

2019 年军队文职《军队文职》备考手册

一、考情分析

军队文职考试近几年考试内容比较稳定，医学类考试内容为医学基础综合和卫生专业知识两部分，分别占整个试题分数的 30%和 70%，其中医学基础知识包含了生理学、解剖学、诊断学、病理学、卫生法规、医学伦理学，今年新增了感染病学。题型为两种：一、单选题 20 题，0.5 分每题，共 10 分，二、单选题 20 题，1 分每题，共 20 分。其中护理卫生专业知识包含了基础护理学、内科护理学、外科护理学。题型为四种：一、单选题 20 题，1 分每题，共 20 分；二、系列单选题 10 题，1.5 分每题，共 15 分；三、多选题 10 题，1.5 分每题，共 15 分；四、系列多选题 10 题，2 分每题，共 20 分。

二、备考指导

中公教育研发团队对考前备考给出了如下建议：

一、合理分配备考时间

第一阶段，要了解考情。通过对历年真题的梳理，把握真题命题特点及考查重点的分布和变化。同时，要了解自身。通过一套真题进行自测，分析自己的作答情况，对自己的各模块的基础能力有初步的认知。

第二阶段，借助课程和教材，分模块，对各类题型的知识点进行学习，熟悉各题型的考查形式和考点设置，掌握对应的答题方法、解题技巧，并配以大量专项练习题，在做题的过程中加强分析，进一步巩固所学知识点。

第三阶段，分模块通过题海战术巩固前段时间所学各考点。

第四阶段，严格按照考试时间以真题卷的形式进行全真模拟训练，并通过模考发现自己的不足，及时复习教材相应的知识点，补齐短板，调整状态做好最后的冲刺。

二、注重备考技巧

谈到技巧，和大家一起分享的是“三步走”原则。

第一步：全面备考。何为全面的备考，简单来说，就是要求大家不要偏科。在上学期期间，可能会有不喜欢某一学科或者是觉得某一学科的老师的授课方式不合自己的胃口，故而在学习时出现厚此彼薄的现象。但在面试择业的备考时，就需要大家拿出百分百的精神状态去迎接它们。全面复习，一网打尽。

考生在复习时在面面俱到的基础上，要对其进行更深层次的理解和掌握，尤其是对高频考点，要争取做到融会贯通、举一反三；而对于重点难点，关键在于对知识点的连贯和整体的把控，需要大家在复习的时候注意知识的前后联系，相关或者是同一类知识的总结。

第二步：认真研读考题。近年来研究发现，认真研读考题一直是备考致胜的一大法宝。找一个空闲的时间，踏踏实心的坐下来，从头至尾的将一套试卷认认真真的做一遍。遇到疑问不建议停顿，暂时做个标注，继续下去直至全部完成。做到这一步，基本上就对自己有了一个正确的评估。最后再将自己薄弱的地方重点突击，必然为我们的备考赢得大量的时间。

第三步：学会透彻分析。其实说到透彻，就是需要我们深度挖掘每一个考点，揣摩考官的考查意图。无论是题干，还是选项都要逐一研究。答案往往并不是最重要的，题目设置的考点，乃至干扰选项都有其存在的价值。

三、讲究答题技巧

不得不提的是，有些考生有了前面的完美备考，能力水平也不错，但最后却因为考场时间安排不当、心态问题等等与面试失之交臂，在这里郑重提醒广大考生要注意考场技巧，做到“考场三记”。

1. 切记：“平常心态”始终如一。在考前的模拟练习和考场上都要保持始终如一的平常心态，放松心情，不要把考试结果看得太重，以免增加心理负担，把考试当作是日常的一次小测验来对待即可。

2. 切记：考场“一刻千金”。做题时遵循先易后难的原则，先做会做的、熟悉的题，把该得的分值拿到手，千万不要在难题上花太多的时间，否则得不偿失。

3. 切记：“代入排除”来压轴。可用代入排除法来做医疗专业的客观题，从而提高解题速度。

相信各位考生坚持下去，一定能够达到事半功倍的效果。

医学基础知识

【高频考点】

考点1·解剖学常用方位术语 ★★

1. 上和下：近头者为上，近足者为下。
2. 前和后：凡距身体腹面近者为前，也可称腹侧；距背面近者为后，有时也称背侧。
3. 内和外：是描述空腔器官相互位置关系的术语，近内腔者为内，远内腔者为外。
4. 浅和深：距体表近者为浅，距体表远者为深。
5. 近侧和远侧：常用于四肢，凡距肢体根部近者为近侧，远离肢体根部者为远侧。
6. 内侧和外侧：距人体正中矢状面近者为内侧，远离正中矢状面者为外侧。
7. 尺侧与桡侧：在前臂近尺骨者为尺侧，近桡骨者为桡侧。
8. 胫侧与腓侧：在小腿近胫骨者为胫侧，近腓骨者为腓侧。

考点2·椎骨间的连接 ★★

1. 椎间盘

连接上下两个椎体之间，由纤维环和髓核构成。

纤维环为呈环形排列的纤维软骨，前宽后窄，围绕在髓核的周围，可防止髓核向外突出，纤维环坚韧而有弹性。

髓核是一种富有弹性的胶状体，位于椎间盘的中部稍偏后方，有缓和冲击的作用。它被限制在纤维环之内，施加压力则有向外膨出的趋势。

成人的椎间盘除第 1、2 颈椎缺如外，共有 23 块，最上一个在第 2、3 颈椎体之间，最末一个在第 5 腰椎体与骶骨底之间。

2. 韧带

(1) 黄韧带：是连接相邻椎弓板间的短韧带，参与构成椎管后壁。

(2) 棘上韧带：是附着于各椎骨棘突尖端的纵行韧带。

(3) 棘间韧带：是连接相邻棘突间的薄片状韧带，位于相邻的棘突之间，向前与黄韧带、向后与棘上韧带相连。

(4) 横突间韧带：是连接于相邻椎骨横突间的细索状韧带。

(5) 前纵韧带：是牢固附着于椎体和椎间盘前面的纵行韧带，上起枕骨大孔前缘，沿椎体前面向下至骶骨。

(6) 后纵韧带：位于椎管内，附着于椎体和椎间盘后面的纵行韧带，上起枢椎，下达骶骨。

(7) 项韧带：为在项中线呈矢状位的板状韧带，由弹力纤维构成，向上附着于枕外隆凸，向下附着于第 7 颈椎棘突，续于棘上韧带，其后缘游离，前缘附着于棘突。

3. 关节

(1) 寰枕关节：是由寰椎侧块的上关节面与枕髁构成。

(2) 寰枢关节：包括 3 个关节，寰枢外侧关节（左右各一）、寰枢正中关节。

(3) 关节突关节：由相邻椎骨的上、下关节突的关节面构成。

考点 3 • 胃 ★

胃是消化管膨大成囊状的部分，上连食管，下续十二指肠。

胃的入口称贲门，接食管，出口称幽门，接十二指肠。胃可分前、后壁，左、右缘。左缘较长，称胃大弯，右缘较短，称胃小弯。胃小弯在下行途中折向右上，略呈一角，称角切迹（胃角）。

胃可分为 4 部分：1. 贲门部，贲门周围的部分，没有明确的界线。2. 胃底，指贲门平面以上，向左上方凸向膈穹隆的部分。3. 胃体，贲门平面以下，至角切迹，占胃的大部分。4. 幽门部，或称胃窦，自角切迹向右至幽门。

考点 4 • 肺 ★

肺是与外界进行气体交换的器官。由肺内各级支气管及无数肺泡组成。

1. 肺内侧面

亦称纵隔面，有肺门，是支气管、肺动静脉、支气管动静脉、淋巴管和神经出入肺之处。这些结构由结缔组织包绕，构成肺根。

2. 肺的分叶

肺借叶间裂分叶，左肺的叶间裂为斜裂，由后上斜向前下，将左肺分为上叶和下叶。右肺的叶间裂包括斜裂和水平裂，将右肺分为上、中、下3叶。

3. 支气管及肺段的血液供应

肺动脉起自肺动脉干，是运送血液至肺进行气体交换的功能性血管，分左肺动脉和右肺动脉。

支气管动脉主动脉弓及胸主动脉供应支气管的较细分支，为肺的营养血管，通常有1~4支。

考点5·输尿管 ★

输尿管是位于腹膜外位的肌性管道，全长约20~30cm，管径约0.5~1.0cm，最狭窄处只有0.2~0.3cm。平第2腰椎上缘起自肾盂，终于膀胱。分为腹部，盆部和壁内部三部。

输尿管全长有3个狭窄部：1. 输尿管与肾盂移行处；2. 输尿管跨过小骨盆上口处，跨过髂血管处；3. 输尿管的壁内部。这些狭窄处常是输尿管结石滞留的部位。

考点6·甲状腺 ★

甲状腺为红褐色的腺体，呈“H”形，由左右侧叶和中间的甲状腺峡组成。甲状腺被气管前筋膜包裹，该筋膜形成甲状腺假被膜，为甲状腺鞘。甲状腺的外膜为真被膜，即纤维囊，二者之间形成的间隙为囊鞘间隙，内有疏松结缔组织、血管、神经和甲状旁腺。假被膜使得甲状腺固定在喉和气管壁上，当吞咽时，甲状腺可随喉的活动而上下移动。

甲状腺分泌甲状腺素，提高神经兴奋性，促进生长发育。甲状腺素对婴幼儿的骨骼发育和中枢神经系统发育影响显著，若小儿甲状腺功能低下，不仅身体矮小，而且脑发育障碍导致呆小症。

考点7·血管和血压生理 ★★★

1. 动脉血压的形成：

- (1) 心血管系统有足够的血液充盈（前提条件）；
- (2) 心脏射血（必要条件）；
- (3) 外周阻力（小动脉和微动脉对血流的阻力）；
- (4) 主动脉和大动脉的弹性储器作用（缓冲维持作用）。

2. 动脉血压的测量与正常值（1kPa=7.5mmHg）

- (1) 由于大动脉的血压落差很小，所以用肱动脉的血压代表动脉血压。

(2) 正常值：收缩压是心室收缩期中期达到的最高值时的血压，约为 100~120mmHg；舒张压是心室舒张末期动脉血压达到最低值时的血压，约为 60~80mmHg；脉搏压：简称脉压，是指收缩压和舒张压的差值，约为 30~40mmHg；平均动脉压：是指一个心动周期中每一瞬间动脉血压的平均值，约为舒张压+1/3 脉压。

3. 影响动脉血压的因素：心脏搏出量、心率、外周阻力、主动脉和大动脉的弹性储器作用、循环血量和血管系统容量的匹配情况。

(1) 收缩压的高低反映心脏搏出量的多少。

(2) 舒张压的高低反映外周阻力的大小。

(3) 主动脉和大动脉的弹性储器作用：老年人脉压大是由于动脉管壁硬化，大动脉弹性储器作用减弱，收缩压明显升高，舒张压明显降低。

考点 8 • 主要营养物质的吸收 ★

食物在口腔和食管内一般不被吸收。胃仅能吸收乙醇和少量水。小肠是吸收的主要部位，糖类、蛋白质和脂肪的消化产物大部分在十二指肠和空肠被吸收，回肠具有其独特的功能，即能主动吸收胆盐和维生素 B₁₂。大肠可吸收的主要是水和盐类。

