

护士职业资格考试辅导教材

NeiKeHuLiXue

内科护理学

主 编 刘允建



山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn

护士执业资格考试辅导教材

内科护理学

主 编 刘允建
副主编 代 莹 王富艳
编 者 (以姓氏笔画为序)
代 莹 王富艳 许 娟
刘允建 林 源 杨 慧
黄 楠 童 虎

图书在版编目(CIP)数据

内科护理学 / 刘允建主编. — 济南: 山东科学技术出版社, 2015
ISBN 978-7-5331-7714-0

I. ①内… II. ①刘… III. ①内科学—护理学—护士—资格考试—自学参考资料 IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 045324 号

护士执业资格考试辅导教材

内科护理学

刘允建 主编

出版者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路 16 号
邮编: 250002 电话: (0531)82098088
网址: www.lkj.com.cn
电子邮件: sdkj@sdpress.com.cn

发行者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路 16 号
邮编: 250002 电话: (0531)82098071

印刷者: 山东新华印刷厂潍坊厂

地址: 潍坊市潍州路 753 号
邮编: 261031 电话: (0536)2116806

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 15.5

版次: 2015 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-5331-7714-0

定价: 29.00 元

前 言

为贯彻国家人事部、国家卫生计生委《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件的精神,自 2001 年全国卫生专业初、中级技术资格以考代评工作正式实施。通过考试取得的资格代表了相应级别技术职务要求的水平与能力,作为单位聘任相应技术职务的必要依据。

自 2003 年起,国家卫生计生委组织的护士执业考试并入卫生专业技术资格考试,凡符合护理专业报名条件的人员,均可报名参加本专业的考试。

依据《关于 2007 年度卫生专业技术资格考试工作有关问题的通知》(国人厅发【2006】151 号)文件精神,自 2008 年起,在校学习的大、中、专科护理、助产等专业的学生,临床实习满 8 个月,就有资格报考护士执业资格证的考试,毕业后即可执证工作。为了方便同学们的学习及掌握扎实的专业实践能力(内科常见疾病护理的理论与诊疗技术),学校组织了专业资深的执教团队,参照历年执业资格证考试要点,精编一套考试辅助学习教材,供同学们参考应用。

全书内容简明扼要,实用性强,学生可结合教材的学习,利用本书随时评价学习效果。本书依据 2014 年初级护士考试大纲内容进行撰写,共分为二十三章,本书涉及其中生命体征的评估、循环系统疾病病人的护理、消化系统疾病病人的护理、呼吸系统疾病病人的护理、泌尿生殖系统疾病病人的护理、精神障碍病人的护理、损伤与中毒病人的护理、肌肉骨骼和结缔组织疾病病人的护理、血液与造血器官及免疫疾病病人的护理、内分泌与营养及代谢疾病病人的护理,以及神经系统疾病病人的护理等。全书分为上、下两篇,上篇阐述了护士执业资格考试要点,下篇介绍了护士执业资格考试习题及其答案与解析,将知识有序地串联和整合,使之与临床实际的护理情境更接近,有利于培养学生分析问题和解决问题的能力。书末附录了 2014 年护士执业资格考试大纲,供同学们参考应用。

本书内容有以下老师分别撰写:黄楠,第一章;童虎,第二章;刘允建,第三章;代莹,第四章;杨慧,第五至第八章;林源,第九章;许娟,第十至十一章,等等。大家为此书付出了艰辛的劳动,但限于学识和能力,书中难免有不妥之处,恳请各位同仁专家和读者提出宝贵意见。

本辅导教材在编写过程中,得到有关领导热忱指导帮助及同仁们的大力支持,在此谨表诚挚的感谢。

编 者

目 录

上篇 护士执业资格考试要点

第一章 健康评估	1
第一节 身体评估	1
第二节 常用实验室检查	8
第三节 其他检查	12
第二章 呼吸系统疾病病人的护理	13
第一节 呼吸系统常见症状的护理	13
第二节 急性上呼吸道感染病人的护理	16
第三节 肺炎病人的护理	17
第四节 支气管哮喘病人的护理	19
第五节 支气管扩张病人的护理	20
第六节 慢性阻塞性肺疾病病人的护理	22
第七节 慢性肺源性心脏病病人的护理	23
第八节 结核病病人的护理	25
第九节 呼吸衰竭病人的护理	26
第十节 急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的护理	29
第三章 循环系统疾病病人的护理	30
第一节 循环系统常见症状和体征的护理	30
第二节 心功能不全病人的护理	31
第三节 心律失常病人的护理	35
第四节 原发性高血压病人的护理	38
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	40
第六节 心脏瓣膜病病人的护理	43
第七节 感染性心内膜炎病人的护理	46
第八节 心肌疾病病人的护理	47
第九节 心包疾病病人的护理	50
第四章 消化系统疾病病人的护理	54
第一节 消化系统常见症状的护理	54
第二节 慢性胃炎病人的护理	55
第三节 消化性溃疡病人的护理	55
第四节 溃疡性结肠炎病人的护理	57
第五节 肝硬化病人的护理	59
第六节 肝性脑病病人的护理	61
第七节 急性胰腺炎病人的护理	63

