

中医中西医执业(含助理)医师资格考试 实践技能图解

(西医操作节选)

金英杰国家医学考试研究中心

4.奇脉(吸停脉) 吸气时脉搏明显减弱或消失的现象。常见于心包积液、缩窄性心包炎,是心包填塞的重要体征之一。

5.无脉 脉搏消失。见于严重休克、多发性大动脉炎(使某一部位动脉闭塞而致相应部位脉搏消失)。

二、周围血管征

(一)周围血管征 由脉压增大所致。

包括头部随脉搏呈节律性的点头运动、颈动脉搏动明显、毛细血管搏动征、水冲脉、枪击音、杜氏双重杂音。多见于主动脉瓣关闭不全、高热、重症贫血、甲亢等。

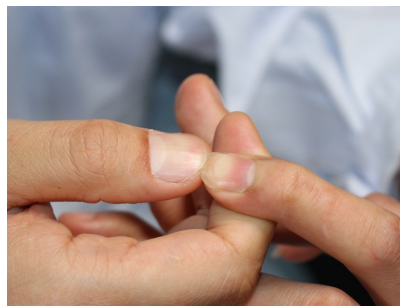
(二)毛细血管搏动征检查方法

医者手指轻压被检者指甲床末端,或用干净玻片轻压其口唇黏膜,若见到红白交替、与病人心搏一致、节律性的微血管搏动现象,即为毛细血管搏动征阳性。

(三)枪击音与杜氏双重杂音检查方法

枪击音:听诊器体件放在肱动脉或股动脉处,听到的“嗒——、嗒——”音,由脉压增大使脉波冲击动脉壁所致。

杜氏双重杂音:再稍加压力,可听到的收缩期与舒张期双重杂音。



毛细血管搏动征



枪击音



杜氏双重杂音

三、血管杂音(助理不考)

甲亢在肿大的甲状腺上,可听到连续性、收缩期较强的血管杂音;主动脉瘤时,在相应部位可听到收缩期杂音;动-静脉瘘时,在病变部位可听到连续性杂音;肾动脉狭窄,可在腰背部及上腹部听到收缩期杂音;主动脉狭窄,可在背部脊椎左侧听到收缩期杂音。

第十二节 腹部检查

一、视诊

(一)腹部外形

1.腹部膨隆

(1)全腹膨隆 生理情况见于肥胖、妊娠等。病理情况:①腹内积气:肠梗阻、肠麻痹、气腹(积气在肠道外腹腔内者,见于胃肠穿孔或治疗性人工气腹);②腹腔积液:仰卧位时腹腔内大量积液因重力作用下沉于腹腔两侧,导致腹部外形宽而扁,即为蛙腹,坐位时下腹部膨出明显。多见于肝硬化门脉高压症、右心衰竭、缩窄性心包炎、肾病综合征、结核性腹膜炎等;③腹腔巨大肿块:最常见于巨大卵巢囊肿时,腹



腹部视诊

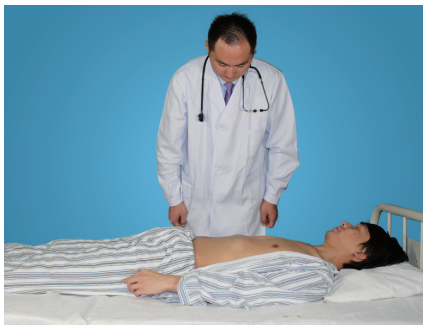
部呈球形膨隆且以囊肿部位较明显。

(2)局部膨隆 炎性包块、胃肠胀气、脏器肿大、腹内肿瘤、腹壁肿瘤、疝等所致。

①上腹部膨隆:肝左叶肿大、胃扩张、胃癌、胰腺囊肿或肿瘤所致;②左上腹膨隆:脾大、巨结肠或结肠脾曲肿瘤所致;③右上腹膨隆:肝大(淤血、脓肿、肿瘤)、胆囊肿大及结肠肝曲肿瘤所致;④腰部膨隆:患侧大量肾盂积水或积液、多囊肾、巨大肾上腺瘤所致;⑤中腹部膨隆:腹部炎性包块(如结核性腹膜炎引起的肠粘连)、脐疝等所致;⑥下腹部膨隆:妊娠、子宫肌瘤所致的子宫增大、卵巢囊肿、尿潴留等所致;⑦左下腹部膨隆:降结肠肿瘤、干结粪块(灌肠后消失)所致;⑧右下腹部膨隆:阑尾周围脓肿、回盲部结核或肿瘤等所致。

