

题号	乡村全科助理医师 实践技能 第二站 体格检查
1	<p>肝脏叩诊, 心脏叩诊, 腋下淋巴结检查, 心肺复苏</p> <p>肝脏浊音界叩诊</p> <p>叩诊前, 被检者取仰卧位, 双腿屈曲, 充分暴露腹部, 检查者站立于右侧。</p> <p>肝上界叩诊时, 沿右锁骨中线由上向下, 逐一肋间进行叩诊, 当叩诊音由清音变为浊音时, 即为肝上界, 正常情况下位于第 5 肋间;</p> <p>肝下界叩诊时: 沿右锁骨中线, 由下向上叩诊, 当叩诊音由鼓音变为浊音时为肝下界。正常情况下位于右肋弓下缘。</p> <p>肝脏上下界叩诊后, 应用直尺测量上界与下界的距离, 正常情况下肝上界至肝下界的垂直距离为 9~11cm</p> <p>注意事项:</p> <p>肝上界的正常值, 肝上界在右锁骨中线位于第 5 肋间; 右腋中线上位于第 7 肋间, 右肩胛线第 10 肋间; 肝上界至肝下界的间距为 9~11cm。</p> <p>心脏叩诊</p> <p>心脏叩诊</p> <p>首先从心尖搏动最强点外侧 2cm 处开始, 由外向内叩诊, 当清音变为浊音时, 为心脏的相对浊音界, 并做好标记; 然后逐一肋间向上叩诊至第 2 肋间。</p> <p>叩诊右侧心浊音界时, 先从第二肋间开始沿右锁骨中线向下叩诊, 当清音变为浊音时为肝上界, 然后从肝上界的上一肋间开始, 以同样的方法, 叩至第 2 肋间, 并做好心浊音界标记即可。</p> <p>叩诊结束后, 用直尺测量各标记点到前正中线的距离, 即可得出心浊音界的范围。</p> <p>正常心浊音界范围为: 胸骨右缘第 2 和第 3 肋间距前正中线距离为 2~3cm, 第 4 肋间为 3~4cm; 胸骨左侧第 2 肋间距前正中线距离为 2~3cm, 第 3 肋间为 3.5~4.5cm, 第四肋间为 5~6cm, 第五肋间为 7~9cm。</p>

右 (cm)	肋间	左 (cm)
2~3	II	2~3
2~3	III	3.5~4.5
3~4	IV	5~6
无	V	7~9

(左锁骨中线距前正中线的距离为8~10cm)

腋窝淋巴

腋窝淋巴结解剖部位:

腋窝一共有五组淋巴群, 分别是:

腋尖群: 位于腋窝的顶部

中央群: 位于腋窝内侧壁近肋骨处

胸肌群: 位于胸大肌下缘深部

肩胛下群: 位于腋窝后皱襞深部

外侧群: 位于腋窝外侧壁

淋巴结检查方法

检查左侧时, 考生左手握被检查者左手, 将前壁稍外展, 右手三指(示、中、环指)并拢, 稍弯曲, 由浅入深, 先后触诊被检查者腋窝的: 顶部(腋尖群)、内壁(中央群)、前壁(胸肌群)、后壁(肩胛下群)和外壁(外侧群);

检查右侧时, 换用左手进行触诊, 检查顺序同上述。

心肺复苏:

一、操作前准备

在心肺复苏之前, 应注意以下几点: ①需要判断救治环境是否安全, 确认无危险因素后再接近病人; ②接近病人后, 操作者俯身, 将面部贴近病人口鼻处, 判断病人有无自主呼吸; 同时拍打双肩, 并呼叫病人, 以此判断病人是否失去意识; ③触摸颈动脉, 进一步确认患者是否心跳骤停; ④判定病人呼吸、心跳骤停后, 应将病人放置在硬板床或其他硬质平面上, 然后再进

	<p>行心肺复苏。</p> <p>二、胸外按压的部位</p> <p>做胸外按压时, 按压的部位为病人胸骨的中、下 1/3 交界处; “中、下 1/3 交界处”是指: 将病人的胸骨分成三段, 其中段与下段的交界点, 称为“中、下 1/3 交界处”; 在考试操作中, 大家可以以模拟人两乳头连线的中点, 快速的找到这一部位。</p> <p>三、开放气道的方法</p> <p>开放病人气道采用的是“仰头举颏”法, 具体操作方法是: 操作者将左手手掌置于患者的前额, 用力轻压头部使其后仰; 于此同时, 右手食指、中指置于患者颏骨下方, 顺势向上抬起患者的下颌, 使其下颌、耳垂的连线与地面垂直。</p> <p>四、人工呼吸的方法</p> <p>开放病人气道后, 行人工呼吸; 具体的方法是: 操作者将左手手掌置于患者的前额, 然后将左手拇指、食指捏紧患者鼻孔, 使其完全闭合; 与此同时, 操作者深吸气, 然后俯身, 用口将患者的口唇完全包住, 再深而快速的向患者口内吹气, 吹气量应维持在 500~600ml 之间, 时间应持续 1 秒以上, 频率要求在每分钟 10~12 次;</p> <p>在吹气的过程中, 操作者需要注意观察患者的胸廓是否抬起;</p> <p>在吹气结束后, 操作者需要松开捏鼻的手指, 并观察患者的胸廓是否恢复, 以胸廓的抬起和恢复来判定人工呼吸是否有效; 确认无误后再进行下一次人工呼吸。</p> <p>心肺复苏注意事项:</p> <p>平躺硬床, 利于心脏按压有效; 按压程度太浅不能形成有效的血液循环, 按压过深发生肋骨骨折的机会增加。</p>
2	<p>右肺下界叩诊, 麦氏点压痛</p> <p>肺下界叩诊</p> <p>在前胸壁叩诊肺下界时, 是由第二肋开始, 自上而下, 逐一肋间进行叩</p>