第八节	上消化道大量出血病人的护理	65
第五章	泌尿生殖系统疾病病人的护理	69
第一节	泌尿系统常见症状和体征的护理	69
第二节	肾小球疾病病人的护理	71
第三节	尿路感染病人的护理	74
第四节	慢性肾功能衰竭病人的护理	76
第六章	血液、造血器官及免疫疾病病人的护理	79
第一节	血液系统疾病常见症状和体征的护理	79
第二节	缺铁性贫血病人的护理	80
第三节	再生障碍性贫血病人的护理	81
第四节	特发性血小板减少性紫癜病人的护理	82
第五节	白血病人病人的护理	83
第七章	内分泌、营养及代谢疾病病人的护理	86
第一节	内分泌代谢疾病常见症状的护理	86
第二节	甲状腺功能亢进病人的护理	86
第三节	糖尿病病人的护理	88
第四节	库欣综合征病人的护理	89
第五节	痛风病人的护理	90
第八章	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病病人的护理	93
第一节	类风湿性关节炎病人的护理	93
第二节	系统性红斑狼疮病人的护理	94
第九章	神经系统疾病病人的护理	97
第一节	神经系统疾病常见症状和体征的护理	97
第二节	三叉神经痛病人的护理	98
第三节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病病人的护理	99
第四节	脑血管疾病病人的护理	100
第五节	帕金森病病人的护理	103
第六节	癫痫病人的护理	104
第十章	精神障碍病人的护理	107
第一节	常见精神障碍症状的护理	107
第二节	精神分裂症病人的护理	107
第三节	抑郁症病人的护理	108
第四节	焦虑症病人的护理	109
第五节	强迫症病人的护理	110
第六节	癔症病人的护理	111
第七节	睡眠障碍病人的护理	112
第八节	阿尔茨海默病病人的护理	112
第十一章	损伤、中毒病人的护理	115
第一节	中暑病人的护理	115
第二节	食物中毒病人的护理	116

第三节 一氧化碳中毒病人的护理 117

第四节 有机磷农药中毒病人的护理 118

第五节 镇静催眠药中毒病人的护理 120

第六节 酒精中毒病人的护理 121

第七节 淹溺病人的护理 121

下篇 护士执业资格考试习题

(A1、A2、A3/A4 型试题及其答案与解析)

第一章 健康评估试题 123

第二章 呼吸系统疾病病人的护理试题 137

第三章 循环系统疾病病人的护理试题 154

第四章 消化系统疾病病人的护理试题 171

第五章 泌尿系统疾病病人的护理试题 185

第六章 血液、造血器官及免疫疾病病人的护理试题 192

第七章 内分泌、营养及代谢疾病病人的护理试题 198

第八章 肌肉骨骼系统疾病病人的护理试题 202

第九章 神经系统疾病病人的护理试题 206

第十章 精神障碍病人的护理试题 213

第十一章 损伤、中毒病人的护理试题 227

附录 护士执业资格考试大纲(2014 年)

上篇 护士执业资格考试要点

第一章 健康评估

第一节 身体评估

一、护理体检基本检查方法

- 1. 视诊:要在自然光线下进行,观察全身状态、局部视诊、特殊视诊。
- 2. 触诊:包括浅部触诊法、深部触诊法。深部触诊法又包括深部滑行触诊法、双手触诊法、深压触诊法。
- 3. 叩诊:可分为间接与直接叩诊法两种,以间接叩诊法使用最广。
- 4. 听诊:听诊是诊断疾病的基本技能和重要手段,在诊断心、肺疾病中很重要。
- 5. 嗅诊(表 1-1)。

表 1-1 病人常见的异常气味与临床意义

	异 味	临 床 意 义
痰 液	恶臭味	肺脓肿、支气管扩张
脓 液	恶臭味	气性坏疽
呕 吐 物	酸臭味	幽门梗阻
	粪臭味	肠梗阻
大 便	腐败性臭味	消化不良或胰腺功能不足
	腥臭味	痢疾
	蒜味	有机磷中毒
	烂苹果味	糖尿病酮症酸中毒
	氨味	尿毒症
	腥臭味	肝性昏迷

二、一般状态检查

1. 生命体征

- (1)体温:体温的正常值为 36~37℃,高于正常为发热。发热又可分为低热:37~38℃;中等程度发热:38~39℃;高热:39~41℃;超高热:41℃以上。最常见的原因是感染。
- (2)脉搏:正常人脉率为 60~100 次/分。心房颤动时,脉率可少于心率,称脉搏短绌。脉搏在临床上可以分为以下几种情况:
- 1)速脉:每分钟超过 100 次。
 - 2)缓脉:每分钟低于 60 次。
 - 3)水冲脉:脉搏骤起骤落,犹如潮水涨落。

