

2010

全国卫生专业技术资格考试 应试指导

护理学

(执业护士含护士)

内科护理学



图书特点：

1. 附赠考试大纲
2. 重难点突出, 内容精练
3. 课后模拟演练
4. 赠**30**元网上学习费用

www.9exam.cn

主 编 孙建勋 罗悦性



第二军医大学出版社

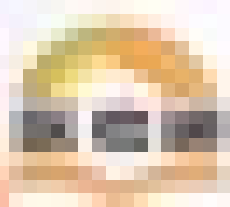
Second Military Medical University Press

2020

中国农村扶贫开发工作
成就展

扶贫学 脱贫攻坚

中国扶贫学



中国扶贫学

中国扶贫学
中国扶贫学
中国扶贫学

中国扶贫学
中国扶贫学
中国扶贫学

中国扶贫学

全国卫生专业技术资格考试应试指导

护理学(执业护士含护士)

内科护理学

主 编 孙建勋 罗悦性

副主编 申秀玲 李成忠 张彦芳 张 荣
李希科

编 者 (按姓氏笔划排序)

于素贞	于德义	申秀玲	孙建勋
张 荣	张彦芳	李 平	李成忠
李希科	周佩玲	罗悦性	耿秀双
曾君雅	曹惊雷		



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press

图书在版编目(CIP)数据

内科护理学 / 孙建勋, 罗悦性主编. —上海: 第二军医大学出版社, 2010. 1

(2010 全国卫生专业技术资格考试应试指导)

ISBN 978-7-81060-980-7

I. ①内… II. ①孙…②罗… III. ①内科学: 护理学-医药卫生人员-资格
考核-自学参考资料 IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 206458 号

出 版 人 石进英
责任编辑 王 勇

内科护理学

主 编 孙建勋 罗悦性

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

电话: 4006597013

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

郑州易佳印务有限公司 印刷

开本: 850×1168mm 1/16 印张: 16.75 字数: 328 千字

2010 年 1 月第 1 版 2010 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-980-7/R. 794

定价: 32.00 元

全国卫生专业技术资格考试应试指导

编委会

顾问 汤善钧

主任 高明灿

副主任 袁耀华 常向东 孙建勋 李 玲 艾旭光 李希科 闫天杰

委员 (按姓氏笔划排序)

卜 枫	于素贞	于德义	王 虹	王文生	申秀玲	叶 桦
史云菊	孙玉凤	华 涛	孙建勋	冯海兰	任 美	刘 姝
刘文娜	刘向红	刘笑梦	刘胜霞	刘淑霞	张 荣	张旭明
张宗业	张彦芳	张红艳	吴青坡	李 平	李 玲	李文婷
李凤萍	李成忠	李希科	何 俐	应丽娜	杜 佳	肖 红
余晓齐	杨 峰	罗悦性	周佩玲	邵巧云	陈利平	饶永梅
侯明亮	赵文慧	袁爱梅	耿秀双	黄 燕	曹惊雷	曹姣玲
郭梅珍	常风云	常利普	程国龙	曾君雅	窦丽丽	熊 莉
赫连慧紫						

出版说明

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年开始,全国卫生专业初、中级技术资格正式实施以考代评工作,实行全国统一组织、统一考试大纲、统一考试命题、统一考试时间、统一合格标准的“五统一”考试制度,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。护士执业资格考试内容包括《内科护理学》、《外科护理学》、《妇产科护理学》、《儿科护理学》和《基础护理学》五门学科,设置为“基础知识”、“相关专业知识”、“专业知识”、“专业实践能力”4个科目。为了更好地帮助广大考生做好考前系列复习,我们组织了具有丰富临床护理教学经验及多年参与辅导各类护理考试的专家、教授,在认真分析、研究历年护士执业资格考试真题的基础上,汲取国内目前已经出版的各类复习考试用书的优点,编写了本系列丛书,力求为考生提供最精要的应试必备知识,使考生用最少的复习时间,取得最理想的考试成绩。

护士执业资格考试应试指导系列丛书分为《内科护理学》、《外科护理学》、《妇产科护理学》、《儿科护理学》和《基础护理学》,共五册。按照护士执业资格考试大纲的要求,以基本知识、基本理论为重点,紧扣考试大纲,找准护士执业资格考试的知识点,并对重要知识点进行点拨,同时每一章后附有历年来本章节考试真题,便于考生边复习边检测,提高实战能力。

本系列丛书的使用对象为符合执业护士考试资格的备考考生(包括应、往届毕业生),也可作为自学考试、对口升学及在校护理专业学生学习的参考资料。本系列丛书在编写过程中参考了国内出版的有关教材和考试复习用书,在此一并致以谢意!由于编写时间仓促和编写人员水平所限,难免有不足之处,诚请各位读者给予指正。

