

护士执业资格考试同步辅导丛书



供护理、助产专业使用



内科护理学 笔记



(第四版)



刘辉◎主编



科学出版社

非外借

护士执业资格考试同步辅导丛书

供护理、助产专业使用

内科护理学笔记

(第四版)

主 编 刘 辉

副主编 范亚平 张蔚蔚 叶永如

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

范亚平 (广东省潮州卫生学校)

李 春 (广州卫生职业技术学院)

李 凤 (揭阳市卫生学校)

李秋霞 (广东省潮州卫生学校)

梁晓雁 (湛江中医学校)

刘 辉 (广州卫生职业技术学院)

沈永利 (桐乡市卫生学校)

吴东洪 (梅州市卫生职业技术学校)

叶永如 (九江学院护理学院)

张 弛 (韶关学院医学院)

张蔚蔚 (广州卫生职业技术学院)

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有，侵权必究 ·

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

内 容 简 介

本书前三版在多年的使用中，受到广大参考护生好评。第四版以最新全国护士执业资格考试大纲为依据，针对护士执业资格考试主要知识点准确定位，对部分章节进一步完善，突显辅导用书“重点突出、不留死角”的特点。其编写结构承袭第三版“两栏一框”——考点提纲栏、模拟试题栏和锦囊妙“记”框的特色，增加了要点回顾框，使学生在复习时条理更清晰，重点更突出。模拟试题栏从专业实务、实践能力两方面对应考点提纲进行针对性练习，根据近五年执业资格考试题型分布情况，更贴近实战，突出考前模拟的热身作用。锦囊妙“记”框通过趣味歌诀、打油诗和顺口溜，帮助考生快速记忆知识点，力求简单易记。本书配套数字化教学资源，学生用手机扫描书页即可观看视频讲解，帮助理解和记忆。

本书为护士执业资格考试辅导用书，还可以作为护理专业自学考试、专升本考试、职称考试的辅导用书及在校护生学习期间同步学习的参考用书，以帮助学生掌握重点、难点和考点。对于护理专业教师，本书不失为是一本方便的教学参考书。

图书在版编目（CIP）数据

内科护理学笔记 / 刘辉主编. —4 版. —北京：科学出版社，2018.1

（护士执业资格考试同步辅导丛书）

ISBN 978-7-03-055458-1

I . 内… II . 刘… III . 内科学 - 护理学 - 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（2017）第282958号

责任编辑：张 茵 孙岩岩 / 责任校对：张凤琴

责任印制：赵 博 / 封面设计：张佩战

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>

保定市中国画美凯印刷有限公司 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

2018年1月第 四 版 印张：20 1/2

2018年1月第三十次印刷 字数：524 800

定价：49.50元

（如有印装质量问题，我社负责调换）

第四版前言

本书于2010年首次出版,今年将进行第四次修订和再版。在科学出版社的精心策划下,编者以用书者的意见反馈为基础,以最新全国护士执业资格考试大纲为主线,发挥各自的专业智慧,齐心协力,于2017年金秋完成了本书的第四版编写工作。

本书仍然保留前三版笔记“两栏一框”的形式,主要变化可以归纳为四点。

第一,更加突出重点。改“两栏一框”为“两栏两框”,在考点提纲栏、模拟试题栏、锦囊妙“记”框的基础上增加了要点回顾框。要点回顾框列出每节内容的主要知识点,一般3~5个,位于每节内容之后;另外,文中所描述的重点知识点和考点均用蓝色印刷。两者结合,使重点更加突出。

第二,更加贴近护士执业资格考试的模拟试题。本次模拟试题的组题,参考了近5年护士执业资格考试真题的题量和知识点分布,尽量做到合理、科学、全面,既突出高频考点,又不遗漏某些非高频考点,真正体现辅导用书“考点突出、不留死角”的作用。

第三,更加人性化的学习体验。本书试题部分改变了以往整章正文后出题的形式,而是以节为单位组题,使复习与学习效果的检验基本同步;又因试题只针对此节内容,使高频考点以试题的形式呈现,加深学生的感性认识;重视难点试题的解析答疑作用,突显试题的示范作用,通过解析展示答题思路,训练正确的解题方法。每处解析都包含完整的分析过程,包括分析试题考查的知识点,分析题干并根据题干给出的问题做出完整的回答,分析答案,以帮助学生深刻理解知识点,并通过试题的设置串联起多个相关的知识点,扩大复习的范围,巩固学习效果。

第四,更加符合现代读者的需求。本版教材增加了数字化教学资源,让用书者在使用本书时,通过手机扫描观看难点知识的讲解和辅导视频,帮助理解和记忆。

本书为护士执业资格考试辅导用书,并可作为护理专业自学考试、专升本考试、职称考试的辅导用书及在校护生学习期间同步学习的参考用书,能够帮助学生掌握重点、难点和考点。对于护理专业教师,也不失为一本较好的教学参考书。

本书在编写过程中得到了各位编者所在学校的大力帮助,科学出版社给予了极大的支持,编写期间参阅大量其他同行出版的教材和辅导资料,在此一并深表感谢!全书编者都以高度负责的态度参与编写,但因水平限制,不当之处难免存在。殷切希望各位师生、临床护士在使用过程中,提出意见和建议,以求再版时改进和完善。

