

全国中等卫生职业教育任务引领型规划教材

● HUSHI ZHIYE ZHUANYE SHIWU KAOSHI YINGSHI ZHINAN ●

供中等卫生职业教育护理、助产专业用

护士执业专业实务 考试应试指南

——内儿分册

主编 ● 张来平

全国中等卫生职业教育任务引
供护理、助产专业使用

护士执业专业实务考试应试指南

——内儿分册

主 编 张来平

副主编 李文慧 宋正爱

编 者 (按姓氏笔画排序)

韦泾云 (西安交大附设卫校)

李 卓 (黑龙江省林业卫校)

李文慧 (黑龙江省林业卫校)

宋正爱 (甘肃省酒泉卫校)

张来平 (甘肃省庆阳卫校)

范晓云 (黑龙江省林业卫校)

侯文郁 (西安市卫校)

解文霞 (黑龙江省鹤岗卫校)

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

内 容 提 要

《护士执业专业实务考试应试指南——内儿分册》，依据《护士执业资格考试办法》规定，按照2010年护士执业考试大纲编写，是全国中等卫生职业教育任务引领型规划教材之一。全书分为内科护理学和儿科护理学两篇，第一篇内科护理学分为九章，第二篇儿科护理学分为十六章。书后附有护士执业资格考试内科护理学、儿科护理学全真模拟试卷。

本教材适用于护理、助产专业教学，对在校学生平时复习、考前模拟训练，反馈复习成果、提高护士执业资格考试通过率有很大帮助。也可以作为广大护理专业的应试人员执业专业实务考试应试指南。

图书在版编目(CIP)数据

护士执业专业实务考试应试指南——内儿分册/张来平主编.

-北京:军事医学科学出版社,2010.12

ISBN 978-7-80245-614-3

I. ①护… II. ①张… III. ①内科学:护理学-护士-资格考核-自学参考资料
②儿科学:护理学-护士-资格考核-自学参考资料 IV. ①R192.6

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第234552号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路27号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,63827166

编辑部:(010)66931039,66931127,66931038

86702759,86703183

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmssp.cn>

印 装:北京朝阳印刷厂有限责任公司

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:20.75

字 数:582千字

版 次:2011年1月第1版

印 次:2011年1月第1次

定 价:40.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前言

Preface

《护士执业资格考试办法》规定,护士执业资格考试包括专业实务和实践能力两个科目。为了适应考试形式,军事医学科学出版社组织全国部分中等专业卫生学校资深一线专家,按照最新考试大纲中的具体要求,编写《护士执业专业实务考试应试指南——内儿分册》,旨在帮助广大护理专业的应试人员学习、熟悉考试内容,尤其对在校护理、助产专业的学生考前复习、模拟训练、反馈复习成果、提高护士执业资格考试通过率帮助较大。

本书编写的特点:

1. 编写人员都是教学及考前培训经验丰富的资深专家,熟悉执业考试大纲中知识点和“考点”,编写内容科学、严谨、规范。

2. 各学科每一章都围绕“考点分析”、“历年考题解析”、“强化训练”三部分编写。“考点分析”根据考试大纲要求的基础知识、相关专业知识、专业知识及专业实践能力要求进行精讲,并用下划线标注出“考点”,便于学生掌握相关考试内容。“历年考题解析”选择部分历年考试真题,着重解析考题的答题方法与技巧。“强化训练”以历年解密真题为蓝本、以考点为依据进行编制,题型全面,题量丰富,考点突出。

