

# 临床带教消化系统体格检查的探讨

——“5-4-3-2-1”

张巍巍

(青岛大学医学院附属青岛市市立医院,山东 青岛 266071)

**摘要:**全面系统的体格检查是消化内科重要的诊疗手段,但在临床带教中发现很多的医学生缺乏这种基本能力。文章通过讲解病例的方式归纳总结了消化科查体的各个主要方面,真实生动地再现了作为医生“眼到—手到—耳到”的重要性,帮助医学生更好地掌握并在临床中应用消化科体格检查。

**关键词:**消化系统;体格检查;方法;病例;人才培养

**中图分类号:** G642.44

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1671-0479(2012)02-158-003

从消化科临床带教工作中发现,很多学生在体格检查方面没有规范的思维,往往查体不够全面以致不能及时准确地诊断疾病及判断病情,究其原因主要是对体格检查的重要性不够了解,认为凡事都可以通过化验或影像学检查来判定,因而养成了忽视体格检查的习惯;或者因为学习和记忆不够系统,一旦面对患者就紧张忙乱而忘记了应查体的内容<sup>[1-3]</sup>。本文通过讲解病例的方式归纳总结了消化科体格检查的各个主要方面,真实生动地再现了作为医生“手到—眼到—耳到”的重要性;通过总结“视、触、叩、听、肛”(5-4-3-2-1)的查体内容,帮助医学生更好地掌握并在临床中应用消化科体格检查。

## 一、视诊——至少要看到5个方面

### (一)腹部的外形

腹部外形分为腹部平坦、凹陷和膨隆。平坦是正常的外观,凹陷有舟状腹为恶病质的情况,如果是膨隆,要分清是全腹部膨隆还是局部的膨隆,如果是全腹膨隆,可为气腹、腹腔积液或腹内巨大包块,如果是局部膨隆,需要注意肿大的脏器、肿瘤包块等。曾有一名52岁的女性患者,因“黑便1天”入院,排柏油样大便3次,量共约1000ml,恶心呕吐出少量黄色胃内容物,无呕吐宿食及呕血,伴头晕、心悸、出汗、口渴、

乏力,生命体征不稳定,血压87/54mmHg,心率110次/分,既往1年前有排黑便病史,于当地医院行胃镜肠镜检查均未明确病因,经药物治疗活动性出血停止后出院,此次入院后通过查体发现患者左上腹较右上腹略膨隆,无搏动,患者因活动性大出血,急行数字减影血管造影(DSA)检查提示十二指肠近空肠曲似有占位样病变,剖腹探查后明确在十二指肠近空肠段有类圆形肿物,大小约5.0cm×6.0cm,切除后病理诊断为小肠间质瘤。可见,腹部的外形即可以给我们以提示。

### (二)腹部的呼吸运动

正常男性以腹式呼吸为主,而女性以胸式呼吸为主,腹式呼吸减弱或消失常提示胃肠穿孔腹膜炎或膈肌麻痹等。曾有一青年男性,因“腹痛2小时”入急诊,视诊腹部见僵硬的板状腹且腹式呼吸受限,经查腹部立位平片有膈下游离气体,结合既往十二指肠溃疡病史以及入院前大量饮酒病史考虑消化性溃疡并穿孔,后经急诊手术治疗后证实。可见,腹部呼吸运动的观察很重要。

### (三)腹壁静脉

腹壁有无腹壁静脉曲张,可以提示有无门静脉高压以及腔静脉回流受阻情况,发现静脉曲张需要检查血流的方向予以初步判断静脉回流情况。

**基金项目:**南京医科大学“十二五”教育研究课题项目(消化内科实习医学生国际化人才培养模式研究)

**收稿日期:**2012-03-05

**作者简介:**张巍巍(1979-),女,辽宁抚顺人,医学博士,主治医师,研究方向为胰腺癌的转移机制,消化内科实习医生国际化人才培养研究。

#### (四)胃肠型及蠕动波

胃肠型和蠕动波可以提示患者肠梗阻的情况。笔者在外科实习时,曾有一名36岁的女性患者突发腹痛,半卧于床痛苦呻吟,带教老师立即带我们视诊腹部,见脐周鼓起一个鸡蛋大小的包块,约2分钟自行消失,患者疼痛也随之缓解,这即是肠型,后经手术证实为小肠平滑肌瘤。

