

湖南广播电视大学卫生分校

诊断学实习指导

(临床医学、护理专业共用)

主编 朱剑琴 曾纪芳

湖南广播电视大学卫生分校

一九九八年八月

前 言

本书是根据湖南省广播电视大学卫生分校的指示精神,以湖南省广播电视大学卫生分校《诊断学》教学大纲为依据,以贾民谊主编的部颁《诊断学》第三版医学专科教材(供临床医学专业用)为蓝本编写而成。全书共分38次实习(实验),共78学时(另2学时为机动——教学大纲规定为80学时)。其中包含有问诊、体格检查、心电图检查、超声检查、实验诊断、X线诊断、病历书写及临床常用诊疗技术等内容。标有“※”符号者亦供高护专业采用,但在时间上和内容上均应作适当调整。

全书以突出实践、面向基层、培养学生动手能力为宗旨,用了大量的篇幅较详尽地描述了各种物理检查方法和结果判定等内容,以求达到初学者在本书的指导下能独立地、规范地完成全身体格检查和常用的诊疗操作;能识别部分常见疾病的X线影像和心电图特征,而真正起到指导的作用。适当运用电化教学手段——直观性,形象化教学,以增强学生对某些体征的识别能力是本书的又一特点。在小结中指出本次实习(实验)中初学者容易忽略或易出差错之处,使学生们在有限的时间内学习到更多的、实用的知识也是本书一次新的尝试。

在编写过程中,内容上力求简明实用;时间安排上力求准确合理,但由于考虑到内容上的系统性和完整性,故在时间安排上难免有不尽人意之处。各带教老师可根据实际情况予以调整。

我们希望本书能为我省电大卫生分校的教学发挥积极的作用,但由于我们的学识水平有限,加上时间较为仓促,错误、不妥之处在所难免,热诚地欢迎使用本书的广大师生批评指正。

编 者

1998年2月

主 编:朱剑琴(娄底地区卫校)

曾纪芳(娄底地区卫校)

编 者:(按姓氏笔划为序)

马新华(邵阳市卫校)

阳 晓(零陵地区卫校)

朱剑琴(娄底地区卫校)

邬少夫(娄底地区卫校)

姚公元(邵阳市卫校)

曾纪芳(娄底地区卫校)

谭志红(娄底地区卫校)

目 录

实习一:问诊.....	(1)
实习二:基本检查法.....	(4)
※实习三:一般检查(一)全身状况检查.....	(10)
※实习四:一般检查(二)皮肤及淋巴结.....	(16)
※实习五:头部检查.....	(22)
※实习六:颈部检查.....	(35)
※实习七:胸部检查(一) 胸部的体表标志、胸壁、胸廓及乳房.....	(38)
※实习八:胸部检查(二) 肺和胸膜的视诊、触诊与叩诊.....	(43)
※实习九:胸部检查(三) 肺和胸膜听诊.....	(46)
※实习十:胸部检查(四) 心脏视诊、触诊与叩诊.....	(49)
※实习十一:胸部检查(五) 正常心脏听诊与血管检查.....	(54)
※实习十二:胸部检查(六)病态心脏听诊.....	(59)
※实习十三:腹部检查(一) 腹部体表标志与分区、腹部视诊与触诊.....	(64)
※实习十四:腹部检查(二)腹部叩诊与听诊.....	(73)
※实习十五:生殖器、肛门和直肠检查.....	(77)
※实习十六:脊柱及四肢检查.....	(81)
※实习十七:神经系统检查(一)运动功能检查.....	(85)
※实习十八:神经系统检查(二)感觉功能检查 反射检查及植物神经功能检查.....	(89)
实习十九:全身体格检查 观看体格检查的录像.....	(95)
※实习二十:心电图诊断(一)作图操作.....	(96)
※实习二十一:心电图诊断(二)阅读正常心电图.....	(98)
实习二十二:心电图诊断(三)阅读心房肥大 心室肥大,心肌缺血及心肌梗塞心电图.....	(103)
实习二十三:心电图诊断(四)阅读心律失常心电图.....	(107)
实习二十四:心电图诊断(五)阅读心律失常心电图.....	(110)

实习二十五:超声诊断	(113)
实习二十六:血液常规检查	(120)
实习二十七:尿常规检查	(126)
实习二十八:粪便常规检查	(130)
※实习二十九:X线诊断(一)阅读胸片:正常胸片及常见的先天变异; 肺部基本病变的X线表现	(133)
实习三十:X线诊断(二)阅读胸片:呼吸系统常见病	(140)
实习三十一:X线诊断(三)阅读心脏片	(146)
实习三十二:X线诊断(四)阅读腹部平片及消化系统、泌尿系统造影片	(151)
实习三十三:X线诊断(五)阅读骨与关节X线片	(160)
实习三十四:病历编写	(167)
实习三十五:临床常用诊疗技术(一)注射术	(173)
实习三十六:临床常用诊疗技术(二)插管术	(178)
实习三十七:临床常用诊疗技术(三)穿刺术	(183)
实习三十八:临床常用诊疗技术(四) 观看临床常用诊疗技术教学录像	(188)

