

, 213 . 患者呕吐物量与色可提供什么信息？

答：成人胃容量大约为 300ml ，呕吐物超过胃容量应考虑有无幽门梗阻及其他异常。呕吐物一般为胃内容物，即消化液与食物。 呕吐物呈鲜红色提示急性大出血； 呈咖啡色提示出血相对缓慢；呈黄绿色提示有胆汁反流；呈暗灰色提示有腐败性改变而又长期储留在胃内。

214 . 患者呕吐物气味可提供什么信息？

答：呈酸味者为普通呕吐物；呈碱味者为胃内出血；呈苦味者为胆汁反流； 呈腐败味者为幽门梗阻；呈粪臭味者为肠梗阻。

215 . 试述泌尿系统的结构。

答：泌尿系统由肾、输尿管、膀胱和尿道组成。
肾脏和输尿管为上泌尿道；膀胱和尿道为下泌尿道。

216 . 试述肾的功能。

答：肾的主要功能是生成尿液，通过尿的生成产生下列作用：

- 1 . 排泄废物和有毒物质。
- 2 . 调节水、电解质和酸碱平衡。
- 3 . 维持机体内环境稳定。
- 4 . 间接增加血容量和制造红细胞（肾分泌肾素—血管紧张素作用）。

217 . 正常人 24h 尿量是多少？日夜尿量的比例是多少？

答：正常成人每昼夜尿量为 1 000 — 2 000ml ，平均为 1 500 ml 左右，日夜尿量之比是 3 : 1。

218 . 何谓多尿？少尿？无尿 ？

答：多尿： 24h 尿量长期在 2 500ml 以上。

少尿： 24h 尿量 < 400 ml 或每小时尿量 < 17 ml 。

无尿： 24h 尿量 < 100 ml ，或 12h 内完全无尿。

2 19 . 何谓尿失禁？何谓尿储留？

答：尿失禁：排尿失去控制，尿液不自主地流出或排出。

尿储留：膀胱内储存大量尿液而不能自行排出。

220 . 什么是尿液比重？正常成人的尿液比重为多少？

答：尿液比重是指尿液与纯水的重量之比，常用比重计测量。正常成人在普通膳食情况下，尿比重波动于 1 . 015— 1 . 025

22 1 . 简述少尿常见的疾病和原因。

- 答：
- 1 . 少尿可见于心脏病患者，因心力衰竭引起心排血量减少所致。
 - 2 . 休克患者可出现少尿，因微循环障碍，肾灌注不良，滤过减少所致。
 - 3 . 肾病综合征患者常出现少尿，因肾脏本身病变，造成肾功能障碍所致。
 - 4 . 肝硬化腹水患者常见少尿， 因血浆蛋白降低， 血浆胶体渗透压下降，水分渗人组织或体腔之中，使血容量减少，肾血容量亦随之减少所致。

222 . 试述病理情况下常见的尿液外观变化。

答：脓尿：尿液浑浊，含大量脓细胞，放置后有白色絮状物沉淀。

菌尿：尿液呈云雾状，静置后不下沉。

血尿：尿液内含有一定量的红细胞时称为血尿。

血红蛋白尿：呈浓茶色、酱油样色，隐血试验阳性。

胆红素尿：呈深黄色，振荡后泡沫也呈黄色。

乳糜尿：为白色乳样尿液，有时可混有少量血液。

223 . 简述留置导尿的目的。

答：1 . 抢救危重、休克患者时正确记录每小时尿量、 测尿比重， 密切观察患者的病情变化。

2 . 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。

3 . 某些泌尿系统疾病手术后留置导尿管，便于引流和冲洗， 并减轻手术切口的张力， 促进切口的愈合。

4 . 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。

5 . 为尿失禁患者行膀胱功能训练。

224 . 男女患者导尿管插入的深度各为多少？

答：导尿管插入的深度：男性 20 — 22 Cm ， 女性 4 — 6 Cm ， 见尿后再插入 1~2 cm 。

225 . 女性患者导尿术关键注意点有哪些？

答： 1. 用物必须严格消毒灭菌，按无菌操作进行，以防感染。

2 . 操作过程中，注意保暖，注意隐私保护。

3 . 误入阴道，应更换导尿管，重新插入。

4 . 若膀胱高度膨胀，患者又极度衰弱时，第一次放出尿量不应 > 1 000ml 。因为大量放尿， 可导致腹腔内压力突然降低， 大量血液流入腹腔血管内，引起血压突然下降，产生虚脱。同时，膀胱突然减压，会引起膀胱黏膜急剧充血，发生血尿。

226 . 导尿术的目的是什么？

答： 1. 为尿储留患者引流出尿液，以减轻患者痛苦。

2 . 协助临床诊断： 如留取未受污染的尿标本作细菌培养；测量膀胱容量、 压力及检查残余尿液；进行尿道或膀胱化疗。

3 . 为膀胱肿瘤患者进行膀胱化疗。

4 . 避免手术、分娩时误伤膀胱， 术后保持会阴部清洁干燥， 促进伤口愈合和膀胱功能恢复。

5 . 抢救休克、危重患者、正确记录尿量、尿比重，以观察肾功能。

227 . 根据化验要求如何选用尿液采集的防腐剂？

答： 1 .12h 尿细胞计数：如尿爱迪计数，选用甲醛，每 30ml 尿液加 40%甲醛 1滴，防止细菌生长，固定尿中有机成分。

2 .24h 尿 17 - 轻、17 - 酮类固醇检查：选用浓盐酸， 24 小时尿中放 5 — 10ml ,保持尿液在酸性环境中，防止尿中激素被氧化。

3 .24 日录蛋白尿糖定量等：选用甲苯，于尿液表面加数滴，形成一薄膜，防止细菌污染和延缓尿液中化学成分的分解（ 100 词尿液加 0 . 5%— 1 %甲苯 2ml）

