

临床医学常考专业题

1. 休克的病因

心源性休克：心脏损害达到一定程度时，心输出量锐减，静脉回流障碍，出现微循环障碍时称为心源性休克。如急性心肌梗塞、严重的主动脉瓣狭窄、心律失常、主动脉瘤破裂、心腔间血流受阻（心房粘液瘤）、严重的充血性心力衰竭、大块肺梗塞和心包填塞等。

低血容量性休克：指大量失血、失水，迅速导致有效循环血量锐减而引起周围循环衰竭的一种综合征。如出血、烧伤、失水而未补充、腹泻、呕吐、肠梗阻和骨折等引起的休克。

感染性休克：最常见，病原微生物导致的感染，当感染达到一定程度造成微循环障碍时被称为感染性休克，又称中毒性休克或称脓毒性休克。临床上以细菌感染，尤其是G杆菌感染多见。

过敏性休克：因致敏机体对抗原物质发生强烈变态反应，导致弥散性的肺纤维蛋白血栓及多脏器受累，发生急性循环功能障碍时称为过敏性休克。药物过敏常见。

神经元性休克：损伤或药物阻滞交感神经系统引起。受损部位小动脉扩张，血管容量增加造成相对性低血容量和低血压。脊髓麻醉或损伤为最常见。

2. 休克的诊断标准：

- (1) 有诱发休克的病因
- (2) 意识异常
- (3) 脉细速， >100 次/分或不能触及
- (4) 四肢湿冷，胸骨部皮肤指压阳性（压后再充盈时间 >2 秒），皮肤出现花纹，粘膜苍白或发绀，尿量 $<30\text{ml/h}$ 或尿闭。
- (5) 收缩压 $<80\text{mmHg}$
- (6) 脉压 $<20\text{mmHg}$
- (7) 原有高血压者，收缩压较原水平下降 30% 以上。

综合上述第(1)项、第(2)(3)(4)项中的2项，(5)(6)(7)中的1项者，可诊断为休克。

3、ARDS（急性呼吸窘迫综合征）地诊断标准

- (1) 急性起病
- (2) 相关致病因素：严重创伤、感染、败血症、休克、DIC、药物中毒、血液制品输注、大手术、长骨骨折。
- (3) 气体交换： $PaO_2/FiO_2 < 200\text{mmHg}$ ，无论 PEEP 水平多少。
- (4) 肺动脉楔压 $< 18\text{mmHg}$
- (5) 胸片：双肺浸润阴影

4. 急性呼吸窘迫综合征的治疗原则

- (1) 治疗原发病和危险因素
- (2) 机械通气：肺保护性通气策略，保持峰吸入压 $< 35\text{cmH}_2\text{O}$ ，潮气量 5—10ml/kg，PEEP5—10 cmH_2O ，最高不超过 18 cmH_2O ， FiO_2 尽可能低于 60，必要时反比通气。
- (3) 控制液体量：不超过 1500—2000ml，纠正电解质失衡
- (4) 肾上腺皮质激素：甲基强的松龙
- (5) 营养支持
- (6) 合并症的处理：感染、应激溃疡、急性肾衰、DIC、电解质紊乱、心律失常等。

5. 急性左心衰的诊断标准

- (1) 病史，劳力性呼吸困难，夜间阵发性呼吸困难，心脏病史如心肌梗死、心肌炎证据。
- (2) 临床表现：突然发生呼吸窘迫、频咳、喘息、白色或粉红色泡沫痰不断咯出，甚至涌出。病人被迫坐起，颜面发绀。双肺早期可闻及哮鸣音，稍咳出现

