

MEDICAL

ZHONGXIYI LINCHUANG JINENG
SHIXUN ZHIDAO

中西医临床技能 实训指导

主编 黄礼明



贵州科技出版社

EDICAL

ZHONGXIYI LINCHUANG JINENG
SHIXUN ZHIDAO

中西医临床技能 实训指导

主编 © 黄礼明



贵州科技出版社

图书在版编目(CIP)数据

中西医临床技能实训指导 / 黄礼明主编. -- 贵阳 :
贵州科技出版社, 2016.9

ISBN 978 - 7 - 5532 - 0507 - 6

I. ①中… II. ①黄… III. ①中西医结合 - 临床医学
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 217773 号

中西医临床技能实训指导

出版发行	贵州科技出版社
地 址	贵阳市中天会展城会展东路 A 座(邮政编码:550081)
网 址	http://www.gzstph.com http://www.gzkj.com.cn
出 版 人	熊兴平
经 销	全国各地新华书店
印 刷	贵阳科海印务有限公司
版 次	2016 年 9 月第 1 版
印 次	2016 年 9 月第 1 次
字 数	258 千字
印 张	11.5
开 本	787 mm × 1092 mm 1/16
书 号	ISBN 978 - 7 - 5532 - 0507 - 6
定 价	22.00 元

天猫旗舰店:<http://gzkjcs.tmall.com>

《中西医临床技能实训指导》

编写委员会

主 编 黄礼明 贵阳中医学院第二临床医学院
副主编 李亚娜 贵阳中医学院第二临床医学院
肖友平 贵阳中医学院第二临床医学院
杨 丹 贵阳中医学院针灸推拿学院
熊 屹 贵阳中医学院骨伤学院
姚宇红 贵阳中医学院第二临床医学院

编 委 (以姓氏笔画为序)

刘正奇 贵阳中医学院第二临床医学院
李 霞 贵阳中医学院第二临床医学院
李亚娜 贵阳中医学院第二临床医学院
杨 辉 贵阳中医学院第二临床医学院
杨志虹 贵阳中医学院针灸推拿学院
杨胜波 贵阳中医学院第二临床医学院
肖友平 贵阳中医学院第二临床医学院
吴高鑫 贵阳中医学院针灸推拿学院
赵 琦 贵阳中医学院第二临床医学院
姚宇红 贵阳中医学院第二临床医学院
秦元星 贵阳中医学院针灸推拿学院
倪洪岗 贵阳中医学院第二临床医学院
郭磊磊 贵阳中医学院第二临床医学院
唐良华 贵阳中医学院骨伤学院
黄礼明 贵阳中医学院第二临床医学院
程志刚 贵阳中医学院骨伤学院
谢 敏 贵阳中医学院第二临床医学院
熊 屹 贵阳中医学院骨伤学院

临床技能是医学生培养的重要内容,是医学生从理论学习到临床实践的中间桥梁;临床技能掌握的程度直接关系到日后医学生的临床实践能力,关系到诊疗质量与水平,因而,医学院校非常重视医学生临床技能的培训,通过临床见习、实习等形式强化临床技能培训。普通高等中医药院校培养的临床相关专业医学生主要有中医学、中西医结合、中医骨伤、针灸推拿等专业,这些专业的医学生毕业后主要根据所学专业从事与专业相关的临床工作,主要执业场所是中医医疗机构。在我国现行的医疗体制下,几乎所有中医医疗机构在为患者提供医疗服务过程中均采取了中医、西医两条腿走路的方式,根据疾病特点和中医、西医的特色与优势选择适合的诊疗方式,或以纯中医,或以纯西医,或以中医为主辅以西医,或以西医为主辅以中医等方式开展诊疗活动,这就对中医药院校的医学生所要掌握的临床技能提出了新的要求,必须掌握中医、西医两套临床技能。由于高等中医药院校的临床相关专业培养方案要求在教学中融合中医、西医的理论与实践,医学生在五年的学习时限内要学习中医、西医两套医学理论体系及临床技能,时间和精力有限,具有相当的难度。因此,我们认为:在中医药院校的医学生学习完中医、西医基础理论课程及临床理论课程之后,进入临床实习之前,有必要开设中西医临床技能实训课程,集中强化医学生的中西医临床技能培训,有利于后期的实践教学,有利于学生实践能力的培养。就是在这样的背景基础上,我们编著了《中西医临床技能实训指导》一书。

《中西医临床技能实训指导》以集中强化培训中医学生的基本中医临床技能及西医临床技能为出发点,加强理论教学与临床实践教学的联系,注重实用性和可操作性。本书由长期从事后期医学理论教学及实践教学的经验丰富的中医药大学教师编写,他们既是教师,更是临床医生,熟悉如何加强理论教学与实践教学之间的联系。本书以全国中医药行业高等教育规划教材为基础,结合临床实际,系统地、重点地归纳、整理中西医各种操作技能,侧重实用性。

