

全国初中级卫生专业技术资格统一考试(含部队)

指定辅导用书

2014

护理学 (师)

单科一次过(第2科)相关专业知识

要考过，找“军医”！



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

◎全国初中级卫生专业技术资格统一考试(含部队)指定辅导用书

护理学(师)单科一次过 (第2科) 相关专业知识

HULIXUE (SHI) DANKE YICIGUO
(DI-ER KE) XIANGGUANZHUANYE ZHISHI

主 编 周 璇 储 静

副主编 林芳宇 屠 燕 文 斌 言 慧

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 平	王小丽	王文刚	文 斌	叶旭春
田京京	刘 霖	肖烈虹	时 光	吴自湘
何比琪	何丹丹	余喜云	言 慧	宋 双
张立力	陆晓芳	陈 洁	陈华莉	林芳宇
罗晨玲	周 璇	郑志惠	赵 阳	姚卫光
桂 莉	徐朝艳	梅碧琪	屠 燕	储 静



人民军 医 出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

护理学(师)单科一次过(第2科)相关专业知识 / 周璇, 储静主编. —5版. —北京: 人民军医出版社, 2013.9

ISBN 978-7-5091-7009-0

I. ①护… II. ①周… ②储… III. ①护理学—护士—资格考试—自学参考资料 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 221705 号

策划编辑: 李玉梅 丁震 文字编辑: 魏新 责任审读: 周晓洲

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010)51927290; (010)51927283

邮购电话: (010)51927252

策划编辑电话: (010)51927300—8746

网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 京南印刷厂

开本: 787mm×1092mm 1/16

印张: 21 字数: 548 千字

版、印次: 2013 年 9 月第 5 版第 1 次印刷

印数: 25001—31000

定价: 45.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

出版说明

全国初、中级卫生专业技术资格考试从 2001 年开始正式实施，考试通过后考生可取得相应的专业技术资格，各用人单位以此作为聘任相应技术人员的必要依据。目前，该类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。考试分基础知识、相关专业知识、专业知识、专业实践能力 4 个科目，每科考 100 题，满分 100 分，一般 60 分合格。4 个科目全部合格才能取得相应资格，因此要求 4 个科目考试不可偏废。

近几年来，全国每年参加初中级卫生专业技术资格考试的考生达到近 100 万人，大多数考试专业的平均通过率一般为 50%~60%。全国每年有近一半的考生因至少一科不合格而需要补考。

根据现行的考试政策，上一年单科考试没有通过的考生，第二年只需补考该科目即可，而不需要 4 个科目全部重考。由于实行两年成绩滚动有效的管理办法，单科补考只有一次机会，如果补考还不能顺利通过，第三年就又要重新考第一年的合格科目。因此，单科考试是每一位考生最关键的一次考试，如果单科补考还不能顺利通过，考试会成为一个漫长而痛苦的过程！

按照考试大纲的要求，分 4 个科目编写、出版单科考试复习参考书，是为了让考生能够更加有针对性地复习，并顺利通过单科考试，达到事半功倍的效果。近年来，考试命题按照大纲 4 个科目的内容划分越来越严格，但是，随着病例题在考试中比例的增加，1 个科目的考试中难免会涉及到其他科目的知识。因此建议广大考生在单科重点复习的基础上，还要对其他 3 个考试科目有所兼顾，进行适当的综合练习。提醒广大考生对此应给予重视。

由于编写和出版时间紧，难度大，任务重，书中如有不足，请读者批评指正。

人民军医出版社

内容提要

本书是全国护理学（师）资格考试的指定辅导用书，专为在上一年度考试中单科（第2科）——相关专业知识未通过的考生编写。全书按照考试大纲规定的4个考试科目划分，为知识点串讲和试题精选两部分。知识点串讲部分，既考虑到知识点的全面性，又突出重点，对常考或可能考的知识点详细叙述，对需要重点记忆的知识点用波浪线的形式加以突出，重要的关键词以黑体字的形式表示。试题精选部分精选历年典型考点试题，每题之后附有答案。书末附有4套单科模拟试卷，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，是复习应考的必备辅导书。

