

诊断学 实验指导

主编 程卫平



 军事医学科学出版社

诊断学实验指导

主 编 程卫平
副主编 于克波 王海涛
主 审 周 丽
编 委 (以姓氏笔画为序)

于克波 王元涛 王海涛
刘 艳 李 俊 张秀伦
范永华 郭征东 程卫平
路艳花

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

诊断学实验指导/程卫平主编. - 北京:军事医学科学出版社,2008.8

ISBN 978-7-80245-150-6

I. 诊… II. 程… III. 实验室诊断-医学院校-教学参考资料
IV. R446

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 135513 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418,86702315,86702759

86703183,86702802

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:京南印刷厂

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:11.5(彩 2)

字 数:282 千字

版 次:2008 年 8 月第 1 版

印 次:2008 年 8 月第 1 次

定 价:21.80 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

诊断学是运用医学基本理论、基本知识和基本技能对疾病进行诊断的一门学科,是基础医学向临床医学过渡的桥梁,是临床医学各科的基础。随着国家执业医师资格考试制度的实施,在衡量医学教育质量是否符合社会要求上又增加了一个新的砝码,为培养具有临床医学基本理论知识和基本能力,能在各级医疗机构从事临床、教学、科研工作的医学高级专门人才,要求诊断学实验教学的教学观念、教学方式、教学内容的选择和教学手段等方面必须进行改革,以最大限度地适应现代医学科学发展和临床需要。

诊断学实验教学的教学内容以培养学生的“三基”为基本指导思想,加强临床基本技能的训练,加强学生实际动手能力和临床实际应用能力的培养,加强临床诊断思维方法和诊断分析能力的训练。重点在于系统地训练学生,使其掌握问诊的内容与技巧、系统全面的体格检查、临床诊断思维方式的综合培养等。

为适应现代临床医学教育对诊断学实验教学的要求,应以现代化教学手段为诊断学实验教学常用手段,加强实验室硬件建设以达到模拟病房化,发挥多媒体形象化教学优势,通过采用电子标准化病人计算机辅助教学系统,在心脏杂音听诊、腹部触诊、心电图分析及骨髓细胞分析等方面更具形象化,在有限的教学时间里,尽最大可能提高诊断学教学质量。

诊断学实践活动的主要对象是病人,医学生真正首次与病人接触是在诊断学学习阶段,虽然现代化教学手段已部分替代了与病人接触,但尚不能完全替代与病人的直接接触,我们仍然安排一定课时的医院见习,增加学生与病人的直接交流与沟通的机会。

针对现代临床诊疗对诊断学教学的要求,我们以人民卫生出版社出版的第六版《诊断学》为蓝本,编写了《诊断学实验指导》,以指导诊断学实践。恳请从事诊断学实验教学的专家和广大教师对本书进行指导和修正,以适应诊断学教学改革的发展与临床诊疗的需求。

编 者
2008 年 5 月

使用说明

(一) 实验的目的要求

1. 通过检体诊断的实验,要求达到独立、正确地进行系统的问诊,掌握全面的体格检查顺序和基本方法,并熟悉各种生理和病理体征。
2. 掌握各系统常见疾病的典型症状和体征,并能解释其发生机制及临床意义。
3. 学会编写完整的住院病历,能对各种临床资料进行综合分析,并能对常见疾病作出符合实际的初步诊断。
4. 掌握心电图各波形产生的基本原理和正常心电图各波图像及测量方法。初步掌握常见疾病的典型心电图表现。
5. 在临床实习时,必须遵守医院的一切规章制度,工作服应保持整洁;并具有高度的爱伤观点,关心病人,注意保暖;对恶性疾病或预后不良的患者不得对其透露病情,尽量避免增加病人负担;在检查时如病人有不适感或病情有变化,应立即停止检查,并报告教师。

(二) 实验方法

在整个实验中应贯彻理论联系实际,培养独立从事临床工作的能力,在教师指导下,分次分组循序进行。应做到以下几点:

1. 课前应充分作好预习,了解每次实验的内容、方法与要求。
2. 检体诊断的基本检体方法,只有通过反复练习、反复体会方能掌握。有的检查如翻转眼睑、心肺叩诊及腹部触诊手法等,必须先在公司当中互相检查,反复练习,基本掌握后才能进行临床实习。
3. 在临床实习中,密切结合病人的症状和体征,反复对照教材中的有关内容,不断加深理解,提高诊断疾病的能力。

(三) 实验安排

可根据教学大纲要求及具体条件,合理安排。下面是以临床医学、老年医学、中西医结合、英语与医学双专业、医学与计算机双专业本科实验总学时为 64 学时(每次实验 2 学时)的安排计划,供参考。

