

基础知识

第二章 体格检查

1. 体温

	测口温	测腋温	测肛温
特点	最方便，但易引起交叉感染	安全易接受，但准确性不高	准确，但不方便
部位	舌下热窝	腋窝	肛门内 3~4cm
时间	5min	10min	5min
范围	36.3~37.2℃	36~37℃	36.5~37.7℃
适应	-----	口鼻手术、呼吸困难者	婴幼儿、精神异常
禁忌	婴幼儿、昏迷、精神异常、口腔疾病、口鼻手术、张口呼吸	腋窝或肩关节有创伤者、消瘦者	腹泻、直肠或肛门手术、心肌梗死病人

2. 呼吸

(1) 深度异常

- ①深度呼吸：**Kussmaul's 呼吸**，见于**糖尿病酮症酸中毒和尿毒症酸中毒**等；
②浅快呼吸：**浅表而不规则，有时呈叹息样**，见于**呼吸肌麻痹（重症肌无力、格林-巴利综合症）**；

(2) 节律异常

- ①**潮式呼吸（陈-施呼吸）**：呼吸由浅慢逐渐变为深快，然后由深快转为浅慢，再经一段呼吸暂停（5~20s）后，重复以上的周期性变化，周期可长达 30s 至 2min。见于**中枢神经系统疾病**；
②**间断呼吸（毕奥呼吸）**：有规律的呼吸几次后，突然停止呼吸，间隔一个短时间后又开始呼吸，如此反复交替。即呼吸和呼吸暂停现象交替出现。常见于**临终前**。

3. 脉搏

类型	临床特点	临床意义
水冲脉	脉搏骤起骤落，急促而有力，犹如水冲的感觉，系脉压增大所致	主动脉瓣关闭不全
交替脉	脉搏节律规则而强弱交替出现	左心功能不全（早期）
奇脉（吸停脉）	指平静吸气时脉搏明显减弱或消失	大量心包积液、缩窄性心包炎
绉脉（脉搏短绌）	单位时间内脉率小于心率	房颤

4. 血压的形成：足够的血液充盈、心脏射血、外周阻力；

5. 脉压指收缩压与舒张压之差，增大（>40mmHg）：常见于**动脉硬化、主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、甲亢**等。减小（<30mmHg）：常见于**心包积液、心力衰竭**等。

6. WHO 肥胖标准 $BMI > 30\text{kg/m}^2$ ，2010 年中华医学会糖尿病分会建议代谢综合征中肥胖标准定义为 $BMI > 25\text{kg/m}^2$ 。

7. 面容与表情

面容	临床表现	临床意义
急性病容	面色潮红、兴奋不安、鼻翼扇动、口唇疱疹、表情痛苦	急性感染性疾病：大叶性肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎
慢性病容	面容憔悴、面色晦暗或苍白无华、目光暗淡、表情忧虑	慢性消耗性疾病：恶性肿瘤、肝硬化、严重肺结核
贫血面容	面色苍白、唇舌色淡、表情疲惫	贫血
肝病面容	面色晦暗、额部鼻背双颊有褐色色素沉着	慢性肝脏疾病
肾病面容	面色苍白、眼睑颜面水肿、舌色淡舌缘有齿痕	慢性肾脏疾病
甲亢面容	面容惊愕、眼裂增宽、眼球突出、目光炯炯、兴奋不安、烦躁易怒	甲亢
黏液水肿面容	面色苍黄、颜面水肿、睑厚面宽、目光呆滞、反应迟钝	甲状腺功能减退症
二尖瓣面容	面色晦暗、双颊紫红、口唇轻度发绀	风心病二狭
苦笑面容	牙关紧闭、面肌痉挛呈苦笑状。	见破伤风
满月面容	面圆如满月、皮肤发红、常伴痤疮和胡须生长	见库欣综合征和长期应用糖皮质激素的病人
面具面容	面肌僵硬，表情呆板，如戴面具。	帕金森病、脑炎、脑血管病、脑萎缩

8. 体位与姿势

体位		临床意义
被动体位		极度衰竭、意识丧失
强迫体位	强迫仰卧位	急性腹膜炎
	强迫侧卧位	一侧胸膜炎和大量胸腔积液
	强迫坐位	心、肺功能不全
	强迫蹲位	先天性发绀型心脏病
	强迫停立位	心绞痛
	辗转体位	胆石症、胆道蛔虫、肾绞痛
	角弓反张位	破伤风、小儿脑膜炎

9. 步态

步态	临床意义
蹒跚步态	佝偻病、大骨节病、进行性肌营养不良、先天性双侧髋关节脱位
醉酒步态	小脑疾病、酒精或巴比妥类药物中毒
共济失调步态	脊髓病变
慌张步态	帕金森病

