

临床诊断学 实验教程

阿赛古丽 主编

兰州大学出版社

西北民族大学学科建设学术丛书

临床诊断学 实验教程

主 编 阿赛古丽
副主编 何 焱 窦春江 寇 炜
编 委 兰咏梅 马 薇 贺 猛
张 纯 杜延泽 刘丽江

兰州大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床诊断学实验教程/阿赛古丽主编. —兰州:兰州
大学出版社,2008.9

ISBN 978-7-311-03107-7

I. 临... II. 阿... III. 诊断学—教材 IV. R44-33

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 143548 号

策划编辑 陈红升
责任编辑 郝可伟 陈红升
封面设计 王 笃

书 名 临床诊断学实验教程
作 者 阿赛古丽 主编
出版发行 兰州大学出版社 (地址:兰州市天水南路 222 号 730000)
电 话 0931-8912613(总编办公室) 0931-8617156(营销中心)
0931-8914298(读者服务部)
网 址 <http://www.onbook.com.cn>
电子信箱 press@onbook.com.cn
印 刷 兰州残联福利印刷厂
开 本 787×1092 1/16
印 张 12.25
字 数 292 千字
印 数 1~1200 册
版 次 2008 年 10 月第 1 版
印 次 2008 年 10 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-311-03107-7
定 价 18.00 元

(图书若有破损、缺页、掉页可随时与本社联系)

西北民族大学学科建设学术丛书
编 审 委 员 会

主 任:金雅声

副主任:赵德安 郭郁烈

编委会办公室主任:马国柱

委员(以姓氏笔画为序):

于洪志	马国柱	尹伟先	牛 锋	王彦斌
何 焯	杨具田	金雅声	赵德安	贺卫光
郭郁烈	林 斌	曹 纯	谢玉杰	斯琴孟和

出版说明

西北民族大学是新中国第一所综合性民族大学,50多年来,秉承“立足西北,面向全国,突出特色,服务民族”的办学宗旨,以重点学科建设为龙头,巩固提高基础学科,着力突出特色学科,大力发展应用学科、高新技术学科、交叉学科和边缘学科,形成了立足西北、面向全国,特别是与少数民族地区经济发展与社会进步相适应的学科体系和布局。

为了进一步加强学科建设、交流学校在学术研究方面的成果与特色,现以丛书形式反映西北民族大学学科建设的部分成果,以期得到学界的赐教。

前 言

临床诊断学是研究诊断疾病的方法学,它不仅是基础医学与临床医学的桥梁,而且是临床医学的核心。

随着科学技术的发展,医用新设备、新技术不断涌现,不少临床医生越来越依靠实验室和影像学检查等辅助检查手段,淡化或忽视病史等诊断基本技术方法。随着我国医师资格考试制度的建立,实践技能考试成了申请医师资格者是否具备执业所必需的临床思维和临床操作能力的重要内容,因此对临床诊断学的教学提出了新的、高标准的要求。近年来,医疗纠纷增多,医患关系紧张以及示教病例逐渐减少,这些都给临床医学教学带来越来越大的影响。基于以上原因,我们在总结多年的临床诊断学教学和改革经验的基础上,经过反复探索,不断完善,编写了《临床诊断学实验教程》一书。

本书全面、系统地介绍了医学临床诊断,包括问诊、全身各系统体格检查、心电图检查、体格检查考核评估标准以及部分基本操作技能,对临床查体内容讲解清楚,与临床紧密结合,力求理论联系实际;本书加入大量插图,全书共有近170幅插图,图文并茂,使教与学更具直观性。在编撰本书时,我们考虑到要紧扣教学大纲,突出通俗易懂、可操作性强的特点,做到理论与实践有机结合,每节实验后附有思考题,并有配套的实验报告以供学生复习和巩固所学内容,旨在提高学生实践技能,为临床实习奠定基础。

本书既适用于医学院校临床医学、口腔和护理医学等专业的教学,同时也适合执业医师考试、临床医生工作时参考使用。本书在编写过程中,得到许多专家的指导和帮助,特别是兰州大学第二医院贾欣增教授、夏延龄主任和心电图室刘尚武主任的大力支持,感谢他们在多年教学工作中给予的帮助及指导,同时也感谢西北民族大学医学院领导、教研室老师的支持和协作!同时,也感谢参阅的书籍和相关资料的作者。