目 录

第一部分 体格检查	(1)
实验一 病史采集(问诊)	(1)
实验二 基本方法与一般检查	(3)
实验三 头颈部检查	(9)
实验四 胸廓、肺部检查(1)	(15)
实验五 胸廓、肺部检查(2)	(19)
实验六 心脏血管检查(1)	(20)
实验七 心脏血管检查(2)	(23)
实验八 腹部检查	(26)
实验九 脊柱与四肢、肛门、外生殖器检查	(33)
实验十 神经系统检查	(35)
实验十一 病历编写	(41)
附 体格检查考核评分表	(45)
第二部分 心电图检查	(50)
实验一 正常心电图测量	(50)
实验二 房室肥大心电图	(52)
实验三 心肌缺血、心肌梗死	(56)
实验四 心律失常	(62)
附 心电图自我考核	(76)
第三部分 实验诊断	(88)
实验一 血常规检查	(88)
实验二 网织红细胞计数(试管法)	(95)
实验三 红细胞比积测定(温氏法)	(97)
实验四 红细胞沉降率测定	(98)
实验五 尿液常规检查	(99)
实验六 粪便检查	(112)
附 骨髓细胞图谱	(115)
附 骨髓细胞图谱说明	(131)
第四部分 穿刺术	(166)
第五部分 病例分析	(172)
病例一	(172)
病例二	(172)

病例三	(173)
病例四	(173)
病例五	(174)
病例六	(174)
病例七	(175)
病例八	(175)
病例九	(175)
病例十	(176)

第一部分 体格检查

实验一 病史采集(问诊)

【目的要求】

1. 充分认识问诊的重要性,并掌握问诊的主要内容与方法。
2. 通过对病人的问诊,使学生熟悉问诊的基本技巧。
3. 了解诊断步骤,逐步掌握诊断过程的思维方法。

【设备仪器与用品】

学生自带隔离衣、隔离帽、听诊器、自备笔与纸张,问诊录像。

【实验方法】

1. 教师课前联系见习医院,与相应科室进行沟通,以取得相应科室主任、医生、护士及病人和其家属的配合。

2. 教师课前准备典型病例,原则为病情较单纯、能与学生较好配合的病人。课前熟悉病人,事前了解病人的主要病史和现有的阳性体征。

3. 教师强调临床见习中应注意的有关问题,重点要求掌握问诊的内容,学习体会问诊的方法和技巧。

4. 学生4~5人为一组,以一人为主询问病史,其他学生做补充或做问诊记录。

5. 根据问诊内容,将问诊资料按要求系统整理,书写出一份病历,主要包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、婚姻史、月经生育史和家族史。

【实验时间】

2个学时。

【实验内容】

1. 观看问诊录像。
2. 教师讲解问诊要点、示教问诊。
3. 教师选定问诊题目,学生分组进行问诊训练。
4. 教师巡回指导。

(一) 病史采集前的准备

1. 步入病房,站立病人右侧,向病人问候,并作自我介绍,如“我是X医生,在您住院期间对您的诊治具体负责,有什么要求、想法可以向我说明……”等等。

2. 说明病史询问的意义和目的,取得病人的合作与配合。

3. 消除病人的紧张、拘束心理,态度要和蔼、诚恳,耐心,病人陈述时要专心听讲。

(二) 一般项目询问

1. 包括患者的姓名、性别、年龄、民族、婚姻、职业、出生地、入院日期、记录时间和病史陈述者。

2. 病史的陈述人如果不是患者本人,还应询问与患者间的关系。

注:姓名一定和身份证户口本上的汉字相对应;年龄一定问清实足年龄,如 25 岁、5 个月;出生地具体到县;民族要问清;职业是工人的一定具体到工种。

(三) 主诉

患者本次就诊的主要原因及其持续时间。主诉为患者感觉最痛苦、最明显的症状或体征及开始出现的时间。主诉尽可能用病人自己描述的症状,而不是医生对患者症状诉说后加工的诊断术语。

(四) 现病史

患者从发病到就诊时疾病的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过。可按以下内容进行询问:

1. 起病情况 包括发病的时间、地点、环境、起病的缓急情况、前驱症状、发病的症状及其严重程度。

2. 主要症状特点 包括主要症状出现的部位、性质,持续的时间和程度,缓解或加重因素。

3. 病因与诱因 尽可能地了解与本次发病有关的病因,包括外伤、中毒、感染等,以及诱因包括情绪、气候、地理及生活环境、起居饮食失调等。

4. 病情的发展和演变 包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。

5. 伴随症状 在患者出现主要症状的基础上,又同时出现一系列的其他症状。这些伴随出现的症状常常是鉴别诊断的依据,或提示出现了并发症。

6. 诊疗经过 患病后曾接收检查与治疗的经过,包括检查方法、时间、结果、诊断名称以及治疗方法、效果、不良反应等。

7. 病程中的一般情况 包括发病以来患者的精神情况、体力状态、生活习惯、食欲及食量的改变、睡眠、体重变化、大小便情况等。

(五) 既往史

既往史包括既往:一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、药物(食物)过敏史。此外,居住及生活地区的主要传染病和地方病也应记载。

