

乡村医生培训教材

社区卫生服务常用技术

主编 马如娅
江苏科学技术出版社

乡村医生培训教材

社区卫生服务常用技术

主编 马如娅

编者 (按姓氏笔画为序)

马如娅 庄梅宝 赵晓华 凌鸿敏

章 稼 蔡小红 潘 青

江苏科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

社区卫生服务常用技术 / 马如娅主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2004. 1

乡村医生培训教材

ISBN 7-5345-4114-X

I. 社... II. 马... III. 社区服务: 卫生服务—技术培训—教材 IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 119941 号

乡村医生培训教材

社区卫生服务常用技术

主 编 马如娅
责任编辑 傅永红 庞啸虎

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)
经 销 江苏省新华书店
照 排 南京紫藤制版印务中心
印 刷 徐州新华印刷厂

开 本 787 mm×1 092 mm 1/16
印 张 19.75
字 数 481 000
版 次 2004 年 1 月第 1 版
印 次 2004 年 1 月第 1 次印刷
印 数 1—24 000 册

标准书号 ISBN 7—5345—4114—X/R·754
定 价 22.50 元

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

● 序 言

XUYAN

乡村医生是农村卫生队伍的重要组成部分。多年来,广大乡村医生扎根农村,辛勤工作,适应农村卫生需求,方便农民群众得到及时、价廉的基本医疗卫生保健服务,为改变农村缺医少药面貌,维护农民身体健康,保护农村劳动力,促进农村经济社会发展,作出了巨大的贡献。

随着我国依法治国方略的推进,依靠传统行政手段管理乡村医生队伍已不能适应新的形势。为了提高乡村医生的职业道德和业务素质,加强乡村医生从业管理,保护乡村医生合法权益,保障村民获得初级卫生保健服务,2003年7月,国务院颁布了《乡村医生从业管理条例》,这标志着乡村医生队伍开始进入依法管理的新时期。

加强乡村医生培训工作,是贯彻实施《乡村医生从业管理条例》的一项重要内容。本着培训和使用相结合的目的,江苏省卫生厅组织专家编写了《乡村医生培训教材》。全书共五册,分基础医学概论、社区卫生服务常用技术、社区常见疾病诊断与处理、医学心理学与医学伦理学、中医学基础五个方面。该书既是我省乡村医生执业注册资格培训的专用教材,也是今后乡村医生在职培训的主要用书。希望各地认真组织做好乡村医生培训工作,为保障农民群众身体健康、促进农村经济社会发展作出新的更大的贡献。

江苏省卫生厅厅长

周珉

● 前言

QIANYAN

为贯彻落实国务院颁布的《乡村医生从业管理条例》，提高乡村医生职业道德和业务素质，加强乡村医生从业管理，我们根据江苏省卫生厅乡村医生培训大纲的要求，结合目前乡村医疗工作的实际情况组织编写了本教材，供乡村医生培训使用。

编写本教材的宗旨是针对乡村医生预防、保健、医疗、康复并重的工作特点，培养乡村医生科学的思维方法，提高乡村医生在医疗实践中的诊疗技能，使其能在乡村医疗机构和家庭中独立地开展诊疗工作，并掌握初步的医学统计知识，在乡村防病、治病的工作中，发挥作用。《社区卫生服务常用技术》是一门实践性较强的课程，通过学习，使学员能具有较强的实践技能、必要的医疗保健基本知识，并能与各专科医疗服务相互协调，优势互补，为个人、家庭提供医疗、预防、保健、康复于一体的综合、连续、协调而又方便、经济、优质、有效的基层服务。在教材的编写中，我们力求体现教材内容的科学性、先进性和适用性。

本教材共分5章，第一章介绍社区常用诊断技术，包括体格检查、实验室检查、诊断疾病的步骤等；第二章介绍社区常用的各种诊疗技术及家庭护理指导；第三章重点介绍了初级卫生保健及新型合作医疗的概念、社区常用的疾病预防技术和医学统计方法；第四章介绍了社区卫生保健的基本知识与技术，如自我保健、妇女保健、儿童保健及老年保健等；第五章介绍了康复医学的概念以及社区常见疾病的康复技术。

限于编者的认知和能力，加之时间仓促，教材中难免存在错误、缺点和不足，恳切地希望使用本教材的读者惠予指正。

编 者

● 目 录

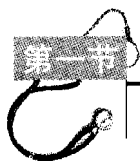
MULU

第一章	社区常用诊断技术	1
第一节	体格检查	1
第二节	常用实验诊断技术	25
第三节	常用器械检查	39
第四节	诊断步骤和病历书写	59
第二章	社区常用诊疗护理技术	76
第一节	常用诊疗护理技术	76
第二节	家庭护理指导	102
第三章	社区疾病预防知识与常用技术	130
第一节	初级卫生保健	130
第二节	新型农村合作医疗	134
第三节	流行病学研究方法	135
第四节	预防接种	143
第五节	消毒、杀虫、灭鼠	149
第六节	社区常用统计指标	155
第四章	社区卫生保健基本知识与技术	189
第一节	自我保健	189
第二节	妇女保健	198
第三节	儿童保健	205
第四节	青春期和中年保健	213
第五节	老年保健	217
第六节	计划生育与优生优育技术	221
第七节	社区健康促进	227
第五章	社区常用康复技术	233
第一节	康复医学概述	233
第二节	康复功能评定	237
第三节	康复治疗技术	247
第四节	常见疾病的社区康复	258