4)交替脉:节律规则而强弱交替的脉搏。

5)奇脉:吸气时脉搏减弱,甚至不能扪及,又称“吸停脉”,见于心包压塞或心包缩窄。

(3)呼吸:正常成人静息状态下,呼吸频率为16~18次/分,超过24次/分,为呼吸增快;少于12次/分,为呼吸减慢等。呼吸与脉搏之比为1:4,节律均匀整齐,深浅适宜。

(4)血压:正常血压: $<140/90\text{mmHg}$;高血压:收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$;脉压标准:30~40mmHg。

2. 意识状态:当大脑功能不能正常活动时,我们认为就发生了意识障碍。根据意识障碍的程度可分为:①嗜睡;②意识模糊;③昏睡;④昏迷;⑤谵妄。

3. 面容与表情:①急性面容;②慢性面容;③病危面容;④贫血面容;⑤肝病面容;⑥甲状腺功能亢进面容;⑦二尖瓣面容;⑧肢端肥大面容;⑨满月面容。

4. 营养状态及分级:①良好;②不良;③中等;④营养不良:当体重减轻至低于正常的10%时称为消瘦,极度消瘦者称为恶病质;⑤营养过度:当体重超过标准体重的20%以上者称为肥胖。

5. 体位:①自主体位;②被动体位;③强迫体位。

6. 步态:①划圈步态;②跨域步态;③醉酒步态;④慌张步态;⑤剪刀步态。

7. 皮肤黏膜

(1)弹性。

(2)湿度。

(3)颜色:①苍白;②发红;③发绀;④黄染;⑤色素沉着;⑥色素消失。

(4)水肿:液体在皮下组织的细胞及组织间隙内积聚过多称为水肿。有凹陷性水肿、非凹陷性水肿(如黏液性水肿)。

(5)皮疹:临床上常见的皮疹有以下几种:①斑疹;②玫瑰疹;③丘疹;④斑丘疹。

(6)皮下出血:皮下出血可分为以下几种:小于2mm称为瘀点;3~5mm称为紫癜;大于5mm称为瘀斑;片状出血并伴有皮肤显著隆起称为血肿。

(7)蜘蛛痣与肝掌:皮肤小动脉末端分支性扩张形成的血管痣,形状似蜘蛛,主要分布在面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等部位,称为蜘蛛痣;此外肝病患者的手掌大、小鱼际肌处常发红,加压后褪色,称为肝掌。一般与肝脏对雌激素的灭活作用减退有关,常见于急、慢性肝炎或肝硬化。

8. 淋巴结

(1)浅表淋巴结的检查顺序:检查浅表淋巴结时,为避免发生遗漏,要按一定的顺序进行检查。一般检查顺序:耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颌下区、颏下区、颈后三角、颈前三角、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝等。

(2)浅表淋巴结的检查内容:检查淋巴结时应注意其部位、大小、数目、硬度、压痛、移动度,与周围组织有无粘连,局部皮肤有无红肿、疤痕及瘰管等。

(3)浅表淋巴结肿大的临床意义:①非特异性淋巴结炎;②淋巴结结核;③恶性肿瘤淋巴结转移;④全身性淋巴结肿大。

三、颈部检查

1. 气管检查:正常气管居中。一侧大量液、气胸,纵隔肿瘤等,气管向健侧移位;一侧肺不张、胸膜粘连、肺摘除等,气管向患侧移位。

2. 血管检查:正常情况下颈动脉无明显搏动,如出现明显搏动,触诊会有搏动感,常考虑主

动脉关闭不全、甲亢、严重贫血等疾病存在;正常成人在半卧位时,颈静脉充盈显露不应超过锁骨到下颌角距离的下 1/3,如果超过,见于心衰、上腔静脉回流受阻等。当右心衰时,肝脏出现淤血性肿大,用手按压肿大的肝脏,可看到颈静脉充盈更明显,我们称为肝颈静脉回流征阳性。

3. 甲状腺检查:正常人看不到甲状腺,也摸不到甲状腺。如果看不出甲状腺大,而用手摸到甲状腺肿大,称为Ⅰ°肿大;看到肿大,但未超过胸锁乳突肌前缘,称为Ⅱ°肿大;肿大超过胸锁乳突肌前缘者,称为Ⅲ°肿大。

四、胸部检查

1. 胸部的体表标志

胸骨角:其两侧分别与左右第 2 肋软骨连接,为计数肋骨和肋间隙顺序的主要标志;同时标志左右支气管分叉;相当于第 5 胸椎的水平。

2. 胸壁检查:①静脉;②皮下气肿;③胸壁压痛;④肋间隙。

3. 胸廓检查

(1)正常胸廓:正常胸廓两侧大致对称,呈椭圆形。成年人胸廓前后径较左右径为短,两者比例约为 1:1.5。

(2)异常胸廓:①扁平胸;②桶状胸;③佝偻病胸;④胸廓一侧变形;⑤胸廓局部隆起。

4. 肺和胸膜检查

(1)视诊:①呼吸运动;②吸气性呼吸困难;③呼气性呼吸困难。

(2)触诊

①胸廓扩张度:一侧胸廓扩张度受限,见于大量胸腔积液、气胸和肺不张等。

②语音震颤:语颤减弱或消失,主要见于:肺气肿;大量胸腔积液、胸膜增厚粘连、胸壁皮下气肿。语音震颤增强,主要见于:大叶性肺炎实变期、肺梗塞、空洞型肺结核、肺脓肿等。

