

护理学常考专业题

1、病人出现急性肺水肿如何处理？

- (1)立即停止输液，使病人端坐，双腿下垂，以减少回心血量，减轻心脏负荷。
- (2) 加压给氧。湿化瓶内加入 20%—30%酒精。因酒精能减低肺泡内泡沫的表面张力，使泡沫破裂消散，从而改善肺部气体交换。
- (3) 根据病情应用镇静扩血管强心利尿等药物治疗。
- (4) 必要时进行四肢轮扎。用止血带或血压计袖带行适当加压以阻断静脉血流，但保持动脉血流通畅，每隔 5—10 分钟轮流放松一侧肢体上的止血带，可有效地减少静脉回心血量。

2、过敏性休克的急救措施？

- (1) 立即停药，使患者平卧，就地进行抢救；
- (2) 立即皮下注射 0.1%肾上腺素 0.5—1ml，病儿酌减。如发生心跳骤停，立即进行胸外心脏按压；
- (3) 氧气吸入，喉头水肿时行气管切开术。
- (4) 按医嘱应用激素升压药纠正酸中毒和抗组织胺类药物。
- (5) 密切观察患者的生命体征尿量及其他临床变化。注意保暖，做好护理记录。

3、一级护理病人的护理要点

- (1) 每小时巡视患者，观察患者病情变化；
- (2) 根据患者病情，每日测量患者体温脉搏呼吸等生命体征；
- (3) 根据医嘱，正确实施治疗用药；
- (4) 正确实施口腔护理压疮预防和护理管路护理等护理措施

4、休克病人的观察要点？

- (1) 生命体征神志瞳孔尿量。
- (2) 皮肤面色及末梢循环，有无苍白紫绀片状瘀斑四肢湿冷等情况。
- (3) 心肺腹部情况。
- (4) 各种实验室检查和特殊检查结果

5、合并癫痫持续状态的护理？

1. 防护措施

(1) **防止口舌咬伤和舌后坠**：牙关紧闭者使用开口器，口中放置牙垫，有舌后坠者使用舌钳将舌头拉出。口唇发绀者给予鼻导管吸氧。

(2) **保持呼吸道通畅**：将患者头偏向一侧，及时吸出口腔和鼻腔内的分泌物。解开患者的衣领、腰带，取出义齿。并发呼吸功能衰竭者，可给予经鼻气管插管术，进行吸痰和人工辅助呼吸。

(3) **防止坠床和创伤**：放置床档，防止患者在发作时坠床；切勿用力按压肢体，以防止骨折和软组织损伤，用约束带约束患者，防止自伤。并发高热者给予物理降温，有条件的给予冰帽或冰毯降温

(4) **强直期防护**：注意防止颈椎压缩性骨折或下颌脱臼，可一手托着患者枕部稍用力，防止其颈部过伸，一手托下颌，以对抗其下颌过张。

(5) **患者意识恢复时**，可给予口服抗癫痫药物，意识障碍者给予鼻饲抗癫痫药物。让患者舒适、安静地入睡，如果有精神行为异常，有条件时(医院内)可给予肌注或静点鲁米那钠或地西洋等镇静剂。

(6) **用药护理**：注意观察用药疗效和不良反应。药物用到一定量时可作血药浓度测定，以防药物的毒副作用。各种抗癫痫药物都有多项不良反应。因此，服药前应作血、尿常规和肝、肾功能检查，以备对照。服药后除定期体检外，每月复查血象，每季度作生化检查。

6、静脉输液的注意事项？

- (1) 严格执行无菌操作及查对制度。注意药物的配伍禁忌。
- (2) 输液过程中及时更换溶液瓶或添加溶液，输液完毕及时拔出针。
- (3) 输液过程中加强巡视，观察有无输液反应，并及时排除输液故障。
- (4) 对长期输液者，应注意保护和合理使用静脉。
- (5) 需连续输液者，每天更换输液器。

