

全国中等卫生学校教材

内科学及护理

(供护士专业用)

张审恭 主编

廖履坦 主审

全国中等卫生学校教材

内科学及护理

〈供护士专业用〉

张军岳 主编

张育忠

陈崇谦

徐国珍 编写

史维君

王玲娜

廖履坦 主审

徐 和 协审

河北人民出版社出版（石家庄市北马路45号）

河北新华印刷一厂印刷 河北省新华书店发行

787×1092毫米 1/16 25.5 印张 591,000字 印数：1—112,000 1986年5月第1版

1986年5月第1次印刷 统一书号：7535·1294 定价：3.16元

编写说明

本教材是根据1982年卫生部颁发的《全国中等卫生学校十三个专业教学计划》中所制定的教学大纲编写的，内容包括诊断学基础和内科疾病及护理两个部分。为使教材编写内容、范围和体系能符合护士专业培养目标的要求，适应护理事业发展的需要，我们在教材结构上作了适当的调整。并根据中等专业学校教材加强应用理论的特点，避免涉及学术问题。全书以内科护理为重点，对诊断学基本知识作了概要叙述；对内科疾病基本概念进行了简要、系统的阐述；而对内科护理则尽量注意充实和加强，使学生对内科护理工作的科学性和重要性有全面的认识，并能学以致用。

本教材由上海医科大学附属护士学校张审恭、王玲娣，苏州卫生学校陈紫瀛，上海第二医学院附属新华卫生学校史维君，上海市第一人民医院附属护士学校徐国珍五人合编。由上海医科大学附属中山医院内科廖履坦副教授、护理部徐和主任审稿。书中插图由上海医科大学附属中山医院绘图室连城同志绘制。在定稿讨论过程中曾得到山东医学院附属卫生学校、绍兴卫生学校、无锡卫生学校和天津卫生学校等单位热情协助，并提出了许多宝贵意见，在此谨致谢意。

为了使本教材中内科学这一部分趋于完善，在编写过程中，我们曾学习和参考了高等医学院校有关教学用书，得到不少教益。由于编者学识浅薄，经验不足，对本教材的重新编写作如此幅度的变动，尚属初次尝试。面临内容增删是否得当，课时分配是否合理，理论联系实际是否符合客观要求，地区差别有否兼顾等一系列新问题，势必未能较好处理，因而错误和遗漏之处在所难免，敬请同行专家以及广大读者不吝指正。

编 者

1985年5月

目 录

绪论	(1)
第一篇 诊断学基础	(4)
第一章 问诊	(4)
第二章 体格检查	(7)
第一节 体格检查的基本方法	(7)
第二节 体格检查的内容	(9)
第三章 检验诊断	(40)
第一节 血液检查	(40)
第二节 尿液检查	(45)
第三节 粪便检查	(51)
第四节 痰液检查	(53)
第五节 胃液检查	(53)
第六节 脑脊液检查	(54)
第七节 浆膜腔穿刺液检查	(55)
第八节 常用肾功能检查	(57)
第九节 临床生化检查	(59)
第四章 其它检查	(68)
第一节 X线检查	(68)
第二节 心电图检查	(79)
第三节 超声检查	(90)
第四节 放射性核素检查	(96)
[附一] 完整病历的格式及内容提要	(100)
[附二] 住院病历编写举例	(101)
第二篇 系统内科疾病及护理	(104)
第一章 内科疾病的分期护理	(104)
[附] 护理病历	(108)
第二章 呼吸系统疾病及护理	(112)
第一节 总述	(112)
第二节 急性上呼吸道感染	(116)
第三节 气管哮喘	(118)
第四节 慢性支气管炎及阻塞性肺气肿	(122)
第五节 支气管扩张	(125)
第六节 呼吸衰竭	(128)

第七节 肺炎	(135)
第八节 肺结核	(141)
第九节 支气管肺癌	(149)
第十节 自发性气胸	(152)
第三章 循环系统疾病及护理	(156)
第一节 总述	(156)
第二节 慢性心力功能不全	(158)
第三节 心律失常	(165)
第四节 风湿热	(182)
第五节 慢性风湿性心瓣膜病	(184)
第六节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(188)
第七节 慢性肺原性心脏病	(196)
第八节 心肌炎及心肌病	(199)
第九节 高血压病	(203)
第四章 消化系统疾病及护理	(208)
第一节 总述	(208)
第二节 慢性胃炎	(215)
第三节 消化性溃疡	(217)
第四节 肝硬化	(221)
第五节 原发性肝癌	(228)
第六节 肝性脑病	(231)
第七节 急性胰腺炎	(235)
第五章 肾脏疾病及护理	(238)
第一节 总述	(238)
第二节 肾盂肾炎	(241)
第三节 慢性肾小球肾炎	(244)
第四节 慢性肾功能衰竭	(247)
第六章 血液病及护理	(257)
第一节 总述	(257)
第二节 贫血	(259)
第三节 白血病	(266)
第四节 出血性疾病	(273)
第七章 内分泌代谢疾病及护理	(279)
第一节 总述	(279)
第二节 甲状腺功能亢进症	(282)
第三节 糖尿病	(286)
第八章 结缔组织疾病、关节疾病及护理	(293)

