



2 0 1 9 军 队 文 职 招 录 考 试

考前30分

30 Points Before The Examination

再看我一眼，多拿30分！

护
理
学

目录

基础护理学.....	1
内科护理学	18
外科护理学	43

军队文职护理专业知识——考前 30 分

基础护理学

1. 医院和住院环境

(1) 医院的中心任务——以医疗为中心

(2) 高热、剧痛、休克、出血、呼吸困难等症状——安排提前就诊或送急诊

(3) 年老体弱、危重病人——可适当调整就诊顺序

(4) 温度—— $18\sim 22^{\circ}\text{C}$ (一般); $22\sim 24^{\circ}\text{C}$ (新生儿、老年人)

(5) 湿度—— $50\%\sim 60\%$ (一般); 湿度过低时, 对呼吸道疾病或气管切开病人尤为不利; 湿度过高, 病人感到潮湿、气闷, 尿液排出量增加, 肾脏负担加重。

(6) 通风——30 分钟

(7) 噪音——说话轻、走路轻、操作轻、开关门轻

2. 四人搬运法

(1) 适用——颈椎、腰椎骨折和病情较重的病人;

(2) 骨折病人——木板垫于平车上;

(3) 上下坡——头处于高处

3. 卧位

(1) 被迫卧位——减轻疼痛或治疗需要

(2) 去枕仰卧位——昏迷或全身麻醉未清醒的病人, 防止呕吐物误吸; 椎

管麻醉或腰椎穿刺术后 6~8 小时的病人,可预防颅内压降低而引起的头痛

(3)中凹卧位——休克

(4)侧卧位——臀部肌肉注射、灌肠、肛门检查,配合胃镜、肠镜检查

(5)半坐卧位——心肺疾患引起呼吸困难的病人;面部、颈部、胸部、腹部及盆腔术后

(6)端坐卧位——急性肺水肿、心包积液、支气管哮喘急性发作时的病人

(7)头低足高位——肺部分泌物引流、十二指肠引流、胎膜早破、跟骨及胫骨牵引

(8)膝胸位——法洛四联症缺氧发作、矫正胎位不正

(9)手术后的病人——先换药,再翻身;颅脑手术后的病人,头部翻动过剧可引起脑疝,一般健侧或平卧;骨牵引的病人,翻身时不可放松牵引

4. 物理消毒法

(1)燃烧法——不需保存的污染物品,如污染的纸张,破伤风、气性坏疽等感染的敷料;金属器械和搪瓷类物品急用时(锐利剪刀除外,以免锋刃变钝)

(2)煮沸消毒法——1)消毒时间从水沸后算起 2)有轴节或带盖应打开后再放 3)空腔导管先灌水 4)大小相同的容器不能重叠 5)碳酸氢钠可提高沸点(105℃),增强杀菌、去污防锈 6)玻璃类物品冷水或温水时放入;橡胶类物品水沸后放入

(3)压力蒸汽灭菌法——热力消毒灭菌法中效果最好的一种方法。灭菌器的参数一般为温度 121℃,压力 102.8~122.9kPa,器械灭菌时间 20 分钟,敷料灭菌时间 30 分钟

(4)压力蒸汽灭菌法检测方法——化学指示卡(最常见);生物学检测(最可靠)

(5)日光暴晒法——6小时达到消毒效果

5. 化学消毒剂

(1)灭菌剂——戊二醛、环氧乙烷

(2)高效消毒剂——过氧乙酸、过氧化氢、部分含氯消毒剂

(3)中效消毒剂——醇类、碘类、部分含氯消毒剂

(4)2%戊二醛——内镜消毒;使用前加0.5%亚硝酸钠防锈;灭菌后的物品用无菌蒸馏水冲洗

(5)无菌持物钳消毒液液面需浸没轴节以上2~3cm或镊子的1/2处;只能用于夹取无菌物品

6. 口腔护理

(1)口腔护理目的

1)清洁、湿润,预防感染等并发症

2)预防或减轻异味,清除牙垢,增进食欲,确保舒适

3)观察口腔内的变化,提供病情变化的信息

(2)适用人群——高热、昏迷、危重、禁食、鼻饲、口腔疾患、术后及生活不能自理的病人

(3)常用漱口液

1)碳酸氢钠漱口液(1%~4%)——碱性药;抑制真菌(提示点白色膜状物)

2)过氧化氢(1%~3%)——防腐,防臭;口腔感染有溃烂、坏死组织者

3)醋酸溶液(0.1%)——铜绿假单细胞感染

4)甲硝唑溶液(0.08%)——厌氧菌感染

5)生理盐水——清洁口腔,预防感染

(3)口腔护理操作要点

1)昏迷病人——禁漱口,开口器于臼齿放入

2)长期使用抗生素——观察口腔内有无真菌感染

3)义齿——放于冷开水中

4)棉球不能过湿——防止误吸

7. 压疮的护理

(1)压疮的主要原因——长期受压(垂直压力)

(2)压疮的临床表现

1)淤血红润期——皮肤红、肿、热、痛或麻木

2)炎性浸润期——受压部位紫红色,皮下硬结,常有水疱,极易破溃,疼痛感

3)浅度溃疡期——表皮水疱扩大、破溃,真皮层疮面有黄色渗出液

4)坏死溃疡期——侵入真皮下层和肌肉层,可深达骨面。脓液较多,有臭味,坏死组织发黑

(3)压疮的护理措施

1)淤血红润期——解除受压点,增加翻身次数(每2h一次)

2)炎性浸润期——防止发生感染。小水疱自行吸收,大水疱无菌注射器抽出

3)浅度溃疡期——清洁伤口

4) 坏死溃疡期——手术治疗

8. 体温

(1) 发热程度(口温为例)

1) 低热—— $37.3 \sim 38.0^{\circ}\text{C}$

2) 中度热—— $38.1 \sim 39.0^{\circ}\text{C}$

3) 高热—— $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$

4) 超高热—— 41°C 以上

(2) 热型

1) 稽留热——体温持续在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，达数天或数周，24 小时温差不超过 1°C 。见于肺炎球菌肺炎、伤寒等

2) 弛张热——体温在 39°C 以上，24 小时内温差达 1°C 以上，体温最低时仍高于正常水平。见于败血症、风湿热、化脓性疾病等

3) 间歇热——体温骤然升高至 39°C 以上，持续数小时或更长，然后下降至正常或正常以下，经过一个间歇，体温又升高，并反复发作。常见于疟疾等

4) 不规则热——发热无一定规律，且持续时间不定。常见于流行性感冒、癌性发热等

(3) 测量方式

1) 口温——放于舌下热窝；如不慎咬破体温计，应立即清除玻璃碎屑，再口服蛋清或牛奶以延缓汞的吸收；婴幼儿、精神异常、昏迷、口腔疾患、口鼻手术、张口呼吸者禁忌口温测量

2) 腋温——放于腋窝正中；有创伤、手术、炎症，腋下出汗较多者，肩关节受伤或消瘦夹不紧体温计者禁忌腋温测量

3) 肛温——直肠或肛门手术、腹泻、禁忌肛温测量；心肌梗死病人不宜测肛温，以免刺激肛门引起迷走神经反射，导致心动过缓

9. 脉搏

(1) 首选测量部位——桡动脉

(2) 异常脉搏

1) 间歇脉——正常规则的脉搏中，出现一次提前而较弱的脉搏，其后有一较正常延长的间歇(代偿间歇)。常见于各种器质性心脏病

2) 脉搏短绌——单位时间内脉率少于心率，称为脉搏短绌，简称绌脉。常见于房颤；测量时应两位护士同时测量，一人听心率，另一人测脉率，听心率者发出“起”、“停”口令，两人同时开始，测 1 分钟

3) 交替脉——节律正常，强弱交替出现的脉搏。常见于高血压心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病等

4) 水冲脉——脉搏骤起骤降，急促而有力。常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进等

5) 奇脉——吸气时脉搏明显减弱或消失。常见于心包积液和缩窄性心包炎

10. 呼吸

(1) 深度呼吸(库斯莫呼吸)——糖尿病酮症酸中毒和尿毒症酸中毒

(2) 潮式呼吸(陈-施呼吸)——由浅慢逐渐变为深快，然后再由深快变为浅慢，再经一段呼吸暂停(5~20 秒)后，又开始重复以上过程的周期性变化。见于脑炎、脑膜炎、颅内压增高及巴比妥类药物中毒

(3) 间断呼吸(毕奥呼吸)——表现为有规律的呼吸几次后，突然停止呼

吸,间隔一个短时间后又开始呼吸,如此反复交替。常在临终前发生

(4)吸气性呼吸困难——吸气显著困难,延长,有明显的三凹征(吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙出现凹陷)。常见于气管阻塞、气管异物、喉头水肿等

