

中等卫生学校试用教材

内科护理学

(供护士专业用)

主 编	朱国光		
副主编	陈龙根		
编 写	朱国光	陈龙根	陈蕴芬
	周家仪	胡永和	
主 审	林菊英		
协 审	苗文娟	张 忱	

3.5

中国医药科技出版社

XA900/58

中等卫生学校试用教材

内科护理学

(供护士专业用)

主 编 朱国光
副主编 陈龙根
编 写 朱国光 陈龙根 陈蕴芬
周家仪 胡永和
主 审 林菊英
协 审 苗文娟 张 忱



3 0109 1265 1

中国医药科技出版社



B

033388

责任编辑 孙芝斋

正文设计 赵海宝

内 容 简 介

本书根据1988年全国中等医学教育会议精神而编写,全书分“导言”、“总论”、“内科病人护理”三部分。“总论”内容为内科病人的估计,常用辅助检查基本知识及内科病人心理护理。

“内科病人护理”按系统编写,每一疾病分“疾病概要”和“护理”两栏目,以“护理”为重点,介绍具体、实用的护理措施。

本书力求体现护理学新概念和医学模式的转变,内容突出护理,注重实用。

本书作为中等护士专业教材,亦适用于职工中专护士专业,并可作自学及护理员晋升考试的辅导教材。

中等卫生学校试用教材

内 科 护 理 学

(供护士专业用)

朱国光 主编

林菊英 主审

中国医药科技出版社 出版 发行

(北京西直门外北礼士路甲38号)

杭州余杭大陆友谊印刷厂 印刷

开本787×1092mm1/16 印张:15.125

字数349千字 印数 1—5000

1991年7月第1版 1991年7月第1次印刷

ISBN 7-5067-0409-9/R·0349

定价: 6.00元



编 写 说 明

根据1988年全国中等医学教育会议关于改革的指示,在浙江省卫生厅科教处的组织领导下,我们编写了供护士专业用的《内科护理学》教材。

本教材的编写,力求体现“实用型”人材的培养目标和医学模式的转变,突出护士专业的特点,注意整体护理。做到学以致用,文字简明扼要,通俗易懂,便于学生阅读。教材内容分“导言”、“总论”和“内科病人护理”三部分。“导言”简要介绍护理基本概念和本课程的学习目标,使学生明确学习方向。“总论”主要内容为内科病人的估计和心理护理,是内科临床护理的基础。“内科病人护理”按系统编排,每一疾病分“疾病概要”和“护理”两栏目,前者介绍护理所必需的疾病基本知识;后者是本书的重点,介绍具体、实用的护理措施。

本教材请林菊英(中华护理学会理事长)、苗文娟(原协和医院护校副校长、协和医院护理部副主任)和张忱(中华护理学会常务理事、北京友谊医院内科护士长)审阅。在编写过程中,还广泛征求了省内外护理专家和教师的意见,并经杭州护士学校试用一年,作了较多修改后付印。此外,承蒙《责任制护理》一书的作者允许,引用该书的护理病历部分内容。对以上专家和老给予的指导和支,在此一并表示感谢。

由于编者对教材改革缺乏经验,加上知识浅陋,错误在所难免,诚望同行专家和使用本教材的教师和同学批评指正。

编 者

1991年1月

目 录

导言	(1)
第一篇 总论	(3)
第一章 内科病人的估计	(3)
第一节 收集资料	(3)
第二节 护理病历书写	(17)
〔附〕 护理病历举例	(20)
第二章 常用辅助检查的基本知识	(29)
第一节 实验检查	(29)
第二节 X线检查	(42)
第三节 心电图检查	(44)
第四节 超声检查	(47)
第三章 内科病人的心理护理	(49)
第二篇 内科病人护理	(52)
第一章 呼吸系统疾病	(52)
第一节 呼吸系统疾病常见症状	(52)
第二节 急性上呼吸道感染	(55)
第三节 慢性支气管炎	(57)
第四节 支气管哮喘	(59)
第五节 支气管扩张	(62)
第六节 慢性阻塞性肺气肿	(64)
第七节 呼吸衰竭	(65)
第八节 肺炎	(68)
第九节 肺脓肿	(72)
第十节 肺结核	(72)
第十一节 原发性支气管癌	(77)
〔附〕 呼吸系统疾病的常见护理问题	(79)
第二章 循环系统疾病	(80)
第一节 循环系统疾病常见症状	(80)
第二节 慢性心功能不全	(81)
第三节 心律失常	(87)
第四节 风湿热	(96)
第五节 慢性风湿性心瓣膜病	(98)

