

2013 临床执业医师实践技能操作考试真题完整版

【1 号题】陕西安康 第一站：病史采集：糖尿病酮症酸中毒；病例分析：前列腺增生；**第二站：**乳房触诊、扁桃体检查、移动性浊音、腹腔穿刺术；**第三站：**湿啰音、期前收缩、肠梗阻、大叶性肺炎、右室肥厚。

【1 号题答案】

病史采集：糖尿病酮症酸中毒

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问 (这里同学提供的题干有问题，缺少必要的主诉)

(1) 发病诱因：感染、饮食不当、糖尿病随意停、减药 (如：胰岛素、苯乙双胍)、其他应激 (如：外伤、手术、妊娠等) 及起病时间。

(2) 主要临床症状：原有糖尿病症状是否加重 (如多尿、口渴等症状加重)、呼吸是否困难 (Kussmaul 呼吸)、是否有脱水征 (如皮肤干燥，缺少弹性，眼球及两颊下陷，心率加快、脉搏细弱、血压及体温下降等)、是否有意识障碍等表现。

(3) 伴随症状：是否伴有恶心、呕吐、是否伴有腹痛、腹泻 (低钾易至麻痹性肠梗阻) 等表现。

(4) 患病以来大小便、饮食 (糖尿病人如饮食过量、过甜 (含糖过多) 或不足，酗酒，或呕吐、腹泻等，均可加重代谢紊乱而诱发 DKA)、睡眠及体重变化 (DKA 患者体重减轻) 等

2. 诊疗经过

(1) 是否到其他医院就诊，作过哪些检查；

(2) 起病来是否服用过任何药物。

(二) 相关病史

1. 是否有药物过敏病史；
2. 有无吸烟、饮酒、手术、外伤史；
3. 糖尿病治疗情况：长期服用的药物名称、剂量、服药情况。
4. 与该病有关的其他病史：有无高血压、贫血、消化性溃疡、感染等疾病
5. 家族病史、传染病史。(若女性患者要询问月经婚育史)

病例分析：前列腺增生

诊断依据

1. 病史凡 50 岁以上男性出现进行性排尿困难，应考虑有前列腺增生可能。
2. 症状排尿困难、尿潴留等。
3. 直肠指诊是重要的检查方法，直肠指诊可触及前列腺增大、表面光滑质韧而有弹性，中央沟变浅或消失即可作出初步诊断。

鉴别诊断

1. 膀胱颈挛缩：由慢性炎症所致。发病年龄较轻，多在 40~50 岁出现排尿困难症状，但前列腺体积不大。
2. 前列腺癌：前列腺呈结节状、质坚硬。血清 PSA 升高，前列腺穿刺活检阳性。

3.尿道狭窄：多有尿道损伤或感染病史。

4.神经源性膀胱功能障碍：常有中枢或周围神经系统损害的病史和体征，多同时存在下肢感觉和运动功能障碍，会阴部皮肤感觉及肛门括约肌张力减退或消失。尿流动力学检查可以明确诊断。

进一步检查

1.B超：可清晰显示前列腺的大小、内部结构、是否突入膀胱，还可测定膀胱残余尿量，了解有无膀胱结石以及上尿路有无继发积水等。

2.膀胱镜检查：有下尿路梗阻症状而前列腺不大，或有血尿疑膀胱内有其他病变时可行膀胱镜检查。

3.尿流率检查：可以确定前列腺增生病人排尿的梗阻程度。如最大尿流率 $<15\text{ml/s}$ 表明排尿不畅；如 $<10\text{ml/s}$ 则表明梗阻较严重。如果排尿困难主要是由于逼尿肌功能失常引起，应作尿流动力学检查。

4.前列腺特异抗原(PSA)测定：对排除前列腺癌，尤其是前列腺有结节或质地较硬时 PSA 测定十分必要。血清 PSA 正常值为小于 4ng/ml 。

5.放射性核素肾图：有助于了解上尿路有无梗阻及肾功能损害。

6.有血尿的病人应行静脉尿路造影和膀胱镜检查，以除外合并有泌尿系肿瘤的可能。

治疗原则

(1)药物治疗： α_1 受体阻滞剂、 5α -还原酶抑制剂。

(2)手术治疗：①经尿道前列腺切除术；②开放性手术耻骨上经膀胱或耻骨后前列腺切除术。

(3)其他疗法：①激光治疗；②经尿道球囊高压扩张术；③前列腺尿道网状支架；④经尿道热疗，如微波、射频等。

乳房检查

1.视诊

(1) 注意两侧乳房是否对称。

(2) 外观情况：表面皮肤有无发红、溃疡。"橘皮样"改变多见于恶性肿瘤，常由于肿瘤细胞机械性阻塞皮肤淋巴管引起淋巴水肿所致。

(3) 乳头：近期出现乳头内缩提示肿瘤的可能。出现乳头分泌物时应注意其颜色、有无出血等。乳头分泌物常见于不同类型的炎症。出血常见于导管内良性乳突状瘤或恶性肿瘤。

(4) 皮肤回缩：可见于外伤、炎症或肿瘤。

2.触诊

检查时手指和手掌平放在乳房上，以指腹施压，旋转或滑动进行触诊。检查左侧乳房时，从外上象限开始沿顺时针分别触诊四个象限，检查右侧乳房时，从外上象限开始沿逆时针分别触诊四个象限，最后触诊乳头。检查乳房的硬度和弹性、有无压痛和包块。发现包块时注意其部位、大小、外形、硬度和活动度及有无压痛等。恶性肿瘤常常表现为表面凹凸不平、质地坚硬而活动度差，通常压痛不明显。

扁桃体检查

被检查者取坐位,头略后仰,口张大并发“啊”音,此时医师用压舌板在舌的前 2/3 与后 1/3 交界处迅速下压,此时软腭上抬,在照明的配合下即可见软腭,腭垂,软腭弓,扁桃体,咽后壁等。

指出主要检查项目:检查时注意咽部黏膜有无充血,红肿,分泌物,反射.有无腺样体增生等,软腭运动情况,悬壅垂是否居中. 吞咽有无呛咳. 大小及有无充血和分泌物,假膜. 扁桃体发炎时,腺体红肿,增大,在扁桃体隐窝内有黄白色分泌物,或渗出物形成的苔片状假膜,很易剥离. 临床上把扁桃体肿大分为三度: I 度:扁桃体肿大不超过咽腭弓; II 度:超过咽腭弓; III 度:肿大达咽后壁中线。

移动性浊音

检查时先让被检查者仰卧,由脐部开始向左侧叩诊,直到出现浊音,叩诊板指不动,嘱被检查者右侧卧,再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象,可在右侧卧位的情况下,向右叩诊直至再次出现浊音,然后嘱患者左侧卧位,叩诊板指不动,再次叩诊该部位转为鼓音,向右侧继续叩诊均呈鼓音,则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体,且液体量超过 1000ml。

腹腔穿刺术

穿刺点①左下腹部脐与髂前上棘连线的中、外 1/3 交点处,不易损伤腹壁动脉;②侧卧位穿刺点在脐水平线与腋前线或腋中线交叉处较为安全,常用于诊断性穿刺;③脐与耻骨联合

连线的中点上方 1.0cm，稍偏左或偏右 1.0~1.5cm 处，无重要器官且易愈合；④少数积液或包裹性积液，可在 B 超引导下定位穿刺。

术者戴无菌手套，穿刺部位常规消毒及盖洞巾，用 2%利多卡因自皮肤至腹膜壁层做局部麻醉。用左手固定穿刺部皮肤，右手持针经麻醉处垂直刺入腹壁，然后倾斜 45°~60°进 1~2cm 后再垂直刺于腹膜层，待感针峰抵抗感突然消失时，表示针头已穿过腹膜壁层即可抽取腹水，并将抽出液放入试管中送检。作诊断性穿刺时，可直接用 20ml 或 50ml 注射针及适当针头进行。大量放液时，可用 8 号或 9 号针头，并在针尾接一橡皮管，再夹输液夹子以调节速度，将腹水引入容器中以备测量和化验检查。注意放液不宜过多过快，肝硬化患者一般一次不宜超过 3000ml。

同学提供的第三站内容，是机考缺少原题故暂缺解析。

【2 号题】黑龙江哈尔滨 第二站：腋窝淋巴结的触诊，肝脏触诊（单双手），语音震颤。

黑龙江哈尔滨 第二站【2 号题答案】

腋窝淋巴结的触诊

检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏触诊（单双手）

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触

到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊,以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

(1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

(2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 \leq 1cm,剑下 \leq 3~5cm,上下径9~11cm。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

语音震颤

检查语音震颤时,可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁,嘱患者发低音调"yi"长音,通过单手或双手进行检查,由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等;增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

【2号题】云南 第一站:病史采集:女性,48岁,间断咳痰、痰中带血2年,咯血1天。

云南 第一站【2号题答案】

病史采集:女性,48岁,间断咳痰、痰中带血2年,咯血1天

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 发病诱因:有无受凉、疲劳、免疫力低下等;

(2) 主要临床症状：咳痰的性质、性状、颜色、及加重诱发缓解因素(体位、药物、劳累等。)咯血血量、颜色性状；

(3) 伴随症状：是否伴有发热、胸痛、呼吸困难；有无出汗(盗汗)有无其他部位出血；是否伴有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等表现(咯血需与呕血相鉴别故需询问消化系统症状)。

(4) 患病以来大小便、饮食、睡眠及体重变化等

2. 诊疗经过

(1) 是否到其他医院就诊，作过哪些检查；

(2) 起病来是否服用过任何药物。

(二) 相关病史

1. 是否有药物过敏病史；

2. 有无吸烟、饮酒、手术、外伤史；

3. 长期咳痰病史服用药物情况：药物名称、剂量，服用情况。

4. 与该病有关的其他病史：既往有无其他慢性呼吸系统病史(如肺结核、支气管扩张等)有无高血压、心脏病史，有否吸烟史(时间、量)、职业(工作环境)。

5. 家族病史、传染病史(肺TB病史)、月经婚育史。

【2号题】第一站：病史采集——女，17岁，腰痛、低热、盗汗3月。病例分析男，50岁，咳嗽，咳痰10余年，发热加重2天，有慢支病史10余年，每次受凉后咳浓痰，气喘，用支气管扩张剂后，前两天因受凉发病，呼吸困难。医学教育网整理，半卧位：查：T38.5度，P110次/分，BP138/90mmhg，R28次/分，发绀，半卧位，双肺闻及哮鸣音，右下肺伴

有湿罗音；辅助检查：白细胞、中心粒细胞升高；氧分压 60 二氧化碳分压升高，X：显示肺气肿。**第二站**：扁桃体检查 心脏出=触诊 腹部肌张力、压痛、反跳痛检查；右腰部囊肿切开、缝合。**第三站**：室前期收缩——哮鸣音（支气管异物）——正常 ECG——消化道穿孔——左股骨骨折——大叶性肺炎。

【2 号题】第一站答案

病史采集——女，17 岁，腰痛、低热、盗汗 3 月

（一）现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

（1）发病诱因：有无感染病史，传染病接触史。

（2）主要临床症状：疼痛的范围、部位、性质，是否为持续性或间歇性疼痛；疼痛为钝痛、锐痛、隐痛、有无其他部位疼痛（牵涉痛、放射痛）；有无诱发缓解因素（体位、休息等）；体温度数、有无明显时间段体温升高和变化等情况。

（3）伴随症状：是否伴尿频、尿急、尿痛等（膀胱刺激征）；尿色颜色有无任何变化（肾结核尿色可呈米汤样、血尿）等表现。

（4）患病以来饮食（食欲减退）、睡眠及体重（消瘦）、排便等变化

2. 诊疗经过

（1）是否到其他医院就诊，作过哪些检查；

（2）起病来是否服用过任何药物。

（二）相关病史

1. 是否有药物过敏病史；
2. 有无吸烟、饮酒、手术、外伤史；
3. 与该病有关的其他病史：结核病史、肾脏疾病病史。
5. 家族病史、传染病史、月经婚育史。

病例分析

病例分析男，50岁，咳嗽，咳痰10余年，发热加重2天，有慢支病史10余年，每次受凉后咳浓痰，气喘，用支气管扩张剂后，（这里题干信息不全）前两天因受凉发病，呼吸困难
医学教育网整理，半卧位：查：T38.5度，P110次/分，BP138/90mmhg，R28次/分，发绀，半卧位，双肺闻及哮鸣音，右下肺伴有湿罗音；辅助检查：白细胞、中性粒细胞升高；氧分压60 二氧化碳分压升高，X：显示肺气肿。

初步诊断：1.慢性支气管炎（急性发作）；2.COPD？

依据：1.老年男性，慢支病程10年；2.咳嗽、咳痰10余年，发热加重2天、高热、发绀、双肺哮鸣音、湿罗音，中性粒细胞高，X线提示肺气肿；

进一步检查：1.肺功能 FEV1、FEV1/FVC、TLC、FRC、RV、VC；2.痰涂片+培养；

治疗原则：1.一般治疗：加强卫生宣教、戒烟酒，休息、家庭长期氧疗；2.药物治疗：抗炎、祛痰药，支气管舒张药、必要时考虑糖皮质激素治疗、控制性氧疗。

第二站：扁桃体检查 心脏出=触诊 腹部肌张力、压痛、反跳痛检查；右腰部囊肿切开、缝合。

扁桃体检查

被检查者取坐位,头略后仰,口张大并发“啊”音,此时医师用压舌板在舌的前 2/3 与后 1/3 交界处迅速下压,此时软腭上抬,在照明的配合下即可见软腭,腭垂,软腭弓,扁桃体,咽后壁等。

指出主要检查项目:检查时注意咽部黏膜有无充血,红肿,分泌物,反射.有无腺样体增生等,软腭运动情况,悬壅垂是否居中. 吞咽有无呛咳. 大小及有无充血和分泌物,假膜. 扁桃体发炎时,腺体红肿,增大,在扁桃体隐窝内有黄白色分泌物,或渗出物形成的苔片状假膜,很易剥离. 临床上把扁桃体肿大分为三度:Ⅰ度:扁桃体肿大不超过咽腭弓;Ⅱ度:超过咽腭弓;Ⅲ度:肿大达咽后壁中线。

心脏触诊

包括心尖搏动、震颤和心包摩擦感等内容。心脏触诊时首先用手掌感觉心脏搏动的大体位置,然后用示指和中指对心尖搏动进行详细触诊。触诊心前区震颤和心包摩擦感时用小鱼际检查。

1.心尖搏动 位置同视诊,正常范围 2~2.5cm.

(1)心尖搏动的位置改变:意义同视诊。

(2)心尖搏动的强度和范围异常:心尖搏动增强见于心肌收缩力增强或左心室肥大,如严重贫血、甲亢、高血压等。抬举性搏动是左室肥大的可靠体征。心尖搏动减弱且弥散见于心肌炎或扩张性心肌病。 j

2.心前区震颤 触诊时手掌感觉的细小振动,一旦发现说明心脏存在器质性病变。触及震颤后,注意震颤的部位以及发生时相。震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定,心尖搏动时冲击手掌或颈动脉搏动后出现的为收缩期震颤,而在之前出现的为舒张期震颤。主要发生机制为:血液在心脏或血管内流动时产生湍流,引起室壁、瓣膜或血管壁振动,传导至胸壁。

(1) 收缩期：胸骨右缘第 2 肋间：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。

(2) 舒张期：心尖部：二尖瓣狭窄。

(3) 连续性：胸骨左缘第 2 肋间：动脉导管未闭。

3. 心包摩擦感触诊部位在胸骨左缘第 4 肋间。特征为收缩期和舒张期双相的粗糙摩擦感，收缩期更易触及，坐位前倾呼气末明显。见于感染性（结核性心包炎多见）和非感染性（尿毒症、梗死后综合征、SLE 等）心包炎。

腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；

2) 揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

压痛和反跳痛

(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出

现压痛。反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

囊肿切开

以囊肿为中心作梭形切口，将皮瓣连同囊肿一并切除；如囊肿较小，可作一直切口。切开皮下组织后，用组织钳翻起一端皮瓣，轻轻提起肿物，再用组织剪(或止血钳)沿囊肿边缘分离，使之完全游离；囊肿底部的纤维条索，用止血钳钳夹、剪断后结扎，即可完整切除囊肿。伤口冲洗、止血后，分层缝合切口，稍微加压包扎

【3号题】第一站：病史采集：男，60岁，双下肢水肿1月，气短2天。病例分析：急性甲型肝炎。**第二站：**体格检查：腋窝淋巴结触诊。肝脏触诊(单双手)。语音震颤
医学教育网整理，都要说明体检结果。操作：穿脱隔离衣。**第三站：**问：脱隔离衣的时候衣袖碰到面部怎么办？肝硬化腹水体格检查有何阳性发现？

【3号题答案】

病史采集：男，60岁，双下肢水肿1月，气短2天。

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 发病诱因：感染、劳累因素；

(2) 主要临床症状：水肿首发部位、发展顺序、范围及速度，是否是凹陷性、与体位相关；

气短是否有规律性，诱发加重缓解因素(昼夜、运动、体位、劳累等)等。

(3) 伴随症状：是否伴有呼吸困难、心悸、发绀、胸痛等，是否有发热、咳嗽、咳痰等表现。

(4) 患病以来大小便、饮食、睡眠及体重变化等

2. 诊疗经过

(1) 是否到其他医院就诊，作过哪些检查；

(2) 起病来是否服用过任何药物，药物名、剂量、服用情况等

(二) 相关病史

1. 是否有药物过敏病史；

2. 有无吸烟、饮酒、手术、外伤史；

3. 与该病有关的其他病史：高血压、肺心病、冠心病、肝、肾疾病病史

5. 家族病史、传染病史。

病例分析：急性甲型肝炎

诊断依据：

1. 甲型肝炎一个月内居住或到过甲肝流行区，不洁饮食、饮水史，或有甲肝病人密切接触史。

2. 主要依据：血清抗 HAVIgM 阳性

3. 症状：乏力、食欲减退、恶心等症状，病初可伴有发热；肝肿大伴压痛、肝区叩击痛。

化验有血清丙氨酸转移酶 (ALT) 显著升高。有尿黄、皮肤巩膜黄染及血清胆红素大于 17.1

$\mu\text{mol} / \text{L}$ 为黄疸型，否则为无黄疸型。

进一步检查：

1. 血常规
2. 生化检查：ALT、AST、TBIL、DBIL、ALP、GGT、血清白蛋白、球蛋白
3. 病原学检查：HAVAB-IgM -IgG；乙肝 5 项、抗 HCV。
4. 腹部 B 超

鉴别诊断：

- 1.溶血性黄疸； 2.肝外阻塞性黄疸；3.其他类型病毒性肝炎。

治疗原则：

1. 一般治疗：注意休息、营养、禁烟酒、避免肝损害药物。
2. 药物治疗：改善和恢复肝脏功能，一般不采用抗病毒治疗。

腋窝淋巴结的触诊

检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏触诊（单双手）

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触

到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊,以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

(1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

(2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 \leq 1cm,剑下 \leq 3~5cm,上下径9~11cm。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

语音震颤

检查语音震颤时,可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁,嘱患者发低音调"yi"长音,通过单手或双手进行检查,由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等;增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

穿脱隔离衣

1.穿隔离衣前要带好帽子、口罩、取下手表、卷袖过肘、洗手。

2.手持衣领从衣钩上取下隔离衣,把清洁面朝向自己,将衣服向外折,露出衣袖内口,一手持衣领,另一手伸入袖内并向上抖,注意勿触及面部。同时,将衣领向上拉,使另一手露出来。依此法穿好另一袖。两手持衣领顺边缘由前向后扣好领扣,然后扣好袖口或系上袖带。

从腰部向下约 5cm 处自一侧衣缝将后身向前拉,见到衣边捏住,依法将另一边捏住,两手在背后将两侧衣边对齐,向一侧按压折叠,以一手按住,另一手将腰带拉至背后压住折叠处,在背后交叉,回到前面打一活结,系好腰带。

3.如隔离衣衣袖过长,可将肩部纽扣扣上。穿好隔离衣,即可进行工作。

脱隔离衣时,先解开腰带,在前面打一活结;解开袖口,在肘部将部分袖子塞入工作服内,暴露前臂;消毒双手,从前臂至指尖顺序刷洗两分钟,清水冲洗,擦干;解开衣领;一手伸入另一侧袖口内,拉下衣袖过手(用清洁手拉袖口内的清洁面),用遮盖着的手在外面拉下另一衣袖;两手在袖内使袖子对齐,双臂逐渐退出。双手持衣领,将隔离衣两边对齐(挂在半污染区的隔离衣,清洁面向外;如挂在污染区的隔离衣,污染面向外)挂在钩上。

脱隔离衣的时候衣袖碰到面部怎么办?

脱隔离衣时,衣袖碰到面部,应该立刻用肥皂水清洗面部。

肝硬化腹水体格检查有何阳性发现

在体格检查时叩诊时移动性浊音为阳性、液波震颤阳性;同时视诊到水母头表现等。

【4 号题】广西 第一站:病史采集:男,30 岁,咳嗽、咳痰 5 年,咯血 1 天。病例分析:十二指肠溃疡并穿孔,腹膜炎。**第二站:**体格检查:眼睑、结膜、角膜检查,胸部听诊检查,腹部紧张度,压痛、反跳痛检查。都要说明体检结果。操作:腰椎穿刺并涂玻片。**第三站:**问:是否要做细胞学检查,为什么?第三站:胸膜摩擦音,正常心电图,阵发性室上速,手部骨折片。

广西 第一站【4 号题答案】

病史采集:男,30 岁,咳嗽、咳痰 5 年,咯血 1 天

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 起病诱因：有无受凉、疲劳、免疫力低下等因素；

(2) 主要临床症状：咳嗽、咳痰的性质、性状、颜色、及加重诱发缓解因素（体位、药物、劳累等。）咯血血量、颜色性状；

(3) 伴随症状：是否伴有发热、胸痛、呼吸困难；有无出汗（盗汗）有无其他部位出血；是否伴有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等表现（咯血需与呕血相鉴别故需询问消化系统症状）。

(4) 患病以来大小便、饮食、睡眠及体重变化等

2. 诊疗经过

(1) 是否到其他医院就诊，作过哪些检查；

(2) 起病来是否服用过任何药物。

(二) 相关病史

1. 是否有药物过敏病史；

2. 有无吸烟、有否吸烟史（时间、量）、职业（工作环境）、饮酒、手术、外伤史；

3. 5年来长期咳嗽、咳痰病史服用药物情况：药物名称、剂量，服用情况。

4. 与该病有关的其他病史：既往有无其他慢性呼吸系统病史（如肺结核、支气管扩张等）有无高血压、心脏病史。

5. 家族病史、传染病史（肺 TB 病史）。

病例分析：十二指肠溃疡并穿孔 腹膜炎

诊断依据：

慢性病程、周期性发作的节律性上腹疼痛是诊断消化性溃疡的重要线索。穿孔后：肝浊音界缩小或消失、腹部平片提示膈下游离气体；溃疡确诊有赖胃镜检查。X线钡餐检查发现龛影亦有确诊价值。

鉴别诊断：

1.慢性胃炎慢性 2.慢性胆囊炎慢性病程 3.胃癌 4.功能性消化不良；

进一步检查

1.腹部 X 线平片一般采用立位，可发现膈下游离气体，若病人有休克症状，则可右侧卧位床旁拍片，显示左侧上腹游离气体。

2.诊断性腹腔穿刺必要时采用，若抽出含有消化液及食物残渣的混合液体，可明确诊断。

治疗原则

1.非手术治疗持续胃肠减压、开放静脉输液，以减少胃肠内容漏入腹腔，同时给予抗感染、抗休克、纠正水电解质紊乱、抑制胃酸分泌等药物治疗。对于空腹情况下的穿孔、无明显中毒症状、腹膜刺激体征较轻或范围较局限的病例，可以通过上述治疗使穿孔自行闭合、炎症消退。

2.手术治疗

(1)穿孔修补术 (2)胃大部切除术

眼睑、结膜、角膜检查

眼睑：应注意眼睑皮肤、形状和运动，尤其时上睑是否下垂，闭合有否障碍等。

结膜与巩膜：检查时需将眼睑外翻，充分暴露巩膜与结膜。翻转上睑时，用示指和拇指捏起上睑中部边缘，嘱被检者向下看，此时轻轻向前下方牵拉，然后示指向下压迫睑板上缘，拇指将睑缘向上捻转，即可将上睑翻开。检查下睑结膜时，嘱被检者向上看，拇指置于眼眶下缘将眼睑向下拉，即可将巩膜与下睑结膜显露出来。

正常结膜呈粉红色，检查时注意其颜色，充血、苍白、黄染、出血点等。正常巩膜为瓷白色，检查时注意有无黄染等。

角膜：正常人角膜无色透明而有光泽。检查时用笔形手电由角膜斜方照射进行视诊，观察角膜光泽、透明度、有无云翳、白斑、溃疡、软化及新生血管。

胸部听诊

包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，可嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素（多见于老年人）所致。

腹壁紧张度

腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；(2) 普遍性腹壁紧张

①板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；②揉面感：见于干性结核

性腹膜炎、癌性腹膜炎。

压痛、反跳痛

(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为"腹膜炎三联征"。

腰椎穿刺术并涂玻片

1. 体位病人侧卧位于硬板床上，背部与床面垂直。头向前胸部屈曲，双手抱膝紧贴腹部，使躯干呈弓形。或由助手协助使病人躯干呈弓形。

2. 确定穿刺点双侧髂后上棘连线与后正中线交会处为穿刺点。一般取第 3 ~ 4 腰椎棘间隙。有时可上移或下移一个腰椎间隙。

3. 戴无菌手套，常规消毒皮肤，盖洞巾，用 2% 利多卡因自皮肤到椎间韧带作局部麻醉。

4. 术者左手固定穿刺点皮肤, 右手持穿刺针, 以垂直背部的方向或略向头侧缓慢刺入。

成人进针深度约 4~6cm, 儿童则为 2~4cm。当针头穿过韧带与硬脑膜时, 有阻力突然消失的落空感。此时将针芯慢慢抽出, 可见脑脊液流出。

5. 测量脑脊液压力放液前先接上测压管测量压力。正常侧卧位脑脊液压力为 70~180mmH₂O, 或 40~50 滴 / 分钟。

6. 撤去测压管, 根据检测要求收集脑脊液涂波片送检。

7. 插入针芯后, 拔出穿刺针, 盖消毒纱布并用胶布固定。

因缺少第三站原题, 故暂缺答案。

【4 号题】四川南充 第二站: 体格检查: 腋窝淋巴结、语音震惨, 肝脏的单手、双手触诊。

问题是: 腹部脓肿怎么确诊, 答案是: 腹部深部触诊, 穿刺, 腹部彩超。肝硬化腹水触诊时有什么阳性体征, 答案是: 移动性浊音阳性, 液波震颤阳性。

四川南充 第二站【4 号题答案】

腋窝淋巴结的触诊

检查右侧时, 检查者右手握被检查者右手, 使其前臂稍外展, 左手四指并拢稍弯曲, 自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝, 直达腋窝顶部, 自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸, 依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏触诊 (单双手)

触诊肝脏时, 右手三指并拢, 掌指关节伸直, 示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,

估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊,以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

(1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

(2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

语音震颤

检查语音震颤时,可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁,嘱患者发低音调"yi"长音,通过单手或双手进行检查,由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等;增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

腹部脓肿怎么确诊,答案是:腹部深部触诊,穿刺,腹部彩超。

肝硬化腹水触诊时有什么阳性体征,答案是:移动性浊音阳性,液波震颤阳性。

【4号题】第一站:病史采集:男,70岁,气促20天,10年前心梗。病例分析:女,38岁,乏力,消瘦三个月,近两个月来食欲下降,体重下降5kg,偶有黑便,右下腹部可触及肠管型肿块/无压痛/活动度小/查/HP 80g/L/wBc 正常/红细胞正常/便隐血阳性。**第二站:**心脏的听诊,气管的检查,清创术。

【4号题】第一站答案

病史采集：男，70岁，气促20天，10年前心梗。

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 发病诱因：气促出现诱发因素（体力活动、情绪激动、冷空气、刺激性气体等）。

(2) 主要临床症状：气促的强度、持续时间、频率、昼夜发作情况；发作时有无心跳增快、是否憋气，有无吸气性或呼气性困难，有否诱发加重缓解因素（服药、休息等）；现有无出现心前区疼痛等心梗表现。

(3) 伴随症状：是否伴有头晕、发热、咳嗽、咳痰等症；有无合并胸闷、胸痛感；夜间休息能否平卧、有否呼吸困难、有无眼睑、下肢水肿等表现。

(4) 患病以来饮食、睡眠及体重、排便等情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到其他医院就诊，作过哪些检查；

(2) 起病来是否服用过任何药物。

(二) 相关病史

1. 是否有药物过敏病史；

2. 有无吸烟、饮酒、手术、外伤史；

3. 心梗治疗病史：用药名称、剂量、涉及的检查项目结果。

4.与该病有关的其他病史：高血压、高血脂、肝肾疾病。

5.家族病史、传染病史。

病例分析：女，38岁，乏力，消瘦三个月，近两个月来食欲下降，体重下降5kg，偶有黑便，右下腹部可触及肠管型肿块/无压痛/活动度小/查/HP 80g/L/wBc 正常/红细胞正常/便隐血阳性

题干信息缺失：初步判断为腹部肿瘤。右下腹部可触及肠管型肿块提示右腹部肿瘤压迫导致肠管扩张，引起不完全性的肠梗阻；另次要诊断贫血。

心脏听诊：

1.心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始，依次听诊二尖瓣区（心尖部）→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）→主动脉瓣第二听诊区（胸骨左缘第3肋间）→三尖瓣区（胸骨左缘第4、5肋间）。

2.正常心音正常情况下可听到第一心音（S1）和第二心音（S2）。S1是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣叶振动所致，是心室收缩开始的标志，心尖部听诊最清晰。S2是血流在主动脉与肺动脉内突然减速，半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致，是心室舒张开始的标志，在心尖搏动后出现，与下一个S1距离较远，心底部听诊最清晰。

气管检查

气管是否居中。检查方法有：

（1）检查者将示指与环指置于双侧胸锁关节上，以中指自甲状软骨向下移动触摸气管，感觉并观察气管是否居中。

（2）检查者将示指与中指置于气管与双侧胸锁乳突肌之间的间隙，通过感觉两侧间隙的宽度判断气管是否居中。

清创术操作步骤：

1. 清洁伤口周围皮肤 先用无菌纱布覆盖伤 1:1, 剃去伤口周围的毛发, 其范围应距离伤口边缘 5cm 以上, 有油污者, 用汽油或者乙醚擦除(以上步骤由巡回护士完成)。
2. 手术者洗手、穿手术衣后戴无菌手套, 用无菌纱布覆盖伤口, 用肥皂水和无菌毛刷刷洗伤口周围的皮肤, 继以无菌盐水冲洗, 一般反复冲洗 3 次, 严重污染伤口可刷洗多次, 直至清洁为止, 注意勿使冲洗肥皂水流入伤口内。
3. 清洗、检查伤口 术者不摘无菌手套, 去除覆盖伤口的无菌纱布, 用无菌生理盐水冲洗伤口, 并以夹持小纱布的海绵钳轻轻擦拭伤口内的组织, 用 3% 的过氧化氢溶液冲洗, 待创面呈现泡沫后, 再用无菌生理盐水冲洗干净。擦干伤口内的冲洗液及伤口周围皮肤, 检查伤口内有无血凝块及异物, 并检查伤口深度, 有无合并神经、血管、筋腱与骨骼损伤, 在此过程中若遇有较大的出血点, 应予以止血。如四肢创面有大量出血, 可用止血带, 并记录上血带时间, 此时, 用无菌纱布覆盖伤口。
4. 皮肤消毒、铺无菌巾 洗手、泡手后不戴无菌手套, 以 0.75% 碘酊消毒皮肤, 铺无菌巾。注意, 勿使消毒液流入伤口内, 必要时伤口周围局部麻醉。
5. 清理伤口 术者、助手再次消毒双手后, 戴无菌手套, 用手术剪清除伤口周围不整齐的皮肤边缘 1~2mm, 失去活力呈灰白色或不出血呈紫色的皮肤应予以去除。若切口过小, 应扩大切口充分暴露。一般从伤口两端沿纵轴延长(有时须据功能和外观选择延长切口的方向), 深筋膜也应当做相应的切开, 彻底止血, 小的渗血可压迫止血, 较大出血予以结扎, 尽量取净伤口内的异物, 剪除伤口内失去活力的组织, 由浅入深仔细清除, 但不应将不该切除的组织一并切除。对于手、面部及关节附近的伤口更应特别注意。脂肪组织易发生坏死、液化而至感染, 失去活力的筋膜会影响伤口的愈合, 均应尽量予以切除。
6. 去除坏死和失去活力的肌肉组织 凡夹捏不收缩, 切开不出血或无颜色改变的肌肉组织,

都要彻底切除或剪除。污染明显与骨膜分离的小碎骨片可以去除,较大的游离骨片或与软组织相连的小骨片,予以保留,放回原位,以恢复解剖形态及功能,关节囊内的小游离骨片必须彻底清除,并将关节囊缝合。

7. 血管损伤的处理 不影响伤口血液循环的断裂血管,可予以结扎。若主要血管损伤,清创后需进行动、静脉吻合或修补。将损伤的血管近、远端剥离清楚,用无损伤血管钳夹住两端阻断血流,用小剪刀将血管外膜去除一端,将断端修剪整齐后对合两断端。用细丝线在两侧各做一褥式缝合,用生理盐水放入少许肝素冲洗管腔,以防凝血块再凝固,将两缝线牵紧,用连续缝合法缝合前壁,翻转血管按前法缝合后壁。放松远端血管夹,检查吻合口是否严密,如无缝隙,即去除近端血管夹,恢复血运。

8. 缝合伤口 遵循清创缝合原则,完成符合缝合要求的伤口,经上述步骤处理的伤口则为清洁伤口,再用无菌盐水冲洗伤口。如手术台面无菌巾已浸透,则应加盖无菌巾。清理伤口,由深层向浅层按局部的解剖层次进行缝合。避免遗留无效腔,防止形成血肿,缝合时松紧度要适宜,以免影响局部血运。用间断缝合法缝合皮下组织后,采用 70%乙醇消毒伤口周围的皮肤,间断缝合法缝合皮肤。对齐皮缘,挤出皮下积血,再次用 70%乙醇消毒皮肤,覆盖无菌纱布,并妥善包扎固定。

9. 伤口表浅,止血良好,缝合后没有无效腔时,一般不必放置引流物。伤口深,损伤范围大且重。污染重的伤口和无效腔可能存在有血肿形成时,应放置引流物。

【5 号题】贵州毕节 第二站：甲状腺的检查,脾脏的双手触诊,基本操作:心肺复苏。

贵州毕节 第二站【5 号题答案】

甲状腺检查

触诊:甲状腺较小(如 I 度肿大)时,可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧,

嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如Ⅱ度及以上肿大)时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

听诊：触及甲状腺肿大时，应进行听诊检查。出现杂音常见于甲状腺功能亢进症。

脾脏双手触诊

被检查者仰卧，检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位，并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸，检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显，开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到，可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直，左下肢屈曲，使腹壁放松)。检查方法同上。

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼吸下降，导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。

2) 第二测量: 又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第三测量: 又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线, 测量为正值, 反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大 (肋下 < 2cm) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎;

中度肿大 (不过脐): 见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线): 见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

心肺复苏

患者意识突然消失, 同时患者胸廓无呼吸起伏动作或者仅有叹息样呼吸, 则判断其心脏骤停。

对于医务人员, 可触摸颈动脉搏动消失, 时间不超过 10 秒, 但并不强调。呼叫同事抢救的

同时, 置患者于平卧位躺在硬板床或地上, 去枕, 解开衣扣, 松解腰带。术者站立或跪在患

者身体一侧, 两只手掌根重叠于患者胸骨下半部分。肘关节伸直, 借助身体之重力向患者记

住方向按压。按压应使胸骨下陷 5cm 以上 (婴幼儿下陷 1.5~3.5cm) 后, 突然放松。按压

频率 100 次/分以上。担任抢救时, 每按压 30 次, 俯下做口对口人工呼吸 2 次 (30:2)。

开放气道用仰头举颏法, 将一只手置于患者的前额, 轻压患者的头部使后仰, 将另一只手示

指和中指指尖置于患者颏骨的下方, 提起下颏开放气道, 使口角和耳垂连线与地面垂直。用

纱布或手帕清除患者抠鼻分泌物及异物, 保持呼吸道畅通。口对口人工呼吸时, 一只手将患

者的下颏向上提起, 另一手以拇指和示指捏紧患者的鼻孔。术者平静吸气后, 将口唇紧贴患

者口唇, 把患者嘴完全包住, 深而快地向患者口内吹气, 时间应持续在 1 秒以上, 吹气量

500~600ml,直至患者胸廓向上抬起。此时,立刻脱离接触,面向患者胸部再吸空气,以便再行下次人工呼吸。与此同时,使患者的口张开,并松开捏鼻的手,观察胸部恢复情况

【5号题】重庆 第二站:腋窝淋巴结检查,脾脏的双手触诊,肱二头肌检查。基本操作:
腹腔镜胆囊手术前肥皂水洗手。

重庆 第二站【5号题答案】

腋窝淋巴结的触诊

检查右侧时,检查者右手握被检查者右手,使其前臂稍外展,左手四指并拢稍弯曲,自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

脾脏双手触诊

被检查者仰卧,检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位,并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸,检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显,开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到,可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直,左下肢屈曲,使腹壁放松)。检查方法同上。

注意:脾脏位置较浅,手法要轻,用力过大可能把脾脏推入腹腔深部,或影响脾脏随呼吸下降,导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量:

- 1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。
- 3) 第三测量：又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线，测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大 (肋下 < 2cm) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大 (不过脐)：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线)：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

肱二头肌检查

肱二头肌反射 (C₅~₆)：被检查者屈肘，前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部，以左手拇指置于肱二头肌腱上，用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

滑车上淋巴结检查时，检查者以左手托被检查者右前臂，在右手肱二头肌肌间沟触诊。

肥皂水洗手

(1) 无菌刷手：用消毒毛刷蘸消毒肥皂水刷手指尖、手、腕、前臂至肘上 10cm 处，两上肢交替进行刷洗，特别要注意甲缘、甲沟、指蹼等处。刷完一次后用清水将肥皂水冲去。共刷洗三遍，每遍比上一遍低 2cm。分别为肘上 10cm、8cm、6cm，时间共 10 分钟。冲洗后保持拱手姿势。

(2) 擦手：用无菌小毛巾由手向前臂、肘部到上臂(肘上 6cm 处)顺序擦干，先擦干一侧，

翻转小毛巾再擦另一侧，擦过肘部的小毛巾不能再接触手和前臂。

(3)将手、前臂到肘上 6cm 处浸泡在 70%酒精内，共 5 分钟。

(4)手臂浸泡后保持拱手姿势，待其自然干。

刷手完成后双手保持在胸前，双肘呈半屈位。消毒后的双手应该保持在下不可低过腰际以下，上不可高过肩部的位置。如误触及非无菌物品，必须重新刷手。

【6 号题】重庆 第一站：病史采集：45 岁男性，腹痛伴腹胀 5 小时。病历分析：35 岁男性，面部红斑伴发热。系统性红斑狼疮和狼疮肾炎。

重庆 第一站【6 号题答案】

病史采集：45 岁男性，腹痛伴腹胀 5 小时。

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 起病诱因：有无受凉、饮食等因素；

(2) 主要临床症状：腹痛、腹胀起病缓急（急性起病要注意急腹症、缓起病要考虑功能性或器质性因素）腹痛、腹胀的性质和程度，是阵发还是持续性疼痛，疼痛是绞痛、钝痛、锐痛亦或隐痛；腹痛、腹胀的部位是全腹还是局部；

(3) 伴随症状：是否伴有发热、恶心、呕吐、腹泻等；是否伴有牵涉痛、转移性疼痛等等表现。

(4) 患病以来大小便、饮食、睡眠及体重变化等

2. 诊疗经过

(1) 是否到其他医院就诊, 作过哪些检查;

(2) 起病来是否服用过任何药物。

(二) 相关病史

1. 是否有药物过敏病史;

2. 有无吸烟、有否吸烟史(时间、量)、职业(工作环境)、饮酒、手术、外伤史;

3. 与该病有关的其他病史: 既往有无类似发作, 有无消化性溃疡病史、胆道疾病史、胰腺疾病史, 有无腹部手术病史等

5. 家族病史、传染病史。

病例分析: 系统性红斑狼疮、狼疮肾炎

诊断依据:

(1) 面部蝶形红斑;

(2) 盘状红斑;

(3) 光过敏;

(4) 口腔溃疡;

(5) 非侵蚀性多关节炎;

(6) 浆膜炎, 包括胸腔积液和心包积液;

(7) 肾脏受累, 包括蛋白尿 $>0.5\text{g}/24\text{h}$ 或尿镜检出现细胞或颗粒管型;

(8) 神经系统受累, 包括抽搐或精神症状;

(9) 血液系统病变, 包括溶血性贫血、白细胞减少或血小板减少;

(10) 免疫学异常, 包括抗 dsDNA 抗体阳性, 抗 Sm 抗体阳性, 或抗磷脂抗体阳性 (抗心磷脂抗体、狼疮抗凝物或梅毒血清学假阳性);

(11) ANA 阳性。

如果满足上述 11 项标准中 4 项, 临床上可以诊断系统性红斑狼疮, 但要注意与其他疾病相鉴别。

鉴别诊断:

1. 原发性干燥综合征; 2. 特发性血小板减少性紫癜; 3. 原发性肾小球肾炎; 4. 感染性疾病
5. 淋巴瘤

进一步检查

1. 血、尿常规、尿沉渣镜检、24 小时尿蛋白定量; 2. 胸部 X 线片; 3. 超声心动图; 4. 如果有神经、精神症状应行头颅 MRI 及腰穿脑脊液检查。

治疗原则

常使用糖皮质激素和免疫抑制剂联合治疗以控制疾病的活动性。常用的免疫抑制剂包括环磷酰胺、硫唑嘌呤、甲氨蝶呤、霉酚酸酯等。根据患者不同的临床表现制定不同的治疗方案。

【6 号题】宁夏银川 甲状腺的触诊, 胸廓的视诊, 肝脏的单手和双手触诊。肥皂液夜的刷牙手法!

宁夏银川【6 号题答案】

甲状腺触诊

触诊：甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肥皂水洗手

(1) 无菌刷手：用消毒毛刷蘸消毒肥皂水刷手指尖、手、腕、前臂至肘上 10cm 处，两上肢交替进行刷洗，特别要注意甲缘、甲沟、指蹼等处。刷完一次后用清水将肥皂水冲去。共刷洗三遍，每遍比上一遍低 2cm。分别为肘上 10cm、8cm、6cm，时间共 10 分钟。冲洗后保持拱手姿势。

(2) 擦手：用无菌小毛巾由手向前臂、肘部到上臂(肘上 6cm 处)顺序擦干，先擦干一侧，翻转小毛巾再擦另一侧，擦过肘部的小毛巾不能再接触手和前臂。

(3) 将手、前臂到肘上 6cm 处浸泡在 70% 酒精内，共 5 分钟。

(4) 手臂浸泡后保持拱手姿势，待其自然干。

刷手完成后双手保持在胸前，双肘呈半屈位。消毒后的双手应该保持在下不可低过腰际以下，上不可高过肩部的位置。如误触及非无菌物品，必须重新刷手。

肝脏触诊 (单双手)

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊，以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

- (1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- (2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- (3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

【6号题】广西第一站：病史采集：左上腹疼痛伴腹胀5小时。病例分析为系统性红斑狼疮。

第二站：体格检查：腋窝淋巴结检查、脾脏触诊（双手）、肱二头肌反射检查。**第三站：**基本操作：胆囊手术前准备：洗手。

广西第一站【6号题答案】

广西第一站：病史采集：左上腹疼痛伴腹胀5小时

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 起病诱因：有无受凉、饮食等因素；

(2) 主要临床症状：腹痛、腹胀起病缓急（急性起病要注意急腹症、缓起病要考虑功能性或器质性因素）腹痛、腹胀的性质和程度，是阵发还是持续性疼痛，疼痛是绞痛、钝痛、锐痛亦或隐痛；腹痛、腹胀的部位是全腹还是局部；

(3) 伴随症状：是否伴有发热、恶心、呕吐、腹泻等；是否伴有牵涉痛、转移性疼痛等等表现。

(4) 患病以来大小便、饮食、睡眠及体重变化等

2. 诊疗经过

(1) 是否到其他医院就诊，作过哪些检查；

(2) 起病来是否服用过任何药物。

(二) 相关病史

1. 是否有药物过敏病史；

2. 有无吸烟、有否吸烟史（时间、量）、职业（工作环境）、饮酒、手术、外伤史；

3. 与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化性溃疡病史、胆道疾病史、胰腺疾病史，有无腹部手术病史等

5. 家族病史、传染病史。

病例分析：系统性红斑狼疮、狼疮肾炎

诊断依据：

- (1) 面部蝶形红斑；
- (2) 盘状红斑；
- (3) 光过敏；
- (4) 口腔溃疡；
- (5) 非侵蚀性多关节炎；
- (6) 浆膜炎，包括胸腔积液和心包积液；
- (7) 肾脏受累，包括蛋白尿 $>0.5\text{g}/24\text{h}$ 或尿镜检出现细胞或颗粒管型；
- (8) 神经系统受累，包括抽搐或精神症状；
- (9) 血液系统病变，包括溶血性贫血、白细胞减少或血小板减少；
- (10) 免疫学异常，包括抗 dsDNA 抗体阳性，抗 Sm 抗体阳性，或抗磷脂抗体阳性（抗心磷脂抗体、狼疮抗凝物或梅毒血清学假阳性）；
- (11) ANA 阳性。

如果满足上述 11 项标准中 4 项，临床上可以诊断系统性红斑狼疮，但要注意与其他疾病相鉴别。

鉴别诊断：

- 1.原发性干燥综合征；
- 2.特发性血小板减少性紫癜；
- 3.原发性肾小球肾炎；
- 4.感染性疾病
- 5.淋巴瘤

进一步检查

- 1.血、尿常规、尿沉渣镜检、24小时尿蛋白定量；
- 2.胸部X线片；
- 3.超声心动图；
- 4.如果有神经、精神症状应行头颅MRI及腰穿脑脊液检查。

治疗原则

常使用糖皮质激素和免疫抑制剂联合治疗以控制疾病的活动性。常用的免疫抑制剂包括环磷酰胺、硫唑嘌呤、甲氨蝶呤、霉酚酸酯等。根据患者不同的临床表现制定不同的治疗方案。

腋窝淋巴结的触诊

检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏触诊（单双手）

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊，以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注

意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

(1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

(2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

肱二头肌反射

肱二头肌反射 ($C_5\sim 6$)：被检查者屈肘，前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部，以左手拇指置于肱二头肌腱上，用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

手术刷手法

1. 肥皂水刷手法

(1) 无菌刷手：用消毒毛刷蘸消毒肥皂水刷手指尖、手、腕、前臂至肘上 10cm 处，两上肢交替进行刷洗，特别要注意甲缘、甲沟、指蹼等处。刷完一次后用清水将肥皂水冲去。共刷洗三遍，每遍比上一遍低 2cm 。分别为肘上 10cm 、 8cm 、 6cm ，时间共 10 分钟。冲洗后保持拱手姿势。

(2) 擦手：用无菌小毛巾由手向前臂、肘部到上臂(肘上 6cm 处)顺序擦干，先擦干一侧，翻转小毛巾再擦另一侧，擦过肘部的小毛巾不能再接触手和前臂。

(3) 将手、前臂到肘上 6cm 处浸泡在 70% 酒精内，共 5 分钟。

(4)手臂浸泡后保持拱手姿势，待其自然干。

刷手完成后双手保持在胸前，双肘呈半屈位。消毒后的双手应该保持在下不可低过腰际

以下，上不可高过肩部的位置。如误触及非无菌物品，必须重新刷手。

2. 简易刷手法

(1)刷手：用消毒毛刷蘸刷手清洁剂(刷手皂液)刷手指尖、手、腕、前臂至肘上 10cm 处，刷时用相当力量，注意甲缘下及指间部位，保持指尖朝上、肘朝下，两上肢沿手、腕、前臂、肘交替进行刷洗，刷完一次后用清水将刷手清洁剂冲去，时间为 3 分钟。冲洗后保持拱手姿势。

(2)擦手：用无菌小毛巾由手向前臂、肘部到上臂(肘上 6cm 处)擦干，先擦干一侧，翻转小毛巾(或换另一块无菌小毛巾)再擦另一侧，擦过肘部的小毛巾不能再接触手和前臂。

(3)免冲洗消毒剂涂抹：用免冲洗消毒剂均匀涂于两手和前臂至肘部，先涂抹两前臂至肘部，再涂抹双手。

3. 碘伏刷手法

(1)先用肥皂和水把手和前臂清洗一遍。

(2)碘伏刷手：用消毒的软毛刷蘸取碘伏刷手。刷手顺序采用三段法：先刷双手，再刷双前臂，最后刷双上臂，顺序不可逆转。刷手范围，至肘上 6cm，时间为 5 分钟。刷手应用力适当，均匀一致，从手到臂，双手交替逐渐上行，不留空白区。指端、甲缘及两侧甲沟要重点刷，刷完指端，再由拇指的桡侧起逐步到背侧、尺侧，依次刷完五指及指蹼，然后再刷手掌、手背、前臂和肘上，刷手时最易忽略手指尖、腕部尺侧和肘后方，须特别注意。在整

个刷牙过程的 5 分钟里，时间的安排并不是均匀分配的，双手的用时要多一些，手部刷洗的重点部位是手指尖、甲沟和指蹼。

(3)擦手：用无菌小毛巾由手向前臂、肘部到上臂(肘上 6cm 处)顺序擦干，先擦干一侧，翻转小毛巾(或换另一块无菌小毛巾)再擦另一侧，擦过肘部的小毛巾不能再接触手和前臂。

(4)涂抹：用碘伏均匀涂于两手和前臂至肘部，先涂抹两前臂至肘部，再涂抹双手。

【6 号题】第三站：房颤，湿罗音，消化道穿孔，周围型肺癌，左侧尺桡双骨折，正常心电图，阵发性室上速，测脉搏是护士的工作，医生不制止是不对的。

(第三站原题干缺失)

【7 号题】第一站：病史采集：男、35 岁、腹痛、呕吐两天，停止排便、排气一天。病例分析：男、45 岁，间隔性咳嗽咳痰中带血丝 3 个月，进行性呼吸困难 10 天。止咳药药物化疗效果不明显，肺结核病史 20 年，吸烟 20 年，查体：右肺第二肋间隙下浊音，杵状指，胸部 X 线片示：右侧胸腔积液。**第二站：**体格检查：胸廓活动度检查；肝脏出诊；脑膜刺激征。技能操作：1.穿手术衣、2.戴无菌手套。**第三站：**男大学生，经常打篮球最近感觉疲乏，劳累，听诊心前区心音窦性心律不齐；2.乏力医|学教育网整理。

【7 号题】第一站答案

病史采集：男、35 岁、腹痛、呕吐两天，停止排便、排气一天

(一) 现病史

1.根据主诉及相关鉴别询问

(1) 发病诱因：不洁饮食、受寒、外伤、剧烈运动等因素。

(2) 主要临床症状：腹痛的部位：全腹弥漫性还是局限性：中上腹部（胃、十二指肠、胰腺疾病）、右上腹（胆囊、肝疾病）、右下腹（阑尾）、脐部周围（小肠疾病）、左下腹（结肠疾病）；腹痛的性质：是钝痛（多脏器受牵张、刺激）、绞痛（多为空腔脏器痉挛、梗阻）、烧灼痛（多化学物所致）、刀割样（多穿孔、严重炎症）及诱发加重缓解因素等。呕吐的性质、与进食有无关系、呕吐物：纯发酵食物（胃潴留、幽门梗阻）、带粪便样容物（低位小肠梗阻）、不含胆汁（梗阻在十二指肠乳头以上）、含胆汁（在十二指肠乳头以上）等症

(3) 伴随症状：是否伴有头痛、头晕、寒战高热等症，有无皮肤黄染、有无脱水等表现；

(4) 患病以来饮食、睡眠及体重、排便等情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到其他医院就诊，作过哪些检查；

(2) 起病来是否服用过任何药物。

(二) 相关病史

1. 是否有药物过敏病史；

2. 有无吸烟、饮酒、手术、外伤史；

3. 与该病有关的其他病史：有无胃肠道病史、腹部手术史。

4. 家族病史、传染病史。

病例分析：男、45岁，间隔性咳嗽咳痰痰中带血丝3个月，进行性呼吸困难10天。止咳药药物化疗效果不明显，肺结核病史20年，吸烟20年，查体：右肺第二肋间隙下浊音，杵状指，胸部X线片示；右侧胸腔积液。

题干病史信息缺失

初步诊断：右侧结核性胸膜炎

胸廓扩张度

检查者双手放在被检者胸廓前下侧部，双拇指分别沿两侧肋缘指向剑突，拇指尖在正中线接触或稍分开。嘱患者进行平静呼吸和深呼吸，利用手掌感觉双侧呼吸运动的程度和一致性。

胸廓扩张度减弱的一侧往往为病变侧。

肝脏触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白

血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

脑膜刺激征

1.颈强直被检查者去枕仰卧，检查者先左右转动其头部，以了解是否有颈部肌肉和椎体病变。

然后左手托被检查者枕部，右手置于胸前作屈颈动作，感觉颈部有无抵抗感。阳性表现为被动屈颈时抵抗力增强。

2.Kernig 征被检查者仰卧，双下肢伸直。检查者先将其一侧髋关节屈曲成直角，然后将小腿抬高伸膝。正常人膝关节可伸达 135°以上。如伸膝受阻且伴疼痛与屈肌痉挛为阳性。

3.Brudzinski 征基本检查动作同颈强直检查，被检查者仰卧，下肢自然伸直，然后做屈颈动作，阳性表现为两侧膝关节和髋关节屈曲。

穿手术衣、戴无菌手套

1.穿无菌手术衣穿衣前先洗手、消毒。一手抓住最上面的折叠的手术衣中部，拿起，注意不要污染下面的手术衣。用双手分别提起手术衣的衣领两端，轻轻抖开手术衣，有腰带的一面面向外，将手术衣略向上抛起，顺势双手同时插入袖筒，手伸向前，巡回护士在后面协助穿衣，使双手伸出袖口。身体略向前倾，使腰带悬垂离开手术衣，双手交叉提起左右腰带略向后递，由护士在身后接去后系紧。

全覆盖式手术衣的穿法：穿衣方法基本与后开襟式手术衣相同，不同之处在于当穿上手术衣、戴好手套后，由巡回护士用无菌持物钳或由器械护士将腰带自术者身后绕到前面传递给术者，术者自己将腰带系扎于腰部前方。无菌手术衣可遮盖术者背部使其成为无菌区。

2.脱无菌手术衣手术完毕，如有接台手术，先脱手术衣，后脱手套。由护士解开腰带后将手术衣自背部向前反折脱掉，小心使手套的腕口随之翻转于手上。先用右手将左手套扯至左

手掌指部，再以左手指扯去。右手手套，最后用右手指在左手掌部推下左手手套。全过程防止手部皮肤接触到手套的外面。脱下的手套如未破，则不必重新刷手，只需要手臂浸泡酒精或苯扎溴铵溶液 5 分钟，再穿无菌手术衣和戴手套。如前一次手术为污染手术，不管手套是否已破，接台手术要重新洗手。

三、戴无菌手套

穿好无菌手术衣后，选取与自己手尺码相一致的手套。用手自手套袋内捏住手套套口翻折部，将手套取出。注意：没有戴无菌手套的手，只允许接触手套套口的向外翻折部分，不能碰到手套的外面。先用右手插入右手手套内，注意勿触及手套外面；再用已戴好的右手指插入左手手套翻折部的内侧面，帮助左手插入手套内。已戴手套的右手不可触碰左手皮肤。将手套翻折部翻回手术衣袖口。必要时可用无菌盐水冲净手套外面的滑石粉。在手术开始前，双手应放于胸前。

【8 号题】云南 第一站：干咳、胸痛咯血。

题干信息缺失

【8 号题】第一站：病史采集：男性，血尿数天 病例分析：肩关节脱位。**第二站：**吸痰术、心脏听诊区部位、压痛反跳痛肌紧张、扁桃体检查。**第三站：**干啰音、房颤、Ⅲ型房室传导阻滞、室早、股骨骨折、肺炎、肠梗阻、医生应尽快告知患者同意。

第一站：病史采集：男性，血尿数天

(一) 现病史

1. 据主诉及相关鉴别询问

(1) 尿的颜色：肉眼血尿多略混浊，而肉眼血红蛋白尿多为透明的酱油或红葡萄酒样，血尿是全程血尿还是终末血尿。同时需确认女性是否在月经期以排除假性血尿。

(2) 血尿发生的诱因：血尿发生与体位变化、剧烈运动等的关系。

(3) 发作性腰痛的特点，是一侧还是两侧腰痛，腰痛是否放射，腰痛与血尿发生的关系。

(4) 有无尿路刺激症状、发热、盗汗及外伤等情况。

(5) 发病以来饮食、大便和睡眠情况如何。

2. 诊疗经过

(1) 是否曾到医院就诊，做过哪些检查，如：血常规、尿常规、尿红细胞形态分析、尿微生物

及细胞学检查、肝肾功能、尿路影像学检查、膀胱镜等。

(2) 治疗和用药情况，疗效情况，病情变化情况。

(二) 相关病史

1. 药物过敏史。

2. 既往有无结核病、肾炎、肝炎、尿路结石、感染、肿瘤等病史；有无特殊用药史（关木通等含有马兜铃酸的中药；华法林、肝素等抗凝剂）。

吸痰术

1. 操作者洗手，将应用物品携至床旁，核对病人，向病人解释操作目的，戴口罩，戴手套。

2. 协助病人取舒适卧位。检查病人口鼻腔，如有活动性义齿应取下。使患者将头偏向一侧，铺治疗巾。

3. 接通电源，检查吸引器性能，调节负压（一般成人 40.0~53.3kPa，儿童 <40.0 kPa）。连接吸痰管，试吸少量生理盐水检查是否通畅并湿润导管。一手反折吸痰管末端，另

一手持吸痰管前端，插入病人口咽部，然后放松导管末端，吸净口腔及咽喉分泌物。

4. 再换管，在病人吸气时插入气管深部，左右旋转，向上提拉，吸尽气管内痰液。每次抽吸时间<15秒，一次未吸尽，隔3~5分钟再吸。

5. 在吸痰过程中，要随时观察病人生命体征的改变，注意吸出物的性状、量、颜色等，吸痰完毕，抽吸生理盐水冲洗管道，关吸引器开关。摘手套。拭净病人脸部分泌物，取下治疗巾，协助病人取舒适卧位，询问病人感受。整理床单元。

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容(心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音)。

心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始，依次听诊二尖瓣区(心尖部)→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)→主动脉瓣第二听诊区(胸骨左缘第3肋间)→三尖瓣区(胸骨左缘第4、5肋间)。

腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；2) 揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

2. 压痛和反跳痛

(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外1/3处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇

指, 出现剧烈疼痛, 被检查者突然终止呼吸, 表情痛苦, 称为 Murphy 征阳性, 见于胆囊炎。

(2) 反跳痛: 腹部触诊出现压痛时, 手指于原处稍停片刻, 使压痛感趋于稳定, 然后迅速将手抬起, 如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟, 称为反跳痛, 是腹膜壁层受到炎症累及的征象, 见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张, 称为"腹膜炎三联征"。

扁桃体检查

被检查者取坐位, 头略后仰, 口张大并发"啊"音, 此时医师用压舌板在舌的前 2/3 与后 1/3 交界处迅速下压, 此时软腭上抬, 在照明的配合下即可见软腭, 腭垂, 软腭弓, 扁桃体, 咽后壁等。

指出主要检查项目: 检查时注意咽部黏膜有无充血, 红肿, 分泌物, 反射. 有无腺样体增生等, 软腭运动情况, 悬壅垂是否居中. 吞咽有无呛咳. 大小及有无充血和分泌物, 假膜. 扁桃体发炎时, 腺体红肿, 增大, 在扁桃体隐窝内有黄白色分泌物, 或渗出物形成的苔片状假膜, 很易剥离. 临床上把扁桃体肿大分为三度: I 度: 扁桃体肿大不超过咽腭弓; II 度: 超过咽腭弓; III 度: 肿大达咽后壁中线。

第三站缺原题干

【9 号题】 **第一站:** 病史采集 发热伴颈部腋窝淋巴结肿大; 病例分析子宫肌瘤伴贫血。 **第二站:** 甲状腺触诊 肝脏单双手出诊 跟腱反射 吸痰 甲状腺术后换药。提问是肝硬化腹水腹部女检查会出现什么阳性体征? murphy 症见于什么病? 吸痰过程中病人出现咳嗽呼吸困

难但无发绀时候应该如何处理？**第三站**：1.早搏 2.支气管呼吸音 3.肋骨骨折 4.肾结石 5.大叶性肺炎 6.窦性心动过缓 7.房颤 8.人文关怀。

病史采集 发热伴颈部腋窝淋巴结肿大

(一) 现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 发病可能诱因：如感染及劳累等。
- (2) 体温升高和变化情况，有无寒战。
- (3) 淋巴结肿大的特点、活动度、与周围组织有无粘连、有无融合
- (4) 有无咳嗽、咳痰、咽部疼痛、扁桃体有无肿大、胸壁皮肤有无异常（疖肿、疔）
- (5) 发病以来饮食、睡眠、大便和体重变化情况。

2.诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？如到医院做尿常规、血常规、尿细菌学检查和肾脏 B 超检查等。

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？如是否应用过抗生素治疗，若用过，是哪些抗生素？疗效如何？

(二) 相关病史

1.有无药物过敏史。

2.与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无糖尿病、结核病、或服用免疫抑制药物史，月经和婚育史及不洁性交史等。

肝脏触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指

向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

甲状腺较小（如 I 度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如 II 度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为 I 度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大；

甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、

桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

跟腱反射（S1~2）：被检查者仰卧，下肢屈曲，大腿稍外展外旋，检查者用左手握住足趾使踝部稍背屈，叩击跟腱。观察腓肠肌收缩引起的足背屈。

吸痰术

1. 操作者洗手, 将应用物品携至床旁, 核对病人, 向病人解释操作目的, 戴口罩, 戴手套。
2. 协助病人取舒适卧位。检查病人口鼻腔, 如有活动性义齿应取下。使患者将头偏向一侧, 铺治疗巾。
3. 接通电源, 检查吸引器性能, 调节负压(一般成人 40.0~53.3kPa, 儿童<40.0 kPa)。连接吸痰管, 试吸少量生理盐水检查是否通畅并湿润导管。一手返折吸痰管末端, 另一手持吸痰管前端, 插入病人口咽部, 然后放松导管末端, 吸净口腔及咽喉分泌物。
4. 再换管, 在病人吸气时插入气管深部, 左右旋转, 向上提拉, 吸尽气管内痰液。每次抽吸时间<15 秒, 一次未吸尽, 隔 3~5 分钟再吸。
5. 在吸痰过程中, 要随时观察病人生命体征的改变, 注意吸出物的性状、量、颜色等, 吸痰完毕, 抽吸生理盐水冲洗管道, 关吸引器开关。摘手套。拭净病人脸部分泌物, 取下治疗巾, 协助病人取舒适卧位, 询问病人感受、整理床单。

甲状腺术后伤口换药

缝合伤口换药

更换敷料: 一般在缝合后第 3 日检查有无创面感染现象。如无感染, 切口及周围皮肤消毒后用无菌纱布盖好, 对有缝线脓液或缝线周围红肿者, 应挑破脓头或拆除缝线, 按感染伤口处理, 定时换药。

肝硬化腹水表现

腹部叩诊有移动性浊音、液波震颤阳性; 视诊腹壁静脉曲张(水母头)。少量腹水可无明显症状, 腹水增多时可有尿量减少、浮肿、腹胀、压迫膈肌引起呼吸困难。

Murphy 症见于什么病？

见于急性胆囊炎

吸痰过程中病人出现咳嗽、呼吸困难但无发绀时候应该如何处理？

应该调整痰管的深度，避免对咽喉部的一个刺激，一般呼吸困难都会改善。如果呼吸困难过重，可以一边吸氧同时吸痰。如果有发绀的表现就需要立即停止吸痰。

【10 号题】 第一站：病史采集 皮肤黄染 病例分析 急性乳腺炎。**第二站：**对光反射 乳房触诊 腹部移动性浊音 外科打结缝合。**第三站：**心脏听诊拿不准 正常胸片 大叶性肺炎 左输尿管结石 窦性心律过缓 房颤 最后一个医风医德选 D。

病史采集 皮肤黄染

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

- (1) 发病诱因：有无进油腻饮食、暴饮暴食、劳累。
- (2) 有无腹痛，特征、部位、有无放射痛；与进食、体位的关系；发展变化情况。
- (3) 有无发热，程度及其特点，有无寒战。
- (4) 有无恶心、呕吐及神志障碍等全身中毒症状。
- (5) 大、小便颜色、尿量。

2. 诊疗经过

- (1) 是否到医院就诊？做过哪些检查（如血尿便常规、肝功能及 B 超等影像学检查）？
- (2) 治疗用药情况？

(二) 相关病史

1. 是否有药物过敏史?

2. 与该病有关的其他病史: 有无类似发作, 有无肝病、胆囊结石病、蛔虫病等。

对光反射

瞳孔对光反射: 传入神经为视神经, 传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

乳房触诊

触诊乳房时, 被检查者通常坐位或仰卧位。仰卧位时, 应置一小枕头于受检侧的肩胛骨下, 并嘱受检者将手臂置于枕后, 有助于乳房对称地分布于胸前。检查者应将示指、中指和无名指并拢, 用指腹进行触诊。受检者若取坐位, 应双臂下垂, 必要时双手高举或双手叉腰。乳房较小者, 检查者可用一手托住乳房, 另一手将乳房组织向胸壁挤压进行触诊, 乳房下垂时检查者可用双手进行触诊, 即检查者用一手自下面托住乳房, 另一手由上面向下加压进行触诊。

触诊先由健侧乳房开始, 后检查患侧。触诊由外上象限开始, 左侧按顺时针方向, 右侧按逆时针方向, 由浅入深进行触诊, 直至四个象限检查完毕。然后触诊乳头乳晕处, 每侧乳头均应以轻柔的力量挤压, 注意有无肿块或分泌物。最后检查有压痛或肿块处, 先轻触诊, 然后深触诊检查。此外还应触诊腋下及锁骨上有无肿大淋巴结。

移动性浊音

检查时先让被检查者仰卧, 由脐部开始向左侧叩诊, 直到出现浊音, 叩诊板指不动, 嘱被检查者右侧卧, 再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象, 可在右侧卧位的情况下, 向右叩诊直至再次出现浊音, 然后嘱患者左侧卧位, 叩诊板指不动, 再次叩诊该部位转为鼓音, 向右侧继续叩诊均呈鼓音, 则确定为移动性

浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

打结

1.打结方法

(1) 单手打结法：其特点为简便迅速，故而常用。

(2) 双手打结法：其特点为结扎较牢固，但速度较慢。

(3) 器械打结法：即止血钳打结法，术者用持针钳或止血钳打结，适用于深部狭小手术视野的结扎、肠线结扎或结扎线过短时。

2.打结要点 两手用力要相等，两手用力点及结扎点三点在一个面成一线，不能向上提拉，以免撕脱结扎点造成再出血。打第二个结时，第一个线结注意不能松扣。

【11 号题】湖南邵阳 第一站：病史采集，下腹痛 3 年，便血一天。病例分析：右下肺结核。糖尿病。电脑上机不记得了。**第二站：**实践：眼睑，结膜，巩膜的检查。心脏瓣膜的听诊部位等，腹部压痛反跳痛，腹肌紧张。拆线:问题是头面部拆线的时间，脉压变小见什么病，75%的酒精可以湿敷伤口。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无外伤、情绪激动、饱餐或者不洁饮食。

(2) 针对腹痛：具体部位、性质、程度、是否伴有压痛及放射情况，持续时间。

(3) 针对便血：颜色、量

(4) 伴随症状：有无发热、反酸、恶心呕吐，腹部包块。

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无消化道疾病病史及相关手术病史及有无烟酒嗜好。

病例分析略

第二站

眼睑 双侧眼睑下垂多见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂；单侧眼睑下垂常见于动眼神经麻痹。眼睑水肿常常以晨起较明显，常见于急性肾小球肾炎、慢性肝病、营养不良等。

结膜 检查上睑结膜、下睑结膜和球结膜。充血和分泌物增多多见于结膜炎；球结膜水肿多见于肺性脑病、颅内压增高；睑结膜苍白见于各种贫血；结膜颗粒与滤泡常见于沙眼；结膜出血点可见于感染性心内膜炎。

巩膜 均匀黄染常见于黄疸，其他黄色色素增多时多在角膜周围黄染明显。

角膜检查 透明度，有无云翳、白斑、溃疡、软化、新生血管等。角膜周围血管增生常见于严重沙眼；角膜边缘出现灰白色浑浊圈为老年环；角膜边缘出现黄、棕褐色的色素环，为 Kayser-Fleischer 环，见于肝豆状核变性 (Wilson 病)。

心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始,依次听诊二尖瓣区(心尖部)
4 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)→主动脉瓣第二听
诊区(胸骨左缘第 3 肋间)→三尖瓣区(胸骨左缘第 4、5 肋间)。

1.腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张:见于炎症波及局部腹膜;(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹:见于弥漫性腹膜炎,由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致;2) 揉面感:见于
干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

2.压痛和反跳痛

(1) 局部压痛:正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变,对病变
部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛:脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛,见于阑尾炎。

2) Murphy 征:检查者左手掌平放于右肋下部,拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处,
余四指与肋骨垂直交叉,拇指指腹勾压于右肋弓下,让被检查者缓慢深吸气,发炎的胆囊碰
到拇指,出现剧烈疼痛,被检查者突然终止呼吸,表情痛苦,称为 Murphy 征阳性,见于
胆囊炎。

(2) 反跳痛:腹部触诊出现压痛时,手指于原处稍停片刻,使压痛感趋于稳定,然后
迅速将手抬起,如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟,称为反跳痛,是腹
膜壁层受到炎症累及的征象,见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同
时出现压痛。反跳痛和肌紧张,称为"腹膜炎三联征"。

提问:4~5 天

主动脉狭窄、心力衰竭、低血压休克、心包积液、缩窄性心包炎等。

第三站略

【11 号题】陕西汉中 第二站：查体，扁桃体的检查，心脏的触诊，腹壁紧张度，压痛，反跳痛的检查 问题：什么是脉压，巴彬氏征阳性的表现医学教育网整理。

扁桃体的检查：

被检查者坐位，头略向后仰，口张大并发“啊”音，医师用压舌板在舌的前 2/3 与后 1/3 交界处迅速下压，此时软腭上抬，在照明的配合下即可见软腭、悬雍垂、软腭弓、扁桃体、咽后壁。注意咽部粘膜是否充血、红肿、分泌物，是否有淋巴滤泡。扁桃体是否增大，掌握扁桃体增大的分度，扁桃体是否红肿、是否有分泌物。

心脏触诊

包括心尖搏动、震颤和心包摩擦感等内容。心脏触诊时首先用手掌感觉心脏搏动的大体位置，然后用示指和中指对心尖搏动进行详细触诊。触诊心前区震颤和心包摩擦感时用小鱼际检查。

1.心尖搏动 位置同视诊，正常范围 2~2.5cm.

(1) 心尖搏动的位置改变：意义同视诊。

(2) 心尖搏动的强度和范围异常：心尖搏动增强见于心肌收缩力增强或左心室肥大，如严重贫血、甲亢、高血压等。抬举性搏动是左室肥大的可靠体征。心尖搏动减弱且弥散见于心肌炎或扩张性心肌病。 j

2.心前区震颤 触诊时手掌感觉的细小振动，一旦发现说明心脏存在器质性病变。触及震颤后，注意震颤的部位以及发生时相。震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定，心尖搏动时冲击手掌或颈动脉搏动后出现的为收缩期震颤，而在之前出现的为舒张期震颤。主要发生机制为：血液在心脏或血管内流动时产生湍流，引起室壁、瓣膜或血管

壁振动,传导至胸壁。

(1) 收缩期:胸骨右缘第 2 肋间: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。

(2) 舒张期:心尖部:二尖瓣狭窄。

(3) 连续性:胸骨左缘第 2 肋间:动脉导管未闭。

3.心包摩擦感触诊部位在胸骨左缘第 4 肋间。特征为收缩期和舒张期双相的粗糙摩擦感,收缩期更易触及,坐位前倾呼气末明显。见于感染性(结核性心包炎多见)和非感染性(尿毒症、梗死后综合征、SLE 等)心包炎。

腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张:见于炎症波及局部腹膜;(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹:见于弥漫性腹膜炎,由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致;2) 揉面感:见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

2.压痛和反跳痛

(1) 局部压痛:正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变,对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛:脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛,见于阑尾炎。

2) Murphy 征:检查者左手掌平放于右肋下部,拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处,余四指与肋骨垂直交叉,拇指指腹勾压于右肋弓下,让被检查者缓慢深吸气,发炎的胆囊碰到拇指,出现剧烈疼痛,被检查者突然终止呼吸,表情痛苦,称为 Murphy 征阳性,见于胆囊炎。

(2) 反跳痛:腹部触诊出现压痛时,手指于原处稍停片刻,使压痛感趋于稳定,然后迅速将手抬起,如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟,称为反跳痛,是腹膜壁

层受到炎症累及的征象,见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张,称为"腹膜炎三联征".

什么是脉压?

所谓脉压,是指动脉收缩压与舒张压之差(即收缩压-舒张压=脉压)。

Babinski 征阳性

检查时用较钝物沿足底外侧缘由后向前划至小趾跟部转向内侧拇指。如踇趾背伸而其余四趾向背部扇形张开为阳性。阳性见于上运动神经元损伤,如脑血管意外、脊髓横断性损伤等。常常伴有上运动神经元损伤的其他表现,如肌力减弱、肌张力增高、腱反射亢进(硬瘫)等,不同于下运动神经元损伤(如脊髓灰质炎)的肌力减弱、肌张力降低、腱反射消失(软瘫)的表现。

【12 号题】 第一站：病史采集 男性 干咳 胸痛 咳血 4 天。病例分析：男 夜尿增多 排尿困难 1 周加重 4 天入院。**第二站：**操作：测血压(间接法),腋窝淋巴结触诊,脾脏触诊(单手法),甲状腺次全切术后第二天换药,问题是：伤口处较多新生肉芽组织该怎么处理?肺下界移动度多少?振水音阳性提示什么?

病史采集 男性 干咳 胸痛 咳血

病史围绕：支气管扩张、肺结核、肺癌特点及鉴别点扩展询问。

病历分析：题干信息缺失

血压间接测量法：使用血压计进行测量。被检查者在安静环境休息 5~10 分钟,采取仰卧或坐位,被测上肢裸露,伸直并轻度外展,肘部与心脏相平(坐位平第四肋间、卧位平腋中线)。袖带气囊部分对准肱动脉,紧贴皮肤缚于上臂,袖带下缘在肘弯横纹上 2~3cm。检查者在肘窝处触知肱动脉搏动 将听诊器体件置于肘窝处肱动脉上 轻压体件与皮肤紧密接触,

但不可压得过重,不得与袖带接触。然后向袖带内充气,待听诊肱动脉搏动消失,再将汞柱升高 20~30mmHG 后,缓慢放气,听到第一次声响的数值为收缩压,声音消失时数值为舒张压。若测量时声响突然变弱的压力和声音消失时测定的压力相差超过 10mmHG,则记录三个压力数值,收缩压/变调时压力/舒张压。遇有高血压或两侧桡动脉搏动不一致者,应测量四肢血压。下肢血压测量多选用腘动脉,测量时患者取俯卧位,采用宽袖带血压计测量。

腋窝淋巴结触诊

检查右侧时,检查者右手握被检查者右手,使其前臂稍外展,左手四指并拢稍弯曲,自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

触诊脾脏时,一般先用单手自左下腹向肋缘触摸,如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧,检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位,并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸,检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显,开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到,可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直,左下肢屈曲,使腹壁放松)。检查方法同上。

注意:脾脏位置较浅,手法要轻,用力过大可能把脾脏推入腹腔深部,或影响脾脏随呼吸下降,导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量:

- 1) 第一测量:又称甲乙线。左锁骨中线上,肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量:又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第三测量: 又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线, 测量为正值, 反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大 (肋下 < 2cm) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎;

中度肿大 (不过脐): 见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线): 见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

伤口处较多新生肉芽组织该怎么处理

首先判断肉芽组织是否为正常的肉芽组织, 其特点: 色鲜红, 致密, 洁净, 表面平坦

而炎性肉芽组织: 色泽淡红或灰暗, 表面呈粗大颗粒状, 水肿发亮高于创缘。

然后去掉炎性色泽灰红颗粒粗大的肉芽组织。

肺下界移动度?

正常人肺下界移动度 6~8cm

振水音阳性?

振水音: 检查时病人仰卧, 检查者将听诊器膜面放在被检查者上腹部, 或用一耳凑近此处, 然后用稍弯曲手指指腹连续而快速的冲击其上腹部。如听到胃内气体与液体相撞击而发出的“光啷、光啷”的声音, 称为振水音。检查者也可用两手置于被检查者上腹部曲侧左右摇晃, 静听有无振水音。

正常人如进食较多量液体后也可出现振水音。但若空腹时或餐后 6~8h。以上仍有振水音，则表示胃内有较多液体潴留。见于幽门梗阻、胃扩张和胃液分泌过多等。

【13 号题】 第一站：病史采集：女性，45 岁阵发性头痛 4 年，加重 6 小时，病例分析：右侧气胸。**第二站：**血压测量，甲状腺检查，肝脏的触诊。操作：股动脉穿刺，提问：为什么要用皮塞？为什么要用肝素？**第三站：**窦性心律不齐，干啰音，窦性心动过缓，房颤，CT：肝癌。X 线：左肱骨骨折。

第一站：病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无外伤、劳累、情绪激动、剧烈运动。
- (2) 针对头痛：具体部位、性质、程度、持续时间。
- (3) 伴随症状：有无发热、意识不清、视物模糊、肢体瘫痪或者感觉障碍。
- (4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无冠心病、高血压、脑血管病及相关家族遗传病史、有无外伤史及烟酒嗜好。

病历分析：气胸

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站：

血压测量

- 1) 直接测量法：一般用于重症患者，在动脉穿刺后直接测定动脉内压力。
- 2) 间接测量法：使用血压计进行测量。被检查者在安静环境休息 5~10 分钟，采取仰卧或坐位，被测上肢裸露，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第四肋间、卧位平腋中线），袖带气囊部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘弯横纹上 2~3cm。检查者在肘窝处触知肱动脉搏动，将听诊器体件置于肘窝处肱动脉上，轻压体件与皮肤紧密接触，但不可压得过重，不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待听诊肱动脉搏动消失，再将汞柱升高 20~30mmHg 后，缓慢放气，听到第一次声响的数值为收缩压，声音消失时数值为舒张压。若测量时声响突然变弱的压力和声音消失时测定的压力相差超过 10mmHg，则记录三个压力数值，收缩压 / 变调时压力 / 舒张压。遇有高血压或两侧桡动脉搏动不一致者，应测量四肢血压。下肢血压测量多选用腘动脉，测量时患者取俯卧位，采用宽袖带血压计测量。

甲状腺检查

甲状腺较小（如 I 度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软

骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脾触诊

肝脏触诊：触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊。注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。

触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

- 1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

股动脉穿刺

1.病人取平卧位其穿刺下肢轻微外展外旋，在腹股沟韧带中心的内下方 1.5~3.0cm，为穿刺点。

2.术者戴好帽子口罩立于病人一侧，消毒局部皮肤，戴无菌手套，铺无菌洞巾。于穿刺点处轻轻压迫皮肤及股动脉并稍加固定。

3.右手持注射器向左手示指中指固定的穿刺点刺入，进针方向与穿刺部位的皮肤呈 30°~45°角、顺应血流方向或成垂直方向，边进针边抽吸缓缓刺入。

4.当穿刺针进入股动脉后，即有动脉血液回流入注射针管内，再进针 2~4mm 即可采血或注射药物。

5.若未能抽出血液则先向深部刺入，采用边退针边抽吸至有血液抽吸出为止；或者调整穿刺方向、深度或重新穿刺。

6.穿刺完毕，拔出针头，盖上无菌小纱布，局部压迫 3~5 分钟，以防出血，再用胶布固定。

提问：塞皮塞是为了防止空气进入，使测得数值不准。肝素是抗凝的作用。

第三站略

【13 号题】安徽合肥 第一站：病史采集：女性，45 岁阵发性头痛 4 年，加重 6 小时，病例分析：右侧气胸。**第二站：**血压测量，甲状腺检查，肝脏的触诊。操作：股动脉穿刺，提问：为什么要用皮塞？为什么要用肝素？**第三站：**窦性心律不齐，干啰音，窦性心动过缓，房颤，CT：肝癌。X 线：左肱骨骨折。女性病人手术前月经来了是谁的责任。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 发病可能诱因：感染等

(2) 体温升高和变化情况，有无寒战

(3) 头痛的性质：头痛局限于某一侧、枕部或全头部、枕部。持续性或阵发性。钝痛或束带紧扎样头痛。有无搏动性等

(4) 伴随症状：是否伴发热、呕吐、眩晕、焦虑、失眠，有无恶心、呕吐、畏光和畏声。癫痫、言语障碍、瘫痪等神经系统症状

(5) 发病以来饮食、睡眠和体重变化情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？

如尿常规、血常规、脑脊液检查、颅脑 CT/MRI 等

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？如是否应用过抗生素治疗，若用过，是哪些抗生素？疗效如何？

二、相关病史

1. 过敏史

2. 与该病有关的其它病史：既往有无颅脑外伤、五官疾病。有无糖尿病、结核病、妇科病或服用免疫抑制剂病史，月经和婚育史及不洁性交史。有无去过林牧区等。

第二站

血压测量

血压的测量包括直接测量法和间接测量法。

(1) 直接测量法：一般用于重症患者，在动脉穿刺后直接测定动脉内压力。

(2) 间接测量法：使用血压计进行测量。被检查者在安静环境休息 5~10 分钟，采取仰卧或坐位，被测上肢裸露，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第四肋间、卧位平腋中线）。袖带气囊部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘弯横纹上 2~3cm。检查者在肘窝处触知肱动脉搏动，将听诊器体件置于肘窝处肱动脉上，轻压体件与皮肤紧密接触，但不可压得过重，不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待听诊肱动脉搏动消失，再将汞柱升高 20~30mmHg 后，缓慢放气，听到第一次声响的数值为收缩压，声音消失时数值为舒张压。若测量时声响突然变弱的压力和声音消失时测定的压力相差超过 10mmHg，则记录三个压力数值，收缩压 / 变调时压力 / 舒张压。遇有高血压或两侧桡动脉搏动不一致者，应测量四肢血压。下肢血压测量多选用腘动脉，测量时患者取俯卧位，采用宽袖带血压计测量。

(3) 血压的正常值：上肢收缩压为 90~139mmHg，舒张压为 60~89mmHg。

甲状腺触诊

甲状腺较小（如 I 度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如 II 度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为Ⅰ度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脏触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊。注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

- 1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。
局限性增大:见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

股动脉穿刺术

- 1.备齐用物携至床旁,查对床号、姓名、治疗项目等,向患者或者家属解释股动脉注射目的、方法。
- 2.协助病人取仰卧位,下肢伸直略外展外旋。

3.术者戴好帽子口罩，立于病人穿刺侧，戴无菌手套，在腹股沟韧带下方内侧，左手食指和中指触及股动脉搏动最明显处并固定。

4.右手持注射器抽取肝素生理盐水冲洗。在两指间垂直或与动脉走向呈 40 度角刺入。如见鲜红色血液直升入注射器，表示已刺入动脉。

5.用左手固定原穿刺针的方向及深度，右手以最大速度注射药液或采血。操作完毕，迅速拔出针头，局部压迫止血不得少于 5 分钟。抽出血液后，迅速将针头刺入针塞内，以防止空气进入影响检测指标。

6.抽出血液后，迅速将针头刺入针塞内，以防止空气进入影响检查指标。

考官提问：

1. 因为动脉穿刺多用于动脉血气分析，所以抽出血液后，迅速将针头刺入针塞内，以防止空气进入影响检查。

2. 用肝素冲洗是为了防止血液凝固。

3. **【14 号题】黑龙江哈尔滨 第二站：**清创术，缝合。

4. 清创术

5. 1.清洁伤口周围皮肤先用无菌纱布覆盖伤口，剃去伤口周围的毛发，其范围应距离伤口边缘 5cm 以上，有油污者，用汽油或者乙醚擦除

6. 2.手术者洗手、穿手术衣、戴无菌手套，

7. 3.用无菌纱布覆盖伤口，用肥皂水和无菌纱布刷洗伤口周围的皮肤，再以碘伏反复擦洗，严重污染伤口可刷洗多次，直至清洁为止，注意勿使冲洗肥皂水流入伤口内。

8. 4.清洗、检查伤口，去除覆盖伤口的无菌纱布，用无菌生理盐水冲洗伤口，并以夹持小

纱布的海绵钳轻轻擦拭伤口内的组织,用3%的过氧化氢溶液冲洗,待创面呈现泡沫后,再用无菌生理盐水冲洗干净。擦干伤口内的冲洗液及伤口周围皮肤。

9. 5.皮肤消毒、铺无菌巾:以0.75%碘酊消毒皮肤,铺无菌巾。注意,勿使消毒液流入伤口内,必要时伤口周围局部麻醉。

10. 6.清理伤口:术者、助手再次消毒双手后,戴无菌手套,用手术剪清除伤口周围不整齐的皮肤边缘1~2mm,失去活力呈灰白色或不出血呈紫色的皮肤应予以去除。若切口过小,应扩大切口充分暴露。一般从伤口两端沿纵轴延长(有时须据功能和外观选择延长切口的方向),尽量取净伤口内的异物,剪除伤口内失去活力的组织,由浅入深仔细清除,凡夹捏不收缩,切开不出血或无颜色改变的肌肉组织,都要彻底切除或剪除。

11. 7.血管损伤的处理 不影响伤口血液循环的断裂血管,可予以结扎。若主要血管损伤,清创后需进行动脉、静脉吻合或修补术。

12.

13. 8.缝合伤口 遵循清创缝合原则,完成符合缝合要求的伤口,经上述步骤处理的伤口则为清洁伤口,再用无菌盐水冲洗伤口。如手术台面无菌巾已浸透,则应加盖无菌巾。缝合伤口,由深层向浅层按局部的解剖层次进行缝合。避免遗留无效腔,防止形成血肿,缝合时松紧度要适宜,以免影响局部血运。用间断缝合法缝合皮下组织后,采用70%乙醇消毒伤口周围的皮肤,间断缝合法缝合皮肤。对齐皮缘,挤出皮下积血,再次用70%乙醇消毒皮肤,覆盖无菌纱布,并妥善包扎固定。

14. 9.伤口表浅,止血良好,缝合后没有无效腔时,一般不必放置引流物。伤口深,损伤范围大且重。污染重的伤口和无效腔可能存在有血肿形成时,应放置引流物。

15. 缝合

16. 缝合方法种类繁多，不同部位，不同组织常采用不同的缝合针、缝合线及缝合方法。根据缝合后切口边缘的形态分为单纯缝合、内翻和外翻缝合三类。

17. 1. 单纯缝合

18. 单纯缝合为手术中最简单、最常用的缝合方法，用于皮肤、皮下组织，肌膜，腱膜及腹膜等。间断缝合用于皮肤、皮下和腱膜的缝合。8字缝合为双间断缝合，用于张力大的组织、肌腱及韧带的缝合。连续缝合多用于腹膜和胃肠道后壁的内层吻合。锁边缝合用于胃肠道后壁内层的吻合，并有较明显的止血效果。

19. 2. 内翻缝合

20. 内翻缝合多用于胃肠道吻合，将缝合组织内翻，缝合后边缘内翻，外面光滑，可减少污染，促进愈合。连续全层内翻缝合，用于胃肠道吻合的前壁全层缝合。间断内翻缝合常用于包埋组织，也属于浆肌层缝合。

21. 3. 外翻缝合

22. 缝合时使组织边缘向外翻转，有利于保证内面光滑及皮肤切口的愈合，在血管吻合中常用。常用的外翻缝合法为间断褥式缝合。它分为垂直褥式缝合和水平褥式缝合两种。

23. 4. 减张缝合

24. 常用于腹部手术后，当切口张力过大、污染重、病人营养不良、术后切口裂开可能性较大时，多采用减张缝合，缝合时要求腹膜外全层缝合。可采用单纯间断缝合、水平褥式缝合、垂直褥式缝合，缝合打结时，常自缝线穿一硅胶或橡皮管以防止缝线勒坏皮肤。

【14 号题】黑龙江哈尔滨 第一站：男，35 岁，反复头痛，头晕 5 年，加重 2 天，2 年前体检血压 200/? mmHg.自行买降压药服用，效果不明显。糖尿病 3 年，空腹血糖维持 7.0，其母亲有糖尿病，患者体态肥胖.....实验室检查血压 170/? mmHg，空腹血糖高于正常，血钠钾正常。**第二站：**体格检查：1，对光反射，问题：观察瞳孔时观察那些变化？ 2，心脏触诊，问题：心尖搏动的位置？3，移动性浊音医学教育网整理。

题干病史信息有缺失，初步考虑高血压脑病+糖尿病

心脏触诊

包括心尖搏动、震颤和心包摩擦感等内容。心脏触诊时首先用手掌感觉心脏搏动的大体位置，然后用示指和中指对心尖搏动进行详细触诊。触诊心前区震颤和心包摩擦感时用小鱼际检查。

1.心尖搏动 位置同视诊，正常范围 2~2.5cm.

