

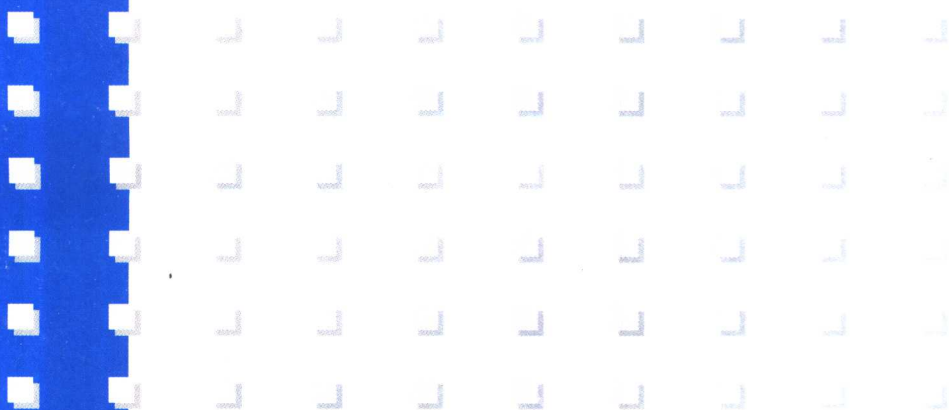
L C C Z Y S B N L X L C S

临床操作与思辨能力训练丛书

临床分册

LINCHUANG FENCE

■中南大学湘雅医学院主编



湖南科学技术出版社

L C C Z Y S B N L X L C S

临床操作与思辨能力训练丛书

临床分册

LINCHUANG FENCE

■中南大学湘雅医学院主编

分册主 编 吴钟琪

副主编 杨嶙屿 陶利坚

编 者 (按姓氏笔画为序)

王小宜 王文君 王明安 文继舫 王 维

朱双罗 肖平田 肖广发 肖奇明 余再新

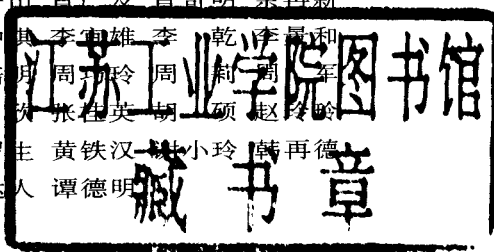
吴声滨 吴钟琪 李寅雄 李 乾 李崑和

杨红忠 杨培 周玲 周 刚 周 军

张 怡 张 斌 张桂英 胡 硕 赵玲吟

梁昌华 唐罗 主 黄铁汉 主 小玲 麟再德

雷闽湘 谭达人 谭德明



湖南科学技术出版社

临床操作与思辨能力训练丛书

临床分册

主编单位：中南大学湘雅医学院

责任编辑：张碧金

出版发行：湖南科学技术出版社

社 址：长沙市湘雅路 280 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系：本社直销科 0731-4375808

印 刷：湖南省新华印刷二厂

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址：邵阳市双坡岭

邮 编：422001

经 销：湖南省新华书店

出版日期：2002 年 2 月第 1 版第 1 次

开 本：787mm×1092mm 1/16

印 张：23.25

字 数：580000

书 号：ISBN 7-5357-3314-X/R·718

定 价：31.00 元

(版权所有·翻印必究)

前 言

科学事业上的每一项重大进步，几乎都迅速被用于医疗卫生事业。近 20 多年来，随着科学技术的突飞猛进，医疗卫生事业也发生了人们预想不到的飞速发展，给医学诊断、临床治疗以及新药开发等方面带来了巨大的活力，使人类在征服疾病的道路上又向前迈进了一大步。

面对诊疗设备的不断更新和新技术的不断开发应用，广大医务人员必须加强学习，随时更新自己的知识，提高操作和应用这些新知识、新设备、新技术的技能，只有这样才能充分发挥他们的作用和潜能。然而，在医疗领域中高新技术日益发挥重要作用的同时，我们必须注意另一种倾向，就是过分依赖先进的技术设备，而忽略了临床思辨能力和基本诊疗技术操作的训练。目前有些医师看病根本不用听诊器，甚至也不给病人作体格检查，动辄“CT”、磁共振等高级检查，把诊断的任务交给了机器，好像离开了各种化验和特殊检查，医师便寸步难行。在治疗上也是如此，有些医师不是经过认真的临床思辨，为病人提供最合理的治疗方法，而是依靠大处方、贵重药的方法处理病人。在临床上不难看到，毫无指征的病人却作了“CT”、磁共振、B 超、X 线等多种检查；一个普通感冒病人的处方达千元之巨。这些虽非普遍存在，但也绝非个别现象。这样不仅浪费了大量医疗资源，增加了病人的经济负担，而且造成医务人员业务素质下降，不可避免地严重影响医疗质量，甚至造成医疗事故的发生。