目 录

第 1 部分 内科护理学	1
第 1 单元 总 论	1
第 2 单元 呼吸系统疾病病人的护理	20
第 3 单元 循环系统疾病病人的护理	34
第 4 单元 消化系统疾病病人的护理	50
第 5 单元 泌尿系统的常见症状和护理	65
第 6 单元 血液及造血系统疾病病人的护理	73
第 7 单元 内分泌代谢性疾病病人的护理	81
第 8 单元 风湿性疾病病人的护理	87
第 9 单元 理化因素所致疾病病人的护理	90
第 10 单元 神经系统疾病病人的护理	95
附录 1-A 常见缩写的含义	101
附录 1-B 实验室检查正常值	102
第 2 部分 外科护理学	104
第 1 单元 水、电解质及酸碱平衡失调病人的护理	104
第 2 单元 外科营养支持病人的护理	107
第 3 单元 外科休克病人的护理	109
第 4 单元 多器官功能障碍综合征	112
第 5 单元 麻醉病人的护理	114
第 6 单元 复苏病人的护理	119
第 7 单元 外科重症监护 (ICU)	121
第 8 单元 手术前后病人的护理	124
第 9 单元 手术室护理工作	126
第 10 单元 外科感染病人的护理	128
第 11 单元 损伤病人的护理	132
第 12 单元 器官移植病人的护理	136
第 13 单元 肿瘤病人的护理	137

第 14 单元	颅内压增高病人的护理	140
第 15 单元	颅脑损伤病人的护理	142
第 16 单元	颈部疾病病人的护理	144
第 17 单元	乳房疾病病人的护理	147
第 18 单元	胸部损伤病人的护理	150
第 19 单元	脓胸病人的护理	153
第 20 单元	肺癌病人外科治疗的护理	154
第 21 单元	食管癌病人的护理	155
第 22 单元	心脏疾病病人的护理	156
第 23 单元	腹外疝病人的护理	157
第 24 单元	急性腹膜炎病人的护理	159
第 25 单元	腹部损伤病人的护理	161
第 26 单元	胃、十二指肠疾病病人的护理	163
第 27 单元	肠疾病病人的护理	166
第 28 单元	直肠肛管疾病病人的护理	171
第 29 单元	门静脉高压症病人的护理	174
第 30 单元	肝疾病病人的护理	175
第 31 单元	胆道疾病病人的护理	178
第 32 单元	胰腺疾病病人的护理	182
第 33 单元	外科急腹症病人的护理	184
第 34 单元	周围血管疾病病人的护理	185
第 35 单元	泌尿、男生殖系统疾病的主要症状和检查	187
第 36 单元	泌尿系损伤病人的护理	189
第 37 单元	泌尿系结石病人的护理	191
第 38 单元	肾结核病人的护理	193
第 39 单元	泌尿系统梗阻病人的护理	194
第 40 单元	泌尿系统肿瘤病人的护理	195
第 41 单元	骨科病人的一般护理	196
第 42 单元	骨与关节损伤病人的护理	198
第 43 单元	常见骨关节感染病人的护理	203
第 44 单元	骨肿瘤病人的护理	204
第 45 单元	腰腿痛及颈肩痛病人的护理	205
附录 2-A	常见缩写的含义	207
附录 2-B	实验室检查正常值	208
第 3 部分 妇产科护理学		209

第 1 单元	女性生殖系统解剖与生理	209
第 2 单元	妊娠期妇女的护理	209
第 3 单元	分娩期妇女的护理	211
第 4 单元	产褥期妇女的护理	214
第 5 单元	新生儿保健	214
第 6 单元	胎儿宫内窘迫及新生儿窒息的护理	214
第 7 单元	妊娠期妇女并发症的护理	215
第 8 单元	妊娠期合并症妇女的护理	221
第 9 单元	异常分娩的护理	225
第 10 单元	分娩期并发症妇女的护理	227
第 11 单元	产后并发症妇女的护理	229
第 12 单元	妇科护理病历	229
第 13 单元	女性生殖系统炎症病人的护理	230
第 14 单元	月经失调病人的护理	234
第 15 单元	妊娠滋养细胞疾病病人的护理	236
第 16 单元	妇科腹部手术病人的护理	239
第 17 单元	外阴、阴道手术病人的护理	242
第 18 单元	不孕症妇女的护理	243
第 19 单元	计划生育妇女的护理	244
第 20 单元	妇女保健	245
第 21 单元	妇产科常用护理技术	245
第 22 单元	妇产科诊疗及手术病人的护理	245
附录 3-A	常见缩写的含义	248
附录 3-B	实验室检查正常值	248

