

教案首页

第__次课 授课时间 2015.12.15 完成时间 2015.09.16

课程名称	诊断学	年 级	2014 级	专业，层次	全科医学五年制本科		
教 员	杨冰冰	专业技术 职 务	副主任 医师	授课方式 (大班)	大班	学时	3
授课题目（章，节）		腹部体格检查					
基本教材或主要参考书		基本教材：诊断学(第 7 版) 人民卫生出版社					
教学目的与要求： <div>1. 熟悉腹部分区与腹腔脏器的对应关系；</div> <div>2. 掌握腹部的体表标志及分区方法；</div> <div>3. 掌握腹部视诊内容及临床意义；</div> <div>4. 掌握腹壁紧张度、压痛和反跳痛触诊方法及临床意义；</div> <div>5. 掌握肝脏触诊的要点、触诊内容及临床意义；</div> <div>6. 掌握脾肿大的测定及描述；</div> <div>7. 了解腹部包块触诊及鉴别；</div> <div>8. 掌握腹部叩诊内容及临床意义；</div> <div>9. 掌握腹部听诊内容及临床意义。</div>							
大体内容与时间安排，教学方法：教学步骤、内容（详细内容见课件） <div>第一节 腹部的体表标志及分区</div> <div>一、腹部体表标志（5 分钟）</div> <div>二、腹部分区（5 分钟）</div> <div>第二节 腹部体格检查内容</div> <div>一、腹部视诊内容：（25 分钟）</div> <div>1、腹部外形视诊及临床意义（7 分钟）</div> <div>2、腹部呼吸运动视诊及临床意义（3 分钟）</div> <div>3、腹壁静脉视诊及临床意义（5 分钟）</div> <div>4、胃肠型和蠕动波视诊及临床意义（5 分钟）</div> <div>5、腹壁其他情况视诊及临床意义（5 分钟）</div> <div>二、腹部触诊顺序、内容、方法及步骤（55 分钟）</div> <div>1、腹壁紧张度触诊方法及临床意义（ 5 分钟）</div>							

2、压痛及反跳痛触诊方法及临床意义（5 分钟）

3、肝脏触诊方法及临床意义（10 分钟）

4、脾脏触诊方法及临床意义（10 分钟）

5、胆囊触诊方法及临床意义（5 分钟）

6、胰腺触诊方法及临床意义（5 分钟）

7、肾脏触诊方法及临床意义（5 分钟）

8、腹部包块触诊方法及鉴别（10 分钟）

三、腹部叩诊内容

1、肝上下界叩诊方法及临床意义（5 分钟）

2、移动性浊音叩诊方法及临床意义（5 分钟）

3、巨大卵巢囊肿与腹水浊音鉴别（5 分钟）

4、肾脏叩诊方法及临床意义（5 分钟）

四、腹部听诊内容

1、肠鸣音亢进、减弱或消失的临床意义（10 分钟）

2、血管杂音的鉴别（5 分钟）

3、振水音的临床意义（5 分钟）

教学方法：启发式讲授+提问式讨论+简单病例分析；

教学手段：PPT、图片、列表

教学重点，难点：

重点：1、腹壁紧张度、压痛和反跳痛触诊及临床意义；2、肝脏触诊的要点、触诊内容及临床意义；3、脾肿大的测定及描述；

难点：腹部包块触诊及鉴别

教研室审阅意见：

_____（教学组长签名）

_____（教研室主任签名）

年 月 日

《腹部体格检查》讲稿

[illegible]

