



TRAINING COURSE
FOR BASIC CLINICAL SKILLS

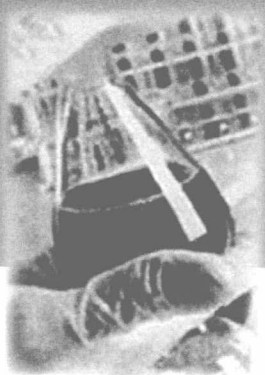
临床基本技能操作

培训教程

主编 鲁笑钦 法宪恩 马丽影 董 静



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



临床基本技能操作 培训教程

主 编 鲁笑钦 (郑州大学第二附属医院)
法宪恩 (郑州大学第二附属医院)
马丽影 (郑州大学第二附属医院)
董 静 (郑州大学第二附属医院)

副主编 张东铭 (郑州大学第二附属医院)
张 琳 (河南省人民医院)
刘春艳 (深圳市儿童医院)
李元昆 (郑州大学第二附属医院)

主 审 田晨光 (郑州大学第二附属医院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床基本技能操作培训教程 / 鲁笑钦等主编. —北京: 人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-26103-6

I. ①临… II. ①鲁… III. ①临床医学 - 技术培训 - 教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 028801 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

临床基本技能操作培训教程

主 编: 鲁笑钦 法宪恩 马丽影 董 静

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 16

字 数: 389 千字

版 次: 2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-26103-6/R · 26104

定 价: 49.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编 委

内 科 学

冯 博(河南中医药大学第一附属医院)
葛波涌(郑州大学第二附属医院)
李书恒(黄河中心医院)

外 科 学

陈文超(河南省人民医院)
岳大成(河南省中医院)
刘伟超(河南大学淮河医院)
张仲宁(郑州大学第二附属医院)
郭森勇(郑州大学第二附属医院)
刘 洋(郑州大学第一附属医院)

妇 产 科 学

张 珂(郑州大学第二附属医院)
王利君(郑州大学第二附属医院)
宋芷霜(河南大学附属郑州妇产医院)

儿 科 学

张向峰(郑州大学附属儿童医院)
李 琳(郑州大学附属儿童医院)

眼科学及耳鼻喉科学

赵晓华(郑州大学第一附属医院)
杨 晓(河南中医药大学第一附属医院)

护 理 学

付美洲(河南省人民医院)
郑 蔚(郑州大学第二附属医院)
张 侠(郑州大学第二附属医院)
常明明(郑州大学第二附属医院)
琚 莉(郑州大学第二附属医院)

序

郑州大学第二附属医院创建于1952年,是一所学科设置齐全、技术力量雄厚、医疗设备先进的三级甲等综合医院,医院有国家疑难疾病救治中心及河南省重点学科、重点提升专科、临床研究中心等,具有较强的临床和科研能力,医院所有临床专业均为硕士生培养点,内科、外科、妇产科、神经内科等学科为博士培养点。

郑州大学第二附属医院还是国家住院医师规范化培训基地和国家全科医师规范化培训基地,拥有雄厚的科研及教学实力。2014年,由郑州大学第二附属医院负责培训的郑州大学代表队在第五届全国高等医学院校大学生临床技能竞赛中,在华中赛区及全国总决赛中均获得一等奖。这不仅是郑州大学,也是河南省医学院校在全国总决赛中获得的最高奖项。作为负责第五届技能竞赛郑州大学队培训的单位,医院精心组织,稳慎实施,抽调临床各个科室的精英力量进行培训。在培训过程中,核心团队的教师以教科书为基础,参考借鉴了大量权威资料,并以临床实践应用为准则编写了《临床基本技能操作培训教程》。该书在医院的培训过程中起到了关键作用,并取得了良好的成绩。同时,在医院的住院医师规范化培训和全科医师规范化培训过程中,该教材也发挥了很好的指导性作用。

