

护士执业资格考试辅导系列丛书

内科护理学

考试辅导

主编 毕红颖 初岩 钱滨

黑龙江科学技术出版社

护士执业资格考试辅导系列丛书

内科护理学

考试辅导

主编 李秋洁 副主编 李秋洁 李秋洁

人民卫生出版社

护士执业资格考试辅导系列丛书

内科护理学考试辅导

主编 毕红颖 初岩 钱滨

黑龙江科学技术出版社

中国·哈尔滨

图书在版编目(CIP)数据

内科护理学考试辅导 / 毕红颖, 初岩, 钱滨主编. — 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2009. 2
(护士执业资格考试辅导系列丛书)
ISBN 978 - 7 - 5388 - 6054 - 2

I. 内… II. ①毕…②初…③钱… III. 内科学: 护理学—
护士—资格考核—自学参考资料 IV. R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 022629 号

责任编辑 石 颖

封面设计 王 刚

内科护理学考试辅导

NEIKE HULIXUE KAOSHI FUDAO

主 审 关振华

主 编 毕红颖 初 岩 钱 滨

副主编 马怡婷 邹春杰

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150090 哈尔滨市南岗区湘江路 77 号)

电话(0451)53642106

印 刷 黑龙江神龙联合制版印务有限责任公司

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 787 × 1092 毫米 1/16

印 张 75

字 数 1680 千

版 次 2009 年 2 月第 1 版 · 2009 年 2 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978 - 7 - 5388 - 6054 - 2/R · 1566

定 价 120.00 元(共 5 册)

《内科护理学考试辅导》编委会

主 审 关振华

主 编 毕红颖 初 岩 钱 滨

副主编 马怡婷 邹春杰

编 者 (按姓氏笔画排序)

马怡婷 王 力 毕红颖

初 岩 张立杰 邹春杰

姜 学 陶红艳 甄 矢

刘晓琳 赵广平



前言

为贯彻国家人事部、卫生部《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件精神,自 2003 年,护士执业资格考试与护理专业技术资格考试并轨。考试分为 4 个科目进行。① 基础知识:临床常见病的病因及发病机制;② 相关专业知识:临床常见病的辅助检查、治疗要点;③ 专业知识:临床常见病的临床表现、护理措施;④ 专业实践能力:护理学基础的有关理论与操作技术。采用标准化试卷。为帮助广大考生在有限的时间内掌握考试要点,提高复习效率,我们以全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写的“考试指导”和国家最新考试大纲要求为主要编写依据、以现行规划教材为基础,组织编写了《护士执业资格考试辅导》系列丛书。

本系列丛书以内科护理学(含健康评估)、外科护理学、妇产科护理学、儿科护理学、基础护理学等五大科目为核心,同时,为了使学生对“基础知识”、“相关专业知识”等考试内容加深理解和掌握,我们还增编了解剖、生理、病理、药理学等医学基础知识和相关知识科目,共分为 12 个分册,每分册均按“知识结构”、“知识要点”、“知识应用”及“题例解析”四部分编写。

现将 2009 年新考试大纲的调整内容及考生阅读此书需要注意的事项说明如下:

一、2009 年护士执业资格考试大纲调整方向

1. “三基”考核目标的调整

(1) 扩大“基本知识”的考核范围、降低理论知识的深度要求。

(2) 加强“基本技能”的考核力度:更侧重护理实际操作能力,力求改变护理专业考试中出现过多临床方面知识的现象。

2. 题型变更

删除 X 型题(多选题),适当增加 B 型题,提高临床护理应用题的比例。

二、本书阅读指南

1. 认真阅读“知识结构”

“知识结构”涵盖了疾病概述、护理评估、护理诊断、护理措施等方面知识,针对学生阅读教材不得要领、抓不住重点的情况,将书本详细叙述的知识进行提炼、概括和总结,并根据知识的系统性和内在联系进行合理整合,以表格形式列出,使之叙述简练、重点突出、一目了然,使学生对知识框架的掌握有一个清晰地脉络,并起到引领阅读的作用。

2. 重点掌握“知识要点”

“知识要点”是本书的重要组成部分之一,是在分析历年考题的基础上总结出来的。

内容精练,重点突出,可以帮助考生在考前高效快速地掌握考试重点和难点。覆盖考点的比例达60%~80%,若能将“知识要点”的内容全部掌握并熟练运用,通过考试会很容易。但由于“知识要点”仅是重要考点的集合,不是完整、系统的知识阐述,因此,要结合“知识结构”和教材内容复习,才能避免盲目性,做到详略清楚,重点分明,提高复习效率。

3. 举一反三,做好“知识应用”

