

一、颈部检查

甲状腺肿大如何分度？【16 级 5+3】

- 1) 不能看出肿大但是能触及者为Ⅰ度
- 2) 能看到肿大又能触及，但在胸锁乳突肌以内者为Ⅱ度
- 3) 超过胸锁乳突肌外缘者为Ⅲ度

二、胸部检查

胸骨角的临床标志意义【17 级五年制】【16 级五年制】【15 级 5+3】

为胸骨柄和胸骨体的连接处。其两侧分别与左右第二肋软骨相连接，还标志气管分叉、心房上缘和上下纵隔交界及相当于第四胸椎下缘水平

正常呼吸音的分类、特点及听诊部位【17 级 5+3】【15 级 5+3】

支气管呼吸音	1) 音强较高，吸气时弱而短，呼气时强而长 2) 喉部、胸骨上窝、背部第 6、7 颈椎及第 1、2 胸椎附近
肺泡呼吸音	1) 吸气音角呼气音强，且音调更高，时限更长 2) 正常人除在支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音的部位外，其余肺部均可听到肺泡呼吸音
支气管肺泡呼吸音	1) 吸气音和呼气音的强弱、音调和时限大致相等 2) 胸骨角附近、肩胛肩区第 3、4 胸椎水平以及肺尖前后

咯血和呕血的区别【17 级五年制】【16 级五年制】 看分值，分值少前两条就行

	咯血	呕血
来源	从肺中/呼吸道咳出	从胃中/消化道咳出
色泽	鲜红色	暗黑色或深黑色【和胃酸反应】
伴随症状	无黑便	一般伴有黑便
酸碱反应	碱性	酸性
血中混合物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
病因	肺结核、肺炎等肺部疾病	消化性溃疡、肝硬化等消化系统疾病

湿啰音、干罗音的形成机制和特点【17级 5+3】【17级五年制】【16级五年制】

湿啰音	机制	吸气时气体通过呼吸道内的分泌物，形成的水泡破裂所产生的声音
	特点	1) 断续而短暂，一次常连续多个出现，于吸气时或吸气终末较为明显 2) 部位较恒定，性质不易变，咳嗽后可减轻或消失
干啰音	机制	支气管狭窄或部分阻塞，空气吸入或呼出时发生湍流所产生的声音
	特点	1) 为一种持续时间较长带有乐性的呼吸附加音，音调较高，吸气及呼气时均可听到，但以呼气时为明显 2) 干啰音的强度和性质易改变，在瞬间内数量可明显增减

湿罗音按性质分类分为哪几类？说明其发生的部位和时相【16级 5+3】

粗湿啰音	又称大水泡音，发生于气管、主支气管或空洞部位，多出现在吸气早期
中湿啰音	又称中水泡音，发生于中等大小的支气管，多出现在吸气的中期，见于支气管炎、支气管肺炎等
细湿啰音	又称小水泡音，发生于小支气管，多在吸气后期出现，常见于细支气管炎、支气管肺炎、肺淤血和肺梗死等
捻发音	多在吸气的终末听及，常见于细支气管炎和肺泡炎症或充血，如肺淤血、肺炎早期和肺泡炎等

Biots 呼吸/间停呼吸特点及病因 3【17级 5+3】

潮式呼吸	1) 特点:有呼吸节律及幅度的变化，由浅慢变深快，再由深快变浅慢，随之出现一段呼吸暂停，如此周而复始 2) 原因：呼吸中枢兴奋性降低，对呼吸节律的调节失常 3) 常见疾病：中枢神经系统疾病，糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、巴比妥中毒。老年人入睡时可有
间停呼吸	1) 有规律的呼吸几次之后，停止一段时间，又开始均匀呼吸，周而复始。呼吸深度相等，呼吸暂停时间长，呼吸次数少 2) 常见疾病：同上
叹息样呼吸	1) 一段正常呼吸中插入一次深大呼吸，并常伴有叹息声 2) 多为功能性改变，见于精神衰弱、精神紧张或抑郁症

简述肺气肿的典型体征【16级 5+3】

视	桶状胸、胸廓饱满，呼吸运动减弱、肋间隙增宽
触	气管居中，双侧语音震颤减弱
叩	两肺过清音，肺下界降低，肺下界移动度减少，心浊界缩小，肝浊音界下移
听	肺泡呼吸音减弱，呼气延长，语音共振减弱，心音遥远

