

医学高等教育教学改革教材

陈卫昌 蒋 彬 主编

# 实用临床技能学

Shiyong Linchuang Jinengxue



苏州大学出版社  
Soochow University Press

· 医学高等教育教学改革教材 ·

# 实用临床技能学

主 编 陈卫昌 蒋 彬

苏州大学出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

实用临床技能学 / 陈卫昌, 蒋彬主编. —苏州:  
苏州大学出版社, 2013. 10  
医学高等教育教学改革教材  
ISBN 978-7-5672-0568-0

I. ①实… II. ①陈…②蒋… III. ①临床医学-高等学校-教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 230749 号

## 实用临床技能学

陈卫昌 蒋彬 主编

责任编辑 倪青

---

苏州大学出版社出版发行

(地址:苏州市十梓街1号 邮编:215006)

丹阳市兴华印刷厂印装

(地址:丹阳市胡桥镇 邮编:212313)

---

开本 787 × 1092 1/16 印张 22 字数 549 千

2013 年 10 月第 1 版 2013 年 10 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5672-0568-0 定价:48.00 元

---

苏州大学版图书若有印装错误,本社负责调换  
苏州大学出版社营销部 电话:0512-65225020  
苏州大学出版社网址 <http://www.sudapress.com>

## 《实用临床技能学》编写人员名单

(按章节顺序排列)

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 刘志华 | 张秀琴 | 宋建平 | 陈卫昌 |
| 李 明 | 薛寿儒 | 蒋 彬 | 董晓强 |
| 韩 冰 | 胡建铭 | 严文华 | 陆培荣 |
| 唐云青 | 葛自力 | 陆士奇 | 邹 操 |
| 黄杏梅 | 查月琴 | 董凤林 | 蔡晓峰 |
| 沈海林 | 顾国浩 | 蒋 敏 | 王海芳 |
| 吴爱勤 | 张 日 |     |     |

# 前言

单各员人官编《学指技和训用实》

(供时学用学章参)

目前,我国高等医学院校的临床技能教学存在教学方式落后、见习生动手操作机会不多、学生自身重视不够和实践教学资源缺乏等问题。重视和加强学生临床技能培训有助于改进教学方法和手段,促进教师自身水平的提高,最终提高学生的临床技能。

我国医学院校目前使用的临床技能培训教材趋向多样化,编写风格各有特色。随着办学模式和培养目标的变化,对高校的课程体系、教学内容、教学方法和教学手段等方面都提出了改革要求,而且医学知识更新不断加快,教材也需要更新,以适应教学改革的要求。为此,我们努力构建立体化教材,在自编专用讲义《临床技能训练》的基础上,参考国家职业医师资格考试大纲,编写了这本《实用临床技能学》,以保证本课程优秀的教学质量。

本书以临床基本操作技能为重点,全面介绍了内科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科及急救、心电、超声、影像等学科的临床操作技能,还特别突出和强调了医患沟通交流技能和医学科研技能的培养。本书力求实用,尽量突出实用性临床技能,既可用于医学院校学生的临床技能培训,也可作为国家职业医师资格考试的参考书。

感谢苏州大学第一临床医学院的各位编委及全体专家本着严谨治学、精益求精的精神精心编撰,感谢苏州大学医学部龚政主任、苏州大学第一临床医学院胡春洪院长的精心指导和苏州大学第一临床医学院孙书方主任、徐雯等老师的鼎力帮助,以及苏州大学出版社各位编辑的辛勤工作。本教材得到了苏州大学教材培育专项基金的支持和2011年江苏省高等教育教改研究立项课题资助(2011JSJG005),在此表示衷心感谢。编写者已尽最大努力完善各部分内容,但由于编写时间仓促,错误之处在所难免,恳请各位同道、专家以及使用本书的师生提出宝贵意见,以便修订时加以提高和完善。

编者

2013年8月

# 目 录

## 1

### 第一章

|                   |    |
|-------------------|----|
| 体格检查技能 .....      | 1  |
| 第一节 基本检查方法 .....  | 1  |
| 第二节 一般状态检查 .....  | 4  |
| 第三节 头颈部检查 .....   | 8  |
| 第四节 胸部检查 .....    | 11 |
| 第五节 腹部检查 .....    | 15 |
| 第六节 脊柱与四肢检查 ..... | 17 |
| 第七节 神经系统检查 .....  | 19 |