“知识应用”就是将常见练习题和历年的考题进行分析整理,突出重点,达到强化记忆、集中复习的目的。练习题题型全面,题量丰富,涵盖护士执业考试主要考点。学生在作此部分练习题时,不能“只见树木,不见森林”,要知道题目的考点,举一反三,才能达到分辨一个题代表若干个知识点或若干个题代表一个知识点的目的,在考场中碰到陌生的试题时不至于束手无策、也不会产生考点未复习到的错觉。

掌握不同题型的复习方法。考题分为 A_1 、 A_2 、 A_3 、 B_1 型选择题, A_1 和 B_1 型选择题比较简单,只需要记忆考点内容就可以了;而 A_2 、 A_3 型选择题为临床病例分析题,要求考生在掌握考点的同时结合临床实践,分析、判断做出正确选择。

4. 理解好“题例解析”,突出知识能力的运用

近年来的考试增加了很多病例题,反映了护士执业资格考试的命题方向,即:重点突出对其应用能力的考核。本书针对以上变化进行强化训练,典型例题后附有详细解析,以“能理解、好记忆、足够用”为原则,全面分析考点、答题思路和解题方法、帮助考生尽快理解和掌握知识点。

护士执业资格考试并不难,关键在于抓住重点,扎实复习,记住的内容决不能上了考场还有模棱两可的感觉。对知识要点要做到心中有数,每一章节的复习重点都要清清楚楚,这样通过护士资格考试可以说非常轻松。

编写者遵循科学、严谨、客观、规范的原则。但由于水平有限,疏漏和不妥之处在所难免,请各位同仁及师生批评指正。

编者

2009年2月





目 录

第一章 绪 论	(1)
第一节 身体评估	(1)
知识结构	(1)
知识要点	(6)
知识应用	(9)
题例解析	(18)
第二节 常用实验室检查	(23)
知识结构	(23)
知识要点	(29)
知识应用	(31)
题例解析	(42)
第三节 心电图检查	(43)
知识结构	(43)
知识要点	(45)
知识应用	(45)
题例解析	(49)
第四节 影像学检查	(50)
知识结构	(50)
知识要点	(51)
知识应用	(51)
题例解析	(53)
第二章 呼吸系统疾病病人的护理	(55)
知识结构	(55)
知识要点	(63)
知识应用	(66)
题例解析	(88)
第三章 循环系统疾病病人的护理	(91)
知识结构	(91)



知识要点	(99)
知识应用	(103)
题例解析	(128)
第四章 消化系统疾病病人的护理	(134)
知识结构	(134)
知识要点	(142)
知识应用	(144)
题例解析	(166)
第五章 泌尿系统疾病病人的护理	(169)
知识结构	(169)
知识要点	(173)
知识应用	(175)
题例解析	(187)
第六章 血液系统疾病病人的护理	(189)
知识结构	(189)
知识要点	(195)
知识应用	(198)
题例解析	(214)
第七章 内分泌系统疾病病人的护理	(217)
知识结构	(217)
知识要点	(224)
知识应用	(227)
题例解析	(241)
第八章 风湿性疾病病人的护理	(243)
知识结构	(243)
知识要点	(247)
知识应用	(248)
题例解析	(254)
第九章 神经系统疾病病人的护理	(256)
知识结构	(256)
知识要点	(265)
知识应用	(267)
题例解析	(281)

第一章

绪论

第一节 身体评估

知识结构

概述	1. 检查前准备 (1) 用物准备: 体温计、血压计、压舌板、叩诊锤及听诊器等 (2) 环境准备: 环境安静、温暖、光线要适宜 (3) 病人准备: 护士立于病人右侧, 充分暴露病人的受伤部位, 按照一定顺序实施体格检查 2. 基本检查方法 (1) 视诊: 要求有适宜的自然光线和温暖的环境 (2) 触诊: 一般用手掌面或尺侧面、掌指关节部掌面和手指指腹进行 (3) 叩诊: 用手指叩击病人身体表面, 使之振动而产生音响 (4) 听诊: 直接用耳或借助听诊器听取病人体内某些脏器活动所产生的微弱声音; 体件要贴于被检查部位, 避免与皮肤摩擦而产生附加音 (5) 嗅诊: 通过异常气味判断疾病的性质和变化; 方法是用手将病人散发的气味扇向自己的鼻部, 然后仔细判断气味的性质
体温	1. 体温过低: 体温低于 36.3°C, 见于休克、急性大出血、慢性消耗性疾病 2. 体温过高: 体温高于 37.5°C, 见于感染、内出血、恶性肿瘤
一般状态检查	1. 测量脉搏可在短时间内获得病人的全身状态、循环功能状态等方面资料 2. 常见异常脉搏 (1) 水冲脉: 脉搏骤起骤落, 急促有力, 见于主动脉瓣关闭不全、甲亢等 (2) 交替脉: 脉搏一强一弱交替出现而节律正常, 是左心衰竭的重要体征 (3) 奇脉: 吸气时脉搏显著减弱或消失, 见于心包积液和缩窄性心包炎等 (4) 不整脉: 脉搏不规则的搏动, 见于心律失常; 若脉率小于心率, 称为脉搏短绌, 见于心房颤动等
呼吸	1. 呼吸气味 (1) 烂苹果味: 糖尿病酮症酸中毒 (2) 肝腥味: 肝性脑病 (3) 尿臭味: 尿毒症 (4) 刺激性大蒜味: 有机磷农药中毒 (5) 恶臭味: 支气管扩张或肺脓肿 2. 异常呼吸: (1) 呼吸频率改变: 正常呼吸 $16 \sim 20$ 次/min; >24 次/min 称呼吸增快, 见于发热、贫血、甲亢等; <10 次/min 称呼吸减慢, 见于颅内压增高、呼吸中枢抑制 (2) 呼吸深度改变: 严重代谢性酸中毒时, 呼吸深大而稍快, 称为库斯莫尔 (Kussmaul) 呼吸, 见于糖尿病酮症酸中毒、尿毒症



