

第一章 基础护理知识和技能

1. 护理程序

(1) 主观资料——患者亲身感觉；

客观资料——辅助工具测量、观察得到明确数值

(2) 首优问题——威胁患者生命、需立即解决的问题

2. 职业防护

(1) 职业损伤危险因素

锐器伤（最常见有害因素之一）最常见、危害性最大的——乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病
负重伤——腰部肌肉扭伤，腰椎间盘突出

(2) 锐器伤应急处理流程：冷静——挤压伤口（近心端到远心端）——肥皂水或生理盐水冲洗——75%乙醇或0.5%碘伏消毒——包扎

3. 门诊工作内容

(1) 高热、剧痛、休克、出血、呼吸困难等症状——安排提前就诊或送急诊

(2) 年老体弱、危重病人——可适当调整就诊顺序

4. 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

5. 床单位总结

(1) 省力原则——靠近病床，两腿屈膝，上身直立，应用臂力

(2) 麻醉床操作要点——盖被三折叠于背门一侧；枕套横立床头，开口背向门

6. 入院病人的护理

(1) 住院处的护理——收治入院；卫生处置；护送入病室

(2) 特级护理——大面积烧伤、复杂或大手术后

一级护理——昏迷、休克、肝、肾衰竭

(3) 特24、一1、二2、三3

7. 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

8. 卧位

(1) 被迫卧位——减轻疼痛或治疗需要

(2) 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

(6) 端坐卧位——哮喘；急性左心衰

9. 约束带使用及注意事项

(1) 每2小时松解1次

(2) 支被架——肢体瘫痪、极度虚弱、烧伤病人（暴露疗法时）

10. 医院感染的原因

- (1) 侵入性诊疗机会增加
 - (2) 抗菌药物使用不合理
 - (3) 医院环境污染严重
11. 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)
12. 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)
13. 2%戊二醛——医疗器械和精密仪器；0.5%亚硝酸钠 (防锈剂)
14. 无菌操作原则——无菌包有效期 (自 5 月 1 日至 10 月 1 日为 1 周，10 月 1 日且至次年 5 月 1 日为 2 周)
15. 无菌持物钳
- (1) 每个容器只放一把无菌持物钳
 - (2) 消毒液面浸没持物钳轴节以上 2~3cm 或镊子长度的 1/2
 - (3) 到远处取物时，将容器一起移至操作处
 - (4) 持物钳及浸泡容器每周清洁、消毒 2 次。
16. 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
17. 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、烧伤)
18. 隔离区域划分
- (1) 清洁区 (配餐室、更衣室、值班室)
 - (2) 半污染区 (医护办公室、病区内走廊、治疗室)
 - (3) 污染区 (病房、病区外走廊)
19. 隔离技术
- (1) 口罩的使用——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
 - (2) 脱下的隔离衣挂在半污染区——清洁面向外；挂在污染区——污染面向外
20. 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) 常用漱口水
 - 1) 碳酸氢钠漱口水 (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
21. 床上擦浴穿脱衣服顺序——如有肢体外伤或活动障碍, 先脱健侧, 后脱患侧; 先穿患侧, 再穿健侧
22. 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
23. 体温
 - (1) 体温正常值——口温 (36.3~37.2℃); 腋温 (36.0~37.0℃); 肛温 (36.5~37.7℃)
 - (2) 体温过高分类——口温为例, (1) 低热: 37.3~38.0℃。(2) 中等热: 38.1~39.0℃。(3) 高热: 39.1~41.0℃。(4) 超高热: 41℃以上。
 - (3) 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
24. 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, 由听心率者发出“起”、“停”口令, 两人同时开始, 测 1 分钟。
25. 血压
 - (1) 步骤
 - 1) 袖带下缘距肘窝 2~3cm, 松紧以能放入一指为宜
 - 2) 加压打气至肱动脉搏动音消失后水银柱再上升 20~30mmHg
 - 3) 每秒 4mmHg/s 放气
 - (2) 四定——定时间、定部位、定体位、定血压计
26. 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
- (4) 危重或呼吸微弱病人，用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。

