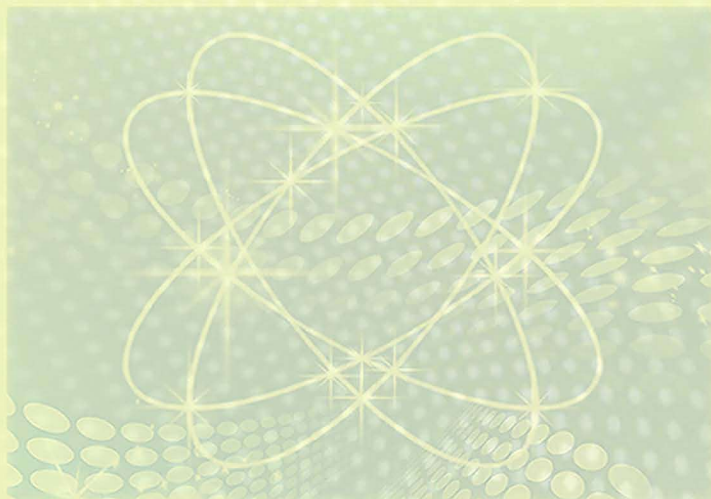


临床诊断学实践教程

第2版

主编 李晓丹



人民军医出版社

《诊断学》临床“三基”训练 辅导、培训、考核教程

临床诊断学实践教程

LINCHUANG ZHENDUAXUE SHIJIAN JIAOCHENG

(第2版)

主 编 李晓丹

副主编 李伟峰 夏欧东

编 者 (以姓氏笔画为序)

石向华 吕霞琳 汤 珣 杨 力

张 桦 陈 新 陈新杰 林春燕

柳进成 黄 睿 傅 强



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP)数据

临床诊断学实践教程 / 李晓丹主编. —2版. —北京: 人民军医出版社, 2015.9
ISBN 978-7-5091-8657-2

I. ①临… II. ①李… III. ①诊断学—教材 IV. ①R44

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第183746号

策划编辑: 崔玲和 郭伟疆 文字编辑: 董连青 高 磊 责任审读: 周晓洲

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300—8139

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 三河市潮河印业有限公司

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 7 字数: 160 千字

版、印次: 2015 年 9 月第 2 版第 1 次印刷

印数: 5001—9000

定价: 30.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要

本书在第 1 版的基础上修订而成，详细介绍了采集病史、体格检查、病历书写等临床基本技能的内容和方法，综合分析临床资料并最终建立正确临床诊断思维的步骤，以帮助读者掌握诊断学严谨、规范、扎实的基本功，培养临床基本技能和临床思维能力。本书可供医学生学习临床诊断学时使用和教师教学时参考，也可作为青年医师进行临床实践工作时的工具书。

前言

诊断学是运用医学基本理论、基本知识和基本技能对疾病进行诊断的一门学科，是连接基础医学与临床医学的桥梁。临床诊断学是诊断学的核心组成部分，着重训练医学生采集病史、体格检查、病历书写等临床基本技能及综合分析临床资料并最终建立正确临床诊断的步骤和方法，其实践教学质量对于医学生掌握严谨、规范、扎实的临床基本功具有十分重要的现实意义。

为保障临床诊断学实践教学质量，为教师、学生双方提供规范统一的实践教学细则，帮助医学生建立收集、分析临床资料的整体概念并掌握具体的操作方法，加强其临床基本技能和临床思维能力的培养，我们以全国高等医药院校规划教材第8版《诊断学》为依据，以卫生部高等医学院校诊断学教学咨询委员会推荐的体格检查手法为基础，同时参照国家执业医师资格考试的要求和标准，编写了《临床诊断学实践教程》，详细介绍了采集病史、体格检查、病历书写等临床基本技能的内容和方法，供临床医学专业五年制及其他医学专业学生学习临床诊断学时使用，同时供教师组织实施实践教学时参考，也可作为青年医师进行临床实践工作时的工具书。

本手册诸多不足之处，敬请各位同行及读者不吝指教。

编者
2015年2月

目 录

第 1 章 体格检查基本方法、一般检查及头颈部检查	1
一、体格检查基本方法	2
二、生命体征检查	6
三、全身状态其他情况检查	9
四、皮肤检查	10
五、淋巴结检查	12
六、头部检查	14
七、颈部检查	20
第 2 章 胸部、肺及胸膜检查	24
一、胸部的体表标志	25
二、胸壁、胸廓与乳房检查	27
三、肺和胸膜检查	28
附：胸、肺部异常症状及体征见习	35
一、呼吸系统疾病主要症状	35
二、呼吸系统疾病常见体征	35
三、呼吸系统疾病主要病种	36
第 3 章 心脏、血管检查	37
一、心脏检查	38
二、血管检查	43
附：心脏、血管异常症状及体征见习	45
一、循环系统疾病的主要症状	46
二、循环系统疾病常见体征	46
三、循环系统疾病主要病种	47
第 4 章 腹部检查	49
一、腹部体表标志及分区	50
二、腹部检查	51
附：腹部异常症状及体征见习	64

