

**1.护理程序包括哪几个步骤?**

护理程序包括评估、诊断、计划、实施、评价五个步骤。

**3.病室适宜的温度、湿度应该保持在多少?**

(1) 病室温度一般保持在 18~22℃为宜。新生儿及老年患者, 室温保持在 22~24℃为宜

(2) 病室湿度一般保持在 50%~60%为宜

**4. 常用卧位有哪几种?**

(1) 去枕仰卧位: (2) 中凹卧位: (3) 屈膝仰卧位: (4) 侧卧位:

(5) 半坐卧位: (6) 端坐位: (7) 仰卧位: (8) 头低足高位:

(9) 头高足低位: (10) 膝胸卧位: (11) 截石位:

**7. 疼痛的评估内容有哪些?**

①疼痛的部位; ②疼痛的时间; ③疼痛的性质; ④疼痛的程度; ⑤疼痛的表达方式; ⑥影响疼痛的因素; ⑦疼痛对患者的影响, 有无伴随症状等。

**10. 压疮分为哪几期?**

依据其严重程度及侵害程度, 可分为四期: ①淤血红润期; ②炎性浸润期; ③浅度溃疡期; ④坏死溃疡期。

**12. 简述肌力的分级。**

0级: 完全瘫痪, 肌力完全丧失。

1级: 可见肌肉轻微收缩但无肢体运动。

2级: 可移动位置但不能抬起。

3级: 肢体能抬离但不能对抗阻力。

4级: 能做对抗阻力的运动, 但肌力减弱。

5级: 肌力正常。

**14. 测量血压应做到哪四定: 即定时间、定部位、定体位、定血压计。**

**15. 测量血压时袖带缠得过松和过紧对血压有何影响?**

(1) 袖带缠得过松, 可使气袋呈气球状, 有效的测量面积变窄, 测得的血压值偏高。

(2) 袖带缠得过紧, 可使血管在未充气时已经受压, 测得的血压值偏低。

**16. 何谓潮式呼吸?**

潮式呼吸是指呼吸由浅慢到深快, 然后再由深快到浅慢, 经过一段时间的呼吸暂停(5~30秒), 有重复以上的周期性呼吸, 周而复始似潮水起伏。

**19.鼻饲前应评估的内容有哪些?**

(1) 胃管是否在胃内通畅, 确定胃管在胃内后方可注入。

(2) 有无胃潴留的现象, 若抽出的胃内容物>100ml, 则暂停鼻饲。

**20.正常人 24h 尿量是多少? 何谓多尿、少尿、无尿?**

正常人 24h 尿量约为 1000~2000ml, 平均 1500ml。

多尿: 指 24h 尿量经常超过 2500ml。

少尿: 指 24h 尿量少于 400ml 或每小时尿量少于 17ml。

无尿: 也称闭尿, 指 24h 尿量少于 100ml 或 12h 内无尿。

**25. 给药时遵循哪些原则?**

(1) 按医嘱要求准确给药; 严格执行医嘱, 对有疑问的医嘱, 应了解清楚后方可给药, 避免盲目执行。

(2) 严格执行“三查七对”制度。

(3) 安全正确给药: 合理掌握用药时间、方法, 药物准备好后及时分法使用。

给药前解释并给予用药指导。对易发生过敏反应的药物，使用前了解过敏史。

(4) 观察用药反应：药物疗效、不良反应、病人病情变化、对药物的依赖性、情绪反应等。

**29. 氧疗分为哪几种类型？各适用于哪类患者？**

(1) 低浓度氧疗，吸氧浓度 $<40\%$ 。适用于低氧血症伴二氧化碳潴留的患者，如慢性阻塞性肺疾病等。

(2) 中等浓度氧疗：吸氧浓度为 $40\% \sim 60\%$ 。适用于有明显通气/灌流比例失调或显著弥散障碍的患者，如肺水肿、心肌梗死、休克等。

(3) 高浓度氧疗：吸氧浓度 $>60\%$ 以上。适用于单纯缺氧而无二氧化碳主流的患者，如成人呼吸窘迫综合症、心肺复苏后的生命支持阶段。

(4) 高压氧治疗：指在特殊的加压舱内，以 $2 \sim 3 \text{kg/cm}^2$ 的压力给予 $100\%$ 的氧吸入，如一氧化碳中毒、气性坏疽等。

**31. 氧气浓度与氧流量如何进行换算？**

氧气浓度 $(\%) = 21 + 4 \times \text{氧流量} (\text{L/min})$

**34. 简述青霉素过敏性休克的急救护理措施。**

(1) 立即停药，使患者就地平卧。

(2) 立即皮下注射 $0.1\%$ 盐酸肾上腺素 $0.5 \sim 1 \text{ml}$ ，患者酌减。如症状不缓解，可每隔 $30 \text{min}$ 皮下或静脉注射该药 $0.5 \text{ml}$ 。

(3) 氧气吸入。当呼吸受抑制时，应立即进行口对口人工呼吸，并肌内注射呼吸兴奋剂。喉头水肿影响呼吸时，应立即准备气管插管或配合施行气管切开。

(4) 抗过敏。

(5) 纠正酸中毒和遵医嘱给予组胺类药物。

(6) 如发生心搏骤停，立即行心肺复苏。

(7) 密切观察生命体征、尿量及其他病情变化，注意保暖，并做好病情动态记录。患者未脱离危险期前不宜搬动。

**37. 常见输液反应有哪些？**

(1) 发热反应：

(2) 急性肺水肿：

(3) 静脉炎：

(4) 空气栓塞：

如何判断瞳孔大小？

自然光线下，瞳孔直径为 $2 \sim 5 \text{mm}$ 平均为 $3 \sim 4 \text{mm}$ 。

病理情况下，瞳孔直径小于 $2 \text{mm}$ 为直径缩小，小于 $1 \text{mm}$ 为直径尖样瞳孔。瞳孔直径大于 $5 \text{mm}$ 为瞳孔散大。

**1、护理人员如何对成批伤员进行快速分诊？**

常用颜色分诊法，一般分红、黄、绿、黑4种等级。

- (1) 第一优先（红色标志）：伤员有生命危险，需立即处理。
- (2) 第二优先（黄色标志）：伤员可能有生命危险，需尽早处理。
- (3) 第三优先（绿色标志）：伤员有轻微的损伤，能行走。
- (4) 第四优先（黑色标志）：伤员已死亡。

## 2、心脏骤停的临床表现是什么？

- (1) 意识突然丧失或伴有短暂的抽搐。
- (2) 大动脉搏动消失。
- (3) 呼吸呈叹息样或断断续续，常发生在心脏骤停后的 30 秒内，随后即呼吸停止。
- (4) 心音消失。
- (5) 瞳孔散大。
- (6) 皮肤灰白、发绀。

## 3、抢救心脏骤停者的生存链包括哪些？

- (1) 立即识别心脏骤停并启动急救系统。
- (2) 尽早进行心肺复苏，着重胸外按压。
- (3) 快速除颤。
- (4) 有效的高级生命支持。
- (5) 综合的心脏骤停后治疗。

## 4、实施高质量的心肺复苏应包括哪几点？

- (1) 按压速率至少为 100 次/分。
- (2) 成人按压幅度至少为 5cm，儿童和婴儿的按压幅度至少为胸部前后径的 1/3（儿童大约为 5cm，婴儿大约为 4 cm）。
- (3) 保证每次按压后胸部回弹。
- (4) 尽可能减少胸外按压的中断（<10 秒）。
- (5) 避免过度通气。

## 5、电除颤的适应症、模式和能量选择分别是什么？

适应症：室颤和无脉性室性心动过速。

模式选择：非同步模式。

能量选择：双相波除颤仪可选择能量为 120~200J，不明确时选择 200J 的默认能量；单相波除颤仪首次及随后均选择 360J。儿童除颤时，初始除颤能量选择 2~4J/kg，后续除颤能量  $\geq 4\text{J/kg}$ ，但不超过 10J/kg 或成人最大剂量。

## 6.复苏时常用的药物及给药途径有哪些？

常用的药物：①血管加压剂，常用肾上腺素、血管加压素和阿托品；②抗心律失常剂，如胺碘酮、利多卡因和硫酸镁；③碳酸氢钠。

给药途径：①外周静脉途径；②骨髓腔途径；③气管导管途径；④中心静脉途径。

## 7.急性心肌梗死患者在急诊常规实施的 4 项处理是什么？

- (1) 给氧，如果氧合血红蛋白饱和度  $>94\%$ ，则无需为没有呼吸窘迫症状的患者补充氧气。
- (2) 硝酸甘油舌下含服、喷雾或静脉注射。
- (3) 阿司匹林 300mg 嚼服。
- (4) 吗啡静注，可镇静止痛，对于发生不稳定型心绞痛的患者，应谨慎给予吗啡。