一般状态检查	呼吸	(3)呼吸节律改变 1)潮式呼吸:是一种呼吸由浅慢逐渐变为深快,然后由深快变为浅慢,继而暂停,周而复始,与呼吸中枢抑制有关 2)间歇呼吸:伴长周期呼吸暂停的不规则呼吸;可见于颅内压增高、药物所致的呼吸抑制
	血压	1. 正常血压:收缩压 $< 140\text{mmHg}$, 舒张压 $< 90\text{mmHg}$ 2. 高血压 (1)高血压诊断标准:成人收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ (2)意义:见于原发性高血压及各种继发性高血压 3. 低血压 (1)低血压诊断标准:收缩压 $< 90\text{mmHg}$, 舒张压 $< 60\text{mmHg}$ (2)意义:常见于休克、心肌梗死、心功能不全等 4. 脉压 (1)正常值:正常成人脉压 $30 \sim 40\text{mmHg}$ (2)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 (3)脉压缩小常见于主动脉瓣狭窄、心包积液、缩窄性心包炎、严重心力衰竭病人
	意识状态	常根据意识障碍的程度分类:嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷; 1. 嗜睡:是程度最轻的意识障碍;是病理性睡眠状态,可被唤醒,能正确回答问题,刺激停止后又很快入睡 2. 意识模糊:比嗜睡深的意识障碍;病人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;另一种以兴奋性增高为主意识模糊,伴有知觉障碍,称为谵妄 3. 昏睡:病人处于熟睡状态,不易唤醒,强刺激下可被唤醒,但很快入睡,醒时答话含糊或答非所问 4. 昏迷:为意识的持续中断或完全丧失,是最严重的意识障碍,病人的运动和感觉完全丧失;按昏迷程度分成浅昏迷和深昏迷,浅昏迷时瞳孔对光反射、角膜反射等存在,深昏迷时对一切反射均消失
	面容表情	1. 急性病容:面颊潮红、烦躁不安、呼吸急促,见于急性感染性疾病,如肺炎链球菌肺炎 2. 慢性病容:面容憔悴、面色惨白或灰暗、精神萎靡,见于慢性消耗性疾病 3. 二尖瓣面容:面容晦暗、口唇微绀、两颊呈淤血性发红,见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄 4. 甲亢病容:面容惊愕、眼裂增宽、眼球突出、目光炯炯有神、情绪激动易怒,见于甲状腺功能亢进 5. 病危面容:面色枯槁、面色灰白或发绀、表情淡漠、眼眶凹陷、皮肤湿冷、大汗淋漓,见于大出血、休克、严重脱水病人 6. 满月面容:面容圆如满月、皮肤发红、常伴有痤疮,见于长期应用糖皮质激素的病人 7. 肢端肥大症面容:头颅增大、面部变长、眉弓及两侧颊部隆起、耳鼻增大、唇舌肥厚
	营养状态	1. 营养不良:低于标准体重 10% 2. 营养过度:超过标准体重 20%
	体位	自主体位 被动体位 强迫体位(分成强迫卧位、强迫蹲位、辗转体位、角弓反张位)
	步态	1. 慌张步态:见于震颤麻痹症病人 2. 醉酒步态:见于小脑病变等 3. 共济失调步态:见于脊髓、小脑病变 4. 跨阈步态:见于腓总神经麻痹 5. 剪刀步态:见于脑性瘫痪、截瘫病人 6. 蹒跚步态:见于佝偻病、进行性肌营养不良



