

湖南省中等卫生学校护士专业

内科护理学

(试用教材)

内科护理学

(试用教材)



吴 群 编

1.0001

湖南省护士专业试用教材说明

卫生部陈敏章部长在全国中等医学教育工作会议上指出：“中等医学教育教学改革的中心任务是：打破在教学工作中的传统模式，把中等医学教育从类同于高等教育的“学院型”改变为“实用型”，以适应改革后城、乡卫生工作对中等卫生技术人才的需要”。湖南省卫生厅根据此精神，选定护士专业为中等医学教育改革的试点专业，按照培养“实用型”护理人才这一目标，修订护士专业教学计划和各学科的教学大纲，组织有关专业教师编写供全省护士专业教改试点班使用的新教材。

试用教材共有18种：包括医学伦理学、医用化学、医用遗传学、解剖学及组织胚胎学、生物化学与生理学、微生物学与寄生虫学、病理学、药理学、护理心理学、基础护理学、内科护理学、外科护理学、儿科护理学、传染病护理学、妇产科护理学、眼耳鼻喉咽喉及口腔护理学、卫生学、针灸与理疗等。为了使新编的教材，服从于培养目标，具有较强的专业性和实用性，强调教材的编写，应根据强化培养目标，淡化学科意识，加强基本技能训练的原则，取舍教学内容，以体现护理学是一门综合应用型学科，有利于提高护士素质。在编写程序上分两阶段进行，第一阶段：由担负护士专业教学改革的试点学校，按学科分工，选定具有讲师以上职务的任课教师为主编，邀请省内其他卫校富有教学和临床经验的讲师、高级讲师参加编写，先根据修订的教学计划与教学大纲，编写试用教材，在护士专业教改试点教学班使用，以便在教学实践过程中发现问题予以修改；第二阶段：试用教材经修改后，确认该教材符合教学改革的要求，质量较好，再邀请省内高等医学院校有关专家、教授主审定稿，然后组织出版发行。其目的在于保证书稿内容的科学、新颖和实用。

为了便于任课教师安排教学进程和指导学生学习，本教材后附有教学大纲和实习、实验指导。教材建设是一项长期而艰巨的任务，编写适合护士专业教学改革的系列教材亦属初次尝试，因此，书中不足之处，难以避免，有待于广大师生与读者的批评指正，以便不断修改完善。

科 教 处

1990.4

目 录

第一章 内科临床护理的病情观察

- 第一节 病情观察的重要意义..... (1)
- 第二节 病情观察的方法..... (1)
- 一 问诊..... (1)
- 二 体格检查..... (4)

第二章 常用辅助检查的基本知识

- 第一节 实验检查..... (18)
- 第二节 X线检查..... (29)
- 第三节 心电图检查..... (32)
- 第四节 超声波检查..... (36)

第三章 呼吸系统疾病的护理

- 第一节 慢性支气管炎..... (37)
- 第二节 支气管哮喘..... (39)
- 第三节 支气管扩张..... (43)
- 第四节 慢性肺源性心脏病..... (46)
- 第五节 肺炎..... (49)
- 第六节 肺脓肿..... (54)
- 第七节 肺结核病..... (56)
- 第八节 胸膜炎..... (64)
- 第九节 支气管肺癌..... (67)
- 第十节 气胸..... (70)
- 第十一节 呼吸衰竭..... (73)

第四章 循环系统疾病的护理

- 第一节 慢性心功能不全..... (81)
- 第二节 心律失常..... (86)
- 第三节 风湿性心脏瓣膜病..... (93)
- 第四节 高血压病..... (96)
- 第五节 冠状动脉硬化性心脏病..... (100)
- 第六节 病毒性心肌炎..... (107)
- 第七节 原发性心肌病..... (108)
- 第八节 心包炎..... (110)

第五章 消化系统疾病的护理

- 第一节 胃炎..... (113)

第二节	消化性溃疡	(118)
第三节	肝硬化	(124)
第四节	原发性肝癌	(130)
第五节	肝性脑病	(134)
第六节	急性胰腺炎	(140)
第六章 肾脏疾病的护理		
第一节	慢性肾炎	(144)
第二节	肾盂肾炎	(147)
第三节	慢性肾功能不全	(151)
第七章 血液病的护理		
第一节	贫血	(158)
第二节	白血病	(163)
第三节	出血性疾病	(169)
第八章 内分泌疾病的护理		
第一节	单纯性甲状腺肿	(173)
第二节	甲状腺机能亢进	(174)
第三节	糖尿病	(178)
第九章 结缔组织疾病护理		
第一节	系统性红斑狼疮	(184)
第二节	类风湿性关节炎	(186)
第十章 理化因素所致疾病的护理		
第一节	急性中毒概述	(189)
第二节	有机磷农药中毒	(191)
第三节	一氧化碳中毒	(195)
第四节	中暑	(198)
第十一章 神经系统疾病的护理		
第一节	急性脑血管病	(201)
第二节	癫痫	(210)
第十二章 精神疾病的护理		
第一节	精神分裂症	(214)
第二节	神经症	(219)
附	内科护理学教学大纲 (供参考)	
(001)		
(701)		
(801)		
(011)		
(811)		

42

内科护理学是研究内科临床护理工作的理论基础及护理实践的一门科学。内科住院患者中，慢性病、危重病、老年病患者较多，病情复杂多变，优良的专科护理是取得最佳医疗效果的保证。

