

## 金英杰·中医/中西医-2020.8.6-每日必背-诊断学基础

### 第三章 检体诊断

#### 一、基本检查法

##### 1. 视诊

##### 2. 触诊浅部触诊

**深部滑行触诊**：适用于腹腔深部包块、胃肠病变

**双手触诊**：适用于肝、脾、肾、子宫和腹腔肿物

**深压触诊法**：压痛、反跳痛

**冲击触诊**：大量腹水而肝脾无法触及

##### 3. 叩诊姿势：右手中指，扣左手中指

常见叩诊音如下：

叩诊音	生理情况	病理状态
清音	正常肺部的叩诊音	
浊音	肺的边缘所覆盖的心脏或肝脏部分	肺组织含气量减少（如肺炎）
鼓音	胃泡区及腹部	肺空洞、气胸或气腹
过清音	--	肺气肿
实音	心脏、肝脏	大量胸腔积液或肺实变

**鼓音**—生理：胃泡、腹部病理：肺空洞、气胸、气腹

**过清音**—病理：肺气肿

**清音**—生理：正常肺

**浊音**—生理：肺边缘所覆盖的心、肝病理：肺炎

**实音**—生理：心、肝病理：胸腔积液、实变

##### 4. 听诊：心、肺、肠鸣音

##### 5. 呼吸味

**大蒜味**—有机磷农药中毒；**烂苹果味**—糖尿病酮症酸中毒；**氨味**—尿毒症；**腥臭味**—肝性脑病（肝臭味）

#### 二、全身状态检查

##### 1. 体温 速记——（3257）

1. 口腔温度正常值为 36.3℃~37.2℃。

2. 肛门温度正常值为 36.5℃~37.7℃。

3. 腋下温度正常值为 36℃~37℃。

脉搏、正常人 60-100 次每分。房颤时脉律不整齐，脉搏强弱不一，脉搏短绌。

血压：**脉压增大**：脉压>40mmhg——主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、高热、贫血、甲亢

脉压大一水冲脉（脉压大，主不全）

病态面容：**慢性病容**：慢性消耗性疾病，肺结核、肝硬化、肿瘤；**急性热病面容**：急性感染性疾病；**甲亢病**很特殊，眼裂增大，眼球突出，惊恐貌（炯炯有神）；**黏液水肿面容**（甲减）：颜面浮肿、目光呆滞、反

应迟钝；二尖瓣面容（缺氧）：双颊紫红，发绀。风心病、二尖瓣狭窄；苦笑面容：破伤风；伤寒面容：淡漠、迟钝；满月脸：激素、库欣综合征（糖皮质激素增多症）；肢端肥大症面容：头颅增大，脸面变长，下颌增大向前突出；面具面容：面部呆板，面无表情；震颤麻痹（帕金森）。

强迫体位：患者为了减轻疾病所致的痛苦，被迫采取的某些特殊体位

常见有：

- （1）强迫仰卧位：见于急性腹膜炎
- （2）强迫俯卧位：脊柱疾病
- （3）强迫侧卧位：胸腔积液
- （4）端坐呼吸：左心衰
- （5）辗转体位：胆绞痛、肾绞痛
- （6）角弓反张：破伤风

### 步态检查

1. 痉挛性偏瘫步态：见于急性脑血管疾病
2. 醉酒步态：见于小脑病变，酒精中毒
3. 剪刀步态：脑性瘫痪
4. 共济失调步态：见于小脑或脊髓后索病变
5. 慌张步态：震颤麻痹
6. 蹒跚步态（鸭步）：肌肉骨骼病，如佝偻病、先天性双髋关节脱位（肌肉骨骼病）
7. 间歇性跛行：见于严重下肢动脉硬化
8. 跨阈步态：腓总神经麻痹引起的足下垂

