

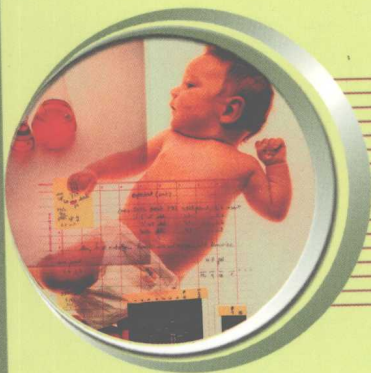
全国医学院校临床课程见习指导丛书

供基础、临床、预防、五官、麻醉、影像、妇幼等专业
本科、高专、高职学生使用

总主编 何振华

儿科学见习指导

余菊香 主编
张明亮 主审



 科学出版社
www.sciencep.com

全国医学院校临床课程见习指导丛书

(供基础、临床、预防、五官、麻醉、影像、妇幼等专业本科、高专、
高职学生使用)

儿科学见习指导

总主编 何振华

主 编 余菊香

主 审 张明亮

编 委 (按姓氏笔画排序)

刘剑锋 刘梅梅 李湘红

李裕超 胡 波 谢侨衡

颜红霞 潘德锋

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书为基础、临床、预防、五官、麻醉、影像、妇幼等医学类专业本科、高专、高职学生见习必备指导书。

本书涵盖了儿科病历书写、药物使用原则、儿童保健、儿科常见病症、儿科常用诊疗操作技术等16个见习单元(64学时)内容。见习单元后编写了知识精要,还提供了复习思考题。

本书提供了临床见习教学程序、教学内容,对规范临床见习教学有重要的指导意义,是一本携带方便、实用价值较高的见习指导书和带教教师参考书。同时,对低年资住院医师也有所帮助,也是国家执业医师应试的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

儿科学见习指导 / 余菊香主编. —北京:科学出版社,2007.9

(全国医学院校临床课程见习指导丛书)

ISBN 978-7-03-019983-6

I. 儿… II. 余… III. 儿科学—实习—医学院校—教学参考资料 IV. R72

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第143505号

责任编辑:裴中惠 李 婷 李 君 / 责任校对:李奕萱

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新 蕾 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007年9月第 一 版 开本:787×960 1/32

2007年9月第一次印刷 印张:6 1/8

印数:1—5 000 字数:162 000

定价:15.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换<明辉>)

《全国医学院校临床课程见习指导丛书》

编写指导委员会

主任委员 文格波

副主任委员 吴移谋 涂玉林

委员名单 (按姓氏笔画排序)

王 毅	文红艳	文格波
阳小华	杨 林	吴移谋
姜志胜	涂玉林	梁庆模
雷小勇		

前 言

临床医学是一门理论性和实践性很强的科学。它需要掌握全面和扎实的理论知识来指导临床实践,同时在不断的实践中理解和掌握理论知识。儿科学是一门研究小儿生长发育规律、提高小儿身心健康水平和疾病防治质量的医学科学。它整体性强,涉及面广,是实践性、经验性、累积性很强的学科,学习中应遵循理论—实践—再理论—再实践的原则,这对于临床医师是十分重要的。

为了帮助医学生系统掌握儿科学知识,提高学习效率,编者根据多年的临床教学心得,特别注意到临床见习阶段教师示范和指导的重要性,力求使学生在见习中把询问病史、体格检查、书写病历等所获得的资料进行归纳、综合、分析和判断,以加深对所学理论知识的理解,并使学生的临床思维得到启发与训练,为毕业实习打下良好的基础。

本书对每单元的见习要求、学时、准备和过程做了具体规范,同时对儿科常见病的病史采集、体格检查做了重点提示。在此基础上编排的“知识精要”则是对儿科学重点知识简明扼要的全面综合,以帮助学生把握重点、理解难点、启发思维。本书既是临床医学生见习阶段的必备参考书,对低年资住院医师也有所帮助;同时,也是国家执业医师应试的参考书。

