

2016 年度湖北省事业单位联考《综合应用能力 E 类》 考题解析

第一部分 医学基础知识

一、单选题

1. 【答案】C

【格木解析】根据《献血法》：

A 项“血站是不以营利为目的的公益性组织”，正确；

B 项“献血者每次采血量 200ML，最多 400ML，两次间隔不少于 6 个月”，正确；

C 项“公民临床用血时需支付血液的采集、储存、分离、检验等费用”（无偿献血的血液免交这些费用，但临床用血的公民需支付，特殊情况如献血者本人或亲属用血可免交），错误；

D 项“无偿献血的血液必须用于临床，不得买卖”，正确，故选 C。

2. 【答案】A

【格木解析】医患沟通的伦理意义包括：

B 项“发挥道德情感的传递作用”（如关心、尊重患者，传递人文关怀）；

C 项“推动人道主义精神的发展”（体现对人的生命和健康的尊重）；

D 项“促进医患双方道德境界的提升”（医生提升职业素养，患者增强对医疗的理解）；

A 项“实现以疾病为目的的伦理价值” 错误，医患沟通的核心是 “以患者为中心”，而非 “以疾病为目的”，故选 A。

3. 【答案】C

【格木解析】

A 项“心脏做功量”：反映心脏在一定时间内对外做功的多少，受血压、心率等影响，并非早期最敏感指标；

B 项“每分输出量”：心输出量，正常成人静息时约 5-6L/MIN，心功能衰竭早期可能正常（如代偿期），不敏感；

C 项“射血分数”：每搏输出量占心室舒张末期容积的百分比，正常 50%-70%，心功能衰竭早期即可下降（如射血分数降低性心衰），是最能反映心脏功能的生理指标；

D 项“心指数”：单位体表面积的心输出量，主要用于不同体型个体间的比较，早期敏感性低于射血分数，故选 C。

4. 【答案】D

【格木解析】

A 项“焦虑症”：以焦虑情绪为主要表现，如紧张、担忧、坐立不安，无 “暴饮暴食” 核心症状；

B 项“抑郁症”：以情绪低落、兴趣减退为核心，可伴食欲改变（多为食欲减退，少数为食欲亢进），但 “暴饮暴食后心情缓解” 是神经性贪食症的特征，而非抑郁症；

C 项“强迫症”：以反复出现的强迫思维和强迫行为为特征，与 “暴饮暴食” 无关；

D 项“神经性贪食症”：核心症状为 “反复发作的暴饮暴食，进食后伴随自我厌恶、焦虑，通过催吐、禁食等方式代偿，但本题中为 ‘暴食后心情稍有缓解’”，符合诊断，故选 D。

5. 【答案】A

【格木解析】社会病是“由社会因素引起，与社会发展和进步方向相违背的社会性现象，对人群健康造成损害”：

B项“自杀”：与社会压力、心理因素等社会因素相关，属于社会病；

C项“道路交通意外”：与交通规则、道路设施、驾驶习惯等社会因素相关，属于社会病；

D项“吸毒”：与社会环境、毒品管制等社会因素相关，属于社会病；

A项“老龄化”：是人口年龄结构变化的自然现象，本身不是“疾病”或“社会病”，老龄化带来的健康问题（如慢性病增加）才是公共卫生问题，故选A。

6. 【答案】B

【格木解析】医院感染是“住院患者在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染，但不包括入院前已开始或者入院时已处于潜伏期的感染”：

A项“介入操作导致的感染”：如导管相关血流感染，属于医院感染（操作后在医院内获得）；

B项“住院患者自身定植菌引起的感染”：若定植菌在住院期间大量繁殖导致感染（如长期使用抗生素后菌群失调，自身定植的耐药菌引起感染），属于医院感染，错误；

C项“输血导致的艾滋病感染”：输血是医院操作，在医院内获得感染，属于医院感染；

D项“陪护人员将病毒传染给住院患者”：患者在住院期间获得感染，属于医院感染，故选B。

7. 【答案】D

【格木解析】患者表现为“炎热夏季室外工作后，头晕、胸闷、心悸、面色潮红、皮肤灼热、大量出汗、脉搏细弱快、血压正常”，诊断为“热衰竭”（中暑的一种类型），处置措施：

A项“迅速带离工作场所”：脱离高温环境，正确；

B项“通风阴凉处休息”：降低体温，正确；

C项“含盐清凉饮料、静脉滴注葡萄糖生理盐水”：补充水分和电解质，纠正脱水，正确；

D项“使用升压药以防休克”：患者血压尚正常，热衰竭的休克多为低血容量性，需补液而非使用升压药，升压药会加重心脏负担，错误，故选D。

8. 【答案】C

【格木解析】

A项“调查取证是卫生行政处罚的必经程序”：卫生行政处罚需以事实为依据，调查取证是获取事实的关键，正确；

B项“被询问人拒绝签名，两名执法人员签名注明情况”：符合《卫生行政处罚程序》规定，正确；

C项“复制方法取得的证据不具有法律效力”：错误，复制的证据（如病历复印件、检验报告复印件）经核对与原件一致，并由提供单位盖章后，具有法律效力；

D项“综合审查的证据才能作为定案依据”：证据需经过查证属实，综合判断其真实性、关联性、合法性，才能作为定案依据，正确，故选C。

9. 【答案】C

【格木解析】吸烟是肺癌的重要危险因素，不同病理类型与吸烟的关联程度不同：

A项“腺癌”：多与非吸烟因素相关（如女性、被动吸烟、环境因素），周围型肺癌多见；

B项“小细胞肺癌”：与吸烟密切相关，但发病率低于鳞状上皮细胞癌；

C项“鳞状上皮细胞癌”：最常见于长期吸烟者，中央型肺癌多见，与吸烟的关联最强；

D项“大细胞肺癌”：发病率较低，与吸烟有一定关联，但非最可能类型，故选C。

10. 【答案】B

【格木解析】

A 项“需求管理”：通过各种方法帮助患者合理利用医疗服务，如预约挂号、慢性病管理随访，与“不吸烟降低患病风险”无关；

B 项“生活方式管理”：通过干预个人生活方式（如戒烟、合理饮食、运动）预防疾病，“不吸烟”是生活方式的重要组成部分，符合；

C 项“疾病管理”：针对已确诊的慢性病患者，如高血压、糖尿病的长期管理，本题为“预防患病”，不属于疾病管理；

D 项“灾难性病伤管理”：针对严重、复杂的疾病（如癌症、肾衰竭），提供全方位的医疗服务协调，本题为“预防”，不属于，故选 B。

11. 【答案】C

【格木解析】

A 项“先天性聋哑”：多为常染色体隐性遗传病（如 GJB2 基因突变），由单个基因异常引起，非染色体异常；

B 项“遗传性舞蹈症”：即亨廷顿舞蹈症，常染色体显性遗传病，由 HTT 基因异常扩展引起，非染色体异常；

C 项“先天性睾丸发育不全综合征”：即克氏综合征（47,XXY），因性染色体数目异常（多一条 X 染色体）引起，属于染色体异常疾病；

D 项“白化病”：常染色体隐性遗传病，由酪氨酸酶基因突变引起，非染色体异常，故选 C。

12. 【答案】D

【格木解析】

A 项“冠状动脉 CT”：无创检查，可初步评估冠状动脉狭窄程度，但对狭窄的判断准确性低于冠状动脉造影；

B 项“磁共振图像”：主要用于评估心肌结构、功能和心肌梗死范围，对冠状动脉狭窄的诊断价值有限；

C 项“心脏超声”：评估心脏结构和功能（如射血分数、心室壁运动），不能直接显示冠状动脉狭窄；

D 项“冠状动脉造影”：有创检查，通过导管将造影剂注入冠状动脉，直接显示冠状动脉的走行、狭窄部位和程度，是诊断冠状动脉疾病的“金标准”，最可靠，故选 D。

13. 【答案】C

【格木解析】脂类消化吸收依赖胆汁酸的“肠肝循环”：

胆汁酸由肝脏合成，储存于胆囊，进食后排入小肠，促进脂类乳化和吸收；

小肠（尤其是回肠末端）是胆汁酸“二次吸收”（重吸收）的主要部位，回肠切除后，胆汁酸无法有效重吸收，导致胆汁酸池减少，脂类消化吸收减少；

A 项“影响胆汁酸分泌”：胆汁酸分泌主要由肝脏调控，回肠切除不直接影响分泌；

B 项“影响胆汁酸溶解”：胆汁酸的溶解与胆汁成分（如胆固醇、卵磷脂）相关，与回肠切除无关；

D 项“影响胆汁酸代谢”：回肠切除影响的是胆汁酸的“重吸收”，而非“代谢”（代谢主要在肝脏），故选 C。

14. 【答案】B

【格木解析】

A 项“ABO 血型相同也需交叉配血”：因存在“亚型”（如 A 型有 A1、A2 亚型）和“不规则抗体”，交叉配血可避免溶血反应，正确；

B 项“O 型血是万能供血者，可输给任何血型”：错误，O 型血的“万能供血者”是指“O 型血的红细胞”（不含 A、B 抗原），可输给任何血型，但 O 型血的“血浆”含抗 A、抗 B 抗体，输给非 O 型

血患者会引起溶血，故临床输血需“同型输血”，特殊情况才用 O 型红细胞；

C 项“异体输血有传播传染病的风险”：如乙肝、丙肝、艾滋病等，正确；

D 项“成分输血的优势”：如输注红细胞纠正贫血、输注血小板止血，针对性强、不良反应少、节约血源，正确，故选 B。

15. 【答案】B

【格木解析】

A 项“肝脏是合成胆固醇的主要场所”：肝脏合成的胆固醇占全身合成量的 70%-80%，正确；

B 项“HMG-CoA 合成酶是关键酶”：错误，胆固醇合成的关键酶是“HMG-CoA 还原酶”（催化 HMG-CoA 生成甲羟戊酸），HMG-CoA 合成酶仅为合成过程中的一步酶；

C 项“甲状腺激素增加胆固醇合成”：甲状腺激素可促进肝脏 HMG-CoA 还原酶活性，增加胆固醇合成，同时也加速胆固醇分解，整体对血清胆固醇的影响为降低（分解大于合成），但“增加合成”的表述正确；

D 项“乙酰 CoA、NADPH 是基本原料”：胆固醇合成的原料为乙酰 CoA（来自糖代谢）、NADPH（来自磷酸戊糖途径）和 ATP，正确，故选 B。

16. 【答案】C

【格木解析】

A 项“丹毒”：由链球菌感染引起的急性皮肤炎症，表现为红肿、热痛，边界清楚，无“出血、坏死”，且患者血糖控制良好，不支持；

B 项“糖尿病并发血管病变”：糖尿病血管病变多为慢性，表现为缺血（如肢体发凉、间歇性跛行），而非“注射部位红肿、出血、坏死”；

C 项“局部免疫复合物病”：胰岛素作为一种蛋白质，可引起机体产生抗体，形成免疫复合物，沉积于注射部位，引发局部炎症反应（红肿、出血、坏死），符合患者表现（长期胰岛素治疗后出现注射部位病变）；

D 项“真菌感染”：表现为局部瘙痒、脱屑、白色分泌物，无“出血、坏死”，故选 C。

17. 【答案】D

【格木解析】

血友病分为 A、B 两型：血友病 A 为凝血因子 VIII 缺乏，血友病 B 为凝血因子 IX 缺乏；遗传方式：两者均为 X 连锁隐性遗传（男性发病，女性为携带者）；

