总　　序

中医医院的发展，关键在于其能为社会服务的能力，是否为人民群众所认可，也就是社会的需求度。一所中医医院能否被大家普遍接受，关键在于医院的专业技术人员的专业素质与能力，当然也离不开科学的管理。中医医院的专业技术人员主要包括中医、中药、护理与医技等四类人员。进一步提高四类专业技术人员的基础理论素养、基本知识水平和基本诊疗能力，提高中医医院各级管理人员的管理水平和能力，是各级中医医院提高社会竞争力与服务能力必须重视的基本内涵建设，为此我们与湖南科学技术出版社共同策划编纂此套《中医临床“三基”训练》系列丛书，旨在通过知识辅导与习题练习的方式帮助各级中医医院医、技、护、药等专业技术人员巩固与提高业务素质、专业水平及管理能力。

丛书第一批根据中医医院专业技术人员学科的不同分为四个分册，即《医师分册》、《药师分册》、《护士分册》和《医技分册》。内容要求既突出中医药的特色与优势，又坚持现代医药学基础知识与必要的诊疗技能的掌握。各具体分支学科（课程）的知识点根据工作岗位所需、相应专业本科教育教学大纲以及执业医师（或药师、护师、技师）考试大纲的需求设定，内容以相应本科专业最新国家规划教材为蓝本。每分册均以试题集形式编纂，题型包括选择题（A型、B型、X型题）、是非判断题、填空题、名词解释题、简答题和病案分析题6种题型，各具体学科题型因学科的特点略有不同，各种题型的要求以国家相关考试标准题型为准。丛书第一批出版后，被各级中医医院广泛使用，特别是在中医医院质量管理年中许多医院将其列入专业技术人员提高业务水平的必读书，并将其作为题库，从中

需要全本请访问 www.ertongbook.com

抽题组卷用于考评各级专业技术人员业务水平和专业知识把握的深度与广度，甚至一些省（市）卫生行政管理部门将其作为相应专业职称晋升考试的参考书。湖南科学技术出版社和许多医院以及作者提出第一批用书中，忽视了中医诊疗技能，忽视了中医医院的管理，希望能增加《中医医院管理分册》和《技能图解（医师分册）》。为满足中医医院和读者的需求，此次编纂出版，我们增补了这两个分册。

丛书主要用于中医医院医师、药师、护士、医技等专业技术人员提高专业素质与业务能力，管理人员提高医院管理水平与管理能力，作为医院质量管理、专业技术晋升考试所使用，也可供高等医药、中医院校相关专业教师、学生教与学中参考使用。

该丛书由湖南中医药大学各学科的相关专家及其附属医院管理人员共同编纂而成，他们为此付出了许多辛劳，在此向他们表示衷心的谢意！由于时间较紧，加上水平有限，错误疏漏之处难免，敬请专家和读者批评指正，以便再版时修改、充实与完善。

湖南中医药大学　何清湖

编写说明

中医医院的发展，关键在于其能为社会服务的能力，是否为人民群众所认可，也就是社会的需求度。一所中医医院能否被大家普遍接受，关键在于医院的专业技术人员的专业素质与能力。中医医院的专业技术人员主要包括中医、中药、护理与医技四类专业技术人员。进一步提高四类专业技术人员的基础理论素养、基本知识水平和基本诊疗能力，是各级中医医院提高社会竞争力与服务能力必须重视的基本内涵建设。

要加强医院建设，必须提高医院管理水平，这也是提高医疗质量的一项重要手段。因此，提高医务工作者的基本素质与专业水平也日益重要。为此目的，我们在湖南中医药大学及湖南科学技术出版社领导的支持下，组织相关的专家编写了《中医临床“三基”训练技能图解》，旨在帮助提高执业医师的实践技能。

本书紧扣中医和中西医结合执业医师资格实践技能考试大纲，比较详细地介绍了中医医师必须掌握的西医诊疗技能和中医特殊的诊疗方法和技能，为方便读者阅读，以操作图片资料为主，同时配以必要的文字说明，以保持内容的相对完整性，便于读者学习和体会操作方法，掌握操作技能。本书不但对执业医师实践技能考试具有重要的指导价值，同时也对各级各类中医、中西医结合临床医师及高等中医院校学生掌握中医的操作方法和技能具有重要的参考价值。