228 . 尿标本采集的注意事项有哪些？ 答：

1 . 女患者月经期不宜留取尿标本。

2 . 会阴部分泌物过多时，应先清洗或冲洗再收集。

3 . 做早孕诊断试验应留取晨尿。

4 . 留取尿培养标本时，应注意执行无菌操作，防止标本污染，影响检验结果。

5 . 留取 12h或 24h 尿标本，集尿瓶应放在阴凉处，根据检验要求在瓶内放置防腐剂。

229 . 试述尿潴留的定义及临床表现。

答： 1. 定义：尿储留是指膀胱内积有大量尿液而不能排出。

2 . 临床表现

（ I急性尿储留：发病突然，膀胱胀满而不能排出，患者常胀痛难忍，有时部分尿液可从尿道溢出，但不能减轻下腹疼痛。

（ II慢性尿储留：多表现为排尿不畅、尿频、常有排尿不尽感，有时出现尿失禁现象。

230 . 尿储留的常见原因有哪些？

答：尿潴留是由于尿道机械性梗阻（如产后、前列腺肥大等）、大手术后膀胱过胀、回缩无力；饮水过少，膀胱的输入或输出减少；情绪焦虑和肌肉紧张等因素造成。

231 . 压力性尿失禁的护理要点有哪些？

答：压力性尿失禁是由于尿道括约肌松弛，当腹压骤然增加时，少量尿液外溢，多见于女性。

护理要点：

1 . 膀胱功能的训练：帮助患者树立信心，增加腹肌、膈肌等肌肉运动，培养定时排尿，维持每日的液体摄入量。

2 . 皮肤护理：保持皮肤清洁干燥，局部可外涂油膏等。

3 . 外部引流：对不能控制的尿失禁患者，采取外部引流的方法，防止漏尿。

232 . 简述标本采集意义及遵循原则。

答：意义：标本检验在一定程度上反映机体正常的生理现象和病理改变，配合临床检查，对明确诊断、观察病情、制定防治措施起着重要作用。原则：遵照医嘱，充分准备，严格查对，正确采集，及时送检。

233 . 试述临床痰标本种类及作用。

答：临床上收集的痰标本分 3 种：常规标本、培养标本和 24h 标本。常规标本用作涂片查细胞、细菌、虫卵；培养标本用于查痰中的致病菌；24h 标本用于观察一日的痰量和性状。

234 . 怎样采集痰培养标本？

答：痰培养标本采集方法是清晨醒来未进食前漱口，先用漱口溶液漱口，再用清水漱口，深呼吸数次后用力咳出气管深处的痰液于无菌集痰器内，盖好瓶盖。

235 . 如何进行咽拭子标本采集和评估？

答：采集部位：从咽部和扁桃体取分泌物作细菌培养或病毒分离。

评估内容：

1 . 了解患者的临床诊断。

2 . 明确患者取咽拭子培养目的。

3 . 了解患者的进食时间，避免在进食后 2h 内取标本，以防呕吐。

4 . 评估患者的理解合作能力。

236 . 血清标本采集注意事项有哪些？

答：采集血清标本须用干燥注射器、针头和干燥试管。采血后立即取下针头，将血液沿管壁缓慢注入试管，勿将泡沫注入并避免振荡以免红细胞破裂溶血。

237 . 试述同时采集多种血标本的顺序。

答：若同时需抽取不同检验目的的血标本，应先注入血培养瓶，再注入抗凝管，最后注入干燥试管，动作应迅速准确。

238 . 为什么要在清晨留取尿标本？

答：因清晨排出的尿，尿量及各种成分的含量比较稳定，且未受到饮食的影响，pH 值最低，有利于保持有形成分如细胞、管型等的完整。

药物疗法及护理（ 239 ~ 277 题）

239 . 何谓“三查，，”、“七对，，”、“一注意，，”？

答：“三查”：指操作前、操作中、操作后均进行查对。

“七对：”核对床号、姓名、药名、药物浓度、剂量、用法和给药时间。“一注意：”用药、操作及治疗后注意观察药物或治疗效果及不良反应。

2 40 . 给药中护士的主要职责是什么？

答： 1．严格遵守安全用药原则。

2．熟练掌握正确的给药方法与技术。

3．促进疗效及减轻药物的不良反应。

4．指导患者合理用药。

241．给药的目的是什么？

答：给药是药物治疗的具体过程，其目的包括治疗疾病、预防疾病、协助诊断以及维持正常生理功能。

242．试述药物的保管原则。

答： 1．药柜应放在通风干燥处，要有足够的照明，但避免阳光直射，并保持整洁。 2．药品应分类放置，所有药品标签清晰，标明药品剂量和浓度，并实行分类保管，专人负责定期检查药品质量。