通过此书,能使更多医学生扎实掌握理论知识,不断提高临床技能,达到学以致用目的,以为社会培养更多合格的医学人才。

郑州大学第二附属医院院长 法宪恩

2017年11月25日

前 言

医学是一门需要理论和实践紧密结合的学科,临床实践教学是医学教学的重要内容,临床基本技能操作培训是临床实践教学的核心任务之一。为了帮助医学生及住院医师更好地学习临床基本技能操作,提高临床基本技能操作水平,提高其临床实践能力,实现理论联系实践的目标,同时为了满足医学专业基本技能操作训练和考核工作的要求,我们在临床经验的基础上,根据全国高等医学院校大学生临床技能竞赛的临床基本技能操作培训大纲,并结合相关专业的最新进展,编写了这本《临床基本技能操作培训教程》。

本书基本涵盖了临床各个专业的基本技能操作,包括内科学篇、外科学篇、妇产科学篇、儿科学篇、眼学科和耳鼻喉科学篇及护理学篇。本书从临床实际操作的角度出发,各专业的基本技能操作项目较为全面,每项操作步骤均完整清晰,包括器械准备、操作前准备、操作步骤和结束步骤,具有较强的科学性和实用性。本书对于医学实习生、医学规培生、新入职的临床医生,以及需要参加执业医师资格考试的医学生学习并提高临床基本技能操作具有指导意义。同时,对于医学临床基本技能操作的训练和考核工作也具有一定意义。

本教程的编写受到了郑州大学教务处及郑州大学第二附属医院各级领导的大力支持,各位编委都付出了辛勤的劳动,在此一并表示感谢。在编写过程中,尽管我们做出了很多努力,但由于内容广泛而且各个专业的知识都在不断更新,内容难免有所疏漏和欠妥,敬请广大读者和同仁不吝赐教和批评指正,以便修正。

鲁笑钦 法宪恩 马丽影 董 静

2017年11月25日

目 录

第一篇 内 科 学

第一章 体格检查	1
第一节 一般检查	1
第二节 头部检查	5
第三节 颈部检查	12
第四节 胸部检查	15
第五节 腹部检查	31
第六节 生殖器、肛门、直肠检查	37
第七节 脊柱与四肢检查	40
第二章 神经系统体格检查法	47
第一节 脑神经检查法	47
第二节 运动功能检查	50
第三节 感觉功能检查	51
第四节 神经反射检查	52
第五节 自主神经功能检查	54
第三章 胸腔穿刺术	56
第四章 腹腔穿刺术	58
第五章 腰椎穿刺术	61
第六章 骨髓穿刺术及骨髓活检术	63
第七章 心包穿刺术	66
第八章 三腔二囊管止血术	69
第九章 心电图机操作	72
第十章 电除颤	75
第十一章 简易呼吸器的使用	77
第十二章 漏斗胃管洗胃术	78
第十三章 洗胃机洗胃术	80
第十四章 心肺复苏及相关知识(单人)	82

第十五章 心肺复苏及相关知识(双人)	84
--------------------------	----

第二篇 外 科 学

第一章 气管内插管术	87
第二章 中心静脉穿刺置管术	89
第三章 动脉穿刺置管术	91
第四章 无菌术及相关知识	93
第一节 刷手	93
第二节 手术区消毒	95
第三节 铺单(铺巾)	97
第四节 穿脱手术衣与戴无菌手套	99
第五章 外科伤口处理及换药	101
第一节 换药	101
第二节 拆线	104
第六章 外科手术基本操作	106
第一节 切开	106
第二节 基本缝合法	107
第三节 结扎	109
第七章 外科感染的处理	111
第一节 体表脓肿切开引流	111
第二节 清创术	113
第八章 体表肿物切除术	116
第九章 颈部肿物的诊治	118
第一节 淋巴结穿刺术	118
第二节 淋巴结活组织检查术	119
第十章 胸膜腔闭式引流术	121
第十一章 骨科基本检查法	123
第十二章 骨科基本操作技术	125
第一节 石膏固定术	125
第二节 骨牵引术	126
第三节 关节穿刺术	128

