

全国卫生专业技术资格考试丛书

两大超值服务

- 书前赠历年考点精编
- 赠80元网上学习费用

2010

护理学专业执业护士含护士 资格考试一本通

北京大学护理学院 编写

紧扣最新大纲

- ▶ 考点精解：浓缩考点，提供最核心的考试内容
- ▶ 历年真题：最新真题精编，提供考试“金标准”
- ▶ 强化习题：专家题库，提供全方位模拟练习



北京大学医学出版社

全国卫生专业资格考试丛书

**护理学专业（执业护士含护士）资格考试
一本通**

北京大学护理学院 编写

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

护理学专业 (执业护士含护士) 资格考试一本通/北京大学护理学院编写. —北京: 北京大学医学出版社, 2008

ISBN 978-7-81116-307-0

I. 护… II. 北… III. 护理学—护士—资格考核—自学参考资料 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 145386 号

护理学专业 (执业护士含护士) 资格考试一本通

编 写: 北京大学护理学院

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜圣龙印务有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 高敏 曹智 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 880mm×1230mm 1/16 印张: 44.5 字数: 1248 千字

版 次: 2008 年 10 月第 1 版 2009 年 9 月修订 2009 年 12 月第 4 次印刷

书 号: ISBN 978-7-81116-307-0

定 价: 78.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

出版说明

本书为北京大学护理学院专家组为配合全国卫生专业技术护理学专业（执业护士含护士）资格考试的最新力作。本书根据 2010 年最新大纲编写，将“考试大纲”、“考点精解”、“历年真题”、“强化习题”4 个板块有机融合，并在书前附有“历年考点精编”，真正做到考生“一书在手，考试无忧”，其特色为：

考点精解：浓缩考点，提供最核心的考试内容

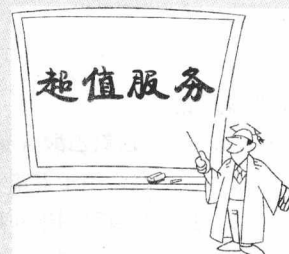
历年真题：最新真题精编，提供考试“金标准”

强化习题：专家题库，提供全方位模拟练习

本书最后附有一套考试真题，考生可以在复习后及时检验学习效果，体会历年考题的难易程度。本书总结了最新、最全的历年真题，并根据最新大纲的变化在章节内容上做了适当的改动，各学科内容均按最新大纲编写。在编写过程中，虽然从 2008 年开始，执业护士资格考试取消了 X 型题，但是为了保留真题的完整性，且有助于考生了解历年考点，我们还是在真题中保留了 X 型题。

为了更好地帮助考生在短时间内有效提高复习效率，2010 年修订版特推出了两大超值服务：赠送“历年考点精编”及“免费网上学习卡”。历年考点精编为本书专家组根据历年考试重复出现的考点精心筛选的考点荟萃，其内容是历年考试中反复出现的，本书将此部分列于书前，有助于考生在临考前快速翻阅和记忆。

本书相应配套《2010 护理学专业（执业护士含护士）资格考试 3 套卷》，能让读者在仔细阅读完本书后，进行真实模拟演练，适合考生最后阶段的考前冲刺复习。



护士资格考试历年考点精编

一、基础护理学

1. 1860 年南丁格尔在英国伦敦圣多马医院创建了世界上第一所正式的护士学校。
2. 1820 年 5 月 12 日南丁格尔诞生于意大利的佛罗伦萨，生日为国际护士节。
3. 我国的第一所护士学校 1888 年由美国的约翰逊女士在福州创办。
4. 健康是有完好的生理、心理和社会适应能力。
5. 人、环境、健康和护理是护理学的 4 个基本概念。
6. 护士言语的基本要求是规范性、情感性和保密性。
7. 护士与患者讨论术前准备时所采取的合适距离区域是熟人区。
8. 安慰用语属于护士日常礼仪用语。
9. 倾听过程中，要全神贯注、眼神要保持接触。
10. 护理程序包括评估、诊断、计划、实施、评价五个部分。
11. 护理程序是一种系统地解决问题的方法。
12. 一般系统论构成了护理程序的基本构架。
13. 主观资料即病人的主诉。
14. 护理诊断是对现存的或潜在的健康问题或生命过程的一种临床判断。
15. 首位问题是威胁病人生命、需要立即行动去解决的问题。
16. 现存的护理诊断是指护理对象目前已经存在的健康问题。
17. 危险的护理诊断一般用“有……的危险”表示。
18. 护士对前来门诊的患者，应首先进行预检分诊。
19. 病室适宜的湿度一般为 50%~60%。
20. 急诊抢救物品要“五定”，即定数量品种、定点安置、定人保管、定期消毒灭菌和定期检查维修。
21. 一般病室的温度以 18~22℃ 为宜。
22. 一级医院是指直接向社区提供医疗服务的基层医院。
23. 门诊护士在遇到高热、剧痛、呼吸困难、出血、休克等病人时，应安排提前就诊。
24. 装有起搏器的病人应避免靠近微波设备。
25. 门诊发现传染病或疑似传染病病人，应分诊到隔离门诊就诊。
26. 铺麻醉床时，为了便于术后搬运病人，应将床旁椅放在折叠被的同侧。
27. 护士协助病人向平车挪动的正确顺序是上身、臀部、下身。
28. 在两人搬运病人时，应一人托颈、肩、腰部，一人托臀、腘窝处。
29. 医生开的住院证是住院处办理入院手续的依据。
30. 在转运病情危重的病人时不能中断其必要的治疗。
31. 颈椎骨折的病人须采取四人搬运法。
32. 入院病人的病案排列顺序应是：体温单、医嘱单、入院记录、病史及体格检查、病程记录。
33. 患者出院前，应指导病人饮食、休息、用药、功能训练、复查等方面的注意事项。
34. 传染病患者出院后，物品应按终末消毒的要求进行处理。
35. 轮椅椅背应与床尾平齐，可以方便病人上下。
36. 一般将护理级别分为四级，即特别护理、一级护理、二级护理、三级护理。
37. 全麻术后未清醒的病人采用去枕仰卧位可防止呕吐物流入气管引起窒息。
38. 颅内手术后，剧烈转动头部可引起脑疝。
39. 急性左心衰的病人采取半坐卧位可减轻心脏前负荷。
40. 心包积液、呼吸极度困难的病人应采用的体位是端坐位。
41. 颅内压过低引起头痛的原因是牵张颅内静脉窦。
42. 有休克症状的病人应采取仰卧中凹位。
43. 胎膜早破采取头低足高位可以防止脐带脱垂。
44. 颈椎骨折进行颅骨牵引，采取头高足低位，可增强牵引的效果。
45. 采取半坐卧位可使腹部伤口缝合处的张力减轻、面部及颈部手术后病人局部出血减少、改善心肺疾患引起的呼吸困难、使腹部及盆腔炎症局限化。
46. 将物品上除芽孢以外的所有致病微生物杀灭的方法被称为消毒。
47. 热力消毒灭菌法的原理是使菌体蛋白及酶变性凝固。
48. 煮沸消毒时水中加入碳酸氢钠（浓度 1%~2%），沸点可达到 105℃，增强杀菌效果。
49. 海拔每增高 300 米，煮沸时间延长 2 分钟。
50. 紫外线灯管消毒，应从灯亮后 5~7 分钟开始计时。
51. 使用超过 1000 小时紫外线灯的灯管即应更换。
52. 用紫外线进行空气消毒时，有效距离不超过 2 米。
53. 使用苯扎溴铵浸泡器械时加入 0.5% 亚硝酸钠可防

止器械生锈。

54. 0.2%过氧乙酸溶液可以用于手消毒。
55. 戊二醛常用于胃镜等精密仪器的消毒。
56. 过氧化氢可用于外科伤口的冲洗。
57. 新洁尔灭与肥皂、洗衣粉等表面活性剂一起使用，可因拮抗作用造成消毒效果降低或失效。
58. 不可使用无菌持物钳夹取消毒的油纱布。
59. 铺好的无菌盘有效期不超过4小时。
60. 刷手时应按前臂、腕关节、手背、手掌、指缝、指甲处的顺序进行刷洗。
61. 口罩摘下后，应将污染面向内折叠放入小袋内。
62. 隔离衣的衣领和内面是清洁面，穿脱隔离衣时应避免污染。
63. 使用避污纸正确的方法是从页面上抓取。
64. 患者传染性分泌物经三次培养，结果均为阴性或确已度过隔离期，经医生开出医嘱方可解除隔离。
65. 被肝炎病毒、结核杆菌、细菌芽孢污染的餐具用含有效氯0.2%的消毒液浸泡30分钟以上。
66. 手术室、门诊换药室、注射室等地方浸泡存放的无菌持物钳及其容器应每天更换一次。
67. 破伤风、气性坏疽、铜绿假单胞菌感染的敷料应焚烧处理。
68. 穿隔离衣时应先整理衣袖再整理腰带。衣袖整理后，手即被污染。
69. 为昏迷病人进行特殊口腔护理时禁忌漱口。
70. 朵贝尔液（复方硼酸溶液）可去除口臭。
71. 1%~4%碳酸氢钠溶液可用于真菌感染。
72. 0.1%醋酸溶液可用于铜绿假单胞菌感染。
73. 暂时不用的假牙应浸于冷水中，每日更换一次清水。
74. 特殊口腔护理适用于高热、昏迷、禁食、鼻饲、口腔疾患、大手术后及其他生活不能自理的病人。
75. 为长期应用抗生素者进行口腔护理时应观察口腔黏膜有无真菌感染。
76. 床上擦浴适用于病情较重、长期卧床、活动受限等生活不能自理的病人。
77. 妊娠7个月以上的孕妇禁用盆浴。
78. 衰弱、创伤和患心脏病需要卧床休息的病人，不宜盆浴或淋浴。
79. 预防压疮最有效的方法是避免局部组织长期受压。
80. 预防压疮应经常更换卧位，一般2h翻身一次，必要时1h翻身一次。
81. 俯卧位时髂前上棘是压疮的好发部位。
82. 仰卧位时骶尾部是压疮的好发部位。
83. 压疮淤血红润期皮肤仍完整，为可逆性改变。
84. 压疮炎性浸润期受压部位表面呈紫红色，皮下产