3．麻醉药品、精神药品、毒性药品应加锁保管，实行专人负责，专柜加锁，专用处方。

4．根据药物的不同性质，采取相应的保管方法，以避免药物变质，如生物制剂应冷藏保管，遇光易变质的药物应避光，易挥发、风化的药物应密封保管。 5．对使用有期限的药物，应视有效期先后，有计划地按顺序使用，避免因药物过期造成浪费。

6．各类中药应放在阴凉干燥处，芳香性药物应置于密盖的器皿中保存。

243．口服给药的注意事项有哪些？

答： 1．服用对牙齿有腐蚀作用或使牙齿着色的药物，如酸类和铁剂应用吸管吸入药液，服后漱口。

2．服用止咳糖浆不宜饮水。

3．服用磺胺类药或发汗药应多饮水。

4．束「激食欲的健胃药应在饭前服用。

5．助消化药及对胃黏膜有刺激性的药物宜在饭后服用。

6．服用洋地黄类药物时，应先测量心率，若心率＜ 60 次 / min 或出现节律不齐时，则不可服用，并通知医生。

7．服补益中药宜在饭前服用，解表药及胃肠刺激药宜在饭后服用，攻下药、驱虫药于清晨空腹服，安神、缓泻药宜睡前服用。

8．相互作用的药不宜同时间或短时间内同服。

244．试述常用药品类型的标签。

答：所有药品必须有清晰的标签：内服药标签为蓝色边；外用药标签为红色边；毒性药品的标签为黑色边。

245．影响药物作用的药物因素有哪些？

答： 1．药物用量：剂量与效应存在着规律的关系。

2．药物剂型：不同剂型的药物通过影响药物吸收量或吸收速度不同而影响药物作用的快慢和强弱。

3．给药途径：不同给药途径可以影响药物吸收的量和速度，吸收速度由快到慢比较，顺序依次为静脉分吸入斗肌内、皮下、直肠黏膜、口服升皮肤。

4．联合用药：合理联合用药，增加疗效，降低毒性；不合理联合用药，会降低疗效，加大毒性。

2 46．影响药物作用的机体及饮食因素有哪些？

答： 1．机体因素：

（ 1 生理因素：

① 年龄与体重：一般来说，药物用量与体重成正比，但儿童和老年人对药物的反应与成人不同。

② 性别：女性月经期和妊娠期，对某些药物较敏感，易造成月经过多、流产或胎儿畸形。

(2 病理因素：在病理因素中，肝功能具有特别重要的意义，因为它们是代谢药物的重要器官。

(3)，合理因素：心理因素在一定程度上可影响药物效应。

2 . 饮食因素：

(1 眼进药物吸收或增加疗效，如酸性食物可促进铁的吸收。

(2 干扰药物吸收或降低疗效，如补充钙制剂不能同时食用菠菜。

(3 改变尿液 pH 值，影响疗效。

2 47 . 促进药物疗效的护理措施有哪些？

答： 1 . 帮助患者树立对药物治疗的信心，说服其积极配合治疗。

2 . 根据药物作用的特性，采用适当的非药物措施以加强疗效，如红霉素在碱性条件下抗菌作用加强，与碱性食物同服有利。

3 . 合理安排用药时间，如按药物半衰期给药等。

248 . 试述水剂药物的取药方法。

答：水剂药物取药方法：

1 . 取药前应摇匀。

2 . 瓶签握于手心，倒注药液于量杯至所需刻度；量杯所需刻度与视线平。

3 . 按滴数

计量的药量，或不足 1ml 的药液，事先在服药杯中加少量冷开水后加入药液，用滴管吸取剂量。

249 . 药物过敏反应的临床表现有哪些？

答：药物过敏反应的临床表现可有发热、皮疹、血管神经性水肿、血清病综合征、红细胞增多等，严重者可导致造血系统抑制，肝肾功能损害、休克等。

2 50 . 为减轻药物的不良反应，给药前护士应掌握哪些知识？

答： 1 . 了解可能发生的不良反应。

2 . 不良反应发生时间。

3 . 不良反应早期表现。

4 不良反应的预防和抢救措施。

5 . 药物禁忌证。

2 5 1 . 发生药物过敏反应的基本原因是什么？

答：发生药物过敏反应的基本原因在于抗原抗体的相互作用。药物作为一种抗原，进入机体后，有些个体体内会产生特异性抗体（ IgE、 IgG 和 IgM ），使 T 淋巴细胞致敏，当再次遇有同类药物时，抗原抗体在致敏淋巴细胞上相互作用，引起过敏反应。

2 52 . 女性月经期、妊娠期、哺乳期用药应注意什么？

答： 1 . 月经期、妊娠期：子宫对泻药、刺激性较强的药物及子宫收缩药较敏感，易造成月经过多、早产或流产。某些药物可能会引起畸胎，如甲氨蝶呤、白消安等，妊娠期禁用。