2.腹部凹陷

全腹凹陷多见于严重脱水、明显消瘦及恶病质等。严重者全腹部呈舟状,为**舟状腹**,常见于恶性肿瘤、结核、糖尿病、顽固性心衰、神经性厌食等慢性消耗性疾病的晚期。



腹部视诊(俯视)



腹部视诊(侧视)

(二)呼吸运动

腹式呼吸减弱:常见于妊娠晚期、大量腹水、急腹症、腹腔内巨大肿块、胃肠胀气等腹部疾病。

腹式呼吸消失:胃肠穿孔所致急性腹膜炎或膈肌麻痹等。

(三)腹壁静脉

1.腹壁静脉 正常时腹壁静脉一般不显露。

(1)肝硬化门脉高压形成侧支循环时:曲张的浅静脉以脐为中心向周围伸展,血流从脐静脉经脐孔进入腹壁曲张的浅静脉流向四方。

(2)上腔静脉阻塞时:上腹壁或胸壁曲张的浅静脉,血流向下方进入下腔静脉。

(3)下腔静脉阻塞时:脐以下的腹壁浅静脉血流向上方进入上腔静脉。

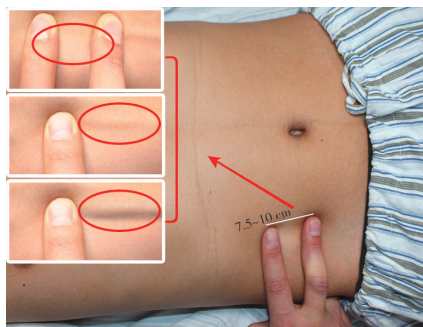
2.腹壁皮下静脉血流方向的判断方法 选择一段没有分支的腹壁静脉,医者食指和中指并拢压在静脉上,一指固定,另一手指沿静脉走行用力向外滑动,暂时排空静脉,然后向外滑动的手指立即放开,查看静脉是否立刻充盈,即可判断血流方向。

(四)胃肠型和蠕动波

1.胃肠型 当胃肠道发生梗阻时,梗阻近端的胃或肠段饱满而隆起,显出各自的轮廓。结肠梗阻时,宽大的肠型常出现于腹壁周边,常伴随盲肠胀大呈球形。

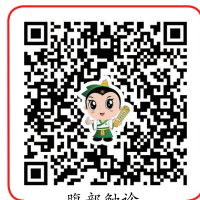
2.蠕动波 胃肠蠕动过程中呈现出的波浪式运动。

(1)幽门梗阻:较大的胃蠕动波自左肋缘下向右缓慢推进,称为**正蠕动波**,有时还可见到**自右向左**运行的**逆蠕动波**。



腹壁静脉曲张(示意图)

(2) 小肠梗阻: 脐部出现**肠蠕动波**。小肠严重梗阻时, 脐部可见横行排列呈多层梯形的肠型和较大肠蠕动波。



腹部触诊

二、触诊

(一) 腹壁紧张度

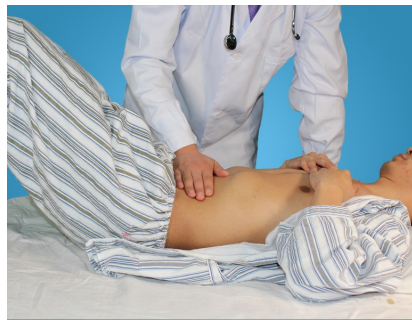
1. 全腹壁紧张度增加见于: ①急性弥漫性腹膜炎(急性胃肠穿孔、实质脏器破裂等导致); 炎症刺激腹膜引起腹肌反射性痉挛, 腹壁多有明显紧张, 甚则强直硬如木板, 称为**板状强直**。②结核性腹膜炎: 全腹紧张, 触之犹如揉面的柔韧感, 不易压陷, 为**面团感、揉面感**, 还见于癌性腹膜炎。

2. 局部腹壁紧张 该处脏器的**炎症累及腹膜**

①急性胰腺炎: 上腹或左上腹壁紧张; ②急性胆囊炎: 右上腹壁紧张; ③急性阑尾炎: 右下腹壁紧张。

3. 腹壁紧张度减低

触诊腹壁松软无力, 失去弹性, 见于经产妇、体弱老年人、大量放腹水后患者。重症肌无力和脊髓损伤所致腹肌瘫痪者, 全腹紧张度消失。



腹壁紧张度

(二) 压痛及反跳痛

1. 压痛 触诊时, 由浅入深进行按压, 若发生疼痛, 即为**压痛**。

2. 反跳痛 检查到压痛后, 食指、中指、无名指三指稍停片刻, 使压痛感趋于稳定, 然后突然将手抬起, 若患者感觉腹痛骤然加剧, 伴有痛苦表情, 即为**反跳痛**, 说明炎症已累及腹膜壁层, 突然松手时腹膜被牵拉因而引起疼痛。

