

护理专业高频考点——内科护理学

1. 呼吸系统疾病病人的评估

(1) 吸气性呼吸困难：大气道梗阻

(2) 呼气性呼吸困难：小气道梗阻

(3) 肺结核、支气管扩张、肺癌是引起咯血的前三位病因，二尖瓣狭窄引起的咯血是由于静脉破裂引起，是较为特殊的一种类型

(4) 青壮年咯血多见于肺结核、支气管扩张症；40 岁以上有长期大量吸烟史者咯血时，要高度警惕支气管肺癌。

2. 肺炎链球菌肺炎

(1) 病理——充血期、红色肝变期、灰色肝变期、消散期

(2) 临床表现——寒战、高热、胸痛、咳铁锈色痰

(3) 治疗及护理——首选青霉素，热退后 3 天或 7 天停药；如 3 天后体温不降或降后复升，应考虑肺炎链球菌的肺外感染或其他疾病存在的可能性，如脓胸、心包炎、关节炎等

速记：

肺炎链球菌肺炎——铁锈色痰

急性肺水肿——粉红色泡沫痰

厌氧菌感染——痰液呈臭味

支气管扩张——大量脓痰并出现分层

速记：支原体肺炎、军团菌首选红霉素，克雷伯杆菌首选氨基糖苷类药。（记忆：支援红军送白糖）

3. 支气管扩张

(1) 病因——婴幼儿期支气管—肺组织感染是导致支气管扩张的最常见病因

(2) 临床表现——慢性咳嗽、大量脓痰和反复咯血

(3) X 线检查典型者可见不规则的蜂窝状透亮阴影或沿支气管的卷发状阴影

(4) 治疗原则

- 1) 选用抗生素的标准——痰培养及药物敏感试验
- 2) 最主要的处理措施——体位引流
- 3) 最主要的护理问题——清理呼吸道无效/有窒息的危险

4.咯血病人的护理

(1) 咯血的量

少量咯血：每天 < 100ml

中等量咯血：每天 100 ~ 500ml

大量咯血：每天 > 500ml，或 1 次 > 300ml

- (2) 大量咯血首选垂体后叶素
- (3) 清理呼吸道——防止发生窒息

5.慢性阻塞性肺气肿（COPD）

(1) 病因——吸烟是重要的发病因素；诱因——感染

(2) 临床表现

- 1) 症状——逐渐加重的呼吸困难是慢支并发慢阻肺的标志性症状
- 2) 体征——桶状胸，呼吸运动减弱；两侧语颤减弱，叩诊呈过清音
- (3) 常用检查——肺功能评估，残气量增加
- (4) 治疗——低流量、低浓度持续性给氧
- (5) 缩唇呼气——防止呼气时小气道过早陷闭，以利于肺泡气体排出
- (6) 呼吸功能锻炼——呼吸时间比例为 2:1 ~ 3:1

6.肺心病

(1) 病因——COPD

(2) 肺心病形成关键环节——肺动脉高压

(2) 表现——表现淡漠、嗜睡、昏睡等——肺性脑病

(3) 吸氧——CO₂ 潴留采取持续低浓度、低流量吸氧

7.呼吸衰竭

- (1) 病因——COPD，诱因——感染
- (2) 最早出现的症状——呼吸困难，最典型的症状——发绀
- (3) 诊断依据——动脉血气分析
- (4) 诊断标准——1) I型呼吸衰竭——单纯 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ ：
2) II型呼吸衰竭—— $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 且 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$
- (5) 吸氧——1) I型呼吸衰竭——可给予较高浓度 ($> 35\%$) 吸氧
2) II型呼吸衰竭——给予低浓度 ($< 35\%$) 持续吸氧

8.肺结核

- (1) 病因——结核杆菌
- (2) 感染途径——飞沫传播
- (3) 分型——原发型肺结核——多发生于儿童或初次进入城市的成年人
- (4) 辅助检查——结核菌分枝杆菌检查是确诊肺结核病的特异性依据；痰菌阳性表明其病灶是开放性的，具有传染性
- (5) 结核菌素试验 (PPD) —— 0.1ml 结核菌素稀释液在前臂掌侧进行皮内注射，注射后 48~72 小时测皮肤硬结直径，如果小于 5mm 为阴性，5~9mm 为弱阳性，10~19mm 为阳性，20mm 以上或局部有水泡、坏死为强阳性