(1) 心尖搏动的位置改变：意义同视诊。

(2) 心尖搏动的强度和范围异常：心尖搏动增强见于心肌收缩力增强或左心室肥大，如严重贫血、甲亢、高血压等。抬举性搏动是左室肥大的可靠体征。心尖搏动减弱且弥散见于心肌炎或扩张性心肌病。 j

2.心前区震颤 触诊时手掌感觉的细小振动，一旦发现说明心脏存在器质性病变。触及震颤后，注意震颤的部位以及发生时相。震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定，心尖搏动时冲击手掌或颈动脉搏动后出现的为收缩期震颤，而在之前出现的为舒张期震颤。主要发生机制为：血液在心脏或血管内流动时产生湍流，引起室壁、瓣膜或血管壁振动，传导至胸壁。

(1) 收缩期：胸骨右缘第 2 肋间：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。

(2) 舒张期：心尖部：二尖瓣狭窄。

(3) 连续性：胸骨左缘第 2 肋间：动脉导管未闭。

3. 心包摩擦感触诊部位在胸骨左缘第 4 肋间。特征为收缩期和舒张期双相的粗糙摩擦感，收缩期更易触及，坐位前倾呼气末明显。见于感染性（结核性心包炎多见）和非感染性（尿毒症、梗死后综合征、SLE 等）心包炎。

瞳孔对光反射：传入神经为视神经，传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

瞳孔视诊：

检查形状、大小、位置，是否等大、等圆，对光反射和集合反射。

(1) 形状：椭圆形多见于青光眼；形状不规则见于虹膜粘连。

(2) 大小：瞳孔缩小见于虹膜炎、有机磷中毒及毛果芸香碱、氯丙嗪、吗啡等药物作用。

瞳孔扩大见于颈交感神经刺激、青光眼、阿托品作用。双侧瞳孔散大伴对光反射消失，常见于小脑扁桃疝，患者常处于濒死状态。双侧瞳孔不等大常见于海马沟回疝。

移动性浊音

先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

【15 号题】第一站：病史采集：男，67 岁，咳嗽，咳痰伴发热 10 天、右胸痛两天 病例分析：肛裂。**第二站：**体格检查：腋窝淋巴结触诊，脾脏触诊，肱二头肌发射技能操作；腰穿。**第三站：**奔马律；胸膜摩擦音（不一定），室性早搏，房颤，肺结核，左肱骨骨折，肝癌，医德医风。

病史采集：男，67 岁，咳嗽，咳痰伴发热 10 天、右胸痛两天

（一）现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

（1）发病诱因：有无受凉、疲劳等。

（2）咳嗽、咳痰情况，痰的性状。呼吸困难的程度，加重和缓解的因素（体位、药物、劳力等）。胸痛的性质、范围、与呼吸胸廓运动有无相关。

（3）有无咯血、有无发热，有无下肢水肿，有无意识障碍。

（4）咳嗽、咳痰的情况，有无季节性，加重和缓解的诱因。有无呼吸困难。

（5）发病以来饮食、睡眠、大小便和体重变化。

2. 诊疗经过

（1）是否曾到医院就诊，做过哪些检查，如胸片、肺功能等。

（2）治疗情况：有无使用抗生素、糖皮质激素、支气管舒张剂等，疗效如何？

（二）相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史：既往有无其他慢性呼吸系统疾病史，如肺结核、支气管扩张等。有无高血压、心脏病史。吸烟的具体情况（时间、量）。职业史。

腋窝淋巴结触诊

检查左侧时,检查者左手握被检查者左手,使其前臂稍外展,右手四指并拢稍弯曲,自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

脾脏触诊

触诊脾脏时,被检查者仰卧位,双下肢屈曲。检查者右手手指略向前弯曲,右手掌平放于脐部,与左肋弓大致成垂直方向。让被检查者做深大的腹式呼吸,检查者的手随被检查者呼吸进行滑动触诊。如果没有触及脾脏,可进行双手位触诊,检查者左手放在患者左背部后下方,稍用力上抬脾脏,检查者再以右手做滑动触诊,直至肋缘下。

肱二头肌反射 (C5~6)

被检查者屈肘,前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部,以左手拇指置于肱二头肌腱上,用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

滑车上淋巴结检查时,检查者以左手托被检查者右前臂,在右手肱二头肌肌间沟触诊。

腰椎穿刺术

1. 体位病人侧卧位于硬板床上,背部与床面垂直。头向前胸部屈曲,双手抱膝紧贴腹部,使躯干呈弓形。或由助手协助使病人躯干呈弓形。
2. 确定穿刺点双侧髂后上棘连线与后正中线交会处为穿刺点。一般取第 3~4 腰椎棘突间隙。有时可上移或下移一个腰椎间隙。
3. 戴无菌手套,常规消毒皮肤,盖洞巾,用 2%利多卡因自皮肤到椎间韧带作局部麻醉。
4. 术者左手固定穿刺点皮肤,右手持穿刺针,以垂直背部的方向或略向头侧缓慢刺入。成人进针深度约 4~6cm,儿童则为 2~4cm。当针头穿过韧带与硬脑膜时,有阻力突然消失的落空感。此时将针芯慢慢抽出,可见脑脊液流出。

5. 测量脑脊液压力放液前先接上测压管测量压力。正常侧卧位脑脊液压力为 70 ~ 180mmH₂O

6. 撤去测压管, 根据检测要求收集脑脊液送检。

7. 插入针芯后, 拔出穿刺针, 盖消毒纱布并用胶布固定, 患者去枕平卧。

【16 号题】黑龙江哈尔滨 第一站：左上腹痛伴腹胀。

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况：①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病, 急腹症鉴别③有无缓解和缓解因素, 包括禁食、保温和体位等

(2) 腹痛的性质和程度：阵发性还是持续性；是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛

(3) 腹痛的部位：最明显部位, 有无放射痛, 有无转移性腹痛

(4) 恶心、呕吐的情况：恶心、呕吐的频率, 呕吐物的性质和量等

(5) 发病以来饮食、睡眠和大便情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？

血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部 CT 等

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何？

是否应用抗生素治疗, 若用过, 疗效如何？

二、相关病史

1.有无过敏史

2.与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病史等。有无腹部手术史

3.有无烟酒嗜好

4.有无肿瘤等遗传家族史

【16 号题】青海西宁 第一站：病史采集：男性，35 岁，皮肤瘀点、瘀斑伴乏力，胸骨压痛 3 天 病例分析：异位妊娠 **第二站：**体格检查：呼吸运动 移动性浊音 小腿和关节的检查 浮髌试验 基本操作：胸腔穿刺（题目为监考老师随机抽取，仅供参考）**第三站：**3 度房室传导阻滞

第一站：病史采集：男性，35 岁，皮肤瘀点、瘀斑伴乏力，胸骨压痛 3 天

病史围绕白血病问诊即可：

呼吸运动

1)正常的呼吸运动：胸式呼吸多见于成年女性；腹式呼吸多见于成年男性及儿童。

2)呼吸运动类型变化及其临床意义：①胸式呼吸减弱或消失：见于肺及胸膜炎症、胸壁或肋骨病变；②腹式呼吸减弱或消失：见于：腹膜炎、大量腹水、肝脾极度肿大、腹腔巨大肿物、妊娠。

3)呼吸运动强弱变化的临床意义：①呼吸浅快：见于肺、胸膜疾患，呼吸肌运动受限（月扁肌瘫痪、肠胀气、大量腹水）；②呼吸深快：见于剧烈运动、情绪激动、Kussmaul 呼吸。

4) 两侧呼吸动度变化：两侧呼吸动度不对称时，呼吸动度弱的一侧往往为病变侧，如肺炎、胸膜炎、胸水、气胸等。

呼吸运动的频率和节律

1) 正常人呼吸运动的频率和节律：呼吸频率 12~20 次 / 分，与脉搏之比约为 1:4。节律均匀而整齐。

2) 呼吸运动频率变化：①呼吸过快：>24 次 / 分，见于缺氧、代谢旺盛（如高热）；②呼吸过缓：<12 次 / 分，见于呼吸中枢抑制及颅内压增高等。

3) 呼吸运动节律异常的类型：①潮式呼吸（Cheyne-Stokes 呼吸）：间歇性高通气和呼吸暂停周期性交替。呼吸暂停持续 15~60 秒，然后呼吸幅度逐渐增加，达到最大幅度后慢慢降低直至呼吸暂停。见于药物所致呼吸抑制、充血性心力衰竭、大脑损害（通常在脑皮质水平）；②间停呼吸（Biots 呼吸）呼吸暂停后呼吸频率和幅度迅速恢复到较正常稍高的水平，然后在呼吸暂停时呼吸迅速终止。见于颅内压增高、药物所致呼吸抑制、大脑损害（通常在延髓水平）；③Kussmaul 呼吸：呼吸深快。见于代谢性酸中毒；④叹息样呼吸：见于焦虑症或抑郁症等。

呼吸时相变化

1) 吸气相延长：主要见于上呼吸道狭窄、大气道（气管）狭窄，常常伴有“三凹征”，即吸气时出现胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷（为克服吸气阻力，吸气时，胸腔内负压增加）。

2) 呼气相延长：主要见于哮喘、COPD。常常伴有桶状胸、哮鸣音等异常体征。急性左心衰竭时亦可出现，称为“心源性哮喘”，需与支气管哮喘相鉴别。

移动性浊音

移动性浊音检查时先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不

动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

小腿和关节的检查

膝关节：

- 1.视诊 膝外翻，膝内翻，膝反张，肿胀，肌肉萎缩。
- 2.触诊 压痛，肿块，摩擦感，活动度。其他，常用的检查方法有浮髌试验等。
- 3.动诊 膝关节伸直位为中立位，即 0° 。膝屈曲 $120^{\circ} \sim 150^{\circ}$ ；过伸 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ 。在完全伸直位，无侧向活动；随着膝屈曲度的增加，可增加侧向活动和旋转活动。膝关节在伸直结束前 20° 内，有外旋交锁，使膝于完全伸直位得到稳定。从完全伸直开始屈曲时，膝出现内旋，使膝解锁。
- 4.量诊 膝关节的周径可在髌骨上极缘、髌骨中部和髌骨下极缘进行测量。

小腿：

- 1.视诊 有无红肿，畸形等。
- 2.触诊 压痛，摩擦感，等。
- 3.动诊 踝关节活动等。
- 4.量诊 双小腿是否等长等。

胸腔穿刺术

- 1.病人取坐位面向椅背,两前臂置于椅背上,前额伏于前臂,自然呼吸。卧床者可取半坐位,患侧前臂上举抱于枕部。
- 2.穿刺点可行超声波定位,或选在胸部叩实音最明显部位进行,一般取肩胛下角线或腋后线第7~8肋间;也可选腋中线6~7肋间或腋前线第5肋间为穿刺点。包裹性积液最好结合X线或超声定位,以确保穿刺成功。气胸病人选择锁骨中线第二肋间或腋中线第4~5肋间。
- 3.戴无菌手套,常规消毒皮肤,覆盖无菌洞巾。
- 4.选下一肋骨的上缘为穿刺点,用2%利多卡因局部麻醉,先注射皮下出现皮肤橘皮样皮丘改变,然后自皮至胸膜层进行逐次麻醉。
- 5.术者以左手示指与中指固定穿刺部位的皮肤,右手将穿刺针在局麻部位缓缓刺入,当针锋抵抗感突然消失时,表明已穿入胸膜腔。助手用止血钳协助固定穿刺针,以防刺入过深损伤肺组织。穿刺针可应用三通穿刺针或较粗的长针后接胶皮管,穿刺前应关闭三通针,先将胶皮管用止血钳夹住,然后进行穿刺。穿入胸膜腔后再转动三通活栓使其与外界相通,或松开胶皮管止血钳,抽取胸腔积液。
- 6.抽液结束后拔出穿刺针,覆盖无菌纱布,胶布固定。

【17号题】第一站: 病史采集: 男性, 70岁。全腹胀满3天, 间歇性呕吐一天就诊。

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 发病可能诱因: 如饮食、腹部外伤等。
- (2) 呕吐的情况: 如呕吐时间、次数、呕吐与进食的关系、是否为喷射性等。
- (3) 呕吐物的性质: 如呕吐物的气味(发酵腐败气味、臭味)、颜色(胆汁、血)、是否含发酵酸性宿食等。

(4) 相关伴随症状：如伴腹痛的情况。

(5) 发病以来饮食、睡眠、大便和体重变化情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？如血常规、尿淀粉酶、腹平片、腹部 B 超等。

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？如是否应用抑制胃酸分泌药物治疗，若用过，疗效如何？

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病等。

3. 有无烟酒嗜好。

4. 有无肿瘤等家族史

【18 号题】四川南充 第二站：脓肿切开术。

1. 根据脓肿部位，患者取舒适体位，先行手术区消毒，一共消毒三遍；消毒时以手术切口为中心，范围要求覆盖切口周围皮肤至少 15cm 以上的区域，由外向内涂擦，涂擦时尽量不要留有缝隙。消毒待干后，铺盖无菌洞巾，行浅表脓肿局部浸润麻醉；

2. 取 2% 利多卡因溶液，在切口一端进针，回抽无血后再打一小皮丘，然后沿切口线进针，边进针边回抽，同时注射局麻药物，由远处向脓腔附近缓慢推进，直至切口的另一端。

3. 待局部麻醉后，在脓肿中央、波动感最明显处，用刀尖作一个适当的刺入，先行引流出一部分脓液，以减轻局部皮肤的张力，然后刀口向上，反挑切开，将其逐步扩大成一个大切口。

4.脓液排出后,以手指伸入脓腔,探查其大小、以及形状,脓腔内有纤维隔膜时,可用止血钳行钝性分离,使之变为单一的大脓腔,以利于引流。然后,填塞引流物,填塞纱布时不要填塞过紧,防止引流不畅,另外,尽量选用完整连续的长条形纱布,以便取出时,防止个别小纱布遗留在伤口内,最后,将伤口覆盖纱布,清理周围皮肤,行局部包扎即可。

【注意事项】

- 1.浅表脓肿切口应在波动最明显处;深部脓肿切开引流前可先行穿刺抽脓,并应以穿刺抽出脓液的针为引导切开脓肿。
- 2.切开的切口要足够大,要考虑患者站立及平卧的姿势,尽量取最低部位便于引流。不作经关节区的纵行切口,以免瘢痕挛缩,影响关节运动功能。
- 3.脓肿切开引流应遵循无菌操作原则,防止混合感染。
- 4.穿刺或切开引流,均应取部分脓液作细菌培养和药敏试验。
- 5.填入脓腔的纱布的块数要准确记录在手术记录中,术后换药时需要全部取出。如脓腔较大,可以纱布连接在一起,以防有个纱布遗漏在脓腔内。
- 6.填入的纱布应在 24~48 小时后取出,换置纱布或纱条引流。

【18 号题】云南 第二站：体格检查：腋窝淋巴结触诊，胸膜摩擦感，脾脏触诊（双手）。

腋窝淋巴结

检查左侧时,检查者左手握被检查者左手,使其前臂稍外展,右手四指并拢稍弯曲,自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

胸膜摩擦感

检查胸膜摩擦感时，检查者以手掌平放于腋中线第 5、6 肋间，嘱被检查者深慢呼吸。

脾脏触诊 (双手)

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位，稍用力上抬脾脏，检查者再以右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧，检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸，以配合检查者的触诊。

【18 号题】陕西汉中 第一站：1，病史采集：头部撞击后神志不清、失忆 3 小时，2，病例分析：我诊断的类风湿关节炎（类风湿因子比正常值高很多）、贫血。**第二站：**1，基本操作：皮脂腺囊肿已经切除，请你给予缝合，打结。2，体格检查：对光反射、肺部听诊、腹部移动性浊音检查。**第三站：**问答：小女孩，夏天发烧 3 天请你体检如何做？巴彬斯基征阳性表现？

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊



(1) 起病缓急、程度

(2) 过程 (有无波动、中间清醒期)

(3) 病程、四肢自主运动和肌张力如何？

(4) 加重或缓解因素

(5) 伴随症状：有无发热、头痛呕吐、呕血、黄疸、水肿、抽搐、心悸、气短、与意识障碍的关系

(6) 发病以来饮食、睡眠和大便情况

2、诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？

如尿常规、血常规、脑脊液检查、颅脑 CT/MRI 等

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？若用过，是哪些药物？疗效如何？

二、相关病史

1. 过敏史

2. 与该病有关的其它病史：既往有无颅脑外伤、五官疾病。有无月经和婚育史及不洁性交史。

有无去过林牧区等。

第二站 基本操作

缝合

缝合方法种类繁多，不同部位，不同组织常采用不同的缝合针、缝合线及缝合方法。根据缝合后切口边缘的形态分为单纯缝合、内翻和外翻缝合三类。

打结

1. 打结方法

(1) 单手打结法：其特点为简便迅速，故而常用。

(2) 双手打结法：其特点为结扎较牢固，但速度较慢。

(3) 器械打结法：即止血钳打结法，术者用持针钳或止血钳打结，适用于深部狭小手术视

野的结扎、肠线结扎或结扎线过短时。

2.打结要点 两手用力要相等，两手用力点及结扎点三点在一个面成一线，不能向上提拉，以免撕脱结扎点造成再出血。打第二个结时，第一个线结注意不能松扣。

体格检查

对光反射

传入神经为视神经，传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

肺部听诊

包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，可嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素（多见于老年人）所致。

1.正常呼吸音的种类和分布

(1) 肺泡呼吸音：见于大部分胸部听诊区域。

(2) 支气管肺泡呼吸音：见于胸骨两侧第1、2肋间、肺尖、肩胛间区。

(3) 支气管呼吸音：见于喉部、锁骨上窝、背部T₁、2水平。

2.几种常见病理性呼吸音。

(1) 粗湿啰音：又称为大小泡音。发生于气管、主支气管或空洞部位，多出现在吸气早期。见于支气管扩张、严重肺水肿及肺结核或肺脓肿空洞。昏迷或濒死的患者因无力排出

呼吸道分泌物，于气管处可听及粗湿啰音，有时不用听诊器也可听到，谓之痰鸣。

(2) 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。

(3) 细湿啰音：又称为小水泡音。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。

(4) 哮鸣音：又称为高调性干啰音；哮鸣音的出现主要是由于肺内广泛的细支气管痉挛，在呼气时，气流通过狭窄的细支气管管腔而产生的一种病理性呼吸音，在呼气时最明显。

腹部移动性浊音检查

先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

【19 号题】云南 第一站：病例分析：19 号，突发右下腹疼痛 5 小时。诊断：十二指肠溃疡穿孔并弥漫性腹膜炎。

【19 号题】广西 第一站：病史采集：间段性腹泻伴黏液血便 4 年。病例分析为：急性细菌性肺炎，第二站体格检查：甲状腺视诊与触诊，胸廓视诊，脾脏触诊。**第二站：**基本操作：吸氧术。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况：①有无饮食、受寒、精神紧张等诱因。②有无缓解和缓解因素，包括禁食、保温和体位等

(2) 伴随症状：是否伴随腹痛、恶心、呕吐

(3) 大便的性质、颜色

(4) 发病以来饮食、睡眠和大便情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？ 血尿常规、大便常规、腹部平片、结肠镜检查等

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？是否应用抗生素治疗，若用过，疗效如何？

二、相关病史

1. 有过敏史

2. 与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病史等。有无腹部手术史

3. 有无烟酒嗜好

4. 有无肿瘤等遗传家族史

第二站 体格检查

甲状腺触诊

甲状腺较小（如 I 度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱

患者进行吞咽动作,对甲状腺进行触诊,或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧,嘱患者做吞咽动作,对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如Ⅱ度及以上肿大)时,检查者可站在患者前面,用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧,另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊,并嘱患者做吞咽动作,同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为Ⅰ度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

胸廓的视诊

胸部明显的体表标志:胸廓上缘、锁骨、胸骨、肋骨、锁骨上窝、胸骨上窝。同时,还可观察到的骨性标志有:

胸骨角:胸骨柄与胸骨体的连接处,其两侧分别与左右第二肋软骨相连接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第4胸椎下缘。

C7 棘突:为最明显的棘突,用于计数椎体。

肩胛骨:被检查者双臂下垂,肩胛下角平第7肋骨水平或第7肋间隙,或相当于第8胸椎水平。

肋脊角:第12肋骨与脊柱的成角,其内为肾脏和输尿管的起始部;

再观察胸壁和胸廓,有无静脉充盈、曲张,血流方向,有无皮疹、蜘蛛痣等。正常胸廓两侧大致对称,呈椭圆形,前后径左右径约为1:1.5。同时观察呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。胸式呼吸多见于成年女性;腹式呼吸多见于成年男性及儿童。呼吸频率12~20次/分,与脉搏之比约为1:4。节律均匀而整齐。

最后观察受检者体表的人工划线:包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、

肩胛下角线 (肩胛线) 后正中线上。

脾脏触诊 (双手)

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位,稍用力上抬脾脏,检查者再以右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧,检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸,以配合检查者的触诊。

第二站 基本操作

吸氧术

以双侧鼻导管吸氧法为例

操作者将所用物品携至床旁,向病人解释操作目的,取得病人同意,戴口罩。用手电筒检查病人鼻腔,取湿棉签清洁两侧鼻孔,安装氧气表并检查是否漏气,连接吸氧管,调节氧流量,润滑吸氧管并检查是否通畅,将吸氧管轻轻插入鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量,并向病人及家属交待注意事项。清洁病人面部及整理床位。

【20 号题】 第一站：病史采集：男，38 岁，剑突下疼痛 1 月伴呕血、黑便一周病例分析？女，18 岁，心悸、消瘦 8 周。休息后仍感心跳加快，多食，消瘦 15 千克，脾气易怒，检查：甲状腺 2 度弥漫性肿大，T3/T4 显著增高，fsh 显著降低，心电图所示：窦性心律过速。病理分析诊断为：甲状腺机能亢进、窦性心律过速。**第二站：**右侧腹股沟疝术后 2 天换药；体格检查：腋窝淋巴结触诊；胸部视诊；脾脏触诊（双手）。**第三站：**X 线片：胫骨骨折、右侧胸腔积液心电图：一个正常、一个是右束支传导阻滞 CT：肺癌术后两年，肝部出现一肿物选项有肝囊肿、肝血管瘤、肝癌、肝血管畸形。

第一站：病史采集：男，38 岁，剑突下疼痛 1 月伴呕血、黑便一周

围绕消化性溃疡、胃炎展开询问即可；

病情分析：甲状腺功能亢进+窦速

伤口换药：

首先移去伤口敷料，将污敷料内面向上，放在弯盘内。若有分泌物干结粘连，可用生理盐水润湿后再揭下。选用碘伏或 70%酒精棉球消毒伤口周围皮肤，若伤口内有脓液或分泌物，可用生理盐水棉球轻轻拭净伤口，在消毒时一只镊子直接用于接触伤口，另一镊子专用于传递换药碗中物品（如图 1 所示）。消毒后可再根据不同伤口选择用药或适当安放引流物。

胸部视诊：

首先我们可以在受检者的体表观察到明显的体表标志：胸廓上缘、锁骨、胸骨、肋骨、锁骨上窝、胸骨上窝。同时，还可观察到的骨性标志有：

胸骨角：胸骨柄与胸骨体的连接处，其两侧分别与左右第二肋软骨相连接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第 4 胸椎下缘。

C7 棘突：为最明显的棘突，用于计数椎体。

肩胛骨：被检查者双臂下垂，肩胛下角平第 7 肋骨水平或第 7 肋间隙，或相当于第 8 胸椎水平。

肋脊角：第 12 肋骨与脊柱的成角，其内为肾脏和输尿管的起始部；

再观察胸壁和胸廓，有无静脉充盈、曲张，血流方向，有无皮疹、蜘蛛痣等。正常胸廓两侧大致对称，呈椭圆形，前后径左右径约为 1：1.5。同时观察呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。胸式呼吸多见于成年女性；腹式呼吸多见于成年男性及儿童。呼吸频率 12～20 次/分，与脉搏之比约为 1：4。节律均匀而整齐。

最后观察受检者体表的人工划线：包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线（肩胛线）、后正中线。

【21 号题】河北承德 第一站：病史采集：间断上腹痛 2 年，突发上腹剧痛并波及全腹 3 小时。病例分析题号：2.女性，27 岁，反复喘息、咳嗽、咳痰 1 年，再发 1 天。查体：神清，口周无明显发绀，肺部可闻及中等量哮鸣音，无湿罗音。心腹及神经系统查体未见异常
医学教育网整理。实验室检查：动脉血气分析：PH：7.43，PAO₂：70，co₂cp：37，血样饱和度：92%。

第一站：病史采集：间断上腹痛 2 年，突发上腹剧痛并波及全腹 3 小时

病史采集围绕消化性溃疡并穿孔问诊；

病例分析：支气管哮喘

【22 号题】第一站：病史采集：上腹痛，呕吐 3 天，病例分析，无痛性颈部淋巴结肿大。

第二站：体格检查：腋窝淋巴结触诊，心前区视诊，肝脏触诊，操作脓肿切开。

病史采集：上腹痛，呕吐（见上 7 号题）

病例分析：题干缺失

心前区视诊：

心脏视诊的内容包括心前区隆起与凹陷和心尖搏动。

心尖搏动是指心脏收缩时在左下前胸壁可见的局部搏动；正常人的心尖搏动一般位于左第五肋间锁骨中线内 0.5-1 厘米处，范围 2-2.5 厘米，有 1/3 的正常人中不能在体表看到心尖搏动。

心前区异常搏动有：

胸骨左缘第 3-4 肋间搏动：右心室肥大的征象；

剑突下搏动：可能为右心室收缩期搏动或腹主动脉瘤搏动，分别见于右心室肥大及腹主动脉瘤患者，或者正常消瘦者；

心底部搏动：胸骨左缘第 2 肋间（肺动脉瓣区）收缩期搏动，见于肺动脉扩张或肺动脉高压，也可见于少数正常青年人在体力活动或情绪激动时，胸骨右缘第二肋间收缩搏动，见于主动脉弓动脉瘤或升主动脉扩张。

脓肿切开

1.戴帽子、口罩，术者术前洗手、消毒。

2.根据脓肿部位取患者舒适体位。

3.麻醉选择

(1)浅表脓肿可采用利多卡因局部浸润麻醉，但要注意注射药物时应从远处向脓腔附近推进，避免针头接触感染区域。

(2)深部或较大脓肿则宜采用静脉麻醉。

4.对切开引流部的皮肤区域常规消毒，铺盖无菌洞巾。

5.于脓肿中央用尖刀作一适当的刺入，然后用刀向上反挑切一小切口，即可排出脓液。

待脓液排出后，以手指伸入脓腔，探查其大小、位置以及形状，据此考虑延长切口。脓腔内有纤维隔膜将其分隔为多个小房者，应用手指钝性分离，使之变为单一大脓腔，以利引流。

术中切忌动作粗暴而损伤血管导致大出血，或挤压脓肿。放置引流。

6. 软组织深部脓肿，切开皮肤、筋膜后，用紧闭的血管钳插入脓腔，然后将血管钳的尖端缓慢张开，也可先行穿刺抽脓液，并以穿刺针为引导，切开脓腔，弄清脓腔局部解剖关系，再扩大切口，放置引流物。

7. 引流物不应填塞过紧，以防引流不畅。

【23 号题】黑龙江哈尔滨 第三站 1. 肺结核 2. 肝血管瘤 3. 奔马律 4. 干啰音 5. 胫骨骨折 6. 心室颤动 7. 室性心动过速。

【24 号题】第一站：病例分析：女性，20 岁，间断腹泻、腹痛 2 年、伴发热、血便，患者 2 年前开始反复腹泻，时有腹痛及排便不尽感，未系统诊治，排便为黄稀便混有鲜血或鲜血便。发热体温最高达 39 度，左下腹痛，口服药服以来，食欲减退，尿量颜色正常，体重减轻。**第二站：**查体：T38.5 度，P106 次/分，R18 次/分，浅淋巴结未触及。腹软，左下腹压痛（+），无反跳痛，双下肢无水肿。

第一站 病例分析

一、初步诊断：溃疡性结肠炎

二、诊断依据：

1. 青年女性

2. 反复腹泻、腹痛 2 年，黄稀便混有鲜血或鲜血便

3. 有发热，且左下腹疼痛，体重减轻

三、实验室检查

1. 血液检查

2. 粪便检查
3. 自身抗体检测
4. 结肠镜检查
5. X 线钡剂灌肠检查

四、鉴别诊断

1. 急性自限性结肠炎
2. 阿米巴肠炎
3. 血吸虫病
4. 克罗恩病

【24 号题】湖南邵阳 第一站：病史采集：6 岁女，发热 5 天，咳嗽 3 天。病例分析：患者男，间断腹痛、腹泻 2 年，加重伴发热、便血 1 周。查：腹软，左下腹压痛阳性，发热最高达 39 摄氏度，体重减轻 5KG，辅查：中度贫血，WBC：12X10⁹/L，大便常规：WBC：3-15/HP，红细胞满视野，隐血阳性。**第二站：**体格检查：1.腋窝淋巴结的触诊；2.单、双手的肝脏触诊；3.肱二头肌反射检查；操作：前臂骨折病人的止血带止血，包扎固定急救处理。**第三站：**1.心尖区隆隆样杂音（听诊）；2.支气管肺泡呼吸音（听诊），3.肺癌（X 线）；4.胫骨远端骨折（X 线）；5.心肌梗死（心电图）；6.室速（心电图）。7.CT 为肝癌 8.医德医风就不说了！

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

- (1) 发病诱因：有无受凉等
- (2) 发热的程度、热型、咳血、胸痛；咳嗽发作时间、音色、性质和程度
- (3) 伴随症状重是否有咳痰、咯血、胸痛、发绀有无下肢水肿，有无意识障碍、呼吸困难
- (4) 发病以来饮食、睡眠、大小便和体重变化

2. 诊疗经过

- (1) 是否曾到医院就诊，做过哪些检查

如胸片、肺功能等

- (2) 治疗情况：有无使用抗生素、糖皮质激素

支气管舒张剂等，疗效如何

(二) 相关病史

1. 过敏史

2. 与该病有关的其他病史

第一站 病例分析

一、初步诊断：溃疡性结肠炎 中度贫血

二、诊断依据：

1. 反复腹泻、腹痛 2 年；

2.有发热，左下腹疼痛，左下腹压痛，体重减轻，加重伴发热、便血 1 周；

3.大便常规红细胞满视野，隐血阳性，左下腹压痛。

三、实验室检查

1.血液检查

2.自身抗体检测

3.结肠镜检查

4.X 线钡剂灌肠检查

四、鉴别诊断

1.急性自限性结肠炎

2.阿米巴肠炎

3.血吸虫病

4.克罗恩病

第二站 体格检查

腋窝淋巴结

检查左侧时，检查者左手握被检查者左手，使其前臂稍外展，右手四指并拢稍弯曲，自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

肝脏触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。:检查者右手位置同单手法,左手托住被检查者右腰部,拇指张开置于肋部,触诊时左手向上抬起,使肝下缘紧贴前腹壁下移,并限制右下胸扩张,以增加膈下移的幅度,这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指,可提高触诊的效果;注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

肱二头肌反射检查

肱二头肌反射(C5~6):被检查者屈肘,前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部,以左手拇指置于肱二头肌腱上,用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

第二站 基本操作

前臂骨折病人的止血带止血部位为上臂中上1/3处

前臂骨折固定 将夹板置于前臂四侧,然后固定腕、肘关节,用三角巾将前臂屈曲悬吊于胸前,用另一条三角巾将伤肢固定于胸廓。

【24号题】广西南宁 第二站:1.体格检查:腋窝淋巴结触诊;肝脏触诊(单、双手);肱二头肌反射。2.基本技能操作:前臂出血、骨折,行止血、包扎、固定处理。**第三站:**机考:

舒张期隆隆样杂音、干啰音、肺癌、肝血管瘤、右胫骨骨折、室性心动过速、急性心肌梗死；
职业素质：患者有个儿子在交警大队，医生知道后特殊照顾，开车违章后找患者儿子，问是否妥当。4.病史采集：患者女孩，6岁，发热6天，咳嗽3天入院；病例分析：肠结核；贫血；关节炎。

第二站 体格检查

腋窝淋巴结

检查左侧时，检查者左手握被检查者左手，使其前臂稍外展，右手四指并拢稍弯曲，自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

肝脏触诊（单、双手）

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。检查者右手位置同单手法，左手托住被检查者右腰部，拇指张开置于肋部，触诊时左手向上抬起，使肝下缘紧贴前腹壁下移，并限制右下胸扩张，以增加膈下移的幅度，这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指，可提高触诊的效果；注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

肱二头肌反射检查

肱二头肌反射 (C5~6) :被检查者屈肘,前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部,以左手拇指置于肱二头肌腱上,用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

第二站 基本操作

前臂骨折病人的止血带止血部位为上臂中上 1/3 处

前臂骨折固定 将夹板置于前臂四侧,然后固定腕、肘关节,用三角巾将前臂屈曲悬吊于胸前,用另一条三角巾将伤肢固定于胸廓。

【24 号题】安徽宿州 第一站 :病史采集 :女孩,6 岁。发热 5 天,咳嗽 3 天门诊检查。**第二站 :**体格检查 :腋窝淋巴结触诊 肝脏触诊 (单、双手)、肱二头肌反射医学|教育|网网友 ruanruanqiu090 整理。基本操作 :右前臂开放性骨折包扎固定 提问 :1、加压包扎的禁忌症?2、压迫止血的方法?

24、第一站 :

病史采集 :

初步诊断 :肺部感染

一、针对发热本身的问诊 :

(1)、发热的可能诱因 (有无着凉等)。

(2)、体温的升高和变化情况,有无寒战。

(3)、咳嗽是干咳还是湿咳,如有痰,痰的性状颜色、量的多少。是否和体位有关。

(4)、咳嗽是否伴有胸痛，有无全身中毒症状。

(5)、发病来大小便和体重及睡眠情况。

诊疗经过：

(1)、是否到医院就诊？做过哪些检查？检查结果如何？

(2)、治疗和用药情况，疗效如何？如是否用过抗生素，用过哪些抗生素？疗效如何？

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性呼吸系统疾病病史，有无疫区疫水接触史。

第二站：

腋窝淋巴结检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏触诊：触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作，如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。

注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。

肝肿大的测量：

- 1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

肱二头肌反射：被检查者屈肘，前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部，以左手拇指置于肱二头肌腱上，用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

基本操作：

包扎固定：

前臂悬吊带：前臂大悬吊带适用于前臂外伤或骨折，方法：将三角巾平展于胸前，顶角与伤肢肘关节平行，屈曲伤肢，提起三角巾下端，两端在颈后打结，顶尖向胸前外折，用别针固定。前臂小悬吊带适用于锁骨、肱骨骨折、肩关节损伤和上臂伤，方法：将三角巾叠成带状，中央放在伤侧前臂的下 $1/3$ ，两端在颈后打结，将前臂悬吊于胸前。

1、加压包扎的禁忌症？

当患者出现呼吸困难、呼吸停止或心脏骤停等状况时应首先抢救，不宜进行伤口处理。

2、压迫止血的方法？

1、加压包扎法

2、堵塞止血法

3、指压止血法

4、屈曲加垫止血法

5、止血带止血法

【24 号题】山西太原 第一站：病史采集：6 岁男孩，发热咳嗽 3 天
病例分析：结肠炎，贫血。**第二站：**腋窝淋巴肝脏的触诊，单手双手肝脏的检查，肱二头肌反射的检查，开放性伤口的止血，包扎。**第三站：**收缩期吹风样杂音，支气管肺泡呼吸音，心梗，室上速，肝血管瘤，肺癌，做法不对。

开放性伤口的止血，包扎

止血方法：

1. 加压包扎法 为最常用急救止血方法。用敷料盖住伤口，再用绷带加压包扎。

2. 堵塞止血法 用消毒的纱布、棉垫等敷料堵塞在伤口内，再用绷带、三角巾或四头带加压包扎，松紧度以达到止血为宜。常用于颈部、臀部等较深伤口。

3. 指压止血法 用手指压迫出血的血管上端，即近心端，使血管闭合阻断血流达到止血目的。适用于头、面、颈部及四肢的动脉出血急救。

4. 屈曲加垫止血法 当前臂或小腿出血时，可在肘窝或腘窝内放置棉纱垫、毛巾或衣服等物品，屈曲关节，用三角巾或布带作 8 字形固定。注意有骨折或关节脱位者不能使用，

同时因此方法令伤员痛苦较大，不宜首选。

5. 止血带止血法 适用于四肢大血管破裂或经其他急救止血无效者。包括：①橡皮止血带止血法：常用气囊止血带或长 1m 左右的橡皮管，先在止血带部位垫一层布或单衣，再以左手指、示指、中指持止血带头端，另一手拉紧止血带绕肢体缠 2~3 圈，并将橡皮管末端压在紧缠的橡皮管下固定；②绞紧止血法：急救时可用布带、绳索、三角巾或者毛巾替代橡皮管，先垫衬垫，再将带子在垫上绕肢体一圈打结，在结下穿一短棒，旋转此短棒使带子绞紧，至不流血为止，最后将短棒固定在肢体上。

绷带包扎法主要用于四肢及手、足部伤口的包扎及敷料、夹板的固定等。包括：环形包扎法——主要用于腕部和颈部；8 字形包扎法——用于关节附近的包扎；螺旋形包扎法——主要用于上肢和大腿；人字形包扎法——多用于前臂和小腿等。三角巾包扎法 依据伤口不同部位，采用不同的三角巾包扎方法。

【25 号题】 第一站：病史采集 50 岁女性患者，双指关节疼痛伴左肘部皮下结节 2 年余。

病例分析：28 岁男性，胸闷、气短两年余，加重一月余。诊断：慢性肺心病 心衰 缺氧。

第二站：测血压 腋窝淋巴结触诊 肝脏触诊 为脂肪瘤切除术后的患者行切口缝合。**第三**

站：舒张期奔马律、湿罗和音干罗音、左股骨颈骨折、脾破裂、房颤窦缓。

50 岁女性患者，双指关节疼痛伴左肘部皮下结节 2 年余

围绕类风湿关节炎展开询问

其他题目与上面病例重复

【25 号题】 广西南宁 第一站：问诊：女性，50 岁，双手关节间断疼痛伴左肘部皮下结节

6 个月门诊就诊。病例分析：男性，28 岁。劳累后胸闷 气促 2 年，夜间不能平卧 1 个月。

患者 2 年前开始劳累后感胸闷，气促，休息片刻缓解，日常工作生活不受影响，未重视。

近一个月来“感冒”后稍活动感胸闷 气促伴心悸，夜间不能平卧，时有夜间憋醒，无发热。

查体：110，BP130/60，口唇轻度发绀，双肺少量湿罗音。心界坐下扩大，HR110，闻及

奔马律，A2 减弱，胸骨左缘第 3 肋间闻及舒张期高调递减叹气样杂音，向心间传导，心间

闻及舒张期低调的隆隆样杂音，局限。可触及水冲脉。**第二站**：1、测血压、腋窝淋巴结触

诊、单手触诊肝脏。提问：肺下界移动度多少？振水音阳性的意义？2、脂肪瘤患者，手

术基本做完，由你缝合、打结（间断打结 3 个）提问：外翻缝合有哪几种方式？假结由什

么造成的？

第一站：

（一）、现病史

根据主诉的问诊：

关节疼痛的诱因，例如和天气的关系

关节疼痛的缓急，是否反复

累积的关节数量的部位

疼痛的性质

有无晨僵

是否伴有类风湿结节。

有无肿胀，是否对称

根据皮下结节的问诊：大小，颜色，是否疼痛，是否痒，质地。

相关问诊：有无发热，有无局部皮肤的红肿，全身情况

一般情况：病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况：

是否来医院就诊，做过何种检查？检查的结果如何？

是否治疗？用过哪些药物？效果如何？

(二)、相关病史：

有无相关的结缔组织病史，有无外伤手术史，有无接触传染病史，烟酒嗜好，疫区居住史，冶游史。家族遗传史。月经史，生育史。

病例分析：

诊断：

心力衰竭

主动脉瓣关闭不全

诊断依据：

心力衰竭依据：

劳力后胸闷 2 年，夜间不能平卧。

有心脏病的一个体征

夜间憋醒，口唇发绀

双肺湿罗音

主动脉瓣关闭不全依据：

有缺氧的症状，

左心大，奔马律，A2 减弱，胸骨左缘第 3 肋间闻及舒张期高调递减叹气样杂音，向心间传导，心间闻及舒张期低调的隆隆样杂音，局限。可触及水冲脉。

进一步检查：

心电图

超声心动图的检查

中心静脉压的测定

血常规

放射性核素心室造影

主动脉造影

鉴别诊断：

其他的心脏瓣膜病：没有相应的体征

心肌梗死：可以做心肌梗死的标志物检查以区别

治疗：对症治疗，预防感染性心内膜炎，强心利尿扩血管治疗

外科的手术进行瓣膜的置换

第二站：

测血压：血压的测量包括直接测量法和间接测量法。

1) 直接测量法：一般用于重症患者，在动脉穿刺后直接测定动脉内压力。

2) 间接测量法：使用血压计进行测量。被检查者在安静环境休息 5~10 分钟，采取仰卧或坐位，被测上肢裸露，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第四肋间、卧位平腋中线）。袖带气囊部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘弯横纹上 2~3cm。检查者在肘窝处触知肱动脉搏动，将听诊器体件置于肘窝处肱动脉上，轻压体件与皮肤紧密接触，但不可压得过重，不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待听诊肱动脉搏动消失，再将汞柱升高 20~30mmHg 后，缓慢放气，听到第一次声响的数值为收缩压，声音消失时数值为舒张压。若测量时声响突然变弱的压力和声音消失时测定的压力相差超过 10mmHg，则记录三个压力数值，收缩压 / 变调时压力 / 舒张压。遇有高血压或两侧桡动脉搏动不一致者，应测量四肢血压。下肢血压测量多选用腘动脉，测量时患者取俯卧位，采用宽袖带血压计测量。

3) 血压的正常值：上肢收缩压为 90~130mmHg，舒张压为 60~85mmHg。

4) 血压的意义：①高血压：收缩压大于 140mmHg 和（或）舒张压大于 90mmHg 为高血压，主要见于原发性高血压和继发性高血压，部分患者有“白大衣”高血压；②低血压：主要原因为心肌收缩功能下降、有效循环血量不足等，主要见于各种原因所致休克、血管迷走性晕厥发作等，往往伴有脉压缩小；③两上肢血压不对称：两上肢血压相差大于 10mmHg，原因和脉搏不对称相似；④下肢血压异常（降低）：提示相应部位动脉狭窄或闭塞，见于主动脉缩窄、胸腹主动脉型大动脉炎、闭塞性动脉硬化、髂动脉或股动脉栓塞等；⑤脉压增大和减小：脉压： $>40\text{mmHg}$ ，为脉压增大，主要见于主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、动静脉瘘、甲状腺功能亢进和严重贫血、老年动脉硬化等；脉压 $<30\text{mmHg}$ ，为脉压减小。主要见于休克、主动脉瓣狭窄、心力衰竭、心包积液、缩窄性心包炎等。

腋窝淋巴结的触诊：

腋窝淋巴结检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏的触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

肺下界移动度多少：6-8cm

振水音阳性的意义：正常人见于餐后或饮多量液体时。如果清晨空腹或者餐后 6~8 小时仍有此音提示幽门梗阻或胃扩张。

缝合打结：略

外翻缝合有哪几种方式：1、间断垂直褥式外翻缝合法。

2、间断水平褥式外翻缝合法。

3、连续外翻缝合法。

假结：第一个结和第二个结方向相同。

【26 号题】黑龙江哈尔滨 第一站：病史采集：女性，72 岁，乏力、腹胀半年，呕血黑便一天。20 年来肝功能异常。病例分析：急性前壁心肌梗死，高血压 I 级（胸痛 30 分钟，发

病前有情绪激动史,含服硝酸甘油不缓解医学教育网整理, V3—V5 导联 ST 段弓背向上抬高。血压 150/94mmHg)

病史采集 :

(一)、根据主诉的问诊 :

咯血的诱因、量、颜色和性状。

有无发热,有无胸痛、呼吸困难,有无出汗,有无其他部位出血表现。

黑便的量,性状和颜色。有无腹部的其他症状,

有无黄疸,发热,以及全身症状

一般情况:病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况:

是否来医院就诊,做过何种检查?检查的结果如何?

是否治疗?用过哪些药物?效果如何?

(二)、相关病史:

有无相关的消化系统病史,有无外伤手术史,有无接触传染病史,烟酒嗜好,疫区居住史,

冶游史。家族遗传史。月经史,生育史。

【27 号题】云南 第一站: 男性, 54 岁, 直肠癌。

【27 号题】河北承德 第二站: 基本操作: 单侧鼻导管吸氧术。

吸氧术:

【物品准备】

中心供氧氧气装置、一次性吸氧管、蒸馏水、治疗碗内盛温开水、棉签、弯盘、手电筒、用氧记录单、笔。

【操作步骤】

操作者洗手,将所用物品携至床旁,核对病人,向病人解释操作目的,取得病人同意,戴口罩,协助病人取舒适卧位。用手电筒检查病人鼻腔,用湿棉签清洁两侧鼻孔,安装氧气表并检查是否漏气,连接吸氧管,调节氧流量,润滑吸氧管并检查是否通畅,将吸氧管轻轻插入鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量,并向病人及家属交待注意事项。清洁病人面部及整理床位。

【吸氧方法】

1.单侧鼻导管法 连接鼻导管于玻璃接头上,打开流量表开关,调节氧气流量;将鼻导管插入温开水药杯中,试验导管是否通畅,并润滑鼻导管;断开鼻导管与玻璃接头,测量导管插入长度(约为鼻尖到外耳道口长度的 $\frac{2}{3}$),将鼻导管轻轻插入;用胶布将鼻导管固定于鼻梁和面颊部,连接鼻导管与玻璃接头,观察吸氧情况。

【28号题】贵州贵阳 第二站:第二站内容:体格检查:眼睑、巩膜、结膜的检查;肺部听诊;腹壁紧张度、压痛、反跳痛的检查。提问:冬季,一5岁男孩,突发高热、头痛入院,作为初诊医生,考虑应做哪些检查?

第二站:

眼睑:双侧眼睑下垂多见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂;单侧眼睑下垂常见于动眼神经麻痹。眼睑水肿常常以晨起较明显,常见于急性肾小球肾炎、慢性肝病、营养不良等。

结膜:检查上睑结膜、下睑结膜和球结膜。充血和分泌物增多多见于结膜炎;球结膜水肿多见于肺性脑病、颅内压增高;睑结膜苍白见于各种贫血;结膜颗粒与滤泡常见于沙眼;结膜

出血点可见于感染性心内膜炎。

巩膜：均匀黄染常见于黄疸，其他黄色色素增多时多在角膜周围黄染明显。

肺部听诊：

包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，可嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素（多见于老年人）所致。

1.正常呼吸音的种类和分布

(1) 肺泡呼吸音：见于大部分胸部听诊区域。

(2) 支气管肺泡呼吸音：见于胸骨两侧第 1、2 肋间、肺尖、肩胛间区。

(3) 支气管呼吸音：见于喉部、锁骨上窝、背部 T1、2 水平。

2.异常呼吸音

(1) 病理性支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音：在正常肺泡呼吸音分布区域听到支气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音均为异常。主要机制为肺组织传导增强，见于肺实变、大的空洞以及大量积液上方的压迫性肺不张（肺组织含气量减少，而支气管树通畅，传导增强）。

(2) 呼吸音减弱：见于各种原因所致的肺泡通气量下降，如气道阻塞、呼吸泵（呼吸肌病变、或胸廓活动受限）功能障碍；胸膜病变（胸水、气胸、胸膜肥厚）等。对侧肺部往往出现代偿性肺泡呼吸音增强。

3.啰音分为干性啰音和湿性啰音。

(1) 干性啰音：发生机制为气管支气管或细支气管狭窄，包括炎症、平滑肌痉挛、外压、新生物、黏稠分泌物。其特点为持续时间长，呼气相明显，强度及性质易变。

1) 高调性干啰音（哮鸣音或哨笛音）：见于小支气管或细支气管病变。双肺弥漫性分

布的哮鸣音常见于哮喘、COPD、心源性哮喘等；局限性哮鸣音常见于气道局部狭窄，如肿瘤、气道内异物。

2) 低调性干啰音 (鼾音): 见于气管或主支气管病变。

3) 喘鸣: 和其他干啰音不同, 发生于吸气相, 高调而单一。见于上呼吸道或大气道狭窄, 如喉头痉挛、声带功能紊乱、气管肿物等。

(2) 湿性罗音: 发生机制为气体通过呼吸道内存在的稀薄分泌物时产生水泡并破裂。特点为断续而短暂, 多见于吸气相。分为粗湿性啰音、中湿性啰音、细湿性啰音 (又称为大、中、小水泡音)、捻发音。主要见于支气管病变 (COPD、支气管扩张)、感染性或非感染性肺部炎症、肺水肿、肺泡出血。不同类型的湿性罗音说明稀薄分泌物的主要存在部位, 如肺炎时常为细湿性啰音, 急性肺水肿时粗、中、细湿性啰音可同时出现。

湿性罗音的某些特征对诊断有重要意义, 如随体位变化的湿性罗音常提示充血性心力衰竭; 长期存在的固定性湿性罗音提示支气管扩张、慢性肺脓肿等。一种高调、密集, 类似于撕扯尼龙拉扣的细湿性罗音, 称为爆裂音 (velcro 罗音), 主要见于某些类型的间质性肺病 (如特发性肺纤维化)。

4. 语音共振意义同触觉语颤。如羊鸣音、耳语音等。

5. 胸膜摩擦音意义同胸膜摩擦感, 但较其敏感。某些较局限的摩擦音可见于累及胸膜的肺炎或肺栓塞。

腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张: 见于炎症波及局部腹膜; (2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；2) 揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

2. 压痛和反跳痛

(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”

做哪些检查：

- 1, 血常规,
- 2, 血糖血脂等生化检查
- 3, 脑部的 CT, 必要时 MR
- 4, 脑脊液的常规和生化检查

5, 肝肾功能检查

【28号题】湖南邵阳 第一站：病史采集：女性；36岁，右下腹疼痛，伴恶心呕吐2小时（既往有妇科良性肿瘤）。病例分析：55岁，一男性，反复头痛、头晕5年，伴恶心、呕吐2天。患者于5年前在无明显诱因下出现头痛，头晕，在医院检查发现高血压200/110，一直服用复方降压胶囊，血压控制不理想，化验血糖7.0mmol/L未给予特殊治疗，二天来再次发作头痛、头晕，伴有恶心、呕吐不适。来求诊，其母亲有糖尿病病史。医学|教育|网网友 ruanruanqiu090 收集整理。体查：T36.0度 P80次/分 R20次/分 BP170/100mmHg 无意识障碍，无偏瘫，精神差，血糖10.0mmol/L 血清钾3.0mmol/L 血清钠135mmol/L。

第二站：体格检查：1、甲状腺的前面、后面触诊，（要求说明你检查的结果及内容）；2、肝脏的单手、双手触诊；3、一肝硬化病人请你做腹部的叩诊，可以检查出什么阳性体征？4、跟腱反射的检查。

第一站：

病史采集：1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无不洁饮食，近期有无外出旅游
- (2) 针对腹痛：部位、性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。
- (3) 针对呕吐：发生时间，次数，呕吐和进食的关系，呕吐物的性质
- (4) 伴随症状：有无腹泻、妇科异常

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无疫区疫水接触史，月经生育史、家族遗传史。

第二站：

1、甲状腺的触诊：

甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

2、肝脏的触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作，如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊。注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

- 1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

3、移动性浊音阳性

4、跟腱反射：被检查者仰卧，下肢屈曲，大腿稍外展外旋，检查者用左手握住足趾使踝部稍背屈，叩击跟腱。观察腓肠肌收缩引起的足背屈。

【28号题】宁夏 第一站：女，35岁，突发腹痛伴恶心呕吐2小时急诊，原来患有妇科良性肿瘤。**第二站：**甲状腺检查，肝脏触诊（单双手）跟腱反射，心肺复苏。**第三站：**肋骨骨折，心梗，2度传导阻滞，期前收缩。

病史采集：

(一)、现病史

根据主诉症状问诊：腹痛的诱因，部位，性质，缓解因素、程度、时间，与体位的关系。

恶心呕吐：发作时间、呕吐物的性状、颜色、起病的缓急。呕吐的频率，持续时间

相关问诊：有无发热，，全身情况

一般情况：病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况：

是否来医院就诊，做过何种检查？检查的结果如何？

是否治疗？用过哪些药物？效果如何？

(二)、相关病史：

有无相关的消化病史，有无外伤手术史，有无接触传染病史，烟酒嗜好，疫区居住史，冶游史。家族遗传史。月经史，生育史。

甲状腺检查：

甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿

大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脏触诊：触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊。

注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。

肝肿大的测量：

- 1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

跟腱反射 (S1~2)：被检查者仰卧，下肢屈曲，大腿稍外展外旋，检查者用左手握住足趾使踝部稍背屈，叩击跟腱。观察腓肠肌收缩引起的足背屈。

【29号题】湖南 发热、颈部及腋窝淋巴结肿大；胆囊切除术后，胆总管结石，梗阻性黄疸，胆管炎；腋窝淋巴结触诊，肝脏触诊，胸膜摩擦音听诊；肱骨开放性骨折处理。**第三站**：有个结核病人前区听诊：收缩期杂音，有个肺部听诊双向干啰音；胸片梨形心和肋骨骨折；CT 脾破裂；心电图 1 个正常的，1 个Ⅲ度传导阻滞；医德医风：挨打了，法律途径解决医学教育|网论坛网友提供。

一、

(1) 颈部及腋窝淋巴结检查：

颈部淋巴结以胸锁乳突肌为界分为前后两区。检查时被检查者头稍低，使皮肤松弛。检查者双手四指并拢，紧贴检查部位，进行滑动触诊。依次检查前后区。

腋窝淋巴结检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

(2) 肝脏触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊。注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

- 1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

(3) 肱骨开放性骨折处理：

止血：加压包扎法：为最常用急救止血方法。用敷料盖住伤口，再用绷带加压包扎

包扎：前臂悬吊带：前臂大悬吊带适用于前臂外伤或骨折，方法：将三角巾平展于胸前，顶角与伤肢肘关节平行，屈曲伤肢，提起三角巾下端，两端在颈后打结，顶尖向胸前外折，用别针固定。前臂小悬吊带适用于锁骨、肱骨骨折、肩关节损伤和上臂伤，方法：将三角巾叠成带状，中央放在伤侧前臂的下 1/3，两端在颈后打结，将前臂悬吊于胸前

第三站：略

【30 号题】云南 第二站：吸痰。

吸痰术

【适应证】

吸痰术适用于危重、老年、昏迷及麻醉后病人因咳嗽无力、咳嗽反射迟钝或会厌功能不全，不能自行清除呼吸道分泌物或误吸呕吐物而出现呼吸困难时，在病人窒息的紧急情况下，如溺水、吸入羊水等，更应立即采用吸痰术。

【物品准备】

治疗盘内准备：治疗碗而且内盛无菌生理盐水、型号适宜的一次性吸痰管数根、棉签、纱布、治疗巾、电动吸引器或中心吸引器、弯盘、手电筒、必要时备压舌板、开口器、舌钳、电插盘等。

【操作步骤】

1. 操作者洗手，将应用物品携至床旁，核对病人，向病人解释操作目的，戴口罩，戴手套。
2. 协助病人取舒适卧位。检查病人口鼻腔，如有活动性义齿应取下。使患者将头偏向一侧，铺治疗巾。
3. 接通电源，检查吸引器性能，调节负压(一般成人 40.0~53.3kPa，儿童<40.0 kPa)。连接吸痰管，试吸少量生理盐水检查是否通畅并湿润导管。一手返折吸痰管末端，另一手持吸痰管前端，插入病人口咽部，然后放松导管末端，吸净口腔及咽喉部分泌物。
4. 再换管，在病人吸气时插入气管深部，左右旋转，向上提拉，吸尽气管内痰液。每次抽吸时间<15 秒，一次未吸尽，隔 3~5 分钟再吸。
5. 在吸痰过程中，要随时观察病人生命体征的改变，注意吸出物的性状、量、颜色等，吸痰完毕，抽吸生理盐水冲洗管道，关吸引器开关。摘手套。拭净病人脸部分泌物，取下治疗巾，协助病人取舒适卧位，询问病人感受。整理床单元。

【注意事项】

1. 严格执行无菌操作。
2. 吸痰动作要轻柔，以防止损伤黏膜。
3. 痰液黏稠时，可配合扣背、蒸汽吸入、雾化吸入等方法使痰液稀释；吸痰中患者如发生紫绀、心率下降等缺氧症状时，应当立即停止吸痰，待症状缓解后再吸。
4. 小儿吸痰时，吸痰管应细些，吸力要小些。
5. 贮液瓶内液体不得超过 2 / 3 满度，以防损坏机器。

【31 号题】 第一站：病史采集：胸部闭合损伤 案例分析：甲状腺癌。**第二站：**技能操作，
1.腋窝淋巴结触诊 2.吸氧术。**第三站：**1.肠梗阻 X 光 2.左侧股骨骨折 X 线片 3.正常心电图，
室速心电图 4.硬膜下血肿。

腋窝淋巴结触诊：

腋窝淋巴结检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用右手进行。

吸氧术：

吸氧术

【目的】

纠正各种原因造成的缺氧状态，提高动脉血氧分压和动脉血氧饱和度，增加动脉血氧含量，促进组织的新陈代谢，维持机体生命活动。

【适应证】

- 1.呼吸系统肺源性心脏病、哮喘、重症肺炎、肺水肿、气胸等。
- 2.心血管系统心源性休克、心力衰竭、心肌梗死、严重心律失常等。
- 3.中枢神经系统颅脑外伤、各种原因引起的昏迷等。
- 4.其他严重的贫血、出血性休克、一氧化碳中毒、麻醉药物及氰化物中毒、大手术后、产程过长等。

【物品准备】

中心供氧氧气装置、一次性吸氧管、蒸馏水、治疗碗内盛温开水、棉签、弯盘、手电筒、用氧记录单、笔。

【操作步骤】

操作者洗手,将所用物品携至床旁,核对病人,向病人解释操作目的,取得病人同意,戴口罩,协助病人取舒适卧位。用手电筒检查病人鼻腔,用湿棉签清洁两侧鼻孔,安装氧气表并检查是否漏气,连接吸氧管,调节氧流量,润滑吸氧管并检查是否通畅,将吸氧管轻轻插入鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量,并向病人及家属交待注意事项。清洁病人面部及整理床位。

【吸氧方法】

- 1.单侧鼻导管法 连接鼻导管于玻璃接头上,打开流量表开关,调节氧流量;将鼻导管插入温开水药杯中,试验导管是否通畅,并润滑鼻导管;断开鼻导管与玻璃接头,测量导管插入长度(约为鼻尖到外耳道口长度的 2/3),将鼻导管轻轻插入;用胶布将鼻导管固定于鼻梁和面颊部,连接鼻导管与玻璃接头,观察吸氧情况。
- 2.双侧鼻导管法 用特制双侧鼻导管插入双鼻孔内吸氧的方法。使用时将双侧鼻导管连接橡胶管,调节好氧流量,擦净鼻腔,将导管插入双鼻孔内深约 1cm,用松紧带固定。
- 3.鼻塞法 将鼻塞连接橡胶管,调节氧流量,擦净鼻腔,将鼻塞塞于 1 只鼻孔内,鼻塞大小以恰能塞住鼻孔为宜,勿深入鼻腔。
- 4.面罩法 置氧气面罩于病人口鼻部,松紧带固定,再将氧气接管连接于面罩的氧气进孔上,调节氧流量至 6~8L/min。
- 5.氧气枕法 氧气枕为一长方形橡胶枕,枕的一角有橡胶管,上有调节夹以调节流量,使用时将枕内灌满氧气,橡胶管接上湿化瓶导管;调节氧流量。

【注意事项】

- 1.严格遵守操作规程,注意用氧安全,切实做好"四防",即防火、防震,防油、防热。
- 2.患者吸氧过程中,需要调节氧流量时,应当先将患者鼻导管取下,调节好氧流量后,再与

患者连接。停止吸氧时，先取下鼻导管，再关流量表。

3.吸氧时，注意观察病人脉搏、血压、精神状态等情况有无改善，及时调整用氧浓度。

4.湿化瓶每次用后均须清洗、消毒。

5.氧气筒内氧气不可用尽，压力表上指针降至 5kg / cm² 时，即不可再用。

6.对未用或已用空的氧气筒应分别放置并挂"满"或"空"的标记，以免急用时搬错而影响抢救工作。

【32 号题】 上海 第一站：病史采集：女 24 岁 心悸 2 月，消瘦 2 年。病例分析：56 岁男性 大便带血伴肛门肿物脱出 诊断：痔 体检：扁桃体检査 心脏听诊 移动性浊音叩诊 问题：锁骨上淋巴结无痛性肿大考虑什么病？幽门梗阻的腹部症状？**第二站：**操作：穿、脱手术衣 戴手套 问题：交叉式手术衣是先系带还是先戴手套？为什么？**第三站：**上机：干湿罗音 连续性杂音 正常心电图 正常胸片 窦性心动过缓 硬膜外血肿 医德医风 护士医生都不对，

(一) 病史采集

现病史

1.针对心悸发作的特点问诊

(1) 心悸发作的方式：

(2) 心悸发生的时间：

(3) 加重诱因和缓解方式：

(4) 心悸的性质：

(5) 持续时间：

伴随症状的问诊：有无发热、口渴、多尿、怕热等症状

有无全身症状

一般情况：病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况：

是否来医院就诊，做过何种检查？检查的结果如何？

是否治疗？用过哪些药物？效果如何？

(二)、相关病史：

有无相关的结缔组织病史，有无外伤手术史，有无接触传染病史，烟酒嗜好，疫区居住史，冶游史。家族遗传史。月经史，生育史。

扁桃体检查：

被检查者取坐位，头略后仰，口张大并发“啊”音，此时医师用压舌板在舌的前 2/3 与后 1/3 交界处迅速下压，此时软腭上抬，在照明的配合下即可见软腭，腭垂，软腭弓，扁桃体，咽后壁等。检查时注意咽部黏膜有无充血，红肿，分泌物，反射。有无腺样体增生等，软腭运动情况，悬壅垂是否居中，吞咽有无呛咳。大小及有无充血和分泌物，假膜。

心脏的听诊：

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容（心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音）。

1.心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始,依次听诊二尖瓣区(心尖部)→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)→主动脉瓣第二听诊区(胸骨左缘第3肋间)→三尖瓣区(胸骨左缘第4、5肋间)。

2.正常心音正常情况下可听到第一心音(S1)和第二音(S2)。S1是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣叶振动所致,是心室收缩开始的标志,心尖部听诊最清晰。S2是血流在主动脉与肺动脉内突然减速,半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致,是心室舒张开始的标志,在心尖搏动后出现,与下一个S1距离较远,心底部听诊最清晰。

3.心音的变化

(1)心尖部第一心音强度性质改变的影响因素及其临床意义。

1) S1增强见于:①二尖瓣从开放到关闭时间缩短:如二尖瓣狭窄、PR间期缩短(预激综合征);②心肌收缩力增强:如交感神经兴奋性增加、高动力状态(贫血、甲亢等)。

2) S1减弱见于:①二尖瓣关闭障碍/从开放到关闭的时间延长。见于二尖瓣关闭不全、PR间期延长、二尖瓣狭窄,瓣叶活动度差;②心肌收缩力下降;③急性主动脉瓣关闭不全。

3) S1强弱不等:见于因心律不齐或心房心室收缩不同步造成每搏心室充盈有明显差别的情况。如房颤、早搏、I度和II度房室传导阻滞等。

(2)心底部第二心音增强或分裂的原因及其意义。

1) 主动脉瓣区第二心音(A2)增强:见于主动脉压增高,如高血压、动脉粥样硬化。

2) 肺动脉瓣区第二心音(P2)增强:见于肺动脉压增高,如二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、左心衰竭等左房压升高的情况(压力传导至肺动脉)、左向右分流的先天性心脏病、肺栓塞、特发性肺动脉高压等。

3) S2分裂:①生理性分裂:吸气时,右心回心血量增加,肺动脉瓣关闭延迟,出现分裂。

多见于青少年;②通常分裂:右心室排血时间延长,肺动脉瓣关闭晚于主动脉瓣,吸气时分

裂较呼气时明显,见于肺动脉瓣关闭延迟(右束支阻滞、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄)、主动脉瓣关闭提前(二尖瓣关闭不全、室间隔缺损);③固定分裂:S2分裂不受呼吸影响。见于房间隔缺损;④逆分裂:主动脉瓣关闭延迟,呼气时分裂较吸气时明显,见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

(3) 常见三音心律的产生机理,听诊特点及临床意义。

1) 舒张期额外心音:①奔马律:心率在100次/分以上,在S2之后出现病理性S3或S4,分别形成室性奔马律(舒张早期奔马律)或房性奔马律(舒张晚期奔马律)。室性奔马律提示左室舒张期容量负荷过重,心肌功能严重障碍。房性奔马律提示心室收缩期压力负荷过重,室壁顺应性降低,见于压力负荷过重引起心肌肥厚的心脏病;②其他:包括开瓣音、心包叩击音、肿瘤扑落音等。开瓣音见于二尖瓣狭窄,在心尖内侧最清晰,高调、拍击样,说明二尖瓣弹性和活动尚好;心包叩击音见于缩窄性心包炎,在心尖部和胸骨下段左缘最清晰,较强、短促;肿瘤扑落音见于左房黏液瘤,在心尖部及胸骨左缘3~4肋间最清晰,可随体位变动而变化,调低。

2) 收缩期额外心音:①收缩早期喷射音(收缩早期喀嚓音):心底部最清晰,分为肺动脉喷射音和主动脉喷射音。分别见于肺动脉压增高和高血压以及主动脉瓣病变;②收缩中晚期喀嚓音:见于二尖瓣脱垂,呈高调、“张帆”样声响,在心尖部及内侧清晰,随体位而变化,常合并收缩晚期杂音。

4. 心率及心律正常成人心率>100次/分为心动过速,<60次/分为心动过缓。

心律随呼吸运动而变化常见于窦性心律不齐,一般无临床意义。期前收缩为提前出现的一次心跳,其后有长间歇。心房颤动的特点为心律绝对不齐、第一心音强弱不等和脉短绌。5.

心脏杂音如果听到杂音,应注意杂音的部位、时相、性质、强度、传导方向以及杂音与体位

和呼吸的关系。在听诊杂音时除上述的瓣膜区外还要注意心前区其他部位和锁骨下缘等部位有无杂音。心包摩擦音的听诊部位同心包摩擦感的触诊部位。

(1) 杂音产生的机制：血流加速；瓣膜的器质性或功能性狭窄；瓣膜的器质性或功能性关闭不全；异常血流通道；心腔中存在漂浮物；血管的狭窄或扩张。

(2) 分析杂音时注意：杂音的时相（收缩期、舒张期、连续性），部位、性质、传导方向及强度（收缩期杂音的分级），是否伴有震颤。

(3) 各瓣膜区听到收缩期、舒张期杂音的临床意义。

1) 收缩期杂音：①二尖瓣区：功能性杂音（柔和的吹风样杂音）。见于甲亢、妊娠、贫血、发热、动静脉瘘、相对性关闭不全（左心室扩大）。器质性二尖瓣反流（粗糙的吹风样杂音），见于风湿性瓣膜病、二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全或断裂（可有“海鸥鸣”，即收缩期高调鸣音）；②三尖瓣区：相对性关闭不全（右心室扩大）、少见器质性三尖瓣反流；③主动脉瓣区：相对性狭窄（主动脉扩张或粥样硬化、高血压）和器质性狭窄（先天性、风湿性、退行性变）；④肺动脉瓣区：功能性（儿童和青少年常见）、相对性肺动脉瓣狭窄肺动脉高压所致肺动脉扩张、器质性肺动脉瓣狭窄（先天性）；⑤胸骨左缘3~4肋间杂音：室间隔缺损或室间隔穿孔。

2) 舒张期杂音：①二尖瓣区：相对性二尖瓣狭窄（Austin-Flint杂音）、器质性二尖瓣狭窄（风湿性或先天性）。②三尖瓣区：三尖瓣狭窄（极少见）。③主动脉瓣区：主动脉瓣关闭不全。④肺动脉瓣区：Graham-Steel杂音（肺动脉扩张导致的肺动脉瓣相对性关闭不全，多见于二尖瓣狭窄伴明显的肺动脉高压）。⑤连续性杂音：见于动脉导管未闭、冠状动脉瘘、冠状动脉窦瘤破裂。

6. 心包摩擦音听诊部位同触诊，性质粗糙、病调。搔抓样，与心搏一致，收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失等可和胸膜摩擦音鉴别。

移动性浊音：

检查时先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

穿脱手术衣戴手套：略

【33 号题】河南周口 第一站：病史采集，女性，26 岁，间断便血一年，加重两周门诊就诊。

一、 病史采集

针对便血的问诊：

- (1)、便血的病因及诱因
- (2)、便血量
- (3)、便血的颜色，和大便的关系
- (4)、有无口渴，头晕意识障碍等症状
- (5)、有无腹痛腹泻等伴随症状
- (6)、病来饮食，睡眠，大小便和体重的变化情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无疫区疫水接触史，

【33 号题】内蒙古 第一站：病理分析 33 背痛 二型糖尿病。

【34 号题】第一站：病史刺激：腹股沟外疝；男，69 岁，咳嗽咳痰 10 天，腹痛 2 天。**第二站：**乳房触诊，结膜眼睑和巩膜发热检查，腹部移动性浊音；抽腹水。**第三站：**不知道对不对，收缩期吹风样杂音，支气管呼吸音，心电图是对的，窦缓，一度房室传导阻滞，胸片：一个正常，一个是食管癌，人文那个是没有老医生带，病人也会配合检查。

病史采集：

针对咳嗽、咳痰问诊：

(1) 咳嗽发病急缓和持续时间：

(2) 咳嗽的特点

(3) 干咳还是湿性咳嗽，如果有咳痰，痰的性状如何？

(4) 一天之中咳嗽发生的时间

(5) 咳嗽的发作诱因

伴随症状的问诊：腹痛的部位，性质，程度，缓解因素，时间

一般情况：病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况：

是否来医院就诊，做过何种检查？检查的结果如何？

是否治疗？用过哪些药物？效果如何？

(二)、相关病史：

有无相关的结缔组织病史，有无外伤手术史，有无接触传染病史，烟酒嗜好，疫区居住史，冶游史。家族遗传史。

乳房的触诊：

触诊检查时手指和手掌平放在乳房上，以指腹施压，旋转或滑动进行触诊。检查左侧乳房时，从外上象限开始沿顺时针分别触诊四个象限，检查右侧乳房时，从外上象限开始沿逆时针分别触诊四个象限，最后触诊乳头。检查乳房的硬度和弹性、有无压痛和包块。发现包块时注意其部位、大小、外形、硬度和活动度及有无压痛等。恶性肿瘤常常表现为表面凹凸不平、质地坚硬而活动度差，通常压痛不明显。

移动性浊音：

检查时先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

【35 号题】黑龙江哈尔滨 第一站：病史采集 35 号：女，76 岁，乏力，腹胀 1 年，呕血、黑便 3 小时，急诊入院，既往肝功能异常 20 年。

病史采集：

(一) 现病史：

根据主诉问诊：

(1) 明确是否为呕血：注意排除口腔、鼻咽部出血和咯血。

(2) 起病诱因：有否饮食不洁、大量饮酒、毒物或特殊药物摄入史。

(3) 呕血的颜色：有助推测出血的部位和速度，如食管病变或出血量大出血速度快者多为鲜红或暗红色；胃内病变或出血量小、出血速度慢者多呈咖啡色。

(4) 呕血量：可作为估计出血量的参考，但因为部分血液可较长时间滞留在胃肠道，故应该结合全身表现估计出血量。

(5) 患者的一般情况：有否口渴、黑朦、头晕、出汗、心悸等症状。

便血的问诊：

(1) 便血的病因和诱因：有否饮食不洁、进食辛辣、生冷等食物史。有否服药史或集体发病。便血的颜色及其与大便的关系有助推测出血部位、速度及可能的病因。

(2) 便血量：有助推测出血量。但由于粪便量的影响，需结合患者全身表现才能大致估计失血量。

伴随症状：腹水的量，有无黄疸，有无发热，有无皮肤黏膜的病变肝掌等

一般情况：病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况：

是否来医院就诊，做过何种检查？检查的结果如何？

是否治疗？用过哪些药物？效果如何？

(二)、相关病史：

有无相关的结缔组织病史，有无外伤手术史，有无接触传染病史，烟酒嗜好，疫区居住史，冶游史。家族遗传史。月经史和生育史。

【36号题】 第一站：病史采集：乏力腹胀便血 病例分析：痢。第二站：男性导尿，扁桃体检查，腹壁紧张度，肺部听诊。第三站：过缓，房颤，食管癌，肺部听诊（同事答得不知道对不对医学教育网整理

病史采集：

(二) 现病史：

根据主诉问诊：

便血的问诊：

(1) 便血的病因和诱因：有否饮食不洁、进食辛辣、生冷等食物史。有否服药史或集体发病。便血的颜色及其与大便的关系有助推测出血部位、速度及可能的病因。

(2) 便血量：有助推测出血量。但由于粪便量的影响，需结合患者全身表现才能大致估计失血量。

伴随症状：腹水的量，有无黄疸，有无发热，有无皮肤黏膜的病变肝掌等

一般情况：病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况：

是否来医院就诊，做过何种检查？检查的结果如何？

是否治疗？用过哪些药物？效果如何？

(二)、相关病史：

有无相关的结缔组织病史，有无外伤手术史，有无接触传染病史，烟酒嗜好，疫区居住史，冶游史。家族遗传史。月经史和生育史。

扁桃体检查：

被检查者取坐位，头略后仰，口张大并发“啊”音，此时医师用压舌板在舌的前 2/3 与后 1/3 交界处迅速下压，此时软腭上抬，在照明的配合下即可见软腭，腭垂，软腭弓，扁桃体，咽后壁等。检查时注意咽部黏膜有无充血，红肿，分泌物，反射。有无腺样体增生等，软腭运动情况，悬雍垂是否居中。吞咽有无呛咳。大小及有无充血和分泌物，假膜。

腹壁紧张度：

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；

(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；

2) 揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

2. 压痛和反跳痛

(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) **McBurney 点压痛**：脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。

2) **Murphy 征**：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 **Murphy 征阳性**，见于胆囊炎。

(2) **反跳痛**：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛、反跳痛和肌紧张，称为“**腹膜炎三联征**”。

肺部听诊：

包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素（多见于老年人）所致。

1.正常呼吸音的种类和分布

(1) **肺泡呼吸音**：见于大部分胸部听诊区域。

(2) **支气管肺泡呼吸音**：见于胸骨两侧第 1、2 肋间、肺尖、肩胛间区。

(3) **支气管呼吸音**：见于喉部、锁骨上窝、背部 T1、2 水平。

2.异常呼吸音

(1) **病理性支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音**：在正常肺泡呼吸音分布区域听到支气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音均为异常。主要机制为肺组织传导增强，见于肺实变、大的空

洞以及大量积液上方的压迫性肺不张 (肺组织含气量减少, 而支气管树通畅, 传导增强)。

(2) 呼吸音减弱: 见于各种原因所致的肺泡通气量下降, 如气道阻塞、呼吸泵 (呼吸肌病变、或胸廓活动受限) 功能障碍; 胸膜病变 (胸水、气胸、胸膜肥厚) 等。对侧肺部往往出现代偿性肺泡呼吸音增强。

3. 啰音分为干性啰音和湿性啰音。

(1) 干性啰音: 发生机制为气管支气管或细支气管狭窄, 包括炎症、平滑肌痉挛、外压、新生物、黏稠分泌物。其特点为持续时间长, 呼气相明显, 强度及性质易变。

1) 高调性干啰音 (哮鸣音或哨笛音): 见于小支气管或细支气管病变。双肺弥漫性分布的哮鸣音常见于哮喘、COPD、心源性哮喘等; 局限性哮鸣音常见于气道局部狭窄, 如肿瘤、气道内异物。

2) 低调性干啰音 (鼾音): 见于气管或主支气管病变。

3) 喘鸣: 和其他干啰音不同, 发生于吸气相, 高调而单一。见于上呼吸道或大气道狭窄, 如喉头痉挛、声带功能紊乱、气管肿物等。

(2) 湿性罗音: 发生机制为气体通过呼吸道内存在的稀薄分泌物时产生水泡并破裂。特点为断续而短暂, 多见于吸气相。分为粗湿性啰音、中湿性啰音、细湿性啰音 (又称为大、中、小水泡音) 捻发音。主要见于支气管病变 (COPD、支气管扩张) 感染性或非感染性肺部炎症、肺水肿、肺泡出血。不同类型的湿性啰音说明稀薄分泌物的主要存在部位, 如肺炎时常常为细湿性啰音, 急性肺水肿时粗、中、细湿性啰音可同时出现。

湿性啰音的某些特征对诊断有重要意义, 如随体位变化的湿性啰音常提示充血性心力衰竭; 长期存在的固定性湿性啰音提示支气管扩张、慢性肺脓肿等。一种高调、密集, 类似于撕扯尼龙拉扣的细湿性啰音, 称为爆裂音 (velcro 啰音), 主要见于某些类型的间质性肺病 (如特发性肺纤维化)。

4.语音共振意义同触觉语颤。如羊鸣音、耳语音等。

5.胸膜摩擦音意义同胸膜摩擦感,但较其敏感。某些较局限的摩擦音可见于累及胸膜的肺炎或肺栓塞。

【37号题】 **第一站**: 病史采集: 右上腹痛入院, 既往胆石症半年; 病例分析是乳腺癌。**第二站**: 腋窝触诊, 四肢触诊, 单双手肝触诊; 操作: 刷手。问题: 水母头, 手套滑石粉怎么办?

腋窝淋巴结触诊:

检查右侧时, 检查者右手握被检查者右手, 使其前臂稍外展, 左手四指并拢稍弯曲, 自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝, 直达腋窝顶部, 自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸, 依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用右手进行

四肢触诊:

四肢、关节检查

1. 肢体与关节形态异常

(1) 杵状指: 手指或足趾末端增生、肥厚, 呈杵状膨大。可见于: ①呼吸系统疾病: 支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、脓胸等; ②心血管疾病: 发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等; ③营养障碍性疾病: 吸收不良综合征、克罗恩病、溃疡性结肠炎、肝硬化等。

(2) 反甲: 又称匙状甲。常见于缺铁性贫血、高原疾病。

(3) 水肿: 全身水肿见皮肤部分。单侧肢体水肿见于: ①静脉血回流受阻: 静脉回流受阻多见于深静脉血栓形成(伴随表面浅静脉充盈或曲张、皮温升高和压痛等, 部分患者可

触及血栓)、肢体瘫痪或神经营养不良;②淋巴液回流受阻常见于丝虫病或其他原因所致淋巴管阻塞,指压无凹陷,称淋巴性水肿或象皮肿。

(4) 下肢静脉曲张:多见于小腿,下肢浅静脉回流受阻所致。静脉如蚯蚓状怒张、弯曲,久立位者更明显。常见于从事站立性工作者或阻塞性静脉炎患者。

(5) 关节形态异常

1) 指关节梭形关节(见于类风湿关节炎,和骨关节炎累及远端指间关节不同,常累及近端指间关节)、爪形手(见于尺神经损伤、进行性肌萎缩、脊髓空洞症及麻风)。

2) 膝关节:两侧不对称红、肿、热、痛或影响活动见于关节炎;受轻伤后关节肌肉或皮下出血见于血友病;关节腔积液时可有浮髌征。

3) 其他:痛风为尿酸盐沉积于关节附近的骨骼或滑膜腔、腱鞘。最常累及拇趾及跖趾关节,其次为踝、腕、膝、肘等关节。表现为关节红、肿、热、痛。

2. 运动障碍

(1) 瘫痪:随意运动功能的丧失。分为:

1) 偏瘫:一侧肢体随意运动丧失,并伴有同侧中枢性面瘫及舌瘫。见于脑出血、脑动脉血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、脑肿瘤等。

2) 单瘫:单一肢体随意运动丧失。见于脊髓灰质炎。

3) 截瘫:多为双侧下肢随意运动丧失,是脊髓横贯性损伤的结果。见于脊髓外伤、脊髓炎、脊髓结核。

4) 交叉瘫:为一侧脑神经损害所致的同侧周围性脑神经麻痹及对侧肢体的中枢性偏瘫。

(2) 不随意运动

1) 震颤:两组拮抗肌交替收缩引起的一种肢体摆动运动。分为静止性震颤(见于震颤麻痹)和意向性震颤(越接近目标震颤越明显,多见于老年动脉硬化患者)。

2) 手足搐搦：发作时手足肌肉呈紧张性痉挛，上肢表现为腕部屈曲、手指伸展、指掌关节屈曲、拇指内收靠近掌心并与小指相对，形成“助产士手”，下肢表现为踝关节与趾关节皆呈屈曲状。发生机制为血中游离钙水平降低，见于低钙血症和碱中毒。

单手肝脏触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

刷手：略

【38 号题】贵州毕节 第一站：病史采集：38 岁男性，反复胸痛二月，加重伴气喘一周。

病历分析：十二指肠慢性溃疡；幽门梗阻。

病史采集：

1. 针对胸痛的问诊：

起病的缓急，有无诱因，胸痛的部位，性质，持续时间，缓解方式，有无放射。

伴随症状的问诊：气喘的时间，性质，有无发热，吞咽困难。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无疫区疫水接触史

【39 号题】天津 第一站：女，24，心悸 1 年，消瘦 3 月：甲亢，有弥漫性甲状腺肿大？有房颤没有？分析，是肛周 6 点处见一裂口：肛裂。 **第二站：**体格检查和操作考，扁桃体的检查，乳腺的主诊，移动性啰音的检查。穿手术衣跟带手套医学教育网论坛网友提供。

第一站：

(一) 现病史

1.针对心悸发作的特点问诊

(1) 心悸发作的方式：患慢性疾病时多伴有逐渐发生的心悸，经常与病情反复或活动有关

(2) 心悸发生的时间：

(3) 加重诱因和缓解方式：

(4) 心悸的性质：应询问患者心悸症状发作时自觉心跳快慢的情况

(5) 持续时间：

伴随症状的问诊：消瘦的时间，体重变化情况，有无口渴，出汗等症状。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无心血管疾病病史，有无疫区疫水接触史，家族史

第二站：扁桃体的检查：

被检查者坐位，头略向后仰，口张大并发“啊”音，医师用压舌板在舌的前 2/3 与后 1/3 交界处迅速下压，此时软腭上抬，在照明的配合下即可见软腭、悬雍垂、软腭弓、扁桃体、咽后壁。注意咽部粘膜是否充血、红肿、分泌物，是否有淋巴滤泡。扁桃体是否增大，掌握扁桃体增大的分度，扁桃体是否红肿、是否有分泌物。

乳腺的检查：

触诊检查时手指和手掌平放在乳房上，以指腹施压，旋转或滑动进行触诊。检查左侧乳房时，从外上象限开始沿顺时针分别触诊四个象限，检查右侧乳房时，从外上象限开始沿逆时针分别触诊四个象限，最后触诊乳头。检查乳房的硬度和弹性、有无压痛和包块。发现包块时注意其部位、大小、外形、硬度和活动度及有无压痛等。恶性肿瘤常常表现为表面凹凸不平、质地坚硬而活动度差，通常压痛不明显。

移动性浊音：

检查时先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性

浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

穿手术衣：

1.穿无菌手术衣穿衣前先洗手、消毒。一手抓住最上面的折叠的手术衣中部，拿起，注意不要污染下面的手术衣。用双手分别提起手术衣的衣领两端，轻轻抖开手术衣，有腰带的一面面向外，将手术衣略向上抛起，顺势双手同时插入袖筒，手伸向前，巡回护士在后面协助穿衣，使双手伸出袖口。身体略向前倾，使腰带悬垂离开手术衣，双手交叉提起左右腰带略向后递，由护士在身后接去后系紧。

戴手套：

穿好无菌手术衣后，选取与自己手尺码相一致的手套。用手自手套袋内捏住手套套口翻折部，将手套取出。注意：没有戴无菌手套的手，只允许接触手套套口的向外翻折部分，不能碰到手套的外面。先用右手插入右手手套内，注意勿触及手套外面；再用已戴好的右手指插入左手手套翻折部的内侧面，帮助左手插入手套内。已戴手套的右手不可触碰左手皮肤。将手套翻折部翻回手术衣袖口。必要时可用无菌盐水冲净手套外面的滑石粉。在手术开始前，双手应放于胸前。

【39 号题】河北石家庄 第一站:病史采集：女，35 岁，上腹痛 3 年，恶心，呕吐 4 天（有十二指肠球部溃疡病史）。病例分析：甲亢。**第二站：**体格检查：肺部的听诊，肋脊角叩诊，肛门指诊，问题：潮式呼吸见于什么情况？基本操作：电除颤，问题：电除颤的同步和非

同步各用于什么情况? **第三站**: 2 个心电图 (1 个室上速, 1 个大致正常) 正常胸片, 乙状结肠癌, 硬膜下血肿医学教育|网论坛网友提供. [进入讨论](#)>>

病史采集:

一、现病史

1. 针对腹痛本身的问诊

(1) 腹痛起病情况: 有无饮食、手术等诱因, 还应特别注意缓解因素。

(2) 腹痛的性质和程度:

(3) 腹痛的部位:

(4) 腹痛的时间与进食、活动、体位的关系

呕吐的时间, 呕吐物的性质, 呕吐发作的频率、持续时间、严重程度。

伴随症状: 是否伴有发热, 腹痛腹泻等

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊, 做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史: 有无类似发作, 有无心血管疾病病史, 有无疫区疫水接触史,

家族史

【40 号题】 第一站:病史采集是便血,加重 2 天;病例分析:肺炎,2 型呼吸衰竭。**第二站:** 佝偻病胸,胸口前后径略长与左右径,胸部上下场独家段,胸骨下端前突,胸廓前侧壁肋骨可凹下,也成鸡胸。1.乳胶片:用于表浅伤口的引流。2.管状乳胶片:光滑,柔软,可曲折,富于虹吸作用,刺激小,可用于腹腔或盆腔引流。引流管:质韧,多孔,以硅胶管较好,根据用途可制成“Y”型管“T”型管,双套管,三套管等。

病史采集:

针对便血本身的问诊

(1) 便血的病因和诱因:有否饮食不洁、进食辛辣、生冷等食物史。有否服药史或集体发病。便血的颜色及其与大便的关系有助推测出血部位、速度及可能的病因。

(2) 便血量:有助推测出血量。但由于粪便量的影响,需结合患者全身表现才能大致估计失血量。

(3) 患者的一般情况:有否口渴、黑矇、头晕、出汗、心悸等症状。

相关问诊:有无发热,有无腹痛等全身情况

一般情况:病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况:

是否来医院就诊,做过何种检查?检查的结果如何?

是否治疗?用过哪些药物?效果如何?

(二)、相关病史:

有无相关的结缔组织病史,有无外伤手术史,有无接触传染病史,烟酒嗜好,疫区居住史,冶游史。家族遗传史。

【41 号题】 第一站: 病例分析-女性, 34 岁, 已婚。停经 34 天, 右下腹痛 3 天。患者 45 天前末次月经。停经 39 天出现头晕、恶心、乏力等不适, 自测尿妊娠试验 (+)。近三天自觉右下腹胀痛不适, 不影响正常生活。**第二站:** 查体: T36 度, P80 次/分, R20 次/分, BP100/60mmHg.心肺查体未见异常。全身压痛, 反跳痛不明显, 移动性浊音 (-)。妇科检查: 外阴 (-), 阴道通畅, 后穹隆不饱满, 宫颈举痛 (+), 子宫中位, 大小正常、稍软、右侧附件区可触及月 4cm*3cm*3cm 的不规则包块, 质软, 左侧附件区未触及异常, 医学|教育|网网友 niuniuying12 整理。

本病例的诊断是一个异位妊娠。

【41 号题】 四川成都 第一站: 病史采集: 16 岁 消瘦、多饮、心悸 2 月。病历分析: 子宫肌瘤, 慢性失血性贫血。医学|教育|网网友 helanzhu88 整理。**第二站:** 腋窝淋巴结, 语音共振, 脾脏的触诊, 单手打结, 要求 5 针。**第三站:** 影像学: 横结肠癌, 颅骨骨折伴硬膜外血肿, 肺炎。

【第一站】

一、现病史:

1、根据主诉及相关鉴别问诊:

(1) 发病诱因: 有无精神紧张、劳累, 有无用药、饮食不规律

(2) 主要症状: 体重下降的程度与速度, 每日饮水量, 心悸的时间规律 (持续时间、发作时情况、是否突发突止), 影响因素 (加重或缓解的因素, 与体力活动的关系)

(3) 伴随症状：有无易饥、多食或厌食、怕热、多汗、手颤、颈部增粗、突眼、多尿、尿频等。

(4) 发病以来，大小便情况如何。

2、诊疗经过：

(1) 是否到医院就诊做过检查：如血糖、尿糖、甲状腺功能、心电图等

(2) 治疗情况：是否用过药物治疗，疗效如何。

二、其他相关病史：

1、有无药物过敏史

2、与该病有关的其他病史：有无结核病、肿瘤、慢性腹泻、肝病病史，有无服用减肥药物史，有无糖尿病家族史，婚姻生育史。(女性病人应该询问月经史，婴幼儿应该询问喂养史)

【第二站】腋窝淋巴结：是上肢最大的淋巴结组群，腋窝淋巴结 检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

语音共振意义同触觉语颤。如羊鸣音、耳语音等，是胸部听诊里的其中一项：包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。

脾脏触诊：触诊脾脏时，一般先用单手自左下腹向肋缘触摸，如不能摸到。可采用双手触诊。

被检查者仰卧，检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位，并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线

平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸，检查者的手随被检查者呼吸进行触诊（见肝脏触诊）。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显，开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到，可让被检查者右侧卧位进行触诊（右下肢伸直，左下肢屈曲，使腹壁放松）。检查方法同上。 r

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼吸下降，导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。

2) 第二测量：又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第-N 量：又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线，测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大（肋下 < 2cm）见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大（不过脐）：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大（过脐或腹中线）：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

单手打结用于临床上一般的结扎，最常见也最简单。单手打结及缝针推荐看视频课程。

【第三站】略

【41 号题】内蒙古 第一站：采集 41 题 上腹痛 N 年。

一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况：①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病，急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别，缓慢起病者要考虑功能性与器质性。③有无缓解和缓解因素，包括禁食、保温和体位等。

(2) 腹痛的性质和程度：是阵发性绞痛还是持续性胀痛；是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛。

(3) 腹痛的部位：是全腹痛还是局部痛，什么部位最明显，有无放射痛（牵涉痛），有无转移性腹痛。

(4) 恶心、呕吐的情况：恶心、呕吐的频率，呕吐物的性质和量等。

(5) 发病以来饮食、睡眠和大便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？如血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部 CT 等。

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？如是否应用抗生素治疗，若用过，疗效如何？

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病等。有无腹部手术史。

3. 有无烟酒嗜好。

4. 有无肿瘤等遗传家族史。

【42 号题】 第一站：病史采集：男 2 岁，大热 1 天，惊厥 1 次。病例分析：男，33 岁，间断双下肢水肿 3 年，加重伴面色加深 10 天体检。**第二站：**三腔二囊管，腋窝淋巴结检查，

胸廓扩张度, 肝脏触诊(单、双), 操作: 女病人导尿。第三站: 小儿肺炎, 心前区听诊; 颅骨骨折; 肺炎; 室早; 右束支传导阻滞。

病史采集:

1. 针对惊厥本身的问诊

- (1) 癫痫和其他抽搐类型发作前有无先兆症状(如特殊感觉的出现)。
- (2) 发作时有无意识障碍、外伤、大小便失禁。
- (3) 发作时的姿态、面色、声音、肢体抽搐部位和抽动次数。
- (4) 发作时刻(清晨、醒时、睡时、饥饿时等)、持续时间、对环境的反应。
- (5) 发作时的环境状态和因素。
- (6) 发作后的表现(意识、肢体瘫痪、失语、遗忘、头痛等)

相关问诊: 发热的体温变化情况、有无寒战。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊? 做过哪些检查? 如血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部 CT 等。

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何? 如是否应用抗生素治疗, 若用过, 疗效如何?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 既往有无类似发作, 有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病等。有无腹部手术史。

3. 有无烟酒嗜好。

4. 有无肿瘤等遗传家族史。

三腔二囊管：

三腔二囊管止血法

【适应证】

食管、胃底静脉曲张破裂大出血患者局部压迫止血。

【禁忌证】

严重冠心病、高血压、心功能不全者慎用。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。与病人或家属谈话，用通俗的语言简略讲清楚应用三腔二囊管止血的意义作用及如何配合，也讲清楚操作过程中的风险及意外，争取清醒病人配合。

2. 检查有无鼻息肉、鼻甲肥厚和鼻中隔弯曲，选择鼻腔较大侧插管，清除鼻腔内的结痂及分泌物。

3. 器械准备 三腔二囊管、50ml 注射器、止血钳 3 把、治疗盘、无菌纱布、液体石蜡、0.5kg 重沙袋（或盐水瓶）、血压表、绷带、宽胶布。

【操作步骤】

1. 操作者戴帽子口罩，戴手套，认真检查双气囊有无漏气和充气后有无偏移，通向双气囊和胃腔的管道是否通畅。远端 45、60、65cm 处管外有记号，标明管外端至贲门、胃、幽门的距离，以判断气囊所在位置。检查合格后抽尽双囊内气体，将三腔管之前端及气囊表面涂以液体石蜡，从病人鼻腔插入，到达咽部时嘱病人吞咽配合，使三腔管顺利进入 65cm 标记处。

2. 用注射器先注入胃气囊空气 200~300ml，使胃气囊充气，即用止血钳将此管腔钳住。然后将三腔管向外牵引，感觉有中等弹性阻力时，表示胃气囊已压于胃底部，适度拉紧三腔管，系上牵引绳，再以 0.5kg 重沙袋（或盐水瓶）通过滑车固定于床头架上牵引，以达到

充分压迫的目的。

3.经观察仍未能压迫止血者，再向食管囊内注入空气 100~150ml，然后钳住此管腔，以直接压迫食管下段的扩张静脉。

4.首次胃囊充气压迫可持续 24 小时，24 小时后必须减压 15~30 分钟。减压前先服石蜡油 20ml，10 分钟后，将管向内略送入，使气囊与胃底黏膜分离，然后，去除止血钳，让气囊逐渐缓慢自行放气，抽吸胃管观察是否有活动出血，一旦发现活动出血，立即再行充气压迫。如无活动出血，30 分钟后仍需再度充气压迫 12 小时，再喝石蜡油、放气减压，留管观察 24 小时，如无出血，即可拔管。拔管前必须先喝石蜡油 20ml，以防胃黏膜与气囊粘连，并将气囊内气体抽净，然后才能缓缓拔出。

5.食管气囊压迫持续时间以 8~12 小时为妥，放气 15~30 分钟。

6.压迫止血后，应利用胃管抽吸胃内血液，观察有无活动出血，并用冰盐水洗胃，以减少氨的吸收和使血管收缩减少出血。通过胃管可注入止血药、制酸剂等，一般不主张注入其他药物。

【注意事项】

1.操作最好在呕血的间歇进行，向清醒病人说明操作目的，取得病人配合，以免引起胃液反流进入气管引起窒息。

2.压迫 24 小时后宜放气减压，以防气囊压迫过久可能引起黏膜糜烂。

3.牵引沙袋不宜过重，以防压迫太重。引起黏膜糜烂。

4.注意检查气囊是否漏气，以免达不到压迫止血目的。

5.加强护理，防止窒息的发生，如充气后病人出现呼吸困难，必须及时放气。

6.防止鼻翼压迫性坏死，最好用牵引装置，鼻孔用棉花等柔软东西垫加，以免压迫摩擦。

腋窝淋巴结触诊：

检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用右手进行

胸廓扩张度：

检查者双手放在被检者胸廓前下侧部，双拇指分别沿两侧肋缘指向剑突，拇指尖在正中线接触或稍分开。嘱患者进行平静呼吸和深呼吸，利用手掌感觉双侧呼吸运动的程度和一致性。

胸廓扩张度减弱的一侧往往为病变侧。

肝脏触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。，如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意：以食指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的

测量：

- 1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量：前正中线上，剑突基底部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

【43 号题】四川 第一站:病史采集：便血。病历分析：单纯性甲状腺肿大。**第二站：**体格检查：甲状腺检查，语音震颤，脾脏触诊，操作：穿隔离衣。

【第一站】

一、现病史：

1、根据主诉及相关鉴别问诊：

(1) 发病诱因：有无不洁饮食、进食刺激性食物、药物、劳累、受凉等

(2) 主要症状：性质（颜色、性状、是否混有大便）、程度（次数、便血量、持续性、间歇性）、时间规律（起病时间、持续或加重的时间）、影响因素（加重或缓解的因素）。

(3) 伴随症状：有无呕血、腹痛、大便习惯改变、腹部包块、乏力、食欲不振、贫血休克、腹泻、腹胀、里急后重等。

(4) 发病以来饮食、睡眠、二便、体重变化、精神状态等。

2、诊疗经过：

(1) 是否到医院就诊做过检查：如血常规、粪常规及隐血、肝功能、腹部 B 超等。

(2) 治疗情况：是否用过药物治疗，疗效如何。

二、其他相关病史：

1、药物过敏史、手术史。

2、有无慢性细菌性痢疾、炎症性肠炎、肠寄生虫病、肿瘤病史，有无地方病和流行病区居住史，有无遗传病及肿瘤家族史，婚姻生育史。（女性病人应该询问月经史，婴幼儿应该询问喂养史）

【第二站】

2.甲状腺

(1) 触诊：甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

(2) 听诊：触及甲状腺肿大时，应进行听诊检查。出现杂音常见于甲状腺功能亢进症。语音震颤 检查语音震颤时，可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁，嘱患者发低音调"yi"长音，通过单手或双手进行检查，由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等；增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

脾脏触诊：触诊脾脏时，一般先用单手自左下腹向肋缘触摸，如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧，检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位，并稍用力向前方压

迫脾脏。右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸，检查者的手随被检查者呼吸进行触诊（见肝脏触诊）。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显，开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到，可让被检查者右侧卧位进行触诊（右下肢伸直，左下肢屈曲，使腹壁放松）。检查方法同上。 r

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼吸下降，导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。

2) 第二测量：又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第-N 量：又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线，测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大（肋下 $<2\text{cm}$ ）见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大（不过脐）：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大（过脐或腹中线）：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

穿隔离衣

1.穿隔离衣前要带好帽子、口罩、取下手表、卷袖过肘、洗手。

2.手持衣领从衣钩上取下隔离衣，把清洁面朝自己，将衣服向外折，露出衣袖内口，一手持衣领，另一手伸入袖内并向上抖，注意勿触及面部。同时，将衣领向上拉，使另一手露出

来。依此法穿好另一袖。两手持衣领顺边缘由前向后扣好领扣，然后扣好袖口或系上袖带。从腰部向下约 5cm 处自一侧衣缝将后身向前拉，见到衣边捏住，依法将另一边捏住，两手在背后将两侧衣边对齐，向一侧按压折叠，以一手按住，另一手将腰带拉至背后压住折叠处，在背后交叉，回到前面打一活结，系好腰带。

3.如隔离衣衣袖过长，可将肩部纽扣扣上。穿好隔离衣，即可进行工作。

脱隔离衣

解开腰带，在前面打一活结；解开袖口，在肘部将部分袖子塞入工作服内，暴露前臂；消毒双手，从前臂至指尖顺序刷洗两分钟，清水冲洗，擦干；解开衣领；一手伸入另一侧袖口内，拉下衣袖过手（用清洁手拉袖口内的清洁面），用遮盖着的手在外面拉下另一衣袖；两手在袖内使袖子对齐，双臂逐渐退出。双手持衣领，将隔离衣两边对齐（挂在半污染区的隔离衣，清洁面向外；如挂在污染区的隔离衣，污染面向外）挂在钩上。

【43 号题】海南海口 第一站：病史采集：男，50 岁，心前区疼痛一年，加重并呼吸困难 1 日。**第二站：**体检：腋窝淋巴结触诊，脾脏触诊，四肢及手指视诊。操作：腋窝脂肪瘤切除术及缝合操作。**第三站：**1、窦性心律不齐，2、湿罗音，3、肺癌、4、胃癌、5、室颤，6、房颤，7，爱护病人，注意细节，杜绝此种事情再次发生。

病史采集：

(一)、现病史

根据心前区疼痛问诊

(一) 现病史

1.根据主诉和相关鉴别询问

(1) 发病诱因：劳力、激动等。

(2) 胸痛的程度、范围、性质, 有无放射, 疼痛是否呈持续性, 有无缓解。以前有无类似发作。

(3) 胸痛与呼吸、咳嗽、体位的关系, 有无出汗、发热、心悸、晕厥等。

(4) 有无呼吸困难、咯血, 有无发绀。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊, 做过哪些检查, 特别是心电图、心肌坏死标志物检查。

(2) 是否曾使用硝酸甘油等治疗, 有无急救处理。

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 高血压病的具体情况(最高血压、有无药物治疗及疗效), 有无冠心病、糖尿病、高血脂、结核病史, 有无烟酒嗜好。

腋窝淋巴结触诊:

检查右侧时, 检查者右手握被检查者右手, 使其前臂稍外展, 左手四指并拢稍弯曲, 自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝, 直达腋窝顶部, 自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸, 依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用右手进行

脾脏触诊:

触诊脾脏时, 一般先用单手自左下腹向肋缘触摸, 如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧, 检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位, 并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯, 平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下, 使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸, 检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显, 开始检查部位应当下

移。如果平卧位触不到，可让被检查者右侧卧位进行触诊（右下肢伸直，左下肢屈曲，使腹壁放松）。检查方法同上。

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼吸下降，导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

- 1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。
- 3) 第三测量：又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线，

测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大（肋下 $<2\text{cm}$ ）见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大（不过脐）：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大（过脐或腹中线）：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

四肢手指视诊：

(1) 杵状指：手指或足趾末端增生、肥厚，呈杵状膨大。可见于：①呼吸系统疾病：支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、脓胸等；②心血管疾病：发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等；③营养障碍性疾病：吸收不良综合征、克罗恩病、溃疡性结肠炎、肝硬化等。

(2) 反甲：又称匙状甲。常见于缺铁性贫血、高原疾病。

(3) 水肿：全身水肿见皮肤部分。单侧肢体水肿见于：①静脉血回流受阻：静脉回流

受阻多见于深静脉血栓形成 (伴随表面浅静脉充盈或曲张、皮温升高和压痛等 , 部分患者可触及血栓) 肢体瘫痪或神经营养不良 ; ②淋巴液回流受阻常见于丝虫病或其他原因所致淋巴管阻塞 , 指压无凹陷 , 称淋巴性水肿或象皮肿。

(4) 下肢静脉曲张 : 多见于小腿 , 下肢浅静脉回流受阻所致。静脉如蚯蚓状怒张、弯曲 , 久立位者更明显。常见于从事站立性工作者或阻塞性静脉炎患者。

(5) 关节形态异常

1) 指关节梭形关节 (见于类风湿关节炎 , 和骨关节炎累及远端指间关节不同 , 常累及近端指间关节) 、爪形手 (见于尺神经损伤、进行性肌萎缩、脊髓空洞症及麻风) 。

2) 膝关节 : 两侧不对称红、肿、热、痛或影响活动见于关节炎 ; 受轻伤后关节肌肉或皮下出血见于血友病 ; 关节腔积液时可有浮髌征。

3) 其他 : 痛风为尿酸盐沉积于关节附近的骨骼或滑膜腔、腱鞘。最常累及拇趾及跖趾关节 , 其次为踝、腕、膝、肘等关节。表现为关节红、肿、热、痛。

2. 运动障碍

(1) 瘫痪 : 随意运动功能的丧失。分为 :

1) 偏瘫 : 一侧肢体随意运动丧失 , 并伴有同侧中枢性面瘫及舌瘫。见于脑出血、脑动脉血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、脑肿瘤等。

