



诊断学

基本技能训练指导

D I A G N O S T I C S

陈 垦 汤之明 钟夏冰 主编

北京大学医学出版社

诊断学基本技能训练指导

主 编 陈 垦 汤之明 钟夏冰
副主编 蒋文功 龙友明 刘思敏

编写人员

蔡杏珍	陈 垦	崔淑兰	蒋文功
龙友明	刘思敏	刘学进	汤之明
殷长春	张学思	王念林	兰 雷
陈 燕	郝云玲	梁丽宁	

北京大学医学出版社

ZHENDUANXUE JIBEN JINENG XUNLIAN ZHIDAO

图书在版编目(CIP)数据

诊断学基本技能训练指导/陈星,汤之明,钟夏冰主编.

—北京:北京大学医学出版社,2005

ISBN 7-81071-808-8

I. 诊... II. ①陈...②汤...③钟... III. 诊断学
—自学参考资料 IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 030506 号

诊断学基本技能训练指导

主 编:陈 星 汤之明 钟夏冰

出版发行:北京大学医学出版社(电话:010-82802230)

地 址:(100083)北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址:<http://www.pumpress.com.cn>

E - mail:booksale@bjmu.edu.cn

印 刷:北京地泰德印刷有限公司

经 销:新华书店

责任编辑:赵 蔚 责任校对:王怀玲 责任印制:张京生

开 本:787mm×1092mm 1/16 印张:10.25 字数:257 千字

版 次:2005 年 6 月第 1 版 2005 年 6 月第 1 次印刷 印数:1—5000 册

书 号:ISBN 7-81071-808-8/R·808

定 价:19.00 元

版权所有,违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

诊断学是一门实践性很强的学科,在学习完理论后需要大量的见习课时来加深对理论的认识,强化学习效果及锻炼操作能力。因此,编写一本具备科学性、先进性及适用性的诊断学基本技能训练指导对学生学好诊断学具有十分重要的意义。基于这一认识,我们在总结多年的诊断学教学经验的基础上,经过反复探索,不断完善,编写了《诊断学基本技能训练指导》一书。

本书具有如下特点:①内容全面:包括问诊、体格检查、病历书写、实验诊断、心电图检查、体格检查考核评估标准。②加入大量插图:全书共有 157 多张插图,使教学更具直观性。③紧扣教学大纲:按照教学大纲,又根据诊断学的最新进展,适当增加了新的内容,使该书更具先进性。④理论及实践性强:既阐述了基本理论,又重点描述了各种操作,符合临床医学教学的内在规律。⑤使用范围广:既适用于医药院校临床医学及预防医学等专业学生使用,同时也适用于执业医师考试、临床医生工作时参考使用。

由于时间及水平所限,本书难免有错误之处,欢迎广大读者提出批评意见。

陈垦 汤之明 钟夏冰

2005 年 3 月

目 录

第一章 问 诊	1
第一节 问诊的职业态度及行为	1
第二节 问诊的方法与技巧	1
第三节 问诊的内容	4
第二章 体格检查	8
第一节 一般检查和头颈部检查	8
第二节 正常肺部检查	18
第三节 肺部病理体征检查	24
第四节 正常心脏血管检查	29
第五节 心血管病理体征检查	33
第六节 正常腹部检查	47
第七节 腹部病理体征检查	53
第八节 生殖器、肛门、直肠检查	59
第九节 脊柱、四肢检查	64
第十节 神经反射检查	68
第十一节 临床全身体格检查提纲及检查要点	73
第三章 病历书写	80
第一节 病历书写的重要性、基本要求及规则	80
第二节 住院病历的书写	81
第四章 实验室诊断	89
第一节 红细胞检查	89
第二节 白细胞计数及分类计数	93
第三节 尿液常规检查	95
第四节 粪便检查	102
第五节 止血与凝血障碍常用实验室检查	105
第六节 骨髓细胞学检查	107
第七节 血清蛋白质测定	110
第八节 血清酶学试验	112
第九节 常用肾功能测定	117
第十节 常用生物化学检测	119
附录一 毛细血管采血法	126
附录二 光学显微镜的使用和维护	126
附录三 722 分光光度计使用方法	127

第五章	心电图检查	129
第六章	超声波检查	142
第七章	体格检查考核评估标准	144

第一章 问 诊

【目的要求】

①掌握问诊的目的和注意事项。②重点掌握问诊的方法和技巧。③重点掌握问诊的内容。

【实习方法】

①选择临床典型病例,教师示范后,学生分组进行问诊,教师进行指导。②按教师要求,归纳出该病历的主诉、现病史、既往史、系统回顾、个人史、婚姻史、月经史和生育史、家族史。

