

中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材

全国高等医学院校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

临床基本技能

主审 王深明
主编 肖海鹏

Clinical Basic Skills



北京大学医学出版社

中国高等教育学会医学教育专业委员会规划教材
全国高等医学院校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

临床基本技能

Clinical Basic Skills

主 审 王深明

主 编 肖海鹏

副主编 王劲松 刘 彤 刘 洪 罗庆东

编 者 (按姓名汉语拼音排序)

车雅敏 (天津医科大学)

陈利芬 (中山大学)

郭晏同 (北京大学医学部)

郝奇俊 (内蒙古医科大学)

姜 恺 (中山大学)

蒋小云 (中山大学)

康熙雄 (首都医科大学)

赖佳明 (中山大学)

黎尚荣 (中山大学)

李乃娥 (滨州医学院)

李子平 (中山大学)

梁凌毅 (中山大学)

刘 洪 (南方医科大学)

刘 彤 (天津医科大学)

柳 俊 (中山大学)

龙孝斌 (南方医科大学)

罗庆东 (齐齐哈尔医学院)

梅碧琪 (广东药学院)

戚 峰 (天津医科大学)

王 琼 (中山大学)

王劲松 (中山大学)

王友明 (河北工程大学)

夏 天 (四川大学)

夏书月 (沈阳医学院)

肖海鹏 (中山大学)

胥文春 (重庆医科大学)

杨建华 (佳木斯大学)

钟 强 (华中科技大学)

周汉建 (中山大学)

邹和群 (南方医科大学)

编写秘书 肖 萍 梁 玲

北京大学医学出版社

LINCHUANG JIBEN JINENG

图书在版编目 (CIP) 数据

临床基本技能/肖海鹏主编. —北京: 北京大学
医学出版社, 2013. 12
ISBN 978-7-5659-0771-5

I. ①临… II. ①肖… III. ①临床医学—高等学校—
教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 317032 号

临床基本技能

主 编: 肖海鹏

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 高 瑾 黄 越 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/16 印张: 20.75 字数: 649 千字

版 次: 2013 年 12 月第 1 版 2013 年 12 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0771-5

定 价: 39.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

全国高等医学院校临床专业本科教材评审委员会

主任委员 王德炳 柯 杨

副主任委员 吕兆丰 程伯基

秘 书 长 陆银道 王凤廷

委 员 (按姓名汉语拼音排序)

白咸勇 曹德品 陈育民 崔慧先 董 志

郭志坤 韩 松 黄爱民 井西学 黎孟枫

刘传勇 刘志跃 宋焱峰 宋印利 宋远航

孙 莉 唐世英 王 宪 王维民 温小军

文民刚 线福华 袁聚祥 曾晓荣 张 宁

张建中 张金钟 张培功 张向阳 张晓杰

周增桓

序

北京大学医学出版社组织编写的全国高等医学院校临床医学专业本科教材（第2套）于2008年出版，共32种，获得了广大医学院校师生的欢迎，并被评为教育部“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材。这是在教育部教育改革、提倡教材多元化的精神指导下，我国高等医学教材建设的一个重要成果。为配合《国家中长期教育改革和发展纲要（2010—2020年）》，培养符合时代要求的医学专业人才，并配合教育部“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材建设，北京大学医学出版社于2013年正式启动全国高等医学院校临床医学专业（本科）第3套教材的修订及编写工作。本套教材近六十种，其中新启动教材二十余种。

本套教材的编写以“符合人才培养需求，体现教育改革成果，确保教材质量，形式新颖创新”为指导思想，配合教育部、国家卫生和计划生育委员会在医药卫生体制改革意见中指出的，要逐步建立“5 + 3”（五年医学院校本科教育加三年住院医师规范化培训）为主体的临床医学人才培养体系。我们广泛收集了对上版教材的反馈意见。同时，在教材编写过程中，我们将与更多的院校合作，尤其是新启动的二十余种教材，吸收了更多富有一线教学经验的老师参加编写，为本套教材注入了新鲜的活力。

新版教材在继承和发扬原教材结构优点的基础上，修改不足之处，从而更加层次分明、逻辑性强、结构严谨、文字简洁流畅。除了内容新颖、严谨以外，在版式、印刷和装帧方面，我们做了一些新的尝试，力求做到既有启发性又引起学生的兴趣，使本套教材的内容和形式再次跃上一个新的台阶。为此，我们还建立了数字化平台，在这个平台上，为适应我国数字化教学、为教材立体化建设作出尝试。

在编写第3套教材时，一些曾担任第2套教材的主编由于年事已高，此次不再担任主编，但他们对改版工作提出了很多宝贵的意见。前两套教材的作者为本套教材的日臻完善打下了坚实的基础。对他们所作出的贡献，我们表示衷心的感谢。