2) 单瘫 : 单一肢体随意运动丧失。见于脊髓灰质炎。

3) 截瘫 : 多为双侧下肢随意运动丧失 , 是脊髓横贯性损伤的结果。见于脊髓外伤、脊髓炎、脊髓结核。

4) 交叉瘫 : 为一侧脑神经损害所致的同侧周围性脑神经麻痹及对侧肢体的中枢性偏瘫。

(2) 不随意运动

1) 震颤 : 两组拮抗肌交替收缩引起的一种肢体摆动运动。分为静止性震颤 (见于震颤

麻痹)和意向性震颤(越接近目标震颤越明显,多见于老年动脉硬化患者)。

2)手足搐搦:发作时手足肌肉呈紧张性痉挛,上肢表现为腕部屈曲、手指伸展、指掌关节屈曲、拇指内收靠近掌心并与小指相对,形成"助产士手",下肢表现为踝关节与趾关节皆呈屈曲状。发生机制为血中游离钙水平降低,见于低钙血症和碱中毒。

【44号题】 **第一站:**病史采集-水肿血尿三天;病例分析-心肌梗塞。**第二站:**检查-眼球,心脏触诊,腹部移动性浊音检查。操作-吸痰术医学|教育网|网友整理。

【第一站】

一、现病史:

1、根据主诉及相关鉴别问诊:

(1)发病诱因:有无前驱感染、是否与剧烈活动、腰腹部外伤有关。

(2)主要症状(水肿):时间规律(起病缓急)、部位(全身性或局限性)、程度(范围的大小)、性质(是否是凹陷性)、影响因素(是否受体位改变,加重或缓解的因素)

(3)主要症状(血尿):性质(初始血尿、终末血尿、全程血尿,是否有肉眼血尿或伴有血丝、凝血块)、程度(次数、量)、时间规律(起病、持续或加重的时间)

(4)伴随症状:有无发热、咳嗽、咳痰、心悸、呼吸困难、有无纳差、恶心、有无尿频、尿急、尿痛、排尿困难、腰痛等。

(5)发病以来饮食、睡眠、二便、体重变化、精神状态等。

2、诊疗经过:

(1)是否到医院就诊做过检查:如血、尿常规、肝肾功能、X线、腹部B超等。

(2) 治疗情况：是否用过药物治疗，疗效如何。

二、其他相关病史：

1、药物过敏史、冶游史等。

2、有无腹部手术史、外伤史、有无尿路结石，有无心脏病、肾病、甲状腺疾病病史、有无肿瘤病史等（女性病人应该询问月经史，婴幼儿应该询问喂养史）。

病例分析——心肌梗死的病例分析建议参考指南上的冠心病章节。

【第二站】

眼球 检者眼球外形，有无突出、下陷及眼球运动。

(1) 眼球外形：双侧眼球突出常见于甲状腺功能亢进，单侧眼球突出多为局部炎症或眶内占位病变。双侧眼球下陷见于高度脱水。单侧眼球下陷见于 Horner 综合征。

(2) 运动：检查六向运动，了解眼外肌（分别受动眼、滑车、外展 3 对脑神经支配）功能。

(3) 震颤：双眼发生一系列有规律的快速水平或垂直不自主往返运动为眼球震颤。常见于先天性、前庭性或神经性疾病，如耳源性眩晕、小脑病变等。

心脏触诊

心脏触诊包括心尖搏动、震颤和心包摩擦感等内容。心脏触诊时首先用手掌感觉心脏搏动的大体位置，然后用示指和中指对心尖搏动进行详细触诊。触诊心前区震颤和心包摩擦感时用小鱼际检查。

1.心尖搏动 位置同视诊，正常范围 2~2.5cm。

(1) 心尖搏动的位置改变：意义同视诊。

(2) 心尖搏动的强度和范围异常：心尖搏动增强见于心肌收缩力增强或左心室肥大，

如严重贫血、甲亢、高血压等。抬举性搏动是左室肥大的可靠体征。心尖搏动减弱且弥散见于心肌炎或扩张性心肌病。 j

2.心前区震颤 触诊时手掌感觉的细小振动,一旦发现说明心脏存在器质性病变。触及震颤后,注意震颤的部位以及发生时相。震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定,心尖搏动时冲击手掌或颈动脉搏动后出现的为收缩期震颤,而在之前出现的为舒张期震颤。主要发生机制为:血液在心脏或血管内流动时产生湍流,引起室壁、瓣膜或血管壁振动,传导至胸壁。

(1)收缩期:胸骨右缘第2肋间: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。

(2)舒张期:心尖部:二尖瓣狭窄。

(3)连续性:胸骨左缘第2肋间:动脉导管未闭。

3.心包摩擦感触诊部位在胸骨左缘第4肋间。特征为收缩期和舒张期双相的粗糙摩擦感,收缩期更易触及,坐位前倾呼气未明显。见于感染性(结核性心包炎多见)和非感染性(尿毒症、梗死后综合征、SLE等)心包炎。

移动性浊音检查时先让被检查者仰卧,由脐部开始向左侧叩诊,直到出现浊音,叩诊板指不动,嘱被检查者右侧卧,再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象,可在右侧卧位的情况下,向右叩诊直至再次出现浊音,然后嘱患者左侧卧位,叩诊板指不动,再次叩诊该部位转为鼓音,向右侧继续叩诊均呈鼓音,则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体,且液体量超过1000ml。

吸痰-基本操作:

吸痰术

【目的】

保证呼吸道通畅、抢救窒息。

【适应证】

吸痰术适用于危重、老年、昏迷及麻醉后病人因咳嗽无力、咳嗽反射迟钝或会厌功能不全，不能自行清除呼吸道分泌物或误吸呕吐物而出现呼吸困难时，在病人窒息的紧急情况下，如溺水、吸入羊水等，更应立即采用吸痰术。

【禁忌证】

肺出血时不宜频繁吸痰；气管内注射肺表面活性物质后半小时内不宜吸痰。

【术前准备】

治疗盘内准备：治疗碗而且内盛无菌生理盐水、型号适宜的一次性吸痰管数根、棉签、纱布、治疗巾、电动吸引器或中心吸引器、弯盘、手电筒、必要时备压舌板、开口器、舌钳、电插盘等。

【操作步骤】

1. 操作者洗手，将应用物品携至床旁，核对病人，向病人解释操作目的，戴口罩，戴手套。
2. 协助病人取舒适卧位。检查病人口鼻腔，如有活动性义齿应取下。使患者将头偏向一侧，铺治疗巾。
3. 接通电源，检查吸引器性能，调节负压(一般成人 40.0~53.3kPa，儿童<40.0kPa)。连接吸痰管，试吸少量生理盐水检查是否通畅并湿润导管。一手返折吸痰管末端，另一手持吸痰管前端，插入病人口咽部，然后放松导管末端，吸净口腔及咽喉分泌物。
4. 再换管，在病人吸气时插入气管深部，左右旋转，向上提拉，吸尽气管内痰液。每次抽吸时间<15秒，一次未吸尽，隔3~5分钟再吸。

5. 在吸痰过程中, 要随时观察病人生命体征的改变, 注意吸出物的性状、量、颜色等, 吸痰完毕, 抽吸生理盐水冲洗管道, 关吸引器开关。摘手套。拭净病人脸部分泌物, 取下治疗巾, 协助病人取舒适卧位, 询问病人感受。整理床单元。

【注意事项】

1. 严格执行无菌操作。
2. 吸痰动作要轻柔, 以防止损伤黏膜。
3. 痰液黏稠时, 可配合扣背、蒸汽吸入、雾化吸入等方法使痰液稀释; 吸痰中患者如发生紫绀、心率下降等缺氧症状时, 应当立即停止吸痰, 待症状缓解后再吸。
4. 小儿吸痰时, 吸痰管应细些, 吸力要小些。
5. 贮液瓶内液体不得超过 2 / 3 满度, 以防损坏机器。

【44 号题】陕西汉中 第二站：操作, 44 题 心肺复苏。

【45 号题】 **第一站:**病史采集: 青年男性, 喘息 5 年, 加重 2 天。病例分析: 38 岁女性, 腹胀, 消瘦, 乏力 2 月, 右侧负不可触及移动性浊音 检查 操作 吸痰术。 **第二站:**体格检查: 腋窝淋巴结触诊, 胸膜摩擦感, 脾脏触诊。问题: 三凹征的病理意义, 肝脏肿大的表达方法。技能: 剖腹探查后拆线。问题: 颈部伤口几天可以拆线, 如伤口水肿, 可否用 75% 酒精消毒。 **第三站:**辅助检查: 听诊 (房颤、湿罗音), CT 脑出血, x 线: 胸腔积液, 食管胃底静脉曲张。心电图: 室早、房颤、医德医风: 肺癌病人的告知。

病史采集:

(一)、现病史:

针对主诉问诊:

针对呼吸困难问诊

喘息发生的快慢, 诱因, 发作的时间, 加重缓解因素, 有无咳嗽, 发绀

相关问诊：有无发热，咯血、有无下肢水肿。

一般情况：病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况：

是否来医院就诊，做过何种检查？检查的结果如何？

是否治疗？用过哪些药物？效果如何？

(二)、相关病史：

有无相关的结缔组织病史，有无外伤手术史，有无接触传染病史，烟酒嗜好，疫区居住史，冶游史。家族遗传史。

腋窝淋巴结触诊：

检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用右手进行

胸膜摩擦感：

检查胸膜摩擦感时，检查者以手掌平放于前胸下前侧部或腋中线第 5、6 肋间，嘱被检查者深慢呼吸。触到吸气和呼气双相的粗糙摩擦感为阳性，常见于纤维素性胸膜炎。

三凹症：

是指呼吸极度困难，辅助呼吸肌如胸部及腹部的肌肉都强力运动以辅助呼吸活动，此时虽企图以扩张胸廓来增加吸气量，但因肺部气体吸入困难，不能扩张，致使在吸气时可见胸骨上窝、两侧锁骨上窝以及下部肋间隙均显凹陷，故称“三凹症”。此时亦可伴有干咳及高调吸气性喉鸣。常见于喉部、气管、大支气管的狭窄和阻塞。

肝肿大的测量：

- 1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。

正常肝脏：肋下 \leq 1cm，剑下 \leq 3—5cm，上下径9—11cm。

弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

拆线时间：

头、面、颈部伤口4~5天拆线，胸、腹、背、臀部伤口7~9天拆线，会阴部伤口5~6天拆线，四肢伤口10~14天拆线，减张缝合14天拆线。

伤口水肿不可以用75%酒精消毒。

【46号题】黑龙江哈尔滨 第一站:贫血。

贫血的病例分析首先了解几种贫血的不同点：

如：缺铁性贫血=月经过多、痔、胃部手术史、消化系统肿瘤+皮肤黏膜苍白+肝脾淋巴结不大

再障=出血倾向+感染+骨髓红、白、巨核三系减少

再分清楚贫血的诊断标准男性是小于120g/L 女性是小于110g/L

再者了解其治疗：

缺铁频口服铁剂+维生素C，必要时右旋糖酐铁肌肉注射。

再障用雄激素、骨髓移植等治疗

具体内容建议查看指南，有较为详细的描述。

【46 号题】重庆永川 第一站: 病史采集 (57)。患者，男，25 岁，多食、消瘦 3 月，发热、咽痛 2 天，半小时前神志不清入院。3 月前患者出现多食、体重下降，伴怕热、多汗，易怒，(中间记不到了) 2 天前着凉后出现发热、咽痛，伴轻咳、流涕，伴烦躁不安，自服药物无好转(中间也有点内容记不清了，反正不重要)，半小时前出现神志不清入院。查体：(其他生命体征搞忘了) T145 次/分，昏迷，急性面容，呼吸急促，皮肤湿润，大汗淋漓。(此处省略，没看到鼻及咽喉部的查体)，甲状腺 III 度肿大，质软，无结节，双上极可闻及明显血管杂音，(此处省略)，生理征正常，病理征未引出。甲功(1 月前)：T3、T4 明显升高，TSH 下降。心电图：窦性心动过速。**第二站：**体格检查：1、对光反射；2、心脏听诊；3、腹部压痛、反跳痛及肌紧张医学教育|网论坛网友提供。提问：对光反射的正常表现；心脏听诊能听到些什么；球部溃疡伴呕血及血便，腹部查体的阳性体征；消化道溃疡穿孔腹部查体最有意义的体征。操作：浅表静脉采血。**第三站：**1、老年男性，劳累后心累气促多年，偶有咯血，心尖听诊：(拿不准)备选答案如下：连续性杂音；舒张期叹气样杂音，舒张期隆隆样杂音，收缩期吹风样杂音；2、描述就是个慢阻肺，前胸部听诊：湿罗音和干落音；3、胸腔积液；4、脑出血；5、食管癌；6、室性期前收缩；7、心房颤动；8、女朋友诊断支扩，男盆友来问病情，女盆友私下叫医生不说，医生该怎么处理？需要慎重考虑的两个答案(其他选项应该是错的)医学|教育网|网友整理：1) 尊重患者意见，劝男盆友不要再问；2) 尊重患者意见，这是患者的个人隐私。

【第一站】 所给条件不全，考虑是甲亢

【第二站】

瞳孔对光反射：传入神经为视神经，传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容（心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音）。

1.心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始，依次听诊二尖瓣区（心尖部）→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）→主动脉瓣第二听诊区（胸骨左缘第3肋间）→三尖瓣区（胸骨左缘第4、5肋间）。

2.正常心音正常情况下可听到第一心音（S1）和第二音（S2）。S1是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣叶振动所致，是心室收缩开始的标志，心尖部听诊最清晰。S2是血流在主动脉与肺动脉内突然减速，半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致，是心室舒张开始的标志，在心尖搏动后出现，与下一个S1距离较远，心底部听诊最清晰。

3.心音的变化

（1）心尖部第一心音强度性质改变的影响因素及其临床意义。

1) S1增强见于：①二尖瓣从开放到关闭时间缩短：如二尖瓣狭窄、PR间期缩短（预激综合征）；②心肌收缩力增强：如交感神经兴奋性增加、高动力状态（贫血、甲亢等）。

2) S1减弱见于：①二尖瓣关闭障碍 / 从开放到关闭的时间延长。见于二尖瓣关闭不全、PR间期延长、二尖瓣狭窄，瓣叶活动度差；②心肌收缩力下降；③急性主动脉瓣关闭不全。

3) S1强弱不等：见于因心律不齐或心房心室收缩不同步造成每搏心室充盈有明显差别的情况。如房颤、早搏、Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞等。

（2）心底部第二心音增强或分裂的原因及其意义。

1) 主动脉瓣区第二心音 (A2) 增强: 见于主动脉压增高, 如高血压、动脉粥样硬化。

2) 肺动脉瓣区第二心音 (P2) 增强: 见于肺动脉压增高, 如二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、左心衰竭等左房压升高的情况 (压力传导至肺动脉)、左向右分流的先天性心脏病、肺栓塞、特发性肺动脉高压等。

3) S2 分裂: ①生理性分裂: 吸气时, 右心回心血量增加, 肺动脉瓣关闭延迟, 出现分裂。多见于青少年; ②通常分裂: 右心室排血时间延长, 肺动脉瓣关闭晚于主动脉瓣, 吸气时分裂较呼气时明显, 见于肺动脉瓣关闭延迟 (右束支阻滞、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄)、主动脉瓣关闭提前 (二尖瓣关闭不全、室间隔缺损); ③固定分裂: S2 分裂不受呼吸影响。见于房间隔缺损; ④逆分裂: 主动脉瓣关闭延迟, 呼气时分裂较吸气时明显, 见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

(3) 常见三音心律的产生机理, 听诊特点及临床意义。

1) 舒张期额外心音: ①奔马律: 心率在 100 次 / 分以上, 在 S2 之后出现病理性 S3 或 S4, 分别形成室性奔马律 (舒张早期奔马律) 或房性奔马律 (舒张晚期奔马律)。室性奔马律提示左室舒张期容量负荷过重, 心肌功能严重障碍。房性奔马律提示心室收缩期压力负荷过重, 室壁顺应性降低, 见于压力负荷过重引起心肌肥厚的心脏病; ②其他: 包括开瓣音、心包叩击音、肿瘤扑落音等。开瓣音见于二尖瓣狭窄, 在心尖内侧最清晰, 高调、拍击样, 说明二尖瓣弹性和活动尚好; 心包叩击音见于缩窄性心包炎, 在心尖部和胸骨下段左缘最清晰, 较强、短促; 肿瘤扑落音见于左房黏液瘤, 在心尖部及胸骨左缘 3~4 肋间最清晰, 可随体位变动而变化, 调低。

2) 收缩期额外心音: ①收缩早期喷射音 (收缩早期喀嚓音): 心底部最清晰, 分为肺动脉喷射音和主动脉喷射音。分别见于肺动脉压增高和高血压以及主动脉瓣病变; ②收缩中晚期喀嚓音: 见于二尖瓣脱垂, 呈高调、"张帆"样声响, 在心尖部及内侧清晰, 随体位而变

化,常合并收缩晚期杂音。

4.心率及心律正常成人心率>100次/分为心动过速,<60次/分为心动过缓。

心律随呼吸运动而变化常见于窦性心律不齐,一般无临床意义。期前收缩为提前出现的一次心跳,其后有长间歇。心房颤动的特点为心律绝对不齐、第一心音强弱不等和脉短绌。

5.心脏杂音如果听到杂音,应注意杂音的部位、时相、性质、强度、传导方向以及杂音与体位和呼吸的关系。在听诊杂音时除上述的瓣膜区外还要注意心前区其他部位和锁骨下缘等部位有无杂音。心包摩擦音的听诊部位同心包摩擦感的触诊部位。

(1)杂音产生的机制:血流加速;瓣膜的器质性或功能性狭窄;瓣膜的器质性或功能性关闭不全;异常血流通道;心腔中存在漂浮物;血管的狭窄或扩张。

(2)分析杂音时注意:杂音的时相(收缩期、舒张期、连续性),部位、性质、传导方向及强度(收缩期杂音的分级),是否伴有震颤。

(3)各瓣膜区听到收缩期、舒张期杂音的临床意义。

1)收缩期杂音:①二尖瓣区:功能性杂音(柔和的吹风样杂音)。见于甲亢、妊娠、贫血、发热、动静脉瘘、相对性关闭不全(左心室扩大)。器质性二尖瓣反流(粗糙的吹风样杂音),见于风湿性瓣膜病、二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全或断裂(可有"海鸥鸣",即收缩期高调鸣音);②三尖瓣区:相对性关闭不全(右心室扩大)、少见器质性三尖瓣反流;③主动脉瓣区:相对性狭窄(主动脉扩张或粥样硬化、高血压)和器质性狭窄(先天性、风湿性、退行性变);④肺动脉瓣区:功能性(儿童和青少年常见)、相对性肺动脉瓣狭窄肺动脉高压所致肺动脉扩张、器质性肺动脉瓣狭窄(先天性);⑤胸骨左缘3~4肋间杂音:室间隔缺损或室间隔穿孔。

2)舒张期杂音:①二尖瓣区:相对性二尖瓣狭窄(Austin-Flint杂音)、器质性二尖瓣狭窄(风湿性或先天性)。②三尖瓣区:三尖瓣狭窄(极少见)。③主动脉瓣区:主动脉瓣关

闭不全。④肺动脉瓣区：Graham Steel 杂音（肺动脉扩张导致的肺动脉瓣相对性关闭不全，多见于二尖瓣狭窄伴明显的肺动脉高压）。⑤连续性杂音：见于动脉导管未闭、冠状动脉粥样硬化、冠状动脉窦瘤（Valsalva's sinus）破裂。

6.心包摩擦音 听诊部位同触诊，性质粗糙、病调。搔抓样，与心搏一致，收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失等可和胸膜摩擦音鉴别

腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；2) 揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

压痛和反跳痛

(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同

时出现压痛。反跳痛和肌紧张,称为"腹膜炎三联征".

对光反射正常人受到光线照射刺激后,双侧瞳孔立刻缩小,光线移开后恢复,同法检测对侧瞳孔。

心脏听诊应该听其心率、心律、心音、有无心音改变、心脏杂音及心包摩擦音等。

消化道溃疡穿孔腹部查体最有意义的体征是板状腹(指腹壁明显紧张,常见于急性胃肠穿孔或脏器破裂所致的弥漫性腹膜炎)。

【第三站】 尊重患者意见,这是患者的个人隐私。

【46号题】河北承德 第一站: 病史采集 溃疡性结肠炎 医学|教育|网网友 xiaoxiangzhu66 整理。病例分析:甲状腺危象。**第二站:** 直接对光反射 间接对光反射 心脏的听诊 腹部紧张度压痛反跳痛的检查。

【第一站】

一、现病史:

1、根据主诉及相关鉴别问诊:

(1) 发病诱因:发病与饮食(有无不洁饮食、进食刺激食物)、药物、劳累、受凉、精神因素的关系。

(2) 主要症状:腹痛的具体部位、程度、规律性(腹痛与进食、排便的关系),加重或缓解因素,大便或便血的次数、量、具体性状,有无里急后重。

(3) 伴随症状:有无发热、盗汗、乏力、呕吐、关节痛等

(4) 发病以来, 饮食、睡眠、小便及体重变化。

2、诊疗经过:

(1) 是否到医院就诊做过检查: 如粪常规+隐血、血常规、结肠镜等

(2) 治疗情况: 是否用过药物治疗, 疗效如何。

二、其他相关病史:

1、有无药物过敏史

2、与该病有关的其他病史: 有无慢性细菌性痢疾、炎症性肠炎、肠寄生虫病、肿瘤病史、有无地方及流行病区居住史, 有无遗传病及肿瘤家族史。(女性病人应该询问月经史, 婴幼儿应该询问喂养史)

甲状腺危象的病例分析: (此病例分析由于没有充足的条件, 故只是给予一些相应的模板, 建议查看应试指南学习掌握为佳)

1 诊断及诊断依据

(1) 诊断: 甲状腺危象

(2) 诊断依据: 甲状腺危象: 甲亢患者在感染、手术、创伤、精神刺激等诱因下, 出现高热(体温 $>39^{\circ}\text{C}$), 大汗淋漓, 心动过速, 心率 >140 次/分, 剧烈恶心、呕吐、腹泻, 烦躁、谵妄、昏迷

2 鉴别诊断

(1) 亚急性甲状腺炎 发病前有上呼吸道感染史, 发热、颈部疼痛, 高代谢症状, 血沉增快,, 一过性甲功增高, 甲状腺摄 ^{131}I 降低, 两者呈分离现象。

(2).淋巴细胞性甲状腺炎(无症状性甲状腺炎) 没有明显的发热及颈部疼痛,可有高代谢症状,一过性甲功增高,甲状腺摄¹³¹I降低,两者呈分离现象。

(3).Graves 病原发靶腺甲亢,为自身免疫性疾病,占甲亢发病率 80%。

(4).结节性毒性甲状腺肿 甲状腺 B 超及甲状腺核素扫描检查有助于鉴别诊断。

3、进一步检查

1.血清总甲状腺素(TT4)受 TBG(甲状腺球蛋白)的影响。

2.血清总三碘甲状腺原氨酸(TT3)同样受 TBG 的影响。

3.FT3、FT4 不受 TBG 的影响。

4.促甲状腺激素(TSH)是反映甲状腺功能最敏感指标,sTSH 成为筛查甲亢的第一线指标。

5.¹³¹I 摄取率正常值:3 小时 5%~25%,24 小时 20%~45%,高峰在 24 小时出现。

甲亢时¹³¹I 摄取率增加,高峰前移,鉴别不同类型的甲亢。

6.TSH 受体抗体(TRAb)是鉴别甲亢病因,诊断 GD 指标之一。

7.TSH 受体刺激抗体(TSAb)85%~100%的新诊断,GD 患者呈阳性。

8.眼眶 CT 和 MRI 甲亢突眼患者,评估眼肌受累程度。

9.甲状腺放射性核素扫描。

4. 治疗原则

甲状腺危象治疗

1.针对诱因治疗。

2.抑制甲状腺激素的合成 首选 PTU 600mg 口服或胃管注入,此后 200mg Q6h,症状缓解后减至一般治疗剂量。

3.抑制甲状腺激素的释放 服用 PTU 一小时后再加用复方碘剂 5 滴,Q8h 静点,或碘化

钠静点。

4.降低周围组织对甲状腺激素的反应心得安 20~40mg, Q6h。

5.拮抗应激氢化可的松 100mg+5%Glucose NS 500ml, Q6h 或 Q8h, 静点。

6.常规治疗不满意时,可腹膜透析、血液透析或血液置换。

7.降温,对症处理

直接对光反射:被检查者向前看,检查者将手电筒光线迅速照被检者的瞳孔,观察瞳孔的变化。

间接对光反射:被检查者用手放在鼻梁上,遮挡光线,用手电筒照射一侧眼睛,观察对侧瞳孔有无缩小,然后用同样方法检查对侧瞳孔。

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容(心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音)。

1.心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始,依次听诊二尖瓣区(心尖部)→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)→主动脉瓣第二听诊区(胸骨左缘第3肋间)→三尖瓣区(胸骨左缘第4、5肋间)。

2.正常心音正常情况下可听到第一心音(S1)和第二音(S2)。S1是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣叶振动所致,是心室收缩开始的标志,心尖部听诊最清晰。S2是血流在主动脉与肺动脉内突然减速,半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致,是心室舒张开始的标志,在心尖搏动后出现,与下一个S1距离较远,心底部听诊最清晰。

3.心音的变化

(1)心尖部第一心音强度性质改变的影响因素及其临床意义。

1) S1 增强见于：①二尖瓣从开放到关闭时间缩短：如二尖瓣狭窄、PR 间期缩短（预激综合征）；②心肌收缩力增强：如交感神经兴奋性增加、高动力状态（贫血、甲亢等）。

2) S1 减弱见于：①二尖瓣关闭障碍 / 从开放到关闭的时间延长。见于二尖瓣关闭不全、PR 间期延长、二尖瓣狭窄，瓣叶活动度差；②心肌收缩力下降；③急性主动脉瓣关闭不全。

3) S1 强弱不等：见于因心律不齐或心房心室收缩不同步造成每搏心室充盈有明显差别的情况。如房颤、早搏、Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞等。

(2) 心底部第二心音增强或分裂的原因及其意义。

1) 主动脉瓣区第二心音 (A2) 增强：见于主动脉压增高，如高血压、动脉粥样硬化。

2) 肺动脉瓣区第二心音 (P2) 增强：见于肺动脉压增高，如二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、左心衰竭等左房压升高的情况（压力传导至肺动脉）、左向右分流的先天性心脏病、肺栓塞、特发性肺动脉高压等。

3) S2 分裂：①生理性分裂：吸气时，右心回心血量增加，肺动脉瓣关闭延迟，出现分裂。多见于青少年；②通常分裂：右心室排气时间延长，肺动脉瓣关闭晚于主动脉瓣，吸气时分裂较呼气时明显，见于肺动脉瓣关闭延迟（右束支阻滞、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄）、主动脉瓣关闭提前（二尖瓣关闭不全、室间隔缺损）；③固定分裂：S2 分裂不受呼吸影响。见于房间隔缺损；④逆分裂：主动脉瓣关闭延迟，呼气时分裂较吸气时明显，见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

(3) 常见三音心律的产生机理，听诊特点及临床意义。

1) 舒张期额外心音：①奔马律：心率在 100 次 / 分以上，在 S2 之后出现病理性 S3 或 S4，分别形成室性奔马律（舒张早期奔马律）或房性奔马律（舒张晚期奔马律）。室性奔马律提示左室舒张期容量负荷过重，心肌功能严重障碍。房性奔马律提示心室收缩期压力负荷过重，室壁顺应性降低，见于压力负荷过重引起心肌肥厚的心脏病；②其他：包括开瓣音、

心包叩击音、肿瘤扑落音等。开瓣音见于二尖瓣狭窄，在心尖内侧最清晰，高调、拍击样，说明二尖瓣弹性和活动尚好；心包叩击音见于缩窄性心包炎，在心尖部和胸骨下段左缘最清晰，较强、短促；肿瘤扑落音见于左房黏液瘤，在心尖部及胸骨左缘 3~4 肋间最清晰，可随体位变动而变化，调低。

2) 收缩期额外心音：①收缩早期喷射音（收缩早期喀嚓音）：心底部最清晰，分为肺动脉喷射音和主动脉喷射音。分别见于肺动脉压增高和高血压以及主动脉瓣病变；②收缩中晚期喀嚓音：见于二尖瓣脱垂，呈高调、“张帆”样声响，在心尖部及内侧清晰，随体位而变化，常合并收缩晚期杂音。

4. 心率及心律正常成人心率 > 100 次 / 分为心动过速，< 60 次 / 分为心动过缓。

心律随呼吸运动而变化常见于窦性心律不齐，一般无临床意义。期前收缩为提前出现的一次心跳，其后有长间歇。心房颤动的特点为心律绝对不齐、第一心音强弱不等和脉短绌。

5. 心脏杂音如果听到杂音，应注意杂音的部位、时相、性质、强度、传导方向以及杂音与体位和呼吸的关系。在听诊杂音时除上述的瓣膜区外还要注意心前区其他部位和锁骨下缘等部位有无杂音。心包摩擦音的听诊部位同心包摩擦感的触诊部位。

(1) 杂音产生的机制：血流加速；瓣膜的器质性或功能性狭窄；瓣膜的器质性或功能性关闭不全；异常血流通道；心腔中存在漂浮物；血管的狭窄或扩张。

(2) 分析杂音时注意：杂音的时相（收缩期、舒张期、连续性），部位、性质、传导方向及强度（收缩期杂音的分级），是否伴有震颤。

(3) 各瓣膜区听到收缩期、舒张期杂音的临床意义。

1) 收缩期杂音：①二尖瓣区：功能性杂音（柔和的吹风样杂音）。见于甲亢、妊娠、贫血、发热、动静脉瘘、相对性关闭不全（左心室扩大）。器质性二尖瓣反流（粗糙的吹风样杂音），见于风湿性瓣膜病、二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全或断裂（可有“海鸥鸣”，即收

缩期高调鸣音);②三尖瓣区:相对性关闭不全(右心室扩大)、少见器质性三尖瓣反流;③主动脉瓣区:相对性狭窄(主动脉扩张或粥样硬化、高血压)和器质性狭窄(先天性、风湿性、退行性变);④肺动脉瓣区:功能性(儿童和青少年常见)、相对性肺动脉瓣狭窄肺动脉高压所致肺动脉扩张、器质性肺动脉瓣狭窄(先天性);⑤胸骨左缘3~4肋间杂音:室间隔缺损或室间隔穿孔。

2)舒张期杂音:①二尖瓣区:相对性二尖瓣狭窄(Austin-Flint杂音)、器质性二尖瓣狭窄(风湿性或先天性)。②三尖瓣区:三尖瓣狭窄(极少见)。③主动脉瓣区:主动脉瓣关闭不全。④肺动脉瓣区:Graham Steel杂音(肺动脉扩张导致的肺动脉瓣相对性关闭不全,多见于二尖瓣狭窄伴明显的肺动脉高压)。⑤连续性杂音:见于动脉导管未闭、冠状动脉瘘、冠状动脉窦瘤(Valsalva'S sinus)破裂。

6.心包摩擦音 听诊部位同触诊,性质粗糙、病调。搔抓样,与心搏一致,收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失等可和胸膜摩擦音鉴别

腹壁紧张度

(1)局限性腹壁紧张:见于炎症波及局部腹膜;(2)普遍性腹壁紧张

1)板状腹:见于弥漫性腹膜炎,由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致;2)揉面感:见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

压痛和反跳痛

(1)局部压痛:正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变,对病变部位具有提示作用。

1)McBurney点压痛:脐与右髂前上棘连线中外1/3处压痛,见于阑尾炎。

2)Murphy征:检查者左手掌平放于右肋下部,拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处,

余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

【46 号题】甘肃 第一站:病史采集 57：女，30 多岁，发热、腹痛、脓血便 1 周；病例分析 51：患者，女，25 岁，多食、消瘦 3 月，发热、咽痛 2 天，半小时前神志不清入院。3 月前患者出现多食、体重下降，伴怕热、多汗，易怒，诊断为“甲亢”，但未规律服药，效果不佳，2 天前着凉后出现发热、咽痛，伴轻咳、流涕，伴烦躁不安，自服药物无好转，半小时前出现神志不清入院。查体：T 39°，P145 次/分，血压正常，呼吸 20 次/分，昏迷，急性面容，呼吸急促，皮肤湿润，大汗淋漓。咽红，扁桃体无肿大，甲状腺弥漫性 III 度肿大，质软，无结节，双上极可闻及明显血管杂音，心脏听诊是正常，无杂音，肺部听诊正常，生理征正常，病理征未引出。甲功（1 月前）：FT3、FT4 升高，还有个 Ar..Ab 升高，TSH 下降。心电图：窦性心动过速。**第二站:**体格检查 36：1、对光反射；2、心脏听诊；3、腹部肌紧张，压痛、反跳痛。提问：对光反射的正常表现；心脏听诊各瓣膜的听诊部位；一青年男性，既往有胃溃疡病史，近期出现呕咖啡渣样物质，问如果出血持续存在，应该注意查什么体征（听诊肠鸣音），肌紧张出血在哪些病？反跳痛怎么查？基本操作 62：四肢浅静脉采血。**第三站：**1、老年男性，劳累后心累气促多年，偶有咯血，心尖听诊，备选答案如下：连续性杂音；舒张期叹气样杂音，舒张期隆隆样杂音，收缩期吹风样杂音（D 是错的）；2、描述就是个慢阻肺，前胸部听诊；3、X 线：胸腔积液；4、CT：脑出血；5、钡餐：

食管癌；6、心电图：室性期前收缩；7、心房颤动；8、女朋友诊断支扩，男友来问病情，女友私下叫医生不说，医生该怎么处理？需要慎重考虑的两个答案(其他选项应该是错的)：
1) 尊重患者意见，劝男友不要再问；2) 尊重患者意见，让男友自己询问女友；我选的后
者，结果是错的。

病史采集：

(一) 现病史

根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况：①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病，急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别；缓慢起病者要考虑功能性与器质性。③有无缓解和缓解因素，包括禁食、保温和体位等。

(2) 腹痛的性质和程度：是阵发性绞痛还是持续性胀痛；是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛。疼痛与排便的关系。

(3) 腹痛的部位：是全腹痛还是局部痛，什么部位最明显，有无放射痛(牵涉痛)，有无转移性腹痛。

(4) 发热的情况：体温的高度和变化。

一般情况：病来体重、大小便、精神、饮食、睡眠的变化情况

诊治情况：

是否来医院就诊，做过何种检查？检查的结果如何？

是否治疗？用过哪些药物？效果如何？

(二)、相关病史：

有无相关的结缔组织病史，有无外伤手术史，有无接触传染病史，烟酒嗜好，疫区居住史，冶游史。家族遗传史。月经史，生育史。

病例分析：

考虑是甲状腺危象。

诊断依据：

有甲亢的病史

感染后出现的高热，心动过速，大汗等症状

甲状腺弥漫性 III 度肿大

FT3、FT4 升高，还有个 Ar..Ab 升高，TSH 下降。

鉴别诊断：亚急性甲状腺炎 有分离现象可鉴别

甲状腺自主高功能腺瘤 甲状腺核素扫描可鉴别

进一步检查：

血清 TT3,TT4

FT3,FT4

TSH

¹³¹I 摄取率

TSH 受体抗体

甲状腺核素扫描

治疗原则：针对诱因治疗

抑制甲状腺激素的合成 (PTU)

抑制甲状腺激素的释放 (PTU+碘剂)

降低周围组织对甲状腺激素的反应 (普萘洛尔)

可透析或血浆置换

对症治疗

体格检查：

对光反射：略

心脏听诊：

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容 (心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音)。

1.心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始,依次听诊二尖瓣区 (心尖部) 4 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) → 主动脉瓣第二听诊区 (胸骨左缘第 3 肋间) → 三尖瓣区 (胸骨左缘第 4、5 肋间)。

2.正常心音正常情况下可听到第一心音 (S1) 和第二音 (S2)。S1 是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣叶振动所致,是心室收缩开始的标志,心尖部听诊最清晰。S2 是血流在主动脉与肺动脉内突然减速,半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致,是心室舒张开始的标志,在心尖搏动后出现,与下一个 S1 距离较远,心底部听诊最清晰。

3.心音的变化

(1) 心尖部第一心音强度性质改变的影响因素及其临床意义。

1) S1 增强见于：①二尖瓣从开放到关闭时间缩短：如二尖瓣狭窄、PR 间期缩短 (预激综合征)；②心肌收缩力增强：如交感神经兴奋性增加、高动力状态 (贫血、甲亢等)。

2) S1 减弱见于：①二尖瓣关闭障碍 / 从开放到关闭的时间延长。见于二尖瓣关闭不全、PR 间期延长、二尖瓣狭窄，瓣叶活动度差；②心肌收缩力下降；③急性主动脉瓣关闭不全。

3) S1 强弱不等：见于因心律不齐或心房心室收缩不同步造成每搏心室充盈有明显差别的情况。如房颤、早搏、Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞等。

(2) 心底部第二心音增强或分裂的原因及其意义。

1) 主动脉瓣区第二心音 (A2) 增强：见于主动脉压增高，如高血压、动脉粥样硬化。

2) 肺动脉瓣区第二心音 (P2) 增强：见于肺动脉压增高，如二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、左心衰竭等左房压升高的情况 (压力传导至肺动脉)、左向右分流的先天性心脏病、肺栓塞、特发性肺动脉高压等。

3) S2 分裂：①生理性分裂：吸气时，右心回心血量增加，肺动脉瓣关闭延迟，出现分裂。多见于青少年；②通常分裂：右心室排气时间延长，肺动脉瓣关闭晚于主动脉瓣，吸气时分裂较呼气时明显，见于肺动脉瓣关闭延迟 (右束支阻滞、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄)、主动脉瓣关闭提前 (二尖瓣关闭不全、室间隔缺损)；③固定分裂：S2 分裂不受呼吸影响。见于房间隔缺损；④逆分裂：主动脉瓣关闭延迟，呼气时分裂较吸气时明显，见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

(3) 常见三音心律的产生机理，听诊特点及临床意义。

1) 舒张期额外心音：①奔马律：心率在 100 次 / 分以上，在 S2 之后出现病理性 S3 或 S4，分别形成室性奔马律 (舒张早期奔马律) 或房性奔马律 (舒张晚期奔马律)。室性奔马律提示左室舒张期容量负荷过重，心肌功能严重障碍。房性奔马律提示心室收缩期压力负荷过重，室壁顺应性降低，见于压力负荷过重引起心肌肥厚的心脏病；②其他：包括开瓣音、心包叩击音、肿瘤扑落音等。开瓣音见于二尖瓣狭窄，在心尖内侧最清晰，高调、拍击样，说明二尖瓣弹性和活动尚好；心包叩击音见于缩窄性心包炎，在心尖部和胸骨下段左缘最清晰，较

强、短促；肿瘤扑落音见于左房黏液瘤，在心尖部及胸骨左缘 3~4 肋间最清晰，可随体位变动而变化，调低。

2) 收缩期额外心音：①收缩早期喷射音（收缩早期喀嚓音）：心底部最清晰，分为肺动脉喷射音和主动脉喷射音。分别见于肺动脉压增高和高血压以及主动脉瓣病变；②收缩中晚期喀嚓音：见于二尖瓣脱垂，呈高调、“张帆”样声响，在心尖部及内侧清晰，随体位而变化，常合并收缩晚期杂音。

4. 心率及心律正常成人心率 > 100 次 / 分为心动过速，< 60 次 / 分为心动过缓。

心律随呼吸运动而变化常见于窦性心律不齐，一般无临床意义。期前收缩为提前出现的一次心跳，其后有长间歇。心房颤动的特点为心律绝对不齐、第一心音强弱不等和脉短绌。

5. 心脏杂音如果听到杂音，应注意杂音的部位、时相、性质、强度、传导方向以及杂音与体位和呼吸的关系。在听诊杂音时除上述的瓣膜区外还要注意心前区其他部位和锁骨下缘等部位有无杂音。心包摩擦音的听诊部位同心包摩擦感的触诊部位。

(1) 杂音产生的机制：血流加速；瓣膜的器质性或功能性狭窄；瓣膜的器质性或功能性关闭不全；异常血流通道；心腔中存在漂浮物；血管的狭窄或扩张。

(2) 分析杂音时注意：杂音的时相（收缩期、舒张期、连续性），部位、性质、传导方向及强度（收缩期杂音的分级），是否伴有震颤。

(3) 各瓣膜区听到收缩期、舒张期杂音的临床意义。

1) 收缩期杂音：①二尖瓣区：功能性杂音（柔和的吹风样杂音）。见于甲亢、妊娠、贫血、发热、动静脉瘘、相对性关闭不全（左心室扩大）。器质性二尖瓣反流（粗糙的吹风样杂音），见于风湿性瓣膜病、二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全或断裂（可有“海鸥鸣”，即收缩期高调鸣音）；②三尖瓣区：相对性关闭不全（右心室扩大）、少见器质性三尖瓣反流；③主动脉瓣区：相对性狭窄（主动脉扩张或粥样硬化、高血压）和器质性狭窄（先天性、风湿性、退行

性变)；④肺动脉瓣区：功能性（儿童和青少年常见）、相对性肺动脉瓣狭窄肺动脉高压所致肺动脉扩张、器质性肺动脉瓣狭窄（先天性）；⑤胸骨左缘3~4肋间杂音：室间隔缺损或室间隔穿孔。

2) 舒张期杂音：①二尖瓣区：相对性二尖瓣狭窄（Austin-Flint杂音）、器质性二尖瓣狭窄（风湿性或先天性）。②三尖瓣区：三尖瓣狭窄（极少见）。③主动脉瓣区：主动脉瓣关闭不全。④肺动脉瓣区：Graham-Steel杂音（肺动脉扩张导致的肺动脉瓣相对性关闭不全，多见于二尖瓣狭窄伴明显的肺动脉高压）。⑤连续性杂音：见于动脉导管未闭、冠状动脉粥样硬化、冠状动脉窦瘤破裂。

6. 心包摩擦音听诊部位同触诊，性质粗糙、病调。搔抓样，与心搏一致，收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失等可和胸膜摩擦音鉴别。

腹肌紧张，压痛，反跳痛：

触诊是重要的腹部检查手法。检查时被检查者宜低枕平卧，双下肢屈曲稍分开，手自然放于躯干两侧，腹肌放松，做深而均匀的腹式呼吸。检查者立于被检查者右侧，面向被检查者，右手前臂与被检查者腹部在同一平面，手温暖，全手掌放于腹部，自左下开始逆时针方向检查，动作要轻柔，可以边检查边交谈，分散被检查者注意力以减少腹肌紧张，注意被检查者面部表情，原则上先触诊未诉疼痛部位。

1. 腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；2) 揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

2. 压痛和反跳痛

(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变

部位具有提示作用。'

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为"腹膜炎三联征"。

对光反射的正常表现：遇到光时，瞳孔缩小，光源离开，瞳孔恢复。

心脏听诊各瓣膜的听诊部位：

顺序：听诊二尖瓣区（心尖部）→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）→主动脉瓣第二听诊区（胸骨左缘第 3 肋间）→三尖瓣区（胸骨左缘第 4、5 肋间）。

采血：

静脉穿刺技术

【适应证】

- 1.需长期输液而外周静脉因硬化、塌陷致穿刺困难者；
- 2.需行肠道外全静脉营养者；
- 3.危重病人及采血困难病人急症处理；
- 4.中心静脉压测定。

【术前准备】

1.了解、熟悉病人病情与病人或家属谈话，用通俗的语言、和善关心的态度讲清楚做静脉穿刺的目的和意义，争取清醒病人配合。

2.如果部位需要，可先行局部备皮。3.器械准备清洁盘，穿刺针包。

【操作步骤】

以股静脉穿刺为例

1.病人取平卧位其穿刺下肢轻微外展外旋，在腹股沟韧带中心的内下方 1.5~3.0 cm，股动脉搏动内侧为穿刺点。

2.术者戴好帽子口罩立于病人一侧，消毒局部皮肤，戴无菌手套，铺无菌洞巾。于穿刺点处轻轻压迫皮肤及股静脉并稍加固定。

3.右手持注射器向左手示指中指固定的穿刺点刺入，进针方向与穿刺部位的皮肤呈 30°~45°角、顺应血流方向或成垂直方向，边进针边抽吸缓缓刺入。

4.当穿刺针进入股静脉后，即有静脉血液回流入注射针管内，再进针 2~4mm 即可采血或注射药物。

5.若未能抽出血液则先向深部刺入，采用边退针边抽吸至有血液抽吸出为止；或者调整穿刺方向、深度或重新穿刺。

6.穿刺完毕，拔出针头，盖上无菌小纱布，局部压迫 3~5 分钟，以防出血，再用胶布固定。

【注意事项】

1.必须严格无菌操作，以防感染。

2.如抽出鲜红色血液表示误入动脉，应立即拔出，压迫穿刺点 5 分钟。

3.尽量避免反复穿刺，一般穿刺 3 次不成功应停止。

4.穿刺后妥善压迫止血，防止局部血栓形成。

【47号题】第一站：病例分析：间断上腹痛6年，呕吐1周，呕吐物为隔夜宿食，无黄疸症余症阴性。**第二站：**甲状腺触诊，脾脏触诊，跟腱反射，问题是肾盂和输尿管接头处的体表位置，基本操作是胸腔积液引流医学教育网整理。

第一站 病例分析

1.初步诊断：幽门梗阻、十二指肠溃疡

诊断依据：

- ①间断上腹痛6年
- ②呕吐物为隔夜宿食
- ③无黄疸症

2.鉴别诊断

慢性胃炎、慢性肠炎、肠结核、肿瘤

3.进一步检查

胃镜 血脂 血糖 心肌酶谱 肿瘤标志物 消化道X线

4.治疗原则

一般治疗：适当控制饮食的质和量，有氧运动

应用抑酸药物

促胃肠动力剂

治疗并发症

第二站 甲状腺触诊

触诊：甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

脾脏触诊

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位，稍用力上抬脾脏，检查者再以右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧，检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸，以配合检查者的触诊。

跟腱反射

被检查者仰卧，下肢屈曲，大腿稍外展外旋，检查者用左手握住足趾使踝部稍背屈，叩击跟腱。观察腓肠肌收缩引起的足背屈。

肾盂和输尿管接头处的体表位置

肋脊角

胸腔积液引流

以胸腔闭式引流为例

(肋间粗管)

1、术前先做普鲁卡因皮肤过敏试验(如用利多卡因,可免作度试),并给予肌肉注射苯巴比妥钠 0.1g 或哌替啶 50mg。

2、患者取半卧位(生命体征未稳定者,取平卧位)。积液(或积血)引流选腋中线第 6~7 肋间进针,气胸引流选锁骨中线第 2~3 肋间。术野皮肤以碘酊、酒精常规消毒,铺无菌手术巾,术者戴灭菌手套。

3、局部浸润麻醉切口区胸壁各层,直至胸膜并可见积液或积气抽出;沿肋间走行切开皮肤 50px,沿肋骨上缘伸入血管钳,分开肋间肌肉各层直至胸腔;见有液体或气体涌出时立即置入引流管。引流管伸入胸腔深度不宜超过 4~125px,以丝线缝合胸壁皮肤切口,并结扎固定引流管,敷盖无菌纱布。引流管末端连接至水封瓶,引流瓶置于病床下不易被碰倒的地方。

4、胸膜腔大量积气、积液者,开放引流时应缓慢。引流液体首次勿超过 1000ml,防止发生纵隔的快速摆动移位或复张性肺水肿的发生。待病情稳定后,再逐步开放止血钳。

【48 号题】 第一站:病史采集:腹痛呕吐 病例分析:肺炎。第二站:甲状腺触诊,胸廓视诊,脾脏触诊。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因:有无进食不当、精神紧张、劳累等;有无饮食、受寒等诱因

(2) 针对呕吐:起病缓急、病程、程度、呕吐次数、量、性状、气味、颜色;呕吐的

前驱症状-恶心?喷射性?与进餐关系

(3) 针对腹痛:部位、性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。

(4) 伴随症状:有无发热、寒战、皮肤黄染、食欲不振、厌油; 恶心、腹胀;有无腹泻、消瘦乏力;有无头痛、头晕、意识障碍;

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊, 做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史: 有无类似发作, 有无慢性消化系统疾病病史。

病例分析

根据题干写出: 诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 甲状腺触诊

触诊: 甲状腺较小(如I度肿大)时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如II度及以上肿大)时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患

者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为 I 度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

胸廓视诊

胸部明显的体表标志：胸廓上缘、锁骨、胸骨、肋骨、锁骨上窝、胸骨上窝。同时，还可观察到的骨性标志有：

胸骨角：胸骨柄与胸骨体的连接处，其两侧分别与左右第二肋软骨相连接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第 4 胸椎下缘。

C7 棘突：为最明显的棘突，用于计数椎体。

肩胛骨：被检查者双臂下垂，肩胛下角平第 7 肋骨水平或第 7 肋间隙，或相当于第 8 胸椎水平。

肋脊角：第 12 肋骨与脊柱的成角，其内为肾脏和输尿管的起始部；

再观察胸壁和胸廓，有无静脉充盈、曲张，血流方向，有无皮疹、蜘蛛痣等。正常胸廓两侧大致对称，呈椭圆形，前后径左右径约为 1：1.5。同时观察呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。胸式呼吸多见于成年女性；腹式呼吸多见于成年男性及儿童。呼吸频率 12～20 次/分，与脉搏之比约为 1：4。节律均匀而整齐。

最后观察受检者体表的人工划线：包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线（肩胛线）、后正中线。

脾脏触诊

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位,稍用力上抬脾脏,检查者再以右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧,检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸,以配合检查者的触诊。

【49号题】第一站: 病史采集:男,9岁2月,发热2天,皮疹1天。病例分析:女,65岁,持续性上腹痛,发热,少尿2天。2天前,食用油腻食物后持续性上腹痛,四肢皮冷、黄染,腹部紧张,有压痛。既往胆石症多年,服用药物无效。B超示:胆囊多发性结石,胆管扩张,胰腺肿大,腹腔积液医学|教育网|网友整理。

【第一站】 病史采集:

一、现病史:

1、根据主诉及相关鉴别问诊:

(1) 发病诱因:是否有着凉、淋雨、过度疲劳、紧张、感染等

(2) 主要症状:具体体温多少、热性特点(持续发热、间歇热等、时间规律(起病急缓、持续时间及家中时间)、家中及缓解因素,皮疹的类型、大小、分布部位、颜色、有无瘙痒等

(3) 伴随症状:有无畏寒、寒战、咳嗽、咯血、胸痛、腹泻、腹痛、恶心、呕吐、尿频、出血、关节肌肉疼痛、口腔溃疡等。

(4) 发病以来,饮食、睡眠、大小便及体重变化。

2、诊疗经过:

(1) 是否到医院就诊做过检查:如血尿粪常规、X线胸片、血沉、抗核抗体等

(2) 治疗情况：是否用过药物治疗，疗效如何。

二、其他相关病史：

1、有无药物过敏史

2、与该病有关的其他病史：有无肝炎、肺结核、肿瘤、风湿性疾病病史，有无疫水接触史、有无家族遗传病史等。

病例分析考虑为胆囊多发性结石，急性胆囊炎（由于条件不够充足，不做完全解答，建议参考下相应的指南内容）

50 号题】云南玉溪 第一站：病史采集 难，47 岁，间断腹泻 6 年。病例分析。女，乏力，头晕。分娩后出血较多，家人发现面色不如以前红润，心尖区闻及 2/6 收缩期杂音。血常规 HGB60 多。我的诊断室缺铁贫。**第二站：**操作：脑瘤切除术后，搬运简易呼吸器使用。

体格检查：甲状腺视诊，触诊前或后选一个，肝脏触诊

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无不洁进食、聚餐、旅行

(2) 针对腹泻：起病缓急、病程、性质、次数、量、性状；气味、颜色，加重或缓解因素

(3) 伴随症状：有无头晕、心悸、口渴、出汗、尿量减少；寒战、发热、腹胀、腹痛、恶心呕吐；直肠刺激症状、泛酸、皮肤黄染

(4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊, 做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史: 有无类似发作, 有无慢性消化系统疾病病史。

病例分析 缺铁性贫血

根据题干写出: 诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站

脑瘤切除术后, 搬运简易呼吸器使用

抢救者立于病人头顶处, 病人头后仰, 托起病人下颌, 将简易呼吸器连接氧气, 氧流量 8 ~

10L / 分钟, 扣紧面罩;

一手以 "EC" 手法固定面罩, 另一手有规律地挤压呼吸囊, 使气体通过吸气活瓣进入病人

肺部, 放松时, 肺部气体随呼气活瓣排出; 每次送气 500 ~ 1000ml, 挤压频率为每分钟成

人 16 ~ 20 次, 小儿酌情增加。

安全阀的调节

为避免过度的挤压造成储气袋内的氧气压力过高, 需调节安全阀来控制; 针对不同的病

人选择不同的压力值:

甲状腺视诊, 触诊前或后选一个

甲状腺较小 (如 I 度肿大) 时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大 (如 II 度及以上肿大) 时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患者做吞咽动作, 同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到, 但能触及为 I 度肿大; 甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大; 甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脏触诊

触诊肝脏时, 右手三指并拢, 掌指关节伸直, 示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧, 被检查者呼气时手指压向腹深部, 再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移, 重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。: 检查者右手位置同单手法, 左手托住被检查者右腰部, 拇指张开置于肋部, 触诊时左手向上抬起, 使肝下缘紧贴前腹壁下移, 并限制右下胸扩张, 以增加膈下移的幅度, 这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指, 可提高触诊的效果; 注意: 以示指的外侧接触肝脏; 勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏; 手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊: 肋下 \leq 1cm, 剑突下 \leq 3~5cm, 上下径 9~11cm。

【51 号题】四川泸州 患者, 男, 25 岁, 多食、消瘦 3 月, 发热、咽痛 2 天, 半小时前神志不清入院。3 月前患者出现多食、体重下降, 伴怕热、多汗, 易怒, (中间记不到了) 2

天前着凉后出现发热、咽痛，伴轻咳、流涕，伴烦躁不安，自服药物无好转（中间也有点内容记不清了，反正不重要）医学教育网论坛网友提供，半小时前出现神志不清入院。查体：（其他生命体征搞忘了）T145 次/分，昏迷，急性面容，呼吸急促，皮肤湿润，大汗淋漓。（此处省略，没看到鼻及咽喉部的查体），甲状腺 III 度肿大，质软，无结节，双上极可闻及明显血管杂音，（此处省略），生理征正常，病理征未引出。甲功（1 月前）：T3、T4 明显升高，TSH 下降。心电图：窦性心动过速医学教育网论坛网友提供。

此题考虑为甲状腺危象，建议了解甲亢的相关知识查看教程。

相关知识如下：

1 诊断及诊断依据

（3） 诊断：甲状腺危象

（4） 诊断依据：甲状腺危象：甲亢患者在感染、手术、创伤、精神刺激等诱因下，出现高热(体温 $>39^{\circ}\text{C}$)，大汗淋漓，心动过速，心率 >140 次/分，剧烈恶心、呕吐、腹泻，烦躁、谵妄、昏迷

2 鉴别诊断

（1）.亚急性甲状腺炎 发病前有上呼吸道感染史，发热、颈部疼痛，高代谢症状，血沉增快，一过性甲功增高，甲状腺摄 ^{131}I 降低，两者呈分离现象。

（2）.淋巴细胞性甲状腺炎(无症状性甲状腺炎) 没有明显的发热及颈部疼痛，可有高代谢症状，一过性甲功增高，甲状腺摄 ^{131}I 降低，两者呈分离现象。

（3）.Graves 病原发靶腺甲亢，为自身免疫性疾病，占甲亢发病率 80%。

（4）.结节性毒性甲状腺肿 甲状腺 B 超及甲状腺核素扫描检查有助于鉴别诊断。

3、进一步检查

- 1.血清总甲状腺素(TT4)受 TBG(甲状腺球蛋白)的影响。
- 2.血清总三碘甲状腺原氨酸(TT3)同样受 TBG 的影响。
- 3.FT3、FT4 不受 TBG 的影响。
- 4.促甲状腺激素(TSH)是反映甲状腺功能最敏感指标，sTSH 成为筛查甲亢的第一线指标。

5.¹³¹I 摄取率正常值：3 小时 5%~25%，24 小时 20%~45%，高峰在 24 小时出现。

甲亢时 ¹³¹I 摄取率增加，高峰前移，鉴别不同类型的甲亢。

- 6.TSH 受体抗体(TRAb)是鉴别甲亢病因，诊断 GD 指标之一。
- 7.TSH 受体刺激抗体(TSAb)85%~100%的新诊断，GD 患者呈阳性。
- 8.眼眶 CT 和 MRI 甲亢突眼患者，评估眼肌受累程度。
- 9.甲状腺放射性核素扫描。

4、治疗原则

甲状腺危象治疗

- 1.针对诱因治疗。
- 2.抑制甲状腺激素的合成 首选 PTU 600mg 口服或胃管注入，此后 200mg Q6h，症状缓解后减至一般治疗剂量。

3.抑制甲状腺激素的释放 服用 PTU 一小时后再加用复方碘剂 5 滴，Q8h 静点，或碘化钠静点。

4.降低周围组织对甲状腺激素的反应心得安 20~40mg，Q6h。

5.拮抗应激氢化可的松 100mg+5%Glucose NS 500ml，Q6h 或 Q8h，静点。

6.常规治疗不满意时,可腹膜透析、血液透析或血液置换。

7.降温,对症处理

【51 号题】陕西汉中 第一站：病史采集题,女 26 岁,从高处**,致呼吸困难 2 小时入院。

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：外伤

(2) 针对呼吸困难：起病缓急、程度、发病时间；持续时间、性质、诱发和缓解因素；与体位、活动的关系

(3) 伴随症状：发热、盗汗、咯血、心悸、胸痛、呼吸困难；发绀、杵状指、咳嗽、咳痰
有无夜间阵发性发作和端坐呼吸

(4) 发病以来饮食、二便情况。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊,做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史：有无类似发作。

【52 号题】黑龙江哈尔滨 第一站：1 岁，发热，惊厥。男，中年，腹痛 5 年，呕吐隔夜宿食 3 天，振水音+，腹痛+我诊断是慢性胃炎和幽门梗阻，希望大苗老师告诉我个正确答案。

第二站：甲状腺视诊，触诊。语音共振，肝脏触诊单手双手。换药。**第三站：**我就得 15 分就不瞎说了。

第一站：病史采集 : 1 岁，发热，惊厥。

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无足癣、皮肤局部破损等
- (2) 针对发热：程度、热型、有无寒战
- (3) 针对惊厥：起病缓急、病程、性质、程度、持续时间；加重或缓解因素
- (4) 伴随症状：有无全身中毒症状，如全身乏力、疼痛，食欲减退等
- (6) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无相关神经系统疾病

病情分析 慢性胃炎、幽门梗阻是可以的，但是，是否存在溃疡？

第二站 甲状腺视诊，触诊

触诊：甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

语音共振

检查语音震颤时，可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁，嘱患者发低音调“yi”长音，通过单手或双手进行检查，由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等；增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

肝脏触诊单手双手

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。:检查者右手位置同单手法,左手托住被检查者右腰部,拇指张开置于肋部,触诊时左手向上抬起,使肝下缘紧贴前腹壁下移,并限制右下胸扩张,以增加膈下移的幅度,这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指,可提高触诊的效果;注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

换药

首先移去伤口敷料,将污敷料内面向上,放在弯盘内。若有分泌物干结粘连,可用生理盐水润湿后再揭下。选用碘伏或70%酒精棉球消毒伤口周围皮肤,若伤口内有脓液或分泌物,可用生理盐水棉球轻轻拭净伤口,在消毒时一只镊子直接用于接触伤口,另一镊子专用于传递换药碗中物品(如图1所示)。消毒后可再根据不同伤口选择用药或适当安放引流物。最后用无菌敷料覆盖并固定,贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。

第三站 略

【53号题】 第一站:妊娠7个月的妇女发现颈部肿物3月余,查体双侧甲状腺对称性二度肿大,其余都正常。第二站:体格检查:扁桃体的检查,肺部听诊,腹壁紧张度、压痛、反跳痛的检查。问:稽留热见于什么病?什么情况下不能进行脊柱的检查?基本操作:简易呼吸器的使用,问:病人有自主呼吸,捏气囊的频率应该怎么样?为什么要去枕头后仰?第三站:期前收缩,双相干罗音,窦性心动过缓,房颤,肝囊肿,最后一个医德医风选医生做法欠佳的。医学|教育|网整理。

第一站:

病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因或诱因：如劳累、精神刺激因素、感染等，有无服药史
- (2) 针对肿物：肿物的大小、质地、表面是否光滑、是否随吞咽运动活动、有无疼痛
- (3) 是否伴有发热、呼吸困难、焦虑、心悸、心动过速、多汗、浮肿，有无性格改变
- (4) 发病以来睡眠、饮食、二便及体重情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查，结果如何。
- (2) 治疗用药情况。

二、其他相关病史

1.有无药物、食物过敏史

2.与该病相关的病史：既往有无类似发作，有无糖尿病、高血压、结核病史，月经和婚育史，有无疫区疫水接触史。

第二站：

扁桃体的检查：

检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物，了解扁桃体肿大的分度（不超过咽腭弓为Ⅰ度肿大；超过咽腭弓为Ⅱ度肿大；达到或超过咽后壁中线为Ⅲ度肿大）。

肺部听诊：

包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，可嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素（多见于老年人）所致。

1.正常呼吸音的种类和分布

(1) 肺泡呼吸音：见于大部分胸部听诊区域。

(2) 支气管肺泡呼吸音：见于胸骨两侧第1、2肋间、肺尖、肩胛间区。

(3) 支气管呼吸音：见于喉部、锁骨上窝、背部T1、2水平。

2.异常呼吸音

(1) 病理性支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音：在正常肺泡呼吸音分布区域听到支气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音均为异常。主要机制为肺组织传导增强，见于肺实变、大的空洞以及大量积液上方的压迫性肺不张（肺组织含气量减少，而支气管树通畅，传导增强）。

(2) 呼吸音减弱：见于各种原因所致的肺泡通气量下降，如气道阻塞、呼吸泵（呼吸肌病变、或胸廓活动受限）功能障碍；胸膜病变（胸水、气胸、胸膜肥厚）等。对侧肺部往往出现代偿性肺泡呼吸音增强。

3.啰音分为干性啰音和湿性啰音。

(1) 干性啰音：发生机制为气管支气管或细支气管狭窄，包括炎症、平滑肌痉挛、外压、新生物、黏稠分泌物。其特点为持续时间长，呼气相明显，强度及性质易变。

1) 高调性干啰音（哮鸣音或哨笛音）：见于小支气管或细支气管病变。双肺弥漫性分布的哮鸣音常见于哮喘、COPD、心源性哮喘等；局限性哮鸣音常见于气道局部狭窄，如肿瘤、气道内异物。

2) 低调性干啰音（鼾音）：见于气管或主支气管病变。

3) 喘鸣：和其他干啰音不同，发生于吸气相，高调而单一。见于上呼吸道或大气道狭窄，如喉头痉挛、声带功能紊乱、气管肿物等。

(2) 湿性罗音：发生机制为气体通过呼吸道内存在的稀薄分泌物时产生水泡并破裂。特点为断续而短暂，多见于吸气相。分为粗湿性啰音、中湿性啰音、细湿性啰音（又称为大、中、小水泡音）、捻发音。主要见于支气管病变（COPD、支气管扩张）感染性或非感染性

肺部炎症、肺水肿、肺泡出血。不同类型的湿性啰音说明稀薄分泌物的主要存在部位,如肺炎时常为细湿性啰音,急性肺水肿时粗、中、细湿性啰音可同时出现。

湿性啰音的某些特征对诊断有重要意义,如随体位变化的湿性啰音常提示充血性心力衰竭;长期存在的固定性湿性啰音提示支气管扩张、慢性肺脓肿等。一种高调、密集,类似于撕扯尼龙拉扣的细湿性啰音,称为爆裂音,主要见于某些类型的间质性肺病(如特发性肺纤维化)。

4.语音共振意义同触觉语颤。如羊鸣音、耳语音等。

5.胸膜摩擦音意义同胸膜摩擦感,但较其敏感。某些较局限的摩擦音可见于累及胸膜的肺炎或肺栓塞。

腹壁紧张度、压痛、反跳痛的检查:

检查时被检查者宜低枕平卧,双下肢屈曲稍分开,手自然放于躯干两侧,腹肌放松,做深而均匀的腹式呼吸。检查者站于被检查者右侧,面向被检查者,右手前臂与被检查者腹部在同一平面,手温暖,全手掌放于腹部,自左下开始逆时针方向检查,动作要轻柔,可以边检查边交谈,分散被检查者注意力以减少腹肌紧张,注意被检查者面部表情,原则上先触诊未诉疼痛部位。

1.腹壁紧张度

(1)局限性腹壁紧张:见于炎症波及局部腹膜;(2)普遍性腹壁紧张

1)板状腹:见于弥漫性腹膜炎,由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致;2)揉面感:见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

2.压痛和反跳痛

(1)局部压痛:正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变,对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

提问：

1.稽留热见于什么病？

答：大叶性肺炎、伤寒等。

2.什么情况下不能进行脊柱的检查？

答：脊柱可能骨折或关节脱位时应该避免脊柱活动和脊柱活动度检查。

简易呼吸器的使用

【目的】

1. 维持和增加机体通气量。
2. 纠正威胁生命的低氧血症。

【适应证】

1. 各种原因所致的呼吸停止或呼吸衰竭的抢救及麻醉期间的呼吸管理。
2. 运送病员适用于机械通气患者作特殊检查，进出手术室等情况。
3. 临时替代呼吸机遇到呼吸机因故障、停电等特殊情况下，可临时应用简易呼吸器替

代。

【禁忌症】

有气胸这禁忌。

【物品准备】

简易呼吸器。

【操作步骤】

抢救者立于病人头顶处，病人头后仰，托起病人下颌，将简易呼吸器连接氧气，氧流量 8~10L/分钟，扣紧面罩；一手以“EC”手法固定面罩，另一手有规律地挤压呼吸囊，使气体通过吸气活瓣进入病人肺部，放松时，肺部气体随呼气活瓣排出；每次送气 500~1000ml，挤压频率为每分钟成人 16~20 次，小儿酌情增加。

【注意事项】

1. 面罩要紧扣鼻部，否则易发生漏气。
2. 若病人有自主呼吸，应与之同步，即病人吸气初顺势挤压呼吸囊，达到一定潮气量便完全松开气囊，让病人自行完成呼气动作。

提问：

1. 病人有自主呼吸，捏气囊的频率应该怎么样？为什么要去枕头后仰？

答：12~20 次/分。去枕后仰主要是开放气道，使呼吸道保持通畅。

第三站：略

【53 号题】 第一站：病史采集：女性，26 岁，间歇便血 1 年，加重两周门诊就诊。病历摘要：女性，26 岁，颈前增粗 3 个月。患者三个月前无意中发现颈前增粗，无疼痛与发热，无心慌、多汗、怕热、发病以来饮食正常，大、小便及睡眠正常，体重无下降，既往体

健 妊娠 7 个月 无肿瘤家族病史。查体 :T36.4 度 ,P80 次/分 ,R20 次/分 ,BP120/70mmHg。皮肤、巩膜无黄染 , 双侧颈部及锁骨上淋巴结未触及肿大。口唇发绀 , 医学|教育网|网友 xuanshouha8 整理。气管居中 , 甲状腺呈对称性 II° 肿大 , 表面光滑 , 质软 , 听诊无血管杂音 , 双肺未闻及湿性啰音 , 新界不大 , 心率 80 次/分 , 律齐。腹隆呈七个月妊娠大 , 移动性浊音 , 肠鸣音正常 , 脊柱四肢无异常 , 产检胎儿正常。实验室检查 : 血常规 : Hb110g/L,WBC6.0*10⁹/L,N0.68。粪常规 (-) , 尿常规 (-)。

第一站 :

病史采集

一、现病史 :

1. 根据主诉及相关鉴别的问诊

(1) 病因和诱因 : 有无不洁饮食、进食辛辣刺激、生冷等食物史。有无服药史。有无劳累、精神因素。

(2) 针对便血 : 量、颜色及其与大便的关系 , 有无脓液

(3) 有无口渴、黑蒙、头晕、意识障碍、出汗、心悸等

(4) 伴随症状 : 有无腹痛、腹泻、恶心、呕吐

(5) 发病以来饮食、睡眠、二便及体重情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊 , 做过哪些检查 , 结果如何。

(2) 治疗用药情况。

二、其他相关病史

1. 有无药物、食物过敏史

2. 既往有无类似发作 , 有无炎症性胃肠病史

3.有无糖尿病、高血压、结核病史，有无肿瘤家族史

4.月经和婚育史

5.有无疫区疫水接触史。

病例分析

诊断：妊娠合并单纯性甲状腺肿

依据：

1.根据病史，患者妊娠 7 个月。

2.无明显诱因颈前增粗，无基础代谢增高的表现，查体甲状腺对称性Ⅱ°肿大，表面光滑，质软，无血管杂音。实验室检查（-）。

鉴别诊断：Graves 病、桥本氏甲状腺炎、结节性毒性甲状腺肿、甲状腺癌

进一步检查：甲状腺功能、颈部 B 超、CT、甲状腺核素扫描、化验甲状腺球蛋白，血降钙素水平、必要时可做活检。

治疗原则：

若缺碘所致，可补充碘盐。TH 治疗，口服左甲状腺素。定期复查，如出现压迫症状可手术治疗。

【53 号题】安徽阜阳第一站：病史采集，发热，咽痛。病历分析：女，20 岁，间断性腹痛、腹泻。诊断：溃疡性结肠炎，贫血。第二站：甲状腺视诊触诊，肝脏触诊胸膜摩擦音，三腔二囊管医学|教育网|网友整理。

第一站：

病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无受凉史、精神因素、
- (2) 针对发热：程度、热型、最高温度、有无寒战
- (3) 针对咽痛：性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。
- (4) 伴随症状：有无腹痛腹泻、恶性呕吐、胸痛、头痛头晕等
- (5) 发病以来睡眠、饮食、二便及体重情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查，结果如何。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物食物过敏史

2.与该病相关的病史：有无高血压、糖尿病、结核病、病毒性肝炎病史，月经和婚育史，有无疫区疫水接触史。

病历分析：

诊断：溃疡性结肠炎，贫血

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站：

甲状腺触诊

甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧

胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脏触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作，如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

- 1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

胸膜摩擦音：

检查者将听诊器体件放于前胸下前侧部或腋中线第 5、6 肋间，嘱被检查者深慢呼吸。常见于纤维素性胸膜炎，某些较局限的摩擦音可见于累及胸膜的肺炎或肺栓塞。

三腔二囊管止血法

【目的】

在药物治疗无效时，通过接卸压迫达到止血的目的。

【适应证】

食管、胃底静脉曲张破裂大出血患者局部压迫止血。

【禁忌证】

严重冠心病、高血压、心功能不全者慎用。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。与病人或家属谈话，用通俗的语言简略讲清楚应用三腔二囊管止血的意义作用及如何配合，也讲清楚操作过程中的风险及意外，争取清醒病人配合。

2. 检查有无鼻息肉、鼻甲肥厚和鼻中隔弯曲，选择鼻腔较大侧插管，清除鼻腔内的结痂及分泌物。

3. 器械准备三腔二囊管、50ml 注射器、止血钳 3 把、治疗盘、无菌纱布、液体石蜡、0.5kg 重沙袋(或盐水瓶)、血压表、绷带、宽胶布。

【操作步骤】

1. 操作者戴帽子口罩，戴手套，认真检查双气囊有无漏气和充气后有无偏移，通向双气囊和胃腔的管道是否通畅。远端 45、60、65cm 处管外有记号，标明管外端至贲门、胃、幽门的距离，以判断气囊所在位置。检查合格后抽尽双囊内气体，将三腔管之前端及气囊表面涂以液体石蜡，从病人鼻腔插入，到达咽部时嘱病人吞咽配合，使三腔管顺利进入 65cm 标记处。

2. 用注射器先注入胃气囊空气 200~300ml，使胃气囊充气，即用止血钳将此管腔钳住。然后将三腔管向外牵引，感觉有中等弹性阻力时，表示胃气囊已压于胃底部，适度拉紧

三腔管,系上牵引绳,再以 0.5kg 重沙袋(或盐水瓶)通过滑车固定于床头架上牵引,以达到充分压迫的目的。

3. 经观察仍未能压迫止血者,再向食管囊内注入空气 100~150ml,然后钳住此管腔,以直接压迫食管下段的扩张静脉。

4. 首次胃囊充气压迫可持续 24 小时,24 小时后必须减压 10~20 分钟。减压前先服石蜡油 20ml,10 分钟后,将管向内略送入,使气囊与胃底黏膜分离,然后,去除止血钳,让气囊逐渐缓慢自行放气,抽吸胃管观察是否有活动出血,一旦发现活动出血,立即再行充气压迫。如无活动出血,20 分钟后仍需再度充气压迫 12 小时,再喝石蜡油、放气减压,留管观察 24 小时,如无出血,即可拔管。拔管前必须先喝石蜡油 20ml,以防胃黏膜与气囊粘连,并将气囊内气体抽净,然后才能缓缓拔出。

5. 食管气囊压迫持续时间以 8~12 小时为妥,放气 15~30 分钟。

6. 压迫止血后,应利用胃管抽吸胃内血液,观察有无活动出血,并用冰盐水洗胃,以减少氨的吸收和使血管收缩减少出血。通过胃管可注入止血药、制酸剂等,一般不主张注入其他药物。

【注意事项】

1. 操作最好在呕血的间歇进行,向清醒病人说明操作目的,取得病人配合,以免引起胃液反流进入气管引起窒息。

2. 压迫 24 小时后宜放气减压,以防气囊压迫过久可能引起黏膜糜烂。

3. 牵引沙袋不宜过重,以防压迫太重。引起黏膜糜烂。

4. 注意检查气囊是否漏气,以免达不到压迫止血目的。

5. 加强护理,防止窒息的发生,如充气后病人出现呼吸困难,必须及时放气。

6. 防止鼻翼压迫性坏死,最好用牵引装置,鼻孔用棉花等柔软东西垫加,以免压迫摩

擦。

【53 号题】四川南充第三站：1 题是胸膜摩擦音，2 题是干啰音，3 题是正常心电图，4 题是阵发性室上速，5 题是尺桡骨骨折，6 题是周围型肺癌，7 题是膀胱结石，8 题是：医生应在把病人的病看好的前提下，尽量少花病人的钱。

第三站：略

【54 号题】第一站：男性，38 岁，皮肤出血点、瘀斑伴乏力、胸骨压痛一周门诊就诊。

第一站：

病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无受凉史、精神因素、有无服药史
- (2) 针对出血点、瘀斑：形状、大小、颜色、是否隆起、数量
- (3) 针对乏力：加重或缓解因素
- (4) 针对胸骨压痛：部位、性质、程度，有无放射
- (5) 伴随症状：有无关节肌肉肿痛、口腔溃疡、畏光、胸闷、呼吸困难、抽搐、精神症状等，有无发热、鼻出血、牙龈出血等
- (6) 有无全身中毒症状
- (7) 发病以来睡眠、饮食、二便及体重情况。

2. 诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查，结果如何。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物食物过敏史

2.与该病相关的病史：既往有无类似发作，有无出血性疾病和过敏性疾病病史，有无疫区疫水接触史。

【55号题】四川成都 第一站：病史采集：老年男性，全身进行性水肿一月。病例分析：支气管扩张，双肺炎。第二站：对光反射，心脏触诊，腹部触诊：腹壁紧张度，压痛、反跳痛；右上臂皮脂腺囊肿术后第二天换药。第三站：听诊第一个错了（有可能是湿罗音），房颤，正常心电图，阵发性室上性心动过速，左股骨骨折，正常腹部平片，CT：周围型肺癌；医德医风是病人打了医生，医生设“委屈奖”，我选的最后支持医院做法，好像选错了。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无劳累、中毒
- (2) 针对水肿：起病缓急、程度、性质、进展速度，发病时间，有无颜面水肿、何时加重
- (3) 伴随症状：有无高血压、血尿、蛋白尿；有无胸闷、憋气、发绀、呼吸困难；有无皮肤黄染、食欲不振、厌油、恶心、腹胀；有无腹泻、消瘦
- (4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无慢性泌尿系统疾病病史，有无心血管系统疾病病史等

病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 对光反射

传入神经为视神经，传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

心脏触诊

心脏触诊包括心尖搏动、震颤和心包摩擦感等内容。心脏触诊时首先用手掌感觉心脏搏动的大体位置，然后用示指和中指对心尖搏动进行详细触诊。触诊心前区震颤和心包摩擦感时用小鱼际检查。

1. 心尖搏动 位置同视诊，正常范围 2~2.5cm。

(1) 心尖搏动的位置改变：意义同视诊。

(2) 心尖搏动的强度和范围异常：心尖搏动增强见于心肌收缩力增强或左心室肥大，如严重贫血、甲亢、高血压等。抬举性搏动是左室肥大的可靠体征。心尖搏动减弱且弥散见于心肌炎或扩张性心肌病。 j

2. 心前区震颤 触诊时手掌感觉的细小振动，一旦发现说明心脏存在器质性病变。触及

震颤后,注意震颤的部位以及发生时相。震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定,心尖搏动时冲击手掌或颈动脉搏动后出现的为收缩期震颤,而在之前出现的为舒张期震颤。主要发生机制为:血液在心脏或血管内流动时产生湍流,引起室壁、瓣膜或血管壁振动,传导至胸壁。

(1) 收缩期:胸骨右缘第2肋间: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。

(2) 舒张期:心尖部:二尖瓣狭窄。

(3) 连续性:胸骨左缘第2肋间:动脉导管未闭。

3. 心包摩擦感触诊部位在胸骨左缘第4肋间。特征为收缩期和舒张期双相的粗糙摩擦感,收缩期更易触及,坐位前倾呼气未明显。见于感染性(结核性心包炎多见)和非感染性(尿毒症、梗死后综合征、SLE等)心包炎。

腹部触诊——腹壁紧张度

检查时被检查者宜低枕平卧,双下肢屈曲稍分开,手自然放于躯干两侧,腹肌放松,做

深而均匀的腹式呼吸。检查者全手掌放于腹部,自左下开始逆时针方向检查,动作要轻柔,

同时感受腹壁紧张度,若是腹痛病人原则上先触诊未诉疼痛部位。

压痛、反跳痛

腹部触诊出现压痛时,手指于原处稍停片刻,使压痛感趋于稳定,然后迅速将手抬起,检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情,称为反跳痛,是腹膜壁层受到炎症累及的征象,腹膜炎时患者可同时出现压痛、反跳痛和肌紧张,称为“腹膜炎三联征”。

腹部特定部位的压痛点对病变部位具有提示作用如:McBurney(麦氏点)压痛:位

于脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。Murphy (墨菲氏征) : 检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

右上臂皮脂腺囊肿术后第二天换药

首先移去伤口敷料，将污敷料内面向上，放在弯盘内。若有分泌物干结粘连，可用生理盐水润湿后再揭下。选用碘伏或 70%酒精棉球消毒伤口周围皮肤，若伤口内有脓液或分泌物，可用生理盐水棉球轻轻拭净伤口，在消毒时一只镊子直接用于接触伤口，另一镊子专用于传递换药碗中物品 (如图 1 所示)。消毒后可再根据不同伤口选择用药或适当安放引流物。最后用无菌敷料覆盖并固定，贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。

第三站 略

【56 号题】陕西 第一站：1.病史采集：男性，45，双下肢水肿 6 个月，加重 2 周。2.病例分析：男性，48 岁，上腹部持续性疼痛 10 小时，服“速效救心丸”不缓解，查体大部无阳性体征，血压 110/70，wbc10.2，中性.80，淀粉酶 308。**第二站：**操作：腹部切口拆线。查体：腋窝淋巴结检查，肝触诊(手与肋缘平行，呼气时深压手指迎触下移的肝脏)，语音震颤，问正常人语音震颤能触及什么。**第三站：**电脑操作：1.窦性心率不齐 2.干啰音。3.急性心肌梗死.4.房颤 5.左侧肱骨骨折 6.周围性肺癌.7.应当积极治疗病的同时少花钱。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(2) 病因、诱因：有无劳累、中毒

(2) 针对水肿：起病缓急、程度、性质、进展速度，发病时间，有无颜面水肿、何时加重

(3) 伴随症状：有无高血压、血尿、蛋白尿；有无胸闷、憋气、发绀、呼吸困难；有无皮肤黄染、食欲不振、厌油、恶心、腹胀；有无腹泻、消瘦

(4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无慢性泌尿系统疾病病史，有无心血管系统疾病病史等

病例分析

由于题干不全，就不多做解释了。

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 腹部切口拆线

首先揭开敷料，暴露缝合口，若有胶布痕迹，可用汽油或松节油棉签擦净。选用碘伏或 70% 酒精棉球先后由内至外消毒缝合口及周围皮肤 5~6cm，然后用无齿镊轻提缝合口上打结的线头，使埋于皮肤的缝线露出，用线剪将露出部剪断，随即轻轻抽出，拆线时动作要轻，不

可将结头两端线同时剪断,以防缝线存留皮下。若伤口愈合不可靠,可间断拆线。拆完缝线后,用酒精棉球再擦拭1次,盖以敷料,再以胶布固定。如伤口表面裂开,可用蝶形胶布在酒精灯火焰上消毒后,将两侧拉合固定,包扎。

腋窝淋巴结检查

右侧时,检查者右手握被检查者右手,使其前臂稍外展,左手四指并拢稍弯曲,自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。:检查者右手位置同单手法,左手托住被检查者右腰部,拇指张开置于肋部,触诊时左手向上抬起,使肝下缘紧贴前腹壁下移,并限制右下胸扩张,以增加膈下移的幅度,这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指,可提高触诊的效果;注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

语音震颤

检查语音震颤时,可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁,嘱患者发低音调"yi"长音,通过单手或双手进行检查,由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、

大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等；增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

正常人语音震颤能触及什么

正常人语音震颤的强度受发音的强弱、音调的高低、胸壁的厚薄以及支气管至胸壁距离等因素的影响。一般而言，发音强、音调低、胸壁薄、支气管至胸壁的距离近者语音震颤强，反之则弱。通常前胸胸骨角附近及后胸第四胸椎棘突处声音最强，由上至下呈对称性逐渐减弱，两侧震颤强度基本一致。

第三站 略

【57号题】 第一站：病史采集：男，19岁，喘息6年，加重一周；女，28岁，上腹痛6年，加重一周，腹痛夜加重，进食后缓解，一周以来呕吐，呕吐物酸腐臭，大便少，剑突下骨障压痛，全腹柔软，肠鸣音3次每分，无便血，做了血常规，阴性，墨菲阴性。第二站：甲状腺检查，脾脏触诊，跟腱反射，胸穿。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无外伤、中毒、感染、劳累等

(2) 针对喘息：起病缓急、程度、发病时间；持续时间、性质、诱发和缓解因素；与体位、活动的关系：

(3) 伴随症状：发热、盗汗、咯血、心悸、胸痛、呼吸困难；发绀、杵状指、咳嗽、咳痰

有无夜间阵发性发作和端坐呼吸

(4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性呼吸系统疾病病史。

病例分析 十二指肠溃疡伴幽门梗阻

1. 初步诊断：幽门梗阻、十二指肠溃疡

诊断依据：

① 间断上腹痛 6 年

② 呕吐物为隔夜宿食

③ 无黄疸症

2. 鉴别诊断

慢性胃炎、慢性肠炎、肠结核、肿瘤

3. 进一步检查

胃镜 血脂，血糖，心肌酶谱，肿瘤标志物、消化道 X 线

4. 治疗原则

一般治疗：适当控制饮食的质和量，有氧运动

应用抑酸药物

促胃肠动力剂

治疗并发症

第二站 甲状腺检查

触诊：甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

脾脏触诊

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位，稍用力上抬脾脏，检查者再以右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧，检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸，以配合检查者的触诊。

跟腱反射

跟腱反射（S1~2）：被检查者仰卧，下肢屈曲，大腿稍外展外旋，检查者用左手握住足趾使踝部稍背屈，叩击跟腱。观察腓肠肌收缩引起的足背屈。

胸穿

术中以肩胛下角线第 7~8 肋间,且叩诊实音最明显部位为穿刺点。

首先戴好无菌手套,先行常规消毒皮肤:以穿刺点为圆心,向外周做环形涂擦,消毒范围直径不得小于 15cm,一共消毒 3 遍;消毒完毕,覆盖无菌洞巾。

选用 2%利多卡因做局部麻醉,先在皮下先注射一小皮丘,然后至胸膜层进行麻醉。局麻应在肋骨上缘进针,以免损伤肋间血管和神经;麻醉过程中边进针边回抽,可试探性刺入胸腔抽吸少许积液,作为胸腔穿刺深度的参考。

胸腔穿刺:进针

局部麻醉后,先将穿刺针的橡皮管钳夹住,然后以左手示指与中指固定穿刺部位(也应在肋骨上缘)的皮肤,右手将穿刺针在穿刺点缓缓刺入,当针锋抵抗感突然消失时,表明已穿入胸膜腔。再连接 50ml 注射器,松开橡皮管钳,缓慢抽取积液;

抽液后,为保持胸腔负压,必须将橡皮管钳夹住管腔,以防止空气进入胸腔,然后再拔出注射器,将抽取的胸腔积液注入试管送检。最后拔出穿刺针,覆盖无菌纱布,用胶布固定。

【58 号题】 第一站:病史采集:27 岁女性与家人生气后意识不清、呕吐 2 小时,有大蒜味。

病例分析:周肿物,呈暗红色,压制可变型,粘膜未破裂。实验室检查正常,诊断:内痔。

第二站:测量血压(间接法),脾脏可触诊,腋窝淋巴结触诊,换药。**第三站:**收缩期吹风样杂音,干啰音,急性心梗,右束支传导阻滞,正常胸片,十二指肠球部溃疡,脑出血。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：情绪激动，与家人生气

(2) 针对意识不清：起病缓急、程度；过程（有无波动、中间清醒期）；病程、四肢自主运动和肌张力如何？加重或缓解因素

(3) 针对呕吐：起病缓急、病程、程度、呕吐次数、量、性状、颜色；呕吐的前驱症状-恶心？喷射性？

(4) 伴随症状：有无发热、头痛、呕血、黄疸、水肿；抽搐、心悸、气短、与意识障碍的关系

(6) 发病以来饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢神经系统疾病。

病例分析 内痔

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 测量血压（间接法）

间接测量法：使用血压计进行测量。被检查者在安静环境休息 5~10 分钟，采取仰卧或坐位，被测上肢裸露，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第四肋间、卧位平腋中线）。

袖带气囊部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘弯横纹上 2~3cm。检查者在肘窝处触知肱动脉搏动，将听诊器体件置于肘窝处肱动脉上，轻压体件与皮肤紧密接触，但不可压得过重，不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待听诊肱动脉搏动消失，再将汞柱升高 20~30mmHg 后，缓慢放气，听到第一次声响的数值为收缩压，声音消失时数值为舒张压。若测量时声响突然变弱的压力和声音消失时测定的压力相差超过 10mmHg，则记录三个压力数值，收缩压 / 变调时压力 / 舒张压。遇有高血压或两侧挠动脉搏动不一致者，应测量四肢血压。下肢血压测量多选用腘动脉，测量时患者取俯卧位，采用宽袖带血压计测量。

脾脏触诊

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位，稍用力上抬脾脏，检查者再以右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧，检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸，以配合检查者的触诊。

腋窝淋巴结触诊

右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

换药

首先移去伤口敷料，将污敷料内面向上，放在弯盘内。若有分泌物干结粘连，可用生理盐水润湿后再揭下。选用碘伏或 70%酒精棉球消毒伤口周围皮肤，若伤口内有脓液或分泌物，可用生理盐水棉球轻轻拭净伤口，在消毒时一只镊子直接用于接触伤口，另一镊子专用于传递换药碗中物品（如图 1 所示）。消毒后可再根据不同伤口选择用药或适当安放引流物。

最后用无菌敷料覆盖并固定，贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。

第三站 略

【59 号题】 第一站：病史采集：27 岁女性与家人生气后意识不清、呕吐 2 小时，有大蒜味。

病例分析：周肿物，呈暗红色，压制可变型，粘膜未破裂。实验室检查正常，诊断：内痔。

第二站：测量血压（间接法），脾脏可触诊，腋窝淋巴结触诊，换药。**第三站：**收缩期吹风样杂音，干啰音，急性心梗医学教育网整理，右束支传导阻滞，正常胸片，十二指肠球部溃疡，脑出血。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：情绪激动，与家人生气

(2) 针对意识不清：起病缓急、程度；过程（有无波动、中间清醒期）；病程、四肢自主运动和肌张力如何？加重或缓解因素

(3) 针对呕吐：起病缓急、病程、程度、呕吐次数、量、性状、颜色；呕吐的前驱症状-恶心？喷射性？

(4) 伴随症状：有无发热、头痛、呕血、黄疸、水肿；抽搐、心悸、气短、与意识障碍的关系

(6) 发病以来饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊, 做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史: 有无类似发作, 有无慢神经系统疾病。

病例分析 内痔

根据题干写出: 诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 测量血压 (间接法)

间接测量法: 使用血压计进行测量。被检查者在安静环境休息 5~10 分钟, 采取仰卧或坐位, 被测上肢裸露, 伸直并轻度外展, 肘部与心脏相平 (坐位平第四肋间、卧位平腋中线)。袖带气囊部分对准肱动脉, 紧贴皮肤缚于上臂, 袖带下缘在肘弯横纹上 2~3cm。检查者在肘窝处触知肱动脉搏动, 将听诊器体件置于肘窝处肱动脉上, 轻压体件与皮肤紧密接触, 但不可压得过重, 不得与袖带接触。然后向袖带内充气, 待听诊肱动脉搏动消失, 再将汞柱升高 20~30mmHg 后, 缓慢放气, 听到第一次声响的数值为收缩压, 声音消失时数值为舒张压。若测量时声响突然变弱的压力和声音消失时测定的压力相差超过 10mmHg, 则记录三个压力数值, 收缩压 / 变调时压力 / 舒张压。遇有高血压或两侧桡动脉搏动不一致者, 应测量四肢血压。下肢血压测量多选用腘动脉, 测量时患者取俯卧位, 采用宽袖带血压计测量。

脾脏触诊

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位,稍用力上抬脾脏,检查者再以右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧,检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸,以配合检查者的触诊。

腋窝淋巴结触诊

右侧时,检查者右手握被检查者右手,使其前臂稍外展,左手四指并拢稍弯曲,自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

换药

首先移去伤口敷料,将污敷料内面向上,放在弯盘内。若有分泌物干结粘连,可用生理盐水润湿后再揭下。选用碘伏或 70%酒精棉球消毒伤口周围皮肤,若伤口内有脓液或分泌物,可用生理盐水棉球轻轻拭净伤口,在消毒时一只镊子直接用于接触伤口,另一镊子专用于传递换药碗中物品(如图 1 所示)。消毒后可再根据不同伤口选择用药或适当安放引流物。最后用无菌敷料覆盖并固定,贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。

第三站 略

【60号题】安徽六安第一站:病史采集:女,58岁,胸痛伴活动后气促一个月。病例分析:女,8岁,发热三天,全身皮疹。急性病容,体温 38.6 精神可,躯干大量皮疹,耳后,枕后淋巴结肿大,有压疼,皮疹间皮肤完好。第二站:体格检查:1、腋窝淋巴结触诊 2、胸膜摩擦感 3、脾脏触诊基本操作男 36 岁腰部有一 3*2cm 脓包医学|教育|网网友 xueli678 整理收集作为医生你怎么处理。第三站:1、心尖部听诊(房早)2、胸部听诊(肺泡呼吸音)3、胸片(心包积液)4、CT(大叶性肺炎)5、心电图(室上速)6、心电图(房早)7、心电图(正常)8、职业素质医学|教育网|网友整理。

第一站：

病史采集：

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无劳累、受凉、精神因素等
- (2) 针对胸痛：部位、程度、性质、持续时间、缓解方式、有无放射
- (3) 针对活动后气促：出现气促的活动程度、加重、缓解因素
- (4) 伴随症状：有无发热、咳嗽咳痰、呼吸困难、吞咽困难等
- (5) 发病以来睡眠、饮食、二便及体重情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查，结果如何。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物食物过敏史

2.与该病相关的病史：既往有无类似发作，有无高血压、冠心病、糖尿病病史，月经和婚育史，有无疫区疫水接触史。

3.有无烟酒嗜好。

病例分析

诊断：风疹

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站

腋窝淋巴结触诊：

检查右侧时,检查者右手握被检查者右手,使其前臂稍外展,左手四指并拢稍弯曲,自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

胸膜摩擦感:

检查胸膜摩擦感时,检查者以手掌平放于前胸下前侧部或腋中线第 5、6 肋间,嘱被检查者深慢呼吸。触到吸气和呼气双相的粗糙摩擦感为阳性,常见于纤维素性胸膜炎。

脾脏触诊:

触诊脾脏时,一般先用单手自左下腹向肋缘触摸,如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧,检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位,并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸,检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显,开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到,可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直,左下肢屈曲,使腹壁放松)。检查方法同上。

注意:脾脏位置较浅,手法要轻,用力过大可能把脾脏推入腹腔深部,或影响脾脏随呼吸下降,导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量:

- 1) 第一测量:又称甲乙线。左锁骨中线上,肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量:又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。
- 3) 第三测量:又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线,测量为正值,反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大 (肋下 < 2cm) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大 (不过脐)：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线)：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

脓肿切开术

【目的】

脓肿切开术的目的是引流感染形成的脓液，以促使感染区域的炎症消退及伤口愈合。

【适应证】

急性化脓性感染已局限，形成脓肿。

1. 表浅脓肿，表面有波动感。
2. 深部脓肿，诊断性穿刺可抽吸出脓液或 B 超提示局部有脓肿形成者。

【禁忌证】

1. 感染区域脓肿未形成者。
2. 脓肿范围不明确者需首先通过检查明确脓肿的范围。

【术前准备】

1. 了解、熟悉患者病情。与患者或家属谈话，做好各种解释工作，交代术后换药及伤口愈合的过程，得到患者或家属的理解和配合，并签署有创操作知情同意书。
2. 行 B 超、CT 或者诊断性穿刺等检查，明确脓肿形成以及确定脓肿部位。
3. 病情危重，全身中毒症状明显者，应给予有效抗生素治疗，注意纠正患者水、电解质和酸碱失衡，为手术安全创造条件。
4. 器械准备无菌手术包、3% 过氧化氢、碘伏及 1 : 5000 苯扎溴铵溶液、无菌注射器、

2%利多卡因溶液、纱布、胶布等。

【操作步骤】

1.戴帽子、口罩，术者术前洗手、消毒。

2.根据脓肿部位取患者舒适体位。

3.麻醉选择

(1)浅表脓肿可采用利多卡因局部浸润麻醉，但要注意注射药物时应从远处向脓腔附近推进，避免针头接触感染区域。

(2)深部或较大脓肿则宜采用静脉麻醉。

4.对切开引流部的皮肤区域常规消毒，铺盖无菌洞巾。

5.于脓肿中央用尖刀作一适当的刺入，然后用刀向上反挑切一小切口，即可排出脓液。

待脓液排出后，以手指伸入脓腔，探查其大小、位置以及形状，据此考虑延长切口。脓腔内有纤维隔膜将其分隔为多个小房者，应用手指钝性分离，使之变为单一大脓腔，以利引流。术中切忌动作粗暴而损伤血管导致大出血，或挤压脓肿。放置引流。

6.软组织深部脓肿，切开皮肤、筋膜后，用紧闭的血管钳插入脓腔，然后将血管钳的尖端缓慢张开，也可先行穿刺抽脓液，并以穿刺针为引导，切开脓腔，弄清脓腔局部解剖关系，再扩大切口，放置引流物。

7.引流物不应填塞过紧，以防引流不畅。

【注意事项】

1.浅表脓肿切口应在波动最明显处；深部脓肿切开引流前应先行穿刺抽脓，并应以穿刺抽出脓液的针为引导切开脓肿。

2.切开的切口要足够大，要考虑患者站立及平卧的姿势，尽量取最低部位便于引流。不作经关节区的纵行切口，以免瘢痕挛缩，影响关节运动功能。

3. 脓肿切开引流应遵循无菌操作原则, 防止混合感染。

4. 穿刺或切开引流, 均应取部分脓液作细菌培养和药敏试验。

5. 填入脓腔的凡士林纱布的块数要准确记录在手术记录中, 术后换药时需要全部取出。

如脓腔较大, 可以将凡士林纱布连接在一起, 以防有个别凡士林纱布遗漏在脓腔内。

6. 填入的凡士林纱布应在 24~48 小时后取出, 换置纱布或纱条引流。

第三站：略

【61 号题】 第一站：病史采集：女孩，六岁，发热 5 天，咳嗽 3 天，门诊就诊。

第一站：

病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无不洁饮食、劳累、受凉史、精神因素等

(2) 针对发热：程度、热型、最高温度、有无寒战

(3) 针对咳嗽：程度，有无咳痰、咯血、有无咽痛、加重或缓解因素。

(4) 伴随症状：有无头晕、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，有无皮肤黏膜改变

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便及体重情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查，结果如何。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物食物过敏史