1. 糖类：一般须分解为单糖后才能被小肠上皮细胞吸收。各种单糖的吸收速率有很大差别，己糖的吸收很快，戊糖则很慢。在己糖中，又以半乳糖和葡萄糖的吸收为最快，果糖次之，甘露糖最慢。单糖的吸收是个主动过程，它是逆浓度差进行，能量来自钠泵。

2. 蛋白质：经消化分解为氨基酸后，几乎全部被小肠吸收。煮熟的蛋白质因变性而易于被消化，在十二指肠和近端空肠即被迅速吸收，未煮熟的蛋白质则较难被消化，需到达回肠后才基本被吸收。氨基酸的吸收与单糖相似，氨基酸自肠腔进入黏膜上皮细胞的过程也属于继发性主动转运。

3. 脂肪：主要吸收途径以淋巴为主。

4. 无机盐和水：能被直接吸收，盐类的吸收主要在小肠，大肠也可以吸收一小部分盐类。

5. 维生素：大部分在小肠上段被吸收，维生素 B₁₂在回肠被吸收，脂溶性维生素 A、D、E、K 的吸收与脂类消化产物相同。

6. 铁：主要在十二指肠吸收。

考点 9 • 肾小球的滤过功能 ★★

1. 肾小球滤过率：单位时间内(每分钟)两肾生成的超滤液量。正常成人约为 125ml/min。

2. 滤过分数：肾小球滤过率/肾血浆流量。

3. 有效滤过压=肾小球毛细血管血压-血浆胶体渗透压-肾小球囊内压。

4. 影响肾小球滤过率的因素：

(1) 肾小球毛细血管血压：在安静情况下，当血压在 80~160mmHg 范围内变动时，肾毛细血管血压和血流量通过自身调节能保持相对稳定，故肾小球滤过率基本不变。超出自身

调节范围才会影响。

(2) 囊内压：当肾盂或输尿管结石、肿瘤压迫或任何原因引起输尿管阻塞时，小管液或终尿不能排出，可引起逆行性压力升高，最终导致囊内压升高，从而使有效滤过压和肾小球滤过率降低。

(3) 血浆胶体渗透压：静脉快速输入大量生理盐水使血浆蛋白被稀释，或在病理情况下肝功能严重受损，血浆蛋白合成减少，或因肾毛细血管通透性增大，大量血浆蛋白从尿中丢失，均可导致血浆蛋白减少，使血浆胶体渗透压降低，因而有效滤过压和肾小球滤过率增加。

(4) 肾血浆流量：肾血浆流量主要影响滤过平衡点。肾血浆流量增加，肾小球毛细血管内血浆胶体渗透压上升速度减慢，滤过平衡点靠近出球小动脉端，有效滤过面积增大，使肾小球滤过率增加。

(5) 滤过系数：是指在单位有效滤过压的驱动下，单位时间内通过滤过膜的滤液量。如急性肾小球肾炎，有滤过功能的肾小球和有效滤过面积明显减少，肾小球滤过率降低。

5. 滤过膜

(1) 通透性：与滤过膜孔的大小、滤过膜所带的电荷有关。

(2) 有些肾脏疾病因滤过膜上带负电荷的糖蛋白减少使电学屏障减弱，白蛋白滤过量会显著增多，出现蛋白尿。另一些疾病滤过膜的机械屏障作用减弱，使正常不能被滤过的大分子蛋白质甚至红细胞滤出形成蛋白尿或血尿。

考点 10 • 肉芽组织 ★

1. 肉芽组织由三种成分构成：(1) 新生的毛细血管；(2) 成纤维细胞；(3) 炎性细胞。

2. 肉芽组织的作用：

- (1) 抗感染保护创面；
- (2) 填补创口及其他组织缺损；
- (3) 机化或包裹坏死、血栓、炎性渗出物及其他异物。

考点 11 • 栓塞 ★★

1. 栓塞：在循环血液中出现的不溶于血液的异常物质，随血流运行阻塞血管腔的现象称为栓塞。

2. 栓子：阻塞血管的异常物质称为栓子。

3. 栓塞的类型

(1) 血栓栓塞

①肺动脉栓塞：栓子 95%以上来自下肢膝以上的深部静脉，特别是腓静脉、股静脉和髂静脉，偶可来自盆腔静脉或右心附壁血栓。

②体循环动脉栓塞：栓子 80%来自左心腔，其余见于动脉粥样硬化溃疡和动脉瘤的附壁

血栓。

(2) 脂肪栓塞：栓子大多来源于长骨骨折、脂肪组织严重挫伤、脂肪肝和烧伤。

(3) 气体栓塞

①空气栓塞：栓子大多来源于头颈、胸壁和肺手术或创伤损伤静脉、使用正压静脉输液以及人工气胸或气腹误伤静脉、分娩或流产空气进入破裂子宫静脉。

②减压病（又称沉箱病、潜水员病）。

(4) 羊水栓塞：在分娩过程中，羊膜破裂、早破或胎盘早期剥离，又逢胎儿阻塞产道时，由于子宫强烈收缩，宫内压增高，可将羊水压入子宫壁破裂的静脉窦内，经血液循环进入肺动脉分支、小动脉及毛细血管内引起羊水栓塞。

考点 12 • 良性肿瘤与恶性肿瘤的区别 ★★★

	良性肿瘤	恶性肿瘤
分化程度	分化好，与起源组织和细胞的形态相似	分化不好，与起源组织和细胞的形态差别大
异型性	组织和细胞异型性不明显，核分裂像无或少，一般无病理性核分裂像	组织和细胞异型性明显，核分裂像易见，可见多少不等的病理性核分裂像
生长速度	缓慢	较快
生长方式	常呈膨胀性或外生性生长，前者常有包膜形成，与周围组织一般分界清楚，故通常可推动	常呈浸润性或外生性生长，前者包膜不明显，与周围组织分界不清楚，通常不能推动，后者常伴有浸润性生长
继发改变	少见	常发生出血、坏死、溃疡等
转移	不转移	常有转移
复发	彻底切除后不复发或很少复发	手术难以彻底切除，治疗后容易复发
对机体的影响	较小，主要为局部压迫或阻塞作用。仅发生于重要器官时才引起严重后果	较大，除压迫、阻塞外，还可破坏临近组织和器官，引起坏死、出血、合并感染，并可出现发热和恶病质

考点 13 • 肾小球肾炎 ★★

1. 急性弥漫性增生性肾小球肾炎

(1) 常见致病菌：A 组乙型溶血性链球菌。

(2) 肉眼观：肾表面充血，散在粟状出血，故称“大红肾”、“蚤咬肾”。

2. 快速进行性肾小球肾炎（新月体性肾小球肾炎）

(1) 肉眼观：双肾体积增大，色苍白，表面可有点状出血，切面见肾皮质增厚。

(2) 光镜下观：新月体由增生的壁层上皮细胞和渗出的单核细胞构成。

3. 膜性肾小球肾炎（膜性肾病）

(1) 肉眼观：双肾肿大，苍白，故称“大白肾”。

(2) 电镜：上皮细胞肿胀，足突消失，基膜与上皮之间有大量电子致密沉积物。沉积物之间基膜样物质增多，形成钉状突起。

(3) 临床病理联系：多发病于成年人。临床表现为肾病综合症。

4. 微小病变性肾小球肾炎（脂性肾病）

(1) 病因病机：肾小球内无免疫复合物沉积，与免疫功能异常有关。

(2) 电镜：肾小球基膜正常，无沉积物，主要改变是弥漫性脏层上皮细胞足突消失。

(3) 临床病理联系：主要表现为肾病综合征。水肿为最早症状，为引起儿童肾病综合征的最常见原因。激素效果好。

5. IgA 肾病

系膜区有 IgA 沉积，临床表现通常为反复发作的镜下或肉眼血尿。全球最常见的肾炎类型。

6. 慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎是不同类型肾小球肾炎发展的终末阶段，病变特点是大量肾小球发生玻璃样变和硬化，又称慢性硬化性肾小球肾炎。大体病变称为继发性颗粒性固缩肾。慢性肾小球肾炎病程进展的速度差异很大，但预后均很差。

考点 14 • 意识障碍 ★

意识障碍的概念：是指人对周围环境及自身状态的识别和觉察能力出现障碍，多由高级中枢（意识、感觉、运动）受损所致。临床表现从轻到重依次表现为嗜睡、意识模糊、昏睡、谵妄，严重的意识障碍为昏迷。

1. 嗜睡：是最轻的意识障碍，是一种病理性倦睡，患者陷入持续的睡眠状态，可被唤醒，并能正确回答和做出各种反应，但当刺激去除后很快又再入睡。

2. 意识模糊：是意识水平轻度下降，较嗜睡为深的一种意识障碍。患者能保持简单的精神活动，但对时间、地点、人物的定向能力发生障碍。

3. 昏睡：是接近于人事不省的意识状态。患者处于熟睡状态，不易唤醒，虽在强烈刺激下（如压迫眶上神经，摇动患者身体等）可被唤醒，但很快又再入睡。醒时答话含糊或答非所问。

4. 谵妄：是一种以兴奋性增高为主的高级神经中枢急性活动失调状态，临床上表现为意识模糊、定向力丧失、感觉错乱（幻觉、错觉）、躁动不安、言语杂乱。

5. 昏迷：是严重的意识障碍，表现为意识持续的中断或完全丧失。按其程度可分为三个阶段：

(1) 轻度昏迷：意识大部分丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应，对疼痛刺激尚可出现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应。角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在。

(2) 中度昏迷：对周围事物及各种刺激均无反应，对于剧烈刺激可出现防御反射。角膜反射减弱。瞳孔对光反射迟钝，眼球无转动。

(3) 深度昏迷：全身肌肉松弛，对各种刺激全无反应。深、浅反射均消失。

考点 15 • 咯血和呕血的鉴别 ★★

	咯血	呕血
病因	肺结核、支气管扩张、肺炎、肺癌、肺脓肿、心脏病	消化性溃疡、肝硬化、急性胃粘膜病变、胆道出血、胃癌
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽	上腹部不适、恶心、呕吐
方式	咯出	呕出，可为喷射状
颜色	鲜红	暗红、棕色、偶为鲜红
混有物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无、咽下血液可有	有，呕血停止后可持续
痰的性状	血痰	无痰

考点 16 • 青霉素 G（苄青霉素） ★★

1. 抗菌作用

(1) 大多数 G^+ 球菌，如溶血性链球菌、肺炎球菌、草绿色链球菌、敏感金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌等；

