

目 录

一、基础护理学	1
考点一:绪论	1
考点二:护理学基本概念	1
考点三:护理学相关理论	1
考点四:护理程序	1
考点五:医疗服务体系	1
考点六:沟通	1
考点七:法规与护理管理	2
考点八:医院和住院环境	2
考点九:四人搬运法	2
考点十:卧位	2
考点十一:物理消毒法	3
考点十二:化学消毒剂	4
考点十三:口腔护理	4
考点十四:压疮的护理	5
考点十五:体温	5
考点十六:脉搏	6
考点十七:呼吸	7
考点十八:血压	7
考点十九:医院饮食	7
考点二十:鼻饲法	8
考点二十一:冷疗法	9
考点二十二:热疗法	9
考点二十三:排尿	10
考点二十四:排便	11
考点二十五:给药的基本知识	12

考点二十六:过敏试验	13
考点二十七:静脉输液	13
考点二十八:静脉输血	14
考点二十九:标本采集	15
考点三十:意识障碍	15
考点三十一:初级心肺复苏	16
考点三十二:危重病人的抢救	16
二、内科护理学	17
考点一:呼吸系统疾病病人的评估	17
考点二:肺炎链球菌肺炎	17
考点三:支气管扩张	18
考点四:咯血病人的护理	18
考点五:慢性阻塞性肺气肿(COPD)	18
考点六:肺心病	19
考点七:呼吸衰竭	19
考点八:急性呼吸窘迫综合征	19
考点九:肺结核	19
考点十:支气管哮喘	20
考点十一:心功能不全的主要临床表现	20
考点十二:心功能分级护理	20
考点十三:洋地黄的护理	20
考点十四:急性肺水肿处理措施	20
考点十五:硝普钠、硝酸甘油的护理	21
考点十六:利尿剂的护理	21
考点十七:高血压护理措施	21
考点十八:稳定型心绞痛	21
考点十九:心肌梗死	22
考点二十:感染性心内膜炎	23
考点二十一:房颤及室颤	23
考点二十二:消化性溃疡	23
考点二十三:肝硬化	24
考点二十四:肝性脑病	25

考点二十五:急性胰腺炎	25
考点二十六:上消化道大量出血	25
考点二十七:急腹症病人的护理	26
考点二十八:胃癌	26
考点二十九:急性肾小球肾炎	27
考点三十:慢性肾小球肾炎	27
考点三十一:肾病综合征	27
考点三十二:急性肾衰竭	28
考点三十三:慢性肾衰竭	28
考点三十四:高血钾的紧急处理	28
考点三十五:尿路感染	28
考点三十六:缺铁性贫血	29
考点三十七:急性白血病	29
考点三十八:特发性血小板减少性紫癜(ITP)	30
考点三十九:过敏性紫癜	30
考点四十:糖尿病	31
考点四十一:类风湿关节炎	31
考点四十二:系统性红斑狼疮	31
考点四十三:颅内压增高	32
考点四十四:癫痫病	32
考点四十五:艾滋病	32
考点四十六:流行性乙型脑炎	32
考点四十七:细菌性痢疾	33
考点四十八:霍乱	33
考点四十九:伤寒	33
三、外科护理学	33
考点一:水、和钠代谢紊乱的类型	33
考点二:钾代谢异常	34
考点三:血压和中心静脉压与补液的关系	34
考点四:常用手术皮肤准备的范围	34
考点五:非特异性感染	35
考点六:破伤风	35

考点七:烧伤的分期	36
考点八:烧伤深度	36
考点九:放疗的禁忌症	36
考点十:器官移植排斥反应的分类及机制	36
考点十一:颅底骨折的临床表现	37
考点十二:急性乳腺炎	37
考点十三:乳腺癌-临床表现	37
考点十四:乳腺癌-术后护理-功能锻炼	38
考点十五:肋骨骨折	38
考点十六:气胸	38
考点十七:胸膜腔闭式引流的目的与适应证	39
考点十八:胸膜腔闭式引流管的护理措施	39
考点十九:斜疝与直疝的区别	40
考点二十:腹部损伤-辅助检查	40
考点二十一:肠痿-治疗原则	40
考点二十二:急性阑尾炎	41
考点二十三:肝癌	41
考点二十四:胆石症	41
考点二十五:胆管结石-护理措施-术后护理	41
考点二十六:胆道蛔虫症-临床表现	42
考点二十七:下肢静脉曲张	42
考点二十八:血栓闭塞性脉管炎	42
考点二十九:血栓闭塞性脉管炎护理措施	42
考点三十:泌尿系统结石	43
考点三十一:肾结核	43
考点三十二:良性前列腺增生	43
考点三十三:骨折	43
考点三十四:桡骨远端骨折-临床表现	43
考点三十五:髌关节脱位-处理原则	44
四、妇产科护理学	44
考点一:外生殖器	44
考点二:内生殖器	44

考点三:骨盆组成	44
考点四:卵巢分泌的雌激素、孕激素作用对比	44
考点五:胎儿附属物的形成和功能	44
考点六:早期妊娠临床表现	45
考点七:产力	45
考点八:先兆临产	45
考点九:第一产程(宫颈扩张期)	45
考点十:第二产程(胎儿娩出期)	46
考点十一:第三产程(胎盘娩出期)	46
考点十二:流产	46
考点十三:异位妊娠	47
考点十四:妊娠期高血压	47
考点十五:前置胎盘	47
考点十六:胎盘早剥	47
考点十七:妊娠合并心脏病	48
考点十八:滴虫性阴道炎	48
考点十九:滴虫性阴道炎护理措施	48
考点二十:外阴阴道假丝酵母菌病	48
考点二十一:萎缩性阴道炎	48
考点二十二:宫颈癌	48
考点二十三:子宫内膜癌	49
考点二十四:子宫内膜异位症	49
考点二十五:妇女劳动保护	49
五、儿科护理学	49
考点一:小儿年阶段的划分及各期特点	49
考点二:计划免疫	50
考点三:体重	50
考点四:身高	50
考点五:头围	50
考点六:胸围	50
考点七:骨骼发育	50
考点八:语言的发育	51

考点九:视觉、运动的发育	51
考点十:婴儿喂养	51
考点十一:喂养原则	51
考点十二:新生儿的特殊生理状态	52
考点十三:正常足月儿与早产儿	52
考点十四:新生儿窒息的护理	52
考点十五:新生儿败血症	53
考点十六:新生儿病理性黄疸	53
考点十七:新生儿硬肿症	53
考点十八:新生儿缺血缺氧性脑病	53
考点十九:蛋白质-能量营养障碍	53
考点二十:儿童单纯性肥胖	54
考点二十一:维生素 D 缺乏性佝偻病	54
考点二十二:维生素 D 缺乏性手足搐搦症	54
考点二十三:婴幼儿腹泻	54
考点二十四:口炎	55
考点二十五:法洛四联症	55
考点二十六:肺炎	55
考点二十七:水痘、麻疹、腮腺炎	56
考点二十八:猩红热	56
考点二十九:猩红热的临床表现	56
考点三十:猩红热治疗用药	56
考点三十一:注意力缺陷多动症	56
考点三十二:儿童神经系统解剖生理特点	56
考点三十三:化脓性脑膜炎	57

一、基础护理学

考点一：绪论

- 1.世界上第一所护士学校于1860年创办
- 2.护理学的任务和目标包括促进健康、预防疾病、恢复健康和减轻痛苦

考点二：护理学基本概念

护理学的研究对象是人

考点三：护理学相关理论

马斯洛将人的需要分为七个层次两个水平。按其重要性和发生的先后顺序,由低到高依次为生理需要、安全需要、爱与归属需要、尊重需要、求知需要、审美需要和自我实现需要。其中,生理需要、安全需要、爱与归属需要、尊重需要称为基本需要。

考点四：护理程序

- 1.护理程序分为五个步骤,即护理评估、护理诊断、护理计划、实施、评价
- 2.护理诊断的三部分陈述法,即PES公式,P代表护理诊断名称,E代表相关因素,S代表症状和体征
- 3.资料的收集包括主观资料和客观资料,主管资料即患者的主诉,可来源于患者、家属、重要影响人及医务人员。客观资料即护士通过观察、体检、仪器检查或实验室检查所获得的患者的健康资料

考点五：医疗服务体系

- 1.医院分为三级,即一、二、三级;十等,每级医院分甲、乙、丙等和三级医院增设特等
- 2.社区卫生服务的特点:广泛性、综合性、连续性、实用性

考点六：沟通

- 1.患者角色适应不良:
 - (1)角色行为缺如:即患者未能进入角色。虽然医生诊断为有病,但本人否认自己有病,根本没有或不愿意意识到自己是患者
 - (2)角色行为冲突:同一个体常常承担着多种社会角色,当患病并需要从其他角色转化为患者角色时,患者一时难以实现角色适应
 - (3)角色行为减退:已进入角色的患者,由于更强烈的情感需要,不顾病情而从事力所不及的活动,表现出对病、伤的考虑不充分或不够重视,而影响到疾病的治疗
 - (4)角色行为强化:由于依赖性加强和自信心减弱,患者对自己的能力表示怀疑,对承担原来的社会角色恐慌不安,安心于已适应的患者角色现状,或者自觉病情严重程度超过实际情况,小病大养
 - (5)角色行为异常:患者受病痛折磨感到悲观、失望等不良心境的影响导致行为异常,如对医务人员的攻击性言行,病态固执、抑郁、厌世、以至自杀等
- 2.护患关系的分期:初始期(认识阶段);工作期(护理阶段);结束期(康复出院)

3.护患关系的基本模式:

- (1)主动-被动型:适用于昏迷、休克、精神病、治理严重低下的病人及婴幼儿
- (2)指导-合作型:适用于神志清楚,但病情重、病程短的情况,如急危重症,重病初愈、手术及恢复期的病人
- (3)共同参与型:适用于患慢性病和受过良好教育的患者

考点七:法规与护理管理

1.护士资格证首次注册有效期为5年

2.医疗事故分为4级:

- (1)一级医疗事故:造成患者死亡、重度残疾的
- (2)二级医疗事故:造成患者中度残疾、器官组织损伤严重功能障碍的
- (3)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
- (4)四级医疗事故:造成患者明显人身损害的其它后果的

考点八: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——18~22℃(一般);22~24℃(新生儿、老年人)

5.湿度——50%~60%(一般);湿度过低时,空气干燥,人体蒸发大量水分,可引起口干舌燥、咽痛、烦渴等表现,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——一般通风30分钟可达到置换室内空气的目的

7.噪音——白天较理想的强度是35~40dB,噪声强度在50~60dB即能产生相当的干扰;长时间处于90dB以上环境时,可导致耳鸣、高血压、血管收缩,以及出现焦虑、失眠等症状;当噪声强度在120dB以上时,可造成永久性失聪

8.医护人员要做到“四轻”:说话轻、走路轻、操作轻、关门轻

9.空间——医院病床之间的距离不少于1m,可以使患者拥有适当的活动空间

10.清洁区包括医务人员值班室、卫生间、更衣室、浴室以及配餐间;污染区包括病室、处置室、污物间、病人入院、出院处理室等;半污染区包括医务人员办公室、治疗室、护士站、内走廊等

