

Z H E N D U A N X U E X U E X I Z H I D A O



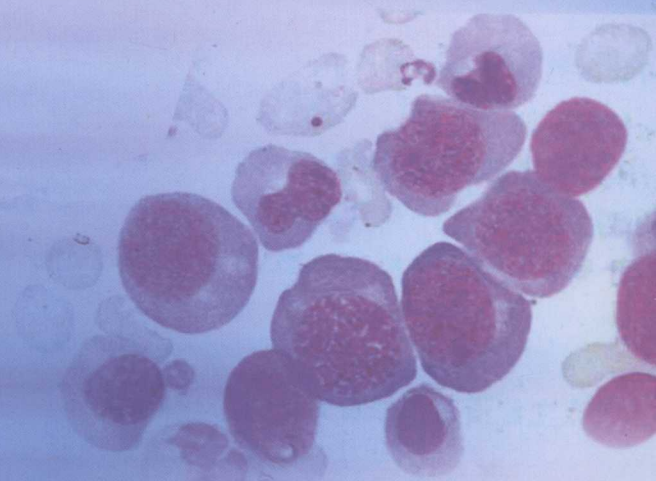
诊断学

ZHENDUANXUE

XUEXI ZHIDAO

学习指导

主编：王志荣 黄一虹



第二军医大学出版社

诊断学学习指导

主 编 王志荣 黄一虹

副主编 徐 晤 曹若男 李洪春 董 晨

主 审 郑葵阳 孙晓青

编 委 (以姓氏笔画为序)

王志荣 孙 东 李洪春 李文华

李 璐 李德鹏 陈卫民 陈建辉

张 琳 范雪雪 皇甫立军 徐 晤

黄一虹 曹若男 董 晨 程明月

潘 薇

第二军医大学出版社

内 容 简 介

本书介绍全身系统体格检查的方法和内容、心电图的分析步骤和常见异常心电图的特点、临床常用实验室检查的原理和临床意义,同时介绍了江苏省诊断学实验教学示范中心自主研发的“诊断学虚拟实验室”系统和临床上常用的实验仪器,不仅适合于医学院校本、专科学生学习诊断学使用,对各级临床医师的“三基”训练也大有裨益。书中的各类习题有利于加深对诊断学的理解和自我检查学习效果。

图书在版编目(CIP)数据

诊断学学习指导/王志荣,黄一虹主著. —上海:第二军医大学出版社,2008.9
ISBN 978-7-81060-867-1

I. 诊… II. ①王…②黄… III. 诊断—高等学校—教学参考资料 IV. R44
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 133666 号

诊断学学习指导

主 编:王志荣 黄一虹

责任编辑:王 卿

第二军医大学出版社出版发行

(上海市翔殷路 818 号 邮政编码:200433)

全国各地新华书店销售

徐州医学院印刷厂印刷

开本:787 mm × 1 092 mm 1/16 印张:18.125 字数:454 千字

2008 年 9 月第 1 版 2008 年 9 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-867-1/R · 675

定价:36.00 元

前 言

诊断学是从基础医学向临床医学过渡的一门重要的学科,是临床各科的基础,内容涉及面广,包括病史采集、体格检查、器械检查、实验室检查和临床诊断思维与病历书写,学好诊断学必将会为临床课程学习和以后的临床工作打下坚实的基础。自1979年起,卫生部全国高等医学院校临床医学专业教材评审委员会为适应我国高等医学教育的改革与发展,实现培养从事临床医学工作的各科医师这一目标,先后编写了第7版《诊断学》教材,目前尚缺乏一本与第7版教材相配套的实习教材。为此,我们根据第7版教材内容,结合作者多年执教《诊断学》及长期临床实践的经验,编写了《诊断学学习指导》,供医学生学习《诊断学》以及临床医生临床技能培训时参考使用。

学习指导分实习指导、习题及参考答案和仪器介绍3个部分。实习指导的诊断实习部分的编写是根据第7版教材内容对我们原实习手册进行了一定的增删、修改,使体格检查更加规范、系统,建立了整体检查的概念和方法,并结合我们自行研发的“诊断学虚拟实验室”,加入临床诊断思维等内容;实验室检查部分强调了与临床工作的密切结合,删去临床上已少用或不用的项目,强调实验项目在实际工作中的选用、标本的采集和送验以及对检验结果的解释。习题部分根据作者多年的带教与考试经验,编写了近千道习题,与理论课学习相辅相成,对加深学习与理解将大有裨益。此外,本书还增加了国内已应用的各种自动化检验分析仪的介绍。