2. 与该病相关的病史：生长发育史、疫苗接种史、有无传染病接触史，有无疫区疫水接

触史。

【61 号题】陕西汉中 第一站：病例分析 系统性红斑狼疮。

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

【62 号题】贵阳第一站：病史采集：80 岁男性，咳嗽一月余，间断咯血半月（肺癌）。

病例分析：男性，被家人在果园中发现，神志不清，呕吐，胃内容物含有果渣（有机磷中毒）。

第一站：

病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无劳累、受凉史、精神因素等
- (2) 针对咳嗽：程度，有无咳痰、有无咽痛、加重或缓解因素。
- (3) 针对咯血：量、颜色和性状
- (4) 伴随症状：有无发热、呼吸困难、胸痛、杵状指、皮肤出血等
- (5) 发病以来睡眠、饮食、二便及体重情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查，结果如何。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物食物过敏史

2.与该病相关的病史：有无高血压、糖尿病、结核病病史，有无恶性肿瘤病史，有无传染病接触史，有无疫区疫水接触史。

3.个人史及家族史：烟酒嗜好、饮食习惯、家族遗传病史

病例分析

诊断：有机磷中毒

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

【62 号题】陕西 第一站：第一站是有 病例分析有机磷中毒，**第二站：**是甲状腺的触诊，肝触诊。

第一站 有机磷中毒

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 甲状腺的触诊

触诊：甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。:检查者右手位置同单手法,左手托住被检查者右腰部,拇指张开置于肋部,触诊时左手向上抬起,使肝下缘紧贴前腹壁下移,并限制右下胸扩张,以增加膈下移的幅度,这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指,可提高触诊的效果;注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

【63 号题】广西玉林第一站:病史采集:9岁小孩,发热2天出疹3天病例分析:38岁,女;腹胀,乏力,消瘦入院。体格检查:食欲减退,贫血貌,近期体重减轻5KG,无其他不适,腹部右下有包块,大便隐血阳性。HB90.无其他阳性体征。第二站:甲状腺检查(视诊、触诊、听诊);胸廓视诊;肝脏触诊(单手、双手);穿脱手术衣、带无菌手套,如需另一套手术该怎么办;问题:白血病的女孩,胸部检查需要检查什么。医学|教育|网网友 xiaoxiangzhu66 收集整理。

第一站:

病史采集

一、现病史:

1、根据主诉及相关鉴别问诊:

(1)发病诱因:是否有着凉、淋雨、过度疲劳、紧张、感染等

(2)主要症状:具体体温多少、热性特点(持续发热、间歇热等、时间规律(起病急

缓、持续时间及家中时间)、家中及缓解因素,皮疹的类型、大小、分布部位、颜色、有无瘙痒等

(3) 伴随症状:有无畏寒、寒战、咳嗽、咯血、胸痛、腹泻、腹痛、恶心、呕吐、尿频、出血、关节肌肉疼痛、口腔溃疡等。

(4) 发病以来,饮食、睡眠、大小便及体重变化。

2、诊疗经过:

(1) 是否就诊,做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、其他相关病史:

1、有无药物过敏史

2、与该病有关的其他病史:有无肝炎、肺结核、肿瘤、风湿性疾病病史,有无疫水接触史、有无家族遗传病史等。

病例分析

诊断:结肠癌,贫血

根据题干写出:诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站

甲状腺检查:

(1) 触诊:甲状腺较小(如I度肿大)时,可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧,嘱患者进行吞咽动作,对甲状腺进行触诊,或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧,嘱患者做吞咽动作,对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如II度及以上肿大)时,检查者可站在患者前面,用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧,另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触

诊,并嘱患者做吞咽动作,同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为Ⅰ度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

(2)听诊:触及甲状腺肿大时,应进行听诊检查。出现杂音常见于甲状腺功能亢进症。

胸廓视诊

1.胸部的体表标志包括骨骼标志、垂直线标志、自然陷窝、肺和胸膜的界限。(1)骨性标志

1)胸骨角(Louis角):胸骨柄与胸骨体的连接处,其两侧分别与左右第二肋软骨相连接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第4胸椎下缘。

2)肩胛骨:被检查者双臂下垂,肩胛下角平第7肋骨水平或第7肋间隙,或相当于第8胸椎水平。

3)C7棘突:最明显的棘突,用于计数椎体。

4)肋脊角:第12肋与脊柱的成角,其内为肾脏和输尿管起始部。

(2)重要的人工划线:包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线(肩胛线)、后正中线。其中标注锁骨中线时,利用直尺测定锁骨胸骨端和肩峰端之间的中点,然后用皮尺向下引,测量并记录锁骨中线距离前正中线之间的投影距离,作为心脏测量的参照。

(3)胸部陷窝:包括腋窝、胸骨上窝、锁骨上窝等。其中腋窝和锁骨上窝是触诊浅表淋巴结的重要部位。

(4)肺和胸膜的界限:肺下界最为重要,分别位于锁骨中线第6肋间、腋中线第8肋间、肩月甲线第10肋间。

2. 胸壁、胸廓

(1) 胸壁：观察胸壁静脉有无充盈、曲张，血流方向。前胸壁静脉曲张，血流方向向下见于上腔静脉阻塞。侧胸壁和腹壁静脉曲张，血流方向向上见于下腔静脉阻塞。观察有无皮疹、蜘蛛痣。

(2) 胸廓：观察胸廓形态。正常：胸廓两侧大致对称，呈椭圆形，前后径左右径约为 1:1.5。

1) 异常胸廓：①桶状胸：前后径，左右径 ≥ 1 ，同时伴肋间隙增宽，见于肺气肿。②佝偻病胸：为佝偻病所致胸廓改变。包括佝偻病串珠、漏斗胸、鸡胸。③脊柱畸形所致胸廓畸形：脊柱前凸、后凸或侧弯均可造成胸廓形态异常。

2) 单侧胸廓形态异常：单侧胸廓膨隆：见于大量胸腔积液、气胸等；单侧胸廓塌陷：见于胸膜肥厚粘连、大面积肺不张、肺叶切除术后等。

3. 呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。

(1) 呼吸运动

1) 正常的呼吸运动：胸式呼吸多见于成年女性；腹式呼吸多见于成年男性及儿童。

2) 呼吸运动类型变化及其临床意义：①胸式呼吸减弱或消失：见于肺及胸膜炎症、胸壁或肋骨病变；②腹式呼吸减弱或消失：见于腹膜炎、大量腹水、肝脾极度肿大、腹腔巨大肿物、妊娠。

3) 呼吸运动强弱变化的临床意义：①呼吸浅快：见于肺、胸膜疾患，呼吸肌运动受限（月扁肌瘫痪、肠胀气、大量腹水）；②呼吸深快：见于剧烈运动、情绪激动、Kussmaul 呼吸。

4) 两侧呼吸动度变化：两侧呼吸动度不对称时，呼吸动度弱的一侧往往为病变侧，如肺炎、胸膜炎、胸水、气胸等。

(2)呼吸运动的频率和节律

1)正常人呼吸运动的频率和节律：呼吸频率 12~20 次 / 分，与脉搏之比约为 1:4。节律均匀而整齐。

2)呼吸运动频率变化：①呼吸过快：>24 次 / 分，见于缺氧、代谢旺盛（如高热）；②呼吸过缓：<12 次 / 分，见于呼吸中枢抑制及颅内压增高等。

3)呼吸运动节律异常的类型：①潮式呼吸（Cheyne-Stokes 呼吸）：间歇性高通气和呼吸暂停周期性交替。呼吸暂停持续 15~60 秒，然后呼吸幅度逐渐增加，达到最大幅度后慢慢降低直至呼吸暂停。见于药物所致呼吸抑制、充血性心力衰竭、大脑损害（通常在脑皮质水平）；②间停呼吸（Biots 呼吸）呼吸暂停后呼吸频率和幅度迅速恢复到较正常稍高的水平，然后在呼吸暂停时呼吸迅速终止。见于颅内压增高、药物所致呼吸抑制、大脑损害（通常在延髓水平）；③Kussmaul 呼吸：呼吸深快。见于代谢性酸中毒；④叹息样呼吸：见于焦虑症或抑郁症等。

(3)呼吸时相变化

1)吸气相延长：主要见于上呼吸道狭窄、大气道（气管）狭窄，常常伴有“三凹征”，即吸气时出现胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷（为克服吸气阻力，吸气时，胸腔内负压增加）。

2)呼气相延长：主要见于哮喘、COPD。常常伴有桶状胸、哮鸣音等异常体征。急性左心衰竭时亦可出现，称为“心源性哮喘”，需与支气管哮喘相鉴别。

肝脏触诊

肝脏触诊：触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。

如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大:见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

穿、脱手术衣

【目的】

隔绝手术室医护人员皮肤及衣物上的细菌,防止细菌移位到手术切口和皮肤引起污染。

【适应证】

所有参加手术的人员都需要穿手术衣。

【准备工作】

1. 手术人员已经完成术前屈《手、消毒液泡手并晾干。

2. 巡回护士打开无菌手术衣包。

【操作步骤】

1. 穿手术衣

(1) 取一件折叠的手术衣,手不得触及下面剩余的手术衣,远离胸前及手术台和其他人员,用双手分别提起手术衣的衣领两端,轻抖开手术衣,有腰带的一面向外。

(2)将手术衣略向上抛起，顺势双手同时插入袖筒，手伸向前，不可高举过肩，待巡回护士在后面协助穿衣，使双手伸出袖口(若为无接触戴手套，双手不伸出袖口)，不得用未戴手套的手拉衣袖或接触其他处。

(3)穿好手术衣后，稍弯腰，使腰带悬空，两手交叉提起腰带中段(腰带不要交叉)，巡回护士在侧后接住手术衣带端头，并在背后系紧衣带，避免接触手术衣的其他部分。

(4)穿好手术衣、戴好手套，在等待手术期间，双手拱手置于胸前。双手不可高举过肩、垂于腰下或双手交叉放于腋下。

(5)穿一次性使用的包背式手术衣时，穿上手术衣戴无菌手套后自行解开并提起前襟的腰带，将右手的腰带递给已戴好手套的手术人员，或由巡回护士用无菌持物钳夹持，自身向左后旋转一周，使腰带及连带的手术衣背后部分包绕术者，穿衣者接住腰带，自行将两根腰带在左侧腰间系结。

2.脱手术衣

(1)他人帮助脱衣法：自己双手抱肘，由巡回护士将手术衣肩部向肘部翻转，然后再向手的方向扯脱，如此则手套的腕部就随着翻转于手上。

(2)个人脱手术衣法：左手抓住右肩手术衣，自上拉下，使衣袖翻向外。如法拉下左肩手术衣。脱下全部手术衣，使衣里外翻，保护手臂及洗手衣裤不被手术衣外面所污染。最后脱下手术衣扔于污衣袋中。

【注意事项】

- 1.先穿无菌手术衣，再戴无菌手套。
- 2.应在手术室内比较空旷的区域穿无菌手术衣。
- 3.如无菌手术衣接触到未消毒的物品，应及时更换。
- 4.穿上无菌手术衣、戴上无菌手套后肩部以下、腰部以上、腋前线前、双上肢为无菌区。

戴无菌手套

【目的】

隔绝手术人员手部皮肤的细菌，防止其对手术切口和皮肤的污染。

【适应证】

参加手术的人员在洗手、穿手术衣后均需要戴无菌手套。

【术前准备】

1. 已经穿好无菌手术衣。
2. 选取与自己手尺寸相当的手套。

【操作步骤】

1. 术者取出内层套袋。用左手自手套袋内捏住两只手套套口的翻折部而一并取出之。
2. 先将右手伸入右手手套内，再用已戴手套的右手指插入左手手套的翻折部，以助左手伸入手套内。
3. 整理双手衣袖口，避免触及腕部皮肤，将手套翻折部翻回盖住手术衣袖口。

【注意事项】

1. 选用适合自己的手套，手套过大或过小都不利于手术操作。
2. 在未戴手套前，手不能接触手套外面，戴好手套后，手套外面不能接触皮肤。
3. 如手套外面有滑石粉，需用无菌盐水冲净。
4. 手术开始前，可在空旷区域双手放于胸前。

提问：

1. 如需另一套手术该怎么办？

答：需要更换手术衣及手套，如手套有破损，需重新刷手，如无破损则只需浸泡 5min 即可。

2.白血病的女孩，胸部检查需要检查什么？

答：皮肤黏膜有无出血点、有无胸骨、肋骨压痛。

【64 号题】 第一站：病史采集是右下腹痛 病例分析：大便后心悸。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无不洁饮食，近期有无外出旅游
- (2) 针对腹痛：部位、性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。
- (3) 伴随症状：有无恶性呕吐、里急后重
- (4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无疫区疫水接触史。

病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

【65 号题】 第一站：病史采集：系统性红斑狼疮，支原体肺炎。**第二站：**体格检查肝脏的触诊 甲状腺触诊，脾脏触诊，腰穿，语言震颤，家庄店触诊，心肺复苏。

第一站 由于提供题目不全，不多做解释了

第二站 肝触诊

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。：检查者右手位置同单手法，左手托住被检查者右腰部，拇指张开置于肋部，触诊时左手向上抬起，使肝下缘紧贴前腹壁下移，并限制右下胸扩张，以增加膈下移的幅度，这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指，可提高触诊的效果；注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

甲状腺触诊

触诊：甲状腺较小（如 I 度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如 II 度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患

者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

脾脏触诊

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位，稍用力上抬脾脏，检查者再以右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧，检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸，以配合检查者的触诊。

腰穿

体位病人侧卧位于硬板床上，背部与床面垂直。头向前胸部屈曲，双手抱膝紧贴腹部，使躯干呈弓形。或由助手协助使病人躯干呈弓形。

确定穿刺点双侧髂后上棘连线与后正中线交会处为穿刺点。一般取第 3~4 腰椎棘突间隙。

有时可上移或下移一个腰椎间隙。戴无菌手套，常规消毒皮肤，盖洞巾，用 2%利多卡因自皮肤到椎间韧带作局部麻醉。

术者左手固定穿刺点皮肤，右手持穿刺针，以垂直背部的方向或略向头侧缓慢刺入。

成人进针深度约 4~6cm，儿童则为 2~4cm。当针头穿过韧带与硬脑膜时，有阻力突然消失的落空感。此时将针芯慢慢抽出，可见脑脊液流出。

测量脑脊液压力放液前先接上测压管测量压力。正常侧卧位脑脊液压力为

70~180mmH₂O，或 40~50 滴 / 分钟。

撤去测压管,根据检测要求收集脑脊液送检。插入针芯后,拔出穿刺针,盖消毒纱布并用胶布固定。

语言震颤

检查语音震颤时,可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁,嘱患者发低音调"yi"长音,通过单手或双手进行检查,由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等;增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

心肺复苏

患者意识突然消失,同时患者胸廓无呼吸起伏动作或者仅有叹息样呼吸,则判断其心脏骤停。对于医务人员,可触摸颈动脉搏动消失,时间不超过10秒,但并不强调。呼叫同事抢救的同时,置患者于平卧位躺在硬板床或地上,去枕,解开衣扣,松解腰带。

术者站立或跪在患者身体一侧,两只手掌根重叠于患者胸骨下半部分。肘关节伸直,借助身体之重力向患者记住方向按压。按压应使胸骨下陷5cm以上(婴幼儿下陷1.5~3.5cm)后,突然放松。按压频率100次/分以上。担任抢救时,每按压30次,俯下做口对口人工呼吸2次(30:2)。

开放气道用仰头举颏法,将一只手置于患者的前额,轻压患者的头部使后仰,将另一只手指和中指指尖置于患者颏骨的下方,提起下颏开放气道,使口角和耳垂连线与地面垂直。用纱布或手帕清除患者抠鼻分泌物及异物,保持呼吸道畅通。

口对口人工呼吸时,一只手将患者的下颏向上提起,另一手以拇指和示指捏紧患者的鼻孔。术者平静吸气后,将口唇紧贴患者口唇,把患者嘴完全包住,深而快地向患者口内吹气,时间应持续在1秒以上,吹气量500~600ml,直至患者胸廓向上抬起。此时,立刻脱离接触,

面向患者胸部再吸空气,以便再行下次人工呼吸。与此同时,使患者的口张开,并松开捏鼻的手,观察胸部恢复情况,并有气体从患者口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。按压5个循环周期(约2分钟)对患者做一次判断。

【66号题】第一站:病史采集36号题,低热腹泻。

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1)诱因、病因:有无有无不洁进食、聚餐、旅行,服用泻药等

(2)针对发热:程度、热型、有无寒战

(3)针对腹泻:起病缓急、病程、性质、次数、量、性状、气味、颜色,加重或缓解因素。

(4)伴随症状:有无头晕、心悸、口渴、出汗、尿量减少、恶心呕吐等

(5)发病以来一般情况:发病以来睡眠、饮食、二便、体重情况。

2.诊疗经过

(1)是否就诊,做过哪些检查。

(2)治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史:有无类似发作,有无慢性消化系统疾病病史,有无疫区疫水接触史。

【66 号题】海南海口 第一站：病例分析：小儿 6 个月，轮状病毒肠炎，重度脱水。心衰？

第二站：体检：腋窝淋巴结触诊，脾脏触诊，四肢及手指视诊。操作：腋窝脂肪瘤切除术及缝合操作。**第三站：**1、窦性心律不齐，2、湿罗音，3、肺癌、4、胃癌、5、室颤、6、房颤，7，爱护病人，注意细节，杜绝此种事情再次发生。 _

第一站 病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 腋窝淋巴结触诊

右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

脾脏触诊

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位，稍用力上抬脾脏，检查者再以右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧，检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸，以配合检查者的触诊。

四肢及手指视诊

(1) 杵状指：手指或足趾末端增生、肥厚，呈杵状膨大。可见于：①呼吸系统疾病：支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、脓胸等；②心血管疾病：发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等；③营养障碍性疾病：吸收不良综合征、克罗恩病、溃疡性结肠炎、肝硬化等。

(2) 反甲：又称匙状甲。常见于缺铁性贫血、高原疾病。

(3) 水肿：全身水肿见皮肤部分。单侧肢体水肿见于：①静脉血回流受阻：静脉回流受阻多见于深静脉血栓形成（伴随表面浅静脉充盈或曲张、皮温升高和压痛等，部分患者可触及血栓）、肢体瘫痪或神经营养不良；②淋巴液回流受阻：常见于丝虫病或其他原因所致淋巴管阻塞，指压无凹陷，称淋巴性水肿或象皮肿。

(4) 下肢静脉曲张：多见于小腿，下肢浅静脉回流受阻所致。静脉如蚯蚓状怒张、弯曲，久立位者更明显。常见于从事站立性工作者或阻塞性静脉炎患者。

(5) 关节形态异常

1) 指关节：梭形关节（见于类风湿关节炎，和骨关节炎累及远端指间关节不同，常累及近端指间关节）、爪形手（见于尺神经损伤、进行性肌萎缩、脊髓空洞症及麻风）。

2) 膝关节：两侧不对称红、肿、热、痛或影响活动见于关节炎；受轻伤后关节肌肉或皮下出血见于血友病；关节腔积液时可有浮髌征。

3) 其他：痛风为尿酸盐沉积于关节附近的骨骼或滑膜腔、腱鞘。最常累及拇趾及跖趾关节，其次为踝、腕、膝、肘等关节。表现为关节红、肿、热、痛。

腋窝脂肪瘤切除术及缝合操作

沿皮纹切开脂肪瘤的表面皮肤。用弯止血钳沿瘤体包膜分离肿瘤，钳夹及结扎所有见到的血管。脂肪瘤多呈多叶状，形态不规则，应注意完整地分离出具有包膜的脂肪瘤组织。用组织钳提起瘤体分离基底，切除肿瘤。止血后，分层缝合切口。

第三站 略

【67号题】海南 第一站：病采 腹痛伴腹胀 X 天。病例分析：右肩关节脱位。**第二站：**腋窝淋巴结的触诊 肱二头肌检查 医学|教育|网网友 youtaoba1313 整理。问题：腋窝淋巴结

包括?振水音的临床意义?伤口填塞法。前臂骨折三角巾固定 问题:伤口止血方法? **第三站**:舒张期奔马律;支气管呼吸音;房颤;窦缓;右股骨气胸;肝囊肿;医生应认真听完病史再开单检查医学|教育网|网友整理。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 诱因、病因:有无饮食、受寒等诱因。
- (2) 针对腹痛:部位、性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。
- (3) 针对腹胀:持续时间、部位
- (4) 伴随症状:有无呕吐、便秘、腹泻、嗝气、肛门排气增加、发热等
- (5) 发病以来一般情况:发病以来睡眠、饮食、二便、体重情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊,做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有过敏史

2.与该病有关的其他病史:既往有无类似发作,有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病等。有无腹部手术史

3.有无烟酒嗜好

4.有无肿瘤等遗传家族史

病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 腋窝淋巴结的触诊

检查左侧时，检查者左手握被检查者左手，使其前臂稍外展，右手四指并拢稍弯曲，自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

肱二头肌检查

肱二头肌反射 (C5~6): 被检查者屈肘，前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部，以左手拇指置于肱二头肌腱上，用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

第三站 略

【68号题】吉林 第一站：病史采集：女，47岁，咳嗽，咳痰，痰中带血，咯血半年。病历分析：子宫肌瘤、缺铁性贫血中度。**第二站：**体格检查：甲状腺触诊、前后面触诊、峡部、肝脏触诊、提问：肝硬化患者腹壁见腹壁静脉曲张、腹壁膨隆。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无受凉、疲劳、上感等
- (2) 针对咳嗽、咳痰：咳嗽发作时间、音色、性质和程度；痰的性状、量、颜色、气味
- (3) 针对咯血：咯血的量、颜色和性状
- (4) 伴随症状：有无胸痛、呼吸困难和全身其他部位出血的表现；发热、胸痛、呼吸困难、发绀、杵状指
- (5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 过敏史

2. 与该病有关的其他病史：

既往有无其他慢性呼吸系统疾病史，如肺结核、支气管扩张等

有无高血压、心脏病史。吸烟的具体情况（时间、量）。职业史

病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 甲状腺触诊

触诊：甲状腺较小（如 I 度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状

软骨两侧,嘱患者做吞咽动作,对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如Ⅱ度及以上肿大)时,检查者可站在患者前面,用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧,另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊,并嘱患者做吞咽动作,同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为Ⅰ度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脏触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。:检查者右手位置同单手法,左手托住被检查者右腰部,拇指张开置于肋部,触诊时左手向上抬起,使肝下缘紧贴前腹壁下移,并限制右下胸扩张,以增加膈下移的幅度,这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指,可提高触诊的效果;注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

【69 号题】第一站:病史采集 男 50 岁 咳嗽 1 月,间隔咳痰 1 周病例分析:男,18 岁,2 周前出现发热,最高为 38.5 度。皮肤巩膜黄染,一月前曾在大排档生食海鲜,无肝炎、结合病史,查胆红素(+),腹部,肝区压痛。**第二站:**甲状腺触诊(前面、后面);胸部

触诊；肝脏触诊；心肺复苏医学教育网整理。**第三站**：肝脓肿，室性期前收缩，房颤，支气管-肺泡呼吸音。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(2) 病因、诱因：有无受凉、疲劳、上感等

(2) 针对咳嗽、咳痰：咳嗽发作时间、音色、性质和程度；痰的性状、量、颜色、气味

(3) 伴随症状：发热、胸痛、呼吸困难； 发绀、杵状指

(4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 过敏史

2. 与该病有关的其他病史：既往有无其他慢性呼吸系统疾病史，如肺结核、支气管扩张等

有无高血压、心脏病史。吸烟的具体情况（时间、量）。职业史

病例分析 条件不足，不做解释。

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 甲状腺触诊

触诊：甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

胸部触诊

包括胸廓扩张度、语音震颤、胸膜摩擦感等检查。

1.胸廓扩张度 检查者双手放在被检者胸廓前下侧部，双拇指分别沿两侧肋缘指向剑突，拇指尖在正中线接触或稍分开。嘱患者进行平静呼吸和深呼吸，利用手掌感觉双侧呼吸运动的程度和一致性。

2.语音震颤 检查语音震颤时，可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁，嘱患者发低音调“yi”长音，通过单手或双手进行检查，由上而下。左右对比。

3.检查胸膜摩擦感时，检查者以手掌平放于腋中线第 5、6 肋间，嘱被检查者深慢呼吸。

最后再以同样的方法，逐一检查受检者的背部。胸廓扩张度减弱的一侧往往为病变侧。

语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等；增强见于大叶性肺炎

实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。胸膜摩擦感触到吸气和呼气双相的粗糙摩擦感为阳性，常见于纤维素性胸膜炎。

肝脏触诊

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。：检查者右手位置同单手法，左手托住被检查者右腰部，拇指张开置于肋部，触诊时左手向上抬起，使肝下缘紧贴前腹壁下移，并限制右下胸扩张，以增加膈下移的幅度，这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指，可提高触诊的效果；注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

心肺复苏

患者意识突然消失，同时患者胸廓无呼吸起伏动作或者仅有叹息样呼吸，则判断其心脏骤停。对于医务人员，可触摸颈动脉搏动消失，时间不超过 10 秒，但并不强调。呼叫同事抢救的同时，置患者于平卧位躺在硬板床或地上，去枕，解开衣扣，松解腰带。

术者站立或跪在患者身体一侧，两只手掌根重叠于患者胸骨下半部分。肘关节伸直，借助身体之重力向患者记住方向按压。按压应使胸骨下陷 5cm 以上（婴幼儿下陷 1.5~3.5cm）后，突然放松。按压频率 100 次/分以上。担任抢救时，每按压 30 次，俯下做口对口人工呼吸 2 次（30:2）。

开放气道用仰头举颏法，将一只手置于患者的前额，轻压患者的头部使后仰，将另一只手

示指和中指指尖置于患者颏骨的下方,提起下颏开放气道,使口角和耳垂连线与地面垂直。

用纱布或手帕清除患者抠鼻分泌物及异物,保持呼吸道畅通。

口对口人工呼吸时,一只手将患者的下颏向上提起,另一手以拇指和示指捏紧患者的鼻孔。术者平静吸气后,将口唇紧贴患者口唇,把患者嘴完全包住,深而快地向患者口内吹气,时间应持续在1秒以上,吹气量500~600ml,直至患者胸廓向上抬起。此时,立刻脱离接触,面向患者胸部再吸空气,以便再行下次人工呼吸。与此同时,使患者的口张开,并松开捏鼻的手,观察胸部恢复情况,并有气体从患者口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。按压5个循环周期(约2分钟)对患者做一次判断。

第三站 略

【70号题】广西北海 第一站:男,58岁,胸痛伴心悸2年,加重1周。病倒分析:水痘

第二站:腋窝淋巴结;语音震颤;单、双手肝脏触诊;问:男,手术后数年,腹痛、呕吐,可能的阳性体征是?穿脱隔离衣;问:衣袖碰到面部怎么办?不洗手能先解衣领吗?

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因:有无外伤、劳累、情绪激动、饱餐;有无饮浓茶、咖啡、精神紧张等

(2) 针对胸痛:具体部位、性质、程度、起病急缓、有无放射。与呼吸及体位的关系。

(3) 针对心悸:起病缓急、程度、发病时间和持续时间;性质、诱发和缓解因素,与体位、

活动关系

(4) 伴随症状：有无发热、盗汗、乏力，咳嗽、咳痰、咯血；头痛头晕 消瘦、呼吸困难、失血

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无冠心病、糖尿病、胃食管疾病及相关家族遗传病史、有无外伤史及烟酒嗜好。

病例分析 水痘

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 腋窝淋巴结

右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

语音震颤

检查语音震颤时，可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁，嘱患者发低音调"yi"长音，通过单手或双手进行检查，由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、

大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等；增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

单、双手肝脏触诊

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。：检查者右手位置同单手法，左手托住被检查者右腰部，拇指张开置于肋部，触诊时左手向上抬起，使肝下缘紧贴前腹壁下移，并限制右下胸扩张，以增加膈下移的幅度，这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指，可提高触诊的效果；注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

男，手术后数年，腹痛、呕吐，可能的阳性体征是？

肠鸣音

衣袖碰到面部怎么办？

立即清洁面部（大量肥皂水）

不洗手能先解衣领吗？

不能

【71 号题】四川成都 第一站：腹痛伴呕吐，右下腹疼痛，支气管肺炎。**第二站：**腋窝检查，肝脏触诊，心脏视诊，洗手操作。医学|教育|网|网友 xueli678 整理。**第三站：**窦性心律不齐，湿罗音，窦速，心肌梗死，尺骨骨折。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 诱因、病因：有无饮食、受寒、无进食不当、精神紧张、劳累等
- (2) 针对腹痛：性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。
- (3) 针对呕吐：起病缓急、病程、程度、呕吐次数、量、性状、气味、颜色
呕吐的前驱症状-恶心？喷射性？与进餐关系
- (4) 伴随症状：有无发热、寒战、皮肤黄染、食欲不振、厌油
恶心、腹胀；有无腹泻、消瘦乏力
有无头痛、头晕、意识障碍
- (5) 发病以来一般情况：发病以来睡眠、饮食、二便、体重情况。

2. 诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

- 1.有过敏史
- 2.与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化系统其它疾病
- 3.有无烟酒嗜好
- 4.有无肿瘤等遗传家族史

病情分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 腋窝检查

检查左侧时，检查者左手握被检查者左手，使其前臂稍外展，右手四指并拢稍弯曲，自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

心脏视诊

在视诊心脏搏动时，检查者应站在被检者的右侧，双眼与胸廓同高，观察心前区有无隆起，然后顺切线位观察心尖搏动的位置和范围，最后观察心前区和其他部位有无搏动。

洗手操作

碘伏刷手法

首先，用清水冲洗双手及手臂；冲洗后，用洗手液洗手和前臂，整个洗手的过程要遵照七步洗手的步骤进行：先洗手掌，手指并拢相互揉搓，然后手心对手背沿指缝相互揉搓，双手交换进行；随后清洗手指和指间，一手握另一手大拇指旋转揉搓，清洗指尖时，弯曲各手指关节，把指尖合拢在另一手掌心旋转揉搓；最后洗手腕、手臂，双手交换进行。



图片 1：清洗双手

用清水冲洗洗手液时要注意：动作要缓慢，**冲洗的水流不能由手臂逆流到双手**；洗净双手后，用无菌毛巾擦干双手。擦净双手后，用无菌毛刷配以 0.5%碘尔康溶液刷洗双手，一共刷三遍；

刷手的顺序为：**先刷指尖，再刷手指两侧**，此时要注意刷手指两侧是由指尖至下刷一遍，忌来回反复刷洗；**然后刷洗手掌，最后刷洗手背**，两手交换进行。刷洗手臂时，注意刷洗的范围要达到肘关节上 6cm。然后再以上述方法，刷手两遍。



图片 2：刷洗双臂

刷手后，两手分别用两条无菌毛巾擦净，先擦双手，再将毛巾对折成三角形，握住两端擦净手臂，**注意顺序是由远端向近心端擦拭。**



图片 3：擦拭双臂

最后双手抬高做准备姿势，步入手术室穿手术衣。

肥皂水刷手法

首先，用清水冲洗双手及手臂，然后用已无菌消毒的毛刷，取适量消毒肥皂液，从指尖至肘上 10cm 处，由远及近，顺序刷洗；其方法沿用分段刷手法，先从双手指尖开始，刷洗时应特别注意甲缘、甲沟等处；然后刷洗手掌及手背，在刷洗手背时，由于手背皮肤纹理较深，应注意避免遗漏；接着刷洗指蹼，刷洗中，用力要适中，均匀一致，从手到手臂，双手交替逐渐上行，不留空白，直至肘上 10cm；**整个刷手的过程一共刷三遍，每一遍都要比上一遍低 2cm,分别为肘上 10cm、8cm 和 6cm。**

刷洗后再用清水冲洗，注意水流不能逆流到双手；

取无菌毛巾由手向前臂、肘部至肘上 6cm 的顺序擦干，先擦干一侧，然后更换毛巾再擦净另一侧，擦过肘部的毛巾不能再接触手和前臂。

最后，将手至肘上 6cm 的区域，浸泡在 70% 的酒精中 5 分钟，浸泡后保持拱手姿势，待其自然晾干。

第三站 略

【72 号题】 第一站：病例分析：女，车祸，外伤。第二站：体检检查：颈部检查，胸部检查，扁桃体检查。

第一站 病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 颈部检查

颈部血管：平卧时颈静脉充盈水平不超过锁骨上缘至下颌角之间的上 2 / 3。45°坐位时若颈静脉明显充盈、怒张，则提示静脉压增高。常见于右心功能不全、心包积液、上腔静脉阻塞综合征等。颈动脉搏动增强常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进及严重贫血等。

胸部检查

(一) 胸部视诊

首先我们可以在受检者的体表观察到明显的体表标志：胸廓上缘、锁骨、胸骨、肋骨、锁骨上窝、胸骨上窝。同时，还可观察到的骨性标志有：

胸骨角：胸骨柄与胸骨体的连接处，其两侧分别与左右第二肋软骨相连接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第 4 胸椎下缘。

C7 棘突：为最明显的棘突，用于计数椎体。

肩胛骨：被检查者双臂下垂，肩胛下角平第 7 肋骨水平或第 7 肋间隙，或相当于第 8 胸椎水平。

肋脊角：第 12 肋骨与脊柱的成角，其内为肾脏和输尿管的起始部；

再观察胸壁和胸廓，有无静脉充盈、曲张，血流方向，有无皮疹、蜘蛛痣等。正常胸廓两侧大致对称，呈椭圆形，前后径左右径约为 1：1.5。同时观察呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。胸式呼吸多见于成年女性；腹式呼吸多见于成年男性及儿童。呼吸频率 12~20 次 / 分，与脉搏之比约为 1：4。节律均匀而整齐。

最后观察受检者体表的人工划线：包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线（肩胛线）、后正中线。

（二）胸部触诊

包括胸廓扩张度、语音震颤、胸膜摩擦感等检查。

1.胸廓扩张度 检查者双手放在被检者胸廓前下侧部，双拇指分别沿两侧肋缘指向剑突，拇指尖在正中线接触或稍分开。嘱患者进行平静呼吸和深呼吸，利用手掌感觉双侧呼吸运动的程度和一致性。

2.语音震颤 检查语音震颤时，可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁，嘱患者发低音调“yi”长音，通过单手或双手进行检查，由上而下。左右对比。

3.检查胸膜摩擦感时，检查者以手掌平放于腋中线第 5、6 肋间，嘱被检查者深慢呼吸。

最后再以同样的方法，逐一检查受检者的背部。胸廓扩张度减弱的一侧往往为病变侧。

语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等；增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。胸膜摩擦感触到吸气和呼气双相的粗糙摩擦感为阳性，常见于纤维素性胸膜炎。

（三）胸部叩诊

包括对比叩诊、肺界叩诊和肺下界移动度等检查。

1.对比叩诊：主要检查有无异常叩诊音。从第二肋间开始，左右对比，自上而下，沿肋间逐一进行检查。在检查前胸壁和侧胸壁时，扳指要平行于肋间，并注意避开心脏和肝脏。正常肺野叩诊呈清音。心肺及肝肺交界处叩诊呈浊音，肝脏和心脏部位叩诊呈实音，胃泡区叩诊呈鼓音。叩诊肺野时若出现浊音、实音、过清音或鼓音，则视为异常叩诊音。

2.肺下界叩诊：在右锁骨中线上由第二肋开始向下叩诊，当叩诊音由清音变为浊音时为肝上界，当叩诊音由浊音变为实音时为肺下界。正常情况下为右锁骨中线第6肋间；在腋中线叩诊肺下界时，用同样的方法由上至下叩诊，正常情况下位于腋中线的第8肋间；在肩胛下角线叩诊时，先活动受检者上臂，以确定肩胛下角的位置，然后再由上至下叩出肺下界，正常情况下位于肩胛下角线第10肋间。

当叩出肩胛下角线肺下界后，可做肺底活动度叩诊，嘱受检者深吸气后屏气，同时快速向下叩诊，当清音转为浊音时作一标记。再嘱其深呼气后屏气，自上而下叩至浊音，在浊音处做好标记。两标记之间的距离即为肺下界移动度。正常情况为6~8cm。肺下界移动度减小见于多种肺实质和肺间质疾病，以及胸腔积液和胸膜粘连等。

(四) 胸部听诊

包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，可嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素（多见于老年人）所致。

1.正常呼吸音的种类和分布

(1) 肺泡呼吸音：见于大部分胸部听诊区域。

(2) 支气管肺泡呼吸音：见于胸骨两侧第1、2肋间、肺尖、肩胛间区。

(3) 支气管呼吸音：见于喉部、锁骨上窝、背部 T₁、2 水平。

2. 几种常见病理性呼吸音。

(1) 粗湿啰音：又称为大小泡音。发生于气管、主支气管或空洞部位，多出现在吸气早期。见于支气管扩张、严重肺水肿及肺结核或肺脓肿空洞。昏迷或濒死的患者因无力排出呼吸道分泌物，于气管处可听及粗湿啰音，有时不用听诊器也可听到，谓之痰鸣。

(2) 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。

(3) 细湿啰音：又称为小水泡音。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。

(4) 哮鸣音：又称为高调性干啰音；哮鸣音的出现主要是由于肺内广泛的细支气管痉挛，在呼气时，气流通过狭窄的细支气管管腔而产生的一种病理性呼吸音，在呼气时最明显。

扁桃体检查

检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物，了解扁桃体肿大的分度（不超过咽腭弓为 I 度肿大；超过咽腭弓为 II 度肿大；达到或超过咽后壁中线为 III 度肿大）。

【73 号题】 **第一站：**病史采集：女性，26 岁，间断便血 2 周。病例分析：咳嗽咳痰咯血，否认系结核及心脏病史，三天前出现便后突然咯血，wbc12.8，N 0.82（后面记不得了）。

第二站：胸腔穿刺，提问：气胸的胸腔穿刺部位、甲状腺侧叶触诊（自行选择前后），肱二头肌反射，提问：消化性穿孔后腹壁有何表现？**第三站：**X 线；肺结核；CT；肝囊肿。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无外伤、情绪激动、饱餐或者不洁饮食。

(2) 针对便血：颜色、量

(3) 伴随症状：有无发热、反酸、恶心呕吐，腹部包块。

(4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无消化道疾病病史及相关手术病史及有无烟酒嗜好。

病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 胸腔穿刺

术中以肩胛下角线第 7~8 肋间，且叩诊实音最明显部位为穿刺点。

首先戴好无菌手套，先行常规消毒皮肤：以穿刺点为圆心，向外周做环形涂擦，消毒范围直径不得小于 15cm，一共消毒 3 遍；消毒完毕，覆盖无菌洞巾。

选用 2%利多卡因做局部麻醉，先在皮下先注射一小皮丘，然后至胸膜层进行麻醉。局麻应在肋骨上缘进针，以免损伤肋间血管和神经；麻醉过程中边进针边回抽，可试探性刺

入胸腔抽吸少许积液，作为胸腔穿刺深度的参考。

胸腔穿刺：进针

局部麻醉后，先将穿刺针的橡皮管钳夹住，然后以左手示指与中指固定穿刺部位（也应选择在肋骨上缘）的皮肤，右手将穿刺针在穿刺点缓缓刺入，当针锋抵抗感突然消失时，表明已穿入胸膜腔。再连接 50ml 注射器，松开橡皮管钳，缓慢抽取积液；

抽液后，为保持胸腔负压，必须将橡皮管钳夹住管腔，以防止空气进入胸腔，然后再拔出注射器，将抽取的胸腔积液注入试管送检。最后拔出穿刺针，覆盖无菌纱布，用胶布固定。

气胸的胸腔穿刺部位

术中以肩胛下角线第 7~8 肋间，且叩诊实音最明显部位为穿刺点

甲状腺侧叶触诊（自行选择前后）

触诊：甲状腺较小（如 I 度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如 II 度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为 I 度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病（慢性淋巴细胞性甲状腺炎）、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

胸部触诊

肱二头肌反射

肱二头肌反射 (C5~6): 被检查者屈肘, 前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部, 以左手拇指置于肱二头肌腱上, 用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

消化性穿孔后腹壁有何表现?

胃后壁溃疡穿孔, 胃内气体可进入网膜囊, 如网膜孔不畅通, 气体则局限于网膜囊内。立位照片则于上腹中部显示气液腔或气腔, 即网膜囊上隐窝充气, 气体并不进入腹腔。腹膜间或腹膜后空腔器官向腹膜后间隙穿孔, 气体进入肾旁前间隙, 并可进入腹膜后其他间隙, 出现腹膜后间隙积气征象, 而腹腔内并无游离气体。

第三站 略

【74 号题】 第一站: 病史采集: 女, 28 岁, 停经 50 天, 恶心呕吐 10 天就诊。病例分析: 男, 46 岁, 突然晕倒, 心肺复苏后持续胸痛, 高血压病史, 脉率 96 心率 98, 心音低钝, 律不齐, 心电图 V1-V6ST 段弓背抬高, 提前出现宽大畸形 QRS 波 无 P 波。**第二站:** 体格检查: 眼睑, 巩膜, 角膜检查, 腹壁紧张度, 压痛, 反跳痛。操作: 前臂外伤, 伤口清创。**第三站:** 房颤, 心梗, 肝癌, 肺炎, 肱骨近端骨折, 病人急诊没带够钱报告上级给总值班打电话。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因: 有无进食不当、精神紧张、劳累等

(2) 针对恶心呕吐：起病缓急、病程、程度、呕吐次数、量、性状、气味、颜色；呕吐的前驱症状-恶心？喷射性？与进餐关系

(3) 伴随症状：有无发热、寒战、皮肤黄染、食欲不振、厌油；恶心、腹胀；有无腹泻、消瘦乏力；有无头痛、头晕、意识障碍

(4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史。

病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 眼睑，巩膜，角膜检查

眼睑：双侧眼睑下垂多见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂；单侧眼睑下垂常见于动眼神经麻痹。眼睑水肿常常以晨起较明显，常见于急性肾小球肾炎、慢性肝病、营养不良等。

巩膜：均匀黄染常见于黄疸，其他黄色色素增多时多在角膜周围黄染明显。

角膜：检查透明度，有无云翳、白斑、溃疡、软化、新生血管等。角膜周围血管增生常见于严重沙眼；角膜边缘出现灰白色浑浊圈为老年环；角膜边缘出现黄、棕褐色的色素环，为

Kayser-Fleischer 环，见于肝豆状核变性 (Wilson 病)。

腹壁紧张度

检查时被检查者宜低枕平卧，双下肢屈曲稍分开，手自然放于躯干两侧，腹肌放松，做深而均匀的腹式呼吸。检查者全手掌放于腹部，自左下开始逆时针方向检查，动作要轻柔，同时感受腹壁紧张度，若是腹痛病人原则上先触诊未诉疼痛部位。

压痛、反跳痛

腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，腹膜炎时患者可同时出现压痛、反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

腹部特定部位的压痛点对病变部位具有提示作用如：McBur-ney (麦氏点) 压痛：位于脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。Murphy (墨菲氏征)：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

前臂外伤，伤口清创

1. 手术者洗手、戴无菌手套，用无菌纱布覆盖伤口，用肥皂水和无菌纱布刷洗伤口周围的皮肤，再以碘伏反复擦洗，严重污染伤口可刷洗多次，直至清洁为止，注意勿使冲洗肥皂水流入伤口内。
2. 清洗、检查伤口，去除覆盖伤口的无菌纱布，用无菌生理盐水冲洗伤口，并以夹持小纱布的海绵钳轻轻擦拭伤口内的组织，用 3% 的过氧化氢溶液冲洗，待创面呈现泡沫后，

再用无菌生理盐水冲洗干净。擦干伤口内的冲洗液及伤口周围皮肤。

3.皮肤消毒、铺无菌巾：以 0.75%碘酊消毒皮肤，铺无菌巾。注意，勿使消毒液流入伤口内，必要时伤口周围局部麻醉。

4.清理伤口：术者、助手再次消毒双手后，戴无菌手套，用手术剪清除伤口周围不整齐的皮缘 1~2mm，失去活力呈灰白色或不出血呈紫色的皮肤应予以去除。若切口过小，应扩大切口充分暴露。一般从伤口两端沿纵轴延长（有时须据功能和外观选择延长切口的方向），尽量取净伤口内的异物，剪除伤口内失去活力的组织，由浅入深仔细清除，凡夹捏不收缩，切开不出血或无颜色改变的肌肉组织，都要彻底切除或剪除。

5.血管损伤的处理 不影响伤口血液循环的断裂血管，可予以结扎。若主要血管损伤，清创后需进行动、静脉吻合或修补术。

血管裂口修补术：左侧图片示血管裂口，裂口周围虚线为需要修剪的部分，使血管断裂边缘整齐，内膜光滑易于缝合，右侧为修剪裂口后，用无创伤缝合针线缝合裂口。

如果动脉裂口是纵形或斜度较大，直接缝合后会使动脉狭窄和血流不畅，则采取一段静脉，以补片方式来扩大动脉管腔。

血管吻合术，适用于动脉完全断裂或不完全断裂，断端血管缺损不超过 1~2cm 的病例。

将损伤的血管近、远端剥离清楚，用无损伤血管钳夹住两端阻断血流，用小剪刀将血管外膜去除一端，将断端修剪整齐后对合两断端。用细丝线在两侧各做一褥式缝合，用生理盐水放入少许肝素冲洗管腔，以防凝血块再凝固，将两缝线牵紧，用连续缝合法缝合前壁，翻转血管按前法缝合后壁。放松远端血管夹，检查吻合口是否严密，如无缝隙，即去除近端血管夹，恢复血运。

6.缝合伤口 遵循清创缝合原则，完成符合缝合要求的伤口，经上述步骤处理的伤口则为清洁伤口，再用无菌盐水冲洗伤口。如手术台面无菌巾已浸透，则应加盖无菌巾。缝合伤

口,由深层向浅层按局部的解剖层次进行缝合。避免遗留无效腔,防止形成血肿,缝合时松紧度要适宜,以免影响局部血运。用间断缝合法缝合皮下组织后,采用70%乙醇消毒伤口周围的皮肤,间断缝合法缝合皮肤。对齐皮缘,挤出皮下积血,再次用70%乙醇消毒皮肤,覆盖无菌纱布,并妥善包扎固定。7.伤口表浅,止血良好,缝合后没有无效腔时,一般不必放置引流物。伤口深,损伤范围大且重。污染重的伤口和无效腔可能存在有血肿形成时,应放置引流物。

第三站 略

【75号题】 **第一站:** 病史采集: 小儿1岁,发热惊厥一天。病例分析: 特发性血小板减少性紫癜。 **第二站:** 基本操作是单侧鼻孔吸氧,体格检查是甲状腺触诊,胸膜摩擦音听诊,肝脏单双手触诊问诊是单侧鼻孔吸氧的特点。

第一站 病史采集

1.根据主诉及相关鉴别问诊内容包括:

(1) 发病可能的病因和诱因: 受凉等

(2) 对于发热惊厥的症状的询问: 当时体温多少, 是否有抽搐

(3) 伴随症状询问: 是否有咳嗽、咳痰、呼吸困难、四肢抽搐、晕厥等。

(4) 现病史五项,即发病以来饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况,以便了解病人的一般情况。

2.诊疗经过

(1) 是否到医院就诊? 做过哪些检查? 应询问到医院做过的检查项目。

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何? 应具体询问治疗的方法和药物, 有无疗效?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。
2. 与该病有关的其他病史包括相关的既往患病史、相关的个人史、喂养史、家族史等。

第二站 基本操作

单侧鼻导管法

连接鼻导管于玻璃接头上，打开流量表开关，调节氧气流量；将鼻导管插入温开水药杯中，检查导管是否通信行业，并润滑鼻导管；断开鼻导管与玻璃接头，测量导管插入长度(约为鼻尖到外耳道口长度的 2/3)，将鼻导管轻轻插入；用胶布将鼻导管固定于鼻梁和面颊部，链接鼻导管与玻璃接头，观察吸氧情况。

第二站 体格检查

甲状腺检查

触诊：甲状腺较小(如 I 度肿大)时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如 II 度及以上肿大)时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

胸膜摩擦音听诊

胸膜摩擦音最常听到的部位是前下侧胸壁，因呼吸时该区域的呼吸动度最大。

肝脏单双手触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊,以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

(1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

(2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 \leq 1cm,剑下 \leq 3~5cm,上下径9~11cm。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

【76号题】 第一站:病史采集:上腹痛2周,加重。第二站:脊柱搬运,肝部触诊,腋窝淋巴结触诊。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况:①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病,急腹症鉴别③有无缓解和缓解因素,包括禁食、保温和体位等

(2) 腹痛的性质和程度：阵发性还是持续性；是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛

(3) 腹痛的部位：最明显部位，有无放射痛，有无转移性腹痛

(4) 恶心、呕吐的情况：恶心、呕吐的频率，呕吐物的性质和量等

(5) 发病以来饮食、睡眠和大便情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？

血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部 CT 等

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？

是否应用抗生素治疗，若用过，疗效如何？

二、相关病史

1. 有无过敏史

2. 与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病史等。有无腹部手术史

3. 有无烟酒嗜好

4. 有无肿瘤等遗传家族史

第二站 基本操作

用担架、木板或门板搬运。先使伤者两下肢伸直，两手相握放在身前。担架放在伤员一侧，三人同时用手平抬伤员头颈、躯干及下肢，使伤员成一体平直托至担架上。注意不要

使躯干扭转,特别注意勿使伤者呈屈曲体位时搬运。对颈椎损伤的伤员,要另有一人专门托扶头部,并沿纵轴向上略加牵引。

注意事项:

- 1.在搬运过程中,要保证伤者头颈,躯干及下肢在同一水平。
- 2.禁止伤者呈屈曲体位。
- 3.注意在平放伤员时,搬运人员应同步放下。

肝脏单双手触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊,以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

- (1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。
- (2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。
- (3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 \leq 1cm,剑下 \leq 3~5cm,上下径9~11cm。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

腋窝淋巴结

检查左侧时,检查者左手握被检查者左手,使其前臂稍外展,右手四指并拢稍弯曲,自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

【77号题】第一站:男性,63岁,心悸,气促2年,加重1天,“冠心病”做过搭桥手术3年。病例分析:张力性气胸(题中关键字:外伤,皮下气肿,握雪感)。**第二站:**体格检查:1.扁桃体检查 2.乳房触诊 3.腹壁紧张度,压痛反跳痛基本操作:脓肿切开引流术。

第一站 病史采集

(一) 现病史

1.根据主诉及相关鉴别询问

(1) 发病诱因:感染、劳累因素;

(2) 心悸发生的时间、加重诱因和缓解方式、心悸的性质

(3) 伴随症状:是否伴有呼吸困难、下肢水肿、发绀、胸痛等,是否有发热、咳嗽、咳痰等表现;

(4) 患病以来大小便、饮食、睡眠及体重变化等。

2.诊疗经过

(1) 是否到其他医院就诊,作过哪些检查;

(2) 起病来是否服用过任何药物,药物名、剂量、服用情况等

(二) 相关病史

1.是否有药物过敏病史;

2.有无吸烟、饮酒、手术、外伤史；

3.与该病有关的其他病史：高血压、肺心病、冠心病、肝、肾疾病病史

4.家族病史、传染病史。

第二站 体格检查

扁桃体检查

检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物，了解扁桃体肿大的分度（不超过咽腭弓为Ⅰ度肿大；超过咽腭弓为Ⅱ度肿大；达到或超过咽后壁中线为Ⅲ度肿大）。

乳房触诊

检查时手指和手掌平放在乳房上，以指腹施压，旋转或滑动进行触诊。检查左侧乳房时，从外上象限开始沿顺时针分别触诊四个象限，检查右侧乳房时，从外上象限开始沿逆时针分别触诊四个象限，最后触诊乳头。检查乳房的硬度和弹性、有无压痛和包块。发现包块时注意其部位、大小、外形、硬度和活动度及有无压痛等。恶性肿瘤常常表现为表面凹凸不平、质地坚硬而活动度差，通常压痛不明显。

腹壁紧张度

医生立于患者右侧，以全手掌放于腹壁上，使患者适应片刻，并感受腹肌的紧张度，利用浅部触诊法触诊。

压痛和反跳痛

腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，腹膜炎时患者可同时出现压痛、反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

腹部特定部位的压痛点对病变部位具有提示作用如：McBurney (麦氏点) 压痛：位于脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛，见于阑尾炎。Murphy (墨菲氏征)：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

第二站 基本操作

脓肿切开引流术

1. 根据脓肿部位，患者取舒适体位，先行手术区消毒，一共消毒三遍；消毒时以手术切口为中心，范围要求覆盖切口周围皮肤至少 15cm 以上的区域，由外向内涂擦，涂擦时尽量不要留有缝隙。消毒待干后，铺盖无菌洞巾，行浅表脓肿局部浸润麻醉；
2. 取 2% 利多卡因溶液，在切口一端进针，回抽无血后再打一小皮丘，然后沿切口线进针，边进针边回抽，同时注射局麻药物，由远处向脓腔附近缓慢推进，直至切口的另一端。
3. 待局部麻醉后，在脓肿中央、波动感最明显处，用刀尖作一个适当的刺入，先行引流出部分脓液，以减轻局部皮肤的张力，然后刀口向上，反挑切开，将其逐步扩大成一个大切口。
4. 脓液排出后，以手指伸入脓腔，探查其大小、以及形状，脓腔内有纤维隔膜时，可用止血钳行钝性分离，使之变为单一的大脓腔，以利于引流。然后，填塞引流物，填塞纱布时不要

填塞过紧，防止引流不畅，另外，尽量选用完整连续的长条形纱布，以便取出时，防止个别小纱布遗留在伤口内，最后，将伤口覆盖纱布，清理周围皮肤，行局部包扎即可。

【注意事项】

- 1.浅表脓肿切口应在波动最明显处；深部脓肿切开引流前可先行穿刺抽脓，并应以穿刺抽出脓液的针为引导切开脓肿。
- 2.切开的切口要足够大，要考虑患者站立及平卧的姿势，尽量取最低部位便于引流。不作经关节区的纵行切口，以免瘢痕挛缩，影响关节运动功能。
- 3 脓肿切开引流应遵循无菌操作原则，防止混合感染。
- 4.穿刺或切开引流，均应取部分脓液作细菌培养和药敏试验。
- 5.填入脓腔的纱布的块数要准确记录在手术记录中，术后换药时需要全部取出。如脓腔较大，可以纱布连接在一起，以防有个纱布遗漏在脓腔内。
- 6.填入的纱布应在 24 ~ 48 小时后取出，换置纱布或纱条引流。

【78 号题】重庆南坪 第一站：1.病史，上腹痛 2 年+全腹痛。 2.病例：可能是右桡骨折。

第二站：1.扁桃体分度和检查 2.胃 CA 术后拆线。3.腹部移动性浊音。**第三站：**心电图有个是心梗。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 诱因、病因：有无饮食、受寒、无进食不当、精神紧张、劳累等

(2) 针对腹痛：程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。

(3) 伴随症状：有无发热、寒战、皮肤黄染、食欲不振、厌油

恶心、腹胀；有无腹泻、消瘦乏力，有无头痛、头晕、意识障碍

(4) 发病以来一般情况：发病以来睡眠、饮食、二便、体重情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有过敏史

2. 与该病有关的其他病史：有无消化系统其它疾病

3. 有无烟酒嗜好

4. 有无肿瘤等遗传家族史

病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 扁桃体分度和检查

扁桃体肿大的分度：不超过咽腭弓为 I 度肿大；超过咽腭弓为 II 度肿大；达到或超过咽后壁中线为 III 度肿大。

检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物，

胃 CA 术后拆线

首先揭开敷料,暴露缝合口,若有胶布痕迹,可用汽油或松节油棉签擦净。选用碘伏或 70% 酒精棉球先后由内至外消毒缝合口及周围皮肤 5~6cm,然后用无齿镊轻提缝合口上打结的线头,使埋于皮肤的缝线露出,用线剪将露出部剪断,随即轻轻抽出,拆线时动作要轻,不可将结头两端线同时剪断,以防缝线存留皮下。若伤口愈合不可靠,可间断拆线。拆完缝线后,用酒精棉球再擦拭 1 次,盖以敷料,再以胶布固定。如伤口表面裂开,可用蝶形胶布在酒精灯火焰上消毒后,将两侧拉合固定,包扎。

腹部移动性浊音

先让被检查者仰卧,由脐部开始向左侧叩诊,直到出现浊音,叩诊板指不动,嘱被检查者右侧卧,再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象,可在右侧卧位的情况下,向右叩诊直至再次出现浊音,然后嘱患者左侧卧位,叩诊板指不动,再次叩诊该部位转为鼓音,向右侧继续叩诊均呈鼓音,则确定为移动性浊音阳性。**临床意义为腹腔存在游离液体,且液体量超过 1000ml。**

第三站 略

【79 号题】河南驻马店 第一站：病史采集；女，50 岁，意识不清伴无尿 5 小时，有糖尿病史 5 年。病例分析；女，35 岁，发热，伴尿急，尿频，腰痛入院，半个月前有妊娠流产史。1 年前有尿频、尿急症状发作，用左氧氟沙星好转。**第二站：**眼睑，结膜，巩膜检查，腹肌紧张度，压痛，反跳痛检查，心脏触诊。问题；1，心尖搏动的位置，2，气胸穿刺的 2 个部位。**第三站：**1，窦性心动过速，2，支气管呼吸音+湿罗音，3，急性心肌梗死，4，室性心动过速，5，胸腔积液，6，右侧髌骨骨折，7，脾破裂，8，医生为新入院病人做检查，没有得到病人同意也没有为病人整理衣服和叩诊心界的彩笔水擦掉？

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无外伤、高蛋白饮食等

(2) 针对意识不清：发病之前有无发热、瞻望、记忆力受损、心悸、胸痛、头晕、头痛等
症状

(3) 针对无尿：饮水量

(4) 伴随症状：发病之前有无发热、瞻望、记忆力受损、心悸、胸痛、头晕、头痛等症状

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无高血压、脑梗死、心脏病病史，有无疫区疫水接触史

3.婚育史、月经史、家族史等

第二站 体格检查

眼睑，结膜，巩膜检查

眼睑 双侧眼睑下垂多见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂；单侧眼睑下垂常见于动眼神经麻痹。眼睑水肿常常以晨起较明显，常见于急性肾小球肾炎、慢性肝病、营养不良等。

结膜 检查上睑结膜、下睑结膜和球结膜。充血和分泌物增多多见于结膜炎；球结膜水肿多见于肺性脑病、颅内压增高；睑结膜苍白见于各种贫血；结膜颗粒与滤泡常见于沙眼；结膜出血点可见于感染性心内膜炎。

巩膜 均匀黄染常见于黄疸，其他黄色色素增多时多在角膜周围黄染明显。

腹壁紧张度

医生立于患者右侧，以全手掌放于腹壁上部，使患者适应片刻，并感受腹肌的紧张度，利用浅部触诊法触诊。

压痛和反跳痛

腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，腹膜炎时患者可同时出现压痛、反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

腹部特定部位的压痛点对病变部位具有提示作用如：McBurney (麦氏点) 压痛：位于脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛，见于阑尾炎。Murphy (墨菲氏征)：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

心脏触诊

心脏触诊时先用手掌感觉心脏搏动的大体位置,然后用示指和中指指尖准确触诊心尖搏动最强点的位置和范围。正常心尖搏动在左侧第5肋间锁骨中线内0.5~1.0cm,范围约为2.0~2.5cm。触诊心前区震颤用小鱼际紧贴于心前区,如果触及到震颤,要注意震颤的部位和时相,震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定,在心尖搏动时震颤冲击手掌为收缩期震颤,反之为舒张期震颤。

考官提问问题

心尖搏动的位置:正常成人位于第5肋间,左锁骨中线内侧0.5~1.0cm,搏动范围以直径计算为2.0~2.5cm

胸腔穿刺点:一般取肩胛下角线或腋后线第7~8肋间;也可选腋中线6~7肋间或腋前线第5肋间为穿刺点。

【79号题】河北石家庄 第一站:病史采集:男,50岁,神志不清伴全身无力半小时,既往伴有糖尿病8年。病例分析:女,35岁,尿频尿急,伴发热2天;现病史:伴左侧腰痛,肾区叩击痛(+),辅查:蛋白(+),wbc:12.5 体格检查:1.巩膜,结膜,虹膜,角膜检查 2.心脏触诊 3.肱二头肌反射检查

第一站 病史采集

一 现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因:有无外伤、饮食方面等

(2) 针对意识不清及全身无力:发病之前有无发热、瞻望、记忆力受损、心悸、胸痛、头晕、头痛等症状

(3) 伴随症状：发病之前有无发热、瞻望、记忆力受损、心悸、胸痛、头晕、头痛等症状

(4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无高血压、脑梗死、心脏病病史，有无疫区疫水接触史

3. 婚育史、家族史等

病例分析

1. 初步诊断泌尿系统感染，急性肾盂肾炎。

诊断依据：(1) 尿频尿急伴发热

(2) 左侧腰痛，肾区叩击痛(+)

(3) 辅助检查：蛋白(+)、白细胞高

2. 鉴别诊断

(1) 急性膀胱炎

(2) 泌尿系结核

3.进一步检查

- (1) 尿培养
- (2) 尿找结核菌
- (3) 血肌酐、双肾 B 超及肾盂造影
- (4) 女性患者可行妇科检查

4.治疗原则

- (1) 用药前应先作尿培养+药敏试验,在未得到尿培养结果前应选用对革兰阴性杆菌有效的药物。
- (2) 应选用血、尿药物浓度均高的药物。
- (3) 用药后症状消失,尿常规检查无异常,尿菌阴转,疗程结束后一周及一个月后复查尿菌阴性可视为治愈。

第二站 体格检查

巩膜,结膜,虹膜,角膜检查

眼睑 双侧眼睑下垂多见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂;单侧眼睑下垂常见于动眼神经麻痹。眼睑水肿常常以晨起较明显,常见于急性肾小球肾炎、慢性肝病、营养不良等。

结膜 检查上睑结膜、下睑结膜和球结膜。充血和分泌物增多多见于结膜炎;球结膜水肿多见于肺性脑病、颅内压增高;睑结膜苍白见于各种贫血;结膜颗粒与滤泡常见于沙眼;结膜出血点可见于感染性心内膜炎。

巩膜 均匀黄染常见于黄疸,其他黄色色素增多时多在角膜周围黄染明显。

角膜 检查透明度,有无云翳、白斑、溃疡、软化、新生血管等。角膜周围血管增生常见于严重沙眼;角膜边缘出现灰白色浑浊圈为老年环;角膜边缘出现黄、棕褐色的色素环,为 Kayser-Fleischer 环,见于肝豆状核变性 (Wilson 病)。

心脏触诊

心脏触诊时先用手掌感觉心脏搏动的大体位置,然后用示指和中指指尖准确触诊心尖搏动最强点的位置和范围。正常心尖搏动在左侧第 5 肋间锁骨中线内 0.5~1.0cm,范围约为 2.0~2.5cm。触诊心前区震颤用小鱼际紧贴于心前区,如果触及到震颤,要注意震颤的部位和时相,震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定,在心尖搏动时震颤冲击手掌为收缩期震颤,反之为舒张期震颤。

肱二头肌反射检查

肱二头肌反射 (C5~6):被检查者屈肘,前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部,以左手拇指置于肱二头肌腱上,用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

【80 号题】 第一站:病史采集:女,33 岁,右下腹疼伴恶心呕吐,既往有妇科良性肿瘤。
病例分析:头疼 10 年,胸闷,伴下肢水肿 2 个月,既往高血压。**第二站:**体表标志:肋脊角,胸骨旁线,肩胛线,后正中线,锁骨上窝。腹肌紧张,腹部压疼,反跳疼的操作,肛门指诊检查,放腹水的操作。

第一站 病史采集:

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无不洁饮食，近期有无外出旅游
- (2) 针对腹痛：部位、性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。
- (3) 针对呕吐：发生时间，次数，呕吐和进食的关系，呕吐物的性质
- (4) 伴随症状：有无腹泻、妇科异常
- (5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无疫区疫水接触史，月经生育史、家族遗传史。

第二站 体格检查

肋脊角、胸骨旁线，肩胛线，后正中线，锁骨上窝

肋脊角：第 12 肋骨与脊柱的成角，其内为肾脏和输尿管的起始部；

胸骨旁线：为通过胸骨线和锁骨中线中间的垂直线；

肩胛线：为双臂下垂时通过肩胛下角与后正中线平行的垂直线；

后正中线：即脊柱中线

锁骨上窝：为锁骨上方的凹陷部

压痛和反跳痛

腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，腹膜炎时患者可同时出现压痛、反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

腹部特定部位的压痛点对病变部位具有提示作用如：McBur-ney (麦氏点) 压痛：位于脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。Murphy (墨菲氏征)：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

肛门指诊

检查时患者采取肘膝位或侧卧位，检查者戴手套，涂以润滑剂。轻柔地插入肛门、直肠内。先后检查括约肌的紧张度、肛管及直肠内壁。了解黏膜是否光滑，有无肿块及搏动感。直肠触痛多见于感染，坚硬而凹凸不平的包块多为直肠癌，柔软而光滑的包块多为息肉。指套带有黏液、脓液或血液时应进行内镜检查。

第二站 基本操作

腹腔穿刺

以左下腹部穿刺点为例

患者取平卧位。术者戴无菌手套，穿刺部位作常规消毒：是以穿刺点为圆心，向外周作环形，消毒范围的直径为 15cm，一共消毒三遍；消毒后，铺洞巾，再用 2%利多卡因从皮

肤至腹膜壁层做局部麻醉。麻醉后,术者用左手固定穿刺点皮肤,右手持针经垂直刺入腹壁,待感针峰抵抗感突然消失时,表示针头已穿过腹膜壁层即可抽取腹水,并将抽出液放入试管中送检。而大量放液时,可用8号或9号针头倾斜 $45^{\circ}\sim 60^{\circ}$ 进针1~2cm再垂直刺于腹膜层,并在针尾接一橡皮管,再夹输液夹子以调节速度,将腹水引入容器中以备测量和化验检查。注意放液不宜过多过快,肝硬化患者一般一次不宜超过3000ml。

【81号题】 **第一站:**病史采集:女性,49岁,低热,腹泻4天。病例分析:男性56岁,反复头晕,头痛2年,曾测血压为200/150mmhg,长期服用北京降压“0”,血压控制不佳,既往有糖尿病史,长期服用降糖药,空腹血糖控制在7mmol/L。查体:肥胖体型,血压170/100mmhg,空腹血糖9.5mmol/L, K^{+} : 3.3mmol/L。**第二站:**操作:腰椎穿刺术。体格检查:扁桃体检查,腹部移动性浊音,心脏触诊。**第三站:**舒张系隆隆样杂音,湿罗音并干啰音,正常胸片,室性心动过速,急性心肌梗塞,胃溃疡。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1)诱因、病因:有无不洁进食、聚餐、旅行,服用泻药等

(2)针对发热:程度、热型、有无寒战

(3)针对腹泻:起病缓急、病程、性质、次数、量、性状、气味、颜色,加重或缓解因素。

(4)伴随症状:有无头晕、心悸、口渴、出汗、尿量减少、恶心呕吐等

(5)发病以来一般情况:发病以来睡眠、饮食、二便、体重情况。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊, 做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史: 有无类似发作, 有无慢性消化系统疾病病史, 有无疫区疫水接触史。

第二站 基本操作

腰椎穿刺术:

1. 体位病人侧卧位于硬板床上, 背部与床面垂直。头向前胸部屈曲, 双手抱膝紧贴腹部, 使躯干呈弓形。或由助手协助使病人躯干呈弓形。

2. 确定穿刺点双侧髂后上棘连线与后正中线交会处为穿刺点。一般取第 3~4 腰椎棘突间隙。

有时可上移或下移一个腰椎间隙。戴无菌手套, 常规消毒皮肤, 盖洞巾, 用 2%利多卡因自皮肤到椎间韧带作局部麻醉。

3. 术者左手固定穿刺点皮肤, 右手持穿刺针, 以垂直背部的方向或略向头侧缓慢刺入。

4. 成人进针深度约 4~6cm, 儿童则为 2~4cm。当针头穿过韧带与硬脑膜时, 有阻力突然消失的落空感。此时将针芯慢慢抽出, 可见脑脊液流出。

5. 测量脑脊液压力放液前先接上测压管测量压力。正常侧卧位脑脊液压力为

70~180mmH₂O, 或 40~50 滴 / 分钟。

6. 撤去测压管, 根据检测要求收集脑脊液送检。插入针芯后, 拔出穿刺针, 盖消毒纱布并用胶布固定。

体格检查

扁桃体检査

检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物,了解扁桃体肿大的分度(不超过咽腭弓为Ⅰ度肿大;超过咽腭弓为Ⅱ度肿大;达到或超过咽后壁中线为Ⅲ度肿大)。

移动性浊音:

检查时先让被检查者仰卧,由脐部开始向左侧叩诊,直到出现浊音,叩诊板指不动,嘱被检查者右侧卧,再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象,可在右侧卧位的情况下,向右叩诊直至再次出现浊音,然后嘱患者左侧卧位,叩诊板指不动,再次叩诊该部位转为鼓音,向右侧继续叩诊均呈鼓音,则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体,且液体量超过 1000ml。

心脏触诊

心脏触诊时先用手掌感觉心脏搏动的大体位置,然后用示指和中指指尖准确触诊心尖搏动最强点的位置和范围。正常心尖搏动在左侧第 5 肋间锁骨中线内 0.5~1.0cm,范围约为 2.0~2.5cm。触诊心前区震颤用小鱼际紧贴于心前区,如果触及到震颤,要注意震颤的部位和时相,震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定,在心尖搏动时震颤冲击手掌为收缩期震颤,反之为舒张期震颤。

【82 号题】黑龙江 第一站:女性 26 岁突发头痛,神志不清 4 小时 转移性右下腹痛 48 小时。**第二站:** 1. 对光反射; 腹肌紧张、压痛、反跳痛。心脏触诊。提问 蛛网下腔出血神经系统查体 2.心梗患者,吸氧及面罩使用。提问 面罩吸氧的优缺点。

第一站 病史采集

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病缓急、程度

(2) 过程 (有无波动、中间清醒期)

(3) 病程、四肢自主运动和肌张力如何?

(4) 加重或缓解因素

(5) 伴随症状: 有无发热、头痛呕吐、呕血、黄疸、水肿、抽搐、心悸、气短、与意识障碍的关系

(6) 发病以来饮食、睡眠和大便情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊? 做过哪些检查?

如尿常规、血常规、脑脊液检查、颅脑 CT/MRI 等

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何? 若用过, 是哪些药物? 疗效如何?

二、相关病史

1. 过敏史

2. 与该病有关的其它病史: 既往有无颅脑外伤、五官疾病。有无月经和婚育史及不洁性交史。

有无去过林牧区等。

第二站 体格检查

对光反射

传入神经为视神经,传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

腹壁紧张度

医生立于患者右侧,以全手掌放于腹壁上部,使患者适应片刻,并感受腹肌的紧张度,利用浅部触诊法触诊。

压痛和反跳痛

腹部触诊出现压痛时,手指于原处稍停片刻,使压痛感趋于稳定,然后迅速将手抬起,检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情,称为反跳痛,是腹膜壁层受到炎症累及的征象,腹膜炎时患者可同时出现压痛、反跳痛和肌紧张,称为“腹膜炎三联征”。

腹部特定部位的压痛点对病变部位具有提示作用如:McBurney(麦氏点)压痛:位于脐与右髂前上棘连线中外1/3处压痛,见于阑尾炎。Murphy(墨菲氏征):检查者左手掌平放于右肋下部,拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处,余四指与肋骨垂直交叉,拇指指腹勾压于右肋弓下,让被检查者缓慢深吸气,发炎的胆囊碰到拇指,出现剧烈疼痛,被检查者突然终止呼吸,表情痛苦,称为Murphy征阳性,见于胆囊炎。

心脏触诊

心脏触诊时先用手掌感觉心脏搏动的大体位置,然后用示指和中指指尖准确触诊心尖搏动最强点的位置和范围。正常心尖搏动在左侧第5肋间锁骨中线内0.5~1.0cm,范围约为2.0~2.5cm。触诊心前区震颤用小鱼际紧贴于心前区,如果触及到震颤,要注意震颤的

部位和时相,震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定,在心尖搏动时震颤冲击手掌为收缩期震颤,反之为舒张期震颤。

第二站 基本操作

以双侧鼻导管吸氧法为例

操作者将所用物品携至床旁,向病人解释操作目的,取得病人同意,戴口罩。用手电筒检查病人鼻腔,取湿棉签清洁两侧鼻孔,安装氧气表并检查是否漏气,连接吸氧管,调节氧流量,润滑吸氧管并检查是否通畅,将吸氧管轻轻插入鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量,并向病人及家属交待注意事项。清洁病人面部及整理床位。

面罩法:适用于张口呼吸且病情较重的病人。其缺点在于容易影响病人饮食、翻身等活动。

【82号题】山西 第一站:女性'头晕3小时,神志不清4小时 转移性右下腹痛呕48小时。**第二站:**对光反射 腹肌紧张。压痛'反跳痛。心脏触诊

第一站 病史采集

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1)起病缓急、程度

(2)过程(有无波动、中间清醒期)

(3)病程、四肢自主运动和肌张力如何?

(4)加重或缓解因素

(5)伴随症状:有无发热、头痛呕吐、呕血、黄疸、水肿、抽搐、心悸、气短、与意识障碍的关系

(6) 发病以来饮食、睡眠和大便情况

2、诊疗经过

(1) 是否到医院就诊? 做过哪些检查?

如尿常规、血常规、脑脊液检查、颅脑 CT/MRI 等

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何? 若用过, 是哪些药物? 疗效如何?

二、相关病史

1. 过敏史

2. 与该病有关的其它病史: 既往有无颅脑外伤、五官疾病。有无月经和婚育史及不洁性交史。

有无去过林牧区等。

第二站 体格检查

对光反射

传入神经为视神经, 传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

腹壁紧张度

医生立于患者右侧, 以全手掌放于腹壁上部, 使患者适应片刻, 并感受腹肌的紧张度, 利用浅部触诊法触诊。

压痛和反跳痛

腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，腹膜炎时患者可同时出现压痛、反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

腹部特定部位的压痛点对病变部位具有提示作用如：McBurney (麦氏点) 压痛：位于脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛，见于阑尾炎。Murphy (墨菲氏征)：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

心脏触诊

心脏触诊时先用手掌感觉心脏搏动的大体位置，然后用示指和中指指尖准确触诊心尖搏动最强点的位置和范围。正常心尖搏动在左侧第 5 肋间锁骨中线内 0.5~1.0cm，范围约为 2.0~2.5cm。触诊心前区震颤用小鱼际紧贴于心前区，如果触及到震颤，要注意震颤的部位和时相，震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定，在心尖搏动时震颤冲击手掌为收缩期震颤，反之为舒张期震颤。

【83 号题】 第一站：病史采集：女，发热胸痛 7 天，呼困 3 天，X 线显示胸腔积液。病例分析：腹痛，B 超示肿块 6cm，既往肝炎病史。**第二站：**腋窝淋巴结触诊，胸壁视诊，肝脏单双手触诊。腹穿。医学教育网整理

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

- (1) 发病诱因：有无受凉等
- (2) 发热的程度、热型、咳血，胸痛及呼吸困难的性质和程度；
- (3) 伴随症状重是否有咳痰、咯血、发绀，有无下肢水肿，有无意识障碍
- (4) 发病以来饮食、睡眠、大小便和体重变化

2. 诊疗经过

- (1) 是否曾到医院就诊，做过哪些检查

如胸片、肺功能等

- (2) 治疗情况：有无使用抗生素、糖皮质激素、支气管舒张剂等，疗效如何

(二) 相关病史

1. 过敏史

2. 与该病有关的其他病史

第二站 体格检查

腋窝淋巴结

检查左侧时，检查者左手握被检查者左手，使其前臂稍外展，右手四指并拢稍弯曲，自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

肝脏单双手触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊,以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

(1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

(2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

腹腔穿刺

以左下腹部穿刺点为例

患者取平卧位。术者戴无菌手套,穿刺部位作常规消毒:是以穿刺点为圆心,向外周作环形,消毒范围的直径为 15cm ,一共消毒三遍;消毒后,铺洞巾,再用2%利多卡因从皮肤至腹膜壁层做局部麻醉。麻醉后,术者用左手固定穿刺点皮肤,右手持针经垂直刺入腹壁,待感针峰抵抗感突然消失时,表示针头已穿过腹膜壁层即可抽取腹水,并将抽出液放入试管中送检。而大量放液时,可用8号或9号针头倾斜 $45^\circ\sim 60^\circ$ 进针 $1\sim 2\text{cm}$ 再垂直刺于腹膜层,并在针尾接一橡皮管,再夹输液夹子以调节速度,将腹水引入容器中以备测量和化验检查。注意放液不宜过多过快,肝硬化患者一般一次不宜超过 3000ml 。

胸壁视诊

在受检者的体表观察到明显的体表标志：胸廓上缘、锁骨、胸骨、肋骨、锁骨上窝、胸骨上窝；再观察胸壁和胸廓，有无静脉充盈、曲张，血流方向，有无皮疹、蜘蛛痣等。正常胸廓两侧大致对称，呈椭圆形，前后径左右径约为 1：1.5。同时观察呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。胸式呼吸多见于成年女性；腹式呼吸多见于成年男性及儿童。呼吸频率 12~20 次/分，与脉搏之比约为 1：4。节律均匀而整齐。

最后观察受检者体表的人工划线：包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线（肩胛线）、后正中线。

【84 号题】第一站：病史采集：发热，胸痛 7 天，呼吸困难 3 天，胸部 X 线：大量胸腔积液。病例分析：右侧输卵管妊娠、继发性不孕。**第二站：**腋窝淋巴结触诊、胸壁扩张度、肝脏单双手触诊，腹部正中切口手术，消毒铺巾。**第三站：**舒张期吹风样杂音、双向干鸣音、正常胸片、正常心电图、房室传导阻滞。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

- (1) 发病诱因：有无受凉等
- (2) 发热的程度、热型、咳血，胸痛及呼吸困难的性质和程度；
- (3) 伴随症状重是否有咳痰、咯血、发绀，有无下肢水肿，有无意识障碍

(4) 发病以来饮食、睡眠、大小便和体重变化

2. 诊疗经过

(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查

如胸片、肺功能等

(2) 治疗情况: 有无使用抗生素、糖皮质激素、支气管舒张剂等, 疗效如何

(二) 相关病史

1. 过敏史

2. 与该病有关的其他病史

第二站 体格检查

腋窝淋巴结

检查左侧时, 检查者左手握被检查者左手, 使其前臂稍外展, 右手四指并拢稍弯曲, 自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝, 直达腋窝顶部, 自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸, 依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

肝脏单双手触诊

触诊肝脏时, 右手三指并拢, 掌指关节伸直, 示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧, 估计肝脏巨大者应放置于右下腹部, 被检查者呼气时手指压向腹深部, 再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移, 重复上述的动作。如此反复, 直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊, 以示指的

外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

(1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

(2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 \leq 1cm，剑下 \leq 3~5cm，上下径9~11cm。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

胸廓扩张度

检查者双手放在被检者胸廓前下侧部，双拇指分别沿两侧肋缘指向剑突，拇指尖在正中线接触或稍分开。嘱患者进行平静呼吸和深呼吸，利用手掌感觉双侧呼吸运动的程度和一致性。

第二站 基本操作

腹部手术，消毒范围至少要求上至乳头线，下至大腿上1/3，两侧至腋中线。先将消毒液倒入肚脐少许，用卵圆钳夹持浸有消毒剂（2%~3%碘酊）的棉球或小纱布块，由腹部中心区开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙；第二、三遍都不能超出上一遍的范围。第三遍消毒完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。消毒完毕，换消毒液（碘伏或0.1%苯扎溴铵）消毒会阴部。

手术区消毒后，铺无菌巾。铺巾时每块手术巾的反折部靠近切口。铺巾的顺序是：如铺巾者未穿手术衣先铺相对不洁区（如会阴、下腹部），再铺其他两侧，最后铺靠近铺巾者一侧（若已穿好手术衣，则先铺好自己的一侧），然后用巾钳夹住无菌巾之交叉处固定。若铺

巾完毕后要修正某一铺巾只能由手术区向外移。然后再根据需要铺中单、大单,大单的头端应盖过手术架,两侧和足端部应垂下超过手术台边缘 30cm。

【85 号题】 第一站：病例分析：急性胰腺炎。第二站：清创术，肝脏触诊。第三站：胸包摩擦音。

2.与该病有关的其他病史

第二站 体格检查

肝脏单双手触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊,以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

(1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

(2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 \leq 1cm,剑下 \leq 3~5cm,上下径9~11cm。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

第二站 基本操作

清创术

1. 清洁伤口周围皮肤先用无菌纱布覆盖伤口，剃去伤口周围的毛发，其范围应距离伤口边缘 5cm 以上，有油污者，用汽油或者乙醚擦除
2. 手术者洗手、穿手术衣、戴无菌手套，
3. 用无菌纱布覆盖伤口，用肥皂水和无菌纱布刷洗伤口周围的皮肤，再以碘伏反复擦洗，严重污染伤口可刷洗多次，直至清洁为止，注意勿使冲洗肥皂水流入伤口内。
4. 清洗、检查伤口，去除覆盖伤口的无菌纱布，用无菌生理盐水冲洗伤口，并以夹持小纱布的海绵钳轻轻擦拭伤口内的组织，用 3% 的过氧化氢溶液冲洗，待创面呈现泡沫后，再用无菌生理盐水冲洗干净。擦干伤口内的冲洗液及伤口周围皮肤。
5. 皮肤消毒、铺无菌巾：以 0.75% 碘酊消毒皮肤，铺无菌巾。注意，勿使消毒液流入伤口内，必要时伤口周围局部麻醉。
6. 清理伤口：术者、助手再次消毒双手后，戴无菌手套，用手术剪清除伤口周围不整齐的皮肤边缘 1~2mm，失去活力呈灰白色或不出血呈紫色的皮肤应予以去除。若切口过小，应扩大切口充分暴露。一般从伤口两端沿纵轴延长（有时须据功能和外观选择延长切口的方向），尽量取净伤口内的异物，剪除伤口内失去活力的组织，由浅入深仔细清除，凡夹捏不收缩，切开不出血或无颜色改变的肌肉组织，都要彻底切除或剪除。
7. 血管损伤的处理 不影响伤口血液循环的断裂血管，可予以结扎。若主要血管损伤，清创后需进行动、静脉吻合或修补术。
8. 缝合伤口 遵循清创缝合原则，完成符合缝合要求的伤口，经上述步骤处理的伤口则为清洁伤口，再用无菌盐水冲洗伤口。如手术台面无菌巾已浸透，则应加盖无菌巾。缝合伤口，由深层向浅层按局部的解剖层次进行缝合。避免遗留无效腔，防止形成血肿，缝合时松紧度

要适宜, 以免影响局部血运。用间断缝合法缝合皮下组织后, 采用 70%乙醇消毒伤口周围的皮肤, 间断缝合法缝合皮肤。对齐皮缘, 挤出皮下积血, 再次用 70%乙醇消毒皮肤, 覆盖无菌纱布, 并妥善包扎固定。

9. 伤口表浅, 止血良好, 缝合后没有无效腔时, 一般不必放置引流物。伤口深, 损伤范围大且重。污染重的伤口和无效腔可能存在有血肿形成时, 应放置引流物。

【86 号题】 **第一站:** 病史采集: 车内呕吐伴昏迷。病例分析: 胃癌。 **第二站:** 检查身高测量, 脾脏触诊, 心脏听诊。操作: 胃肠减压, 对光反射、胸部听诊, 腹肌紧张度、压痛、反跳痛; 操作: 脊髓损伤搬运。问诊是关于尿的。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况: ①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病; ③有无缓解和缓解因素, 包括禁食、保温和体位等

(2) 昏迷前的症状, 有无出冷汗、手脚冰凉等休克症状, 有无头痛、头晕、瞻望、有无脑膜刺激征等

(3) 恶心、呕吐的情况: 恶心、呕吐的频率, 呕吐物的性质和量等

(5) 发病以来饮食、睡眠和大便情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊? 做过哪些检查?

血压、血尿常规、血尿淀粉酶、腹部平片、头颅 CT、胃镜等

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何?