在内科临床护理中，不论是了解患者的心理状态，还是要掌握复杂的病情变化，最基本的方法是进行严密、细致、正确地观察。心理、病情观察、并发症、药物反应
食>

第一章 内科临床护理的病情观察

第一节 病情观察的重要意义

病情观察是内科护理工作的一项重要内容，是衡量内科临床护理质量标准的重要方面，也是护理人员应尽的职能。护理人员如能严密、细致、正确的观察病情，^①不仅能为医师提供可靠的诊断和治疗依据，^②而且可为抢救危重患者赢得宝贵时间，^③并能反映一个护理人员的业务水平和工作责任心。

内科护理病情观察必须突出一个“严”字，做到“勤”而“细”。只有这样，才能掌握病情的动态变化，作出正确的判断，从而提出合理的护理措施，保障患者的生命安全。

内科疾病的观察效果，关键是掌握“动态”。在观察中，不仅要观察生命体征，还要对疾病的一些特殊表现和可能出现的严重并发症进行密切观察。例如护理肺结核大咯血患者时，除鼓励患者将血轻轻咯出外，还应密切观察胸闷、气促、咯血不畅、情绪紧张、面色灰暗、喉头痰鸣音、喷射性大咯血突然中止等窒息先兆的表现。

临床护理的病情观察，应贯穿于治疗的全过程，有利于护理人员及时掌握治疗效果和病情动态的变化。如用洋地黄、利尿剂治疗心力衰竭的过程中，护理人员通过动态观察患者的呼吸、脉搏、心率、脉压差、静脉压的改变，可为心力衰竭的治疗效果提供客观依据；通过密切观察胃肠道反应、神经系统症状及心率、心律的改变，能提示有无洋地黄中毒，协助医师及时调整治疗方案、提高治疗效果、预防并发症。

第二节 病情观察的方法

一、问 诊

问诊是护理人员通过询问患者或知情人，详细了解疾病的发生、发展情况，经过分析、综合而提出初步判断的一种方法。

【问诊的重要性】

问诊是护理人员认识疾病的开始，护理人员通过问诊全面了解患者的自觉症状、疾病发生、发展、诊疗经过和既往健康情况等全过程；通过问诊也为提出护理问题和制定

护理计划提供重要依据。同时护理人员通过与患者的亲切交谈可以掌握患者的心理状态，有利于做好心理护理。

问诊还是观察病情的重要方法之一，通过问诊不但可以了解患者的食欲、睡眠、大小便等一般情况，也可以进一步了解病情的变化、治疗的反应和药物的副作用等，为进一步协助诊断、改进治疗和护理提供必要的依据。

【问诊的方法】—1. 态度好：先问一般情况→再问系统；2. 勿暗示。

问诊时护理人员对患者要亲切、和蔼和耐心，以取得患者的信任和合作，保证病史的可靠性。问诊应先从患者感受明显、容易回答的问题开始，如“你感到哪里不舒服？”

“得病多久？”等，随后耐心听患者的陈述。当患者陈述离题太远时，可插问一些与现症关系密切的问题，将话题转回。提问时应避免套问或诱问，如不应问“你是否下午发烧？”“咳嗽伴有胸痛吗？”而应问“你什么时候发热？”“咳嗽时伴有其他不适吗？”等。套问或诱问可使患者顺口称是，影响病史的可靠性。在问诊的过程中，护理人员应随时分析、综合患者所述的各种症状之间的内在联系，分清主次，去伪存真，然后加以归纳、整理，按规格写成病史。在询问中尚需注意：①对重危患者，问诊应简要，在重点体格检查后，立即进行抢救；②问诊时语言要通俗易懂，避免使用医学术语，如“心悸”、“里急后重”等；③应尽可能询问患者本人，如患者不能回答，则可由最了解其病史者代叙；④应亲自询问，住院、门诊等病史资料仅供参考，更不能以简单抄录来代替询问。

③转移病史仅供参考 ④保护性医疗。

【问诊内容与护理病历】

问诊内容即为护理病历的主要内容，护理病历是执行责任制护理中必不可少的记录，是反映护理工作过程和质量的基本材料。目前护理病历格式与内容尚无完全统一的规范，大致内容包括：

(一) 一般项目 包括姓名、性别、年龄、职业、入院日期、文化程度、入院诊断

入院方式等

症状：病人主观感觉到不舒服的情况。和现病史 主诉部分 ①起病情况 ②疾病经过 ③伴随症状
体征：客观检查 ④病程经过 ⑤一般情况
查所发现 ⑥饮食起居大便
向情况。

(二) 主要病情 包括主诉、主要症状的发生和发展、发病时间、诊治情况。主诉 ④病程经过 ⑤一般情况
是患者本次就诊最主要的症状、体征及其持续的时间。如“活动后心悸、呼吸困难二 ⑥饮食起居大便
年，全身水肿三天。” (体温、脉搏、呼吸、血压、湿度、温度、弹性)

(三) 护理检查 包括生命体征、神志、瞳孔、皮肤、营养状况、四肢活动、五官一般情况
等一般状况以及有关疾病的重要体征。

(四) 心理状况 包括心理倾向，如焦虑、恐惧、忧郁等，对疾病的认识，以及对护理的要求。

(五) 生活习惯 包括饮食、嗜好、睡眠、大小便等情况。

上述内容除护理检查外，均需要通过问诊来收集资料，问诊前可参考住院病历、了解治疗方案。交谈中重点了解患者的主要症状发生、发展过程，心理状态，生活习惯，住院期间的困难等问题，並要观察患者的语言、态度、表情等获得有用的资料。

