

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练

内科护理学

主编 王生云 谈粉祥

突出卫生职业教育特色，与教学相配套、与“护考”相结合的“二合一”教材

国家护士执业资格考试大纲指定教材

内科护理学

第2版 下册

人民卫生出版社

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练

内科护理学

主 编 王生云 谈粉祥

副主编 樊胜丽 许晓光 韩小玲 冯志伟

编 者 (按姓氏笔画排序)

王爱平 (山西省忻州职业技术学院)

王登文 (兰州市卫生学校)

牛秀梅 (吕梁市卫生学校)

田莉梅 (张掖医学高等专科学校)

冯 影 (安徽省淮北卫生学校)

冯志伟 (山西省忻州职业技术学院)

吉银柱 (甘肃省武威卫生学校)

刘苏兰 (甘肃省中医学校)

许晓光 (兰州市卫生学校)

杨泽刚 (雅安职业技术学院)

吴凤琴 (商洛职业技术学院)

陆红梅 (江苏镇江卫生学校)

陈 红 (安康职业技术学校)

郭辉林 (延安卫生学校)

谈粉祥 (宝鸡职业技术学院)

展小燕 (榆林市卫生学校)

韩小玲 (咸阳市卫生学校)

樊胜丽 (兰州市卫生学校)

图书在版编目(CIP)数据

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练——内科护理学/王生云,谈粉祥主编. —西安:第四军医大学出版社,2009.8

ISBN 978 - 7 - 81086 - 635 - 4

I. 国… II. ①王… ②谈… III. 内科学:护理学 - 护士 - 资格考核 - 自学参考资料
IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 157221 号

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练——内科护理学

主 编 王生云 谈粉祥
责任编辑 土丽艳 马元怡
出版发行 第四军医大学出版社
地 址 西安市长乐西路 17 号(邮编:710032)
电 话 029 - 84776765
传 真 029 - 84776764
网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>
印 刷 西安永惠印务有限公司
版 次 2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 次印刷
开 本 787 × 1092 1/16
印 张 22
字 数 530 千字
书 号 ISBN 978 - 7 - 81086 - 635 - 4/R · 576
定 价 34.80 元

(版权所有 盗版必究)

《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》 教材建设委员会

主 任 毛春燕

副主任 王生云 李 召 孙兴华 穆天真

委 员 (按姓氏笔画排序)

马占林 马晓飞 马恒东

王凤丽 牛彦辉 许晓光

李 强 吴培英 贺平泽



出版说明

CHUBANSHUOMING

根据国务院颁发的《护士条例》及相关精神，结合职业院校护理专业应届毕业生参加国家护士执业资格考试的现实需要，第四军医大学出版社在长期出版卫生资格考试丛书和卫生职业教育教材的基础上，组织全国多所卫生职业院校共同参加编写《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》系列教材，以期提高护理专业学生的国家执业护士资格考试通过率。

本套教材包含《护理学基础》《内科护理学》《外科护理学》《儿科护理学》与《妇产科护理学》五个分册。全套教材以最新的《国家护士执业资格考试大纲》为纲，同时遵照在校学生的学习规律和学习特点，形成了突出卫生职业教育特色、自成体系的护理专业教学配套教材和国家护士执业资格考试辅导教材的“二合一”教材。每个分册均设置“考点精讲”“真题解析”和“综合训练”三个编写模块。其中“考点精讲”在每个考点后根据大纲的要求，分别用“★”表示“了解”，“★★”表示“熟悉”，“★★★”表示“掌握”，“★★★★”表示“熟练掌握”，以便学生在学习时有所侧重，合理安排学习时间。“真题解析”与“综合训练”便于学生复习巩固考点。此外，本套丛书还附赠两套全真模拟试题，为学生提供实战情景，进一步提高学生的应试能力。

《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》系列教材是国内首套与教学配套的护士执业资格考试辅导教材，与以往的考试辅导类图书相比，有着鲜明的特点：

1. 充分考虑在校生的学习特点，将护士执考的考点融入日常的学习，并与教学阶段相适应，为护理专业学生在毕业前参加执业资格考试奠定坚实的基础。

2. 全国近三十所卫生职业院校的一线教学人员参加教材编写，他们不仅对护理专业教学有着丰富的经验，熟悉在校生的学习特点，而且大多承担着本校执业资格考试的培训工作。教材开始编写和定稿阶段均由执考培训专家把关，值得信赖。

