

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100元网上学习费用

2010

护理学专业「护师」 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

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

2010

护理学专业(护师) 资格考试——本題

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社

中国医药出版社



中国医药出版社

全国卫生专业资格考试丛书

**护理学专业（护师）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 (护师) 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 978-7-81116-298-1

I. 护… II. 北… III. 护理学—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 153084 号

护理学专业 (护师) 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: 莱芜市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: 54.25 字数: 1526 千字

版 次: 2008 年 11 月第 1 版 2009 年 9 月修订 2009 年 10 月第 3 次印刷

书 号: ISBN 978-7-81116-298-1

定 价: 98.00 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)



护师资格考试历年考点精编

一、基础护理学

1. 1912年,国际护士会将5月12日(南丁格尔的生日)定为国际护士节。
2. 中华护士会成立于1909年,1936年改名为中华护士学会,1964年改名为中华护理学会。
3. 1860年,南丁格尔在英国的圣托马斯医院创办了世界上第一所护士学校。
4. 1988年,美国护士约翰逊在福州一所医院里开办了我国第一所护士学校。
5. 现代护理的发展经历了以疾病为中心、以病人为中心、以人的健康为中心这三个阶段。
6. 人、健康、环境和护理是护理学最基本的四个概念,其中,核心是人,即护理实践是以人的健康为中心的活动。
7. 随着护理学科的发展,护理的服务对象从单纯的病人扩大到健康人群,即护理的服务对象是所有的人。
8. 健康不但是没有疾病和身体缺陷,还要有完整的生理、心理状况与良好的社会适应能力。
9. 健康是一个动态的、连续变化的过程。
10. 成长与发展是持续的、有顺序的,并按照有规律的和可预测的方式进行。
11. 机体的环境包括内环境和外环境。
12. 护理是诊断和处理人类对现存的或潜在的健康问题的反应。
13. 整体护理是一种护理观,即以整体人为中心,以现代护理观为指导,以护理程序为框架,为服务对象提供全方面身心整体护理。
14. 广义的整体护理包含以下含义:①护理贯穿于人生命的全过程;②护理贯穿于人的健康与疾病的全过程;③护理的范围涵盖个人、家庭和社会。
15. 病室内的适宜温度是18~22℃,相对湿度以50%~60%为宜。病床之间的距离不得少于1米。
16. 系统具有边界,系统的基本目标是维持内部的平衡与稳定;系统整体的功能大于且不等于各组成部分功能的总和。
17. 系统的相关性是指系统的各要素之间相互联系、相互依赖、相互制约。
18. 开放系统是指与环境间持续发生物质、能量、信息交换,是通过输入、输出和反馈过程完成的。
19. 弗洛伊德的性心理学说分为意识、前意识和潜意识;

识;人格结构理论由本我、自我和超我组成。

20. 弗洛伊德的口欲期(0~1岁),性本能集中在口腔,通过吸吮、吞咽、咀嚼等经口的活动获得快乐和安全感。
21. 弗洛伊德的肛欲期(1~3岁),性本能集中在直肠及肛门,愉快感主要来自排泄及自己对排泄的控制。
22. 弗洛伊德的性蕾期(3~6岁),性本能集中在生殖器,并察觉到性别差异。
23. 弗洛伊德的潜伏期(7~12岁),兴趣由对自己及父母的注意逐渐扩大到周围的事务上,如智力及身体活动上。
24. 弗洛伊德的生殖期:12岁以后。性本能重新回到生殖器,注意力转向年龄接近的异性伴侣。
25. 艾瑞克森的口感期(0~18个月),此期发展任务是信任对不信任;肛-肌期(18个月~3岁),发展任务是自主对羞愧或疑虑。
26. 艾瑞克森的生殖-运动期(3~6岁),发展任务是主动对内疚;潜在期(6~12岁),发展任务是勤奋对自卑。
27. 艾瑞克森的青春期(12~18岁),发展任务是自我认同对角色紊乱;成人早期(18岁~40岁),发展任务是亲密对孤独。
28. 艾瑞克森的成人期(40~65岁),发展任务是繁殖或有成就对停滞;老年期(65岁以上),发展任务是完善对失望。
29. 皮亚杰把认知发展的过程分为感觉运动期(出生至2岁)、前运算思维期(2~7岁)、具体运算思维期(7~11岁)和形式运算思维期(10~11岁开始)。
30. 生理需要是最重要的,有些需要须立即、持续给予满足,各层次需要间相互影响,通常在一个层次的需要被满足后,更高一层次的需要才出现,并逐渐强烈。
31. 压力反应的过程包括警报反应期、抵抗期和衰竭期。
32. 病人角色行为缺如是指病人不能正确对待自己的疾病或不承认自己是病人,而不能正确地履行病人的权利和义务。
33. 病人角色行为消退是指病人在适应病人角色后,由于一些原因又承担部分社会角色的责任,从而使病人角色行为减少或消退。
34. 病人角色行为强化表现出对自己没有信心,依赖性增强,对承担其他角色感到不安,而安于病人角色的行为。

35. 病人角色行为冲突是其在适应病人角色的过程中,与其患病前承担的各种角色发生心理冲突而引起的行为不协调。

36. 纽曼健康系统模式阐述了人、压力源及人的反应三方面的内容。人作为服务系统的核心部分为基本结构,是机体的能量源。外层为抵抗线,抵抗线外为正常防线,正常防线外为弹性防线。