徐州医学院诊断学实验教学中心是江苏省第一个省级诊断学实验课示范中心,在国内率先建立、使用了“诊断学虚拟实验室”,本实验中心希望通过编写这本教学辅导来帮助有关医学生和医务工作者更好地掌握《诊断学》这门临床基础课程,但限于编者的水平,可能书中还存在缺陷或欠妥的地方,恳请广大读者提出宝贵建议。

江苏省诊断学实验教学示范中心主任

王志荣 黄一虹

2008年8月

目 录

实习指导.....	1
第一部分 体检诊断学习	1
实习一 一般检查.....	2
实习二 头颈部检查	10
实习三 胸廓、肺部检查.....	17
实习四 心脏和血管检查	24
实习五 腹部、脊柱、四肢及神经系统检查	30
实习六 体格检查总复习	42
实习七 体格检查考核	44
实习八 心电图检查(一)	50
实习九 心电图检查(二)	56
实习十 临床诊断思维	68
第二部分 实验诊断实习	82
实习十一 血液学一般检查	83
实习十二 骨髓细胞学检查	98
实习十三 血栓与止血检查.....	107
实习十四 尿液检查.....	113
实习十五 排泄物、分泌物及体液检查	121
实习十六 临床常用诊断技术.....	130
习题及参考答案.....	143
一、常见症状	143
二、一般检查	153
三、头颈部检查	159
四、胸廓及肺脏检查	164
五、心脏及血管检查	169
六、腹部、脊柱、四肢及神经系统检查	209
七、心电图	218
八、实验室检查	228
实验仪器介绍.....	276

实 习 指 导

第一部分 体检诊断学习

体格检查是医生运用自己的感官或借助于传统的检查工具来了解机体健康状况的一组最基本的检查方法,最常用的方法是四诊,即望诊、触诊、叩诊和听诊,这四种基本检查方法,看似简单,但往往需要通过反复的练习,不断的体会,才能悟其精髓,运用起来得心应手。

掌握基本检查方法之后,将按顺序分次进行一般检查、头颈部、肺部、心脏和血管、腹部、脊柱四肢、肛门生殖系统及神经系统的体检练习,同时有些内容将结合“电子模拟标准化患者”,以求达到对临床常见体征的感性认识。完全掌握后,应按临床习惯,即患者多数处于卧位状态下,完成系统、全面的体格检查,卧位的不足之处在于需在坐位时补充检查,应防止多次变动体位增加患者的负担或痛苦。

体检诊断的练习,多需学生互为模特,互相检查,并且要反复练习,同学们务必相互协助、配合,完成实习任务。

在使用“电子模拟标准化病人”以及虚拟实验室时,要严格遵守实验室制度,听从老师安排,爱护仪器,规范操作,仔细体会,充分利用上课时间多练习。

临床见习和临床工作中,应具有高度的爱伤观念,关心患者,气温低时注意保暖,态度和蔼可亲、动作轻巧,尽量避免增加患者的负担和痛苦。检查时如患者有不适感或病情有恶化,应立即停止检查,并报告上级医生。

实习一 一般检查

【项目】

一般检查。

【要求】

1. 记住一般检查的项目和检查顺序。
2. 掌握一般检查的方法,重点掌握血压的测量方法和淋巴结的触诊方法。

【步骤】

1. 集中观看体格检查的视频材料。
2. 教师重点讲解一般检查的体检要点和注意事项,并进行示范操作。
3. 两人一组,相互检查并写出实习报告。
4. 教师集中总结。

【内容】

一、体温测量

(一) 体温测量方法及正常范围

测体温前,应先将消毒过的体温计水银柱甩至 35°C 以下,测量方法通常有3种(图1-1):

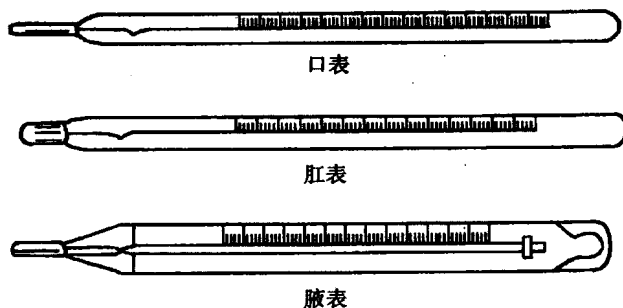


图1-1 常用的体温表

1. 腋测法 临床上最常用。先将腋窝汗液拭干,把体温计水银端放在腋窝当中,用上臂将体温计夹紧,测量10 min,正常值为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。本法安全、方便,不易发生交叉感染,为临床最常用的体温测量方法。但如测量时间不够或位置放置不恰当时,结果易不准确。