编者

2017年10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、成人高考及在校生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 健康评估.....(1)	第10节 上消化道出血.....(126)
第1节 健康评估内容.....(1)	第5章 泌尿系统疾病患者的护理.....(130)
第2节 问诊.....(1)	第1节 常见症状护理.....(130)
第3节 体格检查.....(2)	第2节 慢性肾小球肾炎.....(133)
第4节 实验室检查.....(11)	第3节 肾病综合征.....(136)
第5节 心电图检查.....(17)	第4节 尿路感染.....(140)
第6节 影像学检查.....(19)	第5节 急性肾衰竭.....(144)
第7节 心理社会评估.....(20)	第6节 慢性肾衰竭.....(148)
第2章 呼吸系统疾病患者的护理.....(22)	第6章 血液及造血系统疾病患者的护理.....(154)
第1节 常见症状护理.....(22)	第1节 常见症状护理.....(154)
第2节 急性呼吸道感染.....(25)	第2节 缺铁性贫血.....(158)
第3节 肺炎.....(27)	第3节 再生障碍性贫血.....(160)
第4节 支气管扩张.....(31)	第4节 特发性血小板减少性紫癜.....(163)
第5节 支气管哮喘.....(34)	第5节 白血病.....(166)
第6节 慢性阻塞性肺疾病.....(38)	第6节 血友病.....(171)
第7节 慢性肺源性心脏病.....(42)	第7节 弥散性血管内凝血.....(173)
第8节 肺结核.....(44)	第7章 内分泌与代谢性疾病患者的护理.....(175)
第9节 原发性支气管肺癌.....(49)	第1节 常见症状护理.....(175)
第10节 慢性呼吸衰竭.....(52)	第2节 单纯性甲状腺肿.....(177)
第11节 急性呼吸窘迫综合征.....(54)	第3节 甲状腺功能亢进症.....(178)
第3章 循环系统疾病患者的护理.....(57)	第4节 甲状腺功能减退症.....(184)
第1节 常见症状护理.....(57)	第5节 库欣综合征.....(186)
第2节 心功能不全.....(61)	第6节 糖尿病.....(188)
第3节 心律失常.....(68)	第7节 痛风.....(197)
第4节 心脏瓣膜病.....(73)	第8章 风湿性疾病患者的护理.....(200)
第5节 冠状动脉粥样硬化性心脏病.....(76)	第1节 常见症状护理.....(200)
第6节 原发性高血压.....(83)	第2节 系统性红斑狼疮.....(203)
第7节 感染性心内膜炎.....(89)	第3节 类风湿关节炎.....(206)
第8节 心肌疾病.....(91)	第9章 神经系统疾病患者的护理.....(209)
第9节 心包疾病.....(95)	第1节 常见症状护理.....(209)
第4章 消化系统疾病患者的护理.....(98)	第2节 脑血管疾病.....(214)
第1节 常见症状和护理.....(98)	第3节 癫痫.....(221)
第2节 慢性胃炎.....(101)	第4节 三叉神经痛.....(226)
第3节 消化性溃疡.....(103)	第5节 急性脱髓鞘性多发性神经炎.....(227)
第4节 肝硬化.....(108)	第6节 帕金森病.....(228)
第5节 肝性脑病.....(113)	第10章 精神障碍患者的护理.....(231)
第6节 原发性肝癌.....(117)	第1节 精神障碍症状学.....(231)
第7节 急性胰腺炎.....(119)	第2节 精神分裂症.....(236)
第8节 溃疡性结肠炎.....(123)	第3节 抑郁症.....(239)
第9节 慢性便秘.....(124)	第4节 焦虑症.....(242)

第 5 节	强迫症	·····	(245)	第 1 节	传染病概述	·····	(270)
第 6 节	癔症	·····	(247)	第 2 节	病毒性肝炎	·····	(276)
第 7 节	睡眠障碍	·····	(249)	第 3 节	艾滋病	·····	(282)
第 8 节	阿尔茨海默病	·····	(250)	第 4 节	细菌性痢疾	·····	(285)
第 11 章	损伤、中毒患者的护理	·····	(253)	第 5 节	流行性脑脊髓膜炎	·····	(287)
第 1 节	一氧化碳中毒	·····	(253)	第 6 节	流行性乙型脑炎	·····	(290)
第 2 节	有机磷农药中毒	·····	(255)	第 13 章	老年保健	·····	(293)
第 3 节	镇静催眠药中毒	·····	(258)	第 1 节	老年人的特点	·····	(293)
第 4 节	酒精中毒	·····	(260)	第 2 节	老年人的日常保健	·····	(294)
第 5 节	中暑	·····	(263)	第 14 章	中医基础知识	·····	(297)
第 6 节	淹溺	·····	(266)	模拟试题	·····		(301)
第 7 节	细菌性食物中毒	·····	(268)	参考答案	·····		(320)
第 12 章	传染病患者的护理	·····	(270)				

第1章

健康评估

★ ★ 考点提纲栏——提炼教材精华,突显高频考点 ★ ★

第1节 健康评估内容

健康评估内容包括问诊病史、身体评估(体格检查)、实验室检查、心电图检查、影像学检查、心理社会评估等。

主观资料:通过问诊所获得的资料,即患者的主诉,包括患者所感觉的、所经历的以及看到的、听到的、想到的内容的描述,如头晕、心悸、乏力等。

客观资料:是护士经观察、体格检查、实验室或其他辅助检查所获得的健康资料,如黄疸、发绀、心脏杂音、血常规检查、影像学检查等。

★ ★ 模拟试题栏——识破命题思路,提升应试能力 ★ ★

专业实务

A₁型题

1. 在下列信息中,属于客观资料的是()

- A. 头痛2天
- B. 感到恶心
- C. 体温38.2℃
- D. 不易入睡
- E. 常有咳嗽

A₂型题

2. 患者,女,50岁,汉族,教师。以“心慌、气短、疲乏”为主诉入院。护士入院评估:P 122次/分, BP 80/50mmHg,

脉搏细弱,呼吸急促,口唇发绀。此外还收集了患者的既往病史、家庭关系、排泄情况等资料。以下属于患者主观资料的是()