实习一 问 诊

【目的要求】掌握问诊的方法、内容及程序;了解主诉的提炼及与现病史的关系。

【实习时间】2 学时

【器材准备】工作服、钢笔和记录本

【实习方法】带教老师前一天到病房选择数名病情轻、病史短而且愿意合作(经过作思想工作后)的患者。实习时,学生 2~4 人一组,每位带教老师指导 3 组,每组对一位患者进行问诊,由一名学生提问,其余学生对照实习指导进行必要的补充。同时各自作好记录,带教老师巡回指导。最后 10 分钟教师进行小结,除了学生实习态度,语言技巧和问诊内容有无遗漏以外,还应指出主诉的提炼及本次实习的要求。次日学生送交问诊记录由带教老师批改。高护专业可看问诊录像或听问诊录音。

【实习内容】

一、问诊方法及注意事项:

(一)态度亲切和蔼,对患者不要直呼其名,应根据不同的对象称之为“某先生”、“某同志”、“某大爷”……等,语言要通俗易懂,不用医学术语,以免引起患者误解;同时还要根据患者的文化程度及社会经历,应用语言技巧,以求取得与患者全面的合作。

(二)必须认真地、耐心地倾听病人的叙述,边听边分析,边归纳、综合,必要时可给予启发,但不要作提示性诱问、套问或逼问,更要防止对患者有不良刺激的语言和表情。如医生说:“难办”、“为什么不早点来”或“皱眉”、“摇头”等。这样会增加患者的思想负担,甚至使病情加重。

(三)尽可能询问患者本人,如遇特殊原因本人回答询问确有困难时,则可先问最了解病情的人,待适当时候再询问患者本人。

(四)询问过去史时,应按时间顺序,从幼年时期问起,一般不用病名提问,而应以疾病的主要症状作为提问的内容。

(五)外院的病情介绍,仅作参考,不应取代医生的亲自询问。

(六)病史询问完毕,经过分析,整理后,医生再向患者口述一遍,以取得患者的修正、确认。

二、问诊内容

(一)一般资料:姓名、性别、年龄、婚姻、职业、籍贯、民族、住址、住院日期、病历记录日期、病史叙述者,可靠程度。

(二)主诉:是促使病人就诊的最主要症状(或体征)及持续时间。可这样询问:“您感觉到哪儿最不舒服?”“病了多久了?”记录时应简明扼要,主诉多于一项时应该按发生的时间顺序排列。

(三)现病史:围绕主诉详细地询问从起病到就诊时疾病的发生、发展及其演变经过和诊治情况。主要包括:

1、起病情况:起病日期(应取公历),地点环境,起病缓急,可能的原因及诱因。

2、主要症状的特点:含症状出现的部位、性质、持续的时间,程度及缓解或加剧因素。

3、病情的发展及演变:起病后病情呈持续性或间歇性发作:进行性加剧或逐渐好转。

4、伴随症状:含伴随症状出现的时间、特点,演变及与主要症状之间的关系。

5、诊疗经过:曾在何时何处就诊,被诊断为什么病?作过哪些检查?结果如何?曾作过哪

些治疗?药物的名称、剂量、用法、用药时间、药效如何?有无不良反应。记录时应加引号(“”)。

6、与现病史有关的病史:对慢性病患者及旧病复发者应详细询问第一次发作情况。如风心病患者的现病史应从风湿热初发开始。

7、有鉴别诊断意义的阴性病史:有些症状在本病不会出现,但由于有鉴别诊断意义故亦应询问。如肝病患者应询问有无右上腹绞痛史。

8、一般情况:起病后的精神状态、饮食、大小便、睡眠、体重及体力情况。

(四)既往史:包括病人过去的健康状况和患过的疾病,尤其与现有疾病关系密切者,应详细加以询问,包括:

1、既往一般健康状况。

2、急慢性传染病史及传染病接触史。

3、预防接种史。

4、外伤、手术史。

5、药物、食物及其他接触物过敏史和长期用药史。

6、系统查询:

(1)呼吸系统:既往有无咳嗽(发作时间、性质、程度与气候及体位关系)、咳痰(色、量、性状、气味)、咯血(性状、色、量)、胸痛(时间、部位、性质、程度、与呼吸、咳嗽、体位的关系)、咽痛、呼吸困难(时间、性质、程度、与体位的关系)。有无发冷、发热盗汗和体重改变等。

(2)循环系统:既往有无心悸(诱因、时间)、心前区疼痛(部位、性质、程度、发作与持续时间、发作频率、放射部位、诱因及缓解因素)、水肿(部位、性质、程度、出现时间)、头昏、晕厥。

(3)消化系统:平时饮食的质量和习惯,有无食欲减退、嗝气、反酸、恶心、呕吐(频率、量、性质及与饮食的关系)、吞咽困难、呕血(量、色)、腹胀、腹痛(部位、性质、程度、时间、放射、诱因及加剧、缓解因素)、腹泻(次数、大便性状、颜色、气味、有无里急后重)、便秘、便血(量、色)、有无黄疸、腹部包块(部位及发现时间)。