2 . 哺乳期：某些药物可通过乳腺排出进入乳婴体内引起中毒，应慎用药物。

2 53 . 试述注射时无菌技术操作要点。

答： 1 . 洗手，戴口罩。

2 . 铺无菌盘。

3 . 抽取药液不余、不污、不浪费。

4 . 针头、活塞不污染。

5 . 皮肤消毒以进针点为基点消毒，直径> 5 cm ，待干后注射。

254 . 试述皮内注射部位及目的。

答： 1 . 部位：预防接种在上臂三角肌下缘，过敏试验在前臂掌侧下 1 / 3 处。

2 . 目的：

(1 预防接种。

(2 各种药物过敏试验，观察局部反应。

(3 局部麻醉药的先驱步骤。

255 . 试述皮内注射操作要点。

答： 1 . 严格执行查对制度及无菌操作原则。

2 . 药液要现用现配，剂量准确，用 1 ml 注射器。

3 . 注射前询问过敏史，过敏者不注射。

4 . 进针前核对药液，排尽空气。

5 . 选择前臂掌侧下端内侧为注射部位，用 75 %乙醇消毒待干，忌用碘配消毒，进针时绷紧皮肤，针头与皮肤呈 5 度角刺入皮内，以左手拇指固定针栓，右手推注药液 0 . 1 ml 成皮丘。