### 皮肤检查

皮肤红色（樱桃红色）：一氧化碳中毒

色素沉着：肾上腺皮质功能减退、肝硬化、肝癌晚期

色素脱失：白癜风，白化症

玫瑰疹见于伤寒（稽留热）

肝掌一大鱼际、小鱼际红紫色—肝病、肝硬化

蜘蛛痣—雌激素增多—常位于上腔静脉分布区（前胸后背面部颈部）—肝病、肝硬化

皮下出血：直径<2mm—瘀点、3-5mm—紫癜、>5mm—瘀斑

### 四、淋巴结检查

左侧锁骨上窝淋巴结肿大—胃癌、肝癌、结肠癌

右侧锁骨上窝淋巴结肿大—肺癌、食管癌（左腹右胸）

颈部淋巴结肿大—鼻咽癌；腋下淋巴结肿大—乳腺癌

### 五、头部检查

眼部：

眼睑浮肿—肾性水肿

眼睑下垂—双侧（重症肌无力）单侧（动眼神经麻痹）

结膜苍白—贫血巩膜黄染—黄疸

闭合障碍—双侧(甲亢)单侧(神经麻痹)

眼球凹陷—脱水、营养不良

瞳孔缩小—有机磷中毒吗啡、氯丙秦、毛果云香碱药物影响

(速记——瞳孔缩小马有绿毛)

瞳孔大小不等—脑疝、脑外伤、濒死状态

瞳孔散大——阿托品、濒死状态、青光眼绝对期、酒精中毒

(速记——酒托死光)

口腔：口腔麻疹黏膜斑—麻疹早期表现

草莓舌—猩红热

扁桃体肿大的分度——I度：没出来(没超过咽腭弓) II度：出来了(没超过咽喉壁中线) III度：没到中线(达到或超过咽喉壁中线)。腮腺肿大—流行性腮腺炎

## 六、颈部检查

颈静脉怒张：右心衰、缩窄性心包炎、心包积液、上腔静脉受压

颈动脉搏动增强：主不全发热甲亢贫血

甲状腺肿大：分度 I度：不能看出但能触及； II度：肿大能触及，但不超过胸锁乳突肌； III度：超过胸锁乳突肌外缘。

甲亢特征改变：听到杂音、触及震颤

气管检查：气管移向健侧：胸腔积液、气胸、纵隔肿瘤、单侧甲状腺肿；气管移向患侧：肺不张、胸膜粘连。

## 七、胸壁及胸廓检查

体表标志：

胸骨角—第2肋软骨相接，解剖计数标志；肩胛下角—平第7肋骨或第7肋间隙、第8胸椎

异常胸廓：桶状胸—肺气肿；扁平胸—慢性消耗性疾病；鸡胸、漏斗胸—佝偻病；胸骨压痛或叩击痛—白血病(胸骨压痛+肝脾淋巴结肿大)；乳房：酒窝、橘皮样变—乳腺癌乳头内陷或位置偏移—癌变

一侧膨隆—大量胸腔积液、气胸；一侧平坦或下线—肺不张、肺纤维化；局限性隆起—心包积液、肋骨骨折胸骨压痛、叩击痛—白血病；橘皮样变、血性分泌物、乳头内陷、跑偏、酒窝征、单侧青筋暴露—乳癌

## 八、肺和胸膜检查

语颤(肺内、气流、震动)气体减少——语颤增强。气体增多——语颤减弱。

胸膜摩擦感：以腋中线第5~7肋间隙最易感觉到。

听诊：正常呼吸音—支气管呼吸音、肺泡呼吸音、支气管肺泡呼吸音

啰音—干啰音：气管、支气管狭窄

呼气时清楚、性质多变、部位多变

多见于支气管哮喘、喘息性慢支

湿啰音：肺泡内有液体(分为大、中、小湿啰音和捻发音)