《中西医临床技能实训指导》内容包括体格检查实训、外科基本操作实训、针灸推拿实训、骨伤基本操作实训、常用临床诊断技术实训五个部分。“体格检查”讲解了基本体格检查的基本操作要点及其注意事项;“外科基本操作实训”讲解了外科基本操作的方法及注意事项;“针灸推拿实训”讲解了常用针法、灸法和推拿手法及注意事项;“骨伤基本操作实训”讲解了常用的骨伤科检查方法、基本技术操作及注意事项;“常用临床诊断技术实训”讲解了胸腔穿刺术、腹腔穿刺术、骨髓穿刺术、腰椎穿刺术、关节穿刺术、肝穿刺术、肾穿刺术的适应证、禁忌证、穿刺部位和方法。本书特点如书名所示,特别注重临床实践,以提高医学生中西医临床技能为目标,为临床各科临床实践教学做好准备,适合高等中医药院校中医学、中西医结合临床、针灸推拿、骨伤等专业学生使用,也有助于中医专业住院医师规范化培训的教学与实践。

目 录

第一部分 体格检查实训	(1)
实训一 一般检查	(1)
实训二 头颈部检查	(4)
实训三 胸、肺部检查	(11)
实训四 心脏及血管检查	(25)
实训五 腹部检查	(35)
实训六 脊柱、四肢检查	(50)
实训七 神经系统检查	(57)
第二部分 外科基本操作实训	(65)
实训一 洗手	(65)
实训二 穿手术衣	(67)
实训三 戴无菌手套	(69)
实训四 消毒铺巾	(70)
实训五 打结	(73)
实训六 切开、止血、剪线	(77)
实训七 缝合、拆线	(80)
实训八 换药	(84)
第三部分 针灸推拿实训	(88)
实训一 毫针刺法	(88)
实训二 灸法	(92)
实训三 罐法	(95)
实训四 刮痧法	(98)
实训五 头皮针和耳针	(100)
实训六 腧穴注射法	(104)
实训七 电针法	(106)
实训八 三棱针和皮肤针	(107)
实训九 一指禅推法	(109)
实训十 滚法	(111)
实训十一 揉法	(112)
实训十二 摩法	(113)
实训十三 推法	(114)
实训十四 擦法	(116)

实训十五	搓 法	(116)
实训十六	按 法	(118)
实训十七	点 法	(119)
实训十八	拨 法	(121)
实训十九	拿 法	(122)
实训二十	击 法	(124)
实训二十一	拍 法	(125)
实训二十二	抖 法	(127)
实训二十三	振 法	(128)
实训二十四	劲椎摇法	(129)
实训二十五	肩部摇法	(130)
实训二十六	腰部摇法	(132)
实训二十七	颈椎扳法	(135)
实训二十八	胸椎扳法	(136)
实训二十九	腰椎扳法	(137)
实训三十	肩部扳法	(139)
实训三十一	颈部拔伸法	(140)
实训三十二	腰部拔伸法	(142)

第四部分 骨伤基本操作实训 (144)

实训一	骨折、脱位的手法整复	(144)
实训二	小夹板固定术	(147)
实训三	包扎技术	(150)
实训四	石膏绷带固定术	(152)
实训五	牵 引	(156)
实训六	水针疗法	(160)
实训七	中药热奄包疗法	(162)
实训八	中药硬膏热贴敷疗法	(164)

第五部分 临床常用诊断技术实训 (165)

实训一	胸腔穿刺术	(165)
实训二	腹腔穿刺术	(166)
实训三	腰椎穿刺术	(168)
实训四	心包腔穿刺术	(169)
实训五	骨髓穿刺术及骨髓活体组织检查术	(170)
实训六	导尿术	(173)
实训七	淋巴结穿刺术及活体组织检查术	(175)
实训八	关节腔穿刺及引流术	(176)

第一部分 体格检查实训

实训一 一般检查

【实训目的要求】

- (1)掌握:生命体征的检查方法。
- (2)熟悉:一般检查的内容,正常和常见异常体征。

【实训教学方法】

- (1)先由教师做一般检查示范,指出检查要点、操作技巧。
- (2)学生分组,每两人一组,相互体检,教师巡回查看、指导并以规范操作纠正学生互检中出现的各种错误。
- (3)学生分组,在模拟人上进行各种病理体征的检查。
- (4)实训结束后书写实训报告。