尽管本套教材的编者都是多年工作在教学第一线的教师，但基于现有的水平，书中难免存在不当之处，欢迎广大师生和读者批评指正。

王德炳 柯杨

2013年11月

前言

目前,全球医学教育面临的问题和挑战比之前更加严峻复杂。面对“疾病谱”的转变,患者维权意识和对医生能力要求的提升,医学教育从以前的床边患者教学转变成多种模式教学,以适应现代社会需求。现代医学模拟教学方法的应用,为医学教育提供了一种模式,医学模拟教学具有无风险性、可重复性、操作可控性、临床病例多样性和培养团队合作性等优势,得到了快速发展。

最早的模拟教学源于解剖学的兴起,最先使用的教学模型是解剖模具。最早的医学教学模型是由黏土和石头制作的简单模型,随着科技不断发展,发展到现代高科技的仿真模拟人。根据教学功能,可以分为示教模型和培训模型,后者又分为局部功能训练模型、计算机辅助训练模型、虚拟现实和触觉感知系统以及无线遥控智能模拟人系统。以计算机技术为标志的各种现代技术为模拟医学教学带来了划时代的进步,使医学教育进入现代医学模拟教学时代,未来它必将在医学教学方法上再次掀起一场革命。

然而,如何利用现代模拟教学这一强大的科技平台,去创造一种全新的教学课程体系和内容,提高我国医学生的临床技能水平,是医学教育工作者一直关注和倾尽心力的重要课题。自2010年以来,由教育部医学教育临床教学研究中心主办的全国高等医学院校大学生临床技能竞赛已连续举办四届,临床技能竞赛充分借助模拟教学手段,以赛带教,促进医学教育发展,得到了全国高等医学院校的高度重视和积极参与,在全国范围内提高了医学生的临床思维能力和操作水平。通过比赛培训,在临床技能操作方面,我们体会之一是急需规范化的技能操作,只有规范的技能操作,才能整体提高医学生的培训水平,才能更有助于医学生建立临床思维。因此,迫切需要有关临床技能培训的相关专业书籍。

本书是在临床医学专业的教科书基础上,参考全国高等医学院校大学生临床技能竞赛的培养目标和内容要求,由多家医学院校参与编著的,希望为全国临床医学生的临床技能规范化培训提供帮助。

王深明 肖海鹏

2013年11月

目 录

第一章 病史采集	1	第三节 其他专科基本技能操作	155
第二章 体格检查	5	第九章 妇产科基本技能操作	166
第一节 基本检查方法	5	第一节 妇科检查	166
第二节 全身体格检查的基本项目与 方法	7	第二节 产科检查	169
第三章 实验室检查	19	第三节 新生儿处理	171
第一节 实验室检查基本操作	19	第四节 宫内节育器放置术与 取出术	173
第二节 常用实验室检查结果判读	35	第五节 经阴道后穹隆穿刺术	176
第四章 影像学图像判读	50	第六节 分段诊断性刮宫术	179
第一节 影像学检查方法	50	第七节 妇产科特殊检查	181
第二节 影像学诊断原则及步骤	54	第十章 儿科基本技能操作	185
第三节 影像学诊断报告解读	62	第十一章 急诊麻醉科基本技能操作	210
第四节 比较影像学	63	第十二章 耳鼻咽喉科基本技能操作	236
第五章 心电图	64	第十三章 眼科基本技能操作	246
第一节 心脏基础知识	64	第十四章 皮肤性病科基本技能操作	253
第二节 正常心电图	65	第十五章 护理基本技能操作	265
第三节 快速型心律失常	66	第十六章 内科急救药物的使用	286
第四节 预激综合征	73	第十七章 外科急救药物的使用	294
第五节 缓慢型心律失常	75	第十八章 妇产科急救药物的使用	297
第六节 急性心肌梗死心电图	83	第十九章 儿科急救药物的使用	301
第七节 房室肥大心电图	85	第二十章 综合案例	306
第六章 病历书写及书写临床长期 医嘱和临时医嘱	89	第一节 内科综合案例	306
第七章 内科基本技能操作	93	第二节 外科综合案例	309
第八章 外科基本技能操作	115	第三节 妇产科综合案例	313
第一节 普通外科操作技术	115	第四节 儿科综合案例	317
第二节 骨科操作	143	主要参考文献	319
		中英文专业词汇索引	320

第一章 病史采集

病史采集 (history taking) 是医师通过询问患者或知情人而获取病史资料的过程。综合病史采集的资料, 进一步分析而作出临床判断的方法, 称为问诊 (inquiry)。病史采集是问诊的重要手段, 所获取的资料对了解疾病的发生、发展、诊疗经过、既往健康或曾患疾病的情况, 对诊断和鉴别诊断都具有极其重要的意义, 也为随后对患者进行的体格检查和各种诊断性检查的安排提供了最重要的基本资料。因此, 病史采集是每个临床医生必须掌握的临床技能。

一、病史采集的内容

病史采集的内容即住院病历所要求的内容, 一般应包括下列内容:

1. 一般项目 (general data) 包括: 姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、住址和联系电话、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者不是患者本人, 则应注明其与患者的关系。记录年龄时应填写实足年龄。

