

# 2018



全国卫生专业技术资格考试

推荐辅导用书

# 单科闯关 第2科

## 护理学(师)相关专业知识

要考过，找“科学”！

随书赠送

网络视频课程



科学出版社

全国卫生专业技术资格考试推荐辅导用书


护理学(师)资格考试

习题班, 30学时



视频课程授权码

使用方法(请严格按照以下顺序操作):

1. 微信扫描二维码, 关注阿虎医考服务号, 进入服务号点击“图书增值”。
2. 填写注册信息及课程授权码, 领取课程。
3. 然后下载并登录阿虎医考APP, 进入“网校课程”。
4. 点击右上角“我的课程”图标观看课程学习。

技术支持电话: 010-86464504

 科学出版社

# 单科闯关 第2科

## 护理学(师)相关专业知识

主 编 陈向韵 邵越英

副主编 徐德颖 王丽霞 李惠娥

编 者 (以姓氏笔画为序)

丁丝露	万辉琴	王 倩	王全华	王志美
王丽霞	毛惠芬	勾宝华	文 平	方 艳
石 娟	叶康杰	刘 璐	刘素梅	刘海霞
孙慧慧	苏翠丹	杜素红	李 娜	李砚池
李胜萍	李惠娥	杨 婧	杨同华	沈丽萍
张明娜	张萌萌	陈向韵	邵越英	袁亚红
徐 鹏	徐德颖			

科学出版社

北 京

## 内 容 简 介

《单科闯关 第2科——护理学(师)相关专业知识》是全国护理学(师)资格考试推荐辅导用书之一,专为在上一年度考试中“相关专业知识”单科未通过的考生而编写。主要包括知识点串讲、试题精选和模拟试卷三部分。知识点串讲根据考试大纲的要求,对护理查体要求及方法,内、外、妇、儿各科疾病涉及的辅助检查和治疗要点等相关专业知识做了详细叙述。对需要重点记忆的重要的关键词分别以波浪线和黑体字表示,既考虑到知识点的全面性,又突出重点。试题精选部分精选了历年典型考点试题并附答案。书末附有3套模拟试卷,供考生实战演练。

本书紧扣考试大纲,内容全面,重点突出,准确把握考试的命题方向,有的放矢,是参加护理学专业初级(师)资格考试的考生复习必备的重要参考书。

### 图书在版编目(CIP)数据

单科闯关. 第2科, 护理学(师)相关专业知识 / 陈向韵, 邵越英主编. —北京: 科学出版社, 2018.1

全国卫生专业技术资格考试推荐辅导用书

ISBN 978-7-03-055818-3

I. 单... II. ①陈... ②邵... III. 护理学—资格考试—自学参考资料  
IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 301004 号

责任编辑: 李玉梅 王海燕 / 责任校对: 何艳萍

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 吴朝洪

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>

三河市书文印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2018年1月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2018年1月第一次印刷 印张: 14

字数: 326 000

定价: 46.00元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

## 出版说明

全国卫生专业技术资格考试（中初级）是国家卫生计生委人才交流服务中心组织的国家级专业技术资格考试。通过考试取得专业技术资格，表明其已具备担任卫生系列专业相应技术职务的水平和能力，各用人单位以此为依据，从获得资格证书的人员中择优聘任。目前，该考试实行全国统一组织、统一考试时间、统一考试大纲、统一考试命题、统一合格标准的考试制度，覆盖医、药、护、技 4 个系列的 100 多个专业，每年参加考试的人数逾百万。其考试通过率各专业略有不同，一般为 50% 左右。实际的考试中一般会有 5% 左右的超大题，具有一定难度。

为了帮助广大考生做好考前复习，我社组织了权威专家，对考试的命题规律和考试特点进行了精心分析研究，严格按照考试大纲的要求，出版了“全国卫生专业技术资格考试推荐辅导用书”，主要为两大系列：“应试指导与历年考点串讲”系列和“模拟试卷及解析”系列。针对护理学、药学等考生人数较多的专业，还出版了“单科考试辅导”“同步练习及解析”“考前冲刺必做”等图书，以满足全国广大考生不同的复习需要。

“全国卫生专业技术资格考试推荐辅导用书”紧扣考试大纲，内容的安排既考虑知识点的全面性，又结合考试实际，突出重点、难点，在编写形式上力求便于考生理解和记忆，使考生在有限时间内扎实掌握大纲所要求的知识，顺利通过考试。

“应试指导与历年考点串讲”系列的突出特点是分析了历年数千道考试题的思路，串讲历年考点，把握考试命题方向，有针对性地对考点知识进行详细阐述。

“模拟试卷及解析”系列是参考真实考试的思路，将一般知识、重点知识、难点知识进行有针对性、按比例地编写组卷。每个专业一般有 3~5 套试卷，1200~2000 道试题。这个系列的突出特点是试题质量高，贴近真实考试的出题思路及出题方向。

科学出版社医学考试中心团队由原人民军医出版社医学考试中心的骨干核心力量组成。经过十余年的努力，我们在全国护士执业资格考试、全国卫生专业技术资格考试、国家医师资格考试、国家执业药师资格考试等医学考试用书的策划、出版及培训方面积累了宝贵的理论和实践经验，取得了较好的成绩，得到了考生的一致好评。我们将秉承“军医版”图书一

贯的优良传统和优良作风，并将科学出版社“高层次、高水平、高质量”和“严肃、严密、严格”的“三高三严”的要求贯彻到图书的编写、出版过程，继续为考生提供更好、更高标准的服务。

