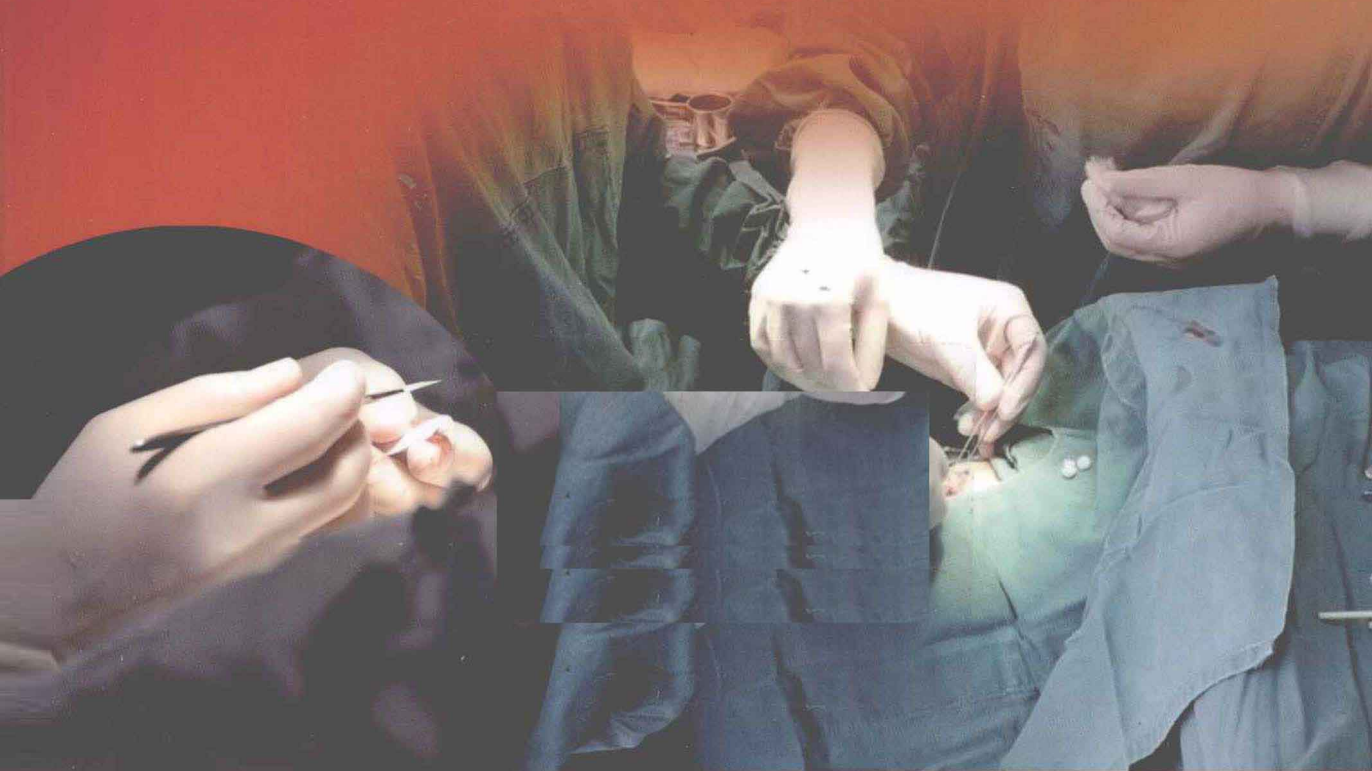




中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

临床技能操作

赖 雁 主编



科学出版社



中国医学科学院医学博士专业学位
全国高等医药院校推荐教材

临床技能操作

第二版



人民卫生出版社

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

临床技能操作

主 编 赖 雁

副主编 陈登榜 曾 俊 吴泽全

编 委(以姓氏笔画为序)

王西岩	代吕霞	任 佳	刘 敏	朱 力
李红松	杨 林	张少轶	吴少平	吴泽全
宋晓勤	陈晓勤	陈登榜	罗 健	周小东
黄晓山	鲁利群	曾 俊	赖 雁	

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

《临床技能操作》这本教材是参考了大量临床最新资料,结合长期在临床工作中总结出来的经验并广泛征求了有关医院及专业技术人员的意见,认真进行了修改而完成的。内容包括病史采集、体格检查、专科体格检查、临床常用诊断操作技术、临床常用急救操作技术、临床常用基本操作技术、常用心电图阅读技能、常用影像诊断读片技能等,其中问诊、体格检查有示例、具体操作解析和配图;诊断操作技术、急救操作技术特别突出操作要点;心电图、影像诊断强调掌握阅读和读片技能,最后配有相应的病例分析锻炼学生的临床思维能力。

