

## 2022年护士资格考试120个必备考点

### 【考点1】资料的类型

(1) 主观资料：即病人的主诉，包括病人所感觉的、所经历的以及看到的、听到的、想到的内容的描述，也包括亲属的代诉，如头晕、麻木、乏力、瘙痒、恶心、疼痛等。

(2) 客观资料：是护士经观察、体检、借助其他仪器检查或实验室检查等所获得的病人的健康资料，如黄疸、发绀、呼吸困难、颈项强直、心脏杂音、体温39.0℃等。

简单理解：主观资料（病人讲）是主观的感觉，我所想，我所感受。客观资料（护士查）是检查得出，一般会有数值。

特别提示：心悸，也就是通常所说的心慌，是由于人们主观感觉上对心脏跳动的一种不适感觉（故属于主观资料）。

医生查体获得的资料不属于护士收集资料的方法。

### 【考点2】护理诊断的陈述

包括三个要素：问题（P），即护理诊断的名称；症状或体征（S）；相关因素（E），多用“与……有关”来陈述。

护理诊断的陈述方式有3种：

三部分陈述（PSE公式）多用于现存的护理诊断；

二部分陈述（PE公式）多用于潜在危险的护理诊断；

一部分陈述只有P，多用于健康的护理诊断。

### 【考点3】护理措施的类型

(1) 依赖性的护理措施：即护士遵医嘱执行的具体措施。

(2) 独立性的护理措施：即护士在职责范围内，根据所收集的资料，经过独立思考、判断所决定的措施。包括：协助病人完成日常自理活动；治疗性的措施；病情及心理活动的观察；进行健康教育与咨询；提供心理支持；制订出院计划等。

(3) 协作性的护理措施：即护士与其他医务人员之间合作完成的护理活动。

### 【考点4】卧位自主性分类

(1) 主动卧位：病人根据自己习惯随意采取的舒适体位。适用于轻症病人。

(2) 被动卧位：病人自己无能力变换体位，卧于他人安置的体位。适用昏迷、

瘫痪、极度衰弱病人。

(3) 被迫卧位: 病人意识清楚, 也有变换体位的能力, 但为了减轻痛苦或治疗需要而被迫采取的体位。如哮喘引起呼吸困难的病人常采取端坐位, 膀胱镜检查采取截石位等。

#### 【考点 5】中凹卧位

(1) 要求: 病人头胸抬高  $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$  角, 下肢抬高  $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$  角。

(2) 适用范围: 休克病人。头胸部抬高, 利于保持呼吸道通畅, 改善缺氧; 下肢抬高, 利于静脉回流, 增加心排血量, 缓解休克症状。

#### 【考点 6】侧卧位

适用范围①灌肠、肛门检查; ②臀部肌内注射; ③预防压疮。

特殊侧卧位:

(1) 左侧卧位

①结肠造口术后患者。

②妊娠期: 取左侧卧位。

③灌肠: 取左侧卧位, 以顺应肠道解剖位置, 使溶液能借助重力作用顺利流入肠腔。

④慢性细菌性痢疾, 病变多在乙状结肠和直肠, 采用左侧卧位为宜;

⑤空气栓塞: 取左侧卧位和头低足高位。

⑥洗胃——中毒较轻者取坐位或半坐卧位, 中毒较重者取左侧卧位, 昏迷病人取平卧位、头偏向一侧。

⑦仰卧位低血压综合征: 此时若改为左侧卧位, 使下腔静脉血流通畅, 血压迅即恢复正常。

(2) 右侧卧位: 新生儿哺乳后取右侧卧位, 防止溢乳, 阿米巴痢疾灌肠取右侧卧位, 以提高治疗效果。

(3) 健侧卧位: 全肺切除的病人术后取  $1/4$  健侧卧位, 防止纵膈移位; 产妇会阴侧切后取健侧卧位, 有利于切口的愈合。

(4) 患侧卧位: 气胸、胸痛, 咳血、结石碎石后、颅底骨折患者等。

拓展: 肺癌术后体位

1) 意识未恢复——平卧位, 头偏向一侧

- 2) 血压稳定——半坐卧位
- 3) 肺叶切除者——平卧位或左右侧卧位
- 4) 肺节切除术或楔形切除术者——健侧卧位
- 5) 全肺切除术者——1/4 侧卧位

#### 【考点 7】护士职业防护

锐器伤是最常见的职业损伤因素之一。常见原因包括：①准备物品时被误伤；②掰安瓿、抽吸药物时被划伤；③双手回套针帽时被刺伤；④注射、拔针时病人不配合被误伤；⑤注射器、输液器毁形时被刺伤；⑥分离、浸泡、清洗用过的锐器被误伤；⑦整理治疗盘、治疗室台面时被裸露的针头或碎玻璃刺伤处理医疗污物时导致误伤；⑨手术中传递锐器时被误伤。

禁止将使用后的针头重新套上针帽（除外某项操作，如抽动脉血进行血气分析）；禁止用双手分离污染的针头和注射器，禁止用手折弯或弄直针头。

长期处于声音强度超过 40dB 的环境中，可引起听力和神经系统的损害。

洗手是最简单有效的防护措施。

#### 【考点 8】锐器伤的紧急处理方法

（1）发生针刺伤时，受伤护士要保持镇静，立即用手从伤口的近心端向远心端挤压，挤出伤口的血液，禁止进行伤口局部挤压或按压，以免产生虹吸现象，将污染血液吸入血管，增加感染机会。

（2）用肥皂水彻底清洗伤口，并在流动水下反复冲洗；用等渗盐水冲洗黏膜。

（3）用 0.5%碘伏或 75%乙醇消毒伤口，并包扎。

（4）向主管部门报告并及时填写锐器伤登记表。

（5）请专家根据病人血液中含病毒、细菌的多少和受伤者伤口的深度、暴露时间、范围等进行评估，做相应处理。

（6）进行血清学检测，必要时建立追踪档案，采取相应措施。

#### 【考点 9】医院的种类

划分为一、二、三级。每级又分为甲、乙、丙等，三级医院增设特等，共分为三级十等。

一级医院：是指直接向一定人口的社区提供医疗卫生服务的基层医院。如农村乡、镇卫生院，社区卫生服务中心，城市街道卫生院等。

(2) 二级医院：是指向多个社区提供医疗卫生服务并承担一定教学、科研任务的地区性医院。如一般市、县医院，省、直辖市的区级医院和一定规模的厂矿、企事业单位的职工医院。

(3) 三级医院：是指向几个地区甚至全国范围提供医疗卫生服务的医院，指导一、二级医院业务工作与相互合作。如国家、省、市直属的大医院、医学院的附属医院。

#### 【考点 10】病区环境

室温：普通病室，室温以 18~22℃为宜。婴儿室、手术室、产房等，室温应保持 22~24℃。

(1) 室温过高时，不利于散热，病人感到烦躁，呼吸、消化功能均受干扰。

(2) 室温过低时，冷的刺激可使病人肌肉紧张，且易受凉。

湿度：病室相对湿度应保持在 50%~60%。

(3) 湿度过高时，利于细菌的繁殖，增加院内感染率；同时，蒸发减弱，出汗受抑制，病人感觉闷热，排尿增多，加重肾负担。

(4) 湿度过低时，空气干燥，水分大量蒸发，可致口干舌燥、咽痛、烦渴等。

通风：病室应定时开窗通风，每次 30 分钟左右。

(5) 声音强度在 35~40dB（分贝）。两床之间的距离不少于 1m。

#### 【考点 11】分级护理

临床上一般将护理级别分为四级，即特级护理、一级护理、二级护理、三级护理，见下表。

分级护理		
护理级别	适用对象	护理内容
特级护理	①病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的病人；②重症监护病人；③各种复杂或者大手术术后的病人；④严重创伤或大面积烧伤的病人；⑤使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的病人；⑥实施连续性肾脏替代治疗（CRRT），并需要严密	①严密观察患者病情变化，检测生命体征；②根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；③根据医嘱，准确测量出入量；④根据患者病情，正确实施基础护理和专业护理，如口腔护理、压疮护理、气

	监护生命体征的病人; ⑦其他有生命危险, 需要严密监护生命体征的病人	道护理及管路护理等, 实施安全措施; ⑤保持患者的舒适和功能体位; ⑥实施床旁交接班
一级护理	①病情趋向稳定的重症病人; ②手术后或者治疗期间需要严格卧床的病人; ③生活完全不能自理且病情不稳定的病人; ④生活部分自理, 病情随时可能发生变化的病人	①每小时巡视患者, 观察患者病情变化; ②根据患者病情, 测量生命体征; ③根据医嘱, 正确实施治疗、给药措施; ④根据患者病情, 正确实施基础护理和专科护理, 如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等, 实施安全措施; ⑤提供护理相关的健康指导
二级护理	①病情稳定, 仍需卧床的病人; ②生活部分自理的病人	①每 2 小时巡视患者, 观察患者病情变化; ②根据患者病情, 测量生命体征; ③根据医嘱, 正确实施治疗、给药措施; ④根据患者病情, 正确实施护理措施和安全措施; ⑤提供护理相关的健康指导
三级护理	①生活完全自理且病情稳定的病人; ②生活完全自理且处于康复期的病人	①每 3 小时巡视患者, 观察患者病情变化; ②根据患者病情, 测量生命体征; ③根据医嘱, 正确实施治疗、给药措施; ④提供护理相关的健康指导



**【考点 12】平车运送法**

病人头部卧于大轮端。护士站在病人头侧；平车上、下坡时，病人的头部应在高处。

单人搬运法：适用于体重较轻或儿科病人，且病情允许的病人。

两人或三人搬运法：适用于病情较轻，但自己不能活动且体重又较重的病人。

四人搬运法：适用于颈、腰椎骨折，或病情较重的病人。

**【考点 13】卧位的性质**

1) 主动卧位：病人根据自己习惯随意采取的舒适体位。适用于轻症病人。

2) 被动卧位：病人自己无能力变换体位，卧于他人安置的体位。适用昏迷、瘫痪、极度衰弱病人。

3) 被迫卧位：病人意识清楚，也有变换体位的能力，由于疾病、治疗的原因，被迫采取的卧位，如哮喘引起呼吸困难的病人常采取端坐位，膀胱镜检查采取截石位等。

**【考点 14】化学消毒剂**

空气消毒：

a. 纯乳酸：每立方米 0.12ml，加等量水，时间 30~120 分钟；

b. 食醋：每立方米 5~10ml，加热水 1~2 倍，时间 30~120 分钟。

环氧乙烷气体密闭消毒灭菌法：适用于电子仪器、光学仪器、医疗器械、化纤织物、皮毛、棉、塑料制品、书籍、一次性使用的诊疗用品等消毒灭菌。

戊二醛：常用于浸泡不耐热的医疗器械、精密仪器，如内镜等，消毒时间 20~45 分钟，灭菌时间 10 小时。使用前应加入 0.5%亚硝酸钠防锈。

总结：

灭菌剂：过氧乙酸、戊二醛、甲醛、高浓度含氯消毒剂

高效消毒剂：高浓度含氯消毒剂、过氧化氢

中效消毒剂：低浓度含氯消毒剂、碘酊、乙醇、碘伏

低效消毒剂：氯己定

**【考点 15】隔离区域的划分**

隔离区域按传染病人所接触的环境可划分为清洁区、半污染区和污染区。

(1) 清洁区：凡未被病原微生物污染的区域称为清洁区，如更衣室、配膳室、

值班室及库房等。

(2) 半污染区: 凡有可能被病原微生物污染的区域称为半污染区, 如医护办公室、化验室、病区内走廊等。

(3) 污染区: 凡病人直接接触或间接接触, 被病原微生物污染的区域称为污染区, 如病室、厕所、浴室等。

#### 【考点 16】隔离技术

隔离衣: 穿隔离衣后, 不得进入清洁区。隔离衣系领口时衣袖勿触及面部、衣领和帽子。如挂在半污染区, 隔离衣的清洁面向外, 不得露出污染面; 如挂在污染区, 则污染面朝外, 不得露出清洁面。

