

实践技能辅导资料心脏听诊实践技能考试 PDF转换可能丢失  
图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/646/2021\\_2022\\_\\_E5\\_AE\\_9E\\_](https://www.100test.com/kao_ti2020/646/2021_2022__E5_AE_9E_)

E8\_B7\_B5\_E6\_8A\_80\_E8\_c22\_646918.htm 实践技能考试时，心脏听诊在心脏检查中占有重要地位，常可获得重要的诊断资料。心脏听诊重点应注意心率、心律、心音、杂音和额外心音等，通过对其特征的分析，判断心脏的病理生理状况。心脏听诊时，环境应保持安静，检查者思想要高度集中。被检查者取仰卧位，也可采取坐位，必要时可改变体位，如左侧卧位听取心尖部的杂音等。

1.心脏瓣膜听诊区：心脏各瓣膜关闭和开放时所产生的声音，沿血流方向传导到前胸壁的一定部位，在该处听诊时最清楚，称为该瓣膜的听诊区。各瓣膜听诊区的部位与相应瓣膜口在胸壁上的投影的位置见图115。

(1)二尖瓣区：在心尖搏动最强点，即心尖区，大多数人位于第5肋间左锁骨中线内侧。(2)肺动脉瓣区：在胸骨左缘第2肋间。(3)主动脉瓣区：在胸骨右缘第2肋间。(4)主动脉瓣第二听诊区：在胸骨左缘第3肋间。(5)三尖瓣区：在胸骨下端左缘(胸骨左缘第4、5肋间)。

2.听诊顺序：心脏各瓣膜的听诊顺序通常按心脏各瓣膜病变好发部位的顺序进行，即：二尖瓣区 肺动脉瓣区 主动脉瓣区 主动脉瓣第二听诊区 三尖瓣区(或二尖瓣区 主动脉瓣区 主动脉瓣第二听诊区 肺动脉瓣区 三尖瓣区)。无论何种顺序均应以不遗漏听诊区为准。

3.听诊内容：心率、心律、心音、额外心音、心脏杂音和心包摩擦音。(1)心率：为每分钟心脏搏动的次数。正常成人在安静状态下心率为60~100次/分。成人心率超过100次/分或婴幼儿超过150次/分，称为窦性心动过速。可见于健

康人体力劳动、运动、兴奋或情绪激动时以及进餐后；病理情况下，常见于发热、贫血、甲状腺功能亢进症、休克、心肌炎、心功能不全和使用肾上腺素、阿托品等药物后。成人心率低于60次/分，称为窦性心动过缓。可见于长期从事重体力劳动的健康人和经常从事锻炼的运动员；病理情况可见于颅内高压、阻塞性黄疸、甲状腺功能减退症以及使用强心苷、奎尼丁或普萘洛尔等药物过量。

(2)心律：为心脏搏动的节律。正常人体心律基本是规则的，由于某些生理和病理因素的影响，心律可发生变化，出现各种心律改变。

窦性心律不齐：常见于部分健康青年，表现为吸气时频率增快，呼气时减慢，深呼吸时更明显，屏气时心律变为整齐，听诊时可听到期前收缩。

过早搏动：简称早搏，亦称期前收缩，为听诊时在原来整齐规律的心律中突然提前出现一次心脏搏动，继之有一较长的代偿间歇。如果在一段时间内，每个正常心搏后都有一个过早搏动，称为二联律；若每两个正常心搏后都有一个过早搏动，或每个正常搏动后都连续出现两个过早搏动，称为三联律。过早搏动可见于正常人，但更常见于心脏病患者。正常人情绪激动、过劳、酗酒、吸烟、喝浓茶或咖啡等可以引起早搏。各种心脏病、奎尼丁及强心苷等药物的毒性作用、电解质紊乱(尤其是低血钾)、心脏手术、心导管检查等都可以引起早搏，早搏亦可见于自主神经功能失调；二联律、三联律则常见于心肌疾病及强心苷中毒等。

心房颤动：听诊特点是心律绝对不规则、第一心音强弱不等和脉率少于心率(脉搏短绌)，常见于二尖瓣狭窄、冠心病、高血压病、甲状腺功能亢进症等。

(3)心音：为心脏各瓣膜关闭与开放时所产生的声音。

第一心音：心室收缩开

始时，房室瓣膜(二尖瓣、三尖瓣)骤然关闭所引起的震动产生，标志着心室收缩期开始。第一心音特点为音调较低钝、音响较强、时相比较长，在心尖部最强且清晰，与心尖搏动同时出现。第二心音：心室舒张开始时，主动脉瓣和肺动脉瓣突然关闭所引起的震动产生，标志着心室舒张期的开始。第二心音特点为音调较高而清脆、音响较第一心音弱、时相比较短，在心底部(胸骨左、右缘第二肋间隙)最响。第三心音：心室快速充盈期，血液自心房冲击心室壁，使心室壁、腱索和乳头肌震动产生。第三心音特点为音调低、音响弱、时相短，出现在舒张早期第二心音之后，局限在心尖部或其内上方，左侧卧位、深呼气时较清晰；在部分正常儿童及青少年中可听到；40岁以上的人，如听到第三心音，多属病理现象，常提示心功能不全。第四心音：出现在舒张晚期、第一心音之前，特点为音调低、音响很弱，听诊部位在心尖部及其内侧，属于病理性心音。