本书共分三部分，第一部分为体格检查，图文并茂地介绍了体

格检查的基本检查方法及一般检查、头颈部检查、胸部检查、腹部检查、脊柱四肢检查、神经系统检查的方法；第二部分为中医四诊基本操作，详细介绍了望诊（含舌诊、望小儿指纹）、切诊（含脉诊、按诊）的基本操作方法及注意事项；第三部分为中医针灸推拿技能操作，详细介绍了常用针灸穴位的定位、常用针法、常用灸法、推拿手法、拔罐法的操作方法和各种手法的注意事项。

本书的最大特点是图片丰富、文字精练，直观、形象、便携。弥补了以往中医操作类书籍仅以文字说明，难以直接体会的不足，希望能受到广大读者的喜爱，限于编者的水平，若有疏漏和错误之处，敬祈指正。

编　者

2009年6月8日

目 录

1 体格检查 …… (1)

1.1 基本检查方法 …… (1)

1.2 一般检查 …… (8)

1.3 头颈部检查 …… (21)

1.4 胸部检查 …… (32)

1.5 腹部检查 …… (45)

1.6 脊柱、四肢检查 …… (56)

1.7 神经反射检查 …… (60)

2 中医四诊基本操作 …… (70)

2.1 望诊 …… (70)

2.1.1 望诊的基本方法 …… (70)

2.1.2 望小儿指纹 …… (71)

2.1.3 望舌 …… (71)

2.2 切诊 …… (72)

2.2.1 脉诊 …… (72)

2.2.2 按诊 …… (75)

3 中医针灸推拿技能操作 …… (81)

3.1 常用针灸穴位定位 …… (81)

3.2 常用针法 …… (99)

3.2.1 毫针刺法 …… (99)

3.2.2 三棱针法 …… (106)

需要全本请访问 www.ertongbook.com

3.2.3 皮肤针法 …… (107)
3.2.4 皮内针法 …… (108)
3.2.5 电针法 …… (108)
3.2.6 耳针 …… (110)
3.3 常用灸法 …… (111)
3.3.1 艾炷灸 …… (111)
3.3.2 艾条灸 …… (115)
3.3.3 温针灸 …… (116)
3.3.4 灯火灸 …… (116)
3.4 推拿手法 …… (117)
3.4.1 推拿的基本手法 …… (117)
3.4.1.1 掐法 …… (117)
3.4.1.2 一指禅推法 …… (118)
3.4.1.3 按法 …… (119)
3.4.1.4 揉法 …… (120)
3.4.1.5 擦法 …… (121)
3.4.1.6 拿法 …… (122)
3.4.1.7 拔法 …… (123)
3.4.1.8 拍法 …… (123)
3.4.2 运动关节类手法 …… (124)
3.4.2.1 摇法 …… (124)
3.4.2.2 扳法 …… (125)
3.5 拔罐法 …… (127)
3.5.1 留罐法 …… (127)
3.5.2 走罐法 …… (128)
3.5.3 闪罐法 …… (129)
3.5.4 刺血拔罐法 …… (130)
3.5.5 留针拔罐法 …… (131)

1　体格检查

1.1　基本检查方法

体格检查的基本检查方法包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊5种。

一、视诊

视诊是医师利用眼睛来观察患者全身或局部表现的检查方法。一般在间接日光下进行，不能在彩色灯光下进行视诊。观察巩膜、皮肤黏膜颜色及某些皮疹最好在自然光线下；观察搏动、肿块和某些器官轮廓以侧面光为宜，并注意视诊角度的调整（图1-1）。

检查室的温度要适宜，患者根据检查需要采取合适的体位；检查部位应适当暴露。视诊按一定顺序进行，要全面、系统，同时要突出重点；有时需双侧对比观察；必要时使用一些辅助器械。

二、触诊

触诊是医师通过手的感觉对疾病进行判断的检查方法。触诊多用指腹和掌指关节的掌面进行，因这两处皮肤最为敏感。根据检查部位及目的的不同，患者应取适当的体位。常用的触诊方法分浅部触诊法和深部触诊法两大类。



