



2021

Y E A R

初级护师考试

100考点 考前大爆料

KAO QIAN 100 KAO DIAN DA BAO ZHA

- 精准考点预测还原考试
- 提前熟悉知识点掌握提分技巧
- 必考知识点预测
- 甄别易错考点陷阱

内部专属电子资料

金英杰医学 | 您身边的医考专家

考前温馨提示

- 1、考前状态调整。考试前一周左右调整自己的作息時間，不要再开夜车了，把生物钟调整到应试状态；但是一定要不要放松复习，要作息时间规律化。
- 2、关于考前的复习策略。到了考前三、四天就不要研究那些高难度的理论了，这些知识研究透是非常需要时间的，不是这几天所能够达到的。而应该把复习的重点放在一些记忆性的学科上，这些才能够在最短时间内提供分数的方法。把记忆性的学科都复习之后，在考试之前的晚上要浏览一下这个科目的重点内容，并且自己也？一下考点，很有可能你前天晚上看到的重点就是考试的考点。
- 3、中午休息用餐。首先，上午结束之后马上用餐，不要想、不要听其他考生讨论做题情况、不要考虑已经考完的科目，更不要与其它考生对题，毫无意义，出现了错题还可能影响自己的情绪和状态。建议有条件的自带午餐，这样更保险。在考点附近用餐的，尽量选择有点规模的、干净的饭店，否则吃坏了肚子后果很严重！其次，午休地点尽量提前选好，但不能离考点太远。
- 4、关于喝水问题。建议进考场前或考试过程中尽量不要多喝水，虽然老师可以带你去厕所，但时间宝贵啊。有的考生建议考试时喝点咖啡或XX饮料，可以提神，但也要根据具体情况而定。如果你平时经常喝咖啡或这种饮料还可以，但临时起意的就算了，突然改变饮食习惯，如果导致肠胃不适，适得其反。

希望大家考试通关!!! 加油!!!

扫描二维码可以体验金题讲练试听课程呦!

金英杰直播，让学习更容易!

亲爱的美小护们：风里雨里，我在金英杰直播学院等你!

偷偷告诉你们：22年课程提前报名有优惠呦!

考点 1: 支气管哮喘

1. 支气管哮喘的典型表现: 反复发作性伴哮鸣音的呼气性呼吸困难, 气急、胸闷、干咳或咳大量白色泡沫痰。
2. 严重哮喘发作时, 气道极度收缩且被黏液栓堵塞, 哮鸣音反而减弱, 甚至消失, 表现为“沉默肺”。
3. 哮喘持续状态一般经支气管扩张药物治疗后仍有缺氧症状, 如发绀
4. 哮喘发作时, 协助患者取端坐位或半坐位。
5. 鼓励患者多喝水, 每天饮水 2500ml 以上, 哮喘持续状态静脉补液 2500~3000ml 以稀释痰液。
6. 哮喘发作时应遵医嘱给予鼻导管或面罩吸氧, 氧流量 1~3L/min, 氧浓度 <40%。

考点 2: 慢性阻塞性肺疾病

1. COPD 特征性症状是慢性和进行性加重的呼吸困难, 咳嗽和咳痰。
2. 随疾病进展出现桶状胸, 双侧语颤减弱; 叩诊呈过清音; 听诊两肺呼吸音减弱, 呼气延长, 部分患者可闻及湿啰音和(或)干啰音, 心音遥远。
3. 如剑突下可见心脏搏动, 且心音较心尖部增强, 提示并发早期肺源性心脏病。
4. 急性加重期发生低氧血症者可用鼻导管或面罩吸氧(低浓度、低流量), 一般吸入氧流量 1~2L/min, 氧浓度 28%~30%, 避免吸入浓度过高引起二氧化碳潴留。
5. 痰多黏稠、难以咳出的患者需多喝水(2000ml/d 以上), 使痰液稀释易于咳出。
6. COPD 为 II 型呼衰, 每天吸氧时间 >15 小时, 夜间不可间断。
7. 呼吸肌功能训练可改善呼吸功能, 是改善早期肺气肿最有意义的措施。
8. 缩唇缓慢呼气可提高支气管内压, 防止呼气时小气道过早塌陷, 利于肺泡气排出。
9. 指导慢性阻塞性肺气肿患者做腹式呼吸时, 呼气与吸气时间之比为 2: 1 或 3: 1。

考点 3: 慢性肺源性心脏病

1. 失代偿期最突出的表现为呼吸困难加重, 夜间尤甚, 严重者出现谵妄、嗜睡、躁动、抽搐等肺性脑病的表现, 是肺心病死亡的首要原因。
2. 护理肺源性心脏病肺心功能失代偿期的患者, 关键护理措施是防止呼吸道感染。
3. 长期氧疗一般要求吸氧时间每天不短于 15 小时。

考点 4: 支气管扩张症

1. 最主要的症状为长期咳嗽和咳大量脓痰，常在晨起和夜间卧床时，由于体位改变致气管内痰液易流出而加重。
2. 痰液收集于玻璃瓶中静置后分为3层，上层为泡沫，中层为浑浊黏液，下层为脓性成分和坏死组织。如有厌氧菌感染，呼吸和痰液均有臭味。
3. 左下肺叶支气管扩张患者，体位引流时应采取的体位是头低右侧卧位。
4. 大咯血患者发生窒息时，首要的护理措施是维持气道通畅。
5. 体位引流时间不宜安排在饭后。

考点5: 肺炎

1. 肺炎链球菌主要表现为肺实质炎症，表现为语颤增强。
2. 成人肺炎链球菌肺炎典型表现为急性起病，寒战、高热、咳嗽、咳痰、呼吸急促和胸痛。
3. 成人肺炎链球菌肺炎体征为急性病容，面颊绯红，鼻翼扇动，发绀，口角和鼻周有单纯疱疹，严重者出现发发绀，累及胸膜时可有胸膜摩擦音。
4. 对休克型肺炎患者，护士应严密观察生命体征、意识状态、皮肤黏膜及尿量变化。

考点6: 肺结核

- (1) 结核菌素(PPD)试验常用于结核感染的流行病学指标，也是卡介苗接种后效果的验证指标。
- (2) 做好呼吸道隔离，每天使用紫外线消毒病室。
- (3) 将痰吐在纸上用火焚烧是最简便有效的处理方法。用5%苯酚对肺结核患者痰液浸泡灭菌的时间至少是2小时。
- (4) 接种卡介苗是最有效的预防措施，可使人体产生对结核菌的获得性免疫力。

考点7: 自发性气胸

- (1) 最常见的症状是突感一侧胸痛，刀割样或针刺样，持续时间短，继之出现胸闷、气促、刺激性咳嗽。
- (2) 大量气胸时，患侧胸部隆起，气管向健侧移位；呼吸运动和触觉语颤减弱；叩诊呈过清音或鼓音，心浊音界缩小、肝浊音界下移甚至消失；听诊呼吸音减弱或消失。
- (3) 促进患侧肺复张是自发性气胸的首要治疗目标，即排气治疗。

考点8: 原发性支气管肺癌

- (1) 出现最早的症状是咳嗽，多为刺激性干咳或少量黏液痰。
- (2) 癌肿引起支气管狭窄时，咳嗽加重，为持续性高调金属音或刺激性呛咳。
- (3) 肺尖肿瘤压迫颈交感神经可引起Horner综合征，出现患侧上睑下垂。

垂、瞳孔缩小、眼球内陷、额部少汗等。

(4) 副癌综合征表现为骨关节痛，杵状指，库欣综合征(水肿、高血压、血糖增高)，男性乳房发育，重症肌无力，多发性肌肉神经痛，钙、磷代谢紊乱。

考点 9: 慢性呼吸衰竭

1. 最早、最突出的症状为呼吸困难，表现为呼吸费力伴呼气延长。
2. 呼吸性酸中毒的表现是呼吸浅快，口唇青紫。
3. II 型呼吸衰竭合并肺性脑病时的典型改变是球结膜水肿。
4. CO₂ 潴留严重时，可出现 CO₂ 麻醉现象，呼吸由浅快转为浅慢，甚至潮式呼吸。
5. CO₂ 潴留表现为先兴奋、后抑制，兴奋表现为失眠、躁动、昼睡夜醒。
6. CO₂ 严重潴留时抑制神经中枢，可出现神志淡漠、嗜睡、昏迷、抽搐、扑翼样震颤、腱反射减弱或消失等肺性脑病的表现。
7. CO₂ 过多可引起体表小静脉扩张，皮肤充血，颜面潮红，球结膜水肿，四肢及皮肤温暖潮湿。严重的缺氧和 CO₂ 潴留可出现严重心律失常、右心衰竭。
8. 呼吸衰竭的处理原则是保持呼吸道通畅，迅速纠正缺氧，改善通气。
9. 给予患者低浓度(<35%)持续吸氧，不可给予高浓度氧，因高浓度氧可解除缺氧对外周化学感受器的刺激，使呼吸受到抑制，造成通气恶化。
10. 患者应保证休息，尽量避免自理活动和不必要的操作。
11. 对烦躁不安的患者慎用吗啡等镇静药，以免引起呼吸抑制。

考点 10: 心力衰竭

①不同程度的呼吸困难是由于肺淤血所致，是左心衰竭最主要的症状

典型症状	端坐呼吸
主要体征	肺部湿啰音
重要体征	交替脉
最早征象	颈静脉充盈、怒张
特征性体征	肝颈静脉回流征阳性
性肺水肿	咳白色浆液性泡沫样痰、咳粉红色泡沫样痰
其它体征	水肿、胸水及腹水

⑨急性心力衰竭可表现为咳嗽频繁并咳出大量粉红色泡沫样血痰，烦躁不安，伴恐惧感。

⑩急性心力衰竭患者取坐位，双腿下垂以减少静脉回流，减轻肺淤血，降低心脏前负荷。

⑪给予急性心力衰竭患者高流量氧气吸入，氧流量为 6~8L/min，使肺泡内压力增高，减少肺泡内毛细血管渗出液产生；同时给予 20%~30% 乙醇湿化，因乙醇能减低肺泡内泡沫的表面张力，使泡沫破裂消散，

从而改善肺泡通气，迅速缓解缺氧症状。

⑫心衰患者失代偿期需卧床休息，多做被动运动以预防深部静脉血栓形成。

⑬心衰急性发作或有容量负荷过重的患者应严格限制水、钠摄入量

⑭心脏毒性反应是强心苷较严重的毒性反应，主要表现为各种心律失常。

⑮强心苷中毒时胃肠道反应常表现为恶心、呕吐、食欲下降等；神经系统反应表现为头痛、头晕、视物模糊、黄绿视等。

⑯使用强心苷治疗前应先测量心率。

⑰一旦发现强心苷中毒，应立即停用强心苷，严格卧床，半卧位；同时停用排钾利尿药，积极补钾，快速纠正心律失常。

⑱强心苷中毒后发生缓慢心律失常时，可使用阿托品治疗。

⑲强心苷与钙剂合用时，需间隔4小时，以免导致心律失常。

⑳心功能分级

I级	体力活动不受限制
II级	体力活动轻度受限。日常活动气急、心悸
III级	体力活动明显受限，稍事活动气急、心悸，轻度脏器淤血
IV级	体力活动重度受限，休息气急、心悸，重度脏器淤血体征