第一节	总述	(293)
第二节	系统性红斑狼疮	(293)
第三节	类风湿性关节炎	(297)
第九章	理化因素所致疾病及护理	(300)
第一节	急性中毒诊疗护理原则	(300)
第二节	有机磷农药中毒	(304)
第三节	急性巴比妥盐类中毒	(307)
第四节	急性一氧化碳中毒	(308)
第五节	中暑	(310)
第十章	神经系统疾病及护理	(314)
第一节	总述	(314)
第二节	急性多发性神经根神经炎	(321)
第三节	脑血管意外	(323)
第四节	癫痫	(331)
第十一章	精神病及护理	(336)
第一节	总论	(336)
第二节	神经官能症	(338)
第三节	精神分裂症	(342)
第四节	精神病护理	(344)
第十二章	诊疗技术及护理	(348)
第一节	周围静脉压测定	(348)
第二节	胃液采取术	(348)
第三节	纤维胃镜检查术	(349)
第四节	胸腔穿刺术	(351)
第五节	心包穿刺术	(352)
第六节	腹腔穿刺术	(353)
第七节	肝脏穿刺术	(354)
第八节	肾脏穿刺术	(356)
第九节	骨髓穿刺术	(357)
第十节	腰椎穿刺术	(358)
内科学及护理教学大纲		(361)

绪 论

内科学是属于临床医学范畴的一门科学。临床医学根据研究疾病的对象和治疗方法的不同,分成各个专科。皆以防治疾病和恢复患者健康为目的。

【内科学的特点】

内科学是研究人体各系统、各脏器疾病的学科,涉及面广,整体性强。在治疗目的上要求消除病因,使机体及其组织功能恢复;在治疗方法上一般不损害机体的完整性。其阐明疾病的理论和疾病诊疗的原则也适用于其它临床各科。

【内科学的内容和目的】

内科学的主要内容及其目的有两个方面:

(一) 诊断学基础 是论述对疾病作出科学结论的学科。即将问诊、体格检查和 其它特殊检查结果,经过综合、分析和推理,从而对疾病作出正确的判断。诊断的目的是为了防治疾病、保护和增进人民健康。

(二) 内科学 是研究各系统、各脏器内科疾病的发生、发展规律及其预防、治疗措施等的学科。本教材的范围包括呼吸、循环、消化、内分泌、神经系统和肾脏、血液、结缔组织、精神等常见疾病以及理化因素所致的疾病。学习内科学的目的是掌握本门课程中与护理工作有关的基础理论、基本知识和基本技能,不断提高防治疾病和临床护理的水平,避免或减轻疾病的痛苦,维护和促进人民健康。

【内科护理在临床工作中的重要地位】

内科护理是内科医疗工作中不可分割的重要组成部分,它以内科学为理论基础,指导临床护理实践。其主要内容有内科疾病分期护理和各系统疾病的专科护理。某些内科疾病的病程发展过程常较复杂,正确的诊疗与优良的专科护理相结合是取得最佳医疗效果的保证,两者不可缺一。

内科护理是根据机体完整性和内外环境统一性的观点护理患者。人体是一个复杂的整体,各系统、各脏器虽有独立性,但又相互密切联系,许多局部病变可以影响全身,而有些整体病变又可以局部病征为突出表现,甚至同一疾病,在不同患者可有不同的临床表现,此外,尚应考虑到精神因素在疾病过程中的重要作用。如面对上消化道出血这一紧急情况,除针对不同病因进行不同止血的治疗和护理外,还应作好密切观察病情发展,维持有效血容量,防止休克和稳定患者情绪等综合护理措施。

在临床上,内科护理不仅适应各种内科疾病患者的需要,也与其它临床各科护理有着广泛的联系。

近年来,由于采用了先进的医疗与监护仪器,对内科护理提出了更高要求,如心电图监护护士要独立观察心脏病患者的病情变化,并在紧急情况下,主动及时地采取必要的治疗措施;又如肾病专科护士经训练应掌握为肾功能衰竭患者施行透析疗法,人工替代肾脏功能。这一切都说明护理工作在于挽救患者、使疾病得以缓解或恢复健康的过程中起