【实习内容】

问诊是医生通过对患者或知情人的系统询问获取病史资料,经过综合分析而作出临床判断的一种诊法,通过问诊可了解疾病的历史和现状,实际上是认识疾病的开始。

第一节 问诊的职业态度及行为

问诊的目的是为了全面地了解疾病的发生、发展、病因、诊治经过及既往健康状况和曾患病情况。因此,医生必须取得患者的信任,要具有良好的职业态度及行为。

1. 仪表和礼节 询问者在接触患者时要做到衣冠整洁,文明礼貌,使患者感到亲切温暖,值得信赖。粗鲁傲慢,不仅会丧失患者对询问者的信任感,而且会产生担忧或恐惧。

2. 自我介绍 问诊开始时,询问者要作自我介绍,说明自己的身份和问诊的目的。询问患者姓名一般应称先生,同志,不宜直呼其名。通过作简短而随和的交谈,使患者情绪放松。

3. 举止和态度 在问诊的过程中,问诊者要举止端庄,态度和蔼,例如视线、姿势、面部表情、语言等都要注意给患者留下友善感,以消除与患者之间的障碍,增进关系和谐,使患者感到轻松自如,易于交流。

4. 赞扬和鼓励 在问诊过程中,询问者要注意妥善地运用一些语言行为,间断地给予肯定和鼓励,自然地调节患者的心理和情绪,使患者受到启发鼓舞而积极提供信息,促进患者的合作,这对增进与患者的关系大有益处。

5. 关心与帮助 在问诊过程中应关切患者的疾苦及其相关问题,积极为患者排忧解难。

第二节 问诊的方法与技巧

问诊的方法及技巧与获得信息的数量及质量息息相关,因而直接影响问诊效果。

1. 环境设置 问诊开始时,由于对医疗环境的生疏和对疾病的恐惧等,患者常有紧张情绪。医生应主动创造一种宽松和谐的环境以解除患者的不安心情。

2. 问诊的对象 尽量直接询问患者。对危重患者或意识障碍的患者可由发病时在场者或

了解病情者代诉。对小儿患者则主要询问其父母。

3. 组织安排 组织安排指整个问诊的结构与组织,包括引言、问诊的主体(主诉、现病史、既往史、系统回顾、个人史、家族史)和结束语。询问者应按项目的序列系统地问病史,对交谈的目的、进程、预期结果应心中有数。

4. 时间顺序 是指主诉和现病史中症状或体征出现的先后次序。询问者应问清症状开始的确切时间。根据时间顺序追溯症状的演进,可避免遗漏重要的资料。建议询问者可用以下方式提问,例如:“以后怎么样?然后又……”,这样在核实所得资料的同时,可以了解事件发展的先后顺序。如有几个症状同时出现,有必要确定其先后顺序。

5. 过渡语言 是指问诊时用于两个项目之间的转换的语言,是向患者说明即将讨论的新项目及其理由。例如:“我们一直在谈论你今天来看病的目的,现在我想问你过去的病情,以便了解它与你目前的疾病有何关系,从儿童时期回忆起追溯到现在(停顿)”;“你小时候健康情况如何?”用了这种过渡性语言,患者就不会困惑你为什么要改变话题,以及为什么要询问这些情况。良好的过渡语言例子还有:①过渡到家族史:“现在我想和你谈谈你的家族史。你也知道,有些疾病在有血缘关系的亲属中有遗传倾向,为了获得一个尽可能完整的家谱,预测和治疗未来的疾病,我们需要了解这些情况。让我们先从你的父母开始吧,他们都健在吗?”②过渡到系统回顾:“我已经问了你许多问题,你非常合作,现在我想问问全身各个系统的情况,以免遗漏,这对我了解你的整个健康状况非常重要”。

6. 问诊进度 ①为了使问诊进展顺利,询问者应注意聆听,不要轻易打断患者讲话,让他有足够的时间回答问题,有时允许有必要的停顿(如在回顾思索时)。有意的沉默也许令人不安,但也可鼓励患者提供其他的有关信息,或者可使患者道出敏感的问题。沉默犹如一把利剑,其利弊全仗如何使用,如果你觉得因此而获得更多的信息,那么这种停顿正好是一种有效的问诊技巧。②为了节约时间,可以提出现成的问题,如“你能告诉我通常你是怎样度过一天的吗?”好的询问者不会急促地提出一连串的问题,使患者几乎没有时间去考虑答案。如果患者不停地谈论许多与病史无关的问题,则可客气地把患者引导到病史线索上来,如“你的那些问题,我理解,现在请谈谈你当时胸痛的情况吧?”。