3. 腹膜刺激征 **腹壁紧张+压痛+反跳痛**, 是急性腹膜炎的重要体征。

4. 压痛点 压痛局限于某一部位。

(1) 阑尾点(麦氏点): 右髂前上棘与脐连线外 1/3 与中 1/3 交界处, 阑尾病变时有压痛。

(2) 胆囊点: 右侧腹直肌外缘与肋弓交界处, 胆囊病变时此处有压痛。



压痛及反跳痛

(三) 腹部肿块

见于腹腔脏器的肿大、异位、肿瘤、囊肿或脓肿、炎性组织粘连、肿大的淋巴结等。

触到肿块要注意: ①其来源于何种脏器; ②炎症性还是非炎症性; ③实质性还是囊性; ④良性还是恶性; ⑤在腹腔内还是腹壁上; ⑥部位、大小、形态、质地、压痛、搏动、移动度、与邻近器官的关系等。



腹部包块检查



腹部包块检查

(四) 肝脏触诊

正常成人的肝脏一般触不到。腹壁松弛的瘦者深吸气时在肋弓下 1 cm 以内可触及肝下缘, 剑突下若能触及肝左叶, 多在 3 cm 以内。2 岁以下小儿的肝脏较大, 容易触及。

1. 触诊方法 被检者取仰卧位, 双腿屈曲保持腹壁松弛, 医者位于其右侧, 右手掌平放于其右侧腹壁上, 腕关节自然伸直, 四指并拢, 掌指关节伸直, 食指前端桡侧或食指与中指指端对向肋缘。自髂前上棘连线水平, 沿右锁骨中线、前正中线自下而上触诊。在被检者**吸气时**, 医者右手随腹壁隆起抬高, 上抬速度要慢于腹壁的隆起, 向季肋缘方向触探肝缘。**呼气时**, 腹壁松弛并下陷, 应及时向腹深部按压, 若肝脏肿大, 可触及肝下缘从手指端滑过。若未触及, 则反复触诊至触及肝脏或肋缘。为提高效果, 可双手触诊, 医者用左手掌托住被检者右后腰, 左手拇指张开置于其右肋缘, 右手方法不变。



肝脏触诊

检查肝左叶有无肿大, 可在腹正中线上由脐平面自下而上进行触诊。若遇腹水患者, 可用沉浮触诊法。在腹部某处触及肝下缘后, 自该处起向两侧触诊, 以了解整个肝脏和肝下缘的情况。

2. 注意事项 正常肝脏柔软、光滑, 无压痛和叩击痛。触诊肝脏, 应描述以下几点:

(1) 大小 测量右锁骨中线肋下缘至肝下缘的垂直距离, 以叩诊法叩出的肝上界位置, 并注明。同时测量前正中线剑突下至肝下缘的垂直距离。

① 肝脏下移: 可触及肝下缘, 肝上界也相应下移, 肝上下径正常。
见于腹壁松弛、内脏下垂、肺气肿、右侧大量胸腔积液等所致膈肌下降。

② 肝大时: 肝上界正常或升高。

弥漫性肝大: 多见于肝炎、脂肪肝、肝淤血早期、肝硬化、白血病、血吸虫病等。

局限性肝大: 常见于肝脓肿、肝囊肿、肝肿瘤等, 并常能触及或看到局部膨隆。

③ 肝脏缩小: 多见于急性和亚急性重型肝炎、晚期肝硬化。

(2) 质地 一般分三级: 质软、质韧、质硬。正常肝脏质地柔软; 急性肝炎、脂肪肝时质地稍韧; 慢性肝炎时质韧; 肝硬化质硬, 肝癌质地最硬。肝脓肿或囊肿有积液时呈囊性感, 大而浅者能触到波动感。

(3) 表面形态及边缘 正常肝脏表面光滑, 边缘整齐, 厚薄一致。

① 肝炎、脂肪肝、肝瘀血: 表面光滑, 边缘圆钝。

② 肝硬化: 表面呈结节状, 不光滑, 边缘不整齐且较薄。

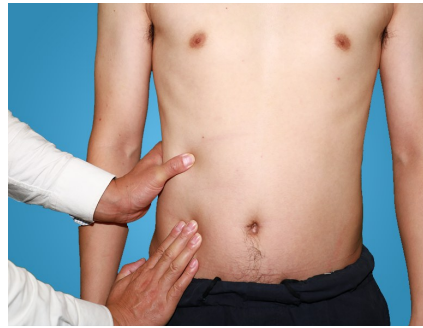
③ 肝癌、多囊肝: 表面不光滑, 不均匀的粗大结节状, 边缘厚薄不一致。

④ 巨块型肝癌、肝脓肿、肝包虫病: 表面大块状隆起。

(4) 压痛 正常肝脏无压痛。肝包膜有炎性反应或肝包膜因肝大被绷紧时, 则有压痛。急性肝炎、肝淤血时有弥漫性轻度压痛。较表浅的肝脓肿时有剧烈的局限性压痛。



肝脏触诊(单手)