	<p>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;</p> <p>在腋中线叩诊肺下界时, 用同样的方法由上至下叩诊, 当清音变为浊音时, 即为肺下界, 正常情况下位于腋中线的第 8 肋间;</p> <p>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, 当清音变为浊音时, 即为肺下界, 正常情况下位于肩胛下角线第 10 肋间。</p> <p>Mc-Burney (麦氏点) 压痛: 麦氏点位于脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 交界处, 对疑似急性阑尾炎的患者, 找到麦氏点后, 用示指和中指按压此处, 被检者可感到疼痛加重, 表情痛苦, 若阑尾炎症波及腹膜壁层时, 亦可出现反跳痛。</p>
3	<p>肝下界触诊, 剑突下触诊, 委中穴提插法</p> <p>肝脏触诊</p> <p>腹部触诊前, 被检者应取仰卧位, 双腿屈曲, 充分暴露腹部, 检查者站立于右侧。</p> <p>单手触诊肝脏时, 右手与肋缘平行, 放置在脐水平线上, 当检查者呼气时手指压向腹深部, 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。前正中线触摸时也以同样方法触诊至肋弓下缘。</p> <p>双手触诊肝脏时, 检查者右手位置同单手法, 左手托住被检查者右侧腰部, 拇指张开放置于季肋部, 并向上抬起, 使肝下缘紧贴前腹壁, 这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指, 可提高触诊的效率。</p> <p>注意事项:</p> <p>肝脏触诊前, 应注意右手掌放置位置是在脐水平, 手指方向与肋弓下缘</p>

	<p>平行, 触诊中是以示指、中指末端外侧缘进行触诊。</p> <p>当触诊到肝脏后, 应注意其大小、硬度、有无痛感、结节、肿块及震颤等。</p> <p>前正中线上, 剑突基底至肝下缘的距离。正常肝脏: 肋下$\leq 1\text{cm}$, 剑突下$\leq 3\sim 5\text{cm}$, 上下径$9\sim 11\text{cm}$。</p> <p>委中穴提插法解析:</p> <p>提插法即将针刺入腧穴一定深度后, 施以上提下插的操作手法。针由浅层向下刺入深层的操作谓之插, 从深层向上引退至浅层的谓之提; 如此反复地上下呈纵向运动的行针手法, 即为提插法。提插幅度的大小、层次的变化、频率的快慢和操作时间的长短, 应根据患者的体质、病情、腧穴部位和针刺目的等灵活掌握。</p> <p>操作时, 指力要均匀一致, 幅度不宜过大, 一般以$3\sim 5$分为宜, 频率不宜过快, 每分钟60次左右, 保持针身垂直, 不改变针刺角度、方向。一般认为行针时提插的幅度大, 频率快, 刺激量就大; 反之, 提插的幅度小, 频率慢, 刺激量就小。</p>
4	<p>肝脏触诊, 甲状腺触诊</p> <p>肝脏触诊</p> <p>腹部触诊前, 被检者应取仰卧位, 双腿屈曲, 充分暴露腹部, 检查者站立于右侧。</p> <p>单手触诊肝脏时, 右手与肋缘平行, 放置在脐水平线上, 当检查者呼气时手指压向腹深部, 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。前正中中线触摸时也以同样方法触诊至肋弓下缘。</p> <p>双手触诊肝脏时, 检查者右手位置同单手法, 左手托住被检查者右侧腰</p>

部, 拇指张开置于季肋部, 并向上抬起, 使肝下缘紧贴前腹壁, 这样吸气时下移的肝脏就更易碰到右手指, 可提高触诊的效率。

注意事项:

肝脏触诊前, 应注意右手掌放置位置是在脐水平, 手指方向与肋弓下缘平行, 触诊中是以示指、中指末端外侧缘进行触诊。

当触诊到肝脏后, 应注意其大小、硬度、有无痛感、结节、肿块及震颤等。

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。

若发现肝脏肿大, 应测量各经线数值:

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, 肿大的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 $\leq 1\text{cm}$, 剑突下 $\leq 3\sim 5\text{cm}$, 上下径 $9\sim 11\text{cm}$ 。

肝脏弥漫性增大: 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。

甲状腺触诊操作演示

1. 峡部前面触诊

检查时, 被检者取坐位, 检查者站立于被检者面前, 用拇指从胸骨上切迹向上触摸甲状腺的峡部, 然后嘱被检者做吞咽动作, 判断峡部的大小和质地。

2. 峡部后面触诊

检查时, 被检者取坐位, 检查者站立于被检者后面, 用示指从胸骨上切迹向上触摸甲状腺峡部, 同时嘱被检者做吞咽动作, 判断峡部的大小和质地。

注意事项:

峡部触诊时, 无论前面触诊或后面触诊, 触诊起始部位都是“胸骨上切迹”, 此处位于胸骨柄上缘, 距离胸骨角上方约 5cm 处。

3. 甲状腺侧叶——前面触诊

被检者取坐位, 检查者站立在被检者面前, 检查时, 一手拇指将被检者甲状软骨推向对侧, 另一手示指、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指在胸锁乳突肌前缘触诊, 同时嘱被检者做吞咽动作, 感受甲状腺大小、形态、质地以及有无震颤, 最后再以同样方法检查另一侧甲状腺。

甲状腺侧叶——后面触诊

检查时, 被检者取坐位, 检查者站立于被检者后面。一手示指、中指将被检者甲状软骨推向对侧, 另一手拇指将胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺, 示指、中指在其前缘触摸甲状腺, 同时嘱被检者做吞咽动作, 最后以同样方法检查另一侧甲状腺即可。

5

心脏初诊

心脏叩诊

首先从心尖搏动最强点外侧 2cm 处开始, 由外向内叩诊, 当清音变为浊音时, 为心脏的相对浊音界, 并做好标记; 然后逐一肋间向上叩诊至第 2 肋间。

叩诊右侧心浊音界时, 先从第二肋间开始沿右锁骨中线向下叩诊, 当清音变为浊音时为肝上界, 然后从肝上界的上一肋间开始, 以同样的方法, 叩至第 2 肋间, 并做好心浊音界标记即可。