27. 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。

28. 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

29. 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、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

30. 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

31. 正常排尿

- (1) 24 小时尿量 1000~2000ml
- (2) 正常新鲜尿液呈淡黄色或深黄色
- (3) pH 值为 4.5~7.5，平均为 6
- (4) 尿比重经常固定于 1.010 左右，提示肾功能严重障碍
- (5) 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

32. 异常排尿

- (1) 多尿——24 小时尿量超过 2500ml
- (2) 少尿——24 小时尿量少于 400ml 或每小时尿量少于 17ml
- (3) 无尿或尿闭——24 小时尿量少 100ml 或 12 小时内无尿液产生

33. 尿潴留

- (1) 临床表现——膀胱容积可增至 3000~4000ml，高度膨胀，可至脐部。病人主诉下腹胀痛，排尿困难。体检可见耻骨上膨隆，扪及囊样包块，叩诊呈实音，有压痛。
- (2) 诱导排尿（首要措施）——听流水声、温水冲洗会阴部
- (3) 仍不能解除尿潴留时，可采用导尿术

34. 导尿术

(1) 女性病人初步消毒——由外向内，自上而下
再次消毒——内-外-内，自上而下

(2) 对膀胱高度膨胀且极度虚弱的病人，第一次导尿不得超过 1000ml

35. 留置导尿

(1) 目的——为盆腔手术排空膀胱，使膀胱持续保持空虚状态，避免术中误伤

(2) 训练膀胱反射功能，可采用间歇性夹管方式。夹闭导尿管，每 3~4 小时开放 1 次

36. 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）

37. 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

38. 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

(2) 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）

(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) 服用对呼吸道黏膜起安抚作用的药物，如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。

(7) 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

(8) 超声雾化的目的及药物

1) 控制呼吸道感染、消除炎症——庆大霉素

2) 解除支气管痉挛——氨茶碱、沙丁胺醇

3) 稀释痰液——α-糜蛋白酶

4) 减轻呼吸道黏膜水肿——地塞米松

(9) 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) 联线法：从髂前上棘至尾骨作一联线，其外上 1/3 处为注射部位。

(10) 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。

(3) 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。

39. 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 1ml

(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

40. 溶液不滴的原因及处理办法

(1) 针头滑出血管外——局部肿胀并有疼痛——拔出针头，重新穿刺

(2) 针头斜面紧贴血管壁——溶液不滴——调整针头位置或变换体位

(3) 针头阻塞——感觉有阻力——更换针头，重新穿刺

(4) 压力过低——溶液不滴——适当抬高输液瓶或放低肢体位置

(5) 静脉痉挛——溶液不滴——局部进行热敷以缓解痉挛

41. 静脉输液

(1) 发热反应（输液后数分钟至 1 小时，病人发冷、寒战、发热）——轻者，减慢点滴速度或停止输液，并通知医生；重者，立即停止输液，并保留剩余溶液和输液器，必要时做细菌培养，查找原因

(2) 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。

42. 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

(3) 输血反应

- 1) 过敏反应【轻度(皮肤瘙痒, 局部或全身出现荨麻疹) 中度(眼睑、口唇高度水肿)】——轻度减慢输血速度, 给予抗过敏药物; 重度肾上腺素
- 2) 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

43. 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

44. 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, 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。全身肌肉松弛, 肢体呈弛缓状态, 深浅反射均消失, 偶有深反射亢进及病理反射出现

45. 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
 - 3) 通气量适宜——病人安静, 呼吸合拍, 血压、脉搏正常。

46. 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

47. 真正死亡——脑死亡(不可逆的深度昏迷; 自主呼吸停止; 脑干反射消失; 脑电波消失)

48. 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 循环系统疾病病人的护理

1. 心脏解剖结构

- (1) 上房下室, 左二右三
- (2) 心包腔内浆液起润滑作用
- (3) 心脏自身血液供应——冠状动脉
- (4) 具有自律性的心肌细胞——窦房结
- (5) 心室除极方向是由心内膜至心外膜