第三篇 妇 产 科 学

第一章 妇科检查法	131
第二章 产科检查法	134

第一节 四步触诊	134
第二节 骨盆内外测量	135
第三章 阴道分泌物检查法	137
第四章 生殖道细胞学检查法	140
第五章 产程图	142
第六章 基础体温测量法	143
第七章 诊断性刮宫术	144
第八章 宫内节育器放置及取出术	146
第一节 宫内节育器放置术	146
第二节 宫内节育器取出术	147
第九章 经后穹窿穿刺术	149
第十章 妊娠、分娩、产程处理技术	150
第一节 人工破膜术	150
第二节 人工剥离胎盘术	151
第十一章 手术流产	152
第一节 负压吸引术	152
第二节 钳刮术	153
第三节 葡萄胎负压吸引术	154

第四篇 儿 科 学

第一章 头皮静脉穿刺技术	157
第二章 小儿鼻胃插管术	159
第三章 小儿骨髓穿刺术(胫骨)	161
第四章 小儿腰椎穿刺术	163
第五章 小儿胸腔穿刺术(液体)	165
第六章 小儿腹腔穿刺术	168
第七章 小儿灌肠术(保留灌肠)	171
第八章 新生儿窒息复苏	173
第九章 体格指标测量	176
第一节 体重测量	176
第二节 身长(高)测量	177
第三节 顶臀长(坐高)测量	178
第四节 上下部量测量	179
第五节 头围测量	180
第六节 胸围测量	180
第七节 腹围测量	181

第八节 上臂围测量	182
第九节 腹部皮下脂肪测量	182
第十章 人工喂养(配奶)	184
第十一章 儿童心肺复苏(基础生命支持)	186

第五篇 眼科学及耳鼻喉科学

第一章 裂隙灯显微镜检查法	189
第二章 眼压检查法	191
第一节 指压测量	191
第二节 Schiotz 眼压计检查法	191
第三节 非接触式眼压计测量法	192
第三章 眼科常用检查法及相关知识	193
第一节 直接检眼镜检查方法	193
第二节 前房角镜检查方法	193
第三节 荧光素钠眼底血管造影	194
第四章 鼻腔及鼻窦检查法	196
第五章 咽喉检查法	199
第六章 鼻出血止血技术	203
第七章 气管切开术	205

第六篇 护 理 学

第一章 吸氧术	207
第二章 胃管置入技术	209
第三章 导尿术	211
第四章 动脉穿刺术	214
第五章 静脉穿刺术	216
第六章 洗手法	218
第七章 戴口罩方法	220
第八章 穿脱隔离衣方法	222
第九章 皮内注射技术	224
第十章 皮下注射技术	226
第十一章 肌内注射技术	228
第十二章 静脉输液技术	230
第十三章 吸痰术	232
第十四章 医务人员防护用品的使用及常见传染病的隔离预防	234

第一节 医务人员防护用品的使用	234
第二节 常见传染病的隔离预防	236
第十五章 血源性病原体职业接触的防护	238
第十六章 输血操作技术及相关知识	241

网络增值服务



人卫临床助手

中国临床决策辅助系统

Chinese Clinical Decision Assistant System

扫描二维码，
免费下载



第一篇 内科学

第一章 体格检查

第一节 一般检查

一、器械准备

体温计、血压计、听诊器、纱布、手表、笔、记录单等。

二、操作准备

1. 检查应该在合适的温度和光线充足的环境中进行。
2. 患者取坐位或卧位,检查者站立在患者的右侧。
3. 检查前应遵循“七步洗手法”洗手并擦干。
4. 与患者充分沟通,缓解患者的紧张情绪。

三、操作步骤

(一) 一般检查的内容

一般检查包括性别、年龄、生命体征、发育与体型、营养状态、意识状态、面容表情、体位、姿势、步态及皮肤、淋巴结。

(二) 生命体征的测量

1. 体温测量 测量体温方法要规范,保证结果准确。国内一般按摄氏度法进行记录。测体温的常规方法有腋测法、口测法和肛测法,近年来还出现了耳测法和额测法。所用体温计有水银体温计、电子体温计和红外线体温计。

(1) 腋测法:取体温表,检查体温计无破损,刻度在 35°C 以下,协助患者展开左臂,用纱布(或干毛巾)擦干患者左侧腋窝,将体温计金属头置于患者左侧腋下,嘱患者用上臂夹紧体温计,开始计时,10分钟后取出体温计读数,记录结果。