本套考试用书对知识点的把握非常准，试题与真实考试的符合率非常高，许多考生参加考试之后对本套考试用书的质量给予了高度认可。考生通过考试之后对我们出版工作的由衷感谢、支持，是鼓励我们不断努力把考试产品做得更好的不竭动力。

本版书依据最新考试大纲重新编写，各学科的专家对所有指导和试卷进行了仔细审读，对以往版本中存在的个别错误进行了修正。但由于编写及出版时间紧、任务重，书中的不足之处，请读者批评指正。

# 目 录

第 1 部分 内科护理学	1
第 1 单元 绪论	1
第 2 单元 呼吸系统疾病患者的护理	22
第 3 单元 循环系统疾病患者的护理	30
第 4 单元 消化系统疾病患者的护理	41
第 5 单元 泌尿系统疾病患者的护理	50
第 6 单元 血液及造血系统疾病患者的护理	55
第 7 单元 内分泌代谢性疾病患者的护理	60
第 8 单元 风湿性疾病患者的护理	65
第 9 单元 理化因素所致疾病患者的护理	68
第 10 单元 神经系统疾病患者的护理	73
第 2 部分 外科护理学	77
第 1 单元 水、电解质及酸碱平衡失调患者的护理	77
第 2 单元 外科营养支持患者的护理	79
第 3 单元 外科休克患者的护理	80
第 4 单元 多器官功能障碍综合征	82
第 5 单元 麻醉患者的护理	82
第 6 单元 心肺脑复苏	84
第 7 单元 外科重症监护 (SICU)	84
第 8 单元 手术室护理工作	84
第 9 单元 外科感染患者的护理	85
第 10 单元 损伤患者的护理	88
第 11 单元 器官移植患者的护理	90
第 12 单元 肿瘤患者的护理	91
第 13 单元 颅内压增高患者的护理	92
第 14 单元 颅脑损伤患者的护理	93
第 15 单元 颈部疾病患者的护理	94
第 16 单元 乳房疾病患者的护理	95
第 17 单元 胸部损伤患者的护理	96
第 18 单元 脓胸患者的护理	98
第 19 单元 肺癌患者外科治疗的护理	98

第20单元	食管癌患者的护理	99
第21单元	心脏疾病患者的护理	100
第22单元	腹外疝患者的护理	101
第23单元	急性腹膜炎患者的护理	102
第24单元	腹部损伤患者的护理	104
第25单元	胃、十二指肠疾病患者的护理	106
第26单元	肠疾病患者的护理	107
第27单元	直肠肛管疾病患者的护理	109
第28单元	门静脉高压症患者的护理	110
第29单元	肝疾病患者的护理	111
第30单元	胆道疾病患者的护理	112
第31单元	胰腺疾病患者的护理	115
第32单元	外科急腹症患者的护理	117
第33单元	周围血管疾病患者的护理	117
第34单元	泌尿、男性生殖系统疾病的主要症状和检查	118
第35单元	泌尿系损伤患者的护理	120
第36单元	泌尿系结石患者的护理	122
第37单元	肾结核患者的护理	123
第38单元	泌尿系统梗阻患者的护理	123
第39单元	泌尿系统肿瘤患者的护理	124
第40单元	骨科患者的一般护理	126
第41单元	骨与关节损伤患者的护理	126
第42单元	常见骨关节感染患者的护理	129
第43单元	骨肿瘤患者的护理	131
第44单元	腰腿痛及颈肩痛患者的护理	132
<b>第3部分 妇产科护理学</b>		<b>134</b>
第1单元	妊娠期妇女的护理	134
第2单元	分娩期妇女的护理	135
第3单元	产褥期妇女的护理	136
第4单元	胎儿宫内窘迫及新生儿窒息的护理	136
第5单元	妊娠期妇女并发症的护理	137
第6单元	妊娠期合并症妇女的护理	141
第7单元	异常分娩的护理	143
第8单元	分娩期并发症妇女的护理	144
第9单元	产后并发症妇女的护理	145
第10单元	妇科护理病历	146
第11单元	女性生殖系统炎症患者的护理	146

第 12 单元	月经失调患者的护理	149
第 13 单元	妊娠滋养细胞疾病患者的护理	151
第 14 单元	妇科腹部手术患者的护理	152
第 15 单元	外阴、阴道手术患者的护理	154
第 16 单元	不孕症妇女的护理	155
第 17 单元	妇产科诊疗及手术患者的护理	155
<b>第 4 部分</b>	<b>儿科护理学</b>	<b>157</b>
第 1 单元	新生儿及患病新生儿的护理	157
第 2 单元	营养性疾病患儿的护理	160
第 3 单元	消化系统疾病患儿的护理	162
第 4 单元	呼吸系统疾病患儿的护理	165
第 5 单元	循环系统疾病患儿的护理	167
第 6 单元	血液系统疾病患儿的护理	168
第 7 单元	泌尿系统疾病患儿的护理	169
第 8 单元	神经系统疾病患儿的护理	171
第 9 单元	结缔组织病患儿的护理	173
第 10 单元	常见传染病患儿的护理	175
第 11 单元	结核病患儿的护理	176
第 12 单元	常见急症患儿的护理	179
<b>相关专业知识模拟试卷</b>		<b>182</b>
模拟试卷一		182
模拟试卷二		193
模拟试卷三		204
<b>相关专业知识模拟试卷参考答案</b>		<b>215</b>
模拟试卷一		215
模拟试卷二		215
模拟试卷三		216



