

2018 全国卫生专业技术资格考试（中初级）辅导用书
全新升级版

护理学（师）

单科一次过

99.9%
(第2科) 相关专业知识

主编/卜秀梅 李 辉

2009

军医版上市

2011

百万考生选用

2015

通过率95%

2016

军医社改制

2017

军医版转社

2018 强势回归

通过才是硬道理!

w.915guo.com.cn

 中国科学技术出版社
CHINA SCIENCE AND TECHNOLOGY PRESS

全国卫生专业技术资格考试（中初级）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 2 KE) XIANGGUAN ZHUANYE ZHISHI

主 编 卜秀梅 李 辉

副主编 石亚男 李悦玮 刘静姝

编 者（以姓氏笔画为序）

卜秀梅 王 雪 王 晶 石亚男 刘 曼
刘艳霞 刘桉泽 刘静姝 孙 铭 李 娜
李 辉 李国玲 李金曼 李悦玮 吴 浩
吴文颖 迟 佳 张 宁 张 巍 郑 瑾
项 阳 袁 华 符宁宁 赫 丹

中国科学技术出版社
· 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 / 卜秀梅, 李辉
主编. —北京: 中国科学技术出版社, 2017.11

ISBN 978-7-5046-7762-4

I. ①护… II. ①卜… ②李… III. ①护理学—资格考试—自学参考
资料 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第263806号

策划编辑 陈 娟

责任编辑 张 晶

装帧设计 石 猴

责任印制 马宇晨

出 版 中国科学技术出版社

发 行 中国科学技术出版社发行部

地 址 北京市海淀区中关村南大街16号

邮 编 100081

发行电话 010-62173865

传 真 010-62179148

网 址 <http://www.cspbooks.com.cn>

开 本 787mm × 1092mm 1/16

字 数 341千字

印 张 14

版 次 2017年11月第1版

印 次 2017年11月第1次印刷

印 刷 三河市春园印刷有限公司

书 号 ISBN 978-7-5046-7762-4 / R · 2198

定 价 59.00元

(凡购买本社图书, 如有缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换)

出版说明

为科学、客观、公正地评价卫生专业技术人员的技术水平和能力，目前，全国中初级卫生专业技术资格考试仍实行全国统一组织、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。

为帮助广大考生在繁忙的工作之余做好考前复习，我们组织了具有丰富卫生专业技术资格考试辅导经验的专家对近年考试的命题规律及考试特点进行了精心分析及研究，并按照相应专业最新考试大纲的要求及科学、严谨的命题要求编写了这套《全国卫生专业技术资格考试（中初级）辅导用书》。本套丛书共 162 个品种，涵盖了临床、护理、口腔、药学、检验等 100 多个专业，分为 7 个系列：《应试指南》系列、《模拟试卷（纸质版）》系列、《模拟试卷（网络版）》系列及针对护理和药学等考生人数较多的《考前冲刺》系列、《同步练习及解析》系列、《单科一次过》系列、《急救书/包》系列。

《应试指南》系列，共 12 本书，涵盖了临床、护理、药学、检验的近 40 个考试专业。全书根据应试需求，在总结了近年考试规律的基础上结合最新考试大纲的要求编写而成，内容精练，重点突出，对重要的知识点及考点予以提示并加以强调，便于考生在有限的时间内进行有针对性的复习。

《模拟试卷（纸质版）》系列，是针对专业人数较多的 39 个专业出版的，共有 33 个品种。这个系列的突出特点是编写贴近真实考试的出题思路及出题方向，试题质量高，题型全面，题量丰富。题后附有答案及解析，可使考生通过做题强化对重要知识点的理解及记忆。

《模拟试卷（网络版）》系列，共有 100 个品种，对应 100 个考试专业。其特点是专业齐全，可满足考生数量较少专业考生的需求。同时，针对有些专业采用人机对话考试形式的情况，采用了真实考试的人机对

