



首都医科大学宣武医院
XuanWu Hospital Capital Medical University

全科医生利用标准化病人进行 体格检查的方法探讨

首都医科大学宣武医院

呼 吸 科 魏 兵

老年医学科 王西凤





标准化病人

Standardized Patients:

简称SP，又称为模拟病人（Simulate Patients）

是指那些经过标准化、系统化培训后，能准确表现病人的实际临床问题的正常人或病人。





SP的优点

- 1、克服了以往临床教学或考试中难以找到具有针对性的病例的问题，SP可以根据需要使用，提高了测验的有效性。
- 2、每个学生都可以面对同样的病人和问题，提高了评估结果的可靠性。





SP的优点

- 3 评价者对受试对象做出更加合理的评判，这是以往任何测验手段所不能做到的。
- 4 规避医学教学中涉及道德伦理方面的问题。
- 5 方法更接近于临床实际。





全科带教与专科带教的区别

- * 专科带教注重疾病的病因、病理、病生、诊断、治疗、预后等，**重点在疾病的专科治疗。**
- * 全科带教除对上述有所了解外，更重视影响该疾病发生、治疗、预后的生活及家庭因素，**重点在长期治疗和长期照顾。**





全科带教应特别重视体格检查

- * 社区卫生服务中心设备条件有限，物理诊断成为全科医生最有力的武器。
- * 体格检查所获得的有些信息是高新的仪器设备不能取代的。
- * 重视体格检查的规范化培训，使操作手法规范、标准。
- * 重视患者异常体征的床旁带教，提高异常体征的检出率。





病例摘要

- * 患者，男性，60岁，慢性病程，急性发作
- * 反复咳、痰40余年，伴活动后气促10年余，每年发病，每次持续超过三个月，多于季节变化时发作，一周前受凉再次加重
- * 有吸烟史40年，10-20支/日，有高血压40余年，最高BP 160/90mmHg，否冠心病、否糖尿病史。否药物食物过敏史。





首都医科大学宣武医院
XuanWu Hospital Capital Medical University

病史方面问诊你注意到吗？





环境因素

吸烟

空气污染

职业性粉尘和化学物质

生物燃料烟雾

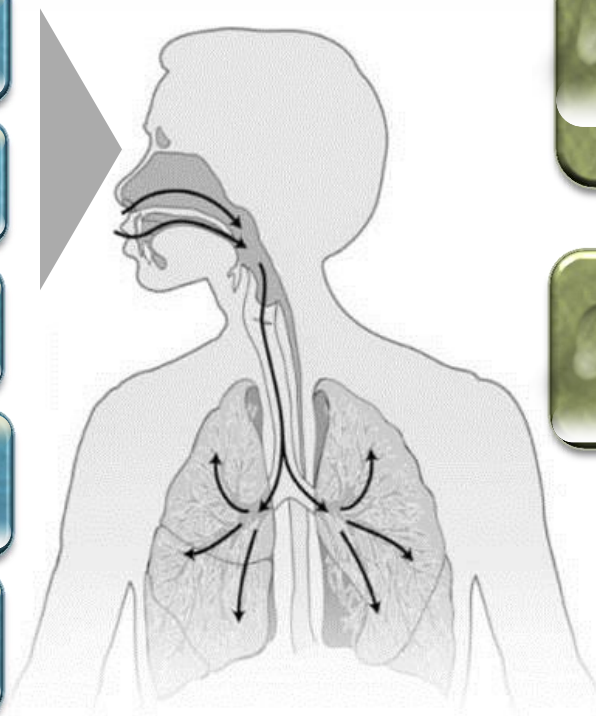
感染

社会经济地位

个体因素

遗传因素，如 α 1-
抗胰蛋白酶缺乏

哮喘和气道高反应
性是COPD的危险因
素



COPD的危险因素



COPD病人会有什么表现?





首都医科大学宣武医院
XuanWu Hospital Capital Medical University

其它鉴别疾病典型症状问诊





问诊内容评分项目	是否询问该内容
1. 自我介绍及询问病人一般情况	
2. 询问主要症状	
3. 询问主要症状出现时间	
4. 询问原因及诱因	
5. 询问发病急缓	
6. 询问呼吸困难的类型	
7. 与活动和体位的关系	
8. 持续时间	
9. 缓解方式	
10. 有无咳嗽、咳痰	
11. 有无发热	
12. 有无胸痛	
13. 有无咯血	
14. 是否做过诊断	
15. 既往治疗情况	
16. 饮食及二便情况	
17. 吸烟史	
18. 过敏史	
19. 其他病史	
20. 家族过敏性病史	