到了重要的作用。

【内科护士的职责】

(一) 完成专科护理 对内科患者除按基础护理原则,给予休息、营养(包括疾病饮食)及病情所需的一般护理外,并针对内科各疾病的特点和心理状态,制定护理计划,进行身心两方面的护理。

(二) 协助诊断 任何疾病都有一个发展的过程。诊断的建立需要积累大量的临床资料。初步诊断是否正确,还要在医疗实践中验证。而正确的诊断不仅有赖于医师精湛的医术,也有赖于护士严密观察病情变化,因此,准确收集临床资料和各类检验标本,为诊断提供科学的参考依据是内科护士的重要职责。

(三) 正确执行治疗 内科治疗常以药物为主,护士应掌握一般常用药物的作用、剂量、给药途径和不良反应,运用熟练的操作技术,顺利完成各项治疗任务,并在治疗过程中及时观察疗效和发现新的动向,以利补充和修正治疗方案。

(四) 预防并发症 内科疾病常因影响患者全身健康情况,而使机体抵抗力和反应性降低,故易引起并发症,如糖尿病易并发感染等。此外,有些内科疾病根据本身发展规律,也易引起并发症,如慢性支气管炎易并发肺气肿。这些都需要针对不同情况采取精心细致的护理,提高防御能力,排除不良因素及促进病情缓解,以防止并发症的发生。

(五) 危急处理 有些内科疾病常影响机体重要脏器功能,可于瞬息之间发生危及生命的严重变化,如急性心肌梗塞患者心脏骤停,大咯血患者突然窒息。在此紧急时刻,往往是护士首当其险,这就需要当机立断作出初步急救处理,为配合医师进一步抢救赢得时间。

(六) 保健指导 内科疾病常易反复,患者需要了解有关疾病的各种知识和预防措施。护士应该适应现代医学的要求,在门诊、病房以及社会、家庭进行保健指导和开展咨询工作。

【内科护理的要求】

内科护理工作不仅是一门科学,也是一项精巧的艺术,它既要根据医学的原理作为内科疾病护理的理论基础,又要根据患者的职业、经历、文化、家庭等特点和疾病的差异采取恰如其分的护理措施,使其心理和生理方面均能与治疗手段相适应,这样,才能进一步提高内科护理工作效率。

(一) 重视生理、心理社会因素的相互作用,通过良好的护理促进病情好转

由于人是有机体的整体,对接受到的信息都会作出反应,激起某种情绪,而这种情绪也总是伴随有一定的生理变化,如压抑、忧虑、惊恐等情绪可通过下丘脑-垂体活动,抑制某种激素的分泌,从而影响机体的免疫功能,导致一系列的病理改变,甚至有些疾病的发生直接与心理社会因素有关。而与此相反,良好的心理因素却能促进垂体适度分泌,调节器官组织的正常活动以维持机体的动态平衡,达到治愈疾病的目的。因此,内科护士应努力排除一切不利于疾病康复的心理因素,在护理工作中体现对患者的关切、同情,以自己丰富的专业和社会知识、正确的人生观,教育和影响患者克服困难,鼓励

患者建立战胜疾病的信心,消除患者悲观失望的情绪,促进病情好转。

(二) 坚持调查研究,掌握第一手资料

内科护理是科学性较强的工作,而且经常遇到随机状态,必须从调查研究着手,掌握自己护理对象的病情、心理状态、疾病发展规律和可能发生的意外,才能在临床护理中有备无患,得心应手,根据科学实践的客观规律做好工作。

(三) 根据内科病室特点,提高病室护理的管理水平

内科病室护理工作性质,有与其它学科护理不同的一些特点,如内科病室患者中慢性病多,重危病多,老年患者多,病情常复杂多变,要求诊疗技术全面,仪器设备齐全,也要求根据现代护理特点,以患者为中心,按患者机体需要,制定护理计划,进行全面系统的护理。这就需加强病室的护理管理,严格执行各种护理常规、饮食管理制度、消毒隔离制度、合理用药制度、抢救配合制度、资料和标本收集制度、交接班制度、保健指导制度、科研教学制度,并逐步建立和发展责任护理制度,以提高内科病室的护理质量。

(四) 通过科学研究,发展内科护理学

随着临床医学的迅速发展,先进的科学技术和监护设备的广泛应用,以及社会学、心理学、伦理学日益向医学领域中渗透,也要求护理工作能够同步前进。内科护士除了应熟悉本科业务,能够掌握现代化的护理手段外,还要具备丰富的多学科知识,通过临床护理工作的不断实践,不断总结经验,不断探索新课题,充实内科护理的理论,发展内科护理学。

复习思考题

1. 内科学的特点是什么?包括哪些内容?
2. 为什么说内科护理工作重要?如何做好内科护理工作?
3. 内科护士有哪些职责?

