**公共考试卷（2015年8月）**

学号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 科室\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 分数\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**一、问答题：针对相关问题作简明扼要的回答。 (每题5.0分，共15.0分)**

1．【胸壁、胸廓与乳房检查】

2．【肺和胸膜检查】

3．【心脏检查】

**答案**

一、问答题

1．1．胸壁：

(1)静脉：正常无明显静脉可见。上、下腔静脉梗阻时，可见胸壁静脉充盈或曲张。

(2)皮下气肿：气体积存于胸部皮下，用手按压时，气体在皮下组织中移位形成捻发感或握雪感。

(3)胸壁压痛：正常无压痛。

2．胸廓：

(1)胸廓形态：正常人胸廓类似圆柱形，前后径：横径=1．5。病理胸廓常见有桶状胸、佝偻病胸、扁平胸，此外胸廓尚可有单侧或局限性变形。

(2)腹上角及肋脊角改变：腹腔压力增大时腹上角增大。肺气肿时肋脊角增大。

3．乳房：检查是否对称，皮肤有无溃破及色素、瘢痕。触诊时检查者手指和手掌必须平置在乳房上，轻施压力，由左乳房外侧上部开始，沿顺时针方向由浅入深触摸全部乳房，最后触乳头。同样方法逆时针方向检查右乳房。注意有无肿块，以及肿块的部位、数目、大小、质地、边界、触痛、移动度和肿块与皮肤的关系。

2．1．视诊：注意呼吸运动类型、深度、频率、节律以及呼吸运动有无受限或吸气性呼吸困难等。正常人呼吸运动均匀，两侧对称，深度适中，16～20次/min。男性以腹式呼吸运动为主，女性以胸式呼吸运动为主。

2．触诊：

(1)呼吸运动触诊：检查者面对病人，两手指撒开，分别置于病人胸廓两铡对称部位，拇指在前正中线相遇。嘱病人做深呼吸运动，比较两侧胸廓运动是否对称。

(2)语音震颤检查：检查者用两手掌或手掌尺侧缘，轻轻半贴于胸壁对杯部位，嘱病人重复说"一、二、三"或拉长声音说"一"，比较两侧语音震的动感是否对称。

(3)胸膜摩擦感检查：以手掌紧贴前胸壁下部或胸侧壁下部，嘱病人作深呼吸运动。于纤维素性胸膜炎时，有皮革相互摩擦的感觉。

3．叩诊：肺部叩诊包括肺定界叩诊，肺部两侧比较叩诊以及下界移动度叩诊。

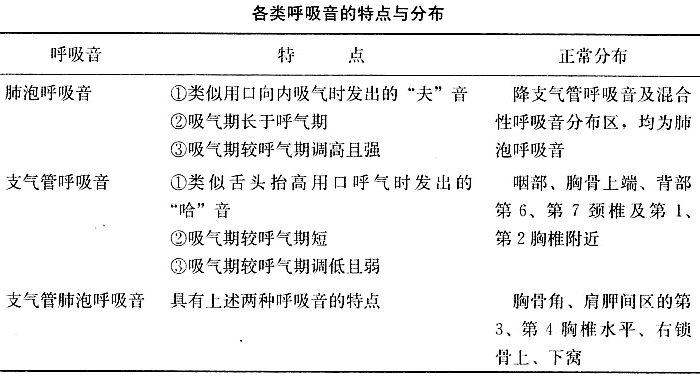
(1)比较叩诊：叩诊部位应自上而下，由前面、侧面到后面，作左右两侧对称部比较叩诊，同时注意音响的变化。叩前胸和侧胸时，板指平贴肋间隙，与肋骨平行。叩肩胛问区时，板指与脊柱平行。叩肩胛下区时，板指与肋间隙平行。

(2)肺定界叩诊：①肺上界叩诊：叩肺尖宽度及kronig峡。②肺下界叩诊：一般沿锁骨中线、腋中线、肩胛线进行，正常人肺下界分别于6、8、10肋骨水平。

(3)肺下界移动度：正常人上下移动6～8cm。

4．听诊：包括听诊呼吸音、啰音、胸膜摩擦音及支气管语音。听诊时窒内应安静、温暖，病人可取坐位或卧位。嘱病人微张口做较深而均匀的呼吸，但不发声。按顺序由上到下，由前到后．左右对称部位对比。

(1)呼吸音：现将肺泡呼吸音、支气管呼吸音、支气管肺泡呼吸音的特点及分布列表比较如下。



(2)啰音：是呼吸音以外的附加音，可分为干哕音(分为鼾音及哨笛音)和湿哕音即水泡音(分为大、中、小3种)。

(3)听觉语音检查：嘱病人按平时说话的声音说"一、二、三"，检查者用听诊器在病人胸壁上可听到柔和、模糊的声音即为听觉语音。若听到响亮、字音清楚的声音，称支气管语音。

