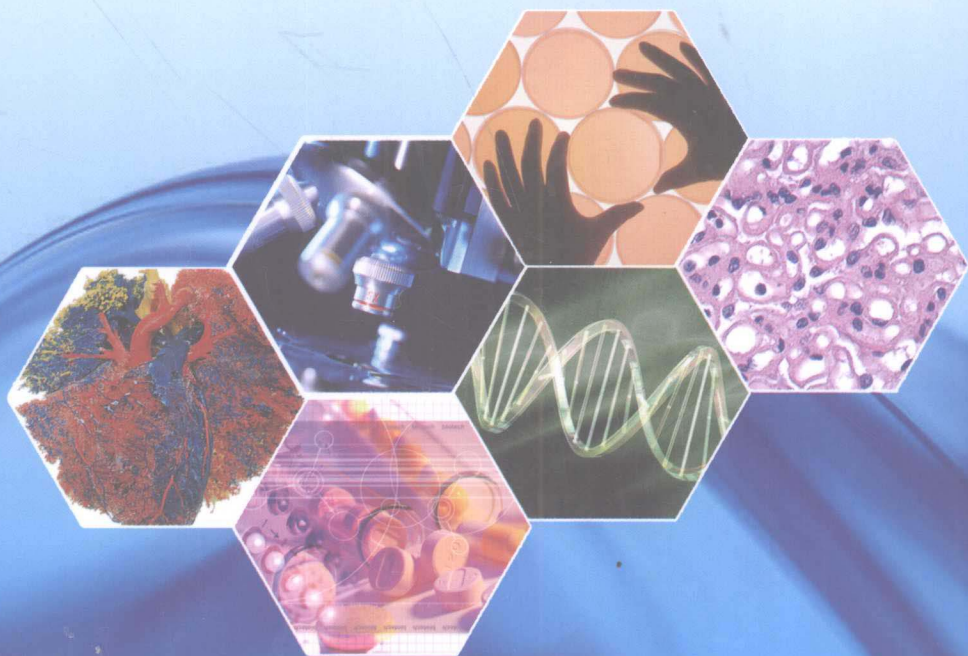


国家精品课程教材
全国高等院校医学实验教学规划教材

编审委员会主任委员 文格波
编写委员会总主编 姜志胜

临床基本技能学

主 审 文格波
主 编 桂庆军 王汉群



科学出版社

國家精品課程教材

全國高等院校醫學實驗教學規劃教材

醫學書目中心編輯部編 王學武

編譯中心編譯部編 李成輝

臨床基本技能學

主 編 王學武

副 編 李成輝 王成輝



国家精品课程教材
全国高等院校医学实验教学规划教材

编审委员会主任委员 文格波
编写委员会总主编 姜志胜

临床基本技能学

主 审 文格波
主 编 桂庆军 王汉群
副主 编 方松清 沈元琼 文红艳 张春芳
陈代娣
编 委 (以姓氏笔画为序)
王汉群 方松清 文红艳 尹 凯
向 琼 许丽芳 杨 科 杨爱华
李 熠 肖长江 谷依学 邹飞燕
沈元琼 陈代娣 张春芳 周 娟
钟 慧 莫明树 莫湘琼 桂庆军
徐 刚 高天舒 高勇强 唐志晗
黄 靓 康 颖 梁丽红 曾谷清
游 咏 谭来勋
编写秘书 游 咏 唐志晗

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

临床基本技能是医生的临床基本功,也是临床各科共同的基本功。本书以临床基本技能训练为核心,坚持“以人为本、德术并重”的教育理念,系统地介绍了临床各种基本技能的基础理论、基本知识及基本操作。全书包括诊与病史采集、体格检查、实验室检测、临床辅助检查、外科手术基本技术、动物手术实验、临床常见手术举例、临床常用诊疗技术、医疗文书书写、临床技能拓展训练,共10章52节。采用新的编排形式,结构严谨。插图和图表400余幅,图文并茂。内容翔实、科学,尤其注重理论与实践相结合。

本教材主要适用于高等学校医学本科生临床技能的教学,亦可供临床医师参加执业医师、执业助理医师等资格考试复习参考。

图书在版编目(CIP)数据

临床基本技能学 / 桂庆军,王汉群主编. —北京:科学出版社,2010

(国家精品课程教材·全国高等院校医学实验教学规划教材)

ISBN 978-7-03-029838-6

I. 临… II. ①桂… ②王… 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(2010)第259072号

责任编辑:邹梦娜 李国红 / 责任校对:邹慧卿

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄超

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>

中科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2010年12月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2010年12月第一次印刷 印张:18