10. 玫瑰疹：常于胸、腹部出现的一种鲜红色、小的（直径多为2~3mm）、圆形斑疹、**压之退色**。为**伤寒和副伤寒的特征性皮疹**。

11. 瞳孔：正常直径为3~4mm。

(1) **瞳孔缩小**：见于虹膜炎症、中毒（**有机磷类农药中毒**）、药物反应（**吗啡、氯丙嗪等**）；

(2) 瞳孔扩大：见于外伤、视神经萎缩、完全失明、药物影响等。**双侧瞳孔散大**，并且伴有对光反射消失为濒死状态的表现。

(3) **瞳孔大小不等**：常提示有**颅内病变**，如**脑外伤、脑肿瘤**等。

(4) 瞳孔对光反射迟钝或消失，见于昏迷病人。

12. 常人平卧时，**颈外静脉在锁骨上缘至下颌角间的充盈水平在下2/3以内**；40~50度半卧位时**颈外静脉充盈度超过正常水平**，称为**颈静脉怒张**。

13. 气管移位临床意义：

(1) 胸膜粘连、肺不张、肺萎缩、肺硬化等病变时气管**移向患侧**；

(2) 气胸、大量胸腔积液等病变时，气管被**推向健侧**。

14. 胸骨角（Louis角）：平**第2肋软骨、支气管分叉、心房上缘**。

15. 静脉 当**上腔静脉阻塞**时，曲张静脉血流方向为**自上而下**，**下腔静脉阻塞**时，曲张静脉血流方向为**自下而上**。

16. 单侧胸廓形态异常

(1) **单侧胸廓膨隆**：见大量胸腔积液、气胸等。

(2) 单侧胸廓塌陷：见胸膜肥厚粘连、大面积肺不张、肺叶切除术后等。

17. 特殊类型的呼吸

① Kussmaul呼吸。

② **潮式呼吸**（Cheyne-Stokes）见于呼吸抑制，大脑损害（**大脑皮质水平**）等。

③ **间停呼吸**（Biot's呼吸）：呼吸抑制、颅压高、大脑损害（**延髓水平**）。

18. 语颤增强：见于**肺实变**；**较浅而大的肺空洞**：见于肺结核、肺脓肿、肺肿瘤所致的空洞。

19. 语颤减弱

① **肺泡内含气量增多**，传导声波的能力降低，如**肺气肿**及支气管哮喘发作时；

② 支气管阻塞，如阻塞性肺不张、气管内分泌物增多。

20. 肺界的叩诊

(1) **肺上界**：一般为**4~6cm**，肺尖的宽度（**Kronig峡**）。其内侧为颈肌，外侧为肩胛带。

(2) **肺下界**：平静呼吸时位于**锁骨中线第6肋间隙、腋中线第8肋间隙、肩胛线第10肋间隙**。

21. 啰音

(1) **干啰音**：**呼气相明显**，强度及性质易变。

① **哮鸣音或哨笛音**：见小支气管或细支气管病变。

② **鼾音**：见气管或主支气管病变。

(2) **湿啰音**：**多见吸气相**。主要见支气管病变、感染性肺部炎症、肺水肿、肺泡出血。**长期存在的固定性湿啰音提示支气管扩张、慢性肺脓肿等**。

22. 心尖搏动

(1) **正常心尖搏动**：**第5肋间，左锁骨中线内0.5~1.0cm**，搏动范围直径**2.0~2.5cm**。

(2) 心尖搏动移位：**右心室增大，向左侧移位；左心室增大，向左下移位**。

(3) 负性心尖搏动：心脏收缩时，心尖搏动内陷，见粘连性心包炎、重度右室肥大。

23. 心浊音界的改变及临床意义

- (1) 心室增大：心界向左下增大，**靴形心**，见**高血压病、主动脉瓣病变**。
- (2) 右心室增大：心界向两侧扩大，以**向左显著**，见肺心病、二尖瓣狭窄。
- (3) **左右心室增大**：心界向两侧扩大，左侧以向左下为主，见**扩张型心肌病**。
- (4) 左房增大并发肺动脉段扩大：心腰凸出，**梨形心**，见**二尖瓣狭窄**。
- (5) 心包积液：心界向两侧扩大，可随体位改变而变化，呈**烧瓶样心包积液**。

24. 正常心音及其产生机制

- (1) S_1 ：二尖瓣、三尖瓣**关闭**（心室**收缩**开始）
- (2) S_2 ：主动脉瓣、肺动脉瓣**关闭**（心室**舒张**开始）， A_2 在前， P_2 在后。
- (3) S_3 ：血流冲击室壁（心室快速充盈期末）。
- (4) S_4 ：心房收缩（心室舒张末期）。

25. 正常心音的特点

心音	音调	音响	性质	持续时间	最佳听诊部位
S_1	较低	较强	低钝	较长	心尖部
S_2	较高	较弱	清脆	较短	心底部
S_3	更低	更弱	更钝	更短	尖部及其内上方

26. 心音的变化

(1) 强弱的改变

- ① **S_1 强弱不等**：见**心房颤动**、完全房室传导阻滞。
- ② **P_2 增强**：见**肺心病**、左向右分流先天性心脏病（后简称先心病）、左心衰竭等。