(5)呼气性呼吸困难——呼气费力,呼气时间延长。常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿

(6)危重或呼吸微弱病人呼吸测量——少许棉花置于病人鼻孔前,观察棉花被吹动的次数,计时1分钟

11. 医院饮食

(1)基本饮食——普通饮食、软质饮食、半流质饮食和流质饮食

1)普通饮食——消化功能正常;无饮食限制;体温正常;病情较轻或恢复期的病人

2)软质饮食——消化吸收功能差;咀嚼不便者;低热;消化道术后恢复期的病人

3)半流质饮食——口腔及消化道疾病;中等发热;体弱;手术后病人

4)流质饮食——口腔疾患、各种大手术后;急性消化道疾患;高热;病情危重、全身衰竭病人

(2)治疗饮食

1)高热量饮食——甲状腺功能亢进、结核、大面积烧伤、肝炎、胆道疾患、体重不足病人及产妇等

2)高蛋白饮食——烧伤、结核、恶性肿瘤、贫血、甲状腺功能亢进、大手术后等病人;低蛋白血症病人;孕妇、乳母等

3)低蛋白饮食——急性肾炎、尿毒症、肝性脑病等病人

4)低脂肪饮食——肝胆胰疾患、高脂血症、动脉硬化、冠心病,肥胖症及腹泻等病人

5)低胆固醇饮食——高胆固醇血症、高脂血症、动脉硬化、高血压、冠心病等病人

6)低盐饮食——每日食盐量 $<2\text{g}$,用于心脏病、急慢性肾炎、肝硬化腹水、重度高血压但水肿较轻病人

7)少渣饮食——伤寒、痢疾、腹泻、肠炎、食管胃底静脉曲张、咽喉部及消化道手术的病人

(3)试验饮食

1)肌酐试验饮食——试验期3天,试验期间禁食肉类、禽类、鱼类、忌饮茶和咖啡

2)甲状腺 ^{131}I 试验饮食——试验期2周,试验期间禁用含碘食物,如海带、海蜇、紫菜、海参、虾、鱼、加碘食盐等

3)隐血试验饮食——试验前3天禁食肉类、肝类、动物血、含铁丰富的药物或食物、绿色蔬菜。可进食牛奶、豆制品、土豆、白菜、米饭、面条、馒头等。

12. 鼻饲

(1)成人插管长度约 $45\sim 55\text{cm}$,相当于病人鼻尖至耳垂再至剑突的长度或是从发际到剑突的距离

(2)插入胃管至 $10\sim 15\text{cm}$ (咽喉部)时,若为清醒病人,嘱其做吞咽动作;若为昏迷病人,则用左手将其头部托起,使下颌靠近胸骨柄,以利插管

(3)插管中如病人出现呛咳、呼吸困难、发绀等,表明误入气管,应立即

拔出

(4)鼻饲液温度 38~40 °C

(5)鼻饲量不超过 200ml,间隔时间大于 2 小时

(6)确认胃管插入胃内的方法——1)抽吸胃液;2)注入 10ml 空气,听到气过水声;3)胃管末置于盛水的治疗碗中,无气泡逸出

13. 冷疗法

(1)目的——1)控制炎症扩散;2)减轻疼痛;3)减轻局部充血或出血;4)降低体温

(2)禁忌部位——枕后、耳廓、阴囊处;心前区;腹部;足底

(3)方法

1)冰袋——降温放于前额、头顶部和体表大血管流经处(颈部两侧、腋窝、腹股沟等)

2)冰帽——维持肛温在 33°C 左右,不可低于 30°C

3)乙醇拭浴——冰袋置头部,热水袋置足底;新生儿及血液病高热禁用乙醇拭浴

14. 热疗法

(1)目的——1)促进炎症的消散和局限;2)减轻疼痛;3)减轻深部组织的充血;4)保暖与舒适

(2)热疗禁忌——1)未明确诊断的急性腹痛;2)面部危险三角区的感染;3)各种脏器出血、出血性疾病;4)软组织损伤或扭伤的初期(48 小时内)

(3)热疗方法

1)热水袋温度——一般(60°C~70°C);特殊人群(低于 50°C)

2)红外线照射——1)灯距为 30~50cm;2)时间 20~30 分钟;3)皮肤出现红斑为合适

3)热水坐浴——1)水温 40℃~45℃,时间 15~20min;2)女性病人经期、妊娠后期、产后 2 周内、阴道出血和盆腔急性炎症不宜坐浴,以免引起感染。

15. 排尿

(1)多尿——24 小时尿量超过 2500ml;少尿——24 小时尿量少于 400ml 或每小时尿量少于 17ml;无尿或尿闭——24 小时尿量少于 100ml 或 12 小时内无尿

(2)尿比重——1.015~1.025,若经常固定于 1.010 左右,提示肾功能严重障碍

(3)泌尿道有感染——新鲜尿液有氨臭味;糖尿病酮症酸中毒——有烂苹果气味

(4)肉眼血尿——红色或棕红色;血红蛋白尿——酱油色或浓茶色;胆红素尿——黄褐色;乳糜尿——乳白色

(5)尿失禁

1)持续性尿失禁——多见于妇科手术、产伤所造成的膀胱阴道瘘

2)充溢性尿失禁——1)神经系统病变:如脊髓损伤早期的脊髓休克阶段、脊髓肿瘤等导致的膀胱瘫痪等;2)下尿路梗阻:如前列腺增生、膀胱颈梗阻及尿道狭窄等

3)急迫性尿失禁——1)膀胱局部炎症或激惹致膀胱功能失调:如下尿路感染、前列腺增生症及子宫脱垂等;2)中枢神经系统疾病:如脑血管意外、脑瘤及帕金森病等

4)压力性尿失禁——见于多次分娩或绝经后的妇女

(6)导尿

1)误插入阴道,应立即拔出,更换无菌导尿管后重新插入

2)膀胱高度膨胀且极度虚弱的病人,第一次放尿量不得超过 1000ml

3)留置导尿病人如发现尿液混浊、结晶或有沉淀,应及时进行膀胱冲洗

16. 给药的基本知识

(1)易氧化和遇光易变质的药物(维生素 C、氨茶碱、盐酸肾上腺素)——
装在有色密盖瓶中,或放在黑纸遮光的纸盒内,放于阴凉处

(2)易被热破坏的某些生物制品和药品(蛋白制剂、疫苗、益生菌、干扰素)——
置于 2~10℃ 低温处保存

(3)病人不在或因故暂不能服药——将药物带回保管,适时再发或交班
(发药到口)

(4)牙齿有腐蚀作用的药物(酸类和铁剂)吸水管吸服后漱口

(5)止咳糖浆后不宜立即饮水,且多种药物同时服用时应放在最后

(6)磺胺类药物经肾脏排出,尿少时易析出结晶堵塞肾小管,服药后要多
饮水

(7)强心苷类药物时需加强对心率及节律的监测,脉率低于每分钟 60 次
或节律不齐时应暂停服用

(8)qd(每日一次);bid(每日两次);tid(每日三次);qid(每日四次);qh
(每小时一次);q2h(第 2 小时一次);q4h(每 4 小时一次);q6h(每 6 小时一
次);qm(每晨一次);qn(每晚一次);qod(隔日一次);ac(饭前);pc(饭后);po
(口服)

(9) 臀大肌注射的定位方法

1) 十字法——从臀裂顶点向左侧或向右侧划一水平线,然后从髂嵴最高点作一垂线,将一侧臀部分为四个象限,其外上象限并避开内角(髂后上棘至股骨大转子连线),即为注射区

2) 连线法:从髂前上棘至尾骨作一连线,其外上 1/3 处为注射部位

3) 对 2 岁以下婴幼儿不宜选用臀大肌注射,因其臀大肌尚未发育好,最好选择股外侧肌、臀中肌和臀小肌注射

(10) 雾化吸入

1) 常用的药物——庆大霉素(预防和控制呼吸道感染);氨茶碱、沙丁胺醇(解除支气管痉挛); α -糜蛋白酶(稀化痰液、祛痰);地塞米松(减轻呼吸道黏膜水肿)

2) 超声波雾化吸入——开机时,先开电源开关,再开雾量开关;关机时,先关雾量开关,再关电源开关

3) 超声波雾化吸入——水槽和雾化罐内切忌加温水或热水,发现水温超过 50℃或水量不足,应关机,更换或加入冷蒸馏水

4) 氧气雾化吸入——药液稀释至 5ml;湿化瓶内不放水;调节氧流量为 6~8L/min

17. 过敏试验

(1) 青霉素 0.1ml——含青霉素 20~50U;先锋霉素 0.1ml——含先锋霉素 50 μ g;破伤风抗毒素 0.1ml——含 TAT 15U;链霉素 0.1ml——含链霉素 250U;普鲁卡因 0.1ml——含普鲁卡因 0.25mg;细胞色素 C 0.1ml——含细胞色素 C 0.075mg

(2) 青霉素过敏反应的预防

1) 详细询问病人的三史(用药史、药物过敏史及家族过敏史)

2) 凡初次用药、停药 3 天后再用,以及在应用中更换青霉素批号时,重新做皮试

3) 皮试液必须现配现用

4) 首次注射后须观察 30 分钟

(3) 青霉素过敏临床表现

1) 呼吸道阻塞症状——胸闷、气促、哮喘与呼吸困难,伴濒死感

2) 循环衰竭症状——面色苍白,出冷汗、发绀,脉搏细弱,血压下降

3) 中枢神经系统症状——面部及四肢麻木,意识丧失,抽搐或大小便失禁

4) 其他过敏反应表现——有皮肤瘙痒、荨麻疹、腹痛、腹泻、恶心、呕吐等

(4) 青霉素过敏性休克首选抢救药物——0.1% 盐酸肾上腺素

(5) 破伤风阳性患者采用脱敏疗法——小剂量逐次增加,分四次注射,每次间隔 20 分钟,采用肌肉注射

(6) 链霉素拮抗剂——10% 葡萄糖酸钙或 5% 氯化钙

(7) 碘过敏试验——1) 造影前 1~2 天进行;2) 方法为口服法、皮内注射法、静脉注射法

18. 静脉输液

(1) 溶液

1) 晶体溶液——葡萄糖溶液,补充水分和热能;等渗电解质溶液,补充水分和电解质;碱性溶液(5% 碳酸氢钠溶液),纠正酸中毒,维持酸碱平衡;高渗

溶液(20%甘露醇),降低颅内压,利尿脱水

2)胶体溶液——中分子右旋糖酐,提高血浆胶体渗透压,扩充血容量;低分子右旋糖酐,降低血液黏稠度,改善微循环;静脉营养液,提供能量,维持正氮平衡

(2)速度——一般成人 40~60 滴/分,儿童 20~40 滴/分

(3)溶液不滴原因——1)针头滑出静脉外;2)针头斜面紧贴静脉壁;3)针头阻塞;4)压力过低;5)静脉痉挛

(4)输液反应——1)发热反应(最常见);2)循环负荷过重反应(急性肺水肿);3)静脉炎;4)空气栓塞

(5)发热反应——常因输入致热物质所致。反应轻的病人可以减慢输液速度,重者立即停止输液

(6)循环负荷过重反应——典型表现为咳嗽、咳粉红色泡沫样痰;一旦发生病人立即取端坐位,双腿下垂,给予高流量吸氧,并用 20%~30%乙醇湿化,遵医嘱给予镇静药、平喘、强心、利尿和扩血管药物。必要时进行四肢轮扎或静脉放血