第六节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	(100)
第七节	原发性高血压	(106)
第八节	慢性肺源性心脏病	(109)
第九节	病毒性心肌炎	(112)
第十节	原发性心肌病	(113)
第十一节	心包炎	(114)
〔附〕	循环系统疾病的常见护理问题	(116)
第三章	消化系统疾病	(117)
第一节	消化系统疾病常见症状	(117)
第二节	慢性胃炎	(121)
第三节	消化性溃疡	(122)
第四节	肝硬化	(125)
第五节	原发性肝癌	(129)
第六节	肝性脑病	(131)
第七节	急性胰腺炎	(133)
〔附〕	消化系统疾病的常见护理问题	(135)
第四章	肾脏疾病	(136)
第一节	肾脏疾病常见症状	(136)
第二节	肾盂肾炎	(138)
第三节	慢性肾小球肾炎	(140)
第四节	慢性肾功能衰竭	(142)
〔附〕	肾脏疾病的常见护理问题	(146)
第五章	血液病	(147)
第一节	血液病常见症状	(147)
第二节	贫血	(149)
第三节	白血病	(154)
第四节	特发性血小板减少性紫癜	(161)
〔附〕	血液病的常见护理问题	(162)
第六章	内分泌疾病	(163)
第一节	内分泌疾病概述	(163)
第二节	甲状腺机能亢进症	(164)
第三节	皮质醇增多症	(167)
第四节	糖尿病	(169)
〔附〕	内分泌疾病的常见护理问题	(174)
第七章	结缔组织病	(175)
第一节	类风湿性关节炎	(175)
第二节	系统性红斑狼疮	(177)
〔附〕	结缔组织病的常见护理问题	(179)
第八章	理化因素所致疾病	(180)

第一节	急性中毒概述	(180)
第二节	有机磷农药中毒	(183)
第三节	一氧化碳中毒	(186)
第四节	中暑	(188)
〔附〕	理化因素所致疾病的常见护理问题	(190)
第九章	神经系统疾病	(191)
第一节	神经系统疾病常见症状	(191)
第二节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(193)
第三节	急性脑血管病	(195)
第四节	癫痫	(198)
〔附〕	神经系统疾病的常见护理问题	(202)
第十章	精神疾病	(203)
第一节	常见精神症状	(203)
第二节	精神分裂症	(205)
第三节	神经症	(208)
〔附〕	精神疾病的常见护理问题	(211)
第十一章	内科诊疗技术护理	(212)
第一节	纤维支气管镜检查护理	(212)
第二节	胸腔穿刺术护理	(212)
第三节	心导管检查护理	(213)
第四节	漂浮导管检查护理	(214)
第五节	纤维胃镜检查护理	(215)
第六节	腹腔穿刺术护理	(216)
第七节	纤维腹腔镜检查护理	(217)
第八节	双气囊三腔管压迫术护理	(218)
第九节	肝脏穿刺术护理	(219)
第十节	纤维结肠镜检查护理	(220)
第十一节	透析疗法护理	(221)
第十二节	骨髓穿刺术护理	(223)
第十三节	腰椎穿刺术护理	(223)
附	《内科护理学》教学大纲	(225)

导 言

〔内科护理的内容和重要性〕

内科护理是以病人为中心，从不同人的需要出发，进行整体护理，以促进、保持和恢复健康为目的，其内容包括专科护理、心理护理、康复护理、家庭护理、社区卫生保健等。

内科护理是内科临床工作中不可分割的重要组成部分，它以有关内科疾病的病因、临床表现、治疗等理论为基础，明确护理在内科方面的知识与技术。因内科所包含的疾病十分广泛，涉及各系统、各器官，病情复杂多变，同时包括危重急症、慢性病及老年病。所以要保持服务对象最佳健康状态，不仅要有正确、精湛的诊疗技术，还要有细致、全面、优良的内科护理，宛如一辆车的左右轮，缺一不可。

内科护理所遵循的理论和原则、病人的估计方法、常见护理问题和护理措施等，不仅为护理内科病人所需，而且也适用于其它临床各科的病人。所以，内科护理是临床其他各科护理的基础。

〔护理学基本概念〕

护理实践以护理理论作为基础。在学习内科护理学时，必须对护理学概念有一定的认识。护理学基本概念有：“人”、环境、健康和护理。

（一）“人” 包括个体、家庭和社区群体，是护理的对象，即护理的接受者。个体包括健康人和病人，作为护士不仅要护理病人，还需关心一般人如何保持健康。为了达到良好的护理效果，必须对人有一全面的认识。

1. 人是由生理、心理、社会、文化等因素构成的统一整体。人不仅是一个由各系统、各器官组成的有机体，而且是具有丰富心理活动，在社会从事劳动的人。人的身、心活动相互影响和相互制约，形成统一的整体，所以对人进行护理时应有整体观。

2. 人的基本需要是多种多样的。心理学家马斯洛认为：人的最基本需要是生理的需要，当生理需要获得满足后，随之而生的是安全的需要，在此基础上再出现爱和被爱的需要，以及个人的尊重需要，最后发展到自我实现的需要。人的需要受到环境、遗传、个性、性别、年龄等因素影响，在受到疾病干扰时，需要也会发生变化。护士应根据不同个体的不同需要给予不同的护理，使需要得到满足。但要指出：个人的需要往往不能全部获得满足，护士的责任是帮助病人发现问题，并使其了解某些问题是无法解决的，并协助病人以客观的态度去适应或用可行的方法去解决。

