

护士执业资格考试高频考点



关注华图卓坤公众号

了解最新考试动态



下载《卫人机考》APP

即刻刷题备考

第一章 基础护理知识和技能

1. 护理程序

(1) 护理程序是综合性、动态性、决策性和反馈性的思维及实践过程。护理的服务对象是人。

(2) 护理程序由护理评估、诊断、计划、实施和评价五个相互联系，相互影响的步骤组成。

(3) 心理社会资料包括服务对象的心理感受、就业状态、近期有无重大生活事件。

(4) 资料分类：

主观资料	患者自己的感受以及自己所说的
客观资料	护士的观察、体检以及借助医疗仪器检查所获得的资料，如：体温、脉搏、肺部有湿罗音、发绀

(5) 护理计划：包括排列

(6) 护理诊断顺序、确定预期目标、制定护理措施及书写护理计划。

(7) 按马斯洛层次需要论，优先解决低层次需要，再解决高层次需要。（生理需要、安全需要、爱与归属需要、尊重需要、自我实现的需要）

(8) 护理评价过程贯穿于护理程序的始终。

(9) 护理病案的组成包括病人的有关资料、护理诊断、预期目标、护理措施、效果评价等。

(10) 护理诊断的陈述方式（PES 公式）：P 即护理问题，E 即相关因素，S 即症状和体征

(11) 护理管理中的 PDCA 循环：P 即计划，D 即实施，C 即检查，A 即处理

(12) 护理记录单（PIO 格式）：P 即护理问题，I 即护理措施，O 即效果

(13) 心肺复苏的 CAB：C 即胸外心脏按压，A 即开放气道，B 即人工呼吸

(14) 新生儿 Apgar 评分：A 皮肤颜色，P 脉搏，G 反射，A 肌张力及运动，R 呼吸

2. 护士执业防护

(1) 标准预防即视所有病人的血液、体液、分泌物及排泄物等都具有潜在的传染性。

(2) 生物性因素是影响护理职业安全最常见的职业性直害因素。

(3) 体温计等漏出的汞可产生神经毒性和肾毒性作用。

(4) 锐器伤：锐器伤是最常见的职业性有害因素之一，而感染的针刺伤是导致血源性传播疾病的最主要因素，其中最常见、危害性最大的是乙型肝炎、丙型肝炎和艾滋病。

(5) 戴手套：接触病人血液、体液时必须戴手套；手部皮肤如有破损必须戴双层手套；手套破损后应立即更换；接触黏膜或未污染的皮肤时，应更换清洁的手套。

(6) 发生针刺伤时，受伤护士要保持镇静，立即用手从伤口的近心端向远心端挤压，挤出伤口的血液，禁止进行伤口局部挤压或按压，以免产生虹吸现象，将污染血液吸入血管，增加感染机会。用肥皂水彻底清洗伤口，并在流动水下反复冲洗；用等渗盐水冲洗黏膜。用0.5%碘伏或75%乙醇消毒伤口，并包扎。

3. 医院和住院环境

(1) 一般室温保持在18~22℃较为适宜，新生儿及老年患者病室、手术室、产房等，室温保持在22~24℃为佳。室温过高时，机体散热受到影响，不利于体力的恢复，病人神经系统受到抑制，呼吸、消化功能均受干扰。室温过低时，冷的刺激可使病人肌肉紧张，且易受凉。

(2) 病室的湿度以50%~60%为宜。当湿度过高时，蒸发作用减弱，可抑制出汗，病人感到潮湿，气闷，尿液排出量增加，加重肾脏负担；湿度过低时，空气干燥，人体蒸发大量水分，引起口干舌燥、咽痛、烦渴等表现，对呼吸道疾病或气管切开病人尤为不利。

(3) 通风：一般通风30分钟既可达到置换室内空气的目的。

(4) 尊重病人的隐私权：为病人做治疗护理时，应该适当地遮挡病人、避免不必要的暴露；对病人的个案讨论、诊断鉴定、检查结果、治疗记录，护士有义务为病人保密。

(5) 铺床法：【备用床】

遵循节力原则：a. 操作前，要备齐物品，按顺序放置，计划周到，以减少无效动作，避免多次走动；b. 铺床前，能升降的床应将床升至便于铺床的高度，以防腰部过度弯曲；c. 铺床时，身体尽量靠近床边，上身保持直立，两膝稍弯曲以降低重心，两脚根据活动情况左右或前后分开，以扩大支撑面，有利于操作及维持身体的稳定性；d. 操作中，使用肘部力量，动作要平稳连续。

(6) 铺床法：【麻醉床】

1) 目的：便于接收和护理麻醉手术后的病人；使病人安全、舒适，预防并发症；避免床上用物被污染，便于更换。

2) 根据病情铺同侧橡胶单、中单，先铺床中部；如需铺在床头，应对齐床中线，上端与床头平齐，下端压在中部橡胶单和中单上，下垂部分平整地塞入床垫下。如铺在床尾，下端与床尾平齐。头部术后铺在床头及床中部，腹部手术铺在床中部，下肢手术铺在床尾。

4. 入院和出院病人的护理

(1) 填写有关护理表格及首次护理评估单和病人入院登记本、诊断卡（一览表卡）、床头

(尾)卡等。

(2) 按急救程序进行急救及护理, 密切观察病情变化, 积极配合医生抢救, 并做好护理记录。

(3) 在体温单 $40\sim 42^{\circ}\text{C}$ 横线之间用红钢笔纵行填写出院时间。

(4) 挪动法——适用于能在床上配合的病人。

(5) 一人搬运法——适用于上肢活动自如, 体重较轻的病人。

(6) 两人或三人搬运法——适用于不能活动, 体重较重或超重的病人。

(7) 四人搬运法——适用于颈椎、腰椎骨折和病情较重的病人。

(8) 骨折病人, 应有木板垫于平车上, 并将骨折部位固定稳妥; 颈椎、腰椎骨折或病情较重的病人, 应有帆布中单或布中单。

5. 卧位和安全的护理

(1) 被迫卧位——减轻疼痛或治疗需要

(2) 去枕仰卧位——昏迷或全身麻醉未清醒的病人, 防止呕吐物误吸; 椎管麻醉或腰椎穿刺术后 $6\sim 8$ 小时的病人, 可预防颅内压降低而引起的头痛

(3) 中凹卧位——休克; 抬高头胸部 $10^{\circ}\sim 20^{\circ}$ (保持气道通畅, 改善缺氧), 抬高下肢 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ (利于静脉血回流, 增加心排血量, 缓解休克症状)

(4) 侧卧位——臀部肌内注射、灌肠、肛门检查, 配合胃镜、肠镜检查

(5) 半坐卧位——心肺疾患引起呼吸困难的病人; 面部、颈部、胸部、腹部及盆腔术后

(6) 端坐卧位——心力衰竭、心包积液及支气管哮喘发作的患者。由于极度呼吸困难, 患者被迫日夜端坐; 床头抬高 $70^{\circ}\sim 80^{\circ}$, 使病人同时能向后倚靠; 膝下支架抬高 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$

(7) 头低足高位——妊娠时胎膜早破, 可减轻腹压, 降低羊水的冲力, 防止脐带脱垂

(8) 膝胸位——法洛四联症缺氧发作、矫正胎位不正, 肛门、直肠、乙状结肠镜检查及治疗

(9) 截石位——产妇分娩及会阴、肛门部位的检查、治疗或手术, 如膀胱镜、妇产科检查、阴道灌洗等

(10) 手术后的病人——先换药, 再翻身; 颅脑手术后的病人, 头部翻动过剧可引起脑疝, 一般健侧或平卧; 骨牵引的病人, 翻身时不可放松牵引

(11) 使用约束带时, 首先应取得病人及家属的知情同意。使用时, 其下须垫衬垫, 松紧适宜, 每 2 小时松解 1 次, 注意末梢血液循环。

6. 物理消毒法

- (1) 燃烧法——不需保存的污染物品，中途不可添加乙醇
- (2) 煮沸消毒法——消毒时间从水沸后算起，如中途加入物品，则在第二次水沸后重新计时；碳酸氢钠可提高沸点（105℃），增强杀菌、去污防锈；玻璃类物品冷水或温水时放入；橡胶类物品水沸后放入
- (3) 压力蒸汽灭菌法——热力消毒灭菌法中效果最好的一种方法。灭菌器的参数一般为温度 121℃，压力 102.8~122.9kPa，器械灭菌时间 20 分钟，敷料灭菌时间 30 分钟
- (4) 压力蒸汽灭菌法检测方法——化学指示卡（最常见）；生物学检测（最可靠）
- (5) 日光暴晒法——6 小时达到消毒效果

7. 化学消毒剂

- (1) 灭菌剂——戊二醛、环氧乙烷
- (2) 高效消毒剂——过氧乙酸、过氧化氢、部分含氯消毒剂
- (3) 中效消毒剂——醇类、碘类、部分含氯消毒剂
- (4) 2%戊二醛——内镜消毒；使用前加 0.5%亚硝酸钠防锈；灭菌后的物品用无菌蒸馏水冲洗
- (5) 无菌持物钳消毒液液面需浸没轴节以上 2~3cm 或镊子的 1/2 处；只能用于夹取无菌物品

8. 碳酸氢钠的作用

- (1) 煮沸消毒灭菌法中，加入碳酸氢钠，配成 1%~2%的浓度，沸点可达到 105℃，去污防锈。
- (2) 2%的碳酸氢钠溶液可用于鹅口疮患儿口腔的清洗。
- (3) 2%~4%的碳酸氢钠溶液可用于外阴阴道假丝酵母菌并的阴道灌洗。
- (4) 1%~4%的碳酸氢钠溶液可用于口腔真菌感染。
- (5) 敌百虫农药中毒者禁忌使用碳酸氢钠溶液洗胃。
- (6) 急性溶血时，用碳酸氢钠碱化尿液。

9. 无菌技术概念与原则

- (1) 无菌物品的有效期为：纺织品材料为 14 天，否则一般为 7 天；医用一次性纸袋包装的无菌物品为 1 个月；使用一次性医用皱纹纸、一次性低塑袋、医用无纺布或硬质容器包装为 6 个月。

- (2) 无菌容器：第一次使用，应记录开启日期、时间并签名，24 小时内有效。
- (3) 无菌包：开包后有效期为 24 小时。
- (4) 无菌盘：有效期不超过 4 小时。
- (5) 无菌溶液：已开启的无菌溶液瓶内的溶液，24 小时内有效，余液只作清洁操作作用。

10. 隔离种类及措施

- (1) 严密隔离——用于霍乱、鼠疫、传染性非典型性肺炎(SARS)、禽流感等
- (2) 接触隔离——用于破伤风、炭疽、狂犬病等
- (3) 呼吸道隔离——用于防飞沫传播，如肺结核、流脑、百日咳、麻疹等
- (4) 消化道隔离——用于伤寒、细菌性痢疾；甲、戊型肝炎等
- (5) 血液-体液隔离——用于乙、丙、丁型肝炎，艾滋病等
- (6) 昆虫隔离——用于乙脑、流行性出血热、疟疾、斑疹伤寒等。有防蚊设备
- (7) 保护性隔离——用于抵抗力低下或极易感染的病人，如严重烧伤、早产儿、白血病、脏器移植及免疫缺陷病人等
- (8) 纱布口罩使用 2~4 小时应更换；一次性口罩使用不超过 4 小时。

11. 口腔护理

- (1) 碳酸氢钠漱口液（1%~4%）——碱性药；抑制真菌（提示点白色膜状物）
- (2) 过氧化氢（1%~3%）——防腐，防臭；口腔感染有溃烂、坏死组织者
- (3) 醋酸溶液（0.1%）——铜绿假单细胞感染
- (4) 甲硝唑溶液（0.08%）——厌氧菌感染
- (5) 生理盐水——清洁口腔，预防感染
- (6) 昏迷病人——禁漱口，开口器于白齿放入
- (7) 长期使用抗生素——观察口腔内有无真菌感染
- (8) 义齿——放于冷开水中
- (9) 棉球不能过湿——防止误吸

12. 头发护理

- (1) 如遇长发或头发打结不易梳理时，可将头发绕在手指上，也可用 30%乙醇湿润打结处，再慢慢梳理开。

13. 床上擦浴

- (1) 先脱近侧后脱远侧，如有肢体外伤或活动障碍，应脱健侧，后脱患侧。

14. 压疮

(1) 压疮是身体局部组织长期受压，血液循环障碍，局部组织持续缺血、缺氧，营养缺乏，致使皮肤失去正常功能，而引起的组织破损和坏死。

(2) 一般每 2 小时翻身一次。病人半卧位时，抬高床头不应高于 30°。

(3) 压疮易患部位：

- 1) 仰卧位——好发于枕骨粗隆、肩胛部、肘部、脊椎体隆突处、骶尾部、足跟部
- 2) 侧卧位——好发于耳廓、肩峰、肘部、髌部、膝关节内外侧内外踝处
- 3) 俯卧位——好发于面颊部、耳郭、肩部、女性乳房、髂前上棘、肋缘突出部、男性生殖器、膝部、足趾处
- 4) 坐位——好发于坐骨结节处

(4) 压疮的分期及临床表现

- 1) 淤血红润期——皮肤出现红、肿、热、痛或麻木。
- 2) 炎性浸润期——受压部位呈紫红色。皮下产生硬结，常有水疱形成，极易破溃，病人有疼痛感。
- 3) 浅度溃疡期——表皮水疱逐渐扩大、破溃，真皮层疮面有黄色渗出液，感染后表面有脓液覆盖，致使浅层组织坏死，形成溃疡。
- 4) 坏死溃疡期——坏死组织侵入真皮下层和肌肉层，可深达骨面。脓液较多，有臭味，坏死组织发黑

(5) 压疮的护理措施

- 1) 淤血红润期——解除受压点，增加翻身次数（每 2h 一次）
- 2) 炎性浸润期——防止发生感染。小水疱自行吸收，大水疱无菌注射器抽出
- 3) 浅度溃疡期——清洁伤口
- 4) 坏死溃疡期——此期应清洁疮面，去除坏死组织，保持引流通畅。还可采用空气隔绝后局部持续吹氧法

15. 体温

(1) 发热程度（口温为例）

- 1) 低热——37.3~38.0℃
- 2) 中度热——38.1~39.0℃
- 3) 高热——39.1~41℃

4) 超高热—— 41°C 以上

(2) 热型

1) 稽留热——体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，达数天或数周，24 小时温差不超过 1°C 。见于肺炎球菌肺炎、伤寒等

2) 弛张热——体温在 39°C 以上，24 小时内温差达 1°C 以上，体温最低时仍高于正常水平。见于败血症、风湿热、化脓性疾病等

3) 间歇热——体温骤然升高至 39°C 以上，持续数小时或更长，然后下降至正常或正常以下，经过一个间歇，体温又升高，并反复发作。常见于疟疾等

4) 不规则热——发热无一定规律，且持续时间不定。常见于流行性感、癌性发热等

(3) 测量方式

1) 口温——放于舌下热窝；如不慎咬破体温计，应立即清除玻璃碎屑，再口服蛋清或牛奶以延缓汞的吸收；婴幼儿、精神异常、昏迷、口腔疾患、口鼻手术、张口呼吸者禁忌口温测量

2) 腋温——放于腋窝正中；有创伤、手术、炎症，腋下出汗较多者，肩关节受伤或消瘦夹不紧体温计者禁忌腋温测量

3) 肛温——直肠或肛门手术、腹泻、禁忌肛温测量；心肌梗死病人不宜测肛温，以免刺激肛门引起迷走神经反射，导致心动过缓

16. 脉搏

(1) 首选测量部位——桡动脉

(2) 异常脉搏

1) 间歇脉——正常规则的脉搏中，出现一次提前而较弱的脉搏，其后有一较正常延长的间歇（代偿间歇）。常见于各种器质性心脏病

2) 脉搏短绌——单位时间内脉率少于心率，称为脉搏短绌，简称绌脉。常见于房颤；测量时应两位护士同时测量，一人听心率，另一人测脉率，听心率者发出“起”、“停”口令，两人同时开始，测 1 分钟

3) 交替脉——节律正常，强弱交替出现的脉搏。常见于高血压心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病等

4) 水冲脉——脉搏骤起骤降，急促而有力。常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进等

5) 奇脉——吸气时脉搏明显减弱或消失。常见于心包积液和缩窄性心包炎

17. 呼吸

- (1) 深度呼吸（库斯莫呼吸）——糖尿病酮症酸中毒和尿毒症酸中毒
- (2) 潮式呼吸（陈-施呼吸）——由浅慢逐渐变为深快，然后再由深快变为浅慢，再经一段呼吸暂停（5~20秒）后，又开始重复以上过程的周期性变化。见于脑炎、脑膜炎、颅内压增高及巴比妥类药物中毒
- (3) 间断呼吸（毕奥呼吸）——表现为有规律的呼吸几次后，突然停止呼吸，间隔一个短时间后又开始呼吸，如此反复交替。常在临终前发生
- (4) 吸气性呼吸困难——吸气显著困难，延长，有明显的三凹征（吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙出现凹陷）。常见于气管阻塞、气管异物、喉头水肿等
- (5) 呼气性呼吸困难——呼气费力，呼气时间延长。常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿
- (6) 危重或呼吸微弱病人呼吸测量——少许棉花置于病人鼻孔前，观察棉花被吹动的次数，计时1分钟