一、消化系统疾病主要症状.....	64
二、消化系统疾病常见体征.....	64
三、消化系统疾病主要病种.....	65
第 5 章 脊柱、四肢及神经系统检查.....	66
一、脊柱、四肢检查	67
二、神经系统检查	71
第 6 章 全身体格检查.....	84
一、检查要点.....	84
二、全身体格检查具体项目及顺序（第 8 版全国高等学校规划教材）	85
第 7 章 采集病史（问诊）、全身体格检查及病历书写	88
一、问诊的基本内容	89
二、问诊的基本方法与技巧.....	90
三、全身体格检查	91
四、记录相关的实验室和辅助检查资料	91
五、住院病历书写	91
附录 A 内科住院病历举例.....	93
一、住院病历	93
二、入院记录.....	99

第 1 章 体格检查基本方法、一般检查及头颈部检查

教学目的

1. 掌握体格检查的基本方法和注意事项。
2. 掌握全身状态、皮肤、淋巴结检查的内容和方法。
3. 掌握头颈部检查的内容和方法。
4. 熟悉各检查项目的正常结果。
5. 了解检查项目异常体征的临床意义。

教学要求

1. 实践课之前观看教材配套查体光碟中的相关内容。复习本次课程的基本内容和方法，掌握生命体征等重要概念及其临床意义，熟悉相关检查的正常结果。
2. 穿工作服，戴帽子、口罩。准备、检查听诊器。血压计、体温计、手表、手电筒、直尺、软尺、压舌板、棉签、叩诊锤、标记笔等其他查体器具由临床技能中心准备。
3. 认真观看、学习教师的示教，尤其要掌握查体的原则、顺序、手法，了解各项检查的原理及重要阳性体征的临床意义。学生相互查体练习时须认真按照顺序逐项操作，勿遗漏，有不明确的地方及时询问教师。保持示教室安静，不得迟到早退、喧哗吵闹、随意出入。
4. 课程结束后整理、清点查体器具并经教师确认后离开，损坏器具须及时报告教师并按价赔偿。值日生打扫示教室卫生。

教学方法

1. 教师手法示范，50min。由学生担任被检查者，教师进行查体手法示范，结合临床意义讲解。
2. 学生练习，50min。学生两人一组，互查练习，教师巡视指导，及时纠错。
3. 小结点评，20min。教师集中小结，点评学生常见查体错误；随机抽查学生部分项目，检查学习效果。

教学内容

熟悉常用查体器具：听诊器、血压计、体温计、手表、手电筒、直尺（2把）、软尺、压舌板、棉签、叩诊锤、视力表、标记笔等（图 1-1）。



图 1-1 体格检查器具

一、体格检查基本方法

检查者应举止端庄，态度和蔼，在查体全程中关心体贴被检者，有爱伤观念。被检者取卧位，检查者站在其右侧，首先做自我介绍，取得被检者配合。准备、清点器械，当着被检者之面洗手，按顺序进行查体。依次暴露被检部位，动作轻柔正规、系统全面、突出重点。要注意左、右及相邻部位等的对照检查。

（一）视诊

检查者用眼睛观察被检者全身或局部表现的诊断方法。

【方法】 可分为一般视诊和局部视诊。一般视诊观察被检者全身一般状态的特征，局部视诊观察被检者身体各部分的改变。

【注意事项】 应在自然光线下进行，最好在间接的日光下进行，充分暴露被检查部位，利用光线不同的入射角度，有规律地全面仔细地进行。

（二）触诊

检查者通过手接触被检查部位时的感觉来进行判断的一种方法。应用范围广泛，尤以腹部更为重要，可弥补视诊的不足。

【方法】 触诊多用手指指腹（触觉）、掌指关节部掌面（震动）及手背（温度）进行，被检者体位随检查目的不同而异。触诊方法包括浅部触诊法和深部触诊法，深部触诊法又可分为深部滑行触诊法、双手触诊法、深压触诊法和冲击触诊法。

1. 浅部触诊法 适用于体表潜在病变（关节、软组织、浅部动脉、静脉、神经、阴囊、精索等）的检查和评估，触诊深度为 1cm。将右手放在被检查部位，用掌指关节及腕关节的协同作用以旋转或滑动方式轻压触摸。浅部触诊法一般不引起被检者痛苦或痛苦较轻，常在深部触诊之前进行（图 1-2）。