《护士执业资格考试应试指导》编写委员会

2009年11月

◎ 目 录 ◎

第一章 绪 论	(1)
第一节 护理体检	(1)
第二节 常用实验室检查	(11)
第三节 其他检查	(18)
第四节 内科病人心理护理及疾病各期病人的护理	(23)
第二章 呼吸系统疾病病人的护理	(37)
第一节 常见症状的护理	(37)
第二节 支气管哮喘病人的护理	(41)
第三节 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿病人的护理	(44)
第四节 慢性肺源性心脏病病人的护理	(47)
第五节 支气管扩张症病人的护理	(49)
第六节 肺炎病人的护理	(51)
第七节 肺结核病人的护理	(53)
第八节 原发性支气管肺癌病人的护理	(56)
第九节 慢性呼吸衰竭病人的护理	(59)
第三章 循环系统疾病病人的护理	(73)
第一节 常见症状及护理	(73)
第二节 心力衰竭病人的护理	(75)
第三节 心律失常的护理	(78)
第四节 慢性心脏瓣膜病病人的护理	(82)
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	(83)
第六节 病毒性心肌炎病人的护理	(87)
第七节 原发性高血压病人的护理	(88)
第四章 消化系统疾病病人的护理	(107)
第一节 常见症状的护理	(107)
第二节 慢性胃炎病人的护理	(111)
第三节 消化性溃疡病病人的护理	(113)
第四节 肝硬化病人的护理	(115)
第五节 原发性肝癌病人的护理	(118)

第六节 肝性脑病病人的护理	(120)
第七节 急性胰腺炎病人的护理	(122)
第五章 泌尿系统疾病病人的护理	(138)
第一节 泌尿系统疾病常见症状和护理	(138)
第二节 慢性肾小球肾炎病人的护理	(140)
第三节 原发性肾病综合征病人的护理	(142)
第四节 肾盂肾炎病人的护理	(144)
第五节 慢性肾衰竭病人的护理	(147)
第六章 血液及造血系统疾病病人的护理	(158)
第一节 概论	(158)
第二节 贫血病人的护理	(161)
第三节 特发性血小板减少性紫癜病人的护理	(164)
第四节 白血病人护理	(166)
第七章 内分泌代谢性疾病病人的护理	(178)
第一节 内分泌代谢性疾病常见症状及护理	(178)
第二节 甲状腺功能亢进症病人的护理	(179)
第三节 糖尿病病人的护理	(182)
第八章 风湿性疾病病人的护理	(191)
第一节 风湿性疾病常见症状及护理	(191)
第二节 系统性红斑狼疮病人的护理	(192)
第三节 类风湿关节炎病人的护理	(195)
第九章 理化因素所致疾病病人的护理	(203)
第一节 概论	(203)
第二节 有机磷杀虫药中毒	(207)
第三节 急性一氧化碳中毒	(211)
第四节 中暑病人的护理	(213)
第十章 神经系统疾病病人的护理	(219)
第一节 常见症状的护理	(219)
第二节 急性脑血管疾病病人的护理	(222)
第三节 癫痫病人的护理	(229)
模拟试题(一)	(237)
参考答案	(244)
模拟试题(二)	(245)
参考答案	(251)
模拟试题(三)	(252)
参考答案	(259)

第一章

绪 论

第一节 护理体检

【考试大纲】

掌握心脏和血管检查(视诊、触诊、叩诊、听诊);掌握腹部检查(视诊、触诊、叩诊、听诊);掌握神经系统检查(瞳孔、生理反射、病理反射、脑膜刺激征)。熟悉护理体检的准备工作和基本检查方法;熟悉一般状况检查:全身一般状况(体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态、面容表情、营养状态、体位、四肢、脊柱与步态),皮肤黏膜检查(弹性、湿度、颜色、水肿、皮疹、紫癜、蜘蛛痣、破损与溃疡),淋巴结检查。了解颈部检查(颈部血管、甲状腺、气管);了解胸部检查(体表标志、胸廓与胸壁、肺和胸膜)。

【重点提示】

一、护理体检的准备工作和基本检查方法

(一) 护理体检

护理体检是护士通过自己的感觉器官或借助于听诊器、体温计等简单的辅助工具对病人进行细致的观察和系统的检查,以了解病人身体健康状况的一组最基本的检查方法。

护士在体检时要仪表端庄、举止大方、态度和蔼、耐心、关心体贴病人,以取得病人的信任和配合,在体检过程中动作应轻柔、操作要细致,尽量减少病人的痛苦。

(二) 护理体检前的准备

1. 用物准备

治疗盘、体温计、血压计、听诊器、压舌板、

手电筒、棉签、叩诊锤及记录纸笔等。

2. 环境准备

适宜的光线、室温和安静的环境,必要时用屏风遮挡。

3. 病人准备

向病人解释体检的目的和注意事项,以取得病人的配合。协助病人取舒适的体位。

(三) 基本检查方法

护理体检的基本方法是视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。

1. 视诊

指用视觉来观察病人全身或局部表现的检查方法。是护士观察病情的基本方法。如观察病人的面容、皮肤黏膜、呼吸情况等。视诊应在适宜的自然光线和温暖的环境下进行,灯光下不易辨别轻度发绀、黄疸和皮疹。

2. 触诊

指通过手的触觉来判断病人器官或组织物理特征的检查方法。触诊能查及视诊不能发现的体征,如温度、湿度、震颤、摩擦感及包块等,还可以对视诊所发现的异常部位作进一步评估。手的感觉以指腹和掌指关节部掌面皮肤最为敏感,触诊时多用这两个部位。触诊时手要温暖,要注意病人保暖。

触诊根据施加压力的轻重分:

(1)浅部触诊法:用一手轻放在被检查的部位,轻柔地进行滑动触摸,适用于体表浅在病变、关节、软组织、浅部的动静脉等。

(2)深部触诊法:检查时用一手或两手重叠,由浅入深,逐渐加压以达深部,适用于腹腔脏器、包块的检查,根据检查目的不同又可分为4种。①深部滑行触诊法,常用于腹腔深部包块