18. 血压

- (1) 袖带下缘距肘窝2~3cm，松紧以能放入一指为宜。
- (2) 对需密切观察血压者，应做到四定，即定时间、定部位、定体位、定血压计。
- (3) 在袖带下缘将听诊器胸件紧贴肱动脉搏动最强点（勿塞在袖带内），护士一手固定胸件。

19. 医院饮食

- (1) 基本饮食——普通饮食、软质饮食、半流质饮食和流质饮食
 - 1) 普通饮食——消化功能正常；无饮食限制；体温正常；病情较轻或恢复期的病人
 - 2) 软质饮食——消化吸收功能差；咀嚼不便者；低热；消化道术后恢复期的病人
 - 3) 半流质饮食——口腔及消化道疾病；中等发热；体弱；手术后病人
 - 4) 流质饮食——口腔疾患、各种大手术后；急性消化道疾患；高热；病情危重、全身衰竭病人
- (2) 治疗饮食
 - 1) 高热量饮食——甲状腺功能亢进、结核、大面积烧伤、肝炎、胆道疾患、体重不足病人及产妇等
 - 2) 高蛋白饮食——烧伤、结核、恶性肿瘤、贫血、甲状腺功能亢进、大手术后等病人；低蛋白血症病人；孕妇、乳母等

- 3) 低蛋白饮食——急性肾炎、尿毒症、肝性脑病等病人
- 4) 低脂肪饮食——肝胆胰疾患、高脂血症、动脉硬化、冠心病，肥胖症及腹泻等病人
- 5) 低胆固醇饮食——高胆固醇血症、高脂血症、动脉硬化、高血压、冠心病等病人
- 6) 低盐饮食——每日食盐量 $<2\text{g}$ ，用于心脏病、急慢性肾炎、肝硬化腹水、重度高血压但水肿较轻病人
- 7) 无盐低钠饮食——饮食中含钠量每日 $<0.7\text{g}$ ；低钠饮食需控制摄入食品中自然存在的含钠量，一般应每日 $<0.5\text{g}$
- 8) 高纤维素饮食——食物中多含食物纤维，如韭菜、芹菜、卷心菜、粗粮、豆类、竹笋等
- 9) 少渣饮食——伤寒、痢疾、腹泻、肠炎、食管胃底静脉曲张、咽喉部及消化道手术的病人

(3) 试验饮食

- 1) 胆囊造影饮食——检查的第1日中午进食高脂肪餐，以刺激胆囊收缩和排空，有助于显影剂进入胆囊。
- 2) 甲状腺 ^{131}I 试验饮食——试验期2周，试验期间禁用含碘食物，如海带、海蜇、紫菜、海参、虾、鱼、加碘食盐等。
- 3) 隐血试验饮食——试验前3天禁食肉类、肝类、动物血、含铁丰富的药物或食物、绿色蔬菜。可进食牛奶、豆制品、土豆、白菜、米饭、面条、馒头等。

20. 鼻饲

- (1) 能配合者取半坐位或坐位，无法坐起者取右侧卧位，昏迷者取去枕平卧位，头后仰。
- (2) 插入胃管至 $10\sim 15\text{cm}$ （咽喉部）时，若为清醒病人，嘱其做吞咽动作；若为昏迷病人，则用左手将其头部托起，使下颌靠近胸骨柄，以利插管
- (3) 插管中如病人出现呛咳、呼吸困难、发绀等，表明误入气管，应立即拔出
- (4) 鼻饲液温度 $38\sim 40^{\circ}\text{C}$
- (5) 插入长度一般为前额发际至胸骨剑突处或由鼻尖经耳垂至胸骨剑突处的距离
- (6) 鼻饲量不超过 200ml ，间隔时间大于2小时
- (7) 确认胃管插入胃内的方法有：在胃管末端连接注射器抽吸，能抽出胃液；置听诊器于病人胃部，快速经胃管向内注入 10ml 空气，听到气过水声；将胃管末端置于盛水的治疗碗中，无气泡逸出。

21. 冷疗法

(1) 冷疗法的作用——1) 减轻局部充血或出血；2) 减轻疼痛；3) 控制炎症扩散；4) 降低体温

(2) 冷疗的禁忌证——1) 血液循环障碍；2) 慢性炎症或深部化脓病灶；3) 组织损伤、破裂或有开放性伤口处；4) 对冷过敏。

(3) 禁忌部位

1) 枕后、耳廓、阴囊处：用冷易引起冻伤。

2) 心前区：用冷可导致反射性心率减慢、心房纤颤或心室纤颤及房室传导阻滞。

3) 腹部：用冷易引起腹泻。

4) 足底：用冷可导致反射性末梢血管收缩影响散热或引起一过性冠状动脉收缩。

(4) 冷疗的方法

1) 冰袋——降温放于前额、头顶部和体表大血管流经处（颈部两侧、腋窝、腹股沟等）

2) 冰帽——维持肛温在 33℃ 左右，不可低于 30℃，用冷时间不得超过 30 分钟

3) 乙醇拭浴——冰袋置头部，热水袋置足底；新生儿及血液病高热禁用乙醇拭浴

22. 热疗法

(1) 热疗的作用——1) 促进炎症的消散和局限；2) 减轻疼痛；3) 减轻深部组织的充血；4) 保暖与舒适

(2) 热疗禁忌——1) 未明确诊断的急性腹痛；2) 面部危险三角区的感染；3) 各种脏器出血、出血性疾病；4) 软组织损伤或扭伤的初期（48 小时内）

(3) 热疗方法

1) 热水袋——袋口朝身体外侧。时间不超过 30 分钟；热水袋灌水 1/3 满；特殊病人使用热水袋，应再包一块大毛巾或放于两层毯子之间，以防烫伤。

2) 红外线照射——灯距为 30~50cm；时间 20~30 分钟；皮肤出现红斑为合适；治疗部位皮肤可出现网状红斑、色素沉着。

3) 热湿敷——水温为 50~60℃；每 3~5 分钟更换一次敷布，持续 15~20 分钟。

4) 热水坐浴——调节水温 40~45℃；持续 15~20 分钟；如出现面色苍白、脉搏加快、眩晕、软弱无力，应停止坐浴

5) 温水浸泡——水温 43~46℃；持续时间 30 分钟

23. 排尿

(1) 尿比重——1.015~1.025，若经常固定于 1.010 左右，提示肾功能严重障碍

(2) 多尿——24 小时尿量超过 2500ml；少尿——24 小时尿量少于 400ml 或每小时尿量少于 17ml；无尿或尿闭——24 小时尿量少于 100ml 或 12 小时内无尿；膀胱刺激征——尿频、尿急、尿痛

(3) 泌尿道有感染——新鲜尿液有氨臭味；糖尿病酮症酸中毒——有烂苹果气味

(4) 正常新鲜尿液——黄色或深黄色；肉眼血尿——红色或棕红色；血红蛋白尿——酱油色或浓茶色；胆红素尿——黄褐色；乳糜尿——乳白色

(5) 尿失禁的护理——指导病人每日白天摄入液体 2000~3000ml；指导病人进行骨盆底部肌肉的锻炼

(6) 导尿

【女性病人】

1) 为尿潴留病人引流出尿液，以减轻痛苦

2) 帮助病人脱去对侧裤腿，盖在近侧腿部

3) 第二次消毒顺序：内-外-内，自上而下

4) 插入尿道 4~6cm，见尿液流出再插入 1cm 左右

5) 为女性病人插尿管时，如导尿管误入阴道，应更换无菌导尿管，然后重新插管

【男性病人】

1) 阴茎使之与腹壁成 60°，使耻骨前弯消失，利于插管

2) 插入尿道 20~22cm，见尿液流出再插入 1~2cm

3) 取标本若需做尿培养，用无菌标本瓶接取中段尿液 5ml，盖好瓶盖，放置合适处。避免碰洒或污染

4) 膀胱高度膨胀且极度虚弱的病人，第一次放尿量不得超过 1000ml

5) 留置导尿管病人如发现尿液混浊、结晶或有沉淀，应及时进行膀胱冲洗

(7) 留置导尿管

1) 见尿液后再插入 7~10cm。

2) 女性病人用消毒棉球擦拭外阴及尿道口，男性病人用消毒棉球擦拭尿道口、龟头及包皮，每天 1~2 次。

3) 通常每周更换集尿袋 1~2 次，若有尿液性状、颜色改变，需及时更换。

4) 定期更换导尿管，一般为 1~4 周更换 1 次。

5) 应鼓励病人每日摄入水分在 2000ml 以上达到冲洗尿道的目的。

6) 夹闭导尿管, 每 3~4 小时开放 1 次, 使膀胱定时充盈和排空, 促进膀胱功能的恢复。

7) 发现尿液混浊、沉淀、有结晶时, 应及时处理, 每周检查尿常规 1 次。

24. 排便

(1) 肠道部分梗阻或直肠狭窄——扁条形或带状

(2) 粪便的颜色

1) 柏油样便——上消化道出血

2) 白陶土色便——胆道梗阻

3) 暗红色血便——下消化道出血

4) 果酱样便——肠套叠、阿米巴痢疾

5) 表面沾有鲜红色血液——痔或肛裂

6) 白色“米泔水”样便——霍乱、副霍乱

(3) 缓泻药可使粪便中的水分含量增加, 加快肠蠕动, 加速肠内容物的运行, 而起到导泻的作用。使用缓泻药可暂时解除便秘, 但长期使用或滥用又常成为慢性便秘的主要原因。

(4) 便秘病人多食蔬菜、水果、粗粮等高纤维食物, 每日液体摄入量应不少于 2000ml, 鼓励病人适当运动, 增强腹肌和盆底部肌肉的运动

25. 大量不保留灌肠

(1) 灌肠溶液——成人每次用量为 500~1000ml; 溶液温度一般为 39~41℃, 降温时用 28~32℃, 中暑用 4℃

(2) 灌肠桶液面高于肛门 40~60cm

(3) 插入直肠 7~10cm

(4) 如液面下降过慢或停止, 多由于肛管前端孔道被阻塞, 可移动肛管或挤捏肛管, 使堵塞管孔的粪便脱落。如病人感觉腹胀或有便意, 可嘱病人张口深呼吸, 放松腹部肌肉, 并降低灌肠筒的高度以减慢流速或暂停片刻

(5) 注意事项

①妊娠、急腹症、严重心血管疾病等病人禁忌灌肠。

②伤寒病人灌肠时溶液不得超过 500ml, 压力要低(液面不得超过肛门 30cm)。

③肝昏迷病人灌肠, 禁用肥皂水, 以减少氨的产生和吸收。

④充血性心力衰竭和水钠潴留病人禁用 0.9%氯化钠溶液灌肠。

⑤灌肠过程中应随时注意观察病人的病情变化, 如发现脉速、面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、

心慌气急时，应立即停止灌肠并及时与医生联系，采取急救措施。

⑥降温灌肠时液体要保留 30 分钟，排便后 30 分钟，测量体温并记录。

⑦如灌肠后排便 1 次为 1/E。灌肠后无大便记为 0/E。

26. 小量不保留灌肠

- (1) 灌肠溶液——50%硫酸镁 30ml、甘油 60ml、温开水 90ml；溶液温度为 38℃
- (2) 插入 7~10cm。嘱其尽量保留液体 10~20 分钟再排便。
- (3) 插管深度为 7~10cm，压力宜低，灌肠液注入的速度不易过快

27. 保留灌肠

- (1) 灌肠溶液——灌肠溶液量不超过 200ml。溶液温度 38℃
- (2) 慢性细菌性痢疾，病变部位多在直肠或乙状结肠，取左侧卧位。阿米巴痢疾病变多在回盲部，取右侧卧位
- (3) 插入肛门 15~20cm；保留药液在 1 小时以上

28. 肛门排气

- (1) 病人腹部膨隆，常伴腹胀、腹痛等不适症状。
- (2) 插入直肠 15~18cm；保留肛管不超过 20 分钟

29. 给药的基本知识

- (1) 易氧化和遇光易变质的药物（维生素 C、氨茶碱、盐酸肾上腺素）——装在有色密盖瓶中，或放在黑纸遮光的纸盒内，放于阴凉处
- (2) 易被热破坏的某些生物制品和药品（蛋白制剂、疫苗、益生菌、干扰素）——干燥阴凉（约 20℃）处或冷藏于 2~10℃ 处保存
- (3) 病人不在或因故暂不能服药——将药物带回保管，适时再发或交班（发药到口）
- (4) 牙齿有腐蚀作用的药物（酸类和铁剂）吸水管吸服后漱口
- (5) 止咳糖浆后不宜立即饮水，且多种药物同时服用时应放在最后
- (6) 磺胺类药物经肾脏排出，尿少时易析出结晶堵塞肾小管，服药后要多饮水
- (7) 强心苷类药物时需加强对心率及节律的监测，脉率低于每分钟 60 次或节律不齐时应暂停服用
- (8) 内服药标签为蓝色边、外用药为红色边、剧毒药和麻醉药为黑色边
- (9) qd（每日一次）；bid（每日两次）；tid（每日三次）；qid（每日四次）；qh（每小时一次）；q2h（第 2 小时一次）；q4h（每 4 小时一次）；q6h（每 6 小时一次）；qm（每

晨一次)；qn(每晚一次)；qod(隔日一次)；ac(饭前)；pc(饭后)；po(口服)

(10) 超声雾化——解除支气管痉挛，保持呼吸道通畅；治疗肺癌，可间歇吸入抗癌药物达到效果；打开雾化开关，调节雾量；先关雾化开关，再关电源开关。不可在缺水状态下长时间开机)，水温不宜超过 50℃；连续使用雾化器时，中间需间隔 30 分钟。

(11) 氧气雾化——氧气流量一般为 6~8L/min；将吸嘴放入口中紧闭嘴唇深吸气，用鼻呼气

(12) 注射给药法——如发现药液变质、变色、浑浊、沉淀、过期或安瓿有裂痕等现象，不可使用；避开神经、血管处(动、静脉注射除外)，不可在炎症、瘢痕、硬结、皮肤受损处进针，对需长期注射的病人，应经常更换注射部位；进针、拔针快，推药速度缓慢并均匀

(13) 皮内注射——针头斜面向上，与皮肤呈 5° 刺入。注入抽吸液 0.1ml；若需做对照试验，则用另一注射器及针头，在另一前臂相应部位注入 0.1ml 生理盐水；阳性用红笔标记“+”，阴性用蓝笔或黑笔标记“-”

(14) 皮下注射——常选上臂三角肌下缘，也可选用两侧腹壁、后背、大腿前侧和外侧；针头斜面向上，与皮肤呈 30°~40°，一般将针梗的 1/2~2/3 刺入皮下，勿全部刺入；

(15) 肌内注射

臀大肌注射的定位方法

1) 十字法——从臀裂顶点向左侧或向右侧划一水平线，然后从髂嵴最高点作一垂线，将一侧臀部分为四个象限，其外上象限并避开内角(髂后上棘至股骨大转子连线)，即为注射区

2) 连线法：从髂前上棘至尾骨作一连线，其外上 1/3 处为注射部位

3) 对 2 岁以下婴幼儿不宜选用臀大肌注射，因其臀大肌尚未发育好，最好选择股外侧肌、臀中肌和臀小肌注射

(16) 静脉注射失败的常见原因

1) 针头刺入静脉过少，抽吸虽有回血，但松开止血带时静脉回缩，针头滑出血管，药液注入皮下。

2) 针头斜面未完全刺入静脉，部分在血管外，抽吸虽有回血，但推药时药液溢至皮下，局部隆起并有痛感。

3) 针头刺入较深，斜面一半穿破对侧血管壁，抽吸有回血，推注少量药液，局部可无隆起，但因部分药液溢出至深层组织，病人有痛感。

4) 针头刺入过深，穿破对侧血管壁，抽吸无回血。

30. 过敏试验

(1) 青霉素 0.1ml——含青霉素 20~50U；先锋霉素 0.1ml——含先锋霉素 50 μg；破伤风抗毒素 0.1ml——含 TAT 15U；链霉素 0.1ml——含链霉素 250U；普鲁卡因 0.1ml——含普鲁卡因 0.25mg；细胞色素 C 0.1ml——含细胞色素 C 0.075mg

(2) 青霉素过敏反应的预防

- 1) 详细询问病人的三史（用药史、药物过敏史及家族过敏史）
- 2) 凡初次用药、停药 3 天后再用，以及在应用中更换青霉素批号时，重新做皮试
- 3) 皮试液必须现配现用
- 4) 首次注射后须观察 30 分钟

(3) 青霉素过敏临床表现

- 1) 呼吸道阻塞症状——胸闷、气促、哮喘与呼吸困难，伴濒死感
- 2) 循环衰竭症状——面色苍白，出冷汗、发绀，脉搏细弱，血压下降
- 3) 中枢神经系统症状——面部及四肢麻木，意识丧失，抽搐或大小便失禁
- 4) 其他过敏反应表现——有皮肤瘙痒、荨麻疹、腹痛、腹泻、恶心、呕吐等

(4) 青霉素过敏性休克首选抢救药物——0.1%盐酸肾上腺素

(5) 破伤风阳性患者采用脱敏疗法——小剂量逐次增加，分四次注射，每次间隔 20 分钟，采用肌肉注射

(6) 链霉素拮抗剂——10%葡萄糖酸钙或 5%氯化钙

(7) 碘过敏试验——1) 造影前 1~2 天进行；2) 方法为口服法、皮内注射法、静脉注射法

31. 静脉输液

(1) “先晶后胶”、“先盐后糖”、“宁酸勿碱”和“宁少勿多”的原则。补钾应遵循下列“四不宜”原则：不宜过浓（浓度不超过 0.3%），不宜过快（不超过 20~40mmol/小时），不宜过多（约需补充氯化钾 4.5~6g/d），不宜过早（见尿后补钾）。