话界面，高度仿真，考生可提前感受与适应考试的真实环境，从而有助于提高考试通过率。

《考前冲刺》系列，在全面分析了历年考题的基础上精选了部分经典试题编写而成，作为考生考前冲刺练习使用。

《同步练习及解析》系列，与《应试指南》系列相对应，精选了部分经典试题，供考生进行针对性的巩固训练，目的是使考生在复习理论知识的同时，通过做同步练习题加深对易考知识点的理解。

《单科一次过》系列，是专为单科知识薄弱的考生及上一年度单科未通过的考生准备的。分为知识点串讲和试题精选两部分。

《急救书/包》系列，是专为参加护理学专业初级资格考试的考生准备的。本系列书紧紧围绕应试需求，准确把握考试精髓，覆盖面广，重点突出。精选试题的考点选择均紧扣最新考试的特点，针对性强；附赠网络学习卡，采用真实考试的人机对话界面，使考生复习更加便捷。

本套考试用书对考点的把握准确，试题的仿真度非常高。在编写过程中，编者进行了大量的研究、总结工作，并广泛查阅资料，感谢在本套丛书编写过程中付出大量心血的专家们！

由于编写及出版的时间紧、任务重，书中的不足之处，请读者批评指正。

中国科学技术出版社

内容提要

本书是全国护理学（师）资格考试的指定辅导用书，全书按照护理学（师）最新考试大纲及科学、客观、严谨的要求编写。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而编写。全书分为三部分：知识点串讲、试题精选、模拟试卷。知识点串讲部分既考虑到知识点的全面性又突出重点，对需要重点记忆的内容用波浪线的形式加以突出，重要的关键词以黑体字表示，以强化考生对考点的认识，方便考生理解和记忆。试题精选部分根据该部分内容的重要程度，酌情精选部分相关知识的经典试题，以加强考生对该知识的记忆。书末精选3套本科目的模拟试卷，每卷100题，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，是复习考试的必备辅导书。

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.....	19
第 3 单元 循环系统疾病病人的护理.....	29
第 4 单元 消化系统疾病病人的护理.....	38
第 5 单元 泌尿系统疾病病人的护理.....	49
第 6 单元 血液及造血系统疾病病人的护理.....	53
第 7 单元 内分泌与代谢性疾病病人的护理.....	58
第 8 单元 风湿性疾病病人的护理.....	62
第 9 单元 理化因素所致疾病的护理.....	64
第 10 单元 神经系统疾病病人的护理.....	67
附录 1-A 常见缩写的含义	70
附录 1-B 实验室检查正常值	72
第 2 部分 外科护理学	74
第 1 单元 水、电解质、酸碱代谢平衡失调病人的护理	74
第 2 单元 外科营养支持病人的护理.....	76
第 3 单元 外科休克病人的护理.....	77
第 4 单元 多器官功能障碍综合征病人的护理.....	79
第 5 单元 麻醉病人的护理	79
第 6 单元 复苏病人的护理	81
第 7 单元 外科重症监护 (ICU).....	81
第 8 单元 手术室护理工作	82
第 9 单元 外科感染病人的护理.....	83
第 10 单元 损伤病人的护理	85
第 11 单元 器官移植病人的护理.....	87

第12单元	肿瘤病人的护理	87
第13单元	颅内压增高病人的护理	88
第14单元	颅脑损伤病人的护理	89
第15单元	颈部疾病病人的护理	90
第16单元	乳房疾病病人的护理	91
第17单元	胸部损伤病人的护理	92
第18单元	脓胸病人的护理	93
第19单元	肺癌病人外科治疗的护理	94
第20单元	食管癌病人的护理	95
第21单元	心脏疾病病人的护理	95
第22单元	腹外疝病人的护理	96
第23单元	急性腹膜炎病人的护理	97
第24单元	腹部损伤病人的护理	98
第25单元	胃、十二指肠疾病病人的护理	99
第26单元	肠疾病病人的护理	100
第27单元	直肠肛管疾病病人的护理	102
第28单元	门静脉高压症病人的护理	103
第29单元	肝疾病病人的护理	104
第30单元	胆道疾病病人的护理	106
第31单元	胰腺疾病病人的护理	108
第32单元	外科急腹症病人的护理	110
第33单元	周围血管疾病病人的护理	110
第34单元	泌尿、男性生殖系统疾病的主要症状和检查	112
第35单元	泌尿系损伤病人的护理	114
第36单元	泌尿系统结石病人的护理	116
第37单元	肾结核病人的护理	117
第38单元	泌尿系统梗阻病人的护理	118
第39单元	泌尿系统肿瘤病人的护理	118
第40单元	骨科病人的一般护理	120
第41单元	骨与关节损伤病人的护理	120
第42单元	常见骨关节感染病人的护理	123