考点九:四人搬运法

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

4.颅脑损伤、颌面部外伤以及昏迷患者,应将头偏向一侧;搬运颈椎损伤的患者时,头部应保持中立位

考点十: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,指上半身抬高 $10^{\circ}\sim 20^{\circ}$,下肢抬高 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 。目的是抬高头胸部,有利于保持气道通畅,改善通气功能,从而改善缺氧症状;抬高下肢,有利于静脉血回流,增加心排出量而使休克症状得到缓解

4.侧卧位——臀部肌内注射、灌肠、肛门检查,配合胃镜、肠镜检查、预防压疮

5.半坐卧位——摇起床头支架使上半身抬高,与床呈 $30^{\circ}\sim 50^{\circ}$ 。适用范围

(1)胸腔疾病、胸部创伤或心肺疾患引起呼吸困难的病人,目的是采取半坐卧位,由于重力作用,部分血液滞留于下肢和盆腔,回心血量减少,从而减轻肺淤血和心脏负担,同时可使膈肌位置下降,胸腔容量扩大,减轻腹腔内脏对心肺的压力,肺活量增加,有利于气体交换,使呼吸困难的状况得到缓解

(2)某些面部及颈部手术后患者,目的是半坐卧位可减少局部出血

(3)腹腔、盆腔手术后或有炎症的患者,目的是采取半坐卧位,可使腹腔渗出液流入盆腔,促使感染局限,便于引流。因为盆腔腹膜抗感染性较强,而吸收较弱,故可防止炎症扩散和毒素吸收,减轻中毒反应。同时采取半坐卧位还可防止感染向上蔓延引起膈下脓肿。此外,腹部手术后患者采取半坐卧位可松弛腹肌,减轻腹部切口处的张力,缓解疼痛,促进舒适,有利于切口愈合

(4)疾病恢复期体质虚弱的患者,采取半坐卧位有利于患者向站立位过渡,使其逐渐适应体位改变

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.膝胸卧位——法洛四联症缺氧发作、矫正胎位不正

9.头高足低位——颈椎骨折患者作颅骨牵引时,用作反牵引力;减轻颅内压,预防脑水肿;颅脑手术后的患者

10.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

考点十一: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,煮沸5~10分钟可杀灭细菌繁殖体,煮沸15分钟可杀灭多数细菌芽孢

(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°C),增强杀菌、去污防锈

(6)玻璃类物品冷水或温水时放入;橡胶类物品用纱布包好,水沸后放入

(7)水的沸点受气压影响,海拔每增高 300m,消毒时间需延长 2 分钟

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,在临床上广泛应用。主要适用于耐热、耐湿类诊疗器械、器具和物品的灭菌,不能用于油类和粉剂的灭菌。粉剂、油剂用干烤法消毒灭菌。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——用于床垫、毛毯、书籍的消毒,6 小时达到消毒效果

6.紫外线消毒——适用于空气,物品表面和液体的消毒。杀菌作用最强的紫外线波段是 250~270nm,消毒时应从灯亮 5~7min 开始计时,照射时间不少于 30min,紫外线灯使用超过 1000 小时,应更换

考点十二: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——常用于浸泡不耐热的医疗器械、精密仪器,如内镜消毒,消毒时间 20~45min,灭菌时间 10 小时;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,但不能夹取无菌纱布;无菌持物钳的有效期是 4 小时;远处的物品,应连同容器一起搬移,就地取出使用

6.纯乳酸消毒每立方米 0.12ml;醋酸消毒每立方米 5~10ml;2%的过氧乙酸每立方米 8ml

7.传染性病原体等污染的器具应先消毒,再按常规清洗消毒灭菌

8.消毒液浸泡常用于耐湿不耐热的物品,如锐利器械等;消毒液擦拭常用于桌椅、墙壁、地面等的消毒

考点十三: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)碳酸氢钠溶液(1%~4%)——碱性药;抑制真菌(提示点白色膜状物)

(2)过氧化氢溶液(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

(6)呋喃西林溶液(0.02%)——清洁口腔,广谱抗菌

(7)氯己定(洗必泰)溶液(0.02%)——清洁口腔,广谱抗菌

4.口腔护理操作要点

- (1)昏迷病人——禁漱口,开口器于白齿放入
- (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
- (5)为凝血功能差的患者进行口腔护理时应特别注意动作轻柔,以免引起出血

考点十四: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

4.压疮好发部位

- (1)仰卧位——枕骨粗隆、肩胛部、肘部、脊椎体隆突处、骶尾部及足跟部
- (2)侧卧位——耳廓、肩峰、肋骨、髌部、膝关节内外侧及内踝处
- (3)俯卧位——面颊部、耳廓、肩部、女性乳房、男性生殖器、膝部及足尖处
- (4)坐位——坐骨结节处

5.压疮的预防

- (1)避免组织长期受压——鼓励和协助长期卧床的病人经常更换体位;保护骨隆突处和支持身体空虚处;正确使用石膏、夹板、绷带固定
- (2)避免局部理化因素的刺激——保持皮肤干燥;床单被褥清洁、平整干燥、无碎屑
- (3)促进局部血液循环——手法按摩
- (4)改善营养状况

考点十五:体温

1.发热程度(口温为例)

- (1)低热——37.3~38.0℃
- (2)中度热——38.1~39.0℃
- (3)高热——39.1~41℃
- (4)超高热——41℃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、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——成人插入肛门 $3\sim 4\text{cm}$,测量3分钟;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

4.发热的临床过程

(1)体温上升期:产热大于散热。病人表现为畏寒、皮肤苍白、无汗、寒战

(2)高热持续期:产热和散热在较高水平上趋于平衡。病人表现为颜面潮红、皮肤灼热、口唇干燥、呼吸深快、脉搏加快、尿量减少

(3)退热期:散热增加而产热趋于正常,散热大于产热。病人表现为大量出汗和皮肤温度降低。体温下降时,易出现虚脱或休克现象,表现为血压下降、脉搏细速、四肢厥冷

5.高热患者应每4小时测量一次体温,待体温恢复正常3天后,改为每日1~2次

考点十六: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。其特点是心室律完全不规则,心率快慢不一,心音强弱不等。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,记录方式为心率/脉率

(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。是心包填塞的重要体征之一

3.脉率异常

(1)心动过速——成人超过 100 次/分,常见于发热、甲状腺功能亢进、心力衰竭、血容量不足等。一般体温每升高 1℃,成人脉率约增加 10 次/分,儿童增加 15 次/分

(2)心动过缓——成人脉率小于 60 次/分,见于颅内压增高、房室传导阻滞、甲状腺功能减退、阻塞性黄疸

考点十七: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-施氏呼吸)——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。属于呼吸节律的异常。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。属于呼吸节律的异常。常在临终前发生

4.蝉鸣样呼吸——表现为吸气时产生一种极高的似蝉鸣样音响,产生机制是由于声带附近阻塞,使空气吸入发生困难。常见于喉头水肿、喉头异物等

5.鼾声呼吸——多见于昏迷患者

6.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

7.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

8.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

9.氧疗的副作用——氧中毒、肺不张、呼吸道分泌物干燥、晶状体后纤维组织增生、呼吸抑制

考点十八:血压

1.高血压——收缩压 ≥ 140 mmHg 和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg

2.低血压——收缩压 ≤ 90 mmHg 和(或)舒张压 ≤ 60 mmHg

3.脉压异常

(1)脉压增大——见于动脉硬化、主动脉瓣关闭不全、动静脉瘘、甲状腺功能亢进

(2)脉压减小——见于心包积液、缩窄性心包炎、末梢循环衰竭

4.测量注意事项

(1)测量血压时,手臂位置(肱动脉)与心脏呈同一水平。坐位时,平第四肋

(2)发现血压听不清或异常,应重测。待水银柱回到“0”点,稍等片刻后再测量

(3)对需密切观察血压者应做到“四定”,即定时间、定部位、定体位、定血压计

(4)测量血压时松紧以插入一指为宜,袖带下缘距肘窝处 2~3cm 为宜。袖带过宽时测得的血压值偏低,袖带过窄时测得的血压值偏高;袖带过紧使血管在袖带未充气前已受压,测得的血压值偏低,过松使袖带呈气球状,导致有效测量面积变窄,测得的血压值偏高

考点十九: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

(8) 无盐低钠饮食——饮食中含钠量 $<0.5\text{g/d}$,同低盐饮食,但一般用于水肿较轻的病人

(9) 高纤维饮食——用于便秘、肥胖症、高脂血症糖尿病等病人

3. 试验饮食

(1) 肌酐试验饮食——用于协助检查、测定肾小球的滤过功能,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——用于协助测定甲状腺功能,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——用于大便隐血试验的准备,以协助诊断有无消化道出血,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

(4) 胆囊B超检查饮食——检查前3日最好禁食牛奶、豆制品、糖类等易于发酵产气食物,检查前1日晚应进食无脂肪、低蛋白、高碳水化合物的清淡饮食。检查当日早晨禁食若胆囊显影良好,还需要了解胆囊收缩功能,则在第一次B超检查后,进食高脂肪餐(如油煎荷包蛋:只或高脂肪的方便餐,脂肪含量约 $25\sim 50\text{g}$); $30\sim 45$ 分钟后第二次B超检查观察,若效果不明显,可再等待 $30\sim 45$ 分钟后再次检查

考点二十:鼻饲法

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,增加喉部通道的弧度,以利插管,还能减少不良的刺激

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℃

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:抽吸胃液;注入 10ml 空气,听到气过水声;胃管末置于盛水的治疗碗中,无气泡逸出

7.每次鼻饲前应证实胃管在胃内且通畅,并用少量的温开水冲管后再进行喂食,鼻饲完毕后再次注入少量温开水,以避免鼻饲液凝结

8.长期鼻饲者应给予口腔护理,2 次/天。乳胶胃管每周更换一次,硅胶胃管每月更换一次

9.鼻饲法用于不能经口进食病人以及鼻胃管供给食物和药物,以维持病人营养和治疗的需要。包括:昏迷病人;口腔疾患或口腔手术后病人;上消化道肿瘤引起吞咽困难病人;不能张口病人,如破伤风病人;其他病人,如早产儿、病情危重者、拒绝进食者

考点二十一:冷疗法

1.目的:控制炎症扩散;减轻疼痛;减轻局部充血或出血;降低体温

2.禁忌部位

(1)枕后、耳廓、阴囊处——易引起冻伤

(2)心前区——可导致反射性心率减慢、心房纤颤或心室纤颤及房室传导阻滞

(3)腹部——易引起腹泻

(4)足底——可导致反射性末梢血管收缩影响散热或引起一过性冠状动脉收缩

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℃左右,不可低于 30℃,并且为防止枕后和外耳冻伤,应在后颈、两耳廓垫海绵垫

(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

4.注意事项

(1)冷疗法应有适当的时间,以 20~30min 为宜,如需反复使用,中间应间隔 1h,使组织有一个复原的过程,防止产生继发反应而抵消生理效应

(2)观察用冷部位局部情况,皮肤色泽,防止冻伤。倾听病人的主诉,有异常立即停止用冷

(3)冰袋使用后 30 分钟需测体温,当体温将至 39℃以下,应取下冰袋,并在体温单上做好记录

(4)乙醇擦浴时间不能超过 20 分钟

考点二十二:热疗法

1.目的:促进炎症的消散和局限;减轻疼痛;减轻深部组织的充血;保暖与舒适

2.热疗禁忌

(1)未明确诊断的急性腹痛,要四禁:禁食水、禁用热、禁镇痛、禁灌肠

(2)面部危险三角区的感染,以防导致颅内感染

(3)各种脏器出血、出血性疾病,防止出血加快

(4)软组织损伤或扭伤的初期(48 小时内),引用冷敷,减少炎性渗出,48h 后,应用热敷,促进炎症吸收

3.热疗方法

(1)热水袋温度——一般($60^{\circ}\text{C} \sim 70^{\circ}\text{C}$);特殊人群如昏迷、老人、婴幼儿、感觉迟钝、循环不良的患者(低于 50°C)

