

依据2011年
最新护考大纲编写

护士执业资格考试 同步辅导丛书

内科护理学笔记

(含老年保健、精神障碍、中医护理)

(第二版)

主编 徐 亮

考点提纲栏 提炼教材精华，凸显高频考点

模拟试题栏 识破命题思路，提升应试能力

锦囊妙"记"框 趣味歌诀助记，成就高分能手



科学出版社



护士执业资格考试大纲指定教材

内科护理学笔记

（第2版）（供护理、助产专业用）

主编 王 芳

主审 陈 丹

人民卫生出版社 北京

（北京）

（北京）

（北京）

护士执业资格考试同步辅导丛书

内科护理学笔记

(含老年保健、精神障碍、中医护理)

(第二版)

主 编 徐 亮

副主编 刘 辉 赵淑敏

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

符勤怀(广州医学院从化学院)

郭 华(广东省江门中医药学校)

郭子荣(广州医学院护理学院)

胡晓迎(广东省珠海市卫生学校)

李 春(广州医学院从化学院)

刘 辉(广州医学院护理学院)

梅碧琪(广州医学院护理学院)

吴 彤(广州医学院护理学院)

谢 冰(广州医学院护理学院)

徐 亮(广州医学院护理学院)

张蔚蔚(广州医学院护理学院)

赵淑敏(浙江省桐乡市卫生学校)

科 学 出 版 社

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书围绕内科常见病、多发病患者的护理编写,承袭第一版优势,以2011年最新版护士执业资格考试大纲为指导,对结构和内容进行了必要的调整:从“三栏一框”精简为“两栏一框”——考点提纲栏、模拟试题栏和锦囊妙“记”框。其中考点提纲栏部分根据最新考纲增加了老年保健、精神障碍、中医护理等内容,在疾病护理中增加了护理问题,同时加大了与护理相关的社会人文知识等内容的比例;模拟试题栏部分由四个模块调整为专业实务和实践能力两个模块,含A₁、A₂、A₃、A₄型题,题量丰富。书后附模拟试题一套,供学生自我检测。

本书可供护理专业学生、临床护士、社区护士备考使用,同时也可作为护理专业自学考试、专升本考试、成人高考及在校学生学习期间的参考资料。

图书在版编目(CIP)数据

内科护理学笔记 / 徐亮主编. —2版. —北京:科学出版社,2011.9

护士执业资格考试同步辅导丛书

ISBN 978-7-03-032229-6

I. 内… II. 徐… III. 内科学:护理学-护士-资格考试-自学参考资料
IV. R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 175733 号

责任编辑:裴中惠 张 茵 / 责任校对:纪振红

责任印制:刘士平 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

2010年1月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2011年9月第 二 版 印张:20

2011年9月第五次印刷 字数:624 000

印数:20 001-27 000

定价:35.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

第二版前言

“护士执业资格考试同步辅导丛书”(第二版)包括《基础护理学笔记》《内科护理学笔记》《外科护理学笔记》《妇产科护理学笔记》《儿科护理学笔记》共5册,是以2011年全国护士执业资格考试大纲为指导,在承袭第一版教材优势的基础上,对结构和内容进行了调整后修订而成。

在编写结构方面,本丛书根据最新考纲高度概括的特点,将第一版“三栏一框”的编写格式精简为“两栏一框”:①考点提纲栏:以考试大纲为依据,摒弃了一般辅导书中烦琐的文字叙述,采用提纲挈领的编写格式,提炼教材精华,辅以助记图表,降低学习难度;同时,将常考的关键字词加粗标出,对重要的知识点在加粗的基础上标注星号,以凸显历年高频考点内容,强化记忆。②模拟试题栏:涵盖考试大纲知识点,从专业实务和实践能力两方面对应考纲进行命题,避免试题与实际考试题型脱节的情况,题型全面,题量丰富,帮助考生随学随测,提升应试能力。③锦囊妙“记”框:通过趣味歌诀、打油诗和顺口溜,帮助考生巧妙、快速地记忆知识点。

根据最新考纲中考试范围的变动,新版丛书在内容上进行了补充调整,以便更完善地覆盖考点:①在考点提纲栏部分增加了精神障碍患者的护理、中医护理。②在疾病护理中增加了护理问题,同时加大了与护理相关的社会人文知识内容的比例等。③在模拟试题栏部分,将四个模块的命题格式调整为专业实务和实践能力两个模块。书后附模拟试卷一套,供学生进行自我检测。

本丛书可以有针对性地帮助考生进行考前系统复习,有效提高使用者参加护士执业资格考试的通过率,是临床护士、社区护士顺利通过护士执业资格考试的好帮手;同时,也可作为护理专业自学考试、专升本考试、成人高考及在校学生学习期间的参考资料。

本丛书在编写过程中得到了广州医学院护理学院、广州医学院第三附属医院、广东省新兴中药学校、广东省江门中医药学校、广东省珠海市卫生学校、浙江省桐乡市卫生学校、其他各位编者所在单位及科学出版社卫生职业教育出版分社的大力支持和帮助,在此深表感谢!编写期间参考了大量国内相关书籍和教材,一并向相关编者致以谢意。