洗手: 是保护病人及医护人员的重要措施。

刷手: 腕部应低于肘部, 使污水流向指尖, 防止水流入衣袖。

避污纸: 应从上面抓取, 不可掀页撕取。

#### 【考点 17】常用漱口溶液

(1) 0.9%氯化钠溶液: 清洁口腔, 预防感染。(中性)

(2) 朵贝尔溶液(复方硼酸溶液): 轻微抑菌, 消除口臭。(中性)

(3) 0.02%呋喃西林溶液: 清洁口腔, 广谱抗菌。(中性)

(4) 1%~3%过氧化氢溶液: 放出新生氧, 抗菌防臭。(酸性)

(5) 1%~4%碳酸氢钠溶液: 属碱性药剂, 用于真菌感染。(碱性)

(6) 2%~3%硼酸溶液: 酸性防腐剂, 起抑菌作用。(酸性)

(7) 0.1%醋酸溶液: 用于铜绿假单胞菌感染。(碱性)

#### 【考点 18】碳酸氢钠的作用:

1%~2%的碳酸氢钠可提高沸点, 去污防锈;

1%~4%可用于口腔真菌感染;

2%~4%可用于外阴阴道假丝酵母菌病的阴道冲洗;

2%的碳酸氢钠可用于鹅口疮患儿口腔清洗。

敌百虫农药中毒禁用碳酸氢钠洗胃(遇碱性药物可分解出毒性更强的敌敌畏)。

#### 【考点 19】各种温度汇总

鼻饲液为 38~40℃;

冷疗降温时的温水擦浴和乙醇拭浴的温度: 32~34℃;

床上洗发、热水坐浴为 40~45℃;

热水袋: 温度 60~70℃ (婴幼儿、老年人、昏迷者 50℃ 以内);

灌肠溶液温度: 39~41℃, 降温时温度为 28~32℃, 中暑病人可用 4℃

### 【考点 20】体温

正常体温: 口腔舌下温度为 37℃ (范围在 36.3~37.2℃), 直肠温度 37.5℃ (范围在 36.5~37.7℃), 腋下温度 36.5℃ (范围在 36.0~37.0℃)。

热型:

(1) 稽留热: 体温持续升高达 39.0~40.0℃ 左右, 持续数天或数周, 24 小时波动范围不超过 1℃。常见于伤寒、肺炎球菌性肺炎等。

(2) 弛张热: 体温在 39.0℃ 以上, 但波动幅度大, 24 小时内体温差达 1℃ 以上, 最低体温仍超过正常水平。常见于败血症等。

(3) 间歇热: 高热与正常体温交替出现, 发热时体温骤升达 39℃ 以上, 持续数小时或更长, 然后很快下降至正常, 经数小时、数天的间歇后, 又再次发作。常见于疟疾等。

(4) 不规则热: 体温在 24 小时内变化不规则, 持续时间不定。常见于流行性感冒、肿瘤性发热等。

### 【考点 21】脉率

正常脉率: 60~100 次/分。异常脉率:

(1) 速脉: 脉率超过 100 次/分。见于发热、甲状腺功能亢进、休克、大出血前期的病人。

(2) 缓脉: 脉率低于 60 次/分。见于颅内压增高、房室传导阻滞、甲状腺功能减退等病人。

(3) 洪脉: 见于高热、甲状腺功能亢进的病人。

(4) 丝脉: 又称细脉。见于心功能不全、大出血、休克等病人。

(5) 间歇脉: 期前收缩。见于各种心脏病或洋地黄中毒的病人, 少数健康人在过度劳累、情绪激动、体位改变时也可出现。

(6) 二联律、三联律: 每隔一个正常搏动出现一次期前收缩, 称二联律。每隔两个正常搏动出现一次期前收缩, 称三联律。

(7) 绌脉: 指在同一单位时间内, 脉率少于心率。见于心房纤维颤动的病人。



**【考点 22】鼻饲法**

1. 鼻饲管测量方法: (1) 从发际到剑突的距离; (2) 从鼻尖至耳垂再到剑突的距离。成人插入胃内的长度约 45~55cm。

2. 证实胃管在胃内的方法:

(1) 回抽出胃液。

(2) 导管末端放入水中, 无气泡逸出。

(3) 无菌注射器迅速注入 10ml 空气, 有气过水声。

3. 下胃管的注意事项: 当胃管插至 10~15cm 时, 用左手将病人头部托起, 使下颌尽量靠近胸骨柄, 以增大咽喉部通道的弧度, 便于胃管沿后壁滑行, 顺利通过食管口。鼻饲量每次不应超过 200ml, 间隔时间不少于 2 小时, 温度 38~40℃ 左右。

**【考点 23】冷热疗禁忌症**

1. 禁忌用冷的部位

(1) 枕后、耳廓、阴囊处: 用冷易引起冻伤。

(2) 心前区: 用冷可反射性引起心率减慢、心律不齐。

(3) 腹部: 用冷易引起腹泻。

(4) 足底: 用冷可反射性引起末梢血管收缩, 影响散热; 还可引起一过性的冠状动脉收缩。

2. 热疗的禁忌证

(1) 急腹症尚未明确诊断前: 掩盖病情, 贻误诊疗。

(2) 面部危险三角区感染化脓时: 毒素入血, 炎症扩散, 造成颅内感染和败血症。

(3) 各种脏器内出血时: 加重出血倾向。

(4) 软组织损伤早期 (48 小时)。

**【考点 24】导尿术**

(1) 女: 初步消毒, 其原则由上至下、由外向内。顺序是: 阴阜、两侧大阴唇、两侧小阴唇、尿道口, 最后一个棉球消毒尿道口至肛门。

再次消毒, 其原则是由上向下、由内向外。顺序是: 尿道口、两侧小阴唇、尿道口, 每个棉球只用一次。

(2) 男: 初步消毒, 顺序为: 阴阜、阴茎背侧、阴茎腹侧、阴囊。自尿道口螺旋向外, 严格消毒尿道口、阴茎头、冠状沟。

再次消毒自尿道口螺旋向外消毒尿道口、阴茎头、冠状沟。

(3) 导尿注意事项: 男性插管时提起阴茎, 使之与腹壁成  $60^\circ$  (使耻骨前弯消失, 以利插管)。膀胱高度膨胀且极度虚弱的病人, 第一次放尿量不可超过 1000ml。一般导尿管每周更换一次。

### 【考点 25】排便的护理

#### 1. 大量不保留灌肠

(1) 0.9%氯化钠溶液, 0.1%~0.2%肥皂液。

(2) 肝性脑病病人禁用肥皂水灌肠, 以减少氨的产生和吸收; 充血性心力衰竭和水钠潴留的病人, 禁用 0.9%氯化钠溶液灌肠, 减少钠的吸收。

(3) 用量: 成人约为 500~1000ml, 小儿约为 200~500ml, 伤寒病人  $<500$ ml。

(4) 溶液温度:  $39\sim 41^\circ\text{C}$ , 降温时温度为  $28\sim 32^\circ\text{C}$ , 中暑病人可用  $4^\circ\text{C}$  的 0.9%氯化钠溶液。

(5) 液面距肛门 40~60cm。肛管轻轻插入直肠 7~10cm。

(6) 保留时间 5~10 分钟。

2. 小量不保留灌肠: 常用“1、2、3”溶液: 即 50%硫酸镁 30ml、甘油 60ml、温开水 90ml。肛管插入直肠 7~10cm。保留时间 10~20 分钟。

3. 清洁灌肠: 是反复多次进行大量不保留灌肠的方法。

4. 保留灌肠: 灌药, 治疗。用于镇静、催眠、治疗肠道内感染等。肛管轻轻插入直肠 15~20cm。药量不超过 200ml, 温度为  $38^\circ\text{C}$ 。保留时间 1 小时以上。

5. 肛管排气法: 肛管前端插入直肠 15~18cm, 一般不超过 20 分钟。

### 【考点 26】粪便颜色和气味

粪便颜色: 上消化道出血——柏油样便;

下消化道出血——暗红色便;

胆道完全阻塞——陶土色便;

阿米巴痢疾或肠套叠——果酱样便;

粪便表面有鲜血或排便后有鲜血滴出——肛裂或痔疮出血。

气味: 消化不良的病人, 粪便呈酸臭味; 上消化道出血的柏油样便呈腥臭味; 直

肠溃疡或肠癌者，粪便呈腐臭味。

**【考点 27】查对制度**

“三查七对”：三查：操作前、操作中、操作后查。七对：对床号、姓名、药名、浓度、剂量、方法、时间。

输血“三查”、“八对”：三查为查血的有效期、血的质量和输血装置是否完好；八对为对姓名、床号、住院号、血瓶（袋）号、血型、交叉配血试验结果、血制品的种类和剂量。

**【考点 28】给药的次数、时间和部位缩写对照**

外文缩写中文译意	外文缩写中文译意
q. m. 每晨 1 次	q. 2h. 每 2 小时 1 次
q. n. 每晚 1 次	q. 3h. 每 3 小时 1 次
q. d. 每日 1 次	q. 4h. 每 4 小时 1 次
b. i. d. 每日 2 次	q. 6h. 每 6 小时 1 次
t. i. d. 每日 3 次	a. m. 上午
q. i. d. 每日 4 次	p. m. 下午
q. o. d. 隔日 1 次	12n. 中午 12 点
b. i. w. 每周 2 次	12mn. 午夜 12 点
q. h. 每 1 小时 1 次	hs 临睡前
a. c. 饭前	PO 口服
p. c. 饭后	ID 皮内注射
s. t. 立即	H 皮下注射
p. r. n. 需要时（长期）	IM/i. m. 肌肉注射
s. o. s. 必要时（限用 1 次，12 小时内有效）	IV/i. v. 静脉注射
DC 停止	iv. gtt 静脉滴注

**【考点 29】注射给药法：**皮下注射、肌肉注射不能见回血，静脉注射必须见回血；刺激性强药液选粗长针头，且进针要深；注射多种药物，先注射刺激性较弱的，再注射刺激性强的药物。

(1) 皮内注射法（ID）注入表皮和真皮之间，与皮肤呈 5° 角。

①用于药物过敏试验：取前臂掌侧下段。

②预防接种：常选择上臂三角肌下缘。

(2) 皮下注射法 (H) 注入皮下组织。与皮肤呈  $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$  角。

(3) 肌内注射法 (IM/i. m.) 注入肌肉组织。针头与注射部位呈  $90^{\circ}$  角。如：  
臀大肌注射定位法：①十字法：先从臀裂顶点向左或右侧画一水平线，再从髂嵴最高点作一垂直平分线，将一侧臀部分为 4 个象限，其外上象限并避开内角，即为注射部位。②连线法：取髂前上棘和尾骨连线的外上 1/3 处，即为注射部位。

(4) 静脉注射法 (IV/i. v.) 穿刺部位的上方约 6cm 处扎紧止血带，与皮肤呈  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$  角。

【考点 30】各类皮试液的标准：

青霉素皮试液的标准：每毫升含青霉素 200~500U。

链霉素皮试液的标准：每毫升含链霉素 2500U。

破伤风抗毒素皮试液的标准：每毫升含破伤风抗毒素 150IU。

普鲁卡因皮试液的标准：每毫升含 2.5mg。

细胞色素 C 皮试液的标准：每毫升含细胞色素 c0.75mg。

【考点 31】溶液不滴的原因及处理

输液故障原因	表现	处理
针头滑出血管外	局部肿胀、疼痛，无回血	拔针，重新穿刺
针头斜面紧贴血管壁	无肿痛，有回血	调整针头位置或肢体位置
针头阻塞	无痛、无回血、有阻力	更换针头
压力过低		抬高输液瓶或放低肢体
静脉痉挛	不肿、疼痛、有回血	局部热敷