图 1-1 从侧面观察心尖搏动

（一）浅部触诊法

检查者将一手轻放于被检查的部位，利用掌指关节和腕关节的协同动作柔和地进行旋转或滑动触摸，下压幅度一般为 1～2cm（图 1-2）。浅部触诊法可了解检查部位有无压痛、抵抗感、搏动、包块等，常用于皮肤、关节、软组织的浅在病变和阴囊、精索、浅部动脉、静脉以及神经的检查。



图 1-2 浅部触诊法

（二）深部触诊法

主要用于腹部检查。根据检查的目的和手法的不同，常用的深部触诊方法可分为以下 4 种：

1. 深部滑行触诊法

医师以一手或两手重叠，用并拢的二、三、四指掌面逐渐加压触向腹腔深部，当触及脏器或包块后，在其上做上下、左右滑行触摸以了解其形态特点（图 1-3）。此法常用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。



图 1-3　深部滑行触诊法



图 1-4　双手触诊法

2. 双手触诊法

医师左手置于被检查脏器或包块的后部，固定检查部位并将被检查部位或脏器向右手方向推动，配合右手进行触诊；右手置于被检查部位前方，动作同深部滑行触诊法（图 1-4）。此法常用于肝、脾、肾和腹腔肿块的检查。

3. 深压触诊法

以并拢的 1～2 个手指指端逐渐深压，以明确病变部位或确定压痛点（图 1-5）。检查

反跳痛时，可在深压的基础上迅速将手抬起，并询问被检者是否感觉疼痛加重或观察其面部是否出现痛苦表情。

4. 冲击触诊法

又称浮沉触诊法。检查时，以并拢的3～4个手指，与腹壁呈70°～90°的角度，置于腹壁相应部位，作数次急速而较有力的冲击动作，此时指端下可有腹腔脏器沉浮的感觉。此法一般适用于大量腹水，肝、脾难触及者。