叩诊结束后, 用直尺测量各标记点到前正中线的距离, 即可得出心浊音界的范围。

正常心浊音界范围为: 胸骨右缘第 2 和第 3 肋间距前正中线距离为 2~3cm, 第 4 肋间为 3~4cm; 胸骨左侧第 2 肋间距前正中线距离为 2~3cm, 第三肋间为 3.5~4.5cm, 第四肋间为 5~6cm, 第五肋间为 7~9cm。

右 (cm)	肋间	左 (cm)
2~3	II	2~3
2~3	III	3.5~4.5

	<table border="1"> <tr> <td>3~4</td> <td>IV</td> <td>5~6</td> </tr> <tr> <td>无</td> <td>V</td> <td>7~9</td> </tr> </table> <p>(左锁骨中线距前正中线的距离为 8~10cm)</p>	3~4	IV	5~6	无	V	7~9
3~4	IV	5~6					
无	V	7~9					
6	<p>腹围检查</p> <p>⑤腹围的测量: 方法是嘱被检者排尿后, 取平卧位, 用软尺经脐绕腹部一周, 主要用于腹水量的变化。</p>						
7	<p>腹部血管杂音听诊</p> <p>腹部血管杂音的听诊</p> <p>听诊部位主要在脐周和脐部两侧上方, 若出现杂音, 主要见于主动脉和肾动脉狭窄的患者。</p> <p>常见腹部动脉血管听诊部位</p> <p>腹部动脉血管听诊部位, 主要有:</p> <p>①腹主动脉听诊区: 位于两肋弓最低点连线与前正中线的交汇处; 若此处听到喷射性杂音常提示腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄的患者。</p> <p>②肾动脉听诊区: 位于两肋骨最低点连线与两侧腹直肌外缘的交汇处, 若此处闻及收缩期杂音, 常提示肾动脉狭窄、高血压患者。</p> <p>③髂动脉听诊区: 位于两髂前上棘连线与两侧腹直肌外缘的交汇处, 若此处闻及收缩期杂音, 常提示髂动脉狭窄。</p> <p>④若脐周或上腹部听到连续性潺潺声, 且无收缩期和舒张期性质, 为静脉性血管杂音, 常见于门静脉高压的患者。</p>						
8	<p>移动性浊音检查</p> <p>移动性浊音叩诊</p> <p>叩诊前, 被检者取仰卧位, 双腿屈曲, 充分暴露腹部, 检查者站立于右侧。</p> <p>叩诊时, 先由脐部开始向左侧叩诊, 当叩诊音由鼓音变为浊音时, 叩诊板指不离开腹壁, 嘱被检查者右侧卧位, 再度叩诊, 如呈鼓音, 表明“浊音移动”;</p>						

如继续向右侧叩诊, 发现叩诊音由鼓音转为浊音后, 嘱患者左侧卧位, 再次叩诊如变为鼓音, 即可确定为移动性浊音阳性。

注意事项:

当腹腔内有较多腹水时, 由于重力作用, 腹水多聚积在腹腔的低处; 当患者平卧时, 腹水主要集中在腹部两侧, 因此叩诊呈浊音, 而含有气体的肠管会漂浮于腹中部, 因此叩诊时呈鼓音。

当患者改为侧卧位时, 同样是由于重力作用, 腹水流向腹腔低处, 导致原先叩诊为浊音的区域, 会变为鼓音, 出现浊音移动的现象。

因此移动性浊音阳性, 可提示腹腔存在游离液体, 且液体量超过 1000ml。

另外需要注意的是下列情况易误诊为移动性浊音阳性, 应注意鉴别

①肠梗阻时, 肠管内有大量液体滞留, 可因患者体位变动, 出现移动性浊音, 但同时伴有痛、吐、胀、闭的临床表现, 以及胃肠型、蠕动波的体征。

②巨大卵巢囊肿的患者, 腹部叩诊时可出现大面积浊音区, 但其浊音区位置相对固定, 不具备“浊音移动”的特点。另外还可以做尺压试验与之鉴别, 当患者仰卧位时, 用一直尺轻压腹壁, 如为卵巢囊肿, 则腹主动脉搏动可经囊肿壁传到硬尺, 使硬尺发生搏动; 如为腹水, 则搏动不能被传导, 硬尺无搏动的表现。

9 腋窝淋巴结触诊检查

腋窝淋巴

腋窝淋巴结解剖部位:

腋窝一共有五组淋巴群, 分别是:

腋尖群: 位于腋窝的顶部

中央群: 位于腋窝内侧壁近肋骨处

胸肌群: 位于胸大肌下缘深部

肩胛下群: 位于腋窝后皱襞深部

外侧群: 位于腋窝外侧壁

淋巴结检查方法

检查左侧时, 考生左手握被检查者左手, 将前壁稍外展, 右手三指(示、中、环指)并拢, 稍弯曲, 由浅入深, 先后触诊被检查者腋窝的: 顶部(腋

尖群)、内壁(中央群)、前壁(胸肌群)、后壁(肩胛下群)和外壁(外侧群);

检查右侧时,换用左手进行触诊,检查顺序同上述。

考试中的注意事项

1.腋窝淋巴结一共五个组群,要求能够完整叙述其名称及解剖部位。

2.检查左侧腋窝淋巴结时,检查者是用右手进行触诊;反之,检查右侧腋窝时,要用左手进行触诊,此处容易被忽视,需要格外注意。

3.操作中需要牢记五组淋巴结的检查顺序,简要步骤总结如下:

先后触诊:顶部→内壁→前壁→后壁→外壁。

滑车上淋巴结检查

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,在其肱二头肌和肱三头肌间沟触诊。检查右侧时方法相同,但要换用左手触诊。