本书具有较强的实用性、规范性,是临床医学教材也是临床医务人员进行临床技能操作的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

临床技能操作 / 赖雁主编. —北京:科学出版社,2012.6

中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材

ISBN 978-7-03-034384-0

I. 临… II. 赖… 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(2012)第 102658 号

责任编辑:邹梦娜 / 责任校对:张怡君

责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京市农林印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2012 年 6 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2012 年 6 月第一次印刷 印张:15

字数:354 000

定价:34.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

临床操作技能在临床工作中是最重要、最常规的技能之一。要成为合格的医生除了要有系统的理论知识,还必须熟练掌握临床操作技能。为了培养出更多具有较强创新能力、临床思维能力、临床动手能力和社会适应能力,医德高尚的医学人才,我们参考国家执业医师资格考试大纲编写了《临床技能操作》。它从临床实际工作出发,综合了临床各主要学科和相关学科的常用技能,旨在重点培养和提高学生的临床操作技能、临床思维能力,为临床专业课学习打下坚实的基础。同时学好这门课程对临床医学生今后的实习、招聘就业、临床工作都大有益处。

《临床技能操作》这本教材,共分九章,52节,约19万字,图表约百余幅。内容包括病史采集、体格检查、专科体格检查、临床常用诊断操作技术、临床常用急救操作技术、临床常用基本操作技术、常用心电图阅读技能、常用影像诊断读片技能等,其中问诊、体格检查有示例、具体操作解析和配图,诊断操作技术、急救操作技术特别突出操作要点,心电图、影像诊断强调掌握阅读和读片技能,最后配有相应的病例分析,锻炼学生的临床思维能力。本书具有较强的实用性、规范性,它是临床医学教材也是临床医务人员进行临床技能操作和执业医师考试的参考书。

在编写中参考了大量临床最新资料、教材,结合长期在临床工作中总结出来的经验并广泛征求了各有关医院及专业技术人员的意见,认真进行了修改。最后由成都医学院副院长郝明教授进行了全面审查,在此一并致谢。

由于我们经验不足、水平有限,不足之处恳请使用本书的师生及时提出宝贵意见,本人不胜感谢。

主 编

2011年11月

目 录

前言

第一章 病史采集	(1)
第一节 问诊的重要性	(1)
第二节 问诊的内容	(1)
第三节 问诊的方法与技巧	(3)
第四节 特殊情况问诊技巧	(3)
第五节 问诊示范	(4)
第二章 体格检查	(8)
第一节 基本及一般检查	(8)
第二节 头颈部检查	(21)
第三节 胸廓及肺脏的检查	(30)
第四节 心脏及血管检查	(41)
第五节 腹部检查	(56)
第六节 脊柱与四肢检查	(65)
第七节 神经系统检查	(71)
第八节 全身体格检查	(81)
第三章 专科体检	(83)
第一节 儿科体格检查	(83)
第二节 妇产科体格检查	(89)
第三节 口腔检查	(101)
第四节 耳鼻喉科体格检查	(104)
第四章 临床常用诊断操作技术	(112)
第一节 胸膜腔穿刺术	(112)
第二节 腹膜腔穿刺术	(113)
第三节 腰椎穿刺术	(115)
第四节 骨髓穿刺术	(116)
第五章 临床常用急救操作技术	(118)
第一节 心、肺、脑复苏术	(118)
第二节 电除颤	(121)
第三节 止血及包扎技术	(123)
第四节 骨折固定术	(134)
第五节 伤员搬运术	(136)
第六节 心内注射术	(139)
第六章 临床常用心电图阅读技能	(140)
第一节 心电图机介绍及操作	(140)
第二节 正常心电图	(141)

第三节 房室肥大	(143)
第四节 快速性心律失常	(146)
第五节 缓慢性心律失常	(150)
第六节 冠心病的心电图改变	(154)
第七章 临床常用影像诊断读片技能	(159)
第一节 总论	(159)
第二节 头颈部常见病读片	(162)
第三节 胸部常见病读片	(169)
第四节 腹盆部常见病读片	(174)
第五节 脊柱、脊髓与四肢骨骼常见病读片	(179)
第八章 实验诊断常用操作技能及结果判读	(185)
第一节 血、尿、粪常规检查	(185)
第二节 粪便检验	(194)
第三节 肾功能检查	(195)
第四节 肝功能检查	(197)
第五节 电解质检查	(202)
第六节 空腹血糖检查	(204)
第七节 乙型肝炎病毒免疫标志物测定	(205)
附 检验报告单判读	(207)
第九章 病例分析	(220)
第一节 呼吸系统	(220)
第二节 循环系统	(222)
第三节 消化系统	(224)
第四节 泌尿系统	(227)
第五节 血液、内分泌系统	(229)