第 43 单元 骨肿瘤病人的护理	125
第 44 单元 腰腿痛及颈肩痛病人的护理	125
附录 2-A 常见缩写的含义	127
附录 2-B 实验室检查正常值	129
第 3 部分 妇产科护理学	130
第 1 单元 妊娠期妇女的护理	130
第 2 单元 分娩期妇女的护理	131
第 3 单元 产褥期妇女的护理	132
第 4 单元 胎儿宫内窘迫及新生儿窒息的护理	132
第 5 单元 妊娠期并发症妇女的护理	133
第 6 单元 妊娠期合并症妇女的护理	137
第 7 单元 异常分娩的护理	139
第 8 单元 分娩期并发症妇女的护理	140
第 9 单元 产后并发症妇女的护理	142
第 10 单元 妇科护理病历	142
第 11 单元 女性生殖系统炎症病人的护理	143
第 12 单元 女性生殖内分泌疾病病人的护理	145
第 13 单元 妊娠滋养细胞疾病病人的护理	147
第 14 单元 妇科腹部手术病人的护理	148
第 15 单元 外阴、阴道手术病人的护理	150
第 16 单元 不孕症妇女护理	151
第 17 单元 妇产科诊疗及手术病人护理	151
附录 3-A 常见缩写的含义	153
附录 3-B 实验室检查正常值	154
第 4 部分 儿科护理学	155
第 1 单元 新生儿及患病新生儿的护理	155
第 2 单元 营养性疾病患儿的护理	158
第 3 单元 消化系统疾病患儿的护理	160
第 4 单元 呼吸系统疾病患儿的护理	163
第 5 单元 循环系统疾病患儿的护理	164

第6单元 血液系统疾病患儿的护理	165
第7单元 泌尿系统疾病患儿的护理	166
第8单元 神经系统疾病患儿的护理	168
第9单元 结缔组织病患儿的护理	171
第10单元 常见传染病患儿的护理	172
第11单元 结核病患儿的护理	174
第12单元 常见急症患儿的护理	177
附录4-A 常见缩写的含义	180
附录4-B 实验室检查正常值	182
护理学(师)相关专业知识模拟试卷	183
模拟试卷一	183
模拟试卷二	193
模拟试卷三	203
模拟试卷答案	213

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和基本检查方法

体格检查是护士通过自己的感官或借助检查器具，客观地了解和评估病人身体状况的基本检查方法。

1. 检查前的准备工作

(1) 环境：检查环境需安静、明亮，室温适宜，舒适且具有一定私密性。

(2) 病人：检查时病人需要充分暴露受检部位。护士站于病人右侧，按操作规范实施体格检查。

2. 基本检查方法 包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。

(1) 视诊：通过视觉观察病人局部或全身状态。

(2) 触诊：包括浅触诊和深触诊。浅触诊触及的深度为1~2cm，深触诊触及的深度为2cm以上。

(3) 叩诊：分直接叩诊与间接叩诊法，可用手指叩击或手掌拍击受检部位，根据叩诊音判断受检部位脏器有无异常。临床上将叩诊音分为：①清音为正常人肺部叩诊音。②浊音产生于被少量含气组织覆盖的实质脏器，如肺部与心脏、肝脏重叠部分。③实音产生于无肺组织覆盖的心脏、肝脏部分。④鼓音产生于叩击含大量气体的空腔脏器。⑤过清音产生于肺组织含气量增多时或弹性减弱时，如肺气肿。