(4)胸膜摩擦音：正常人无摩擦音。当胸膜有炎症，胸膜表面粗糙，呼吸时可听到壁层与脏层胸膜摩擦音。在吸气末或呼气开始时较易听到，屏止呼吸时消失，深呼吸及听诊器加压时，声音常更清楚。

3．1．视诊：

(1)心前区隆起：主要见于先天性心脏病、风心病伴右室增大及心包积液病人。

(2)心尖冲动：观察其位置、强弱、范围、节律及频率有无异常。正常人心尖搏动位于左第5肋间隙锁骨中线内侧0．5～1cm处，搏动范围为2～2．5cm。部分正常人见不到心尖冲动。

(3)心前区及其他部位的搏动：胸骨左缘第2、第3、第4肋间搏动，见于右心室肥大。剑突下搏动见于肺气肿或肺气肿伴右心室肥大，亦可由腹主动脉搏动引起。鉴别方法：嘱病人行深呼吸，在深吸气时如搏动增强为右室搏动，搏动减弱则为腹主动脉搏动。

2．触诊：

(1)心尖冲动及心前区搏动：用触诊进一步证实望诊所见。注意有无抬举性心尖冲动。

(2)震颤：用手掌或手掌尺侧小鱼际肌平贴于心前区各个部位，以触知有无微细的震动感，又称猫喘。如有震颤，应注意其部位及时期(收缩期、舒张期或连续性)。

(3)心包摩擦感：心包炎时，两层粗糙的心包膜互相摩擦产生振动，在心前区即胸骨左缘第4肋间处(心脏裸区)可触到一种连续性摩擦感。病人取坐位及深呼气末易于触及，收缩期明显。

3．叩诊：主要是叩诊心界。病人取坐位或卧位，平静呼吸，在安静环境下，采用指指叩诊法。通常先叩左界，后右界。叩诊时应采用轻叩法，所得结果接近实际界线。板指一定要置于肋间隙，其他四指不应接触胸壁，以免影响胸壁的振动。被检查者取坐位时，板指与肋间垂直。卧位时板指与肋间平行。

(1)右界叩诊：先叩肝浊音界，于肝浊音界上一肋间开始．由外向内，由下向上，逐一叩诊各肋间，当由清音变为浊音时，即为心脏右侧相对浊音界：

(2)左界叩诊，先触摸心尖冲动的位置，在心尖搏动外2～3cm处，m外向内．由下向上逐一叩诊各肋间，叩至清音变为浊音即为心脏左侧相对浊音界。

(3)用尺测量每一肋间心脏左右界与前正中线的距离，把叩诊各点相连即为心界。

(4)测量前正中线至锁骨中线的距离。

(5)根据叩诊结果作出心脏大小是否正常的结论。

4．听诊：

(1)听诊顺序：一般由二尖瓣区开始，依次为肺动脉瓣区、主动脉瓣区、第二主动脉瓣区、三尖瓣区，必要时听颈部、腋下、背部等。

(2)听诊内容：包括心率、心律、心音、杂音及心包摩擦音。①心率：成人正常为60～100次／min，3岁以下小儿常超过100次／min。②节律：正常成人心跳的节律是规整的，但在健康青年及儿童可有窦性心律不齐，表现为吸气时心率增快，呼气时减慢。常见的心律失常有期前收缩和心房颤动。③心音：正常心音分为第一、第二、第三、第四心音．通常听到的是第一、第二心音。在儿童及青少年时期，有时可听到第三心音，第四心音一般听不到。首先应区别第一、第二心音，然后注意其强度、性质改变，有无分裂及附加音，以及呼吸对其影响。④杂音：注意杂音的部位、时期、性质、强度及传导。收缩期杂音的强度分为以下六级。

Ⅰ级：杂音很微弱，所占时间很短，须仔细听诊才能听到。

Ⅱ级：是较易听到的弱杂音。

Ⅲ级：是中等响亮的杂音。

Ⅳ级：是较响亮的杂音，常伴有震颤。

Ⅴ级：很响亮的杂音，震耳，但听诊器稍离开胸壁即听不到。

Ⅵ级：极响亮的杂音，听诊器稍离开胸壁仍能听到。

(3)心脏瓣膜听诊部位：①二尖瓣区：心尖区。②三尖瓣区：胸骨体下端近剑突，稍偏右或稍偏左处。③肺动脉瓣区：胸骨左缘第2肋间处。④主动脉瓣区：胸骨右缘第2肋间处。⑤第二主动脉瓣区：胸骨左缘第3、第4肋间处。