

医学教育网中级主管护师：《答疑周刊》2019 年第 19 期

1. 【问题】总结各胎位对应的简写。

【解答】顶先露有六种胎位左枕前（LOA）左枕横（LOT）左枕后（LOP）右枕前（ROA）右枕横（ROT）右枕后（ROP）。

臀先露有六种胎位左骶前（LSA）左骶横（LST）左骶后（LSP）右骶前（RSA）右骶横（RST）右骶后（RSP）。

面先露有六种胎位左颞前（LMA）左颞横（LMT）左颞后（LMP）右颞前（RMA）右颞横（RMT）右颞后（RMP）。

肩先露有四种胎位左肩前（LScA）左肩后（LScP）右肩前（RScA）右肩后（RScP）。

2. 【问题】心源性水肿与肾源性水肿的鉴别？

【解答】（1）心源性水肿发生机制：

①由于右心衰时体循环静脉淤血，有效循环血容量减少，使肾血流量减少，继发性醛固酮增多而引起水钠潴留。

②静脉压增高使毛细血管内压力增高，使液体自毛细血管内渗透至组织间隙的量多于回吸收的量，从而导致水肿。

心源性水肿的特点：水肿先出现在身体下垂部位，一般病人易出现在双下肢，卧床病人常出现于枕部、肩胛部及腰骶部等，严重水肿病人可出现胸腔和腹腔的积液。

（2）肾源性水肿

肾源性水肿分为肾炎性水肿和肾病性水肿。

肾炎性水肿：主要是由于肾小球滤过率下降，而肾小管的重吸收功能正常，从而导致“球-管失衡”，引起水、钠潴留，毛细血管静水压增高而出现水肿。钠水潴留于细胞外液的各个部分，水肿常为全身性，而以眼睑、头皮等组织疏松处为著。

肾病性水肿：主要是由于大量蛋白尿造成血浆蛋白过低，血浆胶体渗透压降低，导致液体从血管内进入组织间隙而产生水肿。一般较严重，多从下肢开始，由于增加的细胞外液量主要潴留在组织间隙，血容量常减少，故可无高血压及循环淤血的表现。

3. 【问题】肺部不同听诊音都见于什么疾病？

【解答】支气管呼吸音：为呼吸气流在声门、气管或主气管形成湍流所产生的声音，如同将舌抬起经口呼气所发出的“ha”的声音。支气管呼吸音调高，音响强。吸气呼气相比，呼气音较吸气音音响强、音调高且时间较长。正常人在喉部、胸骨上窝、背部第 6、7 颈椎和第 1、2 胸椎附近可闻及支气管呼吸音。

肺泡呼吸音：为呼吸气流在细支气管和肺泡内进出所致。吸气时气流经支气管进入肺泡，使肺泡由松弛变为紧张，呼气时肺泡由紧张变为松弛。肺泡呼吸音很像上齿轻咬下唇吸气时所发出的“fu”的声音，为一种柔软吹风样性质，音调较低，音响较弱。吸呼气相比，吸气音比呼气音间响强、音调较高且时间较长。正常人胸部除支气管呼吸音部位和支气管肺泡呼吸部位外其余部位均闻及肺泡呼吸音。

低调干啰音：又称鼾音。音调低，其基音频率约为 100~200Hz，如熟睡中鼾音，多发生在气管或主支气管。

粗湿啰音：又称为大水泡音。发生于气管、主支气管或空洞部位，多出现在吸气早期。见于支气管扩张、严重肺水肿及肺结核或肺脓肿空洞。昏迷或濒死的患者因无力排出呼吸道分泌物，于气管处可听及粗湿啰音，有时不用听诊器也可听到，谓之痰鸣。

中湿啰音：又能称为中水泡音，发生于中等大小的支气管，多出现于吸气的中期。见于支气管炎或支气管肺炎等。

细湿啰音：又称为小水泡音。发生于小支气管，多在吸气后期出现。常见于细支气管炎、支气管肺炎、肺淤血和肺梗死等。

4. 【问题】第一心音增强见于什么病？它的发生机理是什么？

【解答】第一心音增强可见于：①二尖瓣狭窄时心室充盈减少，心室开始收缩时二尖瓣位置低垂，瓣叶需经过较长距离到达闭合位置，振动幅度增大，致第一心音增强。其次，由于瓣口狭窄，左心室充盈减少，收缩时间缩短；左心室内压迅速上升，二尖瓣关闭速度加快，振动增大，使第一心音增强。此时增强的第一心音音调高而清脆，称之为“拍击性”第一心音。但若瓣叶显著增厚、僵硬或纤维化、钙化时，瓣膜活动明显受限，则第一心音反而减弱。②P-R 间期缩短时，左心室充盈减少，瓣膜位置低，使第一心音增强。③心动过速或心室收缩力加强时，如运动、发热、甲状腺功能亢进症等，舒张期变短、充盈不足，瓣膜在舒张晚期处于低垂状态，致第一心音增强。