37. 根据纽曼健康系统模式,压力源可分为个体内压力源、人际间压力源、个体外压力源。

38. 根据纽曼健康系统模式,采取三级预防的原则组织护理活动。

39. 适应模式中,人的适应性反应反映在生理功能、自我概念、角色功能、相互依赖四个层面。

40. 适应模式中一级评估收集四个效应器方面的输出性行为,确定患者是适应性反应还是无效反应。二级评估对三种刺激进行评估,明确引发无效反应的原因。

41. 自理理论中护理关心的是个体的自理能力在特定时期是否能满足其自理需要。

42. 自理理论中自理缺陷结构中阐述了个体什么时候需要护理。

43. 根据自理理论,分为全补偿护理系统、部分补偿护理系统、支持-教育系统。

44. 根据自理理论,自理需要分为普遍性的自理需要、发展性的自理需要、健康偏离性自理需要。

45. 护理是一种治疗性的人际间关系,分为认识期、确认期、进展期和解决期四个阶段。

46. 提供社区初级保健的主要机构是一级医院。

47. 社区是指一定地域内具有某些共同特征的人群在社会生活中所形成的共同体。

48. 社区卫生服务是以人群健康为中心、以家庭为单位、以社区为范围、以需求为导向。

49. 社区卫生服务的特点包括广泛性、综合性、连续性和实用性四个方面。

50. 社区卫生服务应坚持把社会效益放在首位的原则。

51. 开放式问题没有固定的答案,是让患者自由作答。

52. 共同参与型模式适用于慢性病患者和受过良好教育的患者。

53. 指导-合作型模式适用于虽然病情较重,但是意识清楚的患者。

54. 护患关系中初始期从病人与护士初次接触时就开始了。

55. 初始期的主要任务是建立信任关系。

56. 护患关系工作期的主要任务是护士通过实施护理措施来帮助病人解决健康问题。

57. 沟通过程中不应急于更正患者不正确的观念。

58. 信息是沟通得以进行的最基本的要素。

59. 医疗卫生法规可以是由国家立法机关正式颁布的规范性文件,以及由非正式立法机关颁布的在其所辖范围内有效的规范性文件,以上文件均是法律体系的重要组成部分。

60. 医疗事故处理中,病历资料、现场实物应在医患双方共同在现场时封存。

61. 发生重大医疗事故的部门应在12小时内上报其卫生行政部门。

62. 护生在执业护士的督导下发生差错或事故,除本人要负责外,带教护士要负法律责任。

63. 患者家属对患者死因有异议时,应在患者死亡后48小时内进行尸检。

64. 护理程序包括五个步骤,即评估、诊断、计划、实施和评价。

65. 一般系统论是护理程序的基本框架。

66. 主观资料是指病人的主诉包括病人的经历、感觉以及他所看到、听到或想到的对于健康状况的主观感觉,如:疼痛、麻木、胀痛、瘙痒,或感到软弱无力等。

67. 护理诊断的陈述方式PES公式,具有P、E、S三个部分。P—护理诊断的名称;E—相关因素;S—临床表现,主要是症状和体征,也包括实验室、器械检查结果。

68. 确定知识缺乏的诊断,可以陈述为“知识缺乏:缺乏……方面的知识”。

69. 一个护理诊断只针对一个健康问题。

70. 护理诊断是关于个人、家庭、社区对现存的或潜在的健康问题或生命过程的反应的一种临床判断,这些预期结果是应由护士负责的。护理诊断必须是用护理措施可以解决的。

71. 医生与护士共同合作才能解决的问题属于合作性问题。多指由于脏器的病理生理改变所致的潜在并发症。

72. 不舒适的最严重表现是疼痛。

73. 促进舒适的首要措施是了解原因。

74. 去枕仰卧对全麻术后未醒者可防止呕吐物入气管;对脊髓腔穿刺后的患者可防颅压降低所致头疼。

75. 中凹卧位,适用休克病人,利于呼吸及静脉回流。

76. 头高脚低位,适用于颅脑术后、预防脑水肿及颈椎骨折病人。

77. 半坐卧位应床头抬高 $30^{\circ}\sim 50^{\circ}$,膝下支架抬起 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ 。

78. 半坐卧位,对部分头颈部术后病人可减少局部出血,对腹部术后病人可减轻伤口处张力,对急性左心衰病人可减轻肺部淤血,对腹、盆腔炎症或术后病人可使感染局限化,对心肺疾病所致的呼吸困难可改善呼吸。