护理病历：(六) 护理问题 是指需要护士处理的患者实际存在和潜在的健康问题。也就是护理人员将收集的资料进行分析、归纳和综合，并参考治疗方案，根据患者的身心健康和治疗要求找出护理方面需要解决的矛盾。

护理问题判断正确与否直接影响到护理措施的制订、实施和患者的康复，因此极为重要。如急性化脓性阑尾炎患者，应根据其发热、白细胞增多、右F腹肌紧张、压痛和反跳痛等表现，提出“有阑尾穿孔的危险”作为护理问题，并通过采用“卧床休息、禁食、密切观察生命体征和腹痛变化”等护理措施防止发生阑尾穿孔。

✕ (2) 护理措施 护理措施是对护理问题和患者需要所采取的具体方法。这一步骤是护理程序的中心部分，是护理工作的基础。它是根据护理问题而制定的，内容应具体、明确，并写出理论依据，注意不可用转抄医嘱代替护理措施的制订。

(3) 护理小结 是患者住院期间护士给予全过程护理的总结。书写顺序为患者入院时状态，护理措施的实施情况，通过落实护理程序患者转归如何，预后怎样，有无护理并发症，以及护理经验和教训。

(4) 出院指导 是患者在住院期间所接受的护理措施的继续，用以指导患者出院后继续进行家庭护理，也是巩固疗效，争取疾病好转或痊愈的重要环节。

附 1、护理病历

姓名_____床号_____性别_____年龄_____入院日期_____

住院号_____

疾病诊断_____记录时刻_____

民族_____文化水平_____宗教信仰_____社会职业_____

卫生处理时刻_____入院时一般状态_____

入院介绍：对症宣教、饮食、休息、卫生、探亲、陪客。

护理检查：神志_____皮肤_____

四肢活动_____五官功能_____引流管_____

插管日期_____拔管日期_____

过敏史_____遗传史_____

心理状态：开朗、焦虑、恐惧_____

对疾病认识_____

对护理要求_____

生活习惯：近日进食情况_____

近日排泄情况_____

爱好_____嗜好_____睡眠习惯_____

护理小结：

出院指导：

责任护士签名：_____护士长签名：_____

附2、护理入院录

病室 床号 住院号数 入院日期

姓名 性别 年龄 职业 文化水平

工作单位 家庭地址

入院诊断 伴发症

入院方式

主要病情：（主诉症状、发病时间T、R、P、BP）

外表体征：体形 面色 五官

皮肤（疮疖、褥疮、淤斑）

四肢活动

心理活动：开朗 焦虑 对疾病认识

治疗信心 有无恐惧心理

外因刺激

用药情况：入院前主要用药

过敏史

护理要点：

生活习惯：饮食 嗜好 睡眠

大小便

家庭情况：

入院介绍：对症宣教

环境制度介绍

护士长签字 护士签名

二、体格检查

【体格检查的基本方法】

体格检查是护理人员运用自己的感觉器官，或借助于简单的诊断工具（听诊器、血压计、手电筒等），来了解患者身体状况的一种最基本的检查方法。多数疾病可以通过体格检查，再结合病史作出初步判断。体格检查也是护理人员观察病情变化的重要方法之一。

视诊 < 一般视诊
局部视诊. 身体各部

触诊 { 单触诊: 一般为右手
双触诊: ... }

听诊 { 直接听诊法
间接听诊法 }

叩诊, 直接叩诊法: 广泛, 右手四指并拢一叩皮叩击被诊部位.
间接叩诊法:

体格检查的基本方法有视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊, 现简要分述于下。

(一) **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的一种方法。是护理人员观察病情的主要方法。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。^②在侧面的光线下, 能清楚地看出搏动或肿块的轮廓。^③被检查部分应充分暴露, 並应深入细致地观察。

(二) **触诊** 触诊是通过手的感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。触诊多用手的手指腹和掌指关节部掌面进行。注意: 1. 动作要轻; 2. 手要温暖; 3. 检查顺序: 健区 → 病区

(三) **叩诊** 叩诊是用手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。叩诊的方法有直接叩诊法和间接叩诊法, 临床广泛采用的为间接叩诊法, 叩诊时将左手中指第二节指节紧贴于被叩部位, 其它手指稍微抬起, 易使与体表接触, 右手各指自然弯曲, 以中指指端垂直地叩击左手中指第二节指骨的前端。叩诊时应注意听取叩诊所产生的音响, 以便正确地判断叩诊音的变化。叩诊音可分为: ①清音: 正常肺部的叩诊音。②浊音: 为叩击被少量含气组织复盖的实质脏器, 如心脏、肝脏被肺的边缘所复盖的部分时所产生的声音。③实音: 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: 在叩诊含有大量气体的空腔器官时出现。如叩击胃泡区和腹部, 气胸时也可出现。⑤过清音: 见于叩击弹性减弱、含气量增多的肺组织, 如肺气肿。

(四) **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。目前临床普遍使用的是间接听诊法即借助听诊器进行间接听诊。听诊时, 要注意环境安静、温暖、避风, 根据患者病情取适当体位, 肌肉放松, 听诊器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。听诊在心肺疾病的病情观察中最有价值, 并可观察其动态变化。