(7)静脉炎——典型表现为沿静脉走向出现条索状红线;局部可用 95%乙醇或 50%硫酸镁湿热敷

(8)空气栓塞——空气阻塞肺动脉入口;病人应立即取左侧卧位和头低足高位

19. 静脉输血

(1)血液制品的种类

1)新鲜血——适用于血液病病人

2) 库存血——2~6℃环境下保存 2~3 周的全血。大量输注库存血导致酸中毒和高血钾的发生。用于各种原因引起的大出血

3) 新鲜血浆——适用于凝血因子缺乏的病人

(2) 输血的准备

1) (三勿)——勿剧烈振荡;勿加温;勿添加药物

2) 三查八对——“三查”即查对血液制品的有效期、质量、输血装置是否完好;“八对”即对病人床号、姓名、住院号、血袋号、血型、交叉配血试验结果、血制品的种类及剂量

3) 输血前、后及输两袋血之间,应输入少量 0.9%氯化钠溶液

4) 输完的血袋送回输血科保留 24 小时,以备查验

(3) 输血反应——1) 发热反应(最常见);2) 过敏反应;3) 溶血反应;4) 大量输血有关的反应如循环负荷过重、出血倾向、枸橼酸钠中毒

(4) 过敏反应——轻者表现为皮肤瘙痒、荨麻疹,眼睑、口唇水肿;重者表现为喉头水肿,呼吸困难,甚至发生过敏性休克

(5) 溶血反应(输入 10~15ml 血液后出现)——初期头部胀痛,四肢麻木,腰背部剧烈疼痛,然后黄疸和血红蛋白尿(尿呈酱油色),同时寒战、高热,严重者急性肾衰竭死亡

(6) 出血倾向——库存血中的血小板破坏较多,使凝血因子减少所致

(7) 枸橼酸钠中毒——1) 表现为手足抽搐,血压下降,心率缓慢;2) 预防枸橼酸钠中毒可每输库存血 1000ml,静脉注射 10%葡萄糖酸钙 10ml

20. 标本采集

(1) 同时抽取不同类型的血标本,血培养瓶——抗凝管——干燥试管

(2)一般血培养取血 5ml,对亚急性细菌性心内膜病人,为提高培养阳性率,采血 10~15ml

(3)尿标本——常规尿标本、尿培养标本、12 小时或 24 小时尿标本

(4)尿常规——一般 30~50ml、尿比重 100ml;尿培养——中段尿 5~10ml

(5)留取 12 小时或 24 小时尿标本常用的防腐剂——40%甲醛用于艾迪计数,浓盐酸用于 17-羟类固醇、17-酮类固醇检查,甲苯用于尿蛋白、尿糖定量及钾、钠、氯、肌酐、肌酸定量

(6)检查阿米巴原虫——将便器加温至接近人体的体温,排便后标本连同便盆立即送检

(7)留痰标本查找癌细胞——用 10%甲醛溶液或 95%乙醇溶液固定痰液后立即送检

21. 意识障碍

(1)嗜睡——最轻度的意识障碍;能被言语或轻度刺激唤醒,醒后能正确、简单而缓慢地回答问题,但反应迟钝,刺激去除后又很快入睡

(2)意识模糊——对时间、地点、人物的定向力完全或部分发生障碍,可有错觉、幻觉、躁动不安、谵语或精神错乱

(3)昏睡——熟睡状态,不易唤醒。压迫眶上神经可被唤醒,醒后答话含糊或答非所问,停止刺激后即又进入熟睡状态

(4)昏迷——轻度昏迷:意识大部分丧失,无自主运动,对声、光刺激无反应,对疼痛刺激(如压迫眶上缘)可有痛苦表情及躲避反应。瞳孔对光反射、角膜反射、眼球运动、吞咽反射、咳嗽反射等可存在;中度昏迷:对周围事物及

各种刺激均无反应,对于剧烈刺激可出现防御反射。角膜反射减弱,瞳孔对光反射迟钝,眼球无转动;深度昏迷:全身肌肉松弛,对各种刺激均无反应。深、浅反射均消失

22. 初级心肺复苏

(1)胸外按压(C)——胸外按压的正确部位是胸骨中下 1/3 交界处,胸骨压下 5~6cm,按压频率 100~120 次/分

(2)开放气道(A)——仰头抬颏法。迅速清除病人口中异物和呕吐物,必要时使用吸引器,义齿松动者应取下

(3)人工呼吸(B)——口对口呼吸是一项快捷有效的通气方法;每 30 次胸外按压连续给予 2 次人工呼吸

23. 危重病人的抢救

(1)吸氧

1)氧气头罩法——小儿

2)氧气浓度与流量的关系——吸氧浓度(%)=21+4×氧流量(L/分)

3)氧中毒——氧浓度高于 60%,持续吸氧 24 小时,会发生氧中毒,表现为恶心、烦躁不安、面色苍白、干咳、胸痛、进行性呼吸困难等

(2)吸痰

1)每次吸痰时间<15 秒,以免造成缺氧

2)吸痰负压——成人 40~53.3kPa,小儿<40kPa

3)吸痰顺序——一般病人应先吸净口腔咽喉的分泌物后,再吸气管内分泌物;气管切开病人,先吸气管插管内分泌物

(3)洗胃

- 1) 口服催吐法——服毒量少的清醒合作者
- 2) 当中毒物质不明时——选用温开水或生理盐水
- 3) 强酸或强碱等腐蚀性药物中毒者,禁忌洗胃;肝硬化伴食管—胃底静脉曲张、近期有上消化道出血、胃穿孔的病人,禁忌洗胃
- 4) 洗胃液每次灌入量以 300~500ml 为宜
- 5) 洗胃时间——服毒后 4~6 小时内洗胃最有效;幽门梗阻病人洗胃宜在饭后 4~6 小时或空腹时进行
- 6) 敌百虫——禁用碱性药物洗胃,因其遇碱性药物可分解出毒性更强的敌敌畏
- 7) 磷化锌——禁用鸡蛋、牛奶、脂肪及其他油类食物

内科护理学

1. 呼吸系统疾病病人的评估

- (1) 吸气性呼吸困难:大气道梗阻
- (2) 呼气性呼吸困难:小气道梗阻
- (3) 肺结核、支气管扩张、肺癌是引起咯血的前三位病因,二尖瓣狭窄引起的咯血是由于静脉破裂引起,是较为特殊的一种类型
- (4) 青壮年咯血多见于肺结核、支气管扩张症;40 岁以上有长期大量吸烟史者咯血时,要高度警惕支气管肺癌。

2. 肺炎链球菌肺炎

- (1) 病理——充血期、红色肝变期、灰色肝变期、消散期
- (2) 临床表现——寒战、高热、胸痛、咳铁锈色痰

(3)治疗及护理——首选青霉素,热退后3天或7天停药;如3天后体温不降或降后复升,应考虑肺炎链球菌的肺外感染或其他疾病存在的可能性,如脓胸、心包炎、关节炎等

速 记

肺炎链球菌肺炎——铁锈色痰

急性肺水肿——粉红色泡沫痰

厌氧菌感染——痰液呈臭味

支气管扩张——大量脓痰并出现分层

速 记

支原体肺炎、军团菌首选红霉素,

克雷伯杆菌首选氨基糖苷类药。

(记忆:支援红军送白糖)

3. 支气管扩张

(1)病因——婴幼儿期支气管—肺组织感染是导致支气管扩张的最常见病因

(2)临床表现——慢性咳嗽、大量脓痰和反复咯血

(3)X线检查典型者可见不规则的蜂窝状透亮阴影或沿支气管的卷发状阴影

(4)治疗原则

1)选用抗生素的标准——痰培养及药物敏感试验

2)最主要的处理措施——体位引流

3)最主要的护理问题——清理呼吸道无效/有窒息的危险

4. 咯血病人的护理

(1)咯血的量

少量咯血	中等量咯血	大量咯血
每天<100ml	每天 100~500ml	每天>500ml,或 1次>300ml

(2)大量咯血首选垂体后叶素

(3)清理呼吸道——防止发生窒息

5. 慢性阻塞性肺气肿(COPD)

(1)病因——吸烟是重要的发病因素;诱因——感染

(2)临床表现

1)症状——逐渐加重的呼吸困难是慢支并发慢阻肺的标志性症状

2)体征——桶状胸,呼吸运动减弱;两侧语颤减弱,叩诊呈过清音

(3)常用检查——肺功能评估,残气量增加

(4)治疗——低流量、低浓度持续性给氧

(5)缩唇呼气——防止呼气时小气道过早陷闭,以利于肺泡气体排出

(6)呼吸功能锻炼——呼吸时间比例为 2:1~3:1

6. 肺心病

(1)病因——COPD

(2)肺心病形成关键环节——肺动脉高压

(2)表现——表现淡漠、嗜睡、昏睡等——肺性脑病

(3)吸氧——CO₂ 潴留采取持续低浓度、低流量吸氧

7. 呼吸衰竭

(1)病因——COPD, 诱因——感染

(2)最早出现的症状——呼吸困难, 最典型的症状——发绀

(3)诊断依据——动脉血气分析

(4)诊断标准——1) I 型呼吸衰竭——单纯 PaO₂<60mmHg:

2) II 型呼吸衰竭——PaO₂<60mmHg 且 PaCO₂>50mmHg

(5)吸氧——1)I 型呼吸衰竭——可给予较高浓度(>35%)吸氧

2) II 型呼吸衰竭——给予低浓度(<35%)持续吸氧

8. 肺结核

(1)病因——结核杆菌

(2)感染途径——飞沫传播

(3)分型——原发型肺结核——多发生于儿童或初次进入城市的成年人

(4)辅助检查——结核菌分枝杆菌检查是确诊肺结核病的特异性依据;
痰菌阳性表明其病灶是开放性的, 具有传染性

(5)结核菌素试验(PPD)——0.1ml 结核菌素稀释液在前臂掌侧进行皮内注射, 注射后 48~72 小时测皮肤硬结直径, 如果小于 5mm 为阴性, 5~9mm 为弱阳性, 10~19mm 为阳性, 20mm 以上或局部有水泡、坏死为强阳性

(6)抗结核化学药物治疗原则——早期、联合、适量、规律和全程治疗

9. 支气管哮喘

(1)本质——气道的慢性炎症

(2)主要临床表现——呼气性呼吸困难,伴有哮鸣音

(3)痰涂片检查——嗜酸性粒细胞增多

(4)治疗——

1)脱离过敏原——如尘螨、花粉、动物毛屑等

2)吸入 β 受体激动剂(沙丁胺醇)——控制哮喘发作首选的药物

3)糖皮质激素——吸入倍氯米松,控制哮喘最有效的药物

4)色甘酸钠——预防运动和过敏原诱发的哮喘最有效的药物

5)氨茶碱——不良反应:心律失常、严重的时候有抽搐

6)吸氧—— CO_2 潴留采取持续低浓度、低流量吸氧

10. 心功能不全的主要临床表现

(1)左心衰:最典型的临床表现——呼吸困难,最早表现劳力性呼吸困难,最严重表现急性肺水肿,最具有诊断意义的体征——舒张期奔马律

(2)右心衰:颈V怒张,肝大、压痛,肝—颈V回流征(+),下垂部位水肿;其中最有意义的体征,肝—颈V回流征(+)。水肿最常见部位是下垂部位(双下肢),长期卧床患者水肿在腰骶部

11. 心功能分级护理

(1)Ⅰ级:体力活动不受限——不限制一般体力活动

(2)Ⅱ级:体力活动轻度受限,日常活动可引起气急、心悸——限制重体力活动,增加午睡时间

(3)Ⅲ级:体力活动明显受限,稍事活动即引起心悸、气急——严格限制一般的体力活动,增加休息时间

(4)Ⅳ级:体力活动重度受限制,休息状态下也气急、心悸——绝对卧床

休息

12. 洋地黄的护理

(1)代表药物——西地兰(毛花苷 C)、地高辛

(2)作用机制——增强心肌收缩力,治疗充血性心力衰竭

(3)使用前监测心率,低于 60 次/分不用

(4)中毒的表现——1)消化系统:恶心、呕吐;2)神经系统:头晕、黄视、绿视;3)循环系统:心律失常,其中最常见是室性期前收缩

(5)中毒的处理——1)停药;2)停用排钾利尿剂;3)纠正心律失常,室性快速心律失常可使用利多卡因或苯妥英钠,对缓慢心律失常可使用阿托品;

4)纠正低钾血症

13. 急性肺水肿处理措施

(1)体位——端坐位,腿下垂,减少静脉回心血量

(2)镇静——吗啡,或哌替啶(杜冷丁)

(3)高流量吸氧——6~8L/min,加入 20%~30%乙醇湿化氧

(4)减少心脏负荷——快速利尿

(5)强心药——快速洋地黄制剂如毛花苷 C(西地兰)

(6)氨茶碱——可解除支气管痉挛

(7)血管扩张剂——首选硝普纳(扩张小动脉和小静脉),因含有氰化物,用药时间不宜超过 24 小时

14. 硝普钠、硝酸甘油的护理

(1)硝普钠避光滴注,硝酸甘油避光保存,不能放入透明塑料盒里面

(2)硝酸甘油扩张小静脉,是心绞痛首选药物

(3)硝普钠既能扩张动脉,又能扩张静脉,既能降低心脏的前负荷,又能降低后负荷,是高血压急症首选

15. 利尿剂的护理

(1)监测电解质,排钾利尿剂导致低血钾,易导致洋地黄中毒

(2)代表药物:1)排钾利尿剂——呋塞米(速尿)、氢氯噻嗪;

2)保钾利尿剂——螺内酯(安体舒通)、氨苯蝶啶

(3)呋塞米急性肺水肿首选,氢氯噻嗪导致高尿酸血症,痛风的患者禁用

(4)利尿剂可通过利尿消肿降压,利尿剂通过降低心脏前负荷来改善心功能不全

16. 高血压护理措施

(1)生活方式干预:控制体重;限制钠盐的摄入,每天钠盐摄入量应低于6g;并增加钾盐的摄入量;减少食物中饱和脂肪酸的含量和脂肪总量,少吃或不吃肥肉和动物内脏,补充适量蛋白质;戒烟、限酒;适当运动,可选择步行、慢跑、游泳、太极拳、气功等。运动强度因人而异,运动时最大心率达到170减去年龄;减少精神压力,保持心理平衡

(2)药物护理

1)利尿剂——减少血容量而降压,氢氯噻嗪和呋塞米(速尿)易导致低血钾

2) β 受体阻滞剂——代表药物美托洛尔,房室传导阻滞、支气管哮喘禁用

3)血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI)——代表药物卡托普利,易发生刺激性干咳

4)二氢吡啶类钙通道阻滞剂——代表药物硝苯地平,反射性交感活性增强,导致心跳加快、面部潮红、下肢水肿、牙龈增生等

5)应用硝普钠和硝酸甘油时,应严格遵医嘱控制滴速,密切观察药物的不良反应,硝普钠需要现配现用,避光滴注

(3)改变姿势,特别是从卧、坐位起立时动作宜缓慢,在直立性低血压发生时应指导病人采取下肢抬高平卧,以促进下肢血液回流

(4)指导其按医嘱服用降压药物,不可擅自增减药量,更不可突然停药,以免血压突然急剧升高

17. 稳定型心绞痛

(1)临床特点:

- 1)部位——胸骨体中、上段之后,或心前区;
- 2)性质——压迫样、憋闷感或紧缩样感;
- 3)诱因——体力劳动、情绪激动、饱餐、寒冷等;
- 4)时间——持续 3~5 分钟
- 5)缓解——休息或舌下含服硝酸甘油

(2)辅助检查:

- 1)常用检查——心电图
- 2)诊断金标准——冠状动脉造影

(3)健康教育——心绞痛发作时应立即停止活动,同时舌下含服硝酸甘油;低热量、低脂、低胆固醇、低盐饮食,多食蔬菜、水果和粗纤维食物,避免暴饮暴食,注意少量多餐;戒烟、限酒;以有氧运动为主;硝酸甘油见光易分解,应放在棕色瓶内存放于干燥处,以免潮解失效

18. 心肌梗死

(1) 临床表现

1) 疼痛——最早、最突出的症状

2) 心律失常: 24 小时内死亡主要的原因——是室颤; 最常见的心律失常——是室性期前收缩; 室颤的先兆——室性期前收缩频发(每分钟 5 次以上), 成对出现或呈非持续性室性心动过速, 多源性或落在前一心搏的易损期时(R on T); 下壁心肌梗死最常见的心律失常是——房室传导阻滞、窦性心动过缓

3) 低血压和休克——心源性休克, 病人表现为烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、脉细而快、大汗淋漓、少尿、神志迟钝, 甚至晕厥者则为休克表现

4) 心力衰竭——表现为呼吸困难、咳嗽、发绀、烦躁等症状, 重者可发生肺水肿

(2) 辅助检查

1) 心电图——ST 段弓背向上抬高、宽而深的 Q 波(病理性 Q 波)、T 波倒置

2) 血清心肌坏死标志物: 心肌肌钙蛋白——是诊断心肌坏死最特异和敏感的首选指标。肌酸激酶同工酶(CK-MB)——CK-MB 适于早期(<4 小时)AMI 诊断和再发心梗诊断

3) 诊断金标准——冠状动脉造影

(3) 治疗及护理

1) 治疗原则: 心肌再灌注。经皮冠状动脉介入治疗(PCI)——经股动脉穿刺者 1kg 沙袋压迫穿刺点 6~8 小时, 穿刺侧肢体限制屈曲活动 24 小时后

拆除弹力绷带自由活动,术后应注意观察双下肢足背动脉搏动情况,皮肤颜色、温度、感觉改变,下床活动后肢体有无疼痛或跛行等;溶栓疗法——常用溶栓药物有链激酶、尿激酶、重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)阿替普酶。

2)解除疼痛——哌替啶(度冷丁)或吗啡

3)急性期应绝对卧床 12 小时;起病后 4~12 小时内给予流质饮食,以减轻胃扩张,随后过渡到低脂、低胆固醇清淡饮食,提倡少量多餐

4)给氧——鼻导管给氧,以增加心肌氧的供应,减轻缺血和疼痛

5)保持大便通畅——富含纤维素的食物如水果、蔬菜的摄入;一般在病人无腹泻的情况下常规应用缓泻剂,以防止便秘时用力排便导致病情加重。一旦出现排便困难,应立即告知医护人员,可使用开塞露或低压盐水灌肠

19. 感染性心内膜炎

(1)急性感染性心内膜炎——主要由金黄色葡萄球菌引起;亚急性感染性心内膜炎——多见草绿色链球菌

(2)临床表现:发热——是最常见的症状。心脏杂音。周围体征:指(趾)甲下线状出血;脑栓塞最为常见。心脏并发症——心力衰竭为最常见并发症

(3)血培养——最重要的诊断方法,药物敏感试验可为治疗提供依据

(4)治疗——青霉素可作为首选药物

(5)正确采集血标本:对于未经治疗的亚急性病人,应在第一天每间隔 1 小时采血 1 次,共 3 次。如次日未见细菌生长,重复采血 3 次后,开始抗生素治疗。已用过抗生素者,停药 2~7 天后采血。急性病人应立即采血,每隔 1 小时采血 1 次,共取 3 次。本病的菌血症为持续性,无须在体温升高时采血。