(2) 成人 40~60 滴/分，儿童 20~40 滴/分。

(3) 溶液不滴原因——1) 针头滑出静脉外；2) 针头斜面紧贴静脉壁；3) 针头阻塞；4) 压力过低；5) 静脉痉挛

(4) 输液反应——1) 发热反应（最常见）；2) 循环负荷过重反应（急性肺水肿）；3) 静脉炎；4) 空气栓塞

(5) 发热反应——常因输入致热物质所致。反应轻的病人可以减慢输液速度，重者立即停

止输液

(6) 循环负荷过重反应——典型表现为咳嗽、咳粉红色泡沫样痰；一旦发生，病人立即取端坐位，双腿下垂，一般氧流量 6~8L/分，并用 20%~30%乙醇湿化，遵医嘱给予镇静药、平喘、强心、利尿和扩血管药物。必要时进行四肢轮扎或静脉放血

(7) 静脉炎——典型表现为沿静脉走向出现条索状红线；局部可用 95%乙醇或 50%硫酸镁湿敷

(8) 空气栓塞——空气阻塞肺动脉入口；病人应立即取左侧卧位和头低足高位

32. 静脉输血

(1) 血液制品的种类

1) 新鲜血——2~6℃保存 5 天内的酸性枸橼酸盐葡萄糖 (ACD) 全血或保存 10 天内的枸橼酸盐葡萄糖 (CPD) 全血都可视为新鲜血。适用于血液病人。

2) 库存血——大量输注库存血要防止酸中毒和高血钾的发生。库存血适用于各种原因引起的大出血。

3) 新鲜血浆——适用于凝血因子缺乏的病人

(2) 输血的准备

1) (三勿)——勿剧烈振荡；勿加温；勿添加药物

2) 三查八对——“三查”即查对血液制品的有效期、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、血制品的种类及剂量

3) 输血前、后及输两袋血之间，应输入少量 0.9%氯化钠溶液

4) 输完的血袋送回输血科保留 24 小时，以备查验

(3) 输血反应——1) 发热反应 (最常见)；2) 过敏反应；3) 溶血反应；4) 大量输血有关的反应如循环负荷过重、出血倾向、枸橼酸钠中毒

(4) 过敏反应——轻者表现为皮肤瘙痒、荨麻疹，眼睑、口唇水肿；重者表现为喉头水肿，呼吸困难，甚至发生过敏性休克

(5) 溶血反应 (输入 10~15ml 血液后出现)——初期头部胀痛，四肢麻木，腰背部剧烈疼痛，然后黄疸和血红蛋白尿 (尿呈酱油色)，同时寒战、高热，严重者急性肾衰竭死亡

(6) 出血倾向——库存血中的血小板破坏较多，使凝血因子减少所致

(7) 枸橼酸钠中毒——1) 表现为手足抽搐，血压下降，心率缓慢；2) 预防枸橼酸钠中毒可每输库存血 1000ml，静脉注射 10%葡萄糖酸钙 10ml

33. 标本采集

- (1) 同时抽取不同类型的血标本，血培养瓶——抗凝管——干燥试管
- (2) 一般血培养取血 5ml，对亚急性细菌性心内膜病人，为提高培养阳性率，采血 10~15ml
- (3) 尿标本——常规尿标本、尿培养标本、12 小时或 24 小时尿标本
- (4) 尿常规——一般 30~50ml、尿比重 100ml；尿培养——中段尿 5~10ml
- (5) 留取 12 小时尿标本，嘱病人于 7pm 排空膀胱后开始留取尿液，至次晨 7am 留取最后一次尿液；若留取 24 小时尿标本，嘱病人于 7am 排空膀胱后，开始留取尿液，至次晨 7am 留取最后一次尿液。
- (6) 检查阿米巴原虫——将便器加温至接近人体的体温，排便后标本连同便盆立即送检
- (7) 留痰标本查找癌细胞——用 10%甲醛溶液或 95%乙醇溶液固定痰液后立即送检

33. 病情观察

- (1) 急性病容——表现为表情痛苦、面颊潮红、呼吸急促、鼻翼扇动、口唇疱疹等，一般见于急性感染性疾病，如肺炎球菌肺炎的病人。
- (2) 慢性病容——表现为面色苍白或灰暗、面容憔悴、目光暗淡、消瘦无力等

34. 意识障碍

- (1) 嗜睡——最轻度的意识障碍；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——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——熟睡状态，不易唤醒。压迫眶上神经可被唤醒，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——轻度昏迷：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；中度昏迷：对周围事物及各种刺激均无反应，对于剧烈刺激可出现防御反射。角膜反射减弱，瞳孔对光反射迟钝，眼球无转动；深度昏迷：全身肌肉松弛，对各种刺激均无反应。深、浅反射均消失

35. 吸氧法

- (1) 氧气浓度与流量的关系：吸氧浓度(%)=21+4×氧流量(L/分)。

36. 吸痰法

- (1) 每次吸痰时间 <15 秒
- (2) 痰液黏稠时，可配合叩击，蒸气吸入、雾化吸入，提高吸痰效果

37. 洗胃法

- (1) 一般用量为 10000~20000ml
- (2) 洗胃溶液温度调节到 25~38℃ 范围内为宜。
- (3) 毒物种类及常用洗胃溶液
 - 1) 敌敌畏——2%~4%碳酸氢钠溶液、1%盐水、1: 15000~1: 20000 高锰酸钾
 - 2) 敌百虫——1%盐水或清水，1: 15000~1: 20000 高锰酸钾

38. 酸碱平衡及调节

- (1) 正常血清钠浓度为 135~145mmol/L。
- (2) 钾的平衡：血清中钾的浓度为 3.5~5.5mmol/L。
- (3) 等渗性脱水——135~150mmol/L；
- (4) 低渗性脱水—— <135 mmol/L
- (5) 高渗性脱水—— >150 mmol/L
- (6) 补液原则：先盐后糖、先晶后胶、先快后慢、液种交替、见尿补钾。
- (7) 低钾血症者补钾应遵循的原则
 - 1) 尽量口服补钾：常选用 10%氯化钾溶液或枸橼酸钾口服。
 - 2) 禁止静脉推注钾；
 - 3) 见尿补钾：一般以尿量超过 40ml/h 方可补钾；
 - 4) 总量限制：补钾量为氯化钾 3~6g/d；
 - 5) 控制补钾浓度：补液中钾浓度不宜超过 40mmol/L。
 - 6) 滴速勿快：补钾速度不宜超过 20mmol/L

39. 临终病人的护理

- (1) 死亡过程的分期——濒死期；临床死亡期；生物学死亡期
- (2) 听觉常常是人体最后消失的一个感觉。
- (3) 临终病人的心理反应——否认期；愤怒期；协议期；忧郁期；接受期

40. 医疗护理文件的管理

- (1) 体温单、医嘱记录单、特别护理记录单作为病历的一部分随病历放置，病人出院后送病案室长期保存

(2) 脉率以红实点“●”、心率以红圈“○”表示，相邻脉率或心率用红线相连。

第二章 循环系统病病人的护理

1. 心功能不全的主要临床表现

(1) 左心衰：最主要的临床表现——呼吸困难，最早表现劳力性呼吸困难，最典型的表现是夜间阵发性呼吸困难，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(+)。身体的低垂部位的水肿(如双下肢水肿、腹水，卧床病人
腰骶尾部最明显，凹陷性

2. 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

3. 心功能不全病人治疗的常用药物

(1) 利尿剂——是心衰治疗中最常用的药物。

(2) 排钾利尿剂主要有氢氯噻嗪(双克片)、呋塞米(速尿)；保钾利尿剂包括螺内酯(安
体舒通)、氨苯蝶啶等。

(3) 洋地黄类药物

4. 洋地黄药物的护理

(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

5. 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

6. 窦性心律失常

- (1) 正常窦性心律冲动起源于窦房结，成人频率为 60~100 次/分，PR 间期 0.12~0.20 秒。
- (2) 窦性心动过速成人窦性心率超过 100 次/分；窦性心动过缓成人窦性心率 < 60 次/分

7. 期前收缩

- (1) 室性期前收缩，又称室性早搏。是一种最常见的心律失常——提前发生的 QRS 波群，宽大畸形
- (2) 房性期前收缩

8. 房颤

- (1) 短绌脉；脑栓塞的发生率高
- (2) 有症状的病人安静状态下 < 80 次/分，中等运动量应控制在 110 次/分以内。
- (3) 华法林是房颤时预防脑卒中和外周血管栓塞的一线用药。
- (4) 急性期应首选电复律治疗。

9. 室颤

- (1) 室颤为致命性心律失常，是最危险的心律失常。
- (2) 触诊大动脉搏动消失、听诊心音消失、血压无法测到。
- (3) 发生室颤应立即采取非同步直流电除颤

10. 心电图导联连接位置

- (1) V1——胸骨右缘第 4 肋间
- (2) V2——胸骨左缘第 4 肋间
- (3) V3——V2 与 V4 两点连线的中点
- (4) V4——左锁骨中线与第 5 肋间相交
- (5) V5——左腋前线与 V4 水平

(6) V6——左腋中线 V4 水平

11. 先天性心脏病病人的护理

(1) 故胚胎发育 2~8 周为心脏形成的关键期

(2) 平均心率(每分钟)新生儿 120~140 次; 1 岁内 110~130 次; 2~3 岁 100~120 次; 4~7 岁 80~100 次; 8~14 岁 70~90 次

(3) 2 岁以后收缩压 = (年龄 × 2 + 80) mmHg, 高于此标准 20mmHg 以上为高血压。舒张压为收缩压的 2/3

(4) 左向右分流型——常见房间隔缺损、室间隔缺损或动脉导管未闭

(5) 右向左分流型——常见法洛四联症和大动脉错位等; 由肺动脉狭窄、室间隔缺损、主动脉骑跨、右心室肥厚四种畸形组成。

(6) 无分流型——常见主动脉缩窄和肺动脉狭窄等

(7) 法洛四联症——①青紫是最突出的表现; ②婴儿期常喜胸膝卧位, 因蹲踞时下肢屈曲, 静脉回心血量减少, 减轻心脏负荷; ③杵状指(趾); ④法洛四联症典型者心影呈“靴形”, 即心尖圆钝上翘, 肺动脉段凹陷, 肺野清晰; ⑤超声心动图检查; ⑥法洛四联症多数可行根治性手术, 轻症患者手术年龄以 5~9 岁为宜。根治有困难可做姑息手术。

12. 高血压病人的护理

(1) 高血压急症——指原发性或继发性高血压病人, 在某些诱因作用下, 血压突然和显著升高(一般超过 180/120mmHg), 同时伴有进行性心、脑、肾等重要靶器官功能不全的表现。

(2) 高血压分类水平及定义

分类	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
正常血压	<120 和	<80
正常高值	120~139 和(或)	80~89
高血压	≥140 和(或)	≥90
1 级高血压(轻度)	140~159 和(或)	90~99
2 级高血压(中度)	160~179 和(或)	100~109
3 级高血压(重度)	≥180 和(或)	≥110
单纯收缩期高血压	≥140 和	<90

(3) 药物治疗

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
- （4）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平卧，以促进下肢血液回流
- （5）用药护理药物一般从小剂量开始，可联合用药，以增强疗效，减少不良反应。
- （6）限制钠盐摄入 $<6\text{g/d}$
- （7）低热量、低动物脂肪、低胆固醇（猪肝含胆固醇高哦）、少糖、少盐、适量蛋白质食物

13. 心绞痛：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，一般不超过 15 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

14. 心肌梗死

- （1）临床表现
- ①疼痛——最早、最突出的症状
 - ②持续时间——数小时或数天
 - ③缓解方式——含服硝酸甘油不缓解
- 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（RonT）；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

④肌酸磷酸激酶是出现最早、恢复最早的酶。

(3) 治疗及护理

①急性心肌梗死24小时内禁止使用洋地黄制剂。

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保持大便通畅——富含纤维素的食物如水果、蔬菜的摄入

15. 二尖瓣狭窄

(1) 临床表现

①呼吸困难：是最常见的早期症状，多先有劳力性呼吸困难，随狭窄加重，出现夜间阵发性呼吸困难和端坐呼吸。

②咯血：可表现为血性痰或血丝痰，突然咯大量鲜血，常见于严重二尖瓣狭窄，可为首发症状。急性肺水肿时咳大量粉红色泡沫痰。

(2) 体征——“二尖瓣面容”，双颧绀红，口唇发绀；心尖区可有低调的隆隆样舒张中晚期杂音。

(3) 心房颤动——常为左房衰竭和右心衰竭甚至急性肺水肿的常见诱因。

(4) 辅助检查——中、重度二尖瓣狭窄左心房显著增大时，心影呈“梨形”

(5) 超声心动图检查可确诊。

16. 二尖瓣关闭不全

(1) 症状——首先出现的突出症状是疲乏无力

(2) 体征——心尖搏动呈高动力型，向左下移动。第一心音减弱，心尖区可闻及全收缩期高调一贯性吹风样杂音，向左腋下和左肩胛下区传导，可伴震颤。

17. 主动脉狭窄

- (1) 三联征——呼吸困难、心绞痛和晕厥
- (2) 主动脉狭窄典型的三联征：劳力性呼吸困难、心绞痛、晕厥
- (3) 颅内增高三主征：头痛、呕吐、视乳头水肿
- (4) 腹膜刺激征三大表现：压痛、反跳痛、腹肌紧张
- (5) 急性胆囊炎 Charcot 三联征：腹痛、寒战高热、黄疸
- (6) 热射病三联征：高热、无汗、意识障碍
- (7) 心脏压塞 Beck 三联征：低血压、心音低弱、颈静脉怒张

18. 主动脉瓣关闭不全

- (1) 体征——心尖搏动向左下移位，呈抬举性搏动。胸置左缘第 3、4 肋间可闻及高调叹气样舒张期杂音，坐位前倾和深呼所时易听到
- (2) 人工瓣膜置换术为严重主动脉瓣关闭不全的主要治疗方法。

19. 感染性心内膜炎

- (1) 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。
- (2) 抗微生物治疗原则：早期、大剂量、长疗程地应用杀菌性抗生素。
- (3) 本病大多数致病菌对青霉素敏感，可作为首选药物。
- (4) 对于未开始治疗的亚急性感染性心内膜炎病人应在第一日每间隔 1 小时采血 1 次，共 3 次。已用过抗生素的病人，应停药 2~7 天后采血。急性感染性心内膜炎病人应在入院后 3 小时内，每隔 1 小时 1 次共取 3 个血标本后开始治疗。每次取静脉血 10~20ml，作需氧和厌氧培养，至少应培养 3 周。

20. 急性心包炎

- (1) 心包摩擦音是纤维蛋白性心包炎的典型体征，
- (2) 抓刮样粗糙音。多位于心前区，以胸骨左缘第 3、4 肋间最为明显，坐位时身体前倾、深吸气或将听诊器胸件加压更易听到。
- (3) 呼吸困难是最突出的症状
- (4) 疼痛者应用镇痛药，首选非甾体消炎药

21. 缩窄性心包炎

- (1) 我国以结核性心包炎最为常见。
- (2) 可出现奇脉和心包叩击音
- (3) 心包切除术是缩窄性心包炎的唯一治疗措施。
- (4) 择期操作者可禁食 4~6h。协助病人取坐位或半卧位。第一次抽液量不超过 200~300ml。

22. 周围血管疾病病人的护理

- (1) 大隐静脉瓣膜功能试验：出现自上而下的静脉逆向充盈，提示瓣膜功能不全。
- (2) 深静脉通畅试验：在活动后浅静脉曲张更为明显、张力增高，甚至出现胀痛，提示深静脉不通畅。
- (3) 弹力绷带应自下而上包扎，包扎不应妨碍关节活动，并注意保持合适的松紧度，以能扪及足背动脉搏动和保持足部正常皮肤温度为宜。手术后弹力绷带一般需维持 2 周方可拆除。
- (4) 休息或卧床时抬高患肢 $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ ，以利静脉回流。
- (5) 严禁按摩患肢。
- (6) 可适当使用吗啡或哌替啶类止痛剂。

23. 心脏骤停病人的护理

- (1) 意识突然丧失，伴有短阵性抽搐，随后呼吸停止。皮肤苍白或发绀，瞳孔散大，二便失禁；颈动脉、股动脉搏动消失；心音消失。
- (2) 大部分患者将在 4~6 分钟内开始发生不可逆脑损害
- (3) CAB——①按压部位为胸骨中下 1/3 交界处；②按压频率为 100~120 次/分，成人按压深度 5~6cm；③胸外心脏按压与人工呼吸之比均为 30:2；④通气频率为 10~12 次/分。

第三章 消化系统疾病病人的护理

1. 消化系统解剖生理

- (1) 成年人食管长约 25cm，门齿距食管起点约 15cm。
- (2) 胃的排空时间为 4~6 小时。
- (3) 胃壁由内向外依次分为黏膜层、黏膜下层、肌层和浆膜层。
- (4) 胰液中的消化酶主要包括胰淀粉酶、胰脂肪酶、胰蛋白酶和糜蛋白酶。

2. 口炎

- (1) 疱疹性口腔炎（单纯疱疹病毒感染）——溃疡面覆盖黄白色膜样渗出物
- (2) 溃疡性口腔炎——灰白色假膜
- (3) 鹅口疮（白色念珠菌感染）——局部表现为口腔黏膜出现白色乳凝块样物；2%碳酸氢钠溶液清洁口腔；鹅口疮患儿局部涂抹 10 万~20 万 U/ml 制霉菌素鱼肝油混悬溶液；可按医嘱在进食前局部涂 2%利多卡因。

