

《诊断学》体格检查指导书

供临床、全科医学及中医推拿专业使用

江汉大学医学与生命科学学院

临床技能实验室

2005 年 6 月

【正常和异常一般检查及头颈部检查】

实习一 正常一般检查及头颈部检查

目的要求：

学习及掌握一般检查 头颈部检查的方法及认识正常现象。

教学内容及方法：

请一个学生作被检查者，由老师作示范性检查，一边检查，一边讲解检查的方法及正常现象。

检查时，医生位于被检查者右侧，面对被检查者，充分暴露检查部分，尽量利用自然光线，检查时注意力要集中，观察要仔细、准确，内容如下：

一、一般检查：

(一) 一般特点：年龄、性别、身高（注一）、体重（注二）、体温（注三）。

(二) 一般状态：体温、呼吸、脉搏、血压。

1. 面容及表情。

2. 发育及营养状态：主要观察皮下脂肪之多少，肌肉发达情况及第二性征发育情况。

3. 体位。

4. 意识状态、神志是否清楚，查体是否合作。

(三) 皮肤和粘膜：弹性、湿度、皮肤颜色、毛发分布、指甲情况及浮肿。

(四) 淋巴结：检查枕后、耳后、颌下、颏下、颈部、锁骨上、腋窝、滑车上、腹股沟等处的淋巴结是否可以扪得，注意其大小、硬度、压痛、活动度。

二、头部检查：

(一) 头颅：大小（注四）：形状及有无不自主运动或局限性凹陷。

(二) 眼：眉毛有无脱落、眼睑有无浮肿、睑裂大小、睫毛情况，眼球突度、结合膜颜色（注五）、巩膜颜色（注六）。角膜透明度、瞳孔大小、形状及对称性。对光反射（注七）、调节反射（注八），辐辏反射（注九）。

(三) 耳：耳廓形状、外耳道有无分泌物及乳突有无压痛。

(四) 鼻：外形，分泌物、鼻前庭情况，通气是否良好及鼻窦有无压痛。

(五) 口：呼吸气味、唇颜色及湿度、牙齿外观及排列情况、齿龈颜色、舌质颜色、舌苔、乳头情况、颊粘膜的颜色、光滑程度、腮腺导管开口情况、扁桃体之大小（见书）、颜色、分泌物咽部情况。

三、颈部：

软硬度（注十四），气管位置（注十五），甲状腺检查法（注十六），颈动脉搏动，颈静脉怒张。

(附注)：检查法：

注一、身高：测量身高时必须绝对直立，后背要有三点（足跟、臀部、肩胛骨）贴靠测量柱，头应保持一定的姿势，即外耳道上缘与外眼角在同一水平，然后将身長计的规尺恰落到头顶。观察身長计上的刻度。

注二、体重：正常成人体重 $\text{kg} = \text{身長 (cm)} - 100 \pm 10\%$

注三、体温：体温测量法

1. 腋窝测量法——取一体温计，于测量体温前用手甩之。使水银面下降到最低度，然后将体温计的末端（水银球部）紧密地挟于腋窝内，5分钟以后取出，观察表上水银柱上升的度数，正常为 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

注意点：

①测体温时患者应保持安静，最好卧床。

②腋窝的皮肤应干燥。

③体温计附近勿置热水袋。

④病人处于重危状态而不能合作时，最好由直肠测量。

2. 口腔测量法：测量前半小时内勿饮水及进食，将体温计置于病人舌下、闭唇，保持 3 分钟后取出观察，但此法不适用于小儿，意识不清及张口呼吸者、寒战、抽风及口腔内有炎症者亦不适用。正常口温较腋温高 0.2°C ($36.3^{\circ}\text{C} - 37.2^{\circ}\text{C}$)。

3. 肛门测量法：将温度计（肛表）水银球部（圆形）涂油后，轻轻插入肛门约 3 — 4 厘米深，以手持住，3 分钟后取出观察，正常肛温较腋温高 0.5°C ($36.5^{\circ}\text{C} - 37.7^{\circ}\text{C}$)。

注四、头围：以软尺测量自眉间绕到颅后通过枕骨粗隆的周径。正常成年人头围为 53 厘米或以上。

注五、结合膜检查法：检查下睑结膜时，拇指按下睑边缘向下，同时令病人向上看，则下睑结膜即可露出，检查上睑结膜时，拇指食指捏住上睑皮肤，令病人往下看，同时迅速将上睑结膜翻转，上睑结膜即可露出，检查完毕令病人向上看，轻提上睑皮肤眼脸即复位。

注六、巩膜检查法：拇指按上睑外分、令患者向下内看，或按下睑患者向上看，以观察各部巩膜颜色，最好在自然光线下进行检查。

注七、对光反射：瞳孔正常直径 3~4 毫米。

检查法——在较暗处令患者眼向前看，手电光线自侧方迅速向内移。射至瞳孔部位，观察其大小的改变，亦可利用自然光，令病人双眼平视前方，检查者以双手掩其双眼，约三分钟后，分别迅速移开左右手，同时观察瞳孔变化，正常光线强时，瞳孔缩小，光线弱时瞳孔扩大。

注八、调节反射：

检查法——在光线稍弱的情况下，使患者凝视检查者的食指约半分钟，自远至近（由 1 米开始至 35 厘米止）移动该指，观察瞳孔的改变，正常时由大缩小。

注九、集合反射（辐辏反射）

检查法——检查者的食指，放患者双目中间前方距离约 1 米处，指间与眼球同高，令患者凝视检查的指尖、自远至近，逐渐缓慢移动，观察双目内聚情况，是否对称。

注十、鼻窦压痛

鼻窦检查顺序为额窦、筛窦、上颌窦。检查者用双手拇指分别按压两侧鼻旁窦，其余四指置于两侧固定头部。具体方法：①额窦：检查者双手置于两侧颞部，双手拇指分别置于病人左右眼眶上方稍内，用力向后按压。②筛窦：检查者双方置于颞部耳廓部，双手拇指分别置于病人鼻根部与眼内角处向内后方按压。③上颌窦：检查者双手置于病人两侧耳后，双手拇指分别于左右眼眶下缘向后按压。

注十一、滑车上淋巴结检查

滑车上淋巴结是指位于肱骨滑车上肱二头肌与肱三头

肌沟肱动、静下段周围的一组淋巴结。正常人一般触不到；在某些疾病时则可肿大。检查右侧滑车上淋巴结时，检查者右手握住病人右手腕，抬至胸前，左手掌向上，小指抵在肱骨内上髁（epitrochlear），无名指、中指、食指并拢在肱二头肌与肱三头肌沟中纵行、横行滑动触摸，以发现肿大之滑车上淋巴结。检查左侧时，左手握病人右手腕，右手触摸，方法同检查右侧。

