

世界经典医



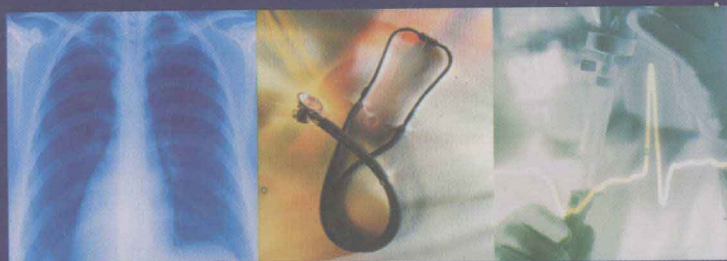
学名著译丛

高级临床技巧 与查体诊断

ADVANCED CLINICAL
SKILLS AND PHYSICAL
DIAGNOSIS

第2版

- 原著 [美] DALE BERG
- 主译 刘梅颜
- 主审 胡大一



世界图书出版公司

高级临床技巧与查体诊断

ADVANCED CLINICAL SKILLS AND PHYSICAL DIAGNOSIS

原 著：[美] Dale Berg

主 译：刘梅颜

主 审：胡大一

译 者：(按姓氏拼音排序)

郭亚东 郭 远 韩学哲 李丽君 刘 彤
马 军 秦 勇 石志红 谭泽峰 王 勇
徐安定 杨建刚 张 林

世界图书出版公司

西安 北京 广州 上海

图书在版编目(CIP)数据

高级临床技巧与查体诊断/(美)伯格(Berg, D.)主编;刘梅颜译. —西安:世界图书出版西安公司,2010.10

书名原文:Advanced Clinical Skills and Physical Diagnosis

ISBN 978-7-5100-0331-8

I. 高... II. ①伯... ②刘... III. 常见病—诊疗 IV. R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第093765号

版权贸易合同登记号25-2005-099

All Rights Reserved. This translation published under license. © 2004 by Dale Berg, MD. 本书译自 Dale Berg 主编的 Advanced Clinical Skills and Physical Diagnosis(2nd Edition)。

This edition is published by arrangement with **Blackwell Publishing Ltd**, Oxford. Translated by **Xi'an World Publishing Corp** from the original English language version. Responsibility of the accuracy of the translation rests solely with **Xi'an World Publishing Corp** and is not the responsibility of **Blackwell Publishing Ltd**.

Blackwell Publishing Ltd, Oxford 授予世界图书出版西安公司简体中文专有翻译、出版和发行权。翻译内容准确性之责任与 Blackwell Publishing Ltd 无关,出版者不对应用其中信息产生的任何后果承担责任。

高级临床技巧与查体诊断

原 著	[美] Dale Berg
主 译	刘梅颜
策 划	马可为
责任编辑	张隆欣 陈 岚

出版发行 世界图书出版西安公司

地 址 西安市北大街85号

邮 编 710003

电 话 029-87214941 87233647(市场营销部)
029-87232980(总编室) 029-87279675(传真)

经 销 全国各地新华书店

印 刷 陕西金德佳印务有限公司

开 本 145 mm × 210 mm 1/32

印 张 13.25

字 数 320千字

版 次 2010年10月第1版 2010年10月第1次印刷

书 号 ISBN 978-7-5100-0331-8

定 价 65.00元

序 言

“学习去看、去听、去闻、去感觉，要知道仅仅通过亲身实践，你也能成为专家。医学是在病床旁学习的，而不是在课堂里。”

——威廉·奥斯勒

正确并熟练地使用查体诊断技巧是提供高质、高效且经济的卫生服务的必要条件。当医者以科学严谨的态度实施查体技术并对检查结果加以解释，同时结合患者的病史，将会获得十分重要的数据，并据此评估疾病和制订治疗计划。