一级不受限，二级轻度喘，三级很明显，四级不动也危险。

考点 11: 心律失常

(1) 成人窦性心率 >100 次/分，称窦性心动过速，某些病理状态如发热、贫血、甲状腺功能亢进，应用某些药物如阿托品、肾上腺素等可引起。

(2) 成人窦性心率 <60 次/分，称窦性心动过缓，运动员、高钾血症、窦房结病变、甲状腺功能减退、洋地黄中毒等可引起。

(3) 心律失常中最危重的是心室颤动。

(4) 房颤并发体循环栓塞的危险性很大，血栓脱落最易引起脑栓塞。

(5) 发生房颤时，心律极不规则、第一心音强弱变化不定，脉搏亦快慢不均，强弱不等，出现脉搏短绌。

(6) 心房颤动心电图特点为窦性 P 波消失，代之以小而规则的基线波动 (f 波)，频率 350~600 次/分，一般情况下 QRS 波群形态正常。

(7) 室扑心电图呈正弦波形，波幅大而规则。

(8) 对三度房室传导阻滞患者最有效的是安装永久起搏器。

考点 12: 病毒性心肌炎

(1) 病毒性心肌炎可出现心脏正常或轻度扩大，第一心音减弱，奔马律和交替脉等心力衰竭的体征；心动过速与发热程度不平行。

(2) 感冒后出现与体温不成比例的心动过速应考虑是病毒性心肌炎。

(3) 护理重点是充分休息，加强营养：卧床休息至体温稳定后 3~4 周

考点 13: 心脏瓣膜病

- (1) 心脏瓣膜病中二尖瓣最常受累。
- (2) 二尖瓣狭窄特征性的心脏杂音为心尖区舒张中晚期低调的隆隆样杂音，伴舒张期震颤。
- (3) 心房颤动是二尖瓣狭窄最常见的心律失常。
- (4) 左心衰竭是二尖瓣狭窄晚期最常见并发症，也是死亡的主要原因
- (5) 主动脉狭窄患者瓣口严重狭窄时，可出现主动脉狭窄典型三联症，即呼吸困难、心绞痛和晕厥。
- (6) 主动脉狭窄最主要的体征为胸骨右缘第2肋间(主动脉瓣听诊区)可闻及粗糙、响亮的收缩期吹风样杂音。
- (7) 主动脉关闭不全的体征可有脉压增大、出现周围血管征，如点头征、水冲脉。
- (8) 风湿活动期患者应卧床休息，病情好转后逐渐增加活动。
- (9) 风湿性心脏病患者需要预防的首要潜在并发症是充血性心力衰竭
- (10) 患者应避免呼吸道感染，加强营养，提高抵抗力。

考点 14: 心脏瓣膜病鉴别

	二尖瓣狭窄	二尖瓣关闭	主动脉瓣狭窄	主动脉瓣关闭不
早期症状	劳力性呼吸困难	无症状或疲 劳、乏力	无明显症状	无症状或心悸、心 尖区不适
严重症状	急性肺水肿常见	呼吸困难出 现较晚	呼吸困难、心 绞痛、晕厥三 联症	呼吸困难
杂音听诊部 位	心尖区	心尖区	胸骨右缘第2 肋间	胸骨左缘3、4肋 间
杂音时期	舒张中晚期	全收缩期	收缩期	舒张期
杂音性质	隆隆样	粗糙吹风样	粗糙、响亮吹	高调叹息样
最常见并发	房颤	房颤	房颤	感染性心内膜炎
其他并发症	左心衰竭、血栓栓塞、 右心衰竭、肺炎、感染 性心内膜炎	左心衰竭、 感染性心内 膜炎、体循环 栓塞	左心衰竭、 胃肠道出血	左心衰竭、 室性心律失常

考点 15: 冠状动脉粥样硬化性心脏病

- (1) 急性心肌梗死最早出现和最突出的症状是心前区剧烈疼痛。
- (2) 急性心肌梗死疼痛持续时间 10~20 分钟以上，经休息和含服硝酸甘油不能完全缓解，患者常伴有大汗、呼吸困难、恐惧和濒死感。
- (3) 多数急性心肌梗死患者会在发病 1~2 天出现心律失常，以室性心律失常最多见。如频发室早(每分钟 5 次以上)、成对期前收缩、短阵室速、多源性室早或 RonT 室早，为室颤的先兆。
- (4) 急性心梗发病后发热，多在 1 周内恢复正常，发热原因是心肌坏死组织吸收。

(5) 急性心肌梗死患者住院后应立即吸氧，改善心肌缺氧，减轻疼痛，氧流量为 4~6L/min。

(6) 预防性使用利多卡因可减少室颤发生，但可引起心动过缓或心脏骤停，应避免使用。

(7) 急性心肌梗死发病 24 小时内不可使用洋地黄，因其有增加室性心律失常的危险。合并快速房颤时，可选用胺碘酮治疗。

(8) 急性心肌梗死发病 12 小时内绝对卧床休息，搬运时，用担架车护送，保持环境安静，谢绝探视。

(9) 休息可降低心肌耗氧量和交感神经兴奋性，避免增加心脏负担。

(10) 急性心梗患者需禁食至胸痛消失，然后给予流质、半流质饮食，逐步过渡到普通饮食。给予低钠、低脂、低热量、低胆固醇、清淡、易消化饮食，少量多餐，避免饱餐。

(11) 急性心梗患者应连续心电监护，可适当增加纤维素类食物，以防止便秘时用力排便导致心律失常或心力衰竭，甚至心脏破裂。

考点 16: 心绞痛与心肌梗死的鉴别

	心绞痛	急性心梗
典型症状	发作性胸痛和胸部不适	心前区剧烈疼痛是最早出现，最突
胸痛特点	压榨、憋闷、紧缩、烧灼或窒息感	
濒死、恐惧感	偶伴	常伴
胸痛部位	胸骨后上中段或心前区	
放射	多至左肩，沿左臂尺侧至无名指和小指；向上可至颈、咽部和下颌部	
持续时间	一般 3~5 分钟，不超过 30 分钟	10~20 分钟以上
诱因	体力劳动、情绪激动、饱餐、寒冷、吸烟	一般无明显诱因
好发时段	早晨和上午	
含服硝酸甘油	1~2 分钟开始起效，10 分钟以上不缓解考虑非心绞痛	无效
消化道症状	无	恶心、呕吐、上腹胀，重者有呃逆
全身症状	无	发热，38℃左右
体征	心率增快，血压下降	心率多增快，血压下降，第四心音
严重表现	无	心律失常、猝死、休克、心衰

考点 17: 原发性高血压

(1) 高血压脑病指血压急剧增高，导致脑血管痉挛或脑血管充血扩张而致脑水肿，表现为剧烈头痛、恶心呕吐、视物模糊等。

(2) 患者头痛时取半卧位，降低颅内压，避免引起脑血管疾病。

(3) 指导患者改变体位要缓慢，禁止长时间站立，防止直立性低血压

- (4) 高血压急症最重要的护理措施为给予脱水剂、减轻脑水肿。
- (5) 高钠饮食可加重体内水钠潴留，使血压升高，故应指导患者将钠盐摄入量逐步降至 $<6\text{g/d}$ 。
- (6) 教育患者服药剂量必须遵医嘱执行，按时按量，不可随意增减药量或突然撤换药物，不可漏服或补服上次漏下的剂量。

分类	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
正常血压	<120 和	<80
正常高值	120-139 和(或)	80~89
高血压	≥ 140 和(或)	≥ 90
1级高血压(轻度)	140-159 和(或)	90~99
2级高血压(中度)	160-179 和(或)	100—109
3级高血压(重度)	≥ 180 和(或)	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140 和	<90

考点 18: 胃炎

1. 大多数慢性胃炎患者无任何症状。
2. 腹痛的急性胃肠炎患者，可给热水袋局部保暖。
3. 胃炎患者剧烈呕吐时饮食护理正确的是禁食，静脉补充营养。
4. 阿托品为抗胆碱药，可松弛平滑肌，与胃动力药相拮抗，应避免同时服用。

考点 19: 消化性溃疡

1. 以慢性、周期性发作、节律性上腹部疼痛为特点。
2. 常见并发症为出血、急性穿孔、瘢痕性幽门梗阻及癌变。
3. 最常见的并发症是上消化道出血，轻者仅表现为排柏油样便。
4. 急性穿孔典型表现为骤发刀割样剧烈腹痛，进一步发展还可出现全腹压痛、反跳痛、腹肌紧张呈“木板样”强直等急性腹膜炎的体征。
5. 并发穿孔时腹部立位X线检查见膈下新月状游离气体影最具特征性，腹腔穿刺可抽出黄色浑浊液体或食物残渣。
6. 并发瘢痕性幽门梗阻时呕吐是最为突出的症状，呕吐物为发酵隔夜食物。
7. 十二指肠溃疡患者常有胃酸分泌增高。
8. 患者应每天进餐4~5次，以中和胃酸。
9. 如有少量出血者，可给予温牛奶、米汤等温凉、清淡流质饮食，以中和胃酸，利于黏膜恢复。
10. 如合并大出血、穿孔、幽门梗阻，应禁食。

考点 20: 胃溃疡与十二指肠溃疡的鉴别

	胃溃疡	十二指肠溃疡
好发人群	中壮年男性	青壮年男性
好发部位	胃小弯，胃角或胃窦	球部，前壁较常见
胃酸分泌	正常或偏低	增高

发病机制	防御修复因素减弱为主	侵袭因素增强为主
疼痛部位	中上腹或剑突下稍偏左	中上腹或稍偏右
疼痛性质	烧灼、隐痛、钝痛、胀痛或饥饿样不适感	
疼痛节律	进餐一餐后疼痛一空腹缓解 即餐后 30 分钟至 1 小时出现, 1~2H 后缓解, 下次进餐再重复上述规律	空腹疼痛一进餐一餐后缓解即餐后 3~4H 出现, 若不服药或进餐则持续至下次进餐后才缓解
空腹痛	无	有
午夜痛	少有	多有(半数患者)
可否癌变	可能	极少

考点 21: 溃疡性结肠炎

1. 最主要的症状为腹泻。
2. 腹痛表现为有疼痛一便意一便后缓解的规律, 大多伴有里急后重, 为直肠炎症刺激所致。
3. 常见并发症有中毒性巨结肠、肠道大出血、急性肠穿孔、肠梗阻及结肠癌。
4. 中毒性巨结肠可出现肠型、腹部压痛、肠鸣音减弱或消失等表现, 易引起急性肠穿孔。
5. 急性活动期患者应给予无渣流质或半流质软食。

考点 22: 肝硬化

1. 最常见症状是食欲减退, 常伴恶心、呕吐, 厌油腻, 餐后加重, 荤食后易腹泻。
2. 肝硬化患者有出血倾向和贫血症状, 与肝合成凝血因子减少、脾功能亢进和毛细血管脆性增加有关, 可表现为皮肤黏膜瘀点、瘀斑
3. 雌激素增多的突出体征有蜘蛛痣和肝掌。
4. 门静脉高压的临床表现有腹水、脾大及脾功能亢进等。
5. 失代偿期最突出的临床表现是腹水, 大量腹水时, 叩诊可有移动性浊音。
6. 肝硬化患者并发上消化道出血多由食管-胃底静脉曲张破裂出血所, 是最常见的并发症。
7. 肝性脑病是晚期肝硬化的最严重并发症, 是最常见的死亡原因。
8. 呼吸有肝臭味, 提示肝昏迷。
9. 若短期内病情迅速恶化, 肝脏进行性增大, 表面凹凸不平, 持续性肝区疼痛, 腹水增多且为血性, 有不明原因的发热、消瘦等, 应怀疑并发原发性肝癌。
10. 并发肝肾综合征主要表现为在难治性腹水基础上出现少尿、无尿及氮质血症。
11. 有腹水者限制钠、水的摄入, 限制钠盐 1.2~2.0g/d, 24 小时液体摄入量 < 1000ml。
12. 给予高热量、高蛋白质、高维生素、易消化饮食, 禁止饮酒, 适

