

临床实践技能考官提问 100 问!

第一章 一般检查

一、全身状态

1. 稽留热常见于哪些疾病?

答：稽留热是指患者体温维持在 39~40℃以上的高水平达数天或数周，24 小时内体温波动范围不超过 1℃，常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

二、皮肤

1. 瘀点、紫癜、瘀斑如何区别?

答：皮下出血根据其直径大小及伴随情况可分为以下几种：小于 2mm 称为瘀点，3~5mm 称为紫癜，大于 5mm 的称为瘀斑。

2. 较小的瘀点与红色的皮疹的鉴别

皮疹受压时一般可褪色或消失瘀点和小红痣受压后不褪色。

3. 如何判断皮肤弹性?多见于什么病?

答：取手背或上臂内侧皮肤，用食指和拇指捏起。正常人松手后迅速恢复平整。而弹性减退时，恢复减慢，鉴于老年人、消耗性疾病和严重脱水。

4. 勺状甲见于什么病?

答：缺铁性贫血和缺氧

三、淋巴结

1.颈部淋巴结肿大破溃常见于什么疾病?

答：淋巴结核、肿瘤转移、淋巴瘤。

2.腹股沟和滑车上淋巴结肿大常见于什么疾病?

答：腹股沟淋巴结肿大常见于淋病、梅毒、盆腔肿瘤。滑车上淋巴结肿大常见于非霍奇金淋巴瘤。

第二章 头部检查

一、眼部检查

1. 那些颅神经损害可以导致瞳孔对光反射异常?

答：视神经、动眼神经损害可以导致瞳孔对光反射异常。

2. 结膜的变化见于何种疾病:

答：结膜苍白见于贫血；结膜充血多见于结膜炎症；有滤泡形成呈丘状常见于沙眼；球结膜水肿多见于肺性脑病、颅内压增高。

3.瞳孔直径正常值是多少？瞳孔缩小常见于那些临床病症?

答：瞳孔直径正常值 3~4mm，瞳孔缩小常见于有机磷农药中毒、虹膜炎症、吗啡等药物反应。

二、口咽部检查

1.扁桃体增大如何分度?

答：一般分为三度：不超过咽腭弓者为Ⅰ度；超过咽腭弓者为Ⅱ度。达到或超过咽后壁中线者为Ⅲ度。

2. 镜面舌见于何疾病？

答：恶性贫血、缺铁性贫血和慢性萎缩性胃炎。

第三章 颈部检查

一、甲状腺检查

1. 甲状腺肿大分几度？

答：一般甲状腺肿大分三度，轻度肿大：颈部看不到，但触诊可以摸到甲状腺；中度肿大：颈部可以看到肿大的甲状腺，而且触诊可以摸到肿大的轮廓，但甲状腺没有超过胸锁乳突肌的后缘；重度肿大：视诊和触诊都可以发现甲状腺肿大，甲状腺超过了胸锁乳突肌的后缘。

2. 典型甲状腺功能亢进患者作甲状腺触诊会有什么发现？

答：触及甲状腺肿大，有时触及到结节、震颤。

3. 甲状腺听诊可闻见静脉性杂音考虑什么？

答：嗡鸣音，见于甲亢。动脉杂音见于弥漫性甲状腺肿伴功能亢进

二、气管检查

1. 气管位置偏移见于何种疾病？

答：大量胸腔积液、积气、纵隔肿瘤以及单侧甲状腺肿大可将气管推向健侧，而肺不张、肺硬化、胸膜粘连可将气管拉向患侧。

2. 气管右侧偏移见哪种病

答：左侧：积液、肺气肿、肿瘤

右侧：肺不张、肺硬化

第四章 胸部检查

一 胸部视诊

1.描述异常胸廓的特点。

答：（1）扁平胸：呈扁平状，前后径不及左右径的一半。见于肺结核。

（2）桶状胸：前后径：左右径 ≥ 1 ，肋间隙增宽且饱满。腹上角增大，见于肺气肿。

（3）佝偻病胸：包括佝偻病串珠、漏斗胸、鸡胸。

（4）脊柱畸形所致胸廓畸形：脊柱前凸、后凸或侧凸严重者均可导致胸廓两侧不对称，肋间隙增宽或变窄。

2. “三凹征” 常见于什么疾病？

答：“三凹症”是指呼吸极度困难，辅助呼吸肌如胸部及腹部的肌肉都强力运动以辅助呼吸活动，此时虽企图以扩张胸廓来增加吸气量，但因肺部气体吸入困难，不能扩张，致使在吸气时可见胸骨上窝、两侧锁骨上窝以及下部肋间隙均显凹陷，故称“三凹症”。此时亦可伴有干咳及高调吸气性喉鸣。

