

2009年河南省

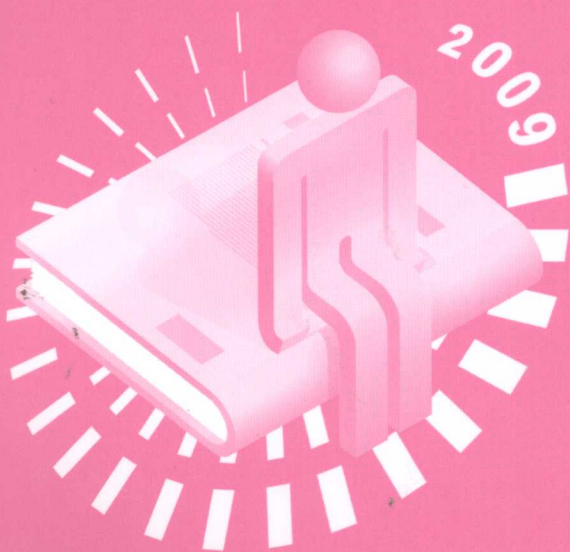
中等职业学校对口升学考试复习指导

医科类专业

(下册)

内科护理学 外科护理学

河南省职业技术教育教研室 编



电子工业出版社

PUBLISHING HOUSE OF ELECTRONICS INDUSTRY

<http://www.phei.com.cn>

2009 年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导

医科类专业（下册）

内科护理学 外科护理学

河南省职业技术教育教研室 编

電子工業出版社

Publishing House of Electronics Industry

北京·BEIJING

内 容 简 介

本书为2009年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导丛书之一，主要内容有：内科护理学、外科护理学和参考答案，同时还收录了近两年河南省中等职业学校毕业生对口升学考试医科类专业课试卷、参考答案及评分标准。

本书适用于参加医科类专业对口升学考试的学生作为复习参考资料。

未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。
版权所有，侵权必究。

图书在版编目 (CIP) 数据

内科护理学·外科护理学/河南省职业技术教育教研室编. —北京：电子工业出版社，2009.2
2009年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导·医科类专业·下册
ISBN 978-7-121-08207-8

I. 内… II. 河… III. ①内科学：护理学—专业学校—升学参考资料②外科学：护理学—专业学校—升学参考资料 IV. R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 012552 号

责任编辑：徐 磊

印 刷：涿州市京南印刷厂

装 订：涿州市桃园装订有限公司

出版发行：电子工业出版社

北京市海淀区万寿路 173 信箱 邮编 100036

开 本：787×1 092 1/16 印张：14.25 字数：364.8 千字

印 次：2009 年 2 月第 1 次印刷

定 价：21.00 元

凡所购买电子工业出版社图书有缺损问题，请向购买书店调换。若书店售缺，请与本社发行部联系，联系及邮购电话：(010) 88254888。

质量投诉请发邮件至 zlt@phei.com.cn，盗版侵权举报请发邮件至 dbqq@phei.com.cn。

服务热线：(010) 88258888。

前 言



普通高等学校对口招收中等职业学校应届毕业生，是中等职业教育与普通高等教育相互沟通和衔接，建立人才成长“立交桥”的重要举措；是职业教育领域坚持以人为本，满足学生终身学习需求的具体体现。为了做好2009年河南省中等职业学校毕业生对口升学考试指导工作，帮助学生有针对性地复习备考，我们组织有关专家和教师编写了这套《2009年河南省中等职业学校对口升学考试复习指导》。这套复习指导是以2009年河南省中等职业学校对口升学《考纲》为依据，以国家中等职业教育规划教材、河南省中等职业教育规划教材为参考编写的。每本复习指导包括复习内容和要求、题型示例、参考答案三部分内容，同时还收录了近两年河南省中等职业学校毕业生对口升学考试试卷、参考答案及评分标准。

在编写过程中，我们以科学发展观为指导，认真贯彻《关于实施职业教育攻坚计划的决定》（豫政〔2008〕64号）文件精神，坚持“以服务为宗旨、以就业为导向”的职业教育办学方针，以基础性、科学性、适应性、指导性为原则，紧扣《考纲》，着重反映了各专业（学科）的基础知识和基本技能，注重培养和考查学生分析问题和解决问题的能力。在内容选择和例题设计上，既适应了高考选拔性能力考试的需要，又注意了对中等职业学校教学工作的引导，充分体现了职业教育特色。在复习时，建议以教材为基础，以复习指导为参考，二者配合使用，效果更好。