生硬结，表皮有水疱形成。

85. 压疮溃疡期出现组织感染，甚至可引起败血症。
86. 对易发生压疮的病人进行局部按摩时，以手掌的大小鱼际部分紧贴皮肤，作压力均匀的环形按摩。压力由轻到重，由重到轻，每次3~5min。
87. 全身擦浴中为病人脱下衣服时，应先脱近侧，后脱远侧或先脱健肢，后脱患肢。
88. 弛张热的特点是体温39℃以上，24小时体温波动幅度大，日差>1℃，但最低温度仍在正常水平以上。
89. 伤寒、肺炎球菌肺炎的病人常出现稽留热。
90. 体温超过38.5℃时，给予乙醇拭浴。
91. 物理或药物降温30min后所测温度，用红“○”表示，绘在降温前体温符号的同一纵格内，并以红虚线与降温前温度相连。
92. 测量脉搏的首选部位是桡动脉。
93. 失血性休克病人的脉搏细弱无力，扪之如细丝，称丝脉。
94. 心脏病病人的脉搏应计数1分钟。
95. 潮式呼吸（又称陈-施呼吸）是一种周期性的呼吸节律异常，特点是开始呼吸浅慢，以后逐渐加深加快，达高潮后又逐渐变浅变慢，然后呼吸暂停5~30秒之后，又出现上述状态的呼吸，如此周而复始。
96. 呼吸增快常见于高热患者。
97. 喉头有异物时患者呼吸可呈蝉鸣样。
98. 代谢性酸中毒患者的呼吸深长而规则。
99. 测血压时袖带缠得过紧时，测得的血压值偏低。
100. 成人体温（腋温）正常值为36.5~37℃，脉率为60~100次/分，呼吸为16~20次/分，血压为12.0~18.5/8.0~11.8kPa。
101. 寒冷环境下人的血压略升高，高温环境下略下降。
102. 精神异常、昏迷、婴幼儿、口鼻腔手术或呼吸困难及不能合作者，均不宜采用口腔测温。
103. 吸气性呼吸困难的表现是病人吸气费力，吸气时间显著长于呼气时间，辅助呼吸肌收缩增强，出现三凹征（即胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙或腹上角凹陷）。
104. 脉搏短绌患者应两人同时分别测量心率、脉率，由测心率的护士发出“开始”、“停止”的口令，同时计数1分钟。
105. 医院基本饮食包括普通、软质、半流质和流质饮食。
106. 治疗饮食包括高热量、高蛋白、高纤维素、低蛋白、低脂、低盐、无盐低钠、少渣饮食。
107. 试验饮食包括潜血试验、吸碘试验、胆囊造影饮食。
108. 高蛋白饮食适用于结核、大面积烧伤、癌症晚期、肾病综合征，日摄入量1.5~2g/kg体重。

109. 低蛋白饮食适用于急性肾炎、尿毒症、肝性脑病，日摄入量 $<40\text{g}$ 。
110. 低脂肪饮食适用于冠心病、肥胖、腹泻，日摄入量 $<50\text{g}$ ；肝胆胰疾病者 $<40\text{g}$ 。
111. 低盐饮食适用于肾炎、冠心病、肝硬化腹水，日摄入量 $<2\text{g}$ 。
112. 潜血试验者需3天前禁食含铁类食物及药物，如肉类、肝脏及绿色蔬菜。
113. 吸碘试验者需60天前禁食海带、紫菜，14天前禁食毛蚶、干贝，7天前禁食鱼虾。
114. 胆囊造影饮食，检查前日进高脂午餐，晚餐低脂，餐后口服造影剂，至检查当日晨禁食，首次摄片显影后进油煎荷包蛋2个。
115. 鼻饲饮食适应证为不能或不愿经口进食者；禁忌证为食道梗阻或静脉曲张者。
116. 衡量胃管插入长度有两种方法：一是测量从前发际至剑突的距离；二是测量从鼻尖至耳垂再到剑突的距离。
117. 对昏迷者，胃管插至15cm时，应托起头部使下颌靠近胸骨柄，以增加咽喉部通道弧度。
118. 插胃管时，若呛咳和呼吸困难，应立即拔出；若恶心，暂停片刻，深呼吸，恢复后继续。
119. 证实胃管在胃内方法有三：抽吸出胃液，注气听气过水声，管末端放入水中看无气泡。
120. 鼻饲液温度 $38\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，每次鼻饲量 $\leq 200\text{ml}$ ，鼻饲间隔 ≥ 2 小时。
121. 长期鼻饲者，每周更换胃管，晚鼻饲后，于呼气时拔出，次日晨从另侧鼻孔插入。
122. 出入液量，7am~7pm蓝笔，7pm~7am红笔写在记录单上，总量用蓝笔写在体温单专栏内。
123. 冷疗的作用包括控制炎症扩散、减轻疼痛、减轻局部充血或出血、降低体温。
124. 冷疗效应随时间延长而增强，但时间过长可引起继发性效应，一般 $15\sim 30\text{min}$ 。
125. 枕后、耳廓、阴囊可引起冻伤；心前区用冷可引起反射性心率减慢；腹部用冷可引起腹泻；足底用冷可引起一过性冠状动脉收缩。
126. 使用冰袋时，如皮肤苍白、青紫、有麻木感，须立即停止用冷。
127. 使用冰帽时，需每30min测一次肛温，维持在 33°C ，不宜低于 30°C 。
128. 乙醇拭浴时，禁忌擦拭后颈部、心前区、腹部、足底；拭浴后30min测体温，降至 39°C 以下取下头部冰袋。
129. 热疗的作用包括促进炎症消散和局限、减轻疼痛、减轻深部组织充血、保暖。
130. 热疗的禁忌证包括未明确诊断的急腹症、面部危险三角区感染、各种脏器内出血、软组织损伤或扭伤早期。
131. 湿热敷时水温为 $50\sim 60^{\circ}\text{C}$ ；热水坐浴时水温为 $40\sim 45^{\circ}\text{C}$ ；使用热水袋时，正常成人水温 $60\sim 70^{\circ}\text{C}$ ；婴幼儿、老人、麻醉未醒、昏迷、末梢循环不良者水温 $<50^{\circ}\text{C}$ 。
132. 月经期、妊娠后期、产后2周内、阴道出血、盆腔急性炎症者禁忌热水坐浴。
133. 正常成人24小时尿量为 $1000\sim 2000\text{ml}$ ， $>2500\text{ml}$ 为多尿， $<400\text{ml}$ 为少尿， $<100\text{ml}$ 为无尿或尿闭。
134. 肉眼血尿呈红色或棕色，血红蛋白尿呈酱油色或浓红茶色，阻塞性黄疸时尿液呈黄褐色。
135. 新鲜尿即有氨味，提示泌尿系感染；糖尿病酮症酸中毒时，有烂苹果样气味。
136. 食物中含钠盐多可使尿量减少，气温高时尿量减少，在寒冷环境中尿量增多。
137. 尿失禁患者白天可饮水 $2000\sim 3000\text{ml}$ ，以促进排尿反射，并预防泌尿系感染。
138. 为男性患者插导尿管时，将阴茎提起与腹壁成 60° 角，以使耻骨前弯消失，导尿管插入尿道 $20\sim 22\text{cm}$ ，见尿液流出再插入2m。
139. 为女性患者行留置导尿时，应在见尿后再插入 $5\sim 7\text{cm}$ ；若导尿管误插入阴道，应更换导尿管后再插入。
140. 尿潴留患者第一次放尿不宜超过 1000ml ，以防腹压突然降低引起虚脱，亦可因膀胱突然减压，致黏膜急剧充血而引起血尿。
141. 护理留置尿管的患者时，应注意集尿袋低于耻骨联合；每日定时更换集尿袋；每周更换导尿管一次。
142. 上消化道出血时呈柏油样便；下消化道出血时呈暗红色便；胆道阻塞时粪便呈陶土色；阿米巴痢疾或肠套叠时呈果酱样便；肛裂或痔疮患者粪便表面有鲜血或排便后有鲜血滴出；直肠、肛门狭窄时粪便呈扁条形或带状。
143. 护理腹泻患者时，应卧床休息；进清淡的流质/半流质饮食，腹泻严重者暂禁食；便后温水清洗，肛周涂油膏。
144. 便秘患者可适当食用油脂类食物；不可长期使用简易通便剂。
145. 大量不保留灌肠的常用溶液为 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$ 的 $0.1\%\sim 0.2\%$ 肥皂水 $500\sim 1000\text{ml}$ ，若为降温灌肠，则为 $28\sim 32^{\circ}\text{C}$ 的生理盐水；液面距肛门 $40\sim 60\text{cm}$ ；肛管插入肛门 $7\sim 10\text{cm}$ 。
146. 灌肠过程中若液体流入受阻，可稍转动或挤压肛管；如患者感觉腹胀或有便意，可降低灌肠筒高度，嘱做深呼吸；如患者出现面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、脉速、心慌气急，应立即停止。
147. 肝性脑病患者禁用肥皂水灌肠，以减少氨的产生和吸收；充血性心力衰竭患者禁用生理盐水灌肠，以减少钠的吸收；伤寒患者灌肠液量不可超过 500ml ，液面低于 30cm ；急腹症、妊娠、消化道出血、严重心血管疾病等不