(上海医科大学附属护士学校 张审恭编)

第一篇 诊断学基础

诊断学是论述诊断疾病的基本原则和方法的一门科学。它是临床各科防治疾病的基础，在整个医疗实践中占有重要地位。没有正确的诊断，就不可能有效地防治疾病。随着现代医学的迅速发展，新的诊断技术和设备不断出现，但详细的询问病史及全面的体格检查仍然是诊断疾病最基本、最重要的手段，它关系到诊断能否正确。问诊和体格检查，不仅是医师诊察疾病的主要手段，也是护士观察病情的重要方法，以及缮写护理病史、制定护理计划的依据。正确的诊断是如实反映客观的认识过程，是对疾病过程认识深化的结果。在这过程的第一阶段，是通过详细询问病史，全面的体格检查，以及必要的实验室检查和其它特殊检查，搜集有关资料。第二阶段，是在掌握了大量可靠资料的基础上，进行综合分析，作出初步诊断。并在以后的治疗实践中加以验证，必要时给予修正和完善。以上过程，需有护理工作的紧密配合。在现代医学领域中，由于采用了先进的医疗与监护仪器，护士更需具有诊断学基础知识，认识疾病的本质，才能正确掌握现代化的诊疗手段。在临床护理中及时发现问题和解决问题，收到理想的工作效果。

第一章 问 诊

一、问诊的重要性

问诊是医务人员通过询问患者病史（患者对疾病的回忆），详细地了解疾病的症状（患者在疾病状态下主观感到的异常或不适的感觉）及其发生、发展情况，经过分析综合，提出初步判断的一种诊断方法。这是认识疾病的开始，也是诊断疾病所必不可少的重要环节。建立完善的临床诊断，虽需多方面的检查，但通过问诊，常为进一步检查提示方向，某些疾病或在疾病的早期，患者可能仅有自觉症状而缺乏明显体征（客观发现的机体病态表现），通过询问病史常可获得诊断线索。而对病情复杂又缺乏典型症状的患者，仔细深入的问诊，尤为重要。

病史是诊断、治疗疾病和估计预后的重要依据，也是医学教学、科研工作的基本资料。在某些情况下，病史还是政法工作中的重要素材。因此，问诊必须客观，对患者的主诉，应加正确分析和评定，以实事求是的科学态度认真缮写，妥为保管。

二、问诊的方法

问诊是通过语言这一交流思想的工具对患者进行检查的方法，客观上也起着相互了解的作用。问诊时医务人员对待患者应亲切、和蔼和耐心，体谅患者病中惶恐不安的心情，与患者建立良好的信赖关系，以便取得可靠的资料。为了使患者自由陈述，首先可

提一般易于回答的问题,如“您感到哪里不适?”“得病有多久?”等,然后再按一定顺序询问需要经过思考和回忆方能回答的问题,如症状起始的特点、诱发的原因、加重或减轻的因素、伴随现象等。当患者的陈述离题太远时,可插问一些与现在疾病关系密切的问题将话题转回。询问时应避免套问,如“咳嗽时伴有胸痛吗?”而应问“咳嗽时是否还有其它伴随不适?”也不应作提示性诱问,如“您是不是下午发热?”而应问“您发热一般在什么时间?”以避免患者在不甚明了的情况下随声附和,致使病史记录失真,影响诊断。

为使问诊顺利进行,还应注意下列事项:

(一)对重危患者,问诊应简要,重点体格检查后,立即进行抢救。待病情稳定后再作详细询问。

(二)问诊时语言需通俗易懂,避免使用医学术语,如“里急后重”、“隐血”等,以免患者误解误答,影响病史真实性。

(三)病史应尽可能询问患者本人,对于重症、意识不清或小儿患者,则可由最了解其病史者代叙,待病情好转或意识清醒后再补充询问。

(四)对其它医疗单位转来的资料,只能作为参考,决不应取代亲自问诊。

(五)问诊要有整体观念,应作全面的了解,但又必须抓住重点,根据不同情况深入询问,在问诊过程中,应随时分析、综合、归纳患者所陈述的内容找出其内在联系,分清主次,问诊结束后,按规范格式整理书写成病史。