湿罗音，可有第三四心音，心率加快，呈奔马律，可有心房纤颤或室性早搏，初期血压增高，可触及交替脉。

(3) X线胸片：早期肺部血管影模糊，纹理紊乱，后期可见典型蝶形阴影，由肺部向周围扩散。

(4) 心房钠尿肽（BNP）水平升高，床边BNP快速测定可提供心功能不全证据。

6. 急性左心衰的治疗原则：

- (1)患者取坐位，双腿下垂，以减少静脉回流；
- (2)吸氧：高流量（6-8L/min）吸氧，乙醇（30%-50%）湿化；
- (3)镇静：吗啡具有镇静作用和扩张静脉及小动脉作用；
- (4)强心剂：以毛花苷丙 0.4mg 缓慢静脉注射；
- (5)快速利尿：静脉注射呋塞米 20-40mg；
- (6)血管扩张剂：硝普钠缓慢静脉滴注，扩张小动脉和小静脉
- (7)平喘：静脉滴注氨茶碱 0.25g 可缓解支气管痉挛；
- (8)糖皮质激素：地塞米松 10-20mg 静脉滴注，

7. 急性肺栓塞的治疗

- (1) 一般处理：严密监测呼吸、心率、血压、心电图及血气变化；绝对卧床、避免用力；镇静镇痛；对症处理。
- (2) 呼吸循环支持：氧疗、扩容和正性肌力药物的应用。
- (3) 溶栓治疗：时间窗为 14 天以内，
- (4) 介入治疗：导管吸栓碎栓术；肺动脉内支架安装术；腔静脉滤网安置术

8. 高血压危象的诊断标准：

- (1) 原有高血压，短期内血压显著升高，常以收缩压为主，且舒张压 $>120\text{mmHg}$
- (2) 具备特征性临床表现，起病迅速、剧烈头痛、

(3) 尿中可见游离肾上腺素或去甲肾上腺素增加，肌酐和尿素氮增加，血糖也可增高。尿中有蛋白和红细胞。眼底检查可见视网膜出血，有渗出物和视乳头水肿等。

9. 高血压危象的治疗原则

(1) 一般治疗：消除恐惧心理，使用有效的镇静止痛药，解除诱因，宜清淡低盐饮食。

(2) 迅速降压：通常降 25—30%，硝普钠 0.25—10 微/kg.min，持续静脉滴注。硝酸甘油 5—100 微/kg.min，起效 1—5 分钟

(3) 制止抽搐：安定 10mg iv. 10—20 分钟后重复，水合氯醛保留灌肠

(4) 降低颅内压，改善脑水肿，20%甘露醇 250ml 快速滴注，必要时 4—6 小时重复，肾衰禁用。也可用 50%GS40ml iv. 4—6 小时一次。

10. 急性肾功能衰竭的诊断

早期诊断、早期防治对本病的预后关系甚大，有下列情况者应考虑急性肾功能衰竭的可能：

(1) 肾脏严重缺血、缺氧、以急性循环衰竭为主，如各种原因休克、各种严重创伤、严重的水和电解质紊乱、严重感染、急性血管内溶血，如不同血型输血，黑热病、伯氨喹啉、蚕豆病等引起的急性溶血。肾中毒，如药物中毒、过敏、生物毒素、重金属所致的肾中毒。如其它长期运用大量去甲肾上腺素、肝肾综合征、妊娠中毒症、中暑、羊水栓塞等。

(2) 上述病症中，尿量突然减少，24h 尿量<400ml，或每小时尿量<17ml。排除或纠正了急性血容量不足、脱水、失盐、低血压、尿路梗阻等因素后，尿量仍无增加者，可视为已发生急性肾功能衰竭。有少数病例，尿量可不减少甚至增多，称为多尿型急性肾功能衰竭。

(3) 尿量少而多次尿比重均<1.014 便有诊断价值，若在 1.010—1.012 之间就可以确诊。尿有蛋白。沉渣中有红、白细胞，肾上皮细胞或肾衰竭管型。

(4) 出现急性肾功能衰竭的症状及血尿生化改变，如非蛋白氮升高，二氧化碳结合力降低，血钾升高，尿钠>30 毫当量/升，尿素氮/血尿素<15，尿肌酐/血肌酐<20

(5) 在纠正血容量不足后，作甘露醇诊断性治疗，即静脉注射 20%甘露醇 125ml，于 15 分钟内注完，注完 3 小时内尿量无增加，少于 40ml/h，提示急性肾功能衰竭已形成，静脉注射速尿 40—80mg 或利尿酸钠 50—100mg，当尿量少于 20ml/h 时则表示急性肾功能衰竭。