第一章 病史采集

第一节 问诊的重要性

问诊是医生通过对患者系统询问获取病史资料,经过分析综合而做出临床判断的一种诊法。是临床医生必须掌握的、最重要的基本技能之一。医师利用疾病自然病史及其表现来确定与疾病相关细节及疾病先后顺序,并对其进行彻底的评价并予以记录。

第二节 问诊的内容

以下是全面系统问诊的内容,也是住院病历所要求的内容。问诊时其顺序可根据具体情况做适当的调整,以利于问诊顺利进行。

1. 一般项目 包括:姓名、性别、年龄、出生地、民族、职业、婚姻、工作单位、家庭详细住址、通信地址、电话号码、入院日期、病历记录日期、病史陈述者及可靠程度等。记录年龄时应填写实足年龄,不可用“儿童”或“成人”代替,而且年龄本身也有一定的诊断参考意义。如果病史陈述者不是患者本人,则应注明其与患者的关系。

2. 主诉 为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状和(或)体征及持续时间,也是促使其就诊的最主要的原因。主诉要简明,应用一两句话概括,一般不超过 20 个字。如“发热、咳嗽 3 天,加重伴左胸痛 1 天”。主诉记录不用诊断用语,如“患糖尿病 1 年”,而应写成“多饮、多食、多尿、消瘦 1 年”。对于病程长、病情复杂的病例,应结合整个病史,综合分析,归纳出其患病特征的主诉。对当前无症状,诊断资料和入院目的十分明确的患者,也可以用以下方式记录,如“确诊白血病 3 年,复发 10 天”、“发现血压升高 2 个月”。

3. 现病史 是病史中的最主要部分,它记述了疾病发生、发展、演变和诊治的主要经过。可按以下内容和程序询问。

(1) 起病时的情况与患病的时间:详细询问起病的情况对诊断具有重要作用。如心绞痛、急性胃肠穿孔等起病急骤,而肺结核等起病较缓慢。部分疾病的起病常与某些因素有一定关系,如脑血栓形成常发生于睡眠时;而脑出血、高血压危象常发生于激动或情绪紧张时。患病时间指从起病到就诊或入院的时间,时间长短可按数年、数月、数日计算,发病急骤者可以小时、分钟为单位。

(2) 主要症状的特点:包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度、加剧或缓解的因素。了解上述特点对判断疾病所在系统以及病变的部位、范围和性质有一定帮助。如上腹部痛多为胃、十二指肠或者胰腺的疾病;右下腹急性腹痛多为阑尾炎症,若患者为女性还应考虑到卵巢或输卵管疾病;全腹痛则提示病变广泛或腹膜受累。对症状的性质也应做有鉴别意义的询问。

(3) 病因与诱因: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、环境改变、情绪、起居或饮食失调等),这对于诊断和拟定治疗措施具有指导作用。

(4) 病情的发展与演变:包括患病过程中主要的症状的变化或新症状的出现。如肺心

病呼吸衰竭的患者出现情绪、神志和行为的异常时,可能是肺性脑病的表现。

(5) 伴随症状:在主要症状的基础上又出现其他的症状。伴随症状常常是鉴别诊断的有力依据,或提示可能出现了并发症。如腹泻伴呕吐,可能为饮食不洁引起的急性胃肠炎;腹泻伴里急后重,结合季节和进餐情况更容易考虑到痢疾。

(6) 诊治经过:患者本次就诊前是否已接受过有关检查或治疗,治疗使用过的药物名称、剂量、时间和疗效,为本次诊治疾病提供参考。

(7) 一般情况:在现病史的最后应记录患者患病后的精神、体力状态、食欲及食量的改变、睡眠以及大小便情况等。

4. 既往史 包括患者既往的健康状况如何,以及过去曾经患过的疾病,有无外伤史、手术史、预防接种、药物过敏史等。要特别注意与目前所患疾病有密切关系的情况。记录顺序一般按年月的先后排列。

5. 系统回顾 系统回顾可以了解患者除现在所患疾病以外其他各系统是否曾经患有某些疾病,以及这些疾病与本次疾病之间有无因果关系。可以避免问诊过程中患者或医生忽略或遗漏的内容。

