

# 第一篇 基础护理学



绪论

第一篇

基础护理学

## 第一章 绪论

### 考点 (一) 现代护理的诞生、发展

现代护理是在南丁格尔创建的科学护理专业的基础上发展起来的,其发展可分为三个阶段:

阶段特点	主要内容
以 <b>疾病为中心</b> 的护理阶段的特点	护理已成为一个专门的职业,护士从业前须经过专门的训练,护理工作的主要内容是执行医嘱和各项护理技术操作。以疾病为中心的护理其致命的弱点是只关心疾病,忽视了人的整体性
以 <b>患者为中心</b> 的护理阶段的特点	强调护理是一个专业,护士应用护理程序,对患者实施身、心、社会等 <b>全方位的、连续的、系统的</b> 整体护理
以 <b>人的健康为中心</b> 的护理阶段的特点	护理学已发展成为现代科学体系中综合人文、社会、自然科学知识的 <b>独立性应用学科</b> 。护理的任务扩展到了对所有人、生命周期所有阶段的护理。护理工作场所也相应地从医院扩大到工厂、学校、家庭、社区、幼儿园、老人院或临终关怀院等

## 考点 二 护理学的任务及护理工作方式

### 1. 护理学的任务

促进健康;预防疾病;恢复健康;减轻痛苦。

### 2. 护理工作方式

方式	概念	特点
个案护理	由 <b>专人负责</b> 实施个体化护理,一名护理人员负责一位患者全部护理的护理工作方式。适用于抢救患者或护理某些特殊患者,也适用于临床教学需要	<b>护士责任明确</b> ,并负责完成其全部护理内容,能掌握患者全面情况,但耗费人力
功能制护理	以工作为导向, <b>按工作内容分配</b> 护理工作,各司其职	护士 <b>分工明确</b> ,易于组织管理,节省人力。但工作机械,缺少与患者的交流机会,较少考虑患者的心理、社会需求,护士较难掌握患者的全面情况
小组制护理	以小组形式(3~5位护士)对一组患者(10~20位)进行整体护理。组长制订护理计划和措施,小组成员 <b>共同合作完成</b> 患者的护理	能 <b>发挥各级护士的作用</b> ,能了解患者一般情况,但护士个人责任感相对减弱

续表

方式	概念	特点
责任制护理	由责任护士和辅助护士按护理程序对患者进行 <b>全面、系统和连续的整体护理</b> 。是以患者为中心,要求从患者入院到出院均由责任护士对患者实行 8 小时在岗,24 小时负责制	责任护士的责任明确,能较 <b>全面地了解患者</b> 情况,但要求对患者 24 小时负责难以实现,且文字记录书写任务较多,人员需要也较多
综合护理	以护理程序为核心,将 <b>护理程序系统化</b> ,以护理程序为框架,环环相扣,整体协调一致,以确保护理服务的水平及质量	它 <b>融合了责任制护理及小组护理的优点</b>

## 第二章 护理学的基本概念



护理学基本概念

### 考点 (一) 人的基本需要

基本需要	内容
生理性需要	维持人正常生理功能的所有需要,如呼吸、食物、排泄、睡眠
社会性需要	个人与社会中其他人或集体互动的需要,如沟通交流、朋友交往
情感性需要	人有表达自身所体验的喜、怒、哀、乐等各种情感的需要
知识性需要	个体在认知、思想与理性方面的需要,如学习、探究事物真相、思考问题
精神性需要	有关人在精神信仰、精神依托与精神支持方面的需要,如祈祷、宗教信仰、佩戴吉祥物

### 考点 (二) 护理内涵

护理是科学和艺术的结合	护理是在科学指导下进行的活动,同时护理工作又是充满创造性的艺术
护理是助人的活动	护士和患者的关系首先是一种帮助与被帮助的关系
照顾是护理的核心	照顾是护理的核心和永恒的主题
护理是一个过程	方法是护理程序
护理是一门专业	20世纪50年代以后,护理逐渐由一门职业发展成为一门专业

## 第三章 护理学相关理论



护理学相关理论

### 考点 ㊦ 系统的基本属性

整体性;相关性;动态性;目的性;层次性。

### 考点 ㊦ 弗洛伊德理论

弗洛伊德的人格发展理论

阶段	年龄	特点	护理应用
口欲期	0~1岁	口部成为快感来源的中心	喂养可为婴儿带来快乐、舒适和安全感。因此喂养应及时且方法得当
肛门期	1~3岁	肛门和直肠成为快感来源的中心	对大便的控制和最终排泄可为小孩带来快感和一种控制感。因此在对小孩大小便训练时,应留给他愉快的经历,并适当鼓励,以利于健康人格的发展

续表

阶段	年龄	特点	护理应用
性蕾期	3~6岁	生殖器成为快感来源的中心	孩子对异性父母的认识有助于日后建立起自己正确的道德观与良好的两性关系,因此应鼓励他对性别的认同
潜伏期	6~12岁	精力主要放在智力活动与身体活动上	鼓励孩子追求知识,认真学习与积极锻炼
生殖期	13岁以后	能量和精力逐步转向建立成熟的异性关系上	鼓励自立、自强和自己作决定

### 考点 皮亚杰的认知发展学说

阶段	时间	特点
感觉运动期	0~2岁	婴幼儿通过其身体的动作与感觉来认识周围的世界
前运思期	2~7岁	儿童的思维发展到了使用符号的水平,即开始使用语言来表达自己的需要。但思维尚缺乏系统性和逻辑性
具体运思期	7~11岁	儿童摆脱了自我为中心,能同时考虑问题的两个方面或更多方面。想法较具体,开始具有逻辑思维能力
形式运思期	12岁以后	青年人思维迅速发展,进入纯粹抽象和假设的领域

### 考点 四 人的基本需要层次论

美国心理学家马斯洛(Maslow)提出的人的基本需要层次论最常用。

生理需要	空气、水分、食物、排泄、休息、睡眠等。生理需要位于最底部,是首先给予满足的需要
安全需要	生理安全和心理安全
爱与归属的需要	是第三层次的需要,它包括给予和得到两个方面
自尊的需要	处于需要的第四层次。自尊有双重含义,即自尊和受他人尊敬
自我实现的需要	指个人的潜能得到充分发挥,实现自己在工作及生活上的愿望,并能从中得到满足。它是最高层次的基本需要

### 考点 五 角色理论

1. 护士角色是指护士应具有的和职业相适应的社会行为模式,其包括:  
护理者;计划者;管理者;教育者;协调者;咨询者;维护者;研究者和改革者。
2. 病人角色的适应  
在角色适应上出现许多心理和行为上的改变。常见以下几类:

角色行为缺如	指患者没有进入患者角色,不承认自己是患者,不能很好地配合医疗和护理。常发生于由健康角色转向患者角色及疾病突然加重或恶化时
角色行为冲突	指患者在适应患者角色过程中,与其患病前的各种角色发生心理冲突而引起行为的不协调。常发生于由健康角色转向患者角色时
角色行为强化	指患者安于患者角色,对自我能力表示怀疑,产生退缩和依赖心理
角色行为消退	指患者适应患者角色后,由于某种原因,又重新承担起本应免除的社会角色的责任而放弃患者角色

## 第四章 护理理论



护理理论

### 考点 一 纽曼健康系统模式

1. 纽曼认为,人是与环境持续互动的开放系统,称为服务对象系统。

核心部分	核心部分为基本结构,是 <b>机体的能量源</b> 。它由生物体共有的生存基本因素组成	基本结构和能量源受人的生理、心理、社会文化、精神与发展这五方面功能状态及其相互作用的影响和制约
弹性防线	弹性防线为 <b>最外层虚线圈</b> 。位于机体正常防线之外,充当机体的缓冲器和过滤器,弹性防线距正常防线越远,弹性防线越宽,其缓冲、保护作用越强	防止压力源入侵,缓冲、保护正常防线
正常防线	正常防线为弹性防线 <b>内层的实线圈</b> ,位于弹性防线和抵抗线之间	与弹性防线相似,正常防线也可伸可缩,只是变化速度慢得多。如果压力源侵犯到正常防线,个体可表现出稳定性降低和疾病

续表

<b>抵抗线</b>	抵抗线为紧贴 <b>基本结构外层的一系列虚线圈</b> 。其主要功能是保护基本结构。当压力源入侵到正常防线时,抵抗线被无意识地激活	如果抵抗线功能可有效发挥,它能促使个体恢复到正常防线的较强水平。如果抵抗线功能失效,可导致个体能量耗竭,甚至死亡
------------	---	--

2.纽曼认为护士应根据护理对象对压力源的反应采取不同水平的预防措施。

预防级别	内容	
<b>一级预防</b>	当怀疑或发现压力源确实存在而压力反应尚未发生时,一级预防便可开始。一级预防的目的是防止压力源侵入正常防线,主要措施可采取减少或避免与压力源接触、巩固弹性防线和正常防线来进行干预	
<b>二级预防</b>	当压力源穿过正常防线,个体表现出压力反应即出现症状体征时,就可开始二级水平的干预,即早期发现病例、及时治疗、增强抵抗线。二级预防的目的是减轻和消除反应、恢复个体的稳定性并促使其恢复到康强状态	
<b>三级预防</b>	指继积极的治疗之后或个体达到相当程度的稳定性时,为能彻底康复、减少后遗症而采取的干预。三级预防的目的是进一步维持个体的稳定性、防止复发	

## 考点 三 奥伦自理理论

### 1.自我护理结构

<b>普遍性的自理需要</b>	也称日常生活需要,它是个体为了满足生存的基本需要所进行的一系列活动
-----------------	-----------------------------------

续表

发展性的自理需要	在生命发展过程中各阶段特定的自理需要以及在某种特殊情况下出现的新需求
健康偏离性自理需要	指个体发生疾病、遭受创伤及特殊病理变化时,或在诊断治疗过程中产生的需要

## 2. 护理系统结构

全补偿护理系统	适用于昏迷患者、意识清醒但无法行动者(如高位截瘫)以及意识不清但有一定行动能力者(如重型颅脑损伤恢复期或智能低下者)
部分补偿护理系统	适用于手术后患者
支持-教育系统	适用于慢性病患者和文化层次较高者

### 考点 三 罗伊适应模式

罗伊根据适应模式的发展,将护理的工作方法分为**六个步骤**,包括一级评估、二级评估、诊断、制订目标、干预和评价。

### 考点 四 佩皮劳人际关系模式

佩皮劳将人际关系(护患关系)分为**4个连续的阶段**:

分期	内容
认识期	是了解问题的时期,是护士和患者见面后互相认识的阶段。此时护士需要帮助患者认识所发生的问题
确认期	是确定适当的专业性帮助的时期
开拓期	可以得到根据其需要和利益而提供所有可能服务的时期
解决期	患者的需要已经在护士和患者的共同努力下得到满足,因而他们之间的治疗性关系可以结束

## 第五章 医疗服务体系



医疗服务体系

### 考点 医院

#### 1. 种类

按收治病人范围	综合医院和专科医院。二者有互补作用
按特定任务	军队医院、企业医院和医学院校附属医院等
按所有制	全民所有制医院、集体所有制医院、个体所有制医院和中外合资医院
按经营目的	非营利性医院和营利性医院

2. 按分级管理:分为三级(一、二、三级)十等(每级医院分甲、乙、丙等和三级医院增设特等)。

分类	内容
一级医院	人口(≤10万)的社区提供
二级医院	多个社区(其半径人口在10万以上)
三级医院	国家高层次的医疗卫生服务机构

### 3.任务

分类	内容
医疗	医院的主要任务。它以诊治和护理两大业务为主体
教学	是医院的普遍功能
科学研究	可解决医疗护理中的难题
预防和社区卫生服务	预防保健和社区卫生服务的任务

## 考点 二 卫生保健

总目标	(1)使全体人民增加期望寿命和提高生活质量 (2)在国家之间和国家内部改进健康的公平程度 (3)使全体人民利用可持续发展的卫生系统提供的服务
价值	(1)承认享有最佳健康水平是一项基本人权 (2)伦理:继续和加强将伦理应用于卫生政策、研究和提供服务,指导人人享有卫生保健计划的制订和实施。伦理是人人享有卫生保健政策和实践的基础 (3)公平:消除个人和群体之间不公平和不合理的差别,实施强调团结的、面向公平的政策和战略 (4)性别观:承认妇女与男性的同等需求,是卫生政策最基本的要求

## 第六章 沟通



沟通

### 考点 护患关系的基本模式

基本模式	特点	适用范围
主动-被动型模式	护理人员处于主动、主导地位,而患者完全处于被动、接受的从属地位	适用于昏迷、全麻手术过程中或婴幼儿等
指导-合作型模式	护患双方都具有主动性,由护理人员决定护理方案、护理措施。而患者则尊重护理人员的决定,并主动配合,提供自己与疾病有关的信息,对方案提出意见与建议	适用于患者病情较重,但神志清醒的情况下
共同参与型模式	护患双方具有大致同等的主动性和权利,共同参与护理措施的决策与实施	适用于患慢性病和受过良好教育的患者

## 考点 二 护患关系的分期

分类	主要任务
第一期(初始期)	护患之间建立信任关系,并确定患者的需要。信任关系是建立良好护患关系的决定性因素之一
第二期(工作期)	护理人员通过实施护理措施来帮助患者解决健康问题,满足患者需要,达到护理目标
第三期(结束期)	圆满地结束护患关系

## 考点 三 护士与病人的沟通

### 1.沟通的基本要素

基本要素	内容
沟通的背景或情景	指沟通发生的场所或环境,既包括物理场所,也包括沟通的时间和沟通参与者的个人特征,如情绪、文化背景等。不同的沟通背景或情景会影响对沟通信息的理解
信息发出者	指发出信息的主体,既可以是个人,也可以是群体、组织。信息发出者的社会文化背景、知识和沟通技巧等都可对信息的表达和理解造成影响
信息	是沟通得以进行的最基本的要素,指能够传递并被接收者所接受的观点、思想、情感等。包括语言和非语言的行为

续表

基本要素	内容
信息传递途径	指信息传递的手段或媒介,包括 <b>视觉、听觉、触觉</b> 等。护士在进行沟通时,应根据实际情况综合运用多种传递途径,以帮助病人更好地理解信息
信息接收者	是接收信息的主体。信息接收者的社会文化背景、知识和沟通技巧等均可影响信息的理解和表达
反馈	指沟通双方彼此的回应

## 2.沟通的基本层次

基本层次	内容
一般性沟通	沟通双方参与的程度最差,彼此 <b>分享真实感觉最少的沟通</b> 。双方往往只表达一些表面式的社交性话题,如“今天天气不错”“您好”
事务性沟通	不掺杂个人意见、判断,不涉及人与人之间关系的一种 <b>客观性沟通</b> ,如“我今年 50 岁”
分享性沟通	患者对护士表达自己的想法,表示护患之间已建立起信任感,如患者向护士表达其对治疗的要求
情感性沟通	在沟通双方相互信任的基础上才会发生,沟通双方不仅表达想法,还分享各自的情感
共鸣性沟通	是沟通的最高层次,指沟通双方对语言和非语言行为的理解一致,达到分享彼此感觉的最高境界

## 3.沟通的基本类型

(1)语言性沟通:沟通者通过语言或文字的形式与接受者进行信息的传递与交流。

(2)非语言性沟通:指不使用语言或文字进行的沟通,而是通过躯体姿势和运动、面部表情、空间、声音和触觉等来进行信息的沟通。

### (3)空间效应

空间	沟通双方距离范围	效应
亲密区	小于 50 cm	当护士在进行查体、治疗、安慰、爱抚时,与患者之间的距离
个人区	在 50~100 cm 之间	护士与患者进行交谈时主要使用此区距离
社会区	在 1.1~4 m 之间	在工作单位和社会活动时常用
公众区	在 4 m 以上	一般用于正式公开讲话中,如上课、开会等

### 4.影响有效沟通的因素

因素	内容
信息发出者和信息接收者的个人因素	包括生理因素、情绪状态、知识水平、社会背景、个性特征、外观形象等
信息因素	包括信息是否清楚、完整、符合逻辑,是否相互矛盾等
环境因素	包括物理环境和社会环境
不适当的沟通方式	常见的有突然改变话题、急于陈述自己的观点、匆忙下结论或表达个人的判断、虚假或不适当的安慰、针对性不强的解释、引用事实不当

### 5.常用的沟通技巧

倾听;反应;提问;重复;澄清和阐明;沉默;触摸。

## 第七章 护士工作与法律



护士工作与法律

### 考点 ㉑ 医疗卫生法规基本原则

卫生保护原则;预防为主原则;公平原则;保障社会健康原则;病人自主原则。

### 考点 ㉒ 医疗事故与处理

#### 1. 医疗事故的分级

分级	内容
一级医疗事故	造成患者死亡、重度残疾
二级医疗事故	造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍
三级医疗事故	造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍
四级医疗事故	造成患者明显人身损害的其他后果的

## 2. 医疗事故的法律責任

分类	内容
行政責任	医疗卫生行政部门根据医疗事故等级和情节,对医疗机构给予警告、责令限期停业整顿或吊销执业许可证,对负有责任的医务人员依法给予行政处分或纪律处分
刑事責任	对构成犯罪行为的医务人员,依法追究刑事责任。刑法规定:医务人员由于严重不负责任,造成就诊人死亡或严重损害就诊人健康的,处3年以下有期徒刑或拘役
民事責任	医疗机构及其医务人员对医疗事故,应承担损害的赔偿责任

## 3. 导致医疗事故的因素

因素	内容
人为因素	如医院规章制度不健全、职责划分不明确;工作思想不认真;不按操作规程操作;个人技术、经验、能力等
医疗设备	如设备存在重大隐患和缺陷等
医疗药品、器械	药品质量差、器械质量不合要求、消毒灭菌不完全等
环境因素	如环境卫生条件差等
时间因素	如节假日、上下班时间、遇临时突发事件时等

## 第八章 护理程序



护理程序

### 考点 ㉑ 护理程序的步骤

护理程序是护士在对护理对象进行护理时所应用的工作程序,是一种**系统解决问题的方法**,是一个**持续的、循环的、动态变化的过程**。包括 5 个步骤:护理评估;护理诊断;计划阶段;实施阶段;评价阶段。

### 考点 ㉒ 护理评估

#### 1. 收集资料的方法

方法		内容
交谈	定义	是有计划、有目的的交谈
	目的	获得健康资料;建立良好的护患关系;及时向病人反馈信息;提供心理支持
	方式	(1) 正式交谈:护患双方按预先拟定的计划进行交谈,如病史采集 (2) 非正式交谈:是护士在日常工作中与病人进行的随意交谈
	注意事项	(1) 交谈前要做好准备;选择有利于保护病人隐私的交谈环境;根据病人身体状况确定交谈时间 (2) 注意倾听、及时反馈、语句表达清晰、语意明确、语速适当等 (3) 控制好谈话的内容,引导交谈,避免跑题

续表

方法	内容
观察法	是护士运用感官获得健康信息资料的方法
身体评估	是护士系统地运用视、触、叩、听、嗅等体格检查手段和技术对护理对象进行检查和收集资料的方法
查阅	包括查阅病人的医疗病历、护理病历及各种辅助检查结果等

## 2.收集资料的步骤

收集资料	资料的内容包括一般资料、现在健康状况、既往健康状况、家族史、护理查体的结果、近期进行的实验室和其他检查结果、心理状况、社会文化状况等方面内容
组织和整理资料	将评估所收集的资料进行组织、整理,能方便护士清楚、迅速地发现问题
核实资料	为保证资料的真实、准确,护士需用客观资料对主观资料进行核实
分析资料	找出异常的、有临床意义的资料,找出相关因素及危险因素,为确定护理诊断做准备
记录资料	记录的资料必须反映事实,不能有护士主观的判断和结论;客观资料描述应使用专业术语;资料记录应能全面、准确地反映护理对象情况及疾病特点;记录应清晰、简洁、避免错别字;格式应方便护士进行记录

## 考点 护理诊断

护理诊断是由名称、定义、诊断依据、相关因素四部分组成。

分类	现存的	是对目前现存的健康状况或反应的描述
	危险的	是对现在未发生,但健康状况和生命过程中可能出现的反应的描述,是如不采取护理措施将会发生的问题。陈述形式为“有……的危险”
	健康的	对个体、家庭或社区具有向更高健康水平发展潜能的描述。陈述方式为:“潜在的……增强”“执行……有效”
陈述方式	三部分陈述法	<b>PSE</b> 。P(problem, 护理诊断名称)+S(symptoms and sign, 症状和体征, 也包括检查结果)+E(etiology, 相关因素), 多用于现存的护理诊断。如: 低效性呼吸形态(P): 发绀、呼吸急促(S): 与胸部疼痛有关(E)
	二部分陈述法	即只有护理诊断名称(P)+相关因素(E), 没有症状和体征, 多用于“有……危险”的护理诊断。如: 有皮肤完整性受损的危险(P): 与长期卧床、被迫体位有关(E)
	一部分陈述法	只有护理诊断名称(P), 用于健康的护理诊断。如: 潜在的精神健康增强

## 考点 四 护理计划

### 1. 护理诊断按优先顺序分类

分类	内容	举例
首优问题	直接威胁病人生命、需要立即行动去解决的问题,排在首位	“心排出量不足”“气体交换受损”
中优问题	虽不直接威胁病人的生命,但也能导致身体上的不健康或情绪上变化的问题	“体温过高”“有感染的危险”
次优问题	指与此次发病关系不大,在护理过程中 <b>可稍后解决的问题</b>	“营养失调:高于机体需要量”

### 2. 护理措施的类型

项目	内容
依赖性的护理措施	遵医嘱执行的措施
合作性的护理措施	护士与其他医务人员协作采取的措施
独立的护理措施	不依赖医嘱,由护士独立提出和采取的措施

## 第九章 舒适、休息、睡眠与活动



舒适、休息、睡眠  
与活动

### 考点 (一) 维持病人舒适体位

#### 1. 卧位性质及作用

根据卧位自主性	主动卧位	病人根据自己习惯随意采取的体位。适用于 <b>轻症病人</b>
	被动卧位	病人自己无能力变换体位,卧于他人安置的体位。适用于 <b>昏迷、瘫痪、极度衰弱病人</b>
	被迫卧位	病人意识清楚,也有变换体位的能力,但为了减轻痛苦或治疗需要而被迫采取的体位。如呼吸困难取端坐位,膀胱镜检查取截石位等
根据卧位平稳性	稳定性卧位	身体支撑面大,重心低,平稳,如平卧位
	不稳定性卧位	身体支撑面小,重心较高,难以平稳,如身体姿势不正确的侧卧位、半坐卧位

## 2.常用卧位

常用卧位	适用范围
去枕仰卧位	全身麻醉未清醒或昏迷患者,去枕仰卧头偏向一侧,可防止呕吐物流入气管,引起窒息或肺部感染;椎管内麻醉或脊髓腔穿刺后的患者,可防止颅内压降低而引起头痛
屈膝仰卧位	腹部检查时取屈膝仰卧位,可使腹肌放松,有利于检查;导尿及会阴冲洗时,便于暴露部位
中凹卧位	适用休克患者,抬高头胸部约 $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ,抬高下肢约 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$
侧卧位	灌肠、肛门检查及配合胃镜检查等;预防压疮时,侧卧位与平卧位交替使用,便于减轻局部受压
半坐卧位	心肺疾病引起呼吸困难的患者;急性左心衰竭的患者;腹腔、盆腔手术后或有炎症的患者采取半坐卧位,可以使渗出液流入盆腔,使感染局限;腹部手术后的患者采取半坐卧位,可以减轻腹部切口缝合部位张力,缓解伤口疼痛,有利于愈合;某些面及颈部手术后患者采取半坐卧位,可减少局部出血;疾病恢复期体质衰弱患者采取半坐卧位,有利于逐渐向站立过渡
端坐位	支气管哮喘发作时,患者极度呼吸困难,被迫采取端坐呼吸;急性肺水肿、心包积液、阵发性呼吸困难的患者,被迫采取端坐位
头低脚高位	十二指肠引流,有利于胆汁排出;肺部分泌物引流,有利于痰液咳出;产妇胎膜早破时,可以减轻腹压,防止脐带脱垂;跟骨、胫骨结节、骨盆骨折牵引时,利用人体重力作为反牵引力

续表

常用卧位	适用范围
头高脚低位	预防脑水肿,减轻颅内压;颅脑手术后;颈椎骨折患者进行颅骨牵引
膝胸卧位	用于矫正子宫后倾或胎位不正;促进产后子宫复原;肛门、直肠及乙状结肠的检查和治疗
截石位	会阴与肛门部位检查、治疗或手术等;产妇分娩时

## 3. 常考体位

- (1) 左侧卧位:结肠造口术后患者、孕妇。
- (2) 右侧卧位:新生儿哺乳后取右侧卧位,防止溢乳;阿米巴痢疾灌肠时取右侧卧位,以提高治疗效果。
- (3) 健侧卧位:全肺切除的患者术后取 **1/4 健侧卧位**,防止纵隔移位;产妇会阴侧切术后取健侧卧位。
- (4) 患侧卧位:气胸、胸痛患者,结石碎石术后患者,咯血、胸痛患者,颅底骨折患者等。
- (5) 转运患者时,患者头朝后,防止脑部缺血。

### 考点 疼痛

## 1. 世界卫生组织(WHO)对疼痛程度的分级

分级	表现
0 级	无疼痛
1 级(轻度疼痛)	有疼痛感但不严重,可忍受,睡眠不受影响

续表

分级	表现
2 级(中度疼痛)	疼痛明显,不能忍受,睡眠受干扰,要求用镇痛药
3 级(重度疼痛)	疼痛剧烈,不能忍受,睡眠严重受干扰,需要用镇痛药

## 2.疼痛的评分方法

方法	内容
数字评分法	数字代替文字表示疼痛程度,直线一端为“0”代表无痛,另一端为“10”代表剧烈疼痛,患者选择一个能代表自己疼痛感受的数字表示疼痛程度
文字描述评分法	无痛、微痛、中度疼痛、重度疼痛、剧痛、不能忍受的疼痛,患者选择一个能代表自己疼痛感受的程度
视觉模拟评分法	用一条直线,不做任何划分,分别在直线两端注明不痛和剧痛;患者根据自己对疼痛的感受在线上标记疼痛的程度

## 3.对癌症病人疼痛的药物治疗,WHO 建议用三阶梯止痛疗法。其方法为

第一阶段	适用于轻度疼痛病人	非阿片类、解热镇痛类、抗炎类药物,如布洛芬、阿司匹林、对乙酰氨基酚等
第二阶段	适用于中度疼痛病人	弱阿片类药物,如可待因、氨酚待因、曲马朵等
第三阶段	适用于重度疼痛和剧烈性癌痛病人	强阿片类药物,如吗啡、哌替啶、美沙酮等

## 考点 三 休息与睡眠

### 1. 睡眠分期

时相	特点
第 I 时相	即过渡期,是人睡眠 <b>最浅</b> 的一期,容易被唤醒,全身肌肉松弛,呼吸均匀,脉搏减慢
第 II 时相	睡眠逐渐加深,但易被唤醒,全身肌肉松弛,呼吸均匀,脉搏减慢,体温、血压下降
第 III 时相	即熟睡期,难以唤醒,肌肉完全松弛,呼吸均匀,心跳缓慢,体温、血压下降
第 IV 时相	即深睡期, <b>极难唤醒</b> ,全身松弛,无任何活动,体温、脉搏继续下降,呼吸缓慢均匀,体内分泌大量激素,组织愈合加快,可能发生遗尿和梦游;快波睡眠:很难唤醒,眼肌活跃,眼球迅速转动,除眼肌外全身肌肉松弛,出现梦境,血压、心率、心排血量增加,肾上腺素大量分泌

### 2. 睡眠失调

类别	特点
原发性失眠症	包括难以入睡、睡眠中多醒或早醒
继发性失眠症	如生理节律性失眠、身体疾病、心理疾病、使用药物和饮酒引起的失眠,也叫环境性失眠
药物依赖性失眠症	是原发性失眠后滥用药物导致的结果
发作性睡眠	是控制不住的短时间嗜睡

续表

类别	特点
<b>睡眠过度</b>	睡眠过度而且对睡眠的要求控制不住。睡眠可持续几小时到几天,难以唤醒及处在混乱状态
<b>睡眠性呼吸暂停</b>	是一种在睡眠中发生自我抑制、没有呼吸的现象,可分为中枢性和阻塞性呼吸暂停两种
<b>梦游症</b>	是一种睡眠失调,主要见于儿童,可能与遗传、性格、神经功能失调有关

## 考点 四 肌力和肢体活动能力

### 1. 肌力程度

分级	表现
<b>0 级</b>	完全瘫痪,肌力完全丧失
<b>1 级</b>	可见肌肉轻微收缩,但无肢体运动
<b>2 级</b>	肢体可水平移动位置,但不能抬起
<b>3 级</b>	肢体能抬离床面,但不能对抗阻力
<b>4 级</b>	能做对抗阻力的运动,但肌力减弱
<b>5 级</b>	肌力正常

## 2. 肢体活动能力:分为 5 度

0 度	完全独立,可自由活动
1 度	需要使用设备或器械(如拐杖、轮椅)
2 度	需要他人的帮助、监护和教育
3 度	既需要他人的帮助,也需要设备或器械
4 度	完全不能独立,不能参加活动