1998 年 6 月我国颁布了《中华人民共和国执业医师法》，并从 1999 年 5 月 1 日起正式实施。为了确保执业医师的基本业务水平，该法规定“国家实行医师资格考试制度”。考试内容包括笔试和面试两部分，除要求执业医师掌握一定的基础理论外，还要求具有熟练的实践操作技能和临床思辨能力。卫生部医师资格考试委员会已对实践技能和临床思辨能力考试的重点和范围作出规定，并制订面试考试大纲，这无疑是一项全面提高医师队伍素质和医疗质量的重要举措，必将对我国医疗事业的健康发展起到重要的保证作用。

为帮助临床医师加强临床思辨能力和基本技术操作的训练，我们以卫生部执业医师考试委员会颁布的执业医师面试考试大纲为指导，结合医学临床“三基”训练的要求，追踪临床医学最新发展动态，编写了这套《临床操作与思辨能力训练丛书》（以下简称《丛书》），包括《公共卫生分册》、《临床分册》和《口腔分册》，以飨读者。

中南大学湘雅医学院具有悠久的办学、办医历史，并以治学严谨享誉国内外，有一支高水平的教师、医师队伍，其教学质量在全国名列前茅。《丛书》由

湘雅医学院具有丰富实践经验的临床医学专家编写，理论概念清楚，临床思辨逻辑性强，操作训练重点突出，具有很强的针对性。因此本丛书不仅可作为执业医师面试备考的参考用书，也可作为各级医师特别是住院医师、进修医师和医学院校高年级学生的临床思辨和技能操作训练的指导用书。我们希望本书能为您铺路架桥，助您走上临床医学的成功之路。

由于临床思辨的灵活性及技能训练的多样性和复杂性，本书编写有较大困难，希望读者在实践中灵活运用，并望读者对本书存在的问题和缺点不吝指正，以便再版时修订完善。

编者

2001年8月

目 录

上篇 临床各专业应具备的基本技能

第一章 病历书写与分析·····	(3)
第二章 临床基本操作技能·····	(19)
第三章 临床基本医疗仪器设备操作·····	(28)
第四章 临床辅助检查结果判读·····	(32)

下篇 临床各专业技能 and 临床思辨能力

第五章 内科专业技能和临床思辨·····	(59)
第六章 外科专业技能和临床思辨·····	(92)
第七章 妇产科专业技能和临床思辨·····	(136)
第八章 儿科专业技能和临床思辨·····	(155)
第九章 传染科专业技能和临床思辨·····	(166)
第十章 眼科专业技能和临床思辨·····	(181)
第十一章 耳鼻喉科专业技能和临床思辨·····	(218)
第十二章 皮肤科专业技能和临床思辨·····	(223)
第十三章 精神与精神卫生专业技能和临床思辨·····	(234)
第十四章 康复医学(理疗)专业技能和临床思辨·····	(261)
第十五章 麻醉科专业技能和临床思辨·····	(270)
第十六章 病理科专业技能和临床思辨·····	(275)
第十七章 X线诊断专业技能和临床思辨·····	(327)
第十八章 超声诊断专业技能和临床思辨·····	(346)
第十九章 核医学专业技能和临床思辨·····	(352)