- A. P 120次/分,心慌、气短
- B. 心慌、气短、脉搏细弱
- C. P 120次/分, BP 70/46mmHg,脉搏细弱
- D. 心慌、疲乏、口唇发绀
- E. 心慌、气短、疲乏

第2节 问诊

★ ★ 考点提纲栏——提炼教材精华,突显高频考点 ★ ★

问诊是指护士通过对被评估对象或其亲属的系统询问和交谈获取病史资料,经过综合分析从而做出临床判断的过程。

症状是指个体患病时对机体功能异常和病理变化的主观感受,如头痛、乏力、恶心、心悸等。这种异常的感受常不能被客观地查出,只能通过问诊从患者的陈述中获得。

一、问诊的内容 问诊内容:一般资料、主诉、现病史、既往史、家族健康史等。

二、问诊的方法与技巧

1. 问诊前的准备与过渡性交谈。

2. 问诊过程与技巧

- (1) 选择适当的提问方法:①开放式提问,指必须用一段话叙述才能回答的问题。在问诊过程中尽可能采用开放式提问,开放性问题是以患者为中心,以了解完整背景和关系为目的。因此,可使患者陈述的病史更客观、更全面。②闭合式提问,又称直接提问,是指用一两个字或“是”、“不是”回答提问,即一问一答的方式。
- (2) 循序渐进逐步深入,问诊要详细。提问应有系统性、目的性,转换话题用过渡语言。
- (3) 耐心倾听:当患者回答不确切时,要耐心启发;当患者陈述滔滔不绝离题太远时,可客气地将其引导到病史线索上来;避免诱导性提问与专业术语提问。
- (4) 核实健康史资料。
- (5) 问诊结束:结束时,应感谢评估对象的合作,并说明下一步对评估对象的要求。

模拟试题栏——识破命题思路,提升应试能力

专业实务

A₁型题

- 采集老人健康史时,正确的是()
 - 交谈一般从既往史开始
 - 不宜提简单的开放性问题
 - 当老人主诉远离主题时,不要打断
 - 不宜触摸老人
 - 一定要耐心倾听,不要催促
- 下列属于开放式提问的是()
 - “您昨天呕吐了几次?”
 - “您早餐后服过药了么?”
 - “现在您还头痛吗?”
 - “您需要吃点什么吗?”
 - “您昨晚睡了几个小时?”
- 属于开放式提问的是()
 - “您今天感觉怎么样?”
 - “服药后,您还头痛吗?”
 - “昨天的检查结果正常,您知道了吗?”
 - “您今天吃药了吗?”
 - “您是第一次住院吗?”
- 下列护患沟通中,属于开放式提问的是()
 - “您今天中午饭后吃过药了吗?”
 - “您为什么不同意手术治疗呢?”
 - “您的学历是高中吧?”
 - “您现在还有疼痛的感觉吗?”
 - “您每天运动时间达到30min了吗?”
- 需要护士进一步澄清的患者陈述是()
 - “我每天抽2包烟,已经8年了。”
 - “我每天喝2两酒。”
 - “我每天只吃2两米饭。”
 - “我痰中有血丝已经有15天了。”
 - “这次住院的费用比我的预算多出1000元。”

第3节 体格检查

考点提纲栏——提炼教材精华,突显高频考点

体格检查是指评估者运用自己的感官或借助简便的听诊器、血压计、体温计等检查工具了解和评估机体健康状况的方法。

体征:医护人员通过体格检查所发现的异常征象。

体格检查的基本方法:视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。

体格检查的内容:全身状态检查、皮肤、浅表淋巴结评估、头部、颈部、胸部、腹部、肛门及直肠和生殖器、脊柱与四肢、神经系统。

一、全身状态检查 全身状态检查是对评估对象全身情况的概括性观察,检查以视诊为主,需配合使用触诊或借助体温计、压舌板、听诊器等简单器具进行。全身状态检查内容包括:性别、年龄、生命体征、发育与体型、营养状态、意识状态、面容与表情、体位和步态。

- 性别** 正常成人性征明显,性别判断不难。某些疾病可引起性征改变,有些疾病与性别有一定的关系。例如,甲状腺疾病和系统性红斑狼疮多见于女性;胃癌、食管癌多见于男性,肾上腺皮质肿瘤或长期使用肾上腺皮质激素可致女性男性化;肝硬化可出现男性乳房发育等。
- 年龄** 与疾病的发生及预后密切相关。佝偻病、麻疹、百日咳等多发生于儿童;结核病、风湿热多发生于青少年;动脉硬化性疾病、恶性肿瘤多发生于中老年人。
- 生命体征** 是评价生命活动存在与否及其质量的指标。包括体温、脉搏、呼吸、血压,为身体评估时必须检查的项目之一。

$\left\{ \begin{array}{l} (1) \text{ 体温} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} 1) \text{ 体温过低: 低于 } 35^{\circ}\text{C}, \text{ 见于急性大出血、休克、慢性消耗性疾病、甲状腺功能减退、极度衰弱。} \\ 2) \text{ 体温升高: 高于 } 37.2^{\circ}\text{C} \text{ 称为发热, 见于感染、无菌性炎症、内出血、恶性肿瘤、组织破坏等。} \end{array} \right.$
---	--

