

高等医药院校教材

临床基本技能学

第2版

主编 纪正春 刘平

 人民卫生出版社

高等医药院校教材

临床基本技能学

第 2 版

主 编 纪正春 刘 平

副主编 纪世琪 杜雯英

编 委 (以姓氏笔画为序)

于桂云 白桂英 纪正春 纪世琪 孙久伶
孙淑红 刘 平 杜雯英 张玉娟 苏晓琳
杨 植 陈学武 庞建会 侯文敏 徐金环
桑瑞兰 钱 涛 滑立伟

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床基本技能学/纪正春等主编. -2 版. -北京: 人民卫生出版社, 2007. 7

ISBN 978 - 7 - 117 - 08885 - 5

I. 临… II. 纪… III. 临床医学 - 医学院校 - 教材
IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 096505 号

临床基本技能学

第 2 版

主 编: 纪正春 刘 平

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010 - 67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

印 刷: 北京海淀五色花印刷厂(业达)

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 18.75

字 数: 444 千字

版 次: 2003 年 7 月第 1 版 2007 年 7 月第 2 版第 2 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 08885 - 5/R · 8886

定 价: 30.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010 - 87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

第 2 版 前 言

临床医学是实践性科学，临床技能的教学是重要的实践性教学环节。其教学目标是提高学员的临床基本操作技能，培养创造型人才。

传统临床技能的教学内容，多分散在诊断学基础，外科学总论等课程中，临床技能训练基本上在临床实习阶段进行。传统的教学模式，其教学内容涵盖面较窄，缺乏系统性；加之近年来招生规模不断扩大，以及患者的法律意识和自我保护意识增强，使得学生的临床见习和实习过程中的动手机会相对减少，影响了教学质量。

针对上述问题，我们进行了教学改革研究，大胆地探索临床技能新的教学模式，本着注重学生创新能力的培养，淡化学科意识，设置综合性课程，强化实践性教学的原则，开设了临床基本技能课程。作为一门独立课程，它的培养目标是：使学生系统地掌握临床常用的内、外、妇、儿，基护的基本操作技术，临床交往礼仪，以及医疗事故防范和医疗纠纷排解能力，促进学生个性发展，造就大批创造性人才。

三年多来，我们使用《临床基本技能学》教材进行授课，受到了师生们的好评。但发现有些章节写的过于简单，如气管内插管；有些章节的理论已经过时，如心肺复苏；所以，我们对第一版的有些章节进行了修改，使之更贴近临床。但是，由于我们的水平有限，本书难免有不尽如人意的地方和错误之处，诚恳希望各院校教师、同学及广大医务工作者提出宝贵意见。

编 者

2007.1.8

目 录

101	.....	木陳衰和精内廢	奇四第
111	.....	查餘网好習育	奇五第
111	.....	去人預戶展	奇二十第
133	.....	志胃括	奇三十第
151	.....	肢圖	章五第
151	.....	花夏湖制心	奇一第
第一章 体格检查	.....		1
第一节 体温、脉搏、呼吸、血压的测量	.....		1
第二节 瞳孔检查	.....		5
第三节 颈部检查	.....		6
第四节 胸部检查	.....		8
第五节 心脏检查	.....		23
第六节 腹部检查	.....		33
第七节 神经系统检查	.....		49
第八节 脊柱与四肢检查	.....		59
第二章 病历和处方的书写	.....		65
第一节 病历的书写	.....		65
第二节 处方的书写	.....		70
第三章 外科手术基本操作	.....		72
第一节 无菌术	.....		72
第二节 手术人员的职能和位置	.....		82
第三节 手术器材及其应用	.....		83
第四节 手术基本操作	.....		86
第五节 伤口换药	.....		97
第六节 浅表脓肿切开引流术	.....		99
第四章 头颈部	.....		101
第一节 气管内插管术	.....		101
第二节 气管切开术	.....		106
第三节 环甲膜切开术	.....		108

