

实践技能辅导资料心脏视诊实践技能考试 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_E8_B7_B5_E6_8A_80_E8_c22_646920.htm 实践技能检查时，心脏视诊时被检查者可取坐位、坐卧位或仰卧位，胸部应全部裸露，在自然光线下进行。心脏视诊的主要内容如下。1.心前区隆起：检查者站在被检查者右侧，双跟与胸廓同高，观察心前区有无隆起。心前区隆起是指胸骨下段与胸骨左缘第3~5肋软骨及肋间的局部隆起，主要见于某些先天性心脏病或儿童期风湿性心脏病所致右心室肥大者，也可见于有大量渗出液的儿童期心包炎患者。成人有大量心包积液时，挤压心前区胸壁而使肋间隙外突，心前区可隆起。2.心尖搏动：心脏收缩时，心尖冲击心前区左前下方胸壁，引起局部肋间组织向外搏动，称为心尖搏动。顺切线位观察心尖搏动的位置和范围。正常成人，心尖搏动位于第5肋间左锁骨中线内侧0.5~1.0cm处，搏动范围的直径约2.0~2.5cm。观察心尖搏动时，应注意其位置、范围、强度、节律及频率等。(1)心尖搏动的位置改变：生理情况下，体位、体型、呼吸等对心尖搏动的位置有影响。如卧位时，膈肌位置较坐位时稍高，心尖搏动可稍上移；左侧卧位时，心尖搏动可向左移2.0~3.0cm；右侧卧位时，心尖搏动可向右移1.0~2.5cm。矮胖体型、小儿及妊娠，心脏常呈横位，心尖搏动向上、向外移位，可达第4肋间隙；瘦长体型者，心脏呈垂直位，心尖搏动可向下、向内移至第6肋间隙。深吸气时膈肌下降，心尖搏动可下移至第6肋间隙；深呼气时膈肌上抬，心尖搏动可上移至第4肋间隙。另外，肥胖者及女性乳房遮盖时；心尖搏动不易看到。心尖

搏动移位的病理因素有：
心脏疾病：左心室增大时，心尖搏动向左下移位；右心室增大时，心尖搏动向左移位；右位心时，心尖搏动位于胸部右侧相应部位；
胸部疾病：如肺不张、胸膜增厚粘连时，心尖搏动移向患侧；胸腔积液、气胸时，心尖搏动移向健侧；侧卧位时，心尖搏动无移位提示存在心包纵隔胸膜粘连的可能；胸廓或脊柱畸形时，因心脏位置改变，可引起心尖搏动发生相应改变；
腹部疾病：大量腹水、肠胀气、腹腔巨大肿瘤等，因腹内压增加致膈肌位置升高，心尖搏动位置可向上向外移。
(2)心尖搏动强度及范围的改变：胸壁厚或肋间隙窄者，心尖搏动弱且范围小；胸壁薄或肋间隙宽者，心尖搏动强且范围大。剧烈运动、精神紧张或情绪激动时，心尖搏动增强。心尖搏动强度及范围改变的病理因素：左心室肥大、甲状腺功能亢进症、重症贫血及发热时，心尖搏动增强。心肌炎、心肌病时，心尖搏动减弱；心包积液、肺气肿、左侧气胸或胸腔积液时，心尖搏动减弱甚至不能发现。左心室肥大时，心尖搏动增强且范围亦较大。
3.心前区异常搏动：观察心前区其他部位有无异常搏动。在疾病状态下，可见到心前区异常搏动。
(1)胸骨左缘第2肋间收缩期搏动，见于肺动脉高压，亦可见于正常青年人在体力活动时。胸骨左缘第2、3肋间明显收缩期搏动，见于肺动脉高压伴肺动脉扩张。胸骨左缘第3、4肋间收缩期搏动，见于右心室肥大。
(2)胸骨右缘第2肋间及其附近，或胸骨上窝的收缩期搏动或隆起，见于升主动脉或主动脉弓的动脉瘤。
(3)剑突下搏动见于右心室肥大，亦可由腹主动脉搏动引起。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