



医院招聘、卫生系统招聘

护理专业知识

备考手册



医院招聘、卫生系统招聘信息
入编课程信息
添加“医小图”微信



第一章 基础护理学

1. 物理环境

- (1) 温度——18~22℃（一般）；22~24℃（新生儿、老年人）
- (2) 湿度——50%~60%（一般）；湿度过低时，对呼吸道疾病或气管切开病人尤为不利
- (3) 通风——30 分钟
- (4) 噪音——说话轻、走路轻、操作轻、开关门轻

2. 四人搬运法

- (1) 适用——颈椎、腰椎骨折和病情较重的病人；
- (2) 骨折病人——木板垫于平车上；
- (3) 上下坡——头处于高处

3. 卧位

- (1) 被迫卧位——减轻疼痛或治疗需要
- (2) 去枕仰卧位——昏迷或麻醉
- (3) 中凹卧位——休克
- (4) 屈膝仰卧位——导尿
- (5) 半坐卧位——面部颈部手术；腹腔、盆腔术后或炎症；胸腔引流；减少腹壁张力
- (6) 端坐卧位——哮喘；急性左心衰（腿下垂）

4. 物理消毒法

- (1) 燃烧法——不需保存的污染物品；
- (2) 煮沸消毒法——1) 消毒时间从水沸后算起 2) 有轴节或带盖应打开后再放 3) 空腔导管先灌水 4) 大小相同的容器不能重叠 5) 1%~2%碳酸氢钠提高沸点（105℃），增强杀菌、去污防锈
- (3) 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. 化学消毒剂的分类

- (1) 灭菌剂（戊二醛、环氧乙烷、过氧乙酸）
- (2) 高效消毒剂（过氧化氢、高浓度含氯消毒剂）
- (3) 中效消毒剂（醇类、碘类）

6. 无菌技术

- (1) 无菌容器有效期 24 小时
- (2) 无菌包有效期 24 小时
- (3) 无菌溶液有效期 24 小时
- (4) 无菌盘有效期 4 小时



7. 隔离种类

- (1) 严密隔离——鼠疫、霍乱
- (2) 保护性隔离——白血病、早产儿、大面积烧伤
- (3) 消化道隔离——伤寒
- (4) 接触隔离——破伤风

8. 口腔护理

(1) 口腔护理目的

- 1) 清洁、湿润，预防感染等并发症
- 2) 预防或减轻异味，清除牙垢，增进食欲，确保舒适
- 3) 观察口腔内的变化，提供病情变化的信息

(2) 常用漱口液

- 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

(3) 口腔护理操作要点

- 1) 昏迷病人——禁漱口，开口器于白齿放入。
- 2) 长期使用抗生素——观察口腔内有无真菌感染
- 3) 义齿——放于冷开水中
- 4) 棉球不能过湿——防止误吸

9. 压疮的护理

(1) 压疮的主要原因——长期受压（垂直压力）

(2) 压疮的临床表现

- 1) 淤血红润期——皮肤红、肿、热、痛或麻木
- 2) 炎性浸润期——受压部位紫红色，皮下硬结，常有水疱，极易破溃，疼痛感
- 3) 浅度溃疡期——表皮水疱扩大、破溃，真皮层疮面有黄色渗出液
- 4) 坏死溃疡期——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

(3) 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——手术治疗

10. 热型

(1) 稽留热——体温持续在 39~40℃，达数天或数周，24 小时温差不超过 1℃。见于肺炎球菌肺炎、伤寒等

(2) 弛张热——体温在 39℃ 以上，24 小时内温差达 1℃ 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

11. 脉搏 (1) 脉搏短绌——在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 (2) 脉搏短绌的测量——两位护士同时测量，一人听心率，另一人测脉率，测 1 分钟。

12. 呼吸

(1) 深度呼吸（库斯莫尔呼吸）——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

(3) 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

13. 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。

14. 鼻饲

(1) 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

(2) 鼻饲液温度 38~40 ℃

(3) 鼻饲量不超过 200ml，间隔时间大于 2 小时

(4) 确认胃管插入胃内的方法——1) 抽吸胃液；2) 注入 10ml 空气，听到气过水声；3) 胃管末置于盛水的治疗碗中，无气泡逸出

15. 冷疗法

(1) 冷疗禁忌部位——枕后、耳廓、阴囊处；心前区；腹部；足底

(2) 冷疗方法

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℃

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

16. 热疗法

(1) 热疗禁忌——软组织损伤或扭伤的初期（48 小时内）



(2) 热疗方法

- 1) 热水袋温度——一般(60℃~70℃); 特殊人群(50℃)
- 2) 红外线照射——皮肤出现红斑为合适
- 3) 热水坐浴——水温 40℃~45℃, 时间 15-20min

17. 排尿

- (1) 尿比重经常固定于 1.010 左右, 提示肾功能严重障碍
- (2) 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
- (3) 少尿——24 小时尿量少于 400ml 或每小时尿量少于 17ml
- (4) 无尿或尿闭——24 小时尿量少 100ml 或 12 小时内无尿液产生

18. 粪便颜色

柏油样便——上消化道出血; 白陶土色便——胆道梗阻; 暗红色血便——下消化道出血;
果酱样便——肠套叠、阿米巴痢疾

19. 灌肠法

(1) 大量不保留灌肠法

- 1) 成人每次用量为 500~1000ml
- 2) 溶液温度一般为 39~41℃, 降温时用 28~32℃, 中暑用 4℃
- 3) 液面高于肛门 40~60cm
- 4) 插入直肠 7~10cm
- 5) 肝昏迷病人灌肠, 禁用肥皂水
- 6) 液面下降过慢或停止——可移动肛管或挤捏肛管; 病人感觉腹胀或有便意——嘱病人张口深呼吸
- 7) 降温灌肠时液体要保留 30 分钟

(2) 保留灌肠法

- 1) 慢性细菌性痢疾, 病变部位多在直肠或乙状结肠——左侧卧位
阿米巴痢疾病变多在回盲部——右侧卧位
- 2) 插入肛门 15~20cm
- 3) 保留药液在 1 小时以上

20. 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)——应装在有色密盖瓶中, 或放在黑纸遮光的纸盒内, 放于阴凉处
- (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) 某些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。

服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

(7) 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）

(8) 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。

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，最好选择臀中肌和臀小肌注射。

21. 青霉素、破伤风抗毒素过敏试验

(1) 青霉素以 0.1ml 含青霉素 20~50U

(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) 破伤风抗毒素以 0.1ml 含破伤风抗毒素 15U

(6) 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



22. 静脉输液循环负荷过重反应

又称为急性肺水肿（呼吸困难、胸闷、咳嗽、咳粉红色泡沫样痰）——停止输液，病人取端坐位，双腿下垂，给予高流量氧气吸入，6~8L/分，湿化瓶内加入20%~30%的乙醇溶液，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。