注十二、腋窝淋巴结检查

腋窝淋巴结分为 5 组，即腋窝顶部淋巴结、腋窝前壁（胸肌）淋巴结、腋窝内侧壁（中央）淋巴结、腋窝后壁（肩胛下）淋巴结和腋窝外侧壁（上臂内侧）淋巴结。检查应逐一检查，不要遗漏。检查方法是：病人采取坐位或仰卧位，医生面对病人。一般先检查左侧，后查右侧。以右手查左腋，左手查右腋。检查左腋时，检查者左手握住病人左腕向外上屈肘

外展抬高约 45°，右手指拼拢，掌面贴近胸壁向上逐渐达腋窝顶部。滑动触诊，然后依次触诊腋窝后、内、前壁，再翻掌向外，将病人外展之上臂下垂，触诊腋窝外侧壁。检查腋窝前壁时，应在胸大肌深面仔细触摸。检查腋窝后壁时，应在腋窝后壁肌群深面触摸。触诊各组淋巴结应注意其大小、数目、硬度、压痛、活动度、与皮肤有无粘连等。

注十三、扁桃体大小以 I、II、III 度表示。

I 度：不超过咽腭弓。

II 度：超过咽腭弓。

III 度：达到或超过咽后壁中线。

注十四、颈软硬度：

使患者仰卧，不要枕头，颈部勿用力，检查者用一手置患者颈前胸上部，另一手置于头后枕部轻轻高举及左右转动患者颈部，观察有无抵抗。

注十五、气管位置，将右手中指放在胸骨上端切迹中央颈窝内，食指及环指在左右胸锁关节上，然后慢慢用中指接触气管、观察是否移位，或用手指接触气管与两侧胸锁乳突肌之间，观察哪侧较小，气管即系向该侧移位。

注十六、甲状腺：用手接触甲状腺部位（第二、三气管环左右侧）。令病人作吞咽动作，它们将随吞咽运动移动。注意其大小、硬度。触诊甲状腺侧叶时，有两种方法，若站于受检者后面检查右叶的方法：左手食指、中指在甲状腺软骨或气管左侧将其推向右侧，拇指置于颈后；右手拇指置于右侧胸锁乳突肌后缘向前内轻推同时右手食指、中指在右侧胸锁乳突肌前缘滑动触诊右叶前缘，配合吞咽检查甲状腺有无肿大、变硬、压痛、结节等。同样方法检查左叶。若站于受检者前面检查，受检者头偏向检查侧以松弛皮肤和肌肉，如检查右叶则右手拇指从甲状软骨左侧，向对侧（受检者右侧）轻推，其余四指置于颈后；左手四指置于右胸锁乳突肌后缘向前内轻推，同时左手拇指在右胸锁乳突肌前缘触诊右叶，配合吞咽检查有无肿大、变硬、压痛、结节等。同样方法检查左叶。注意有无震颤、杂音。

注十七、皮肤弹性检查

皮肤弹性检查应以何处皮肤为准，各书记载不一。经过研究和比较，认为应以上臂内侧皮肤为准。这是因为上臂内侧皮下脂肪比较恒定，受其它因素影响较小。检查方法是：检查者以左手握住病人右腕，将其上臂轻度外展，右手拇指与食指捏起病人上臂内侧肘上 3~4cm 处皮肤，片刻后松手，观察皮肤皱折平复的情况。正常人松手：后皮肤皱折迅速平复，称为皮肤弹性良好；如皱折平复缓慢，则称为皮肤弹性减弱。

实习二 异常一般检查及头颈部位检查

目的要求：

认识一般检查及头颈部检查的异常体征和其临床意义，了解常见的热型。

学习内容与方法：

1. 带领学生进病房观察各头颈部异常体征，到床旁由教师指出体征，同学观察及体会，由学生说明其特征，教师加以补充及纠正，每看 1—2 个体征后，由教师讲解临床意义。
2. 每 3——5 个学生分一个病人进行问诊，检查一般情况和头颈部，并每人写出病历报告。

一、一般检查

（一）病人一般特点：年龄与外貌是否相符，外貌与性别是否相符。

（二）病人一般状态：

1. 面容：急、慢性病容、甲亢面容、二尖瓣面容、贫血面容、满月面容等。
2. 发育营养是否正常：发育状况包括第二性征的发育是否正常，发育过缓或发育过早。营养状况是指皮下脂肪肌肉发育状况。营养不良者皮下脂肪少，皮肤粘膜弹性差。肌肉松弛，

指甲粗糙无光泽。

3. 体位：自动体位，被动体位和强迫体位。

(三) 皮肤和粘膜：皮下脂肪的分布和多少，有无浮肿，弹性湿度改变、颜色改变（苍白、青紫、黄疸、色素沉着）、皮疹（出血点、紫癜、淤斑）、蜘蛛痣、瘢痕、溃疡及指甲变形变脆、皮肤或粘膜下出血。