6 . 记录注射时间，告知患者勿用手拭去药液和按揉皮丘， 20 min 内不可离开，不可剧烈运动，有不适及时联系。

256 . 皮下注射的目的是什么？

答： 1 . 注入小剂量药物用于不宜或不能口服给药，需迅速达到药效者采用。

2 . 局部用药。

3 . 预防接种。

2 57 . 简述皮下注射的注射部位及关键注意点。

答： 1 . 皮下注射常选用的注射部位为： 上臂三角肌下缘、 上臂外侧、 大腿前侧、 大腿外侧、 下腹部及肩脚下方等。

2 . 关键注意点：

(1 严格执行查对制度及无菌操作原则。

(2 绷紧皮肤，针头和皮肤呈 30 度 ~40 度角 ，迅速刺入针头的 2 / 3 抽吸无回血后即可推注药液。

(3 尽量避免使用对皮肤有刺激作用的药物作皮下注射。

(4 经常注射时，建立轮流交替注射部位的计划，过瘦者捏起注射部位皮肤进行注射。

258 . 试述肌肉注射的目的、选择注射部位的原则。

答：目的：不宜或不能作静脉注射， 要求比皮下注射更迅速发生疗效时采用。 选择部位原则：肌肉注射应选用肌肉较厚，离大神经、大血管较远部位。

259 . 试述肌肉注射的注意事项。

答： 1 . 严格执行查对制度及无菌操作原则。

2 . 用药过程中注意观察患者反应，如有不适及时处理。

3 . 两种以上药液同时注射，注意配伍禁忌。

4 . 2岁以下婴幼儿不宜选用臀大肌注射，应选臀中肌、臀小肌注射。

5 . 勿将针头全部刺入，避免在硬结、皮肤有瘀痕处注射。

6 . 长期注射患者，建立轮流交替注射部位。

260 . 肌肉注射进针的注意点有哪些？

答： 1．注射前排尽空气，绷紧皮肤。

2．以握笔姿势，针头和注射部位呈 90 度角，针头进入 1/2—2/3。

3．回抽无回血后，缓慢注射药液。

261．臀部肌肉注射的体位有哪些？

答：侧卧位：上腿伸直，放松，下腿稍弯曲。

俯卧位：足尖相对，足跟分开，头偏向一侧。

仰卧位：常用于危重患者及不能翻身患者，采用臀中肌、臀小肌注射法较为方便。

坐位：嘱患者坐正，放松局部肌肉。

262．臀大肌注射定位方法有哪两种？

答： 1．“十字法”：从臀裂顶点向左或向右作一水平线，然后从髂嵴最高点作一垂直线，将一侧臀部分为 4 个象限，其外上象限为注射部位，注意避开内角。

2．“连线法”：取髂前上棘与尾骨连线的外 1/3 处为注射部位。

263．青霉素注射液为什么要现配现用？

答：青霉素呈液状后，其效价在室温下迅速降解，其次随着时间的推延，溶液中的青霉烯酸、高分子聚合物等致敏物质浓度也随之升高，注射后易引起过敏反应。

264．试述青霉素皮试液的配制法。

答：80 万 U 的青霉素瓶内注入 4ml 等渗盐水，每毫升含 20 万 U。

1．取药液 0.1ml，加等渗盐水至 1ml，每毫升含 2 万 U；

2．弃去 0.9ml，加等渗盐水至 1ml，每毫升含 2 000U；

3．弃去 0.9ml，加等渗盐水至 1ml，每毫升含 200u，
即配成皮试溶液（青霉素皮内试验的标准剂量为 20U/0.1ml）。

注意每次配置时均须将溶液混合均匀。

265．怎样预防青霉素过敏反应？

答： 1．询问患者有无过敏史后再做过敏试验，凡有过敏史者禁忌做过敏试验。

2．患者曾使用过青霉素，停药 3 日后仍需注射青霉素，应重新做皮肤试验。

3．患者应用青霉素治疗中更换青霉素型号应重新做皮试。

4．青霉素水溶液应现配现用。

5．青霉素皮试阳性反应者，禁用青霉素，并在体温单、医嘱单、住院病历首页、床头卡、注射卡、门诊卡上做特殊标记，并告知患者及家属。

266．青霉素、链霉素、破伤风抗毒素、细胞色素 C 皮试液的浓度各是多少？ 答：青霉素

皮试液：每 ml 含 200—500U。

链霉素皮试液：每 ml 含 2 500U。

破伤风抗毒素皮试液：每 ml 含 150IU。

细胞色素 c 皮试液：每 ml 含 0.75 mg。

267．如何判断青霉素皮试结果？

答：阴性：皮丘无改变，周围不红肿，无红晕，无自觉症状。

阳性：局部皮丘隆起增大，并出现红晕，直径>1 Cm，周围有伪足，局部发痒，严重时可有头晕、心悸、恶心，甚至发生过敏性休克。

268．青霉素过敏反应的主要临床表现有哪些？

答： 1．呼吸系统症状：由于喉头水肿、支气管痉挛、肺水肿所引起的胸闷、气促、哮喘、呼吸困难。

2．循环系统症状：由于周围血管扩张导致有效循环量不足，表现为面色苍白，冷汗，发给、

脉搏细弱、血压下降。

3． 中枢神经系统症状：因脑组织缺氧，可导致意识丧失、抽搐、大刁硬失禁等。 4． 其他过敏反应表现如尊麻疹、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。

269． 青霉素过敏性休克的抢救要点有哪些？

答： 1． 立即停药，平卧、保暖、就地抢救。

2． 立即皮下注射 0． 1%肾上腺素 1ml， 小儿剂量酌减。症状不缓解，可每隔半小时皮下或静脉注射该药 0． 5ml。

3． 给予氧气吸人，呼吸抑制时，肌内注射尼可刹米、洛贝林等呼吸兴奋剂。如出现呼吸停止，应立即进行口对口人工呼吸，必要时行气管插管、气管切开术。

4． 应用抗组胺类药物，如根据医嘱肌内注射盐酸异丙嗓或苯海拉明，静脉注射地塞米松 5mg， 或使用琥拍酸钠氢化可的松 200 — 400 mg 加人 5%— 10 % 葡萄糖溶液静脉滴注。

5． 静脉注人 10%葡萄糖溶液或平衡液扩充血容量， 如血压仍不回升， 可按医嘱用升压药，如多巴胺、去甲肾上腺素等。

6． 如心跳骤停，立即进行复苏抢救。遵医嘱心内注射和胸外心脏按压。

270． 如何判断破伤风抗毒素（ TAT ）试验结果？

答： 1． 阴性：局部无红肿、无异常全身反应。

2． 阳性：皮丘红肿，硬结直径> 1． 5 cm，红晕范围直径 > 4 cm， 有时出现伪足或有痒感，全身过敏性反应与青霉素过敏反应大致相同。

271． 试述 TAT 脱敏注射法。

答：

次数	TAT 量（ ml ）	加入生理盐水量（ ml ）	注射方法
1	0． 1	0． 9	肌内注射
2	0． 2	0． 8	肌内注射
3	0． 3	0． 7	肌内注射
4	余量	稀释至 1ml	肌内注射

每隔 20 min注射 1 次，至完成总剂量的注射（ TAT 1 500U ），在脱敏注射过程中应密切观察全身反应。

272． 何谓青霉素过敏迟缓反应？

答：所谓迟缓反应是指有些患者过敏试验虽阴性， 但在注射药物数小时或数日后， 出现发热、皮疹，甚至出现过敏性休克等症状，应立即停药及处理。

273． 为什么抢救链霉素过敏患者需应用钙剂？

答：链霉素过敏抢救时常使用 10 %葡萄糖酸钙静脉推注，因链霉素可与钙离子结合，使毒性症状减轻。

274． 试述常用的碘过敏试验方法。

答： 1． 眼结膜试验：取碘造影剂 1 — 2滴滴人一侧眼内， 5 — 10min 后对照观察双眼。

2． 舌下试验：将碘造影剂 2 — 3滴滴于舌下， 5— 10 min 判断反应结果。

3． 口服试验：于检查前 3 日起口服碘化钾（或碘化钠） ， 每次 10 ml 每日 3次。

4． 皮内注射试验：取碘造影剂 0． 1ml， 做皮内试验， 20 min 后观察反应结果。

5． 静脉注射试验：于静脉注射造影前，取 30 %双醋碘苯酸葡胺 1ml 缓慢静脉注射，密

切观察 15min 。

275 . 如何观察碘过敏反应?

答: 1. 眼结合膜试验: 滴碘侧眼结合膜表现充血、水肿为阳性。

2 . 舌下试验: 出现舌下充血、红肿, 患者感觉舌麻木、流涎为阳性反应。

3 . 口服试验: 出现流泪、流涕、口麻、头晕、恶心、呕吐或荨麻疹等反应为阳性。

4 . 皮内试验: 局部红肿、硬块, 直径> 1 Cm 为阳性(与青霉素阳性判断标准相同) 。

5 . 静脉注射试验: 有恶心、呕吐、手足麻木感和(或)出现荨麻疹为阳性反应。

276 . 何谓抗原与抗体?

答: 凡能刺激机体产生抗体或致敏淋巴细胞, 并能与相应的抗体或致敏淋巴细胞结合, 发生免疫反应的物质称为抗原。

机体在抗原物质刺激下, 由 B 细胞分化成的浆细胞所产生的可与相应抗原发生特异性结合反应的免疫球蛋白称为抗体。

2 77 . 免疫的基本概念是什么?

答: 免疫是机体识别和排除抗原性异物, 维护自身生理平衡与稳定的功能。 免疫在正常情况下对机体有利, 但在一定条件下, 也会对机体造成损害。

静脉用药与输血(278 — 329 题)

278 . 静脉注射的目的是什么?

