



国家执业医师资格考试用书

国家执业医师 资格考试

中西医结合执业医师 实践技能应试指导

(含中西医结合执业助理医师)

杨博华 主编

中国协和医科大学出版社

随书赠送20元
免费学习卡



● 国家执业医师资格考试 ●

(2007 版)

中 西 医 结 合 执 业 医 师 实 践 技 能 应 试 指 导

(含中西医结合执业助理医师)

杨博华 主编

参编人员 (以姓氏笔画排序):

刘凤桐 吴鲁辉 张东萍 李友山 杨博华
杨曦明 陈 蕾 陈云翔 周笑允 林冬阳
赵 勇 徐庆田 路 红

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合执业医师实践技能应试指导: 2007 版 / 杨博华主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2007. 4

ISBN 978 - 7 - 81072 - 880 - 5

I. 中… II. 杨… III. 中西医结合 - 医师 - 资格考核 - 自学参考资料 IV. R2 - 031
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 007347 号

法 律 声 明

北京市岳成律师事务所作为中国协和医科大学出版社的常年法律顾问, 发表以下严正声明:

本书全部内容包括文字和图片非经出版者中国协和医科大学出版社书面授权许可, 任何单位和个人不得以任何形式进行非法复制、印刷、发行、汇编、转载、翻译、广播或通过信息网络进行传播, 如有违反, 中国协和医科大学出版社将授权本所追究其法律责任。

北京市岳成律师事务所

国家执业医师资格考试 中西医结合执业医师实践技能应试指导 (2007 版) (含中西医结合执业助理医师)

主 编: 杨博华
责任编辑: 吴桂梅 姜淑惠

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京丽源印刷厂印刷

开 本: 787 × 1092 毫米 1/16 开
印 张: 17.25
字 数: 400 千字
版 次: 2007 年 3 月第一版 2007 年 3 月第一次印刷
印 数: 1—5000
定 价: 45.00 元 (含 1DVD 光盘)

ISBN 978 - 7 - 81072 - 880 - 5/R · 873

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

为了加强我国医师队伍建设，提高医师的职业素质，我国从1999年开始实施《中华人民共和国执业医师法》，并于1999年11月正式举行了我国首次执业医师资格考试，这对于保护医师的合法权益，规范医师管理制度，完善医师培养制度，确保我国医疗卫生事业的整体发展势头具有深远的意义以及巨大的作用。中国协和医科大学出版社在卫生部国家医学考试中心的支持下，出版了《国家执业医师资格考试应试指导》、《国家执业医师资格考试应试习题集》丛书，该丛书面世后立即受到广大应考人员的广泛好评，而且经过几年的考试检验证明了其权威性与实用性。为了满足广大考生的需求，我们再次邀请了有关专家，严格按照卫生部医师资格考试委员会制订的新版考试大纲编写了这本《中西医结合执业医师实践技能应试指导》。本书内容包括中西医结合执业医师和中西医结合执业助理医师需掌握的技能，并在目录中将中西医结合执业助理医师不要求的内容用“*”作出标注。本书的特点：以中西医结合执业医师（含助理）资格实践技能考试大纲为指导，本书配有DVD光盘，以方便考生更加直观的学习与掌握临床常用的操作技能。以规划教材为基础，以临床为重点，严格按照考试范围和深度进行复习引导，十分适合广大考生全面复习，深入理解，扎实掌握，从容应考。

国家中西医结合医师执业资格考试在我国是一项全新的事业，本书的编写也将在实践中不断提高和改进。作为迎接国家中西医结合医师执业资格考试的专门用书，本书将会对广大参加医师资格考试的考生们起到不可缺少的参考和提示作用，预祝考生们能认真掌握考试内容，提高应试能力，取得良好成绩，成为一名合格的中西医结合执业医师！

目 录

上篇 基本操作

第一章 内科基本体格检查	(1)
第二章 中医基本操作	(29)
第一节 中医四诊在临床诊断中的应用	(29)
第二节 毫针刺法	(60)
第三节 灸法	(66)
第四节 推拿	(68)
第五节 拔火罐	(69)
第六节 常用针灸穴位	(70)
第七节 常见急症针灸技术应用	(79)
第三章 西医基本操作	(86)
第一节 无菌操作	(86)
第二节 基本心肺复苏术	(91)
第三节 常用西医基本操作技能	(93)

下篇 临床答辩与技能

第四章 病史采集能力和临床思维方法	(108)
第五章 临床辅助检查	(109)
第一节 心电图 正常心电图 室性期前收缩 心肌梗死 心室颤动 心房颤动 室上性心动过速 房室传导阻滞 窦性心动过速 窦性心动过缓	(109)
第二节 X线片 总论 正常胸部正位片 肺炎 气胸 高血压性心	