皮肤黏膜及浅表淋巴结检查	皮肤黏膜检查	1. 颜色 (1) 苍白:贫血、休克 (2) 发红:发热、饮酒、阿托品中毒 (3) 发绀:血液中还原血红蛋白增多,常见部位为舌、唇、面颊、肢端 (4) 黄染:血液中胆红素增多,主要见于胆道阻塞、肝细胞损害或溶血性疾病;食用过多胡萝卜、南瓜、橘子等亦可使皮肤黄染,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 (5) 色素沉着:慢性肾上腺皮质功能减退、肝硬化 (6) 色素脱失:白癜风、白化症 2. 湿度:多汗、少汗、冷汗、盗汗 3. 弹性:儿童及青年弹性良好;中年以后及老年人弹性减弱 4. 皮疹:斑疹、玫瑰疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹 5. 皮下出血:皮下出血压之不褪色,而皮疹压之褪色;瘀点(出血直径小于2mm)、紫癜(直径3~5mm)、瘀斑(直径大于5mm)、血肿(片状出血伴皮肤隆起) 6. 蜘蛛痣与肝掌:蜘蛛痣是皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的形似蜘蛛的血管痣,多沿上腔静脉区域分布;蜘蛛痣与肝掌系雌激素增高所致,常见于慢性肝炎、肝硬化及妊娠女性
	浅表的淋巴结检查	1. 淋巴结检查 (1) 方法:手指并拢、由浅入深、左右交叉、滑行触摸 (2) 顺序:颌下、耳前、耳后、颈后、颈前、锁骨上、腋窝、腹股沟、腘窝 (3) 内容:数目、大小、硬度、有无触痛和粘连 2. 主要临床意义 (1) 非特异性淋巴结炎:压痛、质软、无粘连 (2) 淋巴结结核:多发生在颈部淋巴结,与周围组织粘连 (3) 恶性肿瘤的淋巴结转移:局限性,质硬无压痛,与周围组织粘连固定,肺癌多转移至右侧锁骨上淋巴结或腋下淋巴结;胃癌易转移至左侧锁骨上淋巴结 (4) 全身淋巴结肿大:大小不等,遍及全身,无粘连
头颈部检查	头面部检查	1. 头颅 (1) 大小:小颅、尖颅、方颅、巨颅 (2) 活动:头部活动受限见于颈椎疾病;头部不随意颤动见于震颤麻痹;与主动脉搏动一致的点头运动见于主动脉瓣关闭不全 2. 瞳孔 (1) 瞳孔大小:①正常瞳孔直径3~4mm,等大同圆②瞳孔缩小见于有机磷农药中毒、巴比妥类、吗啡类药物中毒③瞳孔扩大见于外伤、阿托品中毒、深昏迷病人④双侧瞳孔不等大见于颅内病变 (2) 瞳孔对光反射:迟钝或消失,见于昏迷病人;两侧瞳孔散大伴对光反射消失为濒死状态的表现 3. 咽扁桃体检查:扁桃体肿大分三度,Ⅰ度(不超过咽腭弓)、Ⅱ度(超过咽腭弓,未达到咽后壁中线)、Ⅲ度(超过咽后壁中线)
	颈部检查	1. 颈部血管 (1) 颈静脉怒张:正常人立位或坐位时,颈静脉不显露,如坐位时见颈静脉充盈,称颈静脉怒张,提示体循环静脉压升高,见于右心衰竭、缩窄性心包炎、心包积液、上腔静脉阻塞综合征等 (2) 肝颈静脉回流征阳性:用手按压肿大肝脏,可见颈静脉充盈更明显,称肝颈静脉回流征阳性,为右心衰竭的重要体征 2. 甲状腺检查:不能看出肿大但能触及者为Ⅰ度,既能看到也能触及但在胸锁乳突肌以内者为Ⅱ度,超过胸锁乳突肌外缘为Ⅲ度 3. 气管: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