受编者水平所限,本丛书难免在内容上有所疏漏,在文字上有欠妥之处,恳请广大读者不吝赐教和指正,以促进本丛书日臻完善。

编 者

2011年7月



第一版前言

“护士执业资格考试同步辅导丛书”是以全国护士执业资格考试大纲为指导,以科学出版社及其他出版社出版的中、高等(包括本科、大专、中专)护理专业内科护理学、外科护理学、儿科护理学、妇产科护理学、基础护理学教材内容为基础,结合编者多年来全国护士执业资格考试辅导的成功经验组织编写,本着“在教材中提炼精华,从零散中挖掘规律,到习题中练就高分,从成长中迈向成功”的宗旨,为考生顺利通过护士执业资格考试助一臂之力。

“护士执业资格考试同步辅导丛书”包括《内科护理学笔记》、《外科护理学笔记》、《儿科护理学笔记》、《妇产科护理学笔记》、《基础护理学笔记》共5本。编写内容涵盖了考试大纲要求的知识点,采用“三栏一框”的编写格式:①护考目标栏:以国家护士执业资格考试大纲为依据,明确考点,使学生对需要掌握的内容做到心中有数。②考点提纲栏:以考试大纲为依据,采用提纲挈领、助记图表等形式,摒弃了一般教材和考试指导中烦琐的文字叙述,提炼教材精华,在重要的知识点前标注1~2个星号,凸显历年高频考点;常考的关键字词加黑标出,强化记忆。③模拟试题栏:涵盖考试大纲知识点,其中《内科护理学笔记》、《外科护理学笔记》、《儿科护理学笔记》、《妇产科护理学笔记》从基础知识、相关专业知识、专业知识三方面,《基础护理学笔记》围绕专业实践能力,对应考点提纲进行命题,避免一般教材章节后试题与实际考试题型脱节的情况,题型全面,题量丰富,帮助考生随学随测,强化记忆,提升应试能力。④锦囊妙“记”框:通过趣味歌诀、打油诗和顺口溜等形式,帮助考生巧妙、快速地记忆知识点。

根据国家最新颁布的《护士条例》及《护士执业资格考试办法》规定,护理专业毕业生在拿到毕业证当年即可参加国家护士执业资格考试。本丛书可以有针对性地帮助考生进行考前系统复习,有效地提高考生参加国家护士执业资格考试的通过率,是临床护士、社区护士顺利通过国家护士执业资格考试的好助手;同时,也可作为护理专业自学考试、专升本考试、成人高考及在校学习期间的参考资料。特别需要提出的是,尽管目前的国家护士执业资格考试不考X型题,为保证本丛书覆盖知识点的完整性,再现往年真题的风貌,本丛书仍保留了X型题,供老师和同学们参考借鉴。

本丛书在编写、审定过程中,得到了广州医学院护理学院、广州医学院第三附属医院、新兴中药学校、江门中医药学校、南方医科大学南方医院、各位编者所在单位及科学出版社卫生职业教育出版分社的大力支持和帮助,在此深表感谢!编写期间参考了大量国内相关书籍和教材,一并向相关编者致以谢意。

由于编者水平所限,本丛书难免在内容上有所疏漏,在文字上有欠妥之处,恳请广大读者不吝赐教和指正,以促进本丛书日臻完善。

编者
2009年9月



目 录

第1章 绪论	(1)
第1节 护理体检	(1)
第2节 常用实验检查	(5)
第3节 其他检查	(8)
第4节 内科疾病分期护理	(9)
第2章 呼吸系统疾病患者的护理	(16)
第1节 常见症状的护理	(16)
第2节 急性感染性喉炎患者的护理	(19)
第3节 支气管哮喘患者的护理	(20)
第4节 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿患者的护理	(22)
第5节 慢性肺源性心脏病患者的护理	(24)
第6节 支气管扩张患者的护理	(26)
第7节 肺炎患者的护理	(28)
第8节 肺结核患者的护理	(30)
第9节 原发性支气管肺癌患者的护理	(33)
第10节 慢性呼吸衰竭患者的护理	(35)
第11节 急性呼吸窘迫综合征患者的护理	(37)
第3章 循环系统疾病患者护理	(50)
第1节 常见症状的护理	(50)
第2节 心力衰竭患者的护理	(52)
第3节 心律失常患者的护理	(56)
第4节 心脏瓣膜病患者的护理	(59)
第5节 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	(61)
第6节 病毒性心肌炎患者的护理	(63)
第7节 原发性高血压患者的护理	(64)
第8节 感染性心内膜炎患者的护理	(66)
第9节 心肌疾病患者的护理	(68)
第10节 心包疾病患者的护理	(70)
第4章 消化系统疾病患者的护理	(83)
第1节 常见症状的护理	(83)
第2节 慢性胃炎患者的护理	(85)
第3节 消化性溃疡病患者的护理	(87)
第4节 肝硬化患者的护理	(90)
第5节 肝性脑病患者的护理	(95)





