

护士资格考试高频知识点——内外妇儿（7）

121. 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。

122. 骨质疏松的临床表现

1. 疼痛是骨质疏松症最常见、最主要的症状。以腰背痛多见，占疼痛病人的 70%~80%。
2. 身高缩短、驼背。疼痛沿脊柱向两侧扩散。仰卧或坐位时疼痛减轻，直立时后伸或久立久坐时疼痛加剧，日间疼痛轻，夜间和清晨醒来时加重，弯腰、肌肉运动、咳嗽、大使用力时加重。
3. 骨折即使没有较大的外力作用也可发生骨折。骨折发生的部位比较固定，如胸腰椎骨折、桡骨远端骨折、股骨上段及踝关节骨折等。
4. 呼吸系统障碍胸腰椎压缩性骨折导致脊椎后弯、胸廓畸形，可使肺活量和最大换气量显著减少，病人往往可出现胸闷、气短、呼吸困难等症状。

123. 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。

124. 胰腺癌的临床表现

1. 上腹痛和上腹饱胀不适 是最常见的首发症状。早期由于胰胆管梗阻，管腔内压增高，呈上腹钝痛、胀痛，可放射至后腰部。少数病人呈剧痛。胰体部癌则以腹痛为主要症状，夜间较白天明显。晚期癌浸润神经丛，使腹痛加重，日夜腹痛不止，常取膝肘位缓解疼痛。

2. 黄疸 是胰头癌最主要的症状和体征。黄疸一般是进行性加重，可伴有瘙痒症。大便呈陶土色。

3. 消化道症状 如食欲减退、腹胀、消化不良、腹泻或便秘。部分病人可有恶心、呕吐。晚期癌瘤侵及十二指肠或胃，可出现上消化道梗阻或出血。

4. 乏力和消瘦 患病初期即有乏力、消瘦、体重下降。是由于饮食减少、消化不良、休息、睡眠不足和癌瘤增加消耗等因素所致。睡眠不足和癌瘤增加消耗等因素所致。

125. 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。

126. 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。

127. 营养性缺铁性贫血病因及发病机制

1. 铁的储存不足如早产、双胎、孕母患缺铁性贫血等。

2. 铁摄入不足是导致婴儿缺铁的主要原因。未及时添加含铁丰富的食物，年长儿偏食等。

3. 生长发育快对铁的需要量相对增多。

4. 铁的吸收及利用障碍慢性腹泻、反复感染及不合理的食物搭配等。

5. 铁的丢失过多长期慢性失血所致。

128. 应用铁剂时需注意：①在两餐之间服用；②可与维生素 C、果汁等同服，促进铁吸收；③牛奶、茶、蛋类、抗酸药物等可抑制铁的吸收，应避免与含铁食物同服；④用吸管或服药后漱口，以防牙齿被染黑；⑤口服铁剂可致胃肠道反应，宜从小剂量开始；⑥药物应妥善存放，以免误服过量中毒。

130. 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。

131. 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。主要表现为满月脸、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。

132. 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。

133. 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。

134. 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。

135. 帕金森病又称震颤麻痹，是一种较为常见的黑质和黑质纹状体通路变性的慢性疾病。临床以静止性震颤、肌强直、运动减少和体位不稳为主要特征。本病好发50岁以上的中老年，男性略多于女性。

1. 静止性震颤始于一侧上肢远端，逐渐扩展到同侧下肢及对侧上下肢。上肢震颤重于下肢，手指呈现规律的拇指对掌和余指屈曲的震颤，形成“搓丸样动作”。

2. 肌强直本病的主要特征之一，多从一侧上肢或下肢近端开始，逐渐蔓延至远端、对侧和全身肌肉，表现为被动运动关节时的“铅管样强直”，如合并有震颤，可表现为“齿轮样强直”。病人可出现头部前倾，躯干俯屈，上臂内收，肘关节屈曲，腕关节伸直，手指内收，拇指对掌，指间关节伸直，髋、膝关节均略屈曲等特殊姿势。

3. 运动减少①“写字过小”：书写时字越写越小，上肢不能做精细动作的表现。②“慌张或前冲步态”：行走时起步困难，且步距小，往前冲。③“面具脸”：面肌运动减少的表现。④日常活动受限：如坐下后不能起立，卧床时不能自行翻身；进食困难，手持勺取食物时手发抖，不能将食物准确送入口中；不能独立取水、沐浴、刷牙、修剪指甲；不能取物、穿衣或脱衣，不能解系鞋带和纽扣，不能穿脱鞋袜，不能满意地修饰如剃须；不能独立如厕。⑤严重病人：可因口、舌、腭及咽部肌肉运动障碍而出现流涎，进食时食物在口中咀嚼无力，咽食时发噎或反呛，甚至发生吞咽困难。⑥未及时治疗的晚期病人：可有痴呆、忧郁症，也可因严重肌强直和继发性关节僵硬，使病人长期卧床而并发肺炎和压疮。

136. 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。

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10~20秒，可有跌倒、外伤、尿失禁。

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。

惊厥后期：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。

137. 中医

六腑的主要生理功能

胆：贮存与排泄胆汁；胆主决断。

胃：主受纳与腐熟水谷。

小肠：受盛化物，泌别清浊。

大肠：接受小肠下传的糟粕，吸收其中多余的水分，使之成大便排出体外。

膀胱：贮尿和排尿。

三焦：有总司人体的气化作用，为水液代谢的通路。

138. 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 2 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：传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽。

139. 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。

140. 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。

141. 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”。

142. 护士在促进护士与患者家属关系中的作用

(1) 尊重患者家属：护士对所有患者家属应给予尊重，热情接待，并给予必要的帮助和指导。

(2) 指导患者家属参与患者治疗、护理的过程：护士应主动、及时向家属介绍患者的病情，鼓励患者家属共同参与患者的治疗、护理过程，耐心解答家属的问题。

(3) 给予患者家属心理支持：护士应体谅、理解、同情患者家属的处境，帮助家属正确认识疾病，提供心理支持，减轻家属的心理负担。

143. 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：随着高端诊疗技术、新药的不断开发和应用，医疗费用也不断升高，患者家属的经济压力逐步加大。当患者家属花费了高额的医疗费

用、却未见明显的治疗效果时，往往产生不满情绪，从而引发护士与患者家属间的冲突。