过去几年，我们已引入了一些相关课程，包括由我们这个团队撰写的《高级查体诊断》，其目的是强化基本查体诊断技巧，并给予新入职和在职的医护人员更多高级查体诊断技巧的培训。尽管目前已经有很多查体诊断方面的大部头教材，但几乎没有哪本书可以补充和支持这类课程的发展或者是辅助医学生提高其诊断灵敏性，而这些对于一名医生而言是如此重要。本书即为顺应此需求而编著。

本书的编辑思路是“以问题为基础，以结果为导向”。全书内容按解剖部位“从头至脚”编排，每章均分为三个部分：基本检查，高级检查，诊断。

每章的前两部分（基本检查和高级检查）采用基本的医学语言描述。每章的第一部分描述基本检查中需要用到的特殊操作和技术。所有临床医师都应了解并熟练掌握这些基本检查技术。每种操作的“步骤”都以简练的语言逐一描述，并记录特异性检查结果。“结果”定义为由检查者的检查所得，即所看、所听、所触以及这

些检查结果的诊断学意义。这些结果可能指导检查者实施其他进一步的高级操作。每章的第二部分描述高级查体技术，以“某某症状患者的检查”编排，这些技术是基本检查完成之后的进一步查体步骤。根据检查者的观察（与基本检查一样）可获得不同的结果，并据此作出特异性诊断。

在诊断部分，每个诊断都有更加详尽的解释，主要包括：发病机制、病理生理、症状和体征、生化或影像检查、治疗乃至转诊。诊断部分与检查部分互为参考，使得临床医师通过基本检查和高级检查作出试验性诊断后，可以迅速研读这一诊断。

以第12章的“膝关节内侧痛”为例。确定部位的技术在基本检查部分。读者在实施基本检查后，可跳至高级检查部分的“膝关节内侧痛患者的检查”来实施特殊检查。如结果显示膝关节内侧痛且外翻应力试验阳性，则提示“内侧副韧带扭伤”的诊断。之后，读者可以在诊断部分查到“内侧副韧带扭伤”的详细解释。

此次第2版中插入了大量最新拍摄的图片，包括一系列操作中特殊步骤的典型发现和目视图像。本版书也重点介绍了肌肉骨骼系统的检查（特别针对运动相关损伤）以及临床医师可用的新技术。

本书作为工具书，进一步推动了查体诊断领域的工作，进一步完善了查体诊断的内容，再次强调了基本技能课程的学习，同时激励各个阶段的医学生成为查体诊断领域的佼佼者。

Dale Berg

译者的话

物理检查是临床医师必备的基本技能，而积极客观地完成物理检查是专科医师开始职业生涯的先决条件之一。这是当年我在西安医科大学就读时，我的导师吕卓人教授反复提醒我们的话，我一直牢记在心，不敢忘记。往事历历在目，想来百感交集。吕老师做科研冷静客观，一丝不苟；做医生富有热情又周密严谨。他一直对患者床旁的物理检查极其重视，并致力于在中国医生中传播规范而实用的物理诊断技术和心脏听诊技术，在诸多有创且昂贵的诊疗技术快速发展的今天，这种坚持显得尤其重要，这不仅是由于这种基本技能在获得诊疗线索方面更加便捷实用，还体现了医师在床旁向患者传递关爱和帮助的医学精神。

本书涉及综合医院各学科常见疾病的物理检查方法、诊疗思路和应对措施，有效而实用。编译工作最初由吕卓人教授亲自组织，在他去世后编译工作曾一度中断，后在诸位同仁的努力下最终完成；我的博士生导师胡大一教授也在百忙中拨冗，为本书的编译工作提出了许多宝贵意见。可以说，这本书凝聚了各学科专家们的智慧和心血，也饱含了世界图书出版西安公司编辑们的无私奉献。在此向各位付出的辛勤努力表示最诚挚的谢意！