## 第十章 营养与饮食



营养与饮食

### 考点 人体的营养需要

#### 1. 蛋白质

生理功能	构成和修补人体细胞组织;构成酶和激素的成分;维持血浆胶体渗透压;构成抗体;供给热能
营养价值	构成蛋白质的 20 余种氨基酸分为两类 (1)一类是 <b>必需氨基酸</b> ,在人体内不能合成,必须从食物中获得,共 8 种,即亮氨酸、异亮氨酸、色氨酸、赖氨酸、蛋氨酸、苯丙氨酸、苏氨酸、缬氨酸 (2)一类是 <b>非必需氨基酸</b> ,能在人体内合成,食物也可以供给一部分。必需氨基酸品种齐全,其比例接近人体组织蛋白,则利用率高,营养价值高
来源	肉、水产品、蛋、奶及奶制品等含有所有必需氨基酸,称为完全蛋白质食物。豆类、种子植物及干果类只含有部分必需氨基酸称为不完全蛋白质食物。其中黄豆的蛋白质营养价值较高,因此将动物蛋白质与大豆蛋白质称为优质蛋白质。谷类蛋白质含量居中,根茎、蔬菜类蛋白质含量较低
供给量	<b>成年男性 90 g/d,女性 80 g/d</b> 。生长发育期的儿童、青少年及孕妇、哺乳期妇女均需要较多蛋白质

## 2. 脂肪

生理功能	供给和贮存热能;构成身体组织;供给必需脂肪酸;促进脂溶性维生素吸收;保护脏器,维持体温;增加饱腹感
来源	烹调油、动物性食品和坚果类含脂肪量较高,谷类脂肪含量较少。植物油所含的必需脂肪酸比动物油多,故植物油的营养价值较高
供给量	成人 50 g/d 左右

## 3. 糖类

生理功能	供给热能: <b>糖类</b> 是人们饮食中热量的主要来源。心脏活动靠磷酸葡萄糖和糖原氧化,葡萄糖是供给神经系统热能的唯一来源;构成神经和细胞;保肝解毒;节省蛋白质;抗生酮作用;缺乏糖类时脂肪氧化不完全形成酮体,酮体积聚体内过多可引起酮症酸中毒
来源	主要来源是谷类和根茎类食品,如粮食、薯类含有大量淀粉;其次是各种食糖,如蔗糖、麦芽糖等。蔬菜、水果中含少量单糖,是果胶、纤维素的主要来源
供给量	80~120 g/d 左右。占总热能的 60%~70%

#### 4. 矿物质及微量元素

元素	生理功能	来源与供给量
钙	(1) <b>构成骨骼和牙齿的重要成分</b> 。(2) 调节心脏和神经的传导以及肌肉的收缩。(3) 参与凝血过程。(4) 是多种酶的激活剂。(5) 降低毛细血管和细胞膜的通透性	(1) 来源:乳及乳制品、绿叶蔬菜、海带、虾皮、骨粉、豆类等 (2) 供给量: <b>成人 800 mg/d</b> ;孕妇、乳母 1 000~1 500 mg/d
铁	(1) 合成血红蛋白、肌红蛋白与细胞色素 A 的主要成分。(2) 参与氧的运输。(3) 促进生物氧化还原反应。(4) 构成某些呼吸酶的重要成分。(5) 参与组织呼吸	(1) 来源:动物肝脏、黑木耳、紫菜、动物血、蛋黄、肉鱼禽类、绿叶蔬菜、豆类 (2) 供给量:成年男性 12 mg/d,成年女性 18 mg/d,孕妇、乳母 28 mg/d
磷	(1) 是构成骨骼、牙齿及软组织的重要成分。(2) 参与多种酶和辅酶的合成。(3) 调节能量释放。(4) 调节酸碱平衡。(5) 促进物质活化	(1) 来源:动、植物食品中 (2) 供给量: <b>成人 520~1 200 mg/d</b>
碘	(1) 是构成甲状腺素的主要成分;(2) 参与体内热能代谢;(3) 促进生长发育	(1) 来源:海盐及海产品 (2) 供给量: <b>成人 150 μg/d</b> ,孕妇、乳母 175 μg/d

续表

元素	生理功能	来源与供给量
锌	(1) 促进生长发育和组织再生; (2) 是许多金属酶的功能成分或活化剂; (3) 促进食欲; (4) 促进维生素 A 的代谢和生理功能; (5) 促进性器官及性功能的正常发育; (6) 参与免疫过程	(1) 来源: 肉、海产品、黄豆、紫皮萝卜、茄子、扁豆、坚果类等 (2) 供给量: 成人 15 mg/d, 孕妇、乳母 20 mg/d

## 5. 维生素

## (1) 脂溶性维生素

元素	生理功能	来源与供给量
维生素 A	保护夜视功能, 维持视紫红质合成速度, 维护上皮细胞完整性, 增强机体免疫力, 促进生长	① 来源: 动物肝脏、鱼肝油、奶及奶制品、蛋黄、胡萝卜等有色蔬菜 ② 供给量: 青春期、成人、孕妇 750 μg/d; 乳母为 1 200 μg/d
维生素 D	调节体内钙、磷代谢, 促进钙、磷吸收及骨骼钙化, 有抗佝偻病作用	① 来源于海鱼、鱼肝油、动物肝脏、奶类、蛋黄等 ② 成人供给量 5 μg/d; 孕妇、乳母、60 岁以上为 10 μg/d

续表

元素	生理功能	来源与供给量
维生素 E	细胞的抗氧化剂,保护红细胞的完整性,参与 DNA、辅酶 Q 的合成	来源:植物油、大蒜、洋葱、谷类、坚果类等 成人供给量 10 mg/d,孕妇、乳母、45 岁以上适当增加 2~3 mg/d
维生素 K	合成凝血因子,促进血液凝固	肠道细菌合成及绿色蔬菜、奶酪、动物肝脏、蛋黄、水果、大豆、谷类等食物中,成人供给量为 20~100 μg/d

## (2) 水溶性维生素

元素	生理功能	来源与供给量
维生素 B <sub>1</sub>	构成脱氢酶的辅酶,参加糖类代谢过程,调节神经系统功能	来源于谷类、豆类、干酵母、坚果类、动物内脏及蛋类。 成人供给量男性为 1.5 mg/d;女性为 1.4 mg/d
维生素 B <sub>2</sub>	<b>有氧化还原功能</b> ,是组成人体多种酶的辅酶成分,参加物质代谢过程的氢传递	来源于动物内脏、禽蛋类、奶类、豆类、新鲜蔬菜、螃蟹等。成人供给量男性为 1.5 mg/d;女性为 1.4 mg/d
维生素 PP	构成脱氢酶的辅酶,参与体内代谢过程,维持皮肤与神经的健康,促进消化系统功能,扩张小血管等	来源于动物肝脏、禽蛋类、豆类、酵母、花生、谷类等。 成人供给量男性为 12~17 mg/d;女性为 11~16 mg/d; 孕妇 18 mg/d;乳母 21 mg/d

续表

元素	生理功能	来源与供给量
维生素 B <sub>6</sub>	组成人体多种酶的辅酶成分,参与氨基酸的合成与分解代谢,参与合成某些神经递质,如 5-羟色胺、肾上腺素等	来源于瘦肉、肝脏、蛋黄、鱼类、蔬菜、奶类、整粒谷类、豆类等,肠道细胞丛可以合成一部分。成人供给量男性为 2 mg/d;女性为 1.7 mg/d
维生素 B <sub>12</sub>	提高叶酸利用率,促进红细胞发育和成熟	肠道细菌可以部分合成,食物来源于瘦肉、贝类、肝脏、禽类、蛋类、鱼类、发酵品、豆制品等。成人供给量为 3 μg/d;孕妇、乳母 4 μg/d
叶酸	促进红细胞生成	最丰富的食物来源是动物肝脏,其次是深绿叶蔬菜、整粒谷类、豆类、酵母及肾脏等。成人供给量为 3.1 μg/kg
维生素 C	参与体内羟化反应,是胶原和细胞间质组成所必需,促进类固醇激素、肾上腺素等合成,促进伤口愈合,有助于铁在胃肠道内吸收	来源于柑橘类、番茄、草莓、猕猴桃、山楂、辣椒、甜菜等蔬菜和水果中。成人供给量为 60 mg/d;孕妇 80 mg/d;乳母 100 mg/d

## 6. 水

(1) 生理功能:①构成人体组织;②运输营养物质及代谢产物;③调节体温;④溶解营养素和代谢产物;⑤维持消化吸收功能。

(2) 来源与供给量:主要来源于饮用水、饮料、主食、水果等。饮水量一般成人 2~3 L/d。

**考点**  医院饮食

## 1. 基本饮食

类别	适用范围	饮食原则	用法
普通饮食	消化功能正常者、病情较轻或疾病恢复期患者	营养均衡、易消化、无刺激性的食物	每日 3 餐,蛋白质约 70~90 g/d,总热量约 9.5~11 MJ/d
软质饮食	咀嚼不便者,老年或幼儿患者,口腔疾患或术后恢复期等患者	以软烂、无刺激性、易消化食物为主	每日 3~4 餐,蛋白质约 70 g/d,总热量约 8.5~9.5 MJ/d
半流质饮食	咀嚼不便、发热、体弱、消化道疾患、手术术后患者	食物呈半流体,营养丰富无刺激,易咀嚼吞咽	每日 5~6 餐,每次 300 mL,蛋白质约 50~70 g/d,总热量约 6.5~8.5 MJ/d
流质饮食	危重或全身衰竭、高热、口腔疾患、各类大手术后及急性消化道疾患等患者	所有食物呈液体状。由于热量及营养素不足,故只能短期使用	每日 6~7 餐,每次 200~300 mL,蛋白质约 40 g/d,总热量约 3.5~5.0 MJ/d

## 2. 治疗饮食

饮食种类	适用范围	饮食原则
高热量饮食	甲状腺功能亢进、高热、烧伤、结核病、体重不足的患者及产妇等	在基本饮食的基础上加餐 2 次, 普食患者可加牛奶、豆浆、鸡蛋、藕粉、蛋糕等; 半流质或流质饮食患者可加奶油、巧克力等。每日供给热量约 12.5 MJ(3 000 kcal)
高蛋白饮食	<b>高代谢性、长期消耗性疾病</b> 如结核病、严重贫血、烧伤、肾病综合征、大手术后、癌症晚期及低蛋白血症等患者	饮食中增加肉、鱼、蛋、豆制品等动植物蛋白。每日蛋白质供给量按体重: 1.5~2 g/kg, 成人每日蛋白质总量为 90~120 g
低蛋白饮食	限制蛋白质摄入者, 如急性肾炎、尿毒症、肝性昏迷等患者	根据病情需要, 成人蛋白质摄入量可在 20~30 g/d, 总量不超过 40 g/d
低脂肪饮食	肝、胆、胰疾患, 高脂血症, 冠心病、肥胖、腹泻等患者	限制动物脂肪的摄入更具有临床意义, 摄入量不超过 40 g/d
低盐饮食	心脏病、急慢性肾炎、肝硬化伴腹水、重度高血压等患者	除食物内自然存在的含钠量外, 成人每日食盐量不超过 2 g/d(含钠 0.8 g)。禁食一切腌制食品
无盐低钠饮食	同低盐饮食	除食物内自然存在的含钠量外, 烹调时不放食盐; 除无盐外, 还需控制摄入食物中自然存在的含钠量(控制在 0.5 g/d); 还应禁用含钠食物和药物

### 3. 试验饮食

试验饮食指在特定的时间内,通过对饮食内容的调整来协助诊断疾病和确保实验室检查结果正确的一种饮食。

饮食种类	适用范围	饮食原则
胆囊造影饮食	用于需要进行造影检查的胆囊、胆管、肝胆管等疾病的患者	检查前 1 天午餐进高脂肪饮食,以刺激胆囊收缩和排空,有助于造影剂进入胆囊。晚餐进无脂肪、低蛋白、高碳水化合物饮食,晚餐后口服造影剂,禁饮食、禁烟;检查当日禁早餐,第 1 次摄 X 线片后,如胆囊显影良好,可进食高脂肪餐(脂肪量约 25~50 g),30 分钟后第 2 次摄片观察
隐血试验饮食	用于大便潜血试验的准备,试验期为 3~5 天	试验前 3 天开始禁食,禁食易造成潜血试验假阳性的食物,如肉类、动物血、绿色蔬菜及含铁丰富的食物和药物。可进食牛奶、豆制品、白菜、土豆、冬瓜、粉丝等食物。第 4 天起连续留 3 天大便做潜血检查
吸碘试验饮食 (忌碘饮食)	用于甲状腺功能亢进或减退的患者,协助同位素检查,以明确诊断	在检查或治疗之前的 2 个月,禁食含碘高的食物;之前 2 周禁食海产品。禁用碘做局部消毒

## 考点 三 饮食护理

### 1. 营养的评估

评估饮食习惯,影响因素,心理、社会、文化因素,药物的影响。通过毛发、皮肤、指甲、骨骼和肌肉等方面评估营养状况。

### 2. 身体评估

身高体重	标准体重计算公式:男性:标准体重(kg)=身高(cm)-105;女性:标准体重(kg)=身高(cm)-105-2.5
身高体重	实测体重占标准体重的百分数计算公式: $\frac{\text{实测体重}-\text{标准体重}}{\text{标准体重}} \times 100\%$
身高体重	标准体重加减10%以内为正常范围;增加10%~20%为超重;超过20%为肥胖;减少10%~20%为消瘦;低于20%以上为明显消瘦 体重指数(BMI),即体重(kg)/身高的平方(m <sup>2</sup> )的比值 中国标准:正常范围为18.5~22.9,BMI<18.5为体重过轻,BMI≥24为超重,BMI≥28为肥胖
皮褶厚度	又称皮下脂肪厚度。常用测量部位三头肌,标准值:男性12.5 mm、女性16.5 mm

3. 生化评估:通过血液、尿液等生化检验,如血清甘油三酯、胆固醇、总蛋白、清蛋白、钙、铁、锌等。

## 考点 四 特殊饮食护理

### 1. 鼻饲法插管要点

解释	操作目的、过程及配合方法,解除病人顾虑
插管长度	成人插入长度为 <b>45~55 cm</b> ,体表测量法为前额发际至胸骨剑突处或由鼻尖经耳垂到胸骨剑突处的距离
插管	<p>经鼻腔插入 <b>10~15 cm</b> 即到咽喉部,嘱病人做吞咽动作。随吞咽动作边咽边插,也可饮用少量温开水以助鼻饲管顺利进入胃内</p> <p>插管过程中出现恶心、呕吐,可暂停插入,嘱病人深呼吸;若出现咳嗽、呼吸困难、发绀等现象,表明插入气管,立即拔出,休息后重新插管。插管时要分散病人注意力,动作要轻柔,以免损伤胃黏膜。当插管不畅时,要检查胃管是否盘绕在口咽部,此时可将胃管拔出少许,再重新插管。昏迷病人吞咽和咳嗽反射消失,不能配合操作,为提高插管成功率,插管前取去枕平卧位,插管时将病人头后仰,避免胃管误入气管。当胃管插至会厌部,即 <b>15 cm</b> 时,将病人头托起,使下颌靠近胸骨柄,以增大咽喉部通道的弧度,便于胃管顺利通过会厌部</p>
确认胃管位置	(1) 注射器连接胃管末端抽吸胃液时,有胃液被抽出;(2) 将听诊器置于病人胃部,用空注射器快速向胃管内注入空气 10 mL,能够听到气过水声;(3) 呼气时,将胃管末端置于盛水的治疗碗内,未见气泡逸出

## 2. 要素饮食供给方法

口服法	开始时剂量每次 50 mL, 逐渐增加至每次 100 mL, 依据病情 6~10 次/日, 可添加柑橘汁、菜汤等
鼻饲、胃造瘘 或空肠造瘘 口法	<p>(1) 分次注入: 将配制的要素饮食或现成制品通过鼻饲管、胃造瘘管注入胃内, 4~6 次/日, 每次 250~400 mL。主要用于非危重病人。此种方法操作方便, 费用较低。但容易引起恶心、呕吐、腹胀、腹泻等胃肠道不良反应</p> <p>(2) 间歇滴入: 将配制的要素饮食或现成制品放入有盖的吊瓶中, 经输入管滴入, 4~6 次/日, 每次 400~500 mL, <b>每次滴入时间 30~60 分钟</b></p> <p>(3) 连续滴入: 用具与间歇滴入相同。可 <b>12~24 小时内持续滴入</b>。浓度宜从 5% 开始, 逐渐增加至 20%~25%; 速度宜从 40~60 滴/分开始, 逐渐增加至 120 mL/h, 最高可达到 150 mL/h</p>

## 第十一章 排 泄



排 泄

### 考点 一 排尿的护理

#### 1. 病理情况下尿液可出现的变化

异常尿	表现
血尿	见于急性肾小球肾炎、输尿管结石、泌尿系统肿瘤、结核及感染等
血红蛋白尿	大量红细胞在血管内破坏,形成血红蛋白尿,呈浓红茶色或酱油色,隐血试验呈阳性。见于输入血型不合后的溶血、恶性疟疾及阵发性睡眠性血红蛋白尿等
胆红素尿	胆红素尿呈深黄色或黄褐色,振荡尿液后出现的泡沫也呈黄色。见于阻塞性黄疸及肝细胞性黄疸
乳糜尿	因其尿中含有淋巴液,故尿液呈乳白色。见于丝虫病

#### 2. 常见的异常排尿

膀胱刺激征	主要表现为尿频、尿急、尿痛
-------	---------------

续表

尿潴留	<p>大量尿液蓄积在膀胱内无法自主排出。尿滞留时膀胱容积可增至 3 000~4 000 mL,膀胱尖可至脐部。其症状为下腹部胀痛,排尿困难。查体可见耻骨上膨隆,扪及囊样包块,有压痛,叩诊呈实音</p>
	<p>(1)机械性梗阻:膀胱颈部、尿道被周围结构压迫或有梗阻性病变,如前列腺肥大、粪结石或肿瘤压迫尿道,造成排尿受阻;(2)动力性梗阻:由于排尿功能障碍引起,而膀胱、尿道无器质性梗阻病变,如外伤、疾病或使用麻醉剂所致脊髓初级排尿中枢活动障碍或抑制,不能形成排尿反射;手术切除前列腺、子宫等膀胱邻近器官时造成支配膀胱的神经损伤;(3)其他原因:某些心理因素,如焦虑、窘迫致使膀胱收缩无力。某些药物,如镇静药、鸦片、抗组胺药等均可影响排尿反射</p>
尿失禁	<p>指<b>排尿失去意识控制或不受意识控制</b>,膀胱内的尿液不自主地流出</p> <p>(1)真性尿失禁:即膀胱内有存尿则会不自主地流出,使膀胱处于空虚状态</p> <p>(2)假性尿失禁或称充溢性尿失禁:即膀胱内有大量的尿液,当充盈达到一定压力时,即可不自主溢出少量尿液。膀胱内压力降低时,排尿立即停止,但膀胱仍呈胀满状态尿液不能排空</p> <p>(3)压力性尿失禁:即当咳嗽、打喷嚏、大笑或运动时腹肌收缩,腹内压升高,使尿液不自主地少量流出。多见于肥胖及中老年女性</p>

### 3.尿失禁病人的护理

摄入适当的液体	<p>如病情允许,指导病人每日白天摄入液体 2 000~3 000 mL。多饮水可增加对膀胱的刺激,促进排尿反射的恢复,还可预防泌尿系统感染。入睡前限制饮水,减少夜间尿量,以免影响休息</p>
训练规律的排尿习惯	<p>定时使用便器。初始时白天每隔 1~2 小时使用便器一次,夜间每隔 4 小时使用便器一次。以后间隔时间逐渐延长,以促使排尿功能的恢复。使用便器时,用手按压膀胱,协助排尿,注意用力适度</p>

续表

<b>肌肉力量的锻炼</b>	指导病人进行骨盆底部肌肉的锻炼,以增强控制排尿的能力
----------------	----------------------------

## 考点 二 与排尿有关的护理技术

### 1. 导尿术操作

<b>核对</b>	护士着装整齐,洗手、戴口罩,检查无菌用物有效日期,携带用物,推车至病房。核对病人床号、姓名	
<b>体位</b>	为病人准备屈膝仰卧位,两腿略外展,暴露外阴,注意为病人保暖和保护病人自尊	
<b>垫巾</b>	小橡皮单、治疗巾垫于臀下,以保护床单。准备进行外阴初步消毒	
<b>女病人导尿</b>	<b>初步消毒</b>	一手戴手套,一手持持物钳,用持物钳夹消毒液浸泡后的棉球,依次初步消毒阴阜、大阴唇、小阴唇和尿道口,每个棉球限用一次。其顺序是由外向内,自上而下地进行消毒,注意持物钳不可触及肛门。污棉球置于弯盘内。初步消毒完毕脱下手套置于弯盘内,移至床尾
	<b>打开导尿包</b>	在病人两腿之间,按无菌技术操作打开无菌导尿包,消毒液倒于药杯内,浸湿棉球。注意嘱咐病人保持屈膝仰卧位,以免无菌区域被污染
	<b>操作</b>	戴无菌手套,铺洞巾
	<b>摆放物品</b>	按操作程序排列好物品。润滑导尿管前端,以减轻尿管对尿道黏膜的刺激及减少插管时的阻力。 <b>成人宜选用 10~12 号导尿管,小儿宜选用 8~10 号导尿管</b>

续表

女病人导尿	消毒	一手拇指、示指分开并固定小阴唇,另一手持持物钳夹消毒棉球分别消毒尿道口、小阴唇、再次消毒尿道口。污棉球及药杯置于床尾弯盘内。注意每个棉球限用一次,避免已经消毒的部位被污染。其消毒顺序是 <b>内—外—内,自上而下依次进行消毒</b> 。消毒尿道口时应停留片刻,使消毒液充分与尿道口黏膜接触,达到消毒的目的
	插入导尿管	一手固定好小阴唇,另一手将无菌治疗碗移至会阴旁,持另一把持物钳夹润滑后的导尿管,对准尿道口轻轻 <b>插入尿道 4~6 cm,见尿流出后再插入 1~2 cm</b> ,用固定小阴唇的手固定导尿管,将尿液引入治疗碗内。如需做尿培养,用无菌培养瓶留取 5 mL 后盖好。插管动作要轻柔,以免损伤尿道黏膜。如导尿管误入阴道,重新更换导尿管
	注意事项	对膀胱高度膨胀,极度衰弱病人, <b>第一次放尿不得超过 1 000 mL</b> ,以防腹腔内压力突然降低,血液大量滞留在腹腔血管内,引起血压下降而虚脱;另外膀胱内压突然降低,也可导致膀胱黏膜急剧充血而发生血尿
男病人导尿	初步消毒	一手戴手套,一手持持物钳,用持物钳夹消毒液浸泡后的棉球,依次初步消毒 <b>阴阜、阴茎、阴囊</b> 。消毒阴茎时是从阴茎根部向龟头擦拭。然后用戴手套的手取无菌纱布包裹阴茎,推包皮暴露龟头,再用消毒液浸泡后的棉球自尿道口向外向后旋转擦拭尿道口、龟头及冠状沟数次。因包皮和冠状沟容易藏污垢,故要认真擦拭清除污垢。 <b>每个棉球限用一次</b> 。污棉球置于弯盘内。初步消毒完毕脱下手套置于弯盘内,移至床尾

续表

男病人导尿	打开导尿包	在病人两腿之间,按无菌技术操作打开无菌导尿包,消毒液倒于药杯内,浸湿棉球。注意嘱咐病人保持屈膝仰卧位,以免无菌区域被污染
	操作	戴无菌手套,铺洞巾
	摆放物品	按操作程序排列好物品。根据需要选择导尿管型号,润滑导尿管前端,以减轻导尿管对尿道黏膜的刺激及减少插管时的阻力
	消毒	一手用无菌纱布包裹 <b>并提起阴茎,使其与腹壁成 60°角,使耻骨前弯消失,利于尿管插入</b> 。将包皮后推暴露尿道口。另一手持物钳夹取消毒液浸泡后的棉球自尿道口向外向后旋转擦拭尿道口、龟头及冠状沟数次。污染棉球及药杯置于床尾弯盘内。注意每个棉球限用一次,避免已经消毒的部位被污染
	插入导尿管	一手用无菌纱布包裹并固定阴茎,另一手将无菌治疗碗移至会阴旁,嘱咐病人张口呼吸,用另一把无菌持物钳夹润滑后的导尿管前端,对准尿道口 <b>轻轻插入尿道 20~22 cm,见尿流出后再插入 1~2 cm</b> ,用提起阴茎的手固定导尿管,将尿液引入治疗碗内。男性尿道较长,且有三个狭窄,插管时略有阻力。因此,插管动作宜轻柔,有阻力时稍停片刻,嘱病人深呼吸,以减轻尿道括约肌的紧张。切忌插管动作过快过猛,以免损伤尿道黏膜。如需做尿培养,用无菌培养瓶留取 5 mL 后盖好

## 2. 留置导尿管操作要点

固定	<p>排出尿液后,夹住导尿管尾端,脱去手套,移去洞巾,固定导尿管</p> <p>(1)双气囊导尿管固定法:同导尿法插入导尿管,见尿液后再插入5~7 cm。根据气囊容积向气囊内注入等量无菌生理盐水,轻拉导尿管有阻力感,即可证实导尿管已经固定于膀胱内。注意膨胀的气囊不宜卡在尿道内口,以免气囊压迫膀胱内壁,造成黏膜损伤</p> <p>(2)胶布固定法:注意固定牢固导尿管,避免导尿管脱落。为男性病人固定时,胶布不得直接粘在龟头,以免损伤龟头表皮。不得用胶布在阴茎上做环行固定,以免影响阴茎血液循环,导致阴茎充血、水肿,甚至坏死</p>
连接集尿袋	<p>将导尿管末端与无菌集尿袋的引流管接头连接,开放导尿管。用橡皮圈、安全别针固定无菌集尿袋于床单上。注意引流管要留出足够的长度,避免因翻身时牵拉,使尿管脱落;无菌集尿袋固定的位置要低于膀胱的高度,防止尿液逆流,引起泌尿系统感染</p>

## 3.膀胱冲洗术操作

<b>开放式膀胱冲洗术操作要点</b>	<p>(1)用 <b>75%乙醇棉球</b> 分别消毒导尿管口与引流管接头处,并将引流管接头用纱布包裹。操作中防止导尿管与引流管接头污染。(2)膀胱冲洗器吸取冲洗溶液后,接导尿管缓慢注入膀胱,注入时避免压力过大。(3)注入 200~300 mL,取下膀胱冲洗器,让冲洗液自行流出或用膀胱冲洗器轻轻吸出。如此反复冲洗至膀胱冲洗液澄清为止。(4)流出液不得再注入膀胱。若流出液量&lt;注入液量,应考虑有血块或脓液堵塞留置导尿管,可增加冲洗次数或更换留置导尿管。膀胱冲洗中若病人感觉不适,应酌情减慢或停止冲洗;密切观察病情或报告医生及时处理。若膀胱冲洗过程中病人出现剧烈疼痛或流出液有鲜血,要停止冲洗,报告医生及时处理</p>
<b>密闭式膀胱冲洗术操作要点</b>	<p>(1)将膀胱冲洗装置导管针头,按无菌操作法插入冲洗溶液瓶塞中。将冲洗溶液瓶置于输液吊篮内倒挂于输液架上,将冲洗导管排气后用血管钳夹闭。(2)分开留置导尿管与引流管接头连接处,用 75%乙醇棉球分别消毒导尿管口与引流管接头处,并将导尿管口与引流管接头分别与“Y”形管的两个分管连接,“Y”形管的主管连接冲洗导管。“Y”形管的位置要低于耻骨联合。(3)夹闭引流导管,开放冲洗导管,使冲洗液滴入膀胱,滴数为 60~80 滴/分。当冲洗液滴入 200~300 mL 后或病人有尿意时,夹闭冲洗导管,放开引流导管,将冲洗液全部引流出来。再夹闭引流导管,如此反复冲洗。注意冲洗溶液液面距离床面 60 cm,以便产生一定压力,使液体顺利进入膀胱。滴入速度不宜过快,以免病人产生强烈尿意,导致膀胱收缩,迫使冲洗液从导尿管与尿道之间隙流出尿道外。如系滴入治疗性药物时,须在膀胱内保留 30 分钟后再引流至体外。(4) <b>冲洗量 500~1 000 mL/次,3~4 次/天</b>,冲洗过程中要经常询问病人感受,观察引流液性状,若病人出现不适或流出液有鲜血,要停止冲洗,报告医生及时处理</p>

续表

冲洗后处理	冲洗完毕,取下膀胱冲洗装置,消毒导尿管口与引流管接头处并连接。清洁外阴部,固定好导尿管及引流管。整理床单位。记录冲洗液名称、冲洗量、引流量、引出液性质、冲洗过程中病人反应等
-------	--

## 4.尿标本采集操作要点

贴化验单	将化验单的附联填写病室、床号、姓名后贴于尿杯上
核对	核对病人并解释留取尿常规标本的目的与方法。 <b>女病人月经期不宜留取尿标本</b> 。做早孕诊断试验应留取晨尿标本
收集标本	能够自理的病人,可给其尿杯,自行 <b>留取尿液 30 mL 左右</b> 。行动不方便的病人,可协助在床上使用清洁便器留取,然后取足量倒于尿杯中。留置导尿管病人,于集尿袋下方引流口处收集。婴儿或尿失禁病人可用尿袋协助收集。收集尿常规标本时注意,会阴分泌物过多时,应先清洁或冲洗后再收集尿常规标本。必要时屏风遮挡病人
操作后处理	及时送检

## 5.中段尿培养标本采集操作要点

贴化验单	将化验单的附联填写病室、床号、姓名后贴于无菌有盖试管上
核对	核对病人并解释留取中段尿培养的目的与方法。必要时屏风遮挡病人,协助取适当卧位,放好便器

续表

<b>收集标本</b>	(1) 按无菌导尿操作法清洁、消毒外阴部及尿道口 (2) 嘱咐病人将前段尿液排于便器内,留取中段尿 5~10 mL 于无菌有盖试管中,并盖好
<b>操作后处理</b>	清洁外阴,协助病人穿裤子,整理床单位。标本立即送检