当摄入脂肪。

13, 食管-胃底静脉曲张者避免食用粗纤维多和坚硬、粗糙的食物, 以免曲张静脉破裂出血。

考点 23: 原发性肝癌

1. 原发性肝癌最常见和最主要的症状为肝区疼痛。
2. 体征可表现为肝进行性肿大, 质地坚硬, 边缘不规则, 表面凹凸不平, 有明显结节, 可伴有压痛。
3. 并发症包括肝性脑病(肝癌终末期最严重的并发症)、上消化道出血(多因食管-胃底静脉曲张破裂出血所致)、肝癌结节破裂出血及继发感染等。
4. 肝动脉栓塞化疗患者术后禁食 2~3 天, 术后 1 周后, 因肝缺血影响肝糖原储存和蛋白质合成, 遵医嘱静脉补充白蛋白和葡萄糖液。

考点 24: 肝性脑病

1. 肝性脑病 1 期(前驱期)患者可有轻度性格改变和行为异常。
2. 肝性脑病患者伴严重水肿、腹水、脑水肿时, 慎用或禁用谷氨酸钠
3. 肝性脑病患者伴肾功能不全、尿少或无尿时, 慎用或禁用谷氨酸钾
4. 急性期发作首日禁食蛋白质, 减少蛋白质分解而产生的氨。每天供给足量的热量和维生素, 限制摄入脂肪类食物。清醒后可逐渐增加蛋白质饮食, 最好给予植物性蛋白如豆制品。
5. 保持大便通畅, 禁用肥皂水等碱性溶液灌肠, 以免增加氨的吸收
6. 避免应用催眠镇静药、麻醉药和对肝脏有毒性作用的药物等。出现烦躁不安或抽搐时, 禁用吗啡、水合氯醛、哌替啶及巴比妥类药物, 可用地西洋、氯苯那敏等。

考点 25: 急性胰腺炎

1. 主要表现和首发症状为腹痛。
2. 严重低血钙可导致手足抽搐, 提示预后不良。
3. 全身并发症中以休克最常见。
4. 减少胰液分泌是治疗急性胰腺炎最主要的措施, 而减少胰液分泌最主要的措施是禁食、禁水和胃肠减压。
5. 患者应绝对卧床休息, 护士可协助患者取弯腰屈膝侧卧位, 以减轻疼痛。
6. 患者由禁食恢复饮食时, 开始可给予少量无脂、低蛋白流质饮食

考点 26: 上消化道出血

1. 上消化道出血的特征性表现为呕血与黑便。
2. 呕血多为棕褐色, 呈咖啡渣样; 黑便常呈柏油样, 黏稠而发亮。
3. 失血性周围循环衰竭早期可有头晕、心悸、乏力、口渴、晕厥等组织缺血的表现。
4. 上消化道出血量 > 500mL 可出现黑便: 短时间内出血量 > 1000ml,

出现休克表现。

5. 在出血后数小时血尿素氮增高，24~48 小时达高峰。
6. 患者发生休克时，首要的措施是迅速建立静脉通路。
7. 大量出血者暂禁食，消化性溃疡出血停止 24 小时后再给予温流质饮食；食管-胃底静脉破裂出血停止 48~72 小时后再提供半量冷流质饮食。
8. 气囊充气加压 12~24 小时应放松牵引，放气 15~30 分钟，必要时可重复注气压迫；出血停止后，放气并保留管道继续观察 24 小时，未再出血可考虑拔管。

考点 27: 常见症状护理

1. 肾病性水肿的发生机制：大量蛋白尿—血浆蛋白降低—胶体渗透压下降。
2. 肾炎性水肿开始部位为眼睑及颜面部。
3. 滤过率增加可发生蛋白尿、血尿。
4. 无尿是指尿量 < 100ml/24h。
5. 少尿可因肾前性(血容量不足等)、肾性(急、慢性肾衰竭等)及肾后性(尿路梗阻等)引起。
6. 多尿指尿量 > 2500ml/24h。
7. 夜尿增多：是指夜尿量超过白天尿量或夜尿持续 > 750ml。
8. 新鲜尿沉渣每高倍视野红细胞 > 3 个或 1 小时尿红细胞计数 > 10 万个，称镜下血尿。
9. 新鲜离心尿液每高倍视野白细胞 > 5 个，或新鲜尿液白细胞计数 > 40 万个，称为白细胞尿或脓尿。
10. 尿培养菌落计数超过 10^5 /ml 称为菌尿，仅见于泌尿系统感染。
11. 急性细菌性膀胱炎主要表现为尿频、尿急、尿痛等尿路刺激征。
12. 严重水肿者应卧床休息，增加肾血流量和尿量，缓解水钠潴留。
13. 合理的饮食可减轻肾脏负担，改善肾功能。
14. 严重水肿者每天摄入量 ≤ 前 1 天尿量 + 不显性失水量(约 500ml)
15. 低盐饮食以 2~3g/d 为宜。
16. 严重水肿伴低蛋白血症患者，可给予正常量的优质蛋白质饮食。
17. 低蛋白饮食可延缓肾小球硬化及肾功能减退。

考点 28: 慢性肾小球肾炎

1. 慢性肾小球肾炎的基本表现为蛋白尿、血尿、高血压和水肿。
2. 本病必有表现是蛋白尿。
3. 患者应注意休息和睡眠，适度活动，避免体力活动、受凉，防止感染。
4. 采取低量优质蛋白、低磷饮食，保证热量足够，充分补充维生素及

矿物质；水肿明显和高血压者给予低盐饮食。

5. 长期低优质蛋白饮食者注意补充必需氨基酸。

考点 29: 原发性肾病综合征

1. 并发症包括感染、血栓、栓塞、肾衰竭、蛋白质及脂肪代谢紊乱
2. 严重水肿或每天尿量 < 500ml 者严格限制水的摄入。
3. 肾病重视饮食护理的主要目的在于减轻肾负担。

考点 30: 肾盂肾炎

1. 最典型的症状为突发高热和膀胱刺激征。
2. 尿常规可见白细胞管型，对肾盂肾炎有诊断价值。
3. 尿细菌定量培养 $10^5/\text{ml}$ 为真性菌尿，可确诊尿路感染。
4. 休息，多饮水，勤排尿，保持外阴清洁，是最简单的预防措施。
5. 治愈后不提倡长期应用抗菌药物，以免诱发耐药。

考点 31: 慢性肾衰竭

1. 食欲减退是最早期和最常见的症状。
2. 皮肤瘙痒是最常见症状之一，与继发性甲亢引起的钙沉着于皮肤有关。尿毒症患者的特征性面容表现为面色苍白或黄褐色，与贫血、尿素霜的沉积有关。
3. 慢性肾衰竭患者尿量正常但夜尿增多，尿液可见蜡样管型。
4. 治疗原发病和去除导致肾功能恶化的因素是慢性肾衰竭防治的基础，也是保护肾功能和延缓慢性肾脏疾病进展的关键。
5. 长期卧床患者应适当床上活动，避免肢体血栓形成或肌肉萎缩。
6. 给予患者低量优质蛋白(动物蛋白)、高热量、低磷、低钾、高钙、高维生素的易消化饮食。
7. 最重要的护理措施是每天准确记录 24 小时液体出入量。
8. 为预防感染应加强对皮肤、口腔及外阴的护理，保持皮肤清洁、干燥，避免使用刺激性液体洗澡。勤换衣服，衣着柔软、宽松。
9. 患者应避免应用庆大霉素等有肾毒性作用的药物

考点 32: 慢性肾衰竭的临床分期

分期	肌酐清除率 (ml/min)	血肌酐 ($\mu\text{mol/l}$)	临床表现
代偿期	50~80	133~177	无症状
失代偿期	25~50	178~450	轻度贫血、乏力和夜尿增多
衰竭期	10~25	451~707	中度贫血，消化道症状，夜尿增多，轻度水、电解质、酸碱平衡紊乱
尿毒症期	<10	>707	明显贫血，消化道症状，水、电解质和酸碱平衡紊乱，神经系统症状

考点 33: 血液及造血系统疾病常见症状护理

1. 在海平面地区, 成年男性 $Hb < 120g/L$, 女性 $Hb < 110g/L$ 即可诊断为贫血。
2. 骨髓象检查可作为某些贫血疾病的确诊实验, 多在诊断困难时进行
3. 仅有皮肤黏膜出血且症状轻微者, 无须限制活动。若血小板计数 $< 50 \times 10^9/L$, 宜减少活动, 增加卧床休息时间。严重出血或血小板计数 $< 20 \times 10^9/L$ 者, 绝对卧床休息, 协助生活护理。
4. 患者应保持皮肤清洁, 避免搔抓皮肤; 护理操作动作要轻稳
5. 避免用力擤鼻或用手挖鼻痂, 可用液状石蜡滴鼻, 防止黏膜干裂出血。
6. 避免食用煎炸、坚硬的食物, 可用棉签蘸漱口液清洁牙齿。
7. 血液病或有出血倾向者禁用乙醇或温水拭浴, 以免局部血管扩张造成皮下出血。

考点 34: 贫血

1. 缺铁性贫血可表现为皮肤黏膜苍白(无发绀)、乏力、头晕、心悸、气短等。
2. 含铁丰富的食物主要有动物肝、肾、血、瘦肉及蛋黄、海带、紫菜、木耳、豆类、香菇等, 其中动物食物的铁更易吸收。
3. 缺铁性贫血患者应纠正不良饮食习惯, 食用富含铁的食物和铁剂时不与浓茶、牛奶、咖啡等同服。
4. 铁剂最常见的不良反应是恶心、呕吐、胃部不适和黑便等胃肠道反应, 应从小剂量开始, 于两餐之间服用, 可与维生素 C 或各种果汁同服。
5. 口服液体铁剂使用吸管, 服后漱口, 避免牙齿染黑。
6. 网织红细胞能最早反映铁剂的治疗效果。
7. 再生障碍性贫血主要表现为进行性贫血、出血、反复感染。
8. 粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ 的再生障碍性贫血者, 实行保护性隔离。有效预防急性再生障碍性贫血患者感染的方法是保护性隔离。

考点 35: 特发性血小板减少性紫癜

1. 女性慢性型患者常以月经过多为主要症状。
2. 紫癜与充血性皮疹的依据是按压是否退色。
3. 特发性血小板减少性紫癜的表现包括多见于儿童、多有畏寒、发热、全身的皮肤、黏膜出血。
4. 血小板计数 $> 50 \times 10^9/L$ 者, 可适当活动, 避免外伤。
5. 特性特发性血小板减少性紫癜血小板计数一般 $< 20 \times 10^9/L$ 。

考点 36: 白血病

1. 急性白血病的首发症状为贫血, 原因主要是正常红细胞生成减少
2. 高热提示有继发感染, 引起感染的原因主要是成熟粒细胞缺乏或功

能缺陷。

3. 肝、脾及淋巴结肿大是白血病细胞浸润的表现。
4. 胸骨下段局部压痛对急性白血病诊断有一定价值。
5. 护士应重点警惕急性白血病患者发生颅内出血等严重并发症。
6. 化疗药物推注速度要慢，输注完毕后再用生理盐水冲管后拔针。
7. 化疗药物药液一旦外渗，应用地塞米松或利多卡因局部封闭。
8. 长期治疗需制订静脉使用计划，左、右臂交替使用；发生静脉炎的局部血管禁止输液，患处避免受压，给予热敷，硫酸镁湿敷或理疗
9. 白细胞 $<1 \times 10^9/L$ 者，实行保护隔离。
10. 慢性髓系白血病最突出的体征为脾大。
11. 多数慢性髓系白血病患者可有胸骨中、下段压痛和肝脏中度肿大
12. 慢性髓系白血病首选化疗药物为羟基脲，其次为白消安(马利兰)