## 2

### 第二章

|                    |    |
|--------------------|----|
| 病史询问技能 .....       | 25 |
| 第一节 问诊的方法和技巧 ..... | 25 |
| 第二节 问诊的注意事项 .....  | 26 |
| 第三节 问诊的内容和顺序 ..... | 26 |

## 3

### 第三章

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 内科常用诊疗技能 .....              | 33 |
| 第一节 胸部及肺体格检查中应注意的一些问题 ..... | 33 |
| 第二节 循环系统体格检查中应注意的一些问题 ..... | 35 |
| 第三节 腹部体格检查中应注意的一些问题 .....   | 38 |
| 第四节 肾脏系统体格检查中应注意的一些问题 ..... | 40 |
| 第五节 神经系统体格检查中应注意的一些问题 ..... | 41 |
| 第六节 内科血管穿刺技能 .....          | 42 |
| 第七节 内科穿刺引流技能 .....          | 53 |
| 第八节 内科活体组织检查技能 .....        | 62 |

## 4

## 第四章

|                       |    |
|-----------------------|----|
| <b>外科常用诊疗技能</b> ..... | 66 |
| 第一节 常用手术器械及其使用 .....  | 66 |
| 第二节 外科打结法 .....       | 72 |
| 第三节 外科洗手和消毒 .....     | 76 |
| 第四节 切口缝合术和外科清创术 ..... | 79 |
| 第五节 换药术 .....         | 83 |

## 5

## 第五章

|                        |     |
|------------------------|-----|
| <b>妇产科常用诊疗技能</b> ..... | 89  |
| 第一节 妇科常用特殊检查和操作 .....  | 89  |
| 第二节 产科常用特殊检查和操作 .....  | 106 |

## 6

## 第六章

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| <b>儿科常用诊疗技能</b> ..... | 112 |
| 第一节 儿童保健诊疗技能 .....    | 112 |
| 第二节 新生儿疾病诊疗技能 .....   | 118 |
| 第三节 儿科常见疾病诊疗技能 .....  | 123 |

## 7

## 第七章

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| <b>眼科、耳鼻咽喉科和口腔科常用诊疗技能</b> ..... | 128 |
| 第一节 眼科常用诊疗技能 .....              | 128 |
| 第二节 耳鼻咽喉科常用诊疗技能 .....           | 134 |
| 第三节 口腔科常用诊疗技能 .....             | 147 |

## 8

## 第八章

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| <b>急诊急救常用诊疗技能</b> ..... | 155 |
|-------------------------|-----|

## 9

## 第九章

|                        |     |
|------------------------|-----|
| <b>心电图检查技能</b> .....   | 163 |
| 第一节 临床心电图基础 .....      | 163 |
| 第二节 心脏疾病的基本心电图改变 ..... | 168 |

## 10

## 第十章

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| <b>超声诊疗技能</b> .....   | 183 |
| 第一节 超声诊断基础和成像技术 ..... | 183 |
| 第二节 介入超声技能 .....      | 192 |

## 11

## 第十一章

|                   |     |
|-------------------|-----|
| 影像诊断技能 .....      | 198 |
| 第一节 X 线诊断技能 ..... | 199 |
| 第二节 CT 诊断技能 ..... | 233 |

## 12

## 第十二章

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 辅助检查技能 .....          | 242 |
| 第一节 实验室标本的采集技能 .....  | 243 |
| 第二节 临床检验技能 .....      | 246 |
| 第三节 临床微生物检验基本技能 ..... | 264 |

## 13

## 第十三章

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 基础护理技能和临床常用护理技能 ..... | 270 |
| 第一节 基础护理技能 .....      | 270 |
| 第二节 临床常用护理技能 .....    | 282 |

## 14

## 第十四章

|                   |     |
|-------------------|-----|
| 医患沟通交流技能 .....    | 287 |
| 第一节 医患沟通的步骤 ..... | 287 |
| 第二节 医患沟通的方式 ..... | 290 |
| 第三节 医患沟通的技巧 ..... | 300 |