3. 生命体征是评价生命活动存在与否及其质量的指标。包括体温、脉搏、呼吸、血压,为身体评估时必须检查的项目之一。

- (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、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、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12~20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
 - A. 呼吸 >20 次/分为呼吸过快,见于体力活动、发热、严重贫血、甲状腺功能亢进等。
 - B. 呼吸 <12 次/分为呼吸过缓,见于颅内压升高等。
 - 2) 呼吸节律改变: 以下两种呼吸节律改变均因呼吸中枢兴奋性降低所致,见于中枢神经系统疾病、中毒等。
 - A. 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。
 - B. 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
 - A. 酸中毒深大呼吸,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。
 - B. 呼吸浅快见于肺气肿、呼吸衰竭患者。
 - 4) 呼吸气味
 - A. 尿臭味见于尿毒症患者。
 - B. 恶臭味见于支气管扩张或肺脓肿患者。
 - C. 肝腥味见于肝性脑病患者。
 - D. 烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒患者。
 - E. 刺激性蒜味见于有机磷农药中毒患者。
- (4) 血压
- 1) 正常血压: $90\text{mmHg} \leq \text{收缩压} < 140\text{mmHg}$, $60\text{mmHg} \leq \text{舒张压} < 90\text{mmHg}$ 。
 - A. 血压升高,收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。
 - B. 血压降低,收缩压 $< 90\text{mmHg}$,舒张压 $< 60\text{mmHg}$,见于休克、心功能不全、心肌梗死等。
 - 2) 血压异常
 - C. 脉压,正常脉压为40~60mmHg。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、甲状腺功能亢进等;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。

4. 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、不良两种。

- (1) 意识清楚: 思维合理、反应敏锐、语言清晰。
- (2) 嗜睡: 为程度最轻的意识障碍。患者处于持续睡眠状态,可被唤醒,醒后能正确回答问题和做出各种反应,当刺激停止后很快又入睡。
5. 意识状态 (3) 意识模糊: 为程度深于嗜睡的一种意识障碍。患者能保持简单的精神活动,但对时间、地点、人物的定向能力发生障碍。
- (4) 昏睡: 为接近人事不省的意识状态。患者处于熟睡状态,不易唤醒,虽经压迫眶上神经、摇动身体等强烈刺激可被唤醒,但很快又入睡。醒时答话含糊或答非所问。

5. 意识状态

- (5)昏迷:为严重意识障碍,按程度不同分为3个阶段。
- (1)轻度昏迷:意识大部分丧失,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、眼球运动和吞咽反射可存在。

(2)中度昏迷:对周围事物及各种刺激均无反应,对剧烈刺激可有防御反应。角膜反射、瞳孔对光反射迟钝,无眼球运动。

(3)深度昏迷:意识完全丧失,全身肌肉松弛,对各种刺激全无反应,深、浅反射均消失。
- (6)谵妄:一种以兴奋性增高为主的高级神经中枢急性功能失调状态。表现为意识模糊、定向力丧失、幻觉、错觉、躁动不安、言语杂乱等。
- 意识障碍程度也可按照Glasgow昏迷评分法从睁眼、运动和语言三个方面分别定出具体评分标准,以三者的积分表示意识障碍程度。总分范围为3~15分。14~15分为正常,8~13分表示已有程度不等的意识障碍,总分低于7分表示患者已呈现轻度昏迷状态,总分等于3分表示患者呈现深度昏迷(表1-1)。

表1-1 Glasgow昏迷评分表

评分项目	反应	得分
睁眼反应	自动睁眼	4
	呼唤睁眼	3
	刺痛睁眼	2
	无反应	1
运动反应	按指令动作	6
	疼痛定位	5
	疼痛刺激肢体回缩	4
	疼痛刺激时四肢过屈	3
	疼痛刺激时四肢过伸	2
	疼痛刺激无反应	1
语言反应	回答正确	5
	回答错误	4
	吐词不清	3
	有音无语	2
	无反应	1

6. 面容和表情 常见的有急性病容、慢性病容、病危面容、二尖瓣面容、甲状腺功能亢进面容、满月面容、肢端肥大症面容。

7. 体位 常见自
- 动、被动、强迫

(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。

8. 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。

二、皮肤黏膜、浅表淋巴结检查

1. 颜色
- (1)苍白:可由贫血、末梢毛细血管痉挛或充盈不足所致。

(2)发红:可由毛细血管扩张充血、血流加速及红细胞量增多导致,见于情绪激动、运动、饮酒后等。病理情况下见于发热性疾病,如肺炎球菌性肺炎、肺结核、猩红热及阿托品、一氧化碳中毒等。

(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。常见部位是舌、唇、耳郭、面颊、肢端。多见于先天性心脏病、心肺功能不全等。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皮肤所致,主要见于肝细胞损害、胆道阻塞、溶血性疾病。