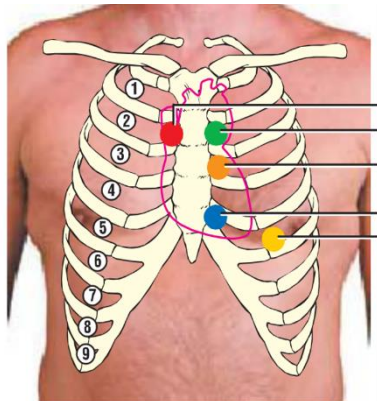
语音震颤减弱见于什么情况【15级 5+3】 自己加了一个语音震颤增强嗽

减弱	1) 肺泡内含气过多【肺气肿、支气管哮喘发作期、气胸】 2) 支气管阻塞【支气管肺癌、支气管结核】 3) 大量胸腔积液或气胸 4) 胸膜高度增厚粘连 5) 胸壁皮下气肿或皮下水肿
增强	1) 肺组织实变【大叶性肺炎实变期、肺栓塞】 2) 接近胸膜的肺内巨大空腔【空洞型肺结核、肺脓肿等】 3) 压迫性肺不张，如胸水压迫引起的肺组织边致密，有利于声音的传导

心脏听诊内容【17级五年制】【16级五年制】

心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音

心脏瓣膜听诊区具体位置及听诊顺序【16级 5+3】【15级 5+3】

二尖瓣区	位于心尖搏动最强点，心尖区	
肺动脉瓣区	胸骨左缘第2肋间	
主动脉瓣区	胸骨右缘第2肋间	
主动脉第二听诊区	胸骨左缘第3肋间	
三尖瓣区	在胸骨下端左缘，即胸骨左缘第4、5肋间	
听诊顺序	二尖瓣区开始→肺动脉瓣区→主动脉瓣区→ 主动脉瓣第二听诊区→三尖瓣区	

心脏浊音界叩诊范围，左锁骨中线距前正中线的距离【17级五年制】【16级五年制】

右/cm	肋间	左/cm	左锁骨中线距前正中线距离为 8-10cm
2-3	II	2-3	该表为 相对浊音界 叩诊范围
2-3	III	3.5-4.5	相对浊音界：包含心脏被肺遮盖的部分，为心脏实际大小
3-4	IV	5-6	
	V	7-9	

左界组成：第2肋间——肺动脉段

第3肋间——左心耳

第4、5肋间——左心室

右界组成：第2肋间——升主动脉和上腔静脉

第3肋间以下——右心房

简述心包积液对心浊音界改变有哪些影响？5【17级 5+3】

心浊音界向两侧扩大，相对浊音界=绝对浊音界，且浊音界随体位变化而变化

坐位：三角形烧瓶样

卧位：心底部浊音界增宽，心尖浊音区变小

心尖搏动的定义、位置及其范围 【17 级 5+3】【17 级五年制】【16 级五年制】

定义	心脏收缩时，心尖撞击心前区胸壁，使相应部位肋间组织向外搏动，称为心尖搏动
位置	第 5 肋间，左锁骨中线内 0.5-1.0cm
范围	2.0-2.5cm
掩盖因素	胸壁厚、肺气肿、女性乳房

负性心尖搏动的定义和意义 【15 级 5+3】

定义：心脏收缩时，心尖搏动内陷

意义：提示患有缩窄性心包炎【心包与周围组织粘连，称为 Broadbent 征】

或重度右心室肥大【心脏顺钟向转为，导致左室后移】

心前区震颤的临床意义 【15 级 5+3】

部位	时期	常见病变
胸骨右缘第 2 肋间	收缩期	主动脉瓣狭窄
胸骨左缘第 2 肋间		肺动脉瓣狭窄
胸骨左缘第 3-4 肋间		室间隔缺损
胸骨左缘第 2 肋间	连续性	动脉导管未闭
心尖区	舒张期	二尖瓣狭窄
	收缩期	重度二尖瓣关闭不全