# 第1部分

## 内科护理学

### 第1单元 绪 论

#### 一、护理体检

##### (一) 护理体检的准备工作和基本检查方法

护理体检是为了了解患者的健康状况,发现患者全身或某些部位的病理形态改变,结合护理病史,及时发现需要由护士解决的护理问题和预防可能发生的护理问题。

##### 1. 检查前的准备工作

(1) 物品准备:治疗盘内应有体温计、血压计、手电筒、压舌板、听诊器、叩诊锤及记录用纸、笔等。

(2) 环境:检查环境安静、舒适和具有私密性,室温适宜,最好以自然光线照明。

(3) 患者:向患者做好解释工作,解除顾虑,为患者取舒适的体位。

(4) 护士:护士立于患者右侧,充分暴露患者的受检部位,按一定顺序规范、轻柔、细致地实施体格检查。

2. 护理体检的基本方法 包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。①视诊可观察患者一般状态、全身或局部体征,应作为护理体检的重点。②触诊时应使用手掌面或其尺侧、掌指关节部掌面和手指指腹进行,浅部触诊触及的深度为1cm,可以补充视觉检查所不能确定的体征。③叩诊是护士用手指叩击患者身体某部的表面,使之产生振动而发出音响。根据振动和音响的特点来判断被检查部位的脏器状态有无异常。④听诊是直接用耳或借助听诊器听取患者体内有关脏器活动时所产生的微弱声音。听诊时,环境要安静、温暖、避风。⑤嗅诊是护士应用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,以判断疾病的性质和变化。

##### (二) 一般状态检查

1. 全身一般状况 生命体征包括体温、脉搏、呼吸、血压。

(1) 体温:体温低于35℃称体温过低,见于慢性消耗性疾病、极度衰弱、甲状腺功能减退症、休克、急性大出血等。体温高于37.5℃称为发热,见于感染、炎症、恶性肿瘤、无菌性组织坏死、免疫性疾病和内分泌疾病等。体温测量方法有口测法、肛测法、腋测法。

(2) 脉搏:常见的脉搏异常如下。①速脉。脉率超过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、心肌炎等患者。②缓脉。脉率低于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患者。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,见于高血压心脏病、急性心肌梗死、心肌炎等。交替脉是左侧心力衰竭的重要体征。⑤奇脉。平静吸气时脉搏明显减弱或消失,又称吸停脉,见于心包积液和缩窄性心包炎患者。⑥不整脉。脉搏不规则的搏动,称不整脉。如脉率少于心率,称为脉搏短绌,见于心房颤动、期前收缩患者。计数脉搏的时间至少需要1min。

(3)呼吸:检查呼吸时,应注意以下方面。

1)呼吸频率、节律、深度的改变:正常成年人静息时的呼吸次数为16~20次/分。①呼吸增快。呼吸次数每分钟>24次。②呼吸减慢。呼吸次数每分钟<12次,见于呼吸中枢受到抑制、颅内压升高的患者。③潮式呼吸(陈-施呼吸)。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,随后又重复出现上述节律,为呼吸中枢兴奋性降低所造成,见于中枢神经系统疾病、中毒的患者。④间停呼吸(毕奥呼吸)。呼吸次数明显减少,并且每隔一段时间即有呼吸暂停数秒钟,呈现一定的规律,是呼吸中枢兴奋性显著降低的表现,是病情危急的征象。⑤酸中毒大呼吸。呼吸加深且频率稍快,见于代谢性酸中毒患者。⑥呼吸浅快。见于呼吸道阻塞、肺气肿、呼吸衰竭患者。

2)呼吸气味的改变:①恶臭味见于支气管扩张或肺脓肿患者;②肝腥味见于肝性脑病(肝昏迷)患者;③氨味见于尿毒症患者;④烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒患者;⑤刺激性大蒜味见于有机磷农药中毒患者。

(4)血压:正常血压值为收缩压<140mmHg(18.6kPa),舒张压<90mmHg(12kPa)。①血压升高。收缩压 $\geq$ 140mmHg(18.6kPa)和(或)舒张压 $\geq$ 90mmHg(12kPa)。短暂的血压升高见于剧烈疼痛、情绪激动、身处寒冷环境、缺氧等;持久的血压升高见于原发性高血压、肾疾病等患者。②血压降低。收缩压<90mmHg(12kPa),舒张压<60mmHg(8kPa)。见于休克、心功能不全、心肌梗死等患者。③脉压。正常为30~40mmHg(4.0~5.3kPa)。脉压增大见于主动脉瓣关闭不全、原发性高血压、主动脉粥样硬化、甲状腺功能亢进症、严重贫血等;脉压减小见于心包积液、低血压、严重二尖瓣狭窄、主动脉瓣狭窄、重度心功能不全等。

(5)意识状态:根据意识障碍的程度可分为以下几种。

1)嗜睡:最轻的意识障碍,患者处于病理性的睡眠状态,可被唤醒,醒后能保持短时间的醒觉状态,但反应较迟钝,一旦刺激去除,则又迅速入睡。

2)意识模糊:意识障碍的程度比嗜睡较深,患者有定向障碍、思维和语言不连贯,对周围环境的理解和判断失常,可有错觉、幻觉、躁动、精神错乱等,常见于急性重症感染高热期。另有一种以兴奋性增高为主的意识模糊,伴有知觉障碍,称为谵妄,表现为定向力丧失,感觉错乱,躁动。