答: 1. 药物不宜口服、皮下或肌肉注射, 而需要迅速发生药效者。

2 . 静脉营养治疗或输血、输液。

3 . 作诊断性检查, 由静脉注入药物作 X 线摄片等。

279 . 试述静脉注射的关键注意点。

答: 1. 严格执行查对制度和无菌操作原则。

2 . 根据病情及药物性质, 掌握注入药液的速度, 随时听取患者主诉, 观察用药反应并及时处理。

3 . 对长期静脉用药患者, 应当保护血管, 由远心端至近心端选择血管穿刺。

4 . 静脉注射有强烈刺激性药物时, 待证实针头确实在血管内时, 先用少量生理盐水引注, 再将药物注入。注射完毕后用少量生理盐水冲洗血管。

5 . 同时应用两种以上药物, 注意药物配伍禁忌和相互作用。

280 . 简述输液的目的。

答: 1. 纠正水和电解质失调, 维持酸碱平衡。

2 . 补充营养, 维持热量。

3 . 输入药物, 治疗疾病。

4 . 抢救休克, 增加循环血量。

5 . 脱水、利尿, 改善神经系统功能。

2 8 1. 静脉输液选择静脉的原则是什么?

答: 1. 根据患者的年龄、神志、体位、病情、病程长短、溶液种类、输液量、输液时间、

静脉情况来选择静脉。 如婴儿多采用头皮静脉, 易固定; 成人多选用手背静脉、前臂头静脉、贵要静脉或肘正中静脉; 急需输液时多采用肘部静脉。

2 . 对于长时间需输液的患者, 应做到有计划使用静脉, 先从四肢远心端静脉开始使用, 逐渐向近心端移动, 尽量使用静脉留置针。

3 . 有周围循环衰竭、四肢静脉不易穿刺者, 采用颈外静脉、锁骨下静脉、大隐静脉等留置插管。

282 . 试述输液点滴速度与时间的计算方法。

答： 1. 已知每分钟滴速，计算输完总液量所需用时间：

输液时间（ min ） =（液体总量（ ml ） x点滴系数） / 每分钟滴数

2 . 已知液体总量与计划需用的时间，计算每分钟需调节滴速：

每分钟滴速（滴） =液体总量（ ml ） / x点滴系数 ' ' 点滴系

数是指在输液过程中每毫升溶液的滴数。

283 . 根据哪些因素来调节输液速度？

答：根据患者年龄、病情、用药性质来调节滴速，一般成年人 40 — 60 滴 / min ，儿童 2

0 — 40 滴 / min 。老年体弱、婴幼儿、心肺疾病患者速度宜慢；脱水严重、心肺功能良好者速度可快；一般溶液滴速可稍快，而高渗盐水、含钾药物、升压药等滴速宜慢。

284 . 试述静脉输液的关键注意点。

答： 1. 根据病情需要安排各种药物的输液顺序。

2 . 加入药液，注意配伍禁忌。

3 . 对长期输液患者，保护和合理使用静脉。

4 . 严格掌握输液的速度。

5 . 输液过程中加强巡视，严密观察输液情况及患者的主诉， 及时处理输液故障， 并做好记录。

6 . 及时更换输液瓶，输液结束后及时拔针，严防空气进入血管内造成栓塞。

7 . 持续输液者，应每日更换输液皮条；采用静脉留置针要严格掌握留置时间。

285 . 为什么临床补液要先胶后晶，先盐后糖？

答：由于胶体溶液相对分子质量大， 不易透过血管壁，比普通电解质溶液扩容作用持久；糖溶液中的糖经体内代谢后成为低渗液， 扩容作用相对较小， 为此一般补液按先胶后晶， 先盐后糖的顺序来进行。

286 . 补钾四不宜原则是什么？

答： 1. 不宜过早，见尿补钾。

2 . 不宜过浓，浓度不超过 0 . 3%。

3 . 不宜过快，成人每分钟 30 — 40 滴（小儿酌减）。

4 . 不宜过多， 成人每日不超过 5g ，小儿每日 0 . 1— 0 . 3g / kg 浓度稀释为 0.1% — 0.3%。

287 . 试述输液中发生空气栓塞的原因及防治方法。

答： 1. 原因：输液导管内空气未排尽，导管连接不紧有漏缝或加压输液无人留守，液体输完未及时拔出或更换，使空气流入静脉内，形成空气栓子被带到右心房，再进入右心室。当空气量大时，将阻塞肺动脉入口，使血液不能进入肺内，引起严重缺氧而死亡。

2 . 防治：

（ 1 输液前一定要检查输液器各连接部是否衔接紧密，不易滑脱，输液时必须将空气引尽，输液中及时更换。加压输液、输血时严密观察，不得离开患者。

（ 2 当患者突然发生呼吸困难、胸闷、胸痛、眩晕、发绀等，立即使患者左侧卧位，该体位有利于气体浮向右心室尖部， 避免阻塞肺动脉入口， 随着心脏舒缩将空气混成泡沫， 分次小量进入肺动脉内，解除肺动脉入口处的阻塞。