饱满：前腹壁略高出于肋缘至耻骨联合的水平面。

低平：腹部稍凹陷，前腹壁低于肋缘至耻骨联合的水平面。

(2)异常腹部外形

腹部膨隆：

指仰卧位时前腹壁明显高于肋缘至耻骨联合的水平面。

全腹膨隆

1) 腹腔积液（腹水）：呈蛙腹、尖腹

意义：见于肝硬化、右心衰、结核性腹膜炎、腹膜转移癌、肾病综合征。

2) 胃肠胀气：腹部呈球形，两侧腹部膨出不明显，改变体位时其形状无明显变化。

意义：多见于肠麻痹、肠梗阻

3) 腹腔巨大包块：

足月妊娠、巨大卵巢囊肿、畸胎瘤

局部膨隆

见于腹腔脏器的肿大、肿瘤、炎性包块、局限性肠管胀气、腹壁上的肿物及疝气等。

腹部凹陷

全腹凹陷：仰卧位时前腹壁明显低于肋缘至耻骨联合的水平面。意义：见于消瘦及严重脱水患者，常发生在慢性消耗性疾病晚期。

局部凹陷：较少见，见于腹壁瘢痕收缩。

2、呼吸运动

腹式呼吸减弱消失：见于腹膜炎、腹水、剧烈腹痛、腹内巨块、妊娠、膈肌麻痹。

腹式呼吸增强：见于癔病、胸水。

3、腹壁静脉

腹壁静脉曲张：见于门静脉高压、上、下腔静脉梗阻。

腹壁静脉显露 如何进行鉴别：检查血流方向

4、胃肠蠕动波

正常人腹部看不到胃肠的蠕动波，若见到明显的胃肠蠕动

7min

幻灯 14 张

图片 8 张

3min

5min

幻灯 5 张

波则提示胃肠道发生梗阻即有外科疾患存在。

胃蠕动波：蠕动波自左肋缘下开始向右缓慢推进，到达右腹直肌下消失。它的出现提示胃蠕动增强，见于幽门梗阻。

胃型：即自右向左的更为强烈的逆蠕动波，形态似胃的轮廓故称胃型。见于幽门严重梗阻。

肠蠕动波及肠型：提示肠道有机械性梗阻，见于肠扭转、肠癌等。当发生肠麻痹时肠蠕动波消失。

5、腹壁其他情况

色素：

腹纹—白纹—肥胖、妊娠

紫纹—皮质醇增多症

瘢痕—外伤、手术、皮肤感染的遗迹

疝：由于腹内压增高，腹腔内容物经腹壁或骨盆壁的间隙或薄弱部分，向体表突出而形成。

脐：凸出或凹陷：

脐分泌物为浆液性、脓性、有臭味—炎症

水样有尿味—脐尿管未闭

脐部溃烂—结核

脐部溃疡、坚硬、固定突出—癌

腹部体毛：女性阴毛呈男性分布—皮质醇增多症

上腹部搏动：异常搏动可见于右室肥大、主动脉瘤、肝血管瘤。

二、触 诊

顺序：从左下腹开始，逆时针方向，由下向上，先左后右，仔细触诊。

内容：检查腹壁的紧张度、压痛、搏动、包块等。

步骤：先行浅触诊(下压约 1CM 左右)，然后行深触诊(下压约 2CM)，对大量腹水病人可采用浮沉触诊。

1. 腹壁紧张度：

正常人：紧张度适中(触之柔软，虽稍有阻力但易压陷)。

紧张度增加：

5min

幻灯 6 张

5min

幻灯 7 张

幻灯 3 张

图片 1 张

<p>全腹紧张度增加—揉面感、板状腹</p> <p>腹壁局部紧张度增加—急性胰腺炎、急性胆囊炎</p> <p>紧张度减低或消失:</p> <p>见于慢性消耗性疾病, 经产妇, 瘦弱的老年人, 或刚放过大量腹水的病人。</p>	<p>5min</p> <p>幻灯 2 张</p>
<p>2. 压痛及反跳痛:</p> <p>正常腹部触诊时: 不引起疼痛, 如由浅入深触诊发生疼痛, 称压痛。一般表示该区域的脏器有病变。</p> <p>压痛点: 局限于一点的压痛如阑尾点、胆囊点、季肋点、上输尿管点、中输尿管点、肋脊点、肋腰点。</p> <p>反跳痛: 嘱病人仰卧位, 双下肢屈曲, 腹壁松弛。检查者手徐徐压迫腹痛部位, 手指在该处稍停片刻, 使压痛感觉趋于稳定后, 将手迅速抬起, 此时患者若感到该处剧烈“抽痛”并有痛苦表情或呻吟, 即为反跳痛。</p>	<p>5min</p> <p>幻灯 5 张</p>
<p>3. 肝脏触诊(单手或双手触诊法)</p> <p>要点: 触诊应与呼吸配合, 随患者呼气时, 手指压向腹深部再次吸气时, 手指向上迎触下移的肝缘, 如此反复进行中, 手指逐渐向肋缘移动, 直至触到肝缘或肋缘为止。触诊应在右锁骨中线上及前正中线上进行。当触及肝脏时应测量其肝缘与肋缘或剑突根部的距离, 以厘米表示。</p> <p>触诊内容: 大小、硬度、形态、压痛、边缘及表面情况。</p> <p>1) 肝脏大小:</p> <p>正常肝脏一般触不到, 但腹壁松软的瘦者深吸气时可触及肝脏(肋下<1CM、剑突下<3CM)、表面光滑、质软、无压痛。肺气肿、右胸腔大量积液、内脏下垂时使肝脏下移, 亦可触肝下缘, 但肝浊音上界下移。</p> <p>弥漫性肝肿大: 见于脂肪肝、肝炎、肝淤血、白血病等。</p> <p>局限性肝肿大: 见于肝脓肿, 肝肿瘤、肝囊肿等。</p> <p>肝脏缩小: 见于急性和亚急性肝坏死, 晚期肝硬化。</p> <p>2) 肝质地: 质软、质韧和质硬。</p>	<p>10min</p> <p>幻灯 10 张</p> <p>图片 4 张</p>