【实训教学内容】

一般检查为整个体格检查过程中的第一步,是对患者全身状态的概括性观察,以视诊为主,配合触诊、听诊和嗅诊进行检查。

一、一般检查的内容

一般检查包括性别、年龄、生命征(体温、呼吸、脉搏、血压)、发育与体型、营养、意识状态、语调与语态、面容表情、体位、姿势、步态、皮肤和淋巴结等的检查。

二、一般检查的操作步骤

1. 准备和清点器械(要求齐备)

器械包括:消毒盘、体温计、血压计、听诊器、画线笔、直尺、压舌板、手电筒、叩诊锤、一次性纸巾、棉签、弯盘、查体车等。

2. 自我介绍

站在病人右侧,向病人说明职务、姓名,并确定病人身份,进行简短交谈以融洽医患关系,了解病人年龄,告之病人查体注意事项并当着受检者的面洗手。

例:您好!我是您的主管医生张某某。请问您叫什么名字?您的年龄是多少?家庭住址在哪?工作单位?结婚了没有?您是什么民族的?籍贯?好了,为了能够更加详细深入地了解您的身体状况,我下面将会为您做全身体格检查,希望能得到您的配合,好吗?

3. 观 察

观察被检者性别、发育与体型、营养、意识状态、语调与语态、面容表情、体位、姿势、步态等一般状态:

(1)发育状态应通过患者年龄、智力和体格成长状态(包括身高、体重及第二性征)之间的关系进行综合评价。异常发育包括:巨人症、侏儒症、呆小病、佝偻病等。

(2)体型是身体各部发育的外观表现,包括骨骼、肌肉的成长与脂肪分布的状态等,分正力型、无力型、超力型。

(3)营养状态通常根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的发育情况进行综合判断,最简便而迅速的方法是观察皮下脂肪充实的程度(前臂曲侧或上臂背侧下1/3处脂肪分布)。营养状态分级为良好、中等、不良。常见的营养异常为消瘦(体重减轻到标准体重的90%或体重指数 <18.5)、肥胖(超过标准体重的20%以上者)。

(4)意识是大脑高级神经中枢功能、活动的综合表现,是人对周围环境及自身状态的识别和察觉能力,是人脑反映客观现实的最高形式。可通过交谈了解患者的思维、反应、情感、计算及定向力等方面的情况。常见意识障碍有嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷、谵妄等。

(5)语调指言语过程中的音调。常见的语调障碍有失音、失语、口吃等。

(6)语态指言语过程中的节奏。语态异常指语言节奏紊乱,出现语言不畅、快慢不均、音节不清。

(7)面容是指面部呈现的状态。表情是指在面部或姿态上思想感情的表现。正常人表情自然,神态安逸。常见的异常面容有急性病容、慢性病容、贫血面容、肝病面容、肾病面容、甲状腺功能亢进(简称甲亢)面容、黏液性水肿面容、二尖瓣面容、肢端肥大症面容、满月面容、苦笑面容、面具面容等。

(8)体位是指患者身体所处的状态。体位大体分为自主体位、被动体位、强迫体位。

(9)姿势是指患者的举止状态。健康成人躯干端正,肢体活动灵活适度。

(10)步态指患者走动时所表现的姿态。健康人的步态因年龄、机体状态和所受训练的影响而有不同表现。常见的异常步态:蹒跚步态、醉酒步态、共济失调步态、慌张步态、跨阈步态、剪刀步态、间歇性跛行。

例:患者男性,发育良好,营养中等,正力体型,面容安静,无急性病容、慢性病容、贫血面容、肝病面容、肾病面容、甲亢面容、黏液性水肿面容、二尖瓣面容、伤寒面容、苦笑面容、满月面容等病理面容。表情自然,意识清晰,自主体位,无被动体位、强迫体位等病理性体位。

4. 测量体温

方法:应测腋温,测量时间10 min。测量之前应将腋窝擦干,水银柱应该甩在 35°C 以下,注意被检者周围无致冷致热物存在。

体温的分级:正常,36~37℃;低热,37.1~38℃;中等度热,38.1~39℃;高热,39.1~41℃;超高热,41℃以上。

注意事项:

(1)生理情况下,体温有一定的波动,早晨体温略低,下午略高,在24 h内波动幅度一般不超过1℃。运动或进食后体温略高,老年人体温略低,月经期前或妊娠期妇女体温略高。

(2)临床上有时出现体温测量结果与患者的全身状态不一致,应对其原因进行分析,以免导致诊断和处理上的错误。导致体温测量误差的常见原因有以下几个:①测量前未将体温计的水银柱甩到35℃以下,致使测量结果高于实际体温;②采用腋测法时,由于患者明显消瘦、病情危重或神志不清而不能将体温计夹紧,致使测量结果低于实际体温;③检测局部存在冷热物品或刺激时,可对测定结果造成影响,如用温水漱口,局部放置冰袋或热水袋等。