7、脑疝的急救措施？

- ①快速静脉输注 20%甘露醇 200~400ml，利用留置导管以观察脱水效果
- ②保持呼吸道通畅并给氧，呼吸功能障碍者，应气管插管行人工辅助呼吸
- ③密切观察病人呼吸、心跳、意识和瞳孔的变化
- ④做好紧急手术准备

8、如何预防压疮？

预防压疮六勤：勤观察、勤翻身、勤按摩、勤擦洗、勤整理、勤更换。

预防压疮：

- 1、避免局部组织长期受压，间歇性解除压力是有效预防压疮的关键，可经常为病人翻身，每 2 小时一次，必要时 30min。
- 2、避免摩擦力和剪切力，防止病人身体滑动
- 3、保护病人皮肤，使病人皮肤和床单保持清洁、干燥是预防压疮的重要措施
- 4、背部按摩护理，可促进皮肤的血液循环，预防压疮等并发症的
生
- 5、增进病人营养，给予病人高蛋白、高热量、高维生素饮食，保证正氮平衡，促进创面愈合。水肿病人应抑制水、盐的摄入，脱水病人应补充水和电解质
- 6、健康教育，鼓励病人活动，防止因长期卧床不动而导
致的各种并发症，采用动、静结合的休息方式。

9、简述无菌原则？

- 1、操作环境清洁、宽敞，定期消毒；物品布局合理；无菌操作前 30min 应停止清扫工作，较少走动，避免尘埃飞扬。
- 2、无菌操作前，要带好帽子和口罩，修剪指甲并洗手，必要时穿无菌衣戴无菌手套。
- 3、进行无菌操作前，应首先明确无菌区、非无菌区、无菌物品的概念。
- 4、无菌物品必须与非无菌物品分开放置，并标有明显标志；无菌物品不可暴露在空气中，应放置于无菌包或灭菌容器中；无菌包外需标明物品名称、灭菌日期，按失效期先后顺序摆放。无菌包有效期为 7d；取用无菌物品时应使用无菌持物钳；无菌物品一经取出，虽未使用，也不得放回无菌容器内；物品疑有或已被污染，即不可用，应予以更换并重新灭菌；一套无菌物品只供一位患者使用一次，防止交叉感染。
- 5、操作时，操作者应与无菌区保持一定距离；取放无菌物品时，应面向无菌区；手臂保持在腰部或操作台面以上，不可跨越无菌区，手不可触及无菌物品；避免面度无菌区谈笑、咳嗽、打喷嚏；未消毒的物品不可触及无菌物品或跨越无菌区域。

10、发生静脉炎的原因及症状是什么？

- (1) **原因：**由于长期输注高浓度，刺激性较强的药液，或静脉内放置刺激性大的塑料管时间过长，引起局部静脉壁发生化学炎性反应；或在输液过程中无菌操作不严，导致局部静脉感染。
- (2) **症状：**沿静脉走向出现条索状红线，局部组织发红，肿胀，灼热，疼痛，有时伴有畏寒，发热等全身症状。

11、静脉炎的护理措施是什么？

- (1) 严格执行无菌操作，对血管壁有刺激性的药物应充分稀释后再应用，并减慢滴速，防止药物漏出血管外，有计划地更换输液部位，以保护静脉。

(2) 停止在此部位输液，抬高患肢并制动，局部用 95%乙醇或 50%硫酸镁溶液湿敷，也可用中药外敷。

(3) 超短波理疗。

(4) 如合并感染，根据医嘱用抗生素治疗。

12、空气栓塞的原因及症状是什么？

(1) 原因：

①输液导管内空气未排尽，导管连接不紧，有漏缝。

②加压输液、输血时无人守护，液体输完未及时更换药液或拔针。

(2) 症状：患者感到异常不适，胸骨后疼痛，出现呼吸困难和严重发绀，有濒死感。听诊心前区，可闻及响亮的，持续的水泡声，心电图呈现心肌缺血和急性肺源性心脏病的改变。