本书是这套书中的一种，其中《内科护理学》部分，主编孙建勋，参编张彦芳；《外科护理学》部分，主编张宗业，参编王福安、李楠。本书由杨金栓审稿。

由于经验不足，时间仓促，书中瑕疵在所难免，恳请广大师生及时提出修改意见和建议，使之不断完善和提高。

河南省职业技术教育教学研究室

2009年1月

目 录



第一部分 内科护理学

复习指导	1
第一章 呼吸系统疾病	1
第二章 循环系统疾病	11
第三章 消化系统疾病	23
第四章 泌尿系统疾病	31
第五章 造血系统疾病	35
第六章 内分泌及代谢疾病	40
第七章 风湿性疾病	45
第八章 神经系统疾病	48
第九章 精神疾病	54
第十章 常见急性中毒	57
内科护理学部分题型示例	61

第二部分 外科护理学

复习指导	87
第一章 外科无菌技术	87
第二章 外科病人代谢失调	89
第三章 休克	93
第四章 多器官功能障碍综合征	95
第五章 心肺脑复苏	97
第六章 外科感染	100
第七章 损伤	105
第八章 颅脑损伤	109
第九章 胸部疾病	113
第十章 腹部疾病	116
第十一章 泌尿、男性生殖系统疾病	128
第十二章 骨与关节疾病	133

第十三章 肿瘤·····	137
外科护理学题型示例·····	144

第三部分 2007—2008 年试题

2007 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试 医科类专业课试卷·····	171
2008 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试 医科类专业课试卷·····	182

第四部分 参考答案

内科护理学题型示例参考答案·····	194
外科护理学题型示例参考答案·····	203
2007 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试 医科类专业课试卷参考答案及评分标准·····	212
2008 年河南省普通高等学校对口招收中等职业学校毕业生考试 医科类专业课试卷参考答案及评分标准·····	218



第一部分 内科护理学

✧ 复习指导 ✧

第一章 呼吸系统疾病

复习内容

一、慢性支气管炎

(一) 病因

1. 外因 感染（最常见病因），理化因素，过敏因素，气候变化等。
2. 内因 呼吸道黏膜屏障功能降低，植物神经功能失调等。

(二) 临床特征

1. 症状 咳嗽、咳痰、喘息。
2. 体征 早期无症状，合并感染时可有干、湿性啰音，喘息型可闻及哮鸣音。

(三) 并发症

①肺部急性感染；②慢性阻塞性肺气肿和肺源性心脏病（最常见而严重的并发症）；③支气管扩张。

(四) 诊断标准

根据咳嗽、咳痰或伴有喘息，每年发病持续三个月，连续两年或以上，并排除其他心、肺疾患时，可做出诊断。

(五) 临床分型

1. 单纯型 咳嗽、咳痰。
2. 喘息型 除咳嗽、咳痰外尚有喘息伴哮鸣音。

(六) 临床分期

- ①急性发作期；②慢性迁延期；③临床缓解期。

(七) 治疗原则

1. 急性发作期 控制感染，辅以祛痰、镇咳、解痉、平喘。
2. 缓解期治疗 提高机体抵抗力，预防急性发作。

(八) 护理要点

- (1) 遵医嘱应用抗生素、化痰镇咳药、平喘药，观察药物的疗效及副作用。
- (2) 协助排痰：①指导病人深呼吸，有效咳嗽；②拍背和胸壁震荡；③湿化呼吸道；④体位引流；⑤机械吸痰。
- (3) 指导病人预防上呼吸道感染。

二、慢性阻塞性肺气肿

(一) 病因

以慢性支气管炎最为常见。

(二) 临床表现

1. 症状 ①原发病表现；②劳力性呼吸困难；③易并发感染。
2. 体征 ①视诊：桶状胸，呼吸运动减弱。②触诊：语颤减弱或消失。③叩诊：呈过清音，心浊音界缩小或不易叩出，肺下界和肝浊音界下降。④听诊：呼吸音普遍减弱，呼气延长，合并感染时有湿啰音；心音遥远。