本书编写得到南华大学教务处、医学院、第二临床学院领导、教学科研部门及各教研室的大力支持和帮助,谨致谢意。

由于学识和编写经验不足,书中缺点和错误难以避免,祈望广大读者批评指正。

何振华 张明亮

2006年12月

目 录

见习一 儿科完全病历写作	(1)
见习二(1) 儿科门诊病历书写及药物使用原则	(13)
见习二(2) 生长发育	(18)
见习三(1) 儿童保健	(24)
见习三(2) 小儿喂养	(26)
见习四(1) 新生儿总论	(30)
见习四(2) 新生儿黄疸	(34)
见习四(3) 新生儿寒冷损伤综合征	(40)
见习四(4) 新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)	(44)
见习五(1) 新生儿颅内出血	(49)
见习五(2) 新生儿败血症	(52)
见习五(3) 新生儿呼吸窘迫综合征(NRDS)	(56)
见习五(4) 胎粪吸入综合征(MAS)	(59)
见习六(1) 蛋白质-能量营养不良	(64)
见习六(2) 维生素 D 缺乏性佝偻病	(68)
见习六(3) 小儿单纯性肥胖症	(73)
见习七(1) 营养性缺铁性贫血	(76)
见习七(2) 急性上呼吸道感染	(80)
见习八(1) 支气管肺炎	(85)
见习八(2) 儿童支气管哮喘	(93)
见习九(1) 先天性心脏病	(98)
见习九(2) 肾病综合征	(104)
见习十 腹泻病	(109)
见习十一 液体疗法	(113)
见习十二(1) 急性肾小球肾炎	(121)
见习十二(2) 风湿热	(126)

见习十三(1) 皮肤黏膜淋巴结综合征(川崎病)	(133)
见习十三(2) 小儿惊厥	(138)
见习十四(1) 唐氏综合征(21-三体综合征)	(145)
见习十四(2) 先天性甲状腺功能减退症	(148)
见习十四(3) 化脓性脑膜炎	(153)
见习十五 小儿结核病	(158)
见习十六 儿科常用操作技术	(166)

见习一 儿科完全病历写作

儿科病历是对儿科疾病发生、发展的客观、全面、系统的科学记载。它不但对患儿疾病的正确诊断与治疗有着现实的指导意义,而且是临床教学、科研、预防工作必不可少的客观资料。同时也是衡量医疗质量的重要标志。儿科病历书写是每个医学生必须掌握的一项基本技能。

【见习要求】

1. 掌握儿科病史的询问方法。
2. 熟悉儿科完全病历写作和体格检查的特点。

【见习时数】 4 学时。

【见习准备】 体重计、温度计、血压计、皮尺或测量床、听诊器、压舌板、棉签、叩诊锤、手电筒、手表、钢笔、小儿玩具等。

【见习过程】 按每 2~3 人一组分若干组,分别记录病史,做体格检查,参阅实习指导并记录病史,最后整理原始资料,按儿科完全病历书写格式及内容每人写一份病历交指导教师评阅。

儿科完全病历

儿科完全病历的内容与要求:病史采集必须真实、完整、系统、条理、规范。体查时应态度和蔼,动作轻柔,举止端庄,取得合作。

一般资料 姓名、年龄(如 5 天、4 月、1 岁 2 个月)、性别、籍贯(省、市、县)、民族、现在住址,父母的姓名、年龄、职业、住址。入院日期、病历书写日期、病史叙述者及其可靠性。

主诉 就诊的主要原因、发病情况和时间(20 个字以内)。

现病史 围绕主诉详细地记录从起病到就诊时疾病的发生、发展及其变化的经过和诊治情况。主要包括:

1. 起病的情况 何时、何地、如何起病,起病的缓急,发病

的可能原因和诱因。

2. 主要症状的发生和发展情况 按主要症状发生的先后详细描述,直至入院时为止。包括症状的性质、部位、程度、持续的时间、缓解或加剧的因素以及伴随的症状。对慢性患儿及反复发作的患儿,应详细记录第一次发作的情况,以后病程中的变化以及最近发作的情况,直至入院时为止。

3. 伴随症状 注意伴随症状与主要症状的相互关系,伴随症状发生的时间特点和演变情况,与鉴别诊断有关的阴性症状也应记载。

4. 诊治经过 曾在何时何地就诊、做过的检查及结果、诊断与治疗情况、效果如何及有无不良反应等。应重点扼要地加以记录。特殊药物(如洋地黄制剂)要记明用法、剂量和时间。