本书文风简洁，图文并茂，更强调常规处理和系统评价，突出以患者为中心展开临床实践，进行科学决策。本书适合研究生、全科医师及专科医师参考阅读。

刘梅颜

2010年5月18日

目 录/contents

第 1 章	生命体征	(1)
第 2 章	头颈、耳、鼻、咽喉	(8)
第 3 章	眼	(46)
第 4 章	心脏	(77)
第 5 章	胸部、肺	(109)
第 6 章	腹部	(126)
第 7 章	神经系统	(151)
第 8 章	手指、手和腕	(196)
第 9 章	肘	(219)
第 10 章	肩	(229)
第 11 章	髋关节、背部	(252)
第 12 章	膝	(268)
第 13 章	足、踝	(290)
第 14 章	皮肤	(312)
第 15 章	女性生殖系统	(365)
第 16 章	男性生殖系统	(389)



第1章 生命体征

基本检查

体温测量：耳或口表

【步骤】用耳或口（舌下）表测量体温 $[(^{\circ}\text{F}-32) \times 0.5556 = (^{\circ}\text{C})]$ 。

【结果】98.2~98.8 $^{\circ}\text{F}$ ：正常

99.0~100.5 $^{\circ}\text{F}$ ：低热

> 100.5 $^{\circ}\text{F}$ ：发热

< 98.0 $^{\circ}\text{F}$ ：体温降低；耳眦填塞

体温测量：肛表

【步骤】使用肛表测量体温。

【结果】99.2~99.8 $^{\circ}\text{F}$ ：正常

100.0~101.5 $^{\circ}\text{F}$ ：低热

> 101.5 $^{\circ}\text{F}$ ：发热

< 99.0 $^{\circ}\text{F}$ ：体温降低

血压测量：血压计

【步骤】患者坐位或仰卧位，将袖带绕于上臂，距肘窝上 1 cm 处，触诊桡动脉，血压计气囊充气直至脉搏消失。将听诊器膜件置于肘窝处，以 2 mmHg/s 的速度放气，同时听诊，注意记录搏动出现及消失时的压力值（Korotkoff 音）。

注意：成人使用成人袖带，儿童使用儿童袖带。

【结果】搏动声音出现时的压力值为收缩压（SBP），声音消失时的压力值为舒张压（DBP）（1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa）。