(三) 诊断标准

1. 有慢性咳嗽、并出现渐进性呼吸困难。
2. 体检 有肺气肿体征。
3. X线胸片 有肺气肿征象。
4. 肺功能 残气量 (RV) / 肺总量 (TLV) > 40%，第一秒率 (FEV_{1.0}) < 60%，最大通气量占预计值 (MVV) < 80%。

(四) 临床分型

1. 气肿型 (红喘型) ①病变为全小叶型肺气肿；②多见于老年、消瘦、面色红润，呼吸困难明显；③肺气肿体征明显，右心衰发生晚；④血气分析多正常。

2. 支气管炎型（紫肿型） ①病变为中央小叶型肺气肿；②发病年龄较轻、体胖，紫绀明显，呼吸困难相对较轻；③肺气肿体征不明显，右心衰出现早；④ PaO_2 下降， PaCO_2 升高。

3. 混合型 临床多见，兼有上述两型特征。

（五）治疗原则

积极治疗原发病；呼吸功能锻炼（腹式呼吸、缩唇呼吸、家庭氧疗）；康复治疗及中医中药治疗。

（六）护理要点

（1）多休息，采取节能体位减少耗氧量。

（2）加强营养，避免产气食物。

（3）指导病人进行呼吸功能锻炼。用鼻吸气用口呼气，吸气时尽量挺腹，呼气时收缩腹部，口唇缩拢似吹口哨状，吸与呼时间之比为 1:2 或 1:3。每分钟呼吸 7~8 次，如此反复训练，每次 10~20min，每日两次。

（4）指导家庭氧疗：低流量（1~2L/min）、低浓度（25%~29%），持续（每天 15h 以上）吸氧。

（5）协助病人戒烟。

（6）防治并发症。

三、慢性肺源性心脏病

（一）病因

①支气管、肺疾病（最常见）；②胸廓运动障碍性疾病；③肺血管疾病。

（二）临床表现

1. 肺、心功能代偿期 ①原发病表现；②肺动脉高压和右心室肥大表现（肺动脉瓣第二音亢进，明显剑突下收缩期搏动）。

2. 肺、心功能失代偿期

（1）呼吸衰竭：急性呼吸道感染是最常见的诱因。（肺性脑病：是指因慢性阻塞性肺疾患，导致通气和换气功能障碍，致缺氧和二氧化碳潴留，引起中枢神经系统功能障碍的病理生理综合征）。

（2）心力衰竭：主要表现为右心衰竭。

（三）并发症

1. 肺性脑病 肺心病的首要死因。

2. 心律失常 主要表现为房性心律失常。

3. 酸碱失衡和电解质紊乱 多见代谢性酸中毒伴呼吸性酸中毒。

4. 休克 是肺心病的较常见的严重并发症之一。

5. 其他 消化道出血, DIC 等。

(四) 诊断标准

- (1) 呼吸系统原发病的存在。
- (2) 肺动脉高压、右心室肥大的体征或右心功能不全的表现。
- (3) 心电图、X 线检查符合肺心病的诊断标准。

(五) 治疗原则

1. 急性期治疗 ①积极控制呼吸道感染; ②改善呼吸; ③纠正呼吸衰竭和心力衰竭。
2. 缓解期治疗 ①预防呼吸道感染; ②积极治疗原发病, 促进心、肺功能恢复。

(六) 护理要点

- ①遵医嘱用药; ②协助排痰; ③吸氧; ④加强日常生活协助。

四、支气管哮喘

(一) 病因和发病机制

1. 病因

- (1) 遗传: 约 20% 家族史, 半数 12 岁以下起病。
- (2) 环境: ①吸入过敏源; ②食物; ③药物; ④病原微生物; ⑤其他: 气候变化、运动、妊娠、精神因素等。

2. 发病机制 ①变态反应; ②气道炎症; ③气道高反应性; ④神经因素。

(二) 临床表现

1. 症状 ①发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难; ②张口、抬肩、端坐呼吸, 大汗淋漓, 严重者可出现紫绀; ③可自行缓解或用支气管舒张剂缓解; ④缓解期无任何症状和体征。