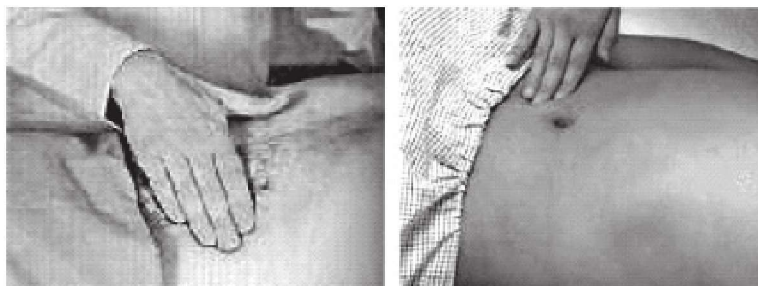


图 1-2 浅部触诊法

2. 深部触诊法 触诊深度常在 2cm 以上，可达 4～5cm，用于检查和评估腹腔病变和脏器情况。

(1) 深部滑行触诊法：嘱被检者张口平静呼吸，或与其谈话以转移其注意力，尽量使腹肌松弛。检查者以并拢的二、三、四指于腹壁上，以手指末端逐渐压向腹腔的脏器或包块，在被触及的脏器或包块上做上下左右的滑动触摸，可用单手（图 1-3）或两手叠加的方式（图 1-4）。如为肠管或索条状包块，应向与包块长轴相垂直的方向进行滑动触诊。常用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。



图 1-3 单手深部滑行触诊法

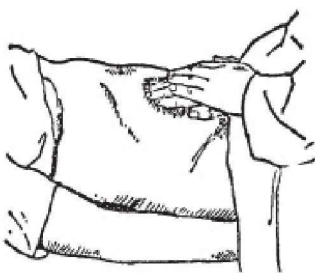


图 1-4 双手叠加深部滑行触诊法



(2) 双手触诊法：左手掌置于被检者脏器或包块的后部，右手三指并拢平置于被检部位，左手掌向右手方向托起，使被检脏器或包块位于双手之间，更接近体表，有利于右手触诊检查。用于检查肝、脾、肾及腹腔肿物的检查（图 1-5，图 1-6）。

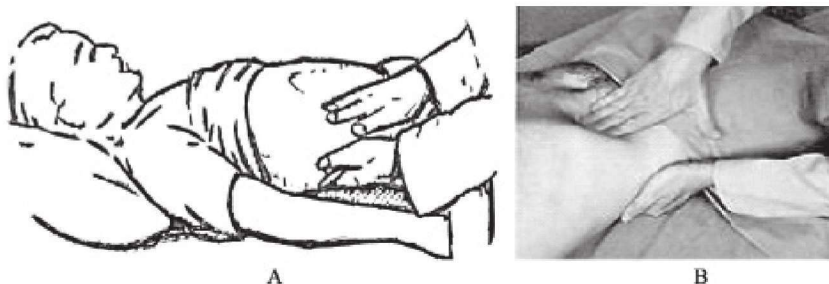


图 1-5 肝双手触诊法

(3) 深压触诊法：用一个或两个并拢的手指逐渐按压腹壁被检部位，用于探测腹腔深在病变的部位或确定腹腔压痛点，如阑尾、胆囊压痛点等。检查反跳痛时，在手指深压的基础上稍停片刻（2～3s），迅速将手抬起，询问被检者是否感觉疼痛加重或查看面部是否出现痛苦表情（图 1-7）。

(4) 冲击触诊法：又称浮沉触诊法。用右手并拢的示、中、环三指取 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ，放置腹壁被检部位，做数次急速而较有力的冲击动作，此时腹水在脏器或包块表面暂时移去，指端会有腹腔脏器或包块浮沉的感觉（图 1-8）。此法仅适用于大量腹水时肝、脾及腹腔包块难以触及者。操作时应避免用力过猛，否则会使被检者感到不适。



图 1-6 脾双手触诊法

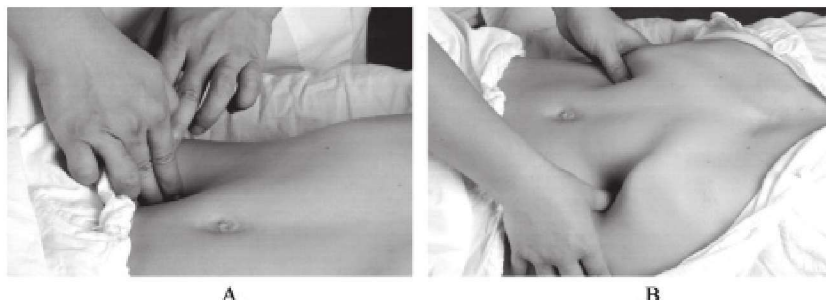


图 1-7 深压触诊法

A. 麦氏点；B. 季肋点

【注意事项】 检查前需向被检者说明检查目的，取得其配合；检查时手要温暖，动作轻柔；被检者通常取仰卧位，放松腹肌，必要时取侧卧位（如检查肝、脾、肾时）。避免将某些正常情况误认为异常，必要时嘱被检者先排便、排尿。触诊时手脑并用，结合所学知识边检查边思索，做出正确判断。