宜灌肠。

148. 慢性痢疾患者行保留灌肠时,取左侧卧位,阿米巴痢疾取右侧卧位;液面距肛门 $<30\text{cm}$,肛管插入 $10\sim 15\text{cm}$;保留药液1小时以上。

149. 肛门、直肠、结肠等手术后、大便失禁者不宜行保留灌肠。

150. 肛管排气时肛管插入直肠 $15\sim 18\text{cm}$ 。保留肛管一般不超过 20min ,因长时间留置肛管会减少括约肌的反应,甚至导致肛门括约肌永久性松弛。

151. 毒麻药,加锁保管,专人负责,专本登记,接班交接。

152. 药瓶标签明显,内服药蓝色边,外用药红色边,剧毒药黑色边。

153. 不同药物不同保存方法:挥发、潮解、风化药装密封瓶并盖紧;氧化、遇光变质药装在深色密盖瓶或黑纸遮盖纸盒中;易燃、易爆药单独存放,远离明火;遇热易破坏药冷藏于冰箱中。

154. 药疗原则中,遵医嘱给药之前,做好“三查七对”,用药后观察药效及其不良反应。

155. 除动、静脉注射药液直接进入血液循环外,其他药物均有一个吸收过程,吸收顺序依次为:吸入 $>$ 舌下含服 $>$ 直肠 $>$ 肌内注射 $>$ 皮下注射 $>$ 口服 $>$ 皮肤。

156. 给药的次数和时间取决于药物的半衰期和人体的生理节奏,以维持有效的血药浓度,医院常用外文缩写和中文意译要记清。

157. 根据药物剂型来取药,先取固体药,再配液体药。

158. 固体药用药匙;液体药用量杯,药液不足 1ml 还有油剂,先在药杯内倒入少量温开水,再用滴管计。

159. 对牙有腐蚀或染色的酸剂、铁剂用吸管吸服,服后再漱口。

160. 刺激食欲药、健胃药饭前服;助消化药、对胃黏膜有刺激药饭后服。

161. 止咳糖浆对呼吸道有安抚作用,最后服,服后不饮水。

162. 磺胺药服后避免尿少析出结晶,堵塞肾小管,服后多饮水。

163. 强心苷类药服前测脉率、心率,脉率低于 60次/分 或节律不齐就应停药。

164. 超声雾化吸入是通过晶体换能器,将发生器输出的高频电能转化为超声波声能,应用超声波声能,使药液变成细微的气雾,吸入呼吸道,达到治疗作用。

165. 超声雾化吸入的特点是雾量大小可以调节,雾滴小而均匀,直径在 $5\mu\text{m}$ 以下,药液可至终末细支气管和肺泡。

166. 超声雾化吸入治疗时,先开电源开关,调整定时器,再开雾量调节开关;治疗毕,取下面罩后,先关雾化

开关,再关电源开关,以免损坏雾化器。

167. 水槽盒雾化罐内切忌加温水或热水,水槽内水温超过 50°C 或水量不足,应先关机,再加冷蒸馏水;雾化罐内药液过少,可不必关机,直接从雾化罐盖上小孔内注入。

168. 超声雾化吸入治疗结束时,倒掉水槽内的水并擦干,雾化罐、口含嘴(面罩)和螺纹管浸泡消毒 1h ,再清洗擦干备用。

169. 氧气雾化吸入时,连接氧气装置和雾化器,氧气湿化瓶内不放水,调节氧流量达 $6\sim 8\text{L/min}$ 。

170. 无痛注射,体位要合适,“两快一慢”。先注射刺激性较弱药,再注射刺激性强的药物。注射刺激性强的药物应选择粗长针头,进针要深。

171. 皮下注射与皮肤呈 $30^{\circ}\sim 40^{\circ}$ 进针;肌内注射垂直进针;静脉注射与皮肤呈 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 进针;股静脉注射与皮肤呈 45° 或 90° 进针。

172. 皮内试验时,皮肤消毒忌用碘酊,以免影响结果判断。

173. 皮下注射部位常用的有上臂三角肌下缘、腹部、后背、大腿前侧及外侧。

174. 需长期皮下或肌内注射的病人,应建立注射部位的使用计划,经常更换,轮流注射。

175. 臀大肌“十”字法定位:先从臀裂顶点向左或向右划一水平线,再从髂嵴最高点作一垂直平分线,其外上象限避开内角即是注射区;臀大肌连线法:取髂前上棘和尾骨连线的外上 $1/3$ 处;股外侧肌定位:膝关节上 10cm ,髌关节下 10cm ,约 7.5cm 宽的范围;上臂三角肌定位:上臂外侧,自肩峰下 $2\sim 3$ 横指处。

176. 过敏试验皮试浓度标准:青霉素 $200\sim 500\text{U/ml}$;链霉素 2500U/ml ;破伤风抗毒素 150IU/ml ;普鲁卡因 2.5mg/ml ;细胞色素C 0.75mg/ml 。

177. 青霉素过敏性休克首选皮下注射 0.1% 盐酸肾上腺素 $0.5\sim 1\text{ml}$;链霉素过敏可同时静脉慢推 10% 葡萄糖酸钙(或氯化钙) 10ml ,减轻中毒症状;破伤风抗毒素过敏,采用多次小剂量的脱敏注射法。