## 15

## 第十五章

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 医学科研基本技能 .....        | 327 |
| 第一节 医学科研的分类和特点 .....  | 327 |
| 第二节 医学科研选题 .....      | 328 |
| 第三节 医学文献检索 .....      | 331 |
| 第四节 医学科研设计 .....      | 334 |
| 第五节 医学科研论文的撰写技能 ..... | 337 |
| 第六节 医学文献综述的撰写技能 ..... | 340 |

|              |     |
|--------------|-----|
| 主要参考文献 ..... | 344 |
|--------------|-----|



## （二）深部触诊法

深部触诊法主要用于检查腹内脏器的大小和腹部异常包块等病变,可触及的深度多在2 cm以上,可达4~5 cm。深部触诊时,嘱被检者平卧、屈膝(以松弛腹肌)、张口平静呼吸。检查者的手应温暖,以一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部。检查脾脏时可让被检者采取右侧卧位。做下腹部检查前,最好嘱被检者先排尿,以免充盈的膀胱影响深部触诊或误认为腹部包块。

### 1. 深部滑行触诊法

检查者并拢第2、3、4指指端,逐渐触向腹腔的脏器或包块,做上下左右滑动触摸。如触及肠管或条索状包块,须做与长轴垂直方向的滑动触诊。该法常用于腹腔深部包块和胃肠病变的检查。

### 2. 双手触诊法

检查者左手置于被检查脏器或包块后方,将被检查部位或脏器向右手方向推动,这样既可发挥固定作用,又可使被检查的脏器或包块更接近体表,有助于右手触诊。该法常用于肝、脾、肾及腹腔肿块的检查。

### 3. 深压触诊法

以拇指或并拢的2~3个手指逐渐深压以探测腹腔深部病变的部位或确定压痛点,如阑尾压痛点、胆囊压痛点等。检查反跳痛时,在压痛点处深压的基础上迅速将手抬起,并询问患者是否疼痛加剧或观察患者是否出现痛苦表情。

### 4. 冲击触诊法(又称浮沉触诊法)

将并拢的3~4个手指取70°~90°角置于腹壁欲检查的相应部位,做数次急速而较有力的冲击动作,此时指端下可有腹腔肿大脏器浮沉的感觉。此法仅用于有大量腹水患者肝脾的触诊。因急速冲击可使脏器表面的腹腔积液暂时移向四方,脏器随之上浮并与指端接触,从而易于察觉肿大的肝脾和腹腔包块。冲击触诊常使患者感到不适,操作时应避免用力过猛。

## 三、叩诊

叩诊是用手指叩击身体表面某部位使之震动而产生声响,经其下的组织器官反射后,检查者根据触觉和听觉所接收的反射信息作出判断的一种诊断方法。叩诊在胸、腹部检查方面尤为重要。

### （一）叩诊方法

叩诊时,环境应安静,以免影响叩诊音的判断。根据叩诊部位的不同,被检者所采取的体位也不同,如叩诊胸部时多取坐位或卧位,叩诊腹部时常取仰卧位。如疑有腹腔积液存在,可让被检者取一侧侧卧位叩诊,然后转向另一侧侧卧再叩诊,以确定有无移动性浊音。叩诊时应注意对称部位叩诊音的比较。根据叩诊的手法与目的不同可分为间接叩诊法与直接叩诊法两种,其中间接叩诊法的使用最广。

#### 1. 间接叩诊法

检查者将左手中指第二指节紧贴于叩诊部位,其他手指稍微抬起,不要与被检者体表接

触,右手指自然弯曲,以中指指端叩诊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。

叩诊时应以腕关节与指掌关节的活动为主,避免肘关节及肩关节参与运动。叩击动作要灵活、短促和富有弹性,叩击后右手应立即抬起,以免影响音响的振幅与频率。一个叩诊部位,每次只需连续叩击 2~3 下,不能连续不断,一个部位叩诊后应迅速移动,以便于判断叩诊音的变化并进行比较,否则会影响叩诊音的分辨。叩击力量的轻重,视不同的检查部位、病变性质、范围和位置深浅而定。轻叩诊法用于确定心、肝等相对浊音界范围小、位置表浅的脏器或病变;中叩诊法用于确定范围大、位置较深的脏器或病变;重叩诊法用于距体表 7 cm 左右的较深部位的病变。叩诊顺序为自上而下,从一侧至另一侧,并对两侧叩诊音进行比较。

