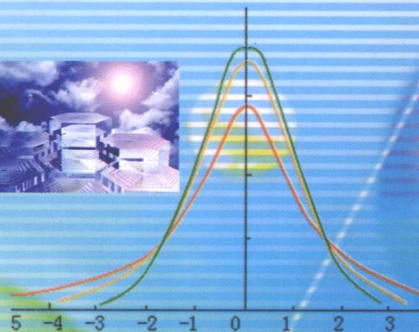


全国高等医药院校规划教材

诊断学基本技能 训练和指导

陈 昱 汤之明 王其友 主编



科学出版社

www.sciencep.com

全国高等医药院校规划教材

诊断学基本技能 训练和指导

主编 陈玉明 副主编 王瑞

人民卫生出版社
www.pmph.com

全国高等医药院校规划教材

诊断学基本技能 训练和指导

主 编	陈 垦	汤之明	王其友	
副主编	刘玉华	宋泽庆	蒋文功	龙友明
编 委	(按汉语拼音)			
	陈 垦	迟作华	崔淑兰	洪铭范
	蒋文功	李铭杰	刘思敏	刘玉华
	龙友明	宋泽庆	汤之明	王其友
	吴梅丽	张 明	张 威	张学思

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

本书以普通高等教育“十一五”国家级规划教材为基础,紧扣教学大纲内容,吸收了国内外最新的诊断学研究成果,并总结多年的诊断学教学经验,不断完善,编写而成。全书包括问诊、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等内容。着重培养学生全面掌握和提高诊断学基本技能的实际操作。

本书可作为普通高等医药院校临床医学及预防医学等专业学生诊断学指导用书,也可供执业医师考试和临床医生参考。

图书在版编目(CIP)数据

诊断学基本技能训练和指导 / 陈星,汤之明,王其友主编. —北京:科学出版社,2009

(全国高等医药院校规划教材)

ISBN 978-7-03-025466-5

I. 诊… II. ①陈… ②汤… ③王… III. 诊断学-医学院校-教学参考资料 IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 153276 号

策划编辑:周万颢 李国红 / 责任编辑:周万颢 李国红 / 责任校对:陈玉凤
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>

骏杰印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2009 年 8 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2009 年 8 月第一次印刷 印张:11

印数: 1—4 000 字数:267 000

定价: 22.00 元

如有印装质量问题,我社负责调换

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和指导,对学好诊断学具有十分重要的意义。基于这一认识,我们在吸收国内外最新的诊断学研究成果的基础上,总结多年的诊断学教学经验,经过反复探索,不断完善,编写了《诊断学基本技能训练和指导》一书。

本书特点:①内容包括问诊、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等;②加入大量插图,使教学更具直观性;③紧扣教学大纲的同时,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,同时也可作为执业医师考试、临床医生的参考资料。

本书在编写过程中始终得到广东药学院校长朱家勇教授的关怀和兄弟院校领导、同仁的大力支持、无私帮助,在此表示衷心感谢!

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 王其友

2009年6月

目 录

前 言

第1章 问诊	(1)
第1节 问诊的职业态度及行为	(1)
第2节 问诊的方法与技巧	(1)
第3节 特殊情况的问诊技巧	(3)
第2章 体格检查	(6)
第1节 一般检查和头颈部检查	(6)
第2节 正常胸廓、肺部检查	(16)
第3节 肺部病理体征检查	(22)
第4节 正常心脏血管检查	(27)
第5节 心血管病理体征检查	(31)
第6节 正常腹部检查	(40)
第7节 腹部病理体征检查	(46)
第8节 生殖器、肛门、直肠检查	(52)
第9节 脊柱、四肢检查	(57)
第10节 神经反射检查	(61)
第11节 临床全身体格检查提纲及检查要点	(66)
第3章 病历书写	(72)
第1节 病历书写的重要性、基本要求及规则	(72)
第2节 住院病历的书写	(73)
第4章 实验诊断	(82)
第1节 血液一般检测	(82)
第2节 血细胞形态检测	(91)
第3节 血栓与止血检测	(96)
第4节 尿液检测	(104)
第5节 粪便检测	(111)
第6节 常用肾脏功能实验室检测	(114)
第7节 肝脏病常用实验室检测	(116)
第8节 临床常用生物化学检测	(124)
第5章 心电图检查	(138)
第6章 体格检查考核评估标准	(157)