## 8.如何对急诊创伤患者进行初始评估？

初始评估遵循 ABCDE 原则。A:固定颈椎及呼吸道通畅；B:维持呼吸及换气功能；C:维持循环及控制出血；D:意识；E:暴露身体检查及控制环境（避免低温）。

**9.如何实施多发伤的急救护理？**

多发伤的急救护理应遵循“先救命，后治伤”的原则，实施 VIPCO 程序。V:保持呼吸道通畅结合充分给氧； I: 输液、输血，扩充血容量及细胞外液； P:对心泵功能的监测，尽早发现和及时处理心源性休克； C: 控制出血； O:急诊手术治疗。

**10.简述电击伤的急救护理措施。**

- (1) 立即脱离电源。
- (2) 如心跳呼吸停止，立即心肺复苏。
- (3) 心电监护，及时发现心律失常和高钾血症。
- (4) 局部治疗，创面严格消毒、包扎。
- (5) 预防感染，纠正水、电解质失衡，防止并发症。

**11.重症中暑患者的紧急降温护理措施是什么？**

重症中暑患者的紧急降温主张物理降温与药物降温联合进行通常应在 1h 内使直肠温度降至 38℃左右。

(1) 物理降温措施包括：①控制室温在 22~25℃。②头部冰枕、冰帽降温。  
③全身降温：冰袋、冰毯、4℃生理盐水灌肠、酒精擦浴、静脉输入 4℃液体。

(2) 物理降温包括：①人工冬眠治疗；②口服解热剂或使用消炎痛栓；③静脉滴注氢化可的松或地塞米松。

**12. 急性中毒的救治原则是什么？**

- (1) 立即终止的解除和吸收。
- (2) 清除尚未吸收的毒物。
- (3) 促进已吸收毒物的排出。
- (4) 特异性解毒剂的使用。
- (5) 对症治疗。

**13. 治疗有机磷农药中毒患者时如何判断已达到阿托品化？**

病人表现为：

- (1) 瞳孔扩大且不再再缩小。
- (2) 口干、皮肤黏膜干燥。
- (3) 颜面潮红。
- (4) 心率增快，但≤120 次/分。
- (5) 肺部啰音减少或消失。

**14. 解除成人气道异物梗阻的方法有哪些？**

- (1) 自救法：自主咳嗽、自行腹部冲击法。
- (2) 胸部冲击法。
- (3) 病人昏迷或转为昏迷时启动急救系统并开始 CPR。

**15. 气管插管的途径及置入深度？**

气管插管的途径有：经口气管插管或经鼻气管插管。

气管插管的深度为：①经口气管插管:导管尖端至门齿的距离，通常成人为 22cm±2cm；②经鼻气管插管:导管尖端至鼻尖的距离，通常成人为 27cm±2cm。

## 第三章 内科

### 一. 循环系统

1. 心力衰竭的诱发因素有哪些？
  - (1) 感染，以呼吸道感染最常见。
  - (2) 心率失常
  - (3) 生理压力过大，如劳累过度、情绪激动等。
  - (4) 妊娠和分娩。
  - (5) 血容量增加，如钠盐摄入过多，输液或输血输血速度过快、过多。
  - (6) 其他：治疗不当，风湿性心脏瓣膜病出现风湿活动，合并甲状腺功能亢进或贫血等。
2. 如何根据患者自觉活动能力判断心功能？
  - (1) 心功能 I 级：患有心脏病，但平时一般活动不引起疲乏，心悸、呼吸困难、心绞痛等症状。
  - (2) 心功能 II 级：体力活动轻度受限。休息时无自觉症状，但平时一般活动可出现上述症状，休息后很快缓解。
  - (3) 心功能 III 级：体力活动明显受限。休息时无症状，低于平时一般活动量时即出现上述症状，休息较长时间后症状方可缓解。
  - (4) 心功能 IV 级：不能从事任何体力活动。休息时亦有心力衰竭的症状，体力活动后加重。
3. 简述高血压的诊断和分级标准。

高血压诊断标准：在未服用降压药的情况下，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。

根据血压升高的水平，高血压可以分为 1、2、3 级。

  - ①高血压 1 级：收缩压  $140\sim 159\text{mmHg}$  和（或）舒张压  $90\sim 99\text{mmHg}$ ；
  - ②高血压 2 级：收缩压  $160\sim 179\text{mmHg}$  和（或）舒张压  $100\sim 109\text{mmHg}$ ；
  - ③高血压 3 级：收缩压  $180\geq\text{mmHg}$  和（或）舒张压  $110\geq\text{mmHg}$ ；
4. 高血压患者日常生活中应注意哪些问题？
  - (1) 控制体重。
  - (2) 限制钠盐的摄入， $<6\text{g/d}$ ，限制高钠食物。
  - (3) 补充钙和钾盐。
  - (4) 减少脂肪的摄入。
  - (5) 戒烟、限酒。
  - (6) 适当运动。
5. 间书店型心绞痛患者发作性胸痛的特点。
  - (1) 疼痛主要位于胸骨体上段或中段之后，可波及心前区，常放射至左肩、左臂内侧、无名指和小指。
  - (2) 常为压榨、发闷、紧缩样疼痛。
  - (3) 诱因：体力劳动、情绪激动、饱餐、寒冷、吸烟、心动过速、用力排便等。
  - (4) 一般持续  $3\sim 5\text{min}$ 。
  - (5) 休息或含服硝酸甘油可以缓解。
6. 简述心绞痛患者胸痛发作时的护理要点。
  - (1) 立即停止活动，卧床休息。
  - (2) 给予中等流量氧气吸入。
  - (3) 向医生汇报，遵医嘱给予硝酸甘油等药物。
  - (4) 安慰患者，解除紧张焦虑心理。

(5) 观察疼痛特征，必要时描记心电图、心电监护、抽血查心肌标记物，警惕急性心肌梗死。

7. 简述华法林抗凝治疗期间的护理要点。

(1) 严格按医嘱用药，一般每晚服用1次。

(2) 富含维生素的食物（如深色蔬菜、蛋黄、猪肝等）将影响华法林的作用，应保持摄入量相对平衡。

(3) 尽量避免应用增强或减弱抗凝作用的药物，如阿司匹林等。

(4) 定期抽血监测国际标准化比值（INR）。

(5) 自我观察有无出血副作用，如皮下瘀斑瘀点、血尿、便血等，出现异常及时就诊。

8. 高血压患者预防治疗性低血压的措施有哪些？

(1) 告诉患者直立性血压的表现为头晕、乏力、心悸、出汗、恶心、呕吐等，在联合用药、服首剂药物或加量时应特别注意。

(2) 指导患者预防直立性低血压的方法：避免长时间站立，改变姿势，特别是从卧、坐位起立时动作宜缓慢；服药时间可选在平静休息时，服药后继续休息一段时间再患床活动；避免用过热的水洗澡或蒸气浴；不宜大量饮酒。

(3) 指导在直立性低血压发生时应采取头低足高位平卧，可抬高下肢超过头部，以促进下肢的静脉血液回流。

9. 简述冠心病患者的二级预防措施。

冠心病患者的二级预防措施主要包括五个方面：

(1) 指服用阿司匹林等抗血小板聚集的药物和抗心绞痛治疗。

(2) 应用β受体阻滞剂和控制血压。

(3) 控制血脂水平和戒烟。

(4) 控制饮食和治疗糖尿病。

(5) 患者及家属教育和体育锻炼。

10. 简述心脏介入术后病人的一般护理措施。

(1) 饮食；给予清淡易消化的饮食，避免生冷及产气食物。

(2) 制动；卧床休息，保持穿刺侧肢体制动6-24h。

(3) 卧床期间做好生活护理和基础护理。

(4) 观察伤口及末梢循环状况。

(5) 观察体温变化，必要时遵医嘱使用抗生素。

(6) 观察有无尿潴留、腰酸、腹胀等负性效应，给予对症处理。

## 二、呼吸系统

1. 简述采集痰标本的方法。

(1) 自然咳痰法：最常用，一般清晨醒后用清水漱口数次，用力咳出深部的第一口痰盛于无菌容器中，也可采用生理盐水雾化吸入或口服祛痰剂，以协助排痰。

(2) 环甲膜穿刺法。经纤维支气管镜用防污染法采样。

(3) 气管切开病人可直接经气管切开处吸取痰标本。

2. 简述痰液观察的内容。

(1) 痰量：每日痰量超过100ml为大量痰，提示肺内有慢性炎症或空腔性化脓性病变。

(2) 颜色及性状：正常人偶有少量白色痰及灰白色粘痰；黄浓痰提示化脓性感染；红色或红棕色痰常因含血液或血红蛋白所致，常见于咯血；铁锈色痰多因血红蛋白变性所致，常见于肺炎球菌性肺炎；棕褐色痰见于阿米巴肺脓肿；粉红色泡沫痰提示急性左心衰竭；烂桃样痰见于肺吸虫病；灰黑色痰因吸入大量煤炭粉末或长期吸烟所致。