脏病 肠梗阻 正常腹部平片 胸腔积液 浸润型肺结核	
肺肿瘤 *	(120)
第三节 实验室检查 血、尿、大便常规 血清电解质检查 血清	
脂类检查 血糖 肝功能 肾功能 心肌酶谱 乙肝病毒	
标志物 胰腺功能检查 浆膜腔积液检查 (包括漏出液、	
渗出液) 脑脊液	(125)
第六章 中医常见病证的诊断、类证鉴别及辨证论治	(151)
第一节 感冒	(151)
第二节 咳嗽	(152)
第三节 哮证	(154)
第四节 喘证	(155)
第五节 肺胀 *	(157)
第六节 肺癆	(158)
第七节 胸痹 (真心痛)	(160)
第八节 心悸	(162)
第九节 胃痛	(163)
第十节 泄泻	(165)
第十一节 痢疾	(166)
第十二节 腹痛	(168)
第十三节 胁痛	(169)
第十四节 黄疸 *	(171)
第十五节 鼓胀	(172)
第十六节 积聚	(174)
第十七节 水肿	(175)
第十八节 淋证 *	(177)
第十九节 消渴	(179)
第二十节 瘰疬 *	(181)
第二十一节 眩晕	(182)
第二十二节 头痛	(183)

第二十三节	中风	(185)
第二十四节	痹证	(187)
第二十五节	不寐	(188)
第二十六节	血证	(189)
第二十七节	郁证	(192)
第二十八节	呕吐	(193)
第二十九节	便秘	(195)
第三十节	腰痛	(196)
第三十一节	虚劳	(197)
第三十二节	有机磷农药中毒	(199)
第三十三节	肠痈	(200)
第三十四节	颈椎病	(201)
第三十五节	疔腮	(202)
第三十六节	急惊风*	(204)
第三十七节	小儿泄泻	(206)
第三十八节	疳积	(207)
第三十九节	崩漏	(209)
第四十节	绝经前后诸证	(210)
第七章	常见病种的诊断、鉴别诊断及处理原则	(212)
第一节	上呼吸道感染	(212)
第二节	急性气管-支气管炎、慢性支气管炎	(213)
第三节	支气管哮喘	(215)
第四节	肺炎	(216)
第五节	肺结核	(217)
第六节	冠状动脉粥样硬化性心脏病(心绞痛、急性心肌梗死)	(219)
第七节	充血性心力衰竭	(223)
第八节	心律失常 心室颤动* 心房纤颤 室上性心动过速 房室传导阻滞 阵发性房性心动过速	(224)
第九节	急性胃炎、慢性胃炎	(228)

第十节 消化性溃疡	(230)
第十一节 上消化道出血	(231)
第十二节 细菌性痢疾	(232)
第十三节 急性胰腺炎	(233)
第十四节 胆囊炎	(234)
第十五节 甲、乙型病毒性肝炎	(235)
第十六节 急性黄疸型肝炎	(237)
第十七节 肝硬化	(238)
第十八节 胃癌	(240)
第十九节 急性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎	(242)
第二十节 急性肾盂肾炎、慢性肾盂肾炎	(244)
第二十一节 糖尿病	(245)
第二十二节 甲状腺功能亢进症 *	(247)
第二十三节 高血压病	(249)
第二十四节 缺铁性贫血	(249)
第二十五节 脑梗死、脑出血	(251)
第二十六节 风湿热	(253)
第二十七节 类风湿关节炎	(254)
第二十八节 有机磷农药中毒	(256)
第二十九节 急性阑尾炎	(257)
第三十节 桡骨前段 1/3 骨折 *	(259)
第三十一节 颈椎病	(259)
第三十二节 流行性腮腺炎	(261)
第三十三节 小儿惊厥	(263)
第三十四节 小儿腹泻	(265)
第三十五节 功能失调性子宫出血	(266)
第三十六节 围绝经期综合征	(267)

上篇 基本操作

第一章 内科基本体格检查

一、基本检查方法

(一) 视诊

视诊时检查者通过视觉来观察被检查者全身或局部表现的一种方法。全身情况，如年龄、性别、发育、营养、意识、面容、体位、步态或姿势等。局部视诊，如皮肤、粘膜、舌苔、头面、颈部、胸廓、腹部、四肢、骨骼关节等。某些特殊部位需借助仪器设备观察，如耳镜、眼底镜和内镜等。

视诊简单易行，能够持续进行，可以前后比较和动态观察。视诊时注意事项：

1. 视诊最好在间接日光下进行，亦可借助灯光。但在观察黄疸和发绀时最好在自然光线下进行。
2. 环境应当温暖，体位和裸露部分应当根据视诊的部位决定。并根据需要做一些动作以配合检查。
3. 视诊应当全面系统，以免遗漏体征，并作两侧对比。视诊中应当根据主诉和鉴别诊断的需要，有的放矢、有重点地进行。
4. 视诊必须要有丰富的医学知识和临床经验作为基础，否则会出现视而不见的情况。疾病的临床征象繁多，只有通过深入细致和敏锐的观察，才能发现对决定诊断有重要意义的临床征象。
5. 进行全面系统体格检查时，身体各部分视、触、叩、听一般应结合进行。