11. 急性肾功能衰竭的治疗原则

- (1) 肾前性：输液、抗休克，给予利尿剂
- (2) 肾性：血液透析、腹膜透析。少尿期控制入量，多尿期补充电解质。
- (3) 肾后性：导尿、留置导尿管、肾造瘘、膀胱造瘘。
- (4) 高血钾：静脉注射钙剂、5%碳酸氢钠，葡萄糖加胰岛素、离子交换树脂、透析。
- (5) DIC：抗凝疗法
- (6) 危重病例，有意识障碍按休克处理。
- (7) 输液补给热量。
- (8) 抗感染要用毒性小的药，排出途径要考虑。
- (9) 透析治疗：血液、腹膜、连续性肾脏替代疗法（CRRT）

12. 低血钾的病因

- (1) 血 $K^+ < 3.5 \text{mmol/L}$ ，为低血钾。摄入不足、排出增多、钾在体内分布异常。
- (2) 多见于急性肾功能衰竭的多尿期，肾小管酸中毒，皮质醇增多症、醛固酮增多症。
- (3) 注射胰岛素或家族性周期性麻痹，细胞外液进入细胞内。

13. 低血钾的治疗

- (1) 去除病因
- (2) 饮食治疗

(3) 口服钾盐，10%氯化钾溶液，每日30—80ml，分3—4次服用。10—20%枸橼酸钾溶液，每日30—40ml，分3—4次服用。

(4) 静脉滴注：补钾不宜过快、过浓、过量。

14. 钾的病因

血清 $K^+ > 5.5 \text{ mmol/L}$

(1) 肾排泄减少，急性肾功能衰竭的少尿期、慢性肾功能衰竭的晚期尿量减少，尿路梗阻等或其它原因产生少尿或无尿，也见潴钾利尿药的长期使用（安体舒通、氨苯喋啶）的单独长期使用，肾功能受损用钾盐。

(2) 细胞内钾释放至细胞外液中，大量溶血、大面积烧伤、挤压综合征、严重缺氧、广泛组织损伤、严重酸中毒、毒物药物中毒。

(3) 钾输入过快、过浓、过量，库存血及青霉素钾盐使用过量。

(4) 细胞沉积钾离子的功能减低，糖尿病酮症酸中毒昏迷未使用足够胰岛素，显著低血糖时钾离子潴留在细胞外液中。

15. 钾的治疗

(1) 血钾轻度增高：5—6mEq/L，利尿剂、离子交换树脂

(2) 血钾中度增高：6—7mEq/L，葡萄糖加胰岛素、碳酸氢钠

(3) 血钾 $> 7 \text{ mEq/L}$ ，明显心电图变化时：将钾由细胞外转移至细胞内，促进排。可用10%氯化钙5—10ml，iv. $> 2-5$ 分钟；碳酸氢钠；葡萄糖25克加胰岛素10U，10—30分钟；呋塞米；血液透析

16. 大出血的诊断

症状：软弱、乏力、眩晕、眼花、苍白、手足阙冷、出冷汗、心悸、不安、脉搏细速、甚至昏迷。少数早期躁动不安。心率大于120次/分，首先出现收缩压低于90mmHg，或较基础血压低25%以上。其次出现红细胞低于200—300万/ mm^3 ，血红蛋白低于7克%。最后出现

17. 消化道出血的治疗原则

- (1) 体位：自设输血体位，保持呼吸道通畅，头侧位避免误吸。
- (2) 严密监测生命征，呼吸、血压、心率、尿量及神志变化，必要时监测中心静脉压
- (3) 呕血者暂禁食，呕血停止 6—12 小时后可少量多餐温流质饮食（米、肉、蛋汤）
- (4) 氧疗，出血性休克时吸氧，老年人注意保温。
- (5) 输血、补充血容量及抗休克，葡萄糖盐水、中右、代血浆、全血
- (6) 止血剂和制酸剂：凝血酶、H₂受体阻滞剂、质子泵抑制剂、碱性硫酸铁。
- (7) 生长抑素及其衍生物：降低门脉压，收缩内脏血管及抑制胃泌素和胃酸分泌。
- (8) 胃内降温及控制胃内 PH 值，10—14℃ 水灌洗，4% 碳酸氢钠胃内灌注。
- (9) 食道静脉曲张破裂出血时用气囊压迫
- (10) 急诊内镜止血
- (11) 紧急手术治疗