#### (五)腹壁其他情况(如手术疤痕、皮疹、疝)

腹部的疤痕、皮疹很重要。患者如果有排气、排便不畅,查体又发现手术疤痕等,多需要注意有无粘连性肠梗阻等。对于皮疹,笔者是有教训的:在读研究生期间值夜班时,一名青年男性患者(士兵)因“急性腹痛1天”入院,接诊时笔者进行了全面的查体,但除了发现脐周右侧腹部皮肤发红以外没有阳性体征,他解释说是军队的皮带紧勒所致,急查血常规、血尿淀粉酶、心电图(ECG)、腹部彩超均未见异常,并不提示“肠梗阻、肠穿孔、胆石症、胰腺炎、心绞痛”,山莨菪碱解痉止痛治疗后腹痛无明显缓解,可是第2天笔者受到了上级医生严肃的批评,因为再次查体时发现昨晚发红的皮肤处已长出疱疹,最后明确为带状疱疹,经抗病毒治疗1周后治愈出院。

### 二、触诊——至少要触到4个方面

#### (一)腹部包块

触诊时需分清正常和异常的包块,有些人可以触及乙状结肠粪块、横结肠、盲肠、腹直肌腱划、腰椎椎体等正常包块,所以对异常的包块需要知道其位置、大小、形态、质地、移动度、压痛和搏动。曾有一位“腹痛1周”入院的老年女性患者,诉近来持续腹部胀痛伴腰部不适,与进食无明显相关性。逆时针查体时突然在脐上2cm处触及一5.0cm×5.0cm质韧包块,边缘不清,固定,轻触痛,最关键的是有搏动感与心跳一致,当时的感觉就和“触雷”一样,慢慢地监测着血压抬手,急行心脏血管造影(CTA)证实为主动脉夹层动脉瘤转血管外科手术治疗,老人术后恢复很好。笔者不由慨叹,手也可以这样挽救患者的生命。

#### (二)肝、脾、胆囊触诊

对肝脏的触诊也需要描述上述特性以及肝区摩擦感和肝震颤;脾在正常情况下不能触及,必要时可双手触诊,对于脾大患者需要进行测量,通过“甲乙线”、“甲丙线”、“丁戊线”评估脾大分度,很多白血病的患者最初多是查体发现了脾大而进一步检查明确的;正常时胆囊隐于肝之后,不能触及,当胆囊肿大时可触之。笔者触诊过4例无痛性大胆囊患者,最

后经内镜逆行胰胆管造影术(ERCP)均证实为壶腹癌及胰头癌。

#### (三)压痛及反跳痛

压痛多来自腹壁或腹腔内病变,而反跳痛多为腹膜壁层已受炎症累及的征象,可监测病情的程度及演变。

#### (四)Murphy征和麦氏点

Murphy征阳性可提示胆囊炎,而麦氏点压痛提示阑尾炎,触诊时要注意其部位的准确。

### 三、叩诊——至少要叩到3个方面

#### (一)移动性浊音

移动性浊音可以初步判断有无腹水及量。曾有一名中年女性患者,因“黑便8小时”入院,当时查体无阳性发现,入院6小时后,患者突发血压下降,面色惨白,脉搏细速135次/分,给予抢救休克的同时发现患者腹部较前略膨,移动性浊音(+),诊断性穿刺为血性腹水,追问病史近来月经不规律,查尿人绒毛膜促性腺激素(HCG)阳性,考虑宫外孕破裂转妇科手术治疗。

#### (二)肝肾区叩痛

肝肾区叩痛可以判断有无肝肾脓肿、结石等。曾在急诊室会诊一中年女患,持续高热3天,咳嗽咳少量黄痰,胸片提示双肺纹理粗,应用头孢类抗生素后发热无明显改善,且血象明显升高,当笔者的右手叩在垫在肝区的左手背上时,患者疼痛明显即叩痛(+),立即建议行上腹部彩超检查,结果提示“肝脓肿”转外科继续治疗,这就是“叩的思考”。