第四节	颈内静脉穿刺术	109
第五节	食管拉网检查	110
第六节	三腔管的应用	111
第七节	甲状腺穿刺活检术	112
第八节	硬膜外间隙穿刺术	114
第九节	脑室穿刺术	115
第十节	小脑延髓池穿刺术	117
第十一节	颅内血肿微创清除术	117
第十二节	氧气吸入法	119
第十三节	洗胃法	122
第五章	胸部	127
第一节	心肺脑复苏	127
第二节	除颤与同步电复律	131
第三节	机械通气	134
第四节	心包穿刺术	144
第五节	心内注射术	145
第六节	胸腔闭式引流术	146
第七节	胸腔开放引流术	148
第八节	胸腔穿刺术	149
第九节	肺穿刺活检术	150
第十节	纤维支气管镜穿刺活检术	151
第十一节	中心静脉压测定	152
第十二节	心导管检查	154
第六章	腹部	162
第一节	腹腔穿刺术	162
第二节	肝穿刺术	163
第三节	脾穿刺术	168
第四节	腹膜透析	169
第五节	诊断性腹腔灌洗术	181
第六节	腹水回输	182
第七节	膀胱穿刺	182
第八节	腹腔脓肿穿刺术	183
第九节	结肠透析	184
第十节	肾活体组织检查术	184
第十一节	腹腔镜	186
第七章	脊柱和四肢	190

第一节	关节腔穿刺	190
第二节	骨髓穿刺及骨髓活检	191
第三节	动脉及静脉切开术	194
第四节	淋巴结穿刺	196
第五节	浅表组织穿刺活检	197
第六节	腰椎穿刺术	198
第八章 妇产科		
第一节	双合诊、三合诊和肛腹诊	200
第二节	宫颈刮片和宫颈活组织检查	201
第三节	宫颈粘液检查	203
第四节	阴道后穹隆穿刺	204
第五节	诊断性刮宫术	205
第六节	产科四步触诊法	206
第七节	骨盆外测量	207
第八节	正常分娩的观察与处理	208
第九节	常见助产手术	212
第十节	计划生育	217
第十一节	输卵管通液术	223
第十二节	阴道镜	224
第十三节	子宫镜	225
第十四节	妇科腹腔镜	227
第十五节	羊膜镜	229
第九章 会阴部		
第一节	灌肠法	231
第二节	导尿术	236
第三节	前列腺穿刺活组织检查术	241
第四节	肛门、直肠视诊、指诊和内镜检查	242
第十章 儿科		
第一节	儿科病史询问及体格检查	244
第二节	小儿用药特点	249
第三节	婴儿抚触	251
第四节	超声雾化吸入	252
第五节	温箱使用法	253
第六节	光照疗法	255
第十一章 给药途径		
		258

001	第一节	药液抽吸法	258
101	第二节	常用药物皮内试验液的配制法	260
103	第三节	皮内注射法	262
601	第四节	皮下注射法	264
301	第五节	肌内注射法	265
801	第六节	静脉注射法	267
901	第七节	静脉输液法	269
002	第八节	头皮静脉输液法	274
602	第九节	静脉留置针输液法	275
102	第十节	动脉穿刺法	276
102	第十节	输血治疗	279
401	第一节	输血治疗原则	279
601	第二节	输血方法	281
801	第三节	输血反应及并发症	283
301	第四节	自体输血	287
801	第五节	成分输血与血浆增量剂输注	288
302		木子产胡反紫	292
302		青史反古	293
303		木系匪骨堆麟	294
304		黄董固	295
305		黄富于	296
306		黄空固持段	297
307		黄期年	298
308		暗即会	299
309		张湖器	300
310		木朝早	301
311		木香登瑞提活陈餐耀俊商	302
312		查剑射内味翁薛，舒府藏直，江理	303
313		林儿	304
314		查剑容科艾回商史麻特儿	305
315		点林真用儿小	306
316		蟪洪儿曼	307
317		人勋出委夷露	308
318		去用封薛盛	309
319		去浪翔光	310
320		至盒露益	311

第一章

体格检查

第一节 体温、脉搏、呼吸、血压的测量

【目的】

1. 了解机体重要器官的功能活动情况。
2. 了解疾病的发生、发展及转归。
3. 为预防、诊断、治疗、护理提供依据。

【适应证】

1. 临床患各种疾病的病人。
2. 各种危重症的病人。
3. 社会人群的健康调查。

一、体温的测量方法

【体温计的种类】

1. 水银体温计 又称玻璃体温计，是最常用的体温计。
2. 电子体温计 采用电子感温探头来测量体温，测得的温度直接由数字显示，准确且灵敏度高。使用时将探头插入一次性塑胶护套中置于所测部位，当体温计发出蜂鸣声时，再持续三秒钟后可读取温度。
3. 可弃式体温计 为一次性使用的体温计，其构造为一含有对热敏感的化学指示点薄片，该薄片可随体温改变，由颜色显示出体温。可测口温、腋温。