18. 多器官功能衰竭

多器官功能衰竭（MOF）系指发病 24 小时以上，有两个或两个以上的器官或系统序贯性渐进地发生功能衰竭。24 小时内死亡者，属于复苏失败。

19. 多器官功能衰竭的病因

- (1) 休克，感染和低血容量性休克
- (2) 大量输液和输血所致的超负荷：6 小时内补充晶体液 6 升以上，24 小时内 14 升以上
- (3) 免疫复合物刺激
- (4) 严重创伤和大面积烧伤

(5) 严重感染及败血症：白细胞总数 $>12 \times 10^9/L$ ；体温 $39^\circ C$ 持续 $>$ 天以上；血培养阳性；有感染灶存在；其它如长时间的低氧血症，符合3项或以上。

(6) 急性药物或毒物中毒

20. 中暑的治疗原则

(1) 现场处理：抬至阴凉处或空调房内，解松脱衣，口服凉盐水或清凉饮料。

(2) 降温治疗：环境、体表、体内（ $4-10^\circ 5\%GNS1000-1500ml$ iv. gtt, 灌肠、胃管注入、动脉注入。）药物降温：氯丙嗪、纳络酮

(3) 对症处理：维持呼吸、循环功能，防治脑水肿，防治肾脏损害，防治肝功能损害，防治DIC，维持水、电解质及酸碱平衡，加强护理。

(4) 禁用右旋糖酐和阿托品。

21. 淹溺

又称溺水，水及水中污泥，杂草等阻塞呼吸道或因反射性喉、气管、支气管痉挛引起通气障碍而窒息。致死原因：

(1) 水及水中污泥，杂草等阻塞呼吸道或因反射性喉、气管、支气管痉挛引起通气障碍而窒息。

(2) 电解质、酸碱平衡紊乱，如高钾、高钙、肺水肿等致呼吸心骤停。

(3) 环境毒物、毒气中毒致死。

(4) 湿性淹溺：喉肌松弛吸入大量水份充填呼吸道及肺泡发生窒息占90%

(5) 干性淹溺：喉痉挛窒息，呼吸道和肺泡很少水或无水吸入，占10%

22. 淹溺的治疗原则

(1) 现场抢救：通畅呼吸道、倒水、心肺复苏

倒水方法：1. 急救者半跪位，将溺水者的腹部放在膝盖上，使头部下垂，并用两手平压背部。2. 拖注溺水者的两腿，腹部放急救者肩部，快速奔跑，使积水倒

出。3. 拖起溺水者的腰腹部，使背部向上，头部下垂，摇晃患者，以利排水。
注意：不能因排水而影响心肺复苏！

(2) 急诊室抢救：继续心肺复苏、防治脑水肿维持水、电解质平衡：淡水补 2—3%氯化钠，海水补 5%GS。其它并发症处理：肺部感染、外伤、ARDS、DIC、急性肾功能衰竭等。

23. 电击伤现场抢救

- (1) 用木棍、竹杆等绝缘物使患者脱离电源。
- (2) 现场急救：患者呼吸不规则，脉搏摸不到，即应做心肺复苏！
- (3) 急诊室抢救：心肺脑复苏，抗休克、纠正酸中毒，控制感染筋膜松解术和截肢
- (4) 对症处理：脱水剂、低温疗法、促进脑细胞代谢的药物。
- (5) 轻电击伤：清创处理。

