**公共考试卷（2015年11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20.0分)**

1．【视诊】

2．【听诊】

3．【叩诊】

4．【触诊】

**答案**

一、问答题

1．1．腹部形态及轮廓：正常人腹部平坦对称。弥漫性全腹膨隆见于腹水、

胃肠胀气或巨大囊肿等。局部膨隆见于肿块或增大的脏器等。腹部凹陷如舟状

见于恶病质及严重脱水。局限性凹陷多见于手术后瘢痕收缩。

2．腹部呼吸运动：正常人呼吸运动自如。呼吸运动受限或消失见于急性弥漫性腹膜炎、腹水及膈肌麻痹。

3．腹壁静脉：注意检查静脉有无怒张及血流方向。腹壁静脉怒张见于肝硬化及上、下腔静脉梗阻。

4．腹壁皮肤：注意皮疹、色素沉着、腹纹、瘢痕、疝、皮肤弹性、水肿、脐及体毛分布等。

5．胃型、肠型或蠕动波：正常人一般看不到胃肠蠕动波。幽门梗阻病人于上腹部可见胃型或蠕动波。肠梗阻病人可见梯形肠型，蠕动方向不一致。

6．上腹部搏动：病理情况见于右心室吧大、腹主动脉瘤及三尖瓣关闭不全。

2．1．肠呜音：要求持续听诊3～5分钟。注意肠鸣音的频率、音调及强度。正常频率为4～5次／rain，超过10次／rain为频率增多。肠鸣音0～1次／(3～5)min称肠鸣音减少，见于麻痹性肠梗阻。肠鸣音高亢呈金属声见于机械性肠梗阻。持续听诊3～5分钟未听到肠呜音为肠呜音消失。

2．振水音：医师用微弯的手指。在病人上腹部进行连续冲击2～3次．同时将耳部接近上腹或用听诊器听取胃内气体与液体碰撞的声音，称为振水音。振水音见于幽门梗阻或胃潴留的病人。

3．心血管音：腹主动脉瘤可听到收缩期杂音。肾动脉狭窄可在脐左右处听到收缩期吹风性杂音。肝癌肿块压迫肝动脉或腹主动脉时，可听到收缩期吹风性杂音。肝硬化门脉高压腹壁静脉怒张，可听到静脉嗡鸣音。

4．摩擦音：肝、脾周围炎时，在相应部位深呼吸时可听到摩擦音。

3．1．肝叩诊：

(1)肝上界叩诊：沿右锁骨中线各肋间从上至下叩诊，叩诊音由清音转为浊音即肝上界。正常人肝上界位于第5肋间。当肝下缘触及时，应叩肝上界以确定肝脏是否真正肿大。正常肝浊音区(右锁骨中线)为9～11cm。

(2)肝下界叩诊：肝下界与结肠、胃等腹腔脏器重叠，故叩诊准确性差。

(3)肝区叩击痛：以左手掌平放病人肝区，右手握拳用轻至中度的力量叩击左手背，出现疼痛者称肝叩击痛，见于肝脓肿、肝炎等。

2．胃泡鼓音区叩诊：位于左前胸下部，呈半圆形的鼓音区，为胃内含气所致。

3．脾叩诊：正常在左腋中线9～11肋间为脾浊音区，前缘不超过腋前线，宽度为4～7cm。

4．肾叩诊：将左手平放于病人肋脊角，右手握拳用轻到中度的力量叩击左手背。正常人无肾叩痛。

5．膀胱叩诊：一般从脐下叩至耻骨联合上方．用以了解膀胱充盈度

6．移动性浊音叩诊：主要用于检查有无腹水存在。病人取平卧位，从脐部向两侧叩诊。如有腹水，由于肠曲浮动在脐部或腹中部故为鼓音。而叩腹侧壁时则为浊音。然后将病人转向对侧位．腹水亦转移至对侧下部，则上部原叩诊浊音区变为鼓音区，这种随体位转换而改变的浊音称移动性浊音。一般腹水在10000mL以上才能清楚叩出。

4．1．触诊方法：被检查者仰卧，两腿屈起并稍分开，使腹肌松弛。

(1)浅触诊法：用手掌轻放腹壁上，利用掌指关节的轻巧力量进行滑行触摸，以检查腹壁的紧张度及有无压痛、肿块或搏动感。

(2)深部滑行触诊法：要求病人腹肌松弛，做缓慢的腹式呼吸运动，医师用手掌及腕关节的力量．逐渐加压以触摸腹腔脏器或肿块。

触诊肝、睥下缘时，检查者右手指并拢，白下腹部开始．配合呼吸运动，自下而上向季肋缘移动触诊，呼气时手指端压向深部，吸气时施压指端保持于原位，以触知肝、脾的下缘。

(3)双手触诊法：医师左手置于病人的腰部，并向前顶推所检查的脏器，使被检查的脏器置于双手合诊的位置。当右手(配合呼吸运动)向下触摸时，较易触及肾下界。此法主要用于肾脏的触诊，亦可用于脾的触诊。

