

第一章 (自测题参考答案)

一、选择题

1. E 2. E 3. E 4. D 5. A

二、填空题

1. 树立崇高的职业理想
2. 坚持以现代护理观为指导
3. 熟悉外科护士的工作任务
4. 坚持理论联系实践
5. 培养临床思维

三、简答题

1. 外科护理是阐述和研究如何对外科病人进行整体护理的一门临床学科。护理作为医学科学的重要组成部分,是以自然科学和社会科学理论为基础,研究维护、促进、恢复人类健康的护理理论、知识、技能及其发展规律的综合性应用科学。随着社会的发展、科学技术的进步、人民生活水平的提高和对健康需求的增加,护理已逐渐发展成为医学科学中一门具有独特功能的专门学科。

2. 具备高尚的道德素质、具备过硬的业务素质、具备优良的身心素质、具备优秀的人文素质,具备良好的法律意识。

第二章 (自测题参考答案)

一、选择题

1. C 2. B 3. A 4. E 5. A

二、填空题

60 3%

三、简答题

1. 请简述静脉补钾的原则有哪些?

(1) 见尿补钾:每小时尿量 $>40\text{ mL}$ 或每日尿量 $>500\text{ mL}$ 时方可补钾,以免钾蓄积在体内而引起高钾血症;

(2) 浓度不宜过高:静脉补钾时浓度不宜超过 0.3% ,即 500 mL 溶液中最多加入 10% 氯化钾 15 mL (相当于氯化钾 1.5 g);

(3) 速度不宜过快:成人静脉补钾的速度不宜超过 60 滴/分 ,严禁直接静脉注射氯化钾溶液,以免血钾突然升高导致心搏骤停;

(4) 总量不宜过多:可依据血清钾降低程度,每日补钾 $40\sim 80\text{ mmol}$ (以每克氯化钾相等于 13.4 mmol 钾计算,每日约需补充氯化钾 $3\sim 6\text{ g}$)。

2. 请简述等渗性脱水病人的护理诊断和护理措施?

护理问题：

(1)体液不足 与呕吐、腹泻、胃肠减压、肠梗阻、大面积烧伤等导致的体液大量丧失有关

(2)营养失调：与低于机体需要量 与禁食、呕吐、腹泻及创面感染等应激导致的摄入减少和分解代谢增加有关

(3)有受伤的危险 与血容量减少引起直立性低血压有关

(4)潜在并发症：低血容量性休克

护理措施：

(1)维持充足的体液量：①采取有效预防或治疗措施，积极处理原发疾病。②对已出现体液不足的病人，应根据其生理状况和各项实验室检查结果，遵医嘱及时补充液体。补液时应严格遵循定量、定性、定时的原则。③观察并记录生命体征、体重、出入液量、尿量及尿比重以及中心静脉压，以作为体液补充的依据。补充液体时，病人出现颈静脉怒张、呼吸浅快、端坐呼吸、呼吸困难、呼吸音弱、泡沫痰或出现意识障碍，可能是血容量过多的表现，应及时汇报医生，及早使用利尿剂等治疗。若因失血造成等渗性脱水，应酌情输入全血。

(2)避免直立性低血压造成身体创伤：①应定时监测血压，血压过低时应遵循医嘱补充液体。②对意识障碍病人，采取保护性措施，如拉起床栏，适当约束，加强监护，以免意外发生。③提醒血压低的病人(或家属)，凡从床上坐起或下床等改变体位时，应以协助，动作缓慢小心，以免造成直立性低血压晕眩而跌倒受伤。

(3)改善营养状况：①病人常因原发疾病出现呕吐、腹泻、食欲下降而影响营养摄入，应注意其摄食情况，必要时给予肠内外营养方式以获取足够的营养，并向病人说明改善营养对疾病恢复的重要性。②根据病情制定饮食计划，饮食应含高热量、丰富蛋白质、维生素等，但应注意水分或钠的摄取，以免水分过多。

第三章(自测题参考答案)

一、选择题

1. E 2. C 3. D 4. E 5. B

二、填空题

血压 脉搏 心率 神志 尿量 尿量

三、问答题

1. 休克病人主要的护理评估有哪些？

(1)病人的一般状况以及健康史，了解病人有无外伤大出血病史；有无肠梗阻、严重腹泻、大面积烧伤渗液等大量失液史；是否存在严重的局部感染或脓毒症；发病以来是否进行补液等治疗干预。

(2)病人的身体状况如：生命体征、尿量、中心静脉压、神志、口渴程度、皮肤色泽/温度等。

(3)评估病人气道通畅程度。

(4)评估补液速度及维持情况。

(5)评估各项检查及检验结果。

2. 列出休克病人的主要护理诊断和护理措施。

主要护理诊断：

(1)体液不足 与大量失血、失液有关。

(2)气体交换受损 与微循环障碍，缺氧和呼吸形态改变有关。

(3)有体温失调的危险 与感染或组织灌注不良有关。

(4)有感染的危险 与免疫力下降、接受侵入性治疗有关。

(5)有受伤的危险 与烦躁不安、意识模糊有关。

护理措施：

(1)补充血容量：迅速建立静脉通路，正确执行医嘱补液，合理安排输液顺序。

(2)病情观察：定时监测病人的生命体征、意识状态、面色、肢端温度及色泽、中心静脉压(CVP)、尿量以及尿比重等指标的变化，可用于评估补液效果。

(3)改善组织灌注：取休克体位，遵医嘱正确使用血管活性药物。

(4)呼吸道管理：保持呼吸道通畅，通过鼻导管或面罩给氧，氧浓度为40%~50%，氧流量为6~8 L/min为宜。监测病人的呼吸频率、节律、深浅度及面唇色泽变化，动态监测动脉血气，了解缺氧程度和呼吸功能。