79. 端坐位多为被迫体位,常见于支气管哮喘发作、急性肺水肿、心包积液、呼吸极度困难者。

80. 灌肠时应取侧卧位,导尿、腹部检查时应取屈膝

仰卧位。

81. 膝胸位适于矫正子宫后倾及胎位不正，截石位适于膀胱镜检查。

82. 儿童与成人在疼痛表达上表现不同。

83. 对急性疼痛者，诊断未明确前不得随意使用镇痛药；对慢性疼痛者，使用镇痛药时应尽量在疼痛发作前。

84. 对癌症疼痛者，应用三阶段止痛疗法。轻度可选解热镇痛类药物；中度可选弱阿片类药物，如可待因；重度可选强阿片类药物，如吗啡。

85. 正常睡眠周期 90 分钟，遗尿多在第Ⅳ期，梦境多在 REM 期出现。

86. 豆类及乳制品中含有 L-色氨酸，可缩短入睡时间，为天然的催眠剂。

87. 机体活动能力共分五级：0 级可完全独立活动，1 级需借助器具，2 级需他人守护协助，3 级既需器具也需他人协助，4 级完全不能独立活动。

88. 肌肉等长练习又称静力练习，不伴明显关节活动，可在关节病损时应用，如固定膝关节的股四头肌锻炼，以不引起疼痛为度。

89. 肌肉等张练习又称动力练习，伴大幅度关节活动，符合日常活动的肌肉运动方式，利于改善肌肉的神经控制，但关节病损时禁用。

90. 脂肪的生理功能是促进脂溶性维生素的吸收。

91. 糖类有保肝解毒、抗生酮的作用。

92. 正常成人每日所需钙量为 800mg。

93. 60 岁以上人群维生素 D 供给量不少于 10μg/d。

94. 缺乏钙易引起小儿佝偻病。

95. 缺乏锌会导致生长发育停滞，性成熟受抑制。

96. 缺乏维生素 D 可导致骨质疏松。

97. 高蛋白饮食中蛋白质为 1.5~2g/(kg·d)，每日总量不超过 120g。

98. 低盐饮食每日食盐量小于 2g，不包括食物内自然存在的氯化钠。

99. 低脂饮食脂肪的摄入量应不超过 50g/d。

100. 低蛋白饮食适用于限制蛋白摄入者，如急性肾炎、尿毒症、肝性脑病等患者。

101. 肌酐试验预备期禁食肉、禽、鱼类、咖啡及茶，植物油、蔬菜、水果不限。

102. 潜血试验禁食肉类、肝脏、动物血、绿色蔬菜等易造成假阳性的食物。

103. 胆囊造影第一次摄片显影满意后，可进食高脂晚餐。

104. 食管静脉曲张和食道梗阻患者禁忌插胃管。

105. 胃管是否在胃内的方法包括抽吸胃液、听气过水声、看气泡。

106. 为昏迷病人插胃管时，当胃管插至会厌部时将病

人头部托起以加大咽喉部通道的弧度，便于胃管顺利通过会咽部。

107. 滴注要素饮食时，保持液体温度在 41~42℃，最大浓度不能超过 25%。

108. 多尿指 24h 尿量 > 2500ml，可见于尿崩症、糖尿病患者。

109. 摄入钠盐含量多的食物可致机体水钠潴留，使尿量减少。

110. 胆红素尿呈深黄色或黄褐色，溶血反应病人尿液呈浓红茶色或酱油色。

111. 尿液呈烂苹果味，提示该患者可能处于糖尿病酮症酸中毒。

112. 尿失禁病人应多饮水，白天摄入 2000~3000ml 液体，以增加对膀胱的刺激，促进排尿反射的恢复，并预防泌尿系感染。

113. 尿潴留病人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。

114. 为女患者行导尿术时，消毒顺序为尿道口-两侧小阴唇-尿道口；若导尿管误入阴道，应更换导尿管插入。

115. 为男性患者插尿管时，提起阴茎与腹壁呈 60°角，目的是使耻骨前弯消失，以利于尿管插入。

116. 对留置导尿管的病人，集尿袋位置应低于耻骨联合，及时排空集尿袋，定时更换；每周更换导尿管。

117. 留置导尿管病人尿液出现混浊、沉淀、结晶时，应行膀胱冲洗，每周作尿常规检查。

118. 膀胱冲洗过程中，若流出液有鲜血，应立即停止冲洗，报告医生及时处理。

119. 留取 24 小时尿标本作 17-羟类固醇检查，为防止尿中激素被氧化，应加的防腐剂是浓盐酸。

120. 肠套叠患者粪便呈果酱样便，下消化道出血时粪便呈暗红色，上消化道出血时粪便呈柏油样便，完全性胆道阻塞时粪便呈白陶土色，便后有鲜血滴出可见于肛裂或痔疮。

121. 腹泻病人应进流质或半流质饮食，卧床休息，以减少肠蠕动和体力消耗。

122. 便秘病人可适当摄入油脂类食物，不可随意使用缓泻药及灌肠等方法。

123. 急腹症、妊娠、消化道出血、严重心血管疾病等禁忌行大量不保留灌肠。

124. 行大量不保留灌肠进行肠道手术前准备时，可用 0.1%~0.2% 肥皂水溶液 500~1000ml；温度 39~41℃；液面距肛门 40~60cm；肛管插入直肠 7~10cm。

125. 灌肠过程中，液体流入受阻时，首要的处理方法是转动或挤压肛管。

126. 肝性脑病患者应禁用肥皂水灌肠，以减少氨的吸

收；充血性心力衰竭患者应禁用生理盐水灌肠，以减少钠的吸收。

127. 有肛裂、肛门黏膜溃疡、肛门剧烈疼痛患者不宜采用肥皂栓法。

128. 阿米巴痢疾患者行保留灌肠时，因病变多在回盲部，宜取右侧卧位，以提高治疗效果。

129. 肛管排气时，保留肛管不应超过 20 分钟，因长时间留置肛管，会降低肛门括约肌的功能，甚至导致永久性松弛。

130. 肛门、直肠、结肠等手术后、大便失禁者不宜行保留灌肠。

131. 行保留灌肠时，液面距肛门 $\leq 30\text{cm}$ ，肛管插入 15~20cm；保留药液 1 小时以上。

132. 留取便隐血标本时，检查前 3 天禁食肉类、肝、血、含大量叶绿素的食物和铁剂。

133. 门诊发现传染病病人时，应立即将病人隔离诊治。

134. 消毒是清除或杀灭物品上的致病微生物。

135. 灭菌是杀灭物品上的一切致病和非致病微生物，包括芽孢。

136. 过氧乙酸可用于环境喷洒。

137. 用甲醛进行熏蒸消毒需加入氧化剂高锰酸钾。

138. 锐利刀剪不适宜用燃烧法灭菌。

139. 戊二醛、过氧乙酸、甲醛、环氧乙烷是高效消毒剂；乙醇、碘酊、碘伏是中效消毒剂。

140. 高效消毒剂可以杀灭芽孢。

141. 环氧乙烷气体消毒用于精密仪器、医疗器械、化纤织物、塑料制品等。

142. 高度危险性物品是指穿过皮肤黏膜进入无菌组织和器官内部或与之密切接触的物品。

143. 通过洗手可以清除 99% 以上暂住菌。

144. 无菌持物钳不可用于夹取油纱布。

145. 一份无菌物品只能供一个病人使用。

146. 无菌原则要求无菌物品一经取出，即使未用，也不可放回无菌容器。

147. 半污染区指凡有可能被病原微生物污染的区域，如病区的走廊和化验室等。

148. 穿脱隔离衣时要避免污染衣领部。

149. 乙脑是通过蚊作媒介传播的，因此要对病人实行昆虫隔离。

150. 对严重烧伤的病人应实行保护性隔离。

151. 传染性强、死亡率高的传染病需采取严密隔离，如 SARS。

152. 漂白粉可用于消毒排泄物。

153. 普通手术室的空气菌落数应达到的标准是 $\leq 200\text{cfu}/\text{cm}^3$ 。

154. 胃镜可采用戊二醛浸泡消毒。

155. 医务工作人员在医院内获得的感染也属于医院感染。

156. 环氧乙烷、甲醛、戊二醛等均有急、慢性毒性，不适宜用作空气消毒。

157. 气性坏疽病人用过的敷料应燃烧销毁。

158. 微波可用于食物、餐具的消毒。

159. 使用中的消毒液含菌量应 $\leq 100\text{cfu}/\text{ml}$ 。

160. 使用一次性口罩不得超过 4 小时。

161. 除了动静脉给药，药物直接进入血液循环之外，其他药物吸收速度由快到慢的顺序为：吸入 > 舌下含服 > 直肠 > 肌肉注射 > 皮下注射 > 口服 > 皮肤。

162. 剧毒药及麻醉药的最主要的保管原则是加锁保管，用专本登记，专人管理并列入交班的内容，以确保用药安全。

163. 不同药物保存方法不同：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；被热易破坏药冷藏于冰箱中。

164. 对易引起过敏的药物，给药前应询问过敏史，按需进行药物的过敏试验，若患者对药物过敏，则禁忌使用该药物。

165. 取油剂的药物时，应先在药杯中加入少许冷开水，再滴入药物，以免药液吸附在药杯壁上，影响剂量。

166. 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。

167. 对牙齿有腐蚀作用和使牙齿染色的药物，如酸类、铁剂，可用饮水管吸取药液，服药后漱口。

168. 磺胺类药物由肾脏排出，尿少时可析出结晶，为防止引起肾小管阻塞，服用该药物后应多饮水。

169. 对于麻醉药、催眠药及抗肿瘤药，发药时应亲自看到病人服下，收回药杯后方可离开。

170. 超声雾化吸入的目的包括：祛痰、解痉、消炎；湿化气道，改善通气功能；间歇性吸入抗癌药物治疗肺癌。

171. 超声雾化器的工作原理为超声波发生器发出高频电能，然后通过晶体换能器，把电能转化为声能，声能透过透声膜，破坏药液表面张力，从而形成雾滴，随病人吸气进入呼吸道，到达肺泡。