3. 慢性胃炎

- (1) 幽门螺杆菌 (Hp) 感染目前认为慢性胃炎 90%由幽门螺杆菌感染所引起。
- (2) 多为上腹部隐痛或不适
- (3) 胃镜检查是最可靠的诊断方法
- (4) 根除幽门螺杆菌感染——一种质子泵抑制药或一种胶体铋为基础加上两种抗生素的三联治疗方案，或者质子泵抑制药+铋剂+两种抗生素组成的四联治疗方案，2 周为一个疗程。
- (5) 保护胃黏膜——硫糖铝，在餐前 1 小时与睡前服用效果最好。
- (6) 胃肠动力药——多潘立酮（吗丁啉）或西沙必利，宜在饭前服用。
- (7) 急性发作期病人可给予无渣、半流质的温热饮食，如牛奶、米汤等，以中和胃酸
- (8) 多潘立酮或西沙必利等胃肠动力药，加速胃排空，应在饭前服用，不宜与阿托品等解痉药合用。

4. 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) 胃溃疡和十二指肠溃疡的临床表现对比

	胃溃疡	十二指肠溃疡
好发部位	胃小弯，胃角	球部、前壁
疼痛部位	剑突下正中或稍偏左	上腹正中或稍偏右
疼痛时间	餐后痛，餐后 30 分钟至 1 小时出现	空腹痛、饥饿痛、午夜痛
节律	进食—疼痛—缓解	疼痛—进餐—缓解

- (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；②X线钡餐：龛影

(5) 药物护理

1) H_2 受体拮抗药（西咪替丁）——乏力、头晕、嗜睡和腹泻

2) 质子泵抑制剂（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

5. 溃疡性结肠炎

(1) 好发部位是乙状结肠。

(2) 腹泻、黏液脓血便与腹痛，有疼痛-便意-便后缓解的规律，黏液脓血便是活动期的重要表现。

(3) 柳氮磺吡啶(SASP)为本病首选药

(4) 指导病人食用质软、易消化、少纤维素又富含营养、有足够热量的食物，避免食用冷饮、水果、多纤维的蔬菜及其他刺激性食物，忌食牛乳和乳制品。急性发作期病人，应进流质或半流质饮食，病情严重者应禁食。

6. 小儿腹泻

(1) 80%婴幼儿腹泻由轮状病毒引起，细菌感染以致病性大肠埃希菌常见

(2) 根据病程小儿腹泻分为急性腹泻（病程<2周）、迁延性腹泻（病程2周至2个月）和慢性腹泻（病程>2个月）

(3) 轻型腹泻患——便每日数次或 10 余次，呈黄色或黄绿色，稀薄或带水，有酸臭味，可有奶瓣或混有少量黏液；呈蛋花汤或水样

(4) 前囟、眼窝——轻度脱水：稍凹陷；中度脱水：明显凹陷；重度脱水：深陷，眼睑不能闭合

(5) 口渴——低渗性脱水：不明显；等渗性脱水：明显；高渗性脱水：极明显

(6) 低钾血症——腱反射减弱或消失，腹胀，肠鸣音减弱甚至肠麻痹，心音低钝，心律失常等。

(7) 低渗脱水补 2/3 张~等张含钠液，等渗脱水补 1/2 张~2/3 张含钠液，高渗脱水补 1/3

—1/4 张含钠液。

(8) 滴速约为每小时 8~10ml/kg。重度脱水或有周围循环衰竭者应首先静脉推注或快速滴人 2: 1 等张含钠液 20ml/kg。

(9) 一般轻度脱水约 90~120ml/kg, 中度脱水约 120~150ml/kg, 重度脱水约 150~180ml/kg。

7. 肠梗阻

(1) 肠套叠——多见于 2 岁以内的儿童；果酱样血便；杯口状”阴影。早期可用空气或钡剂灌肠复位。

(2) 禁食、胃肠减压、纠正水电解质及酸碱紊乱、抗生素防治感染和中毒、酌情应用解痉药、镇静药等。

8. 急性阑尾炎

(1) 典型腹痛发往始于上腹部，逐渐移向脐周，数小时（6~8 小时）后转移并局限在右下腹。

(2) 右下腹痛：是急性阑尾炎的最常见的重要体征，压痛点常位于麦氏（McBurney）点，即右髂前上棘与脐连线的中外 1/3 交界处。

(3) 术后半卧位或斜坡卧位，以减轻腹壁张力，有助于缓解疼痛。

(4) 鼓励病人早期床上或下床活动，促进肠蠕动恢复，防止发生肠粘连。

9. 腹外疝

(1) 斜疝和直疝的区别

	斜疝	直疝
发病年龄	见于儿童及成年人	见于老年人
突出途径	经腹股沟管突出，可进阴囊	由直疝三角突出，不进阴囊
疝块外形	椭圆形或梨形，上部呈蒂柄状	半球形，基底较宽
回纳疝块后压住深环	疝块不再突出	疝块仍可突出
精索与疝囊的关系	精索在疝囊的后方	精索在疝囊前外方
疝囊颈与腹壁下动脉的关系	疝囊颈在腹壁下动脉外侧	疝囊颈在腹壁下动脉内侧
嵌顿机会	较多	极少

(2) 婴幼儿有自行消失的可能，故 1 岁以下婴幼儿可暂不手术。

10. 痔

- (1) 痔的位置多位截石位 3、7、11 点
- (2) 内痔的主要表现：便血及痔块脱出。便血的特点是无痛性间歇性便后出鲜血
- (3) 外痔：若形成血栓性外痔，则有剧痛；在肛门表面可见红色或暗红色硬结。
- (4) 内痔的分度

I 度	排便时出血，便后出血自行停止，无痔块脱落
II 度	常有便血，痔块在排便时脱出肛门，排便后可自行回纳
III 度	偶有便血，痔块在腹内压增高时脱出，无法自行回纳，需用手辅助
IV 度	偶见便血，痔块长期脱出于肛门，无法回纳或回纳后又立即脱出

11. 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肺性脑病——是晚期肝硬化的最严重并发症，也是肝硬化病人最见死亡原因
 - ⑥肝肾综合征——是肝硬化终末期最常见的严重并发症之一
- (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

12. 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——①0期（潜伏期）：又称轻微肝性脑病，仅在进行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) 忌用肥皂水灌肠；限制蛋白质摄入；最好给予植物蛋白，如豆制品

13. 胆道疾病感染病人的护理

(1) 急性胆管炎 Charcot 三联症——腹痛，寒战、高热，黄疸

(2) Reynolds 五联症——Charcot 三联症+休克、中枢神经系统受抑制（神志淡漠、嗜睡、甚至是昏迷）

(3) B超可显示胆管内有结石影，近段扩张，病情稳定可采用 CT 或 MRCP 检查。

(4) 对胆绞痛病人禁用吗啡，因吗啡能引起 Oddi 括约肌痉挛

(5) 低脂肪、高蛋白、高维生素易消化的食物

14. 胆道蛔虫病

(1) 剧烈的腹部绞痛与不相称的轻微腹部体征，即症状与体征不符

(2) 突发性剑突下阵发性“钻顶样”剧烈绞痛；间歇期宛如正常人。

(3) 血常规检查可见白细胞计数和嗜酸性粒细胞比例升高。

(4) B超检查是本病的首选检查方法

15. 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

16. 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 400~500 ml 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。大量出血病人应绝对卧床休息

17. 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) 痛觉迟钝，对刺、割、灼等刺激不敏感
- (3) 急性胆囊炎、胆石症可放射至右肩、右腰背；急性胰腺炎、十二指肠后壁穿孔可放射至右腰背；肾输尿管结石可放射至同侧下腹部、腹股沟、会阴部
- (4) 穿孔性疾病 X 线见膈下游离性气体
- (5) 急性胆囊炎——B 超检查可以确诊

- (6) 腹腔穿刺时若抽出不凝固血，多提示腹腔内出血
- (7) 急性胰腺炎——血尿淀粉酶明显增高
- (8) 对诊断不明的患者四禁——禁食、禁镇痛、禁导泻、禁灌肠

第四章 呼吸系统疾病病人的护理

1. 急性喉炎

- (1) 一般全身症状不明显，轻者仅有声嘶，声音粗涩、低沉、沙哑，以后可逐渐加重，甚至可完全失声
- (2) 吸气期喉鸣及呼吸困难，胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙（三凹征）

2. 急性支气管炎

- (1) 病毒感染者白细胞正常或偏低；细菌感染，白细胞总数及中性粒细胞数可增高。
- (2) 一般不用镇咳药或镇静药。咳嗽重而痰液黏稠者，可用雾化吸入
- (3) 超过 38.5℃ 时采取物理降温或遵医嘱给予药物降温

3. 肺炎

- (1) 大叶性肺炎——致病菌以肺炎链球菌最为常见。
- (2) 肺炎链球菌
 - 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
 - ④痰培养 24~48 小时可确定病原体。部分病人合并菌血症，应做血培养，标本采集应在抗生素治疗前。血培养检出肺炎链球菌有确诊价值。
 - ⑤X 线检查——大片状实变阴影
 - ⑥每日饮水量在 1500~2000ml。
 - ⑦胸痛时嘱病人患侧卧位

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

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)

4. 支气管扩张

- (1) 支气管-肺组织感染和支气管阻塞是最主要的病因。
- (2) 支气管扩张发生于有软骨的支气管近端分支，主要分为柱状、囊状和不规则扩张三种类型。
- (3) 痰液收集于玻璃瓶中静置后出现分层的特征，即上层为泡沫；中层为浑浊黏液；下层为脓性物和坏死组织。
- (4) 少量咯血——每天 $<100\text{ml}$ ；中等量咯血——每天 $100\sim 500\text{ml}$ ；大量咯血——每天 $>500\text{ml}$ ，或1次 $>300\text{ml}$
- (5) 胸部高分辨CT(HRCT)：在横断面上可清楚显示扩张的支气管，目前临床上基本取代了支气管碘油造影，是支气管扩张最主要的确诊方法。
- (6) 体位引流——①引流宜在饭前进行；②原则上抬高患肺位置；③每次5~10分钟加到每次15~30分钟；④若病人出现咯血、发绀、头晕、出汗、疲劳等情况，应及时终止引流

5. 慢性阻塞性肺疾病

- (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) 采用低流量持续给氧，流量 $1\sim 2\text{L}/\text{min}$ 。每天氧疗时间不少于15小时。
- (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. 支气管哮喘

- (1) 本质——气道的慢性炎症
- (2) 典型表现为发作性呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽，伴哮鸣音；在夜间及凌晨发作和加重常为哮喘的特征之一
- (3) “沉默肺”或是“寂静胸”是病情危重的表现。
- (4) 痰涂片检查——嗜酸性粒细胞增多
- (5) 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—— CO_2 潴留采取持续低浓度、低流量吸氧
- (6) 湿度在 50%~60%，室温维持在 18~22℃；饮水量>2500ml/d

7. 慢性肺源性心脏病

- (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—— CO_2 潴留采取持续低浓度、低流量吸氧
- (4) 肺性脑病为首要死因
- (5) 当 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 时，提示呼吸衰竭。
- (6) 参考痰细菌培养及药敏试验选择抗生素，常用青霉素类、氨基糖苷类、喹诺酮类及头孢菌素类药物。
- (7) 氧浓度一般在 25%~29%，氧流量 1~2L/min。

8. 气胸

- (1) 闭合性气胸——胸闷、胸痛、呼吸困难
- (2) 开放性气胸——重者伴有休克症状。患侧胸部叩诊呈鼓音
- (3) 张力性气胸——患侧胸部饱满，叩诊呈鼓音；呼吸幅度减低，听诊呼吸音消失；气管明显移向健侧，颈静脉怒张，多有皮下气肿
- (4) X线检查是诊断气胸的重要方法
- (5) 大量气胸、症状明显者，需进行胸膜腔穿刺抽尽积气，或行胸膜腔闭式引流术
- (6) 开放性气胸应迅速封闭胸壁伤口
- (7) 张力性气胸应紧急在伤侧锁骨中线第 2 肋间穿刺排气

(8) 引流目的以排气为主的, 在第 2 肋间锁骨中线附近; 如以体位引流为主的, 放置在第 7、8 肋间腋中线或腋后线处。脓胸引流应放置在脓腔最低位。

(9) 胸腔闭式引流装置——长管应在水面下 3~4cm, 至少 2cm; 水封瓶置于病人胸部水平下 60~100cm; 正常的水柱上下波动 4~6cm; 拔管前需夹闭引流管 24 小时

9. 血胸

(1) 小量血胸(成人积血量 $\leq 0.5L$)

(2) 中量(积血量 0.5~1.0L)或大量(积血量 $> 1.0L$)血胸——低血容量性休克表现; 伴有胸腔积液表现, 气管移向健侧、患侧胸部叩诊呈浊音、心界向健侧移位、呼吸音减低或消失。

(3) 大量血胸时, 纵隔移向健侧

(4) 胸膜腔穿刺: 抽得血性液体时即可确诊。

(5) 应早期行胸腔穿刺抽除积血, 必要时行胸腔闭式引流。

(6) 进行性血胸: 及时补充血容量, 防治低血容量性休克; 立即开胸探查、止血。

10. 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 $PaO_2 < 60\text{mmHg}$; ② II 型呼吸衰竭—— $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ 且 $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$

(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

(6) 吸入氧分数 (FiO_2) 与吸入氧流量的关系: $FiO_2(\%) = 21 + 4 \times \text{氧流量 (L/分)}$

11. 急性呼吸窘迫综合征

(1) 氧合指数降低是 ARDS 诊断的必备条件。

(2) X 先检查——斑片状以至于融合成大片状的浸润阴影

(3) 通气过度还可导致呼吸性碱中毒

(4) 迅速纠正低氧血症是抢救 ARDS 最重要措施。遵医嘱给予高浓度 ($> 50\%$)、高流量 (4~6L/分) 氧以提高氧分压

(5) 严格控制输液速度, 防止因输液不当而诱发或加重肺水肿。

第五章 传染病病人的护理

1. 麻疹

- (1) 皮疹按出疹的先后顺序消退，可有麦麸样脱屑及浅褐色色素沉着，7~10 天消退
- (2) 体温超过 40℃时可用小量的退热剂，以免发生惊厥。

2. 水痘

- (1) 带状疱疹病毒
- (2) 临床特征为皮肤和黏膜相继出现并同时存在斑疹、丘疹、疱疹和结痂，全身症状轻微；
- (3) 水痘病人是本病唯一的传染源。经飞沫或直接接触传播，出疹前 1~2 天至疱疹结痂为止均有传染性；
- (4) 隔离至疱疹全部结痂或出疹后 7 日止。易感儿接触后应隔离观察 3 周。

3. 流行性腮腺炎

- (1) 人是腮腺炎病毒的唯一宿主。病人自腮腺肿大前 1 天至消肿后 3 天均具有传染性。
- (2) 病毒主要通过飞沫、直接接触传播
- (3) 采取呼吸道隔离，隔离至腮腺肿大完全消退后 3 天为止。有接触史的易感儿应观察 3 周。

4. 病毒性肝炎

- (1) 经粪-口途径传播：甲型肝炎和戊型肝炎
- (2) 经血液途径传播：乙型肝炎、丙型肝炎及丁型肝炎
- (3) 慢性病人和 HBsAg 携带者是乙型肝炎最主要的传播源
- (4) 血液传播是主要的传播方式
- (5) 甲型和戊型肝炎主要表理为急性肝炎。乙、丙、丁型肝炎除了表现为急性肝炎外，慢性肝炎更常见。
- (6) 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 在肝功能检测中最为常用，是判定肝细胞损害的重要指标
- (7) 黄疸型肝炎尿胆原和尿胆红素明显增加；黄疸型肝炎时，直接和间接胆红素均升高
- (8) 血清抗-HAV-IgM，是甲肝病毒 (HAV) 近期感染的指标，是确诊甲型肝炎最主要的标志物。
- (9) HBsAg+——见于 HBV 感染者最早出现血清学标志
- (10) HBeAg (e 抗原)——HBeAg 阳性提示 HBV 复制活跃，传染性较强。
- (11) HBV-DNA——是反映 HBV 感染最直接、最特异和最灵敏的指标
- (12) 丙型肝炎病毒核糖核酸——可作为抗病毒治疗病例选择及判断疗效的重要指标。

5. 艾滋病

- (1) 传播途径：①性接触传播，为艾滋病的主要传播途径；②血液传播；③母婴传播
- (2) 病人的血、排泄物和分泌物应用 0.2%次氯酸钠或漂白粉等消毒液进行消毒。
- (3) 严禁献血、捐献器官、精液；性生活应使用避孕套。
- (4) HIV 感染的哺乳期妇女应人工喂养婴儿。

6. 流行性乙型脑炎

- (1) 猪是本病最主要的传染源和中间宿主。
- (2) 传播途径：通过蚊虫叮咬而传播
- (3) 媒介：蚊虫为主要传播媒介
- (4) 潜伏期：一般为 10~14 天
- (5) 高热、惊厥及呼吸衰竭是乙脑极期的严重症状，呼吸衰竭为致死的主要原因。
- (6) 惊厥护理——协助病人取仰卧位，头偏向一侧，松解衣服和领口，清除口腔分泌物