【考点 32】输液反应

(1) 发热反应

发生于输液后数分钟到 1 小时，表现为发冷、寒战和发热。——停止输液，联系医生。

(2) 急性肺水肿

输液过程中，突然出现呼吸困难、胸闷、咳嗽、咯粉红色泡沫样痰，两肺可闻及湿啰音，心率快且节律不齐。——停止输液，联系医生。端坐位，两腿下垂，四

肢轮流结扎，20%~30%乙醇湿化高流量吸氧（减低肺泡内泡沫的表面张力），选用镇静、平喘、强心、利尿、扩血管药物。

### （3）静脉炎

沿静脉走向出现条索状红线，局部发红、肿胀、灼热、疼痛，伴畏寒、发热。——患肢抬高并制动，局部用 50%硫酸镁行热湿敷。

### （4）空气栓塞

胸闷异常不适或胸骨后疼痛，呼吸困难和发绀，有濒死感。心前区可闻及响亮的、持续的“水泡声”。——停止输液，通知医生。采取左侧卧位并头低足高位，吸氧。

## 【考点 33】输血反应

### （1）发热反应（最常见）

输血中或输血后 1~2 小时内发生，有畏寒或寒战、发热，体温可达 38~41℃ 以上。——应减慢滴数或停止输入。

### （2）过敏反应

症状：输血后期或即将结束时。皮肤瘙痒、荨麻疹、血管性水肿；呼吸困难，两肺闻及哮鸣音，过敏性休克。

处理：①减慢或停止输血；②吸氧，气管切开，给予抗休克治疗；③给予 0.1% 肾上腺素 0.5~1ml 皮下注射，或用抗过敏药物和激素。

### （3）溶血反应（最严重）

①原因：输入异型血、输入变质血、Rh 血型不合。

②症状：在输血 10~15ml 后症状即可出现，初期出现头胀痛、四肢麻木、胸闷、腰背部剧烈疼痛等。中期出现黄疸和血红蛋白尿（酱油色），同时伴有寒战、高热、呼吸急促和血压下降等。后期肾小管阻塞；出现少尿、无尿等急性肾衰竭症状，严重可死亡。

③处理：停止输血并通知医生。保留余血，重做血型鉴定和交叉配血试验；维持静脉输液通道，供给升压药；静脉注射碳酸氢钠碱化尿液；双侧腰部封闭，并用热水袋敷双侧肾区，解除肾血管痉挛，保护肾脏；严密观察生命体征和尿量，抗休克治疗。

### （4）枸橼酸钠中毒反应



①原因：大量输血后血钙下降

②症状：表现为手足抽搐、出血倾向、血压下降、心率缓慢，心室纤维颤动，甚至发生心脏停搏。

③措施：输入库血 1000ml 以上时，须静脉注射 10%葡萄糖酸钙或氯化钙 10ml，以补充钙离子。

#### 【考点 34】瞳孔直径

正常瞳孔直径为 2~5mm。瞳孔直径小于 2mm 称为瞳孔缩小；瞳孔直径大于 5mm 为瞳孔扩大。

异常：(1) 双侧瞳孔缩小：见于有机磷农药、吗啡、氯丙嗪等药物中毒；(2) 双侧瞳孔扩大：见于颅内压增高、颅脑损伤、颠茄类药物中毒等；(3) 瞳孔不等大：双侧瞳孔大小不一。对光反应消失，常见于深昏迷或危重病人。

【考点 35】结肠充气试验 (Rovsing 征)：病人仰卧位，用右手压迫左下腹，再用手挤压近侧结肠，结肠内气体可传至盲肠和阑尾，引起右下腹疼痛者为阳性。腰大肌试验 (psoas 征)：病人左侧卧，使大腿后伸，引起右下腹疼痛者为阳性。说明阑尾位于腰大肌前方，盲肠后位或腹膜后位。

闭孔内肌试验 (obturator 征)：病人仰卧位，使右髋和右大腿屈曲，然后被动向内旋转，引起右下腹疼痛者为阳性，提示阑尾靠近闭孔内肌。

#### 【考点 36】医嘱种类和交班报告

##### 1. 医嘱的种类

(1) 长期医嘱：有效时间在 24 小时以上。

(2) 临时医嘱：医嘱有效时间在 24 小时以内，一般只执行 1 次。

(3) 备用医嘱：必要时使用。包括长期备用医嘱 (p. r. n.) (有效时间 24 小时以上) 和临时备用医嘱 (s. o. s.) (12 小时内有效。只一次)。

2. 书写交班报告的顺序：按出院、转出、死亡、新入院、转入、手术、分娩、病危、病重等顺序逐项书写，每项依床号顺序排列。

#### 【考点 37】酸碱平衡失调简易判断

##### 1. 酸碱平衡失调简易判断 (一)

代谢性酸中毒：因血浆  $\text{HCO}_3^-$  下降造成的酸中毒。(注：通过题中提到的  $\text{HCO}_3^-$  的值进行判断)

代谢性碱中毒：因血浆  $\text{HCO}_3^-$  增多造成的碱中毒。（注：通过题中提到的  $\text{HCO}_3^-$  的值进行判断）

呼吸性酸中毒：因  $\text{H}_2\text{CO}_3$  增多使 pH 值下降。（注：通过题中提到的  $\text{PaCO}_2$  的值来判断）

呼吸性碱中毒：因  $\text{H}_2\text{CO}_3$  下降使 pH 值升高。（注：通过题中提到的  $\text{PaCO}_2$  的值来判断）

## 2. 酸碱平衡失调简易判断（二）

PH：正常值： $7.40 \pm 0.05$ 。异常情况：PH  $\uparrow$  ——碱中毒；PH  $\downarrow$  ——酸中毒。

$\text{PaO}_2$ ：判断有无呼吸衰竭、缺氧情况。 $< 80\text{mmHg}$  ——低氧血症。

$\text{PaCO}_2$ ：判断呼吸性酸碱中毒指标。正常值： $35 \sim 45\text{mmHg}$  ( $4.67 \sim 6.00\text{kPa}$ )，平均值： $40\text{mmHg}$ 。异常情况： $\text{PaCO}_2 \uparrow$  ——呼酸； $\text{PaCO}_2 \downarrow$  ——呼碱。

### 【考点 38】墨菲征与夏柯三联症

Murphy（墨菲）征阳性：急性胆囊炎。检查者将左手平放于病人右肋部，拇指置于右腹直肌外缘与肋弓交界处，嘱病人缓慢深吸气，使肝脏下移，若病人因拇指触及肿大的胆囊引起疼痛而突然屏气，称为 Murphy 征阳性。

夏柯（Charcot）三联症（腹痛、寒战高热、黄疸）：见于急性胆管炎。此基础上又出现休克和神经精神症状=Reynolds 五联症。

### 【考点 39】临终病人的心理反应及护理措施

（1）否认期。心理反应为“不，不可能，不会是我！一定是搞错了！这不是真的！”（陪伴倾听）

（2）愤怒期。表现为生气、愤怒、怨恨、嫉妒，心理反应为“这不公平，为什么是我！”（理解宣泄行为，药物稳定情绪）

（3）协议期。常常表示“如果能让我好起来，我一定……”。（创造环境，减轻痛苦）

（4）忧郁期。表现为情绪低落、消沉、退缩、悲伤、沉默、哭泣等。（家人陪伴，预防意外）

（5）接受期。常处于嗜睡状态，情感减退。（尊重病人，安静环境）

### 【考点 40】心脏的腔室与瓣膜

（1）心脏有四个腔室：左心房、左心室、右心房、右心室。

(2) 两个间隔: 左右心之间互不相通。

①房间隔 (左心房、右心房之间);

②室间隔 (左心室、右心室之间)。

(3) 四个瓣膜: 相通。

①二尖瓣 (左心房、左心室之间);

②三尖瓣 (右心房、右心室之间);

③主动脉瓣 (左心室与主动脉之间);

④肺动脉瓣 (右心室与肺动脉之间)。

#### 【考点 41】心脏负荷过重分类

(1) 容量负荷 (前负荷) 过重: 见于二尖瓣、主动脉瓣关闭不全; 房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭; 以及伴有全身血容量增多疾病, 如甲状腺功能亢进症、慢性贫血等。

(2) 压力负荷 (后负荷) 过重: 见于高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄等, 以及左、右心室收缩期射血阻力增加的疾病。

(1) 前负荷 (容量) 增加:

如: 瓣膜关闭不全、间隔缺损、贫血、甲亢。

记忆: 缺心眼——不关门——进来人 (贫血、甲亢)

(2) 后负荷 (阻力、压力) 增加:

记忆: 两个瓣膜狭窄, 两根血管及两个循环压增高。

#### 【考点 42】急性左心衰考点总结

(1) 主要是急性肺水肿的表现: 端坐呼吸、咳嗽、咳粉红色泡沫样痰、双肺湿啰音。

(2) 急救措施: 半卧位、腿下垂、吸氧 (吸入高流量 6~8L/min 氧气, 加入 20%~30%乙醇湿化, 降低肺泡及气管内泡沫的表面张力)、利尿等, 有呼吸系统疾病时禁用吗啡。

(3) 急性肺水肿最具有特征意义的是严重呼吸困难伴咯粉红色泡沫样痰。

(4) 急性左心衰用药组合: 呋塞米、硝普钠、西地兰。

#### 【考点 43】法洛四联症

常见的青紫型先天性心脏病。以肺动脉狭窄 (最重要畸形)、室间隔缺损、主动

脉骑跨和右心室肥厚为主要临床特征。

①表现: 3~6个月逐渐青紫, 青紫持续6个月以上者, 可见杵状指, 患儿有蹲踞现象。

②查体: 听诊: 胸骨左缘2~4肋间有2或3级收缩期喷射性杂音, 杂音响度与狭窄程度成反比;  $P_2$ 减弱。

③并发症: 脑血栓(最常见)、脑脓肿、感染性心内膜炎、红细胞增多症。

#### 【考点44】心绞痛重点总结

(1) 疼痛部位: 以胸骨体中段或上段, 可波及心前区。可放射至左肩、左臂内侧。

(2) 疼痛性质: 压迫感、发闷、紧缩感。

(3) 持续时间: 多在3~5分钟内, 一般不超过15分钟。

(4) 缓解方式: 休息或含服硝酸甘油后几分钟内缓解。

(5) 诱发因素: 激动、劳累、饱餐、寒冷、吸烟。

(6) 护理措施:

①饮食: 低热量、低脂肪、低胆固醇、少糖、少盐。

②药物: 硝酸甘油舌下含服, 或嚼碎后含服, 舌下保留一些唾液, 以利药物迅速溶解而吸收。含药后应平卧, 以防低血压。

#### 【考点45】感染性心内膜炎病人的护理

(1) 病因: 多见于主动脉瓣关闭不全。

(2) 致病菌: 急性心内膜炎——金黄色葡萄球菌; 亚急性心内膜炎——草绿色链球菌。

(3) 感染性心内膜炎: 发热、瘀点、脾脏大、贫血、杵状指和趾。杂音: 急性多见。

(4) 并发症: 心衰。栓子脱落—脑栓塞。

(5) 首选: 血培养, 10~20ml。

#### 【考点46】慢性胃炎

(1) 主要致病菌: 幽门螺杆菌。

(2) 最可靠的检查方法: 胃镜检查。

(3) 用药: 两种抗生素如阿莫西林、克拉霉素、替硝唑等和(或)枸橼酸铋钾

二联或三联治疗。

(4) 用药注意事项:

- ① 硫糖铝: 在餐前 1 小时与睡前服用效果最好, 如需同时使用抑酸药, 抑酸药应在硫糖铝服前半小时或服后 1 小时给予。
- ② 吗丁啉或西沙必利等胃肠动力药: 加速胃排空, 应在饭前服用, 不宜与阿托品等解痉剂合用。
- ③ 伴恶性贫血病人, 可注射维生素 B<sub>12</sub> 加以纠正。

**【考点 47】关于咳痰、咯血与尿量的分级**

咳痰严重度分级

- (1) 轻度 < 10ml/d;
- (2) 中度 10~150ml/d;
- (3) 重度 > 150ml/d。

咯血量分级

- (1) 少量咯血为 < 100ml/d;
- (2) 中量咯血为 100~500ml/d;
- (3) 大量咯血为 > 500ml/d 或 1 次咯血量 > 300ml。

关于尿量:

- (1) 多尿: 24h 尿量 ≥ 2500ml;
- (2) 少尿: 24h 尿量 < 400ml 或 1h 尿量 < 17ml;
- (3) 无尿或尿闭: 24h 尿量 < 100ml 或 12 小时内无尿。

**【考点 48】各类肝炎传播途径**

- ① 主要经粪-口途径传播的是: 甲型肝炎和戊型肝炎 (消化道隔离)。
- ② 主要经血液途径传播的是: 乙型肝炎、丙型肝炎及丁型肝炎 (血液-体液隔离)。
- ③ 母婴传播也是乙型肝炎重要传播途径。

**【考点 49】肝性脑病分期**

根据意识障碍程度、神经系统表现和脑电图改变, 将肝性脑病可分为四期:

一期 (前驱期) 轻度性格改变和行为失常, 如欣快激动或淡漠、随地便溺。病人应答尚准确, 但有时吐字不清且较缓慢。可有扑翼样震颤, 脑电图多数正常。

二期 (昏迷前期) 以意识错乱、睡眠障碍、行为失常为主。定向力和理解力均减



退,不能完成简单计算。言语不清,举止反常,多有睡眠时间倒错。甚至有幻觉、恐惧、躁狂。

三期(昏睡期)以昏睡和精神错乱为主,大部分时间呈昏睡状态,但可唤醒。各种神经体征持续存在或加重,扑翼样震颤仍存在,肌张力增加,脑电图有异常表现,锥体束征呈阳性。

四期(昏迷期)神志完全丧失,不能唤醒。浅昏迷时,对疼痛刺激有反应,腱反射肌张力亢进,扑翼样震颤无法引出。深昏迷时,各种反射消失,肌张力降低,瞳孔散大,可出现阵发性惊厥、踝阵挛等。脑电图明显异常。

#### 【考点 50】消化性溃疡

消化性溃疡主要指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡,即胃溃疡和十二指肠溃疡。两种疾病的区别如下:

不同点	胃溃疡	十二指肠溃疡
好发部位	胃角和胃窦小弯	十二指肠球部
疼痛部位	剑突下正中	上腹正中或偏右
疼痛时间	进餐后 0.5~1 小时出现,持续 1~2 小时后逐渐缓解	饥饿痛或空腹痛,餐后 3~4 小时出现
疼痛规律	进食-疼痛-缓解	疼痛-进食-缓解

特别提示:胃溃疡,饱餐痛;十二指肠溃疡,饥饿痛。

要理解记忆两种疾病疼痛的时间规律,在实践考试中会给出病人疼痛的时间规律去选择正确的疾病。

#### 【考点 51】胃溃疡手术治疗的适应症

(1) 毕 I 式胃大部切除术:胃大部切除后,将残胃与十二指肠吻合。优点是重建后的胃肠道接近正常解剖生理状态,多适用于治疗胃溃疡。

(2) 毕 II 式胃大部切除术:适用于各种胃十二指肠溃疡,特别是十二指肠溃疡。

#### 【考点 52】消化性溃疡的并发症

消化性溃疡并发口诀:溃疡病,经常见;四大恶魔常出现,出血与穿孔,梗阻与癌变;出血表现为黑便,穿孔出现腹膜炎;梗阻病人吐宿食,少数病人全癌变。

(1) 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。可表现为呕血与黑便。

(2) 穿孔: 常发生于十二指肠溃疡, 主要表现腹部剧痛和具有急性腹膜炎的体征。

(3) 幽门梗阻: 主要表现为餐后上腹部饱胀, 频繁呕吐宿食, 严重时可引起水和电解质紊乱, 并有营养不良和体重下降症状。

(4) 癌变: 少数胃溃疡可发生癌变(癌变后的主要表现为疼痛的节律性消失, 粪便隐血试验阳性)

**【考点 53】不同性质脱水的临床表现**

	低渗性	等渗性	高渗性
血钠 (mmol/L)	<130	130~150	>150
口渴	不明显	明显	极明显
皮肤弹性	极差	稍差	尚可
血压	明显下降	下降	正常/稍低
神志	嗜睡/昏迷	萎靡	烦躁/惊厥

**【考点 54】代谢性酸中毒的分度及临床表现**

	轻度	中度	重度
精神状态	正常	精神萎靡、烦躁不安	昏睡、昏迷
呼吸改变	呼吸稍快	呼吸深大	呼吸深快、节律不整、有烂苹果味
口唇颜色	正常	樱桃红	发绀

**【考点 55】烧伤患者早期的补液方案**

我国常用的烧伤补液量计算公式: 伤后第一个 24 小时补液量按病人每千克体重每 1% 烧伤面积 (II~III 度) 补液 1.5ml (小儿 1.8ml, 婴儿 2ml) 计算, 即第一个 24 小时补液量=体重 (kg) × 烧伤面积 (%) × 1.5ml, 另加每日生理需水量 2000ml, 即为补液总量。电解质液和胶体溶液的比例一般为 2:1, 深度烧伤为 1:1, 即每 1% 烧伤面积每千克体重补充电解质溶液和胶体溶液各 0.75ml。伤后第二个 24 小时补液量为第一个 24 小时计算量的一半, 日需量不变。第三个 24 小时补液量根据病情变化决定。

**【考点 56】急性肾衰竭**

急性肾衰竭病人，主要表现为少尿或无尿，血尿素氮和肌酐迅速升高，水、电解质、酸碱失衡及尿毒症症状。其少尿期的临床表现

- (1) 少尿或无尿期：一般持续 1~2 周。每日尿量持续少于 400ml 为少尿，少于 100ml 为无尿。
- (2) 进行性氮质血症：血肌酐绝对值每日升高  $44.2 \mu\text{mol/L}$ 。
- (3) 水、电解质和酸碱平衡失调。
- (4) 其他表现：有高血压、心力衰竭、心律失常、心包炎等心血管表现。

高血钾症是急性肾衰竭最严重的并发症，是起病第一周死亡最常见的原因。

#### 【考点 57】肠套叠

肠套叠多见于 2 岁以内的儿童，其临床表现为突然发作剧烈的阵发性腹痛，伴有呕吐和果酱样血便，腹部可扪及腊肠形肿块，并有压痛。辅助检查：X 线空气或钡剂灌肠检查，可见到空气或钡剂在套叠远端受阻呈“杯口状”阴影。早期可用空气或钡剂灌肠复位。如复位不成功，或病期已超过 48 小时，或出现肠坏死、肠穿孔，应及时手术治疗。

#### 【考点 58】肝硬化的并发症

- (1) 上消化道出血：为最常见的并发症，多突然发生大量呕血或黑便。
- (2) 肝性脑病：是晚期肝硬化最严重的并发症，亦是常见死亡原因。
- (3) 感染：常易并发细菌感染，如肺炎、胆道感染及自发性腹膜炎等。
- (4) 肝肾综合征：表现为少尿或无尿、氮质血症、稀释性低钠血症。
- (5) 肝肺综合征：为严重的肝病、肺血管扩张和低氧血症的三联症。表现呼吸困难、低氧血症，检查显示肺血管扩张。
- (6) 肝硬化病人若在短期内出现肝增大，且表面有肿块，持续肝区疼痛，应考虑并发原发性肝癌的可能。

#### 【考点 59】有机磷中毒的全身症状

- (1) 毒蕈碱样症状 (M 样)：出现最早，表现为头晕、头痛、多汗、流涎、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、瞳孔缩小、视力模糊、支气管分泌物增多、呼吸困难，严重者出现肺水肿。
- (2) 烟碱样症状 (N 样)：常先从眼睑、面部、舌肌开始，逐渐发展至四肢，全身肌肉抽搐，病人常有全身紧束感，后期出现肌力减退和瘫痪，如发生呼吸肌麻

痹可诱发呼吸衰竭。

还可引起血压增高、心跳加快和心律失常。

(3) 中枢神经系统症状: 早期可有头晕、头痛、乏力, 逐渐出现烦躁不安、谵妄、抽搐及昏迷。严重时可发生呼吸中枢衰竭或脑水肿而死亡。

### 【考点 60】烧伤的评估

中国新九分法适用于较大面积烧伤的评估。该法将体表面积分为 11 个 9%, 另加会阴区的 1%, 构成 100% 的体表面积。12 岁以下小儿头部面积较大, 双下肢面积相对较小, 测算方法应结合年龄进行计算 (见下表)。

部位	成人各部位面积 (%)	小儿各部位面积 (%)
头颈	$9 \times 1 = 9$ (头部 3 面部 3 颈部 3)	$9 + (12 - \text{年龄})$
双上肢	$9 \times 2 = 18$ (双手 5 双前臂 6 双上臂 7)	$9 \times 2$
躯干	$9 \times 3 = 27$ (腹侧 13 背侧 13 会阴 1)	$9 \times 3$
双下肢	$9 \times 5 + 1 = 46$ (双臀 5 双大腿 21 双小腿 13 双足 7)	$46 - (12 - \text{年龄})$

特别提示: 三三三五六七, 十三, 十三, 二十一, 双臀占五会阴一, 小腿十三双足七。

解释: 头、面、颈部均是 3, 双手、双前臂、双上臂是 567, 躯干前、躯干后、双大腿是 13、13、21, 一目了然。记忆时, 一边念口诀, 一边用双手触摸身体部位, 很容易记, 非常有用。

### 【考点 61】预产期推算

末次月经第 1 天起, 月份减 3 或加 9, 日期加 7。如为阴历, 月份仍减 3 或加 9, 但日期加 15。

预产期推算小窍门:

$$\text{EDC (月)} = \text{LMP (月)} - 3 \text{ (或} + 9 \text{)}$$

$$\text{EDC (日)} = \text{LMP (日)} + 7$$

批注: EDC 为预产期英文缩写, LMP 为末次月经英文缩写。

如果题干给出月份  $\geq 4$ , 月份 - 3 计算, 如果月份  $< 4$ , 月份 + 9 计算 (注意二月份天数)。

### 【考点 62】产程分期

(1) 第一产程（宫颈扩张期）

规律宫缩——宫口开全。分为潜伏期和活跃期，初产妇不超过 20h；经产妇不超过 14h。

(2) 第二产程（胎儿娩出期）

宫口开全——胎儿娩出。未实施硬膜外麻醉者初产妇不超过 3h，经产妇不超过 2 小时。

(3) 第三产程（胎盘娩出期）

胎儿娩出——胎盘娩出。约需 5~15 分钟，一般不超过 30 分钟。

【考点 63】阿普加评分（Apgar）

以出生后 1 分钟时的心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色五项体征为依据，每项 0~2 分，满分 10 分。

8~10 分为正常新生儿；

4~7 分为轻度窒息，需积极处理；

0~3 分为重度窒息，需紧急抢救。

Apgar 评分具体评分标准：

1. 皮肤颜色：青紫或苍白 0 分；躯干红，四肢紫 1 分；全身红 2 分。

2. 心率（次/分）：无心率 0 分；<100 为 1 分；≥100 为 2 分。

3. 喉反射：无反应 0 分；有些动作，如皱眉 1 分；哭，喷嚏 2 分。

4. 肌张力：松弛 0 分；四肢略屈曲 1 分；四肢活动 2 分。

5. 呼吸：无呼吸 0 分；浅表，哭声弱 1 分；正常，哭声响 2 分。

【考点 64】流产分类与区别

停经、腹痛及阴道出血是流产的主要临床症状。在流产发展的各个阶段，其症状发生的时间、程度不同，相应的处理原则亦不同，汇总如下表：

类型	先兆流产	难免流产	不全流产	完全流产
流血	少	增多	多	少→无
腹痛	轻	加重	减轻	无
组织排除	无	无	常有（部分）	有（完全）
宫口	闭	可能扩张	扩张或组织堵塞	闭
子宫大小	与孕周相符	与孕周相符或略	小于孕周	正常或略小于孕



		小		周
B超	胚胎存活	胚胎死亡	残留组织	正常宫腔
处理	可保胎	尽早刮宫	立即刮宫	不必处理

**【考点 65】根据胎龄分类**

- (1) 足月儿: 37 周 $\leq$ 胎龄 $<$ 42 周的新生儿。
- (2) 早产儿: 28 周 $\leq$ 胎龄 $<$ 37 周的新生儿。
- (3) 过期产儿: 胎龄 $\geq$ 42 周的新生儿。