正常——触之柔软似口唇者为质软。

肝炎、脂肪肝及肝淤血——触之似鼻尖者为质韧(中等硬)。

肝硬化、肝癌——触之硬如额头者为质硬。

3) 肝表面状态和边缘:

正常肝表面光滑, 边缘整齐, 且薄厚一致。

异常:

肝脏边缘钝圆——脂肪肝或肝淤血。

肝脏表面不光滑, 呈不均匀的结节状, 边缘厚薄也不一致
见于肝癌、多囊肝。

肝脏表面呈大块状隆起——巨块型肝癌、肝脓肿和肝包虫病。

4) 肝压痛 :

轻度弥漫性压痛见于肝炎、肝淤血等,

局限性剧烈压痛见于较表浅的肝脓肿(常在右侧肋间隙处)。

5) 肝搏动:

传导性搏动: 因肝脏传导了其下面的腹主动脉的搏动所致。

扩张性搏动: 右心室的收缩搏动通过右心房、下腔静脉而
传至肝脏所致。

6) 肝区摩擦感:

此征见于肝周围炎时。产生机制是由于肝表面和邻近的腹膜有
性渗出物, 二者相互摩擦所产生。

7) 肝震颤:

用浮沉触诊法当手指压下时, 如感到一种微细的震动感, 见
于肝包虫病。是由于包囊中的多数子囊浮动, 撞击囊壁引起
此征对其诊断有特异性。

肝颈静脉回流征: 病人半坐位, 检查者先观察其颈外静脉的
扩张程度与搏动点的高度位置。然后右手按压其肝脏, 逐渐
加压, 持续约 10 秒钟, 同时观察搏动点是否升高及颈静脉
怒张程度。若颈外静脉扩张更为显著, 搏动点升高, 于停

止压迫肝脏后迅即下降，即为阳性。此征阳性提示有充血性肝肿大。

4. 胆囊肿大的触诊：

可用单手滑行触诊，肿大胆囊可在右肋下、腹直肌外缘触及一梨形或卵圆形张力较高的包块，随呼吸而上下移动。

胆囊触痛征阳性，莫菲(Murphy)征阳性。常见于急性胆囊炎胆囊病变：

- 1) 急性胆囊炎：胆囊肿大，有囊性感，并有明显压痛
- 2) 壶腹周围癌：胆囊肿大，有囊性感，但无压痛。
- 3) 胆囊结石或胆囊癌：胆囊肿大，有实性感者。
- 4) 胰头癌：胆囊显著肿大，有渐进加深的明显的黄疸，但无压痛者，称为 Courvoisier 征阳性。为胰头癌进行性压迫胆总管导致胆道阻塞所致。
- 5) 胆总管结石胆道阻塞：可发生明显黄疸，但胆囊常不肿大，为胆囊有慢性炎症，囊壁因纤维化而皱缩，且与周围组织粘连而失去移动性所致。

5. 脾肿大的测量法及分度

1) 脾肿大的测量方法

甲乙线（I）：指左锁骨中线与左肋缘交点至脾下缘的距离（以厘米表示）。脾轻度肿大时只作第 I 测量。

甲丙线（II）：指左锁骨中线与左肋缘交点至脾最远点的距离（应大于“I”线），

丁戊线（III）：指脾右缘与前正中线的距离。如脾高度增大向右越过正中线，则测量脾右缘至正中线的最大距离，以“+”表示；未超过正中线则测量脾右缘与正中线的最短距离，以“-”表示。