广义的触诊还包括很多内容，如测脉搏时触摸桡动脉，量血压时触摸肱动脉，浅表淋巴结、气管、甲状腺触诊，语音震颤、胸膜摩擦感、心尖冲动、心前区搏动、心包摩擦感等，检查者应按照要求规范实施，具体方法见各章节内容。

(三) 叩诊

用手指叩击身体表面某一部位，使之震动而产生音响，根据其震动和音响的特点来判断被检部位的脏器状态有无异常的一种检查方法。

【方法】

1. 直接叩诊法 检查者示、中、环三指并拢，用其掌面直接拍击被检部位，根据拍击

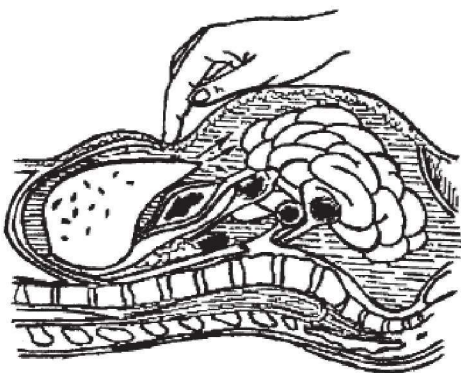


图 1-8 冲击触诊法

声响和指下的震动感判断病变情况。

2. 间接叩诊法 检查者左手中指（板指）第2指节紧贴于叩诊部位，其余四指翘起；右手中指指端垂直叩击于左手中指第二指节远端，以腕关节与掌指关节的运动为主，避免肘关节和肩关节参与运动。叩击动作灵活、短促、富于弹性，叩击后右手中指应立即抬起。同一部位连续叩击2~3下，可以连续叩诊2次，避免不间断地连续快速叩诊。叩诊时遵循“紧、翘、匀、直、抬”的原则，熟记间接叩诊口诀“一接四起，放平贴紧，腕指灵活，快打快起”（图1-9）。

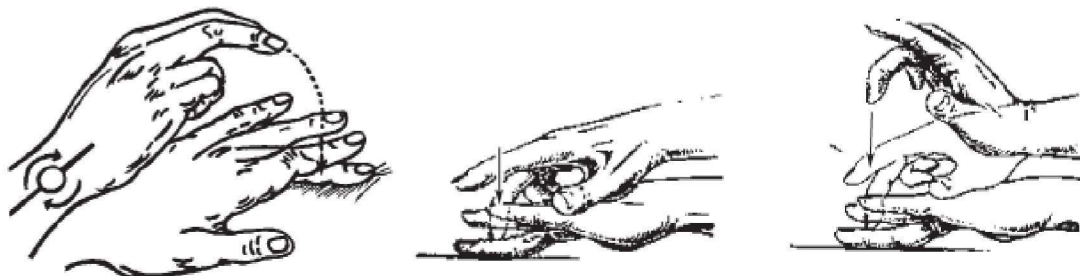


图1-9 间接叩诊法

广义的叩诊还包括肝区、肾区叩击痛，检查者将左手手掌平置于被检部位，右手握成拳状，用其尺侧叩击左手手背，询问或观察被检者有无疼痛感；脊柱叩击痛、神经反射检查时需使用叩诊锤叩击相应部位，观察患者有无疼痛感及神经的反射情况，具体方法见各章节内容。

【注意事项】 环境需安静；根据叩诊部位不同，被检者采取合适的体位；注意对称部位的比较与鉴别；同时注意音响变化和病灶的震动感差异；动作规范、用力均匀，合理把握叩诊力量。

叩诊时被叩击部位产生的反响，取决于被叩击部位组织或器官的致密度、弹性、含气量及与体表的间距。

1. 清音 为叩击富有弹性、含气良好的正常肺组织所产生的声音。

2. 浊音 为叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器（如肝、心脏被肺所覆盖的部分）所产生的声音。病理情况下见于肺含气减少时（如肺炎）。