(5)色素沉着:见于肝硬化、慢性肾上腺皮质功能减退等。

- (1) 湿度:正常人皮肤比较湿润,在病理情况下出汗过多、过少或无汗则具有临床意义。多汗见于甲状腺功能亢进症、佝偻病;手脚皮肤发凉而大汗淋漓称冷汗,见于休克、虚脱;夜间睡后出汗称盗汗,见于结核病;皮肤干燥无汗见于维生素A缺乏、硬皮病、尿毒症、脱水。
2. 湿度、温度、弹性 { (2) 温度:评估皮肤温度采用触诊的方法。
 (1) 全身皮肤发热,见于发热、甲状腺功能亢进症。
 (2) 局部皮肤发热,见于疖、痈等炎症。
 (3) 全身皮肤发冷,见于休克、甲状腺功能减退症。
 (4) 肢端发冷见于雷诺病。
 (3) 弹性:皮肤弹性减退常见于老年人、严重脱水患者。
3. 皮下出血 为皮肤黏膜下出血,常见于造血系统疾病、重症感染、毒物或药物中毒等。
 (1) 出血点:出血直径 $\leq 2\text{mm}$,加压后不褪色。
 (2) 紫癜:出血直径在 $3\sim 5\text{mm}$ 。
 (3) 瘀斑:出血直径 $> 5\text{mm}$ 。
 (4) 血肿:片状出血伴局部皮肤隆起。
4. 蜘蛛痣与肝掌 { (1) 蜘蛛痣:皮肤小动脉末端分支扩张所形成的血管痣,形似蜘蛛,称为蜘蛛痣,多出现在上腔静脉分布的区域内,如面、颈、手背、上臂、前胸等,其产生与体内雌激素增高相关,见于急慢性肝炎、肝硬化患者及健康的妊娠期妇女。
 (2) 肝掌:评估对象手掌大小鱼际肌常发红,加压后褪色,称为肝掌。发生机制与蜘蛛痣相同。
5. 水肿 分为轻、中、重三度。
 (1) 轻度:仅见于眼睑、眶下软组织、胫骨前、踝部皮下组织,指压后轻度下陷,回复较快。
 (2) 中度:全身组织明显水肿,指压后出现明显的或较深的组织下陷,平复缓慢。
 (3) 重度:全身组织严重水肿,可有胸腔积液、腹水,外阴部也可见严重水肿。
6. 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;乳腺癌多向腋窝淋巴结群转移。

三、头部、面部和颈部检查

1. 头颅外形 { (1) 小颅:为囟门过早闭合引起,常伴智力障碍,如先天愚型。
 (2) 巨颅:头颅增大,颜面很小,头皮静脉充盈,双目下视,如脑积水。
 (3) 方颅:头顶平坦呈方形,多见于佝偻病。
2. 眼 { (1) 正常瞳孔:等大等圆,直径 $3\sim 4\text{mm}$,对光反射灵敏。
 (2) 异常瞳孔 { (1) 瞳孔缩小,见于虹膜炎症、有机磷农药中毒、毒蕈中毒或吗啡、氯丙嗪等药物反应。
 (2) 瞳孔扩大,见于阿托品、可卡因等药物影响。
 (3) 瞳孔不等,提示颅内病变,如脑外伤、肿瘤与脑疝等。
 (4) 对光反射,迟钝或消失,见于昏迷患者;双侧瞳孔散大伴对光反射消失为濒死状态。
3. 甲状腺 { (1) 检查方法:触诊为主,辅以视诊、听诊,配合吞咽。
 (1) 双手:站在患者背后,双手拇指置于患者颈后,其他手指在甲状腺软骨两侧进行触摸,嘱患者吞咽。
 (2) 单手:站在患者对面,用右手拇指和其他手指在甲状腺软骨旁进行触摸,同时嘱患者吞咽。
 (2) 观察内容:肿大程度、质地、光滑、压痛、震颤等。听诊:将钟型听诊器置于肿大的甲状腺上,甲状腺功能亢进症患者可闻及低调的连续性血管杂音。
 (3) 临床意义:肿大常见于单纯性甲状腺肿、甲状腺功能亢进症、甲状腺肿瘤。
 (4) 甲状腺肿大分度:Ⅰ度,不能看出肿大但能触及者;Ⅱ度,既能看出又能触及,但在胸锁乳突肌以内者;Ⅲ度,超过胸锁乳突肌者。
4. 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。

四、胸部检查

1. 胸部体表标志 { (1) 骨骼标志:胸骨角、剑突、肋间隙、脊柱棘突、肩胛骨、肋脊角。胸骨角与第2肋软骨相连,为前胸壁计数肋骨的重要标志;剑突为胸骨体下端;肩胛骨下角一般平第7肋水平或第7肋间隙,为后胸壁计数肋骨的重要标志。肋脊角为第12肋骨与脊柱构成的夹角,其前方为肾和上输尿管所在区域。
 (2) 自然陷窝:胸骨上窝、锁骨上窝、锁骨下窝、腋窝。
 (3) 人工划线:前正中线、锁骨中线、胸骨线、腋前线、腋后线、后正中线、肩胛线等。

2. 胸廓、
胸壁
与乳
房

(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: 胸廓前后径略长于左右径, 其上下距离较短, 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。

(5) 乳房

- 1) 视诊: 对称性、皮肤、乳头。
- 2) 触诊
 - A. 方法: 手指或手掌置于乳房上, 指腹轻施压力, 旋转或来回滑动、由浅入深触诊。
 - B. 顺序: 外上象限—外下象限—内下象限—内上象限。
 - C. 观察要点: 质地、弹性、压痛及包块等。包块注意其部位、大小、数量、质地、活动度、边缘及淋巴结等。

(6) 肺和胸膜

- 1) 视诊
 - A. 单侧呼吸运动减弱: 患侧减弱, 健侧代偿性呼吸运动增强。
 - B. 双侧对称性呼吸运动减弱: 肺气肿的特点。
 - C. 吸气性呼吸困难: 大气道部分阻塞时, 气流进入肺内不畅, 吸气时间明显延长, 从而引起胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙向内凹陷, 称为“三凹征”, 见于气管阻塞和气管异物等。
 - D. 呼气性呼吸困难: 见于小气道部分梗阻患者, 如支气管哮喘、肺气肿患者。
 - E. 混合性呼吸困难: 呼气吸气均费力, 见于广泛性肺部病变如重症肺炎患者。
- 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。

3) 叩诊

- A. 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。
- B. 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

- A. 正常呼吸音: 肺部绝大部分可听到肺泡呼吸音。
- B. 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。
- C. 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。
- D. 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。