印数:1—4 000 字数:448 000

定价:54.80元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

序 一

医学是一门实践性很强的学科,而医学实验教学是医学教育的重要组成部分,是保证和提高医学人才培养质量的重要环节和必要手段。教育部、卫生部《关于加强医学教育工作提高医学教育质量的若干意见》中提出“高等学校要积极创新医学实践教学体系,加强实践能力培养平台的建设,积极推进实验内容和实验模式的改革,提高学生分析问题和解决问题的能力”,进一步明确了医学实验教学的重要性。

随着现代医学模式的转变、医学教育标准的推行和我国卫生服务发展要求的变化,进一步提高医学教育质量,构建具有中国特色社会主义医学教育体系,已成为高等医学教育界高度关注的重大课题。在这一背景下,我国医学实验教学的改革近年来也进行了积极探索和实践,许多高校通过树立以学生为本、知识传授、能力培养、素质提高、协调发展的教育理念和以能力培养为核心的实验教学观念,建立有利于培养学生实践能力和创新能力的实验教学体系,建设满足现代实验教学需要的高素质实验教学队伍,建设仪器设备先进、资源共享、开放服务的实验教学环境等有力措施,全面提高实验教学水平。

此次,南华大学医学院协同国内相关高校共同编写了《全国高等院校医学实验教学规划教材》,在推进医学实验教学教材建设上迈出了新的一步。这套教材涵盖了解剖学、显微形态学、医学免疫学、病原生物学、机能学以及临床基本技能学的实验教学内容。全套教材贯彻了先进的教育理念和教学指导思想,把握了各学科的总体框架和发展趋势,坚持了“四个结合”,即理论与实验结合、基础与临床结合、经典与现代结合、教学与科研结合,注重对学生探索精神、科学思维、实践能力、创新能力的培养,不失为一套高质量的精品教材。

愿《全国高等院校医学实验教学规划教材》的出版进一步推动我国医学实验教学的发展。

中国高等教育学会基础医学教育分会理事长

北京大学医学部副主任



2010年2月

序 二

医学实验教学在整个医学教育过程中占有极为重要的地位,提高医学实验教学质量必将有助于提高医学教育的整体水平。随着现代生命科学及其各种实验技术的飞速发展,大量先进的医学实验教学理念与方法进入实验教学体系,医学教育内容与环境发生了日新月异的变化。近年来,国内很多医学院校对传统医学实验教学模式进行积极改革和有益尝试,积累了值得借鉴的经验。2008年,国家教育部、卫生部联合印发《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》,对本科临床医学专业毕业生的思想道德与职业素质、知识、技能培养目标提出了更高的明确要求。

在这一背景下,南华大学《全国高等院校医学实验教学规划教材》编写委员会组织相关学科专业的专家教授,共同编写了这套实验教学规划教材。全套教材共九本,包括:《系统解剖学实验》、《局部解剖学实验》、《显微形态学实验(组织学与胚胎学分册)》、《显微形态学实验(病理学分册)》、《医学免疫学实验》、《病原生物学实验(医学微生物学分册)》、《病原生物学实验(人体寄生虫学分册)》、《机能实验学》、《临床基本技能学》。

本套规划教材的编写,吸收了南华大学等多个高校多年来在医学实验教学方面的改革创新成果,强调对学生基础理论、基本知识、基本技能以及创新能力的培养,打破现行课程框架,构建以技能培养为目标的新型医学实验教学体系,注重知识的更新,反映学科的前沿动态,体现教材的思想性、科学性、先进性、启发性和实用性。借鉴国内外同类实验教材的编写模式,内容上将医学实验教学依据医学实验体系进行重组和有机融合,按照医学实验教学的逻辑和规律进行编写。

本套规划教材适用对象以本科临床医学专业为主,兼顾预防医学、医学检验、口腔医学、麻醉学、医学影像学、护理学、药学、卫生检验等专业需求,涵盖基础医学全部课程的实验教学。各层次、各专业学生可按照其专业培养的特点和要求,选用相应的实验项目进行教学与学习。

本套规划教材的编写出版,得到了科学出版社和南华大学的大力支持,凝聚了各位主编和全体编写、编审人员的心血和智慧。在此,一并表示衷心感谢。

由于医学实验教学模式尚存差异,加上我们的水平有限,本套规划教材难免存在缺点和不当之处,敬请读者批评指正。

总主编



2010年2月

前 言

临床技能学是在基础医学和临床医学的理论基础上产生的一门实践性学科。它传授疾病的诊断、治疗和预防的各种技术和方法,它是医生内在专业知识的外化表现,是医生综合素质的重要组成部分。临床技能学包含的内容极为广泛,一般分为临床基本技能和临床专科技能两大类。临床基本技能是医生的临床基本功,也是临床各科共同的基本功。