上
篇

临床各专业应具备的 基本技能



第一章 病历书写与分析

一、简述病例书写的基本要求

(一) 病历书写的重要性

1. 是正确诊断疾病和决定治疗方案所不可或缺的重要依据，也是临床医师必须掌握的基本功。

2. 是医院医疗管理信息和医护工作质量的客观凭证，为衡量医疗水平的重要资料。

3. 是进行临床科研和临床医学教育的重要资料。

4. 是病人的健康档案，也是预防保健事业的原始资料。

5. 是处理医疗纠纷、鉴定伤残等的重要法律依据。

(二) 病历书写基本要求

1. 病历书写必须具备三性：

(1) 真实性：如实反映病情。询问病史时，不能有暗示性及想当然的看法。

(2) 系统性：主要症状必须按规范要求收集并注意描述有意义的阴性病史及体征。

(3) 完整性：各项资料均需按序收集。

2. 必须按时保质完成各项病历书写，住院病历和完全病历应在入院后 24h 内完成；危重及抢救病人应及时记录首次病志，并随时记录抢救治疗情况。

3. 符合统一规格。

4. 文笔精练，术语准确，字迹整洁；简化字及外文缩写字母一律按国家规定或世界惯例格式书写，不得自行滥造。

5. 病历需经上级医师用红笔审阅修改并签名，以明确责任。修改过多，应重新抄写，切忌剪贴或涂擦。

二、试述病历记录书写要求

1. 一般资料：包括姓名、性别、年龄、婚姻、职业、籍贯、民族、住址（或工作单位）、入院日期、记录日期等。

2. 病史：

(1) 主诉：指病人就诊的最主要症状（或体征）及其持续的时间。

(2) 现病史：围绕主诉记录从起病到就诊时疾病的发生、发展经过和诊治情况，主要包括：①起病日期及形式，可能病因或诱因；②主要症状的系统描述，包括症状发生的部位、性质、持续时间、程度、缓解方式或加重因素以及伴随症状等；③病情的发展及演变；④诊疗经过与效果；⑤与现症有关的病史及有意义的阴性病史；⑥饮食、睡眠、大小便、体重变化、体力及精神状况等。

(3) 既往史：包括：①既往一般健康状态；②传染病史及其接触史；③预防接种史；④

外伤手术史；⑤局灶病史；⑥药物过敏史及长期用药史；⑦冶游、性病史；⑧系统查询。

(4) 个人史：包括：①出生地点、迁居地点及居住的时间；②生活、饮食习惯，有无烟酒嗜好及其用量和持续的时间；③职业、劳动条件及有无毒物接触史；④有无重大精神创伤史。

(5) 月经史：初潮年龄，月经周期，经量多少，有无痛经或白带。闭经年龄及末次月经日期。

(6) 婚姻生育史：结婚年龄、初孕年龄、妊娠及生产次数，有无流产、早产、手术产、死产、产褥热。计划生育措施。

(7) 家族史：家庭成员的健康状况。如已死亡，说明死因和时间。家族有无类似疾病及遗传病史。

应记录病史由何人叙述，是否可靠。

3. 体格检查：

(1) 体温、脉搏、呼吸、血压。

(2) 一般情况：发育、营养、神志、表情、面容、步态、皮肤、淋巴结。

(3) 头、颈部：包括头颅、五官、气管、甲状腺及颈部血管情况。

(4) 胸部：包括胸廓、乳腺及心肺的望、触、叩、听检查。心界叩诊以下列方式记录(表 1-1)。

表 1-1 心脏左、右浊音界距胸骨中线的厘米数

右	肋间	左	右	肋间	左
2~3	2	2~3	3~4	4	5~6
2~3	3	3.5~4.5		5	7~9

锁骨中线距胸骨中线___cm，心界扩大否。

(5) 腹部：进行望、触、叩、听检查。

(6) 肛门、外生殖器。

(7) 脊柱四肢及神经系统检查。

(8) 专科情况。

4. 实验室检查：包括血、尿、粪常规及有关的血液生化和器械检查，以及特殊检查。

5. 摘要。

6. 初步诊断及医师签名。

三、试述问诊的方法与注意事项

1. 问诊资料应尽量从病人口中获取，以保证真实可靠。病人缺乏回答能力时，可由亲属或护理人员中获取。

2. 问诊应按病历书写要求依序进行，切忌杂乱无章的询问，以免发生内容遗漏。

3. 问诊所获资料应客观、真实、全面，不能有启发式提问或诱导回答。

4. 对危急重病人，应以争分夺秒抢救生命为主，不能因问诊而延误抢救治疗，可以先问最主要的病史，也可以边救治边询问。

5. 询问病时应注意尊重病人的隐私权，为病人保守个人秘密。

四、试述体格检查的基本方法

临床常用基本检查方法有视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊五种。

（一）视诊

是医师通过观察病人表现的诊断方法。视诊可以了解病人全身状态及发现某些体征，为诊断提供资料，如发育、营养、意识状态、面容、体位、步态、姿势，以及皮肤、黏膜、头颈、胸廓、腹形、四肢、肌肉、骨骼关节等外形改变。

（二）触诊

是医师通过手的感觉对疾病进行判断的诊断方法。触诊时，病人应取适当的体位；触诊可发现某些体征，如体温、湿度、震颤、波动、摩擦感、移动度、压痛、肿块大小、位置、轮廓、表面性质，硬度等。