3)昏睡:患者处于熟睡状态,不易唤醒,虽在强烈刺激下(如压迫眶上神经)可被勉强唤醒,但很快再入睡,醒时答话含糊或答非所问。

4)昏迷:患者的运动和感觉完全丧失,任何刺激都不能唤醒。按昏迷程度分为①浅昏迷。意识大部分丧失,无自主运动,对声、光等刺激无反应,对强烈的疼痛刺激可出现痛苦表情或肢体回缩等防御性的反应,瞳孔对光反射、角膜反射、吞咽、咳嗽及各种防御反射仍存在。②深昏迷。意识全部丧失,对强烈刺激无反应,瞳孔散大,所有反射均消失,全身肌肉松弛,呼吸不规则,血压可能下降,尿潴留或大小便失禁。

(6) 面容和表情: 正常人表情自如, 神态舒展, 面色红润, 精神饱满。常见的病态面容和表情如下。①急性病容。患者面颊潮红, 烦躁不安, 呼吸急促等。见于急性感染性疾病。②慢性病容。患者面容憔悴, 面色苍白或灰暗, 精神萎靡。见于慢性消耗性疾病。③病危面容。患者面容枯槁, 面色灰白或发绀, 表情淡漠, 眼眶凹陷, 皮肤湿冷, 大汗淋漓。见于严重脱水、出血、休克等患者。④二尖瓣面容。患者面容晦暗、口唇微绀、两面颊暗红。见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄患者。⑤甲状腺功能亢进症(简称甲亢)面容。患者面容惊愕、眼裂增宽、眼球突出、目光炯炯有神、情绪激动易变。⑥满月面容。患者面容圆如满月、皮肤发红、常伴痤疮和毳毛。见于肾上腺皮质增生症和长期应用糖皮质激素的患者。⑦肢端肥大症面容。患者头颅增大、面部变长、眉弓及两侧颧部隆起、耳鼻增大、唇舌肥厚、下颌增大向前突出。

(7) 发育和体型: 判定成人发育正常的指标有头长为身高的  $1/7$ 、胸围等于身高的  $1/2$ 、两上肢水平展开的长度等于身高、坐高等于下肢的长度。

(8) 营养状态: 根据患者的皮肤、毛发、皮下脂肪、肌肉发育等情况进行综合判断。临床上将营养状态分为良好、中等、不良、肥胖 4 个等级。肥胖是指体重超过标准体重的 20%。体重低于正常体重的 10% 称消瘦。

(9) 体位: 患者可因疾病性质或意识状态的不同, 而采取不同的体位。常见的有主动体位(可随意改变自身肢体及躯干)、被动体位(需别人帮助才能改变)及强迫体位(因某种疾病的影响必须采取某种体位)等。

(10) 四肢、脊柱与步态: 某些疾病可使患者步态异常或姿势改变, 如小脑疾病时呈醉酒步态; 帕金森病患者呈慌张步态; 四肢畸形或脊柱疾病, 可引起姿势和步态的异常。

2. 皮肤、黏膜检查 检查的主要内容包括颜色、湿度、温度、弹性、皮疹、压疮、出血、蜘蛛痣及水肿。

### (1) 颜色

1) 苍白: 皮肤、黏膜苍白多由于血红蛋白量减少或末梢毛细血管充盈不足引起, 见于主动脉瓣关闭不全、贫血、出血、寒冷、惊恐、休克、虚脱等。

2) 发红: 皮肤、黏膜发红是由于毛细血管扩张充血、血流加速或红细胞增多所致。正常人可于运动、饮酒时出现, 病理状态见于发热性疾病、某些物质或药物(如阿托品)引起的中毒等。

3) 发绀: 皮肤、黏膜出现青紫色, 是因为血液中还原血红蛋白的绝对量超过  $50\text{g/L}$  而引起。易在舌、唇、耳郭、面颊、肢端出现, 多见于先天性心脏病、心肺功能不全和某些中毒的患者。严重贫血患者如血红蛋白量少于  $50\text{g/L}$  时, 即使全部血红蛋白处于还原状态, 也不出现发绀。

4) 黄染: 皮肤、黏膜发黄称为黄染。这是由于血液中的胆红素浓度过高, 渗入皮肤和黏膜而使其发黄。见于胆道阻塞、肝细胞损害或溶血性疾病的患者。另外, 过多食用胡萝卜、南瓜、柑橘等, 可使胡萝卜素在血中含量增多, 而使皮肤黄染, 但黄染部位多在手掌、足底皮肤, 而不在巩膜和口腔黏膜。

5) 色素沉着: 皮肤黏膜色泽加深呈暗褐色, 可见于慢性肾上腺皮质功能减退症及肝硬化等患者。

(2) 湿度: 皮肤湿度与出汗有关, 出汗增多见于结核病、风湿热、休克等疾病。如出汗

发生于夜间熟睡后,称为夜间盗汗;如出汗伴有皮肤厥冷,称为冷汗;皮肤干燥无汗可见于脱水、黏液性水肿、维生素A缺乏症等。

(3) 温度:全身皮肤发热见于发热性疾病、甲状腺功能亢进症的患者;发冷见于休克、甲状腺功能减退症等患者。局部皮肤发热见于疖、痈等炎症患者;局部皮肤发冷是由于局部血液循环障碍导致的。肢端发凉常见于休克及雷诺病患者。

