

第一部分

常见症状

第二部分

问诊

第三部分

体格检查

第一章 基本方法

第一节 视诊

第二节 触诊

第三节 叩诊

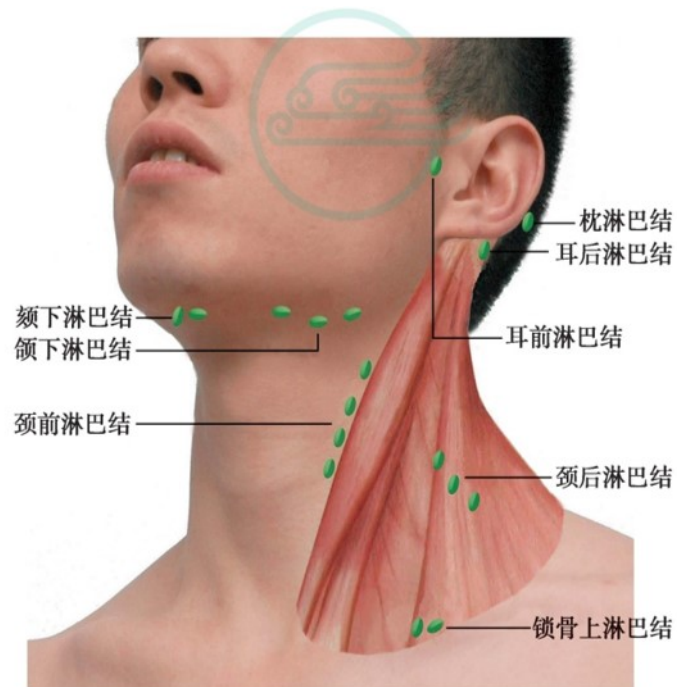
第四节 听诊

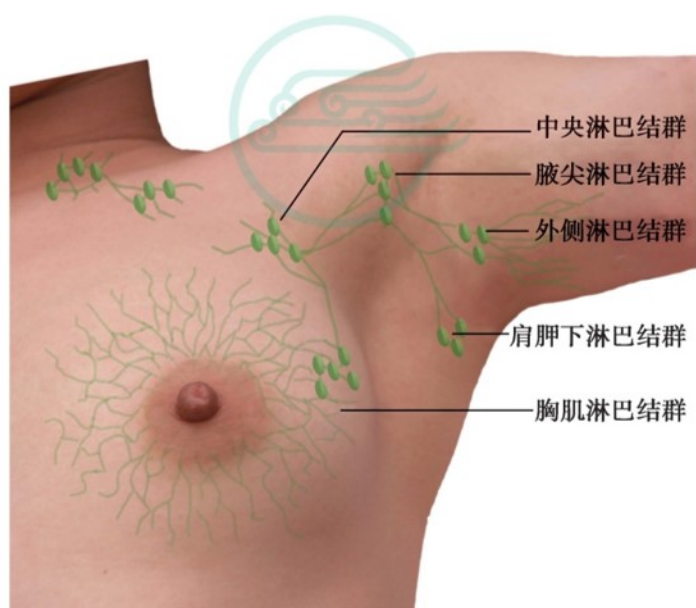
第五节 嗅诊

第二章 一般检查

- (1) 腋测法: 5 分钟后读数。正常值为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$
- (2) 口测法: 5 分钟后读数。正常值为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$
- (3) 肛测法: 5 分钟后读数。正常值为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。

第一节 皮肤





第三章 头部检查

第一节 头发和头皮

第二节 头颅

头颅的大小：
用头围衡量。
用软尺自眉间绕到颅后通过枕骨隆突。

表 3-3-1: 临床常见头颅的大小异常或畸形

小颅	囟门过早闭合：常伴有大脑发育不全、智力障碍
尖颅	Apert 综合征：先天性尖颅并指（趾）畸形，
方颅	小儿佝偻病或先天梅毒
长颅	Manfan 综合征及肢端肥大症
巨颅	脑积水：顶、颞、枕部突出膨大呈圆形；颅内压增高压迫眼球出现落日现象。
变形颅	畸形性骨炎：以颅骨增大变形为特征，伴有长骨的骨质增厚与弯曲。