7. 问题类型

(1)一般问题 常用于问诊的开始,用一般的话获得某一方面的大量资料,让患者像讲故事一样叙述他的病情。如“你今天来,有哪里不舒服?”或者“请告诉我你的一般健康状况吧。”待获得一些信息后,再有侧重地追问一些具体问题。

(2)特殊问题 用于收集一些特定的有关细节。如“你何时开始腹痛呢?”“你腹痛有多久了?”“你的疼痛是锐痛还是钝痛?”提出特殊问题要求获得的信息更有针对性。

为了系统有效地获得准确的资料,询问者应遵循从一般到特殊的提问进程。以下是从一般到特殊提问的各种例子。

询问者:“请你告诉我你哪里不舒服。”(一般提问)

患者:“近两周,我的胃一直在痛,就在这儿(指痛的地方),在肚脐的上方。”

询问者:“请告诉我,你痛的情况。”(一般提问)

患者:“哦,太糟了。”

询问者:“疼痛像什么样?”(直接提问)

患者:“烧灼样。”

询问者:“痛在深处还是在表面?”(直接选择提问)

患者:“相当深。”

询问者:“痛的部位有变动吗?”(直接提问)

患者:“不”。

询问者:“哪些情况使疼痛更厉害?”(直接提问)

患者:“进食后疼痛加重。”

询问者:“哪些情况使疼痛减轻?”(直接提问)

患者:“空腹时”。

开始提问时,应避免用直接或选择性提问,这样会限制患者交流信息的范围,使获取必要资料变得困难。

8. 重复提问 有时为了核实资料,需要就同样的问题多问几次,重申要点。但无计划的重复提问可能会挫伤和谐的医患关系和失去患者的信任。结合其他问诊的技能,如归纳总结,将有助于减少重复提问。

9. 小结和记录 为防止遗漏和遗忘病史,在询问病史时,询问者对患者每一项陈述应做全面而重点的记录小结。问诊大致结束时,尽可能有重点地重述一下病史让患者听,看患者有无补充或纠正之处,以提供机会核实患者所述的病情或澄清所获信息。

10. 语言要通俗易懂 使患者能够理解询问者的话,避免使用医学术语发问。如对心脏病患者问诊时,可问:“你在夜间睡眠时,有无突然憋醒的情况?”而不能问:“你有阵发性夜间呼吸困难吗?”不应使用具有特定涵义的医学术语,如“里急后重”、“鼻衄”、“隐血”等。

11. 引证核实 为了收集到尽可能准确的病史,询问者应引证核实患者提供的信息。如果提供了特定的诊断和用药,就应问明该诊断是如何作出的及用药剂量等。如:

患者:“我常有胸痛”。

询问者:“请你确切地说明一下是怎样的感受”。

患者:“我父母都有冠心病。”

询问者:“他们怎样知道得了冠心病?”或“做了什么检查才发现有冠心病?”

12. 要抓住重点,分清主次 患者在陈述病史时,可能主次不分,杂乱无章。因此在问诊过程中,一定要抓住重点,分清主次,对主诉和与本病有关的内容要深入了解,对患者的陈述要分析和鉴别。

13. 要实事求是,忌主观臆断 有的患者对记忆不清的病史,回答问题顺口称“是”;有的患者对自己的病情感到恐惧,有可能隐瞒真相或夸大病情、不说实话或自己编造病情,甚至弄虚作假。对此,询问者要以实事求是的科学态度正确分析判断,发现不可靠的或含糊不清之处,要反复询问,从不同角度询问,以求获得可靠病史,切忌主观臆断,轻易下“结论”,随便告诉患者患的什么病,但也不能轻易对患者持怀疑态度。

14. 避免暗示性套问 在询问时,可有目的、有计划地提出一些问题,以引导患者供给正确而有助于诊断的资料。但必须防止暗示性套问或有意识地诱导患者提供符合询问者主观印象所要求的材料。如对腹痛的患者不应直问:“你腹痛时疼痛向右肩放射吗?”,而应变换一种方式提问:“腹痛时,疼痛对别的部位有影响吗?”这样获取的病史就比较客观、真实。