3. 实音 为叩击肌肉、实质脏器（如心、肝）所产生的音响。病理状态下见于大量胸腔积液或肺实变等。

4. 鼓音 为叩击大量含气的空腔脏器（如腹部）所产生的音响。病理状态下见于肺空洞、气胸、气腹等。

5. 过清音 介于清音和鼓音之间的一种叩诊音，病理状态下见于肺气肿，肺组织内含气量增多、弹性减弱时。正常儿童可叩出相对过清音。

（四）听诊

检查者根据被检者身体各部分活动时发出的声音判断正确与否的一种检查方法。

【方法】

1. 直接听诊法 检查者将耳直接贴附于被检者的体壁上进行听诊。

2. 间接听诊法 利用听诊器进行听诊的方法。

【注意事项】 听诊时环境需安静、温暖、避风；切忌隔衣听诊；被检者取适宜的体位（坐位或卧位）；正确使用听诊器，听诊时将耳件放入两耳的外耳道，弯曲金属管的凹面向前，钟型体件适于听取低调声音，使用时轻触体表被检部位，膜型体件适于听取高调声音，使用时紧触体表被检部位；集中注意力，排除心、肺相互的干扰。

（五）嗅诊

检查者通过嗅觉判断发自被检者的皮肤、黏膜、呼吸道、胃肠道、呕吐物、分泌物、排泄物、脓液、血液等的异常气味与疾病之关系的一种检查方法。

【方法】 嗅诊时用手将患者散发的气味扇向自己鼻部，仔细辨别其气味的特点和性质。

【注意事项】 常见异常气味与疾病的关系如下。

1. 呼吸气味 酒味——酒精中毒，蒜味——有机磷中毒，烂苹果味——糖尿病酮症酸中毒，氨味——尿毒症，肝腥味——肝性脑病。
2. 痰液 恶臭——支气管扩张症、肺脓肿。
3. 脓液 恶臭——气性坏疽。
4. 汗液 酸性——风湿热、长期服用水杨酸、阿司匹林等解热镇痛药，狐臭——腋臭。
5. 呕吐物 酸臭味——幽门梗阻，粪便味——长期剧烈呕吐或肠梗阻。
6. 粪便 腐败性臭味——消化不良或胰腺功能不良，腥臭味——细菌性痢疾，肝腥味——阿米巴痢疾。
7. 尿液 浓烈氨味——膀胱炎。
8. 身上气味 新烤的面包味——伤寒，禽类羽毛味——麻风，蜂蜜味——鼠疫，鼠臭味——苯丙酮尿症。

二、生命体征检查

生命体征：是评价生命活动存在与否及其质量的指标。

（一）体温

体温测量有口测法、腋测法、肛测法三种，临床上最常用腋测法测量体温。学生练习时亦用腋测法。取消毒好的体温计，将汞柱甩到 35℃ 以下。

【方法】

1. 口测法 将体温计头端置于被检者舌下，嘱其紧闭口唇，5min 后读数。正常值为 36.3 ~ 37.2℃。较可靠准确，但不能用于婴幼儿及神志不清者，容易交叉感染（图 1-10A）。测量前 10min 避免饮用热水或冷水，测量时应嘱被检者不用口腔呼吸，以免影响检查结果。

2. 腋测法 擦干被检者腋窝汗液，将体温计头端置于其腋窝深处，嘱其用上臂将体温计夹紧，10min 后读数（图 1-10B）。正常值为 36 ~ 37℃。简便、安全，不易发生交叉感染，但易受环境温度的影响。测量前腋窝处不应有热水袋或冰袋等热源或冷源。

3. 肛测法 被检者取侧卧位，将肛门体温计头端涂以润滑剂后，徐徐插入其肛门内达体温计长度的 1/2，5min 后读数。正常值为 36.5 ~ 37.7℃。最接近中心体温，受环境温度影响最小，可靠、安全，但不方便，不适合做筛检，可用于小儿、昏迷病人或有疑义时确认。