第三节 颜面及其器官

一 眼

(一) 眼的功能检查

- 1. 视力 (visual acuity)
- 2. 视野 (visual fields) 是当眼球向正前方固视不动时所见的空间范围，与中央视力相对而言，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 (color sensation)
- 4. 立体视的检查

(二) 外眼检查

1. 眼睑 (eyelids)

(1) 睑内翻 (entropion) : 由于瘢痕形成使睑缘向内翻转, 见千沙眼。

(2) 上睑下垂 (ptosis) :

双侧上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、白喉、脑脓肿、脑炎、外伤等引起的动眼神经麻痹。

(3) 眼睑闭合障碍:

双侧眼睑闭合障碍可见于甲状腺功能亢进症;

单侧闭合障碍见于面神经麻痹。

(4) 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、慢性肝病、营养不良、贫血血管神经性水肿等。此外, 还应注意眼睑有无包块、压痛、倒睫等。

(三) 眼前节检查

1. 瞳孔 (pupil) 瞳孔是虹膜中央的孔洞, 正常直径为 3~4 mm 。

瞳孔缩小 (瞳孔括约肌收缩), 是由动眼神经的副交感神经纤维支配;

瞳孔扩大 (瞳孔扩大肌收缩), 是由交感神经支配。

(1) 瞳孔的形状与大小: 正常为圆形, 双侧等大。

病理情况下, 瞳孔缩小见于虹膜炎症、中毒 (有机磷类农药)、药物反应 (毛果芸香碱、吗啡、氯丙嗪) 等。

(四) 内眼

第四章 颈部检查

颈静脉颈静脉充盈的高度反映静脉压水平。一般多取右侧颈静脉进行观察。

正常人立位或坐位时颈外静脉（简称颈静脉）常不显露。

平卧时可见颈外静脉充盈，充盈水平限于锁骨上缘至下颌角距离的下 2/3 内。

取 30°~45° 度半卧位，颈静脉充盈程度超过正常水平，为颈静脉怒张，提示静脉压增高。

静脉压异常增高：见于右心衰竭、缩窄性心包炎、心包积液或上腔静脉阻塞综合征。

颈动脉搏动：正常人在安静状态下不易看到颈动脉搏动，只在剧烈活动后心搏出量增加时可见。如在安静状态下出现颈动脉的明显搏动，则多见主动脉关闭不全、甲状腺功能亢进及严重贫血病人。

颈静脉搏动：在正常情况下不会出现颈静脉搏动，在三尖瓣关闭不全伴有颈静脉怒张时可看到。

动脉和静脉搏动的鉴别：一般静脉搏动柔和，范围弥散，触诊时无搏动感；动脉搏动较强劲，为膨胀性，触诊时搏动感明显。

颈部血管听诊

颈部大血管处：收缩期杂音应考虑颈动脉狭窄。

锁骨上窝处：听到杂音，可能为锁骨下动脉狭窄。

右锁骨上窝处听到连续性“营营”样杂音：则可能为颈静脉流入上腔静脉口径较宽的球部所产生，这种杂音是生理性的，用手指压迫颈静脉后可消失。

一 甲状腺

甲状腺肿大可分为三度：

度：不能看出肿大但能触及者；

度：能看到肿大又能触及，但在胸锁乳突肌外缘以内者；

度：超过胸锁乳突肌外缘者。

听诊

当甲状腺肿大时，用钟型听诊器直接放在肿大的甲状腺上，如能听到低调的连续性血管杂音，对诊断甲状腺功能亢进很有帮助。

二 甲状腺

三 甲状腺

四 甲状腺

第五章 胸部检查

(P142)