(1) 头颅五官:有无视力障碍、耳鸣、耳聋、眩晕、鼻出血、牙痛、牙龈出血及声音嘶哑等。

(2) 呼吸系统:有无咳嗽,咳嗽的性质、程度,与气候、体位改变的关系。痰的颜色、气味和黏稠度等,咯血的颜色和量。有无胸痛,其部位、性质以及与呼吸、体位的关系。

(3) 循环系统:有无心前区疼痛,其性质、程度、持续的时间、有无放射痛等。心悸发生的时间与诱因。有无呼吸困难,出现的诱因、程度、与活动和体位的关系。有无水肿,出现的部位和时间。

(4) 消化系统:有无腹痛、腹泻、嗝气、反酸。腹痛的部位、程度、性质和持续时间、有无规律性、与进食的关系。如有呕吐,呕吐物的性状、量、颜色及气味。呕血的量及颜色。排便时有无腹痛和里急后重。

(5) 泌尿系统:有无尿频、尿急、尿痛和排尿困难,尿量和夜尿量的多少,尿的颜色、清浊度,有无尿潴留及尿失禁等。

(6) 造血系统:皮肤黏膜有无苍白、黄染、出血点、瘀斑,有无淋巴结、肝、脾肿大、关节痛等。

(7) 内分泌及代谢系统:有无怕热、多汗、烦渴、多尿、乏力、视力障碍,食欲变化。有无肌肉震颤、性格变化,体重、皮肤和毛发的改变。经产妇女有无产后大出血。

(8) 肌肉与骨骼系统:有无肢体肌肉麻木、疼痛、萎缩、瘫痪等。有无关节肿痛,运动障碍,有无外伤、先天畸形等。

(9) 神经系统:有无头痛、失眠、嗜睡、记忆力减退、意识障碍、晕厥、感觉及运动异常。

(10) 精神状态:有无焦虑、抑郁、幻觉,有无定向力障碍等,思维过程、智力、情绪有无变化。

6. 个人史

(1) 社会经历:包括出生地、居住地区和居留时间、有无疫区接触史、受教育程度、业余爱好等。

(2) 职业及工作条件:包括工种、劳动环境、有无毒物接触史。

(3) 习惯与嗜好:生活与饮食习惯、烟酒嗜好等。

(4) 性生活史:有无淋病性尿道炎、尖锐湿疣病史等。

7. 婚姻史 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 包括月经初潮的年龄,月经周期和经期天数,经血的量和颜色,有无痛经与白带,末次月经日期,绝经年龄。

记录格式如下:

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经时间(LMP)或绝经年龄。

例:

15 $\frac{3\sim 5\text{天}}{8\sim 30\text{天}}$ 2005年5月12日(或50岁)

妊娠与生育次数,流产次数,有无死产、手术产、围生期感染,计划生育状况,对男性患者也应询问是否患过影响生育的疾病。

9. 家族史 询问家族中有无与患者同样的疾病,双亲、兄弟姐妹及子女的健康情况,有无遗传病(如白化病、血友病等)、糖尿病等。对已死亡的直系亲属要问明死因与年龄。

第三节 问诊的方法与技巧

问诊是医生采集病史资料的重要手段,病史的完整性和准确性与问诊的方法和技巧有着密切的关系,问诊中应注意以下几个方面。

(1) 衣着整洁、态度和蔼,言语亲切,消除或减少患者的恐惧。注意保护患者隐私。

(2) 从一般情况问起,让患者感觉到医生对他的关心,尽可能让患者陈述不适感,当话题离病情太远时,适时把话题转回,但不要生硬地打断。

(3) 问诊开始时,为获得某方面的整体资料,可采用提问式问诊,如“您今天来看病是哪里不舒服啊?”待获得一些信息后,再详细或重点追问细节问题。有些问题可采用提问的方式,如“几年前做的扁桃体摘除术呀?”要注意诱导性或暗示性提问应当避免,如“你的腿疼放射到脚趾,是吗?”