附 1: 省政府关于在全省建立新型农村合作医疗制度的实施意见	267
附 2: 中华人民共和国传染病防治法	270
附 3: 卫生部关于将传染性非典型肺炎(严重急性呼吸道综合征) 列入法定管理传染病的通知	275
附 4: 中华人民共和国执业医师法	276
附 5: 中华人民共和国护士管理办法	282
附 6: 中华人民共和国母婴保健法	285
附 7: 中华人民共和国献血法	289
附 8: 医疗事故处理条例	292
附 9: 突发公共卫生事件应急条例	301

第一章

社区常用诊断技术



体格检查

体格检查(简称体检)是医生用自己的感觉器官或借助简单的检查器具(如体温表、血压计、听诊器等)对病人身体进行详细的检查,来了解被检查者身体健康状况的一组最基本的检查方法。

体格检查的基本方法有视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊 5 种。这些方法是医护人员的基本功。

体格检查一般于采集病史后开始。体检时,应仪表端庄,举止大方,态度和蔼,关心、体贴病人,具有高度的责任心和良好的医德修养,以取得病人的信任和配合。检查传染病如肝炎、肺结核、艾滋病、SARS 等病人时可穿隔离衣、戴口罩和手套并做好消毒、隔离工作。检查卧位病人时应站立于病人的右侧。体检时动作应轻柔、规范,系统全面,突出重点。体检时依次暴露被检部位,一般应按一定顺序进行,通常先检查一般状况,然后检查头、颈、胸、腹、神经系统等,以免不必要的重复和遗漏。如遇危重病人,应重点检查后立即配合抢救,待病情好转后再做补充检查。此外,应根据病情变化随时复查,及时发现新的体征,以修正或补充诊断。

一、体格检查的准备和基本方法

(一) 检查前准备

1. 用物准备 治疗盘内置已消毒的体温计、血压计、手电筒、压舌板、听诊器、软皮尺、叩诊锤、消毒棉签、清洁玻璃片、弯盘、记录用纸、笔等。此外,尚需准备体重秤、身高测量仪。

2. 环境准备 检查环境应安静、温暖,有适宜的光线,必要时用屏风遮挡和有第三者陪伴在场。

3. 病人准备 检查前向病人做好解释工作,以免引起病人惊恐不安。让病人穿一开口在前的长外衣或睡衣裤,舒适地平卧于床上,适当盖被。

(二) 基本方法

1. 视诊 指用视觉来观察病人全身或局部表现的检查方法。视诊能观察全身一般状态如年龄、发育、营养、体型、意识、面容、体位、步态及外表整洁和精神状况等;局部特征如皮肤黏膜颜色、瞳孔大小、胸廓、腹部、脊柱、四肢外形、呼吸运动、心尖搏动、颈部血管等。

视诊简单易行,是观察病情的一种基本和重要的方法,可获得重要的病情资料。视诊应在适宜的自然光线下进行,灯光下不易辨别黄疸、轻度发绀和皮疹。

2. 触诊 用手的触觉来判断病人器官或组织物理特征的检查方法。适用于全身各部,尤以腹部检查更为重要。触诊能查及温度、湿度、震颤、摩擦感及包块的位置、大小、表面性质、硬度、压痛、移动度等。触诊宜用指腹和掌指关节面的皮肤,因这些部位最为敏感。

根据施加压力的轻重分:

(1) 浅部触诊:将右手轻放于病人被检部位,利用掌指关节和腕关节的协调动作,轻柔地进行滑动触摸,适用于体表浅在病变如腹部压痛、腹肌紧张、皮肤温度、脉搏、震颤、心尖搏动等检查。

(2) 深部触诊:分为深部滑行触诊法、双手触诊法、深压触诊法、冲击触诊法 4 种。用单手或双手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部,适用于腹腔脏器、包块等检查。触诊前应向病人说明检查目的和配合动作,嘱病人先排尿或排便,以免将充盈的膀胱或肠腔内粪块误认为腹内肿物;检查时要注意保暖,手要温暖,以免引起病人精神和肌肉紧张;检查腹部时,一般嘱病人取两腿屈膝仰卧位,检查肝、脾时也可取侧卧位;检查时应密切观察病人的面部表情。

3. 叩诊 指用手指叩击病人体表某部使之震动而产生音响,根据震动和音响的特点判断被检查部位的脏器有无异常的一种检查方法。主要用于胸、腹部检查。

(1) 叩诊方法:① 间接叩诊法(指指叩诊法),以左手中指第 2 指节紧贴于叩诊部位,其他手指稍微抬起;右手各指自然弯曲,以中指指端垂直地叩击左手中指第 2 指骨的前端;叩击时应以腕关节与指掌关节的活动为主,避免肘、肩关节参与运动,叩击动作要灵活、短促、富有弹性;叩击力量与间隔时间要均匀一致,一个叩诊部位,每次只需连续叩击 2~3 次,不断地连续叩击不利于对叩诊音的分辨;随时注意与对称部位的比较。② 直接叩诊法:用右手中间 3 指的掌面直接拍击被检查的部位,根据拍击的音响和指下的震动感来判断病变情况。适用于大量胸腔积液、腹腔积液等的检查。