问诊综合表现评分

	5分（最好）	3分（一般）	1分（最差）
收集病史技巧	组织安排合理，提问目的明确，重点突出。能按顺序提问，使病人对问题十分清楚。澄清技巧。 进行小结。	组织安排一般，提问有时遗漏，然后重新追问。部分问题欠清楚，有时用诱导性提问、暗示性提问或连续性提问。 小结欠佳，或没有小结。	组织安排不合理，提出问题不明确和/或重复提问。 问题不清楚难于回答，未能进行澄清。
交流技巧	充分回应患者提问，并提供一定的信息。语言通俗易懂，没有使用难懂的医学术语。正确使用躯体语言，鼓励病人进行表述。不打断病人，适当使用停顿技巧。	能给病人一些信息，但对病人的问题不明确或不能了解病人是否理解其意思。谈话中有时出现医学术语。有时打断病人。有较长而尴尬的停顿。不能鼓励病人叙述。	忽视病人真正需要或对信息的要求。 谈话中多次出现医学术语。 不给病人提问的机会，出现不适当的躯体语言。
医患关系	检查者穿着整洁的工作服，尊重病人，态度认真。关心、同情病人，使病人感到舒适。	衣着不够整洁，不够尊重病人，没有表现出无明显的同情心，也无责备和厌烦病人的言行。	衣着脏乱。言行使病人感到难以接受。不尊重病人。



初步采集病史之后

- 1 你初步考虑的诊断包括哪几种可能性？
- 2 你为何考虑这样的诊断？
- 3 你准备进行何种体格检查？





查 体

- * T 36.5℃ , P 84次/分, R 20次/分,
BP 150/90mmHg
- * 神情, 精神可, 球结膜无充血、水肿, 口唇无紫绀, 颈静脉无怒张
- * 桶状胸, 双肺呼吸音粗、对称, 散在干湿罗音,
HR84次/分, 律齐, P2>A2, 心界不大, 各瓣膜
区未闻杂音
- * 肝脾未触及肿大, 双下肢不肿, 无杵状指





体格检查的一般要求

- * 洗手
- * 体位舒适，暴露清楚，右手右侧
- * 坐起一次，站立一次，避免反复变动体位





血压测量的要点

- * **袖带位置、松紧**：袖带中点对准肱动脉，下缘肘横纹上2-3cm，容纳一横指
- * **听诊器位置**：肱动脉上，不能触碰袖带下缘及放入袖带下
- * **注气高度及速度**：肱动脉搏动音消失再向上打20-30mmHg，缓慢注气
- * **放气速度**：以2-6mm/秒速度放气
- * **关闭血压计**：向右倾斜45°关闭，整理好袖带
- * **血压准确性**：测量2次，间隔1分钟，取平均值。2次结果相差>5mmHg，测量第3次，取3次平均值



腋窝淋巴结

- * 暴露检查部位
- * 握手式
- * 五群（位置、名称）
- * 顺序
 - 1 尖群(顶部)→中央群(内侧壁)→胸肌群(前壁)→肩胛下群(后壁)→外侧群(外侧壁)
 - 2 尖群(顶部)→肩胛下群(后壁)→中央群(内侧壁)→胸肌群(前壁)→外侧群(外侧壁)



肺脏叩诊

* 基本叩诊手法

- 1 扳指紧贴叩诊部位其余四指抬起
- 2 右手中指指端叩击左手中指末端指关节，垂直叩诊、叩击后右手中指立即抬起，以腕关节、掌指关节活动为主，避免肘、肩关节参与运动
- 3 同一部位连续叩击2-3下





肺脏叩诊

- * 板指平行肋间，两侧对比，由外向内，由上向下，避开脏器
- * 肩胛间区叩诊方法：板指垂直肋间
- * 肺下界：锁骨中线、腋中线、肩胛下角线
- * 肺尖：站在病人后面，斜方肌前中点，先外后内
- * **肺底移动度**：叩诊顺序，呼吸配合
- * 测量



肺部听诊

- * 听诊部位正确

前胸左右两侧共16个部位，背部听诊左右两侧共12个部位，胸骨上窝

两侧对比，每处听诊至少1-2个呼吸周期

- * 内容全面

呼吸音

罗音

语音传导

胸膜磨擦音



正常呼吸音

(1) 肺泡呼吸音：

吸气时音响较强，音调较高，时相比较长。

呼气时音响较弱，音调较低，时相比较短。

听诊部位：在大部分肺野内可听及。

(2) 支气管呼吸音：吸气相较呼气相短。

听诊部位：喉部、胸骨上窝、背部第6、7颈椎及第1、2胸椎附近。

(3) 支气管肺泡呼吸音：吸气音的性质与正常肺泡呼吸音相似，呼气音的性质则与支气管呼吸音相似。

听诊部位：胸骨两侧1、2肋间隙，肩胛区间第3、4胸椎水平以及肺尖前后部。





心脏叩诊

* 基本叩诊手法

- 1 扳指紧贴叩诊部位其余四指抬起，轻、中叩
- 2 右手中指指端叩击左手中指末端指关节，垂直叩诊、叩击后右手中指立即抬起，以腕关节、掌指关节活动为主，避免肘、肩关节参与运动
- 3 叩诊每次移动距离 $\geq 0.5\text{cm}$ ，轻叩，同一部位连续叩击2-3下。