第6节	原发性肝癌患者的护理	(99)
第7节	急性胰腺炎患者的护理	(102)
第8节	溃疡性结肠炎患者的护理	(105)
第9节	慢性便秘患者的护理	(107)
第5章	泌尿系统疾病患者的护理	(120)
第1节	常见症状的护理	(120)
第2节	慢性肾小球肾炎患者的护理	(122)
第3节	原发性肾病综合征患者的护理	(124)
第4节	肾盂肾炎患者的护理	(127)
第5节	急性肾功能衰竭患者的护理	(130)
第6节	慢性肾功能衰竭患者的护理	(133)
第6章	血液及造血系统疾病患者的护理	(146)
第1节	常见症状的护理	(146)
第2节	贫血患者的护理	(147)
第3节	特发性血小板减少性紫癜患者的护理	(150)
第4节	白血病患者护理	(151)
第5节	血友病患者的护理	(154)
第6节	弥散性血管内凝血患者的护理	(156)
第7章	内分泌与代谢性疾病患者的护理	(163)
第1节	常见症状的护理	(163)
第2节	单纯性甲状腺肿患者的护理	(164)
第3节	甲状腺功能亢进症患者的护理	(165)
第4节	甲状腺功能减退症患者的护理	(167)
第5节	Cushing 综合征患者的护理	(169)
第6节	糖尿病患者的护理	(171)
第7节	痛风患者的护理	(174)
第8章	风湿性疾病患者的护理	(183)
第1节	常见症状的护理	(183)
第2节	风湿热患者的护理	(183)
第3节	系统性红斑狼疮患者的护理	(186)
第4节	类风湿关节炎患者的护理	(187)
第9章	神经系统疾病患者的护理	(193)
第1节	常见症状的护理	(193)
第2节	急性脑血管疾病患者的护理	(196)
第3节	癫痫患者的护理	(202)
第4节	三叉神经痛患者的护理	(204)
第5节	急性脱髓鞘性多发性神经炎患者的护理	(205)
第6节	帕金森病患者的护理	(207)
第7节	化脓性脑膜炎患者的护理	(208)



第 8 节	病毒性脑膜脑炎患者的护理	(209)
第 10 章	精神障碍患者的护理	(219)
第 1 节	精神障碍症状学	(219)
第 2 节	精神分裂症患者的护理	(227)
第 3 节	抑郁症患者的护理	(229)
第 4 节	焦虑症患者的护理	(231)
第 5 节	强迫症患者的护理	(232)
第 6 节	癔症患者的护理	(234)
第 7 节	睡眠障碍患者的护理	(236)
第 8 节	阿尔茨海默病患者的护理	(237)
第 11 章	损伤、中毒患者的护理	(246)
第 1 节	一氧化碳中毒患者的护理	(246)
第 2 节	有机磷中毒患者的护理	(247)
第 3 节	镇静催眠药中毒患者的护理	(249)
第 4 节	酒精中毒患者的护理	(251)
第 5 节	中暑患者的护理	(253)
第 6 节	淹溺患者的护理	(254)
第 7 节	细菌性食物中毒患者的护理	(256)
第 12 章	传染病患者的护理	(264)
第 1 节	传染病概述	(264)
第 2 节	病毒性肝炎患者的护理	(268)
第 3 节	艾滋病患者的护理	(271)
第 13 章	老年保健	(278)
第 14 章	中医基础知识	(283)
模拟试卷		(288)
参考文献		(309)

第1章 绪 论

考点提纲栏——提炼教材精华，突显高频考点

第1节 护理体检

一、概述

1. 检查前准备包括用物准备、环境准备、患者准备。
2. ★基本检查方法有5种：视诊、触诊、叩诊、听诊、嗅诊。

二、一般状态检查

1. 全身一般状况

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| (1) 体温 | { | 1) 体温过低：低于 35°C ，见于急性大出血、休克、慢性消耗性疾病、甲状腺功能减退症、极度衰弱。 | |
| | | 2) 体温升高：高于 37.2°C 称为发热，见于感染、无菌性炎症、内出血、恶性肿瘤、组织破坏等。 | |
| | (2) 脉搏：每次测量脉搏不少于1min，特别是在检查心血管疾病患者时 | { | 1) 速脉： >100 次/分，见于发热、贫血、甲状腺功能亢进症、心功能不全、周围循环衰竭、心肌炎等。 |
| 2) 缓脉： <60 次/分，见于颅内压增高、黄疸、甲状腺功能减退症、病态窦房结综合征等。 <40 次/分，可能为房室传导阻滞。 | | | |
| 3) ★水冲脉：脉搏骤起骤落、急促有力，见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进症等。 | | | |
| 4) ★交替脉：脉搏一强一弱交替出现但节律正常，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：又称吸停脉，吸气时脉搏明显减弱或消失，见于心包积液和缩窄性心包炎。 | | | |
| 6) 不整脉：脉搏不规则，见于心律失常；若脉率少于心率，称为★脉搏短绌，见于心房颤动、期前收缩。 | | | |
| (3) 呼吸：正常成年人静息时呼吸次数为16~20次/分，男性以腹式呼吸为主，女性以胸式呼吸为主，测量时注意其频率、节律、深度、气味的变化 | { | 1) 呼吸频率改变 | |
| | | 2) ★呼吸节律改变：以下两种 | |
| | | { | ①呼吸 >24 次/分为呼吸增快，见于体力活动、发热、严重贫血、甲状腺功能亢进症等。 |
| | | { | ②呼吸 <10 次/分为呼吸减慢，见于颅内压升高等。 |
| | | { | ①潮式呼吸，又名陈-施呼吸，特点是呼吸由浅慢逐渐变为深快，再由深快变为浅慢，继之暂停数秒，周而复始。 |