考点 37: 甲状腺功能亢进症

1. 高代谢综合征：由于T₃、T₄分泌增多，导致交感神经兴奋性增高和新陈代谢加速，常有心悸、乏力、怕热、多汗、消瘦、食欲亢进等
2. 肌肉与骨骼系统：可伴发周期性麻痹和近端肌肉进行性无力、萎缩。也可伴发重症肌无力及骨质疏松。
3. 甲状腺危象也称为甲亢危象，表现为所有甲亢症状的急剧加重和恶化，危及生命。
4. 甲状腺危象表现为
 - ①原有甲亢症状加重，继而出现高热或过高热(体温 $\geq 39^{\circ}C$)，大汗，心动过速(≥ 140 次/分)。
 - ②常有心房颤动或心房扑动，烦躁，焦虑不安，谵妄，恶心，呕吐，腹泻，危重患者可有心力衰竭、休克及昏迷，病死率在20%以上
5. 主要药物有咪唑类的甲硫咪唑(他巴唑)和硫氧嘧啶类的丙硫氧嘧啶，优先选择甲硫咪唑，因丙硫氧嘧啶肝毒性较强。但因甲硫咪唑可致胎儿皮肤发育不良，妊娠期(1~3个月)甲亢应首选丙硫氧嘧啶
6. 硫脲类抗甲状腺药物的不良反应有粒细胞减少、皮疹、皮肤瘙痒、中毒性肝病和血管炎等，粒细胞缺乏是最严重的不良反应。

考点 38: 糖尿病

1. 糖尿病酮症酸中毒早期三多一少症状加重，酸中毒失代偿后出现疲乏、恶心、呕吐、头痛、嗜睡、呼吸深大(库斯莫呼吸)，呼气中有烂苹果味(丙酮味)。
2. 大血管病变是糖尿病最严重而突出的并发症。
3. 空腹及餐后2小时血糖升高是诊断糖尿病的主要依据，是判断糖尿病病情和控制情况的主要指标。
4. 控制饮食是治疗糖尿病最基本的措施，凡糖尿病患者都需要饮食治疗。

5. 糖尿病患者最佳的运动时间是餐后 1 小时。

考点 39: 系统性红斑狼疮

1. 狼疮小体(苏木紫小体)是细胞核受抗体作用变性为嗜酸性团块,是诊断 SLE 的特征性依据。
2. “洋葱皮样”病变指小动脉周围有显著向心性纤维增生,以脾中央动脉最明显。
3. 临床症状复杂多样,早期表现不典型,后期多个器官可同时受累,病程多呈发作与缓解交替。
4. 皮肤黏膜表现:多数患者出现皮肤黏膜损害,其中最具特征性的皮肤损害是蝶形红斑,好发于鼻梁和双额颊部。
5. SLE 无关节畸形。
6. 狼疮性肾炎是最常见和最严重的临床表现,是 SLE 患者死亡的常见原因,几乎所有患者均有肾损害。早期多无症状,仅有尿检异常,病情进展后可出现蛋白尿、血尿、管型尿、水肿、高血压,甚至肾衰竭。
7. 给予高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪、易消化的饮食。
8. 避免食用含补骨脂素的食物,如芹菜、香菜、蘑菇、无花果等。
9. 皮肤、头发护理:保持皮肤清洁干燥,可用温水冲洗或擦洗,避免使用碱性肥皂和化妆品,防止刺激皮肤。

考点 40: 类风湿关节炎

1. 关节痛是最早出现的症状,表现为对称性、持续性多关节炎。
2. 晨僵是类风湿关节炎的突出症状,为观察本病活动性的重要指标
3. 关节畸形是本病的结局,最常见的关节畸形有腕和肘关节强直、手指尺侧偏斜、掌指关节半脱位、天鹅颈样及纽扣花样改变等。
4. 活动期发热或关节疼痛明显时应卧床休息,限制受累关节活动,保持正确的体位,但不宜绝对卧床。
5. 晨僵患者戴手套保暖,晨起后温水浴或用热水泡手 15 分钟。对受累关节采取局部按摩、热敷、热水浴、红外线等理疗方法改善血液循环,缓解肌肉挛缩,缓解疼痛。
6. 病情缓解后,鼓励患者及早进行功能锻炼,运动量要适当,循序渐进,由被动运动过渡到主动运动,防止关节僵硬和肌肉萎缩。
7. 强调休息和治疗性锻炼两者兼顾的重要性,缓解期有计划地进行功能锻炼,强度以不引起关节疼痛加重为度,循序渐进。

考点 41: 有机磷农药中毒

1. 有机磷农药中毒无论表现轻重均有特殊大蒜气味。
2. 毒蕈碱样症状主要表现为平滑肌痉挛,如瞳孔缩小、腹痛、腹泻等腺体分泌增加,如多汗、全身湿冷、流泪和流涎。
3. 烟碱样症状又称 N 样症状,由横纹肌运动神经过度兴奋所致,出现颜面、眼睑、舌肌、四肢和全身肌纤维颤动。

4. 催吐：适用于神志清、能合作者，昏迷、惊厥、服腐蚀性剂者禁用
5. 洗胃：口服中毒者要用清水、生理盐水、2%碳酸氢钠(敌百虫禁用，会增加其毒性)或 1: 5000 高锰酸钾(对硫磷、乐果禁用)反复洗胃，直至洗出液清亮为止。
6. 洗胃应尽早、彻底、反复进行，洗胃后保留胃管 24 小时以上，以防洗胃不彻底，注意洗出液体有无蒜臭味。
7. 生产和加工农药过程中，应严格执行安全操作规程。喷洒农药时，加强个人防护，应顺风操作，穿质厚的长袖上衣及长裤。

考点 42：急性一氧化碳中毒

分级	临床表现	COHb 浓度	预后
轻度中毒	搏动性剧烈头痛，头晕，恶心，呕吐，无力，心悸	10%~20%	脱离中毒环境，吸入新鲜空气或氧疗，症状很快消失
中度中毒	面色潮红，口唇樱桃红色，脉快，多汗，意识模糊或浅昏迷	30%~40%	氧疗后患者可恢复正常，无明显并发症
重度中毒	深昏迷，呼吸抑制，休克，肺水肿，心律失常或心力衰竭>50%，病死率高，清醒后多有并发症		

急性一氧化碳中毒患者清醒后应休息 2 周，警惕迟发性脑病的发生
急性一氧化碳中毒的临床表现

考点 43：中暑

重度中暑的临床表现

	热衰竭	热痉挛	热射病
发病机制	体液和钠盐丢失过多，外周血管扩张，血容量不足	大量出汗和饮用低张液体后，引起低钠、低氯血症	热应激机制失代偿，使中心体温骤升，导致中枢神经系统和循环系统功能障碍
临床表现	最常见类型，好发于老年人、产妇、儿童和慢性病患者。表现为面色苍白、大汗淋漓、脉搏细速、血压下降、晕厥甚至休克	头痛、头晕，四肢、腹部和背部肌肉痉挛和疼痛，以腓肠肌最常见，呈对称性和阵发性	最严重类型，主要表现为高热、无汗和意识障碍，出现颜面潮红、皮肤干燥无汗、谵妄、昏迷、抽搐，严重者可有休克、脑水肿、肺水肿、DIC 及多器官功能衰竭等严重并发症
直肠	≤40° C	正常	≥41° C

1. 先兆中暑及时脱离高温环境，转移到阴凉通风处，口服淡盐水或含盐清凉饮料，安静休息即可恢复正常。
2. 环境降温时应转移至通风阴凉处，使用电风扇或空调，维持室温 20~25° C

3. 卧床休息，休克患者取中凹卧位，头偏向一侧，保持呼吸道通畅

考点 44: 急性脑血管疾病

1. 脑血栓形成患者急性期卧床休息，取平卧位。头部禁止放置冰袋及冷敷，以免脑血管收缩使血流量减少。
2. 基底节区出血是最多见的脑出血。累及内囊表现为“三偏症”，即病灶对侧肢体偏瘫、对侧偏身感觉障碍和同向偏盲。
3. 两侧瞳孔缩小如针尖是脑桥出血的特征性表现、中枢性高热、呼吸衰竭，多于 48 小时内死亡。
4. 绝对卧床休息，取侧卧位，头胸抬高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，减轻脑水肿。发病 24~48 小时避免搬动患者。
5. 蛛网膜下腔出血绝对卧床 4~6 周，抬高床头 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ，改变体位或转头时动作缓慢，避免搬动和过早下床活动。
6. 短暂性脑缺血发作突然，持续短暂 5~30 分钟，一般在 1 小时内恢复，最多不超过 24 小时，为局灶性神经功能丧失，不留神经功能缺失，反复发作。

考点 45: 癫痫

1. 全面强直-阵挛发作：旧称大发作，为最常见的发作类型之一，以意识丧失和全身对称性抽搐为特征。
2. 保持呼吸道通畅是癫痫发作时的首要护理措施。
3. 癫痫发作勿用力按压抽搐肢体，防止骨折及关节脱位，使用牙垫或压舌板防止舌咬伤，放置保护性床挡。
4. 禁止从事高风险活动，如跑步、攀登、游泳、驾驶及在炉火旁、高压电机旁作业、单独外出，以免发作时危及生命。

考点 46: 吉兰-巴雷综合征

1. 急性感染性多发性神经炎首发症状多数为四肢无力。
2. 感染性多发性神经根神经炎病情危重的标志性表现是呼吸肌麻痹
3. 脑脊液检查：典型的脑脊液检查为细胞数正常而蛋白质明显增高，称蛋白-细胞分离现象。

考点 47: 水和钠代谢紊乱

不同性质脱水的临床特点

	等渗性	低渗性	高渗性	水中毒
血钠 mmol/L	130~150	<135	>150	

临床表现	是最常见的脱水类型。恶心、乏力、少尿，但不口渴；眼窝凹陷，皮肤干燥；体液丢失达体重5%，可有脉速、肢冷等血容量不足表现，体液丢失达体重的6%~7%可有休克	初期无口渴，恶心、视物模糊、乏力、站立性晕倒；严重者神志不清，肌痉挛性抽搐，腱反射消失，昏迷，休克；尿钠、氯低，尿比重低，早期尿量正常或略增多	体液丢失达体重2%~4%为轻度，口渴明显，无其他症状；4%~6%为中度，极度口渴，烦躁，乏力，眼窝凹陷，尿少，尿比重高；>6%为重度，躁狂，幻觉，谵妄，昏迷	急性水中毒起病急骤，出现神经、精神症状，重者发生脑疝。慢性水中毒发病缓慢，易被原发病掩盖，出现体重增加、软弱无力、恶心、呕吐、嗜睡等表现
------	---	---	--	--