3. 书后附模拟试卷,便于考生模拟实考情景,进行综合训练,具有较强的指导性。

本书编写过程中得到了编者所在学校的大力支持,谨此表示诚挚的谢意。教材中难免有不尽完善之处,诚请各位读者提出宝贵意见和建议,以求再版时完善和改进。

张来平
2010年10月

目

Contents 录

第一篇 内科护理学

第一章 绪 论.....	(3)
第一节 护理体检.....	(3)
第二节 常用实验检查.....	(8)
第三节 其他检查	(11)
第四节 内科疾病的分期护理	(12)
第二章 呼吸系统疾病患者的护理	(22)
第一节 常见症状及护理	(22)
第二节 支气管哮喘患者的护理	(24)
第三节 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿患者的护理.....	(26)
第四节 慢性肺源性心脏病患者的护理	(28)
第五节 支气管扩张患者的护理	(29)
第六节 肺炎患者的护理	(31)
第七节 肺结核患者的护理	(32)
第八节 原发性支气管肺癌患者的护理	(34)
第九节 慢性呼吸衰竭患者的护理	(36)

第三章 循环系统疾病患者的护理	(56)
第一节 常见症状及护理	(56)
第二节 心力衰竭患者的护理	(57)
第三节 心律失常患者的护理	(60)
第四节 心脏瓣膜病患者的护理	(61)
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	(63)
第六节 病毒性心肌炎患者的护理	(65)
第七节 原发性高血压患者的护理	(66)
第四章 消化系统疾病患者的护理	(85)
第一节 常见症状及护理	(85)
第二节 慢性胃炎患者的护理	(86)
第三节 消化性溃疡患者的护理	(87)
第四节 肝硬化患者的护理	(89)
第五节 原发性肝癌患者的护理	(91)
第六节 肝性脑病患者的护理	(92)
第七节 急性胰腺炎患者的护理	(94)
第五章 泌尿系统疾病患者的护理	(111)
第一节 常见症状及护理	(111)
第二节 慢性肾小球肾炎患者的护理	(112)
第三节 肾病综合征患者的护理	(113)
第四节 肾盂肾炎患者的护理	(115)
第五节 慢性肾衰竭患者的护理	(116)
第六章 血液系统疾病患者的护理	(131)
第一节 血液系统疾病常见症状及护理	(131)
第二节 贫血患者的护理	(133)
第三节 特发性血小板减少性紫癜患者的护理	(135)
第四节 白血病患者的护理	(136)
第七章 内分泌代谢性疾病患者的护理	(145)
第一节 内分泌代谢性疾病常见症状及护理	(145)
第二节 甲状腺功能亢进症患者的护理	(146)
第三节 糖尿病患者的护理	(148)

第八章 风湿性疾病患者的护理	(157)
第一节 风湿性疾病常见症状及护理	(157)
第二节 系统性红斑狼疮患者的护理	(157)
第三节 类风湿关节炎患者的护理	(159)
第九章 神经系统疾病患者的护理	(163)
第一节 常见症状及护理	(163)
第二节 急性脑血管疾病患者的护理	(165)
第三节 癫痫患者的护理	(167)

第二篇 儿科护理学

第一章 绪 论	(177)
第一节 儿科护理学的范围	(177)
第二节 儿科护理学的特点	(177)
第二章 儿科医疗机构组织特点	(179)
第一节 儿科门诊、急诊的设置	(179)
第二节 儿科病房设置	(179)
第三章 小儿保健	(181)
第一节 小儿年龄阶段的划分及各期特点	(181)
第二节 生长发育	(181)
第三节 小儿的营养与喂养	(183)
第四节 计划免疫	(185)
第四章 儿科基础护理	(192)
第一节 儿科基础护理	(192)
第二节 小儿用药的护理	(193)
第五章 儿科常用护理技术操作	(195)
第一节 一般护理法	(195)
第二节 协助治疗的操作	(196)
第六章 新生儿及新生儿疾病患儿的护理	(198)
第一节 正常足月新生儿的特点及护理	(198)