(4) 尽量用通俗易懂的语言,避免医学术语,如“尿频、尿急、尿痛”。

(5) 要注意目的性和系统性,避免杂乱无序的重复提问。

(6) 问诊结束时,应使患者了解医患合作的重要性,并说明下一步检查、治疗的方法或原则,便于患者及家属对检查或治疗理解和配合。

问诊是临床医生的基本技能,只有将理论学习与临床实际工作结合起来、反复训练,不断总结经验,才能熟练地掌握问诊的方法和技巧。

第四节 特殊情况的问诊技巧

1. 儿童患者 问病史时更应态度和蔼、赢得患儿的信赖,要体谅患儿的哭闹及家长的焦急心情,消除患儿怕住院、打针的恐惧心情,耐心听取家长提供的每个线索,对稍微懂事的孩子,可让他们补充一些细节。

2. 老年患者 老年患者常因反应缓慢、部分患者有体力、视力或听力的减退,可能会对问诊有一定的影响。在问诊时应适当减慢问诊速度,要有耐心。注意其精神、神志有无细小的改变。

3. 性格异常或心理障碍的患者 对于焦虑、忧伤或者抑郁的患者,问诊时更应注意其表情的变化。耐心询问、适当解释和鼓励患者,会增加患者治疗的信心。应注意发现引起患者精神心理障碍的可能因素,避免询问可能会引起患者伤心的问题。

4. 有残疾的患者 遇到盲人、聋哑人、肢体残疾或智力障碍等患者时,医生更要有体贴、同情之心。如搀扶盲人或肢体残疾的患者就座。遇到听力损害、聋哑人时,可大声、用肢体语言或书面交流等,观察患者表情变化,必要时可请患者家属、朋友解释或代述。

5. 危重急症患者 遇到危重患者或需急诊处理的患者时,医生在问诊时要突出重点,抓住急需解决的主要矛盾。紧急情况下问诊可与体格检查同时进行,为治疗和抢救赢得时间。待病情基本平稳后再进一步问诊、补充病史资料。

第五节 问诊示范

本节将通过一个胸痛患者的问诊示范使大家进一步熟悉问诊的内容和方法。

医生问诊及其和患者的交谈的内容如下。(患者马××,男性,65岁。)

医生:您好,我是吴医生,是你的主管医生。能了解一下你的病情吗?

患者:好的,吴医生,麻烦您了。

医生:您是哪里不舒服呢?

患者:胸口痛(指着右侧胸部)。

医生:痛了有多久了?

患者:两周多了。

医生:在这之前也这样痛过吗?

患者:有过。

医生:哦,那我们从第一次痛的时候说起吧。

患者:好的。大约3个月前,右边的胸部有一种隐隐的疼痛,没太在意没有去看病。1个月前吧,疼痛更厉害了,持续时间也长了,而且早晨起来有咳嗽,有时候咳出来的痰里有血丝,就去了市医院看。

医生:还记得市医院做了些什么样的检查、治疗的吗?

患者:抽了血,拍了片子。

医生:检查的结果还记得吗?

患者:记不清楚了。

医生:做了哪些治疗呢?

患者:输了两个周的液体。

医生:输了什么液呢?

患者:好像是青霉素,具体怎么用的记得不太清了。

医生:用了药的情况怎么样呢?

患者:用了药后胸痛好多了,痰里也没有血丝了,我就出院了。

医生:这一次的情况又是什么样的呢?

患者:这次胸痛更重了,咳嗽厉害了,而且痰里又有血丝了,有时还有血块。

医生:能说说是怎样痛得吗?

患者:是一直隐隐的痛,就在这儿(手指右胸前)。

医生:这种疼痛在什么情况下明显,和呼吸、运动有没有关系?

患者:吸气的时候痛要明显点。

医生:那胸痛和咳嗽有什么的关系吗?

患者:咳嗽的时候疼痛要厉害一些。

医生:疼痛和身体位置有什么关系吗?

患者:好像没什么关系。

医生:白天和晚上疼痛有什么变化吗?

患者马先生:没有太大的区别。

吴医生:你觉得你走路、活动受影响吗?

患者:基本没啥影响。

医生:你吸气、呼气感觉怎么样?

患者:近十几天觉得有些呼吸不畅,不过不严重。

医生,除了胸痛,呼吸不畅,还有哪些舒服呢?

患者:没有了。

医生:嗯。刚才你提到,你痰里带血,是吗?

患者:是的。早晨起来咳嗽后痰里带一些血丝。

医生:什么颜色的?

患者:鲜红色。

医生:量有多少?

患者:每天就1~2口。量很少。

医生:刚才你说1个月前痰里带有血丝,之后一直都有吗?

患者:嗯,基本上每天都有,最多两三口,最少也有一口。

医生:最近这1个月痰中血的量和颜色有没有什么变化呢?

患者生:没有。

医生:好,能再说说你咳嗽的情况吗?