2. 直接叩诊法

检查者用右手中间 3 个手指的掌面或指端直接拍击或叩击被检查的部位,借拍击或叩击产生的反响和其下的震动感来判断病变情况。该法适用于胸、腹部病变面积广泛或胸壁较厚的患者,如胸膜增厚粘连、大量胸腔积液或腹水等。

(二) 叩诊音

被叩击的组织或脏器因致密度、弹性、含气量以及与体表距离的不同,叩诊时所产生的声音强度和音调可不同,临床上可分为清音、鼓音、过清音、浊音和实音,见表 1.1。

表 1.1 不同叩诊音的比较

| 叩诊音 | 音响强度 | 音调 | 持续时间 | 正常可出现的部位    |
|-----|------|----|------|-------------|
| 清音  | 强    | 低  | 长    | 正常肺部        |
| 过清音 | 最强   | 较低 | 最长   | 正常成人不出现     |
| 鼓音  | 强    | 高  | 较长   | 胃泡区和腹部      |
| 浊音  | 较强   | 高  | 较短   | 心脏、肝脏的相对浊音区 |
| 实音  | 弱    | 高  | 短    | 实质脏器部分      |

四、听诊

听诊是以听觉听取发自身体各部的声音并判断其正常与否的一种诊断技术。它是临床上诊断疾病的一项基本技能和重要手段,在诊断心、肺疾病中尤为重要,常用以听取正常、病理性呼吸音,以及各种心音、杂音及心律失常等。

使用听诊器进行听诊的方法称间接听诊法。此法应用很广,可在任何体位时使用,对器官运动所发出的声音还能起到放大作用。钟型听诊器用于听取低音调的声音,如二尖瓣狭窄时产生的隆隆样舒张期杂音;鼓型听诊器用于听取高音调的声音,如主动脉瓣关闭不全时产生的叹气样舒张早期杂音。

听诊时环境要安静、温暖,听诊器体件要温暖,以免被检者由于受冷刺激肌肉颤动而出现附加音;根据病情和听诊的需要,嘱被检者采取不同的体位,注意对称部位的比较。

听诊前应首先检查听诊器的耳件弯曲方向是否正确,管道是否通畅或破裂漏气。应用

钟型体件时不应置于皮肤上过紧,否则皮肤将发挥鼓型体件膜相似的功能,将低音调的声音滤掉;相反,使用鼓型体件时,则应紧密地置于皮肤上。极度消瘦的患者应用钟型体件更为恰当。此外,应注意不能隔衣听诊,以免产生附加音影响听诊效果。

## 五、嗅诊

嗅诊是医师通过嗅觉来判断发自患者的异常气味与疾病之间关系的一种诊断方法。这些异常气味大多来自皮肤黏膜、呼吸道的分泌物、胃肠道的呕吐物、排泄物以及脓液或血液等。

临床工作中通过嗅诊往往能够发现具有重要意义的诊断线索。酸性汗味常见于发热性疾病,如风湿热或长期口服解热镇痛药物的患者;特殊的狐臭味见于腋臭患者。痰液呈血腥味见于大量咯血的患者;痰液具有恶臭多见于肺脓肿或支气管扩张者。恶臭的脓液应考虑气性坏疽或厌氧菌感染的可能。呕吐的内容物呈酸臭味,提示食物在胃内滞留时间过长而发酵,见于幽门梗阻患者;如呕吐物出现粪臭味,应考虑肠梗阻。大便带腐败腥臭味多由消化不良或胰腺功能不全引起,呈腥臭味多见于痢疾患者。呼出的气体具有浓烈的酒味见于大量饮酒后或醉酒者,带刺激性蒜味常见于有机磷中毒,烂苹果味为糖尿病酮症酸中毒患者的特征,氨味见于尿毒症患者,腥臭味则见于肝性昏迷患者等。

## 第二节 一般状态检查

### 一、生命体征的检查

#### (一) 体温

测量体温前应将体温计水银柱甩到  $36^{\circ}\text{C}$  以下。测量方法有 3 种,即口测法、腋测法和肛测法。口测法测量前 10 min 禁饮热水和冷水,将消毒过的体温计汞柱端置于舌下,紧闭口唇,放置 5 min 后取出并读数。腋测法测量前将腋窝擦干,把体温计汞柱一端放入腋窝中央顶部,用上臂将其夹紧,放置 10 min 后取出并读数。肛测法测量时应让被检者取侧卧位,将汞柱端涂以润滑剂后徐徐插入肛门,达体温计长度的一半,放置 5 min 后取出并读数。