由于编者水平有限,本书的内容难免存在纰漏,希望大方之家批评指正。

阿赛古丽

二〇〇八年七月于兰州

目 录

第一章 问诊及病史采集	(1)
第二章 体格检查的基本方法	(9)
第三章 体格检查及辅助检查	(18)
实验一 一般检查及头颈部检查	(18)
实验二 正常胸廓及肺部的视诊和触诊	(43)
实验三 肺部叩诊和听诊	(53)
实验四 心脏的视诊、触诊及叩诊	(59)
实验五 心脏听诊及血管的检查	(65)
实验六 正常腹部视诊、听诊、叩诊	(75)
实验七 腹部触诊	(84)
实验八 生殖器、肛门、直肠检查	(93)
实验九 脊柱、四肢、关节检查	(99)
实验十 神经反射检查	(109)
实验十一 全身体格检查	(117)
实验十二 心电图(一)	(134)
实验十三 心电图(二)	(136)
实验十四 心电图(三)	(139)
第四章 临床技能基本操作	(163)
第五章 体格检查考核	(172)
附件一	(173)
附件二	(188)

第一章 问诊及病史采集

【教学目的和要求】

- 一、掌握问诊的内容。
- 二、掌握病史采集的基本技巧和方法。
- 三、掌握问诊的目的和注意事项。

【教学方法】

本次指导先由带教教师讲解重点内容,再根据《国家执业医师资格考试》有关病史采集的考纲要求,给出几个简要病例,让同学们分组进行病史采集,并书写实验报告,教师进行指导和批阅。

【教学内容】

问诊是医生通过对患者或相关人员的系统询问获取病史资料,经过综合分析而做出临床判断的一种诊法。问诊就是医生与患者进行交流,是医患交流的开始。医生的服务对象是人,医生不仅要学会治疗疾病,更要学会待人,如果不能顺畅、有效地与患者交流,一切诊断和治疗都无法进行。医生要学会医患之间的信息传递,使医患交流达到最佳效果,使双方都能准确地表达自己并理解对方。同时,医患交流也是医德的外在表现;医生的交流水平对患者的心理具有重要影响;语言美、行为美是医务人员的内在美;医患交流是医生角色适应的重要社会问题。获取病史资料的过程又称病史采集,它既是医生认识疾病的开始,也是医生积极主动的思维过程,在临床诊断中占有极其重要的地位。

一、问诊

(一) 问诊的意义

问诊是最基本的诊法,问诊也是每个临床医生必须掌握的基本功。通过问诊所获取的资料,对诊断具有极其重要的意义。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生,常常通过问诊就能对某些患者做出准确的诊断。在某些疾病或者疾病的早期,患者有特殊的感受,如疼痛、失眠、焦虑、头晕、乏力等症状。但在此阶段,体格检查、实验室检查、特殊检查可以均无阳性发现,只有问诊所获得的资料可作为诊断的依据。实际上,问诊是最重要的诊法,70%的诊断仅靠问诊即可做出。相反,忽视问诊必然使病史资料残缺不全、病情了解不够详细准确,并造成临床工作中的漏诊或误诊。对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例,深入、细致的问诊就更为重要。采集病史是医生诊治患者的第一步,其重要性还在于它是沟通医患、建立良好医患关系的纽带。正确的方法和良好的问诊技巧,可使患者感到医生亲切可

信,有信心与医生合作,这对诊治疾病十分重要。

(二) 问诊的内容

1. 一般项目

一般项目是病历中首先记录的内容。

包括患者姓名、性别、年龄、婚否、民族、职业、籍贯(出生地)、现住址(工作单位)、入院日期(急、重症应注明时刻)、记录日期、病史陈述者、可靠程度。若病史陈述者并非本人,则应注意其与本人的关系。

上述内容不能遗漏,顺序不应颠倒,书写不能含糊。年龄应是实足年龄,不应以“儿”或“成”代替。现住址应详细填写,因为这对掌握病情、及时处理或随访具有重要意义。

2. 主诉

主诉是患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或体征,也就是本次就诊最主要的原因。

主诉要体现症状、部位、时间三要素。问诊开始时,可问:“你怎么不舒服?”“哪儿不舒服?”“发病多长时间?”……

主诉应简明扼要,以简洁的语言来描述,如“咽痛、高热 2 天”,“畏寒、发热、右胸痛、咳嗽 3 天”,“腹痛、腹泻、脓血便 1 天”;不应以方言土语来直接描述,如“肚子痛、拉肚子 2 天”;主诉不能含糊不清,如“上腹部难受好几天(或数天)”、“心里烦闷好几天”等。