(2) 叩诊音:叩击人体时产生的音响称叩诊音。因被叩击的组织或脏器密度、弹性、含气量及与体表间距不同,在叩击时可产生不同的音响。根据音调高低、音响强弱等特点,将叩诊音分为 5 种。

1) 清音:一种频率为 100~120 次/秒、振动持续时间较长的叩诊音,系正常肺部的叩诊音。

2) 浊音:一种音调较高、音响较弱、振动持续时间较短的叩诊音,系叩击被少量含气组织覆盖的实质性脏器如心或肝被肺遮盖的部分产生的音响,或病理情况下肺组织含气量减少如肺炎时的叩诊音。

3) 实音:一种音调较浊音更高、音响更弱、振动持续时间更短的叩诊音,系叩击实质性脏器如心或肝产生的音响,病理状态下见于大量胸腔积液或肺实变等。

4) 鼓音:一种和谐的乐音,如击鼓声,音响比清音强,振动持续时间也较长,系叩击含有大量气体的空腔器官如左下胸的胃泡区及腹部产生的音响,病理情况下见于气胸、肺内大空洞等。

5) 过清音:介于鼓音与清音之间,音调较清音低、音响较清音强、极易闻及的一种叩诊音,主要见于肺组织含气量增多、弹性减弱的病变如肺气肿。

4. 听诊 指直接用耳或借助听诊器听取人体内器官或组织发出的声音。在诊断心、肺疾病中尤其重要。可分为2种:

(1) 直接听诊法:指用耳郭直接贴附在病人体表听体内发出的声音,仅用于特殊或紧急情况下。

(2) 间接听诊法:用听诊器进行听诊的方法,此法方便,可在任何体位时采用,且对脏器发出的声音还可放大,应用范围很广,除心、肺、腹部外,还可听血管音、骨折断面的摩擦音等。听诊时环境要安静、温暖,听诊器耳件方向要正确,管腔要通畅,体件应紧贴被检查部位,避免与皮肤摩擦而产生附加音。

5. 嗅诊 指以嗅觉感受病人体表、呼气、尿、粪、痰等发出的异常气味,以判断病情的检查方法。嗅诊时用手将病人散发的气味扇向自己的鼻部,仔细判断气味的特点。如齿龈炎、龋病、牙周炎可有口臭;呼气带刺激性蒜味常见于有机磷中毒,烂苹果味为糖尿病酮症酸中毒,氨味见于尿毒症,腥臭味见于肝性脑病;呕吐胃内容物呈酸臭味见于幽门梗阻,呈粪臭味见于低位肠梗阻;粪便呈腐败性臭味见于消化不良或胰腺功能不良;恶臭的脓痰提示厌氧菌感染。

二、一般检查

一般检查是对病人全身状态的概括性观察,检查方法以视诊为主,配合触诊、听诊等。一般检查的主要内容包括:生命征、意识状态、发育与体型、营养状态、面容与表情、体位、四肢、脊柱、步态等。

(一) 生命征

生命征是评价生命活动存在和质量的重要指标,包括体温、脉搏、呼吸、血压,是体格检查的必检项目。

1. 体温(T) 测量体温是观察病情的一种重要方法。

(1) 测量方法:① 口测法,将消毒过的口腔体温计置于舌下热窝处,紧闭口唇,放置3分钟后取出并读数,正常值为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,此法对意识障碍、呼吸困难、鼻塞病人、婴幼儿或不能合作者不适宜;② 肛测法,让病人取侧卧位,将肛门体温计水银球端涂以润滑剂,慢慢地插入肛门 $3\sim 4\text{ cm}$,放置3分钟后取出读数,正常值为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$,此法测温准确,多用于小儿或昏迷病人;③ 腋测法,将腋窝汗液擦干,将体温计放于腋窝深处,用上臂将其夹紧,放置10分钟后取出读数,正常值为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,此法较安全、方便,不易发生交互感染。体温换算公式为 $^{\circ}\text{F} = ^{\circ}\text{C} \times 9/5 + 32$ (摄氏温度记为 $^{\circ}\text{C}$,华氏温度记为 $^{\circ}\text{F}$)。

(2) 测温注意事项:① 测温前应将体温计的汞柱甩到 35°C 以下;② 测温前不得用冷、热水漱口或用冷、热毛巾擦拭腋部,测温时,附近不得有冷、热物体,如冰袋、热水袋等;③ 测体温时,体温计的水银球必须紧贴皮肤或黏膜;④ 读体温计度数前,体温计的水银球不能接触冷、热物体。

(3) 体温的记录方法:体温测定的结果应按时记录于体温记录单上,描绘出体温曲线。

(4) 体温的生理变动:正常人在24小时以内体温稍有波动,一般相差不超过 1°C 。生理状态下早晨略低,下午稍高;运动或进食后体温略高;老年人体温稍低;妇女在月经期前或妊娠早期体温略高。