(2) 口测法:将消毒后的体温计头端置于患者舌下,让其紧闭口唇,5分钟后读数。正常值为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。使用该法时应嘱患者不用口腔呼吸,测量前10分钟禁饮热水或冷水,以免影响测量结果。该法结果较为准确,但不能用于婴幼儿及神志不清者。

(3) 肛测法: 让患者取侧卧位, 将肛门体温计头端涂以润滑剂后, 徐徐插入肛门内达体温计长度的一半为止, 5 分钟后读数。正常值为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。肛测法一般较口测法读数高 $0.2\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。该法测值稳定, 多用于婴幼儿及神志不清者。

(4) 耳测法是应用红外线耳式体温计, 测量鼓膜的温度, 此法多用于婴幼儿。额测法是应用红外线测温计, 测量额头皮肤温度, 此法仅用于体温筛查。

2. 脉搏测量 将示指、中指、环指指端放于桡动脉搏动处, 看表计时, 持续时间大于 30 秒, 数出 1 分钟脉搏跳动的次数, 记录结果。

3. 呼吸测量 保持视线与患者胸廓在同一水平, 观察患者胸廓起伏(一起一伏为一次), 测出 1 分钟呼吸的次数, 记录结果。

4. 血压测量 请患者安静休息 5~10 分钟, 打开血压计, 检查水银柱是否在 0 刻度, 并让血压计和患者上臂及心脏在同一水平线。驱尽袖带内空气, 将袖带平整缚于右上臂, 袖带下缘位于肘窝上 2~3cm 处, 松紧以能伸进 2 个手指为宜。用手指触摸找到肱动脉搏动处, 戴好听诊器, 将听诊器体件置于肱动脉搏动处。关闭阀门, 边听边向袖带内充气, 至动脉音消失, 再向上升高 20~30mmHg。缓慢放气, 使水银柱均匀下降, 每秒下降 2mmHg, 并听诊动脉音, 第一声为收缩压, 声音消失为舒张压。休息 2 分钟后再测 1 次取平均值并记录。将袖带内气体排空, 整理好后放入血压计内, 将血压表向右倾斜 45° 关闭阀门, 合上血压计。