和胃肠病变的检查。②双手触诊法,适用于检查肝、脾、肾、子宫、腹腔肿瘤等。③深压触诊法,用于确定腹腔内的压痛点,如阑尾压痛点、胆囊压痛点等。④冲击触诊法,一般只用于大量腹水时肝、脾难以触及者。

3. 叩诊

指用手指叩击或以手掌拍击病人体表某部位,使之震动而产生音响,根据所听到的音响和所感到的震动,来判断被检查部位的脏器有无异常的检查方法。依据叩诊的手法与目的不同,一般可分为间接与直接叩诊法两种。主要用于胸、腹部检查。

4. 听诊

指直接用耳或利用听诊器来听取人体内的器官或组织发出的声音,以判断正常与否的检查方法。听诊时环境要安静,温暖,避风。听诊前应首先检查听诊器耳件弯曲方向是否正确,软、硬管管腔是否通畅,听诊时听诊器鼓型体件要紧贴于被检查部位,避免与皮肤摩擦而产生附加音。

5. 嗅诊

指利用嗅觉来辨别病人体表的或身上散发出的气味的检查方法。异常气味多来之于皮肤、黏膜、呼吸道、胃肠道或呕吐物、排泄物、脓液与血液等。嗅诊时,检查者用手将病人散发的气味扇向自己的鼻部,仔细判断气味的特点与性质。

二、一般状态检查

(一) 全身一般状况

1. 体温

(1)体温过低:体温低于 36.3°C 称为体温过低,见于体温中枢未发育成熟、休克、急性大出血、极度衰竭及甲状腺功能减退者等。

(2)体温升高:体温高于 37.5°C 称为发热,见于感染(最常见)、内出血、恶性肿瘤及甲状腺功能亢进等。

2. 脉搏

正常成人安静状态下脉搏为 $60\sim 100$ 次/分,一般来说,脉率反映心率。测量脉搏对了解病人的

全身状态及循环功能状态有重要意义。对心血管系统疾病,护士应经常观察病人的脉搏变化,每次测量时间不少于1分钟。

常见的脉搏异常有以下几种:

(1)速脉:指脉率超过100次/分。生理情况下见于情绪激动、紧张、剧烈体力活动等,病理情况下见于发热(一般体温升高 1°C ,脉搏约增加10次/min)、贫血、心力衰竭、休克、心肌炎、甲状腺机能亢进等。

(2)缓脉:指脉率少于60次/分。生理情况下见于老年人、运动员等,病理情况下见于颅内压增高、房室传导阻滞、病态窦房结综合征、阻塞性黄疸、甲状腺功能减退等。

(3)水冲脉:指脉搏急促有力,骤起骤落,如潮水涨落,系脉压增大所致。见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、严重贫血等。

(4)交替脉:指脉搏强弱交替而节律正常。是由于左心室的收缩力强弱交替所致,是左心衰竭的重要体征。见于高血压性心脏病、急性心肌梗死、心肌炎等。

(5)奇脉:指平静吸气时脉搏显著减弱或消失,又称吸停脉。是由于心包腔内压力升高,使心脏舒张充盈受限所致。常见于心包积液和缩窄性心包炎。

(6)不整脉:指脉搏不规则的跳动。见于心律失常病人。触及不整脉时,应同时测脉率和心率1min以上。若脉率小于心率称为脉搏短绌,见于心房颤动、期前收缩。

3. 呼吸

正常人安静状态下呼吸为 $16\sim 20$ 次/min,呼吸运动均匀,与脉率的比例为 $1:4$ 。男性以腹式呼吸为主,女性以胸式呼吸为主。检查时要注意呼吸频率、节律、深度及呼吸气味的改变。

(1)呼吸频率异常:①呼吸增快,指呼吸频率超过24次/min,常见于肺及胸膜的病变、发热、贫血、甲状腺机能亢进、心力衰竭等。一般体温升高 1°C ,呼吸约增加4次/分。②呼吸减慢,指呼吸频率少于12次/min,见于呼吸中枢受抑制、颅内压增高等。

(2)呼吸节律异常:①潮式呼吸(陈-施呼

吸),是一种呼吸由浅慢逐渐变为深快,然后再由深快变为浅慢,继之呼吸暂停,随后又开始上述节律的周期性呼吸。②间停呼吸(毕奥呼吸),表现为有规律的呼吸几次后,突然停止一段时间,又开始呼吸,周而复始。上述两种呼吸节律改变是由于呼吸中枢兴奋性降低,使调节呼吸的反馈系统失常所致,都是病情危急的征象。多见于中枢神经系统疾病,如脑炎、脑膜炎、颅内压增高及糖尿病酮症酸中毒、巴比妥中毒等。其中潮式呼吸比间停呼吸常见,而间停呼吸较潮式呼吸更为严重,常发生在临终前。

(3)呼吸深度异常:①呼吸浅快,是一种浅表而频率快的呼吸,见于呼吸肌麻痹、肺气肿、呼吸道阻塞、呼吸衰竭等。②酸中毒大呼吸(库斯莫尔呼吸),呼吸深大而稍快,见于糖尿病酮症酸中毒、尿毒症等。

(4)异常呼吸气味:①烂苹果味,见于糖尿病酮症酸中毒。②肝腥(肝臭)味,见于肝性脑病。③氨味,见于尿毒症。④刺激性大蒜味,见于有机磷农药中毒。⑤恶臭味,见于支气管扩张或肺脓肿。