(3)体温高于正常称为发热,见于感染、创伤、恶性肿瘤、脑血管意外及各种体腔内出血等。

(4)体温低于正常称为体温过低,见于休克、严重营养不良、甲状腺功能低下及过久暴露于低温条件下。

5. 检查脉搏

方法:三指触诊桡动脉,至少30 s,注意脉搏节律、频率、紧张度与动脉壁状态、强弱;再同时触诊双侧桡动脉,检查其对称性,至少30 s。

注意事项:

(1)脉率随年龄、性别、活动和情绪而变动,正常脉率一般为60~100次/min,3岁以下的儿童多在100次/min以上。要注意脉率与心率是否一致,房颤时脉率小于心率。

(2)脉搏的节律是心搏节律的反映,正常成人脉律规则,无水冲脉、奇脉、迟脉等病理脉。

(3)脉搏的紧张度及动脉壁状态与动脉硬化有关。判断脉搏紧张度及动脉壁状态的方法:可将两个手指指腹置于桡动脉上,近心端手指用力按压阻断血流,使远心端手指触不到脉搏,通过施加压力的大小及感觉到的血管壁弹性状态判断脉搏紧张度。如动脉硬化,则血管缺乏弹性,呈迂曲、结节状。

(4)脉搏的强弱取决于心搏出量、脉压和周围血管阻力。如果患者桡动脉搏动弱,触不清或触不到,可选择触诊肱动脉、股动脉、颈动脉等大动脉。

6. 观察病人呼吸频率

方法:可以通过患者胸廓或腹部的起伏进行观察,记数30 s呼吸。

注意事项:正常人呼吸节律均匀整齐。正常成人在静息状态下,呼吸频率为12~22次/min,呼吸频率与脉搏之比为1:4。新生儿呼吸频率约为44次/min,随着年龄的增长而逐渐减慢。正常人无潮式呼吸、间断呼吸、叹气样呼吸。

7. 测右上臂血压(间接测量法)

水银柱式血压计血压测量方法:被测量者至少安静休息5 min,在测量前30 min内禁止吸烟和饮咖啡,排空膀胱。被测量者取坐位,最好坐靠背椅;充分裸露右上臂,肘部置于与心

脏同一水平。使用袖带大小合适的血压计,血压计也应放在心脏水平位置,将袖带紧贴缚在被测者上臂,袖带下缘应在肘弯上 2.5 cm 处。将听诊器的探头置于肘窝肱动脉处。测量时快速充气,气囊内压力应达到肱动脉搏动消失并再升高 20 ~ 30 mmHg,然后以恒定速率(2 ~ 6 mmHg/s)缓慢放气。心率较慢时放气速率也较慢。获取舒张压读数后快速放气至零。在放气过程中仔细听取柯氏音,观察柯氏音第 I 时相与第 V 时相水银柱凸面的垂直高度。收缩压读数取柯氏音第 I 时相,舒张压读数取柯氏音第 V 时相(消失音)。应相隔 2 min 重复测量,取 2 次读数的平均值记录。如果 2 次测量的收缩压或舒张压读数相差大于 5 mmHg,则相隔 2 min 后再次测量,然后取 3 次读数的平均值。

注意事项:

- (1) 若疑有外周血管病,首次就诊时应测双臂血压。
- (2) 特殊情况下测量血压时可以取卧位或站立位,不论被测者体位如何,血压计应放在心脏水平位置,肘部也应置于与心脏同一水平位置。
- (3) 儿童、老年人、妊娠妇女、严重贫血及主动脉瓣关闭不全病人或柯氏音不消失者,以柯氏音第 IV 时相(变音)定为舒张压。
- (4) 高血压:至少 3 次非同日测定血压超过 140/90 mmHg 为高血压。高血压分为原发性、继发性。
- (5) 低血压:血压低于 90/60 mmHg,见于休克、急性心肌梗死、心包填塞、肺梗死、肾上腺皮质功能减退、极度衰弱、低血压体质。
- (6) 两上肢血压不对称:正常双上肢血压差 5 ~ 10 mmHg,双上肢血压差 > 10 mmHg 为异常,见于多发性大动脉炎、先天性动脉畸形、血栓闭塞性脉管炎。
- (7) 下上肢血压差异异常:正常下肢血压高于上肢 20 ~ 40 mmHg,下肢 ≤ 上肢为异常,见于主动脉狭窄或闭塞。

实训二 头颈部检查

【实训目的要求】

- (1) 掌握:头颈部检查的方法与顺序,认识正常状态。
- (2) 熟悉:常见异常体征及其临床意义。

【实训教学方法】

- (1) 先由教师做头颈部检查示范,指出检查要点、操作技巧。
- (2) 学生分组,每两人一组,相互体检,教师巡回查看、指导并以规范操作纠正学生互检中出现的各种错误。
- (3) 学生分组,在模拟人上进行各种病理体征的检查。
- (4) 实训结束后书写实训报告。