第 4 部分 儿科护理学..... 250

第 1 单元	绪 论	250
第 2 单元	小儿保健	250
第 3 单元	小儿疾病的治疗及护理	250
第 4 单元	新生儿及患病新生儿的护理	251
第 5 单元	营养性疾病患儿的护理	255
第 6 单元	消化系统疾病患儿的护理	257
第 7 单元	呼吸系统疾病患儿的护理	262
第 8 单元	循环系统疾病患儿的护理	265
第 9 单元	血液系统疾病患儿的护理	267
第 10 单元	泌尿系统疾病患儿的护理	269

第 11 单元	神经系统疾病患儿的护理	271
第 12 单元	结缔组织病患儿的护理	274
第 13 单元	常见传染病患儿的护理	276
第 14 单元	结核病患儿的护理	279
第 15 单元	常见急症患儿的护理	282
附录 4-A	常见缩写的含义	286
附录 4-B	实验室检查正常值	286
护理学（师）相关专业知识模拟试卷		288
模拟试卷一		288
模拟试卷二		297
模拟试卷三		306
模拟试卷四		315
模拟试卷答案		325

第 1 部分

内科护理学

第 1 单元 总 论

一、护理体检

(一) 护理体检的准备工作 and 基本检查方法

护理体检是为了了解病人的健康状况,发现病人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) 环境:检查环境是否安静、舒适和具有私密性,室温适宜,最好以自然光线照明。

(2) 病人:护士站于病人右侧,充分暴露病人的受检部位,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。视诊可观察病人一般状态 and 许多全身性的体征,应作为护理体检的重点。触诊时应使用手指指腹,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。正常人肺部叩诊为清音,实质脏器叩诊为实音,肺部与肝、心等实质脏器重叠部分叩诊为浊音,左侧第 5、6 肋间隙以下为胃泡鼓音区;病理情况下,双肺叩诊过清音见于肺气肿。心血管系统疾病护理体检应把重点放在听诊。

(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。体温测量方法有口测法、肛测法、腋测法。

(1) 体温:体温低于 36.3°C 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、休克、急性大出血等。体温高于 37.5°C 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的病人等。

(2) 脉搏:常见的脉搏异常如下。①速脉:超过 100/min。见于发热、贫血、甲状腺功能亢进、心功能不全、周围循环衰竭、心肌炎等病人。②缓脉:低于 60/min。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病人。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,见于高血压性心脏病、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,见于心包积液和缩窄性心包炎病人。⑥不整脉:脉搏不规则地搏动,称不整脉。如脉率少于心率,称为脉搏短绌,见于心房颤动、期前收缩病人。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/min。a. 呼吸增快:呼吸次数每分钟 >24 次; b. 呼吸减慢:呼吸次数

每分钟 <10 次,见于呼吸中枢受到抑制、颅内压升高的病人; c. 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、中毒的病人; d. 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; e. 酸中毒大呼吸:呼吸加深且频率稍快,见于代谢性酸中毒病人; f. 呼吸浅快:见于呼吸道阻塞、肺气肿、呼吸衰竭病人。②呼吸气味的改变: a. 恶臭味见于支气管扩张或肺脓肿病人; b. 肝腥味见于肝性脑病(肝昏迷)病人; c. 氨味见于尿毒症病人; d. 烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒病人(2008/05考试命题点); e. 刺激性大蒜味见于有机磷农药中毒病人。

(4) 血压:正常血压值为收缩压 $<140\text{mmHg}$ (18.7kPa),舒张压 $<90\text{mmHg}$ (12kPa)。①血压升高:收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ (18.7kPa)和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ (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、肾疾病等病人。②血压降低:收缩压 $<90\text{mmHg}$ (12kPa),舒张压 $<60\text{mmHg}$ (8kPa)。见于休克、心功能不全、心肌梗死等病人。③脉压:正常为 $30\sim 40\text{mmHg}$ ($4.0\sim 5.3\text{kPa}$)。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、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,病人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,病人有定向障碍、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的高热期。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: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)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:病人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: a. 浅昏迷(2008/05考试命题点)。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。 b. 深昏迷(2008/05考试命题点)。意识全部丧失,对强烈刺激也无反应,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,大小便失禁或潴留。