7. 猩红热

- (1) 猩红热是由 A 群乙型溶血性链球菌引起的急性传染病，临床以发热、咽峡炎、草莓舌、全身弥漫性鲜红色皮疹和退疹后片状脱皮为特征。
- (2) 自发病前 24 小时至疾病高峰传染性最强。主要通过空气飞沫直接传播。
- (3) 皮疹特点：①口周苍白圈；②杨梅舌；③针尖大小的充血性皮疹；④躯干为糠皮样脱屑，手掌足底可见大片状脱皮，如“手套”、“袜套”状。无色素沉着。
- (4) 青霉素为首选药物
- (5) 忌用冷水或乙醇擦浴。麻疹与猩红热小儿的高热护理：均禁用乙醇擦浴。
- (6) 隔离：患儿隔离至症状消失后 1 周，连续咽拭子培养 3 次阴性。保护易感人群：密切接触需观察 7 天。

8. 中毒型细菌性痢

- (1) 中毒型细菌性痢疾是由志贺菌属引起的肠道传染病。临床以突发高热、嗜睡、反复惊厥、迅速发生休克和昏迷为特征。
- (2) 主要通过消化道传播。多见于平素体格健壮、营养状况好的小儿。
- (3) 病变在脑组织中最为显著，可发生脑水肿甚至脑疝，出现昏迷、抽搐和呼吸衰竭，是死亡的主要原因。
- (4) 通常选用对痢疾杆菌敏感的阿米卡星、头孢噻肟钠、头孢曲松钠等。

总结 速记

- ①流行性腮腺炎：隔离至腮腺肿大完全消退后 3 日为止，有接触史的易感儿应观察 3 周。
- ②麻疹：隔离至出疹后 5 日，接触的易感患儿隔离观察 21 日。
- ③水痘：隔离至疱疹全部结痂或出疹后 7 日止，接触的易感患儿隔离观察 3 周。
- ④流行性乙型脑炎：隔离至症状消失后 1 周，连续咽拭子培养 3 次阴性，密切接触者需观察 7 日。
- ⑤中毒型细菌性痢疾：隔离至临床症状消失后 1 周或连续 3 次便培养阴性为止。

9. 肺结核

(1) 结核分枝杆菌感染，又称抗酸杆菌。烈日暴晒 2~7 小时或煮沸 5 分钟可被杀死。将痰吐在纸上直接焚烧是最简单而有效的灭菌方法。

(2) 传播途径：呼吸道传播，排菌的结核患者是重要传染源，也可通过消化道传染。

(3) 临床上引起咯血最常见原因是肺结核

(4) 患侧呼吸运动减弱，语颤增强，气管向患侧移位。

(5) 痰结核杆菌检查：痰中找到结核杆菌是确诊肺结核的重要依据，是确诊肺结核最特异的方法。

(6) 化疗原则——早期、联合、适量、规律、全程

(7) 止血药物首选垂体后叶素，妊娠、高血压、冠心病患者禁用。年老体弱、肺功能不全者要慎用镇咳药

(8) 药物不良反应

①链霉素——耳聋和肾功能损害

②利福平——肝功能损害（黄疸、转氨酶一过性升高）、变态反应

③对氨基水杨酸——胃肠道刺激、变态反应

④异烟肼——周围神经炎、中毒性反应

⑤乙胺丁醇——球后视神经炎

10. 结核性脑膜炎

(1) 脑膜刺激征（颈项强直、凯尔尼格征、布鲁金斯基征阳性）是结核最主要和常见的体征。

(2) 脑脊液：压力增高，外观透明或呈毛玻璃样。糖和氯化物含量同时降低是结核性脑膜炎的典型改变。

- (3) 联合选用易透过血-脑屏障的抗结核、杀菌药物。
- (4) 常用 20%甘露醇，降低颅内压

第六章 皮肤及皮下组织疾病病人的护理

1. 疖

- (1) 致病菌大多为金黄色葡萄球菌
- (2) 危险三角区，该部位的疖如被挤压或处理不当，致病菌可沿内眦静脉和眼静脉向颅内扩散，引起颅内化脓性海绵状静脉窦炎。
- (3) 选用青霉素或复方新诺明等抗生素治疗

2. 痈

- (1) 致病菌大多为金黄色葡萄球菌。
- (2) 临床表现：①火山口；②病人多伴有全身症状，包括寒战、高热、食欲减退、乏力；③唇痈容易引起颅内化脓性海绵状静脉窦炎
- (3) 可用 50%硫酸镁或 95%乙醇湿敷
- (4) 已有溃破者及时切开引流，但唇痈不宜采用。可采用“+”或“++”形切口
- (5) 可选用磺胺甲基异噁唑加甲氧嘧啶或青霉素、红霉素等抗菌药物，以后根据细菌培养和药物敏感试验结果选药。

3. 急性蜂窝织炎

- (1) 致病菌多为溶血性链球菌。
- (2) 早期一般性皮下蜂窝织炎，可用 50%硫酸镁湿敷，或敷以金黄膏、鱼石脂膏等
- (3) 颌下急性蜂窝织炎应尽早切开减压，以防喉头水肿压迫气管引起呼吸困难甚至窒息
- (4) 应用磺胺类药或广谱抗生素，或根据药敏试验结果选用抗生素，合并厌氧菌感染者加用甲硝唑。

4. 急性淋巴管炎及淋巴结炎

- (1) 致病菌多为溶血性链球菌和金黄色葡萄球菌。
- (2) 网状淋巴管炎（丹毒）——鲜红色片状红疹；局部有烧灼样疼痛，红肿区可有水疱；象皮肿
- (3) 管状淋巴管炎——皮下可见一条或多条“红线”，病变部位质硬有压痛。深层淋巴管炎无“红线”表现，但有条形压痛区，患肢肿胀

(4) 应用抗菌药物（首选青霉素）；丹毒可经接触传染，应接触隔离。

5. 甲沟炎

(1) 应用磺胺类药或抗生素。已经形成脓肿者可在甲沟处行纵行切开引流术。若指甲下积脓，应拔除指甲或剪去覆盖于脓腔上的指甲

6. 脓性指头炎

(1) 应悬吊前臂平置患手，避免下垂以减轻疼痛

(2) 患指外敷金黄膏，给予青霉素等抗菌药物等。

(3) 一旦出现跳痛、明显肿胀，应及时切开减压和引流；手术时应在患指侧面做纵形切口。

第七章 妊娠、分娩和产褥期疾病病人的护理

1. 妊娠期妇女的护理

(1) 受精——通常发生在排卵后 12 小时内

(2) 胎盘：由羊膜、叶状绒毛膜和底蜕膜构成，是母体与胎儿间进行物质交换的重要器官

(3) 足月胎儿的脐带长 30~100cm，内有一条脐静脉和两条脐动脉。胎儿通过脐带血循环与母体进行营养和代谢物质的交换。

(4) 正常足月妊娠羊水量约为 800ml~1000ml。

(5) 妊娠前 8 周称胚胎，从第 9 周起称胎儿

(6) 心搏出量自妊娠 10 周开始增加，至妊娠 32~34 周时达高峰

(7) 血容量自妊娠 6~8 周起开始增加，至妊娠 32~34 周时达高峰

(8) 妊娠 13 周末以前称为早期妊娠；第 14~27 周末称为中期妊娠；第 28 周及其后称为晚期妊娠。

(9) 早期妊娠——停经为最早最重要的症状。

(10) 胎产式——两轴平行者称纵产式，两轴垂直者称横产式

(11) 胎先露——最先进入骨盆入口的胎儿部分

(12) 胎方位——胎儿先露部指示点与母体骨盆的关系。枕先露以枕骨、面先露以颞骨、臀先露以骶骨、肩先露以肩胛骨为指示点

(13) 妊娠 18~20 周时开始自觉胎动，胎动每小时 3~5 次。妊娠 12 周，用多普勒胎心听诊器在孕妇腹壁上能听到胎心音，胎心率为 110~160 次/分

(14) 预产期(EDC)推算方法为末次月经(LMP)第 1 天起，月份减 3 或加 9，日期加 7。

2. 分娩期妇女的护理

- (1) 妊娠满 28 周至不满 37 足周期间分娩，称为早产；妊娠满 37 周至不满 42 足周期间分娩，称为足月产；妊娠满 42 周及以后分娩，称为过期产。
- (2) 子宫收缩力 8：是临产后的主要产力，贯穿于整个分娩过程。
- (3) 胎头径线主要有：①双顶径，是胎头的最大横径，足月时平均约为 9.3cm；②枕额径，足月时平均约 11.3cm；③枕下前凶径，足月时平均约 9.5cm；④枕颞径，足月时平均约 13.3cm
- (4) 胎头的矢状缝及凶门是确定胎位的重要标志
- (5) 下降动作贯穿于分娩全过程。
- (6) 见红——是分娩即将开始比较可靠的征象。
- (7) 临产的标志为有规律且逐渐增强的子宫收缩，持续 30 秒或以上，间歇 5~6 分钟
- (8) 产程分期：

第一产程：又称宫颈扩张期	规律宫缩开始至宫口开全。初产妇需 11~12 小时；经产妇需 6~8 小时
第二产程：又称胎儿娩出期	从宫口开全至胎儿娩出。初产妇需 1~2 小时；经产妇一般数分钟就可以完成
第三产程：又称胎盘娩出期	从胎儿娩出后至胎盘胎膜娩出，不应超过 30 分钟

- (9) 宫口扩张：是临产后规律宫缩的结果。潜伏期是指从出现规律宫缩开始至宫口扩张 3cm 止，约需 8 小时，超过 16 小时称潜伏期延长。活跃期是指宫口扩张 3cm 至宫口开全(10cm)，约需 4 小时，超过 8 小时称活跃期延长
- (10) 胎头拨露——胎头于宫缩时露出于阴道口，露出部分不断增大，在宫缩间歇期，胎头又缩回阴道内

3. 产褥期妇女的护理

- (1) 产后 7 天内分泌的乳汁称初乳。产后 7~14 天分泌的乳汁为过渡乳。产后 14 天以后分泌的乳汁为成熟乳
- (2) 产后 2~3 天产妇往往多尿，并且容易发生排尿困难，容易发生尿潴留及尿路感染
- (3) 产后最初 3 天为红色血性恶露，产生 4~14 天为淡红色浆液性恶露，产后 14 天以后为白色恶露。如恶露有异味，常提示有感染的可能
- (4) 哺乳时应让新生儿吸空乳房，如乳汁充足孩子吸不完时，应用吸乳器将剩余的乳汁吸出，以免乳汁淤积影响乳汁分泌

4. 流产病人的护理

不同流产的相关比较

流产类型	子宫大小	宫颈口	妊娠产物
先兆流产	与停经周数相符	未开	未排除
难免流产	与停经周数相符或略小	已扩张	尚未排除
不全流产	小于停经周数	已扩张	部分排除，部分在子宫内
完全流产	接近未孕大小或略大	已关闭	已完全排出

5. 妊娠期高血压

- (1) 妊娠期高血压的基本病理生理变化：全身小动脉痉挛
- (2) 硫酸镁为目前治疗子痫前期和子痫的首选解痉药物。
- (3) 硫酸镁中毒现象首先表现为膝反射减弱或消失。

6. 异位妊娠

- (1) 阴道后穹窿穿刺：是一种简单可靠的诊断方法。
- (2) 腹腔内大量出血或伴有休克者，禁做腹腔镜检查

7. 妊娠合并症病人的护理

- (1) 预防和控制子痫的首选药物是硫酸镁。
- (2) 妊高症降压首选肼屈嗪。
- (3) 前置胎盘最特征性的临床表现：无痛性反复阴道流血。禁止肛门指检。
- (4) 胎盘早剥最特征性的临床表现：伴有腹痛的子宫出血。
- (5) 胎盘早剥最严重的并发症是：DIC。
- (6) 确诊前置胎盘首选：B超检查可见胎盘覆盖宫颈内口。

8. 妊娠合并心脏病

- (1) 心功能 I、II 级的产妇可以妊娠，产后可以哺乳；心功能 III、IV 级的产妇不宜妊娠，产后不宜哺乳。
- (2) 妊娠 32~34 周、分娩期及产褥期的最初 3 天内，是患有心脏病的孕妇最危险的时期。
- (3) 妊娠合并心脏病发病率最高的是风湿性心脏病。

9. 胎盘早剥

- (1) 持续性腹部疼痛

- (2) 可无阴道出血，贫血程度与外出血量不相符
- (3) 子宫硬如板状，有压痛，但子宫比妊娠周数大，宫底随胎盘后血肿增大而增高。

10. 前置胎盘

- (1) 发生无诱因、无痛性反复阴道出血
- (2) 保证休息，减少刺激：禁做肛查，慎做阴道检查。孕妇可有紧张恐惧的情绪，应进行心理护理

11. 胎儿宫内窘迫

- (1) 急性胎儿窘迫多发生在分娩期，主要表现为胎心率加快或减慢

12. 产力异常病人的护理

- (1) 协调性子宫收缩乏力首选：缩宫素静滴。
- (2) 不协调性子宫收缩乏力首选在第一产程中注射哌替啶。

13. 子宫破裂病人的护理

- (1) 子宫破裂行子宫修补术后需 2 年后方可再次妊娠
- (2) 子宫呈强直性收缩，胎心表现为先加快后减慢或听不清
- (3) 病理性缩复环、下腹部压痛、胎心率改变及血尿出现

14. 贫血

- (1) 正确服用铁剂，首选口服铁剂，补充铁剂的同时应服维生素 C 或稀盐酸促进铁的吸收。
饭后或餐中服用
- (2) 血红蛋白 $< 110\text{g/L}$ ，血细胞比容 < 0.30 或红细胞 $< 3.5 \times 10^{12}/\text{L}$ ，即可诊断为贫血；孕妇血清铁 $< 6.5 \mu\text{mol/L}$ 为缺铁性贫血。

15. 产褥感染

- (1) 以厌氧菌为主
- (2) 发热、疼痛、异常恶露为产褥感染三大主要症状
- (3) 局部伤口有红肿、硬结、脓性分泌物流出，较重时可伴有低热

16. 产后出血

- (1) 产后出血是指胎儿娩出后 24 小时内出血量超过 500ml 者。在我国居产妇死亡原因首位
- (2) 子宫收缩乏力：是产后出血最常见的原因。
- (3) 可以通过使用宫缩药、按摩子宫、宫腔内堵塞纱布条或结扎血管等方法达到止血的目的。按摩子宫：为常用有效的方法。

(4) 应用宫缩药：宫腔纱布填塞法：24 小时取出纱布条，取出前应先肌内注射宫缩药，并给予抗生素预防感染

17. 晚期产后出血

- (1) 分娩 24 小时后，于产褥期内发生子宫大量出血。多于产后 1~2 周发生
- (2) 密切观察产后生命体征的变化，严密观察出血征象，观察皮肤颜色、血压及脉搏，防止出现失血性休克。同时注意观察子宫复旧、有无压痛及阴道出血情况，记录出血量。
- (3) 采取平卧位。注意保持会阴部清洁。遵医嘱给予抗生素

第八章 新生儿和新生儿疾病的护理

1. 正常新生儿

- (1) 从脐带结扎至出生后满 28 天的婴儿称为新生儿
- (2) 足月儿：胎龄满 37 周至未满 42 周的新生儿，出生体重在 2500~4000g
- (3) 早产儿：胎龄 < 37 周的新生儿。
- (4) 胎龄 ≥ 42 周的新生儿。
- (5) 呈腹式呼吸，呼吸次数 40 次/分
- (6) 胃呈水平位，易溢乳或呕吐。生后 10~12 小时开始排墨绿色胎粪。
- (7) 出生时已存在以后逐渐消失的反射包括觅食反射、拥抱反射、握持反射、吸吮反射及颈反射等。
- (8) 生理性体重下降——一般不超过出生体重的 10%，生后 10 天左右恢复到出生时体重
- (9) 保持脐部清洁干燥，用棉签蘸酒精溶液消毒脐带残端。
- (10) 乳腺肿大和假月经：男女新生儿生后 3~5 天均可出现乳腺肿大，2~3 周消退；
- (11) 部分女婴生后 5~7 天阴道可见少量血性分泌物，可持续 1 周。上述现象均由于来自母体的雌激素中断所致。
- (12) 足月儿和早产儿护理措施主要围绕四个方面：即保持呼吸道通畅、保暖、合理喂养、预防感染。

2. 新生儿窒息

- (1) 正压人工呼吸的频率是 40~60 次 / 分；用拇指法或双指法有节奏地按压胸骨下 1/3 部位，每分钟按压 120 次，按压深度为 1.5~2cm。每 3 次胸外按压后，正压人工呼吸 1 次。
- (2) Apgar 评分：内容包括心率、呼吸、对刺激的反应、肌张力和皮肤颜色 5 项

- (3) Apgar 评分总共 10 分，8~10 分为正常，4~7 分为轻度窒息，0~3 分为重度窒息
- (4) 应在 30~32℃ 的抢救床上进行抢救

3. 新生儿缺血缺氧性脑病

- (1) 控制惊厥：首选苯巴比妥钠，也可用地西洋。
- (2) 治疗脑水肿：呋塞米或甘露醇静脉注射。
- (3) 亚低温治疗：仅适用于足月儿，对早产儿尚不宜采用。

4. 新生儿颅内出血

- (1) 新生儿颅内出血主要因缺氧或产伤引起，早产儿发病率较高。一般生后 1~2 天内出现。
- (2) 常见症状有意识形态改变，如激惹；眼症状，如凝视；颅内压增高表现如脑性尖叫，前囟隆起；呼吸改变：如增快、减慢及暂停；肌张力改变：早期增高以后减低；瞳孔不对称，对光反应差；黄疸和贫血。
- (3) 抬高头肩部 15°~30°，使患儿取侧卧位或头偏向一侧