提示: 早产儿、足月儿、过期产儿, 这三个概念大家不必全部死记硬背, 只要牢牢记住足月儿的概念就可以, 超过足月儿出生时间就是过期产儿, 早于足月儿出生就是早产儿。足月儿: 37 周 $\leq$ 胎龄 $<$ 42 周。大家一定要注意, 足月儿包含 37 周不包含 42 周。

**【考点 66】产褥期母体子宫的变化**

产后第一天子宫底平脐, 以后每日下降 1~2cm。产后 1 周, 在耻骨联合上可打到子宫底约妊娠 12 周大小, 产后 10 天, 子宫降至盆腔内, 腹部检查测不到子宫底, 产后 6 周恢复到正常未孕期大小。

**【考点 67】新生儿特殊生理状态**

- (1) 生理性体重下降: 下降不超过 10%, 生后 10 日左右恢复。
- (2) 生理性黄疸: 生后 2~3 日出现, 4~5 日最重, 2 周内消退。
- (3) 生理性乳腺肿大: 乳腺内有蚕豆到鸽蛋大小的肿块, 多于 2~3 周消退。
- (4) 假月经: 部分女婴生后 5~7 日, 阴道流出少量血液, 持续 1 周, 不必处理。
- (5) “板牙”、“马牙”: 新生儿上颌中线和齿龈切缘上有黄白色小斑点, 不需处理。

提示: 既然是新生儿特殊“生理状态”, 所以必须肯定的是: 以上五种情况都不用特殊处理, 会“自愈”。

**【考点 68】小儿疫苗初种歌**

出生乙肝卡介苗, 2 月脊灰炎症好, 3 4 5 月百白破, 8 月麻疹岁乙脑。

注: 出生时即种乙肝、卡介苗。2、3、4 月打脊灰疫苗。3、4、5 打百白破。8 月打麻疹。

年龄	接种疫苗
----	------

出生	卡介苗	乙肝疫苗			
1月龄		乙肝疫苗			
2月龄	脊灰疫苗				
3月龄	脊灰疫苗		无细胞百白破疫苗		
4月龄	脊灰疫苗		无细胞百白破疫苗		
5月龄			无细胞百白破疫苗		
6月龄		乙肝疫苗			流脑疫苗
8月龄				麻风二联疫苗	

【考点 69】生理性黄疸与病理性黄疸区别之表格记忆法

	生理性黄疸	病理性黄疸
出现时间	足月儿生后 2~3 天出现黄疸， 4~5 天最重； 早产儿黄疸多于生后 3~5 天出现， 5~7 天达高峰	生后 24 小时内
持续时间	足月儿最迟不超过 2 周； 早产儿最长可延迟到 3~4 周	足月儿 > 2 周； 早产儿 > 4 周
血清胆红素	足月儿 < 221 $\mu\text{mol/L}$ (12.9mg/dl)； 早产儿 < 257 $\mu\text{mol/L}$ (15mg/dl)。 每日上升小于 85 $\mu\text{mol/L}$	> 34 $\mu\text{mol/L}$ (2mg/dl)
其他条件	一般情况良好	黄疸退而复现

【考点 70】新生儿出生体重的计算

新生儿出生体重平均为 3kg。出生后第 1 个月增加 1~1.5kg，3 个月时体重是出生时的 2 倍 (6kg)，1 周岁时增至出生时的 3 倍 (9kg)；2 岁时增至出生时体重

的4倍(12kg)。2岁以后到12岁前体重稳步增长,平均每年增长2kg,推算公式如下:

1~6个月: 体重(kg) = 出生体重(kg) + 月龄(月) × 0.7(kg)

7~12个月: 体重(kg) = 6(kg) + 月龄(月) × 0.25(kg)

2~12岁: 体重(kg) = 年龄(岁) × 2 + 8(kg)

#### 【考点71】新生儿身长的计算

身长指从头顶至足底的全身长度。年龄越小增长越快,婴儿期和青春期是两个增长高峰。新生儿出生时身长平均为50cm;1周岁时达到75cm;2周岁时达到85cm。

2~12岁可按下列公式推算:

身长(cm) = 年龄(岁) × 7 + 75(cm)

#### 【考点72】几种不同病原体所致肺炎的特点

(1) 腺病毒肺炎: 以腺病毒为主要病原体。临床特点: 1) 本病多见于6个月~2岁幼儿。2) 起病急骤、全身中毒症状明显。体温达39℃以上,呈稽留热或弛张热,重症可持续2~3周。咳嗽频繁,可出现喘憋、呼吸困难、发绀。3) 肺部体征出现较晚,多在发热4~5日后开始出现肺部湿啰音,以后因肺部病变融合而出现肺实变体征。4) 胸片改变出现较肺部体征为早,特点为大小不等的片状阴影或融合成大病灶,肺气肿多见,病灶吸收需数周至数月。

(2) 肺炎支原体肺炎: 临床特点是症状与体征不成比例。起病多较缓慢,学龄期儿童多见,学龄前期儿童也可发生。刺激性干咳为突出的表现,有的酷似百日咳样咳嗽,常有发热,热程1~3周。而肺部体征常不明显。中毒症状也不重。部分患儿出现全身多系统的损害,如心肌炎、脑膜炎、肝炎、肾炎等。肺部X线分为4种改变: 1) 肺门阴影增浓为突出表现; 2) 支气管肺炎改变; 3) 间质性肺炎改变; 4) 均一的实变影。

(3) 金黄色葡萄球菌肺炎: 本病多见于新生儿及婴幼儿。临床起病急、病情重、发展快。多呈弛张热,婴幼儿可呈稽留热。中毒症状明显,面色苍白,咳嗽,呻吟,呼吸困难。肺部体征出现早,双肺可闻及中、细湿啰音,易并发脓胸、脓气胸。常合并循环、神经及消化系统功能障碍。

记忆窍门:

腺病毒肺炎: 高热(稽留高热)性喘憋伴肺部实变。

金黄色葡萄球菌肺炎：弛张高热，伴肺部小脓肿。

肺炎支原体肺炎：年长儿、咳嗽重、体征无、X线重。

【考点 73】婴儿胃呈水平位，贲门肌发育差，幽门括约肌发育良好易发生溢乳和呕吐。

记忆：贲门在上，幽门在下。

贲字和喷子很像，人喷吐是“往上经口而出”，所以贲门在上，幽门在下。

【考点 74】小儿出生时存在，以后逐渐消失的反射。

反射	迈步反射	握持反射	拥抱反射	觅食、吸吮反射
消失年龄	2~3 月	3~4 月	3~6 月	4~7 月

【考点 75】急性心力衰竭

(一) 病因：急性广泛心肌梗死、高血压急症、严重心律失常、输液过快等。

(二) 临床表现★

急性左心衰最常见，突发重度呼吸困难，30~40 次/分，咳嗽，咯大量粉红色泡沫痰，血压下降等。

(急性左心衰=急性肺水肿=急性肺淤血=粉红色泡沫样痰)

查体可见心率和脉率增快，两肺满布湿啰音和哮鸣音，心尖部可闻及舒张期奔马律。

(三) 治疗原则

端坐位，腿下垂==吸氧利尿打吗啡

慢速静推氨茶碱==强心激素紧跟随

体位	减少静脉回流，置病人于两腿下垂坐位或半卧位。
吸氧	高流量（6~8L/min）氧气，加入 20%~30%乙醇湿化，降低肺泡内泡沫的表面张力，使泡沫破裂，改善肺通气。
镇静	皮下注射或静推吗啡 3~10mg，伴颅内出血、神志障碍、慢性肺部疾病时禁用。
利尿	静脉注射呋塞米 20~40mg
强心	毛花苷丙（西地兰）0.4mg 缓慢静脉注射，重度二尖瓣狭窄病人禁用，急性心梗 24h 内一般不宜使用

扩血管	硝普钠缓慢静脉滴注, 扩张小动脉和小静脉
平喘	静脉滴注氨茶碱, 可缓解支气管痉挛
激素	降低外周阻力, 减少回心血量, 减少肺毛细血管通透性从而减轻肺水肿

【考点 76】颤动

	房颤	室颤
病因	风湿性心瓣膜病、甲亢等	急性心梗、洋地黄中毒等
临床表现	心室率 < 150 次/分, 可有心悸、气促、心前区不适等症, 心室率 > 150 次/分钟, 心排出量 ↓ → 晕厥、肺水肿、心绞痛或休克。持久性房颤 → 血栓 → 动脉栓塞。听诊第一心音强弱不等, 心律绝对不齐。短绌脉	表现为迅速意识丧失、抽搐、发绀, 继而呼吸停止, 瞳孔散大甚至死亡。查体心音消失、脉搏触不到, 血压测不到
心电图	窦性 P 波消失, 代之以大小形态及规律不一的 f 波, 频率 350~600 次/分钟, QRS 波群形态正常, R-R 间隔完全不规则, 心室率极不规则, 常在 100~160 次/分	QRS 波群与 T 波消失, 呈完全无规则的波浪状曲线, 形状、频率、振幅高低各异
治疗	电复律、药物复律, 心衰合并房颤最佳选择为洋地黄	立即非同步电除颤

【考点 77】感染性心内膜炎病人的护理

1. 病因: 多见于主动脉瓣关闭不全
  2. 致病菌: 急性心内膜炎——金黄色葡萄球菌; 血常规是: 血白细胞计数增高, 并有核左移。红细胞沉降率升高。  
亚急性心内膜炎——草绿色链球菌。血常规是: 正常色素型正常细胞性贫血。
  3. 感染性心内膜炎: 发热、瘀点、脾大、贫血、杵状指和趾。杂音: 急性多见
  4. 并发症: 心衰。栓子脱落—脑栓塞。
  5. 诊断菌血症和感染性心内膜炎的最有价值的方法: 血培养。
- 对于未开始治疗的亚急性感染性心内膜炎病人应在第一日每间隔 1 小时采血 1



次，共 3 次。如次日未见细菌生长，重复采血 3 次后，开始抗生素治疗。

已用过抗生素者，应停药 2~7 天后采血。急性感染心内膜炎病人应在入院后 3 小时内，每隔 1 小时 1 次共取 3 个血标本后开始抗生素治疗。

每次取静脉血 10~20ml，作需氧和厌氧培养，至少应培养 3 周。

**【考点 78】精神障碍之思维形式障碍**

①联想障碍

思维奔逸：语流增快，口若悬河，滔滔不绝，见于躁狂症。

思维迟缓：患者自觉脑子变笨，言语慢，反应慢，思考问题困难。见于抑郁症。

思维贫乏：沉默少语，谈话言语空洞单调或词穷句短。

思维散漫：说话东拉西扯。

思维破裂：言语支离破碎，语词杂拌，多见于精神分裂症。

②思维逻辑障碍

象征性思维：以无关的具体概念或行动代表某一抽象概念，见于精神分裂症。

语词新作：病人自创一些新的符号、图形、文字，不解释不明白。

逻辑倒错性思维：推理缺乏逻辑性，无前提及根据，或因果倒置不可理解。

强制性思维：又称思维云集，指病人头脑中出现了大量的不属于自己的思维，这些思维不受病人意愿的支配，强制性地在大脑中涌现，好像在神奇的外力作用下别人思想在自己脑中运行。

**【考点 79】痰液颜色和性状**

项目	临床意义	
颜色	粉红色泡沫样痰	见于急性肺水肿
	铁锈色痰	见于肺炎链球菌肺炎
	红棕色胶冻痰	肺炎克雷伯感染
	白色转黄色	提示细菌感染
	草绿色	见于绿脓杆菌或干酪性肺炎
	红褐色痰	阿米巴脓肿
	果酱样	肺吸虫病
性状	大量痰	24 小时咳痰量 > 100ml，痰液静置，分三层，见于肺脓肿、支气管扩张

