心肺听诊技巧（上）

直至 1816 年，国外一位医师发明了听诊器，开创了著名的“间接听诊法”后，才抛弃用耳朵直接贴在患者胸部的“直接听诊法”，使听诊进入一个辉煌的时代。然而，由于近代高科技的迅速发展，特别是超声心动图的广泛应用，听诊器逐渐被冷落，听诊技术逐渐被荒废，甚至成为挂在医师颈上象征性的装饰物。人们会问：听诊器是否还有前途？最近，有些胸部听诊调查发现，医学生和年轻医师的听诊水平令人担忧，有的学者甚至呼吁要“捍卫听诊器”。由于老一代医师所处的历史年代，缺少现代诊断检查技术与方法，加上当时严格的床边训练，使之掌握一些来之不易的听诊技巧与经验。

心脏听诊

心脏听诊是在体表获取声频范围内源于心脏的机械性振动。有规律的、时限较短的振动为心音；较长的、不规律的振动为杂音。前者有时比后者对诊断的帮助更大。

一、可听到的生理性心音有 4 个：第一心音（S1），第二心音（S2），第三心音（S3）及第四心音（S4）。听取 S1 和 S2 时应注意他们的强弱、分裂等情况。对 S2 还应注意 A2（主动脉瓣关闭音）与 P2（肺动脉瓣关闭音）两个成分的关系，是顺分裂，还是逆分裂等。以下心音变化尤应引起重视：

1.第三心音（S3）：对于一位成年人，在无原发性心脏瓣膜病和明显的高心排血量状态时，通常提示一个或两个心室功能低下，受累心脏充盈压增加。源于左心室的 S3，常表明左心室射血分数小于 50，多数在 30 以下。对原发性心脏瓣膜病患者，除二尖瓣大量反流外，S3 也常提示心室功能不全和心脏扩大。

2. 可听到的第四心音（S4）：虽然 40 岁以上的健康人可以听到 S4，但能听得到的 S4 常表示心房收缩有力，心室顺应性下降（僵硬度增加），提示心室舒张功能障碍。虽然超声多普勒技术对诊断心室舒张功能不全已取得某些成功，但心室前负荷和房室间压差也可能影响与心室僵硬度无关的舒张充盈类型，而 S4 则可提供一个有价值的舒张功能障碍的线索。

3.心包叩击音：类似 S3，但发生时间略早，是心包缩窄引起的振动。结合心前区搏动减弱和颈静脉充盈、搏动，常有力地支持心包缩窄和粘连的诊断。尽管影像学检查可以显示心包增厚或钙化，但它不能提供心室充盈障碍的直接证据，即使做了心导管检查，也难以鉴别舒张功能障碍是心包缩窄还是限制型心肌病所引起，而舒张早期出现的心包叩击音对二者的鉴别价值很大。

4.喷射音和喀喇音：通常前者表示半月瓣开启受限，后者表示房室瓣开放障碍。例如一位看似健康的人，当发现其有喷射音时，常反映异常半月瓣在达到充分开启前突然活动中止，需要做超声心动图等进一步检查，以确定半月瓣畸形或二叶瓣畸形。对于瓣膜置换术的患者，喀喇音（开瓣音）通常提示机械瓣功能良好；而开瓣音消失则警示瓣膜功能即将发生障碍或已失灵。对术后患者，系统的心脏听诊可给予重要的瓣膜功能辅助性评价，必要时做适当的影像学检查，如食管内超声心动图等进一步明确诊断。收缩中期或晚期喀喇音最可能的原因是二尖瓣或三尖瓣脱垂，有时超声心动图也可能无异常发现，特别是当单纯的收缩期喀喇音，不伴有二尖瓣收缩期反流性杂音的轻度脱垂患者；而另一方面，也有可能超声心动图诊断出脱垂，而听诊无异常发现。