4. 血压

正常成人收缩压 12.0~18.7kPa(90~140mmHg),舒张压 9.3~12.0kPa(60~90mmHg),脉压是指收缩压与舒张压之差,正常成人一般为 4.0~5.3kPa(30mmHg~40mmHg)。

(1)高血压:指成人收缩压在 18.7kPa(140mmHg)或以上及(或)舒张压在 12.0kPa(90mmHg)或以上。其中绝大多数是原发性高血压;若继发于肾疾病、肾上腺皮质或髓质肿瘤、颅内压增高等,则称继发性高血压或症状性高血压。

(2)低血压:指收缩压低于 12.0kPa(90mmHg),舒张压低于 8.0kPa(60mmHg)。见于休克、心肌梗死、心功能不全等。

(3)脉压改变:①脉压增大,指脉压>5.3kPa(40mmHg),见于主动脉瓣关闭不全、主动脉粥样硬化、严重贫血、甲状腺功能亢进等。②脉压减小,指脉压<30mmHg(4.0kPa),见于主动

脉狭窄、低血压、心包积液、心力衰竭等。

5. 意识状态

意识是大脑功能活动的综合表现,即对环境的知觉状态,由觉醒状态和意识内容组成。正常人意识清晰,反应敏锐精确,思维和情感活动正常,语言流畅、准确、表达自如,定向力正常。意识障碍是指人体对外界环境刺激缺乏反应的一种精神状态。任何原因引起高级神经中枢功能损害时均可出现意识障碍。意识障碍可分为嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷。

(1)嗜睡:为程度最轻的意识障碍。病人处于病理性睡眠状态,可被轻度刺激或言语所唤醒,醒后能正确、简单而缓慢地回答问题,反应迟钝,停止刺激后又入睡。

(2)意识模糊:意识障碍程度较嗜睡重。病人能保持基本的应答和简单的精神活动,但对时间、地点、人物的定向能力发生障碍。

(3)昏睡:是接近于人事不省的意识状态。病人处于沉睡状态,不易唤醒,经压迫眶上神经、摇动身体等强刺激可被唤醒,但很快又入睡。醒后答话含糊或答非所问。

(4)昏迷:为最严重的意识障碍(任何刺激都不能唤醒),按程度不同又可分为:①浅昏迷,意识大部丧失,无自主运动,对光、声刺激无反应,对强烈疼痛刺激有痛苦表情,吞咽反射、咳嗽反射、角膜反射及瞳孔对光反射可存在,呼吸、心跳、血压、脉搏无明显变化,可有大、小便潴留或失禁。②深昏迷,意识完全丧失,全身肌肉松弛,对外界任何刺激无反应,一切反射均消失,瞳孔散大,生命体征常有改变,大、小便失禁。

此外,还有一种以中枢神经系统兴奋性增高为主的急性脑功能失调,称谵妄。表现为意识模糊、幻觉、错觉、定向力丧失、躁动不安、言语杂乱等。见于急性感染发热期、酒精中毒、肝性脑病等。

6. 面容表情

疾病可使人的面容与表情发生变化。当某些疾病发展到一定程度时,可出现特征性的面容与表情。常见典型病容如下:

(1)急性病容:面色潮红,呼吸急促,鼻翼扇动,口唇疱疹,表情痛苦,见于急性感染性疾病,如大叶性肺炎、疟疾。

(2)慢性病容:面色灰暗或苍白,面容憔悴,目光暗淡,消瘦无力,见于慢性消耗性疾病,如恶性肿瘤、结核等。

(3)甲状腺功能亢进面容:面容惊愕,眼裂增大,眼球凸出,兴奋不安,烦躁易怒,见于甲状腺功能亢进。

(4)二尖瓣面容:面色晦暗、双颊暗红、口唇发绀,见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄。

(5)满月面容:面如满月,皮肤发红,常伴痤疮、小须,见于库欣综合征及长期使用肾上腺糖皮质激素者。

(6)病危面容:面色枯槁、苍白或铅灰,表情淡漠、双目无神,眼眶凹陷,见于脱水、大出血、严重休克等。

(7)肢端肥大症面容:头颅增大,面部变长,下颌增大前突,眉弓及两颧隆起,唇舌肥厚,耳鼻增大,见于肢端肥大症。

7. 营养状态

临床上通常根据皮肤黏膜、皮下脂肪(观察皮下脂肪的充实程度是判断营养状态最简便而迅速的方法)、指甲、毛发、肌肉发育状况等将营养状态分为营养良好、营养中等、营养不良三个等级。

(1)营养良好:皮肤黏膜红润、光泽、弹性好,指甲、毛发润泽,皮下脂肪丰满有弹性,肌肉结实,肩胛部及臀部肌肉丰满。

(2)营养不良:皮肤黏膜干燥、弹性减低,指甲粗糙无光泽,毛发稀疏,皮下脂肪菲薄,肌肉松弛,肩胛骨、肋骨嶙峋突出。

(3)营养中等:介于两者之间。

8. 体位

根据病人活动情况或意识状态,体位通常分为自动体位、被动体位和强迫体位三种。被动体位见于极度衰竭或意识丧失的病人。强迫体位,如强迫停立位见于步行时心绞痛突发;强迫坐位见于心、肺功能不全;强迫卧位见于急性腹膜炎(强迫仰卧位)、急性纤维蛋白性胸膜炎