肝脏触诊(双手)

(五)脾脏触诊

1.触诊方法 正常情况下脾脏不能触及。内脏下垂、左侧大量胸腔积液、积气时，膈肌下降，使脾向下移则可触及。除此之外若能触及脾脏，则提示脾肿大。

脾脏明显肿大且位置较表浅时，单手浅部触诊即可触及。若肿大的脾脏位置较深，用双手触诊法进行检查。被检者取仰卧位，双腿稍屈曲，检查者左手绕过其腹部前方，手掌置于被检者左腰部第9~11肋处，将脾从后向前托起。右手掌平放于上腹部，在与肋弓垂直方向，稍弯曲手指末端轻压向腹部深处，随被检者腹式呼吸而运动，由下向上逐渐移近左肋弓，直至触及脾缘或左肋缘。脾脏轻度肿大且仰卧位不易触及时，可让被检者改为右侧卧位，右下肢伸直，左下肢屈髋、屈膝，用双手触诊。触诊脾脏应注意其大小、质地、表面形态、有无压痛及摩擦感等。



脾脏触诊



脾脏触诊(仰卧位)



脾脏触诊(侧卧位)

2.脾肿大分度 临床上常将脾肿大分为三度。

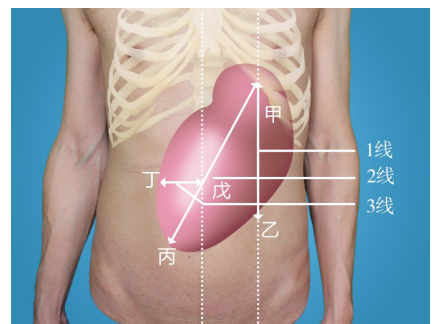
- (1)轻度肿大:深吸气时脾脏在肋下**不超过2 cm**。
- (2)中度肿大:**超过2 cm**但在**脐水平线以上**。
- (3)高度肿大(巨脾):**超过脐水平线或前正中线**。

中度以上脾肿大时其右缘常可触及脾切迹,此特征可作为与左肋下其他包块的区别点。

3.脾肿大的测量方法

(1)轻度脾肿大 只作甲乙线测量,甲点为左锁骨中线与左肋缘交点,乙点为脾脏在左锁骨中线延长线上的最下缘,两点间的距离以厘米表示。

(2)脾脏明显肿大 测甲丙线和丁戊线。甲丙线为左锁骨中线与左肋缘交点至最远脾尖之间的距离。丁戊线是脾右缘到前正中线的距离。若脾肿大向右未超过前正中线,测量脾右缘至



脾脏测量

前正中线的最短距离以“-”表示;若超过前正中线则测量脾右缘至前正中线的最大距离,用“+”表示。

1)轻度脾肿大:见于慢性肝炎、伤寒、感染性心内膜炎、急性疟疾等,质地较柔软。

2)中度脾肿大:见于肝硬化、慢性溶血性黄疸、慢性淋巴细胞性白血病、系统性红斑狼疮、疟疾后遗症及淋巴瘤等,质地较硬。

3)高度脾肿大,表面光滑:见于慢性粒细胞性白血病、慢性疟疾、骨髓纤维化症等。

高度脾肿大,表面不平而有结节:淋巴瘤等。

脾囊肿:表面有囊性肿物。

脾脓肿、脾梗死和脾周围炎:可触到摩擦感且压痛明显。

(六)墨菲征检查

正常胆囊不可触及。

墨菲征(Murphy sign)阳性(胆囊触痛征):急性胆囊炎时胆囊肿大,医者将左手掌平放于患者右肋下部,以左手拇指指腹用适宜压力钩压右肋下缘下腹直肌外缘,嘱患者缓慢深吸气。此时发炎的胆囊下移时会碰到用力按压的拇指而引起疼痛,患者因疼痛突然屏气的现象。

库瓦西耶征(Courvoisier sign)阳性(无痛性胆囊增大征阳性):胰头癌压迫胆总管出现黄疸进行性加深,胆囊显著肿大时,胆囊无压痛。



墨菲征检查



胆囊触诊



墨菲征检查

(七)液波震颤

用于3 000~4 000 mL以上腹水的检查。

液波震颤(波动感):患者平卧,医者一手掌面贴于患者一侧腹壁,另一手四指并拢屈曲,用指端冲击其另一侧腹壁。若有大量液体存在,则贴于腹壁的手掌会有被液体波动冲击的感觉,即为液波震颤。让另一人将手掌尺侧缘压于脐部腹中线上,可防止腹壁本身震动传至对侧。