患者“凝血因子 VIII 缺乏”，故诊断为“血友病 A，X 连锁隐性遗传”，故选 D。

18. 【答案】C

【格木解析】患者“肛周瘙痒、夜间睡眠不安、肛周皮肤潮红、抓痕”，考虑“蛲虫病”（儿童常见，蛲虫夜间爬出肛门产卵，引起瘙痒），处置措施：

A 项“留粪便检查虫卵”：蛲虫虫卵主要在肛周皮肤，粪便中虫卵少，检查阳性率低，不推荐，应采用“透明胶带法”；

B 项“夜间观察肛周是否有虫体”：蛲虫夜间爬出肛门，可观察到白色小虫（约 1cm），正确；

C 项“选用阿苯达唑和甲苯达唑治疗”：阿苯达唑、甲苯达唑是治疗蛲虫病的常用药物，正确；

D 项“透明胶带法粘贴肛周寻找虫卵”：睡前或清晨用透明胶带粘肛周皮肤，显微镜下观察虫卵，是诊断蛲虫病的首选方法，正确；

题目问“处理方式错误的是”，A 项错误，故选 A（注：原选项可能排版错误，A 项“留粪便检查虫卵”错误，应为【答案】）。

19. 【答案】C

【格木解析】多巴胺的药理作用（剂量依赖性）：

A 项“小剂量激动受体”：小剂量（ $1-5 \mu\text{G/KG} \cdot \text{MIN}$ ）激动多巴胺受体（D1），扩张肾血管、增加肾血流量，错误；

B 项“稍大剂量激动 D2 受体”：稍大剂量（ $5-10 \mu\text{G/KG} \cdot \text{MIN}$ ）激动 β_1 受体，增强心肌收缩力、增加心输出量，错误；

C 项“大剂量激动 α 受体”：大剂量（ $> 10 \mu\text{G/KG} \cdot \text{MIN}$ ）激动 α 受体，收缩血管、升高血压，正确；

D 项“多用于心肌梗死后心功能不全”：多巴胺主要用于“感染性休克、心源性休克、急性肾衰竭”，心肌梗死后心功能不全首选血管紧张素转换酶抑制剂、 β 受体拮抗剂等，错误，故选 C。

20. 【答案】B

【格木解析】骨肉瘤是青少年最常见的原发性骨恶性肿瘤，其最易转移的部位是“肺脏”：

骨肉瘤多通过血行转移，肺是全身血液循环中血流最丰富的器官，肿瘤细胞易随血流转移至肺，形成肺转移瘤；

A 项“肝脏”、C 项“肾脏”、D 项“大脑”均为骨肉瘤的转移部位，但发生率远低于肺脏，故选 B。

21. 【答案】A

【格木解析】

A 项“稽留热”：体温恒定维持在 $39-40^\circ\text{C}$ 以上，24 小时波动范围不超过 1°C ，持续数天至数周，常见于大叶性肺炎、伤寒，符合患者表现；

B 项“弛张热”：体温波动范围大，24 小时内超过 2°C ，但最低体温仍高于正常，常见于败血症、风湿热；

C 项“间歇热”：体温骤升达高峰后持续数小时，又骤降至正常，无热期可持续 1 天至数天，如此反复，常见于疟疾；

D 项“波状热”：体温逐渐上升达 39°C 或以上，数天后又逐渐下降至正常水平，持续数天后又逐渐升高，如此反复，常见于布鲁氏菌病，故选 A。

22. 【答案】B

【格木解析】

A 项“室颤”：心电图表现为“QRS 波群与 T 波完全消失，代之以形态、频率不规则的颤动波”，频率 250-500 次 / 分，与题干“P 波消失，RR 绝对不齐”不符；

B 项“房颤”：心电图特征为“P 波消失，代以大小不等、形态各异的 F 波（颤动波），频率 350-600 次/分，RR 间期绝对不齐”，与题干完全符合；

C 项“室扑”：心电图表现为“连续、规则的大振幅波动，无正常 QRS 波群，频率 150-300 次/分”，与题干不符；

D 项“房扑”：心电图表现为“P 波消失，代以规则的 F 波（锯齿波），频率 250-350 次/分，RR 间期规则或不规则（取决于房室传导比例）”，与题干“F 波、RR 绝对不齐”不符，故选 B。

23. 【答案】B

【格木解析】高血压合并糖尿病患者的血压控制目标更严格：

一般高血压患者控制目标为 $< 140/90\text{MMHG}$ ；高血压合并糖尿病、慢性肾病、冠心病等高危人群，血压控制目标为 $< 130/80\text{MMHG}$ ，故选 B。

24. 【答案】C

【格木解析】患者“孕 28 周，血压 160/100MMHG”，诊断为“妊娠期高血压”，降压药物选择需兼

顾“降压效果”和“胎儿安全”：

A 项“ β 受体拮抗剂”：如拉贝洛尔，可用于妊娠期高血压，降低血压且对胎儿影响小；

B 项“钙通道阻滞剂”：如硝苯地平，可用于妊娠期高血压，扩张血管降压；

C 项“血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）”：如卡托普利、依那普利，可导致“胎儿畸形（如胎儿肾发育不全、羊水过少）”，绝对禁忌用于妊娠期高血压；

D 项“利尿剂”：如呋塞米，仅用于“妊娠期高血压合并肺水肿、心力衰竭”，不作为常规降压药，但并非绝对禁忌，故选 C。

25.【答案】A

【格木解析】有机磷中毒的机制是“有机磷抑制胆碱酯酶活性，导致乙酰胆碱在神经末梢蓄积，过度激动胆碱能受体”：肌肉痉挛是“N 样症状”（烟碱样症状），由乙酰胆碱过度激动骨骼肌运动终板的 N2 受体引起；

B 项“钙离子过度释放”：与有机磷中毒无关，常见于肌肉损伤、电解质紊乱；

C 项“N 型胆碱能受体被抑制”：错误，是“过度激动”而非“抑制”；

D 项“乙酰胆碱过度释放”：错误，是“乙酰胆碱降解减少（胆碱酯酶被抑制）”而非“释放增加”，故选 A。

26.【答案】D

【格木解析】患者“腹部挤压伤后，血压 80/50MMHG（休克），心率 125 次 / 分，腹腔穿刺抽出不凝血”，诊断为“腹腔内出血（如肝脾破裂）合并失血性休克”，处置措施：

A 项“搬动患者做腹部 CT”：患者处于休克状态，搬动可能加重出血，延误抢救，错误；

B 项“继续补液升压观察”：患者补液后血压仍低（80/40MMHG）且无尿，提示休克未纠正，需立即手术止血，而非继续观察；

C 项“给镇静药物”：患者烦躁不安是休克的表现，镇静药物会掩盖病情，且可能抑制呼吸，错误；

D 项“立即剖腹探查”：腹腔内出血明确，休克未纠正，需立即手术找到出血点并止血，是唯一正确的处理措施，故选 D。

27.【答案】D

【格木解析】急性心肌梗死静脉溶栓治疗的禁忌证包括：

既往有脑出血病史（D 项）：溶栓治疗会增加出血风险，尤其是脑出血，绝对禁忌；

A 项“伴室性早搏”：室性早搏是急性心肌梗死的常见心律失常，不是溶栓禁忌证，可在溶栓后对症处理；

B 项“血压 140/90MMHG”：血压 < 180/110MMHG 不是溶栓禁忌证，血压过高（> 180/110MMHG）需控制后再溶栓；

C 项“伴急性左心衰竭”：急性左心衰竭是急性心肌梗死的并发症，溶栓治疗可开通血管，改善心肌供血，缓解心衰，是溶栓的适应证而非禁忌证，故选 D。

28.【答案】C

【格木解析】患儿“声音嘶哑、犬吠样咳嗽、呼吸困难、烦躁不安、面部多汗、口唇发绀、双肺呼吸音降低”，诊断为“急性喉炎、喉梗阻”（儿童急性喉炎易并发喉梗阻，因儿童喉腔狭小、黏膜下组织疏松）：

A 项“气道异物”：多有异物吸入史，表现为突然发作的呛咳、呼吸困难，无“犬吠样咳嗽、声音嘶哑”；

B 项“支气管哮喘”：表现为反复发作的喘息、气促、胸闷，肺部可闻及哮鸣音，无“犬吠样咳嗽、声音嘶哑”；

C 项“急性喉炎、喉梗阻”：完全符合患儿表现（犬吠样咳嗽、声音嘶哑、呼吸困难、喉梗阻体征）；

D 项“毛细支气管炎”：多见于婴幼儿，表现为喘息、气促、肺部闻及哮鸣音和湿啰音，无“犬吠样咳嗽、声音嘶哑”，故选 C。

29. 【答案】B

【格木解析】患者“绝经 3 年，不规则阴道流血”，考虑“子宫内膜癌”（绝经后女性不规则阴道流血的常见原因），首选检查为“诊断性刮宫（诊刮）”：

A 项“B 超”：可初步评估子宫内膜厚度、子宫大小，是筛查手段，但不能确诊；

B 项“诊刮”：刮取子宫内膜组织进行病理检查，是诊断子宫内膜癌的金标准，必要时分段诊刮（区分子宫内膜癌和宫颈管癌）；

C 项“盆腔 CT”：主要用于评估肿瘤分期（如是否侵犯子宫肌层、盆腔转移），非确诊检查；

D 项“宫颈镜下取活体”：用于诊断宫颈癌，患者宫颈光滑，无宫颈病变证据，不适用，故选 B。

30. 【答案】D

【格木解析】患者“原发性闭经，乳房发育正常（提示卵巢功能正常，能分泌雌激素），B 超示子宫小（4CM×3CM×1CM），孕激素实验、雌激素孕激素序贯疗法均无子宫出血”：

孕激素实验：无出血提示“无足够雌激素使子宫内膜增生”或“子宫内膜对激素无反应”；

雌激素孕激素序贯疗法：仍无出血提示“子宫内膜对激素无反应”（子宫性闭经）；

A 项“下丘脑”、B 项“脑垂体”、C 项“卵巢”异常均会导致“激素分泌不足”，但序贯疗法补充雌激素和孕激素后，子宫内膜应增生并脱落出血，患者无出血，故为“子宫性闭经”，功能异常部位是子宫，故选 D。

31. 【答案】B

【格木解析】

A 项“推拿按摩复位，使突出髓核复位还纳”：错误，腰椎间盘突出症的髓核突出多为“纤维环破裂，髓核突出压迫神经”，推拿按摩无法使突出的髓核“复位还纳”，仅能缓解肌肉痉挛；

B 项“调整脏腑气血，通络止痛，使突出髓核与神经相互适应，减除病痛”：正确，推拿疗法的核心是通过手法缓解肌肉紧张、改善局部血液循环、减轻神经压迫，使机体适应病变状态，而非“复位髓核”；

C 项“清除突出椎间盘组织”：错误，推拿疗法无法“清除”突出的椎间盘组织，仅能缓解症状；

D 项“纠正筋出槽，纠正移位椎间盘”：错误，椎间盘移位是器质性病变，推拿无法纠正，故选 B。

32. 【答案】D

【格木解析】

A 项“汤剂服用方法”：每日一剂，分 2-3 次服，急重病不拘时间，慢性病定时服，正确；

B 项“服药时间与病位的关系”：病在胸膈以上（如头痛、咽痛）宜饭后服，病在胸膈以下（如胃痛、腹泻）宜饭前服，正确；

C 项“不同药物的服药时间”：补益药空腹服、对胃有刺激的药物饭后服、驱虫药泻下药空腹服、安眠药睡前服，正确；

D 项“汤剂服用温度”：错误，“寒症用热药宜热服，热症用寒药宜冷服”（寒者热之，热者寒之），而非“寒症用热药宜寒服，热症用寒药宜热服”，故选 D。

33. 【答案】D

【格木解析】患者“咳嗽、咳痰、气喘 20 余年”，提示“慢性阻塞性肺疾病（COPD）”；“紫绀、下肢浮肿、肝大、压痛”，提示“肺心病（右心衰竭）”：

A 项“风湿性心脏病”：多有风湿热病史，表现为心脏瓣膜病变（如二尖瓣狭窄），无“长期咳嗽、咳痰、气喘”病史；

B 项“支气管哮喘”：表现为反复发作的喘息、气促，缓解期无明显症状，不会出现“下肢浮肿、肝大”（右心衰竭体征）；

C 项“冠心病合并心功能不全”：多有胸痛、心悸病史，以左心衰竭为主（如呼吸困难、肺水肿），无“长期咳嗽、咳痰、气喘”；

D 项“COPD 合并肺心病”：COPD 长期发展导致肺动脉高压，进而引起右心衰竭，出现紫绀、下肢浮肿、肝大，完全符合患者表现，故选 D。

34. 【答案】C

【格木解析】尿失禁的原因与“排尿反射的神经调控”相关：

排尿反射的低级中枢在“腰骶段脊髓（S2-S4）”，高级中枢在大脑皮层；

A 项“膀胱张力降低”：导致“尿潴留”（膀胱充盈但无法排空），而非尿失禁；

B 项“盆神经损伤”：盆神经是副交感神经，损伤后导致膀胱舒张，尿潴留，而非尿失禁；

C 项“腰骶段脊髓损伤”：损伤排尿反射低级中枢，导致“尿失禁”（如真性尿失禁，膀胱失去控制）；

D 项“颈部脊髓损伤”：颈部脊髓损伤影响的是高级中枢对低级中枢的调控，若损伤不完全，可能导致尿潴留或尿失禁，但“交通事故导致的尿失禁”多为腰骶段脊髓直接损伤，故选 C。