(2)红外线照射

①灯距为 $30 \sim 50\text{cm}$

②时间 $20 \sim 30$ 分钟

③皮肤出现红斑为合适

(3)热水坐浴

①水温 $40^{\circ}\text{C} \sim 45^{\circ}\text{C}$,时间 $15 \sim 20\text{min}$

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

③热水坐浴的目的有消炎、消肿、解痉、镇痛,还有局部清洁和舒适的作用

考点二十三:排尿

1.正常情况下每次尿量约 $200 \sim 400\text{ml}$,24小时的尿量约 $1000 \sim 2000\text{ml}$,平均 1500ml 左右;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—— $1.015 \sim 1.025$,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)充盈性尿失禁——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;下尿路梗阻:如前列腺增生、膀胱颈梗阻及尿道狭窄等

(3)急性尿失禁——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;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 ,大量放尿可致使腹腔内压急剧下降,血液大量滞留在腹腔内,导致血压下降而虚脱;另外膀胱内压突然降低,还可导致膀胱黏膜急剧充血,发生血尿

(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,一般 $60 \sim 80$ 滴/ min ,若引流液颜色较红,可适当加快冲洗速度,一般为 $80 \sim 100$ 滴/ min

(4)留置导尿目的——抢救危重、休克患者时记录每小时尿量、测尿比重,密切观察患者的病情变化;为盆腔手术排空膀胱,使膀胱持续保持空虚状态,避免术中误伤;某些泌尿系统疾病手术后留置导尿,便于引流和冲洗,并减轻手术切口张力,促进愈合;为尿失禁或会阴部有伤口的患

者引流尿液,保持会阴部的清洁干燥;为尿失禁患者行膀胱功能训练,每3~4小时开放一次

(5)女患者导尿时,轻轻插入尿道4~6cm,见尿液流出后再插入1cm;男患者导尿时,轻轻插入尿道20~22cm,见尿液流出后再插入1~2cm

(6)女患者消毒尿道口及小阴唇顺序为由内向外,自上而下,以防感染;男患者导尿时,提起阴茎与腹壁呈60°角,可使耻骨前弯消失,有利于尿管插入

(7)尿管一般为1~4周更换一次;尿袋通常每周更换1~2次,若有尿液性状、颜色的改变,需及时更换

(8)留置尿管期间,若病情允许鼓励病人每日摄入2000ml以上水分,达到冲洗会阴的目的

考点二十四:排便

1.果酱样便——肠套叠、阿米巴痢疾;柏油样便——上消化道出血;白陶土色便——胆道梗阻;暗红色血便——下消化道出血;白色“米泔水”样便——霍乱、副霍乱;粪便表面粘有鲜红血液——痔疮、肛裂

2.灌肠

(1)大量不保留灌肠

①灌肠液:0.1%~0.2%肥皂液、生理盐水

②成人每次用量500~1000ml,儿童每次200~500ml,伤寒患者不超过500ml

③溶液温度以39~41℃为宜,降温用28~32℃,中暑病人用4℃生理盐水

④病人采取左侧卧位,液面距肛门40~60cm,伤寒患者<30cm

⑤插入直肠7~10cm(小儿为4~7cm),拔管后平卧,嘱保留5~10min(降温灌肠,保留30min)

(2)小量不保留灌肠

①目的:解除便秘,软化粪便,排出肠腔积气,减轻腹胀

②灌肠液:“1、2、3溶液”(50%硫酸镁30ml、甘油60ml、温开水90ml)

③嘱保留10~20min

(3)保留灌肠

①灌肠溶液不超过200ml,溶液温度38℃,抬高臀部约10cm,插入肛门15~20cm,保留药液1小时以上

②慢性细菌性痢疾,病变部位多在直肠或乙状结肠,取左侧卧位;阿米巴痢疾病变多在回盲部,取右侧卧位,以提高疗效

3.肛管排气——轻轻插入肛门15~18cm,保留肛管不超过20min,如有需要,2~3小时后再行第二次肛管排气

4.注意事项

(1)灌肠过程中如果液面下降过慢或停止,可移动肛管或挤捏肛管;如果病人感觉腹胀或有便意,可嘱患者张口深呼吸,并降低灌肠液的高度以减慢流速或暂停片刻;如病人出现脉速、面色苍白、大汗、腹痛剧烈、心慌气促,此时可能发生肠道剧烈痉挛或出血,应立即停止灌肠,与医生联系,给予及时处理

(2)肝昏迷患者,禁止肥皂水灌肠,减少氨的产生和吸收;充血性心力衰竭、水钠潴留患者,

禁止使用生理盐水灌肠

(3) 禁忌——妊娠、急腹症、严重心血管疾病、消化道出血等病人

(4) 在护理记录中,灌肠符号为“E”,如灌肠后解便一次记录为 1/E,灌肠后无大便记录为 0/E

考点二十五: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,应用铁剂时需注意:两餐之间服用,与维生素 C、果汁等同服,促进铁的吸收

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,服药后要多喝水

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. 对于易燃易爆的药物,如乙醇、乙醚、环氧乙烷等,应单独存放,密闭阴凉处存放,避免明火。采取方法:放在阴凉干燥处,阳光不易直射处。门窗黑帘遮光。可采用棕色瓶或黑色纸包裹的玻璃瓶包装

9. 药物吸收顺序(除动、静脉注射外)——雾化吸入>舌下含服>直肠给药>肌肉注射>皮下注射>口服给药>皮肤给药

10. 内服药为蓝色边;外用药为红色边;剧毒药、麻醉药的标签边为黑色

11. 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);st(立即);sos(临时备用医嘱,12 小时内有效);prn(长期备用医嘱);ID(皮内注射);H(皮下注射);IM(肌肉注射);IV(静脉注射)

12. 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

(4) 侧卧位肌肉注射——上腿伸直,下腿弯曲;俯卧位肌肉注射——足尖相对,足跟分开,头偏向一侧

13. 上臂肌肉注射部位——上臂外侧,肩峰下 2~3 横指

14. 股静脉穿刺部位在腹股沟中内 1/3 交界处,股动脉内侧 0.5cm;颈外静脉穿刺点在下颌角与锁骨上缘中点连线 1/3 处

15.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°C 或水量不足,应关机,更换或加入冷蒸馏水;连续使用雾化器时,中间需间隔30min

(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 $6\sim 8\text{L}/\text{min}$;注意用氧安全,做好“四防”,即防震、防火、防热、防油。氧气筒距火炉至少5m、暖气1m

16.皮内注射——与皮肤呈 5° ;皮下注射——与皮肤呈 $30^{\circ}\sim 40^{\circ}$;肌内注射——与皮肤呈 90° ,垂直进针;静脉注射——与皮肤呈 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$

17.“三查”——操作前查、操作中查、操作后查;“七对”——床号、姓名、药名、浓度、时间、剂量、用法

考点二十六: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 $50\mu\text{g}$;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.青霉素过敏性休克属于I型变态反应,特点是反应迅速、强烈、消退亦快

6.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

7.链霉素拮抗剂——10%葡萄糖酸钙或5%氯化钙

8.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

考点二十七: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.输液速度及时间的计算——一般成人40~60滴/分,儿童20~40滴/分,对年老、体弱、婴幼儿、有心肺疾患的病人输入速度宜慢,对严重脱水、心肺功能良好的病人输液速度可适当加快。
输液时间(小时)=液体总量(ml)×点滴系数/(每分钟滴数×60)

3.溶液不滴原因及处理

- (1)针头滑出静脉外。处理:将针头拔出,另选血管重新穿刺
- (2)针头斜面紧贴静脉壁。处理:调整针头位置或适当变换肢体位置,直到点滴通畅为止
- (3)针头阻塞。处理:更换针头,重新选择静脉穿刺
- (4)压力过低。处理:适当抬高输液瓶或放低肢体位置
- (5)静脉痉挛。处理:局部进行热敷以缓解痉挛

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——因输液速度过快或患者心脏功能不良,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(以降低肺泡内泡沫的表面张力,使泡沫破裂消散,改善气体交换,减轻缺氧症状),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%硫酸镁湿敷

8.空气栓塞——空气阻塞肺动脉入口,心前区可闻及持续响亮的水泡音;病人应立即取左侧卧位和头低足高位

9.液体疗法补液原则为先快后慢,先盐后糖,先晶后胶,见尿补钾

考点二十八: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

(5) 输血时,开始速度应小于 20 滴/分,观察 15 分钟,无不良反应后,成年人可调至 40~60 滴/分

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。发生溶血反时应立即停止输血

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

考点二十九:标本采集

1. 同时抽取不同种类的血标本,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

8. 收集痰液时间宜选择在清晨,深呼吸数次后用力咳出气管深处的痰;尿液标本采集应避免经血、白带、精液以及粪便的混入,临床上常用清洁的中段尿做菌落计数,菌落培养

9. 全血标本——抗凝血标本,主要用于临床血液学检查,例如血细胞计数;血清标本——不加抗凝剂的血液,经离心所得上清液称为血清,适用于临床化学和免疫检测,如测定肝功能、血清酶、电解质等

10. 血常规——紫色;凝血实验——蓝色;红细胞沉降率——黑色

考点三十: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——①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;②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;③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

考点三十一: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,成人胸骨压下 5~6cm,儿童约为 5cm,婴儿约为 4cm,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

4. 机械通气过程中,应密切观察病情变化。通气不足时,因二氧化碳潴留,病人皮肤潮红、多汗、烦躁、血压升高、脉搏加快、表浅静脉充盈消失;通气过度时,病人出现昏迷、抽搐等碱中毒的症状

5. 胸外心脏按压有效性判断:能扪及大动脉(股、颈动脉)搏动,收缩压维持在 60mmHg 以上;口唇、面色、甲床等颜色有发绀转为红润;室颤波由细小变为粗大,甚至恢复窦性心律;瞳孔随之缩小,有时可有对光反射;呼吸逐渐恢复;昏迷变浅出现反射或挣扎

考点三十二:危重病人的抢救

1. 吸氧

(1) 氧气头罩法——小儿;鼻塞法——长期吸氧的病人;面罩法——张口呼吸且病情较重病人,氧流量一般为 6~8L/min;氧气枕法——家庭氧疗、危重病人的抢救或转运途中,以枕代替氧气装置;漏斗法——气管切开的病人

(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

(4) 使用氧气时,应先调节氧流量,再插管;停用氧气时,先拔管,再关氧气开关

(5) 缺氧分级——轻度缺氧:无明显的呼吸困难,仅有轻度的紫绀,神志清晰;中度缺氧:紫绀明显,呼吸困难,神志正常或烦躁不安;重度缺氧:显著紫绀,三凹征明显,呈昏迷或半昏迷状态