③胸膜摩擦感:指当急性胸膜炎时,两层胸膜表面变为粗糙,呼吸时脏层和壁层胸膜相互摩擦,检查者的手可以感觉到,称为胸膜摩擦感。

(3)叩诊

肺上界:即肺尖的宽度,正常为 5~6cm,又称为 Kronig 峡。肺上界变窄或叩诊浊音,常见于肺结核所致的肺尖纤维性变和萎缩;增宽常见于肺气肿。

肺前界:正常的肺前界相当于心脏的绝对浊音界。

肺下界:两侧肺下界大致相同,平静呼吸时位于锁骨中线第 6 肋间隙上,腋中线第 8 肋间隙上,肩胛线第 10 肋间隙上。肺下界的移动范围:正常人为6~8cm。一般腋中线和腋后线上的移动度最大(表 1-2)。

表 1-2 几种叩诊音响出现部位及病理特点

叩诊音	清音	鼓音	过清音	浊音	实音
生理情况	正常肺部	胃泡、腹部	正常儿童的肺部(可出现相对过清音)	心、肝与肺重叠部分(相对浊音区)	心或肝脏的绝对浊音区
病理情况		肺内有巨大空洞、气胸、气腹	肺气肿(肺组织含气量减少,弹性减弱)	肺炎(肺组织含气量减少)	大量胸腔积液和肺实变

(4)听诊

1)正常呼吸音:支气管呼吸音、支气管肺泡呼吸音、肺泡呼吸音。

2)异常呼吸音:异常肺泡呼吸音、异常支气管呼吸音、异常支气管肺泡呼吸音。

3) 啰音

湿啰音: 又称水泡音, 其特点为: 为呼吸音外的附加音, 断续而短暂, 一次连续多个出现, 于吸气时或吸气终末较为明显, 部位恒定, 性质不易改变, 咳嗽后可减轻或消失。

干啰音: 其特点为: 持续时间长, 吸气呼气相均可听到, 以呼气相明显, 性质、强度及部位均易变, 数量上在瞬间可有明显增减。

4) 胸膜摩擦音: 胸膜炎病人, 呼吸时脏层胸膜与壁层胸膜摩擦产生的声音, 闭气时消失。

5. 心脏检查

(1) 视诊: 心前区隆起: 正常人心前区与右侧相应部位对称, 无异常隆起与凹陷。异常情况见于先天性心脏病、大量心包积液、鸡胸或漏斗胸等; 心尖搏动: ①正常心尖搏动: 位于第 5 肋间, 左锁骨中线内 侧 0.5~1.0cm, 搏动范围以直径计算为 2.0~2.5cm。②心尖搏动移位: 心尖搏动向左移位, 甚至略向上, 为右心室增大; 心尖搏动向左向下移位, 为左心室增大的表现; 当左、右心室均增大时, 心尖搏动向左下移位, 但常伴心浊音界向两侧扩大。③负性心尖搏动: 心脏收缩时心尖搏动内陷, 称负性心尖搏动。见于粘连性心包炎或心包与周围组织广泛粘连。④心前区异常搏动: ①剑突下搏动: 可见于右心室肥大, 也可能为腹主动脉搏动产生。②心底部异常搏动: 胸骨左缘第 2 肋间收缩期搏动多见于肺动脉扩张或肺动脉高压; 胸骨右缘第 2 肋间收缩期搏动多见于主动脉弓动脉瘤或升主动脉扩张。

(2) 触诊

1) 心尖搏动: 心尖区抬举性搏动为左室肥厚的体征。

2) 震颤: 又称猫喘。为心血管器质性病变的体征, 常见于某些先心病及狭窄性瓣膜病变。

3) 心包摩擦感: 在心前区以胸骨左缘第 4 肋间为主, 于心动周期的收缩和舒张期可触及双相的粗糙摩擦感。见于急性心包炎。

(3) 叩诊

1) 正常成人心脏相对浊音界: 见表 1-3。

表 1-3 正常成人心脏相对浊音界

右界(cm)	肋间	左界(cm)
2~3	II	2~3
2~3	III	3.5 ~4.5
3~4	IV	5~6
	V	7~9

注: 左锁骨中线距胸骨中线为 8~10cm。

2) 心浊音界改变及其意义: 大量胸水或气胸时心浊音界移向健侧; 肺不张与胸膜增厚时心浊音界移向病侧; 大量腹水时膈肌抬高, 心脏横位, 心界向左增大。

心脏本身病变: ①左室增大: 心浊音界似靴型。主要见于主动脉瓣关闭不全、高血压性心脏病, 故又称主动脉型心。②右室增大: 轻度增大时, 相对浊音界无明显改变, 显著增大时, 心界向左扩大。常见于肺心病或单纯二尖瓣狭窄。③双室增大: 心浊音界向两侧增大, 且左界向左下增大, 称普大心。常见于扩张型心肌病。④左房增大合并肺动脉段扩大: 心腰饱满或膨出, 心界如梨型。常见于二尖瓣狭窄, 又称为二尖瓣型心。