二、心脏杂音是由血液湍流引起心脏结构较长时间可听到的振动。杂音的强度由多种因素决定，包括血液的黏度、血流速率、湍流、振动源与听诊器间的距离、振动波接触听诊器的角度及振源与听诊器间组织的特性等。杂音通常分 3 类：收缩期、舒张期及连续性杂音。舒张期杂音和连续性杂音一般都是病理性的，有意义的，而收缩期杂音则不然。收缩期杂音可来自异常心脏结构，也可来自正常心脏结构的血流量增加。前者常见的病变有：主动脉瓣狭窄、肥厚型心肌病、二尖瓣反流、二尖瓣脱垂、心室间隔缺损、肺动脉瓣狭窄、三尖瓣反流、心房间隔缺损及异常腱索等；后者有：贫血、甲状腺功能亢进、脓毒症及容量负荷增加的肾功能衰竭等。对收缩期杂音的描述应包括强度、发生时间、性质、传导、持续时限及杂音高峰时间等。

收缩期杂音发生的时间可能在收缩早期、中期、晚期或全收缩期。为了了解某一收缩期杂音的来源和意义，重要的是要根据杂音的特性进行分类，是喷射性或反流性杂音。喷射性杂音多来自心室流出道和大血管的振动，反流性杂音多来自房室瓣关闭不全。二尖瓣有前后两个瓣叶，前瓣也叫大瓣，位于前内侧；后瓣也叫小瓣，位于后外侧。两个瓣叶间的连合，叫前外侧连合和后内侧连合，分别对向腋前线和脊柱。当非风湿性瓣膜病前瓣或前外侧连合关闭不全时，杂音呈全收缩期反流性吹风样，反流束指向左心房侧壁，杂音向腋下、背后（包括右侧）、项部及头部传导。而后瓣或后内侧连合反流时，杂音呈全收缩期，呈喷射性，向心底部传导，易与主动脉瓣狭窄杂音相混淆。至于慢性风湿性心脏病患者二尖瓣前后连合多已粘连，血液从瓣叶间反流，杂音的性质和传导方向已不典型。三尖瓣反流性杂音的强度决定于室房间的压差，轻度三尖瓣关闭不全的杂音较柔和，甚至仅于吸气过程才能听到；而当重症患者室房间压差明显增加，杂音变得十分粗糙，呈喷射性。三尖瓣收缩期杂音的听诊特点是在吸气过程增强。血流进入主动脉或左室流出道产生的喷射性杂音的传导方向，是向心尖区和颈部（右颈部尤为明显），有时心底部杂音很轻微，而在心前区和颈部却听得十分清楚。因此，即使在心尖区，只要听到的收缩期杂音呈喷射性，也不应轻易地诊断为二尖瓣关闭不全（除非二尖瓣后叶反流），特别是伴有喷射音的喷射性杂音者，几乎可确定为主动脉瓣狭窄。在判断杂音的来源和机制时，识别杂音的性质比杂音的部位更为重要。肺动脉瓣或圆锥部狭窄或血流增多引起的喷射性杂音有时向两肺叶传导，而肺动脉狭窄的血管性杂音多发生在肺叶的局部，与叶、段肺血管一致，呈收缩期或连续性杂音，在吸气过程或中止呼吸时容易听到。因此，肺部听诊不应仅注意正常和异常的呼吸音变化，也要注意有无肺血管杂音，特别是对疑有肺血管病的患者。须指出，由于彩色超声多普勒技术的广泛应用，经常发现跨房室瓣有轻度反流，而不产生能听得到的杂音，此类反流一般无血流动力学后果，无临床意义。相反，多普勒检查不能确定，而可听到的杂音，如血流喷射进入大血管产生的递增—递减型杂音（菱形杂音），常提示有病理意义，显示出听诊的优越性。

（本报综合摘编）

实 用验方

治头晕验方

天麻 12 克、夏枯草 24 克、酸枣仁 20 克、当归 18 克、川芎 30 克、白芍 12 克、葛根 18 克、石菖蒲 18 克、茯苓 30 克、泽泻 18 克、杜仲 15 克、桑寄生 15 克。

用法：每日 1 剂，先用水将上述药物浸泡 35 分钟，再用火煎煮，取汁 500 毫升，再加水煎取 300 毫升左右，2 次药液混匀，分 3 次温服。

（李燕梅　刘洪峰）

藕节煎水治鼻出血

藕节是中药里的一味止血良药，不仅可以治疗鼻子出血，还可以治疗咯血、便血以及妇女月经过多等疾病。由于天气干燥，鼻腔血管脆弱，很容易出现流鼻血的现象。患者可以在中医师的指导下，适当用些藕节来治疗。

