正常情况下脾脏不能触及。内脏下垂或左侧胸腔积液、积气时膈下降，可使脾脏向下移位。除此以外，能触到脾脏则提示脾脏肿大

至正常2倍以上。脾脏明显肿大而位置又较表浅时，用右手单手稍用力触诊即可查到。如果肿大的脾脏位置较深，应用双手触诊法

进行检查，患者仰卧，两腿稍屈曲，医生左手绕过患者腹前方，手掌置于其左胸下部第9～11肋处，试将其脾脏从后向前托起，并

限制了胸廓运动，右手掌平放于脐部，与左肋弓大致成垂直方向，自脐平面开始配合呼吸，如同触诊肝脏一样，迎触脾尖，直至触

到脾缘或左肋缘为止(图2-6-10a)。在脾脏轻度肿大而仰卧位不易触到时，可嘱患者取右侧卧位，双下肢屈曲，此时用双手触诊则

容易触到(图2-6-10b)。

脾脏触诊比较困难，初学者常不能掌握要领以致漏诊。需注意按压不要太重，否则可能将脾脏挤开。脾脏肿大形态不一，有的很薄

很软，触到后也常不易察觉。有的呈狭长形，紧贴腰肌前面，故需沿左肋缘仔细触诊，认真体会。亦可站于受检者左肩旁，用钩指

触诊法单手或双手在肋缘触诊脾脏边缘。

脾脏肿大的测量法如下(图2-6-11)：

第Ⅰ线测量 指左锁骨中线与左肋缘交点至脾下缘的距离，以厘米表示(下同)。脾脏轻度肿大时只作第Ⅰ线测量。

第Ⅱ线测量和第Ⅲ线测量 脾脏明显肿大时，应加测第Ⅱ线和第Ⅲ线，前者系指左锁骨中线与左肋缘交点至脾脏最远点的距离(应大

于第Ⅰ线测量)，后者指脾右缘与前正中线的距离。如脾脏高度增大向右越过前正中线，则测量脾右缘至前正中线的最大距离，

以“＋”表示；未超过前正中线则测量脾右缘与前正中线的最短距离，以“-”表示。

临床记录中，常将脾肿大分为轻、中、高三度。脾缘不超过肋下2cm为轻度肿大；超过2cm，在脐水平线以上为中度肿大；超过脐水

平线或前正中线则为高度肿大，即巨脾。脾脏高度肿大时，应加测第Ⅱ、第Ⅲ线，并作图表示。

在左肋缘下还可能触到其他肿块，需与脾脏鉴别：①增大的左肾，其位置较深，边缘圆钝，表面光滑且无切迹。即使高度肿大，也

不会越过正中线。②肿大的肝左叶，可沿其边缘向右触诊，如发现其隐没于右肋缘后或与肝右叶相连，则为肝左叶。肝左叶肿大不

会引起脾浊音区扩大。③结肠脾曲肿物，质硬、多近圆形或不规则，与脾脏边缘不同。④胰尾部囊肿，无锐利的边缘和切迹，并且

不随呼吸移动。

触到脾脏后除注意大小外，还要注意它的质地、边缘和表面情况，有无压痛及摩擦感等。这些常可提示引起脾脏肿大的某些病因。

脾脏切迹为其形态特征，有助于鉴别诊断。

脾脏轻度肿大常见于急慢性肝炎、伤寒、粟粒型结核、急性疟疾、感染性心内膜炎及败血症等，一般质地柔软。脾脏中度肿大常见

于肝硬化、疟疾后遗症、慢性淋巴细胞性白血病、慢性溶血性黄疸、淋巴瘤、系统性红斑狼疮等，质地一般较硬。脾脏高度肿大，

表面光滑者见于慢性粒细胞性白血病、黑热病、慢性疟疾和骨髓纤维化等，表面不平滑而有结节者见于淋巴瘤和恶性组织细胞病。

脾脏表面有囊性肿物者见于脾囊肿。脾脏压痛见于脾脓肿、脾梗死等。脾周围炎或脾梗死时，由于脾包膜有纤维素性渗出，并累及

壁层腹膜，故脾脏触诊时有摩擦感且有明显压痛，听诊时也可闻及摩擦音。\_\_