(五) **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中毒患者; 口腔呈尿臭味见于尿毒症患者; 体表、呼吸、呕吐物有大蒜气味见于有机磷农药中毒患者。
烂苹果味 → 酮中毒 尿味 → 尿毒症

【体格检查的内容】

(一) **一般检查** 一般检查是对患者全身状态的概括性观察, 检查方法以视诊为主, 适当配合触诊。根据患者的全身状态, 可大概判断属哪个系统的疾病, 也可了解病情的变化和危急程度, 为护理提供必要依据。一般检查内容包括全身状态、皮肤和粘膜、淋巴结等。

1、全身状态检查

(1) **体温** 正常人的口腔体温约在 $36.5 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。体温异常有:

1) **体温降低** 体温低于 36°C 称为体温降低。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; 也见于内分泌代谢障碍和体温调节中枢功能失常。炎症性 胶原性疾病

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和伴随症状，应特别注意其血压情况，防止周围循环衰竭。

(2) 脉搏 触诊脉搏时应注意其速率、节律、紧张度、强弱、动脉壁的情况。计数脉搏时间需1分钟以上。在心律失常的情况下，应同时听诊心率。

1) 脉率 即每分钟脉搏的次数。正常人的脉率每分钟在60~100次之间。在病理情况下，脉率增快见于发热、贫血、甲状腺功能亢进、心功能不全等；脉率减慢见于房室传导阻滞、阻塞性黄疸、甲状腺功能减退、颅内压增高等。如脉率少于心率称为脉搏短绌，见于过早搏动、心房颤动。一般体温升高1℃，脉率增加10次。 $T↑ \rightarrow P↑ \rightarrow$ 相对缓脉

2) 几种常见的异常脉搏
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、严重贫血等。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。

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，可见于高血压性心脏病和冠状动脉硬化性心脏病。左心衰。

奇脉 吸气时脉搏显著减弱或消失，称为奇脉。是由于心包腔内压升高，使心脏舒张充盈受限，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。

不整脉 节律不规则的脉搏称不整脉，见于过早搏动、心房颤动、二度房室传导阻滞等。心律失常

(3) 呼吸 应注意观察呼吸频率、节律和深度的变化。

1) 呼吸频率的改变 正常成人呼吸每分钟16~20次。呼吸次数每分钟超过24次，称为呼吸增快，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，颅内压增高等。

2) 呼吸节律的改变 常见的呼吸节律异常有两种：
潮式呼吸（陈施二氏呼吸） 其特点是呼吸由浅慢逐渐变为深快；达到最大强度后，呼吸再由深快变为浅慢，继之呼吸暂停数秒钟，随后又重复上述节律。是呼吸中枢兴奋性降低的表现，常见于中枢神经系统疾病、中毒等。

间停呼吸（毕氏呼吸） 其特征是呼吸次数显著减少，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，常在呼吸停止前发生。

3) 呼吸深度的改变 呼吸变深而次数稍快，称酸中毒大呼吸（即库氏呼吸），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。呼吸变浅而快见于肺气肿、呼吸衰竭等。

(4) 血压 正常成人的收缩压为12~18.6kPa (90~140mmHg)，舒张压为8~12kPa (60~90mmHg)、脉压为4~5.3kPa (30~40mmHg)。成人收缩压 ≥ 21.3 kPa (160mmHg) 或/及舒张压 ≥ 12.7 kPa (95mmHg)，为高血压，见于高

血压病、肾脏疾病、肾上腺皮质功能亢进、颅内压增高等；血压低于 $10.7/8\text{kPa}$ ($80/60\text{mmHg}$)者，称为低血压，可见于休克、心肌梗塞、心功能不全、失血、急性传染病等。脉压增大见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、严重贫血等；脉压减少见于低血压、心包积液、缩窄性心包炎、主动脉瓣狭窄、重度心功能不全等。

(5) 意识状态 正常人意识清晰，某些疾病在其发展过程中使高级神经中枢功能受损，可引起不同程度的意识障碍。临床上检查意识状态的方法一般多用问诊、通过与患者对话来了解其思维、情感活动、定向力（对人物、时间、地点的分析力）等；同时还要做痛觉试验、瞳孔反射、肌腱反射等以判定意识障碍的程度。意识障碍程度分为：

1) 嗜睡 是最轻的意识障碍，患者处于病理的睡眠状态，但可被轻度刺激或言语唤醒，醒后能回答问题，但反应较迟钝，回答简单而缓慢，停止刺激后又再入睡。

2) 意识模糊 是较嗜睡为深的一种意识障碍，患者有定向障碍，思维语言也不连贯，可有错觉与幻觉，躁动不安，对周围环境的理解和判断失常。临床上有一种以兴奋性增高为主的高级神经活动急性失调状态，称为谵妄，表现为意识模糊、定向力消失、感觉错乱、语言乱语、植物神经紊乱（ $T\uparrow$ 、 $P\uparrow$ 、 $R\uparrow$ 、出汗）、躁动。

3) 昏睡 是接近人事不省的意识障碍。患者处于熟睡状态，不易唤醒。虽在强烈刺激下勉强唤醒，也毫无表情，答话含糊或答非所问，很快又再入睡。

4) 昏迷 是最严重的意识障碍。按其程度可区分为：
浅昏迷 意识大部丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应，对疼痛刺激尚可出现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应，角膜反射、瞳孔对光反射、吞咽反射等仍存在。