#### (二) 脉搏

检查者一只手示指、中指和环指并拢,将其指腹平放于被检者桡动脉近手腕处,以适当的压力触摸桡动脉搏动至少 30 s,记录搏动次数,然后算出每分钟搏动数,并注意脉搏的节律。

#### (三) 呼吸

应注意呼吸类型(腹式或胸式)、频率、节律及深度。

#### (四) 血压

血压计有汞柱血压计、弹簧式血压计和电子血压计 3 种。电子血压计分腕式和臂式两

种,世界卫生组织不推荐使用腕式电子血压计。标准的水银柱式血压计为最基本、最可靠的测量工具。使用汞柱血压计测量血压时应注意以下事项:

- (1) 检查水银柱或指针是否在“0”刻度处。
- (2) 袖带的大小适合患者的上臂臂围,血压计气囊的宽度为被测肢体周径的40%,一般为12~14 cm,气囊长度为被测肢体周径的80%,气囊太短或太窄都会影响血压读数的正确性。
- (3) 被测者测量前至少安静休息5 min。测量前30 min内禁止吸烟、饮用茶或咖啡等兴奋性食品饮料。
- (4) 被测者最好坐于有靠背的座椅上,裸露右上臂,让上臂与心脏处于同一水平。平卧位时测量点与腋中线位于同一水平。如果怀疑外周血管病,首次就诊时应测量四肢血压。特殊情况下可以取卧位或站立位。老年人、糖尿病患者及出现体位性低血压情况者,应加测站立位血压。
- (5) 气袖应均匀紧贴皮肤缠于上臂,下缘在肘窝(横纹)以上2~3 cm,缠好后让被测者前臂弯曲。如果不能弯曲,则说明气袖位置过低,应调整位置。气袖中央位于肘窝肱动脉表面,袖带不宜过紧或过松,一般以能伸进1个手指为宜。
- (6) 听诊器体件置于肱动脉搏动处,不能塞在气袖下,否则会导致测得的舒张压偏低。
- (7) 向气袖内充气,边充气边听诊,待肱动脉搏动声消失、水银柱再上升20~30 mmHg后,缓慢放气,在放气过程中仔细听取柯氏音,观察柯氏音第I时相(第一音)和第V时相(消失音)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。<12岁的儿童、妊娠妇女及严重贫血、甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全等柯氏音不消失者,以柯氏音第IV时相(变音)作为舒张压读数。若变音和声音消失间距>20 mmHg,就应记录变音和消失时的两个读数,例如记录为170/80~40 mmHg。
- (8) 应间隔1~2 min重复测量,重复测量前应完全放气或放气后让被测者高举上臂以减轻静脉充血。如两次测量值相差5 mmHg以上,应测量第3次,取读数差小于5 mmHg的两次测量值的平均值。
- (9) 疑为大动脉炎时,宜测两上肢血压,有体位性低血压者应测下肢血压和直立位血压。

## 二、发育、体型与营养状态

### (一) 发育

发育正常者,其年龄、智力与体格的成长状态均衡一致。成人发育正常的指标:头的长度为身高的1/8~1/7;胸围为身高的1/2;双上肢展开后,左、右手指端的距离与身高基本一致;坐高等于下肢的高度。

### (二) 体型

成人的体型分为以下3种:①无力型:体高肌瘦,颈细长,肩窄下垂,胸廓扁平,腹上角(两侧肋弓的夹角)<90°;②正力型:身体各部分匀称适中,腹上角90°左右;③超力型:身体

粗壮,颈粗短,肩宽平,胸围大,腹上角 $>90^{\circ}$ 。

### (三) 营养状态

营养状态分为良好、中等和不良。营养良好者表现为黏膜红润,皮肤光泽、弹性良好,皮下脂肪丰满而有弹性,指甲毛发润泽,肋间隙及锁骨上窝深浅适中,肩胛部及股部肌肉丰满结实。营养不良者表现为皮肤黏膜干燥、弹性降低,皮下脂肪菲薄,肌肉松弛无力,指甲粗糙无光泽,毛发稀疏,肋间隙及锁骨上窝凹陷,肩胛骨及肋骨嶙峋突出。营养中等者处于上述两者之间。