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

4. 利尿剂的护理

- (1) 监测电解质, 排钾利尿剂导致低血钾, 易导致洋地黄中毒
- (2) 代表药物: 呋塞米(速尿); 氢氯噻嗪, 螺内酯(安体舒通)
- (3) 呋塞米急性肺水肿首选, 氢氯噻嗪导致高尿酸血症, 痛风的患者禁用
- (4) 利尿剂可通过利尿消肿降压, 利尿剂通过降低心脏前负荷来改善心功能不全

5. 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。

6. 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, 扩血管首选硝普纳
- (5) 急性肺水肿典型表现: 咳大量粉红色泡沫痰

7. 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

8. 诊断心律失常有效的检查方法是心电图。12 导联图, 胸导联电极安放的位置:

- V1---胸骨右缘第 4 肋间
- V2---胸骨左缘第 4 肋间
- V3---V2 与 V4 两点连线的中点
- V4---左锁骨中线与第 5 肋间相交
- V5---左腋前线与 V4 水平
- V6---左腋中线与 V4 水平

9. 窦性心律失常的病因

- (1) 窦性心动过速: >100 次/分, 原因: 吸烟, 饮茶、咖啡、酒, 剧烈运动, 发热, 甲亢, 贫血, 心肌缺血, 心力衰竭, 休克, 肾上腺素, 阿托品。
- (2) 窦性心动过缓: <60 次/分, 原因: 运动员, 睡眠状态, 颅内压增高, 缺氧, 甲减, β 受体阻滞剂, 胺碘酮, 钙离子通道阻滞剂。

10. 期前收缩心电图

- (1) 房性期前收缩: P 波提前出现, 其形态与窦性 P 波不同, QRs 波群形态正常。
- (2) 室性期前收缩: 是一种最常见的心律失常, QRs 波群提前出现, 形态宽大畸形。

房颤及室颤

11. 异常心律失常心电图

(1) 房颤

- 1) 临床表现——心脏诊时心律绝对不规则、第一心音强弱不一致, 短绌脉。脑栓塞的发生率高
- 2) 心电图——P 波消失, 代之以大小形态及规律不一的基线波动(f 波), 频率 350~600 次/分
- 3) 制心室率, 可选用 β 受体阻滞剂、洋地黄。一般认为心室率控制的目标为静息时心率维持在 60~80 次/分, 轻微活动后应控制在 100 次/分以内
- 4) 华法林——预防脑栓塞的一线用药

(2) 室颤

- 1) 室颤——是最危险的心律失常
- 2) 临床表现——突发意识丧失、抽搐、呼吸停止甚至死亡。触诊大动脉搏动消失、听诊心音消失、血压无法测到
- 3) 心电图——波形、振幅及频率均极不规则, 无法辨认 QRS 波群、ST 段与 T 波

12. 心脏起搏器的护理

- (1) 三度房室传导阻滞——大炮音

(2) 心脏起搏器的护理:

- 1) 术后可心电监护 24 小

- 2) 绝对卧床 1~3 天, 取平卧位或半卧位, 不要压迫植入侧
- 3) 遵医嘱给予抗生素治疗
- 4) 做好病人的术后宣教, 要随身携带“心脏起搏器卡”等, 定期复查, 3~6 个月到医院检查
- 5) 教会病人自测脉搏, 装有起搏器的一侧上肢 1 个月内避免过度用力或幅度过大的动作, 如打网球、举重等
- 6) 嘱患者避开强磁场和高压电, 如核磁、激光、理疗、电灼设备、变电站等, 但加用电器一般不影响起搏器的工作

13. 先天性心脏病临床特点

(1) 左向右分流型: 室间隔缺损——为最常见的先天性心脏病, 体征: 胸骨左缘第 3~4 肋间听到响亮粗糙的全收缩期杂音。房间隔缺损——体征: 胸骨左缘第 2、3 肋间可闻及 II~III 级收缩期喷射性杂音。动脉导管未闭——体征: 胸骨左缘第 2 肋间可闻及粗糙响亮的连续性机器样杂音, 脉压增大(>40mmHg); 周围血管征阳性, 即水冲脉、毛细血管搏动和股动脉枪击音等。