- 掌握胸部体表标志
- 掌握肺部视、触、叩、听诊的正常和异常现象、其发生机制和临床意义
- 熟悉胸壁、胸廓和乳房的检查。呼吸系统常见病的主要症状及体征 (大叶性肺炎、支气管哮喘、胸腔积液等)。
- 运用肺部查体帮助诊断呼吸系统常见疾病

第一节 胸部的体表标志

一 骨骼标志

1. 胸骨柄
2. 胸骨上切迹
3. 胸骨角
4. 腹上角
5. 剑突
6. 肋骨
7. 肋间隙
8. 肩胛骨
9. 脊柱棘突

10. 肋脊角

二 垂直线标志

三 自然陷窝和解剖区域

四 肺和胸膜的界限

第二节 胸壁、胸廓与乳房

一 乳房

(一) 视诊

(二) 乳房的常见病变

1. **急性乳腺炎** 乳房红、肿、热、痛,常局限于一侧乳房的某一象限。触诊有硬结包块,伴寒战、发热及出汗等全身中毒症状,常发生于哺乳期妇女,但亦见于青年女性和男子。

2. **乳腺肿瘤** 应区别良性或恶性,乳腺癌一般无炎症表现,多为单发并与皮下组织粘连,局部皮肤呈橘皮样,乳头常回缩。多见于中年以上的妇女,晚期每伴有腋窝淋巴结转移。良性肿瘤则质较柔韧或中硬,界限清楚并有一定活动度,常见者有乳腺纤维瘤等。

第三节 肺和胸膜

一 视诊

(一) 呼吸运动

高碳酸血症可直接抑制呼吸中枢使呼吸变浅。

一般成人静息呼吸时,潮气量约为 500ml。

正常男性和儿童的呼吸以膈肌运动为主,胸廓下部及上腹部的动度较大,而形成腹式呼吸;女性的呼吸则以肋间肌的运动为主,故形成胸式呼吸。

”三凹征”(three depressions sign)。

(二) 呼吸频率

正常成人静息状态下,呼吸为 12~20 次/分,

表 3-5-1: 常见异常呼吸类型的病因和特点

类型	特点	病因
呼吸停止	呼吸消失	心脏停搏
比奥呼吸	规则呼吸后出现长周期呼吸停止又开始呼吸	颅内压增高, 药物引起呼吸抑制, 大脑损害 (通常于延髓水平)
陈施呼吸	不规则呼吸呈周期性, 呼吸频率和深度逐渐增加和逐渐减少导致呼吸暂停相交替出现	药物引起的呼吸抑制, 充血性心力衰竭, 大脑损伤 (通常于脑皮质水平)
库斯莫尔呼吸	呼吸深慢	代谢性酸中毒

类型	特点	病因
呼吸停止	呼吸消失	心脏停搏
比奥呼吸	规则呼吸后出现长周期呼吸停止又开始呼吸	颅内压增高, 药物引起呼吸抑制, 大脑损害 (通常于延髓水平)
陈施呼吸	不规则呼吸呈周期性, 呼吸频率和深度逐渐增加和逐渐减少导致呼吸暂停相交替出现	药物引起的呼吸抑制, 充血性心力衰竭, 大脑损伤 (通常于脑皮质水平)
库斯莫尔呼吸	呼吸深慢	代谢性酸中毒

(三) 呼吸节律

二 触诊

(一) 语音震颤

语音震颤减弱或消失

1. 肺泡内含气量过多, 如慢性阻塞性肺疾病;
2. 支气管阻塞, 如阻塞性肺不张;
3. 大量胸腔积液或气胸;
4. 胸膜显著增厚粘连;
5. 胸壁皮下气肿。

语音震颤增强

1. 大叶性肺炎实变期、大片肺梗死等;
2. 空洞型肺结核、肺脓肿等。

(二) 胸膜摩擦感

胸膜摩擦感 (pleural friction fremitus) 指当急性胸膜炎时, 因纤维蛋白沉着于两层胸膜, 使其表面变得粗糙, 呼吸时脏层胸膜和壁层胸膜相互摩擦, 可由检查者的手感觉到, 故称为胸膜摩擦感。