吸气末清楚、性质不变、部位不变

多见于支气管肺炎、肺淤血肺水肿—支气管炎、支气管肺炎干、湿啰音均可出现

捻发音：疾病早期

听觉语音、耳语音：同语颤。

## 九、心脏血管检查

心脏

视诊：

正常心尖搏动—胸骨左缘**第5肋间**中线内侧 0.5~1cm

异常搏动：向左下移位—**左心室增大**

向左移动—右心室增大

叩诊：左心室增大—**靴形心主不全**；左心房增大—**梨形心二狭**；心包积液—**烧瓶形心包积液**

听诊：5个听诊区：（听诊顺序：心肺一二三）

二尖瓣—心尖搏动最强处，左侧**第5肋间隙**、锁骨中线**内侧**（**心尖搏动点**）

肺动脉瓣—胸骨**左2肋间隙**

主动脉一区—胸骨**右2肋间隙**

主动脉二区—胸骨**左缘3、4肋间隙**

三尖瓣—胸骨下端**左缘4、5肋间隙**

**二三狭舒，肺主不舒；二三不收，肺主狭收。**

胸骨左缘第3、4肋间收缩期杂音——**室间隔缺损**；

连续性胸骨左缘第2肋间及其附近杂音——**动脉导管未闭**。

心率与心律：心律绝对不等、心音强弱不一、脉搏短拙—**房颤（秒杀词！）**

心音听诊：

主动脉瓣区第二心音增强—高血压；肺动脉瓣区第二心音**增强**—**肺心病**、肺动脉高压；奔马律—**心衰**（左心衰、右心衰、全心衰）；开瓣音—二尖瓣弹性好，**二尖瓣分离术**适应症；心脏杂音：机器样杂音—**主动脉导管未闭**。音乐样杂音—**感染性心内膜炎**、**梅毒性主动脉瓣关闭不全**；左侧卧位可以**增强二尖瓣杂音**；前倾坐位**增强主动脉瓣杂音**；吸气—右心杂音增强；呼气—左心杂音增强。

（速记——**呼左吸右**）

心包摩擦音、胸膜摩擦音：屏气后不消失—心包摩擦音

**屏气后消失—胸膜摩擦音**

周围血管征：都是由**脉压增大**所致，常见于主动脉瓣关闭不全、发热、贫血、甲亢。

肝颈静脉回流征—**肝淤血**、**右心衰**

脉压增大：**细血管搏动征**、**点头运动**、**水冲脉**——见于5个病：**发热、甲亢、严重贫血、主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭**。