第1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,经过综合分析而做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1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,而且会使患者产生担忧或恐惧。

2. 自我介绍 问诊开始时,询问者要做自我介绍,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,从而积极提供信息,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2节 问诊的方法与技巧

(1) 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。这样会有助于建立良好的医患关系,改善互不了解的生疏局面,使病史采集能顺利地进行下去。

(2) 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) 尽可能让患者充分地陈述和强调他认为重要的情况和感受,只有在患者的陈述离病情太远时,才需要根据陈述的主要线索灵活地把话题转回。只有患者的亲身感受和病情变化的实际过程才能为诊断提供客观的依据。

(4) 追溯首发症状开始的确切时间,直至目前的演变过程。如有几个症状同时出现,必须确定其先后顺序。

(5) 在问诊的两个项目之间使用过渡语言,即向患者说明将要讨论的新话题及其理由,使患者不会困惑为什么要改变话题以及为什么要询问这些情况。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改变话题,以及为什么要询问这些情况。

(6) 根据具体情况采用不同类型的提问。一般性提问(或称开放式提问)常用于问诊开始,可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。这种提问应该在现病史、过去史、个人史等每一部分开始时使用,如“你今天来,哪里不舒服?”,待获得一些信息后,再着重追问一些重点问题。直接提问,常用于收集一些特定的有关细节,如“扁桃体切除时你多少岁?”、“您何时开始腹痛的呢?”,获得的信息更有针对性。另一种直接选择提问,要求患者回答“是”或“不是”,或者对提供的选择做出回答,如“你曾有过严重的头痛吗?”、“你的疼痛是锐痛还是钝痛?”。为了系统有效地获得准确的资料,询问者应遵循从一般提问到直接提问的原则。不正确的提问可能得到错误的信息或遗漏有关的资料。

以下各种提问应予避免。诱导性提问或暗示性提问,在措词上已暗示了期望的答案,使患者易于默认或附和医生的诱问,如“你的胸痛放射至右手,对吗?”、“用这种药物后病情好多了吧?”。责难性提问,常使患者产生防御心理,如“你为什么吃那样脏的食物呢?”。如医生确实要求患者回答,则应先说明提出该问题的原因,否则在患者看来很可能是一种责难。另一种不恰当的是连续提问,即连续提出一系列问题,可能造成患者对要回答的问题混淆不清,如“饭后痛得怎么样?和饭前不同吗?是锐痛,还是钝痛?”。

(7) 提问时要注意系统性和目的性,杂乱无章的重复提问会降低患者对医生的信心和期望。

(8) 询问病史的每一部分结束时进行归纳小结。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。

(9) 语言要通俗易懂,避免使用医学术语发问,使患者能够理解询问者的话。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”、“鼻出血”、“隐血”等。

(10) 为了收集到尽可能准确的病史,有时医师要引证核实患者提供的信息。如患者用了诊断术语,医生应通过询问当时的症状和检查等以核实资料是否可靠。例如,患者:“5年前我患了肺结核”;医师:“当时做过胸部X光检查吗?”;患者:“做过”;医师:“经过抗结核治疗吗?”;患者:“是,服药治疗”;医师:“知道药名吗?”。经常需要核实的资料还有呕血量、体重变化情况、大便和小便量,重要药物如糖皮质激素、抗结核药物和精神药物的使用,饮酒

史、吸烟史以及过敏史等。

(11) 询问患者的经济情况,关心患者有无来自家庭和工作单位经济和精神上的支持。医师针对不同情况做恰当的解释可使患者增加对医生的信任。

(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的地方要反复询问,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) 如患者问到一些问题,医生不清楚或不懂时,不能随便应付、不懂装懂,甚至乱解释,也不要简单回答三个字“不知道”。如知道部分答案或相关信息,医生可以说明,并提供自己知道的情况供患者参考。对不懂的问题,可以回答自己以后去查书、请教他人后再回答,或请患者向某人咨询,或建议去何处能解决这一问题。