(2) G^+ 杆菌，如白喉棒状杆菌、炭疽杆菌、产气荚膜梭菌、破伤风梭菌、乳酸杆菌等；

(3) G^- 球菌，如脑膜炎奈瑟菌、敏感淋病奈瑟菌等；

(4) 少数 G^- 杆菌，如流感杆菌、百日咳鲍特菌等；

(5) 螺旋体、放线杆菌，如梅毒螺旋体、钩端螺旋体、回归热螺旋体、牛放线杆菌等。

2. 临床应用

本药肌肉注射或静脉滴注为治疗敏感的 G^+ 球菌和杆菌、 G^- 球菌及螺旋体所致感染的首选药。

(1) 溶血性链球菌引起的蜂窝织炎、丹毒、猩红热、咽炎、扁桃体炎、心内膜炎等；

(2) 肺炎球菌引起的大叶性肺炎、脓胸、支气管肺炎等；

(3) 草绿色链球菌引起的心内膜炎，由于病灶部位形成赘生物，药物难透入，常需特大剂量静滴才能有效；

(4) 淋病奈瑟菌所致的生殖道淋病；

(5) 敏感的金黄色葡萄球菌引起的疖、痈、败血症等；脑膜炎奈瑟菌引起的流行性脑脊髓膜炎；

(6) 用于放线杆菌病、钩端螺旋体病、梅毒、回归热的治疗；

(7) 用于白喉、破伤风、气性坏疽和流产后产气荚膜梭菌所致的败血症的治疗。

3. 不良反应

(1) 变态反应：为青霉素最常见的不良反应。最严重的是 I 型即过敏性休克。

(2) 赫氏反应。

(3) 其他不良反应：肌内注射青霉素 G 可产生局部疼痛、红肿或硬结。剂量过大或静脉给药过快时可对大脑皮层产生直接刺激作用。鞘内注射可引起脑膜或神经刺激症状。

考点 17 • 胞内菌免疫 ★

1. 胞内菌指寄生于细胞内的细菌，包括结核分枝杆菌、麻风分枝杆菌、伤寒沙门菌、布氏杆菌等。

2. 胞内菌的天然免疫

胞内菌的天然免疫应答主要由吞噬细胞和自然杀伤细胞介导。早期的中性粒细胞和后期的巨噬细胞均属于吞噬细胞，致病性的胞内菌可以抵抗吞噬细胞的破坏。天然免疫阶段可以暂时有效控制病原菌，但不能根除病原菌。要除病原菌有赖于适应性免疫。

3. 胞内菌的适应性免疫

T 细胞介导的免疫应答是胞内菌适应性免疫应答中最重要的保护机制。个体间不同 T 细胞免疫决定了疾病的进展和临床结局。细胞免疫缺陷的个体很容易罹患胞内菌（和病毒）。这一过程是由 CD4⁺T 细胞介导的，最后通过细胞因子及 CD40L 激活巨噬细胞，CTL 也在胞内菌免疫应答中起到重要作用。

考点 18 • 感染病流行过程的三个环节 ★★

1. 传染源：指病原体已在体内生长繁殖并能将其排出体外的人和动物。主要为患者、隐性感染者、病原携带者或带菌者和受感染动物。

2. 传播途径：病原体从传染源排出后，经过一定的方式再侵入其易感者，所经过的途径称为传播途径。可包括空气传播（SARS 飞沫传播、甲型 H₁N₁ 经飞沫或气溶胶传播）、水传播（霍乱、菌痢、甲肝、戊肝等）、食物传播（沙门菌属、鼠疫杆菌、结核分枝杆菌）、接触传播（不洁性接触、接触带状疱疹患者）、虫媒传播（疟疾、乙脑）、土壤传播（钩虫、类圆线虫卵）、医源性传染（不洁器械、受污染药品）、垂直传播（艾滋病、HBV）。

3. 人群易感性：某些疾病具有周期性，在普遍推行人工自动免疫的干预下，可把易感者水平降至最低，可使流行不再发生。

考点 19 • 医疗事故 ★★

1. 概念：医疗事故是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。主要包含以下构成要件：

- (1) 医疗事故的主体：合法的医疗机构及其医务人员。
- (2) 违反了医疗卫生管理法律、法规和诊疗护理规范、常规。
- (3) 医疗事故的直接行为人在诊疗护理中存在主观过失。
- (4) 患者存在人身损害后果。
- (5) 医疗行为与损害后果之间存在因果关系。

2. 有下列情形之一的，不属于医疗事故：

- (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。

3. 医疗事故分级

根据对患者人身造成的损害程度，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。

具体分级标准由国务院卫生行政部门制定。

考点 20 • 医患关系的基本模式 ★★★

1. 主动-被动型：是一种传统的医患关系类型，这种模式在现代医学实践中普遍存在，如外科、麻醉、抗菌治疗。这一模型适用于急诊治疗、严重创伤、大出血或休克昏迷等。
2. 指导-合作型：是一种现代医患关系基础的模型。医患间存在着相互作用，病人因某些症状，如急性感染，主动寻求医生帮助。医生则告诉病人做什么，并期望病人对指令性的治疗服从、合作。医生不喜欢病人提问题或表示异议，或不履行应该接受的医嘱。这种关系虽然病人有了一定的地位和主动性，但在总体上医患的权利还是不平等的。
3. 共同参与型：医生和病人有近似相等的权利和地位。医生帮助病人自疗，几乎所有的心理治疗均属于这种模式，大多数慢性病也适用这种模式。这种模型就参与者双方而言，比上述两种模型需要更为复杂的心理的要求。

【预测题】

1. 下列关于人体环境的叙述，错误的是：
 - A. 抗原与抗体的特异结合发生在内环境中
 - B. 内环境成分含有 CO₂、尿素、神经递质等

C.组织液渗回血浆和渗入淋巴的量相差较大

D.血浆的成分稳定时，机体达到稳态

1. 【答案】D。解析：抗体由免疫细胞产生后，分泌到细胞外，在内环境中与抗原发生特异性结合；CO₂存在于血浆中、尿素可以存在血浆和组织液中，神经递质可以存在组织液中，因此，CO₂、尿素、神经递质等属于内环境的成分；由于毛细血管和毛细淋巴管的结构不同，毛细血管和毛细淋巴管对组织液的通透性不同，毛细淋巴管透性大，组织液中蛋白质可以渗回淋巴，但不能渗回血浆；内环境的稳态不仅仅包含血浆成分的稳态，还包括组织液、淋巴的稳态及内环境理化性质的稳态，因此血浆成分稳定时，机体不一定达到稳态，并且应是相对稳定。

2. 主动脉在维持舒张压中起重要作用，主要是由于主动脉：

A.高血压

B.血流速度快

C.口径粗

D.管壁弹性及可扩张性大

2. 【答案】D。解析：主动脉由左心室发出，起始段为升主动脉，向右前上方斜行，达右侧第二肋关节高度移行为主动脉弓。主动脉弓壁的外膜下有丰富的神经末梢，可感受血压的变化，称为压力感受器。

3. 有关膝关节的描述，不正确的是：

A.由股骨下段和胫骨上端及髌骨构成

B.外侧半月板较大呈C型

C.关节囊松弛

D.关节囊前面及两侧均有韧带加强

3. 【答案】B。解析：内侧半月板大而较薄，呈“C”形。

4. 可以避开腹膜运动进行手术的脏器是：

A.肾

B.胆囊

C.胃

D.肝脏

4. 【答案】A。解析：腹膜外位器官指器官只有一面被腹膜覆盖者，包括十二指肠降部和水平部、直肠中段、胰头和胰体、肾上腺、肾和输尿管等。腹膜内位器官指各器官的各方面几乎全部被腹膜覆盖者，包括胃、十二指肠上部、空肠、回肠、盲肠、阑尾、横结肠、乙状结肠、脾、卵巢和输卵管等；腹膜间位器官指器官的3面或表面的一半以上被腹膜覆盖者，包括升结肠、降结肠、直肠上段、肝、胆囊、膀胱和子宫等；腹膜外位和部分间位器官（如肾、肾上腺、输尿管和膀胱等）的手术常不通过腹膜腔而在腹膜腔外进行。

5. 恶性肿瘤的主要特征：

A.核分裂象多见

B.细胞丰富

C.瘤巨细胞

D.浸润性生长和转移

5. 【答案】D。解析：核分裂相多见也可见于分裂增殖旺盛的组织器官，浸润性生长和转移是肿瘤细胞区别于正常细胞的特异性生物学特征。

6. 一病人需强烈刺激或反复高声呼唤才能被唤醒，醒后表情茫然，反应迟钝，只能作简单回答，这种意识状态属于：

- A.嗜睡
- B.浅昏迷
- C.昏睡
- D.意识模糊

6.【答案】C。解析：昏睡是接近于人事不省的意识状态，患者处于熟睡状态，不易唤醒，但在强烈刺激下可被唤醒，但很快入睡，醒时答非所问或回答问题含糊不清。

7. 最易发生幽门梗阻症状的溃疡是：

- A.胃角溃疡
- B.胃窦溃疡
- C.幽门管溃疡
- D.球后溃疡

7.【答案】C。解析：幽门梗阻主要是由十二指肠溃疡或幽门管溃疡引起，球后溃疡容易出现出血并发症。复合性溃疡发生幽门梗阻的概率较高。

8. 护士小李，按照正规操作流程采血、输血，但是患者还是出现了输血感染，此时属于几级医疗事故：

- A.一级
- B.二级
- C.三级
- D.不是医疗事故

8.【答案】D。解析：有下列情形之一的，不属于医疗事故：

- (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，如手术时突然地震等。

9. “医方是一种专家形象，在双方关系中居于完全主动地位；而患者对医学知识一知半解、甚至一无所知，处于被动地位，完全听命于医方发出的指令”反映的是_____的医患关系。

- A.主动-被动型
- B.指导-合作型
- C.共同参与型
- D.消费型

9.【答案】A。解析：医生处于主动地位，患者处于被动地位，这种为主动-被动型关系。

护理专业知识

【高频考点】

考点1·医院环境 ★

1. 空间：两张病床之间的距离不小于 1m，必要时设置屏风遮挡。
2. 温度：病室内适宜温度为 18~22℃。新生儿及老年病人，室温应为 22~24℃。
3. 湿度：病室内的相对湿度以 50%~60%为宜。
4. 噪音：白天病区较理想的噪声强度为 35~40dB。工作人员应做到“四轻”：说话轻、走路轻、操作轻、关门轻。
5. 通风：一般通风 30 分钟即可达到置换室内空气的目的。
6. 采光：病室采光有自然光源和人工光源。
7. 安全：一要避免各种原因所致躯体损伤，比如机械性损伤（坠床等）、温度性损伤、生物性损伤；二要预防医院内感染；三要避免医源性损伤（药物或者言语刺激）。

考点2·分级护理 ★★

护理级别	适用对象	护理内容
特级护理	病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的病人；重症监护病人；各种复杂手术或者大手术后病人；使用呼吸机辅助呼吸病人；实施连续性肾脏替代治疗（CRRT），并需要严密监护生命体征的病人；其他生命危险，并需 严密监护生命体征 的病人	安排 专人 24h 护理，严密观察病情及生命体征变化
一级护理	病情趋向稳定的重症病人；手术后或者治疗期间需要严格卧床的病人；生活完全自理且病情不稳定的病人；生活部分自理，病情随时可能发生变化的病人	每 1h 巡视患者一次，观察病情及生命体征变化
二级护理	病情稳定，仍需卧床的病人；生活 部分自理 的病人	每 2h 巡视患者一次观察病情
三级护理	生活 完全自理 且 病情稳定 的病人，生活完全自理且处于康复期的病人	每 3h 巡视患者一次