23. 输血相关知识

（1）血液制品的种类

- 1) 新鲜血——适用于血液病病人
- 2) 库存血——4℃环境下保存2~3周。大量输注库存血导致酸中毒和高血钾的发生。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) 输完的血袋送回输血科保留24小时，以备查验

24. 输血反应溶血反应（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。

25. 标本采集

- （1）同时抽取不同种类的血标本，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）尿培养——中段尿5ml
- （4）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

26. 意识障碍

- （1）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
- （2）昏迷——浅昏迷：意识大部分丧失，对疼痛刺激（如压迫眶上缘）可有痛苦表情及躲避反应。瞳孔对光反应、角膜反射、眼球运动、吞咽反射、咳嗽反射等可存在。深昏迷：意识完全丧失，对各种刺激均无反应。

27. 初级心肺复苏

- （1）胸外按压（C）——胸外按压的正确部位是胸骨中下1/3交界处，胸骨压下4~5cm，



按压频率 100 次/分

(2) 开放气道 (A) ——仰头抬颏法。迅速清除病人口中异物和呕吐物，必要时使用吸引器，义齿松动者应取下

(3) 人工呼吸 (B) ——口对口呼吸是一项快捷有效的通气方法；每 30 次胸外按压连续给予

28. 高级心肺复苏

(1) 采用双相波除颤，可选择 150~200J，在我国，大多用单相波电除颤推荐点击能量为 360J。若无效可进行第 2 次和第 3 次除颤

(2) 肾上腺素为治疗心脏骤停的首选药

(3) 脑复苏是心肺复苏最后成功的关键

29. 危重病人的抢救

(1) 氧气头罩法——小儿

(2) 氧气浓度与流量的关系——吸氧浓度 (%) = 21 + 4 × 氧流量 (L/分)

(3) 每次吸痰时间 < 15 秒，以免造成缺氧。

(4) 口服催吐法——服毒量少的清醒合作者

(5) 当中毒物质不明时——选用温开水或生理盐水

(6) 人工简易呼吸器

1) 通气量不足——病人可出现烦躁不安、多汗、皮肤潮红、血压升高、脉搏加速

2) 通气过度——病人可出现昏迷、抽搐等碱中毒症状

(7) 3) 通气量适宜——病人安静，呼吸合拍，血压、脉搏正常

30. 临终病人的心理反应

否认期	没有思想准备，拒绝接受事实，四处求医，希望是误诊
愤怒期	常表现为生气与激怒，内心不平衡，将愤怒的情绪向医护人员、朋友、家属等接近他的人发泄
协议期	病人开始承认和接受临终事实。希望尽可能延长生命，并期望奇迹出现。此期病人变得和善，积极配合治疗
忧郁期	产生强烈的失落感，出现悲伤，情绪低落、沉默、哭泣等反应，甚至有轻生的念头
接受期	为临终的最后阶段。病人对死亡已有准备，一切未完事宜均已处理

第二章 内科护理学



1. 急性上呼吸道感染

- (1) 病毒感染最常见
- (2) 细菌性扁桃体炎——溶血性链球菌

2. 支气管扩张

- (1) 杵状指——指端长期慢性缺氧导致，常见于支扩、法洛四联症、慢性肺脓肿等
- (2) 体征——固定而持久的局限性粗湿啰音，是支气管扩张最具有意义的体征

3. 肺炎链球菌肺炎

- (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

4. 咯血病人的护理

- (1) 咯血的量

少量咯血	中等量咯血	大量咯血
每天 < 100ml	每天 100~500ml	每天 > 500ml，或 1 次 > 300ml

- (2) 大量咯血首选垂体后叶素
- (3) 清除呼吸道淤血——防止发生窒息

5. 肺心病

- (1) 病因——COPD
- (2) 表现——表现淡漠、嗜睡、昏睡等——肺性脑病
- (3) 吸氧——CO₂ 潴留采取持续低浓度、低流量吸氧

6. 急性呼吸窘迫综合征

- (1) 呼吸窘迫，进行性呼吸困难加重；顽固性低氧血症
- (2) 呼气末正压通气（PEEP）

7. 结核病人的护理

- (1) 咯血最常见原因——肺结核，肺结核好发肺尖，在肩胛间区及锁骨上下部咳嗽后闻及湿啰音有重要意义；呼吸音减弱
- (2) 抗结核药物不良反应：异烟肼——周围神经炎；利福平——肝功能损害；链霉素——听力障碍和肾功能损害；吡嗪酰胺——高尿酸血症；乙胺丁醇——视神经炎

8. 支气管哮喘

- (1) 本质——气道的慢性炎症



(2) 主要临床表现——呼气性呼吸困难，伴有哮鸣音

(3) 重症哮喘——静脉滴注糖皮质激素

9. 支气管哮喘的治疗及护理

(1) 脱离过敏原

(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) 氨茶碱——不良反应：心律失常、严重的时候有抽搐

(5) 吸氧—— CO_2 潴留采取持续低浓度、低流量吸氧

10. 体位引流

引流前	向病人解释体位引流的目的、过程和注意事项，引流前 15 分钟遵医嘱给予支气管舒张药雾化吸入
引流体位	原则上抬高病灶部位的位置，使引流支气管开口向下，便于分泌物排出
引流时间	宜在饭前进行，早晨清醒后立即进行效果最好，如需在餐后进行，应在饭后 1~2 小时进行，时间可以从 5~10 分钟加到每次加到每次 15~20 分钟，引流过程中指导病人做腹式深呼吸和咳嗽，辅以叩击患部以提高引流效果
引流的观察	观察病人有无出汗、脉搏细弱、头晕、疲劳、面色苍白等表现，如病人出现心率超过 120 次/分、心律失常、高血压、低血压、眩晕或发绀，应立即停止引流并通知医生

11. 心功能不全的主要临床表现

(1) 左心衰：最典型的临床表现——呼吸困难，最早表现劳力性呼吸困难，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；其中最具有意义的体征，肝-颈 V 回流征（+）。水肿最常见部位是下垂部位（双下肢），长期卧床患者水肿在腰骶部

12. 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

13. 洋地黄的护理

- (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——恶心、呕吐、头晕、黄视、绿视，其中最常见的心律失常是室性期前收缩
- (5) 中毒的处理：停药。停用排钾利尿剂，同时纠正心律失常，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。

14. 急性肺水肿处理措施

- (1) 端坐位，腿下垂，目的是减少回心血量
- (2) 高流量吸氧6~8L/min，吸氧浓度=21+4×氧流量
- (3) 烦躁不安，可用吗啡镇静，或哌替啶（杜冷丁）
- (4) 首选药物呋塞米，强心首选西地兰，扩血管首选硝普钠
- (5) 急性肺水肿典型表现：咳大量粉红色泡沫痰