(7) 心脏和血管

- 1) 视诊
 - A. 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: 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。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。心尖搏动上移可见于能使膈肌上抬的腹部疾病。
 - B. 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。
 - C. 颈动脉搏动: 见于主动脉瓣关闭不全、甲亢及严重贫血。
 - D. 毛细血管搏动征: 见于主动脉瓣关闭不全、甲亢及严重贫血。

2) 触诊

- A. 心尖搏动及心前区搏动: 对于心尖搏动的位置、强弱和范围触诊较视诊更准确。左心室肥大时触诊的手指可被强有力的心尖搏动抬起, 称抬举样心尖搏动。
- B. 震颤: 心脏触诊时手掌感到一种细微震动感, 又称猫喘, 是器质性心血管疾病的特征性体征, 多见于心脏瓣膜疾病。
- C. 心包摩擦感: 位于心前区, 在胸骨左缘第3~4肋间, 见于纤维蛋白性心包炎, 前倾坐位或呼气末明显。当心包积液增多时, 心包脏层和壁层分离, 则摩擦感消失。

3) 叩诊: 心脏叩诊用于确定心界, 判断心脏大小、形状及其在胸腔内的位置。心前区叩诊为实音, 心脏左右缘被肺覆盖叩诊呈浊音。叩心界是指心相对浊音界。

- A. 左心室增大: 心相对浊音界向左下扩大, 心界呈靴形, 最常见于主动脉关闭不全、高血压性心脏病。
- B. 右心室显著增大: 叩诊心相对浊音界向左右扩大, 以向左扩大明显, 常见于肺心病。

2. 胸廓、
胸壁
与乳房

(7) 心脏
和血
管

- (3)叩诊:心脏叩诊用于确定心界,判断心脏大小、形状及其在胸腔内的位置。心前区叩诊为实音,心脏左右缘被肺覆盖叩诊呈浊音。叩心界是指心相对浊音界。

C. 左心房增大:胸骨左缘第2、3肋间心浊音界向左扩大,心腰部饱满,心浊音界呈梨形,又称二尖瓣型心,常见于二尖瓣狭窄。

D. 心包积液:心包积液达一定量时,心界向两侧扩大,并随体位改变而变化。坐位时心浊音界呈三角形烧瓶样,仰卧位时心底部浊音区明显增宽呈球形,此种变化为心包积液特征性体征。
- A. 心脏瓣膜听诊区:见表1-2。

a. 心率:正常成人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。

b. 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。

期前收缩:听诊特点是规律的节律中提前出现的心音,其后有一较长间歇,提前出现的心跳第一心音增强,第二心音减弱。每一次正常心搏后出现一次期前收缩,称为二联律。每两次正常心搏后出现一次期前收缩称为三联律。

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(脉搏短绌)。常见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄、甲状腺功能亢进等。

c. 心音:心尖部舒张期奔马律,提示左心室功能低下。常见于心肌炎、动脉粥样硬化性心脏病等重症心脏病患者。

d. 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,均为病理性杂音。
- 4)听诊:是心脏检查最重要和较难掌握的方法。

B. 听诊内容:主要包括心率、心律、心音、心脏杂音及心包摩擦音。

表1-2 心脏瓣膜听诊区部位

听诊区	心脏瓣膜听诊部位
二尖瓣区	心尖部,即第5肋间左锁骨中线稍内侧
肺动脉瓣区	胸骨左缘第2肋间
主动脉瓣区	胸骨右缘第2肋间
主动脉瓣第二听诊区	胸骨左缘第3、4肋间
三尖瓣区	胸骨下端左缘或右缘

五、腹部检查

1. 腹部分区:常用的是四区法和九区法。

- (1)四区法:通过脐分别划一水平线和垂直线,将腹部分为四个区,左上腹、左下腹、右上腹和右下腹。
- (2)九区法:由两条水平线和两条垂直线将腹部分成九个区,自上而下,正中的三区为上腹部、中腹部(脐部)和下腹部;两侧各三区,分别称为左、右季肋部(左、右上腹部),左、右腰部(左、右侧腹部),左、右髂部(左、右下腹部)。

2. 腹部视诊

- (1)腹部外形:健康人仰卧时腹部平坦,或稍隆起,左右对称。若腹部明显膨隆或凹陷则为病态。腹部隆起呈蛙状腹,见于腹水;胃肠胀气,腹部呈球形,多见于肠梗阻、肠麻痹;严重脱水、极度消瘦者腹部凹陷,甚至呈“舟状腹”。
- (2)腹壁静脉曲张:自脐部向四周蜿蜒的静脉曲张,是门静脉高压的体征之一。