13、空气栓塞的护理措施是什么？

(1) 拔除较粗、近胸腔的深静脉导管时，必须严密封闭穿刺点。

(2) 发生空气栓塞时，立即置患者于左侧头低足高卧位。

(3) 给予高流量氧气吸入，提高患者的血氧浓度，纠正严重缺氧状态

(4) 有条件者可通过中心静脉导管抽出空气。

(5) 严密观察患者病情变化，有异常及时对症处理。

14、保护性隔离的主要措施有哪些？

(1) 设专用隔离室，住单间

(2) 凡进入病室内应戴灭菌后的隔离衣、帽、口罩、手套及套鞋

(3) 接触患者前后级护理下一次患者前均应洗手

(4) 凡呼吸道疾病者或咽部带菌者，包括工作人员均应避免接触患者

(5) 探视者应采取相应措施

- (6) 未经消毒处理的物件不可带入隔离区
- (7) 病室内空气、地面、家具等均应严格消毒

15、促进有效排痰的主要措施是什么？

(1) 一般措施：①室内空气新鲜、洁净，维持合适的温度（18~20℃）和湿度（50%~60%）；②给予高蛋白、高维生素、足够热量、易消化饮食，并根据病情适量多饮水，一般每天饮水不少于 1500 ml。

(2) 湿化和雾化疗法：主要适用于痰液粘稠和排痰困难者。

(3) 深呼吸和有效咳嗽：适用于神志清醒能咳嗽的病人。若因胸痛而惧怕咳嗽者，可先按压伤口，必要时服用止痛剂，再进行深呼吸和有效咳嗽。

(4) 胸部叩击与胸壁震荡：适于久病体弱、长期卧床、排痰无力者，叩击时应自下而上、由外向内进行。

(5) 体位引流：主要适用于肺脓肿、支气管扩张等有大量痰液而排出不畅者。

(6) 机械吸痰：适用于无力咳出粘稠痰液、意识不清或排痰困难者，可经病人的口、鼻或气管切开处吸痰，每次吸引持续时间少于 15 秒。

(7) 用药：遵医嘱应用化痰药物。

16、氧气吸入的注意事项和目的有哪些？

(1) 患者吸氧过程中，需要调节氧流量时，应当先将患者鼻导管取下，调节好氧流量后，再与患者连接。停止吸氧时，先取下鼻导管，再关流量表。

(2) 持续吸氧的患者，应当保持管道通畅，必要时进行更换。

(3) 观察评估患者吸氧效果。

目的：是提高患者血氧含量及动脉血氧饱和度，纠正缺氧。

17、有效咳嗽的实施要点是什么？

病人取坐位或半卧位，曲膝，上身前倾，双手抱膝或左胸部和膝盖上置一枕头用

两肋夹紧，深吸气后屏气 3s，然后病人腹肌用力及两手抓紧支持物，用力做爆破性咳嗽，将痰咳出。

18、给药原则有哪些？

- (1) 根据医嘱给药 给药属于非独立性的护理操作，必须严格根据医嘱给药
- (2) 严格执行查对制度 认真做到“三查七对”，以达到“五个准确”。
- (3) 安全正确给药 合理掌握给药次数和时间。
- (4) 密切观察反应 给药后应观察药物的治疗作用和不良反应。
- (5) 指导患者合理用药 合理用药可使药物治疗符合安全性、有效性、经济性、适当性的标准。

19、注射原则有哪些？

- (1) 严格执行查对制度。
- (2) 严格遵守无菌操作原则。
- (3) 选择合适的注射器及针头。
- (4) 选择合适的注射部位。
- (5) 排尽空气
- (6) 检查回血
- (7) 掌握无痛技术
- (8) 严格执行消毒隔离制度，预防交叉感染。

20、青霉素过敏反应的临床表现有哪些？

(1) 过敏性休克：呼吸系统症状表现为胸闷、气促、哮喘、呼吸困难等。循环系统症状表现为面色苍白、冷汗、发绀、脉细弱、血压下降等。中枢神经系统症状表现为头晕眼花、四肢麻木、意识丧失、抽搐、大小便失禁等。