(六) 系统回顾

1. 呼吸系统 咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、胸痛、发热、盗汗、体重减轻。

2. 循环系统 心悸、气短、发绀、心前区疼痛、呼吸困难、水肿、肝区胀痛、咯血、咳痰、头痛、晕厥。

3. 消化系统 食欲改变,嗝气、反酸、腹胀、腹痛、腹泻、厌油、脓血便、柏油样便、恶心、呕吐、呕血、吞咽困难、皮肤瘙痒、黄染、体力及体重的改变。

4. 泌尿生殖系统 水肿、排尿困难、少尿、多尿、无尿、尿频、尿急、尿痛、夜尿、血尿、酱油色尿、尿潴留、尿失禁、腰痛,外生殖器有无溃疡、性欲改变。

5. 造血系统 乏力、头晕、眼花、耳鸣、心悸、皮肤苍白、出血点、瘀斑、血肿、肝脾及淋巴结肿大、骨骼疼痛。

6. 内分泌代谢系统 烦渴、多饮、多食、多尿、怕热、畏寒、多汗、乏力、头痛、视力模糊、心

悸、水肿、肌肉震颤、痉挛、性格、智力、体格、性器官发育、甲状腺、体重、皮肤、毛发的改变。

7. 运动骨骼系统 骨骼发育、骨折、关节肿痛、关节强直或变形,有无肢体肌肉麻木、疼痛、萎缩、瘫痪。

8. 神经精神系统 头痛、失眠、嗜睡、记忆力减退、意识障碍、晕厥、瘫痪、视力障碍、感觉及运动障碍、性格改变、定向力障碍、情绪、思维、智能、自知力。

9. 免疫系统 皮疹、发热、关节疼痛、肌无力、怕光、口干、眼干、黏膜多发溃疡等。

(七) 个人史

1. 社会经历 出生地、居住地、居留时间、受教育程度、经济生活、业余爱好。

2. 职业、习惯及嗜好 包括工种,劳动环境,毒物的接触情况及时间,卫生习惯,烟酒嗜好及摄入量,以及其他异嗜物和麻醉药品、毒品等。

3. 冶游史 有无不洁性交史,是否患过下疳、淋病性尿道炎等性病史。

(八) 月经史

包括月经初潮年龄,月经周期和经期天数,经血的量和颜色,经期症状,有无痛经、白带情况,末次月经日期、闭经日期,绝经年龄。

(九) 婚育史

包括未婚或已婚,结婚年龄,初孕年龄,妊娠和分娩情况,流产、早产、难产、死产、产后出血史,有无产褥热,节育及绝育情况,配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

注:男性婚育史归入个人史。

(十) 家族史

1. 双亲与兄弟姐妹及子女健康与疾病情况。

2. 有无遗传病及其有关的疾病。

3. 家庭成员去世者,询问死因及年龄。

4. 家族中传染病的患病情况。

实验二 基本方法与一般检查

【目的要求】

1. 掌握视诊、触诊、叩诊、听诊的基本检查方法。

2. 学会对一般状态、皮肤黏膜、淋巴结的检查方法及其顺序,并了解正常特征及异常改变的临床意义。

【实验方法】

1. 教师重点示教视诊、触诊、叩诊、听诊的检查方法。

2. 体温、呼吸、脉搏和血压的测量方法,重点强调检查时的注意事项。

3. 教师示教一般状态检查的内容及方法,如性别、年龄、面容、表情、姿势、体位检查,重点为发育营养的判断方法、意识状态的检查方法。皮肤及淋巴结检查方法的示教。

4. 观看检体录像,进一步学习体会一般状态检查的内容和方法,常见的异常体征及临床意义。

5. 学生每2人一组相互检查,反复练习检查内容和方法,教师巡回指导。

【设备仪器与用品】

每组准备器物托盘 1 个,内有血压表 1 台、听诊器 1 具、手电 1 个、压舌板 1 包、大头针数枚、棉签 1 包、体温表 1 支。

【实验时间】

2 个学时。

【实验内容】

(一) 视诊

视诊是医师用眼睛观察病人全身或局部表现的诊断方法,可用于全身一般状态和许多体征的检查,如年龄、发育、营养、意识状态、面容、表情、体位、姿势、步态等。局部视诊可了解病人身体各部分的改变,如皮肤、黏膜、眼、耳、鼻、口、舌、头颈、胸廓、腹形、肌肉、骨骼、关节外形等。