第一心音和第二心音的判别：  
第一心音音调较第二心音低，时相比较长，在心尖部最响亮；第二心音时相比较短，在心底部较响；第一心音至第二心音的距离较第二心音至第一心音的距离短；心尖搏动或颈动脉搏动与第一心音同步，可利用其判别；如在心尖部难以判别时，可先在心底部区分第一心音和第二心音，再将听诊器体件逐渐移向心尖部，边移边默诵第一心音和第二心音的节律，进而确定心尖部的第一心音和第二心音。听诊心音的同时，应注意第一心音和第二心音的强度变化、音质的改变和心音分裂等。

(4)额外心音：指心脏听诊时，在正常第一心音和第二心音之外所听到的病理性附加音，与心脏杂音不同。根据额外心音出现的时间不同，分为收缩期额外心音

和舒张期额外心音。(5)心脏杂音：心脏杂音是指除心音和额外心音以外出现的一种具有不同频率、不同强度、持续时间较长的夹杂声音，根据杂音性质和产生的部位等，对心脏瓣膜疾病及某些先天性心脏病的诊断有重要意义。心脏杂音的特征：根据杂音出现的最响部位、出现时期、性质、强度、传导方向及杂音与体位、呼吸、运动等关系，可以分析判断杂音的临床意义。

**最响部位：**由于产生杂音的部位及血流方向不同，杂音的最响部位亦不相同。一般而言，杂音在某瓣膜听诊区最响，提示病变就在该瓣膜。例如，杂音在心尖部最响，提示病变在二尖瓣；杂音在主动脉瓣听诊区最响，提示病变在主动脉瓣；杂音在肺动脉瓣听诊区最响，提示病变在肺动脉瓣；杂音在三尖瓣听诊区最响，提示病变在三尖瓣；胸骨左缘第3、4肋间听到响亮粗糙的收缩期杂音，提示室间隔缺损；胸骨左缘第3、4肋间听到叹气样、递减性舒张期杂音，提示主动脉瓣关闭不全等。

**时期：**杂音可分为收缩期杂音、舒张期杂音、连续性杂音和双期性杂音，收缩期杂音和舒张期杂音又可进一步分为早期、中期和晚期杂音，一般认为，舒张期杂音及连续性杂音均是病理性杂音，而收缩期杂音则可能是病理性或功能性杂音。

**性质：**根据杂音的音色不同可分为吹风样、隆隆样(或雷鸣样)、叹气样(或泼水样)、机器声样及乐音样、鸟鸣样等，根据音调不同可分为性质柔和的或粗糙的杂音两种；一般来说，器质性杂音常是粗糙的，功能性杂音则常是柔和的。

**强度：**即杂音的响度，收缩期杂音一般分为6级，舒张期杂音不分级。

**传导方向：**杂音沿着产生杂音的血流方向传导，亦可借周围组织向外扩散，杂音越响传导的范围越广。不同杂音的最响部位及传

导方向不同，如二尖瓣关闭不全的收缩期杂音在心尖部最响，并向左腋下及左肩胛下区传导；主动脉瓣关闭不全的舒张期杂音在主动脉瓣第=听诊区最响，沿胸骨左缘向下并可达心尖部；主动脉瓣狭窄的收缩期杂音以主动脉瓣区最响，可上传至胸骨上窝及颈部等。体位、呼吸、运动对杂音的影响：不同的体位或改变体位、运动、深吸气或呼气等可使某些部位的杂音增强或减弱，有助于杂音性质的判别。杂音的临床意义：心脏杂音对心血管疾病的诊断和鉴别诊断有重要意义，但是，有杂音不一定有心脏病，有心脏病也可以听不到杂音。根据产生杂音的部位有无器质性病变分为器质性杂音和功能性杂音，根据杂音的临床意义可分为病理性杂音和生理性杂音。生理性杂音的特点，只限于收缩期，心脏无增大，杂音性质柔和、吹风样、无震颤。生理性和病理性收缩期杂音的鉴别见表13。

(6)心包摩擦音：心包摩擦音性质粗糙、音调高、表浅，类似用指腹摩擦耳廓的声音，收缩期及舒张期均可听到，但以收缩期明显；通常在胸骨左缘第3、4肋间处较易听到，取前倾坐位或深呼气后屏住呼吸时易于听到。见于各种感染性心包炎，亦可见于急性心肌梗死、严重尿毒症、心包原发或继发性肿瘤以及系统性红斑狼疮等疾病。心包摩擦音与胸膜摩擦音的区别主要为屏气时胸膜摩擦音消失，而心包摩擦音不消失，此外，听诊的部位亦不相同。

#### 4. 注意事项

- (1)听诊应在相对安静的环境中进行。
- (2)被检查者应完全暴露胸部，取仰卧位，特殊情况下可改变体位进行听诊。
- (3)听诊时应注意各瓣膜区的听诊部位和听诊顺序，防止遗漏。
- (4)首先计数心率，并注意心律是否整齐。如果心律不齐应计数一分钟。
- (5)听诊时先确定第一心音和第二心音，以

判别心脏的收缩期和舒张期；同时注意心音的强度、性质变化、有无心音分裂和附加音等。(6)听到心脏杂音应注意杂音产生的部位、传导方向、时期、性质、强度等，同时注意生理性和病理性杂音的区别。(7)听到心包摩擦音应与胸膜摩擦音鉴别。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](http://www.100test.com)