第二节 早产儿的特点及护理	(199)
第三节 新生儿黄疸	(200)
第四节 新生儿颅内出血	(201)
第五节 新生儿败血症	(202)
第六节 新生儿寒冷损伤综合征	(203)
第七章 营养性疾病患儿的护理	(208)
第一节 营养不良	(208)
第二节 维生素 D 缺乏性佝偻病	(209)
第三节 维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(211)
第八章 消化系统疾病患儿的护理	(216)
第一节 小儿消化系统解剖生理特点	(216)
第二节 口腔炎	(217)
第三节 小儿腹泻病	(218)
第四节 小儿液体疗法及护理	(220)
第九章 呼吸系统疾病患儿的护理	(230)
第一节 小儿呼吸系统解剖生理特点	(230)
第二节 急性上呼吸道感染	(231)
第三节 急性支气管炎	(232)
第四节 小儿肺炎	(232)
第十章 循环系统疾病患儿的护理	(240)
第一节 小儿循环系统解剖生理特点	(240)
第二节 先天性心脏病患儿的护理	(240)
第十一章 造血系统疾病患儿的护理	(247)
第一节 小儿造血和血液特点	(247)
第二节 小儿贫血的分度及分类	(247)
第三节 营养性缺铁性贫血	(248)
第四节 营养性巨幼细胞贫血	(249)
第十二章 泌尿系统疾病患儿的护理	(256)
第一节 小儿泌尿系统解剖、生理特点	(256)
第二节 急性肾小球肾炎患儿的护理	(256)

第三节	肾病综合征患儿的护理	(258)
第四节	泌尿道感染患儿的护理	(259)
第十三章	神经系统疾病患儿的护理	(266)
第一节	小儿神经系统解剖、生理特点	(266)
第二节	化脓性脑膜炎患儿的护理	(266)
第三节	病毒性脑膜炎、脑炎	(267)
第十四章	常见传染病患儿的护理	(270)
第一节	传染病总论	(270)
第二节	麻疹患儿的护理	(271)
第三节	水痘患儿的护理	(272)
第四节	猩红热患儿的护理	(274)
第五节	流行性腮腺炎患儿的护理	(275)
第六节	中毒型细菌性痢疾患儿的护理	(276)
第十五章	结核病患儿的护理	(284)
第一节	结核病总论	(284)
第二节	原发性肺结核患儿的护理	(285)
第三节	急性粟粒型肺结核患儿的护理	(286)
第四节	结核性脑膜炎患儿的护理	(287)
第十六章	常见急症患儿的护理	(293)
第一节	小儿惊厥	(293)
第二节	急性颅内压增高	(294)
第三节	急性呼吸衰竭	(295)
第四节	急性心力衰竭	(296)
第五节	急性肾衰竭	(297)
第六节	心跳、呼吸骤停	(298)
护士执业资格考试(内科护理学)全真模拟试卷		(304)
护士执业资格考试(儿科护理学)全真模拟试卷		(313)
参考文献		(321)

第一篇

内科护理学

第一章 绪 论

考点分析

第一节 护理体检

一、概述

1. 护理体检的目的 了解患者的健康情况,及时发现需要由护士解决的健康问题和预防可能发生的健康问题。

2. 视诊 视诊检查是护理检查的重点,要求有适宜的自然光线和温暖的环境。灯光下不能正确地辨别黄疸和皮疹。

3. 触诊 触诊检查可明确和补充视诊所不能确定的体征,如体表的温度与湿度、包块的大小与性质、脏器的状况等。

二、一般状态体检

(一) 全身一般状况

1. 体温 体温低于 35°C 称体温过低,主要见于休克、严重营养不良、甲状腺功能低下;体温高于 37.2°C 称为发热,见于感染(最常见)、无菌性炎症、组织破坏、内出血、恶性肿瘤、免疫性疾病和内分泌疾病。

2. 脉搏 对心血管疾病的患者,每次测量脉搏不能少于1分钟。正常成人脉率为60~100次/分,超过100次/分为脉率增快,见于发热、贫血、甲状腺功能亢进、心功能不全、周围循环衰竭、心肌炎;低于60次/分为脉率减慢,见于颅内压增高、阻塞性黄疸、甲状腺功能减退。若在40次/分以下可能为房室传导阻滞。

常见的脉搏异常有:

(1) 水冲脉:脉搏骤起骤落,急促有力,提示脉压增大。常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进等。