(二) 触诊

触诊是医师通过手接触被检查部位时的感觉来进行判断的一种方法。手指指腹对触觉较为敏感,掌指关节部掌面皮肤对震动较为敏感,手背皮肤对温度较为敏感,因此触诊时多用这些部位。

1. 浅部触诊法 适用于体表浅在病变(关节、软组织、浅部动脉、静脉、神经、阴囊、精索等)的检查和评估。触诊时,将一手放在被检查部位,用掌指关节和腕关节的协同动作以旋转或滑动方式轻压触摸。

2. 深部触诊法 检查时可用单手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达到深部触诊的目的。根据检查目的和手法的不同可分为以下几种:

(1) 深部滑行触诊法:医师用右手并拢的食指、中指和环指平放在腹壁上,以手指末端逐渐触向腹腔的脏器或包块,在被触及的包块上做上下左右滑动触摸,如为肠管或索条状包块,应与包块长轴相垂直的方向进行滑动触诊。常用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。

(2) 双手触诊法:将左手掌置于被检查脏器或包块的背后部,并向右手方向托起,使被检查的脏器或包块位于双手之间,并更接近体表,有利于右手触诊检查。多用于腹腔脏器如肝脾肾及腹腔肿物的检查。

(3) 深压触诊法:用一个或两个并拢的手指逐渐深压腹壁被检查部位,用于探测腹腔深在病变的部位或确定腹腔压痛点,如阑尾、胆囊、输尿管压痛点等。

(4) 冲击触诊法:又称浮沉触诊法。检查时,右手并拢的示、中、环三个手指取 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 角,放置于腹壁拟检查的相应部位,做数次急速而较有力的冲击动作,在冲击腹壁时指端会有腹腔脏器或包块浮沉的感觉。一般只用于大量腹水时肝脾及腹腔包块难以触及者(图 1-2-1)。

注:冲击触诊会使病人感到不适,操作时避免用力过猛。

(三) 叩诊

叩诊是用手指叩击身体表面某一部位,使之震动而产生音响,根据震动和声响的特点来判断被检查部位的脏器状态有无异常的一种方法。根据叩诊的目的和手法的不同可分为以下两种:

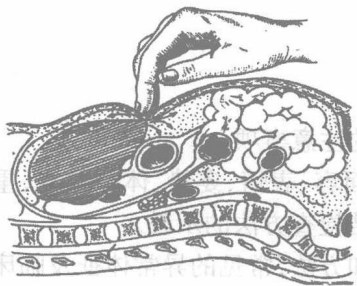


图 1-2-1 冲击触诊法

1. 直接叩诊法 医师右手中间三手指并拢,用其掌面直接拍击被检查部位,借助于拍击的反响和指下的震动感来判断病变情况的方法称为直接叩诊法。如胸背部、脊柱的直接叩诊。

2. 间接叩诊法 医师将左手中指第二指节紧贴于叩诊部位,其他手指稍微抬起,勿与体表接触,右手指自然弯曲,用中指指端叩击左手中指末端指关节处或第二节指骨的远端(图 1-2-2)。因为该处易与被检查部位紧密接触,而且对于被检查部位的震动较敏感。叩诊时被叩击部位产生的反响称为叩诊音。叩诊音根据音响的频率、振幅和乐音的不同,在临床上分为清音、浊音、鼓音、实音和过清音五种。

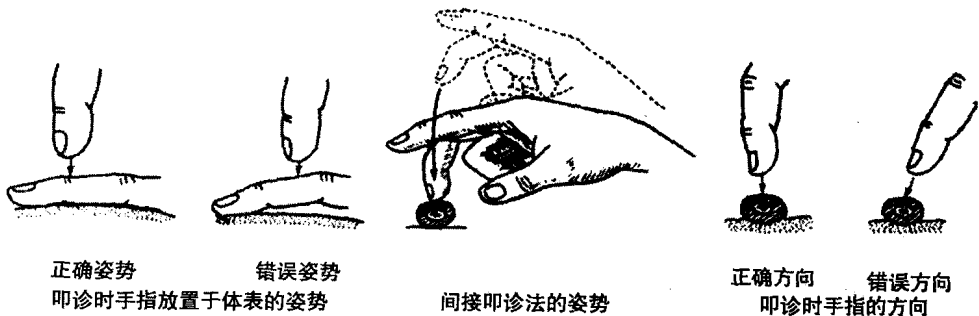


图 1-2-2 间接叩诊法正误图

(四) 听诊

是医师根据病人身体各部分发出的声音判断正常与否的一种诊断方法。可分为以下两种:

1. 直接听诊法 医师将耳直接贴附于被检查者的体壁上进行听诊,这种方法所能听到的体内声音很弱。

2. 间接听诊法 是用听诊器进行听诊的一种检查方法。

(五) 嗅诊

是通过嗅觉来判断发自病人的异常气味与疾病之间关系的一种方法。来自病人皮肤、黏膜、呼吸道、胃肠道、呕吐物、排泄物、分泌物、脓液和血液等的气味,根据疾病的不同,其特点和性质也不一样。

(六) 一般状态

全身一般状态检查的内容包括性别、年龄、体温、呼吸、脉搏、血压、发育与营养、意识状态、面容表情、体位姿势及步态等,还有皮肤和淋巴结。

1. 性别 正常人的性征很明显,性别不难判断。性征的正常发育,在女性与雌激素和雄激素有关,在男性仅与雄激素有关。

2. 年龄 随着年龄的增长,机体出现生长发育、成熟、衰老等一系列改变,年龄与疾病的发生及预后有密切的关系。

3. 生命征 生命征是评价生命活动存在与否及其质量的指标,包括体温、脉搏、呼吸和血压,为体格检查时必须检查的项目之一。测量之后应及时而准确地记录于病历和体温记录单上。

(1) 体温:测量体温(T)通常有三种方法。

①口测法:将消毒的体温计置于舌下,然后紧闭口唇,不用口腔呼吸,测量5分钟后读数。正常值为36.3~37.2℃。

②肛测法:被检查者取侧卧位,将肛门温度计(肛表)头部涂以润滑剂,徐徐插入肛门,深达肛门温度计的一半为止。测量5分钟后读数。正常值为36.5~37.7℃。

③腋测法:取体温表,先检查体温表内水银是否已甩至35℃以下,然后把体温表放在腋窝深部,如有汗液则须擦干后测体温,嘱病人用上臂将体温计夹紧,测量10分钟。正常值为36~37℃。正常人在24小时内体温略有波动,一般波动范围不超过1℃。在生理情况下,早晨略低,下午略高;进餐或运动后稍增高。将测得的体温按其时间记录在病历的体温记录单上,连成的曲线,即为体温曲线。

(2)脉搏:检查脉搏时手指并拢,以示指、中指和环指(即无名指)指腹平放在病人右手桡动脉近手腕处,至少计数30秒脉搏(P)搏动次数。用双手同时触诊双侧桡动脉,检查其对称性。

(3)呼吸的测量:测脉搏后,观察病人呼吸(R),计算胸廓起伏频率,计数30秒。

(4)血压

①测血压(BP)前必须在安静环境下休息5~10分钟。

②先打开血压计开关,检查水银液面是否与0点平齐。

③使病人右上肢裸露,伸直并外展45°,袖带气囊胶管避开肱动脉,袖带紧贴皮肤缚于上臂,下缘距肘弯横纹上2~3cm,袖带不宜过紧或过松,一般以能伸进1个手指为宜。

④在肘窝肱二头肌腱内侧触及肱动脉,将听诊器膜式体件置于肱动脉上,不宜将体件塞在袖带下。

⑤右手以均匀节奏向气袖内注气,待动脉搏动消失,再升高20~30mmHg,然后缓慢放气,使水银柱缓慢下降,以每秒2mm速度为宜。

⑥两眼平视水银柱平面,听到的第1个搏动声为收缩压;水银柱继续下降至声音突然变低沉,直至消失,此时所示压力值为舒张压。

⑦同样方法测量2次,间歇1分钟左右,取最低值为血压值。

⑧解下袖带,理好后放入血压计内,向右侧倾斜血压计约45°,使水银柱内水银进入水银槽内后关闭开关。

4. 发育与体型 发育通常以年龄、智力和体格成长状态(身高、体重及第二性征)之间的关系来判断。发育正常时,年龄与智力、体格的成长状态是均衡的。体型是身体各部位发育的外观表现,包括骨骼、肌肉的生长与脂肪分布的状态等。通过观察区别被检查者的体型:①瘦长型(无力型)者,体高肌瘦,颈细长、垂肩,胸廓扁平,腹上角小于90°。结核病患者多属于此种体型。②矮胖型(超力型)者,体矮健壮,颈粗短、面红、肩平,胸廓宽阔,腹上角大于90°。此型可见于高血压患者。③均称型(正力型)者,体格各部结构匀称适中。正常人一般多为此型。