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: 某些位置较固定的压痛点常反映特定的疾病。
- (1) 胆囊压痛征 (Murphy) 压痛: 如位于右锁骨中线与肋缘交界处的胆囊点压痛为胆囊病变的标志。
- (2) 麦氏点 (McBurney) 压痛: 位于脐与右髂前上棘连线的中、外1/3交界处的麦氏点 (McBurney) 压痛为阑尾病变的标志。
- (3) 腹膜刺激征: 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三大体征, 称腹膜刺激征。
- (2) 肝脏触诊的内容: 肝脏大小、质地、表面及边缘。正常人在右锁骨中线上肋缘下不能触及肝下缘, 少数瘦长体型可触及。质地柔软, 表面光滑, 边缘规则, 无压痛, 无搏动。
- (3) 脾脏触诊: 正常脾脏位于左季肋区, 肋缘下不能触及。脾大的分度及其临床意义: 分为轻、中、高三度。深吸气时脾缘在肋缘下不超过3cm, 质地较柔软, 为轻度肿大, 见于急、慢性肝炎和伤寒等; 超过肋缘下3cm, 但在脐水平线以上者, 为中度肿大, 见于肝硬化、慢性淋巴白血病等; 超过脐水平线或向右超过前正中线, 为高度肿大, 又称巨脾, 见于慢性粒细胞白血病、慢性疟疾等。
- (4) 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。
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. 肌力评估 肌力是指肌肉做主动运动时的最大收缩力。肌力可分为6级:
- 0级: 肌力完全丧失。
- 1级: 仅见肌肉轻微收缩, 无肢体运动。
- 2级: 肢体可水平移动, 但不能抬离床面。
- 3级: 肢体能抬离床面, 但不能拮抗阻力。
- 4级: 能作拮抗运动, 但肌力有不同程度的减弱。
- 5级: 正常肌力。
2. 生理反射
- (1) 浅反射: 刺激皮肤或黏膜所致, 包括角膜反射、腹壁反射、提睾反射、跖反射。角膜反射消失见于深昏迷患者; 腹壁反射消失见于昏迷、锥体束或胸髓病损。
- (2) 深反射: 刺激肌腱或骨膜所致, 包括肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨骨膜反射、膝腱反射、跟腱反射及踝阵挛和髌阵挛。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 包括巴宾斯基 (Babinski) 征、奥本汉姆 (Oppenheim) 征、戈登 (Gordon) 征、查多克 (Chaddock) 征、霍夫曼 (Hoffmann) 征。最常用的病理反射检查是巴宾斯基征, 其阳性提示锥体束受损, 见于脑出血等。

要点回顾

1. 体格检查的基本方法。
2. Glasgow昏迷评分法从哪几方面制订具体评分标准?
3. 异常瞳孔的临床意义。
4. 三四征及其临床意义。
5. 脑膜刺激征及其临床意义。

模拟试题栏——识破命题思路,提升应试能力

专业实务

A₁型题

1. “三凹征”是指()
 - A. 锁骨上窝、胸骨上窝、纵隔在吸气时明显下陷
 - B. 锁骨上窝、胸骨上窝、纵隔在呼气时明显下陷
 - C. 锁骨下窝、胸骨上窝、纵隔在吸气时明显下陷
 - D. 锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙在呼气时明显下陷
 - E. 锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙在吸气时明显下陷
2. 意识完全丧失,生命体征不稳定,对各种刺激均无反应属于意识状态的()
 - A. 嗜睡
 - B. 意识模糊
 - C. 昏睡
 - D. 浅昏迷
 - E. 深昏迷
3. 二尖瓣面容的特征是()
 - A. 午后两颊潮红
 - B. 两颊部紫红,口唇轻度发绀
 - C. 面部毛细血管扩张
 - D. 两颊部蝶形红斑
 - E. 两颊黄褐色斑
4. 左心衰竭早期的体征是()
 - A. 奇脉
 - B. 平脉
 - C. 水冲脉
 - D. 脉搏短绌
 - E. 交替脉
5. 测量儿童皮下脂肪厚度常选用的部位是()
 - A. 面部
 - B. 上臂
 - C. 腹部
 - D. 臀部
 - E. 大腿
6. 心动过速是指安静状态下成人脉率每分钟大于()
 - A. 80次
 - B. 90次
 - C. 100次
 - D. 110次
 - E. 120次
7. 评估肝硬化患者有无腹水的最佳做法是()
 - A. 问诊
 - B. 视诊
 - C. 触诊
 - D. 叩诊
 - E. 听诊
8. 脉搏短绌常见于()
 - A. 心房颤动患者
 - B. 室性心动过速患者
 - C. 房室传导阻滞患者
 - D. 心动过缓患者
 - E. 心室颤动患者
10. 患者,男,36岁。因反复上腹痛1年加重3天入院。护士夜间巡视时,患者诉上腹痛加剧,大汗淋漓。此时护士应采取的最有意义的措施是()
 - A. 遵医嘱使用止痛剂
 - B. 针灸或热敷
 - C. 检查腹肌紧张度,是否有压痛及反跳痛
 - D. 取半卧位
 - E. 多饮水以减少体液流失
11. 患者,女,30岁。因肺炎收入院,持续发热3日,每日腋温波动在39.3~40.0℃,并伴有脉搏、呼吸明显增快。该患者的热型属于()
 - A. 间歇热
 - B. 弛张热
 - C. 波浪热
 - D. 稽留热
 - E. 不规则热
12. 患者,男,65岁。因“COPD、肺心病”入院治疗。护士对患者进行身体评估时发现下列症状,其中提示其右心功能不全的是()
 - A. 口唇发绀
 - B. 呼吸急促
 - C. 表情痛苦
 - D. 肝颈回流征阳性
 - E. 桶状胸
13. 患者,男,65岁。因突起意识障碍伴左侧肢体瘫痪入院。查体:呼之不应,压眶有痛苦表情,角膜反射及瞳孔对光反射存在。护士判断该患者意识状态为()
 - A. 嗜睡
 - B. 昏睡
 - C. 意识模糊
 - D. 浅昏迷
 - E. 深昏迷
14. 患者,男,62岁。肝硬化10年。近2日嗜睡,今日上午可被唤醒,醒后尚可应答,答非所问,肌张力增加,腱反射亢进。该患者的意识状态是()
 - A. 深昏迷
 - B. 浅昏迷
 - C. 嗜睡
 - D. 昏睡
 - E. 意识模糊
15. 患者,女,23岁。因车祸急诊入院。患者意识丧失,无自主动作,压迫眼眶有躲避反应,此时患者的意识障碍属于()
 - A. 深昏迷
 - B. 浅昏迷
 - C. 嗜睡
 - D. 昏睡
 - E. 谵妄
16. 患者,男,33岁。车祸后送来医院。查体:出现刺痛后睁眼,回答问题正确,能遵命令做动作,其Glasgow昏迷评分是()
 - A. 10
 - B. 11
 - C. 12
 - D. 13
 - E. 14
17. 患者,男,68岁。因“慢性阻塞性肺气肿”入院治疗,