(2) 奇脉:吸气时脉搏明显减弱或消失,又称吸停脉。见于心包积液和缩窄性心包炎。

(3) 交替脉:指节律规则而强弱交替出现的脉搏,是左心衰竭的重要体征。

(4) 脉搏短绌:脉率小于心率。见于心房颤动和期前收缩。

3. 呼吸 静息状态下,正常成人呼吸频率为16~18次/分。

(1) 呼吸频率异常:呼吸频率超过20次/分为呼吸过速,见于发热、贫血、甲状腺功能亢进、心功能不全;呼吸频率低于12次/分为呼吸过缓,见于镇静剂或麻醉剂过量、颅内压增高患者。

(2) 呼吸节律异常

① 潮式呼吸(陈-施呼吸):可见于药物所致的呼吸抑制、脑损伤,提示中枢性呼吸衰竭。

② 间停呼吸(毕奥呼吸):比潮式呼吸更严重,多在呼吸停止前出现。可见于颅内压增高、药物所致的呼吸抑制、脑损伤。

(3) 呼吸深度异常:呼吸深长而快称库斯莫尔呼吸。见于糖尿病酮症酸中毒和尿毒症酸中毒。



(4) 呼吸气味

① 烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒患者。

② 肝腥味见于肝性脑病患者。

③ 尿臭味见于尿毒症患者。

④ 刺激性大蒜味见于有机磷农药中毒患者。

⑤ 恶臭味见于支气管扩张或肺脓肿患者。

4. 血压 正常的血压值为：收缩压 < 140 mmHg (18.7 kPa)，舒张压 < 90 mmHg (12.0 kPa)。

血压异常的临床意义：

(1) 高血压：成人收缩压达到或超过 140 mmHg (18.7 kPa) 和 (或) 舒张压达到或超过 90 mmHg (12.0 kPa) 为高血压。高血压绝大多数原因不明，称原发性高血压；少数继发于其他疾病，称为继发性或症状性高血压，常见于肾血管疾病、肾炎、肾上腺皮质或髓质肿瘤、颅内压增高等。

(2) 低血压：舒张压低于 60 mmHg (8.0 kPa)，收缩压低于 90 mmHg (12.0 kPa)。常见于休克、心肌梗死、心功能不全、肾上腺皮质功能减退等情况。

(3) 脉压增大：正常成人脉压为 30 ~ 40 mmHg，超过 40 mmHg 称为脉压增大。见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进症、动脉导管未闭、动静脉瘘、严重贫血等。

(4) 脉压减小：脉压低于 30 mmHg 称之脉压减小。常见于主动脉瓣狭窄、心包积液、缩窄性心包炎、严重心力衰竭患者。

5. 意识状态 根据意识障碍的程度可将其分为嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷。

(1) 嗜睡：是程度最轻的意识障碍。患者处于持续睡眠状态，可被唤醒，醒后能正确回答问题及作出各种反应，刺激停止后会很快入睡。

(2) 意识模糊：患者仍保持基本的应答和简单的精神活动，但有定向障碍，思维和语言也不连贯，注意力涣散，记忆力减退，对周围环境的理解及判断失常。临床上有一种以兴奋为主的意识模糊，且伴有知觉障碍(幻觉、错觉)称为谵妄，表现为意识模糊、定向力消失、感觉错乱、乱语躁动。

(3) 昏睡：是近似人事不省的意识障碍，患者处于熟睡状态，不易唤醒，虽在强烈刺激下如大声唤其姓名或压迫眶上神经勉强唤醒，但答语含糊，答非所问，答后很快又入睡。

(4) 昏迷：是最严重的意识障碍，患者的运动和感觉完全丧失，任何刺激都不能唤醒。按昏迷程度可分为：

① 浅昏迷：意识大部分丧失，无自主运动，对声、光等刺激无反应，而对强烈的疼痛刺激可出现痛苦表情，瞳孔对光反应，角膜反应，吞咽、咳嗽及各种防御反射仍存在，呼吸、血压、脉搏一般无改变，大、小便失禁或潴留。