(4)泌尿生殖系统:既往有无苍白、尿频、尿急、尿痛、排尿困难、腰痛、尿量(夜尿量)及颜色改变。尿潴留或尿失禁等;外生殖器有无溃疡、皮疹;性欲有无障碍。

(5)血液系统:既往有无疲乏无力、头晕、眼花、耳鸣、出血(鼻衄、牙龈出血等);皮肤粘膜有无苍白、出血点及血肿;有无肝、脾、淋巴结肿大、发热、骨骼疼痛。

(6)代谢、内分泌系统:既往有无饮食异常、多饮、多食、多尿、多汗、畏寒、怕热、肌肉震颤、痉挛,有无性格、智力、皮肤、毛发、性器官的发育及骨骼等改变、有无高血压、低血压等病史。

(7)神经系统:有无头痛、嗜睡、失眠、神志障碍、记忆力改变、视力障碍、感觉与定向力障碍、抽搐、瘫痪。若疑有精神异常还应了解情绪、思维、智能、能力、自知力等。

(8)运动系统:既往有无关节红肿、疼痛、畸形、活动受限、外伤骨折、脱臼;有无肌肉麻木、疼痛、萎缩等。

7、既往史的记录应按发生时间顺序先后排列。

(五)个人史:应询问以下内容:

1、出生地、曾到过的地区及其居留时间。受教育的程度、经济生活和业余爱好。

2、生活习惯、嗜好(有烟酒嗜好应注意时间和量)。

3、职业、工种、劳动条件与环境。

4、毒物及疫水接触史(应问明曾与何毒物及疫水接触)。

5、重大精神创伤史。

6、性病冶游史,有无不洁性交,有无患过下疳及淋病等。

(六)婚姻史:是否结婚、结婚年龄、配偶健康状况,性生活情况、夫妻关系等;如对方已死亡则应询问其死亡原因及时间。

(七)月经及生育史:

月经史:包括月经初潮年龄,月经周期、经期天数及末次月经时间(或绝经年龄)。经血的量、色、有无痛经、白带(颜色、气味、量)。记录格式为:

初潮年龄 $\frac{\text{经期日数}}{\text{周期日数}}$ 末次月经时间(或绝经年龄)。

生育史:妊娠与生育年龄及次数;(人工、自然)流产、早产、手术产、难产、死产、产后出血、产褥热史及计划生育状况。

(八)家族史:主要询问父母、兄弟、姐妹、爱人及子女的健康情况。特别是注意有无传染病(结核、肝炎等)、有无遗传病(血友病、糖尿病等),有无与患者类似疾病的病史。必要时询问外祖父、舅父、姨表兄弟等健康情况。

二、小结

(一)问诊看起来似乎很容易,但实施起来却是一件相当困难的事。以诚待人和语言艺术是问诊成功的前提,它能缩短医患之间的距离,建立和谐的医患关系,创造一个良好的问诊气氛和环境;丰富而坚实的医学知识是进行问诊的基础。正因为问诊是医生在医学知识指导下与病人进行的有目的深入的交谈,这也是与患者亲友探视病人时的问候和闲聊的根本不同之处。所以要求同学们一定要学好各临床学科。

(二)主诉是病史中的核心部分。有时患者说的主诉,并不是真正的主诉。相当一部分的主诉是在问诊完毕,经过医生对病史分析、综合后归纳概括出来的。一句话,主诉是现病史的高度概括,现病史是主诉的演绎与放大,两者关系极为密切,这一点初学者必须明确,要求一个初学者抓准主诉,也不是件容易的事,但一定要逐渐学会。

(三)因为同学们尚未学过物理检查,也没有学过临床医学各学科,要求同学们写出一份好的问诊记录,显然是不现实的。但是写出一份内容真实、完整,格式正确的病史记录应该是可以办到的。

实习二 基本检查法

【目的要求】掌握五种基本检查法的基本操作。

【实习时间】2 学时

【器材准备】听诊器

【实习方法】在学校实验室内进行,全班分成 4~6 大组,每组 6~8 名同学为宜,先由带教老师边示教边讲解检查内容及操作要领,然后每 2~3 人为一小组,互相检查。三人一组者一人念指导,其余二人操作,轮换进行,带教老师巡回指导,实习结束前抽 2~3 名同学作操作表演,并报告检查结果,全体同学评议,然后教师作实习小结。

【实习内容】

一、视诊

(一)检查条件或环境

1、检查者的视力要求,矫正后的视力应在 1.0 左右而无色弱或色盲者。

2、一般情况下,检查要求在明亮的自然光线下进行。昏暗的光线或灯光下有可能造成误诊和漏诊。但是也有个别的检查却需要借助灯光在黑暗的背景下进行。

(二)检查内容:视诊内容非常广泛,除全身一般状态检查外,局部视诊内容可以说全身任何部位的表面均为视诊范围。不过应该根据病情需要有所侧重。在体检过程中视诊应与触、叩、听诊同步按一定顺序进行。

(三)检查方法:

1、被检者体位:体位选择的灵活性较大,主要根据被检者身体情况、室内环境、采光及检查部位等因素综合决定。如观察胸壁是否对称及比较两侧呼吸运动的强弱时,若被检者一般情况尚可,则取面向光源的端坐位,检查者立于背侧,从肩上往下看,视线与胸壁在同一垂直面上;假若被检者一般情况较差,光源来自一侧,则只能取仰卧位,检查者立于另一侧,视线与胸壁在同一水平面上观察;如光源在仰卧位的被检者的足端,检查者则应立于头端,视线与胸壁在同一水平面上观察,总之被检者的体位、采光与视角三者协调,才能获得最佳效果。