每次采血 10~20ml,同时作需氧和厌氧培养,至少应培养 3 周

(6)饮食护理:给予清淡、高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食,以补充发热引起的机体消耗。鼓励病人多饮水,做好口腔护理

(7)健康教育:在施行口腔手术如拔牙、扁桃体摘除术,上呼吸道手术或操作,泌尿、生殖、消化道侵入性诊治或其他外科手术治疗前,应说明自己患有瓣膜病、心内膜炎等病史,以预防性使用抗生素

20. 房颤及室颤

(1)房颤

1)临床表现——心脏诊时心律绝对不规则、第一心音强弱不一致,短绌脉。脑栓塞的发生率高

2)心电图——P 波消失,代之以大小形态及规律不一的基线波动(f 波),频率 350~600 次/分

3)制心室率,可选用 β 受体阻滞剂、洋地黄。一般认为心室率控制的目标为静息时心率维持在 60~80 次/分,轻微活动后应控制在 100 次/分以内

4)华法林——预防脑栓塞的一线用药

(2)室颤

1)室颤——是最危险的心律失常

2)临床表现——突发意识丧失、抽搐、呼吸停止甚至死亡。触诊大动脉搏动消失、听诊心音消失、血压无法测到

3)心电图——波形、振幅及频率均极不规则,无法辨认 QRS 波群、ST 段与 T 波

21. 消化性溃疡

- (1)病因——
- 1)幽门螺杆菌(Hp)感染
 - 2)非甾体抗炎药(NSAID)
 - 3)胃酸和胃蛋白酶
 - 4)粗糙和刺激性食物或饮料
 - 5)度精神紧张、情绪激动等

(2)临床表现——慢性、周期性、节律性上腹痛
胃溃疡、十二指肠溃疡的疼痛比较

	胃溃疡	十二指肠溃疡
机制	保护因素减弱	侵袭因素减弱
疼痛性质	烧灼或痉挛感	钝痛、灼痛、胀痛或剧痛，也可仅饥饿样不适感
疼痛发作时间	进食后 30 ~ 60 分钟疼痛	下次餐前，午夜至凌晨 3 点常痛醒
一般规律	进食—疼痛—缓解	疼痛—进食—缓解
好发部位	胃窦小弯	球部

(3)并发症

- 1)上消化道出血——呕吐咖啡色胃内容物，排出黑色柏油样黑便
- 2)穿孔——突然刀割样剧烈疼痛，立即做立位的腹部 X 线片(膈下游离气体)
- 3)幽门梗阻——呕吐隔夜宿食；低钾性碱中毒
- 4)癌变——持续便潜血(+)
 - (4)辅助检查——1)确诊：胃镜
 - 2)X 线钡餐：龛影

(5) 药物护理

1) H_2 受体拮抗药(西咪替丁)——乏力、头晕、嗜睡和腹泻

2) 质子泵抑制药(奥美拉唑)——抑酸最强,餐前空腹服用,避免食物干扰

3) 铋剂——餐前半小时服(酸性环境中方起作用),黑便、牙齿舌头染黑

4) 硫糖铝——餐前 1 小时服用

5) 多潘立酮——餐前 1 小时服用,避免与阿托品同服;

6) 氢氧化铝、铝碳酸镁——餐后 1—2 小时服用,避免与牛奶同服

22. 肝硬化

(1) 病理——假小叶;病因——病毒性肝炎

(2) 临床表现

1) 代偿期——乏力、食欲减退;

2) 失代偿期——肝功减退:肝病面容;出血、贫血;内分泌紊乱(雌激素水平升高——肝掌、蜘蛛痣,男性女性化,女性闭经、不孕);门脉高压——脾大、侧支循环的建立和开放(食管下段和胃底静脉曲张;腹壁和脐周静脉曲张;痔静脉曲张)、腹水(最突出的临床表现)

(3) 并发症

1) 最常见——上消化道出血(食管—胃底静脉曲张破裂引起)

2) 自发性腹膜炎——G—感染常见;金黄色葡萄球菌—脓液粘稠、无臭;大肠埃希菌——脓液稀薄、无臭

3) 肝性脑病——最严重并发症

4) 原发性肝癌——短期内出现病情迅速恶化、肝脏进行性增大

5) 肝肾综合征

(4) 确诊——肝穿刺活检

(5) 饮食护理——高热量、高蛋白质、高维生素、易消化饮食, 严禁饮酒, 适当摄入脂肪, 动物脂肪不宜过多摄入; 有腹水者应限制摄入钠盐 500~800mg/d(氯化钠 1.2~2.0g/d); 进水量 1000ml/d 以内

23. 肝性脑病

(1) 病因——病毒性肝炎后肝硬化

(2) 特征性的体征——扑翼样震颤

(3) 分期——

1) 0 期(潜伏期): 又称轻微肝性脑病, 仅在心理或智力测试时表现出轻微异常

2) 一期(前驱期): 焦虑、欣快激动、淡漠、睡眠倒错、健忘等轻度精神异常, 可有扑翼样震颤

3) 二期(昏迷前期): 嗜睡、行为异常(如衣冠不整或随地大小便)、言语不清、书写障碍及定向力障碍

4) 三期(昏睡期): 昏睡, 但可以唤醒, 醒时尚可应答, 但常有神志不清和幻觉

5) 四期(昏迷期): 昏迷, 不能唤醒

(4) 蛋白饮食——急性期首日禁蛋白饮食, 给予葡萄糖保证供应能量, 清醒后给予少量植物蛋白

(5) 灌肠导泻——生理盐水、稀醋酸; 忌用肥皂水、苏打水

(6) 口服新霉素——抑制肠道细菌

(7)口服乳果糖——可以降低肠道 pH,抑制肠道细菌生长,使肠道细菌产氨减少,并可以减少氨的吸收

(8)支链氨基酸——抑制假神经递质形成

(9)谷氨酸钾、谷氨酸钠——为碱性药物,碱血症患者不用

(10)躁动不安——床挡

24. 急性胰腺炎

(1)主要病因为——胆道疾病

(2)主要表现和首发症状为——腹痛,腹痛常位于中上腹,常向腰背部呈带状放射

(3)提示预后不佳——低钙血症

(4)首选的辅助检查——血淀粉酶测定,超过正常值 3 倍可确诊为本病

(5)首选的治疗措施——禁食和胃肠减压

(6)禁用药物——吗啡,因吗啡可引起 Oddi 括约肌痉挛,加重疼痛

(7)可取体位——屈膝侧卧位

25. 上消化道大量出血

(1)定义——数小时内失血量超过 1000ml 或失血量占循环血容量 20%,主要表现为呕血和(或)黑便

(2)最常见的病因——消化性溃疡

(3)肝硬化合并门静脉高压患者引起上消化道出血的原因为——食管—胃底静脉曲张破裂

(4)上消化道出血特征性表现——呕血与黑便。呕血多呈咖啡色,粪便呈柏油样,黏稠而发亮

(5) 首选检查措施为——内镜检查。一般在上消化道出血后 24~48 小时内进行急诊内镜检查

(6) 因肝硬化引起上消化道大出血的病人需:输新鲜血,因库存血含氨多易诱发肝性脑病

(7) 食管—胃底静脉曲张破裂出血应选用——气囊管压迫止血

(8) 首要的护理问题为——体液不足

(9) 首要采取的措施是——迅速建立有效静脉通道,及时、准确地补充血容量

(10) 出血量评估:隐血试验阳性每日出血量 5ml~10ml;柏油样便出血量 50~100ml 以上;胃内积血量达 250~300ml 时可引起呕血;出血量超过 400~500 ml 时,可出现头晕、乏力、心悸、出汗等全身症状;如超过 1000ml,临床即出现急性周围循环衰竭的表现。

26. 急腹症病人的护理

(1) 外科急腹症以急性腹痛为主要表现

(2) 躯体痛是腹腔内炎性物刺激壁腹膜引起,疼痛定位准确

(3) 炎症性病变多体温升高,白细胞和中性粒细胞增高

(4) 穿孔性疾病 X 线见膈下游离性气体

(5) 出血性疾病以失血表现为主

(6) 腹腔穿刺时若抽出不凝固血,多提示腹腔内出血

(7) 腹腔穿刺液的淀粉酶测定结果阳性,多考虑为急性胰腺炎

(8) 对诊断不明的患者四禁——禁食、禁镇痛、禁导泻、禁灌肠

(9) 内科腹痛的特点——一般先发热或先呕吐,后才腹痛,或呕吐腹痛同

时发生,腹痛多无固定部位

速 记

腹痛伴有呕吐:

机械性肠梗阻——呕吐可频繁而剧烈;

幽门梗阻——呕吐物无胆汁;

高位肠梗阻——可吐出大量胆汁;

低位肠梗阻——粪臭样呕吐物;

肠绞窄——血性或咖啡色呕吐物;

腹膜炎——呕吐呈溢出性。

27. 胃癌

(1)胃癌多见于——胃窦部

(2)胃癌的主要转移途径为——淋巴转移

(3)胃癌晚期最常见的转移部位为——肝

(4)胃癌的临床表现

1)症状:早期无明显症状,半数病人较早出现上腹隐痛。

2)体征:体检早期病人可仅有上腹部深压痛;晚期病人可扪及上腹部肿块。

(5)诊断早期胃癌的有效方法——纤维胃镜

(6)首选治疗方法——手术治疗

28. 急性肾小球肾炎

(1)致病菌—— β 溶血性链球菌 A 组

(2)临床表现——

- 1)水肿:肾小球滤过率下降,肾小管重吸收功能正常,进而球管失衡
- 2)血尿:镜下血尿多见(>3 个红细胞/每高倍视野)
- 3)蛋白尿: $<3.5\text{g}/\text{日}$
- 4)高血压:水钠潴留