178. 20% 甘露醇、 25% 山梨醇、 $25\%\sim 50\%$ 葡萄糖溶液属于高渗溶液。

179. 5% 碳酸氢钠、 11.2% 乳酸钠可用于纠正酸中毒。

180. 24h 连续输液者,应每天更换输液器。

181. 静脉留置针一般保留 $3\sim 5$ 天。

182. 颈外静脉穿刺部位在颈外静脉外侧缘,下颌角和锁骨上缘中点连线之上 $1/3$ 处。

183. 高渗盐水、含钾药物、升压药输入速度宜慢。

184. 急性肺水肿的典型症状是呼吸困难、咳粉红色泡沫样痰,两肺可闻及湿啰音。

185. 急性肺水肿病人应立即停止输液,取端坐位, $20\%\sim 30\%$ 乙醇湿化给氧,遵医嘱给药,必要时四肢轮流

结扎。

186. 乙醇能降低肺泡内泡沫的表面张力，使泡沫破裂消散。

187. 静脉炎的典型症状是沿静脉走向出现条索状红线。

188. 静脉炎时应立即停止局部输液；患肢抬高并制动，局部用95%乙醇或50%硫酸镁行热湿敷。

189. 空气栓塞的典型症状是胸骨后疼痛、呼吸困难，听诊心前区可闻及响亮的、持续的“水泡声”。

190. 空气栓塞时应立即停止输液，取左侧卧位和头低足高位。

191. 左侧位可使肺动脉的位置低于右心室，气泡向上飘移到右心室，避免堵塞肺动脉口。

192. 库血在4.0℃冰箱内冷藏，保存期2~3周。

193. 血浆输入前须做血型鉴定，白蛋白液输入前不须作血型鉴定；全血、血细胞制品输入前需做血型鉴定和交叉配血。

194. 输血前应由两位护士进行“三查”“八对”。

195. 直接输血时，每50ml血中加4%枸橼酸钠生理盐水5ml。

196. 过敏反应的典型症状是皮肤瘙痒、荨麻疹、喉头水肿，两肺闻及哮鸣音。

197. 献血员在采血前4h内不宜吃高蛋白和高脂肪食物，不宜服用易致敏的药物。

198. 溶血反应的典型症状是四肢麻木、腰背部疼痛（第一阶段）；黄疸、血红蛋白尿（第二阶段）；少尿、无尿（第三阶段）。

199. 溶血反应时，静脉滴注碳酸氢钠，可以碱化尿液，防止或减少血红蛋白结晶阻塞肾小管。

200. 枸橼酸钠中毒的症状为手足搐搦、出血倾向、血压下降、心率缓慢。

201. 输入库血1000ml以上时，按医嘱静脉注射10%葡萄糖酸钙或氯化钙10ml。

202. 大量输血后反应包括循环负荷过重（肺水肿）、出血倾向、枸橼酸钠中毒反应、酸中毒、高钾血症病等。

203. 血培养标本应在抗生素使用前采集，如已使用，应在停药24h或血药浓度最低时采集。

204. 血培养标本一般取血5ml，亚急性细菌性心内膜炎病人应取血10~15ml。

205. 血标本注入容器的顺序为：血培养瓶→抗凝管→干燥试管。

206. 甲醛：用于尿液艾迪计数，每30ml尿液中加1滴40%甲醛，用于固定尿中有机成分。

207. 浓盐酸：用于17-酮类固醇、17-羟类固醇检查，24h尿液中加5~10ml，使尿液保持酸性，防止尿液中激素被氧化。

208. 甲苯：用于尿蛋白等定量检查，每100ml尿中加

0.5%~1%甲苯10ml，防止细菌污染，保持尿液化学成分不变。

209. 查阿米巴原虫时，应嘱病人排便于经加温的便盆内，便后连同便盆送检。

210. 查蛲虫时，病人在晚上睡觉前或晨未起床前，将透明胶带贴在肛门周围，取下胶带送检。

211. 查便隐血时，病人在检查前3天禁食肉类、动物血、肝脏、含铁药物、绿色蔬菜，

212. 查找癌细胞的痰标本，可用95%乙醇或10%甲醛固定后送验。

213. 痰培养标本应先用朵贝尔溶液漱口，后清水漱口留取。

214. 咽拭子标本应用无菌长棉签在两侧腭弓及咽、扁桃体上取分泌物。

215. 真菌培养标本应在口腔溃疡面采集。

216. 根据意识障碍的程度，意识状态可分为嗜睡、意识模糊、昏睡和昏迷。

217. 瞳孔直径>5mm，称瞳孔散大；瞳孔直径<2mm，称瞳孔缩小。

218. 敌敌畏中毒病人瞳孔缩小，甚至出现针尖样瞳孔。

219. 实施人工呼吸前首要的护理措施是保持气道通畅。

220. 人工呼吸与心脏按压配合施行时，一人操作，二者比例为2:15。两人操作，二者比例为1:5。两术者交换操作位置时，中断时间<10s。

221. 尼克刹米属中枢兴奋药，肾上腺素、多巴胺属升压药，苯巴比妥属抗惊厥药，异丙嗪属抗过敏药。

222. 吸痰时，应严格执行无菌操作，吸痰用物应每天更换1~2次，吸痰导管每次更换。

223. 缺氧程度的判断：轻度缺氧 PaO_2 6.6~9.3kPa， $\text{PaCO}_2 > 6.6$ kPa；中度缺氧4.6~6.5 kPa， $\text{PaCO}_2 > 9.3$ kPa；重度缺氧 PaO_2 4.6kPa以下， $\text{PaCO}_2 > 12.0$ kPa。