注意:标识:红色——特级和一级护理；黄色——二级护理；绿色——三级护理。

考点3·患者转运 ★★

1. 轮椅运送法：放置轮椅时，使椅背与床尾平齐，椅面朝向床头，上坡时患者面朝坡上，下坡时减速，嘱患者抓紧扶手，注意观察患者反应。

2. 平车运送法

(1) 搬运法

①一人搬运法：使平车大轮端靠近床尾，使平车与床呈钝角，将制动闸止动。

②二人搬运法：甲一只手伸至患者头、颈、肩下方，另一只手伸至患者臀部下方；乙方一只手伸至臀部下方，另一只手伸至患者膝部下方。

③三人搬运法：甲双手托住患者的头、颈、肩及胸部；乙双手托住患者腰、背、臀部；丙双手托住患者膝部和足部。

④四人搬运法：用于颈、腰椎骨折患者或病情较重者。

(2) 注意事项：患者头卧于大轮一端，保持车速平稳；护士在患者头侧，以利于观察病情；上、下坡时头在高位一端，以免不适；输液及有引流管的患者，保持管道通畅；搬运骨折患者时，在平车上垫木板，骨折部位固定好；注意保暖。

考点 4 • 卧位分类 ★★★

1. 仰卧位：

(1) 去枕仰卧位：枕头横置床头，头偏向一侧。

①全身麻醉未清醒或昏迷患者，防止呕吐物误入气管，引起窒息或肺部感染；

②椎管内麻醉或脊髓腔穿刺后 6~8 小时的患者，以免过早抬高头部致使脑脊液自穿刺处渗出至脊膜腔外，造成脑压过低，牵张颅内静脉窦和脑膜等组织而引起头痛。

(2) 中凹卧位（休克卧位）：头胸部抬高 $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ，下肢抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。适用于休克患者，抬高头胸部，保持气道通畅，有利于通气，改善缺氧症状；抬高下肢，有利于静脉血回流，增加回心血量。适用于休克患者，抬高头胸部，保持气道通畅，有利于通气，改善缺氧症状；抬高下肢，有利于静脉血回流，增加回心血量。

(3) 屈膝仰卧位：患者仰卧，两臂放于身体两侧，两膝屈起并稍向外分开。适用于腹部检查或接受导尿、会阴冲洗等。

2. 半坐卧位：先摇床头支架呈 $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$ 角，再摇膝下支架，以防患者身体下滑。

(1) 面部及颈部手术后的患者：减少局部出血。

(2) 心肺疾病所引起的呼吸困难：膈肌下降，胸腔容积扩大，减轻腹腔脏器对心肺的压迫，增加肺活量。

(3) 腹腔、盆腔手术后或有炎症的患者：促进炎症局限，防止炎症蔓延引起膈下脓肿。

(4) 腹部手术后的患者：减轻腹部缝合处的张力，减轻疼痛，有利于切口愈合。

(5) 恢复期体质虚弱的患者：适应体位变化，向站立过渡。

3. 端坐位：心力衰竭、心包积液、支气管哮喘发作患者。

4. 头低足高位：患者仰卧，枕头横立于床头（保护头部），床尾垫高 15~30cm。

- (1) 肺部引流物引流，使痰易于咳出。
 - (2) 十二指肠引流，有利于胆汁的引出。
 - (3) 妊娠时胎膜早破，防止脐带脱出。
 - (4) 跟骨或胫骨结节牵引时，利用人体重力作为反牵引力。
5. 头高足低位：患者仰卧，枕头横立于床尾，床头垫高 15~30cm。
- (1) 减轻颅内压，预防脑水肿。
 - (2) 颅脑手术后的患者。
 - (3) 颈椎骨折的患者颅骨牵引时，作为反牵引力。
6. 膝胸位：患者跪于床上，小腿平放，大腿与床面垂直，两腿稍分开，胸部贴于床面，腹部悬空，臀部抬起，两臂屈肘放于头两侧，头转向一侧。
- (1) 肛门、直肠、乙状结肠镜检查及治疗。
 - (2) 矫正胎位不正或子宫后倾。
 - (3) 促进产后子宫复原。
 - (4) 法洛四联症缺氧发作。
7. 侧卧位
- (1) 灌肠、肛门检查及配合胃镜、肠镜检查等。
 - (2) 预防压疮等并发症。
 - (3) 臀部肌肉注射（下腿弯曲，上腿伸直）。
8. 俯卧位
- (1) 腰背部检查或胰、胆管造影检查的患者。
 - (2) 手术后或腰背臀部有伤口，不能平卧或侧卧的患者。
 - (3) 胃肠胀气所致的腹痛。
9. 截石位
- (1) 会阴、肛门部位的检查、治疗或手术。
 - (2) 产妇产娩。

考点 5 • 压疮分期及处理方式 ★★★

分期	临床表现	护理
淤血红润期	局部皮肤受压或受潮湿刺激后，出现红、肿、热、麻木或触痛，有的无肿热反应	此期应采取积极措施，防止局部继续受压，使之悬空，避免摩擦潮湿等刺激，保持局部干燥，增加翻身次数
炎性浸润期	如果红肿部位继续受压，血液循环得不到改善，受压表面皮色转为紫红，皮肤因水肿变薄而出现水疱，此时极易破溃，显露出潮湿红润的	护理重点是保护皮肤，避免感染。除继续加强上述措施外，对未破的小水疱应减少摩擦，防感染，让其自行吸收；大水疱用无菌注射器抽出水疱内

	创面	液体（不剪表皮）后，表面涂以 2% 碘酒或用红外线照射，每次 15 分钟，保持创面干燥
浅度溃疡期	浅层组织 感染 ， 脓液 流出， 溃疡 形成	此时应 清洁创面 ， 祛腐生新 ， 促其愈合 ，根据伤口情况给予相应处理
深度溃疡期	坏死组织 发黑 ，脓性分泌物增多，有 臭味 。感染向周围及深部扩展， 可达骨骼 ，甚至引起败血症	外科手术

考点 6 • 常用的无菌技术 ★★

1. 无菌持物钳

（1）无菌持物钳的存放方法：消毒液面浸没轴节以上 2~3cm 或镊子长度的 1/2，每个容器只能放置一把无菌持物钳。

（2）无菌持物钳使用法操作要点：

①手持无菌持物钳，钳端闭合，垂直取出。取放时，不可触及容器口边缘及液面以上的容器内壁；

②使用时不可倒置向上，以防消毒液倒流而污染钳端；

③使用后闭合钳端，垂直放回容器，松开轴节，便于钳端与消毒液充分接触；

④到距离较远处取物时，应将持物钳和容器一起移至操作处，就地使用；

⑤无菌持物钳及其浸泡容器每周清洁、消毒 2 次，同时更换消毒液；不可用无菌持物钳夹取油纱布、换药或消毒皮肤，以防被污染。

2. 无菌容器

（1）取物时，打开容器盖，内面向上，防止污染容器盖内面。拿盖时，手不可触及容器盖的边缘及内面。取出无菌物品时，不可触及容器的边缘。

（2）手持无菌容器时，应托住容器底部。手指不可触及容器边缘及内面。手臂不可在无菌容器上穿越。

3. 无菌包

（1）无菌包有效期一般为 7 天。超过有效期，有潮湿或破损不可使用。

（2）打开包布时手只能接触包布四角的外面，不可触及包布内面，不可跨越无菌面。

（3）如包内物品未用完，按原折痕包好，注明开包日期及时间，24 小时内可使用。

4. 铺无菌盘

双手捏住无菌治疗巾一边外面两角，轻轻抖开，双折铺于治疗盘上，将上层折成扇形，开口边缘向外，手不可触及治疗巾内面。铺好的无菌盘 4 小时内有效。

5. 取用无菌溶液

拿溶液瓶，瓶签朝向掌心，倒出少量溶液旋转冲洗瓶口，再由原处倒出溶液至无菌容器

中。倒溶液时，勿将瓶签打湿；勿使瓶口接触容器口周围。不可将物品伸到无菌溶液瓶中蘸取溶液；已经倒出的溶液不可再倒回瓶内。已开启的无菌溶液瓶内的溶液，可保存 24 小时。

6. 戴、脱无菌手套

(1) 戴手套：戴手套时，要防止手套外面即无菌面触及非无菌物品。已戴好手套的手不可触及未戴手套的手及另一手套的内面即非无菌面。如手套有破损，应立即更换。戴好手套的手应始终保持在腰部以上水平、视线范围内。

(2) 脱手套：一手捏住另一只腕部外面，翻转脱下；再以脱下手套的手插入另一手套内，将其翻转脱下。若手套上有血迹或污染严重时，应先在消毒液中清洗后再脱手套。脱手套时勿使手套的外面即污染面接触皮肤。

考点 7 • 隔离技术 ★★

1. 隔离区域划分

- (1) 清洁区：医护值班室、治疗室、配餐室、更衣室等。
- (2) 半污染区：病区内走廊、检验室、护士站、医生办公室。
- (3) 污染区：病房、患者洗手间、浴室、污物间。

2. 隔离种类

- (1) 传染病隔离

常用隔离方法及适用病种

隔离方式	病种
严密隔离	霍乱、鼠疫
呼吸道隔离	肺结核、流脑、麻疹、百日咳
肠道隔离	伤寒、细菌性痢疾、甲型肝炎
接触隔离	破伤风、气性坏疽
血液-体液隔离	乙型肝炎、艾滋病、梅毒
昆虫隔离	乙脑、流行性出血热、疟疾、斑疹伤寒

- (2) 保护性隔离：严重烧伤、早产儿、白血病、脏器移植及免疫缺陷患者。

3. 隔离技术

(1) 口罩：一次性口罩有效期为 4 小时；纱布口罩应每天更换、消毒和清洁。若接触严密隔离的患者应每次更换。

- (2) 手的清洁与消毒：洗手持续时间不少于 15 秒。避免污手及隔离衣碰及水池。

(3) 穿脱隔离衣：穿隔离衣后衣领以上及内面视为清洁处，不得污染；不得进入清洁区，只能在规定区域内活动。使用过的隔离衣挂在半污染区，清洁面朝外；挂在污染区，污染面向外。隔离衣应每日更换，潮湿或污染时立即更换。

- (4) 避污纸的应用：使用时用抓取法，以保持一面清洁。

4. 针刺伤处理原则

立即从近心端向远心端挤压受伤部位，使部分鲜血排出，避免来回挤压。用消毒肥皂液清洗或流动自来水冲洗伤口 5 分钟。碘酊、碘伏等皮肤消毒液涂擦伤口。确定感染源患者并记录在案，同时进行可靠的 HIV、乙肝、丙肝等化验检查。