如果主诉包括前后不同时间出现的几个症状,则应按其发生的先后排列,如“反复咳嗽 20 年,心悸气促 3 年,下肢水肿半个月”。

通过主诉的描述,一般可初步估计患者所患的是哪一系统疾病及其缓急,从而为进一步明确诊断、制订诊后计划指明方向。如:

主诉:“反复咳嗽、咯痰 20 余年,心慌憋气 20 天。”首先考虑呼吸系统疾病。

主诉:“活动后心慌气短 5 年,下肢水肿 10 天。”应考虑循环系统疾病。

主诉:“上腹部反复疼痛 2 年,伴呕血 3 小时。”考虑消化系统疾病。

主诉:“尿急、尿频、尿痛 3 天,发热 1 天。”考虑泌尿系统疾病。

主诉:“乏力、皮肤与黏膜紫癜 2 个月。”应考虑血液系统疾病。

主诉:“多饮、多尿、多食、消瘦 1 个月。”应考虑代谢疾病。

主诉:“头痛、眩晕、记忆力减退、肢体无力、言语障碍 3 天。”应考虑神经系统疾病。

3. 现病史

现病史是病史的主要组成部分,包括患者现在所患疾病从最初起病到本次就诊(或住院)时,疾病的发生、发展及其变化的全过程。可在患者主诉的基础上进一步详细询问。主要内容有以下几方面:

(1) 起病情况与患病时间

要问起病的时间、地点、环境、起病缓急、发病的可能原因或诱因。

(2) 主要症状的特点

要详细询问主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度、缓解方法或加剧因素。

①部位:如腹痛,要问清腹部的哪个部位(右上腹部,左上腹部,脐周围,右下腹部,全腹部等)疼痛最明显。

②性质:如疼痛有钝痛、锐痛、灼痛、胀痛、绞痛、隐痛等。

③程度:指患者的主观感觉。如疼痛有轻度或剧烈,能否忍受;发热有高热或低热等表

现。

④持续时间:不同疾病的主要症状和持续时间各异,如心绞痛发作一般持续3~5min,而急性心肌梗死引起的胸痛可持续数小时或数天;消化性溃疡引起的上腹痛,可持续数日或数周。

⑤缓解方法或加剧因素:如心绞痛发作时,患者立即停止活动,舌下含服硝酸甘油片可很快缓解;而情绪激动或劳累、饱餐等情况易诱发心绞痛发作。

(3) 病因与诱因

问诊时应尽可能地了解与本次发病有关的病因(如外伤、中毒、感染等)和诱因(如气候变化,环境改变,情绪、起居饮食失调等)。问明以上因素有助于明确诊断与拟定治疗措施。患者容易提出直接或近期的病因,但病期长或病因比较复杂时,患者往往难以言明,并可能提出一些似是而非或自以为是的因素,这时医生应进行科学的归纳,不可不加分析地记入病史。

(4) 病情的发展与演变

患病过程中主要症状的变化或新症状的出现,都可视为病情的发展与演变。要询问患者患病过程中主要症状的变化,如主要症状是进行性还是间歇性,是反复发作还是持续存在,是逐渐好转还是加重或恶化,症状的规律性有无变化,其变化的时间及原因等。

(5) 伴随症状

在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状,这些伴随症状常常是鉴别疾病的依据。如腹泻,可能为多种病因的共同症状,单凭此则不易做出诊断。如腹泻伴呕吐,则可能为饮食不洁或误食毒物引起的急性胃肠炎;如腹泻伴里急后重,结合季节可考虑细菌性痢疾。因此,与鉴别诊断有关的阴性症状亦应询问。一份好的病史不应放过任何一个主要症状之外的细小伴随迹象,因为它们往往在明确诊断方面起有不可忽视的作用。

(6) 诊治情况

要简明扼要地询问患者发作后有无就医,此次就诊前曾在何时何地做过哪些检查,诊断为什么病,做过何种治疗,用药名称、剂量、用法,效果如何,有无不良反应等。此内容仅作为诊断治疗的参考。