(2) 血清病型反应：表现为发热、关节肿痛、皮肤发痒、荨麻疹、全身淋巴结肿大、腹泻等。

(3) 各器官或组织的过敏反应：皮肤过敏反应主要有搔痒、荨麻疹，严重者发生剥脱性皮炎；呼吸道过敏反应可引起或促发原有的哮喘发作；消化系统过敏反应可引起过敏性紫癜，以腹痛和便血为主要症状。

21、静脉输液时溶液不滴的原因及如何处理？

- (1) 针头滑出血管外：另选血管重新穿刺。
- (2) 针头斜面紧贴血管壁：调整针头位置或适当变换肢体位置。
- (3) 压力过低：抬高输液瓶位置。
- (4) 静脉痉挛：局部热敷。
- (5) 针头阻塞：更换针头，重新穿刺。

22、液体外渗的护理措施是什么？

- (1) 牢固固定针头，避免移动；减少输液肢体的活动。
- (2) 经常检查输液管是否通畅，特别是在加药之前。
- (3) 发生液体外渗时，应立即停止输液，更换肢体和针头重新穿刺。
- (4) 抬高患肢以减轻水肿，可局部热敷 20min，促进静脉回流和渗出液的吸收，减轻疼痛和水肿。

23、输血的原则是什么？

- (1) 无论输全血或输成分血，均应采用同型血。
- (2) 患者如果需要再次输血，必须重复做交叉配血试验，以排除机体已产生抗体。
- (3) 在紧急情况下，如无同型血，则可用 O 型血输给他人，AB 型者可接受其他血型血，但直接交叉配血试验应不凝集，而间接交叉配血试验可有凝集。因为输

入的量少，输入的血清的抗体可被受血者体内大量的血浆稀释，而不足以引起受血者的红细胞凝集，故不出现反应。因此在这种特殊情况下，必须 1 次少量输入，最多不超过 400ml 血为宜，且在 24h 内必须输入体内。

24、当发生针刺伤时你应该怎样应急处理？

第一，立即从伤口周边尽可能地挤出伤口部位的血液。

第二，用肥皂水和流水冲洗伤口 10 分钟以上。

第三，用 70%酒精、0.5%碘伏等消毒剂消毒，并用防水敷料包扎伤口。

第四，上报：发生暴露 30 分钟内向本科护士长报告，护士长在 2 小时内上报医院感染管理科、护理部。

第五，做好登记表的填写及资料保存。

25、一个病人倒地，无意识，你应该怎么做？

第一，立即拍打病人肩膀，并呼唤患者，同时立即让同事通知医生。

第二，将患者至于复苏体位，触摸颈动脉，如颈动脉有搏动，则立即连接心电监护，按休克进行抢救。

第三，如颈动脉无搏动，则立即进行心肺复苏，复苏流程 C、A、B，按压频率 100 次/分，按压深度 5cm，同时按压和人工呼吸的比例是 30：2。

第四，按压过程中注意观察心电监护，若心跳恢复，则进行下一步治疗。

26、一个病人要输血，现在要做的准备是什么？

第一，备血：根据医嘱取血标本 2ml，与已填好的输血申请单一并送交血库，做血型鉴定和交叉配血试验。静脉输全血、红细胞、白细胞、血小板等血制品必须做血型鉴定和交叉配血试验；输入血浆前须做血型鉴定。

第二，取血：根据医嘱凭取血单取血，同时应与血库人员共同进行“三查八对”，“三查”即查对血液制品的有效期、血液制品的质量、输血装置是否完好；“八

对”即对病人床号、姓名、住院号、血袋号、血型、交叉配血试验结果、血制品的种类和剂量。查对准确无误，护士在交叉配血单上签全名，方可取回使用。

第三，取血后：血制品从血库取出后勿剧烈震荡，以免红细胞大量破坏而引起溶血；血制品不能加温，以免血浆蛋白凝固变性而导致输血反应；取回的血制品在室温下放置 15—20 分钟后再输入，一般应在 4 小时内输完。