(5) 体温异常的临床意义:发热指体温高于正常(口温 $>37.2^{\circ}\text{C}$),见于感染、组织损

伤、变态反应性疾病、风湿性疾病、恶性肿瘤、内分泌与代谢性疾病、体温调节中枢功能失常等。体温过低,指体温低于正常(口温 $<36.3^{\circ}\text{C}$),见于休克、急性大出血、慢性消耗性疾病、严重营养不良、甲状腺功能减退等。

2. 脉搏(P) 心脏节律性的收缩和舒张使主动脉内的压力一升一降,动脉管壁相应地出现一次扩张与回缩的搏动,即为动脉脉搏,简称脉搏。

(1) 测量方法及注意事项:测脉搏,一般选用桡动脉,也可选择颞动脉、耳前动脉、颈动脉、肱动脉、股动脉、足背动脉等。桡动脉的触诊方法为:用互相靠拢的示指、中指、无名指的指腹平放于桡动脉近手腕处,进行左右两侧细致的比较触诊,在确定两侧桡动脉脉搏基本相同后,即可检测一侧脉搏的速率、节律、紧张度、强弱及动脉壁的弹性等。对循环系统疾病病人,每次测量时间不少于1分钟。

1) 速率:一般称脉率。正常成人的脉搏 60~100 次/分,儿童平均 90 次/分,婴幼儿可达 130 次/分,老年人平均 55~60 次/分。

2) 节律:正常人脉搏的节律规则,但在正常小儿、青年,可见到窦性心律不齐,吸气时脉搏增快,呼气时减慢。

3) 紧张度:以近心端的手指逐渐用力按压桡动脉致使远心端手指触不到脉搏,此时近心端手指完全阻断动脉搏动所需要的压力,即为脉搏的紧张度,脉搏紧张度取决于动脉收缩压的高度。

4) 强弱:决定于动脉充盈度和周围血管阻力,即与心搏量和脉压大小有关。当心搏量增加,周围动脉的阻力较小时,脉搏强;反之,脉搏则弱。

5) 动脉壁的情况:正常情况下,桡动脉管壁光滑、柔软而有一定弹性,检查时,医生用一手指压迫动脉使其血液阻断时,其远端的动脉管壁不能触及,如仍能触及,则标志着有动脉硬化。

(2) 异常脉搏及临床意义:

1) 速脉:指脉率超过 100 次/分。生理情况下见于情绪激动、剧烈体力活动等,病理情况下见于发热、贫血、休克、心力衰竭、甲状腺功能亢进、心肌炎等,一般体温升高 1°C ,脉搏约增加 10 次/分。

2) 缓脉:指脉率低于 60 次/分。生理情况下见于老年人和运动员,病理情况下见于病态窦房结综合征、Ⅱ度以上房室传导阻滞、颅内压增高、阻塞性黄疸、甲状腺功能减退、伤寒等。

3) 水冲脉:指脉搏骤起骤落,急促有力,犹如潮水涨落,系脉压增大所致。检查时将病人前臂抬高过头,更易触及急促有力的冲击。见于主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、甲状腺功能亢进、严重贫血等。

4) 交替脉:指脉搏强弱交替而节律规则。系左心室收缩力强弱交替所致。是左心室衰竭早期的重要体征,见于高血压性心脏病、急性心肌梗死等。

5) 奇脉:指平静吸气时脉搏明显减弱或消失的现象,又称吸停脉。见于心包积液、缩窄性心包炎等。

6) 无脉:即脉搏消失。见于严重休克及多发性大动脉炎。

7) 不整脉:指脉搏节律不规则。见于心律失常。触及不整脉时,应同时测脉率和心率 1 分钟以上,若脉率少于心率,称脉搏短绌,见于心房颤动、频发期前收缩等。Ⅱ度房室传导

阻滞者有脉搏脱漏,称脱落脉。

3. 呼吸(R) 检查呼吸时,要在病人不觉察的情况下进行,以胸壁和腹壁的起伏运动来观察呼吸节律和频率的变化。检查时要注意呼吸频率、深度、节律、呼吸运动及呼气气味的改变。

(1) 参考值:正常成人平静呼吸时呼吸频率为 16~20 次/分,节律均匀,深浅适度。呼吸与脉搏频率之比为 1:4。

(2) 异常呼吸及临床意义:

1) 呼吸频率异常:① 呼吸过速,指呼吸频率超过 24 次/分,见于发热、贫血、甲状腺功能亢进、心力衰竭等,一般体温升高 1℃,呼吸约增加 4 次/分;② 呼吸过缓,指呼吸频率低于 12 次/分,见于麻醉、镇静剂过量及颅内压增高等。

2) 呼吸深度异常:① 呼吸浅快,见于呼吸肌麻痹、肺气肿、腹水、胸腔积液、气胸等;② 呼吸深而快,见于剧烈运动、情绪激动或紧张,可因过度通气导致呼吸性碱中毒;③ 呼吸深长,称酸中毒大呼吸或 Kussmaul 呼吸,见于糖尿病酮症酸中毒、尿毒症等。