(4) 听诊：护士直接用耳或用听诊器贴近受检部位。

(5) 嗅诊：用嗅觉辨别病人的异常气味。

(二) 一般状态检查

一般状态检查包括全身一般状况、皮肤黏膜及浅表淋巴结。

1. 全身一般状况 包括性别、年龄、生命征、意识状态、面容和表情、发育和体型、营养状态、体位、四肢、脊柱与步态等。

(1) 年龄：影响疾病的发生及预防。

(2) 性别：与某些疾病的发生率有关。

(3) 生命征：包括体温、脉搏、呼吸、血压。

①体温：常用体温测量方法有口测法、肛测法、腋测法。体温（以口腔温度为准）37.53~38℃称为低热，38.1~39℃为中等度热，39.1~41℃为高热，超过41℃为超高热。

②脉搏：安静状态下，正常成人脉率为60~100次/分。脉率和脉律的生理、病理变

化及临床意义与心率基本一致。常见的异常脉搏波形如下。

a. 水冲脉: 触诊桡动脉搏动时, 将病人前臂高举过头, 若脉搏骤起骤落, 急促有力, 如潮涌, 即为水冲脉。见于脉压差增大者, 如主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进症、严重贫血、动脉导管未闭、动静脉瘘等病人。

b. 交替脉: 脉搏强弱交替出现, 但节律正常。见于高血压性心脏病、急性心肌梗死等病人, 是左心衰竭的重要体征之一。

c. 奇脉: 吸气时脉搏明显减弱或消失称为奇脉。见于心包积液和缩窄性心包炎病人。

d. 无脉: 即脉搏消失。

③呼吸: 检查时应注意呼吸的频率、深度与节律的改变, 正常成年人静息状态下的呼吸次数为 16 ~ 20 次/分, 超过 24 次/分为呼吸过速, 低于 12 次/分, 为呼吸过缓。病理状态下会出现呼吸节律的改变。

a. 潮式呼吸(陈-施呼吸), 表现为呼吸由浅慢逐渐变得深快, 再由深快逐渐变为浅慢, 随之呼吸暂停数秒钟, 又重复出现上述节律。潮式呼吸提示病情严重, 影响预后, 多见于脑膜炎等中枢神经系统疾病、尿毒症、中毒病人。

b. 间停呼吸(比奥呼吸), 表现为随规律呼吸后突然出现时间长短不一的呼吸暂停, 然后恢复规则呼吸, 周而复始, 常发生在临终前。

c. 抑制性呼吸, 多见于由于胸部剧烈疼痛导致呼吸运动受抑制。常见于急性胸膜炎、肋骨骨折及胸部外伤等病人。

d. 叹气样呼吸, 正常呼吸节律中出现一次深大呼吸。多见于神经衰弱等。

检查呼吸时, 还应注意呼吸气味的改变: 如恶臭味, 多见于支气管扩张或肺脓肿病人; 肝腥味多见于肝性脑病(肝昏迷)病人; 尿毒症病人呼吸可有氨味; 糖尿病酮症酸中毒病人呼吸有烂苹果味; 有机磷农药中毒病人呼吸可有刺激性大蒜味。

④血压变动的临床意义。

a. 高血压: 收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和 (或) 舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。临床上多为原发性高血压, 也可见继发性高血压, 如原发性醛固酮增多症、皮质醇增多症等。

b. 低血压: 收缩压 $< 90\text{mmHg}$, 舒张压 $< 60\text{mmHg}$ 。部分健康人血压可低于 90/60 mmHg, 急性低血压常见于休克、急性心肌梗死等病人。

(4) 意识状态: 影响大脑功能活动的疾病都可引起不同程度的意识障碍。意识障碍程度分为以下四种。

①嗜睡: 最轻的意识障碍, 病人处于持续的睡眠状态, 可被唤醒, 醒后能可正确回答问题并做出各种反应, 刺激去除后又很快入睡。

②意识模糊: 程度比嗜睡深, 病人有时间、地点及人物的定向障碍。

③昏睡: 病人处于病理性嗜睡状态, 不易唤醒, 虽可在压迫眶上神经、摇动身体等强烈刺激下被唤醒, 但很快再入睡, 回答问题含糊或答非所问。

④昏迷: 按昏迷程度分为三个阶段: a. 轻度昏迷, 表现为生命体征无明显异常, 意识大部分丧失, 自主运动消失, 对声音、光等刺激无反应, 对疼痛刺激可出现痛苦表情或肢体回缩等防御性反应, 瞳孔对光反射、角膜反射、吞咽反射、眼球运动仍存在; b. 中度昏迷, 表现为生命体征轻度异常, 对各种刺激均无反应, 强烈疼痛刺激可引起防御反应, 瞳孔对光反