5. 营养状态 营养状态是根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的充实状况进行综合判断。标准的检查方法是测量前臂内侧及上臂背侧皮下脂肪的厚度或充实的程度。营养状态临床上常用良好、中等和不良3个等级来概括。

(1)良好:皮肤光泽,黏膜红润,皮肤弹性良好,皮下脂肪丰满而有弹性,肌肉结实,指甲、毛发光泽等。

(2)不良:皮肤黏膜干燥、弹性减低,皮下脂肪菲薄,肌肉松弛无力,指甲粗糙有条纹或凹陷,毛发稀疏无光泽等。

(3)中等:介于以上两者之间。

营养不良多见于摄食不足、消化吸收不良,或消耗过多等。肥胖常见于单纯性肥胖或继发于某些内分泌疾病等。

6. 意识状态 意识是大脑功能活动的综合表现,即对环境的知觉状态。正常人意识清晰,反应敏锐、精确,思维合理,语言清晰,表达能力正常。检查意识状态的方法,一般多用问诊,通过与病人的对话了解其思维、反应、情感活动、定向力等;同时,也可做疼痛试验、瞳孔反射、角膜反射、肌腱反射等,以测定意识障碍的程度。

(1)嗜睡:是病理的睡眠状态,可被轻度刺激或语言唤醒,醒后能回答问题,但反应较迟钝,回答问题简单而缓慢,停止刺激后可再入睡。

(2)意识模糊:是较嗜睡更进一步的意识障碍,有定向力障碍,思维和语言不连贯,可有错觉与幻觉、躁动不安、谵语或精神错乱。

(3)谵妄:是一种以兴奋性增高为主的意识障碍,表现意识模糊、定向力障碍、错觉与幻觉、躁动不安及语言错乱等。

(4)昏睡:处于熟睡状态,接近于不省人事,不易被唤醒。在强刺激下唤醒后很快又入睡,醒后答话含糊或答非所问。

(5)昏迷:是最严重的意识障碍。浅昏迷时意识大部分丧失,无自主运动,对光、声音刺激无反应,对疼痛刺激可出现痛苦表情或防御反应,角膜反射、瞳孔反射、眼球运动、吞咽反射等均存在。深昏迷时意识全部丧失,各种反射均消失,偶有深反射亢进或出现病理反射。

7. 语调与语态 语调:指言语过程中的音调。语音障碍可分为失音(不能发音)、失语(不能言语,包括运动性失语和感觉性失语)和口吃。语态:指言语过程中的节奏。语态异常指语言节奏紊乱,出现语言不畅,快慢不均,音节不清,见于震颤麻痹、舞蹈症、手足徐动症等。

8. 面容与表情 面容是指面部呈现的状态。表情是在面部或姿态上思想感情的表现。正常人表情自如,无病容表现。在某些疾病时可有痛苦表情。通过实验认识急、慢性病容,贫血面容、甲状腺功能亢进面容、黏液性水肿面容、二尖瓣面容、伤寒面容、肢端肥大症面容、满月面容、病危面容等。

9. 体位 是指患病时身体所处的位置。通过临床观察认识以下体位:

(1)自动体位:身体可自由活动不受限制。正常人及轻病或疾病早期等多为自动体位。

(2)被动体位:病人不能自己调整或变换体位。多见于极度衰竭或意识丧失的病人。

(3)强迫体位:患病后病人被迫采取某种体位,以减轻痛苦。如强迫仰卧位、强迫坐位(端坐呼吸)、强迫蹲位、强迫立位、辗转体位等。

10. 姿势与步态 姿势是指举止的状态。步态是走动时所表现的姿态。正常人躯干端正,肢体活动灵活,步态稳健。病理情况下可出现姿势异常及步态改变。观察蹒跚步态(鸭步)、醉酒步态、慌张步态、跨阈步态及共济失调步态等。

(七)皮肤黏膜

1. 颜色 观察皮肤黏膜颜色时,应注意毛细血管的分布、血液的充盈度、色素量的多少、皮下脂肪的厚薄等因素的影响。检查时注意有无苍白、发红、发绀、黄染,以及色素沉着或脱失等改变。因灯光下不易辨别皮肤颜色,最好在自然光线下进行观察。

2. 湿度及出汗 正常皮肤的湿度与自主神经功能有关。正常人的自主神经功能常有明显差异,有的人皮肤比较湿润,有的比较干燥。在气温高、湿度大的环境中出汗增多是生理调节表现。观察风湿热、结核、甲状腺功能亢进等出汗较多的患者的皮肤湿润情况;同时,对比观察维生素 A 缺乏及黏液性水肿病人;因出汗较少所致的皮肤干燥的情况。