(强迫患侧卧位)。

9. 四肢、脊柱与步态

(1)四肢:观察病人肢体活动是否自如,有无畸形,有无肌肉萎缩、肢端肥大,有无关节红肿、变形。常见的形态异常有:①杵状指(趾),是手指或足趾末端增厚呈杵状膨大,指甲从根部到末端呈弧形隆起,与慢性缺氧、代谢障碍有关。多见于支气管扩张、支气管肺癌、肺脓肿、发绀性先天性心脏病等。②匙状甲,又称反甲,是指甲中央凹陷,边缘翘起,指甲变薄,表面粗糙有条纹,为组织营养障碍的表现,见于缺铁性贫血。

(2)脊柱:脊柱是支持体重、维持人体姿势的主要支柱。当脊柱有疾病或畸形时引起姿势异常。

(3)步态:健康人步态稳健。某些疾病可有步态改变:①慌张步态,起步后小步急速前行,身体前倾,有难以止步之势,见于震颤麻痹。②醉酒步态,走路时躯干重心不稳,步态紊乱,如醉酒状,见于小脑疾患。

(二)皮肤黏膜检查

1. 弹性

皮肤弹性与年龄、营养状态、组织间隙含液体量有关,青年人弹性较好,老年人弹性减退。皮肤弹性减退见于严重脱水、长期消耗性疾病。

2. 湿度

皮肤湿度与出汗多少有关。出汗增多,见于甲亢、风湿热、结核病;皮肤干燥见于维生素A缺乏症、黏液性水肿、脱水等。

3. 颜色

皮肤的颜色与毛细血管的分布、血液的充盈度、色素量的多少、皮下脂肪的厚薄有关。

(1)苍白:由于血红蛋白减少、末梢毛细血管充盈度不足所致,见于贫血、休克、出血、寒冷、虚脱、主动脉瓣关闭不全、惊恐等。

(2)发红:由于毛细血管扩张、血流加速及红细胞增多所致,见于运动、饮酒、情绪激动、发热性疾病、某些物质中毒等。

(3)发绀:皮肤黏膜呈青紫色,主要因为血液还原血红蛋白的绝对量增多(超过 50g/L)

而引起。发绀常见部位为口唇、面颊、肢端、耳廓等,见于先天性心脏病、心肺功能不全和中毒等。严重贫血病人如血红蛋白量少于 50g/L,即使全部血红蛋白处于还原状态,也不出现发绀。

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

(5)色素沉着:由于表皮基底层黑色素增加,使部分或全身皮肤色泽加深呈暗褐色的现象。好发于身体外露部分及乳头、腋窝、生殖器等处。见于慢性肾上腺皮质功能减退、肝硬化等。

4. 水肿

由于皮下组织的细胞内及组织间隙液体积聚过多所致。水肿部位用手指加压出现凹陷,称凹陷性水肿。凹陷性水肿分为轻、中、重三度。全身性水肿见于心力衰竭、晚期肝硬化、肾脏疾病等。若用手指加压不出现凹陷,称为非凹陷性水肿。

5. 皮疹

多为全身性疾病的症状之一。皮疹的种类很多,有斑疹、丘疹、荨麻疹、玫瑰疹(伤寒、副伤寒时可出现玫瑰疹)、疱疹等,是诊断某些疾病的重要依据。见于皮肤病、传染病、重症感染和变态反应等。

6. 紫癜

泛指皮肤或黏膜下出血。直径小于 2mm 的称为出血点(或称瘀点,不高出皮肤表面),小的出血点和红色的皮疹或小红痣要注意鉴别,出血点和小红痣加压后不褪色,小红痣触诊时可感到稍高出皮面,而皮疹在加压时一般可以褪色或消失;直径在 3~5mm 者称为紫癜;直径大于 5mm 者称为瘀斑;片状出血伴皮肤隆起者称为血肿。皮肤黏膜出血常见于血液系统疾病、重症感染、药物中毒等。

7. 蜘蛛痣

是皮肤小动脉末端分支性扩张所形成的血管痣,形似蜘蛛。蜘蛛痣多出现在上腔静脉分布区域内,如面、颈、上臂、前胸等,其产生与体内雌激素增高(肝脏对雌激素的灭活作用减弱)有关,常见于慢性肝炎或肝硬化,也可见于健康的妊娠期妇女。慢性肝病病人手掌大小鱼际处发红,加压后退色,称为肝掌,其发病机制同蜘蛛痣。

8. 破损与溃疡

(1)口腔黏膜:口腔黏膜溃疡见于口腔炎症、维生素 B₂ 缺乏等。口腔黏膜真菌感染见于长期使用广谱抗生素或重症衰弱病人。

(2)咽及扁桃体:注意咽部有无充血、水肿、溃疡及渗出物,扁桃体有无肿大、充血及分泌物。扁桃体肿大一般分为 3 度:Ⅰ度,扁桃体肿大不超过咽腭弓;Ⅱ度,扁桃体超过咽腭弓;Ⅲ度,扁桃体达咽后壁中线。

(3)皮肤:注意观察有无破损或压疮。

(三)淋巴结检查

浅表淋巴结一般直径不超过 0.5cm,质地柔软、表面光滑、与周围组织无粘连、无压痛,一般不易触及。

淋巴结肿大的临床意义:

1. 非特异性淋巴结炎

由引流区器官或组织的急慢性炎症引起。肿大的淋巴结质软、表面光滑、无粘连、有压痛,可找到附近部位的原发病灶。

2. 淋巴结结核

好发在颈部血管周围,肿大淋巴结质地稍硬,常为多发性,可互相粘连或与周围组织粘连,可溃破形成瘰管,愈合后形成瘢痕。

3. 恶性肿瘤淋巴结转移

肿大淋巴结质地坚硬、表面光滑或突起,与周围组织粘连、固定,无压痛。胃癌多向左侧锁骨上窝淋巴结转移;肺癌可向右侧锁骨上窝或腋窝淋巴结群转移。

4. 全身性淋巴结肿大

常见于淋巴瘤,急、慢性白血病,传染性单核细胞增多症等。肿大淋巴结可遍及全身,大小不等,无粘连。

三、颈部检查

(一) 颈部血管

1. 颈静脉

正常人立位或坐位时颈静脉常不显露,平卧时可稍见充盈,充盈的水平仅限于锁骨上缘至下颌角距离的下2/3处。若取 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 的半卧位时静脉充盈度超过正常水平,或立位、坐位时见颈静脉明显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。用手按压病人肿大的肝脏时,可使颈静脉充盈更为明显,称肝颈静脉回流征阳性,是右心衰竭的重要征象之一,也可见于渗出性或缩窄性心包炎。

2. 颈动脉

正常人静息状态下不易看到颈动脉搏动。如静息状态下出现颈动脉明显搏动,提示心排量增加或脉压差增大,可见于主动脉瓣关闭不全、高血压、甲状腺机能亢进及严重贫血等。

(二) 甲状腺

正常甲状腺两侧对称,表面光滑,质地柔软,不易触及。

1. 甲状腺检查法

(1)视诊:观察甲状腺的大小和对称性。正常人甲状腺不明显,女性青春发育期可略增大。检查时让病人作吞咽动作,可见甲状腺随吞咽动作而上下移动。

(2)触诊:检查者站在病人背后,双手拇指置颈后,用其他四指从甲状软骨两侧进行触诊,同时让病人作吞咽动作。也可从正面进行触诊。应注意甲状腺的大小、质地、是否对称,有无结节、压痛及震颤等。

(3)听诊:当发现甲状腺肿大时,应以钟型听诊器在甲状腺上进行听诊。甲状腺功能亢进时由于甲状腺动脉血流加速,可听到连续性或收缩期血管杂音。

2. 分度

甲状腺肿大可分3度:看不到但能触及者为Ⅰ度;能看到也能触及,但在胸锁乳突肌以内称为Ⅱ度,超出胸锁乳突肌外缘为Ⅲ度。

单纯性甲状腺肿,多为轻、中度肿大,表面光滑,质地较软,多为弥漫性,也可有结节性,重度肿大的甲状腺可引起压迫症状。甲状腺功能亢进,有程度不等的甲状腺肿大,肿大为弥漫性、对称性,表面光滑,质地柔软,触诊有震颤,听诊有杂音。甲状腺癌,多为单发的结节,不规则、质硬。

(三) 气管

正常人气管位于颈前正中部。通过气管触诊可以了解气管有无偏移。大量胸腔积液、积气、纵隔肿瘤、颈部肿瘤时,气管向健侧偏移;而肺不张、肺硬化、胸膜粘连、肺纤维化时,气管向患侧偏移。

四、胸部检查

(一) 体表标志

1. 胸骨角

胸骨柄与胸骨体的交界处的突起,与第2肋软骨相连接,是计数肋骨的重要标志。

2. 第7颈椎棘突

低头时特别突出,是计数椎骨的标志。

3. 肩胛下角

平第7或8肋骨水平。

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、后正中线等。

(二) 胸廓与胸壁

1. 胸壁

应注意有无胸壁静脉曲张、胸壁压痛、皮下气肿等。乳房有无压痛、肿块、下陷等。

2. 胸廓

正常胸廓两侧大致对称,呈椭圆形。成人胸廓前后径与左右径的比例为1:1.5。

异常胸廓有:

(1)扁平胸:胸廓扁平,前后径显著缩小,常短于左右径的一半。可见于慢性消耗性疾病如肺结核,也可见于瘦长体型者。

(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,肋骨呈水平位。多见于肺气肿,也可见于矮胖体型者。

(3)佝偻病胸:胸廓前后径略大于左右径,胸部上、下长度较短,胸骨的中、下段向前突起形似鸡胸;若肋骨与肋软骨连接处隆起呈串珠状,称为佝偻病串珠;若胸骨下部剑突处显著内陷,形成漏斗胸。见于佝偻病。

(4)胸廓隆起:单侧胸廓膨隆见于大量胸腔积液、气胸、胸腔肿瘤等;局限性胸廓隆起见于心脏扩大、心包积液等。

(5)胸廓凹陷:局限性胸廓凹陷,可见于肺不张、肺萎缩、肺纤维化、胸膜粘连等。

(三)肺和胸膜

1. 视诊

主要是观察呼吸运动。

(1)单侧呼吸运动减弱:若一侧肺或胸膜的病变,则患侧呼吸运动减弱,健侧呼吸运动代偿性增强。

(2)双侧呼吸运动减弱:见于肺气肿。

(3)吸气性呼吸困难:当上呼吸道部分梗阻(喉或气管炎症、水肿、异物)时,可出现锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙在吸气时向内凹陷,称“三凹征”(常出现在严重的吸气性呼吸困难时),表现为吸气时间延长。