② 深昏迷：意识全部丧失，对强烈的刺激也全无反应。瞳孔扩大，一切反射均消失，全身肌肉松弛，呼吸不规则，血压可能下降，大、小便失禁。

6. 面容表情

(1) 二尖瓣面容：面容晦暗，口唇微发绀，两颊淤血性发红。见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄患者。

(2) 满月面容：面圆如满月，皮肤发红，常伴痤疮和毳毛增生。见于肾上腺皮质增生和长期应用糖皮质激素患者。

(3) 甲状腺功能亢进面容：面容惊愕，眼裂增大，眼球凸出，目光闪烁，表情兴奋易怒。见于甲状腺功能亢进症。

7. 步态

(1) 醉酒步态：见于小脑疾病、酒精及巴比妥中毒。

(2) 慌张步态：起步后小步急速趋行，身体前倾，有难以止步之势。见于震颤麻痹患者。

(3) 剪刀步态：移步时下肢内收过度，两腿交叉呈剪刀状。见于脑性瘫痪与截瘫患者。

(二) 皮肤和黏膜

1. 皮肤颜色

(1) 苍白：与贫血、末梢毛细血管痉挛或充盈不足有关。可见于寒冷、惊恐、虚脱、休克、主动脉瓣关闭

不全等。

(2)发红:与毛细血管扩张充盈、血流加速及红细胞数量增多相关。病理情况下可见于发热性疾病、阿托品及一氧化碳中毒(口唇樱桃红色)等。

(3)发绀:皮肤黏膜呈青紫色,常出现在口唇、耳廓、面颊、肢端等部位。见于还原血红蛋白增多(超过50 g/L)或异常血红蛋白血症,见于心、肺疾患。严重贫血患者一般不出现发绀。

(4)黄染(黄疸):是由于血液中胆红素过高渗入皮肤黏膜使之发黄。早期或轻微黄染见于巩膜及软腭黏膜,较明显时才出现于皮肤。黄染主要见于胆道阻塞、肝细胞损害或溶血性疾病。过多食用胡萝卜、南瓜、橘子汁等可使皮肤黄染,但发黄部位多在手掌、足底皮肤,一般不发生于巩膜和口腔黏膜。

2.皮下出血 较小的皮下出血应注意与红色的皮疹或小红痣相鉴别。皮疹压之可褪色或消失,皮下出血和小红痣受压后均不褪色,但小红痣表面光亮,触诊时稍高于皮肤表面。根据皮下出血的直径大小及伴随情况可分为瘀点(直径小于2 mm)、紫癜(直径3~5 mm)、瘀斑(直径大于5 mm)、血肿(片状出血伴有皮肤显著隆起)。

3.蜘蛛痣 是皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣,形如蜘蛛,多见于面、颈、上臂、前胸等上腔静脉所属处。产生原因与体内雌激素增高有关,常见于慢性肝病患者,也可以见于健康的妊娠期妇女。

(三)淋巴结检查

恶性肿瘤淋巴结转移:肺癌多向右侧锁骨上窝或腋窝淋巴结群转移;胃癌多向左侧锁骨上窝淋巴结转移。

三、胸部检查

(一)胸部体表标志

胸骨角 该角与第2肋软骨相连,为计数肋骨的重要标志。

(二)胸廓与胸壁

1.扁平胸 胸廓扁平,前后径小于左右径的一半,可见于慢性消耗性疾病如肺结核患者。

2.桶状胸 胸廓呈桶形,前后径增大,甚至与左右径相等,肋间隙加宽,多见于肺气肿患者。

(三)气管

大量胸腔积液、积气可将气管推向健侧;肺不张、胸膜粘连可将气管拉向患侧。

(四)肺和胸膜

1.视诊

(1)双侧对称性呼吸运动减弱是肺气肿的特点。

(2)吸气性呼吸困难:见于上呼吸道部分梗阻,如喉或气管存在炎症、水肿、异物等情况时吸气费力。严重时可出现“三凹征”,即胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙及腹上角在吸气时明显凹陷,并有吸气时间延长。