- (6) 抗结核化学药物治疗原则——早期、联合、适量、规律和全程治疗

9.支气管哮喘

- (1) 本质——气道的慢性炎症
- (2) 主要临床表现——呼气性呼吸困难，伴有哮鸣音
- (3) 痰涂片检查——嗜酸性粒细胞增多
- (4) 治疗——
 - 1) 脱离过敏原——如尘螨、花粉、动物毛屑等
 - 2) 吸入 β 受体激动剂 (沙丁胺醇) ——控制哮喘发作首选的药物
 - 3) 糖皮质激素——吸入倍氯米松，控制哮喘最有效的药物

- 4) 色甘酸钠——预防运动和过敏原诱发的哮喘最有效的药物
- 5) 氨茶碱——不良反应：心律失常、严重的时候有抽搐
- 6) 吸氧——CO₂ 潴留采取持续低浓度、低流量吸氧

10.心功能不全的主要临床表现

(1) 左心衰：最典型的临床表现——呼吸困难，最早表现劳力性呼吸困难，最严重表现急性肺水肿，最具有诊断意义的体征——舒张期奔马律

(2) 右心衰：颈 V 怒张，肝大、压痛，肝-颈 V 回流征 (+)，下垂部位水肿；其中最
有意义的体征，肝-颈 V 回流征 (+)。水肿最常见部位是下垂部位（双下肢），长期卧床患
者水肿在腰骶部

11.心功能分级护理

- (1) I 级：体力活动不受限——不限制一般体力活动
- (2) II 级：体力活动轻度受限，日常活动可引起气急、心悸——限制重体力活动，增加
午睡时间
- (3) III 级：体力活动明显受限，稍事活动即引起心悸、气急——严格限制一般的体力活
动，增加休息时间
- (4) IV 级：体力活动重度受限制，休息状态下也气急、心悸——绝对卧床休息

12.洋地黄的护理

- (1) 代表药物——西地兰（毛花苷 C）、地高辛
- (2) 作用机制——增强心肌收缩力，治疗充血性心力衰竭
- (3) 使用前监测心率，低于 60 次/分不用
- (4) 中毒的表现——1) 消化系统：恶心、呕吐；2) 神经系统：头晕、黄视、绿视；
3) 循环系统：心律失常，其中最常见是室性期前收缩
- (5) 中毒的处理——1) 停药；2) 停用排钾利尿剂；3) 纠正心律失常，室性快速心律
失常可使用利多卡因或苯妥英钠，对缓慢心律失常可使用阿托品；4) 纠正低钾血症

13.急性肺水肿处理措施

- (1) 体位——端坐位，腿下垂，减少静脉回心血量
- (2) 镇静——吗啡，或哌替啶（杜冷丁）
- (3) 高流量吸氧——6~8L/min,加入 20%~30%乙醇湿化氧
- (4) 减少心脏负荷——快速利尿
- (5) 强心药——快速洋地黄制剂如毛花苷 C(西地兰)
- (6) 氨茶碱——可解除支气管痉挛
- (7) 血管扩张剂——首选硝普纳（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

14.硝普钠、硝酸甘油的护理

- (1) 硝普钠避光滴注，硝酸甘油避光保存，不能放入透明塑料盒里面
- (2) 硝酸甘油扩张小静脉，是心绞痛首选药物
- (3) 硝普钠既能扩张动脉，又能扩张静脉，既能降低心脏的前负荷，又能降低后负荷，是高血压急症首选

15.利尿剂的护理

- (1) 监测电解质，排钾利尿剂导致低血钾，易导致洋地黄中毒 (2) 代表药物：1) 排钾利尿剂——呋塞米（速尿）、氢氯噻嗪；
- 2) 保钾利尿剂——螺内酯（安体舒通）、氨苯蝶啶
- (3) 呋塞米急性肺水肿首选，氢氯噻嗪导致高尿酸血症，痛风的患者禁用
- (4) 利尿剂可通过利尿消肿降压，利尿剂通过降低心脏前负荷来改善心功能不全