(4)呼气性呼吸困难:当下呼吸道部分梗阻(支气管哮喘、阻塞性肺气肿)时,气流呼出不畅,呼气时间延长,呼吸费力,肋间隙膨隆。

2. 触诊

触觉语颤减弱或消失,见于肺气肿、阻塞性肺不张、气胸、胸腔积液;触觉语颤增强,主要见于肺实变如肺炎、肺梗死,或接近胸壁的肺内大空洞。

3. 叩诊

(1)胸部正常叩诊音:正常肺部叩诊音为清音;与肝、心重叠的肺部叩诊音为浊音;左侧5~6肋间隙以下为胃泡鼓音区;肝、心未被肺遮盖的部分为实音。

(2)胸部异常叩诊音:指在正常肺部清音区叩诊时出现浊音、实音、鼓音或过清音。①浊音或实音,见于肺炎、肺肿瘤、胸腔积液。②鼓音,

见于气胸或靠近胸壁的肺内大空洞。③过清音(只有在异常情况下才会出现),见于肺气肿。

4. 听诊

(1)正常呼吸音:①支气管呼吸音,正常人在喉部,胸骨上窝,背部第6、7颈椎及第1、2胸椎附近都可听到。②肺泡呼吸音,大部分肺部都可听到肺泡呼吸音。③支气管肺泡呼吸音,正常时可在胸骨两侧第1、2肋间隙,背部第3、4胸椎旁肩胛间区听到支气管肺泡呼吸音。

(2)异常肺泡呼吸音:双侧肺泡呼吸音减弱见于肺气肿、全身衰竭;患侧肺泡呼吸音减弱见于气胸、胸腔积液、肺不张、胸膜增厚,而健侧可代偿性增强。

(3)异常支气管呼吸音:在正常肺泡呼吸音区域听到支气管呼吸音,见于肺实变。

(4)啰音(正常情况下并不存在,非呼吸音的改变):啰音是呼吸音以外的附加音,因性质不同可分为干啰音和湿啰音两种。①干啰音:鼾音一般发生于气管或主支气管,音调低而粗;哨笛音发生于小支气管,音调高,呼气延长的哨笛音称“哮鸣音”。两侧肺底出现干啰音,见于慢性支气管炎、支气管哮喘,也可见于心源性哮喘;局限性干啰音见于支气管肺癌、支气管内膜结核等。②湿啰音:又称水泡音。湿啰音的出现,往往提示肺部有炎性病变或肺淤血等。湿啰音局限在某部,提示该局部病变,如肺炎、肺结核、支气管扩张等;发生于两侧肺底,见于心力衰竭所致的肺淤血、支气管肺炎等;满布两肺野,多见于急性肺水肿(两肺满布湿啰音最常见于急性肺水肿)、严重的支气管肺炎。

(5)胸膜摩擦音:正常胸膜表面光滑,脏、壁层胸膜间有微量液体起润滑作用,故呼吸时无声响。当胸膜发生炎症时,表面粗糙,呼吸时两层胸膜摩擦产生的声音,称为胸膜摩擦音。吸气与呼气时均可听到,屏气时消失;在前下侧胸壁最易听到;多见于纤维素性胸膜炎、胸膜肿瘤等。

(6)肺、胸膜常见疾病的综合体征比较见表 1-1。

表 1-1 肺、胸膜常见疾病的综合体征比较

病变	视诊		触诊		叩诊	听诊	
	胸廓	呼吸活动度	气管位置	语颤		呼吸音	啰音
肺实变	对称	病侧减弱	居中	病侧增强	浊音或实音	支气管呼吸音	湿啰音
肺气肿	桶状胸	减弱	居中	减弱	过清音	减弱	有
胸腔积液	病侧饱满	病侧减弱或消失	移向健侧	减弱或消失	实音	减弱或消失	无
气胸	病侧饱满	病侧减弱或消失	移向健侧	消失	鼓音	消失	无

五、心脏和血管

(一)视诊

1. 心前区隆起

正常人心前区与右侧对称,无隆起。心前区隆起见于先天性心脏病、大量心包积液等。

2. 心尖搏动

在心脏收缩时,未被肺遮盖的左心室部分冲击心前区胸壁,可引起局部肋间软组织向外搏动,称为心尖搏动。正常心尖搏动位于左侧第 5 肋间,锁骨中线内 0.5~1.0cm 处,搏动范围的直径为 2.0~2.5cm。通常明显可见。观察心尖搏动时,需注意其位置、强度、范围、节律及频率有无异常。引起心尖搏动位置改变的病理因素有:

(1)心脏疾病:左心室增大时,心尖搏动向左下移位;右心室增大时,心尖搏动向左移位而不下移;左、右心室增大时,心尖搏动向左下移位伴心界向两侧扩大;先天性右位心时,心尖搏动位于右侧第 5 肋间锁骨中线内侧。

(2)胸部疾病:凡能使纵隔及气管移位的胸部疾病,均可使心脏及心尖搏动移位,如大量胸腔积液或气胸时,心尖搏动向健侧移位;肺不张、粘连性胸膜炎时,心尖搏动向患侧移位;肺气肿伴右心室增大时,心尖搏动在剑突下。

(3)腹部疾病:凡能增加腹压而影响膈肌位置的疾病,也可影响心尖搏动的位置,如大量腹水或腹腔巨大肿瘤时,心尖搏动位置上移。

3. 毛细血管搏动征

用手指轻压病人的甲床末端或以玻片轻压病人的口唇黏膜,局部出现发红与发白交替的节律性毛细血管搏动现象,称为毛细血管搏动

征,见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进症、严重贫血等。

(二)触诊

1. 心前区搏动

用触诊法可进一步证实视诊所发现的心尖搏动及其他搏动,并确定其位置、范围、强度,并与视诊结果相比较。左心室肥厚时,触诊手指会被强有力的心尖搏动抬起,称为抬举性搏动。