### 6.12 小时或 24 小时尿标本采集

<b>贴化验单</b>	核对医嘱,将化验单的附联填写病室、床号、姓名,并注明留尿的起止时间后贴于留尿容器上
<b>核对</b>	核对病人并解释留取尿液的目的、方法,注意留取时间要准确,以保证检查结果的正确性
<b>收集标本</b>	留取 12 小时尿标本时,请病人于晚 7:00 排空膀胱后开始留尿于容器中,至次晨 7:00 最后一次留尿于容器中。留取 24 小时尿标本时,请病人于早 7:00 排空膀胱后开始留尿于容器中,至次晨 7:00 最后一次留尿于容器中
<b>操作后处理</b>	留取最后一次尿液后,要测量尿液总量,及时送检

### 7. 常用防腐剂的作用及用法

名称	作用	用法	举例
<b>甲醛</b>	固定尿中有机成分,防腐	每 30 mL 尿液加 40% 甲醛 1 滴	爱迪氏计数
<b>浓盐酸</b>	防止尿中激素被氧化,防腐	24 小时尿液加 5~10 mL	17-羟类固醇、17-酮类固醇

续表

名称	作用	用法	举例
甲苯	保持尿液的化学成分不变,防腐	每 100 mL 加 0.5~1% 甲苯 2 mL,应在第一次尿液倒入后再加	尿蛋白定量、尿糖定量及钠、钾、氯、肌酸、肌酐的定量检查

### 考点 三 排便的护理

大肠的运动形式

袋状往返运动	是 <b>空腹时最常见</b> 的一种运动形式,由环行肌无规律的收缩引起。它使结肠袋中的内容物向前后两个方向做短距离的位移,但并不向前推进
分节或多袋推进运动	是一个结肠袋或一段结肠收缩,其内容物被推到下一段结肠的运动,进食后这种运动增加
蠕动	是由一些 <b>稳定向前的收缩波组成</b> 。收缩波前方的肌肉舒张,收缩波后方的肌肉则保持在收缩状态,使这段肠管闭合并排空
集团蠕动	是一种 <b>发生速度快,传播远的蠕动</b> 。它可以使结肠内压力明显增高。集团蠕动开始于横结肠,强大的蠕动波可将一部分大肠内容物推送至降结肠、乙状结肠。集团蠕动每天发生 3~4 次,最常发生在早餐后 60 分钟之内。可能是食物进入胃和十二指肠,由十二指肠-结肠反射引起

### 考点 四 排便活动的评估

1. 影响排便因素的评估

<b>摄入饮食和液体情况</b>	均衡膳食与足量液体是维持正常排便的重要条件。富含纤维素的食物不但能提供必要的粪便容积,加速食糜通过肠道,还可以减少水分在大肠内再吸收,使粪便软且易排出。每天摄入足量液体,可以液化肠内容物,使食糜顺利通过肠道
<b>年龄</b>	3岁以下的婴幼儿,神经肌肉系统发育不完善,不能控制排便。有些老年人随着腹壁肌肉张力下降,胃肠蠕动减慢,肛门括约肌松弛,导致对粪便控制能力下降,出现排便功能异常
<b>疾病与治疗</b>	肠道本身的病变,如大肠癌、结肠炎可以使排便次数增加。其他系统的病变,如脊髓损伤、脑卒中可出现便失禁。某些治疗,如腹部或肛门手术会因为肠壁肌肉暂时麻痹或伤口疼痛而造成排便困难
<b>药物</b>	缓泻药可以刺激肠蠕动,减少肠道水分吸收,促进排便;治疗腹泻的收敛药,服用剂量和时间掌握不正确,可以导致便秘。长时间服用抗生素,可以抑制肠道正常菌群而导致腹泻

## 2. 常见的异常排便

<b>便秘</b>	<b>定义</b>	指正常的排便形态改变,排便次数减少,排出的粪便过于过硬,且排便不畅、困难
	<b>原因</b>	引起便秘的因素很多,如:排便习惯不良;某些器质性病变;中枢神经系统功能障碍;直肠、肛门手术;强烈情绪反应;缓泻药、栓剂等药物不合理使用;饮食结构不合理、饮水量少;长期卧床或活动减少等
	<b>症状与体征</b>	粪便干硬不易排出伴腹痛、腹胀、消化不良、无食欲、全身乏力、舌苔厚,触诊时腹部较硬实且紧张,有时能触及包块,肛诊时能触及粪块

续表

粪便嵌塞	定义	指粪便持久滞留堆积在直肠内,坚硬不能够排出。常发生于 <b>慢性便秘病人</b>
	原因	便秘未得到及时解除,滞留在直肠内粪便的水分被持续吸收,乙状结肠排下的粪便又不断加入,最终使粪便块又大又硬不能排出,导致粪便嵌塞
	症状与体征	腹部胀痛,直肠、肛门疼痛,病人有排便冲动,肛门处有少量液化粪便渗出,但不能排出粪便
腹泻	定义	指 <b>正常排便形态改变</b> ,频繁排出松散稀薄的粪便甚至水样便
	原因	饮食不当,如食入被细菌污染过的食物;使用泻剂不当;消化系统发育不完全;情绪焦虑、紧张;胃肠道疾病;某些内分泌疾病,如甲状腺功能亢进等均可导致肠蠕动增加,发生腹泻
	症状与体征	腹痛、肠痉挛、肠鸣、恶心、呕吐、疲乏无力、有急于排便的需要和难以控制的感觉。粪便松散或呈水样便
排便失禁	定义	指肛门括约肌 <b>不受意识控制而不自主地排便</b>
	原因	神经肌肉系统病变或损伤,如瘫痪、胃肠道疾病、精神障碍等
	症状与体征	病人不自主地排出粪便

续表

肠胀气	定义	指胃肠道内有过量气体积聚,不能排出。通常胃肠道内气体有 150 mL 左右。胃内的气体可以通过口腔嗝出;肠内的气体一部分被小肠吸收,其余通过肛门排出。个体不会感觉不适
	原因	产气性食物食入过多;吞入大量空气;肠蠕动减少;肠道梗阻;肠道手术后
	症状与体征	腹部膨隆、腹胀、痉挛性疼痛、呃逆、肛门排气过多,叩诊腹部呈鼓音;当肠胀气压迫膈肌和胸腔时,可出现气急和呼吸困难

## 考点 五 与排便有关的护理技术

### 1. 大量不保留灌肠操作要点

核对	护士着装整齐,洗手、戴口罩,携带用物至病人床旁,查对并解释。要认真查对,正确选择灌肠溶液,掌握其温度、浓度及用量。肝性脑病病人禁用肥皂液灌肠;充血性心力衰竭和水钠潴留病人禁用生理盐水灌肠;急腹症、消化道出血、妊娠、严重心血管疾病等病人禁忌灌肠
准备体位	协助病人取左侧卧位,双膝屈曲,暴露臀部并移至床边,臀下垫小橡胶单和治疗巾。置弯盘于臀边。不能自我控制排便的病人可取仰卧位,臀下垫便盆。盖好被子,只暴露臀部。取左侧卧位的目的是利用重力作用使灌肠溶液顺利流入乙状结肠和降结肠。注意为病人保暖,维护隐私,减轻心理压力
准备灌肠筒	灌肠筒挂在输液架上,筒内液面高于肛门约 40~60 cm,可保持一定灌注压力和速度

续表

插肛管	将弯盘置于肛门旁,连接肛管末端于玻璃接头上,润滑肛管前段,排尽橡胶管内气体,夹闭橡胶管。左手垫卫生纸分开并暴露肛门口,嘱病人深呼吸,右手将肛管轻轻插入直肠7~10 cm。小儿插入深度约4~7 cm。固定肛管,开放管夹,使液体缓缓流入。插管时嘱病人放松,护士顺应肠道解剖,动作轻柔。如插管受阻,可退管少许,再旋转缓慢插入
观察	密切观察筒内液面下降和病人的感觉。如病人感到腹胀或有便意,可嘱病人张口深呼吸以放松腹部肌肉,减轻腹压;并降低灌肠筒的高度以减慢流速,减少灌入溶液的压力;或暂停片刻。如病人出现面色苍白、脉速、心慌、气促、出冷汗、剧烈腹痛,可疑为肠道剧烈痉挛或出血,应立即停止灌肠,与医生联系,给予及时处理
拔管	待灌肠筒内液体即将流尽时夹管,用卫生纸包裹肛管轻轻拔出放入弯盘内,擦净肛门。避免拔管时灌肠液和粪便随肛管流出。注意保持病人的清洁和舒适
保留灌肠液	协助病人取舒适的卧位,嘱其尽量保留5~10分钟后,再排便。使灌肠液在肠中有足够的作用时间,以利粪便充分软化容易排出。降温灌肠时,液体要保留30分钟,再排便。排便后30分钟,测量体温并记录
排便	对于不能自理的病人,护士协助排便,擦净肛门,穿裤,整理床单位,开窗通风,去除异味。观察大便性状,必要时留取标本送检
健康教育	清理用物,洗手。在体温单大便栏目处记录灌肠结果。如灌肠后解便一次为1/E。灌肠后无大便记为0/E。为了达到清洁肠道的目的,反复进行大量不保留灌肠,则为清洁灌肠

## 2. 小量不保留灌肠操作要点

<b>核对</b>	护士着装整齐,洗手、戴口罩,携带用物至病人床旁,查对并解释。要认真查对,正确选择灌肠溶液,掌握其温度、浓度及用量
<b>准备体位</b>	协助病人取左侧卧位,双膝屈曲,暴露臀部并移至床边,臀下垫小橡胶单和治疗巾。弯盘置于臀边。只暴露臀部。取左侧卧位的目的是利用重力作用使灌肠溶液顺利流入乙状结肠和降结肠
<b>插肛管</b>	用注射器抽吸药液,连接肛管于注射器接头上,润滑肛管前段,排气夹管。左手垫卫生纸分开并暴露肛门口,嘱病人深呼吸,右手将肛管轻轻插入直肠7~10 cm。小儿插入深度约4~7 cm。插管时嘱病人放松
<b>注入药液</b>	固定肛管,开放管夹,缓慢注入药液,注入完夹闭肛管。取下注射器,再抽吸药液,开放管夹后再缓慢注入液体。如此反复至药液注完。注入速度不宜过快过猛,以免刺激肠黏膜,引起排便反射。注意取下注射器抽吸药液时,防止空气进入肠道引起腹胀
<b>拔管</b>	夹闭或反折肛管,用卫生纸包裹肛管轻轻拔出放入弯盘内,擦净肛门。协助病人取舒适的卧位。嘱其尽量保留溶液10~20分钟后,再排便
<b>操作后处理</b>	协助病人排便,整理床单位,开窗通风,清理用物,洗手,记录灌肠结果

## 3. 口服高渗溶液清洁肠道

<b>口服硫酸镁法</b>	病人 <b>手术前3天进半流质饮食,每晚口服50%硫酸镁10~30 mL</b> 。手术前1天进流质饮食,手术前1天下午2:00~4:00口服50%硫酸镁100 mL+5%葡萄糖盐水100 mL即25%硫酸镁200 mL,然后再口服温开水1 000 mL。一般服后15~30分钟即可反复排便,2~3小时内可排便2~5次
---------------	---

续表

口服甘露醇法	病人手术前 3 天进半流饮食,手术前 1 天进流质饮食,手术前 1 天下午 2:00~4:00 口服 20% 甘露醇 500 mL+5% 葡萄糖液 1 000 mL 混匀。一般服后 15~20 分钟即可反复排便
--------	---

## 4. 保留灌肠操作要点

核对	护士着装整齐,洗手、戴口罩,携带用物至病人床旁,查对并解释。要认真查对,正确选择灌肠溶液。肠道抗感染治疗以晚睡前灌肠为宜,因此时活动减少,药物易于保留吸收,以达到治疗目的
准备体位	根据病情选择卧位。慢性细菌性痢疾,病变多在乙状结肠或直肠,取左侧卧位;阿米巴痢疾病变多在回盲部,取右侧卧位,以提高疗效。选择好体位后,将臀部抬高 10 cm,防止药液溢出
插肛管	润滑肛管前段,排气夹管后,左手垫卫生纸分开并暴露肛门口,嘱病人深呼吸,右手将肛管轻轻插入直肠 15~20 cm,液面距离肛门不超过 30 cm,注入药液。为保留药液,减少对肠道的刺激,肛管要细,插入要深,注入药液速度要慢、量宜少
拔管	药液注入完毕,拔出肛管后用卫生纸在肛门处轻轻按揉,嘱咐病人尽量忍耐,保留药液 1 小时以上,使药液充分被吸收
操作后处理	整理床单位,开窗通风,清理用物,观察病人反应,洗手,记录灌肠结果

## 5. 简易通便法操作要点

开塞露法	是由甘油或山梨醇制成。使用时剪去塑料容器封口端,先挤出少许药液润滑开口处。请病人采取左侧卧位,放松肛门括约肌,将开塞露前端开口处轻轻插入肛门后挤出全部药液入直肠内。保留 5~10 分钟后排便
------	---

续表

<b>甘油栓法</b>	是由甘油和明胶制成的栓剂。使用时戴手套或纱布包裹手指,捏住甘油栓底部,轻轻插入肛门至直肠内,抵住肛门处轻轻按揉。 <b>保留 5~10 分钟后排便</b>
<b>肥皂栓法</b>	将肥皂削成圆锥形,底部直径约 1 cm,长约 3~4 cm。使用时戴手套或纱布包裹手指,将肥皂栓蘸热水后轻轻插入肛门内。应注意有肛裂、肛门黏膜溃疡及肛门剧烈疼痛病人,不宜使用此法

### 6. 肛管排气法操作要点

<b>核对</b>	护士着装整齐,洗手、戴口罩,携带用物至病人床旁,查对并解释
<b>准备体位</b>	协助病人左侧卧位或平卧位,注意遮盖病人,只暴露肛门
<b>连接排气装置</b>	将玻璃瓶系于床边,橡胶管一端插入玻璃瓶内的水中,以防止空气进入直肠内加重腹胀,并可观察气体排出情况
<b>插肛管</b>	玻璃接头端与肛管相连,润滑肛管前端,嘱病人张口呼吸,将肛管自肛门轻轻插入直肠 15~18 cm,用胶布固定肛管于臀部。将橡胶管留出能够翻身的长度,用安全别针固定在床单上
<b>观察</b>	玻璃瓶内液面下气泡逸出即排气情况,如排气不畅,可帮助病人更换体位或按摩腹部,以促进排气。 <b>保留肛管不超过 20 分钟,因长时间留置肛管,会降低肛门括约肌的功能,甚至导致永久性松弛</b>
<b>拔管</b>	排气完毕,拔出肛管置于弯盘内,清洁肛门
<b>操作后处理</b>	协助病人取舒适体位,询问病人腹胀减轻情况,整理床单位及用物并记录

## 7. 粪便标本采集操作要点

贴检验单	核对医嘱,贴检验单附联于留标本的容器上,注明科别、床号、姓名	
核对	核对病人,并向其解释目的和收集粪便的方法,得到病人配合	
准备	屏风遮挡,请病人排空膀胱	
收集标本	粪常规标本	用检便匙取中央部分或黏液脓血部分约 5 g,置于检便盒内送检。若为水样便应盛于容器中送检
	粪培养标本	用无菌棉签取中央部分粪便或脓血黏液部分 2~5 g 置于培养瓶内,塞紧瓶塞。病人无便意时,用长无菌棉签蘸无菌生理盐水,由肛门插入 6~7 cm,顺一方向轻轻旋转后退出,将棉签置于培养管内
	粪隐血标本	按粪常规标本留取。嘱病人检查前 3 天禁食肉类、肝、血、含大量绿叶素的食物和含铁剂药物,3 天后收集标本
	粪寄生虫标本	(1) 检查寄生虫:在粪便 <b>不同部位取带血黏液部分 5~10 g</b> 。病人服用驱虫药或做血吸虫孵化检查应该留取全部粪便;(2) 检查蛲虫:嘱病人睡前或清晨未起床前,将透明胶带贴在肛门周围。取下粘有虫卵的透明胶带,粘贴在玻璃片上或将透明胶带对合,立即送检。蛲虫常在午夜或清晨时爬到肛门处产卵;(3) 检查阿米巴原虫:将便盆加温至接近体温。排便后标本在 30 分钟内连同便盆及时送检。其目的是保持阿米巴原虫的活动状态,防止阿米巴原虫死亡
操作后处理	清洁、消毒便盆,放回原处。洗手,记录粪便的形状、颜色、气味等,及时送检标本	

## 第十二章 医院感染的预防和控制



医院感染的预防和控制

### 考点 一 清洁、消毒、灭菌

#### 1. 概念

清洁	指用物理方法清除物体表面的污垢、尘埃和有机物,即去除和减少微生物,并非杀灭微生物。
消毒	指用物理或化学方法清除或杀灭除芽胞以外的 <b>所有病原微生物</b> ,使其达到无害化的过程
灭菌	指用物理或化学方法去除或杀灭全部微生物的过程。包括致病和非致病微生物,也包括细菌芽胞和真菌孢子。 <b>灭菌必须达到完全无菌</b>

#### 2. 物理消毒灭菌法

##### (1) 热力消毒灭菌法

① 干热灭菌法:由空气导热,传热较慢。

方法	适用范围
燃烧法	常用于污染纸张、带脓性分泌物的敷料,尤其是破伤风、气性坏疽、铜绿假单胞菌等特殊感染污染的敷料;锐利刀剪禁用此法,以免锋刃变钝

续表

方法	适用范围
干烤法	适用于粉剂、油剂、玻璃器皿及金属制品的灭菌

②湿热消毒灭菌法:由空气和蒸气导热,传热快,穿透力强。

煮沸消毒法	适用范围	适用于耐湿、耐高温的物品,如金属、搪瓷玻璃及橡胶类等
	操作方法	将物品刷洗干净后,全部浸没在水中,加热。消毒时间从水沸腾后算起,中途另加物品,则再次水沸腾后重新计时
	注意事项	a.有轴节的器械或带盖的容器,应将轴节或盖打开再放入水中,空腔导管须先向管腔内注水。b.根据物品的性质决定放入水的时间及消毒时间:玻璃器皿冷水放入,消毒时间为 <b>10~15 分钟</b> ;橡胶制品用纱布包裹好,水沸后放入,消毒时间为 <b>5~10 分钟</b> ;金属和搪瓷类物品,消毒时间为 <b>10~15 分钟</b> 。c.物品不宜放置过多,相同规格的碗、盆不能重叠,保证物品各面与水接触。d.水中加入碳酸氢钠,配成 1%~2% 浓度时,可提高沸点到 105 ℃,除增强杀菌作用外,还有去污和防锈作用。e.海拔每增高 300 m,消毒时间延长 2 分钟。f.消毒后应将物品及时取出,置于无菌容器内

续表

压力蒸汽灭菌法	适用范围	是热力消毒灭菌法中效果最好的方法。常用于耐高温、耐高压、耐潮湿的物品,如各类器械、敷料、搪瓷、玻璃、橡胶制品及溶液等的灭菌。当压力在 102.97~137.3 kPa 时,温度可达 121~126 ℃,15~30 分钟即可达到灭菌目的。预真空压力蒸汽灭菌器当压力在 205.8 kPa 时,温度可达 132 ℃,5~10 分钟即可灭菌
	注意事项	a.器械和物品灭菌前必须刷洗干净并晾干或擦干,包装不宜过大过紧,体积不超过 30 cm×30 cm×25 cm,必要时打开容器盖,有利于蒸气进入;b.包与包之间留有空隙,布类物品放在金属、搪瓷类物品之上;c.操作人员持证上岗,安全操作;d.尽量排尽灭菌器内冷空气。随时观察灭菌器内压力及温度情况;e.被灭菌的物品待干燥后才能取出备用;f.定期监测灭菌效果

(2)光照消毒法:又称辐射消毒,是利用紫外线照射,使菌体蛋白发生光解变性导致细菌死亡。

日光曝晒法	原理	日光具有热、干燥和紫外线的作用,有一定的杀菌力
	适用范围	常用于床垫、毛毯、衣服、书籍等物品的消毒
	方法	物品放在直射阳光下暴晒 6 小时,定时翻动,使物品各面均能受到日光照射

续表

臭氧灭菌灯消毒法	原理	臭氧在常温下是强氧化剂。臭氧靠强大的氧化作用杀菌,可杀灭病毒、细菌繁殖体、芽胞、真菌等。可破坏肉毒杆菌毒素
	适用范围	主要用于空气消毒、医院污水和诊断用水的消毒、物品表面的消毒
	注意事项	①臭氧对人体有毒,国家规定大气中允许浓度为 $0.2 \text{ mg/m}^3$ ;②臭氧的强氧化性,对物品有损坏;③温度、湿度、有机物、pH 等多种因素可影响臭氧的杀菌作用;④空气消毒时人员必须远离,消毒后 20~30 分钟人员方可进入

## (3) 微波消毒灭菌法

原理	微波是频率在 30~300 000 MHz,波长在 0.001~1 m 的电磁波。在电磁波的高频交流电场中,物品中的极性分子发生极化进行高速运动,频繁改变方向,互相摩擦,使温度迅速上升,达到消毒灭菌作用。微波可杀灭多种微生物,包括病毒、真菌、细菌繁殖体、细菌芽胞、真菌孢子等
适用范围	主要用于 <b>食物、餐具的消毒</b> ,医疗用品及耐热非金属器械的消毒灭菌
注意事项	①微波对人体有一定伤害,应避免大剂量照射和小剂量长期接触;②微波无法穿透金属面,故不能使用金属容器盛放消毒物品;③水是微波强吸收介质,用湿布包裹物品或炉内放些水会提高消毒效果;④被消毒物品以小、薄为宜

### 3. 化学消毒灭菌法

#### (1) 化学消毒剂的效力分类与作用

分类	作用	举例
高效	能杀灭细菌繁殖体、结核分枝杆菌、细菌芽孢、真菌、亲脂及亲水病毒	如过氧乙酸、环氧乙烷、醛类、高浓度碘类及含氯类等
中效	能杀灭细菌繁殖体、结核分枝杆菌、真菌、亲脂及亲水病毒	如醇类、低浓度碘类及含氯类
低效	能杀灭细菌繁殖体、亲脂病毒、部分真菌	如氯己定、酚类、季铵盐类

#### (2) 化学消毒剂的使用方法

浸泡法	将被消毒的物品刷洗干净、擦干后浸泡在消毒液内的方法。浸泡时要打开物品的轴节或套盖,带管腔的要在管腔内灌满消毒液。按规定的浓度和时间进行浸泡
擦拭法	用化学消毒剂擦拭被污染物体的表面或进行皮肤消毒的方法。如 0.5%~1% 碘伏消毒皮肤,用含氯消毒剂擦拭墙壁、地面等
喷雾法	用喷雾器将化学消毒剂均匀地喷洒于空气或物体表面进行消毒的方法。用于地面、墙壁、环境等的消毒。 <b>喷洒时物体表面湿透才能达到消毒作用</b>
熏蒸法	是将消毒剂加热或加入氧化剂,使其产生气体进行消毒的方法。如手术室、病室的空间消毒。在消毒间或密闭容器内,也可用熏蒸法对污染物品进行消毒灭菌。临床常用甲醛、环氧乙烷气体进行消毒灭菌

## 4. 常用的化学消毒剂

名称	效力	原理	适用范围	注意事项
戊二醛	高效	与菌体蛋白质反应,使其灭活。能杀灭细菌、芽胞、真菌和病毒	(1)常用制剂2%碱性戊二醛、2%强化酸性戊二醛;(2)适用于不耐热的精密仪器、医疗器械的消毒与灭菌;(3)消毒需浸泡10~30分钟,灭菌需浸泡4~10小时	(1)每周过滤1次,每2周更换1次消毒液;(2)灭菌效果受pH影响大,用碳酸氢钠调节pH至7.5~8.3,但强化酸性戊二醛,直接配成所需浓度使用即可,不需碱化;(3)灭菌后物品在使用前用无菌蒸馏水冲洗;(4)对皮肤、黏膜有刺激性,应注意防护
过氧乙酸	高效	能产生新生态氧,将菌体蛋白质氧化,使细菌死亡。能杀灭细菌、芽胞、真菌和病毒	(1)适用于耐腐蚀物品、皮肤及环境等消毒与灭菌;(2)常用消毒方法有浸泡、擦拭、喷洒。0.2%过氧乙酸用于手、皮肤消毒;0.02%溶液用于黏膜冲洗;0.2%~1%溶液用于浸泡洗净后的污物;0.2%~0.4%溶液用于环境喷洒	(1)对金属类物品有腐蚀性,对纺织品有漂白作用;(2)易分解而降低杀菌力,应现配现用,配制时忌与碱或有机物相混合;(3)浓溶液有刺激性和腐蚀性,配制时要戴口罩和橡胶手套;(4)在避光、阴凉处密闭存放,防高温引起爆炸

续表

名称	效力	原理	适用范围	注意事项
福尔马林 (37%~40% 的甲醛溶液)	局效	使菌体蛋白变性,酶的活性消失。能杀灭细菌、芽胞、真菌和病毒	(1)福尔马林 40~60 mL/m <sup>3</sup> 加高锰酸钾 20~40 g,柜内熏蒸,需密闭 6~12 小时; (2)4%~10% 甲醛溶液用于大体解剖、病理组织标本固定	(1)器械与衣物的消毒、灭菌必须在消毒柜中进行;(2)蒸气穿透力弱,器械、衣物消毒时应该充分暴露;(3)温度、湿度对消毒效果影响较大,因此要求室温在 18℃ 以上,相对湿度在 70% 以上; (4)对人体有一定刺激性和毒性,故使用时应注意防护
环氧乙烷	局效	与菌体蛋白结合,使酶代谢受阻导致死亡。能杀灭细菌、芽胞、真菌、立克次体和病毒	(1)不损害物品且穿透力强,适用于光学仪器、电子仪器、医疗器械、书本、皮毛、棉、化纤、塑料、金属、木、陶瓷、橡胶制品及一次性使用的医疗用品等;(2)小量物品可放入丁基橡胶袋中消毒,大量物品可放入环氧乙烷灭菌柜内进行消毒、灭菌	(1)低温为液态,超过 10.8℃ 为气态; (2)环氧乙烷易燃易爆,具有一定毒性,故要严格遵守操作程序;(3)存放在阴凉通风、无火源及明火处,储存温度应低于 40℃,以防爆炸;(4)灭菌后的物品,须清除环氧乙烷残留量后方可使用; (5)每次消毒均应进行效果检测及评价

续表

名称	效力	原理	适用范围	注意事项
含氯消毒剂	中、高效	在水溶液中释放有效氯,破坏细菌酶的活性使细菌死亡。高浓度能杀灭各种致病菌、芽胞和病毒。中浓度能杀灭各种致病菌和病毒	(1)适用于餐具、茶具、水、环境及疫源地等的消毒。(2)含有效氯 0.02% 的消毒液浸泡待消毒物品需 10 分钟; <b>含有效氯 0.2% 的消毒液浸泡被乙肝病毒、结核杆菌、细菌芽胞污染的物品需 30 分钟。</b> (3)用于喷洒时有效氯的含量、消毒时间均须加倍。(4)排泄物的消毒:排泄物 5 份加含氯消毒剂 1 份搅拌,放置 2~6 小时	常用的有漂白粉、漂白粉精、液氯、次氯酸钠、二氯异氰尿酸钠 (1)保存在密闭容器内,置于阴凉、干燥、通风处,以减少有效氯的丢失; (2)配制溶液的性质不稳定,应现配现用,配制溶液时应按测定的有效氯含量计算校正后取量;(3)对物品有腐蚀和漂白作用,不宜用于金属制品、有色织物及油漆家具的消毒;(4)消毒后的物品应及时用清水冲洗干净;(5)要定时更换消毒液
乙醇	中效	使菌体蛋白凝固变性。对肝炎病毒及芽胞无效	(1)适用于皮肤、物品表面及医疗器械的消毒;(2) <b>70%~75%溶液多用于皮肤消毒;</b> (3)95%溶液用于燃烧灭菌	(1)消毒用的浓度切勿超过 80%。浓度过高或过低均影响杀菌效果;(2)不适用于手术器械灭菌,因为不能杀灭芽胞;(3)易燃、易挥发,需加盖保存,置于避火处,并定期测定溶液浓度;(4)有刺激性,不宜用作黏膜及创面的消毒

续表

名称	效力	原理	适用范围	注意事项
碘酊	中效	直接卤化菌体蛋白质,使其变性,以杀灭微生物。对细菌、真菌和病毒有杀灭作用	碘酊为含 2% 碘的乙醇溶液,用于创伤、手术及注射部位的皮肤消毒,作用 1 分钟后用 70% 乙醇脱碘。还可用于体温计等的消毒	(1)对伤口及黏膜有刺激性,使用时应注意碘酊浓度及创面情况;(2)有机物,如血、脓存在可降低杀菌效果;(3)碘酊中的碘在室温下可挥发,应密闭保存
碘伏	中效	破坏细菌胞膜的通透性屏障,使蛋白质漏出或与细菌酶蛋白起碘化反应,使其失活。对细菌、病毒等有杀灭作用	(1) <b>0.5%~2%有效碘溶液用于手术、注射部位皮肤消毒,需涂擦 2 遍</b> ;(2)0.05%~0.1%有效碘溶液用于体温计的消毒;(3)0.05%有效碘溶液用于黏膜、创面的消毒	(1)碘附稀释后稳定性差,应现配现用;(2)应放在阴凉处,避光、密闭保存;(3)有机物,如血、脓存在可降低杀菌效果;(4)对二价金属有腐蚀性,不宜用作相应金属制品的消毒
氯己定 (洗必泰)	低效	破坏菌体胞膜的酶活性,使细胞膜破裂。对细菌的繁殖体杀菌作用较强,但不能杀灭芽胞、分枝杆菌和病毒	(1)4%氯己定乙醇溶液用于手的消毒,需浸泡 3~5 分钟;用于手术及注射部位的皮肤消毒,2~3 遍,时间需 2 分钟。(2) <b>0.05%~0.1%氯己定水溶液用于冲洗阴道、膀胱及伤口黏膜创面</b>	(1)氯己定是阳离子表面活性剂,切勿与肥皂、洗衣粉等阴离子表面活性剂混用;(2)有机物,如血、脓存在可降低杀菌效果。冲洗脓血过多的创面时,应尽量先除去脓血,并延长冲洗时间