16.高血压护理措施

- (1) 生活方式干预：控制体重；限制钠盐的摄入，每天钠盐摄入量应低于 6g；并增加钾盐的摄入量；减少食物中饱和脂肪酸的含量和脂肪总量，少吃或不吃肥肉和动物内脏，补充适量蛋白质；戒烟、限酒；适当运动，可选择步行、慢跑、游泳、太极拳、气功等。运动强度因人而异，运动时最大心率达到 170 减去年龄；减少精神压力，保持心理平衡
- (2) 药物护理

- 1) 利尿剂——减少血容量而降压，氢氯噻嗪和呋塞米（速尿）易导致低血钾
- 2) β 受体阻滞剂——代表药物美托洛尔，房室传导阻滞、支气管哮喘禁用
- 3) 血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）——代表药物卡托普利，易发生刺激性干咳
- 4) 二氢吡啶类钙通道阻滞剂——代表药物硝苯地平，反射性交感活性增强，导致心跳加快、面部潮红、下肢水肿、牙龈增生等
- 5) 应用硝普钠和硝酸甘油时，应严格遵医嘱控制滴速，密切观察药物的不良反应，硝普钠需要现配现用，避光滴注

(3) 改变姿势，特别是从卧、坐位起立时动作宜缓慢，在直立性低血压发生时应指导病人采取下肢抬高位平卧，以促进下肢血液回流

(4) 指导其按医嘱服用降压药物，不可擅自增减药量，更不可突然停药，以免血压突然急剧升高

17.稳定型心绞痛

- (1) 临床特点：
 - 1) 部位——胸骨体中、上段之后，或心前区；
 - 2) 性质——压迫样、憋闷感或紧缩样感；
 - 3) 诱因——体力劳动、情绪激动、饱餐、寒冷等；
 - 4) 时间——持续 3~5 分钟
 - 5) 缓解——休息或舌下含服硝酸甘油
- (2) 辅助检查：
 - 1) 常用检查——心电图
 - 2) 诊断金标准——冠状动脉造影
- (3) 健康教育——心绞痛发作时应立即停止活动，同时舌下含服硝酸甘油；低热量、低脂、低胆固醇、低盐饮食，多食蔬菜、水果和粗纤维食物，避免暴饮暴食，注意少量多餐；戒烟、限酒；以有氧运动为主；硝酸甘油见光易分解，应放在棕色瓶内存放于干燥处，以免潮解失效

18.心肌梗死

(1) 临床表现

- 1) 疼痛——最早、最突出的症状

2) 心律失常：24 小时内死亡主要的原因——是室颤；最常见的心律失常——是室性期前收缩；室颤的先兆——室性期前收缩频发（每分钟 5 次以上），成对出现或呈非持续性室性心动过速，多源性或落在前一心搏的易损期时(R on T)；下壁心肌梗死最常见的心律失常是——房室传导阻滞、窦性心动过缓

3) 低血压和休克——心源性休克，病人表现为烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、脉细而快、大汗淋漓、少尿、神志迟钝，甚至晕厥者则为休克表现

4) 心力衰竭——表现为呼吸困难、咳嗽、发绀、烦躁等症状，重者可发生肺水肿

(2) 辅助检查

1) 心电图——ST 段弓背向上抬高、宽而深的 Q 波（病理性 Q 波）、T 波倒置

2) 血清心肌坏死标志物：心肌肌钙蛋白——是诊断心肌坏死最特异和敏感的首选指标。肌酸激酶同工酶(CK-MB)——CK-MB 适于早期 (<4 小时) AMI 诊断和再发心梗诊断

3) 诊断金标准——冠状动脉造影

(3) 治疗及护理

1) 治疗原则：心肌再灌注。经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) ——经股动脉穿刺者 1kg 沙袋压迫穿刺点 6~8 小时，穿刺侧肢体限制屈曲活动 24 小时后拆除弹力绷带自由活动，术后应注意观察双下肢足背动脉搏动情况，皮肤颜色、温度、感觉改变，下床活动后肢体有无疼痛或跛行等；溶栓疗法——常用溶栓药物有链激酶、尿激酶、重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)阿替普酶。