(3) 气味：痰液恶臭提示有厌氧菌感染。

3. 简述体位引流的概念和适应证。

体位引流是利用重力作用使肺、支气管内分泌物排出体外，因而又称为重力引流。适用于支气管扩张、肺脓肿等有大量痰液而不畅者。

4. 咯血窒息先兆的护理要点是什么？

(1) 一旦出现窒息先兆征象，应立即取头低脚高俯卧位，面部侧向一边，轻拍背部，迅速排出在气道和口咽部的血块，或直接刺激咽部以咳出血块。

(2) 必要使用吸痰管进行机械吸引，并高浓度氧疗。

(3) 做好气管插管或气道切开的准备工作，以解除呼吸道阻塞。

5. 简述缓解支气管哮喘急性发作的药物。

缓解支气管哮喘急性发作的药物有： $\beta_2$ 受体激动剂、茶碱类和抗胆碱类药。

6. 简述支气管哮喘定量气雾剂的使用方法。

(1) 打开盖子，摇匀药液。

(2) 深呼吸至不能再呼时张口用双唇将咬口包住。

(3) 深慢的方式经口吸气，同时以手指按压喷药。

(4) 吸气未屏气10秒，然后缓慢呼气。

(5) 如重复使用，需休息1~3min后使用；如药物内含有激素，使用后需漱口。

7. 简述I型呼吸衰竭和II型呼吸衰竭的给氧原则。

(1) I型呼吸衰竭可给予高浓度(>35%)吸氧。

(2) II型呼吸衰竭应给予低浓度(<35%)吸氧。

8. 简述慢性阻塞性肺疾病并有肺动脉高压患者的家庭氧疗。

(1) 患者了解家庭氧疗的目的、必要性及注意事项。

(2) 鼻导管持续低流量吸氧，吸氧流量1~2L/min，每天吸氧15h以上。

(3) 注意安全：防火。

(4) 氧疗装置定期清洁、消毒。

9. 简述慢性阻塞性肺疾病患者缩唇呼吸的要点。

(1) 闭嘴经鼻吸气。

(2) 缩唇(吹口哨样)缓慢呼气。

(3) 吸气与呼气时间比1:2或1:3。

(4) 吸气流量以能使距口唇15~20cm处并与口唇等高的蜡烛火焰微微倾斜而不熄灭为宜。

10. 简述结素的纯蛋白衍化物实验结果的判断方法。

通常取纯蛋白衍化物(purified protein derivative, PPD)稀释液在前臂掌侧做皮内注射，注射后48~72h测皮肤硬结直径，如硬结直径 $\leq 4$ mm为阴性，5~9mm为弱阳性，10~19mm为阳性， $\geq 20$ mm或局部有水泡和淋巴管炎为强阳性。

### 三、消化系统

1. 简述肝性脑病的诱发因素。

高蛋白饮食，上消化道出血，快速利尿，大量放腹水，感染，其他如大量输液、便秘、镇静催眠药、低血糖、麻醉和手术等。

#### 2. 减少肝性脑病患者肠内毒物的生成和吸收的措施有哪些？

(1) 饮食：开始数天内禁食蛋白质，食物以碳水化合物为主，供给足量的维生素。神志清楚后可逐渐增加蛋白质。

(2) 灌肠或导泻：可用生理盐水或弱碱性溶液灌肠，或口服硫酸镁等导泻，以清除肠内积食、积血和其他含氮物。

(3) 抑制肠道细菌生长：口服新霉素或甲硝唑等。

#### 3. 简述肝硬化腹水的处理。

(1) 体位：卧床休息，抬高下肢，大量腹水者可取半卧位。

(2) 避免腹内压骤增：如剧烈咳嗽、打喷嚏、用力排便等。

(3) 限制水钠摄入：低盐或无盐饮食，钠限制在每天 500~800mg，进水量限制在每天 1000ml 左右。

(4) 用药护理：使用利尿剂时注意维持水、电解质和酸碱平衡。利尿速度不宜过快，以每天体重减轻不超过 0.5kg 为宜。

(5) 病情观察：观察腹水和下肢水肿的消失，准确记录出入量，测量腹围、体重，监测血清电解质和酸碱度的变化。

(6) 皮肤护理：保持皮肤清洁，水肿部位交替使用气垫，勤翻身；皮肤瘙痒者可用硼酸水涂擦，剪短病人指甲，防止抓伤；保持床铺的干燥平整，防止擦伤。

(7) 腹水量大需要腹腔穿刺放腹水的患者应做好放腹水的护理。

#### 4. 减少胰腺外分泌的措施是什么？

(1) 禁食及胃肠减压。

(2) 抗胆碱药，如阿托品、山莨菪碱等。

(3) H<sub>2</sub> 受体拮抗剂或质子泵抑制剂。

(4) 胰升糖素、降钙素和生长抑素。

#### 5. 简述消化道出血病人出血量的估计。

(1) 大便隐血试验阳性提示每天出血量大于 5~10ml。

(2) 出现黑便表明出血量在 50~70ml 以上。

(3) 胃内积血量达 250~300ml 时可引起呕血。

(4) 1 次出血量在 400ml 以下一般不引起全身症状。

(5) 出血量超过 400~500ml 可出现头晕、心悸、乏力等症状。

(6) 出血量超过 1000ml 临床即出现急性周围循环衰竭的表现，严重者引起失血性休克。

#### 6. 简述消化性溃疡的主要临床表现特点及并发症。

临床特点：多数消化性溃疡有慢性过程、周期性发作和节律性上腹痛的特点。

并发症：出血、穿孔、幽门梗阻、癌变。

#### 7. 经内镜逆行胰胆管造影术（ ERCP）术后并发症的观察。

(1) 急性胰腺炎：行 ERCP 术后出现血清淀粉酶升高，超过正常值 3 倍且伴有急性胰腺炎的临床表现，如腹痛、恶心、呕吐、白细胞数升高等。

(2) 出血：分为即时性出血和迟发性出血，即时性出血是 ERCP 术中的出血；迟发性出血是术后 24h、数天甚至数周发生出血。

(3) 穿孔：行 ERCP 的患者如果出血剧烈腹痛、大汗淋漓、面色苍白等症状，应警惕穿孔的可能。



(4) 胆道感染：发生感染的患者可变现为高热、血象升高等症状。

#### 四、泌尿系统

##### 1. 简述经皮肾脏穿刺活检术术后护理。

- (1) 术后常规按压穿刺部位 5min, 穿刺点贴无菌敷料, 腹带加压包扎。
- (2) 协助患者仰卧硬板床, 腰部制动 6~8h, 卧床休息 24h。
- (3) 密切观察有无腹痛、腰痛, 监测生命体征及尿色。
- (4) 嘱患者多饮水, 以免血管堵塞尿路。并留取第一次尿液送检。
- (5) 必要时应用止血带和抗生素, 防止出血和感染。
- (6) 指导患者 1 个月内避免剧烈运动或负重。

##### 2. 简述优质低蛋白饮食的原则。

(1) 慢性肾脏病患者肾小球率过滤 (GFR) <50ml/min 时, 应给予优质低蛋白饮食, 蛋白质摄入量低于 0.8g/(kg. d), 其中 50%~60% 为富含必需氨基酸的动物蛋白, 如牛奶、鸡蛋、瘦肉、鱼肉等。

(2) 随 GFR 下降, 蛋白质摄入量相对减少。GFR20~50ml/min, 蛋白质摄入量为 0.6~0.8g/(kg. d); GFR<20ml/min, 蛋白质摄入量为 0.4~0.6g/(kg. d)。