患者生:我以前时常也有咳嗽,我喜欢抽烟,每天抽一包,以前就早上起来咳嗽两下,痰一吐就没事了。现在整天都在咳嗽。气好像也不够用了。

医生:有痰吗?

患者:基本上没有什么痰。

医生:你觉得最近一段时间,你说话声音有什么变化吗?

患者:感觉嗓子有点哑,有7、8天了。

医生:嗓子有没有不舒服?

患者:不疼,也不痒,但好像有东西粘在那似的。

医生:发病到现在,有没有发烧过?

患者:没有。

医生:你发病以来精神怎么样?

患者:老觉得没有劲儿,也不想吃饭。

医生:体重有什么变化吗?

患者:瘦多了,这两三个月瘦了20多斤。

医生:大小便怎么样?

患者:都还正常。

医生:晚上休息怎样?

患者:睡觉还可以。

医生:老马,我把你的病情归纳一下,你看是不是这样的。你3个月前无明显诱因出现右侧胸痛,呈钝痛,吸气及咳嗽时疼痛明显,疼痛与体位无明显关系,当时未在意。1个月前疼痛加重,晨起痰中带血,为鲜红色血丝,每日1~2口。在当地住院治疗2周,给予静滴青霉素治疗,好转后出院。两周前再次出现胸痛,呈持续性钝痛,伴有气短,咳嗽、痰中仍带有鲜红色血丝,每日1~3口,有时伴血凝块。近一周出现声音嘶哑。发病来精神差,食纳差,体重下降约10公斤。大小便基本正常。

患者:是这样的。

医生:我还想问问你过去的身体怎么样?

患者:很好,基本上没有得过什么病。

医生:好的,那么有没有对什么药物或食物过敏?

患者:没有。

医生:你有过高血压吗?

患者:没有。

医生:糖尿病呢?

患者:没有。

医生:你有过什么外伤,或做过什么手术吗?

患者:没有。

医生:你以前患过什么传染病吗?例如肺结核、脊髓灰质炎、腮腺炎?

患者:没有。

医生:好的,为了弄清你患病的原因、也为今后控制病情的发展,要了解你的一些生活情况,好吗?

患者:好的。

医生:你说平时喜欢吸烟,是吗?

患者:吸烟有30多年了吧。平均每天1包的样子吧。

医生:你饮酒吗?

患者:不喝酒。

医生:你有没有长期用什么保健药或其他方面的药物吗?

患者:没有。

医生:你出生在哪里呢?

患者:就在本地。

医生:去过别的什么地方吗?

患者:没有。

医生:你是干什么工作的?

患者:做小买卖的。

医生:具体卖得是什么呢?

患者:卖水果。

医生:为了弄清你患病的原因,还有必要了解一下你家里的情况。

患者:好的。

医生:你家里人身体怎么样?

患者:我父亲去世 10 多年了,心肌梗死。母亲去世 2 年,糖尿病。

医生:你有兄弟姐妹吗?

患者:没有。

医生:你有几个孩子?你爱人和子女身体都怎么样?

患者:我有一个儿子,家人都很健康。

医生:家里有人得过结核吗?

患者:没有。

医生:那哮喘呢?

患者:也没有。

医生:你还有什么问题需要补充吗?

患者:没有了。

医生:好的,那么在开始给你检查前,我再确认一下你的情况。你吸烟 30 多年,每天平均 20 支。父亲 10 年前死于脑出血,母亲 2 年前因为糖尿病去世。因为近 2 周,你胸痛加重,咳嗽、痰中带血,所以来检查和治疗。对吗?

患者:对。

医生:好的,接下来我们会安排一些相关的检查来弄清你生病的原因,如果你有什么问题可以随时来找我。

患者:好,谢谢吴医生,让您费心了。

第二章 体格检查

体格检查是指医师运用自己的感官和借助于传统或简便的检查工具,如体温表、血压计、叩诊锤、听诊器、检眼镜等客观地了解 and 评估病人身体状况的一系列最基本的检查方法。许多疾病通过体格检查再结合病史就可以作出临床诊断。

体格检查的方法有五种:视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。要想熟练地进行全面、有序、重点、规范和正确的体格检查,既需要扎实的医学知识,更需要反复的临床实践和丰富的临床经验。体格检查的过程是基本技能的训练过程,是临床经验的积累过程,也是与病人交流、沟通、建立良好医患关系的过程。