胸部检查	胸部体表标志	1. 胸骨角: 胸骨柄与胸骨体的交界处, 为第 2 肋软骨标志 2. 第 7 颈椎棘突: 低头时后颈部特别突出处, 是计数椎骨的骨性标志 3. 乳头: 正常儿童和成年男性位于锁骨中线第 4 肋间隙 4. 肩胛下角: 平第 7 肋骨水平 5. 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	
	胸廓	正常成人胸廓前后径: 左右径 = 1:1.5 1. 扁平胸: 前后径小于左右径的一半, 见于慢性消耗性疾病如肺结核 2. 桶状胸: 前后径几乎等于左右径, 肋间隙增宽, 见于肺气肿 3. 佝偻病胸: 佝偻病串珠、肋隔沟、漏斗胸、鸡胸	
	肺部检查	视诊	1. 单侧呼吸运动减弱: 见于一侧肺脏或胸膜病变 2. 双侧呼吸运动减弱: 见于肺气肿 3. 吸气性呼吸困难: 三凹征(胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙凹陷)见于喉炎、气管异物等 4. 呼气性呼吸困难: 呼气费力, 呼气时间长, 见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿
		触诊	1. 方法: 检查者手掌放于病人胸廓两侧, 嘱病人发“一”, 检查者感受双侧震颤的强弱 2. 意义: 语颤增强见于肺实变; 语颤减弱见于气胸、胸腔积液、支气管阻塞等
		叩诊	1. 正常肺部叩诊呈清音; 肺部与肝、心等实质脏器重叠部分叩诊为浊音; 正常情况下, 肺尖的宽度是 4~6cm, 下界的移动范围是 6~8cm 2. 叩诊呈实音或浊音见于肺炎、肺肿瘤、胸腔积液 3. 叩诊呈鼓音见于气胸 4. 呈过清音见于肺气肿
		听诊	1. 正常呼吸音: 支气管呼吸音、肺泡呼吸音、支气管肺泡呼吸音 2. 异常呼吸音: 异常肺泡呼吸音、异常支气管呼吸音和异常支气管肺泡呼吸音 3. 啰音 (1) 分类: 干性啰音(鼾音、哨笛音)和湿性啰音 (2) 机制和意义: 气道狭窄产生干性啰音, 常见于支气管哮喘; 气道内有稀薄液体产生湿性啰音, 常见于肺炎、支气管扩张 4. 胸膜摩擦音: 最佳听诊位置是前下侧胸壁, 特点是呼气与吸气时均可闻及, 屏气时消失, 常见于急性纤维索性胸膜炎、胸膜肿瘤等
	心脏检查	视诊	1. 心前区外形: 正常人心前区无隆起, 各种原因导致心脏增大者, 可致心前区隆起, 大量心包积液时心前区饱满 2. 心尖搏动: 正常成人心尖搏动位于第 5 肋间隙、左锁骨中线内侧 0.5~1.0cm, 搏动范围 2.0~2.5cm 3. 心尖搏动位置改变 (1) 心脏疾病: 左心室增大, 心尖搏动向左下移位; 右心室增大, 心尖搏动向左移位 (2) 胸腹疾病: 胸膜粘连或肺不张, 心尖搏动移向患侧; 胸腔积液或气胸, 心尖搏动移向健侧; 严重肺气肿, 心尖搏动向内向下移位; 大量腹水、腹腔巨大肿瘤, 心尖搏动上移 4. 心尖搏动强度改变: 搏动减弱见于急性心肌梗死、心包积液等; 搏动增强见于发热、贫血和甲亢等
		触诊	1. 心尖搏动: 左心室增大可触及抬举性心尖搏动 2. 震颤: 又称猫喘, 是器质性心血管病的特征性体征 3. 心包摩擦感: 胸骨左缘第四肋间最易触及
		叩诊	心脏浊音界改变的意义 1. 左心室增大: 靴型心, 常见于主动脉瓣关闭不全 2. 左心房增大: 梨型心, 多见于二尖瓣狭窄 3. 心包积液: 烧瓶心, 见于心包炎