射、角膜反射减弱，无眼球运动，存在排便排尿功能障碍；c. 深昏迷，表现为生命体征明显异常，意识全部丧失，对强烈刺激全无反应，各种反射消失，全身肌肉松弛，瞳孔散大，大小便失禁。

⑤谵妄：一种以兴奋性增高为主的意识障碍，表现为定向力丧失，躁动，可有错觉及幻觉。

(5) 面容和表情：临床常见典型面容有以下几种。

①急性病容：面颊潮红、烦躁不安、可有鼻翼扇动等。见于大叶性肺炎等急性发热性疾病病人。

②慢性病容：面容憔悴，面色苍白或晦暗，目光暗淡。见于肿瘤等慢性消耗性疾病病人。

③二尖瓣面容：两颊暗红、口唇发绀。见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄病人。

④甲状腺功能亢进症（甲亢）面容：眼球凸出，表情惊愕，眼裂增宽，情绪易激动。见于甲状腺功能亢进症病人。

⑤肢端肥大症面容：头面部增大，耳鼻及唇舌增大增厚，眉弓及两侧颧部隆起，下颌增大前突。

⑥满月面容：面容圆且皮肤发红，常伴痤疮。常见于Cushing综合征和长期应用肾上腺糖皮质激素的病人。

⑦病危面容：面部消瘦，面色灰白暗淡、表情淡漠，眼眶凹陷。见于严重脱水、大出血、严重休克等病人。

⑧贫血面容：面色苍白，唇舌色淡。见于贫血病人。

(6) 发育和体型：成年人发育正常的指标有：头长为身高的 $1/7 \sim 1/8$ 、胸围约为身高的 $1/2$ 、两臂展开后左右指端的长度约等于身高、坐高约等于下肢的长度。发育成熟前腺垂体功能亢进可致巨人症，腺垂体功能低下可致垂体性侏儒症，甲状腺功能减退可致呆小病。

(7) 营养状态：临床上将营养状态分为良好、中等、不良3个等级。理想体重(kg) = 身高(cm) - 105。肥胖是指体重超过理想体重的20%以上，体重低于理想体重的10% ~ 20%称为消瘦。

(8) 体位：常见体位有主动体位（身体活动自如）、被动体位（不能自己随意活动肢体，需别人帮助才能改变）及强迫体位（为减轻疾病引起的痛苦而采取的特殊体位）等。

(9) 四肢与脊柱：脊柱病变可引起疼痛、活动受限及姿势的改变。

(10) 步态：某些疾病可使病人步态发生改变。蹒跚步态见于佝偻病病人，走路时身体左右摇摆；小脑疾病病人呈醉酒步态，重心不稳，步态紊乱；帕金森病人呈慌张步态，起步困难，起步后身体前倾，小步前冲；脊髓疾病可引起共济失调步态，起步时一脚抬高垂落突然，双目下视，闭目不能保持平衡。

2. 皮肤、黏膜检查 主要包括颜色、湿度、弹性、水肿、皮疹、出血、蜘蛛痣、破损与溃疡。

(1) 皮肤、黏膜颜色

①苍白：多由于血液中血红蛋白量减少或末梢毛细血管充盈不足所引起，多见于贫血、休克、虚脱等病人，也可见于寒冷、雷诺病等。

②发红:由于毛细血管充盈扩张、血流加速或红细胞数量增多所致。正常人可于运动、饮酒后出现。病理情况见于发热性疾病、中毒(如阿托品、一氧化碳)等。

③发绀:舌、口唇、耳垂、面颊、肢端等皮肤黏膜可出现青紫色,主要由于血液中还原血红蛋白增多引起。多见于心、肺疾病病人。

④黄染:血液中胆红素浓度过高,可引起皮肤黏膜及其他组织发黄,多见于胆道阻塞性疾病、肝细胞损害或溶血性疾病病人。另外,食用过多含胡萝卜素的食物也可引起皮肤黄染,但黄染部位多在手掌、足底皮肤及前额和鼻部,而不出现于巩膜和口腔黏膜。