(3) 此外, 要注意尽量减少食用植物蛋白如花生、豆类等, 米面中的植物蛋白设法去除, 如部分采用麦淀粉作为主食。

##### 3. 简述急性肾炎患者的休息与活动指导。

(1) 急性期绝对卧床休息, 症状比较明显者卧床休息 4~6 周, 待水肿消退、肉眼血尿消失、血压恢复正常后, 方可逐渐增加活动量。

- (2) 病情稳定后从事轻体力活动。
- (3) 1~2 年内避免重体力活动和劳累。

##### 4. 简述慢性肾衰竭患者的饮食原则。

(1) 供给足够的热量, 以减少体内蛋白质的消耗。每天供应的总热量为 126kJ/kg 并主要由碳水化合物和脂肪供给。

(2) 根据 GFR (肾小球率过滤) 调整蛋白质的摄入量。GFR<50ml/min 时应予以优质低蛋白饮食。

(3) 注意供给富含维生素 C 和 B 族维生素的食物。

(4) 膳食中无机盐的供给要随病情变化及时调整, 出现浮肿及高血压要适当限制食盐的摄入量, 一般应低于 3g/d。血钾升高、尿量减少 (1000ml/d) 时, 要限制含钾高的食物如各种干货、柑橘类等。

(5) 补钙限磷: 每天补充 1000~1500mg 钙, 同时限制磷的摄入。

(6) 尿量减少低于 1000ml/d 时, 适当限制饮水量及食物中水分。

##### 5. 简述动静脉人工内瘘的日常维护。

(1) 禁止在内瘘侧肢体测血压、输液及长时间压迫和屈曲, 不提重物。

(2) 衣着宽松, 内瘘侧衣袖可使用拉链、纽扣等, 便于穿刺。

(3) 每天一听、二摸、三看、四感觉, 听有无猫喘, 摸有无震颤, 看有无出血、血肿, 感觉有无疼痛, 有异常及时就诊。

(4) 局部疼痛、无猫喘、无震颤、沿内瘘血管方向有硬块、血管塌陷, 提示内瘘闭塞, 需及时就诊。

(5) 出现内瘘血管瘤时, 可用松紧适宜的护腕给予适当的压迫, 一旦破裂, 扎紧血管瘤上端, 及时送医院就诊。

(6) 局部红肿、热、痛, 有脓性分泌物, 提示感染, 及时就诊。

## 五、内分泌与代谢性疾病系统

### 1. 简述 WHO1999 年的糖尿病的诊断标准。

(1) 有糖尿病典型症状者，加以下任意一项：①随即血浆葡萄糖  $\geq 11.1\text{mmol/L}$  ( $200\text{mg/dl}$ )；②空腹血浆葡萄糖  $\geq 7.0\text{mmol/L}$  ( $126\text{mg/dl}$ )；③口服葡萄糖耐量试验 (OGTT)，75g 葡萄糖负荷后 2h 血浆葡萄糖  $\geq 11.1\text{mmol/L}$  ( $200\text{mg/dl}$ )。

(2) 无糖尿病症状者，需另一日重复检查以明确诊断。

### 2. 简述糖尿病的综合降糖治疗措施。

(1) 饮食 (医学营养) 治疗。

(2) 运动治疗。

(3) 药物治疗：口服降糖药及胰岛素。

(4) 病情自我监测。

(5) 糖尿病自我管理教育及心理治疗。

### 3. 简述胰岛素的正确存放方法。

(1) 未启封的胰岛素，储存温度为  $2\sim 8^{\circ}\text{C}$  冷藏保存，不得冷冻。

(2) 启封后、正在使用的瓶装胰岛素或笔芯，可在室温环境 ( $25\sim 30^{\circ}\text{C}$ ) 保存 4 周；存放在阴凉干燥的地方，无需冷藏，避免光和热。

(3) 不同胰岛素的储存参阅包装内的药品说明书，超过标签上有效期的胰岛素严禁使用。

### 4. 简述糖尿病的营养治疗的目标。

(1) 达到并维持理想的血糖水平。

(2) 减少心血管疾病的危险因素，包括控制血脂异常和高血压。

(3) 提供均衡营养的膳食，控制总热能的摄入。

(4) 减轻胰岛  $\beta$  细胞负荷。

(5) 维持合理体重。

### 5. 简述糖尿病运动治疗的原则。

(1) 运动治疗应在医生指导下进行。

(2) 运动频率和时间：餐后  $1\sim 2\text{h}$  进行，每次  $30\sim 60\text{min}$ ，每周至少  $150\text{min}$ 。

(3) 中低强度的有氧运动：快走、慢跑、打太极拳、骑车等。

(4) 运动强度：心率 (次/分) =  $(220 - \text{年龄}) \times (60\% \sim 70\%)$ 。

(5) 活动量大或剧烈活动时调整食物及药物，以免发生低血糖；同时携带糖果及糖尿病卡，以便自救。

### 6. 简述持续皮下胰岛素输注治疗 (CSII) 的特点。

(1) CSII 是胰岛素强化治疗的一种形式，更接近生理性胰岛素分泌模式，在控制血糖方面优于多次皮下注射且低血糖发生的风险小。

(2) 需要胰岛素泵来实施治疗，输注方式分为基础量和餐前量。

(3) 主要适用人群：1 型糖尿病患者、计划受孕和已孕的糖尿病妇女、需要胰岛素强化治疗的 2 型糖尿病患者。

### 7. 简述甲状腺危象的主要预防措施。

(1) 积极治疗甲亢以及感染等伴随疾病。

(2) 避免各种诱因：如急性创伤、精神刺激、过度劳累等应激。

(3) 不随意中断药物治疗。

(4) I131 治疗及甲状腺手术前要准备充分。

(5) 严密观察病情，监测生命体征，发现高热、大汗、心动过速等，立即汇报处理。

## 六、风湿系统

1. 系统性红斑狼疮患者应避免的诱发因素是什么？

- (1) 预防感染。
- (2) 避免阳光直接照射裸露皮肤，忌日光浴。
- (3) 避免接触刺激性物品。
- (4) 避免进食、服用易诱发本病的食物、药物。
- (5) 避免寒冷刺激。
- (6) 育龄妇女应避孕。
- (7) 病情活动伴心、肺、肾功能不全者属妊娠禁忌。
- (8) 尽量避免接受各种预防接种，尤其是活疫苗。

2. 类风湿关节炎患者的关节表现是什么？

典型病人表现为对称性多关节炎。侵犯小关节，以腕关节、近端指间关节、掌指关节及跖趾关节最多见，其表现有晨僵、关节痛与压痛、肿胀、畸形。

3. 简述糖皮质激素的用药指导。

- (1) 服药期间应给予低糖、高蛋白、高钾、高钙饮食。
- (2) 补充钙剂和维生素 D，防治骨质疏松。
- (3) 监测血压、血糖和尿糖变化。
- (4) 强调按照医嘱服药的重要性，不能自行停药或者减量过快，以免引起“反跳”。

(5) 长期应用糖皮质激素类药物时，应采用早晨 7~8 时一次给药或隔日早晨一次给药的方法。这样可以减少肾上腺皮质功能下降甚至皮质萎缩的不良后果。

(6) 长期、大剂量应用糖皮质激素时做好皮肤及口腔粘膜的护理，防止真菌感染。

(7) 注意观察药物副作用的发生。

4. 简述痛风病人的饮食指导。

基本原则：低嘌呤、低脂肪、低热量、低盐和多饮水。

(1) 限制嘌呤摄入量。禁忌的高嘌呤食物：如肝脏、肾、胰、脑等动物肝脏以及浓肉汤、鸡汤、沙丁鱼、鱼籽等。

(2) 鼓励患者多饮水，保证每日饮水量在 2000 ~ 3000ml。

(3) 限制饮酒。

(4) 增加碱性事物的摄取，如蔬菜、马铃薯、甘薯、奶类、柑橘等。

(5) 限制脂肪、盐及热量摄入。

5. 系统性红斑狼疮最常见的死亡原因是什么？

感染、肾衰竭、脑损害和心力衰竭。

## 七、血液系统

1. 简述白血病患者易发生感染的因素。

- (1) 正常粒细胞缺乏或功能缺陷。
- (2) 化疗药物及糖皮质激素的应用，促进机体免疫功能进一步下降。
- (3) 白血病细胞的浸润以及化疗药物的应用，易造成消化道和呼吸道粘膜