5. 患儿病后的一般情况 简要叙述患儿起病以来的食欲、精神、大小便、睡眠和体重的变化(未测体重者可用起病后是否“长胖”或“消瘦”来表示)。

6. 与现病史有关的病史,虽年代久远但仍属现病史。如风湿性心脏瓣膜病患儿的现病史应从风湿热初次发作算起。

个人史

1. 生产史 3岁以内的患儿必须询问,3岁以上的患儿可重点询问,包括胎次、是否足月、顺产或难产、接生方式、出生时体重及一般情况如哭声大小、皮肤颜色、有无产伤、窒息、抽搐及Apgar评分等。母亲是否有特殊嗜好,如吸烟、喝酒。母孕期的营养情况以及孕期是否患过其他疾病,服过哪些药物,是否接触过X线或同位素检查或治疗。

2. 喂养史 3岁以内患儿必须详细询问,3岁以上患儿可重点询问。详细询问喂养方式,母乳分泌量是否充足;人工喂养儿以何种乳品为主、如何配制、喂哺的次数及量。添加辅食的种类与时间,断乳时间。对年长儿要询问饮食的习惯(有无偏食、挑食、厌食)、食欲情况。

3. 生长发育史 3岁以内患儿必须详细询问,3岁以上的患儿重点询问,若所患疾病与发育史有密切关系应详细询问。体格发育:结合年龄进行询问。如抬头、挺胸、独坐、爬行、站立、

扶走、跑、跳,出牙的时间、出牙的数目及顺序。智力发育:结合年龄了解何时大笑、认识熟人、发单音及说短句,已入学者应了解在校读书的成绩和行为表现。

4. 生活史 居住条件、户外活动、晒太阳、生活有无规律、睡眠时间、个人卫生习惯。

既往史 包括以往疾病史和预防接种史。

1. 既往患病史 一向健康还是多病。既往患过何种疾病,患病时间、年龄、诱因、症状、病程、治疗经过、有无并发症或后遗症。诊断肯定者可用病名,但应加引号;诊断不肯定者则简述其症状,注意与现患疾病相同或类似的疾病。记录药物过敏史、外伤手术史、输血史。有无急、慢性传染病史及传染病接触史。

2. 预防接种史 对常规接种的疫苗均应逐一询问。何时接受过何种预防接种,具体次数,有无反应。接种非正规的疫苗也应记录。

家族史 父母年龄、职业及健康状况,是否近亲结婚,家庭经济情况、居住环境,家中有无遗传性疾病,有无急、慢性传染病(如肝炎、结核)及患有相似疾病的患儿。

一般情况下,3岁以内的患儿均应详细书写生产史、喂养史、发育史以及免疫史。3岁以上的患儿仅书写与本次发病有密切关系的生产史、喂养史、发育史以及免疫史。大于7岁的患儿则应书写系统查询结果。儿科系统查询内容要求:

1. 呼吸系统 咳嗽、吐痰、气喘、咯血、胸痛、低热、盗汗、肺炎史等。

2. 心血管系统 心慌、气促、胸闷、心悸、发绀、水肿等。

3. 消化系统 恶心、呕吐、腹泻、腹痛、腹胀、便秘、黄疸等。

4. 泌尿系统 血尿、水肿、尿急、尿频、尿痛、少尿、多尿、遗尿等。

5. 血液系统 头昏、乏力、眼花、出血、气促、发热、淋巴结肿大、肿块等。

6. 内分泌及代谢系统 多饮、多食、多尿、口渴、消瘦或肥胖、四肢短小、匀称矮小等。

7. 关节及运动疾病 关节红、肿、热、痛、活动受限、畸形、

跛行,肌肉乏力、萎缩、震颤等。

8. 神经系统 抽搐、昏迷、瘫痪、精神异常等。

体格检查

一般测量:体温、脉搏(次/分)、呼吸(次/分)、血压(病情需要或5岁以上者测量)、体重、身长,结合患儿病情需要可测量头围、胸围、上部量和下部量。

一般情况:发育(好、中、差)、营养(好、中、差)、体位(自动、被动、强迫)、病容(急、慢、轻、危重)、神志(清楚、模糊、昏睡、谵妄、昏迷)、步态、表情和面容(安静、淡漠、痛苦、恐慌)、检查是否合作。