172. 超声雾化吸入时，水槽内切忌加温水或热水，如发现水槽内水温超过 50°C ，应先关机，再更换冷蒸馏水。

173. 超声波雾化吸入后，雾化罐、口含嘴、面罩、螺旋管直接或间接地接触了病人，治疗结束后，应浸泡消毒 1 小时，再清洗擦干备用。

174. 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 6~8L/min。

175. 注射部位皮肤消毒时，应以注射点为中心向外螺

旋形涂擦，直径在5cm以上。

176. 多种药物同时注射时，应先注射无刺激性或刺激性较弱的药物，再注射刺激性强的药物，以免先注射刺激性强的药物后因病人不适产生肌紧张而不宜注射。

177. 注射器由空筒和活塞两部分组成，其中空筒内壁、乳头、活塞轴须保持无菌；针头由针尖、针梗、针栓三部分组成，除针栓外壁以外，其余部分须保持无菌。

178. 臀大肌注射采用联线法进行体表定位，具体注射区域为：髂前上棘和尾骨连线的外上1/3处。

179. 肌内注射时，患者侧卧位，应上腿伸直，下腿稍弯曲，以放松局部肌肉。

180. 上臂三角肌定位法，位于上臂外侧，肩峰下2~3横指处，一般只作小剂量注射。

181. 2岁以下的婴幼儿进行肌内注射时，不宜选用臀大肌注射，因婴幼儿在未能独自走路前，其臀部肌肉发育还不完善，臀大肌注射有损伤坐骨神经的危险，应选用臀中肌或臀小肌、股外侧肌注射。

182. 病人需长期皮下注射时，应建立注射部位的使用计划，经常更换，轮流注射，以利于药物的吸收。

183. 股静脉位于股三角区，注射时协助病人取仰卧位，下肢伸直略外展充分暴露股三角区；操作者右手持注射器，针头与皮肤呈90°或45°角，在股动脉内侧0.5cm处进针；注射毕，局部用无菌纱布加压迫止血3~5分钟，以防止出血或形成血肿。

184. 皮下注射与皮肤呈30°~40°进针；肌内注射垂直进针；静脉注射与皮肤呈15°~30°进针；股静脉注射与皮肤呈45°或90°进针。

185. 静脉血标本包括三种：全血标本、血清标本、血培养标本。其中全血标本用于测定血液中某些物质的含量，应注入盛有抗凝剂的试管内，以防止血液凝固。血清标本，应将血液注入干燥试管内。

186. 采集血培养标本应在病人使用抗生素之前，如已经用药，则应在血药浓度最低时采集，并在化验单上注明。

187. 过敏试验皮试浓度标准：青霉素200~500U/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C0.75mg/ml。

188. 青霉素过敏性休克首选皮下注射0.1%盐酸肾上腺素0.5~1ml；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。

189. 静脉注射失败的常见原因：①针头斜面一半在血管内，一半在血管外，可有回血，部分药液溢出至皮下，使局部皮肤隆起，病人有疼痛感。②针头刺入较深，斜面一半穿破对侧血管壁，可有回血，部分药液溢出至深层组织，病人有疼痛感，局部不一定有隆起。③针头刺入太深，穿破对侧血管壁，无回血，药物注入深部组织，有痛感。

190. 舌下给药时，应指导病人将此类药物放在舌下，让其自然溶解吸收，不可嚼碎吞下，否则会影响药效。

191. 中分子右旋糖酐，有助于提高血浆胶体渗透压，扩充血容量；低分子右旋糖酐，可降低血液黏稠度，改善微循环。

192. 小儿头皮静脉的特点：外观呈微蓝色，不易滑动，管壁薄易被压瘪，无搏动，血流呈向心性，回血为暗红色，推药时阻力小。

193. 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。

194. 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。

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

196. 静脉炎的典型症状是沿静脉走向出现条索状红线。

197. 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。

198. 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”。

199. 空气栓塞时应立即停止输液，取左侧卧位和头低足高位，避免气泡堵塞肺动脉口。

200. 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。

201. 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）。

202. 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。

203. 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。

204. 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。

205. 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。

206. 热疗的生理效应一般趋于功能增强，仅血液黏稠度趋于降低；冷疗则正相反。

207. 冷热疗法皆会产生继发效应，故治疗时间以20~30分钟为宜。

208. 热疗禁忌证：面部三角区感染、不明原因腹痛、内脏出血、扭伤早期、湿疹、癌变处。

209. 用热水袋，成人水温60~70℃，老幼应低于50℃，若皮肤潮红应停用，局部涂凡士林。

210. 使用烤灯的灯距为30~50cm。

211. 热水坐浴的水温为40~45℃，坐浴时间15~20

分钟。

212. 湿敷效果强于干敷, 湿敷前应在患处涂上凡士林以保护皮肤。

213. 使用冰帽时, 肛温应维持在 33°C 。

214. 乙醇擦浴, 浓度为 $25\% \sim 35\%$, 擦拭前头置冰袋, 足置热水袋。可防头部充血; 擦拭毕先取下热水袋, 30 分钟后若体温低于 39°C , 可取下冰袋。

215. 冷疗禁忌部位: 足底防一过性冠状动脉收缩, 胸前区防反射性心率减慢, 腹部防腹泻。

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。此外, 也可出现以兴奋性增高为主的高级神经中枢急性失调状态, 即谵妄。

217. 嗜睡是最轻度的意识障碍。病人陷入持续的睡眠状态, 可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, 去除刺激后又很快入睡。

218. 昏睡状态是指病人处于熟睡状态, 不易唤醒。压迫眶上神经、摇动身体等强刺激下可将病人唤醒, 醒后答话含糊或答非所问, 停止刺激后很快再次入睡。

219. 成年人收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 定义为高血压。

220. 脉搏短绌是指单位时间内脉率少于心率。

221. 弛张热: 体温在 39°C 以上, 24h 内体温差在 1°C 以上, 但最低体温仍高于正常水平, 见于败血症、风湿热、化脓性疾病等。

222. 稽留热: 体温持续在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右, 持续数日或数周, 24h 波动范围不超过 1°C , 见于肺炎球菌性肺炎、伤寒等。

223. 瞳孔直径小于 2mm 称为瞳孔缩小, 小于 1mm 称为针尖样瞳孔。瞳孔直径大于 5mm 称为瞳孔散大。

224. BLS 是 basic life support 的简写, 是指基本生命支持, 包括开放气道、人工呼吸、人工循环。

225. 胸外心脏按压要求病人仰卧于硬板床或其他坚硬的平面上。

226. 按压者双手掌跟重叠, 手指翘起, 置于胸骨上, 肘关节伸直, 借助上半身身体的重力, 垂直用力向下按压; 放松时, 要使胸廓完全反弹, 掌跟不能离开胸壁。

227. 胸外按压: 人工呼吸为 $30:2$ 。

228. 中毒严重者洗胃取左侧卧位, 因左侧卧位可减慢胃排空, 延缓毒物进入十二指肠的速度。

229. 洗胃时, 每次灌入量 $300 \sim 500\text{ml}$, 总量以 $10000 \sim 20000\text{ml}$ 为宜, 温度为 $25 \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

230. 强酸、强碱等腐蚀性物质中毒时, 禁忌洗胃, 可遵医嘱给予药物或物理性对抗剂, 如牛奶、蛋清水。

231. 敌百虫遇碱性药物可分解成毒性更强的敌敌畏, 应慎用碱性溶液洗胃。

232. 根据胃的排空和毒物吸收时间, 一般服毒后 6h 之

内洗胃最佳。

233. 氧浓度和氧流量的换算公式为: 氧浓度 (%) = $21 + 4 \times \text{氧流量 (L/min)}$ 。

234. 轻度缺氧: $\text{PaO}_2 > 6.67\text{kPa}$ (50mmHg), 中度缺氧: PaO_2 为 $4 \sim 6.67\text{kPa}$ ($30 \sim 50\text{mmHg}$), 重度缺氧: $\text{PaO}_2 < 4.69\text{kPa}$ (30mmHg)。