迄今为止,任何一个医学高度发达的国家都无法用现代高、精、尖、新的诊疗技术取代临床基本诊疗技能操作。对医学生进行规范化、科学化、制度化的临床基本技能实践教学,已成为全球医学教育改革的热门研究课题之一。教育部、卫生部正式颁发的《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》第一部分“本科临床医学专业毕业生应达到的基本要求”就明确提出了“技能目标”应达到的十二项要求,这对规范临床技能教学过程和提高医学临床技能教学质量具有重要的指导意义。

由南华大学协同中南大学、中山大学、武汉大学、湖南中医药大学有关专家编写的《临床基本技能学》,以《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》和《临床执业医师实践技能考试大纲》为依据,以卫生部规划教材为参考,以临床基本技能训练为核心,坚持“以人为本、德术并重”的教育理念,贴近临床,侧重应用,注重知识传授、能力培养、素质提高、协调发展,系统地介绍了临床各种基本技能的基础理论、基本知识及基本操作。本教材内容翔实、科学,结构严谨,尤其注重理论与实践相结合,主要适用于高等医学院校本科生临床技能的教学,亦可供临床医师参加执业医师、执业助理医师等资格考试复习参考。

在本书编写过程中得到了全国教育科学“十一五”规划课题(FFB090567)、湖南省教育科学“十一五”规划课题(XJK08CGD064)以及湖南省普通高等学校教学改革研究项目(湘教通[2009]321号-171、湘教通[2010]243号-197)的大力支持,在此一并表示衷心的感谢。

尽管编委们参考了相关教材的最新版本,力求编写形式创新、内容富有特色,但由于水平和经验有限,编写的缺点和错误在所难免,敬请读者和同道提出宝贵意见和建议,以利今后再版时进一步修改完善。

编 者

2010年12月

目 录

第一章 问诊与病史采集	(1)
第一节 问诊的重要性.....	(1)
第二节 问诊的内容.....	(1)
第三节 问诊技巧.....	(4)
第二章 体格检查	(6)
第一节 基本检查法.....	(6)
第二节 一般检查.....	(10)
第三节 头部.....	(22)
第四节 颈部.....	(28)
第五节 胸部和肺部.....	(30)
第六节 心脏和血管.....	(42)
第七节 腹部.....	(54)
第八节 脊柱、四肢.....	(69)
第九节 神经系统.....	(75)
第十节 全身体格检查.....	(85)
第三章 实验室检测	(92)
第一节 血液一般检测.....	(92)
第二节 骨髓细胞学检测.....	(98)
第三节 出血性疾病检测.....	(104)
第四节 尿液检测.....	(107)
第五节 浆膜腔积液检测.....	(111)
第六节 脑脊液检测.....	(112)
第七节 肝功能检测.....	(114)
第八节 临床常用免疫学检测.....	(116)
第四章 临床辅助检查	(120)
第一节 心电图.....	(120)
第二节 X线诊断学.....	(137)
第五章 外科手术基本技术	(157)
第一节 概述.....	(157)
第二节 外科常用器械及使用方法.....	(160)
第三节 无菌术.....	(167)
第四节 外科手术基本技巧.....	(173)
第五节 换药.....	(181)

第六节 外伤急救·····	(186)
第七节 显微外科基本技术·····	(191)
第六章 动物手术实验 ·····	(195)
第一节 外科动物实验的准备·····	(195)
第二节 狗后肢伤口清创缝合术·····	(199)
第三节 狗腹壁切开与缝合术·····	(200)
第四节 兔盲肠部分切除术·····	(201)
第五节 离体猪小肠端对端吻合术·····	(202)
第六节 狗小肠部分切除与端对端吻合术·····	(205)
第七节 狗胃穿孔修补术·····	(206)
第八节 狗脾切除术·····	(207)
第九节 腹腔镜下狗胆囊切除术·····	(208)
第七章 临床常见手术举例 ·····	(210)
第一节 清创缝合术·····	(210)
第二节 气管切开术·····	(213)
第三节 阑尾切除术·····	(216)
第四节 胃大部分切除术·····	(221)
第五节 腹股沟斜疝修补术·····	(226)
第六节 耻骨上膀胱造瘘术·····	(228)
第八章 临床常用诊疗技术 ·····	(230)
第九章 医疗文书书写 ·····	(241)
第一节 病历书写基本要求·····	(241)
第二节 住院期间病历·····	(242)
第三节 门诊病历书写·····	(257)
第十章 临床技能拓展训练 ·····	(259)
第一节 疾病诊断·····	(259)
第二节 临床思维·····	(261)
第三节 医患沟通技巧训练·····	(274)
第四节 突发公共卫生事件模拟演练·····	(276)