皮肤及皮下组织:色泽(红润、潮红、发绀、苍白、黄疸、色素沉着)、水肿(部位、性质、程度)、皮疹、出血点、紫斑、蜘蛛痣、皮肤弹性、毛发分布、皮下脂肪厚度(检查方法:在锁骨中线与脐孔水平线交叉点,检查者用右手拇指与食指相距3cm与腹壁垂直,在腹壁上滑行,捏起脂肪层,再测量拇指与食指间同一平面的腹壁皮下脂肪厚度)、皮下结节、溃疡、瘢痕。

浅表淋巴结:浅表淋巴结肿大应描述其部位、数目、大小、质地、压痛、活动度、有无粘连、瘰管、瘢痕。

头部及头部器官:头颅大小、形状,颅骨软化(乒乓球感),颅骨缝、前囟门、后囟门是否闭合,前囟大小(以菱形边中点假设连线记录)、紧张度(平坦、突出、凹陷),头发分布及颜色光泽。

面部:有无特殊面容。

眼:眼球有无凸出、震颤,眼眶有无下陷,眼裂是否对称,眼睑有无水肿、外翻、下垂,结膜有无充血、滤泡、颗粒,巩膜有无黄疸,角膜有无混浊、溃疡、云翳、白斑,眼球活动有否受限,视力如何,瞳孔形状、大小,双侧是否等大,对光反应是否存在。

耳:听力,外耳道有无流脓,耳屏及乳突有无压痛。

鼻:有无畸形、堵塞、排液,鼻窦区有无压痛,鼻唇沟是否对称。

口腔:气味,口腔黏膜颜色,有无斑疹、溃疡、色素沉着。

唇:有无发绀、疱疹、溃疡、皲裂、兔唇。

齿:牙齿数目,有无缺齿、龋齿,牙龈有无红、肿、齿槽溢脓、色素沉着和出血。

舌:舌苔与乳头颜色,伸出方向、震颤,舌系带是否过短。

咽:有无充血及分泌物,扁桃体大小、充血、渗出物、假膜及咽部有无溃疡、充血、滤泡增生、咽后壁脓肿等。喉发音有无嘶哑。

颈部:是否对称、有无强直,颈静脉是否怒张,有无颈动脉异常搏动,气管位置有无移位,甲状腺(大小、硬度、压痛、搏动、杂音、震颤、结节感)。

胸部:胸廓的形状、对称性、有无压痛;有无异常搏动和畸形(鸡胸、漏斗胸、桶状胸、心前区隆起、肋骨串珠、肋缘外翻、赫氏沟);呼吸运动是否对称、是否受限。

肺部:

望诊:有无软组织下陷,呼吸运动是否对称,呼吸频率、节律和深度。

触诊:语音震颤(可利用患儿哭啼声音)的改变(增强、减弱)、是否对称、有无压痛、有无摩擦感和皮下捻发感。

叩诊:叩诊音的性质(清音、浊音、实音、鼓音、过清音)、左右两侧是否对称。叩诊时用力要轻。

听诊:呼吸音强弱、左右两侧是否对称,啰音性质(干、湿)、部位(满肺、双肺背基部、右肺背基部、左肺背基部)、程度(大量、中量、少量、偶闻),有无胸膜摩擦音、支气管呼吸音。

心脏及血管:

望诊:心尖搏动位置、范围及强度,心前区有无隆起。

触诊:心尖搏动位置、范围,有无震颤(收缩期、舒张期或连续性)。

叩诊:3岁以内婴儿除心脏血管疾病外,一般不叩心界。3~7岁的小儿可叩心界。叩左界时,应在心尖搏动部位左侧起自左而右,如发觉有浊音改变则为左界。同时以左乳线作为标准记录在内或在外多少厘米。叩右界时应在肝浊音界上一肋间水平自右而左,有浊音改变即为右界。以右胸骨线(即胸骨右

缘)外多少厘米来记录。7 岁以上年长儿按成人方法检查记录(记录方法见表 1-1)。

表 1-1 小儿心界表

右(cm)	肋间	左(cm)
	Ⅱ	
	Ⅲ	
	Ⅳ	
	V	

胸骨中线至锁骨中线的距离是____ cm,心脏扩大与否____。

听诊:心音强弱、心率、节律(有心律不齐时详细描述其特点)、有无杂音,有杂音则要求检查杂音部位、强弱、性质、时期、传导与否,摩擦音。各瓣膜区均要仔细听诊(同诊断学)。