2. 体征 哮喘发作时, 患者胸廓饱满, 叩诊过清音, 双肺闻及广泛哮鸣音, 呼气延长, 心率加快, 重者端坐呼吸。但严重发作时, 也可听不到哮鸣音(寂静肺)。

(三) 分期及严重程度分级

1. 急性发作期 依据病情轻重不一, 可分为轻度、中度、重度、危重 4 级。
2. 慢性持续期 依据临床表现和肺功能, 可分为第一级、第二级、第三级、第四级。
3. 缓解期 症状、体征消失, 肺功能恢复到急性发作前水平, 并维持 4 周以上。

(四) 治疗原则

1. 原则 控制急性发作、避免和去除过敏源、预防复发。
2. 用药 ① β_2 受体兴奋剂是控制哮喘急性发作的首选药物。长期使用可产生耐受性使疗效降低。②糖皮质激素是目前治疗哮喘最有效的抗炎药物。③抗胆碱药尤适用于夜间哮喘

发作和痰多者。④色甘酸钠对预防运动或过敏源诱发的哮喘最为有效。

(五) 哮喘持续状态

指严重哮喘发作持续在 24 小时以上不缓解者。

1. 诱因 呼吸道感染未控制、过敏源未消除、严重脱水、酸中毒、精神紧张、并发心肺功能障碍等引起。

2. 表现 嗜睡或意识模糊，不能讲话，呼吸音、哮鸣音减弱或消失，胸腹部矛盾运动，心动过速或过缓，血压下降，严重脱水，可因呼吸、循环衰竭而死亡。

3. 抢救 ①吸氧；②纠正脱水；③迅速解痉治疗；④积极控制感染；⑤纠正酸中毒。
⑥合并症处理。

(六) 健康教育

(1) 相信通过适当的措施，哮喘完全可以控制发作。

(2) 避免接触环境中的过敏源，饮食适当补充水分，避免鱼、虾、蟹、蛋类和牛奶。

(3) 正确应用吸入器。

(4) 自我病情监测和判断。

(5) 提高治疗依从性和管理。

五、肺炎

(一) 分类

1. 按病因分 ①感染性肺炎（细菌感染最常见）；②理化性肺炎；③变态反应性肺炎。

2. 按病变部位分 ①大叶性肺炎；②小叶性肺炎；③间质性肺炎。

3. 按患病环境分 ①社区获得性肺炎（是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症）；②医院获得性肺炎（是指病人在入院时不存在、也不处于感染潜伏期，而于入院 48 小时后在医院内发生的肺炎）。

(二) 肺炎球菌肺炎的特征

1. 症状 ①起病急骤、寒战、高热；②胸痛；③咳嗽、咳铁锈色痰；④呼吸困难；⑤偶有明显消化道症状，可误诊为急腹症。

2. 体征 肺实变体征。

3. 诊断 ①急起寒战高热伴明显呼吸道症状；②典型肺实变体征；③X 线呈叶或段分布的均匀的淡薄阴影（充血期），或均匀而致密阴影；④白细胞计数及中性粒细胞明显升高。

(三) 鉴别诊断

1. 金黄色葡萄球菌肺炎 ①多见于婴幼儿、老年体弱及慢性病患者；②起病急剧、寒战高热，多呈弛张热和不规则热；③病情危笃、毒血症状明显；④早期体征较少，与症状不符；⑤X 线征象变化大。

2. 肺炎杆菌肺炎 ①多见于老年体弱及慢性病患者；②起病隐袭、常伴循环及意识障碍；③咳嗽、咯红棕色胶冻样痰；④X线肺实变阴影多位于右上叶，且常有叶间隙下坠。

3. 肺炎支原体肺炎 ①多见于儿童、青少年，秋季多发；②起病缓、症状轻、体征少；③X线示多形性浸润阴影，3~4周自行消散；④血冷凝集试验阳性。⑤治疗首选红霉素。

(四) 治疗原则

1. 抗生素治疗 肺炎球菌肺炎首选青霉素，体温正常后仍须继续用72小时。
2. 支持疗法。

(五) 中毒性肺炎（休克型肺炎）

1. 表现 肺炎合并循环衰竭，即称为休克型肺炎（高热骤降至常温以下、脉搏细速、脉压变小、呼吸浅快、烦躁不安、面色苍白、肢冷出汗、尿量减少）。

2. 抢救 ①体位（中凹卧位）；②吸氧；③扩充血容量（是抗休克最基本的措施）；④纠正酸中毒（碱性药物集中先行输入）；⑤血管活性药物应用（单独一路静脉输入，维持收缩压在90~100mmHg）；⑥糖皮质激素应用；⑦抗菌药物应用。