224. 血气分析检查是用氧的指标，当病人的动脉血氧分压低于6.6kPa时（正常值10.6~13.3kPa，6.6kPa为最低限值），则应给予吸氧。

225. 吸氧浓度（%）=21+4×氧流量（L/min）。

226. 鼻导管给氧，导管约插入自鼻尖至耳垂的2/3长度。

227. 面罩法给氧的氧流量一般为6~8L/min。

228. 对缺氧和二氧化碳潴留同时并存者，应以低流量、低浓度持续给氧为宜。

229. 牙关紧闭、抽搐的病人，用压舌板裹上数层纱布，放于上下臼齿之间，以免因咀嚼肌痉挛而咬伤舌。

230. 当中毒物质不明时，应抽出胃内容物送验，洗胃溶液可选用温开水或生理盐水。

231. 敌敌畏中毒时可用2~4%碳酸氢钠或1%盐水溶液洗胃。

232. 敌百虫中毒只能用 1% 盐水或清水洗胃, 忌用碱性药物。

233. 吞服强酸或强碱等腐蚀性药物, 禁忌洗胃, 以免造成穿孔。应给予牛奶、豆浆、蛋清、米汤等, 以保护胃黏膜。

234. 口服催吐法溶液量为 10000~20000ml, 温度为 25~38℃。

235. 洗胃时, 一次洗胃液灌入量以 300~500ml 为宜。

236. 氰化物中毒病人应用氧化剂如过氧化氢、高锰酸钾洗胃, 从而减轻或去除毒性。

237. 磷化锌中毒病人应选用高锰酸钾、硫酸铜洗胃。

238. 洗胃过程中若有血性液体流出, 应立即停止操作并通知医生。

239. 电动吸引洗胃法压力应保持在 13.3kPa 左右, 以免损伤胃黏膜。

240. 敌百虫遇碱性药物可分解出毒性更强的敌敌畏, 其分解随碱性的增强和温度的升高而加速。

241. 安眠药、灭鼠药(磷化锌)中毒时禁忌服用鸡蛋、牛奶、脂肪及其他油类食物。

242. 死亡是指个体生命活动的永久终止。

243. 死亡过程分为濒死期、临床死亡期、生物学死亡期, 前两期有复苏可能。

244. 濒死期表现为功能衰退、衰竭, 临床死亡期则表现为机体活动停止、反射消失, 生物学死亡期表现为新陈代谢停止。

245. 脑死亡的判断标准包括不可逆深度昏迷, 自发呼吸停止, 脑干反射消失, 脑电波消失。

246. 听觉是人最后消失的感觉。

247. 临终病人心理通常经历否认期、愤怒期、协议期、忧郁期、接受期五个阶段。

248. 否认期要理解并真诚应对其提问, 不可揭穿或回避; 协议期宜尽量满足其要求; 忧郁期宜鼓励其亲朋好友探访。

249. 尸体护理时, 放平尸体, 头下垫枕, 以防面部淤血。

250. 临时备用医嘱仅在 12 小时内有效, 必要时使用, 只执行 1 次, 过期尚未执行即失效。

251. 病室报告按照出院、转出、死亡、新入院、转入、手术、分娩、病危、病重的顺序书写。

252. 降温后的体温应绘制在降温前体温的相应纵格内, 以红圈表示, 用红虚线与降温前温度相连。

253. prn 为长期备用医嘱, 有效时间在 24 小时以上, 需要时使用, 医生注明停止时间后医嘱方失效。

二、内科护理学

1. 体温低于 36.3℃ 称体温过低, 见于慢性消耗性疾

病、极度衰弱、甲状腺功能减退、休克、急性大出血等病人。

2. 嗜睡可被唤醒, 醒后尚能保持短时期的醒觉状态, 但反应较迟钝, 一旦刺激去除则又迅速入睡。

3. 昏睡病人于强烈刺激下可勉强被唤醒但答话含糊, 所答非所问, 答后很快又再入睡。

4. 昏迷病人的运动和感觉完全丧失, 任何刺激都不能唤醒。

5. 急性病容: 面颊潮红、兴奋不安、呼吸急促、痛苦呻吟等, 见于急性感染性疾病。

6. 慢性病容: 面容憔悴、面色苍白或灰暗、精神萎靡、瘦弱无力, 见于慢性消耗性疾病。

7. 贫血面容: 病人面色苍白、唇舌色淡、表情疲惫, 见于各种原因引起的贫血。

8. 二尖瓣面容: 病人双颊紫红、口唇发绀, 见于风湿性心脏病二尖瓣狭窄病人。

9. 病危面容: 面容枯槁, 面色苍白或铅灰, 表情淡漠, 目光无神, 眼眶凹陷, 见于大出血、严重休克、脱水等病人。

10. 出血点直径小于 2mm 者称为瘀点, 直径 3~5mm 称为紫癜, 直径 5mm 以上者称为瘀斑, 片状出血伴皮肤显著隆起称为血肿。

11. 黄染: 是由于血液中胆红素过高引起的, 早期或轻微黄染见于巩膜及软腭黏膜。

12. 发绀主要是由于单位容积血液中还原血红蛋白量增高引起。

13. 蜘蛛痣的产生与体内雌激素增高有关, 常见于慢性肝病病人。

14. 扁桃体肿大一般分为三度: 不超过咽腭弓者为Ⅰ度, 超过咽腭弓者为Ⅱ度, 扁桃体达咽后壁中线者为Ⅲ度。

15. 桶状胸廓呈桶形, 前后径增大, 肋间隙加宽, 多见于肺气肿病人。

16. 扁平胸廓扁平, 前后径小于左右径的一半, 可见于慢性消耗性疾病如肺结核病人。

17. 大量胸膜腔积液、气胸或纵膈肿瘤可将气管推向健侧。

18. 广泛胸膜粘连、肺不张可将气管拉向患侧。

19. 触觉语颤减弱或消失主要见于肺气肿、阻塞性肺不张、大量胸腔积液、气胸的病人; 语颤增强见于肺组织炎症或肺实变的病人。

20. 叩诊音共有五种, 清音、浊音、实音、鼓音、过清音。正常人肺部的叩诊音为清音。

21. 在正常肺泡呼吸音部位若出现支气管呼吸音则为异常的支气管呼吸音, 见于肺实变。

22. 双侧对称性呼吸运动减弱是肺气肿的特点。

23. 急性肺水肿病人可闻及两肺满布湿啰音。

24. 肺炎病人可闻及局部湿啰音。
25. 肺淤血病人可闻及两肺底湿啰音。
26. 有机磷农药中毒者有大蒜味。
27. 尿毒症患者有尿味。
28. 糖尿病酮症酸中毒者有烂苹果味。
29. 潮式呼吸，是一种呼吸由浅慢逐渐变为深快，然后再由深快到浅慢，继之暂停，周而复始。
30. 间停呼吸，表现为呼吸次数明显减少且每隔一段时间即有呼吸暂停数秒钟，随后又重复上述节律。
31. 库斯莫尔呼吸见于糖尿病酮症酸中毒病人，呼吸深大，频率可快可慢。
32. 肺癌多向右侧锁骨上窝或腋窝淋巴结群转移；胃癌多向左侧锁骨上窝淋巴结转移。
33. 颈静脉怒张，提示上腔静脉回流受阻，静脉压增高，常见于右心衰竭、心包积液、纵隔肿瘤等病人。
34. 肝颈静脉回流征阳性为右心功能不全的重要征象之一。
35. 心脏听诊有五个瓣膜听诊区，二尖瓣区位于心尖搏动最强点，肺动脉瓣区位于胸骨左缘第2肋间，主动脉瓣第一听诊区位于胸骨右缘第2肋间，主动脉瓣第二听诊区位于胸骨左缘第3肋间，三尖瓣区位于胸骨下端左缘，即胸骨左缘第4、5肋间。
36. 交替脉为节律规则而强弱交替出现的脉搏，为左室衰竭的重要体征之一。
37. 主动脉瓣关闭不全时可致脉压增大，脉搏骤起骤落、急促而有力，即水冲脉。
38. 心房颤动时可出现脉率少于心率的现象，即脉搏短绌。
39. 病人吸气时脉搏显著减弱或消失的现象称为奇脉，见于心包积液和缩窄性心包炎的患者。
40. 心尖搏动向左移位，甚至略向上，为右心室增大的表现；如心尖搏动向左下移位，则为左心室增大的表现。
41. 心尖区舒张期隆隆样杂音是二尖瓣狭窄的特征。
42. 心尖区粗糙的全收缩期杂音，常提示二尖瓣关闭不全。
43. 心尖区柔和而高调的吹风样杂音常为功能性杂音。
44. 主动脉瓣区舒张期叹气样杂音为主动脉瓣关闭不全等。
45. 极度消瘦或严重脱水者腹部凹陷，重者呈“舟状腹”。
46. 腹肌紧张、压痛、反跳痛是腹膜炎病变的三大体征，临床上称腹膜刺激征。
47. 炎症累及腹膜壁层是腹部反跳痛发生的机制。
48. 正常人肠鸣音4~5次/分，无明显增强或减弱。
49. 腹壁静脉曲张常见于门静脉高压所致循环障碍或上、下腔静脉回流受阻而有侧支循环形成时。
50. 急性胃肠道穿孔或脏器破裂所致急性弥漫性腹膜炎，腹膜刺激而引起腹肌痉挛，腹壁常有明显紧张，甚至强直如木板，称板状腹。
51. 急性胃肠炎时，肠鸣音活跃；肠麻痹时，肠鸣音可减弱或消失。
52. 瞳孔缩小见于有机磷、巴比妥类、吗啡等药物中毒。
53. 瞳孔散大见于视神经萎缩、阿托品药物中毒及深昏迷病人。
54. 两侧瞳孔大小不等，提示颅内病变，如颅内出血、脑肿瘤及脑疝等。
55. 瞳孔对光反射迟钝或消失，见于昏迷病人。
56. 锥体束受损时，病人可出现病理反射，即可出现巴宾斯基征、奥本海姆征、戈登征、查多克征。
57. 颈项强直、凯尔尼格征、布鲁津斯基征为脑膜刺激征。
58. 角膜反射、腹壁反射、提睾反射为浅反射。
59. 肱二头肌反射、肱三头肌反射、膝腱反射、跟腱反射为深反射。
60. 血红蛋白(Hb)正常值：男性120~160g/L；女性110~150g/L。
61. 白细胞及中性白细胞增多多见于急性感染，尤其是化脓菌感染，如肺炎球菌性肺炎、败血症等。
62. 白细胞及中性粒细胞减少多见于病毒感染如流感、麻疹。
63. 淋巴细胞增多见于病毒感染、结核感染以及慢性淋巴细胞性白血病。
64. 网织红细胞的增减，可反映骨髓造血功能，减少见于再生障碍性贫血。
65. 粪便隐血试验前应指导病人避免服铁剂、动物血、肝类、瘦肉及大量绿叶蔬菜3天，勿咽下血性唾液，以防假阳性。
66. 各种黄疸时总胆红素均可升高：1.7~34.2 μ mol/L临床上称为隐性黄疸；>34.2 μ mol/L为显性黄疸。
67. 白蛋白与球蛋白比值(A/G)为1.5~2.5:1。
68. 血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)广泛存在于肝、心、脑、肾、肠等组织细胞中，以肝细胞中含量最高。
69. 胸导联探查电极的安放位置：V₁导联位于胸骨右缘第4肋间，V₂导联位于胸骨左缘第4肋间，V₃导联位于V₂与V₄连线的中点，V₄导联位于左锁骨中线第5肋间，V₅导联位于左腋前线平V₄水平，V₆导联位于左腋中线平V₅水平。
70. P波由心房激动所产生，代表左右心房除极时的电位变化。
71. P-R间期：为心房开始除极到心室开始除极的时间，反映电活动从心房到心室的传导时间。

72. QRS 波群: 由心室激动所产生, 代表全部心室肌除极时的电位变化和时间。

73. S-T 段: 为心室除极刚结束到复极前的一段无明显电位变化的短暂时间。

74. T 波代表心室复极时的电位变化和时间。

75. Q-T 间期: 为心室从激动开始到复极结束的整个心电活动时间, 代表心室除极、复极的总时间。

76. 黏液、脓样或脓血便见于痢疾、溃疡性结肠炎、直肠癌。

77. 柏油样便黑色富有光泽, 呈柏油样, 见于各种原因引起的上消化道出血。

78. 鲜血便见于肠道下段出血性疾病, 如痢疾、结肠癌、痔疮等。

79. 白陶土样便见于各种原因引起的阻塞性黄疸。

80. 米泔样便呈白色淘米水样, 内含黏液片块、量多, 见于霍乱和副霍乱。

81. 急性上呼吸道感染, 最常见的病原体为病毒, 约占 70%~80%。

82. 哮喘持续状态是指严重哮喘发作持续 24 小时以上, 经用一般支气管舒张药物治疗无效者。

83. 结核菌素试验结果的判断: 皮肤硬结直径小于 5mm 为阴性, 5~9mm 为弱阳性, 10~19mm 为阳性, 20mm 及以上或不足 20mm 但出现水泡、坏死为强阳性。