15. 硝普钠、硝酸甘油的护理

- (1) 硝普钠避光滴注，硝酸甘油避光保存，不能放入透明塑料盒里面
- (2) 硝酸甘油扩张小静脉，是心绞痛首选药物
- (3) 硝普钠既能扩张动脉，又能扩张静脉，既能降低心脏的前负荷，又能降低后负荷，是高血压急症首选

16. 高血压分类水平和定义

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

17. 高血压护理措施

（1）生活方式干预：控制体重；限制钠盐的摄入，每天钠盐摄入量应低于 6g；并增加钾盐的摄入量；减少食物中饱和脂肪酸的含量和脂肪总量，少吃或不吃肥肉和动物内脏，补充适量蛋白质；戒烟、限酒；适当运动，可选择步行、慢跑、游泳、太极拳、气功等。运动强度因人而异，运动时最大心率达到 170 减去年龄；减少精神压力，保持心理平衡。

（2）药物护理

- 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；保钾利尿剂：螺内酯（安体舒通）
- 2) β 受体阻滞剂有导致心动过缓和加重气道阻力的副作用，因此房室传导阻滞、支气管哮喘禁用
- 3) 血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）——刺激性干咳
- 4) 二氢吡啶类钙通道阻滞剂常见不良反应包括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) α 受体阻滞剂易产生体位性低血压
- 6) 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

（3）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卧位，以促进下肢血液回流

（4）指导其按医嘱服用降压药物，不可擅自增减药量，更不可突然停药，以免血压突然急剧升高

（5）教会病人正确测量血压，短效制剂通常在服药后 2 小时，中效、长效的降压高峰分别在服药后 2~4、3~6 小时；因此指导患者自测血压的时间是两次服用降压药之间

18. 急性心包炎

（1）纤维蛋白性心包炎——心前区疼痛为主要症状，疼痛可位于心前区，性质尖锐，与呼吸运动有关，常有咳嗽、变换体位或吞咽动作而加重。心包摩擦音是纤维蛋白性心包炎的典型体征，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

(2) 渗出性心包炎——呼吸困难：呼吸困难是最突出的症状，心尖搏动减弱或消失，心音低而遥远，心脏叩诊浊音界向两侧扩大，心包积液征（Ewart 征）。大量心包积液出现颈静脉怒张等

(3) 心脏压塞：急性心脏压塞表现为心动过速、血压下降、脉压变小和静脉压明显上升。

(4) 超声心动图——对诊断心包积液简单易行，迅速可靠。心包穿刺：主要适应证是心脏压塞、怀疑化脓性或结核性心包积液。

(5) 缩窄性心包炎——我国以结核性心包炎最为常见。心包切除术是缩窄性心包炎的唯一治疗措施，协助病人取舒适卧位，如半坐卧位或坐位，出现心脏压塞的病人往往被迫取前倾坐位。

(6) 心包穿刺术

1) 术前护理：有咳嗽时用可待因镇咳；准备抢救药品如阿托品等。

2) 术中配合：嘱病人勿剧烈咳嗽或深呼吸。严格无菌操作，抽液过程中随时夹闭胶管，防止空气进入心包腔；抽液要缓慢，每次抽液量不超过 300ml，第 1 次抽液量不宜超过 100ml。

3) 术后护理：穿刺部位覆盖无菌纱布，用胶布固定；穿刺后 2 小时内继续心电、血压监测。心包引流者待间断每天心包抽液量 < 25ml 时拔除导管。

(7) 心包疾病的健康教育——加强营养，进食高热量、高蛋白、高维生素的易消化饮食，限制钠盐摄入。术后病人仍应休息半年左右。

19. 心肌病

(1) 扩张性心肌病——左右心室和双心腔扩大和心肌收缩功能减退为主要病理特征。控制心力衰竭和心律失常，预防栓塞和猝死。已有附壁血栓形成和（或）发生栓塞者，须长期口服华法林抗凝治疗

(2) 肥厚型心肌病——多为家族性常染色体显性遗传。主要症状有劳力性呼吸困难、胸闷、心悸、头晕及晕厥。胸骨左缘第 3、4 肋间可听到喷射性收缩期杂音。肥厚梗阻型心肌病是青少年和运动员猝死的常见原因。超声心动图是临床主要诊断手段。 β 受体阻滞药及钙通道阻滞剂最常用，以减慢心率，降低心肌收缩力。避免使用增强心肌收缩力的药物（如洋地黄）及减轻心脏负荷的药物（如硝酸甘油），以免加重左室流出道梗阻。外科手术切除最肥厚部分心肌是目前有效治疗的标准方案。疼痛发作时立即停止活动，卧床休息；避免疼痛和晕厥的诱因：劳累、激烈运动、突然屏气或站立、持重、情绪激动、饱餐、寒冷刺激，戒烟酒



(3) 病毒性心肌炎：柯萨奇 B 组病毒感染最常见。抗病毒是治疗的关键，应早期应用抗病毒药物。前不主张早期使用糖皮质激素。急性期卧床休息可减轻心脏负荷，减少心肌耗氧，有利于心功能的恢复，无并发症者急性期应卧床休息 1 个月；重症病毒性心肌炎病人应卧床休息 3 个月以上。病人应进食高蛋白、高维生素、清淡易消化饮食，尤其是补充富含维生素 C 的食物如新鲜蔬菜、水果，以促进心肌代谢与修复。病人出院后需继续休息 3~6 个月，无并发症者可考虑恢复学习或轻体力工作。适当锻炼身体，增强机体抵抗力，6 个月至 1 年内避免剧烈运动或重体力劳动、防止扩张型心肌病的发生等

20. 稳定型心绞痛

(1) 临床特点

(2) 护理措施——休息；舌下含服硝酸甘油。

(3) 健康教育——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

21. 心肌梗死

(1) 临床表现

- 1) 疼痛——为最早出现的最突出的症状
- 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(R on T)；下壁心肌梗死最常见的心律失常是——房室传导阻滞 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

(3) 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

(4) 治疗及护理

- 1) 治疗原则：心肌再灌注。经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) ——术后应注意观察双下肢足背动脉搏动情况，皮肤颜色、温度、感觉改变，下床活动后肢体有无疼痛或跛行等；溶栓疗法——常用溶栓药物有链激酶、尿激酶、重组组织型纤溶酶原激活剂 (rt-PA) 阿替普酶。