【实训教学内容】

一、头颅检查

1. 观察头部外形、毛发分布、异常运动等

注意头颅有无小颅、尖颅、方颅、巨颅、长颅、变形颅。注意头发颜色、疏密度、脱发的类型与特点。头皮的检查需要分开头发观察头皮颜色,注意有无头皮屑、头癣、疖痈、外伤、血肿及瘢痕。注意头颅有无异常活动:如头部活动受限,见于颈椎疾患;头部不随意地颤动,见于震颤麻痹;与颈动脉搏动一致的点头运动,称 DeMusset 征,见于严重主动脉瓣关闭不全。

2. 触诊头颅

触诊是用双手仔细触摸头颅的每一个部位,了解其外形,有无压痛和异常隆起,测量头围。头颅的大小以头围来衡量,是以软尺自眉间绕到颅后通过枕骨粗隆绕头一周测得的周径。正常成人头围 54 ~ 58 cm,出生时头围平均 34 cm,出生后前半年增加 8 ~ 10 cm,后半年增加 2 ~ 4 cm,第 2 年增加约 2 cm,第 3 ~ 4 年增加约 1.5 cm,4 ~ 10 岁时共增加约 1.5 cm,到 18 岁时可达 53 cm 或以上。

二、眼部检查

眼部检查应按由外向内,先右后左的顺序进行。检查眼外部时,在自然光或用手电筒斜照下进行。

1. 观察眉毛、眼睑、睫毛、眼球外形

注意眉毛分布是否对称均匀,有无稀疏或脱落;注意眼睑是否有下垂、水肿、睑内翻、睑外翻、眼睑闭合障碍,有无包块、倒睫等;注意两侧眼球是否等大等圆,是否突出、下陷。

2. 分别检查左右眼的近视力

用近距离视力表检查,在距离视力表 33 cm 处能看清 1.0 行视标为正常近视力。双眼均需检查。

3. 检查睑结膜、球结膜及巩膜,翻转眼睑

结膜分睑结膜、穹窿部结膜与球结膜三部分。检查时以拇指和示指将上、下睑分开,嘱病人向上、下、左、右各方向转动眼球来观察,注意结膜表面是否光滑,有无充血、颗粒与滤泡、苍白、发黄、出血点、水肿、乳头肥大、瘢痕形成,有无溃疡、睑球粘连、新生物及异物等;注意巩膜是否有黄染(注意黄疸与生理性黄色斑块的鉴别)等。

检查上睑结膜时需翻转眼睑。检查者用右手检查受检者左眼,左手检查右眼。翻转要领:用示指和拇指捏住上睑中外 1/3 交界处的边缘,嘱被检查者向下看,此时轻轻向前下方牵拉,然后示指向下压迫睑板上缘,并与拇指配合将睑缘向上捻转即可将眼睑翻开。翻眼睑时动作要轻巧、柔和,以免引起被检查者的痛苦和流泪。检查后,轻轻向前下牵拉上睑,同时嘱病人往上看,即可使眼睑恢复正常位置。

4. 检查泪囊

请病人向外上方看,检查者用拇指轻压病人眼内眦下方,即骨性眶缘下内侧,挤压泪囊,同时观察有无分泌物或泪液自上、下泪点溢出。若有黏液脓性分泌物流出,应考虑慢性泪囊炎。同时注意泪点位置是否正常、有无闭塞,泪囊有无红肿、压痛、瘻管及隆起,泪腺能否触及,有无压痛及肿块。

注意:有急性泪囊炎症时应避免做此检查,避免加重感染。

5. 检查眼球运动

检查眼球运动实际上是检查6条眼外肌的运动功能。医生置目标物(棉签或手指尖)于受检者眼前30~40 cm处,嘱病人固定头位,眼球随目标方向移动,一般按左—左上—左下,右—右上—右下6个方向的顺序进行,每个方向代表双眼的一对配偶肌的功能,若有某个方向运动受限,提示该对配偶肌功能障碍,并伴有复视。由支配眼肌运动的神经核、神经或眼外肌本身器质性病变所产生的斜视,称为麻痹性斜视,多由脑外伤、鼻咽癌、脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑血管病变所引起。正常眼球运动自如。

6. 取手电筒观察角膜、瞳孔

注意角膜有无充血、溃疡,瞳孔双侧是否等大等圆。

7. 检查角膜反射

嘱患者睁眼向内侧注视,以捻成细束的棉絮从患者视野外接近并轻触外侧角膜,避免触及睫毛,正常反应为被刺激侧迅速闭眼和对侧也出现眼睑闭合反应,前者称为直接角膜反射,而后者称为间接角膜反射。直接与间接角膜反射均消失,见于三叉神经病变(传入障碍);直接反射消失,间接反射存在,见于患侧面神经瘫痪(传出障碍)。