液波震颤



液波震颤



三、叩诊

(一)腹部叩诊音

多用间接叩诊法,患者取仰卧位,正常情况下,腹部除肝、脾所在部位叩诊呈浊音或实音外,其余部位均为鼓音。

1.鼓音明显且范围增大 见于胃肠高度胀气、胃肠穿孔所致气腹和人工气腹。

2.鼓音区缩小 可出现浊音或实音,见于肝、脾或其他实质性脏器极度肿大,腹腔内大量积液或肿瘤时。

(二)肝脏叩诊

定肝上界时,一般都是沿右锁骨中线、右腋中线和右肩胛线,由肺区向下叩向腹部。采用间接叩诊法,被检者取仰卧位。叩指用力要适当,勿过轻或过重。当由清音转为浊音时,即为肝上界,又称肝相对浊音界。再向下叩,浊音变为实音时,此处的肝脏不再被肺遮盖而直接贴近胸壁,即肝绝对浊音界。继续向下叩诊,实音转为鼓音处,即肝下界。确定肝下界时,可由腹部鼓音区沿右锁骨中线或正中线上叩,若叩诊音由鼓音转为浊音处即是。



肝上界定位



肝下界定位



肝上下径测量

体形匀称型者,正常情况下,肝上界在右锁骨中线上第5肋间,下界在右季肋下缘。右锁骨中线上肝浊音区上下径之间距离为9~11 cm;右腋中线上肝上界在第7肋间,下界位于第10肋骨水平;右肩胛线上,肝上界位于第10肋间,下界不易叩出。瘦长者肝上下界均可低一个肋间,矮胖者可高一个肋间。

病理情况下,肝浊音界向上移位常见于右肺不张、右肺纤维化、鼓肠、气腹等;肝



浊音界向下移位多见于肺气肿、右侧张力性气胸等；肝浊音界扩大见于肝炎、肝脓肿、肝淤血、肝癌、多囊肝等；肝浊音界缩小多见于急性重型肝炎、晚期肝硬化、胃肠胀气等；肝浊音界消失且代之以鼓音者，多由于肝表面有气体覆盖，是急性胃肠穿孔的一个重要征象，亦可能是人工气腹等。

(三) 肾区叩击痛

患者取坐位或侧卧位，检查者用左手掌平放于患者的肾区(肋脊角处)，右手握拳用由轻到中等强度的力量向左手背进行叩击。正常时肾区无叩击痛。当有肾炎、肾盂肾炎、肾周围炎、肾结石及肾结核等时，肾区可有不同程度的叩击痛。



肾区叩击痛



肾区叩击痛



膀胱叩诊

(四) 膀胱叩诊(助理不考)

被检者取仰卧位，在耻骨联合上方进行间接叩诊。膀胱空虚时，因小肠位于耻骨上方遮盖膀胱，所以叩诊呈鼓音，叩不出膀胱的轮廓。膀胱充盈时，耻骨上方叩出圆形浊音区。妊娠、卵巢囊肿或子宫肌瘤等，该区叩诊也是浊音，应予以鉴别。腹水时，耻骨上方叩诊可呈浊音，此区的弧形上缘凹向脐部，而膀胱胀大的浊音区弧形上缘则凸向脐部。排尿或导尿后复查，若浊音区转为鼓音，即为尿潴留而致的膀胱胀大。



膀胱叩诊(助理不考)

(五) 移动性浊音

腹腔内有较多游离液体(在 1 000 mL 以上)时，若患者仰卧位，液体因重力作用积聚于腹腔低处，含气的肠管漂浮其上，所以叩诊腹中部呈鼓音，腹部两侧为浊音；在其侧卧位时，液体随之流动，叩诊上侧腹部转为鼓音，下侧腹部呈浊音。这种因体位不同而浊音区变动的现象，即移动性浊音。



移动性浊音的检查



移动性浊音(平卧)



移动性浊音(右侧卧位)



移动性浊音(左侧卧位)