三 叩诊

(一) 正常叩诊音

1. 正常胸部叩诊音 正常胸部叩诊为清音, 其音响强弱和高低与肺脏含气量的多寡、胸壁的厚薄以及邻近器官的影响有关。

2. 侧卧位的胸部叩诊 侧卧位时由于一侧胸部靠近床面对叩诊音施加影响, 故近床面的胸部可叩得一条相对浊音或实音带。在该带的上方区域由于腹腔脏器的压力影响, 使靠近床面一侧的膈肌升高, 可叩出一粗略的浊音三角区。

因侧卧时脊柱弯曲, 使靠近床面一侧的胸廓肋间隙增宽, 而朝上一侧的胸廓肋骨靠拢肋间隙变窄。故于朝上的一侧的肩胛角尖端处可叩得一相对的浊音区, 撤去枕头后由于脊柱伸直, 此浊音区即行消失。

(二) 胸部异常叩诊音

正常肺脏的清音区范围内, 如出现浊音、实音、过清音或鼓音时则为异常叩诊音 (P158)。

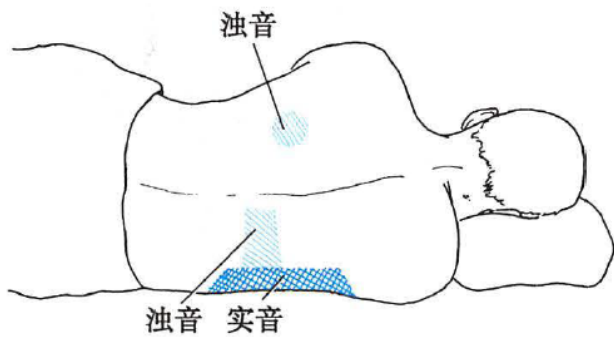


图 3-5-1: 侧卧位的叩诊音

肺部大面积含气量减少的病变, 如肺炎、肺不张、肺结核、肺梗死、肺水肿及肺硬化等; 和肺内不含气的占位病变, 如肺肿瘤、肺棘球蚴病或囊虫病、未液化的肺脓肿等; 以及胸腔积液, 胸膜增厚等病变, 叩诊均为浊音或实音。

肺张力减弱而含气量增多时, 如慢性阻塞性肺疾病等, 叩诊呈过清音 (hyperresonance)。肺内空腔性病变如其腔径大于 3~4 cm, 且靠近胸壁时, 如空洞型肺结核、液化了的肺脓肿和肺囊肿等, 叩诊可呈鼓音。

四 听诊

(一) 正常呼吸音

1. 支气管肺泡呼吸音 正常人于胸骨两侧第 1、2 肋间隙, 肩胛间区第 3、4 胸椎水平以及肺尖前后部可听及支气管肺泡呼吸音。

表 3-5-2: 4 种正常呼吸音特征的比较

特征	气管呼吸音	支气管呼吸音	支气管肺泡呼吸音	肺泡呼吸音
强度	极响亮	响亮	中等	柔和
音调	极高	高	中等	低
吸: 呼	1:1	1:3	1:1	3:1
性质	粗糙	管样	沙沙声, 但管样	轻柔的沙沙声
正常听诊区域	胸外气管	胸骨柄	主支气管	大部分肺野

(二) 啰音

呼吸音以外的附加音, 该音正常情况下并不存在, 故非呼吸音的改变。

1. 湿啰音 系由于吸气时气体通过呼吸道内的分泌物如渗出液、痰液、血液、黏液和脓液等,形成的水泡破裂所产生的声音,又称水泡音。或认为由于小支气管壁因分泌物黏着而陷闭,当吸气时突然张开重新充气所产生的爆裂音。