1. 全身一般状况

(3) 呼吸: 正常成年人静息时呼吸次数为 16~20 次/分, 男性以腹式呼吸为主, 女性以胸式呼吸为主, 测量时注意其频率、节律、深度、气味的变化

- 2) *呼吸节律改变: 以下两种
 - ② 间停呼吸, 也称毕奥呼吸, 是病情危急的征象; 特点是呼吸次数显著减少, 并且每隔一段时间出现呼吸暂停数秒钟。
- 3) 呼吸深度改变
 - ① 酸中毒大呼吸, 也称库斯莫呼吸, 指代谢性酸中毒时呼吸加深、频率稍快, 见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒患者。
 - ② 呼吸浅快见于肺气肿、呼吸衰竭患者。
- 4) *呼吸气味
 - ① 尿臭味见于尿毒症患者。
 - ② 恶臭味见于支气管扩张或肺脓肿患者。
 - ③ 肝腥味见于肝性脑病患者。
 - ④ 烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒患者。
 - ⑤ 刺激性蒜味见于有机磷农药中毒患者。

(4) 血压

- 1) *正常血压: $90\text{mmHg} \leq \text{收缩压} < 140\text{mmHg}$, $60\text{mmHg} \leq \text{舒张压} < 90\text{mmHg}$ 。
- 2) 血压异常
 - ① 血压升高, 收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和 (或) 舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$; 继发性的高血压增高称为高血压症, 多见于肾脏疾病等。
 - ② 血压降低, 收缩压 $< 90\text{mmHg}$ 和 (或) 舒张压 $< 60\text{mmHg}$; 见于休克、心功能不全、心肌梗死等。
 - ③ 脉压, 正常脉压为 $30 \sim 40\text{mmHg}$
 - a) 脉压增大见于原发性高血压、主动脉瓣关闭不全、主动脉粥样硬化、严重贫血、甲状腺功能亢进症等。
 - b) 脉压减小见于低血压、主动脉瓣狭窄、心包积液、重度心功能不全、严重二尖瓣狭窄等。

(5) 意识状态

- 1) 意识清楚: 思维合理、反应敏锐、语言清晰。
- 2) *意识障碍的程度 (表 1-1), 昏迷的区别 (表 1-2)。

表 1-1 意识障碍的程度

	程度	唤醒	反应	语言
嗜睡	最轻	可被唤醒	迟钝	答话切题
意识模糊	能基本应答	较难唤醒	迟缓	答话迟缓
昏睡	近似于人事不省	很难唤醒	较差	答非所问
昏迷	最严重	不能唤醒	无	无

注: 谵妄: 是以兴奋为主的意识模糊, 表现为知觉障碍、胡言乱语、烦躁不安。

表 1-2 昏迷的区别

程度	意识	强刺激	防御反射	生命体征	大小便失禁
浅昏迷	大部丧失	可有反应	仍存在	一般无改变	少有
深昏迷	全部丧失	无反应	消失	改变	多有

- (6) 面容和表情: 常见有急性病容、慢性病容、病危面容、二尖瓣面容、甲状腺功能亢进症面容、满月面容、肢端肥大症面容。
- (7) 营养状态: 是估计机体健康状况和疾病程度的重要标志之一, 分为良好、不良。





1. 全身一般状况
 - (8)★体位:常见自动、被动、强迫三种
 - 1)自动体位:活动自如。
 - 2)被动体位:不能变换或调整身体的位置,见于瘫痪、极度衰弱或昏迷患者。
 - 3)强迫体位:为减轻痛苦而采取的某种特殊体位,主要包括强迫坐位(端坐呼吸)、强迫卧位、强迫蹲位、辗转体位等。
 - (9)四肢、脊柱与步态:震颤麻痹患者呈慌张步态、小脑疾患患者呈醉酒步态。
2. 皮肤黏膜检查
 - (1)颜色
 - 1)苍白。
 - 2)发红。
 - 3)发绀:皮肤黏膜呈青紫色,由血液中还原血红蛋白的绝对量超过 50g/L 所致
 - ①常见部位是舌、唇、耳郭、面颊、肢端。
 - ②多见于先天性心脏病、心肺功能不全等。
 - ③严重贫血患者一般不出现发绀。
 - 4)黄染:皮肤黏膜发黄,由血液中的胆红素浓度过高渗入所致
 - ①见于肝细胞损害、胆道阻塞、溶血性疾病。
 - ②过多食用南瓜、胡萝卜、柑橘等,致皮肤黄染部位多在手掌、足底皮肤,而非巩膜和口腔黏膜。
 - 5)色素沉着:见于肝硬化、慢性肾上腺皮质功能减退症等。
 - (2)皮疹:加压时可褪色或消失。
 - (3)★紫癜:为皮肤黏膜下出血,常见于重症感染、血液病、某些血管损害的疾病、工业毒物或药物中毒等
 - 1)出血点:直径 $\leq 2\text{mm}$,加压后不褪色。
 - 2)紫癜:直径在 3~5mm。
 - 3)瘀斑:直径 $> 5\text{mm}$ 。
 - 4)血肿:片状出血伴局部皮肤隆起。
 - (4)★蜘蛛痣:出现在上腔静脉所属处,如面、颈、上臂、前胸等,其产生与体内雌激素增高相关,慢性肝病、健康的妊娠期妇女可见。
 - (5)弹性:弹性减退常见于老年人、严重脱水患者。
 - (6)湿度:皮肤湿、冷见于休克等,皮肤异常干燥见于维生素 A 缺乏症、脱水等,汗多见于结核病、风湿热等。