(6) 面容和表情:常见的病态面容和表情如下。①急性病容:病人面颊潮红、烦躁不安、呼吸急促等。见于急性感染性疾病病人。②慢性病容:病人面容憔悴,面色苍白或灰暗,精神萎靡。见于慢性消耗性疾病病人。③病危面容:病人面容枯槁,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、休克等病人。④二尖瓣面容:病人面容晦暗、口唇微绀、两颊呈淤血性的发红。见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄病人。⑤甲状腺功能亢进(甲亢)面容:病人面容惊愕、眼裂增宽、眼球凸出、目光炯炯有神、情绪激动易变。⑥满月面容:病人面容圆如满月、皮肤发红、常伴痤疮和毳毛。见于肾上腺皮质增生和长期应用糖皮质激素的病人。⑦肢端肥大症面容:病人头颅增大、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 $1/2$ 、两上肢展开的长度等于身高、坐高等于下肢的长度。

(8) 营养状态:是根据病人的皮肤、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。皮下脂肪多以 3cm 指距捏起上臂下 $1/3$ 背侧处皮下脂肪来测量。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：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：某些疾病可使病人步态异常或姿势改变，如小脑疾病时呈醉酒步态；帕金森病病人呈慌张步态；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所引起，见于主动脉搏关闭不全、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、血流加速或红细胞量增多所致。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（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 50g/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病人。严重贫血病人如血红蛋白量少于 50g/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病人。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及肝硬化等病人。

(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 缺乏等。

(3) 温度：全身皮肤发热见于发热性疾病、甲状腺功能亢进的病人；发冷见于休克、甲状腺功能减退等的病人。局部皮肤发热见于疖、痈等炎症病人。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的病人。

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

(5) 水肿：是由于皮下组织的细胞内及组织间隙内的液体潴留过多所致。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、药物过敏等病人。

(7) 皮肤或黏膜下出血：按之不退色，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病人，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病人。

(8) 蜘蛛痣：由于皮肤小动脉末端扩张，使一支小动脉伸出辐射状的分支，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。常见于慢性肝病病人，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：a. 检查方法。病人坐于椅子上，头略后仰，张大口发“啊”的长音，护士右手持压舌板将病人的舌前 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。b. 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

(1) 检查的方法、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。

(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淋巴结或腋下淋巴结；胃癌易转移至左锁骨上淋巴结。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病人，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，肋间隙加宽，多见于肺气肿病人，也可见于老年和矮胖病人。④佝偻病胸，包括鸡胸、佝偻病串珠、肋膈沟、漏斗胸。

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病人的两侧胸锁关节处，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病人的胸部左右对称部位，请病人发“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、大量胸膜腔积液、气胸的病人；语颤增强见于肺组织炎症或肺实变的病人。

(3) 叩诊

①肺部正常叩诊音：a. 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。b. 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。c. 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。a. 过清音：见于肺气肿病人。b. 浊音或实音：见于肺炎、胸膜腔积液、肺部肿瘤病人。c. 鼓音：见于气胸病人。

(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：a. 异常肺泡呼吸音，包括肺泡呼吸音减弱、消失；肺气肿、气胸、胸膜腔积液等病人可出现肺泡呼吸音减弱或消失。b. 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：a. 干啰音为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、心源性哮喘病人。b. 湿啰音为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病人；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，脏层和壁层的表面粗糙，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、胸膜肿瘤病人。

4. 心脏和血管

(1) 心脏视诊

①心前区隆起：正常人心前区与右侧相应部位基本对称。儿童时期患心脏病伴心脏增大时向外隆起。

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，颈外静脉（简称颈静脉）常不显露，平卧时可见颈静脉充盈，充盈的水平仅限于锁骨上缘至下颌角距离的下2/3以内。若取30°~45°的半卧位时静脉充盈度超过正常水平，称为颈静脉怒张。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。正常情况下不会出现颈静脉波动，在三尖瓣关闭不全伴有颈静脉怒张时可看到。

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。

⑥毛细血管搏动征：用手指轻压被检者指甲床末端，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，是左心室肥厚的体征。胸骨左下缘收缩期抬举性搏动是右心室肥厚的可靠指征。