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

- (4) 吸痰应采取左右旋转并向上提管的手法,以利于呼吸道分泌物充分吸尽
- (5) 吸痰前后应给予高流量吸氧,痰液较多,需要再次吸引时,应间隔 3~5min
- (6) 吸痰过程中患者发生紫绀、心率下降等缺氧症状,应立即停止吸痰,休息后再吸

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,总用量一般为 10000ml~20000ml,溶液温度一般为 25~38℃

(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,可用硫酸铜
- (8) 巴比妥类(安眠药)——选用 1:15000~1:20000 的高锰酸钾洗胃,硫酸钠导泻
- (9) 1605、1059、4049(乐果)——禁用高锰酸钾洗胃,因其可氧化成毒性更强的物质

4.抢救记录应在结束后的 6 小时内补记,注明抢救完成的时间和补记记录

5.抢救药品要做到“五定”——定数量品种、定点安置、定人保管、定期消毒灭菌、定期检查维修,完好率达 100%

二、内科护理学

考点一: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。

考点二: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,抗生素疗程一般为 5~7 天,或热退后 3 天停药,或由静脉用药改为口服,维持数日。

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)

考点三: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:①引流宜在饭前进行;②原则上抬高患肺位置;③每天1~3次,每次15~20分钟;④若病人出现咯血、发绀、头晕、出汗、疲劳等情况,应及时终止引流
 - (3)最主要的护理问题——清理呼吸道无效/有窒息的危险

考点四: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

考点五: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

考点六：肺心病

1. 病因——COPD
2. 肺心病形成关键环节——肺动脉高压
3. 表现——表现淡漠、嗜睡、昏睡等
4. 并发症：肺性脑病、心律失常、休克、消化道出血和弥散性血管内凝血
5. 吸氧——CO₂潴留采取持续低浓度、低流量吸氧，氧流量 1~2L/min，浓度在 25%~29%

考点七：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，PaCO₂降低或正常
(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

考点八：急性呼吸窘迫综合征

1. 实验室检查——动脉血气分析，以低 PaO₂、低 PaCO₂ 和高 pH 为典型表现
2. 氧合指数 ≤200 时为 ARDS
3. 护理措施——保持呼吸道通畅，促进痰液引流
4. 指导并协助病人进行有效的咳嗽、咳痰；每 1~2 小时翻身 1 次，并给予拍背，促使痰液排出

考点九：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 ≤4mm 为阴性(-)；5~9mm 为弱阳性(+)，10~19mm 为阳性(++)，≥20mm 或虽 <20mm 但局部出现水泡、坏死或淋巴管炎为强阳性(+++)
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
7. 常用结合药物不良反应
 - (1) 异烟肼——周围神经炎，偶有肝功能损害
 - (2) 利福平——肝功能损害，过敏反应
 - (3) 链霉素——听力障碍，眩晕，肾功能损害
 - (4) 吡嗪酰胺——胃肠道不适、肝功能损害、高尿酸血症、关节痛
 - (5) 乙胺丁醇——视神经炎

8.咳血量较少时,嘱卧床休息(患侧卧位);中等或大量咯血时应严格卧床休息,取患侧卧位,保证气道通畅,注意防止窒息;大咯血病人可用垂体后叶素,静脉缓慢推注(15~20分钟)或静滴

考点十: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

考点十一: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

考点十二: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

考点十三: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

考点十四: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——首选硝普钠(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

考点十五: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

考点十六: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

考点十七: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

考点十八: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

考点十九: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(RonT)

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

员,可使用开塞露或低压盐水灌肠

考点二十: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,应说明自己患有心瓣膜病、心内膜炎等病史,以预防性使用抗生素

考点二十一: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)控制心室率,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

考点二十二: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)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	侵袭因素增强
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	餐后1小时疼痛—餐前缓解—进餐后1小时再痛,午夜痛少见	餐前痛—进餐后缓解—餐后2~4小时再痛—进食后缓解,午夜痛多见
疼痛规律	进食-疼痛-缓解	疼痛-进食-缓解
好发部位	胃窦、胃小弯	十二指肠球部

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)H₂受体拮抗药(西咪替丁)——乏力、头晕、嗜睡和腹泻

(2)质子泵抑制剂(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

考点二十三: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

考点二十四: 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) 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

(2) 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

(3) 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

(4) 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——床档

考点二十五: 急性胰腺炎

1. 主要病因——胆道疾病

2. 主要表现和首发症状——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

考点二十六: 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——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——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 400~500ml 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

考点二十七: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

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

考点二十八: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

考点二十九: 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: <3.5g/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) 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

(2) 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

考点三十: 慢性肾小球肾炎

1. 临床特点——病程长, 起病初期常无明显症状, 以后缓慢持续进行性发展, 最终可至慢性肾衰竭

2. 首选降压药——血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 和血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB)

ACEI 类药物有卡托普利、贝那普利; ARB 类药物有氯沙坦等

3. 饮食——优质低蛋白、低磷、低盐、高热量饮食

考点三十一: 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 >3.5g/d

(2) 低白蛋白血症: 血浆白蛋白 <30g/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)

考点三十二:急性肾衰竭

- 1.临床表现——典型临床病程可分为3期:起始期、维持期、恢复期
- 2.首发症状——消化系统症状
- 3.并发症——高钾血症是ATN最严重的并发症之一,也是少尿期的首位死因
- 4.辅助检查——肾活组织检查是最重要的诊断手段
- 5.饮食护理——优质蛋白饮食,蛋白质的摄入量应限制为 $0.8g/(kg \cdot d)$

考点三十三: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:食欲不振——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 $500ml$
- 12.心力衰竭——是慢性肾衰竭常见的死亡原因

考点三十四: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 $10 \sim 20ml$ 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 $100 \sim 200ml$ 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 $50 \sim 100ml$ 加普通胰岛素 $6 \sim 12U$ 缓慢静滴,以促进糖原合成,使钾离子向细胞内转移
- 5.可用离子交换树脂 $15 \sim 30g$ 口服,每天3次,但起效慢,不作为高钾血症的急救措施

考点三十五: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,多喝水、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

7.尿细菌学检查——新鲜清洁中段尿细菌定量培养菌落计数 $\geq 10^5$ /ml,如能排除假阳性,称为真性菌尿

考点三十六: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。口服液体铁剂时须使用吸管,避免牙齿染黑

(2)注射铁剂:肌内注射应采用深部注射,并经常更换注射部位,以促进吸收

考点三十七: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

5.预防出血——保持血小板 $>20 \times 10^9/L$

6.化疗的不良反应

环磷酰胺	出血性膀胱炎	
柔红霉素	心肌及心脏传导损害	使用前检查心电图及心功能
长春新碱	末梢神经炎、手足麻木,少数自主神经功能紊乱,出现腹胀、便秘及肠麻痹甚至肠梗阻	注意观察及时处理
甲氨蝶呤	口腔黏膜溃疡	亚叶酸钙可对抗其毒性作用

考点三十八: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

(3)糖皮质激素——首选药物

(4)脾切除——可减少血小板抗体产生及减轻血小板的破坏

4.预防感染——保护性隔离

考点三十九:过敏性紫癜

1.病因——感染为最常见的病因和引起疾病复发的原因

2.临床表现

(1)单纯型(紫癜型)——为临床最常见的类型。主要表现为皮肤瘀点、紫癜,多局限于四肢及臀部,且以下肢伸侧面最多见,呈对称性,常成批、反复发生

(2)肾型——是病情最为严重且预后相对较差的一种临床类型

考点四十: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 $\leq 3.9\text{mmol/L}$

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B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

8.急性并发症——糖尿病酮症酸中毒;高渗高血糖综合征;糖尿病乳酸酸中毒;感染

9.慢性并发症:

(1)糖尿病大血管病变——是糖尿病最严重和突出的并发症

(2)糖尿病微血管病变——糖尿病肾病

(3)糖尿病视网膜病变——糖尿病视网膜病变是糖尿病高度特异性的微血管并发症

(4)糖尿病神经病变——最常见的类型是远端对称性多发性神经病变,典型表现呈手套或袜套式对称分布,下肢较上肢严重

(5)糖尿病足——是糖尿病最严重和治疗费用最高的慢性并发症之一

考点四十一: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

3.药物治疗——非甾体类抗炎药

考点四十二: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:受累的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

5.潜在并发症——慢性肾衰竭

考点四十三: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

考点四十四: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-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

考点四十五:艾滋病

1.传播途径——(1)性接触传播;(2)血液传播;(3)母婴传播

2.艾滋病病毒职业暴露级别分为三级

(1)一级暴露;(2)二级暴露;(3)三级暴露

3.暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品

考点四十六:流行性乙型脑炎

1.传染源——乙脑是人畜共患的自然疫源性疾病

2.传播途径——本病通过蚊叮咬而传播

3.潜伏期 4~21 天,一般为 10~14 天

4.典型的临床经过分为 4 期——初期;极期;恢复期;后遗症期

考点四十七:细菌性痢疾

- 1.病理——革兰阴性杆菌
- 2.传染源——主要为急性、慢性病人及带菌者
- 3.传播途径——经消化道传播
- 4.临床表现——潜伏期 1~4 天,短者数小时,长者可达 7 天
- 5.隔离——严格执行接触隔离措施

考点四十八:霍乱

- 1.传染源——病人和带菌者是霍乱的主要传染源
- 2.传播途径——通过消化道传播

考点四十九:伤寒

- 1.传播途径——通过消化道传播
- 2.隔离——对病人和带菌者执行接触隔离措施。至体温正常后 15 天或间隔 5~7 天粪便培养 1 次,连续 2 次阴性,方可解除隔离。接触者应医学观察 15 天,发热者应该立即隔离。隔离期间注意心理护理。出院前做好终末消毒

三、外科护理学

考点一: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
临床表现	恶心厌食、乏力少尿、不口渴, 皮肤干、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

考点二:钾代谢异常

	低钾血症	高钾血症
血钾	<3.5mmol/L	>5.5mmol/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
临床表现	最早—肌无力 四肢→躯干→呼吸肌 腱反射减弱	无特殊。肢软、神志改变 心动过缓、心律不齐
EKG	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
处理原则	补钾<40mmol(3g)/L 补钾<20mmol/h 每天40~80mmol(3~6g)	5%NaHCO ₃ 360~100ml 25%葡萄糖100~200ml+胰岛素 阳离子交换树脂、透析

考点三: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

考点四:常用手术皮肤准备的范围

手术部位	备皮范围
颅脑手术	剃除全部头发及颈部毛发、保留眉毛
颈部手术	上自唇下,下至乳头水平线,两侧至斜方肌前缘
胸部手术	上自锁骨上及肩上,下至脐水平,包括患侧上臂和腋下,胸背均超过中线5cm以上
上腹部手术	上自乳头水平,下至耻骨联合,两侧至腋后线
下腹部手术	上自剑突,下至大腿上1/3前内侧及会阴部,两侧至腋后线,剃除阴毛

腹股沟手术	上自脐平线,下至大腿上 1/3 内侧,两侧至腋后线,包括会阴部,剃除阴毛
肾手术	上自乳头平线,下至耻骨联合,前后均过正中线
会阴部及肛门手术	上自髂前上棘,下至大腿上 1/3,包括会阴部及臀部,剃除阴毛
四肢手术	以切口为中心包括上、下方各 20cm 以上,一般超过远、近端关节或为整个肢体