考点 48: 电解质代谢紊乱

钾代谢紊乱的临床特点及治疗

	低钾血症	高钾血症
血钾浓度	<3.5mmol/L	>5.5mmol/L
临床表现	①心脏：心肌收缩无力，心音低钝，心动过速，室颤，心衰，猝死 ②骨骼肌：四肢软弱无力，腱反射迟钝或消失，呼吸肌受累致呼吸困难或窒息 ③胃肠道及泌尿道平滑肌：恶心，食欲缺乏，肠蠕动减弱，腹胀，肠鸣音减弱，便秘，肠麻痹；尿潴留 ④泌尿系统：低钾、低氯性碱中毒，反常性酸性尿	①心脏：抑制心脏传导系统，抑制心肌收缩，心动过缓，房室传导阻滞，心脏停搏 ②骨骼肌：四肢软弱无力，腱反射迟钝或消失，严重者呈弛缓性瘫痪 ③神经系统：精神萎靡，嗜睡，恶心、呕吐
治疗原则及护理措施	①轻度缺钾首选口服补钾，最安全，一般用量3~6g/d，即可使血钾浓度升高1.0~1.5mmol/L ②中度、重度缺钾需静脉补钾，静滴浓度<0.3%(40mmol/L) ③严重低钾者每天补钾<15g，速度<20mmol/h ④尿量>40ml/h方可补钾特别重要 ⑤禁止静脉推注补钾，补钾浓度过高会抑制心肌致停搏并刺激静脉致疼痛	①立即停止口服和静脉补钾，避免进食水果等含钾高的食物，停用保钾利尿药及含钾的药物 ②静脉缓慢推注10%葡萄糖酸钙或5%氯化钙，对抗钾离子对心肌的抑制作用 ③促进钾向细胞内转移：5%碳酸氢钠碱化细胞外液，快速静滴；葡萄糖加胰岛素快速静滴；支气管扩张药沙丁胺醇吸入 ④加速排钾：排钾利尿药呋塞米，阳离子交换树脂，腹腔或血液透析

考点 49: 肠内营养

1. 肠内营养液在输注时保持营养液温度合适(38~40℃)。
2. 评估胃内残留量：经胃进行肠内营养时每隔4小时评估1次胃内残留量，若超过150ml时，应减慢或暂停输注。
3. 提高胃肠道耐受性

①防止营养液污染，营养液现用现配，暂不用时置于 4° C 冰箱保存，24 小时内用完。

②输注时保持营养液温度接近体温，口服温度一般为 37°C 左右，鼻饲及经造瘘口注入时的温度宜为 41~42°C。

考点 50: 肠外营养

1. 经周围静脉肠外营养支持适用于肠外营养时间 < 2 周，部分补充营养素的患者

2. 全胃肠外营养最严重的并发症是高血糖。

3. 控制输液速度，葡萄糖输注速度应控制在 5mg/(kg·min) 以下。

4. 出现感染者，取营养液做细菌培养，每天 1 次。

考点 51: 休克的临床表现

分期	休克代偿期(休克早期)		休克抑制期(休克期)	
程度	轻度	中度	重度	
失血量	<20%	20%~40%	>40%	
神志	清楚，紧张或烦躁不安	反应迟钝，表情淡漠	意识模糊或昏迷	
皮肤颜色	苍白	苍白或发紺	显著苍白，肢端青紫	
皮肤温度	正常或湿冷	发凉、潮湿	厥冷(肢端明显)	
心率	<100 次/分，尚有力	100 次~200 次/分，较弱	很弱或摸不清	
血压	正常或稍升高，脉压减小	收缩压 70~90mmHg 脉压 <20mmHg	收缩压 <70mmHg 或测不到	
尿量	正常或稍少	减少	极少或无尿	

1. 安置患者于休克体位，抬高头胸 10°—20°。抬高下肢 20°—30° 以增加回心血量。

2. 一般先补充扩容迅速的晶体液，再补充扩容作用持久的胶体液。

3. 尿量是反映组织灌流情况最佳的定量指标。

4. 低血容量性休克补液首选等渗盐水。

5. 感染性休克常见的并发症不包括肺水肿。

6. 休克的治疗原则是及时、快速、足量地补充血容量。

7. CVP 的正常值为 5~10cmH₂O，<5cmH₂O 提示血容量不足，>15cmH₂O。

提示心功能不全，>20cmH₂O。提示存在充血性心力衰竭。

8. 禁用热水袋、电热毯等体表加温方法，避免烫伤。

9. 一般室内温度以 20° C 左右为宜。

考点 52: 急性呼吸窘迫综合征

1. 最早出现的症状是呼吸加快，呼吸困难进行性加重等呼吸窘迫表现

2. 改善肺泡通气功能，尽早进行机械通气，维持适当的气体交换，选用呼气末正压(PEEP)模式。
3. 控制输液速度，合理限制液体入量。
4. 给予高热量、高蛋白、易消化、产气少的饮食。

考点 53: 急性肾衰竭

- ①急性肾功能患者进入多尿期的标志是 24 小时尿量增加至 400ml。
- ②水、电解质和酸碱平衡失调以代谢性酸中毒和高钾血症最常见。
- ③高钾血症是最主要的电解质紊乱和最危险的并发症，是少尿期的首位死因。
- ④在少尿期 3 天以内，不宜摄入蛋白质。
- ⑤应用腹膜透析液常加温至 37~38℃。

考点 54: 弥散性血管内凝血

- (1) 出血是 DIC 最常见的症状，多见于皮肤黏膜、伤口及穿刺部位。
- (2) 应用肝素时最常见的临床监测指标是部分凝血活酶时间，凝血时间在 20 分钟左右为宜。
- (3) 使用肝素治疗 DIC 的护理要点是注意过敏反应的发生。
- (4) DIC 患者若使用血液制品，应使用纤维蛋白原。

考点 55: 椎管内麻醉

- (1) 蛛网膜下腔阻滞麻醉最常见的并发症是脊神经损伤。
- (2) 蛛网膜下腔阻滞麻醉术后去枕平卧 6~8 小时，可防止因脑脊液外漏致头痛。
- (3) 蛛网膜下腔阻滞麻醉术后易发生尿潴留，主要由支配膀胱的骶 2~4 神经被阻滞恢复较迟、手术后切口疼痛、下腹部手术时膀胱的直接刺激及患者不习惯在床上排尿的体位等所致。
- (4) 全脊麻指全部脊神经受阻滞是硬膜外阻滞最危险的并发症。

考点 56: 局部麻醉、围麻醉期护理、术后镇痛

(1) 局部麻醉药物中毒的预防

- ①根据需要进行不同浓度、不同剂量的局麻药，防止过量。
- ②注射局麻药前须行回抽试验，证实无气、无血、无脑脊液后方可注射。
- ③局麻药液中加入肾上腺素，可使局部血管收缩，延长局麻药吸收，减少局麻药用量。但手指、足趾和阴茎等处的局麻手术或甲亢、心律失常、高血压及周围血管疾病等患者，不应加肾上腺素。
- (2) 抗胆碱药可抑制呼吸道腺体和唾液腺分泌，以保持呼吸道通畅。还可抑制迷走神经反射，提升心率。

(3) 术后镇痛的常见并发症

- ①呼吸抑制。
- ②内脏运动减弱。

③其他：恶心、呕吐、皮肤瘙痒等。

考点 57:心肺复苏

1. 超过 4~6 分钟大脑即可发生不可逆的损害。
2. 抢救心跳呼吸骤停的正确复苏程序是胸外按压(C)、开放气道(A)、人工呼吸(B)。
3. 胸外心脏按压是心脏骤停后急救处理的第一个步骤。
4. 将患者放置于仰卧位，平躺在坚实平面上。
5. 按压部位：胸骨下段，即胸骨下 1/3 处，乳头连线与胸骨交界处
6. 按压频率 100-120 次/分，使胸骨下陷 5~6cm。
7. 成人不论两人施救还是单人施救，按压通气比例均为 30: 2。
8. 施救轮换：两人或两人以上施救时，应每 2 分钟(即 5 个按压呼吸周期)轮换一次。
9. 口对口(鼻)人工呼吸以看见患者胸廓抬起方为有效。
10. 平均每 5~6 秒给予一次人工通气，即频率为 10~12 次/分；建立高级气道后，
11. 可 3-4 秒给予一次人工通气，即频率为 16-20 次/分。
12. 挤压一次球囊的空气量约 500~1000ml。
13. 迅速除颤是治疗室颤最好的方法。一旦除颤仪准备就绪，应立即实施非同步直流电除颤，但在等待除颤仪的过程中，应进行心肺复苏
14. 除颤注意事项：电极板与皮肤接触处用导电糊，并用力贴紧，以免引起局部烧伤，在放电时任何人不得接触患者和病床，防止触电。
15. 心脏骤停时给药途径以静脉给药为主。
16. 胺碘酮是目前临床应用最广泛的抗心律失常药，无法获得胺碘酮时考虑使用利多卡因。
17. 肾上腺素是心脏复苏的首选药物，可增强心肌收缩力，升高血压，加快心率，使心排血量增加，使心室纤颤由细颤转为粗颤。
18. 复苏成功的标志
 - ①神志：出现眼球运动、对光反射、手足抽动、发出呻吟等意识恢复表现。
 - ②面色及口唇颜色：由发绀转为红润。
 - ③大动脉搏动：若停止按压，脉搏依然存在，说明患者已恢复自主心跳。
 - ④瞳孔：缩小。
 - ⑤自主呼吸恢复：出现较强的自主呼吸。

考点 58:脑复苏及复苏后处理

1. 三期复苏的项目是降温和脱水治疗。
2. 维持正常或稍高于正常水平的血压。
3. 脱水治疗:20%甘露醇或 25%山梨醇，每次 200~250ml，快速 15~30 分钟静脉滴注。
4. 可防治脑水肿。

5. 预防感染，复苏后应常规使用抗生素。

考点 59：外科重症监护

1. 中心静脉压(CVP)正常值为 5~10cmH₂O。
2. 测量中心静脉压时，测压玻璃管的“0”点应对准第 4 肋间腋中线(右心房中点)。
3. 影响中心静脉压最小的因素是肺动脉楔压。
4. 出现静脉压升高、颈静脉怒张，心音遥远、心搏微弱，脉压小、动脉压降低，应考虑为 Beck 三联征。
5. 血气分析为呼吸系统检测常用参数。
6. 肾功能监护：如肾小球滤过率、血尿素氮、肾血流量测定、肾小管功能测定。

考点 60：手术后患者护理

1. 体位护理
 - ①全麻未清醒患者应去枕平卧，使头偏向一侧至清醒，防止口腔分泌物和呕吐物误吸。
 - ②蛛网膜下腔阻滞麻醉者应去枕平卧 6-8H 防止因脑脊液外漏致头痛
 - ③硬脊膜外腔阻滞麻醉者应平卧 4-6 小时，防止血压波动。
 - ④麻醉清醒，前提条件是血压平稳后，方可根据手术部位或病情需要调整体位。
 - ⑤经蛛网膜下腔或硬脊膜外腔阻滞麻醉的非胃肠道手术者，术后 3~6 小时即可进食。
2. 疼痛护理：观察疼痛的时间、部位、性质及规律；安置舒适体位；遵医嘱给予镇静镇痛药，如哌替啶、地西泮等；指导患者分散注意力。
3. 为预防肺部感染，不宜使用镇咳药，以免痰液聚集在肺部，加重病情。
4. 切口裂开常见原因包括营养不良、低蛋白血症、缝合不当、切口感染或腹内压突然增高，如剧烈咳嗽、打喷嚏、呕吐或严重腹胀等。

考点 61：浅部软组织的化脓性感染

- (1) 面疔，尤其是危险三角区，即上唇、鼻、鼻唇沟的疔，被挤压或多说话时，易致颅内化脓性海绵状静脉窦炎。
- (2) 疔的临床表现特点是病变区有多个脓栓。
- (3) 丹毒起病急，局部片状红疹，色鲜红，略隆起，边界清楚，有灼痛感。附近淋巴结肿大、疼痛。下肢丹毒反复发作可发展为“象皮肿”
- (4) 颈部急性蜂窝织炎的最大危险是窒息。
- (5) 丹毒具有接触传染性，在接触丹毒患者或换药前后，应洗手消毒，防止交叉感染。