(2) 右向左分流型(青紫型): 法洛四联症, 先天性心脏病最严重的一组: 肺动脉狭窄、室间隔缺损、主动脉骑跨、右心室肥厚; 青紫是最突出的表现; 婴儿期常喜胸膝卧位, 年长儿蹲踞现象; 杵状指(趾); 患儿发育落后; 常见并发症为脑血栓、脑脓肿及亚急性感染性心内膜炎; 心影呈“靴形”; 法洛四联症多数在 2 岁手术。

14. 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

15. 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

注: 当收缩压和舒张压分属于不同级别时, 以较高的分级为准

16. 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平卧，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. 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

19. 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) 消除心律失常：室性期前收缩——利多卡因；发生心室颤动或持续多形性室性心动过速时，警惕室颤或心脏骤停，尽快采用电除颤；缓慢性心律失常——阿托品；二度或三度房室传导阻滞，伴有血流动力学障碍者——临时心脏起搏器

4) 控制休克——补充血容量。

5) 治疗心力衰竭——以应用利尿剂为主，急性心梗发生后 24 小时内不宜用洋地黄制剂，有右心室梗死的病人应慎用利尿剂

6) 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

7) 给氧——鼻导管给氧，以增加心肌氧的供应，减轻缺血和疼痛

8) 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

20. 心脏瓣膜病

(1) 二尖瓣狭窄

1) 超声心动图可确诊

2) 临床特点：呼吸困难——是最常见的早期症状。咯血——急性肺水肿时咳大量粉红色泡沫痰。“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) 并发症：心房颤动；栓塞——脑动脉栓塞最多见，当病人突然出现胸痛、气急、发绀和咯血等症状，要考虑肺栓塞的可能；出现腰痛、血尿等考虑肾栓塞的可能；当病人出现神志和精神改变、失语、吞咽困难、肢体感觉或运动功能障碍、瞳孔大小不对称，甚至抽搐或昏迷征象时，警惕脑血管栓塞的可能

4) X 线检查——心影呈“梨形”

5) 预防风湿热复发和感染性心内膜炎——苄星青霉素

(2) 主动脉瓣狭窄——呼吸困难、心绞痛和晕厥为典型主动脉瓣狭窄的三联征

(3) 主动脉瓣关闭不全——水冲脉、靴形心

(4) 心脏瓣膜病的护理措施

1) 左心室内有巨大附壁血栓者应绝对卧床休息

2) 预防感染——在拔牙、内镜检查、导尿术、分娩、人工流产等手术操作前应告诉医生自己有风心病史，以便预防性使用抗生素

21. 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

22. 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

23. 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 $<25\text{ml}$ 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。

24. 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——大隐静脉瓣膜功能试验（Trendelenburg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——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予以创面湿敷。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

25. 心脏骤停

(1) 病因——以冠心病最为多见；

(2) 确定心脏骤停——颈动脉搏动消失；心音消失。

(3) 生物学死亡：大部分患者将在 4~6 分钟内开始发生不可逆脑损害。

(4) 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）——仰头抬颌法。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

(5) 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

(6) 脑复苏是心肺复苏最后成功的关键

(7) 小儿人工循环——胸外心脏按压部位为两乳头连线中点，按压深度为胸腔前后径 1/3~1/2，以产生大动脉搏动为准，小于 8 岁儿童双人操作为 15:2，单人操作为 30:2

第三章 消化系统疾病病人的护理

1. 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

2. 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
3. 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（+）
4. 消化性溃疡药物护理
- (1) H₂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. 消化性溃疡术后护理及饮食护理
- 1) 吻合口梗阻
 - 2) 早期倾倒综合征
 - 3) 避免豆浆、牛奶、肉类等产酸
 - 4) 避免阿司匹林、吲哚美辛、糖皮质激素
6. 溃疡性结肠炎的护理
- (1) 表现——粘液脓血便
 - (2) 检查——结肠镜
 - (3) 首选——柳氮磺胺吡啶
 - (4) 保留灌肠治疗——左侧卧位；阿米巴痢疾——回盲部——右侧卧位
 - (5) 腹泻——少纤维、易消化、软食物
7. 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——130~150；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
8. 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