（ 3 同时给患者氧气吸入。

288 . 试述常见的输液反应、临床表现和紧急处理方法。

答： 1. 发热反应：

(1) 表现：患者发冷、寒颤和发热，轻者发热 38°C 左右，停止输液数小时内体温可恢复正常。严重者初期寒颤，继而高热达 40°C ，并伴头痛、恶心等症状。

(2) 处理：轻者减慢输液速度，注意观察，保暖；重者立即停止输液进行对症处理。

2. 急性肺水肿：

(1) 表现：患者胸闷、气促、咳嗽、咳泡沫痰或泡沫血性痰，严重者痰液可从口鼻涌出，肺部有大量湿性啰音。

(2) 处理：停止输液，高流量吸氧，病情允许让患者端坐，双腿下垂，遵医嘱给予镇静、平喘、强心、利尿和扩血管药物，必要时进行四肢轮扎并迅速通知医生紧急处理。

3. 静脉炎：

(1) 表现：沿穿刺静脉走向出现条索状红线，局部组织红、肿、热、痛，有时伴畏寒、发热等全身症状。

(2) 处理：停止此血管输液，患肢抬高、制动，局部处理。

4. 空气栓塞：

(1) 表现：患者突然胸闷、胸骨疼痛、眩晕、血压降低，随即呼吸困难，严重者发生意识丧失，患者有濒死感，听诊心前区可闻及响亮的、持续的“水泡声”。

(2) 处理：立即让患者左侧卧位，头低足高位，给高流量吸氧。

289. 输液发生急性肺水肿的原因是什么？如何防治？

答：1. 原因：由于输液速度过快，短时间内输入过多液体，使循环血容量急剧增加，心脏负荷过重引起。

2. 防治：

(1) 输液过程中注意控制输液速度和输液量，对老年、儿童、心脏病患者特别注意。

(2) 如出现胸闷、气促、咳嗽、泡沫样痰或泡沫血性痰时需立即使其端坐，两腿下垂，减少回心血量，减轻心脏负担，并报告医生。

(3) 吸入经过 50%—70% 高流量乙醇湿化后的氧气，使肺泡内压力增高，减少肺泡内毛细血管漏出液的产生，降低肺泡泡沫的表面张力，改善肺部气体交换，迅速减轻缺氧症状。

(4) 减慢输液速度或停止输液，减少静脉回心血量。

290. 试述输液故障的排除方法。

答：1. 液体不滴，可能有以下几种情况：

(1) 针头滑出血管外：应重新穿刺。

(2) 针头斜面紧贴血管壁：应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：用一手捏住滴管下端输液管，另一手轻轻挤压靠近针头端的输液管，若感觉有阻力，松手后又无回血，则表示针头已阻塞，应更换针头另选静脉穿刺。

(4) 压力过低：可适当抬高输液瓶的位置。

(5) 静脉痉挛：局部热敷可缓解痉挛。

2. 滴管内液面过高：可将输液瓶取下，倾斜输液瓶，使排气管针头露出液面，滴管内液体缓缓下流直至露出液面，再将输液瓶挂回输液架上继续输液。

3. 滴管液面过低：夹住滴管下端输液管，用手挤压滴管，迫使液体下流至滴管内，当液面升至 $1/3$ — $1/2$ 高度时，停止挤压，松开滴管下端的输液管即可。

4. 输液过程中，如果滴管内液面自行下降，则应检查滴管上端输液管与各部位的衔接是否松动、滴管有无漏气或裂隙，必要时予以更换输液器。

291. 试述静脉炎发生的原因及预防措施。

答：1. 静脉炎发生的原因主要有：

- (1 长期输注浓度较高、刺激性强的药物。
- (2 静脉内放置刺激性大的塑料管或留置时间太长，引起化学性或机械性局部炎症。
- (3 输液过程中无菌操作不严格，引起局部静脉感染。

2 . 预防措施:

- (1 严格执行无菌操作。
- (2 有计划进行静脉穿刺，由远端开始。
- (3 对血管刺激性大的药物应先用生理盐水引导注射，完毕后用生理盐水冲洗血管。
- (4) 严禁药物外溢。
- (5) 必要时施静脉冷敷。
- (6 选用优质的留置针。

2 92 . 何谓输液微粒? 何谓输液微粒污染?

答: 输液微粒是指输入液体中的非代谢性颗粒杂质，其直径一般在 $1\sim 15\mu\text{m}$ ，少数可在 $50\sim 300\mu\text{m}$ 。

输液微粒污染是指在输液过程中，将输液微粒带人人体，对人体造成严重危害。

2 93 . 输液微粒污染的来源有哪些?

- 答: 1 . 在药液制作过程中混入异物与微粒。如水、空气、工艺过程中污染。
- 2 . 输液器与注射器具、溶液瓶、橡胶塞不洁净。
- 3 . 在输液前准备工作中的污染。如切割安瓶、开瓶塞、 反复穿刺溶液瓶橡胶塞及输液环境不洁净等。

2 94 . 输液微粒对人体的危害有哪些?

- 答: 1 . 液体中微粒过多， 可直接堵塞血管， 造成局部血管阻塞， 组织缺血缺氧， 甚至坏死。
- 2 . 红细胞聚集在微粒上，形成血栓，引起血管栓塞和静脉炎。
- 3 . 微粒本身是抗原，可引起过敏反应及出现血小板减少症。
- 4 . 微粒作为异物进入肺毛细血管，可引起巨噬细胞增殖，包围微粒，形成肺内肉芽肿。最易受微粒阻塞损害的脏器有：肺、脑、肝、肾等部位。

2 95 . 微粒污染对人体的危害程度主要取决于哪些因素?