* 方法

- 1 先叩左界，后叩右界，从下向上，从外向内
- 2 左界起叩点：心尖搏动点外2—3cm
- 3 右界起叩点：肝上界上一肋



肝脾触诊

* 肝脏触诊

体位（于患者右侧，患者屈膝、屈髋）

双手触诊手法正确

两条线触诊（锁骨中线，前正中线），起始点正确，呼吸配合

* 脾脏触诊

平卧位—体位（站于患者右侧，患者屈膝、屈髋） 双手触诊
手法正确，起始点正确，呼吸配合

侧卧位—体位（右下肢伸直，左下肢屈曲）双手触诊手法正
确，起始点正确，呼吸配合





移动性浊音

- * **体位不同**而出现**浊音区变动**的现象
- * **体位1**：先让患者仰卧，腹中部由于含气的肠管在液面浮起，叩诊呈鼓音，两侧腹部因腹水积聚叩诊呈浊音。
- * **体位2**：检查者自腹中部脐水平面开始向患者左侧叩诊，发现浊音时，板指固定不动，嘱患者右侧卧，再度叩诊，如呈鼓音，表明浊音移动。
- * **体位3**：同样方法向右侧叩诊，叩得浊音后嘱患者左侧卧，以核实浊音是否移动。





初步采集病史和体格检查之后

- 1 下一步需要做哪些辅助检查
- 2 为何考虑做这些检查？





辅助检查

* 血常规

WBC 13.5G/L, N 79.4 %, E 0.2%,

HB 141g/L

PLT 142G/L

* D-二聚体：0.4mg/l





病人姓名
病人姓名
样本类型
FO2(I)
T

chu
chunlin
动脉
21.0 %
37.9 °C

血气值

↑ pH	7.451		[7.350 - 7.450]
pCO2	37.6	mmHg	[35.0 - 45.0]
↓ pO2	71.9	mmHg	[80.0 - 100]

血氧值

ctHb	12.0	g/dL	[10.0 - 15.0]
↓ sO2	94.5	%	[95.0 - 99.0]

电解质值

↓ cK+	3.5	mmol/L	[3.5 - 5.5]
↓ cNa+	134	mmol/L	[135 - 145]
↓ cCa2+	1.08	mmol/L	[1.15 - 1.29]
cCl-	105	mmol/L	[98 - 106]

代谢物值

cLac	1.3	mmol/L	[0.5 - 1.6]
------	-----	--------	---------------

温度修正值

pH(T),c	7.437		
pCO2(T),c	39.3	mmHg	
pO2(T),e	76.1	mmHg	

血氧状态

ctO2,e	15.8	Vol%	
p50,e	25.88	mmHg	
ctCO2(B),c	51.8	Vol%	

酸碱状态

ABE,c	2.3	mmol/L	
SBE,c	2.1	mmol/L	
Hct,c	36.9	%	
cHCO3-(P),c	25.8	mmol/L	

备注

↑	高于参考范围的值
↓	低于参考范围的值
,c	计算值
,e	估算值



此患者入院前肺功能

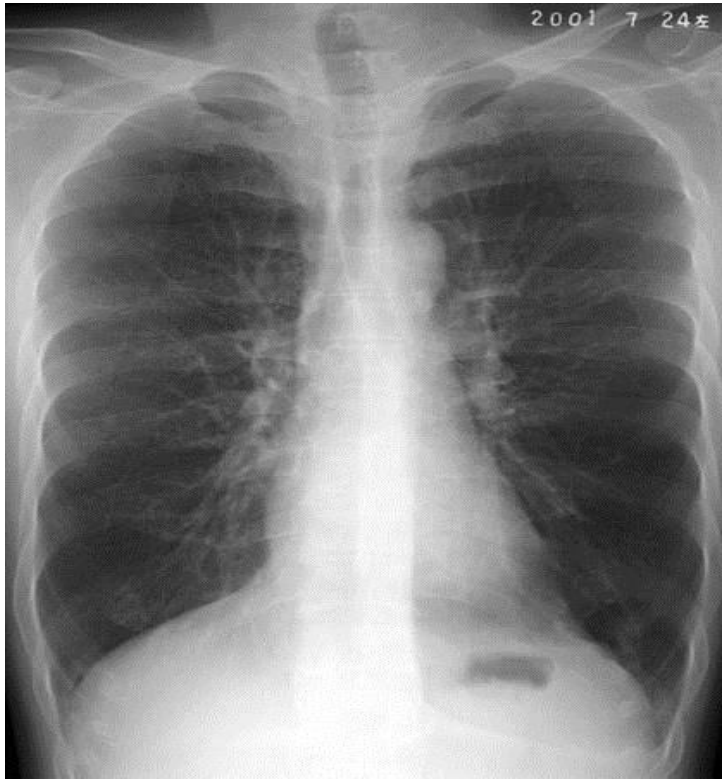
- * 吸入支气管扩张剂后
 $FEV1 / FVC\% = 44.8\%$
 $FEV1 = 36.6\%$
 $RV/TLC = 62\%$