(5)维持病人正常体温：注意保暖，可提高室温、加盖棉被等。

(6)预防感染、意外损失的发生。

(7)心理护理：关心、安慰病人和家属，及时做好安慰和解释工作。

第四章(自测题参考答案)

一、选择题

1. D 2. D 3. A 4. C 5. C

二、填空题

分次推注 分次输注 10~20 分钟

三、简单题

1. 预防误吸

(1)固定管道妥善。

(2)安置合适体位，进行EN时，抬高床头30°~45°，取半卧位有助于防止营养液反流和误吸。

(3)评估胃内残留量，经胃进行EN时，每次输注营养液前及连续输注过程中，每隔4小时评估胃内残留量，若超过100~150 mL，应减慢或暂停输注，适当调整喂养量，必要时遵医嘱使用胃动力药物，以防胃潴留引起反流和误吸。

(4)保持营养管通畅 避免营养管扭曲、受压、打结。为避免管道堵塞，输注营养液前后用30 mL温开水或0.9%氯化钠溶液冲洗导管。

(5)加强观察，若病人突然出现呛咳、呼吸急促或咳出类似营养液的痰液时，疑有误

吸可能。鼓励和刺激病人咳嗽，排出吸入物和分泌物，必要时经鼻导管或气管镜清除误吸物。

2. 静脉导管的护理

(1) 保持导管通畅：妥善固定、避免导管受压、扭曲或滑脱。一旦发生导管移位，应立即停止输液并拔管。

(2) 防止感染：坚持无菌操作术，每天更换与静脉导管相连的输液装置：静脉穿刺部位每天消毒、更换敷料，观察穿刺部位有无红肿，渗液等感染征象。如果病人发生不明原因的发热、寒战，怀疑导管性感染，通知医生，拔除导管，将导管末端剪去一段，送细菌培养。

(3) 专管专用

(4) 防止空气栓塞：保持输注通畅，及时更换输液瓶。

(5) 防止血液凝固：输液结束时，可用肝素稀释液正压封管，以防血液回流和导管内血栓形成。

第五章 (自测题参考答案)

一、选择题

1. C 2. E 3. D 4. B 5. E

二、填空题

去枕平卧 头偏一侧

三、简答题

1. 麻醉前用药的目的如下：

(1) 稳定病人情绪，降低基础代谢率，提高手术的耐受性；

(2) 减少呼吸道的分泌，防止窒息；

(3) 提高痛阈，增强麻醉效果，减少麻药用量；拮抗局麻药物的不良反应。

2. (1) 低血压：由交感神经阻滞所致。防治措施：加快输液速度，增加血容量；若血压骤降可用麻黄碱 15~30 mg 静脉注射，以收缩血管，维持血压。

(2) 恶心、呕吐：为低血压、迷走神经功能亢进、手术牵拉内脏等因素所致。防治措施：吸氧、输液、暂停手术以减少迷走神经刺激，必要时甲氧氯普胺 10 mg 静脉注射。

(3) 呼吸抑制：常见于胸段脊神经阻滞，表现为肋间肌麻痹，胸式呼吸减弱，潮气量减少，咳嗽无力，甚至发绀。防治措施：谨慎用药、吸氧、维持循环，紧急时行气管插管、人工呼吸。

(4) 头痛：预防措施：麻醉前访视病人时，切忌暗示蛛网膜下隙阻滞后有头痛的可能；麻醉时采用细针穿刺，避免反复穿刺，提高穿刺技术，缩小针刺裂孔，保证术中、术后输入足量液体。

(5) 尿潴留：主要因支配膀胱的第 2、3、4 骶神经被阻滞恢复较迟，下腹部、肛门或会阴部手术后切口疼痛，下腹部手术时膀胱的直接刺激以及病人不习惯床上排尿等所致，一般经诱导、针刺足三里、三阴交、阳陵泉、关元和中极等穴位，或热敷下腹部、膀胱区有

助于解除尿潴留，如上述措施解除不了尿潴留，选用导尿。

第六章 (自测题参考答案)

一、选择题

1. C 2. E 3. B 4. D 5. D

二、填空题

1. 接触手套外面 接触未戴手套的手 自行戴好手套

三、简答题

- (1)明确无菌范围；
(2)保持无菌物品的无菌状态；
(3)减少空气污染；
(4)保护切口皮肤；
(5)正确传递物品及调换位置；
(6)污染手术的隔离技术。
- (1)充分暴露手术区域，避免不必要的裸露；
(2)病人肢体和托垫必须摆稳，不能悬空；
(3)维持正常呼吸功能，避免挤压胸部、颈部；
(4)维持正常的循环功能，避免因挤压或固定带过窄、过紧而影响血液循环；
(5)避免压迫神经、肌肉。

第七章 (自测题参考答案)

一、选择题

1. D 2. C 3. B 4. B 5. C

二、填空题

疼痛 发热 恶心 呕吐 腹胀 尿潴留

三、简答题

- (1)出血；
(2)切口感染；
(3)切口裂开；
(4)肺不张及肺部感染；
(5)泌尿系统感染；
(6)深静脉血栓形成。
- (1)一般护理：心理护理、对症护理、休息与睡眠的护理等；
(2)生命体征观察；
(3)体位安置；

- (4)切口护理;
- (5)引流管护理;
- (6)术后不适的护理,如疼痛、发热、恶心、呕吐、腹胀呃逆、尿潴留等;
- (7)饮食护理;
- (8)口腔护理;
- (9)早期活动;
- (10)术后并发症的观察与护理;
- (11)正确的健康指导。

第八章 (自测题参考答案)

一、选择题

1. B. 2. B 3. B 4. A 5. E

二、填空题

红 肿 热 痛 功能障碍

三、简答题

1. 清除毒素来源、中和游离毒素、控制和解除痉挛、防治并发症。
2. (1)常为多种细菌引起的混合感染;
- (2)大部分感染病人有明显的局部症状和体征;
- (3)常需清创、引流、切开等外科处理。