35. 【答案】D

【格木解析】患者“双小腿伸侧多个鲜红色或紫红色皮下结节，疼痛触痛明显，既往有发作史”，诊断为“结节性红斑”：

A 项“硬红斑”：多见于小腿屈侧，结节质地硬，可破溃，疼痛较轻，与“伸侧、疼痛明显”不符；

B 项“结节性血管炎”：多见于中年女性，结节多位于小腿后侧，可伴溃疡，病程长，与“伸侧、鲜红色结节”不符；

C 项“结节性多动脉炎”：是系统性血管炎，除皮下结节外，还伴多系统受累（如肾脏、神经系统），与“仅双小腿结节”不符；

D 项“结节性红斑”：好发于年轻女性，双小腿伸侧，鲜红色或紫红色皮下结节，疼痛触痛明显，易反复发作，符合患者表现，故选 D。

36. 【答案】A

【格木解析】雄激素性脱发（脂溢性脱发）的主要原因是“毛囊对雄激素（如二氢睾酮 DHT）敏感，导致毛发的生长期缩短，休止期延长”：

A 项“毛发的生长期缩短”：正确，生长期缩短导致毛发无法充分生长，变得细软、易脱落；

B 项“退化期缩短”：错误，退化期是生长期向休止期过渡的阶段，与脱发无直接关系；

C 项“静止期缩短”：错误，静止期延长会导致更多毛发处于脱落状态；

D 项“生长期延长”：错误，生长期延长会使毛发更健康，与脱发相反，故选 A。

37. 【答案】B

【格木解析】血沉（红细胞沉降率）是指红细胞在一定条件下的沉降速度，主要受“血浆成分”影响：血沉加快的原因是“血浆中带正电荷的蛋白质（如球蛋白、纤维蛋白原）增多”，这些蛋白质可使红细胞表面电荷减少，相互聚集，沉降加快；

A 项“白蛋白和卵磷脂增多”：白蛋白、卵磷脂带负电荷，可使红细胞表面电荷增加，血沉减慢；

B 项“球蛋白和纤维蛋白原增多”：正确，是血沉加快的主要原因（如炎症、感染、肿瘤时，球蛋白、纤维蛋白原升高，血沉加快）；

C 项“红细胞和血小板增多”：红细胞增多（如真性红细胞增多症）会使血沉减慢，血小板增多与血沉无关；

D 项“胆固醇和甘油三酯增多”：对血沉影响不大，故选 B。

38. 【答案】A

【格木解析】拔牙的禁忌证包括：

A 项“血红蛋白在 80G/L 以上的轻度贫血”：轻度贫血（血红蛋白 60-90G/L）不是拔牙禁忌证，血红蛋白 < 60G/L 为拔牙禁忌（易导致休克），故可立即拔牙；

B 项“心功能 IV 级”：心功能 IV 级是严重心功能不全，患者不能从事任何体力活动，拔牙风险极高，禁忌；

C 项“急性肾病”：如急性肾小球肾炎、急性肾盂肾炎，机体处于急性炎症状态，拔牙易导致感染扩散，禁忌；

D 项“长期服用抗凝药物”：如阿司匹林、华法林，拔牙后易出血不止，需停药 3-7 天后再拔牙，不能立即拔牙，故选 A。

39. 【答案】B

【格木解析】

A 项“心源性水肿”：从身体下垂部位开始（如双下肢），逐渐向上蔓延，伴颈静脉怒张、肝大，与“晨起眼睑颜面水肿”不符；

B 项“肾源性水肿”：从颜面部、眼睑开始，逐渐蔓延至全身，水肿软而移动性大，常见于肾小球肾炎、肾病综合征，符合患者表现；

C 项“肝源性水肿”：从双下肢开始，伴肝功能异常（如黄疸、肝掌），与“晨起眼睑水肿”不符；

D 项“变态反应性水肿”：多为局部水肿（如眼睑、口唇），伴瘙痒、皮疹，与“全身水肿”不符，故选 B。

40. 【答案】A

【格木解析】糖尿病人“多尿”的机制是“渗透性利尿”：糖尿病患者血糖升高，当血糖超过“肾糖阈”（约 10MMOL/L）时，肾小球滤过的葡萄糖不能被肾小管完全重吸收，导致肾小管液中的溶质浓度增高；肾小管液渗透压升高，阻碍肾小管对水的重吸收，导致尿量增多（多尿）；

B 项“肾小管液的渗透压降低”：错误，是“渗透压升高”；

C 项“肾糖阈降低”：肾糖阈降低会导致“尿糖阳性”，但不是“多尿”的原因；

D 项“葡萄糖转运体的数量减少”：会导致葡萄糖重吸收减少，尿糖阳性，但“多尿”的直接原因是“溶质浓度增高”，而非转运体数量，故选 A。

二、多选题

41. 【答案】CD

【格木解析】

A 项“麻醉药品处方保存期限为一年”：错误，麻醉药品、第一类精神药品处方保存期限为 3 年，第二类精神药品处方保存期限为 2 年；

B 项“死亡病例一般应在 1 周内组织讨论”：错误，死亡病例应在“1 周内”组织讨论，但“特殊死亡病例（如医疗纠纷、罕见病例）应立即讨论”，选项中“一般应在 1 周内”表述正确？但原卫生部规定“死亡病例讨论应在患者死亡后 1 周内完成”，B 项正确？需进一步确认：

重新核对：《病历书写基本规范》规定“死亡病例讨论记录是指在患者死亡 1 周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持，对死亡病例进行讨论、分析的记录”，故 B 项正确？

C 项“出院病例一般应在 3 天内归档，特殊病例不超过 1 周”：正确，符合医院病历管理规定；

D 项“处方开具当日有效，有效期最长不超过 3 天，一般不超过 7 日用量”：正确，《处方管理办法》规定“处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过 3 天”“处方一般不得超过 7 日用量”；

若 B 项正确，则【答案】为 BCD，但原选项可能存在争议，根据常见考点，CD 正确，B 项“1 周内”正确，A 项错误，故最终【答案】为 BCD。

42. 【答案】ABCD

【格木解析】临终关怀对医务人员的伦理要求包括：

A 项“理解临终病人的心理”：临终病人可能经历否认、愤怒、抑郁等心理阶段，医务人员需理解并给予心理支持；

B 项“保护临终病人的权利”：如知情权（告知病情）、选择权（选择治疗方案）、隐私权；

C 项“优化临终病人的生活”：通过疼痛管理、舒适护理，提高临终病人的生活质量；

D 项“关心临终病人的家属”：家属可能面临心理创伤，医务人员需提供心理疏导和支持，故选 ABCD。

43. 【答案】ACD

【格木解析】

A 项“破伤风梭菌”：严格厌氧菌，在缺氧环境下（如深伤口）生长繁殖，产生破伤风毒素；

B 项“结核分枝杆菌”：专性需氧菌，需在有氧环境下生长，不属于厌氧菌；

C 项“肉毒梭菌”：严格厌氧菌，在密封的食品（如罐头）中生长，产生肉毒毒素；

D 项“产气荚膜梭菌”：厌氧菌，可引起气性坏疽，在缺氧的伤口中生长，故选 ACD。

44. 【答案】ABCD

【格木解析】心身疾病是“心理社会因素在疾病发生、发展过程中起重要作用的躯体疾病”：

A 项“支气管哮喘”：心理因素（如焦虑、紧张）可诱发哮喘发作；

B 项“消化性溃疡”：心理因素（如压力、情绪波动）可导致胃酸分泌增加，加重溃疡；

C 项“原发性高血压”：长期精神紧张、焦虑等心理因素是高血压的重要危险因素；

D 项“癌症”：心理因素（如长期抑郁、应激）可通过影响免疫系统，促进癌症的发生和发展，故选 ABCD。

45. 【答案】ABCD

【格木解析】疾病监测的目的包括：

A 项“了解人群疾病发生现状，确定主要公共卫生问题”：通过监测数据掌握疾病流行情况；

B 项“发现异常情况查明原因，采取干预措施”：如暴发疫情时，及时查明原因并控制；

C 项“确定高危人群，预测疾病流行，估计卫生服务需求”：为制定预防策略和配置卫生资源提供依据；

D 项“评价干预措施效果，制定科学的公共卫生策略”：通过监测干预前后的疾病发生情况，评估措施效果，优化策略，故选 ABCD。

46. 【答案】ABD

【格木解析】选择对照组时应考虑的问题：

A 项“确认对照的标准”：对照组应与病例组在“非研究因素”（如年龄、性别、居住地）上具有可比性，需明确对照的纳入标准；

B 项“对照的代表性”：对照组应能代表产生病例的总体，避免选择偏倚；

C 项“只能选择一种对照”：错误，可根据研究目的选择多种对照（如频数匹配对照、个体匹配对照）；

D 项“对照不应患有与研究因素有关的其他疾病”：避免“混杂因素”影响，如研究龋齿与甜食的关系，对照不应患有“糖尿病”（糖尿病与甜食和龋齿均相关），故选 ABD。

47. 【答案】ABCD

【格木解析】眶上裂位于眼眶上部，通过的神经包括：

动眼神经（III）、滑车神经（IV）、展神经（VI）、三叉神经上颌支（V2）；眶上裂骨折时，这些神经可能受损，导致相应的功能障碍（如眼球运动障碍、面部感觉障碍），故选 ABCD。

48. 【答案】ACD

【格木解析】人体生理功能的调节方式包括：

- A 项“神经调节”：通过神经系统的反射活动调节，反应迅速、准确、短暂，是最主要的调节方式；
- B 项“环境调节”：不属于人体生理功能的内在调节方式；
- C 项“体液调节”：通过激素等化学物质调节，反应缓慢、广泛、持久；
- D 项“自身调节”：组织细胞自身对刺激的适应性反应，调节范围小、幅度小，如肾血流量的自身调节，故选 ACD。

49. 【答案】ACD

【格木解析】免疫球蛋白 G (IGG) 的特点：

- A 项“人体含量最多的免疫球蛋白”：IGG 占血清免疫球蛋白总量的 5%-80%，正确；
- B 项“属于初次免疫应答抗体”：错误，初次免疫应答的主要抗体是 IGM，再次免疫应答的主要抗体是 IGG；
- C 项“对病毒、细菌和寄生虫都有抗体活性”：IGG 是体内抗感染的主要抗体，具有广谱的抗感染作用，正确；
- D 项“唯一能够通过胎盘的免疫球蛋白”：IGG 可通过胎盘，为新生儿提供被动免疫保护，正确，故选 ACD。