(7) 一般情况

简要了解患者起病后的精神状态、饮食、睡眠、体重、体力、大小便等情况。这些内容对全面估计预后及制订辅助治疗措施是十分有用的。

4. 既往史

患者过去的健康状况与现在的疾病常有密切关系,应详细询问。既往史包括如下内容:

(1)过去的健康状况及患过的疾病,重点了解与现在疾病有密切关系的疾病,诊断明确者直接写病名,但应加引号,诊断不肯定者则简述其症状,例如,对风湿性心瓣膜病患者应询问过去是否反复发生咽痛、游走性关节炎等。

(2)有无急、慢性传染病史及传染病接触史,有者应注明具体患病日期、诊断及治疗情况。

(3)外伤及手术史。

(4)预防接种史,其种类及最近一次接种日期。

(5)有无中毒及药物过敏史。询问既往史,应按时间先后顺序,自幼年起详细询问,重

点记录主要病情经过,当时诊断及治疗效果,以及并发症和后遗症。一般不应用病名去提问,应按照某种疾病的重点症状询问。如要问既往是否患过肺结核,应问既往有无慢性咳嗽,咯血丝痰或咯血,下午发热,夜间盗汗,食欲减退,身体消瘦等。

5. 系统回顾

系统回顾是为避免在问诊过程中患者或医生所忽略或遗漏的除现病以外的其他各系统的疾病而设立的问诊内容,是住院病历不可缺少的部分。它可以帮助医生在短时间内扼要地了解患者的某个系统是否发生过疾病,以及这些已发生过的疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。

系统回顾包括的主要内容如下:

(1) 呼吸系统 咳嗽、咯痰、咯血、胸痛、呼吸困难。

(2) 循环系统 心悸、气促、紫绀、心前区疼痛、端坐呼吸、血压增高、下肢水肿。

(3) 消化系统 食欲减退、吞咽困难、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、呕血、便血、黄疸。

(4) 泌尿系统 尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、夜尿增多、颜面水肿、尿道或阴道异常分泌物。

(5) 造血系统 皮肤苍白、头昏眼花、乏力、皮肤出血点、瘀斑、淋巴结肿大、肝脾肿大。

(6) 内分泌、代谢系统 多饮、多尿、多食、怕热、多汗、怕冷、乏力、显著肥胖或消瘦、色素沉着、闭经。

(7) 神经系统 头痛、记忆力减退、语言障碍、感觉异常、瘫痪、惊厥。

(8) 肌肉、骨骼系统 疼痛、关节红肿、关节畸形、运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力。

6. 个人史

(1) 社会经历:包括出生地、居住地区和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区),受教育程度,经济生活和业余爱好等。

(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,烟酒嗜好与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉毒品等。

(4) 有无不洁性交史:是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

7. 婚姻史

记述未婚或已婚,结婚年龄,配偶健康状况,性生活情况,夫妻关系等。

8. 月经史和生育史

对女性患者应了解月经情况,包括初潮年龄、月经周期和经期天数、经血量和色,经期症状,有无痛经与白带,末次月经日期(LMP),闭经日期,绝经年龄,记录格式如下:

初潮年龄 $\frac{\text{每次持续时间(天)}}{\text{周期间隔(天数)}}$ 末次月经时间(LMP)或绝经年龄

例:

14岁 $\frac{3 \sim 4 \text{ 天}}{28 \sim 30 \text{ 天}}$ 2001年6月8日(或50岁)

对女性患者还应了解妊娠与生育次数,人工流产或自然流产次数,有无早产、死胎、手术产、胎儿先天畸形或胎儿先天性疾病、妊娠高血压综合征、产褥热及产后大出血与计划生育情况。