【注意事项】 被检者进食、喝热饮、吸烟、嚼口香糖、剧烈运动、情绪激动及洗澡后需等待 30min 后再测量。测量者读数时手勿持体温计汞柱头端，以免造成误差。

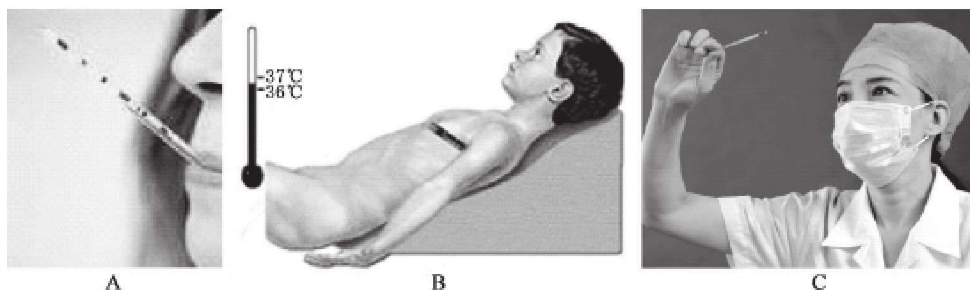


图 1-10 体温测量法

A. 口测法；B. 腋测法；C. 读数

(二) 呼吸

【方法】 观察被检者呼吸情况，记录胸廓（胸式呼吸为主者）或腹壁（腹式呼吸为主者）起伏的频率，一起一伏为一个周期，计数 1min。

【注意事项】 观察其呼吸的节律、类型及深度。正常人呼吸频率为每分钟 12 ~ 20 次，节律均匀整齐。呼吸：脉搏 = 1 : 4。

(三) 脉搏

【方法】 示指、中指、环指并拢，指腹平放在被检者右手腕桡动脉搏动处，以适当压力触诊，计数脉率、节律，同时感知血管壁的紧张度、脉搏强弱，计数 1min。用双手同时触诊双侧桡动脉，检查其对称性（图 1-11，图 1-12）。



图 1-11 测脉搏

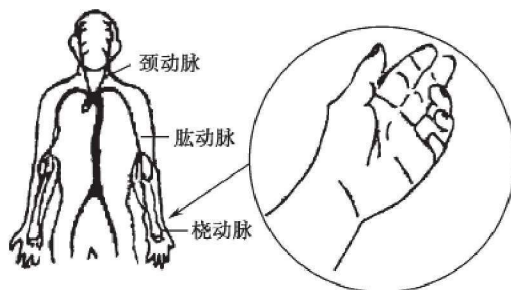


图 1-12 桡动脉示意图

【注意事项】 正常人脉率为每分钟 60 ~ 100 次，节律规整，脉率 = 心率。

(四) 血压

血压为充盈于血管内的血液作用于单位面积血管壁的侧压力，分为动脉血压、静脉血压和毛细血管血压，通常指体循环动脉血压。

在安静、清醒的条件下采用标准测量方法，至少 3 次非同日血压值收缩压（SBP） $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压（DBP） $\geq 90\text{mmHg}$ 即为高血压。

成人上肢血压正常值范围是 90 ~ 139/60 ~ 89mmHg，低于 90/60mmHg 为低血压。

【方法】

1. 患者准备及体位 被检者测量血压前 30min 内禁烟、禁咖啡等兴奋或刺激物，排空膀胱，在安静状态下休息 5 ~ 10min。通常测右上肢血压，裸露伸直被测上肢并轻度外展 45°，肘部置于心脏同一水平，坐位时约与第四肋软骨同高，卧位时与腋中线同高。

2. 缚袖带 松开球囊上的充气阀，排尽气囊内空气，打开血压计水银阀开关（向左），此时汞柱液面应与 0 点平齐。将袖带均匀紧贴皮肤缠于被检者上臂，使其下缘在肘窝横纹以上 2.5cm（约两横指），袖带之中央位于肱动脉表面，袖带不宜过紧过松，以能伸进一指为宜（图 1-13）。