2) 解除疼痛——哌替啶（度冷丁）或吗啡

3) 急性期应绝对卧床 12 小时；起病后 4~12 小时内给予流质饮食，以减轻胃扩张，随后过渡到低脂、低胆固醇清淡饮食，提倡少量多餐

4) 给氧——鼻导管给氧，以增加心肌氧的供应，减轻缺血和疼痛

5) 保持大便通畅——富含纤维素的食物如水果、蔬菜的摄入；一般在病人无腹泻的情况下常规应用缓泻剂，以防止便秘时用力排便导致病情加重。一旦出现排便困难，应立即告知医护人员，可使用开塞露或低压盐水灌肠

19.感染性心内膜炎

(1) 急性感染性心内膜炎——主要由金黄色葡萄球菌引起；亚急性感染性心内膜炎——多见草绿色链球菌

(2) 临床表现：发热——是最常见的症状。心脏杂音。周围体征：指（趾）甲下线状出血；脑栓塞最为常见。心脏并发症——心力衰竭为最常见并发症

(3) 血培养——最重要的诊断方法，药物敏感试验可为治疗提供依据

(4) 治疗——青霉素可作为首选药物

(5) 正确采集血标本：对于未经治疗的亚急性病人，应在第一天每间隔 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，停药 2~7 天后采血。急性病人应立即采血，每隔 1 小时采血 1 次，共取 3 次。本病的菌血症为持续性，无须在体温升高时采血。每次采血 10~20ml，同时作需氧和厌氧培养，至少应培养 3 周

(6) 饮食护理：给予清淡、高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食，以补充发热引起的机体消耗。鼓励病人多饮水，做好口腔护理

(7) 健康教育：在施行口腔手术如拔牙、扁桃体摘除术，上呼吸道手术或操作，泌尿、生殖、消化道侵入性诊治或其他外科手术治疗前，应说明自己患有心瓣膜病、心内膜炎等病史，以预防性使用抗生素

20.房颤及室颤

(1) 房颤

1) 临床表现——心脏诊时心律绝对不规则、第一心音强弱不一致，短绌脉。脑栓塞的发病率高

2) 心电图——P 波消失，代之以大小形态及规律不一的基线波动（f 波），频率 350~600 次/分

3) 制心室率，可选用 β 受体阻滞剂、洋地黄。一般认为心室率控制的目标为静息时心率维持在 60~80 次/分，轻微活动后应控制在 100 次/分以内

4) 华法林——预防脑栓塞的一线用药

(2) 室颤

- 1) 室颤——是最危险的心律失常
- 2) 临床表现——突发意识丧失、抽搐、呼吸停止甚至死亡。触诊大动脉搏动消失、听诊心音消失、血压无法测到
- 3) 心电图——波形、振幅及频率均极不规则，无法辨认 QRS 波群、ST 段与 T 波

21.消化性溃疡

- (1) 病因——1) 幽门螺杆菌(Hp)感染;
- 2) 非甾体抗炎药 (NSAID)
- 3) 胃酸和胃蛋白酶
- 4) 粗糙和刺激性食物或饮料
- 5) 度精神紧张、情绪激动等
- (2) 临床表现——慢性、周期性、节律性上腹痛
- (3) 并发症
 - 1) 上消化道出血——呕吐咖啡色胃内容物，排出黑色柏油样黑便
 - 2) 穿孔——突然刀割样剧烈疼痛，立即做立位的腹部 X 线片（膈下游离气体）
 - 3) 幽门梗阻——呕吐隔夜宿食；低钾性碱中毒
 - 4) 癌变——持续便潜血（+）
- (4) 辅助检查——1) 确诊：胃镜
- 2) X 线钡餐：龛影
- (5) 药物护理
 - 1) H₂ 受体拮抗药（西咪替丁）——乏力、头晕、嗜睡和腹泻
 - 2) 质子泵抑制药（奥美拉唑）——抑酸最强，餐前空腹服用,避免食物干扰
 - 3) 铋剂——餐前半小时服（酸性环境中方起作用），黑便、牙齿舌头染黑
 - 4) 硫糖铝——餐前 1 小时服用
 - 5) 多潘立酮——餐前 1 小时服用，避免与阿托品同服；
 - 6) 氢氧化铝、铝碳酸镁——餐后 1-2 小时服用，避免与牛奶同服