对男性患者也应询问有无患过影响生育的疾病。

9. 家族史

包括以下内容：

(1) 父母、兄弟、姐妹及子女健康状况。如已死亡，要问明死亡原因和年龄。

(2) 家族中是否有传染病(如梅毒、结核、肝炎等)、先天性疾病、遗传性疾病(如血友病、白化病等)或与遗传有关的疾病(如糖尿病、精神病、高血压病、冠心病等)。

(3) 必要时应了解患者非直系亲属的健康状况，如血友病应追问外祖父、舅父及姨表兄弟等有无类似患者，可绘出家谱图。

(三) 问诊中医生的职业态度及行为

问诊的目的是全面地了解疾病的发生、发展、病因、诊治经过及既往健康状况和曾患病情况。因此，医生要取得患者的信任，必须具有良好的职业态度及行为。

1. 仪表和礼节

医生在接触患者时要做到衣冠整洁，文明礼貌，使患者感到亲切温暖，值得信赖。粗鲁傲慢，不仅会丧失患者对询问者的信任感，而且会产生担忧或恐惧。

2. 自我介绍

问诊开始时，医生要作自我介绍，说明自己的身份和问诊的目的。询问患者姓名一般应称先生、女士、同志等，不宜直呼其名。通过作简短而随和的交谈，使患者情绪放松。

3. 举止和态度

在问诊的过程中，医生要举止端庄，态度和蔼，诸如视线、姿势、面部表情、语言等都要注意给患者留下友善感，以消除与患者之间的障碍，增进医患关系的和谐，使患者感到轻松自如，易于交流。

4. 赞扬和鼓励

在问诊过程中，医生要注意妥善地运用一些语言行为，间断地给予肯定和鼓励，自然地调节患者的心理和情绪，使患者受到启发、鼓舞而积极提供信息，促进患者的合作，这对增进与患者的关系大有益处。

5. 关心与帮助

问诊中应关注患者的疾苦及其相关问题，积极为患者排忧解难。

二、问诊的方法、技巧

(一) 问诊要抓住重点，条理分明，要紧密围绕病情询问

病史采集一般要以主诉症状为重点，先由简易问题询问开始，逐步深入进行有目的、有顺序、有层次的询问，把主诉症状问深问透，然后再针对与鉴别诊断相关的阳性或阴性症状进行询问。在采集病史的过程中，患者所谈内容一定要紧密围绕病情，以免离题太远影响问诊效果。

(二) 问诊的语言要通俗易懂，避免暗示性问诊和逼问

为了保证病史资料的准确可靠性，一定要用通俗易懂的语言询问，避免用患者不易懂的医学术语如“鼻衄”和“里急后重”等生硬地询问，还要避免采用一种能为患者提供带倾向性特定答案的问诊方式(暗示性问诊)。另外在问诊过程中，当患者回答的问题与医生的想法

有差距时,更不能进行逼问,以逼迫患者同意医生的想法,因为这样势必严重影响病史资料的可靠性。

(三) 注意问诊时的态度

医生在问诊开始时应主动创造一种体贴入微及宽松和谐的环境氛围,使患者感到医生的亲切和可信,有信心与医生合作,这对顺利完成病史采集是非常重要的。

(四) 对一般病人与特殊患者的问诊技巧比较

具体内容如表 1.1。

表 1.1 对一般病人与特殊患者的问诊技巧比较

一般病人	特殊患者
从礼节交谈启动	安抚、理解、等待
由主诉开始	保护隐私
避免暗示、套问、追问	重点问诊
避免重复提问	适当重复
避免术语	仔细聆听、循循善诱
注意核实	原则性与灵活性相结合
适当赞扬与鼓励	不可随意褒贬
反复训练	综合判断、不断补充

(五) 具体的问诊程序

具体的问诊程序如下:

问诊开始→礼节性的交谈(自我介绍)→一般性提问(在现病史、过去史、个人史等每一部分开始时使用如“您今天来,哪里不舒服?”等语言,尽可能让患者充分地陈述和强调他认为重要的情况和感受,当患者的陈述离病情太远时灵活地把话题转回,但切不可生硬地打断患者的叙述)→直接提问(收集一些特定的有关细节及追溯首发症状开始的确切时间,如有几个症状同时出现,必须确定其先后顺序)→直接选择提问(要求患者回答“是”或“不是”)→进行归纳小结(在问诊的两个项目之间使用过渡语言,恰当地运用评价、赞扬与鼓励,了解患者的经济情况,明白患者的期望,谢谢患者的合作,说明下一步对患者的要求、接下来要做的事情)。

注意事项:

要环境宽松和谐,要仪表端庄,要举止友善,注意保护病人隐私。

三、小结

下面就如何在较短的时间内正确进行病史采集及其技巧作进行简单总结。

1. 现病史

(1) 根据主诉及相关鉴别询问以下内容:

①可能的病因或诱因;

②主诉症状的特点;

③有助于鉴别诊断的伴随症状;