屏障受损。

(4) 各种穿刺或插管留置时间长。

2. 简述粒细胞缺乏症的临床表现。

(1) 起病急骤，头痛困倦。

(2) 畏寒、高热。

(3) 咽喉及全身关节疼痛。

(4) 粘膜坏死性溃疡。

(5) 感染。

3. 多发性骨髓瘤患者休息与活动的指导要点是什么？

(1) 多发性骨髓瘤病人易出现病理性骨折，应注意卧床休息，使用硬板床或硬床垫。

(2) 适度活动可促进机体血液循环和血钙在骨骼的沉淀，减轻骨骼的脱钙。

(3) 应注意劳逸结合，尤其是中老年病人，要避免过度劳累，避免做剧烈运动和快速转体等动作。

4. 简述血小板保存及输注特点。

(1) 由于血小板要求在 22~24℃ 震荡保存，如同时输注几种血制品时，应先输注血小板。

(2) 若确实不能及时输注，应将血小板放在 22℃ 振荡器上保存，最长时间不超过 12h，任何时候都不允许剧烈震荡，以免引起血小板不可逆破坏。

(3) 血小板输注速度要求快，建议以患者能耐受的最快速度输注，80~100 滴/分，以免在体外聚集影响疗效。

5. 血液病患者口腔护理的要点。

(1) 血液病患者由于凝血功能异常，尽量选择软毛牙刷刷牙，避免使用牙签剔牙。

(2) 血液科化疗患者常规使用预防细菌感染的溶液（如 0.1% 洗必泰）和预防真菌感染的溶液（如 2.5% 碳酸氢钠溶液）交替漱口。

(3) 如并发口腔真菌感染，可使用 2.5% 碳酸氢钠溶液或其他抗真菌药物稀释液漱口；如继发口腔厌氧菌感染，可使用含甲硝唑或替硝唑的溶液漱口。

(4) 对于化疗后粒细胞缺乏患者的口腔溃疡可使用重组粒细胞刺激因子稀释液漱口。

(5) 对于口腔粘膜出现破溃疼痛而影响进食者，常采用 1% 利多卡因加生理盐水稀释后含漱止痛。

(6) 大剂量甲氨蝶呤化疗致口腔溃疡可使用四氢叶酸钙稀释液来预防及护理。

(7) 含漱的方法用舌头上下、左右、前后反复搅拌，每日含漱次数>5 次，每次含漱时间>3min，使用两种漱口液间隔时间必须超过 15min。

6. 简述恶性淋巴瘤的临床表现。

(1) 局部表现：无痛性、进行性淋巴结肿大。

(2) 全身症状：发热、盗汗、消瘦、乏力、食欲下降、皮肤瘙痒。

(3) 肿瘤压迫组织器官产生相应的症状和体征：上腔静脉压迫综合症、吞咽和呼吸困难、肠梗阻、黄疸等。

(4) 浸润脏器产生相应的症状和体征：恶心呕吐、胸闷气促、疼痛、肝脾肿大等。

## 八、神经系统

### 1. 简述脑血管病的三级预防。

(1) 一级预防：为发病前的预防，即对有卒中倾向、尚无卒中病史的个体预防脑卒中发生，这是三级预防中最关键一环。

(2) 二级预防：针对发生过卒中或有 TIA 病史的个体，通过寻找意外事件发生的原因，治疗可逆性病因，纠正所有可干预的危险因素，预防脑卒中复发。

(3) 三级预防：脑卒中发生后积极治疗，防止并发症，减少致残，提高脑卒中患者的生活质量，预防复发。

### 2. 简述吞咽障碍患者的护理要点。

(1) 评估吞咽障碍的程度：如观察患者能否经口进食，进食不同稠度食物的吞咽情况饮水时有无呛咳等。

(2) 饮食护理：鼓励能吞咽的患者经口进食；选择富含蛋白质、维生素的软饭、半流或糊状、胶状的粘稠食物；不能经口进食者，遵医嘱胃管鼻饲，做好留置胃管的护理。

(3) 防止窒息：进餐时注意保持环境安静，减少分散注意力的干扰因素；吞咽困难的患者不能使用吸水管；进食后保持坐立位 30~60min；床旁备吸引装置，如果患者呛咳、误吸或呕吐，应立即取头侧位，及时清理口鼻分泌物和呕吐物，保持呼吸道通畅，预防窒息和吸入性肺炎。

### 3. 脑出血最严重的并发症是什么？如何护理？

脑出血最严重的并发症是脑疝，其护理要点：

(1) 评估有无脑疝的先兆表现：严密观察患者有无剧烈头痛、喷射性呕吐、躁动不安、血压升高、脉搏减慢、呼吸不规则、一侧瞳孔散大、意识障碍加重等脑疝的先兆表现，一旦出现，立即报告医生。

(2) 配合抢救：保持呼吸道通畅，防止舌根后坠和窒息，及时清除呕吐物和口鼻分泌物；迅速给予吸氧；建立静脉通道，遵医嘱给予快速脱水、降颅压药物；备好气道切开包、监护仪、呼吸机和抢救药物等。

### 4. 简述腰椎穿刺术的体位和术后护理要点。

体委要求：患者去枕卧位，背齐床沿，屈颈抱膝，使脊柱尽量前屈，以增加椎间隙宽度。

术后护理：

(1) 指导患者去枕平卧 4~6h，告知卧床期间不可抬高头部，可适当转动身体。

(2) 观察患者有无疼痛、腰背痛、脑疝及感染等穿刺并发症。穿刺后疼痛最常见，多发生在穿刺后 1~7 天，指导患者多饮水，延长卧床时间至 24h，遵医嘱静滴生理盐水等。

(3) 保持穿刺部位的纱布干燥，观察有无渗液、渗血，24h 内不宜淋浴。

### 5. 简述颅内动脉瘤血管拴塞治疗的术后护理要点。

(1) 严密观察意识、瞳孔及生命体征变化，尽早发现颅内高压、脑血栓形成、颅内血管破裂出血、急性血管闭塞等并发症；密切观察患者四肢活动、语言状况及足背动脉搏动情况，并与术前比较，发现异常立即报告医生。

(2) 穿刺部位加压包扎制动 24h，观察有无出血及血肿，避免增加腹压的动作。

(3) 使用抗凝药物要注意监测凝血功能，注意有无皮肤、黏膜、消化道出血，有无发热、皮疹、哮喘、恶心、腹泻等药物不良反应。

(4) 术后休息 2~3 天，避免情绪激动、精神紧张和剧烈运动，放置球囊或

钢圈脱落移位。

(5) 鼓励患者多饮水，促进造影剂排泄。

6. 简述静脉使用尼莫地平注射液的护理要点。

(1) 密切观察患者有无出现头部胀痛、颜面部发红、血压降低、多汗、胃肠不适等反应。

(2) 使用微量泵控制输液速度，并根据血压变化遵医嘱调整。

(3) 使用避光输液器。

(4) 因尼莫地平属乙醇制剂，对静脉有较大的刺激作用，应有计划地选择经脉，防止静脉炎发生。

10. 妇科患者术后主要护理措施有哪些？

(1) 尿管护理：保持尿管通畅，防止尿管扭曲、堵塞、脱落。观察尿量和颜色并记录。每日用 0.5%~1% 碘伏擦洗外阴 2 次。每周换集尿袋 1~2 次，鼓励患者每日饮水 2000~2500ml。尿管留置时间较长的患者，拔管前 3 日开始夹闭尿管，每 2~4 小时开放一次。拔管后应鼓励患者自行排尿。

(2) 引流管护理：术后认真交接，妥善安置固定，防止脱落、折叠，保证负压引流通畅，观察引流液颜色和量。若有异常立即通知医生及时处理。

(3) 腹胀护理：热敷并顺时针按摩腹部，鼓励患者床上活动、早期下床，也可行肛管排气。若形成肠梗阻者，应遵医嘱禁食、补液，必要时行胃肠减压。

11. 妇科患者术后发生下肢深静脉血栓的高危人群有哪些？如何预防？

肥胖、高血脂、老年女性，或手术范围较大的患者，由于术后卧床时间长，活动减少，特别是行盆腔淋巴结清扫术后，下肢淋巴回流受阻，容易发生下肢深静脉血栓。

指导并协助患者翻身、活动双下肢、用温水泡脚等，同时教会家属帮助患者进行肢体活动。

12. 妇科腹部手术患者出院指导有哪些？

(1) 饮食：术后 6~8h 开始进少许开水、米汤、菜汤等流质，但应避免牛奶、豆浆、糖开水等产气流质；肛门排气后，指导病人进食稀饭、面条等半流质饮食并逐渐向普通饮食过渡。应多进食高蛋白、高营养、高维生素、易消化食物。