9. 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

10. 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

11. 腹外疝

(1) 嵌顿疝——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) 绞窄性疝

(3) 斜疝——进入阴囊——椭圆或梨形

(4) 直疝——不进阴囊——半球形

(5) 治疗原则：半岁以下婴幼儿可暂时不手术——自行消失的可能；腹股沟疝应尽早手术

(6) 术后护理

1) 平卧位——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——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——治疗便秘

12. 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

13. 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
14. 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
15. 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
 - (4) 避免坚硬过热、避免 VitB6 可影响多巴胺进入脑部
 - (5) 分流术后血管吻合口破裂出血——48 小时内平卧位或低半卧位
 - (6) 腹水的护理
 - 1) 叩诊, 腹部膨隆
 - 2) 移动性浊音(+)
 - 3) 钠盐 1~2g/d
 - 4) 不可大量放腹水, 静脉滴注白蛋白
 - 5) 不可强烈利尿
16. 细菌性肝脓肿
 - (1) 细菌入侵肝脏途径——胆道系统
 - (2) 最常见的早期症状——寒战、高热
 - (3) 脓腔引流少于 10ml, 拔管+凡士林纱布引流
 - (4) 本病系消耗性疾病——高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食
17. 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
18. 胆道感染
- (1) 胆囊炎：Murphy (+)，压痛点——右肋下
 - (2) 急性梗阻性化脓性胆管炎——Charcot 三联征+休克、神经症状=Reynolds 五联征
19. 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
20. 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
21. 急性胰腺炎
- (1) 胰蛋白酶被激活对胰腺的自身消化
 - (2) 原因——胆道疾病
 - (3) 典型表现——上腹痛向腰背部呈带状放射，发热、恶心呕吐后疼痛并不减轻
 - (4) 体位——弯腰屈膝侧卧位
 - (5) 首选检查——血清淀粉酶
 - (6) 坏死性胰腺炎——①休克；②低血钙；③Grey-Turner 症，Cullen 症
 - (7) 治疗及护理——①禁食、禁水；②止痛——不能用吗啡；③生长抑素类食物（施他宁、奥曲肽）
22. 上消化道出血
- (1) 量
 - (2) 检查——急诊胃镜
 - (3) 大出血+休克——头低足高位、头偏向一侧；暂禁食；建立静脉通道；交叉配血
23. 慢性便秘
- (1) 缺乏便意、排便空难
 - (2) 小于 3 次/周
 - (3) 液态石蜡——润滑肠壁、软化粪便
 - (4) 护理措施
- 1) 多饮水、粗纤维
 - 2) 定时排便
 - 3) 提供隐蔽环境
 - 4) 环形腹部按摩
 - 5) 正确缓泻剂，不可长期
- 【急腹症】
- (1) 突出表现——腹痛

- (2) 诊断不明——禁吗啡、禁饮食、禁泻药、禁灌肠
- (3) 老年人——症状体征轻+白细胞计数改变不明显

第四章 呼吸系统疾病病人的护理

1. 呼吸胸解剖生理

- (1) 胸骨角——是计数肋骨的标志；是左右主支气管分叉的地方
- (2) 胸膜腔——少量的浆液，起着润滑作用

2. 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

3. 急性感染性喉炎——重者可出现吸气性呼吸困难，出现胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙（三凹征）

4. 急性支气管炎——痰较多时，室内相对湿度宜在 60%左右；哮喘性支气管炎的患儿有缺氧症状时给予吸氧，定时做雾化吸入

5. 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

6. 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。

7. 小儿肺炎

- (1) 最常见——支气管肺炎
- (2) 病原体
 - 1) 支原体——刺激性干咳——大环内酯类（红霉素、罗红霉素、阿奇霉素）
 - 2) 金黄色葡萄球菌肺炎——脓胸、脓气胸
- (3) 小儿肺炎抗生素停药时间 5~7 天
- (4) 肺炎体位引流方法——下一上；外—内
- (5) 痰液粘稠——超声雾化吸入