3. 生命发展的不同阶段，有不同的需要。人的生命从胎儿、婴儿、幼儿、青少年、成年、老年，直至生命结束，于不同阶段会产生不同的需要，如围产期保健、安乐死等。这些需要能否获得满足，与健康 and 护理有密切关系。

（二）环境 包括人体内部生理、心理的内环境和人类赖以生存的自然、社会的外环境。人与环境是统一的，人生活在环境中受到环境的压力，但人也可适应环境和改造环境。

(三)健康 健康的基本条件是人的多层次需要得到满足和机体内达到平衡协调。世界卫生组织指出：“健康是一种身体上、精神上和社会上的满足状态。”健康的对立面是疾病，两者是生命连续统一体中的一对矛盾，两者之间很难找出明确的界线，一个人只是处在健康与疾病的连续线上的某一点，而且是不断移动、变化的。在实际工作中，不能将健康理解为躯体无疾患，也不能认为某一个人住院后成为病人，一旦出院即为健康人。

健康与环境是相互影响的，在消极的环境压力下，人若不能作出相应的调整 and 适应时，可导致人体内环境的失调，引起躯体或精神上的疾病；又病人所产生的偏离社会规范行为也能影响社会环境，若为传染性疾病，还可传染流行，危害社会环境。

(四)护理 护理是一种帮助方式。帮助者为护士，帮助的对象是“病人”。临床护士所服务的对象虽然以病人为主，但要注意到每一病人是家庭成员之一，亦是社区中的一分子，所以临床护士也要参与家庭护理和社区保健工作。护士通过护理程序的科学方法和人际沟通的艺术，改善或创造良好的环境，消除压力原，帮助人们适应环境压力，使生活在各种环境中的人达到最佳健康状况。即通过护理可使人从疾病向健康转化，或使疾病处于稳定状态，能自理生活，达到一定健康水平；或对部分器官、组织残废者，使其残废降至最低程度，尚存的功能充分发挥，使丧失的功能得到代偿，达到其本人最高健康水平。

护理程序是组织思维、解决问题的科学方法。它的实施使护理改变了过去只靠执行医嘱或按各项护理常规进行的机械、被动的情况，使各项护理活动成为以人为中心，有目标、有计划、按系统进行的科学工作。护理程序包括四个阶段（步骤）：①估计阶段：估计对象的健康状况，找出主要护理问题；②计划阶段：按护理问题制定护理计划；③实施阶段：实施护理计划中的各种方案；④评价阶段：对病人所取得的护理效果进行评定，反馈的结果对护理程序作进一步修正。

〔《内科护理学》的学习目标〕

通过《内科护理学》教学，在理论学习和实习结束后，学生将能够：

- (一)进一步树立全心全意为病人服务的职业道德。
- (二)知道内科常见疾病的病因、常用诊断及治疗方法。
- (三)解释内科病人对疾病的心理反应和躯体反应（临床表现）。
- (四)运用护理程序对内科病人作出估计及进行整体护理。
- (五)根据操作规则，进行内科常用护理技术操作。
- (六)解释护士在重症监护室及急诊室的职责，在有人指导下处理常见急重症护理情况。
- (七)运用预防的原则，应用人际沟通的技巧，对内科病人及其家属进行保健指导。

(朱国光 陈龙根)

第一篇 总 论

第一章 内科病人的估计

护理程序的第一步是有组织地从各种渠道收集病人的有关资料，以估计病人的健康状况，为找出护理问题，制定和实施护理计划，以及对各个阶段的评价奠定基础，从而保证病人能得到适合其个人的良好护理。估计阶段的内容为收集资料，并将其写成书面的护理病历。

第一节 收集资料

资料分主观资料和客观资料。前者是指病人对自己健康情况的知觉、感受及观点，主要通过交谈、询问而获得，也可通过观察病人的非语言性动作而获得；后者是指通过给病人作体格检查而获得的资料，观察是其重要的方法。此外，还可参考辅助检查的资料。

一、观察

观察是进行任何科学工作的基本方法，在护理程序的实施中尤为重要。内科临床护理时，通过病情观察可掌握病人的全面情况、病情的动态变化、以及存在的或潜在的危险，然后作出正确的判断，找出护理问题，从而提出合理的护理措施。此外，医生也要利用护士观察所获得的资料，作为诊断和治疗的根据。

内科病人的观察要做到“勤”和“细”，关键是掌握“动态”。观察病人，除注意其病情、心理活动和对舒适要求等内容外，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病人时，除指导将气管、喉头的血液轻轻咯出外，还应观察有无胸闷、咯血不畅、情绪紧张、喷射性大咯血突然中止等窒息先兆的表现。又如对呼吸衰竭的病人，除观察生命体征和血气分析外，尚应观察诸如精神恍惚、多语、躁动、白天嗜睡、夜间失眠等症状，以便及早发现肺性脑病。