3. 内容精练而且重点突出，篇幅设置科学合理，既保证学生的学习效果，又节省学生的精力、时间和费用。



前言

FOREWORD

2008年1月31日，温家宝总理签发了中华人民共和国国务院令517号令，正式颁布《护士条例》。这是中华人民共和国开国以来第一部关于护士的最高行政法规。条例强调，“护士执业，应当经执业注册取得护士执业证书”。这无疑给卫生职业院校的教学要求和学生的学习目标，都提出了一个新的要求。学生能否在毕业时顺利通过护士执业资格考试，将直接关系到毕业生能否顺利上岗工作。第四军医大学出版社组织编写的《国家护士执业资格考试考点辅导与综合训练》系列教材，是在全国范围内率先出版的、面向卫生职业院校在校学生的第一套与教材相配套的护士执考辅导教材。

2008年12月，来自全国近30余所卫生职业院校的学校领导及一线教师汇集西安，共同召开“《国家护士执业资格考试考点辅导与综合训练》系列教材编写会”。会议中就全套教材的编写理念、编写模块及编写计划进行了深入细致的讨论，并最终确定教材编写应遵照在校学生的学习规律和学习特点，突出一条“主线”、实现两个“接轨”、建构三个“模块”，达成“一个目标”，形成突出卫生职业教育特色、自成体系的护理专业教学配套教材和护士执业资格考试辅导教材的“二合一”规划教材。所谓“一条主线”，就是以护理工作实际需求为线，依据护理岗位知识能力的需要和工作过程的需要，选择编写内容。所谓“两个接轨”，即与教材和教学要求相接轨，与执业资格考试的要求相接轨。所谓“三个模块”，即在形式上采用“考点精讲”“真题解析”和“综合训练”三个模块，通过“考点精讲”模块，将教材内容与考纲的每个考点相结合，对重点内容进行精讲和串讲，使考点要求简单明了；通过“真题解析”模块，对历年的执考真题进行解析说明，指导学生分析判断考题包含的考点要求；通过“综合训练”模块，按照不同的考点要求，综合整理不同题型

的执考模拟题，让学生逐渐熟悉执考的题型要求，并通过大量的综合训练掌握对护理知识的临床应用技能和相关的答题技巧，真正体现执业资格考试对执业护士的专业技能的考核测评。全套教材要求最终达到“一个目标”，即让学生在校学习过程中，逐渐养成用理论知识解决临床问题的思维意识，适应并顺利通过执业资格考试。

《内科护理学》分册，就是按照整套教材的编写要求，突出“提纲挈领、简明扼要”的特色，针对学生在校学习本课程的规律与特点，将国家护士执考大纲中内科护理学的知识点以“标题化、要点化”的形式提炼出来，以便学生在学习过程中及时理解、掌握。

此次《内科护理学》分册参编人员均为教学经验丰富的一线教师，编写中他们倾注了大量的精力和时间，力求符合编写初衷，但限于一些主客观因素，教材中难免会出现一些问题，希望使用教材的各位同仁和同学，在使用过程中能够友善地将发现的问题及时反馈给我们，我们会诚恳接受并认真修改，结合考试大纲的最新变化，在新版中予以完善。

编者



目录

CONTENTS

第一章 绪论	(1)
第一节 护理体检	(1)
第二节 常用实验检查	(13)
第三节 其他检查	(28)
第四节 内科疾病的分期护理	(35)
第二章 呼吸系统疾病患者的护理	(40)
第一节 常见症状的护理	(40)
第二节 支气管哮喘患者护理	(49)
第三节 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿患者的护理	(55)
第四节 慢性肺源性心脏病患者的护理	(62)
第五节 支气管扩张患者的护理	(68)
第六节 肺炎患者的护理	(74)
第七节 肺结核患者的护理	(82)
第八节 原发性支气管肺癌患者的护理	(92)
第九节 慢性呼吸衰竭患者的护理	(97)
第三章 循环系统疾病患者的护理	(106)
第一节 常见症状的护理	(106)
第二节 心力衰竭	(113)
第三节 心律失常	(123)
第四节 心脏瓣膜病患者的护理	(135)
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	(141)
第六节 病毒性心肌炎患者的护理	(153)
第七节 原发性高血压患者的护理	(157)