图1-5 深压触诊法

三、叩诊

叩诊是医师用手叩击被检者身体表面，根据振动和声响的特点来判断被检查部位有无异常的检查方法。

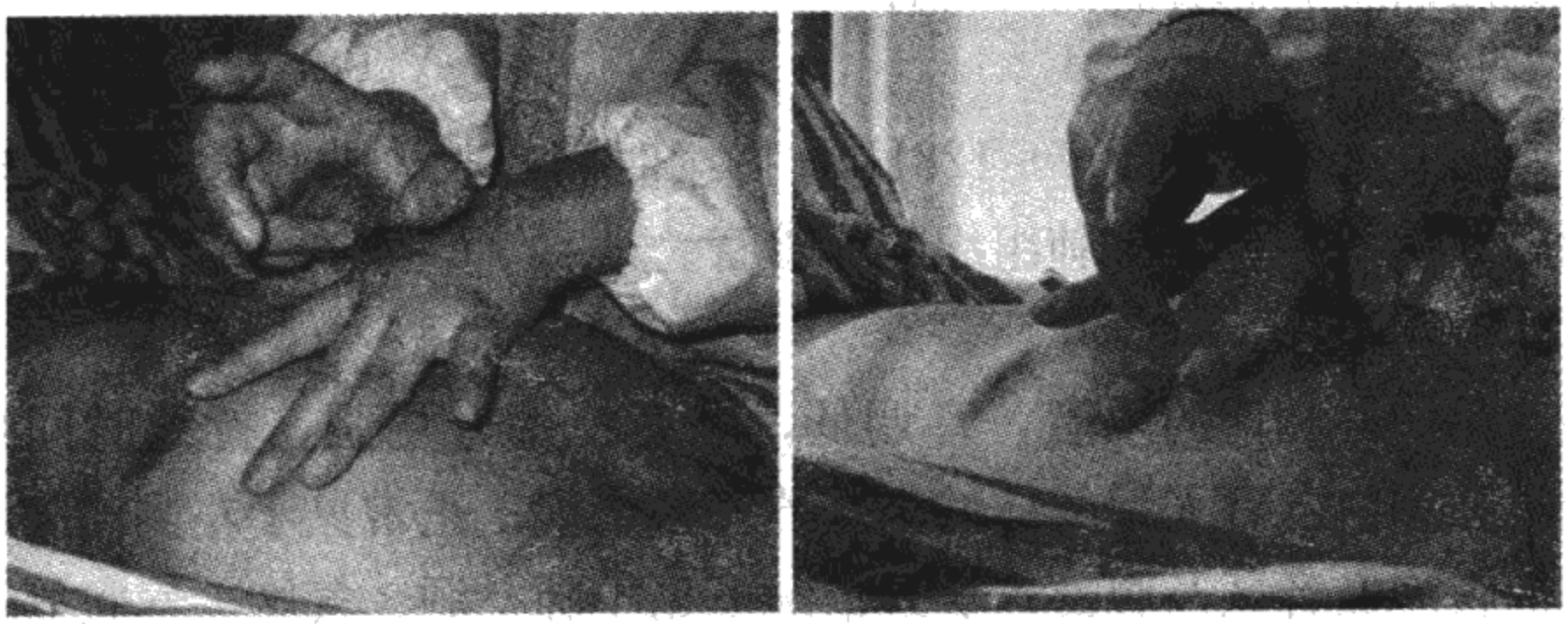
（一）叩诊方法

叩诊方法一般分为间接叩诊和直接叩诊两种。

1. 间接叩诊法

叩诊时医师左手中指第二指节紧贴于叩诊部位，其余手指及手掌稍微抬起，勿接触叩诊部位；右手指自然弯曲，以右手中指指端垂直叩击左手第二指骨的前端。叩诊时应以腕关节与掌指关节的活

动为主，避免肘关节及肩关节参与运动。叩击动作要灵活、短促、富有弹性和节奏。叩击后右手中指应立即抬起，以免影响声音的音调与响度。一个部位每次连续叩击 2～3 下，如印象不深，可再连续叩击 2～3 下。叩击力量要均匀一致，叩击力量的轻重应根据检查的部位、病变的性质、范围大小、位置深浅等具体情况而定。病灶或被检脏器范围小或位置表浅，宜用轻叩诊法，如心、肝的相对浊音界叩诊；而范围大或位置较深时，需用中等强度叩诊法，如确定心、肝的绝对浊音界；当病变位置较深时（7cm 左右时），则需使用重叩诊法。叩诊应自上而下，并双侧对比（图 1－6A、图 1－6B）。



A　　B

图 1－6　间接叩诊法

2. 直接叩诊法

用右手拇指以外的其余 4 指掌面直接拍击受检部位，并双侧对比，通过拍击的音响及指下的震动感来判断病变性质。本法适用于范围大或位置浅表的病灶检查，如大面积肺实变、胸膜增厚、大量气胸或胸腔积液、大量腹水等（图 1－7A、图 1－7B）。

（二）叩诊音

根据音调、响度及持续时间的不同，叩诊音可分为清音、鼓

需要全本请访问 www.ertongbook.com



A　　B

图 1-7　直接叩诊法

音、过清音、浊音、实音 5 种。

1. 清音

是一种频率为 100～128Hz，持续时间较长、非乐性、响度较强的叩诊音，是正常肺组织的叩诊音。

2. 鼓音

是一种和谐的乐音，音调低，响度比清音更强，持续时间更长，在叩击含有大量气体的空腔器官时出现。正常见于左侧前胸下部的胃泡鼓音区及腹部；病理情况下见于肺空洞、气胸、气腹等。