24. 中毒的基本处理

- (1) 维持生命功能
- (2) 鉴定毒剂
- (3) 消除、中和或逆转毒性
- (4) 促进排泄
- (5) 治疗中毒而受损的器官。

25. 急性皮肤化学物污染的处理

- (1) 立即迁离中毒场所，至空气清新温柔的环境中。
- (2) 脱去衣物，流动清水冲洗污染皮肤，可用中和剂冲洗。禁用热水。
- (3) 冲洗时间：一般 20—30 分钟。
- (4) 对吸湿性强的，遇水产生大量热量的化学物，如氯化钙，宜先用软布擦拭，再用大量清水冲洗。

- (5) 注意头皮、手、会阴、以及皮肤皱褶部位的冲洗。
- (6) 黄磷灼伤，可用清水浸泡，湿布覆盖以隔绝空气避免着火。

26. 服毒者洗胃原则

- (1) 应尽早洗胃，清除胃内毒物，吞服强酸、强碱及腐蚀剂者除外
- (2) 服毒后 4 小时内进行洗胃较为合理
- (3) 服食大量毒物者，超过 4 小时，洗胃仍有效，不能拘泥于时间。
- (4) 健康尚佳者洗胃管洗胃法。
- (5) 意识丧失的中毒者、孕妇、严重器质性病变或体质虚弱者用注射器抽吸洗胃法。

27. 细菌性食物中毒的诊断要点

- (1) 流行病学调查
- (2) 及时的特殊细菌血清学检查
- (3) 排除其它原因：如急性胃肠炎等疾病

28. 细菌性食物中毒的治疗原则

- (1) 病因治疗：抗生素、抗菌中草药
- (2) 防治水、电解质和酸碱平衡紊乱
- (3) 某些感染可用特殊的抗毒血清
- (4) 酌情使用糖皮质激素
- (5) 其它对症疗法

29. 急性安眠药中毒的治疗原则

- (1) 维持脏器重要功能：保持呼吸道通畅、维持血压、心脏监护、促进意识恢复：纳络酮 0.4—0.8mg iv. q15min。也可用美解眠
- (2) 清除毒物：洗胃、活性炭吸附、利尿剂、血液透析、血液灌注
- (3) 特效解毒剂氟马西尼是苯二氮卓类特效拮抗剂, 0.2mg iv. 缓慢, 重复, 可达 2mg
- (4) 对症治疗和并发症治疗

30. 急性一氧化碳中毒的治疗原则

- (1) 一般处理：移至空气新鲜处、保持呼吸道通畅、卧床休息
- (2) 纠正缺氧：鼻导管氧流量 8—10 升/分钟，氧中宜加入 3% 二氧化碳，迅速进行高压氧治疗。呼吸停止则进行人工通气。
- (3) 换血治疗：放 200—400，输鲜血 500—1000ml.
- (4) 防治脑水肿
- (5) 促进脑细胞代谢：氯酯醒 250—500mg/日，能量合剂、胞二磷胆碱 500—1000mg
- (6) 人工冬眠疗法：昏迷 10 小时以上
- (7) 防治并发症和后发症

31. 急性有机磷农药中毒诊断要点

- (1) 轻度：头晕、头痛、恶心、呕吐、出汗较多、胸闷、视力模糊、无力等，瞳孔可缩小。血胆碱酯酶活力 50—70%
- (2) 中度：特异性肌束震颤、瞳孔缩小、轻度呼吸困难、流涎、腹痛、腹泻、说话含糊、行路蹒跚、神志可模糊、血压稍增高、血胆碱酯酶活力 30—50%
- (3) 重度：瞳孔小于针尖、肌束震颤更为明显、呼吸极度困难、肺水肿、发绀、大小便失禁、昏迷、惊厥、呼吸麻痹、少数病人脑水肿。血胆碱酯酶活力 30—50%

32. 急性有机磷农药中毒的治疗原则

- (1) 迅速清除毒物
- (2) 特效解毒剂的应用：氯解磷定：首选 阿托品的应用（次选）

33. 阿托品化指征

- (1) 瞳孔散大，不再缩小
- (2) 颜面潮红，皮肤干燥
- (3) 腺体分泌减少，口干，流涎小时，肺部罗音减少或消失
- (4) 心率加快
- (5) 意识障碍减轻或苏醒，或用到病人有烦躁不安（但不是狂躁）