血管:桡动脉搏动强度、节律,有无水冲脉、奇脉、交替脉、脉搏短绌、血管枪击音、毛细血管搏动。

腹部:

望诊:外形(平坦、饱满、膨隆如球形或蛙状腹、凹陷如舟状腹)、腹部呼吸运动、肠型、蠕动波、血管曲张及血液流向,新生儿脐部有无出血、分泌物。

触诊:腹软或腹肌痉挛,压痛、反跳痛,有无包块,如有,应记录包块的部位大小、边缘清楚与否、硬度、表面光滑或结节感、压痛、搏动、移动度,肝脏脾脏是否肿大,其大小记录同成人,液波震颤。

叩诊:有无移动性浊音。

听诊:肠鸣音有无增强、减弱或消失,有无腹部血管杂音。

脊柱四肢:脊柱有无畸形(脊柱侧凸、前凸、后凸)、僵直、压痛,四肢有无畸形(手镯、脚镯、“O”型腿、“X”型腿)、杵状指(趾)、多指(趾),肌肉有无萎缩,关节有无畸形、红、肿、热、痛、活动障碍。

肛门:肛周皮肤有无充血、皮疹、瘻管,有无脱肛、肛裂、

畸形。

外生殖器:

男孩:两侧睾丸是否下降,有无包茎或包皮过长、阴囊水肿、腹股沟斜疝或阴囊鞘膜积液。

女孩:外生殖器有否畸形,外阴是否清洁,阴道有无分泌物。

神经系统:

神志、精神状态、面部表情、反应灵敏度、动作语言能力、有无异常行为。四肢肌力、肌张力有否异常。

运动:有无瘫痪、不自主运动。

反射:新生儿特有的反射是否存在,如吸吮反射、拥抱反射、握持反射等。浅反射(腹壁反射、提睾反射)、深反射(膝腱反射、跟腱反射)。

脑膜刺激征:颈部有无抵抗、凯尔尼格征和布鲁津斯基征是否阳性。

病理征:巴宾斯基征、查多克征、奥本海姆征、戈登征、霍夫曼征等是否阳性。

实验室检查及其他特殊检查 记录入院 24 小时内所做的检查。如入院前已做过可以不再重复,但要注明门诊检查及其检查日期。

摘要

1. 姓名、年龄、性别、籍贯、入院日期。
2. 主诉(与完全病历同)。
3. 现病史重点内容摘录(主要的阳性症状及与诊断有关的阴性症状)。
4. 与现病史及诊断有关的个人史、既往史及家庭史。
5. 体格检查的重要阳性和重要阴性体征,并且按系统顺序记录。
6. 实验室检查及其他检查结果。

诊断依据 重点写第一诊断的诊断依据,每一诊断的依据应分开写,不可将所有诊断的依据混写在一起。

鉴别诊断 写出主要诊断的鉴别诊断病名及鉴别依据。

入院诊断 写出入院诊断,主要诊断应写在前面,诊断排列在右侧,格式如下。

入院诊断:

- 1.
- 2.
- 3.

病例分型 根据病情的缓急、严重程度、预后等分为 A、B、C、D 型。

诊疗计划 根据病情定出初步的诊断治疗计划,如进一步做哪些检查、采取哪些治疗措施等。

医师签名:

完 全 病 历

姓名:刘 × ×

性别:男

年龄:8 个月

民族:汉族

籍贯:湖南衡阳

住址:衡阳市解放路 × × 号

父母姓名及工作单位:父亲: × × ×, 南华大学医学院 × × 教研室

入院日期:2001 年 10 月 6 日

病历书写日期:2001 年 10 月 6 日

病史叙述者:患儿父母

可靠程度:可靠

主诉:腹泻 4 天,加剧伴气促、尿少 1 天

现病史:患儿入院前 4 天忽起腹泻,大便每日 5~6 次,为黄色蛋花样稀便,含水分多,但无黏液和血丝,亦无排便,时哭吵。伴有轻咳和非喷射性呕吐,呕吐每日 1~2 次,每次量不多,呕吐物为胃内容物。且有发热,体温 38~39.5℃,无畏寒、寒战。在家先后服过“婴儿素”、“复方新诺明”,剂量不详,无明显疗效。今日腹泻次数突然增多,上午已达 11 次,进食即呕,每次量较