	血性痰	见于肺结核、支气管扩张、肺癌等
	黏液性痰	见于支气管炎、支气管哮喘和早期肺炎等
	浆液性痰	见于肺淤血
	粉红色泡沫痰	急性肺水肿
气味	恶臭味	厌氧菌感染

**【考点 80】异常呼吸**

(1) 潮式呼吸：又称陈-施呼吸，是一种周期性的呼吸异常。特点表现为开始呼吸浅慢，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 秒后，再重复出现以上的呼吸，如此周而复始；其呼吸形态呈潮水涨落样，故称潮式呼吸。

常见于中枢神经系统的疾病，如脑炎、颅内压增高、酸中毒、巴比妥类药物中毒等病人。

(2) 间断呼吸：又称毕奥呼吸。表现为呼吸和呼吸暂停现象交替出现。特点为有规律地呼吸几次后，突然暂停呼吸，间隔时间长短不同，随后又开始呼吸；如此反复交替出现。

常见于颅内病变、呼吸中枢衰竭等病人。

(3) 深度呼吸：又称库斯莫呼吸，是一种深而规则的大呼吸。见于尿毒症、糖尿病等引起的代谢性酸中毒病人。

(4) 浮浅性呼吸：是一种浅表而不规则的呼吸，有时呈叹息样。见于濒死病人。

(5) 蝉鸣样呼吸：吸气时有一种高音调的音响，声音似蝉鸣，称为蝉鸣样呼吸。常见于喉头水肿、痉挛或喉头有异物等病人。

(6) 鼾声呼吸：是指呼气时发出粗糙鼾声的呼吸。多见于深昏迷病人。

**【考点 81】急性感染性喉炎**

1. 主要特征：犬吠样咳嗽、声音嘶哑、喉鸣和吸气性呼吸困难（三凹征）。

2. 按吸气性呼吸困难的轻重，将喉梗阻分 4 度。

分度	临床表现	体征
I 度	仅用于活动后出现吸气性喉鸣和呼吸困难	呼吸音及心率无改变
II 度	安静时有喉鸣和吸气性呼吸困	可闻喉传导音或管状呼吸音，心

	难	率加快
III度	喉鸣和吸气性呼吸困难, 烦躁不安、口唇及指趾端发绀, 双眼圆睁, 惊恐万状, 头面出汗	呼吸音明显减弱, 心音低钝, 心率快
IV度	渐显衰竭, 昏睡状态, 由于无力呼吸, 三凹征可不明显, 面色苍白发灰	呼吸音几乎消失, 仅有气管传导音, 心音低钝, 心率不齐

3. 三凹征的表现: 胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙在吸气时有明显凹陷。

4. 减轻或消除喉头水肿常用: 肾上腺皮质激素。

#### 【考点 82】结核病的检查方法

1. 痰结核菌检查是确诊肺结核最特异的方法。痰菌阳性说明病灶是开放的, 具有传染性。

2. 影像学检查: 胸部 X 线检查是早期诊断肺结核的主要方法。肺部 CT 检查可发现微小或隐蔽性病灶, 了解病变范围, 帮助鉴别肺部病变。

3. 结核菌素试验测定人体是否受过结核菌感染。

目前多采用 PPD。通常取 0.1ml, 即 5 结素单位 (TU) 于左前臂屈侧中、上 1/3 交界处作皮内注射, 注射后 48~72 小时测量皮肤硬结的直径, 小于 5mm 为阴性, 5~9mm 为弱阳性, 10~19mm 为阳性, 20mm 或不足 20mm 出现水疱、坏死为强阳性。

结核菌素试验阳性仅表示曾有结核感染, 并不一定患病。若呈强阳性, 常提示活动性结核病。

结核菌素试验对婴幼儿的诊断价值大于成人, 因年龄越小, 自然感染率越低。3 岁以下强阳性反应者, 应视为有新近感染的活动性结核病, 须予治疗。

4. 纤维支气管镜检查对本病诊断和鉴别诊断有重要价值。

#### 【考点 83】细菌性痢疾

细菌性痢疾是由志贺菌属引起的肠道传染病。中毒性细菌性痢疾是急性细菌性痢疾的危重型, 临床以突发高热、嗜睡、反复惊厥、迅速发生休克和昏迷为特征。

临床表现分为 4 型:

1. 休克型: 主要表现为感染性休克。患儿面色苍白、四肢厥冷、脉搏细速、血压

下降,后期伴心、肺、肾等多器官功能障碍。

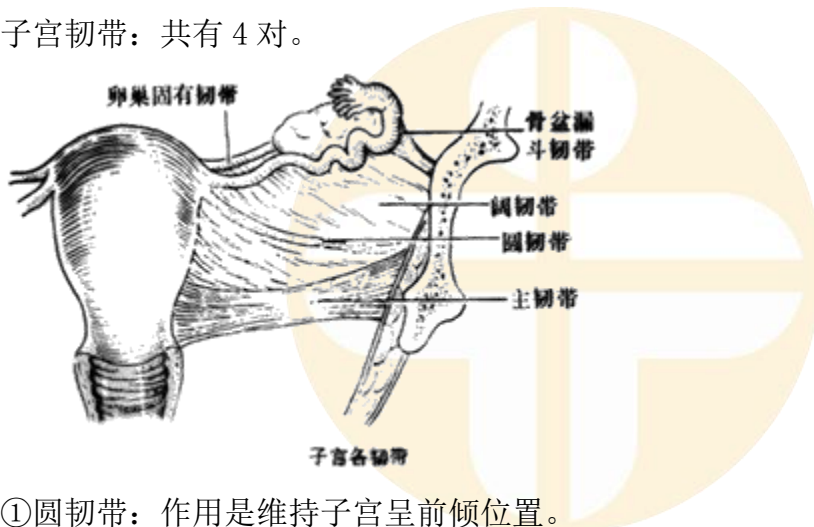
2. 脑型: 以颅压增高、脑水肿、脑疝和呼吸衰竭为主。患儿剧烈头痛、呕吐、血压增高、反复惊厥及昏迷,严重者呼吸节律不齐、双瞳孔不等大、对光反射迟钝或消失。此型病死率高。

3. 肺型: 主要表现为呼吸窘迫综合征。

4. 混合型: 同时或先后出现以上两型或三型的表现,极为凶险,死亡率更高。

#### 【考点 84】子宫韧带

子宫韧带: 共有 4 对。



①圆韧带: 作用是维持子宫呈前倾位置。

②阔韧带: 作用是保持子宫位于盆腔中央的位置。

③主韧带: 作用是固定宫颈位置,保持子宫不致下垂的主要韧带。

④宫骶韧带: 作用是将宫颈向后向上牵引,间接地保持子宫前倾位置。

#### 【考点 85】硫酸镁使用注意事项

硫酸镁的滴注速度以 1~1.5g/h 为宜,不超过 2g/h。每日维持用量 15~20g。

中毒现象首先表现为膝反射减弱或消失,全身肌张力减退及呼吸抑制,严重者心脏骤停。

使用时注意:

①膝腱反射必须存在;

②呼吸不少于 16 次/分;

③尿量每 24 小时不少于 600ml 或每小时不少于 25ml,尿少提示排泄功能受抑制,镁离子易蓄积而发生中毒;

④由于钙离子可与镁离子争夺神经细胞上的同一受体,阻止镁离子的继续结合,

因此应随时准备好 10%葡萄糖酸钙 10ml 静脉推注作为解毒剂。

**【考点 86】尿石症的类型和表现**

1. 肾和输尿管结石

(1) 疼痛: 肾结石可引起肾区痛伴肋脊角叩痛。当结石在肾盂输尿管处嵌顿时, 可出现肾绞痛, 绞痛突然发生, 并向肩部、输尿管、下腹部及会阴部放射, 同时伴有恶心、呕吐。

(2) 相继出现是肾和输尿管结石的特点。

(3) 其他症状: 结石引起严重的肾盂肾炎或肾积脓时, 可有发热、畏寒、脓尿、肾区压痛。

2. 膀胱结石

(1) 排尿突然中断: 是膀胱结石的典型症状, 改变体位, 尿可继续排出。

(2) 排尿困难和膀胱刺激征: 结石堵塞尿道口, 出现尿路不畅, 结石损伤膀胱黏膜或合并感染, 可出现血尿和尿频、尿痛和尿急的膀胱刺激症状。

**【考点 87】阿尔茨海默病**

阿尔茨海默病(AD)是一种中枢神经系统原发性退行性变性疾病。主要临床表现是痴呆综合征。其特点是形态学上出现大脑皮质萎缩, 并伴有神经元纤维缠结及老年斑。潜隐起病, 病程呈进行性发展。旧称老年痴呆。

临床表现

1. 记忆障碍: 是 AD 的早期突出症状或核心症状。其特点是近事遗忘先出现, 记不住新近发生的事。

视空间和定向障碍: 如常在熟悉的环境或家中迷失方向, 找不到厕所在哪里, 走错卧室、外出找不到回家的路。

2. 言语障碍: 表现为找词困难、用词不当或张冠李戴。讲话絮叨, 病理性赘述。可以出现阅读和书写困难, 进而出现命名困难。

3. 失认和失用: 不能识别物体、地点和面容(不认识镜中自己像); 不能正确完成系列动作, 如不会系鞋带。

4. 智力障碍: 全面的智力减退。

**【考点 88】烧伤深度分级**

1. I 度烧伤 又称红斑烧伤, 仅伤及表皮浅层, 3~7 日脱屑痊愈, 短期内有色



素沉着。

2. 浅Ⅱ度烧伤 伤及表皮的生发层及真皮乳头层。大小不一的水疱形成，2周左右愈合，有色素沉着，无瘢痕形成。

3. 深Ⅱ度烧伤 伤及真皮层，可有小水疱，疱壁较厚、基底苍白与潮红相间、创面湿润，痛觉迟钝，3~4周愈合，常有瘢痕增生。

4. Ⅲ度烧伤 伤及皮肤全层，甚至达到皮下、肌肉及骨骼。痛觉消失，创面无水疱，呈蜡白或焦黄色甚至炭化成焦痂。

【考点 89】烧伤严重程度分级

1. 轻度烧伤 Ⅱ度烧伤面积<10%。

2. 中度烧伤 Ⅱ度烧伤面积 10%~30%，或Ⅲ度烧伤面积<10%。

3. 重度烧伤 烧伤总面积 31%~50%，或Ⅲ度烧伤面积 11%~20%，或Ⅱ度、Ⅲ度烧伤面积不足上述百分比，但并发休克、呼吸道烧伤或合并较重的复合伤。

4. 特重烧伤 总面积>50%或Ⅲ度烧伤面积>20%，或已有严重并发症。

【考点 90】颅底骨折的临床表现

骨折部位	瘀斑部位	脑脊液漏	脑神经损伤
颅前窝	“熊猫眼征”、“兔眼征”	鼻漏	嗅神经、视神经
颅中窝	乳突区	耳、鼻漏	面神经、听神经
颅后窝	耳后及枕下部、咽后壁	无	少见