心脏震颤：连续性**动脉导管未闭**

胸骨左缘**3、4肋间隙**收缩期震颤：**室间隔缺损**

## 十、腹部检查

视诊

外形

腹内积气——可见**肠梗阻**、**肠麻痹**

腹腔积液——**蛙腹**。常见**肝硬化门脉高压症**，**右心衰竭**。



全腹凹陷（舟状腹）——脱水、消瘦、恶病质

腹壁

静脉：曲张——上下腔静脉阻塞

蠕动波——梗阻

触诊

压痛及反跳痛：腹壁紧张伴压痛，反跳痛称为腹膜刺激征，是急性腹膜炎的重要体征。

阑尾点：又称麦氏点，位于右髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处

胆囊点：位于右侧腹直肌外缘与肋弓交界处。

揉面感——结核性腹膜炎

肌紧张、压痛、反跳痛——腹膜刺激征——急性腹膜炎

内脏触诊：肝脏——右肋弓下触不到，剑突下不超过 3cm。“肝、肿”局限性肝大，其他为弥漫性

胆囊——墨菲氏征阳性：见于胆囊结石、急性胆囊炎。

库瓦济埃征阳性=黄疸进行性加深+胆囊显著肿大无压痛：见于胰头癌。

脾脏——轻度：脾脏肋下不超过 3cm。中度：脾脏超过肋下 3cm 但在脐水平线上。重度：脾脏超过脐水平线或前正中线。

叩诊

肝脏：正常叩诊音为浊音，上界在右锁骨中线上第 5 肋间，下界位于右季肋下缘。

右锁骨中线上肝浊音区上下径 9-11cm。

肝浊音界上移——右肺不张、右肺纤维化、气腹。

肝浊音界下移——肺气肿、右侧张力性气胸。

脾脏：正常脾浊音在 9-11 肋见，宽 4-7cm，不超过腋前线。

膀胱：膀胱充盈，可以叩出浊音。

移动性浊音：腹水超过 1000ml 肝硬化右心衰

听诊

肠鸣音正常：4-5 次/分钟大于 10 次消化不良

肠鸣音亢进——机械性肠梗阻高亢响亮金属音

肠鸣音减弱消失——急性腹膜炎、麻痹性肠梗阻

振水音——胃扩张、幽门梗阻、胃液分泌过多

血管杂音

上腹部两侧收缩期血管杂音肾动脉狭窄

中腹部收缩期血管杂音腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄

脐周或上腹部连续性杂音肝硬化所致门静脉高压侧支循环形成

腹部常见疾病的特征

肝硬化门静脉高压：黄疸、蜘蛛痣、肝掌、肝脏轻度肿大或缩小，质硬，无压痛，脾大，脾亢，蛙腹，移动性浊音阳性，出现液波震颤，食管下端和胃底静脉曲张，腹壁静脉曲张，可见痔核。

幽门梗阻：反复呕吐大量发酵的隔夜食物，空腹时上腹部饱满，出现胃型、蠕动波及逆蠕动波，并出现振水音。

急性腹膜炎：腹壁紧张、压痛、反跳痛。胃肠穿孔时，叩诊肝浊音界缩小或消失。

急性阑尾炎：右下腹部麦氏点有显著而固定的压痛及反跳痛是诊断阑尾炎的重要依据。

急性胆囊炎：右肋下胆囊区有腹壁紧张、压痛及反跳痛，墨菲征阳性。

机械性肠梗阻时，可见肠型及蠕动波，听诊肠鸣音亢进，呈金属性音调。

麻痹性肠梗阻时，视诊无肠型，听诊肠鸣音减弱或消失。

### 十一、肛门、直肠指诊

体位：仰卧位、截石位、肘膝位、左侧卧位、蹲位。没有右侧卧位。

### 十二、脊柱、四肢检查

脊柱某一部位压痛与叩击痛——该部位有病变，如脊柱结核、脊椎骨折。

四肢：匙状甲——缺铁性贫血、风湿热

杵状指——慢性缺氧疾病，如支扩、肺癌、先心病、脓胸、慢性肺脓肿

指关节变性——类风湿性关节炎的梭形关节

肢端肥大——腺垂体功能亢进、生长激素分泌过多

膝内翻、膝外翻——佝偻病

### 十三、神经系统检查

	中枢性面神经麻痹	周围性面神经麻痹
病因	核上组织（包括皮质、皮质脑干纤维、内囊、脑桥等）受损	面神经核或面神经受损
临床表现	病灶对侧颜面下部肌肉麻痹，可见鼻唇沟变浅，露齿时口角下垂（口角歪向病灶侧），不能吹口哨和鼓腮等	病灶同侧的全部面肌瘫痪，从上到下表现为不能皱额、皱眉、闭目，角膜反射消失，鼻唇沟变浅，不能露齿、鼓腮、吹口哨，口角下垂（口角歪向病灶对侧）
临床意义	多见于脑血管病变，脑肿瘤和脑炎等	多见于受寒

运动功能检查

折刀样肌张力过高见于锥体束损害，铅管样肌张力过高见于锥体外系损害（帕金森）

神经反射检查：

浅反射：角膜反射、腹壁反射、提睾反射

深反射：桡骨骨膜反射（颈髓 5-6）、肱二头肌反射（颈髓 5-6）、

肱三头肌反射（颈髓 7-8）、膝反射（腰髓 2-4）、跟腱反射（骶髓 1-2）

病理反射：

巴宾斯基征、奥本汉姆征

戈登征、查多克征、

霍夫曼

锥体束病变

脑膜刺激征：颈强直克尼格征布鲁津斯基征