3. 淋巴结检查:肺癌多向右侧锁骨上窝或腋窝淋巴结群转移,胃癌多向左侧锁骨上窝淋巴结转移,乳癌多向腋窝淋巴结群转移。

二、胸部检查

1. 胸部体表标志:包括胸骨角、第 7 颈椎棘突等,胸骨角与第 2 肋软骨相连。
2. 胸廓与胸壁
 - (1)扁平胸:胸廓扁平,见于肺结核等。
 - (2)★桶状胸:胸廓呈桶状,多见于肺气肿患者。
 - (3)佝偻病胸:胸部上下长度较短,胸骨中下段前突形似鸡胸。
 - (4)局部异常隆起和凹陷:隆起可见于大量胸腔积液、气胸等;凹陷可见于肺不张、广泛胸膜粘连。
3. ★气管:肺实变、肺气肿患者气管居中,胸腔积液、气胸患者气管移向健侧。
4. 肺和胸膜
 - (1)视诊
 - 1)单侧呼吸运动减弱:患侧减弱,健侧代偿性呼吸运动增强。
 - 2)双侧对称性呼吸运动减弱:肺气肿的特点。
 - 3)★三凹征:胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙、腹上角凹陷,出现在严重吸气性呼吸困难时,见于气管异物等上呼吸道部分梗阻患者。
 - 4)★呼气性呼吸困难:见于下呼吸道部分梗阻患者如支气管哮喘、肺气肿患者。
 - (2)触诊:肺气肿、气胸、胸膜腔积液时语颤减弱;肺实变时语颤增强。



4. 肺和胸膜
- (3) 叩诊
 - 1) 肺部正常叩诊音: 呈清音, 但与实质脏器重叠处呈浊音, 左前胸第 5、6 肋间隙以下呈鼓音。
 - 2) 肺部异常叩诊音: 肺气肿呈过清音, 气胸呈鼓音, 肺炎、胸腔积液、肺肿瘤呈浊音或实音。
 - (4) 听诊
 - 1) 正常呼吸音: 肺部绝大部分可听到肺泡呼吸音。
 - 2) 异常呼吸音: 肺气肿、气胸、胸腔积液等可听到肺泡呼吸音减弱或消失, 肺实变可听到异常支气管呼吸音。
 - 3) ★ 啰音: 干啰音常见于支气管哮喘、心源性哮喘、慢性支气管炎; 湿啰音如局限于肺的某部, 提示该部有炎症, 若两肺布满湿啰音则提示急性肺水肿。
 - 4) 胸膜摩擦音: 胸膜脏层和壁层相摩擦的声音, 多见于结核性胸膜炎。

四、心脏和血管

1. 视诊
- (1) 心尖搏动
 - 1) ★ 正常心尖搏动: 胸骨左缘第 5 肋间锁骨中线内 **0.5~1.0cm**, 搏动范围直径 **2.0~2.5cm**。
 - 2) ★ 异常心尖搏动
 - ① 心尖搏动向左下移位见于左心室增大, 心尖搏动向左移位见于右心室增大。
 - ② 心尖搏动移向某侧, 可见于此侧肺不张或对侧气胸、胸腔积液。
 - ③ 心尖搏动上移可见于能使膈肌上抬的腹部疾病。
 - (2) ★ 颈静脉怒张和肝颈静脉回流征
 - 1) 颈静脉怒张: 提示上腔静脉回流受阻, 静脉压增高, 见于心包积液、右心衰竭等患者。
 - 2) 肝颈静脉回流征: 阳性为右心功能不全的重要征象之一。
 - (3) 颈动脉搏动: 见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进症及严重贫血。
 - (4) 毛细血管搏动征: 见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进症及严重贫血。
2. 听诊
- (1) 心脏瓣膜听诊区
 - 1) 二尖瓣区: 位于心尖部, 即**左锁骨中线内侧第 5 肋间**。
 - 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: 胸骨下端近剑突稍偏左或稍偏右处。
 - (2) ★ 听诊内容: 主要包括心率、心律、心音和心脏杂音
 - 1) 心率: 正常成人为 60~100 次/分; >100 次/分多为窦性心动过速, 常见于剧烈运动、高热等; <60 次/分为窦性心动过缓, 常见于运动员、心肌炎等。
 - 2) 心律: 正常人心律规则, 临床最常见的心律失常是期前收缩、心房颤动
 - ① 期前收缩可呈联律出现, 多见于洋地黄中毒、各种器质性心脏病。
 - ② ★ 心房颤动听诊特点为心律快慢不一, 心音强弱不一, 心率与脉率不一; 常见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄、甲状腺功能亢进症等。
 - 3) 心音: 舒张期奔马律, 常见于心肌炎、动脉粥样硬化心脏病等重症心脏病患者, 提示左心室功能低下。
 - 4) 心脏杂音: 在第一心音及第二心音之间的杂音为收缩期杂音, 在第二心音之后的杂音为舒张期杂音, 无论性质程度如何, 为病理性杂音。