(二) 触诊

触诊是检查者用手触摸受检查者身体的各部分进行检查的一种方法，其中以腹部触诊最为重要。触诊可以发现视诊未能发现的体征，也能证实视诊所见，还可以明确或补充视诊尚未确定的一些体征。手的感觉以指尖和掌面皮肤最为敏感，因此，多用这两个部位进行触诊。

1. 触诊的方法 根据触诊时手施加压力大小不同，可分为感觉触诊法、浅部触诊法和深部触诊法。临床上应根据需要选择适当的触诊法。

(1) 感觉触诊法：检查者将一手或双手手掌置于被检查者某部位，依靠手掌的感觉来判断局部的震动，如检查心脏搏动、心脏震颤、肺部语音震颤和胸膜摩擦感等。

(2) 浅部触诊法：检查者用一手轻轻放在被检的部位上，利用掌指关节和腕关节的协同动作，柔和地进行滑动触摸。检查每个区域后，检查者的手应提起并离开检查部位，不能在被检者体表上移动到另一检查区域。浅部触诊适用于体表浅在病变、关节、软组织、浅部的动脉、静脉和神经、阴囊、精索等。

(3) 深部触诊法：常用于腹部检查。检查者用一手或两手重叠，由浅入深，逐渐加压以达深部。深部触诊主要用以检查腹腔病变和脏器情况，根据检查目的和手法的不同又可分为以下几种：

1) 深部滑行触诊法：嘱被检查者张口平静呼吸，或与被检查者谈话以转移其注意力，使腹肌尽量松弛。检查者以并拢的示指、中指、环指指端逐渐压向腹腔的脏器或包块，在被触及的脏器或包块作上下左右的滑动触摸。如为肠管或索条状包块，则沿与长轴相垂直的方向滑动触诊。这种触诊法常用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。

2) 双手触诊法：右手置于被检查部位，左手置于被检查脏器或包块的后部，并将其推向右手方向，这样除可起固定作用外，还可使被检查脏器或包块更接近体表以利于右手触诊。常用于肝、脾、肾和腹腔肿块的检查。

3) 深压触诊法：以拇指或并拢的示指、中指逐渐深压，用以探测腹腔深部病变，以确定有无压痛点，如阑尾压痛点和胆囊压痛点等。检查反跳痛时，即在深压的基础上迅速将手松开，并询问被检查者是否感觉疼痛加重或查看面部是否出现痛苦表情。

4) 冲击触诊法：又称浮沉触诊法。检查时以右手示指、中指、环指，并拢取 $70^{\circ}\sim 90^{\circ}$ 的角度，置放于腹壁上拟检查的相应部位，作数次急速而较有力的冲击动作。在冲击时即会有腹腔脏器在指端浮沉的感觉。这种方法一般在大量腹腔积液腹腔脏器或包块难以触及时使用。因急速冲击可使腹腔积液在脏器表面暂时移去，脏器随之浮起，是指端易于触及肿大的肝、脾或腹腔包块。冲击触诊会使被检查者感到不适，操作时应避免用力过猛。

2. 触诊的注意事项

(1) 检查者应先向被检查者讲明检查目的和配合要求。指甲要剪短，手要温暖，动作要轻柔。

(2) 受检查者应取适当体位。腹部检查应当仰卧，下肢屈曲，双臂置于体侧，腹肌放松，检查者站在右侧，面向被检查者。检查脾脏时，被检查者可取右侧位，左下肢屈曲，右下肢伸直。

(3) 检查下腹部时，必要时嘱被检查者排空尿便，以免将充盈的膀胱或粪块误诊为肿块。

(4) 触诊时应由浅到深，由轻到重。先检查健康的部位，再检查可能有病变的部位。

(5) 要熟悉脏器的正常位置、大小以及正常的变异。以免将腹直肌、浮肋、游走肾或器官异位误为肿块。

(三) 叩诊

叩诊时用手指、手掌、拳头等叩击被检查者身体某部表面，使之震动而产生音响，根据震动和音响的特点来判断被检查部位有无异常或根据是否出现疼痛来判断病变的方法。叩诊时应嘱被检查者充分暴露被检部位，肌肉放松。叩诊多用于确定心、肺、肝、脾等脏器的边界，浆膜腔中液体或气体的多少、肺部病变大小与性质以及子宫和膀胱有无胀大等情况。