(4) 听诊

1) 心脏瓣膜听诊区: ①二尖瓣区: 又称心尖区; ②肺动脉瓣区: 在胸骨左缘第 3 肋间处; ③

主动脉瓣区:在胸骨右缘第 2 肋间处;④三尖瓣区:在胸骨下端左缘,即胸骨左缘第 4、5 肋间处;⑤主动脉第二听诊区:在胸骨左缘第 3 肋间处。

2)听诊内容:包括心率、心音、额外心音、杂音及心包摩擦音。

心率:每分钟心脏搏动次数。正常成人心率范围为 60~100 次/分。常见心率改变有:①心动过速:成人心率超过 100 次/分,婴幼儿心率超过 150 次/分。②心动过缓:心率低于 60 次/分。

心律:心脏跳动的节律。常见心律紊乱有:①窦性心律不齐;②期前收缩;③心房颤动;心律绝对不规则,第一心音强弱不等和心率快于脉率,称脉搏短绌。

心音:按其在心动周期中出现的顺序,依次为第一心音(S_1),第二心音(S_2),第三心音(S_3)和第四心音(S_4)。正常情况下只能听到 S_1 , S_2 ;在青少年可闻及 S_3 , S_4 多数属病理情况。

心音的产生机制及其特点:① S_1 :标志着心室收缩的开始,主要由于二尖瓣和三尖瓣骤然关闭的振动所产生。它以心尖部最为清晰,音调较低,持续时间较长。② S_2 :标志心室舒张的开始,主要由于肺动脉瓣和主动脉瓣突然关闭引起振动所致。它以心底部最为清晰,音调较高而清脆,持续时间较短。

心脏杂音:杂音的特性与听诊要点:①最响部位和传导方向:二尖瓣关闭不全的杂音向左腋下传导,主动脉瓣狭窄的杂音向颈部传导。②心动周期中的时期:分为收缩期杂音、舒张期杂音、连续性杂音、收缩期及舒张期均出现但不连续则称双期杂音。一般舒张期杂音和连续性杂音均为病理性器质性杂音,而收缩期杂音则有器质性和功能性两种可能。③性质:功能性杂音较柔和,器质性杂音较粗糙。④强度与形态:即杂音的响度及其在心动周期中的变化。强度一般采用 Levine6 级分级法,主要指收缩期杂音(表 1-4)。⑤杂音的临床意义:一般认为舒张期杂音大多为病理性杂音,而收缩期杂音 2 级以下的为功能性的,3 级及 3 级以上的为病理性的。

表 1-4 收缩期杂音强度分级

级别	响度	听诊特点
1 级	最轻,很弱	须在安静环境下仔细听诊才能听到,易被忽略、无震颤
2 级	轻度,较易听到	不太响亮,无震颤
3 级	中度,明显的杂音	较响亮,无或可能有震颤
4 级	响亮	杂音响亮,有震颤
5 级	很响,杂音很强	向四周、背部传导,但听诊器稍离开胸壁即听不到
6 级	最响,杂音震耳	即使听诊器离胸壁一定距离也能听到

心包摩擦音:指脏层与壁层心包由于生物性或理化因素致纤维蛋白沉积而粗糙,以致在心脏搏动时产生摩擦而出现的声音。见于各种感染性心包炎等。

血管检查:周围血管征包括水冲脉、枪击音、Duroziez 双重杂音、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、严重贫血等。

五、腹部检查

1. 腹部体表标志。

2. 视诊。

(1)腹部外形:腹部外形一般描述为平坦、凹陷或膨隆。

(2)腹壁皮肤:检查腹壁皮肤时,除应注意有无发红、苍白、黄染、脱水或水肿外,尚应检查下列内容:色素、腹纹、皮疹、瘢痕、疝。

(3)呼吸运动。

(4)腹壁静脉:正常人的腹壁静脉一般看不清楚,腹壁静脉显露或曲张,是门静脉循环障碍或上、下腔静脉回流受阻时征象。

正常时,脐水平线以上的腹壁静脉自下向上流入上腔静脉,脐水平线以下的腹壁静脉自上而下流入下腔静脉。门静脉高压形成侧支循环时,血流的流向与正常者相同。下腔静脉阻塞时,脐水平线以下的腹壁静脉血流方向向上;上腔静脉阻塞时,上腹部静脉血流方向向下。因此,确定腹壁曲张静脉的血流方向,可判断静脉阻塞部位。