235. 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。

236. 血氧分压低于 6.6kPa (50mmHg), 属于中、重度缺氧, 是氧疗的指征。

237. 吸痰时, 应该先吸净气管内痰液再吸口腔痰液, 插管时不可有负压, 一次吸痰时间不超过 15s。

238. 通气量过度, 会由于 CO_2 的过量呼出, 引起呼吸性碱中毒, 出现昏迷、抽搐等症状。

239. 目前临床上诊断死亡的标准为脑死亡标准。脑死亡的标准包括: ①无感受性及反应性; ②无运动、无呼吸; ③无反射; ④脑电波平坦。以上标准 24 小时内无改变, 并排除体温低于 32°C 及中枢神经抑制剂的影响, 即可做出判断。

240. 濒死期患者表现为意识模糊或丧失, 各种反射减弱, 肌张力减退或消失, 心跳减弱, 血压下降, 呼吸微弱等。

241. 临床死亡期, 延髓处于极度抑制状态, 表现为心跳、呼吸完全停止, 瞳孔散大, 各种反射消失, 但组织细胞仍有微弱而短暂的代谢活动。

242. 第一张尸体识别卡应放置于尸体右手腕部。

243. 尸体料理时, 头下垫枕的目的是防止面部变色。

244. 临床死亡期一般持续 $5 \sim 6$ 分钟, 超过这个时限, 大脑将发生不可逆的变换。

245. 护理濒死患者时, 应维持患者的治疗, 癌痛患者应选择最有效的止痛药物。

246. 否认期患者, 护士应真诚回答患者问题, 并与其他医务人员、家属的言语保持一致, 不要急于揭穿患者的防御心理。经常陪伴患者。

247. 有伤口的尸体应更换敷料。

248. 尸斑出现时间是死亡后 $2 \sim 4$ 小时。

二、内科护理学

1. 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。

2. 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。

3. 心房颤动时可出现脉率少于心率的现象, 即脉搏短绌。

4. 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。

5. 有机磷农药中毒者呼吸有大蒜味。
6. 尿毒症患者有尿味。
7. 糖尿病酮症酸中毒者有烂苹果味。
8. 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，周而复始的呼吸。
9. 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。
10. 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。
11. 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。
12. 昏睡病人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。
13. 昏迷病人的运动和感觉完全丧失，任何刺激都不能将其唤醒。
14. 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。
15. 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。
16. 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。
17. 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。
18. 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。
19. 发育状态通常以年龄与智力、体格成长状态（如身高、体重、第二性征）的关系进行综合判断。
20. 成年人的体型可分为瘦长型、矮胖型和均称型三种。
21. 杵状指（趾），多见于支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌、发绀性先天性心脏病病人。
22. 出血点直径小于2mm称为瘀点，直径3~5mm称为紫癜，直径5mm以上称为瘀斑，片状出血伴皮肤显著隆起称为血肿。
23. 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。
24. 发绀主要是由于单位容积血液中还原血红蛋白量增高而引起的。
25. 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。
26. 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。
27. 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。
28. 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。

29. 扁平胸胸廓扁平，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。
30. 大量胸膜腔积液、气胸或纵膈肿瘤可将气管推向健侧。
31. 广泛胸膜粘连、肺不张可将气管拉向患侧。
32. 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。
33. 语颤增强见于肺组织炎症或肺实变的病人。
34. 胸部叩诊为过清音多见于肺气肿病人。
35. 胸部叩诊为鼓音多见于气胸病人。
36. 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。
37. 急性肺水肿病人可闻及两肺满布湿啰音。
38. 肺炎病人可闻及局部湿啰音。
39. 肺淤血病人可闻及两肺底湿啰音。
40. 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、纵膈肿瘤等病人。
41. 肝颈静脉回流征阳性为右心功能不全的重要征象之一。
42. 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。
43. 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。
44. 毛细血管搏动征阳性主要见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进和严重贫血等。
45. 心包摩擦感提示心包膜的炎症。
46. 左心室增大，心左界向左下扩大，常见于主动脉瓣关闭不全、高血压性心脏病病人。
47. 右心室轻度增大时叩诊心界变化不大，显著增大时心界向左增大明显，常见于肺心病、单纯二尖瓣狭窄病人。
48. 心尖区舒张期隆隆样杂音是二尖瓣狭窄的特征。
49. 心尖区粗糙的全收缩期杂音，常提示二尖瓣关闭不全。
50. 心尖区柔和而高调的吹风样杂音常为功能性杂音。
51. 主动脉瓣区舒张期叹气样杂音提示主动脉瓣关闭不全等。
52. 极度消瘦或严重脱水者腹部凹陷，重者呈“舟状腹”。
53. 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。
54. 炎症累及腹膜壁层是腹部反跳痛发生的机制。