1. 叩诊方法

(1) 直接叩诊法：检查者以右手示指、中指、环指（并拢）的掌面直接拍击被检查的部位，借拍击的反响和指下的振动感来判断病变情况的方法称为直接叩诊法。这种叩诊法适用于胸部或腹部面积较广泛的病变，如胸膜粘连或增厚，大量的胸腔积液或腹腔积液等。

(2) 间接叩诊法：左手中指第二指节作为板指紧贴于拟叩诊部位，但不要重压，其他手指稍微抬起，勿与体表接触。右手指自然弯曲，以中指指端叩击左手中指第二指节的前端，叩击方向应与叩诊部位的体表垂直；叩诊时应以腕关节与掌指关节的运动为主，避免肘关节及肩关节参加运动。叩击动作要灵活、短促、富有弹性。叩击后右手中指应立即抬起，以免影响音响的振幅与频率。一个部位叩诊时，每次只需连续叩击2~3下，如未能获得明确印象，可再连续叩击2~3下，不间断的连续叩击反而不利于对叩诊音的分辨。叩击力量要均匀适中，使产生的音响一致，才能正确判断叩击音的变化。对待不同的检查部位，叩击力量应视具体情况决定，被检部位范围比较大位置比较深时，则需使用中度叩诊法，如确定心脏或肝脏的绝对浊音界；当被检脏器或病灶位置距体表较深，达7cm左右时则需使用重（强）叩诊法。

2. 叩诊音 被叩击部位的组织或器官因密度、弹性、含气量以及与体表间距不同，故在叩击时产生不同的音响。根据音响的频率（音调高低）、振幅（音响强弱）和是否乐音（音律和谐）的不同，在临床上常分为清音、鼓音、过清音、浊音、实音5种。

(1) 清音：是一种音调低、音响较强，振动持续时间较长的非乐性叩诊音，是正常肺部的叩诊音。

(2) 鼓音：是一种和谐的乐音，与清音相比音响更强，振动持续时间也较长，在叩击含有大量气体的空腔器官时出现的叩诊音。正常人见于左侧前下胸的胃泡区及腹部。病理情况下，可见于肺空洞、气胸、气腹等。

(3) 过清音：是属于鼓音范围的一种变音，介于鼓音与清音之间，音调较清音低，音响较清音强，为一类乐音。临床上常见于肺组织含气量增多、弹性减弱时，如肺气肿。

(4) 浊音：是一种音调较高、音响较弱、振动持续时间较短的非乐性叩诊音，在叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器时产生的音响，如叩击心脏或肝脏被肺的边缘所覆盖的部分，或在病理状态下，如肺炎（肺组织含气量减少）所表现的叩诊音。

(5) 实音：亦称重浊音或绝对浊音，音调较浊音更高，音响更弱，振动持续时间更短的非乐性叩诊音，如叩击实质脏器心或肝所产生的音响。在病理状态下，见于大量胸腔积液或肺实变等。

3. 叩诊的注意事项

(1) 环境应当安静、温暖，被检查者裸露部位不应感到寒冷。检查者手要温暖。

(2) 受检查者应保持适当体位。胸部叩诊可取坐位或仰卧位，腹部叩诊常取仰卧位，少量腹腔积液取侧卧位或膝胸位。

(3) 叩诊一定要按顺序进行，从上到下，从前到后，并作两侧对比，注意对称部位音响的异同。

(4) 根据检查部位和检查目的而选择适当的叩诊方法。

（四）听诊

听诊是用耳或借助听诊器听取被检查者身体各部位发出的声音，并根据音响强弱、音调高低、声音性质以及变化来判断脏器是否正常的一种诊断方法。

1. 听诊方法

（1）一般听诊：检查者用耳朵听取被检查者身体某一器官发出的音响，如语声、咳嗽、呃逆、呼吸、啼哭、暖气、肠鸣、骨擦音等。

（2）直接听诊法：检查者用耳郭直接贴附在被检查者的体壁上进行听诊。该方法不便施行，且不卫生，故只有在某些特殊或紧急情况下才采用。

（3）间接听诊法：即用听诊器进行听诊的检查方法。此法方便，可在任何体位时使用，而且对脏器运动的声音还能起到放大的作用。使用范围广，除心、肺、腹外，还可听取血管音、皮下气肿音、肌束颤动音、关节活动音、骨折断面摩擦音等。

2. 听诊注意事项

（1）环境应安静、温暖，在寒冷季节应使听诊器胸件暖和后再接触被检者体表。

（2）受检查者取一定的体位，一般取坐位或仰卧位，有时需配合呼吸运动或变换体位后再听诊。

（3）检查部位应充分暴露，切忌隔着衣服听诊，以免衣服摩擦发出音响。胸件应紧贴体表，避免与皮肤摩擦产生附加音。但也不宜过度用力，导致被检查者疼痛。

（4）听诊一个器官时应将其他器官发出声音忽略，如听肺部呼吸音或啰音时，应暂时忽略心音和心脏杂音。

（5）听诊应与视诊、触诊、叩诊结合起来。听诊肺部时应上下左右对照鉴别。

3. 听诊器 临床上常用的软质听诊器胸件分钟型和膜型两种。钟型用于小部位的听诊，如小儿肺部、瘦人的肋间等，低音调听诊效果较好，如二尖瓣狭窄的隆隆样舒张期杂音。膜型适用于较大部位听诊，高调的声音听诊效果较好，如主动脉瓣关闭不全的叹气样杂音。