(5)脐部:正常人脐与腹壁相平或稍凹陷。腹壁肥胖者脐常深陷;少年和腹壁菲薄者脐略突出;脐明显突出见于大量腹水者。

(6)蠕动波:正常人一般看不到蠕动波。

(7)上腹部搏动:大多由主动脉腹部搏动传导而来,可见于消瘦者。在二尖瓣关闭不全时,上腹部搏动亦较明显。

3. 触诊:腹部检查以触诊最重要。

(1)触诊方法:触诊腹部时,应根据不同目的,分别采用浅部触诊法、深部触诊法等不同的触诊手法。

(2)触诊内容

1)腹壁紧张度:正常人腹壁柔软,腹壁紧张可为弥漫性和局限性:①弥漫性腹壁紧张常见于胃肠道穿孔所引起的急性弥漫性腹膜炎。此时,腹壁强直,可硬如木板,称板状腹。若全腹紧张度增加,触之犹如揉面团,称为揉面感或柔韧感,见于结核性腹膜炎,亦可见于癌性腹膜炎。②局限性腹壁紧张见于腹部某一脏器炎症波及局部腹膜时如急性阑尾炎、急性胆囊炎。③腹壁紧张度减弱:全腹紧张度减低,见于慢性消耗性疾病或刚放出大量腹水者,也可见于身体瘦弱的老年人或经产妇。

2)压痛与反跳痛:按压逐渐加深即发生疼痛,称为压痛。出现压痛的部位,常为病变所在,多由炎症、结核及肿瘤等病变所引起。但少数病人未必一定有病变或病变一定在腹部。压痛局限于一点,称为压痛点。

临床意义较大的有:①胆囊点:位于右侧腹直肌外缘与肋弓交界处,胆囊病变时,常有压痛。②阑尾点:位于右髂前上棘至脐部连线的外 1/3 与内 2/3 的交界处,又称 McBurney 点。此外,在上腹部剑突下正中偏左或偏右处的压痛点,见于消化性溃疡。反跳痛系指医师用手指按压被检者腹部出现压痛后,稍停片刻,然后突然松开时感觉锐痛者。反跳痛的出现标志着腹膜壁层已有炎症波及。

3)波动感:有中等量以上游离腹水存在时,如用手叩击腹部,可有波动感,又称液波震颤。

3. 腹腔脏器触诊

(1)肝脏:正常人肋下不能扪及,少数人可触及肝下缘,但不超过肋下 1cm,剑突下小于 3cm,质软光滑无压痛。

(2)胆囊:正常人胆囊不能触及,检查者以左手掌平放于患者右胸下部,以拇指勾压于右肋下胆囊点处,然后嘱患者深吸气,这时,发炎的胆囊下移,碰到用力按压的拇指,即可引起疼痛,患者因此吸气终止,称 Murphy 征阳性。如黄疸同时可扪及囊状、无压痛、表面光滑并可推移的肿大胆囊,称 Courvoisier 征,此征多见于胰头癌患者,是诊断胰腺癌的重要体征。

(3)脾脏:正常人脾脏不能触及。

(4)肾脏:采用双手触诊法,正常人一般不能触及,小儿或消瘦者可触及右肾下极。

(5)膀胱:充盈的膀胱可在耻骨上方扪及,呈半球形囊样感,排尿后消失。

(6)胰腺:正常不能触及。

(7)腹部包块。

(8)液波震颤:有大量腹水,达到 3 000~4 000ml,才能查出。

4. 腹部叩诊

(1)腹部叩诊音:腹部叩诊正常呈鼓音。

(2)腹水的叩诊:当腹腔内游离液体在 1 000ml 以上时,病人变换体位,液体因重力而移动,浊音也随之改变。侧卧位时,腹水积聚于下部,肠管浮起,叩诊下部呈浊音,上侧腹部转为鼓音。这种因变换体位而出现浊音区变动的现象,称移动性浊音。

(3)肿块叩诊。

(4)肝脏和胆囊叩诊:正常肝脏上界在右锁骨中线上第 5 肋间,下界在右肋弓下缘,两者间的距离是 9~11cm;在右腋中线上,上界在第 7 肋间,下界相当于第 10 肋骨水平;在右肩胛线上,上界在第 10 肋间。

(5)脾脏叩诊:在左腋中线上进行叩诊。正常时,在左腋中线第 9~11 肋之间可叩到脾浊音,其宽度为 4~7cm,前方不超过腋前线。

(6)胃泡鼓音区:胃泡鼓音区又称特劳伯(Traube)区。

(7)肾脏叩诊:被检者取坐位或侧卧位,医师用左手掌平贴在被检者肾区(即肋脊角处),右手握空拳用轻至中等强度的力量向左手背徐徐叩击。

(8)膀胱叩诊:膀胱充盈时,在耻骨联合上方可叩得浊音。尿液排出后,叩诊为鼓音。

4. 腹部听诊:主要内容有肠鸣音、振水音和血管音。

(1)肠鸣音:正常情况下,肠鸣音每分钟 4~5 次,当肠蠕动增强时,每分钟 10 次以上,称肠鸣音亢进。肠鸣音在连续 3~5 分钟以上才听到 1 次者,称肠鸣音减弱。始终听不到者,称肠鸣音消失(静腹),常见于急性腹膜炎、肠麻痹。