第九章 (自测题参考答案)

一、选择题

1. A 2. B 3. A 4. D 5. B

二、填空题

擦刺伤 切割伤 裂伤 撕脱伤 火器伤

三、简答题

1. (1)轻度烧伤:Ⅱ度烧伤面积小于10%。
- (2)中度烧伤:Ⅱ度烧伤面积11%~30%,或Ⅲ度烧伤面积小于10%。
- (3)重度烧伤:总面积31%~50%,或Ⅲ度烧伤面积11%~20%,或Ⅲ度烧伤面积虽未达到上述面积,但已发生休克、吸入性损伤或较严重的复合伤。
- (4)特重烧伤:烧伤总面积大于50%,或Ⅲ度烧伤面积大于20%以上。或存在较严重的吸入性损伤、复合伤。
2. (1)迅速抢救生命:首先处理危及生命的紧急情况,如心跳及呼吸骤停、窒息、张力性气胸或开放性气胸、活动性大出血、休克、腹腔内脏脱出等紧急情况时就地进行救治。
- (2)迅速有效止血及包扎:根据条件,以无菌敷料或清洁布料包扎伤口。用压迫法、

肢体加压止血带或器械迅速控制伤口大出血。肢体使用止血带止血时，要注意正确的缚扎部位、方法和持续时间，一般每隔 40~60 分钟放松 1 次止血带，每次 2~3 分钟，避免引起肢体长期缺血导致坏死。

(3)妥善固定骨折、脱位：可用夹板或代用品固定伤肢，注意远端血运。已污染的开放性骨折，可对受伤部位包扎固定，达到减轻疼痛、防止再损伤、方便搬运的效果。

(4)安全转运病人：经急救处理，待伤情稳定、出血控制、呼吸好转、骨折固定、伤口包扎后，专人迅速护送病人到医院。搬动前对四肢骨折应妥善固定，防止再次损伤和发生医源性损害；胸腰椎骨折，应 3 人以平托法将病人轻放、平卧于硬板床上，防止脊髓损伤；颈椎损伤者，采用 4 人平托法，1 人固定头部，其余 3 人平托法；胸部损伤重者，取伤侧向下的低斜坡卧位，以利健侧呼吸。

(5)密切观察病情变化 ①密切监测意识、呼吸、血压、脉搏、中心静脉压和尿量等，做好记录。②保证有效输液，根据医嘱给予止痛、镇静、给氧、注意保暖，预防休克；③协助医生进行创伤评估。

第十章(自测题参考答案)

一、选择题

1. B 2. D 3. E 4. C 5. D

二、填空题

良性肿瘤 恶性肿瘤 交界性肿瘤

三、简答题

1. I 级预防为病因预防，目的是消除或减少可能致癌的因素，降低癌症的发病率；II 级预防是早发现、早诊断、早治疗，目的是降低癌症的死亡率；III 级预防是康复预防，目的是提高生存质量、减少痛苦及延长寿命。

2. 护士应了解化疗方案，熟悉化疗药物剂量、给药方法及不良反应，做到按时、准确给药。化疗药物要现配现用，不可久置。推注过程中注意控制速度，并严密观察病人的反应，了解病人的不适主诉、准确记录出入量，并做好以下护理：

(1)保护静脉：由于药物对静脉的刺激，注射前必须将药物稀释至要求的浓度，并在规定的时间内输完；使用血管要两臂交替、由远及近，避免反复穿刺同一部位，可采用经外周静脉穿刺的中心静脉导管(PICC)，以减少血管损伤。

(2)药液外漏：若注射部位刺痛、烧灼或水肿，则提示药液外漏，须立即停止用药并更换注射部位。漏药部位根据不同的化疗药物采用不同的解毒剂做皮下封闭。

(3)静脉炎：早期冷敷减少炎症渗出，后期(48 小时后)热敷促进吸收，可用硫酸镁湿敷。

(4)胃肠道反应：化疗期间应大量饮水以减轻药物对消化道黏膜的刺激，并有利于毒素排泄。宜摄取油腻少、易消化、刺激小、维生素含量丰富的饮食。恶心呕吐严重者，化疗尽量安排在晚饭后进行，适当给予镇静止吐药并保持口腔卫生。

(5)骨髓抑制：密切观察骨髓抑制征象，定期为病人进行血细胞计数和骨髓检查，当

白细胞计数 $<3.5\times 10^9/L$ ，暂停化疗。血小板计数 $<80\times 10^9/L$ 、白细胞计数低于 $1.0\times 10^9/L$ 者，予以保护性隔离，预防交叉感染。注意观察病人有无出血倾向，如牙龈、鼻出血、皮肤瘀斑、血尿及便血等。

(6)黏膜、皮肤反应：化疗期间应嘱病人多饮水以减轻药物对黏膜的毒性刺激。保持口腔清洁，预防口腔及口腔溃疡。

(7)脱发：通常在用药后2个月内发生，应让病人了解这一可逆性反应，告诉病人化疗停止后，3~6个月头发可再生。在化疗前头颅置冰帽用药结束后10分钟除去，可达到减轻脱发的效果。

第十一章(自测题参考答案)

一、选择题

1. B 2. A 3. D 4. E 5. D

二、填空题

头痛 呕吐 视神经乳头水肿

三、简答题

1. (1)保持呼吸道通畅。

(2)静脉快速滴入20%甘露醇。

(3)有呼吸功能衰竭者进行人工呼吸或气管插管辅助呼吸。

(4)紧急情况下可选择脑室引流术、颞肌下减压术或脑脊液分流术。

2. (1)颅前窝骨折：口鼻出血，脑脊液鼻漏，眼睑上的迟发性皮下瘀斑，形成“熊猫眼”，邻近颅神经如嗅神经、视神经、动眼神经损伤。由于合并一定程度脑损伤，可有相应的脑损伤的症状和体征。