<120/80 mmHg: 正常

120~129 mmHg/81~85 mmHg: 高血压前期

130/86 mmHg: 早期高血压

140/90 mmHg: 高血压

测量脉率及节律

【步骤】用示指、中指指尖，触诊桡动脉、颈动脉或股动脉搏动，注意每分钟脉动的次数及节律。

【结果】60~99/min: 正常

>100/min: 心动过速

<60/min: 心动过缓

节律绝对不规则: 心房颤动

节律规整: 正常

检查呼吸型

【步骤】患者平静呼吸，计数至少 30 s 患者的呼吸频率及呼吸型（图 1-1）。

【结果】10~14/min: 正常

>16/min: 呼吸过快

呼吸规则: 正常

存在深而快的呼吸（Kussmaul 征，图 1-1B）：严重代谢性酸中毒

每 4~5 个同样深度的呼吸与不规则的呼吸暂停交替出现（Biot 征，图 1-1C）：颅内压升高

出现逐渐深快的呼吸之后呼吸暂停，如此循环（Cheyne-Stokes 征，图 1-1D）：严重颅内缺氧；严重前向性心力衰竭（见第 4 章）

测量体重

【步骤】称重患者，与以前的体重比较。

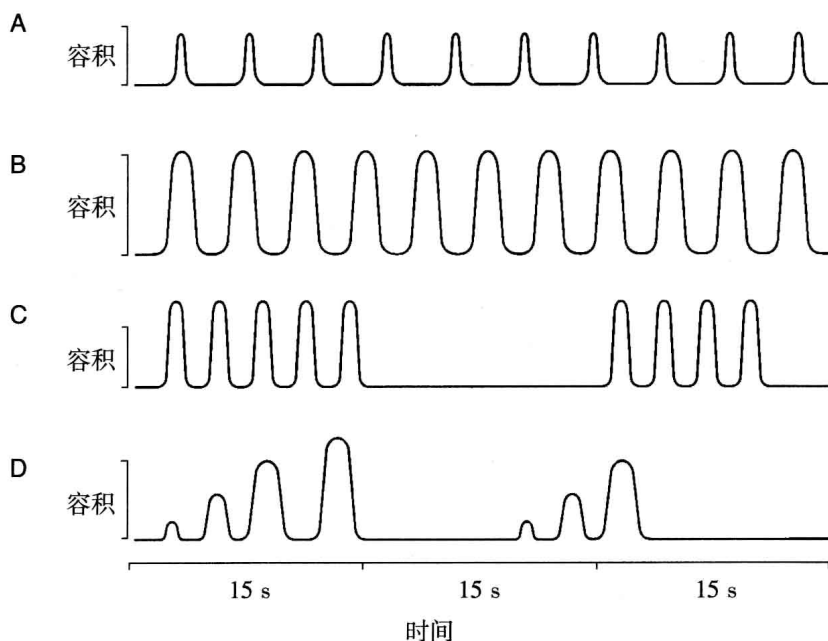


图1-1 呼吸型

A. 正常。B. Kussmaul 征。C. Biot 征。D. Cheyne-Stokes 征。

【结果】 体重增加伴水肿：容量过多

体重减低伴起立时头晕、心悸：容量不足

超过标准身高体重的 10%：肥胖

超过标准身高体重的 20%：病态肥胖

高级检查

◆发热患者的检查

研究热型

【步骤】 每 6~8 h 测量并记录患者体温。可通过这些数据发现患者热型。

【结果】 发热，且体温波动 $<1^{\circ}\text{C}$ ：稽留热

发热，且每 24 h 体温波动 $>2^{\circ}\text{C}$ ：弛张热

无热期与发热交替出现：间歇热

发热数天继之出现数天无发热，如此间歇出现：Pel-Ebstein 热（周期性发热）

◆ 血压升高患者的检查

Osler 试验

【步骤】患者仰卧位。

1. 以标准方法测量血压。
2. 血压计重新充气至略高于 SBP，同时触诊桡动脉搏动及动脉。

【结果】在 $\geq$ SBP 的水平脉搏及动脉均未触及：正常

脉搏触不到但可触及动脉的存在（Osler 试验阳性）：严重外周动脉硬化引起的假性高血压

测量双上肢血压

【步骤】分别测量右上肢、左上肢及左下肢血压，注意有无差别。

【结果】SBP 差别 $<10\text{ mmHg}$ ：正常

右上肢 SBP 超过左上肢 SBP 达 20 mmHg ：考虑主动脉狭窄（见第 4 章）

计算脉压

【步骤】测量 SBP 及 DBP，差值即为脉压。

【结果】脉压为 SBP 的 25%~50%：正常

脉压 $>50\%$ SBP：主动脉瓣关闭不全（见第 4 章）；高输出量状态（如甲状腺功能亢进）

脉压 $<25\%$ SBP：心包积液伴心脏压塞（见第 4 章）；缩窄性心包炎（见第 4 章）

记录所见要点

生命体征

“VSS”

血压 (BP)*

左上肢____mmHg

仰卧位

立位

○____mmHg

♀____mmHg

○____/min

♀____/min

右上肢____mmHg

仰卧位

立位

○____mmHg

♀____mmHg

○____/min

♀____/min

心率 (HR) ____/min

节律 规则 ☐不规则 ☐绝对不规则 ☐

呼吸频率 (RR) ____/min

体温 ____°F

____°C

体重 ____kg

既往体重 ____时间____

脉搏氧 (脉搏血氧饱和度) ____%

*注: 如果存在容量不足, 应测量立位数据

心房颤动

由于心房增大、缺血或甲状腺功能亢进引起的心房异常、随机、无效的颤动。症状：头晕、眼花、心悸、气短和胸痛。体征：心率 40~200/min，心律绝对不齐；可能出现第三心音（S₃）奔马律。检查和治疗：心电图、超声心动图，促甲状腺素（TSH）检查；建议就诊于心脏病专家，治疗包括控制心室率、复律及抗凝。