(三) 发育与体型

1. 发育 判断成人发育正常的指标: 头部长度 = 身高 $1/7\sim 1/8$ 、胸围 = $1/2$ 身高、两手距 = 身高、坐高 = 下肢长度。

2. 体型 成人的体型分为无力型(瘦长型)、超力型(矮胖型)、正力型(均称型)。

发育异常: 巨人症、侏儒症、呆小症、佝偻病等。

(四) 营养状态

临床上分为良好、中等、不良三个等级描述。临床上营养状态异常分为营养不良 ($\text{BMI}<18.5$) 和营养过度 ($\text{BMI}>28$)。

(五) 意识状态

1. 嗜睡 持续睡眠状态, 能唤醒, 很快又入睡。

2. 意识模糊 定向障碍(时间、颠倒、人物)。

3. 谵妄意识模糊、定向力丧失、感觉错乱(幻觉、错觉)、躁动不安, 言语杂乱。

4. 昏睡 熟睡状态, 不易唤醒, 醒时答话含糊或答非所问。

5. 昏迷。

(1) 轻度昏迷: 无自主运动, 对疼痛刺激有防御反射, 角膜反射、瞳孔对光反射、吞咽反射、眼球运动等存在。

(2) 中度昏迷: 对各种刺激均无反应, 角膜反射减弱, 瞳孔对光反射迟钝, 眼球无转动, 强烈刺激可能出现防御反射。

(3) 深昏迷: 全身肌肉松弛, 各种刺激全无反射。

(六) 语调和语态

言语过程中的音调和节奏。

(七) 面容与表情

1. 急性病容 潮红、不安、呼吸急促。
2. 慢性病容 憔悴、灰暗或苍白、目光黯淡。
3. 贫血病容 苍白、无力。
4. 肝病面容 面色晦暗,额部、鼻背、双颊有褐色色素沉着。
5. 肾病面容 面色苍白,眼睑、颜面水肿,舌色淡,舌缘有齿痕。
6. 二尖瓣面容 面色晦暗、两颊紫红及口唇发绀。
7. 甲亢面容面容 惊愕、眼裂大、突眼、目光闪闪有神、不安烦躁易怒。
8. 黏液性水肿面容 面色苍白、水肿、脸厚面宽、目光呆滞、反应迟钝、眉毛稀疏。
9. 肢端肥大症面容 头颅增大、面长颌大、眉弓及两颧隆起、唇舌肥厚、耳鼻增大。
10. 伤寒面容 表情淡漠,反应迟钝呈无欲状态。
11. 苦笑面容 牙关紧闭,面肌痉挛,呈苦笑状,见于破伤风。
12. 满月脸 面如满月、皮肤发红、伴痤疮。
13. 面具面容 面部呆板、无表情,似面具样。

(八) 体位

1. 自主体位 身体活动自如,不受限制。
2. 被动体位 患者不能自己调整或变换身体的位置。
3. 强迫体位 为减轻痛苦,被迫采取某种体位,如强迫坐位(端坐呼吸)、强迫侧卧位、强迫仰卧位、强迫坐位、强迫蹲位等。

(九) 姿态

健康成人躯干端正,肢体活动灵活适度。患者因疾病的影响,可出现姿态的改变。

(十) 步态

步态指走动时所表现的姿态。常见的典型异常步态有蹒跚步态、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。

(十一) 皮肤

1. 颜色发红、发绀、苍白、黄染、色素沉着、色素脱失。
2. 湿度与皮肤的排泌功能有关,排泌功能是由汗腺和皮脂腺完成的,但汗腺起主要作用。出汗多者皮肤比较湿润,出汗少者比较干燥。在气温高、湿度大的环境中出汗增多是生理的调节功能。在病理情况下,可发生出汗增多或无汗,具有一定的诊断价值。如风湿病、结核病和布氏杆菌病出汗较多;甲状腺功能亢进症、佝偻病、脑炎后遗症亦经常伴有多汗。夜间睡后出汗称为盗汗,多见于结核病。手足皮肤发凉而大汗淋漓称为冷汗,见于休克和虚脱患者。

3. 弹性与年龄、营养状态、皮下脂肪及组织间隙所含液体量有关。

(1) 检查皮肤弹性时常选择手背或上臂内侧部位,以拇指和示指将皮肤提起,松手后皮肤能很快平展则皮肤弹性正常。

(2) 弹性减弱:松手后皮肤不能很快平展,见于严重脱水、长期消耗性疾病、老年人。

4. 皮疹

(1) 斑疹:不隆起皮面,只有颜色的改变。

(2) 玫瑰疹:按压时消退,松开时出现,多见于胸腹部。

- (3) 丘疹: 隆起皮面, 且有颜色改变。
- (4) 斑丘疹: 在斑疹的底盘上出现丘疹。
- (5) 荨麻疹: 局部暂时性水肿性隆起。
- (6) 疱疹: 局限性高起皮面的腔性皮损。

5. 脱屑 皮肤脱屑常见于正常皮肤表层不断角化和更新, 但由于数量很少, 一般不易察觉。病理状态下可见大量皮肤脱屑。米糠样脱屑常见于麻疹; 片状脱屑常见于猩红热; 银白色鳞状脱屑见于银屑病。

6. 皮下出血

- (1) 瘀点: 直径 $<2\text{mm}$, 压之褪色。
- (2) 紫癜: 直径 $3\sim 5\text{mm}$ 。
- (3) 瘀斑: 直径 $>5\text{mm}$ 。
- (4) 血肿: 片状出血伴皮肤显著隆起。

7. 蜘蛛痣与肝掌 皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣, 形似蜘蛛称为蜘蛛痣; 常见于面、颈、手背、前胸、和肩部等。

8. 水肿

- (1) 轻度水肿: 见于疏松组织如眼睑、胫前、踝部, 指压后轻度凹陷。
- (2) 中度水肿: 全身水肿, 指压下陷较深, 平复缓慢。
- (3) 重度水肿: 全身明显水肿, 皮肤发亮甚至有液体渗出或体腔积液。