首都医科大学宣武医院
XuanWu Hospital Capital Medical University

X-ray





COPD 的诊断要点

症状

咳嗽

咳痰

呼吸困难

暴露于危险因子

烟草

职业

室内/室外污染



肺功能测定



* 持续存在的气流受限是慢阻肺诊断的把握性条件

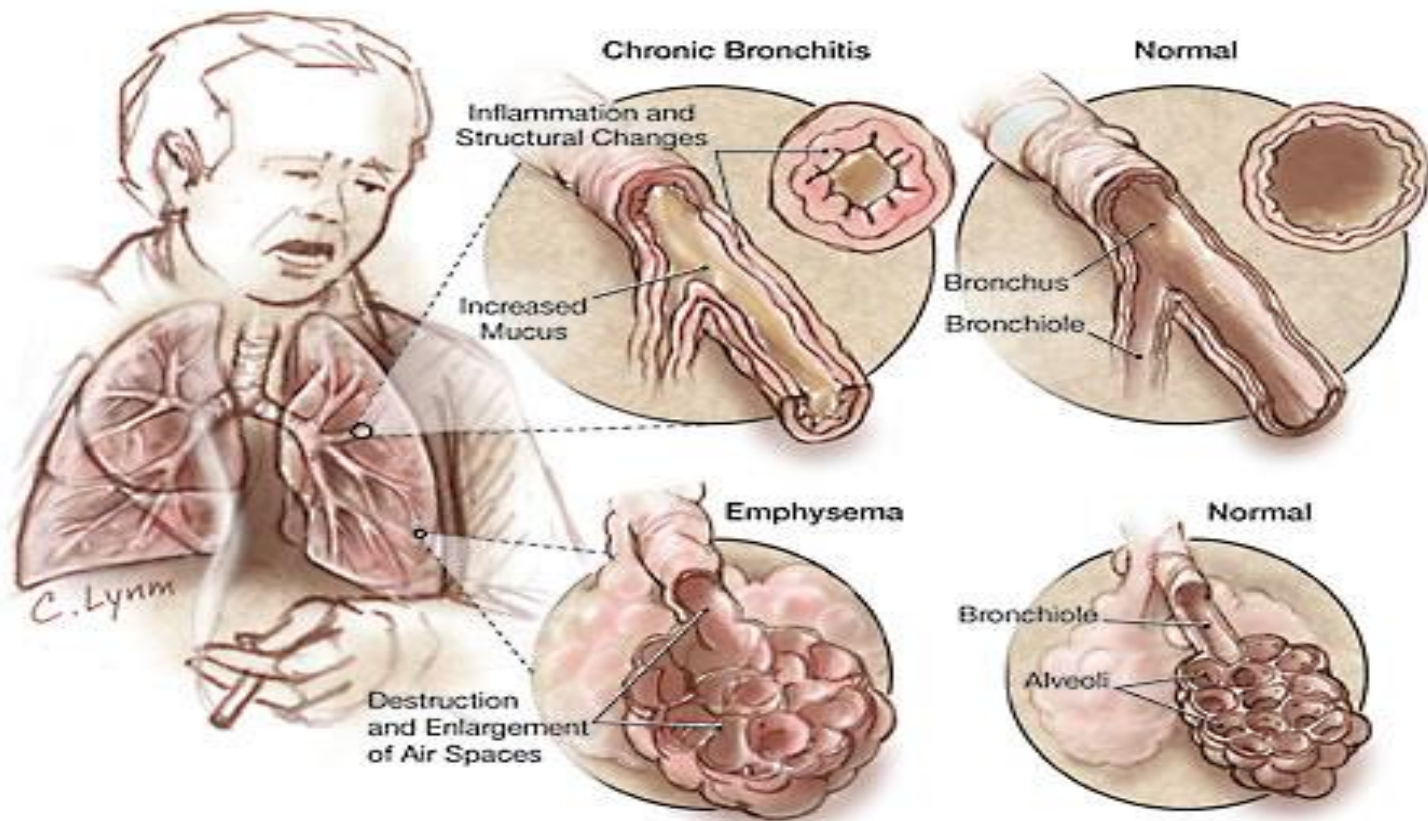
吸入支气管舒张药后 $FEV_1/FVC < 70\%$,
即明确存在持续的气流受限