四、听诊

(一)肠鸣音

被检查者仰卧,检查者将听诊器置于腹部持续听诊。正常时肠鸣音每分钟**4~5次**。脐部听诊最清楚。

肠鸣音超过每分钟10次时,为肠鸣音频繁,常见于服泻药后、急性肠炎、胃肠道大出血等。若**肠鸣音次数多,且呈响亮、高亢的金属音,称为肠鸣音亢进,见于机械性肠梗阻**。肠鸣音明显少于正常,或数分钟才听到1次,称肠鸣音减弱或稀少,见于老年性便秘、胃肠动力低下、电解质紊乱(低血钾)等。如持续听诊3~5分钟未闻及肠鸣音,称肠鸣音消失或静腹,见于麻痹性肠梗阻(急性腹膜炎等导致)。



肠鸣音听诊

(二)振水音



振水音检查

泌过多、幽门梗阻等。

患者仰卧,医师用耳凑近患者上腹部或将听诊器体件放于此处,用稍弯曲的手指以冲击触诊法连续迅速冲击患者上腹部,若听到胃内液体与气体相撞击的声音,则为振水音。也可用双手左右摇晃患者上腹部以闻及振水音。

正常人餐后或饮入多量液体时,上腹部可出现振水音。但若空腹或餐后6~8小时以上仍有此音,提示胃内有液体潴留,见于胃扩张、胃液分。



肠鸣音听诊



振水音检查



血管杂音(助理不考)



脊柱检查

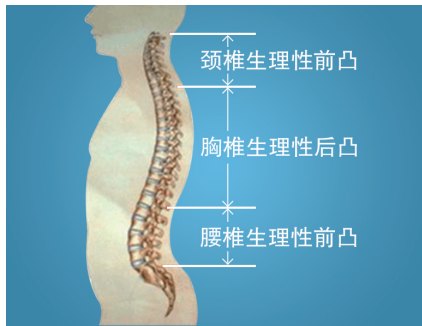
第十三节 脊柱与四肢检查

一、脊柱检查

(一) 脊柱弯曲度



椎骨
颈椎 7 胸椎 12 腰椎 5



脊柱弯曲度

1. 检查方法

检查时患者取直立位,先从侧面观察脊柱有无过度的前凸与后凸,再从后面观察脊柱有无侧弯,然后进一步用手指沿脊柱棘突以适当的压力从上向下划压,划压后的皮肤出现一条红色充血线,以此线为标准,观察脊柱有无侧弯。

2. 临床意义

(1) 脊柱过度后凸(驼背) 易发生于胸段脊柱,常见于:①佝偻病(儿童多见)、结核病(青少年多见),胸段脊柱成角畸形是其特征;②强直性脊柱炎,脊柱胸段呈弧形后凸,常伴有脊柱强直性固定;③脊椎退行性变,主要表现为驼背(老年人多见)。

(2) 脊柱过度前凸 多发生在腰椎部位。见于晚期妊娠、大量腹水、腹腔巨大肿瘤、髋关节结核等。

(3) 脊柱侧凸 为脊柱离开后正中线向左或右偏曲的现象。

1) 姿势性侧凸:无脊柱结构的异常,改变体位可纠正侧凸。常见于儿童发育期坐立姿势不良、下肢长短不一、椎间盘突出及脊髓灰质炎后遗症等。

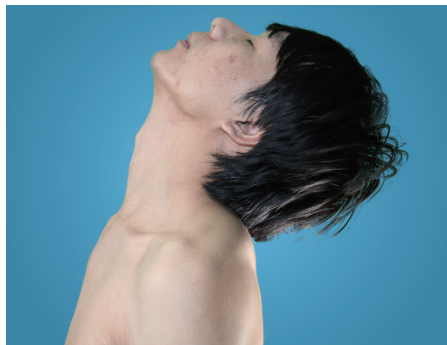
2) 器质性侧凸:改变体位不能纠正侧凸。见于先天性脊柱发育不全、佝偻病、脊柱损伤、胸膜增厚、胸膜粘连等。

(二) 脊柱活动度

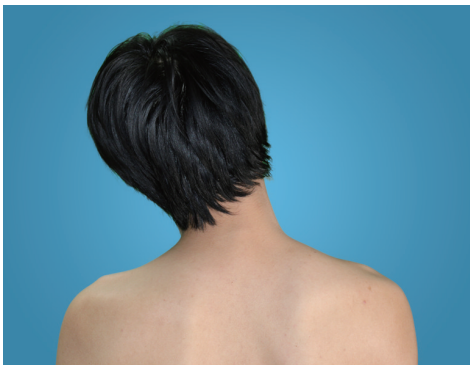
1. 检查方法 让患者做前屈、后伸、侧弯、旋转等动作,观察脊柱的活动情况及有无变形。脊柱外伤者或可疑骨折或关节脱位者,要避免活动脊柱,以防损伤脊髓。