五、腹部检查

1. 腹部分区: 多用九区法。
2. ★ 腹部视诊: 正常人腹部平坦; 严重脱水、极度消瘦者腹部凹陷, 甚至呈“舟状腹”; 在腹壁看到肠蠕动



波和肠型多因肠梗阻。

3. 腹部触诊: 正常人腹壁柔软、无抵抗感
- (1)★压痛、反跳痛及肌紧张: 病变累及壁腹膜的征象是反跳痛; 急性弥漫性腹膜炎时, 全腹肌肉紧张显著, 硬如木板, 称“板状腹”; 压痛、反跳痛、腹肌紧张为腹膜炎病变的三大体征, 称腹膜刺激征。
 - (2)腹部包块: 触及肿块时, 应注意其大小、位置、形态、硬度、有无压痛与搏动、能否移动、与周围器官和腹壁的关系等。
 - (3)肝脏触诊: 正常肝脏质地柔软, 表面光滑, 边缘规则, 无压痛, 无搏动。
 - (4)脾脏触诊: 正常脾脏不能触及。
4. ★腹部叩诊: 正常腹部叩诊呈鼓音; 肝硬化腹水、结核性腹膜炎时可出现移动性浊音。
5. 腹部听诊
- (1)★肠鸣音: 正常人4~5次/分, 脐周最明显; 若>10次/分称肠鸣音亢进, 见于急性肠炎; 如3~5min内听不到肠鸣音, 称肠鸣音消失, 见于肠麻痹。
 - (2)胃振水音: 正常人仅于饭后多饮时出现, 若空腹或饭后6~8h, 仍有振水音, 提示胃排空不良, 见于胃扩张、幽门梗阻等。

六、神经系统检查

1. ★瞳孔
- (1)瞳孔大小: 正常人两侧瞳孔对称、等大、正圆, 直径约2.5~5mm
 - 1)瞳孔缩小见于有机磷、吗啡、巴比妥类药物中毒。
 - 2)瞳孔散大见于颅内压升高、阿托品药物中毒及深昏迷患者。
 - 3)两侧瞳孔大小不等, 提示颅内出血、脑疝、脑肿瘤等颅内病变。
 - (2)瞳孔对光反射: 受到光线刺激后, 正常人两侧瞳孔立即缩小, 移开光源后迅速复原
 - 1)瞳孔对光反射迟钝或消失, 见于昏迷患者。
 - 2)两侧瞳孔散大伴对光反射消失, 见于濒死状态。
2. ★生理反射
- (1)浅反射: 刺激皮肤或黏膜所致; 角膜反射消失见于深昏迷患者; 腹壁反射消失见于昏迷、锥体束或脊髓病损。
 - (2)深反射: 刺激肌腱或骨膜所致; 膝腱反射减弱或消失多为末梢神经炎、神经根炎等下运动神经元病变; 膝腱反射亢进见于上运动神经元病变等。
3. ★病理反射: 最常见是巴宾斯基征, 提示锥体束受损, 见于脑出血等。
4. ★脑膜刺激征: 包括颈项强直、凯尔尼格征、布鲁津斯基征, 见于脑膜被炎症、出血等刺激或颅内压增高时。

第2节 常用实验检查

一、血液检查

1. 血红蛋白和红细胞数测定
- (1)★参考值: 血红蛋白
 - 成年男性 120~160g/L
 - 成年女性 110~150g/L
 - 红细胞
 - 成年男性 $(4.0 \sim 5.5) \times 10^{12}/L$
 - 成年女性 $(3.5 \sim 5.0) \times 10^{12}/L$
 - (2)★临床意义
 - 1)红细胞及血红蛋白减少: 称贫血。病理性减少可由造血原料不足、造血功能障碍或红细胞丢失、破坏过多等原因引起。
 - 2)红细胞及血红蛋白增多
 - ①相对性增多见于连续呕吐、频繁腹泻、多汗多尿、大面积烧伤等。
 - ②绝对性增多见于缺氧, 如高原生活、剧烈的体力活动、严重的肺气肿、肺源性心脏病和某些先天性心脏病等。