(2) 性质的改变

- ① 单音律：见于严重心肌病变。
- ② **钟摆律或胎心率**：见于**大面积心肌梗死、重症心肌炎**。

(3) 心音分裂

- ① S_1 分裂：左右心室收缩不同步。见完全性右束支传导阻滞等。
- ② S_2 分裂
 - a. **固定分裂**：分裂**不受呼吸影响**，见**房间隔缺损**。
 - b. **反常分裂**： **A_2 成分关闭晚于 P_2 成分**，吸气时分裂变窄，见完全性左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄等。

(4) 额外心音

- ① **舒张早期奔马律**：常见**心力衰竭、急性心肌梗死**等。
- ② **开瓣音（舒张期）**：二尖瓣狭窄瓣叶尚有弹性及活动性的间接指标。
- ③ **喀喇音（收缩期）**：临床上见**二尖瓣脱垂**，并常合并收缩晚期杂音，称二尖瓣脱垂综合征。

(5) 心脏杂音

(1) 二尖瓣听诊区（心尖部）

- ① **二尖瓣狭窄**：舒张中晚期、隆隆样
- ② **二尖瓣关闭不全**：收缩期，吹风样

③Austin-Flint 杂音：重症主动脉瓣关闭不全，二尖瓣处于半关闭状态出现心尖部舒张期杂音。

(2) 肺动脉瓣区

①二尖瓣狭窄所致的肺动脉高压患者，可出现柔和、吹风样、舒张期杂音，伴有 P2 亢进，此类杂音称 Graham-Steel 杂音。

②肺动脉瓣狭窄：收缩期喷射性、粗糙。

注意：动脉导管未闭：胸骨左缘第 2 肋间，粗糙、响亮、机器转动样、连续占整个收缩期与舒张期，常伴震颤。

(3) 主动脉瓣听诊区

①主动脉瓣狭窄：收缩期喷射性、粗糙响亮，向颈部传导。

②主动脉瓣关闭不全：舒张早期叹气样，向胸骨左缘及心尖部传导。

注意：胸骨左缘 3、4 肋间响亮、粗糙、喷射样收缩期杂音伴震颤，见室间隔缺损、肥厚型梗阻性心肌病。

27. 周围血管征

(1) 枪击音：常选择肱动脉，闻及与心跳一致短促如射枪的声音。

(2) Duroziez 双重杂音：听诊器钟型体件稍加压于股动脉，收缩期与舒张期双期吹风样杂音。

(3) 毛细血管搏动征。

28. 腹壁紧张度

①板状腹：急性弥漫性腹膜炎。

②揉面感或柔韧感多见结核性腹膜炎。

29. 脾脏肿大

1) 轻度：深吸气时脾在肋下不超过 2cm 者。

2) 中度：脾下缘在肋下 2cm，但在脐水平线以上。

3) 高度：又称巨脾，脾下缘超过脐水平线或前正中线。

30. 液波震颤：阳性提示腹腔内有 3000~4000ml 以上液体。

31. 振水音：正常人餐后或饮进多量液体时可出现，异常提示幽门梗阻或胃扩张。

32. 移动性浊音：阳性提示腹腔游离腹水在 1000ml 以上。

33. 四肢

(1) 匙状指（反甲）：缺铁性贫血；

(2) 杵状指（趾）：呼吸系统疾病、心血管疾病 营养障碍性疾病；

34. 关节

(1) 腕关节：腱鞘滑膜炎、腱鞘囊肿、腕关节僵硬、类风湿；

(2) 指关节：近端指间关节梭形指——类风湿；

爪形手——尺神经损伤，肌萎缩；

远端指间关节（heberden 结节）骨性关节炎；

35. 面神经：支配面部表情肌和舌前部 1/3 味觉功能。

36. 肌力

0 级：肌肉完全瘫痪；

I 级：肌肉稍有收缩、但关节无活动；

II 级：能带动肢体活动、但不能对抗自身重力；

III 级：能带动肢体活动、并能对抗自身重力、但不能抵抗阻力；

IV 级：可对抗自身重力阻力和轻微阻力；

V级：肌力完全正常。

37. 生理反射

- (1) **浅反射：**角膜反射、腹壁反射、提睾反射、跖反射、肛门反射。
- (2) **深反射：**肱二头肌反射（C5-6）、肱三头肌反射（C7）、桡骨膜反射（C6）、膝反射（L4）、跟腱反射（S1）。

38. 病理反射

- (1) 巴宾斯基征（Babinshi）、奥本汉姆征（Oppenheim）、戈登征（Gordon），**阳性则提示皮质脊髓束受损。**
- (2) **霍夫曼征（Hoffmann）阳性是皮质脑干束受损。**

39. 脑膜刺激征：颈项强直、凯尔尼格征（Kernig）、布鲁津斯基征（Brudzinski）。见**脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅内压增高**等。

40. 上下运动神经元

表现	上运动神经元	下运动神经元
肌萎缩	否	是
腱反射	亢进	减弱
肌张力	增高	下降
瘫痪	痉挛性	弛缓性