15. 鼓励患者提问 问诊时,让患者有机会提问是非常重要的,因为患者常有些疑问需要再解释,同时,也会想起一些在询问者特殊提问前不曾想到的新问题。询问者应明确地给患者机会,鼓励他提问或讨论问题。例如:询问者应对患者说明,如有疑问或者还能提供与现在正在讨论的问题有关的更多信息,就请大胆地谈,通常是在每个主要项目交谈结束时进行,问诊未了再重复。

16. 承认经验不足 询问者应明白自己的知识水平与能够为患者提供情况的需要是否相称,当自己不能提供足够的信息及适当医嘱时,应承认自己经验不足,一旦患者问及自己不懂的问题时,应承认并立即设法为患者寻找答案。

17. 其他值得注意的问题

(1)隐私 对患者的“隐私”要保密,有关泌尿生殖系统病史,问诊时声音要低,语言要婉转。

(2)危重患者 在作扼要的询问和重点检查后,应立即进行抢救,待病情好转后再作详细的询问病史及其他检查,以免延误治疗。

(3)其他医疗单位转来的病情介绍或病历摘要 应当给予足够的重视,但只能作为参考材料,还须亲自询问病史、检查,以作为诊断的依据。

(4)问诊时间 要掌握适当,一般不超过 40min,但除了危重患者外,亦不应过于简短,少于 10min。

(5)结束语 问诊结束后,以结束语暗示问诊结束,充分说明询问者的作用、义务;对患者提出要求和希望;明确地讲明今后的诊疗计划,包括询问者和患者今后要做的工作,以及预约下一次就诊时间等。

第三节 问诊的内容

1. 一般项目 是病历中首先记录的内容。包括患者姓名、性别、年龄、婚否、民族、职业、籍贯(出生地)、现住址(工作单位)、入院日期(急、重症应注明时刻)、记录日期、病史陈述者、可靠程度。若病史陈述者并非本人,则应注意其与本人的关系。上述内容不能遗漏,顺序不应颠倒,书写不能含糊有误。年龄应是实足年龄,不应以“儿”或“成”代替。现在住址应详细填写,这对掌握病情,及时处理或随访,具有重要意义。

2. 主诉 是患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或体征,也就是本次就诊最主要的原因。主诉要体现症状、部位、时间三要素。问诊开始时,可问:

问:“你怎么不舒服?”

问:“哪儿不舒服?”

问:“发病多长时间?”

主诉应简明扼要,以简洁的语言来描述。如:

主诉:“咽痛,高热 2 天。”

主诉:“畏寒、发热、右胸痛、咳嗽 3 天。”

主诉:“腹痛、腹泻、脓血便 1 天。”

不应以方言土语来直接描述,如:

主诉:“肚子痛、拉肚子 2 天。”

主诉不能含糊不清,如:

主诉:“上腹部难受好几天(或数天)。”

主诉:“心里麻烦好几天。”

如果主诉包括前后不同时间出现的几个症状,则应按其发生的先后排列,如:

主诉:“反复咳嗽 20 年,心悸气促 3 年,下肢水肿半个月。”

通过主诉的描述,一般可初步估计患者所患的是哪一系统疾病及其缓急,从而为进一步明确诊断,制定诊后计划指明方向。如:

主诉:“反复咳嗽、咳痰 20 余年,心慌憋气 20 天”。首先考虑呼吸系统疾病。

主诉:“活动后心慌气短 5 年,下肢水肿 10 天”。应考虑循环系统疾病。

主诉:“上腹部反复疼痛 2 年,伴呕血 3 小时”。考虑消化系统疾病。

主诉:“尿急,尿频,尿痛 3 天,发热 1 天”。考虑泌尿系统疾病。

主诉:“乏力、皮肤与粘膜紫癜 2 个月”。应考虑血液系统疾病。

主诉:“多饮、多尿、多食、消瘦 1 个月”。应考虑代谢病。

主诉:“头痛、眩晕、记忆力减退、肢体无力、言语障碍 3 天”。应考虑神经系统疾病。

3. 现病史 现病史是病史的主要组成部分,包括患者现在所患疾病从最初起病到本次就诊(或住院)时,疾病的发生、发展及其变化的全过程。可在患者主诉的基础上进一步详细询问。主要内容有以下几方面:

(1)起病情况与患病时间 要问准起病的时间、地点环境、起病缓急、发病的可能原因或诱因。

(2)主要症状特点 要详细询问主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度、缓解方法或加剧因素。①部位:如腹痛,要问清腹部的哪个部位(右上腹部,左上腹部,脐周围,右下腹部,全腹部等)疼痛最明显。②性质:如疼痛有钝痛、锐痛、灼痛、胀痛、绞痛、隐痛等。③程度:指患者的主观感觉。如疼痛有轻度或剧烈,能否忍受;发热有高热或低热等表现。④持续时间:不同疾病的主要症状和持续时间各异,如心绞痛发作一般持续 3~5min,而急性心肌梗死引起的胸痛可持续数小时或数天;消化性溃疡引起的上腹痛,可持续数日或数周。⑤缓解方法或加剧因素:如心绞痛发作时,患者立即停止活动,舌下含服硝酸甘油片可很快缓解,而在情绪激动或劳累、饱餐等情况易诱发心绞痛发作。

(3)病因与诱因 问诊时应尽可能地了解与本次发病有关的病因(如外伤、中毒、感染等)和诱因(如气候变化、环境改变、情绪、起居饮食失调等)。问明以上因素有助于明确诊断与拟

定治疗措施。患者容易提出直接或近期的病因,但病期长或病因比较复杂时,患者往往难于言明,并可能提出一些似是而非或自以为是的因素,这时医师应进行科学的归纳,不可不加分地记入病史。

(4)病情的发展与演变 包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现,都可视为病情的发展与演变。要询问患者患病过程中主要症状的变化,如主要症状是进行性还是间歇性,是反复发作还是持续存在,是逐渐好转还是加重或恶化;症状的规律性有无变化,其变化的时间及原因等。

(5)伴随症状 在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状,这些伴随症状常常是鉴别疾病的依据。如腹泻,可能为多种病因的共同症状,单凭此则不易作出诊断。如腹泻伴呕吐,则可能为饮食不洁或误食毒物引起的急性胃肠炎;如腹泻伴里急后重,结合季节可考虑细菌性痢疾。因此,与鉴别诊断有关的阴性症状亦应询问。一份好的病史不应放过任何一个主要症状之外的细小伴随迹象,因为它们往往在明确诊断方面起有不可忽视的作用。

(6)诊治情况 要简明扼要地询问患者发作后有无就医,此次就诊前曾在何时何地做过哪些检查,诊断什么病,做过何种治疗,用药名称、剂量、用法、效果如何,有无不良反应等。此内容仅作参考。

(7)一般情况 简要了解患者起病后的精神状态、饮食、睡眠、体重、体力、大小便等情况。这些内容对全面估计预后及制订辅助治疗措施是十分有用的。

4. 既往史 患者过去健康状况与现在疾病常有密切关系,应详细询问。既往史包括如下内容:①过去健康状况及患过的疾病,重点了解与现在疾病有密切关系的疾病,诊断明确者直写病名,但应加引号,诊断不肯定者则简述其症状,例如,对风湿性心瓣膜病患者应询问过去是否反复发生咽痛、游走性关节痛等。②有无急、慢性传染病史及传染病接触史,有者应注明具体患病日期,诊断及治疗情况。③外伤及手术史。④预防接种史,其种类及最近一次接种日期。⑤有无中毒及药物过敏史。询问既往史,应按时间先后顺序,自幼年起详细询问,重点记录主要病情经过,当时诊断及治疗效果,以及并发症和后遗症。一般不应用病名去提问,应按照某种疾病的重点症状询问。如问既往是否患过肺结核,则应问既往有无慢性咳嗽,咳血丝痰或咯血,下午发热,夜间盗汗,食欲减退,身体消瘦等。

5. 系统回顾 是避免在问诊过程中患者或医生所忽略或遗漏的除现病以外的其他各系统的疾病而设立的问诊内容,是住院病历不可缺少的部分。它可以帮助医师在短时间内扼要地了解患者的某个系统是否发生过疾病,以及这些已发生过的疾病与本次疾病之间是否存在着因果关系。

系统回顾问诊的主要内容:

呼吸系统 咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难。

循环系统 心悸、气促、紫绀、心前区疼痛、端坐呼吸、血压增高、晕厥、下肢水肿。

消化系统 食欲减退、吞咽困难、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、呕血、便血、便秘、黄疸。

泌尿系统 尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难、夜尿增多、颜面水肿、尿道或阴道异常分泌物。