84. 大咯血患者首选的止血药为垂体后叶素。

85. 慢性支气管炎最突出的症状是长期反复咳嗽。

86. 呼吸衰竭病人最早、最突出的表现则是呼吸困难。

87. 支气管肺癌常见的早期症状是咳嗽, 患者常以阵发性刺激性呛咳为首发症状。

88. 处理肺结核病人的痰液最简便、最有效的方法是焚烧。

89. 高热的肺炎病人降温原则首选物理降温, 尽量不用退热药。

90. 对肺结核等疾病引起的咯血患者不宜大量应用镇静剂, 以免抑制呼吸, 引起窒息。

91. 无力咳嗽的患者应慎用体位引流, 因其难以耐受, 且大量痰液涌出易致窒息。

92. 肺结核诊断最可靠的依据是痰结核菌检查。

93. 体位引流每次持续时间 5~15 分钟 (<30 分钟)。

94. Ⅱ型呼吸衰竭患者应采用低浓度 (<30%~35%) 持续给氧的原则。

95. 加强腹式呼吸可使 COPD 患者呼吸阻力减低, 肺泡通气量增加, 提高呼吸效率。

96. 支气管哮喘典型的临床表现是发作性呼气性呼吸困难。

97. 对于痰液黏稠不易咳出者各项排痰措施应在通过雾化吸入使痰液稀释的基础上进行。

98. 慢性肺心病病人应给予持续低流量吸氧, 1~3L/min, 以免抑制呼吸中枢。

99. 对肺结核病人的健康指导最重要的是按医嘱规则服药, 坚持疗程。

100. 重症哮喘病人应保证液体的入量。

101. 观察中毒性肺炎的病情变化, 最重要的是患者血压的变化情况。

102. 易引起周围神经炎的抗结核药物为异烟肼。

103. 对支气管扩张的患者进行口腔护理是为了减少感染机会。

104. 慢性肺源性心脏病的症状加重主要由于急性呼吸道感染。

105. 为防止哮喘病人痰液黏稠不易咳出, 应让病人多饮水, 每日进液量至少为 1500ml。

106. 患者咯血不止时, 不应让患者摒气, 而应尽量轻轻咯出, 以免发生窒息。

107. 感染是慢性支气管炎发生和加重的最主要原因。

108. 运用胸部物理治疗排除痰液应在气道湿化、痰液充分稀释的基础上进行。

109. 肺炎球菌肺炎病人体温退后复升提示有并发症的发生。

110. 结核菌素试验阴性除提示没有结核菌感染外, 还见于人体免疫力和变态反应暂时受抑制的情况; 阳性仅表示结核感染, 并不一定患病。

111. 肺心病、心力衰竭的治疗中最主要的是控制感染, 改善通气功能。

112. 进行动脉血气分析应注意肝素抗凝, 隔绝空气并及时送检。

113. 肺气肿患者作腹式呼吸时, 吸与呼时间比例为 1:2~3, 即深吸慢呼。

114. 慢性肺源性心脏病患者给予低浓度氧疗的依据是缺 O₂ 是维持此类病人呼吸的重要刺激因子。

115. 大咯血窒息的处理首要措施是保持气道通畅。

116. 肺炎球菌肺炎剧烈胸痛者宜取患侧卧位。

117. 支气管扩张患者痰液的特点是静置后有分层现象。

118. 肺癌患者药物止痛应首选口服给药。

119. 气胸为慢性阻塞性肺气肿常见的并发症。

120. 通气功能障碍主要引起Ⅱ型呼吸衰竭。

121. 严重的哮喘发作, 应警惕呼吸衰竭及自发性气胸等并发症的发生。

122. 肺性脑病临床上表现为先兴奋后抑制, 即早期可出现昼夜颠倒、多言多语等兴奋的表现。

123. 吸入物、感染、食物、药物以及气候变化和运动等因素均可诱发哮喘发作。

124. 痰脱落细胞检查是肺癌诊断简单有效的方法。

125. 咯血窒息主要表现为大咯血突然中止, 出现表情

恐怖，张口瞪目，两手乱抓，抽搐，大汗淋漓或神志突然丧失等。

126. 哮喘发作的病人应多饮水，以稀释痰液，促进痰液排出，必要时可静脉补充液体。

127. 支气管哮喘典型的临床表现为反复出现发作性呼气性呼吸困难，伴哮鸣音，并可自行缓解。

128. II型呼吸衰竭典型的临床表现为皮肤潮红、球结膜水肿等 CO_2 潴留的征象。

129. 呼吸衰竭患者出现兴奋等神经、精神症状应考虑并发肺性脑病。

130. 清理呼吸道无效是痰液黏稠患者常见护理诊断。

131. 对痰液黏稠病人应采取的护理措施主要是稀释痰液及胸部物理治疗。

132. 有效咳嗽的要点是通过深呼吸屏气后蓄积的巨大压力帮助患者将痰咳出，而不是让患者每次连续清咳。

133. 呼吸衰竭的临床表现为呼吸困难、发绀、神经精神症状及心血管症状等。

134. 肺源性呼吸困难者应取半卧位，膈肌下沉，肺容量扩大，以减轻呼吸困难。

135. 慢性肺心病并发肺性脑病者不宜使用镇静剂，以免加重肺性脑病。

136. 继发性支气管扩张最主要的病因是支气管-肺组织的炎性感染和支气管阻塞。

137. II型呼吸衰竭的诊断标准是 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ， $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 。

138. 体位引流的适应证主要是支气管扩张和肺脓肿。

139. 痰菌阳性的肺结核患者应进行呼吸道隔离。

140. 肺癌患者疼痛控制应按时给药，而不是在病人疼痛已发作或加重时才给药，其目的是使疼痛处于被控制状态。

141. 通气功能障碍的患者最有效的措施是开放气道。

142. 肺炎杆菌感染时病人的痰液常为红棕色胶冻状。

143. 金黄色葡萄球菌病人的痰液常为黄脓痰。

144. 铜绿假单胞菌（绿脓杆菌）感染时病人的痰液常为草绿色。

145. 肺脓肿病人的痰液常为脓臭痰。

146. 痰菌阳性的病人是肺结核主要的传染源。

147. 烈日暴晒下2小时，与75%酒精接触2分钟或煮沸5分钟均能杀死结核菌。

148. 胸膜炎所致的胸痛以腋下显著，且可因咳嗽和深呼吸而加剧。

149. 肋间神经痛所致的胸痛沿肋间神经呈带状分布。

150. 自发性气胸所致的胸痛在剧咳或劳动时突然发生，且较剧烈。

151. 链霉素常见副作用为听力障碍、眩晕及肾功能损害。

152. 利福平常见的副作用为肝功能损害和变态反应。

153. 阻塞性肺气肿典型的体征为视诊呈桶状胸，触诊呼吸运动减弱，叩诊过清音，听诊呼吸音减弱，由于小气道过早塌陷，因而呼气相延长。

154. 支气管扩张患者主要的问题在于保持呼吸道通畅和防治感染。

155. 肺结核患者有高热、中毒症状明显及咯血者应卧床休息，而轻症及恢复期患者，不必限制活动。

156. 慢性支气管炎病情迁延常可并发慢性阻塞性肺气肿。

157. 对慢性肺心病患者采取低流量持续给氧方法的基本原理是既维持缺氧对呼吸中枢的兴奋作用，又保证氧分压持续恒定地上升。

158. 结核菌在阴湿环境中能生存5个月以上，深埋难以杀灭结核菌。

159. COPD的患者进行缩唇呼气，其意义在于使气体经过缩窄的口唇缓慢呼出，从而提高支气管内压，延缓小气道的陷闭。

160. 心源性水肿首先出现在身体的下垂部位。

161. 心源性水肿病人没有明显肾功能不全的前提下，每日进液量为前一日尿量加上500ml的入量，使病人每日入量在1500ml左右为宜。

162. 心源性晕厥是由于心排血量突然下降造成的晕厥。造成心源性晕厥较为常见的原因是心律失常，尤其是缓慢性心律失常如病窦综合征。

163. 左心衰竭的早期脉搏表现是交替脉。

164. 心力衰竭病人的饮食，应控制饮食中钠盐的摄入量，控制在 $< 3\text{g/d}$ 为宜。

165. 心力衰竭病人水肿明显时应限制水的摄入量。

166. 鼓励长期卧床的心力衰竭患者在床上作下肢活动，其目的主要是防止下肢静脉血栓形成。

167. 诱发和加重心力衰竭的最常见因素是感染，特别是呼吸道感染。

168. 急性左心衰竭的诊断要点为突发重度呼吸困难，咳嗽、咳大量粉红色泡沫痰，病人常极度烦躁不安、大汗淋漓、口唇青紫、面色苍白，被迫采取坐位，两腿下垂。查体可见心率和脉率增快，两肺满布湿啰音和哮鸣音。

169. 急性左心衰竭的治疗重点在于强心、利尿和扩血管。强心药应选用静脉给予西地兰，扩血管药物应给予可同时扩张动、静脉血管的药物硝普钠，利尿剂应选用强效的袢利尿剂即呋塞米。

170. 洋地黄类药物中毒的常见毒性反应有：①胃肠道反应；②心血管系统反应；③神经系统反应。

171. 洋地黄类药物较严重的毒性反应是心律失常。

172. 洋地黄中毒致心律失常以室性期前收缩二联律最常见。

173. 长期心房颤动病人使用洋地黄后心律变得规则，心电图 ST 段出现鱼钩样改变，应注意有发生洋地黄中毒的危险。

174. 胃肠道症状中厌食是洋地黄中毒最早的表现，继而恶心、呕吐，属于中枢性，常为中毒的先兆，也是中毒较为常见的表现之一。

175. 洋地黄中毒导致的缓慢性心律失常应该给予阿托品治疗。

176. 洋地黄中毒导致的快速性心律失常首选应用利多卡因/苯妥英钠治疗。

177. 洋地黄与钙剂应避免同时应用，如有必要至少应间隔 4 小时。

178. 洋地黄还不宜与肾上腺素合用，以免增加洋地黄毒性。

179. 抢救急性肺水肿病人加压吸氧时，湿化瓶内乙醇浓度是 30%~50%。

180. 急性肺水肿患者给氧方式应是高浓度高流量经酒精湿化给氧。

181. 导致慢性心力衰竭的心脏前负荷过重见于二尖瓣关闭不全、主动脉瓣关闭不全、全身性血容量增多（甲状腺功能亢进、慢性贫血、妊娠）等情况。

182. 导致慢性心力衰竭的心脏后负荷（压力负荷）过重见于高血压、肺动脉高压、主动脉瓣狭窄等。

183. 右心衰竭发生时，由于右心房/室舒缩功能减退，导致右房压升高，继而出现肺动脉高压，影响了上、下腔静脉的回流，导致体循环淤血的发生。

184. 左心衰竭的基本表现是肺淤血所引起的心源性呼吸困难。

185. 左心衰竭最早出现的症状是劳力性呼吸困难，经休息后缓解。

186. 左心衰竭最典型的症状是阵发性夜间呼吸困难，严重者可发生急性肺水肿；晚期出现端坐呼吸。

187. 引起猝死危险的心律失常有频发、多源、成对 R on T 室性期前收缩，室上性阵发性心动过速，心房扑动与心室纤颤，较重的二度房室传导阻滞等。

188. 随时有猝死危险的严重心律失常是室性阵发性心动过速、心室扑动、心室纤颤与第三度房室传导阻滞等。

189. 危险的心律失常，如严重的传导阻滞或病态窦房结综合征，有发生晕厥的可能，应立即通知医生，确定病人发生了何种心律失常，以便采取有效的治疗措施。

190. 心房颤动多发生于有器质性心脏病病人。

191. 心室率不快的心房颤动患者，仅有心悸、气促、心前区不适等；心室率极快者（ >150 次/分），可因心排量降低而发生晕厥、急性肺水肿、心绞痛或休克。

192. 心房颤动（房颤）病人主要应观察心室率的改变。对于房颤的治疗之一是控制心室率，在护理观察方面就是

要了解病人心室率的情况，尤其是每日测量病人心率和脉率，了解脉短绌的情况。

193. 心室纤颤（室颤）的脉搏特征是测不到。

194. 心室内心肌纤维发生快而微弱的、不协调的乱颤，心室完全丧失射血能力，是最严重的心律失常。

195. 室颤一旦发生，表现为意识丧失、发绀、抽搐，体检心音消失、脉搏触不到，血压测不到，继而呼吸停止，瞳孔散大甚至死亡。

196. 窦性心动过速大多属生理现象，常见原因为：吸烟、饮用含咖啡因的饮料、剧烈运动、情绪激动，在某些疾病时也可发生（发热、贫血、甲亢等）。

197. 发生室颤的患者首选的治疗即是电除颤，且应是非同步的电除颤。

198. 房颤病人由于存在脉短绌，即心率与脉率不一致，心率大于脉率。因此应由两人分别同时计数心率和脉率，这样才能准确反映心室率和心房率。

199. 风湿性心瓣膜病与甲族乙型溶血型链球菌反复感染有关，感染后病人对链球菌产生免疫反应，使心脏结缔组织发生炎症病变。

200. 预防风湿性心瓣膜病的根本措施是积极预防链球菌感染。

201. 最常引起急性肺水肿的风湿性心瓣膜病类型是二尖瓣狭窄。

202. 二尖瓣狭窄患者的面容特征是两颊部紫红，口唇轻度发绀。

203. 风湿性心脏病房颤病人突然抽搐、偏瘫首先考虑脑栓塞。

204. 二尖瓣狭窄伴有房颤的病人，血栓脱落引起周围动脉栓塞，以脑动脉栓塞最为常见。

205. 长期卧床的心力衰竭病人有下肢静脉血栓形成时，如血栓脱落可导致肺栓塞。

206. 脑动脉栓塞引起的局部神经缺失症状取决于栓塞的动脉，多为偏瘫或单瘫、偏身感觉缺失、偏盲及抽搐等。

207. 下肢动脉栓塞引起剧烈疼痛；肾动脉栓塞引起剧烈腰痛；肺动脉栓塞引起剧烈胸痛和呼吸困难。

208. 风湿性心脏病病人每天作下肢被动活动和按摩，其目的是促进下肢血液循环，减少下肢深静脉血栓的发生率。

209. 典型心绞痛发作时胸痛的部位：以胸骨体中段或上段之后常见，其次为心前区，可波及约手掌大小范围，可放射至左肩、左臂内侧，甚至可达左手无名指和小指，向上可放射至颈、咽部和下颌部。