(4) 弹性:皮肤弹性与年龄、营养状态及组织间隙所含液体(血浆成分、淋巴液、水等)多少有关。弹性减退时皮肤皱褶平复缓慢,见于严重脱水患者。老年人皮肤亦常松弛,弹性减退。

(5) 水肿:是由于皮下组织细胞内及组织间隙内的液体滞留过多所致。若以手指加压,局部组织出现凹陷,称为凹陷性水肿。按凹陷性水肿的程度分为轻、中、重三度。黏液性水肿经指压后局部组织无凹陷,称为非凹陷性水肿。

(6) 皮疹:常见的包括斑疹、玫瑰疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹等。常是某些疾病诊断的重要依据,见于皮肤病、传染病、重症感染、药物过敏等患者。

(7) 皮肤或黏膜下出血:按之不褪色,直径不超过2mm者称瘀点(出血点);直径在3~5mm称紫癜;直径在5mm以上者称瘀斑;片状出血伴局部皮肤隆起者称为血肿。皮肤或黏膜下出血常见于血液病患者,其次为重症感染、某些血管损害的疾病、工业毒物或药物中毒等患者。

(8) 蜘蛛痣:由于皮肤小动脉末端扩张,使一支小动脉展现出辐射状的分支,而形成的蜘蛛样血管痣。其产生与肝对体内雌激素灭活功能减弱有关。检查时(如用棉签杆)压迫痣中心,其辐射状小血管网即消失,压力解除后,蜘蛛痣又出现。常见于慢性肝病患者,也可见于健康的妊娠期妇女。

#### (9) 破损与溃疡

1) 皮肤:局部持续受压或其他理化因素刺激可使皮肤发生破损与溃疡。

2) 口腔黏膜:检查有无黏膜溃疡和感染。口腔炎症可发生黏膜溃疡,长期使用广谱抗生素或衰弱重病者可发生口腔黏膜真菌感染。

3) 咽及扁桃体:①检查方法。患者坐于椅子上,头略后仰,张大口发“啊”的长音,护士右手持压舌板将患者的舌前2/3与后1/3交界处迅速下压,左手持手电筒照明,即可看清咽喉及扁桃体。②检查内容。注意咽部有无充血、水肿、溃疡、渗出物,扁桃体有无肿大、充血、分泌物或脓液。扁桃体肿大一般分为三度,不超过咽腭弓者为一度,超过咽腭弓者为二度,扁桃体达咽后壁中线者三度。

3. 淋巴结检查 正常情况下浅表淋巴结不大,不易触及。偶可触及颈部、颌下或腹股沟淋巴结,但一般直径小于0.5cm,表面光滑、质软、无压痛,可活动,不与周围组织粘连。

(1) 检查方法、顺序和内容:①方法。手指指腹紧贴被查部位,由浅入深滑行触诊。

②顺序。从耳后开始,顺序检查颌下、颈部、锁骨上窝、腋下、腹股沟和腠窝的淋巴结。

③内容。数目、大小、硬度,有无触痛、粘连,局部皮肤有无红肿。

(2) 主要临床意义:①非特异性淋巴结炎。压痛、质软、无粘连。②恶性肿瘤淋巴结转移。局部质硬无压痛,与周围组织粘连固定。肺癌多转移至右锁骨上窝淋巴结或腋窝淋巴结;胃癌易转移至左锁骨上窝淋巴结。③淋巴结结核。多发生在颈部,与周围组织粘连。④全身淋巴结肿大。大小不等,遍及全身,无粘连。

### （三）胸部检查

1. 胸部体表标志及其意义 ①胸骨角：胸骨柄与胸骨体交界处的突起。胸骨角与第2肋软骨相连接，是计数肋骨的重要标志。②颈椎棘突：低头时第7颈椎棘突最突出，是计数椎骨的骨骼标志。③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。

2. 胸廓与胸壁 ①成人胸廓前后径与左右径的比例是1:1.5。②扁平胸：胸廓扁平，前后径小于左右径的一半，见于慢性消耗性疾病如肺结核患者，也可见于瘦长型体者。③桶状胸：胸廓呈桶状，前后径增大，甚至与左右径相等，肋间隙增宽，多见于肺气肿患者，也可见于老年和矮胖患者。④佝偻病胸：包括鸡胸、肋骨串珠、肋膈沟、漏斗胸。⑤胸壁：注意有无皮下气肿、局部压痛、静脉充盈或曲张。检查乳房有无压痛、肿物、乳头下陷等。

#### 3. 气管、肺和胸膜

##### （1）视诊

1) 呼吸运动：注意有无增强或减弱。一侧胸壁、胸膜或肺部的病变可使病侧呼吸运动减弱；健侧可有代偿性的呼吸运动增强。

2) 三凹征：由于上呼吸道部分阻塞，气流进入肺内不畅，吸气时肺内负压极度升高，从而引起胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙向内凹陷，称“三凹征”，常见于气管阻塞、气管异物；呼气性呼吸困难常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿。

##### （2）触诊

1) 气管触诊：将右手的示指和环指分别放在患者的两侧胸锁关节处，中指触摸其气管，如中指距示指与环指的距离不等，则表示气管有偏移。如有大量胸膜腔积液、气胸或纵隔肿瘤可将气管推向健侧，如有广泛胸膜粘连、肺不张可将气管拉向患侧。