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。

③心包摩擦感：是由于急性心包炎时心包膜纤维素渗出致表面粗糙，心脏收缩时脏层与壁层心包摩擦产生的振动传至胸壁所致。

(3) 心脏叩诊

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

左锁骨中线至前正中线为 8~10cm

②心浊音界改变与临床意义: a. 左心室增大, 心左界向左下扩大, 心界似靴形; b. 右心室增大, 相对浊音界向两侧扩大, 以左侧明显; c. 左心房增大, 心腰部饱满, 浊音界呈梨形; d. 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: 位于胸骨右缘第 2 肋间及胸骨左缘第 3 与第 4 肋间, 后者为主动脉瓣第二听诊区。

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、主动脉瓣区、三尖瓣区的顺序听诊。

③听诊内容

a. 心率: 正常人心率为 60~100/min。成年人心率超过 100/min 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/min 为窦性心动过缓, 常见于运动员、迷走神经兴奋性增高病人和冠心病的病人。

b. 心律: 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; 提前出现的心跳的第一心音增强, 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, 即短绌脉。

c. 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、瓣膜的完整性与活动性等因素。增强见于: 二尖瓣狭窄, 主要由于二尖瓣保持低垂位置; 完全性房室传导阻滞; 发热、甲状腺功能亢进等疾病。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 强度改变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。

d. 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：收缩早期喷射音音调高而清脆，时间短促，在心底部听诊最清楚；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：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病人，提示左心室心肌极度衰弱。

e. 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。二尖瓣狭窄病人可在心尖部闻及舒张期隆隆样杂音。

f. 心包摩擦音：收缩期可明显听到胸骨左缘第3与第4肋间最响，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

1. 腹部分区 一般用九区法。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：极度消瘦、严重脱水、恶病质者腹部凹陷，甚至呈“舟状腹”（2008/05 考试命题点）。

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、脐下的腹壁静脉的血流方向均向下；如下腔静脉回流受阻，则脐上、脐下的均向上。

③胃肠蠕动波和肠形：正常人看不到胃肠蠕动波和肠形。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形，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”（2008/05 考试命题点）。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”（2008/05 考试命题点）。

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，此时病人腹痛如加重明显，称为反跳痛。反跳痛是壁腹膜已有炎症累及的征象（2008/05 考试命题点）。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，嘱病人平静地进行腹式呼吸。正常人的肝一般触不到，腹壁松弛的病人，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下)。

⑥膀胱触诊: 对判断有无尿液和尿潴留有较重要的意义。检查时, 护士的右手自病人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、胃肠穿孔病人。

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、肝脓肿病人, 缩小见于肝硬化、急性肝坏死病人, 消失见于急性胃肠道穿孔病人。

③移动性浊音: 当腹腔内含有一定量液体(游离腹水超过 1 000ml)时 (2008/05 考试命题点), 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、结核性腹膜炎等病人。

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, 如病人感到疼痛, 称叩击痛。正常人各脏器无叩击痛, 肝炎病人在肝区可有叩击痛; 肾周围炎、肾盂肾炎病人肾区可有叩击痛。

(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: 病人仰卧, 护士以稍弯曲而并拢的四指, 连续迅速地冲击病人上腹部, 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、胃扩张等病人。

(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, 是对危重病人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 (2008/05 考试命题点); 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病人; 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, 避光源后瞳孔迅速复原。②间接对光反射是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, 见于昏迷病人。④两侧瞳孔散大并伴有对光反射消失为濒死状态、癫痫发作病人的表现。

2. 生理反射与病理反射

(1) 生理反射: 为正常人应具有的神反射。病理状态下, 可亢进、减弱或消失。生理反射为浅反射(如角膜反射、腹壁反射)和深反射(如膝腱反射)。

①浅反射: 刺激皮肤或黏膜所引起的反射。a. 角膜反射: 深昏迷者角膜反射消失。b. 腹壁反射: 正常时两侧腹壁肌受到刺激后立即收缩, 腹壁反射消失见于脊髓疾病、锥体束病损及昏迷病人。

②深反射: 刺激肌腱或骨膜引起的反射。膝腱反射: 正常反应为股四头肌收缩, 小腿伸展。膝腱反射减弱或消失多为器质性病变, 如末梢神经炎、神经根炎等下运动神经元病变; 膝腱反射亢进常见于上运动神经元病变。

(2) 病理反射: 正常人不应出现的神反射。锥体束病变时可出现病理反射, 见于脑出血、