## 考点 二 医院清洁、消毒、灭菌工作

### 医院用品的危险性分类

分类	定义	举例
高度危险性物品	此类物品是穿过皮肤、黏膜进入无菌组织或器官内部的器械或与破损组织、皮肤黏膜密切接触的器材和用品	如手术器械、输液器、血液及血制品、注射器、脏器移植物
中度危险性物品	此类物品仅与皮肤、黏膜相接触,而不进入无菌组织内部	如血压计袖带、 <b>体温计</b> 、鼻镜、耳镜、音叉、压舌板、 <b>便器</b>
低度危险性物品	此类物品不进入人体组织,不接触黏膜,仅直接或间接地与健康无损的皮肤相接触	如 <b>衣物、被服、口罩</b>

## 考点 三 洗手与手的消毒

### 1. 洗手技术操作要点

准备	取下手上的饰物及手表,卷袖过肘。打开水龙头,调节水流和水温。水龙头最好是感应式或能用肘、脚踏等控制的开关。水流不宜过大,以防溅湿工作服
----	---

续表

湿手	湿润双手,关水龙头,取洗手液或肥皂涂双手。肥皂的质量要好并保持干燥
揉搓	揉搓双手各面,方法为:双手依次掌心搓掌心;双手手指交叉掌心搓手背并互换;双手手指交叉掌心相对沿指缝相互摩擦;两手互握互擦指背;在掌中转动拇指和手腕并互换;指尖摩擦手掌并互换。范围至腕上 <b>10 cm</b> 。 <b>持续 15 秒</b> 。注意指甲、指缝、拇指、指关节等处
冲洗	打开水龙头,流水冲净双手
干手	关闭水龙头,用纸巾或毛巾擦干双手或在干手机上烘干双手。关闭水龙头时手不可直接接触水龙头

## 2. 手的消毒操作要点

(1) 涂擦消毒法	
涂擦	用消毒剂依次涂擦双手,即手掌对手掌、手背对手掌、指尖对手掌、两手指缝相对互擦,每个步骤进行 3 次,注意指甲、指缝、拇指、指关节等处。要求选择作用速度快、不损失皮肤、不引起变态反应的消毒剂。涂擦时间 2 分钟
干手	自然干燥
(2) 浸泡消毒法	
浸泡	双手及肘部完全浸入消毒液的液面以下, <b>双手在消毒液中互相揉搓 2 分钟</b> ,揉搓方法同涂擦消毒法
要求	选择作用速度快、不损失皮肤、不引起变态反应的消毒液

## 考点 ④ 无菌技术

### 1. 操作要点

准备	洗手,戴口罩,根据操作目的准备环境及用物
步骤	<p>检查有效日期,将浸泡无菌持物钳的容器盖打开。容器盖闭合时不可从盖孔中取、放无菌持物钳。手持无菌持物钳,使钳端闭合,从容器中央垂直取出。取放时,不可触及容器口边缘及液面以上的容器内壁,以免污染;使用时保持钳端向下,不可倒置向上;使用后闭合钳端,立即垂直放回容器,浸泡时松开轴节,使钳端分开;到距离较远处取物时,应将持物钳和容器一起移至操作处,就地使用;无菌持物钳及其浸泡容器每周清洁、消毒2次,同时更换消毒液;使用频率较高的部门,如门诊换药室、注射室、手术室等应每天清洁、灭菌,更换消毒液。不可用无菌持物钳夹取油纱布,防止油粘于钳端而影响消毒效果。不可用无菌持物钳换药或消毒皮肤,以防被污染。应保持无菌持物钳处于无菌状态</p>

### 2. 无菌容器使用法操作要点

准备	洗手,戴口罩,根据操作目的准备环境及用物
包扎无菌包	<p>将需灭菌的物品放于包布中央,用包布一角盖住物品,左右两角先后盖上并将角尖向外翻折,盖上最后一角后以“十”字形系带,或用胶带贴妥,包外贴上注明物品名称及灭菌日期的标签,粘贴化学指示胶带。一般灭菌物品放于质厚、致密、未脱脂的双层纯棉布包内。无菌包有效期一般为7天</p>

续表

<b>打开无菌包</b>	<p>(1)核对无菌包名称、灭菌日期,查看化学指示胶带的颜色,有无潮湿或破损。如超过有效期,有潮湿或破损不可使用;(2)将无菌包平放在清洁、干燥、平坦的操作处,解开头带,卷放于包布下,按原折痕顺序逐层打开无菌包。不可放在潮湿处,以免因受潮现象而污染;(3)用无菌钳夹取所需物品,放在准备好的无菌区内。打开包布时手只能接触包布四角的外面,不可触及包布内面,不可跨越无菌面;(4)如包内物品未用完,按原折痕包好,系带横向扎好,并注明开包日期及时间。<b>包内剩余物品 24 小时内可使用</b>。如包内物品被污染或包布受潮,需重新灭菌;(5)包内物品需全部取出时,可将包托在手上打开,另一手将包布四角抓住,稳妥地将包内物品投放在无菌区内。将包布折叠放妥</p>
--------------	--

### 3. 铺无菌盘法操作要点

<b>准备</b>	洗手,戴口罩,根据操作目的准备环境及用物
<b>检查</b>	取无菌巾包并检查灭菌日期,化学指示胶带颜色,有无潮湿和破损
<b>铺盘</b>	<p>单层底铺盘法</p> <p>①打开无菌巾包,用无菌持物钳夹取一块治疗巾放在治疗盘内。剩余的治疗巾,按要求包好无菌包,并注明开包日期和时间;②双手捏住无菌治疗巾一边外面两角,轻轻抖开,双折铺于治疗盘上,将上层折成扇形,开口边缘向外,治疗巾内面构成无菌区。注意手不可触及治疗巾内面;③放入无菌物品后,展开上层折叠层,遮盖无菌物品上,上下层边缘对齐。将治疗巾开口处向上折两次,两侧边缘分别向下折一次,露出治疗盘边缘。注意保持无菌治疗巾内物品的无菌。<b>铺好的无菌盘 4 小时内有效</b>,未能立即使用的应注明铺盘时间</p>

续表

铺盘	双层底铺盘法	①打开无菌巾包,取出无菌治疗巾,双手捏住无菌治疗巾一边外面两角,轻轻抖开,从远到近,三折成双层底,上层折成扇形开口边缘向外。注意手不可触及治疗巾内面;②放入无菌物品后,展开上层折叠层,遮盖无菌物品上,上下层边缘对齐。注意保持无菌治疗巾内物品的无菌。铺好的无菌盘4小时内有效,未能立即使用的应注明铺盘时间
----	--------	---

## 4. 取用无菌溶液法操作要点

准备	洗手,戴口罩,根据操作目的准备环境及用物
检查	根据医嘱取无菌溶液密闭瓶,湿擦瓶外灰尘,认真查对瓶签上的药名、浓度、剂量、有效期,检查瓶盖有无松动、瓶体有无裂痕,倒置溶液检查有无沉淀、浑浊、絮状物及变色。检查无误后用启瓶器开启瓶盖,用拇指与示指或双手拇指将瓶塞边缘向上翻起
取无菌溶液	①一手示指与中指套住瓶塞将其拉出,注意手不可触及瓶塞内面及瓶口,防止瓶塞被污染;另一手拿溶液瓶,瓶签朝向掌心,倒出少量溶液旋转冲洗瓶口,再由原处倒出溶液至无菌容器中。倒溶液时,勿将瓶签打湿;勿使瓶口接触容器口周围。不可将物品伸到无菌溶液瓶中蘸取溶液;已经倒出的溶液不可再倒回瓶内 ②无菌溶液倒完后,立即塞好瓶塞,以防污染。已开启的无菌溶液瓶内的溶液,可保存24小时。在瓶签上注明开瓶日期、时间,放回原处

## 5.戴、脱无菌手套法操作要点

<b>准备</b>	修剪指甲,取下手表或手上饰物,洗手,戴口罩,根据操作目的准备环境及用物
<b>检查</b>	检查无菌手套袋外面的号码、灭菌日期及化学指示胶带颜色
<b>戴手套</b>	无菌手套袋平放于清洁、干燥台面上打开,取出滑石粉包,涂擦双手。若手套袋有系带,应注意系带不要污染手套袋的内面  (1)分次提取法:①一手掀开手套袋开口处,另一手捏住一只手套的反褶部分即手套的内面,取出手套,对准五指戴在手上。戴手套时,要防止手套外面即无菌面触及非无菌物品。已戴好手套的手不可触及未戴手套的手及另一手套的内面即非无菌面;②掀开另一手套袋开口处,以戴好手套的手指插入另一只手套的反褶内面即手套的外面,取出手套对准五指戴在手上。如手套有破洞,应立即更换。 <b>戴好手套的手应始终保持在腰部以上水平、视线范围内</b>
	(2)一次性提取法:①两手同时掀开手套袋开口处,分别捏住两只手套的反褶部分即手套的内面,取出手套,使五指相对;②先戴一只手,再以戴好手套的手指插入另一只手套的反褶内面,同法戴好。将手套的反褶边套在工作服袖口外面
<b>脱手套</b>	一手捏住另一只腕部外面,翻转脱下;再以脱下手套的手插入另一只手套内,将其翻转脱下。若手套上有血迹或污染严重时,应先在消毒液中清洗后再脱手套。脱手套时勿使手套的外面即污染面接触皮肤。将手套浸泡在消毒液中,手套内要灌满消毒液。洗手

## 考点 五 隔离技术

### 1. 工作区域的划分及隔离要求

清洁区	划分范围	未被病原微生物污染的区域,如医护办公室、治疗室、值班室、配餐室等;病区以外的地区,如食堂、药房、营养室等
	隔离要求	病人及病人接触过的物品不得进入清洁区;工作人员接触过病人后需刷手、脱去隔离衣及鞋,方可进入清洁区
半污染区	划分范围	<b>有可能</b> 被病原微生物污染的区域,如病区走廊、检验室、消毒室等。标本及容器等,应按要求分别进行严格处理
	隔离要求	病人或穿隔离衣的医护人员通过病区走廊时,不得接触墙壁、家具等;检验标本要有固定的存放盘或架
污染区	划分范围	<b>病人直接或间接接触的区域</b> ,如病房、病人洗手间等
	隔离要求	污染区的物品未经消毒处理,不得带到他处;医护人员进入污染区时,务必穿隔离衣、戴帽子、口罩,必要时穿隔离鞋;离开污染区脱去隔离衣及鞋,并消毒双手

## 2. 隔离种类按传播途径不同划分,以切断传播途径为制订措施的依据。

<b>严密隔离</b>	适用于经飞沫、分泌物、排泄物直接或间接传播的烈性传染病,如霍乱、鼠疫等; <b>传染性强、死亡率高的</b> 传染病非典型肺炎	(1)病人住单间,通向过道门窗须关闭。室内用具简单、耐消毒,室外门上挂隔离标志,禁止探视、陪护及病人出病室;(2)接触病人必须戴帽子、口罩、穿隔离衣和隔离鞋,必要时戴手套,消毒措施必须严密;(3)病人分泌物、呕吐物及排泄物须严格消毒处理;(4)污染敷料装袋标记后进行焚烧处理;(5)病室内空气及地面用消毒液喷洒或紫外线照射消毒,每天1次
<b>呼吸道隔离</b>	适用于通过空气中的 <b>飞沫传播</b> 的感染性疾病,如肺结核、百日咳、流脑等	(1)同一病原体感染者可住同一病室,有条件时尽量使隔离病室远离其他病室;(2)通向过道的门窗须关闭,病人离开病室时需戴口罩;(3)医务人员进入病室时需戴口罩,并保持口罩干燥,必要时穿隔离衣;(4)为病人准备专用的痰杯,口、鼻分泌物须经消毒处理后方可丢弃;(5)病室内空气用消毒液喷洒或紫外线照射消毒,每天1次

续表

<b>肠道隔离</b>	适用于由病人的 <b>排泄物</b> 直接或间接污染了食物或水源而引起传播的疾病,如伤寒、甲型肝炎、细菌性病疾等。肠道隔离可切断粪-口传播途径	(1)不同病种病人最好分室居住,如同居一室,须做好床边隔离,每张病床应加隔离标记,病人之间不可互换物品,以防交叉感染;(2)接触不同病种病人时需分别穿隔离衣,接触污物时戴手套;(3)病室应有防蝇设备,并做到无蟑螂、无鼠;(4)病人食具、便器各自专用,严格消毒,剩余食物及排泄物均应消毒处理后才能排放;(5)被粪便污染的物品要随时装袋,做好标记后送消毒或焚烧处理
<b>接触隔离</b>	适用于 <b>经体表或伤口</b> 直接或间接接触而感染的疾病,如破伤风、气性坏疽等	(1)病人应住单间病室,不许接触他人。(2)接触病人时需戴帽子、口罩、手套、穿隔离衣;医务人员的手或皮肤有破损时应避免接触病人,必要时戴手套。(3)凡病人接触过的一切物品,如床单、被套、衣物、换药器械均应先灭菌,然后再进行清洁、消毒、灭菌。(4)被病人污染的敷料应装袋,做好标记后送焚烧处理

续表

<p><b>血液-体液隔离</b></p>	<p>适用于预防直接或间接接触<b>血液和体液</b>传播的传染性疾病,如艾滋病、梅毒、乙型肝炎等</p>	<p>(1)同种病原体感染者可同室隔离,必要时单人隔离;(2)若血液和体液可能污染工作服时需穿隔离衣;(3)接触血液和体液时应戴手套;(4)注意洗手;(5)被血液和体液污染的物品,应装袋做好标记后送消毒或焚烧;(6)严防被采血或注射针头等利器刺伤,病人用过的各种针头应放入防水、防刺破、有标记的容器内,直接送焚烧处理;(7)被血液和体液污染的室内表面物品,立即用消毒液擦拭或喷洒;(8)探视及陪护应采取相应的隔离措施</p>
<p><b>昆虫隔离</b></p>	<p>适用于以<b>昆虫为媒介</b>而传播的疾病,如疟疾、乙型脑炎、流行性出血热、斑疹伤寒、回归热等</p>	<p>根据昆虫种类确定隔离的措施: (1)疟疾、乙型脑炎主要由蚊子传播,所以病室内应有纱窗、纱门、蚊帐或其他防蚊设施;(2)斑疹伤寒、回归热由虱子传播,病人入院时要灭虱处理,沐浴更衣,换下的衣物必须灭虱处理;(3)流行性出血热由螨传播,病人入院时要沐浴更衣,换下的衣物须煮沸或高压蒸汽灭螨处理</p>

续表

<b>保护性隔离</b>	也称反向隔离,适用于 <b>抵抗力低下或极易感染</b> 的病人,如早产儿及严重烧伤、白血病、脏器移植、免疫缺陷等病人	(1)设专用隔离室,病人住单间病室隔离;(2)凡是进入病室人员,应穿、戴灭菌后的隔离衣、帽子、口罩、手套及拖鞋;(3)接触病人前、后或护理另一位病人前均应洗手;(4)凡患呼吸道疾病或咽部带菌者,包括医务人员,均应避免接触病人;(5)未经消毒处理的物品不得带入隔离区;(6)病室内空气、地面、家具等均应严格消毒并通风换气;(7)探视者应采取相应的隔离措施
--------------	---	--

### 3. 隔离技术操作法操作要点

<b>洗手,戴口罩</b>	洗手,戴口罩时应遮盖口鼻,戴帽子应遮盖头发。戴口罩后,不可用污染的手触摸口罩
<b>取下口罩</b>	口罩使用后,及时取下并将污染面向内折叠,放入胸前小袋内或小塑料袋内。口罩不能挂在胸前,手不可接触口罩的污染面
<b>操作后处理</b>	口罩、帽子应勤换,保持清洁。 <b>纱布口罩使用 2~4 小时应更换</b> ;口罩潮湿应立即更换;每次接触严密隔离病人后应立即更换口罩; <b>使用一次性口罩不得超过 4 小时</b> ;离开污染区前将口罩、帽子放入特定的污物袋内,以便集中处理

## 4. 刷手及手的消毒操作要点

<b>准备</b>	进行护理操作前,取下手表,卷袖过肘,合理准备用物
<b>手的消毒</b>	<p>(1) 刷手法:①用刷子蘸洗手液,按前臂、腕部、手背、手掌、手指、指缝、指甲顺序彻底刷洗。注意每日应更换刷子肥皂液一次。手刷应每日消毒。刷洗范围应超过被污染的范围。②刷手 30 秒,用流水冲净泡沫,使污水从前臂流向指尖;同法刷另一只手,反复两次,共刷手 2 分钟。刷手完毕,手刷置于固定容器中。刷手时身体勿靠近水池,以免隔离衣污染水池或水溅到身上。流水洗手时,腕部要低于肘部,使污水从前臂流向指尖;勿使水流入衣袖内。操作中应保持水龙头清洁。③用小手巾自上而下擦干双手,或用烘干机吹干</p> <p>(2) 浸泡消毒法:将双手浸泡于盛消毒液的盆中,用小毛巾或手刷反复擦洗或刷洗 2 分钟,再在清水盆内洗净,用小毛巾擦干。消毒液要浸没肘部及以下。擦洗时间一定要足够。浸泡时身体勿接触水盆,以免隔离衣污染水盆或水溅到身上</p>

## 5.穿、脱隔离衣操作要点

## 穿隔离衣

(1)工作服、帽子穿戴整齐,取下手表,洗手,卷袖过肘,根据操作目的准备用物。隔离衣的长短要合适,须全部遮盖工作服。(2)手持衣领取下隔离衣,衣领和隔离衣内面为清洁面,隔离衣外面为污染面。取隔离衣时要明确清洁面或污染面。(3)将隔离衣的污染面向外,衣领两端向外折齐,对齐肩缝,露出肩袖内口,使清洁面向着操作者。注意检查隔离衣完整性,如有破洞,应补好后再穿。(4)一手持衣领,另一手伸入袖内,举起手臂,将衣袖穿上;换手持衣领,依上法穿好另一袖。应注意手不能触及隔离衣的污染面。(5)两手持衣领,由前向后理顺领边,扣上领扣。系领扣时污染的袖口不可触及衣领、面部和帽子。(6)扣好袖口或系上袖带。必要时套上橡皮圈束紧袖口。此时的手已经污染。(7)从腰部自一侧衣缝向下约5 cm处将隔离衣后身向前拉,见到衣边则捏住衣边的外面,再依法将另一边捏住。捏衣边时,手不可触及清洁面。(8)两手在背后将边缘对齐,向一侧折叠,并按住折叠处。后侧边缘须对齐,折叠处不能松散。(9)将腰带在背后交叉,回到前面打一活结,系好。穿好隔离衣后,双臂保持在腰部以上,视线范围内。不得进入清洁区,避免接触清洁物品

续表

## 脱隔离衣

(1) **解开腰带,在前面打一活结。**(2)解开袖口,将衣袖向上拉,在肘部将部分衣袖塞入工作衣袖内。此时应翻起袖口,避免袖口边污染隔离衣的清洁面。(3)刷手、消毒双手并擦干。刷手时不能溅湿隔离衣,隔离衣也不能污染水池。(4)解开领扣,清洁手伸入另一侧袖口内即清洁面,拉下衣袖过手,再用衣袖遮住的手从外面拉下另一衣袖。注意保持衣领清洁。衣袖不可污染手及手臂。(5)解开在前面打活结的腰带,两手在袖内使袖子对齐,双臂逐渐退出。(6)双手持领,将隔离衣两边对齐,挂在衣钩上;不再穿的隔离衣,脱下后清洁面向外,卷好投入污物袋中。挂在半污染区的隔离衣,应清洁面向外;挂在污染区的隔离衣则应污染面向外。**隔离衣每日更换,如有潮湿或污染,应立即更换**

## 第十三章 给 药



给 药

### 考点 一 护士角色与职责

#### 1. 严格执行查对制度

“三查”	操作前、操作中、操作后查对
“七对”	核对床号、姓名、药名、浓度、剂量、用法和时间

#### 2. 参与药物管理

药柜放置	置药柜于光线明亮处,但不宜阳光直射。保持整洁
药品分类保管	按内服、外用、注射、剧毒药等分类保管。剧毒药、麻醉药加锁、登记并交班
药瓶有明显标签	内服药标签为蓝色边、外用药标签为红色边、剧毒药标签为黑色边。标签上标明药名(中、英文对照)、浓度、剂量
定期检查	药物要定期检查,如有沉淀、混浊、异味、潮解、霉变或标签脱落,难以辨认等现象,应立即停止使用

续表

分类保存	易氧化和遇光变质的药物	如维生素 C、氨茶碱、盐酸肾上腺素等,应放入 <b>有色瓶或避光纸盒内</b> ,置于阴凉处
	易挥发、潮解或风化的药物	如乙醇、过氧乙酸、糖衣片、干酵母片等,应装瓶盖紧
	易被热破坏的药物	如疫苗、胎盘球蛋白、抗毒血清等,应置于干燥阴凉处或 <b>2~10℃</b> 冷藏保存
	易燃、易爆的药物	如乙醚、环氧乙烷、乙醇等,应单独存放于阴凉低温处,远离明火。各类中药均应放于阴凉干燥处,芳香性药物应密盖保存
特种药物	病人个人专用的特种药物,单独存放,并注明床号、姓名	

### 考点 二 影响药物作用的因素

1. 药物剂型:内服药;注射药;外用药;新颖剂型

2. 给药途径:消化道给药;注射给药;呼吸道给药;皮肤黏膜用药

药物吸收速度:除静脉和动脉注射是将药液直接注入静脉和动脉进入血循环外,其他药物吸收速度由快至慢的顺序为:**吸入>肌内注射>皮下注射>直肠>口服>皮肤**。

3. 给药时间:给药的间隔时间应以药物的半衰期作为参考依据。

医院常用的外文缩写及文中译意

外文缩写	中文译意	外文缩写	中文译意
qd	每日 1 次	am	上午
bid	每日 2 次	pm	下午
tid	每日 3 次	ac	饭前
qid	每日 4 次	pc	饭后
qod	隔日 1 次	ID	皮内注射
biw	每周 2 次	H	皮下注射
qh	每小时 1 次	IM 或 im	肌肉注射
qn	每晚 1 次	IV 或 iv	静脉注射
hs	临睡前	12n	中午 12 点
prn	需要时(长期)	12mn	午夜 12 点
sos	需要时(限用 1 次,12 小时有效)	St	立即

#### 4.取药、配药和发药的方法

<b>取药</b>	(1) 固体药用药匙取药;(2) 水剂用量杯,更换药液品种时应将量杯洗净后再用;(3) 药液不足 1 mL 用滴管吸取计量(1 mL 为 15 滴);(4) 油剂及按滴计算的药液,可先在杯中加少许冷开水,再滴入药液,以免药液吸附在药杯壁,影响剂量;(5) 个人专用药应单独存放,注明床号、姓名、药名、剂量
<b>配药</b>	(1) 根据服药本摆药。(2) 先配固体药,再配水剂。(3) 数种药片可放在同一药杯内;多种药液分别放置在不同药杯中。(4) 全部药物配完后,重新查对一次,然后再请另一护士查对后方可发药
<b>发药</b>	(1) 分发药物:在规定时间内,核对、解释,分发药物。待病人服下后方可离开。(2) 危重病人应喂服;鼻饲病人须将药碾碎、溶解后从胃管内灌入;因故不能服药者,应将药取回并交班。(3) 发药时,病人如提出疑问,应虚心听取,重新核对,确认无误后给予解释,再给病人服下。(4) 发药完毕,收回药杯,按规定处理

#### 5.健康教育

药物	服药要点
<b>健胃药</b>	饭前服,因其刺激味觉感受器,使胃液大量分泌,可增进食欲
<b>助消化药及对胃黏膜有刺激性的药物</b>	饭后服,以便使药物和食物均匀混合,有助于消化或减少对胃壁的刺激
<b>止咳糖浆</b>	对呼吸道黏膜起安抚作用,服后不宜饮水,以免冲淡药物。同时服用多种药物,应最后服用止咳糖浆

续表

药物	服药要点
磺胺类药和解热药	服后宜多喝水。前者由肾脏排出,尿少时易析出结晶,使肾小管堵塞;后者起发汗降温作用,多喝水可增强药物疗效
对牙齿有腐蚀作用和使牙齿染色的药物	如酸类、铁剂,可用饮水管服用药液,服药后漱口;服用铁剂禁忌饮茶,因茶叶中的鞣酸与铁形成铁盐妨碍吸收
强心苷类药物	服用前应测脉率(心率)及节律,如脉率低于60次/分或节律异常,应停药并报告医师

### 考点 吸入给药法

#### 1. 超声雾化吸入法常用药物

用药目的	举例
控制呼吸道感染	抗生素类,如庆大霉素、卡那霉素
解除支气管痉挛	如氨茶碱、沙丁胺醇
稀化痰液,帮助祛痰	如 $\alpha$ -糜蛋白酶、乙酰半胱氨酸
减轻呼吸道黏膜水肿	如地塞米松

## 考点 四 注射给药法

### 1. 皮内注射法(ID)

定义	将小量药液注射于表皮和真皮之间的方法
目的	药物过敏试验;预防接种;局部麻醉的先驱步骤
部位	药物过敏试验在前臂掌侧下段,因该处皮肤较薄,易于注射,且皮色较浅,局部反应易于辨认;预防接种在 <b>三角肌下缘</b> ;局部麻醉在相应部位
持针姿势	平执式,即右手拇指、中指握住空筒,示指固定针栓,针尖斜面向上进针
进针角度	针尖与皮肤成 <b>5°</b> 角刺入 <b>皮内</b>
进针深度	针尖斜面完全进入皮内
注意事项	病人已对注射药物有过敏史者不做皮试;忌用碘酊消毒皮肤,以免脱碘不彻底影响对局部反应的观察;注射部位不可按揉;20分钟后观察结果

### 2. 皮下注射法(H)

定义	将少量药液注入皮下组织的方法
目的	需迅速达到药效和不能或不宜经口服给药时采用;预防接种;局部供药,如局部麻醉用药
部位	上臂三角肌下缘、腹部、后背、大腿外侧方

续表

持针姿势	平执式
进针角度	针尖与皮肤成 $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ 角刺入皮下
进针深度	针头的 $2/3$ (1.5~2 cm)
注意事项	(1) 针头刺入角度不宜超过 $45^{\circ}$ 角, 以免刺入肌层; (2) 经常注射者, 应更换部位, 轮流注射; (3) 药液少于 1 mL 时, 用 1 mL 注射器吸药, 保证药物剂量准确

## 3. 肌内注射法 (IM 或 im)

定义	将药液注入肌肉组织的方法
目的	不宜或不能做静脉注射, 要求比皮下注射更迅速发生疗效; 注射刺激性较强或药量较大的药物
部位	选择肌肉较厚、离大神经和大血管较远的部位。有臀大肌、臀中肌、臀小肌、股外侧肌、上臂三角肌, 其中以臀大肌最为常用 (1) 臀大肌注射定位法: 两种定位方法: ① 十字法: 臀裂顶点向左或向右画一水平线, 然后从髂嵴最高点作一平分线, 取外上四分之一处 (避开内角) 为注射部位; ② 连线法: 髌前上棘和尾骨连线的 <b>外上 <math>1/3</math> 处</b> 为注射部位

续表

<b>部位</b>	(2)臀中肌、臀小肌注射定位法:该处血管、神经较少,且脂肪组织也较薄,故目前使用日趋广泛。定位法有两种:①二指法:即以示指尖和中指尖分别置于髂前上棘和髂嵴下缘处,这样髂嵴、示指、中指便构成了一个三角形,注射部位在示指和中指构成的内角内。②三指法:即髂前上棘外侧三横指处(以病人自己手指宽度为标准) (3)股外侧肌注射定位法:大腿中段外侧,成人于膝上 10 cm,髌关节下 10 cm,宽约 7.5 cm,此区大血管、神经干很少通过,部位较广,适用于多次注射 (4)三角肌注射定位法:上臂外侧,自肩峰下 2~3 横指。此处肌肉少,只能做小剂量注射
<b>体位</b>	侧卧位;俯卧位;仰卧位;坐位
<b>持针姿势</b>	执笔式(握毛笔式),即右手拇指、示指握住空筒,中指固定针栓进针
<b>进针角度</b>	针尖与皮肤呈 <b>90°</b> 角刺入 <b>肌肉组织</b>
<b>进针深度</b>	针头的 2/3(2.5~3 cm)
<b>注意事项</b>	2 岁以下婴幼儿臀部肌肉发育不完善,臀大肌注射有损伤坐骨神经的危险,应选用臀中肌、臀小肌注射。长期注射者,应更换注射部位,以利药物吸收

#### 4. 静脉注射(IV 或 iv)及静脉血标本采集法

<b>定义</b>	自静脉注入药液或抽取血标本的方法
-----------	------------------

续表

目的	(1)静脉注射:①药物不宜口服、皮下或肌内注射而需迅速发生药效时采用;②做诊断性检查;③静脉营养治疗;④输液或输血。(2)静脉血标本采集:①全血标本:测定血沉及血液中某些物质如血糖、尿素氮、肌酐、尿酸、肌酸、血氨的含量;②血清标本:测定肝功能、血清酶、脂类、电解质等;③血培养标本:培养检测血液中的病原体
部位	①四肢浅静脉(肘部的贵要静脉、正中静脉、头静脉和手背、足背、踝部等静脉);②小儿头皮静脉;③股静脉,位于股三角区,在股神经和股动脉内侧
方法	静脉注射:穿刺部位上方约 6 cm 处扎止血带,穿刺部位的肢体下垫小枕,嘱病人握拳,针尖斜面与皮肤呈 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 角平执式进针,见回血再平行进针少许,松带、松拳,缓慢注入药物,拔针
	静脉血标本采集:进针方法同静脉注射,见回血后,抽动注射器活塞,抽血至所需量,再松带、松拳,拔针,取下注射器针头,将血标本注入相应容器内