何为奇脉？见于哪些疾病？ 【16 级 5+3】

吸气时脉搏显著减弱或消失，系左心室搏血量减少所致。正常人脉搏强弱不受呼吸周期影响，当有心脏压塞或心包缩窄时，会出现奇脉。

【吸气时，一方面由于右心舒张受限，回心血量减少而影响右心排血，右心室排入肺循环的血量相应减少；另一方面，肺循环受吸气时胸腔负压的影响，肺血管扩张，致使肺静脉回流入左心房血量减少，因而左室排血也减少】

第二心音分裂包括哪几种？举例说明逆分裂的特点 【16 级 5+3】

生理分裂	生理性，吸气时回心血量增加导致肺动脉瓣关闭时间迟于主动脉瓣的关闭所致
通常分裂	由于右心排血时间延长，或左心射血时间缩短，肺动脉瓣关闭迟于主动脉瓣，吸气分裂大于呼气
固定分裂	1) 分裂不受呼吸影响，S2 分裂在吸气和呼气时的时距较固定 2) 常见于房间隔缺损： a) 呼气时→左房向右房血液分流→右心血量增多→排血延长→肺动脉瓣关闭延迟→S2 分裂 b) 吸气时→回心血量增多→右房压力增加→左向右的分流减少→S2 分裂固定
反常分裂	1) 即为反常分裂，第二心音在呼气末较明显，而深吸气末反而不明显 2) 见于完全性左束支传导阻滞及主动脉瓣狭窄或重度高血压的情况，主动脉瓣关闭迟于肺动脉瓣，并在吸气时分裂变窄，呼气时变宽

额外心音 下面的这些大题没考过，但是为了保险起见啊，还是整理上了，毕竟疯狗版的也不能太疯狗了 QVQ

舒张期额外心音：奔马律【舒张早期、舒张晚期、重叠型】，开瓣音，心包叩击音，肿瘤扑落音

收缩期额外心音：收缩早期喷射音、收缩中晚期喀喇音

医源性额外心音：人工瓣膜金属音，人工起搏音

舒张早期奔马律

定义	为病理性 S3，常伴有心率增快，额外心音与原有的 S1、S2 组成类似马奔跑时的蹄声，故称为奔马律，是心肌严重损害的体征
产生机制	由于舒张期心室负荷过重，心肌张力减低，心室壁顺应性减退，在舒张早期心房血液快速注入心室时，引起已过度充盈的心室壁产生震动所致，故也称室性奔马律
听诊特点	1) 音调低 2) 强度弱 3) 额外心音出现在舒张早期，即 S2 后 4) 奔马律起源于左心室，听诊最清晰的部位在心尖部，而右心室奔马律在剑突下端左缘最清楚 5) 左心室奔马律呼气末明显，吸气时减弱；右心室奔马律吸气时明显，呼气时减弱
临床意义	常见于心力衰竭、急性心肌梗塞、重症心肌炎与心脏病等严重心功能不全

三音奔马律与生理性第三心音的鉴别【记住】

1) 舒张早期奔马律见于器质性心脏病 生理性 S3 见于健康人，尤其是儿童和青少年
2) 舒张早期奔马律多伴有心率快【常>100 次/分】 生理性 S3 则在心跳缓慢时【运动后由快变慢时】较易发现
3) 舒张早期奔马律的 3 个心音间距大致相同，性质亦相近 生理性 S3 则距离 S2 较远
4) 舒张早期奔马律不受体位影响 生理性 S3 则在左侧卧位和呼气末明显，坐位或立位时消失

舒张晚期奔马律

定义	为病理性 S4，也称为收缩期前奔马律或房性奔马律
产生机制	舒张末期左心室压力增高和顺应性降低，左心房为克服增大的心室充盈阻力而加强收缩所致
听诊特点	1) 音调较低 2) 强度弱 3) 心尖部稍内侧听诊最清楚 4) 额外心音距离第二心音较远，距离第一心音较近
临床意义	1) 多见于阻力负荷过重引起心室肥厚的心脏病 2) 如高血压性心脏病、肥厚性心肌病、主动脉瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄等

重叠型奔马律

舒张早期奔马律与舒张晚期奔马律的相互重叠
1) P-R 间期延长或心动过速【舒张期短】时，舒张早晚期奔马律在舒张中期重叠，此额外心音明显增强 2) 同时出现为重叠则听诊为四个心音，称 四音律
四音律呈 ke-len-da-la
心肌病或心力衰竭