④现病史一般情况中的五项内容,即饮食、大便、小便、睡眠和体重变化,以便了解病人的整体情况。

(2) 询问诊疗经过:

① 是否曾到医院就诊及做过的检查情况;

② 治疗用药情况及疗效。

2. 相关病史

(1) 有否药物过敏史。

(2) 相关其他病史包括相关的既往患病史,必要时询问相关的个人史和家族史,女性必要时询问月经史、生育史。

应当指出,只有结合实际反复训练,才能较好地掌握问诊的方法与技巧。正如人类交往与交流的其他形式一样,问诊模式和方法不可能是机械的、一成不变的,应机敏地根据具体情况灵活把握。初学者有时思维混乱、语塞词穷,难以提出恰当的问题,问诊进展不够顺利,因此应不断总结经验,吸取教训。必要时可以反问自己:是否患者此时特别难受?是否患者不能表达?有无语言障碍?是否患者被疾病吓倒?自己是否太紧张?是否自己的言行影响了医患关系?是否患者对自己的信任度不够?等等。努力找出影响问诊的原因,予以解决,才能不断提高问诊水平。

思考题:

1. 阅读下列现病史并分析出主诉:

(1) 病人近 10 年来,每年冬季出现咳嗽,咯少量白色泡沫样痰,晨起及睡前咳嗽较剧,痰量较多,气候转暖可自然缓解,开始未引起注意,也未进行治疗。近 8 年来,上述症状加重,且每当感冒时,痰转为黄色脓性,痰量增多,每日约 60mL,有时伴发热,体温在 38℃ 左右,劳累时感胸闷、气喘,曾在社区诊所就诊,被诊为“支气管炎”,间断服用“复方新诺明”、“氨茶碱”可缓解。入院前 2 年,咳嗽日益加重,并出现活动后心悸、气短,有时夜间需高枕仰卧,尿少、下肢水肿,曾在门诊做胸部 X 线透视和心电图检查,诊断为“慢性支气管炎,慢性阻塞性肺疾病,慢性肺源性心脏病”。10 天前,病人受凉后发热,体温达 39℃,黄痰不易咯出,呼吸困难,不能平卧,上腹胀胀,尿量减少,每日约 300mL,今日 10 时收入住院。近 2 周间断应用利尿药,未用过“洋地黄”、激素等药物。病人自发病以来,食欲差,大便正常,小便减少,睡眠欠佳。

(2) 病人于 7 个月前在一次田间劳动时,突然感到心慌气短,经休息 20 分钟后逐渐缓解。此后,多次于劳动 1~2 小时后出现心慌气短,自感体力不如病前,但尚可从事一般家务劳动。4 个月前,在体力劳动时又出现上述症状,并咯出大量粉红色泡沫样痰,遂被送至当地卫生所,诊断为“心脏病”,经用“洋地黄”等治疗 10 天后,症状消失。28 天前,病人因受凉而咽痛、发热伴咳嗽,自行口服“四环素”并卧床休息,3 天后热退,但下床活动即感心慌气短,同时出现双下肢踝部水肿,尿量明显减少,左上腹胀痛不适,伴咳嗽,咯白色泡沫样痰,不能平卧,坐位气短减轻。18 天前,开始连续在当地卫生所治疗,经注射“青霉素”,口服“氨茶碱”、“洋地黄”(量不详)及利尿药等治疗,无咯血、皮疹、关节肿痛、头痛、头晕、腰痛等,症状未见明显好转而来我院就诊。经做 X 线、心电图、心脏超声检查等,诊断为“风湿性心脏病、二尖瓣狭窄”而收入住院治疗。病人此次发病以来,食欲不振,常有恶心,睡眠不佳。近半个月来,水肿加重,体重明显增加。

2. 根据简要病史,进行病史采集:

- (1)患者男性,75岁,昏迷9小时,高血压病史27年。
- (2)患者女性,50岁,2个月来多尿伴多食。

第二章 体格检查的基本方法

【教学目的和要求】

- 一、了解体格检查的意义、职业态度和注意事项。
- 二、熟练掌握视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊等检查方法及其注意事项。
- 三、检查结果要求基本正确,能辨别正常与病理体征,并了解一些体征的临床意义。