(15) 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:在做扼要的询问和重点检查后,应立即进行抢救,待病情好转后再做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,不要少于 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 3 节 特殊情况的问诊技巧

1. 缄默与忧伤 缄默可能由于疾病使患者的情绪难以控制、或医师所提的问题触及患者的敏感方面而使其伤心;也可能由于问题未切中要害或批评性的提问使患者沉默或不悦;或因医师用过多、过快的直接提问,使患者惶惑而被动,对这些都应及时察觉,予以避免。如患者因生病而伤心或哭泣,情绪低落,医生应予安抚、理解并适当等待、减慢问诊速度,使患者镇定后继续叙述病史。

2. 焦虑与抑郁 应鼓励焦虑患者讲出其感受,注意其语言和非语言的各种异常的线索,确定问题的性质。给予宽慰和保证应注意分寸,如说“不用担心,一切都会好起来的”这一类话时,首先应了解患者的主要问题,确定表述的方式,以免适得其反,使患者产生抵触情绪,交流更加困难。抑郁是最常见的临床问题之一,且易于忽略,应予特别重视。如询问患者通常的情绪如何,对未来、对生活的看法。如疑及抑郁症,应按精神科要求采集病史和

做精神检查。

3. 多话与唠叨 患者不停地讲,医生不易插话及提问,一个问题引出一长串答案,由于时间的限制及患者的回答未得要领,常使采集病史不顺利。对此,应注意以下技巧:一是提问应限定在主要问题上;二是根据初步判断,在患者提供不相关的内容时,巧妙地打断;三是让患者稍休息,同时仔细观察患者有无思维奔逸或混乱的情况,如有,应按精神科要求采集病史和做精神检查;四是分次进行问诊,告诉患者问诊的内容及时间限制等,但均应有礼貌,诚恳表述,切勿表现得不耐心而失去患者的信任。

4. 愤怒与敌意 患病和缺乏安全感的人可能表现出愤怒和不满,面对这种情况,医生一定不能发怒,应采取坦然、理解、不卑不亢的态度,尽量发现患者发怒的原因予以说明,注意切勿使其迁怒他人或医院其他部门。提问应该缓慢而清晰,内容主要限于现病史为好,对个人史及家族史或其他可能比较敏感的问题,询问要十分谨慎,或分次进行,以免触怒患者。

5. 多种症状并存 有的患者多种症状并存,应注意在其描述的大量症状中抓住关键、把握实质;另一方面,在注意排除器质性疾病的同时,亦考虑其可能由精神因素引起,必要时可建议其做精神检查。

6. 说谎和对医生不信任 某些情况可能使患者故意夸大病情或隐瞒病史,医师应判断这些情况,避免记录下不可靠不准确的病史资料。有时医生能感觉到患者对医生的不信任和说谎,医生不能强行纠正,但若据观察、询问了解有说谎可能时,应认识到它,待患者情绪稳定后再询问病史资料。若有人没病装病或怀有其他非医学上的目的有意说谎时,医生应根据医学知识综合判断,予以鉴别。

7. 文化程度低下和语言障碍 患者理解力及医学知识贫乏可能影响回答问题及遵从医嘱、问诊时,语言应通俗易懂,减慢提问的速度,注意必要的重复及核实。语言不通者,最好是找到翻译并请如实翻译,勿带倾向性,更不应只是解释或总结。

8. 重危和晚期患者 病情重危者反应变慢,甚至迟钝,问诊时不应催促患者。应先简单了解病史及做必要检查后,经初步处理,病情稳定后再详细询问病史;重症晚期患者每因治疗无望有拒绝、孤独、违拗、懊丧、抑郁等情绪,应特别关心。

9. 残疾患者 对聋哑人,相互理解常有困难,可用简单明了的手势或其他体语;请患者亲属、朋友解释或代述。必要时做书面提问,书面交流。对盲人,先向患者自我介绍及介绍现场情况,搀扶患者就座,尽量保证患者舒适,这些有利于获得患者的信任和进行问诊。告诉患者其他现场人员和室内家具或装置,仔细聆听病史叙述并及时做出语言的应答,更能使患者放心与合作。