观察不只在收集资料阶段进行，而要贯穿于整个护理过程中，要及时掌握病人对治疗和护理的反应。例如心力衰竭病人接受洋地黄、利尿剂治疗时，护士应动态观察呼吸、脉搏、心率、心律、脉压、静脉压等，作为判定疗效的根据。同时观察胃肠道、神经系统症状及心率、心律的变化，判别有无洋地黄中毒，以协助医生准确调整剂量，完善治疗方案，提高疗效及预防并发症。又如休克型肺炎病人于治疗过程中，应密切观察神志、脉搏、血压和脉压、皮肤颜色和温湿度、尿量等。若有意识障碍、脉搏细弱、四肢厥冷、脉压差变小、尿少等，则提示休克仍在发展，应继续加强抗休克护理措施；如血压猛升，出现剧烈头晕和头痛等，则应减慢升压药物的滴速，并采取其他对症护理。

二、交谈

交谈包括询问和倾听病人的谈话。

〔交谈的重要性〕

交谈是护士认识病人的开始，是建立良好护患关系的开端。护士通过交谈可全面了解病人的自觉症状、疾病的发生及发展、诊疗经过、既往健康状况、病人的一般情况等，为找出护理问题和制定护理计划提供重要依据。此外，护士通过询问可掌握病人的心理状态，有利于做好心理护理。

〔交谈的技巧〕

交谈时，护士要持真诚、亲切、和蔼的态度，并富有同情心和耐心，以取得病人的信任和合作，保证资料的可靠性。询问的重点应放在病人最感困扰的问题（如不适感）或最关心的问题。应先从病人感受明显、容易回答的问题开始，如问“你有什么不舒服？”或“你为什么住院？”，随后耐心听病人的陈述。一般应多听少问，让病人用其自己的方式把话说出来。但当离题太远时，可插问一些与现症关系密切的问题，将话题转回。由于患病的人易受暗示，提问时应避免套问或诱问，如不应问“你在右上腹痛时有向右肩放射吗？”，而应问“你在右上腹痛时其他部位痛吗？”。又如不应问“你是否有午后发热？”，而应问“你什么时候发热？”。套问或诱问可使病人顺口称是，影响资料的可靠性。

询问时还应注意：

- （一）尽可能询问患者本人，如不能回答则可询问亲友、同事等知情人。
- （二）对重症病人应简要询问主要问题后，迅速进行抢救，待病情稳定后再作补充。
- （三）语言要通俗易懂，避免使用医学术语，如“黄疸”、“端坐呼吸”、“谵妄”等。
- （四）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。
- （五）几乎每位病人都有不同程度的焦虑，交谈时须做到开放式沟通，让病人处于轻松状态，不致产生焦虑加重和不安，并注意病人的自尊和被了解。
- （六）结束询问前，宜加问一句“你还想告诉我什么事吗？”，这有助于进一步沟通。

〔询问的内容〕

护士所收集的资料，除护理体检部分需观察和检查外，其他的资料主要靠询问而获得。其重点为病人的功能情况、自主能力、心理活动、精神状态等。一般包括以下几方面：

- （一）一般情况 包括姓名、性别、年龄、职业、入院日期、文化程度、宗教信仰等。
- （二）入院方式 指病人是如何进入病房的，步行、坐轮椅、或由平车送入。
- （三）简要病史
 - 1.主诉 病人本次就诊最主要的症状或体征及其持续时间。如“发热、右胸痛、咳嗽3天”，“反复咳嗽、咳痰3年，下肢浮肿2周”。
 - 2.现在病史 叙述病人患病后的症状发生和发展，包括何时起病、持续时间、病情变化、病程、诱发因素等。
 - 3.过去病史 包括过去健康状况，患过什么疾病，手术及外伤史，过去药物使用情况，药物及食品过敏史等。
 - 4.家庭史 家庭成员的健康状况，有无遗传病史等。
- （四）日常生活方式 主要是指平时的生活习惯，包括饮食、个人嗜好、睡眠、休息、卫生、排泄、活动等。

(五) 心理状态 包括平时的心理状况, 病后的心理活动, 对疾病有何认识, 对治疗有无信心, 有哪些影响病人心理的因素等。

(六) 病人对护理的要求。

三、护理体检

护理体检是护理人员运用自己的感官(眼、耳、鼻、手)或借助简单的工具(布尺、手电筒、叩诊锤、听诊器)来了解病人身体状况的一种最基本的检查方法。

〔护理体检的基本方法〕

(一) 视诊 通过视觉对病人的全身一般情况及局部变化进行观察, 是护理观察的主要方法。观察时应充分暴露被检部位, 在自然光线下进行, 如在灯光下, 不易辨认黄疸和皮疹。在侧面光线下, 能较清楚地看出肿块的轮廓及搏动。