5. 新生儿黄疸

- (1) 生理性黄疸：每日血清胆红素升高小于 85 μmol/L (5mg/dl)。
- (2) 病理性黄疸：黄疸持续时间长（足月儿>2 周，早产儿>4 周）。
- (3) 核黄疸发：表现为烦躁、食欲缺乏、拒乳、尖叫、凝视、角弓反张甚至抽搐等症状。

6. 新生儿寒冷损伤综合征

- (1) 低体温：轻者体温低于 35℃，重者低于 30℃
- (2) 硬肿：皮肤发凉、硬肿，颜色暗红，按之如硬橡皮，有水肿者压之有轻度凹陷。硬肿发生顺序是：小腿—大腿外侧—整个下肢—臀部—面颊—上肢—全身。
- (3) 复温：是治疗关键。复温原则是逐步复温，循序渐进。
- (4) 每小时升高 1℃，每小时监测肛温、腋温 1 次，在 12~24 小时体温恢复正常。
- (5) 新生儿寒冷损伤综合征也称为新生儿硬肿症，寒冷、早产、低体重、感染和窒息为主要病因。新生儿体温调节功能不足：以棕色脂肪组织的化学产热方式为主。

7. 新生儿脐炎

- (1) 金黄色葡萄球菌为主要致病菌
- (2) 局部用 3%过氧化氢和 75%酒精清洗，或用抗生素局部湿敷或抗生素油膏外敷
- (3) 病重者可形成败血症，伴有发热，吃奶差，精神不好，烦躁不安等。

8. 新生儿低血糖

(1) 新生儿发生低血糖的诊断是全血血糖 $<2.2\text{mmol/L}$ (40mg/dl)。

9. 新生儿低血钙

(1) 血清总钙低于 1.8mmol/L (7mg/dl) 或血清游离钙低于 0.9mmol/L (3.5mg/dl) 即为低钙血症。

(2) 遵医嘱稀释后每次静脉缓慢注射或滴注 10% 葡萄糖酸钙。如心率低于 80 次/分，应暂停注射。避免钙浓度过高抑制窦房结引起心动过缓甚至心脏停搏。

(3) 新生儿低钙血症是新生儿惊厥的常见原因之一。

第九章 泌尿生殖系统疾病病人的护理

1. 急性肾小球肾炎

(1) 以血尿、蛋白尿、水肿和高血压为主要临床表现

(2) β 溶血性链球菌感染

(3) 血尿——常为首发症状

(4) 急性期 1~2 周内，应控制钠的摄入，每日应低于 3g，水肿消退后每日 3~5g

(5) 血压：每天测血压 2 次，定时巡视病房，观察病人有无剧烈头痛、呕吐、眼花，视物不清等症状。

(6) 还可静脉点滴硝普钠或酚妥拉明，降低循环血量，减轻心脏负荷。

2. 慢性肾小球肾炎

(1) 多为轻度蛋白尿和镜下血尿

(2) 异常排尿

① 24h 尿量 $<400\text{ml}$ 或每小时尿量 $<17\text{ml}$ ——少尿

② 24h 尿量 $<100\text{ml}$ ——无尿

③ 24h 尿量 $>2500\text{ml}$ ——多尿

④ 每晚尿量 $>750\text{ml}$ ——夜尿增多

(4) 限制钠的摄入，予以少盐饮食，每天以 2~3g 为宜。

(5) 若每天尿量达 1000ml 以上，一般不需严格限水，但不可过度饮水；每天液体摄入量不应超过前一天 24 小时尿量加上 500ml (不显性失水量)。

(6) 给予优质低蛋白、低磷饮食；肾功能减退时应予以优质低蛋白饮食

3. 肾病综合征

(1) 基本病变是肾小球通透性增加，导致大量蛋白尿，而低蛋白血症、水肿和高胆固醇血症是继发性病理生理改变。

(2) 临床表现——①大量的蛋白尿：24 小时尿蛋白 $>3.5\text{g}$ ；②低蛋白血症：血浆清蛋白低于 30g/L ；③水肿：水肿是肾病综合症最突出的体征，其发生与低蛋白血症所致血浆胶体渗透压明显下降有关；④高脂血症

(3) 感染——为肾病综合症常见的并发症

(4) 给予高热量、高维生素、低盐、低脂及富含可溶性纤维的饮食；优质蛋白

(5) 洛伐他汀为首选的降脂药

(6) 钠的摄入量不超过 3g/d 。

4. 慢性肾衰竭

(1) 心力衰竭——是慢性肾衰竭常见的死亡原因

(2) 给予高维生素、高热量、优质低蛋白，低磷高钙饮食，主食最好采用麦淀粉。

(3) 忌进含钾量高的食物和药物（包括钾盐青霉素、螺内酯等）。

(4) 忌输库血。

(5) 关于蛋白饮食：肝性脑病的患者要限制蛋白，摄入以植物蛋白为主，因为植物蛋白产氨少；慢性肾炎、慢性肾衰也要限制蛋白，但是摄入的以动物蛋白为主，因为效价高，质量优。

5. 急性肾衰竭

(1) 肾小管坏死为最常见的急性肾衰竭类型。

(2) 每天的进液量可按前一天尿量加 500ml 计算。

(3) 当血钾超过 6.5mmol/L ；予以 10% 葡萄糖酸钙稀释后缓慢静脉注射，以拮抗钾离子对心肌及其他组织的毒性作用

(4) 减少钾的摄入：尽量避免食用含钾多的食物，如白菜、萝卜、榨菜、橘子、香蕉、梨、桃、葡萄、西瓜等。

(5) 发生高血钾时配合医生进行紧急处理：①立即建立血管输液通道。②静脉滴注 5% 碳酸氢钠 $100\sim 200\text{ml}$ ，尤其适用于伴代谢性酸中毒者；或缓慢静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 $10\text{ml}\sim 20\text{ml}$ ，以拮抗钾离子对心肌及其他组织的毒性作用；或静滴 50% 葡萄糖 $50\sim 100\text{ml}+$ 胰岛素 $6\sim 12\text{IU}$ ，以促进糖原合成，使钾离子转入细胞内。③钠型离子交换树脂 $20\sim 30\text{g}$ 加入 25% 山梨醇 $100\sim 200\text{ml}$ 做高位保留灌肠。

6. 尿路结石

- (1) 肾结石可引起肾区疼痛伴肋脊角叩痛
- (2) 膀胱结石：典型症状为排尿突然中断，改变体位尿可继续排出
- (3) 尿道结石：典型症状为排尿困难、点滴状排尿及尿痛
- (4) 泌尿系 X 线平片——能发现 90% 以上的尿路结石
- (5) 非手术治疗——适用于结石直径 $< 0.6\text{cm}$
- (6) 体外冲击波碎石——肾、输尿管上端 $< 2\text{cm}$ 的结石，两次治疗间隔时间不少于 7 天
- (7) 手术治疗的护理：①碎石后多数病人出现肉眼血尿，无须处理。若术后短时间内造瘘管引出大量鲜红色血性液体，须防止大出血，遵医嘱给予止血药和抗生素；②含钙结石者应合理摄入钙量，适当减少牛奶、奶制品、豆制品等含钙量高的食物；草酸盐结石者，限制浓茶、菠菜、番茄、芦笋、花生等食物；尿酸结石者，不宜食用含嘌呤高的食物如动物内脏、啤酒

7. 肾损伤

- (1) 血尿——肾损伤的常见症状；是诊断肾损伤的重要依据
- (2) CT——是首选检查
- (3) 绝对卧床休息 2~4 周

8. 膀胱损伤

- (1) 膀胱注水试验：若液体进出量差异很大，提示膀胱破裂。
- (2) 膀胱造影，是确诊膀胱破裂最可靠的方法。
- (3) 冲洗速度每分钟 60 滴，每次冲洗量不超过 100ml

9. 尿路感染

- (1) 以大肠杆菌最常见
- (2) 上行感染是最常见的感染途径
- (3) 尿路梗阻：如结石，肿瘤等，引起尿路梗阻导致尿流不畅。
- (4) 膀胱炎：表现为尿频、尿急、尿痛，伴耻骨上不适。
- (5) 治疗后菌尿转阴，停药后 2 周、6 周复查尿菌均为阴性
- (6) 尽量多饮水、勤排尿，每天摄水量不应低于 2500ml，保证每天尿量在 1500ml 以上，嘱病人每 2 小时排尿 1 次。

10. 前列腺增生

- (1) 尿频是最常见的早期症状
- (2) 进行性排尿困难是前列腺增生最主要的症状
- (3) 直肠指检可触及增大的前列腺

11. 滴虫性阴道炎

- (1) 临床表现：稀薄的泡沫状白带增多及外阴瘙痒，可伴有烧灼感，疼痛和性交痛，如伴尿道感染时，有尿频、尿急、尿痛或血尿。
- (2) 治疗：口服甲硝唑；1%乳酸或0.1%~0.5%醋酸液溶液阴道灌洗。

12. 滴虫性阴道炎护理措施

- (1) 配偶同时进行治疗；
- (2) 因甲硝唑可透过胎盘到达胎儿体内，故孕20周前禁用此药；
- (3) 哺乳期全身用药，因甲硝唑可通过乳汁排泄，服药期间及服药后6小时内不宜哺乳。

13. 外阴阴道假丝酵母菌病

- (1) 好发人群——孕妇、糖尿病、大量雌激素治疗、长期应用抗生素者、服用皮质类固醇激素或免疫缺陷综合征者易发此症。
- (2) 临床表现 (3) 护理措施：积极治疗糖尿病，正确使用抗生素、雌激素，避免诱发假丝酵母菌病；外阴、阴道奇痒，坐卧不宁，痛苦异常，还可有尿痛、尿频、性交痛，阴道分泌物典型特点为干酪样白带或豆渣样白带。

菌阴道炎。

14. 子宫内膜异位症

- (1) 以痛经为主要症状，继发性痛经且进行性加重
- (2) 腹腔镜检查：是目前国际公认的诊断子宫内膜异位症的最佳方法，也是治疗子宫内膜异位症最常用的方法
- (3) 一般可每3~6个月随访并做盆腔检查1次
- (4) 腹腔镜手术是子宫内膜异位症首选的治疗方法

15. 子宫脱垂

- (1) 子宫脱垂的分度
 - ① I度：轻型为宫颈外口距离处女膜缘小于4cm但未达处女膜缘；重型为宫颈外口已达处女膜缘，在阴道口可见到宫颈。
 - ② II度：轻型为宫颈已脱出阴道口外、宫体仍在阴道内；重型为宫颈及部分宫体已脱出阴道

口外。

③III度：宫颈及宫体全部脱出至阴道口外

口诀：1 包膜 2 出口 3 已溜出阴道外。

16. 急性乳腺炎

- (1) 乳汁淤积：是最常见的原因。
- (2) 多为金黄色葡萄球菌，其次为链球菌。
- (3) 脓肿形成后，则需及时行脓肿切开引流。
- (4) 25%硫酸镁溶液湿热敷；做放射状切口；乳晕部脓肿应沿乳晕边缘做弧形切口；乳房深部脓肿或乳房后脓肿可沿乳房下缘做弧形切口

第十章 精神障碍病人的护理

1. 精神障碍病人常见的症状

- (1) 知觉障碍：以幻听最为常见，其中言语性幻听最具有诊断意义
- (2) 情感障碍：情感低落是抑郁症的主要症状；情感淡漠，对外界任何刺激均缺乏相应的情感反应
- (3) 意志障碍：动作行为和言语活动的抑制或减少，病人长时间保持一种固定姿态称为木僵
- (4) 自知力缺乏：自知力完整是精神障碍疾病病情痊愈的重要指标之一

2. 精神分裂症

- (1) 最常见的症状——幻听
- (2) 最重要的体征——感情淡漠
- (3) 最主要的出院指导——坚持服药

3. 抑郁症

- (1) 最核心的症状——抑郁心境、兴趣缺乏和乐趣丧失等情绪低落的表现
- (2) 情绪低落表现的规律——晨重暮轻
- (3) 护理观察的重点内容——自杀观念和自杀行为
- (4) 药物不良反应——百忧解最常出现胃肠道反应

4. 焦虑症病人的护理（害怕某些环境刺激形成的条件反射）

- (1) 广泛性焦虑症：主要表现为过分焦虑、运动型不安以及自我神经功能紊乱

- (2) 惊恐障碍：病人日常活动时，突然出现强烈的恐惧感，有失控感和濒死感
- (3) 常用药物：苯二氮草类，如地西洋、阿普唑仑、劳拉西洋、氯硝西洋或者丁螺环酮等

5. 强迫症患者的护理

- (1) 强迫症的核心症状——强迫观念，表现为反复而持久的观念、思想或冲动念头
- (2) 强迫意向：病人反复感受到自己要做违背意愿的事情或强烈的内心冲动，明知错误无法控制自己
- (3) 护理措施——①协助病人分析其不良感受，转移注意力，引导其参与愉悦的活动。②当病人按计划执行时，给予奖励和强化，使病人体验成功。③治疗中护士全程陪伴，给予支持和鼓励。④及时了解病人的体验，依据具体情况调整护理措施。

6. 失眠患者的护理

- (1) 失眠的病因——心理因素最常见，如精神紧张，此外还包括环境因素以及生物药剂因素，如进食浓咖啡等
- (2) 最主要的临床表现——入睡困难

7. 阿尔茨海默病病人的护理

- (1) 早期核心症状——记忆障碍
- (2) 临床最常用药——乙酰胆碱酯酶抑制剂
- (3) 护理措施——智力功能锻炼、尽量直呼其名

8. 癔症病人的护理——癔症发作最有效的治疗方法——暗示治疗

第十一章 损伤、中毒病人的护理

1. 创伤

- (1) 开放性创伤早期为污染伤口，采用清创术，对伤口进行清洗、扩创、缝合
- (2) 清创时间越早越好，伤后 6~8 小时是最佳时间
- (3) 搬动前四肢应妥善固定，疑有脊柱骨折，应三人以平托法或滚动法将病人平卧于硬板床上，防止脊髓损伤；胸部损伤重者，宜取伤侧向下的低斜坡卧位，以利健侧呼吸；运转途中病人的头部应朝后（与运行方向相反），避免脑缺血突然死亡。
- (4) 伤口换药顺序：先清洁伤口、再污染伤口、最后感染伤口。

2. 烧伤

- (1) 烧伤三度四分法及临床表现

分类	程度	临床表现 (①是否有水泡; ②疼痛程度; ③皮肤颜色)	愈合时间	愈后
表皮	I°	无水疱, 烧灼感, 红斑状	3~7 天	短期内有色素沉着
真皮	II°浅	大小不一的水泡, 疼痛剧烈, 创面基底潮红	1~2 周内	有色素沉着 无瘢痕形成
	II°深	水泡较小, 拔毛痛, 创面基底发白或红白相间	3~4 周	瘢痕增生 色素沉着
肌肉	III°	无水疱, 痛觉消失, 蜡白或焦黄色, 形成焦痂	3~4 周后结痂	愈合后留有瘢痕或畸形
骨骼				

(2) 烧伤严重程度: 面积、深度

	II°	III°
轻度	<10%	
中度	11%~30%	<10%
重度	31%~50%	11%~20%
特重度	>50%	>20%

(3) 中国新九分法——头颈部为 9% (1 个 9%, 双上肢为 18% (2 个 9%)、躯干 (包括会阴) 为 27% (3 个 9%)、双下肢 (包括臀部) 为 46% (5 个 9%+1%)。

(4) 若将五指并拢、单掌的掌面面积占体表面积的 1%

(5) 晶体首选平衡盐溶液, 其次选用等渗盐水等。胶体液首选血浆

(6) 补液原则一般是先晶后胶、先盐后糖、先快后慢, 胶、晶液体交替输入。

3. 蛇咬伤

(1) 伤口可用 1: 5000 高锰酸钾或高渗盐水溶液湿敷

(2) 蛇咬伤后忌奔跑, 伤肢制动、放置低位, 立即用布带等绑扎伤肢的近心端。

4. 胸膜腔闭式引流的目的与适应证

(1) 目的: ①引流胸膜腔内渗液、血液及气体; ②重建胸膜腔内负压, 维持纵隔的正常位置; ③促进肺的膨胀。

(2) 适应证用于外伤性或自发性气胸、血胸、脓胸及心胸手术后的引流等。

5. 胸膜腔闭式引流管的护理措施

(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：①引流装置应保持无菌；②保持胸壁引流口处敷料清洁干燥；③引流瓶应低于胸壁引流口平面 60~100cm，以防瓶内液体逆流入胸膜腔。

(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。一般情况下水柱上下波动约 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。