二、相关病史

1. 有无过敏史

2. 与该病有关的其他病史: 既往有无类似发作, 有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病史、高血压、心脏病、脑梗等。有无腹部手术史

3. 有无烟酒嗜好

4. 有无遗传家族史

第二站 体格检查

脾脏触诊 (双手)

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位, 稍用力上抬脾脏, 检查者再以右手手指略向前弯, 平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下, 使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧, 检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸, 以配合检查者的触诊。

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容 (心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音)。

心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始, 依次听诊二尖瓣区 (心尖部) 4 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) → 主动脉瓣第二听诊区 (胸骨左缘第 3 肋间) → 三尖瓣区 (胸骨左缘第 4、5 肋间)。

正常心音正常情况下可听到第一心音 (S1) 和第二音 (S2)。S1 是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣叶振动所致，是心室收缩开始的标志，心尖部听诊最清晰。S2 是血流在主动脉与肺动脉内突然减速，半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致，是心室舒张开始的标志。

几种常见的心脏杂音

(1) 二尖瓣狭窄听诊特点：心前区可闻及第一心音亢进和开瓣音，心尖区有低调的隆隆样舒张中晚期杂音。

(2) 二尖瓣关闭不全听诊特点：心尖区会收缩期吹风样杂音，响度在 3/6 级以上，多向左腋传播，吸气时减弱。

(3) 主动脉关闭不全听诊特点：主动脉瓣区舒张期杂音，为一高调递减型哈气样杂音，坐位前倾呼气末时明显。

(4) 主动脉狭窄听诊特点：主动脉瓣区可听到响亮、粗糙、时限长的吹风样喷射性收缩期杂音，此杂音是由于收缩期血流通过狭窄瓣膜，在升主动脉内血液产生涡流所致。

(5) 房颤听诊特点：心律绝对不齐，第一心音强弱不等。

(6) 心包摩擦音听诊特点：性质粗糙呈搔抓样，声音呈三相，即心房收缩、心室收缩、心室舒张均出现摩擦音，但有时只在收缩期听到。

【87 号题】浙江杭州 第一站：腰痛，加重 2 小时 脑出血 第二站：甲状腺触诊 语音震颤 脾脏触诊 第三站：听诊 湿罗音 期前收缩 心电图：一个正常，一个窦缓，X 片：一个正常胸片，一个食管癌，CT：硬膜外血肿

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无受凉、劳累

(2) 针对腰痛：性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。

(3) 伴随症状：有无强制性脊柱、运动、感觉障碍

(6) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无外伤史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无脊柱损伤

第二站 体格检查

甲状腺触诊

甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）

时,检查者可站在患者前面,用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧,另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊,并嘱患者做吞咽动作,同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为 I 度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

语音震颤

检查语音震颤时,可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁,嘱患者发低音调"yi"长音,通过单手或双手进行检查,由上而下,左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等;增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

脾脏触诊(双手)

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位,稍用力上抬脾脏,检查者再以右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧,检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸,以配合检查者的触诊。

【88 号题】 第一站：病史采集：女，12 岁，寒战高热，伴膝关节红肿热痛。病例分析：男 35 咳嗽咳痰 3 周，考虑肺结核和糖尿病，有 X 线空洞，血糖高，糖尿病有 5 年病史。**第二站：**操作为甲状腺触诊，胸廓视诊，肝脏触诊，脓肿切开引流。

第一站 病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 发病可能诱因：如有无足癣、皮肤局部破损等

(2) 体温升高和变化情况，有无寒战

(3) 膝关节皮肤红肿热痛的特点，如范围大小、边界是否清楚，有无肿胀、流液、疼痛性质，对行走和右下肢活动有无影响

(4) 有无全身中毒症状，如全身乏力、疼痛，食欲减退等

(5) 发病以来大便、小便和睡眠情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？

如到医院做血常规检查和局部细菌学检查等

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？如是否应用过抗生素治疗，若用过，是哪些抗生素？疗效如何？

(二) 相关病史

1. 有无药物&食物过敏史

2. 与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无糖尿病、丝虫病、局部皮肤病病史或服用免疫抑制药物史等

第二站 体格检查

甲状腺触诊

甲状腺较小 (如 I 度肿大) 时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大 (如 II 度及以上肿大) 时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患者做吞咽动作, 同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到, 但能触及为 I 度肿大; 甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大; 甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

胸壁视诊

在受检者的体表观察到明显的体表标志: 胸廓上缘、锁骨、胸骨、肋骨、锁骨上窝、胸骨上窝; 再观察胸壁和胸廓, 有无静脉充盈、曲张, 血流方向, 有无皮疹、蜘蛛痣等。正常胸廓两侧大致对称, 呈椭圆形, 前后径左右径约为 1:1.5。同时观察呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。胸式呼吸多见于成年女性; 腹式呼吸多见于成年男性及儿童。呼吸频率 12~20 次/分, 与脉搏之比约为 1:4。节律均匀而整齐。

最后观察受检者体表的人工划线: 包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线 (肩胛线)、后正中线。

肝脏单双手触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中中线触摸。可采用双手触诊,以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

(1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

(2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

第二站 基本操作

脓肿切开引流术

1.根据脓肿部位,患者取舒适体位,先行手术区消毒,一共消毒三遍;消毒时以手术切口为中心,范围要求覆盖切口周围皮肤至少 15cm 以上的区域,由外向内涂擦,涂擦时尽量不要留有缝隙。消毒待干后,铺盖无菌洞巾,行浅表脓肿局部浸润麻醉;

2.取2%利多卡因溶液,在切口一端进针,回抽无血后再打一小皮丘,然后沿切口线进针,边进针边回抽,同时注射局麻药物,由远处向脓腔附近缓慢推进,直至切口的另一端。

3.待局部麻醉后,在脓肿中央、波动感最明显处,用刀尖作一个适当的刺入,先行引流出一部分脓液,以减轻局部皮肤的张力,然后刀口向上,反挑切开,将其逐步扩大成一个大切口。

4.脓液排出后,以手指伸入脓腔,探查其大小、以及形状,脓腔内有纤维隔膜时,可用止血钳行钝性分离,使之变为单一的大脓腔,以利于引流。然后,填塞引流物,填塞纱布时不要填塞过紧,防止引流不畅,另外,尽量选用完整连续的长条形纱布,以便取出时,防止个别小纱布遗留在伤口内,最后,将伤口覆盖纱布,清理周围皮肤,行局部包扎即可。

【注意事项】

- 1.浅表脓肿切口应在波动最明显处;深部脓肿切开引流前可先行穿刺抽脓,并应以穿刺抽出脓液的针为引导切开脓肿。
- 2.切开的切口要足够大,要考虑患者站立及平卧的姿势,尽量取最低部位便于引流。不作经关节区的纵行切口,以免瘢痕挛缩,影响关节运动功能。
- 3.脓肿切开引流应遵循无菌操作原则,防止混合感染。
- 4.穿刺或切开引流,均应取部分脓液作细菌培养和药敏试验。
- 5.填入脓腔的纱布的块数要准确记录在手术记录中,术后换药时需要全部取出。如脓腔较大,可以纱布连接在一起,以防有个纱布遗漏在脓腔内。
- 6.填入的纱布应在 24~48 小时后取出,换置纱布或纱条引流。

【89 号题】青海西宁 第一站：病史采集：老年男性，咳嗽咳痰 5 年，咯血 1 天 病例分析：有机磷中毒。**第二站：**腋窝淋巴肝脏的触诊，单手双手肝脏的检查，脾脏的触诊（老师为了防止手机作弊，从题库中随机抽）脊髓损伤的搬运。**第三站：**窦性心动过缓，2 度方式传导阻滞。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无受凉、疲劳；有无过度劳累、上感等

(2) 针对咳嗽、咳痰：痰的性状。呼吸困难的程度，加重和缓解的因素（体位、药物、劳力等）：程度、热型、有无寒战

(3) 针对咯血：咯血的量、颜色和性状

(4) 伴随症状：有无胸痛，有无发热，有无下肢水肿，有无意识障碍有无恶性呕吐、有无季节性，加重和缓解的诱因。有无呼吸困难；有无呼吸困难和全身其他部位出血的表现

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性呼吸系统疾病病史

3. 相关病史：有无过敏史；与该病有关的其他病史；；有无心肺疾病、结核病、血液病和糖尿病史有无结核接触史、职业史和吸烟史

病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则

第二站 腋窝淋巴肝脏的触诊

检查左侧时,检查者左手握被检查者左手,使其前臂稍外展,右手四指并拢稍弯曲,自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

单手双手肝脏的检查

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。:检查者右手位置同单手法,左手托住被检查者右腰部,拇指张开置于肋部,触诊时左手向上抬起,使肝下缘紧贴前腹壁下移,并限制右下胸扩张,以增加膈下移的幅度,这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指,可提高触诊的效果;注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

脾脏的触诊

触诊脾脏时,被检查者仰卧位,双下肢屈曲。检查者右手手指略向前弯曲,右手掌平放于脐部,与左肋弓大致成垂直方向。让被检查者做深大的腹式呼吸,检查者的手随被检查者呼吸进行滑动触诊。如果没有触及脾脏,可进行双手位触诊,检查者左手放在患者左背部后下方,稍用力上抬脾脏,检查者再以右手做滑动触诊,直至肋缘下。

脊髓损伤的搬运

用担架、木板或门板搬运。先使伤者两下肢伸直，两手相握放在身前。担架放在伤员一侧，三人同时用手平抬伤员头颈、躯干及下肢，使伤员成一体平直托至担架上。注意不要使躯干扭转，特别注意勿使伤者呈屈曲体位时搬运。对颈椎损伤的伤员，要另有一人专门托扶头部，并沿纵轴向上略加牵引。

注意事项：

1.在搬运过程中，**要保证伤者头颈，躯干及下肢在同一水平。**



2.禁止伤者呈屈曲体位。

3.注意！**在平放伤员时，搬运人员应同步放下。**

第三站 略

【90号题】 **第一站：**病史采集：男，70岁，全腹胀满3天，间歇呕吐1天。病例分析：

男，37岁，间断咳嗽，咳痰，痰中带血5年，咯血2小时。**第二站：**甲状腺检查，要说视诊的内容，前面触诊和后面触诊选其一，胸廓的视诊，脾脏的触诊，操作：用鼻塞法吸氧。

第三站：1.舒张期隆隆样杂音，2.干啰音，3.食管癌，4.胸腔积液，5.硬膜下血肿。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无不洁饮食，近期有无外出旅游
- (2) 针对腹痛腹胀：部位、性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。
- (3) 针对呕吐：发生时间，次数，呕吐和进食的关系，呕吐物的性质
- (4) 伴随症状：有无腹泻
- (5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无疫区疫水接触史，家族遗传史等。

第二站 体格检查

甲状腺检查

触诊：甲状腺较小（如 I 度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于

甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

胸壁视诊

在受检者的体表观察到明显的体表标志：胸廓上缘、锁骨、胸骨、肋骨、锁骨上窝、胸骨上窝；再观察胸壁和胸廓，有无静脉充盈、曲张，血流方向，有无皮疹、蜘蛛痣等。正常胸廓两侧大致对称，呈椭圆形，前后径左右径约为 1：1.5。同时观察呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。胸式呼吸多见于成年女性；腹式呼吸多见于成年男性及儿童。呼吸频率 12～20 次 / 分，与脉搏之比约为 1：4。节律均匀而整齐。

最后观察受检者体表的人工划线：包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线（肩胛线）、后正中线。

脾脏触诊（双手）

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位，稍用力上抬脾脏，检查者再以右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧，检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸，以配合检查者的触诊。

【91 号题】四川南充 第一站：病史采集：58 岁，男性，尿色深伴皮肤瘙痒半年入院。病例分析是：女性，反复发作性胸骨后疼痛 2 年，持续 3-5 分钟，可自行缓解，既往有糖尿病病史。诊断：1.冠心病：心绞痛；2.2 型糖尿病。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无血液病、结石等

(2) 针对主诉：起病缓急、病程、性质（全程血尿、初始血尿、终末血尿）、次数、量、性状、气味、颜色。夜间排尿次数和夜间尿量，加重或缓解因素

(3) 伴随症状：有无发热、腰痛、尿痛、尿流中断、水肿、尿路刺激征。

(4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性泌尿系统疾病病史

3. 相关病史：有无过敏史；与该病有关的其他病史；

病例分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则

【92 号题】第二站：甲状腺触诊，脾脏触诊，腰穿。

第二站 体格检查

甲状腺检查

触诊：甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

脾脏触诊（双手）

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位，稍用力上抬脾脏，检查者再以右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧，检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸，以配合检查者的触诊。

第二站 基本操作

腰椎穿刺术：

- 1.体位病人侧卧位于硬板床上，背部与床面垂直。头向前胸部屈曲，双手抱膝紧贴腹部，使躯干呈弓形。或由助手协助使病人躯干呈弓形。
- 2.确定穿刺点双侧髂后上棘连线与后正中线交会处为穿刺点。一般取第3~4腰椎棘突间隙。有时可上移或下移一个腰椎间隙。戴无菌手套，常规消毒皮肤，盖洞巾，用2%利多卡因自皮肤到椎间韧带作局部麻醉。
- 3.术者左手固定穿刺点皮肤，右手持穿刺针，以垂直背部的方向或略向头侧缓慢刺入。

4.成人进针深度约 4~6cm,儿童则为 2~4cm。当针头穿过韧带与硬脑膜时,有阻力突然消失的落空感。此时将针芯慢慢抽出,可见脑脊液流出。

5.测量脑脊液压力放液前先接上测压管测量压力。正常侧卧位脑脊液压力为 70~180mmH₂O,或 40~50 滴 / 分钟。

6.撤去测压管,根据检测要求收集脑脊液送检。插入针芯后,拔出穿刺针,盖消毒纱布并用胶布固定。

【93 号题】 第一站 病史采集 试题编号 : 2 号 女性,48 岁,间断咳痰、痰中带血 2 年,咯血 1 天;

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因:有无受凉、疲劳;有无过度劳累、上感等

(2) 针对咳嗽、咳痰:痰的性状、呼吸困难的程度,加重和缓解的因素(体位、药物、劳力等):程度、热型、有无寒战

(3) 针对咯血:咯血的量、颜色和性状

(4) 伴随症状:有无胸痛,有无发热,有无下肢水肿,有无意识障碍有无恶性呕吐、有无季节性,加重和缓解的诱因。有无呼吸困难;有无呼吸困难和全身其他部位出血的表现

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊,做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性呼吸系统疾病病史

3. 相关病史：有无过敏史；与该病有关的其他病史：；有无心肺疾病、结核病、血液病和糖尿病史有无结核接触史、职业史和吸烟史

【94 号题】内蒙古 第一站：病史采集，剑突疼痛伴呕血、黑便 2 天。病例分析，左侧肿块。**第二站：**皮肤切口缝合 打结。检查：腋窝淋巴结触诊、语音共振、肝脏触诊。

第一站 病例分析

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无发病诱因：劳累、激动；有无饮酒、进食粗糙食物、激惹性药物等

(2) 针对胸痛：胸痛的程度、范围、性质，有无放射，疼痛是否呈持续性，有无缓解，以前有无类似发作

(3) 针对黑便：起病缓急、病程、次数、量、性状、气味

(4) 伴随症状：有无呼吸困难、咯血，有无发绀；有无头晕、心悸、口渴、出汗、尿量减少，发热、腹痛呕吐、黑便、泛酸、皮肤黄染

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊, 做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史: 有无类似发作

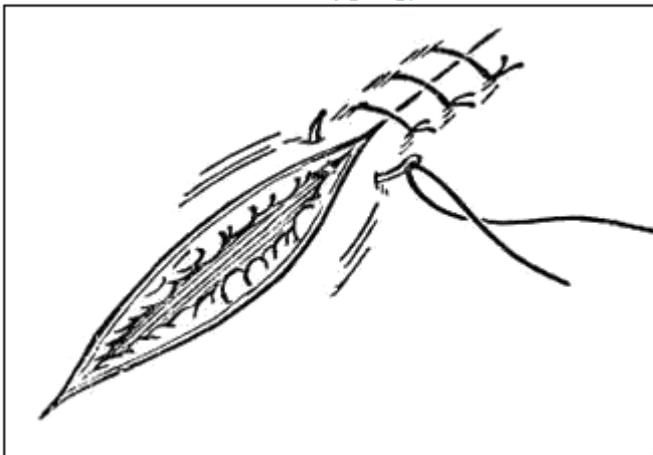
3. 相关病史: 有无过敏史; 与该病有关的其他病史; 有无出血性疾病

病例分析

根据题干写出: 诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 皮肤切口缝合

单纯缝合为手术中最简单、最常用的缝合方法, 用于皮肤、皮下组织, 肌膜, 腱膜及腹膜等。间断缝合用于皮肤、皮下和腱膜的缝合。





打结

(1) 单手打结法：其特点为简便迅速，故而常用。



(2) 双手打结法：其特点为结扎较牢固，但速度较慢。



(3) 器械打结法：即止血钳打结法，术者用持针钳或止血钳打结，适用于深部狭小手术视野的结扎、肠线结扎或结扎线过短时。



打结要点 两手用力要相等，两手用力点及结扎点三点在一个面成一线，不能向上提拉，以免撕脱结扎点造成再出血。打第二个结时，第一个线结注意不能松扣。

腋窝淋巴结触诊

检查左侧时，检查者左手握被检查者左手，使其前臂稍外展，右手四指并拢稍弯曲，自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

语音共振

检查语音震颤时，可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁，嘱患者发低音调“yi”长音，通过单手或双手进行检查，由上而下。左右对比。

肝脏触诊

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正

中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。：检查者右手位置同单手法，左手托住被检查者右腰部，拇指张开置于肋部，触诊时左手向上抬起，使肝下缘紧贴前腹壁下移，并限制右下胸扩张，以增加膈下移的幅度，这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指，可提高触诊的效果；注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

【95 号题】 第一站：病史采集：男婴，生后五天，皮肤黄染 3 天。病例分析：有机磷中毒。

第二站：体格检查：甲状腺视诊，甲状腺后面触诊，巴彬氏征检查。技能操作：胃大部手术后，无渗出液，换药。问题：1.甲状腺肿大触诊可以触到什么？答：甲状腺的肿大程度，大小，有无结节，气管是否居中。换药时发现淡黄色液体说明什么？答：说明有感染，脓液，脂肪囤积。**第三站：**1.房颤，2.肺泡呼吸音减弱，3.消化道穿孔，4.右股骨骨折，5.脑出血，6.急性心肌梗死，7.好像是心电图房颤，8.和病人商量后建议病人做那种手术。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无使用致溶血的药物等
- (2) 针对黄疸：部位、程度、是进行性加重还是间歇性出现，发生时间、加重或缓解因素。
- (4) 伴随症状：是否伴寒战、发热、哭闹不安，有无腹泻等
- (5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊, 做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史: 喂养史, 家族中有无类似病史, 有无遗传性疾病史等

第二站 体格检查

甲状腺视诊

甲状腺不能看到, 但能触及为 I 度肿大; 甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大; 甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

第二站 基本操作

换药前操作者应洗手, 并戴好帽子和口罩。

首先移去伤口敷料, 将污敷料内面向上, 放在弯盘内。若有分泌物干结粘连, 可用生理盐水润湿后再揭下。选用碘伏或 70% 酒精棉球消毒伤口周围皮肤, 若伤口内有脓液或分泌物, 可用生理盐水棉球轻轻拭净伤口, 在消毒时一只镊子直接用于接触伤口, 另一镊子专用于传递换药碗中物品 (如图 1 所示)。消毒后可再根据不同伤口选择用药或适当安放引流物。最后用无菌敷料覆盖并固定, 贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。

【96号题】四川 第一站：室颤，脑出血，升结肠癌；**第二站：**病史采集（右下腹痛，腹泻8天）。病例分析 2型糖尿病。**第三站：**查体（肝脏触诊 腋窝淋巴结 心脏视诊）。基本操作：脂肪瘤的切除与缝合。

室颤，脑出血，升结肠癌：根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无不洁饮食，近期有无外出旅游

(2) 针对腹泻：起病缓急、病程、性质、次数、量、性状、气味、颜色，加重或缓解因素

(3) 针对腹痛：部位、性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。

(4) 伴随症状：有无头晕、心悸、口渴、出汗、尿量减少；寒战、发热、腹胀、腹痛、恶心呕吐；直肠刺激症状、泛酸、皮肤黄染

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无疫区疫水接触史。

病历分析：

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

肝脏触诊

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中中线触摸。

对于肥胖患者可采用双手触诊。：检查者右手位置同单手法，左手托住被检查者右腰部，拇指张开置于肋部，触诊时左手向上抬起，使肝下缘紧贴前腹壁下移，并限制右下胸扩张，以增加膈下移的幅度，这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指，可提高触诊的效果；注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。

正常肝脏触诊：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

腋窝淋巴结

检查左侧时，检查者左手握被检查者左手，使其前臂稍外展，右手四指并拢稍弯曲，自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

心脏视诊

在视诊心脏搏动时，检查者应站在被检者的右侧，双眼与胸廓同高，观察心前区有无隆起，然后顺切线位观察心尖搏动的位置和范围，最后观察心前区和其他部位有无搏动。

脂肪瘤的切除与缝合

沿皮纹切开脂肪瘤的表面皮肤。用弯止血钳沿瘤体包膜分离肿瘤，钳夹及结扎所有见到的血管。脂肪瘤多呈多叶状，形态不规则，应注意完整地分离出具有包膜的脂肪瘤组织。用组织钳提起瘤体分离基底，切除肿瘤。止血后，分层缝合切口

【97 号题】陕西 第一站：第一站病例分析甲亢并甲状腺危像，**第二站：**下胃管。肝触诊。

第二站 基本操作

胃管插管

- 1.备齐用物，携至病人床旁，核对病人。协助病人取半坐卧位，操作者洗手，戴口罩，戴好手套。检查病人鼻腔，清洁鼻孔。
- 2.铺治疗巾，置弯盘于口角，取出胃管，测量胃管插入长度，成人插入长度为 55~60cm，测量方法有以下两种：一是从前额发际至胸骨剑突的距离；二是由鼻尖至耳垂再到胸骨剑突的距离。
- 3.用石蜡油棉球滑润胃管前端。沿选定的鼻孔插入胃管，先稍向上而后平行再向后下缓慢轻轻地插入，插入 14~16cm (咽喉部) 时，嘱病人做吞咽动作，当病人吞咽时顺势将胃管向前推进。直至预定长度。初步固定胃管，检查胃管是否盘曲在口中。
- 4.协助病人取舒适卧位，询问病人感受。整理用物。

肝脏单双手触诊

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊，以示指的

外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

(1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

(2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量：前正中线上，剑突底部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 \leq 1cm，剑下 \leq 3~5cm，上下径9~11cm。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

【98号题】吉林 白城 第一站：腹痛、支气管哮喘 第二站：腋窝淋巴结触诊 胸廓视诊 脾脏触诊 单侧鼻导管吸氧 第三站：窦性心律不齐 干啰音 胃溃疡 肺炎 室早 完右

第二站 体格检查

腋窝淋巴结

检查左侧时，检查者左手握被检查者左手，使其前臂稍外展，右手四指并拢稍弯曲，自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

胸壁视诊

在受检者的体表观察到明显的体表标志：胸廓上缘、锁骨、胸骨、肋骨、锁骨上窝、胸骨上窝；再观察胸壁和胸廓，有无静脉充盈、曲张，血流方向，有无皮疹、蜘蛛痣等。正常胸廓两侧大致对称，呈椭圆形，前后径左右径约为1:1.5。同时观察呼吸运动、呼吸频率

和节律、呼吸时相。胸式呼吸多见于成年女性；腹式呼吸多见于成年男性及儿童。呼吸频率 12~20 次/分，与脉搏之比约为 1:4。节律均匀而整齐。

最后观察受检者体表的人工划线：包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线（肩胛线）、后正中线。

脾脏触诊（双手）

检查者左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上部位，稍用力上抬脾脏，检查者再以右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。嘱被检者仰卧，检查者按照检查者的要求进行腹式呼吸，以配合检查者的触诊。

第二站 基本操作

单侧鼻导管法

连接鼻导管于玻璃接头上，打开流量表开关，调节氧气流量；将鼻导管插入温开水药杯中，检查导管是否通信行业，并润滑鼻导管；断开鼻导管与玻璃接头，测量导管插入长度（约为鼻尖到外耳道口长度的 2/3），将鼻导管轻轻插入；用胶布将鼻导管固定于鼻梁和面颊部，链接鼻导管与玻璃接头，观察吸氧情况。

【99 号题】浙江 第一站：病史采集-女，水肿，X 天，心悸 6 小时急诊。病例分析-急性细菌性痢疾。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有有无饮浓茶、咖啡、精神紧张等；有无劳累、中毒
- (2) 针对水肿：起病缓急、程度、部位、性质、进展速度；发病时间，有无颜面水肿、何时加重
- (3) 针对心悸：起病缓急、程度、发病时间和持续时间；性质、诱发和缓解因素，与体位、活动关系
- (4) 伴随症状：发热、盗汗、咯血、心悸、胸痛、呼吸困难；发绀、杵状指、咳嗽、咳痰
有无夜间阵发性发作和端坐呼吸；头痛头晕、心前区疼痛、乏力、消瘦、失血
- (5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史
2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性心血管系统疾病病史

病历分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

【99 号题】安徽 第一站：病采：下 肢水肿六个月心悸三天来诊 病分：急性细菌性痢疾。第
二站：基本操作：甲状腺术后第二天换药 体格检查：甲状腺触诊 脾脏触诊 跟腱反射。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有有无饮浓茶、咖啡、精神紧张等；有无劳累、中毒

(2) 针对水肿：起病缓急、程度、部位、性质、进展速度；发病时间，有无颜面水肿、何时加重

(3) 针对心悸：起病缓急、程度、发病时间和持续时间；性质、诱发和缓解因素，与体位、活动关系

(4) 伴随症状：发热、盗汗、咯血、心悸、胸痛、呼吸困难；发绀、杵状指、咳嗽、咳痰
有无夜间阵发性发作和端坐呼吸；头痛头晕、心前区疼痛、乏力、消瘦、失血

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性心血管系统疾病病史

病历分析

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站 甲状腺术后第二天换药

首先移去伤口敷料,将污敷料内面向上,放在弯盘内。若有分泌物干结粘连,可用生理盐水润湿后再揭下。选用碘伏或 70%酒精棉球消毒伤口周围皮肤,若伤口内有脓液或分泌物,可用生理盐水棉球轻轻拭净伤口,在消毒时一只镊子直接用于接触伤口,另一镊子专用于传递换药碗中物品(如图 1 所示)。消毒后可再根据不同伤口选择用药或适当安放引流物。最后用无菌敷料覆盖并固定,贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。



甲状腺触诊

甲状腺较小(如 I 度肿大)时,可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧,嘱患者进行吞咽动作,对甲状腺进行触诊,或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧,嘱患者做吞咽动作,对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如 II 度及以上肿大)时,检查者可站在患者前面,用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧,另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊,并嘱患者做吞咽动作,同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为 I 度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

脾脏触诊

触诊脾脏时,被检查者仰卧位,双下肢屈曲。检查者右手手指略向前弯曲,右手掌平放于脐部,与左肋弓大致成垂直方向。让被检查者做深大的腹式呼吸,检查者的手随被检查者呼吸进行滑动触诊。如果没有触及脾脏,可进行双手位触诊,检查者左手放在患者左背部后下方,稍用力上抬脾脏,检查者再以右手做滑动触诊,直至肋缘下。

跟腱反射

跟腱反射 (S1~2):被检查者仰卧,下肢屈曲,大腿稍外展外旋,检查者用左手握住足趾使踝部稍背屈,叩击跟腱。观察腓肠肌收缩引起的足背屈。

【100 号题】 第一站: 病例分析为支气管哮喘急性发作。**第二站:** 操作:甲状腺检查,肝脏触诊,手及手部关节的视诊,手术区消毒以及铺手术巾。

第二站 体格检查

甲状腺检查

甲状腺视诊:甲状腺不能看到,但能触及为 I 度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

触诊:甲状腺较小(如 I 度肿大)时,可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧,嘱患者进行吞咽动作,对甲状腺进行触诊,或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧,嘱患者做吞咽动作,对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如 II 度及以上

肿大)时,检查者可站在患者前面,用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧,另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊,并嘱患者做吞咽动作,同法检查另一侧甲状腺。

肝脏单双手触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊,以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

(1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

(2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

第二站 体格检查

手及手部关节的视诊

杵状指:手指或足趾末端增生、肥厚,呈杵状膨大。可见于:①呼吸系统疾病:支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、脓胸等;②心血管疾病:发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等;③营养障碍性疾病:吸收不良综合征、克罗恩病、溃疡性结肠炎、肝硬化等。

反甲：又称匙状甲。常见于缺铁性贫血、高原疾病。

指关节：梭形关节（见于类风湿关节炎，和骨关节病累及远端指间关节不同，常累及近端指间关节）、爪形手（见于尺神经损伤、进行性肌萎缩、脊髓空洞症及麻风）。

第二站 基本操作

以腹部手术为例，消毒范围至少要求上至乳头线，下至大腿上 1/3，两侧至腋中线。先将消毒液倒入肚脐少许，用卵圆钳夹持浸有消毒剂（2%~3%碘酊）的棉球或小纱布块，由腹部中心区开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙；第二、三遍都不能超出上一遍的范围。第三遍消毒完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。消毒完毕，换消毒液（碘伏或 0.1%苯扎溴铵）消毒会阴部。

手术区消毒后，铺无菌巾。铺巾时每块手术巾的反折部靠近切口。铺巾的顺序是：如铺巾者未穿手术衣先铺相对不洁区（如会阴、下腹部），再铺其他两侧，最后铺靠近铺巾者一侧（若已穿好手术衣，则先铺好自己的一侧），然后用巾钳夹住无菌巾之交叉处固定。若铺巾完毕后要修正某一铺巾只能由手术区向外移。然后再根据需要铺中单、大单，大单的头端应盖过手术架，两侧和足端部应垂下超过手术台边缘 30cm。

【101 号题】 第一站：病史采集：女，67 岁，腰痛伴左下肢痛 5 天。病理分析：男，76 岁。慢性咳嗽咳痰，间断痰中带血 30 余年，咳痰量 30ml/d，间断痰中带血，近 5 天受凉后加重，可见大量黄浓痰 80ml/d。查体：双下肺散在湿罗音，杵状指。血常规，血象高。胸部 CT：双轨征。第二站：基本操作：左上肢开放性骨折，包扎并三角巾悬吊体格检查：腋窝淋巴结触诊。肝脏触诊单、双手。跟腱反射。问：咽部检查检查什么？什么时候脾脏触诊需要侧卧位双手触诊？第三站：1.我答的是心率失常。2.双飞肺泡呼吸音减低。3.胫腓骨

双骨折。4.肠梗阻。5.室性期前收缩。6.安全性右束支传导阻滞。7.患者要求给其他病人开药骗保，答向患者解释医学教育网整理。

第一站 病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无受凉、劳累、外伤

(2) 针对腰痛：性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。

(3) 伴随症状：有无强直性脊柱炎、运动、感觉障碍

(6) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无外伤史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无脊柱损伤，家族中有无类似症状，有无家族遗传性疾病

第一站 病例分析

初步诊断：慢性支气管炎、支气管扩张、肺炎、急性肺水肿

诊断依据：

- 1.慢性支气管炎：慢性咳嗽咳痰
2. 支气管扩张：间断痰中带血 30 余年，胸部 CT：双轨征。
3. 肺炎：受凉后加重、血象高
4. 急性肺水肿：双下肺散在湿罗音

鉴别诊断：

1. 肺结核
2. 肺癌

治疗原则：

1. 一般治疗，多休息、多饮水
2. 控制感染，抗生素治疗
3. 应用化痰药物
4. 清除气道分泌物

第二站 基本操作

以肱骨开放性骨折为例处理：

止血：加压包扎法：为最常用急救止血方法。用敷料盖住伤口，再用绷带加压包扎

包扎：前臂悬吊带：前臂大悬吊带适用于前臂外伤或骨折，方法：将三角巾平展于胸前，顶角与伤肢肘关节平行，屈曲伤肢，提起三角巾下端，两端在颈后打结，顶尖向胸前外折，用

别针固定。前臂小悬吊带适用于锁骨、肱骨骨折、肩关节损伤和上臂伤，方法：将三角巾叠成带状，中央放在伤侧前臂的下 1/3，两端在颈后打结，将前臂悬吊于胸前。

腋窝淋巴结

检查左侧时，检查者左手握被检查者左手，使其前臂稍外展，右手四指并拢稍弯曲，自被检查者左上臂后方插入左侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查左侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查右侧时用左手进行。

肝脏单双手触诊

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊，以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

(1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

(2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

(3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 \leq 1cm，剑下 \leq 3~5cm，上下径 9~11cm。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

跟腱反射

被检查者仰卧，下肢屈曲，大腿稍外展外旋，检查者用左手握住足趾使踝部稍背屈，叩击跟腱。观察腓肠肌收缩引起的足背屈。

【102 号题】重庆万州 第一站：病史：腰痛。病分：支气管肺炎（我搞错了）。**第二站：**体查：扁桃体检查，肺部听诊，腹部紧张度检查，压痛反跳痛检查，心肺复苏医学|教育网|网友整理。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无受凉、劳累
- (2) 针对腰痛：性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。
- (3) 伴随症状：有无强制型脊柱、运动、感觉障碍
- (6) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无外伤史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无脊柱损伤

第二站 扁桃体检查

扁桃体肿大的分度：不超过咽腭弓为Ⅰ度肿大；超过咽腭弓为Ⅱ度肿大；达到或超过咽后壁中线为Ⅲ度肿大。

检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物，

肺部听诊

听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素（多见于老年人）所致。

腹部紧张度检查

检查时被检查者宜低枕平卧，双下肢屈曲稍分开，手自然放于躯干两侧，腹肌放松，做

深而均匀的腹式呼吸。检查者全手掌放于腹部，自左下开始逆时针方向检查，动作要轻柔，

同时感受腹壁紧张度，若是腹痛病人原则上先触诊未诉疼痛部位。

压痛反跳痛检查

腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，腹膜炎时患者可同时出现压痛、反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

腹部特定部位的压痛点对病变部位具有提示作用如：McBurney (麦氏点) 压痛：位于脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛，见于阑尾炎。Murphy (墨菲氏征)：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹

勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

心肺复苏

患者意识突然消失，同时患者胸廓无呼吸起伏动作或者仅有叹息样呼吸，则判断其心脏骤停。

对于医务人员，可触摸颈动脉搏动消失，时间不超过 10 秒，但并不强调。呼叫同事抢救的同时，置患者于平卧位躺在硬板床或地上，去枕，解开衣扣，松解腰带。



图 1：判断抢救环境是否安全

术者站立或跪在患者身体一侧，两只手掌根重叠于患者胸骨下半部分。肘关节伸直，借助身体之重力向患者记住方向按压。按压应使胸骨下陷 5cm 以上(婴幼儿下陷 1.5~3.5cm)后，突然放松。按压频率 100 次/分以上。担任抢救时，每按压 30 次，俯下做口对口人工呼吸 2 次 (30:2)。



图 2：胸外按压点

开放气道用**仰头举颏法**，将一只手置于患者的前额，轻压患者的头部使后仰，将另一只手示指和中指指尖置于患者颈骨的下方，提起下颏开放气道，**使口角和耳垂连线与地面垂直**。用纱布或手帕清除患者抠鼻分泌物及异物，保持呼吸道畅通。



图 3：胸外按压

口对口人工呼吸时，一只手将患者的下颏向上提起，另一手以拇指和示指捏紧患者的鼻孔。术者平静吸气后，将口唇紧贴患者口唇，把患者嘴完全包住，深而快地向患者口内吹气，时间应持续在 1 秒以上，**吹气量 500~600ml**，直至患者胸廓向上抬起。此时，立刻脱离接触，面向患者胸部再吸空气，以便再行下次人工呼吸。与此同时，使患者的口张开，并松开捏鼻的手，观察胸部恢复情况，并有气体从患者口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。**按压 5 个循环周期（约 2 分钟）对患者做一次判断。**



图 4：人工呼吸时双眼要注视患者胸廓，观察是否抬起

【103 号题】新疆乌鲁木齐 第一站：病史采集：28 岁女性摔伤后出现胸痛伴呼吸困难 8 小时；病例分析：女性，5 天前出现尿急尿频，不办尿痛，发热 1 天前高热，左肾区叩击痛；1 年前服用左氧氟沙星胶囊好转，因意外妊娠做过***产手术，WBC 高，RBC 高--尿路感染，急性肾盂肾炎主诊断。**第二站：**腋窝淋巴结 肝脏单双手触诊，胸膜摩擦音；心肺复苏。**第三站：**室颤，大叶性肺炎，转院 deng，胃肠穿孔。

【第一站】

病史采集：

一、现病史：

1、根据主诉及相关鉴别问诊：

(1) 发病诱因：外伤引起。

(2) 主要症状：胸痛的具体部位、性质（闷痛、刀割样痛、烧灼痛、刺痛、绞痛、撕裂样痛、钝痛等）、程度（次数、轻重）、时间规律（持续性或加重性），影响因素（有无缓解及加重的因素），与呼吸及体位的关系。呼吸困难的性质（是吸气性、呼气性、混合性、周

期性)、程度(轻、重)、时间规律(是阵发性还是持续性)、影响因素(加重或缓解的因素,与体位、活动的关系)

(3) 伴随症状:有无发热、头疼、头晕、恶心、呕吐、吞咽困难、休克等。

(4) 发病以来,一般情况如何,精神状态如何,大小便情况如何。

2、诊疗经过:

(1) 是否到医院就诊做过检查:如X线胸片、心电图等

(2) 摔伤后未经特殊治疗。

二、其他相关病史:

1、有无药物过敏史

2、与该病有关的其他病史:既往有无外伤史,有无上感、有无结核病、肿瘤、心脏病史,有无家族史,婚姻生育史及月经史。

病例分析:

考虑 尿路感染,急性肾盂肾炎主诊断。

高热、尿路刺激征,肾区叩击痛

有妇科手术史,服用喹诺酮药层有好转,均支持诊断。

鉴别诊断:

急性膀胱炎:往往无全身表现,以局部膀胱刺激征表现突出。

慢性肾盂肾炎:慢性病史,连续半年。

进一步检查：

尿培养：找细菌类型

尿找结核菌、真菌等除外其他感染源

血肌酐、双肾 B 超及肾盂造影：鉴别急慢性，了解尿路情况

女性患者可行妇科检查：了解感染源

治疗原则：

用药前先做尿培养菌落计数及药敏试验，在未得到尿培养结果前应选用对格兰阴性杆菌有效的药物。

喹诺酮类、头孢菌素类静脉给药

治疗无症状后，尿菌转阴后复查。

【第二站】

腋窝淋巴结：检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏单双手触诊：触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作，如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。

胸膜摩擦音：胸膜摩擦音意义同胸膜摩擦感，但较其敏感。某些较局限的摩擦音可见于累及

胸膜的肺炎或肺栓塞。

胸膜摩擦感检查胸膜摩擦感时，检查者以手掌平放于前胸下前侧部或腋中线第 5、6 肋间，嘱被检查者深慢呼吸。触到吸气和呼气双相的粗糙摩擦感为阳性，常见于纤维素性胸膜炎。

心肺复苏：

【目的】

恢复患者的生命体征

【适应证】

各种原因导致的心脏骤停。

【禁忌证】

胸壁开放性损伤及肋骨骨折、心脏压塞。

【操作步骤】

患者意识突然消失，同时患者胸廓无呼吸起伏动作或者仅有叹息样呼吸，则判断其心脏骤停。对于医务人员，可触摸颈动脉搏动消失，时间不超过 10 秒，但并不强调。呼叫同事抢救的同时，置患者于平卧位躺在硬板床或地上，去枕，解开衣扣，松解腰带。术者站立或跪在患者身体一侧，两只手掌根重叠于患者胸骨下半部分。肘关节伸直，借助身体之重力向患者记住方向按压。按压应使胸骨下陷 5cm 以上（婴幼儿下陷 1.5~3.5cm）后，突然放松。按压频率 100 次/分以上。担任抢救时，每按压 30 次，俯下做口对口人工呼吸 2 次（30:2）。开放气道用仰头举颏法，将一只手置于患者的前额，轻压患者的头部使后仰，将另一只手示指和中指指尖置于患者颏骨的下方，提起下颏开放气道，使口角和耳垂连线与地面垂直。用纱布或手帕清除患者抠鼻分泌物及异物，保持呼吸道畅通。口对口人工呼吸时，一只手将患者的下颏向上提起，另一手以拇指和示指捏紧患者的鼻孔。术者平静吸气后，将口唇紧贴患

者口唇，把患者嘴完全包住，深而快地向患者口内吹气，时间应持续在 1 秒以上，吹气量 500~600ml，直至患者胸廓向上抬起。此时，立刻脱离接触，面向患者胸部再吸空气，以便再行下次人工呼吸。与此同时，使患者的口张开，并松开捏鼻的手，观察胸部恢复情况，并有气体从患者口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。按压 5 个循环周期（约 2 分钟）对患者做一次判断。

【注意事项】

1. 按压必须要与人工呼吸同步进行。
2. 按压不宜过重、过猛，以免造成肋骨骨折，也不宜过轻，会导致效果不好。
3. 按压放松时手掌不要离开原部位。
4. 婴幼儿心脏位置较高，应按压胸骨中部，频率 100 次/分以上。

【第三站】略

【104 号题】安徽滁州 第一站：病史采集，年轻女性，腹痛、呕吐三天前来就诊 病历分析：类风湿关节炎！**第二站：**扁桃体检查，乳房触诊，腹壁紧张度，压痛反跳痛检查，胃管插管术 胃肠减压术！**第三站：**医学教育网整理心包摩擦音，肺泡呼吸音，急性心梗，胫骨骨折，肺癌等

【第一站】

病史采集：

一、现病史：

1、根据主诉及相关鉴别问诊：

(1) 发病诱因：有无不洁饮食、剧烈运动、饮酒或服用药物等。

(2) 主要症状：腹痛的性质（腹胀、刀割样痛、烧灼痛、刺痛、绞痛、钝痛）、程度（轻重）时间规律（起病、持续或加重的时间）、影响因素（加重或缓解的因素，如腹痛与进食、体位的关系，腹痛与停止排气、排便的关系）呕吐的性质（是否是喷射性、呕吐物的气味、颜色、有无宿食）、程度（次数、呕吐物量）、时间规律（持续性或间歇性，呕吐时间）影响因素（加重或缓解的因素，如呕吐与进食的关系，呕吐后腹痛能否缓解）

(3) 伴随症状：是否伴有腹泻、便秘、便血、乏力、恶心、反酸、烧心、腹胀、头晕、心悸、口渴、皮肤及巩膜有无黄染、尿色变化等改变。

(4) 发病以来，饮食、睡眠、大小便情况如何，精神状况如何。

2、诊疗经过：

(1) 之前未在医院就诊。

(2) 是否进食、是否使用过抗生素，疗效如何。

二、其他相关病史：

1、有无药物过敏史、外伤史、手术史

2、与该病有关的其他病史：有无类似发作史、有无胆石病、消化性溃疡及心肺疾病病史，有无烟酒嗜好。家族中是否有肝病等传染病史。月经史。

病例分析：类风湿关节炎：具体内容见指南 457 页或教材，下面大概描述下，供参考。

诊断依据：1、晨僵持续 1 小时以上，2、多关节炎，3、有手的关节受累等，4、对称性，5、类风湿因子阳性等

鉴别诊断：1、骨关节炎：RF 和抗 CCP 多为阴性，X 线表现为关节间隙变窄、软骨下骨硬化等关节退行性改变。

2、强制性脊柱炎：青年男性多见，记住和中轴关节受累为主。X 线可见双侧骶髂关节破坏。

3、痛风：多为急性单关节炎，少数患者可出现多关节炎，多数患者伴有高尿酸血症等。

进一步检查：

1、抗 CCP 抗体有助早期类风湿关节炎诊断。

2、血常规、肝功能、肾功能

3、关节 X 线检查。

治疗原则以改善症状，控制病情进展，保护关节功能为目的。联合用药：甲氨蝶呤+柳氮磺吡啶或其他联合方案。

【第二站】

扁桃体检查：咽部黏膜充血、水肿见于急性咽炎；咽后壁簇状淋巴滤泡增生呈鹅卵石样见于慢性鼻炎、鼻窦炎、慢性咽炎。检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物，了解扁桃体肿大的分度（不超过咽腭弓为 I 度肿大；超过咽腭弓为 II 度肿大；达到或超过咽后壁中线为 III 度肿大）。

乳房触诊：检查时手指和手掌平放在乳房上，以指腹施压，旋转或滑动进行触诊。检查左侧乳房时，从外上象限开始沿顺时针分别触诊四个象限，检查右侧乳房时，从外上象限开始沿逆时针分别触诊四个象限，最后触诊乳头。检查乳房的硬度和弹性、有无压痛和包块。发现包块时注意其部位、大小、外形、硬度和活动度及有无压痛等。恶性肿瘤常常表现为表面凹凸不平、质地坚硬而活动度差，通常压痛不明显。

腹壁紧张度：腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；2) 揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

压痛反跳痛检查：(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

胃管插管术：胃肠减压术

【目的】

1. 经胃肠减压管引流出胃肠内容物，腹部手术术前准备。
2. 对不能经口进食的患者，从胃管灌入流质食物，保证病人摄入足够的营养、水分和药物，以利早日康复。

【适应证】

1. 急性胃扩张。
2. 上消化道穿孔或胃肠道有梗阻。
3. 急腹症有明显胀气者或较大的腹部手术前等。
4. 昏迷病人或不能经口进食者，如口腔疾患、口腔和咽喉手术后的病人。
5. 不能张口的病人，如破伤风病人。
6. 早产儿和病情危重的病人以及拒绝进食的病人。

【禁忌证】

1. 鼻咽部有癌肿或急性炎症的患者。
2. 食管静脉曲张、上消化道出血、心力衰竭和重度高血压患者。
3. 吞食腐蚀性药物的患者。

【物品准备】

治疗盘内准备：治疗碗且内盛温开水、一次性胃管、手套、棉签、纱布、治疗巾、20ml 注射器、石蜡油棉球、弯盘、手电筒、别针，必要时备压舌板、听诊器等。

【操作步骤】

1. 操作者洗手，备齐用物，携至病人床旁，核对病人，向病人及其家属解释操作目的及配合方法，戴口罩，戴手套。

2. 协助病人取半坐卧位，铺治疗巾，置弯盘于口角，检查病人鼻腔，清洁鼻孔。取出胃管，测量胃管插入长度，成人插入长度为 55~60cm，测量方法有以下两种：一是从前额发际至胸骨剑突的距离；二是由鼻尖至耳垂再到胸骨剑突的距离。

3. 用石蜡油棉球滑润胃管前端。沿选定的鼻孔插入胃管，先稍向上而后平行再向后下缓慢轻轻地插入，插入 14~16cm(咽喉部)时，嘱病人做吞咽动作，当病人吞咽时顺势将胃管向前推进。直至预定长度。初步固定胃管，检查胃管是否盘曲在口中。

4. 确定胃管位置, 通常有三种方法: 一是抽取胃液法, 这是确定胃管是否在胃内最可靠的方法; 二是听气过水声法, 即将听诊器置病人胃区, 快速经胃管向胃内注入 10ml 的空气, 听到气过水声; 三是将胃管末端置于盛水的治疗碗内, 无气泡逸出。确认胃管在胃内后, 用纱布拭去口角分泌物, 撤弯盘, 摘手套, 用胶布将胃管固定于面颊部。将胃管末端反折, 用纱布包好, 撤治疗巾, 用别针固定于枕旁或病人衣领处。

5. 协助病人取舒适卧位, 询问病人感受。整理病人及用物。

【注意事项】

1. 插管动作要轻稳, 特别是在通过咽喉食管的三个狭窄处时, 以避免损伤食管黏膜。操作时强调是“咽”而不是“插”。

2. 在插管过程中病人出现恶心时应暂停片刻, 嘱病人做深呼吸, 以分散病人的注意力, 缓解紧张, 减轻胃肌收缩; 如出现呛咳、呼吸困难提示导管误入喉内, 应立即拔管重插; 如果插入不畅时, 切忌硬性插入, 应检查胃管是否盘在口咽部, 可将胃管拔出少许后再插入。

3. 昏迷患者插管时, 应将患者头向后仰, 当胃管插入会厌部时约 15cm, 左手托起头部, 使下颌靠近胸骨柄, 加大咽部通道的弧度, 使管端沿后壁滑行, 插至所需长度。

【第三站】略

【105 号题】安徽滁州 第一站: 男性 55 岁, 腹泻伴腹部不适 08 年。病例分析, 糖尿病 2 型, **第二站:** 肺部听诊, 扁桃体, 移动性浊音, 骨穿。**第三站:** 舒张期隆隆样杂音, 干性罗音, 骨盆骨折, 房早, 心梗, ct 肺癌。

【第一站】

病史采集:

(一) 现病史

1.针对腹泻症状的问诊注意询问起病的缓急,病程的长短;有无确定的病因或诱因,是否集体发病等;腹泻与饮食(禁食)或情绪的关系;腹泻的严重程度,大便次数、量;粪便性状,如有无血液、黏液、脓、油滴、食物残渣及气味;有无腹痛、里急后重、发热等伴随症状及其与腹泻的关系;缓解与加重的因素。

2.相关鉴别问诊着重询问腹泻特点,结合相关伴随症状加以鉴别,如:

(1)功能性腹泻与器质性腹泻的鉴别,一般而言,年轻病人(<40岁)、病史长(>1年)、症状为间歇性、一般状况良好、无营养不良和体重下降、大便次数增加而总量增加不明显、粪便可带黏液而无脓血、多于早晨或餐后排便而无半夜为便意扰醒,则多考虑为功能性。

(2)伴发热者常见于急性感染性腹泻、肠道恶性肿瘤、溃疡性结肠炎等。

(3)伴里急后重者见于直肠病变为主者,如细菌性痢疾、直肠炎症或直肠肿瘤等。

(4)粪便中出现血液提示有炎症性肠病或恶性肿瘤的可能性。在急性感染性腹泻患者中,粪便中有肉眼可见的血液高度提示侵袭性病原体感染。

(5)伴腹部包块、消瘦者常见于胃肠恶性肿瘤、肠结核等。

3.诊疗经过问诊

(1)患病以来是否曾到医院就诊,做过哪些检查,如血常规、粪常规及病原学检查、血电解质、X线肠造影、肠镜、腹部B型超声等检查,检查结果如何?

(2)治疗和用药情况,疗效如何?

4.患病以来的一般情况问诊包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况,以了解全身一般情况。

(二)相关既往及其他病史的问诊

1.既往史:有无长期应用抗生素史,有无慢性胰腺炎、甲状腺功能亢进、肾脏疾病等病史。有无药物过敏史。

- 2.有无长期疫区居住史；有无烟酒嗜好。
- 3.爱人健康状况，月经婚育情况，有无流产史等。
- 4.有无相关遗传病家族史。

病例分析：具体内容见指南 416 页或教材，下面大概描述下，供参考。

糖尿病 2 型：

依据：1、三多一少症状。

2、以糖尿病的并发症或伴发病首诊。

鉴别诊断：

- 1、血糖正常，尿糖阳性；肾性糖尿
- 2、餐后 0.5~1 小时血糖增高，餐后 2 小时血糖正常，尿糖阳性：见于甲亢、胃空肠吻合术后等。
- 3、急性应激状态：出现一过性血糖增高，应激过后恢复。

进一步检查：

- 1、尿糖测定
- 2、血糖测定和 OGTT
- 3、果糖胺
- 4、胰岛素释放试验

治疗原则：

- 1、糖尿病健康教育
- 2、医学营养治疗及体育锻炼
- 3、病情监测
- 4、口服药物治疗 (如双胍类等)

【第二站】

肺部听诊：胸部听诊

包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，可嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素 (多见于老年人) 所致。

1.正常呼吸音的种类和分布

- (1) 肺泡呼吸音：见于大部分胸部听诊区域。
- (2) 支气管肺泡呼吸音：见于胸骨两侧第 1、2 肋间、肺尖、肩胛间区。
- (3) 支气管呼吸音：见于喉部、锁骨上窝、背部 T1、2 水平。

2.异常呼吸音

(1) 病理性支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音：在正常肺泡呼吸音分布区域听到支气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音均为异常。主要机制为肺组织传导增强，见于肺实变、大的空洞以及大量积液上方的压迫性肺不张 (肺组织含气量减少，而支气管树通畅，传导增强)。

(2) 呼吸音减弱：见于各种原因所致的肺泡通气量下降，如气道阻塞、呼吸泵 (呼吸肌病变、或胸廓活动受限) 功能障碍；胸膜病变 (胸水、气胸、胸膜肥厚) 等。对侧肺部往往出现代偿性肺泡呼吸音增强。

3. 啰音 分为干性啰音和湿性啰音。

(1) 干性啰音：发生机制为气管支气管或细支气管狭窄，包括炎症、平滑肌痉挛、外压、新生物、黏稠分泌物。其特点为持续时间长，呼气相明显，强度及性质易变。

1) 高调性干啰音（哮鸣音或哨笛音）：见于小支气管或细支气管病变。双肺弥漫性分布的哮鸣音常见于哮喘、COPD、心源性哮喘等；局限性哮鸣音常见于气道局部狭窄，如肿瘤、气道内异物。

2) 低调性干啰音（鼾音）：见于气管或主支气管病变。

3) 喘鸣：和其他干啰音不同，发生于吸气相，高调而单一。见于上呼吸道或大气道狭窄，如喉头痉挛、声带功能紊乱、气管肿物等。

(2) 湿性罗音：发生机制为气体通过呼吸道内存在的稀薄分泌物时产生水泡并破裂。特点为断续而短暂，多见于吸气相。分为粗湿性啰音、中湿性啰音、细湿性啰音（又称为大、中、小水泡音）、捻发音。主要见于支气管病变（COPD、支气管扩张）、感染性或非感染性肺部炎症、肺水肿、肺泡出血。不同类型的湿性啰音说明稀薄分泌物的主要存在部位，如肺炎时常为细湿性啰音，急性肺水肿时粗、中、细湿性啰音可同时出现。

湿性啰音的某些特征对诊断有重要意义，如随体位变化的湿性啰音常提示充血性心力衰竭；长期存在的固定性湿性啰音提示支气管扩张、慢性肺脓肿等。一种高调、密集，类似于撕扯尼龙拉扣的细湿性啰音，称为爆裂音（velcro 啰音），主要见于某些类型的间质性肺病（如特发性肺纤维化）。

4. 语音共振意义同触觉语颤。如羊鸣音、耳语音等。

5. 胸膜摩擦音意义同胸膜摩擦感，但较其敏感。某些较局限的摩擦音可见于累及胸膜的肺炎或肺栓塞。

扁桃体：检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物，了解扁桃体肿大的分度（不超过咽腭弓

为Ⅰ度肿大；超过咽腭弓为Ⅱ度肿大；达到或超过咽后壁中线为Ⅲ度肿大。

移动性浊音：移动性浊音检查时先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过1000ml。

骨穿：

【目的】

诊断血液及骨髓的疾病。

【适应证】

1. 各种白血病的诊断，治疗效果观察。
2. 多种血液病的诊断，如缺铁性贫血、巨幼细胞性贫血、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病、骨髓增殖性疾病等。

【禁忌证】

血友病。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。
2. 与病人及家属谈话，交代检查目的、检查过程及可能发生情况，并签字。
3. 器械准备骨髓穿刺包、消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布以及胶布。
4. 操作者熟悉操作步骤，戴口罩、帽子。

【操作方法】

1. 选择穿刺部位 ①髂前上棘穿刺点：位于髂前上棘后 1~ 2cm 的髂嵴上；②髂后上棘穿刺点：位于骶椎两侧，臀部上方突出的部位；③胸骨穿刺点：胸骨柄或胸骨体相当于第一、二肋间隙的位置；④腰椎棘突穿刺点：位于腰椎棘突突出处。
2. 体位 胸骨和髂前上棘为穿刺点时，病人取仰卧位；棘突为穿刺点时病人取坐位或侧卧位；髂后上棘为穿刺点时病人取侧卧位。
3. 术者带无菌手套，常规消毒局部皮肤，盖无菌洞巾，用 2%利多卡因作局部皮肤、皮下及骨膜麻醉。
4. 将骨髓穿刺针固定器固定在适当的长度位置上(胸骨穿刺约 1.0cm，髂骨穿刺约 1.5cm)。术后左手拇指和示指固定穿刺部位，右手持针向骨面垂直刺入(胸骨穿刺时，应保持针体与胸骨成 30°~ 40°角)。针尖接触骨质后，左右旋转针体，缓慢钻刺，当感到阻力消失、穿刺针在骨内固定时，表示针尖已进入髓腔。
5. 拔出针芯，放在无菌盘内，接上 10ml 或 20ml 无菌干燥注射器，用适当力量抽吸适量骨髓液送检(首先应抽吸 0.1~0.2ml 用作制备骨髓涂片；若需作骨髓细菌培养或造血干细胞培养，应在制备骨髓涂片后再抽吸 1~2ml 骨髓液送检)。
6. 抽取的骨髓液滴在载玻片上，迅速作有核细胞计数并涂片数张备用。
7. 若未能抽出骨髓液，应再插入针芯，稍加旋转针体，或再钻入少许或退出少许，拔出针芯，再行抽吸。若仍抽不出骨髓液，则应考虑更换部位穿刺或作骨髓活组织检查术。
8. 抽吸完毕，插入针芯。左手取无菌纱布置于针孔处，右手将穿刺针一起拔出，随即将纱布盖住针孔，并按压 1~2 分钟，再用胶布将纱布加压固定。

【术后处理】

1. 术后应嘱病人静卧休息，同时做好标记并送检骨髓片，清洁穿刺场所，做好穿刺记

录。

2. 抽取骨髓和涂片要迅速, 以免凝固。需同时作周围血涂片, 以作对照。

【注意事项】

1. 术前应做止、凝血检查。有出血倾向者, 操作时应特别注意。血友病者禁止做本项检查。

2. 穿刺针进入骨质后避免摆动过大, 以防折断。

3. 胸骨穿刺时, 不应用力过猛, 避免穿透内侧骨板。

4. 若穿刺时感到骨质坚硬, 穿不进髓腔时, 应做骨骼 X 线检查, 以除外大理石骨病。

不可强行操作, 以防断针。

【第三站】略

【106 号题】 第一站: 病史采集: 间断性腹痛 3 年伴黑便 1 天。 病例分析: 乳房肿瘤。 第二站: 操作: 静脉采血, 眼睑检查, 肺部听诊, 腹部移动性浊音检查。问: 左右瞳孔不等大见于哪些疾病? 中腹部浅反射医学教育网整理, 所对应的脊髓是第几胸椎? 肘部外伤时, 进行止血带止血的位置。

【第一站】

病史采集:

1. 针对腹痛及黑便本身的问诊

(1) 黑便的病因和诱因: 有否饮食不洁、进食辛辣、生冷等食物史。有否服药史或集体发病。便血的颜色及其与大便的关系有助推测出血部位、速度及可能的病因。

(2) 黑便量: 有助推测出血量。但由于粪便量的影响, 需结合患者全身表现才能大致估计失血量。

(3) 患者的一般情况：有否口渴、黑矇、头晕、出汗、心悸等症状。

2. 相关鉴别问诊伴随症状对确定病因很有帮助。

(1) 里急后重 (tenesmus)：即肛门坠胀感。常觉排便未净，排便频繁，但每次排便量甚少，且排便后未见轻松，提示为直肠、肛门疾病，见于痢疾、直肠炎及直肠癌。

(2) 腹痛：上腹绞痛或有黄疸伴便血者，应考虑肝、胆道出血。慢性反复上腹痛，呈周期性与节律性，出血后疼痛减轻者，见于消化性溃疡。腹痛时排血便或脓血便，便后腹痛减轻，见于溃疡性结肠炎、细菌性痢疾或阿米巴痢疾。腹痛伴便血还见于肠套叠、急性出血性坏死性肠炎、肠系膜血栓形成或栓塞、膈疝等。

(3) 全身出血倾向：伴皮肤黏膜出血者，可见于急性传染性疾病及血液疾病，如流行性出血热、重症肝炎、白血病、血友病等。

(4) 发热：伴发热常见于传染性疾病，如流行性出血热、败血症、钩端螺旋体病或部分恶性肿瘤，如肠道淋巴瘤、白血病等。

(5) 腹部肿块：伴腹部肿块者，应考虑结肠癌、肠道恶性淋巴瘤、肠结核、肠套叠及克罗恩病等。

(6) 皮肤改变：皮肤有蜘蛛痣及肝掌者，可能与肝硬化门脉高压有关。皮肤与黏膜出现毛细血管扩张，提示可能由遗传性毛细血管扩张症所致。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否到医院就诊？做过哪些检查？体格检查有哪些阳性发现？有否行血常规、尿常规、便常规、肝肾功能及生化检查、腹部 B 超或 CT 检查、内镜检查、病理检查等，结果如何？

(2) 治疗和用药情况，结果如何？包括一般急救措施及补充血容量、各种止血药物等治疗的疗效。

4.患病以来一般情况问诊

包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况，以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1.既往史有无结核、肝炎、糖尿病、肿瘤病史，有无传染病接触史，有无药物和食物过敏史，有无外伤手术史。尤其应注意过去是否有腹痛、腹泻、肠鸣、痔、肛裂病史，是否使用抗凝药物，有否胃肠手术史等。

2.个人史有无长期疫区居住史，有无烟酒嗜好，有无性病及冶游史，爱人健康状况，月经生育情况等。

3.有无相关遗传病家族史

病例分析：相关内容见指南 496 页，下面大致了解下：

乳房肿瘤：

依据：1、病史：无痛性肿块

2、查体：可扪及质硬不光滑，分界不清，活动度差的肿块，有时伴腋窝淋巴结肿大。

鉴别诊断：1、纤维腺瘤：常见于青年女性，肿块性质与恶性肿瘤差别较大，易于诊断。

2、乳腺囊性增生病：特点是周期性的胀痛及肿块，可定期复查。

进一步检查：1、B 超

2、针吸细胞学检查：可见癌细胞

3、核心针穿刺活检：可确诊。

治疗原则：手术治疗及非手术治疗，具体见指南 497~498

【第二站】

眼睑检查：眼睑 双侧眼睑下垂多见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂；单侧眼睑下垂常见于动眼神经麻痹。眼睑水肿常常以晨起较明显，常见于急性肾小球肾炎、慢性肝病、营养不良等。3.结膜检查上睑结膜、下睑结膜和球结膜。充血和分泌物增多多见于结膜炎；球结膜水肿多见于肺性脑病、颅内压增高；睑结膜苍白见于各种贫血；结膜颗粒与滤泡常见于沙眼；结膜出血点可见于感染性心内膜炎。

肺部听诊：胸部听诊

包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，可嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素（多见于老年人）所致。

1.正常呼吸音的种类和分布

- (1) 肺泡呼吸音：见于大部分胸部听诊区域。
- (2) 支气管肺泡呼吸音：见于胸骨两侧第1、2肋间、肺尖、肩胛间区。
- (3) 支气管呼吸音：见于喉部、锁骨上窝、背部T1、2水平。

2.异常呼吸音

(1) 病理性支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音：在正常肺泡呼吸音分布区域听到支气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音均为异常。主要机制为肺组织传导增强，见于肺实变、大的空洞以及大量积液上方的压迫性肺不张（肺组织含气量减少，而支气管树通畅，传导增强）。

(2) 呼吸音减弱：见于各种原因所致的肺泡通气量下降，如气道阻塞、呼吸泵（呼吸肌病变、或胸廓活动受限）功能障碍；胸膜病变（胸水、气胸、胸膜肥厚）等。对侧肺部往往出现代偿性肺泡呼吸音增强。

3. 啰音 分为干性啰音和湿性啰音。

(1) 干性啰音：发生机制为气管支气管或细支气管狭窄，包括炎症、平滑肌痉挛、外压、新生物、黏稠分泌物。其特点为持续时间长，呼气相明显，强度及性质易变。

1) 高调性干啰音（哮鸣音或哨笛音）：见于小支气管或细支气管病变。双肺弥漫性分布的哮鸣音常见于哮喘、COPD、心源性哮喘等；限局性哮鸣音常见于气道局部狭窄，如肿瘤、气道内异物。

2) 低调性干啰音（鼾音）：见于气管或主支气管病变。

3) 喘鸣：和其他干啰音不同，发生于吸气相，高调而单一。见于上呼吸道或大气道狭窄，如喉头痉挛、声带功能紊乱、气管肿物等。

(2) 湿性罗音：发生机制为气体通过呼吸道内存在的稀薄分泌物时产生水泡并破裂。特点为断续而短暂，多见于吸气相。分为粗湿性啰音、中湿性啰音、细湿性啰音（又称为大、中、小水泡音）、捻发音。主要见于支气管病变（COPD、支气管扩张）、感染性或非感染性肺部炎症、肺水肿、肺泡出血。不同类型的湿性啰音说明稀薄分泌物的主要存在部位，如肺炎时常为细湿性啰音，急性肺水肿时粗、中、细湿性啰音可同时出现。

湿性啰音的某些特征对诊断有重要意义，如随体位变化的湿性啰音常提示充血性心力衰竭；长期存在的固定性湿性啰音提示支气管扩张、慢性肺脓肿等。一种高调、密集，类似于撕扯尼龙拉扣的细湿性啰音，称为爆裂音（velcro 啰音），主要见于某些类型的间质性肺病（如特发性肺纤维化）。

4. 语音共振意义同触觉语颤。如羊鸣音、耳语音等。

5. 胸膜摩擦音意义同胸膜摩擦感，但较其敏感。某些较局限的摩擦音可见于累及胸膜的肺炎或肺栓塞。

腹部移动性浊音检查：移动性浊音检查时先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

问：左右瞳孔不等大见于哪些疾病：双侧瞳孔不等大见于海马沟回疝。

中腹部浅反射所对应的脊髓是第几胸椎？平 L3~L4 之间。

肘部外伤时，进行止血带止血的位置。上臂的中上 1/3 处。

【107 号题】 **第一站**：病史采集：胸骨下疼痛伴咯血。病例分析：老年男性出去遛狗，出现胸闷、气短，着重说一下，血气分析（COPD）。**第二站**：淋巴结检查、墨菲氏征，膝反射，简易呼吸机的使用。**第三站**：肺炎、硬膜外血肿。

【第一站】

病史采集：

（一）现病史

1. 针对咯血及胸痛的问诊主要询问咯血量和性状。慢性支气管炎以咳嗽或咳痰为主要表现，咯血量少，一般为痰中带血。肺癌所致的咯血多为痰中带血，呈持续性或间断性，可伴有刺激性咳嗽，很少引起大咯血。血痰中含有脓性成分多见于肺炎和肺脓肿。肺梗死的咯血特点为纯粹的血液，很少或不混有痰液。急性左心衰竭咯血特点为粉红色泡沫样痰，量较多。

大咯血常见于支气管扩张、空洞性肺结核、二尖瓣狭窄以及原发性小血管炎。

2.相关鉴别问诊

(1) 伴大量脓性痰,多见于支气管扩张和肺脓肿,少数支气管扩张患者仅表现为反复发作的咯血,而缺乏明显的咳嗽、咳痰病史,称为干性支扩。

(2) 伴发热常见于肺部感染性疾病,肺结核患者可有低热、乏力、盗汗和消瘦等结核中毒症状。

(3) 伴胸痛常见于肺梗死。

(4) 伴呼吸困难常见于肺栓塞、大面积肺实质病变、充血性心力衰竭等。

(5) 大咯血伴严重呼吸困难可见于急性左心衰竭、原发性小血管炎、抗肾小球基底膜病,以及咯血引起窒息。

(6) 伴肾脏损害者常见于原发性小血管炎、抗肾小球基底膜病和系统性红斑狼疮。

(7) 伴皮肤或内脏出血常见于出血性疾病。

(8) 伴杵状指常见于支气管扩张、慢性肺脓肿和支气管肺癌。

3.诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否曾到医院就诊,做过哪些检查?如胸片、胸部 CT、血气分析、支气管镜检查等。

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?

4.患病以来的一般情况问诊。

(二) 相关既往及其他病史问诊

1.既往史有无慢性呼吸系统疾病史(慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核等);有无心脏病和出血性疾病史;有无外伤史;幼年有无麻疹肺炎和百日咳病史;有无溃疡病、肝硬化等消化系统疾病史;有无肾脏病史。药物过敏史。

2.个人史和家族史有无吸烟史,吸烟量多少;是否到过疫区。女性应询问月经量和时间。

有无出血性疾病的家族遗传病史。

病例分析: COPD: 具体见指南 214

1、要点: 有吸烟史、典型的咳、痰、 $FEV_1/FVC < 70\%$ 。

鉴别诊断: 可鉴别哮喘、支扩、肺结核等疾病

进一步检查: 肺功能检查、动脉血气检查、胸部 CT 检查等

治疗原则: 包括评估和检测疾病、减少危险因素、稳定 COPD 的管理、急性加重期的处理。

合并肺心病、右心衰时, 除上述治疗外, 可使用利尿剂、血管扩张剂治疗。

【第二站】

淋巴结检查: 一般只能检查身体浅表部位淋巴结。淋巴结检查时应注意其大小、硬度、压痛、粘连、窦道等。主要淋巴结包括颌下、颈部、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟等。

1.颌下淋巴结检查时检查者用左手扶被检查者头部, 使头倾向左前下方, 用右手四指并拢触摸左颌下淋巴结。使头倾向右前下方, 再用左手四指并拢触摸右颌下淋巴结。

2.颈部淋巴结 颈部淋巴结以胸锁乳突肌为界分为前后两区。检查时被检查者头稍低, 使皮肤松弛。检查者双手四指并拢, 紧贴检查部位, 进行滑动触诊。依次检查前后区。

3.锁骨上窝被检查者头稍前屈, 检查者双手四指并拢, 左手检查右侧, 右手检查左侧, 由浅入深进行滑动触诊。

4.腋窝淋巴结 检查右侧时, 检查者右手握被检查者右手, 使其前臂稍外展, 左手四指并拢稍弯曲, 自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝, 直达腋窝顶部, 自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸, 依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

5.滑车上淋巴结 检查左侧时, 检查者以左手托被检查者右前臂, 在右手肱二头肌和肱三头肌间沟触诊。检查右侧时用左手触诊。

6.腹股沟淋巴结 被检查者平卧，下肢伸直，检查者四指并拢分别触摸其上群和下群。

墨菲氏征 Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

膝反射 ($L_2 \sim 4$)：膝关节自然弯曲，用叩诊锤叩击髌骨和胫骨粗隆之间的股四头肌腱附着点。观察股四头肌收缩引起膝关节背伸。

简易呼吸机的使用

【目的】

1. 维持和增加机体通气量。
2. 纠正威胁生命的低氧血症。

【适应证】

1. 各种原因所致的呼吸停止或呼吸衰竭的抢救及麻醉期间的呼吸管理。
2. 运送病员 适用于机械通气患者作特殊检查，进出手术室等情况。
3. 临时替代呼吸机 遇到呼吸机因故障、停电等特殊情况时，可临时应用简易呼吸器替代。

【禁忌症】

有气胸这禁忌。

【物品准备】

简易呼吸器。

【操作步骤】

抢救者立于病人头顶处，病人头后仰，托起病人下颌，将简易呼吸器连接氧气，氧流量

8~10L/分钟,扣紧面罩;一手以“EC”手法固定面罩,另一手有规律地挤压呼吸囊,使气体通过吸气活瓣进入病人肺部,放松时,肺部气体随呼气活瓣排出;每次送气 500~1000ml,挤压频率为每分钟成人 16~20 次,小儿酌情增加。

【注意事项】

1. 面罩要紧扣鼻部,否则易发生漏气。
2. 若病人有自主呼吸,应与之同步,即病人吸气初顺势挤压呼吸囊,达到一定潮气量便完全松开气囊,让病人自行完成呼气动作。

【第三站】略

【108 号题】四川自贡 第一站:病史采集:女,右下腹腹痛伴呕吐 2 小时。病例分析:男,间断咳嗽、咳痰、咯血 5 年。**第二站:**胸膜摸擦音、肝脏触诊

【第一站】

(一) 现病史

1. 针对腹痛本身的问诊

(1) 腹痛起病情况:有无饮食、手术等诱因,急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别,应仔细询问、寻找诊断线索。缓慢起病者要考虑功能性与器质性,良性与恶性疾病的区别,除病因、诱因外,还应特别注意缓解因素。

(2) 腹痛的性质和程度:腹痛的性质与病变性质密切相关。绞痛多为空腔脏器痉挛、扩张或梗阻所致;烧灼痛多与化学性刺激有关,如胃酸。剧烈刀割样疼痛多为脏器穿孔或严重炎症所致;持续钝痛可能为实质脏器牵张或腹膜外刺激所致;隐痛或胀痛反映病变轻微,可能为脏器轻度扩张或包膜牵扯等所致。

(3) 腹痛的部位：腹痛的部位多代表疾病部位，对牵涉痛的理解更有助于判断疾病的部位和性质。

(4) 腹痛的时间与进食、活动、体位的关系，已如前述。饥饿性疼痛，进食缓解对胃酸分泌性胃病，尤其是十二指肠溃疡诊断有帮助。

2. 相关鉴别问诊腹痛的伴随症状对确立疾病的性质、严重程度均十分重要。腹痛伴发热、寒战显示有炎症存在，见于急性胆道感染、腹腔脓肿、肝脓肿，也可见于腹腔外疾病。腹痛伴休克同时有贫血者可能是腹腔脏器破裂；无贫血者见于胃肠穿孔、肠扭转、绞窄性肠梗阻、急性出血坏死性胰腺炎。腹腔外疾病如心肌梗死、肺炎也可有腹痛与休克，应特别注意。腹痛伴黄疸可能与肝胆胰疾病有关。急性溶血性贫血也可出现腹痛与黄疸。腹痛伴血尿可能为泌尿系疾病（如泌尿系结石）所致。腹痛伴反酸、呕吐、腹泻提示食管、胃肠病变，呕吐量大提示胃肠道梗阻；伴反酸、暖气提示消化性溃疡或胃炎；伴腹泻提示消化吸收障碍或肠道炎症、溃疡或肿瘤。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否到医院就诊？做过哪些检查？体格检查有哪些阳性发现？有否血常规、尿常规、大便常规、肝肾功能及生化检查、腹部 B 超或 CT 检查、内镜检查、病理检查等，结果如何？

(2) 治疗和用药情况，结果如何？包括各种抗生素、解痉药物、质子泵抑制剂、生长抑素等药物的疗效。

4. 患病以来一般情况问诊包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况等，即现病史五项，以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往史有无结核、肝炎、糖尿病、肿瘤病史，有无传染病接触史，有无药物和食物过

敏史,有无外伤手术史。如有消化性溃疡病史要考虑溃疡穿孔;有心血管意外病史要考虑血管栓塞。

2.个人史有无长期疫区居住史,有无烟酒嗜好,有无性病及冶游史,爱人健康状况,月经婚育情况等。如有酗酒史要考虑急性胰腺炎、急性胃炎;育龄妇女有停经史要考虑宫外孕。要注意腹痛与年龄、性别、职业的关系,幼儿常见原因有先天畸形、肠套叠、蛔虫病等;青壮年以急性阑尾炎、胰腺炎、消化性溃疡等多见;中老年以胆囊炎、胆石症、恶性肿瘤、心血管疾病多见;育龄妇女要考虑卵巢囊肿扭转、宫外孕等;有长期铅接触史要考虑铅中毒。

3.爱人健康状况,月经婚育情况,有无流产史等。

4.有无相关遗传家族史。

病例分析:条件不足,建议补充原題。

【第二站】

胸膜摩擦音意义同胸膜摩擦感,但较其敏感。某些较局限的摩擦音可见于累及胸膜的肺炎或肺栓塞。

胸膜摩擦感检查胸膜摩擦感时,检查者以手掌平放于前胸下前侧部或腋中线第5、6肋间,嘱被检查者深慢呼吸。触到吸气和呼气双相的粗糙摩擦感为阳性,常见于纤维素性胸膜炎。

肝脏触诊:触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作,如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。

注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速

度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。

肝肿大的测量：

1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

【109 号题】贵州黔东南州 第一站：病史采集阵发性腹痛伴呕吐 1 天，病历分析 COPD 急性加重期，肺部感染，**第二站：**心脏的听诊区，听诊包括心音心率节律心包摩擦音，杂音，扁桃体检查，腹部压痛反跳痛及肌紧张检查，小腿骨折包扎。**第三站：**1.收缩期吹风样杂音 2.湿罗音 3.胸腔积液 4.正常心电图 5.房颤 6.肾结石

【第一站】

(一) 现病史

1. 针对腹痛本身的问诊

(1) 腹痛起病情况：有无饮食、手术等诱因，急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别，应仔细询问、寻找诊断线索。缓慢起病者要考虑功能性与器质性，良性与恶性疾病的区别，除病因、诱因外，还应特别注意缓解因素。

(2) 腹痛的性质和程度：腹痛的性质与病变性质密切相关。绞痛多为空腔脏器痉挛、扩张或梗阻所致；烧灼痛多与化学性刺激有关，如胃酸。剧烈刀割样疼痛多为脏器穿孔或严重炎症所致；持续钝痛可能为实质脏器牵张或腹膜外刺激所致；隐痛或胀痛反映病变轻微，

可能为脏器轻度扩张或包膜牵扯等所致。

(3) 腹痛的部位：腹痛的部位多代表疾病部位，对牵涉痛的理解更有助于判断疾病的部位和性质。

(4) 腹痛的时间与进食、活动、体位的关系，已如前述。饥饿性疼痛，进食缓解对胃酸分泌性胃病，尤其是十二指肠溃疡诊断有帮助。

2. 相关鉴别问诊腹痛的伴随症状对确立疾病的性质、严重程度均十分重要。腹痛伴发热、寒战显示有炎症存在，见于急性胆道感染、腹腔脓肿、肝脓肿，也可见于腹腔外疾病。腹痛伴休克同时有贫血者可能是腹腔脏器破裂；无贫血者见于胃肠穿孔、肠扭转、绞窄性肠梗阻、急性出血坏死性胰腺炎。腹腔外疾病如心肌梗死、肺炎也可有腹痛与休克，应特别注意。腹痛伴黄疸可能与肝胆胰疾病有关。急性溶血性贫血也可出现腹痛与黄疸。腹痛伴血尿可能为泌尿系疾病（如泌尿系结石）所致。腹痛伴反酸、呕吐、腹泻提示食管、胃肠病变，呕吐量大提示胃肠道梗阻；伴反酸、暖气提示消化性溃疡或胃炎；伴腹泻提示消化吸收障碍或肠道炎症、溃疡或肿瘤。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否到医院就诊？做过哪些检查？体格检查有哪些阳性发现？有否血常规、尿常规、大便常规、肝肾功能及生化检查、腹部 B 超或 CT 检查、内镜检查、病理检查等，结果如何？

(2) 治疗和用药情况，结果如何？包括各种抗生素、解痉药物、质子泵抑制剂、生长抑素等药物的疗效。

4. 患病以来一般情况问诊包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况，即现病史五项，以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1.既往史有无结核、肝炎、糖尿病、肿瘤病史,有无传染病接触史,有无药物和食物过敏史,有无外伤手术史。如有消化性溃疡病史要考虑溃疡穿孔;有心血管意外病史要考虑血管栓塞。

2.个人史有无长期疫区居住史,有无烟酒嗜好,有无性病及冶游史,爱人健康状况,月经婚育情况等。如有酗酒史要考虑急性胰腺炎、急性胃炎;育龄妇女有停经史要考虑宫外孕。要注意腹痛与年龄、性别、职业的关系,幼儿常见原因有先天畸形、肠套叠、蛔虫病等;青壮年以急性阑尾炎、胰腺炎、消化性溃疡等多见;中老年以胆囊炎、胆石症、恶性肿瘤、心血管疾病多见;育龄妇女要考虑卵巢囊肿扭转、宫外孕等;有长期铅接触史要考虑铅中毒。

3.爱人健康状况,月经婚育情况,有无流产史等。

4.有无相关遗传家族史。

: COPD: 具体见指南 214

1、要点:有吸烟史、典型的咳、痰、 $FEV_1/FVC < 70\%$ 。

鉴别诊断:可鉴别哮喘、支扩、肺结核等疾病

进一步检查:肺功能检查、动脉血气检查、胸部 CT 检查等

治疗原则:包括评估和检测疾病、减少危险因素、稳定 COPD 的管理、急性加重期的处理。

合并肺心病、右心衰时,除上述治疗外,可使用利尿剂、血管扩张剂治疗。

【第二站】心脏的听诊区

心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始,依次听诊二尖瓣区(心尖部)

4 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)→主动脉瓣第二听诊区(胸骨左缘第 3 肋间)→三尖瓣区(胸骨左缘第 4、5 肋间)

听诊包括心音心率节律心包摩擦音,杂音

正常心音正常情况下可听到第一心音(S1)和第二音(S2)。S1 是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣

叶振动所致，是心室收缩开始的标志，心尖部听诊最清晰。S₂ 是血流在主动脉与肺动脉内突然减速，半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致，是心室舒张开始的标志，在心尖搏动后出现，与下一个 S₁ 距离较远，心底部听诊最清晰。

3. 心音的变化

(1) 心尖部第一心音强度性质改变的影响因素及其临床意义。

1) S₁ 增强见于：①二尖瓣从开放到关闭时间缩短：如二尖瓣狭窄、PR 间期缩短（预激综合征）；②心肌收缩力增强：如交感神经兴奋性增加、高动力状态（贫血、甲亢等）。

2) S₁ 减弱见于：①二尖瓣关闭障碍 / 从开放到关闭的时间延长。见于二尖瓣关闭不全、PR 间期延长、二尖瓣狭窄，瓣叶活动度差；②心肌收缩力下降；③急性主动脉瓣关闭不全。

3) S₁ 强弱不等：见于因心律不齐或心房心室收缩不同步造成每搏心室充盈有明显差别的情况。如房颤、早搏、Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞等。

(2) 心底部第二心音增强或分裂的原因及其意义。

1) 主动脉瓣区第二心音 (A₂) 增强：见于主动脉压增高，如高血压、动脉粥样硬化。

2) 肺动脉瓣区第二心音 (P₂) 增强：见于肺动脉压增高，如二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、左心衰竭等左房压升高的情况（压力传导至肺动脉）、左向右分流的先天性心脏病、肺栓塞、特发性肺动脉高压等。

3) S₂ 分裂：①生理性分裂：吸气时，右心回心血量增加，肺动脉瓣关闭延迟，出现分裂。多见于青少年；②通常分裂：右心室排血时间延长，肺动脉瓣关闭晚于主动脉瓣，吸气时分裂较呼气时明显，见于肺动脉瓣关闭延迟（右束支阻滞、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄）、主动脉瓣关闭提前（二尖瓣关闭不全、室间隔缺损）；③固定分裂：S₂ 分裂不受呼吸影响。见于房间隔缺损；④逆分裂：主动脉瓣关闭延迟，呼气时分裂较吸气时明显，见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

(3) 常见三音心律的产生机理, 听诊特点及临床意义。

1) 舒张期额外心音: ①奔马律: 心率在 100 次/分以上, 在 S2 之后出现病理性 S3 或 S4, 分别形成室性奔马律(舒张早期奔马律)或房性奔马律(舒张晚期奔马律)。室性奔马律提示左室舒张期容量负荷过重, 心肌功能严重障碍。房性奔马律提示心室收缩期压力负荷过重, 室壁顺应性降低, 见于压力负荷过重引起心肌肥厚的心脏病; ②其他: 包括开瓣音、心包叩击音、肿瘤扑落音等。开瓣音见于二尖瓣狭窄, 在心尖内侧最清晰, 高调、拍击样, 说明二尖瓣弹性和活动尚好; 心包叩击音见于缩窄性心包炎, 在心尖部和胸骨下段左缘最清晰, 较强、短促; 肿瘤扑落音见于左房黏液瘤, 在心尖部及胸骨左缘 3~4 肋间最清晰, 可随体位变动而变化, 调低。

2) 收缩期额外心音: ①收缩早期喷射音(收缩早期喀嚓音): 心底部最清晰, 分为肺动脉喷射音和主动脉喷射音。分别见于肺动脉压增高和高血压以及主动脉瓣病变; ②收缩中晚期喀嚓音: 见于二尖瓣脱垂, 呈高调、“张帆”样声响, 在心尖部及内侧清晰, 随体位而变化, 常合并收缩晚期杂音。

4. 心率及心律正常成人心率 > 100 次/分为心动过速, < 60 次/分为心动过缓。

心律随呼吸运动而变化常见于窦性心律不齐, 一般无临床意义。期前收缩为提前出现的一次心跳, 其后有长间歇。心房颤动的特点为心律绝对不齐、第一心音强弱不等和脉短绌。

5. 心脏杂音如果听到杂音, 应注意杂音的部位、时相、性质、强度、传导方向以及杂音与体位和呼吸的关系。在听诊杂音时除上述的瓣膜区外还要注意心前区其他部位和锁骨下缘等部位有无杂音。心包摩擦音的听诊部位同心包摩擦感的触诊部位。

(1) 杂音产生的机制: 血流加速; 瓣膜的器质性或功能性狭窄; 瓣膜的器质性或功能性关闭不全; 异常血流通道; 心腔中存在漂浮物; 血管的狭窄或扩张。

(2) 分析杂音时注意: 杂音的时相(收缩期、舒张期、连续性), 部位、性质、传导

方向及强度 (收缩期杂音的分级), 是否伴有震颤。

(3) 各瓣膜区听到收缩期、舒张期杂音的临床意义。

1) 收缩期杂音: ①二尖瓣区: 功能性杂音 (柔和的吹风样杂音)。见于甲亢、妊娠、贫血、发热、动静脉瘘、相对性关闭不全 (左心室扩大)。器质性二尖瓣反流 (粗糙的吹风样杂音), 见于风湿性瓣膜病、二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全或断裂 (可有“海鸥鸣”, 即收缩期高调鸣音); ②三尖瓣区: 相对性关闭不全 (右心室扩大) 少见器质性三尖瓣反流; ③主动脉瓣区: 相对性狭窄 (主动脉扩张或粥样硬化、高血压) 和器质性狭窄 (先天性、风湿性、退行性变); ④肺动脉瓣区: 功能性 (儿童和青少年常见) 相对性肺动脉瓣狭窄肺动脉高压所致肺动脉扩张、器质性肺动脉瓣狭窄 (先天性); ⑤胸骨左缘 3~4 肋间杂音: 室间隔缺损或室间隔穿孔。

2) 舒张期杂音: ①二尖瓣区: 相对性二尖瓣狭窄 (Austin-Flint 杂音) 器质性二尖瓣狭窄 (风湿性或先天性)。②三尖瓣区: 三尖瓣狭窄 (极少见)。③主动脉瓣区: 主动脉瓣关闭不全。④肺动脉瓣区: Graham Steel 杂音 (肺动脉扩张导致的肺动脉瓣相对性关闭不全, 多见于二尖瓣狭窄伴明显的肺动脉高压)。⑤连续性杂音: 见于动脉导管未闭、冠状动脉瘘、冠状动脉窦瘤 (Valsalva's sinus) 破裂。

6. 心包摩擦音 听诊部位同触诊, 性质粗糙、病调。搔抓样, 与心搏一致, 收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失等可和胸膜摩擦音鉴别。

扁桃体检查: 咽部黏膜充血、水肿见于急性咽炎; 咽后壁簇状淋巴滤泡增生呈鹅卵石样见于慢性鼻炎、鼻窦炎、慢性咽炎。检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物, 了解扁桃体肿大的分度 (不超过咽腭弓为 I 度肿大; 超过咽腭弓为 II 度肿大; 达到或超过咽后壁中线为 III 度肿大)。

腹部压痛反跳痛及肌紧张检查

1.腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；2) 揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

2.压痛和反跳痛

(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为"腹膜炎三联征"。

小腿骨折包扎：四肢肢体包扎法：将三角巾折叠成适当宽度的带状，在伤口部环绕肢体包扎。

【第三站】略

【110 号题】**第一站**：病史采集：女性，乏力，腹胀，呕血，便血，几小时，有以往肝病史 20 年。病例分析：2 级高血压，低钾血症，2 型糖尿病。**第二站**：脂肪瘤的缝合和打结 肺部听诊 扁桃体检查 腹部紧张度 压痛 反跳痛。**第三站**：听诊房颤 胸膜摩擦音 CT 急性胰腺炎 X 线 气胸 心电图 心梗|医学教育网整理。

【第一站】

病史采集：（一）现病史

1. 针对呕血本身的问诊

（1）明确是否为呕血：注意排除口腔、鼻咽部出血和咯血。

（2）起病诱因：有否饮食不洁、大量饮酒、毒物或特殊药物摄入史。

（3）呕血的颜色：有助推测出血的部位和速度，如食管病变或出血量大出血速度快者多为鲜红或暗红色；胃内病变或出血量小、出血速度慢者多呈咖啡色。

（4）呕血量：可作为估计出血量的参考，但因为部分血液可较长时间滞留在胃肠道，故应该结合全身表现估计出血量。

（5）患者的一般情况：有否口渴、黑朦、头晕、出汗、心悸等症状。

2. 相关鉴别问诊呕血的伴随症状对估计出血量和确定病因很有帮助。

（1）上腹痛：中老年人，慢性上腹痛，疼痛无明显规律性并伴有厌食、消瘦或贫血者，应警惕胃癌。中青年，慢性反复发作的上腹痛，具有一定的周期性与节律性，多为消化性溃疡。

（2）皮肤黏膜出血：常与凝血功能障碍性疾病及血液疾病有关。

（3）黄疸：黄疸、发热、寒战伴右上腹绞痛者，可能由肝胆疾病引起。黄疸、发热及全身皮肤黏膜有出血倾向者，见于某些感染性疾病，如钩端螺旋体病及败血症等。

（4）肝脾肿大：脾大，皮肤有蜘蛛痣、腹壁静脉曲张或有腹水、肝掌，化验有肝功能障碍，提示肝硬化门脉高压；出现肝大、肝区疼痛、质地坚硬、表现凹凸不平或有结节，血液化验甲胎蛋白（AFP）阳性者多为肝癌。

（5）口渴、头晕、黑朦、冷汗：提示血容量不足，早期伴随体位变动（如由卧位变坐、立位时）而发生。伴随肠鸣、血便或黑便，提示活动性出血。

(6) 其他：近期大面积烧伤、颅脑手术、有服用非甾体类抗炎药物史、脑血管疾病者和严重外伤伴呕血者，应考虑急性胃黏膜病变。剧烈呕吐后出现呕血，应注意食管贲门黏膜撕裂。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否到医院就诊？做过哪些检查？体格检查有哪些阳性发现？有否行血常规、尿常规、大便常规、肝肾功能及生化检查、腹部 B 超或 CT 检查、内镜检查、病理检查等，结果如何？

(2) 治疗和用药情况，结果如何？包括各种口服止血药物、质子泵抑制剂、生长抑素等药物的疗效。

4. 患病以来一般情况问诊包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况，以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往史有无结核病、肝病、糖尿病、肿瘤病史，有无传染病接触史，有无药物和食物过敏史，有无外伤手术史。尤其应注意过去是否有慢性上腹痛、反酸、胃灼热、暖气等消化不良症状，是否有长期药物摄入史，并注意药名、剂量及反应等。

2. 个人史有无长期疫区居住史，有无烟酒嗜好，有无性病及冶游史，爱人健康状况，月经婚育情况等。

3. 有无相关遗传家族史。

病例分析：2 级高血压，低钾血症，2 型糖尿病。

1、首先了解高血压的相关分级及分组，然后了解血钾的正常值是 3.5~5.5

2、了解糖尿病的相关知识。

由于内容涉及较多，建议参考指南：高血压：272 页。糖尿病：415 页。

【第二站】：

脂肪瘤的缝合和打结：

沿皮纹切开脂肪瘤的表面皮肤。用弯止血钳沿瘤体包膜分离肿瘤，钳夹及结扎所有见到的血管。脂肪瘤多呈多叶状，形态不规则，应注意完整地分离出具有包膜的脂肪瘤组织。用组织钳提起瘤体分离基底，切除肿瘤。止血后，分层缝合切口

肺部听诊

肺部听诊：胸部听诊

包括呼吸音、啰音、语音共振和胸膜摩擦音。听诊时由肺尖开始，自上而下分别检查前胸部、侧胸部和背部，对称部位进行对比。被检者微张口均匀呼吸，深呼吸有助于发现不明显的体征，如听到少量或不对称的啰音，可嘱患者咳嗽数声后听诊，如消失，提示为气道内分泌物或坠积性因素（多见于老年人）所致。

1.正常呼吸音的种类和分布

- (1) 肺泡呼吸音：见于大部分胸部听诊区域。
- (2) 支气管肺泡呼吸音：见于胸骨两侧第1、2肋间、肺尖、肩胛间区。
- (3) 支气管呼吸音：见于喉部、锁骨上窝、背部T1、2水平。

2.异常呼吸音

(1) 病理性支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音：在正常肺泡呼吸音分布区域听到支气管呼吸音或支气管肺泡呼吸音均为异常。主要机制为肺组织传导增强，见于肺实变、大的空洞以及大量积液上方的压迫性肺不张（肺组织含气量减少，而支气管树通畅，传导增强）。

(2) 呼吸音减弱：见于各种原因所致的肺泡通气量下降，如气道阻塞、呼吸泵（呼吸肌病变、或胸廓活动受限）功能障碍；胸膜病变（胸水、气胸、胸膜肥厚）等。对侧肺部往往出现代偿性肺泡呼吸音增强。

3. 啰音 分为干性啰音和湿性啰音。

(1) 干性啰音：发生机制为气管支气管或细支气管狭窄，包括炎症、平滑肌痉挛、外压、新生物、黏稠分泌物。其特点为持续时间长，呼气相明显，强度及性质易变。

1) 高调性干啰音（哮鸣音或哨笛音）：见于小支气管或细支气管病变。双肺弥漫性分布的哮鸣音常见于哮喘、COPD、心源性哮喘等；局限性哮鸣音常见于气道局部狭窄，如肿瘤、气道内异物。

2) 低调性干啰音（鼾音）：见于气管或主支气管病变。

3) 喘鸣：和其他干啰音不同，发生于吸气相，高调而单一。见于上呼吸道或大气道狭窄，如喉头痉挛、声带功能紊乱、气管肿物等。

(2) 湿性罗音：发生机制为气体通过呼吸道内存在的稀薄分泌物时产生水泡并破裂。特点为断续而短暂，多见于吸气相。分为粗湿性啰音、中湿性啰音、细湿性啰音（又称为大、中、小水泡音）、捻发音。主要见于支气管病变（COPD、支气管扩张）、感染性或非感染性肺部炎症、肺水肿、肺泡出血。不同类型的湿性啰音说明稀薄分泌物的主要存在部位，如肺炎时常为细湿性啰音，急性肺水肿时粗、中、细湿性啰音可同时出现。

湿性啰音的某些特征对诊断有重要意义，如随体位变化的湿性啰音常提示充血性心力衰竭；长期存在的固定性湿性啰音提示支气管扩张、慢性肺脓肿等。一种高调、密集，类似于撕扯尼龙拉扣的细湿性啰音，称为爆裂音（velcro 啰音），主要见于某些类型的间质性肺病（如特发性肺纤维化）。

4. 语音共振意义同触觉语颤。如羊鸣音、耳语音等。

5. 胸膜摩擦音意义同胸膜摩擦感，但较其敏感。某些较局限的摩擦音可见于累及胸膜的肺炎或肺栓塞。

扁桃体检查：咽部黏膜充血、水肿见于急性咽炎；咽后壁簇状淋巴滤泡增生呈鹅卵石样见于

慢性鼻炎、鼻窦炎、慢性咽炎。检查扁桃体有无充血、肿大和脓性分泌物，了解扁桃体肿大的分度（不超过咽腭弓为Ⅰ度肿大；超过咽腭弓为Ⅱ度肿大；达到或超过咽后壁中线为Ⅲ度肿大）

腹部紧张度、压痛、反跳痛

（1）局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；（2）普遍性腹壁紧张

1）板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；2）揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

压痛反跳痛检查：（1）局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1）McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛，见于阑尾炎。

2）Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

（2）反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”。

【111 号题】 第一站：病史采集：结肠癌 病例分析：脑出血。第二站：肝脏触诊，甲状腺触诊，语音震颤，腰部穿刺。

【第一站】

病史采集：

诱因：饮食、体力活动、刺激性食物、遗传易感性等

主要症状：贫血，消瘦，腹部包块腹痛、腹泻等，黏液脓血便的情况进行相关问诊

之后伴随症状可以询问有无头晕，头疼，淋巴结肿大等。

起病以来的一般情况

治疗经过及用药效果

既往史、外伤史、手术史、家族史、遗传病史等进行相关问诊，可参考模板。

病例分析：脑出血：

依据 1、多有高血压病史。2、常体力活动或情绪激动发病。3、发作时有呕吐，头痛，血压升高。4、病情发展迅速，可出现意识障碍、偏瘫等。5、CT 及 MRI 可有显示。

鉴别诊断：脑梗死：CT 即可助于鉴别

CO 中毒：有相应的病史及表现，易于鉴别。

进一步检查：CT 或 MRI 检查。

脑脊液常规和生化检查

血糖、血脂等

治疗原则：

1、尽可能就近治疗

2、保持气道畅通

3、高血压处理

4、降颅压治疗 (甘露醇、地塞米松等)

5、手术治疗。

【第二站】：

肝脏触诊

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。，如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中中线触摸。可采用双手触诊。注意：以食指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的

测量：

1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3 \sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9 \sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤

甲状腺触诊

甲状腺较小 (如 I 度肿大) 时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大 (如 II 度及以上肿大) 时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患者做吞咽动作, 同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到, 但能触及为 I 度肿大; 甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大; 甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

语音震颤

检查语音震颤时, 可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁, 嘱患者发低音调 "yi" 长音, 通过单手或双手进行检查, 由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等; 增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等

腰部穿刺

【目的】

检查脑脊液及测定颅内压等。

【适应证】

1. 腰椎穿刺术常用于检查脑脊液的性质, 对诊断脑膜炎、脑炎、脑血管病变、脑瘤等神经系统疾病有重要意义。
2. 用于鞘内注射药物。

3. 测定颅内压力和了解蛛网膜下腔是否阻塞等。

【禁忌证】

1. 可疑颅高压、脑疝。
2. 可疑颅内占位病变。
3. 休克等危重病人。
4. 穿刺部位有炎症。

【术前准备】

1. 了解病情，作必要的体格检查，如意识状态、生命征等。
2. 与病人及家属谈话，交代检查目的、检查过程、可能出现的反应及应对措施，并签字。
3. 器械准备 腰椎穿刺包、脑压表、消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布以及胶布。
4. 操作者熟悉操作步骤，戴口罩、帽子。

【操作步骤】

1. 体位病人侧卧位于硬板床上，背部与床面垂直。头向前胸部屈曲，双手抱膝紧贴腹部，使躯干呈弓形。或由助手协助使病人躯干呈弓形。
2. 确定穿刺点双侧髂后上棘连线与后正中线交会处为穿刺点。一般取第 3~4 腰椎棘突间隙。有时可上移或下移一个腰椎间隙。
3. 戴无菌手套，常规消毒皮肤，盖洞巾，用 2%利多卡因自皮肤到椎间韧带作局部麻醉。
4. 术者左手固定穿刺点皮肤，右手持穿刺针，以垂直背部的方向或略向头侧缓慢刺入。成人进针深度约 4~6cm，儿童则为 2~4cm。当针头穿过韧带与硬脑膜时，有阻力突然消

失的落空感。此时将针芯慢慢抽出，可见脑脊液流出。

5. 测量脑脊液压力放液前先接上测压管测量压力。正常侧卧位脑脊液压力为 70 ~ 180mmH₂O，或 40 ~ 50 滴 / 分钟。Queckenstedt 试验是了解蛛网膜下隙是否阻塞的一个试验。方法是在初次测压后，助手先压迫一侧颈静脉约 10 秒，再压迫另一侧，最后双侧同时按压。正常时压迫颈静脉后，脑脊液压力迅速升高一倍左右，解除压迫后 10 ~ 20 秒，迅速降至原来水平，此为梗阻试验阴性。若施压后压力缓慢上升，去除压力后压力缓慢下降，提示有不完全阻塞。颅内压增高者禁做此试验。

6. 撤去测压管，根据检测要求收集脑脊液送检。

7. 插入针芯后，拔出穿刺针，盖消毒纱布并用胶布固定。

【术后处理】

1. 术后病人去枕俯卧（若有困难可平卧）4 ~ 6 小时，以免引起低颅压头痛。测血压并观察病情有无变化。
2. 根据临床需要填写检验单，分送标本。
3. 清洁器械及操作场所。
4. 做好穿刺记录。

【注意事项】

1. 严格掌握禁忌证 疑有颅内压增高且眼底有视盘明显水肿，或有脑疝先兆者；病人处于休克、衰竭或濒危状态；局部皮肤有炎症；颅后窝有占位性病变时，禁忌穿刺。
2. 穿刺时，病人出现呼吸、脉搏、面色异常时，应立即停止操作，并做相应处理。
3. 鞘内注药时，应先放出适量脑脊液，然后以等量液体稀释药物后注入。

【112 号题】 第一站：病史采集：低热腹泻。**第二站：**操作：对光反射。乳腺出诊。移动性浊音。脊柱搬运。

【第一站】

低热腹泻：

(一) 现病史

1. 针对腹泻、低热症状的问诊注意询问起病的缓急，病程的长短；有无确定的病因或诱因，是否集体发病等；腹泻与饮食（禁食）或情绪的关系；腹泻的严重程度，大便次数、量；粪便性状，如有无血液、黏液、脓、油滴、食物残渣及气味；有无腹痛、里急后重、发热等伴随症状及其与腹泻的关系；缓解与加重的因素。（注意问问低热的持续时间等）

2. 相关鉴别问诊着重询问腹泻特点，结合相关伴随症状加以鉴别，如：

(1) 功能性腹泻与器质性腹泻的鉴别，一般而言，年轻病人（<40 岁）、病史长（>1 年）、症状为间歇性、一般状况良好、无营养不良和体重下降、大便次数增加而总量增加不明显、粪便可带黏液而无脓血、多于早晨或餐后排便而无半夜为便意扰醒，则多考虑为功能性。

(2) 伴发热者常见于急性感染性腹泻、肠道恶性肿瘤、溃疡性结肠炎等。

(3) 伴里急后重者见于直肠病变为主者，如细菌性痢疾、直肠炎症或直肠肿瘤等。

(4) 粪便中出现血液提示有炎症性肠病或恶性肿瘤的可能性。在急性感染性腹泻患者中，粪便中有肉眼可见的血液高度提示侵袭性病原体感染。

(5) 伴腹部包块、消瘦者常见于胃肠恶性肿瘤、肠结核等。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否曾到医院就诊，做过哪些检查，如血常规、粪常规及病原学检查、血电解质、X 线肠造影、肠镜、腹部 B 型超声等检查，检查结果如何？

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何?