腹股沟淋巴结检查

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。

10 乳房检查(视诊、触诊)

1.乳房的视诊

视诊乳房前,检查者应站立于被检者右侧或前面,协助被检者取坐位或仰卧为,充分暴露胸部。

视诊时,应注意观察两侧乳房是否对称,表面有无红肿、溃疡、色素沉着、瘢痕等;注意局部皮肤有无回缩、有无“橘皮样改变”等癌性征象。

视诊乳头时应注意两侧大小、位置是否对称,有无乳头内陷、回缩、溢液等。

2.乳房的触诊

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,沿顺时针进行触诊,检查右侧乳房时,从“外上象限”开始,沿逆时针方向进行触诊,最后触诊乳头。

	<p>注意事项:</p> <p>触诊乳房时, 应注意其硬度和弹性、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。恶性肿瘤常常具有: 表面凹凸不平、质地坚硬、活动度差, 压痛不明显的特点。</p>
11	<p>心脏听诊(肺部)瞳孔对光反射</p> <p>心脏听诊</p> <p>心脏听诊中, 心脏病理性杂音将放在下一章节《心肺听诊训练》中为大家做详细介绍, 这里重点介绍听诊方法。</p> <p>心脏听诊一般原则:</p> <p>心脏听诊包括心脏各瓣膜区听诊、听诊顺序以及听诊内容三个部分, 其中各瓣膜区的体表投影分别是:</p> <ul style="list-style-type: none">①二尖瓣听诊区, 又称为心尖区, 位于第 5 肋间, 左锁骨中线内 0.5~1.0cm 处;②肺动脉瓣听诊区: 位于胸骨左缘第 2 肋间;③主动脉瓣听诊区: 位于胸骨右缘第 2 肋间;④主动脉瓣第二听诊区: 位于胸骨左缘第 3 肋间;⑤三尖瓣听诊区: 位于胸骨左缘第 4、5 肋间。 <p>听诊时, 应按照二尖瓣听诊区→肺动脉瓣听诊区→主动脉瓣听诊区→主动脉瓣第二听诊区→三尖瓣听诊区的顺序进行。</p> <p>听诊的内容主要包括: 心音的强弱、计算心率、心音的节律, 以及有无心音改变, 如: 附加音、心脏杂音、心包摩擦音等。每次听诊时应不得少于 30 秒, 若有心律不齐, 应至少听诊 1 分钟</p> <p>听诊结束后, 应注意向考官报告听诊结果; 如: 报告老师, 被检者心脏听诊正常, 心率 76 次/分钟, 心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。</p> <p>瞳孔对光反射和集合反射</p>

	<p>①瞳孔对光反射包括直接对光反射和间接对光反射;</p> <p>做直接对光反射时,嘱被检者双眼注视前方,检查者持手电筒自侧方照射被检者瞳孔,观察瞳孔变化,正常情况下双侧瞳孔缩小,移开光源后瞳孔会迅速恢复。</p> <p>做间接对光反射时,先以一手放在被检者鼻梁处挡住光源,观察双眼变化情况;正常情况下,光线照射一侧眼部时,对侧瞳孔同时缩小,移开光源又能迅速恢复。</p> <p>②集合反射</p> <p>检查时,嘱被检者注视 1m 外的指尖,然后将手指逐渐移动到被检者的眼前,距离眼球约 5~10cm,观察被检者两眼球是否内聚,瞳孔是否缩小。</p> <p>注意事项</p> <p>当动眼神经损害时,睫状肌和双眼内直肌麻痹,会导致集合反射消失。而瞳孔对光反射出现迟钝或消失,见于昏迷患者。</p>
12	<p>脑膜刺激征</p> <p>脑膜刺激征</p> <p>主要包括:颈强直、克氏征(Kernig 征)以及布氏征(Brudzinski 征)</p> <p>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,右手置于胸前左手作屈颈动作,感觉颈部有无抵抗感。阳性表现为被动屈颈时抵抗力增强。</p> <p>2. 克氏征(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。</p> <p>3. 布氏征(Brudzinsk 征) 被检查者仰卧,下肢自然伸直,右手请安被检者胸部,左手托持被检者枕部做屈颈动作,阳性表现为两侧膝关节和髋关节屈曲。</p> <p>注意事项:</p> <p>若上述三种体征呈阳性表现,提示脑膜病变时脊髓膜受到刺激并影响到脊神经根,当牵拉刺激时引起相应肌群反射性痉挛。见于脑膜炎,蛛网膜下</p>

	腔出血和颅内压增高等。
13	<p>肛门的指诊</p> <p>肛门指诊</p> <p>检查时, 被检者取肘膝位或左侧卧位, 保持肌肉松弛, 避免肛门括约肌紧张。被检者站立于右侧或后面。</p> <p>检查者以右手戴手套, 示指涂以润滑油, 嘱被检者深呼吸, 先用示指轻按摩肛门外口, 待被检者肛门括约肌适应松弛后, 再轻柔、缓慢的插入肛管内触诊。</p> <p>检查时要感受肛门括约肌的紧张度, 在检查肛管和直至内壁, 注意直肠黏膜是否光滑, 有无触痛、包块等, 男性被检者还可同时检查前列腺, 检查完成后还需观察指套上有无分泌物及血迹, 必要时送检。</p>
14	<p>眼部检查结合反射</p> <p>瞳孔对光反射和集合反射</p> <p>①瞳孔对光反射包括直接对光反射和间接对光反射:</p> <p>做直接对光反射时, 嘱被检者双眼注视前方, 检查者持手电筒自侧方照射被检者瞳孔, 观察瞳孔变化, 正常情况下双侧瞳孔缩小, 移开光源后瞳孔会迅速恢复。</p> <p>做间接对光反射时, 先以一手放在被检者鼻梁处挡住光源, 观察双眼变化情况; 正常情况下, 光线照射一侧眼部时, 对侧瞳孔同时缩小, 移开光源又能迅速恢复。</p> <p>②集合反射</p> <p>检查时, 嘱被检者注视 1m 外的指尖, 然后将手指逐渐移动到被检者的眼前, 距离眼球约 5~10cm, 观察被检者两眼球是否内聚, 瞳孔是否缩小。</p> <p>注意事项</p> <p>当动眼神经损害时, 睫状肌和双眼内直肌麻痹, 会导致集合反射消失。</p>