55. 正常人肠鸣音 4~5 次/分, 无明显增强或减弱。
56. 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。
57. 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。
58. 急性胃肠炎时, 肠鸣音活跃; 肠麻痹时, 肠鸣音可减弱或消失。
59. 瞳孔缩小见于有机磷、巴比妥类、吗啡等药物中毒。
60. 瞳孔散大见于视神经萎缩、阿托品药物中毒及深昏迷病人。
61. 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。
62. 瞳孔对光反射迟钝或消失, 见于昏迷病人。
63. 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、查多克征阳性。
64. 颈项强直、凯尔尼格征、布鲁津斯基征为脑膜刺激征。
65. 角膜反射、腹壁反射、提睾反射为浅反射。
66. 肱二头肌反射、肱三头肌反射、膝腱反射、跟腱反射为深反射。
67. 血红蛋白 (Hb) 正常值: 男性 120~160g/L; 女性 110~150g/L。
68. 白细胞及中性粒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。
69. 白细胞及中性粒细胞减少多见于病毒感染如流感、麻疹。
70. 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。
71. 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。
72. 进行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。
73. 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。
74. 鲜血便见于肠道下段出血性疾病, 如痢疾、结肠癌、痔疮等。
75. 白陶土样便见于各种原因引起的阻塞性黄疸。
76. 米泔样便呈白色淘米水样, 内含黏液块、量多, 见于霍乱和副霍乱。
77. 各种黄疸时总胆红素均可升高: 1.7~34.2μmol/L 临床上称为隐性黄疸; >34.2μmol/L 为显性黄疸。
78. 白蛋白与球蛋白比值 (A/G) 为 1.5~2.5:1。
79. 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。
80. 黏液、脓样或脓血便见于痢疾、溃疡性结肠炎、直肠癌。
81. 慢性阻塞性肺气肿主要引起 II 型呼吸衰竭。
82. 肺炎球菌性肺炎典型的痰液呈铁锈色。
83. 慢性肺心病早期主要表现为右室肥大。
84. 支气管扩张病人痰液的特点是大量脓痰久置分三层。
85. 吸入糖皮质激素后应漱口, 以防口咽部真菌感染。
86. II 型呼吸衰竭 (呼衰) 特征性的表现主要由二氧化碳潴留引起血管扩张所致, 表现为皮肤红润、温暖多汗及球结膜水肿。
87. 支气管哮喘发作时表现为呼气性呼吸困难。
88. 慢性阻塞性肺气肿典型的体征为: 桶状胸, 胸部呼吸运动减弱; 语颤减弱; 叩诊过清音, 心浊音界缩小, 肝上界下移; 听诊呼吸音减弱, 呼气相延长。
89. 肺癌最早出现的症状为阵发性刺激性呛咳。
90. 气管内吸痰时, 每次插管吸痰时间不宜超过 15 秒, 以防引起或加重低氧血症。
91. 对痰液过多且无力咳嗽者, 每次翻身前后应注意拍背、吸痰, 以免口腔分泌物进入支气管造成窒息。
92. 呼气性呼吸困难最常见的病因是小气道痉挛, 常见于 COPD 及支气管哮喘。
93. 指导慢性阻塞性肺气肿病人进行腹式呼吸时, 吸气与呼气时间之比为 1:(2~3), 即深吸慢呼。
94. 慢性支气管炎最常见的并发症是阻塞性肺气肿。
95. 结核菌素试验判断结果的时间是注射后 48~72 小时。
96. 结核菌素试验结果: 皮肤硬结的直径小于 5mm 为阴性, 5~9mm 为弱阳性, 10~19mm 为阳性, 20mm 或虽不足 20mm 但出现水泡、坏死为强阳性。
97. 链霉素的主要不良反应是耳聋和肾功能损害。
98. 缩唇呼吸和腹式呼吸等呼吸功能锻炼可以降低呼吸阻力, 防止呼气时小气道过早闭合, 利于肺泡内气体排出, 提高呼吸效率。
99. 气管切开后最重要的护理措施是采取各种措施如湿化气道、气道内吸痰等保持气道的通畅。
100. 支气管哮喘长期反复发作, 最常见的并发症是阻塞性肺气肿和肺源性心脏病。
101. 引起呼吸系统疾病最常见的病因是感染。
102. 咯血窒息处理首先应清除呼吸道内血块。
103. 与肺癌发病关系最密切的因素是长期吸烟。
104. 呼吸衰竭病人最早、最突出的表现是呼吸困难。
105. 慢性阻塞性肺气肿主要引起 II 型呼衰。
106. 缩唇呼吸的重要性是避免小气道塌陷。
107. X 线胸片双肺透亮度增加, 提示肺气肿。

108. 支气管哮喘发作时应鼓励病人饮水,水量>2500ml/d,以补充丢失的水分,稀释痰液,重症者应给予静脉补液。
109. 肺结核病人痰中有结核菌时,最简便有效的处理痰的方法是焚烧。
110. 扁桃体炎多由溶血性链球菌等细菌引起。
111. 自发性气胸临床上主要表现为一侧突发胸痛、呼吸困难的症状,胸部叩诊呈鼓音,听诊呼吸音消失。
112. 肺炎链球菌肺炎血象变化典型的表现为白细胞计数增高, $>10 \times 10^9/L$,中性粒细胞比例增高。
113. 大量胸腔积液的体征为气管向左侧移位、右侧胸廓饱满、触觉语颤减弱、叩诊呈浊音。
114. 肺炎的临床表现,常见发热、咳嗽、咳痰,严重者可有呼吸困难,查体可见肺实变的体征(患侧呼吸运动减弱、语颤增强、叩诊呈浊音、听诊出现支气管呼吸音等)。
115. 判断结核菌素试验结果时应测量皮肤硬结的直径。
116. 支气管哮喘发作时常出现呼气性呼吸困难。
117. 利福平可出现黄疸、转氨酶一过性升高及变态反应。
118. II型呼吸衰竭氧疗原则应为持续低流量吸氧。
119. 心得安为非选择性 β_2 受体阻滞剂,可使支气管痉挛加重,故哮喘患者禁用。
120. II型呼吸衰竭病人不可随意使用镇静、安眠剂,以免诱发或加重肺性脑病。
121. 对氨基水杨酸可有胃肠道刺激、变态反应。
122. 支气管哮喘急性发作期常见的并发症是自发性气胸、纵隔气肿及肺不张等。
123. 呼吸衰竭临床上主要表现为呼吸困难、发绀、精神神经症状及心血管系统症状。
124. 痰菌阳性的病人是肺结核主要的传染源。
125. 呼吸最主要的治疗在于纠正缺氧和二氧化碳潴留及代谢功能紊乱,从而为基础疾病和诱发因素的治疗争取时间和创造条件。
126. 肺结核患者在排除其传染性之前,在病室内接触病人时应戴口罩。
127. 痰结核菌检查是确定患者是否具有传染性的主要方法。
128. 大咯血病人应取患侧卧位,以利于健侧通气并防止病灶扩散至健侧。
129. 咯血的并发症主要是休克和窒息,其中窒息是大咯血患者死亡的最重要的原因。
130. 大咯血患者首选的止血药为垂体后叶素。
131. 急性上呼吸道感染约有70%~80%由病毒引起。
132. 结核性胸膜炎胸痛病人取患侧卧位,以减少局部胸壁的活动,从而缓解疼痛。
133. 休克型肺炎病人应取平卧位,以保证脑部的供血。
134. 成人继发性肺结核中最常见的类型是浸润型肺结核。
135. 胸水中分离出抗酸杆菌可初步确定存在结核性胸膜炎。
136. 人体初次感染结核杆菌后在肺内形成的病灶加上肿大的气管支气管淋巴结,合称为原发综合征或原发型肺结核。
137. 鳞癌是肺癌最常见的病理类型。
138. 肺癌恶性程度最高的类型是小细胞未分化癌。
139. 肺癌手术切除机会最多的类型是鳞癌。
140. 阻塞性肺气肿主要引起II型呼吸衰。
141. 肺癌对化疗最敏感的类型是小细胞未分化癌。
142. 乙胺丁醇可以引起球后视神经炎。
143. 异烟肼可有周围神经炎、中毒性反应。
144. 阻塞性肺气肿主要引起II型呼吸衰。
145. 常见的引起咯血的呼吸系统疾病有支气管扩张、肺结核、支气管肺癌及肺栓塞等。
146. 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防止严重缺氧引起的组织损伤,又可防止二氧化碳潴留加重。
147. 肺结核患者高热、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。
148. 抗结核药正确的使用原则是早期、联合、适量、规则和全程治疗。
149. 慢性肺心病的发病机制主要为各种原因导致的长期肺循环阻力增加,肺动脉高压,致右心负担加重,右心室代偿性肥厚扩张,最后导致右心衰竭。
150. 肺实变时表现为患侧呼吸运动减弱,语颤增强,叩诊浊音甚至实音,听诊出现支气管呼吸音。
151. 哮喘患者应加强夜间和凌晨的监护。
152. 肺结核最主要的传播途径是飞沫传播。
153. 哮喘患者病室布置力求简洁,应避免花草等过敏原。
154. 呼吸衰竭确诊的依据是血气分析。
155. 肺癌患者疼痛控制应按及时给药,而不是在病人疼痛已发作或加重时才给药。
156. 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。
157. 通气功能障碍主要引起II型呼吸衰竭。
158. 感染是COPD发生和加重的最主要原因。
159. 肺结核诊断最可靠的依据是痰结核菌检查。
160. 心绞痛与心肌梗死在典型症状上的比较,疼痛部位和性质相似。
161. 疼痛是心肌梗死最早出现、最为突出的症状。