(二) 触诊 是借助于手的感觉来判断局部组织或脏器物理特征的一种方法。其内容包括位置、大小、轮廓、硬度、温度、湿度、移动度、疼痛等。检查者一般位于病人的右侧, 用手的指腹和掌指关节掌面进行, 动作要轻柔, 尽量避免引起病人的痛苦。

(三) 叩诊 是用手指叩击病人体表某部, 根据其产生的音响特点, 来辨别脏器状态和病变性质的一种检查方法。叩诊方法有直接叩诊法和间接叩诊法。临床广泛采用的是后者, 检查时, 将左手中指第二指节紧贴于被叩部位, 其他手指稍抬起, 不与体表接触, 用右手手中指端垂直地叩击左手中指第二指骨上的前端。根据叩击部位和病变的性质不同, 可产生不同性质的音响。常见的叩诊音有以下几种:

清音 叩打肺部所产生的声音。

浊音 叩打肝脏或心脏被肺遮盖部分所产生的声音。

实音 叩打实质性脏器如心脏、肝脏所产生的声音, 也见于大量胸腔积液、肺实变等。

鼓音 叩打含有大量气体的空腔器官所产生的声音, 如胃泡区和腹部(含气的肠管), 气胸时也可出现。

过清音 叩打弹性减弱、含气量增加的肺组织(如肺气肿)所产生的声音。

(四) 听诊 直接用耳听取病人的语言、呼吸、咳嗽的声音变化, 或借助听诊器听取心肺、胃肠活动所产生的声音, 即临床普遍使用的间接听诊法。

(五) 嗅诊 以嗅觉辨别发病人体表、呼吸道、胃肠道或呕吐物、排泄物等所产生的异常气味。护士对环境中的特殊气味亦应警觉, 并注意通风换气。对病人食物和药物的味道, 护士也应有体会, 以了解病人能否接受和味觉是否正常。

〔护理体检的内容〕

(一) 一般检查 是对病人全身状况的概括性观察。检查方法以视诊为主, 适当配合触诊来证实视觉的观察结果或弥补其不足。根据病人的全身状态, 可大概判断属于哪一类或哪一系统的疾病, 也可了解病情的危急程度和变化, 为护理提供必要的依据。一般检查内容包括:

1. 全身状态检查

(1) 体温 正常人口腔体温在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 范围内。体温异常有:

①发热 一般口温在 37.3°C 以上, 或肛温在 37.6°C 以上, 或一昼夜内波动 1°C 以上, 即属发热。口温不超过 38°C , 称为低热; 在 $38.0\sim 38.9^{\circ}\text{C}$, 称为中等发热; 在 $39.0\sim 41.0^{\circ}\text{C}$,

称为高热；超过 41°C ，称为过高热。发热上升有两种型式：一是低热开始，在几天内逐渐升高到高热极期，称为渐升性发热，该型发热开始时仅感发冷而无寒战，常见于伤寒、结核性胸膜炎、淋巴瘤等；另一型式是在数小时内即骤升至高热阶段，称为骤升性发热，其发热特点是开始时多伴有寒战，而且寒战期间体温多已升高，常见于肺炎球菌肺炎、败血症、疟疾等。

在发热极期，根据发热的程度、波动幅度的大小、反复性等，可分为稽留热、弛张热、波状热、不规则热等数种热型。

②体温降低 体温低于 36°C ，称为体温降低。见于休克、慢性消耗性疾病、老年体弱、严重营养不良、甲状腺机能低下等。

(2) 脉搏 注意速率、节律、紧张度、强弱、动脉壁的情况等。数脉搏时间一般需一分钟，有心律失常时尤为必要，并可同时听诊心脏。

①脉率 即每分钟脉搏的次数。正常成人的脉率每分钟 $60\sim 100$ 次。在病理情况下，脉率减慢见于房室传导阻滞、阻塞性黄疸、甲状腺机能减退、颅内压增高等；脉率增加见于发热、贫血、心功能不全、甲状腺机能亢进等。如脉率少于心率，称为脉搏短绌，见于过早搏动和心房颤动。一般体温升高 1°C ，脉率增加10次。

②几种常见的异常脉搏

水冲脉 脉搏骤起骤落，急促有力，称为水冲脉。为脉压增大所致，见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺机能亢进、严重贫血等。检查时，将病人手臂抬高过头、触其挠动脉可感到急促有力的冲击。