3) 呼吸节律异常:① 潮式呼吸,又称 Cheyne-Stoke 呼吸(陈-施氏呼吸),指一种由浅慢逐渐变为深快,然后再由深快转为浅慢,随之出现一段时间的呼吸暂停,后又开始上述节律的周期性呼吸;② 间停呼吸,又称 Biots 呼吸(毕奥呼吸),特征为有规律地呼吸几次后突然暂停一段时间,后又开始呼吸,周而复始。上述 2 种呼吸节律改变系呼吸中枢兴奋性降低,使调节呼吸的反馈系统失常所致,见于中枢神经系统疾病如脑炎、脑膜炎、颅内压增高,以及糖尿病酮症酸中毒、巴比妥中毒。间停呼吸较潮式呼吸更为严重,提示预后不良,多见于临终前。有些老年人深睡时也可出现潮式呼吸,为脑动脉硬化、脑供血不足的表现。

4) 呼吸类型变化:呼吸运动有两种类型,即以胸廓运动为主的胸式呼吸和以腹部(膈肌)运动为主的腹式呼吸。正常人两种类型同存,但女性以胸式呼吸为主,儿童和男性以腹式呼吸为主。肺炎、严重肺结核、胸膜炎、肋间神经痛等,可使胸式呼吸减弱而表现为腹式呼吸为主;当有大量腹水、腹膜炎、巨大腹块时,腹式呼吸减弱而代之以胸式呼吸为主。

4. 血压(BP) 推动血液在血管内流动并作用于血管壁的侧压力称血压,一般系指体循环动脉血压。

(1) 测量方法和正常范围:有直接测量法(有创)和间接测量法(袖带式血压计测量法)。18 岁以上成人正常血压收缩压为 90~139 mmHg,舒张压为 60~89 mmHg。理想血压收缩压<120 mmHg,舒张压<80 mmHg。生理情况下,成年男子血压较女子稍高。晨起时血压稍低,晚上、劳动或饱餐后较高;高热环境中血压可下降,在寒冷环境中血压可略上升;紧张、情绪激动、饮酒、吸烟等均可使血压升高。

(2) 血压异常及临床意义:

1) 高血压:指成人非同日至少 3 次测得的血压平均值收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg。其中绝大多数为原发性高血压;约<5%继发于其他疾病如肾上腺肿瘤、妊娠高血压综合征、颅内压增高等,称继发性或症状性高血压。

2) 低血压:指血压低于 90/(60~50) mmHg。见于休克、急性心肌梗死、急性心脏压塞等。

3) 脉压改变:脉压 >40 mmHg 称脉压增大,见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、严重贫血等。脉压 <30 mmHg 称脉压减小,见于主动脉瓣狭窄、心力衰竭、低血压、心包积

液等。

(二) 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,由觉醒状态和意识内容组成。正常人意识清晰,反应敏锐精确,思维和情感活动正常,语言流畅、准确、表达自如,定向力正常。检查意识状态一般采用问诊、视诊,通过交谈可对病人的思维、语言、定向力(即对时间、地点、空间、人物的分析能力)进行评估,较为严重者还需做痛觉试验、瞳孔反射、腱反射等检查。意识障碍按轻重程度可分为以下4种。

1. 嗜睡 为最轻的意识障碍。是一种病理性倦睡,病人处于持续的睡眠状态,可被唤醒,醒后能正确回答问题,并勉强配合检查,但停止刺激后又很快进入睡眠状态。

2. 意识模糊 是意识水平轻度下降,较嗜睡更深的意识障碍。病人可保持简单的精神活动,但对时间、地点、人物的定向力发生障碍。

3. 昏睡 是接近于人事不省的意识状态。病人处于熟睡状态,不易唤醒,在强烈的刺激下(如摇晃身体、压迫眶上神经等)可被唤醒,但醒后答话含糊或答非所问,很快又进入熟睡状态。

4. 昏迷 为严重的意识障碍,表现为意识持续的中断或完全丧失。按其程度分为3种:

(1) 轻度昏迷(浅昏迷):意识大部分丧失,无自主运动,对声、光刺激无反应,对疼痛刺激可有痛苦表情及肢体退缩等防御反应,生理反射(如角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射)可存在。

(2) 中度昏迷:对周围事物及各种刺激均无反应,对强烈刺激如疼痛刺激可有防御反应,角膜反射减弱,瞳孔对光反射迟钝,眼球无转动。

(3) 深度昏迷:意识完全丧失,全身肌肉松弛,对各种刺激均无反应,深、浅反射均消失。

此外,有一种以兴奋性增高为主的高级神经中枢急性活动失调状态,病人意识模糊、定向力丧失、感觉错乱(幻觉与错觉)、躁动不安、胡言乱语,称为谵妄。多出现于急性感染的发热期、某些药物(如颠茄类)及乙醇中毒、肺性脑病、肝性脑病及中枢神经系统疾病。进一步加重可进入昏迷状态。

(三) 发育与体型

发育的正常与否通常以年龄、智力和体格成长状态(身高、体重及第二性征)三者之间的关系来判断。发育正常时互相间关系均衡。成人发育正常的指标为:① 头长为身高的 $1/7\sim 1/8$;② 胸围等于身高的 $1/2$;③ 两上肢展开的长度约等于身高;④ 坐高等于下肢的长度。发育与遗传、内分泌、营养、体育锻炼等因素有关。病态发育与内分泌的改变关系最密切,如发育成熟前腺垂体功能亢进可致巨人症,腺垂体功能减退可致垂体性侏儒症;小儿甲状腺功能亢进可致体格发育超常,甲状腺功能减退可致体格矮小、智力低下,称呆小症。