8. 检查左右瞳孔的直接和间接对光反射

该项目是针对瞳孔活动功能的测验。直接对光反射,通常用手电筒直接照射瞳孔并观察其动态反应。正常人当眼受到光线刺激后瞳孔立即缩小,移开光源后瞳孔迅速复原。间接对光反射是指光线照射一眼时,另一眼瞳孔立即缩小,移开光线,瞳孔扩大。检查间接对光反射时,应以一手挡住光线以免检查眼受照射而形成直接对光反射。直接和间接对光反射正常表现:两侧瞳孔均缩小。

9. 检查集合反射

集合反射包括调节反射和辐辏反射。检查方法:嘱病人注视1 m以外的目标(通常是检查者的示指尖),然后将目标逐渐移近眼球(距眼球5~10 cm),正常人此时可见双眼球内聚(辐辏反射),瞳孔缩小(调节反射)。动眼神经功能损害时,睫状肌和双眼内直肌麻痹,集合反射消失。

三、耳部检查

耳是听觉和平衡器官,分外耳、中耳和内耳三个部分。由于中耳和内耳较深,需要借助

专科器材,故一般体格检查中耳部检查只包括听力、外耳及耳后区检查。

1. 检查双侧外耳及耳后区

注意耳郭的外形、大小、位置 and 对称性,是否有发育畸形、外伤瘢痕、红肿、瘻口、皮下隆起、肿块结节、低垂耳等。观察是否有结节,痛风患者可在耳郭上触及痛性小结节,这是尿酸钠沉着的结果;耳郭红肿并有局部发热和疼痛,见于感染;牵拉和触诊耳郭引起疼痛,常提示有炎症。

检查外耳道时将耳郭向后上提拉,便于观察。注意外耳道皮肤是否正常,有无溢液。如:有黄色液体流出并有痒痛者为外耳道炎;外耳道内有局部红肿疼痛,并有耳郭牵拉痛则为疖肿;有脓液流出并有全身症状,则应考虑急性中耳炎;有血液或脑脊液流出,则应考虑到颅底骨折。对耳鸣患者则应注意是否存在外耳道瘢痕狭窄、耵聍或异物堵塞。

注意耳后区有无红肿、皮下出血点、结节、肿块。乳突外壳由骨密质组成,内腔为大小不等的骨松质小房,乳突内腔与中耳道相连。患化脓性中耳炎引流不畅时可蔓延为乳突炎,检查时可发现耳郭后方皮肤有红肿,乳突有明显压痛,有时可见瘻管。

2. 分别检查双耳听力

体格检查时可先用粗略的方法了解被检查者的听力,检测方法:在静室内嘱被检查者闭目坐于椅子上,并用手指堵塞一侧耳道,医生持手表或以拇指与示指互相摩擦,自1 m以外逐渐移近被检查者耳部,直到被检查者听到声音为止,测量距离,同样方法检查另一耳。比较两耳的测试结果并与检查者(正常人)的听力进行对照。正常人一般在1 m处可闻机械表声或捻指声。精测方法是使用规定频率的音叉或电测听设备所进行的一系列较精确的测试方法,对明确诊断更有价值。听力减退见于耳道有耵聍或异物、听神经损害、局部或全身血管硬化、中耳炎、耳硬化等。

四、鼻部检查

鼻部检查包括外鼻、鼻前庭、鼻中隔和鼻窦等的检查。

1. 观察鼻外形

注意鼻部皮肤颜色的改变,有无发红、色素沉着、红色斑块等(见于酒渣鼻、黑热病、慢性肝脏疾患、系统性红斑狼疮等)。注意鼻外形的改变,有无方鼻、塌鼻、酒渣鼻、蛙状鼻等(见于鼻腔完全堵塞、鼻骨折、鼻骨发育不良、先天性梅毒和麻风病等)。

2. 触诊外鼻

注意鼻部有无触痛,鼻梁有无骨折等。

3. 观察鼻前庭、鼻中隔

(1)注意有无鼻翼扇动。鼻翼扇动是吸气时鼻孔张大,呼气时鼻孔回缩,见于伴有呼吸困难的高热性疾病(如大叶性肺炎)、支气管哮喘和心源性哮喘发作时。

(2)注意有无鼻腔黏膜充血、肥厚,鼻腔有无分泌物等,如有分泌物,常见于各种鼻部炎症。

(3)注意鼻腔有无出血。鼻出血多为单侧,见于外伤、鼻腔感染、局部血管损伤、鼻咽癌、鼻中隔偏曲等;双侧出血则多由全身性疾病引起。

(4)注意鼻中隔有无偏曲、穿孔。正常成人的鼻中隔很少完全正中,多数稍有偏曲。如有明显的偏曲,并产生呼吸障碍,称为鼻中隔偏曲,严重的高位偏曲可压迫鼻甲,引起神经性头痛,也可因偏曲部骨质刺激黏膜而引起出血。鼻中隔出现孔洞称为鼻中隔穿孔,病人可听到鼻腔中有哨声,检查时用小型手电筒照射一侧鼻孔,可见对侧有亮光透入。穿孔多由鼻腔慢性炎症、外伤等引起。