## 5. 动脉注射及动脉血标本采集法

定义	自动脉注入药液或抽取血标本的方法
目的	(1)加压输入血液,以迅速增加有效血容量,用于抢救重度休克病人。(2)注入造影剂,用于施行某些特殊检查,如脑血管造影、下肢动脉造影等。(3)注射抗癌药物做区域性化疗,如头面部疾患采用颈总动脉;上肢疾患采用锁骨下动脉;下肢疾患采用股动脉。(4)采集动脉血标本,做血气分析
部位	桡动脉、股动脉、颈总动脉、锁骨下动脉

续表

<b>方法</b>	操作者立于穿刺侧,戴手套或消毒左手示指和中指,在已消毒的范围内摸到欲穿刺动脉搏动最明显处,固定于两指间;右手持注射器,在两指间垂直或与动脉走向呈 40°角刺入动脉,见有鲜红色回血,右手固定穿刺针的方向及深度,左手以最快的速度注射药液或采血。操作完毕,迅速拔出针头,局部加压止血 5~10 分钟。采血做血气分析者,针头拔出后立即刺入软塞以隔绝空气,然后用手搓动注射器以使血液与抗凝剂混匀,避免凝血
-----------	---

## 6. 药物过敏试验

### (1) 青霉素过敏试验

#### ① 皮内试验法

<b>皮试液剂量</b>	青霉素过敏试验液的剂量以每 mL 含 200~500 U 的青霉素 G 生理盐水溶液为标准。 <b>皮内注入 0.1 mL 含青霉素 20~50 U, 20 分钟后观察试验结果</b>
<b>结果判断</b>	(1) 阴性:皮丘无改变,周围不红肿,无红晕,无自觉症状 (2) 阳性:局部皮丘隆起,出现红晕硬块, <b>直径大于 1 cm</b> ,或周围出现伪足、有痒感。严重时可有头晕、心慌、恶心,甚至出现过敏性休克
<b>注意事项</b>	试验结果阳性者禁用青霉素,并应在医嘱单、病历卡、体温单、床头卡、注射卡、门诊卡上醒目地标明“青霉素阳性”,同时告知本人及其家属

#### ② 青霉素快速过敏试验法

<b>试验液剂量</b>	1 mL 含 1 万 U 青霉素(注射用水稀释)
--------------	--------------------------

续表

操作步骤	<p>(1)用注射用水或蒸馏水浸湿的纱布(忌用乙醇),擦拭病人前臂掌侧皮肤</p> <p>(2)在电极板方形的负极滴青霉素试验液 1 滴,中间圆形正极滴注射用水 1 滴,另一圆形正极滴 0.25% 普鲁卡因试验液 1 滴(在注射普鲁卡因青霉素时用),将电极板束于前臂掌侧面,松紧适度</p> <p>(3)开启电源开关,电流维持在 50~80 <math>\mu\text{A}</math>,电压维持在 9~12 V。待电流稳定后,开动计时开关 5 分钟</p> <p>(4)试验时间到,快速试验器自动报警,电流随即中断,关开关,取下电极板,观察反应</p>
结果判断	<p>(1)阴性:在青霉素及注射用水的电极板下的皮肤充血和压迹程度相同,1~2 分钟后即消失,全身无反应</p> <p>(2)阳性:试验处皮肤出现明显突起的风团或大丘疹,周围充血或不充血。少数病人的局部皮肤出现白斑,也为阳性表现。强阳性者可伴有臂部痒、刺、灼热等感觉或全身反应。为防止迟缓反应,须继续观察 5 分钟,并在注射前再观察一次</p>

## (2)破伤风抗毒素脱敏注射法

次数	抗毒血清	0.9%氯化钠注射液	注射法
1	0.1 mL	0.9 mL	肌肉注射
2	0.2 mL	0.8 mL	肌肉注射
3	0.3 mL	0.7 mL	肌肉注射
4	余量	稀释至 1 mL	肌肉注射

## 考点 五 青霉素过敏反应

1.青霉素过敏性休克:为 I 型变态反应,发生率 5/1 万~10/1 万,特点为反应迅速、强烈、消失快。

发生时间	多在用药后 5~20 分钟内,甚至在用药后数秒内发生,既可发生于过敏试验过程中,也可发生于初次肌肉注射时(皮内过敏试验结果阴性),极少数人发生于连续用药的过程中
临床表现	(1)呼吸系统症状:由喉头水肿、支气管痉挛和肺水肿引起,表现为胸闷、气促、哮喘、呼吸困难等;(2)循环系统症状:由于周围血管扩张导致有效循环血量不足引起,表现为面色苍白、冷汗、发绀、脉细弱、血压下降等;(3)中枢神经系统症状:由于脑组织缺氧引起,表现为头晕眼花、意识丧失、抽搐、大小便失禁等;(4)皮肤过敏症状:瘙痒、荨麻疹等
急救措施	(1)立即停药,病人平卧,氧气吸入,注意保暖 (2)常用药物:首选药物:盐酸肾上腺素 (3)对症处理:①呼吸受抑制:肌注尼可刹米或洛贝林等呼吸兴奋剂;②喉头水肿:气管插管或气管切开术;③心搏骤停:立即行胸外心脏按压术;④血压下降不回升:补充血容量,用低分子右旋糖酐,必要时用多巴胺、间羟胺等升压药物;⑤肌肉瘫痪松弛无力:皮下注射新斯的明 0.5~1 mg (4)监测、记录:病人生命体征、尿量等

2.血清病型反应

发生时间	属于 III 型变态反应。一般于用药后 7~12 天发生
------	------------------------------

续表

临床表现	发热、关节肿痛、皮肤发痒、荨麻疹、全身淋巴节肿大、腹痛等
急救措施	停药多能自行缓解,必要时用抗组胺类药

## 考点 六 局部给药

### 1. 滴药法

名称	方法
滴眼药法	(1)病人取坐位或仰卧位,头稍后仰,眼向上看;(2)用棉签或棉球拭净眼部分泌物;(3)操作者一手将病人下眼睑向下方牵引,另一手持滴管或滴瓶,手掌跟部轻轻置于病人前额上,滴管距离眼睑 1~2 cm,将药液 1~2 滴滴入眼下部结膜囊内;(4)轻轻提起上睑,使药液均匀扩散于眼球表面,以干棉球拭干流出的药液,并嘱病人闭目 2~3 分钟;(5)用棉球紧压泪囊部 1~2 分钟
滴耳药法	(1)病人取坐位或卧位,头偏向健侧,患耳朝上;(2)吸净耳道内分泌物,必要时用 3% 过氧化氢溶液反复清洗至清洁,以棉签拭干;(3)操作者一手将耳廓向后上方轻轻牵拉,使耳道变直,如为小儿滴耳,需将其耳廓向下牵拉,方可使耳道变直。另一手持滴瓶,将药液 2~3 滴滴入耳道轻压耳屏,使药液充分进入中耳;(4)用小棉球塞入外耳道口,以免药液流出;(5)注意避免滴管触及外耳道,污染滴管及药物;(6)嘱病人保持原体位 1~2 分钟

续表

<b>滴鼻药法</b>	(1)病人取坐位,头向后仰,或取垂头仰卧位,如治疗上颌窦、额窦炎时,则取头后仰并向患侧倾斜;(2)擤鼻,以纸巾抹净,解开衣领;(3)操作者一手轻轻推鼻尖以充分显露鼻腔,另一手持滴管距鼻孔约 2 cm 处滴入药液 3~5 滴;(4)轻捏鼻翼,使药液均匀分布鼻腔黏膜;(5)稍停片刻后恢复如常体位,用纸巾揩去外流的药液;(6)观察疗效反应,并注意有无出现反跳性黏膜充血加剧,其原因与血管收缩剂连续使用时间过长(超过 3 天)有关
-------------	--

## 2. 插入法

将药液栓剂塞入身体腔道内(直肠和阴道),由黏膜吸收,达到局部或全身治疗的效果。**栓剂熔点为 37℃ 左右**,插入体腔后栓剂缓慢融化而产生疗效。

<b>直肠栓剂插入法</b>	(1)病人取侧卧位,膝部弯曲,暴露出肛门括约肌。需要时用屏风遮挡,拉好窗帘;(2)操作者戴上指套或手套,嘱病人张口深呼吸,尽量放松;(3)将栓剂插入肛门,并用示指将栓剂沿直肠壁朝脐部方向送入;(4)置入栓剂后,保持侧卧位 15 分钟,以防药栓滑脱或融化后渗出肛门外;(5)观察是否产生预期药效,若栓剂滑脱出肛门外,应予重新插入
<b>阴道栓剂插入法</b>	(1)病人取仰卧位,双腿分开,屈膝或卧于检查床上,支起双腿。需要时用屏风遮挡病人;(2)操作者利用置入器或戴上手套将阴道栓剂沿阴道下后方向轻轻送入,达阴道穹隆;(3)嘱病人至少平卧 15 分钟,以利药物扩散至整个阴道组织和利于药物吸收;(4)为避免药物或阴道渗出物弄污内裤,可使用卫生棉垫;(5)指导病人在治疗期间避免性交;(6)观察用药效果

## 第十四章 静脉输液与输血



静脉输液与输血

### 考点 静脉输液

#### 1. 密闭式输液法

一次排气成功的标志	茂非滴管液面 1/2 或 2/3, 茂非滴管以下输液管内无气泡, 液体无外溢
穿刺固定	选择静脉, 备胶布, 常规消毒穿刺部位, 距穿刺点上方 6 cm 以上结扎止血带, 嘱病人握拳, 使静脉充盈。静脉穿刺见回血后, 将针头平行再进入血管少许, 放松止血带和调节器, 嘱病人松拳, 胶布固定
调节滴速	根据年龄、病情及药物性质调节滴速, 通常成人 40~60 滴/分, 儿童 20~40 滴/分; 年老体弱、婴幼儿、心肺疾病病人滴入速度宜慢; 脱水严重、心肺功能良好者速度可快; 含钾药物、高渗溶液、升压药等滴入速度要慢
巡视、观察	输液过程应加强巡视, 听取病人主诉, 观察输液情况, 及时更换输液瓶
大量输液	合理安排输液顺序、合理用药

## 2. 颈外静脉输液法

<b>适应证</b>	(1) 长期输液而周围静脉不易穿刺者; (2) 周围循环衰竭的危重者, 需测中心静脉压; (3) 长期静脉内滴注高浓度、刺激性强的药物, 或行静脉内高营养疗法者
<b>穿刺点</b>	下颌角和锁骨上缘中点连线之上 1/3 处, 颈外静脉外缘进针
<b>封管</b>	输液结束用 0.4% 枸橼酸钠生理盐水 1~2 mL 或肝素稀释液注入硅胶管内, 将无菌静脉帽与针栓部旋紧
<b>拔管</b>	动作轻柔; 长期置管者应边抽边拔, 避免残留的小血块落入血管内; 拔管后加压数分钟, 避免空气进入静脉

## 3. 常见输液故障及排除方法

<b>溶液不滴</b>	<p>(1) 针头: ①针头滑出血管外, 液体注入皮下组织, 局部有肿胀、疼痛, 应另选血管重新穿刺; ②针头斜面紧贴血管壁, 妨碍液体滴入, 可调整针头位置或适当变换肢体位置, 直到滴注通畅为止; ③针头阻塞, 折叠滴管下输液管, 同时挤压近针头端的输液管。若感觉有阻力, 且无回血, 则表示针头已阻塞, 应更换针头重新穿刺</p> <p>(2) 压力过低, 输液瓶位置过低或病人肢体位置过高所致, 可适当提高输液瓶位置或降低肢体位置</p> <p>(3) 血管静脉痉挛, 用热水袋或热毛巾热敷注射部位上端血管, 以缓解静脉痉挛</p>
<b>滴管内液面过高</b>	取下输液瓶, 倾斜液面, 使插入瓶内的针头露于液面上, 待溶液缓缓流下, 直至滴管露出液面, 再将瓶挂于输液架上, 继续进行滴注
<b>滴管内液面过低</b>	折叠滴管下端输液管, 同时挤压塑料滴管, 迫使液体流入滴管, 直至液面升高至滴管 1/2 处

续表

滴管内液面自行下降	检查滴管上端输液管和滴管内有无漏气或裂隙,必要时更换输液器
-----------	-------------------------------

### 考点 (三) 常见输液反应及护理

#### 1. 发热反应

原因	因输入致热物质引起。多由于输液瓶清洁灭菌不彻底,输入的溶液或药物制品不纯,消毒保存不良,输液器消毒不严或被污染,输液过程中未能严格执行无菌操作等所致
症状	多发生于输液后数分钟到 1 小时,表现为发冷、寒战和发热。轻者体温在 38℃ 左右,停止输液后数小时可自行恢复正常;重者初起寒战,继之高热,体温可达 41℃,伴恶心、呕吐、头痛、脉速等症状
护理	(1) 预防:严格检查药液质量、输液用具的包装及灭菌有效期等,严格无菌技术操作。(2) 减慢滴速或停止输液,及时与医生联系,注意体温变化。(3) 寒战时适当增加盖被、热水袋保暖、热饮;高热时给予物理降温。(4) 抗过敏药物或激素治疗。(5) 保留剩余溶液和输液器,必要时送检做细菌培养,查明发热原因

#### 2. 急性肺水肿

原因	与输液速度过快、输入液量过多有关
症状	突然出现呼吸困难、胸闷、咳嗽、咯粉红色泡沫样痰,严重时痰液从口鼻涌出,两肺可闻及湿啰音,心率快且节律不齐

续表

<b>护理</b>	(1) 预防:严格控制输液滴速和输血量,对心、肺疾患病人及老年人、儿童尤为重要 (2) 停止输液,及时与医生联系,积极配合抢救 (3) 端坐位,两腿下垂,以减少静脉回流,减轻心脏负担。必要时四肢轮扎,以阻断静脉血流,每隔 5~10 分钟轮流放松一个肢体的止血带,可有效地减少静脉回心血量,待症状缓解后,逐步解除止血带 (4) 吸入高流量(6~8 L/min)氧气,同时给予 20%~30%乙醇溶液湿化吸氧,因乙醇能减低肺泡内泡沫的表面张力,使泡沫破裂消散,从而改善肺部气体交换,迅速缓解缺氧症状 (5) 选用镇静、平喘、强心、利尿、扩血管药物
-----------	---

### 3. 静脉炎

<b>原因</b>	长期输入高浓度、刺激性较强的药液,或输液导管长时间留置,引起局部静脉壁发生化学炎性反应;也可因输液过程中未严格执行无菌操作,导致局部静脉感染
<b>症状</b>	沿静脉走向出现条索状红线,局部组织发红、肿胀、灼热、疼痛,有时伴畏寒、发热等全身症状
<b>护理</b>	(1) 预防:严格执行无菌操作;刺激性的药物应充分稀释后应用;防止药物溢出血管外;有计划地更换注射部位。(2) 停止此部位输液,患肢抬高并制动,局部用 50%硫酸镁溶液行热湿敷。(3) 超短波理疗。(4) 中药治疗,将如意金黄散局部外敷,具有清热、止痛、消肿的作用。(5) 合并感染,遵医嘱抗生素治疗

## 4. 空气栓塞

原因	与大量空气经静脉输液管进入血循环有关。由于输液时空气未排尽;输液管连接不紧密;加压输液、输血时无人守护;连续输液添加液体不及时等原因引起
症状	表现为胸闷异常不适或胸骨后疼痛,随之出现呼吸困难和严重发绀,有濒死感觉。听诊心前区可闻及一个响亮的、持续的“水泡声” 空气进入静脉,随血流经右心房到右心室,如空气量少,则被右心室压入肺动脉,并分散进入肺小动脉内,最后经毛细血管吸收,因而损害小;如空气量大,则在右心室内阻塞肺动脉口,使血液不能进入肺内,可引起严重缺氧,甚至死亡
护理	(1) 预防:输液前排尽输液管内空气;输液过程中密切观察;加压输液或输血时应专人守护,以防空气栓塞发生。 (2) 停止输液:通知医生,配合抢救,安慰病人,减轻恐惧感。(3) 采取左侧卧位并头低足高。(4) 氧气吸入

## 考点



## 静脉输血

目的	作用	适用人群
补充血容量	增加有效循环血量,升高血压,增加心排出量,促进循环	用于失血失液引起的血容量减少或休克病人

续表

目的	作用	适用人群
纠正贫血	增加血红蛋白含量,促进携氧功能	用于血液系统疾病引起的严重贫血和某些慢性消耗性疾病的病人
供给血小板和各种凝血因子	有助于止血	用于凝血功能障碍的病人
输入抗体、补体等血液成分	增强机体免疫能力	用于严重感染的病人
补充白蛋白	维持胶体渗透压,减轻组织液渗出和水肿	用于低蛋白血症病人
排除有害物质	血红蛋白失去运氧能力或不能释放氧气供组织利用时,以改善组织器官的缺氧状况	用于一氧化碳、苯酚等化学物质中毒

## 考点四 血型及交叉配血试验

### 1.ABO 血型系统

血型	红细胞内抗原	血清中抗体
A	A	抗 B
B	B	抗 A
AB	A、B	无
O	无	抗 A、抗 B

## 2.交叉相容配血试验

直接交叉配血试验	用受血者血清和供血者红细胞进行配合试验,检查受血者血清中是否有破坏供血者红细胞的抗体。要求结果绝对不可有凝集或溶血现象
间接交叉相容配血试验	用供血者血清和受血者红细胞交叉配合,检查供血者血清中是否有破坏受血者红细胞的抗体

## 3.静脉输血前准备

操作	内容
备血	填写输血申请单,采血送血库做血型鉴定和交叉配血试验
取血	间接输血法时应凭取血单与血库人员共同做好“三查”“八对”: “三查”为查血的有效期、血的质量和输血装置是否完好; “八对”为对姓名、床号、住院号、血瓶(袋)号、血型、交叉配血试验结果、血液种类和剂量,核对无误,在交叉配血单上签名
取血后	勿剧烈振荡血液,以免红细胞大量破坏而引起溶血。不能将血液加温,防止血浆蛋白凝固变性而引起反应,应在室温下放置 15~20 分钟后再输入
输血前	再次两人核对,确定无误方可输入
知情同意	输血前,应取得病人的理解,同意输血,签署知情同意书

## 4. 输血方法

方法	步骤
间接输血法	<p>将抽出供血者的血液,按静脉输液法输给受血者</p> <p>(1)按密闭式输液法(输液器换成输血器)先给病人输入少量生理盐水</p> <p>(2)由两位护士仔细进行“三查”“八对”,确定无误后将贮血袋以旋转动作轻轻摇匀,常规消毒贮血袋长塑料管和橡胶套管,将生理盐水瓶塞上的输血器针头拔出,插入上述消毒部位</p> <p>(3)滴速开始宜慢,观察 10 分钟后无不良反应,再根据病情调整滴速,成人一般为每分钟 40~60 滴,儿童酌减</p> <p>(4)输入两袋以上血液时,两袋之间输入少量生理盐水。输血结束时,继续滴入生理盐水,直至输血器内血液全部输完后拔针</p>
直接输血法	<p>将供血者血液抽出后,立即输给病人。常用于婴幼儿少量输血或无库血而病人急需输血时</p> <p>(1)在准备好的无菌注射器内抽取一定量的抗凝剂(每 50 mL 血中加 3.8%枸橼酸钠溶液 5 mL)</p> <p>(2)三位护士配合操作,分别担任抽血、传递和输血任务</p> <p>(3)在更换注射器时不需拔出针头,用手指压迫穿刺部位前端静脉以减少出血</p> <p>(4)输血毕拔出针头,用无菌棉球按压穿刺点片刻至无出血</p>

## 考点 五 常见输血反应及护理

### 1. 发热反应

原因	由致热原引起,如保养液或输血用具被致热原污染;受血者在输血后产生白细胞抗体和血小板抗体所致的免疫反应;没有严格遵守无菌操作原则
症状	可在输血中或输血后 1~2 小时内发生,畏寒或寒战、发热,体温达 40 ℃,伴皮肤潮红、头痛、恶心、呕吐等,症状持续 1~2 小时后缓解
护理措施	(1) 预防:严格管理血库保养液和输血用具,严格执行无菌操作 (2) 处理:反应轻者,减慢滴数可使症状缓解,严重者停止输血,密切观察生命体征,对症处理并通知医生。必要时遵医嘱给予解热镇痛药和抗过敏药,如异丙嗪或肾上腺皮质激素等

### 2. 过敏反应

原因	病人为过敏体质,输入血液中的异体蛋白质同过敏机体的蛋白质结合形成完全抗原而致敏;献血员在献血前用过可致敏的药物或食物,使输入血液中含致敏物质
症状	大多发生在输血后期或即将结束时。程度轻重不一,轻者出现皮肤瘙痒、荨麻疹、轻度血管性水肿,如眼睑、口唇水肿;重者因喉头水肿出现呼吸困难,两肺闻及哮鸣音,甚至发生过敏性休克

续表

<b>护理措施</b>	(1) 预防: 选用无过敏史的供血者。供血者在采血前 4 h 内不吃高蛋白和高脂肪食物, 宜用少量清淡饮食或糖水 (2) 处理: ①轻者减慢输血速度, 继续观察, 重者立即停止输血; ②呼吸困难给予吸氧, 严重喉头水肿气管切开, 循环衰竭给予抗休克治疗; ③根据医嘱给予 <b>0.1% 肾上腺素 0.5~1 mL 皮下注射</b> , 或用抗过敏药物和激素如异丙嗪、氢化可的松或地塞米松等
-------------	--

### 3. 溶血反应

#### 血管内溶血

<b>原因</b>	(1) 输入异型血, 多由于 ABO 血型不相容引起, 献血者和受血者血型不符而造成; (2) 输入变质血, 输血前红细胞已变质溶解, 如血液储存过久、体温过高, 输血前将血加热或振荡过剧, 血液受细菌污染均可造成溶血; (3) 血中加入高渗或低渗溶液或能影响血液 pH 变化的药物, 致使红细胞大量破坏所致
<b>症状</b>	在输血 10~15 mL 后症状即可出现, 初期由于红细胞凝结成团, 阻塞部分小血管, 病人出现头胀痛、四肢麻木、腰背部剧烈疼痛和胸闷等。继而由于凝结的红细胞发生溶解, 大量血红蛋白释放进入血浆, 病人出现黄疸和血红蛋白尿, 同时伴有寒战、高热、呼吸急促和血压下降等症状。后期一方面由于大量溶解的血红蛋白从血浆进入肾小管, 遇酸性物质变成结晶体, 使肾小管阻塞; 另一方面抗原和抗体的相互作用, 又引起肾小管内皮缺血、缺氧而坏死脱落, 致使肾小管阻塞, 病人出现少尿、无尿等急性肾衰竭症状, 严重者可导致死亡

续表

<b>护理措施</b>	(1) 预防: 认真做好血型鉴定和交叉配血试验, 输血前仔细查对, 杜绝差错。严格执行血液保存规则, 不可使用变质血液。(2) 处理: 停止输血并通知医生, 保留余血, 采集病人血标本重做血型鉴定和交叉配血试验; 维持静脉输液通道, 供给升压药和其他药物; 静脉注射碳酸氢钠碱化尿液, 防止血红蛋白结晶阻塞肾小管; 双侧腰部封闭, 并用热水袋敷双侧肾区, 解除肾血管痉挛, 保护肾脏; 严密观察生命体征和尿量, 并做好记录, 对少尿、尿闭者, 按急性肾衰竭处理; 出现休克症状, 配合抗休克治疗
-------------	---

### 考点 (六) 与大量输血有关的反应

#### 1. 出血倾向

<b>原因</b>	长期反复输血或超过病人原血液总量的大量输血, 由于库血中的血小板破坏较多, 使凝血因子减少而引起出血
<b>症状</b>	表现为皮肤、黏膜瘀斑, 穿刺部位大块淤血, 或手术后伤口渗血
<b>护理措施</b>	短时间内输入大量库血时, 应密切观察病人意识、血压、脉搏等变化, 注意皮肤、黏膜或手术伤口有无出血。可根据医嘱间隔输入新鲜血或血小板悬液, 以补充足够的血小板和凝血因子

#### 2. 枸橼酸钠中毒反应

<b>原因</b>	与大量输血后血钙下降有关, 因大量输血随之输入大量枸橼酸钠, 如肝功能不全, 枸橼酸钠尚未氧化即和血中游离钙结合而使血钙下降, 以致凝血功能障碍、毛细血管张力减低、血管收缩不良和心肌收缩无力等
-----------	--

续表

症状	表现为手足抽搐、出血倾向、血压下降、心率缓慢、心室颤动,甚至发生心脏停搏
护理措施	严密观察病人的反应。输入库血 1 000 mL 以上时,须按医嘱静脉注射 10%葡萄糖酸钙或氯化钙溶液 10 mL,以补充钙离子

## 第十五章 冷热疗法



冷热疗法

### 考点 ㊟ 冷、热疗法

#### 1. 冷、热疗法的生理效应

生理效应	用热	用冷
血管	扩张	收缩
细胞代谢	增加	减少
需氧量	增加	减少
毛细血管通透性	增加	减少
血液黏稠度	降低	增加
血液流动	增快	减慢
淋巴流动	增快	减慢
结缔组织伸展性	增强	减弱

续表

神经传导速度	增快	减慢
体温	上升	下降

## 2.影响冷、热疗法效果的因素

因素	内容
方式	湿冷、湿热的效果优于干冷、干热
面积	冷、热疗法的效果与面积大小呈正相关
时间	随时间的增加而增强
温度	温度与机体体表的温度相差越大,机体对冷、热刺激的反应越强;反之则小。另外,环境温度也可影响冷热效应,如环境温度高于或等于身体温度时,传导散热被抑制,而在干燥冷环境中用冷,散热会增加
部位	皮肤较薄的区域,如前臂内侧、颈部,对冷、热的敏感性强,效果也较好。血液循环也能促进冷、热疗法的效果,临床上为高热患者物理降温,将冰袋、冰囊放置在 <b>颈部、腋下、腹股沟等体表大血管流经处</b> ,以增加散热
个体差异	年龄、性别、身体状况、居住习惯、肤色等影响冷热疗法的效应。对昏迷、血液循环障碍、血管硬化、感觉迟钝等患者,因其对冷、热的敏感性降低,尤其要注意防止烫伤与冻伤

## 考点 二 冷疗法的应用

- 1.目的:减轻局部充血或出血;减轻疼痛;控制炎症的扩散。
- 2.冷疗的禁忌证

血液循环障碍	见于大面积受损、全身微循环障碍、休克、周围血管病变、动脉硬化、糖尿病、神经病变、水肿等病人,因循环不良,组织营养不足,若使用冷疗,进一步使血管收缩,加重血液循环障碍,导致局部组织缺血缺氧而变性坏死
慢性炎症或深部化脓病灶	因冷疗使局部血流减少,妨碍炎症的吸收
组织损伤、破裂	因冷疗可降低血液循环,增加组织损伤,且影响伤口愈合。尤其大范围组织损伤,应绝对禁止
对冷过敏	使用冷疗可出现红斑、荨麻疹、关节疼痛、肌肉痉挛等过敏症状

### 3.冷疗的禁忌部位

枕后、耳廓、阴囊处;心前区;腹部;足底。

### 4.冷疗的方法

方法	操作要点
冰袋(冰囊)	高热降温时置冰袋于前额、头顶部和体表大血管流经处;扁桃体摘除术后将冰袋置于颈前颌下
冰帽(冰槽)	监测肛温,维持肛温在 33 ℃ 左右,不低于 30 ℃,以防心室颤动等并发症出现

续表

方法	操作要点
冷湿敷	冷敷部位如果为开放性伤口,则必须按无菌技术处理伤口
温水擦浴或乙醇擦浴	温水擦浴的温度是 $32\sim 34\text{ }^{\circ}\text{C}$ ;乙醇擦浴的水温是 $30\text{ }^{\circ}\text{C}$ ,浓度是 $25\%\sim 35\%$ 乙醇 $200\sim 300\text{ mL}$ 。方法为擦浴时冰袋置头部热水袋置足底;以离心方向擦浴;胸前区、腹部、后颈、足底为擦浴的禁忌部位;擦浴后 30 分钟测量体温。如果低于 $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 则取下头部冰袋

### 考点 ㉓ 热疗法的应用

1.目的:促进炎症的消散和局限;减轻疼痛;减轻深部组织的充血;保暖与舒适。

2.禁忌证:(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;(4)软组织损伤或扭伤的初期(48 小时内);(5)其他:心、肝、肾功能不全者,皮肤湿疹,急性炎症,孕妇,金属移植物部位,恶性病变部位。麻痹、感觉异常者慎用。

3.方法

方法	操作要点
热水袋	水温:成人为 $60\sim 70\text{ }^{\circ}\text{C}$ ,昏迷、老人、婴幼儿、感觉迟钝、循环不良等患者,水温应低于 $50\text{ }^{\circ}\text{C}$
烤灯	方法为保持灯距 $30\sim 50\text{ cm}$ ,温热适宜,治疗时间为 $20\sim 30$ 分钟

续表

方法	操作要点
热湿敷	水温为 50~60 ℃, 拧至不滴水为度。时间是每 3~5 分钟更换一次敷布, 持续 15~20 分钟。如果为开放性伤口, 则必须按无菌技术处理伤口
热水坐浴	能达到消炎、消肿、止疼的目的, 用于会阴部、肛门疾病及手术后。水温为 40~45 ℃, 时间为 15~20 分钟。女性患者经期、妊娠后期、产后 2 周内、阴道流血和盆腔急性炎症不宜坐浴, 以免引起感染
温水浸泡	用于手、足、前臂、小腿部感染。水温为 43~46 ℃, 时间为 30 分钟