(2)颅中窝骨折：外耳道出血，若颅中窝底脑膜撕裂并伴有鼓膜穿孔，便会出现脑脊液耳漏或血性脑脊液自外耳道流出的情况；乳突区会逐渐出现迟发性皮下瘀斑，邻近颅神经常受累，进而出现患侧听神经及周围性面神经损害。若骨折伤及颈A海绵窦段，可形成动静脉瘘，出现搏动性突眼及颅内杂音。若伴有脑损伤，则会表现出相应的症状和体征。

(3)颅后窝骨折：通常累及岩骨和枕骨基底部。在乳突和枕下部可观察到皮下瘀血，咽后壁能发现黏膜下瘀血。若骨折线位于内侧，可能会出现舌咽神经、迷走神经、副神经和舌下神经损伤。

第十二章(自测题参考答案)

一、选择题

1. B 2. B 3. A 4. B 5. B

二、填空题

碘缺乏 TH合成或分泌障碍 TH需要量增加

三、简答题

1. 全身表现：病人主要表现为性情急躁、易激惹、失眠、双手颤动、怕热、多汗、皮肤潮湿、无力、易疲劳等；食欲亢进却体重减轻、肠蠕动亢进和腹泻；心悸、脉搏快而有力（脉搏常在 100 次/min 以上，休息和睡眠时仍快）和脉压增大（常大于 40 mmHg）。

局部表现：大多数原发性甲亢病人有不同程度的弥漫性、对称性甲状腺肿大，肿大程度与甲亢轻重无明显关系，多无局部压迫症状。由于腺体内血管扩张，血流加速，左、右叶上下极可扪及震颤感，听诊时可闻及血管杂音。突眼为眼征中重要且较特异的体征之一，突眼多与甲亢同时发生。典型者双侧眼球突出、睑裂、增宽。

2. 临床表现：甲状腺危象是甲亢术后的严重并发症之一，可危及病人生命。临床表现为术后 12~36 小时内病人出现高热（ $>39^{\circ}\text{C}$ ）、脉快而弱（ >120 次/min）、大汗、烦躁不安、谵妄甚至昏迷，常伴有呕吐、水样便腹泻。若处理不及时或不当，病人常迅速死亡。其原因和诱因可能与术前准备不充分、甲亢症状未控制、肾上腺皮质功能减退，以及手术创伤致甲状腺素过量释放等有关。

预防措施：关键在于做好充分的术前准备，使病人基础代谢率降至正常范围后再手术。

(1) 避免诱因：避免诱发甲亢病人甲状腺危象的因素，如应激状态（感染、手术、放射性碘治疗等）；严重的躯体疾病（心力衰竭、脑血管意外、急腹症、重症创伤、败血症、低血糖等）；口服过量甲状腺激素制剂；严重精神创伤及手术中过度挤压甲状腺等。

(2) 提供安静轻松的环境：保持病室安静，室温稍低，色调和谐，避免病人精神刺激或过度兴奋，使病人得到充分的休息和睡眠。必要时可给病人提供单人病室，以防病人间的互相干扰。

(3) 术前用药：术前使用抗甲状腺药物、碘剂及普萘洛尔，使临床症状减轻或恢复正常。

第十三章(自测题参考答案)

一、选择题

1. B 2. B 3. C 4. D 5. D

二、填空题

局部浸润 淋巴转移 血行转移

三、简答题

1. (1) 急性乳腺炎的临床表现为：乳房疼痛、局部红肿、发热，随着炎症发展，病人可有寒战、高热、脉搏增快，常有患侧淋巴结肿大、压痛，白细胞计数明显增高。一般初期呈蜂窝组织炎表现，数天后可形成脓肿，脓肿可以是单房或多房。

(2) 急性乳腺炎的治疗原则是：消除感染，排空乳汁。

2. (1) 术后 24 小时内：活动手指和腕部，可做伸指、握拳、屈腕等锻炼。

(2) 术后 1~3 天：进行上肢肌肉等长收缩，利用肌肉泵作用促进血液和淋巴回流：可

用健侧上肢或他人协助患侧上肢进行屈肘、伸臂等锻炼，逐渐过渡到肩关节的小范围前屈、后伸运动(前屈小于 30° ，后伸小于 15°)。

(3)术后4~7天：鼓励病人用患侧手洗脸、刷牙、进食等，并做以患侧手触摸对侧肩部及同侧耳朵的锻炼。

(4)术后1~2周：术后1周皮瓣基本愈合后，开始做肩关节活动，以肩部为中心，前后摆臂。术后10天左右皮瓣与胸壁黏附已较牢固，做抬高患侧上肢(将患侧肘关节伸曲、手掌置于对侧肩部，直至患侧肘关节与肩平)、手指爬墙(每日标记高度，逐渐递增幅度，直至患侧手指能高举过头)、梳头(以患侧手越过头顶梳对侧头发、摸对侧耳朵)等的锻炼。

第十四章(自测题参考答案)

一、选择题

1. C 2. A 3. B 4. C 5. D

二、填空题

闭合性 开放性 张力性

三、简答题

1. 开放性气胸：

(1)紧急封闭伤口：是首要的急救措施，立即用不透气的敷料封闭胸壁伤口，使之成为闭合性气胸，为抢救生命赢得时间。

(2)安全转运：在运送医院途中如病人呼吸困难加重或有张力性气胸表现时，应在病人呼气时暂时开放密闭敷料，排除胸腔内高压气体后再封闭伤口。

(3)急诊处理：病人送达医院后，吸氧，以缓解病人缺氧的状况；补充血容量，纠正休克；应用抗菌药物预防感染；及时清创、缝合胸壁伤口，并行胸腔闭式引流。

(4)手术治疗：对疑有胸腔内器官损伤或进行性出血者行开胸探查术，止血、修复损伤或清除异物。

张力性气胸：可迅速危及生命，需紧急抢救。

(1)迅速排气减压：是张力性气胸致呼吸困难病人的首要处理措施。急救时应迅速在患侧锁骨中线第2肋间，用粗针头穿刺胸腔排气减压，并外接单向活瓣装置。紧急时可在针柄部外接剪开小口的外科手套、柔软塑料袋、气球等，使胸腔内高压气体易于排出，阻止外界气体进入胸腔。