考点 62：手部急性化脓性感染

1. 脓性指头炎早期表现为指头红、轻度肿胀、针刺样疼痛，继而肿胀加重、剧烈疼痛。
2. 指动脉受压时，出现搏动样跳痛，患指下垂时为甚，常伴发热等全身症状。

考点 63: 特异性感染

- (1) 典型症状是肌紧张性收缩及阵发性强烈痉挛，以咀嚼肌最先受累。出现咀嚼不便、张口困难，甚至牙关紧闭。
- (2) 主要并发症在呼吸道，如窒息、肺部感染。
- (3) 避免光、声、寒冷及精神等各类刺激，减少刺激引起的抽搐。
- (4) 痉挛发作间歇期，给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。
- (5) 无法咳痰或有窒息危险者，尽早行气管切开。
- (6) 气性坏疽伤处出现“胀裂样”剧痛。
- (7) 气性坏疽一经诊断，应积极治疗，手术治疗为主，切口敞开、不予缝合。
- (8) 对切开或截肢后的敞开伤口，用 3% 过氧化氢溶液冲洗、湿敷，经常更换敷料。

考点 64: 清创术与更换敷料

1. 换药器械经消毒处理后集中消毒灭菌。
2. 针眼周围发红可能出现了缝线反应，可用 70% 乙醇湿敷或红外线照射，使炎症吸收。
3. 线眼处出现小脓疱时，即刻拆去缝线并去除脓液，再涂碘酊。
4. 换药的正确顺序应该是先换清洁伤口，再换污染伤口，最后换感染伤口。
5. 一般伤口换药后的器械物品处理应为先清洗后灭菌。

肉芽创面护理

类型	护理
健康肉芽组织	外敷等渗盐水或凡士林纱布
肉芽生长过度	将肉芽剪平后或用 10% 硝酸银烧灼后生理盐
肉芽水肿	5% 氯化钠溶液湿敷
伤面脓液量多而稀薄	0.02% 呋喃西林溶液纱布湿敷
伤面脓液稠厚且坏死	硼酸溶液湿敷

考点 65: 烧伤

烧伤深度的评估

分度	损伤部位	临床表现	预后
I 度	表皮浅层，生发层存在	皮肤红斑，痛觉过敏，无水疱	3~7 天愈合，不留痕迹
浅 II 度	表皮全层与真皮乳头层	创面红润潮湿，疼痛剧烈，大小不一的水疱，疱壁较薄，含黄色澄清液体	2 周左右愈合，有色素沉着，无瘢痕

深 II 度	真皮深层	痛觉迟钝，有拔毛痛，创面苍白与潮红相间，有水疱，疱壁较厚	3~4 周愈合，留有瘢痕
III 度	皮肤全层，皮下、肌肉或骨骼	痛觉消失，创面无水疱，干燥如皮革样或呈蜡白、焦黄，痂下可见树枝状栓塞的血管	3~4 周后焦痂自然脱落，难愈合，须植皮

1. 第一个 24 小时总补液量=体重 (KG) X 烧伤面积 (%) X 1.5 ml/kg (小儿是 1.8ml/kg, 婴儿是 2ml/kg) 加 2000ml
2. 补液总量的一半应在伤后 8 小时内输完，另一半在其后的 16 小时输完。伤后第二个 24 小时补液量为第一个 24 小时计算量的一半，日需量不变。
3. II~III 度烧伤需要补液；暴露疗法适用于 III 度烧伤、特殊部位烧伤、创面严重感染及大面积烧伤。
4. 晶体和胶体溶液的比例一般为 2:1

考点 66: 肿瘤的护理

1. 肿瘤静脉给药一般静滴 4~8 小时。
 2. 绝大多数化疗药均有不同程度的骨髓抑制。
 3. 胃肠道反应严重者可采用部分肠内营养。
 4. 白细胞计数降至 $3.5 \times 10^9/L$, 血小板计数降至 $80 \times 10^9/L$ 时，需暂停药。
 5. 白细胞计数降至 $1.0 \times 10^9/L$, 做好保护隔离，预防感染。
 6. 在恶性肿瘤治疗后最初 2 年内，每 3 个月至少随访 1 次。
- 放疗皮肤反应的表现及护理

分类	临床表现	护理措施
一度反应 (干反应)	红斑，烧灼和刺痒感，继续照射变为暗红色，有脱屑	涂 0.2%薄荷淀粉或羊毛脂止痒
二度反应 (湿反应)	高度充血、水肿，水疱形成，有渗出液，糜烂	涂 2%甲紫或氢化可的松乳膏，不必包扎。有水疱时，涂硼酸软膏，包扎 1~2 天，待渗出吸收后改用暴露疗法
三度反应	溃疡形成或坏死，难以愈合	

考点 67: 颅内压增高

1. 头痛、呕吐、视神经乳头水肿为三大主症。
2. 视神经乳头水肿是颅内压增高的客观体征。
3. 生命体征变化：代偿期出现典型生命体征改变(库欣反应)，“两慢一高”，即脉搏减慢，呼吸深慢，血压升高，尤其是收缩压增高、脉压增大。
4. 有明显颅内压增高者禁止腰穿，以免引起枕骨大孔疝。
5. 甘露醇 15~30 分钟静脉滴注完毕，注意观察尿量。

6. 每天尿量不少于 600ml, 每天静脉入量在 1500~2000ml, 不宜超过 2000ml。

7. 避免剧烈咳嗽和用力排便, 禁用高压灌肠。

8. 冬眠低温治疗结束时先停物理降温, 再逐渐停用冬眠药物, 任其自然复温。

考点 68: 急性脑疝

1. 小脑幕切迹疝瞳孔改变: 可判断病变部位的指标, 主要表现为一侧瞳孔进行性散大。脑疝初期由于患侧动眼神经受刺激导致患侧瞳孔缩小, 随着脑疝进行性恶化, 脑干血供受影响, 动眼神经麻痹致患侧瞳孔散大, 直接、间接对光反应消失。

2. 枕骨大孔疝生命体征紊乱出现早, 意识障碍出现较晚。

3. 急性脑疝首要的治疗措施为脱水降颅压, 输入脱水药物。

考点 69: 颅骨骨折

颅底骨折的临床表现

分类	脑脊液漏部	瘀斑部位	可能损伤的脑神经
颅前窝骨	鼻漏	眶周、球结膜下瘀斑(熊猫)	视、嗅神经
颅中窝骨	鼻漏和耳漏	乳突区瘀斑(Battle 征)	面、听神经
颅后窝骨	无	乳突区、枕下部、咽后壁瘀	第 IX~XIII 对脑神

1. 诊断颅底骨折最可靠的是有脑脊液漏的临床表现。

2. 颅底骨折超过 1 个月仍未愈合者, 可行手术修补硬脑膜。

3. 体位护理: 绝对卧床, 取半卧位, 头偏向患侧。

4. 脑脊液漏停止 3~5 天后改为平卧位。

5. 预防颅内继发感染: 脑脊液漏者, 禁止经鼻腔或耳道冲洗、滴药, 禁止经鼻腔吸痰、放置胃管及鼻导管给氧等护理操作, 禁止做腰椎穿刺。

考点 70: 脑损伤

1. 颅内血肿可压迫动眼神经、视神经、脑干, 导致一侧瞳孔进行性散大、意识障碍、对侧肢体瘫痪等。

2. 硬膜外血肿伤后昏迷有中间清醒期为典型表现。

3. 颅内血肿一经确诊, 原则上应手术清除血肿, 彻底止血。

考点 71: 颅脑损伤的护理

1. 颅脑损伤患者慎用镇痛、镇静药, 以免影响病情观察。

2. 格拉斯哥昏迷计分法(GCS)对睁眼、言语和运动 3 个方面评分, 最高 15 分表示意识清醒, 低于 8 分表示昏迷, 分数越低意识障碍越严重。

格拉斯哥昏迷计分法(GCS)

睁眼反应	计分	言语反应	计分	运动反应	计分
自动睁眼	4	回答正确	5	遵嘱活动	6

呼唤睁眼	3	回答错误	4	刺痛定位	5
刺痛睁眼	2	胡言乱语	3	躲避刺痛	4
不能睁眼	1	只能发声	2	刺痛肢屈	3
		不能发声	1	刺痛肢伸	2
				不能活动	1

考点 72: 急性乳腺炎

1. 急性乳腺炎临床表现为患侧乳房局部变硬、红肿、发热，有压痛及搏动性疼痛。
2. 及时切开引流，排出积脓。做放射状切口，乳晕下脓肿可沿乳晕边缘做弧形切口，避免损伤乳管引起乳痿。
3. 注意休息，适当活动，不必绝对卧床。
4. 避免乳汁淤积是预防乳腺炎的关键。

考点 73: 乳房良性肿块

常见乳房良性肿块对比

疾病	好发部位	乳房外形改变	治疗要点
乳腺纤维腺瘤	乳房外上象限	无痛肿块，圆形或扁圆形，质坚韧，表面光滑或结节状，分界清楚，活动度大	手术切除
乳管内乳头状瘤	大乳管近乳头的壶腹部	瘤体很小，常不可触及，带蒂，有绒毛，血管壁薄，易出血。乳头溢液为血性、暗棕色或黄色液体	手术切除
乳腺囊性增生病	乳房外上象限或分散于整个乳房	肿块大小与质地可随月经周期变化，增厚区与周围组织分界不明显。周期性乳房胀痛，月经前疼痛加重，月经来潮后减轻或消失	首选非手术治疗，如中医中药；乳房切除术

考点 74: 乳腺癌

1. 乳房肿块为乳腺癌最常见的症状，以乳房外上象限最常见。
2. 腺癌肿侵入大片皮肤时，可出现卫星结节。
3. “酒窝征”：癌细胞累及 Cooper 韧带，使其缩短而致皮肤表面凹陷，是乳腺癌的特征性体征。
4. “橘皮样”改变：癌细胞堵塞皮下淋巴管，导致局部淋巴回流障碍
5. 术后 5 年内应避免妊娠，减少乳腺癌复发。
6. 自我检查是最重要的出院指导，最好在月经后的 7~10 天进行。
7. 术后防止皮瓣坏死
 - ① 手术部位加压包扎，使皮瓣紧贴胸壁，便于皮瓣建立新的血液循环，防止皮瓣坏死，维持 7—10 天。
 - ② 包扎松紧度要适当，以能容纳 1 指、维持正常血运、不影响呼吸为宜。
 - ③ 若绷带松脱，应及时重新加压包扎。

- ④术后3天内患侧肩部制动，以免皮瓣移动影响愈合。
- ⑤下床活动时用吊带或健侧手托扶患肢，需他人扶持时只能扶健侧，防止皮瓣移动。
8. 功能锻炼
- ①早期功能锻炼可减少瘢痕牵拉，恢复术侧上肢功能。
- ②术后24小时内开始做手指和腕部的屈曲和伸展运动。
- ③术后1~3天，进行上肢肌肉等长收缩运动，开始屈肘、伸臂活动，促进血液和淋巴回流。
- ④术后第4天开始做肩关节的小范围前屈、后伸活动。
- ⑤术后4~7天，鼓励患者自行用患侧手洗脸、刷牙、进食，用患侧手摸到对侧肩部或同侧耳朵。
- ⑥术后1-2周，待皮瓣基本愈合后，开始活动肩关节，以肩部为中心，前后摆臂
- ⑦术后10天，皮瓣黏附较牢固后开始全范围的肩关节活动，抬高患侧上肢，手指爬墙运动(直至患侧手指能高举过头)，梳理头发。
- ⑧以患侧手能越过头顶摸到对侧耳朵为功能锻炼的理想目标。
- ⑨注意术后7天内不上举、10天内不外展肩关节，避免患侧肢体支撑身体。