方法是每天将 3~5 个藕节洗净，煎煮两次，每次煎半小时，将两次获得的药汁混合后当茶饮用，2~5 天就会有明显效果。

（崔　嵘）

治甲癣验方

甲癣，俗称“灰指甲”，是由真菌感染引起的一种常见皮肤病。此病多见于中老年人，顽固难治。笔者采用中西医结合疗法治疗甲癣患者百余例，效果显著。

取土槿皮、蛇床子、苦参各 30 克，枯矾 15 克，黄柏 10 克。水煎取汁，药液温度以 30 摄氏度为宜，每日 1 次，每剂药用 2 日。用 2%碘酊棉球消毒患甲，用 3%双氧水 30 毫升浸泡 10 分钟，再用中药汁浸泡 15 分钟，然后用硝酸益康唑乳膏涂患甲，纱布包裹 1 日。1 个月为 1 个疗程。

（郭旭光）

婴幼儿腹泻验方

莲子肉、茯苓、山药各 50 克，共研细末。每次取 2 匙，加水调成糊状，文火烧熟后加白糖食用，每日 1 次。适用于脾虚腹泻见大便稀烂呈水样便，伴神疲乏力，纳呆，或食后腹胀的慢性腹泻。

山药粉，每日 2 次，每次 1 匙，用水调成糊状，文火烧熟后食用，每日 2 次。适用于脾虚腹泻。

锅巴 50 克，山楂 15 克，煎汤后加适量红糖代茶饮。适用于食滞肠胃及乳食不消化导致的腹泻。

草果 5 克，生姜 5 克，加适量红糖，煎汤代茶饮。适用于风寒腹泻见大便溏薄、形寒肢冷者。

（吕传彬）

交 流提醒

给小儿配药要注意口味

“医生，你看我的孩子突然呛咳不止、憋气，快救救他吧！”诊所里，一对年轻夫妻跑进来，怀里抱着不满周岁的孩子。

孩子软绵绵地躺在母亲的臂弯里，母亲的衣袖和孩子的胸前被黄色的液体等浸透。孩子的母亲眼泪直流，食指掐着孩子的人中穴。我急忙接过孩子直接放到办公桌上，只见他呼吸困难、口唇发绀、嘴里咯出浆液性泡沫状血性痰，听诊肺部布满湿啰音、哮鸣音。详细询问病史，孩子的母亲叙述早上给孩子喂药，药末十分苦涩，孩子的脾气有点儿倔强，不愿意喝，而且还把药液打翻了。气急之下，大人便捏住孩子的鼻子，用汤勺撬开孩子的嘴灌了下去，随之出现上述症状。病史明确：小儿吸入性肺炎。我立即给孩子插上氧气，并拨打 120。

小儿吸入性肺炎大致诱发因素为胃反流性呕吐、异物、化学性颗粒吸入到肺部突然发生反射性痉挛和支气管刺激性喘鸣剧咳。因此，我们医生在给孩子配制口服药时，尽量用孩子比较容易接受的口味，即使要用一些自制的西药粉剂，也要用一些矫味剂纠正。

（勿　忝）

急 救技巧

心跳骤停病人应多抢救一会儿

对于心脏突然停止跳动的患者，抢救的时间更长一些，也许会创造奇迹。

据宝丰县人民医院急诊科主任栗建武介绍，有一位男性患儿，12 岁，宝丰县前营乡人。患儿父母常年在外打工，每年仅春节回来团聚几天，患儿由爷爷奶奶喂养长大。患儿很顽皮，可能受某些电视剧或网络游戏的影响，认为人死后是可以复活的，他经常对小伙伴们说“我死后还能复活”。2 月 13 日晚上，爷爷奶奶在做晚饭，他和几个孩子在院子里玩。听到外面孩子喊“他装死哩，他装死哩！”爷爷奶奶起初没有在意，等爷爷出来看时，发现他脖子上缠着毛巾，挂在院子里晾衣服的绳子上，意识丧失，无呼吸、心跳。爷爷奶奶急忙将他送到前营乡卫生院急救，并拨打 120。120 到达时，前营乡卫生院已抢救患儿约 20 分钟，但仍无意识、呼吸、心跳，家属强烈要求到宝丰县人民医院抢救。虽然感到救治难度很大，但面对患儿的爷爷奶奶的痛苦哀求，120 的医护人员毅然决定接患儿回医院抢救，并及时跟科室值班人员联系，做好急救准备。路上持续给患儿进行人工心肺复苏，辅助呼吸。患儿到达急诊科后，科室启动绿色通道，在没办理住院手续的情况下立即投入抢救，迅速用视频喉镜给予气管插管，呼吸机辅助呼吸，用心脏复苏机持续心脏按压，用心电监护仪监护生命体征，给予血管活性药、呼吸兴奋剂、促醒药等药物治疗。医院总值班协调成人重症监护室、儿科重症监护室两个科室的专家迅速到急诊科会诊，研究救治方案。