2. 口测法 将体温计放于舌下,闭紧口唇,用鼻呼吸,测3~5 min后读数。正常值为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。本法测体温虽较可靠,但需严格消毒,不易保持卫生,且对幼儿、精神异常、神志不清或呼吸困难患者不宜使用,由于口腔温度易受饮食影响,故饮水或进食之后,须等待30 min后再测试。

3. 肛测法 让患者取侧卧位,将肛表头部涂以润滑剂(如 20% 肥皂液)慢慢插入肛门 2.5~3.0 cm或深达肛表的一半为止(婴儿试肛表只需将水银头放入肛门即可),测量 5 min。正常值为 36.5~37.7℃,本法测量最准确,适用于重症昏迷及小儿患者。注意不可插入太深,须以手扶持,以免损伤。

(二) 体温记录方法

体温测定的结果,应按时记录于体温记录单上,描绘出体温曲线。多数发热性疾病,其体温曲线的变化具有一定的规律性,称为热型。

二、脉搏计数

受检者安静,避免过度兴奋及活动,触诊桡动脉计数脉搏,30 s 的脉搏数乘以 2 即得每分钟的脉搏数,如患者脉搏律不整,最好计数 1 min 的数目(特殊情况可触诊双侧足背动脉、耳前动脉、颈动脉、颞动脉、下颌动脉、股动脉、足背动脉等)。

三、呼吸计数

计数脉搏后,继续观察胸廓起伏,计数受检者呼吸运动 30 s,将次数乘以 2,即得每分钟呼吸次数。

四、血压测量

血压测定方法有两种:

(一) 直接测压法

即经皮穿刺将导管由周围动脉送至主动脉,导管末端接监护测压系统,自动显示血压值。本法虽然较精确且不受外周动脉收缩的影响,但属于有创方式,仅适用于危重病例。

(二) 间接测压法

即袖带加压法,以血压计测量。血压计有汞柱式、弹簧式和电子式血压计(图 1-2),医院或诊所常用汞柱式血压计,一般测右侧肱动脉,有时需测双侧肱动脉血压。

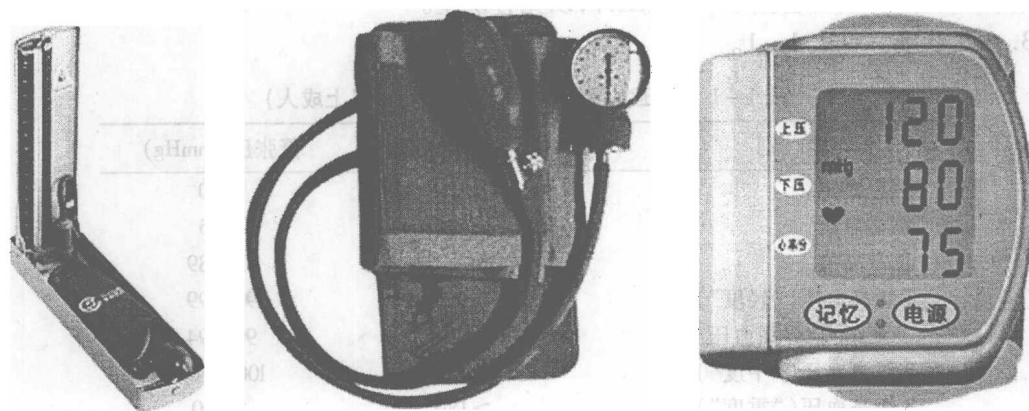


图 1-2 常用的血压计类型

1. 测量方法

(1) 受检者取坐位或仰卧位,显露上臂及前臂,前臂位置应与右心房处在同一水平(坐位

时与第4肋软骨等高,卧位时放在腋中线水平),并外展45°。

(2)血压计放平,气带内空气完全排出,打开水银槽开关,汞柱平面应在“0”点,将气带中部对着肱动脉缚于上臂,其下缘距肘窝约2~3 cm,不可过紧或过松,以恰能放进一手指为妥。