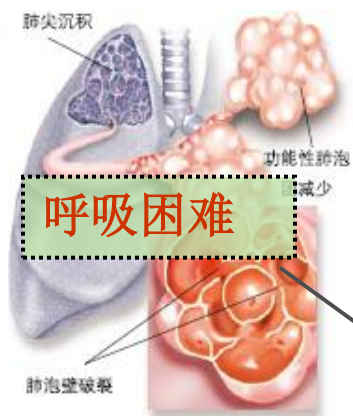




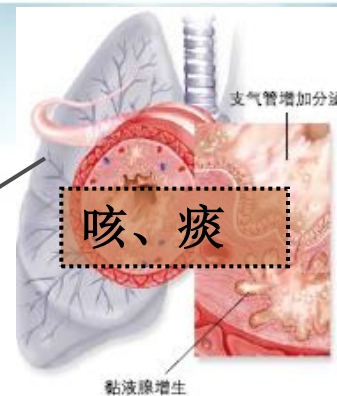
Chronic Obstructive Pulmonary Disease

慢性阻塞性肺疾病





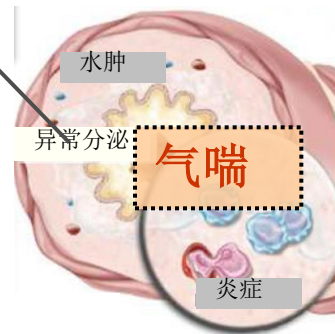
慢性支气管炎
由于感染或非感染因素引起气管,支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。