(六) 护理要点

①指导病人正确留取痰液标本；②遵医嘱应用敏感抗生素；③降温与保暖；④协助排痰；⑤吸氧；⑥休克型肺炎的病情判断与疗效监测。

六、支气管扩张症

(一) 病因

①支气管-肺组织感染和阻塞（最常见）；②支气管先天性发育缺损和遗传因素。

(二) 临床特征

①慢性咳嗽；②大量浓痰（静止后可分三层）；③反复咯血；④继发肺部感染；⑤病变部位可闻及固定、持久的湿性啰音。

(三) 诊断要点

- (1) 慢性咳嗽、大量咯痰、反复咯血。
- (2) 病变部位可闻及固定而持久存的局限性湿啰音。
- (3) 胸部X线显示有蜂窝样或卷发状阴影。
- (4) 高分辨CT或支气管碘油造影可确诊。

(四) 治疗原则

清除痰液（是控制感染，减轻全身中毒症状的根本措施）；控制感染；咯血处理。

(五) 体位引流的方法及护理

1. 适应证 ①支气管扩张、肺脓肿、慢性支气管炎、肺结核等疾病有大量痰液而排除

不畅者；②支气管碘油造影术前、术后。

2. 禁忌证 ①呼吸功能不全，有严重呼吸困难及发绀者；②近两周内有大量咯血者；③有严重心血管疾病或年老体弱不能耐受者。

3. 原则 病肺处于高位，引流支气管开口向下。

4. 注意事项 ①引流宜在饭前进行；②对痰液黏稠者，引流前予超声雾化吸入；③术中鼓励病人放松，适当咳嗽、咳痰；④引流过程中密切观察病人反应。

七、呼吸衰竭

(一) 定义

由于多种原因引起的肺通气（或）肺换气功能严重障碍，以致不能进行有效的气体交换，导致缺氧或伴二氧化碳潴留，从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。

(二) 病因和发病机制

1. 病因 ①支气管、肺疾病最常见；②胸廓、神经肌肉病变；③肺血管病变。

2. 诱因 呼吸道感染是引起失代偿性慢性呼吸衰竭最常见的诱因。

3. 发病机制 ①肺泡通气不足；②通气/血流比例失调；③弥散障碍。

(三) 分型

1. 根据血气分析分为 ①低氧血症型（I型）；②低氧伴高碳酸血症型（II型）。

2. 根据呼吸衰竭发生的急缓分型 急性和慢性。

(四) 临床表现

1. 呼吸困难 是临床最早出现的表现。

2. 紫绀 是严重缺氧的典型表现。

3. 精神、神经症状 是呼衰的重要表现。

4. 心血管系统症状 早期脉率增加、脉压增大、血压升高，晚期心律失常、血压下降甚至休克。

5. 其他 可出现 ALT 升高，消化道出血，肾功能损害和 DIC 等。

(五) 诊断标准

(1) 有导致呼吸衰竭的病因、基础疾患或诱因。

(2) 有低氧血症或伴高碳酸血症的临床表现。

(3) 在海平面大气压下，静息状态呼吸空气时 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 或伴 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ ，并排除心内解剖分流或原发性心排量低时，呼衰即可诊断。