2) 触觉语颤：将两手掌分别平放在患者的胸部左右对称部位，请患者发“一、二、三”的低音调长音，其声带震动产生的声波沿气管传至胸壁，护士的手掌即可感到双侧对称的细微震动。语颤减弱见于肺气肿、阻塞性肺不张、大量胸腔积液、气胸的患者；语颤增强见于肺组织炎症或肺实变的患者。

##### （3）叩诊

1) 肺部正常叩诊音：①清音。是正常肺部叩诊音。正常成人前胸自肺尖至第5、6肋间隙为肺清音区（左侧第3、4肋间隙近心脏处叩诊音稍浊），背部两侧从肩胛上区到第9~11肋下缘皆为清音。②浊音。为肺部与实质性脏器（心、肝）相重叠部分的叩诊音。右前胸第5、6肋间隙以下为肝浊音区。③鼓音。左前胸第5、6肋间隙以下为胃泡鼓音区。正常情况下，肺尖的宽度是5cm，肺下界的移动范围是6~8cm。

2) 肺部异常叩诊音：在肺部清音区出现以下的叩诊音皆为异常叩诊音。①过清音。见于肺气肿患者。②浊音或实音。见于肺炎、胸腔积液、肺部肿瘤患者。③鼓音。见于气胸患者。

##### （4）听诊：包括正常和异常呼吸音、啰音、胸膜摩擦音。

1) 正常呼吸音：肺泡呼吸音；支气管呼吸音；支气管肺泡呼吸音。

2) 异常呼吸音：①异常肺泡呼吸音，包括肺泡呼吸音减弱、消失；肺气肿、气胸、胸腔积液等患者可出现肺泡呼吸音减弱或消失。②异常支气管呼吸音，在正常肺泡呼吸音的部位出现的支气管呼吸音（见于肺炎，有时可见于肺空洞、肺受压）。

3) 啰音：①干啰音。气流通过狭窄的支气管或冲击支气管内的黏稠分泌物使之振动而

产生的声音。干啰音常发生于双侧肺部，见于慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿、心源性哮喘患者。②湿啰音。由于气管或支气管内有稀薄的分泌物，随呼吸气体通过时，形成的水泡即刻破裂所产生的声音。湿啰音如局限于肺的某部，提示该部有炎症；如发生在两侧肺底，见于肺下部炎症或肺淤血患者；双肺满布湿啰音多见于急性肺水肿。

4) 胸膜摩擦音：当胸膜发生炎症时，胸膜的脏层和壁层表面粗糙，两层胸膜随呼吸运动产生摩擦的声音，称胸膜摩擦音。多见于结核性胸膜炎、胸膜肿瘤患者。

#### 4. 心脏和血管

##### (1) 心脏视诊

1) 心前区隆起：指心前区侧突起的征象。正常人心前区与右侧相应部位对称。心前区隆起常见于：①儿童时期患心脏病伴心脏增大时向外隆起；②成人心包大量积液。

2) 心尖冲动：正常成人心尖冲动位于左侧第5肋间锁骨中线内侧0.5~1.0cm处。左心室增大时，向左下移位。

3) 颈静脉怒张：正常人立位或坐位时，颈静脉不显露，平卧时可稍见充盈。如坐位时可见颈静脉充盈，称为颈静脉怒张，提示上腔静脉回流受阻，静脉压增高。见于右侧心力衰竭、缩窄性心包炎、心包积液或上腔静脉阻塞综合征。

4) 肝-颈静脉反流征：用手按压被检者腹部，颈静脉充盈更明显，称为肝-颈静脉反流征阳性，是右心功能不全的重要征象之一。

5) 颈静脉搏动：正常人在安静状态下不易看到。出现颈动脉的明显搏动，多为病理性，常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进症及严重贫血。

6) 毛细血管搏动征：用手指轻压被检者指甲甲床末端，或以玻片轻压其口唇黏膜，如见到红、白交替的节律性微血管搏动现象，称为毛细血管搏动征阳性。见于脉压增大的疾病，如主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能不全、严重贫血等。

##### (2) 心脏触诊

1) 心尖冲动及心前区搏动：心尖区抬举性冲动是指心尖区徐缓、有力地搏动，是左心室肥大的体征。胸骨左下缘收缩期抬举性搏动是右心室肥大的可靠指征。

2) 震颤：为触诊时手掌感到的一种细小振动感，是血液经狭窄的口径或循环异常的方向流动形成的涡流造成瓣膜、血管壁或心腔壁振动传至胸壁所致。震颤的强弱与病变狭窄的程度、血流速度及压力有关。常见于某些先天性心脏病及心脏瓣膜狭窄。

3) 心包摩擦感：触诊时手指感受到的心前区摩擦振动感，提示心包膜的炎症。

##### (3) 心脏叩诊 心脏叩诊为浊音。

1) 正常成人心相对浊音界：见表 1-1。

表 1-1 正常成人心脏相对浊音界与前正中线的平均距离

右 (cm)	肋间	左 (cm)
2~3	II	2~3
2~3	III	3.5~4.5
3~4	IV	5~6
	V	7~9

左锁骨中线至前正中中线为 8~10cm

2) 心浊音界改变与临床意义: ①左心室增大, 心左界向左下扩大, 心界似靴形。常见于主动脉瓣关闭不全、高血压心脏病患者。②右心室增大, 相对浊音界向两侧扩大, 以左侧明显。常见于肺源性心脏病。③左心房增大, 心腰部饱满, 浊音界呈梨形。④心包积液, 心界向两侧扩大, 心浊音界外形随体位改变而变化, 坐位时心界呈三角形(烧瓶形)。