(2)安置胸腔闭式引流：可用三瓶水封闭式引流装置，将负压控制瓶连接负压进行持续负压吸引，加快气体排出，促使肺复张。

(3)手术探查：若胸腔引流管内持续不断逸出大量气体，呼吸困难未改善，肺膨胀困难，提示可能有肺和支气管的严重损伤，应考虑开胸探查手术或电视胸腔镜手术探查并修补伤口。

2. 目的：引流胸腔内积气、血液和渗液；重建胸腔内负压，保持纵隔的位置正常；促进肺复张。

护理措施:

(1)保持管道密闭:①用凡士林纱布严密覆盖胸壁引流管周围;②水封瓶始终保持直立,长管没入水中3~4 cm;③更换引流瓶或搬动病人时,先用止血钳双向夹闭引流管,防止空气进入;④放松止血钳时,先将引流瓶安置低于胸壁引流口平面的位置;⑤随时检查引流装置是否密闭,防止引流管脱落。

(2)严格无菌操作:①保持引流装置无菌,并严格遵守无菌技术操作原则定期更换引流装置;②保持胸壁引流口处敷料清洁、干燥,一旦渗湿,及时更换;③引流瓶位置低于胸壁引流口平面60~100 cm,依靠重力引流,以防瓶内液体逆流入胸腔,造成逆行感染。

(3)保持引流通畅:定时挤压引流管,防止引流管受压、扭曲和阻塞。病人取半坐卧位,经常改变体位,鼓励病人咳嗽和深呼吸,以利于胸腔内液体和气体的排出,促进肺复张。

(4)观察记录引流:①密切观察并准确记录引流液的颜色、性状和量;②密切注意水封瓶长管中水柱波动的情况,以判断引流管是否通畅。水柱波动的幅度能反映无效腔的大小及胸腔内负压的情况,一般水柱上下波动的范围为4~6 cm。若水柱波动幅度过大,提示可能存在肺不张;若水柱无波动,提示引流管不通畅或肺已经完全复张;若病人出现气促、胸闷、气管向健侧偏移等肺受压症状,则提示血块阻塞引流管,应通过捏挤或使用负压间断抽吸引流瓶中的短玻璃管,促使其恢复通畅,必要时做进一步处理。

拔管指征:留置引流管48~72小时后,如果引流瓶中无气体逸出且引流液颜色变浅,24小时引流液量<300 mL,脓液<10 mL,胸部X线显示肺复张良好无漏气,病人无呼吸困难或气促,即可考虑拔管。

拔管方法:嘱病人先深吸一口气,在深吸气末屏气,迅速拔管,并立即用凡士林纱布和厚敷料封闭胸壁伤口,包扎固定。

第十五章(自测题参考答案)

一、选择题

1. A 2. C 3. E 4. D 5. D

二、填空题

压痛 反跳痛 腹肌紧张

三、简答题

- (1)心理护理;
- (2)采取半卧位(无休克情况);
- (3)禁食、禁饮;
- (4)实施胃肠减压;
- (5)建立静脉通路,维持水和电解质平衡;
- (6)进行抗感染治疗,合理应用抗菌药物;
- (7)对于诊断不明确病人,禁止使用吗啡类镇痛药和进行灌肠操作;
- (8)密切观察病情,定时监测体温、脉搏、呼吸、血压以及腹部体征的变化。

2. (1) 首先应对危及病人生命的症状进行处理, 如心跳呼吸骤停、窒息、大出血、张力性气胸等。

(2) 对于已经发生休克的病人, 需迅速建立静脉通路, 及时补充液体, 必要时进行输血。

(3) 针对开放性腹部损伤, 要妥善处理伤口, 及时止血、包扎固定。若伤口内有少量肠管脱出, 急救时暂不将其回纳, 应进行覆盖保护; 若伤口较大且有大量肠管脱出, 应先将肠管回纳入腹腔, 再暂行包扎。

第十六章(自测题参考答案)

一、选择题

1. E 2. A 3. D 4. E 5. E

二、填空题

腹壁强度降低 腹内压力增高 小肠 大网膜

三、简答题

1. 斜疝与直疝的鉴别 见表 16-1。

2. 预防切口感染的措施 ①病情观察: 注意体温和脉搏的变化; 观察切口有无红、肿、疼痛, 阴囊部有无出血、血肿。②切口护理: 术后切口一般不需加沙袋压迫, 但有切口血肿时应予适当加压; 保持切口敷料清洁干燥, 不被粪尿污染; 若敷料脱落或被污染, 及时更换。③合理应用抗菌药物。

第十七章(自测题参考答案)

一、选择题

1. D 2. B 3. D 4. D 5. A

二、填空题

1. 出血 穿孔 幽门梗阻

2. 右髂前上棘与脐连线的上 1/3 交界处

三、简答题

1. (1) 早期倾倒综合征: 多发生在进食后 30 min 内, 病人以循环系统症状和胃肠道症状为主要表现。循环系统症状包括心悸、心动过速、出汗、全身无力、面色苍白和头晕等; 胃肠道症状有腹部饱胀不适或绞痛、恶心呕吐和腹泻等。

护理措施: 指导病人调整饮食, 即少食多餐, 避免过甜、过咸、过浓的流质饮食; 宜进低碳水、高蛋白饮食; 用餐时限制饮水喝汤; 进餐后平卧 20 min。

(2) 晚期倾倒综合征: 又被称为低血糖综合征。病人在餐后 2~4 h 出现心慌、出冷汗、面色苍白、手颤、无力甚至虚脱等。

护理措施: 饮食中减少碳水化合物含量, 增加蛋白质比例, 少量多餐可防止其发生;