(1) 特点: 为呼吸音外的附加音,断续而短暂,部位较恒定,性质不易变。

(2) ff

(三) 语音共振

语音共振的产生方式与语音震颤基本相同。(触诊、听诊)

第四节 呼吸系统常见疾病的主要症状和体征

一 大叶性肺炎

大叶性肺炎是大叶性分布的肺脏炎性病变。病理改变可分为三期,即充血期、实变期及消散期。

1. 症状 起病多急骤,表现为寒战高热,头痛,全身肌肉酸痛,患侧胸痛,呼吸增快,咳嗽,咳铁锈色痰。

2. 体征

二 气胸

第五节 心脏检查

一 视诊

(一) 胸廓畸形

(二) 心尖搏动

心尖搏动 (apical impulse) 主要由于心室收缩时心脏摆动,心尖向前冲击前胸壁相应部位而形成。正常成人心尖搏动位于第 5 肋间,左锁骨中线内侧 0.5~1.0 cm,搏动范围以直径计算为 2.0~2.5 cm。

二 触诊

三 叩诊

(P147)

表 3-5-3: 肺与胸膜常见疾病的体征

疾病	视诊		触诊		叩诊		听诊	
	胸廓	呼吸动度	气管位置	语音震颤	音响	呼吸音	啰音	语音共振
大叶性肺炎	对称	患侧减弱	正中	患侧增强	浊音	支气管呼吸音	湿啰音	患侧增强
慢性阻塞性肺	桶状	双侧减弱	正中	双侧减弱	过清音	减弱	多无	减弱
哮喘	对称	双侧减弱	正中	双侧减弱	过清音	减弱	干啰音	减弱
肺水肿	对称	双侧减弱	正中	正常或减弱	正常或浊音	减弱	湿啰音	正常或减弱
肺不张	患侧平坦	患侧减弱	移向患侧	减弱或消失	浊音	减弱或消失	无	减弱或消失
胸腔积液	患侧饱满	患侧减弱	移向健侧	减弱或消失	实音	减弱或消失	无	减弱
气胸	患侧饱满	患侧减弱或消失	移向健侧	减弱或消失	鼓音	减弱或消失	无	减弱或消失

表 3-5-4: 心浊音界改变的心脏因素和临床常见疾病

因素	心浊音界	临床常见疾病
左心室增大	向左下增大，心腰加深，心界似靴形 (图 3-5-2)	主动脉瓣关闭不全等
右心室增大	轻度增大: 绝对浊音界增大，相对浊音界无明显改变 显著增大: 心界向左右两侧增大	肺源性心脏病或房间隔缺损等
左、右心室增大	心浊音界向两侧增大，且左界向左下增大，称普大型	扩张型心肌病等
左心房增大或合并肺动脉段扩大	左房显著增大: 胸骨左缘第 3 肋间心界增大，心腰消失 左房与肺动脉段均增大: 胸骨左缘第 2、3 肋间心界增大，心腰更为丰满或膨出，心界如梨形 (图 3-5-3)	二尖瓣狭窄等
主动脉扩张	胸骨右缘第 1、2 肋间浊音界增宽，常伴收缩期搏动	升主动脉瘤等
心包积液	两侧增大，相对、绝对浊音界几乎相同，并随体位而改变，坐位时心界呈三角形烧瓶样，卧位时心底部浊音增宽	心包积液