(四) 淋巴结：注意颌下、颈部、锁骨上、腋窝、滑车和腹股沟等浅表淋巴结是否长大，注意其大小、数目、硬度、压痛、活动度及局部有无红肿、疤痕、瘰管。

二、头部：

头颅：大小、形状、有无畸形、局限性凹陷及不自主运动。

眼：眉毛有无脱落或特别浓密，眼睑浮肿，结合膜充血，巩膜黄染，眼球突出，眼球震颤、眼球活动度、瞳孔大小、形状、对光反射是否正常。

耳：外耳道有无疖肿、出血及分泌物、乳突有无压痛，听力。

鼻：鼻外形，有无鼻翼扇动及鼻副窦压痛。

口：口唇苍白、紫绀、疱疹、干裂、口腔粘膜色素沉着、溃疡、齿龈红肿、溢脓、有无龋齿、义齿、缺齿、残根（其部位可用图表示右或左）。舌苔异常、咽部有无充血、扁桃大小。

三、颈部：

1. 颈强直：注意检查方法。

2. 颈动脉及异常搏动及颈静脉怒张，检查方法及临床意义。

3. 甲状腺肿大：

I 度：望诊不肿大，扪之比正常稍大。

II 度：望诊轻度长大，扪诊未超过胸锁乳突肌。

III 度：望诊明显长大，超过胸锁乳突肌前沿。

注意有无震颤及血管鸣。

4. 气管偏移：气管移位的原因及临床意义。

【正常和异常呼吸系统体格检查】

实习三 正常呼吸系统的物理检查

一、目的要求：

复习胸部常用的体表标志及体表线。学习呼吸系统视、触、叩、听的检查方法及正常体征。

学习内容与方法：

由一个学生作被检查者，教师作正常呼吸系统视、触、叩、听检查的示教，检查时应循一定的顺序，从上到下，由外向内，先前再后，并注意左右、上下及前后的比较。

一、胸部的表面标志：

(一) 胸骨角：此角是第二肋骨的标志点，通常由此计算肋骨。

(二) 胸骨上窝、锁骨上、下窝。

(三) 胸部的主要垂直线，前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛线、后正中线。

(四) 脊柱棘突：特别注意第七颈椎棘突。

(五) 肩胛间区。

二、胸部检查法：

(一) 视诊：嘱被检查者端坐，检查者面对被检查者之前胸。

1. 胸廓的形状及胸壁：胸廓的外形、脊柱、肋骨、肋间隙、腹上角（一般为 90° ）、乳

腺及胸壁静脉。

2. 呼吸运动：观察呼吸类型、频率、节律、深度、呼吸辅助肌运动的情况。有无呼吸困难及其性质。

(二) 触诊：

1. 证实呼吸运动的望诊所见——令病人作深呼吸，自上而下检查胸廓起伏是否一致即呼吸动度的检查，另外注意胸壁弹性，皮下气肿及胸壁有无压痛点。

2. 语音震颤，将两手掌面平放两侧胸部的对称部位，嘱被检查者说低音调“1——”以感觉胸廓上的震颤音。

触觉语颤的检查要求是：检查者用双手手掌平置于病人胸部，嘱病人发长“一”，双手掌能感知振动。检查顺序由上到下，由前胸到后胸，双手交叉，左右对比。发长音“一”为低频振动，较易被触觉感知。发音不宜过短，如发音短促，亦不易被感知和判断。

3. 胸膜摩擦感：双手掌面平放于胸廓两侧活动度最大的部位（第四、五肋骨处）。令病人深吸气，手掌面感觉有无摩擦感。

(三) 叩诊：

1. 方法：首先练习手指叩诊技术，把左手中指掌面轻放于被叩处，其他各指不宜与体表接触，右手中指微曲以指尖垂直地下落，向左手中指节叩打、叩诊时用力要均匀，勿用力过重，主要用右手腕力进行。通常在同一部位叩打二、三次后，再移到他处叩打，其移动距离不宜过宽。

肺部叩诊时请病人端坐，头稍向前倾，两手下垂或置于膝上（不宜交叉，以避免肌肉紧张，妨碍叩诊音）。应使患者安静、呼吸保持均匀、医生面对病人。叩诊肺后面时在病人后面进行叩诊。

2. 辨别叩诊音的变化：

①清音：肺野区域均为清音。

②浊音：肺及心脏比较浊音、肝绝对浊音（实音）。

③鼓音：胃鼓音区（胃底气泡区）。

3. 测定肺脏境界：

前面从锁骨上窝中央开始，向上和稍向颈侧叩打（后面以肩胛上窝中央开始，向第七颈椎叩打），叩出清音变为浊音为止，测量高度以厘米表示，正常3—5厘米，为肺尖的高度，一般未查。

①肺上界：（康尼氏峡区宽度）将作叩诊板的手指放在正对锁骨上窝中央的斜方肌前沿，先向外叩诊，再向内叩诊至浊音为止，然后测量此清音距离的宽度，以厘米表示之，正常宽4—6厘米。

②肺的下界：右肺下界——沿锁骨中线、腋中线、肩胛线自上而下地在肋间隙叩诊，由肺清音转变为浊音的部位即为肺下界。记录其肋间隙下之肋骨。左肺下界——按同法进行（因心脏影响，可只叩腋中线、肩胛线）。正常人平静呼吸时，肺下界大致于锁骨中线第6肋骨，腋中线第8肋骨、肩胛角线第10肋骨。

4. 肺野之比较叩诊：由肺尖开始，从上到下，由外向内，先前再后，顺着每一肋隙，每一部份，按对称的位置进行比较叩诊。应识别肺野叩诊音的正常分布。

5. 肺底活动度的检查：先令被检查者保持平静呼吸、在背部叩出肺之下界，用笔划表示，再令被检查者深吸气，当深吸气最深时，令被检查者保持深吸气状态，迅速叩出肺之下界并标记之。然后再令被检查者深呼气，当深呼气之末，令被检查者保持于深呼气状态，再叩出肺之下界，并标记之，深呼气及深吸气肺的变化范围以厘米表示，即肺底活动范围，分别于左右两侧背面肩胛甲线处进行，正常6—8厘米。

(四) 听诊

1. 听诊时注意事项：请受检者将受检部位充分暴露，以免发生体表摩擦音，被检者采取坐位，体位应舒适，室内宜温暖，听诊时请被检者行较深而均匀的呼吸，勿自口腔发出任何声音，听诊之前应检查听诊器有无故障，勿使听诊器接触其它任何物体、听诊器之耳端应弯曲向前内与耳道方向相合，听诊器之胸端与胸壁应接触紧密，中间不得有空隙，但不宜过于用压力，应注意体表有无毛发，有毛发可能影响听诊。
2. 呼吸音：首先熟悉肺泡呼吸音之特点，注意混合音（即支气管肺泡呼吸音）之特点，应注意他们在吸气时及呼气时声音长短、强弱及音调之高低，比较在正常情况下各部位呼吸音强弱的不同。
3. 语音传导：耳语音：被检者：用耳语说“一”时，此音的振动经过气管，支气管及肺泡向胸壁传导，用听诊器在胸壁可听到柔软而模糊的语言，正常人在上胸部及肩胛区听诊较为明显，检查时要在两侧对称位比较其强弱及性质。

实习四 异常呼吸系统的物理检查

一、目的要求：学习呼吸系统视、触、叩、听的检查方法及发现异常体征，认识各种异常体征。了解其临床意义并写出病历报告。

学习内容与方法：

1. 由教师带领学生进病房，进行异常肺脏的视、触、叩、听的检查，学习异常体征的检查方法及特点，并了解其临床意义。
2. 每 3 — 5 个学生分一个病房，进行问诊和查体并每人写出病历报告。

一、视诊：

1. 病理性胸廓——桶状胸、扁平胸、佝偻病胸、胸廓一侧或局部塌陷，胸壁静脉怒张或扩张、乳房大小及对称性。
2. 呼吸运动——呼吸运动每分钟次数、节律、深度的改变、双侧呼吸运动是否相等，呼吸困难的类型：是呼气困难或吸气困难，吸气时有无肋间、上腹部、胸骨上窝锁骨上窝的凹陷（三凹征）。

二、触诊

1. 双侧呼吸动度是否相等：双手掌平放于前胸对称部位，观察有无一侧呼吸运动的增强或减弱。
2. 语音震颤增强及减弱部位。
3. 有无胸膜摩擦感。

三、叩诊

1. 肺野内浊音、实音、过清音的出现及部位。
2. 肺尖的高度、宽度及肺下界有无变化。
3. 肺底活动度、有无一侧或双侧减弱。

四、听诊：

1. 呼吸音的增强或减弱，两侧是否相等。
2. 异常呼吸音的出现（支气管呼吸音及混合呼吸音）及其部位。
3. 罗音（干性罗音、湿性罗音）部位及数量、胸膜摩擦音及其部位。
4. 语音传导。