一般情况下，抢救心跳骤停病人 30 分钟后没有心跳、呼吸，心电图成直线，就会放弃抢救，但面对家属的苦苦哀求，他们没有放弃抢救，而是用心脏复苏机持续心脏按压，最终，患儿心脏在持续心肺复苏 80 分钟后恢复跳动，血压升到 80/35 毫米汞柱。

虽然该患儿最终并没有被抢救过来，但是创造了持续心肺复苏 80 分钟后心跳恢复的奇迹。这次抢救给人启示：借助于心脏复苏机的帮助，心跳骤停病人抢救的时间可以更长一些。

（韩　素）

本版图片均为资料图片

稿约

新的一年，新的开始。为了更好地为乡村医生的日常诊疗工作提供帮助，本版对版面内容进行调整，设置以下栏目，期望得到广大读者的投稿和建议。

《专家在线》：邀请省级专家针对乡村医生需要的诊疗知识进行讲解、指导和普及。

《实用验方》：提供简单、实用的验方，为乡村医生的诊疗工作提供参考。

《误诊误治》：列举被误诊的例子，并指出误诊原因。

《交流提醒》：专家、乡村医生的诊疗心得及对同行的提醒。

《急救技巧》：对乡村医生有帮助的急救经验、技巧等。

投稿邮箱：wsbxcyszk@163.com
联系电话：(0371)65589229
联系人：刘静娜
QQ：570342417
来信地址：郑州市纬五路 47 号医药卫生报社
邮政编码：450003

视力下降可能是烟中毒

患者，男，双眼视力逐渐下降一年多。患者曾在当地多家医院就诊，并行眼部和颅脑 CT 检查，均未发现异常。外眼检查无异常。眼底：双眼视神经乳头颞侧色淡，网膜未见出血及渗出，血管无异常改变，黄斑中心反光存在。眼压正常，戴眼镜不能矫正。

追问病史：患者身体健康，无家族史，有吸烟、饮酒嗜好，每日吸烟 20 支左右，饮烈性酒约半斤（约 250 毫升），已有 20 余年。考虑为烟中毒性弱视，给予大量维生素类药物口服治疗。

体会：烟中毒性弱视并不常见。遇到视力下降患者时，临床医生往往会首先考虑眼底病变或颅内病变。该患者曾在多家医院就诊，诊断均未明确，并且行相关检查也未发现异常。在排除了眼部及颅内病变后，详细询问病史及个人嗜好发现，患者有常年吸烟及喝酒习惯，就此应该考虑疾病与烟酒有直接关系。大量吸烟可导致烟中毒，其物质是氰化物，而过量饮酒又起到了促进作用。在美国，该病被称为烟酒中毒性弱视。

（刘延华）

病 例札记

内外兼治带状疱疹 2 例

带状疱疹是由水痘—带状疱疹病毒引起的，以沿单侧周围神经分布的簇集性小水疱为特征，常伴有明显的神经痛。又因其成簇水疱沿身体单侧呈带状分布，排列宛如蛇形，故又名蛇串疮。该病多见于成年人，好发于春秋季节。

肝经郁热　内蕴火毒

许某，男，46 岁，2013 年 7 月 16 日初诊。

主诉：3 日前右颞侧头部刺痛，继而见右侧颈、肩背、胁部皮肤起丘疱疹或水疱，触之刺痛难耐，皮损鲜红，疱壁紧张，少数水疱破裂，有淡黄色液体渗出，口苦咽干，大便偏干，排出不爽，小便偏黄，舌红苔黄腻，脉弦数。