9. 皮下结节 触诊时注意其大小、部位、硬度、活动度及有无压痛等, 常见的结节有风湿结节、囊蚴结节、痛风结节、结节性红斑等。

10. 瘢痕 瘢痕指皮肤外伤或病变愈合后结缔组织增生形成的斑块。表面低于周围正常皮肤者为萎缩性瘢痕; 高于周围正常皮肤者为增生性瘢痕。外伤、感染及手术等均可在皮肤上遗留瘢痕, 为曾患某些疾病的证据。患过皮肤疮疖者在相应部位可遗留瘢痕; 患过天花者, 在其面部或其他部位有多数大小类似的瘢痕; 颈淋巴结结核破溃愈合后的患者常遗留颈部皮肤瘢痕。

11. 毛发

注意分布、曲直、多少、颜色等。

(十二) 淋巴结

1. 正常 很小不易触及, 直径 $0.2\sim 0.5\text{cm}$, 质软, 表面光滑, 无粘连, 无压痛。

2. 浅表淋巴结分组

(1) 头颈部: 耳前淋巴结、耳后淋巴结、枕淋巴结、颌下淋巴结、颏下淋巴结、颈前淋巴结、颈后淋巴结、锁骨上淋巴结。

(2) 上肢: 腋窝淋巴结(外侧淋巴结群、胸肌淋巴结群、肩胛下淋巴结群、中央淋巴结群、腋尖淋巴结群)、滑车上淋巴结。

(3) 下肢: 腹股沟淋巴结(上群、下群)、腘窝淋巴结。

3. 检查方法主要是视诊和触诊

(1) 视诊: 注意局部皮肤是否隆起, 颜色有无变化, 有无皮疹、瘢痕、瘰管等。

(2) 触诊手法: 将示、中、环三指并拢, 指腹平放于被检查部位皮肤上进行滑动触诊。检查颈部淋巴结时可站在被检查者前面或背后, 手指紧贴检查部位, 由浅及深进行滑动

触诊,嘱被检查者头稍低,或偏向检查侧,以使皮肤或肌肉松弛,有利于触诊。检查锁骨上淋巴结时,让被检查者取坐位或卧位,头部稍向前屈,用双手进行触诊,左手触诊右侧,右手触诊左侧,由浅部逐渐触摸至锁骨后深部。检查腋窝淋巴结时,被检查者前臂稍外展,检查者以右手检查左侧,以左手检查右侧,触诊时由浅及深至腋窝各部。检查滑车上淋巴结时,以左(右)手扶托被检查者左(右)前臂,以右(左)手向滑车上由浅及深进行触摸。

4. 检查顺序 耳前→耳后乳突区→枕骨下区→颌下→颏下→颈后三角→颈前三角→锁骨上窝→腋窝→滑车→腹股沟→腘窝。

5. 记录内容 部位、大小、数目、硬度、压痛、活动度、红肿、瘰管、瘢痕。

6. 淋巴结肿大的意义

(1) 局部肿大:非特异性淋巴结炎、淋巴结结核、恶性肿瘤淋巴结转移等。

(2) 全身淋巴结肿大:急、慢性淋巴结炎、传染性单核细胞增多症、淋巴瘤、各种白血病、结缔组织疾病等。

四、结束步骤

1. 告知患者检查已结束。
2. 帮助患者整理好衣服。

第二节 头部检查

一、器械准备

瞳孔笔、手电筒、压舌板、棉签、视力表、检眼镜、卷尺等。

二、操作准备

1. 检查应该在合适的温度和光线充足的环境中进行。
2. 检查前应遵循“七步洗手法”洗手并擦干。
3. 与患者充分沟通,缓解患者的紧张情绪。

三、操作步骤

(一) 头发与头皮

1. 检查头发要注意头发的颜色、疏密度、脱发的类型与特点。
2. 头皮的检查需要分开头发观察皮肤颜色、头皮屑、有无头癣、疖痈、血肿、外伤及瘢痕等。

(二) 头颅

1. 头颅视诊应注意头颅大小、外形、有无异常活动。
2. 头颅的大小以头围来衡量,头颅测量时以软尺自眉间绕到颅后通过枕骨粗隆。
3. 头颅的大小异常可分为小颅、巨颅、方颅、尖颅、长颅、变形颅。