第一章 问诊与病史采集

【本章学习目标】

- (1) 学习怎样与患者交流,在问诊过程中需注意哪些医德与涵养。
- (2) 掌握主诉、现病史的定义。
- (3) 掌握病史询问的内容,重点询问现病史。
- (4) 熟悉问诊的方法及技巧。
- (5) 了解问诊的重要性。

第一节 问诊的重要性

问诊是医师通过对患者或知情人员(如家属、同事等)的系统询问获取病史资料,经过综合分析而提出临床判断的一种诊法。问诊是病史采集的主要手段,是诊断疾病的重要环节。通过问诊所获取的病史资料对了解疾病的发生、发展、诊治经过、既往健康状况和曾患疾病的情况,对诊断具有极其重要的意义。病史资料的完整性和准确性对疾病的诊断和处理有很大的影响,一方面可提示医师进行体格检查的重点、进行实验室检查和辅助检查的方向,另一方面,在临床工作中有些疾病常常通过问诊即可基本确立诊断。问诊也是进行医患沟通、建立良好医患关系的重要时机,正确的问诊方法和良好的问诊技巧,常使患者感到医师的亲切和可信,有信心与医生合作,这对诊治疾病也十分重要。如果不注意问诊的技巧和方法,很可能得不到临床诊断和处理所必需的详细而可靠的病史资料,这是临床工作中误诊和漏诊的常见原因。

根据问诊时的临床情景和目的的不同,大致可分为全面系统的问诊和重点问诊。前者即对住院患者所要求的全面系统的问诊。重点问诊则主要应用于急诊和门诊。前者是后者的基础,初学者应从学习全面系统的问诊开始。

第二节 问诊的内容

(一) 一般项目

一般项目(general data)包括:姓名、性别、年龄、婚姻、职业、籍贯、民族、住址、工作单位、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者不是本人,则应注明与患者的关系。这些项目看似简单平常,但缺一不可,记录时应逐项仔细填写。为避免问诊初始过于生硬,可将某些一般项目的内容如职业、婚姻等放在个人史中穿插询问。

(二) 主诉

主诉(chief complaint)为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或(和)体征,也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间。主诉可初步反映病情轻重与缓急,并提供疾病的诊断

线索。主诉一般是促使患者看病的情况,如“发热、咳痰 6 天,加重伴胸痛 2 天”;有时却完全是一种客观事实,如“B 超发现左肾结石”、“胸片发现右肺肿块”等;更多的情况下是医生根据问诊获得的资料综合概括出来的,如“转移性右下腹痛 8 小时”、“腹痛、腹胀并肛门停止排气排便 2 天”、“渐进性吞咽困难 1 月”等。主诉应突出特点,一两句话加以概括,并同时注明主诉自发生到就诊的时间,让医学专业人士一看就能够作出第一诊断,比如“腹痛、腹胀并肛门停止排气排便 2 天”,让人看后很容易想到“机械性肠梗阻”的诊断。

书写主诉时应该注意的事项:①主诉应简明扼要,能正确反映疾病的主要问题;②尽量不用诊断或检验结果作为主诉,如“患糖尿病 6 年”或“患高血压病 1 年”。但有时对当前无症状,诊断资料和入院目的又十分明确的患者,也可以用如“患白血病 3 年,经检验复发 7 天”、“1 周前超声检查发现胆囊结石”的方式记录;③主诉多于一项时,应按发生时间先后顺序连续书写,如“活动后心悸气短 3 年,加重伴双下肢水肿 2 周”;④要体现症状或体征、部位、时间三要素;⑤主诉一般不超过 20 字。

(三) 现病史

现病史(history of present illness)是病史中的主体部分,是围绕主诉记述患者患病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过。可按以下的内容和程序询问。