(3)以手触知肘窝内侧肱动脉搏动,然后置听诊器胸件于该处,将皮球加压向袖带内打气,使汞柱上升到肱动脉搏动消失后,再上升20~30 mmHg,继之缓慢放气,使汞柱缓慢下降(每秒钟下降2~3 mm),听诊肱动脉搏动,同时双眼平视观察汞柱水平,当第一次听到动脉搏动声音时,记录汞柱的高度,即为收缩压;继续放气减压,当声响消失时为舒张压,测量结果以分数方式表示,即收缩压/舒张压,单位为mmHg或kPa。自1989年1月起,通用血压计中并列两种单位。

两种单位换算方法:1 mmHg=0.133 kPa

测量下肢血压的方法同上。受检者取俯卧位,袖带束于腘窝上部3~4 cm处,测量腘动脉的血压,一般下肢血压比上肢高30~40 mmHg,记录时应在血压数字的后面注上“下”字。

气袖宽度:成人标准气袖宽度为12~13 cm,手臂过于粗大或测量下肢血压时,气袖应增宽至20 cm。反之,手臂太细或测量小儿血压时,气袖宽度应在7~8 cm左右,否则所测血压值将会偏低。

2. 测量时注意事项

(1)测压前,受检者应在安静环境下休息5~10 min,测量时避免精神紧张,保持肌肉松弛。

(2)血压计应直立,勿倾斜,血压计汞柱平面应在“0”点,并与右心房和肱动脉处于同一平面,成人袖带宽度应有12~14 cm,听诊器胸件不能压得太重,亦不宜将听诊器置于袖带下进行听诊,放气不能太快。

(3)一般连测二三次,取其最低值,必要时反复测量,至连续两次数值相等为止。重测时,应将气囊内残气放尽,使汞柱降到“0”点并使受检者手臂舒展3 min后再行测量。

(4)对脑血管意外偏瘫的患者,应在健侧肢体测量。

(5)新入院患者,应连续3天,每天测量血压1次。

(6)最好给患者固定用同一个血压计,以免有误差。

3. 血压标准 见表1-1。

表1-1 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)
理想血压	<120	<80
正常血压	<130	<85
正常高值	130~139	85~89
1级高血压(“轻度”)	140~159	90~99
亚组:临界高血压	140~149	90~94
2级高血压(“中度”)	160~179	100~109
3级高血压(“重度”)	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	>140	<90
亚组:临界收缩期高血压	140~149	<90

注:如收缩压与舒张压水平不在一个级别时,按其中较高的级别分类

五、发育

人体的发育状态通常根据年龄、智力和体格状态(身高、体重及第二性征)之间的关系来判断。

(一)身长的测量

1. 受检者脱鞋,背靠身长计直立,足跟、臀部及肩胛骨3点贴靠于身长计。
2. 头部正直,使外耳道上缘和外眼角处于同一水平。
3. 将身长计规尺落到头顶,计录刻度(cm)。

(二)体重的测量

受检者立正稳立在体重计踏板中央,检查者调节杠杆至平衡,记录重量,如系指针体重计,则观察指针位置,记录所指的数字(应在空腹时进行,并除去衣服的重量)。

(三)胸围的测量

受检者平静呼吸,两手下垂,带尺在后侧通过肩胛下角,前侧沿第4肋骨测量平静呼吸时胸廓周径(cm),并分别测量深吸气和深呼气时的胸围,两者之差即呼吸差。

(四)上下节及指距的测量

1. 上下节 成人的身长中点位于耻骨联合上缘。

上节:颅顶到耻骨联合上缘。

下节:耻骨联合上缘到脚底(cm)。

2. 指距 两臂向两侧平伸,两手转向水平位,测量左手最长指尖至右手最长指尖之间距离(cm)。

(五)成人正常发育的指标

头部的长度为身高的 $1/7 \sim 1/8$;胸围为身高的 $1/2$;指距与身高基本一致;坐高等于下肢的长度。

(六)体型

分为正力型、无力型、超力型。

六、营养

根据皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉的发育情况综合判断,最简单而迅速的方法是察看皮下脂肪的充实度,最方便最适宜的部位是前臂曲侧或上臂背侧下 $1/3$ 处,也可动态观察体重的变化。