50. 【答案】ACD

【格木解析】21 - 三体综合征（唐氏综合征）的异常表现：

- A 项“眼距宽、外眼角上斜、内眦赘皮、耳位低”：典型的面部特征，正确；
- B 项“哭声似猫叫”：是“猫叫综合征 (5P - 综合征)”的特征，而非 21 - 三体综合征，错误；
- C 项“通贯掌”：手掌纹异常，是 21 - 三体综合征的常见体征，正确；
- D 项“可伴有先天性心脏病”：约 50% 的 21 - 三体综合征患儿伴有先天性心脏病（如室间隔缺损、房间隔缺损），正确，故选 ACD。

51. 【答案】ABD

【格木解析】噻嗪类利尿药（如氢氯噻嗪）的特点：

- A 项“是利尿降压药中最常用的一类”：正确，噻嗪类利尿药通过排钠利尿、减少血容量降低血压，是一线降压药；
- B 项“可减少高血压并发症的发生率”：正确，通过有效降压，减少脑卒中、心肌梗死等并发症；
- C 项“单独使用时，应加大剂量”：错误，噻嗪类利尿药单独使用时，小剂量即可达到降压效果，大剂量会增加不良反应（如电解质紊乱），临床多采用小剂量；
- D 项“长期大量使用可导致电解质紊乱”：正确，如低血钾、低血钠、低血氯性碱中毒，故选 ABD。

52. 【答案】CD

【格木解析】患者“参加酒宴后突发上腹剧烈疼痛，全腹疼痛，板样强直，压痛反跳痛，肝浊音界缩小，肠鸣音减弱”，诊断为“急性胃肠穿孔合并急性腹膜炎”：

- A 项“胃出血”：表现为呕血、黑便，无“全腹疼痛、板样强直”（腹膜刺激征）；
- B 项“幽门梗阻”：表现为呕吐宿食、胃型及蠕动波，无“腹膜刺激征”；
- C 项“急性胃肠穿孔”：胃或十二指肠穿孔后，胃肠内容物进入腹腔，引起剧烈腹痛，正确；
- D 项“急性腹膜炎”：胃肠穿孔后引发急性弥漫性腹膜炎，表现为板样强直、压痛反跳痛、肠鸣音减弱，正确，故选 CD。

53. 【答案】ABC

【格木解析】

A 项“最常见的心律失常是室颤”：正确，心脏骤停时，80% 以上的心律失常是室颤；

B 项“单相波电除颤应选择 360J”：正确，单相波除颤仪的唯一能量选择是 360J；

C 项“双向波电除颤应选择 150-200J”：正确，双向波除颤仪的常用能量为 150-200J（不同品牌可能略有差异）；

D 项“采用同步除颤波”：错误，室颤、室扑采用“非同步除颤”，同步除颤用于房颤、房扑、室上速等有 R 波的心律失常，故选 ABC。

54. 【答案】ABCD

【格木解析】外科休克的临床监测指标包括：

A 项“精神状态”：反映脑组织灌注情况，休克时脑组织缺血缺氧，患者可出现烦躁、淡漠、昏迷；

B 项“皮肤温度、色泽”：反映外周灌注情况，休克时皮肤苍白、湿冷；

C 项“血压、脉率”：血压是休克的重要指标（收缩压 < 90MMHG，脉压 < 20MMHG 提示休克），脉率增快是休克早期的表现；

D 项“尿量”：反映肾灌注情况，尿量 < 30ML/H 提示肾灌注不足，是休克早期的敏感指标，故选 ABCD。

55. 【答案】ABC

【格木解析】患儿“上腹痛、呕血，考虑胃溃疡”，处置措施：

A 项“留院监测生命体征”：呕血提示上消化道出血，需监测血压、心率、呼吸，观察出血情况，正确；

B 项“暂禁食，补液、止血治疗”：暂禁食可避免刺激胃黏膜，补液纠正血容量不足，止血治疗（如使用奥美拉唑、止血敏），正确；

C 项“抑酸治疗”：奥美拉唑等质子泵抑制剂可抑制胃酸分泌，促进溃疡愈合，减少出血，正确；

D 项“肌肉注射强痛定止痛”：强痛定是阿片类镇痛药，可掩盖病情（如溃疡穿孔引起的腹痛），且儿童慎用，错误，故选 ABC。

56. 【答案】ABCD

【格木解析】产妇“足月自然分娩后，血性恶露持续存在，低热，产后 16 天突然大出血”，可能的原因：

A 项“胎盘、胎膜残留”：最常见原因，残留的胎盘、胎膜组织坏死脱落，引起大出血；

B 项“蜕膜残留”：蜕膜组织残留宫腔，可引起晚期产后出血；

C 项“子宫胎盘附着面复旧不全”：子宫胎盘附着面血管未完全闭合，复旧不全导致出血；

D 项“感染”：子宫内膜炎等感染可导致子宫收缩乏力，血管破裂出血，且伴低热，正确，故选 ABCD。

57. 【答案】ABCD

【格木解析】儿童液体疗法的原则：

A 项“治疗方案简单化、个体化”：根据儿童年龄、体重、脱水程度制定个性化方案，正确；

B 项“补充液体的方法包括口服和静脉补液”：口服补液适用于轻中度脱水，静脉补液适用于重度脱水，正确；

C 项“液体疗法包括补充累计损失量、继续损失量和生理需要量”：三部分构成液体疗法的总补液量，正确；

D 项“静脉补液适用于严重呕吐、腹泻，中重度脱水”：正确，中重度脱水、呕吐频繁无法口服补液的患儿需静脉补液，故选 ABCD。

58. 【答案】ACD

【格木解析】患者“暴晒后暴露部位弥漫性鲜红色水疱性红斑”，诊断为“日光性皮炎（晒伤）”：

A 项“主要由中波紫外线（UVB）引起”：正确，UVB（290-320NM）是引起晒伤的主要紫外线，穿

透力强，可损伤表皮细胞；

B项“主要由长波紫外线（UVA）引起”：错误，UVA（320-400NM）主要引起皮肤老化、色素沉着，不是晒伤的主要原因；

C项“属于光毒反应”：正确，光毒反应是皮肤对紫外线的过度反应，表现为红斑、水疱，与光过敏反应不同；

D项“外涂遮光剂可预防”：正确，遮光剂可阻挡紫外线，预防晒伤，故选 ACD。

59.【答案】BC

【格木解析】口腔黏膜癌前状态或潜在恶性疾患包括：

A项“念珠菌病”：是真菌感染，一般不视为癌前状态，但若为“慢性增殖性念珠菌病”，有一定恶变风险；

B项“白斑”：口腔白斑病是明确的癌前病变，有 5%-10% 的恶变率；

C项“扁平苔藓”：口腔扁平苔藓的糜烂型、萎缩型有恶变风险，属于潜在恶性疾患；

D项“天疱疮”：是自身免疫性大疱性疾病，不属于癌前状态，故选 BC。

60.【答案】ABD

【格木解析】老年患者长期卧床，预防便秘的方法：

A项“建立规律的排便习惯”：定时排便（如晨起或餐后），形成条件反射，正确；

B项“多食富含纤维素的蔬菜、水果”：纤维素可增加粪便体积，促进肠道蠕动，正确；

C项“定时使用开塞露通便”：开塞露是“对症治疗”，用于便秘发生时，不宜作为“预防”措施，长期使用会依赖；

D项“适当进行床上主动或被动活动”：活动可促进肠道蠕动，预防便秘，正确，故选 ABD。

第二部分 岗位专业知识 (中医临床岗)

(共 4 题, 参考时限 60 分钟)

61. 中医病名诊断、症候、病机归纳及理由

病名诊断: 胸痹

症候: 痰浊痹阻证

病机归纳: 痰浊盘踞, 胸阳失展, 气机痹阻, 脉络阻滞

理由:

患者主症为 “胸闷不适、气短乏力反复发作 3 年, 加重 1 月”, 符合 “胸痹” (以胸部闷痛、甚则胸痛彻背、喘息不得卧为主要表现) 的诊断;

兼症 “时有胸痛, 遇阴雨天气加重, 痰多难咳, 肢体沉重, 纳呆便溏, 形体肥胖”, 阴雨天气湿邪偏盛, 加重痰浊; 痰多、肢体沉重、纳呆便溏均为痰浊内盛、脾失健运的表现; 形体肥胖是痰浊体质的特征;

舌脉 “舌体大且边有齿痕, 苔浊腻, 脉滑数”, 齿痕舌提示脾虚湿盛, 苔浊腻、脉滑数提示痰浊内蕴, 综上辨证为痰浊痹阻证。

62. 治法、代表方

治法: 通阳泄浊, 豁痰宣痹

代表方: 瓜蒌薤白半夏汤合涤痰汤加減

方解:

瓜蒌薤白半夏汤: 瓜蒌理气宽胸、涤痰散结, 薤白通阳散结、行气止痛, 半夏燥湿化痰, 三者共奏通阳泄浊、豁痰宣痹之功, 适用于痰浊痹阻胸阳的胸痹;

涤痰汤: 半夏、陈皮、茯苓燥湿化痰, 枳实理气化痰, 竹茹清热化痰, 菖蒲开窍化痰, 人参益气健脾, 适用于痰浊较盛、伴有脾虚的患者, 与本案患者 “气短乏力、纳呆便溏” 的脾虚表现相符, 故两方合用。

63. 四诊角度诊断、辨别

望诊:

望面色: 观察是否有面色红赤 (提示热证)、面色浮肿 (尤其是眼睑浮肿, 提示风水相搏);

望皮肤: 观察下肢皮肤是否有皮疹 (如丘疹、疱疹)、溃破情况, 是否有皮肤发红、灼热 (提示热邪);

望二便: 观察大便是否干结 (3 天未解, 提示热结肠道), 小便是否短赤 (提示热邪伤津);

望舌: 观察舌质是否红 (热证)、舌体是否胖大 (水湿), 舌苔是否黄腻 (湿热)。

闻诊:

闻声音: 观察患儿声音是否洪亮、有无烦躁哭闹 (提示热证);

闻气味: 观察大便是否有酸臭气味 (提示食积), 小便是否有臊臭气味 (提示热证)。

问诊:

问寒热: 询问患儿是否有发热 (1 周前曾发热, 需问当前是否复热);

问汗: 询问患儿是否有汗出 (如自汗、盗汗, 提示气虚或阴虚);

问头身胸腹: 询问患儿是否有头痛、身痛、腹痛 (尤其是胃脘部、腹部, 排除食积、腹痛);

问饮食口味: 询问患儿食欲是否下降 (本案患儿食欲不佳), 口味是否有口苦、口黏 (提示湿热);

问二便: 详细询问大便 3 天未解的具体情况 (如大便性状、排便时是否费力), 小便的量、颜色 (是否短少、赤黄);

问既往史: 询问患儿既往是否有类似皮肤瘙痒、浮肿病史, 1 周前感冒的具体治疗情况。

切诊:

脉诊: 患儿脉象是否浮数 (提示风水相搏、表热证)、滑数 (提示湿热);

按诊：按压患儿浮肿部位（眼睑、下肢），观察是否有凹陷（凹陷性水肿提示水湿内停），按压腹部是否有压痛（排除腹部实证），按压皮肤溃破处是否有疼痛（提示热邪）。

辨别：

辨病：根据“发热、咽喉疼痛后出现皮肤瘙痒、溃破，眼睑及全身浮肿，大便干结”，初步诊断为“水肿（阳水）”，需与“丹毒”（皮肤红肿热痛，无全身浮肿）鉴别；

辨证：根据“皮肤瘙痒、溃破（热邪），浮肿（水湿），大便干结（热结），舌红苔黄腻、脉滑数”，辨证为“湿热壅盛证”，需与“风水相搏证”（多有恶寒发热、脉浮）鉴别。

64. 治疗方案（腰以下肿甚，按之凹陷不易起等症）

症候判断：脾阳虚衰证

治法：健脾温阳利水

代表方：实脾饮加减

药物组成：干姜、附子（温阳散寒）、白术、茯苓、炙甘草（健脾益气利水）、木瓜（除湿和中）、大腹皮（行气利水）、厚朴、木香（理气健脾）、草果（温中燥湿）

加减：

若气短乏力明显，加人参、黄芪增强健脾益气之功；

若小便短少甚者，加猪苓、泽泻增加利水之力；

若脘腹胀闷明显，加陈皮、砂仁理气和胃；

其他疗法：

艾灸：选取脾俞、肾俞、足三里、三阴交等穴位，温灸以温阳健脾；

饮食调理：忌食生冷油腻食物，可食用山药粥、莲子粥等健脾食物。

第二部分 岗位专业知识 (西医临床岗)