【水银体温计的构造】

1. 玻璃管 为真空毛细玻璃管，管上标有刻度 35~42℃。
2. 玻璃管尾端有玻璃球，内装水银。
 - (1) 口表：玻璃管似三棱镜状，玻璃球细而长。可代替腋表用。
 - (2) 腋表：玻璃管呈扁平状，玻璃球呈扁平鸭嘴形。
 - (3) 肛表：玻璃管似三棱镜状，玻璃球呈钝球形。
3. 玻璃管下端与球部之间有一狭窄，防止水银自动降落。

【测量体温的部位】

口腔、腋窝、直肠。

【测量体温的用具】

1. 带盖小方盘内放 75% 酒精，将体温计浸泡其中，消毒备用（口表、腋表、肛表分别放置消毒）。

2. 消毒纱布。

3. 有秒针的表。

4. 记录单及笔。

5. 测肛温备润滑油、卫生纸。

【测量体温的方法】

1. 用持物钳从方盘内取出体温计，用纱布擦干，甩水银柱至 35℃ 以下。

2. 测量腋温 解开衣钮，擦干腋下，将体温计水银球端放于腋窝深处，紧贴皮肤，屈臂过胸，夹紧体温计，测量 5~10min 取出看刻度，记录。

3. 测量口温 让病人张口，将口表水银球端斜放于舌下热窝处（舌下热窝在舌系带两侧，左右各一），嘱病人闭口用鼻呼吸，勿用牙咬体温计。测量 3min 取出体温计，用纱布擦净唾液，看刻度，记录。

4. 测量肛温 病人取屈膝侧卧位或仰卧位，露出臀部，用油剂润滑肛表水银球端，轻轻插入肛门 3~4cm，测量 3min 取出体温计，用纱布擦净，看刻度，记录。用卫生纸为病人擦净肛门。

【测量体温的注意事项】

1. 甩体温计时在宽敞的空间进行，不可触及它物，防止撞碎。

2. 病人进冷、热饮食，吸烟，面颊冷、热敷者，间隔 30min 后再经口腔测温。对精神异常、昏迷者、婴幼儿、口腔疾病、口鼻手术、经口呼吸、呼吸困难者禁忌口腔测温。

3. 病人坐浴、灌肠后间隔 30min 后再经直肠测温。对腹泻、直肠和肛门疾患或手术者，心肌梗死的病人禁忌直肠测温。

4. 发现体温和病情不相符合时，可在病人床旁重新测量。

5. 口腔测温病人不慎咬破体温计而吞下水银时

(1) 立即口服大量蛋清或牛奶，使蛋白质和汞结合，延缓汞吸收。

(2) 在不影响病情的情况下，食用大量韭菜或粗纤维食物，或将胶囊内装棉花吞服，使水银被包裹而减少吸收，同时纤维可增加肠蠕动，加速汞的排除。

6. 切忌把体温计放在热水中清洗或放在沸水中煮，以免引起爆破。

二、脉搏的测量方法**【常用测量脉搏的部位】**

最常用的是桡动脉，其次是颞动脉、颈动脉、肱动脉、腘动脉、股动脉、胫后动脉、足背动脉。

【用具】

1. 有秒针的表。

2. 记录单及笔。

【方法】

1. 病人取卧位或坐位，将手臂平放，腕伸展，保持安静。
2. 测量者以示指、中指、无名指的指端按在桡动脉上（或所测的动脉上），压力适中，以能清楚测出脉搏搏动为宜。
3. 正常脉搏测半分钟记数后乘以 2 为每分钟脉搏数；异常脉搏测 1min 记数；脉搏细弱难以触诊时测心尖搏动 1min；对脉搏短绌者，由两人同时测量，一人听心率，一人测脉搏，由听心率者发出“起”或“停”口令，计时 1min，记录为心率/脉率/分。

【测量脉搏的注意事项】

1. 测量脉搏前使病人安静，体位舒适。作剧烈活动、害怕、紧张、哭闹后，要让病人休息 20~30min 后再测量。
2. 不可用拇指诊脉，因拇指小动脉易与病人脉搏相混淆。
3. 测同一患者的脉搏，最好固定诊脉部位，以免由于所测部位不同影响脉搏的观察。偏瘫患者选择健侧肢体。
4. 测量脉率的同时应注意脉律、强弱、动脉壁的弹性等，以便及时发现异常。