胸部检查	心脏检查	听诊	1. 瓣膜听诊区	
			(1) 二尖瓣区: 心尖区	
			(2) 主动脉区: 第一听诊区胸骨右缘第 2 肋间	
			(3) 主动脉第二听诊区: 胸骨左缘第 3, 4 肋间	
			(4) 肺动脉区: 胸骨左缘第 2 肋间	
(5) 三尖瓣听诊区: 胸骨下端左缘				
2. 听诊顺序: 二尖瓣听诊区→肺动脉瓣听诊区→主动脉瓣第一听诊区→主动脉瓣第二听诊区→三尖瓣听诊区				
3. 听诊内容				
(1) 心音: S ₁ 和 S ₂				
(2) 心率: 正常成人 60 ~ 100 次/min, 超过 100 次/min, 称窦性心动过速; 低于 60 次/min, 称窦性心动过缓				
(3) 心律: 临床上最常见的心律失常有期前收缩和心房颤动等; 心房颤动的特点为心音强弱不等、心律绝对不齐、短绌脉				
(4) 心包摩擦音: 收缩期明显听到, 胸骨左缘 3 ~ 4 肋间最响, 与呼吸无关				
(5) 杂音: 指在心音以外出现的一种具有不同频率、不同强度的附加音; 听诊时注意杂音的部位、时期、性质、传导方向、强度; 分为收缩期杂音、舒张期杂音、连续性杂音				
功能性杂音与器质性杂音的鉴别				
功能性杂音				
器质性杂音				
产生机制				
见于健康人				
由疾病引起				
部位				
二尖瓣或肺动脉瓣听诊区				
见于任何瓣膜区				
性质				
柔和吹风样				
粗糙吹风样				
强度				
常在Ⅱ级以下				
常在Ⅲ级以上				
传导				
常局限				
范围广				
易变性				
易变化				
持久存在, 变化小				
心脏大小				
正常				
常有房室增大				
周围血管征				
用手指轻压被检者甲床末端, 或以玻片轻压口唇黏膜, 如见红、白交替的节律性微血管搏动现象, 称为毛细血管搏动征, 包括水冲脉、枪击音、毛细血管搏动征, 见于主动脉关闭不全、甲状腺功能亢进、严重贫血				
腹部检查	视诊	1. 腹部外形		
		(1) 正常人腹部平坦, 两侧对称		
		(2) 异常腹部外形		
		腹部膨隆: 过度肥胖、妊娠晚期、大量腹水、胃肠胀气、腹腔巨大肿瘤		
		腹部凹陷: 全腹凹陷又称舟状腹, 见于极度消瘦或严重脱水者		
2. 呼吸运动: 当腹腔炎症或腹腔大量积液时, 腹式呼吸运动减弱或消失				
3. 腹壁静脉: 正常时, 脐以上的腹壁静脉血流方向向上, 脐以下的腹壁静脉血流方向向下; 当上腔静脉回流受阻时, 则脐上脐下的腹壁静脉的血流方向均向下; 下腔静脉回流受阻, 则均自下而上; 门静脉高压患者, 腹壁静脉呈现“水母头”样改变				
4. 肠型和蠕动波: 当胃肠道梗阻时, 可在中腹部见到肠形或蠕动波				
腹部触诊	触诊	1. 腹壁紧张度		
		(1) 正常人腹壁柔软, 无抵抗		
		(2) 腹肌的紧张度增加		
		1) 急性弥漫性腹膜炎: 板状腹		
		2) 结核性腹膜炎: 揉面感		
3) 急性阑尾炎: 右下腹肌紧张				
4) 急性胆囊炎: 右上腹肌紧张				



腹部检查	触诊	2. 压痛、反跳痛:反跳痛表示壁层腹膜已受炎症累及,是早期诊断腹膜炎最有价值的体征;急性阑尾炎引起右下腹压痛和反跳痛;胆囊炎引起右上腹腹肌与肋弓交界处压痛 3. 腹部肿块:注意位置、大小、形状、硬度、有无压痛与搏动以及与周围器官和腹壁的关系 4. 肝脏触诊:正常成人肝脏一般触不到,深吸气时,右锁骨中线肋缘下 1cm 左右,剑突下 3cm 以内,肝脏的质地一般分质软、质韧、质硬;肝脏表面光滑、边缘规则;正常肝脏无压痛 5. 脾脏触诊:正常脾脏肋下不能触及;脾脏肿大分三度,轻度为肋下不超过 2cm;中度为肋下 2cm 到脐部以上;重度为超过脐部以下
	叩诊	1. 正常腹部叩诊呈鼓音,明显鼓音可见于胃肠高度胀气、胃肠穿孔 2. 移动性浊音:当腹腔内积液达到 1000ml 以上时,即可叩及移动性浊音,见于肝硬化腹水、结核性腹膜炎伴腹水等
	听诊	1. 肠鸣音:正常成人肠鸣音 4~5 次/min,超过 10 次/min 以上肠鸣音亢进,见于急性肠炎;在 5~10 分钟内听不到肠鸣音,呈肠鸣音减弱或消失,见于肠麻痹 2. 振水音:空腹或饭后 6~8h,胃内仍有振水音提示胃排空不良
	四肢	四肢形态异常 (1) 反甲见于缺铁性贫血 (2) 杵状指见于支气管扩张 (3) 梭形关节见于类风湿性关节炎 (4) 爪形手见于尺神经损伤;肢端肥大症见于腺垂体嗜铬细胞瘤 (5) 膝关节红肿热痛、运动障碍,见于风湿性关节炎 (6) 膝内外翻见于佝偻病 (7) 足内外翻见于胫前胫后肌麻痹 (8) 肌肉萎缩:见于脊髓灰质炎后遗症、周围神经损伤 (9) 下肢静脉曲张:见于栓塞性静脉炎
神经系统检查	神经反射	1. 生理反射 (1) 浅反射:角膜反射、腹壁反射、提睾反射、跖反射 (2) 深反射:肱二头肌反射、肱三头肌反射、膝腱反射、跟腱反射 2. 生理反射意义:膝腱反射减弱或消失多为器质性病变,如末梢神经炎、神经根炎等下运动神经元病变;膝腱反射亢进常见于上运动神经元病变 3. 病理反射:巴宾斯基征、查多克征、奥本汉姆征、戈登征 4. 病理反射意义:锥体束病变 5. 脑膜刺激征:颈项强直、凯尔尼格征、布鲁津斯基征,常见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血