COPD

肺气肿
肺部终末细支气管远端气腔出现异常持久的扩张,并伴有肺泡壁和细支气管的破坏。

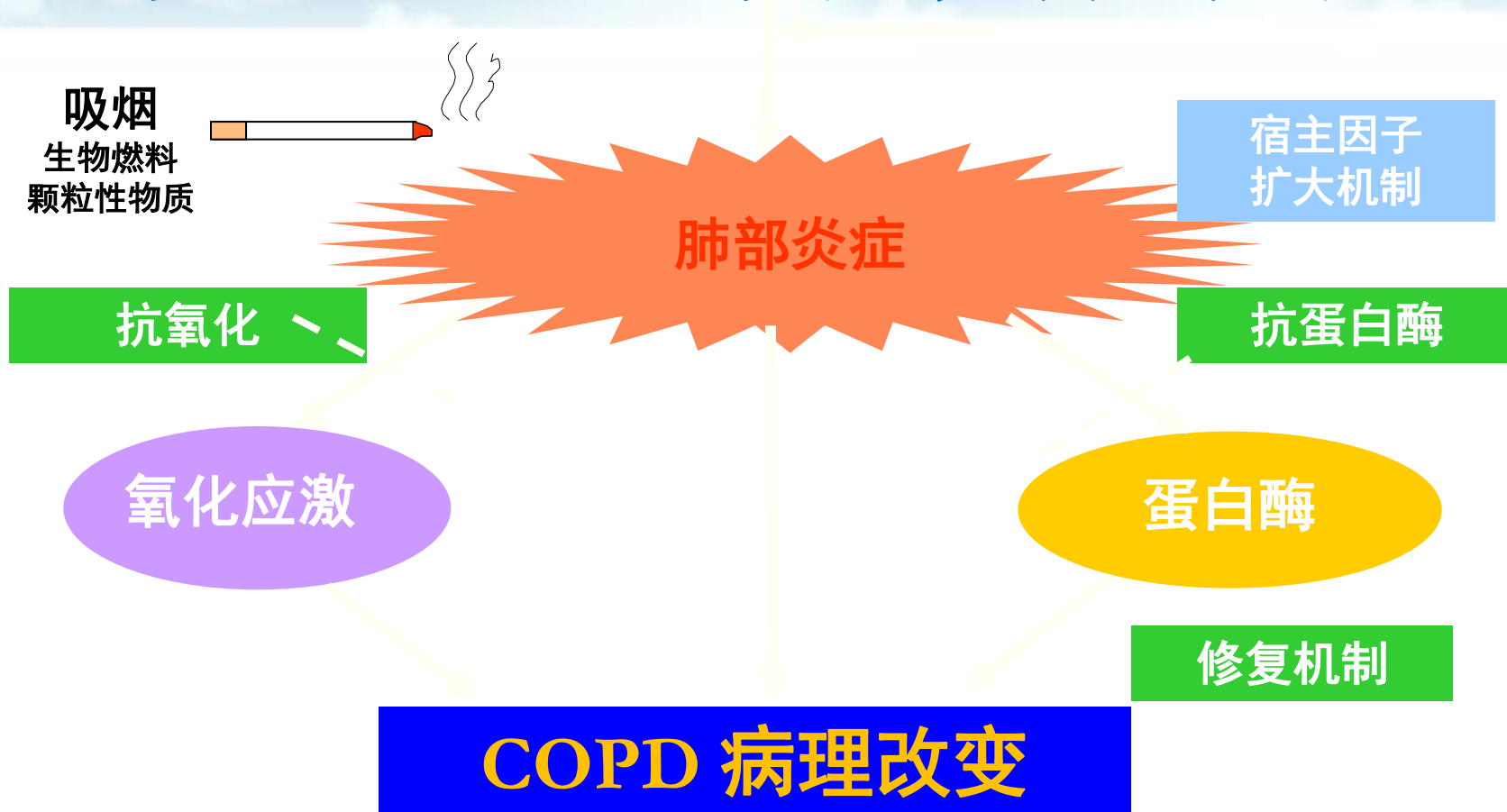
哮喘
一种与慢性炎症相关的气道高反应性。可导致气道广泛、多变的可逆性梗阻。



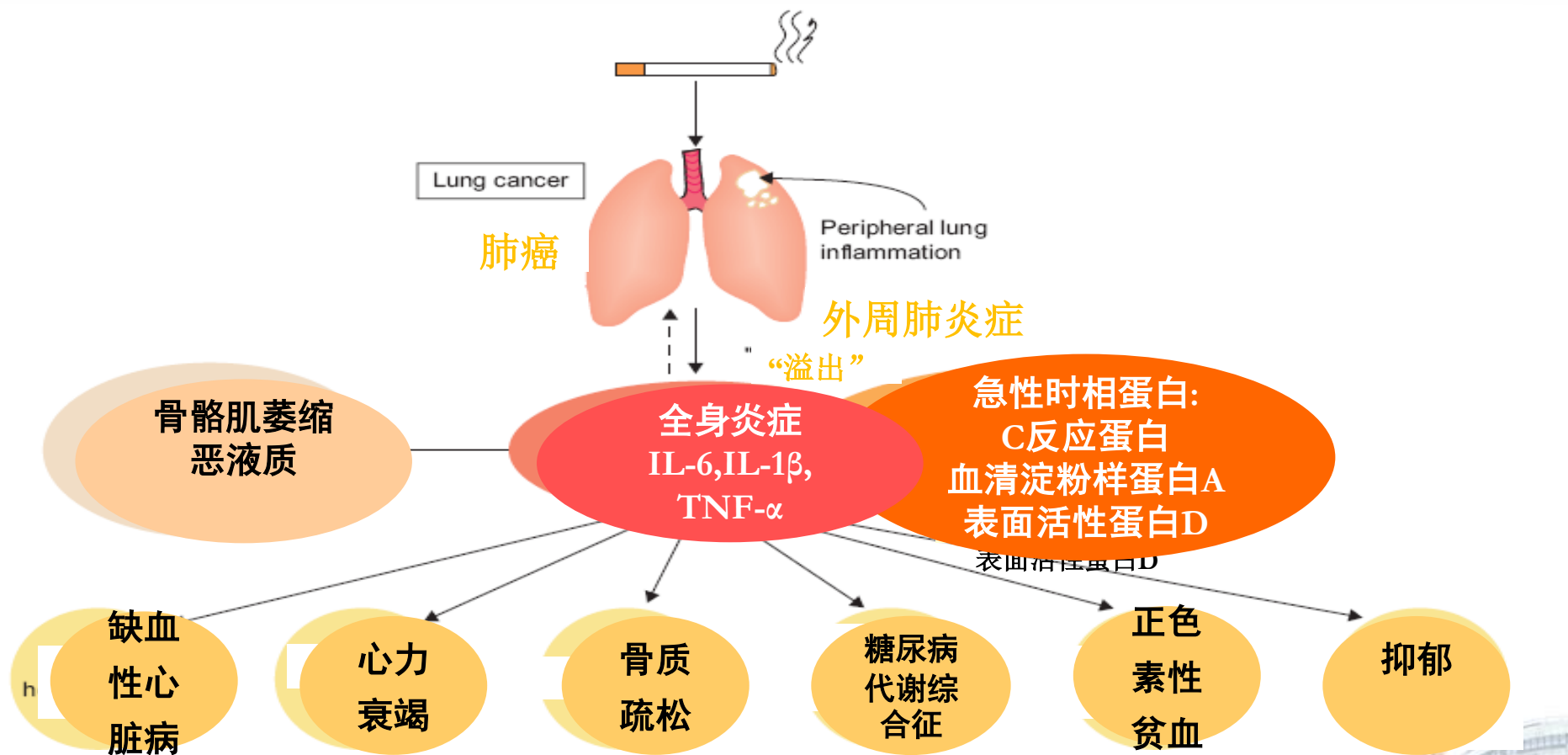
COPD: 慢性支气管炎、肺气肿和哮喘



炎症是COPD的发病机制的关键



COPD肺部炎症“溢出”，产生全身炎症和全身效应





AECOPD定义

一种急性起病的过程,其特征是患者呼吸系统症状恶化,超出日常的变异范围,并需要改变药物治疗方案的急性临床事件

AECOPD病因

-常见上呼吸道病毒感染和气管-支气管细菌感染





AECOPD 需要和那些疾病鉴别

- 肺 栓 塞
- 肺 炎
- 气 胸
- 胸 腔 积 液
- 心 律 失 常
- 心 源 性 因 素

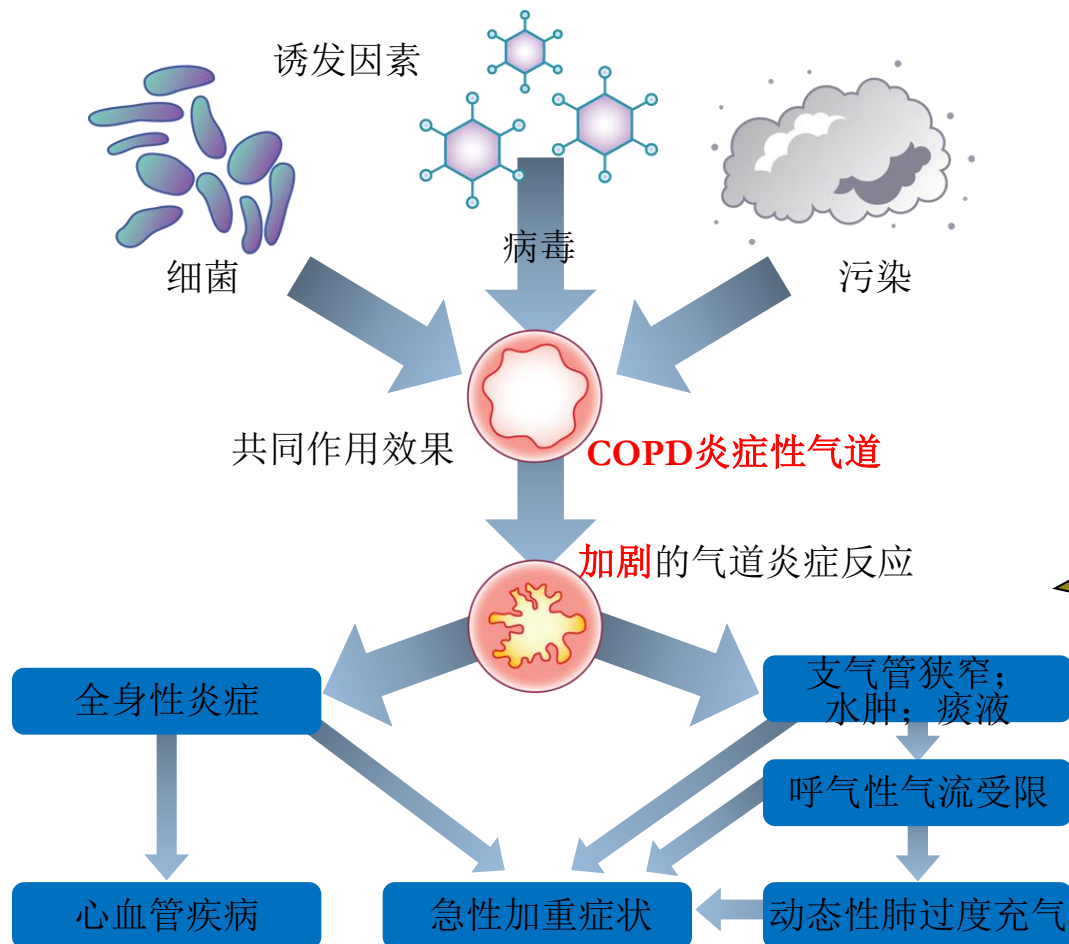




流感嗜血杆菌，肺炎链球菌，卡他莫拉菌 是AECOPD细菌感染患者的主要病原体

微生物	在急性加重期的作用	微生物	在急性加重期的作用
细菌		病毒	