⑤色素沉着:表皮基底层黑色素增多可引起皮肤黏膜色泽加深。常见有妊娠斑、老年斑。病理情况下可出现全身皮肤或口腔黏膜的色素沉着。

(2)湿度:病理情况包括出汗过多、少汗或无汗。出汗过多见于结核病、风湿热、甲状腺功能亢进症等。夜间熟睡后出汗称为盗汗,多见于结核病;大汗伴皮肤厥冷称为冷汗,见于休克和虚脱病人;皮肤干燥无汗可见于维生素A缺乏、脱水、黏液性水肿等病人。

(3)温度:全身皮肤发热常见于发热性疾病及甲状腺功能亢进症;发冷见于休克、甲状腺功能减退症。局部皮肤发热常见于疔、疖等炎症。肢端发冷常见于休克、雷诺病。

(4)弹性:弹性减退见于营养不良、严重脱水或长期消耗性疾病病人。

(5)水肿:触诊时,手指按压局部组织,若出现凹陷且不易平复,称为凹陷性水肿;按压后局部组织无凹陷称为非凹陷性水肿。

(6)皮疹:常见皮疹有斑疹、玫瑰疹、丘疹、斑丘疹、荨麻疹等,常见于皮肤病、传染病、过敏反应等。

(7)皮下出血:出血斑点直径不超过2mm称为瘀点;直径在3~5mm称为紫癜;直径超过5mm称为瘀斑;片状出血伴局部皮肤隆起称为血肿。皮下出血常见于造血系统疾病,其次为重症感染、某些中毒及外伤病人。

(8)蜘蛛痣:是皮肤小动脉末端扩张、伸展出辐射状的血管痣,形似蜘蛛。与肝对体内雌激素灭活作用减弱有关。常见于慢性肝病病人,也可见于健康人及妊娠期妇女,常多出现于面部、颈部、手背、上臂、前臂、前胸和肩部等部位。

(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. 咽及腭扁桃体检查

(1)检查方法:病人坐位,头略后仰,张大口并发“啊”长音,护士持压舌板迅速下压病人的舌前2/3与后1/3交界处,配合照明检查。

(2)检查内容:注意咽部黏膜有无充血、水肿,扁桃体有无红肿、扁桃体窝内有无分泌物或脓液。扁桃体肿大一般分为3度:Ⅰ度为不超过咽腭弓;超过咽腭弓者为Ⅱ度;达到或超过咽后壁中线者为Ⅲ度。

4. 淋巴结检查

(1)检查的方法、顺序和内容。①方法:以并拢的示、中、无名指指腹按压检查部位,由浅入深滑动触诊。②顺序:耳前、耳后枕、颌下、颈前、颈后、锁骨上窝、腋窝、滑车

上、腹股沟和腘窝淋巴结。③内容：检查时需注意肿大淋巴结的数目、大小、硬度、有无压痛、粘连及局部皮肤情况。

(2) 主要临床意义：①非特异性淋巴结炎：炎症初期，肿大的淋巴结质软，有压痛，无粘连。②淋巴结结核，颈部可见多个大小不等的肿大淋巴结，质硬、粘连。③恶性肿瘤淋巴结转移：恶性肿瘤转移所致的淋巴结肿大质硬、无压痛，与周围组织粘连，不易推动。肺癌多转移至右锁骨上或腋窝淋巴结群；胃癌、食管癌易转移至左锁骨上淋巴结群。④全身淋巴结肿大，多见于淋巴瘤、白血病等。大小不等，遍布全身，无粘连。