## 三、意识状态和语调语态

意识状态分为意识清楚、嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷(浅昏迷和深昏迷)和谵妄状态。嗜睡是指处于持续睡眠状态,刺激能唤醒,醒后能回答问题和配合检查,但刺激停止后又恢复入睡状态。意识模糊是指出现定向力障碍,常伴错觉和幻觉,思维不连贯。昏睡是指强刺激能唤醒,但很快又入睡,醒时回答问题含糊不清或答非所问。昏迷是指意识丧失。浅昏迷指随意运动消失,对周围环境刺激无反应,对疼痛刺激有反应,生理反射如角膜反射、瞳孔对光反应等存在,眼球能转动。深昏迷指对一切刺激均无反应,生理反射均消失。

语调是指言语过程中的音调。喉部炎症等可引起语调改变。

语态节奏、语态异常可表现为语言缓慢或快慢不均、字音模糊等。

## 四、面容表情和体位

面容表情是评价一个人情绪状态的重要指标。由于某些疾病时会出现一些特征性面容和表情,因此对某些疾病的诊断有一定的价值。常见的典型面容有急性发热面容、慢性面容、贫血面容、肝病面容、肾病面容、甲亢面容、黏液性水肿面容、二尖瓣面容和苦笑面容等。

体位是指一个人躺卧时所处的状态。它对诊断疾病有一定的意义。常见的体位有自主体位、被动体位和强迫体位。常见的强迫体位有强迫仰卧位、强迫坐位(端坐呼吸)、强迫俯卧位、强迫侧卧位、强迫蹲位、强迫停立位和角弓反张位等。

## 五、姿势和步态

姿势是指一个人的举止状态。

步态是指走动时所表现的姿态。常见的异常步态有蹒跚步态、醉酒步态、共济失调步态、慌张步态和间歇性跛行等。

## 六、皮肤与淋巴结

### (一) 皮肤

#### 1. 颜色

异常皮肤颜色包括苍白、发红、发绀、黄染、色素沉着和色素脱失等。

#### 2. 湿度

异常皮肤湿度包括皮肤潮湿、皮肤干燥等。

### 3. 弹性

检查皮肤弹性的部位常取手背或上臂内侧,用示指和拇指捏起皮肤,1~2 s后松开,观察皮肤皱折平复速度。能迅速平复者为弹性好或正常,平复缓慢者为弹性减弱。

### 4. 皮疹

发现皮疹时应观察和记录皮疹存在的时间、发展顺序、分布部位和形态特点等,常见的皮疹有斑疹、丘疹、斑丘疹、玫瑰疹、荨麻疹和疱疹等。

### 5. 皮下出血

出血点直径<2 mm为瘀点,3~5 mm为紫癜,>5 mm为瘀斑。片状出血伴皮肤显著隆起为血肿,检查时应注意与充血性皮疹和小红痣区别。

### 6. 蜘蛛痣与肝掌

蜘蛛痣是皮肤小动脉末端分支性血管扩张形成的血管痣。若压迫蜘蛛痣中心部即中央小动脉干部,其辐射状小血管网即退色或消失。慢性肝病患者手掌大小鱼际处皮肤常发红(加压后会退色),称为肝掌。

### 7. 皮下结节

检查皮下结节时应注意其部位、大小、硬度、活动度和有无压痛等。皮下结节有类风湿结节、痛风结节、结节型红斑、脂膜炎结节和囊蚴结节等。

### 8. 水肿

检查水肿时可用手指按压被检查部位皮肤,通常是胫骨前内侧皮肤,按压3~5 s,若加压部位组织发生凹陷,称为压陷性水肿。

### 9. 溃疡

检查皮肤溃疡时应注意观察溃疡的大小、颜色、边缘、基底及有无分泌物等。

## (二) 全身浅表淋巴结的检查

### 1. 体位

被检者通常取坐位或仰卧位。

### 2. 检查顺序

检查顺序为耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颌下、颏下、颈前、颈后、锁骨上、腋窝、滑车、腹股沟和腘窝。