（五）嗅诊

嗅诊是检查者通过嗅觉来发现被检查者发出的异常气味的方法。异常气味大都来自皮肤、粘膜、呼吸道、胃肠道、呕吐物、排泄物和脓液等。嗅诊时检查者可用手将气味扇向自己的鼻部，然后仔细判断气味的特点与性质。临床上经常用嗅诊检查的有狐臭味、汗液味、呼吸味、痰液味、呕吐物味、粪便味、尿液味和脓液味等。

二、一般检查

（一）全身状态检查

一般检查是对被检查者全身健康状况的概括性观察，是体格检查过程中的第一步。包括性别、年龄、体温、呼吸、脉搏、血压、发育、营养、意识状态、面容表情、体位、步态、姿势等。同时也要注意病人的服饰仪容、个人卫生、呼吸或身体气味，以及被检查者精神状态和对周围环境中人和物的反应和全身状况及器官功能的综合评估。

1. 检查方法 一般状况检查以视诊为主，当视诊不能满意地达到检查目的时，应配合使用触诊和嗅诊。检查者第一次接触被检查者时就开始了一般状况检查，在交谈及全身检查过程中完成了这一检查。

2. 检查内容

(1) 性别

1) 某些疾病或性染色体异常对性征的影响：如肾上腺皮质增生、肿瘤或长期使用肾上腺皮质激素可导致女性化，肾上腺皮质肿瘤可致男性女性化。性染色体的数目或结构异常可引起两性畸形，即外生殖器和其他性征兼有两性特征。

2) 性别与某些疾病发生有密切关系：性别对疾病诊断有重要参考价值，如甲、乙型肝炎几乎都见于男性，女性极罕见，而甲状腺疾病、系统性红斑狼疮女性发病率占绝对优势。

(2) 年龄：年龄与疾病发生有密切关系，如维生素 D 缺乏病、麻疹、白喉多见于儿童，风湿热、结核病多见于青少年，动脉硬化、癌肿、高血压多见于老年人。年龄还与预后相关，如儿童白血病预后明显优于老年人。年龄大小一般通过问诊即可得知，当遇昏迷、死亡或隐瞒年龄等某些情况时，需通过观察进行判断或询问家属方能了解。

(3) 生命征：生命征包括体温、呼吸、脉搏和血压，是评估人生命活动的存在和质量的重要征象。是体格检查时必须检查的项目之一。

1) 体温：正常人 24 h 内体温波动一般相差不超过 1℃，体温高于正常称为发热，发热的临床分度如下：低热为 37.3 ~ 38℃，中度发热为 38.1 ~ 39℃，高热为 39.1 ~ 41℃，超高热为 41℃ 以上。体温低于正常称体温过低，见于休克、慢性消耗性疾病、严重营养不良、甲状腺功能低下以及在低温环境中暴露过久等。

①口测法：将消毒过的体温计置于舌下，紧闭口唇，不用口腔呼吸，以免冷空气进入口腔影响口腔内的温度，放置 5min 后读数。正常值为 36.3 ~ 37.2℃。

②肛测法：让病人取侧卧位，将肛门体温计头涂以润滑油，徐徐插入肛门，深达体温计长度的一半为止，放置 5min 后读数。正常值为 36.5 ~ 37.7℃。肛测法一般较口测法高 0.3 ~ 0.5℃。

③腋测法：将腋窝汗液擦干（有汗会使体温降低），把体温计放在腋窝深处，用上臂将体温计夹紧，放置 10min 后读数。正常值为 36 ~ 37℃。

2) 脉搏：动脉血管内的压力随着心脏节律性的舒缩而升降，从而血管壁也相应地出现一次次的扩张和回缩，称为动脉脉搏，简称脉搏。

检查方法通常是用示指、中指和无名指的指腹来触诊桡动脉的搏动。桡动脉触不到时，也可触诊肱动脉、股动脉、颞动脉和颈动脉等。脉搏触诊时要注意以下内容。

①脉率：正常脉搏速率与年龄有关，成人在安静状态下，脉搏速率的正常波动范围为每分钟 60 ~ 100 次，一般为 65 ~ 85 次，幼儿约每分钟 100 次，初生婴儿可达每分钟 140 次。在成人每分钟脉搏次数超过 100 次者，称脉搏过速，每分钟少于 60 次者，称脉搏过缓。