三、呼吸的测量方法**【用具】**

1. 有秒针的表。
2. 记录单及笔。
3. 棉签（必要时）。

【方法】

1. 协助病人取舒适卧位，让病人安静，最好为平卧位。
2. 将手放于病人诊脉部位似数脉搏，以转移其注意力，观察胸或腹的起伏，一起一伏为一次呼吸，数半分钟乘以 2 为每分钟呼吸次数，小儿和呼吸异常者应测 1min，记录。
3. 在数呼吸次数的同时观察呼吸的节律、性质、深浅、声音、形式、有无特殊气味、呼吸运动是否对称等。
4. 呼吸微弱或危重病人，可用少许棉花置于鼻孔前，数棉花被吹动的次数 1min，记录。

【测量呼吸的注意事项】

1. 剧烈活动、情绪激动时，待平静后再测。
2. 呼吸受意识控制，数呼吸次数时不要使患者察觉，也不要与病人交谈。

四、血压的测量方法**【血压计的种类】**

1. 水银血压计（又称汞柱式血压计，分立式和台式两种）此种血压计测得数值准确可靠，应用普遍。
2. 无液血压计（又称弹簧表式血压计）可信度差，但携带方便。

3. 电子血压计 操作方便, 清晰直观, 不需听诊器, 但准确性较差, 应用不普遍。

【测量血压的常用部位】

1. 上肢肘窝的肱动脉。

2. 下肢腘窝的腘动脉。

【测量血压的方法】

水银血压计测量血压的方法

1. 水银血压计的构造

(1) 输气球及压力活门: 输气球用于充气, 压力活门关闭可充气, 开放可排气。

(2) 袖带: 为长方形的扁平橡胶带, 外层是布带, 其上有两条橡胶管, 一条接输气球, 一条接水银槽。

(3) 水银槽及水银槽开关: 水银槽内装水银 60g。

(4) 测压计: 测压计为一个能充水银的玻璃管, 其上有刻度。管的上端与大气相通, 下端和水银槽相通。当输气球送入空气后, 水银自水银槽由玻璃管底部上升, 水银顶端可指出压力的刻度。

2. 用具

(1) 水银血压计。

(2) 听诊器。

(3) 记录单和笔。

3. 测量方法

(1) 协助病人取坐位或卧位, 暴露一臂至肩部, 必要时脱去衣袖。伸直肘部, 掌心向上, 使心脏与肱动脉在同一水平, 坐位时肱动脉平第 4 肋, 卧位时肱动脉平腋中线。

(2) 打开血压计盒盖, 垂直放妥, 开启水银槽开关, 驱尽袖带内的空气, 平放血压计于上臂旁, 将袖带中部对着肘窝, 下缘距肘窝 2~3cm, 平整无折地缠于上臂中部, 将末端整齐地塞入里圈内, 松紧以放入一指为宜。

(3) 戴好听诊器, 在肘窝内侧摸到肱动脉搏动点, 将听诊器的胸件放在肱动脉搏动最明显的部位, 以一手加以固定。另一手握输气球并关闭压力活门, 捏输气球向袖带内充气至肱动脉搏动音消失后水银柱再升高 2~30mmHg。

(4) 缓慢放松压力活门, 使水银柱以每秒 4mmHg 左右的速度慢慢下降, 注意水银柱刻度和肱动脉声音的变化。

(5) 在听诊器中听到的第一声搏动音时, 水银柱所指的刻度为收缩压, 当搏动音突然变弱或消失时, 水银柱所指的刻度为舒张压。世界卫生组织 (WHO) 规定以动脉音消失为舒张压。