【正常和异常心脏体格检查】

实习五 正常心脏的物理检查

一、目的要求：学习正常心脏视、触、叩、听的检查方法及认识心脏的体征。

学习内容与方法：

由教师讲解心脏检查的方法并示教，复习“心动周期”，熟悉血液动力学及各房室瓣开放和关闭与心动周期的关系。

一、视诊： 1. 心前区：隆起及搏动情况。

2. 心尖搏动：位置、范围、强度、测量其搏动的面积（以厘米表示）。

二、触诊：

手应温暖，用手掌尺侧缘平放或用手指尖触心尖的搏动，压力要适宜、应仔细扣。

1. 证实望诊所见，心尖搏动位置、范围、强度。

2. 心前区及其它部位：有无震颤（猫喘）及异常搏动，摩擦感。

三、叩诊：

叩心界是指叩诊心脏相对浊音界。一般不要求叩诊心脏绝对浊音界。心界叩诊的顺序是：先叩左界，后叩右界，由下而上，由外向内。具体方法：先叩左界，从心尖搏动最强点外 2 — 3cm 处开始（一般为第五肋间锁骨中线稍外），由外向内，叩至浊音时用笔作一标记，再向上一肋间，直至第二肋间，均在清音变为浊音处作标记。然后叩右界：先叩出肺肝界，于其上一肋间（通常为第四肋间）由外向内叩出浊音界，逐一肋间向上，抵第二肋间，分别作标记。用硬尺测量前正中中线至各标记点的垂直距离。再测量左锁骨中线至前正中线的距离。心界叩诊的方法与采取的体位有关。病人坐位时，检查者对面而坐，左手叩诊板指与心缘平行（即与肋间垂直）。病人卧位，检查者立于病人右侧，则左手叩诊板指与心缘垂直（即与肋间平行）。其它叩诊心界方法，如顺序由上至下，先右后左，或为了叩诊板指与心缘平行。将左手叩诊板指改为从头侧伸向足侧等，均不能作为规范动作。

用间接叩诊法，叩击心脏的比较（相对）浊音界。

1. 顺序：先左后右、从下向上，由外向内。

左缘：先叩出肝上界（肝相对浊音界），在其上一肋间隙开始，按肋间顺序向上叩至 2 肋隙。

右缘：自可见心尖搏动的肋隙开始，按肋间顺序向上叩至 2 肋隙。

2. 正确的测量及记录，并以示意图表示：

右（厘米）肋间 左（厘米）

3	II	3
3	III	4
4	IV	6
-	V	9

锁骨中线至前正中线的距离：（以厘米表示）

四、听诊：

1. 听诊的部位及顺序：心尖区（二尖瓣区）—肺动脉瓣区—主动脉瓣区—主动脉瓣副区—三尖瓣区；

2. 听诊的内容：心率、心律、心音、杂音及心包摩擦音。

①心率：正常 60 — 100 次 / 分。

②心律：窦性心律整齐或窦性心律不齐均为正常。

③心音：第一、第二心音强弱有无变化，掌握第一、第二心音的特点及区别第一、第二心音。

血管检查：

（一）桡动脉：观察其频率、节律、双侧桡动脉、股动脉及足背动脉搏动强度的对称性，

扪之有无索状感（动脉硬化）。

（二）血压检查：

2. 注意事项：

①血压计水银面应调在零点。

②被测动脉与心脏右心房放在同一平面，坐位时约与第四肋软骨同高、卧位时约放在腋中线水平。

③病人应脱去或卷上上衣衣袖。衣袖应较松以便血液循环通畅。

④束带应松紧适宜，褶理平顺整齐，束带中部对着肱动脉、下缘应距肘窝 2 — 3cm，橡皮带不应褶皱。

⑤病人应保持安静、测量前应休息五分钟以上。

2. 方法：一切准备就绪，即开始测量，一手摸肱动脉，一手握皮球加压，至手不能摸到动脉搏动时，再继续注气使水银柱再升高 30 毫米左右，停止加压（加压时应用迅速动作，每次加压不得过多，令水银柱均匀缓缓上升），此时即将听诊器准确放置于肱动脉处，然后放气使水银柱徐徐下降，听到第一个声音时水银柱所表示之刻度即为收缩压，继续放气，使水银柱继续下降，待音调突然明显减弱或消失时，即是舒张压，再使水银柱继续下降。同法共测二次（每次必将水银柱降至零后再重新注气）以最低值为准，记录出所测得之血压，以收缩压 / 舒张压毫米汞柱表示之，舒张压可同时记录声音改变及消失时的汞柱高度（例如：120/70 — 60mmHg），并注明测定血压时被检查者的位置与所用肢体（如右臂、卧位测定）。

实习六 异常心脏的物理检查

一、目的要求：学习心脏异常体征的检查并了解其临床意义，重点掌握二尖瓣及主动脉瓣损害时的杂音。

学习内容与方法：

带领学生进病房，反复进行心脏异常体征的检查。

一、心脏检查

1. 心前区是否隆起。

2. 心尖搏动的位置、强度、范围有无改变。

3. 心前区是否有弥散性搏动，上腹部是否有异常搏动。

（二）触诊：

1. 注意心尖搏动的位置、强度、体会抬举性心尖搏动。

2. 检查心脏各瓣膜区有无震颤（猫喘），并注意出现部位及时期，决定震颤出现在收缩期或舒张期的方法如下：

①利用心尖搏动——与心尖冲击手掌之同时发生，且比心尖冲击之时间更长者为收缩期震颤，在心尖冲击手掌之后发生者为舒张期震颤。

②利用颈动脉的搏动——紧随颈动脉跳动时发生者为收缩期震颤，在发生于其后者为舒张期震颤。

③利用心音听诊——紧随第一音之后发生者为收缩期震颤，紧随第二音之后发生者为舒张期震颤。

（三）叩诊：

1. 注意心界大小及形状，心界呈靴形、烧瓶形。

2. 心界缩小：见于肺气肿。

（四）听诊：

1. 心率：心动过速：100 次 ~160 次 / 分，为窦性心动过速；心动过缓，60 次 / 分以

下可为窦性心动过缓。

2. 节律：心律不齐，如期前收缩，心房纤颤。

3. 心音：第一心音增强及减弱，二尖瓣拍击音，P2 亢进，P2 分裂、A2 亢进，第三心音及奔马律。

4. 杂音

①部位：最清楚的部位在瓣膜听诊区。

②时间：收缩期或舒张早、中、晚期，可用下列示意图表示。

③性质：吹风样，隆隆样（雷鸣样）等。

④强弱：收缩期杂音强弱按六级分类法。

⑤传导：传导方向。（与杂音发生时该处血流方向有关）。

4. 心包摩擦音：部位。

血管检查

（一）于半坐位观察颈动脉搏动是否加强，颈静脉是否有怒张及搏动。

（二）检查脉搏（以桡动脉为主）注意节律、速率、强弱、血管壁硬度，有无脉搏短绌，水冲脉、缓脉、奇脉、节律不齐等现象。

（三）股动脉有无枪击声及杜——柔二氏征。

（四）有无毛细血管搏动，轻压指甲端，观察是否有与脉搏一致，交替出现，时红、时白的现象。

（五）检查血压是否有升高或过低。

【正常和异常腰腹等部位体格检查】

实习七 正常腹部、腰部、脊柱、四肢及肛门外生殖器的检查

目的要求：

腹部及腰部的检查方法及认识正常现象。

学习内容与方法：

由一个学生作被检查者，教师示范。

一、腹部的标志、区域和划线：

（一）九分法：将腹部的上下及左右各划一条线，即平两侧髂前上棘及肋弓下沿分别划二水平线，再经左右两侧髂前上棘至正中线之中点划二条垂直线，将腹部分为九部，即上腹部、左右季肋部、脐部、左右腰部、下腹部及左右髂部。