(3)呼气性呼吸困难:见于下呼吸道部分梗阻,如支气管哮喘、阻塞性肺气肿,表现为呼气费力,并有呼气时间延长。

2.触诊 肺实变时语颤增强;支气管阻塞、胸腔积液、气胸时语颤减弱或消失。

3.叩诊

(1)正常时肺部叩诊呈清音,与实质脏器重叠部分呈浊音,左侧第5~6肋间隙以下为胃泡鼓音区。

(2)肺部异常叩诊音

①浊音:见于肺炎、肺不张、肺结核、胸膜增厚粘连、肺肿瘤等。

②实音:见于大量胸腔积液、肺实变等。

③过清音:见于肺气肿。

④鼓音:见于气胸、空洞型肺结核。

4.听诊

(1)异常的支气管呼吸音:见于肺实变。

(2)啰音:两肺满布哮鸣音(干啰音)常见于慢性支气管炎、支气管哮喘及心源性哮喘。局限性哮鸣音



见于肺癌。湿啰音局限于肺的某一部位,提示该部位有炎症,如肺炎、肺结核、支气管扩张;如发生于两侧肺底,提示肺下部炎症或左心功能不全引起的肺淤血;如两肺满布湿啰音,常提示急性肺水肿。

(3)胸膜摩擦音:见于急性纤维素性胸膜炎。

四、心脏检查

(一)视诊

1. 心尖搏动 主要代表左心室搏动,正常时位于左侧第5肋间隙锁骨中线内侧0.5~1.0 cm处,搏动范围的直径为2.0~2.5 cm。

2. 颈静脉怒张和肝颈静脉回流征 坐位时见颈静脉充盈,称为颈静脉怒张,提示上腔静脉回流受阻,静脉压增高,常见于右心衰竭、心包积液、纵隔肿瘤等患者。用手按压肿大的肝脏,回流右心房的血液量增加,可使颈静脉充盈更为明显,称肝颈静脉回流征阳性,为右心功能不全的重要征象之一。

3. 颈动脉搏动 常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进及严重贫血。

4. 毛细血管搏动征 主要见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进及严重贫血。

(二)听诊

1. 瓣膜听诊区

(1)二尖瓣区:正常在心尖部,即位于左锁骨中线内侧第5肋间隙处,该处所听到的杂音常反映二尖瓣的病变。

(2)主动脉瓣区:有两个听诊区,第一听诊区在胸骨右缘第2肋间处,第二听诊区在胸骨左缘第3、4肋间处。

(3)肺动脉瓣区:在胸骨左缘第2肋间处。

(4)三尖瓣区:在胸骨下端近剑突稍偏右或稍偏左处。

2. 听诊内容

(1)心音:当两个心音同时减弱或第一心音减弱时,可见于心肌炎、心肌梗死、休克等疾病患者。舒张期奔马律提示左室功能低下,是一种危险的体征。

(2)心率:成人心率超过100次/分,称为心动过速;心率低于60次/分,称为心动过缓。

(3)心房颤动:临床听诊主要特点为:心室律极不规则,快慢不一;心音强弱不一;心率与脉率不一,即每分钟心率大于脉率,称为脉搏短绌。心房颤动常见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄、冠心病和甲状腺功能亢进。

五、腹部检查

(一)腹部视诊

1. 腹部膨隆 见于过度肥胖、妊娠晚期、大量腹水(蛙状腹)、胃肠道胀气(球形腹)、腹腔内巨大肿瘤等。

2. 腹部凹陷 见于极度消瘦或严重脱水者,重者呈“舟状腹”。

3. 腹壁静脉 当门静脉、上腔静脉或下腔静脉血流受阻时,腹壁可见曲张的静脉。

(1)门静脉高压:曲张静脉以脐为中心向四周放射,称“水母头”状曲张。

(2)上、下腔静脉阻塞:曲张的静脉分布在腹壁两侧;下腔静脉阻塞时,脐部上、下的腹壁曲张静脉血流方向均由下而上;上腔静脉阻塞时,脐部上、下腹壁曲张静脉血流方向均由上而下。