(4)深压触诊法：以手指深压腹部的一定位置，明确有无压痛。在深压痛的基础上突然松开手指，如疼痛明显加剧即为反跳痛。

(5)冲击触诊法：检查者将右手2～4指并拢，取与腹壁垂直的角度，作快速及连续2～3次的冲击动作，将脏器或肿块表面的腹水冲开，而肿大的脏器或肿块随之浮起，指端即可触及脏器的大小及表面的情况。该法适用于病人有腹水时检查腹腔内肿大的脏器或肿块。

(6)钩指触诊法：本法适用于腹壁薄软者和儿童。检查者将右手指弯成钩状，右手掌放在病人右前胸下部，嘱病人做腹式呼吸，检查者随吸气而利用钩状指尖，以迎触下移的肝脏边缘。

2．触诊内容：

(1)腹壁紧张度：正常腹壁柔软。腹壁紧张度增加见于腹腔炎症、血性腹水、大量腹水等。

(2)压痛及反跳痛：正常无压痛及反跳痛。当腹腔脏器的炎症未累及壁层腹膜时仅有压痛，若累及壁层腹膜时即可引起反跳痛。腹膜刺激三联征包括腹肌紧张度增加、压痛及反跳痛。需鉴别压痛是否起源于腹壁或皮肤，当将痛区腹壁抓起，若疼痛加剧，则起源于腹壁或皮肤。

(3)肝脏：正常成人肋下缘不能扪及，仅少数人可触及肝下缘，但不超过叻下1cm。剑突下可扪及肝下缘，但应小于3cm，质软光滑无压痛。肝长径9～11cm。当肝下缘扪及时，应叩肝上界，以确认肝是否肿大。肝大可见于肝炎、肝肿瘤、肝脓肿及肝淤血等。检查时应注意肝脏大小、质地、压痛、表面状态、边缘、搏动及摩擦感。

(4)胆囊：正常人胆囊不能触及，如在右肋下腹直肌外缘触及一梨形或卵圆形张力较高的包块，并随呼吸上下移动，即为肿大的胆囊，见于胆囊炎、癌及结石。壶腹癌引起的胆囊肿大无压痛，仅有囊性感。

胆囊触痛法的检查：医师以左手掌平放于病人的右肋缘部，将左手大拇指放在腹直肌外缘与肋弓交界处(即胆囊点)，嘱病人深吸气，如有触痛，示墨菲征(Murphy)阳性。

(5)脾脏：正常人脾脏不能触及。脾脏肿大分轻、中、高度。轻度肿大时，脾下界于左肋下3cm以内，中度肿大为3cm至平脐，高度肿大超过脐以下。

脾大可用三线进行测量，即测左锁骨中线与左肋缘交点至脾下缘距离(Ⅰ线)；肿大明显时，则测此交点至脾最远点的距离(Ⅱ线)；或测前正中线与脾右缘的距离(Ⅲ线)。若脾超过正中线以"+"表示，未超过前正中线则以"一"表示。

(6)肾脏：采用双手合诊触诊法。正常人的肾脏一般不能触及。小儿或消瘦者可能触及右肾下极。应注意其大小、形状、硬度、压痛、表面状态和移动度。

包括肾及尿路炎症或结石病变时，上述各点可有压痛。①季肋点：第10肋骨前端。②上输尿管点：脐水平腹直肌外缘。③中输尿管点：两髂前上棘连线与通过耻骨结节垂直线的相交点，约相当于输尿管进入骨盆腔之处。④肋脊点：第12肋骨与脊柱夹角的顶点。⑤肋腰点：第12肋骨与腰肌外缘的夹角。

(7)膀胱：充盈的膀胱可在耻骨上方扪及，呈半球形囊样感，排空后消失。

(8)胰腺：正常不能触及。

(9)腹部肿块：多由肿瘤、囊肿、炎性组织或肿大的脏器所形成。检查时应注意其位置、大小、形态、硬度、压痛、搏动、移动度及与邻近脏器的关系。

(10)液波震颤：病人平卧，医师用一手的掌面轻贴于病人腹部之一侧，另一手指端叩击对侧腹部，如有大量游离腹水，则可有液波感或液波震颤。为排除腹壁本身震动传至对侧，可让另一人将手掌尺缘压在脐部腹正中线上。

3．正常腹部可能触到的脏器：包括肝(肋下小于1cm)、右。肾下极、腹主动脉搏动、腰椎椎体、乙状结肠、盲肠及横结肠。