	而瞳孔对光反射出现迟钝或消失, 见于昏迷患者。
题号	乡村全科助理医师 实践技能 第二站 (4、7、9、17、32、15、18、19、20、21)
4	<p>体格检查:</p> <p>1、测量血压</p> <p>2、乳房视诊和触诊</p> <p>1. 血压测量</p> <p>血压的测量包括直接测量法和间接测量法, 直接法仅用于危重患者, 在动脉穿刺后直接测量动脉内压力; 而实际考试中以间接测量法为主。</p> <p>测量前准备:</p> <p>测量前三十分钟, 被检者需禁烟酒、咖啡、并排空膀胱, 同时在安静环境休息至少 5 分钟。</p> <p>随后协助被检者采取仰卧位(或坐位), 裸露上肢, 伸直并轻度外展, 若取坐位时, 肘部、血压计应与心脏同一水平。</p> <p>同时, 确认血压计水银柱已归为“0”点, 然后打开水银柱阀门, 并将袖带缚于上臂; 使袖带下缘在肘窝上 2~3cm, 气囊(指袖带内的气囊)松紧度以容纳一个手指为宜。</p> <p>然后在肘窝处, 触及肱动脉搏动后, 再将听诊器体件置于肱动脉上, 轻压体件与皮肤紧密接触, 不可压得过重, 也不可将体检塞与袖带下。</p> <p>随后关闭气囊阀门, 并挤压气囊, 向袖带内充气</p> <p>2. 乳房的视诊</p> <p>视诊乳房前, 检查者应站立于被检者右侧或前面, 协助被检者取坐位或仰卧为, 充分暴露胸部。</p> <p>视诊时, 应注意观察两侧乳房是否对称, 表面有无红肿、溃疡、色素沉</p>

	<p>着、瘢痕等; 注意局部皮肤有无回缩、有无“橘皮样改变”等癌性征象。</p> <p>视诊乳头时应注意两侧大小、位置是否对称, 有无乳头内陷、回缩、溢液等。</p> <p>乳房的触诊</p> <p>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, 沿顺时针进行触诊, 检查右侧乳房时, 从“外上象限”开始, 沿逆时针方向进行触诊, 最后触诊乳头。</p> <p>注意事项:</p> <p>触诊乳房时, 应注意其硬度和弹性、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。恶性肿瘤常常具有: 表面凹凸不平、质地坚硬、活动度差, 压痛不明显的特点。</p>
9	<p>体格检查:</p> <p>血压测量</p> <p>血压测量</p> <p>血压的测量包括直接测量法和间接测量法, 直接法仅用于危重患者, 在动脉穿刺后直接测量动脉内压力; 而实际考试中以间接测量法为主。</p> <p>测量前准备:</p> <p>测量前三十分钟, 被检者需禁烟酒、咖啡、并排空膀胱, 同时在安静环境休息至少 5 分钟。</p> <p>随后协助被检者采取仰卧位(或坐位), 裸露上肢, 伸直并轻度外展, 若取坐位时, 肘部、血压计应与心脏同一水平。</p> <p>同时, 确认血压计水银柱已归为“0”点, 然后打开水银柱阀门, 并将袖带缚于上臂; 使袖带下缘在肘窝上 2~3cm, 气囊(指袖带内的气囊)松紧度以容纳一个手指为宜。</p> <p>然后在肘窝处, 触及肱动脉搏动后, 再将听诊器体件置于肱动脉上, 轻压体件与皮肤紧密接触, 不可压得过重, 也不可将体检塞与袖带下。</p> <p>随后关闭气囊阀门, 并挤压气囊, 向袖带内充气</p>

17	<p>体格检查:</p> <p>测量右上肢血压, 心脏听诊、肝上下届叩诊, 和肝脏叩击痛</p> <p>血压测量</p> <p>血压的测量包括直接测量法和间接测量法, 直接法仅用于危重患者, 在动脉穿刺后直接测量动脉内压力; 而实际考试中以间接测量法为主。</p> <p>测量前准备:</p> <p>测量前三十分钟, 被检者需禁烟酒、咖啡、并排空膀胱, 同时在安静环境休息至少 5 分钟。</p> <p>随后协助被检者采取仰卧位 (或坐位), 裸露上肢, 伸直并轻度外展, 若取坐位时, 肘部、血压计应与心脏同一水平。</p> <p>同时, 确认血压计水银柱已归为“0”点, 然后打开水银柱阀门, 并将袖带缚于右上臂; 使袖带下缘在肘窝上 2~3cm, 气囊 (指袖带内的气囊) 松紧度以容纳一个手指为宜。</p> <p>然后在肘窝处, 触及肱动脉搏动后, 再将听诊器体件置于肱动脉上, 轻压体件与皮肤紧密接触, 不可压得过重, 也不可将体检塞与袖带下。</p> <p>随后关闭气囊阀门, 并挤压气囊, 向袖带内充气</p> <p>心脏听诊</p> <p>心脏听诊中, 心脏病理性杂音将放在下一章节《心肺听诊训练》中为大家做详细介绍, 这里重点介绍听诊方法。</p> <p>心脏听诊一般原则:</p> <p>心脏听诊包括心脏各瓣膜区听诊、听诊顺序以及听诊内容三个部分, 其</p>

中各瓣膜区的体表投影分别是:

①二尖瓣听诊区, 又称为心尖区, 位于第 5 肋间, 左锁骨中线内 0.5~1.0cm 处;

②肺动脉瓣听诊区: 位于胸骨左缘第 2 肋间;

③主动脉瓣听诊区: 位于胸骨右缘第 2 肋间;

④主动脉瓣第二听诊区: 位于胸骨左缘第 3 肋间;

⑤三尖瓣听诊区: 位于胸骨左缘第 4、5 肋间。

听诊时, 应按照二尖瓣听诊区→肺动脉瓣听诊区→主动脉瓣听诊区→主动脉瓣第二听诊区→三尖瓣听诊区的顺序进行。

听诊的内容主要包括: 心音的强弱、计算心率、心音的节律, 以及有无心音改变, 如: 附加音、心脏杂音、心包摩擦音等。每次听诊时应不得少于 30 秒, 若有心律不齐, 应至少听诊 1 分钟

听诊结束后, 应注意向考官报告听诊结果; 如: 报告老师, 被检者心脏听诊正常, 心率 76 次/分钟, 心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

肝脏浊音界叩诊

叩诊前, 被检者取仰卧位, 双腿屈曲, 充分暴露腹部, 检查者站立于右侧。

肝上界叩诊时, 沿右锁骨中线由上向下, 逐一肋间进行叩诊, 当叩诊音由清音变为浊音时, 即为肝上界, 正常情况下位于第 5 肋间;

肝下界叩诊时: 沿右锁骨中线, 由下向上叩诊, 当叩诊音由鼓音变为浊音时为肝下界。正常情况下位于右肋弓下缘。

肝脏上下界叩诊后, 应用直尺测量上界与下界的距离, 正常情况下肝上界至肝下界的垂直距离为 9~11cm

注意事项:

肝上界的正常值, 肝上界在右锁骨中线位于第 5 肋间; 右腋中线上位于第 7 肋间, 右肩胛线第 10 肋间; 肝上界至肝下界的间距为 9~11cm。

肝脏叩击痛: 左手掌平放在肝区, 右手握空心拳叩击左手背, 正常无叩击痛。

32

体格检查:

- 1、血压测量
- 2、腋下淋巴结触诊
- 3、麦氏征

1. 血压测量

血压的测量包括直接测量法和间接测量法, 直接法仅用于危重患者, 在动脉穿刺后直接测量动脉内压力; 而实际考试中以间接测量法为主。

测量前准备:

测量前三十分钟, 被检者需禁烟酒、咖啡、并排空膀胱, 同时在安静环境休息至少 5 分钟。

随后协助被检者采取仰卧位(或坐位), 裸露上肢, 伸直并轻度外展, 若取坐位时, 肘部、血压计应与心脏同一水平。

同时, 确认血压计水银柱已归为“0”点, 然后打开水银柱阀门, 并将袖带缚于上臂; 使袖带下缘在肘窝上 2~3cm, 气囊(指袖带内的气囊)松紧度以容纳一个手指为宜。

然后在肘窝处, 触及肱动脉搏动后, 再将听诊器体件置于肱动脉上, 轻压体件与皮肤紧密接触, 不可压得过重, 也不可将体检塞与袖带下。

随后关闭气囊阀门, 并挤压气囊, 向袖带内充气

2. 腋窝淋巴

腋窝淋巴结解剖部位:

腋窝一共有五组淋巴群, 分别是:

腋尖群: 位于腋窝的顶部

中央群: 位于腋窝内侧壁近肋骨处

胸肌群: 位于胸大肌下缘深部

肩胛下群: 位于腋窝后皱襞深部

外侧群: 位于腋窝外侧壁

淋巴结检查方法

检查左侧时, 考生左手握被检查者左手, 将前壁稍外展, 右手三指(示、中、环指)并拢, 稍弯曲, 由浅入深, 先后触诊被检查者腋窝的: 顶部(腋尖群)、内壁(中央群)、前壁(胸肌群)、后壁(肩胛下群)和外壁(外侧群);

检查右侧时, 换用左手进行触诊, 检查顺序同上述。

3. Mc-Burney (麦氏点) 压痛: 麦氏点位于脐与右髂前上棘连线中外 1/3 交界处, 对疑似急性阑尾炎的患者, 找到麦氏点后, 用示指和中指按压此处, 被检者可感到疼痛加重, 表情痛苦, 若阑尾炎症波及腹膜壁层时, 亦可出现反跳痛。

15

体格检查:

1、血压测量

2、麦氏点反跳痛、墨菲征检查

3、肱二头肌反射检查

	<p>1. 血压测量</p> <p>血压的测量包括直接测量法和间接测量法, 直接法仅用于危重患者, 在动脉穿刺后直接测量动脉内压力; 而实际考试中以间接测量法为主。</p> <p>测量前准备:</p> <p>测量前三十分钟, 被检者需禁烟酒、咖啡、并排空膀胱, 同时在安静环境休息至少 5 分钟。</p> <p>随后协助被检者采取仰卧位(或坐位), 裸露上肢, 伸直并轻度外展, 若取坐位时, 肘部、血压计应与心脏同一水平。</p> <p>同时, 确认血压计水银柱已归为“0”点, 然后打开水银柱阀门, 并将袖带缚于上臂; 使袖带下缘在肘窝上 2~3cm, 气囊(指袖带内的气囊)松紧度以容纳一个手指为宜。</p> <p>然后在肘窝处, 触及肱动脉搏动后, 再将听诊器体件置于肱动脉上, 轻压体件与皮肤紧密接触, 不可压得过重, 也不可将体检塞与袖带下。</p> <p>随后关闭气囊阀门, 并挤压气囊, 向袖带内充气</p> <p>2. Mc-Burney (麦氏点) 压痛: 麦氏点位于脐与右髂前上棘连线中外 1 / 3 交界处, 对疑似急性阑尾炎的患者, 找到麦氏点后, 用示指和中指按压此处, 被检者可感到疼痛加重, 表情痛苦, 若阑尾炎症波及腹膜壁层时, 亦可出现反跳痛。</p> <p>3. 肱二头肌反射: 受检者前臂稍屈曲, 检查者左前臂托住受检者稍屈曲的前臂, 拇指末节置于受检肱二头肌腱上, 右手持叩诊锤叩击拇指, 正常可见前臂快速收缩。</p>
7	<p>体格检查:</p> <p>心脏叩诊、脊柱叩诊、肌注</p> <p>1. 心脏叩诊</p>