出现症状时稍进饮食,尤其是糖类,即可缓解。

2. 肠梗阻的四大表现

①腹痛;②呕吐;③腹胀;④肛门停止排便排气。

第十八章(自测题参考答案)

一、选择题

1. A 2. B 3. B 4. E 5. B

二、填空题

1. 外痔肛门不适、潮湿瘙痒或异物感

三、简答题

1. (1) I度: 便时带血、滴血或喷射状出血, 便后可自行停止, 无痔脱出, 肛门镜检查可见齿状线以上直肠柱结节状突出。

(2) II度: 常见便血, 排便时痔脱出, 便后可自行回纳。

(3) III度: 偶有便血, 劳累、久站、负重、咳嗽或排便时痔脱出, 需用手回纳。

(4) IV度: 偶有便血, 痔持续脱出于肛门外, 无法回纳或回纳后又立即脱出, 偶伴有感染、水肿、糜烂、坏死和剧烈疼痛。

2. (1) 肛周脓肿: 多见, 主要表现为肛周持续性跳动性疼痛, 早期局部红肿、发硬, 压痛明显, 脓肿形成后则波动明显, 全身感染症状不明显。

(2) 坐骨肛管间隙脓肿: 较为多见, 该间隙空间较大, 因此形成的脓肿较大且深, 全身感染症状明显。早期局部症状不明显, 患侧出现持续性胀痛, 逐渐加重, 有的病人可出现排尿困难、里急后重。

(3) 骨盆直肠间隙脓肿: 较前两者少见。此处位置深、空间大, 因此全身感染症状严重而局部症状不明显。早期即出现持续高热、寒战、乏力等全身中毒症状; 局部症状为直肠坠胀感、便意不尽感等, 常伴排尿困难。

第十九章(自测题参考答案)

一、选择题

1. C 2. B 3. A 4. C 5. D

二、填空题

1. 腹痛 寒战高热 黄疸 休克 中枢神经系统抑制的表现, 称雷诺(Reynolds)五联症。

三、简答题

1. (1) 妥善固定。

(2) 保持有效引流。

(3) 观察并记录引流液的颜色、性质、量: 正常成人肝细胞和胆管细胞每日分泌 800~

1200 mL 胆汁,呈黄绿色或深绿色,清亮无沉渣,有一定黏性。术后 24 小时内引流量为 300~500 mL,恢复饮食后,可增至每日 600~700 mL,以后逐渐减少至每日 200 mL 左右。术后 1~2 日胆汁呈浑浊的淡黄色,以后逐渐加深、清亮,呈黄色。若胆汁突然减少甚至无胆汁流出,则可能管道有受压、扭曲、折叠、阻塞或脱出,应立即检查。若引流量多,提示胆道下端有梗阻的可能。

(4)预防感染:严格无菌操作。

(5)拔管:T 管一般放置 2 周。病人黄疸消退,无腹痛、发热,大便颜色正常,胆汁引流量逐渐减少,颜色呈透明深绿色,无脓液、结石,无沉渣或絮状物,便可考虑拔管。如造影发现结石残留,则需保留 T 管 6 周以上,再作胆道镜取石或其他处理。

2. (1)脾大和脾功能亢进:体格检查可见不同程度的脾大。伴脾功能亢进时,周围血白细胞及血小板减少,红细胞也可减少而致贫血。

(2)呕血和黑便:胃底、食管下段曲张静脉可发生破裂出血,出血量一般较大。病人呕吐鲜红色血液,排出柏油样黑便。由于肝功能损害引起凝血功能障碍及脾功能亢进导致血小板减少等因素,出血常难以自止。严重者,可导致出血性休克。大出血引起肝组织缺氧,容易诱发肝性脑病。

(3)腹腔积液:是肝功能损害的表现。病人出现腹胀、移动性浊音等临床表现。

(4)其他表现:可有营养不良、肝掌、蜘蛛痣、黄疸及肝功能异常等。

第二十章(自测题参考答案)

一、选择题

1. A 2. C 3. C 4. B 5. C

二、填空题

梗阻因素、酗酒和暴饮暴食 其他 外伤、手术或内镜逆行胰胆管造影等直接或间接损伤胰腺组织可导致急性胰腺炎

三、简答题

1. (1)控制疼痛 协助病人膝盖弯曲,靠近胸部以缓解疼痛;按摩背部,可增加舒适感。

(2)禁食、胃肠减压 以防止呕吐、减轻腹胀、降低腹内压。

(3)营养支持 在禁食期间提供肠外营养支持。

(4)静脉补液 严密监测生命体征,观察神志、皮肤黏膜温度和色泽,监测水、电解质、酸碱平衡情况;准确记录 24 小时出入水量,必要时监测中心静脉压及每小时尿量。

(5)降低体温。

(6)用药护理。

(7)心理护理。

2. (1)胰瘘:是胰十二指肠切除术后最常见的并发症和导致死亡的主要原因。

(2)出血:胰十二指肠切除术后出血是危及病人生命最严重的并发症,出血可发生在术后早期(24 小时以内)和晚期(24 小时以上)。

- (3)胆瘘：多发生于术后 5~7 日，表现为腹腔引流管流出大量胆汁。
(4)感染：以腹腔内局部细菌感染最常见。
(5)胃排空延迟。

第二十一章(自测题参考答案)