造血系统 皮肤苍白、头昏眼花、乏力、皮肤出血点、瘀斑、淋巴结肿大、肝脾肿大。

内分泌、代谢系统 多饮、多尿、多食、怕热、多汗、怕冷、乏力、显著肥胖或消瘦、色素沉着、闭经。

神经系统 头痛、记忆力减退、语言障碍、感觉异常、瘫痪、惊厥。

肌肉骨骼系统 疼痛、关节红肿、关节畸形、运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力。

6. 个人史 ①社会经历:包括出生地、居住地区和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区),受教育程度,经济生活和业余爱好等。②职业及工作条件:包括工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间。③习惯与嗜好:起居与卫生习惯,饮食的规律与质量,烟酒嗜好与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉毒品等。④有无不洁性交史:有否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

7. 婚姻史 记述未婚或已婚,结婚年龄,配偶健康状况,性生活情况,夫妻关系等。

8. 月经史和生育史 女性患者应了解月经情况,包括初潮年龄、月经周期和经期天数、经血量和色,经期症状,有无痛经与白带,末次月经日期(LMP),闭经日期,绝经年龄。记录格式如下:

初潮时间(年) $\frac{\text{每次持续时间(天)}}{\text{周期间隔(天数)}}$ 绝经年月(或末次月经时间)

如 14 $\frac{3\sim 4}{28\sim 30}$ 2004 年 6 月 12 日(或 50 岁)

妊娠与生育次数,人工流产或自然流产次数,有无早产、死胎、手术产、胎儿先天畸形或胎儿先天性疾病、妊娠高血压综合征、产褥热及产后大出血与计划生育情况。对男性患者也应询问有无患过影响生育的疾病。

9. 家族史 包括以下内容:①父母、兄弟、姐妹及子女健康状况。如已死亡,要问明死亡原因和年龄。②家族中有无传染病(如梅毒、结核、肝炎等),先天性疾病、遗传性疾病(如血友病、白化病等)或与遗传有关的疾病(如糖尿病、精神病、高血压病、冠心病等)。③必要时了解患者非直系亲属的健康状况,如血友病应追问外祖父、舅父及姨表兄弟等有无类似患者,可绘出家谱图示明。

第二章 体格检查

第一节 一般检查和头颈部检查

【目的要求】

①学会对一般状态、皮肤粘膜、淋巴结及头颈部的检查方法及其顺序。②了解正常状态和异常表现的临床意义。

【实习方法】

①先由教师做检体示教,同学2人一组,互相检查,老师作指导。②实习前应备好体温计、血压计、听诊器、手电筒、压舌板、棉签、笔记本等。③检查者站在受检查者右侧,要有适当的光线,安静的环境。视诊要在自然光线下进行。

【实习内容】

一、全身状态检查

1. 性别
2. 年龄
3. 生命征

(1)体温 用体温计测量。①测量方法:口测法:将消毒的体温计置于舌下,紧闭口唇,5min后取出读数。正常范围 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。腋测法:将消毒的体温表汞柱端放入腋窝的顶部,夹紧上臂,10min后取出读数。正常范围 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,为临床常用方法。肛测法:取侧卧位,将肛门温度计(肛表)头部涂以润滑剂,徐徐插入肛门达体温计的一半处为止,测量5min后取出读数。正常范围 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。②记录方法:正常人体温在24h内略有波动,一般相差不超过 1°C 。将体温测量的结果按时描记于体温记录单上,连成的曲线,即体温曲线。③测量误差常见原因:测量前未将体温计的汞柱甩到 36°C 以下;腋测法时未把体温计夹紧;检测局部存在冷热物品或受到刺激。

(2)脉搏 正常成人脉率休息时为 $60\sim 100$ 次/分。节律规则,强弱适中,脉率 < 60 次/分,称缓脉。脉率 > 100 次/分,称速脉。

(3)呼吸 正常成人呼吸 $16\sim 18$ 次/分。呼吸与脉搏的比例为 $1:4$ 。节律均匀,深浅适度。呼吸频率 < 12 次/分,称呼吸过缓。呼吸频率 > 20 次/分,称呼吸过速。

(4)血压 ①测定方法:临床常用血压计测压法。②操作规程:检查前0.5h禁烟,安静休息5~10min;取仰卧位或坐位;右上肢裸露伸直并轻度外展;肘部置于心脏同一水平;将气袖均匀置于上臂(气袖与皮肤的间隙可置入2个横指,其中央位于肱动脉表面,其下缘距肘窝约3cm);扪及肱动脉搏动并把听诊器胸件置其上(胸件不能置于气袖与皮肤间隙内);边充气边