触诊常用的方法有如下几种：①浅部触诊法；②深部滑行触诊法；③双手触诊法；④深压触诊法；⑤冲击触诊法等。

（三）叩诊

是用手指叩击体表部位，使之产生音响，根据音响的特点判断脏器有无异常。

1. 叩诊方法：

（1）直接叩诊法：用并拢的右手中间三指掌面拍击检查的部位，此法叩诊产生的音响弱，难于精确定位，适用于面积较广病变的检查，如胸、腹水检查。

（2）间接叩诊法：常用指指叩诊法，叩诊时以左手中指第二指节紧贴叩诊部位，其余手指稍微抬起，右手自然弯曲，以右手中指垂直叩击左手中指第二指节上。叩诊时要以腕关节及掌指关节运动进行叩打，肩、肘关节不参加运动；叩击方向应与被叩部位垂直，叩打要灵活、短促、富于弹性，叩打后右手中指应立即抬起，为建立起听觉印象，同一部位应连续叩击2~3次，叩击力量应均匀适中，使产生音响一致，便于判断；叩击力量大小应视检查部位情况决定，范围小、部位浅宜轻叩，如心界叩诊；面积大、部位深的病灶可重叩。

2. 叩诊音：

（1）清音：即叩击正常含气肺组织产生的声音，是音响较强，音调低，振动持续时间较长的非乐性音。

（2）浊音：即叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器时产生的声音。其音响较清音弱，音调较高，振动持续时间较短，如叩心、肝、肾与肺重叠处或肺部炎症含气量减少部位出现的声音。

（3）实音：又称重浊音或绝对浊音，为音调较浊音高、音响更弱、振动持续时间更短的非乐音。

（4）鼓音：是和谐的音乐音，音响比清音强，持续时间也较长，叩击大量含气空腔器官，例如气胸、气腹、肺内大空洞等时，即为鼓音。

（5）过清音：是音响强、调低、带有鼓音调的叩诊音，介于鼓音与清音之间，叩击含气量增多、弹性减弱的肺组织时产生过清音，如肺气肿。

（四）听诊

是用听觉听取身体各部位发出来的声音，并判断其正常与否的诊断方法。听诊时环境要安静，室内要温暖，适当暴露检查部位，病人取舒适体位，以减少外来声音的干扰。听诊方法如下。

1. 直接听诊法：以耳直接贴附于听诊部位进行听诊。此法目前少用。

2. 间接听诊法：用听诊器进行听诊。注意听诊器耳件要与医师的外耳相适应，听诊时要使弯曲管的凹面向前，听取低调声音时宜用钟型胸件，如听隆隆样杂音；听高调声音时应

选用膜型胸件，如听吹风样杂音。

(五) 嗅诊

是以嗅觉辨别发自病人的异常气味，以提供诊断线索的诊断方法。如嗅诊皮肤、黏膜、呼吸道、消化道以及呕吐物、排泄物、脓液或血液等发出的气味。

五、试述体格检查的基本内容

(一) 一般检查 (包括全身状态、皮肤、淋巴结检查)

1. 全身状态检查:

(1) 年龄推断: 以皮肤弹性、肌肉发达程度、毛发色泽、牙齿状况、角膜老年环等来判断年龄与发育是否相称。

(2) 性别及性征 (表 1-2)。

表 1-2 男女性征比较表

比较项	男性	女性	比较项	男性	女性
生殖器	阴茎及睾丸发育	外阴发育	声音	调低音宏	调高音细
阴毛分布	呈菱形	呈倒三角形	肌肉脂肪	肌肉发达	皮下脂肪丰满
体毛	较多	较少	乳房	平坦	发育

(3) 发育及体型:

1) 发育: 以年龄、身高、体重、智力和第二性征发育状况之间的关系来判断发育情况。判断成年人发育的正常指标如下: ①胸围约等于 1/2 身高; ②身高约等于两手平展之间的距离; ③坐高约等于下肢长度。

2) 体型: 成人体型分为无力型 (瘦长型)、超力型 (矮胖型) 和正力型 (匀称型)。

(4) 营养: 按皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉发达情况综合判断, 分良好、中等及不良。

(5) 面容表情: 面容表情与疼痛和疾病有关。如二尖瓣面容、肢端肥大症面容、苦笑面容等。

(6) 体位: 指病人在休息状态所采取的体位。常见体位有: ①自动体位; ②被动体位: 患者不能调整或变换体位; ③强迫体位: 为减轻痛苦, 被迫采取的体位。如强迫坐位、强迫蹲位等。

(7) 姿势: 病人因痛苦, 在活动过程中出现的特殊姿势。

(8) 意识状态: 意识障碍可表现为嗜睡、意识模糊、昏睡和昏迷。昏迷又分浅昏迷和深昏迷。

2. 生命体征检查:

(1) 体温测量法:

1) 口测法: 正常值 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$, 小儿及昏迷病人不能采用。

2) 肛测法: 正常值比口测法高 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$, 肛门疾患者不能采用。

3) 腋测法: 正常值为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$, 多为门诊病人采用。

(2) 呼吸检查: 观察呼吸的频率、节律、深度及有无呼吸困难或矛盾呼吸等。

(3) 血压检查: 测量动脉血压 (简称血压), 一般采用血压计间接测量法。临床上常用的有汞柱* 式、弹簧式及电子血压计。成年人用的血压计袖带宽度为 $12 \sim 14\text{cm}$, 儿童用的

* 现临床血压测定仍按专业委员会要求使用 mmHg, 其与法定计量单位的关系为: $1\text{kPa} = 0.133\text{mmHg}$

为 7~8cm。

【测量方法】

1) 听诊法：测压前病人应安静休息，脱去上衣袖，将手臂及血压计置于右心房水平位，即坐位时相当于第 4 肋软骨水平，卧位时相当于腋中线水平，手臂外展约 45°。将袖带展平，气囊中部对着肱动脉，缚于上臂，松紧适宜，袖带下缘应距肘窝 2~3cm。测量时先用一手触肱动脉（或桡动脉），另一手握橡皮球向袖带内打气，待肱动脉（或桡动脉）搏动消失后，继续打气，使汞柱再升高 20~30mm，然后将听诊器胸件放在肘部肱动脉上进行听诊，缓慢放气，使汞柱徐徐下降（约每秒 2mm），当袖带放气时首次听到“啪啪”音时，压力表上所显示的压力值即为收缩压，继续放气，直至声音突然转变为低沉，并很快消失，取动脉音消失时的压力值为舒张压，继续放气直到汞柱水银面下降到零点为止。重复测量 2~3 次，取其最低值作为测得的血压数值。

在某些情况下，需测量下肢血压作为对比，测下肢血压时，病人取俯卧位，袖带缚于大腿上，下缘距腘窝约 3~4cm，用听诊法测量腘动脉压力，作为下肢血压。

2) 触诊法：按听诊法捆绑袖带及打气。放气时，用手触桡动脉，至脉搏重现时，压力表上显示的压力值即为收缩压。此法无法测量舒张压，且测得的收缩压偏低，只用于休克患者，动脉音太弱，听诊不清时，用以粗略估计血压的水平。

【注意事项】

1) 测血压前检查血压计的袖带宽度是否符合标准，汞柱水银面是否处于刻度的零点上。过窄的袖带需施以较大的压力才能阻断动脉血流，测得的血压偏高，过宽则偏低。

2) 捆绑袖带前必须把袖带内的空气完全放出，捆绑松紧应适宜。袖带内空气未全部排出或捆绑太松，测得血压偏高；反之，将使测得的血压偏低。

3) 测压时，血压计的水银表应保持直立。

4) 因为某些动脉硬化高血压病患者，在收缩压与舒张压之间，可能存在“无音地带”，为避免“无音期”造成的测压错误，打气时，必须边打气边摸脉搏，直至脉搏消失后再上升 2.67~4.0kPa (20~30mmHg)*；放气时汞柱应下降到零点为止。

(4) 脉搏检查：脉搏检查一般常用桡动脉，亦可选用颞动脉、耳前动脉、颈动脉、肱动脉、股动脉、足背动脉。

1) 触诊手法：以示指、中指和无名指的指尖互相并拢，平放于桡动脉近腕处触诊。先对比两侧桡动脉的脉搏大小是否相等，若差异不大，则选择一侧桡动脉进行仔细触诊。

2) 触诊内容：①脉率。②节律。③强弱或大小：强而大的脉搏，称为洪脉。弱而小的脉搏，称为细脉或丝脉。④紧张度：用手指按压桡动脉，阻断血流时，所施的压力大小，称为脉搏的紧张度。⑤动脉壁状态：以近心端的手指按压桡动脉近端，以阻断血流，然后以远心端的手指触摸远端动脉管壁的状态。正常人管壁光滑、柔软、常不能触及。动脉硬化者，可触及明显变硬的管壁或管壁迂曲呈索条状。

3) 波形：可用脉波计精确地描记出曲线，但临床常用触诊法粗略估计其波形。常见的波形包括：①水冲脉：脉搏骤起骤降，急促有力。检查时用手紧握病人手腕掌面，将病人手臂抬高过头，检查者手掌可感到急促而有力的冲击搏动。②交替脉：节律正常而强弱交替出现的脉搏。③重脉：于脉搏下降期重现一较弱的搏动，触诊时可感知两个脉波形的存在。④奇脉：吸气时脉搏明显减弱或消失，深吸气时明显，称为奇脉。