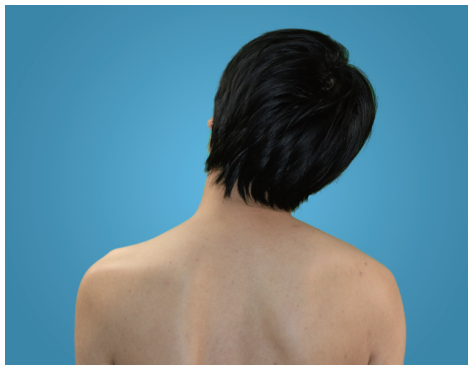
颈椎活动度检查(前屈)



颈椎活动度检查(后伸)



颈椎活动度检查(左侧屈)



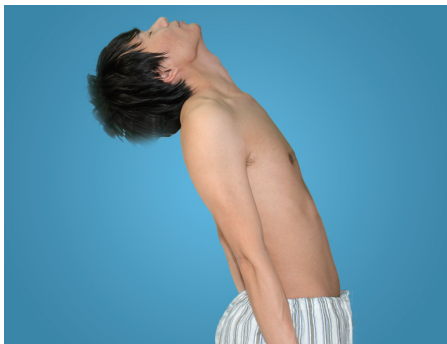
颈椎活动度检查(右侧屈)



颈椎活动度检查(左右旋转)



腰椎活动度检查(前屈)



腰椎活动度检查(后伸)



腰椎活动度检查(左侧屈)



腰椎活动度检查(右侧屈)



腰椎活动度检查(左右旋转)

颈、胸、腰椎活动范围

	前屈	后伸	左右侧弯	旋转度(一侧)
颈椎	35°~45°	35°~45°	45°	60°~80°
胸椎	30°	20°	20°	35°
腰椎	90°	30°	20°~35°	30°

注:因年龄、活动训练以及脊柱结构差异等因素,脊柱运动范围会有较大个体差异。

2.临床意义

(1) 脊柱颈椎段活动受限 多见于颈部肌纤维组织炎及韧带受损、颈椎病、结核或肿瘤浸润、颈椎外伤、骨折、关节脱位等。

(2) 脊柱腰椎段活动受限 见于腰部肌纤维组织炎及韧带受损、腰椎椎管狭窄、椎间盘突出、腰椎结核或肿瘤、腰椎骨折或脱位等。

(三) 脊柱压痛与叩击痛

1. 脊柱压痛

患者取端坐位,身体稍向前倾,检查者用右手拇指由枕骨粗隆自上而下逐个按压脊椎棘突及椎旁肌肉,了解患者是否有压痛。



脊柱压痛

2. 脊柱叩击痛

(1) 直接叩诊法

患者取坐位,医师用手指或叩诊锤垂直叩击各个脊椎棘突,了解患者是否有叩击痛。多用于检查胸、腰段。颈椎位置深,一般不用此法。

(2) 间接叩诊法

患者取坐位,医师将左手掌置于患者头顶部,右手半握拳,以小鱼际肌部位叩击左手背,了解患者的脊柱是否有疼痛。



脊柱直接叩击痛



脊柱间接叩击痛

3. 临床意义

脊椎棘突有压痛;胸、腰椎病变,如结核、椎间盘突出、外伤或骨折时。

椎旁肌肉有压痛;多为腰背肌纤维炎或劳损。

叩击痛的部位即为病变部位。

二、四肢与关节检查

(一) 肢体形态异常

1. 匙状甲

又称反甲,指甲中央凹陷,边缘翘起,指甲变薄,表面粗糙有条纹。**常见于缺铁性贫血**,偶见于风湿热、甲癣等。

2. 杵状指(趾)

手指或足趾末端增生、肥厚,指甲从根部到末端拱形隆起呈杵状。常见于:(1)呼吸系统疾病:如支气管扩张、支气管肺癌、慢性肺脓肿、脓胸等;(2)某些心血管疾病:如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:如肝硬化。