（二）四分法：沿腹部正中作一垂直线平脐部作一横线，将腹部分为四部，即左上腹部、右上腹部、左下腹部及右下腹部。

二、腹部检查：

（一）视诊：

腹部外形、呼吸运动、腹壁静脉，有无肠形蠕动波、腹壁皮肤、肚脐情况、腹股沟有无病变、腹围测量（用软尺测量第四腰椎脊突至脐的周径、饭前便后测量）。

（二）触诊：

1. 触诊前必须注意下列条件：

（1）病人的体位：目的在于使病人舒适并能使腹壁肌肉弛缓，适合于医生的检查，可按需要采取以下体位。

- ①直立法：病人直立，身稍向前倾。
- ②仰卧位：为了使病人腹臂肌肉达到最大的弛缓可同时使病人头稍高，髋关节和膝关节稍弯曲。
- ③右侧卧位：对脾脏触诊有帮助。

(2) 医生的位置：

- ①病人采取直立位时，医生应坐于病人之右侧，面向病人，以左手支持病人腰部、右手触诊。
- ②病人采取卧位时，医生应坐或立于病床右侧，面向病人，右手前臂应置于水平位。
- ③医生的手应温暖灵活、指甲剪短，常用右手检查，检查时主要为掌指关节及腕关节用力。

(3) 触诊的技巧：

- ①触仍的动作应尽可能轻柔，需要时逐渐增加压力。
- ②训练病人行均匀而深的腹式呼吸、呼气时腹臂肌肉稍弛缓，有利于进行深部扪诊。
- ③检查神经兴奋性增高的人，当手刚一接触其腹壁或甚至还没有接触时，常有出现腹肌的急剧收缩，此时可利用对话来分散其注意力，并先用浅扪诊法使病人适应于手的触诊。
- ④先从无病部位开始触诊，然后再转到有病的部位。

2. 练习腹部各种触诊法：

(1) 浅部触诊法：用自然平放的全手掌面作腹壁的一般触诊，从下腹开始，此检查法用以了解腹肌紧张度、浅压痛、抵抗感、肿块和脏器肿大。

(2) 深部触诊法：主要是用手指，一般需稍用力，本法用于检查腹内深部包块及了解盲肠及胆囊，更深的触诊时，往往需用双手。

①深部滑行触诊：病人平静呼吸、腹肌松弛，医生将弯曲的手指末端（第二、三、四手指）在病人呼气腹肌松弛时，逐渐压向腹后壁，触诊深部的脏器和组织。

②双手触诊法：用一手（通常是左手）把被检查者的某一器官保持于一定位置或将其推向另一（通常是右手）触诊的手，进行触诊，这种检查法可应用于检查肾、肝、脾、妊娠的子宫、肿物和女性的内生殖器官。

③冲击（浮沉）触诊法：腹腔积液时，欲触诊增大的肝、脾以及腹腔内大的肿物需用此法，将右手三个或四个手指互相并紧并稍屈曲，然后垂直地放于腹壁的一定部位，作出二、三次短促而有力的冲击，此时手指末端可以突然排开腹水触到所探查的实体。

④波动感：病人仰卧、检查者以左手放于病人腹部一侧。再令患者或一助手将其手之尺侧沿前正中线压于腹壁正中，而检查者以右手拍击另一侧对称部位，所产生的冲击振即可通过液体传导而使对侧触诊之手感觉到，用于诊查腹水。

⑤振水音：病人采取平卧位，以右手始终触及腹壁，进行冲击触诊（检查者的左手边缘横竖于腹上部左肋下缘）；如胃内或肠内有较多的气体或液体，则很容易引起振水音。应该自上而下在不同的部位确定振水音，通常用于检查胃潴留。

⑥反跳痛：以手指压迫腹部某处，突然放开时所产生的疼痛即反跳痛。

⑦ Murphy 征：医师以左手掌平放于病人右肋缘以上部，左手大拇指放在腹直肌外缘与肋弓交界处（即胆囊点），左手其余四指与肋骨垂直交叉。然后属病人作深吸气，如在吸气过程中因胆囊碰及按压之左手拇指发生疼痛而突然中断吸气动作，此现象称为 Murphy 征。只有压痛而无吸气动作中断或停止，不能称为 Murphy 征阳性，只称胆囊压痛。

3. 正常腹部可触到脏器：较瘦的人可触及脊柱腹主动脉搏动、右肾下极。在右肋缘下可扪得肝脏，左下腹部也可能扪得乙状结肠，尚应触诊腹股沟淋巴结及股动脉。

(三) 叩诊：

- 1. 肝浊音存在否，特别是右腋下部份。
- 2. 肝浊音上界，位于右第几肋隙（锁骨中线）。
- 3. 按四分法叩腹部：一般为鼓音，也可能某处出现浊音，视肠胃内容物而定，左上腹胃底

处，一般可叩得鼓音。

4. 移动性浊音检查法：令病人平卧，自脐部向一侧腹部叩诊，叩得浊音（或实音）后，作为叩诊板的手指勿移动再令病人转向另一侧卧，叩原处，如由浊音（或实音）变为鼓音，此即为移动性浊音，同样再叩另一侧。

（四）听诊：肠鸣存在否，音调高低，是否活跃。

三、腰部检查：

令病人采取坐位（或侧卧位）进行检查。

（一）触诊：

双侧腰部肌肉是否柔软、对称、有无压痛，特别注意肋腰角及肋脊角，有无包块。

（二）叩诊：

双侧有无叩痛，叩力应由轻而重，叩时应以一手作垫，采取间接叩击法。

四、脊柱：四肢、关节检查

（一）脊柱：有无畸形、局部压痛、叩击痛、活动受限。

（二）四肢：有无畸形、杵状指（趾）、匙状指、手指震颤、下肢静脉曲张、坏疽。

（三）关节：有无运动障碍、畸形、肿胀、发红、压痛、动感、喀嚓声。

五、肛门：

直肠及外生殖器的检查：

（一）外生殖器：发育是否正常，有无畸形、疤痕、溃疡、糜烂、尿道口有无分泌物，双侧睾丸是否已下降入阴囊，有无积液、压痛、精索有无肿大、结节。

（二）肛门及直肠：有无外痔、脱肛、肛门裂、瘻道、指诊检查肛门括约肌张力是否正常，前列腺有无肿大及压痛，直肠内有无肿块及压痛。

实习八 异常腹部及腰部检查

目的要求：学习如何检查及认识腹部和腰部异常体征，了解其临床意义。

实习内容及方法：

1. 带领学生进病房，作腹部及腰部异常体征的检查并讲解其临床意义。
2. 每 3~5 个学生分一个病人，进行问诊及查体，并每人书写一份病历。

一、腹部的异常体征：

（一）望诊：

1. 外形异常：舟状腹、蛙腹、局部隆起、腹围增大。
2. 腹壁静脉曲张，注意其血流方向。
3. 紫纹、妊娠纹及手术瘢痕。
4. 脐膨出。
5. 蠕动波：部位及方向。