(2)振水音:如果在空腹或饭后 6 小时以上仍有振水音,表示胃潴留,见于幽门梗阻、胃扩张等。

(3)血管音:正常腹部无血管音。

六、神经系统检查

1. 瞳孔:瞳孔双侧等大等圆,直径 3~4mm,对光反射灵敏。瞳孔缩小常见于有机磷中毒,虹膜炎症,吗啡、毛果芸香碱、氯丙嗪等药物中毒等;瞳孔扩大常见于阿托品、可卡因中毒,视神经萎缩,青光眼绝对期等;双侧瞳孔扩大,并且对光反射消失,见于深昏迷、临终前、死亡等;瞳孔忽大忽小、呈不规则形状常见于脑疝。

2. 生理反射

(1)浅反射:刺激皮肤或黏膜引起的反应称为浅反射。常见的有以下几种:角膜反射、腹壁反射、提睾反射。

(2)深反射:①肱二头肌反射:反射中枢在颈髓 5~6 节;②肱三头肌反射:反射中枢在颈髓 7~8 节;③桡骨膜反射:反射中枢在颈髓 5~8 节;④膝反射:反射中枢在腰 2~4;⑤跟腱反射:深反射的减弱或消失多为器质性病变,如末梢神经炎、神经根炎及脊髓前角灰质炎可使反射弧遭受损害。

3. 病理反射:锥体束病损时,失去了对脑干和骨髓的抑制功能,而释放出的足和趾背伸的反射作用。<1 岁半的婴幼儿由于锥体束尚未发育完善,可以出现上述反射现象。成人出现为病理反射。

(1)Babinski 征:病人仰卧,髋及膝关节伸直,医师手持病人踝部,用钝头竹签由后向前划足底外侧,阳性反应为脚趾缓缓背伸,其他四趾呈扇形展开。

(2)Chaddock 征:竹签在外踝下方由后向前划至趾跖关节处为止,阳性反应同 Babinski 征。

(3)Gordon 征:拇指和其他四指分置腓肠肌部位,以适度的力量捏,阳性反应同 Babinski 征。

(4)Oppenheim 征:方法:拇指及示指沿病人胫骨前缘用力由上向下滑压,阳性反应同 Babinski 征。

4. 脑膜刺激征:膜脑受刺激的表现,见于脑炎、脑膜出血、脑脊液压力增加。

(1)颈项强直:病人仰卧,检查者以手托扶病人枕部做被动屈颈动作,以测试颈肌抵抗力。抵抗力增强为阳性。颈椎病、骨折也可阳性。

(2)Kernig 征:病人仰卧,先将一侧髋关节屈成直角,再用手抬高小腿,正常人可将膝关节伸达 135°以上,伸膝受限,疼痛、屈肌痉挛为阳性。

(3)Brudzinski 征:病人仰卧,下肢自然伸直,医师左手托住病人枕部,一手置于病人胸前,然后使头部前屈,两侧膝关节、髋关节屈曲为阳性。

第二节 常用实验室检查

一、血液检查

1. 血红蛋白和红细胞测定:正常参考值见表 1-5。

表 1-5 血红蛋白、红细胞正常参考值

指标	缩写	参考值
血红蛋白	Hb	成年男性 120~160g/L
		成年女性 110~150g/L
		新生儿 170~200g/L
红细胞	RBC	成年男性 $(4.0\sim5.5)\times10^{12}/L$
		成年女性 $(3.5\sim5.0)\times10^{12}/L$
		新生儿 $(6.0\sim7.0)\times10^{12}/L$

临床意义:

(1)血红蛋白和红细胞的减少:贫血,指单位容积血液内血红蛋白的量和红细胞的数低于正常值下限。根据血红蛋白下降程度,贫血可分为轻度贫血:血红蛋白 91~120g/L; 中度贫血:血红蛋白 61~90g/L; 重度贫血:血红蛋白 31~60g/L; 极重度贫血:血红蛋白低于 30g/L。

(2)血红蛋白和红细胞增多:指单位容积血液中血红蛋白的量和红细胞的数量超过正常值上限。

2. 白细胞计数及分类:正常参考值见表 1-6。

表 1-6

白细胞计数及分类正常参考值

指 标	缩写	参考范围
白细胞计数	WBC	成人 (4~10)×10 ⁹ /L
		新生儿 (15~20)×10 ⁹ /L
白细胞分类计数	DC	百分比
中性粒细胞杆状核	NsT	1%~5%
中性粒细胞分叶核	Nsg	50%~70%
嗜酸性粒细胞	E	0.5%~5%
嗜碱性粒细胞	B	0~1%
淋巴细胞	L	20%~40%
单核细胞	M	3%~8%