3. 指关节变形

(1)梭形关节 双侧对称性近端指骨间关节增生、肿胀呈梭形,早期红肿胀,晚期强直、活动受限,手腕、手指偏斜向尺侧,见于类风湿性关节炎。

(2)爪状手 表现为手关节呈鸟爪样变形,见于进行性肌萎缩、脊髓空洞症、麻风等。

4. 腕关节变形

(1)腕垂症 肘以上完全性损伤者,不能伸腕、伸拇、伸指及外展拇指,提示**桡神经损伤**。

(2)猿掌 大鱼际肌萎缩,手如猿掌,提示**正中神经损伤**。

5. 膝内翻、外翻

(1)膝内翻(“O”形腿) 直立时,两踝并拢两膝关节远离,双下肢形成“O”状。

(2)膝外翻(“X”形腿) 直立时,两膝关节并拢时,两踝部分离,双下肢形成“X”状。

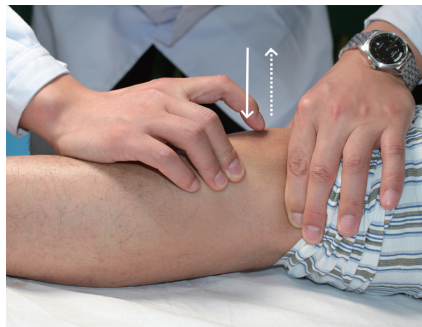
见于佝偻病及大骨节病。

6. 膝关节变形

(1)关节炎 两侧膝关节形态不对称,红、肿、热、痛,活动障碍,见于风湿性关节炎的活动期。

(2)关节腔积液 表现为关节的明显肿胀,可有浮髌现象。

浮髌试验检查方法:患者平卧位,下肢伸直放松,检查者左手拇指和其余四指分别固定在患膝关节上方两侧,加压压迫髌上囊,让关节液集中于髌骨底面,右手拇指和其余四指分别固定在患膝关节下方两侧,右手食指连续垂直向下数次按压髌骨,下压时有髌骨和关节面的碰触感,松手时有髌骨随手浮起感,称为浮髌试验阳性。多见于风湿性关节炎、结核性关节炎等疾病引起的**膝关节腔积液**。



浮髌试验

7. 足内翻、足外翻

(1)足内翻 跟骨内旋,前足内收,足纵弓高度增加,站立时不能踏平,外侧着地。多见于脊髓灰质炎后遗症等。

(2)足外翻 跟骨外旋,前足外展,足纵弓塌陷,舟骨突出,呈扁平状,跟腱延长线在跟骨内侧。多见于胫前胫后肌麻痹等。

8. 骨折与关节脱位

骨折时局部可见肿胀、压痛,可有变形或肢体缩短,可触及骨擦感或听到骨擦音;关节脱位时可见关



四肢与关节检查

节畸形、疼痛、肿胀、瘀斑以及关节功能障碍等。

9.肌萎缩

肌萎缩时,患肢肌肉体积缩小,松弛无力。多见于周围神经损伤、脊髓灰质炎等。

10.下肢静脉曲张

常发生在小腿,曲张静脉如蚯蚓状怒张弯曲,久站加重,卧位抬高下肢症状可减轻;重者小腿肿胀、皮肤暗紫、色素沉着或形成溃疡。见于栓塞性静脉炎或长期站立者。

11.水肿

双下肢凹陷性水肿;多见于心功能不全。

一侧肢体水肿:见于淋巴液或静脉回流障碍(静脉回流障碍见于血栓性静脉炎、肿瘤压迫等)。

淋巴液回流障碍:多见于丝虫病,患肢皮肤增厚、肿胀、按压无凹陷,也称为象皮肿。

肢体局部红肿、皮肤灼热;见于蜂窝织炎等。

12.痛风性关节炎

关节僵硬、肥大或畸形,在关节周围可形成结节样痛风石。常累及手指末节及足趾关节,其次为踝、腕、肘、膝关节等。

13.肢端肥大症

肢体末端异常粗大,见于巨人症、肢端肥大症。

(二)检查运动功能

1.检查方法

(1)主动运动 让患者用自己的力量向各个关节各方向运动,如肩关节屈伸,肩关节内旋、外旋等。

(2)被动运动 医者用外力使患者的关节运动,观察其活动范围、有无疼痛等。

2.临床意义

关节活动障碍见于骨折、脱位、炎症、肿瘤、关节退行性变以及软组织损伤等。

第十四节 神经系统检查

一、肌力、肌张力

(一)肌力检查 指肢体随意运动时肌肉收缩的力量。

嘱患者作肢体伸、屈、内收、外展、旋前、旋后等。医师从相反方向测试患者对阻力的克服力量。

1.肌力分级 分为0~5级。

0级:无肢体活动,也无肌肉收缩,为完全性瘫痪。

1级:可见肌肉收缩,但无肢体活动。

2级:肢体能在床面上做水平移动,但不能抬起。

3级:肢体能抬离床面,但不能抵抗阻力。

4级:能做抵抗阻力的动作,但较正常差。

5级:正常肌力。

2.临床意义

(1)单瘫 单一肢体瘫痪,常见于脊髓灰质炎。

(2)偏瘫 一侧肢体瘫痪,多伴有同侧脑神经损害,多见于颅内病变或脑卒中。

(3)交叉性偏瘫 一侧肢体瘫痪及对侧脑神经损害,常见于脑干病变。

(4)截瘫 双侧下肢瘫痪,是脊髓横贯损伤的表现,多见于脊髓外伤、炎症等。