2. 白细胞计数及白细胞分类计数
- (1) *参考值为: 白细胞计数: $(4.0 \sim 10.0) \times 10^9/L$
 - 1) *白细胞及中性粒细胞: 中性粒细胞占白细胞计数的 0.5~0.7
 - ①增多可分为生理性、病理性增多
 - a) 生理性增多见于新生儿、妊娠 5 个月以上、剧烈运动或劳动后;
 - b) 病理性增多见于急性感染, 特别是化脓菌感染, 如肺炎球菌性肺炎、败血症, 严重的组织损伤、急性心梗、急性中毒等。
 - ②减少常见于伤寒、应用氯霉素、抗肿瘤药物、再生障碍性贫血。
 - 2) *嗜酸粒细胞
 - ①增多见于过敏性疾病, 如支气管哮喘、荨麻疹; 寄生虫病, 如血吸虫病等。
 - ②减少见于伤寒、副伤寒及长期应用糖皮质激素时。
 - 3) 淋巴细胞: 增多见于某些病毒感染、结核感染、慢性淋巴细胞性白血病。
 - (2) 临床意义如下
3. *网织红细胞计数: 网织红细胞的增减, 反映骨髓造血功能的盛衰
- (1) 增多: 见于各种贫血, 如溶血性贫血、出血性贫血、缺铁性贫血及巨幼红细胞性贫血经补充有关物质后。
 - (2) 网织红细胞减少见于再生障碍性贫血。
4. 红细胞沉降率: 增快无特异性, 需结合临床。
5. *血小板计数
- (1) 参考值: $(100 \sim 300) \times 10^9/L$
 - (2) 临床意义
 - 1) 病理性减少
 - ①造血功能障碍, 如再生障碍性贫血、急性白血病、放射病等。
 - ②血小板破坏增加, 如原发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进等。
 - ③血小板消耗过多, 如弥散性血管内凝血。
 - 2) 病理性增加: 见于急性大失血、溶血性贫血等。
6. 出血时间测定: 延长见于再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜等。
7. 凝血时间测定: 凝血时间延长见于血友病、严重的肝损害、阻塞性黄疸等。

二、尿液检查

1. *尿液一般检查
- (1) 尿量: 正常成人 1 000~2 000ml/24h。
 - (2) 颜色和透明度: 淡黄色透明液体。
 - (3) 酸碱度: 为弱酸性~中性。
 - (4) 比重: 为 1.003~1.035。
2. *化学检查
- (1) 蛋白质定性检查: 正常为阴性
 - 1) 蛋白尿: 是蛋白质定性检查呈阳性, 分为生理性、病理性蛋白尿。
 - 2) 生理性蛋白尿: 见于剧烈运动后、劳累、寒冷等, 为暂时性。
 - 3) 病理性蛋白尿: 见于肾实质性病变、肾淤血、药物中毒等。
 - (2) 尿糖定性试验: 测定尿中葡萄糖
 - 1) 班氏尿糖定性结果(表 1-3)。

表 1-3 班氏尿糖定性结果

反应结果	符号	含葡萄糖量(g/L)
蓝色不变	(-)	无
绿色	(+)	微量, 5 以下
黄绿色	(++)	少量, 5~10
土黄绿	(+++)	中等量, 10~20
砖红色	(++++)	大量, 20 以上



2. ★化学检查
- (2) 尿糖定性试验: 测定尿中葡萄糖
 - 2) 注意事项
 - ① 需新鲜尿液。
 - ② 假阳性反应是在尿内含乳糖、果糖、麦芽糖, 服用维生素 C、大黄等导致。
 - 3) 临床意义: 正常属阴性, 阳性见于糖尿病、甲状腺功能亢进症、慢性肝炎等。
3. 显微镜检查
- (1) ★红细胞: 正常人尿内无或偶见红细胞
 - 1) 镜下血尿: 每高倍视野中平均见到 3 个以上红细胞。
 - 2) 临床意义: 见于急慢性肾炎、肾结核、泌尿道结石、肿瘤。
 - (2) ★白细胞及脓细胞: 如每高倍视野中超过 5 个为增多, 称镜下脓尿, 见于肾肿瘤、泌尿系统炎症如肾盂肾炎等。
 - (3) 管型: 正常人尿内无或偶见, 尿内出现多量管型时, 为肾实质病变。
4. 尿液其他检查
- (1) 尿酮体检查: 糖尿病酮症患者, 尿酮呈阳性。
 - (2) 1h 尿细胞排泄率: 肾盂肾炎白细胞排出增多, 肾炎红细胞排出增多。

三、粪便检查

1. 显微镜检查: 寄生虫卵、原虫为诊断寄生虫病重要依据。
2. ★粪便隐血试验: 正常人呈阴性, 全消化道各种出血均可呈阳性。用化学检查法查粪便隐血试验前 3d 需限制饮食, 禁止摄入动物血等。