知识要点

● 视诊的内容包括营养状态、意识状态、面容表情、瞳孔大小。触诊的内容包括脉搏、心脏震颤、胸膜摩擦感、皮肤的温度和湿度等。浅部触诊利用掌指关节和腕关节协同轻柔地进行滑动触摸、浅部触诊不引起肌肉紧张、且不引起病人痛苦,适用于体表浅在病变。

● 正确的叩诊方法是左手中指第二指节紧贴于叩诊部位,右手中指指端垂直地叩击左手中指第二指骨的前端,叩击动作要灵活、短促、富有弹性,不断地连续叩击不利于分辨叩诊音。护理体检时要注意:必须用屏风遮挡和有第三者陪伴在场,检查卧位病人时应站于病人的右侧,视诊黄疸应在灯光下进行,一般只在病人入院时进行。

● 生命体征包括体温、呼吸、脉搏、血压。成人正常脉率为 60~100 次/min。理想血



压是 $<120/80\text{mmHg}$ 。临床上脉压差增大主要见于主动脉瓣关闭不全；脉压减小主要见于主动脉狭窄。交替脉见于早期左心功能不全；奇脉主要见于大量心包积液；水冲脉主要见于主动脉瓣关闭不全。

● 心房颤动临床表现是心音强弱不等、心律绝对不规则、脉搏短绌。有心脏病病人计数脉搏的时间至少需 30s。呼吸深大、稍快称为库斯莫呼吸(Kussmaul 呼吸),提示代谢性酸中毒。呼吸有刺激性蒜味见于有机磷中毒。呼吸有烂苹果味最常见于糖尿病酮症酸中毒。肝臭味见于肝性脑病。呼吸和呼吸暂停交替出现称为毕奥氏呼吸。间停呼吸常在临终前出现,提示病情危急。纵隔肿瘤压迫气管咳嗽常呈金属音调。

● 体重指数(BMI)的计算公式为体重(kg)/身高(m)²。体高肌瘦、腹上角小于 90° 称为无力型。营养不良的表现为体重减少超过标准体重的 10%、皮肤黏膜干燥、弹性差,皮下脂肪菲薄、肌肉松弛无力。肥胖指体重超过标准体重的 20%,可见于肾上腺皮质功能亢进。营养状态良好的表现是皮肤有光泽、皮下脂肪丰满,毛发、指甲润泽、肌肉结实。内分泌疾病与病态发育关系最密切。脑积水常常出现巨颅。

● 皮肤出血点的特征是压之不褪色。出血点与皮疹最主要的区别是,前者压之不褪色,后者褪色。皮下出血直径大于 5mm 称瘀斑,直径 3~5mm 称紫癜,直径小于 2mm 称瘀点。结膜苍白见于贫血。发绀是由于血液中还原血红蛋白增多导致。

● 慢性病容表现为面容憔悴、面色灰暗、双目无神。急性病容主要见于肺炎链球菌肺炎。蜘蛛痣临床上多见于肝硬化和肝炎,与雌激素代谢异常有关。蜘蛛痣出现在上腔静脉区域,而不会出现在腹部。

● 右侧肋骨骨折时病人常采取强迫右侧卧位。病人不能自己调整或改变肢体的位置称为被动体位。起步时必须抬高下肢才能行走,属于跨阈步态。行走刚起步时,步伐缓慢,步幅短小,随后越走越快,急速趋行,身体前倾,不能立即止步,此称为慌张步态。正坐在床沿上,下肢下垂,两手扶持床边,为强迫坐位。

● 急性中毒病人,嗜睡、昏睡进而昏迷,口唇及皮肤出现樱桃红色,应考虑一氧化碳中毒。最轻的意识障碍是嗜睡,病人常处于沉睡状态,可被唤醒,醒后回答问题不正确,去除刺激后又迅速入睡。最严重的意识障碍是昏迷。浅昏迷和深昏迷最主要的区别在于角膜反射、瞳孔对光反射及防御反射是否存在。浅昏迷病人呼之不应,但压迫其眶上神经有痛苦表情。深昏迷病人各种反射均消失。