2. 主诉 (chief complaint) 为患者感受最痛苦或最明显的症状或体征及其持续时间, 也是本次就诊最主要的原因。主诉由医生总结归纳得出, 确切的主诉常可初步反映病情轻重与急缓, 并提供对某系统疾患的诊断线索, 切不能用某病的诊断名称作为主诉。

3. 现病史 (history of present illness) 是病史中的主体部分, 它记述患者自发病开始到就诊时疾病的发生、发展、演变和诊疗经过的全过程。现病史的采集常围绕主诉展开详细询问, 可按以下程序恰当地加以询问。

(1) 起病情况与患病的时间: 详细询问起病情况对疾病病因的判断具有重要的鉴别作用。患病时间是指起病到就诊或入院的时间, 如先后出现几个症状则需追溯到首发症状的时间, 并按时间顺序询问整个病史后分别记录, 时间长短可按数年、数月、数日计算, 发病急骤者可按数小时、数分钟计算。

(2) 主要症状的特点: 包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度、缓解或加剧的因素。了解这些特点对判断疾病所在的系统或器官以及病变的部位、范围和性质很有帮助。

(3) 病因与诱因: 尽可能了解与本次发病有关的病因和诱因 (如气候变化、环境改变、情绪、起居饮食失调等), 以帮助明确诊断与拟定治疗措施。

(4) 病情的发展与演变: 包括患病过程中主要症状的变化及新症状的出现。

(5) 伴随症状: 常常是鉴别诊断的重要依据, 或提示出现了并发症。反之, 按一般规律在某一疾病发展过程中应该出现的伴随症状而实际上没有出现时, 也应将其记述于现病史中, 以备进一步观察, 因为这种阴性表现往往具有重要的鉴别诊断意义。

(6) 诊治经过: 患者于本次就诊前曾在何处诊治, 作过哪些检查项目, 被诊断为什么病, 曾进行过哪些治疗, 使用过的药物名称、剂量、用法、用药时间、疗效如何、有无副作用等, 这些可为本次诊治疾病提供参考, 注意不能用既往的诊断代替自己的诊断。

(7) 病程中的一般情况: 应记述患者患病后的精神、体力状态、食欲及食量的改变、睡眠、体重增减及大小便等情况, 这些对全面评估患者病情的轻重和预后以及采取什么辅助治疗措施十分有用, 对鉴别诊断也有一定参考作用。

4. 既往史 (past history) 应详细询问患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病 (包括

各种传染病),特别是与现患病有密切关系的疾病。对居住地主要传染病和地方病史、外伤、手术史、预防接种史,以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等,也应记录在既往史中。记录顺序一般按时间先后排列,注意不要和现病史发生混淆。

5. 系统回顾(review of systems) 系统回顾是规范病历不可缺少的部分,它可以帮助医师在短时间内扼要地了解患者各系统是否发生目前尚存在或已痊愈的疾病,以及这些疾病与本次疾病之间是否存在因果关系,其主要情况应分别记录在现病史或既往史中。

各系统问诊的主要症状有:

(1) 头颅五官:视力障碍、耳聋、耳鸣、眩晕、鼻出血、牙痛、牙龈出血、咽喉痛、声音嘶哑等。

(2) 呼吸系统:咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等。

(3) 循环系统:心悸、活动后气促、心前区疼痛、端坐呼吸、晕厥、下肢水肿等。

(4) 消化系统:食欲减退、吞咽困难、嗝气、反酸、腹胀、腹痛、腹泻、便秘、恶心、呕吐、呕血、便血、黄疸等。

(5) 泌尿生殖系统:尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、夜尿增多、颜面水肿、有无尿潴留或尿失禁、尿道或阴道有无异常分泌物等。

(6) 造血系统:皮肤苍白、乏力、头昏、眼花、皮肤出血点、淋巴结肿大、肝脾大等。

(7) 内分泌系统与代谢:多饮、多尿、多食、怕热、多汗、怕冷、显著肥胖或消瘦、色素沉着、闭经等。

(8) 肌肉与骨关节系统:疼痛、关节红肿或畸形、运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力等。

(9) 神经系统:头痛、失眠、记忆力减退、意识障碍、语言障碍、感觉异常、晕厥、瘫痪、抽搐等。

(10) 精神状态:幻觉、妄想、定向力障碍、情绪异常等。

6. 个人史(personal history) 主要包括如下内容:

(1) 社会经历:包括出生地、居住地区和留居时间(尤其是疫源地和地方病流行区)、受教育程度、经济状况和业余爱好等。

(2) 职业及工作条件:包括工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间。

(3) 习惯与嗜好:起居与卫生习惯,饮食的规律与质量,烟酒嗜好时间与摄入量,其他嗜好及麻醉药品、毒品接触史等。

(4) 有无不洁性交史:是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳、梅毒等。

7. 婚姻史(marital history) 记述患者未婚或已婚、结婚年龄、配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

8. 月经史(menstrual history) 女性患者应询问月经初潮的年龄,月经周期和经期天数,经血的量和色,经期症状,有无痛经与白带,末次月经日期,闭经日期,绝经年龄。记录格式如下:

$$\text{初潮年龄} \frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}} \text{末次月经时间(LMP)或绝经年龄}$$