(2) 活动：手术后 6~8h 开始床上翻身，活动并按摩双下肢，一般术后 24~36h 后应鼓励并协助其下床活动，子宫根治术等大手术患者 3~5 日后应下床活动。

13. 妇科腹部手术患者出院指导有哪些？

(1) 用药指导：告知药物名称、剂量、目的、方法、不良反应及应对措施。

(2) 活动指导：全子宫切除术后，阴道残端伤口愈合阶段，患者应减少活动；手术后 2 个月内，应避免提举重物及跳舞、久站、体育锻炼等活动。

(3) 性生活指导：术后 1 个月内，应避免性生活；全子宫切除术患者，一般在术后 2~3 个月内，引导残端伤口未愈合前应避免性生活，待术后复查、全面了解身体康复状况后，可恢复正常性生活。

14. 妇科需要急诊腹部手术的疾病有哪些？如何处理？

妇科需要急诊腹部手术的疾病包括异位妊娠、卵巢肿瘤蒂扭转、卵巢黄体破裂等。接待需急诊手术的患者时，应冷静、快速、动作敏捷，在最短时间内扼要、重点的了解病史，初步作出，及时通知医生，密切配合医生做好手术前准备。

(1) 妥善安置患者，提供安全环境。

(2) 密切配合医生完善相关检查和治疗措施，如血液、尿液检查，快速建立静脉通道，给氧等。

- (3) 密切观察生命体征和病情变化，并做好记录。
- (4) 迅速完善术前准备，如备皮、备血、更衣，但一般不灌肠。
- (5) 配合医生向患者家属讲解疾病和手术相关知识，以取得家属的同意和配合。

15. CIN 代表什么意义？分哪几级？

CIN 指宫颈上皮内瘤变，是一组与宫颈浸润癌密切相关的癌前病变，反映了宫颈癌发生发展过程中的连续状态，其中包括：宫颈不典型增生和宫颈原位癌。

分 3 级：

I 级：轻度不典型增生 (CIN I)；

II 级：中度不典型增生 (CIN II)；

III 级：重度不典型增生 (CIN III)。

16. 宫颈癌早期最典型的症状是什么？三阶梯诊断法是什么？

宫颈癌病人早期最典型的症状是接触性阴道出血。

三阶梯诊断法：①宫颈刮片细胞学检查；②阴道镜检查；③宫颈活组织检查。

17. 如何指导卵巢肿瘤患者术后随诊？

(1) 良性肿瘤手术后 1 个月常规复查。

(2) 恶性肿瘤病人在化疗期间，应指导、督促、协助患者克服困难，完成治疗计划。

(3) 卵巢癌易复发，治疗结束后应长期随访监测，一般第一年内每 3 个月复查 1 次；第二年后，每 4~6 个月复查 1 次；5 年后，每年随访一次。

18. 子宫内膜癌的主要症状是什么？

子宫内膜癌早期无明显症状，随病情进展，可出现以下症状：

(1) 阴道流血：尤其是绝经后阴道流血。

(2) 阴道排液：早期多为血性或浆液性排液，晚期可有恶臭。

(3) 晚期可有疼痛、贫血、消瘦等恶病质表现。

19. 外阴阴道手术后如何针对个体疾病进行体位指导？

(1) 处女膜闭锁及有子宫的先天性无阴道患者，术后应采取半卧位。

(2) 行阴道前后壁修补的患者应以平卧位为宜，禁止半卧位。

(3) 外阴癌行根治术后的患者应采取半卧位，双腿外展屈膝，膝下垫软枕。

20. 外阴阴道手术术前、术后肠道护理的要点是什么？

应控制首次排便的时间，以利于伤口愈合。术前 3 天一般给给予少渣或无渣饮食，术前 1 天禁食。术后遵医嘱给予抑制肠蠕动的药物，以控制术后 5 天内不排便。排便前给予粪便软化剂，避免排便困难影响手术伤口愈合。

21. 外阴癌手术后伤口护理的要点是什么？

(1) 保持外阴清洁、干燥。按时擦洗会阴，及时更换敷料，保持伤口干燥。

(2) 注意观察伤口有无红、肿、痛等感染征象；有植皮者应注意皮瓣的湿度、温度和颜色等。

(3) 加强管道护理。保持伤口引流管的通畅，注意引流液的量、颜色、性状等，同时做好尿管护理。

(4) 拆线后护理。嘱病人减少活动，避免伤口渗血或裂开。

22. 压力性尿失禁的检查方法是什么？

病人取膀胱结石位，嘱病人咳嗽，观察有无尿液自尿道口溢出。若有尿液溢出，评估者用食、中两指伸入阴道内，分别轻压阴道前壁尿道两侧，再嘱病人咳嗽，若尿液不再溢出，提示病人有压力性尿失禁。

23. 子宫脱垂手术后的护理要点有哪些？

- (1) 除按一般外阴、阴道手术患者的护理外，应卧床休息 7~10 天。
- (2) 尿管留置 10~14 天。
- (3) 避免增加腹压的动作，如蹲位、咳嗽等，术后用缓泻剂预防便秘。
- (4) 每日行外阴擦洗，观察外阴分泌物的情况，并遵医嘱按时、按量应用抗生素预防感染。

24. 功能失调性子宫出血药物治疗时特别需注意的是什么？如何指导患者正确使用性激素？

用性激素治疗时要特别注意用药时间、剂量的准确性，以维持药物的有效血液浓度达到治疗效果。

指导病人正确使用性激素时应该：

- (1) 重点交班，治疗牌需醒目标记。
- (2) 指导患者按时按量用药，不能随意停用或漏服药物，以免因血药浓度不稳定引起子宫出血。
- (3) 嘱患者必须在血止后开始减量，每 3 日减量一次，每次减量少于原剂量的 1/3，直至维持量。
- (4) 告知病人及家属，若治疗期间出现不规则阴道出血，需及时救诊。

25. 简述葡萄胎患者出院指导的内容。

因鼓励病人及家属参与院外康复计划，说明随访的重要性。随访的内容包括：

- (1) 有无异常阴道流血，有无咳嗽、咯血及其转移病灶。
- (2) HCG 定量测定：葡萄胎清宫后每周一次 HCG 定量测定，直至连续 3 次正常，后每个月 1 次，持续至少半年。此后每半年 1 次，共随访 2 年。
- (3) B 超、胸部 X 线摄片或 CT 检查。

26. 妇科恶性肿瘤患者化疗后口腔溃疡的处理方法是什么？

- (1) 保持口腔清洁，使用软毛刷刷牙或漱口，进食前后用消毒液漱口。
- (2) 避免刺激性食物，给予温凉的流食或软食。
- (3) 进食前 15min 用丁卡因溶液涂覆溃疡面，以减少进食疼痛，进食后漱口，用锡类散或冰硼散等局部涂抹。
- (4) 鼓励病人进食，促进咽部活动，减少咽部溃疡引起充血、水肿、结痂。
- (5) 如口腔局部有黏膜溃疡，则应做溃疡面分泌物培养和药敏试验，根据检测结果选用抗生素和维生素 B12 溶液混合涂于溃疡面，促进愈合。

27. 何谓基础体温？如何测量？

基础体温指经过较长时间（6~8h）睡眠醒来后，未进行任何活动时所测得体温。测量方法：每日清晨醒来时，不作任何记录（包括谈话、起身等），先在床上测体温 3~5min，并记录，连续 3 个月不间断。

28. 避孕的常用方式有哪些？宫内节育器的放置时间及术后指导是什么？

避孕常用的方式有激素避孕。工具避孕、安全期避孕法等。

宫内节育器放置时间：

- (1) 月经干净 3~7 日无性交。
- (2) 人工流产术后宫内立即放置。
- (3) 正常后 42 日子宫恢复正常大小、恶露已净、会阴切口愈合者。
- (4) 剖宫产术后 6 个月。
- (5) 哺乳期排除早孕者。