临床上营养状态分为良好、中等、不良3个等级。良好:皮肤光泽有弹性;皮下脂肪丰满;肌肉结实;指甲、毛发润泽;黏膜红润。不良: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。中等指介于两者之间。

体重质量指数(BMI) = 体重(kg)/身高²(m²)

七、意识状态

一般通过与患者对话了解其思维、反应、情感活动和定向力(时间、地点、人物),对较为严重者尚应作痛觉试验和各种反射(瞳孔反射、角膜反射、腹壁反射、膝反射等)检查来测试。

临床上意识障碍根据其程度分为:嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷4个等级。

八、面容与表情

健康人表情自然,神态安怡。患病后因病痛困扰,常出现痛苦、忧虑或疲惫的面容及表情。某些疾病发展到一定程度时,尚可出现特征性的面容及表情,对疾病的诊断具有重要价值。如贫血面容、二尖瓣面容、伤寒面容等。

九、体位

指患者身体所处的状态,有自主体位、被动体位、强迫体位。

被动体位指患者不能自己调整或变换身体的位置;强迫体位指患者为减轻痛苦而被迫采取某种特殊的体位。

十、姿势步态

姿势指举止的状态,步态指走动时所表现的姿态。观察受检者有无异常姿势及特殊步态。

十一、皮肤

(一) 颜色

皮肤的颜色与毛细血管的分布、血液的充盈度、色素量的多少以及皮下脂肪的厚薄有关。注意有无皮肤潮红、苍白、发绀、黄染;色素沉着,色素脱失。

(二) 湿度与温度

温暖、润泽、干燥、湿润、湿冷、多汗,特别注意末梢部分及腋窝。

(三) 弹性

判定弹性用示指和拇指将皮肤捏起来(多取手背或上臂内侧部位),观察放手后皱折是否立刻平缓。

(四) 皮疹

分布、大小、颜色、形状,压之是否褪色,平坦或隆起,有无瘙痒、脱屑等。

(五) 出血

出血点(淤点)、紫癜、淤斑、血肿。

(六) 蜘蛛痣与肝掌

(七) 水肿

凹陷性水肿(轻度、中度、重度;局部、全身)、黏液性水肿、象皮肿。

(八) 皮下结节

(九) 瘢痕

(十) 毛发

体毛、腋毛、阴毛、头发及胡须的多少、分布和颜色。

十二、淋巴结的触诊

按次序检查耳前、耳后、枕后、颌下、颏下、颈部、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝等部位的表浅淋巴结。如果发现淋巴结,应注意其大小、数量、硬度、活动度,是否融合,有无红肿、压痛、瘰管、瘢痕等。耳前、耳后、枕后、腹股沟区的淋巴结的触诊无特殊姿势,其他区域淋巴结的触诊方法分述于下:

(一) 颌下及颏下淋巴结触诊

(1) 检查者坐于受检者之前,受检者头部微向前俯(图1-3)。

(2) 检查者用并列弯曲的手指触口腔底,向下颌骨压迫。

(3) 颏下三角内淋巴触诊时,头应向同侧倾斜。



图1-3 颏下淋巴结触诊

(二) 颈淋巴结触诊

(1) 颈前三角淋巴结触诊时,一手放在其枕部,使头稍前倾,颈肌放松。另一手的食指(食指)、中指指腹紧贴检查部位,由浅入深进行滑动触诊。

(2) 颈后三角区淋巴结触诊时,头应向同侧倾斜(图1-4)。



A



B

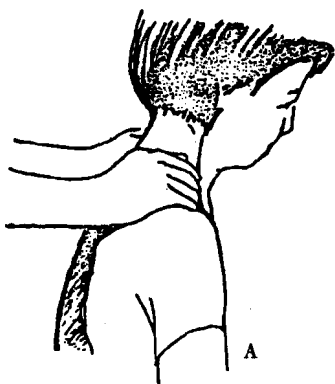
图1-4 颈淋巴结触诊

A. 颈前三角摸诊法 B. 颈后三角摸诊法

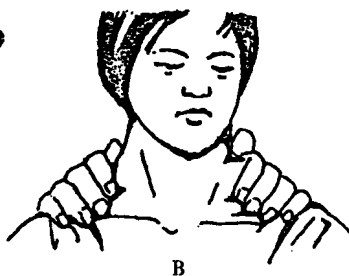
(三) 锁骨上淋巴结触诊

(1) 受检者取坐位或卧位,头部稍向前曲。

(2) 检查者用手在锁骨上窝处触诊,可站在受检者背后或面对面,双手同时检查(图1-5)。



A



B



C

图1-5 锁骨上淋巴结触诊

A、B. 从后面摸法 C. 从前面摸法

(3) 魏尔啸淋巴结:一手固定其对侧根部,另一手在锁骨与胸锁乳突肌的交角内触诊。

(四) 腋窝淋巴结触诊

(1) 受检者取坐位或卧位,双臂松弛,检查者面对面。

(2)受检者上臂上举。检查者的手指尽量伸入腋窝尖部。受检者手放下,自然地搁置在检查者的前臂上。

(3)触诊尖群,然后手指掌面转向腋前壁触诊前群,再转向内侧轻轻向下滑动触诊内侧群。再次将受检者上肢抬高,将手重新置于腋窝顶部,然后手指掌面转向后方,触诊后群,最后转向肱骨,沿肱骨内侧面面向下滑动触诊外侧群(图1-6,1-7)。

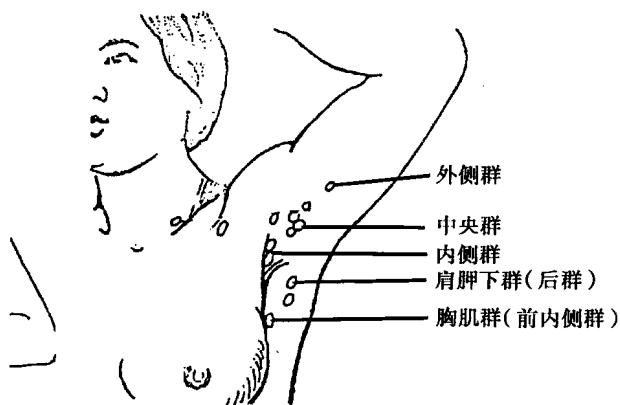


图1-6 腋窝淋巴结分布

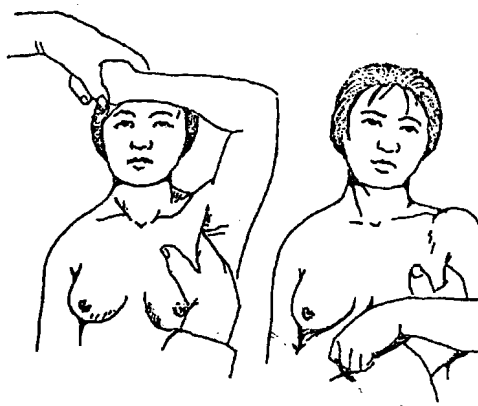


图1-7 腋窝淋巴结触诊

(五)滑车上淋巴结触诊

检查者用右手扶托受检者右前臂,并嘱受检者用力屈肘,看清肱二、三头肌之间的肌沟,然后放松,用左手示指、中指、环指(无名指)从上臂后方伸至肌沟内自上而下触摸。右手用同样方法检查受检者左侧滑车上淋巴结。

一般检查报告

生命征:

T _____℃ P _____次/min R _____次/min BP _____ mmHg

一般情况:

发育:身高_____ m、体重_____ kg、体重质量指数[体重(kg)/ 身高²(m²)] = _____

(胸围_____ cm、呼吸差_____ cm、上节_____ cm、下节_____ cm)

营养、意识、面容表情、体位、姿势步态

皮肤黏膜:

颜色、温度、湿度、弹性、皮疹、出血点、蜘蛛痣、肝掌、水肿、毛发

淋巴结:

耳前、耳后、枕下、颌下、颞下、颈前、颈后、锁骨上窝、腋窝、滑车、腹股沟、腠窝

实习二 头颈部检查

【项目】

头部及其器官、颈部检查。

【要求】

1. 记住头颈部检查的顺序及项目。
2. 掌握检查的方法,重点掌握瞳孔对光反射、角膜反射、鼻窦区压痛的检查方法以及甲状腺的触诊方法。

【步骤】

1. 观看头颈部检查的视频材料。
2. 教师重点讲解头颈部检查的要点并示范操作。
3. 两人一组,相互检查,并根据检查结果书写实验报告。
4. 教师集中总结。

【内容】

一、头部检查

(一) 头颅

视诊观察头发密度、颜色、光泽及分布,有无头皮屑、头癣等,观察头颅形状、大小,以及有无异常运动。

触诊头颅的每一个部位,了解其外形,有无肿块、压痛。

(二) 颜面及其器官

1. 眼 眼的外部结构见图 2-1。

(1) 眉毛:有无脱落或过于稀疏。

(2) 眼睑“有无水肿、倒睫、下垂、闭合障碍,双侧睑裂是否对称。

(3) 泪囊:请受检者向外上看,检查者用一手拇指轻压受检者眼内眦下方,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。有急性炎症时应避免作此检查。