深昏迷 意识全部丧失，任何刺激均不能引起反应，肢体常呈弛缓状态，深、浅反射均消失，机体仅能维持呼吸和循环功能。③一切反射消失，可有病理反射 ④生命体征有改变

此外，尚有一种大脑功能暂时性严重障碍，而致突然发生的短暂的意识丧失状态，称昏厥。是由于脑部缺血引起供氧不足，或由于血液化学成份的改变如低血糖、碱中毒及脑组织本身损伤所致。

(6) 发育 正常发育与遗传、内分泌、营养代谢、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：①胸围等于身高的一半；②两上肢展开的长度约等于身高；③坐高等于下肢的长度。临床上常见的病态发育和内分泌的关系最为密切，如人体发育成熟前垂体前叶功能亢进，可使体格生长呈异常高大，称巨人症；反之，则使体格生长呈异常矮小，称侏儒症。

(7) 营养 营养状态对于估计机体健康状况和疾病程度，是一个重要的标志。一般可用良好、中度、不良三个等级来概括。

1) 良好 皮肤光泽、粘膜红润，毛发、指甲润泽；皮下脂肪丰满而有弹性；肌肉结实，肋间隙或锁骨上窝平坦，肩胛部和股部肌肉丰满。

2) 不良 皮肤粘膜干燥，弹性减低，指甲粗糙无光泽，毛发稀疏；皮下脂肪菲薄；肌肉松弛无力，肋间隙和锁骨上窝凹陷。肩胛骨和髂骨棱角突出，见于慢性消耗性疾病。极度消瘦，称“恶液质”。见于晚期消耗性疾病。

3) 中等 介于以上两者之间。

体型：1. 瘦长型（无力型），腹上角 $<90^\circ$
2. 矮胖型（超力型），... $>90^\circ$
3. 匀称型（正力型）...

(8) 面容和表情 面容和表情能反映机体各种不同状态, 注意观察常有助于某些疾病的诊断, 了解患者的状态, 也可提示病情的轻重, 疾病发展情况和预后。常见的病态面容有:

1) 急性病容 面色潮红, 兴奋不安, 呼吸急促, 痛苦呻吟等。见于急性热病, 如大叶性肺炎、疟疾等。

2) 慢性病容 面容憔悴, 面色灰暗或苍白, 目光暗淡, 见于慢性消耗性疾病, 如肝硬化、严重肺结核等。

3) 病危面容 面容枯槁, 面色灰白或发绀, 表情淡漠, 目光无神、皮肤湿冷, 甚至大汗淋漓, 见于大出血、严重休克、急性腹膜炎等。

4) 贫血面容 面色苍白, 唇色淡, 表情疲惫乏力, 见于各种贫血。

5) 甲亢病容 面肌消瘦, 眼球凸出, 目光惊恐, 兴奋不安, 烦躁易怒。

6) 二尖瓣面容 面容晦暗, 双颊紫红, 口唇轻度发绀, 见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄。

7) 伤寒面容 表情淡漠, 反应迟钝, 呈无欲状态, 见于肠伤寒。

(9) 体位 由于疾病性质和意识状态不同, 使患者采取不同的体位, 对某些疾病的诊断具有一定意义。常见的有:

1) 自动体位 身体活动自如, 可随意改变体位。见于轻症患者或重症初期。

2) 被动体位 患者不能随意调整或变换肢体的位置。主要见于意识丧失和瘫痪的患者, 也可见于极度衰弱的病例。

3) 强迫体位 为了减轻疾病的痛苦, 患者常被迫采取某种体位, 称强迫体位。如:

强迫仰卧位 患者仰卧, 两腿卷曲, 借以减轻腹部的肌肉紧张和疼痛, 见于急性腹膜炎。

强迫侧卧位 有胸膜疾病者多卧于患侧, 以减轻疼痛, 并有利于健侧代偿呼吸。

强迫坐位 (端坐呼吸) 当肺部疾患或心功能不全引起呼吸困难时, 迫使患者采取坐位, 以利膈肌运动, 胸廓辅助呼吸肌发挥作用, 及减少下肢回心血量而减轻心脏负担。

强迫停立位 在步行时心绞痛突然发作, 迫使患者立即停立, 以缓解疼痛。

辗转体位 腹痛症状发作时, 患者辗转反侧, 坐卧不安, 见于胆石症、蛔虫胆虫症等。

2、皮肤和粘膜

(1) 弹性 皮肤弹性与年龄、营养状态和组织间隙所含液体多少有关。检查时用食指和拇指将患者手背皮肤捏起, 正常情况下, 松手后皮肤皱折迅速平复。弹性减退时, 皮肤皱折平复缓慢, 见于严重脱水患者及老年人。 甲亢、风湿热、TB—盗汗

大汗 (2) 湿度 皮肤湿度与出汗有关。结核病患者常于夜间熟睡后出汗, 称盗汗。休克时出汗伴有皮肤厥冷, 称冷汗。粘液性水肿、维生素A缺乏等患者皮肤干燥无汗。

(3) 颜色

1) 苍白 皮肤粘膜苍白多由于血红蛋白量减少或末梢毛细血管充盈不足所致, 见于贫血、出血、休克、虚脱等。

2) 发红 皮肤粘膜发红是由于毛细血管扩张充血、血流加速或红细胞量增加所致。病理状态见于发热性疾病，如急性肺炎、肺结核午后两颧潮红。皮肤持久性发红见于柯兴氏综合征和真性红细胞增多症。