4. 胃肠型与蠕动波 见于胃肠道梗阻。

(二)腹部触诊

1. 压痛、反跳痛和肌紧张 胃穿孔或其他原因引起急性弥漫性腹膜炎时,腹肌广泛紧张,硬如木板,称为“板状腹”。结核性腹膜炎时,腹壁柔韧有抵抗感,触之如揉面团,称为揉面感。

压痛点标志着病变部位。如右髂前上棘与脐连线的中外1/3交界处为麦氏点(McBurney),此处压痛

提示阑尾病变;右肋弓下缘与右腹直肌外缘交界处为胆囊点,此处压痛为胆囊病变的标志。反跳痛一般表示病变累及壁层腹膜。压痛、反跳痛、腹肌紧张是腹膜炎病变的三大体征,临床上称腹膜刺激征。

2. 肝脏触诊 正常肝脏软(如触口唇),急性肝炎及脂肪肝时质地稍韧,慢性肝炎质韧(如触鼻尖),肝硬化质硬,肝癌质更硬(如触前额);正常肝脏或急性肝炎、肝淤血时其表面光滑,肝癌时肝脏表面呈结节状;正常肝脏边缘规则、稍圆钝或稍锐利,肝硬化时边缘锐利,充血性肝大时边缘厚而圆钝,肝癌时边缘不规则、厚薄不一致;正常肝脏无压痛,肝炎、急性肝淤血、肝脓肿时有压痛。

3. 脾脏触诊 脾脏肿大的程度可分为:轻度肿大,深吸气时,脾下缘在肋缘下不超过3 cm;中度肿大,脾下缘在肋缘下3 cm到脐部以上;高度肿大,脾下缘超过脐部以下。

(三) 腹部叩诊

正常腹部叩诊呈鼓音,高度鼓音见于胃肠道胀气、胃肠穿孔患者。常见异常有:

1. 移动性浊音 腹部叩诊音变浊,且可随体位而移动,称移动性浊音,见于腹水患者。移动性浊音的出现说明腹腔内游离液体超过1 000 ml以上。

2. 浊音变化 肝浊音界消失,常代之以鼓音,见于急性胃肠穿孔。

(四) 腹部听诊

1. 肠鸣音 正常人的肠鸣音每分钟4~5次,以脐周最明显。当肠蠕动增强时,每分钟在10次以上称肠鸣音亢进,见于急性肠炎、胃肠道大出血或机械性肠梗阻患者。反之,如果在3~5分钟内听不到肠鸣音,称肠鸣音消失,常见于肠麻痹。