流感嗜血杆菌	导致20-30%的COPD加重	鼻病毒	导致20-25%的COPD加重
肺炎链球菌	导致10-15%的COPD加重	副流感病毒	导致5-10%的COPD加重
卡他莫拉菌	导致10-15%的COPD加重	流感病毒	导致5-10%的COPD加重
铜绿假单胞菌	导致5-10%的COPD加重，且多发于重症	呼吸道合胞体病毒	导致5-10%的COPD加重
肠杆菌	分离于重症，但其重要性无法鉴定	冠状病毒	导致5-10%的COPD加重
非典型病原体		腺病毒	导致3-5%的COPD加重
肺炎衣原体	导致3-5%的COPD加重	人类偏肺病毒	导致3-5%的COPD加重
肺炎支原体	导致1-2%的COPD加重	真菌	
		肺孢子菌	不确定

COPD急性加重的本质 ——在慢性炎症基础上发生的急性炎症加重



COPD气道炎症越严重，病理生理改变越明显，导致症状加重，使患者寻求医疗帮助，通常被诊断为**急性加重**。



该患者药物治疗原则

* 急性期

——非药物治疗(如何氧疗?)

——药物治疗:

1) 静脉应用抗生素?

2) 支气管扩张剂的应用: 雾化应用沙丁胺醇、爱全乐; 茶碱静脉或口服

3) 应用激素 (静脉、口服、雾化) 为什么?