9. 生育史(childbearing history) 女性患者应询问妊娠与生育次数和年龄,人工或自然流产的次数,有无早产、死产、手术产、围生期感染及计划生育状况等。男性患者应询问有无患过影响生育的疾病。

10. 家族史(family history) 询问双亲、兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况,特别应询问是否有与患者同样的疾病,有无与遗传有关的疾病。对已死亡的直系亲属要问明死因与年龄。某些遗传性疾病涉及父母双方亲属,也需问明。若在几个成员或几代人中皆有同样疾病发生,可绘出家系图显示详细情况。

二、重点的病史采集

重点的病史采集是指针对就诊的最主要或“单个”问题（现病史）来问诊，并收集除现病史以外的其他病史部分中与该问题密切相关的资料。主要应用在急诊或门诊的患者。

重点的病史采集不同于全面的病史采集过程，应根据患者表现的问题及其紧急程度，选择那些对解决该问题所必需的内容进行问诊。通常患者的主诉提示了需要重点问诊的内容，应以较为简洁的形式询问主要症状的相关资料，逐渐形成诊断假设，判断该患者可能是哪些器官系统患病，并对该系统的内容进行全面问诊，在既往史、系统回顾、个人史、婚育史、月经史、家族史中选择相关内容进行问诊，省掉那些对解决本次就诊问题无关的病史内容询问。

较好地完成重点的病史采集以后，医生就有条件选择重点的体格检查内容和辅助检查项目，其结果将支持、修订或否定病史中建立的诊断假设。

三、病史采集的注意事项

1. 病史采集时应直接询问患者，只有当患者本人因病情严重不能陈述，或为小儿不能表达病情时，才向其他有关人员或亲属了解发病的经过。

2. 问诊时应耐心倾听患者陈述，只有在患者的陈述与病情相差太远时，才需要根据陈述的主要线索灵活地把话题转回，切不可生硬地打断患者的叙述，或主观推测患者的亲身感受。

3. 对重危患者，在进行扼要的询问和重点的检查之后，应立即进行抢救，详细的病史与检查可在病情好转后再作补充，以免延误治疗。

4. 由于患者对病情的叙述不一定完全、确切，或病情可能发生变化，因而医生在继续接触患者的过程中，对已采集的病史应随时予以补充或更正。

5. 对于从其他医疗单位转来的病情介绍或病历摘要，只能作为参考，绝不能代替接诊医生的亲自问诊。

四、病史采集举例

（一）胸痛

1. 现病史

（1）起病情况和发病时间。

（2）发病诱因：如剧烈运动、咳嗽、外伤、举重物等。

（3）胸痛的特点：包括部位、性质、持续时间（持续或发作）、有无放射、与呼吸的关系。

（4）伴随症状：有无心悸、胸闷、头晕或晕厥；有无咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、发热；有无反酸、嗝气、吞咽困难、腹胀、大汗等。

（5）病情的发展和演变。

（6）诊疗经过：是否到医院就诊，作过哪些检查（如心电图等）及结果？用过哪些药物治疗（如含服硝酸甘油），疗效如何？

（7）饮食、睡眠、二便、体重变化情况。

2. 其他相关病史 有无类似发作，有无胸部外伤史、结核病、支气管扩张、慢性呼吸系统疾病、高血压、心脏病、药物过敏史、烟酒嗜好等。

（二）水肿

1. 现病史

（1）起病情况（缓急）和时间。

（2）发作原因和诱因：饮水、少尿等。

(3) 水肿特点：水肿程度、凹陷性、对称性，有无颜面部水肿，水肿加重的时间等。

(4) 伴随症状：有无心悸、胸闷、气促，有无腹胀、呕血、黑便，有无慢性腹痛、腹泻，有无少尿、血尿、腰痛等。

(5) 病情的发展和演变。

(6) 诊治经过：是否到医院看过，作过哪些检查及结果？曾接受过哪些治疗，疗效如何？

(7) 患病以来的一般情况：饮食、睡眠、大小便、体重变化。

2. 其他相关病史 如流行病史（是否去过血吸虫疫区）、慢性肝炎和肝病史、高血压和（或）心脏病史、肾病史、营养不良疾病史、药物和食物过敏史、饮酒或进食生鱼史等。

（周汉建 曾 勉）

第二章 体格检查

体格检查 (physical examination) 是医生利用自己的感官和借助于简便的检查工具, 客观评估人体状况的最基本检查方法。体格检查是医生的基本功之一, 也是需要医学生反复训练的基本技能之一。

第一节 基本检查方法

基本检查的方法有五种: 视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊。

一、视诊 (inspection)

医生用视觉观察全身或局部表现的诊断方法。包括全身视诊和局部视诊。

二、触诊 (palpation)

医生用手的触觉来进行检查的方法。要求的体位是: 使被检查部位软组织处于松弛状态。在腹部的触诊中最重要, 常采取屈膝仰卧位。触诊的方法有:

1. 浅部触诊法 (light palpation) 适于浅表部位的检查, 如关节、软组织、浅部动脉、静脉、神经、阴囊、精索等; 于腹部检查时更为常用。可触及的深度约 1cm。其方法: 医生一手轻放在被检查部位, 手指并拢, 利用掌指关节和腕关节协调运动, 轻柔地进行滑动触摸。

2. 深部触诊法 (deep palpation) 主要用于检查腹腔病变和脏器情况。可触及的深度常在 2cm 以上, 有时可达 4~5cm。包括以下四种方法:

(1) 深部滑行触诊法: 主要用于检查腹腔深部包块和胃肠病变。嘱患者取屈膝仰卧位, 张口平静呼吸, 医生右手中间三指并拢, 平放在前腹壁被检查部位, 以手指末端逐渐触向腹腔脏器或包块。并在被触及的包块上做上下左右滑动触摸。如为肠管或条索状包块, 则需做与包块长轴相垂直方向的滑动触诊。

(2) 双手触诊法: 主要用于检查肝、脾、肾和腹腔肿物。嘱患者取屈膝仰卧位, 医生将左手掌置于被检查脏器或包块的背后, 右手中间三指并拢平放在前腹壁被检查部位, 左手掌向右手方向托起被检查脏器或包块, 在患者腹式呼吸配合下, 右手进行触诊检查 (图 2-1)。

(3) 深压触诊法: 主要用于腹腔深在病变的定位及确定病变压痛点。嘱患者屈膝仰卧位, 医生用右手一个或两个并拢的手指, 逐渐深压腹壁被检查部位。



图 2-1 双手触诊法

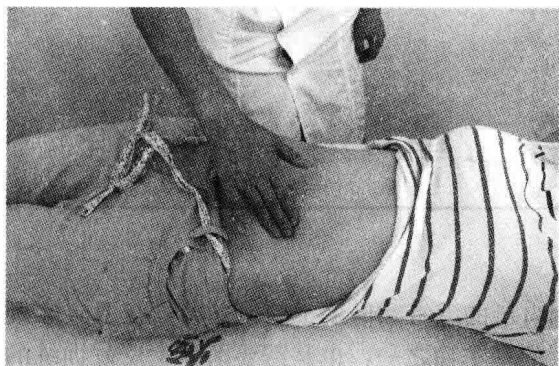


图 2-2 冲击触诊法

(4) 冲击触诊法：仅用于大量腹水患者肝、脾及腹腔包块的触诊。嘱患者取屈膝仰卧位，医生右手中间三指并拢，取 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 角，放在腹壁被检查部位，做数次急速而有力的冲击动作，同时指端感受脏器或包块浮沉的感觉（图 2-2）。

三、叩诊 (percussion)

医生用手指叩击患者身体表面，使局部震动产生音响，通过触觉震动和听觉音响特点，来判断脏器有无异常的方法。在胸、腹部检查中尤为重要。叩诊方法有：

1. 间接叩诊法 最常用，主要用于胸、腹部病变局限时的检查。医生左手中指第二指节紧贴叩诊部位皮肤，其他手指微微翘起，右手指自然弯曲，以中指指尖垂直叩击左手中指末端指间关节处，同一部位连续叩击 2~3 次，后抬起左手，移至新的部位继续叩诊。叩击要短促、有力、富有弹性。以腕关节和掌指关节活动为主，尽量限制肘关节和肩关节的运动。叩诊时要避免以下几点：腕关节僵硬，叩指指尖与左手中指不垂直，不间断、连续快速地砸击（图 2-3）。