- 2) 解除疼痛哌替啶（度冷丁）或吗啡
- 3) 急性期应绝对卧床休息；起病后 4~12 小时内给予流质饮食，以减轻胃扩张
- 4) 给氧——鼻导管给氧，以增加心肌氧的供应，减轻缺血和疼痛
- 5) 保持大便通畅——富含纤维素的食物如水果、蔬菜的摄入；一般在病人无腹泻的情况下常规应用缓泻剂，以防止便秘时用力排便导致病情加重。一旦出现排便困难，应立即告知医护人员，可使用开塞露或低压盐水灌肠

22. 感染性心内膜炎

- (1) 亚急性感染性心内膜炎病原体多见草绿色链球菌
- (2) 临床表现：发热——是最常见的症状。心脏杂音。周围体征：指（趾）甲下线状出血；脑栓塞最为常见
- (3) 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
- (4) 治疗——青霉素可作为首选药物
- (5) 正确采集血标本：对于未经治疗的亚急性病人，应在第一天每间隔 1 小时采血 1 次，共 3 次。已用过抗生素者，停药 2~7 天后采血。急性病人应立即采血，每隔 1 小时采血 1 次，共取 3 次。每次采血 10~20ml，同时做需氧和厌氧菌的培养
- (6) 健康教育：在施行口腔手术如拔牙、扁桃体摘除术等手术治疗前，应说明自己有心内膜炎的病史，以预防性使用抗生素

23. 慢性胃炎

- (1) 感染——幽门螺杆菌
- (2) 检查——胃镜
- (3) 根除幽门螺杆菌——三联疗法（质子泵抑制剂/铋剂+2 种抗生素）或四联疗法（质子泵抑制剂+铋剂+2 种抗生素）
- (4) 自身免疫性胃炎——恶性贫血——补充维生素 B12

24. 消化性溃疡的临床表现及并发症

- (1) 慢性、周期性、节律性上腹痛
 - 1) 胃溃疡——好发胃小弯、餐后痛（餐后 0.5—1h 疼痛）：进食—疼痛—缓解
 - 2) 十二指肠溃疡——好发十二指肠球部，疼痛—进食—缓解
- (2) 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
 - 3) 幽门梗阻——呕吐宿食；低钾性碱中毒



4) 癌变——持续便潜血 (+)

25. 消化性溃疡药物护理

- (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

26. 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、侧枝循环的建立和开放、腹水
 - (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
- ## 22. 肝性脑病
- (1) 特征性的体征——扑翼样震颤
 - (2) 嗜睡、昏睡、昏迷 (浅昏迷、深昏迷)
 - (3) 蛋白饮食——昏迷期限制任何蛋白, 清醒后给予少量植物蛋白
 - (4) 灌肠导泻——生理盐水、稀醋酸; 忌用肥皂水、苏打水
 - (5) 口服新霉素——抑制肠道细菌, 减少氨的生成和吸收
 - (6) 口服乳果糖——酸化肠道
 - (7) 支链氨基酸——抑制假神经递质形成
 - (8) 谷氨酸钾、谷氨酸钠——为碱性药物, 碱血症患者不用
 - (9) 躁动不安——床挡

27. 水痘病人的护理



(1) 传染源—水痘病人传播途径—经飞沫或直接接触传播，传染期—出疹前 1~2 天至疱疹结痂为止

(2) 不同性状的皮疹同时存在是水痘皮疹的重要特征；②皮疹为向心性分布，躯干多、四肢少是水痘皮疹的又一特征；

28. 病毒性肝炎的护理

(1) 急性无黄疸型肝炎主要表现：主要表现为消化道症状

(2) 乙型肝炎标记物：HbeAg 阳性提示 HBV 复制活跃，传染性较强

(3) 为阻断母婴传播，对新生儿最适宜的预防方法是应用——乙肝疫苗+高效价乙肝免疫球蛋白注射

29. 猩红热病人的护理

(1) 皮疹：始于耳后，疹间无正常皮肤，有痒感

特征：贫血性皮肤划痕。有帕氏线及“口周苍白圈”的典型表现。“杨梅舌”麻疹与猩红热病人的出疹均始于耳后、颈部

30. 麻疹病人的护理

(1) 传染源—麻疹病人；传染期—出疹前 5 天至出疹后 5 天，并肺炎—10 天

(2) 麻疹黏膜斑（第二磨牙对应的颊膜处），具有早期诊断价值

(3) 皮疹始见于耳后、发际、额、面及颈部

(4) 支气管肺炎—最常见

31. 泌尿系统的解剖生理

(1) 肾单位——肾结构和功能的基本单位（肾小体和肾小管组成）

(2) 尿道——有三处狭窄（尿道内口、尿道膜部、尿道外口），是尿路结石最易滞留处

32. 急性肾小球肾炎病人的护理

(1) 起病急，血尿、蛋白尿、水肿和高血压为主要临床表现

(2) 尿沉渣中常有白细胞管型、红细胞管型、颗粒管型等

(3) 急性期病人应绝对卧床休息 2~3 周，部分病需卧床休息 4~6 周，待肉眼血尿消失、水肿消退、血压恢复正常后，方可逐步增加活动量

33. 肾病综合征病人的护理

(1) 水肿——水肿是肾病综合征最突出的体征

(2) 感染——为肾病综合征常见的并发症

(3) 血栓、栓塞：易发生血管内血栓形成和栓塞，其中以肾静脉血栓最为多见

(4) 肾功能良好者给予正常量的优质蛋白，肾功能减退者则给予优质低蛋白



34. 慢性肾衰竭病人的护理

- (1) 国外常见的病因——糖尿病肾病；我国常见的病因——肾小球肾炎
- (2) 最常见的感染——肺部感染和尿路感染
- (3) 胃肠道表现：食欲缺乏——常见的最早期表现

35. 急性肾衰竭病人的护理

- (1) 高钾血症——最严重的并发症之一，也是少尿期的首位死因
- (2) 消化系统症状——常常是急性肾衰竭的首发症状
- (3) 每日尿量达 3000~5000ml 或更多——肾功能开始恢复的标志
- (4) 维持体液平衡：原则为“量出为入”，每天的进液量可按前一天尿量加 500ml 计算

36. 糖尿病病人的护理

- (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

37. 各类贫血病因

- (1) 营养性巨幼细胞贫血——维生素 B₁₂ 和（或）叶酸缺乏
- (2) 再生障碍性贫血——氯霉素反应

38. 特发性血小板减少性紫癜

- (1) 颅内出血——致死病因
- (2) 糖皮质激素——首选治疗

39. 急性白血病

- (1) 辅助检查——骨髓检查
- (2) 柔红霉素可引起心肌或心脏传导损害；甲氨蝶呤可引起口腔溃疡；长春新碱可引起末梢神经炎；环磷酰胺可引起脱发及出血性膀胱炎