4. 患病以来的一般情况问诊包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况等, 以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往史: 有无长期应用抗生素史, 有无慢性胰腺炎、甲状腺功能亢进、肾脏疾病等病史。有无药物过敏史。

2. 有无长期疫区居住史; 有无烟酒嗜好。

3. 爱人健康状况, 月经婚育情况, 有无流产史等。

4. 有无相关遗传病家族史。

【第二站】

对光反射

瞳孔对光反射: 传入神经为视神经, 传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

乳腺触诊

检查时手指和手掌平放在乳房上, 以指腹施压, 旋转或滑动进行触诊。检查左侧乳房时, 从外上象限开始沿顺时针分别触诊四个象限, 检查右侧乳房时, 从外上象限开始沿逆时针分别触诊四个象限, 最后触诊乳头。检查乳房的硬度和弹性、有无压痛和包块。发现包块时注意其部位、大小、外形、硬度和活动度及有无压痛等。恶性肿瘤常常表现为表面凹凸不平、质地坚硬而活动度差, 通常压痛不明显

移动性浊音

移动性浊音检查时先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

脊柱搬运

用担架、木板或门板搬运。先使伤者两下肢伸直，两手相握放在身前。担架放在伤员一侧，三人同时用手平抬伤员头颈、躯干及下肢，使伤员成一体平直托至担架上。注意不要使躯干扭转，特别注意勿使伤者呈屈曲体位时搬运。对颈椎损伤的伤员，要另有一人专门托扶头部，并沿纵轴向上略加牵引。



颈椎骨折伤员搬运法

【113 号题】云南 第一站：病史采集:女 28 恶心呕吐两天。病例分析:男性 37 洗澡受凉后咳嗽咳痰高热三天加重一天伴有胸痛呼吸音减低 x 线示左下肺斑片状大片阴影 肋隔角消失呈内低外高。**第二站：**操作！眼睑虹膜结膜的检查；心脏听诊顺序位置；腹部移动性浊音检查；腹部拆线；**第三站：**胰腺炎 Ct。

第一站 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无进食不当、精神紧张、劳累等

(2) 针对主诉：程起病缓急、病程、程度、呕吐次数、量、性状、气味、颜色

呕吐的前驱症状-恶心？喷射性？与进餐关系

(4) 伴随症状：有无发热、寒战、皮肤黄染、食欲不振、厌油。恶心、腹胀；有无腹泻、消瘦乏力，有无头痛、头晕、意识障碍

(5) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无疫区疫水接触史。

病例分析

(一) 初步诊断及诊断依据

初步诊断：左下叶肺炎。

诊断依据：

1. 青年男性，急性起病，受凉后出现高热、寒战，咳嗽及脓痰。

2. 急性病容，左下肺体检为肺实变体征。

3.血 WBC 及中性粒细胞比例增高。

(二) 鉴别诊断

1.不同病原所致肺炎的鉴别：

2.急性肺脓肿：

3.干酪性肺炎：

(三) 进一步检查

痰涂片革兰染色，痰找抗酸杆菌，痰、血细菌培养 + 药敏。

(四) 治疗原则

1.休息、对症治疗（退热、止咳、祛痰等）。

2.抗感染治疗：

首选青霉素（或一、二代头孢菌素）或氟喹诺酮类药物。

根据病原检查或治疗效果调整抗感染治疗方案。

第二站 眼睑虹膜结膜的检查

眼睑：双侧眼睑下垂多见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂；单侧眼睑下垂常见于动眼神经麻痹。眼睑水肿常常以晨起较明显，常见于急性肾小球肾炎、慢性肝病、营养不良等。

虹膜：是眼球葡萄膜的最前部分，中央有圆形孔洞即瞳孔，虹膜内有瞳孔括约肌与扩大肌，能调节瞳孔的大小。正常虹膜纹理近瞳孔部分成放射状排列，周边呈环形排列。

结膜：检查上睑结膜、下睑结膜和球结膜。充血和分泌物增多多见于结膜炎；球结膜水肿多见于肺性脑病、颅内压增高；睑结膜苍白见于各种贫血；结膜颗粒与滤泡常见于沙眼；结膜出血点可见于感染性心内膜炎。

心脏听诊顺序位置

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容 (心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音) 。

心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始,依次听诊二尖瓣区(心尖部)→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)→主动脉瓣第二听诊区(胸骨左缘第3肋间)→三尖瓣区(胸骨左缘第4、5肋间)。

腹部移动性浊音检查

先让被检查者仰卧,由脐部开始向左侧叩诊,直到出现浊音,叩诊板指不动,嘱被检查者右侧卧,再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象,可在右侧卧位的情况下,向右叩诊直至再次出现浊音,然后嘱患者左侧卧位,叩诊板指不动,再次叩诊该部位转为鼓音,向右侧继续叩诊均呈鼓音,则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体,且液体量超过 1000ml。

腹部拆线

首先揭开敷料,暴露缝合口,若有胶布痕迹,可用汽油或松节油棉签擦净。选用碘伏或 70% 酒精棉球先后由内至外消毒缝合口及周围皮肤 5~6cm,然后用无齿镊轻提缝合口上打结的线头,使埋于皮肤的缝线露出,用线剪将露出部剪断,随即轻轻抽出,拆线时动作要轻,不可将结头两端线同时剪断,以防缝线存留皮下。若伤口愈合不可靠,可间断拆线。拆完缝线后,用酒精棉球再擦拭 1 次,盖以敷料,再以胶布固定。如伤口表面裂开,可用蝶形胶布在酒精灯火焰上消毒后,将两侧拉合固定,包扎。

【114 号题】广东深圳 第一站：病史采集：发热，腹痛，脓血便，病历分析：心急硬死；
第二站：甲状腺触诊，肝脾触诊；外伤清创缝合；**第三站：**35 岁男性，发热一天，有肝癌，肝炎，急性胰腺炎，正常心电图，房颤。

第一站：病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因：有无不洁饮食，近期有无外出旅游

(2) 针对发热：程度、热型、有无寒战

(3) 针对腹痛：部位、性质、程度、持续时间、有无放射、加重或缓解因素。

(4) 脓血便的性质和量

(5) 伴随症状：有无恶性呕吐、里急后重

(6) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊，做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无慢性消化系统疾病病史，有无疫区疫水接触史。

病历分析：心急硬死

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站：

甲状腺触诊

甲状腺较小 (如 I 度肿大) 时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大 (如 II 度及以上肿大) 时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患者做吞咽动作, 同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到, 但能触及为 I 度肿大; 甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大; 甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脾触诊

(1) 肝脏触诊: 触诊肝脏时, 右手三指并拢, 掌指关节伸直, 示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧, 估计肝脏巨大者应放置于右下腹部, 被检查者呼气时手指压向腹深部, 再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移, 重复上述的动作。如此反复, 直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意: 以示指的外侧接触肝脏; 勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏; 手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

- 1) 第一测量: 右锁骨中线上, 肝上界 (肝相对浊音界) 至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量: 右锁骨中线上, 肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量: 前正中线上, 剑突基底部至肝下缘的距离。正常肝脏: 肋下 $\leq 1\text{cm}$, 剑下 $\leq 3\sim$

5cm, 上下径 9~11cm。弥漫性增大: 见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大: 见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

(2) 脾脏触诊: 触诊脾脏时, 一般先用单手自左下腹向肋缘触摸, 如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧, 检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位, 并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯, 平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下, 使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸, 检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显, 开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到, 可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直, 左下肢屈曲, 使腹壁放松)。检查方法同上。

注意: 脾脏位置较浅, 手法要轻, 用力过大可能把脾脏推入腹腔深部, 或影响脾脏随呼吸下降, 导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量:

1) 第一测量: 又称甲乙线。左锁骨中线上, 肋缘至脾脏下缘之间的距离。

2) 第二测量: 又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第三测量: 又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线, 测量为正值, 反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大(肋下 $<2\text{cm}$) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎;

中度肿大(不过脐): 见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大(过脐或腹中线): 见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病

等。

外伤清创缝合

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。与病人或家属谈话，做好各种解释工作，如行一期缝合的原则。若一期缝合发生感染的可能性和局部表现，若不缝合下一步的处理方法，解释伤后功能、美容的影响等。争取清醒病人配合，并签署有创操作知情同意书。

2. 器械准备 无菌手术包、肥皂水、无菌生理盐水、3%双氧水、碘伏及 1:5000 苯扎溴铵溶液、无菌注射器、2%利多卡因、绷带、宽胶布、止血带等。

3. 戴帽子、口罩。

【操作步骤】

1. 清洁伤口周围皮肤 先用无菌纱布覆盖伤 1:1，剃去伤口周围的毛发，其范围应距离伤口边缘 5cm 以上，有油污者，用汽油或者乙醚擦除（以上步骤由巡回护士完成）。

2. 手术者洗手、穿手术衣后戴无菌手套，用无菌纱布覆盖伤口，用肥皂水和无菌毛刷刷洗伤口周围的皮肤，继以无菌盐水冲洗，一般反复冲洗 3 次，严重污染伤口可刷洗多次，直至清洁为止，注意勿使冲洗肥皂水流入伤口内。

3. 清洗、检查伤口 术者不摘无菌手套，去除覆盖伤口的无菌纱布，用无菌生理盐水冲洗伤口，并以夹持小纱布的海绵钳轻轻擦拭伤口内的组织，用 3% 的过氧化氢溶液冲洗，待创面呈现泡沫后，再用无菌生理盐水冲洗干净。擦干伤口内的冲洗液及伤口周围皮肤，检查伤口内有无血凝块及异物，并检查伤口深度，有无合并神经、血管、筋膜与骨骼损伤，在此过程中若遇有较大的出血点，应予以止血。如四肢创面有大量出血，可用止血带，并记录上

血带时间, 此时, 用无菌纱布覆盖伤口。

4. 皮肤消毒、铺无菌巾 洗手、泡手后不戴无菌手套, 以 0.75% 碘酊消毒皮肤, 铺无菌巾。注意, 勿使消毒液流入伤口内, 必要时伤口周围局部麻醉。

5. 清理伤口 术者、助手再次消毒双手后, 戴无菌手套, 用手术剪清除伤口周围不整齐的皮缘 1~2mm, 失去活力呈灰白色或不出血呈紫色的皮肤应予以去除。若切口过小, 应扩大切口充分暴露。一般从伤口两端沿纵轴延长 (有时须据功能和外观选择延长切口的方向), 深筋膜也应当做相应的切开, 彻底止血, 小的渗血可压迫止血, 较大出血予以结扎, 尽量取净伤口内的异物, 剪除伤口内失去活力的组织, 由浅入深仔细清除, 但不应将不该切除的组织一并切除。对于手、面部及关节附近的伤口更应特别注意。脂肪组织易发生坏死、液化而至感染, 失去活力的筋膜会影响伤口的愈合, 均应尽量予以切除。

6. 去除坏死和失去活力的肌肉组织 凡夹捏不收缩, 切开不出血或无颜色改变的肌肉组织, 都要彻底切除或剪除。污染明显与骨膜分离的小碎骨片可以去除, 较大的游离骨片或与软组织相连的小骨片, 予以保留, 放回原位, 以恢复解剖形态及功能, 关节囊内的小游离骨片必须彻底清除, 并将关节囊缝合。

7. 血管损伤的处理 不影响伤口血液循环的断裂血管, 可予以结扎。若主要血管损伤, 清创后需进行动脉、静脉吻合或修补。将损伤的血管近、远端剥离清楚, 用无损伤血管钳夹住两端阻断血流, 用小剪刀将血管外膜去除一端, 将断端修剪整齐后对合两断端。用细丝线在两侧各做一褥式缝合, 用生理盐水放入少许肝素冲洗管腔, 以防凝血块再凝固, 将两缝线牵紧, 用连续缝合法缝合前壁, 翻转血管按前法缝合后壁。放松远端血管夹, 检查吻合口是否严密, 如无缝隙, 即去除近端血管夹, 恢复血运。

8. 缝合伤口 遵循清创缝合原则, 完成符合缝合要求的伤口, 经上述步骤处理的伤口则为清洁伤口, 再用无菌盐水冲洗伤口。如手术台面无菌巾已浸透, 则应加盖无菌巾。清理伤

口,由深层向浅层按局部的解剖层次进行缝合。避免遗留无效腔,防止形成血肿,缝合时松紧度要适宜,以免影响局部血运。用间断缝合法缝合皮下组织后,采用70%乙醇消毒伤口周围的皮肤,间断缝合法缝合皮肤。对齐皮缘,挤出皮下积血,再次用70%乙醇消毒皮肤,覆盖无菌纱布,并妥善包扎固定。

9.伤口表浅,止血良好,缝合后没有无效腔时,一般不必放置引流物。伤口深,损伤范围大且重。污染重的伤口和无效腔可能存在有血肿形成时,应放置引流物。

【115号题】第一站:病史采集:男,70岁,腹胀呕吐一天,来诊。病例分析:患儿,男,6个月,加重伴喘息2天入院。诊断:1.呼吸道合胞病毒肺炎。2.急性呼吸衰竭。**第二站:**眼睑检查,虹膜检查,结膜检查。心脏触诊。腹部移动性浊音叩诊。骨髓穿刺。

【第一站】病史采集:

1.针对腹胀、呕吐问诊呕吐是急性起病还是缓慢起病;有无确定的病因或诱因,如体位、进食、药物、精神因素、咽部刺激、酗酒、晕车船等;呕吐时间是晨起还是夜间,间歇还是持续,与饮食、活动等有无关系;呕吐发作的频率、持续时间、严重程度,是否喷射性呕吐,加重与缓解因素等;呕吐物性状、气味、颜色及呕吐物的量如何。

2.相关鉴别问诊着重询问呕吐特点,结合相关伴随症状加以鉴别。如:

1) 呕吐伴腹痛,呕吐物带发酵、腐败气味,多见于消化性溃疡,幽门梗阻等;

2) 根据是否有胆汁,区分梗阻位于十二指肠乳头平面上或下;

3) 呕吐伴腹痛、腹泻者多见于急性胃肠炎或食物中毒等;

4) 呕吐伴腹痛、停止排便及排气多见于急性肠梗阻;

5) 呕吐伴右上腹痛及发热、寒战或有黄疸者多考虑胆囊炎或胆石症;

6) 呕吐伴头痛及喷射性呕吐者常见于颅内高压症;

- 7) 应用某些药物如抗菌药物与抗癌药物后发生呕吐则可能与药物副作用有关;
- 8) 已婚育龄妇女早晨呕吐者应考虑有早孕的可能性。

3. 诊疗经过问诊

1) 患病以来是否作过 x 线腹平片、腹部 B 型超声、x 线钡餐造影、胃镜、血糖、尿素氮等检查。结果如何?

2) 治疗和用药情况, 疗效如何?

4. 患病以来的一般情况问诊包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况, 以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往史以往有无高血压、心脑血管病、肝肾疾病、糖尿病和肿瘤等疾病史; 有无传染病接触史; 有无药物和食物过敏史; 有无外伤、腹部手术史等。

2. 有无长期疫区居住及相关毒物接触史; 有无烟酒嗜好; 性病和冶游史。

3. 爱人健康状况, 月经婚育情况, 有无流产史等。

4. 有无相关遗传病家族史。

病例分析: 建议参考指南 461

【第二站】: 眼睑检查虹膜检查结膜检查

眼睑 双侧眼睑下垂多见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂; 单侧眼睑下垂常见于动眼神经麻痹。眼睑水肿常常以晨起较明显, 常见于急性肾小球肾炎、慢性肝病、营养不良等。3.

结膜检查上睑结膜、下睑结膜和球结膜。充血和分泌物增多多见于结膜炎; 球结膜水肿多见于肺性脑病、颅内压增高; 睑结膜苍白见于各种贫血; 结膜颗粒与滤泡常见于沙眼; 结膜出血点可见于感染性心内膜炎。

4.巩膜 均匀黄染常见于黄疸，其他黄色色素增多时多在角膜周围黄染明显。

5.角膜 检查透明度，有无云翳、白斑、溃疡、软化、新生血管等。角膜周围血管增生常见于严重沙眼；角膜边缘出现灰白色浑浊圈为老年环；角膜边缘出现黄、棕褐色的色素环，为 Kayser-Fleischer 环，见于肝豆状核变性 (Wilson 病)。

心脏触诊

心脏触诊包括心尖搏动、震颤和心包摩擦感等内容。心脏触诊时首先用手掌感觉心脏搏动的大体位置，然后用示指和中指对心尖搏动进行详细触诊。触诊心前区震颤和心包摩擦感时用小鱼际检查。

1.心尖搏动 位置同视诊，正常范围 2~2.5cm。

(1) 心尖搏动的位置改变：意义同视诊。

(2) 心尖搏动的强度和范围异常：心尖搏动增强见于心肌收缩力增强或左心室肥大，如严重贫血、甲亢、高血压等。抬举性搏动是左室肥大的可靠体征。心尖搏动减弱且弥散见于心肌炎或扩张性心肌病。

2.心前区震颤 触诊时手掌感觉的细小振动，一旦发现说明心脏存在器质性病变。触及震颤后，注意震颤的部位以及发生时相。震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定，心尖搏动时冲击手掌或颈动脉搏动后出现的为收缩期震颤，而在之前出现的为舒张期震颤。主要发生机制为：血液在心脏或血管内流动时产生湍流，引起室壁、瓣膜或血管壁振动，传导至胸壁。

(1) 收缩期：胸骨右缘第 2 肋间：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。

(2) 舒张期：心尖部：二尖瓣狭窄。

(3) 连续性：胸骨左缘第 2 肋间：动脉导管未闭。

3.心包摩擦感触诊部位在胸骨左缘第 4 肋间。特征为收缩期和舒张期双相的粗糙摩擦感,收缩期更易触及,坐位前倾呼气末明显。见于感染性(结核性心包炎多见)和非感染性(尿毒症、梗死后综合征、SLE 等)心包炎。

腹部移动性浊音叩诊:移动性浊音:移动性浊音检查时先让被检查者仰卧,由脐部开始向左侧叩诊,直到出现浊音,叩诊板指不动,嘱被检查者右侧卧,再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象,可在右侧卧位的情况下,向右叩诊直至再次出现浊音,然后嘱患者左侧卧位,叩诊板指不动,再次叩诊该部位转为鼓音,向右侧继续叩诊均呈鼓音,则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体,且液体量超过 1000ml。

骨髓穿刺

【目的】

诊断血液及骨髓的疾病。

【适应证】

1. 各种白血病的诊断,治疗效果观察。
2. 多种血液病的诊断,如缺铁性贫血、巨幼细胞性贫血、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病、骨髓增殖性疾病等。

【禁忌证】

血友病。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。
2. 与病人及家属谈话,交代检查目的、检查过程及可能发生情况,并签字。

3. 器械准备骨髓穿刺包、消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布以及胶布。

4. 操作者熟悉操作步骤, 戴口罩、帽子。

【操作方法】

1. 选择穿刺部位 ①髂前上棘穿刺点: 位于髂前上棘后 1~ 2cm 的髂嵴上; ②髂后上棘穿刺点: 位于骶椎两侧, 臀部上方突出的部位; ③胸骨穿刺点: 胸骨柄或胸骨体相当于第一、二肋间隙的位置; ④腰椎棘突穿刺点: 位于腰椎棘突突出处。

2. 体位 胸骨和髂前上棘为穿刺点时, 病人取仰卧位; 棘突为穿刺点时病人取坐位或侧卧位; 髂后上棘为穿刺点时病人取侧卧位。

3. 术者带无菌手套, 常规消毒局部皮肤, 盖无菌洞巾, 用 2%利多卡因作局部皮肤、皮下及骨膜麻醉。

4. 将骨髓穿刺针固定器固定在适当的长度位置上(胸骨穿刺约 1.0cm, 髂骨穿刺约 1.5cm)。术后左手拇指和示指固定穿刺部位, 右手持针向骨面垂直刺入(胸骨穿刺时, 应保持针体与胸骨成 $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ 角)。针尖接触骨质后, 左右旋转针体, 缓慢钻刺, 当感到阻力消失、穿刺针在骨内固定时, 表示针尖已进入髓腔。

5. 拔出针芯, 放在无菌盘内, 接上 10ml 或 20ml 无菌干燥注射器, 用适当力量抽吸适量骨髓液送检(首先应抽吸 0.1~0.2ml 用作制备骨髓涂片; 若需作骨髓细菌培养或造血干细胞培养, 应在制备骨髓涂片后再抽吸 1~2ml 骨髓液送检)。

6. 抽取的骨髓液滴在载玻片上, 迅速作有核细胞计数并涂片数张备用。

7. 若未能抽出骨髓液, 应再插入针芯, 稍加旋转针体, 或再钻入少许或退出少许, 拔出针芯, 再行抽吸。若仍抽不出骨髓液, 则应考虑更换部位穿刺或作骨髓活组织检查术。

8. 抽吸完毕, 插入针芯。左手取无菌纱布置于针孔处, 右手将穿刺针一起拔出, 随即将纱

布盖住针孔，并按压 1~2 分钟，再用胶布将纱布加压固定。

【术后处理】

1. 术后应嘱病人静卧休息，同时做好标记并送检骨髓片，清洁穿刺场所，做好穿刺记录。

2. 抽取骨髓和涂片要迅速，以免凝固。需同时作周围血涂片，以作对照。

【注意事项】

1. 术前应做止、凝血检查。有出血倾向者，操作时应特别注意。血友病者禁止做本项检查。

2. 穿刺针进入骨质后避免摆动过大，以防折断。

3. 胸骨穿刺时，不应用力过猛，避免穿透内侧骨板。

4. 若穿刺时感到骨质坚硬，穿不进髓腔时，应做骨骼 X 线检查，以除外大理石骨病。不可强行操作，以防断针

【116 号题】 第一站：病史采集：16 岁，男孩，消瘦、多饮、心悸。病理分析：急性胰腺炎。第二站：体格检查：移动性浊音，眼睑、巩膜检查，心脏听诊。操作：胸部穿刺，腹部穿刺，问：膝反射正常表现和穿刺能不能把积液一次性放完？腹腔穿刺怎样才能不让腹腔积液漏出来。乳房出诊，腹部包块触诊，医学教育网整理肛门指查，问：心尖隆起见于什么部位？

(一) 现病史

1. 针对心悸发作的特点问诊

(1) 心悸发作的方式：患慢性疾病时多伴有逐渐发生的心悸，经常与病情反复或活动有关；但折返性心动过速多表现为突发突止，有时与体位相关。

(2) 心悸发生的时间：某些心律失常如特发性室性期前收缩，发作可与交感神经兴奋有关，如运动时期前收缩增多。心力衰竭夜间阵发性呼吸困难的患者多伴有心悸。空腹或餐前发作的心悸，尤其是服用降糖药的糖尿病患者，如伴有出汗、饥饿感等交感神经兴奋症状，应考虑低血糖反应的可能。哮喘患者，由于不适当地应用大剂量的日受体激动剂导致心率增快出现心悸症状。心脏神经症的心悸多在夜间或静息状态发作。

(3) 加重诱因和缓解方式：感染、发热、贫血、运动或情绪激动可诱发或加重心悸。全身疾病衰竭和虚弱状态，可使心悸持续不缓解。低血糖导致的心悸在患者进食后缓解。阵发性室上性心动过速可通过深呼吸、诱发恶心等方式终止。

(4) 心悸的性质：应询问患者心悸症状发作时自觉心跳快慢的情况，患者描述心跳不齐，提示期前收缩或房颤，“间歇感”可能是缓慢性心律失常或期前收缩。有时患者自述脉搏不快，也不能排除快速性心律失常的可能，房颤情况下的脉搏不能反映心室率，房扑和房速的脉搏则取决于心房激动下传心室的比例。

(5) 持续时间：持续性的心悸在全身疾病状态更多见，如器质性心脏病、心肌炎、心肌病。频发的期前收缩和持续时间长的房颤，心悸症状也多持续不缓解。阵发性房颤可自行终止，持续时间一般可达数十小时。阵发性房扑常难以自行终止，持续时间可达数天甚至更长。阵发性室上性心动过速患者有阵发性心悸，持续时间一般较短仅数分钟，也有持续数小时者。

2. 相关鉴别诊断的问诊

(1) 伴有心脏病：有活动诱发的胸闷或胸痛，应注意心力衰竭和心绞痛；有头晕、耳鸣、应注意高血压病；风湿性心脏瓣膜病患者心前区可闻及病理性杂音。

(2) 伴黑朦、晕厥：见于室性心律失常、高度房室传导阻滞。

(3) 伴有多汗、怕热、消瘦、易怒、手抖、腹泻等，见于甲状腺功能亢进症。

(4) 神经系统兴奋性增高, 如运动、情绪激动、刺激性饮品等, 也见于某些药物、毒品等。

(5) 伴皮肤黏膜苍白、贫血, 见于急性失血、慢性消耗性疾病。

(6) 伴有气短、胸闷、烦躁、疲乏、失眠以及焦虑等, 可见于心脏神经症。

3. 诊疗经过的问诊

(1) 患病以来是否到医院就诊, 是否在发作当时就诊, 就诊时进行了哪些检查, 如心电图、Holter、超声心动图、血常规、甲状腺功能等, 检查结果如何, 做出过何种诊断?

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何? 包括原发疾病的治疗及用药情况。

4. 患病以来的一般情况问诊包括饮食、睡眠、大小便以及体重变化情况, 体力情况等。

(二) 相关及既往其他病史的问诊

1. 既往有无器质性心脏病史, 如冠心病、风心病史等; 有无其他器官系统病史, 如肿瘤、哮喘病史、严重肝脏疾病、肾功能不全等; 有无可疑用药史, 如 β 肾上腺素能受体激动剂等; 以往是否有类似心悸发作?

2. 患者的年龄、职业, 有无烟酒嗜好, 有无饮用咖啡或浓茶的嗜好。

3. 药物过敏史, 手术外伤史。

4. 爱人健康状况, 月经婚育史。

5. 有无类似家族史, 特别是猝死家族史。

急性胰腺炎病例分析见指南 322 页

【第二站】移动性浊音

移动性浊音检查时先让被检查者仰卧, 由脐部开始向左侧叩诊, 直到出现浊音, 叩诊板指不动, 嘱被检查者右侧卧, 再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象, 可在右侧卧位的情况下, 向右叩诊直至再次出现浊音, 然后嘱

患者左侧卧位，叩诊板指不动，再次叩诊该部位转为鼓音，向右侧继续叩诊均呈鼓音，则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体，且液体量超过 1000ml。

眼睑、巩膜检查

眼睑检查虹膜检查结膜检查

眼睑 双侧眼睑下垂多见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂；单侧眼睑下垂常见于动眼神经麻痹。眼睑水肿常常以晨起较明显，常见于急性肾小球肾炎、慢性肝病、营养不良等。

3. 结膜检查上睑结膜、下睑结膜和球结膜。充血和分泌物增多多见于结膜炎；球结膜水肿多见于肺性脑病、颅内压增高；睑结膜苍白见于各种贫血；结膜颗粒与滤泡常见于沙眼；结膜出血点可见于感染性心内膜炎。

4. 巩膜 均匀黄染常见于黄疸，其他黄色色素增多时多在角膜周围黄染明显。

5. 角膜 检查透明度，有无云翳、白斑、溃疡、软化、新生血管等。角膜周围血管增生常见于严重沙眼；角膜边缘出现灰白色浑浊圈为老年环；角膜边缘出现黄、棕褐色的色素环，为 Kayser-Fleischer 环，见于肝豆状核变性 (Wilson 病)。

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容 (心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音)。

1. 心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始，依次听诊二尖瓣区 (心尖部) 4 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) → 主动脉瓣第二听诊区 (胸骨左缘第 3 肋间) → 三尖瓣区 (胸骨左缘第 4、5 肋间)。

2. 正常心音正常情况下可听到第一心音 (S₁) 和第二音 (S₂)。S₁ 是二尖瓣和三尖瓣关

闭时瓣叶振动所致,是心室收缩开始的标志,心尖部听诊最清晰。S2 是血流在主动脉与肺动脉内突然减速,半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致,是心室舒张开始的标志,在心尖搏动后出现,与下一个 S1 距离较远,心底部听诊最清晰。

3.心音的变化

(1) 心尖部第一心音强度性质改变的影响因素及其临床意义。

1) S1 增强见于:①二尖瓣从开放到关闭时间缩短:如二尖瓣狭窄、PR 间期缩短(预激综合征);②心肌收缩力增强:如交感神经兴奋性增加、高动力状态(贫血、甲亢等)。

2) S1 减弱见于:①二尖瓣关闭障碍/从开放到关闭的时间延长。见于二尖瓣关闭不全、PR 间期延长、二尖瓣狭窄,瓣叶活动度差;②心肌收缩力下降;③急性主动脉瓣关闭不全。

3) S1 强弱不等:见于因心律不齐或心房心室收缩不同步造成每搏心室充盈有明显差别的情况。如房颤、早搏、Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞等。

(2) 心底部第二心音增强或分裂的原因及其意义。

1) 主动脉瓣区第二心音(A2)增强:见于主动脉压增高,如高血压、动脉粥样硬化。

2) 肺动脉瓣区第二心音(P2)增强:见于肺动脉压增高,如二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、左心衰竭等左房压升高的情况(压力传导至肺动脉)、左向右分流的先天性心脏病、肺栓塞、特发性肺动脉高压等。

3) S2 分裂:①生理性分裂:吸气时,右心回心血量增加,肺动脉瓣关闭延迟,出现分裂。多见于青少年;②通常分裂:右心室排血时间延长,肺动脉瓣关闭晚于主动脉瓣,吸气时分裂较呼气时明显,见于肺动脉瓣关闭延迟(右束支阻滞、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄)、主动脉瓣关闭提前(二尖瓣关闭不全、室间隔缺损);③固定分裂:S2 分裂不受呼吸影响。见于房间隔缺损;④逆分裂:主动脉瓣关闭延迟,呼气时分裂较吸气时明显,见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

(3) 常见三音心律的产生机理, 听诊特点及临床意义。

1) 舒张期额外心音: ①奔马律: 心率在 100 次 / 分以上, 在 S2 之后出现病理性 S3 或 S4, 分别形成室性奔马律 (舒张早期奔马律) 或房性奔马律 (舒张晚期奔马律)。室性奔马律提示左室舒张期容量负荷过重, 心肌功能严重障碍。房性奔马律提示心室收缩期压力负荷过重, 室壁顺应性降低, 见于压力负荷过重引起心肌肥厚的心脏病; ②其他: 包括开瓣音、心包叩击音、肿瘤扑落音等。开瓣音见于二尖瓣狭窄, 在心尖内侧最清晰, 高调、拍击样, 说明二尖瓣弹性和活动尚好; 心包叩击音见于缩窄性心包炎, 在心尖部和胸骨下段左缘最清晰, 较强、短促; 肿瘤扑落音见于左房黏液瘤, 在心尖部及胸骨左缘 3~4 肋间最清晰, 可随体位变动而变化, 调低。

2) 收缩期额外心音: ①收缩早期喷射音 (收缩早期喀嚓音): 心底部最清晰, 分为肺动脉喷射音和主动脉喷射音。分别见于肺动脉压增高和高血压以及主动脉瓣病变; ②收缩中晚期喀嚓音: 见于二尖瓣脱垂, 呈高调、"张帆"样声响, 在心尖部及内侧清晰, 随体位而变化, 常合并收缩晚期杂音。

4. 心率及心律正常成人心率 > 100 次 / 分为心动过速, < 60 次 / 分为心动过缓。

心律随呼吸运动而变化常见于窦性心律不齐, 一般无临床意义。期前收缩为提前出现的一次心跳, 其后有长间歇。心房颤动的特点为心律绝对不齐、第一心音强弱不等和脉短绌。

5. 心脏杂音如果听到杂音, 应注意杂音的部位、时相、性质、强度、传导方向以及杂音与体位和呼吸的关系。在听诊杂音时除上述的瓣膜区外还要注意心前区其他部位和锁骨下缘等部位有无杂音。心包摩擦音的听诊部位同心包摩擦感的触诊部位。

(1) 杂音产生的机制: 血流加速; 瓣膜的器质性或功能性狭窄; 瓣膜的器质性或功能性关闭不全; 异常血流通道; 心腔中存在漂浮物; 血管的狭窄或扩张。

(2) 分析杂音时注意: 杂音的时相 (收缩期、舒张期、连续性), 部位、性质、传导

方向及强度 (收缩期杂音的分级), 是否伴有震颤。

(3) 各瓣膜区听到收缩期、舒张期杂音的临床意义。

1) 收缩期杂音: ①二尖瓣区: 功能性杂音 (柔和的吹风样杂音)。见于甲亢、妊娠、贫血、发热、动静脉瘘、相对性关闭不全 (左心室扩大)。器质性二尖瓣反流 (粗糙的吹风样杂音), 见于风湿性瓣膜病、二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全或断裂 (可有“海鸥鸣”, 即收缩期高调鸣音); ②三尖瓣区: 相对性关闭不全 (右心室扩大) 少见器质性三尖瓣反流; ③主动脉瓣区: 相对性狭窄 (主动脉扩张或粥样硬化、高血压) 和器质性狭窄 (先天性、风湿性、退行性变); ④肺动脉瓣区: 功能性 (儿童和青少年常见) 相对性肺动脉瓣狭窄肺动脉高压所致肺动脉扩张、器质性肺动脉瓣狭窄 (先天性); ⑤胸骨左缘 3~4 肋间杂音: 室间隔缺损或室间隔穿孔。

2) 舒张期杂音: ①二尖瓣区: 相对性二尖瓣狭窄 (Austin-Flint 杂音) 器质性二尖瓣狭窄 (风湿性或先天性)。②三尖瓣区: 三尖瓣狭窄 (极少见)。③主动脉瓣区: 主动脉瓣关闭不全。④肺动脉瓣区: Graham Steel 杂音 (肺动脉扩张导致的肺动脉瓣相对性关闭不全, 多见于二尖瓣狭窄伴明显的肺动脉高压)。⑤连续性杂音: 见于动脉导管未闭、冠状动脉瘘、冠状动脉窦瘤 (Valsalva's sinus) 破裂。

6. 心包摩擦音 听诊部位同触诊, 性质粗糙、病调。搔抓样, 与心搏一致, 收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失等可和胸膜摩擦音鉴别。

(十) 外周血管检查

1. 脉搏 脉率、脉律: 一般触诊桡动脉, 注意脉搏的速率、节律、强弱以及两侧是否对称。

2. 血管杂音

(1) 静脉杂音: 多无临床意义。肝硬化门脉高压所致腹壁静脉曲张时可在上腹或脐周

出现静脉营营声。

(2) 动脉杂音：多见于局部血流丰富（如甲状腺功能亢进症）、血管狭窄（粥样硬化、大动脉炎）、动静脉瘘等。

3. 周围血管征当脉压显著增加时可出现周围血管征，包括水冲脉、毛细血管搏动征、枪击音和 Duroziez 征。常见于主动脉关闭不全、甲状腺功能亢进症。

胸部穿刺见指南 122

腹部穿刺见指南 123

乳房触诊：

检查时手指和手掌平放在乳房上，以指腹施压，旋转或滑动进行触诊。检查左侧乳房时，从外上象限开始沿顺时针分别触诊四个象限，检查右侧乳房时，从外上象限开始沿逆时针分别触诊四个象限，最后触诊乳头。检查乳房的硬度和弹性、有无压痛和包块。发现包块时注意其部位、大小、外形、硬度和活动度及有无压痛等。恶性肿瘤常常表现为表面凹凸不平、质地坚硬而活动度差，通常压痛不明显。

问：心尖隆起见于什么部位？

见于先心病，儿童风湿性二尖瓣狭窄，主动脉弓动脉瘤或升主动脉扩张。

【117 号题】 第一站：病例分析：小儿 7 岁，发热 3 天，出疹 2 天。躯干红色斑丘疹，可见水疱，部分见结痂，血常规、尿常规正常。**第二站：**基本操作：单腔吸氧管给氧（操作+描述），问：鼻腔干燥怎么办？经鼻给氧的优点和缺点？体格检查：腋窝淋巴结触诊（操作+描述）、肝脏单手和双手触诊（操作+描述）。**第三站：**忘了。

【第一站】建议参考指南 471 页小儿常见发疹性疾病的内容

【第二站】鼻腔干燥可用生理盐水湿润。经鼻给氧的缺点是易损伤鼻粘膜。优点是有效和安全。

腋窝淋巴结触诊：检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏触诊：触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。

注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。

肝肿大的测量：

- 1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

【118 号题】**第一站**：病史采集：水肿伴解血尿 3 天 病例分析：脑梗塞，偏瘫，高血压。

第二站：腋窝淋巴结检查，语音震颤，脾脏触诊，拆线。**第三站**：考得不好，不说了，哎。。。

【第一站】

(一) 现病史

1. 针对水肿及血尿的问诊

(1) 水肿发生有无诱因和前驱症状, 如急性链球菌感染后肾小球肾炎发生水肿前 1-2 周可有呼吸道感染表现, 特发性水肿与月经周期有关。

(2) 首先发生水肿的部位和发生顺序, 是否受体位影响: 如肾源性水肿首先从眼睑部和足部开始, 心源性水肿多从足部开始, 内分泌性水肿从眼眶或胫前开始; 心源性、肝源性和肾源性受体位影响明显, 内分泌性水肿则不明显。

(3) 水肿发生的速度: 肾源性水肿发生速度多较快, 心源性、肝源性、营养不良性及内分泌性水肿发展速度多较缓慢。

(4) 水肿是否为可凹陷性, 是否双侧对称: 除内分泌性水肿外, 其他类型水肿多为可凹陷性水肿; 心、肝、肾及内分泌性水肿双侧对称, 当双侧不对称时需考虑静脉回流、淋巴回流、变态反应及局部感染炎症等局限性水肿。

(5) 尿的颜色: 肉眼血尿多略混浊, 而肉眼血红蛋白尿多为透明的酱油或红葡萄酒样。尿液是否为血尿应通过镜检确诊, 试纸法时若尿中维生素 C 过多时可使结果呈假阴性。同时需确认女性是否在月经期以排除假性血尿。

(6) 询问血尿发生的诱因: 血尿发生与体位是否存在关联可提示是否有直立性血尿的可能。剧烈运动之后发生的血尿可为运动性血尿, 一般多出现在竞技性的剧烈运动后, 如长跑(也称马拉松血尿)、拳击等。部分患者血尿的原因是尿液在剧烈运动时反复冲击膀胱壁引起的毛细血管损伤出血, 运动前排空膀胱可减少其发生。特殊用药史: 发生血尿前是否使用抗凝剂或抗血小板药物: 如肝素、华法林及阿司匹林等。一种少见情况为腰痛血尿综合征, 见于口服避孕药的年轻女性, 表现为一侧或双侧腰痛伴血尿。

(7) 血尿的特点：血尿是间断还是持续出现，与感染密切相关的反复发作的肉眼血尿提示 IgA 肾病的可能性大，与发作性腰痛相伴随的间断血尿提示结石可能性大，阵发性睡眠性血红蛋白尿时表现为与睡眠相关间断出现的血红蛋白尿。血尿是否为全程：肾小球源性血尿为全程血尿；非肾小球源性血尿：排尿开始时的血尿提示病变部位在前尿道，排尿后程出现的血尿提示病变部位在膀胱三角区或尿道前列腺部，病变在输尿管开口以上部位时可表现为全程血尿。尿中是否有血丝、血块，肾小球源性血尿多为不凝血尿，仅在 IgA 肾病、紫癜性肾炎、小血管炎、新月体性肾小球肾炎的患者尿中可出现少量血丝；而非肾小球源性血尿多有血丝或血块。无痛性肉眼血尿伴血块者应首先考虑泌尿系肿瘤。

(8) 是否合并胸水、腹水：心源性、肝源性及营养不良性水肿时常合并胸、腹水，肾源性水肿时可以出现胸、腹水，内分泌性水肿时较少合并胸、腹水。

2. 相关鉴别问诊

(1) 局部皮肤增厚可以提示内分泌性水肿；局部红肿、发热或压疼提示疖、痈等局部病变；局部有静脉曲张提示回流障碍引起的局限性水肿。

(2) 夜间阵发呼吸困难及不能平卧：提示心功能不全导致心源性水肿。

(3) 黄疸、蜘蛛痣、皮肤瘙痒及出血倾向；提示肝硬化导致肝源性水肿。

(4) 伴有少尿、血尿、尿中细小泡沫增多或夜尿增多：提示肾脏疾病导致肾源性水肿。

(5) 伴有皮疹，脱发、光过敏、口腔溃疡、关节疼痛、局部皮肤变硬及口干、眼干症状时提示系统性红斑狼疮、干燥综合征等结缔组织疾病所致水肿。

(6) 怕冷、多汗、心悸、食欲下降、体重下降、便秘、腹泻等症状：提示甲状腺功能亢进或减低等内分泌疾病导致的水肿。

(7) 厌食、消瘦、皮脂减少、体重下降：提示营养不良性水肿。

(8) 有无高盐饮食习惯以及导致水肿的用药史。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否曾到医院就诊, 相关检查: 血、尿、粪便常规; 生化检查 (包括肝、肾功能, 血白蛋白、血脂及心肌酶), 胸片、心电图、超声心动图、腹部 B 超 (包括肝脏、肾脏 B 超); 甲状腺功能。

(2) 用何种药物治疗, 效果如何。

4. 发病以来一般情况问诊

包括精神、饮食、睡眠情况, 二便情况, 体重变化情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无肝炎、肝硬化、慢性肺病、心脏疾病、消化系统疾病、结缔组织疾病、内分泌疾病史, 有无传染病接触史; 食物及药物过敏史; 外伤史、手术史及输血史。

2. 有无长期疫区、疫水接触史, 有无烟酒嗜好, 性病及冶游史。

3. 家庭成员健康状况, 有无相关疾病家族史。

病例分析: 脑梗见指南: 426, 高血压见指南: 272

【第二站】

腋窝淋巴结检查

检查右侧时, 检查者右手握被检查者右手, 使其前臂稍外展, 左手四指并拢稍弯曲, 自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝, 直达腋窝顶部, 自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸, 依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

语音震颤

检查语音震颤时, 可采用双手或单手进行。检查者用手的尺侧缘放于胸壁, 嘱患者发低音调 "yi" 长音, 通过单手或双手进行检查, 由上而下。左右对比。语音震颤减弱常见于肺气肿、

大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等；增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

脾脏触诊

触诊脾脏时，一般先用单手自左下腹向肋缘触摸，如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧，检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位，并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸，检查者的手随被检查者呼吸进行触诊（见肝脏触诊）。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显，开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到，可让被检查者右侧卧位进行触诊（右下肢伸直，左下肢屈曲，使腹壁放松）。检查方法同上。 r

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼吸下降，导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

- 1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。
- 3) 第三测量：又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线，测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大（肋下 $<2\text{cm}$ ）见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大（不过脐）：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

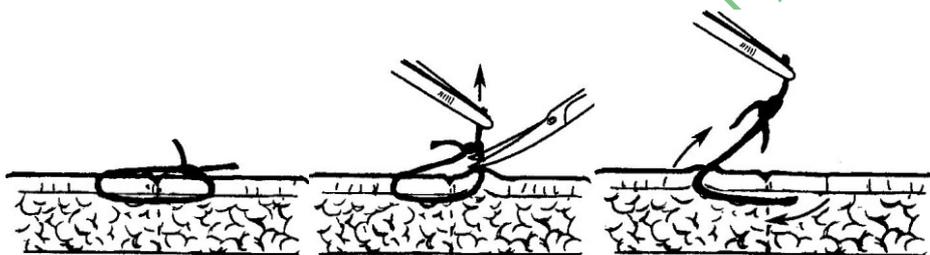
重度肿大（过脐或腹中线）：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病

等。

拆线

3. 伤口拆线 缝合伤口如愈合良好, 已到拆线日期就可进行拆线。一般的拆线日期为:

头颈部切口为术后 3~5 天; 腋下、下腹部、会阴部切口为术后 5~7 天; 腹部、胸部和臀部切口为术后 7~10 天; 位于背部、四肢近关节处的切口, 一般于术后 10~14 天拆线, 其中跨过关节的, 一般在术后 14 天拆线。减张缝线一般应于术后 14 天拆线。生长能力差的情况, 包括老年人、糖尿病、贫血、低蛋白血症、肝功能不全、腹水以及应用糖皮质激素等。切口一般愈合较慢, 故不宜过早拆线。



拆线步骤(图 4-11)

【注意事项】

1. 无菌操作原则 凡接触伤口的物品, 均须无菌, 防止污染及交叉感染, 各种无菌敷料从容器内取出后不得放回, 污染的敷料须放入放置污物的弯盘内, 不得随便乱丢。

2. 三先三后原则 换药次序先无菌伤口, 再污染伤口; 先污染伤口, 再感染伤口; 先普通感染伤口, 再特殊感染伤口, 如气性坏疽、破伤风、结核、耐药金葡菌等。

【119 号题】 第一站: 病史采集: 尿频尿痛血尿。病例分析: 过敏性紫癜。第二站: 安装胃管, 甲状腺触诊, 心脏视诊, 肝脏触诊。第三站: 肝癌 CT, 股骨骨折, 3 度房阻。

【第一站】

(一) 现病史

1. 针对尿路刺激征及血尿的问诊 (具体血尿的内容建议考虑血尿的性质、特点及诱因)

(1) 有无可能的诱因: 女性是否与性交行为有关; 老年人是否有留置尿管导尿; 使用环磷酰胺者要考虑出血性膀胱炎。

(2) 排尿的频率是否大于 8 次 / 天 (日间 4-6 次, 夜间 0-2 次) 每次的尿量一般较少, 尿痛: 多为尿道口、尿道内、会阴部耻骨上区烧灼样疼痛或挛缩样抽痛, 膀胱痛为耻骨上区持续性胀痛。

(3) 是否合并尿道分泌物: 血性分泌物提示尿道癌, 黄色或黏稠脓性分泌物提示淋菌性尿道炎, 无色或白色稀薄尿道分泌物为支原体、衣原体等非淋菌性尿道炎, 晨起排尿前少量黏稠分泌物提示慢性前列腺炎。

2. 相关鉴别问诊

(1) 是否伴有发热、盗汗: 伴发热时提示与尿路感染有关, 结缔组织疾病及肿瘤时也可以伴有发热。伴盗汗时需警惕尿路结核。

(2) 是否伴有血尿: 膀胱肿瘤、出血性膀胱炎以及血尿严重的肾小球疾病时可以同时出现血尿和尿路刺激征。

(3) 是否伴有尿不尽感或排尿困难: 为膀胱以下尿路梗阻所致, 如膀胱或尿道结石、肿瘤、良性前列腺增生等; 但有时神经源性膀胱也会有尿频、尿急、排尿困难的症状, 但尿痛症状多不明显。

(4) 是否伴有持续性上腹痛或腰痛。剧烈绞痛并向下腹、会阴及大腿内侧放射: 提示伴有肾或输尿管结石。

(5) 是否伴有多尿: 一方面, 存在尿路刺激征的患者为了缓解症状可能会自行多饮水, 导致每日尿量大于 2500ml; 另一方面, 一些病理性或精神性因素导致的疾病情况下, 也会出

现排尿次数增多,如糖尿病、尿崩症和精神性多饮时,尤其糖尿病合并植物神经病变时可出现尿频、尿急、尿不尽感等神经源性膀胱症状,但尿痛症状多不明显。糖尿病患者易合并尿路感染。

(6) 是否伴有结缔组织疾病表现:如有皮疹、脱发、口腔溃疡、关节疼痛等表现时,需考虑结缔组织病引起的间质性膀胱炎,但这部分患者可能经过免疫抑制剂或细胞毒药物的治疗,同时需要考虑感染和出血性膀胱炎的可能。

3. 诊疗经过问诊

(1) 是否曾到医院就诊,做过哪些检查,如:血常规、尿常规、尿微生物及细胞学检查、尿路B超、膀胱镜等。

(2) 治疗及病情变化:抗生素治疗效果。

4. 一般情况问诊

饮食、睡眠、大便和体重变化。

(二) 相关的既往及其他病史的问诊

1. 既往有无结核病、肾炎、尿路结石、肿瘤、精神心理疾病、接受环磷酰胺治疗等病史;药物过敏史,外伤手术史。

2. 职业、毒物接触史、性病及冶游史。

3. 婚育史,有无流产史及妇科疾病。

【第三站】安装胃管

【目的】

1. 经胃肠减压管引流出胃肠内容物,腹部手术术前准备。

2. 对不能经口进食的患者,从胃管灌入流质食物,保证病人摄入足够的营养、水分和药物,以利早日康复。

【适应证】

1. 急性胃扩张。
2. 上消化道穿孔或胃肠道有梗阻。
3. 急腹症有明显胀气者或较大的腹部手术前等。
4. 昏迷病人或不能经口进食者，如口腔疾患、口腔和咽喉手术后的病人。
5. 不能张口的病人，如破伤风病人。
6. 早产儿和病情危重的病人以及拒绝进食的病人。

【禁忌证】

1. 鼻咽部有癌肿或急性炎症的患者。
2. 食管静脉曲张、上消化道出血、心力衰竭和重度高血压患者。
3. 吞食腐蚀性药物的患者。

【物品准备】

治疗盘内准备：治疗碗且内盛温开水、一次性胃管、手套、棉签、纱布、治疗巾、20ml 注射器、石蜡油棉球、弯盘、手电筒、别针，必要时备压舌板、听诊器等。

【操作步骤】

1. 操作者洗手，备齐用物，携至病人床旁，核对病人，向病人及其家属解释操作目的及配合方法，戴口罩，戴手套。

2. 协助病人取半坐卧位，铺治疗巾，置弯盘于口角，检查病人鼻腔，清洁鼻孔。取出胃管，测量胃管插入长度，成人插入长度为 55~60cm，测量方法有以下两种：一是从前额发际至胸骨剑突的距离；二是由鼻尖至耳垂再到胸骨剑突的距离。

3. 用石蜡油棉球滑润胃管前端。沿选定的鼻孔插入胃管，先稍向上而后平行再向后下缓慢轻轻地插入，插入 14~16cm(咽喉部)时，嘱病人做吞咽动作，当病人吞咽时顺势将胃

管向前推进。直至预定长度。初步固定胃管，检查胃管是否盘曲在口中。

4. 确定胃管位置，通常有三种方法：一是抽取胃液法，这是确定胃管是否在胃内最可靠的方法；二是听气过水声法，即将听诊器置病人胃区，快速经胃管向胃内注入 10ml 的空气，听到气过水声；三是将胃管末端置于盛水的治疗碗内，无气泡逸出。确认胃管在胃内后，用纱布拭去口角分泌物，撤弯盘，摘手套，用胶布将胃管固定于面颊部。将胃管末端反折，用纱布包好，撤治疗巾，用别针固定于枕旁或病人衣领处。

5. 协助病人取舒适卧位，询问病人感受。整理病人及用物。

【注意事项】

1. 插管动作要轻稳，特别是在通过咽喉食管的三个狭窄处时，以避免损伤食管黏膜。操作时强调是“咽”而不是“插”。

2. 在插管过程中病人出现恶心时应暂停片刻，嘱病人做深呼吸，以分散病人的注意力，缓解紧张，减轻胃肌收缩；如出现呛咳、呼吸困难提示导管误入喉内，应立即拔管重插；如果插入不畅时，切忌硬性插入，应检查胃管是否盘在口咽部，可将胃管拔出少许后再插入。

3. 昏迷患者插管时，应将患者头向后仰，当胃管插入会厌部时约 15cm，左手托起头部，使下颌靠近胸骨柄，加大咽部通道的弧度，使管端沿后壁滑行，插至所需长度。

甲状腺触诊

甲状腺较小（如 I 度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如 II 度及以上肿大）时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为 I 度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

心脏视诊

心脏视诊

包括心前区隆起与凹陷、心尖搏动、心前区异常搏动。

1.心前区隆起检查者站在被检查者右侧,双眼与胸廓同高,观察心前区有无隆起。心前区隆起常见于先心病或儿童时期的心脏病导致心脏增大压迫所致(尤其是右心室肥厚)。胸骨下段及胸骨左缘 3~4 肋间局部隆起,常见疾病:Fallot 四联征、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄。胸骨右缘第二肋间局部隆起,常见疾病:主动脉弓动脉瘤、升主动脉扩张。大量心包积液亦可引起心前区隆起。

2.心尖搏动顺切线位观察心尖搏动的位置和范围。正常心尖搏动在左侧第 5 肋间锁骨中线内 0.5~1.0cm,范围约为 2.0~2.5cm。体型瘦长或肥胖者可下移或上移一个肋间。心尖搏动有时受肋骨遮挡或因体型肥胖等通过视诊不能发现。因此心尖搏动的确切情况应结合心脏触诊进行检查。

心室扩大时心尖搏动位置会发生变化,左心室扩大时心尖搏动向左下移位,右心室扩大时心尖搏动向左侧移位。同时心尖搏动受纵隔位置的影响,能影响纵隔位置的肺脏、胸膜病变等都可引起心脏位置和纵隔位置同向移位,如阻塞性肺不张、胸膜肥厚、气胸等。大量腹水、巨大肿瘤等腹腔病变使膈肌抬高,心脏呈横位,心尖搏动向外移位;体型瘦长、肺气肿等使膈肌下移,心脏呈垂位,心尖搏动向内下移位。心脏收缩时心尖搏动内陷称为负性心尖搏动,可见于缩窄性心包炎。

3.心前区异常搏动观察心前区其他部位有无异常搏动。胸骨右缘第二肋间异常搏动见于

升主动脉瘤。

肝脏触诊

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作，如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊。注意：以食指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

【120 号题】 **第一站**：病史采集：头昏 10 年，加重 1 天伴呕吐，入院。病例分析：男孩，2 岁，腹股沟斜疝。**第二站**：体格检查，对光反射、心脏听诊、腹壁紧张度，压痛和反跳痛。胃穿孔的病人进行腹部检查，医学教育网整理进入手术室，进行皮肤消毒和铺巾。**第三站**：X 线左胫骨骨折、肝癌。

【第一站】

针对头晕伴呕吐的问诊：起病缓急、发生过程、历时长短。呕吐物的性状；有无伴有抽搐、

头部外伤和耳道内流血；首发症状还是在某些疾病基础上转化；头晕、呕吐是首次发生，还是反复多次。

(2) 相关鉴别问诊：急性意识障碍有皮肤、黏膜发绀者，则应询问有无硝基苯、亚硝酸盐、吸入过麻醉毒品。有皮肤出血、黄疸者应问有无肝胆疾病或溶血病。皮肤瘀点者应注意败血症、流行性脑膜炎、亚急性细菌性心内膜的病史特征。

急性意识障碍伴呼吸缓慢者应问有无吗啡、巴比妥类药物中毒或黏液性水肿相关病史。意识障碍有浮肿者应问有无肾病、甲状腺功能减退等病史。

(3) 诊疗经过问诊：意识障碍后有无经过转诊治疗，曾到过的医院，做过检查、血、尿、肝肾功能、脑脊液、腹部 B 超、脑部 CT、MRI 等。结果如何。

(4) 意识障碍后的治疗疗效再评估。

2. 相关既往及其他病史的问诊有无外伤、药物、毒品和毒物服用，毒物或煤气等化学物接触。

有无癫痫、高血压、心、肝、肾和肺部疾病。有无糖尿病等代谢病。

腹外疝见指南 352

【第二站】：

对光反射

瞳孔对光反射：传入神经为视神经，传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容（心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音）。

1. 心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始，依次听诊二尖瓣区

(心尖部) 4 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) → 主动脉瓣第二听诊区 (胸骨左缘第 3 肋间) → 三尖瓣区 (胸骨左缘第 4、5 肋间)。

2. 正常心音正常情况下可听到第一心音 (S1) 和第二音 (S2)。S1 是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣叶振动所致, 是心室收缩开始的标志, 心尖部听诊最清晰。S2 是血流在主动脉与肺动脉内突然减速, 半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致, 是心室舒张开始的标志, 在心尖搏动后出现, 与下一个 S1 距离较远, 心底部听诊最清晰。

3. 心音的变化

(1) 心尖部第一心音强度性质改变的影响因素及其临床意义。

1) S1 增强见于: ①二尖瓣从开放到关闭时间缩短: 如二尖瓣狭窄、PR 间期缩短 (预激综合征); ②心肌收缩力增强: 如交感神经兴奋性增加、高动力状态 (贫血、甲亢等)。

2) S1 减弱见于: ①二尖瓣关闭障碍 / 从开放到关闭的时间延长。见于二尖瓣关闭不全、PR 间期延长、二尖瓣狭窄, 瓣叶活动度差; ②心肌收缩力下降; ③急性主动脉瓣关闭不全。

3) S1 强弱不等: 见于因心律不齐或心房心室收缩不同步造成每搏心室充盈有明显差别的情况。如房颤、早搏、Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞等。

(2) 心底部第二心音增强或分裂的原因及其意义。

1) 主动脉瓣区第二心音 (A2) 增强: 见于主动脉压增高, 如高血压、动脉粥样硬化。

2) 肺动脉瓣区第二心音 (P2) 增强: 见于肺动脉压增高, 如二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、左心衰竭等左房压升高的情况 (压力传导至肺动脉)、左向右分流的先天性心脏病、肺栓塞、特发性肺动脉高压等。

3) S2 分裂: ①生理性分裂: 吸气时, 右心回心血量增加, 肺动脉瓣关闭延迟, 出现分裂。多见于青少年; ②通常分裂: 右心室排血时间延长, 肺动脉瓣关闭晚于主动脉瓣, 吸气时分裂较呼气时明显, 见于肺动脉瓣关闭延迟 (右束支阻滞、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄)。

主动脉瓣关闭提前 (二尖瓣关闭不全、室间隔缺损); ③固定分裂: S2 分裂不受呼吸影响。见于房间隔缺损; ④逆分裂: 主动脉瓣关闭延迟, 呼气时分裂较吸气时明显, 见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

(3) 常见三音心律的产生机理, 听诊特点及临床意义。

1) 舒张期额外心音: ①奔马律: 心率在 100 次 / 分以上, 在 S2 之后出现病理性 S3 或 S4, 分别形成室性奔马律 (舒张早期奔马律) 或房性奔马律 (舒张晚期奔马律)。室性奔马律提示左室舒张期容量负荷过重, 心肌功能严重障碍。房性奔马律提示心室收缩期压力负荷过重, 室壁顺应性降低, 见于压力负荷过重引起心肌肥厚的心脏病; ②其他: 包括开瓣音、心包叩击音、肿瘤扑落音等。开瓣音见于二尖瓣狭窄, 在心尖内侧最清晰, 高调、拍击样, 说明二尖瓣弹性和活动尚好; 心包叩击音见于缩窄性心包炎, 在心尖部和胸骨下段左缘最清晰, 较强、短促; 肿瘤扑落音见于左房黏液瘤, 在心尖部及胸骨左缘 3~4 肋间最清晰, 可随体位变动而变化, 调低。

2) 收缩期额外心音: ①收缩早期喷射音 (收缩早期喀嚓音): 心底部最清晰, 分为肺动脉喷射音和主动脉喷射音。分别见于肺动脉压增高和高血压以及主动脉瓣病变; ②收缩中晚期喀嚓音: 见于二尖瓣脱垂, 呈高调、"张帆"样声响, 在心尖部及内侧清晰, 随体位而变化, 常合并收缩晚期杂音。

4. 心率及心律正常成人心率 > 100 次 / 分为心动过速, < 60 次 / 分为心动过缓。

心律随呼吸运动而变化常见于窦性心律不齐, 一般无临床意义。期前收缩为提前出现的一次心跳, 其后有长间歇。心房颤动的特点为心律绝对不齐、第一心音强弱不等和脉短绌。

5. 心脏杂音如果听到杂音, 应注意杂音的部位、时相、性质、强度、传导方向以及杂音与体位和呼吸的关系。在听诊杂音时除上述的瓣膜区外还要注意心前区其他部位和锁骨下缘等部位有无杂音。心包摩擦音的听诊部位同心包摩擦感的触诊部位。

(1) 杂音产生的机制：血流加速；瓣膜的器质性或功能性狭窄；瓣膜的器质性或功能性关闭不全；异常血流通道；心腔中存在漂浮物；血管的狭窄或扩张。

(2) 分析杂音时注意：杂音的时相（收缩期、舒张期、连续性），部位、性质、传导方向及强度（收缩期杂音的分级），是否伴有震颤。

(3) 各瓣膜区听到收缩期、舒张期杂音的临床意义。

1) 收缩期杂音：①二尖瓣区：功能性杂音（柔和的吹风样杂音）。见于甲亢、妊娠、贫血、发热、动静脉瘘、相对性关闭不全（左心室扩大）。器质性二尖瓣反流（粗糙的吹风样杂音），见于风湿性瓣膜病、二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全或断裂（可有“海鸥鸣”，即收缩期高调鸣音）；②三尖瓣区：相对性关闭不全（右心室扩大），少见器质性三尖瓣反流；③主动脉瓣区：相对性狭窄（主动脉扩张或粥样硬化、高血压）和器质性狭窄（先天性、风湿性、退行性变）；④肺动脉瓣区：功能性（儿童和青少年常见），相对性肺动脉瓣狭窄肺动脉高压所致肺动脉扩张、器质性肺动脉瓣狭窄（先天性）；⑤胸骨左缘 3~4 肋间杂音：室间隔缺损或室间隔穿孔。

2) 舒张期杂音：①二尖瓣区：相对性二尖瓣狭窄（Austin-Flint 杂音）、器质性二尖瓣狭窄（风湿性或先天性）。②三尖瓣区：三尖瓣狭窄（极少见）。③主动脉瓣区：主动脉瓣关闭不全。④肺动脉瓣区：Graham Steel 杂音（肺动脉扩张导致的肺动脉瓣相对性关闭不全，多见于二尖瓣狭窄伴明显的肺动脉高压）。⑤连续性杂音：见于动脉导管未闭、冠状动脉瘘、冠状动脉窦瘤（Valsalva's sinus）破裂。

6. 心包摩擦音 听诊部位同触诊，性质粗糙、病调。搔抓样，与心搏一致，收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失等可和胸膜摩擦音鉴别。

腹壁紧张度，压痛和反跳痛

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；2) 揉面感：见于干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

压痛反跳痛检查：(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为“腹膜炎三联征”

进行皮肤消毒和铺巾

【目的】

消灭拟作切口处及其周围皮肤上的细菌。

【适应证】

所有手术在术前都需要对切口及周边皮肤进行适当范围的消毒。

【禁忌证】

对某种消毒剂过敏者 (可更换其他消毒剂进行消毒)。

【术前准备】

1.患者准备

(1)手术前应对手术区进行清洗、剃毛和酒精消毒,并加以保护。剃毛时间以接近手术为佳(但不应在手术室内进行)。剃毛时勿损伤皮肤。

(2)择期手术患者在术前一天沐浴更衣,用肥皂温水洗净皮肤,如皮肤上留有膏药或胶布粘贴痕迹,需用乙醚或松节油擦净。

(3)一般非急症手术,若发现患者皮肤切口处有红疹、毛囊炎、小疖肿等炎症,应延期手术以免造成切口感染。

(4)手术台上患者手术野的暴露(以腹部手术为例),要大于实际消毒的范围,以免消毒物品接触患者衣裤,影响消毒效果。

2.材料准备

(1)消毒液体。

(2)消毒棉球(或纱布)。

(3)消毒盘(或消毒碗)。

(4)卵圆钳。

3.操作者准备

(1)预先完成指甲修剪。

(2)更衣室更换洗手衣、裤、鞋,戴好口罩和帽子。

(3)完成术前刷手(传统的肥皂水三遍刷手法是本项考试的要求内容)。

(4)进入手术室后接受器械护士传递的消毒器械。

【操作步骤】

1. 消毒范围

(1)腹部手术皮肤消毒范围：上自乳头连线上方，下至大腿上、中 1 / 3 交界处，两侧至腋中线。如果手术切口在腹部某侧边缘，该侧则往往需要消毒至腋后线。

(2)体表小手术的皮肤消毒范围：手术切口周围 15cm 的区域。

2. 消毒方式

(1)环形或螺旋开消毒，用于小手术野的消毒。

(2)平行形或叠瓦形消毒，用于大手术野的消毒。

3. 消毒过程(以腹部手术为例)

(1)碘酒酒精消毒法：第 1 遍用 2% ~ 3% 碘酊涂擦，第 2 遍和第 3 遍用 70% 酒精涂擦。先将碘酊滴入肚脐，以切口为中心开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙，涂擦完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。然后用 70% 酒精涂擦 2 遍脱碘，避免碘酊对皮肤的损伤。

(2)碘伏消毒法：用碘伏(0.5% 吡咯烷酮)涂擦 3 遍。第 1 遍先将碘伏滴入肚脐，以切口为中心开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙，涂擦完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。第 2 遍和第 3 遍可不再专门沾肚脐，也可以每遍都和第 1 遍相同，都在开始时滴入肚脐，结束时沾干肚脐。

(3)会阴部消毒采用碘伏或 0.1% 苯扎溴铵(新洁尔灭)消毒方法。

4. 消毒原则

(1)离心形消毒，清洁皮肤消毒应以切口为中心开始向周围涂擦。

(2)向心性消毒，感染伤口或肛门、会阴部的消毒，应从手术区外周清洁部向感染伤口或肛门、会阴部涂擦。

5. 铺巾操作

(1)用四块无菌巾, 每块的一边双折少许, 掩盖手术切口周围, 每侧铺盖一块无菌巾, 每块手术巾的反折部靠近切口。

(2)通常先铺相对不洁区(如会阴部、下腹部), 再铺其他两侧, 最后铺靠近操作者的一侧(若已穿好手术衣, 则先铺自己的一侧, 铺相对不洁的一侧, 然后铺其他两侧), 并用巾钳夹住手术巾交角处, 以防止移动。

(3)然后在助手帮助下, 铺中单、大单。大单的头端应盖过麻醉架, 两侧和足端部应垂下超过手术台边 30cm。

【操作方法】

准备消毒用物, 如皮肤上有较多油脂或胶布粘贴的残迹, 可先用汽油或松节油拭去。传统方法是术者洗手后用 2% ~ 3% 碘酊涂擦皮肤三遍, 待干后用 70% 酒精消毒脱碘二遍。目前消毒方法有用 0.5% 碘尔康溶液或 1 : 1000 苯扎溴铵溶液涂擦三遍。对婴儿、面部皮肤、口腔、肛门、外生殖器部位, 可选用刺激性小、作用较持久的 0.75% 吡咯烷酮碘消毒。在植皮时, 供皮区的消毒可用 70% 酒精涂擦三遍。以腹部手术为例, 消毒范围至少要求上至乳头线, 下至大腿上 1/3, 两侧至腋中线。先将消毒液倒入肚脐少许, 用卵圆钳夹持浸有消毒剂(2% ~ 3% 碘酊)的棉球或小纱布块, 由腹部中心区开始涂擦, 绕过肚脐; 涂擦时不留空隙; 第二、三遍都不能超出上一遍的范围。第三遍消毒完毕, 翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。消毒完毕 换消毒液(碘伏或 0.1% 苯扎溴铵)消毒会阴部。 【注

事项】

1. 消毒皮肤应由手术区中心向四周涂擦。如为感染伤口、或为肛门区手术, 则应从手术区的外周涂向中央处。已经接触污染部位的药液纱布不应再返回涂擦清洁处。

2. 手术区皮肤消毒范围要包括手术切口周围 15cm 的区域。如手术有延长切口的可能, 则应事先相应扩大皮肤消毒范围。

3. 无菌巾铺下后, 不可随便移动, 如位置不准确, 只能由手术区向外移, 而不应向内移动。

4. 铺巾过程和随后的手术中, 应当保持各层无菌巾的干燥。

【铺巾】

手术区消毒后, 铺无菌巾。铺巾时每块手术巾的反折部靠近切口。铺巾的顺序是: 如铺巾者未穿手术衣先铺铺巾者对面一侧, 再铺会阴侧, 再铺头侧, 最后铺靠近铺巾者一侧(若已穿好手术衣, 则先铺好自己的一侧), 然后用巾钳夹住无菌巾之交叉处固定。若铺巾完毕后要修正某一铺巾只能由手术区向外移。然后再根据需要铺中单、大单, 大单的头端应盖过手术架, 两侧和足端部应垂下超过手术台边缘 30cm。

【121 号题】 广东清远 第一站: 1. 女性, 54 岁, 双下肢水肿 3 个月, 伴心悸 1 小时入院 2. 女性, 45 岁, 转移性右下腹疼痛 48 小时 **第二站:** 1. 甲状腺的检查 肝脏触诊(单手和双手) 心前区视诊 提问: 心前区触及连续性震颤提示 2. 半污染区穿脱隔离衣 提问: 不小心污染脸 没洗手能拿衣领吗

【第一站】(一) 现病史

1. 针对水肿的问诊

(1) 水肿发生有无诱因和前驱症状, 如急性链球菌感染后肾小球肾炎发生水肿前 1-2 周可有呼吸道感染表现, 特发性水肿与月经周期有关。

(2) 首先发生水肿的部位和发生顺序, 是否受体位影响: 如肾源性水肿首先从眼睑部和足部开始, 心源性水肿多从足部开始, 内分泌性水肿从眼眶或胫前开始; 心源性、肝源性和肾源性受体位影响明显, 内分泌性水肿则不明显。

(3) 水肿发生的速度：肾源性水肿发生速度多较快，心源性、肝源性、营养不良性及内分泌性水肿发展速度多较缓慢。

(4) 水肿是否为可凹陷性，是否双侧对称：除内分泌性水肿外，其他类型水肿多为可凹陷性水肿；心、肝、肾及内分泌性水肿双侧对称，当双侧不对称时需考虑静脉回流、淋巴回流、变态反应及局部感染炎症等局限性水肿。

(5) 是否合并胸水、腹水：心源性、肝源性及营养不良性水肿时常合并胸、腹水，肾源性水肿时可以出现胸、腹水，内分泌性水肿时较少合并胸、腹水。

2. 相关鉴别问诊

(1) 局部皮肤增厚可以提示内分泌性水肿；局部红肿、发热或压疼提示疖、痈等局部病变；局部有静脉曲张提示回流障碍引起的局限性水肿。

(2) 夜间阵发呼吸困难及不能平卧：提示心功能不全导致心源性水肿。

(3) 黄疸、蜘蛛痣、皮肤瘙痒及出血倾向；提示肝硬化导致肝源性水肿。

(4) 伴有少尿、血尿、尿中细小泡沫增多或夜尿增多：提示肾脏疾病导致肾源性水肿。

(5) 伴有皮疹、脱发、光过敏、口腔溃疡、关节疼痛、局部皮肤变硬及口干、眼干症状时提示系统性红斑狼疮、干燥综合征等结缔组织疾病所致水肿。

(6) 怕冷、多汗、心悸、食欲下降、体重下降、便秘、腹泻等症状：提示甲状腺功能亢进或减低等内分泌疾病导致的水肿。

(7) 厌食、消瘦、皮脂减少、体重下降：提示营养不良性水肿。

(8) 有无高盐饮食习惯以及导致水肿的用药史。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否曾到医院就诊，相关检查：血、尿、粪便常规；生化检查（包括肝、肾功能，血白蛋白、血脂及心肌酶），胸片、心电图、超声心动图、腹部B超（包括肝脏、

肾脏 B 超); 甲状腺功能。

(2) 用何种药物治疗, 效果如何。

4. 发病以来一般情况问诊

包括精神、饮食、睡眠情况, 二便情况, 体重变化情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无肝炎、肝硬化、慢性肺病、心脏疾病、消化系统疾病、结缔组织疾病、内分泌疾病史, 有无传染病接触史; 食物及药物过敏史; 外伤史、手术史及输血史。

2. 有无长期疫区、疫水接触史, 有无烟酒嗜好, 性病及冶游史。

3. 家庭成员健康状况, 有无相关疾病家族史。

右下腹转移性疼痛考虑阑尾炎, 建议查看指南 346 页

【第二站】:

甲状腺的检查

甲状腺较小(如 I 度肿大)时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如 II 度及以上肿大)时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患者做吞咽动作, 同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到, 但能触及为 I 度肿大; 甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大; 甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脏触诊 (单手和双手)

肝脏触诊

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作,如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊。注意:以食指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大:见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

心前区视诊 提问:心前区触及连续性震颤提示 2.半污染区穿脱隔离衣 提问:不小心污染脸 没洗手能拿衣领吗

包括心前区隆起与凹陷、心尖搏动、心前区异常搏动。

1.心前区隆起检查者站在被检查者右侧,双眼与胸廓同高,观察心前区有无隆起。心前区隆起常见于先心病或儿童时期的心脏病导致心脏增大压迫所致(尤其是右心室肥厚)。胸骨下段及胸骨左缘 $3\sim 4$ 肋间局部隆起,常见疾病:Fallot 四联征、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣

狭窄。胸骨右缘第二肋间局部隆起，常见疾病：主动脉弓动脉瘤、升主动脉扩张。大量心包积液亦可引起心前区隆起。

2.心尖搏动顺切线位观察心尖搏动的位置和范围。正常心尖搏动在左侧第 5 肋间锁骨中线内 0.5~1.0cm，范围约为 2.0~2.5cm。体型瘦长或肥胖者可下移或上移一个肋间。心尖搏动有时受肋骨遮挡或因体型肥胖等通过视诊不能发现。因此心尖搏动的确切情况应结合心脏触诊进行检查。

心室扩大时心尖搏动位置会发生变化，左心室扩大时心尖搏动向左下移位，右心室扩大时心尖搏动向左侧移位。同时心尖搏动受纵隔位置的影响，能影响纵隔位置的肺脏、胸膜病变等都可引起心脏位置和纵隔位置同向移位，如阻塞性肺不张、胸膜肥厚、气胸等。大量腹水、巨大肿瘤等腹腔病变使膈肌抬高，心脏呈横位，心尖搏动向外移位；体型瘦长、肺气肿等使膈肌下移，心脏呈垂位，心尖搏动向内下移位。心脏收缩时心尖搏动内陷称为负性心尖搏动，可见于缩窄性心包炎。

3.心前区异常搏动观察心前区其他部位有无异常搏动。胸骨右缘第二肋间异常搏动见于升主动脉瘤。

必须洗手！

【122 号题】 第一站：病史采集：患者头痛 3 天，伴右侧肢体无力、意识模糊。病例分析：患者考虑右侧胸部刀刺伤 3 小时，血压 80、50mmhg，考虑开放性血气胸，失血性休克。

第二站：操作：三腔两囊管，呼吸运动的检查，膀胱检查，脑膜刺激征。**第三站：**舒张期隆隆样杂音，吸气相哮鸣音，房颤，左束支传导阻滞，股骨颈骨折，肠梗阻，脑出血。

【第一站】

可以考虑脑出血的意识障碍的病例进行问诊

病例分析见指南 234

【第二站】：

三腔两囊管

【目的】

在药物治疗无效时，通过接卸压迫达到止血的目的。

【适应证】

食管、胃底静脉曲张破裂大出血患者局部压迫止血。

【禁忌证】

严重冠心病、高血压、心功能不全者慎用。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。与病人或家属谈话，用通俗的语言简略讲清楚应用三腔二囊管止血的意义作用及如何配合，也讲清楚操作过程中的风险及意外，争取清醒病人配合。

2. 检查有无鼻息肉、鼻甲肥厚和鼻中隔弯曲，选择鼻腔较大侧插管，清除鼻腔内的结痂及分泌物。

3. 器械准备 三腔二囊管、50ml 注射器、止血钳 3 把、治疗盘、无菌纱布、液体石蜡、0.5kg 重沙袋(或盐水瓶)、血压表、绷带、宽胶布。

【操作步骤】

1. 操作者戴帽子口罩，戴手套，认真检查双气囊有无漏气和充气后有无偏移，通向双气囊和胃腔的管道是否通畅。远端 45、60、65cm 处管外有记号，标明管外端至贲门、胃、幽门的距离，以判断气囊所在位置。检查合格后抽尽双囊内气体，将三腔管之前端及气囊表

面涂以液体石蜡，从病人鼻腔插入，到达咽部时嘱病人吞咽配合，使三腔管顺利进入 65cm 标记处。

2. 用注射器先注入胃气囊空气 200~300ml，使胃气囊充气，即用止血钳将此管腔钳住。然后将三腔管向外牵引，感觉有中等弹性阻力时，表示胃气囊已压于胃底部，适度拉紧三腔管，系上牵引绳，再以 0.5kg 重沙袋(或盐水瓶)通过滑车固定于床头架上牵引，以达到充分压迫的目的。

3. 经观察仍未能压迫止血者，再向食管囊内注入空气 100~150ml，然后钳住此管腔，以直接压迫食管下段的扩张静脉。

4. 首次胃囊充气压迫可持续 24 小时，24 小时后必须减压 10~20 分钟。减压前先服石蜡油 20ml，10 分钟后，将管向内略送入，使气囊与胃底黏膜分离，然后，去除止血钳，让气囊逐渐缓慢自行放气，抽吸胃管观察是否有活动出血，一旦发现活动出血，立即再行充气压迫。如无活动出血，20 分钟后仍需再度充气压迫 12 小时，再喝石蜡油、放气减压，留管观察 24 小时，如无出血，即可拔管。拔管前必须先喝石蜡油 20ml，以防胃黏膜与气囊粘连，并将气囊内气体抽净，然后才能缓缓拔出。

5. 食管气囊压迫持续时间以 8~12 小时为妥，放气 15~30 分钟。

6. 压迫止血后，应利用胃管抽吸胃内血液，观察有无活动出血，并用冰盐水洗胃，以减少氨的吸收和使血管收缩减少出血。通过胃管可注入止血药、制酸剂等，一般不主张注入其他药物。

【注意事项】

1. 操作最好在呕血的间歇进行，向清醒病人说明操作目的，取得病人配合，以免引起胃液反流进入气管引起窒息。

2. 压迫 24 小时后宜放气减压，以防气囊压迫过久可能引起黏膜糜烂。

3. 牵引沙袋不宜过重,以防压迫太重。引起黏膜糜烂。
4. 注意检查气囊是否漏气,以免达不到压迫止血目的。
5. 加强护理,防止窒息的发生,如充气后病人出现呼吸困难,必须及时放气。
6. 防止鼻翼压迫性坏死,最好用牵引装置,鼻孔用棉花等柔软东西垫加,以免压迫摩擦。

膀胱检查

膀胱叩诊用来判断膀胱的膨胀程度,在耻骨联合上方由上而下进行叩诊。膀胱空虚时该部位叩诊呈鼓音,膀胱充盈时该区叩诊呈圆形浊音区。

脑膜刺激征

为脑膜受激惹的表现。阳性见于各种脑膜炎、蛛网膜下腔出血、颅内压增高等情况。包括以下三个检查:

1. 颈强直被检查者去枕仰卧,检查者先左右转动其头部,以了解是否有颈部肌肉和椎体病变。然后左手托被检查者枕部,右手置于胸前作屈颈动作,感觉颈部有无抵抗感。阳性表现为被动屈颈时抵抗力增强。

2. Kernig 征被检查者仰卧,双下肢伸直。检查者先将其一侧髋关节屈曲成直角,然后将小腿抬高伸膝。正常人膝关节可伸达 135°以上。如伸膝受阻且伴疼痛与屈肌痉挛为阳性。

3. Brudzinski 征基本检查动作同颈强直检查,被检查者仰卧,下肢自然伸直,然后做屈颈动作,阳性表现为两侧膝关节和髋关节屈曲

【123 号题】 安徽 第一站：病史采集 男 19 岁 咳嗽咳痰 15 年 加重伴呼吸困难 3 天 病例分析可能为：消化性溃疡|学教育网整理 幽门溃疡 **第二站：**操作：肝脏的触诊 胸部视诊 甲状腺的触诊 小腿开放性骨折的夹板固定

【第一站】 (一) 现病史

深入了解咳嗽的特征有助于判断其产生的原因，80%左右的咳嗽通过详细地询问病史即可作出病因诊断。

1. 针对咳嗽、咳痰问诊

(1) 咳嗽发病急缓和持续时间：急性咳嗽时间为 < 3 周，亚急性咳嗽 3-8 周，慢性咳嗽 ≥ 8 周。急性咳嗽最常见的病因为普通感冒，其他病因包括急性支气管炎、急性鼻窦炎等急性呼吸道感染。亚急性咳嗽最常见原因是感冒后咳嗽(又称感染后咳嗽)、细菌性鼻窦炎、哮喘等。胸片阴性的慢性咳嗽的常见病因有咳嗽变异型哮喘、上气道咳嗽综合征、嗜酸粒细胞性支气管炎和胃食管反流性咳嗽。反复发生的、常常出现于秋冬季的咳嗽是慢性支气管炎诊断的重要线索。

(2) 咳嗽的特点：病变部位在上呼吸道和大气道的咳嗽，往往是一种短促的刺激性咳嗽。上气道咳嗽综合征所致的咳嗽，患者常常描述有清喉咙的动作，是一种短促而频繁的干咳，或告知有来自后鼻腔的分泌物。而发生于较小气道和肺部的咳嗽则往往是深在的、非刺激性的咳嗽。慢性咳嗽患者如果咳嗽的性质突然发生了改变，要注意肺癌发生的可能，尤其是长期吸烟者。

(3) 干咳还是湿性咳嗽，如果有咳痰，痰的性状如何？

(4) 一天之中咳嗽发生的时间：慢性支气管炎、慢性肺脓肿、空洞性肺结核、支气管扩张等疾病的咳嗽、咳痰经常发生于早晨起床时。由于夜间滞留在支气管树中的分泌物较多，晨起时体位发生改变，分泌物刺激气管支气管黏膜产生咳嗽和咳痰。而肺淤血、咳嗽变异型

哮喘的咳嗽往往以夜间为著,咳嗽常常会使患者醒来,其中肺淤血所致的咳嗽在患者坐起后可以明显缓解。胃食管反流所致咳嗽常常发生于白天或直立位。在某些特定体位才出现的咳嗽见于带蒂的气道内肿瘤。进食时出现咳嗽提示吞咽机制紊乱(常常由于脑血管病变引起)、食管憩室炎或食管支气管瘘。

(5) 咳嗽的发作诱因:接触冷空气、刺激性气体出现的咳嗽见于哮喘、变应性咳嗽或嗜酸性粒细胞性支气管炎。

2.相关鉴别问诊

(1) 伴发热提示急性支气管或肺部感染。

(2) 伴双肺哮鸣音见于支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病。

(3) 伴某一部位持续存在的局限性哮鸣音见于气道狭窄,如气道内肿物。

(4) 伴杵状指常见于慢性化脓性肺部疾病,如支气管扩张、肺脓肿等,也见于肺间质疾病或支气管肺癌。

(5) 伴咽喉部痒、不适、异物感,或鼻痒、鼻塞、流涕、打喷嚏等常见于上气道咳嗽综合征。

3.诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否曾到医院就诊,作过哪些检查?是否拍摄胸片,原因不明的咳嗽持续3周以上者应摄胸部x线片。是否进行过胸部CT、肺功能和支气管镜等检查。是否进行过耳鼻喉等检查。

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?如抗生素、止咳平喘药物、抗过敏药物等的疗效。

4.患病以来的一般情况问诊。

(二) 相关既往及其他病史问诊

(1) 既往史:有无慢性支气管炎、肺结核、高血压、心脏病、消化系统疾病史;如有

高血压、心脏病应询问有无 ACEI 类药物或 β 受体阻滞剂的使用情况。有无慢性咽炎、鼻炎（尤其是过敏性鼻炎）、鼻窦炎病史。有无药物过敏史。

(2) 个人史和家族史：对咳嗽患者吸烟史的详细询问具有重要意义，长期吸烟史不但有助于慢性支气管炎的诊断，而且对于肺癌的诊断有提示意义。有无粉尘或过敏原接触史。有无过敏性疾病的家族遗传病史。

消化性溃疡见指南 302

小腿开放性骨折的夹板固定

二十一、四肢骨折现场急救外固定技术

【目的】

急救时的固定主要是对骨折临时固定，防止骨折断端活动刺伤血管、神经等周围组织造成继发性损伤，并减少疼痛，便于抢救运输和搬运。

【物品准备】

1. 木质、铁质、塑料制作的夹板或固定架。
2. 就地取材，选用适合的木板、竹竿、树枝、纸板等简便材料。

【操作步骤】

1. 上臂骨折固定 将夹板放在骨折上臂的外侧，用绷带固定；再固定肩肘关节，用一条三角巾折叠成燕尾式悬吊前臂于胸前，另一条三角巾围绕患肢于健侧腋下打结。若无夹板固定，可用三角巾先将伤肢固定于胸廓，然后用三角巾将伤肢悬吊于胸前。

2. 前臂骨折固定 将夹板置于前臂四侧，然后固定腕、肘关节，用三角巾将前臂屈曲悬吊于胸前，用另一条三角巾将伤肢固定于胸廓。若无夹板固定，则先用三角巾将伤肢悬吊于胸前，然后用三角巾将伤肢固定于胸廓。

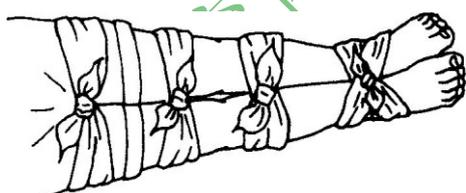
3. 股骨骨折固定 ①健肢固定法：用绷带或三角巾将双下肢绑在一起，在膝关节、踝关节及两腿之间的空隙处加棉垫。②躯干固定法：用长夹板从脚跟至腋下，短夹板从脚跟至大腿根部，分别置于患腿的外、内侧，用绷带或三角巾捆绑固定。

4. 小腿骨折固定 用长度由脚跟至大腿中部的两块夹板，分别置于小腿内外侧，再用三角巾或绷带固定。亦可用三角巾将患肢固定于健肢。

5. 脊柱骨折固定 将伤员仰卧于木板上，用绷带将颈、胸、腹、髋及脚踝部等固定于木板上。

【注意事项】

1. 有创口者应先止血、消毒、包扎，再固定。
2. 固定前应先用布料、棉花、毛巾等软物，铺垫在夹板上，以免损伤皮肤。
3. 用绷带固定夹板时，应先从骨折的下部缠起，以减少患肢充血水肿。
4. 夹板应放在骨折部位的下方或两侧，应固定上下各一个关节。
5. 大腿、小腿及脊柱骨折者，不宜随意搬动，应临时就地固定。
6. 固定应松紧适宜。



健肢固定法



【124 号题】第二站：体格检查：瞳孔对光反射，肺部听诊，腹部紧张度，压痛反跳痛。

操作：男性从 3 米楼上摔下，臀部着地，考虑腰椎受损，病人的搬运。

【目的】

急救时的固定主要是对骨折临时固定，防止骨折断端活动刺伤血管、神经等周围组织造成继发性损伤，并减少疼痛，便于抢救运输和搬运。

【物品准备】

1. 木质、铁质、塑料制作的夹板或固定架。
2. 就地取材，选用适合的木板、竹竿、树枝、纸板等简便材料。

【操作步骤】

1. 上臂骨折固定 将夹板放在骨折上臂的外侧，用绷带固定；再固定肩肘关节，用一条三角巾折叠成燕尾式悬吊前臂于胸前，另一条三角巾围绕患肢于健侧腋下打结。若无夹板固定，可用三角巾先将伤肢固定于胸廓，然后用三角巾将伤肢悬吊于胸前。

2. 前臂骨折固定 将夹板置于前臂四侧，然后固定腕、肘关节，用三角巾将前臂屈曲悬吊于胸前，用另一条三角巾将伤肢固定于胸廓。若无夹板固定，则先用三角巾将伤肢悬吊于胸前，然后用三角巾将伤肢固定于胸廓。

3. 股骨骨折固定 ①健肢固定法：用绷带或三角巾将双下肢绑在一起，在膝关节、踝关节及两腿之间的空隙处加棉垫。②躯干固定法：用长夹板从脚跟至腋下，短夹板从脚跟至大腿根部，分别置于患腿的外、内侧，用绷带或三角巾捆绑固定。

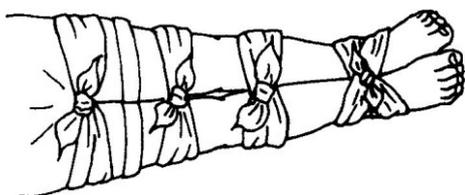
4. 小腿骨折固定 用长度由脚跟至大腿中部的两块夹板，分别置于小腿内外侧，再用三角巾或绷带固定。亦可用三角巾将患肢固定于健肢。

5. 脊柱骨折固定 将伤员仰卧于木板上，用绷带将颈、胸、腹、髂及脚踝部等固定于木板上。

【注意事项】

1. 有创口者应先止血、消毒、包扎，再固定。
2. 固定前应先用布料、棉花、毛巾等软物，铺垫在夹板上，以免损伤皮肤。

3. 用绷带固定夹板时, 应先从骨折的下部缠起, 以减少患肢充血水肿。
4. 夹板应放在骨折部位的下方或两侧, 应固定上下各一个关节。
5. 大腿、小腿及脊柱骨折者, 不宜随意搬动, 应临时就地固定。
6. 固定应松紧适宜。



健肢固定法



【125 号题】 第一站：病史采集：消瘦，怕热，多汗伴手颤。病例分析：皮肤出血点 3 天，鼻出血 1 小时就诊。

【第一站】

1. 针对消瘦、多汗、手颤等问诊包括消瘦起始的时间、病程、体重减轻程度如有无衣裤变宽松、皮下脂肪减少和皮肤松弛等，体重测量下降的程度，体重下降的快慢等。
2. 消瘦时伴发的症状引起消瘦的各种疾病都有相应的症状，这是消瘦病因的症状鉴别的基础，尽管许多疾病的症状有交叉，仔细地鉴别问诊为进一步检查指示了方向。大多伴有不同的症状。不明显和不明原因的消瘦，应注意肿瘤性疾病。

(1) 伴食欲亢进、乏力者，有心慌、怕热、多汗、便多或口渴、多饮、多尿时，见于甲状腺功能亢进症或糖尿病等。

(2) 伴食欲减退、乏力、性功能低减、怕冷、便秘等为腺垂体功能减退，如还有烦渴、多

饮、多尿多为蝶鞍区占位性病变 (生殖细胞瘤、颅咽管瘤、胶质细胞瘤、垂体腺瘤等)。

(3) 伴食欲减退、乏力、明显皮肤色素沉着见于原发性慢性肾上腺皮质功能减退症、慢性肝脏病变。

(4) 伴食欲不振、消化不良、进食困难, 恶心、呕吐、上腹部痛、上消化道出血、腹泻、便血、肠梗阻等, 见于消化系统慢性胃肠疾病、慢性肝脏疾病、慢性胰腺疾病, 包括炎症、溃疡和恶性肿瘤。

(5) 伴发热、咳嗽咯血、贫血、出血、黄疸等见于慢性消耗性疾病如结核病、恶性肿瘤、血液病、艾滋病等。发热、皮疹、关节痛、干燥综合征, 常发生在自身免疫性疾病, 如系统性红斑狼疮者、类风湿性关节炎、白塞病 (Behcet' Sdisease) 等。对症状不太明显的、原因不明的进行性消瘦更要注意排除恶性肿瘤的可能性。

3.引起消瘦的可能的原因和诱因近期过度劳累、近期精神心理原因或疾病 (如胃肠手术) 摄食减少、服用减肥药物、正在使用的药物有严重胃肠反应影响进食或腹泻等。

4.治疗的经过问诊对消瘦的原因曾做过哪些检查, 除了血、尿、便、血生化等常规检查外, 对激素测定、功能试验、特殊检查以及 CT、MRI 等有哪些阳性和重要的阴性发现, 曾采用的治疗方法 (手术治疗、放射治疗和药物治疗), 治疗效果、目前是否继续治疗中。

5.相关病史问诊既往相关病史如有甲状腺功能亢进症、糖尿病、慢性肠胃疾病、自身免疫性疾病、肿瘤等病史, 近期有无复发或失控制。既往的传染病史、服用药物史及药物或食物过敏史、手术和外伤史, 与消瘦可能有关联, 也应询问清楚。

【126 号题】 广东深圳 第一站: 病史采集: 女性, 26 岁, 停经史 50 天, 恶心呕吐; 病

例分析: 男 37 岁, 着凉后左侧胸痛, 发热, 咳浓痰 **第二站:** 1 体格检查-甲状腺检查 (单、

双手), 肝脏检查 (单、双手), 胸廓扩张度检查。考官提问为气胸 2 基本操作-腹腔穿刺,

医学教育网网友 huli721 提供提问：如何避免腹穿过程中的休克表现以及避免腹水漏出的办法 **第三站**：心电图为：医学教育网整理室性期前收缩，房颤，心前区隆隆样杂音，左肱骨骨折，肝癌，肺炎，

【第一站】针对早孕进行问诊，并鉴别的询问恶心与呕吐问诊呕吐是急性起病还是缓慢起病；有无确定的病因或诱因，如体位、进食、药物、精神因素、咽部刺激、酗酒、晕车船等；呕吐时间是晨起还是夜间，间歇还是持续，与饮食、活动等有无关系；呕吐发作的频率、持续时间、严重程度，是否喷射性呕吐，加重与缓解因素等；呕吐物性状、气味、颜色及呕吐物的量如何。

2.相关鉴别问诊着重询问呕吐特点，结合相关伴随症状加以鉴别。如：

- 1) 呕吐伴腹痛，呕吐物带发酵、腐败气味，多见于消化性溃疡，幽门梗阻等；
- 2) 根据是否有胆汁，区分梗阻位于十二指肠乳头平面上或下；
- 3) 呕吐伴腹痛、腹泻者多见于急性胃肠炎或食物中毒等；
- 4) 呕吐伴腹痛、停止排便及排气多见于急性肠梗阻；
- 5) 呕吐伴右上腹痛及发热、寒战或有黄疸者多考虑胆囊炎或胆石症；
- 6) 呕吐伴头痛及喷射性呕吐者常见于颅内高压症；
- 7) 应用某些药物如抗菌药物与抗癌药物后发生呕吐则可能与药物副作用有关；
- 8) 已婚育龄妇女早晨呕吐者应考虑有早孕的可能性。

3.诊疗经过问诊

1) 患病以来是否作过 x 线腹平片、腹部 B 型超声、x 线钡餐造影、胃镜、血糖、尿素氮等检查。结果如何？

2) 治疗和用药情况，疗效如何？

4.患病以来的一般情况问诊包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况等，以了解全

身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1.既往史以往有无高血压、心脑血管病、肝肾疾病、糖尿病和肿瘤等疾病史；有无传染病接触史；有无药物和食物过敏史；有无外伤、腹部手术史等。

2.有无长期疫区居住及相关毒物接触史；有无烟酒嗜好；性病和冶游史。

3.爱人健康状况，月经婚育情况，有无流产史等。

4.有无相关遗传病家族史

【127 号题】 第一站 1：病史采集：男性，67 岁，反复胸痛心悸 2 年（3 年），水肿，蛋白尿，服血压 145/95 诊断，慢性肾小球肾炎急性发作。**第一站 2：**病例分析：女 20 岁，发热 7 天，血象正常，考虑白血病。**第二站：**体格检查，甲状腺视诊触诊，胸膜扩张度检查并报结果，脾脏的触诊（2 种方法），提问：1、负性心尖搏动有什么意义？缩窄性心包炎。2、试做胸壁检查：胸壁的视诊，腋窝淋巴结检查，胸骨后压痛检查。操作：吸氧（氧气瓶的），提问：1、面罩吸氧的优缺点医学教育网整理？有点是正压输氧，避免氧气流失，确保吸氧浓度，缺点会有呼出的二氧化碳聚集，不易排出。

【第一站】针对胸痛，心肌，水肿，蛋白尿，血压等问题进行问诊，把阳性体征都具体的问一下，比如其性质，持续时间，发作，有无缓解等。

白血病的病例分析见指南 397

【第二站】

甲状腺视诊触诊

甲状腺较小 (如 I 度肿大) 时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大 (如 II 度及以上肿大) 时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患者做吞咽动作, 同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到, 但能触及为 I 度肿大; 甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大; 甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

脾脏的触诊 (2 种方法)

脾脏触诊: 触诊脾脏时, 一般先用单手自左下腹向肋缘触摸, 如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧, 检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位, 并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯, 平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下, 使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸, 检查者的手随被检查者呼吸进行触诊 (见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显, 开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到, 可让被检查者右侧卧位进行触诊 (右下肢伸直, 左下肢屈曲, 使腹壁放松)。检查方法同上。 r

注意: 脾脏位置较浅, 手法要轻, 用力过大可能把脾脏推入腹腔深部, 或影响脾脏随呼吸下降, 导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量:

1) 第一测量: 又称甲乙线。左锁骨中线上, 肋缘至脾脏下缘之间的距离。

2) 第二测量: 又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第-N 量: 又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线, 测量为正值, 反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大 (肋下 < 2cm) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎;

中度肿大 (不过脐): 见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线): 见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

【128 号题】 第一站: 病史采集: 男 19 岁, 咳嗽咳痰 15 天, 伴呼吸困难加重 2 天。

病例分析: 肠梗阻, 阑尾炎术后, 低钾血症。第二站: 体格检查: 1. 甲状腺检查 (前面或者后面) 2. 心前区视诊。3. 脾脏检查。问题: 10 年有乙肝患者, 肝脏触诊肝肿大怎么描述?

基本操作: 右侧腹直肌外缘消毒, 铺巾。问题: 植皮需要准备什么? 第三站: 第一个听诊: 隆隆样杂音。2. 胸腹摩擦音。3. 室早。4. 房颤。5. 肝囊肿。6. 胸腔积液。7. 正常胸片。8. 这样的做法是不对的。

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 发病诱因: 有无受凉、疲劳等。

(2) 咳嗽、咳痰情况, 痰的性状。呼吸困难的程度, 加重和缓解的因素 (体位、药物、劳力等)。

(3) 有无咯血、胸痛, 有无发热, 有无下肢水肿。

(4) 发病以来饮食、睡眠、大小便和体重变化。

2. 诊疗经过

(1) 是否曾到医院就诊, 做过哪些检查, 如胸片、肺功能等。

(2) 治疗情况: 有无使用抗生素、糖皮质激素、支气管舒张剂等, 疗效如何?