3. 皮肤检查：

(1) 颜色：注意有无苍白、黄疸及发绀等。

(2) 色素沉着：注意暴露与非暴露部位，关节伸、屈面，摩擦部位，口腔黏膜及乳晕等。

(3) 弹性：常检查手背及前臂内侧部位。用示指与拇指将皮肤捏起，正常人于松手后皱褶的皮肤立即平复。

(4) 蜘蛛痣：为皮肤小动脉末端呈分枝样扩张，形似蜘蛛。检查时用大头针头或火柴杆压迫蜘蛛痣的中心，其放射性小血管即褪色，松压后又复现，常见于面颈部、胸部及上肢。

(5) 水肿：检查骨骼隆起部位；如前额、胫前及踝部等处。分轻度、中度及重度水肿。

(6) 皮疹：斑疹不突出皮肤表面；丘疹呈局限性隆起于皮肤表面；荨麻疹隆起于皮肤，呈苍白或片状发红的改变。

(7) 出血点及瘀斑：为皮肤及黏膜下出血，不突出皮肤表面，压之不褪色。

(8) 湿度及出汗。

(9) 瘢痕。

(10) 毛发。

4. 淋巴结检查：

(1) 检查部位：耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颌下区、颏下区、颈前后三角、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟等处。

(2) 检查内容：淋巴结的部位、大小、数目、硬度、压痛、活动度、粘连融合情况，局部皮肤有无红肿、瘢痕及溃疡或瘰管等。

(3) 检查方法：

1) 颈部淋巴结：站在病人背后或前面，手指紧贴检查部位，由浅入深滑动触摸；触诊时病人头稍低或偏向检查侧，使肌肉松弛，便于触摸。

2) 锁骨上淋巴结：病人取坐位或卧位，头部稍向前屈，医师用左手触病人右侧，右手触病人左侧，由浅入深逐渐触摸锁骨后深部。

3) 腋窝淋巴结：面对病人，医师手扶病人前臂稍外展，以右手检查病人左侧，以左手检查右侧，触诊腋窝两侧及顶部。

4) 滑车淋巴结：以左手托扶病人左前臂，以右手向滑车上进行触摸。

(二) 头部检查

1. 头颅检查：

(1) 望诊：头颅大小、形状及是否对称、有无畸形、伤痕、静脉充盈及肿块；有无耳鼻脑脊液漏；头部是否处于特殊的位置等。

(2) 触诊：头颅有无压痛，有无颅骨缺损或颅缝分离。小儿应检查囟门大小及张力。

(3) 叩诊：当小儿患脑积水及颅内压增高引起颅缝分离时，可叩出鼓响或破缸音。

(4) 听诊：将钟形听诊器置于乳突后方额、颞或顶部等血管经过处，若有颅内动脉瘤、动脉瘘等，可听到杂音。

2. 眼部检查：

(1) 眉毛：注意有无脱眉。

(2) 眼球：外形、大小是否对称，有无眼球突出、下陷或偏斜，眼球运动情况等。触诊眶缘有无突起、凹陷、触痛或肿块。

(3) 眼睑：皮肤有无病灶，运动是否正常，有无水肿，睑内翻或外翻。

(4) 结膜：观察睑结膜、穹隆结膜及球结膜三部分有无充血水肿、出血点，有无乳头、滤泡、瘢痕、溃疡，有无翼状胬肉、肿瘤等。

(5) 角膜：透明度，有无云翳、白斑、软化、溃疡、色素沉着及新生血管等。

(6) 瞳孔：大小、形状和位置，双侧是否对称。正常瞳孔直径 2~3mm，近圆形，位于中央。

1) 对光反射：①直接对光反射：用手电筒直接照射眼部，瞳孔立即缩小，移开光源后迅速复原；②间接对光反射：用手隔开两眼，观察两侧瞳孔反应的情况，正常时一侧受光刺激，两侧瞳孔同时立即缩小。

2) 调节反射及辐辏反射：嘱病人注视 1m 以外的目标，然后迅速将手指移近距眼球约 20cm 处，此时正常人瞳孔逐渐缩小，称为调节反射；如同时双侧眼球向内聚合，称为辐辏反射。动眼神经功能损害时，调节及辐辏反射均消失。