10. 老年人 老年患者因体力、视力、听力的减退,部分患者还有反应缓慢或思维障碍,可能对问诊有一定的影响。应注意以下技巧:先用简单清楚、通俗易懂的一般性问题提问;减慢问诊进度,使之有足够时间思索、回忆,必要时做适当的重复;注意患者的反应,如是否听懂,有无思维障碍、精神失常,必要时向家属和朋友收集补充病史;耐心仔细进行系统回顾,以便发现重要线索;仔细询问过去史及用药史,个人史中重点询问个人嗜好、生活习惯改变;注意外貌、言行、与家庭及子女的关系等。

11. 儿童 小儿多不能自述病史,须由家长或保育人员代述。所提供的病史材料是否可靠,与他们观察小儿的能力、接触小儿的密切程度有关,对此应予注意并在病历记录中说明。5~6岁以上的小儿,可让他补充叙述一些有关病情的细节,但应注意其记忆表达的准

确性。有些患儿由于惧怕住院、打针等而不肯实说病情,在与他们交谈时仔细观察并全面分析,有助于判断其可靠性。

12. 精神疾病患者 对有自知力的精神疾病患者,问诊对象是患者本人。对缺乏自知力的患者,其病史是从患者的家属或相关人员中获得。由于不是本人的患病经历和感受,且家属对病情的了解程度不同,有时家属会提供大量而杂乱无章的资料,医师应结合医学知识综合分析、归纳整理后记录。对缺乏自知力的患者的交谈、询问与观察属于精神检查的内容,但有时所获得的一些资料可以作为其病史的补充。

第2章 体格检查

第1节 一般检查和头颈部检查

【目的要求】

①学会对一般状态、皮肤黏膜、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，教师进行指导；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36.3~37.2℃。腋测法：将消毒的体温计汞柱端放入腋窝的顶部，夹紧上臂，10min后取出读数。正常范围36~37℃。临床常用方法为肛测法：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36.5~37.7℃。

2) 记录方法：正常人体温在24h内略有波动，波动幅度一般不超过1℃。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35℃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60~100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：正常成人静息状态下呼吸12~20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

2. 67~4kPa(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 2. 67kPa(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 4~5. 33kPa(30~40mmHg),正常双上肢血压差别为 0. 67~1. 33kPa(5~10mmHg),正常下肢血压高于上肢血压达 2. 67~5. 33kPa(20~40 mmHg)。

5) 血压标准和血压变动(见表 2-1)

表 2-1 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)	类别	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
正常血压	<120	<80	2 级高血压(中度)	160~179	100~109
正常高值	120~139	80~89	3 级高血压(重度)	≥180	≥110
高血压			单纯收缩期高血压	≥140	<90
1 级高血压(轻度)	140~159	90~99			

注:若患者的收缩压与舒张压分属不同级别时,则以较高的分级为准;单纯收缩期高血压也可按照收缩压水平分为 1、2、3 级。

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 3 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 3 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:皮肤黏膜干燥,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等的意识改变,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,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。

5) 谵妄:是一种以兴奋性增高为主的意识障碍,表现为意识模糊、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)、黏液性水肿面容(图 2-2)、二尖瓣面容(图 2-3)、肢端肥大症面容(图 2-4)、伤寒面容、苦笑面容、满月面容(图 2-5)等;②表情:安静、烦躁、痛苦、淡漠、激动、忧虑、惊愕等。