(3)尿沉渣中常有白细胞管型、红细胞管型、颗粒管型等

(4)血清补体恢复正常的时间——8周内

(5)急性肾小球肾炎的护理

1)主要问题——体液过多

2)休息——急性期病人应绝对卧床休息2~3周,部分病人需卧床休息4~6周,待肉眼血尿消失、水肿消退、血压恢复正常后,方可逐步增加活动量。

3)密切观察病人生命体征的变化,水肿严重者如出现烦躁不安、呼吸困难、心率增快、不能平卧、肺底湿性啰音,肝脏增大等,应考虑为:心力衰竭。

29. 肾病综合征

(1)肾病综合征的病因病理

1)大量蛋白尿:尿蛋白定量 $>3.5\text{g}/\text{d}$

2)低白蛋白血症:血浆白蛋白 $<30\text{g}/\text{L}$

3)高脂血症

4)水肿:最突出的体征;血浆胶体渗透压降低,液体从血管内进入组织间隙,产生水肿

(2)感染——为肾病综合征常见的并发症

(3)血栓、栓塞:易发生血管内血栓形成和栓塞,其中以肾静脉血栓最为

多见

(4)肾功能良好者给予正常量的优质蛋白,肾功能减退者则给予优质低蛋白

(5)药物治疗

1)糖皮质激素(泼尼松):首选药,应用时要遵循以下原则:

①起始用量要足;②减撤药物要慢;③维持用药要久,服半年至一年或更久。

2)细胞毒药物:环磷酰胺,不良反应有骨髓抑制、中毒性肝炎、出血性膀胱炎及脱发,并可出现性腺抑制(尤其男性)

30. 慢性肾衰竭

(1)国外常见的病因——糖尿病肾病;我国常见的病因——肾小球肾炎

(2)最常见的感染——肺部感染和尿路感染

(3)胃肠道表现:食欲缺乏——常见的最早期表现

(4)贫血的主要原因——红细胞生成减少

(5)出现皮肤瘙痒的主要原因——尿素霜刺激皮肤

(6)慢性肾衰竭引起的水、电解质和酸碱平衡失调

1)多尿、夜尿多:晚期病人尿量可少于 400ml/d

2)高血钾及低血钾

3)酸中毒:慢性肾衰竭病人都有轻重不等的代谢性酸中毒。

4)低钙血症与高磷血症

(7)护士应着重观察——高血钾

(8)最危险的电解质紊乱是——高血钾

(9)诊断慢性肾衰竭最重要的尿常规指标是——蜡样管型

(10)慢性肾衰竭病人应给予:高维生素、高热量、优质低蛋白,低磷高钙饮食

(11)慢性肾衰竭病人的补液量为:前1天出液量加不显性失水 500ml

31. 高血钾的紧急处理

(1)最有效的方法为血液透析治疗

(2)10%葡萄糖酸钙 10~20ml 稀释后缓慢静注(不少于5分钟),以拮抗钾离子对心肌的毒性作用;

(3)5%碳酸氢钠 100~200ml 静滴,以纠正酸中毒并促使钾离子向细胞内转移;(4)50%葡萄糖液 50~100ml 加普通胰岛素 6~12U 缓慢静滴,以促进糖原合成,使钾离子向细胞内转移。

(4)可用离子交换树脂 15~30g 口服,每天3次,但起效慢,不作为高钾血症的急救措施

32. 尿路感染

(1)病因——以大肠杆菌最多见

(2)感染途径——上行感染

(3)易感因素:女性尿道短而直,尿道口离肛门近而易被细菌感染。尿流不畅是尿路感染最重要的易感因素。

(4)临床表现——膀胱炎:尿频尿急尿痛等膀胱刺激征症状,一般无全身毒素症状;急性肾盂肾炎有寒战、高热、全身酸痛等全身症状,泌尿系统症状表现为膀胱刺激征。

(5)饮水不少于 2000ml/日,多饮水、勤排尿是预防尿路感染最简便而有

效的措施。

(6)预防幼儿尿路感染:幼儿不穿开裆裤,为婴儿勤换尿布,便后清洗臀部,保持清洁。

33. 缺铁性贫血

(1)定义——体内贮存铁缺乏,导致血红蛋白合成减少而引起的一种小细胞低色素性贫血

(2)病因:

1)铁摄入量不足——多见于婴幼儿、青少年、妊娠和哺乳期的妇女

2)铁吸收不良——吸收部位在十二指肠及空肠上段

3)铁丢失过多(慢性失血)——成人缺铁性贫血最常见和最重要的病因

(3)临床表现

1)缺铁原发病表现;

2)一般贫血共有的表现:面色苍白、乏力、易倦、头晕、头痛、心悸、气促、耳鸣等。

3)缺铁性贫血的特殊表现

①组织缺铁表现:舌炎、嘴角炎、反甲、缺铁性吞咽困难。

②神经、精神系统异常:儿童较为明显,如过度兴奋、易激惹、好动、难以集中注意力、发育迟缓、体力下降等。

③异食癖

(4)补充铁剂护理

1)口服铁剂:餐后服用,从小剂量开始逐渐增加剂量,以便减轻不良反应。与vc或稀盐酸同服可促进铁剂的吸收,避免与牛奶、茶、咖啡同服。

2)注射铁剂:肌肉注射应采用深部注射,并经常更换注射部位,以促进吸收。

34. 急性白血病

(1)临床表现:起病急缓不一。发病急者可以是突然高热、明显出血或全身衰竭或骨关节疼痛为早期症状。发病缓者常为面色苍白、疲乏或轻度出血。

(2)急性白血病四大症候群

1)贫血——常为首发症状

2)出血——最主要原因是血小板减少

3)发热——大多数发热是继发感染所致;继发感染是导致急性白血病病人死亡最常见的原因之一,感染以口腔黏膜、牙龈、咽峡最常见,其次是呼吸道及肛周皮肤等

4)器官和组织浸润

①骨和关节:骨痛和四肢关节疼痛

②中枢神经系统白血病:临床表现为头痛、头晕、呕吐、颈强直,严重者甚至抽搐、昏迷,病人脑脊液压力增高。

③肝、脾、淋巴结肿大:轻度到中度的肝脾大,表面光滑,偶伴轻度触痛。

④皮肤及黏膜浸润。

(3)辅助检查——骨髓检查可确诊

(4)化学治疗——诱导缓解及巩固强化治疗两个阶段

1)诱导缓解:是指从化疗开始到完全缓解。完全缓解标准是白血病的症状、体征消失,血象和骨髓象基本正常。

2) 巩固强化治疗: 巩固强化的目的是继续消灭体内残存的白血病细胞, 防止复发, 延长缓解期, 争取治愈。

35. 特发性血小板减少性紫癜(ITP)

(1) 病因

1) 感染: 约 80% 的急性 ITP 病人, 在发病前 2 周左右有上呼吸道感染史

2) 免疫因素: ITP 的发病与免疫因素密切相关

3) 肝、脾与骨髓因素

4) 其他因素: 可能与体内雌激素水平有关

(2) 临床表现

1) 急性型: 较多见, 多见于婴幼儿, 发病前多有感染史。起病急, 以自发性皮肤、黏膜出血为突出表现, 多为针尖大小出血点, 或瘀斑、紫癜, 以四肢多见。主要死亡原因是颅内出血。

2) 慢性型: 病程超过 6 个月, 多见于学龄儿童。起病缓慢, 出血症状相对较轻, 主要为皮肤、黏膜出血, 可持续性或反复发作性出血。约 1/3 患儿发病数年后自然缓解。

(3) 治疗要点

1) 一般治疗——血小板明显减少($< 20 \times 10^9/L$)、出血严重者应卧床休息

2) 肾上腺皮质激素: 宜早期、大量、短程应用。常用泼尼松或甲泼尼龙

(4) 预防感染——保护性隔离

36. 糖尿病

(1) 糖尿病的典型临床表现: “三多一少”——多饮、多食、多尿、体重下降

(2)糖尿病酮症酸中毒患者呼吸气味——烂苹果味

(3)糖尿病病人低血糖值 ≤ 3.9 mmol/L

(4)适用于二型肥胖患者用药:双胍类,代表药二甲双胍

(5)胰岛素抽吸顺序——先短效后长效

(6)饮食治疗——最基本的治疗措施。

(7)药物治疗

1)磺脲类:直接刺激胰岛 β 细胞释放胰岛素。

2)双胍类:最适合超重的2型糖尿病。

3)葡萄糖苷酶抑制剂:抑制小肠 α 葡萄糖苷酶活性,减慢葡萄糖吸收,降低餐后血糖。

4)胰岛素:最常见的副作用是低血糖反应:表现为疲乏、强烈饥饿感、出冷汗、脉速、恶心、呕吐,重者可致昏迷,甚至死亡。

37. 类风湿关节炎

(1)病理改变——滑膜炎是最基本病理改变。

(2)临床表现:关节表现部位:主要侵犯小关节,尤其是手关节

1)晨僵——可作为判断病情活动度的指标

2)关节痛——最早的关节症状。特点:多呈对称性、持续性,但时轻时重,常伴有压痛。

3)关节畸形——见于较晚期病人

4)功能障碍

38. 系统性红斑狼疮

(1)病理表现为——以血管炎和血管病变为突出。

特征性病变为:苏木紫小体(狼疮小体):是抗核抗体作用于细胞核形成的蓝染的圆形或椭圆形物质——为诊断 SLE 的特征性依据。

(2)病因:

1)遗传因素

2)雌激素

3)环境:日光、食物、药物、化学试剂及病原微生物等环境与 SLE 有关。

(3)临床表现

1)全身症状:常见的有发热,无一定热型

2)皮肤黏膜损害——面部蝶形红斑

3)关节与肌肉疼痛:关节肿痛——首发症状。

部位:受累关节常是近端指间关节、腕、足部、膝和踝关节。

特点:呈对称分布,较少引起畸形。

4)脏器损害:几乎所有 SLE 病人均有肾脏损害。

(4)糖皮质激素——首选药

39. 颅内压增高

(1)定义——颅内压持续高于 $200\text{mmH}_2\text{O}$ (2.0KPa), 出现头痛、呕吐和视乳头水肿 3 个主要的综合征。

(2)紧急治疗——快速输注 20% 甘露醇 250ml 脱水治疗, 一般在 15—30min 内输注完毕。

40. 癫痫病

(1)特征——短暂性、刻板性、间歇性和反复发作

(2)癫痫持续状态:传统意义是指癫痫连续发作之间意识尚未完全恢复

又频繁再发,或癫痫发作持续 30 分钟以上未自行停止。目前认为,如果病人出现全面强直一阵挛发作持续 5 分钟以上即考虑癫痫持续状态。

(3)辅助检查——脑电图检查对本病诊断有重要价值。

(4)发作护理:就地平放,避免摔伤—保持呼吸道通畅—防咬伤—抽搐发作时,切不可用力按压肢体—禁止用口表测量体温

外科护理学

1. 水、和钠代谢紊乱的类型

项目	等渗性脱水 (急性脱水/ 混合性脱水)	低渗性脱水 (慢性脱水/ 继发性脱水)	高渗性脱水 (原发性脱水)
特点	水钠同比丢失,以细胞外液为主	失钠大于失水,以细胞外液为主	失水大于失钠,以细胞内液为主
血钠	135~150mmol/L	<135mmol/L	>150mmol/L
渗透压	正常	降低	升高
主要病因	消化液或体液急性丢失:呕吐、肠外瘘	消化液或体液慢性丢失(慢性肠梗阻、长期胃肠减压)	水分摄入不足(食道癌)、大量出汗、糖尿病昏迷、大面积烧伤暴露疗法
生理调节	细胞外液减低—醛固酮增加—远曲小管重吸收 Na 增加 若持续脱水—细胞内液外移—细胞缺水	早期:细胞外液低渗,ADH 减少,水钠重吸收减低,尿量增多 晚期:为避免循环血量减少,兴奋肾素—醛固酮系统、ADH 升高,少尿	细胞外液高渗—ADH 升高—水重吸收增多—尿量减少 继续缺水—循环血量减少—醛固酮增多—保钠排钾、血容量增多—细胞内液转移—细胞内缺水

续表

项目	等渗性脱水 (急性脱水/ 混合性脱水)	低渗性脱水 (慢性脱水/ 继发性脱水)	高渗性脱水 (原发性脱水)
临床表现	恶心厌食、乏力少尿、不口渴,皮肤干燥、眼窝凹陷	恶心呕吐、视觉模糊、不口渴	口渴、乏力、烦躁不安、谵妄昏迷
补液	纠正原发病,平衡液或生理盐水	含盐溶液或高渗盐水	5%葡萄糖或0.45%盐水

2. 钾代谢异常

	低钾血症	高钾血症
血钾	$<3.5\text{mmol/L}$	$>5.5\text{mmol/L}$
病因	长期禁食 排钾性利尿剂的应用 K^+ 向细胞内转移 碱中毒	摄入太多、库存血 保钾性利尿剂、肾排钾功能减退 K^+ 由细胞内移出:溶血、挤压伤综合征 酸中毒
临表	最早—肌无力 四肢→躯干→呼吸肌 腱反射↓	无特殊。肢软、神志改变 心动过缓、心律不齐
ECG	T波降低变宽,双相倒置 ST下移,QT间期延长、U波	早期T波高尖,QT间期延长 后出现QRS增宽,PR间期延长
合并	碱中毒、反常性酸性尿	酸中毒、反常性碱性尿
处理原则	补钾 $<40\text{mmol}(3\text{g})/\text{L}$ 补钾 $<20\text{mmol/h}$ 每天 $40\sim 80\text{mmol}(3\sim 6\text{g})$	5% NaHCO_3 60~100ml 25%葡萄糖100~200ml+胰岛素 阳离子交换树脂、透析

3. 外科休克

分期	程度	神志	外周循环				生命体征		尿量	估计失血量
			口渴	皮肤黏膜色泽	体表温度	体表血管	脉搏	血压		
休克代偿期	轻度	神志清楚, 伴痛苦表情, 精神紧张	口渴	开始苍白	正常, 发凉	正常	100次/分以下, 尚有力	收缩压正常或稍升高, 舒张压增高, 脉压缩小	正常	20%以下 (800ml以下)
休克抑制期	中度	神志尚清楚, 表情淡漠	很口渴	苍白	发冷	表浅静脉塌陷, 毛细血管充盈迟缓	100~120次/分钟	收缩压为90~70mmHg, 脉压小	尿量少	20%~40% (800~1600ml)
	重度	意识模糊, 甚至昏迷	非常口渴, 但无主诉	显著苍白, 肢端青紫	厥冷 (肢端更明显)	毛细血管充盈非常迟缓, 表浅静脉塌陷	速而细弱, 或摸不清	收缩压在70mmHg以下或测不到	尿少或无尿	40%以上 (1600ml以上)

4. 血压和中心静脉压与补液的关系

中心静脉压	血压	原因	处理原则
低	低	血容量严重不足	充分补液
低	正常	血容量不足	适当补液
高	低	心功能不全或血容量相对过多	给强心药, 纠正酸中毒, 舒张血管
高	正常	容量血管过度收缩	舒张血管
正常	低	心功能不全或血容量不足	补液试验 *

* 补液试验:取等渗盐水 250ml,于 5~10 分钟内经静脉滴入,若血压升高而 CVP 不变,提示血容量不足;若血压不变而 CVP 升高 3~5cmH₂O (0.29~0.49kPa),提示心功能不全

5. 非特异性感染

(1)非特异性感染——也称化脓性感染或一般性感染,外科感染大多属于此类。

(2)浅部软组织的化脓性感染

	疖(金葡菌)	痈(金葡菌)
感染范围	单个毛囊	多个相临疖融合
临床表现	红、肿、热、痛 全身症状轻;注意面部危险三角区	多个脓头、火山口状;全身症状重;唇痈容易引起颅内化脓性海绵状静脉窦炎
治疗	理疗、鱼石脂软膏、碘酊涂抹; 排脓;抗菌药物治疗	局部药敷,切开减压;全身抗菌治疗

6. 破伤风

(1)致病菌——破伤风杆菌——毒血症

(2)临床表现——

1)潜伏期——平均为 7~8 天

2)前驱症状——全身乏力、头晕、头痛、失眠、多汗、咀嚼无力、烦躁不安、打呵欠等,以张口不便为特点。

3)典型症状——在肌肉紧张性收缩(肌强直、发硬)的基础上,呈阵发性强烈痉挛。最初受影响的肌群是咀嚼肌。起始表现为咀嚼不便、张口困难,随后牙关紧闭;“苦笑”;颈部强直、“角弓反张”。呼吸肌群导致面唇青紫,呼

吸困难,甚至呼吸暂停,以致危及生命。

(3)治疗原则——镇静、解痉

1)彻底清除坏死组织和异物,3%过氧化氢溶液冲洗,敞开伤口,充分引流。

2)注射破伤风抗毒素——中和血清中游离毒素

3)控制并解除痉挛。

(4)护理措施

1)单间隔离,保持安静,室内光线宜均匀柔和,避免强光照射。减少一切刺激,防止噪音。治疗、护理等各项操作尽量集中,可在使用镇静剂30分钟内进行。病室内的急救药品和物品准备齐全,以便及时处理一些严重的并发症,如呼吸困难、窒息等。

2)保持静脉输液通路通畅。

3)遵医嘱给予镇静、解痉药物并观察疗效。

4)严格隔离消毒:应执行接触隔离,所有器械、敷料均需专用,使用后器械用0.5%有效氯溶液浸泡30分钟或用1%的过氧乙酸浸泡10分钟,清洗后高压蒸汽灭菌,敷料应焚烧,用过的大单、布类等包好送环氧乙烷室灭菌后,再送洗衣房清洗、消毒,病人的用品和排泄物均应消毒。护理人员应穿隔离衣,防止交叉感染。

5)抗生素治疗:青霉素G

7. 烧伤的分期

(1)休克期:组织烧伤后立即发生的反应是体液渗出,一般以伤后6~12小时内最快,持续24~48小时,以后渐趋稳定并开始回吸收。

(2)感染期:创面从渗出逐渐转化为吸收为主,创面及组织中的毒素和坏死组织分解产物吸收入血,引起中毒症状。另外,烧伤使皮肤失去防御功能,细菌易在坏死组织中生长繁殖并产生毒素。

(3)修复期:在炎症反应的同时,创面已开始了修复过程。包括创面修复期和功能修复期。

8. 烧伤深度

(1)I度烧伤:又称红斑烧伤,仅伤及表皮浅层,再生能力强。表现红斑、干燥、烧灼感,3~7日脱屑痊愈,短期内有色素沉着。

(2)浅II度烧伤:伤及表皮的生发层及真皮乳头层。局部红肿明显,大小不一的水疱形成,内含淡黄色澄清液体,水疱皮如剥脱,创面红润、潮湿、疼痛剧烈。2周左右愈合,有色素沉着,无瘢痕形成。

(3)深II度烧伤:伤及真皮层,可有小水疱,疱壁较厚、基底苍白与潮红相间、创面湿润,痛觉迟钝,3~4周愈合,常有瘢痕增生。

(4)III度烧伤:伤及皮肤全层,甚至达到皮下、肌肉及骨骼。痛觉消失,创面无水疱,呈蜡白或焦黄色甚至炭化成焦痂,痂下可见树枝状栓塞的血管。因皮肤及其附件已全部烧毁,无上皮再生来源,必须靠植皮而愈合。