(4) 结膜:翻转眼睑,观察各部结膜有无充血、水肿、苍白、出血、滤泡、淤点。

翻上眼睑法:用示指和拇指捏住上睑中部的边缘,嘱受检者向下看,此时轻

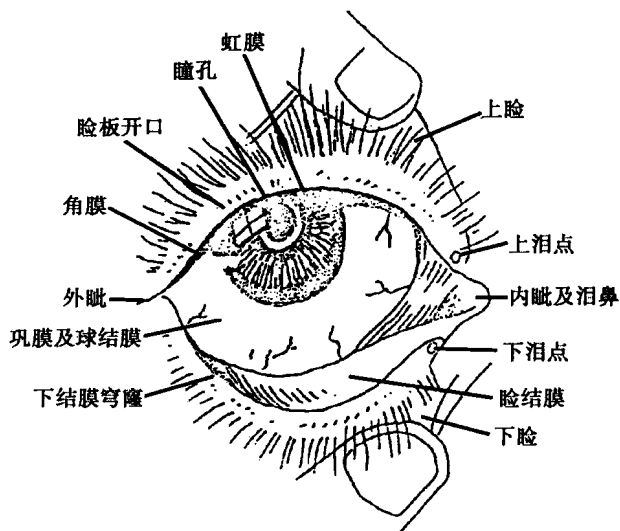


图 2-1 眼的外部结构

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(图2-2)。翻眼睑时动作要轻巧、柔和,以免引起受检者的痛苦和流泪。检查后,轻轻向前下牵拉上睑,同时嘱受检者往上看,即可使眼睑恢复正常位置。

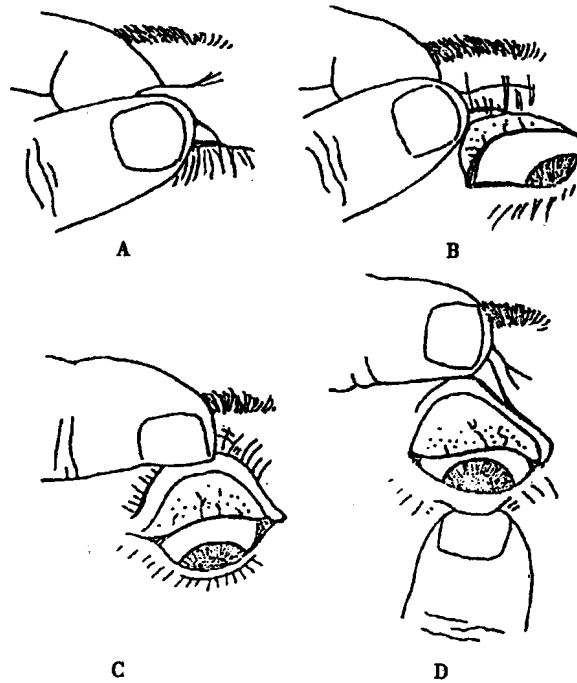


图2-2 翻上眼睑法

(5) 眼球

1) 有无凸出及凹陷。

2) 眼球运动:置一手指于受检者眼前30~40 cm,嘱受检者头部不动,两眼注视检查者的手指,并随之移动,一般以左、左上、左下、右、右上、右下顺序检查6个方向的眼球运动。注意受检者眼球转动的幅度及灵活性。每一方向代表双眼的一对配偶肌的功能(图2-3)。