皮肤粘膜呈紫蓝色 紫绀 主要为血液中还原血红蛋白的绝对量增多（超过5克/分升）而引起。发生部位常为舌、耳廓、口唇、面颊、肢端。多见于先天性心脏病、心肺功能不全和某些中毒患者。严重贫血患者（血红蛋白量小于5克/分升）即使全部血红蛋白处于还原状态，也不出现紫绀。

皮肤粘膜呈黄色 黄染 皮肤粘膜发黄称为黄染。主要见于黄疸。早期或轻微时见于巩膜和软腭粘膜，较明显时才见于皮肤，发生于胆道阻塞、肝细胞损害、溶血性疾病等。此外，过多食用胡萝卜、南瓜、桔子汁等，也可使皮肤黄染，但发黄部位多在于手掌、足底皮肤，一般不发生于巩膜和口腔粘膜。当长期服用呋喃类药物也可使皮肤发黄，但这种使巩膜发黄与黄疸不同，只出现在角膜缘周围。

5) 色素沉着 是由于表皮基底层黑色素增多，使皮肤、粘膜色泽加深呈暗褐色，好发于身体外露部位及头部、腋窝、外生殖器官。可见于慢性肾上腺皮质功能减退及肝硬化等。

(4) 水肿 是指皮下组织间隙中液体滞留过多所致。若以手指加压，局部组织出现凹陷者为凹陷性水肿；粘液性水肿经指压后局部组织无凹陷，将为非凹陷性水肿。根据凹陷性水肿的程度分为轻、中、重三种：

1) 轻度 仅见于眼睑、踝部和胫骨前，指压后可见局部组织轻度凹陷，平复较快。

2) 中度 全身软组织均可见明显水肿，指压后可出现明显的较深的组织凹陷，平复缓慢。

3) 重度 全身严重水肿，低部位皮肤紧张、发亮，甚至有液体渗出。此外，胸腔、腹腔也可见积液。

(5) 皮疹 可分为斑疹、玫瑰疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹等。常见于皮肤病、传染病、严重感染、药物过敏等。如玫瑰疹见于伤寒、丘疹见于麻疹，荨麻疹见于药物过敏。

(6) 紫癜 是皮肤或粘膜下出血。直径不超过2毫米者称出血点；直径在3—5毫米之间称紫癜；直径在5毫米以上者称淤斑；片状出血伴局部皮肤隆起称血肿。紫癜的特征与皮疹不同，皮疹为充血性，用手指压之退色，紫癜用手压之不退色。紫癜多见于血液病。其次见于重症感染，某些血管损害的疾病，药物中毒等。

(7) 蜘蛛痣 是皮肤小动脉末端分枝扩张所形成的蜘蛛样血管痣。多出现在面、颈、上臂、前胸等上腔静脉分布的区域内。检查时用笔尖或火柴杆压迫蜘蛛痣的中心（即中央小动脉干部）其辐射状小血管网即退色，去除压力后又复出现。蜘蛛痣的发生一般认为与体内雌激素增高有关。常见于慢性肝病，也可见于妊娠期的妇女。

3、淋巴结 正常情况下浅表淋巴结很小，不易触及。颈部、颌下或腹股沟淋巴结偶可触及，但一般直径不超过0.5厘米，表面光滑，质软而无压痛，可活动，与周围组织无粘连。

淋巴结检查顺序：耳后→枕后→颌下→颌前→锁骨上、下窝→腋窝→腹股沟→腘窝。

临床意义:

大可见于急慢性炎症、结核、恶性肿瘤转移等、血液病

(二) 头颈部检查

2、面部器官

(1) 眼

1) 眼睑 注意有无水肿、下垂。眼睑水肿见于肾炎、心力衰竭，双侧眼睑下垂见于重症肌无力，单侧眼睑下垂见于动眼神经麻痹。闭合障碍 双侧 甲亢 眶内占位性病

2) 结合膜 充血见于结膜炎，苍白见于贫血，有出血点可见于败血症、亚急性感染性心内膜炎、出血性疾病等。检查方法: 翻转眼睑, 出血, 充血, 颗粒, 瘢痕

3) 眼球 双侧眼球突出见于甲状腺功能亢进，单侧眼球突出见于局部炎症或眶内占位性病变。双眼球下陷见于严重脱水，单侧眼球下陷见于霍纳氏综合征。同侧瞳孔缩小, 眼球下陷, 同侧面部无汗, 主要由于颈交感神经损害, 颈交感支主要支配面部

4) 巩膜 巩膜黄染多见于黄疸，其特点为均匀分布，愈近穹窿部愈黄。中年以后在内眦部可出现黄色斑块，为脂肪沉着所形成，呈不均匀分布，可与黄疸区别。

5) 瞳孔 正常瞳孔为圆形，双侧等大，室内光线下直径约 3~4 毫米，对光反射存在。瞳孔缩小可见于有机磷农药、毒蕈、吗啡、巴比妥类等中毒；瞳孔扩大见于视神经萎缩、阿托品药物中毒，双侧瞳孔散大并伴有对光反射消失为濒死状态的表现；两侧瞳孔不等大常提示颅内压增高，如脑肿瘤、脑溢血、脑疝等。