2. 胃振水音 如在空腹或饭后6~8小时,胃部仍有振水音,则提示胃排空不良,见于幽门梗阻、胃扩张等患者。

六、神经系统检查

(一) 瞳孔

1. 瞳孔大小

(1) 正常人:两侧瞳孔对称、等大、等圆,直径3~4 mm。

(2) 瞳孔缩小:见于有机磷、巴比妥类、吗啡等药物中毒。

(3) 瞳孔散大:见于视神经萎缩、阿托品药物中毒及深昏迷患者。

(4) 两侧瞳孔大小不等:提示颅内病变,如颅内出血、脑肿瘤及脑疝等。

2. 瞳孔的对光反射

(1) 瞳孔对光反射迟钝或消失,见于昏迷患者。

(2) 两侧瞳孔散大并伴有对光反射消失为濒死状态的表现。

(二) 生理反射

1. 浅反射

(1) 角膜反射:消失见于深昏迷者。

(2) 腹壁反射:消失见于脊髓病损、锥体束病损及昏迷患者。

2. 深反射 临床上以膝腱反射比较常用。膝腱反射亢进见于上运动神经元病变;膝腱反射减弱或消失,见于下运动神经元病变。

(三) 病理反射

临床上最常见为巴宾斯基征,为锥体束受损的体征,见于脑出血、脑肿瘤等。

(四) 脑膜刺激征

当脑膜由于炎症、出血等刺激或颅内压增高时可出现。包括颈项强直、凯尔尼格征、布鲁津斯基征。



第二节 常用实验检查

一、血液检查

(一) 血液一般检查

1. 红细胞计数和血红蛋白测定

(1) 参考值: 红细胞(RBC) 男性 $(4.0 \sim 5.5) \times 10^{12}/L$

女性 $(3.5 \sim 5.0) \times 10^{12}/L$

血红蛋白(Hb) 男性 $120 \sim 160 \text{ g/L}$

女性 $110 \sim 150 \text{ g/L}$

(2) 临床意义: 红细胞及血红蛋白病理性减少见于造血原料不足、造血功能障碍或红细胞丢失、破坏过多等疾病引起。

2. 白细胞及白细胞分类计数

(1) 参考值: 白细胞(WBC) $(4 \sim 10) \times 10^9/L$ 。

(2) 临床意义: 白细胞计数高于 $10 \times 10^9/L$ 称白细胞增多, 低于 $4 \times 10^9/L$ 称白细胞减少。

1) 白细胞及中性粒细胞增多: 由于中性粒细胞占白细胞总数的 $0.50 \sim 0.70$, 因而白细胞增多和中性粒细胞增多一致。病理性增多见于: ①急性感染或炎症: 是引起中性粒细胞增多最常见的原因, 尤其是化脓性球菌引起的局部或全身性感染最为明显; ②急性失血和急性溶血; ③广泛的组织损伤或坏死: 如大面积烧伤、心肌梗死等; ④恶性肿瘤: 如白血病等。

2) 白细胞及中性粒细胞减少: 中性粒细胞绝对值低于 $1.5 \times 10^9/L$, 称为粒细胞减少症; 低于 $0.5 \times 10^9/L$, 称为粒细胞缺乏症。白细胞及中性粒细胞减少见于: ①革兰阴性杆菌感染, 如伤寒; ②病毒感染, 如流感、麻疹; ③再生障碍性贫血、脾功能亢进和免疫性疾病, 如系统性红斑狼疮。

3) 淋巴细胞: 淋巴细胞占白细胞总数的 $0.20 \sim 0.40$, 增多见于病毒感染、慢性淋巴细胞性白血病。

4) 嗜酸性粒细胞: 嗜酸性粒细胞增多见于: ①变态反应性疾病, 如支气管哮喘; ②寄生虫病, 如蛔虫病。

3. 血小板计数

(1) 参考值: $(100 \sim 300) \times 10^9/L$ 。

(2) 临床意义: 血小板计数减少见于: ①造血功能障碍, 如再生障碍性贫血; ②血小板破坏增加, 如原发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进; ③血小板消耗过多, 如弥散性血管内凝血。

(二) 其他常用血液检查

1. 网织红细胞计数 网织红细胞的增减可反映骨髓造血功能的盛衰。

(1) 参考值: 成年人 $0.005 \sim 0.015$, 平均 0.01 。

(2) 临床意义

1) 网织红细胞增多: ①提示骨髓造血功能旺盛: 见于各种增生性贫血, 如溶血性贫血, 失血性贫血等。②提示抗贫血治疗有效: 缺铁性贫血及巨幼细胞贫血分别给予铁剂或叶酸治疗 $4 \sim 5$ 天后网织红细胞开始升高, 1 周左右达高峰, 可作为贫血治疗的疗效判断指标。

2) 网织红细胞减少: 提示骨髓造血功能低下, 见于再生障碍性贫血等。

2. 出血时间(BT)测定 出血时间延长可见于血小板数量减少、血小板无力症及毛细血管壁异常。

3. 凝血时间(CT)测定 凝血时间延长见于各型血友病、严重的肝脏损害。

4. 红细胞沉降率(ESR)测定 红细胞沉降率简称血沉。病理性增快见于:

(1) 各种炎症: 慢性炎症均可使血沉增快, 血沉增快还可以反映病变的活动性, 如风湿病和结核病病变活动时血沉增快。

(2) 组织损伤及坏死: 严重创伤、大手术、急性心肌梗死等血沉增快, 心绞痛时血沉正常。