40. 慢性粒细胞

- (1) 最突出体征——脾大
- (2) 首选羟基脲，其次是白消安，起效较羟基脲短，但药效持续时间长

41. 缺血性脑血管疾病

- (1) 脑血栓——在安静或休息时发病，起病缓慢，以偏瘫、失语等局灶定位症状为主
- (2) 脑栓塞——有风湿性心脏病病史，在活动中发病，起病急，有偏瘫，偏盲，失语等



表现

42. 癫痫

- (1) 特征——短暂性、刻板性、间歇性和反复发作
- (2) 癫痫持续状态首选用药——地西洋
- (3) 癫痫大发作的护理：立即平卧头偏向一侧或头低侧卧位——解开衣领——压舌板——勿用力按压肢体——保护性床档，约束带
- (4) 用药指导——长期规律用药，不可随意停药、减药、漏服药及自行换药
- (5) 癫痫诊断——特异性脑电图改变

43. 类风湿性关节炎

最早症状——关节痛（指间梭形肿胀）——对称性侵犯小关节

44. 系统性红斑狼疮

- (1) 肾衰竭、感染——致死原因
- (2) 鼻梁、双颧颊部碟形红斑——特征表现
- (3) 狼疮性肾病——最严重表现

第三章 外科护理学

1. 水、电解质、酸碱平衡失调病人的护理

项目	等渗性脱水 (急性脱水/混合性脱水)	低渗性脱水 (慢性脱水/继发性脱水)	高渗性脱水 (原发性脱水)
特点	水钠同比丢失，以细胞外液为主	失钠大于失水，以细胞外液为主	失水大于失钠，以细胞内液为主
血钠	135~150mmol/L	<135mmol/L	>150mmol/L
渗透压	正常	降低	升高
主要病因	消化液或体液急性丢失：呕吐、肠外瘘	消化液或体液慢性丢失（慢性肠梗阻、长期胃肠减压）	水分摄入不足（食道癌）、大量出汗、糖尿病昏迷、大面积烧伤暴露疗法



临床表现	恶心厌食、乏力少尿、不口渴，皮肤干燥、眼窝凹陷	恶心呕吐、视觉模糊、不口渴	口渴、乏力、烦躁不安、谵妄昏迷
补液	纠正原发病，平衡液或生理盐水	含盐溶液或高渗盐水	5%葡萄糖或0.45%盐水

2. 感染性休克抢救配合

体位	病人取仰卧中凹位，头胸部抬高约 20°，下肢抬高约 30°，以利于呼吸和静脉血回流
吸氧	给予中、高流量吸氧，维持 PaO ₂ >60mmHg，改善缺氧状况
补充血容量	快速建立两条静脉通道，遵医嘱补液，以维持有效血容量，必要留置导尿管以监测每小时尿量；以中心静脉压作为调整补液速度的指标，中心静脉压<5cmH ₂ O 可适当加快输液速度；中心静脉压达到或超过 10cmH ₂ O 时，输液速度则不宜过快，以免诱发急性心力衰竭。下列证据提示血容量已补足：口唇红润、肢端温暖、收缩压>90mmHg、尿量>30ml/小时以上。

3. 烧伤的深度

- (1) I 度烧伤——表现红斑、干燥、烧灼感，3~7 日脱屑痊愈，短期内有色素沉着
- (2) 浅 II 度烧伤——大小不一的水疱形成，创面红润、潮湿、疼痛剧烈
- (3) 深 II 度烧伤——小水疱，疱壁较厚、基底苍白与潮红相间、创面湿润，痛觉迟钝，3~4 周愈合，常有瘢痕增生
- (4) III 度烧伤——痛觉消失，创面无水疱，呈蜡白或焦黄色甚至炭化成焦痂，痂下可见树枝状栓塞的血管

4. 中国新九分法

- (1) 头颈——9×1=9（发 3、面 3、颈 3）
- (2) 双上肢——9×2=18（双手 5、双前臂 6、双上臂 7）
- (3) 躯干——9×3=27（腹侧 13、背侧 13、会阴 1）
- (4) 双下肢——9×5+1=46（双臀 5、双大腿 21、双小腿 13、双足 7）

5. 创伤愈合类型

- (1) 一期愈合（原发愈合）——愈合快、功能良好
- (2) 二期愈合（瘢痕愈合）——愈合时间长、瘢痕明显、功能欠佳

6. 伤口的换药顺序——清洁伤口、污染伤口、感染伤口



7. 肉芽伤口的处理

- (1) 肉芽生长健康——外敷等渗盐水纱布/凡士林纱布
- (2) 肉芽生长过度——剪平并压迫止血
- (3) 肉芽水肿——5%氯化钠溶液湿敷
- (4) 创面脓量多而稀薄——0.1%依沙吖啶/0.02 呋喃西林纱布湿敷
- (5) 创面脓液稠厚且坏死组织多——硼酸溶液（优琐）等湿敷

8. 头皮损伤

- (1) 头皮血肿的处理：小的头皮水肿——自行吸收，无需处理；较大水肿——穿刺抽吸后加压包扎
- (2) 头皮撕脱伤的处理：加压包扎，防休克——伤后 6~8 小时内清创再植
- (3) 撕脱头皮的处理：避免污染，用无菌敷料或干净布包裹、隔水放置于有冰块容器中

9. 脑损伤

- (1) 症状：开放性脑损伤——有脑脊液漏；硬脑膜外血肿——中间清醒期；脑外伤合并颅内血肿——失语
- (3) 术后护理：预防和缓解脑水肿——高渗性脱水剂、利尿剂、肾上腺皮质激素

10. 腰腿、颈肩痛

- (1) 颈椎病——颈 5~6、颈 6~7 好发
- (2) 腰椎间盘突出症——腰 4~5、腰 5~骶 1 间隙好发

11. 破伤风的临床表现

- (1) 潜伏期——平均 7-8 天
- (2) 前驱期——张口不便
- (3) 发作期——最先受累的是咀嚼肌、面肌痉挛时形成苦笑面容、角弓反张

12. 破伤风的治疗原则

- (1) 清除毒素来源——彻底清创，用 3%过氧化氢冲洗，敞开伤口，充分引流
- (2) 中和游离毒素——尽早注射破伤风抗毒素；
- (3) 控制并解除痉挛
- (4) 保持呼吸道通畅，预防窒息，严重时尽早行气管切开

13. 疔、痈——金黄色葡萄球菌，痈——火山口状

14. 危险三角区不能挤压——以免引起颅内海绵状静脉窦炎

15. 急性蜂窝织炎、丹毒——溶血性链球菌



16. 脓性指头炎疼痛特点——刺痛-搏动性疼痛-疼痛减轻

17. 甲状腺功能亢进病人的护理

- (1) 甲状腺毒症患者心血管的表现中最易诱发的是一一房颤
- (2) 甲状腺腺体上下极可触及震颤，闻及血管杂音，为本病的重要特征
- (3) 甲状腺危象相关临床表现一一早期原有的甲亢症状加重，并出现高热(体温 $>39^{\circ}\text{C}$)，心动过速(>140 次/分)，常伴有心房颤动或心房扑动，烦躁不安
- (4) 诊断甲亢的首选指标一一 FT_4 、 FT_3
- (5) 喉上神经内侧支损伤一一饮水呛咳；喉上神经外侧支损伤一一音调降低
- (6) 甲亢患者饮食护理：高热量、高蛋白、高维生素、低纤维素饮食