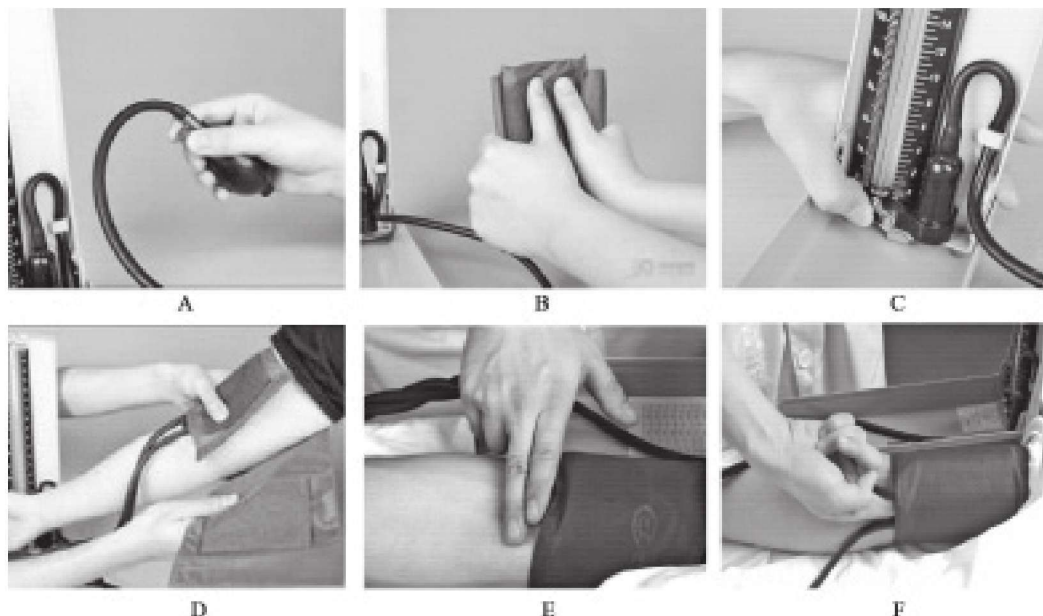


图 1-13 缚袖带

A. 松开充气阀；B. 排气；C. 打开开关；D. 袖带均匀紧贴皮肤缠于被检者上臂；E. 袖带下缘位于肘窝横纹以上 2.5cm；F. 袖带以能伸进一指为宜

3. 测血压 先于肘窝处扪及肱动脉搏动，将听诊器膜型体件置于肘窝处肱动脉上（不可塞在袖带下），拧紧充气阀，以右手反复捏橡胶球囊向袖带内充气，边充气边听诊，待肱动脉搏动音消失后再升高 30mmHg，然后缓慢放气（汞柱下降速度 2 ~ 4mm/s），心率缓慢者下降速度宜慢，两眼平视汞柱平面，当听到第一个搏动声响时的汞柱数值为收缩压。汞柱继续下降，当声音消失时，所示汞柱数值为舒张压，获取舒张压读数后快速放气至零。间隔 1 ~ 2min 后重复测量一次，如 2 次读数相差 5mmHg 以下，取其平均值；如 2 次读数相差 5mmHg 以上，应再次测量，以 3 次测量的平均值作为测量结果（图 1-14）。收缩压与舒张压之差值为脉压，正常为 30 ~ 40mmHg，舒张压加 1/3 脉压为平均动脉压。

4. 整理 测量完毕整理好血压计袖带，向右侧倾斜血压计约 45°，待水银完全进入水银槽内后关闭开关（向右）及血压计。

【注意事项】 当有多发性大动脉炎时应对照检查双侧上肢血压；当怀疑有主动脉狭窄时，除测量上肢血压外，应进行两侧对比，必要时测下肢血压。方法：被检者取俯卧位，选用较宽的袖带，缚于腘窝上方 3 ~ 4cm 处，听诊器膜型体件置于腘动脉上，测量方法同前。正常双侧上肢血压差别 5 ~ 10mmHg；正常下肢血压高于上肢血压 20 ~ 40mmHg。

根据中国高血压防治指南（2010 年修订版）的标准，血压水平的分类见表 1-1。

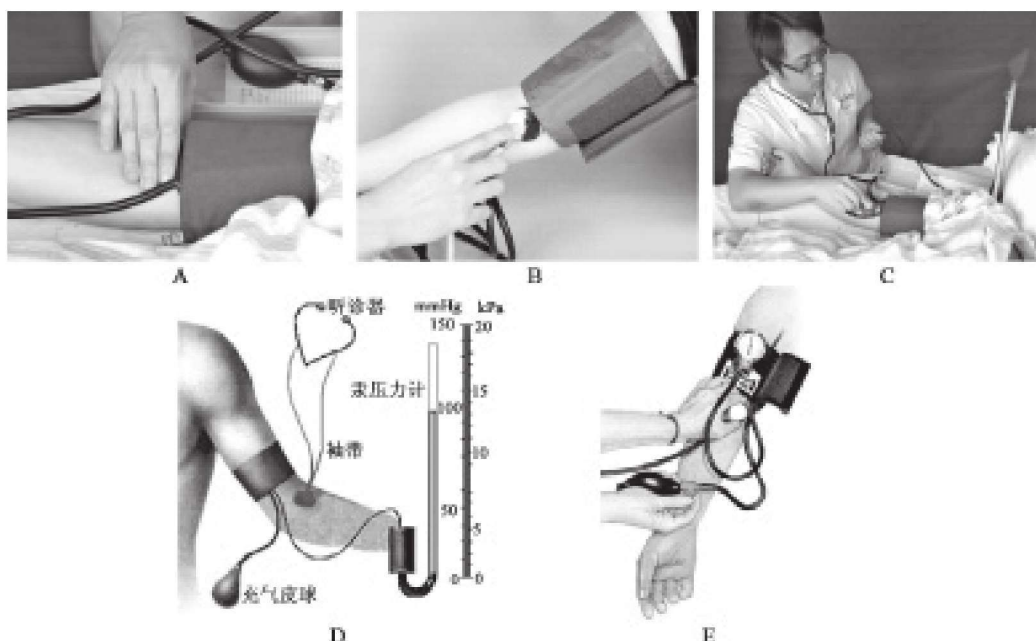


图 1-14 测血压

A. 触摸桡动脉；B. 放体件；C. 测量；D. 测血压原理；E. 血压测量示意图

表 1-1 血压水平的定义与分类

类 别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
正常血压	< 120	< 80
正常高值	120 ~ 139	80 ~ 89
1 级高血压 (轻度)	140 ~ 159	90 ~ 99
2 级高血压 (中度)	160 ~ 179	100 ~ 109
3 级高血压 (重度)	≥ 180	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	< 90