三、问 诊 内 容

问诊的内容即住院病历所要求的内容,一般内容如下:

(一)一般项目 包括:姓名、性别、年龄、籍贯、民族、职业、婚姻、住址、入院日期、记录日期、病史陈述者(若非患者本人,应注明其与患者的关系及对病情了解的可靠程度)。

(二)主诉 是有关促使患者就诊的最主要的症状、体征及其性质和持续时间的陈述。记录主诉应重点突出、简明扼要。如“活动后心悸、呼吸困难二年,全身水肿三天。”

(三)现病史 是病史记录中的主体部分,具体记录患者现患疾病的详细经过。包括以下内容:

1. 起病情况 包括起病的时间和缓急,发病的可能原因和诱因,主要症状的部位、性质、程度、发作时间、持续时间、导致加剧或缓解的因素。

2. 疾病经过 即主要症状的演变情况,是持续性进行,还是间歇性出现;是时轻时重,还是反复发作;是逐渐加剧,还是渐见缓解。

3. 伴随症状 记叙伴随症状的特点,与主要症状的关系、演变经过等。

4. 诊疗经过 病后曾在何时何地就诊,作过何种检查,其结果如何,进行过哪些诊断和治疗,效果如何,有无不良反应等。

5. 一般情况 简要地记叙患者病后的食欲、睡眠、排泄、体力、精神、体重的变化情况。

(四) 既往史 是对患者过去的健康情况进行回顾,应按各系统扼要记录患者曾患哪些疾病,病情经过及当时诊治情况,有无并发症和后遗症等,尤其是与现患疾病有关的内容,应详细询问。此外,尚需问及有无传染病史,外伤史、手术史、药物过敏史和预防接种史等。

(五) 个人史 记录患者出生、居住情况、曾到何地、卫生和生活习惯、有无烟酒嗜好、工作性质和劳动条件,有无工业毒物频繁接触史等。

(六) 月经、婚姻和生育史 对女性患者应询问月经情况,如初潮年龄、月经周期、行经日数、末次月经时间或绝经年龄,记录格式如下:

初潮年龄 $\frac{\text{行经日数}}{\text{月经周期}}$ 末次月经时间 (或绝经年龄)

例如: 15 $\frac{3 \sim 4}{28 \sim 30}$ 49 并了解月经的量和颜色,有无痛经及白带情况等。

对已婚患者应了解其婚姻情况、爱人健康情况,对已婚女性患者应询问其妊娠和生育情况。

(七) 家族史 了解患者双亲、兄弟姐妹及子女的健康与疾病情况,特别应询问是否有与患者同样的疾病,有无与遗传有关的疾病,如血友病、糖尿病、精神病等。对已故的直系亲属要问明死亡原因与年龄。

复 习 思 考 题

1. 诊断学有何重要性?为什么护士要学习诊断学基础知识?
2. 问诊有哪些内容?
3. 如何取得问诊的满意效果?

(上海医科大学附属护士学校 张申恭编)

第二章 体格检查

体格检查是医务人员通过自己的感觉器官,或借助简单的辅助工具(听诊器、叩诊锤、压舌板、手电筒等),来发现患者机体某些部位病理形态改变的基本方法。也是分析和认识疾病的一种最可靠的手段。全面的体格检查往往可以发现重要的阳性体征,结合病史,即可对疾病的性质和病变程度作出初步判断。如对一个发热患者,进行全面体格检查,发现有出血点和脾肿大等即可考虑可能为败血症。对一个病情发生变化的患者,进行重点体格检查,可及早发现症结所在并加以纠正。因此,不论现代医学在诊断方面有怎样的进展,但直接接触患者和进行仔细的体格检查仍为诊断疾病必不可少的重要步骤。

第一节 体格检查的基本方法

体格检查的基本方法有五种,即视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。操作时可相互配合,按一定顺序进行,如先观察一般情况,然后检查头、颈、胸、腹、脊柱四肢、神经反射等,以避免重复和遗漏。检查前应向患者作好解释工作,备齐用物,检查时注意环境温度温暖、安静和光线适宜,对患者关心体贴,举止端庄,态度和蔼,以取得患者的信任和配合。

【视诊】

视诊是通过视觉对患者全身或局部的病变特征进行观察了解的一种检查方法。可分为一般视诊及局部视诊两种,一般视诊是观察患者全身一般状态的特征,如发育、营养、意识状态、面容与表情、体位、姿势与步态等。局部视诊是对患者身体各部分作细致的观察,如皮肤、粘膜、舌苔、头颈、胸廓、腹部、四肢、肌肉、骨骼关节外形等,以了解其不同的改变。