多,同时出现气促、口干、精神差、嗜睡、小便量显著减少,来院前4小时未解小便。起病后无抽搐,于2001年10月6日下午1点急诊入院。病前无不洁饮食史。

个人史:

生产史:第一胎,足月顺产,新法接生,生后哭声洪亮。出生体重3.5kg,无发绀、窒息或抽搐,母孕期身体健康。

喂养史:母乳喂养、乳量充足,3个月起加服鱼肝油与钙片,4个月后加蛋黄,平时食欲好。

发育史:3个月能抬头挺胸,4个月能大笑,6个月能独坐,7个月出牙,8个月能爬行。病前1周开始喊“妈”。

生活史:睡眠及饮食有规律,经常户外活动晒太阳。

既往史:既往于2个月时患过“肺炎”,平时易受凉后流涕咳嗽,共3次,每次服“婴儿素”2~3天痊愈,过去未腹泻过;无急性及慢性传染病史,最近未患过传染病。已接种卡介苗、乙肝疫苗、百白破三联疫苗,2个月服过脊髓灰质炎糖丸。

家族史:父34岁,母30岁,均为教师,身体健康,家中无“肝炎”、“结核”病史及与患儿疾病相同的患儿。

体格检查

一般测量:T 38.5℃,R 56次/分,P 148次/分,W 7.0kg。

一般情况:发育、营养中等,急性病容,神志清楚,嗜睡状,呼吸深快、规则,无明显发绀。

皮肤及皮下脂肪:皮肤无黄疸、皮疹、瘀斑、水肿,皮肤弹性差,腹壁皮下脂肪厚度1cm,躯干、四肢、面颊部皮下脂肪丰满。

淋巴结:无周身浅表淋巴结肿大。

头部及头部器官:头颅形态正常,无颅骨软化,后囟门及骨缝均已闭合,前囟1cm×1cm,稍凹陷,头发黑色、有光泽。

眼:双眼眶凹陷,哭时无泪水流出,眼球不凸出,结膜无充血,巩膜无黄染,无毕脱斑,角膜透明,无混浊或溃疡,双瞳孔等圆、等大,直径约4mm,对光反射灵敏。

鼻:无分泌物,无出血,无畸形。无鼻翼扇动。

口腔:唇干燥,呈樱桃红色,口腔黏膜淡红色,无溃疡,无斑

疹。出牙四个,牙龈无红、肿、出血。

咽:咽部充血,扁桃体无肿大、无白膜,声音无嘶哑。

颈部:颈软,气管位置居中,甲状腺无肿大,颈静脉无怒张。

胸部:胸廓两侧对称无畸形,呼吸运动不受限,无软组织下陷。

肺部:

望诊:呼吸深快,两侧对称,呼吸 56 次/分。

触诊:呼吸运动及语音震颤两侧对称,无增强或减弱。无胸膜摩擦感。

叩诊:清音。

听诊:双肺呼吸音清晰,无干、湿啰音及胸膜摩擦音。

心脏:

望诊:心前区无隆起,无弥漫性心尖搏动。

触诊:心尖搏动在左第 4 肋间,锁骨中线外 1cm,无震颤。

叩诊:免叩。

听诊:心音强有力,心率 148 次/分, $P_2 > A_2$, 律齐,无杂音。

周围血管征:桡动脉搏动强有力、律齐,无枪击音、水冲脉或毛细血管搏动,无脉搏短绌。

腹部:

望诊:腹部平坦,无脐疝、肠型、蠕动波、腹壁静脉曲张,脐部无分泌物及出血。

触诊:软,无腹肌紧张,无压痛与反跳痛,未触及索状物及肿块。肝在右肋缘下 1cm,质软,表面光滑,边缘清楚,无压痛反应;脾未触及;无液波震颤感。

叩诊:呈鼓音,无移动性浊音。

听诊:肠鸣音增多,10 次/分,无高调音。

脊柱四肢:肢端稍凉,活动不受限,无畸形、无压痛,无杵状指(趾);关节无红、肿、痛、热,活动不受限,亦无畸形。

肛门、外生殖器:肛周皮肤明显发红,但无溃疡、畸形、肛裂、脱肛、痿管,两侧睾丸均已下降到阴囊,无腹股沟斜疝或阴囊鞘膜积液。