第一节 基本及一般检查

一、基本检查方法

(一) 视诊

视诊是医师用眼睛来观察病人全身或局部表现的诊断方法,可用于全身一般状态和许多体征的检查,如年龄、发育、营养、意识状态、面容、表情、体位、姿势、步态等。但对特殊部位的视诊需借助某些仪器如耳镜、鼻镜、眼底镜、内镜等帮助检查。不同部位的视诊内容和方法不同,但它简便易行,适用范围广,常能提供重要的诊断资料和线索。

(二) 触诊

触诊是医师通过手接触被检查部位时的感觉来进行判断的一种方法。触诊的适用范围很广,尤以腹部检查更为重要。由于手指指腹对触觉较为敏感,掌指关节部掌面皮肤对震动较为敏感,手背皮肤对温度较为敏感,因此触诊时多用这些部位。因目的不同而施加的压力有轻有重,可将其分为浅部触诊法和深部触诊法。

1. 浅部触诊法 触诊时,将一手轻放于被检查的部位,用掌指关节和腕关节的协同动作柔和地以旋转或滑动方式轻压触摸。腹部浅部触诊可触及的深度约为 1cm,适用于体表浅在病变(关节、软组织、浅部动脉、静脉、神经、阴囊、精索等)检查和评估。浅部触诊一般不引起病人痛苦或痛苦较轻,也多不引起肌肉紧张,因此有利于检查腹部有无压痛、抵抗感、搏动、肿块和某些肿大脏器。

2. 深部触诊法 检查时可用单手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压,以达深部。腹部深部触诊法触及的深度常常在 2cm 以上,有时可达 4~5cm,主要用于检查和评估腹腔脏器或病变情况。根据检查目的和手法不同可分为以下几种:

(1) 深部滑行触诊法:检查时嘱病人平卧,张口平静呼吸,或与病人谈话以转移其注意力,尽量使腹肌松弛。医师以并拢的二、三、四指末端平放在腹壁上,逐渐压向腹腔的脏器或包块,并连同该处腹部的皮肤一起,在被触及的脏器或包块上作上、下、左、右滑动触摸。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。这种触诊方法常用于腹腔深部包块和胃肠道病变的检查。

(2) 双手触诊法:左手掌置于被检查脏器或包块的背侧,右手中间三指并拢平置于腹壁

被检查部位,左手掌向右手方向托起,使被检查的脏器或包块位于双手之间,并更接近体表,有利于右手触诊检查。用于肝、脾、肾和腹腔肿物的检查。

(3) 深压触诊法:用一个或两个并拢的手指垂直地逐渐用力深压腹壁被检查部位,用于探测腹腔深在病变的部位以确定腹腔压痛点,如阑尾压痛点、胆囊压痛点、输尿管压痛点等。检查反跳痛时,在手指深压的基础上迅速将手抬起,同时询问病人是否感觉疼痛加重或察看面部是否出现痛苦表情。

(4) 冲击触诊法:又称为浮沉触诊法。检查时,右手并拢的示、中、环三个手指取 $70^{\circ}\sim 90^{\circ}$ 角,放置于腹壁上相应的部位,做数次急速而较有力的冲击,在冲击腹壁时即会出现腹腔内脏器或肿物在指端沉浮的感觉。这种方法一般只用于大量腹水时肝、脾及腹腔包块难触及者。手指急速冲击时,腹水在脏器或包块表面暂时移去,故指端易于触及肿大的肝脾或腹腔包块。冲击触诊时应避免用力过猛,以免病人出现不适感。

(三) 叩诊

叩诊是用手指叩击身体表面某一部位,使之震动而产生声响,根据震动和声响的特点来判断被检查部位的脏器状态有无异常的一种方法。用手或叩诊锤直接叩击被检查部位,观察反射情况和有无疼痛反应也属叩诊。根据叩诊部位不同,病人应采取适当体位,如叩诊胸部时,可取坐位或卧位;叩诊腹部时常取仰卧位;确定有无少量腹水时,可嘱病人取肘膝位。叩诊时应注意对称部位的比较与鉴别,还要注意不同病灶的震动感差异,两者应相互配合。同时,叩诊操作应规范,用力要均匀适当,一般叩诊深度可达约 $5\sim 7\text{cm}$ 。

根据叩诊的目的和叩诊的手法不同可分为直接叩诊法和间接叩诊法两种。

1. 直接叩诊法 医师右手中间三手指并拢,用其掌面直接拍击被检查部位,借助于拍击的反响和指下的震动感来判断病变情况的方法称为直接叩诊法。适用于胸部和腹部范围较广泛的病变,如胸膜粘连或增厚、大量胸水或腹水及气胸等。