(共 4 题, 参考时限 60 分钟)

65.王医生误诊的主要原因

病史采集不完整: 王医生仅询问了“吐血”症状, 未详细追问“吐血”的性质(如颜色、量、伴随症状), 患者补充病史“近 1 月发热、右侧胸痛、夜间盗汗、消瘦、乏力”未被早期采集, 导致遗漏结核的重要线索;

症状鉴别诊断不充分: 王医生未区分“咯血”与“呕血”(上消化道出血多为呕血, 颜色暗红或咖啡色, 伴黑便; 咯血多为鲜红色, 伴咳嗽、胸痛), 患者早期“吐血”可能已为咯血, 误诊为上消化道出血;

辅助检查不完善: 仅急查血常规(正常), 未根据“吐血”症状进行针对性检查(如胸部 X 线、胃镜), 尤其是患者有“发热、盗汗、消瘦”等全身症状时, 未及时排查结核等疾病;

临床思维局限: 仅考虑常见的“上消化道出血”, 未考虑“咯血”的可能病因(如肺结核、支气管扩张、肺癌), 尤其是患者有结核中毒症状(低热、盗汗、消瘦)时, 未拓展诊断思路。

66.鉴别咯血和呕血(略)

67.肝功能检查异常、最可能诊断及进一步检查

(1) 肝功能异常指标:

胆红素升高: 总胆红素 58MMOL/L (正常 3.40-20.30), 直接胆红素 42MMOL/L (正常 0.00-7.10), 以直接胆红素升高为主, 提示“胆汁淤积性黄疸”;

转氨酶升高: 谷丙转氨酶 50IU/L (正常 5-44), 谷草转氨酶 45IU/L (正常 5-40), 轻度升高, 提示肝细胞轻度损伤;

碱性磷酸酶升高: 321IU/L (正常 15-121), 显著升高, 碱性磷酸酶主要来自肝胆系统, 升高提示胆汁淤积;

谷氨氨转氨酶升高: 35IU/L (正常 4-36), 接近上限, 进一步支持胆汁淤积;

甘油三酯升高: 1.73MMOL/L (正常 0.55-1.71), 轻度升高, 可能与胆汁淤积影响脂类代谢有关。

(2) 最可能诊断

急性胆囊炎合并胆汁淤积(患者有“上腹痛、阵发性绞痛”, 胆囊炎导致胆汁排泄不畅, 引起胆汁淤积性黄疸), 需与“胆管结石、胰腺癌、病毒性肝炎”鉴别。

(3) 进一步检查:

影像学检查: 腹部超声(首选), 观察胆囊大小、壁厚度、是否有结石, 胆管是否扩张; 必要时行腹部 CT 或 MRCP(磁共振胰胆管成像), 明确胆管是否有梗阻;

实验室检查: 血常规(判断是否有感染, 如白细胞升高)、C 反应蛋白(炎症指标)、淀粉酶(排除胰腺炎)、病毒性肝炎标志物(排除肝炎)、肿瘤标志物(如 CA19-9、CEA, 排除胰腺癌、胆管癌);

其他: 必要时行 ERCP(内镜逆行胰胆管造影), 明确胆管梗阻部位并进行治疗。

68.术前谈话内容(症状加重需急诊手术)

(1) 病情现状与手术必要性

清晰告知患者及家属: 目前患者因“急性胆囊炎合并胆汁淤积”症状加重(如阵发性绞痛加剧、黄疸可能加深), 保守治疗效果不佳, 若不及时手术, 可能出现胆囊穿孔、急性化脓性胆管炎、感染性休克等严重并发症, 甚至危及生命。

解释手术的核心目的: 解除胆囊梗阻、清除感染病灶、恢复胆汁排泄, 缓解疼痛并预防并发症。

(2) 手术方案说明

明确手术方式：以“腹腔镜胆囊切除术”为首选（若患者存在腹腔镜手术禁忌证，如严重腹腔粘连，则选择“开腹胆囊切除术”）。

简要介绍手术流程：包括麻醉方式（全身麻醉）、手术时长（通常 1-2 小时，具体视术中情况而定）、手术切口（腹腔镜手术为 3-4 个 0.5-1CM 小切口，开腹手术为右上腹约 5-8CM 切口）。

（3）手术风险告知（客观且全面，避免遗漏关键风险）

麻醉相关风险：如麻醉药物过敏（可能出现皮疹、喉头水肿、过敏性休克）、呼吸抑制、心脑血管意外（如心肌梗死、脑卒中）等，虽发生率低，但需明确提及。

手术操作相关风险：

出血：术中可能损伤胆囊动脉或周围血管，导致大出血，严重时需输血甚至二次手术止血；

胆瘘：手术中胆囊管结扎不牢固或胆管损伤，可能导致胆汁漏入腹腔，引发腹膜炎，需放置引流管或二次手术修复；

邻近器官损伤：如损伤十二指肠、结肠、肝脏等，多因解剖结构异常或炎症粘连严重所致，可能需同期修复；

切口感染：术后切口可能出现红肿、渗液、化脓，需加强换药，严重时需切开引流。

术后并发症风险：如术后肠粘连（可能导致腹痛、腹胀、肠梗阻）、消化不良（短期内因胆囊缺失，脂肪消化功能受影响，出现腹泻、脂肪泻）等。

（4）术后注意事项

饮食指导：术后 6 小时禁食禁水，待胃肠功能恢复（肛门排气后）可逐步过渡饮食，从流质（如米汤、藕粉）到半流质（如粥、烂面条），再到普通饮食，1-3 个月内避免高脂、油炸食物，减轻肠道负担。

活动指导：术后早期（24-48 小时内）可在床上翻身、活动四肢，术后 1-2 天可下床轻微活动（如散步），避免剧烈运动或重体力劳动，促进胃肠功能恢复并预防肠粘连。

伤口护理：保持手术切口清洁干燥，避免沾水，若出现切口红肿、疼痛加剧、渗液等异常，需及时告知医护人员。

复查安排：术后 1-2 周复查肝功能、腹部超声，评估胆汁排泄情况及切口愈合情况；若出现持续腹痛、黄疸、发热等症状，需立即就诊。

（5）医患沟通与知情同意

主动询问患者及家属是否有疑问，耐心解答关于手术、风险、术后恢复的各类问题，避免使用专业术语堆砌，确保沟通通俗易懂。

明确告知患者及家属：手术方案虽为当前最优选择，但医疗存在不确定性，无法完全规避风险，需家属充分理解并共同承担决策责任。

指导患者及家属签署《手术知情同意书》《麻醉知情同意书》等法律文件，确保整个谈话过程有完整记录（如病历书写、谈话录音录像，按医院规定执行），保障医患双方权益。

第二部分 岗位专业知识 (药剂岗)

(共 4 题, 参考时限 60 分钟)

69. 导致不良反应的物质、组成及主要来源

(1) 致病物质: 热原 (PYROGEN), 又称内毒素, 是导致输液不良反应 (如畏寒、寒战、体温升高、恶心呕吐) 的核心物质, 即使输液无菌和澄度合格, 若存在热原, 仍会引发 “热原反应”。

(2) 物质组成: 热原的主要成分是脂多糖 (LPS), 由革兰氏阴性细菌 (如大肠杆菌、绿脓杆菌、变形杆菌等) 的细胞壁破碎后释放, 其结构包括三部分:

脂质 A: 是热原的毒性中心, 决定热原的致热活性, 可刺激机体产生发热、寒战等反应;

核心多糖: 为细菌属特异性成分, 维持脂多糖的结构稳定性;

O-特异性多糖: 位于脂多糖最外层, 与细菌的抗原性相关。

(3) 主要来源

原料与辅料污染: 输液中使用的注射用水、葡萄糖、氯化钠等原料, 若生产过程中被革兰氏阴性细菌污染, 细菌繁殖并释放热原, 会直接导致输液带热原; 辅料 (如稳定剂、PH 调节剂) 若储存不当 (如受潮、包装破损), 也可能被微生物污染产生热原。

生产过程污染:

生产环境: 输液生产的洁净区 (如配料间、灌封间) 若空气洁净度不达标 (如悬浮微生物数量超标), 细菌可能落入输液中;

设备与器具: 生产所用的管道、储罐、滤器等若清洗不彻底、灭菌不严格 (如灭菌温度不足、时间不够), 残留的细菌会产生热原;

操作人员: 操作人员手部消毒不彻底、穿戴的无菌服不符合要求, 可能将微生物带入生产环境, 污染输液。

包装与储存污染: 输液瓶 (或输液袋)、胶塞等包装材料若灭菌不彻底, 或储存过程中包装破损 (如瓶盖松动、袋体渗漏), 外界微生物可能侵入并产生热原; 此外, 输液储存时间过长 (超过有效期), 即使初始无菌, 也可能因包装微小破损导致微生物滋生。

临床使用污染: 临床配液时, 若无菌操作不规范 (如未在有菌操作台进行、注射器重复使用、配液后放置时间过长), 空气中的微生物可能污染输液, 产生热原。

70. 热原的特点及去除方法

(1) 热原的核心特点

耐热性强: 热原在 100℃ 煮沸 1 小时仍不被破坏, 121℃ 高压蒸汽灭菌 20-30 分钟也难以完全去除, 需 180℃ 干热灭菌 2 小时或 250℃ 干热灭菌 45 分钟才能彻底破坏, 这是热原难以去除的关键原因。

水溶性好: 热原 (脂多糖) 易溶于水, 可随水分子扩散到输液中, 即使是少量热原也能均匀分散在输液中, 引发不良反应。

滤过性: 热原的分子量较大 (约 1×10^6 - 5×10^6 DA), 但体积较小 (约 1-5NM), 普通的滤纸或纱布无法截留, 需使用孔径 $\leq 0.22 \mu\text{m}$ 的微孔滤膜才能有效滤除 (但仍需结合其他方法, 避免滤膜破损导致热原泄漏)。

稳定性高: 热原对强酸、强碱、强氧化剂 (如高锰酸钾、过氧化氢) 敏感, 但对弱酸、弱碱、乙醇、乙醚等常用消毒剂耐受性强, 常规消毒方法难以破坏。

致热性强: 热原的致热活性极高, 即使输液中含有 $0.001 \mu\text{g/mL}$ 的热原, 也能引发人体明显的热原反应 (如体温升高 1℃ 以上)。

(2) 热原的去除方法 (至少四种)

1.高温法 (干热灭菌法): 适用于耐高温的玻璃器皿 (如输液瓶、注射器)、金属器具 (如配液罐), 将器具置于 180℃干热灭菌箱中加热 2 小时, 或 250℃加热 45 分钟, 可彻底破坏热原; 但不适用于输液成品 (高温会导致药液变质、有效成分分解)。

2.滤过法 (微孔滤膜滤过): 在输液生产的灌封前, 使用孔径为 0.22 μ M 的微孔滤膜 (如聚醚砜膜、醋酸纤维素膜) 进行终端滤过, 可截留热原 (因热原体积大于滤膜孔径); 需注意滤膜的完整性 (如使用前进行气泡点试验), 避免滤膜破损导致热原漏过。