(6) 排尽袖带内的空气, 解开袖带, 卷好放入血压计盒内。右倾血压计使水银全部进入水银槽内, 关闭水银槽开关。

(7) 移开血压计, 关闭血压计盒盖放妥。病人取舒适卧位, 记录血压。

(8) 测腘动脉血压时病人取俯卧位或仰卧位, 腘动脉与心脏同一水平, 袖带的下缘距腘窝 3~5cm。记录血压时注明“下”。

4. 注意事项

(1) 测量血压前

①询问病人有无原发性高血压病史。

②情绪激动、剧烈活动、吸烟、进食等要安静休息 20~30min, 以防止血压偏高。

③检查血压计袖带的宽窄是否适合患者、水银柱是否保持在“0”点处、玻璃管有无裂损、橡胶管和输气球有无漏气。

(2) 袖带宽窄要合适, 成人宽度为 12~14cm, 小儿袖带宽度为上臂长度的 1/2~2/3。袖带过宽使血压偏低, 过窄使血压偏高。

(3) 缠袖带的松紧要适度, 袖带缠得过紧使血压偏低, 过松使血压偏高。

(4) 测血压的肢体要与心脏保持在同一水平上, 肢体低于心脏位置使血压偏高, 高于心脏位置使血压偏低。

(5) 充气不要过猛、过高, 防止水银外溢, 放气时速度要适当, 放气太慢使血压偏高, 太快使血压偏低, 并听不清动脉搏动音。

(6) 眼睛视线保持与水银面同一高度, 视线高于水银柱, 读数偏低; 低于水银柱, 读数偏高。

(7) 需密切观察血压者, 尽量做到四定: 定部位、定体位、定血压计、定时间。有利于提供可靠数据、血压的准确性和对照的可比性。

(8) 发现血压听不清或异常时, 应重测。重测时要驱尽袖带内空气, 使水银柱降到“0”点, 稍待片刻, 再进行测量。必要时测双侧肢体血压对照。

(9) 对偏瘫的病人, 应在健侧肢体测量。一侧肢体正在输液或施行过手术, 应选择对侧肢体测量。

(10) 对于过高或过低的血压, 不宜告诉病人; 应告知其家属, 执行保护性医疗原则。

(白桂英 韩贵俊)

第二节 瞳孔检查

瞳孔是虹膜中央的小孔, 正常直径为 2~5mm。瞳孔缩小, 是由动眼神经的副交感神经纤维支配; 瞳孔扩大, 是由交感神经支配。瞳孔检查应注意瞳孔的形状、大小、位置, 双侧是否等圆、等大, 对光及集合反射等。

(一) 瞳孔的形状

正常瞳孔为圆形, 双侧等大。青光眼或眼内肿瘤时可呈椭圆形; 虹膜粘连时形状可不规则。引起瞳孔大小改变的因素很多。生理情况下, 婴幼儿和老年人瞳孔较小, 在光亮处瞳孔较小, 青少年瞳孔较大, 精神兴奋或在暗处瞳孔扩大。病理情况下, 瞳孔缩小见于虹膜炎症、中毒(有机磷类农药中毒)、药物反应(吗啡、毛果芸香碱、氯丙嗪)等; 瞳孔扩大见于外伤、颈交感神经刺激、青光眼绝对期、完全失明、视神经萎缩、药物影响(阿托品、可卡因)等。双侧瞳孔散大, 对光反射消失为濒死状态的表现。

(二) 瞳孔大小

当有颅内病变, 如脑外伤、脑肿瘤、中枢神经梅毒、脑疝等时瞳孔不等大。双侧瞳孔不等大, 且变化不定, 可能是中枢神经和虹膜神经的支配障碍; 如瞳孔不等大且伴有

对光反射减弱或消失以及神志不清,为中脑功能损害的表现。

(三) 对光反射

分直接和间接对光反射。直接对光反射通常用手电筒直接照射瞳孔,正常人当眼受到光线刺激后瞳孔立即缩小,移开光源后瞳孔迅速复原。间接对光反射是指光线照射一眼时,另一眼瞳孔立即缩小,移开光线,瞳孔扩大。检查间接对光反射时,应以一手挡住光线以免对检查眼有照射而形成直接对光反射。瞳孔对光反射迟钝或消失,见于昏迷病人。

(四) 集合反射

嘱病人注视 1m 以外的目标(通常是检查者的示指尖),然后将目标逐渐移近眼球(距眼球约 10cm),正常人此时可见双眼内聚,瞳孔缩小,称为集合反射(convergency reflex)。集合反射消失,为动眼神经功能损害、睫状肌和双眼内直肌麻痹的表现。

(李秀华 孙久伶)

第三节 颈部检查

颈部检查应在平静、自然的状态下进行。让被检查者取舒适的坐位,解开内衣,充分暴露颈部和肩部,必要时头稍后仰,以利于观察。检查时手法要轻柔。

(一) 颈部的外形与分区

正常人颈部直立、两侧对称并柔软。矮胖者较粗短,瘦长者较细长,男性甲状软骨较突出,女性平坦而不显著,转头时可见胸锁乳突肌突起,正常人静坐时颈部血管不显露。

为标记颈部病变的部位,根据解剖结构,颈部每侧可分为两个大三角区域,即:

颈前三角:为胸锁乳突肌内缘、下颌骨下缘与前正中线之间的区域。

颈后三角:为胸锁乳突肌的后缘、锁骨上缘与斜方肌前缘之间区域。

(二) 颈部的姿势与运动

正常人坐位时颈部直立、屈伸转动自如,检查时要注意颈部静态与动态时的改变。如头不能抬起,见于严重消耗性疾病的晚期、脊髓前角细胞炎、重症肌无力及进行性肌萎缩;如头向一侧偏斜为斜颈,见于颈肌外伤、瘢痕收缩、先天性颈肌挛缩。先天性斜颈患者,其病侧的胸锁乳突肌粗短,当两侧胸锁乳突肌差别不明显时,嘱病人将头位复正,可见病侧胸锁乳突肌的胸骨端立即隆起,为先天性斜颈特征性表现。颈部活动受限并伴有疼痛,可见于颈部软组织炎症、颈部扭伤、肥大性脊椎炎、颈椎结核或肿瘤;颈部强直为脑膜刺激征,多见于各种脑膜炎或蛛网膜下隙出血。

(三) 颈部皮肤与包块

1. 颈部皮肤 检查时,注意有无蜘蛛痣、感染,如:疖、痈、结核等。应注意皮肤其他局限性或广泛性病变,如瘰管、瘢痕、神经性皮炎或银屑病等。

2. 颈部包块 颈部包块原因很多,应根据包块的性状、发生和增长的特点以及全身的情况来判断。如为淋巴结肿大、质地不硬、有轻度压痛时,可能为非特异性淋巴结炎。如质地较硬、且伴有纵隔、胸腔或腹腔病变的症状或体征,则应考虑恶性肿瘤的淋

巴结转移。如为全身性、无痛性淋巴结肿大，则多见于血液系统疾病。如包块圆形、表面光滑、有水囊样感、压迫能使其缩小，可能为囊状水瘤；如颈部包块具有弹性又无周身症状，则应该考虑为囊肿。在体检时，发现颈部包块不能获得明确的印象时，需进行X线摄片或活体组织检查。

(四) 颈部血管

正常人坐位时，颈外静脉常不显露，平卧时可见颈静脉充盈，充盈的水平仅限于锁骨上缘至下颌距离的下2/3处。卧位时，如充盈度超过正常水平，或立位与坐位时可见明显静脉充盈，称为颈静脉怒张，提示静脉压增高，见于右心衰竭、缩窄性心包炎、心包大量积液或上腔静脉受阻等情况。

正常人颈部动脉的搏动微弱或者看不到，当心搏出量增加或脉压增大时，可出现明显的颈动脉搏动。在安静状态下出现颈动脉的明显搏动，常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、高血压或严重贫血的患者。

在正常情况下不会出现颈静脉搏动，只有在三尖瓣关闭不全时颈静脉才能看到。因动脉和静脉都会发生搏动，而且部位相近，需要鉴别。一般静脉搏动柔和，范围弥散，触诊时无搏动感；相反，动脉搏动比较强劲，为膨胀性，搏动感比较明显。

部分正常人，偶在右锁骨上窝听到连续性静脉“嗡鸣”音，可能由于颈静脉血液流入上腔静脉口径较宽的球部，产生漩涡所致，这种静脉音属于生理性的，用手指压迫颈静脉后即可消失。在颈部大血管区若听到血管性杂音，应考虑颈动脉或椎动脉狭窄。这种杂音音量可大可小，一般在收缩期明显，多由大动脉炎或动脉硬化所引起。若在锁骨上窝处听到杂音，则可能为颈肋压迫致锁骨下动脉狭窄。

(五) 甲状腺

甲状腺(thyroid)位于甲状软骨下方和两侧，正常约15~25g，表面光滑，柔软不易触及。在作吞咽动作时可随吞咽向上移动，以此可与颈前其他包块鉴别。

1. 甲状腺检查法

(1) 视诊：观察甲状腺的大小和对称性。正常人甲状腺一般看不到，女性在青春发育期可略增大，检查时嘱被检查者作吞咽动作，可见甲状腺随吞咽动作而上下移动，如不易辨认时，再嘱被检查者两手放于枕后，头向后仰，进行观察时较明显。