(三) 胸部检查

1. 胸部体表标志及其意义

(1) 胸骨角：胸骨柄与胸骨体连接处的向前突起，与左右第2肋软骨相连接，是计数肋骨和肋间隙的重要标志。

(2) 颈椎脊柱棘突：为后正中线的标志。第7颈椎棘突最突出，其下是第1胸椎。

(3) 胸部有4个自然陷窝，即胸骨上窝、锁骨上窝、锁骨下窝及腋窝。

(4) 人工划线：胸部体表有9条人工划线：前正中线、锁骨中线、胸骨线、胸骨旁线、腋前线、腋中线、腋后线、肩胛线、后正中线。

2. 胸廓与胸壁 成年人胸廓外形呈椭圆形，前后径与左右径的比例约为1:1.5。常见的胸廓外形改变如下。

(1) 扁平胸：胸廓扁平，前后径不及左右径一半，多见于瘦长体型者及慢性消耗性疾病病人。

(2) 桶状胸：胸廓呈圆桶状，前后径增大，与左右径相等甚至超过左右径，肋间隙加宽且饱满，多见于肺气肿病人，也可见于老年和矮胖体型者。

(3) 佝偻病胸：常见于儿童，包括鸡胸、佝偻病串珠、肋膈沟。

(4) 脊柱畸形：脊柱发生前凸、后凸及侧凸，导致胸廓外形改变。

3. 气管、肺部检查

(1) 视诊

①呼吸运动：注意有无增强或减弱。肺实变、肺部肿瘤、气胸、肺气肿、胸腔积液等可使呼吸运动减弱或消失；呼吸运动增强多见于酸中毒，呈深大呼吸。

②三凹征：因大气道狭窄或阻塞，引起吸气费力。表现为吸气时胸骨上窝、锁骨上窝及肋间隙向内明显凹陷，称为“三凹征”，常见于各种原因引起的大气道狭窄或阻塞如气管异物、气管肿瘤、喉水肿等。

(2) 触诊

①气管触诊：将右手示指和环指分别置于病人的两侧胸锁关节处，中指触摸气管正中，如中指距示指与环指的距离不等，则为气管移位。大量胸膜腔积液、积气或纵隔肿瘤可将气管推向健侧；胸膜粘连、肺不张或肺纤维化可将气管拉向患侧。

②触觉语颤：护士将两手掌或两手掌尺侧缘分别轻置于病人胸壁左右对称部位，请病人用同等的强度发“yi”的长音，双手交叉更换部位并嘱病人重复发“yi”的长音，从上至下，左右对称检查前胸及后背部。病人发出语音时，产生的声波沿气管、支气管及肺泡传至胸壁引起共振，检查者的手掌即可触及。语颤增强常见于肺组织炎症或实变，如大叶性肺炎实变

期。语颤减弱常见于肺泡含气量过多时,如肺气肿、阻塞性肺不张、气胸病人。

(3) 叩诊

①肺部正常叩诊音:正常肺部叩诊音为清音。

②肺部异常叩诊音:正常肺部清音区出现以下的叩诊音称为肺部异常叩诊音。

a. 浊音或实音:见于肺炎、肺不张、胸膜腔积液、肺部肿瘤等肺含气量减少的病变。

b. 过清音:见于慢性阻塞性肺疾病(肺气肿)病人。

c. 鼓音:见于肺内空腔性病变,如空洞性肺结核、气胸病人。

(4) 听诊

①正常呼吸音: a. 支气管呼吸音:前胸喉部、胸骨上窝、背部第6、7颈椎及1、2胸椎附近可闻及类似“ha”音。 b. 肺泡呼吸音:支气管呼吸音和支气管肺泡呼吸音区域外大部分肺野可闻及类似“fu”音。 c. 支气管肺泡呼吸音:胸骨两侧1、2肋间,肩胛区第3、4胸椎附近,肺尖部可闻及。吸气音似“ha”,呼气音似“fu”。

②异常呼吸音:肺泡呼吸音减弱、消失可见于引起肺泡内气流减少或速度减慢、呼吸音传导障碍的疾病,如胸廓活动受限、支气管狭窄等;肺泡呼吸音增强可见于引起肺泡内气流增多或流速加快及通气功能增强的疾病,如发热、酸中毒等。