一、选择题

1. C 2. A 3. D 4. B 5. E

二、填空题

急性腹痛 起病急 病情重 发展快 病情多变

三、简答题

1. (1)减轻或有效缓解疼痛

1)体位：休克病人平卧位或休克中凹卧位，无休克的情况下一般取半卧位，促使腹液流向盆腔，减少吸收和减轻中毒症状，有利呼吸和循环。

2)四禁四抗：严格执行“四禁”，即禁饮食、禁用镇痛药、禁服泻药、禁止灌肠。做好“四抗”：抗感染、抗休克、抗水电解质紊乱和酸碱失衡、抗腹胀的护理。

(2)病情观察

1)密切观察病人腹痛的部位、性质、程度以及伴随症状是否发生变化，同时留意其生命体征。

2)动态观察检查结果：如三大常规、水电解质、动脉血气分析、肝肾功能等检查；X线、B超等检查结果。注意有无水电解质及酸碱失衡和感染等情况。

(3)维持体液平衡 消除病因，有效控制体液的进一步丢失。补充血容量：迅速建立静脉通路，根据医嘱正确、及时和合理安排晶体和胶体液的输注种类和顺序。若有大量消化液丢失，先输注平衡盐溶液；有腹腔内出血或休克者，应快速输液并输血尽快补充血液容量。对神志不清或伴休克者，应留置导尿管，并根据尿量调整输液速度和量。

(4)准确记录出入水量，维持水电解质平衡

(5)心理护理 有效沟通和支持。

2. 外科急腹症的特点：

(1)一般先有腹痛，后出现发热等伴随症状。

(2)腹痛或压痛部位较固定，程度重。

(3)常出现腹膜刺激征甚至休克。

(4)可发现腹部肿块或其他外科特征性及辅助检查。

第二十二章(自测题参考答案)

一、选择题

1. C 2. D 3. A 4. A 5. E

二、填空题

局部缺血期 营养障碍期 组织坏死期

三、简答题

1. 维持下肢静脉血液回流的因素：①下肢深浅静脉及交通静脉瓣的单向阀门作用；②下肢肌收缩的挤压作用；③心脏的搏动；④胸腔负压。
2. 间歇性跛行主要表现为随着动脉狭窄范围与程度的进一步加重，出现行走一段路程后，患肢足部或小腿肌肉痉挛、疼痛及疲乏无力，无法行走，休息片刻后即可缓解，症状反复出现。随病情进展，行走距离逐渐缩短，止步休息的时间增长。

第二十三章(自测题参考答案)

一、选择题

1. B 2. B 3. D 4. C 5. E

二、填空题

完全性尿失禁 充溢性尿失禁 急迫性尿失禁 压力性尿失禁

三、简答题

1. ①术后卧床休息，如无明显不适，适当活动，变换体位，促进结石排出。肾结石碎石后一般取健侧卧位，以便结石排出；中肾盏、肾盂、输尿管上段结石碎石后取头高脚低位，上半身抬高；肾下盏结石碎石后取头低位；②术后如无不良反应可正常饮食，鼓励病人每日饮水 3000 mL 以上，促进排出结石；③密切观察并记录碎石后排尿、排石情况。用纱布过滤尿液，收集碎石以便分析成分。定期复查腹部平片或 B 超，观察结石排出情况；④并发症的护理：碎石过多积聚于输尿管与男性尿管没有及时排出时，可引起“石街”，较大肾结石术前碎石前可常规留置双 J 管以预防“石街”形成，严格选择体外冲击波的适应证是预防“石街”形成的关键。术后严重肾脏损伤包括肾包膜下血肿、肾周血肿等，术前应严格评估肾脏损伤的危险因素。碎石后出现肉眼血尿时，可暂不处理，继续观察；感染性结石病人碎石后发热时，遵医嘱应用抗菌药物，预防尿路感染。
2. (1) 该患者最有可能的诊断是前列腺增生症。
(2) 针对上述患者，护士应采取的护理措施如下：
 - ①针对患者的心态，给予耐心的解释与安慰，帮助其消除焦虑和紧张情绪。
 - ②营造适宜的排尿环境：关闭门窗，使用屏风遮挡，确保视觉上的隐蔽性，以维护患者的自尊心。
 - ③调整体位与姿势：协助患者采取合适的体位，若病情允许，应尽量让患者以习惯的姿势排尿。
 - ④对患者的下腹部进行按摩与热敷，可缓解肌肉紧张，促进排尿。
 - ⑤采用针灸疗法，如针刺中极、曲骨、三阴交穴等穴位来刺激排尿。
 - ⑥诱导排尿：借助条件反射，如让患者听流水声，或用温水冲洗会阴，以诱导其排尿。
 - ⑦按照医嘱为患者施行导尿术，并留置导尿管。

第二十四章(自测题参考答案)

一、选择题

1. C 2. B 3. A 4. B 5. E

二、填空题

复位 固定 功能锻炼

三、简答题

1. 全身因素 有年龄、健康状况等;局部因素有骨折类型、骨折局部血液供应、软组织损伤程度、软组织嵌入、感染等;治疗因素有反复多次手法复位、治疗操作不当、骨折固定不牢固、过早或不恰当的功能锻炼等。

2. 急救处理措施 ①首先处理危及生命的紧急情况,如骨折病人出现心跳及呼吸骤停、窒息、张力性气胸或开放性气胸、活动性大出血、休克、腹腔内脏脱出等危急情况时就地配合医生或独立进行现场救治;②妥善固定骨折、脱位 可用夹板或代用品固定伤肢注意远端血运;③安全转运病人,经急救处理,待伤情稳定、出血控制、呼吸好转、骨折固定、伤口包扎后,专人迅速护送病人到医院;④密切观察病情。

第二十五章(自测题参考答案)

一、选择题

1. B 2. C 3. C 4. C 5. C

二、填空题

肩关节 肘关节 髋关节 肩关节

三、简答题

1. 搭肩试验 Dugas 征阳性:即将患侧肘部紧贴胸壁时,手掌搭不到健侧肩部,或患侧手掌搭在健侧肩部时,肘部无法贴近胸壁。

2. 症状:病人常出现关节疼痛、肿胀、局部压痛和关节功能障碍。

体征:畸形、弹性固定、关节盂空虚。

第二十六章(自测题参考答案)