22.肝硬化

(1) 病理——假小叶；病因——病毒性肝炎

(2) 临床表现

1) 代偿期——乏力、食欲减退；

2) 失代偿期——肝功减退：肝病面容；出血、贫血；内分泌紊乱（雌激素水平升高——肝掌、蜘蛛痣，男性女性化，女性闭经、不孕）；门脉高压——脾大、侧支循环的建立和开放（食管下段和胃底静脉曲张；腹壁和脐周静脉曲张；痔静脉曲张）、腹水（最突出的临床表现）

(3) 并发症

1) 最常见——上消化道出血（食管-胃底静脉曲张破裂引起）

2) 自发性腹膜炎——G-感染常见；金黄色葡萄球菌——脓液粘稠、无臭；大肠埃希菌——脓液稀薄、无臭

3) 肝性脑病——最严重并发症

4) 原发性肝癌——短期内出现病情迅速恶化、肝脏进行性增大

5) 肝肾综合征

(4) 确诊——肝穿刺活检

(5) 饮食护理——高热量、高蛋白质、高维生素、易消化饮食，严禁饮酒，适当摄入脂肪，动物脂肪不宜过多摄入；有腹水者应限制摄入钠盐 500~800mg/d（氯化钠 1.2~2.0g/d）；进水量 1000ml/d 以内

23.肝性脑病

(1) 病因——病毒性肝炎后肝硬化

(2) 特征性的体征——扑翼样震颤

(3) 分期——

1) 0期（潜伏期）：又称轻微肝性脑病，仅在心理或智力测试时表现出轻微异常

2) 一期（前驱期）：焦虑、欣快激动、淡漠、睡眠倒错、健忘等轻度精神异常，可有扑翼样震颤

3) 二期（昏迷前期）：嗜睡、行为异常（如衣冠不整或随地大小便）、言语不清、书写障碍及定向力障碍

4) 三期（昏睡期）：昏睡，但可以唤醒，醒时尚可应答，但常有神志不清和幻觉

5) 四期（昏迷期）：昏迷，不能唤醒

(4) 蛋白饮食——急性期首日禁蛋白饮食，给予葡萄糖保证供应能量，清醒后给予少量植物蛋白

(5) 灌肠导泻——生理盐水、稀醋酸；忌用肥皂水、苏打水

(6) 口服新霉素——抑制肠道细菌

(7) 口服乳果糖——可以降低肠道 pH，抑制肠道细菌生长，使肠道细菌产氨减少，并可以减少氨的吸收

(8) 支链氨基酸——抑制假神经递质形成

(9) 谷氨酸钾、谷氨酸钠——为碱性药物，碱血症患者不用

(10) 躁动不安——床挡

24.急性胰腺炎

(1) 主要病因为——胆道疾病

(2) 主要表现和首发症状为——腹痛，腹痛常位于中上腹，常向腰背部呈带状放射

(3) 提示预后不佳——低钙血症

(4) 首选的辅助检查——血淀粉酶测定，超过正常值 3 倍可确诊为本病

(5) 首选的治疗措施——禁食和胃肠减压

(6) 禁用药物——吗啡，因吗啡可引起 Oddi 括约肌痉挛，加重疼痛

(7) 可取体位——屈膝侧卧位

25.上消化道大量出血

(1) 定义——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

(2) 最常见的病因——消化性溃疡

(3) 肝硬化合并门静脉高压患者引起上消化道出血的原因为——食管—胃底静脉曲张破裂

(4) 上消化道出血特征性表现——呕血与黑便。呕血多呈咖啡色，粪便呈柏油样，黏稠而发亮

(5) 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

(6) 因肝硬化引起上消化道大出血的病人需：输新鲜血，因库存血含氨多易诱发肝性脑病

(7) 食管—胃底静脉曲张破裂出血应选用——气囊管压迫止血 (8) 首要的护理问题为——体液不足

(9) 首要采取的措施是——迅速建立有效静脉通道，及时、准确地补充血容量

(10) 出血量评估：隐血试验阳性每日出血量 5ml~10ml；柏油样便出血量 50~100ml 以上；胃内积血量达 250~300ml 时可引起呕血；出血量超过 400~500ml 时，可出现头晕、乏力、心悸、出汗等全身症状；如超过 1000ml，临床即出现急性周围循环衰竭的表现。