（二）触诊：

1. 腹肌紧张、强直、腹部压痛、反跳痛。
2. 腹内包块部位、大小、硬度、压痛、活动度。
3. 肝、脾长大，注意测量大小，注意其硬度，表面光滑否，有无结节及其大小，边缘锐、钝，伴有腹水者可用冲击触诊法检查。
4. 波动感。
5. 振水音。

（三）叩诊：

1. 肝浊音界。
2. 移动性浊音。

3. 肝胆区、肝、胆及其它部位的叩击痛。

(四) 听诊:

肠蠕动的增多、减少及音调改变, 有无血管杂音。

二、腰部异常体征:

(一) 视诊:

一侧丰满、凸出、强迫性腰屈曲。

(二) 触诊:

肋脊角压痛、肋腰角压痛。

(三) 叩诊:

腰部叩痛。

【神经系统检查】

实习九 正常神经系统检查

目的要求: 学习常用神经系统的检查方法及认识正常现象和临床意义。

学习内容与方法:

由一个学生作被检查者, 教师示范讲解, 然后学生互相检查。

一、颅神经: 重点为面神经及舌下神经。

(一) 嗅神经: 嗅神经是感觉神经, 应用一瓶樟脑, 一瓶薄荷分别置于患者 (闭目左右鼻孔下试之, 不试的一侧可令患者用手按住, 试验结果分别为正常、减退、消失, 异常、过敏、一侧或二侧等, 双侧嗅觉障碍没有重要意义, 大都是鼻腔和鼻道疾病所致; 额叶和脑底 (前颅窝) 病引起一侧嗅觉丧失或嗅觉减退。

(二) 视神经: 视神经是感觉神经, 当患者有视物模糊, 视力减退、盲点、头痛等症状时: 应检查视神经, 包括:

①眼底: 用直接检眼镜检查 (略)。

②视力: 可用远或近距离视力表。(略)

③视野: 正视前方, 眼球深持不动, 所能看见的最大范围。颞侧 90° , 鼻侧 $50^{\circ} \sim 70^{\circ}$, 上方 60° , 下方 $60^{\circ} \sim 70^{\circ}$ 。

(三) 动眼神经: (四)、滑车神经: (五)、外展神经: 由于动眼滑车, 外展三对神经同管眼球运动, 且常同时受累, 故应同时检查。注意复视、斜视、眼裂、眼球运动、瞳孔。

(六) 三叉神经: 是混合神经, 其运动纤维主要支配咀嚼肌、感觉纤维周围性分布分为:

①三叉神经眼支。

②三叉神经上颌支。

③三叉神经下颌支。

检查方法: 面部感觉, 角膜反射, 咀嚼运动等。

(七) 面神经: 支配面部表情肌及舌前 $2/3$ 味觉, 而神经瘫痪分为中枢型面瘫及周围型面瘫。

中枢型面瘫 (上神经元瘫痪): 面神经核的上部受双侧大脑运动皮层支配, 而面神经核的下部仅接受外侧运动皮层的支配, 所以核以上组织 (皮层、皮层——脑干纤维、内囊或桥脑等) 受损时, 表现为病变对侧下面部表情肌瘫痪, 如鼻唇沟变浅, 口角斜向对侧, 不能吹口哨, 鼓腮漏气, 而皱眉、蹙额尚好, 常见于脑血管病变, 脑内肿瘤或炎症。

周围型面瘫 (下神经元瘫痪): 面神经核或一侧面神经受损时, 则引起整个同侧面部肌

肉瘫痪。病变侧不能蹙额、皱眉、闭眼、露齿、鼓腮、吹口哨、鼻唇沟变浅，口角偏向健侧，常见于耳部或脑膜感染，听神经瘤以及脑干的炎症，肿瘤或血管病，也可由受凉，寒风吹拂引起神经管内充血，水肿压迫面神经而成面瘫。

(八) 听神经：听神经是感觉神经，听神经可分(耳)蜗神经和前庭神经两部，听力检查，对话、耳语、弹指甲、听表等检查，听神经损害出现听力障碍及耳鸣。前庭症状主要是平衡障碍，包括：步态不稳、眩晕、眼球震颤等。

(九) 舌咽神经：(十)、迷走神经，舌咽和迷走神经有着共同的起始核。行走的路径也差不二多，功能也是密切配合的，所以临床检查这两对神经时，一般不需分开，检查时注意悬雍垂是否居中，软腭上举是否有力，患者发“啊——”时观察，声音有无嘶哑，吞咽有无呛咳，咽反射是否存在等。

(十一) 副神经：是运动神经，支配胸锁乳突肌和斜方肌，作用是头转向对侧(胸锁乳突肌)，使臂、肩和锁骨肩峰上举(耸肩)，并使两臂举过水平线(斜方肌)。

(十二) 舌下神经：是运动神经。支配舌肌全部，观察伸舌时有无偏斜及有无舌肌萎缩。若一侧舌下神经的核上性病变(中枢性损害)引起伸舌时偏向病灶对侧，并无舌肌萎缩及肌纤维震颤，若一侧舌下神经的核下性病变(周围性损害)引起伸舌时偏向病灶侧，并伴有舌肌萎缩及肌纤维性震颤。

二、感觉(四肢及腹部)

(一) 浅感觉：触觉、痛觉、温度觉。

(二) 深感觉：关节屈、伸位置觉。

三、运动与共济运动

(一) 运动、步态、肌力、被动活动(肌紧张等)。

(二) 共济运动：

1. 昂伯氏征：病人闭目直立，两手下垂，两脚靠拢，若病人在这种姿态下能站立自如而不摇动，即无共济失调现象，若病人在这种姿态下左右摇摆不定，甚或失去平衡而跌倒，即为昂伯征阳性。

2. 指鼻试验：病人闭目端坐，一臂向外平伸，然后屈肘使收回的手指触于自己的鼻上，注意完成这运动的准确性，及手有无震动；无共济失调时，病人伸出的手指能准确地落于鼻尖上。

3. 跟膝试验：病人取仰卧位，用一只脚的踝部放在另一下肢的膝部，并将足跟沿小腿的胫骨前沿向下推动至大趾处，注意动作是否准确，病人如能正确完成此动作，即无共济失调。