处方：柴胡 10 克，黄芩 10 克，龙胆草 10 克，车前草 15 克，延胡索 10 克，赤芍 10 克，茯苓 12 克，薏苡仁 30 克，葎草 15 克，杠板归 15 克，夏枯草 10 克，野菊花 10 克，金银花 12 克，连翘 10 克，紫苏叶 8 克，生大黄 3 克，生甘草 6 克。7 剂。

另用三棱针浅刺少商穴、耳尖，令少量出血。外用黄连膏涂擦，嘱其禁食油腻鱼腥海味，饮食清淡，多食蔬果。

复诊时症状减轻，皮损已结痂，守方加减转愈。

按：肝气郁结，气郁化火，外炎肌肤，故见疱疹皮损鲜红，疱壁紧张；气滞湿热郁阻，则灼热刺痛；肝经郁热，肝胆火盛见口苦咽干，大便干，排出不爽，小便偏黄，舌红苔黄腻，脉弦数。均为热盛之象，治宜清肝泻火，解毒止痛。

方用龙胆泻肝汤合五味消毒饮加减。柴胡解肌疏肝，黄芩清热燥湿，泻火解毒，龙胆草清热燥湿，夏枯草清肝泻火散结，合用清泻肝胆经气血分热毒。紫苏叶辛温宣散肌表，火郁发之；金银花疏散风热，凉血解毒；连翘疏风清热解毒疗疮，为一切疮疡要药；野菊花苦寒清热解毒，四药合用温清并用，轻清宣媵，使热出有径。

茯苓、薏苡仁健脾利湿，车前草清热利尿，葎草、杠板归利水消肿，清热解毒；生大黄泻火通便，以泻代清，使热从二便而出。延胡索活血行气止痛，赤芍凉血化瘀止痛。生甘草清热解毒，调和诸药。

气滞血瘀　脾虚湿蕴

李某，男，60 岁，2013 年 6 月 20 日初诊。

主诉：半年前左侧下肢曾患带状疱疹，后皮疹消退，局部疼痛不止。患者近几日因琐事烦心，病情加重，左侧胁腰部、大腿外侧触衣疼痛难寐，伴见口渴，脘腹痞闷，纳差，嗳气，大便干稀不调，排出不畅，小便可，舌质淡红，边有齿痕，见少许瘀斑，苔薄黄白腻，脉沉细弦。

处方：柴胡 10 克，黄芩 10 克，香附 10 克，半夏 10 克，茯苓 12 克，白术 10 克，郁金 10 克，延胡索 10 克，络石藤 15 克，紫苏梗 12 克，杠板归 15 克，夏枯草 10 克，生地黄 10 克，伸筋草 12 克，当归 10 克，牛膝 15 克，赤芍 10 克，甘草 6 克。7 剂。

另局部三棱针围刺后拔火罐。嘱其保持心情愉畅，忌食肥甘厚味。

复诊时疼痛大减，诸症好转。守方加减以巩固疗效。

按：患者毒邪虽退，但气血凝滞未解，湿热稽留，气机不畅，故胆经经气不利，不通则痛。遇情志不畅，肝气郁结，气滞不畅，疼痛加重。又患者素体脾虚，土虚湿阻，见口渴，脘腹痞闷，纳差，舌质淡红，边有齿痕，苔薄黄白腻。肝木乘土，故见嗳气，大便干稀不调，排出不畅，脉沉细弦。治宜行气活血，健脾利湿。

方用小柴胡汤合四物汤加减。柴胡解肌疏肝，黄芩解半里之热，清热燥湿，夏枯草清肝，合用透解肝胆经湿热，疏达经气；半夏、茯苓、白术益气健脾燥湿，紫苏梗宽中行气，合香附疏肝解郁，助理气和胃。生地黄清热滋阴，当归养血活血，赤芍化瘀止痛，延胡索活血行气止痛，牛膝活血利尿，引药下行，络石藤通络止痛，伸筋草除湿活血舒筋，杠板归利湿活血解毒，郁金活血止痛，行气解郁，合用调和气血以止痛，甘草调和诸药。

（章卓滢）