听诊;闻肱动脉搏动声消失再升高 20~30mmHg;缓慢放气;平视汞柱表面读出血压值。③收缩压和舒张压的判断:听到动脉搏动声第一响时的血压值为收缩压,声音消失时的血压值即为舒张压。如声音消失距离明显变调 20mmHg 以上,则应将此两数同时记录。④脉压与上下肢血压差别:收缩压和舒张压之差值为脉压,舒张压加 1/3 脉压为平均动脉压。正常脉压为 30~40mmHg,正常双上肢血压差别为 5~10mmHg,正常下肢血压高于上肢血压达 20~40mmHg。⑤血压标准和血压变动见表 2-1-1。

表 2-1-1 血压水平的定义和分类(18 岁以上成人)

类别	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
理想血压	<120	<80
正常血压	<130	<85
正常高值	130~139	85~89
1 级高血压(“轻度”)	140~159	90~99
亚组:临界高血压	140~149	90~94
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
亚组:临界收缩期高血压	140~149	<90

4. 发育与体型

(1)发育的记录方法 发育以“正常”和“发育异常”(超常、迟缓)记录(通常以年龄与智力、体格成长状态是否均衡来判断)。

(2)正常发育的指标 一般判断成人发育正常的指标为:①头部的长度为身高的 1/7~1/8;②胸围等于身高的一半;③两上肢展开的长度(两指端距)等于身高;④坐高等于下肢的长度。

(3)体型分型 成人的体型分为三型:①无力型:体高肌瘦,颈细长,垂肩,胸廓扁平,腹上角小于 90°。较易患消化性溃疡和肺结核等病。②正力型:体格各部结构匀称适中,正常人一般多为此型。③超力型:体矮健壮,颈粗短,面红,肩平,胸廓宽阔,腹上角>90°。此型较易发生肥胖症、动脉硬化、高血压等病。

5. 营养状态

(1)判断方法 简便的方法是测量体重和检查皮下脂肪的充实度。①体重:成人的“标准”体重(kg)=身高(cm)-105。增减 10%以内均属正常。②皮下脂肪测量:测量前臂内侧及上臂背侧下 1/3 处脂肪的厚度或充实的程度。

(2)描述方法 在临床上,通常用良好、中等、不良三个等级描述营养状态。①良好:面色红润光泽、皮下脂肪丰满有弹性,肋间隙及锁骨上窝平坦,肌肉结实丰满。指甲、毛发光泽等。②不良:皮肤粘膜干燥,弹性差,皮下脂肪菲薄,肌肉松弛无力,指甲粗糙无光泽,毛发稀疏枯萎,肋间隙与锁骨上窝深陷,肩胛骨与髂骨嶙峋突出(极度消瘦,营养不良,舟状腹等营养状态称“恶病质”)。③中等:介于上述二者之间。营养不良多见于摄食不足,消化吸收不良,或消耗过多等。肥胖常见于单纯性肥胖或继发于某些内分泌疾病等。

6. 意识状态

(1)概念 意识是大脑功能活动的综合表现。正常人意识清晰,反应灵敏,思维合理,语言流利,表达准确。凡能影响大脑功能活动的疾病均可引起程度不同的意识改变,称为意识障碍。

(2)意识障碍的类别

1)嗜睡 是最轻的意识障碍,是病理的睡眠状态,但能被唤醒。醒后能简单回答问题。但停止刺激后即又入睡。

2)意识模糊 是较嗜睡程度深的意识障碍。有定向力障碍,思维和语言不连贯,可有错觉与幻觉,躁动不安、谵语或精神错乱。

3)昏睡 是较严重的意识障碍,患者处于接近昏迷的状态,不易唤醒。在强刺激下(如压迫眶上神经,摇动患者的身体等)可被唤醒,但很快又入睡。醒后不能准确回答问题。

4)昏迷 是最严重的意识障碍。意识丧失,对高声呼唤无任何反应。按其程度可分为:①浅昏迷:对疼痛的刺激有躲避反应或痛苦表情。吞咽反射、咳嗽反射、角膜反射、瞳孔对光反射,眼球运动等均存在。②中度昏迷:对周围事物及各种刺激均无反应,对强刺激可出现防御反射,浅反射减弱。③深昏迷:对各种刺激全无反应,全身肌肉松弛。深浅反射均消失,偶有深反射亢进或出现病理反射。此时机体仅能维持呼吸与血液循环功能。