#### (三)肝肺浊音界

肝肺浊音界指在右侧锁骨中线由肺区向下叩向腹部,当由清音转为浊音时提示为肝上界,此处相当于被肺遮盖的肝顶部又称为肝相对浊音界。肝肺浊音界消失常提示穿孔。记得刚工作时,有一名食管癌的老年男患,突然出现剧烈胸痛,ECG、心肌酶及D-二聚体未提示心肌梗死及肺栓塞的情况,上级医生通过叩诊立即予胸片检查发现膈下游离气体,考虑食管癌自发破裂并穿孔,转胸外科继续治疗。

### 四、听诊——至少要听到2个方面

#### (一)肠鸣音

肠鸣音是肠蠕动时肠管内气体和液体随之流动产生的断断续续的咕噜声(或气过水声)。对于消化道出血的患者,肠鸣音的判断有时可以提示活动性出血情况,肠梗阻时亢进的肠鸣音亦是很好的提示。

## (二)血管杂音

血管杂音的听诊常能发现一些特殊的疾病。笔者曾接诊了一位高龄女性患者,查体时闻及沿剑突下腹主动脉一直到髂总动脉收缩期喷射性杂音,后行血管造影提示腹主动脉瘤并予支架置入治疗。笔者导师曾教导,对不明原因消瘦、黄疸或新发糖尿病的患者需要听诊胰腺区域有无杂音。在工作第2年,笔者就曾收治一位因“食欲减退、消瘦待诊”的老年男患,沿着腹部胰腺头体尾的体表听诊区闻及收缩期喷射性杂音,后来CT证实为胰头肿瘤已经侵及肠系膜血管。

## 五、肛 诊

对消化道出血或便秘的患者肛诊尤为重要,有时可发现肿瘤或出口梗阻等情况。曾有一例93岁的高龄女性患者,因“排鲜血便3天”入院,因患者高龄、心肺功能差、活动性出血无法进一步完成侵入性检查,给予行肛诊,在距肛门6cm的9点处触及一质硬包块,不规则,有触痛,无搏动,退出见指套染血,故而给予凝血酶灌肠急诊肛镜见直肠菜花样肿物,病理证实为直肠腺癌。

作为消化科的临床带教老师,多年来笔者带教国内本科实习医生及七年制研究生实习医生的同时,也带教了斯里兰卡及印度的实习留学生,发现外国学生对病史采集和体格检查的应用能力比中

国学生强;笔者在德国读博士期间也同样感到德国医学生体格检查的基本功很扎实,通过询问患者病史及体格检查可以对疾病有基本的判断,这让笔者深深感受到其中的差距,这些也与很多带教老师观点一致<sup>[4-6]</sup>。希望此归纳总结的“5-4-3-2-1”消化系统体格检查模式和记忆方法可以对我们中国的医学生有所帮助,使之真正、全面、深入地掌握消化科体格检查,培养成为技术精湛的高素质医学人才。

## 参考文献

- [1] 黄 健. 标准化病人在普外科教学中的应用研究[J]. 中国医院管理, 2011, 31(7): 60-61
- [2] 李红平, 王 红. 消化内科诊断学教学浅谈[J]. 医学信息, 2011, 24(1): 15-16
- [3] 崔 涛, 钟秀宏, 杨淑艳. 病例教学法在消化内科学本科教学中的应用 [J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(3): 592-593
- [4] 冉素娟, 李廷玉, 李 秋, 等. 当前临床教学困境与深化实践教学改革的思考 [J]. 中国高等医学教育, 2010(2): 99-100
- [5] 刘 隽, 林 勋. 欧洲医学教育模拟教学分层应用概述及启示[J]. 复旦教育论坛, 2010, 8(5): 92-96
- [6] 王进进, 张 宏, 吕红玲, 等. 根据 Miller 学习原理改革体格检查教学的实践 [J]. 中华医学教育探索杂志, 2011, 10(7): 797-799

# Investigation of clinical teaching physical examination of digestive system

——“5-4-3-2-1”

ZHANG Wei-wei

(Qingdao Municipal Hospital Affiliated to Qingdao University Medical School, Qingdao 266071, China)

**Abstract:** Comprehensive and systematic physical examination is an important means for gastroenterologists, however, lots of medical students are found to be lack of these basic skills during clinical teaching. This report illustrated the main aspects of physical examination by explaining and summarizing cases, and vividly highlighted the importance of “eyes-hands-ears” to doctors, as well as helped medical students to better grasp physical examination of digestive system and put it into clinical applications.

**Key words:** digestive system; physical examination; method; cases; talents training