18. 肋骨骨折

- (1) 4-7 肋骨骨折最多见
- (2) 相邻多根多处肋骨骨折，局部胸壁因失去完整肋骨的支撑而软化，可出现反常呼吸运动。又称连枷胸。

19. 腹外疝

- (1) 嵌顿疝一一多发于斜疝，主要原因强体力活动或用力排便等腹压增高
- (2) 斜疝一一进入阴囊一一椭圆或梨形
- (3) 直疝一一不进阴囊一一半球形
- (4) 治疗原则：半岁以下婴幼儿可暂时不手术一一自行消失的可能；腹股沟疝应尽早手术
- (5) 术后护理：1) 平卧位一一缓解张力，利于伤口的愈合，减轻疼痛；2) 术后 6~12 小时，若无恶心、呕吐可进水及流食；3) 预防阴囊水肿一一丁字带将阴囊托起；4) 出院后 3 个月内避免重体力劳动和提举重物；5) 防止术后复发一一治疗便秘

20. 周围血管疾病病人的护理

- (1) 原发性下肢静脉曲张
 - 1) 以大隐静脉曲张多见。主要表现为下肢浅静脉曲张、蜿蜒扩张、迂曲
 - 2) 特殊检查一一大隐静脉瓣膜功能试验(Trendelenbury 试验)，阳性提示瓣膜功能不全
深静脉通畅试验(Perthes 试验)，阳性提示深静脉不通畅
 - 3) 主要措施一一促进静脉回流，避免久站、久坐，间歇性抬高患肢。湿疹和遗疡者抬高患肢并给予创面湿敷。采取良好坐姿，坐时双膝勿交叉过久，休息或卧床时抬高患肢。
 - 4) 穿弹力袜或缚扎弹力绷带：弹力绷带自下而上包扎，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。术后 24 小时鼓励病人下地行走

(2) 血栓闭塞性脉管炎

1) 临床表现——间歇性跛行，呈进行性发展——营养静息痛——肢肢端发黑、干瘪、坏疽和溃疡为主要症状。CT 血管造影 (CTA) 可得到动脉的立体图像

2) 严格戒烟、防止受潮和外伤，肢体保暖但不进行热疗，以免组织需氧量增加而加重症状

3) 健康教育——戒烟；病人睡觉或休息时取头高脚低位；保护患肢，切勿赤足行走，避免外伤；注意患肢保暖，避免受寒；不穿高跟鞋；指导病人进行患肢功能锻炼，促进侧肢循环建立，改善局部症状

21. 胆道蛔虫

(1) 剑突下钻顶样疼痛

(2) 首选检查——B 超

(3) 驱虫药哌嗪服用时间——清晨空腹或晚上临睡前

22. 胆石症

(1) 胆总管结石+胆管炎——T 管引流

(2) T 管引流目的：引流胆汁、引流残余结石、支撑胆道

(3) T 管引流护理

1) 记录引流胆汁的量、色及性状 300~700ml/天

2) 术后 12~14 天 (2 周)

3) 拔管前 1~2 天夹管观察——无腹胀、痛、热说明通畅

4) 拔管前 T 管胆道造影

23. 气胸

(1) 分类

闭合性气胸	胸闷、胸痛、呼吸困难
开放性气胸	明显呼吸困难、鼻翼扇动、口唇发绀，重者伴有休克症状。 患侧胸部叩诊呈鼓音，听诊呼吸音减弱或消失
张力性气胸 (高压性气胸)	严重或极度呼吸困难、烦躁、意识障碍、发绀、大汗淋漓、昏迷、休克，甚至窒息患侧胸部饱满，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



(2) X线检查是诊断气胸的重要方法,

24. 胸腔闭式引流

- (1) 穿刺部位, 锁骨中线第2肋间(气体穿刺部位)
- (2) 水封瓶长管在水面下3~4cm
- (3) 负压调节瓶长管下端插入水中10~20cm
- (4) 搬运病人或换引流瓶, 止血钳双重夹住胸腔引流管
- (5) 拔管——深吸气后屏气

25. 进行性血胸

- (1) 闭式引流出血量大于200ml/h, 并持续2小时
- (2) 因为胸腔运动起着去纤维蛋白作用, 出血一般不凝固, 但是短期内出血量大, 抽出的血很快凝固

26. 尿路结石病人的护理

- (1) X线平片——95%以上的尿路结石可以通过X线平片被发现。
- (2) 体外冲击波碎石: 肾、输尿管上端<2.5cm的结石, 两次治疗间隔时间不少于7天

27. 前列腺增生病人的护理

- (1) 尿频、尿急、尿痛——最常见的早期症状
- (2) 进行性排尿困难——前列腺增生最主要的症状

28. 食管癌

- (1) 好发于中胸段
- (2) 早期症状——哽噎感、停滞感、异物感; 典型症状——进行性吞咽困难
- (3) 辅助检查——带网气囊食管脱落细胞学检查

29. 胃癌

- (1) 辅助检查——纤维胃镜检查
- (2) 早期倾倒综合征——少量多餐, 避免过甜、过咸、过浓流质饮食, 进低碳水化合物、高蛋白饮食, 进餐后平卧10~20分钟; 晚期倾倒综合征——进食糖类

30. 胰腺癌皮肤护理——温水擦浴, 涂止痒剂; 切忌用手抓及肥皂等清洁剂清洁

31. 原发性肝癌

- (1) 辅助检查——甲胎蛋白测定(AFP)测定
- (2) 术前护理——术前3日给予维生素K₁, 口服肠道不吸收抗生素——术前1天清洁灌肠(禁肥皂水)
- (3) 并发症预防——肝性脑病