考点五: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 全身症状注意面部 危险三角区;	多个脓头、火山口状; 全身症状重; 唇痛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;

考点六: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,最短 24 小时,最长可达数月

(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,可在服用镇静剂 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。病人使用过的碗、筷、药杯等用 0.1%~0.2% 的过氧乙酸浸泡后,再煮沸消毒 30 分钟,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

考点七:烧伤的分期

1. 急性体液渗出期:组织烧伤后立即发生的反应是体液渗出,一般以伤后 2~3 小时最为急剧,8 小时达高峰,随后逐渐减缓,至 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

4. 康复期:深度创面愈合后,可形成瘢痕,严重者影响外观和功能,需要锻炼、工疗、体疗和整形以期恢复

考点八: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。1~2 周内愈合,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,常有瘢痕增生和色素沉着

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

考点九:放疗的禁忌症

1. 晚期肿瘤,伴严重贫血、恶病质者

2. 外周血白细胞计数低于 $3.0 \times 10^9/L$,血小板计数低于 $50 \times 10^9/L$,血红蛋白低于 $90g/L$ 者

3. 合并各种传染病,如活动性肝炎、活动性肺结核者

4. 有心、肺、肾、肝等功能严重不全者

5. 接受放射治疗的组织器官已有放射性损伤者

6. 对放射线中度敏感的肿瘤已有广泛远处转移或经足量放射治疗后近期内复发者

考点十:器官移植排斥反应的分类及机制

1. 超急性排斥反应:是以抗体介导为主的体液免疫反应。主要由受者体内存在针对供者特异性抗原的预存抗体引起的免疫应答,多发生在移植器官恢复血流后数分钟至数小时内。一旦发生,只能切除移植物,进行再次移植

2. 加速性急性排斥反应:亦称血管排斥反应或延迟性超急性排斥反应。通常发生在移植术

后 3~5 日内,病程进展快,移植物功能迅速减退、逐渐恶化并最终发生衰竭

3.急性排斥反应:由 T、B 淋巴细胞介导,以特异性细胞免疫为主并有体液免疫参与的免疫应答,多发生于术后第 5 日至 6 个月内,是最常见的一种排斥反应。诊断明确应尽早治疗,约 90%~95% 可以逆转。急性排斥反应治疗不彻底或反复发生,可导致慢性排斥反应甚至移植器官功能丧失

4.慢性排斥反应:可发生在手术后数月甚至数年,病程进展慢,以移植物慢性缺血并纤维化萎缩为病理特征,临床以移植器官功能逐渐减退为主要表现。唯一有效治疗方法是再次移植

考点十一:颅底骨折的临床表现

骨折部位	瘀斑部位	脑脊液漏	可能累及的脑神经
颅前窝	眶周、球结膜下(熊猫眼征)	鼻漏	嗅神经、视神经
颅中窝	乳突区(Battle 征)	鼻漏和耳漏	面神经、听神经
颅后窝	乳突部、咽后壁	无	第 IX~XII 对脑神经

考点十二:急性乳腺炎

1.好发于产后 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

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

考点十三:乳腺癌-临床表现

1.乳房肿块

(1)早期:表现为患侧乳房出现无痛性、单发小肿块,病人常在无意中发现。肿块多位于乳房外上象限,质硬、表面不光滑,与周围组织分界不清,在乳房内不易被推动

(2)晚期:①肿块固定:癌肿侵入胸筋膜和胸肌时,固定于胸壁不易推动。②卫星结节、铠甲胸:癌细胞侵犯大片乳房皮肤时,可出现多个坚硬小结节或条索,呈卫星样围绕原发病灶。若结节彼此融合,弥漫成片,可延伸至背部和对侧胸壁,致胸壁紧缩呈铠甲状,病人呼吸受限。③皮肤破溃:癌肿处皮肤可溃破而形成溃疡,常有恶臭,易出血

2.乳房外形改变:随着肿瘤生长,可引起乳房外形改变

(1)酒窝征:若肿瘤累及 Cooper 韧带,可使其缩短而致肿瘤表面皮肤凹陷,出现“酒窝征”

(2)乳头内陷:邻近乳头或乳晕的癌肿因侵入乳管使之缩短,可将乳头牵向癌肿一侧,进而使乳头扁平、回缩、凹陷

(3)橘皮征:如皮下淋巴管被癌细胞堵塞,引起淋巴回流障碍,可出现真皮水肿,乳房皮肤呈

“橘皮样”改变

3.转移征象

(1)淋巴转移:最初多见于患侧腋窝,肿大的淋巴结少数散在,质硬、无痛、可被推动,继而逐渐增多并融合成团,甚至与皮肤或深部组织粘连

(2)血行转移:乳腺癌转移至肺、骨、肝时,可出现相应症状

考点十四:乳腺癌-术后护理-功能锻炼

1.术后 24 小时内:活动手指和腕部,可作伸指、握拳、屈腕等锻炼

2.术后 1~3 日:进行上肢肌肉等长收缩,利用肌肉泵作用促进血液和淋巴回流;可用健侧上肢或他人协助患侧上肢进行屈肘、伸臂等锻炼,逐渐过渡到肩关节的小范围前屈、后伸运动(前屈小于 30°,后伸小于 15°)

3.术后 4~7 日:鼓励病人用患侧手洗脸、刷牙、进食等,并做以患侧手触摸对侧肩部及同侧耳朵的锻炼

4.术后 1~2 周:术后 1 周皮瓣基本愈合后,开始做肩关节活动,以肩部为中心,前后摆臂。术后 10 日左右皮瓣与胸壁黏附已较牢固,做抬高患侧上肢、手指爬墙、梳头等锻炼。指导病人做患肢功能锻炼时应根据病人的实际情况而定,一般以每日 3~4 次、每次 20~30 分钟为宜;循序渐进,逐渐增加功能锻炼的内容。术后 7 日内不上举,10 日内不外展肩关节;不要以患侧肢体支撑身体,以防皮瓣移动而影响愈合

考点十五: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: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

考点十六:气胸

损伤性气胸

		闭合性气胸	开放性气胸	张力性气胸
	共同点	胸腔有气,肺萎缩、纵膈移向健侧		
病理	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

考点十七:胸膜腔闭式引流的目的是与适应证

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

考点十八: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: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

考点十九: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
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

考点二十:腹部损伤-辅助检查

1.实验室检查腹腔内实质性脏器破裂出血时可出现红细胞计数、血红蛋白、血细胞比容等数值下降,白细胞计数略有增高;空腔脏器破裂时可出现白细胞计数和中性粒细胞比值明显上升;胰腺或十二指肠损伤时,血、尿淀粉酶多升高;泌尿系统损伤时,尿常规检查可见血尿

2.影像学检查

(1)超声检查:主要用于诊断实质性脏器的损伤,能提示脏器是否有损伤以及损伤的部位和程度,脏器周围积血、积液情况。若发现腹腔内积液和积气,则有助于空腔脏器破裂或穿孔的诊断

(2)X线检查:胸部及腹部X线可发现脏器破裂的征象,常见腹腔内脏器损伤的X线检查结果见下表

X线检查结果	腹部损伤相关问题
腹腔游离气体,立位腹部平片表现为膈下新月形阴影	胃肠道(主要是胃、十二指肠和结肠,少见小肠)破裂
腹膜后积气(可有典型的花斑状阴影)	腹膜后十二指肠或结直肠穿孔
腰大肌影消失	腹膜后血肿
右膈升高,肝正常外形消失及右下胸肋骨骨折	肝破裂的可能性大
胃右移、横结肠下移,胃大弯有锯齿形压迹	脾破裂的可能性大

(3)CT检查:比超声更准确,能清晰地显示肝、脾、肾等脏器的被膜是否完整、大小及形态结构是否正常,也能清晰显示损伤的部位及范围

(4)其他影像学检查:选择性血管造影、MRI、磁共振膜胆管造影

考点二十一:肠痿-治疗原则

1.非手术治疗

(1)补液及营养支持:纠正水、电解质及酸碱平衡失调和营养失调

(2)控制感染:根据肠痿的部位及其常见菌群或药物敏感性试验结果选择抗生素

(3)药物治疗:生长抑素制剂如奥曲肽等,能显著降低胃肠液分泌量,从而降低痿口肠液的排出量,以减少液体丢失。当肠液明显减少时,改用生长激素,可促进蛋白质合成,加速组织修复

(4) 瘻口局部处理:①双套管负压引流:及时将溢出的肠液引流到体外,部分病人经有效引流后可以愈合;②封堵处理:对于瘻道比较直的单个瘻,可用硅胶片封堵瘻口

2. 手术治疗

- (1) 瘻口造口术:适用于瘻口大、腹腔污染严重、不能耐受一次性彻底手术者
- (2) 肠段部分切除吻合术:对经以上处理不能自愈的肠瘻均需进一步手术治疗
- (3) 肠瘻局部楔形切除缝合术:较简单,适合于瘻口较小且瘻管较细的肠瘻

考点二十二: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

考点二十三: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

考点二十四: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

考点二十五:胆管结石-护理措施-术后护理

T 管引流的护理

1. 妥善固定:将 T 管妥善固定于腹壁,防止翻身、活动时牵拉造成管道脱出
2. 加强观察:观察并记录 T 管引流出胆汁的量、色和性状。正常成人每日分泌胆汁 800~1200ml,呈黄绿色、清亮、无沉渣,且有一定黏性。术后 24 小时内引流量约 300~500ml,恢复饮食后可增至每日 600~700ml,以后逐渐减少至每日 200ml 左右。如胆汁过多,提示胆总管下端有梗阻的可能;如胆汁混浊,应考虑结石残留或胆管炎症未完全控制
3. 保持通畅:防止 T 管扭曲、折叠、受压。引流液中有血凝块、絮状物、泥沙样结石时要定时挤捏,防止管道阻塞。必要时用生理盐水低压冲洗或用 50ml 注射器负压抽吸,操作时需注意避免诱发胆管出血
4. 预防感染:长期带管者,定期更换引流袋,更换时严格无菌操作。平卧时引流管的远端不

可高于腋中线,坐位、站立或行走时不可高于引流管口平面,以防胆汁逆流引起感染。引流管口周围皮肤覆盖无菌纱布,保持局部干燥,防止胆汁浸润皮肤引起炎症反应

5.拔管护理:若T管引流出的胆汁色泽正常,且引流量逐渐减少,可在术后10~14日,试行夹管1~2日;夹管期间注意观察病情,若无发热、腹痛、黄疸等症状,可经T管作胆道造影,造影后持续引流24小时以上;如胆道通畅,无结石或其他病变,再次夹闭T管24~48小时,病人无不适可予拔管。年老体弱、低蛋白血症、长期使用激素者可适当延长T管留置时间,待窦道成熟后再拔除,避免胆汁渗漏至腹腔引起胆汁性腹膜炎。拔管后,残留窦道用凡士林纱布填塞,1~2日内可自行闭合。若胆道造影发现有结石残留,则需保留T管6周以上,再做取石或其他处理

考点二十六:胆道蛔虫症-临床表现

“症征不符”是本病的特点,即剧烈的腹痛与较轻的腹部体征不相称

胆道蛔虫病表现为突发性剑突下方钻顶样绞痛,伴右肩或左肩部放射痛,痛时辗转不安、呻吟不止、大汗淋漓,可伴有恶心、呕吐甚至呕出蛔虫。疼痛可突然平息,又可突然再发,无一定规律。合并胆道感染时,可出现寒战高热,也可合并急性胰腺炎的临床表现