1. 起病情况与患病时间 每种疾病的起病或发作都有各自的特点。有的疾病起病急骤,如脑出血、心绞痛发作、急性胃肠穿孔等;有的疾病则起病缓慢,如肺结核、风湿性心瓣膜病、慢性肾炎等。疾病的起病常与某些因素有关,如脑血栓形成常发生于睡眠时;脑出血、高血压危象常发生于激动或紧张状态时。患病时间是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,发病急骤者可按小时、分钟为计时单位。

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,缓解或加剧的因素等。如消化性溃疡的主要症状特点为上腹部疼痛,具有节律性,可持续数日或数周,在几年之中可以表现为时而发作时而缓解,呈周期性发作或有一定季节性发病等特点。了解主要症状的特点对判断疾病所在的器官以及病变的部位和性质很有帮助。如上腹部痛多为胃、十二指肠或胰腺的疾病;右下腹急性腹痛则多为阑尾炎症,若为妇女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。

3. 病因与诱因 了解与本次发病有关的病因(如外伤、中毒等)和诱因(如气候变化、情绪改变、起居饮食失调等),有助于明确诊断与拟定治疗措施。患者对直接或近期的病因容易提出,当病因比较复杂或病程较长时,要患者说出病因往往有一定的困难,这时医师应进行科学的归纳和分析。

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。如肺气肿的患者,在乏力、轻度呼吸困难的基础上,突然感到剧烈的胸痛和严重的呼吸困难,应考虑自发性气胸的可能。如有心绞痛史的患者本次发作疼痛加重而且持续时间较长时,则应考虑急性心肌梗死的可能。

5. 伴随病状 在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状。伴随症状常常是鉴别诊断的依据,或提示出现了并发症。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;腹泻伴里急后重,结合季节和进餐情况更容易考虑到痢疾。按一般规律在某一疾病应该出现的伴随症状而实际上没有出现时,也应将其记述于现病史中以备进一步观察,或作为诊断和鉴别诊断的重要参考资料,这种阴性表现有时称为阴性症状。一份完整的

病史不应放过任何一个主要症状之外的细微伴随迹象。

6. 诊治经过 询问患者本次就诊前是否接受过其他医疗单位诊治,接受过什么诊断措施及其结果,若已进行治疗则应问明使用过的药物名称、剂量、时间和疗效,为本次诊治疾病提供参考,但不可以代替自己的分析和判断。

7. 病程中的一般情况 包括患病后的精神、体力、饮食、睡眠与大小便情况等。这部分内容对全面评估患者病情的轻重和预后以及采取什么辅助治疗措施十分有用,有时对鉴别诊断也能够提供重要的参考资料。

(四) 既往史

既往史(past history)是指患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病(包括各种传染病)、外伤手术、预防注射、过敏,特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。例如风湿性心瓣膜病患者过去是否反复发生过咽痛、游走性关节炎等;慢性冠状动脉粥样硬化性心脏病和脑血管意外的患者过去是否有过高血压。此外,对主要传染病和地方病史,外伤、手术史,预防接种史,以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等,也应仔细询问。

(五) 系统回顾

系统回顾(review of systems)由一系列直接提问组成,用以作为最后一遍搜集病史资料,避免问诊过程中患者或医生所忽略或遗漏的内容。它可以帮助医师在短时间内简明扼要地了解患者除现在所患疾病以外的其他各系统是否发生目前尚存在或已痊愈的疾病,以及这些疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。主要情况应分别记录在现病史或既往史中。实际应用时,可在每个系统询问2至4个症状,如有阳性结果,再全面深入地询问该系统的症状;如为阴性,一般说来可以过渡到下一个系统,也可以根据情况变通调整一些内容。系统回顾常包括对呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、造血系统、内分泌系统及代谢、神经精神系统、肌肉骨骼系统的症状及特点的查询。

(六) 个人史

个人史(personal history)包括以下内容。

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。过去某段时间是否去过疫源地。

2. 职业及工作条件 包括工种,劳动环境,对毒物、放射性的接触情况及时间。

3. 习惯与嗜好 起居与卫生习惯、饮食的规律。烟酒嗜好时间与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉药品、毒品等。

4. 冶游性病史 是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

(七) 婚姻史

婚姻史(marital history)记述未婚或已婚,结婚年龄,配偶健康状况、夫妻关系等。

(八) 月经史与生育史

月经史(menstrual history)记录月经初潮的年龄、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,闭经日期,绝经年龄。记录格式如下。

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

例如:14 $\frac{3-5}{28-30}$ 2010年10月8日(或49岁)

生育史(childbearing history)记录妊娠与生育次数,人工或自然流产的次数,有无死产、手术产、围生期感染、计划生育、避孕措施等。对男性患者应询问是否患过影响生育的疾病。