3. 弹性 检查皮肤弹性的方法常取手背或上臂内侧部位,用示指和拇指将皮肤捏起。正常人于松手后皱折立即平复,弹性减弱时皱折平复缓慢。观察长期消耗性疾病或严重脱水病人的皮肤弹性减弱和发热时血循环增加、周围血管充盈而皮肤弹性增强的现象。

4. 皮疹 正常人通常无皮疹。若发现皮疹时,应仔细观察并记录其出现与消退的时间、发展顺序、分布、形态、大小、颜色,以及压之是否褪色,平坦或隆起,有无瘙痒、脱屑等。通过临床检查识别斑疹、玫瑰疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹等特点。

5. 脱屑 正常皮肤表层不断角化和更新,可有皮肤脱屑,但由于数量很少,一般不易察觉。病理状态下可见大量皮肤脱屑。

6. 皮下出血 病理状态下可出现皮肤下出血。根据其直径大小及伴随情况分为以下几种:小于 2 mm 称为瘀点,3~5 mm 称为紫癜,大于 5 mm 称为瘀斑,片状出血并伴有皮肤显著隆起称为血肿。

7. 蜘蛛痣与肝掌 皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣,形似蜘蛛,称为蜘蛛痣。慢性肝病患者手掌大、小鱼际处常发红,加压后褪色,称为肝掌。

8. 水肿 皮下组织的细胞内及组织间隙内液体积聚过多称为水肿。水肿的检查应以视诊和触诊相结合。仅凭视诊虽可诊断明显水肿,但不易发现轻度水肿。根据水肿的轻重,可分为轻、中、重。

9. 皮下结节 较大的皮下结节视诊即可发现,对较小的结节则必须触诊方能查及。无论大小结节均应触诊检查,注意其大小、硬度、部位、活动度、有无压痛等。

10. 瘢痕 瘢痕是指皮肤外伤或病变愈合后结缔组织增生形成的斑块。外伤、感染及手术等均可在皮肤上遗留瘢痕,为曾患某些疾病的证据。

11. 毛发 毛发的颜色、曲直与种族有关,其分布、多少和颜色可因性别与年龄而有不同,亦受遗传、营养和精神状态的影响。

(八) 淋巴结

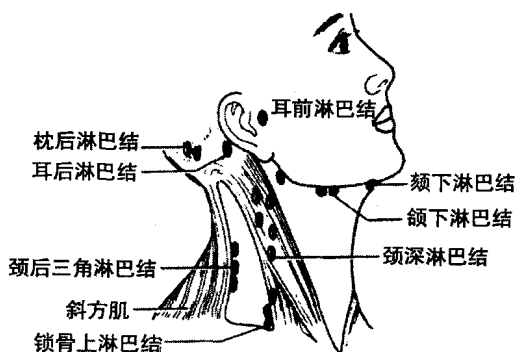


图 1-2-3 颈部淋巴结群

淋巴结分布于全身,一般体格检查仅能检查身体各部表浅的淋巴结。正常情况下,淋巴结较小,直径多在 0.2~0.5 cm 之间,质地柔软,表面光滑,与毗邻组织无粘连,不易触及,亦无压痛。

检查表浅淋巴结时,主要使用触诊,并按一定的顺序进行,以免发生遗漏。一般顺序为:耳前、耳后、枕部、颌下、颌下、颈前、颈后、锁骨上、腋窝(触诊顺序:腋尖淋巴结群、肩胛下淋巴结群、中央淋巴结群、胸肌淋巴结群、外侧淋巴结群)、滑车上、腹股沟、腘窝等。图 1-2-3 为颈部淋巴结群。

实验三 头颈部检查

【目的要求】

1. 掌握头部、颈部检查的内容、顺序与方法。
2. 了解头颈部正常状态和异常改变的临床意义。

【实验方法】

1. 观看头颈检查录像片。
2. 教师示教头颅、眼、耳、鼻、口腔、颈部外形及活动情况,甲状腺、气管、颈部血管的检查顺序与方法。
3. 在教师指导下,学生2人一组相互检查,反复练习检查内容和方法。教师巡回指导。
4. 书写头颈部检查的病历一份。

【设备仪器与用品】

器物托盘1个,内有手电筒1个、压舌板1包、大头针数枚、棉签1包、软尺1个,音叉、跑表,视力表,录像片。

【实验时间】

2个学时。

【实验内容】

(一) 头部及其器官

1. 头发和头皮与头颅 头发,检查需注意颜色、疏密度、脱发的类型与特点。头发的颜色、曲直、疏密度可因种族遗传因素而不同。头皮,检查需分开头发观察头皮颜色、头皮屑,有无头癣、疖痈、外伤、血肿及瘢痕等。头颅的检查应注意颅围大小、外形改变和运动异常。头围是指自眉间绕枕骨粗隆的周长。新生儿约34 cm,出生后前6个月增加8 cm,后6个月增加3 cm,第二年增加2 cm,第3、4年增加1.5 cm,4~10岁共增加约1.5 cm,到18岁或达53 cm或以上,以后无显著变化。通过临床观察,认识小颅、巨颅、方颅、尖颅及变形颅等。小儿应注意囟门是否闭合。