视诊应注意在自然光线下进行,灯光下不易辨别黄疸和皮疹。在侧面的光线下,较能清楚地看出搏动或肿块的轮廓。此外,需有规律地全面仔细地进行视诊,被检部位应充分暴露。

视诊不仅方法简单易行,而且在判定患者全身状态和发现疾病特异征象方面可提供许多资料。如通过对面容的观察可以判定突眼、紫绀、苍白等;通过对呼吸频率、深度和节律的观察,可以判定呼吸困难性质、有无早期呼吸衰竭或中毒等。

【触诊】

触诊是通过手的触觉对某些器官或组织的物理特征进行判断的一种检查方法,身体各部皆适用,尤以胸、腹部更为重要。触诊还可进一步确定视诊所不能肯定的体征,如温度、湿度、震颤、摩擦感、压痛以及包块的位置、大小、轮廓、表面性质、硬度、移动度、波动感等。

触诊多用手的手指腹和掌指关节部掌面进行,因上述两部位感觉最灵敏。检查腹腔脏

器或肿块时，可用双手触诊法，即将左手置于被检脏器或肿块的背部，并将被检部位推向置于腹部的右手方向，使其更接近体表以利右手触诊。检查时患者的体位，随检查目的不同，可作适当配合，如目的为检查胸部，患者可取坐位；目的为检查腹部，患者可取仰卧位并两腿屈起，检查者立于患者右侧，面对患者，随时观察患者面部表情，争取患者配合，以取得满意的检查效果。

利用触诊，还有助于急诊判断病情，如检查脉搏和心脏的搏动，可发现严重心律失常；检查腹部有无反跳痛和腹肌紧张，对诊断腹膜炎有重要意义；发现患者脉搏细速，结合肢体温、湿度的触诊，可助判断有无虚脱和休克。

【叩诊】

叩诊是用手指叩击患者体表某部，并根据其所产生的音响特点，来辨别脏器状态和病变性质的一种检查方法。叩诊多用于确定胸膜的病变及胸膜腔中液体的量；肺部病变的大小与性质；心界的大小与形状；肝脾的边界及有无腹水等。

（一）叩诊方法 分直接叩诊法与间接叩诊法。

1. 直接叩诊法 用右手中间三指的掌面，直接拍击被检部位，借拍击的反响和指下的震动感来判断病变情况，适用于对胸、腹部广泛性病变的检查，如胸膜粘连或增厚，大量的胸水或腹水等。

2. 间接叩诊法 是临床上广泛采用的方法，叩诊时，将左手中指第二指节紧贴于被叩部位，其它手指稍微抬起，勿使与体表接触，然后以右手中指指端垂直地叩击左手中指第二指骨的前端（见图1-2-1），叩诊时应以腕关节与掌指关节的活动为主，叩击动作要灵活、短促而富有弹性。一个部位每次连续叩击2~3次，叩击力量要均匀适中，使产生的音响一致，并注意听取叩诊时所产生的音响，以便正确地判断叩诊音的变化。

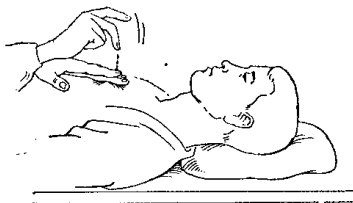


图1-2-1 间接叩诊手指姿势

（二）叩诊音 根据被叩击部位的不同可产生不同性质的音响，叩诊音可分为下列几种：

1. 清音 是一种音响较强，音调较低，振动持续时间较长的声音，是正常肺部的叩诊音。

2. 浊音 是一种音响较弱，音调较高，振动持续时间较短的声音，为叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器，如心脏、肝脏被肺的边缘所覆盖的部分时所产生的声音。肺组织炎症时含气量减少，局部叩诊时，亦呈浊音。

3. 实音 亦称绝对浊音，其音响较浊音更弱，音调更高，振动持续时间更短。为叩击实质脏器，如心脏、肝脏所产生的声音，也见于大量胸腔积液或肺实变等。

4. 鼓音 是一种和谐的低音，与清音相比音响更强，振动持续时间也较长。在叩

击含有大量气体的空腔器官时出现。正常情况下见于叩击胃泡区及腹部,病理情况下可见于叩击肺空洞、气胸、气腹等。

5. 过清音 是属于鼓音范畴的一种变音。其音响和音调介于清音与鼓音之间。见于叩击弹性减弱,含气量增多的肺组织,如肺气肿。

依靠叩诊,可及时判断胸、腹部的危急病情,如突然发生严重呼吸困难、肺部叩诊呈鼓音,提示气胸;突然发生腹痛、血压下降、腹部叩诊呈浊音,提示腹腔内有出血。

【听诊】

听诊是利用听觉听取体内某些脏器活动时所产生的音响,根据音响的变化,推断脏器病变的情况。检查者可以耳廓贴附于被检部位进行直接听诊,也可借助听诊器进行间接听诊,前者已很少应用,而临床普遍使用的是间接听诊法。