开瓣音【舒张期杂音】

定义	又称二尖瓣开放排击音，常位于第二心音后 0.05-0.06s，见于二尖瓣狭窄而瓣膜尚柔软时
产生机制	舒张早期血液自左房迅速流入左室时，导致弹性尚好的瓣叶迅速开放后又突然停止，所致瓣叶震动引起的拍击样声音
听诊特点	高调、响亮、清脆，持续时间短，呈拍击状
临床意义	二尖瓣狭窄，提示瓣膜弹性好，时作为二尖瓣分离术适应证的重要参考指标

心包叩击音【舒张期杂音】

产生机制	缩窄性心包炎时，舒张早期心室急速充盈，由于心包增厚，阻碍心室舒张以至心室在舒张过程中被迫骤然停止，导致室壁震动而产生
听诊特点	S2 后 0.09-0.12s 出现，中波、较响而短促的额外心音，于心尖部和胸骨下段左缘最清楚

肿瘤扑落音【舒张期杂音】

产生机制	粘液瘤在舒张期随血液进入左室，碰撞房、室壁和瓣膜，及瘤蒂柄突然紧张产生震动所致
听诊特点	1) 在 S2 后约 0.08-0.12s，音调低、短促、清脆；随体位改变而改变 2) 在心尖或其内侧胸骨左缘第 3、4 肋间听到
临床意义	左心房粘液瘤

收缩早期喀喇音

定义	出现于收缩早期，即 S1 后 0.05-0.07s【动脉瓣开瓣的声音】
产生机制	1) 扩张的主/肺动脉在心室射血时动脉壁震动，或主/肺动脉压力增高，主/肺动脉用力开启发生振动 2) 主、肺动脉瓣狭窄增厚的瓣叶在开启时突然受限产生振动
听诊特点	1) 紧跟在 S1 之后，音调高而清脆，时间段 2) 心底部听诊清楚，肺动脉喷射音在胸骨左缘第 2 肋间，主动脉喷射音在胸骨右缘第 2 肋间 3) 肺动脉喷射音于呼气时增强，吸气时减弱，主动脉喷射音不受呼吸影响
临床意义	肺动脉喷射音：肺动脉高压，原发性肺动脉扩张，轻中度肺动脉狭窄 主动脉喷射音：主动脉狭窄、主动脉闭塞、主动脉瘤、主动脉缩窄、高血压

收缩中晚期喀喇音【比上面重要】

定义	1) 出现于 S1 后 0.08s 以内为收缩中期喀喇音，出现于 S1 后 0.08s 以上为收缩晚期喀喇音 2) 收缩中、晚期喀喇音合并手算晚期杂音称为二尖瓣脱垂综合征
产生机制	1) 由于二尖瓣后叶或前叶在收缩中、晚期脱入左房，瓣叶突然紧张或其腱索突然被拉紧产生振动 2) 由于二尖瓣脱垂使二尖瓣关闭不全，血液反流至左房部分，病人可出现收缩晚期杂音
听诊特点	高调、短促、清脆，如关门落锁的 ka-ta 声 听诊部位在心尖区及其稍内侧 体位改变：下蹲→直立时喀喇音提前；下蹲、持续紧握指掌则延迟
临床意义	二尖瓣脱垂

医源性额外心音

人工瓣膜音	1) 在置换人工金属瓣膜后，均可产生瓣膜开关时撞击金属支架所致的金属乐音 2) 人工二尖瓣：关瓣音在心尖部最响，开瓣音在胸骨左下缘最明显 人工主动脉瓣：关瓣音尽在心底部闻及，开瓣音在心底及心尖部均可听到
人工起搏音	1) 起搏音：发生在 S1 前约 0.1s，高频、短促、带喀喇音性质，在心尖内侧或胸骨左下缘最清楚 2) 膈肌音：发生在 S1 之前，伴上腹部肌肉收缩，为起搏电极发放脉冲、刺激膈肌或膈神经收缩所产生

三、腹部检查

九分区法的方法和各位置的名称【17级五年制】【16级五年制】【15级5+3】

两侧肋弓下缘连线和两侧髂前上棘连线为两条水平线，左右髂前上棘至腹中线连线的中点画两条垂直线，四线相交将腹部划分为井字形九区，即右上腹部、左上腹部、上腹部、中腹部和下腹部