图 2-1 甲状腺功能亢进面容



图 2-2 黏液性水肿面容



图 2-3 二尖瓣面容



图 2-4 肢端肥大症面容

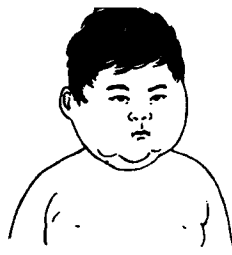


图 2-5 满月面容

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 2-6~图 2-8)。

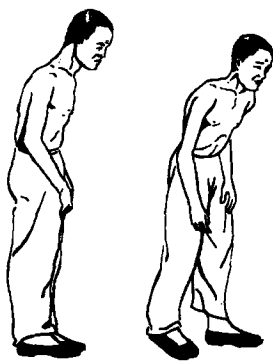


图 2-6 慌张步态



图 2-7 跨阈步态

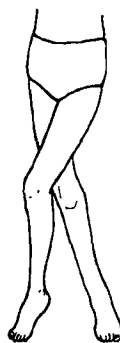


图 2-8 剪刀式步态

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、黏液性水肿、维生素 A 缺乏症等。

3. 弹性

(1) 皮肤弹性检查:选择手背及上臂内侧皮肤进行。

(2) 检查方法:①右手拇指与示指捏起患者手背或上臂内侧肘上 3~4cm 处皮肤;②片刻后松手,观察皮肤皱折平复的情况,以良好、减弱记录。

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淤点:直径小于 2mm;②紫癜:直径 3~5mm;③淤斑: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,淤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 2-9);②检查方法:用棉签、火柴梗或笔尖点压中央的红点,周围的放射状分支随即隐没,放松压迫后又复出现;③分布部位:多见于上腔静脉分布区,如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等;④常见原因:常见于急、慢性肝炎、肝硬化等疾病;⑤发生机制:一般认为蜘蛛痣与肝功能减退,对体内雌激素灭能作用减弱有关。

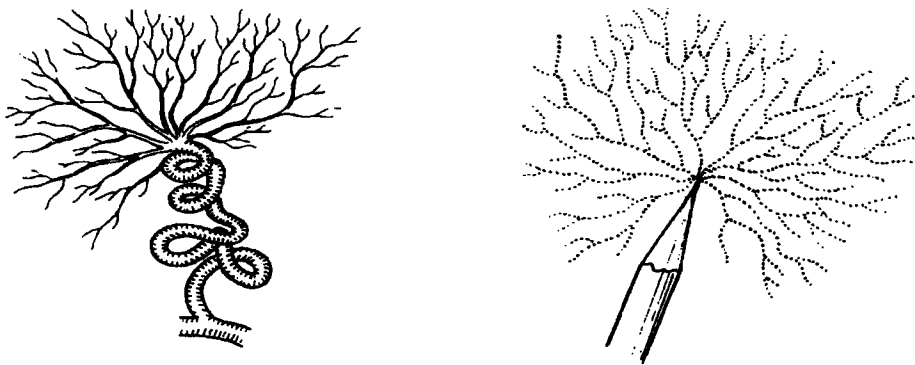


图 2-9 蜘蛛痣

(2) 肝掌:慢性肝病患者手掌大、小鱼际处常发红,加压后褪色,称肝掌,发生机制与蜘蛛痣相同。

7. 水肿

(1) 检查方法:常用视诊及触诊。用右手示指按压内踝或胫前 3s,观察 30~40s 压痕是否恢复。

(2) 分度:①轻度水肿:眼睑或下肢踝部、胫前,指压后可见组织轻度凹陷;②中度水肿:全身性水肿,大腿以下明显,指压后明显凹陷;③重度水肿:全身组织严重水肿。

8. 皮下结节 检查时应注意其部位、大小、硬度、活动度和压痛情况。可见于风湿热、结缔组织病、囊虫病等。

9. 溃疡与瘢痕 皮肤溃疡应注意其部位、大小、数目、形状、深浅和表面分泌物等。瘢痕是指皮肤外伤、感染或手术后愈合的结缔组织增生的痕迹。

10. 毛发 乌黑、斑白、毛发脱落、毛发增多、毛发分布状态。

三、淋 巴 结

1. 检查顺序 耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颈后三角、颈前三角(颌下、颏下)、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腠窝的淋巴结。

2. 检查方法

(1) 腋窝淋巴结(图 2-10):一般先检查左侧,后检查右侧。以右手检查左腋窝,左手检查右腋窝。①检查左侧腋窝:受检者采取坐位或仰卧位,检查者面对受检者,以左手握住受检者左腕外展 45°角,右手指并拢,掌面贴近胸壁向上逐渐达腋窝顶部,按下列顺序进行检查:尖群→肩胛下群→中央群→胸肌群→外侧群;②检查右侧腋窝淋巴结,右手握受检者右手腕,左手触摸,方法同检查左侧。