听诊时,环境需安静,温暖,避风。根据病情患者取适当的体位,肌肉放松,听诊器的胸件紧贴于被检部位,避免与皮肤摩擦而产生附加音,影响听诊效果。

听诊在心脏疾病诊断中最有价值,并可观察其动态变化,如心肌梗塞患者出现频发室性早搏即为危险征兆;若心脏病患者烦躁不安、气急、咳嗽、咯粉红色泡沫痰,听诊闻两肺水泡音,即可诊断为急性肺水肿。此外,听诊对肺部病变的判断亦甚重要,如听诊呼吸困难患者发现其呼吸音消失,即可考虑为气胸或压迫性肺不张。其次,听诊腹部肠鸣音,对诊断肠梗阻或肠麻痹,及观察腹部手术后肠功能的恢复亦有重要意义。

【嗅诊】

嗅诊是以嗅觉辨别发自患者体表、呼吸道、胃肠道或呕吐物、排泄物等所产生的异常气味,并判断其与疾病的关系。如呼吸带有烂苹果味见于糖尿病酮症患者;呼吸带有肝臭味见于肝性脑病患者;口腔呈尿臭味见于尿毒症患者;痰有腥臭味见于肺脓肿患者;呕吐物带有腐败气味见于幽门梗阻患者;体表、呼吸、呕吐物有大蒜样气味见于有机磷中毒患者;白带带恶臭见于子宫颈癌患者。

嗅诊常能对许多疾病迅速提供具有重要意义的诊断线索,不可忽视。为了及早取得正确诊断,作为医务人员应珍惜任何一方面的可取之材,包括患者的汗、痰、尿、粪等,以科学分析的态度,将上述物中刺激性的气味扇向自己鼻部,仔细判断气味的性质,联系病情,从而得出正确的结论。

第二节 体格检查的内容

一、一般检查

一般检查是对患者一般状态进行概括性诊察,以视诊为主,配合触诊、嗅诊。一般检查的内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、发育与体型、营养、意识状态、面容与表情、体位、姿势与步态、皮肤与粘膜、淋巴结。

【一般状态】

(一) 体温

1. 体温的测量方法和正常范围,详见基础护理学。

2. 体温异常

(1) 体温降低 体温降至 36°C 以下, 称体温降低。见于心力衰竭、大量失血、休克、甲状腺功能减退以及久病虚弱等患者。

(2) 体温升高 体温高于 37.5°C , 可认为发热。见于感染、无菌性炎症、组织破坏、内出血、恶性肿瘤、抗原-抗体反应等; 也可见于内分泌代谢障碍和体温调节中枢功能失常。

测量体温除了注意热型与疾病的关系, 尚需注意患者一般情况以及伴随症状, 如老年患者高热伴咳嗽、气急, 应考虑急性呼吸道感染, 需特别注意其血压情况, 防止周围循环衰竭; 夏季高热患者, 在排除其它感染性疾病后, 应考虑中暑, 需立即作降温处理。对于原因不明的长期发热患者, 更应多方面观察, 排除各有关疾病的可能性。

(二) 脉搏

1. 脉搏的测量方法和正常范围 详见基础护理学。

2. 几种常见的异常脉搏

(1) 水冲脉 脉搏骤起骤落, 急促而有力, 称水冲脉。是由于脉压增大所致。见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进等。检查时, 将患者手臂抬高过头, 触其桡动脉, 可感到急促有力的冲击。

(2) 交替脉 脉搏一强一弱交替出现而节律正常, 称交替脉。是由于心室收缩强弱不均所致, 为心肌损害的一种表现。见于高血压性及动脉硬化性心脏病, 也可见于左心衰竭的早期。

(3) 奇脉 吸气时脉搏显著减弱或消失, 称奇脉。是由于心包腔内压力升高, 使心脏舒张充盈受限, 虽然吸气时胸腔负压增加, 使肺循环血容量有所增加, 但体循环血液向右心室回流的量不能相应地增加, 肺静脉血液流入左心室的量也就减少, 左心室搏出量亦因之减少, 致使吸气时脉搏减弱或消失。见于心包积液和缩窄性心包炎。