【教学方法】

本次指导由带教教师全程讲解,并请一位学生作被检查者,由带教教师做示范性检查,一边检查一边讲解检查的方法及注意事项。

【教学内容】

体格检查是医生运用眼、手、耳、鼻等感官或借助简便器械如体温计、血压计、叩诊锤、听诊器等对患者进行体格检查的基本方法,以了解和评估患者的健康状况。不少疾病通过详细地询问病史、全面而准确地体格检查即可得出初步的诊断;有些疾病即使掌握了实验室检查、X线检查、心电图检查等资料,如无确实的病史和查体的表现,也不能做出正确的诊断。病史结合体格检查和实验室检查结果,可对大多数疾病做出临床诊断。因此正确而熟练地掌握体格检查的方法,是每个临床医学生必须掌握的基本功。

一、体格检查的意义

体格检查的异常发现可以作为疾病诊断、鉴别诊断或并发症诊断的线索和依据,还可以作为评价治疗效果的依据,并借以发现治疗过程中可能出现的副作用。体格检查的过程既是获得医学资料的过程,也是医生基本技能训练的过程,还是,临床经验的积累过程,同时也是与患者交流、沟通、建立良好医患关系的过程。

二、体格检查中医生的职业态度

医生在查体中关心体贴病人、尊重病人、具有良好的职业道德、建立良好的医患关系是取得病人配合的先决条件,只有获得病人的配合,查体结果才有正确性可言。为了取得全面、准确的体征,在查体中应注意以下要求。

1. 查体前的自我介绍

自我介绍包括姓名、职责和查体的目的。检查者的自我介绍,与被检查者的简单交谈,可以消除被检查者的紧张情绪,融洽医患关系。

2. 查体前要洗手

检查者在查体前一定要洗手,有条件者最好当着被检查者的面洗手,使被检查者相信检查者的手是干净的,不会引起疾病的传播。

3. 不断增进医患关系

在查体过程中,应始终保持良好的医患关系。注意经常同患者交谈,处处关心病人、体贴病人。做到寒冷季节注意保暖(检查者的手与听诊器要温暖),查体动作轻柔、准确,不要长时间检查一个部位和频繁改变体位,要经常询问病人“感觉如何?痛不痛?”等等。

4. 尊重病人人格

对病人一视同仁。对有生理缺陷的病人,不应有任何歧视,不可有言行上的侮辱之举。为异性查体时不得有任何不礼貌的言行。尊重病人隐私,保守秘密。

5. 保持良好的仪表与举止

文明礼貌,衣着整洁,仪表大方,举止端庄。摒弃不良习惯,如掏耳朵、搔头皮、挖鼻子等。查体时禁止抽烟,指甲须剪短。不坐、不靠病人床铺。不随地吐痰、乱扔脏物。

6. 严格执行保护性医疗制度

严禁在病人面前品评治疗中的问题,严禁向恶性疾病或预后不良的病人透露不应让病人知道的病情及预后。

7. 检查部位暴露适当

查体中做到依次且正确暴露检查部位,不要暴露与检查无关的部位。例如,腹部检查时,暴露部位为上至乳头,下至耻骨联合上缘,乳头以上(女性应遮盖乳房)及耻骨联合以下部位都应遮盖。

8. 认真负责,全面细致

查体过程中,要做到认真负责,按一定顺序做到全面系统,不遗漏内容或放过任何疑点。对模棱两可的体征要仔细检查,做到一丝不苟。

三、体格检查的注意事项

在系统的体格检查中,视诊、触诊、叩诊、听诊的内容虽各不相同,但其基本手法和原则一致。体格检查一般于采集病史完毕后进行,应注意以下事项:

1. 检查者应站在被检查者右侧进行检查,必要时有第三者在场。
2. 查体要在适当的光线、室温和安静的环境中进行。
3. 注意查体的系统性和全面性。全身查体要按临床实用顺序进行,无重复、颠倒、遗漏。
4. 如病情严重,不允许做详细检查时,则应根据主诉和主要临床表现,做重点检查,明确诊断方向,立即进行抢救,待病情好转后,再做必要的补充检查。

四、体格检查的基本方法

(一) 视诊

视诊是医生用视觉来观察患者全身或局部情况的检查方法。

视诊的内容分两大类:一是病人的全身一般状态,包括发育、营养、意识、状态、面容、体位、步态、姿势等;二是体表各部分的改变(局部),如皮肤、黏膜、舌苔、头颈、胸廓、腹形、脊