交替脉 脉搏强弱交替出现而节律正常，称为交替脉。是由于心肌收缩强弱不均所致，为心肌损害的一种表现。见于高血压性和冠状动脉硬化性心脏病、左心衰竭早期等。

奇脉 又称吸停脉，为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。

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。

(3) 呼吸

①呼吸频率的改变 正常成人呼吸每分钟 $16\sim 20$ 次。呼吸次数每分钟超过24次，称为呼吸增快，见于发热、严重贫血、左心衰竭、呼吸衰竭等；呼吸次数减少至每分钟10次以下，称为呼吸减慢，见于呼吸中枢受到抑制，如镇静剂中毒、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） 其特点是呼吸幅度由浅逐渐加深，继而逐渐减弱，乃至暂停，然后再重复上述呼吸节律（图1—1—1）。为呼吸中枢兴奋性降低的表现，见于中枢神经系统疾病（如脑血管意外等）和急性中毒（如安眠药、麻醉药中毒等）。

间停呼吸（毕氏呼吸） 表现为呼吸与呼吸暂停相交替（图1—1—2）。为呼吸中枢兴奋性显著降低、病情危重的征象，常在呼吸完全停止前发生。

③呼吸深度的改变 呼吸变深而次数稍快，称为酸中毒大呼吸（即库氏大呼吸）。是呼吸中枢受酸性代谢产物强烈刺激所致，见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒等；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 $12.0\sim 18.6\text{kPa}$ （ $90\sim 140\text{mmHg}$ ），舒张压为 $8.0\sim 12.0\text{kPa}$ （ $60\sim 90\text{mmHg}$ ），脉压为 $4.0\sim 5.3\text{kPa}$ （ $30\sim 40\text{mmHg}$ ）。平卧时下肢的血压

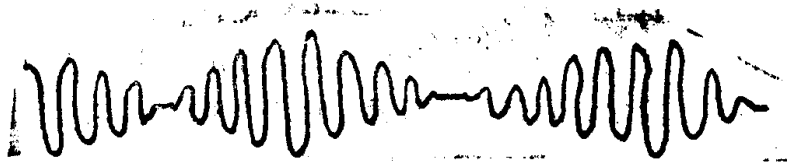


图1-1-1 潮式呼吸



图1-1-2 间停呼吸

比上肢高。成人收缩压 $\geq 21.3\text{kPa}$ (160mmHg) 或/及舒张压 $\geq 12.7\text{kPa}$ (95mmHg), 称为高血压, 见于原发性高血压、肾脏疾病、颅内压增高等; 血压低于 $10.6/8.0\text{kPa}$ (80/60 mmHg), 称为低血压, 见于休克、心功能不全等。脉压增大见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺机能亢进、严重贫血等; 脉压减少见于低血压、心包积液、主动脉瓣狭窄、重度心功能不全等, 休克时脉压常低于 2.7kPa (20mmHg)。

(5) 意识状态 正常人意识清醒, 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。临床检查时, 可通过与病人对话来了解其思维、情感活动、定向力(对时间、人物、地点的分析力)等, 同时还要做痛觉试验、瞳孔对光反射、肌腱反射等以判定意识障碍的程度。意识障碍可有下列不同程度的表现:

①嗜睡 为最轻的意识障碍。病人处于病理的睡眠状态, 可被轻度刺激或言语所唤醒, 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。病人有定向障碍, 思维和语言不连贯, 可有错觉、幻觉、躁动、谵语、精神错乱等, 常见于急性重症感染的高热期。如以兴奋性增高为主要表现, 则称为谵妄, 表现为定向力丧失、感觉错乱(错、幻觉)、躁动不安、言语杂乱等。

③昏睡 是较昏迷稍浅的意识障碍。病人处于熟睡状态, 不易唤醒, 虽在强烈刺激下(如压迫眶上神经、摇动身体等)勉强唤醒, 但很快又再入睡, 醒时答话含糊或答非所问。

④昏迷 是意识障碍最严重的阶段。病人的运动和感觉完全丧失, 任何刺激都不能唤醒。根据其程度不同大致区分为:

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表情或肢体退缩等防御反应。角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在。

深昏迷 意识全部丧失, 强刺激也不能引起反应, 肢体常呈弛缓状态, 深、浅反射均消失。呼吸常不规则, 血压可下降, 大小便失禁或潴留。

临床上, 应注意昏迷与晕厥的鉴别, 后者是由于一时性脑供血不足, 导致大脑功能暂时性严重障碍, 而引起突然短暂的意识丧失, 但短时间内(一般在一分钟内, 亦可达2~3分钟)能恢复意识。昏迷的意识障碍通常持续时间较长, 恢复较难, 可与晕厥鉴别。

(6) 发育 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。一般判断成人发育正常的指标为: 胸围等于身高的一半, 两上肢展开的长度约等于身

高，上半身（自头顶至耻骨联合上缘）约等于下半身（自耻骨联合上缘至脚底）。临床上常见的病态发育与内分泌的关系最为密切，如人体发育成熟前脑垂体前叶功能亢进，可使体格生长呈异常高大，称巨人症；反之，则使体格呈异常矮小，称侏儒症。