8. 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

9. 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

10. 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

11. 慢阻肺

(1) 慢支——慢性咳嗽、咳痰

(2) 吸氧——持续低浓度、低流量吸氧

(3) 锻炼呼吸功能——腹式呼吸、缩唇呼吸；吸气时间与呼吸时间比：1:2 或 1:3

12. 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

13. 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

14. 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—— CO_2 潴留采取持续低浓度、低流量吸氧

15. 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	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

(高压性气胸)	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
---------	---

(2) X线检查是诊断气胸的重要方法，

16. 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) 水封屏长管在水面下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

17. 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

18. 呼吸衰竭

- (1) 典型临床表现——呼吸困难
- (2) 呼吸兴奋剂（尼可刹米、洛贝林）——适用于呼吸抑制的患者
- (3) 肺性脑病

19. 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）

第五章 传染病病人的护理

1. 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

2. 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；

3. 流行性腮腺炎的护理

- (1) 传染期—病人自腮腺肿大前6天至消肿后5天均可排除病毒
- (2) 腮腺肿大常是疾病的首发病象，肿大以耳垂为中心

4. 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

5. 艾滋病病人的护理

- (1) 传播途径——性接触传播（主要传播途径）；血液传播；母婴传播
 - (2) 艾滋病机会性感染其他系统死亡的主要原因——肺孢子菌肺炎
 - (3) T 细胞绝对值下降，CD4+T 淋巴细胞计数下降，CD4/CD8 比值 <1.0 是主要的免疫学检查
6. 流行性乙型脑炎病人的护理
- (1) 猪是本病最主要的传染源和中间宿主，通过蚊虫叮咬而传播，蚊虫为主要传播媒介
 - (2) 临床特点是高热、意识障碍、抽搐、病理反射及脑膜刺激征。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
7. 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
8. 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：乙胺丁醇——球后视神经炎；链霉素——听力障碍和肾功能损害
 - (3) 结核性脑膜炎的脑脊液——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。

第六章 皮肤及皮下组织疾病病人的护理

1. 疖、痈——金黄色葡萄球菌，痈——火山口状
2. 危险三角区不能挤压——以免引起颅内海绵状静脉窦炎
3. 急性蜂窝织炎、丹毒——溶血性链球菌
4. 脓性指头炎疼痛特点——刺痛-搏动性疼痛-疼痛减轻