答: 其危害程度主要取决于微粒的大小、 形状、化学性质以及堵塞人体血管部位、 血运阻断的程度和人体对微粒的反应。

296 . 使用体表静脉留置针的关键注意点有哪些?

- 答: 1 . 严格无菌操作规程，使用体表静脉留置针时消毒范围为 $8\text{ cm}\times 8\text{ cm}$ 。
- 2 . 留置针一般保留 $3\sim 5\text{d}$ ，并保持穿刺部位清洁、干燥。
- 3 . 正确正压封管。
- 4 . 更换穿刺点应选对侧手臂或不同的静脉。
- 5 . 做好患者解释宣传工作。
- 6 . 严密观察并做好记录。

297 . 使用静脉留置针有哪些优点?

- 答: 1 . 保护血管，减少患者因反复穿刺而造成血管损伤以及精神上的痛苦；
- 2 . 为抢救提供有效的治疗通道。

298 . 颈外静脉穿刺留置输液法适用范围有哪些?

答: 用于长期输液而周围静脉不易穿刺者； 长期静脉内滴注高浓度或有刺激性的药物或行静脉内高营养疗法者；周围循环衰竭的危重患者；亦可用来测量中心静脉压等。

299 . 试述动脉注射法的目的。

答： 1. 用于抢救重度休克，尤其是创伤性休克患者。

2. 用于施行某些特殊检查。

3. 经动脉注射抗癌药物作区域性化疗。

300. 何谓晶体渗透压与胶体渗透压？

答：血浆的渗透压是由两部分组成的，一部分是由低分子化合物，主要是无机盐等，如钠、钾所引起的，称为晶体渗透压。另一部分是由高分子化合物，如血浆蛋白所引起的，称为胶体渗透压。血浆的渗透压主要是晶体渗透压决定的，约占 99 % 以上，胶体渗透压仅为 1 % 左右。

301. 何谓电解质？体液中主要的电解质有哪些？

答：在人体的体液中含无机盐和一些有机物（如蛋白质），它们多以离子状态存在，带有正电荷（阳离子）或负离子（阴离子），这些物质均称为电解质。在体液中的主要电解质有 Ca^{2+} 、 Na^{+} 、 K^{+} 、 Mg^{2+} 和 HCO_3^{-} （碳酸氢根离子）、 Cl^{-} 、 HPO_4^{-} （磷酸氢根离子）、 SO_4^{2-} （硫酸根离子）和蛋白质等。

302. 体内酸碱平衡的调节主要靠哪几方面？

答： 1. 血液对酸碱的调节作用：主要通过血液中的碳酸氢盐的缓冲。

2. 呼吸对酸碱的调节作用：通过呼吸，吸入氧气，排出二氧化碳。

3. 肾脏对酸碱的调节作用：通过氢—钠交换、氨的排出以及钾—钠交换。

303. 何谓高渗、低渗及等渗性脱水？

答： 1. 高渗性脱水：失水大于失钠，细胞外液渗透压高于细胞内液渗透压，细胞内液进入细胞外液而致细胞内脱水。常见于上消化道梗阻、高热。血 $\text{Na}^{+} > 145 \text{ mmol} / \text{L}$ （毫摩 / 升）。

2. 低渗性脱水：失钠大于失水，细胞外液渗透压低于细胞内液渗透压，细胞外液的水分进入细胞内，而致细胞外脱水。常见于长期控制钠盐摄入者和大量应用利尿剂的患者，如慢性充血性心力衰竭的患者，其血 $\text{Na}^{+} < 135 \text{ mmol} / \text{L}$ （毫摩 / 升）。

3. 等渗性脱水：体液中水和电解质丢失基本平衡，细胞内、外液的渗透压无明显差异。常见于急性胃肠炎、婴幼儿腹泻，其血 Na^{+} 为 $135 \sim 145 \text{ mmol} / \text{L}$ （毫摩 / 升）。

304. 何谓 pH 值？

答：pH 值是血液中氢离子浓度的指标，正常值 $7.35 \sim 7.45$ ，平均为 7.4 。血液中 pH 值低于 7.35 为酸中毒，高于 7.45 为碱中毒。

305. 正常人体液总量占体重的多少？

答：正常人体液总量占体重的 60 %，细胞内液占体重的 40 %，细胞外液（包括血浆、组织液、脑脊液、淋巴液）占体重的 20 %。

306. 常用的胶体溶液有哪些？

答： 1. 右旋糖酐：

（1）中分子右旋糖酐 -70，平均相对分子质量为 7 万 ~ 8 万，可提高血浆胶体渗透压和扩充血容量。

（2）低分子右旋糖酐 -40，平均相对分子质量为 2 万 ~ 4 万，可减低血液粘度，改善微循环，防止血栓形成。

2. 代血浆：作用与右旋糖酐 -40 相似，其扩容效果良好，输入后可使循环血量和心排血量显著增加，在体内停留时间较右旋糖酐长，且过敏反应少，急性大出血时可与全血共用。常用的有经乙基淀粉、氧化聚明胶、聚乙烯吡咯酮等。

3. 清蛋白：为正常人血清，可补充蛋白质。用于治疗失血性休克、严重烧伤、低蛋白血症。

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/918021107116006135>