术后健康指导：

- (1) 术后休息 3 日，忌体力劳动 1 周。



- (2) 术后禁性生活、盆浴 2 周。
- (3) 保持外阴部清洁。
- (4) 术后 3 个月内每次行经或排便时注意有无宫内节育器脱落。
- (5) 术后 3、6、12 个月各复查 1 次，以后每年复查 1 次，直至取出。
- (6) 术后可有少量阴道出血及下腹部不适，无需特殊处理。若有发热、下腹痛加剧、阴道流血量增多、分泌物异常等，随时就诊。

29. 药物流产的适应证有哪些？

- (1) 停经 49 日以内，确诊为宫内妊娠，本人自愿要求使用药物终止早期妊娠的健康妇女。
  - (2) 人工流产手术的高危对象，如瘢痕子宫。多次手术流产等。
- 对人工流产手术有疑虑或恐惧心理者。

## 第四章 外科

### 一、总论

1. 缺水患者的观察内容有哪些？

- (1) 体温：机体缺水、滴水容量可导致体温低于正常，出现周围循环衰竭时会出现四肢厥冷。
- (2) 血压：体液不足时血压下降，脉压差变小。
- (3) 脉搏：脉搏增快是体液不足时人体的一种代偿反应，脉搏微弱可能为血容量不足。
- (4) 皮肤黏膜：体液不足时皮肤黏膜干燥，皮肤弹性下降，唇舌干燥，口渴。
- (5) 尿量：体液缺乏常伴有尿量的减少，尿量少于 30ml/h 可见于各型缺水。
- (6) 浅静脉充盈度：颈外静脉及手背静脉等浅静脉充盈度下降、萎陷。
- (7) 神经、精神症状：患者乏力、头晕，严重时可致烦躁、谵妄，甚至昏迷，出现肌痉挛性疼痛、腱反射减弱。

2. 低钾血症的临床表现有哪些？静脉补钾的原则是什么？

临床表现：最早的表现是肌无力，一旦呼吸机受累，可致呼吸困难，甚至窒息。患者有恶心、呕吐、腹胀及肠麻痹的表现，可出现软瘫、腱反射减弱或消失。心脏受累时表现为传导阻滞和节律异常。此外，患者可出现代谢性碱中毒和反常性酸性尿。

静脉补钾的原则：

- (1) 禁止静脉推注钾：严禁直接经静脉推注高浓度钾溶液，少数缺钾者需大剂量钾静脉滴注时，应进行心电监护，如心电图出现高钾血症的变化时，应立即停止补钾并采取相应的措施。
- (2) 见尿补钾：尿量超过 40ml/h 或 500ml/d 时方可补钾。
- (3) 限制补钾总量：参考血钾浓度，补钾量为 40~80mmol/d(约为氯化钾 3~6g/d)
- (4) 控制补钾浓度：补钾速度控制在 20mmol/h 以下。

3. 代谢性酸中毒有哪些临床表现？

- (1) 典型临床表现是呼吸深而快，呼吸频率可高达 40~50 次/分，呼出气体有酮味。
- (2) 患者面色潮红、心率加快、血压偏低。
- (3) 严重者可有神志不清、昏迷，腱反射减弱或消失。
- (4) 常伴有缺水症状。

(5) 患者容易发生心律不齐、急性肾功能不全、休克。

4. 休克患者处理原则是什么？治疗期间如何进行观察？

处理原则：尽早去除病因，迅速恢复有效循环血量，纠正微循环障碍，恢复组织灌注，增强心肌功能，恢复正常代谢和防止多器官功能障碍综合症（MODS）。

病情观察要点：

- (1) 精神状态：患者有无兴奋或躁动不安；有无表情淡漠、意识模糊、反应迟钝，甚至昏迷；对刺激有无反应。
- (2) 生命体征：①血压：血压和脉压是否正常。②脉压：休克早期脉搏增快，严重时脉搏细速或摸不清。③呼吸：呼吸有无变快、变浅、不规则。④体温：多数患者体温偏低，感染性休克患者体温可高于正常。
- (3) 皮肤色泽及温度：皮肤和口唇有无苍白、发绀、呈花斑状，有无四肢湿冷或干燥潮红，皮肤黏膜有无出血点。
- (4) 尿量：尿量少于 25ml/h 表明血容量不足；尿量维持在 30ml/h 以上时，表明休克已纠正。
- (5) 辅助检查：动态了解各项检查和监测数据，以助病情判断和护理计划的制定。

5. 如何进行术前呼吸道准备？

- (1) 术前停止吸烟至少 2 周，并进行呼吸功能训练。
- (2) 痰液粘稠者进行雾化吸入和胸部物理治疗以促进排痰。
- (3) 有肺部感染者术前应用有效抗生素 3~5 天。

6. 术后早期活动的益处有哪些？

- (1) 无禁忌患者术后早期活动可增加肺活量，促进分泌物排出，减少肺部并发症。
- (2) 改善全身血液循环，促进伤口愈合，防止压疮，减少下肢静脉血栓的发生。
- (3) 利于胃肠道和膀胱功能的恢复，减少腹胀和尿潴留的发生。

7. 何谓肠内营养？如何护理实施肠内营养的患者？

肠内营养是指经胃肠道，包括口或喂养管，提供维持人体代谢所需营养素的一种方法。

护理要点：

- (1) 保持喂养管在位通畅：妥善固定，输注营养液前后、连续管饲过程中每隔 4h、特殊用药前后用 30ml 温开水或生理盐水冲洗喂养管。
- (2) 防防止误吸：伴意识障碍、胃排空延迟、经鼻胃管或胃造瘘管输注营养液时患者取半坐卧位；及时评估胃内残留量，残留量每次大于 100~150ml 时，应延迟或暂停输注，防止发生胃潴留。
- (3) 保护皮肤、黏膜：长期留置鼻饲管者，每日用油膏涂拭鼻腔黏膜；造瘘者保持瘘口周围皮肤干燥、清洁。
- (4) 减少胃肠道不适：控制营养液的浓度和渗透压、输注的量和速度，调节营养液的温度；营养液的现配现用，避免污染和变质。
- (5) 观察和预防并发症：观察病情和动态监测营养支持的效果，及时发现并发症并积极处理。

8. 何谓伤口湿性愈合理论？

伤口湿性愈合理论是指运用敷料和（或）药液保持伤口湿润，给伤口提供一个湿润、低氧、微酸、洁净的愈合环境，加速上皮细胞的移行，从而促进伤口的愈合。该理论最早于 1962 年由 Winter 博士提出。

## 二、普通外科

1. 甲状腺大部分切除后并发症有哪些？如何早期发现？

甲状腺切除后并发症有：①呼吸困难和窒息；②喉返神经损伤；③喉上神经损伤；④手足抽搐；⑤甲状腺危象。

护士在重视术后患者主诉的同时，密切观察其生命体征，以及有无呼吸困难、发音有无声音嘶哑或音调降低、伤口敷料是否干燥、引流有无异常、吞咽有无呛咳、有无面部唇部或手足麻木感，从而早期发现甲状腺术后并发症。

2. 乳癌患者术后如何预防患侧上肢肿胀？

- (1) 乳癌患者术后勿在患侧上肢测血压、抽血、静脉及皮下注射等。
- (2) 指导患者保持患侧上肢：尽量抬高患肢并保持舒适位，避免扶持患侧。
- (3) 可按摩患侧上肢或进行握拳、屈、伸肘运动。
- (4) 肢体肿胀严重者，可戴弹力袖促进淋巴回流。

3. 急腹症患者如何安置体位？腹部术后半卧位的目的是什么？

急腹症无休克患者取半卧位；休克换着置于仰卧中凹位，即头和躯干抬高  $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ，下肢抬高  $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ 。

腹部手术后生命体征平稳，给患者取半卧位的目的是促使腹内渗出液流向盆腔，以减少毒素吸收和减轻中毒症状，以利于引流和局限感染，同时避免腹胀所引起的膈肌抬高，减轻腹胀对呼吸和循环的影响，也有助于减轻腹壁张力，减轻疼痛。

4. 外科急腹症的共性表现有哪些？

- (1) 腹痛和发热：有阵发性腹痛，持续性钝痛和隐痛，持续性疼痛伴阵发性加重，可伴有不同程度发热。
- (2) 消化道症状：有厌食、恶心、呕吐、腹胀、排气排便停止等。
- (3) 腹膜刺激征：即压痛、反跳痛及肌紧张。
- (4) 肠鸣音的改变：肠鸣音减弱或消失多提示低血钾、腹膜炎或肠麻痹、绞窄性肠梗阻晚期；肠鸣音活跃、音调高伴气过水声多为机械性肠梗阻。