4. 检查两侧鼻腔通气

在检查一侧时先用一只手捂住另一侧鼻腔以利于检查,然后用另一只手置于鼻腔前面看看通气情况,了解鼻腔通畅情况。双侧均检查。

5. 检查鼻窦

鼻窦为鼻腔周围含气的骨质空腔,共4对,都有窦口与鼻腔相通,当引流不畅时容易发生炎症。鼻窦炎时出现鼻塞、流涕、头痛和鼻窦压痛。4对空腔中的蝶窦因解剖位置较深,不能在体表进行检查。一般检查另外3对。

(1)检查上颌窦有无肿胀、压痛、叩痛等:医生双手固定于病人的两耳后,将拇指分别置左右颧部向后按压,询问有无压痛,并比较两侧压痛有无区别。也可用右手中指叩击颧部,并询问有否叩击痛。

(2)检查额窦有无肿胀、压痛、叩痛等:一手扶持病人枕部,用另一只手的拇指或示指置于眼眶上缘内侧用力向后向上按压;或以两手固定头部,双手拇指置于眼眶上缘内侧向后向上按压。询问有无压痛,两侧有无差异,也可用中指叩击该区,询问有无叩击痛。

(3)检查筛窦有无压痛:双手固定病人两侧耳后,双侧拇指分别置于鼻根部与眼内眦之间向后方按压,询问有无压痛。

五、口部检查

口部检查包括口唇、口腔内器官和组织以及口腔气味等的检查。

1. 观察口唇、牙齿、上腭、舌质和舌苔

观察口唇外形,注意有无唇裂、口角糜烂(核黄素缺乏症)、口唇肥厚增大(黏液性水肿、肢端肥大症)等。观察口唇颜色,注意有无苍白(贫血、虚脱)、发绀(心力衰竭、呼吸衰竭)、发红(发热)等。注意口唇有无疱疹。注意牙齿有无龋齿、残根、缺齿和义齿等。观察上腭情况,注意有无颜色变化、穿孔、腭裂,是否完整等,如:有紫红色肉瘤时为卡波西肉瘤,为艾滋病的特征性口腔表现;腭穿孔见于上颌窦瘘、上颌窦癌、恶性肉芽肿。注意舌质和舌苔,舌的感觉、运动与形态变化。

2. 借助压舌板检查颊黏膜、牙齿、牙龈、口底

口腔黏膜的检查应在充足的自然光线下进行,也可用手电筒照明,正常口腔黏膜光洁、呈粉红色。注意颊黏膜颜色,有无黏膜溃疡、出血点或瘀斑、麻疹黏膜斑(Koplik斑)、黏膜

疹、鹅口疮、分泌物等;牙齿注意有无龋齿、残根、缺齿和义齿等;牙龈正常呈粉红色,质坚韧且与牙颈部紧密贴合,检查时应注意经压迫有无出血、溢脓及铅线等;注意口腔异味;检查口底黏膜和舌底部时,让患者舌头上翘触及硬腭,由于口底组织比较松软,有时需要用触诊法才能触及口底新生物,颌下腺导管结石也最好用触诊法检查。

3. 借助压舌板检查口咽部及扁桃体

咽部的检查方法:被检查者取坐位,头略后仰,口张大并发“啊”音,此时医生用压舌板在舌的前2/3与后1/3交界处迅速下压,此时软腭上抬,在照明的配合下即可见软腭、腭垂、软腭弓、扁桃体、咽后壁等。注意扁桃体有无肿大、充血、溃疡等,咽后壁有无充血、溃疡出血糜烂等。

扁桃体肿大分三度:I度,肿大不超过咽腭弓者;II度,肿大超过咽腭弓,未达到或超过咽后壁中线者;III度,肿大达到或超过咽后壁中线者。

六、头部神经检查

1. 检查舌下神经

检查时嘱患者伸舌,注意观察有无伸舌偏斜、舌肌萎缩及肌束颤动。单侧舌下神经麻痹时伸舌舌尖偏向病侧,双侧麻痹者则不能伸舌。

2. 检查面神经运动功能

首先观察双侧额纹、眼裂、鼻唇沟和口角是否对称,然后嘱患者做皱额、闭眼、露齿、微笑、鼓腮或吹哨动作。面神经受损可分为周围性损害和中枢性损害两种。一侧面神经周围性(核或核下性)损害时,病侧额纹减少、眼裂增大、鼻唇沟变浅,不能皱额、闭眼,微笑或露齿时口角歪向健侧,鼓腮及吹口哨时病变侧漏气;中枢性(核上的皮质脑干束或皮质运动区)损害时,由于上半部面肌受双侧皮质运动区的支配,皱额、闭眼无明显影响,只出现病灶对侧下半部面部表情肌的瘫痪。