5)谵妄 是一种以兴奋性增高为主的意识障碍,表现意识模糊,定向力障碍,错觉与幻觉,躁动不安及语言错乱等。

7. 面容与表情 ①面容:常见典型面容有健康面容、急性病容、慢性病容、病危面容、贫血面容、甲状腺功能亢进面容(图 2-1-1)、粘液性水肿面容(图 2-1-2)、二尖瓣面容(图 2-1-3)、肢端肥大症面容(图 2-1-4)、伤寒面容、苦笑面容、满月面容(图 2-1-5)等。②表情:安静、烦躁、痛苦、淡漠、激动、忧虑、惊愕等。

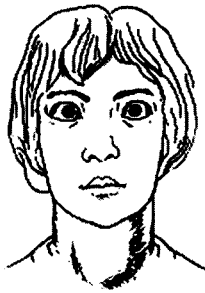


图 2-1-1 甲状腺功能亢进面容



图 2-1-2 粘液性水肿面容

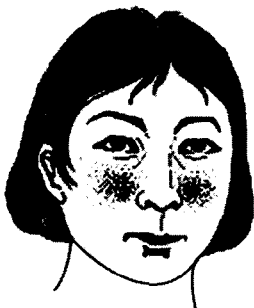


图 2-1-3 二尖瓣面容



2-1-4 肢端肥大症面容

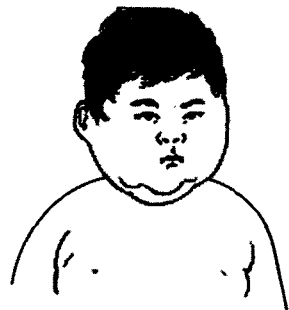


图 2-1-5 满月面容

8. 体位 ①自动体位:身体可自由活动不受限制。见于正常人与一般轻症患者。②被动体位:患者不能自己调整或变换体位,见于极度衰弱、肢体瘫痪或昏迷患者。③强迫体位:患者被迫采取某种体位,以减轻痛苦。如强迫仰卧位、强迫侧卧位、强迫坐位、强迫蹲踞位、强迫停立位、辗转体位、角弓反张位等。

9. 姿势与步态 ①姿势:指举止状态。正常人躯干端正,肢体活动灵活。②步态:步态稳健、步态异常(蹒跚步态、醉汉步态、共济失调步态、慌张步态、跨阈步态、剪刀式步态、偏瘫步态等)(图 2-1-6~8)。



图 2-1-6 慌张步态



图 2-1-7 跨阈步态



图 2-1-8 剪刀式步态

二、皮肤与毛发检查

1. 颜色 苍白、发红、发绀、黄染、色素沉着或脱失等。

2. 湿度与出汗 皮肤的湿度与出汗多少有关。全身皮肤潮湿多汗常见于风湿热、结核病等。甲状腺功能亢进和佝偻病等常伴有出汗。夜间睡后出汗称为盗汗,是结核病的重要征象。冷汗常见于休克和虚脱患者。皮肤干燥无汗见于脱水、粘液性水肿、维生素 A 缺乏症等。

3. 弹性

(1)弹性检查 应以上臂内侧皮肤为准。

(2)检查方法 ①检查者以左手握住受检者右腕部;②将其上臂轻度外展;③右手拇指与示指捏起患者上臂内侧肘上 3~4cm 处皮肤;④片刻后松手,观察皮肤皱折平复的情况,以良好、减弱记录之。

4. 皮疹 ①常见原因和临床类型:常见原因有传染病、皮肤病以及药物或其他物质过敏等。临床上有斑疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹等类型。②检查注意:正常人通常无皮疹。若发现皮疹,应仔细观察并记录皮疹出现部位、出疹顺序、分布、形态、大小、颜色,以及压之是否褪色,平坦或隆起,持续时间,有无瘙痒、脱屑等。

5. 皮下出血

(1)常见种类 ①瘀点:直径小于 2mm;②紫癜:直径 3~5mm;③瘀斑:直径在 5mm 以上;④血肿:片状出血伴局部显著隆起。

(2)与皮疹和小红痣的鉴别 皮疹压之可褪色或消失,瘀点和小红痣压之不褪色,但小红痣触之稍高于皮面,且表面光亮。

6. 蜘蛛痣与肝掌

(1)蜘蛛痣 ①概念:是由皮肤小动脉末端分支性扩张而形成的形态特异的血管痣(图 2-