162. 心肌梗死疼痛程度较心绞痛更剧烈, 且伴烦躁、出冷汗、恐惧或濒死感, 持续时间长可达数小时或数天, 休息和含服硝酸甘油不能缓解。而心绞痛含服硝酸甘油可很快缓解。

163. 急性心肌梗死的基本病因是冠状动脉粥样硬化, 造成管腔严重狭窄和心肌供血不足, 而侧支循环未充分建立。

164. 二尖瓣狭窄病人易发生血管栓塞的原因是伴房颤后所致的血栓形成。

165. 由于主动脉瓣关闭不全, 脉压增大可产生周围血管征、水冲脉、大动脉枪击音。

166. 急性肺水肿的特征性表现为剧烈的气喘、端坐呼吸、极度焦虑和咳含泡沫的黏液痰, 典型为粉红色泡沫样痰。

167. 急性左心衰竭病人端坐位的目的是减轻肺淤血。

168. 心电图检查对心律失常和传导障碍具有重要的诊断价值; 对心肌梗死的诊断有很高的准确性, 它不仅能确定有无心肌梗死, 而且还可确定梗死的病变部位范围以及演变过程; 对房室增大、心肌炎、心肌病、冠状动脉供血不足和心包炎的诊断有较大的帮助; 能够帮助了解某些药物(如洋地黄、奎尼丁)和电解质紊乱对心肌的作用。

169. 心电图检查不能反映心脏瓣膜的病变, 这可由超声心动检查明确。

170. 急性心肌梗死患者在急性期应该注意减轻心肌耗氧量, 因此要求患者绝对卧床休息, 不能从事任何可增加心肌耗氧量的活动, 病人由急诊室送到心电监护室应由担架车护送。

171. 慢性风湿性心脏病(风心病)发病机制是溶血性链球菌变态反应。

172. 发生冠心病的危险因素有高血压、高血脂、糖尿病、吸烟、肥胖、年龄>40岁、糖耐量异常、肥胖、脑力活动紧张、饮食不当、遗传、缺少体力活动。

173. 血清低密度脂蛋白升高是冠心病的危险因素, 而高密度脂蛋白增高则对心脏具有保护意义。

174. 对风湿性心脏病患者作健康指导时, 关键措施是积极防治链球菌感染, 可以通过积极的体育锻炼提高机体抵抗力、预防上呼吸道感染等措施实现。

175. 硝酸酯类药物为最有效的抗心绞痛药物之一, 作用迅速, 通过扩张全身的小静脉和小动脉, 减少心脏的前、后负荷, 降低心肌的耗氧量而缓解心绞痛。

176. 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。

177. 洋地黄类药物较严重的毒性反应是心律失常。

178. 洋地黄中毒致心律失常以室性期前收缩二联律最常见。

179. 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。

180. 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。

181. 洋地黄中毒导致的缓慢性心律失常应该给予阿托品治疗。

182. 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。

183. 洋地黄应避免与钙剂同时应用, 如有必要至少应间隔 4 小时。

184. 洋地黄还不宜与肾上腺素合用, 以免增加洋地黄毒性。

185. 由于洋地黄治疗量与中毒量接近, 易发生中毒。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、老年人用药等情况。

186. 急性心肌梗死 24 小时内不宜使用洋地黄类药物。

187. 冠心病患者需保持大便通畅, 但便秘时忌用大量不保留灌肠导泻。

188. 急性心肌梗死患者急性期内应给予心电、血压、呼吸监护, 故宜入住 CCU 病房。

189. 原发性高血压需要用药物治疗, 一般需要长期甚至终身服药, 不能在血压控制正常范围内后随意停药, 一旦停药, 血压还会再次升高。

190. 原发性高血压降压治疗的目的是: 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。

191. 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。

192. 左心功能不全所致呼吸困难是由于肺淤血导致。

193. 急性左心衰竭会导致肺水肿的发生, 从而影响肺泡壁毛细血管的气体交换及妨碍肺的扩张与收缩, 引起通气与换气功能的障碍, 刺激和兴奋呼吸中枢, 病人感觉呼吸费力。