(7) 虹膜：正常虹膜呈放射状排列。虹膜形态异常见于粘连、外伤或先天性缺损；虹膜纹理模糊或消失见于炎症、水肿。

(8) 眼压检查：以手指法测量，必要时用眼压计测量。

(9) 视力、色觉及眼底检查。

3. 耳部检查：

(1) 耳郭：有无耳前瘻管，耳郭有无畸形、结节、瘢痕等。

(2) 外耳道：牵拉耳廓时有无疼痛，有无外耳道溢脓、狭窄等。

(3) 鼓膜：将耳郭拉向上后，再插入耳镜观察。正常鼓膜呈灰白色，薄而半透明，具有光泽。注意有无内陷、外凸、颜色改变及穿孔溢脓等。

(4) 乳突：有无瘻管、瘢痕及局部压痛。

(5) 听力粗测采用机械表或捻指法，听力正常时一般约在 1m 处可听到；精测法则采用音叉检查。

4. 鼻部检查：

(1) 鼻部外形：包括鼻形及皮肤颜色。蛙状鼻见于鼻息肉；鞍鼻见于梅毒或鼻骨破坏。

(2) 鼻翼扇动：见于高热、支气管哮喘患者。

(3) 鼻中隔：有无偏斜、穿孔等。

(4) 鼻衄：见于外伤、感染、出血性疾病、肿瘤等。

(5) 鼻腔黏膜及分泌物。

(6) 鼻窦：有无鼻塞、流涕及鼻窦压痛。

5. 口咽部检查：

(1) 口唇：正常人红润光泽。注意有无苍白、发绀、疱疹、唇裂、肿胀、溃疡等。

(2) 口腔黏膜：注意色泽，观察有无出血点、麻疹黏膜斑（Koplik 斑）及溃疡等。

(3) 舌：有无舌体肿大，观察舌苔、色泽变化、溃疡及舌的运动等。

(4) 牙齿：有无龋齿、缺牙、残根、义齿、阻生牙等。

(5) 牙龈：有无水肿、出血、齿槽溢脓及色素沉着等。

(6) 咽部及扁桃体：

1) 鼻咽：注意有无腺状体（增殖体）过度肥大及血性分泌物等。

2) 口咽：注意有无充血、红肿、分泌物等。

3) 扁桃体：注意其大小，观察有无水肿、隐窝溢脓及分泌物等。

4) 咽喉：需通过直接与间接喉镜检查，并应注意声嘶或失音等改变。

(7) 口腔气味：有无口臭或特殊气味，如肝臭（肝昏迷）、尿臭（尿毒症）、大蒜臭（有机磷农药中毒）等。

(8) 腮腺检查：位于耳屏、下颌角、颧弓所构成的三角区内。正常时摸不出腮腺的轮廓。注意有无肿大或肿瘤，并注意颊黏膜腮腺导管开口处有无分泌物。

(三) 颈部检查

1. 颈部一般检查：

(1) 颈部姿势：有无斜颈，有无抬头不起。

(2) 颈部运动有无受限。

(3) 颈部软硬度，有无强直。

(4) 颈部皮肤及有无肿块。

2. 气管检查：检查时病人取坐位或仰卧位，医师将示指与无名指分别置于其两侧胸锁关节上，再将中指置于气管中心，然后观察中指与示指和无名指之间的距离是否相等；也可用两指分别置于气管旁，观察气管有无移位。

3. 颈部血管检查：

(1) 颈静脉充盈情况：

1) 正常人立位或坐位时，颈外静脉常不显露，平卧时可稍充盈，其水平仅限于锁骨上缘至下颌角距离的下2/3处。

2) 颈静脉异常充盈：卧位时颈静脉超过正常水平，可见于右心功能不全、缩窄性心包炎、心包积液及上腔静脉受压综合征。

(2) 颈动脉与颈静脉搏动：颈动脉搏动比较强劲，为膨胀性，搏动感明显。颈静脉搏动较柔和，为弥散性，触诊指尖无搏动感。

(3) 颈部血管杂音：颈部大血管听到杂音应考虑颈动脉或椎动脉狭窄，杂音强度不一，一般在收缩期明显，多为动脉硬化所致。锁骨上窝处听到杂音，可能为锁骨下动脉狭窄，见于颈肋压迫。若在右锁骨上窝听到连续性“嗡嗡”样静脉音，用手指压迫颈静脉后可消失，示为生理性杂音。

4. 甲状腺检查：

(1) 望诊：正常人甲状腺外观不突出，女性在青春期可略增大。嘱患者做吞咽动作，可见肿大的甲状腺随吞咽上下运动，注意其大小、形状及对称性。

(2) 触诊：医师立于病人背后，双手拇指放在颈后，用其他手指从甲状软骨向两侧触摸；也可站在病人前面以右手拇指和其他手指在甲状软骨两旁触诊，同时让病人做吞咽动作。注意肿大程度、对称性、硬度、表面情况（光滑或有结节感）、压痛及有无震颤等。