②节律：正常人脉搏节律规整，或快慢不一或有间歇，则为脉律不齐，常见于期前收缩（早搏）；若同时还有强弱不一，则脉搏绝对不齐，多见于心房颤动。有些正常儿童、青年的脉搏表现于吸气时增快，呼气时减慢，称为呼吸性心律不齐或窦性心律不齐，无临床意义。

③强弱或大小：正常脉搏强弱适中，当心排血量较多、周围血管阻力较少时，则脉搏强而大，见于高热、甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全等。反之，脉搏弱而小，见于心功能不全、主动脉瓣狭窄等。

④动脉壁的弹性：正常人动脉管壁光滑、柔软且有弹性。检查时，医师通常用一手压迫桡动脉使其血流阻断，则其远端动脉管壁之搏动不能触及。若仍能触及，则提示有动脉硬化。明显硬化的动脉，其管壁变硬，弹性消失，呈迂曲条索状。

3) 呼吸：观察呼吸的频率、节律及呼吸运动类型等。

体温、呼吸、脉搏三者之间有一定的关系。正常成人在安静状态下呼吸为 16~20 次/分，脉搏为 60~100 次/分，呼吸与脉搏之比约为 1:4。体温每升高 1℃，脉搏增快 10~20 次/分，如体温升高，而脉搏不能随之加快，称为相对缓脉，在诊断疾病时有重要意义。

4) 血压：血压通常指动脉血压或体循环血压，是重要的生命体征。

①测量方法：直接测量法：即经皮穿刺将导管由周围动脉送至主动脉，导管末端接监护测压系统，自动显示血压值。本法仅适用于危重疑难病例。

间接测量法：袖带加压法，以血压计测量。血压计有汞柱式、弹簧式和电子血压计，医院和诊所常用汞柱式。

操作规程：被测量者在测量前 30 min 内禁止吸烟和饮咖啡，在安静环境下休息 5~10min，取坐位或卧位。通常测右上肢血压，右上肢裸露伸直并轻度外展，肘部置于心脏同一水平。将袖带均匀紧贴皮肤缠于上臂，下缘应在肘弯上约 3cm。气囊部分对准肱动脉，检查者先于肘窝处触知肱动脉搏动，再将听诊器胸件置于肘窝处肱动脉上，轻压听诊器胸件与皮肤密接，不可压得太重，不得与袖带接触，更不得塞在袖带下。然后，向袖带内充气，边充气边听诊，待肱动脉搏动消失，再将汞柱升高 20~30mmHg (2.7~4.0kPa) 后，开始缓慢放气，两眼平视汞柱缓慢下降，根据听诊结果读出汞柱数值，听到第一次声响时的汞柱数值为收缩压，声音消失时汞柱数值为舒张压。收缩压与舒张压之差为脉压。舒张压加 1/3 脉压为平均动脉压。

②血压标准：正常成人血压标准的制定经历了多次改变，主要根据大规模流行病学资料分析获得。根据 1999 年 10 月中国高血压联盟参照了 WHO/ISH 指南 (1999) 公布的中国高血压防治指南的新标准，18 岁以上成人正常血压，收缩压小于 130mmHg，舒张压小于 85mmHg；正常高值：收缩压小于 130mmHg，舒张压小于 89mmHg。

③血压变动的临床意义：高血压：测值受多种因素的影响，如情绪激动、紧张、运动等。若采用标准测量方法，至少 3 次非同日血压值达到或超过 140/90mmHg，或仅舒张压达到或超过标准，即可认为高血压。高血压是动脉粥样硬化和冠心病的重要危险因素，也是心力衰竭的重要原因。

低血压：凡血压低于 90/60~50mmHg 时称低血压。见于严重病症，如休克、心肌梗死、急性心脏压塞等。但也有患者自述一贯血压偏低，一般无症状。

(4) 发育和体型：发育通常以年龄、智力、身高、体重和第二性征之间关系来判断。包括体格发育 (身高和体重)、智力发育与性征发育。当生长发育期到达某个年龄时，应该有相应的身高、体重、智力和第二性征。发育正常的成年人，其胸围等于身高的 1/2；两上肢展开的长度约等于身高；坐高等于下肢的长度。正常人各年龄组的身高与体重之间有一定的关系。

体型是身体各部发育的外观表现，包括骨骼、肌肉的成长与脂肪分布状态等。临床上把成年人的体型分为三种。

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) 超力型(矮胖型):体格粗壮、颈短粗、面红、肩宽平、胸围大、腹上角常大于 90° 。

3) 正力型(均称型):身体的各部分结构匀称适中,一般正常人多为此型。

临床上的病态发育和内分泌的关系最为密切。如在发育成熟前垂体前叶功能亢进(垂体前叶分泌生长激素细胞腺瘤),体格可异常高大称为巨人症,反之垂体功能减退时,体格可异常矮小,成为垂体性侏儒症。