3. 检查三叉神经运动支

触诊咀嚼肌和观察张口动作。检查者双手触按患者颞肌、咀嚼肌,嘱患者做咀嚼动作,对比双侧肌力强弱;再嘱患者做张口运动或露齿,以上下门齿中缝为标准,观察张口时下颌有无偏斜。当一侧三叉神经运动纤维受损时,病侧咀嚼肌肌力减弱或出现萎缩,张口时由于翼状肌瘫痪,下颌偏向病侧。正常表现:咀嚼肌有力,张口自如。

4. 检查三叉神经感觉支(上、中、下三支)

嘱患者闭眼,以针刺检查痛觉、棉絮检查触感和盛有冷水或热水的试管检查温度觉。两侧及内外对比,观察患者的感觉反应,同时确定感觉障碍区域。注意区分周围性与核性感觉障碍,前者为患侧患支(眼支、上颌支、下颌支)分布区各种感觉缺失,后者呈葱皮样感觉障碍。

七、颈部检查

1. 观察颈部外形和皮肤,颈静脉充盈和颈动脉搏动情况

充分暴露颈部于双侧肩关节以下。观察颈部外形是否正常,左右是否对称,有无偏曲;皮下有无出血点,皮肤有无溃疡、肿块、红肿、静脉曲张、脱屑等;有无颈动脉怒张等。

注:正常人平卧去枕时颈静脉是充盈的,但在坐位或半坐位(即上身与水平面呈 45° 角度)时,颈静脉是塌陷的。在坐位或半坐位时,如颈静脉明显充盈、怒张或搏动,均为异常征象。根据颈静脉充盈、搏动的水平,可以间接地推测中央静脉压的水平。

2. 检查颈椎屈曲及左右活动情况

注意有无颈部活动受限,疼痛等。正常人坐位时颈部直立,伸屈、转动自如。头不能抬起见于重症肌无力、脊髓前角细胞炎、进行性肌萎缩等;斜颈见于颈肌外伤、瘢痕收缩、先天性颈肌挛缩或斜颈;颈部运动受限并伴有疼痛见于软组织炎症、颈肌扭伤;颈部强直为脑膜受刺激的特征,见于各种脑膜炎、蛛网膜下腔出血。

3. 检查副神经

检查时注意胸锁乳突肌及斜方肌肌肉有无萎缩,嘱患者做耸肩及转头运动时,检查者给予一定的阻力,比较两侧肌力。副神经受损时,向对侧转头及同侧耸肩无力或不能,同侧胸锁乳突肌及斜方肌萎缩。

4. 检查淋巴结

按顺序触诊头颈部浅表淋巴结于耳前、耳后、枕后、颌下、颏下、颈前三角、颈后三角、锁骨上。正常表现:各处淋巴结均不能触及,倘若能触及肿大淋巴结,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、瘢痕、瘰管等,同时注意寻找引起淋巴结肿大的原发病灶。

局部淋巴结肿大常见于:非特异性淋巴结炎、淋巴结结核及恶性肿瘤淋巴结转移(注意Virchow淋巴结)。全身淋巴结肿大常见于:急慢性淋巴结炎、传染性单核细胞增多症、淋巴瘤、白血病等。

5. 触诊甲状腺峡部和左右叶

触诊比视诊更能明确甲状腺的轮廓及病变的性质。触诊包括甲状腺峡部和甲状腺侧叶的检查。正常甲状腺不易触及肿大。

(1)甲状腺峡部:甲状腺峡部位于环状软骨下方第2至第4气管环前面。站于受检者前面用拇指或站于受检者后面用示指从胸骨上切迹向上触摸,可感到气管前软组织,判断有无增厚;请受检者吞咽,可感到此软组织在手指下滑动,判断有无长大和肿块。

(2)甲状腺侧叶:前面触诊,一手拇指施压于一侧甲状软骨,将气管推向对侧,另一手示指、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指在胸锁乳突肌前缘触诊,配合吞咽动作,重复检查,可触及被推挤的甲状腺。用同样方法检查另一侧甲状腺。后面触诊类似前面触诊。一手示指、中指施压于一侧甲状软骨,将气管推向对侧,另一手拇指在对侧胸锁