【考点 91】风湿热典型的临床表现

1. 发热。

2. 关节炎 典型的关节炎呈游走性、多发性、同时侵犯数个大关节，以膝、踝、肘、腕、肩关节较常见。

3. 心脏炎。典型的心脏炎病人常主诉心悸、气短、心前区不适。瓣膜炎可有心尖区收缩期杂音，早期杂音响度有易变性。

4. 环形红斑。发生率在 3%以下。为淡红色、环形、中央苍白，多分布在躯干、肢体的近端，时隐时现，大小不一，压之褪色，不痒。有时几个红斑互相融合成不规则环形。

5. 皮下结节。发生率在 3%以下，常在心脏炎时出现。多发现于关节伸侧的皮下组织，尤其在肘、膝、腕、枕或胸腰椎棘突处，与皮肤无粘连，无红肿炎症，稍

硬、无痛的小结节。

6. 舞蹈病。多发生在儿童，在风湿热的后期出现。为一种无目的、不自主的躯干或肢体的动作。

**【考点 92】甲状腺癌术后并发症和防治**

1. 呼吸困难和窒息：病人回病室后取平卧位，待其血压平稳或全麻清醒后取高坡卧位，以利呼吸和引流。

对喉头水肿所致呼吸困难或窒息者，应即刻遵医嘱应用大剂量激素，如地塞米松 30mg 静脉滴注，若呼吸困难无好转，可行环甲膜穿刺或气管切开。

2. 喉返神经损伤：主要为手术时损伤所致。

一侧喉返神经损伤，多引起声音嘶哑，可由健侧声带代偿性地向患侧过渡内收而恢复发音；

两侧喉返神经损伤可导致两侧声带麻痹，引起失声、呼吸困难，导致窒息，多需立即气管切开。

3. 喉上神经损伤：多为手术时损伤喉上神经所致。

若外支损伤，可使环甲肌瘫痪，引起声带松弛、声调降低。

若内支损伤，则使喉部黏膜感觉丧失，病人在进食，尤其饮水时，易发生误咽和呛咳。

4. 手足抽搐：由于手术时误切甲状旁腺或术后早期甲状旁腺血液供应不足引起血钙下降的结果，多在术后 1~3 日出现。

抽搐发作处理：立即遵医嘱静脉注射 10% 葡萄糖酸钙或氯化钙 10~20ml。

**【考点 93】大肠癌的检查方法**

1. 直肠指检 是直肠癌的首选检查方法。

2. 实验室检查

(1) 大便潜血试验：粪便隐血检查可作为大规模普查时或对高危人群作为大肠癌的初筛手段，阳性者再做进一步检查。

(2) 血液检查：癌胚抗原测定对判断大肠癌的预后及术后监测有意义。

3. 影像学检查

(1) 钡剂灌肠 X 线检查：是结肠癌的重要检查方法，能判断结肠癌的位置，并能了解有无多发性癌及结直肠息肉病等。

(2) B型超声波检查: 普通B型超声波检查能显示腹部肿块、淋巴转移或肝转移等情况, 大肠癌病人应常规进行B型超声波检查。

(3) CT检查: 可了解直肠癌盆腔内扩散情况, 有无侵犯膀胱、子宫及盆壁, 是手术前常用的检查方法。腹部CT扫描可帮助判断有无肝转移等。

4. 内镜检查可通过直肠镜、乙状结肠镜或纤维结肠镜检查, 观察病灶的部位、大小、形态、肠腔狭窄的程度等, 并可取活组织做病理检查, 是诊断大肠癌最有效、可靠的方法。

**【考点 94】过敏性紫癜分型**

1. 单纯型(紫癜型)最常见。以反复皮肤紫癜为主要表现, 多位于下肢及臀部, 呈对称分布, 分批出现, 大小不等, 可融合成片或略高出皮肤表面, 一般在数日内紫癜逐渐由紫红色变成紫色、黄褐色、淡黄色, 经7~14日消退。可伴有皮肤水肿、荨麻疹。严重者紫癜可融合成大血疱, 中心呈出血性坏死。

2. 腹型常由于胃肠黏膜水肿、出血而致腹痛, 伴恶心、呕吐、腹泻及血便。腹痛呈阵发性绞痛或持续性钝痛, 多位于脐周或下腹部, 发作时可因腹肌紧张、明显压痛及肠鸣音亢进而误诊为急腹症。幼儿可因肠壁水肿、蠕动增强等而致肠套叠。

3. 关节型因关节部位血管受累出现关节肿胀、疼痛、压痛及功能障碍等表现。多发生于膝、踝、肘、腕等大关节, 反复发作, 呈游走性, 一般在数月内消退, 不留后遗症。

4. 肾型多在紫癜发生后1周出现蛋白尿、血尿、管型尿。多数病人在3~4周内恢复, 也可反复发作。严重者可发展为慢性肾炎或肾病综合征, 伴高血压、全身浮肿, 甚至发生尿毒症。

5. 混合型具备2种以上类型的特点, 称混合型。

**【考点 95】常见化疗药的不良反应**

长春新碱能引起末梢神经炎、手足麻木感, 停药后可逐渐消失。

柔红霉素、高三尖杉酯碱类药物可引起心肌及心脏传导损害, 用药时要缓慢静滴。

甲氨蝶呤可引起口腔黏膜溃疡, 可用0.5%普鲁卡因含漱, 减轻疼痛, 便于进食和休息。

环磷酰胺可引起脱发及出血性膀胱炎所致血尿, 嘱患者多饮水, 有血尿必须停药。

**【考点 96】库欣综合征**

库欣综合征是指由多种原因导致肾上腺分泌过多糖皮质激素（主要是皮质醇）所引起的症状群。主要表现有满月脸、多血质、向心性肥胖、皮肤紫纹、痤疮、糖尿病倾向、高血压和骨质疏松等。

临床表现

1. 代谢紊乱：脂肪代谢障碍，形成典型的“向心性肥胖”。
2. 蛋白质代谢障碍：蛋白质分解加速、合成抑制，致皮肤菲薄形成紫纹，以臀部外侧、下腹部、大腿内外侧等处多见，呈对称性分布。
3. 糖代谢障碍：皮质醇有拮抗胰岛素的作用，致血糖升高。
4. 电解质紊乱：皮质醇有潴钠排钾作用。
5. 多器官功能障碍：①心血管病变：高血压常见；②性功能异常：女性月经稀少、不规则或闭经，多伴不孕，轻度脱毛，痤疮常见；男性性欲减退；③神经精神症状；④皮肤色素沉着。
6. 感染：病人容易发生各种感染，以肺部感染为多见。

【考点 97】小儿维生素 D 缺乏性佝偻病临床分期

（一）初期

多见于 3 个月以内的小儿，主要表现为非特异性神经精神症状，如易激惹、烦躁、睡眠不安、夜间啼哭。常伴与室温、季节无关的多汗，尤其头部多汗而刺激头皮，致婴儿常摇头擦枕，出现枕秃。

（二）激期

初期患儿若未经适当治疗，可发展为激期。

1. 骨骼改变

1) 头部：3~6 个月患儿可见颅骨软化，重者可出现乒乓球样的感觉；7~8 个月患儿可有方颅或鞍形颅；前囟增宽及闭合延迟；出牙延迟、牙釉质缺乏并易患龋齿。

2) 胸部：胸廓畸形多见于 1 岁左右小儿。胸部骨骼出现肋骨串珠，以第 7~10 肋最明显；膈肌附着处的肋骨受膈肌牵拉而内陷形成郝氏沟；胸骨突出或凹陷。

3) 四肢：6 个月以上小儿腕、踝部肥厚的骨骺形成钝圆形环状隆起，称佝偻病手镯或脚镯；小儿开始行走后，由于骨质软化，因负重可出现下肢弯曲，形成“O”形腿或“X”形腿。久坐者可见脊柱后凸或侧弯。

2. 运动功能发育迟缓 患儿肌肉发育不良。肌张力低下, 韧带松弛, 表现为头颈软弱无力, 坐、立、行等运动功能落后, 腹肌张力下降, 腹部膨隆如蛙腹。

3. 神经、精神发育迟缓 重症患儿脑发育受累, 条件反射形成缓慢, 患儿表情淡漠, 语言发育迟缓, 免疫功能低下, 常伴发感染。

### (三) 恢复期

经适当治疗后, 患儿临床症状和体征减轻或接近消失, 精神活泼, 肌张力恢复。

### (四) 后遗症期

多见于2岁以后小儿, 临床症状消失, 仅遗留不同程度的骨骺畸形。

### 【考点 98】出血性脑血管疾病的临床表现

1. 脑出血多在白天发病, 如情绪激动, 活动过度、酒后或排使用力时, 血压突然急骤升高, 致脑血管破裂大量出血而发病, 以内囊出血最多见。表现为剧烈头痛、头晕、呕吐(颅内压增高), 迅速出现意识障碍, 出血越多, 意识障碍越重, 鼾声呼吸, 可伴有抽搐或大小便失禁, 同时可有上消化道出血(胃应激性溃疡)。患者颜面潮红、意识障碍、脉搏慢而有力, 血压可高达200mmHg以上, 出血常损害内囊而出现对侧偏瘫、偏身感觉障碍、对侧同向偏盲(称为“三偏症”)。当清醒后可检出瘫痪肢体肌张力减弱、腱反射消失(急性期), 数天后瘫痪肢体肌张力增高、腱反射亢进、病理反射阳性, 多因大量出血致颅内压增高、短期内迅速形成脑疝而死亡。

2. 脑桥出血轻者仅有头痛、呕吐, 重者表现为出血灶侧周围性面瘫, 对侧肢体中枢性瘫痪, 称交叉瘫。当出血波及两侧时可出现四肢瘫, 瞳孔呈针尖样。

3. 小脑出血表现为眩晕、呕吐、枕部头痛、眼球震颤, 共济失调。

4. 蛛网膜下腔出血起病急骤, 常在活动中突然发病, 表现为剧烈头痛, 喷射性呕吐, 脑膜刺激征阳性, 一般无肢体瘫痪。

### 【考点 99】意识障碍一般可分为

1. 嗜睡 最轻度的意识障碍。病人处于持续睡眠状态, 但能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, 刺激去除后又很快入睡。

2. 意识模糊 其程度较嗜睡深, 表现为思维和语言不连贯, 对时间、地点、人物的定向力完全或部分发生障碍, 可有错觉、幻觉、躁动不安、谵语或精神错乱。

3. 昏睡 病人处于熟睡状态, 不易唤醒。压迫眶上神经、摇动身体等强刺激可被



唤醒,醒后答话含糊或答非所问,停止刺激后即又进入熟睡状态。

4. 昏迷 最严重的意识障碍,按其程度可分为:①浅昏迷:意识大部分丧失,无自主运动,对声、光刺激无反应,对疼痛刺激(如压迫眶上缘)可有痛苦表情及躲避反应。瞳孔对光反射、角膜反射、眼球运动、吞咽反射、咳嗽反射等可存在。呼吸、心跳、血压无明显改变,可有大小便失禁或潴留。②深昏迷:意识完全丧失,对各种刺激均无反应。全身肌肉松弛,肢体呈弛缓状态,深浅反射均消失,偶有深反射亢进及病理反射出现。机体仅能维持循环与呼吸的最基本功能,呼吸不规则,血压可下降,大小便失禁或潴留。

#### 【考点 100】癫痫大发作分期

全面性强直-阵挛发作:又称大发作,是最常见的发作类型之一,以意识丧失和全身抽搐为特征。发作前可有前驱症状如头晕、气血上涌、上腹部异常感、幻觉等,发作分 3 期。

(1) 强直期:病人突然意识丧失,跌倒在地,全身骨骼肌呈持续性收缩,表现为眼球上翻、喉部痉挛发出尖叫、口先强张而后突闭、颈部和躯干先屈曲后反张、上肢屈曲、双拇指对掌握拳、下肢伸直、呼吸暂停、瞳孔散大及对光反射消失,此期持续 30~60 秒,可有跌倒、外伤、尿失禁。

(2) 阵挛期:全身肌肉节律性一张一弛地抽动、阵挛频率由快变慢,松弛期逐渐延长,最后一次强烈阵挛后抽搐突然终止,但意识、呼吸、瞳孔均无恢复,此期持续约 1 分钟。以上两期均可见心率增快、血压升高、唾液和支气管分泌物增多。

(3) 发作后期:抽搐停止,可自口鼻喷出泡沫或血沫。病人进入昏睡状态,生命征逐渐恢复正常,然后逐渐清醒,清醒后常感头昏、头痛、全身酸痛和疲乏无力,对发作过程全无记忆,个别病人在完全清醒前可有自动动作或情感变化。自发作开始至意识恢复约历时 5~10 分钟。

#### 【考点 101】传染病分类

甲类传染病:鼠疫、霍乱。

乙类传染病:传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、

白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

丙类传染病：流行性感 冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

随着传染病疫情的变化国家卫计委在 2013 年 11 月发布调整通知，规定人感染 H7N9 禽流感纳入乙类传染病；将甲型 H1N1 流感调整为丙类，并纳入流行性感冒进行管理；解除了对人感染高致病性禽流感采取的甲类传染病预防控制措施。