#### (4) 心脏听诊

##### 1) 心脏瓣膜听诊区

二尖瓣区: 位于心尖部, 即左侧第5肋间锁骨中线稍内侧。

主动脉瓣区: 第一听诊区位于胸骨右缘第2肋间。第二听诊区位于胸骨左缘第3肋间。

肺动脉瓣区: 位于胸骨左缘第2肋间。

三尖瓣区: 位于胸骨体下端靠近其右缘或左缘处。

2) 听诊顺序: 从心尖部按逆时针方向, 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、三尖瓣区的顺序听诊。

##### 3) 听诊内容

①心率: 正常人心率为60~100次/分。成年人心率超过100次/分多为窦性心动过速, 常见于剧烈运动、过度紧张、高热等。心率低于60次/分为窦性心动过缓, 常见于运动员、迷走神经兴奋性增高患者和冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)的患者。

②心律: 正常成人心律是规则的。心律失常最常见的是期前收缩和心房颤动。

期前收缩听诊的主要特点是: 在规则心跳的基础上突然提前出现1次心跳, 其后有一较长间歇; 提前出现的心跳第一心音增强, 第二心音减弱或难以听到; 期前收缩可以联律形式出现。

心房颤动听诊特点: 心律绝对不规则; 第一心音强弱不等; 心率大于脉率, 即脉搏短绌。

③心音: 有4个。

第一心音( $S_1$ )标志心室收缩期开始。听诊特点: 音调较低; 性质较钝; 历时较长; 与心尖波动同时出现; 心尖部听诊最清楚。

$S_1$ 强度改变取决于心室收缩开始时房室瓣的位置、心室肌的收缩力、瓣膜的完整性与活性等因素。增强见于: 二尖瓣狭窄; 完全性房室传导阻滞; 发热、甲状腺功能亢进症等疾病。减弱见于: 二尖瓣关闭不全; 主动脉瓣关闭不全; 心肌炎、心肌病和心肌梗死。强弱不等见于心房颤动、室性期前收缩、三度房室传导阻滞等心律失常。

第二心音( $S_2$ )标志心室舒张期开始。是由于心室舒张开始时, 主动脉瓣和肺动脉瓣突然关闭引起瓣膜及血管壁振动所产生。听诊特点: 音调较高; 性质较 $S_1$ 清脆; 历时较短; 在心尖冲动之后出现; 心底部听诊最清楚。

$S_2$ 强度主要取决于主动脉和肺动脉内压力、半月瓣的弹性和完整性。 $S_2$ 分裂是由于主动脉瓣和肺动脉瓣关闭明显不同步所致, 在肺动脉瓣区听诊较明显。见于以下情况: 生理分裂; 持续分裂; 固定分裂, 见于房间隔缺损; 反常分裂。

第三心音( $S_3$ )出现在心室舒张早期, 第二心音之后0.12~0.20s。是由于快速充盈期末, 心室肌转为被动舒张时产生紧张性振动所致。

第四心音( $S_4$ )与心房收缩导致的心肌振动有关, 一般听不到。

④额外心音: 指在 $S_1$ 和 $S_2$ 之外, 额外出现的病理性附加音。按其出现的时期不同, 可分为以下两种。

收缩期额外心音：出现在第一心音之后，第二心音之前。收缩早期喷射音，音调高而清脆，时间短促，心底部听诊最清楚；收缩中、晚期喀喇音是由于二尖瓣脱垂所致。

舒张期额外心音：出现在第二心音之后，下一个第一心音之前。舒张期附加心音与原有心音构成的三音律，其心率在100次/分以上，像马奔跑时马蹄的声音，称为舒张期奔马律，奔马律是心肌受损的重要体征，常见于动脉粥样硬化性心脏病、心肌炎等重症心脏病患者，提示左心室心肌极度衰弱。

⑤心脏杂音：指心音外具有不同频率和强度的夹杂音。产生机制。血流加速；血液黏稠度降低；瓣膜口狭窄或关闭不全；异常通道；心腔内漂浮物。发生在第一心音和第二心音之间的为收缩期杂音。发生在第二心音之后和第一心音之前的为舒张期杂音。二尖瓣狭窄患者可在心尖部闻及舒张期隆隆样杂音。

⑥心包摩擦音：收缩期可明显听到胸骨左缘第3与第4肋间心包摩擦音最响，坐位前倾或以听诊器向胸壁加压时更明显。常见于心包炎。

#### (四) 腹部检查

临床上常用的有四区法和九区法。

##### 1. 腹部分区

(1) 四区法：是通过脐做一水平线和一垂直线，将腹部分为右上腹、右下腹、左上腹和左下腹四区。

(2) 九区法：由连接两侧肋弓下缘及连接左右髂前上棘的两条水平线，将腹部分为上、中、下3部；再分别通过左右髂前上棘至前正中线之中点做两条垂直线将上、中、下腹部各分为左、中、右3部，共9个区域。

##### 2. 检查

###### (1) 视诊

1) 腹部外形：过度肥胖、妊娠晚期、大量腹水、胃肠胀气、急性胃扩张、腹内巨大肿瘤等，可使腹部膨隆；极度消瘦、严重脱水、恶病质者腹部凹陷，甚至呈“舟状腹”。

2) 腹壁静脉曲张：正常人的腹壁静脉一般看不清楚。当肝门静脉循环障碍或上、下腔静脉回流受阻时，由于侧支循环形成，腹壁静脉可显而易见，甚至曲张。正常时，脐以上的腹壁静脉血流方向向上，脐以下的腹壁静脉血流方向向下。当肝门静脉高压时，静脉曲张以脐为中心，曲张静脉的血流方向与正常相同。如上腔静脉回流受阻，则脐上、脐下的腹壁静脉血流方向均向下；如下腔静脉回流受阻，则脐上、脐下的腹壁静脉血流方向均向上。