二、胸部触诊

1.胸廓扩张度异常改变的临床意义。

答：（1）一侧胸廓动度受限 见于一侧胸腔积液、气胸、胸膜增厚和肺不张等。

（2）两侧的胸廓扩张度均减弱 见于老年人和肺气肿患者。

2. 触觉语颤增强的临床意义。

答：（1）肺组织炎性实变 如肺炎、肺梗死、重症肺结核等。

（2）压迫性肺不张(如胸水引起的肺不张)由于支气管通畅，所以语颤增强。

（3）靠近胸壁的肺组织有大空洞时，常见于结核空洞、肺脓肿等疾病。

3. 触觉语颤减弱或消失的临床意义。

答:(1)胸膜肥厚、大量气胸和胸腔积液。

(2)肺泡内含气过多,如肺气肿。

(3)支气管阻塞,如阻塞性肺不张。

(4)胸壁皮下气肿。

4.胸膜摩擦感检查的成因?何处最清晰?临床意义如何?

答:胸膜炎症时,渗出的纤维蛋白于脏、壁层胸膜沉积,使胸膜表面粗糙,呼吸时两层胸膜相互摩擦,触诊时可感觉到如皮革摩擦的感觉,称为胸膜摩擦感。该体征在患侧的腋中线、腋下部最为清晰。可见于结核性胸膜炎、肺炎、肺梗死、尿毒症等。当出现胸腔积液时,两层胸膜分离,胸膜摩擦感消失。在积液吸收过程中摩擦感可再次出现。

三、胸部听诊

1.胸膜摩擦音听诊部位?

前下侧胸壁或腋中线第5、6肋间。

2.干性啰音临床意义。

答:①高调干啰音(哮鸣音或哨笛音):见于小支气管或细支气管病变。双肺弥漫性分布的哮鸣音常见于支气管哮喘、COPD、心源性哮喘等;局限性哮鸣音常见于气道局部狭窄,如肿瘤、气道内异物。

②低调性干啰音(鼾音):见于气管或主支气管病变。

③喘鸣:和其他干啰音不同,发生于吸气相,高调而单一。见于上呼吸道或大气道狭窄:

如喉头痉挛、声带功能紊乱、气管肿物等。

四、乳房检查

1 什么原因导致乳房皮肤“橘皮”样变?

答:多见于癌肿引起的乳房局部皮肤水肿,为癌细胞浸润阻塞皮肤淋巴管所致,因为毛囊和毛孔明显下陷,故局部皮肤外观呈橘皮样改变

2.良性包块见于哪些疾病

答:见于纤维腺瘤、乳腺导管内乳头状瘤、乳腺囊性增生病、脂肪坏死、结核、炎性包块等。

3.乳头内陷说明什么问题?

答:乳头内陷可由外伤、乳房手术失败或后天挤压,乳腺肿瘤以及乳腺炎后的纤维增生等原因引起。

五、外周血管检查

1.主动脉瓣关闭不全时,周围血管检查可出现哪些阳性体征?

答:枪击音

2.出现水冲脉有什么临床意义?