(2) 触诊：当视诊不能明确甲状腺的轮廓及病变的性质时，可用触诊来确定。检查方法有两种：一种是检查者站在被检查者的背后，双手拇指放于颈后，用其他手指从甲状腺两侧进行触摸；另一种是在被检查者对面以右手拇指和其他手指从甲状腺两侧进行触诊，并同时让被检查者作吞咽动作。触诊时要注意有无震颤。检查后记述：肿大的程度、性质、对称性、硬度，如：是否平滑，有无结节等。

(3) 听诊：当触到甲状腺肿大时，用钟形听诊器直接放在肿大的甲状腺上，如听到低调连续静脉的“嗡鸣”音，有助于诊断甲状腺功能亢进。另外，在弥漫性甲状腺肿伴功能亢进者还可听到收缩期动脉杂音。

2. 甲状腺肿大程度 甲状腺肿大分为三度：不能看出肿大但能触及为Ⅰ度；能看到肿大又能触及，但在胸锁乳突肌以内为Ⅱ度；超过胸锁乳突肌外缘为Ⅲ度。

(六) 气管

正常人气管位于颈部正中部，检查时让被检查者取舒适坐位或仰卧位，使颈部处自

然正中位置，检查者将示指与环指分别置于两侧胸锁关节之上，中指置于气管之上，观察中指是否在示指与环指中间，或以中指置于气管与两侧胸锁乳突肌之间的间隙，据两侧间隙是否等宽来判断气管有无偏移。如大量胸腔积液、积气、纵隔肿瘤以及单侧甲状腺肿大可将气管推向健侧，而肺不张、肺硬化、胸膜粘连可将气管拉向患侧。

(孙久伶)

第四节 胸部检查

胸部指颈部以下和腹部以上的区域。胸部检查的内容很多，包括胸廓外形、胸壁、乳房、胸壁血管、支气管、肺、胸膜、纵隔、心脏和淋巴结。

胸部检查除常规的一般物理检查外，目前还有许多已广泛应用于临床的检查方法，如X线检查、肺功能检查、血气分析、病原学、细胞学、组织学检查以及其他有关的生化检查等。胸部物理检查包括视诊、触诊、叩诊和听诊四个部分。检查应在温暖和光线充足的环境中进行。尽可能暴露全部胸廓，患者视病情或检查需要采取坐位或卧位，全面按视、触、叩、听顺序进行检查。一般先检查前胸部及两侧胸部，然后再检查背部。

一、胸部的体表标志

心、肺等重要器官位于胸廓内，胸廓内各器官的位置可通过体表检查予以确定。为标记正常胸廓内部器官的轮廓和位置，以及异常体征的部位和范围，熟识胸廓上的自然标志和人为的画线是很重要的。

(一) 骨标志

胸骨上切迹 (suprasternal notch) 位于胸骨柄的上方。正常情况下气管位于切迹正中。

胸骨柄 (manubrium sterni) 是胸骨上段略呈六角形的骨块。其上部两侧与左右锁骨的胸骨端连接，下方与胸骨体相连。

胸骨角 (sternal angle) 又称 Louis 角。由胸骨柄与胸骨体的连接处向前突起而成。其两侧分别与左右第 2 肋软骨相连，是计数肋骨的主要标志。另外，胸骨角标志支气管分叉、心房上缘和上下纵隔交界及相当于第 5 胸椎水平。

腹上角为左右肋弓在胸骨下端会合处所形成的夹角，又称胸骨下角 (infrasternal angle)，正常约 $70^{\circ}\sim 110^{\circ}$ 。其后为肝左叶、胃及胰腺的所在区域。

剑突 (xiphoid process) 为胸骨体下端的突出部分，呈三角形，其底部与胸骨体相连。

肋骨 (rib) 有 12 对。第 1~7 肋骨在前胸部与各自的肋软骨相连，第 8~10 肋骨与三个联合在一起的肋软骨连接后，在与胸骨相连，构成胸廓的骨性支架。第 11~12 肋骨不与胸骨相连，其前端为游离缘，称浮肋。

肩胛骨 (scapula) 位于后胸壁第 2~8 肋骨之间。肩胛骨的最下端称肩胛下角。直立位两上肢自然下垂时，肩胛下角可作为第 7 或第 8 肋骨水平的标志，或相当于第 8 胸椎的水平。

脊柱棘突 (spinous process) 是后正中线的标志。颈根部的第 7 颈椎棘突最突出，其下是胸椎的起点，此处可作为计数胸椎的标志。

肋脊角 (costospinal angle) 为第 12 肋骨与脊柱构成的夹角。其前为肾和输尿管所在区域。

(二) 垂直线标志

胸部体表常用以下垂直线标志 (图 1-1)