(六) 治疗原则

保持气道通畅；氧疗；增加通气量、减少 CO_2 潴留；治疗水、电解质及酸碱失衡；治疗原发病。

(七) 护理要点

①保持呼吸道通畅；②合理给氧，持续低浓度（25%~29%）、低流量（1~2L/min）吸氧；③遵医嘱用药；④病情判断与疗效监测；⑤机械通气。

八、肺结核

(一) 病因及发病机制

对人类致病主要为人型菌，入侵结核菌的数量、毒力与人体免疫力、变态反应的高低，决定了感染后结核病的发生、发展与转归。

结核病基本的病理改变有渗出、增殖、干酪样坏死及空洞形成。

(二) 分型与分期

1. 分型 1999年颁布的结核病的分型有：①原发型肺结核；②血行播散型肺结核；③继发型肺结核；④结核性胸膜炎；⑤其他肺外结核；⑥菌阴肺结核。

2. 分期 ①进展期；②好转期；③稳定期。

(三) 临床表现

1. 结核毒性症状 ①午后低热；②消瘦、乏力；③夜间盗汗。

2. 呼吸系统症状 ①咳嗽、咳痰（最常见）；②咯血（大咯血咳致失血性休克，咯血不畅可致窒息）；③胸痛（病变累及壁层胸膜）；④呼吸困难（重症肺结核、病变范围较大者、并发气胸或大量胸腔积液时）。

3. 体征 病灶范围较大者可见患侧呼吸运动减弱，语颤增强、叩诊浊音、听诊呼吸音减低，可听到支气管肺泡呼吸音及湿啰音。锁骨上下区、肩胛间区于咳嗽后闻及湿啰音，常常有助于结核的诊断。病变广泛纤维化或胸膜增厚黏连时，病侧胸廓塌陷、肋间隙变窄、气管向病侧移位，对侧可有代偿性肺气肿征。

(四) 各型特征

1. 原发型肺结核 ①多见于儿童；②症状多轻微而短暂；③结核菌在肺内经淋巴道播散，表现为原发综合征（原发病灶、淋巴管炎和肺门淋巴结炎）；④X线表现为哑铃型阴影；⑤绝大多数病儿病灶可自行吸收或钙化。

2. 血行播散型肺结核 ①可见于儿童或成人；②结核杆菌经血行传播；③分急性、亚急性和慢性3种；④急性者起病急，症状重，可有高热、盗汗、气急、紫钳、虚弱等症状，可并发结核性脑膜炎；⑤X线表现为“三均匀”（分布均匀、大小相等、密度一致）或“三不均”的粟粒状阴影。

3. 继发型肺结核

(1) 浸润型肺结核：①是最常见的继发性肺结核；②多见于成人；③症状轻重不一；④细菌常沿支气管播散；⑤X线显示有边缘模糊、片状或絮状阴影，可有结核球和虫蚀样空洞；⑥是主要的传染源。

(2) 纤维空洞性肺结核：①是肺结核的晚期类型；②表现为长期咳嗽、咳痰、反复咯血、活动后气促，严重者可发生呼吸衰竭；③痰中常有结核菌，为结核病的重要传染源；④X线表现有广泛纤维化病灶，厚壁空洞，肺纹呈垂柳状，气管和纵隔向患侧移位，健侧呈代偿性肺气肿。重者可有毁损肺。

4. 结核性胸膜炎 ①因入侵细菌数量大或变态反应强所致；②分干性、渗出性和结核性脓胸3种；③主要表现为胸痛、干咳和呼吸困难等；④X线表现为胸腔积液征象。

(五) 诊断要点

1. 结核菌检查 痰中找到结核菌是确诊肺结核的主要依据，并说明病灶为开放性，具有传染性。

2. 胸部X线检查 胸部X线检查是早期诊断结核的主要方法，并能判断病灶部位、范围、性质、发展情况和治疗效果，也是肺结核临床分型的主要依据。

3. 结核菌素试验 可确定人体是否受结核菌感染，帮助结核病诊断。

4. 其他检查 如血常规、血沉等。

(六) 治疗

抗结核化学药物治疗对控制结核病起决定性作用，合理化疗可使病灶内细菌被完全消灭最终达到痊愈。坚持早期、联合、适量、规律和全程治疗是抗结核化疗原则。

化疗分两个阶段。第一阶段强化治疗，开始1~3个月，每日用药。第二阶段维持治疗，疗程12~18个月，每周3次间歇用药。

(七) 大咯血窒息的抢救

①立即置病人于头低足高位或抱起病人双腿呈倒立位；②保持气道通畅。迅速清除口、鼻腔、咽喉内血块或用鼻导管接吸引器将呼吸道分泌物和血液吸出，严重者行气管插管吸出血块；③高流量吸氧；④给予垂体后叶素止血；⑤必要时行人工呼吸。