3. 过清音

声音特征介于鼓音与清音之间，音调较清音低，响度较清音强，属鼓音范畴的一种变音。常见于肺组织含气量增多、弹性减弱的疾病，如肺气肿。

4. 浊音

是一种音调较高、响度较弱、持续时间较短的叩诊音。正常见于被少量含气组织覆盖的实质脏器表面，如心脏或肝脏的相对浊音区；病理情况下，见于肺组织含气量减少，如肺炎等。

5. 实音

是一种音调较浊音更高，响度较浊音更弱，持续时间更短的叩

诊音。正常情况下见于不含气体的脏器，如心脏、肝脏、充盈的膀胱等；病理情况下见于肺实变或大量的胸腔积液。

四、听诊

听诊是用听觉听取被检者身体各部位发出的声音以判断其是否正常的检查方法。听诊时环境要安静、温暖，患者取舒适体位，适当暴露检查部位。

（一）直接听诊法

医师将耳郭直接贴附在被检查者的体表进行听诊。这种方法只在某些特殊或紧急情况下才采用。

（二）间接听诊法

用听诊器进行听诊的检查方法。听诊器体件有膜型和钟型两种。钟型适合听低调的声音，如奔马律、二尖瓣狭窄的舒张期隆隆样杂音；膜型适于听高调的声音，如主动脉瓣关闭不全的舒张期叹气样杂音。听诊前应注意耳件方向是否正确，管腔是否通畅；体件要紧贴于被检查的部位，避免与皮肤或衣物摩擦（图 1－8）。听诊时注意力要集中，听诊心脏时要摒除呼吸音的干扰，听诊肺部时也要排除心音的干扰。

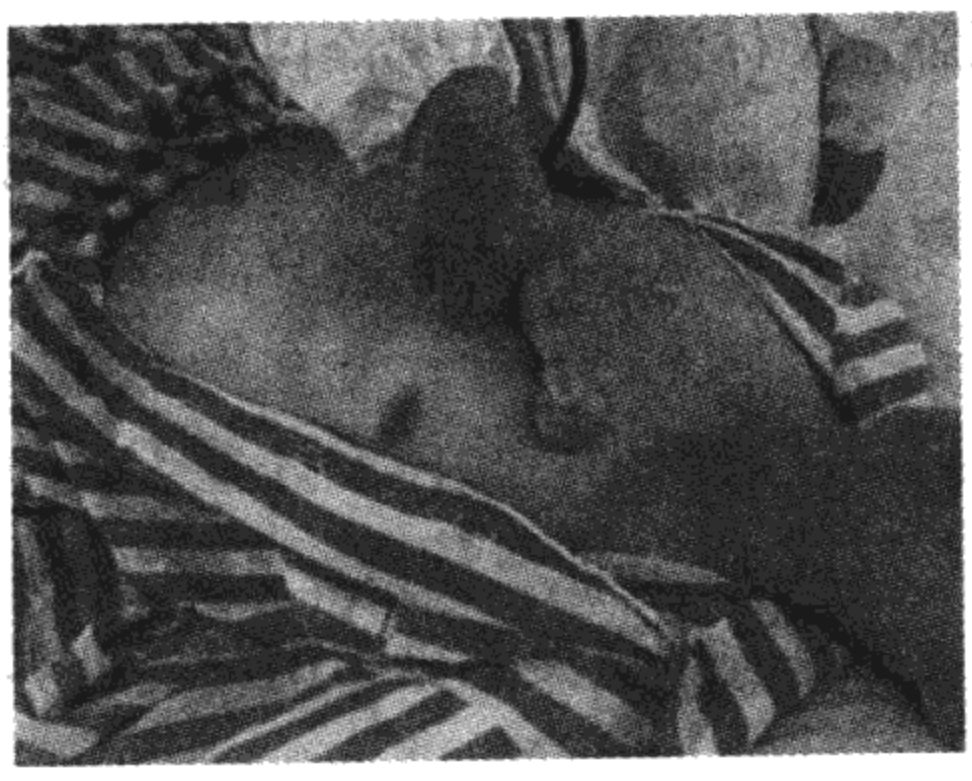


图 1－8　间接听诊法

五、嗅诊

嗅诊是医师以嗅觉来判断发自患者的异常气味与疾病间关系的检查方法。检查时用手将患者散发的气味扇向自己的鼻部，仔细辨别气味的特点与性质，并分析其临床意义。

1.2 一般检查

一般检查包括全身状态的检查、皮肤的检查、浅表淋巴结的检查。

一、全身状态的检查

（一）体温

1. 口测法

测量前不应进食冷或热的饮食，将消毒后的体温计置于被检者舌下，紧闭口唇，测量5分钟后读数。正常值为36.3℃～37.2℃。婴幼儿及意识障碍者不宜采用。

2. 肛测法

被检者取侧卧位，体温计汞柱端涂以润滑剂，徐徐插入肛门达体温计长度的一半，测量5分钟后读数。正常值为36.5℃～37.7℃。常用于婴幼儿、意识障碍及休克患者。

3. 腋测法

用干毛巾将腋窝汗液擦干，将体温计置于被检者腋窝深处，并嘱其夹紧体温计，放置10分钟后读数。正常值为36℃～37℃。腋测法方便、安全、不易发生交叉感染，但易受外界因素影响。