32. 大肠癌造口护理：左侧卧位——造瘘口用凡士林纱布覆盖——氧化锌软膏——排便后温水洗净并揩干——人工肛袋不宜长期使用

(4) 肾癌——间歇无痛血尿

26. 膀胱癌：全程无痛性间歇性肉眼血尿——膀胱镜检查——术后每日饮水量要达到2500~3000ml

33. 乳腺癌

(1) 临床表现：肿块常为单块，无痛，界限不清，活动度受限——“酒窝征”、“橘皮样”改变

(2) 常见转移部位——腋下淋巴结

(3) 乳腺癌首选手术治疗——术后5年内应避免孕。

34. 痔

(1) 内痔——排便时无痛性出血和痔块脱出

(2) 外痔——肛门表面可见红色或暗红色硬结

(3) 局部热敷或坐浴——有效缓解疼痛

(4) 术后1~2天无渣或少渣饮食——促进伤口愈合；便秘——液体石蜡或缓泻剂，忌灌肠

(5) 术后24小时内，不宜过早下床

(6) 术后并发症——尿潴留、切口出血、术后切口感染

35. 肛瘘

(1) 直肠肛管周围脓肿导致

(2) 确定内口

(3) 护理措施

1) 忌辛辣、多饮水

2) 术后第二天坐浴：早晚及便后1:5000高锰酸钾坐浴

3) 挂线后5~7天至门诊收紧药线

4) 防止肛门狭窄，术后5~10天内可用示指扩肛

5) 术后3天指导病人做提肛运动

36. 直肠肛管周围脓肿

(1) 病因——肛窦炎、肛腺炎引起

(2) 临床表现：

1) 肛门周围脓肿——最常见，持续跳痛、红肿、脓肿形成后有波动感



2) 坐骨肛管间隙脓肿——较常见

3) 骨盆直肠间隙脓肿引起全身症状加重

(3) 直肠指诊——对肛门周围脓肿有重要意义，病变表浅时可触及压痛肿块，甚至波动感

(4) 早期抗菌—G⁺；坐浴——1:5000 高锰酸钾溶液, 3000ml, 43℃~46℃, 2~3 次/日, 20~30 分钟/次, 已形成脓—及时切开排脓

37. 肠梗阻

(1) 机械性肠梗阻——最常见

1) 肠粘连—腹部手术后、炎症、出血等—早期下床活动

2) 肠扭转—饱食后剧烈运动

3) 肠套叠—回肠套入结肠—果酱样便

(2) 典型临床表现

(3) X 线阶梯状气液平面

(4) 非手术——禁食禁饮、胃肠减压

38. 阑尾炎

(1) 麦氏点

(2) 典型表现——转移性右下腹痛；阑尾穿孔——腹痛突然加重、范围扩大；阑尾周围脓肿——右下腹触及边界不清、较为固定的压痛、包块

(3) 并发症的预防和护理

1) 内出血——术后 24 小时内——观察脉搏和血压

2) 切口感染——最常见——术后 3~5 天体温升高

3) 腹腔脓肿——术后 5-7 天

第四章 妇产科护理学

1. 女性生殖系统解剖生理

(1) 阴道——表面为复层鳞状上皮细胞

(2) 宫颈癌的好发部位——子宫颈外口柱状上皮与鳞状上皮交界处

(3) 子宫峡部上端——解剖学内口；峡部下端——组织学内口

(4) 圆韧带——维持子宫前倾位；阔韧带——维持子宫正中位；主韧带——固定子宫颈正常位置，防止子宫脱垂

2. 妊娠期妇女护理



- (1) 胎膜组成：绒毛膜和羊膜组成
- (2) 母体易发心衰的时间：在妊娠 32~34 周、分娩期（尤其第二产程）及产褥期最初 3 天内
- (3) 胎动与胎心率：妊娠 18~20 周时开始自觉胎动，胎动每小时 3~5 次；胎心率为 120~160 次/分
- (4) 预产期推算：末次月经（LMP）第 1 天起，月份减 3 或加 9，日期加 7；如为阴历，月份仍减 3 或加 9，但日期加 15。
- (5) 健康指导：叶酸缺乏——胎儿神经管畸形；自我监护——12 小时内胎动累计次数不小于 10 次，每小时胎动不应少于 3 次；避免性生活——妊娠前 3 个月及末 3 个月

3. 妊娠并发症

- (1) 早产——规律宫缩大于 4 次/20min，宫颈管缩短 75%以上及宫颈扩张 2cm 以上——胎儿、母体状况良好，抑制宫缩
- (2) 妊娠期高血压：病理变化——全身小动脉痉挛；首选解痉药物——硫酸镁；首选降压药物——肼屈嗪；硫酸镁中毒表现——膝反射减弱或消失
- (3) 前置胎盘：症状——无诱因、无痛性反复阴道出血；阴道检查——一般不主张
- (4) 胎膜早破：左侧卧位，抬高臀部——防止脐带脱垂；预防感染

4. 妊娠期合并症

- (1) 心功能状态决定病人可否妊娠：心功能 I~II 级，无心力衰竭病史，且无其他并发症者——可妊娠；心功能 III~IV 级——不宜妊娠。
- (2) 妊娠合并糖尿病的产妇——不宜采用口服降糖药；新生儿——产后 30 分钟后滴服 25%葡萄糖，防止发生低血糖

5. 分娩期并发症

- (1) 产后出血——24 小时内大于 500ml
- (2) 产后子宫收缩乏力处理——按摩子宫，宫缩药，宫腔纱布填塞法
- (3) 子宫破裂的临床表现——病理性缩复环，下腹部压痛，胎心率改变，血尿出现

6. 阴道炎症病人的护理

- (1) 滴虫阴道炎——典型症状稀薄的泡沫状白带增多
- (2) 外阴阴道假丝酵母菌病——条件致病菌（白假丝酵母菌）；阴道分泌物——白色稠厚呈凝乳或豆腐渣样；首选 2%~4%碳酸氢钠溶液坐浴或冲洗阴道并阴道上制霉菌素片。
- (3) 老年性阴道炎——补充雌激素（主要治疗方法）

7. 子宫脱垂病人的护理



(1) 分娩损伤——子宫脱垂最主要的原因

术后一般休息 3 个月，半年内避免重体力劳动，禁止盆浴及性生活

8. 绒毛膜癌

(1) 多经血行播散——常见转移部位依次为肺、阴道、脑及肝

(2) 临床表现：阴道出血和假孕症状——黄素囊肿发生扭转或破裂时也可出现急性腹痛

(3) 首选化疗治疗的肿瘤

9. 葡萄胎——血清 HCG 水平异常升高——清除宫腔内容物，并告知患者随访期间严格避孕 1 年

10. 侵蚀性葡萄胎

(1) 多在葡萄胎清除后 6 个月内发生

(2) 最常见症状——阴道出血

(3) 最常见的转移部位——肺，最主要的死亡原因——脑转移。

11. 子宫内膜癌

(1) 临床表现——绝经期后的不规则阴道出血

(2) 辅助检查——分段诊断性刮宫（简称分段诊刮）

(3) 健康教育：随访——术后 2 年内，每 3~6 个月 1 次；术后 3~5 年，每 6~12 个月 1 次

12. 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；类早孕反应——不处理

(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 $> 37.5^{\circ}\text{C}$

13. 孕期保健

(1) 时间：28 周前——4 周 1 次，28 周至 36 周——2 周 1 次，36 周后——每周 1 次，直至分娩

(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；120~160 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