3) 胃肠蠕动波和肠型：正常人看不到胃肠蠕动波和肠型。如有幽门梗阻时，在上腹部可见到自左向右移动的胃蠕动波；肠梗阻时，在腹壁可看到肠蠕动波和肠型，小肠梗阻时肠形及蠕动波出现在中腹部。

###### (2) 触诊

1) 腹壁紧张度：正常人腹壁柔软，无抵抗。当腹内有炎症时，腹肌可因反射性痉挛而使腹壁变硬，有抵抗感，称腹肌紧张。急性胃穿孔引起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”。结核性腹膜炎由于慢性炎症，腹膜增厚，触诊腹壁有柔韧感，似揉面团的感觉，称“揉面感”。

2) 压痛及反跳痛：腹部触诊有压痛后，触诊的手指在原处继续加压稍停片刻，然后突然将手指迅速抬起，此时患者腹痛如加重明显，称为反跳痛。反跳痛是壁腹膜已有炎症累及



的迹象。当腹内脏器或腹膜有炎性病变时，可出现相应部位的压痛。

3) 腹部包块：腹部触及肿块时，应注意其位置、大小、形态、硬度，有无压痛与搏动，能否移动，以及与周围器官和腹壁的关系等。

4) 肝触诊：触诊肝时，嘱患者平静地进行腹式呼吸。正常人的肝一般触不到，腹壁松弛的患者，当深吸气时在肋下缘可触及肝下缘，但在1cm以内；在剑突下可触及肝下缘，多在3cm以内；其质地柔软，表面光滑，边缘规则，无压痛，无搏动。

5) 脾触诊：正常脾不能触及。脾大的程度分为轻度大（深吸气时，脾下缘在左侧肋下不超过3cm），中度大（脾下缘在肋缘下3cm至脐水平线）和高度大（脾下缘超过脐水平线）。

6) 膀胱触诊：对判断有无尿液和尿潴留有较重要意义。检查时，护士的右手自患者的脐部开始向耻骨方向触诊，触到肿物要注意鉴别是否为胀大的膀胱。胀大的膀胱触诊有囊性感。按压膀胱时如有尿意，排空膀胱后，肿物缩小或消失。

### (3) 叩诊

1) 正常腹部叩诊音：正常腹部叩诊除肝、脾所在部位呈浊音或实音外，其余部位均呈鼓音。明显鼓音可见于胃肠高度胀气、胃肠穿孔患者。

2) 正常人肝浊音界：位于右锁骨中线第5肋间水平至右肋下缘，肝浊音界扩大见于肝癌、肝脓肿患者，缩小见于肝硬化、急性肝坏死患者，消失见于急性胃肠道穿孔患者。

3) 移动性浊音：当腹腔内含有一定量液体（游离腹水超过1000ml）时，可查得随体位不同而变动的浊音，称移动性浊音。见于肝硬化腹水、结核性腹膜炎等患者。

4) 叩击痛：护士以左手掌平放在被检脏器的体表位置上，右手半握拳，由轻到中等强度力量叩左手背，如患者感到疼痛，称叩击痛。正常人各脏器无叩击痛，肝炎患者在肝区可有叩击痛，肾周围炎、肾盂肾炎患者肾区可有叩击痛。

### (4) 听诊

1) 肠鸣音：正常人的肠鸣音每分钟4~5次，若超过10次称肠鸣音亢进，见于急性肠炎；如持续3~5min以上才听到1次肠鸣音，或10min还听不到肠鸣音称肠鸣音减弱或消失，提示有肠麻痹存在。

2) 胃振水音：患者仰卧，护士以稍弯曲而并拢的四指，连续迅速地冲击患者上腹部，若听到胃内气体与液体相撞击而发出的声音，称振水音。正常人仅在饭后多饮时出现，如在空腹或饭后6~8h或以上，胃部仍有振水音，则提示胃排空不良，见于幽门梗阻、胃扩张等患者。

## (五) 神经系统检查

1. 瞳孔检查 瞳孔常可反映中枢神经系统的一般功能状态，是对危重患者的主要监测项目之一。

(1) 瞳孔大小：①正常人两侧瞳孔对称、等大、等圆，直径3~4mm；②瞳孔缩小见于有机磷、巴比妥类、吗啡、氯丙嗪等药物中毒；③瞳孔散大见于视神经萎缩、阿托品药物中毒及深昏迷患者；④两侧瞳孔大小不等，提示颅内病变，如颅内出血、脑肿瘤及脑疝等。

(2) 瞳孔对光反射：①直接对光反射。通常用手电光直接照射瞳孔并观察其动态反应。正常人的眼受到光线刺激后两侧瞳孔立即缩小，避开光源后瞳孔迅速复原。②间接对光反射。用手隔开两眼观察受到光线刺激后对侧瞳孔缩小情况，正常时一侧受光刺激，对侧瞳孔也立即缩小。③瞳孔对光反射迟钝或消失，见于昏迷患者。④两侧瞳孔散大并伴有对光反射消失