2、采光:一般情况下常采用正面来的光线,即被检者面对光源。但由于观察的内容、部位不同,对采光就有不同的要求。如观察“膈现象”光源必须来自足端;观察微小的搏动和小的包块,光源最好来自被检者的一侧,检查者面对光源;有的还需要在黑暗的背景下,借助人工光源进行视诊,如睾丸透光试验。

3、视角:一般情况下均从正面观察,如一般状态检查及皮肤视诊等,因为这些异常表现为明显,故对视角没有特殊要求(从任何角度观察都容易发现异常),然而对于某些细小的改变却需要特定的视角,才能提高检出率。如观察两侧胸壁或两侧腹壁是否对称,有无小范围的局部隆起,此时检查者的视线应与胸壁或腹壁在同一水平面上,便于两侧对比。观察细小的搏动(心尖搏动)则应从视线与搏动点的切线位观察,可提高发现率。

4、有些疾病的特征性改变表现细微,数量稀少(如蜘蛛痣、玫瑰疹),容易被忽略,但其分布范围有一定的规律可循。故检查者必须在其分布范围内细心寻找。

二、触诊:有浅部触诊法与深部触诊法之分。

(一)浅部触诊法:

1、被检者体位：可取立位、端坐位、仰卧位及侧卧位等，完全视被检者的一般情况和检查部位而定。总的要求是充分暴露被检查的局部和保持局部软组织松弛。如胸部触诊被检者可端坐亦可仰卧；而腹部触诊则必须取屈膝仰卧位；触摸颌下淋巴结被检者需保持低头的姿势；触摸滑车上淋巴结和腘窝淋巴结应取屈肘与屈膝之姿势；而触摸腹股沟淋巴结则应取伸髋位。

2、浅部触诊的内容：包括体表及浅层病变和深部器官病变在体外的表现。属于前者的有软组织、关节、淋巴结、浅部动脉、静脉和神经、阴囊、精索等；后者包括皮肤温度、湿度、脉搏、语音震颤、呼吸运动度、摩擦感、心脏震颤及腹膜刺激征等。

3、检查方法及注意事项：

(1)检查者视被检者的体位而取相应而适当的位置(或正前方、或右侧、或背后)。

(2)态度和蔼，解释清楚，以消除被检者的恐惧或顾虑，取得其通力合作。

(3)检查者手要温暖，动作轻柔，避免引起肌肉收缩和减少被检者的痛苦。

(4)具体手法：一般而言是利用手指或手掌以滑动的方式，轻柔地触摸。但由于检查部位和检查内容不同，检查手法也各异。如触摸耳前淋巴结与触摸颌下淋巴结的手法就不相同，检查呼吸运动度与语音震颤的触诊手法差异更大。有的部位的触诊是将拇指与其他四指分别置于被检器官或组织的前后或两侧进行轻轻掐揉触摸(如睾丸、精索的触诊)。

(二)深部触诊法：主要适用于检查腹腔病变。

1、被检者体位：屈膝、屈髋仰卧位或侧卧位。暴露全腹，张口平静呼吸，尽量放松腹肌。有时需被检者作适度的腹式呼吸运动予以配合。

2、检查方法：检查前应向被检者讲清检查目的和配合动作。检查者立于被检者的右侧，面向被检者，以便观察被检者的面部表情。手要温暖，动作轻柔，手掌平放于腹部，由浅入深，逐渐加压，先正常区后病变区。用手指的指腹加掌指关节部掌面的皮肤来感觉触诊部位的变化，或用手指尖端或示指的桡侧皮肤去触碰腹腔内脏器官的边缘，以判断触及的脏器所处的状态。

3、根据检查的目的和手法不同又分为：

(1)深部滑行触诊法：检查时嘱被检者张口平静呼吸，或与被检者谈话以转移其注意力，双下肢屈曲，尽量使腹肌松弛。检查者用一手或两手重叠逐渐压向深部，触到深部内脏器官或肿块后，用稍弯曲并自然并拢的二、三、四指末端和腹壁皮肤一起在被触及的腹腔器官或包块上作上下左右的滑动触摸。如为肠管或条索状包块，则应作与长轴相垂直方向的滑动触诊。深部滑行触诊法常用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。

(2)双手触诊法：检查者将左手置于被检查的腹腔器官或包块的后部，并将被检查的器官推向前方，同时亦起到固定的作用。右手掌平置于腹壁皮肤上，前臂与腹壁平行，中间三指并拢，掌指关节伸直，指尖(或示指桡侧)指向被检器官的下缘，从距被检查脏器下缘5公分以下(估计)开始向头端触摸，随着腹式呼吸运动腹壁的起伏手指向头端推进(呼气时腹壁下陷，手掌加压下沉，吸气时腹壁上隆，手掌作抵抗型随腹壁上升并向前推送，如此反复，直到触及脏器的下缘或至肋下为止。