第五章 儿科护理学

1. 新生儿窒息



- (1) Apgar 评分内容——心率、呼吸、对刺激的反应、肌张力和皮肤颜色
- (2) Apgar 评分判断——0~3 分为重度；4~7 分为轻度；8~10 分为正常。
- (3) 新生儿 Apgar 评分表——只记 1 分项：躯干红，四肢青紫；心律<100；有些动作；四肢略屈曲；呼吸慢，不规则
- (4) 配合医生按 ABCDE 程序进行复苏——A 是根本，B 是关键，E 贯穿全程
- (5) 重点监测——肛温 35.5~37℃

2. 足月儿及早产儿的特点及护理

- (1) 正常足月儿特点——发育得好；皮肤红润；足纹多；胎毛少
- (2) 常见几种特殊生理状态——不影响生长发育、不做特殊处理
- (3) 早产儿保暖——及时放入温箱；室温——24~26℃；相对湿度——55%~65%
- (4) 新生儿喂养——皮肤接触（娩出 30min），母婴同室，按需喂养
- (5) 尽早开奶——以防止低血糖；未开奶——试喂葡萄糖水
- (6) 预防出血——肌注维生素 K，连用 3 日
- (7) 维持有效呼吸——吸氧；（血氧分压——50~80mmHg；经皮血氧饱和度——90%~95%为宜）

3. 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”

4. 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。；身高（长）——体格生长
- (2) 头围——脑发育和颅骨生长；1 岁时——与胸围相等，46cm
- (3) 上臂皮脂厚度——儿童营养状况。

5. 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，维 D、维 K 都低，其余人乳都高
- (4) 辅食添加（“汁泥破碎”）——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；

6. 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) 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）

7. 新生儿黄疸

(1) 病理性黄疸的特点——出现早、数值高、时间长、黄疸退而复现。

(2) 胆红素脑病的早期表现——拒食嗜睡、肌张力减退等

(3) 实施光照疗法——保护眼睛及会阴部

8. 新生儿寒冷损伤综合征（新生儿硬肿症）

(1) 体温调节功能——以棕色脂肪组织的化学产热方式为主

(2) 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——逐步复温，循序渐进

9. 口炎病人的护理

(1) 分类及处理

1) 鹅口疮——白色念珠菌——白色乳凝块——2%碳酸氢钠——制霉菌素鱼肝油

2) 疱疹性口腔炎——单纯疱疹病毒——牙龈、舌、唇、颊黏膜散在或成簇的小疱疹——碘苷（疱疹净）抑制病毒

3) 溃疡性口腔炎——糜烂、溃疡、灰白色假膜，易拭去——3%过氧化氢清洗溃疡面——金霉素鱼肝油涂抹

(2) 涂药后嘱患儿闭口 10 分钟后再除去棉球和纱布

(3) 鹅口疮使用的奶瓶、奶头——5%的碳酸氢钠浸泡 30 分钟后清洗干净再煮沸消毒

10. 小儿腹泻的临床表现

(1) 不同程度的脱水：精神状态、皮肤弹性、前囟、尿量；轻度——中度——重度

(2) 不同性质的脱水：低渗—— <130 ；等渗—— $130\sim150$ ；高渗—— >150

(3) 不同病因所致腹泻：轮状病毒——秋季腹泻——蛋花汤+无腥臭；致病性大肠杆菌——蛋花汤+有腥臭；金黄色葡萄球菌——多继发于使用大量抗生素——暗绿色

(4) 酸碱及电解质：低钾——腹胀、肠鸣音减弱、u 波；低血钙——抽搐惊厥

11. 治疗与护理

(1) 口服补液盐——轻、中度脱水（无明显呕吐）；传统配方：2/3 张；低渗配方 1/2

(2) 补液：低渗——2/3 张；等渗——1/2 张；高渗——1/3 张；若判断脱水性质有困难——按等渗脱水处理

(3) 病毒性肠炎多继发乳糖酶缺乏——暂停乳类喂养，改为豆浆、去乳糖配方

12. 先天性心脏病护理措施



- (1) 休息是恢复心脏功能的重要条件，根据病情安排适当活动量，减轻心脏负荷
- (2) 供给充足热量、蛋白质和维生素，防止便秘，多食富含纤维素食物，少量多餐，避免呛咳和呼吸困难
- (3) 拔牙、扁桃体切除术应给予足量的抗生素，防止发生感染性心内膜炎；心功能较好者可按时预防接种
- (4) 法洛四联症患者，要注意供给充足液体，防止因血液浓缩、血液黏稠度增加导致血栓栓塞；缺氧发作时，立即置于膝胸卧位、吸氧，配合医生使用普萘洛尔或吗啡抢救治疗
- (5) 观察有无心力衰竭的表现，一旦出现，置患儿半卧位，吸氧，按心力衰竭护理

13. 小儿维生素 D 缺乏性佝偻病病人的护理急性期临床表现：颅骨——软化、方颅或鞍形颅；胸部——肋骨串珠；四肢——手镯，脚镯征、“O”形腿或“X”形腿

14. 新生儿脐炎

- (1) 最常见病菌——金黄色葡萄球菌
- (2) 临床表现——脐周围皮肤红肿、脐窝脓性分泌物（新生儿败血症的鉴别：临床表现：“一差”、“二不”、“三少”——精神差、体温不升、体重不增、少吃、少哭、少动）
- (3) 治疗措施——轻症者用 3%过氧化氢，再涂以 75%乙醇，每日 3 次；重者可根据细菌培养结果选择适当抗生素

15. 新生儿低钙血症（血清总钙——低于 1.8mmol/L；血清游离钙——低于 0.9mmol/L）

- (1) 临床表现——发作性的呼吸困难（喉痉挛）、手足抽搐、惊厥。
- (2) 静推葡萄糖酸钙——心率 > 80 次/分

16. 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

天津华图

地址：天津市河东区六纬路与大直沽八号路交叉口万达中心 31 层

电话：022-27307496/13102121621

西青华图

地址：天津师范大学南门付村星期八小镇(西首三楼)

电话：022-58603418/18649107702

蓟州华图

地址：蓟州区康平路牛津街 143 号（电信大楼北 300 米）

电话：022-22766342/18622157894

武清华图

地址：天津市武清区津京路增一号金汇广场 1921 号(维也纳对面)

电话：022-58713185/18920946705

滨海华图

地址：天津市滨海新区解放路 969 号聚宝大厦 5 层 509

电话：022-65160031/13021389551



这是一个神奇的公众号
“卫计委招聘、医院招聘信息、备考资料、医疗课程”



这是一个爱卖萌的老师
“亲的医考贴心助手”