(九) 家族史

家族史(family history)应询问双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况,特别应询问是否有与患者同样的疾病,有无与遗传有关的疾病。对已死亡的直系亲属要问明死因与年龄。某些遗传性疾病还涉及父母双方亲属,也应了解。若在几个成员或几代人中皆有同样疾病发生,可绘出家系图显示详细情况。

第三节 问诊技巧

问诊的技巧需要反复的实践才能得到灵活运用和逐步提高,问诊时需要掌握下列基本的技巧与方法。

(一) 注意问诊的态度和举止

问诊时医师对患者要有高度的责任感和同情心,态度要和蔼可亲,耐心体贴,举止要友善端庄,适度得体,不可急不可耐地审问式地询问病史,也不可责难性地提问,以免患者产生防御或恐惧心理。应创造一种宽松和谐的氛围,使患者感到医师的亲切与可信,愿意忍着痛苦来回答医师的提问,甚至能使患者讲出原想隐瞒的敏感事情。交谈时采取前倾姿势以表示正注意倾听,适当的时候应微笑或赞许地点头示意,可予恰当的鼓励提高患者的自信,从而顺利完成病史采集。

(二) 问诊语言要通俗易懂

问诊时语言一定要通俗化、平民化,避免使用医学术语。比如问患者是否有鼻子出血,不应这样问“您有没有鼻衄?”;问患者是否有急于想解大便和有拉不完的感觉,不要使用医学术语“里急后重”;还有诸如“端坐呼吸”、“夜间阵发性呼吸困难”、“牵涉痛”等应予避免。这些医学术语,对于医务人员来说耳熟能详,但对于患者来讲可能是闻所未闻,这就难免发生理解错误或难于理解的情况,结果可能会是一个尴尬的场景或是无端地浪费时间。

(三) 要紧密围绕病情进行询问

临床上有时能遇见这样的情况,那就是有些患者滔滔不绝的讲述一大堆,与病情似乎有关,其实离题太远。这就需要医师来掌控问诊过程,及时根据陈述的主要线索灵活地把话题转回,务必使患者所诉内容紧密联系病情,既不离题太远,又包含了该病的比较详细的诊疗经过,比如是否到医院看过?到哪家医院做过哪些检查和治疗?疗效如何?还包括与该病相关的其他病史,如既往史、个人史、月经史、婚姻生育史和家族史。

(四) 问诊过程中始终要抓住重点

问诊时以主诉为重点,由简易问题询问开始,逐步深入地进行有目的、有层次、有顺序的询问。把主诉相关情况尽可能问仔细、问清楚,并且要针对与鉴别诊断相关的阳性或阴性症状进行询问。例如,对一个主诉腹痛多次加重 1 小时的患者,问诊过程中应以腹痛为重点,询问患者腹痛的部位、性质、程度、发生的时间、有无放射痛;什么情况下腹痛会加重,什么情况下腹痛能得以缓解;再询问腹痛的伴随症状,有无发热、腹泻等,便于鉴别诊断。如腹痛伴发热、黄疸,应考虑可能是胆囊炎或病毒性肝炎;腹痛伴休克临床表现,应考虑可能是胃肠等脏器穿孔引起的外科急腹症;腹痛伴恶心、呕吐和腹泻,多为急性胃肠炎;腹痛伴尿频、血尿,大多数系尿路结石或感染。

(五) 应避免暗示性问诊和逼问

为了保证病史资料的可靠性,一定要避免暗示性问诊,绝对不能生硬地逼问。暗示性问诊是一种带特定倾向性答案的问诊方式,比如“你应该有肚子痛吧?”、“你的肚子痛在吃油腻饮食后会加重吧?”等。如果患者默认或随声附和,就可能得到错误的诊断依据。正确的问诊应该是“你有没有肚子痛?”、“你的肚子痛在什么情况下能减轻,在什么情况下会加重呢?”。另外要注意的是,当患者的回答与医师的想法有差距时,不能进行逼问,比如“你应该有这种情况!”、“不可能没有这种情况啊!”。如果逼迫患者同意医师的想法,势必严重影响病史资料的可靠性。正确的方法应该是耐心地启发引导患者,使其冷静地思考、回忆,实事求是地陈述和回答问题。

第二章 体格检查

体格检查(physical examination)是指医师运用自己的感官和借助于简便的检查工具,客观地了解 and 评估患者身体状况的最基本的检查方法。体格检查是临床医师必须掌握的基本功,许多疾病通过体格检查再结合病史就可以做出临床诊断。医师进行全面体格检查后对患者健康状况和疾病状态提出的临床判断称为检体诊断(physical diagnosis)。