34. 阿托品中毒的指征

- (1) 瞳孔扩大
- (2) 面色潮红、皮肤口腔干燥、高热
- (3) 阵发性或强直性抽搐
- (4) 精神过度兴奋、谵妄、哭笑无常、幻觉、狂躁
- (5) 心动过速、尿潴留、腹胀、肠鸣音消失
- (6) 昏迷甚至呼吸肌麻痹

35. 急性化学物中毒现场抢救原则：

- (1) 在做好自身防护情况下，将中毒者移至安全地带
- (2) 采取紧急措施，维持呼吸、循环功能，如吸氧、保暖、保持气道通畅，必要时心肺复苏。
- (3) 眼部污染，用清水或生理盐水冲洗 10—15 分钟。
- (4) 皮肤冲洗，注意皱褶部位、头皮、会阴、手等特殊部位紧急处理后立即转送医院，途中做好抢救和记录。

36、抗生素的使用原则

(一) 严格掌握适应证凡属可用可不用的尽量不用，而且除考虑抗生素的抗菌作用的针对性外，还必须掌握药物的不良反应和体内过程与疗效的关系。

(二) 发热原因不明者不宜采用抗生素除病情危重且高度怀疑为细菌感染者外，发热原因不明者不宜用抗生素，因抗生素用后常使致病微生物不易检出，且使临床表现不典型，影响临床确诊，延误治疗。

(三) 病毒性或估计为病毒性感染的疾病不用抗生素抗生素对各种病毒性感染并无疗效，对麻疹、腮腺炎、伤风、流感等患者给予抗生素治疗是无害无益的。咽峡炎、上呼吸道感染者 90%以上由病毒所引起，因此除能肯定为细菌感染者外，一般不采用抗生素。

(四) 皮肤、粘膜局部尽量避免应用抗生素因用后易发生过敏反应且易导致耐药菌的产生。因此，除主要供局部用的抗生素如新霉素、杆菌肽外，其它抗生素特别是青霉素 G 的局部应用尽量避免。在眼粘膜及皮肤烧伤时应用抗生素要选择告辞适合的时期和合适的剂量。

(五) 严格控制预防用抗生素的范围在下列情况下可采用预防治疗：

1. 风湿热病人，定期采用青霉素 G，以消灭咽部溶血链球菌，防止风湿热复发。
2. 风湿性或先天性心脏病进行手术前后用青霉素 G 或其它适当的抗生素，以防止亚急性细菌性心内膜炎的发生。
3. 感染灶切除时，依治病菌的敏感性而选用适当的抗生素。
4. 战伤或复合外伤后，采用青霉素 G 或四环素族以防止气性坏疽。
5. 结肠手术前采用卡那霉素，新霉素等作肠道准备。
6. 严重烧伤后，在植皮前应用青霉素 G 消灭创面的溶血性链球菌感染。或按创面细菌和药敏结果采用适当的抗生素防止败血症的发生。
7. 慢性支气管炎及支气管扩张症患者，可在冬季预防性应用抗生素（限于门诊）。
8. 颅脑术前 1 天应用抗生素，可预防感染。

(六) 强调综合治疗的重要性在应用抗生素治疗感染性疾病的过程中，应充分认识到人体防御机制的重要性，不能过分依赖抗生素的功效而忽视了人体内在的因素，当人体免疫球蛋白的质量和数量不足、细胞免疫功能低下，或吞噬细胞性能与质量不足时，抗生素治疗则难以奏效。因此，在应用抗生素的同进应尽最大努力使病人全身状况得到改善；采取各种综合措施，以提高机体低抗能力，如降低病人过高的体温；注意饮食和休息；纠正水、电解质和碱平衡失调；改善微循环；补充血容量；以及处理原发性疾病和局部病灶等。