2) 脾肿大的分度

轻度肿大：深吸气时，脾缘不超过肋下 2cm，

中度肿大：超过 2cm 至脐水平线以上，

高度肿大（巨脾）：超过脐水平线或前正中线。

3) 脾脏肿大意义：

5min

幻灯 2 张

图片 1 张

10min

幻灯 5 张

图片 2 张

轻度脾脏肿大见于：慢性肝炎、伤寒、粟粒性结核、急性疟疾、亚急性细菌性心内膜炎、败血症和 SLE。质地柔软。

中度脾脏肿大见于：肝硬化，慢性淋巴细胞白血病，淋巴瘤及慢性溶血性黄疸等。脾脏质地一般较硬。

高度脾肿大见于：慢性粒细胞白血病、黑热病、慢性疟疾、骨髓纤维化症等。

6. 肾脏触诊（双手触诊）

方法：医生以左手掌托住右腰部并向上推起，右手掌平放在右上腹部，手指方向大致平行于右肋，于患者吸气时双手夹触肾脏，如触及光滑钝圆的脏器，可为肾下极、此时患者常有酸疼或恶心不适感。

肾肿大见于：肾盂积水或积脓、肾肿瘤、多囊肾等。

7. 胰腺触诊

方法：胰位于腹膜后，位置较深，且正常胰柔软，故不能触到。但应了解其位置横于上腹部相当于第 1、2 腰椎处（脐上

5-10cm），胰头及胰颈约于中线偏右，而胰体尾在中线左侧。

胰腺病变：胰腺炎--在上腹中部或左上腹有横行带状压痛及肌紧张，并涉及左腰部者，提示急性胰腺炎；如同时有左腰部皮下淤血而发蓝，则提示急性坏死型胰腺炎。该部如触到质硬而无移动性的肿物时，如为横行索条状，应考虑为慢性胰腺炎。

8. 腹部包块：

多由肿大或异位的脏器、肿瘤、囊肿、炎性肿块或肿大的淋巴结等所形成。触诊时应注意了解包块的：位置、大小、形态、硬度、压痛、搏动、移动度、与邻近的关系。

上腹部常见的包块：胃癌、胰腺癌及囊肿、肝左叶癌。

左上腹部常见包块：主要是肿大的脾、肾和横结肠脾曲及胰腺尾部的癌肿。

右上腹部常见包块：肝、胆囊、右肾肿大及结肠肝曲的癌肿
脐周及中腹部：

有结核性腹膜炎所致的粘连性包块

5min

幻灯 3 张

图片 2 张

5min

幻灯 2 张

肠系膜淋巴结结核或肿瘤

横结肠包块及蛔虫团等

下腹部常见包块：膨胀的膀胱及膀胱肿瘤，妊娠子宫及子宫肿瘤。

左下腹常见包块：乙状结肠癌肿，血吸虫病，左侧卵巢或输卵管包块。

右下腹常见包块：盲肠、阑尾的炎性病变、脓肿、肿瘤及右侧卵巢或输卵管包块。

腹腔肿块与腹壁肿块的鉴别

液波震颤：检查时让病人仰卧，检查者以手掌面置于患者腹壁一侧，另一手用指端叩击对侧腹壁，如腹腔有大量游离液体，则贴于腹壁的手掌有被液体波动冲击的感觉，即液波震颤，又称“波动感”(fluctuation)或“液波感”。此法检查腹水，需有 3000--4000ml 以上液量才能查出，不如移动性浊音敏感。

三、叩 诊：

腹腔某些脏器的大小、叩痛、充气情况、积液、包块等。

直接叩诊法与间接叩诊法但多用间接叩诊法。

明显的鼓音为：胃肠胀气、人工气腹和胃肠穿孔。

明显的浊音或实音为：腹腔肿瘤、肿大脏器、大量腹水等。

1) 肝上界叩诊：

沿右锁骨中线、右腋中线和右肩胛线，由肺区向下叩向腹部当由清音转为浊音时，即为肝上界。此处相当于被肺遮盖的肝顶部，故又称肝相对浊音界。再向下叩 1-2 肋间，则浊音变为实音，此处的肝不再为肺遮盖而直接贴近胸壁，称肝绝对浊音界(亦为肺下界)。