6. 腹部损伤护理措施

(1) 待肠蠕动恢复、肛门排气后停止胃肠减压，若无腹胀不适可拔除胃管

7. 一氧化碳中毒病人的护理

(1) 口唇黏膜可呈樱桃红色

(2) 轻度中毒时血液碳氧血红蛋白浓度为 10%~20%，中度中毒时血液碳氧血红蛋白浓度为 30%~40%，重度中毒时为 40%~60%以上。

(3) 鼻导管高浓度 (>60%)、高流量 (8~10L/分) 吸氧，重度中毒者给予高压氧治疗。

8. 有机磷中毒病人的护理

(1) 有机磷进入体内抑制乙酰胆碱酯酶 (AChE) 活性，引起体内生理效应部位 ACh 大量蓄积

(2) 毒蕈碱样症状：出现最早。表现为瞳孔缩小、腹痛、腹泻；大小便失禁；大汗、流泪和流涎；咳嗽、气促、呼吸困难、双肺啰音，病人呼气呈蒜臭味。

(3) 胆碱酯酶活力测定——低于 80% 属于异常。ChE 活力值在 50%~70% 为轻度中毒；30%~50% 为中度中毒；30% 以下为重度中毒。

(4) 烂苹果味提示糖尿病酮症酸中毒

(5) 大蒜味提示有机磷农药中毒

- (6) 氨味提示尿毒症患者
- (7) 肝腥（肝臭）味提示肝性脑病（肝昏迷）患者
- (8) 恶臭味提示支气管扩张或肺脓肿患者
- (9) 口服中毒者要反复洗胃，可用清水、2%碳酸氢钠（敌百虫中毒者禁用）或1:5000高锰酸钾溶液（对硫磷中毒者忌用）进行洗胃，直至洗清至无大蒜味为止，然后再给硫酸钠导泻
- (10) 用肥皂水反复清洗污染皮肤、毛发和指甲缝隙部位，禁用热水或酒精擦洗，以防皮肤血管扩张促进毒物吸收。
- (11) 解毒药物——最常用药物为阿托品。
- (12) 阿托品中毒表现：瞳孔扩大、烦躁不安、意识模糊、谵妄、抽搐、昏迷和尿潴留等

9. 中暑病人的护理

- (1) 迅速降温决定病人预后。首先应将病人脱离高温环境，迅速转移到阴凉通风处休息。
- (2) 饮用含盐饮料
- (3) 肛温降至 38℃时应暂停降温。
- (4) 中暑高热伴休克时，降温可动脉快速推注 4℃，5%葡萄糖盐水。
- (5) 室温维持在 20~25℃，通风良好。热射病物理降温时肛温低于 38℃时停止降温。

10. 淹溺病人的护理

- (1) 迅速将病人救出水，立即恢复有效通气，施行心肺脑复苏，根据病情对症处理。
- (2) 立即清除口、鼻腔内淤泥、杂草及呕吐物，有义齿者取下义齿，确保呼吸道通畅。
- (3) 海水淹溺者可予 5%葡萄糖溶液或低分子右旋糖酐纠正血液浓缩。

11. 细菌性食物中毒病人的护理

- (1) 沙门菌：是引起胃肠型食物中毒最常见的病原菌之一
- (2) 产肠毒素大肠杆菌，是导致发展中国家的婴幼儿和旅游者腹泻的重要原因
- (3) 腹泻多为黄色稀水便或黏液便
- (4) 腹痛剧烈者可用解痉剂阿托品 0.5mg 肌内注射或口服溴丙胺太林等

12. 破伤风病人的护理

- (1) 发作期——咀嚼不便、张口困难；牙关紧闭；苦笑面容、颈项强直、角弓反张
- (2) 并发症——呼吸骤停、窒息
- (3) 主要死亡原因——窒息、心力衰竭或肺部感染。

- (4) 中和游离毒素——早期使用破伤风抗毒素
- (5) 首选青霉素。
- (6) 所有器械、敷料均需专用，使用后器械用 0.5%有效氯溶液浸泡 30 分钟，或用 1%的过氧乙酸浸泡 10 分钟，清洗后高压蒸汽灭菌，敷料应焚烧，用过的大单布类等包好，送环氧乙烷室灭菌后再送洗衣房清洗、消毒，病人的用品和排泄物均应消毒。
- (7) 保持呼吸道通畅：如发生呼吸道梗阻，应立即通知医生行紧急气管切开。

13. 骨折

- (1) 定义——骨的完整性或连续性中断
- (2) 分类：
 - 1) 根据骨折程度分为不完全性骨折和完全性骨折。
 - 2) 根据骨折处是否与外界相通分为开放性骨折和闭合性骨折。
 - 3) 根据骨折端的稳定程度分为稳定骨折和不稳定骨折。
- (3) 骨折专有体征——畸形、假关节活动（异常活动）、骨擦音或骨擦感。
- (4) 诊断骨折最可靠的依据是——X 线

14. 肋骨骨折

- (1) 好发部位为——第 4~7 肋骨。
- (2) 多根、多处肋骨骨折——反常呼吸运动。因前后端失去支撑，使该部胸廓软化，产生反常呼吸运动，即吸气时，胸腔内负压增高，软化部分向内凹陷；呼气时，胸腔内负压减低，该部胸壁向外凸出，又称连枷胸。
- (3) 急救措施为——1) 减轻疼痛，固定胸部；可用弹性绷带固定，也可采用多带条胸带或宽胶布叠瓦式固定胸部；对多跟多处肋骨骨折者用坚硬的垫子或手掌施压于胸壁软化部位。可行牵引固定或用厚棉被加压包扎，以减轻反常呼吸，也可在电视胸腔镜下导入钢丝的方法固定连枷胸。

15. 颅骨骨折

- (1) 颅底骨折的临床表现

骨折部位	瘀斑部位	脑脊液漏	可能损伤的脑神经
颅前窝	眶周、球结膜下（“熊猫眼”征、“兔眼征”）	鼻漏	嗅神经、视神经
颅中窝	乳突区	鼻漏和耳漏	面神经、听神经
颅后窝	乳突部、枕下部、咽后壁	无	第 IX~XII 对脑神经

- (2) 颅盖骨折依靠头颅 X 线摄片确诊
- (3) 对于脑脊液鼻漏者，不可经鼻腔进行护理操作，严禁从鼻腔吸痰或放置鼻胃管，禁止耳、鼻滴药、冲洗和堵塞，禁忌作腰穿。

第十二章 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病病人的护理

1. 肩关节周围炎

- (1) X 线示颈肩部有骨质疏松
- (2) 肩周炎最有效的治疗方法是坚持功能锻炼

2. 腰椎间盘突出症

- (1) 椎间盘变性、纤维环破裂、髓核组织突出刺激和压迫马尾神经或神经根
- (2) 好发部位为腰 4~腰 5、腰 5~骶 1 间隙，因该部位活动度大。
- (3) 腰痛是最早出现的症状

3. 腰痛是最早出现的症状

- (1) 最常见金黄色葡萄球菌
- (2) 起病急骤，寒战、高热，体温可达到 39℃ 以上
- (3) 必须坚持使用抗生素至体温正常后 3 周左右

4. 化脓性关节炎

- (1) 好发部位为髋关节和膝关节。
- (2) 最常见的致病菌为金黄色葡萄球菌

5. 脊柱骨折

- (1) 正确搬运方法：三人平托病人，同步行动，将病人放在脊柱板、木板或门板上；也可将病人保持平直，整体滚动到木板上
- (2) 颈椎骨折的患者应采用四人搬运法，将患者平放在木板上，严禁肩扛、背驮，防止引起脊神经损伤

6. 关节脱位

- (1) 病因——创伤性脱位；先天性脱位；病理性脱位；习惯性脱位
- (2) 复位成功的标志是被动活动恢复正常，骨性标志恢复，X 线检查提示已复位。

7. 风湿热

- (1) 风湿热是一种与 A 组乙型溶血性链球菌感染密切相关的免疫炎性疾病

(2) 链球菌感染是风湿热的诱因

(3) **总结：**链球菌感染的疾病

①风湿热：A 族乙型溶血性链球菌

②猩红热：A 族乙型溶血性链球菌

③风湿性心瓣膜病：A 族乙型溶血性链球菌

④小儿急性肾小球肾炎：A 族 β 溶血性链球菌

⑤急性蜂窝织炎：溶血性链球菌

⑥急性淋巴管炎和淋巴结炎：化脓性链球菌

⑦亚急性细菌性心内膜炎：草绿色链球菌

(2) 首选药物为非甾体类抗炎药，常用阿司匹林。心脏炎时一般采用糖皮质激素治疗。

(3) 阿司匹林：可引起胃肠道反应、肝功能损害和出血，可采取饭后服用或同服氢氧化铝以减少对胃的刺激，可遵医嘱加用维生素 K 以防止出血；

(4) 预防药物首选长效青霉素

8. 类风湿关节炎

(1) 滑膜炎是 RA 的基本病理改变

(2) 对称性多关节炎。主要侵犯小关节

(3) 晨僵是 RA 突出的临床表现

(4) 关节痛呈对称性、持续性

(5) 肾上腺糖皮质激素：适用于活动期有关节外症状者

(6) 应卧床休息，以减少体力消耗，限制受累关节活动，保持关节功能位，如膝下放一平枕，使膝关节保持伸直位，足下放置足板，避免垂足。但不宜绝对卧床。

9. 系统性红斑狼疮

(1) 遗传因素、性激素、日光、感染、食物、药物

(2) 狼疮小体(苏木紫小体)，为诊断 SLE 的特征性依据；“洋葱皮样”病变，以脾脏中央动脉为明显。几乎所有的 SLE 病人均有肾损伤，称狼疮性肾炎。

(3) 蝶形红斑是 SLE 最具特征性的皮肤改变

(4) 晚期发生尿毒症，是 SLE 死亡的常见原因

(5) 忌食含有补骨脂素的食物如芹菜、无花果、香菜；肾功能不全者，给予低盐、低蛋白，限制水钠摄入

(6) 皮肤护理：避免日光暴晒和紫外线等照射；避免接触刺激性物品，碱性肥皂、化妆品；脱发病人每周用温水洗头 2 次，边洗边按摩，忌染发、烫发、卷发

10. 骨折疏松

- (1) 骨痛和肌无力——早期无症状
- (2) 骨折——是骨质疏松最常见和最严重的并发症
- (3) 雌激素缺乏——是绝经后骨质疏松症的主要病因。
- (4) 增加户外活动、多晒太阳可生成更多可利用的维生素 D，有利于防止骨质疏松症。

第十三章 肿瘤病人的护理

1. 食管癌病人的护理

- (1) 食管癌的好发部位——中胸段。
- (2) 食管癌的早期症状——哽噎感、停滞感、异物感。
- (3) 食管癌中晚期典型症状——进行性吞咽困难。
- (4) 筛选食管癌简易可行的方法——带网气囊食管脱落细胞学检查。
- (5) 食管癌的治疗原则——手术治疗。
- (6) 乳糜胸：乳糜胸多因伤及胸导管所致

2. 胃癌

- (1) 癌多见于胃窦部，最常见病因是幽门螺杆菌的感染。
- (2) 主要是上腹痛以及不适感、食欲下降，贲门部癌可出现吞咽时剑突下梗阻感。
- (3) 淋巴转移是胃癌的主要转移途径，晚期最常见的是肝转移。
- (4) 纤维胃镜检查是确诊早期胃癌的有效方法。
- (5) 全麻清醒前去枕平卧位，头偏向一侧。麻醉清醒后若血压稳定取低半卧位。

3. 胰腺癌病人的护理

- (1) 多发生于胰头部，其次是胰体尾部。
- (2) 手术切除是胰腺癌获得最好效果的治疗方法。
- (3) 腹腔引流一般需放置 5~7 天，胆管引流约需放置 2 周左右，胰管引流在 2~3 周后可拔除。

4. 大肠癌

- (1) 腹部肿块、贫血、全身中毒症状是右半结肠癌较常见的症状

- (2) 慢性肠梗阻、便秘、腹泻、血便等是左半结肠癌最常见的症状
- (3) 淋巴转移是大肠癌主要的转移途径。
- (4) 每日扩张造瘘口 1 次，防止造口狭窄
- (5) 手术后 7~10 日内严禁灌肠，以免影响吻合口的愈合。

5. 肾癌

- (1) 血尿、腰部疼痛、腰部肿块的典型表现
- (2) 高蛋白、高热量、高维生素饮食

6. 膀胱癌

- (1) 血尿为膀胱癌最常见的首发症状
- (2) 膀胱镜检查是最重要的检查手段
- (3) 膀胱肿瘤电切术后常规冲洗 1~3 天，应密切观察膀胱冲洗引流液的颜色，根据引流液颜色的变化，及时调整冲洗速度，防止血块堵塞尿管。停止膀胱冲洗后应指导病人多饮水，起到自然冲洗的作用。
- (4) 膀胱肿瘤电切术后 6 小时，病人即可进食

7. 子宫颈癌

- (1) 以鳞状细胞癌最为多见，多发生在宫颈外口的原始鳞-柱交接部与生理性鳞-柱交接部间所形成的移行带区。
- (2) 子宫颈刮片细胞学检查是筛查宫颈癌前期病变和早期宫颈癌的主要方法。
- (3) 宫颈和宫颈管活体组织检查是确定宫颈癌前期病变和宫颈癌的最可靠方法

8. 子宫肌瘤病人的护理

- (1) 雌激素刺激与肌瘤生长有密切关系。
- (2) 当浆膜下肌瘤发生蒂扭转时可出现急腹痛

9. 绒毛膜癌病人的护理

- (1) 绒毛膜癌主要经血行播散，常见的转移部位依次为肺、阴道、脑及肝等。
- (2) 治疗以化疗为主，手术和放疗为辅

10. 白血病病人的护理

- (1) 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，注意听心率、心律，复查心电图。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，

亚叶酸钙可对抗其毒性作用,可遵医嘱使用。环磷酰胺可引起脱发及出血性膀胱炎所致血尿,嘱病人多饮水,有血尿必须停药。

11. 骨肉瘤

- (1) 骨骼疼痛是最常见的早期出现
- (2) 骨肉瘤病人的首发症状是贫血。
- (3) 若白细胞降至 $3 \times 10^9/L$ 、血小板降至 $80 \times 10^9/L$, 应停止用药。

12. 乳腺癌

- (1) “酒窝征”——癌肿块侵犯 Cooper 韧带
- (2) “橘皮样”改变——癌细胞阻塞皮下、皮内淋巴管
- (3) 乳腺癌的主要转移途径是淋巴转移,腋下淋巴结是最常见的转移部位。
- (4) 术后 5 年内应避孕。
- (5) 功能锻炼
 - 1) 术后 24 小时内: 开始活动手部及腕部。
 - 2) 术后 1—3 日: 进行上肢肌肉的等长收缩, 利用肌肉泵作用促进血液、淋巴回流。
 - 3) 术后 4—7 日: 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: 皮瓣基本愈合, 开始可进行肩部活动、手指爬墙运动(逐渐递增幅度)

13. 原发性支气管肺癌病人的护理

- (1) 病人意识未恢复时取平卧位, 头偏向一侧, 以免误吸。
- (2) 肺叶切除者, 可采用平卧或左右侧卧位。
- (3) 肺段切除术或楔形切除术者, 应避免手术侧卧位, 最好选择健侧卧位。
- (4) 全肺切除术者, 应避免过度侧卧, 可采取 1/4 侧卧位。

第十四章 血液、造血器官及免疫疾病病人的护理

1. 缺铁性贫血病人的护理

- (1) 慢性失血是成人缺铁性贫血最常见和最重要的病因
- (2) 中度—— $60 \sim 90g/L$
- (3) 重度—— $30 \sim 59g/L$
- (4) 极重度—— $< 30g/L$

- (5) 鼓励病人多吃含铁丰富且吸收率较高的食物，如动物肉类、肝脏、血、蛋黄、海带与黑木耳等
- (6) 口服铁剂可致胃肠道反应，应在两餐之间服用。
- (7) 应避免铁剂与牛奶、茶、咖啡同服，可与维生素 C、乳酸或稀盐酸等酸性药物或食物同时服用促进铁吸收。
- (8) 口服液体铁剂时须使用吸管，避免牙染黑
- (9) 服铁剂期间，粪便会变成黑色，做好解释

2. 营养性巨幼红细胞性贫血病人的护理

- (1) 维生素 B₁₂ 和（或）叶酸摄入不足
- (2) 祛除病因、补充维生素 B₁₂ 和（或）叶酸是治疗的关键。
- (3) 添加富含维生素 B₁₂ 和叶酸的辅食，如动物肝、肾、肉类、蛋类及绿色蔬菜、酵母、谷类等

3. 再生障碍性贫血病人的护理

- (1) 贫血往往是首发和主要表现
- (2) 雄激素——为治疗慢性再障首选药物

4. 血友病病人的护理

- (1) 出血：最主要的临床表现；出血部位以皮下软组织及肌肉出血最为常见。
- (2) 以补充凝血因子的替代治疗为主

5. 特发性血小板减少性紫癜病人的护理

- (1) 临床表现——自发性皮肤、黏膜出血；鼻出血、齿龈出血；颅内出血是致死原因，表现为突发头痛、意识障碍、抽搐等。
- (2) 肾上腺皮质激素：为首选药物，可抑制血小板抗体的产生
- (3) 激素和丙种球蛋白治疗无效及慢性难治性病例可给免疫抑制剂治疗或行脾切除术

第十五章 内分泌、营养及代谢疾病病人的护理

1. 单纯性甲状腺肿病人的护理

- (1) 下丘脑具有神经分泌细胞的功能
- (2) 碘缺乏：是地方性甲状腺肿的主要原因
- (3) 临床表现：主要表现为甲状腺肿大；压迫喉返神经可引起声音嘶哑；严重缺碘，可出

现地方性呆小病。

2. 甲状腺功能亢进症病人的护理

- (1) 种病因所致的甲亢中，以弥漫性毒性甲状腺肿（Graves 病）最多见。
- (2) 术后呼吸困难和窒息：是最危急的并发症，多发生于术后 48 小时内
- (3) 喉返神经损伤：单侧喉返神经损伤，大多引起声音嘶哑
- (4) 双侧喉返神经损伤可因两侧声带麻痹致失声、呼吸困难，甚至窒息。
- (5) 喉上神经损伤——易发生误咽或呛咳
- (6) 手足抽搐——抽搐发作时，立即静脉缓慢注射 10%葡萄糖酸钙或氯化钙 10~20ml 解除痉挛。