5. 胃肠减压的目的及护理要点是什么？

胃肠减压的目的：将积聚在肠道内的气体和液体吸出，降低肠道内的压力和张力，改善肠道壁血液循环，有利于炎症局限，促进胃肠道的恢复。

护理要点：

- (1) 妥善固定：防止滑脱，记录胃管插入长度。
- (2) 保持管道通畅和负压：避免受压、扭曲和折叠。
- (3) 观察和记录引流液的颜色、性质和量。
- (4) 做好鼻腔、咽喉部及口腔的护理：随时评估患者口腔黏膜的情况，长期使用胃管的患者应根据胃管材质定期更换。
- (5) 给药护理：胃肠减压期间一般禁食禁水，必须经口服药时，如为片剂要研碎调水后注入，并用温水冲洗胃管，注入后夹管 30min。
- (6) 拔管护理：通常术后 48~72h 肛门排气、肠鸣音恢复，可拔出胃管。

6. 胃大部切除术后的并发症及处理措施有哪些？

- (1) 术后胃出血：多数患者通过禁食、使用止血药物、输血、输液等措施可控制症状，否则需手术止血。
- (2) 十二指肠残段破裂：须立即手术处理，术后加强全身治疗，纠正水、电解质紊乱，控制感染，给予肠外营养。

(3) 胃肠吻合口破裂或瘘：须立即手术修补或引流。

(4) 胃排空障碍：多数患者通过禁食、胃肠减压、肠外营养支持、应用促胃动力药等措施多能好转。

(5) 术后梗阻：采用禁食、胃肠减压、肠外营养支持等措施，症状不能缓解的患者须性手术治疗。

(6) 倾倒综合症：少食多餐，多进食高蛋白、高脂肪类的食物，控制甜食，限制液体食物，餐后平卧 10~20min。

7. 肠梗阻的共性有哪些？如何护理？

肠梗阻的共性为腹痛、呕吐、腹胀，以及停止排便、排气。

护理措施：

(1) 禁食、胃肠减压。

(2) 无休克者取半卧位，减轻腹胀对呼吸的影响。

(3) 遵医嘱运用解痉剂，合理应用抗菌药。

(4) 合理输液并记录出入量。

(5) 严密观察生命体征，观察腹痛等情况。

(6) 手术患者做好术后护理，保持各引流管道通畅，防止术后感染，帮助和鼓励患者早期活动。

8. 提示绞窄性肠梗阻的观察要点是什么？

肠梗阻保守治疗期间若腹痛间歇期缩短，呈持续性剧烈腹痛，呕吐物为血性或棕褐色液体，可排出血性黏液样便时，腹部触诊时有腹膜刺激征、压痛性包块（受绞窄的肠袢），叩诊时可出现移动性浊音，应高度警惕绞窄性肠梗阻的发生。

9. 肠道手术患者如何进行肠道准备？

(1) 传统肠道准备法：一般术前 3 日准备，进少渣半流质、流质饮食，采用番泻叶泡茶或硫酸镁、蓖麻油导泻，或用肥皂水灌肠，并口服肠道抗生素等。

(2) 全肠道灌洗法：利用灌洗液于术前 12~14h 开始口服，引起容量性导泻，以达到彻底清洗肠道的目的。开始口服灌洗液的速度应达到 2000~3000ml/h，开始排便后可适当减慢速度至 1000~1500ml/h，直至排出粪便成无渣清水样为止，全过程约需 3~4h。年迈体弱、心肾脏器等功能障碍以及肠梗阻者不宜选用此法。

10. 胆道术后放置 T 管的目的是如何护理？

目的：引流胆汁和减压；引流残余结石；支撑胆道；经 T 管溶石或造影等。

护理要点：

(1) 妥善固定引流管：应用缝线或胶布固定于腹部，防止意外脱出。

(2) 保持引流通畅：避免管道扭曲、折叠和受压，定期从近端向远端捏挤。

(3) 观察引流情况：定期观察并记录引出胆汁的量、颜色及性状。

(4) 定时更换引流袋：引流袋位置不可高于切口平面，以防止胆汁倒流。

(5) 加强病情观察：引流期间观察患者体温、腹胀和腹痛情况。

(6) 做好拔管护理：拔管前先行夹管，再做“T”形管造影，证实胆总管通畅、无残留结石，方可拔管。拔管后引流口如有渗液应及时更换敷料。

11. 夏柯（Charcot）三联征和雷诺（Reynolds）五联征分别是什么？

夏柯（Charcot）三联征：腹痛、寒颤高热和黄疸。

雷诺（Reynolds）五联征：腹痛、寒颤高热、黄疸、休克，以及中枢神经系统受抑制的表现。

### 三、神经外科

### 1. 何为颅内压增高的“三主征”？

头痛、呕吐、视神经乳头水肿是颅内压增高的典型表现，称为颅内压增高的“三主征”。三者各自出现的时间并不一致，可以其中一项为首发症状。

### 2. 预防颅内压骤然增高的护理措施有哪些？

(1) 休息：提供适宜的病室环境，减少探视人员，避免患者情绪激动。

(2) 保持呼吸道通畅：及时清除呼吸道分泌物和呕吐物；舌根后坠者，可托起下颌或放置口咽通气道；防止颈部过曲、过伸或扭曲；对意识不清或排痰困难者，应配合医生尽早行气管切开术；重视基础护理，定时翻身拍背，防止肺部并发症。

(3) 避免剧烈咳嗽和便秘：及时治疗感冒、咳嗽；鼓励患者多吃蔬菜和水果，并给予缓泻剂以防止便秘对已有便秘者，可给予开塞露；严谨高位灌肠。

(4) 及时控制癫痫发作：遵医嘱定时定量给予患者抗癫痫药物；一旦发作时协助医生及时给予抗癫痫药物及降颅内压处理。

(5) 躁动的处理：寻找并解除引起躁动的原因，不能盲目地使用镇静剂或强制性约束，以免患者反抗而是颅内压进一步增高。适当加以保护以防意外发生。

### 3. 如何进行 Glasgow 昏迷评分？

Glasgow 昏迷评分法：从睁眼、语言和运动三个方面进行评分，三者得分相加表示意识障碍的程度，分数越低表示意识障碍越严重。最高 15 分，表示意识清醒；8 分以下为昏迷；最低 3 分。

表 4-1 Glasgow 昏迷评分

| 睁眼反应    | 言语反应        | 运动反应             |
|---------|-------------|------------------|
| 能自行睁眼 4 | 能对答，*定向正确 5 | 能按吩咐完成动作 6       |
| 呼之能睁眼 3 | 能对答，*定向有误 4 | 刺痛时能定位，手举向疼痛部位 5 |
| 刺痛能睁眼 2 | 胡言乱语，不能对答 3 | 刺痛时肢体能回缩 4       |
| 不能睁眼 1  | 仅能发音，无言语 2  | 刺痛时双上肢呈过度屈曲 3    |
|         | 不能发音 1      | 刺痛时四肢呈过度伸展 2     |
|         |             | 刺痛时肢体松弛，无动作 1    |

### 4. 脑室引流的护理要点有哪些？

(1) 引流管的位置：妥善固定，引流管最高点需高与侧脑室平面（即平卧时耳屏平面，侧卧时鼻中线平面）10~15cm。搬动患者时应将引流管暂时夹闭，防止脑脊液反流引起逆行感染。

(2) 引流速度及量：术后早期可适当抬高引流管高度，防止引流过快使颅内压骤然降低，待颅内压平衡后在降低引流管的高度。24h 引流量以不超过 500ml 为宜。

(3) 保持引流通畅：活动及翻身时避免牵拉引流管。如见有脑脊液流出或引流管内液面随患者呼吸上下波动表明引流管通畅；否则应及时查明原因并向医生汇报。

(4) 观察并记录脑脊液的颜色及性状：正常脑脊液无色透明、无沉淀。术后早期脑脊液可略呈血性，以后转为橙黄色。

(5) 严格遵守无菌操作原则：保持引流装置的密闭。每日定时更换引流瓶（袋）时，应先夹闭引流管以免管内的脑脊液逆流。

(6) 拔管护理：拔管前一天应试行太高引流管或夹闭引流管 24h，若患者出现头痛、呕吐等颅内压增高症状，应报告医生。拔管后，切口处若有脑脊液漏出，通知医生妥善处理。

### 5. 神经外科患者瞳孔的观察中有哪些异常情况？

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/015324111143011104>