26. 急腹症病人的护理

(1) 外科急腹症以急性腹痛为主要表现

(2) 躯体痛是腹腔内炎性物刺激壁腹膜引起，疼痛定位准确

(3) 炎症性病变多体温升高，白细胞和中性粒细胞增高

(4) 穿孔性疾病 X 线见膈下游离性气体

(5) 出血性疾病以失血表现为主

(6) 腹腔穿刺时若抽出不凝固血，多提示腹腔内出血

(7) 腹腔穿刺液的淀粉酶测定结果阳性，多考虑为急性胰腺炎

(8) 对诊断不明的患者四禁——禁食、禁镇痛、禁导泻、禁灌肠

(9) 内科腹痛的特点——一般先发热或先呕吐，后才腹痛，或呕吐腹痛同时发生，腹痛多无固定部位腹痛伴有呕吐：

机械性肠梗阻——呕吐可频繁而剧烈；

幽门梗阻——呕吐物无胆汁；

高位肠梗阻——可吐出大量胆汁；

低位肠梗阻——粪臭样呕吐物；

肠绞窄——血性或咖啡色呕吐物；

腹膜炎——呕吐呈溢出性。

27.胃癌

(1) 胃癌多见于——胃窦部

(2) 胃癌的主要转移途径为——淋巴转移

(3) 胃癌晚期最常见的转移部位为——肝

(4) 胃癌的临床表现

1) 症状：早期无明显症状，半数病人较早出现上腹隐痛。

2) 体征：体检早期病人可仅有上腹部深压痛；晚期病人可扪及上腹部肿块。

(5) 诊断早期胃癌的有效方法——纤维胃镜

(6) 首选治疗方法——手术治疗

28.急性肾小球肾炎

(1) 致病菌—— β 溶血性链球菌 A 组

(2) 临床表现——

1) 水肿：肾小球滤过率下降，肾小管重吸收功能正常，进而球管失衡

2) 血尿：镜下血尿多见（> 3 个红细胞/每高倍视野）

3) 蛋白尿：< 3.5g/日

4) 高血压：水钠潴留

(3) 尿沉渣中常有白细胞管型、红细胞管型、颗粒管型等

(4) 血清补体恢复正常的时间——8 周内

(5) 急性肾小球肾炎的护理

1) 主要问题——体液过多

2) 休息——急性期病人应绝对卧床休息 2~3 周, 部分病人需卧床休息 4~6 周, 待肉眼血尿消失、水肿消退、血压恢复正常后, 方可逐步增加活动量。

3) 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。

29. 肾病综合征

(1) 肾病综合征的病因病理

1) 大量蛋白尿: 尿蛋白定量 $> 3.5\text{g/d}$

2) 低白蛋白血症: 血浆白蛋白 $< 30\text{g/L}$

3) 高脂血症

4) 水肿: 最突出的体征; 血浆胶体渗透压降低, 液体从血管内进入组织间隙, 产生水肿

(2) 感染——为肾病综合征常见的并发症

(3) 血栓、栓塞: 易发生血管内血栓形成和栓塞, 其中以肾静脉血栓最为多见

(4) 肾功能良好者给予正常量的优质蛋白, 肾功能减退者则给予优质低蛋白

(5) 药物治疗

1) 糖皮质激素(泼尼松): 首选药, 应用时要遵循以下原则:

①起始用量要足; ②减撤药物要慢; ③维持用药要久, 服半年至一年或更久。

2) 细胞毒药物: 环磷酰胺, 不良反应有骨髓抑制、中毒性肝炎、出血性膀胱炎及脱发, 并可出现性腺抑制(尤其男性)