（7）营养 营养状态是评定健康或疾病程度的重要标准之一。一般是根据皮肤、毛发、皮下脂肪和肌肉的发育加以判断，可分为：

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，肌肉结实有力。

②不良 皮肤粘膜苍白，皮肤弹性减低，毛发、指甲粗糙无光，皮下脂肪菲薄，肌肉松软无力。

③中等 介于以上两者之间。

（8）面容和表情 面容和表情能反映机体各种不同状态。健康人表情自然，神态舒展。患病后常有忧虑、痛苦或疲惫的面容和表情，当疾病发展到一定程度时，还可出现特征性面容和表情。

①急性病容 面色潮红，兴奋不安，呼吸粗大，口唇干燥，感情痛苦等。见于急性热病，如肺炎、疟疾等。

②慢性病容 面容憔悴，面色苍白或灰暗，目光暗淡等。见于慢性消耗性疾病，如恶性肿瘤、肝硬化、严重结核病等。

③病危面容 面容枯槁，面色铅灰，表情淡漠，目光无神，皮肤冷湿，甚至大汗淋漓等。见于严重休克、急性腹膜炎等。

④贫血面容 面色苍白，唇舌色淡，表情疲惫乏力。见于各种贫血。

⑤甲状腺机能亢进面容 面容惊愕，眼裂增大，眼球突出，目光闪烁，兴奋易怒。

⑥二尖瓣面容 面色晦暗，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。

⑧满月面容 面圆如满月，皮肤发红，常伴痤疮及口周小须。见于柯兴综合征和长期应用糖皮质激素的病人。

（9）体位 由于疾病性质和意识状态不同，使病人主动或被动地采取不同的体位。常见的体位有：

①自动体位 身体活动自如，不受限制。见于健康人和病情轻者。

②被动体位 病人不能自己调整或变换肢体的位置。见于极度衰弱和意识丧失者。

③强迫体位 为了减轻疾病的痛苦，病人被迫采取某种体位。临床常见强迫体位有下列几种：

强迫坐位（端坐呼吸） 患心肺功能不全的病人产生呼吸困难时，常坐于床沿上，以两手置于膝盖上或扶持床边。这种体位可使胸廓辅助呼吸肌易于运动，使膈肌下降，肺换气量增加，而且下肢回心血量减少，可减轻心脏负荷。

强迫仰卧位 患急性腹膜炎的病人，常采取仰卧，双腿卷曲，借以减轻腹部肌肉紧张。

强迫侧卧位 患有一侧胸腔积液的病人多取患侧卧位，以减轻疼痛，并有利于健康侧代偿呼吸。

强迫停立位 心绞痛病人在步行时胸骨后疼痛突然发作，被迫立即站立不动，待疼痛缓解后才离开原位。

辗转体位 胆石症、胆道蛔虫症患者于腹痛发作时，常坐卧不安、辗转反侧、不断变换体位。

(10) 姿势和步态 姿势指举止的状态，步态为走动时所表现的姿势。健康成人躯干端正，肢体动作灵活适度，步态稳健。患某些疾病时，可出现姿势和步态的改变，如情绪低落、疲惫乏力者，出现肩垂、背弯、步态拖拉；震颤麻痹病人出现慌张步态，表现起步后小步急速趋行，身体前倾，难以止步。

2. 皮肤和粘膜

(1) 颜色

①苍白 为血红蛋白量减少或毛细血管充盈不足引起。见于贫血、休克、虚脱等。

②发红 是由于皮肤粘膜毛细血管充血所致。生理情况下见于运动、饮酒、日晒、浴后；病理状态见于发热性疾病，患肺结核病可有午后两颧潮红。

③紫绀 是指皮肤粘膜出现弥漫性青紫色，常见的部位为口唇、耳廓、肢端等（详见第二篇第一章第一节）。

④黄染 皮肤粘膜发黄称为黄染，主要见于黄疸。黄疸是由于血液中胆红素浓度超过 $34.2 \mu\text{mol/L}$ (2mg/dl) 时，渗入皮肤、粘膜及巩膜所致。早期或轻微的黄疸，仅见于巩膜和软腭粘膜，较明显时才见于皮肤。黄疸常见于胆道阻塞、肝细胞损害、溶血性疾病等。此外，过多食用胡萝卜、南瓜、桔子等，也可使皮肤黄染，但发黄部位多在手掌、足底皮肤，一般不发生于巩膜和口腔粘膜。长期服用呋喃类药物也可使皮肤发黄，严重者可表现巩膜黄染，但以角膜缘周围最明显，离角膜缘愈远黄染愈浅，这与黄疸不同。

⑤色素沉着或脱失 色素沉着易发生于身体的外露部位及乳头、外生殖器、口腔颊部粘膜等处，使皮肤、粘膜色泽加深呈暗褐色。可见于慢性肾上腺皮质功能减退和肝硬化，以及某些药物（如抗癌药等）的作用、妊娠期妇女等；色素脱失常见于白癜风、白斑等。