心动过缓

心率 < 60/min。病因可能有生理性的，如高强度训练的运动员，其他病因包括 β 受体阻断剂、地高辛的应用及病态窦房结综合征或缺血性心脏病。

稽留热

见“发热”。

发热

体温升高。低热见于病毒感染，而高热可能由于细菌或其他病原体感染。3 种常见的热型包括：稽留热，体温波动非常小；弛张热，体温波动明显但从不会降至正常，例如由间日疟原虫引起的每日疟；间歇热，可出现体温正常期，例如由不同种类疟原虫引起的间日疟或四日疟。

高血压

由原发（特发性）或继发（如肾动脉硬化、库欣综合征、嗜铬细胞瘤、主动脉狭窄）因素引起的 SBP 和（或）DBP 异常升高。在病程早期可无症状。在病程晚期，症状及体征与靶器官损害及基础疾病相关，如视网膜损害——火焰状出血、硬性渗出、视乳头水肿；心力衰竭——捻发音、奔马律、出现 S₄ 或 S₃、晚期出现心尖

搏动最强点偏移；进展性动脉硬化疾病——血管杂音；主动脉瘤——搏动性腹部包块。同时可见基础疾病的体征：肾动脉狭窄——腹部血管杂音；库欣综合征——满月脸、紫纹和肥胖；动脉狭窄——左右两侧血压不等。仅有 SBP 增高的老年患者需进行 Osler 试验以便检出假性 SBP 升高（假性高血压）。检查和治疗：发现靶器官受损，控制动脉硬化的危险因素，以及使用药物控制血压至正常。

Pel-Ebstein 热

恶性淋巴组织增生性疾病（如霍奇金病）引起的发热。症状和体征：盗汗、未觉察的体重减轻及一群或多群淋巴结无痛性、橡皮样增大；进展期体征：脾肿大、肝肿大和由于继发性贫血所致的黏膜、甲床苍白。检查和治疗：就诊于肿瘤专家，进行骨髓和（或）淋巴结活检及相应治疗。

假性高血压

见“高血压”。

严重的代谢性酸中毒

见于产生阴离子过多的疾病，最常见的是糖尿病酮症酸中毒（DKA）。症状和体征：意识水平减退（甚至昏迷）、呼吸酮味和 Kussmaul 呼吸（图 1-1B）。辅助检查：动脉血气分析及基础生化检查；如果阴离子间隙增加，应检查血清酮、乳酸、乙二醇、甲醇和水杨酸水平。治疗：住院、补液以及治疗基础疾病（例如在 DKA 时使用胰岛素）。