考点 8 • 医院饮食 ★★

1. 分类：医院饮食分为基本饮食、治疗饮食、试验饮食

(1) 基本饮食：普通饮食、软质饮食、半流质饮食、流质饮食。

(2) 治疗饮食

常见治疗饮食类别及适用症

类别	适用症
高热量饮食	适用于热能消耗较高的患者，如甲亢、高热、大面积烧伤、肝炎、结核病、产妇
高蛋白饮食	适用于长期消耗性疾病如结核、恶性肿瘤、严重贫血及烧伤、肾病综合征、营养不良、低蛋白血症及孕妇乳母
低蛋白饮食	适用于急性肾炎、尿毒症、肝性脑病等。肾功能不全病人应摄入动物蛋白，忌用豆制品；肝性脑病病人应以植物蛋白为主。蛋白质含量 $<40\text{g/d}$
低脂肪饮食	尤其要限制动物脂肪的摄入。适用于肝、胆、胰疾患，动脉硬化、高血压、冠心病。脂肪含量 $<50\text{g/d}$
低胆固醇饮食	适用于高脂血症、动脉硬化、高血压、冠心病等。禁食或少用高胆固醇食物如蛋黄、鱼子、动物内脏和脑、肥肉、动物油等
低盐饮食	适用于心脏病、急慢性肾炎、肝硬化有腹水、先兆子痫、高血压及水钠潴留等病人。禁食腌制品如咸菜、皮蛋、火腿、香肠及虾皮。每日食盐量 $<2\text{g}$
无盐低钠饮食	适用症同上，水肿更重的患者。饮食含钠量 $<0.5\text{g/d}$
高膳食纤维饮食	适用于便秘、肥胖症、高脂血症、糖尿病等患者，宜食芹菜、卷心菜、粗粮、豆类等含纤维素多的食物
少渣饮食	适用于伤寒、痢疾、腹泻、肠炎、食管-胃底静脉曲张、咽喉部及消化道手术的患者

(3) 试验饮食

①隐血试验饮食：用于诊断消化道有无出血或原因不明的贫血。

试验前 3 天禁食肉类、肝类、血类食品，含铁剂药物及大量绿色蔬菜等，以免产生假阳性反应，影响检查结果的判断。可食豆制品、牛奶、大白菜、菜花、冬瓜、马铃薯、山药及白萝卜等，第 4 天开始留取粪便作检查。

②胆囊造影饮食：用于需要进行造影检查胆囊、胆管、肝胆管有无结石、慢性炎症或其

他疾患的病人。

做胆囊造影检查前一日中午进食高脂肪餐，以刺激肠黏膜产生胆囊收缩素，引起胆囊收缩和排空，有助于显影剂进入胆囊。前一日晚餐进无脂肪、低蛋白、高糖类饮食，晚餐后服用造影剂，禁食、水至次日上午。检查当日早晨禁食，第一次拍 X 片后，胆囊显影良好，可进高脂肪餐，如：烹调油煎 2 个荷包蛋或奶油巧克力 40~50g。餐后 30~60min，第二次拍 X 片观察胆囊收缩情况。检查完毕，当日应进低蛋白低脂肪餐。

③肌酐试验饮食：用于协助检查、测定肾小球滤过功能。

试验期 3 天内禁食肉、禽、鱼类，忌饮咖啡及茶，以排除外源性肌酐的影响。

④甲状腺 ¹³¹I 试验饮食：用于协助检查甲状腺功能。

试验期间忌用含碘高的食物，如：海带、海蜇、海米、鱼、虾、淡菜、紫菜、卷心菜、加碘食盐等。

考点 9 • 冷热疗法及其禁忌 ★★

1. 冷疗

(1) 作用：

- ①控制炎症扩散，适用于炎症早期患者；
- ②减轻疼痛，适用于急性损伤初期、牙痛、烫伤等患者；
- ③减轻局部出血或者充血，用于扁桃体摘除术后、鼻出血、局部软组织损伤早期；
- ④降低体温，适用于高热、中暑患者。

(2) 冷疗方法：冰袋、冰囊、冰帽、冰槽、温水（乙醇）擦浴。

(3) 冷疗部位：颈部、腋下、腹股沟等体表较大的血管流经处

(4) 禁忌部位：枕后耳廓阴囊处、心前区、腹部、足底。容易引起冻伤和腹泻。

2. 热疗

(1) 作用：

①促进炎症消散和局散，早期促进炎症吸收与消散，后期局限炎症。适用于眼睑炎（麦粒肿）、乳腺炎等；

②减轻疼痛，适用于腰肌劳损、肾绞痛、胃肠痉挛、麦粒肿、乳腺炎等患者；

③减轻局部出血和充血，扩张血管，全身循环血量重新分布。

④保暖与舒适，适用于年老体弱、早产儿、危重、末梢循环不良者。

(2) 热疗方法：热水袋、红外线灯、热水坐浴。

(3) 热疗禁忌：

- ①急性腹痛未明确诊断前，易掩盖病情。
- ②面部危险三角区的感染（易造成颅内感染引起败血症）。
- ③各种脏器的内出血时，会增加脏器的血流量和通透性而加重出血。
- ④软组织损伤或扭伤早期（48 小时内），加重皮下淤血、肿胀和疼痛。

考点 10 • 常用的漱口液及作用 ★★

常用的漱口液名称及作用

溶液名称	作用
生理盐水	清洁口腔，预防感染
复方硼砂溶液（朵贝尔氏液）	轻度抑菌、除臭，口腔 pH 中性时适用
1%~3%过氧化氢溶液	防腐、防臭，口腔感染有溃烂、坏死组织者
1%~4%碳酸氢钠溶液	属碱性药，对真菌有抑菌作用
0.02%洗必泰溶液	清洁口腔，广谱抗菌
0.02%呋喃西林溶液	清洁口腔，广谱抗菌，口腔 pH 中性时适用
0.1%醋酸溶液	适用于铜绿假单胞菌感染
2%~3%硼酸溶液	酸性防腐溶液，有抑制细菌作用
0.08%甲硝唑溶液	厌氧菌感染

考点 11 • 各种药物中毒灌洗液 ★★

药物	服用或者灌洗溶液	禁忌药物
酸性药物	镁乳、蛋清水、牛奶	强酸药物
碱性药物	5%醋酸、白醋、蛋清水、牛奶	强碱药物
乐果	2%~4%碳酸氢钠，1%盐水， 1:15000 至 1:20000 高锰酸钾 洗胃	高锰酸钾洗胃
敌敌畏	2%~4%碳酸氢钠	—
灭鼠药	1:15000 至 1:20000 高锰酸 钾，0.5%硫酸铜	鸡蛋、牛奶、脂肪及其 他油类食物

洗胃的注意事项

1. 急性中毒者，应先迅速采用口服催吐法，必要时进行洗胃，以减少毒物被吸收。
2. 当不明所服毒物时，可选用温开水或等渗盐水洗胃，待毒物性质明确后，再采用对抗剂洗胃。
3. 在洗胃过程中，病人出现腹痛，流出血性灌洗液或出现休克症状时，应停止灌洗，并通知医生进行处理。
4. 若服强酸或强碱等腐蚀性药物，则禁忌洗胃，以免导致胃穿孔。可按医嘱给予药物或物理性对抗剂，如喝牛奶、豆浆、蛋清（用生鸡蛋清调水至 200ml）、米汤等，以保护胃黏膜。
5. 为幽门梗阻患者洗胃，应记录胃内潴留量，以了解梗阻情况，为静脉补液提供参考。如灌洗量为 2000ml，洗出量为 2500ml，表示胃潴留 500ml，宜在饭后 4~6 小时或空腹进行。

6. 食管、贲门狭窄或梗阻，主动脉弓瘤，最近曾有上消化道出血，食道静脉曲张，胃癌等患者均禁忌洗胃，昏迷病人洗胃宜谨慎。

7. 置入深度：由口腔插入 55~60cm。

考点 12 • 肺部感染性疾病 ★★★

1. 肺炎的病因与分类

按解剖部位可分为大叶性肺炎、小叶性肺炎、间质性肺炎。

按病程分为急性肺炎、迁延性肺炎、慢性肺炎。

2. 肺炎链球菌肺炎

(1) 肺炎链球菌肺炎病人的临床表现：病前常有上呼吸道感染、受凉、淋雨、疲劳等情况。典型表现起病多急骤，寒战、高热，数小时内体温可高达 39~41℃，呈稽留热型。全身肌肉酸痛，患侧胸痛明显，咳嗽时加剧。干咳，少量黏痰，典型者在发病 2~3 天时咳铁锈色痰。

(2) 肺炎链球菌肺炎治疗首选的抗生素为：青霉素。

(3) 肺炎链球菌肺炎的疗程为：抗生素疗程一般为 7 天，或热退后 3 天即可停药。

(4) 肺炎链球菌肺炎病人护理：应给予高蛋白质、高热量、高维生素、易消化的流质或半流质，鼓励多饮水，每日饮水量在 1500~2000ml。高热者于头部、腋下、腹股沟等处置冰袋，或乙醇擦浴降温。胸痛时嘱病人患侧卧位。促进排痰，改善呼吸：气急者给予半卧位，或遵医嘱给予氧气吸入，流量 2~4L/min。痰黏不易咳出时，可鼓励病人多饮水，亦可给予蒸汽或超声雾化吸入，或遵医嘱给予祛痰剂，以稀释痰液，并配合翻身拍背促进痰液排出。密切观察生命体征和神志、尿量的变化。

(5) 下列情况应考虑有休克中毒型肺炎的可能：①出现精神症状；②体温不升或过高；③心率 >140 次/分；④血压逐步下降或降至正常以下；⑤脉搏细弱，四肢厥冷，冷汗多，发绀，少尿或无尿；⑥白细胞过高 ($>30 \times 10^9/L$) 或过低 ($<4 \times 10^9/L$)。