体格检查的注意事项包括:

(1) 要有高度的责任感和良好的医德医风,应以患者为中心,关心、同情和体贴患者,态度要和蔼,仪表要端庄,举止要得体。

(2) 室内环境应温暖,光线要适宜,避免嘈杂的声音。

(3) 根据病情和检查目的不同,患者常取卧位或坐位,也可其他体位,医师一般站在患者右侧。检查患者前,应做自我介绍,并说明检查的目的和要求,以取得患者密切配合。检查结束应表示感谢。

(4) 检查要按一定顺序进行,避免重复和遗漏,避免反复翻动患者,力求建立规范的检查顺序。通常按生命征、一般检查、头、颈、胸、腹、脊柱、四肢和神经系统的顺序进行检查,必要时进行生殖器、肛门和直肠检查。根据病情轻重、各种检查的相互影响等因素,可调整检查顺序,利于及时抢救和处理患者。

(5) 在检查过程中,应注意左、右及相邻部位等的对比检查。

(6) 应根据病情变化及时进行复查,有助于补充和修正诊断。

第一节 基本检查法

【本节学习目标】

(1) 掌握视诊、触诊、叩诊、听诊的方法,重点是触诊、间接叩诊的操作手法。

(2) 熟悉五种叩诊音的声学特点与鉴别。

(3) 了解嗅诊对疾病诊断的意义。

(4) 了解听诊器的结构和使用方法。

一、视 诊

视诊(inspection)是医师用视觉来观察被检查者全身或局部表现的诊断方法。视诊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、步态、姿势等。局部视诊可了解身体各部分的改变,如皮肤、黏膜、舌苔、头颈、胸廓、腹形、四肢、肌肉、骨骼、关节外形等。但对特殊部位(如鼓膜、眼底等)则需用某些仪器(如耳镜、眼底镜等)帮助检查。视诊最好在间接日光下进行,也可借助灯光,但灯光下不易辨认黄疸和发绀。视诊适用范围很广,能提供重要的诊断资料,有时仅用视诊就可明确一些疾病的诊断,但视诊必须要有丰富的医学知识和临床经验作基础,否则会出现视而不见的情况。疾病的临床征象繁多,只有通过深入、敏锐的观察才能发现对确定诊断具有重要意义的临床征象。

二、触 诊

触诊(palpation)是医师通过手接触被检查部位的感觉进行判断的诊断方法。触诊的适用范围很广,可遍及身体各部,尤以腹部更为重要。触诊还可以进一步明确视诊所不能明确的体征,如皮温、震颤、摩擦感、包块的硬度压痛等。检查前医师要向患者说明触诊的目的,消除患者的紧张和顾虑,取得患者的密切配合,医师手应温暖,手法应轻柔,以免引起肌肉紧张,影响检查效果。患者应采取适当体位,才能获得满意检查效果。如腹部触诊通常取仰卧位,双手置于体侧,双腿稍曲,腹肌尽可能放松。检查肝、脾、肾时也可嘱患者取侧卧位。触诊下腹部时,应嘱患者排尿,以免将充盈的膀胱误认为腹腔包块。触诊时医师应手脑并用,边检查边思索。注意病变的部位、特点、毗邻关系,以明确病变的性质和来源。根据目的和手法的不同,触诊分浅部触诊法和深部触诊法。

(一) 浅部触诊法

浅部触诊(light palpation)时医师用一手轻轻放在被检查的部位,利用掌指关节和腕关节的协同动作,轻柔地进行滑动触摸(图 2-1-1)。腹部浅部触诊使腹壁压陷约 1cm。浅部触诊适用于体表浅在病变、关节、软组织、浅部的动脉、静脉、神经、阴囊和精索等的检查。浅部触诊一般不引起被检查者痛苦,也不引起肌肉紧张,因此更有利于检查腹部有无压痛、抵抗感、搏动、包块和某些肿大脏器。



图 2-1-1 浅部触诊法

(二) 深部触诊法

深部触诊(deep palpation)主要用于检查腹内脏器和腹腔病变情况。检查时以一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达到深部,使腹壁压陷至少 2cm 以上,有时可达 4~5cm。

1. 深部滑行触诊法(deep slipping palpation) 医师以并拢的二、三、四指端逐渐压向腹腔的脏器或包块,并在其上做上下左右的滑动触摸(图 2-1-2A)。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。该触诊方法常用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。