四、★常用肾功能检查

1. 内生肌酐清除率
- (1) 标本采集法
 - 1) 试验前和试验日摄低蛋白饮食共 3d, 禁食肉类, 避免剧烈运动。
 - 2) 试验日晨 8 时排尽尿液弃去, 此后至次日晨 8 时的 24h 尿液放入加有甲苯的标本瓶内。
 - 3) 试验日采静脉血 2~3ml, 注入抗凝管内, 充分混匀。
 - 4) 血、尿标本同时送验; 必要时测身高、体重, 以计算体表面积。
 - (2) 临床意义: 降低说明肾小球滤过功能减退, 见于慢性肾小球肾炎, 慢性肾功能衰竭。
2. 血尿素和血肌酐测定: 增高见于
- (1) 肾脏疾病引起肾功能不全、肾前或肾后因素致尿量显著减少等。
 - (2) 血肌酐明显增高时, 表示肾功能已严重损害, 提示预后差。
3. 尿浓缩与稀释功能试验: 夜尿量 $> 750\text{ml}$, 见于早期肾衰竭; 尿比重固定在 1.010 左右, 最高尿比重 < 1.018 , 比重差 < 0.009 见于肾浓缩功能不全。

五、常用肝功能检查

1. 胆红素代谢功能试验
- (1) 血清总胆红素和血清直接胆红素 (1min 胆红素) 测定
 - 1) 参考值:
 - 血清总胆红素 $1.7 \sim 17.1 \mu\text{mol/L}$ 。
 - 血清直接胆红素 $0.51 \sim 3.4 \mu\text{mol/L}$ 。
 - 2) ★临床意义
 - ① 判断黄疸程度
 - a) 总胆红素在 $17 \sim 34.2 \mu\text{mol/L}$ 为隐性黄疸。
 - b) $> 34.2 \mu\text{mol/L}$ 为显性黄疸。
 - ② 判断黄疸类型, 阻塞性黄疸的直接胆红素最高, 肝细胞性黄疸次之。
 - (2) 尿胆原定性及胆红素定性试验: 临床意义
 - 1) 尿胆原增高: 溶血性黄疸、肝细胞性黄疸。
 - 2) 尿胆原降低: 完全阻塞性黄疸。
 - 3) 尿胆红素阳性: 阻塞性黄疸、肝细胞性黄疸。
 - 4) 尿胆红素阴性: 溶血性黄疸。

2. ★蛋白质代谢功能试验:血清蛋白总量及白蛋白与球蛋白比值(A/G)测定的临床意义
- (1)白蛋白显著降低
 - 1)肝细胞严重损伤:严重肝炎、晚期肝硬化。
 - 2)肝外疾患:营养不良及消耗性疾病、肾炎、肾病综合征。
 - (2)球蛋白增高:见于慢性肝炎、肝硬化。
3. ★血清丙氨酸氨基转移酶测定(ALT)
- (1)分布:广泛存在于肝、心、脑、肾等组织细胞中,含量最高者为肝细胞。
 - (2)临床意义:判断肝细胞损害之重要指标
 - 1)ALT显著增高:见于急性黄疸型肝炎;对早期诊断有价值。
 - 2)ALT反复或持续增高:可见于慢性肝炎。
 - 3)ALT下降:见于重型肝炎,同时见黄疸迅速加深,即为胆-酶分离。

六、其他生化检查

1. 血清电解质测定
- (1)血钾、血钠、血氯化物
 - 1)参考值
 - ①★血清钾测定:3.5~5.1mmol/L。
 - ②血清钠测定:135~145mmol/L。
 - ③血清氯化物测定:95~105mmol/L。
 - 2)★临床意义
 - ①血钾增高见于尿少、尿闭、肾上腺皮质功能减退症、肾衰竭。
 - ②血钾降低见于呕吐、腹泻、大量利尿及应用胰岛素时。
 - (2)血钙、血磷:临床意义
 - 1)血钙增高见于甲状旁腺功能亢进症。
 - 2)血钙降低见于急性出血性胰腺炎。
2. 血清脂类测定:总称为血脂,包括胆固醇、三酰甘油、磷脂和游离脂肪酸
- (1)血清总胆固醇:增高见于冠状动脉粥样硬化、高血压、重症糖尿病、肾病综合征等。
 - (2)血清三酰甘油测定:增高是冠状动脉粥样硬化的重要因素。

第3节 其他检查

一、心电图检查

1. 常规心电图导联:包括双极肢导联、加压单极肢导联、胸导联。
2. ★正常心电图的各波及间期的名称和意义
- (1)P波:心房除极波,由心房激动产生。
 - (2)PR间期:反映电活动从心房到心室的传导时间。
 - (3)QRS波群:心室除极波,由心室激动所产生。
 - (4)ST段:心室除极刚结束到复极前的一段短暂时间。
 - (5)T波:心室复极时的电位变化和时间。
 - (6)Q-T间期:心室除极、复极的总时间。
3. 心电图各波、段、间期正常范围(表1-4)。

表1-4 心电图各波、段、间期正常范围简表

		标准肢导联	加压肢导联	胸导联
P波	方向	I直立 II直立	aVR倒置 aVF直立	V _{3~6} 直立
	振幅	<0.25mV		
	时间	≤0.11s		
P-R间期		0.12~0.20s		