194. 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)。

195. 硝酸甘油宜舌下含服, 不要吞服, 以避免肝脏的首过效应。

196. 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, 故宜坐位或卧位服药。

197. 心绞痛发作患者若服硝酸甘油后 5 分钟疼痛仍未缓解应再次含服一片, 可连续含服 3 片, 仍不缓解应及时至医院就诊。

198. 1999 年 WHO/ISH 对 1 级高血压的诊断标准是收缩压为 140~159mmHg, 舒张压为 90~99mmHg。

199. 慢性风湿性心脏病二尖瓣狭窄, 早期常见并发症是房颤。

200. 急性肺水肿为重度二尖瓣狭窄的严重并发症; 血栓栓塞多发生于存在房颤的二尖瓣狭窄患者; 右心衰竭为晚期常见并发症。

201. 由于左心衰竭导致的肺循环淤血而致患者出现典型的心源性呼吸困难, 端坐位可以减少回心血量, 使肺循环的淤血得以减轻。

202. 急性心肌梗死病人入院后第一周绝对卧床是为了避免增加心脏负担, 防止病情加重。一切日常生活均由护士协助完成(如洗脸、刷牙、吃饭、大小便、翻身等)。

203. 急性肺水肿患者氧疗应给予高流量(6~8L/min)酒精湿化(氧气流经30%~50%酒精)吸氧。

204. 急性肺水肿患者经酒精湿化吸氧可使肺泡内泡沫的表面张力降低而破裂, 有利于改善通气。

205. 在急性心肌梗死时血清心肌酶以肌酸磷酸激酶出现最早、恢复最早。

206. 对于急性心肌梗死具有诊断价值的心肌酶是CK-MB。

207. 治疗高血压药物硝苯地平主要副作用有颜面潮红, 头痛。

208. 长期服用硝苯地平可出现胫前水肿。

209. 风湿性心脏病最常见的并发症是充血性心力衰竭。

210. 风湿性心脏病致死的主要原因是充血性心力衰竭。

211. 对风湿性心脏病病人行健康指导时, 关键措施是积极防治链球菌感染。因此, 坚持锻炼, 防止呼吸道感染是预防链球菌感染的关键有效的措施。

212. 按照1999年WHO给出的高血压的分级标准, 血压160/100mmHg属于2级高血压。

213. 房颤的听诊特点是心率和脉率不等, 且心率大于脉率, 为脉短绌的表现, 同时心音强弱不等、心律不齐。

214. 二尖瓣狭窄的诊断要点是心尖区闻及舒张期隆隆样杂音。

215. 二尖瓣狭窄患者尚未出现心力衰竭的症状时, 不需要卧床休息及应用洋地黄类药物、利尿剂, 但要注意避免加重心脏的负担。

216. 发生心室纤颤应立即给予非同步直流电除颤。

217. β 受体阻滞剂可对抗代偿机制中交感神经兴奋性增强这一效应, 降低慢性心力衰竭患者住院率、死亡率, 且提高运动耐量。

218. 高血压病人应限制的含钠高的饮食是腌制品、味精、发酵面食、啤酒、罐头食品, 该类食品均属于含钠较高的食物, 为增加食物的口味, 可适当添加食醋、糖等调味。

219. 高血压急症的治疗如高血压脑病, 降压治疗应首选具有动静脉扩张作用的药物硝普钠。

220. 洋地黄药物中毒后的处理措施包括: 停洋地黄类药物; 停用排钾利尿剂; 补充钾盐; 纠正心律失常。

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

222. 心肌梗死患者中50%~80%发病前有先兆症状, 即初发或恶化性心绞痛。

223. 典型的心绞痛发作的常见诱因包括: 体力劳动、情绪激动、饱食、寒冷、吸烟、心动过速等。

224. 急性心肌梗死后的心律失常多发生于病后的1~2周内, 而以24小时内发生率最高, 也最危险。

225. 溶栓治疗适用于: 发病小于6小时, 年龄 ≤ 70 岁, 而无近期(< 2 周)活动性出血、脑卒中、出血倾向。

226. 溶栓治疗的禁忌证为: 糖尿病视网膜病变、活动性消化性溃疡、严重高血压未能控制(血压 $> 160/110$ mmHg)和严重肝肾功能障碍等。

227. 急性病毒性心肌炎活动期或伴有严重心律失常、心力衰竭者要绝对卧床休息4周至2~3个月, 待症状消失且心肌酶、病毒中和抗体、白细胞、红细胞沉降率等化验及体征恢复正常后, 方可逐渐起床增加活动量。

228. 使用排钾利尿剂的心力衰竭患者应特别注意观察血钾的变化。

229. 终止心绞痛的发作性胸痛的方法, 正确的做法应是含服硝酸甘油1片后心绞痛疼痛仍不缓解, 可间隔5分钟后再服一片。若如此连续服用3次疼痛仍不缓解, 应考虑急性心肌梗死的可能。

230. 房颤病人的转复需使用同步直流电复律。

231. 左心衰竭由于存在肺循环淤血, 因而肺底可满布湿啰音, 且部分病人出现交替脉, 是左心衰竭的特征性体征。

232. 二尖瓣狭窄病人不断咯血的原因是肺淤血严重。

233. 急性肺水肿特征性表现为突发严重呼吸困难, 呼吸频率达30~40次/分, 咳嗽、咳痰和咯大量粉红色泡沫痰等; 病人被迫采取坐位, 两腿下垂, 双臂支撑以助呼吸。查体可见心率和脉率增快, 两肺满布湿啰音和哮鸣音。

234. 心绞痛胸痛性质常为压迫感、发闷、紧缩感也可有烧灼感, 偶可伴有濒死感。病人可因疼痛而被迫停止原来的活动, 直至症状缓解, 多在1~5分钟内, 一般不超过15分钟。

235. 典型心绞痛疼痛部位以胸骨体中段或上段之后, 可波及心前区, 约手掌大小范围, 甚至整个前胸, 边界不清。可放射至左肩、左臂内侧, 甚至可达左手无名指和小指, 向上放射可至颈、咽部和下颏部。

236. 急性左心衰竭应立即给予患者两腿下垂坐位或半坐位, 并给予高流量的吸氧(最好是经酒精湿化), 以迅速缓解患者的缺氧, 减轻急性肺淤血症状。

237. 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。

238. 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，使排出的粪便漆黑发亮。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为最常见。

239. 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。

240. 消化性溃疡小量出血，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，有利止血。

241. 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）。

242. 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。

243. 铋剂（如三钾二橐络合铋）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。

244. 消化性溃疡癌变时可有疼痛节律的改变或消失。

245. 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。

246. 肉汤可刺激胃酸分泌，不适宜消化性溃疡患者。

247. 抗酸药应在餐后1~2小时服用。

248. 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。

249. 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。

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

251. 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。

252. 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。

253. 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，疼痛多在餐后半小时至1小时出现，至下餐前缓解。

254. 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。

255. 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。

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

257. 消化性溃疡病人出现全腹压痛、反跳痛及板样强直，表明有穿孔。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。

258. 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。

259. 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。

260. 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。

261. 长期大量酗酒，乙醇、乙醛（酒精中间代谢产物）对肝细胞的毒性作用是引起酒精肝硬化的病因。

262. 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。

263. 肝硬化失代偿期门脉高压，脾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。

264. 肝硬化失代偿期门脉高压，可导致侧支循环建立和开发，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。

265. 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。

266. 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。

267. 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。

268. 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。

269. 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。

270. 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。

271. 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。

272. 对于肝硬化食管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。

273. 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。

274. 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，其目的是以免引起食管胃底静脉曲张破裂出血。

275. 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。

276. 乳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。

277. 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。

278. 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。

279. 植物蛋白质含芳香族氨基酸少，富含支链氨基酸和非吸收纤维，后者可促进肠蠕动，被细菌分解后还可降低结肠的pH值，可以加速毒物排出和减少氨吸收，因此肝性脑病患者经治疗神志恢复后，逐渐恢复蛋白质摄入时首选植物蛋白质。

280. 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。

281. 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。

282. 肝硬化腹水患者须限制水的入量，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。

283. 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。

284. 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，并破入腹膜。

285. 肝脏常呈进行性大，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。

286. 甲胎蛋白(AFP)是肝癌早期诊断的重要方法之一。

287. 肝癌晚期病人疼痛较剧烈，难以忍受，护理人员除给予病人一定的心理支持，解除患者的心理压力外，还应给病人创造一个舒适、安全的休养环境，不要过多限制止痛药物的应用，按医嘱给予止痛药。亦可鼓励病人采用其他非药物止痛方法进行止痛，如听录音机或回想一些以往的美好事物以转移注意力。

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，可应答问话，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