3. 葡萄球菌肺炎

(1) 葡萄球菌肺炎：是葡萄球菌引起的肺部急性化脓性炎症。

(2) 葡萄球菌肺炎临床表现：起病急骤，表现为寒战、高热，体温达 39~40℃，咳黄脓痰，无臭味。

(3) 葡萄球菌肺炎治疗：首选耐青霉素酶的半合成青霉素或头孢菌素，如苯唑西林钠。

(4) 葡萄球菌肺炎护理：卧床休息，给予足够热量及蛋白质。多饮水，有发绀者给予吸氧。

考点 13 • 急性心力衰竭 ★★★

急性心力衰竭是指由于急性心脏病变引起心排血量急剧下降，导致组织器官灌注不足和淤血的综合征。临床最常见的是急性左心衰竭，主要表现为急性肺水肿和心源性休克。

1. 病因：与冠心病有关的急性广泛心肌梗死、高血压急症、严重心律失常、输液过多过快、感染性心内膜炎等。

2. 临床表现：病情进展常极为迅速。表现为突发严重呼吸困难，呈强迫端坐位，呼吸频率达 30~40 次/分，咳大量粉红色泡沫样痰。面色灰白或发绀、大汗、皮肤湿冷。

3. 抢救配合与护理：

(1) 体位：取坐位，两腿下垂，减少静脉回心血量。

(2) 镇静：吗啡不仅可以使病人镇静，减少躁动带来的额外心脏负担，同时也具有扩张静脉和小动脉的功能，可减轻心脏的负荷。

(3) 高流量吸氧：6~8L/min，加入 20%~30%乙醇湿化氧气，可降低肺泡内泡沫的表面张力，使泡沫破裂而改善肺泡通气。

(4) 减少心脏负荷：快速利尿，如静脉注射呋塞米（速尿）。

(5) 强心药：快速洋地黄制剂如毛花苷 C（西地兰）适用于有快速心房颤动伴急性左心衰竭者，禁用于重度二尖瓣狭窄伴窦性心律者。

(6) 氨茶碱：可解除支气管痉挛，还可直接兴奋心肌，并扩张外周静脉和利尿。

(7) 血管扩张剂：硝普钠缓慢静点，扩张小动脉和小静脉，因含有氰化物，用药时间不宜超过 24 小时。

考点 14 • 心肺复苏术 ★★

1. 识别心脏骤停：判断呼吸运动、大动脉有无搏动。判断心脏骤停后，呼救和立即开始 CPR。

2. 初级心肺复苏：包括胸外按压、开通气道、人工呼吸、除颤。

(1) 胸外按压：部位：胸骨中下 1/3 交界处；按压深度：胸骨下压至少 5cm；频率：100 次/分；放松时双手不要离开胸壁。

(2) 开放气道：采用仰头抬颌法。

(3) 人工呼吸：每次吹气持续 1 秒以上；每 30 次胸外按压连续给予 2 次通气；观察胸廓抬起。

(4) 迅速除颤是首选的治疗方法。

(5) 药物治疗：血管升压药、抗心律失常药、纠正代谢性酸中毒药等。

3. 心脏复苏后处理：维持有效的循环和呼吸功能，特别是脑灌注，预防再次心脏骤停，维持水、电解质和酸碱平衡，防治脑缺氧和脑水肿、急性肾衰竭和继发感染等。

4. 除颤、复律与起搏：一旦心电监护显示为心室颤动或扑动，应立即除颤。对于单相波除颤，推荐电击能量 360J，若无效可立即进行第 2 次和第 3 次除颤。采用双相波除颤，可选择 150~200J 能量，1 次 150J 能量双向波除颤的有效性 >90%。复律成功后，24 小时持续心电监护；开放静脉通道；严密监测患者神志、心率、心律、血压、呼吸、血气饱和度及心电波情况。每 30min 记录 1 次。避免各种不良刺激，保持周围安静；给予低盐高蛋白饮食；

神志不清者按昏迷护理。

考点 15 • 肝硬化 ★★★

肝硬化在我国以病毒性肝炎为主要原因，其中主要是乙型肝炎，丙型或乙型加丁型感染也可引起。而甲型、戊型病毒性肝炎不演变为肝硬化。

1. 临床表现：

(1) 代偿期：症状轻，无特异性，常以疲乏无力、食欲减退为主要症状，可伴有腹胀、恶心、轻微腹泻等。上述症状呈间歇性，劳累或发生其他疾病时症状表现明显。

(2) 失代偿期：症状明显，主要为肝功能减退和门脉高压症。

①肝功能减退的表现：a. 全身症状：不规则低热，消瘦乏力，皮肤干枯，面色晦暗无光泽（肝病面容）；b. 消化道症状：食欲减退，畏食，进食后常感上腹饱胀不适、恶心、呕吐；对脂肪、蛋白质耐受性差，稍进油腻肉食易引起腹泻。病人常因腹水和胃肠积气终日腹胀难受。c. 出血倾向和贫血：常有皮肤紫癜、牙龈出血、鼻出血、胃肠出血等倾向，不同程度的贫血；d. 内分泌紊乱：由于肝功能减退对雌激素灭活能力减退，男性有性欲减退、毛发脱落等，女性月经失调、闭经、不孕等。另外还有蜘蛛痣，肝掌，皮肤色素沉着等症状。

②门脉高压症的三大表现：脾大、侧支循环的建立和开放、腹水。临床上重要的侧支循环包括：a. 食管下段和胃底静脉曲张，常因门脉压力明显增高、粗糙坚硬食品机械损伤或剧烈咳嗽、呕吐致腹内压突然增高引起曲张静脉破裂，发生呕血、黑便及休克症状；b. 腹壁和脐周静脉曲张；c. 痔静脉曲张。

③腹水是肝硬化最突出的临床表现。腹水形成与下列因素有关：a. 门静脉压力增高；b. 血清白蛋白降低；c. 淋巴液生成过多；d. 抗利尿激素及继发性醛固酮增多引起水钠重吸收增多。

2. 并发症

(1) 上消化道出血：最常见的并发症，可导致休克或诱发肝性脑病。

(2) 肝性脑病：晚期肝硬化最严重的并发症，又是常见死亡原因。

(3) 感染：常易发细菌感染。

(4) 肝肾综合征：少尿、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。表现为呼吸困难、低氧血症。

(6) 其他：由于病人摄入不足、长期应用利尿剂、大量放腹水、呕吐、腹泻等因素造成电解质和酸碱平衡紊乱。

3. 肝硬化病人的饮食护理：给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的食物，应忌酒，避免进食粗糙、尖锐或刺激性食物。如肝功能损害显著或有肝昏迷先兆者、血氨偏高者应限制或禁食蛋白质；有腹水时应给予低盐饮食，限制进水量。进水量限制在 1000ml/d 左右，盐限制在 1~2g/d。

4. 腹腔穿刺的护理：穿刺过程中一旦出现头晕、恶心、心悸、气短、面色苍白等，立即

停止操作。腹腔放液不宜过快，以防腹压骤然降低，内脏血管扩张而发生血压下降甚至休克等现象。首次腹腔穿刺时，放液不宜超过 1000~2000ml，以后每次不超过 3000~4000ml。肝硬化患者一次放液量一般不超过 3000ml，过多放液可诱发肝性脑病和电解质紊乱。术后卧床休息 8~12 小时。

考点 16 • 上消化道大出血 ★★★

上消化道大出血是指：在数小时内失血量超过 1000ml 或失血量占循环血容量 20%，主要表现为呕血和（或）黑便。

1. 病因：上消化道出血最常见的病因是消化性溃疡。
2. 临床表现：上消化道出血特征性表现为呕血与黑便。出血部位在幽门以上者常有呕血和黑便，在幽门以下者仅表现为黑便。呕血多呈咖啡色，粪便呈柏油样，黏稠而发亮。
3. 诊断要点：上消化道出血病因诊断的首选检查措施为内镜检查。一般在上消化道出血后 24~48 小时内进行急诊内镜检查。
4. 上消化道大出血病人首要的护理问题为：体液不足。
5. 上消化道大出血时护士应首先采取的措施是：迅速建立有效静脉通道，及时、准确地补充血容量。

考点 17 • 急性肾小球肾炎 ★★★

1. 急性肾小球肾炎的致病菌为：A 组 β 型溶血性链球菌。
2. 急性肾小球肾炎的典型表现：链球菌感染后经 1~3 周无症状间歇期而急性起病，表现为水肿、血尿、高血压。
 - (1) 水肿：是最常见的症状，初累及眼睑及颜面，晨起重。
 - (2) 血尿：镜下血尿为主，肉眼血尿时尿色可呈洗肉水样。
 - (3) 高血压：因水钠潴留致血容量增加所致。一般为轻或中度增高。
2. 并发症：严重的循环充血状态、高血压脑病和急性肾衰竭。
3. 急性肾小球肾炎的主要护理问题为：体液过多。
4. 护理措施：

急性肾小球肾炎的饮食护理：给予高糖、高维生素、适量蛋白质和脂肪饮食和低盐饮食。急性期 1~2 周内，应控制钠的摄入，每日 1~2g，水肿消退后每日 3~5g。水肿严重、尿少、氮质血症者，应限制水及蛋白质的摄入。水肿消退、血压恢复正常后，逐渐由低盐饮食过渡到普通饮食。
5. 健康指导：起病 2 周内卧床休息，至水肿消退、血压正常、肉眼血尿消失，可在室内轻度活动。密切观察病人生命体征的变化，水肿严重者如出现烦躁不安、呼吸困难、心率增快、不能平卧、肺底湿性啰音，肝脏增大等，应考虑为心力衰竭。

考点 18 • 缺铁性贫血 ★★★

缺铁性贫血是体内贮存铁缺乏,导致血红蛋白合成减少而引起的一种小细胞低色素性贫血。

1. 病因

(1) 铁摄入量不足: 妇女、儿童缺铁性贫血的主要原因。

(2) 铁吸收不良: 主要与胃肠功能紊乱或某些药物作用, 导致胃酸缺乏或胃肠黏膜吸收功能障碍而影响铁的吸收有关。

(3) 铁丢失过多(慢性失血): 成人缺铁性贫血最常见和最重要的病因。

2. 临床表现

(1) 缺铁原发病表现。

(2) 一般贫血共有的表现: 面色苍白、乏力、易倦、头晕、头痛、心悸、气促、耳鸣等。

(3) 缺铁性贫血的特殊表现:

①组织缺铁表现: 舌炎、嘴角炎、反甲、缺铁性吞咽困难。

②神经、精神系统异常: 儿童较为明显, 如过度兴奋、易激惹、好动、难以集中注意力、发育迟缓、体力下降等。

③异食癖。

3. 补充铁剂护理

(1) 口服铁剂: ①空腹时比餐后或餐中服用亚铁盐吸收要完全, 但空腹服用胃肠道反应大, 病人常不能耐受, 故多选在餐后服用从小剂量开始逐渐增加剂量, 以便减轻不良反应; ②避免与茶、牛奶、咖啡或含钙、镁、磷酸盐、鞣酸等的药物和食物同时服用, 以防影响铁的吸收, 维生素 C 可防止二价铁氧化, 稀盐酸可使三价铁转变为二价铁而利于铁的吸收, 因此口服铁剂时可加用维生素 C 和稀盐酸; ③服用液体铁剂时, 应使用吸管, 以免牙齿受损。

(2) 注射铁剂: 肌内注射应采用深部注射, 并经常更换注射部位, 以促进吸收。

考点 19 • 甲状腺危象 ★★★

1. 主要诱因:

(1) 应激状态, 如感染、手术、放射性碘治疗等;

(2) 严重躯体疾病, 如充血性心力衰竭、低血糖症、败血症、脑血管意外、急腹症或严重创伤等;

(3) 口服过量的 HT;

(4) 严重精神创伤;

(5) 手术中过度挤压甲状腺。去除诱因, 积极治疗甲亢是预防甲状腺危象的关键。

2. 甲状腺危象护理:

(1) 将病人安置在安静低温的环境中;

(2) 对症及处理并发症：高热者可给予药物或物理降温，必要时使用异丙嗪进行人工冬眠。禁用阿司匹林，该药可与甲状腺结合球蛋白结合而释放游离甲状腺激素，使病情加重。

(3) 给予丙硫氧嘧啶口服或经胃管灌入，抑制甲状腺激素合成及 T_4 转变为 T_3 。

(4) 给予碘化钠抑制已合成的甲状腺激素。

考点 20 • 流行性乙型脑炎 ★★

1. 病原与流行病学

(1) 病原：乙型脑炎病毒。

(2) 流行病学：①传染源。感染后出现病毒血症的动物和人，其中感染的猪（仔猪）是最主要传染源。②主要传播途径是三带喙库蚊。③以隐形感染最为常见。④多集中在 7～9 月份。以 2～6 岁儿童发病率最高。