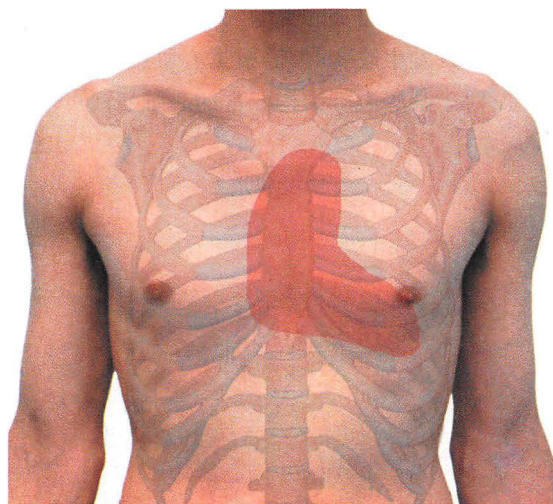


图 3-5-2: 主动脉瓣关闭不全的心浊音界（靴形心）

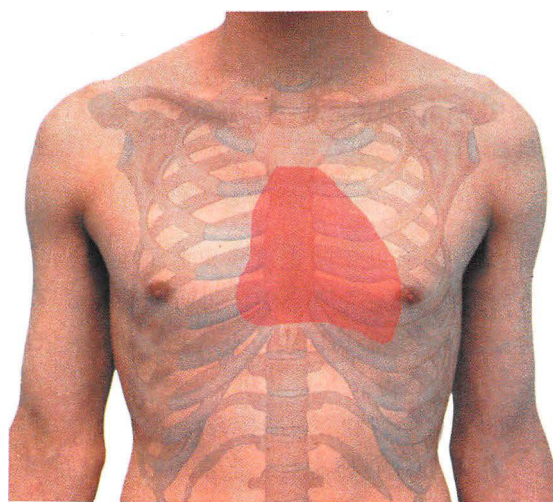


图 3-5-3: 二尖瓣狭窄的心浊音界（梨形心）

四 听诊

(一) 听诊内容

(二) 听诊内容

(三) 听诊内容

1. 心音 (heart sound)

2. 心音 (heart sound)

3. 心音 (heart sound) 按其在心动周期中出现的先后次序, 可依次命名为第一心音 (first heart sound, S_1)、第

4. 心音的改变及其临床意义

(1) 心音强度改变: 除肺含气量多少、胸壁或胸腔病变等心外因素以及是否有心包积液外, 影响心音强度的主要因素是心肌收缩力与心室充盈程度 (影响心室内压增加的速率), 以及瓣膜位置的高低、瓣膜的结构和活动性等。

1) 第一心音强度的改变: 主要决定因素是心室内压增加的速率, 心室内压增加的速率越快, S_1 越强; 其次受心室开始收缩时二尖瓣和三尖瓣的位置和上述其他因素影响。

S_1 增强: 常见于二尖瓣狭窄。由于心室充盈减慢减少, 以致在心室开始收缩时二尖瓣位置低垂

2) 第二心音强度的改变: 体或肺循环阻力的大小和半月瓣的病理改变是影响 S_2 的主要因素。 S_2 有两个主要部分即主动脉瓣部分 (A_2) 和肺动脉瓣部分 (P_2)

(2) f

第六章 腹部检查

第七章 肛门与直肠检查

第八章 脊柱

熟悉脊柱、四肢的检查方法

熟悉异常体征的临床意义

思考题

1. 脊柱检查的内容有哪些？简述其检查方法及各种病变的临床意义。
2. 四肢及关节的形态改变有哪些？各有何临床意义
3. 简述四肢运动功能检查的内容、方法及运动功能障碍常见的病因

第一节 脊柱检查

检查内容：弯曲度、有无畸形、活动度是否受限、有无压痛及叩击痛。

常用检查方法（视、触、叩）

背面视诊

侧面视诊

脊柱压痛与叩击痛

第二节 四肢与关节

检查方法

视诊

触诊

特殊情况下采用叩诊和听诊

第九章 神经

第四部分

实验诊断

第五部分

辅助检查

第十章 心电图

(P1...)