心动过速

心率 $>100/\text{min}$ 。原因可以是生理性的，如在运动后发生；其他原因包括容量过多、甲状腺功能亢进、发热、贫血及焦虑。治疗主要是针对病因。

（石志红 译）



第2章 头颈、耳、鼻、咽喉

基本检查

外耳检查

【步骤】视诊和触诊双侧耳廓。

【结果】耳轮上缘触及无痛性突起：Darwin 小结（正常解剖变异）

耳轮和对耳轮边缘有一个或多个轻微触痛的硬质突起：痛风石

整个外耳弥漫性充血、肿胀、疼痛：恶性外耳炎（彩图1）

无痛性增厚，失去全部外耳道结构：菜花状耳（严重外伤后的陈旧性损伤）

直接耳镜检查：外耳道

【步骤】轻轻向后上牵拉耳廓上缘，将耳镜置入耳道（图 2-1），视诊该侧外耳道；用同样方法检查对侧外耳道。

【结果】耳道弥漫性水肿、充血：外耳道炎

与外耳道骨壁相连的坚硬结节，其表面覆盖正常皮肤：外生骨疣

耳道被褐色蜡状物质充填：耵聍栓塞

直接耳镜检查：鼓膜

【步骤】轻轻向后上牵拉耳廓上缘，将耳镜置入耳道（图 2-1），视诊鼓膜（TM）。对侧鼓膜同法检查。

【结果】鼓膜呈现灰白、半透明状：正常结构（彩图 2）

鼓膜脐部（锤骨头）和柄部（锤骨柄）标志清楚，略微外凸：正常结构（彩图 2）



图 2-1 耳镜检查步骤

检查者向上、向后轻轻牵拉耳廓，将耳镜轻柔放入外耳道，以便对外耳道或鼓膜进行检查。

顶点在鼓膜脐部、底边指向前下的三角形反光“光锥”：
正常结构（彩图 2）

鼓膜外周弥漫性充血：中耳炎（OM）（彩图 4）

鼓膜内陷，呈淡黄色，锤骨明显外突并呈白色，鼓膜内侧见气泡，光锥消失：分泌性中耳炎（彩图 3）

鼓膜弥漫性发红，外周血管扩张：化脓性中耳炎（早期）

鼓膜表面的锤骨柄、脐部和光锥等标志消失，鼓膜向外膨隆：化脓性中耳炎（彩图 4）

鼓膜上有一个或多个囊泡，内含透明或血性液体，每个囊泡底部都有淤点：大疱性鼓膜炎

鼓膜下方有塑料或金属孔，通常在鼓膜脐部正下方附近：
鼓膜置管

鼓膜外周（紧张部）有破孔，经常流出脓性或血性分泌物：
鼓膜穿孔

后上象限鼓膜穿孔附近区域可见黄白色、角蛋白样包块病变：胆脂瘤

鼓膜后可见血液（血鼓室）：颅底骨折

视诊和触诊外鼻

【步骤】视诊和触诊外鼻骨性和软骨结构。

【结果】鼻部皮肤发红、增厚、有硬结，但无触痛，伴毛细血管扩张：肥大性酒渣鼻

双眼周围有淤斑，跨过鼻梁上部（熊猫眼，图 2-2）：颅底骨折

鼻骨错位，鼻梁上部有淤斑：鼻骨折

视诊口咽

【步骤】令患者尽量张大嘴并发出“啊——”的声音，在光源下视诊口腔、牙龈及咽部黏膜。

【结果】黏膜上多发白斑，基底呈红色（图 2-3）：鹅口疮（念珠菌病）

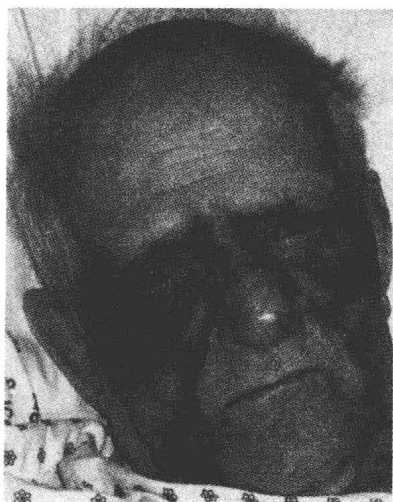


图 2-2 熊猫眼

颅底骨折引起的特殊眼眶周围淤斑和相关的面部损伤。

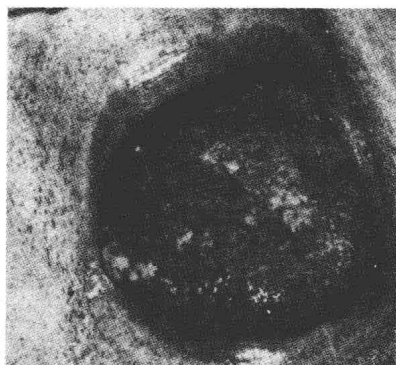


图 2-3 鹅口疮

黏膜和舌表面上的白色厚膜，是念珠菌感染的特殊表现。