2. 间接叩诊法 为应用最多的叩诊方法。医师将左手中指第二指节紧贴于叩诊部位,其他手指稍微抬起,勿与体表接触;右手指自然弯曲,用中指指端叩击左手中指末端指关节处或第二节指骨的远端,因为该处易与被检查部位紧密接触,而且对于被检查部位的震动较敏感。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活动为主,避免肘关节和肩关节参与运动。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,以免影响对叩诊音的判断。在同一部位叩诊可连续叩击 $2\sim 3$ 下,若未获得明确印象,可再连续叩击 $2\sim 3$ 下。

为了检查病人肝区或肾区有无叩击痛,医师可将左手手掌平置于被检查部位,右手握成拳状,并用其尺侧叩击左手手背,询问或观察病人有无疼痛感。

叩诊时被叩击部位产生的反响称为叩诊音。叩诊音的不同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。在临床上分为清音、浊音、鼓音、实音、过清音五种。

(四) 听诊

听诊是医师根据病人身体各部分活动时发出的声音判断正常与否的一种诊断方法。广义的听诊包括听身体各部分所发出的任何声音,如语声、呼吸声、咳嗽声和呃逆、嗝气、呻吟、啼哭、呼叫发出的声音以及肠鸣音、关节活动音及骨擦音,这些声音有时可对临床诊断提供有用的线索。

听诊环境要安静,避免干扰;要温暖、避风以免病人由于肌束颤动而出现的附加音。听诊器部件直接接触皮肤以获取确切的听诊结果,切忌隔着衣服听诊。应根据病情和听诊的需要,嘱病人采取适当的体位。听诊时注意力要集中,听肺部时要摒除心音的干扰,听心音时要摒除呼吸音的干扰,必要时嘱病人控制呼吸配合听诊。

听诊可分为直接听诊和间接听诊两种方法。

1. 直接听诊法 医师将耳直接贴附于被检查者的体壁上进行听诊,这种方法所能听到的体内声音很弱。这是听诊器出现之前所采用的听诊方法,目前也只有在某些特殊和紧急情况下才会采用。

2. 间接听诊法 这是用听诊器进行听诊的一种检查方法。此法方便,可以在任何体位听诊时应用,听诊效果好,应用范围广。

(五) 嗅诊

嗅诊是通过嗅觉来判断发自病人的异常气味与疾病之间关系。来自病人皮肤、黏膜、呼吸道、胃肠道、呕吐物、排泄物、分泌物、脓液和血液等的气味,根据疾病的不同,其特点和性质也不一样。临床工作中,嗅诊可迅速提供具有重要意义的诊断线索,但必须要结合其他检查才能做出正确的诊断。

二、一般检查

一般检查是对患者全身状态的概括性观察,是对全身健康状态的一个总体了解,为整个检查的第一步,是以后进行更深入的系统检查的前提。其主要内容包括:

(一) 性别

疾病的发生与性别有一定关系,某些疾病可引起性征改变。如:甲状腺疾病和系统性红斑狼疮以女性多见;而胃癌、食管癌多发生于男性,甲型血友病仅见于男性;肾上腺皮质肿瘤或长期使用肾上腺皮质激素,可导致女性患者出现男性化,而肝硬化所致的睾丸功能受损可使男性患者乳房发育,以及其他第二性征发生改变。此外,性染色体的数目结构异常均可影响性发育和性征,导致两性畸形。

(二) 年龄

机体状态可因年龄而发生变化。一些疾病与年龄有密切的关系,如佝偻病、麻疹、白喉等多发生于幼儿及儿童;结核病、风湿热多发生于少年与青年;动脉硬化性疾病、冠心病和某些肿瘤多发生于老年。

(三) 生命征

生命征是评价生命活动存在及其生命质量的重要指标,包括体温、呼吸、脉搏和血压。

1. 体温 指机体内部的温度。在临床上常通过测体表温度来观察体温的变化。

(1) 体温测量有口测法、肛测法和腋测法 3 种方法。测量前需将体温表消毒并将汞柱甩到 35°以下。

1) 口测法:将消毒后的体温计置于患者舌下,让其紧闭口唇,5min 后读数。正常值为 36.3~37.2℃。使用该法时应嘱患者不用口腔呼吸,以免影响测量结果。该法结果较为准确,但不能用于婴幼儿及神志不清者。

2) 肛测法:让患者取侧卧位,将肛门体温计头端涂以润滑剂后,徐徐插入肛门内达体温