掌握

- 心脏的特殊传导系统及心电图各波段的组成；
- 常规心电图导联及电极的放置部位；
- 心电图参数的测量方法；
- 正常心电图波形的特点和正常值；
- 临床上常见的异常心电图表现（房室肥大，心肌缺血与心肌梗死，期前收缩，室上性心动过速，室性心动过速，扭转型室速，心房扑动与心房颤动，房室传导阻滞，预激综合征，高血钾与低血钾）。

熟悉

- 心电图的分析步骤及临床应用；
- 心律失常分类；
- 窦性心律失常的几种表现；
- 窦房阻滞的心电图表现；
- 左、右束支阻滞及其分支阻滞的心电图表现；
- 逸搏与逸搏心律。

第一节 临床心电图学的基本知识

一 心电图产生原理

二 心电图各波段的组成和命名

三 心电图导联体系

1. 肢体导联 (limb leads) 包括标准肢体导联 I、II、III 及加压肢体导联 aVR、aVL、aVF。肢体导联的电极主要放置于右臂 (R)、左臂 (L)、左腿 (F)，连接此三点即成为所谓 Einthoven 三角（图 5-1 - 8A、B）。

表 5-10-1: Add caption

P 波	心房的除极化
PR 段	从心房除极至心室除极所用的时间
QRS 波群	心室的除极化
ST 段和 T 波	心室的复极化
QT 间期	整个从心室除极到复极所用的时间

2. 胸导联 (chest leads) v1 位于胸骨右缘第 4 肋间;
v2 位于胸骨左缘第 4 肋间
V3 位于 V 点 V4 两点连线的中点
V4 位于左锁骨中线与第 5 肋间相交处;
Vs 位于左腋前线与 v4 同一水平处;
v6 位于左腋中线与 v4 同一水平处。

第二节 心电图的测量和正常数据

一 心电图测量

当走纸速度为 25mm/s 时，每两条纵线间 (1mm) 表示 0.04 秒 (即 40 毫秒)，
当标准电压1 mV= 10mm 时，两条横线间 (1 mm) 表示 0.1 mV 。

(一) 心率的测量

在安静清醒的状态下，正常心率范围在 60 -100 次 / 分。
R 波首先出现的位于参考水平线以上的正向波
Q 波 R 波之前的负向波
S 波 R 波之后的第一个负向波
R’ 波 S 波之后的正向波
S’ 波 R’ 波之后的负向波
QS 波 QRS 波只有负向波
若振幅 >0.5mv，用大写字母表示
若振幅 <0.5mv，用小写字母表示
振幅小可称为 q、r、s、r’、s’

二 正常心电图波形特点和正常值

1. P 波 代表心房肌除极的电位变化。
- (1) 时间：正常人 P 波时间一般小于 0.12 秒。
- (2) 振幅：P 波振幅在肢体导联一般小千 0. 25mV, 胸导联一般小于 0.2mV 。

2. QRS 波群 代表心室肌除极的电位变化。

(1) 不超过 0.11 秒,

(2) 胸导联, V5、V6 导联不超过 2.5mV。肢体导联, I 导联的 R 波小于 1.5mV。

6 个肢体导不应都小于 0.5mV, 6 个胸导不应都小于 0.8mV,

(3) R 峰时间 (R peak time): R 峰时间延长见于心室肥大, 预激综合征及心室内传导阻滞。

(4) Q 波: 不超过 0.03 秒 (除 III 和 aVR 导联外)。Q 波深度不超过同导联 R 波振幅的 1/4。

3. ST 段 不超过 0.05mV。

4. T 波 代表心室快速复极时的电位变化。

第三节 心房肥大和心室肥厚

一 心室肥厚

(一) 左心室肥厚

面向左心室的导联 (I、aVL、Vs 和 V6) 其 R 波振幅增加

而面向右心室的导联 (V₁ 和 V2) 则出现较深的 S 波

第四节 心肌缺血与 ST-T 改变

第五节 心肌梗死

第六节 心律失常

一 概述

二 窦性心律及窦性心律失常

三 期前收缩

四 逸搏与逸搏心律

五 异位性心动过速

六 扑动与颤动

七 传导异常

(一) 预激综合征

第七节 电解质紊乱和药物影响

第八节 心电图的分析方法和临床应用

第十一章 其他常用心电学检查

第六部分

病例书写

插图

表格