(2) 滑车上淋巴结:是指位于肱骨滑车以上肱二头肌与肱三头肌沟腋动、静脉下段周围的一组淋巴结。一般先检查左侧,后检查右侧。以右手检查左侧,左手检查右侧。①检查左侧滑车上淋巴结:受检者采取坐位或仰卧位,检查者面对受检者,左手握住受检者左手腕抬至胸前,右手掌面向上,小指抵在肱骨内上髁,无名指、中指、示指并拢,在肱二头肌与肱三头肌沟中纵行、横行滑动触摸;②检查右侧滑车上淋巴结:右手握受检者右手腕,左手触摸,方法同检查左侧。

(3) 颈部淋巴结(图 2-11):检查方法:手指紧贴检查部位,嘱受检者头稍低或偏向对侧,由浅及深进行滑动。

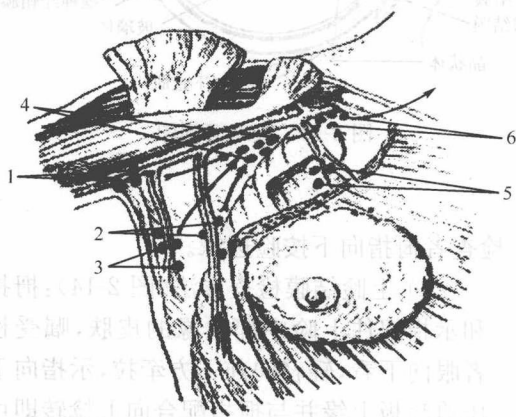


图 2-10 腋窝淋巴结示意图

1. 外侧群;2. 后群;3. 前群;4. 内群;5. 肌间群;
6. 尖群

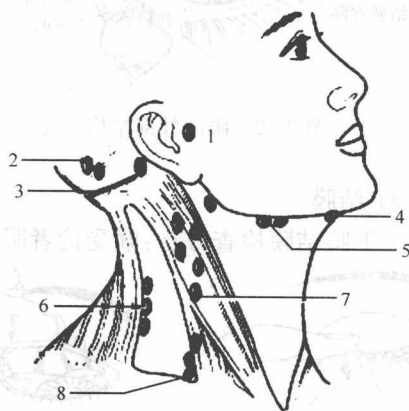


图 2-11 颈部淋巴群

1. 耳前淋巴结;2. 枕后淋巴结;3. 耳后淋巴结;4. 颌下淋巴结;5. 颌下三角淋巴结;6. 颈后三角淋巴结;7. 颈深淋巴结;8. 锁骨上淋巴结

(4) 锁骨上淋巴结:检查方法:受检者取坐位或仰卧位,头部稍向前屈,用双手触诊,左手触右侧,右手触左侧,由浅部逐渐触摸至锁骨后深部。

(5) 腹股沟淋巴结检查:检查方法:受检者取仰卧位,髋关节稍屈曲,用双手触诊,左手触右侧,右手触左侧,按上群、下群顺序由浅逐深滑动触诊。

(6) 腘窝淋巴结:检查方法一般以右手扶起(或托起)被检查者小腿,以左手触摸淋巴结。

3. 检查时注意 触诊各组淋巴结时应注意其部位、大小、数目、硬度、压痛、活动度,有无粘连,局部皮肤有无红肿、瘰管和瘢痕等。正常人表浅淋巴结很小,直径 0.2~0.5cm,质软、光滑、活动、无压痛,多无临床意义。

四、头部及其器官检查

1. 头颅 应注意头颅的大小、形态(正常或畸形)、运动异常。头颅的大小以头围来衡量(头围是指自眉间绕枕骨粗隆的周长)。通过临床观察,认识小颅、巨颅、方颅、尖颅等。小儿应注意囟门是否闭合。

2. 眼(图 2-12、图 2-13)

(1) 眉毛:有无稀疏、脱落。尤应注意眉毛外 1/3 脱落,见于黏液性水肿、麻风。