第四，输血前：血制品取回病区后，在输血前应与另一护士再次核对，无误后方可输入。

27、突然遇到呕血的病人该怎么处理？

作为一名医务人员，突然遇到呕血的病人，一定要保持镇静，不能惊慌失措。应采取以下几点措施：

第一，让患者采取侧卧位或平卧位头偏向一侧，避免误吸，嘱患者不要屏气，保证呼吸道通畅。

第二，安抚患者情绪，轻拍背部，是血块咳出。

第三，若为消化道大出血，应尽快使用三（四）腔管压迫止血或使用止血药。

第四，待出血停止后，密切观察病情变化，以免再次出血的发生。

第五，积极补充血容量。上消化道出血伴休克时，首要的治疗措施是立即建立有效静脉通道，肝硬化患者需输新鲜血，因库存血含氨多易诱发肝性脑病。

第六，饮食护理。合理饮食是避免上消化道出血诱因的重要环节。对急性大出血患者应禁食。对少量出血、无呕吐、无明显活动性出血患者，可选用温凉、清淡无刺激性流食。

28、当一个病人躁动不安需要使用约束带时，护理要点是什么？

第一，病人如需要使用约束带时，应向患者及患者家属告知，并征求同意后方可使用。

第二，约束带下应垫衬垫，固定须松紧适宜，其松紧度以能伸入 1~2 手指为宜。

第三，使用期间应 15~30 分钟观察一次受约束部位的血液循环，包括皮肤的颜色、温度、活动及感觉等；

第四，每 2 小时定时松解一次，并改变病人的姿势，及给予受约束的肢体运动，必要时进行局部按摩，促进血液循环

第五，详细记录使用约束带的原因，时间、每次观察结果、相应的护理措施、解除约束的时间。

29、判断呼吸心跳骤停的标准

1. 心音消失，大动脉搏动消失、血压测不到
2. 意识突然丧失或伴有全身抽搐
3. 呼吸停止或叹气样呼吸，发生在心脏骤停后 20~30 秒
4. 瞳孔散大，对光反射消失
5. 皮肤苍白或发绀
6. 心电图表现：室颤或室扑最常见，心电-机械分离、心室静止，呈直线

30、胸外按压的注意事项

- 1、正确位置按压，两乳头之间
- 2、手掌根部加压按压
- 3、垂直 90° 按按压
- 4、按压深度大于 5cm
- 5、按压后待充分回弹再行按压，按压与放松时间应大致相等
- 6、按压的次数大于 100 次/分
- 7、观察面部情况

31、鼻饲术注意事项

- ①操作中注意观察病人反应

- ②插管过程中患者出现呛咳、呼吸困难、紫绀等，表示误入气管，应立即拔出，休息片刻重查。
- ③昏迷患者插管时，应将患者头向后仰，当胃管插入会厌部时约 15 厘米，左手托起头部，使下颌靠近胸骨柄，加大咽部通道的弧度，使管端沿后壁滑行，插至所需长度。
- ④插管固定后，在胃管尾端标识留置时间、深度，告知患者注意事项，避免胃管脱出
- ⑤鼻饲液温度 38~40℃，每次量 < 200 毫升，间隔时间不少于 2 小时。鼻饲混合流食应当间接加温以免蛋白凝固。
- ⑥每天检查胃管插入的深度，鼻饲前检查胃管是否在胃内，并检查患者有无胃潴留，胃内容物超过 150 毫升时，应当通知医生减量或者暂停鼻饲。
- ⑦鼻饲给药时应先研碎，溶解后注入，鼻饲前后均应用 20 毫升温水冲洗胃管，防止管道阻塞。
- ⑧对长期鼻饲的患者应当定期更换胃管。
- ⑨拔管时嘱病人深呼吸，一手拿纱布，另一手在病人呼气时拔管，到咽喉处快速拔出。

32、胸膜腔闭式引流管的护理措施

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。

(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：引流瓶应低于胸壁引流口平面 60~100cm，以防瓶内液体逆流回入胸膜腔。