体型是指身体发育的外观表现,包括骨骼、肌肉与脂肪分布的状态。成年人的体型分为3种:① 无力型(瘦长型),体高肌瘦、颈细长、肩窄下垂、胸廓扁平、腹上角小于 90° ;② 正力型(匀称型),身体各部匀称适中,腹上角 90° 左右,正常人多属此型;③ 超力型(矮胖型),体格粗壮、颈粗肩宽、胸廓宽厚、腹上角大于 90° 。

(四) 营养状态

营养状态可根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉发育情况、体重变化、体重指数等综合判

断。最简捷的方法是观察皮下脂肪厚度,如测三角肌皮肤皱褶厚度,即将上臂外侧自肩至肘之间中点部位的皮肤连同皮下组织提起,用特制的皮肤厚度计测量厚度。测量体重及体重指数也是评估营养状态的方法。标准体重简易计算公式为:标准体重(kg)=[身高(cm)-100]×0.9(男性)或0.85(女性)。体重指数(BMI)=体重(kg)/身高(m)²。目前,我国正常成人BMI为20~24。

营养状态分为3个等级:①良好,皮肤黏膜光泽、红润,皮下脂肪丰满有弹性,肌肉结实,毛发润泽,肩胛部及臀部肌肉丰满;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,毛发稀疏,肋间隙、锁骨上窝凹陷,肩胛骨和髂骨嶙峋突出;③中等,介于两者之间。

营养失调时,可表现为:

1. 营养不良 由于摄食不足或消耗增多,使营养低于机体需要量所致。多见于长期或严重的疾病,如消化系统、神经系统、肾疾病引起摄食、消化、吸收障碍,或活动性结核病、恶性肿瘤、糖尿病、甲状腺功能亢进等引起热量、脂肪、蛋白质消耗过多。

2. 营养过度 由于摄食过多、消耗过少,使营养高于机体需要量所致。体重超过标准体重的20%或BMI>24,体内中性脂肪过多积聚时称肥胖。肥胖无明显病因者称单纯性肥胖,肥胖有明显病因者称继发性肥胖,多由某些内分泌疾病如下丘脑病变、肾上腺皮质功能亢进等引起。

(五) 面容与表情

健康人表情自然,神态安详。患病后常可出现面容与表情的改变,称病容。某些特征性面容与表情对疾病诊断有一定价值。

1. 急性病容 面色潮红,表情痛苦,兴奋不安,呼吸急促,鼻翼扇动,口唇疱疹。见于急性感染性疾病如肺炎球菌肺炎等。

2. 慢性病容 面容憔悴,面色灰暗或苍白,双目无神。见于慢性消耗性疾病如恶性肿瘤、肝硬化等。

3. 贫血面容 面色苍白,唇舌色淡,表情疲惫。见于各种原因所致的贫血。

4. 甲状腺功能亢进面容 面容惊愕,眼裂增大,眼球凸出,目光炯炯而凝视,兴奋不安。见于甲状腺功能亢进。

5. 黏液性水肿面容 颜面浮肿、苍白,面宽睑厚,目光呆滞,反应迟钝,眉毛、头发稀疏。见于甲状腺功能减退。

6. 二尖瓣面容 面色晦暗,双颊暗红,口唇发绀。见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄。

7. 满月面容 面圆如满月,皮肤发红,常伴痤疮和小须。见于库欣综合征及长期应用糖皮质激素者。

8. 肢端肥大症面容 头颅增大,面部变长,下颌增大前突,眉弓与两颧隆起,唇舌肥厚,耳鼻增大。见于肢端肥大症。

(六) 体位

体位指人体休息时身体所处的状态。健康人体位自如,疾病常使病人的体位发生改变。

1. 自主体位 身体活动自如,不受限制。见于健康人、轻症病人。

2. 被动体位 病人不能自己调整或变换肢体的位置。见于极度衰弱或意识丧失的

病人。

3. 强迫体位 病人为了减轻疾病痛苦而被迫采取的某种体位。

(1) 强迫仰卧位:病人仰卧,双腿蜷曲,借以减轻腹肌的紧张。见于急性腹膜炎等。

(2) 强迫俯卧位:病人俯卧以减轻脊背肌肉的紧张程度。见于脊柱疾病。

(3) 强迫侧卧位:病人卧向患侧,以减轻疼痛,并有利于健侧代偿呼吸。见于一侧胸膜炎或大量胸腔积液。

(4) 强迫坐位(端坐呼吸):病人坐于床沿上,两手置于膝盖或扶持床沿,使膈下降,肺通气量增加,并减少下肢回心血量以减轻心脏负担。见于心、肺功能不全。

(5) 强迫停立位:步行时突发心前区疼痛,迫使病人立刻站立,以手按抚心前部位。见于心绞痛发作。

(6) 强迫蹲位:病人在活动过程中因呼吸困难和心悸而采取蹲踞位或膝胸位以缓解症状。见于发绀型先天性心脏病。

(七) 四肢、脊柱与步态

1. 四肢 正常人四肢与关节左右对称,形态正常,无红肿、压痛、变形,活动自如。常见的形态异常有:① 杵状指(趾),指手指或足趾末端增生肥厚呈杵状膨大,指甲从根部到末端呈弧形隆起,与慢性缺氧、代谢障碍等有关,见于支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌、发绀型先天性心脏病等;② 匙状甲(反甲),指甲中央凹陷,边缘翘起,指甲变薄,表面粗糙有条纹,为组织营养障碍的表现,多见于缺铁性贫血。