考点 75: 肋骨骨折

1. 患者常发生吸气时软化区胸壁内陷，呼气时外突，这种现象称为反常呼吸运动。
2. 多根多处肋骨骨折时，伤侧胸壁可见反常呼吸运动。
3. 闭合性多根多处肋骨骨折：首要措施是控制反常呼吸运动，胸壁软化区加压包扎。

考点 76: 损伤性气胸

1. 开放性气胸

- ①由于呼吸时两侧胸膜腔的压力发生变化，可出现吸气时纵隔向健侧移位，呼气时又移回患侧，导致纵隔位置随呼吸而左右摆动，称为纵隔扑动。
- ②患者可出现明显的呼吸困难、口唇发绀、颈静脉怒张、鼻翼扇动等表现，严重者休克。气管、心脏向健侧移位，患侧胸壁叩诊呈鼓音，听诊呼吸音减弱或消失。
- ③外界空气自由进出胸膜腔，呼吸时可闻及吸吮样的声音，称为胸部吸吮伤口。
2. 张力性气胸：患侧胸膜腔内压力进行性增高，造成皮下气肿等。

考点 77: 损伤性血胸

1. 进行性血胸

- ①持续脉搏加快，血压下降或补充血容量后仍不稳定。

- ②胸腔闭式引流血量 $N200\text{ml/h}$, 持续 3 小时。
2. 进行性血胸应及时开胸探查, 止血、输液、输血。

考点 78: 胸部损伤的护理

1. 保持管道密闭

- ①正确安装引流装置, 保证衔接处密封良好。
②更换引流瓶或患者移动时, 应先用止血钳夹闭引流管。
③在引流管周围用油纱布包盖皮肤。
④若引流管脱出胸腔, 应立即用手捏住伤口周围皮肤, 再用凡士林纱布封闭; 若引流管连接处脱落, 应立即用双钳夹闭并更换引流装置。

2. 拔管护理

- ①拔管指征: 置管 48~72 小时后, 无气体逸出且引流液颜色变浅, 24 小时液量 $<50\text{ml}$ 或脓液 $<10\text{mL}$ 。X 线检查肺膨胀良好, 患者无呼吸困难。
②拔管方法: 拔管时嘱患者深吸气后屏气, 拔管后立即用凡士林纱布和厚敷料封闭伤口并包扎固定。

考点 79: 脓胸

1. 脓气胸者上胸部叩诊呈鼓音, 下胸部叩诊呈浊音。
2. 慢性脓胸气管及纵隔偏向患侧。
3. 有支气管胸膜瘘者取患侧卧位, 以免脓液流向健侧或发生窒息。
4. 脓液多时, 可分次抽吸, 每次抽脓量不宜超过 1000mL

考点 80: 肺癌外科治疗

1. 咳嗽是肺癌出现最早的症状, 多为刺激性干咳或少量黏液痰。癌肿引起支气管狭窄时, 咳嗽加重, 为持续性高调金属音或刺激性呛咳
2. 术后尽早下床活动, 预防肺不张, 改善呼吸循环功能。
3. 24 小时内最常见的并发症为出血, 出现异常应立即报告医生。
4. 全肺切除术后, 限制钠盐摄入量, 24 小时补液量 $<2000\text{ml}$, 速度以 $20\sim30$ 滴/分为宜。
5. 维持胸腔引流通畅: 按胸腔闭式引流常规进行护理。
6. 体位护理
①麻醉未清醒时取平卧位, 头偏向一侧。
②麻醉清醒、血压稳定后改为半坐卧位
③肺段切除术或楔形切除术者, 采用健侧卧位, 促进患侧肺扩张。
④一侧肺叶切除者, 采取健侧卧位, 但呼吸功能较差者, 宜选平卧位, 避免健侧肺受压而影响通气。
⑤一侧全肺切除术者, 避免过度侧卧, 采取 $1/4$ 侧卧位, 防止纵隔移位和压迫健侧肺。
⑥血痰或支气管瘘管者, 取患侧卧位。

7. 注意定时变换体位，避免头低足高位。

考点 81：食管癌

- (1) 最典型的早期表现为吞咽粗硬食物时偶有不快感。
- (2) 中晚期典型症状为进行性吞咽困难。
- (3) 术前 1 天晚用抗生素生理盐水冲洗食管，以减轻充血水肿，减少术中污染，预防吻合口瘘。
- (4) 术后 5~6 天可给全清流质饮食。
- (5) 清醒后应取半卧位，减轻伤口缝合处张力。

考点 82：腹外疝的临床特点鉴别

	腹股沟斜疝	腹股沟直疝	股疝	脐疝
突出途径	经腹股沟管突出，可进阴囊	由直疝三角突出，不进阴囊	经股管向股部卵圆窝突出	经脐环突出
疝块外形	椭圆或梨形，上部呈蒂柄状	半球形，基底较宽	半球形	球形
嵌顿机会	较多	极少	最易绞窄	婴儿极少成人较易

- (1) 术前应消除引起腹内压增高的因素。
- (2) 术后取平卧，髓关节微屈，胭窝下垫枕，以降低腹股沟切口的张力和腹内压力。
- (3) 一般术后 3~5 天可下床活动。
- (4) 术后 6~12 小时无恶心、呕吐者可给予流食。
- (5) 预防阴囊血肿最主要的护理措施是在斜疝修补术后，伤口部位压沙袋 12-24 小时，用丁字带或阴囊托托起阴囊。
- (6) 3 个月内应避免重体力劳动或提举重物

考点 83：急性化脓性腹膜炎

1. 提示炎症累及壁层腹膜的体征是腹部反跳痛。
2. 烟卷式引流刺激性小，常用于腹腔内引流。
3. 部分结肠位于腹膜后，受伤后常导致严重的腹膜后感染。
4. 腹部压痛、腹肌紧张和反跳痛是腹膜炎的标志性体征。
5. 手术治疗可消除污染来源，清理感染病灶，去除腹腔内感染积液和降低细菌数量。
6. 腹腔、盆腔手术后取半卧位，使腹腔渗出液流入盆腔，减少炎症扩散和毒素吸收，便于引流。

考点 84：腹腔脓肿

1. 膈下脓肿的脓肿部位可有持续钝痛，深呼吸时加重，疼痛常位于近中线的肋缘下或剑突下。
2. 盆腔脓肿表现为急性腹膜炎治疗过程中、阑尾穿孔或结直肠手术后，出现体温下降后又升高、典型的直肠或膀胱刺激症状。

考点 85: 急性腹腔感染的护理

1. 取半卧位, 利于腹腔渗液流入盆腔, 减轻中毒症状。
2. 术后禁食、胃肠减压, 待胃肠蠕动恢复后可逐步经口饮食。
3. 烟卷式引流刺激性小, 适用于腹膜炎术后引流。
4. 实质脏器损伤主要表现为腹腔内(或腹膜后)出血。
5. X 线检查显示腹腔内游离气体是胃肠道破裂的主要证据。
6. 抽到不凝血, 提示为实质性器官或血管破裂所致的内出血。
7. 及时补液抗休克, 并紧急手术。
8. 内脏脱出时, 不能强行纳回腹腔。
9. 诊断未明确前, 禁用镇痛药。
10. 绝对卧床休息, 不随便搬动伤者。
11. 严格执行外科急腹症的“四禁”, 即禁食禁饮、禁忌灌肠、禁用泻药、禁用吗啡等镇痛药物。
12. 全麻清醒或硬膜外麻醉取平卧 6 小时。
13. 肛门排气后, 可拔除胃管。

考点 86: 胃十二指肠溃疡的外科治疗

- (1) 急性穿孔是消化性溃疡常见并发症, 典型表现为骤发刀割样剧烈腹痛, 持续性或阵发性加重; 出现全腹压痛、反跳痛, 腹肌紧张呈“木板样”强直等急性腹膜炎的体征。
- (2) 输出段梗阻表现为上腹饱胀, 呕吐物含食物和胆汁。
- (3) 早期倾倒综合征主要表现为进食半小时内出现上腹胀满、腹泻、心悸、大汗、头晕、乏力、面色苍白甚至晕厥等。
- (4) 规律进食, 少量多餐, 每天进餐 4~5 次, 以中和胃酸。
- (5) 急性穿孔最重要的护理措施是禁食和胃肠减压。
- (6) 完全梗阻者术前 3 天每晚用 300~500ml 温等渗盐水洗胃, 以减轻胃壁水肿和炎症, 利于术后吻合口愈合。
- (7) 引流管若堵塞, 应在医生指导下用注射器抽取生理盐水冲洗。
- (8) 十二指肠残端破裂是毕 II 式胃大部切除术后近期最严重的并发症, 表现为右上腹突发剧痛、发热、腹膜刺激征, 腹腔穿刺可有胆汁样液体。
- (9) 胃肠减压的拔管指征是肛门排气。

考点 87: 阑尾炎

- (1) 急性阑尾炎发病初期上腹部及脐周疼痛是由于内脏神经反射所致。
- (2) 右下腹麦氏点固定压痛是急性阑尾炎的最常见和最重要的体征。
- (3) 切口感染是阑尾切除术后最常见的并发症, 常见于化脓性或穿孔性阑尾炎术后, 表现为术后 2~3 天体温升高, 切口红肿、跳痛。
- (4) 术后鼓励患者在床上活动肢体, 术后 24 小时早期下床活动, 促进

肠蠕动恢复，预防肠粘连。

	单纯性肠梗阻	绞窄性肠梗阻
发病	较缓慢	急骤，发展迅速
腹痛特点	阵发性绞痛	持续性剧烈绞痛
腹胀	均匀全腹胀	不对称，有局部隆起的肿块
压痛	轻，部位不固定	腹膜刺激征：固定压痛，反跳痛，肌紧张
全身情况	尚好	全身中毒症状及感染性休克
腹腔穿刺	无特殊	可见血性液体或炎性渗出液
血性粪便	无	可有
腹部 X 线	小肠襻扩张呈鱼骨刺状、梯形排列，结肠显示结肠袋	孤立扩大的肠襻
治疗原则	先行非手术治疗	手术治疗

考点 88：肠梗阻

单纯性肠梗阻与绞窄性肠梗阻鉴别
常见的机械性肠梗阻鉴别

	粘连性肠梗阻	蛔虫性肠梗阻	肠扭转	肠套叠
发病特点	腹腔内手术、炎症、创伤、出血、异物等引起	多见于小儿，因蛔虫聚集成团堵塞肠腔，驱虫不当是主要诱因。多为单纯性不完全性肠梗阻	多见于青壮年，常因饱餐后剧烈运动而发病。闭襻性肠梗阻加绞窄性肠梗阻，发病急骤，发展迅速，小肠最多见	肠的一段套入其相连的肠管腔内，小儿多见。饮食不当、腹泻、感染等致肠蠕动正常节律紊乱是最主要原因，可发生绞窄，回结肠套叠最常见
典型表现	典型的机械性肠梗阻表现	脐周阵发性疼痛，伴呕吐，腹部柔软，可扪及条索状包块	突然发作的持续性剧烈腹部绞痛，腰背牵涉痛，呕吐频繁，腹胀不对称，可触及扩张的肠襻，肠鸣音减弱，休克出现早，病死率高	三大典型症状是腹痛、果酱样血便、腊肠形光滑有压痛的腹部肿块。钡灌肠是最有意义的检查，呈“杯口状”或“弹簧状”阴影
治疗原则	首选非手术疗法，发生绞窄应手术	主要采用非手术治疗	极易发生绞窄，应及时手术治疗	是唯一可早期灌肠的外科急症。一旦发生尽早复位，早期主要采用空气灌肠或钡灌肠，效果好