考点二十七: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

考点二十八: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)组织坏死期: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

考点二十九: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

考点三十：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

考点三十一：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:最重要的症状,常为终末血尿

(3)脓尿:常见的症状

(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

考点三十二：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

考点三十三：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、反常活动、骨擦音或骨擦感

4.诊断骨折最可靠的依据是——X 线

考点三十四：桡骨远端骨折-临床表现

1.症状:伤后腕关节局部疼痛、皮下瘀斑、肿胀和功能障碍

2.体征:患侧腕部压痛明显,腕关节活动受限。伸直型骨折从侧面看腕关节呈“银叉”畸形,从正面看呈“枪刺样”畸形。屈曲型骨折者腕部出现下垂畸形

考点三十五：髌关节脱位—处理原则

1.复位:脱位后力争在 24 小时内、麻醉状态下进行闭合复位,常用的复位方法有提拉法和悬垂法。闭合复位不成功时采用手术切开复位,同时将伴发的骨折进行复位、内固定。小儿髌关节脱位后 12 小时内,可行闭合复位;对不能行闭合复位需行手术治疗的患儿,术后行骨牵引或人字形石膏固定 4~6 周以获得髌关节稳定

2.固定:用绷带将双踝暂时捆在一起,于髌关节伸直位下将病人搬运至床上,患肢作皮肤牵引或穿丁字鞋 2~3 周,不必作石膏固定,保持患肢处于伸直、外展位,防止髌关节屈曲、内收、内旋

3.功能锻炼:卧床期间作股四头肌收缩动作,2~3 周后开始活动关节,4 周后扶双拐下地活动,3 个月无股骨头坏死时可完全承重

四、妇产科护理学

考点一：外生殖器

阴阜、大阴唇、小阴唇、阴蒂、阴道前庭

考点二：内生殖器

阴道、子宫、输卵管、卵巢

考点三：骨盆组成

两块髌骨、一块骶骨、一块尾骨

考点四：卵巢分泌的雌激素、孕激素作用对比

雌激素	孕激素
促进卵泡作用	促使子宫肌肉松弛
促进子宫发育	抑制输卵管节律性的收缩
促进输卵管发育	促进阴道上皮细胞的脱落
促进阴道上皮增生和角化	使排卵后基础体温升高 0.3℃~0.5℃
促使乳腺管增生	促进乳腺泡发育
促进体内水钠潴留	促进水钠排泄

考点五：胎儿附属物的形成和功能

1.胎儿附属物——胎盘、胎膜、脐带和羊水

(1)胎盘构成——底蜕膜、叶状绒毛膜、羊膜

(2)胎盘的功能——气体交换、营养物质供应、排除胎儿代谢产物、防御功能和合成功能

2.胎膜——绒毛膜和羊膜

3.脐带——一条静脉和两条动脉

4.羊水——足月羊水量 800~1000ml

(1)羊水量超过 2000ml,可诊断为羊水过多

(2)羊水量少于 300ml,可诊断为羊水过少

考点六:早期妊娠临床表现

- 1.停经——最早及最重要的症状
- 2.早孕反应:约半数妇女在停经 6 周左右出现,一般约持续 12 周左右后消失
- 3.尿频:子宫因增大压迫膀胱引起,12 周后症状消失
- 4.乳房变化:乳房增大,乳头和乳晕着色,乳晕周围有深褐色蒙氏结节显现
- 5.妇科检查:阴道黏膜和子宫颈充血,呈紫蓝色;阴道检查子宫随停经月份而逐渐增大,子宫峡部极软似不相连,称为黑加征
- 6.相关检查:HCG(绒毛膜促性腺激素)可协助诊断早期妊娠;超声检查是检查早期妊娠快速准确的方法

考点七:产力

- 1.子宫收缩力:临产后的主要动力,贯穿分娩过程
- 2.腹肌、膈肌收缩力(腹压):是第二产程时娩出胎儿的重要辅助力量
- 3.肛提肌收缩力

考点八:先兆临产

- 1.子宫不规则收缩:分娩前 1~2 周,子宫出现不规律的收缩,常在夜里出现,收缩持续<30 秒,间隔 10~20 分钟,收缩强度不进行性加强,间隔时间不一,孕妇自觉轻微腰酸、下腹轻微酸胀
- 2.临产前胎先露下降进入骨盆入口使宫底下降,初产妇感到上腹部较前轻松,食欲好,食量增加,呼吸轻快,尿频
- 3.见红:是分娩的一个比较可靠的征象。在分娩发动前 24~48 小时内

考点九:第一产程(宫颈扩张期)

- 1.从开始出现间歇 5~6 分钟的规律宫缩到宫口开全。初产妇需 11~12 小时;经产妇需 6~8 小时
- 2.第一产程又分为潜伏期和活跃期
潜伏期:从规律宫缩开始至宫口扩张 3cm,约需 8h,超过 16h 称潜伏期延长
活跃期:宫口扩张 3cm 至宫口开全,平均需 4h,超过 8h 称活跃期延长
- 3.第一产程临床表现
 - (1)规律宫缩
 - (2)宫口扩张
 - (3)胎先露下降
 - (4)胎膜破裂:多发生在宫口近开全时
- 4.第一产程的护理
 - (1)初产妇宫口近开全时推入产房,经产妇宫口开大 4cm 时推入产房
 - (2)鼓励孕妇 2~4 小时排尿一次,以免膀胱过度充盈影响胎儿下降
 - (3)在宫缩间歇期听胎心音,正常胎心音 120~160 次/分

考点十:第二产程(胎儿娩出期)

1.从宫口开全到胎儿娩出。初产妇需1~2小时;经产妇需几分钟至1小时

2.第二产程临床表现

(1)子宫收缩增强

(2)胎儿下降及娩出:胎头拨露、胎头着冠

3.第二产程护理

(1)每5~10分钟听胎心音一次

(2)指导孕妇正确使用腹压

考点十一:第三产程(胎盘娩出期)

1.从胎儿娩出到胎盘娩出。需5~15分钟不超过30分钟

2.第三产程临床表现

(1)子宫收缩:胎儿娩出后,宫底降至脐平

(2)胎盘娩出

(3)阴道流血:出血量不超过300ml

3.第三产程护理

(1)新生儿早开奶

(2)胎盘剥离征象:①宫体变硬呈球形;②阴道外露的一段脐带自行延长;③阴道少量流血;④用手掌尺侧在产妇耻骨联合上方轻压子宫下段时,宫体上升而外露的脐带不再回缩

(3)分娩后孕妇在产房继续观察2小时

考点十二:流产

1.凡妊娠不足28周、胎儿体重不足1000g而终止者,称为流产

停经、腹痛及阴道出血是流产的主要临床症状

2.原因——染色体异常

3.先兆流产:表现为停经后先出现少量阴道流血,量比月经少,有时伴有轻微下腹痛,腰痛。妇科检查子宫大小与停经周数相符,宫颈口未开,胎膜未破,妊娠产物未排出。经休息及治疗后,若流血停止或腹痛消失,妊娠可继续进行;若流血增多或腹痛加剧,则可能发展为难免流产

4.难免流产:由先兆流产发展而来,流产已不可避免。表现为阴道流血量增多,阵发性腹痛加重。妇科检查子宫大小与停经周数相符或略小,宫颈口已扩张,但组织尚未排出;晚期难免流产还可见羊水流出或见胚胎组织或胎囊堵于宫口

5.不全流产:由难免流产发展而来,妊娠产物已部分排出体外,尚有部分残留于宫内,影响子宫收缩,可致阴道出血持续不止,严重时引起出血性休克,下腹痛减轻。妇科检查一般子宫小于停经周数,宫颈口已扩张,不断有血液自宫颈口内流出,有时尚可见胎盘组织堵塞宫颈口或部分妊娠产物已排出于阴道内,而部分仍留在宫腔内,有时宫颈口已关闭

6.完全流产:妊娠产物已完全排出,阴道出血逐渐停止,腹痛逐渐消失。妇科检查子宫接近未孕大小或略大,宫颈口已关闭

7.稽留流产:胚胎或胎儿已死亡滞留在宫腔内尚未自然排出者。胚胎或胎儿死亡后,子宫不再增大反而缩小,早孕反应消失,若已至妊娠中期,孕妇感觉不到腹部增大,胎动消失。妇科检查子宫小于妊娠周数,宫颈口关闭。听诊不能闻及胎心

8.复发性性流产:指同一性伴侣连续发生3次及3次以上的自然流产

9.流产合并感染:流产过程中,若阴道流血时间过长、有组织残留于宫腔内或非法堕胎等,有可能引起宫腔内感染。严重时感染可扩展到盆腔、腹腔乃至全身,并发盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克等,称流产合并感染

考点十三:异位妊娠

1.最常见部位——输卵管妊娠——壶腹部妊娠多见

(1)输卵管妊娠流产——多见于壶腹部妊娠,发病多在妊娠8~12周

(2)输卵管妊娠破裂——多见于峡部妊娠,发病多在孕6周左右

2.主要病因——输卵管炎症

3.临床表现——停经、腹痛、阴道流血、晕厥与休克、腹部包块

4.辅助检查

(1)流产或破裂者,阴道后穹隆饱满,有宫颈抬举痛或摇摆痛,是输卵管妊娠的主要体征之一

(2)阴道后穹隆穿刺是简单可靠的诊断方法

考点十四:妊娠期高血压

1.基本病变——全身小动脉痉挛

2.临床表现——高血压、水肿、蛋白尿

3.治疗原则:解痉、降压、镇静、合理扩容及利尿,适时终止妊娠

4.硫酸镁是目前治疗中、重度妊娠高血压综合征的首选解痉药物。硫酸镁有预防和控制子痫发作的作用,适用于先兆子痫和子痫病人

5.硫酸镁的治疗浓度和中毒浓度相近。护士在用药前及用药过程中均应监测孕妇血压,同时还应检测膝腱反射必须存在、呼吸不少于16次/分、尿量每24小时不少于600ml,或每小时不少于25ml,并随时准备好10%的葡萄糖酸钙注射液,以便及时予以解毒。10%葡萄糖酸钙10ml在静脉推注时宜在3分钟以上推完,必要时可每小时重复一次,直至呼吸、排尿和神经抑制恢复正常,但24小时内不超过8次

考点十五:前置胎盘

1.主要症状——无诱因、无痛性反复阴道流血

2.治疗原则——制止出血、纠正贫血和预防感染

考点十六:胎盘早剥

1.主要症状——妊娠晚期突然发生腹部持续性疼痛

2.治疗原则——纠正休克、及时终止妊娠、防止并发症

考点十七:妊娠合并心脏病

- 1.妊娠 32~34 周、分娩期及产后的最初 3 天内,是患有心脏病的孕妇最危险的时期
- 2.心脏病孕妇的主要死亡原因是心力衰竭和严重的感染
- 3.产褥期产后 3 天内,尤其 24 小时内,仍是心力衰竭发生的危险期,产妇应充分休息且需严密监护。按医嘱应用广谱抗生素,产后 1 周无感染征象时停药。心功能Ⅲ级或以上者不宜哺乳