(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。

33、遇到腹部损伤的病人怎么办？

1. 首先处理威胁生命的因素，如窒息、开放性气胸或张力性气胸、明显的外出血等。
2. 若腹部有开放性损伤且有内脏脱出，应用消毒碗覆盖脱出物，初步包扎伤口后，迅速转送，回纳应在手术室麻醉后进行。
3. 如在户外应抢救的同时拨打 120，尽快将患者护送至医院治疗。如在医院则应及时建立静脉通道，遵医嘱给予相应的补液，同时做好术前准备工作。
4. 注意观察病人体征，准确记录尿量、出血量、瞳孔等变化。发现异常及时报告医生。

34、导尿术操作中常见问题及解决方法

1. 插管困难或失败：前列腺增生，尿道狭窄，尿道异物，结石，假道存在，尿道断链，尿道闭锁等都是导致导尿管插入困难或失败的原因，另外医护人员对于男性三个狭窄两个弯曲生理结构不熟悉及操作不熟练，患者因紧张而导致尿道括约肌收缩及患者无法配合也会使导尿管插入困难或失败。

(1) 病理因素：病理因素是导致导尿管插管困难或失败最主要的原因，因此在

操作前对患者进行评估以评估患者尿道口大小,可能存在的疾病及插管过程中可能遇到的困难是非常重要的。

1) 前列腺增生和尿道狭窄是导尿管插管困难或失败最主要的原因,对于此类病人可以行液体加压扩张插管法,即在插管前用注射器向尿道内加压注入 20 毫升润滑剂(石蜡油,麻醉药或其混合物)后进行插管。如果无仍法插入,则应重新选择导尿管或者应用导管内导丝。

2) 对于尿道内存在异物或结石导致插管困难或失败的病人应先在膀胱镜直视下清除异物或结石,在进行插入导尿管操作可大大提高其成功率。

3) 尿道内假道存在及尿道损伤亦可导致导尿管插入困难或失败,对于此类病人可在膀胱镜下置入输尿管导管,在导管的引导下可以顺利插入导尿管,同时可以避免不必要的尿道损伤及尿道损伤加重。

(2) 医务人员因素:医务人员对于男性三个狭窄两个弯曲生理结构不熟悉及操作不熟练使导尿管通过生理狭窄困难或者无法通过都是导尿管插管困难或失败的原因。准确掌握男性尿道生理狭窄及熟练的操作技术能有效的避免此类情况的发生。

(3) 患者因素:患者在操作过程中因恐惧紧张导致尿道括约肌收缩是导尿管插入困难或失败的重要原因,在操作前向病人解释,做好术前指导和心理沟通,消除患者的紧张情绪,操作中动作轻柔能较好地解决患者因素导致的导尿管插入困难或失败,必要时可向尿道内注入适量麻醉药辅助插管。

2. 尿道损伤:导尿管过粗,润滑不充分,暴力操作,气囊在尿道内即开始注水,未抽出气囊内的水而强行拔管等均是引起尿道损伤的原因。避免尿道损伤的解决方法为:选择合适的导尿管,对于评估有尿道狭窄者可选择更细的导尿管,甚至可选择鼻胃管,吸痰管或硬膜外导管,充分润滑导尿管,操作中动作应尽量轻柔,引导病人配合插管,若插入困难应仔细分析原因寻找解决方法,切忌暴力插管,同时插管过程中速度不宜过快。导尿管插入见尿后女性病人在插入 4--5 厘米后向气囊内注水,男性病人最好插到导尿管交叉处再注水。插管后向病人告知注意事项,烦躁病人固定双手可减少强行拔管导致的尿道损伤。

3. 尿管脱出:导尿管气囊破损(先天破损及注水过多导致爆裂)气囊内未注水或

注水过少使气囊失去固定作用，是导致导尿管脱出的主要原因。因此导尿管置入前应检查气囊密闭性，若发现气囊泄露应及时更换导尿管。

4. 尿路感染：导致尿路感染主要原因未严格执行无菌操作长时间留置导尿管护理不当，逆行感染。对于长期留置导尿管的病人应做好导尿管及尿道口的护理工作，防止逆行感染，同时应定期更换导尿管和集尿袋，保持导尿管及集尿袋无菌可以最大限度地避免尿路感染的发生。