1. 痉挛性肠梗阻少见，可发生于急性肠炎、肠道功能紊乱或慢性铅中毒患者。
2. 高位肠梗阻的呕吐出现较早，呕吐频繁。
3. 治疗的基本原则是解除梗阻和纠正因梗阻引起的全身性生理紊乱。

考点 89: 肠痿

1. 指导肠痿患者开始进食时以低脂、适量蛋白质、高糖类、低渣饮食为主, 随肠功能恢复, 逐步增加蛋白质和脂肪量。
2. 负压引流护理: 调节负压至 10~20kPa 为宜。每日灌洗量为 2000~4000ml, 速度为 40~60 滴/分, 保持灌洗液温度在 30-40° C。

考点 90: 大肠癌

1. 排便习惯和粪便性状改变是结肠癌的首发症状。
2. 直肠癌的临床表现
 - ①直肠刺激症状: 频繁便意和排便习惯改变, 肛门下坠、里急后重和排便不尽感。
 - ②黏液血便: 为癌肿破溃感染所致, 血便是最常见的早期症状。
3. 术前 3 天口服新霉素或甲硝唑。
4. 甘露醇口服肠道准备法: 术前 1 天下午 14:00~16:00 口服 5%~10% 甘露醇 1500ml。
5. 术后 2~3 天肠蠕动恢复后开放, 取左侧卧位(造口侧卧位)。

考点 91: 痔

内痔好发于截石位 3 点、7 点、11 点位置。主要表现为无痛性、间歇性便后出鲜血和痔块脱出。

内痔分度及其临床特点

分度	临床特点
I 度	排便时无痛性出血, 便后出血可自行停止, 无痔脱出
II 度	便血加重, 严重时呈喷射状, 排便时有痔脱出, 便后可自行回纳
III 度	偶有便血, 排便、久站、咳嗽、劳累、负重时痔脱出不能自行回纳, 需用手托回
IV 度	偶有便血, 痔块长期脱出于肛门外或回纳后又即脱出

肛门直肠检查的体位

体位	操作要点	适用情况
膝胸卧位	跪伏在检查床上, 大腿与床面垂直, 胸部贴床面, 臀部抬高	最常用, 肛门、直肠、乙状结肠镜检查及治疗
左侧卧位	左下肢伸直, 右侧髋、膝关节各屈曲 90°	纤维结肠镜检查, 年老体弱患者的肛门直肠检查
截石位	仰卧在检查床上, 两腿分开放在腿架上	肛门、会阴部位的检查、治疗或手术
蹲位	下蹲做排便姿势, 向下用力	内痔脱出、直肠脱垂的检查

1. 热水坐浴水温以 43~46°C 为宜。
2. 术后 7~10 天禁止灌肠。
3. 术后注意保持肛门局部清洁，先排便，排便后坐浴，清洁会阴部，最后换药。
4. 注意保持肛周皮肤清洁、干燥，涂抹氧化锌软膏，勤换内裤。

考点 92: 胆道疾病

1. 胆固醇类结石大多发生于胆囊。外观呈白黄、灰黄或黄色，质硬，表面多光滑。
2. 胆绞痛是急性胆囊炎的典型症状，在饱餐、进食油腻食物或睡眠中体位改变时发生右上腹或上腹阵发性绞痛，向右肩背部放射。
3. Murphy 征(墨菲征)阳性是急性胆囊炎的典型体征。
4. 胆总管结石合并感染时，表现为典型的 Charcot 三联症，即腹痛、寒战与高热、黄疸。
胆总管探查术后或胆总管切开处放置 T 管引流，一端通向肝管，一端通向十二指肠，由腹壁戳口穿出体外并接引流袋。

5. T 管引流的作用

- ①引流胆汁和减压，以免胆汁排出受阻。
- ②引流残余结石。
- ③支撑胆道，防止胆总管切开处瘢痕狭窄。
- ④经 T 管溶石或造影。

6. 拔管指征

术后 10~14 天试行夹闭 T 管 1~2 天。

- ①若无腹胀、腹痛、发热及黄疸等症状，可行 T 管造影，造影后继续引流 24 小时以上。
 - ②如胆道通畅、无结石和其他病变，再次夹闭 T 管 24~48 小时，无不适应症状方可拔管。
7. 胆道蛔虫病突发上腹剑突下钻顶样绞痛，阵发性加剧，向右肩胛或背部放射，常伴恶心、呕吐，甚至吐出蛔虫。

考点 93: 产前检查

1. 产前检查从确诊早孕开始，于妊娠 6-13+6 周、14-19+6 周、20-23+6 周、24-27+6 周、28-31+6 周、32-36+6 周分别查一次；妊娠 37-41 周，每周查一次；若为高危妊娠，则需相应增加产前检查的次数。

2. 推算预产期

按末次月经第 1 日算起：EDC = 月数 - 3 或 + 9 / 日数 + 7

径线	位置	正常值
髌棘间径	取伸腿仰卧位，两髌前上棘外缘的距离	23~26 cm
髌嵴间径	取伸腿仰卧位，两髌嵴外缘最宽的距离	25~28 cm
骶耻外径	第 5 腰椎棘突下凹陷处至耻骨联合上缘中点的距离	18~20 cm
坐骨结节间径	或称出口横径，两坐骨结节内侧缘的距离	8.5~9.5 cm

出口后矢状径	坐骨结节间径中点至骶骨尖端的长度	9 cm
耻骨弓角度	用左右两拇指斜着对拢平放于耻骨降支的上面测两拇指之间的角度	正常值 90°

考点 94: 产程——第一产程

1. 初产妇宫口扩张 4cm 以内、经产妇 2cm 以内。既能清除粪便，避免临产时污染，又可刺激宫缩，加速产程进展。
2. 听胎心时胎心 >160 次/分或 <110 次/分提示胎儿窘迫，应立即给产妇吸氧，左侧卧位，并报告医生。

第二产程

1. 初产妇宫口开全、经产妇宫口扩张 4cm，应护送产妇上产床。
2. 胎头拔露使阴唇后连合膨胀时，应注意保护会阴。

第三产程

1. 第三产程中及分娩后孕妇在产房的观察中，最重要的产妇评估项目是宫缩情况、阴道出血的量和颜色。
2. 产后应在产房留观 2 小时，正常分娩出血量一般不超过 300ml。对有产后出血高危因素的产妇，可在胎儿前肩娩出时使用缩宫素。
3. 清理呼吸道：是处理新生儿的首要任务。
4. 出生 30 分钟内吸吮乳房，促进泌乳，预防产后出血。

考点 95: 产褥期妇女的护理

1. 胎盘娩出后，子宫圆且硬，宫底脐下 1 指，产后第 1 天稍上升平脐，以后每天下降 1~2cm，产后 10 天降入盆腔内，于耻骨联合上方不能扪及。
2. 产后宫缩痛为产后 1~2 天出现宫缩导致的阵发性剧烈腹痛，持续 2~3 天自然消失，多见于经产妇及哺乳者，不需要特殊用药治疗。
3. 会阴有侧切伤口者健侧卧位，避免伤口污染。
4. 会阴水肿者局部用 50%硫酸镁湿热敷，产后 24 小时可用红外线照射，每次照射 20~30 分钟，需特别注意严格执行无菌操作。
5. 产后易发生尿潴留，因充盈的膀胱可影响子宫收缩，故分娩后 4 小时内应鼓励产妇排尿。
6. 指导产妇产后 6 周(42 天)携婴儿进行产后健康检查。

考点 96: 胎儿窘迫及新生儿窒息的护理

1. 胎动 <10 次/2 小时或逐日下降超过 50%，即为胎动减少。
2. 缺氧严重时，胎心率 <110 次/分，提示胎儿严重缺氧，可随时胎死宫内。
3. 经一般干预无法纠正者，应尽快终止妊娠。宫口开全，胎头双顶径已达坐骨棘平面以下，应尽快经阴道助娩；否则应立即行剖宫产。

考点 97: 流产

各型流产的临床表现及处理原则

类型	病史			妇科检查		治疗
	出血量	下腹痛	组织排出	宫口	子宫大小	
先兆流产	少	无/轻	无	闭	与孕周相符	保胎
难免流产	中—多	加剧	无	扩张	基本相符	清除宫腔内容物
不全流产	少—多	减轻	部分排出	扩张/堵塞	小于孕周	
完全流产	少—无	无	全排出	闭	正常/略大	无需处理

考点 98: 胎盘早期剥离

临床表现为突发性持续性腹部疼痛，伴或不伴阴道出血。其严重程度与剥离面大小及剥离的位置有关，可分为轻型和重型。

胎盘早剥的分型

分度	I 度	II 度	III 度
剥离	<1/3(外出血)	1/3 左右(内出血)	1/2(内出血)
主要症状	阴道出血,量较多,腹痛轻或无	突发持续性腹痛,疼痛程度与胎盘后积血成正比	较II度加重,突发持续性腹痛,可伴恶心、休克
贫血	不显著	与外出血不成比例	不成比例
子宫	与孕周符	大于妊娠周数	小于妊娠周数
胎位	清	可扪及	不清
胎心	多正常	存在	不清
其他	产后查胎盘母体面有凝血块及压迹	宫底升高,胎盘附着处压痛,宫缩有间歇	子宫板状硬、压痛,宫缩间歇期不明显

胎盘早期剥离的治疗原则是纠正休克、及时终止妊娠、防治并发症

考点 99: 妊娠期合并糖尿病

临床表现: 糖尿病症状 多饮、多食、多尿或体重改变。

感染: 泌尿系统感染或反复发作的外阴阴道假丝酵母菌病。

辅助检查①血糖测定: 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 者。此用于糖尿病合并妊娠的诊断。②糖筛查试验: 用于糖尿病筛查, 建议孕妇于妊娠 24-28 周进行。葡萄糖 50g 溶于 200ml 水中, 5 分钟口服完, 服后 1 小时测血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ 为糖筛查异常, 如血糖 $\geq 11.2\text{mmol/L}$ 的孕妇, 则妊娠期糖尿病(GDM)可能性大。对糖筛查异常的孕妇需进一步查空腹血糖, 如异常即可确诊, 如正常需进行葡萄糖耐量试验。

③葡萄糖耐量试验: 禁食 12 小时后, 口服葡萄糖 75g。血糖值诊断标准为: 空腹 5.6mmol/L , 1 小时 10.3mmol/L , 2 小时 8.6mmol/L , 3 小时 6.7mmol/L , 若其中有 2 项或 2 项以上达到或超过正常值者, 即可诊断 GDM。如 1 项高于正常则可诊断糖耐量受损。

考点 100: 产后出血

病因	临床表现	治疗原则
----	------	------

宫缩乏力	胎盘剥离延缓，剥离后出血。间歇性、暗红色、能凝固。 子宫轮廓不清，松软如袋状。按摩子宫及使用宫缩剂后，出血减少	按摩子宫：常用有效的方法。 应用宫缩剂 填塞宫腔：24小时取出纱布。 结扎盆腔血管 子宫切除
胎盘滞留	胎盘娩出前阴道出血，色暗红。胎盘剥离缓慢或未剥离或剥离不全	胎盘已剥离、胎盘黏连—取 胎盘、胎膜残留—刮 胎盘植入—切 胎盘嵌顿—麻
软产道损伤	胎儿娩出后立即发生持续不断出血，血液鲜红，能自凝。子宫收缩良好	缝合
凝血功能障碍	持续出血，多而不凝。 多伴有全身出血倾向。	针对不同病因、疾病种类进行治疗