纯齿间隙过宽：肢端肥大症。

4. 牙龈

5. 舌

干燥舌	1.轻度干燥不伴外形的改变；2.明显干燥见于鼻部疾患（可伴有张口呼吸、唾液缺乏）、大量吸烟、阿托品作用、放射治疗后等；3.严重的干燥舌可见舌体缩小，并有纵沟，见于严重脱水，可伴有皮肤弹性性减退。
舌体增大	1.暂时性肿大：见于舌炎、口腔炎、脓肿、血肿、血管神经性水肿等； 2.长时间增大：见于粘液性水肿、呆小病和先天愚型、舌肿瘤等。
地图舌	舌面上出现黄色上皮细胞堆积而成的隆起部分，状如地图。

裂纹舌	舌面上出现横裂纹，见于先天愚型与核黄素缺乏，后者有舌痛，纵向裂纹见于梅毒性舌炎。
草莓舌	舌乳头肿胀、发红类似草莓，见于猩红热或长期发热病人。
牛肉舌	舌面绛红如生牛肉状，见于糙皮病。（烟酸缺乏）
镜面舌	（光滑舌）舌头萎缩，舌体较小，舌面光滑呈粉红色或红色，见于缺铁性贫血、恶性贫血、慢性萎缩性胃炎
毛舌	1.也称黑舌，舌面敷有黑色或黄褐色毛。此为丝状乳头缠绕了真菌丝以及其上上皮细胞角化所形成。 2.见于久病衰弱或长期使用广谱抗生素（引起真菌生长）的病人。
运动异常	震颤见于甲状腺功能亢进症；偏斜见于舌下神经麻痹。

## 6. 咽部及扁桃体

### (1) 鼻咽

### (2) 口咽----扁桃体肿大的分型（掌握）：

I度：不超过咽腭弓

II度：超过咽腭弓

III度：达到或超过咽后壁中线

### (3) 喉咽

## 7. 喉

## 8. 口腔的气味

(1) 烂苹果味：糖尿病酮症酸中毒患者

(2) 尿味：尿毒症患者

(3) 肝臭味：肝坏死患者

(4) 大蒜味：有机磷农药中毒的患者

(5) 腮腺

1. 正常触诊时摸不出腺体轮廓，腮腺肿大时可见到以耳垂为中心的隆起，并可触及边缘不明显的包块。

2. 腮腺肿大见于：急性流行性腮腺炎、急性化脓性腮腺炎、腮腺肿瘤

## 第5章 颈部

### 一、外形与分区

### 二、姿势与运动

### 三、皮肤与包块

### 四、血管

肝-颈静脉回流征：右心衰引起肝淤血肿大时，压迫右上腹部可观察到颈静脉怒张或怒张加重。

（掌握）

## 5、甲状腺

1. 视诊：观察大小和对称性

2. 触诊（掌握触诊的方法）

(1) 甲状腺峡部：甲状腺峡部位于环状软骨下方第二至第四气管环前面。站于受检者前面用拇指或站于受检者后面用食指从胸骨上切迹向上触膜，可感到气管前软组织，判断有无增厚，请受检者吞咽，可感到此软组织在手指下滑动，判断有无长大和肿块。

(2) 甲状腺侧叶：

前面触诊：一手拇指施压于一侧甲状软骨，将气管推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌前缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指在胸锁乳突肌前缘触诊，配合吞咽动作，重复检查，可触及被推挤的甲状腺，用同样方法检查另一侧甲状腺。

后面触诊：类似前面触诊。一手示、中指施压于一侧甲状软骨，将气管推向对侧，另一手拇指在对侧胸锁乳突肌前缘向前推挤甲状腺，示、中指在其前缘触诊甲状腺。配合吞咽动作，重复检查。用同样方法检查另一侧甲状腺。

甲状腺肿大可分三度：（掌握）

I度：不能看出肿大但能触及；

II度：能看到肿大又能触及，但在胸锁乳突肌以内；



### III度：超过胸锁乳突肌外缘

#### 3. 听诊

引起甲状腺肿大的常见疾病：

- 1) 甲状腺功能亢进
- 2) 甲状腺癌
- 3) 慢性淋巴性甲状腺炎
- 4) 甲状旁腺腺瘤

## 第六章 胸部

### 第一节 胸部的体表标志

#### 一、骨骼标志

1. 胸骨上切迹
2. 胸骨柄
3. **胸骨角 (Louis角) \***：胸骨柄与胸骨体的连接处。其两侧分别与左右第二肋软骨相连接，还标志气管分叉、心房上缘和上下纵膈交界及相当于第四胸椎下缘水平。
4. **腹上角\***：为左右肋弓与胸骨下端汇合形成的夹角，又称胸骨下角。其后为肝脏左叶、胃及胰腺所在区域。
5. 剑突
6. 肋骨：1~7与其肋软骨相连，8~10与上一肋软骨相连，11~12为浮肋。
7. **肋间隙\***：为两个肋骨之间的空隙，第1肋骨下面的间隙为第1肋间隙，以此类推。
8. 肩胛骨：位于后胸壁2~8肋之间，肩胛下角平第7肋骨水平或第7肋间隙，或相当于第8胸椎水平。
9. 脊柱棘突：第7颈椎棘突最为突出，其下为第1胸椎。
10. 肋脊角：第12肋与脊柱的夹角。

#### 二、垂直线标志

1. 前正中线
2. 锁骨中线
3. 胸骨线：沿胸骨边缘与前正中线平行的垂直线。
4. 胸骨旁线：胸骨线与锁骨中线中点的垂直线。
5. 腋前线
6. 腋后线
7. 腋中线
8. 肩胛线（肩胛下角线）：为双臂下垂时通过肩胛下角所作与后正中线平行的垂直线。
9. 后正中线

#### 三、自然陷窝和解剖区域

1. 腋窝
2. 胸骨上窝：正常气管位于其后。
3. **锁骨上窝\***：为锁骨上方的凹陷处，相当于两肺尖的上部。
4. 锁骨下窝
5. 肩胛上区：肩胛冈以上的区域。
6. 肩胛下区：两肩胛下角的连线与第12胸椎水平线之间的区域。
7. 肩胛区：肩胛冈以下、肩胛下角水平以上、肩胛骨内缘以外的区域。
8. 肩胛间区：两肩胛骨内缘之间的区域。

#### 四、肺和胸膜的体表投影（掌握）

1. 肺尖：位于锁骨之上约3cm，其最高点偏内，近锁骨的胸骨端，达第1胸椎水平。
2. 肺上界：始于胸锁关节，向上至第1胸椎水平，然后转折向下至锁骨中1/3与内1/3交界处。呈一向上凸起之弧线。
3. 肺外侧界：肺上界向下延伸。
4. 肺内侧界
5. 肺下界：  
前胸壁的肺下界始于第6肋骨，向两侧斜行向下，于锁骨中线处达第6肋间隙，至腋中线处达第8肋间隙。后胸壁的肺下界几乎呈一水平线，于肩胛处位于第10肋间隙水平。
6. 胸膜：脏胸膜、壁胸膜
  - (1) 肋膈窦：肋胸膜与膈胸膜在肺下界以下的转折处，位置最低，胸水易积于此处。
  - (2) 胸膜的下界：