第七章 妊娠、分娩和产褥期病人的护理

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

5. 分娩期妇女的护理

(5) 子宫收缩力——临产后的主要产力；腹壁肌及膈肌收缩力（腹压）——最重要的辅助产力

(6) 胎头的矢状缝及囟门——确定胎位的重要标志

(3) 胎头下降——是胎儿娩出的首要条件，贯穿于分娩全过程

(4) 产程图——是产程进展的重要标志

(5) 胎盘娩出——不可在胎盘尚完全剥离时用手揉按、下压宫底、牵拉脐带

(6) 产后应在产房内观察2小时

4. 产褥期妇女的护理

(1) 产后2~3天——产妇容易出现排尿困难

(2) 恶露有臭味——提示有感染

(3) 会阴伤口水肿或小血肿——50%硫酸镁湿热敷，或产后24小时后红外线照射

(4) 会阴大血肿——切开引流

(5) 乳头皲裂：哺乳前湿热敷乳房，挤出少量乳汁使乳晕变软——乳头和大部分乳晕含与婴儿口内——哺乳后挤出少量乳汁涂在乳头

(6) 健康教育：禁止坐浴；产后2周膝胸卧位——预防或纠正子宫后倾；产后42天——禁止性交

5. 胎儿窘迫

临床表现——胎心改变、胎动异常、羊水污染、羊水过少

6. 妊娠并发症

(1) 异位妊娠——避免腹压过大，减少破裂的机会

(2) 流产病因——胎儿因素、胎盘因素

(3) 先兆流产——宫口未开全，胎膜未破，妊娠产物未排出

(4) 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

(5) 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

(6) 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

(7) 羊水过多：一次放腹水不超过1500ml——放腹水后腹部放置沙袋——防止血压骤降发生休克；羊水过少：少于300ml

(8) 胎膜早破：左侧卧位，抬高臀部——防止脐带脱垂；预防感染

7. 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，且无其他合并症者——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

8. 异常分娩

(1) 协调性子宫收缩乏力——病因治疗；不协调性子宫收缩乏力——子宫收缩恢复其协调性之前，严禁应用催产素

(2) 胎位异常——30周后，采用膝胸卧位纠正

9. 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
- (4) 子宫破裂行子宫修补术——2 年后妊娠

10. 产褥感染

- (1) 以厌氧菌为主；
- (2) 发热、疼痛、异常恶露——产褥感染的症状

11. 晚期产后出血

- (1) 分娩 24 小时后发生——产后 1~2 周
- (2) 产后观察——子宫复旧，有无压痛及阴道出血情况，采取平卧位

第八章 新生儿和新生儿疾病的护理

1. 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）

2. 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。（没有中度）；
- (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℃

3. 新生儿缺氧缺血性脑病及颅内出血

- (1) 缺血缺氧性脑病：控制惊厥——首选苯巴比妥钠；治疗脑水肿——呋塞米（或甘露醇）
- (2) 缺血缺氧性脑病亚低温治疗——肛温监测
- (3) 新生儿颅内出血——惊厥（主要表现）；关键措施——减少对患儿移动和刺激。

4. 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。（只记病理性的）
- (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

5. 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

6. 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
7. 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

第九章 泌尿生殖系统疾病病人的护理

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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）

9. 子宫脱垂病人的护理

(1) 分娩损伤——子宫脱垂最主要的原因

(2) 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

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. 精神分裂症病人的护理

(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. 抑郁症病人的护理

(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. 焦虑症病人的护理

(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，如地西泮、阿普唑仑、劳拉西泮、氯硝西泮或者丁螺环酮等

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去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

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

第十一章 损伤、中毒病人的护理

1. 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
2. 伤口的换药顺序——清洁伤口、污染伤口、感染伤口
3. 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
4. 烧伤的病理分期
 - (1) 急性体液渗出期（休克期）——休克是烧伤后 48 小时内导致病人死亡的主要原因；
 - (2) 感染期——创面细菌繁殖及组织坏死的毒素吸收入血，引起中毒症状；
 - (3) 修复期
 - (4) 康复期
5. 中国新九分法
 - (1) 头颈—— $9 \times 1 = 9$ （发 3、面 3、颈 3）
 - (2) 双上肢—— $9 \times 2 = 18$ （双手 5、双前臂 6、双上臂 7）
 - (3) 躯干—— $9 \times 3 = 27$ （腹侧 13、背侧 13、会阴 1）
 - (4) 双下肢—— $9 \times 5 + 1 = 46$ （双臀 5、双大腿 21、双小腿 13、双足 7）
6. 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
7. 阿托品用药
 - (1) 用药原则——早期、联合、足量、反复给药
 - (2) 阿托品化指标——瞳孔扩大，对光反应存在、颜面潮红、皮肤干燥、口干、肺部湿罗音减弱或消失，心率增快，意识障碍减轻
 - (3) 阿托品中毒的表现——瞳孔散大、高热、神志模糊、谵妄、心动过速、抽搐、昏迷等
8. 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
9. 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
10. 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。

第十二章 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病病人的护理

1. 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
2. 风湿热
溶血性链球菌感染——游走、多发性关节炎——首选青霉素
6. 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
7. 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

第十三章 肿瘤

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 肾癌——间歇无痛血尿
7. 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
8. 宫颈癌——子宫颈刮片细胞学检查是筛查方法；宫颈和宫颈管活体组织检查是确诊方法
10. 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
11. 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