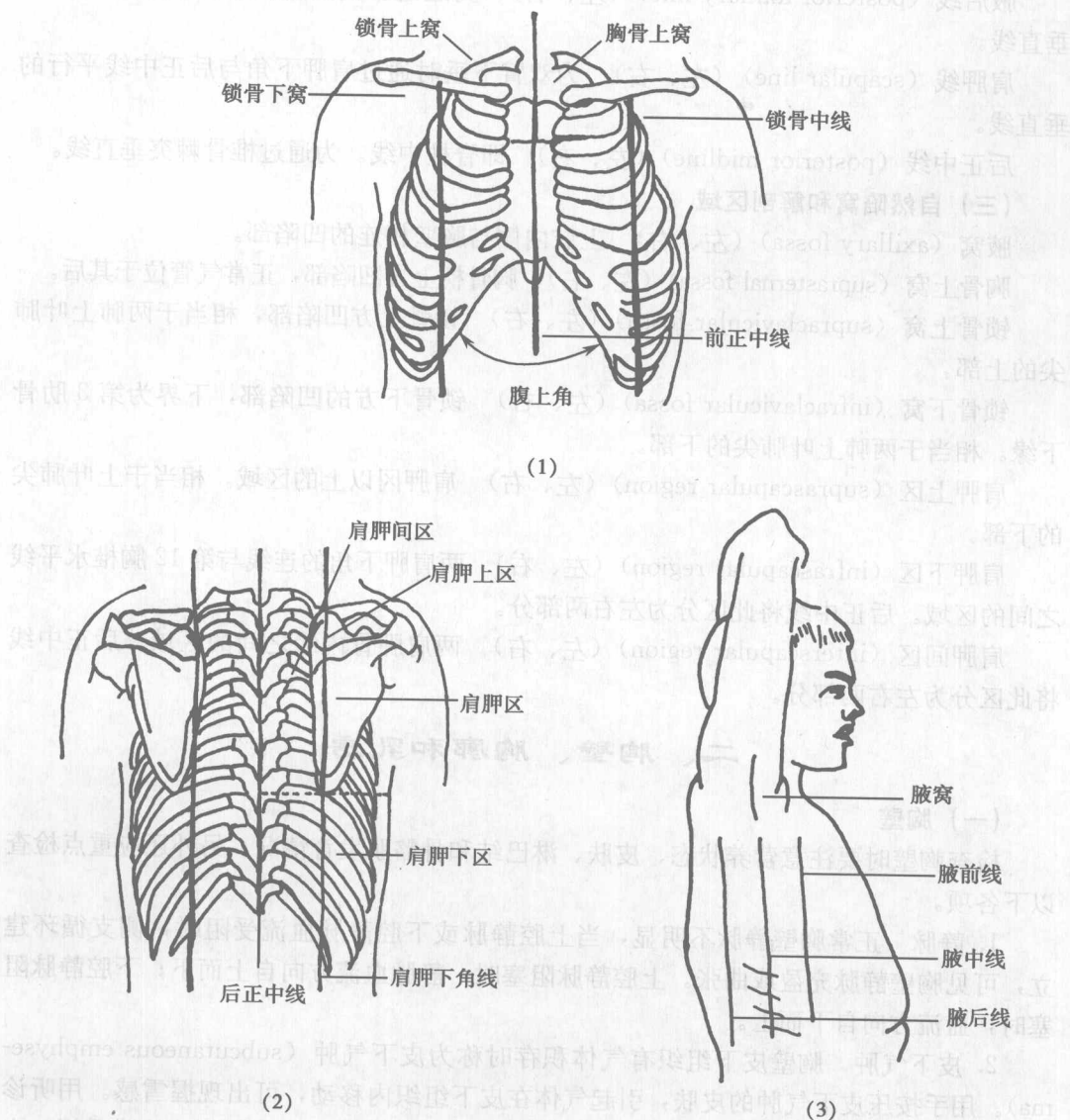


图 1-1 胸部体表标线与分区

(1) (正面) (2) (背面) (3) (侧面)

前正中线 (anterior midline) 即胸骨中线。为通过胸骨正中的垂直线。

锁骨中线 (midclavicular line) (左、右) 为通过锁骨中点向下的垂直线。