临床意义：

(1)中性粒细胞：①中性粒细胞增多；②中性粒细胞减少：白细胞少于 4×10⁹/L 称为白细胞减少。当中性粒细胞绝对值小于 1.5×10⁹/L 时，称为粒细胞减少症；当粒细胞绝对值小于 0.5×10⁹/L，为粒细胞缺乏症。③中性粒细胞核象的变化：核左移：指外周血中杆状核或杆状核以上的幼稚粒细胞增多，超过 5%。核右移：指外周血中 5 叶核以上的中性粒细胞超过 3%，常伴有白细胞减少。④中性粒细胞形态异常：中毒颗粒：指中性粒细胞胞浆中出现粗大的分布不均的染紫黑色的颗粒。常见于各种化脓性感染、败血症、大面积烧伤等。Auer 小体：在白细胞胞质中出现的一种红色杆状物，长 1~6m，一条或数条，如棒状，故也称棒状小体。一旦出现在细胞中，可拟诊为急性白血病，以急性粒细胞性白血病多见。

(2)嗜酸性粒细胞：①嗜酸性粒细胞增多见于变态反应性疾病；②嗜酸性粒细胞减少见于伤寒、副伤寒及长期应用糖皮质激素的病例。

(3)嗜碱粒细胞。

(4)单核细胞。

(5)淋巴细胞。

3. 网织红细胞计数：网织红细胞(reticulocyte, Ret)，是介于晚幼红到成熟红细胞之间的未完全成熟的红细胞。其增减可反映骨髓的造血功能，对贫血的诊断、鉴别诊断及疗效观察等具有重要意义。

4. 红细胞沉降率的测定：红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation, ESR)简称血沉，是指红细胞在一定条件下沉降的速率。男 0~15mm/h；女 0~20mm/h。

5. 血小板计数(PLT)

(1)正常参考值：(100~300)×10⁹/L。

(2)临床意义

生理性波动：进食、剧烈运动后、妊娠中后期可增加；月经前可稍减少。

病理变化：①减少：PLT<100×10⁹/L 称血小板减少，<20×10⁹/L 时，常有自发性出血倾向；②增多：PLT>400×10⁹/L 称血小板增多。

6. 出血时间测定(BT)

(1)正常参考值：Puke 法：1~3 分钟，>4 分钟为延长。

(2)临床意义：BT 延长见于 PLT 减少，如原发性或继发性血小板减少性紫癜等；血小板

功能异常,如遗传性和获得性血小板功能缺陷症等;血管性血友病。

7. 血液凝固时间测定(CT)

(1)正常参考值 试管法:5~10 分钟。

(2)临床意义

CT 延长见于:①血友病;②血管性血友病;③凝血因子 V、X、II、I 减少或缺乏;④纤溶亢进或抗凝物质增多。

CT 缩短见于:①血栓前状态;②血栓性疾病。

二、尿液检查

1. 尿液一般检查:标本采集法:清洁容器随时留取尿液至少 15ml,如妊娠尿试验以晨尿较好。

检查内容及临床意义:

(1)尿量:正常成人尿量为 1~2L/24h。尿量的异常及临床意义如下:①多尿:成人尿量 >2.5L/24h 称为多尿。②少尿:成人尿量 <0.4L/24h 或 <17ml/h 称为少尿。③无尿:尿量 <0.1L/24h 或 12 小时内完全无尿称无尿或尿闭。

(2)颜色:正常新鲜尿液的颜色为无色澄清或淡黄色,其颜色受尿量、食物、药物的影响,尿液的病理性外观主要有:①血尿;②脓尿;③胆红素尿;④血红蛋白尿;⑤乳糜尿。

(3)气味:正常尿液的气味,来自尿内挥发性酸。放置较久,因尿素分解而有氨臭味。

(4)比重:尿比重的波动范围为 1.015~1.025。

2. 尿液化学检查

(1)尿蛋白测定:正常尿液中含有微量蛋白质,蛋白质定性试验呈阴性。蛋白质定性试验呈阳性的尿液称为蛋白尿,根据含量多少表示为+、++、+++、++++。

(2)尿糖测定:正常人尿中可有微量糖,尿糖定性检查阴性。尿糖定性检查呈阳性的尿液称为糖尿,根据含量多少表示为+、++、+++、++++。

3. 尿液显微镜检查

(1)细胞检查:①红细胞;②白细胞;③上皮细胞。

(2)管型检查:正常人尿液中无管型或见少量透明管型。①透明管型;②细胞管型。

(3)尿结晶体检查:尿液中盐类结晶的析出,形成尿结晶体。

(4)尿液其他物质检查:肾结核病人尿中可找到结核杆菌,淋病病人尿中可找到淋球菌。

4. 尿液其他检查

(1)尿酮体测定:正常人尿液酮体定性检查阴性。酮尿多见于糖尿病酮症酸中毒、妊娠剧烈呕吐、子痫、重症病人长期不能进食等。

(2)尿蛋白定量测定:尿蛋白定量正常参考值为 20~80mg/24h 尿。各种原因致蛋白尿含量 >150mg/24h 尿,称为蛋白尿。

三、粪便检查

四、常用肾功能检查

1. 内生肌酐清除率(Ccr)测定

正参考值:成人 80~120 ml/(min · 1.73m²)。

临床意义:

(1)判断肾小球损害:内生肌酐清除率能较早判断肾小球的损害,急性肾小球肾炎 Ccr 下降,慢性肾小球肾炎 Ccr 呈进行性下降。