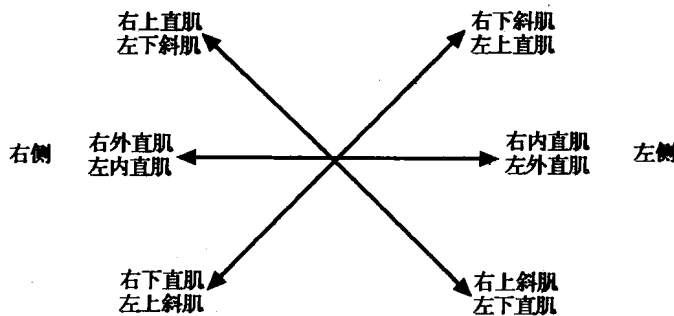


图2-3 眼外肌6个方向的运动功能

3) 眼球震颤:即眼球有不自主的短促往返运动。

检查方法:嘱受检者眼球随医生手指所示方向(水平或垂直)运动数次,观察是否出现震颤。

(6) 巩膜:有无黄染。

(7)角膜:透明,有无混浊、云翳、白斑、溃疡、新生血管等。

角膜反射的检查方法:

1)嘱受检者注视前内方向。

2)检查者以棉丝从受检者外侧轻触角膜(要避开睫毛)。

3)观察有无瞬目动作,如有,即角膜反射存在,否则为“消失”。

(8)瞳孔

1)比较两侧瞳孔大小和形状,是否对称。

2)对光反射(图2-4):请受检者双眼平视前方。检查者手持手电筒从眼外侧迅速将光线移向一侧瞳孔部位(注意:同时用手挡在鼻中间,不让光线照到对侧眼),可见该侧瞳孔缩小,移开光线,瞳孔扩大,此为瞳孔直接对光反射。再将光线照射该眼,对侧的瞳孔缩小,移开光线,瞳孔扩大,称为瞳孔的间接对光反射。(同样方法检查另一眼)。观察瞳孔对光反射时,以“灵敏”、“迟钝”、“消失”记录。

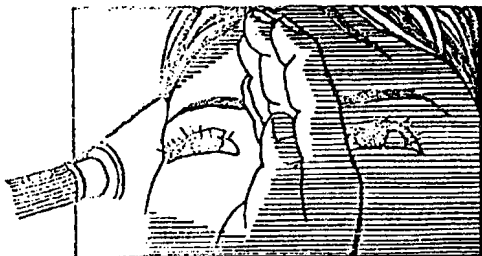


图2-4 瞳孔对光反射

3)集合反射:嘱受检者注视1 m以外的目标(通常是检查者的示指指尖),然后将目标逐渐移近眼球(距眼球约10 cm),正常人此时可见双眼内聚,瞳孔缩小,称为集合反射。由于视物由远至近,也同时伴有晶状体的调节,三者又统称为近反应,见图2-5。

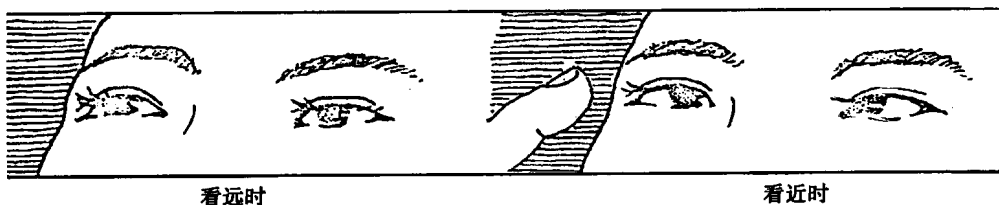


图2-5 集合反射

2. 耳

(1)外耳:注意耳廓的外形、大小、位置和对称性,注意有无皮损、结节、畸形和疼痛。用手将耳廓向后向上牵拉,观察外耳道,注意皮肤是否正常,有无溢液。

(2)乳突:观察皮肤有无红肿,按压乳突观察乳突有无压痛。

3. 鼻

(1)视诊外鼻:注意鼻皮肤颜色,鼻外形,有无鼻翼扇动。

(2)触诊外鼻:应从鼻根部(两眼内眦之间)逐渐向下至鼻尖、鼻翼,检查有无压痛、畸形。

(3)观察鼻前庭:请受检者头稍后仰,检查者用拇指将鼻尖轻轻上推,用电筒照射观察鼻前庭(皮肤、鼻毛分布、有无毛囊炎、疖及鼻中隔偏曲)。

(4)检查鼻道通气状态:检查者用手指压闭一侧鼻翼,请受检者吸气,以判断通气状态。同样方法检查另一侧。

(5)检查鼻窦(图2-6)

1)上颌窦:双手固定于受检者的两侧耳后,将拇指分别置于左右颧部向后按压,检查有无压痛,可请受检者判断两侧压痛有无差别。

2)额窦:检查者以两手固定头部,双拇指置于眼眶上缘内侧向后、向上按压,或一手扶持