

实践技能辅导资料腹部触诊实践技能考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/636/2021_2022__E5_AE_9E_E8_B7_B5_E6_8A_80_E8_c22_636250.htm

实践技能考试时，腹部触诊要注意触诊手法、压痛及反跳痛、肝脏、脾脏触诊法及注意事项。1.腹部触诊方法 (1)被检查者应排尿后取低枕仰卧位，双手自然置于身体两侧，两腿屈起稍分开，腹肌放松，做深而均匀的腹式呼吸。(2)检查者立于被检查者右侧，前臂应与腹部表面在同一水平，检查时手要温暖，手法要轻柔。(3)按顺序触诊腹的各部。一般从左下腹开始，逆时针方向进行检查；原则是由下而上、先左后右、从健康部位逐步移向病变区域。(4)边触诊边观察被检查者的反应与表情，对精神紧张或有痛苦者应给以安慰和解释。(5)触诊手法的应用：

浅触诊法：腹壁压陷1cm左右，用于检查腹壁的紧张度，表浅的压痛、肿块、搏动和皮下脂肪瘤、结节等；深触诊法：腹壁压陷2cm以上，用于检查压痛、反跳痛以及腹腔脏器、腹内肿物的状况；滑动触诊法：触及腹腔脏器或肿块时，在其上作上下、左右的滑动触摸，以了解脏器或肿块的形态及大小；双手触诊法：用于检查肝、脾、肾和腹腔内肿块等；浮沉(冲击)触诊法：用于大量腹水时检查深部的脏器和肿块；钩指触诊法：用于肝、脾检查。(6)注意事项：

为避免被检查者腹肌紧张，检查者可先将手掌置于腹壁上，使被检查者适应片刻，再行触诊检查；检查时可同时与被检查者交谈，转移其注意力，减少腹肌紧张；各种触诊手法应结合不同的检查部位，灵活应用。2.压痛及反跳痛

(1)压痛：正常腹部触诊时无疼痛感，重按时可有一种压迫感

。触诊时，由浅入深进行按压，发生疼痛者，称为压痛。压痛多来自腹壁或腹腔内的病变，如果抓捏腹壁或仰卧屈颈抬肩时触痛明显，可视为腹壁病变，否则多为腹腔内病变。腹部压痛常因炎症、结核、结石、肿瘤等病变引起。压痛的部位常提示相关腹腔脏器的病变。临床常见的压痛点和压痛部位有： 阑尾点又称麦氏点，位于脐与右髂前上棘连线的外 $1/3$ 处，阑尾炎时此处有压痛； 胆囊点，位于右侧腹直肌外缘与肋弓交界处，胆囊炎时此处有明显的压痛； 急性肝炎时，可在右季肋部、上腹部产生压痛； 十二指肠溃疡可在中上腹部产生压痛； 胰腺炎症，可在左侧腹部产生压痛；

子宫及附件的疾病，可在下腹部产生压痛等。(2)反跳痛：在检查到压痛后，手指按压在原处稍停片刻，使压痛感稍趋于稳定，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。反跳痛的出现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。腹壁紧张，同时伴有压痛和反跳痛，是急性腹膜炎的重要体征，称为腹膜刺激征(或腹膜炎三联征)。

3. 肝脏触诊：主要了解肝脏下缘的位置和肝脏的大小、质地、表面、边缘及搏动等。(1)单手触诊法：检查者立于被检查者右侧，将右手四指并拢，手掌平放于被检查者右上腹部(或脐右侧)，使示指桡侧缘面向肋缘。配合被检查者的腹式呼吸运动，呼气时手指压向腹部，吸气时手指自下而上向肋缘方向探触下移的肝脏边缘。如此反复，手指逐渐向肋缘方向移动，直到触及肝下缘或肋缘为止。分别在右锁骨中线和前正中线的腹壁垂直线上触摸肝下缘，并测量其与肋缘或剑突根部的距离，以厘米表示。(2)双手触诊法：检查者右手位置同单

手触诊法，左手托住被检查者的右腰部，拇指张开置于肋部；触诊时左手向上托起右腰部，并限制右下胸壁扩张，以增加横膈肌下移的幅度，提高触诊的效果。(3)肝大的测量：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。第二测量：右锁骨中线上，肝下缘距肋弓的距离。第三测量：前正中线上，剑突基部至肝下缘的距离。正常肝脏于肋下 1cm，剑突下 3~5cm，上下径9~11cm。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。

(4)肝脏触诊的内容： 肝脏大小：健康人的肝脏一般在肋缘下触摸不到。如触及肝脏，且质地柔软、边缘较薄、表面光滑、无压痛和叩击痛者，应考虑肝下移。可叩诊肝上界，如肝上界相应降低，肝脏上下径正常，则为肝下移；如肝上界正常或抬高，则为肝大。 肝脏质地：一般将肝脏质地分为三级：质软、质韧(中等硬度)和质硬。正常肝脏质地柔软，如触摸口唇；质韧者如触鼻尖，质硬者如触前额。 肝脏表面形态及边缘：触及肝脏时应注意肝脏表面是否光滑，有无结节，边缘是否整齐。正常肝脏表面光滑、边缘整齐、薄厚一致。肝淤血、肝炎、脂肪肝者，肝脏表面光滑，边缘圆钝；肝硬化者，肝脏表面有小结节，边缘不整齐；肝癌、多囊肿肝者，肝脏表面呈粗大不均匀的结节状，边缘厚薄也不一致；巨大型肝癌、肝脓肿和肝包虫病者，肝脏表面呈大块状隆起。 肝脏压痛：正常肝脏无压痛。当肝包膜有炎症反应或被增大的肝脏牵拉时，则有压痛。急性肝炎、肝淤血时，常有轻度弥漫性压痛；较表浅的肝脓肿有剧烈而局限性压痛。