## 第十六章 病情观察



病情观察

### 考点一 病情观察的方法

#### 1. 直接观察法

视诊	是最基本的检查方法
听诊	利用耳或借助听诊器分辨由病人身体不同部位发出的声音及所代表的不同含义
触诊	通过手的感觉来感知病人身体某部位有无异常的检查方法
叩诊	通过手指叩击或手掌拍击被检查部位体表,使之震动而产生音响,根据所感到的震动和所听到的音响特点来了解被检查部位脏器的尺寸、形状、位置及密度,如确定肺下界、心界大小、有无腹水及腹水的量等
嗅诊	利用嗅觉来辨别病人的各种气味及与其健康状况的关系

### 考点二 病情观察的内容

#### 1. 意识状态的观察

项目	内容
嗜睡	最轻度的意识障碍。患者处于持续睡眠状态,但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

续表

项目	内容	
意识模糊	其程度较嗜睡深,表现为思维和语言不连贯,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	
昏睡	患者处于熟睡状态,不易唤醒。压迫眶上神经、摇动身体等强刺激可被唤醒,醒后答话含糊或答非所问,停止刺激后即又进入熟睡状态	
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。瞳孔对光反射、角膜反射、眼球运动、吞咽反射、咳嗽反射等可存在。呼吸、心跳、血压无明显改变,可有大小便失禁或潴留
	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。机体仅能维持循环与呼吸的最基本功能,呼吸不规则,血压可下降,大小便失禁或潴留

## 2. Glasgow 昏迷量表

项目	状态	分数
睁眼反应	自发性的睁眼反应	4
	声音刺激有睁眼反应	3
	疼痛刺激有睁眼反应	2
	任何刺激均无睁眼反应	1

续表

项目	状态	分数
语言反应	对人物、时间、地点等定向问题清楚	5
	对话混淆不清,不能准确回答有关人物、时间、地点等定向问题	4
	言语不流利,但字意可辨	3
	言语模糊不清,字意难辨	2
	任何刺激均无语言反应	1
运动反应	可按指令动作	6
	能确定疼痛部位	5
	对疼痛刺激有肢体退缩反应	4
	疼痛刺激时肢体过屈(去皮质强直)	3
	疼痛刺激时肢体过伸(去脑强直)	2
	疼痛刺激时无反应	1

**考点** 二 瞳孔的观察

项目	内容
正常瞳孔	呈圆形,两侧等大等圆,位置居中,边缘整齐;在自然光线下,直径为 2~5 mm,调节反射两侧相等
瞳孔缩小	直径小于 2 mm 称为瞳孔缩小,小于 1 mm 为针尖样瞳孔。双侧瞳孔缩小,常见于有机磷农药、氯丙嗪、吗啡等药物中毒;单侧瞳孔缩小常提示同侧小脑幕裂孔疝早期
瞳孔散大	直径大于 5 mm 称为瞳孔散大。双侧瞳孔散大,常见于颅内压增高、颅脑损伤、颠茄类药物中毒及濒死状态;一侧瞳孔扩大、固定,常提示同侧颅内病变(如颅内血肿、脑肿瘤等)所致的小脑幕裂孔疝的发生

## 第十七章 危重病人的抢救和护理



危重病人的抢救和护理

### 考点 一 氧气吸入法

#### 1. 缺氧的分类和氧气疗法的适应证

分类	适应证
低张性缺氧	特点为动脉血氧分压( $\text{PaO}_2$ )降低,使动脉血氧含量( $\text{CaO}_2$ )减少,组织供氧不足。氧疗效果最好
血液性缺氧	由于血红蛋白数量减少或性质改变,造成血氧含量降低或血红蛋白结合的氧不易释放所致。常见于贫血、一氧化碳中毒、高铁血红蛋白症等
循环性缺氧	由于组织血流量减少使组织供氧量减少所致。常见于休克、心力衰竭、栓塞等
组织性缺氧	由于组织细胞利用氧异常所致。常见于氰化物中毒、大量放射线照射等

## 2. 氧疗方法

鼻导管给氧法	单侧鼻导管给氧法	是将一根细氧气鼻导管插入一侧鼻孔,经鼻腔到达鼻咽部,末端连接氧气的供氧方法。 <b>鼻导管插入长度为鼻尖至耳垂的 2/3</b> 。此法病人不易耐受
	双侧鼻导管给氧法	是将双侧鼻导管插入鼻孔内约 1 cm,导管环固定稳妥即可。此法比较简单,病人感觉比较舒适,容易接受,因而是目前临床上常用的给氧方法之一
鼻塞法	鼻塞是一种用塑料制成的球状物,将鼻塞塞入一侧鼻孔鼻前庭内给氧。此法刺激性小,病人较为舒适,且两侧鼻孔可交替使用	
面罩法	将面罩置于病人的口鼻部供氧,氧气自下端输入,呼出的气体从面罩两侧孔排出。由于口、鼻部都能吸入氧气,效果较好。给氧时必须有足够的氧流量, <b>一般需 6~8 L/min</b> 。可用于病情较重,氧分压明显下降者	
氧气头罩法	将病人头部置于头罩里,罩面上有多个孔,可以保持罩内一定的氧浓度、温度和湿度;头罩与颈部之间要保持适当的空隙,防止二氧化碳潴留及重复吸入。此法 <b>主要用于小儿</b>	
氧气枕法	氧气枕是一长方形橡胶枕,枕的一角有一橡胶管,上有调节器可调节氧流量,氧气枕充入氧气,接上湿化瓶即可使用。此法可用于家庭氧疗、危重病人的抢救或转运途中,以枕代替氧气装置	

### 3. 氧疗的不良反应

当氧浓度高于 60%、持续时间超过 24 小时,可能出现氧疗不良反应。

不良反应	表现及预防措施
氧中毒	表现为胸骨下不适、疼痛、灼热感,继而出现呼吸增快、恶心、呕吐、烦躁、断续的干咳。预防措施是避免长时间、高浓度氧疗及经常做血气分析,动态观察氧疗的治疗效果
肺不张	表现为烦躁,呼吸、心率增快,血压上升,继而出现呼吸困难、发绀、昏迷。预防措施是鼓励患者做深呼吸,多咳嗽和经常改变卧位、姿势,防止分泌物阻塞
呼吸道分泌物干燥	氧气是一种干燥气体,吸入后可导致呼吸道黏膜干燥,分泌物黏稠,不易咳出,且有损纤毛运动。因此,氧气吸入前一定要先湿化再吸入,以减轻对呼吸道黏膜的刺激作用
晶状体后纤维组织增生	仅见于新生儿,以早产儿多见。由于视网膜血管收缩、视网膜纤维化,最后出现不可逆转的失明,因此应控制氧浓度和吸氧时间
呼吸抑制	见于 II 型呼吸衰竭者( $\text{PaO}_2$ 降低、 $\text{PaCO}_2$ 增高),由于 $\text{PaCO}_2$ 长期处于高水平,呼吸中枢失去了对二氧化碳的敏感性,呼吸的调节主要依靠缺氧对外周化学感受器的刺激来维持,吸入高浓度氧,解除缺氧对呼吸的刺激作用,使呼吸中枢抑制加重,甚至呼吸停止。因此对 <b>II 型呼吸衰竭患者应给予低浓度、低流量(1~2 L/min)吸氧</b> ,维持 $\text{PaO}_2$ 在 8 kPa(60 mmHg)即可

## 考点 ㉓ 洗胃

### 1. 洗胃方法

口服催吐法	适用于清醒能合作的病人:(1)洗胃溶液:10 000~20 000 mL,温度 25~38 ℃;(2)病人坐位,自饮大量灌洗液后引吐,不易吐出时,用压舌板压其舌根引起呕吐,如此反复,直至吐出的灌洗液澄清无味;(3)记录灌洗液名称、液量及呕吐物的性质、颜色、气味、量和病人的一般情况等。必要时留取标本送验
漏斗胃管洗胃法 (利用虹吸原理)	(1)体位:坐位或半坐位,中毒较重者取左侧卧位,昏迷病人取平卧位头偏向一侧。有活动义齿应取下 (2)插胃管:长度为鼻尖至耳垂再至剑突下约 45~55 cm,证实胃管在胃内后,即可洗胃 (3)洗胃:先将漏斗放置低于胃部的位置,挤压橡胶球,抽尽胃内容物,必要时留取标本送验。举漏斗高过头部约 30~50 cm,将洗胃液缓慢倒入漏斗约 300~500 mL,当漏斗内尚余少量溶液时,迅速将漏斗降至低于胃部的位置,倒置于盛水桶内,利用虹吸作用引出胃内灌洗液。如此反复灌洗,直至流出液澄清无味为止。每次灌入量和洗出量应基本相等
电动吸引器洗胃 (利用负压吸引原理)	(1)接通电源:检查吸引器功能,安装灌洗装置;(2)插管:同漏斗胃管洗胃方法;(3)洗胃:开动吸引器,吸出胃内容物。负压宜保持在 13.3 kPa 左右,留取第一次标本送检。关闭吸引器,夹紧贮液瓶上的引流管,开放输液管,使溶液流入胃内 300~500 mL。夹紧输液管,开放贮液瓶上的引流管,开动吸引器,吸出灌入的液体。反复灌洗,直至洗出液澄清无味为止

续表

<b>自动洗胃机洗胃法</b>	(1)接电源,插胃管。(2)将配好的胃灌洗液倒入水桶。将三根橡胶管分别和机器的药管、胃管和污水管口连接,将药管的另一端放入灌洗液筒内,污水管的另一端放入空水桶内,将胃管的一端与病人洗胃管相连接。调节药量流速。(3)接通电源后,依次按各机键,先吸出胃内容物,再对胃进行冲洗;待冲洗干净后,按“停机”键,机器停止工作。洗胃过程中,注意保持管道通畅
-----------------	---

## 2.常用洗胃溶液

毒物种类	灌洗溶液	禁忌药物
酸性物	镁乳、蛋清水、牛奶	强碱药物
碱性物	5%醋酸、白醋、蛋清水、牛奶	强酸药物
敌敌畏	2%~4%碳酸氢钠、1%盐水、1:15 000~1:20 000 高锰酸钾	—
1605、1059、4049(乐果)	2%~4%碳酸氢钠	高锰酸钾
敌百虫	1%盐水或清水,1:(1.5×10 <sup>4</sup> )~1:(2.0×10 <sup>4</sup> )高锰酸钾	碱性药物
DDT、666	温开水或生理盐水洗胃,50%硫酸镁导泻	油性泻药
巴比妥类	1:(1.5×10 <sup>4</sup> )~1:(2.0×10 <sup>4</sup> )高锰酸钾洗胃、硫酸钠导泻	硫酸镁

续表

毒物种类	灌洗溶液	禁忌药物
氰化物	饮 3% 过氧化氢溶液后引吐, 1 : (1.5×10 <sup>4</sup> ) ~ 1 : (2.0×10 <sup>4</sup> ) 高锰酸钾洗胃	牛奶、鸡蛋
灭鼠药(磷化锌)	1 : (1.5×10 <sup>4</sup> ) ~ 1 : (2.0×10 <sup>4</sup> ) 高锰酸钾洗胃、0.1% 硫酸铜洗胃; 0.5% ~ 1% 硫酸铜溶液每次 10 mL, 每 5~10 分钟口服一次, 并用压舌板刺激舌根催吐	脂肪及其他油类食物

## 第十八章 临终护理



临终护理

### 考点 一 临终病人的心理变化及护理

心理学家罗斯博士提出临终病人经历5个心理反应阶段。

反应阶段	表现
否认期	患者得知自己病重将面临死亡,其心理反应是“不,这不是我,那不是真的!”因此极力 <b>否认、拒绝</b> 接受事实,他们怀着侥幸的心理四处求医,希望是误诊
愤怒期	当否认无法再持续下去时,患者常表现为 <b>生气与激怒</b> ,产生“为什么是我,这不公平”的心理,往往将愤怒的情绪向医护人员、朋友、家属等接近他的人发泄,或对医院的制度、治疗等方面表示不满,以弥补内心的不平
协议期	患者愤怒的心理消失, <b>接受临终的事实</b> 。患者为了尽量延长生命,作出许多承诺作为交换条件,出现“请让我好起来,我一定……”的心理。此期患者变得和善,对自己的病情抱有希望,能配合治疗
忧郁期	当患者发现身体状况日益恶化,协商无法阻止死亡来临,产生很强烈的失落感“好吧,那就是我”,出现 <b>悲伤、退缩、情绪低落、沉默、哭泣等反应</b> ,要求与亲朋好友见面,希望由他喜爱的人陪伴照顾
接受期	患者变得平静,产生“好吧,既然是我,那就去面对吧”的心理, <b>接受</b> 即将面临死亡的事实,患者喜欢独处,睡眠时间增加,情感减退,静等死亡的到来

## 第二篇 内科护理学

### 第一章 绪论



绪论

#### 考点 二 护理体检

基本方法:

视诊	护士通过视觉观察和了解病人全身或局部病变特征的一种检查方法。要求环境温暖,自然光线
触诊	通过手的触摸对病人器官或组织的物理特征进行判断的一种检查方法。可补充视诊的某些不足,进一步明确视诊所不能肯定的体征 触诊一般用手掌面或尺侧、掌指关节部掌面和手指指腹进行 触诊时注意保暖,护士的手不宜过凉,指甲不可过长,压力适当,由浅入深,先触诊健侧后触诊病侧
叩诊	用手指叩击病人身体某部的表面,使之产生振动而发出音响。根据振动和音响的特点来判断被检查部位脏器状态的检查方法
听诊	直接用耳或借助听诊器听取病人脏器活动时所产生的微弱声音,根据其变化来判断脏器病变的诊断方法:听诊时环境要安静、温暖、避风;听诊前应检查听诊器耳件方向是否正确,管腔是否通畅;体件要紧贴被检查部位,避免与皮肤摩擦而产生附加音

续表

<b>嗅诊</b>	应用嗅觉辨别发自病人体表、呼吸道、胃肠道、呕吐物、排泄物等的异常气味,以判断疾病的性质和变化,以及疾病与异常气味之间的关系 方法:护士用手将病人散发的气味扇向自己的鼻部
-----------	---

## 考点

E

### 一般状态检查

#### 1.呼吸气味的改变

<b>烂苹果味</b>	见于糖尿病酮症酸中毒病人
<b>恶臭味</b>	见于支气管扩张或肺脓肿病人
<b>肝腥(肝臭)味</b>	见于肝性脑病(肝昏迷)病人
<b>氨(尿)味</b>	见于尿毒症病人
<b>刺激性大蒜味</b>	见于有机磷农药中毒病人

#### 2.面容和表情

<b>急性病容</b>	面颊潮红、烦躁不安、呼吸急促、痛苦呻吟等
<b>慢性病容</b>	面容憔悴,面色苍白或灰暗,精神萎靡,瘦弱无力
<b>二尖瓣面容</b>	面容晦暗,口唇微绀,两面颊呈淤血性的发红
<b>甲亢面容</b>	面容惊愕、眼裂增宽、眼球突出、目光炯炯有神、情绪激动易变

续表

满月面容	面容圆如满月、皮肤发红、常伴痤疮和毳毛
肢端肥大症面容	头颅增大、面部变长、眉弓及两侧颧部隆起、下颌增大前突、耳鼻增大、唇舌肥厚
病危面容	面容枯槁,面色灰白或发绀,表情淡漠,眼眶凹陷,目光无神,皮肤湿冷,甚至大汗淋漓

### 考点 三 淋巴结检查

正常淋巴结	浅表淋巴结不大,不易触及。偶可触及颈部、颌下或腹股沟淋巴结,直径小于0.5 cm,表面光滑、质软、无压痛,可活动,不与周围组织粘连	
淋巴结检查	方法	使病人被检查部位的皮肤和肌肉放松,护士的手指指腹紧贴被查部位,由浅入深进行滑行触诊
	顺序	从耳后开始,顺序检查颌下、颈部、锁骨上窝、腋下、腹股沟和腠窝的淋巴结
	内容	检查淋巴结的数目、大小、硬度、有无触痛、粘连,局部皮肤有无红肿
淋巴结检查	临床意义	<p>(1) 非特异性淋巴结炎:一般有压痛,质软,表面光滑,无粘连</p> <p>(2) 淋巴结结核:多发生在颈部,相互粘连或与周围组织粘连。晚期破溃后形成瘰管,愈合后形成瘢痕</p> <p>(3) 恶性肿瘤淋巴结转移:质硬而无压痛,与周围组织粘连而固定。肺癌多向右锁骨上窝淋巴结转移;胃癌多向左锁骨上淋巴结转移</p> <p>(4) 全身淋巴结肿大:大小不等,遍及全身,无粘连。见于淋巴瘤、白血病、传染性单核细胞增多症等病人</p>

**考点** ④ 胸部检查

<b>正常胸廓</b>	左右两侧肩部、肩胛骨、锁骨、肋骨大致对称,成年人胸廓的前后径小于左右径	
<b>异常胸廓</b>	<b>扁平胸</b>	胸廓扁平,前后径小于左右径的一半
	<b>桶状胸</b>	胸廓呈桶状,前后径明显增大,甚至与左右径相等,肋间隙增宽
	<b>佝偻病胸</b>	鸡胸:胸廓前后径略大于左右径,胸部上下长度较短,胸骨的中下段前突 漏斗胸:胸骨下部剑突处显著内陷 佝偻病串珠:肋骨与肋软骨连接处隆起呈 <b>串珠状</b>
	<b>局部异常隆起和凹陷</b>	隆起:见于大量胸腔积液、气胸、胸腔肿瘤 凹陷:见于肺不张、广泛胸膜粘连
<b>胸壁</b>	检查有无皮下气肿、局部压痛、静脉充盈或曲张 检查乳房有无压痛、肿物、下陷等	

## 考点 五 气管、肺和胸膜

听诊:

正常呼吸音	肺泡呼吸音	前胸上部、腋下及肩胛间区下部,吸气时间长于呼气时间
	支气管呼吸音	喉部、胸骨上窝、背部第 6~7 颈椎、第 1 胸椎附近,呼气时间长于吸气时间
	支气管肺泡呼吸音	支气管呼吸音和肺泡呼吸音混合而成,分布在胸骨角附近及肩胛间区上部第 3、4 胸椎水平,呼气时间等于吸气时间

续表

<b>异常呼吸音</b>	<b>异常肺泡呼吸音</b>	肺泡呼吸音减弱、消失或增强	
	<b>异常支气管呼吸音</b>	在正常肺泡呼吸音的部位出现的支气管呼吸音	
	<b>啰音</b>	<b>干啰音</b>	原理:气流通过狭窄的支气管或冲击支气管内黏稠分泌物使之振动而产生的声音 鼾音:发生于大支气管,音调低而粗 哨笛音:发生于小支气管,音调高,犹如哨笛的音响 哮鸣音:伴呼气延长的哨笛音
		<b>湿啰音</b>	原理:吸气时气流通过有稀薄分泌物的气道,形成的水泡破裂所产生的声音。又称水泡音。根据支气管口径不同所产生的湿啰音分为大、中、小水泡音 局限于肺的某部——该部有炎症 两侧肺底——肺下部炎症或肺淤血 两肺布满湿啰音——急性肺水肿
<b>胸膜摩擦音</b>	胸膜炎症,其脏层和壁层表面粗糙,两层胸膜随呼吸运动产生摩擦的声音		

## 考点 六 心脏和血管



绪论

听诊:

### (1) 心脏瓣膜听诊区

二尖瓣区	位于心尖搏动部,即第5肋间左锁骨中线内侧
肺动脉瓣区	胸骨左缘第2肋间
主动脉瓣区	第一听诊区在胸骨右缘第2肋间,第二听诊区在胸骨左缘第3、4肋间
三尖瓣区	胸骨体下端左缘,即胸骨左缘第4、5肋间处

(2) 听诊顺序:自心尖部起逆时针方向。即二尖瓣区→肺动脉瓣区→主动脉瓣第一听诊区→主动脉瓣第二听诊区→三尖瓣区。

### (3) 听诊内容

心率	正常成人心率60~100次/分,3岁以下儿童较快,老年人较慢 窦性心动过速:成人心率超过100次/分,常见于剧烈运动、过度紧张、高热等 窦性心动过缓:心率低于60次/分,常见于运动员、迷走神经兴奋性增高、冠心病
心律	正常成人心律规则,儿童和青少年稍有不齐 窦性心律不齐:吸气时心律增快,一般无临床意义

续表

心音	正常心音	4 个,即第一心音 $S_1$ 、第二心音 $S_2$ 、第三心音 $S_3$ 和第四心音 $S_4$ 。通常只能听到 $S_1$ 、 $S_2$ ,青少年有时会听到 $S_3$ 、 $S_4$ 一般听不到,多属病理性
	心音增强	见于二尖瓣狭窄、发热、甲状腺功能亢进症
	心音减弱	见于心肌炎、心肌梗死、休克
	舒张期奔马律	舒张期附加心音与原有心音构成的三音律,其心率在 100 次/分以上,像马奔跑时马蹄的声音 见于动脉粥样硬化性心脏病、心肌炎等重症心脏病,提示左心室心肌极度衰弱
	心脏杂音	收缩期杂音:发生在第一心音及第二心音之间的杂音。局限于心尖部较轻的杂音多为功能性,较响且沿血流方向传导的杂音多为病理性 舒张期杂音:发生在第二心音之后,下一个第一心音之前的杂音,无论性质程度如何,多为病理性

## 考点 七 腹部检查

腹部触诊:

腹壁紧张度	<p>正常人腹壁柔软,无抵抗</p> <p>腹肌紧张:当腹内有炎症时,腹肌可因反射性痉挛而使腹壁变硬,有抵抗感</p> <p>板状腹:急性胃穿孔引起急性弥漫性腹膜炎时,全腹肌肉紧张显著,硬如木板</p> <p>“揉面感”:结核性腹膜炎由于慢性炎症,腹膜增厚,触诊腹壁有柔切感,似揉面团的感觉</p>
压痛及反跳痛	<p>反跳痛:腹部触诊有压痛后,手指在原处继续加压稍停片刻,然后将手迅速抬起,病人感觉疼痛加剧。</p> <p>当腹内脏器或腹膜有炎性病变时,可出现相应部位的压痛。反跳痛是壁层腹膜受炎症累及的征象</p>
腹部包块	<p>应注意其位置、大小、形态、硬度,有无压痛与搏动,能否移动,以及与周围器官和腹壁的关系</p>
肝脏	<p>嘱病人平静呼吸</p> <p>大小:由右锁骨中线肋缘至肝下缘的距离、剑突下至肝下缘的距离表示,以厘米计算</p> <p>质地:以质软、质韧和质硬三级表示</p> <p>正常成人肝脏一般<b>触不到</b>,腹壁松弛者,深吸气时在肋下缘可触及肝下缘,但在1 cm以内;在剑突下可触及肝下缘,多在3 cm以内;其质地柔软,表面光滑,边缘规则,<b>无压痛</b>,无搏动</p>
脾脏	<p>正常脾脏不能触及</p> <p>脾脏肿大按程度分为:</p> <p>轻度肿大(深吸气时,脾下缘在左侧肋下不超过3 cm)、中度肿大(脾下缘在肋缘下3 cm至脐水平线)、高度肿大(脾下缘超过脐水平线下)</p>

续表

<b>膀胱</b>	判断有无尿液和尿潴留 方法:护士右手自病人脐部向耻骨方向触诊,触到肿物要注意鉴别是否为胀大的膀胱。胀大的膀胱触诊有囊性感,按压时有尿意,排空膀胱后,肿物缩小或消失
-----------	--

## 考点 八 神经系统检查

1.生理反射 为正常人应具有的神反射。

<b>浅反射</b>	刺激皮肤或黏膜引起的反射 (1)角膜反射:深昏迷者消失 (2)腹壁反射:正常时腹肌受到刺激后立即收缩,腹壁反射消失见于胸髓病损、锥体束病损、昏迷
<b>深反射</b>	刺激肌腱或骨膜所引起的反射 膝腱反射:正常反应为股四头肌收缩,小腿伸展 减弱或消失:多为 <b>器质性病变</b> ,如末梢神经炎、神经根炎等下运动神经元病变 亢进:常见于上运动神经元病变

2.脑膜刺激征 为脑膜受刺激的体征,见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血、脑脊液压力增高等病理情况。

<b>颈项强直</b>	病人仰卧位,下肢伸直,护士用手托其枕部做屈颈动作,正常时下颏可贴近前胸。若病人感 <b>颈后疼痛</b> , <b>下颏不能贴近前胸</b> ,护士感抵抗力增强,即为颈项强直
-------------	---

续表

凯尔尼格(Kernig)征	病人仰卧位,护士将其一侧髋关节屈成直角,再用手抬高小腿。正常人膝关节可伸达135°以上。如在135°以内出现抵抗感伴有疼痛与屈肌痉挛,则为阳性
布鲁津斯基(Brudzinski)征	病人仰卧位,下肢伸直,护士一手托起病人枕部,一手按于其胸前,然后使头部前屈。如双髋关节与膝关节同时屈曲,则为阳性

### 考点九 常用实验检查

#### 1. 血红蛋白和红细胞数测定

性别	红细胞	血红蛋白
成人男性	$(4.0 \sim 5.5) \times 10^{12}/L$	120~160 g/L
成人女性	$(3.5 \sim 5.0) \times 10^{12}/L$	110~150 g/L

#### 2. 白细胞计数及白细胞分类计数

白细胞计数	$(4.0 \sim 10.0) \times 10^9/L$
-------	---------------------------------

续表

白细胞分类计数	中性粒细胞	杆状核细胞 $(0.01\sim 0.05)\times 10^9/L$ ,分叶核细胞 $(0.5\sim 0.7)\times 10^9/L$
	嗜酸性粒细胞	$(0.005\sim 0.05)\times 10^9/L$
	嗜碱性粒细胞	$(0\sim 0.01)\times 10^9/L$
	淋巴细胞	$(0.3\sim 0.4)\times 10^9/L$
	单核细胞	$(0.03\sim 0.08)\times 10^9/L$

### 3.其他常用血液检查

项目	功能及参考值
网织红细胞计数	反映骨髓造血功能。成人0.5%~1.5%;绝对值 $(24\sim 84)\times 10^9/L$
红细胞沉降率	成年男性0~15 mm/h,成年女性0~20 mm/h
血小板计数	$(100\sim 300)\times 10^9/L$
出血时间测定	Duke法1~3分钟,>4分钟为延长
凝血时间测定	试管法4~12分钟;玻片法2~5分钟;毛细血管法2~6分钟
血块退缩试验	血液凝固后0.5~1小时开始收缩,24小时内完全收缩



绪论

## 考点 十 尿液检查

### 1. 一般检查

颜色	新鲜正常尿液为淡黄色透明液体;服用维生素 B、呋喃唑酮、呋喃类药物或多吃胡萝卜者尿色加深 胆红素尿:尿色呈深黄色,多见于阻塞性黄疸及肝细胞性黄疸 血红蛋白尿:尿液呈酱油色,见于急性溶血、恶性疟疾和血型不合的输血反应等 乳糜尿:为白色乳样尿液,见于晚期血丝虫病或其他原因引起的肾周围淋巴管受阻时
气味	氨味为慢性膀胱炎及尿潴留的表现。 <b>糖尿病酮症病人,尿液呈烂苹果样气味。</b> 膀胱直肠瘘病人尿液带粪臭味
酸碱度	尿液一般为弱酸性,进素食者尿液呈中性或弱碱性,进食肉类食物时尿液呈酸性。在酸中毒、发热或服用氯化铵等药物时,尿液可呈较强的酸性,服用碳酸氢钠类药物或碱中毒时,尿液呈碱性

### 2. 化学检查

尿糖定性试验	班氏法和试纸法,前者较准确,后者较方便
显微镜检查	(1) 上皮细胞:正常人尿内无或偶见,大量出现,表示泌尿系统有炎症 (2) 管型:正常人尿内不应出现,当尿内出现多量管型时,表示肾实质有病变

### 3.尿液其他检查

<b>尿酮体检查</b>	β-羟丁酸、乙酰乙酸和丙酮的总称 剧烈运动、高脂饮食、饥饿、妊娠剧吐、重症不能进食等可出现酮尿 糖尿病酮症病人尿酮体呈阳性
<b>1 小时细胞排泄率测定</b>	标本采集法:病人照常工作,不限制饮食,准确留取下午 3 小时的全部尿液送验
	参考值:男性:红细胞<3 万/小时,白细胞<7 万/小时;女性:红细胞<4 万/小时,白细胞<14 万/小时 临床意义:肾盂肾炎白细胞排出增多,可达 40 万/小时 急性肾炎红细胞排出增多

## 考点 十一 粪便检查

### 1.粪便常规检查

<b>颜色和性状</b>	正常成人为黄褐色圆柱状软便,婴儿粪便呈金黄色 常见病理改变:(1)食糜样或稀汁样便;(2)黏液、脓样或脓血便;(3)冻状便:过敏性结肠炎;(4)柏油样便:黑色富有光泽,呈柏油样;(5)鲜血便:肠道下段出血性疾病;(6)白陶土样便;(7)绿色稀便:乳儿消化不良;(8)细条状便:肠狭窄;(9)米泔样便
<b>气味</b>	正常粪便因含吲哚及粪臭素,故有臭味 慢性胰腺炎、肠道消化不良或直肠癌溃烂时,粪便有恶臭
<b>寄生虫体</b>	蛔虫、蛲虫、绦虫节片等较大虫体肉眼可分辨

## 2. 显微镜检查

寄生虫卵及原虫	对寄生虫病和原虫感染有确诊价值
细胞	红细胞:肠道下段炎症或出血 白细胞:肠炎 巨噬细胞:细菌性痢疾

## 3. 粪便隐血试验

标本采集方法	检查前,避免服用铁剂、维生素 C、动物血、肝脏、瘦肉及大量绿叶蔬菜 3 日,如有牙龈出血,勿咽下血性唾液,以防检查呈假阳性
参考值	正常人呈阴性反应
临床意义	消化性溃疡时阳性率为 40%~70%,呈间断阳性 消化道癌症时(如胃癌)阳性率可达 95%,呈持续阳性