(3)深压触诊法：以一、二个手指逐渐深压触摸某一部位，用以确定腹腔内的压痛点，如阑尾压痛点、胆囊压痛点等。当检查深部压痛点时，若将深压的手指迅速松开，被检者感到疼痛加重或面部出现痛苦表情，称反跳痛。

(4)冲击触诊法：又称浮沉触诊法。当腹腔内有大量积液，用一般触诊法不能触及肝、脾或腹腔内肿块时，可用此法。检查时将并拢的三、四个手指，取70~80度的角，置放于腹壁上相应

的部位,作数次急速而较有力的冲击动作。因急速冲击可使腹水在腹腔器官表面暂时移去,器官随之浮起,故指端易于触及肿大的肝、脾或腹腔包块。冲击触诊会使患者感到不适,操作时应避免用力过猛,亦不宜频繁操作。

三、叩诊

叩诊是用手指叩击身体表面某部,使之振动而产生声音,并根据声音的特性进行诊断的一种方法。由于人体各组织的弹性含气量以及其邻近器官的含气量和距离的不同,叩击时所产生的声音也不一样,同时板指的弹性感(即抵抗感和振动感)亦迥然不同,检查者可借此来判断检查部位的内脏器官状态有无异常。叩诊时应嘱被检者取适宜的各种体位并充分暴露待检查部位,肌肉放松,注意对称部位叩诊音的异同。

(一)叩诊方法

由于叩诊的手法与目的不同,通常又将叩诊法分为间接与直接两种。

1、间接叩诊法:这是临床上广泛采用的方法,检查者的左手中指中节作为板指紧贴于叩诊部位,但勿加压,以免影响被叩组织的振动,其他手指稍微抬起,勿与体表接触;以右手中指指端叩击左手中指指骨的前端,叩击方向应与叩诊部位的体表垂直;叩诊时应以腕关节与指掌关节的运动进行叩击,肘关节与肩关节不参与运动,前臂保持不动。叩击动作要灵活、短促、富有弹性。叩击后右手中指立即抬起,以免影响音响效果。每次只需连续叩击2~3下,如未听清可在原处再行叩诊,直至听清为止。叩击力量要均匀适中,使产生的声音一致,才能正确判断叩击音的变化。当检查范围较大、病灶部位较深时需要采取重(强)叩诊法,对范围较小,病灶位置较浅时则只用轻(弱)叩诊法。

2、直接叩诊法:用右手二、三、四、五四个并拢的手指掌面,运用腕关节、掌指关节的弹力直接拍击被检查的部位,借拍击的反响和指下的振动感觉来判断病变情况的方法称为直接叩诊法。这种方法适用于胸部或腹部面积较广泛的病变,如胸膜粘连或增厚、大量的胸水或腹水等;有时亦用示指与中指并拢,第一节指指关节微曲,缓慢地垂直叩击被检部位,观察有无产生疼痛,如叩击胸骨、棘突等。

(二)叩诊音

叩诊时,因被叩击部位的组织或器官的密度、弹性、含气量以及与体表的间距不同,故可产生不同的声音。根据声音的强弱、长短、高低,临床上区分为清音、鼓音、过清音、浊音、实音等五种。

1、清音(resonant note)是一种音调较低、音响较强、振动持续时间较长的声音。这是正常肺部的叩音,因肺组织弹性较大、含气量较多之故。

2、鼓音(tympanitic note)是一种和谐的低音。与清音相比音响较强,振动持续时间也较长,在叩击含有大量气体的空腔器官时出现。正常见于左下胸的胃泡区及腹部;病理情况下,可见于肺部空洞、气胸、气腹等。

3、过清音(hyperresonant note)是一种音调与音响介于清音与鼓音之间的声音。当肺组织含气量增多及弹性减弱时,叩诊即为过清音,见于肺气肿。

4、浊音(dull note)是一种音调较高、音响较弱、振动持续时间较短的声音。当叩击被少量含气组织覆盖的实质器官时产生。如叩击心或肝被肺边缘所覆盖的部分,或在病理情况下,当肺组织含气量减少时(如肺炎)所表现的叩诊音。

5、实音(flat note)是一种音调较浊音更高、音响更弱,振动持续时间更短的声音。实音亦

称重浊音或绝对浊音。当叩击肌肉、实质器官如心或肝即为实音。病理情况下,如大量胸腔积液或肺实变等亦为实音。

四、听诊

(一)被检者体位:根据被检者一般情况和检查内容而定,可选择端坐位、前倾位、仰卧位、侧卧位等。

(二)听诊环境:要求安静、温暖、避风。

(三)听诊内容:包括被检者通过声门发出的各种声音,内脏器官活动所产生的及其附加的各种音响(如呼吸音、罗音、摩擦音、心音、杂音……等)和其他的病理音,骨擦音、皮下气肿引起的类似捻发音等)。

(四)听诊方法:

1、直接听诊法:检查者用耳直接听到被检者通过声门发出的语言、咳嗽、呻吟、呃逆、啼哭、喊叫等及其他病理音,如骨擦音、关节活动音等。

2、间接听诊法:检查者借助听诊器听到内脏器官活动所产生的及其附加的各种音响和其他病理音。间接听诊法是临床医生重要的基本功,也是本门学科的重点、难点部分。医学生只有通过勤学苦练,反复实践这个唯一途径,才能达到切实掌握和熟练应用的程度。具体做法在各次实习中将会提出具体要求。一般要注意下列几个方面。

(1)听诊器的选择:

①耳件的方向与松紧度:耳件的方向要求与外耳道的方向一致否则会影响声音的响度;太紧外耳口受压,听诊不能持久。

②胶皮管的长度:一般以 30 厘米左右为宜,过长影响听诊效果;过短检查者的头部过于接近被检查者的躯体亦不符合要求。

③耳件与胶皮管是否通畅,传声功能是否良好。其方法是戴上听诊器,用拇指与示指正对着体件摩擦或对着体件轻轻地吹气,观察摩擦音与吹气音的强度。

(2)间接听诊的方法与注意事项:

①方法:由于被检的器官不同,听诊部位、顺序、内容不同,听诊方法亦各有差异。具体方法在今后的各次实习中将会逐步涉及。

②注意事项:

A、听诊器体件在听诊时必须紧贴局部皮肤,避免与皮肤摩擦而产生人为的摩擦音。

B、钟型体件适宜听取低频率的音响,如二尖瓣狭窄产生的舒张期隆隆性杂音;膜型体件则适用于听取高音调的音响,如二尖瓣关闭不全所致收缩期吹风性杂音。对于小孩和重病患者为了减少其翻身的痛苦,一般亦用膜型体件听诊器。

C、听诊时要求精力高度集中追踪想要听取某种音响,排除其他音响的干扰。但是随着熟练程度的进展,分辨各种音响和发现细微改变的能力亦会随之提高,最后还能发现某些音响之间的内在联系。

五、嗅诊:

检查者嗅觉灵敏是进行嗅诊检查的前提,萎缩性鼻炎或急性鼻炎均会导致嗅觉的减退从而影响嗅诊的准确度。

(一)检查内容:被检者的皮肤、粘膜、呼吸道、消化道散发出来的气味以及痰、呕吐物、排泄物、脓液等的气味均为嗅诊的对象。

(二)检查方法:从被检者皮肤、粘膜、呼吸道、消化道散发出来的气味,不需要特殊方法,当接近被检者至一定范围内时即可嗅到。而对呕吐物、排泄物、痰及脓液等的检查,其方法是用左手持棉插选择性挑取被检物少许,置于距检查者鼻孔水平距离 10~25 公分左右之空间,然后用右手掌在被检物附近扇动,将空气扇向检查者自己的鼻孔,同时适度地闭嘴吸气,以辨别气味的性质。

(三)常见的异常气味及其临床意义:

1、呼吸气味:有浓烈酒味见于饮酒后或酒精中毒;刺激性蒜味见于有机磷农药中毒;烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒;氨味见于尿毒症;肝腥味见于肝性昏迷。

2、汗液:正常人汗液无明显气味,酸性汗味见于活动性风湿病患者或长期服用水杨酸或阿司匹林等解热止痛药者。特殊的狐臭见于腋臭。脚臭味见于多汗者或脚癣合并感染。

3、痰液:血腥味见于大量咯血的患者;恶臭味提示可能患有支气管扩张症或肺脓肿。

4、脓液:一般脓液无特殊臭味,如有恶臭应考虑气性坏疽的可能。

5、呕吐物:单纯饮食性胃内容物略带酸味;胃潴留患者胃内容物因发酵产酸,呕吐物有强烈酸味;肠梗阻及胃结肠痿患者,呕吐物有粪味;酒味见于饮酒后。

6、粪便:大量带有腐败性臭味,提示消化不良或胰腺功能减退;腥臭味,见于细菌性痢疾;肝腥味见于阿米巴痢疾。

7、尿液:大量吃蒜或有机磷农药中毒时,尿液可有大蒜味;新鲜尿液出现的浓烈的氨味,见于膀胱炎,是尿液在膀胱内被细菌发酵所致。

六、小结:

(一)视诊的技巧,并不完全与视力呈直线相关。敏锐的观察力是建立在深厚的临床医学知识基础上的,没有一定的临床医学知识,即使是很明显、很典型的特征性改变,也会视而不见。只有具备坚实的医学知识与良好的职业道德,才有可能具有鹰一般的眼睛。

(二)深部触诊法主要适用于腹部检查。对腹腔各脏器的检查尤为重要。检查时下列问题应予以注意:

1、检查下腹部前,要求被检者排空大小便。

2、触摸腹腔各脏器时,为提高触诊的正确率,必须要求被检者以张口,中等度的腹式呼吸予以配合,对于某些不会运用腹式呼吸的被检者,在触诊前给予相应的训练,直至能运用自如方可进行触诊。

3、进行冲击触诊法检查时,并拢的三、四个手指,必须先置于腹壁上相应部位,然后再作冲击动作,切忌手指在离在腹壁的情况下作冲击动作。

(三)初学叩诊者共同的烦恼是叩击音不响,究其原因不外乎有:

1、板指压在软组织上太紧。

2、叩指不是垂直的叩击在板指上。

3、前臂肌肉放松,不是运用腕关节和指掌关节的弹力。

4、叩指在叩击后未及时抬起,停留在板指上的时间过久。

解决办法是严格按照操作要领,勤于练习,功到自然成。

(四)初学叩诊者的通病之一是急冲式的连续叩 5~6 次,甚至更多,这样既不容易分辨叩诊音,也不利于板指辨别弹性感。

(五)听诊是最难学的诊断方法,初学者首先遇到的困难是耳件里传来的声音过于嘈杂,难

于区别。其实这是每个初学者都要面对的问题,而且也都会有这个过程即专听——兼听——联系。专听是指初学者按照老师或教材中指述的特点,从各种声音中挑选出某种音响,思想高度集中的体验它的各种特点,对于其他干扰的声音要做到听而不闻;第二阶段是能逐步同时接纳二种声音并能体验到它们各自的特点。随着熟练的程度的提高可同时接纳两、三种或更多的声音。最后不仅能辨别同时听到的各种声音不同的特点,而且还能发现它们间的某些联系,如心音与呼吸音,呼吸音与罗音等。这个过程可长可短,事在人为。

实习三 一般检查(一)

全身状态检查

【目的要求】掌握全身状态检查的方法,熟悉其正常与异常表现,了解其临床意义。

【实习时间】2 学时

【器材准备】口表、肛表、75%酒精,棉球等。

【实习方法】在学校实验室进行,每 8~10 名同学为一组,每一组先由带教老师示教,然后分为 2~3 名同学为一小组,相互检查,3 人一组者,其中一人轮流念实习指导。实习结束前,2~3 名同学作操作表演,并报告检查结果,全体同学评议,教师作小结。

【实习内容】

一、体温测量:体温计有口表与肛表之分。前者头部(水银槽端)细长,肛表头部粗短。

【测量与记录方法】

(一)口温测量

1、取出消毒口表读数,其方法是:右手食指、中指与拇指持体温计尾端,平放于眼前,对着光源,仔细查视体温计棱形边,稍稍转动,见一银灰色线条,其末端所指的刻度即为体温度数。

2、若体温计所指的刻度在 35℃ 以上时,必须甩至 35℃ 以下,其方法是用右手食指、中指和拇指捏紧体温计尾端,手腕在胸前甩动,甩下水银柱,切忌在身旁甩动,以防触及他物,碰碎体温计。

3、将口表头端置于舌下,闭紧口唇,嘱被检者用手扶持体温计尾端以防滑落。切忌牙咬体温计。

4、留置 5 分钟后取出读数。

5、将结果用兰色“·”符号记入三测单。

6、正常值为 36.2℃~37.2℃。

(二)腋温测量:

1、将消毒口表的水银柱甩至 35℃ 以下。

2、将口表头端置于被检者腋窝顶部,嘱其上肢屈肘内收,夹紧腋窝。

3、留置 10 分钟后取出读数。

4、将结果用兰色“×”符号记入三测单。

5、正常值为 36℃~37℃。

(三)肛温测量

1、将消毒肛表水银柱甩至 35℃ 以下。

2、被检者侧卧位,若为小儿取俯卧位。

3、将肛表头端涂以润滑剂,徐徐插入被检者肛门,深达肛表的一半或三分之二处。

4、嘱被检者的陪人或检查者手掌贴放在臀沟皮肤上,肛表夹于手指间以固定肛表。

5、留置 5 分钟后取出用棉球拭净读数。

6、将结果用兰色“⊙”符号记入三测单。

7、正常值为 36.5℃~37.7℃。

【注意事项】

1、测口温前 20 分钟被检者不要饮冷热饮料,测腋温前应将腋窝汗液擦干。不宜在冷、热源附近测量体温。

2、不论测温前或测温后,手指均不能碰触体温计头端。

3、测体温时体温计放置部位要准确,时间要足够。

4、测温完毕,将体温计用酒精棉球擦净、自来水冲洗,并将水银柱甩至 35℃ 以下,置于消毒液中备用。

二、呼吸、脉搏、血压的测量分别见于实习八与实习十二。

三、发育与体型

(一)发育:根据被检者年龄、智力、身高、体重、第二性征之间的关系进行判断。一般成人体格发育正常的指标为

1、上部量与下部量:是以耻骨联合上缘为分界线。耻骨联合上缘至头顶的长度为上部量,主要反映躯干的长度;耻骨联合上缘至足底的长度为下部量,主要反映下肢的长度。成人下部量等于上部量,或上部量稍长。

2、胸围与身高:成人胸围等于身高的一半。胸围的测量方法是用皮尺绕过乳头与肩胛下角水平测量的胸部周径,取其深呼气与深吸气两次测量的平均数,故又称为平均胸围。

3、身高与指距:指距的测量方法是令被检者靠墙而立,两手左右平举紧贴墙面,手指伸直,用皮尺测量两中指指尖的距离。正常成人指距等于身高。

4、坐高与腿长:坐高测量方法是令被检者取端坐位,背部紧贴墙面,用皮尺或钢尺测量头顶至凳面之距离;腿长的测量方法的令被检者仰卧位,检查者立于右侧,测量自髌前上棘通过腓骨内缘至内踝下缘的距离。正常成人坐高等于腿长。