2) 肝下界叩诊：

腹部鼓音区沿右锁骨中线或正中线上叩，由鼓音转为浊音处即是肝下界。肝下界与胃、结肠等重叠，很难叩准。

肝脏在右锁骨中线，上界为第 5 肋间，下界位于右季肋下缘二者之间的距离为肝上下径，约 9-11cm；在右腋中线，其上

10min

幻灯 9 张

5min

幻灯 4 张

图片 2 张

界为第 7 肋间，下界相当于第 10 肋骨水平；在右肩胛线，其上界为第 10 肋间。矮胖体型者肝上下界均可高出一个肋间，瘦长体型者则可低一个肋间。

移动性浊音：让患者仰卧，自腹中部脐平面向一侧叩诊，叩由鼓音为浊音时，扳指不动，令患者卧转向另一侧，再叩如该处由浊音变为鼓音，即称为。用同样方法，再叩另一侧。（腹水>1000ml）。

水坑征：肘膝位，侧腹部向脐部叩诊，提示腹水>120ml。

巨大卵巢囊肿与腹水浊音鉴别：

①浊音的形态、部位及移动性不同。

②尺压试验：即患者仰卧时，医师将一硬尺横置于腹壁上，两手将尺下压，如尺发生节奏性跳动，则为卵巢囊肿。如硬尺无此种跳动，则为腹水。

3) 肾脏叩诊

患者取站立位、坐位或侧卧位，检查者用左手掌平放于患者的肾区，右手握拳用由轻到中等强度的力量向左手背进行叩击。正常时肾区无叩击痛。当有肾炎、肾盂肾炎、肾结石及肾周围炎时，肾区可有不同程度的叩击痛。

四、听 诊

听诊内容：肠鸣音、振水音、血管杂音

1) 肠鸣音：

将听诊器放于脐部附近，听诊至少 1 分钟。注意肠鸣音的次数、音调强度，如未听到肠鸣音，则应延续听到肠鸣音为止或听诊至少 5 分钟。

正常情况下：肠鸣音约为 4-5 次/分。

肠鸣音活跃：(肠鸣音>10 次/分)但音调不高亢见于：饥饿状态、急性肠炎、胃肠出血、服用泻药后等。

肠鸣音亢进：肠鸣音频率增加，响亮、高亢甚至呈叮当声或金属声。提示机械性肠梗阻。

肠鸣音减少或消失：(3-5 分钟以上才能听到一次或听不到)见于急性腹膜炎、电解质紊乱或严重脓毒血症所致的肠麻痹

5min

幻灯 2 张

图片 2 张

5min

幻灯 2 张

10min

幻灯 4 张

2) 血管杂音:

左右上腹部收缩期吹风样血管杂音常提示: 肾动脉狭窄。

中腹部收缩期喷射性血管杂音常提示:

腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄。

下腹部两侧收缩期吹风样血管杂音应考虑: 髂动脉狭窄。

脐周连续性静脉杂音提示: 门脉高压侧支循环形成。

当左肝叶肝癌压迫肝动脉或腹主动脉时, 亦可在包块部位听到吹风样血管杂音。

3) 振水音

方法: 让患者仰卧, 医生以一耳靠近患者上腹部, 同时用冲击触诊法, 振动胃部, 亦可用双手扶着患者腰部, 左右摇晃, 此时即可听到液气相互撞击的声音, 即振水音。

意义: 正常人在餐后或进食大量液体之后可产生振水音。但如在清晨空腹或餐后 6-8 时以上仍能听到振水音, 则提示幽门梗阻或胃扩张。

5min

幻灯 4 张

图片 2 张

5min

幻灯 4 张

图片 2 张

教案末页

小 结 (Summary)	
复 习 思 考 题 ， 作 业 题	<ol style="list-style-type: none">1、腹壁静脉曲张血流方向的判断及临床意义。2、胃肠蠕动波的临床意义。3、腹壁紧张度增加、压痛和反跳痛的临床意义。4、腹部包块描述的内容。5、肝脏触诊的临床意义。6、脾肿大的测定及描述。7、移动性浊音临床意义。8、腹水与卵巢囊肿的鉴别。9、肠鸣音亢进、减弱或消失的临床意义。
实施情况及 分析	