**考点** **十二** 生化检查

## 1. 常用肾功能检查

内生肌酐清除率	标本采集法	(1) 试验前和试验日进食 <b>低蛋白饮食共 3 日,禁食肉类</b> (无肌酐饮食),避免剧烈运动 (2) 试验日晨 8 时排空膀胱弃去尿液,此后至次日晨 8 时的 24 小时尿液收集于加有甲苯防腐剂的标本瓶内 (3) 试验日抽取静脉血 2~3 mL,注入抗凝管内,充分混匀
---------	-------	---

续表

内生肌酐清除率	标本采集法	(4)将血、尿标本同时送验 (5)测量身高、体重,以计算体表面积
	参考值	正常为 109~148 L/24 h(80~120 mL/min)
血尿素氮和血肌酐测定	血清尿素氮测定:1.8~7.1 mmol/L 血清肌酐测定:30~106 μmol/L	
尿浓缩与稀释功能试验	标本采集法	(1) 试验日进食普通饮食,每餐含水量 500~600 mL,除此外不另进饮食 (2) 试验日晨 8 时排尿弃去 (3) 自晨 8 时至晚 8 时的 12 小时内,每小时排尿(全量)1 次,分别置于清洁标本瓶内 (4) 自晚 8 时至次晨 8 时的 12 小时内全部尿液另集中于大清洁标本瓶内
	参考值	日间尿量与夜间尿量之比为 3 : 1~4 : 1 12 小时夜间尿量不应超过 750 mL 尿液最高比重应在 1.020 以上;最高比重与最低比重之差不应少于 0.009

## 2.常用肝功能检查

血蛋白总量及白蛋白与球蛋白比值(A/G)	参考值:正常人蛋白总量 60~80 g/L,白蛋白(A)为 40~55 g/L,球蛋白(G)为 20~30 g/L; A/G 之比为 1.5 : 1~2.5 : 1
----------------------	---

续表

血蛋白电泳	参考值:白蛋白 61%~71%, $\alpha_1$ 球蛋白 3%~4%, $\alpha_2$ 球蛋白 6%~10%, $\beta$ 球蛋白 7%~11% 和 $\gamma$ 球蛋白 9%~18%(醋酸膜法)
血清总胆红素和血清结合胆红素	参考值:总胆红素 1.7~17.1 $\mu\text{mol/L}$ (0.1~1.0 mg/dl) 结合胆红素 0~4 $\mu\text{mol/L}$ (0~0.2 mg/dl)
血清丙氨酸氨基转移酶 ALT	广泛存在于肝、心、脑、肾、肠等组织细胞中,以肝细胞中含量最高,比血清中高 2 000 倍。 参考值:80 U/L 以上有诊断价值 显著增高见于急性肝炎;中度增高见于肝硬化、肝癌、慢性肝炎;轻度增高见于胆道疾病、心肌炎、脑血管病等

## 3.其他生化检查

血清电解质	①血清钠:135~145 mmol/L(135~145 mEq/L)
	②血清氯:95~105 mmol/L(95~105 mEq/L)
	③血清钾:3.5~5.5 mmol/L(3.5~5.5 mEq/L)
	①血清钙:2.25~2.75 mmol/L(9~11 mg/dl)
	②血清磷:0.97~1.60 mmol/L(2.5~5 mg/dl)

续表

<b>血脂</b>	主要包括胆固醇、三酰甘油、磷脂和游离脂肪酸 血清总胆固醇:2.86~5.98 mmol/L(110~230 mg/dl) 血清三酰甘油:0.22~1.21 mmol/L(20~110 mg/dl)
-----------	--

### 考点 十三 其他检查

<b>透视</b>	检查前向病人说明检查目的和需要配合的姿势,尽量除去透视部位的厚层衣物及影响 X 线穿透的物品,如发夹、金属饰物、膏药、敷料等,以免影响诊断
<b>摄影</b>	向病人解释摄影目的、方法、注意事项,使病人在摄片时合作。除急腹症外,腹部摄片前应先清理肠道,以免气体或粪便影响摄片质量。创伤病人摄片时,应尽量少搬动,危重病人摄片必须有临床医护人员监护
<b>造影</b>	解释以取得合作。了解有无禁忌证,如严重心、肾疾病或过敏体质。用碘造影剂者需做碘过敏试验,方法:35%的碘造影剂滴入眼球结合膜,15 分钟后观察有无充血反应;也可用同剂型碘造影剂 1 mL 缓慢静脉注射,15 分钟内观察病人有无胸闷、心慌、恶心、呕吐、呼吸急促、头晕、头痛、荨麻疹等不良反应。应备齐各种急救药物与用品,掌握严重反应的急救方法

续表

胃肠钡餐检查	检查前3日禁服影响胃肠道功能的药物和含钾、镁、钙等重金属药物;禁食10小时以上;有幽门梗阻者检查前应先抽出胃内滞留物
钡剂灌肠检查	检查前1日进少渣半流质饮食,下午至晚上饮水1000 mL左右;如做钡剂双重造影,检查前1日晚需服用番泻叶导泻;检查当日禁早餐;检查前2小时清洁灌肠
CT	一般不需特殊准备。胸腹部扫描前 <b>禁食6~8小时</b> ;盆腔扫描前 <b>3天进食少渣、少胀气饮食</b>
MRI	检查前向病人说明,以消除病人进入磁场检查时的顾虑和恐惧。去除随身携带的所有金属物件,包括义齿、节育环、起搏器等体内金属性异物

## 第二章 呼吸系统疾病病人的护理



呼吸系统疾病病人的护理

### 考点 一 常见症状护理

#### 1.咳嗽、咳痰的临床表现

咳嗽	性质	干性咳嗽:咳嗽时无痰或痰量极少,见于咽炎、气管异物、早期肺癌等 湿性咳嗽:伴有痰液的咳嗽,以慢性支气管炎及支气管扩张最常见
	时间	突然发作:与异物吸入及过敏有关 慢性连续性咳嗽:常见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿和空洞型肺结核等 夜间咳嗽明显;多见于左心衰竭、肺结核
	音色	嘶哑:声带发炎、喉炎、喉结核、喉肿物、喉返神经麻痹 犬吠样咳嗽:会厌、喉部疾患或气管受压 金属音调:纵隔肿瘤、支气管肿物 声音微弱:声带麻痹、极度衰竭

续表

咳嗽	性状	白色泡沫或黏液痰转为黄色——细菌性感染 草绿色痰——铜绿假单胞菌(绿脓杆菌)感染 铁锈样痰——肺炎链球菌感染 红棕色胶冻状痰——肺炎克雷伯杆菌感染 痰呈红色或红棕色——支气管扩张症、肺癌、肺结核 红褐色或巧克力色痰——阿米巴肺脓肿 果酱样痰——肺吸虫病 粉红色泡沫痰——急性左心衰竭 痰液恶臭气味——厌氧菌感染 灰黑色痰——大气污染、肺尘埃沉着症
	痰量	<b>24 小时咳痰量&gt;100 mL</b> 为大量咳痰 肺脓肿病人的痰液静置后出现分层现象:上层为泡沫,中层为浆液,下层为脓液及坏死物质

## 2.咳嗽、咳痰的护理措施

<p><b>有效咳嗽</b></p>	<p>适用于神志清醒能咳嗽的病人 方法:取舒适体位,先行 5~6 次深呼吸,然后于深吸气末保持张口状,连续咳嗽数次,将痰咳到咽部附近,再用力咳嗽将痰排出;或取坐位,双脚着地,双手环抱枕头顶住腹部(促使膈肌上升),咳嗽时身体前倾,头颈屈曲,张口咳嗽将痰液排出</p>
<p><b>拍背与胸壁振荡</b></p>	<p>适用于长期卧床、排痰无力的病人 方法:病人取侧卧位,护士指关节微屈,手呈杯状,从肺底由外向内、由下向上轻拍胸壁,振动气道,边拍边鼓励病人咳嗽</p>
<p><b>湿化呼吸道</b></p>	<p>适用于痰液黏稠不易咳出者 注意事项:①防止窒息;②避免湿化过度;③控制湿化温度;④防止感染;⑤观察各种吸入药物的副作用</p>
<p><b>体位引流</b></p>	<p>适用于痰量较多、呼吸功能尚好的支气管扩张症、肺脓肿病人</p>
<p><b>机械吸痰</b></p>	<p>适用于痰量较多、排痰困难、无力咳痰的病人,尤其是昏迷或已行气管切开、气管插管的病人</p>

## 3.咯血的护理

<p><b>临床表现</b></p>	<p>①痰中带血;②少量咯血&lt;100 mL/d;③中等量咯血 100~500 mL/d;④大量咯血&gt;500 mL/d 或一次 300~500 mL;⑤先兆表现为胸闷、喉痒和咳嗽;⑥并发症为休克和窒息</p>
--------------------	---

续表

<b>护理措施</b>	<p>①心理护理:护士应守在病人身边,使之有安全感,并作必要的解释</p> <p>②安静休息:避免不必要交谈,静卧休息小量咯血可自行停止。大咯血病人应绝对卧床休息,患侧卧位</p> <p>③药物应用</p> <p>a.止血药:垂体后叶素</p> <p>b.镇静剂:地西洋 5~10 mg 肌注。禁用吗啡、哌替啶,以免抑制呼吸</p> <p>c.镇咳剂:必要时可待因口服或皮下注射,但年老体弱、肺功能不全者慎用</p>
-------------	--

**考点****肺源性呼吸困难的护理**

## 1.分型与病因

<b>吸气性呼吸困难</b>	<p>特点:吸气困难,重者出现三凹征</p> <p>见于喉水肿、痉挛,与气管异物、气管受压或肿瘤等引起的上呼吸道狭窄梗阻有关</p>
<b>呼气性呼吸困难</b>	<p>特点:呼气费力,呼气时间延长伴有广泛哮鸣音</p> <p>多见于支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿等</p>
<b>混合性呼吸困难</b>	<p>特点:吸气和呼气均费力,呼吸浅而快</p> <p>多见于重症肺炎、重症肺结核、大量胸腔积液、气胸等</p>

## 2.临床表现

<b>呼吸频率、深度、节律的改变</b>	慢性阻塞性肺气肿,并肺性脑病——呼吸节律改变 呼吸中枢受抑制——呼吸频率减慢 酸中毒——呼吸深且稍快 肺气肿等慢性病——呼吸困难逐渐发生 肺不张、大量胸腔积液——呼吸困难突然发生
----------------------	---

3.氧疗:是纠正缺氧、缓解呼吸困难最有效的方法。

缺氧严重而无二氧化碳潴留	面罩给氧
PaO <sub>2</sub> 在 6.7~8.0 kPa(50~60 mmHg), PaCO <sub>2</sub> 在 6.7 kPa(50 mmHg) 以下	2~4 L/min 氧浓度(29%~37%)
PaO <sub>2</sub> 在 5.3~6.7 kPa(40~50 mmHg), PaCO <sub>2</sub> 正常	间歇高流量(4~6 L/min) 高浓度(45%~53%)
缺氧同时有二氧化碳潴留	鼻导管或鼻塞法给氧
PaO <sub>2</sub> 低于 8.0 kPa(60 mmHg), PaCO <sub>2</sub> 在 6.7 kPa(50 mmHg) 以上	低流量(1~2 L/min) 低浓度(25%~29%) 持续给氧

**考点**

**急性上呼吸道感染病人的护理**

### 1.病因及发病机制

<b>病因</b>	70%~80%由病毒引起 细菌感染以溶血性链球菌多见
-----------	-------------------------------

续表

诱因	受凉、过度疲劳
发病机制	诱因导致全身或呼吸道局部防御功能下降时,侵入或原在上呼吸道的病毒或细菌迅速繁殖而引起本病。以冬、春季节多见

## 2. 临床表现

普通感冒	俗称“伤风”,多由 <b>鼻病毒、副流感病毒等感染引起</b> 。起病急,以鼻咽部症状为主,早期有咽干痒,继而出现打喷嚏、鼻塞、开始流清水样鼻涕,2~3天后变稠,可伴咽痛、少量咳嗽。一般无发热及全身症状,或有低热、不适,轻度畏寒、头痛
病毒性咽炎、喉炎	病毒性咽炎以咽部发痒和烧灼感为主,疼痛不明显 吞咽疼痛时,常提示链球菌感染 急性病毒性喉炎以声音嘶哑为主要症状,咳嗽时疼痛,常有发热
细菌性咽、扁桃体炎	起病急,有明显咽痛、畏寒、发热,体温可达到 39℃ 以上。咽部充血,扁桃体充血、肿大,有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大、有压痛

## 3. 治疗原则

对症治疗	休息、多喝水、戒烟,保持室内空气流通。发热、全身酸痛可选用解热止痛药;鼻塞可用 1% 新麻滴鼻液点鼻;咽痛时含消炎喉片等。也可用中草药如板蓝根冲剂、感冒清热冲剂、银翘解毒片等
------	---

续表

<b>病因治疗</b>	病毒感染应用抗病毒药如利巴韦林 细菌感染可根据病原菌选用敏感药物
-------------	-------------------------------------

## 考点 ④ 支气管哮喘病人的护理

### 1. 病因及发病机制

<b>遗传</b>	病人存在与气道高反应性、IgE 调节和特异性反应相关的基因
<b>环境</b>	激发因素:①过敏原以吸入为主;②感染;③鱼、虾蟹、蛋类、牛奶等食物;④其他

### 2. 临床表现

<b>特征</b>	反复发作的伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难,夜间或清晨发作和加重
<b>先兆表现</b>	干咳、打喷嚏、流泪等
<b>症状</b>	发作性呼气性呼吸困难,严重哮喘发作持续 24 小时以上为哮喘持续状态。表现为极度呼吸困难、发绀、端坐呼吸、大汗淋漓,甚至呼吸、循环衰竭
<b>体征</b>	发作时双肺过度充气,哮鸣音,呼气音延长,心率加快、奇脉、胸腹反常运动、发绀。轻度或非常严重者可出现寂静胸。发作缓解后可无任何症状及体征

## 3. 辅助检查

<b>血常规</b>	嗜酸性粒细胞增高; 并发感染者白细胞和中性粒细胞增高
<b>血气分析</b>	哮喘发作 PaO <sub>2</sub> 降低, 过度通气 PaCO <sub>2</sub> 降低, 表现呼吸性碱中毒。气道阻塞 PaO <sub>2</sub> 降低而 PaCO <sub>2</sub> 增高, 表现呼吸性酸中毒。如缺氧明显, 可合并代谢性酸中毒
<b>X 线检查</b>	两肺透亮度增加, 呈过度充气状态。并发感染时, 可见肺纹理增加和炎性浸润阴影
<b>痰液检查</b>	涂片可见嗜酸性粒细胞及黏液栓
<b>肺功能</b>	用力肺活量 (VC) 降低, 残气量、功能残气量、肺总量增加, 残气/肺总量的比值增高

## 4. 药物治疗

<b>缓解哮喘发作药物</b>	<b>β<sub>2</sub> 受体激动剂</b>	控制症状的首选药 作用: 松弛支气管平滑肌, 抗气道炎症, 增强黏膜纤毛功能 药物: 沙丁胺醇、特布他林、福莫特罗等口服或气雾剂 方法: 首选吸入法
	<b>抗胆碱能药物</b>	作用: 舒缓支气管、减少分泌物分泌 药物: 异丙托溴铵 对于夜间哮喘、痰多的病人尤其适用

续表

抗炎药物	糖皮质激素	当前控制哮喘最有效的药物 作用:通过抑制气道变应性炎症,降低气道高反应性
	色甘酸钠	作用:抑制炎症细胞,预防变应原引起速发和迟发反应,对预防运动和过敏原诱发的哮喘最有效 不良反应:个别出现咽喉不适、恶心、胸闷等症状

## 考点 五 慢性肺源性心脏病病人的护理

### 1.病因、发病机制及临床表现

病因	(1)支气管肺疾病:80%~90%由 COPD 引起。其次为支气管哮喘、支气管扩张症、重症肺结核、肺尘埃沉着症、慢性弥漫性肺间质纤维化、结节病等 (2)胸廓运动障碍性疾病:如脊柱后侧凸、胸廓畸形 (3)肺血管疾病:如肺小动脉栓塞等
发病机制	病因:肺血管阻力增高→肺动脉高压→肺循环阻力增加→右心室肥厚→右心衰

续表

临床表现	肺心功能代偿期	症状:咳嗽、咳痰、喘息,活动后心悸、呼吸困难、乏力、运动耐受力下降 体征:不同程度发绀和肺气肿;偶有干、湿啰音;心音遥远
	肺心功能失代偿期	(1)呼吸衰竭 症状:呼吸困难加重,夜间尤甚。常有头痛、白天嗜睡、夜间兴奋;加重时出现神志恍惚、谵妄等肺性脑病表现 体征:明显发绀,球结膜水肿、多汗、皮肤潮红,水肿、颅内压增高 (2)右心衰竭 症状:心悸、气促、食欲下降、腹痛、少尿 体征:发绀更明显,颈静脉怒张,肝颈静脉回流征阳性,肝大有压痛,心率快,水肿,重者可有腹水 (3)并发症:肺性脑病、酸碱失衡和电解质紊乱、消化道出血、弥散性血管内凝血(DIC)等。肺性脑病是肺心病死亡的首要原因

## 2. 治疗

原则	治肺为本,治心为辅
急性加重期	(1)控制感染:根据痰培养和药敏试验选择抗生素。一般主张联合应用抗菌药物 (2)氧疗:采用低浓度、低流量持续给氧,流量 1~2 L/min,24 小时持续吸氧 (3)控制心力衰竭:利尿药以缓慢、小量、间歇为原则。洋地黄类应以快速、小剂量为原则

续表

<b>缓解期</b>	(1)应用中西医结合方法 (2)接种流感疫苗和肺炎球菌疫苗,提高机体免疫力 (3)家庭氧疗,改善呼吸功能
------------	--

## 考点六 支气管扩张症病人的护理



呼吸系统疾病病人的护理

### 1.临床表现

<b>症状</b>	(1)慢性咳嗽、咳大量脓痰,每日达数百毫升,痰液静置后可分三层:上层为泡沫、中层为黏液、下层为脓性物和坏死组织,伴有厌氧菌感染时痰液恶臭 (2)反复咯血:约50%~70%病人出现,从痰中带血到大量咯血 干性支气管扩张症:病人以反复咯血为唯一症状
<b>体征</b>	继发感染时可在病变部位听到局限性、固定性湿啰音,有时可闻及哮鸣音,部分病人伴有杵状指(趾)

## 2. 体位引流

<b>注意事项</b>	(1) 引流宜在饭前进行,引流前向病人解释目的及配合方法 (2) 依病变部位不同而采取不同的体位。原则上抬高患肺位置,引流支气管开口向下,有利于分泌物随重力作用流入大支气管和气管排出 (3) 引流时间可从 <b>每次 5~10 分钟加到每次 15~30 分钟</b> ,嘱病人间歇做深呼吸后用力咳痰,同时叩患部以提高引流效果 (4) 引流完毕予漱口并记录引流出痰液的量及性质 (5) 引流过程中注意观察,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;痰量较多的病人,应注意将痰液逐渐咳出,以防发生痰量同时涌出过多而窒息;高血压、心力衰竭及高龄病人禁止体位引流
-------------	---

**考点** ⑦ 肺炎病人的护理

## 1. 肺炎的分类

<b>按解剖位置分类</b>	(1) 大叶性肺炎:又称为肺泡性肺炎。致病菌多为肺炎链球菌 (2) 小叶性肺炎:又称为支气管肺炎。可由细菌、病毒及支原体引起 (3) 间质性肺炎:以肺间质为主要部位的炎症
----------------	---

续表

<b>按感染来源分类</b>	(1) 社区获得性肺炎: 在医院外感染的感染性肺实质炎症。最常见病原菌为肺炎链球菌 (2) 医院获得性肺炎: 常见病原菌为革兰阴性杆菌, 包括铜绿假单胞菌、肺炎杆菌、肠杆菌等
----------------	--

## 2. 肺炎链球菌肺炎临床表现

<b>症状</b>	发病前常有上呼吸道感染、受凉、淋雨、疲劳等情况 典型表现起病急骤, 寒战、高热, 数小时内体温可高达 39~41℃, 呈稽留热。干咳, 少量黏痰, 典型者发病 2~3 日咯铁锈色痰 严重感染病人易发生休克型肺炎, 表现为烦躁不安、意识模糊、嗜睡、面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、少尿或无尿。可以体温不升, 常无咳嗽、咳痰现象
<b>体征</b>	急性病容, 面颊绯红、鼻翼扇动、呼吸浅快、口唇青紫 肺实变时体征: 视诊患侧呼吸运动减弱, 触诊语颤增强, 叩诊浊音, 听诊出现支气管呼吸音, 干湿性啰音, 累及胸膜时, 可闻及胸膜摩擦音

## 考点 八 肺结核病人的护理

### 1. 临床表现

<b>症状</b>	起病缓慢, 午后低热、盗汗、乏力、食欲不振、体重下降等。呼吸系统症状为咳嗽, 多以干咳为主, 咯血、胸痛及呼吸困难。 <b>胸痛为结核性胸膜炎首发或主要症状</b>
-----------	--

续表

体征	病变范围大而浅表者或干酪样坏死可有实变体征,如患侧呼吸运动减弱,语颤增强,叩诊呈浊音,听诊呼吸音减弱等。结核性胸膜炎早期有局限性胸膜摩擦音,有渗出后出现典型胸腔积液体征
----	--

## 2. 抗结核化学药物治疗

原则	早期、联合、适量、规律和全程
常用药物	杀菌剂有异烟肼、利福平、链霉素和吡嗪酰胺 抑菌剂有对氨基水杨酸、乙胺丁醇、氨硫脲、卡那霉素等
方法	(1)“常规”或“标准”疗法:使用异烟肼、链霉素和对氨基水杨酸钠 12~18 个月。(2)短程疗法:联用异烟肼、利福平等两个以上杀菌剂,6~9 个月。化疗时,在开始的 1~3 个月内,每天用药(强化阶段),其后每周两次用药至疗程结束(巩固阶段)
药物不良反应	(1)利福平:肝功能损害;(2)链霉素:听力障碍、肾功能损害;(3)对氨基水杨酸:胃肠道反应;(4)异烟肼:周围神经炎;(5)乙胺丁醇:视神经炎

### 考点 九 自发性气胸病人的护理

## 1. 分型

闭合性气胸	胸膜破裂口较小,破口自行关闭。胸腔仍呈负压
-------	-----------------------

续表

<b>交通性气胸</b>	破口持续开放,吸气与呼气时空气自由进出胸膜腔,胸腔压力等于大气压
<b>张力性气胸</b>	胸膜破裂口呈单向活瓣或活塞,吸气时空气进入胸膜腔,呼气时活瓣关闭,气体不能排出,致使胸膜腔内气体不断积聚,胸膜腔内压持续升高,高于大气压

## 2.治疗

<b>排气治疗</b>	闭合性气胸积气量少于该侧胸腔容积的 20%时,气体可自行吸收,不需要排气治疗。应卧床休息,给予氧气吸入
	排气方法分为胸腔穿刺抽气和胸腔闭式引流,采用何种排气方法主要取决于气胸的类型及积气多少
<b>化学性胸膜固定术</b>	适用于气胸反复发生,肺功能欠佳,不宜手术者

## 考点 10 原发性支气管肺癌病人的护理

### 1.分类

<b>按解剖学分类</b>	中央型肺癌、周围型肺癌
---------------	-------------

续表

按细胞分化程度和形态特征分类	鳞状上皮细胞癌(鳞癌)	最常见的是肺癌,鳞癌细胞生长缓慢,转移较晚。但对化疗、放疗不如小细胞未分化癌敏感
	小细胞未分化癌(小细胞癌)	肺癌中恶性度 <b>最高</b> 的一种。小细胞癌对化疗、放疗较其他类型敏感
	大细胞未分化癌(大细胞癌)	恶性度较高,但转移较小细胞癌晚
	腺癌	恶性度介于鳞癌与小细胞癌之间,出现症状相对较晚,对化疗、放疗敏感性较差

## 2. 临床表现

由原发肿瘤引起的症状及体征	(1) 咳嗽:以阵发性刺激性呛咳为早期症状,可无痰或有少许白色黏液痰;咳嗽呈 <b>高金属音</b> (2) 咯血:部分病人以咯血为首发症状。多为痰中带血或间断血痰 (3) 体重下降:食欲减退、消瘦或呈恶病质 (4) 发热:肿瘤坏死或继发性感染所致,抗生素治疗效果不明显
---------------	--

续表

<b>肿瘤局部扩展引起的症状及体征</b>	(1)胸痛:持续、固定、剧烈的胸痛 (2)呼吸困难:癌肿阻塞气道 (3)声音嘶哑:癌肿压迫喉返神经 (4)吞咽困难:癌肿侵犯或压迫食管 (5)上腔静脉压迫综合征:头面部、颈部和上肢水肿,胸前部淤血和静脉曲张,可有头痛、头昏或眩晕,是由癌肿侵犯纵隔,压迫上腔静脉时,上腔静脉回流受阻引起 (6)Horner 综合征
-----------------------	---

### 3.治疗

<b>手术</b>	早期肺癌首选
<b>化疗</b>	小细胞癌最敏感,鳞癌次之,腺癌治疗效果最差。小细胞癌治疗方案选用化疗加放疗加手术;非小细胞肺癌则先手术,然后放疗和化疗。化疗一般采用联合、间歇、短程用药
<b>放疗</b>	主要用于 <b>不能手术的病人</b> 。小细胞癌效果较好,鳞癌次之,腺癌效果最差
<b>对症治疗</b>	控制疼痛,增加病人舒适感

**考点**
**十一**
**慢性呼吸衰竭病人的护理**

临床表现:

<b>呼吸困难</b>	呼衰最早、最突出的症状
-------------	-------------

续表

发绀	缺氧的典型表现
精神神经症状	肺性脑病:轻度二氧化碳潴留表现为 <b>兴奋症状</b> ,如多汗、烦躁、白天嗜睡、夜间失眠;二氧化碳潴留加重对中枢神经系统的抑制作用,表现为神志淡漠,幻视、幻听、抽搐、昏睡甚至昏迷等二氧化碳麻醉现象
心血管系统症状	缺氧 <b>早期脑血流量增加</b> ,可出现搏动性急性头痛;二氧化碳潴留引起外周血管扩张,表现为皮肤红润、温暖多汗,早期血压升高、心率加快,晚期心率减慢、血压下降、心力衰竭、心律失常甚至心脏停搏

## 第三章 循环系统疾病病人的护理



循环系统疾病病人的护理

### 考点 一 常见症状护理

#### 1. 心前区疼痛护理

原因	心绞痛、心肌梗死是最常见的原因
临床表现	心绞痛、急性心肌梗死典型疼痛部位位于胸骨后,呈阵发性压榨样痛,常伴有焦虑、濒死感 心绞痛常有活动或情绪激动等诱因,休息或含服硝酸甘油后可缓解

#### 2. 心悸护理

生理因素	健康人剧烈活动、精神高度紧张、过量吸烟、大量饮酒、饮浓茶和咖啡
病理因素	各种原因引起的心律失常,如心动过速、期前收缩、心房颤动等;各种器质性心脏病、全身性疾病如甲亢、严重贫血、高热、低血糖反应等;使用某些药物如阿托品、咖啡因、氨茶碱、肾上腺素等

### 考点 二 慢性心力衰竭

#### 1. 临床表现

<b>左心衰竭</b>	主要表现为肺循环淤血。主要特征： (1)呼吸困难：① <b>最早出现</b> 的是劳力性呼吸困难，经休息后缓解；② <b>最典型</b> 的是阵发性夜间呼吸困难，严重者可发生急性肺水肿；③ <b>晚期</b> 出现端坐呼吸 (2)咳嗽、咳痰、咯血：咳嗽、咳痰早期即可出现，多发生在夜间，坐、立位可减轻，白色泡沫样痰为其特点 (3)体征：心率加快，第一心音减弱，心尖区舒张期 <b>奔马律</b> ，部分病人可出现 <b>交替脉</b> ，是左心衰竭的特征性体征
<b>右心衰竭</b>	主要表现为体循环静脉淤血。主要特征： (1)水肿：早期出现在身体的 <b>下垂部位</b> 和 <b>组织疏松部位</b> ，出现凹陷性水肿 (2)颈静脉怒张和肝-颈静脉回流征阳性：可见颈静脉怒张；压迫病人的腹部或肝脏，可见颈静脉怒张更明显，称为肝-颈静脉回流征阳性 (3)肝大和压痛 (4)发绀：血液中还原血红蛋白增多所致
<b>全心衰竭</b>	同时有左心衰竭和右心衰竭的表现。但当右心衰竭后，肺淤血的临床表现可减轻

## 2. 心功能分级

分级	表现
<b>心功能Ⅰ级</b>	表现为体力活动 <b>不受限制</b>
<b>心功能Ⅱ级</b>	表现为体力活动 <b>轻度受限制</b> ，日常活动可引起气急、心悸

续表

分级	表现
心功能Ⅲ级	表现为体力活动 <b>明显受限制</b> ,稍事活动即引起气急、心悸,有轻度脏器淤血体征
心功能Ⅳ级	表现为体力活动 <b>重度受限制</b> ,休息状态下也气急、心悸,有重度脏器淤血体征

## 3. 正性肌力药物的作用

洋地黄类药物	适应证	充血性心力衰竭,尤其对伴有心房颤动和心室率增快的心力衰竭
	禁忌证	严重房室传导阻滞、肥厚性梗阻型心肌病、急性心肌梗死 24 小时内不宜使用。洋地黄中毒或过量者为绝对禁忌证
洋地黄类药物	常用制剂	中效:地高辛,为口服制剂 速效:毛花苷丙,为静脉注射制剂
	常见毒性反应	胃肠道表现:食欲缺乏、恶心、呕吐等 神经系统表现:头晕、头痛、视力模糊、黄视、绿视等 心血管系统表现:各种心律失常,室性期前收缩二联律最为常见
$\beta$ 受体兴奋剂		常用的有多巴酚丁胺、多巴胺,静脉点滴
磷酸二酯酶抑制剂		常用的有氨力农、米力农等