5、上肢长度:成人立正姿势时中指指尖应达大腿外侧之中点,端坐时两手掌可同时平放在身旁的凳面上。

6、身高与体重:标准体重(公斤)=身高(cm)-105

7、几种常见的发育异常:

(1)巨人症:系垂体前叶嗜酸性细胞增生或肿瘤所致。表现为身材高大,比例基本匀称,四肢稍有过长,伴有内分泌功能异常。

(2)性腺功能减退性巨人:其特征是身材过高,四肢细长,且不成正常比例,其指距大于身长,下部量大于上部量,生殖器不发育,第二性征缺如,男患者如女性体型,或乳房发育,肌肉不发达,说话仍带童音和内分泌方面异常等。见于无睾症或睾丸发育不全症等。

(3)侏儒症:凡身长低于同种族、同地区、同年龄的正常平均标准的 30% 以上,或成年人身长在 120 厘米以下者均属侏儒。

1、软骨发育不全性侏儒:表现为身材矮小,四肢短小,智力与性功能均与常人无异。

2、垂体性侏儒:表现为身材矮小,而比例正常、匀称,智力正常。但性器官不发育及第二性征缺乏。见于脑垂体功能减退症。

3、呆小症:表现为身材矮小,智力低下,伴有性器官发育不良。见于甲状腺功能低下症。

(二)体型:临床上根据外观表现分为三型。

1、正力型(匀称型):身体各部结构匀称适中,肩宽平,胸廓宽阔,腹上角等于 90°。

2、超力型(矮胖型):体短粗壮,颈短粗,肩宽平,胸廓宽阔,腹上角大于 90°。

3、无力型(瘦长型):体高肌瘦,颈细长,肩窄下垂,胸廓扁平,腹上角小于 90° 。

四、营养:判断营养状态的综合指标包括精神状态、皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的发育情况及性别、年龄、身高、体重等。临床上一般分为良好、中等、不良三种。

(一)良好:精力充沛,皮肤及粘膜色泽红润,皮肤弹性好,皮下脂肪丰满充实,指甲、毛发润泽,肌肉坚实,肋间隙及锁骨上窝深浅适中。

(二)不良:表情疲惫,皮肤萎黄、干燥、弹性差,皮下脂肪菲薄,毛发稀少易脱,指甲粗糙无光泽,肌肉松弛无力,肋间隙及锁骨上窝明显凹陷,肩胛骨和肋骨嶙峋突出。

(三)中等:介于两者之间。

(四)常见的见种营养异常状态:

1、肥胖:是指体内中性脂肪过多积聚的表现,超过标准体重的20%以上而可排除水肿等原因者称为肥胖。

(1)单纯性肥胖:表现为全身脂肪分布较均匀,并以腹壁、臀部、胸部较为明显,无异常感觉,常有一定的遗传倾向,一般无病理意义。

(2)病理性肥胖:

①肥胖性生殖无能症:脂肪主要分布于乳房,下腹部和外生殖器附近,面部与四肢不胖,其手足显得细尖。女性有性器官发育障碍和闭经;男性则表现为女性体型。

②肾上腺皮质功能亢进症(柯兴氏综合症):其特点是面部肥胖,形成特殊的“满月脸”;颈背部与肩部有大量脂肪堆积,常称为“水牛背”;躯干与腹部脂肪较多,四肢相对瘦小,形成向心性肥胖。

③甲状腺功能低下性“肥胖”(粘液性水肿)特点是面部臃肿、手背、足背、外阴部、锁骨上窝,颈部与肩部等处较“胖”。还伴有精神萎靡、表情淡漠、毛发稀疏、皮肤干燥、月经异常等

2、消瘦:体重低于标准体重的10%谓之。

(1)体质性或家族性消瘦:除消瘦外,别无其他病理改变。

(2)病理性消瘦:除体重减轻外,还有皮肤粗糙、弹性差、皮下脂肪薄、肌肉萎缩、骨突显露。极度消瘦者谓之恶液质。

五、意识状态:是指被检者对环境的知觉状态。检查方法主要是视诊、问诊和痛觉试验及检测各种生理反射。

(一)意识清晰:表现为神志清楚,思维合理,反应敏锐精确,语言清晰、准确,表达能力正常。

(二)意识障碍:

1、嗜睡:在安静环境中经常处于睡眠状态,但能被唤醒,醒后能正确回答和配合检查,但反映迟钝,回答简单而缓慢。

2、意识模糊:表现有定向力障碍,思维紊乱,语言简单且不连贯,记忆模糊,常伴有错觉与幻觉。

3、昏睡:特点是被检者处于病理性昏睡状态,须用强刺激(如高声呼唤,压迫眶上神经——其方法是先用右手手指在眶上缘内1/3与中1/3交界处附近触找眶上切迹(凹陷处),然后轻压之)始能唤醒,醒后表情茫然,回答问题含糊不清,甚至答非所问,定向力亦可丧失。一旦中止强刺激,则又迅速转入深睡状态。

4、谵妄:特点是在意识模糊的基础上,精神症状更为显著,主要表现是兴奋躁动,胡言乱