腹部触诊的注意事项？【16级5+3】

- 1) 检查前医师要向病人讲清触诊的目的，消除病人的紧张情绪，取得病人的密切配合。
- 2) 医师手应温暖，手法应轻柔，以免引起肌肉紧张，影响检查效果。在检查过程中，应随时观察病人表情。
- 3) 病人应采取适当体位，才能获得满意检查效果。通常取仰卧位，双手置于体侧，双腿稍曲，腹肌尽可能放松。
检查肝、脾、肾时也可嘱病人取侧卧位。
- 4) 触诊下腹部时，应嘱病人排尿，以免将充盈的膀胱误认为腹腔包块，有时也须排便后检查。
- 5) 触诊时医师应手脑并用，边检查边思索。应注意病变的部位、特点、毗邻关系，以明确病变的性质和来源

腹膜刺激征、反跳痛，反跳痛的临床意义【17级五年制】【16级五年制】

说明腹膜壁层已受炎症累及，是腹内脏器病变累及邻近腹膜的标志

简述脾肿大的测量方法 5 【17级5+3】 脾脏肿大的分级？【16级5+3】

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 甲乙线：左锁骨中线与左肋缘交点至脾下缘的距离 | 轻度肿大：深吸气时，脾缘不超过肋下 2cm |
| 甲丙线：左锁骨中线与左肋缘交点至脾最远端的距离 | 中度肿大：超过 2cm 至脐水平线以上 |
| 丁戊线：脾右缘距前正中线之间的距离 | 高度肿大：超过脐水平线或前面正中线 |
- 【越过正中线为正值，不及则为负值】

肝脏触诊的内容 7【17级5+3】

- 1) 大小【正常成人肝脏一般在肋缘下触及不到】
- 2) 质地【正常肝脏质地柔软，质感接近口唇】
- 3) 边缘和表面状态【正常肝脏边缘整齐、且厚薄一致、表面光滑】
- 4) 压痛【正常无压痛】
- 5) 搏动【肝肿大压迫到腹主动脉或右心室增大到向下推压肝脏时，出现肝脏的搏动】
- 6) 肝区摩擦感【掌面贴于肝区，患者腹式呼吸，正常时掌下无摩擦感，肝周围炎时，干表面和邻近腹膜可因纤维素性渗出物而变得粗糙】
- 7) 肝震颤【检查时需用浮沉触诊法，手指掌面按压片刻时，如感到一种细微的震动感，称为肝震颤，可见于肝棘

墨菲氏征的检查方法【15级 5+3】

检查者站在患者右侧，将左手掌平放于患者右胸下部，以左手拇指压迫右侧腹直肌外缘与右肋弓的交界处腹壁，嘱患者做深呼吸，在吸气过程中产生炎症的胆囊下移时触及用力按压的拇指，即可引起疼痛。如因剧烈疼痛而吸气中止，即为墨菲征阳性。

什么是腹壁静脉曲张？见于哪些情况？ 5【17级 5+3】

门静脉高压致循环障碍或上、下腔静脉回流受阻而有侧支循环形成时，此时附壁静脉可显而易见或迂曲变粗，称为腹壁静脉曲张。

见于肝硬化、上下腔静脉回流阻碍。

肾和输尿管压痛名称和部位【17级五年制】【16级五年制】

【肾脏和尿路有炎症或其他疾病时，可在相应部位出现压痛点】

- 1) 季肋点/前肾点：第10肋骨前端，右侧位置稍低，相当于肾盂位置
- 2) 上输尿管点：在脐水平腹直肌外缘
- 3) 中输尿管点：髂前上棘水平腹直肌外缘，相当于输尿管第二狭窄处
- 4) 肋脊点：背部第12肋骨与脊柱的交角【肋脊角】的顶点
- 5) 肋腰点：第12肋骨与腰肌外缘的交角【肋腰角】顶点

巨大卵巢囊肿与腹水的区别【16级 5+3】【15级 5+3】

腹水浊音在腹部两侧有移动性，尺压试验阴性

卵巢囊肿浊音在腹中部浊音无移动性，尺压实验阳性