30. 慢性肾衰竭

(1) 国外常见的病因——糖尿病肾病; 我国常见的病因——肾小球肾炎

(2) 最常见的感染——肺部感染和尿路感染

(3) 胃肠道表现: 食欲缺乏——常见的最早期表现

(4) 贫血的主要原因——红细胞生成减少

(5) 出现皮肤瘙痒的主要原因——尿素霜刺激皮肤

(6) 慢性肾衰竭引起的水、电解质和酸碱平衡失调

1) 多尿、夜尿多: 晚期病人尿量可少于 400ml/d

2) 高血钾及低血钾

3) 酸中毒：慢性肾衰竭病人都有轻重不等的代谢性酸中毒。

4) 低钙血症与高磷血症

(7) 护士应着重观察——高血钾

(8) 最危险的电解质紊乱是——高血钾

(9) 诊断慢性肾衰竭最重要的尿常规指标是——蜡样管型

(10) 慢性肾衰竭病人应给予：高维生素、高热量、优质低蛋白，低磷高钙饮食

(11) 慢性肾衰竭病人的补液量为：前 1 天出液量加不显性失水 500ml

31.高血钾的紧急处理

(1) 最有效的方法为血液透析治疗

(2) 10%葡萄糖酸钙 10~20ml 稀释后缓慢静注（不少于 5 分钟），以拮抗钾离子对心肌的毒性作用；

(3) 5%碳酸氢钠 100~200ml 静滴，以纠正酸中毒并促使钾离子向细胞内转移；

(4) 50%葡萄糖液 50~100ml 加普通胰岛素 6~12U 缓慢静滴，以促进糖原合成，使钾离子向细胞内转移。

(4) 可用离子交换树脂 15~30g 口服，每天 3 次，但起效慢，不作为高钾血症的急救措施

32.尿路感染

(1) 病因——以大肠杆菌最多见

(2) 感染途径——上行感染

(3) 易感因素：女性尿道短而直，尿道口离肛门近而易被细菌感染。尿流不畅是尿路感染最重要的易感因素。

(4) 临床表现——膀胱炎：尿频尿急尿痛等膀胱刺激征症状，一般无全身毒素症状；急性肾盂肾炎有寒战、高热、全身酸痛等全身症状，泌尿系统症状表现为膀胱刺激征。

(5) 饮水不少于 2000ml/日，多饮水、勤排尿是预防尿路感染最简便而有效的措施。

(6) 预防幼儿尿路感染：幼儿不穿开裆裤，为婴儿勤换尿布，便后清洗臀部，保持清洁。

33.缺铁性贫血

(1) 定义——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

(2) 病因：

- 1) 铁摄入量不足——多见于婴幼儿、青少年、妊娠和哺乳期的妇女
- 2) 铁吸收不良——吸收部位在十二指肠及空肠上段
- 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

(3) 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

(4) 补充铁剂护理

1) 口服铁剂：餐后服用，从小剂量开始逐渐增加剂量，以便减轻不良反应。与vc或稀盐酸同服可促进铁剂的吸收，避免与牛奶、茶、咖啡同服。

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。

34.急性白血病

(1) 临床表现:起病急缓不一。发病急者可以是突然高热、明显出血或全身衰竭或骨关节疼痛为早期症状。发病缓者常为面色苍白、疲乏或轻度出血。

(2) 急性白血病四大症候群

1) 贫血——常为首发症状

2) 出血——最主要原因是血小板减少

3) 发热——大多数发热是继发感染所致；继发感染是导致急性白血病病人死亡最常见的原因之一，感染以口腔黏膜、牙龈、咽峡最常见，其次是呼吸道及肛周皮肤等

4) 器官和组织浸润

①骨和关节：骨痛和四肢关节疼痛

②中枢神经系统白血病：临床表现为头痛、头晕、呕吐、颈强直，严重者甚至抽搐、昏迷，病人脑脊液压力增高。

③肝、脾、淋巴结肿大：轻度到中度的肝脾大，表面光滑，偶伴轻度触痛。

④皮肤及黏膜浸润。

(3) 辅助检查——骨髓检查可确诊

(4) 化学治疗——诱导缓解及巩固强化治疗两个阶段

1) 诱导缓解：是指从化疗开始到完全缓解。完全缓解标准是白血病的症状、体征消失，血象和骨髓象基本正常。

2) 巩固强化治疗：巩固强化的目的是继续消灭体内残存的白血病细胞，防止复发，延长缓解期，争取治愈。

35.特发性血小板减少性紫癜（ITP）

(1) 病因

1) 感染：约 80%的急性 ITP 病人，在发病前 2 周左右有上呼吸道感染史

2) 免疫因素：ITP 的发病与免疫因素密切相关

3) 肝、脾与骨髓因素

4) 其他因素：可能与体内雌激素水平有关

(2) 临床表现

1) 急性型：较多见，多见于婴幼儿，发病前多有感染史。起病急，以自发性皮肤、黏膜出血为突出表现，多为针尖大小出血点，或瘀斑、紫癜，以四肢多见。主要死亡原因是颅内出血。