(三) 颜面及其器官

1. 眼

(1) 眼的检查包括: 视功能、外眼、眼前节和内眼。

(2) 眼的功能检查: 视力、视野、色觉和立体视等检查。

1) 视力: 分为远视力和近视力, 后者通常指阅读视力。其检测是采用通用国际标准视力表进行。

A. 远距离视力表: ①患者距视力表 5m 远, 两眼分别检查。一般先检查右眼, 用干净的卡片或遮眼板盖于左眼前, 勿使眼球受压。嘱受检者从上至下指出“E”字形视标开口的方向, 记录所能看清的最小一行视力读数, 即为该眼的远视力。能看清“1.0”行视标者为正常视力。如远视力未达到正常, 可用针孔镜放在被检眼前, 测其针孔视力, 如能改善, 则说明视力较差多系屈光不正所致, 通常需戴镜矫正。戴眼镜者必须测裸眼视力和戴眼镜的矫正视力。如在 5m 处不能辨认“0.1”行视标者, 应让患者逐步走近视力表, 直至认出“0.1”视标为止, 并以实测距离(m)除以正常人能看清该行视标的距离(50m)记录其视力。②在 1m 处不能辨认“0.1”行视标者, 则改为“数手指”。让患者背光而立, 检查者任意伸出几个手指, 嘱其说出手指的数目, 记录为数指/距离(CF/cm)。手指移近眼前到 5cm 仍数不清, 则改为用手指在患者眼前左右摆动, 如能看到, 记录为手动/距离(HM/cm)。不能看到眼前手动者, 到暗室中用手电筒照被检眼, 如能准确地看到光亮, 记录为光感(LP); 不能者, 记录为无光感。确定有光感后, 还需分别检查视网膜各个部位的“光定位”。良好的光定位通常提示视网膜和视神经的功能是正常的, 反之, 则多提示视网膜和视神经的病变。

B. 近距离视力表: 近距离视力表在距视力表 33cm 处, 能看清“1.0”行视标者为正常视力。可让患者改变检查距离, 即将视力表拿近或远离至清晰辨认, 以便测得其最佳视力和估计其屈光性质与度数。因此, 近视力检查能了解眼的调节能力, 与远视力检查配合则可初步诊断是否有屈光不正(包括散光、近视、远视)和老视, 或是否有器质性病变, 如白内障、眼底病变等。

2) 视野: 当眼球向正前方固视不动时所见的空间范围, 与中央视力相对而言, 它是周围视力, 是检查黄斑中心凹以外的视网膜功能。采用手试对比检查法可粗略地测定视野。

A. 检查方法为: ①患者与检查者相对而坐, 距离约 1m, 两眼分别检查。如检查右眼, 则嘱其用手遮住左眼, 右眼注视检查者的左眼, 此时, 检查者亦应将自己的右眼遮盖; ②检查者将其手指置于自己与患者中间等距离处, 分别自上、下、左、右等不同的方位从外周逐渐向眼的中央部移动, 嘱患者在发现手指时, 立即示意。③如患者能在各方向与检查者同时看到手指, 则大致属正常视野。④若对比检查法结果异常或疑有视野缺失, 可利用视野计作精确的视野测定。

视野计的主要构造为一可自由转动的半圆弓, 正中有一白色(或镜面)视标, 供被检查眼注视之用。眼与视标的距离为 30cm。当患者用一眼(另一眼用眼罩盖住)注视视标时, 检查者从边缘周围各部位, 将视标向中央移动, 直至患者察觉为止。

B. 视野在各方向均缩小者, 称为向心性视野狭小。在视野内的视力缺失地区称为暗点。视野的左或右一半缺失, 称为偏盲。双眼视野颞侧偏盲或象限偏盲, 见于视交叉以后的中枢病变, 单侧不规则的视野缺损见于视神经和视网膜病变。