2. 双手触诊法(bimanual palpation) 将左手置于被检查脏器或包块的背后部,将被检查部位或脏器推向右手方向,右手进行滑动触摸(图 2-1-2B)。此法除可发挥固定作用外,又

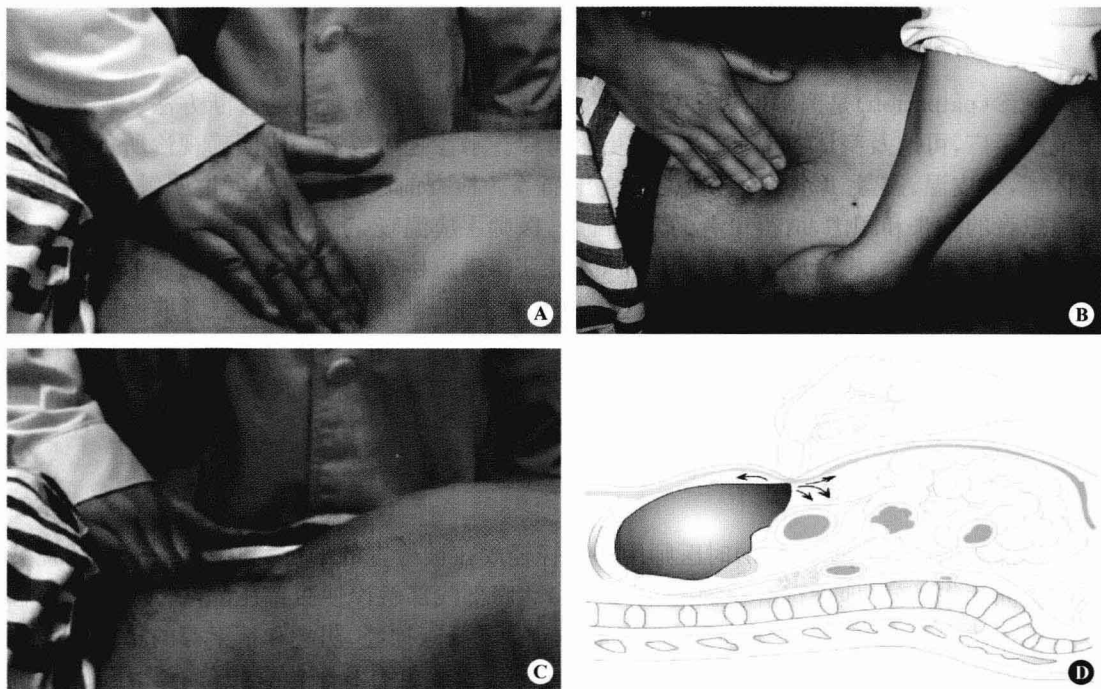


图 2-1-2 深部触诊法

A. 深部滑行触诊法; B. 双手触诊法; C. 深压触诊法; D. 冲击触诊法

可使被检查脏器或包块更接近体表,主要用于肝、脾、肾和腹腔肿物的检查。

3. 深压触诊法(deep press palpation) 以拇指或并拢的示指、中指逐渐深压,用以探测腹腔深在病变或确定腹腔压痛点(图 2-1-2C),再检查反跳痛,即在深压的基础上迅速将手抬起,并询问被检查者是否瞬间感觉疼痛加剧或观察有否痛苦表情。

4. 冲击触诊法(ballottement) 以并拢的三四个手指取 $70^{\circ}\sim 90^{\circ}$,置于腹壁上相应部位,做数次急速而较有力的冲击动作(图 2-1-2D),在冲击时会出现腹腔内脏器官在指端浮沉的感觉,检查时应避免用力过猛。此法一般仅用于大量腹水时肝脾的触诊。

三、叩 诊

叩诊(percussion)是用手指叩击身体某部表面,使之震动而产生音响,根据震动和音响的特点来判断被检查的脏器有无异常的一种诊断方法。叩诊在胸、腹部检查中尤为重要。因叩诊的部位不同,被检查者须采取适宜的体位。如叩诊胸部时取坐位或卧位;叩诊腹部时常取仰卧位。

(一) 叩诊方法

1. 间接叩诊法(indirect percussion) 叩诊时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,以中指指端叩击左手中指第二指骨的前端,叩击方向应与叩诊部位的体表垂直(图 2-1-3,图 2-1-4)。叩诊时应以腕关节与掌指关节的活动为主,避免肘关节及肩关节参加运动。叩击动作要灵活、短促、富有弹性。叩击后右