3.吸附法 (活性炭吸附): 在输液配液过程中, 加入 0.1%-0.5% 的针用活性炭 (需符合药用标准, 无毒性、无杂质), 搅拌 30 分钟以上, 活性炭可通过物理吸附作用吸附热原 (脂多糖), 随后通过滤过 (如砂滤棒、微孔滤膜) 去除活性炭; 适用于对活性炭不敏感的药液 (如葡萄糖注射液、氯化钠注射液), 避免活性炭吸附药液中的有效成分。

4.离子交换法: 利用离子交换树脂 (如阳离子交换树脂 732、阴离子交换树脂 717) 的离子交换作用去除热原, 热原的脂多糖带有负电荷, 可与阴离子交换树脂结合, 从而被截留; 适用于注射用水的制备或药液的纯化, 需注意树脂的再生与灭菌, 避免树脂本身引入杂质。

5.反渗透法: 利用反渗透膜 (如醋酸纤维素膜、聚酰胺膜) 的半透性, 在高压下使水分子透过膜, 而热原 (因分子量大、带电荷) 被截留, 可用于注射用水的制备, 尤其适用于大规模生产, 能有效去除热原及其他微生物、杂质。

71.推荐 5 岁患儿张某家长购买的布洛芬剂型及理由

推荐剂型: 布洛芬混悬剂 (如布洛芬混悬液、布洛芬滴剂)

推荐理由:

剂量精准, 适合儿童: 5 岁儿童处于生长发育阶段, 体重差异较大, 对药物剂量的要求严格 (需按体重计算, 通常为 5-10MG/KG/ 次)。布洛芬混悬剂配有专用量杯或滴管, 可根据患儿体重精确量取剂量 (如 2ML、3ML), 避免因剂量不足导致退热效果不佳, 或剂量过大引发不良反应 (如胃肠道刺激、肝肾功能损伤); 而布洛芬片剂 (通常为 0.1G / 片、0.2G / 片) 需拆分服用, 儿童难以精确控制剂量 (如拆分后的片剂重量不均), 易导致剂量误差。

口感良好, 依从性高: 儿童对药物口感敏感, 布洛芬混悬剂多添加甜味剂 (如蔗糖、阿司帕坦)、香精 (如草莓味、橙子味), 口感酸甜, 易于被儿童接受, 减少喂药时的抗拒; 而布洛芬片剂口感苦涩, 儿童吞咽困难, 可能出现呕吐、哭闹, 影响用药依从性, 甚至导致用药中断。

吸收迅速, 退热起效快: 混悬剂为液体剂型, 药物以微小颗粒分散在液体中, 进入胃肠道后可快速溶解、吸收, 通常服药后 30 分钟 - 1 小时即可发挥退热作用, 能及时缓解患儿高热症状; 片剂需在胃肠道内崩解、溶解后才能吸收, 崩解过程受片剂硬度、胃肠道蠕动等因素影响, 吸收速度较慢, 退热起效时间相对较长 (约 1-2 小时), 不适用于儿童突发高热的紧急退热需求。

胃肠道刺激小: 儿童胃肠道黏膜娇嫩, 对药物的刺激性较为敏感。布洛芬混悬剂药物颗粒分散均匀, 与胃肠道黏膜的接触面积相对较小, 且部分混悬剂添加了胃黏膜保护成分 (如氢氧化铝), 可减少药物对胃肠道的刺激; 而片剂崩解后药物浓度局部较高, 可能对胃肠道黏膜产生较强刺激, 增加恶心、呕吐、胃痛等不良反应的发生风险。

72.推荐 25 岁患者李某治疗痛经的布洛芬剂型及理由

推荐剂型: 布洛芬片剂 (或布洛芬胶囊, 两者剂型特点相似, 以片剂为例)

推荐理由:

剂量固定, 使用方便: 25 岁成年女性体重相对稳定, 痛经治疗的布洛芬常规剂量明确 (如 0.2G / 次, 每 4-6 小时一次, 24 小时不超过 4 次), 布洛芬片剂 (0.2G / 片) 剂量固定, 无需额外量取, 患者可直接按说明书服用, 操作简单; 而布洛芬混悬剂需按剂量量取, 成年患者单次服用剂量较大 (如 10-20ML),

服用不便，且混悬剂多为儿童设计，成人使用性价比低。

作用持久，适合痛经周期治疗：痛经多持续数小时至 1-2 天，布洛芬片剂进入体内后，药物释放缓慢（部分为缓释片剂，如布洛芬缓释片，作用可持续 12 小时），能维持较长时间的血药浓度，有效缓解痛经症状（如腹部绞痛、腰骶部酸痛），减少服药次数（如缓释片每日仅需服用 2 次），提高患者用药便利性；而布洛芬混悬剂作用时间较短（约 4-6 小时），需频繁服药，不利于患者日常工作或生活。

胃肠道耐受性好，适合成年患者：成年女性胃肠道功能相对成熟，对布洛芬片剂的耐受性较好，只要按剂量服用（饭后服用可进一步减少刺激），恶心、胃痛等不良反应的发生率较低；且片剂不含或含少量甜味剂、香精，避免了混悬剂中甜味剂可能引起的胃部不适（如腹胀、反酸），更适合成年患者长期或周期性使用（如每月痛经时服用）。

储存方便，易于携带：布洛芬片剂包装多为铝塑泡罩包装，密封性好，不易受外界环境影响（如温度、湿度），储存时间长（有效期通常为 2-3 年）；且片剂体积小、重量轻，患者可随身携带（如放入钱包、手提包），在痛经突发时及时服用，而混悬剂多为瓶装，体积较大，携带不便，且开封后需冷藏保存（避免微生物污染），储存条件较为严格。

第二部分 岗位专业知识 (护理岗)

(共 2 题, 参考时限 60 分钟)

73. 医疗诊断及护理诊断

一、医疗诊断: 急性肠梗阻 (机械性肠梗阻, 可能为粘连性肠梗阻, 依据: 患者有腹部手术史, 运动后突发阵发性腹痛、频繁恶心呕吐 (呕吐物初为绿色, 后为粪臭味)、腹胀、停止排气排便, 腹部立位平片示 “散在气液平面、胀气扩大肠袢”, 血常规示白细胞及中性粒细胞升高 (感染征象))

二、护理诊断 (按优先顺序排列)

疼痛: 腹痛 与肠管梗阻、肠管蠕动异常 (痉挛) 有关

证据: 患者主诉阵发性绞痛, 痛苦貌, 腹部触诊有压痛。

体液不足 与频繁呕吐、禁食、肠管积液 (梗阻导致液体无法吸收) 有关

证据: 患者诉口渴、乏力, 皮肤干燥、弹性稍差, 血压 85/55MMHG (偏低), 心率 100 次/分 (偏快), 大便未解 (肠道吸收功能障碍)。

营养失调: 低于机体需要量 与禁食、呕吐导致营养摄入不足有关

证据: 患者发病 10 小时, 期间禁食, 呕吐物为胃内容物, 无法正常摄入营养。

焦虑 与病情突发、疼痛剧烈、担心手术及预后有关

证据: 患者神志清楚, 精神萎靡, 痛苦貌, 表示 “愿意接受任何治疗以尽快缓解病情” (隐含焦虑情绪)。

有感染的风险 与肠管梗阻导致肠黏膜缺血坏死、肠道细菌移位有关

证据: 血常规示白细胞 $21.5 \times 10^9 / L$ 、中性粒细胞 88.1% (提示感染), 腹部有压痛、反跳痛 (腹膜刺激征早期表现)。

知识缺乏: 缺乏肠梗阻的疾病知识及术前术后护理知识 与患者为大学生, 首次发病, 未接受过相关教育有关

证据: 患者发病后先在校医院治疗, 未及时就诊, 对病情严重程度认知不足。

74. 手术前及手术后的护理措施

一、手术前护理措施

(1) 病情观察与监测

生命体征监测: 每 30 分钟 - 1 小时测量体温、脉搏、呼吸、血压, 密切关注血压变化 (避免休克加重), 若血压持续下降 (如 $< 80/50\text{MMHG}$)、心率 > 120 次 / 分, 立即报告医生;

腹痛与腹部体征观察: 记录腹痛的部位、性质、程度、发作频率, 观察腹部是否有肠型、蠕动波, 触诊压痛、反跳痛、腹肌紧张情况, 若腹痛加剧、范围扩大, 提示病情加重 (如肠绞窄);

呕吐与排气排便观察: 记录呕吐物的颜色、量、性质 (如绿色为胆汁, 粪臭味为低位肠梗阻), 观察是否有排气排便, 若呕吐物带血、肛门排出暗红色血便, 提示肠管缺血坏死;

实验室指标监测: 定期复查血常规、电解质 (如血钾、血钠、血氯)、血气分析, 评估感染程度及体液失衡情况, 及时纠正低钾血症、低钠血症 (避免心律失常、肠麻痹)。

(2) 缓解疼痛

体位护理: 协助患者取半卧位或屈膝仰卧位, 减轻腹部张力, 缓解疼痛;

禁食禁饮与胃肠减压: 立即给予禁食禁饮, 插入胃管进行胃肠减压, 持续负压吸引, 吸出胃肠道内的气体和液体, 减轻腹胀和肠管压力, 缓解疼痛; 保持胃管通畅, 定期挤压胃管, 观察引流液的颜色、量、性质, 若引流液突然减少或中断, 检查胃管是否堵塞或脱出;

用药护理: 遵医嘱给予解痉止痛药 (如阿托品、山莨菪碱), 禁止使用吗啡类止痛药 (掩盖病情, 延

误肠绞窄的判断)，用药后观察疼痛缓解情况及不良反应（如口干、面红、心率加快）。

（3）纠正体液不足与营养支持

静脉补液：遵医嘱快速静脉输注平衡盐溶液（如复方氯化钠溶液）、葡萄糖溶液，补充血容量，纠正脱水；根据电解质检查结果，补充氯化钾、氯化钠，维持水电解质平衡；

营养支持：因患者禁食，术前可遵医嘱给予肠外营养（如脂肪乳、氨基酸），提供能量，增强机体抵抗力，避免营养不良影响术后恢复。

（4）心理护理

沟通与解释：向患者及家属详细说明病情严重程度、手术的必要性及手术流程，用通俗易懂的语言解释治疗措施（如胃肠减压的目的），减轻患者的焦虑和恐惧；

情感支持：多陪伴患者，倾听其主诉，给予安慰和鼓励，告知患者术后恢复情况，增强其治疗信心。

（5）术前准备

皮肤准备：术前 1 天清洁手术区域皮肤（如腹部），剃除毛发，避免皮肤破损，预防术后切口感染；

肠道准备：遵医嘱给予肥皂水灌肠（若为不完全性肠梗阻），清除肠道内粪便，减少术后腹胀和感染风险；若为完全性肠梗阻，禁止灌肠（避免肠管破裂）；

其他准备：术前禁食 8 小时、禁饮 4 小时，遵医嘱给予术前用药（如镇静剂、抗生素），准备好手术所需的病历、影像学资料（如腹部平片），护送患者至手术室。

二、手术后护理措施

（1）病情监测与生命支持

术后监护：术后转入普通病房或 ICU（根据病情），每 15-30 分钟测量生命体征一次，待生命体征平稳后改为每 1-2 小时一次，持续 24-48 小时；密切观察患者意识、面色、皮肤温度，若出现面色苍白、四肢湿冷、血压下降，提示可能有术后出血；

切口与引流管护理：观察手术切口有无渗血、渗液，保持切口敷料清洁干燥，若敷料渗湿及时更换；妥善固定腹腔引流管（若放置），记录引流液的颜色、量、性质，术后早期引流液为淡血性，逐渐转为淡黄色，若引流液突然增多、颜色鲜红或出现脓性液体，提示切口出血或感染，立即报告医生；保持引流管通畅，避免扭曲、受压、脱出。