* 同时合并症的治疗





慢阻肺的总体控制

达到

目前控制

包括

症状

生活质量

活动

肺功能

减少

未来风险

包括

急性加重

死亡率

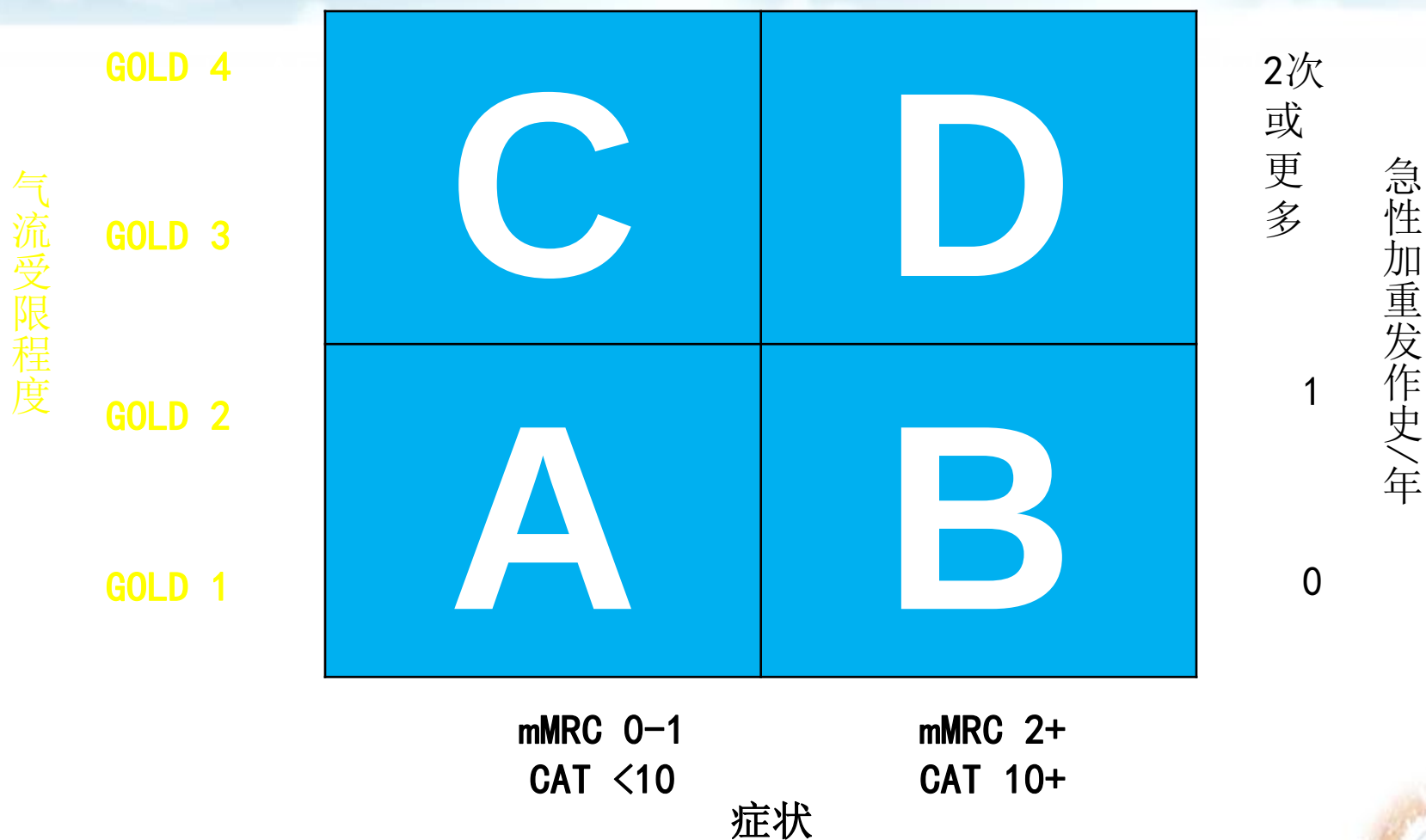
疾病进展

药物不良反应

GOLD —慢阻肺的管理目标



GOLD 2017更新：COPD严重程度评估





AECOPD预防

- * 戒烟
- * 接种流感疫苗和肺炎疫苗
- * 掌握现代吸入疗法和技术
- * 长期应用长效支气管扩张剂治疗，合
并或者不合并吸入糖皮质激素治疗
- * 出院后的早期肺康复训练





首都医科大学宣武医院
XuanWu Hospital Capital Medical University

COPD虽然很难治愈，但是只要积极应对，及时控制病情，我们就能减缓症状，改善生活质量



预防病情加重



戒烟



手术

治疗气短



治疗焦虑和抑郁



黏液溶解剂

饮食建议



肺脏康复



提供氧疗

COPD





1 戒烟



2 避免接触有害气体或颗粒



3 减免劳累



4 运动与锻炼



5 健康饮食



稳定期治疗十个方面(1)



首都医科大学宣武医院
XuanWu Hospital Capital Medical University



6 预防感冒



7 缓解压力



8 合理用药



9 吸氧疗法



10 及时处理急性加重期的COPD

稳定期治疗十个方面(2)



首都医科大学宣武医院
XuanWu Hospital Capital Medical University

参考文献

**Global Initiative for Chronic
Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013-
2018 www.goldcopd.org. Accessed**





首都医科大学宣武医院
XuanWu Hospital Capital Medical University

谢 谢