答:脉压差增大,见于主动脉关闭不全、甲亢、严重贫血

第五章 心脏检查

一、心脏视诊

1. 心脏正确解剖位置和搏动范围。

答：心脏位于第五肋间左锁骨中线内侧 0.5~1cm 处。心尖搏动范围直径：2~2.5cm

2. 描述常见的三个心前区异常搏动。

答：胸骨左缘第 3~4 肋间搏动、剑突下搏动、心底部搏动。

3. 心前区膨隆的临床意义。

答：心脏增大，多见于先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌炎后心脏病。

4. 负性心尖搏动的意义

答：心尖搏动时内陷。见于心包积液，缩窄性心包炎，心包和周围组织粘连

二、心脏触诊

1. 心包摩擦感最清晰位置。

答：在胸骨左缘第 3、4 肋间易触及，坐位前倾及呼气末（使心脏靠近胸壁）更明显。

2. 请说出心前区触及震颤的常见临床意义

答：心前区触及震颤是器质性心血管的特征性体征之一常见于某些先天性心脏病，心脏二尖瓣狭窄，主动脉狭窄，肺动脉狭窄。

三、心脏叩诊

1. 心尖搏动不能触及时从何处开始叩？

答：从左第 5 肋间开始。

四、心脏听诊

1. 心尖部听到舒张期杂音，听诊还需要进一步注意哪些？

答：应区分杂音的时项，早、中、晚，杂音的性质。

2. 心包摩擦音和胸膜摩擦音如何鉴别？

答：心包摩擦音性质粗糙、高调、搔抓样，与心搏一致，收缩期和舒张期均可闻及、屏气时不消失可和胸膜摩擦音鉴别。

3. 收缩期及舒张期杂音见于哪些疾病？

答：收缩期杂音：二尖瓣关闭不全，主动脉瓣狭窄

舒张期杂音：二尖瓣狭窄，主动脉瓣关闭不全

4. 胸骨左缘第 2 肋间听到连续性机器样杂音，应首先考虑什么疾病？

答：先天性心脏病如动脉导管未闭。

第六章 腹部检查

一、腹部视诊

1. 腹部膨隆和凹陷的临床意义。

答：全腹膨隆见于腹腔积液、腹内积气、腹内巨大包块。局部膨隆见于脏器肿大、腹内肿瘤、炎性包块、腹壁肿物、疝等。全腹凹陷见于消瘦、脱水、恶病质。

2. 请腹壁静脉水母样改变的体征特点及临床意义

答：腹壁水母样改变时，脐部可见到一簇曲张静脉呈四周放射状改变，常见于显著门脉高压。

3.腹式呼吸减弱和消失的临床意义。

答：腹式呼吸减弱常因腹膜炎症、腹水、急性腹痛、腹腔内巨大肿物或妊娠等。腹式呼吸消失常见于胃肠穿孔所致急性腹膜炎或膈肌麻痹等。

4.腹部粗锁状见于何种疾病？

答：腹部粗锁状膨胀见于肠梗阻、结肠肿瘤等。

5.蜘蛛痣如何检查及临床意义

答：蜘蛛痣大多分布在上腔静脉引流区域，检查方法是用钝头细物压迫蜘蛛痣中心，其放射状小血管消失，去除压力后又复出现，常见于肝功能明显减退者及妊娠妇女。

6.肾盂、输尿管连接处体表投影的位置？提示疾病？

答：上输尿管点在脐水平线上腹直肌外缘。中输尿管点在髂前上棘水平腹直肌外缘，相当于输尿管第二狭窄处。提示:结石\结核或炎症。

二、腹部触诊

1. 请说出板状腹的体征特点及临床意义

答：板状腹是指腹壁明显紧张，甚至强直如木板状，常见于急性胃肠穿孔或腹腔脏器破裂所致急性弥漫性腹膜炎

2.假设腹部包块在左边，应该怎么触诊

答：用深触诊滑动触诊手法：右手四指并拢，嘱被检者呼气，同时右手逐渐向深部按压，触及包块后，在其上行滑动触摸。检查其形状、大小、质地、有无压痛和粘连等，如为肠管，应沿其垂直方向触诊。

3.双手触诊用手检查腹部哪些内容

答：常用于肝、脾、肾和腹腔内肿块的检查。

4.腹膜刺激征包括哪些临床体征及临床意义

答：包括腹肌紧张、压痛、反跳痛，提示局部或弥漫性腹膜炎

5.指出 Murphy 征检查位置及检查的临床意义

答：Murphy 征检查位置在右锁骨中线与肋缘交界处或右腹直肌外缘与肋缘交界处，阳性多见于胆囊炎。

6.门脉高压症患者腹壁静脉曲张时，检查静脉血流方向有何特点

答：脐以上血流方向由下至上，脐以下静脉血流方向由上至下。

7.指出麦氏点位置及其检查的临床意义

答：麦氏点位于脐与右髂前上棘连线中、外 1/3 交界处，其压痛时常见于急性阑尾炎。

8.肝肿大如何测量？

答：正常情况下肝脏下缘距肋下 1cm 以内，距剑突 3cm 以内。肝肿大测量：

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。9.液波震颤为什么不如移动性浊音敏感？答：需有 3000~4000ml 以上液量才能查出。

三、腹部叩诊

1.肝浊音界的临床意义。

答：肝浊音界扩大见于肝癌、肝脓肿、肝炎、肝淤血和多囊肝等。肝浊音界缩小见于暴发性肝炎、急性肝坏死、肝硬化和胃肠胀气等。

四、腹部听诊

1.腹部听诊能听到什么杂音?在什么地方听?