甲状腺对体格发育具有促进作用,如小儿患甲状腺功能亢进,则代谢增强、食欲亢进,可使体格发育超过正常。如减低,体格矮小智力低下,为呆小症。

性腺分泌也对体格发育具有一定影响,如性早熟儿童,患病初期可较同龄儿童体格发育快,但可造成骨骺早期愈合以致后期体格发育受到限制。

性腺分泌还可成为第二性征发育的动力。某些疾病,如结核病、肿瘤破坏了性腺分泌功能,则可出现性腺功能低下所致的第二性征改变,如男性患者出现“阉人”征;上、下肢过长,骨盆宽大,无须、毛发稀少,皮下脂肪丰满,外生殖器发育不良,发音女声。女性患者则出现乳房发育不良,闭经、体格男性化及多毛、皮下脂肪减少、发音男声。

(5) 营养状态:营养状态通常作为评估健康状况和疾病程度的标准之一,它与食物的摄入、消化、吸收和代谢等因素有关。

营养状态的评估,通常是根据皮肤、皮下脂肪、毛发及肌肉发育情况等综合判断。

营养状态的检查方法,用拇指和示指将前臂内侧或上臂背侧下 $1/3$ 的皮下脂肪捏起观察其充实程度,也可以测量一定时间内的体重变化。临床上通常用良好、中等、不良三个等级来描述营养状态。

(6) 意识状态:意识状态即人对周围环境的知觉状态,它是大脑功能活动的综合表现。正常人意识清晰,思维敏锐,语言流畅,表达准确,对刺激的反应敏捷。如大脑及脑干受损,即可出现不同程度的意识障碍。根据意识障碍的程度,分为嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷以及谵妄。临床上检查意识状态的方法一般多用问诊,即通过与被检查者的对话来了解其思维反应、情感活动、计算能力和定向力(即对时间、空间、人物的分析能力),同时,还要做痛觉检查、瞳孔反射、腱反射等,以评估意识障碍的程度。

(7) 语言、语调和语态:语言是思维和意识的表达形式,由语言中枢支配,当大脑半球受损(卒中等)可致失语。语调指语言过程中的语音和声调,发音器官及其支配的神经病变可引起语调异常。语态异常是指语言节奏紊乱,表达不畅,快慢不均,见于震颤麻痹、舞蹈病、肝豆状核变性及口吃等。构音障碍为发声困难、发音不清;但对语言文字的理解正常,见于肌病、球麻痹、小脑病变、震颤麻痹等。

(8) 面容表情:正常人表情自然,神态安怡。当某些疾病困扰,或当疾病发展到一定程度时可出现某些特征性面部表情,称为面容,对某些疾病的诊断有重要价值。常见的几种典型面容如下:

1) 急性病容:面色潮红,兴奋不安,鼻翼扇动,口唇疱疹,表情痛苦。见于急性热病,如大叶性肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎。

2) 慢性病容:面容憔悴,面色灰暗或苍白,目光暗淡。见于慢性消耗性疾病,如恶性

肿瘤、肝硬化、严重结核病等。

3) 贫血面容：面色苍白，唇舌色淡，表情疲惫，见于各种贫血。

4) 肝病面容：面颊瘦削，面色灰褐，额部、鼻背、双颊有褐色色素沉着，见于慢性肝病患者。

5) 肾病面容：面色苍白，双睑、颜面浮肿，舌质色淡，舌边缘有齿痕。

6) 甲状腺功能亢进面容：面容惊愕，眼裂增大，眼球凸出，目光闪烁，兴奋不安，烦躁易怒。

7) 粘液性水肿面容：面色苍白，颜面浮肿，睑厚面宽，目光呆滞，反应迟钝，眉毛、头发稀疏，舌色淡、肥大。见于甲状腺功能减退症。

8) 二尖瓣面容：面色晦暗、双颊紫红、口唇轻度发绀，见于风湿性心脏病、二尖瓣狭窄。

9) 肢端肥大症面容：头颅增大，面部变长，下颌增大，向前突出，眉弓及面颧隆起，唇舌肥厚，耳鼻增大。

10) 伤寒面容：表情淡漠，反应迟钝，呈无欲状。见于肠伤寒、脑脊髓膜炎、脑炎等高热衰弱病人。

11) 苦笑面容：发作时牙关紧闭，面肌痉挛，呈苦笑状，见于破伤风。

12) 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（肾上腺皮质功能亢进）及长期应用肾上腺皮质激素的患者。