2. 震颤

也称猫喘,是用手触诊时感觉到的一种微细的震动感,为器质性心血管疾病特征性体征之一。见于某些先天性心脏病、心瓣膜狭窄等。

3. 心包摩擦感

是在心前区触及的一种连续性摩擦振动感,在胸骨左缘第四肋间处较易触及,提示心包膜的炎症。

(三)叩诊

心脏叩诊的目的在于确定心脏的大小、形状及其在胸腔内的位置。心脏为不含气器官,叩诊呈绝对浊音,而心脏被肺遮盖的部分,则叩诊呈相对浊音。相对浊音界即是正常心界。正常人的心右界几乎与胸骨右缘相合,但在第 5 肋间处稍向右偏离;心脏左界在第 2 肋间几乎与胸骨左缘相合,第 3 肋间以下则向左下逐渐形成向外悬起的弧形,至第 5 肋间。

心脏浊音界的大小、形态、位置与心脏本身病变及心外因素有关。左心室增大,心脏左浊音界向左下扩大,心腰部变为近似直角,心脏浊音区呈靴形,常见于主动脉瓣关闭不全、高血压性心脏病,也称为主动脉型心脏。右心室轻度增大只使绝对浊音界扩大;显著增大时,相对浊

音界同时向左、右扩大,但向左增大较为显著,常见于肺源性心脏病等。左心房增大,可使心腰部消失或膨出,伴有肺动脉高压时,心腰部更饱满或膨出,心脏浊音区呈梨形(二尖瓣型),常见于二尖瓣狭窄。心包积液时,心脏浊音界向两侧扩大,呈三角烧瓶样。

(四)听诊

1. 心脏瓣膜听诊区

心脏各瓣膜所产生的声音,常沿血流方向传导到前胸壁的不同部位,听诊最清楚的部位,称为该瓣膜的听诊区。心脏各瓣膜听诊区与其瓣膜口在胸壁上投影的位置并不完全一致。

(1)二尖瓣区(心尖部):位于心尖搏动部位,即位于第五肋间左锁骨中线稍内侧。

(2)肺动脉瓣区:胸骨左缘第2肋间。

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

(4)三尖瓣区:胸骨体下端左缘,即胸骨左缘第4、5肋间处。

2. 听诊顺序

常按逆时针方向依次听诊。即二尖瓣区→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。

3. 听诊内容

听诊内容包括心率、心律、心音及杂音等。

(1)心率:即每分钟心跳的次数,以第一心音为准。

正常成人心率为60~100次/分,大多数为60~80次/分。窦性心动过速(成人心率超过100次/分),见于过度紧张、剧烈活动、发热、心肌炎等;窦性心动过缓(成人心率低于60次/min),见于运动员、迷走神经兴奋性增高、冠心病、心肌炎等。

(2)心律:正常成人心跳的节律是规则的,但部分青年和儿童可有窦性心律不齐,表现为吸气时心率增快,呼气时心率减慢。临床上最常见的心律失常有期前收缩和心房颤动。

期前收缩是在原有规则的心律中,突然提早出现的心脏搏动,继之有一较长间歇。期前收缩按发生频率分为偶发(期前收缩<6次/min)

和频发(期前收缩 ≥ 6 次/min)。如每一个窦性搏动后出现一次期前收缩,称为二联律;如每两个窦性搏动后出现一次期前收缩或每一个窦性搏动后出现两次期前收缩,称为三联律。常见于器质性心脏病、洋地黄中毒、电解质紊乱等。

心房颤动是由于心房内异位节律点发出的异位冲动导致心房肌快速而不协调的收缩。心房颤动的听诊特点:①心室律绝对不规则;②心音强弱不等;③心率与脉率不等,即脉率少于心率,称脉搏短绌。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症。

(3)心音:正常人心脏搏动时可听到交替出现的两个不同性质的心音,分别称为第一心音、第二心音。如两个心音同时减弱或第一心音减弱,常见于心肌炎、心肌梗死、休克等。病理情况下,在原有的第一、第二心音之外,于舒张期出现一个附加音,组成了三音心律,三音心律间隔大致相同,性质相近,犹如马奔跑时的蹄声,称为舒张期奔马律,提示左心室功能低下,是一种危重的体征。多见于冠心病、心肌炎、心脏病。

(4)杂音:是在心音以外出现的持续时间较长的异常声音。其产生与瓣膜口狭窄或关闭不全,心脏内有漂浮物或有异常通道,以及血流加速等有关。如发生在第一心音和第二心音之间称为收缩期杂音;发生在第二心音之后称为舒张期杂音。舒张期杂音无论性质和程度如何,大多为器质性杂音(病理性杂音)。收缩期杂音则要加以分析,轻而局限于心尖部(2级以下),多为功能性杂音;杂音较响(3级及以上),且常沿产生杂音的血流方向传导,多为器质性杂音(病理性杂音)。

六、腹部检查

一般以两条垂直线和两条水平线将腹部分为9个区域。两条水平线分别为:两侧肋弓下缘的连线和两侧髂前上棘的连线。两条垂直线分别为:左、右髂前上棘至腹中线连线的中点所作的垂直线。

(一)视诊

正常人腹部平坦,两侧对称。