210. 典型心绞痛多于体力劳动时或情绪激动、饱餐、受冷、吸烟、心动过速等心肌耗氧量增加的情况下而诱发。

211. 睡眠时发生的心绞痛常是由于冠状动脉痉挛等因素导致，非心肌耗氧量增加所致。

212. 应用硝酸甘油缓解心绞痛，宜舌下含服，不要吞服，以避免肝脏的首过效应。

213. 硝酸甘油对脑血管的扩张作用很明显，服药后往往会出现面色潮红、头痛，站立时易发生“直立性低血压”而导致晕厥，故宜于坐位或卧位服药。

214. 心绞痛的性质：压迫性、发闷、紧缩性或烧灼感。

215. 心绞痛发作时病人可因疼痛而停止原来的活动，疼痛持续时间一般不超过 15 分钟，休息后可使疼痛缓解。

216. 心肌梗死的诊断主要依据典型的胸痛症状、心电图 ST 段抬高典型心肌缺血及坏死表现和心肌损伤标记物的升高。

217. 急性心肌梗死病人第 1 周前三天绝对卧床休息；第 4 天可进行关节主动运动，坐位洗漱、进餐；第 2 周，坐椅子上进餐，洗漱；第 3 周逐步离床在室内缓步走动。

218. 急性心肌梗死患者出现阵发性室性心动过速，预示即将发生心颤。

219. 75%~95% 急性心肌梗死患者在起病 1~2 天内会发生心律失常，尤其是 24 小时内最多见。

220. 急性心肌梗死后发生的各种心律失常中以室性心律失常最多见，而室性心动过速，频发性、多源性室性期前收缩（R on T），常为室颤的先兆。

221. 急性心肌梗死病人吸氧的目的是改善心肌缺氧，减轻疼痛。

222. 急性心肌梗死患者发生左心衰竭的主要原因是心肌收缩力减弱和不协调。

223. 急性心肌梗死 24 小时内应禁用的药物是洋地黄。

224. 易发生洋地黄中毒的情况有：缺氧、心肌严重受损、低钾、肾功能不全、老年人等情况。

225. 急性心肌梗死患者在急性期内应给予心电、血压、呼吸监护，应收入 CCU 病房。

226. 高血压降压治疗宜缓，不宜使血压降得过快过低，其减少组织血液供应，尤其对老年人，可因血压过低而影响脑部供血。

227. 原发性高血压最常见的死亡原因是脑血管意外。

228. 高血压的分期目前已经为高血压的危险分层所取代，因此建议大家在复习中要着重掌握高血压的危险分层，对于高血压 2 期的患者，由于没有临床上的靶器官损害的表现，仅是客观检查所见靶器官的损伤，故不应限制患者的活动，且应当鼓励患者适量进行运动。

229. 急进型（恶性）高血压，血压明显升高，舒张压多在 130mmHg 以上，病程进展迅速，多死于尿毒症。

230. 高血压、动脉粥样硬化老年患者的饮食需以低盐、低动物脂肪饮食为宜，避免高胆固醇食物，多食含维生素、蛋白质、高钙和富含钾的食物，对体重超标准者饮食宜清淡、适当控制食量和总热量。

231. 高血压的健康教育内容包括：合理膳食，不宜摄

入高热量、高糖饮食；戒烟限酒，适量运动，保持情绪稳定。

232. 某高血压伴支气管哮喘患者，降压药物禁用 β 受体阻滞剂，如阿替洛尔。

233. 1999 年 WHO/ISH 对 1 级高血压的诊断标准是收缩压 140~159 mmHg，舒张压 90~99 mmHg。

234. 原发性高血压需要用药物治疗时，一般需要长期甚至终身服药，治疗的目的是：使血压下降、接近或达到正常范围；预防或延缓并发症的发生。不能在血压控制到正常范围内后随意停药，一旦停药，血压还会再次升高。

235. 原发性高血压的发病机制未明，高级神经中枢功能失调在高血压发病中占主导地位。

236. 急性左心衰竭肺水肿时，应置病人于两腿下垂坐位或半卧位，以减少静脉回流。

237. 室性早搏心电图特点为 QRS 波群提前出现，形态宽大畸形，QRS 时限 >0.12 秒，其前无相关的 P 波；T 波常与 QRS 波群的主波方向相反；期前收缩后有完全代偿间歇。

238. 风湿性心瓣膜病最常受累者为二尖瓣，单纯二尖瓣狭窄者占风心病患者 25%，其次易受累的为主动脉瓣。

239. 急性心肌炎有多种病因，但多数是因感染所致，包括病毒感染、细菌感染、寄生虫感染等，病毒感染是主要病因。

240. 病毒性心肌炎病因以引起肠道和呼吸道的各种病毒最常见，如：柯萨奇病毒 A 和 B、埃可病毒、脊髓灰质炎病毒、流感和疱疹病毒，尤其是柯萨奇病毒 B。

241. 幽门梗阻是消化性溃疡的常见并发症之一，主要由十二指肠溃疡或幽门管溃疡引起，特征性表现为餐后上腹部饱胀，频繁呕吐宿食。

242. 柏油样粪便是由于上消化道出血后，血红蛋白的铁质经肠道内硫化物的作用，形成黑色的硫化铁，混有肠道黏液，使排出的粪便漆黑光亮。病因以十二指肠溃疡、胃溃疡和肝硬化所致食管胃底静脉曲张破裂最为常见。

243. 严重呕血病人需禁食，如为消化性溃疡出血，可在止血后 24 小时给予温流质饮食；食管-胃底静脉曲张破裂出血者，需禁食时间较长，一般于出血停止 48~72 小时后可先试给半量冷流质饮食。

244. 消化性溃疡少量出血，一般不需禁食，可摄入少量流质饮食，以中和胃酸，减少饥饿性胃肠蠕动，有利于止血。

245. 肾上腺皮质激素与溃疡的形成和再活动有关，消化性溃疡患者应避免口服泼尼松（糖皮质激素）。

246. 非甾体抗炎药（如消炎痛）除可直接损伤胃黏膜外，还能抑制前列腺素和依前列醇的合成，从而损伤黏膜的保护作用。

247. 铋剂在酸性环境中，可与溃疡面渗出的蛋白质相

结合,形成一层防止酸和胃蛋白酶侵袭的保护屏障。此外,还具有抗幽门螺杆菌的作用。

248. 消化性溃疡癌变时可有疼痛节律的改变或消失。

249. 消化性溃疡患者宜定时进餐,少量多餐,溃疡活动期可每天进餐5~6顿,不但可减轻胃肠道的负担,还可中和胃酸。

250. 肉汤可刺激胃酸分泌,不适宜消化性溃疡患者。

251. 抗酸药应在餐后1~2小时服用。

252. H₂受体拮抗剂(如西咪替丁)能阻止组胺与其H₂受体相结合,使壁细胞分泌胃酸减少。

253. 质子泵阻滞剂(如奥美拉唑)是已知的作用最强的胃酸分泌抑制剂。这类药物可以抑制壁细胞分泌H⁺的最后环节H⁺-K⁺-ATP酶(质子泵),有效地减少胃酸分泌。

254. 双气囊三腔管适用于肝硬化食道胃底静脉曲张患者,一般不用于单纯消化性溃疡大出血患者。

255. 慢性、周期性和节律性上腹痛是消化性溃疡腹痛的特点,其中十二指肠溃疡患者上腹痛节律性的特点为疼痛-进食-缓解,是临床初步诊断的重要依据。

256. 十二指肠溃疡患者腹痛多在餐后3~4小时出现,持续至下次进餐,进食后可减轻或缓解。有时可在半夜发生疼痛称“夜间痛”,一般溃疡疼痛可经服制酸剂、休息、用手按压腹部或呕吐而减轻。

257. 胃溃疡好发于胃小弯侧,疼痛多位于上腹部,剑突下正中或偏左,疼痛多在餐后半至1小时出现,至下餐前缓解。

258. 纤维胃镜检查是消化性溃疡确诊的重要依据。镜下可见溃疡呈圆形或椭圆形,底部平整,边缘整齐,深浅不一,早期病变限于黏膜下层,晚期可深达肌层。

259. 幽门螺杆菌为消化性溃疡的一个重要病因,幽门螺杆菌感染破坏了胃的黏膜屏障,导致消化性溃疡的发生。

260. 出血是消化性溃疡最常见的并发症,十二指肠溃疡比胃溃疡易发生。少数患者可以出血为首发症状。

261. 穿孔为消化性溃疡较常见的并发症,急性胃穿孔患者可出现典型的急性腹膜炎的临床表现。

262. 消化性溃疡合并急性穿孔应早期发现,立即禁食,置胃管予胃肠减压,补血,补液,迅速作好术前准备,争取6~12小时内紧急手术。其中,首要的护理措施为禁食和胃肠减压。