(4) 不整脉 脉搏不规则的搏动, 称不整脉, 即脉搏的节律不规则且强弱不等。见于某些心律失常。

测量脉搏需注意脉搏的速率、节律和强弱, 计数脉搏时间需1分钟以上。对异常脉搏初发病例, 应同时听诊心率和心律以作对照。病理情况下, 如发热、贫血、心功能不全可使脉率增快; 高血压、阻塞性黄疸、颅内压增高可使脉率减慢。各种心律失常可使脉律不整, 不仅时间上可不规则, 强弱也可不等。当心搏出量增加, 周围动脉的阻力较小时, 则脉搏增强; 反之, 脉搏细弱。此外, 测量脉搏尚需注意动脉壁的情况。正常情况下所触到的桡动脉壁应光滑、柔软而有一定弹性。动脉硬化时, 动脉壁变硬、迂曲而失去弹性。

(三) 呼吸

1. 呼吸的测量方法和正常范围 详见基础护理学。

2. 呼吸频率、节律及深度的改变

(1) 呼吸频率的改变 呼吸次数每分钟超过24次, 称呼吸增快, 见于呼吸系统广泛病变、心脏病、发热、严重贫血等; 呼吸次数每分钟在10次以下, 称呼吸减慢, 见于

各种中毒使呼吸中枢受到抑制，颅内压增高。

(2) 呼吸节律的改变 常见的呼吸节律异常有两种：

1) 潮式呼吸（亦称陈施二氏呼吸）其特征是呼吸由浅慢逐渐变为深快；达到最大程度后，呼吸再由深快变为浅慢，继之呼吸暂停数秒钟，随后又重新出现上述节律。此种呼吸与呼吸中枢兴奋性降低有关。见于中枢神经系统疾病、中毒等，但有些老年人在深睡时也可出现轻度潮氏呼吸，并无临床意义。

2) 间停呼吸（亦称毕氏呼吸）其特征为呼吸次数显著减少，并每隔一段时间即有数秒钟的呼吸暂停，呈一定规律，是呼吸中枢兴奋性显著降低的表现，为病情危急的征象。

(3) 呼吸深度的改变 呼吸加深而次数稍快，称酸中毒大呼吸（亦称库氏呼吸），是由于呼吸中枢受到强烈刺激所致，见于尿毒症、糖尿病等所引起的代谢性酸中毒。呼吸浅而快，见于呼吸道阻塞、肺气肿、呼吸衰竭。

许多疾病伴有气体代谢障碍，当血液中二氧化碳蓄积，酸性产物滞留或氧减少以及存在妨碍正常呼吸的因素时，均可引起呼吸的改变。故发现呼吸异常，应从多方面分析，如酸中毒和内出血的患者均可使呼吸加快，肺气肿和剧烈疼痛的患者均可使呼吸变浅。

(四) 血压

1. 血压的测量方法和正常范围 详见基础护理学。

2. 血压的变化

(1) 血压升高 短暂的血压升高见于剧烈疼痛、情绪激动、处身寒冷环境、缺氧等；持久的血压升高见于高血压病、肾脏疾病等。

(2) 血压降低 见于休克、心功能不全、心脏病、心肌梗塞、失血、急性传染病等。急剧发生的严重的心脏和血循环衰竭现象称为虚脱。

测量血压对观察病情动态变化十分重要，发现血压有高低变化，应同时触诊脉搏的紧张度，因脉搏的紧张度决定于血压。其次，脉搏的频率对判定血压也有一定参考意义，即脉率较少，则收缩压较高，舒张压较低，脉压较大；反之，则收缩压低舒张压高，因舒张期的长短与心室的充盈有直接关系。血压的变化可能以收缩压为主，也可能以舒张压为主，若收缩压升高同时舒张压降低见于主动脉瓣关闭不全；收缩压降低同时舒张压升高见于二尖瓣狭窄；收缩压和舒张压均显著升高需防止高血压危象；收缩压和舒张压均显著降低需防止周围循环衰竭。

(五) 发育与体型

正常的发育与遗传、内分泌、营养代谢、环境、体育锻炼等内外因素有关，一般判断成人正常发育的指标为：胸围等于身高的一半；两上肢展开的长度约等于身高；坐高等于下肢的长度。正常人的身高与体重之间有一定的关系，但也不皆成比例，临床上将成年人的体型概括为三种：

1. 瘦长型（无力型） 身高体轻，颈细长，肩垂，胸廓扁平，腹上角小于90度。
2. 矮胖型（超力型） 身宽体重、颈粗短，肩平，胸廓宽阔，腹上角大于90度。