(二) 相关病史

1. 有无药物、食物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 既往有无类似发作史, 其他慢性呼吸系统疾病史。有无高血压、心脏病史。吸烟史。

病例分析

诊断: 肠梗阻, 阑尾炎术后, 低钾血症。

【诊断依据】

1. 病史腹部手术、外伤、嵌顿疝、肿瘤、腹膜或肠道炎症等相关病史。

2. 症状腹痛、腹胀、呕吐和停止排便排气的四大症状。

3. 体征腹胀、肠型、蠕动波, 局限性压痛或包块, 以及肠鸣音亢进或消失等典型体征。

4. 辅助检查以 X 线腹部平片为主的影像学检查所见。

【鉴别诊断】

1. 胃十二指肠穿孔突发上腹剧痛, 迅速蔓延全腹, 有明显腹膜炎体征, 腹肌高度紧张, 腹平片可见膈下游离气体。

2. 急性胰腺炎多于饮酒或暴饮暴食后发病, 以上腹部疼痛为主, 腹膜炎体征明显, 血、尿淀粉酶显著升高。

3. 胆石症、急性胆囊炎疼痛多位于右上腹, 以发作性绞痛为主; B 超检查可发现胆囊结

石、胆囊增大、胆囊壁水肿等。

4.急性阑尾炎多数患者有较为典型的转移性右下腹痛和右下腹局限性压痛；如并发穿孔，会出现全腹痛和腹膜炎体征。

【进一步检查】

1.X 线腹部平片可有肠管扩张、胀气和呈阶梯状液气平面等表现。

2.钡剂灌肠用于肠套叠、结肠扭转和肿瘤。对老年肠梗阻患者尤其要警惕肠道肿瘤的可能，需要时可作纤维结肠镜检查。

3.血尿常规、生化检查及血气分析检查了解脱水、酸中毒和电解质紊乱情况及程度，以便进行相应治疗。

【治疗原则】

1.非手术治疗包括胃肠减压、输液纠正水电解质失衡、抗感染及解痉镇痛等对症治疗，也是手术前准备的内容。

2.手术治疗

(1)适用于完全性、绞窄性或闭袢型肠梗阻，以及机械性肠梗阻经非手术治疗未见缓解，甚至加重者。肿瘤引起的肠梗阻如条件许可，也应行急诊或择期手术。

(2)针对病因选用相应手术，如粘连松解、嵌顿疝复位、肿瘤或坏死肠段切除、肠吻合术等。

第二站

甲状腺检查：

甲状腺较小（如Ⅰ度肿大）时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大（如Ⅱ度及以上肿大）

时,检查者可站在患者前面,用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧,另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊,并嘱患者做吞咽动作,同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为 I 度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

心脏视诊

包括心前区隆起与凹陷、心尖搏动、心前区异常搏动。

1.心前区隆起检查者站在被检查者右侧,双眼与胸廓同高,观察心前区有无隆起。心前区隆起常见于先心病或儿童时期的心脏病导致心脏增大压迫所致(尤其是右心室肥厚)。胸骨下段及胸骨左缘 3~4 肋间局部隆起,常见疾病:Fallot 三联征、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄。胸骨右缘第二肋间局部隆起,常见疾病:主动脉弓动脉瘤、升主动脉扩张。大量心包积液亦可引起心前区隆起。

2.心尖搏动顺切线位观察心尖搏动的位置和范围。正常心尖搏动在左侧第 5 肋间锁骨中线内 0.5~1.0cm,范围约为 2.0~2.5cm。体型瘦长或肥胖者可下移或上移一个肋间。心尖搏动有时受肋骨遮挡或因体型肥胖等通过视诊不能发现。因此心尖搏动的确切情况应结合心脏触诊进行检查。

心室扩大时心尖搏动位置会发生变化,左心室扩大时心尖搏动向左下移位,右心室扩大时心尖搏动向左侧移位。同时心尖搏动受纵隔位置的影响,能影响纵隔位置的肺脏、胸膜病变等都可引起心脏位置和纵隔位置同向移位,如阻塞性肺不张、胸膜肥厚、气胸等。大量腹水、巨大肿瘤等腹腔病变使膈肌抬高,心脏呈横位,心尖搏动向外移位;体型瘦长、肺气肿等使膈肌下移,心脏呈垂位,心尖搏动向内下移位。心脏收缩时心尖搏动内陷称为负性心尖

搏动, 可见于缩窄性心包炎。

3. 心前区异常搏动观察心前区其他部位有无异常搏动。胸骨右缘第二肋间异常搏动见于升主动脉瘤。

脾脏触诊：

触诊脾脏时, 一般先用单手自左下腹向肋缘触摸, 如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧, 检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位, 并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯, 平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下, 使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸, 检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显, 开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到, 可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直, 左下肢屈曲, 使腹壁放松)。检查方法同上。

注意: 脾脏位置较浅, 手法要轻, 用力过大可能把脾脏推入腹腔深部, 或影响脾脏随呼吸下降, 导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

- 1) 第一测量: 又称甲乙线。左锁骨中线上, 肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量: 又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。
- 3) 第三测量: 又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线, 测量为正值, 反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大(肋下 $<2\text{cm}$)见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎;

中度肿大(不过脐): 见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线) : 见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

提问：

1.10 年有乙肝患者，肝脏触诊肝肿大怎么描述？

答：弥漫性肿大，表面不光滑，呈结节状、质硬

手术区消毒和铺巾

【目的】

消灭拟作切口处及其周围皮肤上的细菌。

【适应证】

所有手术在术前都需要对切口及周边皮肤进行适当范围的消毒。

【禁忌证】

对某种消毒剂过敏者 (可更换其他消毒剂进行消毒) 。

【术前准备】

1.患者准备

(1)手术前应对手术区进行清洗、剃毛和酒精消毒，并加以保护。剃毛时间以接近手术为佳(但不应在手术室内进行)。剃毛时勿损伤皮肤。

(2)择期手术患者在术前一天沐浴更衣，用肥皂温水洗净皮肤，如皮肤上留有膏药或胶布粘贴痕迹，需用乙醚或松节油擦净。

(3)一般非急症手术，若发现患者皮肤切口处有红疹、毛囊炎、小疖肿等炎症，应延期手术以免造成切口感染。

(4)手术台上患者手术野的暴露(以腹部手术为例)，要大于实际消毒的范围，以免消毒物品接触患者衣裤，影响消毒效果。

2.材料准备

- (1)消毒液体。
- (2)消毒棉球(或纱布)。
- (3)消毒盘(或消毒碗)。
- (4)卵圆钳。

3.操作者准备

- (1)预先完成指甲修剪。
- (2)更衣室更换洗手衣、裤、鞋，戴好口罩和帽子。
- (3)完成术前刷手(传统的肥皂水三遍刷手法是本项考试的要求内容)。
- (4)进入手术室后接受器械护士传递的消毒器械。

【操作步骤】

1.消毒范围

(1)腹部手术皮肤消毒范围：上自乳头连线上方，下至大腿上、中 1 / 3 交界处，两侧至腋中线。如果手术切口在腹部某侧边缘，该侧则往往需要消毒至腋后线。

(2)体表小手术的皮肤消毒范围：手术切口周围 15cm 的区域。

2.消毒方式

- (1)环形或螺旋开消毒，用于小手术野的消毒。
- (2)平行形或叠瓦形消毒，用于大手术野的消毒。

3.消毒过程(以腹部手术为例)

(1)碘酒酒精消毒法：第 1 遍用 2% ~ 3% 碘酊涂擦，第 2 遍和第 3 遍用 70% 酒精涂擦。先将碘酊滴入肚脐，以切口为中心开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙，涂擦完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。然后用 70% 酒精涂擦 2 遍脱碘，避免碘酊

对皮肤的损伤。

(2)碘伏消毒法：用碘伏(0.5%吡咯烷酮)涂擦3遍。第1遍先将碘伏滴入肚脐，以切口为中心开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙，涂擦完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。第2遍和第3遍可不再专门沾肚脐，也可以每遍都和第1遍相同，都在开始时滴入肚脐，结束时沾干肚脐。

(3)会阴部消毒采用碘伏或0.1%苯扎溴铵(新洁尔灭)消毒方法。

4.消毒原则

(1)离心形消毒，清洁皮肤消毒应以切口为中心开始向周围涂擦。

(2)向心形消毒，感染伤口或肛门、会阴部的消毒，应从手术区外周清洁部向感染伤口或肛门、会阴部涂擦。

5.铺巾操作

(1)用四块无菌巾，每块的一边双折少许，掩盖手术切口周围，每侧铺盖一块无菌巾，每块手术巾的反折部靠近切口。

(2)通常先铺相对不洁区(如会阴部、下腹部)，再铺其他两侧，最后铺靠近操作者的一侧(若已穿好手术衣，则先铺自己的一侧，铺相对不洁的一侧，然后铺其他两侧)，并用巾钳夹住手术巾交角处，以防止移动。

(3)然后在助手帮助下，铺中单、大单。大单的头端应盖过麻醉架，两侧和足端部应垂下超过手术台边30cm。

提问：

1.植皮需要准备什么？

答：完成各项术前检查、禁食水、清洁皮肤、备皮。

第三站：略

【129 号题】 第一站：病史采集是女性，55 岁，双下肢水肿 3 个月，心悸 3 小时！病例分析：女性 22 岁，突然剧烈头痛，伴恶心呕吐 1 小时来就诊。颈强直，克尼征阳性，CT：脑池部高密度影。脑出血。第二站：体格检查是腋窝淋巴结触诊，胸壁视诊，肝脏单双手触诊！实践操作是腹部伤口拆线。

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 针对水肿：①有无诱因和前驱症状，是否与月经有关；②首先发生水肿的部位和发生顺序，是否受体位影响；③水肿发生的速度；④水肿是否双侧对称；⑤是否合并胸水、腹水。

(2) 针对其他系统：①局部皮肤是否有增厚、红肿、发热或压疼，局部是否有静脉曲张；②是否有慢性肺病、心脏疾病史；③是否有肝炎、肝硬化病史；④尿量、尿色、是否有夜尿增多，尿和肾功能检查是否正常；⑤是否有结缔组织疾病病史，是否有皮疹、脱发、光过敏、口腔溃疡、局部皮肤增厚、变硬等；⑥是否有怕冷、多汗、心悸、食欲下降、体重下降、便秘、腹泻等症状；⑦是否有厌食、皮下脂肪减少；⑧是否有导致水肿的用药史。

(3) 发病以来一般情况问诊，包括精神、睡眠情况，大便情况等。

2. 诊疗经过

(1) 发病以来是否曾到医院就诊，有无做过相关检查，检查结果如何。

(2) 是否治疗，效果如何。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无肝炎、肝硬化、慢性肺病、心脏疾病、消化系统疾病、结缔组织疾病、内分泌

泌疾病史，有无传染病接触史；食物及药物过敏史；外伤史、手术史及输血史。

2.有无长期疫区、疫水接触史，有无烟酒嗜好，性病及冶游史。

3.月经婚育史。

病例分析

诊断：脑出血

【诊断依据】

1.多有高血压病史。

2.常于体力活动或情绪激动时发病。

3.发作时常有反复呕吐、头痛和血压升高。

4.病情进展迅速，常出现意识障碍、偏瘫和其他神经系统局灶症状。

5.急性期脑 CT 中见高密度血肿，周围有少许水肿，有占位效应和(或)脑组织移位。MRI

对小脑和脑干能显出 T1 加权和 T2 加权有出血的高信号区。

6.脑脊液多含血和压力增高(其中 20%左右可不含血)。

【鉴别诊断】

1.脑梗死小量脑出血与脑梗死相似，而重症脑梗死可出现明显高颅压症状甚至脑疝，又与脑出血难以鉴别，此时需靠 CT 以助鉴别诊断。

2.引起意识障碍的全身性疾病如糖尿病、肝性昏迷、尿毒症、急性酒精中毒、低血糖、药物中毒、CO 中毒等如果患者出现意识障碍而局限性神经系统体征不明显，则应与这些全身性疾病鉴别，因为这些全身性疾病均有明显的临床特点，所以容易鉴别。

【进一步检查】

1.CT / MR 检查鉴别病人是患脑梗死还是出血；可发现病灶是单个还是多个，病灶的大小和范围。

2.脑脊液常规和生化检查根据大量红细胞出现与否,可区别患者系缺血性中风(脑血栓形成、脑栓塞)还是出血性中风(脑出血、蛛网膜出血)。根据多量白细胞的出现,可提示脑血管炎。

3.周围血液成分的检查血常规中发现血小板的异常(可见有血小板增多症、血小板减少症);红细胞大量增多(红细胞增多症);白细胞异常增多(如:白血病)等血液病的神经系统并发症。这些并发症为脑血栓形成或脑出血。

血液凝血功能的检查(纤维蛋白、出凝血时间、凝血酶元时间)可发现血高凝状态、弥漫性血管内凝血。

若有周围血成分异常(血小板数异常、红细胞增多、白细胞异常增多等)应进一步作骨髓组织检查。

4.血糖、血脂等生化检查以证实有无糖尿病、高脂血症的病因。

【治疗原则】

急性期治疗总体原则是保持安静,防止继续出血,积极抗脑水肿;减低颅内压,调整血压改善循环,加强护理,防治并发症。

1.尽可能就近治疗不宜长途搬运,如搬动,亦尽量保持平稳,减少颠簸,以免加重出血。

2.保持气道通畅一般头平卧。昏迷病人头歪向一侧,避免舌根后坠。吸氧。如患者分泌物不能流出,应随时吸出,必要时行气管切开,以减轻缺氧,防止窒息。

3.高血压处理如收缩压在 200mgHG 以上,可适当给予作用较温和的降压药如呋塞米(速尿)及硫酸镁等。急性期过后(约 2 周),血压仍持续过高时可应用降压药。急性期血压急剧下降时表明病情严重,应给升压药物以保证足够的脑供血量。

4.降颅压治疗脑出血后第 2 天即开始出现脑水肿,3~5 天明显,因而抗脑水肿,降低颅内压是治疗脑出血的重要措施。主张立即快速使用脱水剂,常用 20%甘露醇 125~250ml

静滴，每 6~8 小时一次，病情比较平稳时可用 10% 复方甘油 500ml 静滴，每日 1~2 次。发病最初可将地塞米松 10~20mg 加入脱水剂中静滴，但不宜长期使用。同时应注意其副作用。

5. 合并症处理脑出血时由于病情较重，常常出现多种合并症，如上消化道出血、肺部感染、癫痫等均应给予适当治疗。

6. 高血压颅内血肿手术治疗手术治疗的目的是清除血肿，降低颅内压，使受压而未破坏的神经元恢复功能，从而提高病人生活质量。一般认为年龄不太大，生命体征稳定，心肾功能无明显障碍，血压小于 200 / 120mmHG，且符合下列情况者可考虑手术治疗：

(1) 小脑出血血肿 > 10ml，可考虑手术治疗：血肿 > 20ml 或有脑干受压征应紧急手术清除血肿，否则随时可发生脑疝而死亡。

(2) 壳核出血血肿：> 40ml，或颅内压明显增高有可能形成脑疝者。

(3) 对重症原发性脑室出血或丘脑内侧出血血液大量破入脑室者，可行颅内钻孔，脑室外引流。

第二站

腋窝淋巴结

右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

胸部视诊

1. 胸部的体表标志包括骨骼标志、垂直线标志、自然陷窝、肺和胸膜的界限。(1) 骨性标志

1) 胸骨角 (Louis 角)：胸骨柄与胸骨体的连接处，其两侧分别与左右第二肋软骨相连

接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第 4 胸椎下缘。

2) 肩胛骨：被检查者双臂下垂，肩胛下角平第 7 肋骨水平或第 7 肋间隙，或相当于第 8 胸椎水平。

3) C7 棘突：最明显的棘突，用于计数椎体。

4) 肋脊角：第 12 肋与脊柱的成角，其内为肾脏和输尿管起始部。

(2) 重要的人工划线：包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线（肩胛线）、后正中线。其中标注锁骨中线时，利用直尺测定锁骨胸骨端和肩峰端之间的中点，然后用皮尺向下引，测量并记录锁骨中线距离前正中线之间的投影距离，作为心脏测量的参照。

(3) 胸部陷窝：包括腋窝、胸骨上窝、锁骨上窝等。其中腋窝和锁骨上窝是触诊浅表淋巴结的重要部位。

(4) 肺和胸膜的界限：肺下界最为重要，分别位于锁骨中线第 6 肋间、腋中线第 8 肋间、肩胛甲线第 10 肋间。

2. 胸壁、胸廓

(1) 胸壁：观察胸壁静脉有无充盈、曲张，血流方向。前胸壁静脉曲张，血流方向向下见于上腔静脉阻塞。侧胸壁和腹壁静脉曲张，血流方向向上见于下腔静脉阻塞。观察有无皮疹、蜘蛛痣。

(2) 胸廓：观察胸廓形态。正常：胸廓两侧大致对称，呈椭圆形，前后径左右径约为 1:1.5。

1) 异常胸廓：①桶状胸：前后径，左右径 ≥ 1 ，同时伴肋间隙增宽，见于肺气肿。②佝偻病胸：为佝偻病所致胸廓改变。包括佝偻病串珠、漏斗胸、鸡胸。③脊柱畸形所致胸廓畸形：脊柱前凸、后凸或侧弯均可造成胸廓形态异常。

2)单侧胸廓形态异常:单侧胸廓膨隆:见于大量胸腔积液、气胸等;单侧胸廓塌陷:见于胸膜肥厚粘连、大面积肺不张、肺叶切除术后等。

3.呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。

(1)呼吸运动

1)正常的呼吸运动:胸式呼吸多见于成年女性;腹式呼吸多见于成年男性及儿童。

2)呼吸运动类型变化及其临床意义:①胸式呼吸减弱或消失:见于肺及胸膜炎症、胸壁或肋骨病变;②腹式呼吸减弱或消失:见于:腹膜炎、大量腹水、肝脾极度肿大、腹腔巨大肿物、妊娠。

3)呼吸运动强弱变化的临床意义:①呼吸浅快:见于肺、胸膜疾患,呼吸肌运动受限(月扁肌瘫痪、肠胀气、大量腹水);②呼吸深快:见于剧烈运动、情绪激动、Kussmaul呼吸。

4)两侧呼吸动度变化:两侧呼吸动度不对称时,呼吸动度弱的一侧往往为病变侧,如肺炎、胸膜炎、胸水、气胸等。

(2)呼吸运动的频率和节律

1)正常人呼吸运动的频率和节律:呼吸频率 12~20 次/分,与脉搏之比约为 1:4。节律均匀而整齐。

2)呼吸运动频率变化:①呼吸过快: >24 次/分,见于缺氧、代谢旺盛(如高热);②呼吸过缓: <12 次/分,见于呼吸中枢抑制及颅内压增高等。

3)呼吸运动节律异常的类型:①潮式呼吸(Cheyne-Stokes呼吸):间歇性高通气和呼吸暂停周期性交替。呼吸暂停持续 15~60 秒,然后呼吸幅度逐渐增加,达到最大幅度后慢慢降低直至呼吸暂停。见于药物所致呼吸抑制、充血性心力衰竭、大脑损害(通常在脑皮质水平);②间停呼吸(Biots呼吸)呼吸暂停后呼吸频率和幅度迅速恢复到较正常稍高的水平,

然后在呼吸暂停时呼吸迅速终止。见于颅内压增高、药物所致呼吸抑制、大脑损害(通常在延髓水平);③Kussmaul 呼吸:呼吸深快。见于代谢性酸中毒;④叹息样呼吸:见于焦虑症或抑郁症等。

(3) 呼吸时相变化

1)吸气相延长:主要见于上呼吸道狭窄、大气道(气管)狭窄,常常伴有“三凹征”,即吸气时出现胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷(为克服吸气阻力,吸气时胸腔内负压增加)。

2)呼气相延长:主要见于哮喘、COPD。常常伴有桶状胸、哮鸣音等异常体征。急性左心衰竭时亦可出现,称为“心源性哮喘”,需与支气管哮喘相鉴别。

肝脏触诊:

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作,如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

1)第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

2)第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

3)第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

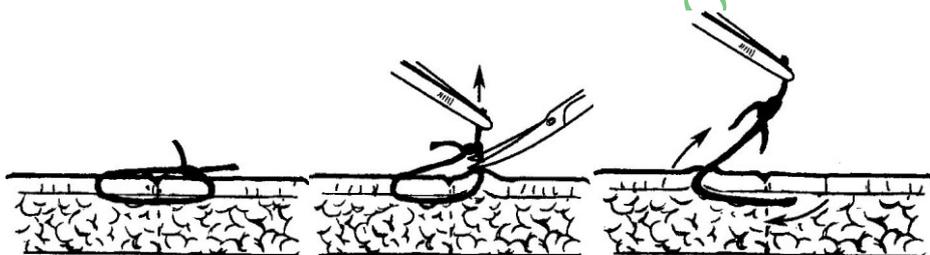
局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

伤口拆线

缝合伤口如愈合良好，已到拆线日期就可进行拆线。一般的拆线日期为：

头颈部切口为术后 3~5 天；腋下、下腹部、会阴部切口为术后 5~7 天；腹部、胸部和臀部

切口为术后 7~10 天；位于背部、四肢近关节处的切口，一般于术后 10~14 天拆线，其中跨过关节的，一般在术后 14 天拆线。减张缝线一般应于术后 14 天拆线。生长能力差的情况，包括老年人、糖尿病、贫血、低蛋白血症、肝功能不全、腹水以及应用糖皮质激素等。切口一般愈合较慢，故不宜过早拆线。



拆线步骤(图 4-11)

【注意事项】

1. 无菌操作原则凡接触伤口的物品，均须无菌，防止污染及交叉感染，各种无菌敷料从容器内取出后不得放回，污染的敷料须放入放置污物的弯盘内，不得随便乱丢。

2. 三先三后原则换药次序先无菌伤口，再污染伤口；先污染伤口，再感染伤口；先普通感染伤口，再特殊感染伤口，如气性坏疽、破伤风、结核、耐药金葡萄菌等。

【130 号题】 第一站：病史采集：27 岁，女性，突发剧烈头痛，昏迷不醒 2 天。病例分析：青年女性，高热、腹痛腹泻 2 天。（急性中毒性菌痢）。第二站：腋窝淋巴结检查，肝脏触诊，剖腹探查消毒。气胸、胰腺炎医学教育网整理。

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 发病可能诱因：外伤、精神因素、劳累、药物。

(2) 头痛的性质：头痛局限于某一侧、枕部或全头部。双颞、枕部。持续性或阵发性。钝痛或束带紧扎样头痛。有无搏动性等。

(3) 昏迷症状：对刺激的反应，是否能唤醒。

(4) 伴随症状：有无恶心、呕吐、畏光和畏声。癫痫、言语障碍、瘫痪等神经系统症状。

(5) 发病以来饮食、睡眠和体重变化情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？如到医院做过的尿常规、血常规、脑脊液检查、颅脑 CT/MRI 等。

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？如是否应用过抗生素治疗，若用过，是哪些抗生素？疗效如何？

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史：既往有无颅脑外伤、五官疾病。有无糖尿病、结核病、妇科病或服用免疫抑制剂病史，月经和婚育史及不洁性交史。有无去过林牧区等。

病例分析

诊断：急性中毒性菌痢

【诊断依据】

(一) 流行病学资料夏秋季多发, 病前 1 周有不洁饮食饮水史或菌痢病人接触史。

(二) 临床表现腹痛、腹泻、里急后重、黏液脓血便, 可伴发热及中毒症状。病程超过 2 个月不愈者为慢性。中毒型表现为感染性休克和 (或) 严重脑损害。

(三) 实验室检查大便镜检多数白细胞及红细胞。培养出痢疾杆菌可确诊。

【鉴别诊断】

(一) 急性菌痢与其他病原引起的肠道感染鉴别, 包括病毒性肠炎、细菌性肠炎, 如沙门菌、副溶血弧菌、大肠杆菌、弯曲菌肠炎、胃肠型细菌性食物中毒、肠阿米巴病等鉴别。除均有腹泻外, 有其各自的临床表现及流行病学资料, 最重要的鉴别是检测出不同的病原体。

(二) 慢性菌痢与其他病原引起的慢性腹泻鉴别, 包括慢性阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、原发性溃疡性结肠炎、肠结核、结肠癌等, 主要依赖病原学和 (或) 结肠镜、影像学检查鉴别。

(三) 中毒型菌痢与流行性乙型脑炎、脑炎型钩端螺旋体病、脑型疟疾、中暑、中毒型肺炎及各种原因的休克鉴别。依赖各自不同的临床表现、病原学或血清学检查鉴别。

【进一步检查】急性菌痢进行大便常规检查及细菌培养。慢性菌痢必要时还需进行结肠镜检查。

【治疗原则】

中毒型菌痢: 治疗原则是迅速降温、控制惊厥、解除微循环障碍, 积极防治休克、脑水肿及呼吸衰竭, 及时应用有效抗菌药物。

(1) 抗菌治疗: 联合两种有效抗菌药物静脉注射。

(2) 抢救治疗:

1) 降温止惊: 高热病人用物理降温, 颈部、腋下、腹股沟部置冰袋, 冷盐水 1000ml 流动灌肠。酌情应用退热剂。亚冬眠疗法: 氯丙嗪、异丙嗪各 1mg/kg 肌肉或静脉注射,

每 2~4 小时一次。止惊药可用安定(地西洋)0.3mg/kg 肌注或静脉注射,或苯巴比妥 5~8mg/kg 肌注,或水合氯醛 30~50mg/kg 灌肠。

2) 抗休克:扩充血容量及纠正酸中毒,维持水电解质酸碱平衡,首次常用 2:1 液(2 份生理盐水,1 份 1.4%碳酸氢钠溶液),成人每次 300~500ml,儿童每次 10~20ml/kg,快速静脉点滴或静脉推入;有明显酸中毒及循环衰竭时,先用 5%碳酸氢钠成人每次 250ml,儿童每次 10~20ml/kg,静脉点滴,继之用 2:1 液。并应用低分子右旋糖酐静脉点滴,成人每次 500ml,儿童 10~20ml/kg。至血压正常稳定后,按生理需要量以 1/5~1/3 张含钾液减速维持。

解除血管痉挛:应用山莨菪碱(654-2)或阿托品,山莨菪碱:成人每次 20~40mg,儿童每次 1~2mg/kg,10~15 分钟静脉推入;阿托品:成人每次,1~2mg,儿童每次 0.3~0.5mg/kg,10~15 分钟静脉推入;待四肢转暖、面色好转、呼吸循环改善,减少用药次数至停药。

3) 防治脑水肿及呼吸衰竭:①应用 654-2。②脑型患者限制液体量,维持于轻度脱水状态。③脑水肿者予以 20%甘露醇每次 1~2g/kg 体重,半小时内快速静脉输入,每 6~8 小时一次,直到症状消失。④吸氧、吸痰,保持呼吸道通畅,必要时予以气管插管或气管切开,呼吸机辅助呼吸。⑤呼吸衰竭患者应用洛贝林等呼吸兴奋剂。

4) 肾上腺皮质激素:氢化可的松:成人 300~400mg/d,儿童 5~10mg/(kg.d) 加入葡萄糖或生理盐水内静滴;或用地塞米松治疗。

5) 其他治疗:按病情需要应用强心药西地兰或毒毛旋花子苷 K, DIC 者应用肝素治疗等。

第二站

腋窝淋巴结

右侧时,检查者右手握被检查者右手,使其前臂稍外展,左手四指并拢稍弯曲,自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏触诊:

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作,如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

- 1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。
- 2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。
- 3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大:见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

手术区消毒

【目的】

消灭拟作切口处及其周围皮肤上的细菌。

【适应证】

所有手术在术前都需要对切口及周边皮肤进行适当范围的消毒。

【禁忌证】

对某种消毒剂过敏者 (可更换其他消毒剂进行消毒)。

【术前准备】

1. 患者准备

(1) 手术前应对手术区进行清洗、剃毛和酒精消毒, 并加以保护。剃毛时间以接近手术为佳(但不应在手术室内进行)。剃毛时勿损伤皮肤。

(2) 择期手术患者在术前一天沐浴更衣, 用肥皂温水洗净皮肤, 如皮肤上留有膏药或胶布粘贴痕迹, 需用乙醚或松节油擦净。

(3) 一般非急症手术, 若发现患者皮肤切口处有红疹、毛囊炎、小疖肿等炎症, 应延期手术以免造成切口感染。

(4) 手术台上患者手术野的暴露(以腹部手术为例), 要大于实际消毒的范围, 以免消毒物品接触患者衣裤, 影响消毒效果。

2. 材料准备

(1) 消毒液体。

(2) 消毒棉球(或纱布)。

(3) 消毒盘(或消毒碗)。

(4) 卵圆钳。

3. 操作者准备

(1) 预先完成指甲修剪。

(2) 更衣室更换洗手衣、裤、鞋, 戴好口罩和帽子。

(3) 完成术前刷手(传统的肥皂水三遍刷手法是本项考试的要求内容)。

(4) 进入手术室后接受器械护士传递的消毒器械。

【操作步骤】

1. 消毒范围

(1)腹部手术皮肤消毒范围：上自乳头连线上方，下至大腿上、中 1 / 3 交界处，两侧至腋中线。如果手术切口在腹部某侧边缘，该侧则往往需要消毒至腋后线。

(2)体表小手术的皮肤消毒范围：手术切口周围 15cm 的区域。

2.消毒方式

(1)环形或螺旋开消毒，用于小手术野的消毒。

(2)平行形或叠瓦形消毒，用于大手术野的消毒。

3.消毒过程(以腹部手术为例)

(1)碘酒酒精消毒法：第 1 遍用 2% ~ 3% 碘酊涂擦，第 2 遍和第 3 遍用 70% 酒精涂擦。先将碘酊滴入肚脐，以切口为中心开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙，涂擦完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。然后用 70% 酒精涂擦 2 遍脱碘，避免碘酊对皮肤的损伤。

(2)碘伏消毒法：用碘伏(0.5% 吡咯烷酮)涂擦 3 遍。第 1 遍先将碘伏滴入肚脐，以切口为中心开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙，涂擦完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。第 2 遍和第 3 遍可不再专门沾肚脐，也可以每遍都和第 1 遍相同，都在开始时滴入肚脐，结束时沾干肚脐。

(3)会阴部消毒采用碘伏或 0.1% 苯扎溴铵(新洁尔灭)消毒方法。

4.消毒原则

(1)离心形消毒，清洁皮肤消毒应以切口为中心开始向周围涂擦。

(2)向心形消毒，感染伤口或肛门、会阴部的消毒，应从手术区外周清洁部向感染伤口或肛门、会阴部涂擦。

【131 号题】 第一站：病史采集：双下肢水肿，夜间憋醒！病例分析：诊断：下尿路感染！第二站：体格检查：腋窝触诊，说出触诊五个群组，移动性浊音，膝反射！操作：穿手术衣，戴无菌手套！

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 针对水肿：①有无诱因和前驱症状，是否与月经有关；②首先发生水肿的部位和发生顺序，是否受体位影响；③水肿发生的速度；④水肿是否双侧对称；⑤是否合并胸水、腹水。

(2) 夜间憋醒：次数，加重、缓解因素

(3) 针对其他系统：①局部皮肤是否有增厚、红肿、发热或压疼，局部是否有静脉曲张；②是否有慢性肺病、心脏疾病史；③是否有肝炎、肝硬化病史；④尿量、尿色、是否有夜尿增多，尿和肾功能检查是否正常；⑤是否有结缔组织疾病病史，是否有皮疹、脱发、光过敏、口腔溃疡、局部皮肤增厚、变硬等；⑥是否有怕冷、多汗、心悸、食欲下降、体重下降、便秘、腹泻等症状；⑦是否有厌食、皮下脂肪减少；⑧是否有导致水肿的用药史。

(4) 发病以来一般情况问诊，包括精神、睡眠情况，大便情况等。

2. 诊疗经过

(1) 发病以来是否曾到医院就诊，有无做过相关检查：血、尿、粪便常规；生化检查，胸片、心电图、超声心动图、腹部 B 超，甲状腺功能等。

(2) 用何种药物治疗，如是否用过利尿剂等，效果如何。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1.既往有无肝炎、肝硬化、慢性肺病、心脏疾病、消化系统疾病、结缔组织疾病、内分泌疾病史，有无传染病接触史；食物及药物过敏史；外伤史、手术史及输血史。

2.有无长期疫区、疫水接触史，有无烟酒嗜好，性病及冶游史。

3.家庭成员健康状况，有无相关疾病家族史。

病例分析

诊断：下尿路感染

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站

腋窝淋巴结

右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

腋窝淋巴结：是上肢最大的淋巴结组群，可分为五群：

- 1) 外侧淋巴结群：位于腋窝外侧壁。
- 2) 胸肌淋巴结群：位于胸大肌下缘深部。
- 3) 肩胛下淋巴结群：位于腋窝后皱襞深部。
- 4) 中央淋巴结群：位于腋窝内侧壁近肋骨及前锯肌处。
- 5) 腋尖淋巴结群：位于腋窝顶部

移动性浊音：

检查时先让被检查者仰卧，由脐部开始向左侧叩诊，直到出现浊音，叩诊板指不动，嘱被检查者右侧卧，再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象，可在右侧卧位的情况下，向右叩诊直至再次出现浊音，然后嘱患者左

侧卧位,叩诊板指不动,再次叩诊该部位转为鼓音,向右侧继续叩诊均呈鼓音,则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体,且液体量超过 1000ml。

膝反射 (L₂~4):

膝关节自然弯曲,用叩诊锤叩击髌骨和胫骨粗隆之间的股四头肌腱附着点。观察股四头肌收缩引起膝关节背伸。

穿手术衣

【目的】

隔绝手术室医护人员皮肤及衣物上的细菌,防止细菌移位到手术切口和皮肤引起污染。

【适应证】

所有参加手术的人员都需要穿手术衣。

【准备工作】

- 1.手术人员已经完成术前刷《手》、消毒液泡手并晾干。
- 2.巡回护士打开无菌手术衣包。

【操作步骤】

- (1)取一件折叠的手术衣,手不得触及下面剩余的手术衣,远离胸前及手术台和其他人员,用双手分别提起手术衣的衣领两端,轻抖开手术衣,有腰带的一面向外。
- (2)将手术衣略向上抛起,顺势双手同时插入袖筒,手伸向前,不可高举过肩,待巡回护士在后面协助穿衣,使双手伸出袖口(若为无接触戴手套,双手不伸出袖口),不得用未戴手套的手拉衣袖或接触其他处。
- (3)穿好手术衣后,稍弯腰,使腰带悬空,两手交叉提起腰带中段(腰带不要交叉),巡回护士在侧后接住手术衣带端头,并在背后系紧衣带,避免接触手术衣的其他部分。
- (4)穿好手术衣、戴好手套,在等待手术期间,双手拱手置于胸前。双手不可高举过肩、

垂于腰下或双手交叉放于腋下。

(5)穿一次性使用的包背式手术衣时，穿上手术衣戴无菌手套后自行解开并提起前襟的腰带，将右手的腰带递给已戴好手套的手术人员，或由巡回护士用无菌持物钳夹持，自身向左后旋转一周，使腰带及连带的手术衣背后部分包绕术者，穿衣者接住腰带，自行将两根腰带在左侧腰间系结。

【注意事项】

- 1.先穿无菌手术衣，再戴无菌手套。
- 2.应在手术室内比较空旷的区域穿无菌手术衣。
- 3.如无菌手术衣接触到未消毒的物品，应及时更换。
- 4.穿上无菌手术衣、戴上无菌手套后肩部以下、腰部以上、腋前线前、双上肢为无菌区

戴无菌手套

【目的】

隔绝手术人员手部皮肤的细菌，防止其对手术切口和皮肤的污染。

【适应证】

参加手术的人员在洗手、穿手术衣后均需要戴无菌手套。

【术前准备】

- 1.已经穿好无菌手术衣。
- 2.选取与自己手尺寸相当的手套。

【操作步骤】

- 1.术者取出内层套袋。用左手自手套袋内捏住两只手套套口的翻折部而一并取出之。
- 2.先将右手伸入右手手套内，再用已戴手套的右手指插入左手手套的翻折部，以助左手伸入手套内。

3.整理双手衣袖口，避免触及腕部皮肤，将手套翻折部翻回盖住手术衣袖口。

【注意事项】

- 1.选用适合自己的手套，手套过大或过小都不利于手术操作。
- 2.在未戴手套前，手不能接触手套外面，戴好手套后，手套外面不能接触皮肤。
- 3.如手套外面有滑石粉，需用无菌盐水冲净。
- 4.手术开始前，可在空旷区域双手放于胸前。

【131 号题】 第一站：病史采集：男，50 岁，心前区疼痛一年，加重并呼吸困难 1 日。

病例分析：小儿 6 个月，轮状病毒肠炎，中度脱水。心衰？第二站：体检：腋窝淋巴结触诊，脾脏触诊，四肢及手指视诊。操作：腋窝脂肪瘤切除术及缝合操作。第三站：1、窦性心律不齐，2.湿罗音，3.肺癌，4.胃癌，5.室颤，6.房颤，7.爱护病人，注意些及，杜绝此种事情再次发生。

第一站

病史采集

(一) 现病史

1.根据主诉和相关鉴别询问

(1) 发病诱因：劳力、激动等。

(2) 心前区疼痛的程度、范围、性质，有无放射，疼痛是否呈持续性，有无缓解。以前有无类似发作。

(3) 心前区疼痛与呼吸、咳嗽、体位的关系，有无出汗、发热、心悸、晕厥等。

(4) 呼吸困难的形式、发作时间、与体位等因素的关系。

(5) 有无咯血，有无发绀。

(6) 发病以来饮食、睡眠、二便、体重情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊, 做过哪些检查, 特别是心电图、心肌坏死标志物检查。

(2) 是否曾使用硝酸甘油等治疗, 有无急救处理。

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 有无高血压、冠心病、糖尿病、高血脂、结核病史, 有无烟酒嗜好。

病例分析

诊断: 轮状病毒肠炎, 中度脱水。心衰?

根据题干写出: 诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站

腋窝淋巴结

右侧时, 检查者右手握被检查者右手, 使其前臂稍外展, 左手四指并拢稍弯曲, 自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝, 直达腋窝顶部, 自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸, 依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

脾脏触诊:

触诊脾脏时, 一般先用单手自左下腹向肋缘触摸, 如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧, 检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位, 并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯, 平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下, 使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸, 检查者的手随被检查者呼吸进行触诊 (见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显, 开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到, 可让被检查者右侧卧位进行触诊 (右下肢伸直, 左下肢屈曲, 使腹

壁放松)。检查方法同上。r

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼吸下降，导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

- 1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。
- 3) 第-N 量：又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线，测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大(肋下 $<2\text{cm}$)见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大(不过脐)：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大(过脐或腹中线)：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

四肢、关节检查

(1) 杵状指：手指或足趾末端增生、肥厚，呈杵状膨大。可见于：①呼吸系统疾病：支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、脓胸等；②心血管疾病：发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等；③营养障碍性疾病：吸收不良综合征、克罗恩病、溃疡性结肠炎、肝硬化等。

(2) 反甲：又称匙状甲。常见于缺铁性贫血、高原疾病。

(3) 水肿：全身水肿见皮肤部分。单侧肢体水肿见于：①静脉血回流受阻：静脉回流受阻多见于深静脉血栓形成(伴随表面浅静脉充盈或曲张、皮温升高和压痛等，部分患者可

触及血栓)、肢体瘫痪或神经营养不良;②淋巴液回流受阻常见于丝虫病或其他原因所致淋巴管阻塞,指压无凹陷,称淋巴性水肿或象皮肿。

(4) 下肢静脉曲张:多见于小腿,下肢浅静脉回流受阻所致。静脉如蚯蚓状怒张、弯曲,久立位者更明显。常见于从事站立性工作者或阻塞性静脉炎患者。

(5) 关节形态异常

1) 指关节|梭形关节(见于类风湿关节炎,和骨关节病累及远端指间关节不同,常累及近端指间关节)、爪形手(见于尺神经损伤、进行性肌萎缩、脊髓空洞症及麻风)。

2) 膝关节:两侧不对称红、肿、热、痛或影响活动见于关节炎;受轻伤后关节肌肉或皮下出血见于血友病;关节腔积液时可有浮膈征。

3) 其他:痛风为尿酸盐沉积于关节附近的骨骼或滑膜腔、腱鞘。最常累及拇趾及跖趾关节,其次为踝、腕、膝、肘等关节。表现为关节红、肿、热、痛。

切开

【目的】

切开是外科手术的第一步,是指使用某种手术刀在组织或器官上造成切口的操作过程,是外科手术最基本的操作之一。

【选择切口的原则】

- 1.在病变附近,通过最短途径以最佳视野显露病变。
- 2.对组织损伤小,不损伤重要的解剖结构如血管神经等,不影响该部位的生理功能。
- 3.有利于快速而牢固的愈合;尤其颜面部手术切口要与皮纹一致;尽可能选取较隐蔽的切口。
- 4.有足够的长度便于手术操作,需要时应易于延长。

【手术刀的传递及执法】

1. 传递手术刀时, 递者应握住刀片与刀柄衔接处, 背面朝上, 将刀柄的尾部交给术者, 切不可刀刃朝向术者传递, 以免刺伤术者。

2. 依据切开部位、切口长短、手术刀片的大小, 选择合适的执刀方法。

执弓式: 用于胸腹部较大切口。

抓持法: 用示指压住刀背, 下刀有力, 用于坚韧组织的切开。

执笔法: 动作和力量放在手指, 使操作轻巧, 精细。

反挑法: 刀刃向上挑开组织, 以免损伤深部组织及器官, 常用于浅表脓肿的切开。

【术前准备】

1. 复杂的切口应在预定切口区用深色笔画标记线。

2. 针对手术选用的相应的麻醉方式。

3. 手术区域的消毒、铺巾、麻醉。

4. 手术人员的消毒无菌准备。

5. 器械的准备切开的主要器械是手术刀, 手术刀分为刀片和刀柄两部分。刀片通常有圆刀片和尖刀片两种类型和大、中、小三种规格。使用前用执针钳夹持刀片背侧和刀柄的沟

槽嵌合推入即可。不可用手操作。术毕用同法取出刀片。

【操作步骤】

1. 皮肤切开切开皮肤时不可使皮肤随刀移动, 术者应该左手拇、示两指分开, 绷紧固定切口两侧皮肤(较大切口应由主刀和助手用左手掌边缘或纱布垫相对应地压迫皮肤), 右手

执刀与皮肤垂直切开。

2. 切开时用力要均匀, 皮肤、皮下组织一次切开, 避免多次切割致切口不整齐。

3.要点是垂直下刀、水平走刀、垂直出刀、用力均匀。

【注意事项】

1.切开时要掌握用刀力度，力求一次切开全层皮肤，使切口呈线状，切口边缘平滑，避免多次切割导致切口边缘参差不齐，影响愈合。

2.切开时也不可用力过猛，以免误伤深部重要组织。

3.皮下组织宜与皮肤同时切开，并须保持同一长度，若皮下组织切开长度较皮肤切口为短，则可用剪刀剪开。

4.切开皮肤和皮下组织后随即用手术巾覆盖切口周围(现临床上多用无菌薄膜粘贴切口部位后再行切开)，以隔离和保护伤口免受污染。

缝合

缝合的目的是借缝合的张力维持伤口边缘相互对合以消灭空隙，有利于组织愈合。

【禁忌证】

污染严重或已化脓感染的伤口。

【术前准备】

1号、4号、7号丝线线团或线段。中号圆针和大号三角针数枚，无齿镊、有齿镊各一把。持针器一把，线剪一把。各种尺寸的手套。

【操作步骤】

根据缝合后切口边缘的形态分为单纯缝合法、内翻缝合法、外翻缝合法三类，每类又有间断缝合法或连续缝合法两种。

1.单纯缝合法为外科手术中广泛应用的一种缝合法，缝合后切口边缘对合。

(1)单纯间断缝合法(如图4-1):最常用，常用于皮肤、皮下组织、腹膜及胃肠道等的缝合。

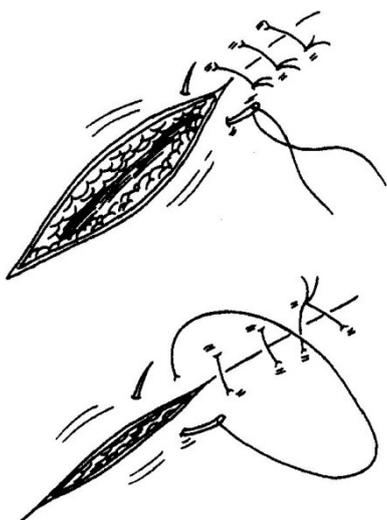


图 4-1 单纯间断缝合法和单纯连续缝合法

(2) 单纯连续缝合法 (图 4-1): 优点是节省用线利时间, 常用于皮肤、皮下组织、腹膜及胃肠道等的缝合。

(3) “8” 字形缝合法 (图 4-2): 实际上是两个间断缝合, 结扎较牢固且可节省时间, 常用于缝合腱膜及缝扎止血。

(4) 连续扣锁缝合法: 又称毯边 (锁边) 缝合法, 闭合及止血效果较好, 常用于胃肠道吻合时后壁全层缝合。



图 4-28 字形缝合法

2. 内翻缝合法缝合后切口内翻, 外面光滑, 常用于胃肠道吻合。

(1) 垂直褥式内翻缝合法 (图 4-3): 又称仑李特 (Lembert) 缝合法。分间断缝合法与连续缝合法两种, 常用的为间断缝合法。在胃肠及肠肠吻合时用以缝合浆肌层。

(2) 水平褥式内翻缝合法: 又分为以下三种: 1) 间断水平褥式内翻缝合法 (图 4-4):

又称何尔斯太 (Halsted) 缝合法。用以缝合浆肌层或修补胃肠道小穿孔。

2) 连续水平褥式内翻缝合法 (图 4-5): 又称库兴 (Cushing) 缝合法。多用于缝合浆肌层。

3) 连续全层水平褥式内翻缝合法 (图 4-6): 又称康乃尔 (Connell) 缝合法。多用于胃肠吻合时缝合前壁全层。

(3) 荷包口内翻缝合法(图 4-7): 用于埋藏阑尾残端、缝合小的肠穿孔或固定胃、肠、膀胱、胆囊造瘘等引流管。

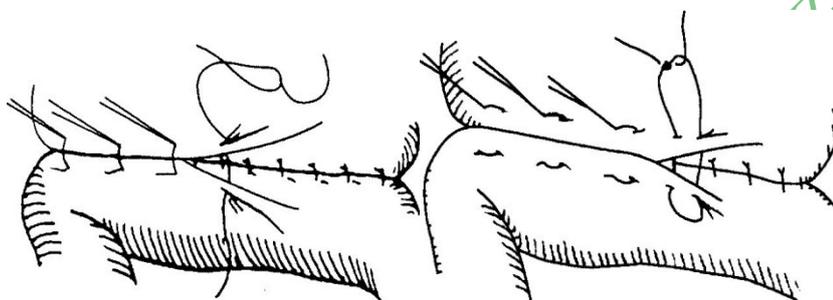


图 4-3 垂直褥式内翻 (Lembert) 缝合法图 4-4 间断水平褥式内翻 (Halsted) 缝合法

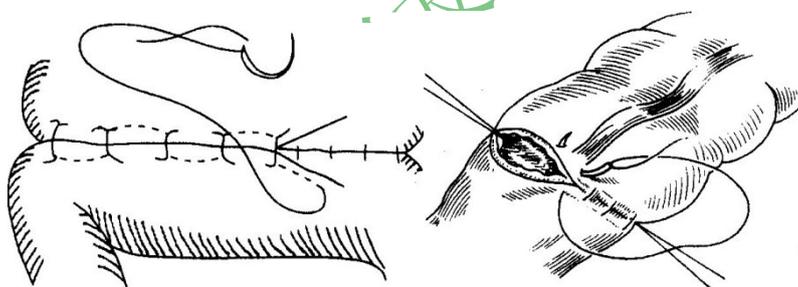


图 4-5 连续水平褥式内翻 (Cushing) 缝合法图 4-6 连续全层水平褥式内翻 (Connell) 缝合法

3. 外翻缝合 外翻缝合法缝合后切口外翻, 内面光滑。常用于血管吻合、腹膜缝合、减张缝合等。有时亦用于缝合松弛的皮肤 (如老年或经产妇腹部、阴囊皮肤等), 防止皮缘内卷, 影响愈合。

(1) 间断垂直褥式外翻缝合法 (图 4-8)。

(2) 间断水平褥式外翻缝合法 (图 4-9)。

(3) 连续外翻缝合法。



图 4-7 荷包口内翻缝合法图 4-8 间断垂直褥式外翻缝合法图 4-9 间断水平褥式外翻缝合法

【注意事项】

1 无论何种缝线(可吸收或不可吸收), 均为异物, 因此应尽可能选用较细缝线或少用。

一般选用线的拉力能胜过组织张力即可。为了减少缝线量, 肠线宜用连续缝合, 丝线宜

用间

断缝合。

2. 不同的组织器官有不同的缝合方法, 选择适当的缝合方法是做好缝合的前提条件。

3. 1 号丝线用于皮肤、皮下组织及部分内脏, 或用于小血管结扎, 4 号或 7 号丝线作较大血管结扎止血, 肌肉或肌膜、腹膜缝合时应用。10 号丝线仅用于减张性缝合及在结扎未闭的动脉导管时用。5-0、7-0 丝线作较小血管及神经吻合用。

4. 缝合切口时应将创缘各层对合好。缝合皮肤皮下时, 垂直进针和出针, 不宜过深或过浅; 过浅或过松将留下无效腔、积血积液或切口对合不齐, 导致伤口感染或裂开; 过深或过浅

则皮缘易内卷或下陷。以间断缝合为佳, 一般情况下每针边距约 0.5~0.6cm, 针距约

1.0~

1.2cm，相邻两针间的四点形成正方形为佳。

5. 结扎时以将创缘对拢为宜，不宜过紧或过松。结扎过紧，会造成组织缺血坏死，造成

感染或脓肿。结扎过松，遗留无效腔，形成血肿或血清肿，招致感染影响愈合。

6. 剪线原则是体内组织结扎的丝线线头保留 2mm；肠线线头保留 3~4mm；血管缝线线头保留 5~8mm。皮肤缝合的线头应留长，一般为 5~8mm，便于以后拆除。

第三站：略

【132 号题】 第一站：高血压。第二站：体表标志：肋脊角，胸骨旁线，肩胛线，后正中中线，锁骨上窝，腹肌紧张，腹部压疼，反跳疼的操作，肛门指诊检查，放腹水的操作。

第一站：略

第二站：

体表标志：

肋脊角：第 12 肋与脊柱的成角，其内为肾脏和输尿管起始部。

胸骨旁线：正中线与锁骨中线中间与正中中线平行。

肩胛线：让被检者上臂自然下垂贴于胸侧壁，检查者握其肘，稍作内收外展动作，另一手触摸肩胛下角，在上臂自然下垂时确定肩胛下角位置，通过此角的垂线为肩胛线

后正中中线：就是通过椎骨的棘突下行的垂直线。

锁骨上窝：就是锁骨上方的凹陷窝，是两肺上叶肺尖的上部。

腹壁紧张度

(1) 局限性腹壁紧张：见于炎症波及局部腹膜；(2) 普遍性腹壁紧张

1) 板状腹：见于弥漫性腹膜炎，由急性胃肠穿孔或脏器破裂所致；2) 揉面感：见于

干性结核性腹膜炎、癌性腹膜炎。

压痛和反跳痛

(1) 局部压痛：正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变，对病变部位具有提示作用。

1) McBurney 点压痛：脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛，见于阑尾炎。

2) Murphy 征：检查者左手掌平放于右肋下部，拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处，余四指与肋骨垂直交叉，拇指指腹勾压于右肋弓下，让被检查者缓慢深吸气，发炎的胆囊碰到拇指，出现剧烈疼痛，被检查者突然终止呼吸，表情痛苦，称为 Murphy 征阳性，见于胆囊炎。

(2) 反跳痛：腹部触诊出现压痛时，手指于原处稍停片刻，使压痛感趋于稳定，然后迅速将手抬起，如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟，称为反跳痛，是腹膜壁层受到炎症累及的征象，见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张，称为"腹膜炎三联征"。

肛门指诊

检查时患者采取肘膝位或侧卧位，检查者戴手套，涂以润滑剂。轻柔地插入肛门、直肠内。先后检查括约肌的紧张度、肛管及直肠内壁。了解黏膜是否光滑，有无肿块及搏动感。直肠触痛多见于感染，坚硬而凹凸不平的包块多为直肠癌，柔软而光滑的包块多为息肉。指套带有黏液、脓液或血液时应进行内镜检查。

腹腔穿刺术

【目的】

用于检查腹腔积液的性质、抽吸减压或给药。

【适应证】

1. 诊断未明的腹部损伤、腹腔积液, 可作诊断性穿刺。
2. 大量腹腔积液致腹部胀痛或呼吸困难时, 可穿刺放液以缓解症状。
3. 某些疾病如腹腔感染、肿瘤、结核等可以腹腔给药治疗。

【禁忌症】

有出血机制障碍, 血小板小于 $60 \times 10^9/L$ 。严重衰竭者禁忌。肝性脑病先兆者禁忌腹腔穿刺防水。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。
2. 与病人及家属谈话, 交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症等, 并签字。
3. 术前嘱患者排尿以防穿刺损伤膀胱。
4. 器械准备腹腔穿刺包、消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布以及胶布。
5. 操作者熟悉操作步骤, 戴口罩、帽子。

【操作步骤】

1. 根据病情和需要可取平卧位、半卧位或稍左侧卧位, 并尽量使病人舒适, 以便能耐受较长手术时间。
2. 选择适宜的穿刺点①左下腹部脐与髂前上棘连线的中、外 $1/3$ 交点处, 不易损伤腹壁动脉; ②侧卧位穿刺点在脐水平线与腋前线或腋中线交叉处较为安全, 常用于诊断性穿刺; ③脐与耻骨联合连线的中点上方 1.0cm , 稍偏左或偏右 $1.0 \sim 1.5\text{cm}$ 处, 无重要器官且易愈合; ④少数积液或包裹性积液, 可在 B 超引导下定位穿刺。
3. 戴无菌手套, 穿刺部位常规消毒及盖洞巾, 用 2%利多卡因自皮肤至腹膜壁层做局部麻醉。

4. 术者用左手固定穿刺部皮肤, 右手持针经麻醉处垂直刺入腹壁, 然后倾斜 $45^{\circ} \sim 60^{\circ}$ 进 $1 \sim 2\text{cm}$ 后再垂直刺于腹膜层, 待感针峰抵抗感突然消失时, 表示针头已穿过腹膜壁层即可抽取腹水, 并将抽出液放入试管中送检。作诊断性穿刺时, 可直接用 20ml 或 50ml 注射针及适当针头进行。大量放液时, 可用 8 号或 9 号针头, 并在针尾接一橡皮管, 再夹输液夹子以调节速度, 将腹水引入容器中以备测量和化验检查。注意放液不宜过多过快, 肝硬化患者一般一次不宜超过 3000ml 。

【术后处理】

1. 术后嘱病人平卧休息 $1 \sim 2$ 小时, 避免朝穿刺侧卧位。测血压并观察病情有无变化。
2. 根据临床需要填写检验单, 分送标本。
3. 清洁器械及操作场所。
4. 做好穿刺记录。

【注意事项】

1. 术中应随时询问病人有无头晕、恶心、心悸等症状, 并密切观察病人呼吸、脉搏及面色等, 若有异常应停止操作, 并作适当处理。
2. 放液后应拔出穿刺针, 覆盖消毒纱布, 再用胶布固定。大量放液后应束以多头腹带, 以防腹压骤降, 内脏血管扩张引起休克。
3. 对大量腹水病人, 为防止漏出, 可斜行进针, 皮下行驶 $1 \sim 2\text{cm}$ 后再进入腹腔。术后嘱病人平卧, 并使穿刺孔位于上方以免腹水漏出。若有漏出, 可用蝶形胶布或火棉胶粘贴。

【133 号题】 第一站: 病史采集: 男, 72 岁, 夜间胸闷 2 天, 既往高血压 20 年。第二站: 体格检查: 腋窝淋巴结检查, 脾脏双手触诊医学教育网整理, 跟腱反射检查, 操作是三腔二囊管。

第一站:

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

- (1) 发病的诱因：激动、劳力、呼吸道感染。
- (2) 胸闷起病的速度、程度，与体位的关系，加重缓解因素。
- (3) 有无发热，有无咳嗽、咳痰、咯血，有无下肢水肿。
- (4) 发病以来饮食、睡眠、二便情况。

2. 诊疗经过

- (1) 是否曾到医院就诊，做过哪些检查，特别是心电图、胸片。
- (2) 治疗情况如何，有无使用硝酸甘油等。

(二) 相关病史

1. 药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史：以往高血压症状、诊断和治疗的具体情况。有无冠心病、高血脂、糖尿病、结核病史。有无引起高凝状态的因素（如肿瘤、卧床、长途旅行等），有无下肢深静脉血栓病史。吸烟史和饮酒嗜好。

第二站

腋窝淋巴结

右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

脾脏触诊：

触诊脾脏时，一般先用单手自左下腹向肋缘触摸，如不能摸到。可采用双手触诊。被检

查者仰卧,检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位,并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸,检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显,开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到,可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直,左下肢屈曲,使腹壁放松)。检查方法同上。

注意:脾脏位置较浅,手法要轻,用力过大可能把脾脏推入腹腔深部,或影响脾脏随呼吸下降,导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量:

1) 第一测量:又称甲乙线。左锁骨中线上,肋缘至脾脏下缘之间的距离。

2) 第二测量:又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第三测量:又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线的距离。脾脏向右越过前正中线,测量为正值,反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第2、3测量。

轻度肿大(肋下 $<2\text{cm}$)见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎;

中度肿大(不过脐):见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大(过脐或腹中线):见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

跟腱反射(S1~2):

被检查者仰卧,下肢屈曲,大腿稍外展外旋,检查者用左手握住足趾使踝部稍背屈,叩击跟腱。观察腓肠肌收缩引起的足背屈。

三腔二囊管止血法

【目的】

在药物治疗无效时，通过接卸压迫达到止血的目的。

【适应证】

食管、胃底静脉曲张破裂大出血患者局部压迫止血。

【禁忌证】

严重冠心病、高血压、心功能不全者慎用。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。与病人或家属谈话，用通俗的语言简略讲清楚应用三腔二囊管止血的意义作用及如何配合，也讲清楚操作过程中的风险及意外，争取清醒病人配合。

2. 检查有无鼻息肉、鼻甲肥厚和鼻中隔弯曲，选择鼻腔较大侧插管，清除鼻腔内的结痂及分泌物。

3. 器械准备三腔二囊管、50ml 注射器、止血钳 3 把、治疗盘、无菌纱布、液体石蜡、0.5kg 重沙袋(或盐水瓶)、血压表、绷带、宽胶布。

【操作步骤】

1. 操作者戴帽子口罩，戴手套，认真检查双气囊有无漏气和充气后有无偏移，通向双气囊和胃腔的管道是否通畅。远端 45、60、65cm 处管外有记号，标明管外端至贲门、胃、幽门的距离，以判断气囊所在位置。检查合格后抽尽双囊内气体，将三腔管之前端及气囊表面涂以液体石蜡，从病人鼻腔插入，到达咽部时嘱病人吞咽配合，使三腔管顺利进入 65cm 标记处。

2. 用注射器先注入胃气囊空气 200~300ml，使胃气囊充气，即用止血钳将此管腔钳住。然后将三腔管向外牵引，感觉有中等弹性阻力时，表示胃气囊已压于胃底部，适度拉紧

三腔管,系上牵引绳,再以 0.5kg 重沙袋(或盐水瓶)通过滑车固定于床头架上牵引,以达到充分压迫的目的。

3. 经观察仍未能压迫止血者,再向食管囊内注入空气 100~150ml,然后钳住此管腔,以直接压迫食管下段的扩张静脉。

4. 首次胃囊充气压迫可持续 24 小时,24 小时后必须减压 10~20 分钟。减压前先服石蜡油 20ml,10 分钟后,将管向内略送入,使气囊与胃底黏膜分离,然后,去除止血钳,让气囊逐渐缓慢自行放气,抽吸胃管观察是否有活动出血,一旦发现活动出血,立即再行充气压迫。如无活动出血,20 分钟后仍需再度充气压迫 12 小时,再喝石蜡油、放气减压,留管观察 24 小时,如无出血,即可拔管。拔管前必须先喝石蜡油 20ml,以防胃黏膜与气囊粘连,并将气囊内气体抽净,然后才能缓缓拔出。

5. 食管气囊压迫持续时间以 8~12 小时为妥,放气 15~30 分钟。

6. 压迫止血后,应利用胃管抽吸胃内血液,观察有无活动出血,并用冰盐水洗胃,以减少氨的吸收和使血管收缩减少出血。通过胃管可注入止血药、制酸剂等,一般不主张注入其他药物。

【注意事项】

1. 操作最好在呕血的间歇进行,向清醒病人说明操作目的,取得病人配合,以免引起胃液反流进入气管引起窒息。

2. 压迫 24 小时后宜放气减压,以防气囊压迫过久可能引起黏膜糜烂。

3. 牵引沙袋不宜过重,以防压迫太重。引起黏膜糜烂。

4. 注意检查气囊是否漏气,以免达不到压迫止血目的。

5. 加强护理,防止窒息的发生,如充气后病人出现呼吸困难,必须及时放气。

6. 防止鼻翼压迫性坏死,最好用牵引装置,鼻孔用棉花等柔软东西垫加,以免压迫摩

擦。

【134 号题】 第一站：病史采集是腹痛加重 7 月。第三站：CT 脑出血。

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况：①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病，急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别，缓慢起病者要考虑功能性与器质性。③有无缓解和缓解因素，包括禁食、保温和体位等。

(2) 腹痛的性质和程度：是阵发性绞痛还是持续性胀痛；是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛。

(3) 腹痛的部位：是全腹痛还是局部痛，什么部位最明显，有无放射痛（牵涉痛），有无转移性腹痛。

(4) 有无腹泻、恶心呕吐、呕血、便血等症状。

(5) 发病以来饮食、睡眠和大便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？如血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部 CT 等。

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？如是否应用抗生素治疗，若用过，疗效如何？

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾

病史等。有无腹部手术史。

3.有无烟酒嗜好。

4.有无肿瘤等遗传家族史。

第三站：略

【134 号题】 第一站：病史采集，男性，64 岁，进行性水肿 1 月。病例分析：桡骨远端骨折。第二站：腹腔穿刺，腋窝淋巴结触诊，肝，单双手触诊。提问：腋窝淋巴结分组，腹腔穿刺如何刺如不漏液。

第一站

病史采集

(一) 现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 针对水肿：①有无诱因和前驱症状，是否与月经有关；②首先发生水肿的部位和发生顺序，是否受体位影响；③水肿发生的速度；④水肿是否双侧对称；⑤是否合并胸水、腹水。

(2) 针对其他系统：①局部皮肤是否有增厚、红肿、发热或压疼，局部是否有静脉曲张；②是否有慢性肺病、心脏疾病史；③是否有肝炎、肝硬化病史；④尿量、尿色、是否有夜尿增多，尿和肾功能检查是否正常；⑤是否有结缔组织疾病病史，是否有皮疹、脱发、光过敏、口腔溃疡、局部皮肤增厚、变硬等；⑥是否有怕冷、多汗、心悸、食欲下降、体重下降、便秘、腹泻等症状；⑦是否有厌食、皮下脂肪减少；⑧是否有导致水肿的用药史。

(3) 发病以来一般情况问诊，包括精神、睡眠情况，大便情况等。

2.诊疗经过

(1) 发病以来是否曾到医院就诊，有无做过相关检查：血、尿、粪便常规；生化检查，

胸片、心电图、超声心动图、腹部 B 超，甲状腺功能等。

(2) 用何种药物治疗，如是否用过利尿剂等，效果如何。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无肝炎、肝硬化、慢性肺病、心脏疾病、消化系统疾病、结缔组织疾病、内分泌疾病史，有无传染病接触史；食物及药物过敏史；外伤史、手术史及输血史。

2. 有无长期疫区、疫水接触史，有无烟酒嗜好，性病及冶游史。

3. 家庭成员健康状况，有无相关疾病家族史。

病例分析

诊断：桡骨远端骨折

【基本知识】

桡骨下端骨折成年人和老年人极为常见，骨折发生在桡骨下端 3cm 范围内。根据受伤的机制不同，可发生伸直型骨折、屈曲型骨折、关节面骨折伴腕关节脱位。

【伸直型骨折 (Colles 骨折) 诊断依据】

1. 手部着地外伤史。

2. 伤后局部疼痛、肿胀、可出现典型畸形姿势，即侧面看呈“银叉”畸形，正面看呈“枪刺样”畸形。

3. 检查局部压痛明显，腕关节活动障碍。

4. X 线拍片可见骨折远端向桡、背侧移位，近端向掌侧移位，因此表现出典型的畸形体征。可同时伴有下尺桡关节脱位。

【鉴别诊断】

桡骨远端关节面骨折伴腕关节脱位 (Batton 骨折)：跌倒时，腕关节屈曲，手背着地，X 线片可发现典型移位。

【进一步检查】

桡骨远端骨折一般经查体和 X 线检查多能确诊，而无需其他检查。手法复位失败等需要手术者，则可行常规术前检查。

【治疗方案】

以手法复位外固定治疗为主，很少需要手术治疗。

1. 手法复位外固定

(1) 复位方法：麻醉后仰卧位，肩外展 90°，助手一手握住拇指，另一手握住其余手指，沿前臂纵轴，向远端牵引，另一助手握住肘上方作反牵引，经充分牵引后，术者双手握住腕部，拇指压住骨折远端向远侧推挤，2~5 指顶住骨折近端，加大屈腕角度，纠正成角，然后向尺侧挤压，缓慢放松牵引，在屈腕、尺偏位检查骨折对位对线情况及稳定情况。

(2) 用超腕关节小夹板固定或石膏夹板固定 2 周，水肿消退后，在腕关节中立位继续用小夹板或改用前臂管型石膏固定。

2. 切开复位内固定手术指征：①严重粉碎骨折移位明显，桡骨下端关节面破坏。②手法复位失败，或复位成功，外固定不能维持复位。

3. 康复治疗术后均应早期进行手指屈伸活动。4~6 周后可去除外固定，逐渐开始腕关节活动。

第二站：

腋窝淋巴结

右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

肝脏触诊：

触诊肝脏时,右手三指并拢,掌指关节伸直,示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中中线触摸。可采用双手触诊。注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大:见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

腹腔穿刺术

【目的】

用于检查腹腔积液的性质、抽吸减压或给药。

【适应证】

1. 诊断未明的腹部损伤、腹腔积液,可作诊断性穿刺。
2. 大量腹腔积液致腹部胀痛或呼吸困难时,可穿刺放液以缓解症状。
3. 某些疾病如腹腔感染、肿瘤、结核等可以腹腔给药治疗。

【禁忌症】

有出血机制障碍,血小板小于 $60\times 10^9/\text{L}$ 。严重衰竭者禁忌。肝性脑病先兆者禁忌腹

腔穿刺防水。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。
2. 与病人及家属谈话，交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症等，并签字。
3. 术前嘱患者排尿以防穿刺损伤膀胱。
4. 器械准备腹腔穿刺包、消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布以及胶布。
5. 操作者熟悉操作步骤，戴口罩、帽子。

【操作步骤】

1. 根据病情和需要可取平卧位、半卧位或稍左侧卧位，并尽量使病人舒适，以能耐受较长手术时间。
2. 选择适宜的穿刺点①左下腹部脐与髂前上棘连线的中、外 1/3 交点处，不易损伤腹壁动脉；②侧卧位穿刺点在脐水平线与腋前线或腋中线交叉处较为安全，常用于诊断性穿刺；③脐与耻骨联合连线的中点上方 1.0cm，稍偏左或偏右 1.0~1.5cm 处，无重要器官且易愈合；④少数积液或包裹性积液，可在 B 超引导下定位穿刺。
3. 戴无菌手套，穿刺部位常规消毒及盖洞巾，用 2%利多卡因自皮肤至腹膜壁层做局部麻醉。
4. 术者用左手固定穿刺部皮肤，右手持针经麻醉处垂直刺入腹壁，然后倾斜 45°~60°进 1~2cm 后再垂直刺于腹膜层，待感针峰抵抗感突然消失时，表示针头已穿过腹膜壁层即可抽取腹水，并将抽出液放入试管中送检。作诊断性穿刺时，可直接用 20ml 或 50ml 注射针及适当针头进行。大量放液时，可用 8 号或 9 号针头，并在针尾接一橡皮管，再夹输液夹子以调节速度，将腹水引入容器中以备测量和化验检查。注意放液不宜过多过快，肝

硬化患者一般一次不宜超过 3000ml。

【术后处理】

1. 术后嘱病人平卧休息 1~2 小时，避免朝穿刺侧卧位。测血压并观察病情有无变化。
2. 根据临床需要填写检验单，分送标本。
3. 清洁器械及操作场所。
4. 做好穿刺记录。

【注意事项】

1. 术中应随时询问病人有无头晕、恶心、心悸等症状，并密切观察病人呼吸、脉搏及面色等，若有异常应停止操作，并作适当处理。
2. 放液后应拔出穿刺针，覆盖消毒纱布，再用胶布固定。大量放液后应束以多头腹带，以防腹压骤降，内脏血管扩张引起休克。
3. 对大量腹水病人，为防止漏出，可斜行进针，皮下行驶 1~2cm 后再进入腹腔。术后嘱病人平卧，并使穿刺孔位于上方以免腹水漏出。若有漏出，可用蝶形胶布或火棉胶粘贴。

提问：

1. 腋窝淋巴结分组

答：腋窝淋巴结：是上肢最大的淋巴结组群，可分为五群：

- 1) 外侧淋巴结群：位于腋窝外侧壁。
- 2) 胸肌淋巴结群：位于胸大肌下缘深部。
- 3) 肩胛下淋巴结群：位于腋窝后皱襞深部。
- 4) 中央淋巴结群：位于腋窝内侧壁近肋骨及前锯肌处。
- 5) 腋尖淋巴结群：位于腋窝顶部

2. 腹腔穿刺如何刺如不漏液

答：可斜行进针，皮下行驶 1~2cm 后再进入腹腔。

【135 号题】 第一站 1：病史采集 男，发作性心前区疼痛 1 月，加重 2 小时就诊。病例分析：女，55 岁，腹胀伴食欲减退、消瘦 2 个月。诊断，卵巢癌。第一站 2：病史采集：女性患者双手关节疼痛伴晨僵六个月。病例分析 男性 40 岁患者，反复阵发性心悸三个月.....高血压病史 10 年。心脏向最下扩张。新建不听到 3/6 级风样杂音.....血压 140/110，吃药控制，别的都是阴性。第二站：呼吸频率测定，心脏触诊，肝脏触诊（单双手）。

第一站 1

病史采集：

（一）现病史

1. 针对心前区痛本身问诊

- （1）病因、诱因：劳累、受凉、精神因素、药物
- （2）询问起病缓急、疼痛性质、持续时间和缓解方式。
- （3）是否伴有发热、呼吸困难、吞咽困难等症状
- （4）发病以来睡眠、饮食、二便、体重情况

2. 诊疗经过问诊

（1）患病以来是否曾到医院就诊：如血、尿常规，胸片，ECG、运动试验、24 小时心电图监测、UCG。

（2）治疗及用药情况，疗效如何？疑诊心绞痛时询问舌下含硝酸甘油对疼痛的缓解效果。

（二）相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无肺部疾病（肺结核、肿瘤）、高血压、冠心病、消化系统疾病病史，有无深静脉血栓形成病史，有无外伤史、药物过敏史。

2.个人史和家族史：烟酒嗜好，饮食习惯。家族遗传病史。

病例分析

诊断：卵巢癌

【诊断依据】根据题干

【鉴别诊断】

(1)子宫内膜异位症：附件包块形状不规则，与周围组织粘连，宫骶韧带散在结节。

但本例患者已绝经 5 年，宫骶韧带散在结节，无触痛。

(2)结核性腹膜炎：内科检查已除外心、肝、肾、结核及消化系统疾病。胸部 X 线摄片及 B 型超声检查可协助诊断。最后行剖腹探查取活组织病理检查可确诊。

【进一步检查】

1.影像学检查

①B 型超声检查：临床诊断符合率 $>90\%$ ，但不易测出直径 $<1\text{cm}$ 的实性肿瘤，可了解肿块的部位、大小、形态，囊性或实性，囊内有无乳头。彩色多普勒超声扫描可测定卵巢及其新生组织血流变化，对诊断有帮助。

②腹部 X 线摄片：卵巢畸胎瘤可显示牙齿、骨质及钙化囊壁。

③CT、MRI、PET 检查：可显示肿块及肿块与周围的关系，肝、肺有无结节及腹膜后淋巴结有无转移。良性肿瘤囊壁薄，光滑，囊内均匀；恶性肿瘤轮廓不规则，向周围浸润或伴腹水。

2.肿瘤标志物

①血清 CA125：敏感性较高，特异性较差。80%卵巢上皮性癌患者血清 CA125 水平升高；90%以上患者 CA125 水平与病情缓解或恶化相关，故可用于病情检测。

②血清 AFP：对卵黄囊瘤有特异性诊断价值。未成熟畸胎瘤、混合性生殖细胞肿瘤中

含卵黄囊成分者，血清 AFP 也可升高。

③血清 hGG：对原发性卵巢绒毛膜癌有特异性；

④性激素：颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤产生较高水平雌激素。浆液性、黏液性囊腺瘤或勃勒纳瘤有时也可分泌一定雌激素。

3.腹腔镜检查可直接观察肿块外观和盆腔、腹腔及横膈等部位，在可疑部位进行多点活检，抽取腹水行细胞学检查。

4.细胞学检查可抽取腹水或腹腔冲洗液和胸腔积液，行细胞学检查。

【治疗原则】

卵巢肿瘤确诊后，应立即手术治疗。较小的良性肿瘤常采用腹腔镜手术。恶性肿瘤的治疗原则是手术为主，辅以化疗、放疗等综合治疗。对年轻、希望保留生育功能者，经过全面手术分期的基础上，上皮性癌需符合：①IA 期；②分化好(G1)；③对侧卵巢未受侵犯；④有随诊条件。完成生育后视情况可再行手术，切除子宫及对侧附件。对年轻希望保留生育功能的恶性生殖细胞肿瘤患者，无论临床期别早晚，只要对侧卵巢和子宫未被肿瘤浸润，在进行全面手术分期并彻底切除肿瘤的基础上均可保留生育功能。

第一站 2

病史采集

(一) 现病史

1.疼痛诱因：气候变冷，潮湿、饮酒或高嘌呤饮食后、过度负重，活动过多。

2.疼痛部位、时间、性质，加重、缓解因素

3.伴随症状：是否有皮肤黏膜改变、口干、光过敏等

4.诊疗经过包括患病以来的各种检查、诊断、治疗情况。

(1) 患病以来是否到医院就诊？做过哪些检查？结果如何？

(2) 治疗和用药情况, 结果如何? 疗效如何。

8. 患病以来一般情况问诊包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况等, 即现病史五项, 以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往史有无结核、肝炎、糖尿病、肿瘤病史及其他慢性病史, 有无药物和食物过敏史, 有无外伤手术史。

2. 个人史、家族史: 职业及居住环境。

病例分析

诊断: 主动脉瓣狭窄, 高血压病 2 级 (高危组)

根据题干写出: 诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站:

呼吸频率测定:

观察患者胸部或腹部起伏, 至少 30s, 数其呼吸频率

心脏触诊

心脏触诊包括心尖搏动、震颤和心包摩擦感等内容。心脏触诊时首先用手掌感觉心脏搏动的大体位置, 然后用示指和中指对心尖搏动进行详细触诊。触诊心前区震颤和心包摩擦感时用小鱼际检查。

1. 心尖搏动位置: 同视诊, 正常范围 2~2.5cm。

(1) 心尖搏动的位置改变: 意义同视诊。

(2) 心尖搏动的强度和范围异常: 心尖搏动增强见于心肌收缩力增强或左心室肥大, 如严重贫血、甲亢、高血压等。抬举性搏动是左室肥大的可靠体征。心尖搏动减弱且弥散见于心肌炎或扩张性心肌病。j

2.心前区震颤：触诊时手掌感觉的细小振动，一旦发现说明心脏存在器质性病变。触及震颤后，注意震颤的部位以及发生时相。震颤的时相可以通过同时触诊心尖搏动或颈动脉搏动来确定，心尖搏动时冲击手掌或颈动脉搏动后出现的为收缩期震颤，而在之前出现的为舒张期震颤。主要发生机制为：血液在心脏或血管内流动时产生湍流，引起室壁、瓣膜或血管壁振动，传导至胸壁。

(1) 收缩期：胸骨右缘第2肋间：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。

(2) 舒张期：心尖部：二尖瓣狭窄。

(3) 连续性：胸骨左缘第2肋间：动脉导管未闭。

3.心包摩擦感：触诊部位在胸骨左缘第4肋间。特征为收缩期和舒张期双相的粗糙摩擦感，收缩期更易触及，坐位前倾呼气末明显。见于感染性（结核性心包炎多见）和非感染性（尿毒症、梗死后综合征、SLE等）心包炎。

肝脏触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作，如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

【136 号题】第一站：1.病史：女性，25 岁，腰疼伴低热，盗汗半年。病例分析：肠结核。第二站：查体：心脏叩诊医学教育网整理，肝上界叩诊，颈部视诊。腹部压痛，反跳痛的检查。提问：双侧瞳孔不等大，常见于什么病？技能操作是：静脉抽血，77 岁老太太，要抽个生化全套。提问：深静脉置管术的适应症。

第一站：

病史采集

(一) 现病史

1.病因、诱因：劳累、受凉、天气环境因素、饮食

1.疼痛持续时间、部位、程度、性质、放射、加重缓解因素。

2.低热、盗汗：时间、热型、最高体温。

8.伴随症状：有无排尿困难、咳嗽咳痰、乏力等症状

9.诊疗经过包括患病以来是否到医院就诊？做过哪些检查？结果如何？治疗和用药情况，结果如何？

10.患病以来一般情况问诊包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况等，即现病史五项，以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1.既往史有无结核、肝炎、糖尿病、肿瘤病史及其他慢性病史，有无结核患者接触史，有无药物和食物过敏史，有无外伤手术史。

2.职业、工作环境。

病例分析：

诊断：肠结核。

【诊断依据】

- 1.中青年患者伴有肠外结核，主要是肺结核；
- 2.临床表现有腹泻、腹痛、右下腹压痛，也可有腹部包块或原因不明的肠梗阻。可伴有发热、盗汗等结核毒血症状；
- 3.X 线钡餐检查发现回盲部跳跃征、溃疡、肠管变形和肠腔狭窄等征象；
- 4.结肠镜检查发现主要位于回盲部的肠黏膜炎症、溃疡、炎症息肉或肠腔狭窄。活检如见干酪样坏死性肉芽肿或结核分枝杆菌具确诊意义；
- 5.PPD(结核菌素)试验强阳性反应有助于诊断。

【鉴别诊断】

鉴别诊断需考虑下列疾病：

- 1.克罗恩(Crohn)病本病的临床表现、X 线及内镜检查所见常与肠结核酷似，须仔细鉴别。鉴别要点：
 - ①无肠外结核证据；
 - ②有缓解与复发交替倾向，病程一般更长；
 - ③X 线发现病变虽以回肠末段为主，但可有其他肠段受累，并且呈节段性分布；
 - ④更易并发瘘管或肛门直肠周围病变；
 - ⑤抗结核药物治疗无效；
 - ⑥鉴别诊断有困难而行剖腹探查，切除标本及周围肠系膜淋巴结均无结核证据，病理特点是无干酪性肉芽肿。

2.阿米巴病或血吸虫病性肉芽肿既往有相应感染病史。常见脓血便。粪便常规或孵化检查发现有关病原体。结肠镜检查有助鉴别诊断。相应特效治疗有效。

3.右侧结肠癌比肠结核发病年龄大,常在40岁以上。一般无盗汗等结核毒血症表现。X线检查可见钡剂充盈缺损,病变局限。结肠镜检查及病理检查可确定诊断。

4.其他肠结核有时还应与肠恶性淋巴瘤、耶尔森杆菌肠炎及一些少见的感染性肠病如非典型结核杆菌(多见于艾滋病患者)、性病性淋巴肉芽肿、梅毒侵犯肠道、肠放线菌病等鉴别。以发热为主要表现者需与伤寒等长期发热性疾病相鉴别。

【进一步检查】

- 1.对高度怀疑肠结核的病例,如抗结核治疗(2~6周)有效,支持肠结核的临床诊断。
- 2.对诊断有困难病例,主要是增生型肠结核,有时需经剖腹探查才能确诊。

【治疗原则】

肠结核的治疗目的是消除症状、改善全身情况、促使病灶愈合及防治并发症。因为肠结核早期病变是可逆的,故强调早期治疗。

- 1.休息与营养休息与营养可以增强患者的抵抗力,是治疗的基础。
- 2.抗结核化学药物治疗是本病治疗的关键。抗结核化学药物的选择、用法、疗程详见肺结核章。
- 3.对症治疗腹痛可用抗胆碱能药物。对不完全性肠梗阻患者,需进行胃肠减压。摄入不足或腹泻严重者应注意纠正水、电解质与酸碱平衡紊乱。

4.手术治疗适应证包括:①急性肠穿孔,或慢性肠穿孔瘘管形成经内科治疗而未能闭合者;②完全性肠梗阻;③肠道大量出血经积极抢救不能有效止血者;④诊断困难需剖腹探查者。

第二站:

心脏叩诊

1.检查方法如被检者为坐位时,检查者的板指与心缘平行。从心尖搏动最强点所在肋间的外侧 2cm 处开始叩诊,其余各肋间可从锁骨中线开始。心尖搏动不能触及时一般从第 5 肋间开始。右侧从肝上界上一肋间开始,均向上叩至第 2 肋间。板指每次移动的距离不超过 0.5cm,当叩诊音由清音变为浊音时做标记,为心脏的相对浊音界。注意叩诊力度要适中、均匀。如被检者为卧位时则检查者的板指与心缘垂直进行叩诊。叩诊结束后用直尺测量心脏外缘到前正中线的投影距离,精确到 0.5cm,并记录。同时记录左锁骨中线距前正中线的距离。

2.心浊音界增大及形状改变

(1)左心室扩大:心浊音界向左下扩大(主动脉型心或靴形心)。见于高血压、主动脉瓣病变。

(2)右心室扩大:显著增大时心浊音界向左扩大,多见于肺心病。

(3)左右心室扩大:心浊音界向两侧扩大,左界向左下扩大。见于扩张型心肌病。

(4)左房扩大合并右心室扩大:胸骨左缘第 3 肋间膨出(二尖瓣型心或梨形心)。见于二尖瓣狭窄。

(5)心包积液:心界向两侧扩大,且随体位改变。坐位时心界向双侧扩大,心底部基本正常,呈烧瓶样,卧位时心底部扩大。

3.胸膜、肺、纵隔及腹腔疾病对心浊音界的影响对心界的影响如上所述(见视诊和触诊)。需要注意的是,当左侧肺部或胸膜出现病变时,可造成左侧胸部叩诊呈现浊音、实音或鼓音的变化,使心界不能叩出。'

肝上界叩诊

自上至下沿右锁骨中线叩诊,叩诊呈浊音的肋间为肝上界。

颈部视诊

颈部血管平卧时颈静脉充盈水平不超过锁骨上缘至下颌角之间的上 2 / 3.45.坐位时若颈静脉明显充盈、怒张,则提示静脉压增高。常见于右心功能不全、心包积液、上腔静脉阻塞综合征等。颈动脉搏动增强常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进及严重贫血等。

腹部压痛,反跳痛的检查

压痛和反跳痛

(1) 局部压痛:正常腹部触压时没有疼痛感。压痛来自于腹壁或腹腔内病变,对病变部位具有提示作用。'

1) McBurney 点压痛:脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 处压痛,见于阑尾炎。

2) Murphy 征:检查者左手掌平放于右肋下部,拇指放在腹直肌外缘和肋弓交界处,余四指与肋骨垂直交叉,拇指指腹勾压于右肋弓下,让被检查者缓慢深吸气,发炎的胆囊碰到拇指,出现剧烈疼痛,被检查者突然终止呼吸,表情痛苦,称为 Murphy 征阳性,见于胆囊炎。

(2) 反跳痛:腹部触诊出现压痛时,手指于原处稍停片刻,使压痛感趋于稳定,然后迅速将手抬起,如果被检查者感觉腹痛骤然加重并伴有痛苦表情或呻吟,称为反跳痛,是腹膜壁层受到炎症累及的征象,见于腹内脏器病变累及邻近腹膜、腹膜炎。腹膜炎时患者可同时出现压痛。反跳痛和肌紧张,称为"腹膜炎三联征"。

静脉穿刺

【目的】

建立静脉通道、便于进行各项诊断与治疗的措施实施。

【适应证】

1. 需长期输液而外周静脉因硬化、塌陷致穿刺困难者;

2. 需行肠道外全静脉营养者；
3. 危重病人及采血困难病人急症处理；
4. 中心静脉压测定。

【禁忌症】

除皮肤感染及出凝血机制障碍者需注意外，无明显绝对禁忌证。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情与病人或家属谈话，用通俗的语言、和善关心的态度讲清楚做静脉穿刺的目的和意义，争取清醒病人配合。

2. 如果部位需要，可先行局部备皮。

3. 器械准备清洁盘，穿刺针包。

【操作步骤】

以股静脉穿刺为例

1. 病人取平卧位其穿刺下肢轻微外展外旋，在腹股沟韧带中心的内下方 1.5~3.0 cm，股动脉搏动内侧为穿刺点。

2. 术者戴好帽子口罩立于病人一侧，消毒局部皮肤，戴无菌手套，铺无菌洞巾。于穿刺点处轻轻压迫皮肤及股静脉并稍加固定。

3. 右手持注射器向左手示指中指固定的穿刺点刺入，进针方向与穿刺部位的皮肤呈 30°~45°角、顺应血流方向或成垂直方向，边进针边抽吸缓缓刺入。

4. 当穿刺针进入股静脉后，即有静脉血液回流入注射针管内，再进针 2~4mm 即可采血或注射药物。

5. 若未能抽出血液则先向深部刺入，采用边退针边抽吸至有血液抽吸出为止；或者调整穿刺方向、深度或重新穿刺。

6. 穿刺完毕, 拔出针头, 盖上无菌小纱布, 局部压迫 3~5 分钟, 以防出血, 再用胶布固定。

【注意事项】

1. 必须严格无菌操作, 以防感染。
2. 如抽出鲜红色血液表示误入动脉, 应立即拔出, 压迫穿刺点 5 分钟。
3. 尽量避免反复穿刺, 一般穿刺 3 次不成功应停止。
4. 穿刺后妥善压迫止血, 防止局部血栓形成。

提问:

1. 双侧瞳孔不等大, 常见于什么病?

答: 颅脑病变如脑外伤、脑疝等

2. 深静脉置管术的适应症。

答: 1. 需长期输液而外周静脉因硬化、塌陷致穿刺困难者; 2. 需行肠道外全静脉营养者;

【137 号题】浙江绍兴 第一站: 男性, 反正胸痛 1 年, 伴呼吸困难 1 周? 低位直肠癌。第二站: 测血压, 甲状腺检查, 肝脏触诊, 诊断性胸穿。第三站: 窦性心律不齐? 支气管呼吸音, 食管癌, 气胸, 硬膜外血肿? 正常心电图, 室性心动过速硬膜外血肿? 正常心电图, 室性心动过速, 收红包处理。提问: 左侧基底节出血查体可以发现什么? 墨菲速, 收红包处理。提问: 左侧基底节出血查体可以发现什么? 墨菲氏症阳性见于什么病? 气胸穿刺点在哪?

第一站

病史采集

(一) 现病史

1.根据主诉和相关鉴别询问

(1) 发病诱因：劳力、激动等。

(2) 胸痛的程度、范围、性质，有无放射，疼痛是否呈持续性，有无缓解。以前有无类似发作。

(3) 胸痛与呼吸、咳嗽、体位的关系，有无出汗、发热、心悸、晕厥等。

(4) 呼吸困难的形式、发作时间、与体位等因素的关系。

(5) 有无咯血，有无发绀。

(6) 发病以来饮食、睡眠、二便、体重情况

2.诊疗经过

(1) 是否到医院就诊，做过哪些检查，特别是心电图、心肌坏死标志物检查。

(2) 是否治疗，效果如何。

(二) 相关病史

1.有无药物过敏史。

2.与该病有关的其他病史：有无高血压、冠心病、糖尿病、高血脂、结核病史，有无烟酒嗜好。

病例分析

诊断：直肠癌

【诊断依据】

1.病史可有肠道息肉或腺瘤病史，尤其是家族性结肠息肉病史。

2.症状近期有大便习惯改变或间歇腹痛伴有黏液血便的表现。

3.体征

(1)可有苍白贫血、消瘦的外貌及腹部包块，但多于较晚期出现。

(2) 直肠指诊是简单而重要的直肠癌临床检查方法, 可明确肿瘤的部位、大小、固定程度等, 约 75% 的直肠癌可在指诊时查出。

4. 辅助检查

(1) 血红蛋白下降、大便潜血持续阳性。

(2) 血清癌胚抗原(CEA)值升高。

(3) X 线钡剂灌肠发现大肠病变。

(4) 腹部 B 超或 CT 检查发现腹部肿物

【鉴别诊断】

1. 痢疾细菌性或阿米巴性, 有进不洁饮食史, 发热、白细胞增多, 大便镜检及培养有阳性结果。

2. 非特异性炎性肠病. 主要是溃疡性结肠炎, 有腹痛、脓血便、腹部包块等临床表现, 易混淆, 主要靠消化道造影和结肠镜鉴别。

3. 回盲部结核可有腹痛、便秘腹泻交替, 甚至腹部包块的临床表现, 因而需鉴别。但肠结核常伴有全身其他部位(肺、腹腔、淋巴结)结核和结核中毒症状。

4. 血清癌胚抗原(CEA)测定主要用于估计大肠癌的预后和监测复发。

【进一步检查】

1. 纤维结肠镜检查同时行病理活检, 为确诊的主要方法。2. X 线气钡灌肠造影可了解全结肠情况。

3. B 超、CT 检查观察病变周围情况和肝脏、腹腔淋巴结有无转移。

【治疗原则】

1. 手术治疗为主

(1) 根治性手术: 切除病变肠段及其相应引流淋巴结。

(2)姑息性手术：造口、短路等手术，用于晚期、无法根治的病例，以缓解症状。

2.化学药物治疗作为手术前后综合治疗的主要部分。

第二站

测血压：

脱去患者衣袖，肘部与右心房等高。直立放置血压计，度数归零，将袖带紧贴皮肤缠于上臂，其下缘在肘窝以上 2~3cm 处，袖带的松紧以能放进 1 指为宜。触摸肱动脉搏动，左手将听诊器体件置于肱动脉表面，测量血压：向袖带内充气，边充气边听诊，待听诊肱动脉搏动消失后再将水银柱升高 20~30mmHg，缓慢放气 (2~3mm/s)，听到的第一声响为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。松开袖带，帮患者穿好衣服，关闭气门，整理袖带，将水银槽倾斜 45°，关闭水银槽开关。

甲状腺检查：

甲状腺较小 (如 I 度肿大) 时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大 (如 II 度及以上肿大) 时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为 I 度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脏触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右

侧,估计肝脏巨大者应放置于右下腹部,被检查者呼气时手指压向腹深部,再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移,重复上述的动作。如此反复,直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意:以示指的外侧接触肝脏;勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏;手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

1) 第一测量:右锁骨中线上,肝上界(肝相对浊音界)至下缘之间的距离。

2) 第二测量:右锁骨中线上,肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量:前正中线上,剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏:肋下 $\leq 1\text{cm}$,剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$,上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大:见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大:见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

胸腔穿刺术

【目的】

用于检查胸腔积液的性质,抽吸减压或给药。

【适应证】

1. 诊断原因未明的胸腔积液,可作诊断性穿刺,作胸水涂片、培养、细胞学和生化学检查以明确病因。

2. 治疗胸腔大量积液、气胸产生压迫症状,可抽液或抽气以减压;急性脓胸或恶性肿瘤侵及胸膜引起积液,可抽液或注入药物。

【禁忌症】

有出血机制障碍,血小板少于 $60\times 10^9/\text{L}$ 。严重衰竭者禁忌。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。
2. 与病人及家属谈话, 交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症等, 并签字。
3. 器械准备胸腔穿刺包、无菌胸腔引流管及引流瓶、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布以及胶布。
4. 操作者熟悉操作步骤, 戴帽子、口罩。

【操作步骤】

1. 病人取坐位面向椅背, 两前臂置于椅背上, 前额伏于前臂, 自然呼吸。卧床者可取半坐位, 患侧前臂上举抱于枕部。
2. 穿刺点可行超声波定位, 或选在胸部叩实音最明显部位进行, 一般取肩胛下角线或腋后线第 7~8 肋间; 也可选腋中线 6~7 肋间或腋前线第 5 肋间为穿刺点。包裹性积液最好结合 X 线或超声定位, 以确保穿刺成功。气胸病人选择锁骨中线第二肋间或腋中线第 4~5 肋间。
3. 戴无菌手套, 常规消毒皮肤, 覆盖无菌洞巾。
4. 选下一肋骨的上缘为穿刺点, 用 2% 利多卡因局部麻醉, 先注射皮下出现皮肤橘皮样皮丘改变, 然后自皮至胸膜层进行逐次麻醉。
5. 术者以左手示指与中指固定穿刺部位的皮肤, 右手将穿刺针在局麻部位缓缓刺入, 当针锋抵抗感突然消失时, 表明已穿入胸膜腔。助手用止血钳协助固定穿刺针, 以防刺入过深损伤肺组织。穿刺针可应用三通穿刺针或较粗的长针后接胶皮管, 穿刺前应关闭三通针, 先将胶皮管用止血钳夹住, 然后进行穿刺。穿入胸膜腔后再转动三通活栓使其与外界相通, 或松开胶皮管止血钳, 抽取胸腔积液。
6. 抽液结束后拔出穿刺针, 覆盖无菌纱布, 胶布固定。

【术后处理】

1. 术后嘱病人卧位或半卧位休息半小时, 测血压并观察病情有无变化。
2. 根据临床需要填写检验单, 分送标本。
3. 清洁器械及操作场所。
4. 做好穿刺记录。

【注意事项】

1. 胸穿前应向病人说明胸穿的目的, 消除顾虑。
2. 操作过程中应密切观察患者的反应, 如出现头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸闷、昏厥等胸膜变态反应等, 或者出现连续咳嗽、气短、咳泡沫痰等, 应立即停止操作, 并皮下注射 0.1% 肾上腺素 0.3~0.5ml, 并给予其他对症治疗。
3. 抽液不宜过快、过多。诊断性抽液, 50~100ml; 减压抽液, 首次不超过 600ml, 以后抽液不超过 1000ml。但脓胸则应尽量抽净。检查瘤细胞时, 至少抽取 100ml, 并立即送检。
4. 严格无菌操作, 胸穿过程中防止空气进入胸腔, 始终保持胸腔负压。
5. 避免在第 9 肋以下穿刺, 以免穿破膈肌。进针部位沿肋骨上缘以免损伤肋间血管。
6. 恶性胸腔积液, 可在胸穿积液后注入化疗药物或硬化剂诱发化学性胸膜炎, 促进脏层与壁层胸膜粘连, 闭合胸腔。

提问:

1. 左侧基底节出血查体可以发现什么?

答: 右侧偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲

2. 墨菲氏症阳性见于什么病?