2. 脊柱 脊柱是支持体重、维持人体姿势的主要支柱,椎管可容纳、保护脊髓。脊柱病变时主要表现为疼痛、姿势或形态异常、活动度受限等。检查时注意:① 弯曲度、畸形,脊柱后凸(驼背)见于佝偻病、结核病、脊椎退行性变、外伤等,前凸见于大量腹水、腹腔巨大肿瘤,侧凸见于姿势不良、胸膜肥厚粘连等;② 活动度,活动受限见于椎旁肌肉韧带劳损、脊椎结核、肿瘤、骨折等;③ 压痛或叩击痛,见于脊柱结核、骨折、椎间盘脱出等。

3. 步态 即人在走动时所表现的姿态。健康人步态稳健。某些疾病可有步态改变:① 慌张步态,起步后小步急行、身体前倾,有难以止步之势,见于帕金森病;② 醉酒步态,走路时躯干重心不稳,步态紊乱、不准确,如醉酒状,见于小脑疾病、乙醇或巴比妥中毒;③ 蹒跚步态,行走时身体左右摇摆如鸭行,见于佝偻病、先天性髋关节脱位等。

三、皮肤、黏膜检查

常与身体其他部位检查同时进行,主要靠视诊,配合触诊。

(一) 颜色

皮肤的颜色与毛细血管的分布、血液的充盈度、色素量的多少、皮下脂肪的厚薄有关。

1. 苍白 由于血红蛋白减少、末梢毛细血管痉挛或充盈不足所致。见于贫血、休克、虚脱、主动脉瓣关闭不全、寒冷、惊恐等。仅见肢端苍白,可能与肢体动脉痉挛或阻塞有关,如雷诺病、血栓闭塞性脉管炎等。

2. 发红 由于毛细血管扩张充血、血流加速及红细胞增多所致。生理情况下见于运动、日晒、饮酒、情绪激动等。皮肤黏膜病理性发红见于:① 发热性疾病,如肺炎、猩红热、肺结核(有午后两颊潮红);② 中毒,如阿托品中毒、一氧化碳中毒(呈樱桃红色);③ 库欣综合征、真性红细胞增多症,为持久性发红;④ 局部感染,如皮肤软组织感染、结膜炎、咽炎、扁桃

体炎等。

3. 发绀 皮肤黏膜呈青紫色,主要为血液中还原血红蛋白增高所致,也可因血液中含异常血红蛋白衍化物如高铁血红蛋白、硫化血红蛋白所致。发绀常出现于口唇、耳郭、面颊、甲床等部位。血中还原血红蛋白增多见于心肺疾病,如各种呼吸系统疾病、发绀型先天性心脏病、心力衰竭、严重休克等。血中出现异常血红蛋白衍化物见于伯氨喹啉中毒、亚硝酸盐中毒(进食大量变质蔬菜所致者称肠源性青紫症)等。重度贫血者不易出现发绀。

4. 黄染 指皮肤黏膜发黄,主要见于黄疸,即血中胆红素浓度升高(超过 $34.2 \mu\text{mol/L}$)使皮肤黏膜和巩膜发黄的现象。早期或轻微黄疸仅见于巩膜及软腭黏膜,较明显时才出现于皮肤。可由胆道阻塞、肝细胞损害或溶血性疾病引起。此外,过多食用南瓜、胡萝卜等也可使皮肤黄染,但黄染的部位多在手掌、足底、前额及鼻部皮肤,巩膜和口腔黏膜一般无黄染。长期服用呋喃类等药物也可使皮肤黄染。

5. 色素沉着 指由于表皮基底层的黑色素增多,使局部或全身皮肤色泽加深的现象。好发于身体外露部分及乳头、腋窝、生殖器官、肛周、口腔黏膜等处。见于慢性肾上腺皮质功能减退症、肝硬化等。妊娠妇女面部、额部可出现棕褐色对称性色素斑称妊娠斑;老年人全身或面部可有散在色素斑称老年斑。

6. 色素脱失 指皮肤丧失原有的色素形成脱色斑片,见于白癜、白斑、白化症。

(二) 皮疹

皮疹种类很多,有斑疹、丘疹、斑丘疹、疱疹等,是诊断某些疾病的重要依据。常见于传染病、皮肤病、过敏反应、重症感染等。

(三) 皮下出血

泛指皮肤或黏膜下出血,皮肤上出现紫色斑痕,按之不褪色。直径小于 2 mm 的出血点称为瘀点,3~5 mm 者称为紫癜,大于 5 mm 称为瘀斑,片状出血伴有皮肤明显隆起称为血肿。皮肤、黏膜下出血除损伤外,常见于造血系统疾病、重症感染(如流脑、败血症)、中毒等。