A₂型题

9. 患者,男,68岁。有“慢支、肺气肿”病史15年,今晨咳嗽后突发胸痛2h,以自发性气胸诊断入院。查体: T 36.8℃, P 90次/分, R 22次/分;右侧胸部肋间隙增宽,语颤消失,叩诊鼓音。其肝浊音界的改变是()
 - A. 左移
 - B. 上移
 - C. 下移
 - D. 右移
 - E. 不变

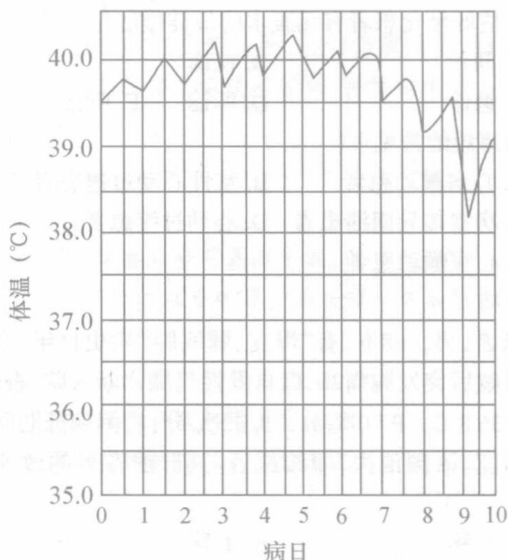
- 今日上午7时护理查房时发现患者躁动不安,有幻觉,对自己所处的位置、目前的时间无法做出正确的判断。该患者目前的意识状态属于()
- A. 嗜睡 B. 意识模糊
C. 昏睡 D. 浅昏迷 E. 深昏迷
18. 患者,女,55岁。因“甲状腺功能亢进、心房颤动”住院治疗,心率126次/分,脉搏快慢不均,心率与脉率不一致,此时护士测量脉搏与心率的方法是()
- A. 同一人先后分别测心率和脉率
B. 同一人先测脉率,后测心率
C. 两人分别测脉率和心率,同时起止
D. 两人分别测脉率和心率后求平均
E. 一人测心率,然后另一个人测脉率
19. 患者,男,42岁。诊断为“风湿性心脏病、二尖瓣狭窄”入院。患者今晨突然出现胸闷,心悸,心律不规则,心率快慢不一,心音强弱不等,心率102次/分,脉率78次/分,此脉搏属于()
- A. 交替脉 B. 洪脉
C. 间歇脉 D. 奇脉 E. 脉搏短绌
20. 患者,女,40岁。哮喘持续发作3h,大汗淋漓,呼吸35次/分,吸气时脉搏明显减弱,此时该患者的脉搏属于()
- A. 奇脉 B. 脉搏短绌
C. 洪脉 D. 交替脉 E. 水冲脉
21. 患者,男,50岁。因“风湿性心脏病、心房颤动”入院,护士为其测量脉搏时,错误的方法是()
- A. 应由两名护士同时测量心率和脉搏
B. 测量前使患者安静
C. 患者手臂放于舒适位置
D. 将手指指端按压在桡动脉搏动处
E. 计数30s,将所测得数值乘以2
22. 患者,男,69岁。今晨起床发现左侧肢体不能活动,伴头痛、恶心、呕吐,以“脑栓塞”收入院。今晨护士进行肌力评估时其左侧肢体可轻微收缩,但不能产生动作。按6级肌力记录法,该患者的肌力为()
- A. 0级 B. 1级
C. 2级 D. 3级 E. 5级
23. 患者,男,39岁。咳嗽,咳痰4年余,经常午后发热,体温37.6℃左右,消瘦,四肢乏力。入院时患者面色晦暗,结核菌检查结果为阳性,诊断为肺结核。患者呈现的面容属于()
- A. 病危面容 B. 慢性病容
C. 急性病容 D. 贫血面容
E. 二尖瓣面容
24. 某11个月男婴,腹泻2天,大便每日13~16次,蛋花汤样。判断患儿脱水程度的评估指标不包括()
- A. 尿量 B. 皮肤弹性
C. 肠鸣音 D. 精神状态
E. 前囟
25. 患者,男,40岁。支气管扩张。今日劳作后出现胸闷,反复咯血,24h出血量约900ml。该患者的咯血程度属于()
- A. 痰中带血丝 B. 微小量咯血
C. 小量咯血 D. 中等量咯血
E. 大量咯血
26. 患者,男,33岁。1天前进食油腻的食物后出现上腹剧烈疼痛。查体:Murphy征(+),其压痛点位于()
- A. 左肋下 B. 右肋下
C. 右下腹 D. 膈下 E. 脐周
27. 患者,女,19岁。因患痤疮3年入院,经实验室和影像学检查后需要首先评估的是()
- A. 营养状态 B. 意识状态
C. 皮肤黏膜状态 D. 心理状态
E. 心率、心律

A₃型题

(28、29题共用题干)

患者,男,28岁。以发热待查入院,主诉寒战、咳嗽、胸痛,持续数日体温不退,体温单如图1-1所示。

28. 该患者的热型属于()
- A. 不规则热 B. 弛张热
C. 稽留热 D. 间歇热 E. 回归热



●● 图1-1 体格检查体温单 ●●