一、选择题

1. E 2. C 3. C 4. C 5. B 6. B

二、填空题

60~70 cm 1500~2000 mL 50 cm

三、简答题

1. 在关节部位的两侧,经穿刺套管插入灌洗管和引流管,每日常灌洗管滴入 2000~

3000 mL 抗菌药物溶液,直至引流液清亮,细菌培养阴性后停止灌流,但引流管应持续引流数日至无引流液吸出,局部症状和体征消退,即可拔管。

2. (1)妥善固定:引流管进行二次固定;翻身或转运病人时候,妥善安置管道以防脱出;躁动病人予以适当约束,以防自行拔出引流管。

(2)保持通畅:①引流管与负压引流袋/瓶连接紧密,并维持负压状态;②切开引流术后病人一般会放置 2 根引流管,高处者为冲洗管,低处为引流管,冲洗管连接的输液瓶高于伤口 60~70 cm,以 1500~2000 mL 抗菌药物溶液 24 小时持续冲洗,引流管接负压引流袋/瓶,低于伤口 50 cm;③观察引流液的颜色、性状和量,保持出入量平衡;④根据冲洗后引流液的颜色和清亮程度调节灌洗速度。引流术后 24 小时内连续快速灌洗,以后每 2 小时快速冲洗 1 次,冲洗直至引流液清亮为止。若出现滴入不畅或引流液突然减少,应该检查管道是否受压、折叠或血凝块堵塞,及时处理,保证引流通畅。

(3)拔管指征:引流管留置 3 周,或体温下降,引流液连续 3 次培养阴性,引流液清亮无脓,即可拔管。

第二十七章(自测题参考答案)

一、单选题

1. D 2. C 3. E 4. B 5. B

二、填空题

腰痛 坐骨神经痛 马尾综合征

三、简答题

1. 腰椎间盘突出症病人非手术治疗/术前缓解疼痛的方法

(1)卧床休息:严格卧硬板床休息,缓解疼痛,3~4 周后多数可好转。

(2)佩戴腰围:卧床休息 3 周后可佩戴腰围下床活动。

(3)有效牵引:牵引期间观察病人体位、牵引线及重量是否正确,定时检查受压部位皮肤状况,预防压力性损伤。

(4)镇痛:可以采取让病人听音乐、与人交谈等分散注意力的方法减轻疼痛。必要时遵医嘱予以镇痛药物,并观察用药后反应。

2. 腰椎间盘突出症病人健康指导

(1)预防指导:

①保持正确的姿势:选择高度合适、有扶手、腰垫和坐垫,符合人体工学设计的靠背椅,保持身体与桌子距离适当,身体靠向椅背。站立时尽量腰部伸直、收腰、提臀。行走时抬头、挺胸、收腹。侧卧屈髋屈膝,两腿分开。

②经常变换体位:避免长时间保持同一姿势,要适当进行原地活动或腰背部活动;不要长时间穿高跟鞋站立或行走。

③采取自我保护措施:对于腰部劳动强度过大的工人、长时间开车的司机等可佩戴腰围保护腰部。

④合理应用人体力学原理:如搬抬重物时,弯曲下蹲髋膝,伸直腰背,将重物尽量贴

近身体侧放置，用力抬起后再行走。

(2)康复锻炼：在康复医学专业人员指导下，合理进行中等强度的体育锻炼，参加运动也需要循序渐进。

(3)加强营养：可缓解机体组织及器官退行性变，但肥胖者要注意减重。

第二十八章(自测题参考答案)

一、选择题

1. A 2. A 3. A 4. A 5. E

二、填空题

疼痛、肿块和肿胀、功能障碍和压迫症状、病理性骨折、其他

三、简答题

1. X线检查征象示病变部位成骨性、溶骨性或混合性骨质破坏，边界不清，病变区可有排列不齐、结构紊乱的肿瘤骨。肿瘤生长使骨膜突起，形成骨膜下三角形新骨(Codman三角)，形成的反应骨和肿瘤骨呈“日光射线”现象，周围有软组织肿块阴影。

2. (1)一般护理

1)营养护理：饮食宜清淡，易消化。

2)活动和休息：应嘱咐病人下地时患肢不要负重，以防发生病理性骨折和关节脱位而发生意外伤害；脊柱肿瘤的病人应绝对卧床休息，避免下床活动以防止脊柱骨折造成截瘫，指导病人做松弛活动。对于允许下床活动而不能走动的病人，可利用轮椅帮助病人每天有一定的室外活动时间。对无法休息和睡眠的病人，应注意改善环境，必要时睡前给予适量的镇静止痛药物，以保证病人休息。

(2)疼痛护理

1)非药物镇痛：协助病人保持舒适体位并经常改变；转移病人注意力，如看电视、听音乐及其他娱乐活动，消除紧张情绪。

2)药物镇痛：晚期难以控制的疼痛对病人威胁很大，可按WHO提出的癌性疼痛三阶梯止痛方案遵医嘱进行处理。

(3)术前准备 ①对于进行脊柱、下肢手术的患者，手术前1日晚需采用肥皂水灌肠，以防止术后因长时间卧床而出现腹胀。②若进行骶尾部手术，患者需在术前三天服用肠道抗菌药物，手术前1日晚还需进行清洁灌肠。

(4)心理护理。

第二十九章(自测题参考答案)

一、选择题

1. C 2. C 3. E 4. A 5. A

二、填空题

骨膜炎 扁平湿疣 青霉素类

三、简答题

1. 外用药的使用原则：①正确选用外用药物的种类；②正确选用外用药物的剂型；③详细向病人解释用法和注意事项。

2. 性传播疾病病人的护理措施：①消毒隔离；②清洁卫生；③心理护理；④用药护理；⑤健康教育。