### 3. 检查方法与内容

(1) 视诊淋巴结局部征象和全身状态。

(2) 触诊检查时将右手第2、3、4指并拢,其指腹平放于被检查部位的皮肤上进行滑动触诊。滑动的方式应取相互垂直的多个方向或转动式滑动,这有助于淋巴结和肌肉、血管结节的鉴别。

(3) 检查各组织淋巴结时应注意其大小、数目、硬度、压痛、活动度和有无粘连,局部皮肤有无红肿、瘢痕和瘰管等。

(4) 头颈部淋巴结检查。检查者可站在被检者背后,手指紧贴检查部位,由浅到深进行滑动触诊。检查的顺序为耳前、耳后、乳突区、枕部、颌下、颏下、颈前、颈后。检查方法:①双



手指紧贴耳屏前,滑动触诊耳前、耳后、乳突区淋巴结。②右手指尖触诊枕后淋巴结。③被检者头稍低向左侧,右手指尖触摸左颌下淋巴结;反之,左手指尖触摸右颌下淋巴结。④被检者头稍低,右手指尖触摸颌下淋巴结。⑤双手指分别在两侧胸锁乳突肌表面及下颌角处触诊颈前淋巴结,再触诊颈后淋巴结。

(5) 锁骨上淋巴结检查。①被检者稍前屈,检查者双手指尖在锁骨上窝内触诊锁骨上淋巴结。②检查者左手触被检者右侧,右手触被检者左侧,由浅部逐渐触摸至锁骨后深部。

(6) 腋窝淋巴结检查。①检查者以手握住被检者手腕或与其做握手势,将其前臂稍外展。②右手触诊被检者左侧腋窝,左手检查被检者右侧腋窝。③逐一检查腋窝5组淋巴结(尖群、中央群、胸肌群、肩胛下群、外侧群)。

(7) 滑车上淋巴结检查。①左臂滑车上淋巴结检查:检查者左手握住被检者左腕,用右手四指从其上臂外侧至肱二头肌内侧,于肱骨内上髁上3~4 cm处上下滑动触摸滑车上淋巴结。②右臂滑车上淋巴结检查:检查者右手握住被检者右腕,用左手四指从其外侧至肱二头肌内侧,于肱骨内上髁上3~4 cm处上下滑动触摸滑车上淋巴结。

(8) 腹股沟淋巴结检查。①检查者右手四指并拢,以指腹触及腹股沟,由浅及深滑动触诊,先触摸腹股沟韧带下方水平组淋巴结(横组、上群淋巴结),再触摸腹股沟大隐静脉上端垂直组淋巴结(纵组、下群淋巴结)。②左、右腹股沟对比检查。

(9) 腘窝淋巴结检查。检查者右手扶住(或托起)被检者小腿,左手在小隐静脉与腘静脉汇合处触摸淋巴结。

### 第三节 头颈部检查

#### 一、眼

##### (一) 视力

视力分为远视力和近视力。采用国际标准视力表对两只眼分别进行检查,检查一只眼时,另一只眼用遮眼板盖住。远视力检查时,被检者距远视力表5 m,能看清1.0为正常远视力;近视力检查时,被检者距近视力表33 cm,能看清1.0为正常近视力。

##### (二) 外眼

主要观察外眼有无眼睑水肿、睑内翻、上睑下垂,结膜有无充血和出血,巩膜有无黄染,角膜是否透明。

##### (三) 眼球运动与眼球震颤

###### 1. 体位

被检者取坐位或仰卧位。

###### 2. 眼球运动检查

检查者置目标物如棉签或手指尖于被检者眼前30~40 cm处,被检者头部不动,眼球随

目标物方向移动,一般按左、左上、左下和右、右上、右下6个方向的顺序进行,呈“H”形。

### 3. 眼球震颤检查

被检者头部不动,眼球随检查者手指所示方向垂直、水平运动数次,观察眼球是否出现一系列有规律的快速往返运动。

## (四) 对光反射与集合反射

### 1. 体位

被检者取坐位或仰卧位。

### 2. 对光反射检查

直接对光反射检查通常是指用手电筒直接照射瞳孔并观察其动态变化。当眼受到光线刺激时,正常的反应是瞳孔立即缩小,当光线移开后瞳孔迅速复原。间接对光反射是指用光线照射一侧眼球时,对侧眼球的瞳孔立即缩小,移开光线后瞳孔扩大。间接对光反射检查时,应以一手挡住另一侧的光线,以防光线照射到要检查的眼而形成直接对光反射。