12. 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。

14. 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

15. 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

16. 骨肉瘤

- (1) 确诊检查——X 线检查
- (2) 用药护理——化疗前半小时给予止吐药物，若白细胞降至 $3 \times 10^9/L$ 、血小板降至 $80 \times 10^9/L$ ，停止用药。

17. 颅内肿瘤——原发性肿瘤以神经胶质瘤最为常见。

18. 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 年内应避孕。

19. 子宫内膜癌

- (1) 临床表现——绝经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

第十四章 血液、造血器官及免疫疾病病人的护理

1. 各类贫血病因

- (1) 营养性巨幼细胞贫血——维生素 B_{12} 和（或）叶酸缺乏
- (2) 再生障碍性贫血——氯霉素反应

2. 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

第十五章 内分泌、营养及代谢疾病病人的护理

1. 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——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) 甲状腺危象相临床表现——早期原有的甲亢症状加重，并出现高热（体温 $> 39^{\circ}C$ ），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——(FT4、FT3)
- (5) 喉上神经内侧支损伤——饮水呛咳；喉上神经外侧支损伤——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
2. 甲减病理特征——粘液性水肿
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) 饮食护理——低钠、高钾、高蛋白、低糖类、低热量的食物
4. 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——先短后长
5. 痛风病人的护理
 - (1) 痛风患者首选用药——秋水仙碱
6. 营养不良病人的护理
 - (1) 临床表现——早期表现为体重不增
 - (2) 皮下脂肪消耗的顺序依次——腹部、躯干、臀部、四肢、面部
7. 小儿维生素D缺乏性佝偻病病人的护理激期临床表现：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

第十六章 神经系统疾病病人的护理

1. 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、隔水放置于有冰块的容器中
2. 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
 - (2) 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
8. 缺血性脑血管疾病
 - (7) 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
 - (8) 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
4. 脑血管病变的术后护理
 - (1) 防误吸，防坠床，防跌倒，防脑疝，加强功能锻炼
 - (2) 脑疝常见表现——一侧瞳孔散大，不等大
5. 三叉神经痛
 - (1) 症状——有“触发点”或“扳机点”
 - (2) 首选用药——卡马西平
6. 吉兰-巴雷综合征

- (1) 最危险的症状——呼吸麻痹
 - (2) 常见死亡原因——呼吸衰竭
 - (3) 最具有特征性的检查——蛋白细胞分离现象
7. 帕金森
- (1) 首发症状——静止性震颤；特有特征——慌张步态
 - (2) 康复指导：运动锻炼目的——防止和推迟关节强直与肢体挛缩；锻炼指导——尽量跨大步，脚抬高，足跟先着地，双臂要摆动，不要目视地面
8. 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——地西泮
 - (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
9. 病毒性脑膜炎
- (1) 病因——柯萨奇病毒、埃可病毒等肠道病毒；临床表现——脑膜刺激征阳性
 - (2) 并发症处理——清除呼吸道分泌物
 - (3) 健康教育——小儿需进行智力训练和肢体功能锻炼
10. 颅内肿瘤
- (1) 最常见的发病部位——大脑半球
 - (2) 最有效的治疗方法——手术治疗
 - (3) 体位——头高足低位，利于颅内静脉回流，降低颅内压

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；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 $>37.5^{\circ}\text{C}$
2. 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
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——听懂简单词汇；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。；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。
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，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；
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) 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. 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——辩证论治
 - (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
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

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

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

7. 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

8. 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

9. 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——隐私权；知情权；公平权等

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. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 护患交谈的技巧——倾听、核实、提问、阐释、移情、沉默、鼓励
8. 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
9. 距离
- (1) 亲密距离：一般为 0~45cm
 - (2) 个人距离：一般为 0.45~1.2m
 - (3) 社会距离：一般为 1.2~3.5m
10. 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

华图雁翎护考 官方微信公众号



华图雁翎护考

QQ 交流群：623099204