（二）脉搏

一般检查桡动脉搏动，以中间三指并拢，指端平放于桡动脉处

触诊，注意双侧对比（图 1-9）。



图 1-9 脉搏检查

1. 脉率

至少计数 30 秒。正常成人安静状态下脉率为 60～100 次/min。

2. 节律

检查脉率的同时，注意脉搏节律，正常人脉搏节律规整，脉律不齐提示存在心律失常。

3. 强弱

心脏排血量增多，脉压增大，周围血管阻力较小时，则脉搏增强。心脏排血量减少，脉压减小，周围血管阻力增大时，脉搏减弱。

4. 紧张度

以近端的手指按压桡动脉，逐渐用力直至远端手指触不到桡动脉搏动，所用压力即脉搏的紧张度，反映收缩压的高低。

5. 血管弹性

正常人的动脉管壁光滑，柔软，有弹性。检查时医师用手压迫动脉使其血流阻断，则其远端动脉无搏动。若无论如何用力压迫动脉，其远端仍能触及脉搏，则提示动脉弹性差，见于动脉硬化，动

脉硬化严重者还可发现血管迂曲呈条索状。

6. 异常波形

通过触诊，可了解动脉搏动的脉波情况，常见的异常脉波有以下几种：

（1）水冲脉：检查时用手指紧握患者手腕掌面，将其前臂高举超过头部，明显感到脉搏骤升、骤降，急促有力，称水冲脉（图1-10），提示脉压增大。



图1-10　水冲脉检查

（2）交替脉：脉搏节律规整而强弱交替变化称交替脉，提示心肌严重受损。

（3）奇脉：吸气时脉搏减弱甚至消失称奇脉，见于心脏压塞，如心包积液、缩窄性心包炎，重症哮喘也可出现奇脉。

（4）重搏脉：一次心搏，触及两次脉搏称重搏脉，见于梗阻性肥厚型心肌病及长期发热者，如伤寒。

（5）无脉：全身大动脉搏动消失见于心脏骤停，严重休克时动脉搏动有时也难触及；局部动脉搏动消失提示局部动脉闭塞，如多发性大动脉炎、主动脉缩窄等。

（三）呼吸

为避免一些主观因素的影响，检查者可在检查脉搏后仍将手置于桡动脉处以分散被检者注意力，同时观察其胸廓或腹部的呼吸运动。

1. 呼吸运动类型

对比胸廓及腹壁呼吸运动幅度，判断腹式呼吸或胸式呼吸为主。

2. 呼吸频率

观察至少 30 秒以上。呼吸频率超过 24 次/min 称呼吸过速，呼吸频率低于 12 次/min，则称为呼吸过缓。

3. 呼吸节律

呼吸节律不齐常提示呼吸中枢兴奋性降低，见于中枢性的呼吸衰竭，如脑炎、脑膜炎、脑外伤、颅内压增高、巴比妥类药物中毒等，常见的呼吸节律改变有：潮式呼吸、间停呼吸等。

4. 呼吸运动幅度

观察双侧胸廓呼吸运动是否对称，幅度是否适中。

（四）血压

直接测量法需动脉穿刺和血压监护设备，属有创检查，仅适用于病重及大手术患者。临床上常用的是间接测量法，即袖带加压法，用血压计测量。血压计有汞柱式、弹簧式、电子血压计，其中汞柱式为常用。

测量血压前，受检者应在安静环境下休息 5～10 分钟。测量时取仰卧位或坐位。通常测右上肢血压（首次就诊者，左、右臂的血压均应测），右上肢裸露伸直并外展 45°，肘部置于与右心房同一水平（坐位平第 4 肋软骨水平，仰卧位平腋中线）。将袖带平展地缚于上臂，气囊中部对着肱动脉，袖带下缘距肘窝横纹 2～3cm，松紧适宜（图 1－11A）。检查者触及肱动脉搏动（图 1－11B）后，将听诊器体件置于肱动脉上（图 1－11C），然后向袖带内充气，待

需要全本请访问 www.ertongbook.com