37、突然遇到呕血的病人该怎么处理？

作为一名医务人员，突然遇到呕血的病人，一定要保持镇静，不能惊慌失措。应采取以下几点措施：

第一，让患者采取侧卧位或平卧位头偏向一侧，避免误吸，嘱患者不要屏气，保证呼吸道通畅。

第二，安抚患者情绪，轻拍背部，是血块咳出。

第三，若为消化道大出血，应尽快使用三（四）腔管压迫止血或使用止血药。

第四，待出血停止后，密切观察病情变化，以免再次出血的发生。

第五，积极补充血容量。上消化道出血伴休克时，首要的治疗措施是立即建立有效静脉通道，肝硬化患者需输新鲜血，因库存血含氨多易诱发肝性脑病。

第六，饮食护理。合理饮食是避免上消化道出血诱因的重要环节。对急性大出血患者应禁食。对少量出血、无呕吐、无明显活动性出血患者，可选用温凉、清淡无刺激性流食。

38、一个病人倒地，无意识，你应该怎么做？

第一，立即拍打病人肩膀，并呼唤患者，同时立即让同事通知医生。

第二，将患者至于复苏体位，触摸颈动脉，如颈动脉有搏动，则立即连接心电监护，按休克进行抢救。

第三，如颈动脉无搏动，则立即进行心肺复苏，复苏流程 C、A、B，按压频率 100 次/分，按压深度 5cm，同时按压和人工呼吸的比例是 30：2。

第四，按压过程中注意观察心电监护，若心跳恢复，则进行下一步治疗。

39. 输血的原则是什么？

(1) 无论输全血或输成分血，均应采用同型血。

(2) 患者如果需要再次输血，必须重复做交叉配血试验，以排除机体已产生抗体。

(3) 在紧急情况下，如无同型血，则可用 O 型血输给他人，AB 型者可接受其他血型血，但直接交叉配血试验应不凝集，而间接交叉配血试验可有凝集。因为输入的量少，输入的血清的抗体可被受血者体内大量的血浆稀释，而不足以引起受血者的红细胞凝集，故不出现反应。因此在这种特殊情况下，必须 1 次少量输入，最多不超过 400ml 血为宜，且在 24h 内必须输入体内。

40. 医疗事故分级。

一级医疗事故：造成患者死亡、重度残疾；

二级医疗事故：造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的；

三级医疗事故：造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍的；

四级医疗事故：造成患者明显人身伤害和其它后果的。

41、当发生针刺伤时你应该怎样应急处理？

第一，立即从伤口周边尽可能地挤出伤口部位的血液。

第二，用肥皂水和流水冲洗伤口 10 分钟以上。

第三，用 70%酒精、0.5%碘伏等消毒剂消毒，并用防水敷料包扎伤口。

第四，上报：发生暴露 30 分钟内向本科护士长报告，护士长在 2 小时内上报医院感染管理科、护理部。

第五，做好登记表的填写及资料保存。

42、急性胰腺炎的病理分型有哪几张？

按病变不同性质，本病可分为急性水肿型胰腺炎及急性出血坏死型胰腺炎两型。急性水肿型可发展为急性出血坏死型，但最重者可不经水肿阶段，在发病开始即发生出血及坏死。

一、急性水肿型

亦称间质型。此型较多见，占90%以上。病变可累及部分或整个胰腺，以尾部为多见。胰腺肿大变硬，组织学检查间质中有充血、水肿和炎细胞浸润，可发生轻微的局部脂肪坏死，但无出血。

二、急性出血坏死型

此型少见。胰腺肿大变硬，腺泡及脂肪组织坏死以及血管坏死出血是本型的主要特点。肉眼可见胰腺内有灰白色或黄色斑块的脂肪组织坏死病变，出血严重者，则胰腺呈棕黑色并伴有新鲜出血。脂肪坏死可累及肠系膜、大网膜后组织等。组织学检查见胰腺坏死病变呈间隔性小叶周围分布，坏死灶外周有炎性细胞包绕。常见静脉炎、淋巴管炎和血栓形成。此外尚可有胰腺脓肿、假性囊肿等。