首先从心尖搏动最强点外侧 2cm 处开始, 由外向内叩诊, 当清音变为浊音时, 为心脏的相对浊音界, 并做好标记; 然后逐一肋间向上叩诊至第 2 肋间。

叩诊右侧心浊音界时, 先从第二肋间开始沿右锁骨中线向下叩诊, 当清音变为浊音时为肝上界, 然后从肝上界的上一肋间开始, 以同样的方法, 叩至第 2 肋间, 并做好心浊音界标记即可。

叩诊结束后, 用直尺测量各标记点到前正中线的距离, 即可得出心浊音界的范围。

正常心浊音界范围为: 胸骨右缘第 2 和第 3 肋间距前正中线距离为 2~3cm, 第 4 肋间为 3~4cm; 胸骨左侧第 2 肋间距前正中线距离为 2~3cm, 第三肋间为 3.5~4.5cm, 第四肋间为 5~6cm, 第五肋间为 7~9cm。

右 (cm)	肋间	左 (cm)
2~3	II	2~3
2~3	III	3.5~4.5
3~4	IV	5~6
无	V	7~9

(左锁骨中线距前正中线的距离为 8~10cm)

2. 脊柱

脊柱弯曲度 观察是否脊柱前凸、后凸或侧凸。

脊柱活动度 主要检查颈椎和腰椎, 活动范围有前屈、后伸、左右侧屈、左右旋转等。检查者注意保护, 以免受检者活动时跌倒损伤。

脊柱压痛 受检者坐位稍前倾, 检查者用拇指从上而下逐个按压脊椎棘突及椎旁肌肉, 了解是否疼痛。正常无压痛。脊柱压痛提示脊椎结核和椎间盘、脊椎外伤或骨折。椎旁肌肉压痛提示腰肌纤维炎、劳损。

脊柱叩击痛

直接叩击法: 用手指或叩诊锤直接叩击各椎体的棘突(多用于胸、腰椎)。

间接叩击法: 受检者端坐位, 检查者将一手掌面置于受检者头顶部, 另一手握空心拳以小鱼际部位叩击左手背, 观察受检者有无疼痛。

3. 肌注操作步骤

(1) 核对医嘱, 检查备药的名称、剂型、有效期、有无外观异常等, 检查一次性注射器的灭菌日期、外包装是否完整、气密性等, 检查消毒液的开瓶时间等。

(2) 消毒备药瓶, 抽吸药液(粉剂按要求溶药后), 排气后套上安瓿置于治疗盘备用。

(3) 核对患者相关信息、解释操作过程、注意事项等。

(4) 帮助患者松解衣裤, 摆好体位, 可取卧位或坐位、站立位。

1) 卧位: 臀部肌肉注射时, 为使局部肌肉放松, 减轻疼痛与不适, 可采用侧卧位, 上腿伸直、放松, 下腿稍弯曲; 或俯卧位, 足尖相对, 足跟分垂, 头偏向一侧。

2) 坐位或站立位: 为门诊患者接受注射时常用体位, 患者拟注射一侧放松, 另一侧支撑地面。

(5) 确定注射部位: 最常用的为臀大肌, 其次为臀中肌、臀小肌、股外侧肌及三角肌。以臀大肌为例, 确定方法是:

1) 十字法: 从臀裂顶点向左或右划一水平线, 从髂嵴最高点做一垂直线, 将臀部分为四个象限, 其中的外上象限、避开其内角为注射区。

2) 连线法: 从髂前上棘到尾骨连线的外上 1/3 处为注射部位。

(6) 消毒皮肤: 用无菌棉签浸润碘伏溶液, 以注射部位为中心, 由内向外缓慢旋转, 逐步涂擦, 共 2 次(若以 2% 碘酊消毒, 则需用 75% 酒精脱碘, 碘酊消毒 2 次、75% 酒精脱碘 1 次), 消毒皮肤面积不小于 5cmx5cm, 待干。再次核对患者相关信息、药物名称、剂量等。

(7) 用左手拇指和示指分开皮肤, 右手持针如握笔姿势, 以中指固定针栓, 针头和注射部位垂直, 快速刺入肌肉内, 一般进针约 2.5~3cm(针头的 2/3, 消瘦者及病儿酌减)。

(8) 松开左手, 抽动活塞, 如无回血, 固定针头, 注入药物。注射毕, 以干棉签按压进针处, 同时快速拔针。

18

体格检查:

心脏叩诊

腋下体温

脊柱检查

1. 心脏叩诊

首先从心尖搏动最强点外侧 2cm 处开始, 由外向内叩诊, 当清音变为浊音时, 为心脏的相对浊音界, 并做好标记; 然后逐一肋间向上叩诊至第 2 肋间。

叩诊右侧心浊音界时, 先从第二肋间开始沿右锁骨中线向下叩诊, 当清音变为浊音时为肝上界, 然后从肝上界的上一肋间开始, 以同样的方法, 叩至第 2 肋间, 并做好心浊音界标记即可。

叩诊结束后, 用直尺测量各标记点到前正中线的距离, 即可得出心浊音界的范围。

正常心浊音界范围为: 胸骨右缘第 2 和第 3 肋间距前正中线距离为 2~3cm, 第 4 肋间为 3~4cm; 胸骨左侧第 2 肋间距前正中线距离为 2~3cm, 第三肋间为 3.5~4.5cm, 第四肋间为 5~6cm, 第五肋间为 7~9cm。