2. 临床表现

(1) 潜伏期：4～21 天，一般为 10～14 天。

(2) 前驱期：一般 1～3 日，起病多急骤，体温在 1～2 天内高达 39～40℃，伴头痛、恶心和呕吐。

(3) 极期：持续 7 天左右。主要表现为脑实质受损症状。

高热、惊厥及呼吸衰竭是乙脑极期的严重症状，三者相互影响，呼吸衰竭常为致死的主要原因。

(4) 恢复期：此期体温逐渐下降，神经、精神症状好转，一般 2 周左右。

(5) 后遗症期：指恢复期神经系统残存症状超过 6 个月尚未恢复者。

3. 护理措施

(1) 高热患儿头部放置冰帽、冰枕，腋下、腹股沟等大血管处放置冰袋或乙醇擦浴、冷盐水灌肠。

(2) 保持呼吸道通畅，给氧，减轻脑损伤。

(3) 及时发现烦躁不安、口角或指（趾）抽动、两眼凝视、肌张力增高等惊厥先兆。一旦出现，让患儿取仰卧位，头偏向一侧，松解衣服和领口，清除口鼻分泌物；用牙垫或开口器置于患儿上下臼齿之间。遵医嘱使用止惊药物。

考点 21 • 脑血管病的三级预防 ★★★

一级预防：主要是防止和减少人群中脑血管病的危险因素的发生。

二级预防：主要是及时发现存在的危险因素，并采取措施加以控制，减轻危险因素危害。

三级预防：主要是对已发生的脑血管病进行及早诊断、治疗及早期康复。预防已患脑血管病患者的再复发，从而减低脑血管病的致残率、致死率。

考点 22 • 水钠代谢紊乱的类型 ★★★

	等渗性脱水（急性脱水）	低渗性脱水（慢性脱水）	高渗性脱水
特点	水钠同比丢失，以细胞外液为主	失钠大于失水，以细胞外液为主	失水大于失钠，以细胞内液为主
血钠	135~150mmol/L	<135mmol/L	>150mmol/L
渗透压	正常	降低	升高
主要病因	消化液或体液急性丢失：呕吐、肠外瘘	消化液或体液慢性丢失（慢性肠梗阻、长期胃肠减压）	水分摄入不足（食道癌）、大量出汗、糖尿病昏迷、大面积烧伤暴露疗法
生理调节	细胞外液减低~醛固酮增加~远曲小管重吸收Na增加。 若持续脱水~细胞内液外移~细胞缺水	早期：细胞外液低渗，ADH减少，水钠重吸收减低，尿量增多 晚期：为避免循环血量减少，兴奋肾素~醛固酮系统、ADH升高，少尿	细胞外液高渗→ADH升高→水重吸收增多→尿量减少 继续缺水→循环血量减少→醛固酮增多→保钠排钾、血容量增多→细胞内液转移→细胞内缺水
临床表现	恶心厌食、乏力少尿、不口渴，皮肤干燥、眼窝凹陷	恶心呕吐、视觉模糊、不口渴	口渴、乏力、烦躁不安、谵妄昏迷
补液	纠正原发病，平衡液或生理盐水	含盐溶液或高渗盐水	5%葡萄糖或0.45%盐水

考点 23 • 术后常见护理 ★★

1. 体位

- (1) 颅脑手术后，无休克或昏迷，可取 15° ~30° 头高脚低斜坡卧位；
- (2) 颈、胸部手术后，多采用高半坐卧位，便于呼吸和有效引流；
- (3) 脊柱或臀部手术后，可采用俯卧或仰卧位；
- (4) 腹部手术后，多采用低半坐卧位或斜坡卧位，既能降低腹壁张力，减轻切口疼痛，又利于呼吸；

(5) 腹腔内有感染者，若病情许可，应尽早改为半坐位或头高脚低位，以利有效引流。

2. 引流管护理：引流管是否通畅，脱落，记录引流物的颜色、性状和量。

3. 活动：原则上应该早期床上活动，但有休克、心衰、严重感染、出血、极度衰弱或实施特殊的制动措施的病人则不宜早期活动。

4. 手术后并发症的预防及护理

- (1) 发热：一般不超过 38℃，临床称之为外科手术热。
- (2) 术后出血：一旦确诊为术后出血，及时通知医师，迅速建立静脉通道，完善术前准备，再次手术止血。
- (3) 切口感染：常发生于术后 3~4 天。
- (4) 切口裂开：禁食、胃肠减压；立即用无菌生理盐水纱布覆盖切口，并用腹带包扎；通知医师入手术室重新缝合处理。
- (5) 肺不张：解除支气管阻塞，使不张的肺重新膨胀；鼓励病人自行咳嗽排痰。
- (6) 尿路感染：应用有效抗生素、维持充分的尿量和保持排尿通畅。
- (7) 深静脉血栓形成：鼓励病人术后早期离床活动；避免久坐。

考点 24 • 破伤风 ★★

1. 临床表现

- (1) 潜伏期：平均为 6~12 天。
- (2) 前驱症状：全身乏力、头晕、头痛、失眠、多汗、咀嚼无力、烦躁不安、打呵欠等。以张口不便为特点。
- (3) 典型症状：在肌肉紧张性收缩（肌强直、发硬）的基础上，呈阵发性强烈痉挛。最初受影响的肌群是咀嚼肌。起始表现为咀嚼不便、张口困难，随后牙关紧闭；“苦笑”；颈部强直、“角弓反张”。呼吸肌群导致面唇青紫，呼吸困难，甚至呼吸暂停，以致危及生命。

2. 治疗原则

- (1) 彻底清除坏死组织和异物，3%过氧化氢溶液冲洗，敞开伤口，充分引流。
- (2) 注射破伤风抗毒素，深部肌内注射破伤风人体免疫球蛋白一次，早期应用有效。
- (3) 控制并解除痉挛。

3. 护理措施

- (1) 将病人安置于隔离病室，保持安静，减少一切刺激，遮光，防止噪音，温度 15~20℃，湿度约 60%。治疗、护理等各项操作尽量集中，可在应用镇静剂 30 分钟内进行。病室内的急救药品和物品准备齐全，以便及时处理一些严重的并发症，如呼吸困难、窒息等。
- (2) 保持静脉输液通路通畅。
- (3) 遵医嘱给予镇静、解痉药物并观察疗效。
- (4) 严格隔离消毒：应执行接触隔离，所有器械、敷料均需专用，使用后器械用 0.5%有效氯溶液浸泡 30 分钟或用 1%的过氧乙酸浸泡 10 分钟，清洗后高压蒸汽灭菌，敷料应焚烧，用过的大单、布类等包好送环氧乙烷室灭菌后，再送洗衣房清洗、消毒，病人的用品和排泄物均应消毒。护理人员应穿隔离衣，防止交叉感染。

4. 预防

- (1) 自动免疫：应用类毒素注射，可以使人获得自动免疫。
- (2) 正确处理伤口，及时彻底清创所有伤口。

(3) 被动免疫：应用破伤风抗毒素（TAT）。

考点 25 • 烧伤 ★★★

1. 烧伤病理分期

(1) 急性体液渗出期（休克期）：大面积烧伤使毛细血管通透性增加，大量血浆外渗至组织间隙及创面，引起有效循环血量锐减，而发生低血容量性休克。休克是烧伤后 48 小时内病人死亡的主要原因。

(2) 感染期：烧伤使皮肤失去防御功能，创面细菌繁殖及组织坏死的毒素吸收入血，引起中毒症状。

(3) 修复期：在炎症反应的同时，创面已开始了修复过程。包括创面修复期和功能修复期。

2. 烧伤深度判断

分度	损伤程度	痛觉	水疱	色素	瘢痕
I 度	表皮浅层	灼痛	无	无	无
浅 II 度	表皮的生发层 真皮乳头层	剧痛	壁薄，基底潮红	有	无
深 II 度	真皮层、深层	痛觉迟钝、拔毛痛	壁厚，基底苍白潮红相间	有	有
III 度	皮肤全层	痛觉消失	无	有	有

3. 烧伤面积的计算

(1) 中国新九分法：将人体体表面积划分为 11 个 9% 的等份，另加 1%，构成 100%。

中国人体表面积新九分法

部位	成人各部位面积（%）	小儿各部位面积（%）
头颈部 9%	头、面、颈 3、3、3	9+（12-年龄）
双上肢 18%	双手、双前臂、双上臂 5、6、7	9×2
躯干 27%	腹侧、背侧各 13%，会阴 1%	9×3
双下肢 46%	双臀、双足、双小腿、双大腿 5、7、13、21	46%-（12-年龄）%

注：I 度烧伤病理反应轻微，通常情况下不计入烧伤总面积中。

手掌法：伤员本人五指并拢的手掌面积约为体表总面积的 1%，五指自然分开的手掌面积约为 1.25%。

4. 现场救护

(1) 迅速脱离热源

- ① 热液浸渍的衣裤，可冷水冲淋后剪开取下，以免强力剥脱而撕脱水疱皮。
- ② 小面积烧伤立即用清水连续冲洗或浸泡。
- ③ 酸、碱烧伤，即刻脱去或剪开沾有酸、碱的衣服，以大量清水冲洗为首选。

④如系生石灰烧伤，先去除石灰粉粒，再用清水长时间地冲洗，以避免石灰遇水产热加重损伤。

(2) 抢救生命：是急救的首要原则。

(3) 预防休克。

5. 院内护理

(1) 液体疗法：大面积烧伤患者 24 小时内的主要措施是保证液体输入，恢复有效循环血量，防治休克。

①伤后第一个 24 小时补液量按患者每千克体重每 1%烧伤面积(Ⅱ度~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+生理日需水量 2000ml

计算量的一半，应在伤后 8 小时内输完，另一半在其后的 16 小时输完。伤后第 2 个 24 小时补液量为第 1 个 24 小时计算量的一半，生理日需水量 2000ml 不变。

②晶体液：胶体液为 2:1，特重度烧伤时为 1:1。晶体液首选平衡盐液，胶体液首选血浆，也可用全血。生理日需量常用 5%~10%葡萄糖液。补液一般遵循先晶后胶、先盐后糖、先快后慢，胶、晶液体交替输入的原则。

③尿量大于 30ml/h 是评估休克纠正的重要简单手段，也是调整输液速度的可靠依据。

(2) 保护创面

①包扎疗法，适用于四肢Ⅰ度和Ⅱ度烧伤、无条件暴露者、不合作或门诊患者；

②暴露疗法，适用于Ⅲ度烧伤，特殊部位(头面部、颈部、会阴部)烧伤，特殊感染(真菌、铜绿假单胞菌)的创面及大面积烧伤。

(3) 功能锻炼：保持各关节功能位，如颈部烧伤应取后伸位，四肢烧伤取伸直位，手部固定在半握拳姿势且指间垫油纱布以防粘连。

考点 26 • 急性乳腺炎 ★★

急性乳腺炎：是乳腺的急性化脓性感染，好发于产后 3~4 周，病人多是产后哺乳的妇女，以初产妇多见。

1. 急性乳腺炎最常见的原因是：乳汁淤积。

2. 急性乳腺炎最主要的致病菌为：金黄色葡萄球菌。

3. 急性乳腺炎的临床表现：患侧乳房胀痛，局部红、肿、发热、压痛，常有患侧淋巴结肿大和压痛。患侧乳房可同时存在数个炎性病灶而先后形成多个脓肿。

4. 急性乳腺炎的治疗原则

(1) 一般处理：患乳停止哺乳，并排空乳汁，局部热敷或理疗以利于早期炎症消散；水肿明显者可用 25%硫酸镁溶液湿热敷。

(2) 脓肿处理：脓肿形成后，及时作脓肿切开引流。切口呈放射状至乳晕处；乳晕部脓肿可沿乳晕边缘做弧形切口；深部脓肿明确诊断后再在乳房下缘做弓形切口。

5. 预防急性乳腺炎的关键是：避免乳汁淤积。

考点 27 • 急性阑尾炎 ★★★

1. 急性阑尾炎最典型的症状为：转移性右下腹疼痛，腹痛多始于脐周或上腹部，数小时后疼痛转移并局限于右下腹部。

2. 急性阑尾炎最重要的体征为：右下腹固定的压痛，压痛部位常在麦氏点，即右髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处。