(八) 预防

①早期发现，早期化疗，控制传染源；②固定用具或餐具、定时消毒；③不要随地吐痰，不要吞咽痰液，痰吐在纸上放入火内焚烧，或吐在加有消毒灵的痰杯内浸泡1小时灭菌；④咳嗽、打喷嚏时应以手纸等掩住口鼻；⑤被褥、书籍在强烈日光下暴晒2小时；⑥室内隔日用15瓦紫外线灯照射2小时，切断传播途径；⑦加强营养，增加机体的抵抗能力。

九、胸腔穿刺术

1. 适应证 ①对胸腔积液性质不明者，抽取胸腔积液检查，明确积液性质，协助病因诊断；②对大量胸腔积液和积气者，通过胸腔穿刺放液或排气，缓解压迫症状，避免胸膜黏连。同时可进行胸腔灌洗、注射药物等。

2. 方法 ①安置合适体位；②确定穿刺点；③局部消毒与麻醉；④穿刺、抽吸；⑤病情观察。

3. 注意事项 ①抽液不宜过多过快；②穿刺放液过程中，防止空气进入胸膜腔；③术

中应严密观察有无胸膜反应。

复习要求

1. 了解慢性支气管炎的病因和健康教育，掌握其诊断标准、分期、分型和治疗原则。
2. 了解慢性阻塞性肺气肿的病因和健康教育，熟悉其诊断标准、治疗原则和护理要点。
3. 了解肺源性心脏病的病因和机制，熟悉临床表现、诊断标准、治疗原则和护理要点。
4. 熟悉支气管哮喘的病因、发病机制和健康教育，掌握其临床表现、治疗措施及气雾剂的用法；掌握哮喘持续状态的抢救原则。
5. 熟悉肺炎的分类，掌握肺炎球菌肺炎的临床表现、诊断、治疗原则和护理要点。
6. 熟悉支气管扩张的病因，掌握其临床特点、治疗原则，体位引流的方法和护理。
7. 了解呼吸衰竭的病因和分型，掌握呼吸衰竭的临床表现、诊断标准、治疗原则和护理要点。
8. 了解肺结核的病因、发病机制，掌握肺结核临床表现、各型的特点和诊断、治疗原则与措施及护理要点。
9. 掌握胸腔穿刺术的适应证、方法和注意事项。

第二章 循环系统疾病

复习内容

一、慢性心功能不全

(一) 定义

指在循环血量和血管舒缩功能正常时，心脏排出的血液不能维持组织代谢的需要，同时伴有肺循环和（或）体循环淤血的一种综合征，也称充血性心力衰竭。

(二) 基本病因

1. 心脏负荷过重

(1) 心室的容量负荷（前负荷）过重：①左心室负荷过重（如主动脉关闭不全，二尖瓣关闭不全等）；②右心室负荷过重（如房间隔缺损等）。

(2) 心室的压力负荷（后负荷）过重：①左心室负荷过重（如高血压，主动脉瓣狭窄等）；②右心室负荷过重（如肺动脉高压等）。

2. 原发性心肌损伤

(1) 缺血性心肌损害：如心肌梗死，心肌缺血，弥漫性心肌损害等。

(2) 心肌炎和心肌病：如病毒性心肌炎，原发性扩张型心肌病。

(3) 心肌代谢障碍：如糖尿病性心肌病等。

(三) 诱发病因

感染（其中上呼吸道感染最常见），心律失常，过度体力劳累或情绪激动，血容量增加，治疗不当，水、电解质紊乱等。

(四) 临床表现

1. 左心功能不全（以肺循环淤血表现为主）

(1) 症状。

1) 呼吸困难：①劳力性呼吸困难（左心衰的早期表现）；②夜间阵发性呼吸困难；③端坐呼吸。

2) 咳嗽、咳痰、咯血。

3) 动脉系统缺血表现：乏力、疲倦、头昏、少尿。

(2) 体征：左心室增大，心率加快，心尖部可闻及舒张期奔马律，两肺可闻及湿性啰音。