(2) 耳 注意外耳有无畸形、外耳道有无分泌物等。

(3) 鼻 注意鼻腔是否通畅，有无分泌物或鼻衄。出现鼻翼扇动提示高度呼吸困难。外形: 酒精鼻, 蛙鼻, 鞍鼻, ①有无分泌物 ②鼻中隔

(4) 口腔

1) 气味 注意嗅闻口腔有无特殊气味。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；呼出的气体带有大蒜味见于有机磷农药中毒。

2) 口唇 健康人口唇红润光泽。贫血者口唇苍白，缺氧者口唇紫绀，一氧化碳中毒患者口唇呈现樱桃红色，急性发热疾病常有唇周疱疹，核黄素缺乏可致口角糜烂，面神经瘫痪可出现口角歪斜。

3) 口腔粘膜 正常口腔粘膜呈粉红色。出现色素沉着，见于肾上腺皮质功能减退；粘膜溃疡见于口腔炎症；粘膜下有出血点或淤斑，可能为出血性疾病。口腔粘膜出现白斑常为霉菌感染所致。多见于衰竭患者，也可见于长期使用皮质激素或广谱抗菌素患者。检查方法: 对头后仰, 张口, 发白

4) 齿及牙龈 注意有无龋齿、残根、缺齿或义齿，有无牙龈溢脓或牙龈出血、颜色。

5) 舌 注意舌苔变化，有无舌炎，舌乳头有无红肿或萎缩，伸舌时有无偏斜。缺铁性贫血患者舌乳头萎缩，舌面光滑，伸舌时偏向一侧为舌下神经麻痹。

6) 咽和扁桃体 注意咽部有无充血、水肿、溃疡、渗出物、假膜形成，以及扁桃体有无肿大、充血、分泌物或脓液。急性咽炎时粘膜红肿，慢性咽炎粘膜干而粗糙，呈暗红色，咽后壁有滤泡增生。急性扁桃体炎时，腺体红肿增大，在扁桃体隐窝内有黄白色脓性分泌物，可有假膜形成，但易剥离。扁桃体肿大一般分为三度：不超过腭弓者为 I 度；超过腭弓者为 II 度；肿大的扁桃体达咽后壁中线者为 III 度。

(4) 颈部血管

①颈A: 不明显

②颈V: 正常坐、立位一看不见(不充盈).

卧位, 锁骨上缘与下颌角连线的下1/3处.

颈V紧张, 示上腔静脉压↑, 见于右心衰、上腔V回流受阻.

2、颈部检查

(1) 颈部外形和活动情况 正常人颈部两侧对称, 转动自如. 颈项强直为脑膜刺激征, 见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血等.

(2) 甲状腺 正常人甲状腺外观不突出, 不易触及. 如发现甲状腺肿大患者作吞咽动作, 可见肿大的甲状腺随吞咽动作而向上移动. 检查后应记述其肿大的程度、对称性、硬度、表面情况、压痛、有无震颤及杂音等.

(4) 颈部血管

颈静脉怒张 正常人立位或坐位时, 颈静脉不显露, 卧位时可消见充盈, 充盈水平仅限于锁骨上缘至下颌角之间距离的下1/3处. 如卧位时充盈度超过正常水平, 或坐位时可见颈静脉明显充盈称颈静脉怒张. 表示静脉压增高, 上腔静脉回流障碍, 可见于右心功能不全、心包积液等.

如用手按压患者右上腹部肿大的肝脏时, 见颈静脉充盈更为明显, 称肝颈静脉回流征阳性, 可见于右心功能不全、渗出性或缩窄性心包炎.

(3) 气管 正常人气管位于颈前正中部位. 检查时患者取坐位或仰卧位, 使颈部处于自然直立状态, 护士将示指与无名指分别置于两侧胸锁关节上, 然后将中指放于气管之上, 观察中指是否在示指与无名指中间, 若两侧距离不等则示有气管移位. 根据气管偏移的方向可以判断病变的位置, 如大量胸腔积液、积气可将气管推向健侧; 而肺不张、胸膜粘连可将气管拉向患侧.

(三) 胸部检查 胸部检查可借用体表自然标志表示阳性体征的部位和范围. 胸部的自然标志有: 胸骨、肋骨、肋间隙、剑突、胸骨角(胸骨柄与胸骨体交界处的突起)、肩胛骨、肩胛下角等. 胸部体表常用的垂直线标志有: 胸骨中线、锁骨中线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛下角线、后正中线等. 胸骨角与第二肋软骨相连接, 成为计算肋骨的重要标志. 当两上肢下垂时, 肩胛下角位于第7或第8肋间水平.

胸部检查包括胸廓、肺和胸膜、心脏和血管的检查.

1、胸廓 正常胸廓两侧大致对称, 成人胸廓左右横径大于前后径. 常见的异常胸廓有:

(1) 扁平胸 胸廓扁平, 前后径常短于横径的一半, 可见于瘦长体形, 也可见于慢性消耗性疾病, 如肺结核等.

(2) 桶状胸 前后径增长, 有时与横径大约相等, 胸廓呈圆桶形, 多见于肺气肿患者, 也可见于老年和矮胖体型的人.

(3) 鸡胸 前后径增大, 胸廓上下长度较短, 胸骨下端前突, 胸骨前壁肋骨可凹陷, 称鸡胸, 多见于佝偻病儿童. 伴有串珠肋.

(4) 局部隆起及凹陷 胸廓单侧膨隆见于大量胸腔积液、气胸、胸腔肿瘤等; 胸廓局限性凹陷见于肺不张、胸膜粘连等.