### 3. 集合反射检查

被检者注视检查者手指,检查者手指自被检者前面1 m远处,匀速移向被检者眼前5~10 cm处,观察被检者两侧瞳孔缩小及两眼聚合情况。

## 二、耳

观察耳廓有无异常、外耳道有无溢液,牵拉耳廓和压迫耳屏时有无疼痛,观察鼓膜是否穿孔、有无溢脓,乳突有无压痛。

听力正常者在1 m远处即可听到机械表声或捻指声。检查方法:粗测时在静室内让被检者闭目坐在椅子上,并用手指堵塞一侧耳道,检查者持手表或以拇指与示指互相摩擦,自1 m以外逐渐移近被检者耳部,直到被检者听到为止,测量此时被检者与检查者之间的距离。

## 三、鼻

### (一) 体位

被检者取坐位或仰卧位。

### (二) 鼻的检查

#### 1. 外形

检查者观察鼻部皮肤及外形有无畸形。

#### 2. 鼻腔检查

检查者左手拇指将鼻尖上推,借手电光观察鼻前庭、鼻中隔、鼻腔及鼻黏膜。注意观察鼻道是否通畅,有无分泌物,鼻中隔有无弯曲。

#### 3. 鼻通气

用手指压闭一侧鼻翼,让其吸气,检查另一侧的通气情况,然后检查对侧的通气情况。

### (三) 鼻窦压痛

#### 1. 额窦

检查者一手扶住被检者枕部,用另一手拇指和示指分别于左、右眼眶上缘内侧,用力向



后上按压,或以双手固定头部,双手拇指置于眼眶上缘内侧向后上按压,同时询问被检者有无疼痛。还可用于中指直接叩击额窦,询问被检者有无疼痛。

## 2. 筛窦

检查者双手置于被检者两侧耳后,双手拇指分别置于鼻根部与眼内眦之间向后方按压,询问有无疼痛。

## 3. 上颌窦

检查者双手置于被检者两侧耳后,双手拇指分别于左、右颧部向后按压,询问有无疼痛。

# 四、口腔

口腔检查应在自然光线下进行,也可在照明条件下进行。观察口唇有无苍白、发绀、疱疹和是否干燥。检查项目有口腔黏膜、牙齿、牙龈、舌态、咽部和扁桃体等。

# 五、颈部血管

## (一) 颈静脉

1. 被检者取立位或坐位,观察颈静脉,正常时颈静脉不充盈,亦无搏动。

2. 让被检者取平卧位,正常时可稍见颈静脉充盈,充盈的水平仅限于锁骨上缘至下颌角距离的下1/3处,亦不见颈静脉搏动。

3. 颈静脉充盈超过上述水平者,称颈静脉怒张,提示颈静脉压增高。三尖瓣关闭不全时可见颈静脉搏动,其表现特点是坐位时可见颈静脉搏动,轻压颈静脉近心端后搏动消失。

## (二) 颈动脉

1. 被检者取坐位或平卧位,观察颈动脉有无搏动。

2. 正常人安静时不易看到颈动脉搏动,只在剧烈活动后心排血量增加时才可见到。

3. 安静时颈动脉明显搏动,见于主动脉瓣关闭不全、高血压、甲状腺功能亢进和严重贫血等患者。

## (三) 颈部血管听诊

1. 被检者取坐位。

2. 将听诊器的体件置于颈部大血管区及锁骨上窝进行听诊。

3. 颈部大血管区若听到血管性(收缩期)杂音,考虑为颈动脉或椎动脉狭窄。

4. 若右锁骨上窝听到连续性嗡鸣样杂音,可能为颈静脉流入上腔静脉口较宽的球部所产生(是生理性的),用手指压迫颈静脉后可消失。

## (四) 肝颈静脉回流征

1. 被检者取坐位或45°坐卧位。

2. 检查者用右手掌面轻贴于肝区或右上腹部,逐渐加压,持续10s。

3. 观察颈静脉充盈程度。

4. 右心功能不全时,肝颈静脉回流征阳性。