2. 眼 眼的外部结构见图1-3-1。

(1) 外眼的检查

①眉毛:观察眉毛有无过于稀疏或脱落,尤应注意外1/3的改变。

②眼睑:眼睑有无下垂、水肿或闭合障碍;有无包块,内、外翻及倒睫等。

③泪囊:请病人向外上看,检查者用一手拇指轻压病人骨性眶缘下内侧,挤压泪囊,同时观察有无分泌物或泪液自上、下泪点溢出。注意:急性炎症的时候避免此项检查。

④结膜:应分别检查上下睑结膜。首先检查下睑结膜,嘱受检者向上看,医生分别用两手指在下睑中央偏后侧向下牵拉。检查上睑结膜时须翻转眼睑才能进行。翻转眼睑的要领为:用示指和拇指捏住上眼睑中部的边缘,嘱被检查者向下看,此时轻轻向前下方牵拉,然后示指向下压迫睑板上缘,并与拇指配合将睑缘向上捻转,即可将眼睑翻开(图1-3-2)。翻转眼睑时动作要轻巧、柔和,以免引起痛苦和流泪。注意观察结膜有无充血、苍白、出血点、颗粒及滤泡等。



图 1-3-1 眼的外部结构



图 1-3-2 翻转眼睑检查上睑结膜

⑤眼球:注意观察眼球的外形与运动。眼球矢状切面见图 1-3-3。

双侧眼球突出:常见于甲状腺功能亢进。患者除突眼外还有以下眼征:Stellwag 征,瞬目减少;Graefe 征,眼球下转时上睑不能相应下垂;Mobius 征,表现为集合运动减弱,即目标由远处逐渐移近眼球时,两侧眼球不能适度内聚;Joffroy,上视时无额纹出现。单侧眼球突出,多由于局部炎症或眶内占位性病变所致,偶见于颅内病变。眼球下陷:双侧下陷,见于严重脱水,老年人由于眶内脂肪萎缩亦有双眼眼球后退;单侧下陷,见于 Horner 综合征和眶尖骨折。

眼球运动:实际上是检查 6 条眼外肌的运动功能。医生置目标物(棉签或手指尖)于受检者眼前 30 ~ 40 cm 处,嘱病人固定头位,眼球随目标方向移动。一般按患者左-左上-左下,右-右上-右下 6 个方向的顺序进行,每一方向代表双眼的一对配偶肌的功能(图 1-3-4)。眼球运动受动眼、滑车、外展 3 对脑神经支配。这些神经麻痹时就会出现眼球运动障碍,并伴有复视。

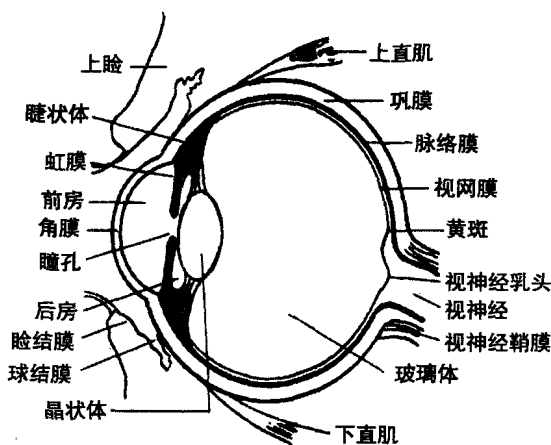


图 1-3-3 眼球矢状切面

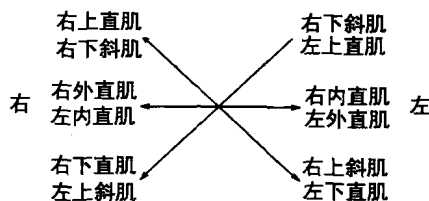


图 1-3-4 眼球六个方向的运动及其相应的配偶肌

(2) 眼内的检查

①巩膜:注意巩膜有无黄染及黄染的程度,两眦部有无黄色斑块。

②角膜:观察角膜的透明度,有无云翳、白斑、软化、溃疡及新生血管等。

③虹膜:正常虹膜呈圆盘形,中央有圆形孔洞即瞳孔。虹膜内有瞳孔括约肌和扩大肌,能调