2) 慢性型：病程超过 6 个月，多见于学龄儿童。起病缓慢，出血症状相对较轻，主要为皮肤、黏膜出血，可持续性或反复发作性出血。约 1/3 患儿发病数年后自然缓解。

(3) 治疗要点

1) 一般治疗——血小板明显减少 ($<20 \times 10^9/L$)、出血严重者应卧床休息

2) 肾上腺皮质激素：宜早期、大量、短程应用。常用泼尼松或甲泼尼龙

(4) 预防感染——保护性隔离

36. 糖尿病

(1) 糖尿病的典型临床表现：“三多一少”——多饮、多食、多尿、体重下降

(2) 糖尿病酮症酸中毒患者呼吸气味——烂苹果味

(3) 糖尿病病人低血糖值 $\leq 3.9 \text{mmol/L}$

(4) 适用于二型肥胖患者用药：双胍类，代表药二甲双胍

(5) 胰岛素抽吸顺序——先短效后长效

(6) 饮食治疗——最基本的治疗措施。

(7) 药物治疗

1) 磺脲类：直接刺激胰岛 β 细胞释放胰岛素。

2) 双胍类：最适合超重的 2 型糖尿病。

3) 葡萄糖苷酶抑制剂：抑制小肠 α 葡萄糖苷酶活性，减慢葡萄糖吸收，降低餐后血糖。

4) 胰岛素：最常见的副作用是低血糖反应：表现为疲乏、强烈饥饿感、出冷汗、脉速、恶心、呕吐，重者可致昏迷，甚至死亡。

37. 类风湿关节炎

(1) 病理改变——滑膜炎是最基本病理改变。

(2) 临床表现：关节表现部位：主要侵犯小关节，尤其是手关节

1) 晨僵——可作为判断病情活动度的指标

2) 关节痛——最早的关节症状。特点：多呈对称性、持续性，但时轻时重，常伴有压痛。

3) 关节畸形——见于较晚期病人

4) 功能障碍

38. 系统性红斑狼疮

(1) 病理表现为——以血管炎和血管病变为突出。特征性病变为：苏木紫小体（狼疮小体）：是抗核抗体作用于细胞核形成的蓝染的圆形或椭圆形物质——为诊断 SLE 的特征性依据。

(2) 病因：

1) 遗传因素

2) 雌激素

3) 环境：日光、食物、药物、化学试剂及病原微生物等环境与 SLE 有关。

(3) 临床表现

1) 全身症状：常见的有发热，无一定热型

2) 皮肤黏膜损害——面部蝶形红斑

3) 关节与肌肉疼痛：关节肿痛——首发症状。

部位：受累关节常是近端指间关节、腕、足部、膝和踝关节。

特点：呈对称分布，较少引起畸形。

4) 脏器损害：几乎所有 SLE 病人均有肾脏损害。

(4) 糖皮质激素——首选药

39. 颅内压增高

(1) 定义——颅内压持续高于 200mmH₂O(2.0KPa)，出现头痛、呕吐和视乳头水肿 3 个主要的综合征。

(2) 紧急治疗——快速输注 20%甘露醇 250ml 脱水治疗，一般在 15-30min 内输注完毕。

40. 癫痫病

(1) 特征——短暂性、刻板性、间歇性和反复发作

(2) 癫痫持续状态：传统意义是指癫痫连续发作之间意识尚未完全恢复又频繁再发，或癫痫发作持续 30 分钟以上未自行停止。目前认为，如果病人出现全面强直-阵挛发作持续 5 分钟以上即考虑癫痫持续状态。

(3) 辅助检查——脑电图检查对本病诊断有重要价值。

(4) 发作护理：就地平放，避免摔伤—保持呼吸道通畅—防咬伤—抽搐发作时，切不可用力按压肢体—禁止用口表测量体温



金英杰医学
JINYINGJIE.COM