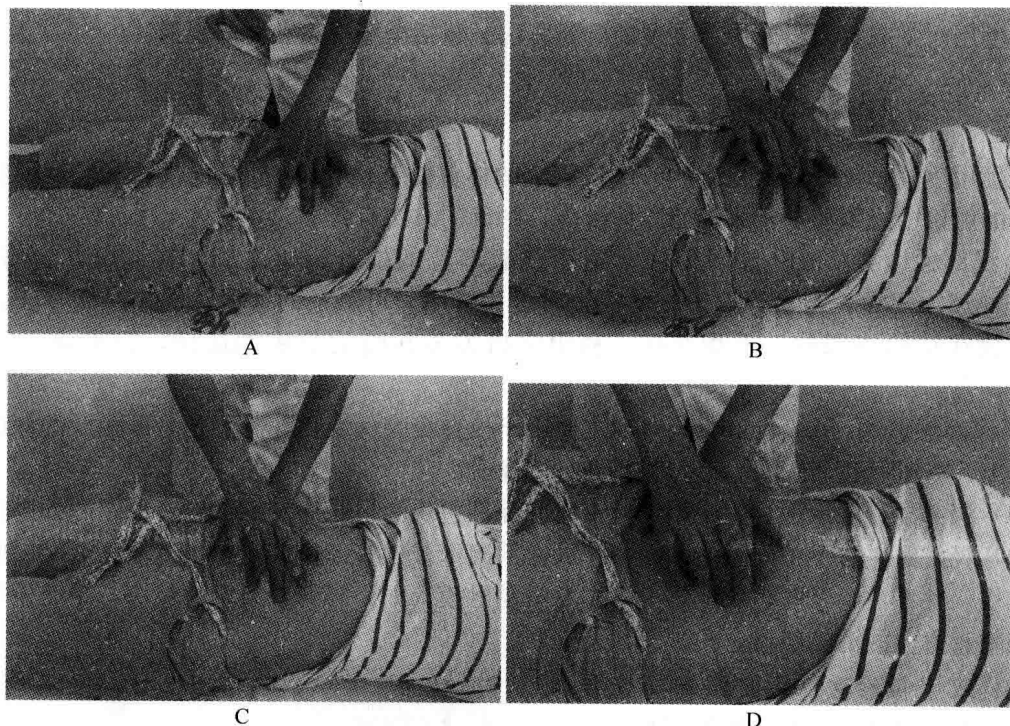


图 2-3 间接叩诊法

2. 直接叩诊法 主要用于胸、腹部病变范围广泛时的检查。医生右手中间三指并拢，用其掌面直接拍击被检查部位。

四、听诊 (auscultation)

医生用听觉听取患者身体各部分活动时所发出的声音，判断正常与否的检查方法。在诊断心肺疾病中尤为重要。其方法有：

1. 直接听诊法 医生将耳直接贴于被检查部位体壁上进行听诊。仅在特殊情况和紧急情

况下使用。

2. 间接听诊法 医生借助于听诊器进行听诊。在心肺听诊中最常用。要学会规范使用听诊器,如检查耳件弯曲方向是否正确,鼓型听诊器体件要紧贴皮肤,钟型体件置于皮肤上则不宜过紧,尽量避免体件与皮肤的摩擦,不能隔衣听诊等。

五、嗅诊 (olfactory examination)

医生通过嗅觉来判断发自患者的异常气味与疾病关系的检查方法。用手将患者散发的气味扇向自己的鼻部,然后仔细判断气味的特点与特性。异常气味大多来自患者皮肤、黏膜、呼吸道的分泌物、消化道的呕吐物和排泄物,以及脓液与血液等。

第二节 全身体格检查的基本项目与方法

一、全身体格检查的基本要求

全身体格检查是指对受检者全身各部分进行全面系统、规范有序的体格检查。要求:

1. 医生应注意仪表举止端庄大方、态度和蔼,体现对患者的关爱。
2. 医生站在患者右侧。
3. 检查内容务求全面、系统。
4. 检查顺序 从头到足。要有合理、规范的逻辑顺序,最大限度地保证体检的效率和速度,以减少患者的不适和不必要的体位变动。

(1) 卧位患者的检查顺序:一般情况和生命体征→头颈部→前、侧胸部(心、肺)→(取坐位)背部(肺、脊柱、肾区、骶部)→(卧位)腹部→四肢→肛门、直肠、外生殖器→神经系统(站立位)。

(2) 坐位患者的检查顺序:一般情况和生命体征→头颈部→上肢→背部(肺、脊柱、肾区、骶部)→前、侧胸部(肺)→(取卧位)心脏→腹部→下肢→肛门、直肠、外生殖器→神经系统(站立位)、步态及腰椎运动。

5. 在遵循全身检查内容和顺序的基本原则基础上,允许经过长期训练,形成自己的体检习惯。
6. 具体操作要注意体格检查的灵活性。如急、重症病例,需要重点检查生命体征及相关部分后,及时抢救和处理患者,其他内容待病情稳定后再行检查。
7. 强调边查边想,边查边问,正确评价,核实补充。
8. 检查结束时应与患者简单交谈,合理解释,减轻患者的压力。

二、全身体格检查的基本项目与方法

一般检查及生命体征

(1) 准备和清点器械:体温计、叩诊锤、听诊器、检眼镜、血压计、大头针、压舌板、卷尺和直尺、电筒、棉签、秒表。

(2) 自我介绍。

(3) 观察发育、营养、面容、表情和意识状态等。

(4) 洗手。

(5) 测量体温(腋温,10min):先将水银柱甩至 35°C 以下,保证腋窝处干燥,无致热及降温物品,然后将体温计头端置于患者腋窝深处,上臂夹紧体温计,10min后读数、记录。

(6) 触诊桡动脉至少30s:将示指、中指及环指的指腹平放于桡动脉搏动处。

(7) 用双手同时触诊双侧桡动脉, 检查其对称性。

(8) 计数呼吸频率至少 30s: 观察患者胸部和腹部的起伏, 一吸一呼为一次。

(9) 测右上肢血压两次:

1) 检查血压计, 注意水银柱是否在“0”点。

2) 肘部位置与心脏在同一水平。

3) 血压计气袖均匀紧贴皮肤缠于上臂, 其下缘在肘窝以上 2~3cm, 其中央部位位于肱动脉表面; 松紧度适宜。

4) 听诊器体件放置于肱动脉搏动处 (不能塞在气袖下)。

5) 向气袖内充气, 边充气边听诊, 待肱动脉搏动声音消失, 水银柱再升高 20~30mmHg 后, 缓慢放气 (2~6mmHg/s), 双眼平视汞柱观察, 根据听诊和汞柱位置读出血压值。首先听到的响亮拍击声所对应的读数为收缩压, 最终声音消失时读数为舒张压。个别人声音持续不消失, 则以音调突然变沉闷时为舒张压。

间隔 1~2min 后再测一次血压。

头颈部

(10) 观察头部外形、毛发分布、异常运动等。

(11) 触诊头颅: 双手同时触诊头颅每个部位, 了解其外形、有无压痛及异常隆起。

(12) 检查左右眼的近视力 (用近视力表): 距视力表 33cm。

(13) 检查上、下睑结膜, 球结膜和巩膜, 检查泪囊。

1) 检查上睑结膜需翻转眼睑: 嘱被检者向下看, 示指横放于上睑中部上方, 拇指横放于上睑下缘中部, 两指配合捏住上睑, 轻轻向前下牵拉, 同时示指向下压迫睑板上缘, 拇指将睑缘向上捻转即可翻转眼睑 (图 2-4)。

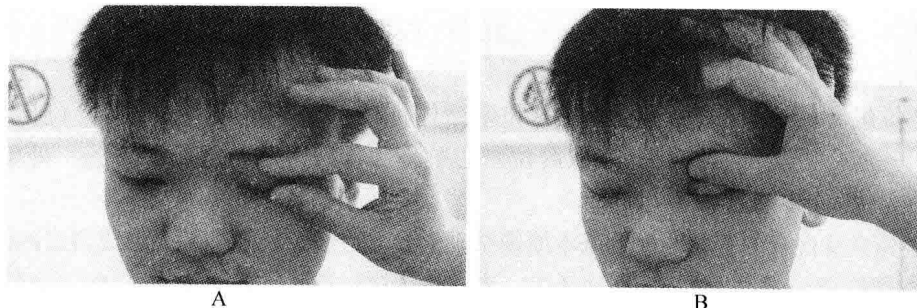


图 2-4 翻转眼睑检查上睑结膜

A. 两手配合捏住上睑; B. 翻转眼睑

2) 检查泪囊: 嘱患者向外上看, 用双手拇指轻压患者双眼骨性眼眶下内侧, 挤压泪囊并观察。

(14) 检查面神经运动功能: 嘱患者皱额、闭眼。

(15) 检查眼球运动: 置手指尖于患者眼前 30~40cm, 嘱其头部不动, 眼球随手指方向移动, 一般按左、左上、左下, 右、右上、右下 6 个方向顺序进行 (图 2-5)。