2、肺和胸膜

(1) 视诊 注意观察呼吸运动的改变. 一侧呼吸运动减弱可见于一侧肺部和胸膜疾病, 如肺炎、胸腔积液、气胸等; 两侧呼吸运动减弱可见于肺气肿等疾病. 当上呼吸道部分梗阻时, 气流进入肺中不畅, 呼吸肌收缩, 肺内负压极度增高, 出现胸骨上窝、锁骨上窝及肋间隙和腹上角内陷, 称为“三凹征”, 由于吸气延长, 称为吸气性呼吸困难.

吸气性呼吸困难: 特点: 吸气费力, 吸气延长. 三凹征: 胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙. 机制: 上呼吸道梗阻.

呼气性呼吸困难: 特点: 呼气费力, 呼气延长. 机制: 下呼吸道狭窄. 如哮喘、肺气肿.

病理性叩诊音：①浊音：肺内少量积液、肺炎、肺结核、积液、肿瘤、(能鉴别肺实变、肺充血、肺水肿、肺萎陷、肺脓肿、肺内大空洞、肺梗死) ②实音：绝对浊音、大量胸水、肺内大空洞、肺梗死 ③过清音：肺气肿、④鼓音：气胸、肺内大空洞。

难，常见于气管、咽喉梗阻，如气管异物、喉白喉；当下呼吸道部分梗阻时，气流呼出不畅，呼吸时需要用力，呼气时间延长，称呼气性呼吸困难。常见于支气管哮喘、各种原因引起的阻塞性肺气肿等。

语音震颤：(2) 触诊 主要检查触觉语颤。触觉语颤减弱见于肺气肿、阻塞性肺不张、大量胸腔积液或气胸。触觉语颤增强见于肺组织炎症或实变。

→肺泡→胸壁 (3) 叩诊 正常肺部叩诊呈清音。在肺炎、胸腔积液时可呈浊音或实音，气胸时呈鼓音，肺气肿呈过清音。

(4) 听诊 1) 正常呼吸音 同病人不同部位，正常呼吸音差异：①右前上区肋以上清音，以下浊音；②左前上区3~4肋以上清音，以下浊音；③右前上区肋以上清音，以下浊音；④左前上区肋以上清音，以下浊音。

机制：吸气→肺泡呼吸音 由于气流进出肺泡，使肺泡壁发生交替性的紧张与松弛，肺泡的这种弹性变化产生类似上齿咬下唇吸气时发出的“夫—”音。吸气的音响比呼气为强，音调较高，时相比较长。正常人在肺部均可听到。

机制：呼气→支气管呼吸音 是由口鼻吸入或呼出的气流，在声门及气管或主支气管形成湍流所产生的声音。其特点为呼气时声音较吸气时长、强、高，类似把舌抬高而呼气时所发出的“哈—”音。正常人在喉部、胸骨柄、背部第6、7颈椎及1、2胸椎附近可听到。

混合呼吸音：支气管肺泡呼吸音 与支气管呼吸音和肺泡呼吸音的混合声音，呼气与吸气强度和时相大致相同。正常人在胸骨角和肩胛间区的第3、4胸椎水平可以听到。

(2) 异常呼吸音 常见的异常呼吸音有肺泡呼吸音减弱或消失，见于胸腔积液、肺气肿、气胸等。如在正常肺泡呼吸音的部位出现支气管呼吸音，则为异常支气管呼吸音，见于肺组织实变、肺内大空洞、压迫性肺不张等。

(3) 罗音 是正常呼吸音以外附加的声音。按声音的性质不同可分为：干罗音 是气流通过狭窄的支气管发生湍流所产生的音响。发生于大支气管者音调低而粗，称为鼾音；发生于小支气管者音调高，称哨笛音，呼气延长的哨笛音称为哮鸣音。干罗音常见于慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管肺炎，也可见于心源性哮喘。

湿罗音 是由于气管或支气管内有较稀薄的液体，在呼吸时气流通过液体，形成水泡后立即破裂所产生的声音。依支气管口径的大小不同所发生的水泡音，可分为大、中、小水泡音。湿罗音如局限于肺的某部，提示该部有局限性病变，如肺炎、肺结核、支气管扩张等；如发生于两侧肺底，多见于心功能不全所致的肺淤血、支气管肺炎等；如满布两肺野，多见于急性肺水肿。

机制：纤维性 (4) 胸膜摩擦音 当胸膜发生炎症时，表面粗糙，可随呼吸运动产生两层胸膜摩擦的声音，称胸膜摩擦音。多见于结核性干性胸膜炎、胸膜肿瘤、尿毒症等。

位置及变化：(1) 视诊 正常：心尖搏动位于左侧第五肋间锁骨中线内侧0.5~1厘米处。左心室增大时，心尖搏动向左下移位；右心室增大时，可使心尖搏动向左移位。

b. 病理：(2) 触诊 用中指指尖垂置于心尖搏动点触及心尖呈抬举性搏动，是左心室肥厚的表现。如用手掌置于心前区感觉到一种细微的震动感，称“猫喘”，为器质性心血管疾病特征性表现之一。

① 心尖搏动 指尖垂直于心跳位置 ② 震颤(猫喘) 正常无 机制：血流狭窄的瓣膜口、液漏→胸壁振动 ③ 舒张早期震颤 舒张早期狭窄→舒张早期舒张期震颤