43、法洛四联症分为哪四联？

肺动脉狭窄、室间隔缺损、主动脉骑跨、右心室肥厚

44、小儿常见先天性心脏病杂音的听诊特点？

小儿常见先心病的杂音：

室间隔缺损：胸骨左缘下方有响亮而粗糙的全收缩期杂音，可伴有收缩期震颤。

房间隔缺损：胸骨左缘第 2-3 肋间 II-III 级收缩中期喷射性杂音。

法洛四联症：胸骨左缘第 2-3-4 肋间 II-III 级收缩期喷射性杂音。

动脉导管未闭：胸骨左缘上方有连续性机器样杂音，多有震颤。

肺动脉狭窄：胸骨左缘第 2-3 肋间收缩期震颤并 IV-VI 级喷射性收缩期杂音。

45、小儿补液的原则

1. 根据脱水程度的轻重，确定补液总量。
2. 根据脱水性质，有无酸中毒及低血钾等，确定补液种类。
3. 补液时，一般先快后慢，先浓后淡，先盐后糖，见尿补钾的原则进行。补液总量应按规定速度补完。

46、溶血性贫血检查项目

1. 血象：血红蛋白减少，呈正细胞正色素性贫血；白细胞、血小板正常；网织红细胞增高，小球形红细胞增多，可见幼红细胞。
2. 骨髓象：增生活跃，以幼红细胞增生明显。粒系、巨核细胞系正常。
3. 血间接胆红素增高，血清结合珠蛋白减少或消失，血浆游离血红蛋白增高。尿含铁血黄素阴性。
4. 直接抗人球蛋白试验阳性，间接抗人球蛋白试验阳性或阴性(温抗体型自身免疫溶血性贫血)。
5. 冷凝集素试验阳性(冷凝集素综合征)。
6. 冷热溶血试验阳性，尿含铁血黄素试验阳性(阵发性冷性血红蛋白尿症)。

47、病人出现急性肺水肿如何处理？

- (1)立即停止输液，使病人端坐，双腿下垂，以减少回心血量，减轻心脏负荷。
- (2) 加压给氧。湿化瓶内加入 20%—30%酒精。因酒精能减低肺泡内泡沫的表面张力，使泡沫破裂消散，从而改善肺部气体交换。
- (3) 根据病情应用镇静扩血管强心利尿等药物治疗。
- (4) 必要时进行四肢轮扎。用止血带或血压计袖带行适当加压以阻断静脉血流，但保持动脉血流通畅，每隔 5—10 分钟轮流放松一侧肢体上的止血带，可有效地减少静脉回心血量。

48. 过敏性休克的急救措施？

- (1) 立即停药，使患者平卧，就地进行抢救；
- (2) 立即皮下注射 0.1%肾上腺素 0.5—1ml，病儿酌减。如发生心跳骤停，立即进行胸外心脏按压；
- (3) 氧气吸入，喉头水肿时行气管切开术。
- (4) 给予激素升压药纠正酸中毒和抗组织胺类药物。
- (5) 密切观察患者的生命体征尿量及其他临床变化。注意保暖，做好护理记录。

49、一个病人倒地，无意识，你应该怎么做？

第一，立即拍打病人肩膀，并呼唤患者，同时立即让同事通知医生。

第二，将患者至于复苏体位，触摸颈动脉，如颈动脉有搏动，则立即连接心电图监护，按休克进行抢救。

第三，如颈动脉无搏动，则立即进行心肺复苏，复苏流程 C、A、B，按压频率 100 次/分，按压深度 5cm，同时按压和人工呼吸的比例是 30：2。

第四，按压过程中注意观察心电图监护，若心跳恢复，则进行下一步治疗。

50、判断呼吸心跳骤停的标准

1. 心音消失，大动脉搏动消失、血压测不到
2. 意识突然丧失或伴有全身抽搐
3. 呼吸停止或叹气样呼吸，发生在心脏骤停后 20~30 秒
4. 瞳孔散大，对光反射消失
5. 皮肤苍白或发绀
6. 心电图表现：室颤或室扑最常见，心电-机械分离、心室静止，呈直线