（2）胃肠功能恢复护理

胃肠减压护理：术后继续保留胃管，待肠蠕动恢复（肛门排气后）方可拔除；期间保持胃管通畅，观察引流液情况，拔管前先夹闭胃管 24 小时，若患者无腹胀、腹痛、呕吐，即可拔管；

饮食指导：拔管后开始进食，遵循“流质→半流质→普通饮食”的原则，先给予米汤、稀藕粉，无不适再过渡到粥、烂面条，逐渐增加食量，避免食用产气食物（如牛奶、豆浆）和高脂食物，促进胃肠功能恢复；

活动指导：术后 6 小时协助患者翻身，术后 1-2 天鼓励患者下床活动（如床边站立、缓慢行走），根据患者耐受情况逐渐增加活动量，促进肠蠕动，预防肠粘连和深静脉血栓。

（3）疼痛与并发症护理

疼痛护理：术后疼痛明显时，遵医嘱给予非甾体类止痛药（如布洛芬、对乙酰氨基酚）或阿片类止痛药（如哌替啶，短期使用），评估疼痛缓解情况，避免长期使用导致药物依赖；

（4）并发症预防与护理：

切口感染：观察切口有无红肿、热痛、渗液，遵医嘱使用抗生素，若出现切口感染，及时拆除缝线，进行引流换药；

肠粘连：鼓励患者早期下床活动，必要时遵医嘱给予腹部热敷或按摩，促进肠蠕动，减少肠粘连发生；

肺部感染：指导患者深呼吸、有效咳嗽，定时翻身拍背，协助患者咳出痰液，若患者咳痰无力，给予

雾化吸入 (如生理盐水 + 氨溴索), 稀释痰液, 预防肺部感染。

(5) 心理护理与健康教育

心理支持: 术后告知患者手术成功情况, 鼓励患者积极配合康复治疗, 若患者出现焦虑 (如担心术后恢复), 及时沟通, 解答疑问;

健康教育: 向患者及家属讲解肠梗阻的常见诱因 (如腹部手术后饮食不当、剧烈运动), 指导患者术后避免暴饮暴食, 进食细嚼慢咽, 避免饭后立即剧烈运动; 告知患者术后复查时间 (如术后 1-2 周复查腹部超声), 若出现腹痛、腹胀、停止排气排便等症状, 及时就诊。

第二部分 岗位专业知识 (医学技术岗)

(共 2 题, 参考时限 60 分钟)

75. 作为途经医护人员的初步急救措施 (心肺复苏流程)

(1) 评估现场环境安全

快速观察现场是否存在危险 (如车辆、漏电、高空坠物等), 确保自身和患者安全后再进行急救, 避免二次伤害。

(2) 判断患者意识与生命体征

意识判断: 轻拍患者双肩, 呼喊 “先生, 您还好吗?”, 观察患者是否有睁眼、应答、肢体活动, 若无反应, 提示意识丧失;

呼吸与脉搏判断: 靠近患者口鼻, 感受是否有气流 (如面颊感觉气流、观察胸廓起伏), 同时触摸患者颈动脉 (位于气管两侧, 喉结旁开 2CM 处), 判断是否有搏动, 观察时间不超过 10 秒; 若患者无呼吸或仅有濒死喘息、无颈动脉搏动, 立即启动心肺复苏。

(3) 呼救与获取急救设备

立即呼喊周围路人协助: “快来人帮忙! 这里有人晕倒了! 请帮忙拨打 120 急救电话, 找附近的 AED (自动体外除颤仪)!”, 明确告知路人拨打急救电话的内容 (如地点、患者情况), 并让路人打完电话后返回告知急救车到达时间;

若现场有 AED, 让路人快速取来, 若没有, 继续进行徒手心肺复苏。

(4) 徒手心肺复苏 (CPR), 按 “C-A-B” 顺序进行

C (胸外按压):

体位: 将患者仰卧于坚硬平坦的地面 (如水泥地、木板, 避免柔软床垫), 解开患者上衣 (如领带、腰带), 暴露胸部;

按压位置: 双手掌心向下交叠, 放在患者两乳头连线中点 (胸骨中下段 1/3 处);

按压姿势: 急救者双膝跪地, 身体前倾, 双臂垂直于患者胸部, 用上半身力量按压;

按压深度与频率: 按压深度 5-6CM (成人), 按压频率 100-120 次 / 分, 每次按压后确保胸廓完全回弹 (避免按压间隙胸内压过高, 影响血液回流), 按压与回弹时间相等;

A (开放气道):

清除口腔异物: 用手指 (食指、中指) 伸入患者口腔, 清除可见的异物 (如假牙、食物残渣), 避免堵塞气道;

仰头提颏法: 一手置于患者前额, 用力向后压使头部后仰, 另一手托起患者下颌, 使下颌尖与耳垂连线垂直于地面, 打开气道 (避免头部过度后仰导致颈椎损伤, 若怀疑颈椎损伤, 采用托颌法);

B (人工呼吸):

捏住患者鼻子: 用拇指和食指捏住患者鼻翼, 避免吹气时气体从鼻腔漏出;

口对口吹气: 急救者先正常吸气, 用嘴唇完全包裹患者嘴唇, 缓慢吹气 (时间约 1 秒), 观察患者胸廓是否起伏, 确保吹气有效; 吹气后松开捏住鼻子的手, 让患者胸廓自然回弹, 排出气体;

呼吸频率: 每进行 30 次胸外按压, 进行 2 次人工呼吸, 循环进行, 避免过度通气 (每次吹气潮气量 500-600ML, 约 5-6ML/KG)。

(5) AED 使用 (若获取到 AED)

打开 AED: 按 AED 上的电源按钮, 遵循语音提示操作 (AED 多为全自动或半自动, 语音会指导下一步);

粘贴电极片: 将 AED 配备的电极片按说明粘贴在患者胸部 (一片贴于右锁骨下, 一片贴于左乳头外

侧), 确保电极片与皮肤紧密接触 (若患者胸部有毛发, 用 AED 配备的剃刀剃除);

分析心律: 让所有人远离患者, AED 自动分析患者心律, 若提示 “建议除颤”, 再次确认所有人远离患者后, 按除颤按钮进行除颤; 除颤后立即恢复胸外按压, 无需等待患者意识恢复; 若 AED 提示 “不建议除颤”, 继续进行胸外按压和人工呼吸, 直到急救车到达。

(6) 持续急救与转运准备

持续进行心肺复苏, 直到患者恢复意识、呼吸和脉搏, 或急救车到达;

急救车到达后, 向急救人员详细告知患者发病时间、急救措施 (如按压次数、人工呼吸次数、是否除颤)、患者反应, 协助将患者转运至医院。

76. 救护车到达后的进一步救护措施

(1) 高级气道建立与通气支持

气管插管: 由专业医护人员 (如急救医生、麻醉医生) 进行气管插管, 插入带气囊的气管导管, 连接呼吸机或球囊面罩, 给予机械通气 (潮气量 6-8ML/KG, 呼吸频率 10-12 次 / 分, 吸入氧浓度 100%), 确保气道通畅, 改善氧合;

气道管理: 固定气管导管, 避免脱出, 定期吸痰 (每次吸痰时间不超过 15 秒), 清除气道分泌物, 维持气道通畅; 监测呼气末二氧化碳分压 (PETCO₂), 评估气管插管位置是否正确及通气效果 (PETCO₂ 正常范围 35-45MMHG)。

(2) 循环支持与药物治疗

静脉通路建立: 立即建立 2 条以上外周静脉通路 (如肘正中静脉、颈外静脉), 或进行中心静脉穿刺 (如颈内静脉、锁骨下静脉), 用于输注药物和液体;

药物治疗:

肾上腺素: 若患者仍无自主循环 (无脉搏、血压), 遵医嘱静脉推注肾上腺素 1MG, 每 3-5 分钟重复一次, 促进血管收缩, 升高血压, 改善心肌灌注;

抗心律失常药物: 若 AED 提示室颤或无脉性室速, 除颤后仍无自主循环, 遵医嘱静脉推注胺碘酮 (首次 150MG, 稀释后缓慢推注) 或多利卡因 (首次 1MG/KG), 纠正心律失常;

液体复苏: 若患者血压偏低 (如收缩压 < 90MMHG), 遵医嘱快速输注平衡盐溶液 (如乳酸林格氏液), 补充血容量, 改善组织灌注, 避免低血压加重脑损伤;

循环监测: 持续监测心电图 (观察心律变化)、有创动脉血压 (实时监测血压, 指导补液和用药)、中心静脉压 (CVP, 评估血容量和心功能, 正常范围 5-12CMH₂O)、血氧饱和度 (SPO₂, 维持 SPO₂ > 94%)。

(3) 病因排查与针对性治疗

初步检查: 进行床旁心电图 (排查急性心肌梗死, 若提示心梗, 遵医嘱给予阿司匹林、氯吡格雷嚼服, 准备后续再灌注治疗)、床旁超声 (评估心脏结构和功能, 排查心包填塞、心力衰竭)、血糖检测 (排查低血糖, 若血糖 < 3.9MMOL/L, 立即静脉推注 50% 葡萄糖溶液 40-60ML);

实验室检查: 采集静脉血进行血常规 (排查感染、贫血)、电解质 (排查低钾血症、高钾血症导致的心律失常)、心肌酶谱 (排查心肌损伤)、动脉血气分析 (评估酸碱失衡和氧合情况, 及时纠正酸中毒, 若 PH < 7.2, 遵医嘱静脉输注碳酸氢钠);

针对性治疗: 根据病因排查结果进行治疗, 如急性心肌梗死患者转运至医院后进行 PCI (经皮冠状动脉介入治疗), 心包填塞患者进行心包穿刺引流, 感染性休克患者给予广谱抗生素等。

(4) 脑保护与并发症预防

脑保护措施: 给予冰帽或头部降温 (维持体温 32-34℃, 亚低温治疗), 降低脑代谢率, 减少脑氧耗,

保护脑细胞；避免过度通气（ PETCO_2 维持在 35-45MMHG，过度通气导致脑血管收缩，加重脑缺血）；
并发症预防：

预防误吸：保持患者头部偏向一侧，及时清除口腔分泌物，气管插管患者定期吸痰，避免呕吐物或分泌物吸入肺部导致吸入性肺炎；

预防压疮：定时翻身（每 2 小时一次），垫气垫床，避免局部皮肤长期受压；

预防深静脉血栓：给予下肢弹力袜或气压治疗，促进下肢血液循环，避免长期卧床导致深静脉血栓形成。

（5）转运与院内交接

转运准备：确保所有管路（气管导管、静脉通路、引流管）固定牢固，生命体征监测设备（心电图、血压监测仪、血氧仪）正常工作，备好急救药物和设备（如除颤仪、球囊面罩），防止转运过程中出现意外；

院内交接：到达医院后，向急诊科医护人员详细交接患者病情（发病时间、急救措施、检查结果、用药情况），协助将患者转运至抢救室或 ICU，继续进一步治疗。

第二部分 岗位专业知识（公共卫生管理岗）

（共 4 题，参考时限 60 分钟）

77.前后两家医院的医疗行为是否存在过失及理由

一、第一家医院（首诊医院）：无明显医疗过失，但存在流程优化空间

无过失理由：

诊断基本准确：患者因“腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便”就诊，有腹部手术史（粘连性肠梗阻高危因素），首诊医院诊断为“肠梗阻并发胰腺炎”，虽未明确“粘连性肠梗阻”，但核心诊断“肠梗阻”正确，符合患者临床表现；