(2) 弹性 皮肤弹性与年龄、营养状态和组织间隙所含液量有关。青年人皮肤紧张，富有弹性；老年人皮肤松弛，大量脱水及晚期肿瘤病人皮肤弹性也见减退。皮肤弹性检查方法是用食指和拇指将病人手背皮肤捏起，正常情况下于放手后皮肤迅速复原，弹性减退时，皮肤皱折平复缓慢。

(3) 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，称为盗汗。休克时出汗伴有皮肤厥冷，称为冷汗。粘液性水肿、维生素A缺乏等病人皮肤干燥无汗。

(4) 水肿 是指皮下组织间隙液体潴留过多。若以手指加压，局部组织出现凹陷者，称为凹陷性水肿，可分轻、中、重三度。

①轻度 仅见眼睑、踝部及胫前，加压可见组织凹陷，平复较快。

②中度 全身软组织均可见明显浮肿，加压可出现明显或较深的组织凹陷，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。

(5) 皮疹 有多种类型，如斑疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹等。常见于皮肤病、传染病、药物过敏等。

(6) 紫癜 是皮肤或粘膜下出血。直径不超过2mm者称出血点；直径在3~5mm之间者称紫癜；直径在5mm以上者称淤斑；片状出血伴局部皮肤隆起者称血肿。紫癜的特征与皮疹不同，前者用手指压之不退色，而后者为充血性，用手指压之退色。

(7) 蜘蛛痣 是一条小动脉末端及其分支扩张所形成的一种血管痣，因形似蜘蛛，所

以称为蜘蛛痣。检查时用铅笔尖或火柴杆压迫蜘蛛痣的中心（即中央小动脉），即可使辐射状小血管退色，去除压力后又复出现。一般见于上腔静脉分布的区域内，如面、颈、手背、手臂、肩部、前胸等处。蜘蛛痣的发生，一般认为与体内雌激素增高有关，常见于慢性肝炎、肝硬化病人，也可见于少数的正常人及妊娠期妇女。

3. 淋巴结 正常人表浅淋巴结很小、柔软、表面光滑、无压痛、与周围组织无粘连，仅于颈、腋下或腹股沟处偶可触及。检查时，应使局部皮肤肌肉松弛，依次检查耳前、耳后、颈部、颌下、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝等处。发现淋巴结肿大时，应注意其大小、数目、硬度、压痛、活动度、有无粘连，局部有无红肿、疤痕、瘰管等。淋巴结肿大见于急慢性炎症、结核、恶性肿瘤转移等。

（二）头颈部检查

1. 面部器官

（1）眼

①眼睑 眼睑浮肿见于肾炎、营养不良、心力衰竭等。双侧眼睑下垂可见于重症肌无力，单侧眼睑下垂可见于动眼神经麻痹。

②结膜 充血见于结膜炎，苍白见于贫血，出血点见于败血症、亚急性感染性心内膜炎、出血性疾病等。

③巩膜 黄染见于黄疸，其特点为分布均匀，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。脂肪斑块呈不均匀分布、高出表面，可与黄疸区别。

④角膜 应注意有无白斑、云翳、溃疡等。

⑤瞳孔 正常人瞳孔为圆形，双侧等大，室内光线下直径约3~4mm，对光反射良好。瞳孔缩小见于有机磷农药、毒蕈、吗啡、巴比妥等中毒；瞳孔扩大见于视神经萎缩、阿托品中毒等。两侧瞳孔散大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病变，如脑出血、脑肿瘤、脑疝等。

⑥眼球 双侧眼球突出见于甲状腺机能亢进，单侧眼球突出见于局部炎症、眶内占位性病变。眼球内陷见于严重脱水。自发性眼球震颤见于耳源性眩晕、小脑疾病等。

（2）口腔

①气味 健康人口腔无特殊气味。有臭味者称口臭，见于消化不良、齿槽溢脓、副鼻窦炎等。呼气中有苹果味，见于酮症酸中毒；有尿臭味，见于尿毒症；有肝臭味，见于肝性脑病。肺脓肿如有厌氧菌感染时，病人呼气常有组织坏死的臭味。服毒病人口腔中可嗅到毒物的特殊气味，如有机磷农药的大蒜样臭味。

②口唇 健康人口唇红润。口唇苍白见于贫血，口唇紫绀见于心、肺功能不全，口角糜烂见于维生素B₂缺乏，口唇疱疹常见于肺炎球菌肺炎、感冒、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等。

③口腔粘膜 正常口腔粘膜色泽呈粉红色。相当于第二大臼齿的颊部粘膜处，出现针头大小白色斑点，称为麻疹粘膜斑，为麻疹早期诊断的依据。口腔粘膜出现白斑常为霉菌感染所致，多见于衰弱的病儿、老人或长期使用广谱抗生素之后。口腔粘膜色素沉着见于肾上腺皮质功能减退等。

④齿及牙龈 注意有无龋齿、残根、缺齿、义齿等。按下列格式标明所在部位。

（上）87654321|12345678

（下）87654321|12345678

（右） （左）