(3) 听诊：注意有无血管杂音。

(四) 胸部检查

1. 胸壁、胸廓与乳房检查：

(1) 胸壁：

1) 静脉：正常无明显静脉可见。上、下腔静脉梗阻时，可见胸壁静脉充盈或曲张。

2) 皮下气肿：气体积存于胸部皮下，用手按压时，气体在皮下组织中移位形成捻发感或握雪感。

3) 胸壁压痛：正常无压痛。

(2) 胸廓:

1) 胸廓形态: 正常人胸廓类似圆柱形, 前后径:横径 = 1:1.5。病理胸廓常见有桶状胸、佝偻病胸、扁平胸。此外胸廓尚可有单侧或局限性变形。

2) 腹上角及肋脊角改变: 于腹腔压力增大时腹上角增大; 肺气肿时肋脊角增大。

(3) 乳房: 是否对称, 皮肤有无溃破及色素、瘢痕。触诊时检查者手指和手掌必须平置在乳房上, 轻施压力由左乳房外侧上部开始, 沿顺时针方向由浅入深触摸全部乳房, 最后触乳头。同样方法逆时针方向检查右乳房。注意有无肿块, 以及肿块的部位、数目、大小、质地、边界、触痛、移动度和皮肤的关系。

2. 肺和胸膜检查:

(1) 望诊: 注意呼吸运动类型、深度、频率、节律以及呼吸运动有无受限或吸气性呼吸困难等。正常人呼吸运动均匀, 两侧对称, 深度适中, 16~20次/min。男性以腹式呼吸运动为主; 女性以胸式呼吸运动为主。

(2) 触诊:

1) 呼吸运动触诊: 检查者面对病人, 两手指撒开, 分别置于病人胸廓两侧对称部位, 拇指在前正中中线相遇, 嘱病人做深呼吸运动, 比较两侧胸廓运动是否对称。

2) 触觉语音震颤检查: 检查者用两手掌或手掌尺侧缘, 轻轻平贴于胸壁对称部位, 嘱病人重复说“一、二、三”或拉长声音说“一”, 比较两侧语音震动感是否对称。

3) 胸膜摩擦感检查: 以手掌紧贴前胸壁下部或胸侧壁下部, 嘱病人做深呼吸运动, 于纤维素性胸膜炎时, 有皮革相互摩擦的感觉。

(3) 叩诊: 肺部叩诊包括肺定界叩诊, 肺部两侧比较叩诊以及下界移动度叩诊。

1) 比较叩诊: 叩诊部位应自上而下, 由前面、侧面到后面, 做左右两侧对称部比较叩诊, 同时注意音响的变化。叩前胸和侧胸时, 板指平贴肋间隙, 与肋骨平行; 叩肩胛间区时, 板指与脊柱平行; 叩肩胛下区时, 板指与肋间隙平行。

2) 肺定界叩诊: ①肺上界叩诊: 叩肺尖宽度及Kronig 峡; ②肺下界叩诊: 一般沿锁骨中线、腋中线、肩胛线进行, 正常人肺下界分别为6、8、10肋骨水平。

3) 肺下界移动度叩诊: 正常人上下移动度约6~8cm。

(4) 听诊: 包括呼吸音、啰音、胸膜摩擦音及支气管语音。

1) 呼吸音检查: 室内应安静、温暖, 病人可取坐位或卧位, 嘱病人微张口做较深而均匀的呼吸, 但不发声。按顺序由上到下, 由前到后, 左右对称部位对比。各种呼吸音的特点及分布见表1-3。

表 1-3 呼吸音的特点与分布

呼吸音	特 点	正常分布
肺泡呼吸音	①类似用口向内吸气时发出的“夫”音 ②吸气期长于呼气期 ③吸气期调高且强	除支气管呼吸音及混合性呼吸音分布区, 均为肺泡呼吸音
支气管呼吸音	①类似舌头抬高用口呼气时发出的“哈”音 ②吸气期较呼气期短 ③吸气期调低且弱	喉部、胸骨上端、背部6、7颈椎及1、2胸椎附近
支气管肺泡呼吸音	具有上述两种呼吸音的特点 吸气为“夫”, 呼气为“哈”	胸骨角、肩胛间区的第3、4胸椎水平、右锁骨上、下窝

听诊时应注意肺泡呼吸音的异常改变, 包括肺泡呼吸音减弱消失或增强; 呼气期延长;