当患者的收缩压与舒张压分属不同级别时，则以较高的分级为准；单纯收缩期高血压也可按照收缩压水平分为 1、2、3 级

三、全身状态其他情况检查

性别、年龄、发育与体型、营养状态、意识状态、语调与语态、面容与表情（急性病面容、慢性病面容、贫血面容、二尖瓣面容、肝病面容、肾病面容、甲状腺功能亢进症面容、黏液性水肿面容、肢端肥大面容、伤寒面容、苦笑面容、满月面容、面具面容等）、体位（自动、被动、强迫体位）、姿势、步态（蹒跚步态，醉酒步态，共济失调步态、慌张步态、跨阈步态、剪刀步态、间歇性跛行）等。主要通过视诊和触诊进行检查。

1. 发育 通过年龄、智力和体格成长状态之间的关系综合评价。发育正常者，其年龄、智力和体格成长状态处于均衡一致。成人发育正常的指标包括：①头部长度为身高的 $1/8 \sim 1/7$ ；②胸围为身高的 $1/2$ ；③双上肢展开后，左右指端的距离与身高基本一致；④坐高等于下肢的长度。

2. 体型 正常人体型可分为无力型（瘦长体型，腹上角小于 90° ）、正力型（匀称型，腹上角等于 90° ）、超力型（矮胖型，腹上角大于 90° ）三种（图 1-15）。

3. 营养状态 根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉发育情况综合判断，最简便而迅速的方法是判断皮下脂肪充实程度。方法：用拇指、示指捏起被检者前臂曲侧或上臂背侧下 $1/3$ 处的皮肤及皮下脂肪，判断其脂肪是否丰满。营养状态可分为良好、中等或不良三个等级（图 1-16）。

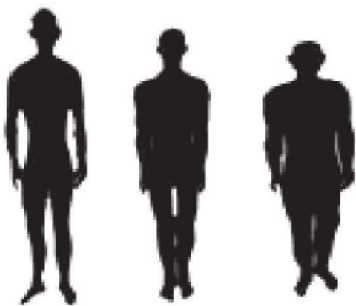


图 1-15 三种体型示意图



图 1-16 营养状态检查

4. 意识状态 正常人意识清晰，意识障碍的程度可分为嗜睡、意识模糊、谵妄、昏睡、昏迷等，详见症状学“意识障碍”。

四、皮肤检查

1. 颜色 观察被检者面部及全身皮肤有无苍白、发红、发绀、黄染、色素沉着、色素脱失等异常。

2. 湿度 触摸被检者上臂内侧肘上 $3 \sim 4\text{cm}$ 处皮肤，感觉湿度情况。

3. 弹性 用示指与拇指将被检者手背或上臂内侧肘上 $3 \sim 4\text{cm}$ 处皮肤捏起，片刻后松手，观察皮肤皱褶平复情况（图 1-17）。正常人于松手后皱褶立即平复，称为皮肤弹性正常；如皱褶平复缓慢称皮肤弹性减弱，见于长期消耗性疾病或严重脱水的患者。



图 1-17 皮肤弹性检查

4. 皮疹 注意有无皮疹，记录其出现与消失的时间、发展顺序、分布部位、形态大小、颜色及压之是否褪色、平坦或隆起、有无瘙痒及脱屑等。注意区分斑疹、玫瑰疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹等不同临床类型。

5. 脱屑 观察有无糠样、片状、银白色鳞状脱屑等。

6. 皮下出血 根据其直径大小及伴随情况分为瘀点（ $< 2\text{mm}$ ）、紫癜（ $3 \sim 5\text{mm}$ ）、瘀斑（ $> 5\text{mm}$ ）、血肿（片状出血伴有皮肤显著隆起）等（图 1-18）。

7. 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（图 1-19），多分布于上腔静脉分布的区域内，如面、颈、手背、上臂、前胸等。用棉签或火柴杆压迫蜘蛛痣的中心（即中央小动脉干部），其辐射小血管网立即消失，去除压