13) 面具面容：面部呆板，无表情，似面具样，为面部表情肌活动受抑制之故。见于帕金森病（震颤性麻痹）、脑炎、脑血管疾病、脑萎缩等。

14) 病危面容：面肌瘦削，面色灰白或铅灰，表情淡漠，目光晦暗，眼眶凹陷，鼻骨峭耸，见于大出血、严重休克、脱水、急性腹膜炎等。

(9) 体位：体位即病人所采取的位置与状态。有些疾病可使病人采取不同体位，因此，体位对某些疾病的诊断有一定意义。通常以自主体位、被动体位、强迫体位三种描述体位。

(10) 姿态与步态：姿态指人的举止状态，步态指人行走时的姿态。当患某些疾病时，可使姿态发生改变，并具有一定特征性。体格检查时应予注意。

(11) 体味或呼吸气味：被检查者呼吸或口腔中某些特殊气味具有特殊诊断意义，如饮酒或酒精中毒者有酒味，糖尿病酮症酸中毒者有烂苹果味，尿毒症病人呼吸有尿味等。

(二) 皮肤

皮肤本身的疾病很多，许多疾病在病程中可伴随着多种皮肤病变和反应。皮肤的病变和反应有的是局部的，有的是全身的。皮肤病变除颜色改变外，亦可为湿度、弹性的改变，以及出现皮疹、出血点、紫癜、水肿及瘢痕等。

1. 检查方法 皮肤检查主要靠视诊，有时需配合触诊才能获得更加清楚的印象。视诊皮肤时光线要好，最好在自然光或日光灯下进行。描写皮肤损害时应注意其解剖部位，体表分布，皮损排列、类型、颜色及其对称性。对称分布提示为全身性或系统性疾病，不对称分布则提示为局部或非系统性疾病。检查皮肤时不要遗漏粘膜、指甲、毛发及外生殖器部位。

2. 检查内容

(1) 颜色：皮肤颜色的改变包括：苍白、发红、发绀、黄染（主要见于黄疸）、色素沉

着、色素脱失（白癜、白斑、白化症）等。

(2) 湿度：皮肤湿度与汗腺分泌功能有关，出汗多皮肤湿润，出汗少则皮肤干燥。正常人皮肤比较湿润，并随周围环境的温度、湿度的变化而改变，在气温高、湿度大的环境里出汗增多，这是正常的调节功能。在病理情况下出汗过多、过少或无汗则具有临床意义。

(3) 弹性：皮肤弹性与年龄、营养状况、皮下脂肪及组织间隙水分多少有关。检查皮肤弹性时常取被检查者手背或上臂内侧部位，检查者用示指和拇指将皮肤捏起，松手后正常人皱褶迅速平复，当弹性减退时皱褶平复缓慢。

(4) 毛发：毛发色泽、多少和分布对疾病有辅助诊断意义，它受种族、年龄、性别、遗传、营养状况和疾病的影响。

(5) 皮疹：皮疹多为全身性疾病的表现之一，是临床上诊断某些疾病的重要依据。发现皮疹时应仔细观察和记录其出现与消失的时间、发展顺序、分布部位、形态大小、颜色、压之是否褪色，平坦或隆起，有无瘙痒及脱屑等。

(6) 脱屑：正常皮肤表层不断角化和更新，可有皮肤脱屑。病理状态下可见大量皮肤脱屑，如银屑病。

(7) 皮下出血：病理状态下可出现皮下出血，根据其直径大小及伴随情况分为以下几种：小于2mm称为瘀点，3~5mm称为紫癜，大于5mm称为瘀斑；片状出血并伴有皮肤显著隆起称为血肿。检查时，较大面积的皮下出血易于诊断，对于较小的瘀点应注意与红色的皮疹或小痣进行鉴别。皮疹受压时一般可褪色或消失，瘀点和小红痣受压后不褪色，但小红痣于触诊时可感到稍高于皮面，且表面光亮。

(8) 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，多出现于上腔静脉分布的区域内，如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等处。检查时用棉签或火柴杆压迫蜘蛛痣的中心，其辐射状小血管网即消退，去除压力后又复出现。但有的病人不形成蜘蛛痣，仅表现为毛细血管扩张，常见于急、慢性肝炎或肝硬化。慢性肝病患者在手掌大、小鱼际处常发红，加压后褪色，称为肝掌。

(9) 水肿：皮下组织的细胞内及细胞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。凹陷性水肿局部受压后可出现凹陷，而粘液性水肿及象皮肿（丝虫病）尽管组织肿胀明显，但受压后并无组织凹陷。根据水肿的轻重，可分为轻、中、重三度。

(10) 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。

(11) 瘢痕：瘢痕指皮肤外伤或病变愈合后结缔组织增生形成的斑块。外伤、感染及手术均可在皮肤上遗留瘢痕，为曾患某些疾病的证据。如患过天花者，在其面部或其他部位有多数大小类似的瘢痕。

(三) 浅表淋巴结

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

浅表淋巴结呈组群分布，一个组群的淋巴结收集一定区域的淋巴液，头颈部淋巴结主要分布于耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颈后三角、颈前三角、颌下，躯体的淋巴结主要分