3. 库欣综合征病人的护理

- (1) 典型表现：向心性肥胖、满月脸、水牛背、多血质，皮肤薄、紫纹等
- (2) 低钠、高钾、高蛋白、低糖类、低热量的食物，鼓励病人多食柑橘、枇杷、香蕉、南瓜等含钾高的食物

4. 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。
- (8) 并发症
 - 1) 血管病变——心、脑、肾等严重并发症是糖尿病病人的主要死亡原因。如高血压、冠心病，视网膜病变

2) 糖尿病肾病——蛋白逐渐增多，可伴有水肿和高血压

3) 糖尿病神经病变——以周围神经病变最常见。表现为肢端感觉异常，伴麻木、烧灼、针刺感

4) 糖尿病足——足部溃疡与坏疽，是糖尿病病人致残的主要原因之一。自觉症状有：冷感、酸麻、疼痛和间歇性跛行

5. 痛风病人的护理

(1) 急性关节炎期：为痛风的首发症状。最易受累部位是跖关节

(2) 痛风性肾病是痛风特征性的病理变化之一

(3) 秋水仙碱：为治疗痛风急性发作的特效药

(4) 避免进食高嘌呤食物，如动物内脏、鱼虾类、蟹类、肉类、菠菜、蘑菇、黄豆、扁豆、豌豆、浓茶等。

6. 营养不良病人的护理

(1) 营养不良程度

①I度(轻)——15%~25%

②II度(中)——25%~40%

③III度(重)——40%以上

7. 小儿维生素D缺乏性佝偻病病人的护理

(1) 病因

1) 围生期维生素D不足；

2) 日光照射不足；

3) 维生素D摄入不足；

4) 维生素D需要量增加；

5) 疾病与药物的影响。

(2) 临床表现

1) 初期：出生后3个月起，主要表现为特异性神经精神症状，如易激惹、烦躁、睡眠不安、夜间啼哭，还有多汗和枕秃。

2) 激期：主要表现为骨骼改变和运动功能以及发育迟缓。

骨骼改变：3~6个月，颅骨软化；7~8个月，方颅，严重时呈鞍状或十字状颅形；胸廓：1岁小儿，串珠状肋，郝氏沟，重者鸡胸、漏斗胸；胸廓畸形可影响呼吸功能，导致并发呼吸

道感染，甚至肺不张。6个月以上可见手镯或脚镯，能站立或会行走的1岁左右患儿，由于骨质软化与肌肉关节松弛，双下肢因负重而出现弯曲，形成O形腿或X形腿。

X线：骨骺端呈毛刷状，杯口状改变。

3) 恢复期：症状和体征减轻或接近消失，X线检查骨骼异常明显改善。

4) 后遗症期：多见于2岁以上，临床症状消失，检查正常

(3) 治疗：以口服维生素D为主，活动期给予每日2000~4000IU，恢复期改为预防量每日400~800IU，重症佝偻病肌肉注射维生素D₃。

8. 小儿维生素D缺乏性手足搐搦症病人的护理

(1) 血清钙离子降低是引起惊厥、喉痉挛、手足抽搐的直接原因

(2) 钙剂治疗。10%葡萄糖酸钙5~10ml，以10%葡萄糖溶液稀释1~3倍后缓慢静脉推注(10分钟以上)或滴注。

第十六章 神经系统疾病病人的护理

1. 颅内压增高病人的护理

(1) 颅内压增高三主征——头痛(最常见)、呕吐(喷射性)和视乳头水肿(客观体征，长时间水肿可致视力减退甚至失明)

(2) 降低颅内压常用20%的甘露醇250ml，15-30分钟滴注完毕。

2. 脑疝病人的护理

(1) 小脑幕切迹疝与枕骨大孔疝的对比

	小脑幕切迹疝	枕骨大孔疝
意识障碍	呈进行性加重	生命体征紊乱出现早，意识障碍出现晚
瞳孔改变	病变同侧瞳孔先缩小后散大(动眼N受刺激)，对光反射消失	脑干缺氧，瞳孔可忽大忽小
死亡过程	较枕骨大孔疝慢，终去脑强直，呼吸心跳停止	延髓呼吸中枢受压时，早期可突发呼吸骤停死亡
肢体运动障碍	对侧肢体瘫痪、肌张力↑腱反射亢进、病理征+	强迫体位

3. 颅内血肿

- (1) 硬脑膜外血肿——颞侧颅骨骨折致脑膜中动脉破裂；中间清醒期（昏迷-清醒-昏迷）
- (2) 硬脑膜下血肿——脑实质血管破裂；持续昏迷或进行性加重，少有“中间清醒期”，较早出现颅内压升高和脑疝症状
- (3) CT 最常用

4. 脑血管疾病病人护理

- (1) 脑出血：高血压并发细小动脉硬化：为脑出血最常见的病因
- (2) 蛛网膜下腔出血：最常见的病因为先天性动脉瘤破裂
- (3) 短暂性脑缺血发作：主要病因是动脉粥样硬化。
- (4) 脑血栓：最常见的病因是脑动脉粥样硬化。
- (5) 脑栓塞：风湿性心瓣膜病是最常见的原因。
- (6) 内囊——最多见，“三偏症”（对侧偏瘫、偏身感觉障碍、对侧同向偏盲）

5. 急性脱髓鞘性多发性神经炎病人的护理

- (1) 细胞数正常，而蛋白质明显增高，称蛋白-细胞分离现象，为本病的主要特点。
- (2) 呼吸麻痹是 GBS 的主要危险

6. 癫痫

- (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

第十七章 生命发展保健

1. 计划生育

- (1) 宫内节育器：放置时间——月经干净后 3~7 天内；并发症——不包括子宫癌变
- (2) 药物避孕：禁忌证——不包括子宫畸形、产后 8 个月妇女；不良反应—①类早孕反应，轻者不需处理，重者对症处理；②阴道流血；③月经过少或停经；④色素沉淀；⑤体重增加；⑥其他：偶出现皮疹、皮肤瘙痒、头痛、乳房胀痛等。

(3) 绝育术（输卵管峡部结扎术）：禁忌证——24小时内2次测量体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$

2. 孕期保健

(1) 时间：妊娠6~13⁺⁶周、14~19⁺⁶周、20~23⁺⁶周、24~27⁺⁶周、28~31⁺⁶周、32~36⁺⁶周各1次，37~41周则每周检查1次。凡属高危妊娠者，应酌情增加产前检查次数。

(2) 宫高和腹围——反应胎儿生长发育情况；腹围——过脐或最大腹围测量；

(3) 胎心音——反应血氧含量；110~160次/分，平均为140次/分

(4) 胎动——胎盘功能，孕妇监测胎儿安危最简单有效的方法：①正常——12小时胎动应在30次以上；就诊——12小时低于10次

3. 小儿年龄分期及特点

(1) 婴儿期（生长发育最快的时期）——出生到满1周岁

(2) 幼儿期——1~3周岁。易发生中毒和外伤等意外事故，易患传染病（如水痘等）

(3) 学龄前期（自我概念形成）——满3周岁到6~7岁

(4) 青春期（有强烈的自主意识）——出现第二个生长高峰；第二性征出现

4. 生长发育规律及特点

(1) 生长发育规律：连续性和阶段性；不平衡性；顺序性；个体差异性

(2) 动作的发展——二抬四翻六会坐，七滚八爬周会走

(3) 语言：9个月——听懂简单词义；10个月——有意识的叫“爸爸”、“妈妈”

5. 体格生长常用指标及测量方法

(1) 体重——营养状况的最易获得的敏感指标，1~6个月：体重(kg)=出生体重+月龄 $\times 0.7$

(2) 身高（长）——体格生长，新生儿出生时身长平均为50cm

(3) 骨龄1~9岁腕部骨化中心数目约为小儿岁数+1，10岁出

齐

(4) 乳牙——2岁以内乳牙的数目约为月龄减4~6，12个月未出牙为乳牙萌出延迟

(5) 头围——脑发育和颅骨生长；1岁时——与胸围相等，46cm

(6) 上臂皮脂厚度——儿童营养状况。

6. 新生儿期及婴儿保健

(1) 家庭访视内容——询问、观察、体格检查、指导喂养。（常见干扰项：预防接种）

(2) 合理喂养——母乳喂养；断奶时间——10-12个月

(3) 牛奶与人乳的成分比较——人乳的蛋白质含量低，以乳清蛋白为主，牛乳中蛋白质含

量高，但以酪蛋白为主

(4) 辅食添加（“汁泥破碎”）——4个月开始添加辅食，每次一种，由少到多，由稀到稠，由细到粗，由流食到半流食到软食；

7. 计划免疫——出生乙肝卡介苗，二月脊髓炎正好，三四五月百白破，八月麻疹岁乙脑

(1) 卡介苗：三角肌下缘、皮内——只用75%乙醇消毒

(2) 乙肝：出生时接种第一针，1月、6月复种共3针

(2) 脊髓灰质炎：冷开水送服或含服

(3) 百白破疫苗的禁忌对象——癫痫、有抽搐史；过敏史；现病史（急性感染）

8. 青春期保健

(1) 心理行为问题——出走、自杀及对自我形象不满；痤疮——不能挤净痤疮内容物

(2) 女性青春期——一级预防：重点是经期卫生、乳房保健、心理卫生和性知识教育

9. 围生期保健：包括孕前期保健、孕期保健、分娩期保健、产褥期保健、哺乳期保健

10. 老年保健

(1) 老年人的用药安全——不滥用药；种类不宜多；剂量不宜大；时间不宜长

(2) 老年人常见的心理问题——焦虑、抑郁、孤独和自卑等

第十八章 中医基础

1. 中医基本观念

(1) 整体观念

(2) 基本原则——辨证论治

(3) 四诊——望、闻、问、切

2. 阴阳五行学说

(1) 五行——木、火、土、金、水

(2) 五行相生次序——木生火，火生土，土生金，金生水，水生木

3. 藏象

(1) 五脏——肝、心、脾、肺、肾

(2) 六腑——胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦

(3) 生理功能——心：主血脉、藏神。在体合脉，其华在面；在窍为舌；在志为喜；在液为汗；与夏气相通应。肺：主气司呼吸，朝百脉，主治节。在体合皮，其华在毛；在窍为鼻；

在志为忧；在液为涕；与秋气相通应。脾：主运化、主统血。在体合肉，主四肢；在窍为口，其华在唇；在志为思；在液为涎；与四时之气相通应。肝：主疏泄、主藏血。在体合筋，其华在爪；在窍为目；在志为怒；在液为泪；与春气相通应。肾：主藏精、主水。在体合骨，生髓，其华在发；在窍为耳及二阴；在志为恐；在液为唾；与冬气相通应。

4. 中医治病八法——汗法、吐法、下法、和法、温法、清法、消法、补法

5. 中药的四气五味

(1) 四气——寒、热、温、凉

(2) 五味——酸、苦、甘、辛、咸

6. 气血阴阳学说

(1) 气——元气、宗气、营气、卫气。元气又称为“原气”或“真气”是生命的原动力。营气主要营养全身和化生血液。卫气不受脉管的约束，运行皮肤、肌肉之前，重于盲膜，散于胸膜

第十九章 法规与护理管理

1. 与护士执业注册相关的法律法规

(1) 护士执业注册应具备的条件——8个月以上临床实习；相应学历证书；通过护士执业资格考试；符合规定健康标准

(2) 护士执业注册的申请与管理——护士执业注册有效期、护士变更注册后其执业许可期限均为5年

2. 传染病防治法

(1) 传染病等级划分——甲类2种（鼠疫和霍乱），乙类26种，丙类11种。传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感 and 炭疽中的肺炭疽属于乙类传染病，但按照甲类传染病管理

(2) 传染病疫情报告、通报和公布——甲类传染病和按照甲类管理的乙类传染病为2小时内报告；乙类、丙类应于24小时内上报

(3) 控制传染——患甲类传染病、炭疽死亡的，应当将尸体立即进行卫生处理，就近火化

3. 医疗事故分级——一级医疗事故（死亡、重度残疾）；二级医疗事故（中度残疾、严重功能障碍）；三级医疗事故（轻度残疾、一般功能障碍）；四级医疗事故（明显人身损害的其他后果的）

4. 献血法

- (1) 原则——无偿献血
 - (2) 年龄——十八周岁至五十五周岁的健康公民
 - (3) 血量——每次采集血液量一般为 200 毫升，最多不得超过 400 毫升，采集间隙期不少于 6 个月
 - (4) 将不符合国家规定标准的血液用于患者的，由县级以上地方人民政府卫生行政部门责令改正；给患者健康造成损害的，应当依法赔偿，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。
- 5. 艾滋病防治条例**——将感染或者发病的事实及时告知与其有性关系者
- 6. 人体器官移植条例**——自愿的原则；活体器官的接受人限于活体器官捐献人的配偶、直系血亲或者三代以内旁系血亲，或者有证据证明与活体器官捐献人存在因帮扶等形成亲情关系的人员。
- 7. 侵权责任法**——因药品、消毒药剂、医疗器械的缺陷，或者输入不合格的血液造成患者损害的，患者可以向生产者或者血液提供机构请求赔偿，也可以向医疗机构请求赔偿。患者向医疗机构请求赔偿的，医疗机构赔偿后，有权向负有责任的生产者或者血液提供机构追偿。
8. 有下列情形之一的，县级人民政府卫生行政部门应当自接到医疗机构的报告或者当事人提出医疗事故争议处理申请之日起 7 日内移送上一级人民政府卫生行政部门处理：（1）患者死亡（2）可能为二级以上的医疗事故（3）国务院卫生行政部门和省自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。
- 9. 医院护理管理有效管理幅度的原则**——管理幅度又称管理宽度，是指指挥监督者或管理人员能直接领导的隶属人员人数
- 10. 护理管理组织架构的基本要求**——300 张病床以上的医院设护理部，实行护理部主任、科护士长、病室护士长三级负责制；300 张病床以下的区院实行科护士长、病室护士长二级负责制
- 11. 急救物品管理质量标准**——急救物品、药品完整无缺，处于备用状态；做到及时领取补充，及时检查维修，无过期药品；五固定（定数量品种、定点安置、定人保管、定期消毒灭菌和定期检查维修）

第二十章 护理伦理

1. 护士的权利与义务

(1) 护士的权利(六项)——享有获得物质报酬的权利;享有安全执业的权利;享有学习、培训的权利;享有获得履行职责相关的权利;享有获得表彰、奖励的权利;享有人格尊严和人身安全不受侵犯的权利

(2) 违反义务的表现——患者病情危急未立即通知医师的;发现医嘱不当未提出或报告的;泄露患者隐私的;不服从安排参加公共卫生应急医疗救护的

2. 病人的权利——获得基本医疗保健的权利;人格受到尊重的权利,不得歧视、遗弃、侮辱等;知情同意权;隐私权;自主权;拒绝治疗权;对医疗机构的批评建议权;因医疗事故所造成损害获得赔偿权利

3. 护理伦理与行为准则——自主原则、不伤害原则、公正原则和行善原则

第二十一章 人际沟通

1. 沟通的类型

(1) 语言沟通——书面语言、口头语言

(2) 非语言沟通——表情、目光、手势、身体的姿势、动作等

2. 护患关系的基本模式

(1) 主动-被动型——适用于神志不清、休克、痴呆以及某些精神病病人

(2) 指导-合作型——适用于急性病人和外科手术后恢复期的病人

(3) 共同参与型——适用于具有一定文化知识的慢性疾病病人

3. 护患关系的分期

①初始期:从护士与病人初次见面开始,护患关系就建立了。此期护患关系发展的主要任务是与病人之间建立信任关系。②工作期:护患双方在信任的基础上开始合作。此期的主要任务是采取具体措施为病人解决健康问题。③结束期:护患密切协作,达到预期目标,病人出院或转院,或因护士休假、外出等原因,护患关系即进入结束阶段。

4. 影响护患关系的主要因素——信任危机;角色模糊;责任不明;权益影响;理解差异

5. 影响护士与病人家属关系的主要因素——角色期望冲突;角色责任模糊;经济压力过重

6. 影响医护关系的主要因素——角色心理差异;角色压力过重;角色理解欠缺;角色权益争议

7. 护患之间沟通的原则——尊重性(首要原则);科学性;目标性;规范性;真诚性;艺术性

8. 护患交谈的技巧——倾听、核实、提问、阐释、移情、沉默、鼓励

提问——开放式提问：提出比较概括、广泛、范围较大的问题，对回答内容不严格，给对方以充分自由发挥的余地。这样的提问比较宽松，不唐突；封闭式提问将问题限制在特定的范围内，病人回答问题的选择性很小，甚至可以通过简单的“是”、“否”或“有”“无”来回答。护士可以通过这种方法在短时间内获得大量的信息。

9. 护患交谈中常用语言——指导性语言、解释性语言、劝说性语言、鼓励性语言、疏导性语言、安慰性语言、暗示性语言

10. 距离

- (1) 亲密距离：一般为 0~0.5m
- (2) 个人距离：一般为 0.5m~1.2m
- (3) 社会距离：一般为 1.2m~3.5m

11. 护理工作中的礼仪

- (1) 礼仪的原则平等原则——平等是礼仪的核心
- (2) 坐姿注意事项——只落座椅面的 1/2~2/3