肝脏搏动：正常肝脏触不到搏动，当肝大压到腹主动脉或

右心室增大到向下推压肝脏时，可出现肝脏搏动。由于肝脏病变的性质不同，物理性状也各异，故触诊时须逐项仔细检查，综合判断其意义。如急性肝炎时，肝脏可轻度增大，质稍韧，表面光滑，边缘钝，有压痛；慢性肝炎时，肝大较明显，质韧或稍硬，压痛较轻；肝淤血时，肝可明显增大，表面光滑，质韧，边缘圆钝，有压痛，肝颈回流征阳性为其特征；脂肪肝时，肝大，质软或稍韧，表面光滑，但无压痛；肝硬化早期肝常增大，晚期则缩小，质较硬，表面可触及小结节，边缘锐利，无压痛；肝癌患者肝逐渐增大，质地坚硬如石，表面高低不平，有大小不等的结节或巨块，边缘不整，压痛明显。

(5)注意事项：触诊时手掌应紧贴腹壁，随呼吸运动而上下起伏。吸气时，手指上抬的速度应落后于腹壁的抬起；呼气时，手指应在腹壁下陷前按压。检查腹肌发达者，右手应置于腹直肌外缘向上触诊，避免将腹直肌腱误认为肝下缘。如遇右腹饱满者，应考虑肝大因素，触诊时，右手应置于右锁骨中线在腹部垂直线平脐水平或自右髂前上棘位置，开始触诊。如遇腹水患者，可采用浮沉触诊法，待排开腹水后，手指有物体浮起的感觉。腹腔内容物的鉴别：腹直肌腱左右两侧对称，不超过腹直肌外缘，不随呼吸运动上下移动；右肾下极位置较深，边缘圆钝，不向两侧延展；横结肠为横向索条状物，可用滑动触诊法鉴别。

4.脾脏触诊

(1)单手触诊法：被检查者取仰卧位，双腿屈曲或取右侧卧位，右下肢伸直，左下肢屈曲。检查者立于被检查者右侧，将右手掌平放于其左上腹部，中间三指并拢，示指桡侧缘面向肋缘，自脐水平线开始触诊。自下而上与被检查者的腹式呼吸配合，手指向肋缘方向探触下移的脾脏边缘，手指

逐渐向肋缘方向移动，直到触到脾下缘或肋缘为止。(2)双手触诊法：被检查者取仰卧位，双腿屈曲，检查者左手绕过其腹前方，手掌置于其左胸部第9~11肋处，将脾从后向前托起。右手掌平置于上腹部，与左肋弓成垂直方向，以稍微弯曲的手指末端轻压向腹部深处，随被检查者吸气时向肋弓方向迎触脾，直至触到脾缘或左肋缘。如脾脏轻度增大而仰卧位不易触到时，可嘱被检查者取右侧卧位，右下肢伸直，左下肢屈曲，则较易触及。(3)脾大的测量：第 线测量(甲乙线)：左锁骨中线与左肋缘交点至脾下缘的距离；第 线测量(甲丙线)：左锁骨中线与左肋缘交点至脾脏最远点的距离；第 线测量(丁戊线)：脾脏右缘与前正中线的距离。测量结果以厘米表示。临床上常将脾大分为三度：深吸气时，脾缘不超过肋下2cm为轻度增大；超过2cm至脐水平线以上为中度增大；超过脐水平线或前正中中线为高度增大。正常人体的脾脏不能触及。罹患内脏下垂、左侧胸腔积液、积气等疾患，膈肌下降，触诊时能触及下移的脾脏，除此之外能触到脾脏则提示脾大。触到脾脏后应注意其大小、形态、质地、表面光滑、有无压痛及摩擦感等。脾脏轻度增大见于慢性肝炎、伤寒、粟粒性结核、急性疟疾、感染性心内膜炎、败血症和系统性红斑狼疮等，一般质地柔软。脾中度增大常见于肝硬化、疟疾后遗症、慢性淋巴细胞性白血病、慢性溶血性黄疸、淋巴瘤、系统性红斑狼疮等，质地一般较硬。脾高度增大，表面光滑者见于慢性粒细胞性白血病、黑热病、慢性疟疾和骨髓纤维化症等；表面不平而有结节者见于淋巴肉瘤和恶性组织细胞病。脾脏表面有囊性肿物者，见于脾囊肿。脾脏压痛见于脾脓肿、脾周围炎和脾梗死。脾周围炎或脾梗

死时，由于脾包膜有纤维素性渗出，并累及壁层腹膜，故脾触诊时可有摩擦感。(4)注意事项：触诊时按压要轻柔，不宜过重，以免将脾脏推入腹腔深部，更不宜触及；脾大的形态不一，应仔细触诊，认真感触；脾脏切迹为其形态特征，有助于与腹腔脏器或其他肿块鉴别；腹腔内容物的鉴别：左肾位置较深，表面光滑，边缘圆钝无切迹；肝左叶，可沿其边缘向右触摸，如发现其隐没于右肋缘或与肝左叶相连，则为肝脏；结肠脾曲肿物，质硬，近似圆形或不规则形。

5.腹部肿块(或包块)：包括增大的脏器、炎症性肿块、囊肿、淋巴结、良性肿块、恶性肿瘤、胃内结石、结肠内粪块等。腹部触及肿块，应注意其位置、大小、形态、质地、压痛、移动度和有无搏动等。更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师技能加入收藏 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com