答：听诊部位在脐周（腹主动脉）和脐部两侧上方（肾动脉），听诊内容为动脉血管杂音和静脉血管杂音。脐周的收缩期杂音见于腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄；脐部两侧上方的收缩期杂音见于相应部位的肾动脉狭窄；脐周的连续嗡鸣音见于门脉高压。

2.肠鸣音在何处听诊最清楚? 活跃、亢进、减弱、消失的临床意义如何?

答：正常肠鸣音在脐部听得最清楚，时隐时现，时强时弱，每分钟约出现 4~5 次。病理情况下可有增强、减弱或消失。

(1) 肠鸣音活跃：每分钟 10 次以上，见于急性胃肠炎、服泻药后或胃肠道大出血时；

(2) 肠鸣音亢进：次数多且肠鸣音响亮、高亢。见于机械性肠梗阻；

(3) 肠鸣音减弱：明显减少，数分钟听到一次，声音减弱，称为肠鸣音减弱。见于老年性便秘、腹膜炎、电解质紊乱（低血钾）及胃肠道动力低下等。

(4) 肠鸣音消失：持续 3~5 分钟未听到，用手指轻叩或搔弹腹部仍未听到肠鸣音，称为肠鸣音消失，此时应重点听诊右下腹。见于急性腹膜炎或麻痹性肠梗阻。

3. 血管杂音听诊部位和临床意义。

答：(1) 动脉血管杂音：脐周的收缩期杂音见于腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄；脐部两侧上方的收缩期杂音见于相应部位的肾动脉狭窄。

静脉血管杂音：位于脐周的连续嗡鸣音，见于门脉高压。

第七章 脊柱、四肢关节、肛门检查

一、脊柱

1. 脊柱活动度受限的临床意义。

答：脊柱颈椎段活动受限常见于：颈部肌纤维织炎及韧带受损；颈椎病、结核或肿瘤浸润、颈椎外伤、骨折或关节脱位。脊柱腰椎段活动受限常见于：腰部肌纤维织炎及韧带受损、腰椎椎管狭窄、椎间盘突出、腰椎结核或肿瘤、腰椎骨折或脱位。

2. 正常颈椎、腰椎活动度。

答：颈椎可以前屈和后伸分别为 35-45、35-45 度。腰椎可以前屈和后伸分别为 75-90、30 度。

3. 体检时第 7 颈椎棘突临床定位价值是什么？

答：第 7 颈椎棘突作为计数胸椎的标志。

二、四肢、关节

1. 什么情况下应避免脊柱活动和脊柱活动度检查?

答：脊柱可疑骨折或关节脱位时应避免脊柱活动和脊柱活动度检查。

2. 膝关节活动度。

答：膝关节屈曲可达 $120^{\circ} \sim 150^{\circ}$ ，伸 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ ，内旋 10° ，外旋 20° 。

3. 描述膝内翻和膝外翻时下肢的形态。

答：膝内翻患者并腿直立时小腿内旋偏斜（向内偏斜），膝关节向内形成角度，双下肢（小腿）呈 O 型，膝外翻患者并腿直立时小腿外旋偏斜，膝关节向内形成角度，双下肢呈 X 状。

4. 脊肋角叩击痛的临床意义。

答：两侧肋脊角叩痛提示肾炎、双侧多囊肾等，一侧肋脊角叩痛提示肾结石、肾结核及肾周围炎症。

第八章 神经系统检查

1. 神经反射检查的内容。

答：神经反射检查包括浅反射、深反射和病理反射检查。浅反射包括角膜反射、腹壁反射、提睾反射、跖反射等。深反射包括：肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨膜反射、跟腱反射、阵挛等。

2. 下腹壁反射消失见于?

答：双侧均消失见于胸椎 11 到 12 的病变。

3.脑膜刺激征的临床意义。

答：为脑膜受激惹的体征。阳性见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅内压增高等。

4.坐位与卧位肱二头肌反射检查有否相同？

答：有区别。卧位时，病人前臂半屈曲内旋位，手置于腹部。医生用左手指置于其二头

肌腱上进行叩诊。而坐位时，病人前臂置于医生前臂上。

5.简单描述髌阵挛的阳性反应及其临床意义。