第四章 消化系统疾病患者的护理	(165)
第一节 常见症状和护理	(165)
第二节 慢性胃炎患者的护理	(173)
第三节 消化性溃疡病患者的护理	(177)
第四节 肝硬化患者的护理	(185)
第五节 原发性肝癌患者的护理	(192)
第六节 肝性脑病患者的护理	(199)
第七节 急性胰腺炎患者的护理	(206)
第五章 泌尿系统疾病患者的护理	(214)
第一节 常见症状的护理	(214)
第二节 慢性肾小球肾炎患者的护理	(219)
第三节 原发性肾病综合征患者的护理	(225)
第四节 肾盂肾炎患者的护理	(230)
第五节 慢性肾衰竭患者的护理	(237)
第六章 血液及造血系统疾病患者的护理	(246)
第一节 概 论	(246)
第二节 贫血患者的护理	(251)
第三节 特发性血小板减少性紫癜患者的护理	(259)
第四节 白血病患者护理	(263)
第七章 内分泌与代谢疾病患者的护理	(271)
第一节 内分泌与代谢疾病常见症状及护理	(271)
第二节 甲状腺功能亢进症患者的护理	(274)
第三节 糖尿病患者的护理	(283)
第八章 风湿性疾病患者的护理	(296)
第一节 常见症状的护理	(296)
第二节 系统性红斑狼疮患者的护理	(300)
第三节 类风湿关节炎患者的护理	(307)
第九章 神经系统疾病患者的护理	(313)
第一节 常见症状与体征	(313)
第二节 急性脑血管病患者的护理	(322)
第三节 癫痫患者的护理	(333)
主要参考书目	(339)

第一章 绪 论

第一节 护理体检



考点·精讲

KAODIANJINGJIANG

护理体检是护士通过自己的感觉器官或借助简单的检查器具(体温表、听诊器等)对患者进行全面而系统的检查,结合患者的健康史,做出护理诊断和评估的一种基本方法。其目的是了解患者的健康状况,及时发现需要由护士解决和预防的健康问题。

一、护理体检的准备工作和基本检查方法(★★)

(一)检查前准备

1. **用物准备** 治疗盘内置体温计、血压计、手电筒、压舌板、叩诊锤、听诊器、棉签、弯盘及记录用纸、笔等,并检查性能完好。
2. **环境准备** 安静、舒适安全、温度适宜、光线充足,必要时用屏风遮挡。
3. **患者准备** 对患者作好解释工作并取舒适的体位。

(二)基本方法

1. **视诊** 运用视觉进行观察和了解患者全身或局部的病变特征的一种检查方法。检查时要有适合的自然光线和温暖的环境,灯光下不能正确地辨别黄疸、皮疹和出血点。
2. **触诊** 包括浅部和深部触诊法(4种)。它可以补充视觉检查所不能确定的体征,如温度、湿度、震颤、摩擦感及包块的位置、大小、表面性质、硬度、移动度等。手的感觉以指腹及掌指关节掌面最为敏感,要求手法正确,力度及手温适宜,注意应用范围。
3. **叩诊** 包括直接和间接叩诊法,注意手法选择、力度。
4. **听诊** 听诊时患者采取适当体位,环境要安静、温暖、避风,听诊器的耳件方向正确,体件紧贴被检部位,避免与皮肤摩擦。
5. **嗅诊** 检查时用手将患者的气味扇向自己的鼻部来辨别气味的性质。

二、一般状态检查(★★)

(一)全身一般状况

1. 体温

- (1)正常生理波动范围。
- (2)体温升高:感染性发热和非感染性发热,其中感染性发热最常见。
- (3)体温过低。

2. **脉搏** 对心血管疾病的患者,测量时间不能少于1分钟。常见的脉搏异常有:

(1)速脉:见于发热、贫血、甲状腺功能亢进、心功能不全、周围循环衰竭、心肌炎等。

(2)缓脉:见于颅内压增高、黄疸、甲状腺功能减退、病态窦房结综合征等。

(3)水冲脉:见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、严重贫血等使脉压增大的疾病。

(4)交替脉:是由于心室收缩强弱不均所致,可见于高血压性心脏病、急性心肌梗死、心肌炎等,交替脉是左心衰竭的重要体征。

(5)奇脉又称吸停脉,是由于心包腔压力升高,使心脏舒张充盈受限所致,见于心包积液和缩窄性心包炎,是心脏压塞的重要体征之一。

(6)不整脉:见于心律失常。若脉率少于心率,称为脉搏短绌,见于期前收缩、心房颤动。

3. 呼吸 正常人呼吸次数为 16~20 次/分。常见的异常有:

(1)呼吸增快(>24 次/分)见于高热、疼痛、甲状腺功能亢进、心力衰竭等;呼吸减慢(<10 次/分)见于颅内压增高、呼吸中枢受到抑制等;呼吸浅快多见于呼吸道阻塞、呼吸衰竭、肺气肿等。

(2)潮式呼吸(陈-施呼吸):为呼吸中枢兴奋性降低所致,见于中枢神经系统疾病,如脑炎、脑膜炎、颅内压增高及巴比妥类药物中毒。

(3)间停呼吸(比奥呼吸):为呼吸中枢兴奋性显著降低所致,为病情危急征象。

(4)深长呼吸(库斯莫尔呼吸):见于代谢性酸中毒。

(5)呼吸气味的改变:糖尿病酮症酸中毒时呼气呈烂苹果味;尿毒症时呈氨味;肝性脑病时呈肝腥味;有机磷中毒时呈大蒜味;支气管扩张及肺脓肿时呈恶臭味。

4. 血压

(1)正常血压:收缩压 < 140mmHg(18.6kPa),舒张压 < 90mmHg(12.0kPa)。血压值单位的换算:1kPa = 7.5mmHg(1mmHg = 0.133kPa)。

(2)血压升高:收缩压 \geq 140mmHg 和(或)舒张压 \geq 90mmHg;1999 年世界卫生组织/国际高血压学会(WHO/ISH)对一级高血压的诊断标准是收缩压 140~159mmHg,舒张压 90~99mmHg。短暂的血压升高见于剧烈疼痛、情绪激动、身处寒冷环境、缺氧等;持久的血压升高见于原发性高血压、肾脏疾病等。

(3)血压降低:收缩压 < 90mmHg,舒张压 < 60mmHg,见于休克、心功能不全、心肌梗死等。

(4)脉压:正常人脉压为 30~40mmHg。脉压 > 40mmHg 为脉压增大,见于主动脉关闭不全、甲状腺功能亢进、动脉导管未闭、动静脉瘘、严重贫血等;脉压 < 30mmHg 为脉压减小,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 是大脑功能活动的综合表现。凡能引起大脑功能异常的疾病均可引起不同程度的意识改变,根据意识障碍的程度可分为:

(1)嗜睡:最轻的意识障碍,患者处于持续睡眠状态,可被唤醒并能正确回答问题,但反应较迟钝,一旦刺激去除又迅速入睡。

(2)意识模糊:较嗜睡为深的意识障碍,能保持简单的精神活动,但对时间、地点、人物等的定向力发生障碍,常见于急性重症感染的高热期。其中以兴奋为主的并伴有知觉障碍(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:熟睡且不易唤醒,强烈刺激下(如压迫眶上神经)虽可被唤醒,但很快再入睡,醒时答话含糊或答非所问。

(4)昏迷:最为严重的意识障碍,患者的运动和感觉完全丧失,任何刺激都不能唤醒,可

分浅、深昏迷两种。浅昏迷时意识大部丧失,对周围事物及声、光刺激均无反应,但对强烈的疼痛刺激可以出现痛苦表情或肢体退缩等防御反应,瞳孔对光反射、角膜反射、吞咽、咳嗽及各种防御反射仍存在,生命体征无明显改变,可有大小便失禁或潴留。深昏迷时意识全部丧失,对外界各种刺激均无反应,各种反射消失,全身肌肉松弛,呼吸不规则,血压下降。

6. **面容表情** 常见的病态面容有:

- (1)急性病容:面颊潮红、兴奋不安、呼吸急促、痛苦呻吟。
- (2)慢性病容:面容憔悴,面色苍白或灰暗,精神萎靡、瘦弱无力。
- (3)贫血面容:面色苍白、唇舌色淡、表情疲惫。
- (4)肝病面容:面部消瘦灰黯,额鼻双颊有色素沉着。
- (5)二尖瓣面容:面容晦暗、口唇微绀、两颊发红,见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄的患者。
- (6)满月面容:面如满月、皮肤发红伴痤疮和胡须生长,见于肾上腺皮质增生和长期应用糖皮质激素的患者。
- (7)甲状腺功能亢进面容:面容惊愕、眼裂增宽、眼球凸出、表情兴奋易怒。
- (8)肢端肥大症面容:头大面长、下颌大且前突、眉弓及两颧隆起、大耳鼻、厚嘴唇。
- (9)病危面容:面容枯槁,面色灰白或发绀,表情淡漠,双目凹陷无神,见于大出血、严重休克、脱水等患者

7. **营养状态** 可分为良好、中等、不良、肥胖四等。最简便检查是以两指距3cm捏起上臂背侧下1/3处皮下脂肪来测量。体重超过标准体重20%以上为肥胖,低于标准体重10%为消瘦。

体重质量指数 = 体重(kg)/身高的平方(m²)。男性大于27,女性大于25为肥胖症。

8. **体位** 患者可因疾病性质或意识状态的不同,而采取不同的体位。主要有:

- (1)自动体位;
- (2)被动体位;
- (3)强迫体位。

9. **四肢、脊柱与步态** 正常人肢体活动自如、步态稳健。某些疾病可使患者出现特异步态,如小脑疾病时呈醉酒步态;震颤麻痹症患者呈慌张步态;佝偻病可呈蹒跚步态;脊髓痨患者可呈共济失调步态;腓总神经麻痹患者可呈跨阈步态;脑瘫患者可呈剪刀步态。

(二)皮肤黏膜检查

1. **弹性** 皮肤弹性与年龄、营养状态、皮下脂肪及组织间隙内所含液体量的多少有关。用食指和拇指将皮肤捏起,然后松开,弹性减退时皱褶平复缓慢,见于严重脱水、老年人。

2. **湿度** 皮肤湿度与出汗有关。风湿热、布氏杆菌病、结核病患者出汗增多;脱水、黏液性水肿、维生素A缺乏患者皮肤干燥无汗;休克患者出冷汗;结核病患者夜间盗汗。

3. **颜色**

(1)苍白:与血红蛋白量减少或末梢毛细血管充盈不足有关,特别口唇部明显,见于动脉瓣关闭不全、贫血、出血、寒冷、惊恐、休克等。

(2)发红:与毛细血管扩张充血、血流加速或红细胞量增多有关,见于运动、饮酒、发热性疾病、阿托品中毒等。

(3)发绀:皮肤黏膜呈青紫色,易在唇、鼻尖、颊部、耳廓、甲床出现,由血液中还原血红蛋白的绝对量超过50g/L而引起。但严重贫血时血红蛋白量少于50g/L时,发绀少见。

(4)黄染:指皮肤黏膜发黄。多由于血液中的胆红素浓度过高,渗入皮肤和黏膜而引起

(巩膜、软腭先出现),见于胆道阻塞、肝细胞损害或溶血性疾病。另外,过多食用胡萝卜、南瓜、柑橘等,可使胡萝卜素在血中含量增多,而使皮肤黄染(多在手掌、足底皮肤)。检查巩膜黄染应注意在自然光下进行。

(5)色素沉着:皮肤黏膜色泽加深呈暗褐色,见于肾上腺皮质功能减退、肝硬化等。

4. 水肿 多在眼睑、踝部、胫骨前等处出现。若以手指加压,局部组织出现凹陷,称为凹陷性水肿,经指压后局部组织无凹陷称为非凹陷性水肿。水肿的程度可分为轻、中、重三度。

5. 皮疹 可分为斑疹、玫瑰疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹等。

6. 皮下出血 按出血面积大小分为:

(1)出血点:直径在2mm以内,压之不褪色,又称淤点。

(2)紫癜:直径在3~5mm之间。

(3)淤斑:直径大于5mm。

(4)血肿:片状出血伴局部隆起。

7. 肝掌和蜘蛛痣 均与体内雌激素增高有关,常见于慢性肝病患者。蜘蛛痣多见于头、面、颈部、上臂及前胸等上腔静脉分布的区域内。

8. 破损与溃疡 多见于口腔黏膜、咽、扁桃体及皮肤受压部位,注意充血、水肿、破溃的程度,渗出物性质、有无脓液及扁桃体肿大等。扁桃体肿大可分三度。

(三)淋巴结

正常情况下淋巴结不易触及,偶可触及,直径一般不超过0.5cm,且表面光滑、质软无压痛,与周围组织无粘连。检查淋巴结时循耳后→颌下→颈部→锁骨上窝→腋下→腹股沟→腘窝顺序检查。常见的异常有:

1. 非特异性淋巴结炎 一般有压痛,质软,无粘连。

2. 淋巴结结核 多发生在颈部,可粘连,晚期破溃后可形成瘰管。

3. 恶性肿瘤淋巴结转移 质地坚硬,无压痛。肺癌多向右侧锁骨上窝或腋下淋巴结转移;胃癌多向左侧锁骨上窝淋巴结转移。

4. 全身淋巴结肿大 遍及全身,大小不等,无粘连,见于淋巴瘤、白血病、传染性单核细胞增多症。

三、胸部检查(★)

(一)体表标志

1. 胸骨角 平第2肋骨,为计数肋骨的标志。

2. 第7颈椎棘突 为计数椎骨的标志。

3. 肩胛下角 平第7肋骨。

4. 胸部体表垂直标志线 前正中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛线、后正中线。

(二)胸廓与胸壁

正常胸廓两侧对称,左右径大于前后径(1.5:1)。常见的异常胸廓有:

1. 扁平胸 前后径小于左右径的一半。

2. 桶状胸 前后径增大,甚至与左右径相等。

3. **佝偻病胸** 多见于儿童。前后径略长于左右径,胸骨上下距离较短,胸骨中、下段前突,称为鸡胸。肋软骨与肋骨交界处常隆起呈串珠状。若胸骨剑突处显著内陷,形似漏斗,称漏斗胸。

4. **单侧胸壁隆起或凹陷** 单侧大量胸腔积液、气胸、胸腔肿瘤患者可见患侧胸壁饱满、隆起;一侧肺不张、广泛胸膜粘连可见患侧胸壁凹陷。

(三)气管、肺和胸膜

1. **视诊** 一侧肺或胸膜病变,患侧呼吸运动减弱或消失,而健侧代偿性增强;肺气肿时双侧呼吸运动减弱。呼吸困难表现有:

(1)吸气性呼吸困难:吸气费力,严重时出现“三凹征”(胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙及腹上角在吸气时明显凹陷),见于上呼吸道部分梗阻患者,如气道异物、喉头水肿等。

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

(3)混合性呼吸困难:吸气与呼气均感费力,呼吸频率增快、变浅,常伴有呼吸音减弱或消失。多见于重症肺炎、重症肺结核、肺纤维化、大量胸腔积液或气胸等。

2. 触诊

(1)气管是否居中,有无偏移。一侧胸腔积液、积气,纵隔肿瘤时,气管向健侧移位;肺不张、肺纤维化、胸膜增厚粘连时,气管向患侧移位。

(2)语颤有无增强或减弱,是否对称。语颤增强多见于肺实变,减弱见于肺气肿、阻塞性肺不张、大量胸腔积液、气胸。

3. **叩诊** 正常肺部叩诊呈清音;肺与肝、心等实质脏器的重叠区域呈浊音;未被肺遮盖的心脏或肝脏为实音;前胸左下方为胃泡鼓音区。若在肺清音区叩诊出现浊音、实音、鼓音、过清音均为异常叩诊音。一般肺气肿可呈过清音;气胸可呈鼓音;肺部炎症、肿瘤、积液的病变部位可呈浊音;大叶性肺炎实变期可呈实音。

4. **听诊** 肺泡呼吸音(吸气长于呼气)、支气管呼吸音(呼气长于吸气)、支气管肺泡呼吸音(呼吸和吸气等长)。常见异常听诊有:

(1)两侧肺泡呼吸音均减弱,见于肺气肿、呼吸衰竭。

(2)患侧肺泡呼吸音降低而健侧代偿性增强,见于一侧胸腔积液积气、气胸、肺不张者。

(3)异常支气管呼吸音,见于肺实变患者。

(4)肺炎、肺结核、支气管扩张可在病变部位闻及湿啰音(水泡音)。

(5)肺下部炎症、左心功能不全引起的肺淤血可在两肺底部闻及湿啰音。

(6)双肺布满湿啰音,见于急性肺水肿。

(7)干啰音(鼾音或哮鸣音),见于慢性支气管炎、支气管哮喘。

(8)患有胸膜炎时可闻及胸膜摩擦音。

四、心脏和血管(★★★)

(一)视诊

1. **心前区隆起** 多见于儿童时期患有心脏病且心脏显著增大者。

2. **心尖搏动** 正常人心尖搏动点位于左侧锁骨中线第5肋间内0.5~1cm处,搏动的直径约2.0~2.5cm。左心室增大时心尖搏动向左下移位,右心室增大时向左移位,一侧胸

腔积液或气胸时向健侧移位,大量腹水、腹腔巨大肿瘤、妊娠等可使心尖搏动上移。

3. 颈静脉怒张 提示上腔静脉回流受阻,静脉压增高。
4. 颈动脉搏动 见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、严重贫血等。
5. 肝颈静脉回流征 为右心衰竭的重要体征。
6. 毛细血管搏动征 见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、严重贫血等。

(二)触诊

1. 心尖搏动 进一步确定心尖位置。左心室肥厚时可有抬举感。
2. 震颤 又称“猫喘”。常见于先天性心脏病及心脏瓣膜狭窄,是器质性心脏病的特征性体征。

(三)叩诊

1. 正常心浊音界 心左界在第2肋间与胸骨左缘一致,第3肋间以下逐渐向外呈一凸弧形,至第5肋间;右界几乎与胸骨右缘一致,第5肋间稍向右突出。
2. 心脏浊音界改变
 - (1)左心室增大:心界呈“靴形”,常见于主动脉瓣关闭不全、高血压心脏病。
 - (2)右心室增大:轻度增大心界变化不大,显著增大时,心界向左增大较显著,常见于肺心病。

(四)听诊

1. 心脏瓣膜听诊区 ①二尖瓣区。②肺动脉瓣区。③主动脉瓣第一听诊区。④主动脉瓣第二听诊区。⑤三尖瓣区。听诊顺序先从二尖瓣区开始,按逆时针方向,依次为肺动脉瓣区、主动脉瓣第一听诊区、主动脉瓣第二听诊区、三尖瓣区。

2. 心率 正常人心率:60~100次/分。心率>100次/分为心动过速;心率<60次/分为心动过缓。

3. 心律 正常节律整齐,异常节律见于:

(1)期前收缩:在规则心律基础上突然提前出现一次心脏搏动,随后有一较正常延长的间歇,常见于器质性心脏病、洋地黄中毒等。

(2)心房颤动:表现为心律绝对不规则、心音强弱不等、脉率少于心率(脉搏短绌),常见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄、甲状腺功能亢进、冠心病等。

4. 心音 心音有四个,按出现的先后依次命名为第一心音(S₁)、第二心音(S₂)、第三心音(S₃)和第四心音(S₄)。通常只能听到S₁和S₂,在某些健康儿童和青少年也可听到S₃,S₄一般听不到,如能听到可能为病理性杂音。S₁、S₂减弱或S₁减弱见于心肌炎、心肌梗死、休克;出现S₃或S₄伴快速心室率则构成奔马律,多见于心力衰竭患者。

5. 心脏杂音 发生在第一心音及第二心音之间的杂音为收缩期杂音,3级以上有传导的杂音为器质性杂音;发生在第二心音之后的称为舒张期杂音,均为器质性杂音,如二尖瓣狭窄患者可在心尖部闻及舒张期隆隆样杂音。

五、腹部检查(★★★)

(一)腹部分区

常用的有九分法和四分法两种。