四、神经反射：

(一) 浅反射：

1. 角膜反射：用棉花刺激角膜引起闭目反射。

2. 腹壁反射：病人仰位，使腹壁完全松弛，用竹签或钝针划腹壁皮肤(上、中、下)，腹壁反射存在时，可看到相应部位的腹壁肌肉收缩。

3. 提睾反射：用竹签、钝针轻划大腿内侧的皮肤，同时提睾肌即收缩而使睾丸上升。

注意检查腹壁和提睾反射时轻划的方向

(二) 深反射(生理反射)：

1. 膝腱反射：被检查者取坐位或卧位，膝关节屈曲，用叩诊锤叩打股四头肌腱固定处(髌骨与胫骨间)，反应为四头肌收缩，小腿伸展。

2. 跟腱反射：被检查者取卧位、足部稍向背曲，用叩诊锤打跟腱，反应为腓肠肌收缩，足向跖屈曲。

3. 二头肌反射：被检查者的肘部屈曲，并使前臂稍向内转，检查者以左拇指置于被检查者肱二头肌腱上，用叩诊锤叩打检查者为左拇指，反应为二头肌收缩，表现为前臂呈快速的屈

曲运动。

4. 三头肌反射：被检查者的肘部屈曲，叩诊锤叩打尺骨鹰嘴突上方的三头肌腱附着处，反应为三头肌收缩，前臂的伸展运动。

作上述检查时，被检查者的肢体必须放松，两侧肢体保持对称：检查中应取得被检查者合作，并转其注意力，检查时应双侧互相比对，叩诊锤叩打力量及部位必须一致。

1. Babinski 征：用竹签或叩诊锤柄呈尖形的一端轻划足底面的外侧沿。若拇趾向足背屈曲，其他足趾扇状散开，为 Babinski 征阳性。

椎体束有病变时，尚有其他病理反射呈现阳性，如 Oppenheim 征 Gordon 征，等。

2. Hoffmann 征：检查者用左手扶住被检查者腕部，使之稍向背侧屈曲，并使各手指分开而轻度屈曲。检查者用右手食指与中指挟持被检查者中指末端指骨间关节，并用右手拇指尖垂直按于该中指指甲远端，使中指远侧端屈曲往下，此时检查者右手指尖突然滑下，使该中指远侧端突然弹起，若病人该手拇指作屈曲或内收，同一手四指亦作屈曲运动，为 Hoffmann 征阳性，可见于椎体束疾患。

3. 阵挛：阵挛是在腱反射明显增强的情况下，突然强力牵引肌腱而产生的肌肉节律性收缩，常见的有：

(1) 腓阵挛：病人仰卧，下肢伸直，检查者用拇指和食指捏住病人髌骨上缘，骤然用力向下推动几下，若髌骨呈现急速的节律上下移动，即为阳性。

(2) 踝阵挛：病人仰卧，髌、膝关节屈曲，检查者一手托住病人的腘窝部，另一手握紧病人的脚前部，急速用力使其踝关节背屈，若踝关节呈现快速的节律阵挛动作，即为阳性。

腓及踝阵挛出现于椎体束受损害时，精神紧张的人也可出现阵挛，但持续时间短且为两侧性。

4. 脑膜刺激征：

(1) Kernig 征：病人仰卧，两腿平放，伸直并向上抬，如病人感到疼痛而难以将膝关节伸直时，则为阳性反应。为脑膜受刺激、致下肢屈肌紧张增强表现。

(2) Brudzinski 征：病人仰卧，双下肢伸直，检查者将病人的颈部向前屈曲，使其下颌与胸部接近，如引起双侧髌、膝关节屈曲，则为阳性反应。

以上两种病理反应均为脑膜刺激的征象，见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。

5. 直腿抬高试验 (Laseque 征)：病人仰卧，两下肢伸直，检查者分别将其伸直的一侧下肢慢慢抬高（膝关节保持伸直位）。正常活动范围为 80° ，若下肢被抬至一定高度时即感腰部或臀部剧痛并向下肢放射，使下肢不能继续上举，即为阳性，见于坐骨神经痛。

【全身体格检查】

实习十 全身检查示教

(包括脊柱、四肢、肛门、外生殖器)

目的要求：全面系统学习全身体格检查方法；并了解检查的正规步骤。

实习内容及方法：

一、示教全身体格检查方法

按区域顺序检查：

(一) 病人卧位：一般检查→头颈→前胸→后胸→腹部→肛门外生殖器→脊柱四肢→神经系统（淋巴结分区检查，统一记录）。

(二) 病人坐位：一般检查→头颈→前胸→后胸→腰骶部→脊柱→四肢→腹部→肛门外生殖器（淋巴结分区检查，统一记录）。

二、示教脊柱、四肢、肛门、外生殖器检查：

（一）脊柱：脊柱侧弯、驼峰或运动受限、棘突压痛。

（二）四肢：注意畸形及异常发育，关节形状及运动障碍，杵状指（趾），手掌扑击样震颤、手指震颤、下肢静脉曲张及凹陷性水肿。

（三）肛门：痔核、肛裂及肛瘘。

（四）外生殖器：

男病人注意阴毛多少、阴茎大小、包皮有无过长、睾丸大小、对称性、压痛、有无阴囊积液、压痛，女病人亦应注意阴毛多少、分布、大小阴唇及阴蒂发育情况。

全身体格检查基本项目

1. 一般检查及生命体征

- (1) 准备和清点器械
- (2) 自我介绍（说明职务、姓名，并进行简短交谈以融洽医患关系）
- (3) 观察发育、营养、面容表情和意识等一般状态
- (4) 当受检者在场时洗手
- (5) 测量体温（腋温，10 分钟）
- (6) 触诊桡动脉至少 30 秒
- (7) 用双手同时触诊双侧桡动脉，检查其对称性
- (8) 计数呼吸频率至少 30 秒
- (9) 测右上肢血压二次

2. 头颈部

- (10) 观察头部外形、毛发分布、异常运动等
- (11) 触诊头颅
- (12) 视诊双眼及眉毛
- (13) 分别检查左右眼的近视力（用近视力表）
- (14) 检查下眼睑结膜、球结膜和巩膜
- (15) 检查泪囊
- (16) 翻转上睑，检查上睑、球结膜和巩膜
- (17) 检查面神经运动功能（皱眉、闭目）
- (18) 检查眼球运动(检查六个方向)
- (19) 检查瞳孔直接对光反射
- (20) 检查瞳孔间接对光反射
- (21) 检查聚合反射
- (22) 观察双侧外耳及耳后区
- (23) 触诊双侧外耳及耳后区
- (24) 触诊颞颌关节及其运动
- (25) 分别检查双耳听力（摩擦手指，或用手表音）
- (26) 观察外鼻
- (27) 触诊外鼻
- (28) 观察鼻前庭、鼻中隔
- (29) 分别检查左右鼻道通气状态
- (30) 检查上颌窦，注意肿胀、压痛、叩痛等
- (31) 检查额窦，注意肿胀、压痛、叩痛等
- (32) 检查筛窦，注意压痛
- (33) 检查口唇、牙齿、上腭、舌质和舌苔
- (34) 借助压舌板检查颊粘膜、牙齿、牙龈、口底
- (35) 借助压舌板检查口咽部及扁桃体
- (36) 检查舌下神经（伸舌）
- (37) 检查面神经运动功能（露齿、鼓腮或吹口哨）
- (38) 检查三叉神经运动支（触双侧嚼肌，或以手对抗张口动作）
- (39) 检查三叉神经感觉支（上、中、下三支）