263. 癌变是胃溃疡较少见的并发症。中老年患者,症状顽固,疼痛持久,失去原来的规律性,厌食,消瘦,胃酸缺乏,粪便隐血实验持续阳性,经内科积极治疗无效,应考虑癌变的可能性。

264. 消化性溃疡患者抑制胃酸分泌药(如法莫替丁、奥美拉唑)应在餐后1~2小时及睡前服用1次,胃黏膜保护药(如硫糖铝)及胃动力药(如吗丁啉)应在餐前1小时

及睡前1小时服用。

265. 腹水是肝硬化最突出的临床表现,失代偿期患者75%以上有腹水。

266. 肝硬化失代偿期门脉高压,脾脏因门脉压力增高肿大,常伴有脾功能亢进,从而加速血细胞破坏,并抑制血细胞的成熟,表现为白细胞、血小板和红细胞计数减少。

267. 肝硬化失代偿期门脉高压,可导致侧支循环建立和开放,其中可致食管下段和胃底静脉曲张,此类患者进食粗糙坚硬食品导致机械损伤后,可出现呕血等上消化道大出血的症状。

268. 肝硬化患者若在短期内出现肝增大,且表面发现肿块,持续肝内疼痛或腹水呈血性,应想到并发原发性肝癌的可能,应进一步检查。

269. 肝性脑病为晚期肝硬化最严重的并发症,又是常见死亡原因。

270. 肝硬化患者使用稀醋酸溶液灌肠,可酸化肠道,减少肠道氨的吸收,预防肝性脑病。

271. 上消化道出血是肝性脑病的常见诱因。肝硬化患者上消化道出血后,血液淤积在胃肠道内,经细菌分解产生大量的氨,后者可经肠壁扩散入血引起血氨升高,从而促发肝性脑病。

272. 肝硬化合并食管胃底静脉曲张破裂时,由于出血量大、出血速度快,患者最有可能首先出现失血性休克。应迅速建立静脉通路进行补液、输血,以求在短期内输入足量的液体,维持有效血循环。

273. 肝硬化患者内分泌功能异常主要表现为肝对雌激素灭活能力减退,导致雌激素在体内增多,抑制脑腺垂体功能,促性腺激素分泌减少,男性患者可有性欲减退、睾丸萎缩、乳房发育等;女性有月经失调、闭经等。并可见肝掌和蜘蛛痣。

274. 脾大、侧支循环的建立和开放、腹水是门脉高压的三大表现,尤其侧支循环的开放对门静脉高压症的诊断有特征性意义。食管-胃底静脉曲张是最常见的开放侧支之一。

275. 对于肝硬化食道胃底静脉曲张破裂大量呕血患者,最简便有效的止血措施是经鼻或口腔插入三腔二囊管,止血效果肯定。

276. 在我国门脉高压症的主要病因是肝硬化,其他原因所致门静脉高压较少见。

277. 肝硬化病人进食时应细嚼慢咽,必要时药物应研成粉末服用,其目的是避免引起食管胃底静脉曲张破裂出血。

278. 肝硬化患者便秘时不宜采用肥皂水灌肠,后者为碱性,可使肠道碱化,利于氨的吸收,诱发和加重肝性脑病。

279. 乳果糖口服后在结肠中被细菌分解为乳酸和醋

酸,使肠内呈酸性,从而减少氨的产生。

280. 肝硬化患者营养状态一般较差,常有负氮平衡,宜给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

281. 肝硬化患者出现肝性脑病先兆,应限制或禁食蛋白质,但应保证热能供给。

282. 补充支链氨基酸可纠正由于支链氨基酸减少和芳香族氨基酸增多导致的氨基酸代谢不平衡,从而抑制大脑中由于增多的色氨酸衍生的假神经递质5-羟色胺的形成,从而治疗肝性脑病。

283. 对顽固性腹水的治疗,较好的方法是腹水浓缩回输。腹水浓缩回输时,先放出腹水,通过浓缩处理后再静脉回输,可消除水、钠潴留,提高血浆白蛋白浓度及有效循环血容量,并能改善肾血液循环。

284. 肝硬化腹水患者须限制水的摄入量,以防止加重水的潴留。部分患者通过钠、水摄入的限制,可产生自发性利尿,使腹水减退。一般无显著低钠血症者,每日进水量限制在1000ml左右。

285. 肝硬化腹水患者的腹水是由于门脉内压力增高、血清白蛋白减少、淋巴回流受阻以及肾小球滤过率下降等综合因素的作用使组织液漏入腹腔而成,腹水性质为漏出液。

286. 原发性肝癌患者腹部疼痛常局限于右上腹部,呈持续性胀痛或钝痛,肝痛原因与肿瘤增长迅速使肝包膜被牵拉有关。患者突然出现腹部剧痛、腹膜刺激征,根据病史,应首先考虑肝癌结节破裂,并破入腹腔。

287. 肝脏呈进行性大,质地坚硬,表面凹凸不平,呈结节状,边缘不规则,是原发性肝癌患者最突出的体征。

288. 原发性肝癌的治疗方法有手术治疗、化学治疗和放射治疗等。其中手术切除仍是目前根治本病的最好方法,适合手术者应及早手术切除。

289. 一期(前驱期)肝性脑病患者,临床表现的特点为轻度性格改变和行为失常。病人应答尚准确,但吐词不清且较缓慢。脑电图多数正常。

290. 二期(昏迷前期)肝性脑病患者,临床表现的特点以精神错乱、睡眠障碍、行为失常为主。伴有如腱反射亢进、肌张力增高、踝阵挛及Babinski征阳性、扑翼样震颤,脑电图有特征性异常。

291. 三期(昏睡期)肝性脑病患者,临床表现的特点以昏睡和精神错乱为主,神经系统体征持续或加重,多呈昏睡状态,但可唤醒,可回答问题,但常有神志不清和幻觉。脑电图有异常波形。

292. 四期(昏迷期)肝性脑病患者,神志完全丧失,不能唤醒。脑电图明显异常。

293. 急性胰腺炎患者血清淀粉酶在发病开始后8小时开始升高,而尿淀粉酶是发病后12~24小时开始升高。

294. 水肿型急性胰腺炎多见,一般病情较轻,不出现

全身和局部并发症;出血坏死型则病情较重,易并发休克、腹膜炎等,死亡率高。

295. 禁食及胃肠减压可减少胃酸与食物刺激胰液分泌,减轻腹痛与腹胀,为急性胰腺炎首选护理措施。

296. 急性胰腺炎经治疗后,腹痛呕吐基本缓解,可给少量糖类(碳水化合物类)流质,以后逐渐恢复饮食,但忌油脂。

297. 出血坏死型者可出现低钙血症,且低血钙程度与临床严重程度平行,常是重症与预后不良的征兆。血清淀粉酶的高低不一定反映病情轻重。

298. 在我国引起急性胰腺炎的最常见病因为胆道疾病(如胆结石、胆道炎症和胆道蛔虫等)。

299. 原发性肝癌患者中约1/3有慢性肝炎史,肝癌病人血清HbsAg及其他乙型肝炎标志的阳性率可达90%,明显高于正常人群,目前认为乙型肝炎病毒肯定是促癌因素。

300. 内生肌酐清除率是指肾脏在单位时间内将若干毫升血浆中的内生肌酐全部清除的能力。它是简便而可靠的反映肾小球滤过功能的一项指标,可反映早期肾小球功能下降。

301. 肾性水肿早期多出现于组织疏松部位,如眼睑和颜面部,且以晨起明显。

302. 生理性蛋白尿的特点是持续时间短,尿蛋白量小(一般低于1g/d),去除诱因后可以自行恢复。

303. 肾性高血压可分为容量依赖型和肾素依赖型两大类,一般为二者混合存在。

304. 24小时尿量低于400ml称为少尿,24小时尿量低于100ml称为无尿。慢性肾功能衰竭患者晚期会出现少尿或无尿。

305. 多尿指成人24小时尿量大于2500ml。

306. 夜间尿量大于750ml称为夜尿增多。

307. 尿路刺激征包括尿频、尿急、尿痛和排尿不尽感。

308. 急性肾炎常发生于溶血性链球菌A组12型等“致肾炎菌株”所致的上呼吸道感染或皮肤感染后。

309. 急性肾小球肾炎的主要临床表现是水肿、少尿、高血压和血尿,几乎所有的患者都会表现出血尿。

310. 急性肾炎在起病的前两周应卧床休息,以增加肾血流,减轻肾脏的负担,有利于患者恢复。

311. 慢性肾小球肾炎发病的起始因素多为免疫介导炎症。

312. 大多数慢性肾小球肾炎起病即属于慢性炎症,这一点与多数慢性疾病不同。

313. 高血压是慢性肾炎进展、肾功能恶化的重要诱因,当慢性肾小球肾炎患者血压增高时应积极控制高血压。

314. 慢性肾小球肾炎必有的临床表现是轻中度的蛋白尿。

315. 慢性肾小球肾炎的患者,其高血压一般为轻到中