答: 多见于急性胆囊炎

3.气胸穿刺点在哪？

答：气胸病人选择锁骨中线第二肋间或腋中线第4~5肋间。

第三站：略

【137号题】病史采集:心前区疼痛，病例分析:直肠癌。

第一站：心前区疼痛

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因：有无外伤、劳累、情绪激动、饱餐。
- (2) 针对胸痛：具体部位、性质、程度、起病急缓、有无放射。与呼吸及体位的关系。
- (3) 伴随症状：有无发热、盗汗、乏力，咳嗽、咳痰、咯血
- (4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

- (1) 是否就诊，做过哪些检查。
- (2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1.有无药物过敏史

2.与该病相关的病史：有无类似发作，有无冠心病、糖尿病、胃食管疾病及相关家族遗传病史、有无外伤史及烟酒嗜好。

病历分析：直肠癌

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站、第三站：略

【137号题】宁夏 第一站：男性，反正胸痛1年，伴呼吸困难1周？低位直肠癌。
第二站：测血压，甲状腺检查，肝脏触诊，诊断性胸穿。第三站：窦性心律不齐？支气管呼吸音，食管癌，气胸，硬膜外血肿？正常心电图，室性心动过速，收红包处理。提问：左侧基底节出血查体可以发现什么？墨菲氏症阳性见于什么病？气胸穿刺点在哪？

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉和相关鉴别询问

(1) 发病诱因：劳力、激动等。

(2) 胸痛的程度、范围、性质，有无放射，疼痛是否呈持续性，有无缓解。以前有无类似发作。

(3) 胸痛与呼吸、咳嗽、体位的关系，有无出汗、发热、心悸、晕厥等。

(4) 呼吸困难的形式、发作时间、与体位等因素的关系。

(5) 有无咯血，有无发绀。

(6) 发病以来饮食、睡眠、二便、体重情况

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊，做过哪些检查，特别是心电图、心肌坏死标志物检查。

(2) 是否治疗，效果如何。

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史：有无高血压、冠心病、糖尿病、高血脂、结核病史，有无烟酒嗜好。

病例分析

诊断：直肠癌

【诊断依据】

1. 病史可有肠道息肉或腺瘤病史，尤其是家族性结肠息肉病史。

2. 症状近期有大便习惯改变或间歇腹痛伴有黏液血便的表现。

3. 体征

(1) 可有苍白贫血、消瘦的外貌及腹部包块，但多于较晚期出现。

(2) 直肠指诊是简单而重要的直肠癌临床检查方法，可明确肿瘤的部位、大小、固定程度等，约 75% 的直肠癌可在指诊时查出。

4. 辅助检查

(1) 血红蛋白下降，大便潜血持续阳性。

(2) 血清癌胚抗原(CEA)值升高。

(3) X 线钡剂灌肠发现大肠病变。

(4) 腹部 B 超或 CT 检查发现腹部肿物

【鉴别诊断】

1. 痢疾细菌性或阿米巴性，有进不洁饮食史，发热、白细胞增多，大便镜检及培养有阳性结果。

2. 非特异性炎性肠病.主要是溃疡性结肠炎，有腹痛、脓血便、腹部包块等临床表现，

易混淆，主要靠消化道造影和结肠镜鉴别。

3.回盲部结核可有腹痛、便秘腹泻交替，甚至腹部包块的临床表现，因而需鉴别。但肠结核常伴有全身其他部位(肺、腹腔、淋巴结)结核和结核中毒症状。

4.血清癌胚抗原(CEA)测定主要用于估计大肠癌的预后和监测复发。

【进一步检查】

1-纤维结肠镜检查同时行病理活检，为确诊的主要方法。2.X线钡灌肠造影可了解全结肠情况。

3.B超、CT检查观察病变周围情况和肝脏、腹腔淋巴结有无转移。

【治疗原则】

1.手术治疗为主

(1)根治性手术：切除病变肠段及其相应引流淋巴结。

(2)姑息性手术：造口、短路等手术，用于晚期、无法根治的病例，以缓解症状。

2.化学药物治疗作为手术前后综合治疗的主要部分。

第二站

测血压：

脱去患者衣袖，肘部与右心房等高。直立放置血压计，度数归零，将袖带紧贴皮肤缠于上臂，其下缘在肘窝以上2~3cm处，袖带的松紧以能放进1指为宜。触摸肱动脉搏动，左手将听诊器体件置于肱动脉表面，测量血压：向袖带内充气，边充气边听诊，待听诊肱动脉搏动消失后再将水银柱升高20~30mmHg，缓慢放气(2~3mm/s)，听到的第一声响声为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。松开袖带，帮患者穿好衣服，关闭气门，整理袖带，将水银槽倾斜45°，关闭水银槽开关。

甲状腺检查：

甲状腺较小 (如 I 度肿大) 时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大 (如 II 度及以上肿大) 时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患者做吞咽动作, 同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到, 但能触及为 I 度肿大; 甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大; 甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

肝脏触诊:

触诊肝脏时, 右手三指并拢, 掌指关节伸直, 示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧, 估计肝脏巨大者应放置于右下腹部, 被检查者呼气时手指压向腹深部, 再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移, 重复上述的动作, 如此反复, 直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线触摸。可采用双手触诊。注意: 以示指的外侧接触肝脏; 勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏; 手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量:

1) 第一测量: 右锁骨中线上, 肝上界 (肝相对浊音界) 至下缘之间的距离。

2) 第二测量: 右锁骨中线上, 肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量: 前正中线上, 剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏: 肋下 $\leq 1\text{cm}$, 剑下 $\leq 3 \sim 5\text{cm}$, 上下径 $9 \sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大: 见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

胸腔穿刺术

【目的】

用于检查胸腔积液的性质，抽吸减压或给药。

【适应证】

1. 诊断原因未明的胸腔积液，可作诊断性穿刺，作胸水涂片、培养、细胞学和生化学检查以明确病因。

2. 治疗胸腔大量积液、气胸产生压迫症状，可抽液或抽气以减压；急性脓胸或恶性肿瘤侵及胸膜引起积液，可抽液或注入药物。

【禁忌症】

有出血凝血机制障碍，血小板少于 $60 \times 10^9/L$ 。严重衰竭者禁忌。

【术前准备】

1. 了解、熟悉病人病情。
2. 与病人及家属谈话，交代检查目的、大致过程、可能出现的并发症等，并签字。
3. 器械准备胸腔穿刺包、无菌胸腔引流管及引流瓶、皮肤消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布以及胶布。
4. 操作者熟悉操作步骤，戴帽子、口罩。

【操作步骤】

1. 病人取坐位面向椅背，两前臂置于椅背上，前额伏于前臂，自然呼吸。卧床者可取半坐位，患侧前臂上举抱于枕部。

2. 穿刺点可行超声波定位，或选在胸部叩实音最明显部位进行，一般取肩胛下角线或腋后线第 7~8 肋间；也可选腋中线 6~7 肋间或腋前线第 5 肋间为穿刺点。包裹性积液最

好结合 X 线或超声定位,以确保穿刺成功。气胸病人选择锁骨中线第二肋间或腋中线第 4~5 肋间。

3. 戴无菌手套,常规消毒皮肤,覆盖无菌洞巾。

4. 选下一肋骨的上缘为穿刺点,用 2%利多卡因局部麻醉,先注射皮下出现皮肤橘皮样皮丘改变,然后自皮至胸膜层进行逐次麻醉。

5. 术者以左手示指与中指固定穿刺部位的皮肤,右手将穿刺针在局麻部位缓缓刺入,当针锋抵抗感突然消失时,表明已穿入胸膜腔。助手用止血钳协助固定穿刺针,以防刺入过深损伤肺组织。穿刺针可应用三通穿刺针或较粗的长针后接胶皮管,穿刺前应关闭三通针,先将胶皮管用止血钳夹住,然后进行穿刺。穿入胸膜腔后再转动三通活栓使其与外界相通,或松开胶皮管止血钳,抽取胸腔积液。

6. 抽液结束后拔出穿刺针,覆盖无菌纱布,胶布固定。

【术后处理】

1. 术后嘱病人卧位或半卧位休息半小时,测血压并观察病情有无变化。

2. 根据临床需要填写检验单,分送标本。

3. 清洁器械及操作场所。

4. 做好穿刺记录。

【注意事项】

1. 胸穿前应向病人说明胸穿的目的,消除顾虑。

2. 操作过程中应密切观察患者的反应,如出现头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸闷、昏厥等胸膜变态反应等,或者出现连续咳嗽、气短、咳泡沫痰等,应立即停止操作,并皮下注射 0.1%肾上腺素 0.3~0.5ml,并给予其他对症治疗。

3. 抽液不宜过快、过多。诊断性抽液,50~100ml;减压抽液,首次不超过 600ml,

以后抽液不超过 1000ml。但脓胸则应尽量抽净。检查瘤细胞时，至少抽取 100ml，并立即送检。

4. 严格无菌操作，胸穿过程中防止空气进入胸腔，始终保持胸腔负压。

5. 避免在第 9 肋以下穿刺，以免穿破膈肌。进针部位沿肋骨上缘以免损伤肋间血管。

6. 恶性胸腔积液，可在胸穿积液后注入化疗药物或硬化剂诱发化学性胸膜炎，促进脏层与壁层胸膜粘连，闭合胸腔。

提问：

1. 左侧基底节出血查体可以发现什么？

答：右侧偏瘫、偏身感觉障碍和偏盲

2. 墨菲氏症阳性见于什么病？

答：多见于急性胆囊炎

3. 气胸穿刺点在哪？

答：气胸病人选择锁骨中线第二肋间或腋中线第 4~5 肋间。

第三站：略

【138 号题】第一站：病史采集：上腹部痛 2 年，加重，伴呕吐 1 周。病例分析：咳嗽咳痰 1 年，加重 1 周，有麻疹病史。第二站：阑尾区消毒，眼部对光反射，心脏听诊，移动性浊音。第三站：奔马律，好像湿罗音（20 岁发热 3 天左下肺听诊）正常心电图，室速气胸，闹 CT，好像颅骨骨折。

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况：①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病，急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别，缓慢起病者要考虑功能性与器质性。③有无缓解和缓解因素，包括禁食、保温和体位等。

(2) 腹痛的性质和程度：是阵发性绞痛还是持续性胀痛；是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛。

(3) 腹痛的部位：是全腹痛还是局部痛，什么部位最明显，有无放射痛（牵涉痛），有无转移性腹痛。

(4) 恶心、呕吐的情况：恶心、呕吐的频率，呕吐物的性质和量等。

(5) 发病以来饮食、睡眠和大便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？如血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部 CT 等。

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？如是否应用抗生素治疗，若用过，疗效如何？

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病等。有无腹部手术史。

3. 有无烟酒嗜好。

4. 有无肿瘤等遗传家族史。

病例分析：支气管扩张

【诊断要点】

1. 反复发作的咳嗽、大量脓痰和咯血病史，幼年时期的呼吸道感染病史。反复咯血。

2. 体检发现肺部固定性湿性啰音, 杵状指。
3. 胸部 X 线片具有诊断或提示意义。胸部高分辨 CT 具有确诊价值。

【鉴别诊断】

1. 慢性支气管炎多见于有大量吸烟史的中老年患者, 常表现为慢性咳嗽、咳痰, 有时为脓痰, 伴进行性呼吸困难, 症状以冬春季为著。肺部可闻及湿性啰音。胸部影像学缺乏支气管扩张的典型表现。

2. 慢性肺脓肿急性肺脓肿后迁延不愈可形成慢性肺脓肿, 表现为大量脓性痰, 可有咯血。肺部可有啰音, 体检可见杵状指。胸片可见肺部空洞, 有液平面。

3. 肺结核可有慢性咳嗽、咳痰, 可有咯血, 常有午后低热、乏力、消瘦等结核中毒症状。肺部体征以湿性啰音常见, 多位于双肺上部。X 线胸片检查多见位于双肺上部的纤维索条影, 可有空洞形成, 肺门上提。痰中易找到结核菌。肺结核可继发支气管扩张。

4. 肺囊肿可表现为反复咳嗽、咳痰, 咯血少见。胸部 X 线片可见多发的圆形或类圆形空腔, 可有液平。

【进一步检查】

1. 病原学检查合并感染时可行痰、血的细菌培养和药敏。
2. 胸部影像学检查可行胸部 X 线片检查, 必要时胸部高分辨 CT。

【治疗原则及预防】

1. 保持呼吸道通畅祛痰、体位引流(痰量过多慎用)。合并感染时翻身拍背或理疗。
2. 控制感染常选用抗菌谱以革兰阴性杆菌为主的广谱抗生素。后期有铜绿假单胞菌定植, 经验性选用抗菌药物时应注意覆盖, 并根据病原学检查结果调整。
3. 手术治疗适用于反复感染及大咯血患者, 前提是病变范围相对局限, 预计手术后剩余肺功能不会对患者的生活质量造成严重的影响。

4. 大咯血处理止血治疗首选垂体后叶素静脉点滴, 若患者存在高血压、冠心病等可选用 α 受体拮抗剂, 如酚妥拉明、乌拉地尔等。药物治疗效果欠佳者可考虑手术或支气管动脉栓塞。

5. 反复感染者可采用肺炎球菌疫苗、流感疫苗注射, 或口服菌苗等以提高免疫力。

手术区消毒

【目的】

消灭拟作切口处及其周围皮肤上的细菌。

【适应证】

所有手术在术前都需要对切口及周边皮肤进行适当范围的消毒。

【禁忌证】

对某种消毒剂过敏者(可更换其他消毒剂进行消毒)。

【术前准备】

1. 患者准备

(1) 手术前应对手术区进行清洗、剃毛和酒精消毒, 并加以保护。剃毛时间以接近手术为佳(但不应在手术室内进行)。剃毛时勿损伤皮肤。

(2) 择期手术患者在术前一天沐浴更衣, 用肥皂温水洗净皮肤, 如皮肤上留有膏药或胶布粘贴痕迹, 需用乙醚或松节油擦净。

(3) 一般非急症手术, 若发现患者皮肤切口处有红疹、毛囊炎、小疖肿等炎症, 应延期手术以免造成切口感染。

(4) 手术台上患者手术野的暴露(以腹部手术为例), 要大于实际消毒的范围, 以免消毒物品接触患者衣裤, 影响消毒效果。

2. 材料准备

- (1)消毒液体。
- (2)消毒棉球(或纱布)。
- (3)消毒盘(或消毒碗)。
- (4)卵圆钳。

3.操作者准备

- (1)预先完成指甲修剪。
- (2)更衣室更换洗手衣、裤、鞋，戴好口罩和帽子。
- (3)完成术前刷手(传统的肥皂水三遍刷手法是本项考试的要求内容)。
- (4)进入手术室后接受器械护士传递的消毒器械。

【操作步骤】

1.消毒范围

(1)腹部手术皮肤消毒范围：上自乳头连线上方，下至大腿上、中 1 / 3 交界处，两侧至腋中线。如果手术切口在腹部某侧边缘，该侧则往往需要消毒至腋后线。

(2)体表小手术的皮肤消毒范围：手术切口周围 15cm 的区域。

2.消毒方式

- (1)环形或螺旋开消毒，用于小手术野的消毒。
- (2)平行形或叠瓦形消毒，用于大手术野的消毒。

3.消毒过程(以腹部手术为例)

(1)碘酒酒精消毒法：第 1 遍用 2% ~ 3% 碘酊涂擦，第 2 遍和第 3 遍用 70% 酒精涂擦。先将碘酊滴入肚脐，以切口为中心开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙，涂擦完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。然后用 70% 酒精涂擦 2 遍脱碘，避免碘酊对皮肤的损伤。

(2)碘伏消毒法：用碘伏(0.5%吡咯烷酮)涂擦3遍。第1遍先将碘伏滴入肚脐，以切口为中心开始涂擦，绕过肚脐；涂擦时不留空隙，涂擦完毕，翻过卵圆钳用棉球的另一侧将肚脐内的消毒液沾干。第2遍和第3遍可不再专门沾肚脐，也可以每遍都和第1遍相同，都在开始时滴入肚脐，结束时沾干肚脐。

(3)会阴部消毒采用碘伏或0.1%苯扎溴铵(新洁尔灭)消毒方法。

4.消毒原则

(1)离心形消毒，清洁皮肤消毒应以切口为中心开始向周围涂擦。

(2)向心形消毒，感染伤口或肛门、会阴部的消毒，应从手术区外周清洁部向感染伤口或肛门、会阴部涂擦。

瞳孔对光反射：

传入神经为视神经，传出神经为动眼神经。检查直接和间接对光反射。注意勿使患者直接注视光源。双侧瞳孔对光反射消失见于深昏迷患者。

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容(心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、心包摩擦音)。

1.心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始，依次听诊二尖瓣区(心尖部)→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)→主动脉瓣第二听诊区(胸骨左缘第3肋间)→三尖瓣区(胸骨左缘第4、5肋间)。

2.正常心音正常情况下可听到第一心音(S₁)和第二音(S₂)。S₁是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣叶振动所致，是心室收缩开始的标志，心尖部听诊最清晰。S₂是血流在主动脉与肺

动脉内突然减速，半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致，是心室舒张开始的标志，在心尖搏动后出现，与下一个S₁距离较远，心底部听诊最清晰。

3.心音的变化

(1) 心尖部第一心音强度性质改变的影响因素及其临床意义。

1) S1 增强见于：①二尖瓣从开放到关闭时间缩短：如二尖瓣狭窄、PR 间期缩短（预激综合征）；②心肌收缩力增强：如交感神经兴奋性增加、高动力状态（贫血、甲亢等）。

2) S1 减弱见于：①二尖瓣关闭障碍 / 从开放到关闭的时间延长。见于二尖瓣关闭不全、PR 间期延长、二尖瓣狭窄，瓣叶活动度差；②心肌收缩力下降；③急性主动脉瓣关闭不全。

3) S1 强弱不等：见于因心律不齐或心房心室收缩不同步造成每搏心室充盈有明显差别的情况。如房颤、早搏、Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞等。

(2) 心底部第二心音增强或分裂的原因及其意义。

1) 主动脉瓣区第二心音 (A2) 增强：见于主动脉压增高，如高血压、动脉粥样硬化。

2) 肺动脉瓣区第二心音 (P2) 增强：见于肺动脉压增高，如二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、左心衰竭等左房压升高的情况（压力传导至肺动脉）、左向右分流的先天性心脏病、肺栓塞、特发性肺动脉高压等。

3) S2 分裂：①生理性分裂：吸气时，右心回心血量增加，肺动脉瓣关闭延迟，出现分裂。多见于青少年；②通常分裂：右心室排气时间延长，肺动脉瓣关闭晚于主动脉瓣，吸气时分裂较呼气时明显，见于肺动脉瓣关闭延迟（右束支阻滞、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄）、主动脉瓣关闭提前（二尖瓣关闭不全、室间隔缺损）；③固定分裂：S2 分裂不受呼吸影响。见于房间隔缺损；④逆分裂：主动脉瓣关闭延迟，呼气时分裂较吸气时明显，见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

(3) 常见三音心律的产生机理，听诊特点及临床意义。

1) 舒张期额外心音：①奔马律：心率在 100 次 / 分以上，在 S2 之后出现病理性 S3 或 S4，分别形成室性奔马律（舒张早期奔马律）或房性奔马律（舒张晚期奔马律）。室性奔

马律提示左室舒张期容量负荷过重,心肌功能严重障碍。房性奔马律提示心室收缩期压力负荷过重,室壁顺应性降低,见于压力负荷过重引起心肌肥厚的心脏病;②其他:包括开瓣音、心包叩击音、肿瘤扑落音等。开瓣音见于二尖瓣狭窄,在心尖内侧最清晰,高调、拍击样,说明二尖瓣弹性和活动尚好;心包叩击音见于缩窄性心包炎,在心尖部和胸骨下段左缘最清晰,较强、短促;肿瘤扑落音见于左房黏液瘤,在心尖部及胸骨左缘3~4肋间最清晰,可随体位变动而变化,调低。

2) 收缩期额外心音:①收缩早期喷射音(收缩早期喀嚓音):心底部最清晰,分为肺动脉喷射音和主动脉喷射音。分别见于肺动脉压增高和高血压以及主动脉瓣病变;②收缩中晚期喀嚓音:见于二尖瓣脱垂,呈高调、“张帆”样声响,在心尖部及内侧清晰,随体位而变化,常合并收缩晚期杂音。

4. 心率及心律正常成人心率 >100 次/分为心动过速, <60 次/分为心动过缓。

心律随呼吸运动而变化常见于窦性心律不齐,一般无临床意义。期前收缩为提前出现的一次心跳,其后有长间歇。心房颤动的特点为心律绝对不齐、第一心音强弱不等和脉短绌。

5. 心脏杂音如果听到杂音,应注意杂音的部位、时相、性质、强度、传导方向以及杂音与体位和呼吸的关系。在听诊杂音时除上述的瓣膜区外还要注意心前区其他部位和锁骨下缘等部位有无杂音。心包摩擦音的听诊部位同心包摩擦感的触诊部位。

(1) 杂音产生的机制:血流加速;瓣膜的器质性或功能性狭窄;瓣膜的器质性或功能性关闭不全;异常血流通道;心腔中存在漂浮物;血管的狭窄或扩张。

(2) 分析杂音时注意:杂音的时相(收缩期、舒张期、连续性),部位、性质、传导方向及强度(收缩期杂音的分级),是否伴有震颤。

(3) 各瓣膜区听到收缩期、舒张期杂音的临床意义。

1) 收缩期杂音:①二尖瓣区:功能性杂音(柔和的吹风样杂音)。见于甲亢、妊娠、

贫血、发热、动静脉瘘、相对性关闭不全(左心室扩大)。器质性二尖瓣反流(粗糙的吹风样杂音),见于风湿性瓣膜病、二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全或断裂(可有“海鸥鸣”,即收缩期高调鸣音);②三尖瓣区:相对性关闭不全(右心室扩大)、少见器质性三尖瓣反流;③主动脉瓣区:相对性狭窄(主动脉扩张或粥样硬化、高血压)和器质性狭窄(先天性、风湿性、退行性变);④肺动脉瓣区:功能性(儿童和青少年常见)、相对性肺动脉瓣狭窄肺动脉高压所致肺动脉扩张、器质性肺动脉瓣狭窄(先天性);⑤胸骨左缘3~4肋间杂音:室间隔缺损或室间隔穿孔。’

2)舒张期杂音:①二尖瓣区:相对性二尖瓣狭窄(Austin-Flint杂音)、器质性二尖瓣狭窄(风湿性或先天性)。②三尖瓣区:三尖瓣狭窄(极少见)。③主动脉瓣区:主动脉瓣关闭不全。④肺动脉瓣区:GrahamSteel杂音(肺动脉扩张导致的肺动脉瓣相对性关闭不全,多见于二尖瓣狭窄伴明显的肺动脉高压)。⑤连续性杂音:见于动脉导管未闭、冠状动脉瘘、冠状动脉窦瘤(Valsalva'Ssinus)破裂。

6.心包摩擦音听诊部位同触诊,性质粗糙、病调。搔抓样,与心搏一致,收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失等可和胸膜摩擦音鉴别。

移动性浊音:

检查时先让被检查者仰卧,由脐部开始向左侧叩诊,直到出现浊音,叩诊板指不动,嘱被检查者右侧卧,再次叩诊变为鼓音即为移动性浊音阳性。为避免腹腔内脏器或包块移动造成移动性浊音的假象,可在右侧卧位的情况下,向右叩诊直至再次出现浊音,然后嘱患者左侧卧位,叩诊板指不动,再次叩诊该部位转为鼓音,向右侧继续叩诊均呈鼓音,则确定为移动性浊音阳性。临床意义为腹腔存在游离液体,且液体量超过1000ml。

【139号题】第一站:病史采集:女性28岁,发热伴面部红斑10天,门诊就诊。病例分析:盆腔炎,宫颈炎。第二站:体格检查:腋窝淋巴结检查,脾脏触诊,胸部视诊;提

问：1、大叶性肺炎叩诊音；2、桶状胸特点和叩诊音。技能操作：11岁小孩子的脑膜炎测脑压，腰椎穿刺并测脑压。第三站：肺癌；湿罗音；正常心电图；室性心动过速；颅骨骨折；舒张期隆，隆样杂音；还有一个忘了医|学教育网整理；医德医风。

第一站

病史采集

(一) 现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊内容包括：

(1) 发病可能的病因和诱因：劳累、环境、精神因素

(2) 红斑形状、大小、性质

(3) 伴随症状：发热、乏力、口干、关节痛等

(4) 现病史五项，即发病以来饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况，以便了解病人的一般情况。

2.诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？应询问到医院做过的检查项目。

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？应具体询问治疗的方法和药物，有无疗效？

(二) 相关病史

1.有无药物过敏史。

2.与该病有关的其他病史包括相关的既往患病史、相关的个人史和家族史，月经、婚育史等。

病例分析：盆腔炎，宫颈炎。

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站

腋窝淋巴结

右侧时,检查者右手握被检查者右手,使其前臂稍外展,左手四指并拢稍弯曲,自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝,直达腋窝顶部,自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸,依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

脾脏触诊:

触诊脾脏时,一般先用单手自左下腹向肋缘触摸,如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧,检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位,并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸,检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显,开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到,可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直,左下肢屈曲,使腹壁放松)。检查方法同上。

注意:脾脏位置较浅,手法要轻,用力过大可能把脾脏推入腹腔深部,或影响脾脏随呼吸下降,导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量:

1) 第一测量:又称甲乙线。左锁骨中线上,肋缘至脾脏下缘之间的距离。

2) 第二测量:又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第三测量:又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线,测量为正值,反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大(肋下 $<2\text{cm}$)见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎;

中度肿大 (不过脐): 见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线): 见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

胸部视诊

1.胸部的体表标志包括骨骼标志、垂直线标志、自然陷窝、肺和胸膜的界限。(1) 骨性标志

1) 胸骨角 (Louis 角): 胸骨柄与胸骨体的连接处, 其两侧分别与左右第二肋软骨相连接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第 4 胸椎下缘。

2) 肩胛骨: 被检查者双臂下垂, 肩胛下角平第 7 肋骨水平或第 7 肋间隙, 或相当于第 8 胸椎水平。

3) C7 棘突: 最明显的棘突, 用于计数椎体。

4) 肋脊角: 第 12 肋与脊柱的成角, 其内为肾脏和输尿管起始部。

(2) 重要的人工划线: 包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线 (肩胛线)、后正中线。其中标注锁骨中线时, 利用直尺测定锁骨胸骨端和肩峰端之间的中点, 然后用皮尺向下引, 测量并记录锁骨中线距离前正中线之间的投影距离, 作为心脏测量的参照。

(3) 胸部陷窝: 包括腋窝、胸骨上窝、锁骨上窝等。其中腋窝和锁骨上窝是触诊浅表淋巴结的重要部位。

(4) 肺和胸膜的界限: 肺下界最为重要, 分别位于锁骨中线第 6 肋间、腋中线第 8 肋间、肩胛甲线第 10 肋间。

2. 胸壁、胸廓

(1) 胸壁: 观察胸壁静脉有无充盈、曲张, 血流方向。前胸壁静脉曲张, 血流方向向下

见于上腔静脉阻塞。侧胸壁和腹壁静脉曲张,血流方向向上见于下腔静脉阻塞。观察有无皮疹、蜘蛛痣。

(2) 胸廓:观察胸廓形态。正常:胸廓两侧大致对称,呈椭圆形,前后径左右径约为 1:1.5。

1)异常胸廓:①桶状胸:前后径,左右径 ≥ 1 ,同时伴肋间隙增宽,见于肺气肿。②佝偻病胸:为佝偻病所致胸廓改变。包括佝偻病串珠、漏斗胸、鸡胸。③脊柱畸形所致胸廓畸形:脊柱前凸、后凸或侧弯均可造成胸廓形态异常。

2)单侧胸廓形态异常:单侧胸廓膨隆:见于大量胸腔积液、气胸等;单侧胸廓塌陷:见于胸膜肥厚粘连、大面积肺不张、肺叶切除术后等。

3. 呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。

(1)呼吸运动

1)正常的呼吸运动:胸式呼吸多见于成年女性;腹式呼吸多见于成年男性及儿童。

2)呼吸运动类型变化及其临床意义:①胸式呼吸减弱或消失:见于肺及胸膜炎症、胸壁或肋骨病变;②腹式呼吸减弱或消失:见于:腹膜炎、大量腹水、肝脾极度肿大、腹腔巨大肿物、妊娠。

3)呼吸运动强弱变化的临床意义:①呼吸浅快:见于肺、胸膜疾患,呼吸肌运动受限(月扁肌瘫痪、肠胀气、大量腹水);②呼吸深快:见于剧烈运动、情绪激动、Kussmaul 呼吸。

4)两侧呼吸动度变化:两侧呼吸动度不对称时,呼吸动度弱的一侧往往为病变侧,如肺炎、胸膜炎、胸水、气胸等。

(2)呼吸运动的频率和节律

1)正常人呼吸运动的频率和节律:呼吸频率 12~20 次/分,与脉搏之比约为 1:4。节

律均匀而整齐。

2)呼吸运动频率变化：①呼吸过快： >24 次/分，见于缺氧、代谢旺盛（如高热）；②呼吸过缓： <12 次/分，见于呼吸中枢抑制及颅内压增高等。

3)呼吸运动节律异常的类型：①潮式呼吸（Cheyne-Stokes呼吸）：间歇性高通气和呼吸暂停周期性交替。呼吸暂停持续15~60秒，然后呼吸幅度逐渐增加，达到最大幅度后慢慢降低直至呼吸暂停。见于药物所致呼吸抑制、充血性心力衰竭、大脑损害（通常在脑皮质水平）；②间停呼吸（Biot's呼吸）呼吸暂停后呼吸频率和幅度迅速恢复到较正常稍高的水平，然后在呼吸暂停时呼吸迅速终止。见于颅内压增高、药物所致呼吸抑制、大脑损害（通常在延髓水平）；③Kussmaul呼吸：呼吸深快。见于代谢性酸中毒；④叹息样呼吸：见于焦虑症或抑郁症等。

(3)呼吸时相变化

1)吸气相延长：主要见于上呼吸道狭窄、大气道（气管）狭窄，常常伴有“三凹征”，即吸气时出现胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷（为克服吸气阻力，吸气时，胸腔内负压增加）。

2)呼气相延长：主要见于哮喘、COPD。常常伴有桶状胸、哮鸣音等异常体征。急性左心衰竭时亦可出现，称为“心源性哮喘”，需与支气管哮喘相鉴别。

提问：

1、大叶性肺炎叩诊音：实音

2、桶状胸特点和叩诊音：胸廓前后径增大，肋间隙增宽、叩诊过清音

腰椎穿刺术

【目的】

检查脑脊液及测定颅内压等。

【适应证】

1. 腰椎穿刺术常用于检查脑脊液的性质,对诊断脑膜炎、脑炎、脑血管病变、脑瘤等神经系统疾病有重要意义。

2. 用于鞘内注射药物。

3. 测定颅内压力和了解蛛网膜下腔是否阻塞等。

【禁忌证】

1. 可疑颅高压、脑疝。

2. 可疑颅内占位病变。

3. 休克等危重病人。

4. 穿刺部位有炎症。

【术前准备】

1. 了解病情,作必要的体格检查,如意识状态、生命征等。

2. 与病人及家属谈话,交代检查目的、检查过程、可能出现的反应及应对措施,并签字。

3. 器械准备腰椎穿刺包、脑压表、消毒剂、麻醉剂、无菌棉签、手套、洞巾、注射器、纱布以及胶布。

4. 操作者熟悉操作步骤,戴口罩、帽子。

【操作步骤】

1. 体位病人侧卧位于硬板床上,背部与床面垂直。头向前胸部屈曲,双手抱膝紧贴腹部,使躯干呈弓形。或由助手协助使病人躯干呈弓形。

2. 确定穿刺点双侧髂后上棘连线与后正中线交会处为穿刺点。一般取第 3~4 腰椎棘突间隙。有时可上移或下移一个腰椎间隙。

3. 戴无菌手套, 常规消毒皮肤, 盖洞巾, 用 2%利多卡因自皮肤到椎间韧带作局部麻醉。

4. 术者左手固定穿刺点皮肤, 右手持穿刺针, 以垂直背部的方向或略向头侧缓慢刺入。

成人进针深度约 4~6cm, 儿童则为 2~4cm。当针头穿过韧带与硬脑膜时, 有阻力突然消失的落空感。此时将针芯慢慢抽出, 可见脑脊液流出。

5. 测量脑脊液压力放液前先接上测压管测量压力。正常侧卧位脑脊液压力为 70~180mmH₂O, 或 40~50 滴 / 分钟。Queckenstedt 试验是了解蛛网膜下隙是否阻塞的一个试验。方法是在初次测压后, 助手先压迫一侧颈静脉约 10 秒, 再压迫另一侧, 最后双侧同时按压。正常时压迫颈静脉后, 脑脊液压力迅速升高一倍左右, 解除压迫后 10~20 秒, 迅速降至原来水平, 此为梗阻试验阴性。若施压后压力缓慢上升, 去除压力后压力缓慢下降, 提示有不完全阻塞。颅内压增高者禁做此试验。

6. 撤去测压管, 根据检测要求收集脑脊液送检。

7. 插入针芯后, 拔出穿刺针, 盖消毒纱布并用胶布固定。

【术后处理】

1. 术后病人去枕俯卧 (若有困难可平卧) 4~6 小时, 以免引起低颅压头痛。测血压并观察病情有无变化。

2. 根据临床需要填写检验单, 分送标本。

3. 清洁器械及操作场所。

4. 做好穿刺记录。

【注意事项】

1. 严格掌握禁忌证疑有颅内压增高且眼底有视盘明显水肿, 或有脑疝先兆者; 病人处于休克、衰竭或濒危状态; 局部皮肤有炎症; 颅后窝有占位性病变时, 禁忌穿刺。

2. 穿刺时, 病人出现呼吸、脉搏、面色异常时, 应立即停止操作, 并做相应处理。
3. 鞘内注药时, 应先放出适量脑脊液, 然后以等量液体稀释药物后注入。

【140 号题】第一站: 病史采集: 尿频尿急, 病例分析: 风疹。第二站: 腋窝淋巴结触诊, 语音共振, 脾脏触诊双手操作拆线! 第三站: 肺癌, 食道癌, 阵发性室上性心动过速, 干啰音, 还有一个不知道是影魔下血肿还是硬膜外还有一个我觉得是正常心电图, 另一个心脏听诊不会, 我选了收缩期吹风样杂音。医德医风是可以让实习生操作, 但是需要在上级医生指导下进行! 我考的三关已经全部发完!

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 针对尿路刺激征的问诊: ①有无可能的诱因: 是否与性生活有关。②排尿的频率是否大于 8 次/天; 尿痛的描述: 多为尿道口、尿道内、会阴部会耻骨上区烧灼样疼痛或挛缩样抽痛, 膀胱痛为耻骨上区持续性胀痛。③是否合并尿道分泌物: 血性分泌物提示尿道癌, 黄色或黏稠脓性分泌物提示淋菌性尿道炎, 无色或白色稀薄尿道分泌无支原体、衣原体等非淋菌性尿道炎, 晨起排尿前少量黏稠分泌物提示慢性前列腺炎。

(2) 相关鉴别问诊: ①是否伴有发热、盗汗: 伴发热时提示与尿路感染有关, 结缔组织疾病及肿瘤时也可伴有发热。伴盗汗时需警惕尿路结核。②是否伴有血尿: 膀胱肿瘤、出血性膀胱炎以及血尿严重的肾小球疾病时可以同时出现血尿和尿路刺激征。③是否伴有尿不尽感或排尿困难: 多为下尿路梗阻所致, 如膀胱或尿道结石、肿瘤等; 但有时神经源性膀胱也会有尿频、尿急、排尿困难的症状, 但尿痛症状多不明显。④是否伴有持续性上腹痛或腰痛, 如有剧烈绞痛并向下腹、会阴及大腿内侧放射: 提示伴有肾或输尿管结石。⑤是否伴有

多尿：一方面，存在尿路刺激征的患者为了缓解症状可能会自行多饮水，导致每日尿量大于2500ml，另一方面，一些病理性或精神性因素导致的疾病情况下，也会出现排尿次数增多，如糖尿病、尿崩症和精神性多饮时，尤其糖尿病合并植物神经病变时可出现尿频、尿急、尿不尽感等神经源性膀胱症状，但尿痛症状多不明显。糖尿病患者易合并尿路感染。⑥是否伴有结缔组织疾病表现：如有皮疹、脱发、口腔溃疡、关节疼痛等表现时，需考虑结缔组织病引起的间质性膀胱炎，但这部分患者可能经过免疫抑制剂或细胞毒药物的治疗，同时需要考虑感染和出血性膀胱炎的可能。

(3) 一般情况问诊：饮食、睡眠、大便和体重变化。

2. 诊疗经过

(1) 是否曾到医院就诊，做过哪些检查，如：血常规、尿常规、尿微生物及细胞学检查、尿路B超、膀胱镜等。

(2) 治疗及病情变化：抗生素治疗效果。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无结核病、肾炎、尿路结石、肿瘤、精神心理疾病、接受环磷酰胺治疗等病史；药物过敏史，外伤手术史。

2. 职业、毒物接触史、性病及冶游史。

病例分析：风疹

根据题干写出：诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站

腋窝淋巴结

右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次

检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

语音共振

检查者将听诊器放于胸壁，嘱患者发低音调"yi"长音，由上而下。左右对比。减弱常见于肺气肿、大量胸腔积液、气胸、阻塞性肺不张等；增强见于大叶性肺炎实变期、接近胸膜的肺内巨大空腔等。

脾脏触诊：

触诊脾脏时，一般先用单手自左下腹向肋缘触摸，如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧，检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位，并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸，检查者的手随被检查者呼吸进行触诊（见肝脏触诊）。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显，开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到，可让被检查者右侧卧位进行触诊（右下肢伸直，左下肢屈曲，使腹壁放松）。检查方法同上。

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼吸下降，导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

- 1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量：又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。
- 3) 第三测量：又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线，测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大（肋下 $<2\text{cm}$ ）见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染

性心内膜炎；

中度肿大(不过脐):见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

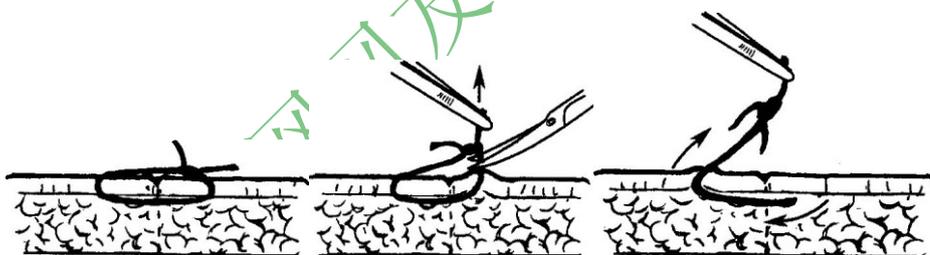
重度肿大(过脐或腹中线):见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

伤口拆线

缝合伤口如愈合良好,已到拆线日期就可进行拆线。一般的拆线日期为:

头颈部切口为术后3~5天;腋下、下腹部、会阴部切口为术后5~7天;腹部、胸部和臀部

切口为术后7~10天;位于背部、四肢近关节处的切口,一般于术后10~14天拆线,其中跨过关节的,一般在术后14天拆线。减张缝线一般应于术后14天拆线。生长能力差的情况,包括老年人、糖尿病、贫血、低蛋白血症、肝功能不全、腹水以及应用糖皮质激素等。切口一般愈合较慢,故不宜过早拆线。



拆线步骤(图 4-11)

【注意事项】

1. 无菌操作原则凡接触伤口的物品,均须无菌,防止污染及交叉感染,各种无菌敷料从容器内取出后不得放回,污染的敷料须放入放置污物的弯盘内,不得随便乱丢。

2. 三先三后原则换药次序先无菌伤口,再污染伤口;先污染伤口,再感染伤口;先普通感染伤口,再特殊感染伤口,如气性坏疽、破伤风、结核、耐药金葡菌等。

【140号题】第一站:病史采集:尿频尿急尿痛。病例分析:风疹。第二站:体格检查:

第一：蜘蛛痣检查；二：心脏听诊。三：肝脏单双手触诊。操作：插胃管，胃肠减压。第三站：心脏听诊：期前收缩，肺听诊：湿罗音。胸片：1.气胸？2.肾结石？3.脑出血。心电图：1.房早。2.室速。医德医风：医生告知得癌症病人只有2个月时间了，治疗不治疗都一样，回家想吃啥吃啥吧。家人接受不了，你的看法呢？

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 针对尿路刺激征的问诊：①有无可能的诱因：是否与性生活有关。②排尿的频率是否大于8次/天；尿痛的描述：多为尿道口、尿道内、会阴部会耻骨上区烧灼样疼痛或挛缩样抽痛，膀胱痛为耻骨上区持续性胀痛。③是否合并尿道分泌物：血性分泌物提示尿道癌，黄色或黏稠脓性分泌物提示淋菌性尿道炎，无色或白色稀薄尿道分泌无支原体、衣原体等非淋菌性尿道炎，晨起排尿前少量黏稠分泌物提示慢性前列腺炎。

(2) 相关鉴别问诊：①是否伴有发热、盗汗：伴发热时提示与尿路感染有关，结缔组织疾病及肿瘤时也可伴有发热。伴盗汗时需警惕尿路结核。②是否伴有血尿：膀胱肿瘤、出血性膀胱炎以及血尿严重的肾小球疾病时可以同时出现血尿和尿路刺激征。③是否伴有尿不尽感或排尿困难：多为下尿路梗阻所致，如膀胱或尿道结石、肿瘤等；但有时神经源性膀胱也会有尿频、尿急、排尿困难的症状，但尿痛症状多不明显。④是否伴有持续性上腹痛或腰痛，如有剧烈绞痛并向下腹、会阴及大腿内侧放射：提示伴有肾或输尿管结石。⑤是否伴有多尿：一方面，存在尿路刺激征的患者为了缓解症状可能会自行多饮水，导致每日尿量大于2500ml，另一方面，一些病理性或精神性因素导致的疾病情况下，也会出现排尿次数增多，如糖尿病、尿崩症和精神性多饮时，尤其糖尿病合并植物神经病变时可出现尿频、尿急、尿

不尽感等神经源性膀胱症状,但尿痛症状多不明显。糖尿病患者易合并尿路感染。⑥是否伴有结缔组织疾病表现:如有皮疹、脱发、口腔溃疡、关节疼痛等表现时,需考虑结缔组织病引起的间质性膀胱炎,但这部分患者可能经过免疫抑制剂或细胞毒药物的治疗,同时需要考虑感染和出血性膀胱炎的可能。

(3) 一般情况问诊:饮食、睡眠、大便和体重变化。

2. 诊疗经过

(1) 是否曾到医院就诊,做过哪些检查,如:血常规、尿常规、尿微生物及细胞学检查、尿路B超、膀胱镜等。

(2) 治疗及病情变化:抗生素治疗效果。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无结核病、肾炎、尿路结石、肿瘤、精神心理疾病、接受环磷酰胺治疗等病史;药物过敏史,外伤手术史。

2. 职业、毒物接触史、性病及冶游史。

病例分析:风疹

根据题干写出:诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站

蜘蛛痣

是皮肤小动脉末端分支扩张所形成的血管痣,形似蜘蛛,大多分布在上腔静脉引流区域。

检查方法是用钝头细物压迫蜘蛛痣中心,其放射状小血管消失,去除压力后又复出现。常见于肝功能明显减退者及妊娠妇女。

心脏听诊

包括心脏瓣膜区听诊、听诊顺序、听诊内容(心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音、

心包摩擦音)。

1.心脏瓣膜听诊区和听诊顺序进行心脏听诊时可从二尖瓣区开始,依次听诊二尖瓣区(心尖部)→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)→主动脉瓣第二听诊区(胸骨左缘第3肋间)→三尖瓣区(胸骨左缘第4、5肋间)。

2.正常心音正常情况下可听到第一心音(S₁)和第二音(S₂)。S₁是二尖瓣和三尖瓣关闭时瓣叶振动所致,是心室收缩开始的标志,心尖部听诊最清晰。S₂是血流在主动脉与肺动脉内突然减速,半月瓣突然关闭引起瓣膜振动所致,是心室舒张开始的标志,在心尖搏动后出现,与下一个S₁距离较远,心底部听诊最清晰。

3.心音的变化

(1)心尖部第一心音强度性质改变的影响因素及其临床意义。

1)S₁增强见于:①二尖瓣从开放到关闭时间缩短:如二尖瓣狭窄、PR间期缩短(预激综合征);②心肌收缩力增强:如交感神经兴奋性增加、高动力状态(贫血、甲亢等)。

2)S₁减弱见于:①二尖瓣关闭障碍/从开放到关闭的时间延长。见于二尖瓣关闭不全、PR间期延长、二尖瓣狭窄、瓣叶活动度差;②心肌收缩力下降;③急性主动脉瓣关闭不全。

3)S₁强弱不等:见于因心律不齐或心房心室收缩不同步造成每搏心室充盈有明显差别的情况。如房颤、早搏、Ⅱ度和Ⅲ度房室传导阻滞等。

(2)心底部第二心音增强或分裂的原因及其意义。

1)主动脉瓣区第二心音(A₂)增强:见于主动脉压增高,如高血压、动脉粥样硬化。

2)肺动脉瓣区第二心音(P₂)增强:见于肺动脉压增高,如二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、左心衰竭等左房压升高的情况(压力传导至肺动脉)、左向右分流的先天性心脏病、肺栓塞、特发性肺动脉高压等。

3)S₂分裂:①生理性分裂:吸气时,右心回心血量增加,肺动脉瓣关闭延迟,出现分

裂。多见于青少年；②通常分裂：右心室排气时间延长，肺动脉瓣关闭晚于主动脉瓣，吸气时分裂较呼气时明显，见于肺动脉瓣关闭延迟（右束支阻滞、二尖瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄）、主动脉瓣关闭提前（二尖瓣关闭不全、室间隔缺损）；③固定分裂：S2 分裂不受呼吸影响。见于房间隔缺损；④逆分裂：主动脉瓣关闭延迟，呼气时分裂较吸气时明显，见于左束支传导阻滞、主动脉瓣狭窄、重度高血压。

（3）常见三音心律的产生机理，听诊特点及临床意义。

1) 舒张期额外心音：①奔马律：心率在 100 次 / 分以上，在 S2 之后出现病理性 S3 或 S4，分别形成室性奔马律（舒张早期奔马律）或房性奔马律（舒张晚期奔马律）。室性奔马律提示左室舒张期容量负荷过重，心肌功能严重障碍。房性奔马律提示心室收缩期压力负荷过重，室壁顺应性降低，见于压力负荷过重引起心肌肥厚的心脏病；②其他：包括开瓣音、心包叩击音、肿瘤扑落音等。开瓣音见于二尖瓣狭窄，在心尖内侧最清晰，高调、拍击样，说明二尖瓣弹性和活动尚好；心包叩击音见于缩窄性心包炎，在心尖部和胸骨下段左缘最清晰，较强、短促；肿瘤扑落音见于左房黏液瘤，在心尖部及胸骨左缘 3~4 肋间最清晰，可随体位变动而变化，调低。

2) 收缩期额外心音：①收缩早期喷射音（收缩早期喀嚓音）：心底部最清晰，分为肺动脉喷射音和主动脉喷射音。分别见于肺动脉压增高和高血压以及主动脉瓣病变；②收缩中晚期喀嚓音：见于二尖瓣脱垂，呈高调、“张帆”样声响，在心尖部及内侧清晰，随体位而变化，常合并收缩晚期杂音。

4. 心率及心律正常成人心率 > 100 次 / 分为心动过速，< 60 次 / 分为心动过缓。

心律随呼吸运动而变化常见于窦性心律不齐，一般无临床意义。期前收缩为提前出现的一次心跳，其后有长间歇。心房颤动的特点为心律绝对不齐、第一心音强弱不等和脉短绌。

5. 心脏杂音如果听到杂音，应注意杂音的部位、时相、性质、强度、传导方向以及杂音与体

位和呼吸的关系。在听诊杂音时除上述的瓣膜区外还要注意心前区其他部位和锁骨下缘等部位有无杂音。心包摩擦音的听诊部位同心包摩擦感的触诊部位。

(1) 杂音产生的机制：血流加速；瓣膜的器质性或功能性狭窄；瓣膜的器质性或功能性关闭不全；异常血流通道；心腔中存在漂浮物；血管的狭窄或扩张。

(2) 分析杂音时注意：杂音的时相（收缩期、舒张期、连续性），部位、性质、传导方向及强度（收缩期杂音的分级），是否伴有震颤。

(3) 各瓣膜区听到收缩期、舒张期杂音的临床意义。

1) 收缩期杂音：①二尖瓣区：功能性杂音（柔和的吹风样杂音）。见于甲亢、妊娠、贫血、发热、动静脉瘘、相对性关闭不全（左心室扩大）。器质性二尖瓣反流（粗糙的吹风样杂音），见于风湿性瓣膜病、二尖瓣脱垂、乳头肌功能不全或断裂（可有“海鸥鸣”，即收缩期高调鸣音）；②三尖瓣区：相对性关闭不全（右心室扩大）少见器质性三尖瓣反流；③主动脉瓣区：相对性狭窄（主动脉扩张或粥样硬化、高血压）和器质性狭窄（先天性、风湿性、退行性变）；④肺动脉瓣区：功能性（儿童和青少年常见）相对性肺动脉瓣狭窄肺动脉高压所致肺动脉扩张、器质性肺动脉瓣狭窄（先天性）；⑤胸骨左缘 3~4 肋间杂音：室间隔缺损或室间隔穿孔。

2) 舒张期杂音：①二尖瓣区：相对性二尖瓣狭窄（Austin-Flint 杂音）、器质性二尖瓣狭窄（风湿性或先天性）。②三尖瓣区：三尖瓣狭窄（极少见）。③主动脉瓣区：主动脉瓣关闭不全。④肺动脉瓣区：Graham-Steel 杂音（肺动脉扩张导致的肺动脉瓣相对性关闭不全，多见于二尖瓣狭窄伴明显的肺动脉高压）。⑤连续性杂音：见于动脉导管未闭、冠状动脉瘘、冠状动脉窦瘤（Valsalva-Sinus）破裂。

6. 心包摩擦音听诊部位同触诊，性质粗糙、病调。搔抓样，与心搏一致，收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失等可和胸膜摩擦音鉴别。

肝脏触诊：

触诊肝脏时，右手三指并拢，掌指关节伸直，示指和中指末端与肋缘平行地放置在脐右侧，估计肝脏巨大者应放置于右下腹部，被检查者呼气时手指压向腹深部，再次吸气时手指向上向前迎接下移的肝缘。如果没有触到肝脏则手指上移，重复上述的动作。如此反复，直到触到肝脏或肋缘。肝下缘需要在右锁骨中线和前正中线上触摸。可采用双手触诊。注意：以示指的外侧接触肝脏；勿将腹直肌和肾脏误认为肝脏；手指上抬速度要慢于吸气速度。触到肝脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、边缘情况、搏动、摩擦感、震颤等。肝肿大的测量：

1) 第一测量：右锁骨中线上，肝上界（肝相对浊音界）至下缘之间的距离。

2) 第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。

3) 第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏：肋下 $\leq 1\text{cm}$ ，剑下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$ ，上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。弥漫性增大：见于肝炎、肝淤血、脂肪肝、早期肝硬化、白血病、血吸虫病。

局限性增大：见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤。

胃管置入术

【目的】

1. 经胃肠减压管引流出胃肠内容物，腹部手术术前准备。
2. 对不能经口进食的患者，从胃管灌入流质食物，保证病人摄入足够的营养、水分和药物，以利早日康复。

【适应证】

1. 急性胃扩张。
2. 上消化道穿孔或胃肠道有梗阻。

3. 急腹症有明显胀气者或较大的腹部手术前等。
4. 昏迷病人或不能经口进食者, 如口腔疾患、口腔和咽喉手术后的病人。
5. 不能张口的病人, 如破伤风病人。
6. 早产儿和病情危重的病人以及拒绝进食的病人。

【禁忌证】

1. 鼻咽部有癌肿或急性炎症的患者。
2. 食管静脉曲张、上消化道出血、心力衰竭和重度高血压患者。
3. 吞食腐蚀性药物的患者。

【物品准备】

治疗盘内准备: 治疗碗且内盛温开水、一次性胃管、手套、棉签、纱布、治疗巾、20ml 注射器、石蜡油棉球、弯盘、手电筒、别针, 必要时备压舌板、听诊器等。

【操作步骤】

1. 操作者洗手, 备齐用物, 携至病人床旁, 核对病人, 向病人及其家属解释操作目的及配合方法, 戴口罩, 戴手套。
2. 协助病人取半坐卧位, 铺治疗巾, 置弯盘于口角, 检查病人鼻腔, 清洁鼻孔。取出胃管, 测量胃管插入长度, 成人插入长度为 55~60cm, 测量方法有以下两种: 一是从前额发际至胸骨剑突的距离; 二是由鼻尖至耳垂再到胸骨剑突的距离。
3. 用石蜡油棉球滑润胃管前端。沿选定的鼻孔插入胃管, 先稍向上而后平行再向后下缓慢轻轻地插入, 插入 14~16cm(咽喉部)时, 嘱病人做吞咽动作, 当病人吞咽时顺势将胃管向前推进。直至预定长度。初步固定胃管, 检查胃管是否盘曲在口中。
4. 确定胃管位置, 通常有三种方法: 一是抽取胃液法, 这是确定胃管是否在胃内最可靠的方法; 二是听气过水声法, 即将听诊器置病人胃区, 快速经胃管向胃内注入 10ml 的空

气,听到气过水声;三是将胃管末端置于盛水的治疗碗内,无气泡逸出。确认胃管在胃内后,用纱布拭去口角分泌物,撤弯盘,摘手套,用胶布将胃管固定于面颊部。将胃管末端反折,用纱布包好,撤治疗巾,用别针固定于枕旁或病人衣领处。

5. 协助病人取舒适卧位,询问病人感受。整理病人及用物。

【注意事项】

1. 插管动作要轻稳,特别是在通过咽喉食管三个狭窄处时,以避免损伤食管黏膜。操作时强调是“咽”而不是“插”。

2. 在插管过程中病人出现恶心时应暂停片刻,嘱病人做深呼吸,以分散病人的注意力,缓解紧张,减轻胃肌收缩;如出现呛咳、呼吸困难提示导管误入喉内,应立即拔管重插;如果插入不畅时,切忌硬性插入,应检查胃管是否盘在口咽部,可将胃管拔出少许后再插入。

3. 昏迷患者插管时,应将患者头向后仰,当胃管插入会厌部时约 15cm,左手托起头部,使下颌靠近胸骨柄,加大咽部通道的弧度,使管端沿后壁滑行,插至所需长度。

【141 号题】第一站:病史采集:女,20 岁,皮肤黄染 3 天,急诊入院。病例分析:高血压,冠心病,心律失常,房早,2 度房室传导阻滞。第二站:甲状腺检查,双手触诊。脾脏,胸部视诊。

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问。

(1) 发病诱因(饮食、手术、感染等),有无肝炎接触史、药物中毒史,以与肝性黄疸相鉴别。

(2) 是否伴有发热、腹痛或腰背痛,以协助胆道或胰腺病变的诊断与鉴别。

(3) 是否伴有黄疸程度变化、皮肤瘙痒、尿色发黄,可进一步确定黄疸性质及程度。

(4) 食欲、体重和睡眠情况,以了解患者全身一般情况。

2. 诊疗经过

(1) 实验室检查情况(血常规、血生化、尿三胆),有助于鉴别病因。

(2) 影像学检查情况(B超、CT、MRCP等),了解肝胆系统和胰腺、十二指肠壶腹部情况以及病变部位。

(3) 内科、传染科治疗情况,有助于进一步处理方法的选择。

(二) 相关病史

1. 肝胆系统病史,胃十二指肠病史。主要为了鉴别诊断。

2. 药物过敏史,为常规性询问。

病例分析:高血压,冠心病,心律失常,房早,2度房室传导阻滞。

根据题干写出:诊断依据、鉴别诊断、进一步检查、治疗原则。

第二站

甲状腺检查:

甲状腺较小(如I度肿大)时,可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧,嘱患者进行吞咽动作,对甲状腺进行触诊,或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧,嘱患者做吞咽动作,对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如II度及以上肿大)时,检查者可站在患者前面,用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧,另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊,并嘱患者做吞咽动作,同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为I度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为II度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为III度肿大。常见病因有Graves病、单纯性甲状腺

肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

脾脏触诊：

触诊脾脏时，一般先用单手自左下腹向肋缘触摸，如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧，检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位，并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸，检查者的手随被检查者呼吸进行触诊 (见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显，开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到，可让被检查者右侧卧位进行触诊 (右下肢伸直，左下肢屈曲，使腹壁放松)。检查方法同上。

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼吸下降，导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。

2) 第二测量：又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第三测量：又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线，测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大 (肋下 < 2cm) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大 (不过脐)：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线)：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

胸部视诊

1.胸部的体表标志包括骨骼标志、垂直线标志、自然陷窝、肺和胸膜的界限。(1)骨性标志

1) 胸骨角 (Louis 角): 胸骨柄与胸骨体的连接处, 其两侧分别与左右第二肋软骨相连接。平气管分叉、心房上缘、上下纵隔交界、第 4 胸椎下缘。

2) 肩胛骨: 被检查者双臂下垂, 肩胛下角平第 7 肋骨水平或第 7 肋间隙, 或相当于第 8 胸椎水平。

3) C7 棘突: 最明显的棘突, 用于计数椎体。

4) 肋脊角: 第 12 肋与脊柱的成角, 其内为肾脏和输尿管起始部。

(2) 重要的人工划线: 包括前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线 (肩胛线)、后正中线。其中标注锁骨中线时, 利用直尺测定锁骨胸骨端和肩峰端之间的中点, 然后用皮尺向下引, 测量并记录锁骨中线距离前正中线之间的投影距离, 作为心脏测量的参照。

(3) 胸部陷窝: 包括腋窝、胸骨上窝、锁骨上窝等。其中腋窝和锁骨上窝是触诊浅表淋巴结的重要部位。

(4) 肺和胸膜的界限: 肺下界最为重要, 分别位于锁骨中线第 6 肋间、腋中线第 8 肋间、肩胛甲线第 10 肋间。

2. 胸壁、胸廓

(1) 胸壁: 观察胸壁静脉有无充盈、曲张, 血流方向。前胸壁静脉曲张, 血流方向向下见于上腔静脉阻塞。侧胸壁和腹壁静脉曲张, 血流方向向上见于下腔静脉阻塞。观察有无皮疹、蜘蛛痣。

(2) 胸廓: 观察胸廓形态。正常: 胸廓两侧大致对称, 呈椭圆形, 前后径左右径约为 1:

1.5.

1)异常胸廓：①桶状胸：前后径，左右径 ≥ 1 ，同时伴肋间隙增宽，见于肺气肿。②佝偻病胸：为佝偻病所致胸廓改变。包括佝偻病串珠、漏斗胸、鸡胸。③脊柱畸形所致胸廓畸形：脊柱前凸、后凸或侧弯均可造成胸廓形态异常。

2)单侧胸廓形态异常：单侧胸廓膨隆：见于大量胸腔积液、气胸等；单侧胸廓塌陷：见于胸膜肥厚粘连、大面积肺不张、肺叶切除术后等。

3.呼吸运动、呼吸频率和节律、呼吸时相。

(1)呼吸运动

1)正常的呼吸运动：胸式呼吸多见于成年女性；腹式呼吸多见于成年男性及儿童。

2)呼吸运动类型变化及其临床意义：①胸式呼吸减弱或消失：见于肺及胸膜炎症、胸壁或肋骨病变；②腹式呼吸减弱或消失：见于腹膜炎、大量腹水、肝脾极度肿大、腹腔巨大肿物、妊娠。

3)呼吸运动强弱变化的临床意义：①呼吸浅快：见于肺、胸膜疾患，呼吸肌运动受限(月扁肌瘫痪、肠胀气、大量腹水)；②呼吸深快：见于剧烈运动、情绪激动、Kussmaul呼吸。

4)两侧呼吸动度变化：两侧呼吸动度不对称时，呼吸动度弱的一侧往往为病变侧，如肺炎、胸膜炎、胸水、气胸等。

(2)呼吸运动的频率和节律

1)正常人呼吸运动的频率和节律：呼吸频率 12~20 次 / 分，与脉搏之比约为 1:4。节律均匀而整齐。

2)呼吸运动频率变化：①呼吸过快： > 24 次 / 分，见于缺氧、代谢旺盛(如高热)；②呼吸过缓： < 12 次 / 分，见于呼吸中枢抑制及颅内压增高等。

3)呼吸运动节律异常的类型：①潮式呼吸 (Cheyne-Stokes 呼吸)：间歇性高通气和呼吸暂停周期性交替。呼吸暂停持续 15~60 秒，然后呼吸幅度逐渐增加，达到最大幅度后慢慢降低直至呼吸暂停。见于药物所致呼吸抑制、充血性心力衰竭、大脑损害 (通常在脑皮质水平)；②间停呼吸 (Biots 呼吸)呼吸暂停后呼吸频率和幅度迅速恢复到较正常稍高的水平，然后在呼吸暂停时呼吸迅速终止。见于颅内压增高、药物所致呼吸抑制、大脑损害 (通常在延髓水平)；③Kussmaul 呼吸：呼吸深快。见于代谢性酸中毒；④叹息样呼吸：见于焦虑症或抑郁症等。

(3) 呼吸时相变化

1)吸气相延长：主要见于上呼吸道狭窄、大气道 (气管) 狭窄，常常伴有“三凹征”，即吸气时出现胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷 (为克服吸气阻力，吸气时胸腔内负压增加)。

2)呼气相延长：主要见于哮喘、COPD。常常伴有桶状胸、哮鸣音等异常体征。急性左心衰竭时亦可出现，称为“心源性哮喘”，需与支气管哮喘相鉴别。

【142 号题】第一站：病史：尿频尿急，病例分析：反复咳嗽咳痰，痰中带血 5 年，咯血 2 小时，曾有肺结核病史，1 年前治疗好转医学教育网整理，3 年前查胸片：右上肺条索状影，可见透亮区，现查胸片病灶同前无进展，血常规阴性。诊断什么大家自己想！第二站：体格检查：甲状腺检查，脾脏触诊，手及其关节视诊。基本操作穿脱隔离衣。第三站：房颤，干啰音，正常心电图，一度房室传导阻滞，胃癌，肺炎，硬膜外请问病例该诊断什么？

第一站

病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 针对尿路刺激征的问诊：①有无可能的诱因：是否与性生活有关。②排尿的频率是否大于 8 次/天；尿痛的描述：多为尿道口、尿道内、会阴部耻骨上区烧灼样疼痛或挛缩样抽痛，膀胱痛为耻骨上区持续性胀痛。③是否合并尿道分泌物：血性分泌物提示尿道癌，黄色或黏稠脓性分泌物提示淋菌性尿道炎，无色或白色稀薄尿道分泌无支原体、衣原体等非淋菌性尿道炎，晨起排尿前少量黏稠分泌物提示慢性前列腺炎。

(2) 相关鉴别问诊：①是否伴有发热、盗汗：伴发热时提示与尿路感染有关，结缔组织疾病及肿瘤时也可伴有发热。伴盗汗时需警惕尿路结核。②是否伴有血尿：膀胱肿瘤、出血性膀胱炎以及血尿严重的肾小球疾病时可以同时出现血尿和尿路刺激征。③是否伴有尿不尽感或排尿困难：多为下尿路梗阻所致，如膀胱或尿道结石、肿瘤等；但有时神经源性膀胱也会有尿频、尿急、排尿困难的症状，但尿痛症状多不明显。④是否伴有持续性上腹痛或腰痛，如有剧烈绞痛并向下腹、会阴及大腿内侧放射：提示伴有肾或输尿管结石。⑤是否伴有多尿：一方面，存在尿路刺激征的患者为了缓解症状可能会自行多饮水，导致每日尿量大于 2500ml，另一方面，一些病理性或精神性因素导致的疾病情况下，也会出现排尿次数增多，如糖尿病、尿崩症和精神性多饮时，尤其糖尿病合并植物神经病变时可出现尿频、尿急、尿不尽感等神经源性膀胱症状，但尿痛症状多不明显。糖尿病患者易合并尿路感染。⑥是否伴有结缔组织疾病表现：如有皮疹、脱发、口腔溃疡、关节疼痛等表现时，需考虑结缔组织病引起的间质性膀胱炎，但这部分患者可能经过免疫抑制剂或细胞毒药物的治疗，同时需要考虑感染和出血性膀胱炎的可能。

(3) 一般情况问诊：饮食、睡眠、大便和体重变化。

2. 诊疗经过

(1) 是否曾到医院就诊，做过哪些检查，如：血常规、尿常规、尿微生物及细胞学检查、尿路 B 超、膀胱镜等。

(2) 治疗及病情变化：抗生素治疗效果。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无结核病、肾炎、尿路结石、肿瘤、精神心理疾病、接受环磷酰胺治疗等病史；
药物过敏史，外伤手术史。

2. 职业、毒物接触史、性病及冶游史。

病例分析：支气管肺癌

【诊断要点】

1. 临床表现和影像学检查结果可提示肺癌的诊断，确诊需要组织学或细胞学的证据。
2. 肺癌诊断明确后，应进一步检查以明确肿瘤的分期。

【鉴别诊断】

1. 肺结核

(1) 肺结核瘤：需与周围型肺癌鉴别。结核瘤好发于年轻人，多位于上叶后段或下叶背段等结核好发部位，可有空洞或钙化。周用常有“卫星”灶，随访观察中多无明显变化。

(2) 支气管旁淋巴结结核：需与中央型肺癌鉴别。多见于儿童，常有结核中毒症状，结核菌素试验多呈强阳性，抗结核治疗有效。

(3) 急性粟粒性肺结核：需与弥漫性细支气管-肺泡细胞癌鉴别，常有明显的结核中毒症状，结节大小及密度一致，分布均匀。而细支气管肺泡癌常以下肺多见，结节大小可不一致，并有融合趋势。

2. 肺炎需与癌性阻塞性肺炎鉴别。一般肺炎抗菌药物治疗多有效，病变吸收快、较完全。

3. 肺脓肿需与癌性空洞继发的感染鉴别。原发肺脓肿起病急，中毒症状明显，咳大量脓臭痰。癌性空洞多呈厚壁、偏心、内壁不光滑。

4. 结核性胸膜炎可表现为血性胸水。常有结核中毒症状，结核菌素试验阳性，胸水中

ADA 常升高，抗结核治疗有效。而癌性胸水以血性多见，常增长迅速，胸水肿瘤标志物增高，ADA 水平低，细胞学或组织学检查可阳性。

【进一步检查】

1.影像学检查：胸部 CT.

2.痰脱落细胞学检查。

3.组织病理学检查可通过下述手段获取组织病理学诊断，包括支气管镜、经皮穿刺肺活检、胸腔镜或开胸肺活检等。

4.肿瘤标志物检查：如 CEA、CYFRA、NSE、SCC 等。

5.胸腔积液：常规、ADA、肿瘤标志物及细胞学检查。

6.病理诊断明确后应行骨扫描、腹部 B 超 (CT)、头颅 CT 等以明确肿瘤的分期，指导治疗方案的确定。

【治疗原则】

根据患者的机体状况、肿瘤的病理类型、侵犯的范围和发展趋向，采取合理有计划的综合性治疗方案。

1.NSCLC 的治疗原则 I - II 期采用手术为主的综合治疗，可切除的 IIIA 期倾向于新辅助治疗 (化疗为主) 后手术切除，III - IV 期根据情况采取化疗和 (或) 放疗。SCLC 的治疗原则：以化疗为主，辅以手术和 (或) 放疗。

2.靶向治疗用于 NSCLC。

3.恶性胸水可胸腔内注射化疗药物或采用胸膜固定术。

第二站

甲状腺检查：

甲状腺较小 (如 I 度肿大) 时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱

患者进行吞咽动作,对甲状腺进行触诊,或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧,嘱患者做吞咽动作,对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如Ⅱ度及以上肿大)时,检查者可站在患者前面,用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧,另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶,拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊,并嘱患者做吞咽动作,同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到,但能触及为Ⅰ度肿大;甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大;甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

脾脏触诊:

触诊脾脏时,一般先用单手自左下腹向肋缘触摸,如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧,检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位,并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯,平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下,使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸,检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显,开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到,可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直,左下肢屈曲,使腹壁放松)。检查方法同上。

注意:脾脏位置较浅,手法要轻,用力过大可能把脾脏推入腹腔深部,或影响脾脏随呼吸下降,导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量:

- 1) 第一测量:又称甲乙线。左锁骨中线上,肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量:又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。
- 3) 第三测量:又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线,

测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大 (肋下 < 2cm) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大 (不过脐)：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线)：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

四肢、关节检查

(1) 杵状指：手指或足趾末端增生、肥厚，呈杵状膨大。可见于：①呼吸系统疾病：支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、脓胸等；②心血管疾病：发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等；③营养障碍性疾病：吸收不良综合征、克罗恩病、溃疡性结肠炎、肝硬化等。

(2) 反甲：又称匙状甲。常见于缺铁性贫血、高原疾病。

(3) 水肿：全身水肿见皮肤部分。单侧肢体水肿见于：①静脉血回流受阻：静脉回流受阻多见于深静脉血栓形成 (伴随表面浅静脉充盈或曲张、皮温升高和压痛等，部分患者可触及血栓)，肢体瘫痪或神经营养不良；②淋巴液回流受阻常见于丝虫病或其他原因所致淋巴管阻塞，指压无凹陷，称淋巴性水肿或象皮肿。

(4) 下肢静脉曲张：多见于小腿，下肢浅静脉回流受阻所致。静脉如蚯蚓状怒张、弯曲，久立位者更明显。常见于从事站立性工作者或阻塞性静脉炎患者。

(5) 关节形态异常

1) 指关节 | 梭形关节 (见于类风湿关节炎，和骨关节病累及远端指间关节不同，常累及近端指间关节)、爪形手 (见于尺神经损伤、进行性肌萎缩、脊髓空洞症及麻风)。

2) 膝关节：两侧不对称红、肿、热、痛或影响活动见于关节炎；受轻伤后关节肌肉或皮下出血见于血友病；关节腔积液时可有浮膈征。

3) 其他：痛风为尿酸盐沉积于关节附近的骨骼或滑膜腔、腱鞘。最常累及拇趾及跖趾关节，其次为踝、腕、膝、肘等关节。表现为关节红、肿、热、痛。

穿、脱隔离衣

【目的】

保护工作人员和患者，防止病原微生物播散，避免交叉感染。

【操作步骤】

穿隔离衣

1.穿隔离衣前要带好帽子、口罩、取下手表、卷袖过肘、洗手。

2.手持衣领从衣钩上取下隔离衣，把清洁面朝自己，将衣服向外折，露出肩袖内口，一手持衣领，另一手伸入袖内并向上抖，注意勿触及面部。同时，将衣领向上拉，使另一手露出来。依此法穿好另一袖。两手持衣领顺边缘由前向后扣好领扣，然后扣好袖口或系上袖带。从腰部向下约 5cm 处自一侧衣缝将后身向前拉，见到衣边捏住，依法将另一边捏住，两手在背后将两侧衣边对齐，向一侧按压折叠，以一手按住，另一手将腰带拉至背后压住折叠处，在背后交叉，回到前面打一活结，系好腰带。

3.如隔离衣衣袖过长，可将肩部纽扣扣上。穿好隔离衣，即可进行工作。

脱隔离衣

解开腰带，在前面打一活结；解开袖口，在肘部将部分袖子塞入工作服内，暴露前臂；消毒双手，从前臂至指尖顺序刷洗两分钟，清水冲洗，擦干；解开衣领；一手伸入另一侧袖口内，拉下衣袖过手（用清洁手拉袖口内的清洁面），用遮盖着的手在外面拉下另一衣袖；两手在袖内使袖子对齐，双臂逐渐退出。双手持衣领，将隔离衣两边对齐（挂半污染区的

隔离衣, 清洁面向外; 如挂在污染区的隔离衣, 污染面向外) 挂在钩上。

李老师负责, 题少同时负责汇总和解答

【143 号题】黑龙江哈尔滨 第一站: 1, 病史采集; 女性, 66 岁, 下腹痛, 腹泻, 消瘦 1 年。病例分析; 女性, 反复喘息发作, 咳嗽, 咳痰 1 年, 急性发作 1 天入院。该患者每年在季节交换时发作, 在逛宠物市场后发作, $HP7.43.PO2.70mmHg.PACO2.70mmHg$ [大概内容吧, 记不清了] 诊断; 1 支气管哮喘, 2. 2 型呼吸衰竭。**第二站:** 1, 简易呼吸机。2, 手部及腕关节的视诊。3, 甲状腺的触诊视诊。【前面和后面任选一个。和峡部触诊】4 脾脏得触诊【卧位和侧位】。**第三站:** 1, 收缩期吹风样杂音, 2, 肺炎。3 窦性心动过缓。4, 2 度房室传导阻滞。5, 乙状结肠癌, 6, 肺泡呼吸增强。考官问答; 1 患者有自主呼吸时, 怎样用呼吸机与患者同步? 2, 甲状腺触诊除了大小医学教育网整理, 还有什么?

第一站: 病史采集

一、现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

- (1) 病因、诱因: 有无外伤、劳累、情绪激动、饱餐、不洁饮食。
- (2) 针对腹痛: 具体部位、性质、程度、起病急缓、有无放射。与呼吸及体位的关系。
- (3) 针对腹泻: 量、性状、是否伴有黏液脓血。
- (4) 针对消瘦: 具体体重, 消瘦的程度。
- (5) 伴随症状: 有无发热、盗汗、乏力, 恶心、呕吐、腹胀。
- (6) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否就诊, 做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史: 有无类似发作, 有无冠心病、糖尿病、胃食管疾病及相关家族遗传病史、有无外伤史及烟酒嗜好。

病例分析

考虑诊断支气管哮喘、高碳酸血症。

第二站

【操作步骤】

抢救者站于病人头顶处, 病人头后仰, 托起病人下颌, 将简易呼吸器连接氧气, 氧流量 8~10L/分钟, 扣紧面罩; 一手以“EC”手法固定面罩, 另一手有规律地挤压呼吸囊, 使气体通过吸气活瓣进入病人肺部, 放松时, 肺部气体随呼气活瓣排出; 每次送气 500~1000ml, 挤压频率为每分钟成人 16~20 次, 小儿酌情增加。

(1) 杵状指: 手指或足趾末端增生、肥厚, 呈杵状膨大。可见于: ①呼吸系统疾病: 支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、脓胸等; ②心血管疾病: 发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等; ③营养障碍性疾病: 吸收不良综合征、克罗恩病、溃疡性结肠炎、肝硬化等。

(2) 反甲: 又称匙状甲。常见于缺铁性贫血、高原疾病。

(3) 水肿：全身水肿见皮肤部分。单侧肢体水肿见于：①静脉血回流受阻：静脉回流受阻多见于深静脉血栓形成(伴随表面浅静脉充盈或曲张、皮温升高和压痛等，部分患者可触及血栓)、肢体瘫痪或神经营养不良；②淋巴液回流受阻常见于丝虫病或其他原因所致淋巴管阻塞，指压无凹陷，称淋巴性水肿或象皮肿。

腕关节有无畸形。

甲状腺较小(如Ⅰ度肿大)时，可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧，嘱患者进行吞咽动作，对甲状腺进行触诊，或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧，嘱患者做吞咽动作，对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大(如Ⅱ度及以上肿大)时，检查者可站在患者前面，用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧，另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶，拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊，并嘱患者做吞咽动作，同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到，但能触及为Ⅰ度肿大；甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅱ度肿大；甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为Ⅲ度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病(慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

脾脏触诊：触诊脾脏时，一般先用单手自左下腹向肋缘触摸，如不能摸到。可采用双手触诊。被检查者仰卧，检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位，并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸，检查者的手随被检查者呼吸进行触诊(见肝脏触诊)。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显，开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到，可让被检查者右侧卧位进行触诊(右下肢伸直，左下肢屈曲，使腹壁放松)。检查方法同上。

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼

吸下降, 导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量:

- 1) 第一测量: 又称甲乙线。左锁骨中线上, 肋缘至脾脏下缘之间的距离。
- 2) 第二测量: 又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。
- 3) 第三测量: 又称丁戊线。脾脏右缘距前正中中线之间的距离。脾脏向右越过前正中中线, 测量为正值, 反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大 (肋下 < 2cm) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎;

中度肿大 (不过脐): 见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线): 见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

第三站: 略

【144 号题】 第一站: 病史采集: 男患, 头痛 20 年, 夜间憋气, 高血压病史, 平时用药。

病例分析: 宫颈癌。第二站: 拆线, 提问: 头颈部几天拆线? 眼睑, 结膜, 巩膜检查, 肺部听诊, 移动性浊音, 提问, 一侧瞳孔缩小原因。第三站: 肺炎, 干啰音, 降结肠癌, 窦性心律过缓, 二度房室传导阻滞。医德医风, 沟通欠妥。

第一站 病史采集

现病史: 详细了解头痛的各种基本特征, 对诊断十分重要。

1. 针对头痛本身的问诊, 询问头痛起病的快慢 (急性头痛、慢性间歇性头痛), 头痛部

位, 头痛性质、头痛持续时间, 头痛程度。如为慢性头痛, 则应询问头痛有无间歇发作、次数和日期。

头痛程度各人的忍受程度不一, 但从无头痛患者, 突然出现严重头痛, 则应特别重视颅内器质性疾病。

2. 相关鉴别问诊

患病以来的伴随症状, 诱发加重和缓解因素。有时提供病因的依据, 所以尽可能仔细询问。

(1) 伴有畏光、畏声、恶心、呕吐的反复发作的头痛, 以血管性头痛中的偏头痛为多见。

(2) 头痛伴有反复呕吐者颅内压增高应考虑。有发作性视幻觉性偏头痛或视觉皮质的局限器质性疾病的头痛。

(3) 直立可使低颅压头痛增剧。腰穿后头痛为低颅压头痛。

(4) 有视力减退应注意青光眼、眼科疾病、垂体瘤。

(5) 有耳部流脓、脓涕、颞部疼痛者应考虑五官科疾病。有涕中带血者应注意鼻咽癌。

头痛伴发热者应注意各种急性或慢性脑膜炎。

(6) 头痛伴发脑实质损害表现 (偏瘫、偏盲、癫痫、失语、意识障碍等) 应注意脑血管意外、脑炎、脑肿瘤。

(7) 有强迫头位者则应考虑四脑室占位。

3. 诊疗经过问诊

在外做过哪些检查: 血常规、头颅 CT/MR、脑脊液检查结果。血压、眼压和五官科检查结果。经过哪些治疗, 疗效如何? 患病以来的一般情况问诊

(1) 遗传家族史

(2) 长期疫区居住史、性病和冶游史

(3) 头颅外伤史

头痛有外伤史者应注意颅内硬膜下血肿, 脑外伤。

有家族史者多为偏头痛。有冶游史者, 则应注意梅毒。在牧区的头痛应注意包虫病和囊虫病。

第二站 提问

见于脑疝或者脑肿瘤。

第三站 略

【145 号题】吉林 长春 第一站：病史采集, 男, 45 岁, 发作性胸痛伴心悸 2 年, 再发加重 2 天 病例分析: 原发性肝癌 **第二站：**甲状腺的检查 (触诊、听诊), 脾脏双手触诊法 (仰卧位、侧卧位), 语音共振 (听诊法)

第一站 病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉和相关鉴别询问

(1) 发病诱因: 劳力、激动等。

(2) 胸痛的程度、范围、性质, 有无放射, 疼痛是否呈持续性, 有无缓解。以前有无类似发作。

(3) 胸痛与呼吸、咳嗽、体位的关系, 有无出汗、发热、心悸、晕厥等。

(4) 有无呼吸困难、咯血, 有无发绀。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊, 做过哪些检查, 特别是心电图、心肌坏死标志物检查。

(2) 是否曾使用硝酸甘油等治疗, 有无急救处理。

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 高血压病的具体情况 (最高血压、有无药物治疗及疗效), 有无冠心病、糖尿病、高血脂、结核病史, 有无烟酒嗜好。

第二站

甲状腺

(1) 触诊: 甲状腺较小 (如 I 度肿大) 时, 可用右手的拇指和示、中指分别置于甲状软骨两侧, 嘱患者进行吞咽动作, 对甲状腺进行触诊, 或立于患者后面用双手的示、中、环指置于甲状软骨两侧, 嘱患者做吞咽动作, 对双侧甲状腺叶进行触诊。甲状腺较大 (如 II 度及以上肿大) 时, 检查者可站在患者前面, 用一手拇指将甲状软骨轻轻推向对侧, 另一手示、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指则在胸锁乳突肌前缘对甲状腺进行触诊, 并嘱患者做吞咽动作, 同法检查另一侧甲状腺。

甲状腺不能看到, 但能触及为 I 度肿大; 甲状腺肿大未超过胸锁乳突肌后缘者为 II 度肿大; 甲状腺肿大超过胸锁乳突肌后缘者为 III 度肿大。常见病因有 Graves 病、单纯性甲状腺肿、桥本病 (慢性淋巴细胞性甲状腺炎)、亚急性甲状腺炎、甲状腺瘤、甲状腺癌等。

(2) 听诊: 触及甲状腺肿大时, 应进行听诊检查。出现杂音常见于甲状腺功能亢进症。

第三站 略

【145 号题】内蒙古 第二站: 腋窝淋巴结触诊 脾脏触诊 手部及关节视诊 腰穿操作 考官提问是 第七颈椎的意义 腰穿时为什么要取低头抱膝体位 **第三站:** 收缩期杂音 湿罗音 胃溃疡 二尖瓣狭窄 硬膜外血肿 正常心电图 阵发性室速 医德医风略 (仅供参考)

与下面的题目重复。

【146 号题】第一站：病史采集 23 号，头撞神志不清，失忆。病例分析 32，右腹股沟斜疝。**第二站：**体格 17，甲状腺，胸壁视诊，脾触诊。操作 17，右上臂活动性出血，填塞致谢，三角巾包扎。**第三站：**窦不齐医学教育网整理，湿罗音，正常心电图，胸腔积液，升结肠癌，人文是耐心讲解。（还有两个忘了）

第一站 病史采集

现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 针对意识障碍本身的问诊：意识障碍起病缓急、发生过程、历时长短、意识障碍的演化过程。暴力方式；意识障碍时有无伴恶心呕吐、呕吐物的性状；有无伴有抽搐、头部外伤和耳道内流血；意识障碍是首发症状还是在某些疾病基础上转化；意识障碍系首次发生，还是反复多次。

(2) 相关鉴别问诊：急性意识障碍患者有皮肤、黏膜发给者，则应询问有无硝基苯、亚硝酸盐、吸入过麻醉毒品。有皮肤出血、黄疸者应问有无肝胆疾病或溶血病。皮肤瘀点者应注意败血症、流行性脑膜炎、亚急性细菌性心内膜的病史特征。

急性意识障碍伴呼吸缓慢者应问有无吗啡、巴比妥类药物中毒或黏液性水肿相关病史。意识障碍有浮肿者应问有无肾病、甲状腺功能减退等病史。

(3) 诊疗经过问诊：意识障碍后有无经过转诊治疗，曾到过的医院，做过检查、血、尿、肝肾功能、脑脊液、腹部 B 超、脑部 CT、MRI 等。结果如何。

(4) 意识障碍后的治疗疗效再评估。

2. 相关既往及其他病史的问诊有无外伤、药物、毒品和毒物服用，毒物或煤气等化学物接触。

有无癫痫、高血压、心、肝、肾和肺部疾病。有无糖尿病等代谢病。

第二站

前臂悬吊带：前臂大悬吊带适用于前臂外伤或骨折，方法：将三角巾平展于胸前，顶角与伤肢肘关节平行，屈曲伤肢，提起三角巾下端，两端在颈后打结，顶尖向胸前外折，用别针固定。前臂小悬吊带适用于锁骨、肱骨骨折、肩关节损伤和上臂伤，方法：将三角巾叠成带状，中央放在伤侧前臂的下 $1/3$ ，两端在颈后打结，将前臂悬吊于胸前。

第三站 略

【147 号题】 **第一站：**病史采集：腹痛伴呕吐三天，既往十二指肠球部溃疡病史。病例分析：高血压，听诊早搏，左心衰。**第二站：**腋窝淋巴结触诊，肝脏触诊，胸部视诊，心肺复苏。**第三站：**心脏杂音（不确定），支气管呼吸音（不确定），窦缓，室上速，正常胸片，硬膜下血肿。

（一）现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

（1）起病情况：①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病，急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别，缓慢起病者要考虑功能性与器质性。③有无缓解和缓解因素，包括禁食、保温和体位等。

（2）腹痛的性质和程度：是阵发性绞痛还是持续性胀痛；是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛。

（3）腹痛的部位：是全腹痛还是局部痛，什么部位最明显，有无放射痛（牵涉痛），有无转移性腹痛。

（4）恶心、呕吐的情况：恶心、呕吐的频率，呕吐物的性质和量等。

（5）发病以来饮食、睡眠和大便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊? 做过哪些检查? 如血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部 CT 等。

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何? 如是否应用抗生素治疗, 若用过, 疗效如何?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 既往有无类似发作, 有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病等。有无腹部手术史。

3. 有无烟酒嗜好。

4. 有无肿瘤等遗传家族史。

第二站

腋窝淋巴结检查右侧时, 检查者右手握被检查者右手, 使其前臂稍外展, 左手四指并拢稍弯曲, 自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝, 直达腋窝顶部, 自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸, 依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

胸部的体表标志包括骨骼标志、垂直线标志、自然陷窝、肺和胸膜的界限。

第三站 略

【148 号题】 **第一站:** 病史采集: 上腹部疼痛 10 小时, 有胆囊结石病史。病例分析: 背部多发小脓点儿, 有糖尿病病史。 **第二站:** 体格检查: 1. 脾脏出诊, 2. 腰椎穿刺, 3. 手关节视诊, 4. 腹股沟淋巴及触诊。

第一站 病史采集

(一) 现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况：①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病，急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别，缓慢起病者要考虑功能性与器质性。③有无缓解和缓解因素，包括禁食、保温和体位等。

(2) 腹痛的性质和程度：是阵发性绞痛还是持续性胀痛；是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛。

(3) 腹痛的部位：是全腹痛还是局部痛，什么部位最明显，有无放射痛（牵涉痛），有无转移性腹痛。

(4) 恶心、呕吐的情况：恶心、呕吐的频率，呕吐物的性质和量等。

(5) 发病以来饮食、睡眠和大便情况。

2.诊疗经过

(1) 是否到医院就诊？做过哪些检查？如血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部 CT 等。

(2) 治疗和用药情况，疗效如何？如是否应用抗生素治疗，若用过，疗效如何？

(二) 相关病史

1.有无药物过敏史。

2.与该病有关的其他病史：既往有无类似发作，有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病等。有无腹部手术史。

3.有无烟酒嗜好。

4.有无肿瘤等遗传家族史。

第二站

指关节梭形关节（见于类风湿关节炎，和骨关节病累及远端指间关节不同，常累及近端指间

关节)、爪形手(见于尺神经损伤、进行性肌萎缩、脊髓空洞症及麻风)。

腹股沟淋巴结被检查者平卧,下肢伸直,检查者四指并拢分别触摸其上群和下群。

【149 号题】 第一站: 病史采集: 男孩 9 岁, 发热两天, 发疹一天。病例分析: 急性胰腺炎, 急性腹膜炎, 感染性休克, 胆囊多发结石。**第二站:** 甲状腺触诊, 心脏视诊, 脾脏触诊, 股动脉穿刺。

第一站 病史采集

常规发热的问诊加

伴有皮疹: 见于如下情况: ①发疹性传染病: 发热与皮疹出现的时间常有固定关系: 发热 1 天出现皮疹, 见于水痘; 2 天后出现皮疹, 见于猩红热; 3 天后出现皮疹, 见于天花; 4 天后出现皮疹, 见于麻疹; 5 天后出现皮疹, 见于斑疹伤寒; 6 天后出现皮疹, 见于伤寒。②非传染性疾病: 常见于风湿热、药物热、系统性红斑狼疮、败血症等。

第二站

【操作步骤】

以股动脉穿刺为例

1. 病人取平卧位其穿刺下肢轻微外展外旋, 股动脉搏动侧为穿刺点。
2. 术者戴好帽子口罩立于病人一侧, 消毒局部皮肤, 戴无菌手套, 铺无菌洞巾。于穿刺点处轻轻压迫皮肤及股动脉并稍加固定。
3. 右手持注射器向左手示指中指固定的穿刺点刺入, 进针方向与穿刺部位的皮肤呈 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 角、顺应血流方向或成垂直方向, 边进针边抽吸缓缓刺入。

4.当穿刺针进入股动脉后,即有动脉血液回流入注射针管内,再进针 2~4mm 即可采血或注射药物。

5.若未能抽出血液则先向深部刺入,采用边退针边抽吸至有血液抽吸出为止;或者调整穿刺方向、深度或重新穿刺。

6.穿刺完毕,拔出针头,盖上无菌小纱布,局部压迫 3~5 分钟,以防出血,再用胶布固定。

第三站 略

【150 号题】河北承德 第一站: 病史采集:女,28 岁,反复喘息,咳嗽三年,再发两天来院。医学|教育|网网友 yingying7890 整理。病例分析:患儿,6 个月,2 月 1 日起病,水样蛋花便,脱水体征。

第一站:病史采集

一、现病史

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 病因、诱因:有无着凉、劳累、上呼吸道感染、过敏原接触史。

(2) 针对咳嗽:性质、音色、程度、起病急缓、有无放射。与呼吸及体位的关系。

(3) 伴随症状:有无发热、盗汗、乏力,咳痰、咯血。

(4) 发病以来睡眠、饮食、二便情况。

2.诊疗经过

(1) 是否就诊,做过哪些检查。

(2) 治疗用药情况。

二、相关病史

1. 有无药物过敏史

2. 与该病相关的病史：有无类似发作，有无其他慢性肺病史，儿时有无患麻疹，肺结核或者哮喘病史。

病例分析：考虑秋季腹泻可能性大。

【??号题】云南 第三站：湿罗音，奔马律，肺癌，乙状结肠癌还是降结肠癌（本人选升结肠癌错误）窦性心动过缓（本人选左心室肥厚错），室性心动过速，医德医风选第一个（医生要听患者详细述说病情后再开检查）。

略

【??号题】湖北随州 第一站：病历摘要：患者，男性，19岁，学生。因胸闷、气短3天来就诊。患者10天前在打篮球后出汗较多自觉受凉，有发热、咳嗽、流涕。3天前出现胸闷、气短，活动后和夜间平卧时明显，同时伴有乏力，出汗较多、心悸，今日症状进一步加重，胸闷、憋气明显，咳出粉红色泡沫痰，遂来我院急诊科。既往史：体健、否认药物、食物过敏史，家族史；否认家族遗传病史。**第二站：**查体：T38.8度，P120次/分，R26次/分，BP70/40mmHg。急性病容，回答切题，皮肤巩膜无黄染，脉搏细速，四肢发凉，双肺可闻湿啰音，心界向双侧明显扩大，心音低钝，未及杂音双下肢无水肿。医学|教育|网网友 tianshuo90 整理。辅助检查：胸部X线检查提示心影增大，双侧肺门增大。

第一站：病史采集略

病例分析

考虑 左心衰 上呼吸道感染 休克

第二站、第三站略

【??号题】浙江绍兴 第一站：小儿发热惊厥，病例分析消化性溃疡伴幽门梗阻。**第二站：**体格检查，甲状腺肝脏单手双手触诊，回答气管右侧偏移所致疾病。**第三站：**操作清创换药，提问腹部外缝合后应留多长缝合线。

第一站 病史采集

现病史

1.针对惊厥本身的问诊

- (1) 癫痫和其他抽搐类型发作前有无先兆症状(如特殊感觉的出现)。
- (2) 发作时有无意识障碍、外伤、大小便失禁。
- (3) 发作时的姿态、面色、声音、肢体抽搐部位和抽动次数。
- (4) 发作时刻(清晨、醒时、睡时、饥饿时等)、持续时间、对环境的反应。
- (5) 发作时的环境状态和因素。
- (6) 发作后的表现(意识、肢体瘫痪、失语、遗忘、头痛等)。

2.相关鉴别问诊

(1) 癔症性发作：常在人多处，情绪波动时缓慢发作。神志清，四肢乱动或握拳时拇指在拳外或有意识乱动，面色如常，无大小便失禁，暗示后可终止。

(2) 眩晕发作：神志清，可所述自身和(或)外物有旋转，双眼紧闭伴恶心、呕吐。可有耳鸣或眼震。

(3) 昏厥：先有头昏，目眩、心悸、出汗。以后神志丧失，突然跌倒。面色苍白、四肢凉、无抽搐、无咬舌、无尿失禁、血压降低、心跳缓慢和微弱。数分钟或数十分钟后清醒、

乏力、头昏、恶心感、排便感。

(4) 鉴别问诊应详细：发作的诱发因素（发热后、外界刺激、过劳、情绪激动、精神压力等）。抽搐时伴发的内科情况，心慌、胸闷、呼吸困难、高热等。均应详细清楚。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患者曾做过的检查，血钙等血生化、脑电图、脑 CT、MRI、脑脊液等。结果如何。

(2) 以前用过何种药物治疗，剂量、方法、症状控制情况、疗程，有无不良反应出现，有无中断药物。

4. 相关既往及其他病史的问诊

(1) 过去史：注意有无高热惊厥史、类似的既往发作、头外伤、脑炎、脑膜炎史；职业、饮食习惯、寄生虫史、服药情况和毒物接触史。

(2) 有无长期疫区居住史。

(3) 有无相关癫痫、高热惊厥的遗传家族史。

(4) 月经史。月经期间和怀孕期间癫痫发作情况。

第二站 问题

气管右侧偏移所致疾病。

左侧气胸或者右侧肺不张

第三站 略

【??号题】 **第一站**：病史采集：女，36岁，突发腹痛伴恶心，呕吐2天。病例分析：55岁男性，头晕头痛。 **第二站**：体格检查：甲状腺视诊、触诊(前后任选一)，肝脏触诊(单双手)，跟腱反射，。问：莫非氏征见于哪种疾病？肝硬化叩诊？基本操作：心肺复苏 问：成人、

婴儿心肺复苏一分钟按压多少次, 按压多深? **第三站**: 双相干啰音, 窦性心律不齐, 心肌梗死, 室性早搏, 二尖瓣型心, 肋骨骨折, 急性胰腺癌

第一站 病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况: ①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病, 急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别, 缓慢起病者要考虑功能性与器质性。③有无缓解和缓解因素, 包括禁食、保温和体位等。

(2) 腹痛的性质和程度: 是阵发性绞痛还是持续性胀痛; 是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛。

(3) 腹痛的部位: 是全腹痛还是局部痛, 什么部位最明显, 有无放射痛(牵涉痛), 有无转移性腹痛。

(4) 恶心、呕吐的情况: 恶心、呕吐的频率, 呕吐物的性质和量等。

(5) 发病以来饮食、睡眠和大便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊? 做过哪些检查? 如血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部 CT 等。

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何? 如是否应用抗生素治疗, 若用过, 疗效如何?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 既往有无类似发作, 有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病等。有无腹部手术史。

3.有无烟酒嗜好。

4.有无肿瘤等遗传家族史。

第二站

跟腱反射 (S1~2): 被检查者仰卧, 下肢屈曲, 大腿稍外展外旋, 检查者用左手握住足趾使踝部稍背屈, 叩击跟腱。观察腓肠肌收缩引起的足背屈。

问题

莫非氏征见于哪种疾病?

急性胆囊炎

肝硬化叩诊?

弥漫性增大

问题: 成人、婴儿心肺复苏一分钟按压多少次, 按压多深?

不管是成人、儿童或是婴儿, 在进行胸外心脏按压时频率都为至少每分钟 100 次。而按压深度分别为至少 5 厘米 (成人)、约 5 厘米 (儿童)、约 4 厘米 (婴儿)。

第三站 略

【??号题】女, 65岁, 持续性上腹痛, 发热, 少尿 2 天。2 天前, 食用油腻食物后持续性上腹痛, 四肢皮冷、黄染, 腹部紧张, 有压痛。既往胆石症多年, 服用药物无效。B 超示: 胆囊多发性结石, 胆管扩张, 胰腺肿大, 腹腔积液。诊断, 急性化脓性梗阻性胆管炎, 胆囊结石, 依据医学教育网整理。

略

【??号题】**第一站:** 病史采集: 间断上腹痛 2 年, 突发上腹剧痛并波及全腹 3 小时。病

例分析题号: 2. 女性, 27 岁, 反复喘息、咳嗽、咳痰 1 年, 再发 1 天。查体: 神清, 口周

无明显发绀，肺部可闻及中等量哮鸣音，无湿罗音。心腹及神经系统查体未见异常。实验室检查：动脉血气分析：PH：7.43，PAO₂：70，co₂cp：37，血样饱和度：92%。**第二站：**基本操作：单侧鼻导管吸氧术。体格检查：脾脏双手触诊，胸壁的视诊，腋窝淋巴结触诊（同考场的同学抽到脾脏触诊的几率非常多）。**第三站：**头颅CT：脑出血。肺部胸片：病史：胸闷、胸痛2天，胸腔积液。腹部片：病史：医学教育网整理上腹痛1月，便血1周，胃癌。心电图题目：心悸头痛4小时，答案我不会，所以提供不了。心脏听诊：男孩，18岁，感冒后出现心悸，心动过速？肺部听诊：病史好像是哮喘病人，再次感染后，记不清了，答案是双相哮鸣音。

第一站 病史采集

1.根据主诉及相关鉴别问诊

(1)起病情况：①有无饮食、受寒等诱因。②是突然发病还是缓慢起病，急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别，缓慢起病者要考虑功能性与器质性。③有无缓解和缓解因素，包括禁食、保温和体位等。

(2)腹痛的性质和程度：是阵发性绞痛还是持续性胀痛；是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛。

(3)腹痛的部位：是全腹痛还是局部痛，什么部位最明显，有无放射痛（牵涉痛），有无转移性腹痛。

(4)恶心、呕吐的情况：恶心、呕吐的频率，呕吐物的性质和量等。

(5)发病以来饮食、睡眠和大便情况。

2.诊疗经过

(1)是否到医院就诊？做过哪些检查？如血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部CT等。

(2) 治疗和用药情况, 疗效如何? 如是否应用抗生素治疗, 若用过, 疗效如何?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史: 既往有无类似发作, 有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病等。有无腹部手术史。

3. 有无烟酒嗜好。

4. 有无肿瘤等遗传家族史。

第二站

单侧鼻导管法 连接鼻导管于玻璃接头上, 打开流量表开关, 调节氧气流量; 将鼻导管插入温开水药杯中, 试验导管是否通畅, 并润滑鼻导管; 断开鼻导管与玻璃接头, 测量导管插入长度 (约为鼻尖到外耳道口长度的 2/3), 将鼻导管轻轻插入; 用胶布将鼻导管固定于鼻梁和面颊部, 连接鼻导管与玻璃接头, 观察吸氧情况。

第三站: 略

【??号题】 **第一站:** 病史采集: 28 岁女性摔伤后出现胸痛伴呼吸困难 8 小时; 病例分析: 女性, 5 天前出现尿急尿频, 不办尿痛, 发热 1 天前高热, 左肾区叩击痛; 1 年前服用左氧氟沙星胶囊好转, 因意外妊娠做过人工流产手术, WBC 高, RBC 高。 **第二站:** 腋窝淋巴结、肝脏单双手触诊, 胸膜摩擦音; 心肺复苏。 **第三站内容:** 室颤, 大叶性肺炎, 胃肠穿孔

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 发病的诱因: 激动、劳力、呼吸道感染。

(2) 呼吸困难起病的速度、程度, 与体位的关系。

(3) 胸痛的部位、性质、范围、有无放射,疼痛与呼吸、咳嗽、体位的关系。

(4) 有无发热,有无咳嗽、咳痰、咯血,有无下肢水肿。

2. 诊疗经过

(1) 是否曾到医院就诊,做过哪些检查,特别是心电图、胸片。

(2) 治疗情况如何,有无使用硝酸甘油等。

(二) 相关病史

1. 药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史:以往冠心病的症状、诊断和治疗的具体情况。有无高血压、高血脂、糖尿病、结核病史。有无引起高凝状态的因素(如肿瘤、卧床、长途旅行等),有无下肢深静脉血栓病史。吸烟史和饮酒嗜好。

第二站 人工呼吸+胸外按压。

第三站 略

【??号题】 第一站:病史采集:男,67岁,咳嗽、咳痰伴发热10天,右胸痛2天。病例分析:

肛裂。第二站:体格检查:腋窝淋巴结检查,脾脏触诊,肱二头肌反射。技能操作:腰穿。

第三站:奔马律,胸膜摩擦音(不一定),室性早搏,房颤,肺结核,左肱骨骨折,肝癌,

医德医风

第一站 病史采集

(一) 现病史

1. 根据主诉和相关鉴别询问

(1) 发病诱因:劳力、激动等。

(2) 胸痛的程度、范围、性质,有无放射,疼痛是否呈持续性,有无缓解。以前有无类似发作。与呼吸、咳嗽、体位的关系,有无出汗、发热、心悸、晕厥等。

(3) 咳嗽、咳痰：咳嗽的性质、咳痰的量。

(4) 有无呼吸困难、咯血，有无发绀。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊，做过哪些检查，特别是心电图、心肌坏死标志物检查。

(2) 是否曾使用硝酸甘油等治疗，有无急救处理。

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史：高血压病的具体情况（最高血压、有无药物治疗及疗效），有无冠心病、糖尿病、高血脂、结核病史，有无烟酒嗜好。

病例分析

急性肾盂肾炎；急性盆腔炎？

第二站

腋窝淋巴结检查右侧时，检查者右手握被检查者右手，使其前臂稍外展，左手四指并拢稍弯曲，自被检查者右上臂后方插入右侧腋窝，直达腋窝顶部，自腋窝顶部沿胸壁自上而下进行触摸，依次检查右侧腋窝的内壁、外壁、前壁和后壁。检查左侧时用左手进行。

脾脏触诊：触诊脾脏时，一般先用单手自左下腹向肋缘触摸，如不能摸到。可采用双手触诊。

被检查者仰卧，检查者左手放在被检查者左下胸的后侧方肋缘以上部位，并稍用力向前方压迫脾脏。右手手指略向前弯，平放在左侧腹部腋前线内侧肋缘下，使示指和中指指尖连线平行于肋缘。让被检查者做深大的腹式呼吸，检查者的手随被检查者呼吸进行触诊（见肝脏触诊）。在吸气时可触到脾脏下缘提示脾大。如果估计被检查者脾脏肿大明显，开始检查部位应当下移。如果平卧位触不到，可让被检查者右侧卧位进行触诊（右下肢伸直，左下肢屈曲，使腹壁放松）。检查方法同上。

注意：脾脏位置较浅，手法要轻，用力过大可能把脾脏推入腹腔深部，或影响脾脏随呼吸下降，导致漏检。触到脾脏后要注意其大小、硬度、表面情况、压痛、摩擦感等。

脾大的测量：

1) 第一测量：又称甲乙线。左锁骨中线上，肋缘至脾脏下缘之间的距离。

2) 第二测量：又称甲丙线。左锁骨中线与肋缘交点至脾脏最远点之间的距离。

3) 第三测量：又称丁戊线。脾脏右缘距前正中线之间的距离。脾脏向右越过前正中线，测量为正值，反之为负值。

正常人脾脏不能触及。脾明显肿大时记录第 2、3 测量。

轻度肿大 (肋下 < 2cm) 见于肝炎、伤寒、急性疟疾、粟粒结核、败血症、亚急性感染性心内膜炎；

中度肿大 (不过脐)：见于肝硬化、疟疾后遗症、SLE、淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病。

重度肿大 (过脐或腹中线)：见于慢性粒细胞白血病、骨髓纤维化、慢性疟疾、黑热病等。

肱二头肌反射 (C5~6)：被检查者屈肘，前臂稍内旋。检查者左手托起被检查者肘部，以左手拇指置于肱二头肌腱上，用叩诊锤叩击检查者拇指。观察肱二头肌收缩引起前臂屈曲动作。

第三站：略