考点十八:滴虫性阴道炎

- 1.病因:阴道毛滴虫
- 2.临床表现:典型症状是稀薄的泡沫状阴道分泌物增多及外阴瘙痒。分泌物可呈脓性、黄绿色,有臭味。
- 3.治疗:口服甲硝唑;1%乳酸或 0.5%醋酸液溶液阴道灌洗。

考点十九:滴虫性阴道炎护理措施

- 1.配偶同时进行治疗
- 2.因甲硝唑可透过胎盘到达胎儿体内,故孕 20 周前禁用此药
- 3.甲硝唑能通过乳汁排泄,用药期间及用药后 12~24 小时内不宜哺乳;替硝唑服药后 3 日内不宜哺乳

考点二十:外阴阴道假丝酵母菌病

- 1.传播方式:内源性感染
- 2.临床表现:主要为外阴瘙痒、灼痛、性交痛以及尿痛,部分病人阴道分泌物增多,阴道分泌物典型特点为干酪样白带或豆渣样白带
- 3.护理措施:2%~4%碳酸氢钠液坐浴

考点二十一:萎缩性阴道炎

- 1.病因:卵巢功能减退,雌激素水平降低
- 2.临床表现:主要症状为外阴灼热不适、瘙痒及阴道分泌物增多。阴道分泌物稀薄,呈淡黄色,感染严重者呈血样脓性白带
- 3.处理原则:补充雌激素增强阴道抵抗力(乳癌或子宫内膜癌病人慎用)
- 4.护理措施:可采用 1%乳酸或 0.5%醋酸冲洗阴道

考点二十二:宫颈癌

- 1.好发部位:宫颈鳞状上皮与柱状上皮交界处
- 2.临床表现:早期多为接触性出血,即性生活或妇科检查后阴道流血;多数病人有白色或血性、稀薄如水样或米泔样排液,伴有腥臭味。晚期癌组织坏死继发感染时则出现大量脓性或米泔样恶臭白带
- 3.普查方法:子宫颈刮片细胞学检查
- 4.确诊方法:宫颈和宫颈管活体组织检查

考点二十三:子宫内膜癌

- 1.临床表现:主要表现为绝经后不规则阴道流血,阴道排液多为血性或浆液性分泌物
- 2.确诊方法:分段诊断性刮宫是目前早期诊断子宫内膜癌最常用且最有价值的诊断方法

考点二十四:子宫内膜异位症

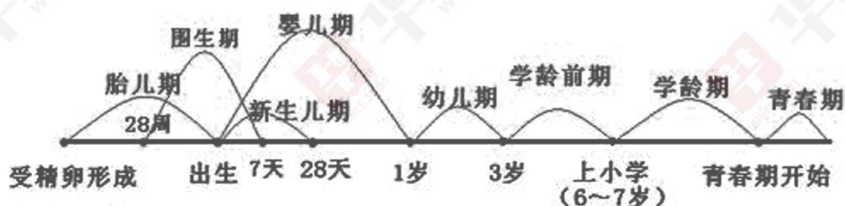
- 1.临床表现:特点为继发性痛经且进行性加重
- 2.相关检查:腹腔镜检查是目前国际公认的诊断子宫内膜异位症的最佳方法

考点二十五:妇女劳动保护

女职工产假为90天,其中产前休息15日,难产增加产假15日,多胎生育每多生一个婴儿增加产假15日

五、儿科护理学

考点一:小儿年阶段的划分及各期特点



1.胎儿期

- (1)妊娠早期(共12周):此期是生长发育最重要的时期
- (2)妊娠中期(13~28周):在此胎龄以后出生存希望较大
- (3)妊娠后期(29~40周):对胎儿的生长发育影响较大

2.新生儿期

- (1)发病率、死亡率高,尤其生后第一周
- (2)围生期(胎龄满28周至出生后7足天)死亡率是衡量产科新生儿科质量的重要标准
- (3)新生儿可从母体获得但在出生后3~5个月后逐渐消失的抗体是:IgG(是唯一可通过胎盘获得的免疫球蛋白)

3.婴儿期:此期为儿童出生后生长发育最迅速的时期,消化吸收功能尚未完善,易发生消化紊乱和营养不良

4.幼儿期:幼儿乳牙出齐,饮食从乳汁逐渐过渡到成人饮食,注意营养缺乏和消化紊乱;此期注意防止意外创伤和中毒

5.学龄前期:稳步增长,智能发育更完善,好奇、多问、好模仿等,自理能力增强

6.学龄期:接受科学文化教育的重要时期,预防近视眼和龋齿

7.青春期:第二个生长高峰,第二性征的出现,生殖系统发育加速并趋于成熟

考点二:计划免疫

疫苗	接种对象	接种剂次	接种部位	接种途径
乙肝疫苗	0、1、6月龄	3	上臂三角肌	肌内注射
卡介苗	出生时	1	上臂三角肌中部略下处	皮内注射
脊髓灰质炎疫苗	2、3、4月龄,4周岁	4		口服
百白破疫苗	3、4、5月龄,18~24月龄	4	上臂三角肌	肌内注射
麻风疫苗 (麻疹疫苗)	8月龄	1	上臂外侧三角肌下缘附着处	皮下注射

考点三:体重

是最易获得的衡量小儿体格生长和营养状况的指标,也是决定临床给药量和静脉补液量的重要依据

正常新生儿出生体重为3kg,1岁时为出生时的3倍(9kg)

年龄	体重(Kg)	年龄	身高(cm)
12个月	10	12个月	75
1~12岁	年龄(岁)×2+8	2~12岁	年龄(岁)×7+75

考点四:身高

是反应骨骼发育的重要指标。正常新生儿出生时平均身长约50cm,1岁时75cm,二岁时85cm

2~12岁身高计算公式:身高(身高)(cm)=年龄×7+75

考点五:头围

反应脑及颅骨的发育程度。正常新生儿34cm,1岁时46cm,2岁时48cm,15岁时54cm(接近成人头围)

考点六:胸围

1岁时胸围与头围相等

考点七:骨骼发育

1.牙齿

- (1)生后4~10个月乳牙开始萌出
- (2)12个月乳牙未萌出者为乳牙萌出延迟
- (3)2岁内乳牙数目为月龄减4~6
- (4)2岁半乳牙大致出齐
- (5)6岁左右萌出第1颗恒牙
- (6)12岁萌出第2颗恒磨牙

(7)18岁萌出第3颗恒磨牙(智齿)

2.颅骨

前凶:1~1.5岁闭合,最迟不超过2岁。前凶早闭见于小头畸形,脑发育不良;前凶迟闭、过大见于佝偻病、甲状腺功能减退症;前凶张力增加提示颅内压增高

3.脊柱

3个月左右出现第一个弯曲-颈椎前凸;6个月左右出现第二个弯曲-胸椎后凸;1岁左右出现第三个弯曲-腰椎前凸

考点八:语言的发育

婴儿7~8个月能发出“爸爸”“妈妈”等语音。10个月左右已能有意识地叫“爸爸”“妈妈”

考点九:视觉、运动的发育

1.6~7个月出现眼手协调动作,开始认识母亲和常见物品

2.8~9个月可用双上肢向前爬

考点十:婴儿喂养

1.喂养方式-母乳喂养、混合喂养及人工喂养三种,其中以母乳喂养最为理想

2.母乳的成分

(1)免疫因子:含SIgA可增强肠粘膜的免疫力、减少过敏反应,能有效抵抗病原微生物的侵袭

(2)蛋白质:母乳以乳清蛋白为主,利于消化

(3)碳水化合物:母乳中90%的碳水化合物为乙型乳糖,利于脑发育

(4)矿物质:母乳中钙磷比例适当,铁吸收率高

3.母乳喂养的优点

(1)增强婴儿免疫力:母乳中含有分泌型IgA、乳铁蛋白、较多的巨噬细胞、淋巴细胞和中性粒细胞等免疫活性物质及较多的溶菌酶和双歧因子等丰富的抗感染物质,具有增强婴儿免疫力的作用

(2)母乳有利于婴儿脑的发育:母乳中丰富的营养成分,对细胞增殖、发育有重要的作用,能够促进神经系统的发育

(3)喂哺简便:母乳的温度适宜,不易污染,乳量随小儿生长而增加,省时、省力又经济

(4)对母亲有利:产后哺乳可刺激母亲的子宫收缩、复原,促进康复。母亲哺乳可使月经推迟,起到一定的避孕作用。哺乳母亲也较少发生乳腺癌和卵巢癌等

(5)母乳喂养提倡三早:早接触、早吮吸、早开奶。产后30分钟内尽早哺乳

考点十一:喂养原则

1.原则:遵循循序渐进、由少到多、由稀到稠、由细到粗、由一种到多种,逐渐过渡到固体食物的原则

2.添加辅食顺序

月龄	食物形状	引入的食物	餐数		
			主餐	辅餐	进食技能
4~6 月龄	泥状食物	含铁配方米粉、配方奶、蛋黄、菜泥、水果泥	6 次奶 (断夜间奶)	逐渐加至 1 次	用勺喂
7~9 月龄	末状食物	粥、烂面、烤馒头片、饼干、鱼、全蛋、肝泥、肉末	4 次奶	1 餐饭 1 次水果	学用杯
10~12 月龄	碎食物	厚粥、软饭、面条、馒头、碎肉、碎菜、豆制品、带馅食品等	3 餐饭	2 餐饭 1 次水果	抓食 断奶瓶 自用勺

考点十二:新生儿的特殊生理状态

- 1.生理性体重下降:出生时出现,不超过体重的 10%。生后 10 日左右恢复
- 2.生理性黄疸:生后 2~3 日,4~5 天达高峰,足月儿 2 周内消退,早产儿可延至 3~4 周
- 3.“马牙”和“螳螂嘴”:出生后 4~6 周出现,数月内逐渐脱落
- 4.乳腺肿大:生后 3~5 日,2~3 周消退
- 5.假月经:生后 5~7 日
- 6.粟粒疹:出生后 3 周内出现,消失时间不一定

考点十三:正常足月儿与早产儿

- 1.外观特点:
 - (1)足月儿:哭声响亮,四肢屈曲,皮肤红润,胎毛少,足底皮纹多而交错
 - (2)早产儿:哭声轻,四肢肌张力低下,皮肤红嫩,胎毛多,足底皮纹少
- 2.早产儿使用暖箱保暖,暖箱内湿度为 60%~80%
- 3.正常新生儿出生后 10~12 小时开始排胎粪,生后 24 小时内排尿

考点十四:新生儿窒息的护理

- 1.临床表现

根据窒息程度分轻度窒息和重度窒息,以 Apgar 评分为指标。

体征	评分标准			生后评分	
	0	1	2	1 分钟	5 分钟
皮肤颜色	青紫或苍白	躯干红、四肢青紫	全身红		
心率(次/分)	无	<100	>100		
弹足底或插鼻管反应	无反应	有些动作,如皱眉	哭、喷嚏		

肌肉张力	松弛	四肢略屈曲	四肢能活动		
呼吸	无	慢、不规则	正常,哭声响		

(1)轻度窒息(发绀):Apgar 评分 4~7 分。新生儿面部与全身皮肤呈青紫色;呼吸表浅或不规律;心跳规则且有力;心率减慢(80~120 次/分);对外界刺激有反应;喉反射存在;肌张力好;四肢稍屈