9. 急性乳腺炎

(1)好发——产后3~4周——多是产后哺乳的妇女——初产妇多见

(2)最常见的原因——乳汁淤积

(3)致病菌——金黄色葡萄球菌

速 记

致病菌主要为金黄色葡萄球菌的疾病有：

急性血源性骨髓炎、急性乳腺炎、疖、痈、手部感染、化脓性关节炎、急性细菌性心内膜炎、新生儿脐炎等。

(4)临床表现——患侧乳房胀痛，局部红、肿、发热、压痛，常有患侧淋巴结肿大和压痛。患侧乳房可同时存在数个炎性病灶而先后形成多个脓肿。

(5)一般处理——局部热敷或理疗以利于早期炎症消散；水肿明显者可用25%硫酸镁溶液湿热敷。

(6)脓肿处理——脓肿形成后，及时作脓肿切开引流。切口呈放射状至乳晕处；乳晕部脓肿可沿乳晕边缘做弧形切口；深部脓肿明确诊断后再在乳房下缘做弓形切口。

(7)预防急性乳腺炎的关键是——避免乳汁淤积。

10. 肋骨骨折

(1)好发部位为——第4~7肋骨。

(2)多根、多处肋骨骨折——反常呼吸运动。因前后端失去支撑，使该部胸廓软化，产生反常呼吸运动，即吸气时，胸腔内负压增高，软化部分向内凹陷；呼气时，胸腔内负压减低，该部胸壁向外凸出，又称连枷胸。

(3)急救措施为——1)减轻疼痛，固定胸部；可用弹性绷带固定，也可采用多带条胸带或宽胶带叠瓦式固定胸部；对多根多处肋骨骨折者用坚硬的垫子或手掌施压于胸壁软化部位。可行牵引固定或用厚棉被加压包扎，以减轻反常呼吸，也可在电视胸腔镜下导入钢丝的方法固定连枷胸。

11. 气胸

损伤性气胸

		闭合性气胸	开放性气胸	张力性气胸
病理	共同点	胸腔有气,肺萎缩、纵膈移向健侧		
	特点	轻 胸膜已闭、气体不再出入	重 胸膜未闭、气体随呼吸出入纵膈扑动	特重 胸膜形成活瓣、气体随呼吸不断进入,压力不断增高,纵膈严重移位、皮下气肿
临床表现	共同点	胸闷、呼吸困难、胸部叩诊鼓音、听诊呼吸音减弱或消失。 X线:胸腔积气、肺萎缩、纵膈移向健侧		
	特点	轻 肺萎缩 30% 以下无表现	重 胸壁伤口气体出入	特重 进行性加重
急救和治疗		少量气体不需治疗 大量气体穿刺抽气 必要时胸膜腔闭式引流,抗生素	急救封闭伤口,变开放为闭合穿刺抽气 治疗清创、胸膜腔闭式引流,抗生素	急救立即穿刺排气 治疗胸膜腔闭式引流 必要时剖胸探查,抗生素

12. 胸膜腔闭式引流的目的与适应证

(1)目的:①引流胸膜腔内渗液、血液及气体;②重建胸膜腔内负压,维持纵隔的正常位置;③促进肺的膨胀。

(2)适应证用于外伤性或自发性气胸、血胸、脓胸及心胸手术后的引流等。

13. 胸膜腔闭式引流管的护理措施

(1)保持管道的密闭:①随时检查引流管有无脱落;②水封瓶长玻璃管没入水中 3~4cm,并始终保持直立;③引流管周围用油纱布包盖严密;④搬动

病人或更换引流瓶时,需双重关闭引流管,以防空气进入;⑤引流管连接处脱落或引流瓶损坏,应立即用双钳夹闭胸壁引流导管,并更换引流装置;⑥若引流管从胸腔滑脱,立即用手捏闭伤口处皮肤,消毒处理后,用凡士林纱布封闭伤口,并协助医师做进一步处理。

(2)严格无菌操作,防止逆行感染:①引流装置应保持无菌;②保持胸壁引流口处敷料清洁干燥;③引流瓶应低于胸壁引流口平面 60~100cm,以防瓶内液体逆流入胸膜腔。

(3)定时挤压胸膜腔引流管,防止引流管阻塞、扭曲、受压。

(4)观察和记录:①注意观察长玻璃管中的水柱波动。一般情况下水柱上下波动约 4~6cm。若水柱波动过高,可能存在肺不张;若无波动,则示引流管不畅或肺已完全扩张;但若病人出现胸闷气促、气管向健侧偏移等肺受压的症状,应疑为引流管被血块堵塞。

(5)拔管指征:一般指引流 48~72 小时后,临床观察无气体溢出,或引流量明显减少且颜色变浅,24 小时引流液 < 50ml,脓液 < 10ml,X 线胸片示肺膨胀良好无漏气,病人无呼吸困难,即可拔管。

(6)拔管方法:拔管时嘱病人先深吸一口气,在吸气末屏气并迅速拔管,立即用凡士林纱布和厚敷料封闭胸壁伤口,外加包扎固定。

14. 肝癌

(1)临床表现

1)最常见、首发症状——肝区疼痛

2)消化道症状:食欲减退、恶心、腹胀等。

3)全身症状:乏力、消瘦、发热

4)伴癌综合征:低血糖、红细胞增多症、高胆固醇及高钙血症。

5)体征:中、晚期病人的肝脏呈进行性肿大、质地较硬、表面高低不平、有明显结节或肿块。

6)常见并发症有肝性脑病、上消化道出血、癌肿破裂出血及继发性感染等。

(2)普查——血清甲胎蛋白(AFP)检测

15. 胆石症

(1)病因——胆道感染

(2)胆囊结石——腹痛,常在饱餐、进油腻食物后起病。主要表现为右上腹阵发性绞痛,疼痛常放射至右肩或右背部,伴恶心呕吐、畏食等。

(3)胆管结石的典型症状——急腹痛、寒战高热和黄疸,称为 CharCot 三联征。

(4)禁用吗啡止痛——可引起胆道下端括约肌痉挛,使胆道梗阻加重

16. 急性阑尾炎

(1)最典型的症状——转移性右下腹疼痛

(2)最重要的体征——麦氏点压痛——右髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处。

(3)首要的治疗措施——阑尾切除术

17. 斜疝与直疝的区别

鉴别点	斜疝	直疝
发病年龄	多见于儿童及青壮年	多见于老年人
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

续表

鉴别点	斜疝	直疝
回纳疝块后压住深环	疝块不再突出	疝块仍可突出
精索与疝囊的关系	精索在疝囊后方	精索在疝囊前外方
疝囊颈与腹壁下动脉的关系	疝囊颈在腹壁下动脉的外侧	疝囊颈在腹壁下动脉内侧
嵌顿机会	较多	较少

18. 下肢静脉曲张

(1) 临床表现——隆起、迂曲、扩张的静脉，重者呈团块状

(2) 治疗原则

1) 非手术治疗：主要是采用弹力绷带包扎或穿弹力袜，抬高患肢，避免久站，仅能改善症状，不能达到治愈的目的。

2) 硬化剂注射疗法

3) 手术治疗——根本的有效方法，凡深静脉通畅、无手术禁忌证的病人均可手术治疗。

19. 血栓闭塞性脉管炎

(1) 病因——吸烟

(2) 临床表现

1) 局部缺血期：是以血管痉挛为主。表现为间歇性跛行等。患肢胫后动脉和足背动脉搏动明显减弱；皮肤温度低于正常；足背静脉充盈时间延长。

2) 营养障碍期：出现静息痛，并伴有趾甲生长缓慢、增厚变形，皮肤干燥变薄、苍白，汗毛脱落和肌肉萎缩等。常有肌肉抽搐，尤以夜间明显。患肢胫后动脉和足背动脉搏动消失；足背静脉充盈时间进一步延长。

3) 坏疽期：患肢动脉完全闭塞，肢体远端发生干性坏疽。继发感染后转

为湿性坏疽。此期病人疼痛剧烈,常彻夜难眠,屈膝抱足为此期的典型体位。

20. 血栓闭塞性脉管炎护理措施

(1)绝对戒烟。

(2)适当保暖:不可使用热水袋、热水泡脚。

(3)体位:病人睡觉或休息时取头高脚低位。

(4)指导病人进行肢体运动,以促进侧支循环的建立。方法是:病人平卧,抬高患肢 45° ,坚持2~3分钟,然后双足下垂床边2~3分钟,再将患肢平放2~3分钟,同时进行踝部和足趾运动,如此反复锻炼5次,每日3~4次。

21. 泌尿系统结石

(1)肾和输尿管结石的临床表现

1)疼痛——肾结石可引起肾区疼痛伴肋脊角叩痛。当结石在肾盂输尿管处嵌顿时,可出现肾绞痛,绞痛突然发生,并向肩部、输尿管、下腹部及会阴部放射。

2)血尿——为结石损伤黏膜所致,疼痛和血尿相继出现是肾和输尿管结石的特点。

(2)膀胱结石的典型症状为——排尿突然中断

(3)首选的检查方法为——泌尿系X线平片。

(4)泌尿性结石绞痛发作时最重要的处理——解痉止痛

22. 肾结核

(1)临床表现——肾结核病灶在肾,症状在膀胱。

1)膀胱刺激症:尿频是肾结核病人最早出现的症状。

2)血尿。

3)脓尿。

4)肾区疼痛和肿块。

5)全身症状常不明显。晚期肾结核可有发热、盗汗、贫血、虚弱、消瘦、食欲减退等症状和红细胞沉降率增快。

(2)治疗原则——必须早期、联合、足量、全程规律用药。一般至少治疗半年以上。手术前服用抗结核药不少于2周,术后继续服药。

23. 良性前列腺增生

(1)临床表现

1)尿频最初出现的症状。早期仅表现为夜尿次数明显增多。

2)排尿困难、尿潴留。

(2)急性尿潴留时最常用的处理方法是导尿。

24. 骨折

(1)定义——骨的完整性或连续性中断

(2)分类:

1)根据骨折程度分为不完全性骨折和完全性骨折。

2)根据骨折处是否与外界相通分为开放性骨折和闭合性骨折。

3)根据骨折端的稳定程度分为稳定骨折和不稳定骨折。

(3)骨折专有体征——畸形、假关节活动(异常活动)、骨擦音或骨擦感。

(4)诊断骨折最可靠的依据是——X线

2019军队文职招录考试

考前30分



扫码听解析,估分对答案