③啰音:为呼吸音外的附加音,病理状态下存在。 a. 干啰音为气流通过狭窄的气道时冲击产生的湍流声音。局部干啰音常见于支气管肺癌、气管异物等。双侧肺部干啰音多见于支气管哮喘、心源性哮喘病人。 b. 湿啰音是气体通过含有稀薄分泌物的气道时,冲破水泡所产生的水泡破裂的声音,又称为水泡音。局部湿啰音提示局部病变,如肺炎、肺结核;两肺底湿啰音见于支气管肺炎或肺淤血病人;急性肺水肿双肺满布湿啰音。

④胸膜摩擦音:当胸膜发生炎症时,脏层和壁层间纤维素渗出致胸膜粗糙,两层胸膜随呼吸运动而产生摩擦形成胸膜摩擦音。多见于纤维素性胸膜炎、胸膜肿瘤等病人。

4. 心脏和血管

(1) 心脏视诊

①心前区外形:心前区异常隆起常见于先天性心脏病、成人大量心包积液时。

②心尖搏动:正常成年人**心尖搏动位于胸骨左侧第5肋间锁骨中线内侧0.5~1.0cm处,搏动范围直径2.0~2.5cm**。

③颈静脉怒张:正常人颈静脉常不显露或稍见颈静脉充盈,充盈的水平仅限于锁骨上缘至下颌角距离的下2/3以内。若坐位或半坐位时颈静脉充盈明显,或平卧时充盈度超过正常水平,称为颈静脉怒张。是右心衰竭的重要体征。

④肝-颈静脉反流征:护士用手按压被检者肝脏,颈静脉怒张更明显,称为肝-颈静脉反流征阳性。

(2) 心脏触诊

①心尖搏动:触诊心尖搏动时,若触诊的手指被强有力的心尖搏动抬起,称抬举样心尖搏动,是左心室肥厚的重要体征。

②震颤:为触诊时手掌或指腹所感受到的细小振动感,是器质性心血管疾病的重要体征。

③心包摩擦感:急性心包炎时纤维素渗出致心包表面粗糙,心脏收缩时心包脏层与壁层

间摩擦产生振动传至胸壁。

(3) 心脏叩诊

①正常成年人相对浊音界：见表 1-1。

表 1-1 正常成年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

注：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

- 左心室增大，左心界向左下扩大，心浊音界似靴形，称靴形心或主动脉型心。
- 右心室增大，见于肺源性心脏病。
- 左心房增大，心腰部饱满，心浊音界呈梨形，称梨形心或二尖瓣型心。
- 心包积液，心浊音界向两侧扩大，且随体位改变而变化，坐位时心界呈烧瓶形。

(4) 心脏听诊

①心脏瓣膜听诊区及听诊顺序：二尖瓣区（心尖搏动最强处）→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（胸骨左缘第 4、5 肋间）。

②听诊内容

a. 心率：正常成人心率为 60~100 次/分；静息时超过 100 次/分，低于 60 次/分为心动过缓。

b. 心律：听诊能发现的心律失常最常见的是期前收缩和心房颤动。

期前收缩听诊特点：在规则心律中提前出现 1 次心跳，其后有一较长的代偿间歇；提前出现的心跳，第一心音增强，第二心音减弱；代偿间歇后出现的第一次心跳，第一心音减弱，第二心音增强；期前收缩可规律出现形成联律。

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

c. 心音及心音强度改变意义：通常只能闻及第一心音及第二心音。第一心音（S₁）由二尖瓣和三尖瓣关闭产生的振动引起。标志心室收缩期开始；第二心音（S₂）由主动脉瓣和肺动脉瓣关闭所产生的震动引起，标志心室舒张期的开始。

S₁ 增强见于二尖瓣狭窄、发热、甲状腺功能亢进等。

S₁ 减弱见于二尖瓣关闭不全、心肌炎、心肌病和心肌梗死等。

S₁ 强弱不等见于心房颤动、频发室性期前收缩。

S₂ 增强见于高血压、动脉粥样硬化、肺源性心脏病等。