(16) 检查瞳孔直接对光反射、间接对光反射。

1) 直接对光反射: 将光源直接照射被检查者瞳孔, 观察瞳孔变化。

2) 间接对光反射: 以一手挡住光线, 光线照射一眼时, 另一眼瞳孔立即缩小, 移开光线, 瞳孔扩大。

(17) 检查集合反射: 检查者将示指置于距患者 1m 以外, 嘱患者注视示指, 逐渐移动示指距眼球 5~10cm, 观察双眼内聚及瞳孔变化。

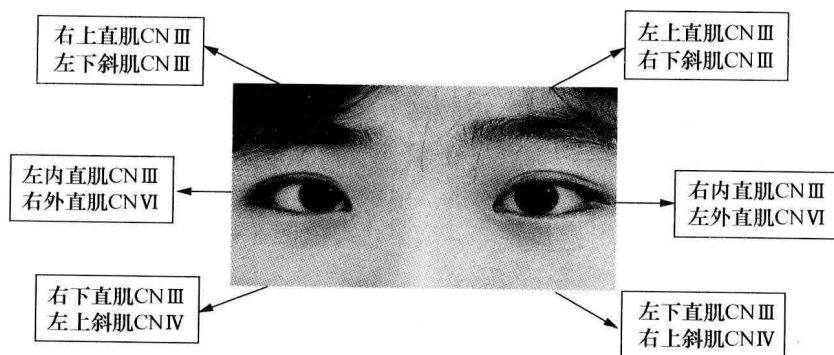


图 2-5 眼球六个方向的运动

CN: 脑神经

(18) 观察并触诊双侧外耳及乳突，触诊颞颌关节及其运动。

(19) 检查双耳听力：嘱患者闭目，并用手指堵塞一侧耳道，检查者以拇指和示指摩擦，自 1m 以外逐渐移至患者耳部，直到患者听到声音为止，测量距离。

(20) 观察及触诊外鼻。

(21) 观察鼻前庭、鼻中隔。

(22) 检查上颌窦、额窦、筛窦：有无肿胀、压痛、叩痛等。

1) 上颌窦：检查者双手固定于患者双侧耳后，拇指分别放于左右颧部向后按压，并询问有无压痛。也可用右手中指指腹，叩击颧部检查有无叩痛。

2) 额窦：检查者双手固定患者头部，双拇指放于两侧眼眶上缘内侧，向上向后按压，并询问有无压痛。也可用右手中指叩击该区，检查有无叩痛。

3) 筛窦：检查者双手固定于患者双侧耳后，拇指分别放于两侧鼻根与内眦之间向后按压，并询问有无压痛。

(23) 观察口唇、牙齿、牙龈、舌质及舌苔。

(24) 以压舌板检查口腔黏膜、口底、口咽部及扁桃体。检查者左手放于患者头部使其略后仰，张大口并发长“啊”音，此时检查者用压舌板迅速下压舌前 2/3 与后 1/3 交界处，在照明配合下检查软腭、腭垂、软腭弓、扁桃体、咽后壁。

(25) 检查舌下神经：嘱患者伸舌，观察有无偏斜、舌肌萎缩及肌束颤动。

(26) 检查面神经运动功能：嘱患者露齿，观察有无口角歪斜，嘱患者鼓腮或吹口哨观察是否有漏气现象。

(27) 检查三叉神经运动支：检查者双手触按患者双侧咀嚼肌，嘱患者做咀嚼动作，比较双侧肌力。再嘱患者张口运动，观察下颌有无偏斜。

(28) 检查三叉神经感觉支：嘱患者闭眼，检查者分别用大头针轻刺面部皮肤检查痛觉，用棉签检查触觉，两侧对比，随时询问患者的感觉。

(29) 暴露颈部，观察颈部外形和皮肤、颈静脉充盈和颈动脉搏动情况。

(30) 触诊颈部淋巴结。

1) 检查顺序：耳前→耳后→枕后→颌下→颏下→颈前→颈后→锁骨上淋巴结。

2) 检查方法：患者头稍低并偏向检查侧，检查者将示、中、环三指并拢，指腹紧贴被检查部位，由浅及深进行滑动触诊。

(31) 触诊甲状腺软骨、甲状腺峡部和侧叶。

1) 峡部触诊：检查者站于患者前面，用拇指（站于受检者后面用示指）从胸骨上切迹向上触摸，可触到气管前软组织，判断有无增厚，此时请受检者做吞咽动作，可感到此软组织在手指下滑动，判断有无增大和肿块。

2) 侧叶触诊: ①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后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指在胸锁乳突肌前缘触诊, 患者配合吞咽动作, 重复检查, 触及被推挤的甲状腺。用同样方法检查另一侧甲状腺 (图 2-6)。②后面触诊: 患者取坐位, 检查者站在患者后面, 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后缘向前推挤甲状腺, 示、中指在其前缘触诊甲状腺。再配合吞咽动作, 重复检查。用同样方法检查另一侧甲状腺 (图 2-6)。



图 2-6 甲状腺侧叶触诊

A. 前面触诊甲状腺右侧叶; B. 后面触诊甲状腺右侧叶

(32) 听诊颈部 (甲状腺、血管) 杂音。

(33) 触诊气管位置: 患者取舒适坐位或仰卧位, 颈部处于自然直立状态, 检查者将示指与环指分别置于两侧胸锁关节上, 然后将中指置于气管之上, 观察中指是否在示指与环指中间; 或以中指置于气管与两侧胸锁乳突肌之间的间隙, 据两侧间隙是否等宽来判断气管有无偏移。

(34) 检查颈椎屈曲、侧弯及旋转活动。

(35) 检查副神经: 嘱患者做耸肩及转头运动时, 医生给予一定阻力, 比较两侧肌力。

前、侧胸部

(36) 暴露胸部, 观察胸部外形、对称性、皮肤和呼吸运动等。

(37) 触诊左、右乳房: 先检查健侧, 再检查患侧。医生的手掌和手指平放在乳房上, 用指腹轻施压力, 以旋转或来回滑动的方式进行触诊, 检查左侧乳房从外上象限开始, 顺时针方向分别检查四个象限, 最后触诊乳头。检查右侧乳房, 按逆时针方向进行。

(38) 分别触诊腋窝淋巴结: 医生面对患者, 将患者前臂稍外展, 以右手触诊被检查者左侧腋窝, 以左手检查右侧腋窝, 由浅及深至腋窝各部分。



图 2-7 于前胸部检查胸廓扩张度

(39) 触诊胸壁弹性、有无压痛, 检查双侧胸廓扩张度: 医生两手置于患者胸廓下面的前侧部, 左右拇指分别沿两侧肋缘指向剑突, 并将两侧皮肤向前正中中线轻推, 拇指尖在前正中中线两侧对称部位, 两手掌和伸展的手指置于前侧胸壁。嘱患者作深呼吸, 观察比较两手的动度是否一致 (图 2-7)。

(40) 检查双侧语音震颤: ①医生将左右手掌的尺侧缘或掌面, 分别轻放于患者两侧胸壁的对侧部位, 然后嘱其用同等强度重复发“yi”长音。②自上至下, 从内到外比较两侧相应部