- ### 3. 前侧胸部

- PDF created with FinePrint pdfFactory Pro trial version <http://www.fineprint.com>

(81) 听诊主动脉瓣第二听诊区 (心音、杂音、摩擦音)

(82) 听诊三尖瓣区 (心音、杂音、摩擦音)

听诊先用膜式胸件, 酌情用钟式胸件补充

得分

总分: 15 分

4. 背部

(83) 请受检者坐起

(84) 充分暴露背部

(85) 观察脊柱、胸廓外形及呼吸运动

(86) 检查胸廓活动度及其对称性

(87) 检查双侧触觉语颤

(88) 检查有无胸膜摩擦感

(89) 请受检者双上肢交叉

(90) 叩诊双侧后胸部

(91) 叩诊双侧肺下界

(92) 叩诊双侧肺下界移动度 (肩胛线)

(93) 听诊双侧后胸部

(94) 听诊有无胸膜摩擦音

(95) 检查双侧语音共振

(96) 触诊脊柱有无畸形、压痛

(97) 直接叩诊法检查脊椎有无叩击痛

(98) 检查双侧肋脊点和肋腰点有无压痛

(99) 检查双侧肋脊角有无叩击痛

得分

总分: 5 分

5. 腹部

(100) 正确暴露腹部

(101) 请受检者屈膝、放松腹肌、双上肢置于躯干两侧, 平静呼吸

(102) 观察腹部外形、对称性、皮肤、脐及腹式呼吸等

(103) 听诊肠鸣音至少 1 分钟

(104) 听诊腹部有无血管杂音

(105) 叩诊全腹

(106) 叩诊肝上界

(107) 叩诊肝下界

(108) 检查肝脏有无叩击痛

(109) 检查移动性浊音 (经脐平面先左后右)

(110) 浅触诊全腹部 (自左下腹开始、逆时针触诊至脐部结束)

(111) 深触诊全腹部 (自左下腹开始、逆时针触诊至脐部结束)

(112) 在右锁骨中线上单手法触诊肝脏

(113) 在右锁骨中线上双手法触诊肝脏

(114) 在前正中线上双手法触诊肝脏

(115) 检查肝颈静脉回流征

(116) 检查胆囊点有无触痛

(117) 双手法触诊脾脏

- (118) 如未能触及脾脏，嘱受检者右侧卧位，再触诊脾脏
- (119) 双手法触诊双侧肾脏
- (120) 检查腹部触觉（或痛觉）
- (121) 检查腹壁反射

得分

总分：10 分

6. 上肢

- (122) 正确暴露上肢
- (123) 观察上肢皮肤、关节等
- (124) 观察双手及指甲
- (125) 触诊指间关节和掌指关节
- (126) 检查指间关节运动
- (127) 检查上肢远端肌力
- (128) 触诊腕关节
- (129) 检查腕关节运动
- (130) 触诊双肘鹰嘴和肱骨髁状突
- (131) 触诊滑车上淋巴结
- (132) 检查肘关节运动
- (133) 检查屈肘、伸肘的肌力
- (134) 暴露肩部
- (135) 视诊肩部外形
- (136) 触诊肩关节及其周围
- (137) 检查肩关节运动
- (138) 检查上肢触觉（或痛觉）
- (139) 检查肱二头肌反射
- (140) 检查肱三头肌反射
- (141) 检查桡骨膜反射
- (142) 检查 Hoffmann 征

得分

总分：10 分

7. 下肢

- (143) 正确暴露下肢
- (144) 观察双下肢皮肤、外形等
- (145) 触诊腹股沟区有无肿块、疝等
- (146) 触诊腹股沟淋巴结横组
- (147) 触诊腹股沟淋巴结纵组
- (148) 触诊股动脉搏动
- (149) 检查髋关节屈曲、内旋、外旋运动
- (150) 检查双下肢近端肌力（屈髋）
- (151) 触诊膝关节和浮髌试验
- (152) 检查膝关节屈曲运动
- (153) 检查髌阵挛
- (154) 触诊踝关节及跟腱
- (155) 检查有无凹陷性水肿

- (156) 触诊双足背动脉
- (157) 检查踝关节背屈、跖屈活动
- (158) 检查双足背屈、跖屈肌力
- (159) 检查踝关节内翻、外翻运动
- (160) 检查屈趾、伸趾运动
- (161) 检查下肢触觉（或痛觉）
- (162) 检查膝腱反射
- (163) 检查跟腱反射
- (164) 检查 Babinski 征
- (165) 检查 Chaddock 征
- (166) 检查 Oppenheim 征
- (167) 检查 Gordon 征
- (168) 检查 Kernig 征
- (169) 检查 Brudzinski 征
- (170) 检查 Lasegue 征
- (171) 检查踝阵挛

得分 _____ 总分：15 分

8. 肛门直肠（仅必要时检查）

- (172) 嘱受检者左侧卧位，右腿屈曲
- (173) 观察肛门、肛周、会阴区
- (174) 戴上手套，食指涂以润滑剂行直肠指检
- (175) 观察指套是否有分泌物

9. 外生殖器检查（仅必要时检查）

- (176) 解释检查必要性，消除顾虑，保护隐私
- (177) 确认膀胱已排空，受检者仰卧位

男性：

- (178) 视诊阴毛、阴茎、冠状沟、龟头、包皮
- (179) 视诊尿道外口
- (180) 视诊阴囊，必要时作提睾反射
- (181) 触诊双侧睾丸、附睾、精索

女性：

- (178) 视诊阴毛、阴阜、大小阴唇、阴蒂
- (179) 视诊尿道口及阴道口
- (180) 触诊阴埠、大小阴唇
- (181) 触诊尿道旁腺、巴氏腺

10. 共济运动、步态与腰椎运动

- (182) 请受检者站立
- (183) 指鼻试验（睁眼、闭眼）
- (184) 检查双手快速轮替动作
- (185) 检查 Romberg 征（闭目难立征）
- (186) 观察步态
- (187) 检查屈腰运动
- (188) 检查伸腰运动
- (189) 检查腰椎侧弯运动

(190) 检查腰椎旋转运动

得分

总分：5 分

(191) 衣冠整洁（包括头发的梳理、手和指甲的清洁）（1 分）

(192) 行为举止大方，语言得体（1 分）

(193) 保持诊室环境整洁（1 分）

(194) 检查器械即时归位（1 分）

(195) 保护“病人”，合理暴露（2 分）

(196) 检查动作优美（1 分）

(197) 检查顺序一致（3 分）

编撰：罗仁峰