(四) 蜘蛛痣

指皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣,形似蜘蛛,多出现在上腔静脉分布区域内如面、颈、上臂、前胸等,用棉签杆或铅笔尖压迫痣的中心,其辐射状小血管网即消失,解除压迫后又复现。其产生与体内雌激素水平增高有关,常见于慢性肝炎或肝硬化。慢性肝病病人手掌大、小鱼际处发红,加压后褪色,称肝掌,发生机制同蜘蛛痣。

(五) 弹性

皮肤弹性与年龄、营养状态、皮下脂肪及组织间隙所含液量有关。检查方法:用示指和拇指捏起病人手背或上臂内侧部位皮肤,松手后若皮肤皱褶迅速平复为弹性正常;皱褶平复缓慢为弹性减退,见于严重脱水、长期消耗性疾病。

(六) 湿度与温度

皮肤的湿度与出汗多少有关。在气温高、湿度大的环境中,出汗是生理调节的表现。病理情况下,全身皮肤潮湿多汗,见于风湿病、结核病、甲状腺功能亢进、佝偻病等。入睡后出汗称为盗汗,是结核病的重要征象。大汗淋漓而手脚皮肤发凉称为冷汗,见于休克、虚脱。皮肤异常干燥,见于尿毒症、脱水、维生素 A 缺乏症、黏液性水肿等。

(七) 水肿

水肿指皮下组织的细胞内及组织间隙液体积聚过多的状态。用视诊与触诊检查。水

肿部位用手指加压出现凹陷,称凹陷性水肿,据此可与加压后无组织凹陷的黏液性水肿相鉴别。水肿的程度可分:①轻度水肿,仅见于眼睑、胫骨前、踝部皮下组织,指压后轻度凹陷,平复较快;②中度水肿,全身组织明显水肿,指压后有明显或较深的组织下陷,平复缓慢;③重度水肿,全身组织严重水肿,低垂部位皮肤紧张发亮,甚至有液体渗出,还可伴有胸腔、腹腔、鞘膜腔积液及外阴部水肿。全身性水肿常见于心力衰竭、肾疾病、重度营养不良、晚期肝硬化等。局部水肿常见于局部炎症及静脉、淋巴回流障碍。

(八) 皮肤破损与瘢痕

观察全身皮肤有无破损,尤其受压部位皮肤有无压疮及其严重程度,观察皮肤有无瘢痕(外伤或病变愈合后结缔组织增生形成的斑块),并做记录。

四、淋巴结检查

体格检查时,一般只能触及浅表淋巴结。正常的浅表淋巴结很小,直径多在 0.2~0.5 cm,质地柔软,表面光滑,与周围组织无粘连,不易触及,无压痛。浅表淋巴结呈组群分布,每个组群的淋巴结收集一定区域内的淋巴液,因此局部炎症或肿瘤往往会引起相应区域的淋巴结增大。

(一) 检查方法

淋巴结检查顺序为:耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颈后三角、颈前三角、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝等。检查时嘱病人配合,保持检查部位皮肤、肌肉松弛,医生手指并拢平贴检查部位,由浅入深进行滑行触诊。应注意其部位、大小、数目、硬度、活动度、有无粘连,局部皮肤有无红肿、触痛、瘢痕、瘰管等。

(二) 淋巴结增大的临床意义

1. 局部淋巴结增大 见于:①非特异性淋巴结炎,由引流区域的急性或慢性炎症引起,增大的淋巴结质软、有压痛、表面光滑、无粘连;②淋巴结结核,常发生在颈部血管周围淋巴结,多发性、质地稍硬、可互相粘连或与周围组织粘连,如发生干酪样坏死可触及波动,破溃后形成瘰管,愈合后可形成瘢痕;③恶性肿瘤淋巴结转移,增大的淋巴结质地坚硬、一般无压痛、表面光滑或突起、与周围组织粘连、不易推动,胸部肿瘤如肺癌可向右侧锁骨上窝或腋部淋巴结群转移;胃癌多向左侧锁骨上窝淋巴结转移。

2. 全身性淋巴结增大 全身性、大小不等、无粘连的淋巴结增大,见于急性或慢性淋巴结炎、传染性单核细胞增多症、淋巴瘤、白血病等。

五、头部检查

(一) 头颅

1. 大小及形状 头颅的大小以头围来衡量,方法为:用软尺自眉间绕到颅后,通过枕骨粗隆进行测量。新生儿约 34 cm,到 18 岁可达 53 cm 或以上。小儿囟门多在 12~18 个月内闭合,过早闭合可形成小颅畸形,伴智力发育障碍。小儿颅骨骨缝未闭合前发生脑积水时,可出现巨颅畸形,表现为额、顶、颞及枕部突出膨大呈球形,颈部静脉充盈,相比之下颜面较小。由于颅内压增高,致双目下视,巩膜上部外露而呈现特殊表情,称落日现象。小儿佝偻病可发生方颅。

2. 头部运动 头部活动受限,见于颈椎疾病;头部不随意地摇动,见于帕金森综合征;