(2)重度窒息(苍白):Apgar 评分 0~3 分。新生儿皮肤苍白;口唇暗紫;无呼吸或仅有喘息样微弱呼吸;心跳不规则;心率<80 次/分、且弱;对外界刺激无反应;喉反射消失;肌张力松弛

2. 治疗原则

如果发生了窒息,要及时按 A(清理呼吸道)、B(建立呼吸,增加通气)、C(维持正常循环)、D(药物治疗)、E(评价)步骤进行复苏

考点十五:新生儿败血症

- 1.最具诊断意义的是:血培养,直接涂片找细菌,病原菌抗体检测
- 2.早发型新生儿败血症:出生后 7 天内出现症状
- 3.病原菌:我国以葡萄球菌、大肠埃希菌为主
- 4.最常见的感染途径:脐带

考点十六:新生儿病理性黄疸

1.特点:出生后 24 小时内出现;黄疸程度重;黄疸持续时间长(足月儿>2 周,早产儿>4 周);黄疸退而复现;血清结合胆红素>26 $\mu\text{mol/L}$

2.治疗:蓝光疗法——体温高于 37.8 $^{\circ}\text{C}$ 或低于 35 $^{\circ}\text{C}$ 应暂停光疗。使用单面光疗箱,一般每 2 小时更换患儿体位一次

考点十七:新生儿硬肿症

- 1.发病机制:体温调节中枢发育不成熟;以棕色脂肪组织的化学产热方式为主;皮下脂肪组织的饱和脂肪酸多,熔点高,皮脂易受寒硬化;能量储备少,产热不足
- 2.硬肿首先发生于:小腿
- 3.治疗关键:逐渐复温

考点十八:新生儿缺血缺氧性脑病

神经病理学改变:足月儿常见;皮质梗死及深部灰质核坏死;早产儿以脑室周围出血和脑室内出血多见,其次是白质病变。

考点十九:蛋白质-能量营养障碍

- 1.我国儿童营养不良主要是因为喂养不当所致
- 2.早期表现:体重不增,随后体重下降
- 3.皮下脂肪消耗的顺序依次是:腹部→躯干→臀部→四肢→面部。腹部皮下脂肪厚度是判断营养不良程度的重要指标之一

4.小儿营养不良分度:轻度:腹部皮下脂肪厚度 0.4~0.8cm、体重低于正常均值 15%~25%;中度:腹部皮下脂肪厚度<0.4cm、体重低于正常均值 25%~40%;重度:腹部皮下脂肪消失、体重

低于正常均值均值>40%

5.治疗原则:尽早发现,早期治疗,采取综合性治疗措施,包括调整饮食以及补充营养物质,去除原发病。饮食调整不可急于求成,其原则是:由少到多、由稀到稠、循序渐进,逐渐增加饮食,直至恢复正常

考点二十:儿童单纯性肥胖

儿童肥胖的诊断以体重超过同性别、同身高参照人群均值 10%~19%者为超重,超过 20%以上为肥胖。轻度肥胖:超过 20%~29%;中度肥胖:超过 30%~49%;重度肥胖:超过 50%

考点二十一:维生素 D 缺乏性佝偻病

1.病因

- (1)围生期维生素 D 不足;维生素 D 摄入不足;维生素 D 需要量增加;疾病与药物的影响
- (2)日光照射不足,人体内维生素 D 的主要来源是紫外线照射皮肤产生

2.临床表现

(1)初期:出生后 3 个月起,主要表现为特异性神经精神症状,如易激惹、烦躁、睡眠不安、夜间啼哭,还有多汗和枕秃

(2)激期:主要表现为骨骼改变和运动功能以及发育迟缓

骨骼改变:3~6 个月,颅骨软化;7~8 个月,方颅,严重时呈鞍状或十字状颅形;胸廓:1 岁小儿,串珠状肋,郝氏沟,重者鸡胸、漏斗胸;胸廓畸形可影响呼吸功能,导致并发呼吸道感染,甚至肺不张。6 个月以上可见手镯或脚镯,能站立或会行走的 1 岁左右患儿,由于骨质软化与肌肉关节松弛,双下肢因负重而出现弯曲,形成 O 形腿或 X 形腿。患儿会坐或站立后,因韧带松弛可致脊柱后凸或侧凸畸形

X 线:骨骺端呈毛刷状,杯口状改变

- (3)恢复期:症状和体征减轻或接近消失,X 线检查骨骼异常明显改善
- (4)后遗症期:多见于 2 岁以上,临床症状消失,检查正常

3.治疗:活动期可口服维生素 D2000~4000IU/d,连服 1 个月后改为 400~800IU/d;新生儿生后第 2 周始每日给予维生素 D400~800IU 至青春期;早产儿、低出生体重儿、双胎儿生后即应每日补充维生素 D800~1000IU,连用 3 个月后改为每日 400~800IU/d。

考点二十二:维生素 D 缺乏性手足搐搦症

典型表现:惊厥、喉痉挛、手足搐搦

考点二十三:婴幼儿腹泻

1.病因

感染因素:肠道内感染:病毒感染以轮状病毒感染引起的秋冬季腹泻最常见,细菌以致病性大肠埃希菌、产毒性大肠埃希菌、出血性大肠埃希菌及侵袭性大肠埃希菌为主

2.补液

(1)补液种类根据脱水性质而定,一般低渗性脱水给予 2/3 张液体,等渗性脱水给予 1/2 张液体,高渗性脱水给予 1/3~1/5 张液体,若临床判断脱水性质有困难,可先按等渗性脱水处理

(2)口服补液盐适用于轻、中度脱水者,张力为 2/3 张

(3) 重度脱水伴休克者:用 2:1 等张含钠液 20ml/kg,总量不超过 3000ml,予 30~60 分钟内静脉推注或快速静滴,以迅速增加血容量

3. 轻型腹泻:一般无脱水及全身中毒症状;重型腹泻有明显的水电解质紊乱及全身中毒症状。迁延性腹泻的病程为 2 周到 2 个月之间;慢性腹泻的病程为超过 2 个月

4. 轻度脱水:失水量占体重比例为 <5%,皮肤弹性稍差;中度脱水:失水量占体重比例为 5%~10%,皮肤弹性差;重度:>10%,皮肤弹性极差

5. 秋季腹泻:呕吐,大便呈淡黄色水样或蛋花汤样,无腥臭味,大便镜检偶有少量白细胞

考点二十四:口炎

类型	鹅口疮	疱疹性口腔炎	溃疡性口腔炎
致病菌	白色念珠菌	单纯疱疹病毒	链球菌、金黄色葡萄球菌
表现	口腔粘膜表面白色乳凝块状物,不易拭去,强行拭去可有溢血创面;患处不痛	发热;口腔粘膜有小疱疹,浅溃疡,患处疼痛明显,颌下淋巴结肿大等	口腔粘膜充血水肿,糜烂、溃疡,形成灰白色假膜,边界清,易拭去;局部疼痛;发热;局部淋巴结肿大
清洁	2%碳酸氢钠	3%过氧化氢	3%过氧化氢或 0.1%依沙吖啶
局部用药	10~20 万 U/ml 制霉菌素鱼肝油	碘苷(疱疹净)、锡类散;2%利多卡因(止痛)	5%金霉素鱼肝油
注意事项	涂药后嘱患儿闭口 10 分钟		

考点二十五:法洛四联症

1.1 岁以后儿童最常见的青紫型先天性心脏病

2. 包括 4 中病理改变:肺动脉狭窄:以漏斗部狭窄多见;最主要的畸形。室间隔缺损;主动脉骑跨;右心室肥厚

3. 临床表现——青紫,缺氧发作,蹲踞(减少静脉回心血量,增加体循环阻力,使右向左分流减少,减轻心脏负荷,缓解缺氧症状),杵状指

4. X 线——心影呈靴型

5. 缺氧发作时,置患儿于膝胸卧位,及时吸氧保持安静;皮下注射吗啡,抑制呼吸中枢,消除呼吸急促;重者静脉缓慢注射 β 受体阻滞剂普萘洛尔,缓解发作

考点二十六:肺炎

1. 婴幼儿易患呼吸道感染,主要缺乏的免疫球蛋白是 SIgA, SIgA 是呼吸道粘膜抗感染的重要因素

2. 新生儿衣原体肺炎首选的抗生素为大环内酯类抗生素,如罗红霉素、阿奇霉素等

3. 小儿扁桃体炎的好发年龄为 4~10 岁

考点二十七:水痘、麻疹、腮腺炎

	麻疹	水痘	腮腺炎
病因	麻疹患者是本病唯一的传染源。出疹前5天至出疹后5天均有传染性;空气飞沫传播	水痘-带状疱疹病毒 水痘患者是本病唯一的传染源。经飞沫或直接接触传播;出疹前1~2天至疱疹结痂为止均有传染性	腮腺炎病毒;腮腺肿大前1天至消肿后3天均具有传染性。飞沫、直接接触传播
表现	潜伏期:平均10天 前驱期:以发热、上呼吸道感染和麻疹黏膜斑为主要特征 出疹期:耳后、颈部、沿着发际边缘 恢复期:出疹3~4天后,皮疹按出疹的先后顺序消退	不同性状的皮疹同时存在是水痘皮疹的重要特征;向心性分布;自限性 治疗:阿昔洛韦是目前首选药物	腮腺肿大常是疾病的首发病象,通常先起于一侧,2~3天内波及对侧,肿大以耳垂为中心
护理	出疹不宜用药物或物理方法强行降温,尤其禁用乙醇擦浴、冷敷;患儿采取呼吸道隔离至出疹后5天	可用物理降温,禁用阿司匹林;隔离至疱疹全部结痂或出疹后7日止	忌酸、辣、硬而干燥的食物;隔离至腮腺肿大完全消退后3天为止
隔离	接触的易感儿隔离观察3周		

考点二十八:猩红热

- 1.致病菌——A群乙型溶血性链球菌
- 2.传染源——病人及带菌者
- 3.传播途径——空气飞沫

考点二十九:猩红热的临床表现

- 1.发热:多为高热,伴头痛、乏力、全身不适等
- 2.咽峡炎:咽部、扁桃体充血、肿胀,表面有脓性渗出物
- 3.皮疹:始于耳后,特点为针尖大小的充血性皮疹,压之褪色,触之有砂纸感,疹间无正常皮肤,有痒感,有帕氏线及“口周苍白圈”的典型表现。病初舌被覆白苔称为“杨梅舌”躯干为糠皮样脱屑,手掌足底可见大片状脱皮,譬如“手套”、“袜套”状。无色素沉着
- 4.麻疹与猩红热病人的出疹均始于耳后、颈部

考点三十:猩红热治疗用药

首选用药——青霉素,如若过敏选用——红霉素

考点三十一:注意力缺陷多动症

最主要病因——遗传因素

考点三十二:儿童神经系统解剖生理特点

在基础代谢状态下,儿童脑耗氧量占机体总耗氧量的50%

考点三十三:化脓性脑膜炎

- 1.致病菌:0~2个月患儿以肠道革兰阴性杆菌(最多见大肠埃希菌)和金黄色葡萄球菌为主;3个月~3岁以流感嗜血杆菌为主;5岁以上以脑膜炎双球菌、肺炎链球菌为主
- 2.急性脑膜炎致病菌最常见的侵入途径为呼吸道