乙类按甲类管理：新型冠状病毒感染的肺炎、传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽。

**【考点 102】不属于医疗事故的几种情形**

1. 在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的。
2. 在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的。
3. 在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的。
4. 无过错输血感染造成不良后果的。
5. 因患方原因延误诊疗导致不良后果的。
6. 因不可抗力造成不良后果的。

**【考点 103】医疗事故分为四级**

一级医疗事故：造成患者死亡、重度残疾的；

二级医疗事故：造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的；

三级医疗事故：造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍的；

四级医疗事故：造成患者明显人身损害的其他后果的。

**【考点 104】人际认知效应**

(1) 首因效应：亦称第一印象，是指人在与他人首次接触时，根据对方的仪表、打扮、风度、言语、举止等所做出的综合性判断。日常生活中的“第一印象”或“先入为主”的效果在社会认知过程中对人的认知具有极其重要的影响。

(2) 近因效应：在人际交往过程中，人们往往会比较重视新的信息，而相对忽略陈旧的信息。此种在人际认知中，因最近或最后获得的信息而对总体印象产生最大影响的效应即为近因效应。

(3) 社会固定印象: 亦称刻板印象, 是指某个社会文化环境对某一社会群体所形成的固定而概括的看法。如社会的固定印象为: 商人精明、知识分子文质彬彬、女性温柔等。

(4) 晕轮效应: 亦称月晕效应或光环效应, 是指在人际交往过程中对一个人某种人格特征形成印象后, 以此来推测此人其他方面的特征, 从而导致高估或低估对方。晕轮效应可分为正晕轮和负晕轮, 正晕轮是指将对方的好印象向其他方面扩大、推广, 高估对方; 负晕轮则是指将对方的不良印象向其他方面扩大、泛化, 低估对方。

(5) 先礼效应: 是指在人际交往过程中向对方提出批评意见或某种要求时, 先用礼貌的语言行为起始, 以便对方容易接受, 从而达到自己的目的。

(6) 免疫效应: 是指当一个人已经接受并相信某种观点时, 便会对相反的观点产生一定的抵抗力, 即具有一定的“免疫力”。

#### 【考点 105】影响护士与患者家属关系的主要因素

(1) 角色期望冲突: 患者家属往往因亲人的病情而承受不同程度的心理压力, 并产生紧张、焦虑、烦恼、恐慌等一系列心理反应, 因而对医护人员期望值过高。希望医护人员能妙手回春、药到病除, 要求护士有求必应、随叫随到、操作无懈可击等。然而, 护理工作的繁重、护理人员的紧缺等临床护理现状难以完全满足患者家属的需要, 加之个别护士的不良态度及工作方式, 往往引发护士与患者家属关系的冲突。

(2) 角色责任模糊: 在护理患者的过程中, 家属和护士应密切配合, 共同为患者提供心理支持, 生活照顾。然而部分家属将全部责任, 包括一切生活照顾推给护士, 自己只扮演旁观者和监督者的角色; 个别护士也将本应自己完成的工作交给家属, 从而严重影响护理质量, 甚至出现护理差错、事故, 最终引发护士与患者家属之间的矛盾。

(3) 经济压力过重。

#### 【考点 106】中医基本知识

1. 中医诊断和治疗疾病的基本原则: 辨证论治。
2. 六腑: 胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦。
3. 六气: 风、寒、暑、湿、燥、火。使人致病的反常气候叫做六淫。

4. 中医四诊：望、闻、问、切。
5. 中医在自然界中“五色”是指：青、赤、黄、白、黑。
6. 中药的四气五味：寒、热、温、凉和酸、苦、甘、辛、咸五种味道。
7. 煎药用具：砂锅最常用。不锈钢锅、搪瓷锅、玻璃烧杯也可采用，忌用铁锅。

**【考点 107】护士执业注册**

首次注册	通过考试之日起 3 年内提出，注册有效期为 5 年
变更注册	执业地点发生变化时办理，变更后有效期 5 年
延续注册	有效期届满前 30 日提出延续申请
重新注册	自届满或吊销之日起满 2 年，需重新注册

**【考点 108】护理管理的组织原则**

- (1) 等级和统一指挥的原则；
- (2) 专业化分工与协作的原则；
- (3) 管理层次的原则；
- (4) 有效管理幅度的原则；
- (5) 职责与权限一致的原则；
- (6) 集权分权结合原则；
- (7) 任务和目标一致的原则；
- (8) 稳定适应的原则；
- (9) 精干高效原则；
- (10) 执行与监督分设原则。

**【考点 109】护理工作模式**

- (1) 个案护理：专人负责实施个体化护理。
- (2) 功能制护理：护理人员按照分配做不同类型的工作内容。如处理医嘱的主班护士、治疗护士、药疗护士、生活护理护士等。
- (3) 小组护理：一组护士负责一组患者的护理方式。
- (4) 责任制护理：责任护士和相应辅助护士对患者进行有计划有目的的整体护理，要求患者从入院到出院，由责任护士和其辅助护士负责。
- (5) 系统性整体护理：整体护理是以患者和人的健康为中心，以现代护理观为指导，以护理程序为核心，为患者提供心理、生理、社会、文化等全方位的最佳

护理，并将护理临床业务和护理管理环节系统化的工作模式。

**【考点 110】护士执业中的伦理具体原则**

1. 护士执业中的伦理原则：尊重原则、有利原则、不伤害原则、公正原则。
2. 尊重原则：护士认同病人享有人的尊严和权利，平等为患者提供服务，涉及利益的情况事先征求病人意见。
3. 有利原则：将病人的健康利益放在首位，多为病人做好事。
4. 不伤害原则：不伤害原则是指不给病人带来可避免的肉体和精神上的痛苦、损伤、疾病甚至死亡。
5. 公正原则：医疗上的公正是指每一个社会成员都应具有平等享受卫生资源合理和公平分配的权利，且对卫生资源的使用和分配，也具有参与决定的权利。公正包括两方面的内容：一是平等对待病人，二是合理分配医疗资源。

**【考点 111】护士的权利与义务**

1. 护士的权利：自主护理权；特殊干涉权；人格尊严和人身安全不受侵犯权；工资、福利待遇的保障权；职业卫生防护权；职称晋升、学习培训权；获得表彰和奖励权。
2. 护士的义务：遵守法律、法规和诊疗护理规范；正确执行医嘱；如实记录和妥善保管病历；及时救治病人；向病人解释和说明；尊重和保护病人隐私；参与突发公共卫生事件救护。

**【考点 112】病人的权利与义务**

1. 病人的权利：基本医疗权；知情同意权；隐私保密权；医疗监督权；医疗诉讼权；免除社会责任权；被照顾和被探视权；复制个人病历资料权。
2. 病人的义务：配合医疗护理的义务；尊重医护人员的义务；保持和恢复健康的义务；维护医院秩序和遵守医院规章制度的义务；缴纳医疗费用的义务；支持医学教育和科研的义务。

**【考点 113】人际沟通的类型**

- (1) 语言沟通：语言和文字。
- (2) 非语言沟通：表情、眼神、姿势、动作等。

**【考点 114】人际沟通的影响因素**

- (1) 环境因素：噪声、距离、隐秘性。



(2) 个人因素：生理因素、心理因素、文化因素、语言因素。

**【考点 115】护患关系的基本模式**

分型	特点	护士角色	模式关系的原型	适用对象
主动-被动型	过分强调护士的权威性，忽略了患者的主动性	“保护者”	母亲与婴儿	神志不清、休克、痴呆以及某些精神病患者
指导-合作型	目前护患关系的主要模式。此模式将患者视为具有生物、心理、社会属性的有机整体	“指导者”	母亲与儿童	适用于急性患者和外科手术后恢复期的患者
共同参与型	双向、平等、新型的护患关系模式	“同盟者”	成人与成人	适用于具有一定文化知识的慢性病患者

**【考点 116】护患语言沟通的原则**

尊重性（首要原则）、科学性、目标性、规范性、真诚性、艺术性。

**【考点 117】护患交谈的技巧**

- (1) 倾听：用 30%~60%的时间注视患者的面部。
- (2) 核实：重述和澄清。
- (3) 提问：开放式提问（敞口式提问）和封闭式提问（限制性提问）。
- (4) 阐释：即阐述并解释。
- (5) 移情：从他人的角度感受、理解他人的感情。
- (6) 沉默

**【考点 118】热力消毒灭菌法**

(1) 煮沸消毒法：用于耐湿、耐高温的搪瓷、金属、玻璃、橡胶类物品，不能用于外科手术器械的灭菌。

1) 水沸开始计时，5~10min 可杀灭细菌，15min 可杀灭芽孢（如破伤风杆菌芽

孢需煮沸 60min)。

2) 在水中加碳酸氢钠, 既可增强杀菌作用, 又可去污防锈。

3) 高原地区沸点低, 海拔每增高 300m, 煮沸时间延长 2 分钟。

(2) 压力蒸汽灭菌法: 用于耐高温、耐高压、耐潮湿的物品。临床首选、应用最广、效果可靠。

1) 手提式: 压力达 103~137kPa, 温度达 121~126℃, 保持 20~30 分钟, 可达到灭菌。

2) 预真空: 压力达 205kPa, 温度达 132℃, 保持 4~5 分钟, 可达到灭菌。

3) 灭菌效果监测: 化学监测法应用最广, 生物监测法最可靠。

(3) 光照消毒法(辐射消毒): 紫外线杀菌, 使菌体蛋白发生光解、变性, 导致细菌死亡。包括日光暴晒法(作用 6 小时)和臭氧灭菌灯消毒法。

(4) 电离辐射灭菌法(冷灭菌): 适用于不耐热的物品灭菌, 如橡胶、塑料、高分子聚合物(一次性注射器、输液输血器等)、精密医疗仪器、生物医学制品、节育用具及金属等。

(5) 微波消毒灭菌法: 常用于食品、餐具的处理, 化验单据、票证的消毒。禁忌金属物品。

(6) 过滤除菌: 生物洁净技术, 除掉空气中 0.5~5 μm 的尘埃, 用于手术室、烧伤病房、器官移植病房等。

(7) 燃烧法: 简单、便捷。适用于无保留价值的污染品。金属器械烧灼 20 秒, 锐利刀剪禁用。

(8) 干烤法: 适用于油剂、粉剂、玻璃器皿、金属制品、陶瓷制品等耐热、不耐湿物品。

#### 【考点 119】隔离种类

(1) 严密隔离: 如霍乱、鼠疫、非典型肺炎。过道的门窗须关闭, 严格消毒, 禁止探视。

(2) 呼吸道隔离: 如麻疹、白喉、肺结核、百日咳、流脑等。

(3) 消化道隔离: 病原体通过污染食物、手和水源经口传播, 如甲型、戊型病毒性肝炎、伤寒、细菌性痢疾等。肠道隔离可切断粪-口传播途径。防蝇, 不可互换物品。

- (4) 接触隔离: 经皮肤或黏膜进入体内的疾病, 如破伤风、炭疽、狂犬病等。
- (5) 血液、体液隔离: 如乙型、丙型、丁型肝炎、艾滋病、梅毒等。
- (6) 保护性隔离(反向隔离): 适用于大面积烧伤、早产儿、白血病、脏器移植、免疫缺陷等病人。
- (7) 昆虫隔离: 乙型脑炎、疟疾、斑疹伤寒、流行性出血热、回归热等。

**【考点 120】压疮分期及处理**

分期	表现	处理
淤血红润期 (I 期)	初期, 红、肿、热、麻木或触痛, 无破损, 可逆	去除病因, 勤翻身, 少刺激
炎性浸润期 (II 期)	静脉回流受阻, 颜色转为紫红, 皮下产生硬结, 表皮出现水疱, 疼痛感	抽出水疱内液体, 勿剪表皮, 避免感染
浅度溃疡期 (III 期)	感染流脓, 溃疡形成, 疼痛加重	祛腐生新, 无菌包扎
坏死溃疡期 (IV 期)	坏死组织发黑, 脓性分泌物增多, 有臭味。感染常达骨骼, 甚至造成败血症	物理疗法配合外科治疗