右 (cm)	肋间	左 (cm)
2~3	II	2~3
2~3	III	3.5~4.5
3~4	IV	5~6
无	V	7~9

(左锁骨中线距前正中线的距离为 8~10cm)

2. 体温: 常用水银柱体温计, 还有热敏体温计和红外线体温计。水银柱体温计在使用前应确保水银柱在 35T 以下, 包括腋测法、口测法、鼓膜法和肛

测法,最常用腋测法:擦干受检侧腋窝,将体温计水银槽端置于腋窝并夹紧,测量 10 分钟后即读数,正常 36~37℃。鼓膜法是应用红外线体温计。

3. 脊柱

脊柱弯曲度 观察是否脊柱前凸、后凸或侧凸。

脊柱活动度 主要检查颈椎和腰椎,活动范围有前屈、后伸、左右侧屈、左右旋转等。检查者注意保护,以免受检者活动时跌倒损伤。

脊柱压痛 受检者坐位稍前倾,检查者用拇指从上而下逐个按压脊椎棘突及椎旁肌肉,了解是否疼痛。正常无压痛。脊柱压痛提示脊椎结核和椎间盘、脊椎外伤或骨折。椎旁肌肉压痛提示腰肌纤维炎、劳损。

脊柱叩击痛

直接叩击法:用手指或叩诊锤直接叩击各椎体的棘突(多用于胸、腰椎)。

间接叩击法:受检者端坐位,检查者将一手掌面置于受检者头顶部,另一手握空心拳以小鱼际部位叩击左手背,观察受检者有无疼痛。

19

体格检查:

测血压

眼睑检查

乳房触诊

1. 血压测量

血压的测量包括直接测量法和间接测量法,直接法仅用于危重患者,在动脉穿刺后直接测量动脉内压力;而实际考试中以间接测量法为主。

测量前准备:

测量前三十分钟,被检者需禁烟酒、咖啡、并排空膀胱,同时在安静环境休息至少 5 分钟。

随后协助被检者采取仰卧位（或坐位），裸露上肢，伸直并轻度外展，若取坐位时，肘部、血压计应与心脏同一水平。

同时，确认血压计水银柱已归为“0”点，然后打开水银柱阀门，并将袖带缚于上臂；使袖带下缘在肘窝上 2~3cm，气囊（指袖带内的气囊）松紧度以容纳一个手指为宜。

然后在肘窝处，触及肱动脉搏动后，再将听诊器体件置于肱动脉上，轻压体件与皮肤紧密接触，不可压得过重，也不可将体检塞与袖带下。

随后关闭气囊阀门，并挤压气囊，向袖带内充气

2. 眼睑检查：一般是在自然光线下用望诊和触诊检查。直接手电筒下观察或裂隙灯下观察，对其检查应注意双眼对比。

3. 乳房的触诊

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，沿顺时针进行触诊，检查右侧乳房时，从“外上象限”开始，沿逆时针方向进行触诊，最后触诊乳头。

注意事项：

触诊乳房时，应注意其硬度和弹性、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。恶性肿瘤常常具有：表面凹凸不平、质地坚硬、活动度差，压痛不明显的特点。

20

体格检查：

肱二头肌反射

肱二头肌反射：受检者前臂稍屈曲，检查者左前臂托住受检者稍屈曲的前臂，拇指末节置于受检肱二头肌腱上，右手持叩诊锤叩击拇指，正常可见前臂快速收缩。



中医委中穴扎针, 幼儿园餐具消毒

心肺复苏:

一、操作前准备

在心肺复苏之前, 应注意以下几点: ①需要判断救治环境是否安全, 确认无危险因素后再接近病人; ②接近病人后, 操作者俯身, 将面部贴近病人口鼻处, 判断病人有无自主呼吸; 同时拍打双肩, 并呼叫病人, 以此判断病人是否失去意识; ③触摸颈动脉, 进一步确认患者是否心跳骤停; ④判定病人呼吸、心跳骤停后, 应将病人放置在硬板床或其他硬质平面上, 然后再进行心肺复苏。

二、胸外按压的部位

做胸外按压时, 按压的部位为病人胸骨的中、下 1/3 交界处; “中、下 1/3 交界点”是指: 将病人的胸骨分成三段, 其中段与下段的交界点, 称为“中、下 1/3 交界点”; 在考试操作中, 大家可以以模拟人两乳头连线的中点, 快速的找到这一部位。

三、开放气道的方法

开放病人气道采用的是“仰头举颏”法, 具体操作方法是: 操作者将左手手掌置于患者的前额, 用力轻压顶部使其后仰; 于此同时, 右手食指、中指置于患者颏骨下方, 顺势向上抬起患者的下颌, 使其下颌、耳垂的连线与地面垂直。

四、人工呼吸的方法

开放病人气道后, 行人工呼吸; 具体的方法是: 操作者将左手手掌置于患者的前额, 然后将左手拇指、食指捏紧患者鼻孔, 使其完全闭合; 与此同时, 操作者深吸气, 然后俯身, 用口将患者的口唇完全包住, 再深而快速的向患者口内吹气, 吹气量应维持在 500~600ml 之间, 时间应持续 1 秒以上, 频率要求在每分钟 10~12 次;

在吹气的过程中, 操作者需要注意观察患者的胸廓是否抬起;

在吹气结束后, 操作者需要松开捏鼻的手指, 并观察患者的胸廓是否恢复, 以胸廓的抬起和恢复来判定人工呼吸是否有效; 确认无误后再进行下一次人工呼吸。

心肺复苏注意事项: www.med66.com

平躺硬床, 利于心脏按压有效; 按压程度太浅不能形成有效的血液循环, 按压过深发生肋骨骨折的机会增加。