● I 度甲状腺肿大能触及到,看不到。II 度甲状腺肿大能看到且能触及到,但在胸锁乳突肌内。III 度甲状腺肿大超过胸锁乳突肌外缘。

● I 度扁桃体肿大不超过咽腭弓。II 度扁桃体肿大超过咽腭弓。III 度扁桃体肿大超过咽后壁中线。

● 正常瞳孔直径为 3~4mm。瞳孔缩小见于有机磷中毒。瞳孔扩大见于阿托品中毒。两侧瞳孔不等大见于颅内病变。口唇疱疹见于大叶性肺炎。Graefe 征是指眼球下转时,上睑不能相应下垂。肺癌的淋巴结转移常为右锁骨上窝淋巴结群。乳癌淋巴转移最常见的部位时是腋窝。颈静脉怒张主要见于右心衰竭。

● 计算肋间隙顺序时,可先找到胸骨角,其对应第 2 肋软骨。桶状胸见于阻塞性肺气肿。扁平胸见于肺结核。佝偻病胸包括佝偻病串珠、肋膈沟、漏斗胸、鸡胸。混合性呼吸困难多见于重症肺炎。气管移向患侧见于胸膜粘连。

● 正常肺部叩诊呈清音。肺气肿叩诊呈过清音。大量胸腔积液时肺部叩诊呈实音。



气胸叩诊呈鼓音。肺炎时肺部叩诊呈浊音。语颤增强见于大叶性肺炎实变期。语颤减弱或消失见于肺气肿。

● 正常成年男性右锁骨中线第3肋间的叩诊音是清音。支气管肺泡呼吸音的特点为呼气时间小于吸气时间。肺部闻及呼气延长的哨笛音称为哮鸣音。

● 正常成人心尖搏动位于第5肋间、左锁骨中线内侧0.5~1.0cm。心尖向左下移位见于左室增大。心肝被肺覆盖部位叩诊呈浊音。心尖搏动向左移位见于右室肥大。心脏位置正常,二尖瓣听诊区应位于左锁骨中线内侧第5肋间处。心脏听诊,先从心尖区开始。心脏各瓣膜听诊顺序二尖瓣→肺动脉瓣→主动脉瓣第一听诊区→主动脉第二听诊区→三尖瓣。

● 烧瓶心见于心包积液。梨形心见于二尖瓣狭窄。靴型心主要见于主动脉瓣关闭不全。二尖瓣狭窄最具特征性的体征是心尖区可闻及局限的隆隆样舒张期杂音。二尖瓣关闭不全的最主要体征是心尖区全收缩期吹风样杂音。周围血管征包括水冲脉、枪击音、毛细血管搏动征。

● 全腹膨隆见于腹腔大量积液、胃肠胀气、腹腔巨大肿物。仰卧位时腹部呈蛙腹状见于大量腹腔积液。仰卧位时,前腹壁大致位于肋缘至耻骨联合同一平面称腹部平坦。脐部上下的腹壁曲张静脉血流方向均由上而下见于上腔静脉梗阻。脐部上下的腹壁曲张静脉血流方向均由下而上见于下腔静脉梗阻。腹壁曲张静脉的血流方向以脐为中心向四周放射,见于门静脉高压。

● 触诊腹部揉面感常见于结核性腹膜炎。腹膜刺激征是指腹肌紧张,压痛,反跳痛。胆囊压痛点位于右肋弓下缘与右腹直肌外缘交界处。McBurney点位于脐与右髂前上棘连线的中外1/3交界处。Murphy征阳性常见于急性胆囊炎。阑尾压痛点常用的触诊方法是深压触诊法。腹部触诊出现反跳痛表示炎症已累及壁层腹膜。

● 轻度脾脏肿大脾下缘不超过肋下2cm。中度脾脏肿大脾下缘超过肋下2cm,但在脐水平线以上。高度脾脏肿大脾下缘超过脐水平线或前正中线。

● 正常腹部叩诊呈鼓音。在右锁骨中线上叩诊肝上下径约为9~11cm。腹腔内游离液体大于1000ml可叩出移动性浊音。

● 正常情况下,肠鸣音约4~5次/min。肠鸣音活跃见于急性肠炎。肠鸣音亢进约大于10次/min,常见于机械性肠梗阻。肠鸣音减弱或消失见于肠麻痹。

● 杵状指常见于支气管扩张。反甲、匙状甲常见于缺铁性贫血。

● 浅反射包括角膜反射、腹壁反射、提睾反射、跖反射。深反射包括肱二头肌反射、肱三头肌反射、膝腱反射、跟腱反射。脑膜刺激征包括颈项强直、凯尔尼格征、布鲁津斯基征。

● 病理反射包括巴宾斯基征、查多克征、奥本汉姆征、戈登征。由足跟向小趾划足底外缘,拇指呈扇形展开称巴宾斯基征,为最典型的病理反射。用一定力量挤压腓肠肌,可见拇趾缓缓背伸,其余四趾呈扇形展开,此阳性反应为戈登征。

● 爪形手见于尺神经损伤。梭形关节见于类风湿性关节炎。