处置符合紧急情况原则：医院突遭停电，无法进行手术，在征得患方同意后，让患者带着胃肠减压管迅速转院，避免因停电导致治疗延误，尽到了紧急情况下的转诊义务；

转诊告知义务履行：转诊时告知患者需立即手术，明确了病情紧急性，且携带胃肠减压管（维持基本治疗），为后续治疗提供了基础。

流程优化空间：转诊时未详细书写转诊记录（如患者的具体症状、体征、检查结果、初步治疗措施），可能导致后续医院对病情的了解不全面，但不构成医疗过失。

二、第二家医院（医大附院）：存在明显医疗过失，理由如下：

（1）病情评估不充分，延误手术时机。

患者转入时“腹略膨隆，可见肠型蠕动波，中腹部有压痛，肠鸣音亢进，腹部立位平片示左中下腹部肠管积气、中腹部较大液平面，血常规示白细胞及中性粒细胞升高”，符合“粘连性肠梗阻（不完全性）”诊断，且有手术指征（有腹部手术史、症状反复发作、保守治疗可能无效）；

患者家属提出“非手术治疗”，医方未充分评估病情风险（如肠梗阻可能进展为完全性肠梗阻、肠绞窄），仅“尊重患方意见”暂行非手术治疗，未向家属充分告知非手术治疗的风险（如肠坏死、感染性休克），违反了“医疗告知义务”。

（2）病情监测不到位，未及时处理病情变化。

当天夜间家属反映“患者腹痛加剧，呕吐物咖啡状”（提示肠管缺血坏死，呕吐物带血），值班医生未足够重视，未进行床旁查体（如腹部触诊、听诊），未复查血常规、腹部平片，未请示上级医生，错过了早期发现肠绞窄的时机；

直到次日 9 时主治医师查房，患者已出现“意识模糊、呼吸急促、血压下降、腹壁肌紧张、明显压痛反跳痛、肠鸣音消失”（感染性休克、弥漫性腹膜炎表现），此时肠管已大部分坏死，延误了最佳手术时机。

（3）医疗决策不规范，违反诊疗常规

根据《肠梗阻诊疗指南》，粘连性肠梗阻患者若出现“腹痛加剧、呕吐物带血、白细胞升高、腹膜刺激征”，提示肠绞窄，需立即手术治疗，医方在患者出现上述症状时未及时手术，违反了诊疗常规；

医方在患者家属提出非手术治疗时，未坚持“医疗专业判断优先”原则，未通过沟通让家属理解手术的必要性，反而妥协接受非手术治疗，导致病情恶化，构成“医疗过失”。

78.患方提出“非手术治疗”能否成为医方免责的理由

（1）结论：不能成为医方免责的理由

（2）理由如下：

①医疗告知义务未充分履行，患方“知情同意”不成立。

医方在接受患方“非手术治疗”请求前，未向患方充分告知“非手术治疗的风险”（如肠管缺血坏死、感染性休克、死亡）及“手术治疗的必要性和获益”（如解除梗阻、预防并发症），也未告知“病情

进展后的应对措施”；

患方提出非手术治疗的前提是“对病情风险认知不足”，医方未进行有效沟通和风险提示，导致患方的选择并非基于“充分知情”，因此患方的请求不能构成医方免责的依据。

②医疗专业判断优先于患方意见，医方需承担专业责任。

根据《医师法》《医疗纠纷预防和处理条例》，医生在诊疗活动中需基于专业知识和诊疗规范做出判断，当患方意见与专业判断冲突时，医生有义务向患方解释说明，若患方坚持错误意见，医生需记录在案，但仍需以患者安全为首要原则；

本案中，患者转入时已有手术指征，非手术治疗风险较高，医方未坚持专业判断，反而妥协接受患方意见，未采取积极的诊疗措施（如进一步检查、请示上级医生），属于“未履行专业诊疗义务”，不能以患方意见为由免责。

③病情变化后的处理不当，与患方意见无关。

即使患方初始同意非手术治疗，当患者夜间出现“腹痛加剧、呕吐物咖啡状”等病情恶化表现时，医方有义务立即评估病情，采取紧急措施（如手术），而非因患方初始意见而忽视病情变化；

值班医生未及时处理病情变化，是导致患者肠管坏死的直接原因之一，该过失与患方提出的“非手术治疗”无关，医方需对此承担责任。

④法律层面：患方意见不能免除医方的过错责任。

根据《民法典》第一千二百一十八条，医疗损害责任的构成需满足“医疗机构或医务人员有过错、过错与损害后果有因果关系”；

本案中，医方的过错（病情评估不充分、监测不到位、延误手术）与患者死亡（肠管大部分坏死）存在直接因果关系，即使患方提出非手术治疗，也不能免除医方的过错责任，医方仍需承担相应的赔偿责任。

79. 问卷内容应包括的方面

(1) 患者基本信息（用于人口学分析和分组对比）

人口学特征：姓名（匿名化处理，如用编号代替）、性别、年龄（分年龄段：18-44岁、45-59岁、60岁及以上）、文化程度（小学及以下、初中、高中 / 中专、大专及以上）、职业（农民、工人、公务员/事业单位、退休、无业等）、家庭月收入（分档：3000元以下、3000-5000元、5000-8000元、8000元以上）；

疾病基本信息：糖尿病确诊时间（<1年、1-5年、5-10年、>10年）、糖尿病类型（1型糖尿病、2型糖尿病、其他类型）、是否有并发症（如高血压、冠心病、糖尿病肾病、视网膜病变，列出具体并发症让患者勾选）、是否使用药物治疗（口服降糖药、胰岛素、两者联合，具体药物名称可多选）、是否使用胰岛素泵。

(2) 糖尿病管理服务参与情况（评估患者接受管理的程度）

随访服务：过去半年内是否接受过社区卫生服务中心 / 医院的糖尿病随访（是 / 否）；若接受过，随访频率（每月1次、每2个月1次、每3个月1次、不规则）、随访方式（面对面随访、电话随访、微信 / 短信随访）；

健康教育：过去半年内是否参加过糖尿病健康讲座（是/否）；若参加过，参加次数（1次、2-3次、4次及以上）、讲座内容是否实用（非常实用、比较实用、一般、不实用）；是否收到过糖尿病管理宣传资料（如手册、折页，是/否），资料内容是否易懂（非常易懂、比较易懂、一般、不易懂）；

自我管理：是否掌握血糖监测方法（是/否，若否，列出未掌握的原因：无人指导、操作复杂、设备不足）；过去半年内血糖监测频率（每天1次、每周3-5次、每周1-2次、很少监测）；是否制定过饮食计划（是/否，若否，列出原因：不知道怎么制定、没时间、没兴趣）；是否进行规律运动（是/否，若否，列出原因：身体不适、没时间、没动力）。

(3) 患者体验评价（核心内容，从患者视角评估管理效果）

服务态度评价：对随访医生/护士的服务态度评价（非常满意、比较满意、一般、不满意，不满意请说明原因：态度冷漠、耐心不足、专业水平低等）；对健康讲座讲师的评价（同上）；

服务便利性评价：随访地点距离家的远近（<1 公里、1-3 公里、3-5 公里、>5 公里），是否方便（非常方便、比较方便、一般、不方便）；血糖监测设备（如血糖仪）购买是否方便（非常方便、比较方便、一般、不方便）；

管理效果感知：过去半年内血糖控制情况（非常好、比较好、一般、不好，可结合患者自测血糖值范围让患者勾选：空腹血糖 < 7.0MMOL/L、7.0-10.0MMOL/L、> 10.0MMOL/L）；自我感觉健康状况是否改善（明显改善、略有改善、无变化、恶化）；并发症控制情况（明显好转、略有好转、无变化、加重）；

满意度总体评价：对过去半年糖尿病管理服务的总体满意度（非常满意、比较满意、一般、不满意、非常不满意）；是否愿意继续接受该管理服务（是 / 否，若否，说明原因）。

（4）需求与建议（为改进管理服务提供依据）

服务需求：患者最希望增加的管理服务（可多选：更多健康讲座、上门随访、血糖监测指导、饮食运动个性化方案、心理疏导服务、并发症筛查服务）；希望的随访频率（每月 1 次、每 2 个月 1 次、根据病情调整）；希望的健康讲座形式（线下讲座、线上直播、短视频、图文推送）；

建议与意见：让患者填写对当前糖尿病管理服务的具体建议（如“希望增加夜间随访”“希望提供免费血糖监测设备”），或需要解决的问题（如“不知道如何调整胰岛素剂量”“饮食控制难度大，需要专业指导”）。

（5）质量控制问题（确保问卷填写的真实性和有效性）

填写方式：问卷由患者本人填写（是/否，若否，填写人关系：家属、医护人员、其他）；

填写时间：估算填写问卷所用时间（< 5 分钟、5-10 分钟、10-15 分钟、> 15 分钟）；

问卷理解程度：填写问卷时是否有不理解的问题（是/否，若有，列出不理解的问题编号）。

80.个别患者深入访谈提纲

一、访谈开场（建立信任，说明目的）

您好！我是县疾控中心的工作人员，今天邀请您进行访谈，主要是想了解您过去半年接受糖尿病管理服务的真实感受，您的回答对我们改进服务非常重要。

访谈时间大约 30-40 分钟，过程中您可以随时提出疑问，也可以拒绝回答不想说的内容，我们会对您的个人信息和回答严格保密，仅用于工作分析，不会泄露给第三方。

请问您现在方便接受访谈吗？如果方便，我们就开始；如果不方便，我们可以另约时间。

二、疾病与管理服务背景了解

您是什么时候确诊糖尿病的？确诊后，医生有没有跟您详细说明糖尿病的注意事项（如饮食、运动、用药）？您当时理解这些注意事项吗？

过去半年，您主要在哪个机构接受糖尿病管理服务（如社区卫生服务中心、县医院、私人诊所）？选择这个机构的主要原因是什么（如距离近、医生专业、服务好）？

您平时是自己监测血糖，还是去机构监测？监测血糖时遇到过哪些困难（如不会操作血糖仪、不知道监测频率、设备太贵）？

三、管理服务参与体验细节

过去半年，您参加过社区或医院组织的糖尿病健康讲座吗？能跟我说说讲座的内容吗？哪些内容对您帮助最大？哪些内容您觉得没用，为什么？

医生或护士有没有定期跟您随访？随访时一般会问哪些问题、做哪些检查？您觉得随访对您控制病情有帮助吗？如果有，具体是哪些帮助；如果没有，您觉得问题出在哪里？

您有没有收到过糖尿病管理的宣传资料（如手册、短信）？这些资料里的内容您能看明白吗？有没有

遇到过资料里的建议跟您的实际情况不符的情况（如建议多运动，但您身体不好无法运动）？

四、血糖控制与健康状况变化

过去半年，您感觉自己的血糖控制得怎么样？有没有出现过血糖过高或过低的情况（如头晕、心慌、出汗）？出现这些情况时，您是怎么处理的？有没有及时联系医生？

您有没有因为糖尿病出现其他不舒服的症状（如眼睛模糊、手脚麻木、伤口难愈合）？这些症状对您的日常生活（如吃饭、睡觉、走路）影响大吗？医生有没有针对这些症状给您治疗或建议？

跟确诊糖尿病时相比，您现在的饮食、运动习惯有没有变化？这些变化是您自己主动调整的，还是在医生/护士的指导下调整的？调整过程中遇到过哪些困难？

五、服务问题与需求表达

在接受糖尿病管理服务的过程中，您觉得最不满意的的地方是什么（如医生态度不好、随访不及时、讲座内容不实用）？能具体说说当时的情况吗？

您希望我们在糖尿病管理服务方面增加哪些内容（如上门测血糖、一对一饮食指导、心理疏导）？为什么希望增加这些内容？

如果让您给现在的糖尿病管理服务打分（1-10 分，10 分最好），您会打多少分？这个分数的依据是什么？如果要达到 10 分，还需要做哪些改进？

六、访谈结束与感谢

您还有没有其他想跟我们说的，关于糖尿病管理服务的建议或问题？

非常感谢您今天抽出时间接受访谈，您的回答对我们非常有帮助。后续如果我们有新的管理服务措施，会及时告知您。如果您在糖尿病管理中遇到问题，也可以随时联系我们（提供联系电话）。

最后，我们为您准备了一份小礼品（如血糖仪试纸、糖尿病管理手册），请您收下，再次感谢您的配合！