3. 急性阑尾炎首要的治疗措施为：阑尾切除术。

4. 阑尾周围脓肿患者手术治疗的时机为：先使用抗生素控制症状，一般 3 个月后手术切除阑尾。

5. 阑尾炎术后护理措施：

(1) 体位：半卧位，以减轻腹壁张力，缓解疼痛。

(2) 阑尾炎术后并发症的预防和护理：①内出血：因阑尾系膜结扎线松脱所致，常发生在术后 24 小时内，故手术后当天应严密观察脉搏、血压。患者如有面色苍白、脉速、血压下降等内出血的表现，应立即将病人平卧，静脉快速输液、输血。②切口感染：是术后最常见的并发症。表现为术后 3~5 天体温升高，切口疼痛且局部有红肿、压痛或波动感。③腹腔脓肿：炎症渗液积聚于膈下、肠间、盆腔而形成。表现为术后 5~7 天体温升高，或下降后又上升，并有腹痛、腹胀、腹部包块或排便排尿改变等。④肠痿：多因阑尾残端结扎线松脱，或术中误伤盲肠所致。表现为发热、腹痛、少量粪性肠内容物从腹壁伤口流出。

(3) 阑尾炎术后护士应鼓励病人早期床上或下床活动，促进肠蠕动恢复，防止发生肠粘连。

考点 28 • 颅内压增高 ★★

1. 概念：是由颅脑疾病导致颅腔内容物体积增加或颅腔容积减小，超过颅腔可代偿的容量，导致颅内压持续高于 200mmHg (2.0KPa)，出现头痛、呕吐和视乳头水肿 3 个主要的综合征。

2. 小脑幕切迹疝的临床特征

(1) 剧烈头痛、反复呕吐、躁动不安；

(2) 血压逐渐增高、脉搏缓慢有力、呼吸深慢等生命体征改变的颅内高压代偿征象 (Cushing 征)；

(3) 进行性意识障碍；

(4) 同侧瞳孔散大；

(5) 对侧肢体瘫痪；

(6) 去大脑强直。

3. 枕骨大孔疝的临床特征

- (1) 进行性颅内压增高的临床表现，头痛剧烈，频繁呕吐及颈项强直或强迫头位。
- (2) 出现典型的 Cushing 征，即血压骤升，脉搏迟缓而有力，且呼吸深慢。
- (3) 病人意识障碍表现较晚，个别病人甚至在呼吸骤停前数分钟仍呼之能应。

考点 29 • 胸腔闭式引流 ★★★

1. 胸膜腔闭式引流的目的与适应证

(1) 目的：①引流胸膜腔内渗液、血液及气体；②重建胸膜腔内负压，维持纵隔的正常位置；③促进肺的膨胀。

(2) 适应证：用于外伤性或自发性气胸、血胸、脓胸及心胸手术后的引流等。

2. 胸膜腔引流管的放置部位

胸膜腔积液一般在腋中线和腋后线之间第 6~8 肋间插管引流；胸膜腔积气常选锁骨中线第 2 肋间；脓胸常选在脓液积聚的最低位。

3. 胸膜腔闭式引流管的护理措施

(1) 保持管道的密闭：①随时检查引流管有无脱落；②水封瓶长玻璃管没入水中 3~4cm，并始终保持直立；③引流管周围用油纱布包盖严密；④搬动病人或更换引流瓶时，需双重关闭引流管，以防空气进入；⑤引流管连接处脱落或引流瓶损坏，应立即用双钳夹闭胸壁引流导管，并更换引流装置；⑥若引流管从胸腔滑脱，立即用手捏闭伤口处皮肤，消毒处理后，用凡士林纱布封闭伤口，并协助医师做进一步处理。

(2) 严格无菌操作，防止逆行感染：①引流装置应保持无菌；②保持胸壁引流口处敷料清洁干燥；③引流瓶应低于胸壁引流口平面 60~100cm，以防瓶内液体逆流入胸膜腔。

(3) 定时挤压胸膜腔引流管，防止引流管阻塞、扭曲、受压。

(4) 观察和记录：①注意观察长玻璃管中的水柱波动。一般情况下水柱上下波动约 4~6cm。若水柱波动过高，可能存在肺不张；若无波动，则示引流管不畅或肺已完全扩张；但若病人出现胸闷气促、气管向健侧偏移等肺受压的症状，应疑为引流管被血块堵塞。

(5) 拔管指征：一般指引流 48~72 小时后，临床观察无气体溢出，或引流量明显减少且颜色变浅，24 小时引流液 <50ml，脓液 <10ml，X 线胸片示肺膨胀良好无漏气，病人无呼吸困难，即可拔管。

(6) 拔管方法：拔管时嘱病人先深吸一口气，在吸气末屏气并迅速拔管，立即用凡士林纱布和厚敷料封闭胸壁伤口，外加包扎固定。

考点 30 • 骨折 ★★

1. 定义：骨的完整性或连续性发生部分或完全中断即为骨折。

2. 分类

(1) 按骨折端与外界是否相通分为：①闭合性骨折：②开放性骨折：

(2) 按骨折的程度及形态分类：

②完全骨折：骨骼连续性完全中断，按骨折形态又分为横形骨折、斜形骨折、螺旋形骨折、粉碎性骨折、嵌插骨折、压缩骨折、凹陷骨折和骨骺分离等。

②不稳定性骨折：如楔形骨折、螺旋形骨折、粉碎性骨折等。

4. 诊断骨折最可靠的依据是：X 线。

(2) 术后评估：评估牵引术、石膏固定或小夹板固定是否维持有效状态；有无出现并发症；康复程度。

(4) 潜在并发症：肌萎缩、关节僵硬及深静脉血栓形成。

(3) 定期复查。

(3) 预防感染。

B. 转入患者

C.出院患者

D.手术患者

2.【答案】C。解析：书写交班报告的顺序：出院、转出、死亡、新入院、转入、手术、分娩、病危危重等顺序逐项填写，每项依照床号顺序排列。

3. 某患者的医嘱为：清开灵胶囊 2 粒，po，tid。该药物的给药次数为：

A.每日 1 次

B.每日 2 次

C.每日 3 次

D.每日 4 次

3.【答案】C。解析：po 为口服，tid 为一日三次。

4. 药物漏出血管外，可引起局部缺血坏死的药物是：

A.普萘洛尔

B.肾上腺素

C.去甲肾上腺素

D.异丙肾上腺素

4.【答案】C。解析：静脉滴注去甲肾上腺素浓度过大、时间过长或药液漏出血管外，可使局部血管强烈收缩，引起局部缺血坏死。

5. 当空气干燥、气温超过 35℃时，哪种方式成为机体散热的主要途径：

A.蒸发

B.辐射

C.传导

D.对流

5.【答案】A。解析：当周围环境的温度接近或者超过体温时，机体散热的主要途径为蒸发。

6. 李某，35 岁，左侧踝关节扭伤。为防止皮下出血与肿胀，早期应：

A.冷热交替敷

B.局部按摩

C.冷湿敷

D.热湿敷

6.【答案】C。解析：脚踝扭伤后早期要冷湿敷可以防止血管扩张而导致皮下出血与肿胀。

7. 李某，男性，45 岁，有扩张型心肌病病史，本次因呼吸困难不能平卧入院。该病人首要关注的护理问题是：

A.气体交换受损

B.体液过多

C.睡眠型态紊乱

D.活动无耐力

7.【答案】A。解析：患者由于呼吸困难不能平卧入院，所以对于该患者当前首要的护理问题应为气体交换受损。

8. 女性，49 岁，大便带脓血 1 年余，全身乏力，食欲下降，消瘦、贫血，右上腹可扪及肿块，较硬，触之有疼痛，直肠指检无异常表现。病人可能的诊断为：

A.阿米巴肠病

B.右侧结肠癌

C.肠结核

D.克罗恩病

8.【答案】B。解析：该病例中患者右上腹可扪及肿块的症状，可初步判断患者为右侧结肠的疾病，而肠结核的肿块在右下腹。

9. 呼吸衰竭通常是由于：

- A.内呼吸功能障碍
- B.外呼吸功能障碍
- C.呼吸系统病变造成机体缺氧
- D.二氧化碳排除功能障碍

9.【答案】C。解析：呼吸衰竭是指由于各种原因引起的肺通气和（或）换气功能严重障碍，以致在静息状态下不能进行有效的气体交换，引起缺氧和（或）二氧化碳潴留，导致低氧血症伴（或不伴）高碳酸血症，从而出现一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。

10. 鼻咽癌的处理首先应选择：

- A.手术疗法
- B.化疗
- C.放疗
- D.对症处理

10.【答案】C。解析：鼻咽癌大多对放射治疗具有中度敏感性，放射治疗是鼻咽癌的首选治疗方法。

11. （多选题）夜班护士 6:00am 为本病区患者采集各类血标本，准备工作中正确的有：

- A.核对检验单
- B.确定采集量
- C.均用干燥试管
- D.容器外贴标签
- E.明确采集方法

11.【答案】ABDE。解析：采集各类血标本的种类不同，所选取的试管也不同。血清标本的采集用干燥试管，全血标本的采集用抗凝管，血培养标本的采集用血培养瓶。

12. （多选题）下列鼻饲时的注意事项中正确的有：

- A.间隔时间应大于 4h
- B.每次鼻饲量不超过 200ml
- C.片剂应研碎溶解后再注入
- D.新鲜果汁与奶液应分别注入
- E.每次鼻饲前应用少量温水冲管后再进行喂食

12.【答案】BCDE。解析：鼻饲间隔时间应该不小于 2 小时。

13. （多选题）男，45 岁，糖尿病患者。为预防糖尿病足，下列护理措施中不正确的有：

- A.每天热水烫脚，促进血液循环
- B.每天检查一次足部
- C.修剪趾甲宜短，以利于清洁
- D.足部发凉时使用热水袋保暖
- E.袜子破洞后及时缝补避免足部外伤

13.【答案】ACDE。解析：糖尿病患者随着病情的发展容易导致一些慢性并发症，由于血栓栓塞而引起糖尿病足，为预防糖尿病足应用温水泡脚，但不应用热水，特别是由于患者会有麻木的感觉，所以忌用热水袋保暖；并且趾甲不宜剪太短，以免发生损伤出血感染；袜子破洞后应更换，缝补后的袜子容易将足部磨破。