35、医疗事故分级。

一级医疗事故：造成患者死亡、重度残疾；

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：造成患者明显人身伤害和其它后果的。

36、长期应用全胃肠外营养可发生的并发症低血糖症应如何预防及处理？

预防：

①不要突然中断或突然减慢营养液的输注，如病情需要，应采取其他途径补给葡萄糖或逐步减量；

②外源性胰岛素的应用要根据血糖、尿糖的监测予以及时调整，尤其对一些应激状态解除的情况应更加注意。

处理：

①立即停用外源性胰岛素；

②轻者进食糖水或糖果，重者静脉注射 50%葡萄糖 50~100ml，严重者除静脉注射 50%葡萄糖外，还需继续给予 5%~10%葡萄糖静脉滴注。

37、王某，36岁，长期持续低热，日益消瘦，到医院就诊，诊断为“艾滋病”，请问：对王某应采取何种隔离方法？具体隔离措施有哪些？

(1)对此病人应采取血液-体液隔离。

(2) 具体隔离措施有：

- ①同种病原体感染者可同时隔离，必要时单人隔离。
- ②若血液或体液可能污染工作衣时需穿隔离衣。
- ③接触血液或体液时应戴手套。
- ④注意洗手，严防针头刺伤，若手被血液、体液污染或可能污染，应立即用消毒液洗手，护理另一个病人前也应洗手。
- ⑤被血液或体液污染的物品，应装袋标记后送消毒或焚烧；病人用过的针头应放入防水、防刺破并有标记的容器内，直接送焚烧处理。
- ⑥被血液或体液污染的室内表面物品，立即用消毒液擦拭或喷洒
- ⑦陪护人员应采取相应的隔离措施。

38、牵引病人护理的要点？

①维持有效牵引

- (一)每天检查牵引装置及效果、包扎的松紧度、有无滑脱或松动。
- (二)应保持牵引锤悬空、滑车灵活
- (三)嘱咐病人及家属不要擅自改变体位，不能随便增减牵引重量
- (四)颅骨牵引者应每日将颅骨牵引弓的靠拢压紧螺母拧紧 0.5~1 圈，防止颅骨牵引弓松脱
- (五)肢体牵引时，应每日测量两侧肢体的长度，避免发生过度牵引。

②维持有效血液循环

观察患肢肢端的血循环有无肿胀、麻木、皮温降低、色泽改变及运动障碍，如发现异常及时通知医生并做出相应的护理

39、石膏病人的护理？

石膏技术的禁忌症

- 1、全身情况很差，作巨大的石膏包扎可能引起生命危险者；
- 2、患部伤口有厌氧性感染的可疑者；

3、怀孕妇女绕胸腹部包扎；

4、呼吸、循环系统和肾功能不全者的躯干包扎

固定后的护理

1、要维持石膏固定的位置直至石膏完全凝固，为了加速石膏干固，可适当提高室温，或用灯泡烤箱、红外线照射烘干。因石膏传热，温度不宜过热，以免烫伤。

2、在协助患者翻身或改变体位或搬动运送伤员时，须注意保护，注意避免折断石膏，如有折断应立即及时补救。

3、保持石膏清洁，特别是会阴及臀部附近的石膏。若石膏表面有污垢，可用软毛巾蘸肥皂及清水擦洗干净，严重污染的石膏及时更换。

4、天气冷时，要注意石膏固定部位保暖，以防因受冷使伤肢远端肿胀。

5、石膏边缘应光滑、整齐，避免皮肤受卡压或摩擦形成压疮，可每天用手指蘸取酒精按摩石膏内侧边缘。告知患者不可随意将物品伸至石膏内抓痒。以免损伤皮肤。

6、鼓励和协助患者翻身、更换体位，保持床单位和被服的干燥、整洁。

40. 传染病的预防原则有哪些？

(1)管理好传染源：做到早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗。

(2)切断传播途径：应根据传染病的不同传播途径采取不同措施。

(3)保护易感人群，提高人群免疫力。