### 考点 ③ 急性心力衰竭

体位	两腿下垂坐位或半卧位,以减少静脉回流
吸氧	高流量(6~8 L/min)氧气,加入 30%~50%乙醇湿化,降低肺泡及气管内泡沫的表面张力,使泡沫破裂,改善肺通气
镇静	吗啡具有镇静作用和扩张静脉及小动脉作用,皮下注射
快速利尿	静脉注射呋塞米,可扩张静脉作用,减轻心室前负荷
扩血管	首选硝普钠,静脉滴注,扩张小动脉和小静脉。因含有氰化物,用药时间不宜连续超过 24 小时。硝酸甘油扩张小静脉
强心剂	毛花苷丙缓慢静脉注射
平喘	氨茶碱,静脉滴注
糖皮质激素	地塞米松或琥珀酸氢化可的松静脉滴注

### 考点 ④ 心律失常病人的护理

#### 1. 窦性心动过速

成人窦性心律在 100~150 次/分,称窦性心动过速。

#### 2. 窦性心动过缓



循环系统疾病病人的护理

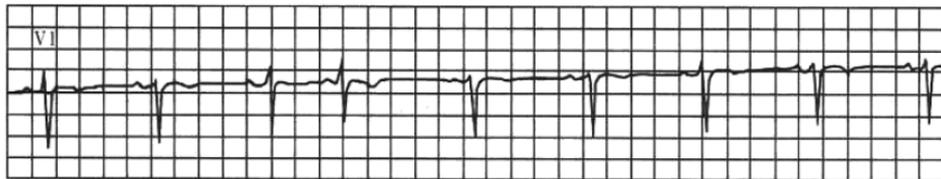
成人窦性心律频率<60次/分,称窦性心动过缓,常同时伴发窦性心律不齐(不同 PP 间期的差异大于 0.12 秒)。

### 3.期前收缩

<p><b>临床表现</b></p>	<p>偶发期前收缩大多无症状 频发期前收缩使心排出量降低,引起乏力、头晕、胸闷等</p>
<p><b>治疗</b></p>	<p>偶发期前收缩不特殊治疗 频发房性、交界区性期前收缩选用维拉帕米、<math>\beta</math>受体阻滞剂等;室性期前收缩选用利多卡因、美西律、胺碘酮等 洋地黄中毒引起的室性期前收缩立即停用洋地黄,给予钾盐和苯妥英钠治疗</p>

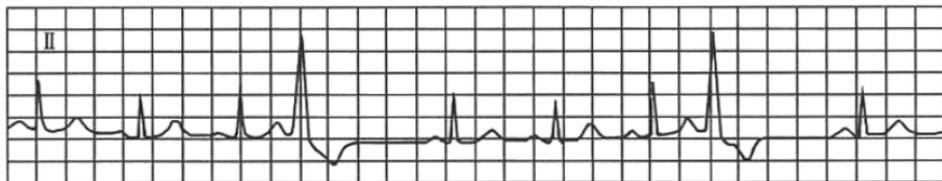
### 4.期前收缩心电图特征

①房性期前收缩 P 波提早出现,其形态与窦性 P 波不同,P-R 间期>0.12 秒,QRS 波群形态与正常窦性心律的 QRS 波群相同,期前收缩后有不完全代偿间歇。



房性期前收缩

②室性期前收缩 QRS 波群提前出现,形态宽大畸形,QRS 时限 $>0.12$  秒,与前一个 P 波无相关;T 波常与 QRS 波群的主波方向相反;期前收缩后有完全代偿间歇。



室性期前收缩

### 5. 心房颤动

临床表现	听诊第一心音强弱不一致,心律绝对不规则。脉搏短绌
治疗	急性期首选 <b>电复律</b> ,选用同步直流电复律;药物复律选用维拉帕米、地尔硫革等

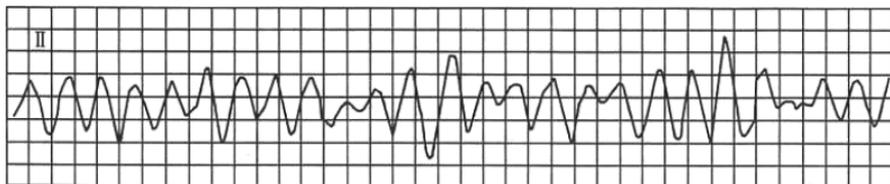
### 6. 心室颤动

治疗	<b>立即非同步直流电除颤</b> ,心肺复苏,静脉注射复苏和抗心律失常药物
----	--

心电图特征 QRS 波群与 T 波消失,呈完全无规则的波浪状曲线,形状、频率、振幅高低各异。

## 考点 (五) 心脏瓣膜病病人的护理

### 1. 二尖瓣狭窄



心室颤动

病理生理	正常成人的二尖瓣口面积约 $4\sim 6\text{ cm}^2$ , 中度狭窄 ( $<1.5\text{ cm}^2$ ), 重度狭窄 ( $<1\text{ cm}^2$ ) 瓣口狭窄→左心房扩大→肺淤血→肺动脉高压→右心衰竭
临床表现	症状:最常出现的早期症状是劳力性呼吸困难,常伴有咳嗽、咯血 体征:“二尖瓣面容”, <b>心尖部舒张期隆隆样杂音是最重要的体征</b>
辅助检查	心电图:“二尖瓣型P波” 超声心动图:是 <b>明确诊断</b> 的可靠方法

## 2.二尖瓣关闭不全

病理生理	瓣膜关闭不全→左心房和左心室肥大→左心衰竭→右心衰竭
临床表现	症状:轻者无症状,重者出现左心功能不全表现如疲倦、心悸、劳力性呼吸困难 体征:心脏搏动增强并向左下移位;心尖区全收缩期粗糙吹风样杂音是最重要的体征
辅助检查	超声心动图:明确诊断的敏感性高

## 3. 主动脉瓣狭窄

病理生理	瓣膜狭窄→左心室后负荷加重→左心室肥大→左心衰竭
临床表现	症状:三联征:劳力性呼吸困难、心绞痛、晕厥 体征:主动脉瓣区可闻及响亮、粗糙的收缩期吹风样杂音,向颈部传导,是最重要的体征
辅助检查	超声心动图:是 <b>明确诊断、判断狭窄程度的重要方法</b>

## 4. 主动脉瓣关闭不全

病理生理	瓣膜关闭不全→左心室肥大→左心衰竭
临床表现	症状:轻者无症状。重者有心悸、心前区不适,头部强烈震动感,常有体位性头晕 体征:主动脉瓣第二听诊区可听到舒张早期 <b>叹气样杂音</b> 是最重要的体征 周围血管征:毛细血管搏动征、水冲脉、股动脉枪击音、Duroziez 征
辅助检查	超声心动图:M型显示二尖瓣前叶或室间隔舒张期纤细扑动,是可靠的诊断征象

### 考点 六 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理



循环系统疾病病人的护理

## 1. 心绞痛的临床表现

项目	内容
疼痛部位	以胸骨体中段或上段为主,之后可波及心前区。可放射至左肩、左臂内侧,甚至可达左手无名指和小指

续表

疼痛性质	常为压迫感、发闷、紧缩感,也可为烧灼感,偶可伴有濒死感
持续时间	多在 3~5 分钟内,一般不超过 15 分钟
缓解方式	休息或 <b>含服硝酸甘油后几分钟内缓解</b>
诱发因素	常由于体力劳动或情绪激动时以及饱餐、寒冷、吸烟、心动过速、休克等情况而诱发

## 2.急性心肌梗死的临床表现

先兆表现	半数以上病人发病数日或数周前有胸闷、心悸、乏力、恶心、大汗、烦躁、血压波动、心律失常、心绞痛等前驱症状	
主要症状	疼痛	为 <b>最早最突出</b> 的症状,其性质和部位与心绞痛相似,但程度更剧烈,伴有烦躁、大汗、濒死感。一般无明显的诱因,疼痛可持续数小时或数天
	全身症状	一般在发生疼痛 24~48 小时后,出现发热、心动过速、白细胞计数增高、红细胞沉降率增快。一般发热体温在 38 ℃ 左右,多在 1 周内恢复正常
	心源性休克	疼痛时血压下降,如疼痛缓解时,收缩压<10.7 kPa(80 mmHg),同时伴有烦躁不安、面色苍白或青紫、皮肤湿冷、脉搏细速、尿量减少、反应迟钝,则为休克表现,常于心肌梗死后数小时至 1 周内发生

续表

主要症状	心律失常	是急性心肌梗死病人 <b>死亡的主要原因</b> 。各种心律失常以室性心律失常最多见,多发生于病后 1~2 日内,前 24 小时内发生率最高,也最危险。心室颤动常是急性心肌梗死致死原因
	心力衰竭	约半数病人在起病最初几天出现
体征	心率增快或变慢,心尖部可闻舒张期奔马律,心音减低。除极早期血压可增高外,之后几乎所有病人都血压下降。出现左心衰竭和休克体征	
并发症	栓塞、乳头肌功能不全、心室膨胀瘤、心脏破裂等	

## 3. 一般治疗

休息	急性期卧床休息 12 小时。如果无并发症,24 小时内应鼓励病人床上活动肢体
监护	急性期进行心电图、血压、呼吸监护
吸氧	急性期持续吸氧 4~6 L/min,如发生急性肺水肿,给予 6~8 L/min,并以 35%乙醇湿化
抗凝治疗	无禁忌证病人嚼服肠溶阿司匹林 150~300 mg,连服 3 日

## 考点 七 病毒性心肌炎病人的护理

<b>病因</b>	肠道和呼吸道感染的病毒最常见,如:柯萨奇病毒 A、柯萨奇病毒 B、埃可病毒、脊髓灰质炎病毒、流感和斑疹病毒,尤其是柯萨奇病毒 B	
<b>临床表现</b>	<b>症状</b>	儿童、青少年发病率高,病前 1~3 周常有发热、疲倦、呕吐、腹泻等呼吸道或肠道感染病史。轻者可无症状,多数病人出现疲乏、胸闷、心悸、心前区隐痛
	<b>体征</b>	有与体温不成比例的心动过速、各种心律失常。听诊可闻第一心音低钝,心尖区可闻及舒张期奔马律,有交替脉。也可有水肿、颈静脉怒张,可闻及肺部湿啰音
<b>辅助检查</b>	实验室检查:血清心肌酶增高;红细胞沉降率增快、C 反应蛋白增高	
<b>治疗</b>	(1)急性期卧床休息,注意补充营养 (2)应用改善心肌营养与代谢的药物,如大剂量维生素 C、ATP、辅酶 A、极化液、复方丹参等	

## 考点 八 高血压病人的护理

### 1. 高血压危险度分层

危险因素及 靶器官损害数量 危险分层	高血压 分级	高血压 I 级 (140~159/90~99)	高血压 II 级 (160~179/100~109)	高血压 III 级 (≥180/≥110)
低危险层		不伴有危险因素	—	—
中危险层		伴 1~2 个危险因素	不伴或伴有 1 个危险因素	—
高危险层		伴 3 个危险因素或有靶器官损害		—
极高危险层		有靶器官损害或有相关临床表现		仅有 III 级高血压

## 2. 药物治疗

药物类别	常用药物	不良反应
利尿药	呋塞米	主要不良反应有电解质紊乱和高尿酸血症
β 受体阻滞剂	阿替洛尔	主要不良反应有心动过缓和支气管收缩, 阻塞性支气管疾病病人禁用
钙通道阻滞剂	硝苯地平	主要不良反应有颜面潮红、头痛
血管紧张素转换酶(ACE) 抑制剂	卡托普利	主要不良反应有干咳、味觉异常、皮疹等
α <sub>1</sub> 受体阻滞剂	哌唑嗪	主要不良反应有心悸、头痛、嗜睡

## 第四章 消化系统疾病病人的护理



消化系统疾病病人的护理

### 考点 E 胃炎病人的护理

#### 1. 急性糜烂性胃炎

病因	饮用烈性酒,长期服用非甾体抗炎药、抗肿瘤药,严重疾病的应激状态
临床表现	常以上消化道出血为主要表现,多有呕血及黑便,常呈间歇性发作,可自止
辅助检查	粪便隐血试验阳性,纤维胃镜检查应在 <b>出血后 24~48 小时内进行</b>
治疗	(1) 病因治疗:积极治疗原发疾病,去除各种诱发因素 (2) 药物治疗:抑酸剂胶体铝-镁合剂; $H_2$ 受体拮抗剂,如雷尼替丁、西咪替丁或法莫替丁;保护胃黏膜,如硫糖铝、胶体铋等

## 2.慢性胃炎

病因	(1) 幽门螺杆菌(Hp)感染;90% (2) 自身免疫反应:以富含壁细胞的胃体和胃底部黏膜萎缩为主 (3) 理化因素:胆汁反流,长期服用非甾体抗炎药物,长期饮浓茶、酒、咖啡,食用过冷、过热、过于粗糙的食物等
临床表现	症状:病程迁延,多无明显症状。部分病人有消化不良的表现,上腹部隐痛或不适、反酸、上腹部饱胀、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等,少数病人有呕血与黑便 体征:多无明显体征,部分病人有上腹部压痛。自身免疫性胃炎可有舌炎及贫血
辅助检查	(1) 胃液分析:自身免疫性胃炎胃酸缺乏 (2) 胃镜及活组织检查:胃镜检查是最可靠的确诊方法 (3) 幽门螺杆菌检测
治疗	(1) 幽门螺杆菌引起的慢性胃炎应用两种抗生素如阿莫西林、克拉霉素、替硝唑等和(或)枸橼酸铋钾二联或三联治疗 (2) 病因治疗 (3) 恶性贫血,可注射维生素 B <sub>12</sub> 加以纠正

## 考点 ㉓ 消化性溃疡病人的护理

胃溃疡、十二指肠溃疡的疼痛比较

	胃溃疡	十二指肠溃疡
疼痛性质	烧灼或痉挛感	钝痛、灼痛、胀痛或剧痛,或仅有饥饿样不适感
疼痛部位	剑突下正中或稍偏左	上腹正中或稍偏右
疼痛发作时间	进食后 30~60 分钟,疼痛较少发生于夜晚	餐后 1~3 小时,也常发生在午夜至凌晨
疼痛持续时间	1~2 小时	饭后 2~4 小时,到下次进餐后为止
一般规律	进食—疼痛—缓解	疼痛—进食—缓解

## 考点 ㉔ 溃疡性结肠炎病人的护理

1. 临床表现

症状	消化系统	腹泻,轻者每日排便 2~3 次,重者每日 10 余次,粪便呈黏液脓血便,常有里急后重感觉 轻度、中度腹痛,局限于左下腹或下腹部。排便后疼痛可减轻或缓解。若并发中毒性结肠扩张或炎症波及腹膜,可有持续性剧烈腹痛
	全身表现	发热、重症可有高热,贫血、消瘦、水与电解质平衡失调、低蛋白血症及营养不良

续表

特征	慢性病容,精神差,重者消瘦、贫血貌。轻型左下腹轻压痛;重者常有明显腹膜刺激征。如出现反跳痛、腹肌紧张、肠鸣音减弱,应警惕中毒性结肠扩张、肠穿孔的发生
并发症	中毒性巨结肠、直肠结肠癌变、直肠结肠大量出血、肠梗阻、肠穿孔等

## 2. 治疗

柳氮磺吡啶	为首选药物,适用于轻、中型或重型病人,使用糖皮质激素治疗已有缓解者
肾上腺糖皮质激素	适用于暴发型或重型病人,常用氢化可的松 200~300 mg 静脉滴注,待病情稳定后可改为口服泼尼松,随病情好转可逐渐减量
免疫抑制剂	对激素治疗效果不佳者或对激素依赖者

### 考点 (四) 肝硬化病人的护理

## 失代偿期肝功能减退的表现

全身症状	营养状况较差,可有不规则低热,消瘦乏力,精神不振,重者衰弱而卧床不起,皮肤干枯,面色晦暗无光泽(肝病面容)
消化道症状	食欲减退,畏食,进食后常感上腹饱胀不适、恶心、呕吐;稍进油腻肉食易引起腹泻。部分病人可有黄疸,提示肝细胞进行性坏死

续表

<b>出血倾向和贫血</b>	常有皮肤紫癜、牙龈出血、鼻出血、胃肠出血等倾向。与肝合成凝血因子减少、脾功能亢进、毛细血管脆性增加有关
<b>内分泌紊乱</b>	由于肝功能减退对雌激素灭活能力减退,男性病人可有性欲减退、乳房发育等症状;女性病人出现月经失调、闭经、不孕。可见 <b>肝掌</b> 、 <b>蜘蛛痣</b> 。由于肾上腺皮质功能损害,病人面部和其他暴露部位可出现皮肤色素沉着

## 考点 五 原发性肝癌病人的护理



消化系统疾病病人的护理

### 1. 病因及发病机制

<b>病毒性肝炎</b>	约占 1/3。肝癌病人 HBsAg 阳性率 90%
<b>肝硬化</b>	原发性肝癌合并肝硬化者占 50%~90%
<b>黄曲霉菌</b>	霉玉米、霉花生
<b>其他</b>	池塘中生长蓝绿藻产生的藻类毒素,饮其池塘水人群肝癌发病率明显高 长期饮酒、吸烟、亚硝胺类化学物质、有机氯类农药、遗传与肝癌发生有关

## 2. 并发症

上消化道出血	发生呕血和黑便。晚期可因合并凝血功能障碍而有广泛出血
肝性脑病	肝癌终末期并发症,病死率极高
癌结节破裂出血	癌结节破裂限于肝包膜下,可有局部疼痛,小破口出血可表现为血性腹水,大量出血可导致休克和死亡
继发感染	长期消耗、放化疗引起白细胞减少

**考点** ⑥ 肝性脑病病人的护理

## 1. 病因及发病机制

病因	各型肝硬化及门体分流手术后是最常见原因。其中又以 <b>病毒性肝炎后肝硬化最多见</b>
诱因	(1) 上消化道出血;(2) 大量排钾利尿、放腹水;(3) 高蛋白饮食;(4) 感染;(5) 药物;(6) 便秘;(7) 其他:腹泻、外科手术、尿毒症、分娩等
发病机制	(1) 氨中毒学说 (2) 假性神经递质学说 (3) 色氨酸

## 2.临床表现

一期(前驱期)	轻度性格改变和行为失常,如欣快激动或淡漠、随地便溺。病人应答尚准确,但有时吐字不清且较缓慢。可有扑翼样震颤,脑电图多数正常
二期(昏迷前期)	以意识错乱、睡眠障碍、行为失常为主。定向力和理解力均减退,不能完成简单计算。言语不清,举止反常,多有睡眠时间倒错。甚至有幻觉、恐惧、躁狂。此期病人有明显神经系统体征,如腱反射亢进、肌张力增高、巴彬斯基征阳性,扑翼样震颤存在,脑电图表现异常
三期(昏睡期)	以昏睡和精神错乱为主,大部分时间呈昏睡状态,但可唤醒。各种神经体征持续存在或加重,扑翼样震颤仍存在,肌张力增加,脑电图有异常表现,锥体束征呈阳性
四期(昏迷期)	神志完全丧失,不能唤醒。浅昏迷时,对疼痛刺激有反应,腱反射肌张力亢进,扑翼样震颤无法引出。深昏迷时,各种反射消失,肌张力降低,瞳孔散大,可出现阵发性惊厥、踝阵挛等。脑电图明显异常

**考点** ⑦ 急性胰腺炎病人的护理

## 1.病因及发病机制

常见病因见于胆道疾病、胰管梗阻、酗酒和暴饮暴食、其他。我国以胆道疾病最常见,西方国家以大量饮酒最多见。

## 2. 临床表现

<b>症状</b>	(1) 腹痛:为主要表现和首发症状。常位于 <b>中上腹,向腰背部呈带状放射</b> 。弯腰抱膝位可减轻疼痛 (2) 恶心、呕吐与腹胀。呕吐后腹痛不减轻 (3) 发热:中度以上发热,一般持续 3~5 日。如持续发热伴白细胞升高,应考虑继发感染 (4) 低血压或休克:常见于出血坏死型病人 (5) 水电解质及酸碱平衡紊乱:呕吐频繁者可有代谢性碱中毒。出血坏死型常有脱水和代谢性酸中毒,并伴有低血钾、低血镁、低血钙。低钙血症引起手足抽搐,为预后不佳的表现
<b>体征</b>	水肿型:腹部体征轻微,表现为上腹有轻度压痛,无腹紧张与反跳痛,可有不同程度的腹胀和肠鸣音减少 出血坏死型:上腹压痛明显,并发急性腹膜炎时全腹显著压痛与肌紧张,有反跳痛。肠鸣音减弱或消失,可出现移动性浊音。少数病人因胰酶、坏死组织、出血沿着腹膜间隙与肌层渗入腹壁下,使两侧肋腹部皮肤呈暗灰蓝色,称之为 Grey-Turner 征
<b>并发症</b>	出血坏死型者可出现胰腺脓肿、急性肾衰竭、急性呼吸窘迫综合征、消化道出血、败血症与弥散性血管内凝血等

## 3. 治疗原则

<b>禁食、胃肠减压</b>	<b>禁食 1~3 日</b> ,减少胃酸分泌,进而减少胰液分泌,减轻呕吐与腹胀
----------------	--

续表

<b>药物治疗</b>	(1) $H_2$ 受体拮抗剂,如西咪替丁、雷尼替丁等,可减少胃酸分泌,减少对胰腺分泌的刺激;(2) 抗胆碱能药,如阿托品或山莨菪碱肌注,减少胃酸分泌。严重腹胀病人不宜使用;(3) 生长抑素类药物,如施他宁,具有抑制胰液和胰酶分泌,抑制胰酶合成的作用。常用于重症胰腺炎
-------------	--

### 考点 八 结核性腹膜炎病人的护理

<b>症状</b>	<b>全身症状</b>	主要为发热及盗汗。后期常有营养不良表现
	<b>腹部症状</b>	(1) 腹痛多位于脐周、下腹或全腹部,早期疼痛不明显,随病程进展可出现持续性隐痛或钝痛 (2) 腹胀:以少量或中量腹水为多见 (3) 腹泻:一般每日不超过 3~4 次,粪便多呈糊样。有时腹泻与便秘交替出现

续表

特征	(1) 腹部压痛:局部或全腹部压痛,较轻微 (2) 腹壁柔韧感:是腹膜遭受轻度刺激或由慢性炎症引起腹壁紧张度增加的一种表现,触之似揉面团一样 (3) 腹部肿块:多见于粘连型或干酪型,常位于脐周,肿块大小不一,边线不整,表面不平,有时呈结节感,活动度小 (4) 腹水:为渗出型,当腹水量超过 1 000 mL 时,方可查出移动性浊音
并发症	肠梗阻,多见于粘连型;肠痿,多见于干酪型

### 考点 九 上消化道大量出血病人的护理

呕血与黑便	上消化道出血特征性表现。呕血多呈咖啡色,黑便呈柏油样,黏稠而发亮。出血部位在幽门以下多表现为黑便,在幽门以上呕血、黑便均有。幽门以下病变出血量大且速度快时,血液可反流入胃引起呕血
失血性周围循环衰竭	头晕、乏力、突然起立发生晕厥、心率加快、出汗、脉细数、血压下降,皮肤湿冷,精神烦躁不安或意识不清等
氮质血症	血尿素氮增高,称为肠源性氮质血症,一般在大出血后数小时开始上升,24~48 小时达高峰,一般不超过 14.3 mmol/L(40 mg/dl),3~4 日恢复正常
发热	大出血后,24 小时内出现低热,不超过 38.5 ℃,持续 3~5 日

## 第五章 泌尿系统疾病病人的护理



泌尿系统疾病病人的护理

### 考点 E 慢性肾小球肾炎病人的护理

#### (一)病因和发病机制

病因不明。发病的起始因素是免疫介导炎症。

#### (二)临床表现

- 1.蛋白尿:是本病必有表现,尿蛋白量常在1~3 g/d。
- 2.血尿:多为镜下血尿,也可出现肉眼血尿及管型尿。
- 3.水肿:眼睑和(或)下肢轻、中度水肿,一般无体腔积液。
- 4.高血压:轻度或持续的中度以上的高血压,严重血压高可致高血压脑病。
- 5.肾功能损害:呈慢性进行性损害,可因感染、劳累、血压升高或肾毒性药物而急剧恶化。

#### (三)护理措施

- 1.休息:减轻肾脏负担,减少蛋白尿及水肿。
- 2.控制及预防感染。
- 3.用药指导:避免使用肾损害的药物。

### 考点 二 原发性肾病综合征病人的护理

临床表现:

大量蛋白尿;低白蛋白血症;高脂血症;水肿:是肾病综合征最常见的体征;并发症。

### 考点 三 肾盂肾炎病人的护理

急性肾盂肾炎	全身表现:起病急骤、畏寒、发热、头痛、全身不适、无力、食欲缺乏 泌尿系统表现:尿频、尿急、尿痛及下腹部不适,伴腰痛、肾区叩击痛、肋脊角有压痛
慢性肾盂肾炎	大多数因急性肾盂肾炎治疗不彻底发展而来。临床表现多不典型,病程长,迁延不愈,反复发作。急性发作时可有全身及尿路刺激症状。部分病人仅有低热乏力,多次尿细菌培养阳性,称为无症状性菌尿
并发症	肾周围炎、肾脓肿、败血症等

### 考点 四 慢性肾衰竭病人的护理

病因:我国以慢性肾小球肾炎、梗阻性肾病、糖尿病肾病、高血压肾小动脉硬化症等较多见。

高血压	尿毒症时约 80% 以上病人有高血压
尿毒症性心包炎	为干性心包炎,表现为胸痛、心前区可听到心包摩擦音,少数病人出现心包积液,多与尿毒症毒素沉着有关

## 第六章 血液及造血系统疾病病人的护理



血液及造血系统  
疾病病人的护理

### 考点 一 常见症状护理

常见症状:

贫血	原因	(1)红细胞生成减少:缺铁性贫血、再生障碍性贫血等 (2)红细胞破坏过多:各种溶血性贫血 (3)失血
	临床表现	皮肤、黏膜苍白是贫血最突出的体征,观察甲床、口唇黏膜、睑结膜较为可靠
继发感染	原因	由于成熟白细胞形成减少,特别是中性粒细胞减少,使机体防御能力降低
	临床表现	发热。感染部位多为呼吸系统、皮肤、泌尿系统,严重者可发生败血症。急性白血病易发生肛周感染或脓肿

续表

出血或出血倾向	原因	(1) 血小板减少或功能异常,如血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血 (2) 血管脆性增加,如过敏性紫癜 (3) 凝血因子减少或缺乏,如血友病
	临床表现	常见部位是皮肤黏膜(口腔、鼻腔、牙龈等)、关节腔、内脏出血(咯血、呕血、便血、血尿及阴道流血)。严重时可发生颅内出血。血小板在 $30 \times 10^9/L$ 以下应警惕脑出血

### 考点 二 贫血病人的护理

#### 1. 临床表现

一般贫血表现	面色苍白、疲乏无力、头晕、耳鸣、心悸气短等
特征表现	(1) 营养缺乏:皮肤干燥、角化、萎缩、无光泽、毛发干枯易脱落、指(趾)甲变平,严重呈“反甲” (2) 黏膜损害:舌炎、口角炎及胃炎,舌乳头萎缩,严重者吞咽困难 (3) 神经、精神系统异常:好动,易激动、烦躁、兴奋,小儿多见。少数病人有异食癖,喜吃泥土、生米、冰块、石子等

## 2. 药物护理

<b>口服铁剂护理</b>	(1) 引起胃肠道反应,宜饭后服用,从小剂量开始 (2) 使用吸管,避免染黑牙齿 (3) 服铁剂同时忌饮茶、牛奶、咖啡 (4) 服铁剂期间大便会变成黑色,向病人说明以消除顾虑
<b>注射铁剂护理</b>	需深层肌注。注射时应注意:①不在皮肤暴露部位注射;②抽取药液后,需更换针头注射;③采用“Z”型注射法,以免药液溢出 不良反应:注射局部疼痛、淋巴结肿痛、过敏反应。表现为面红、头昏、荨麻疹,重者发生过敏性休克,注射后 10 分钟至 6 小时之内注意观察 铁剂治疗后网织红细胞最先升高。血红蛋白正常后,仍需继续服用铁剂 3~6 个月,补足体内贮存铁

### 考点



### 再生障碍性贫血

#### 1. 病因和发病机制

<b>病因</b>	<b>药物及化学物质</b>	最常见氯霉素,与使用剂量无关 苯及其衍生物,如染发剂,长期苯接触危害性较大
	<b>物理因素</b>	各种电离辐射,如 X 线、 $\gamma$ 射线
	<b>病毒感染</b>	各型肝炎病毒、EB 病毒、流感病毒、风疹病毒

续表

<b>发病机制</b>	(1)造血干细胞缺陷(“种子”学说) (2)造血微环境受损(“土壤”学说) (3)免疫机制(免疫学说)
-------------	---

## 2.临床表现

主要表现为进行性贫血、出血、反复感染而肝、脾、淋巴结多无肿大。分为急性型和慢性型。

<b>急性再障(重型再障)</b>	起病急,进展迅速,早期表现为出血与感染,随病程延长出现进行性贫血等
<b>慢性再障</b>	较多见,起病及进展较缓慢。贫血往往是首发和主要表现。出血较轻,以皮肤、黏膜为主。感染以呼吸道多见

### 考点 (三) 特发性血小板减少性紫癜病人的护理

1.病因和发病机制:感染,约80%急性ITP病人,在发病前2周左右有上呼吸道感染史;慢性ITP病人常因感染而病情加重。

## 2.临床表现

<b>急性型</b>	多见于儿童,起病前1~2周有上呼吸道感染史,起病急,畏寒、发热,全身皮肤、黏膜出血,可有大片瘀斑甚至血肿。鼻、牙龈、口腔黏膜及眼结膜出血常见,消化道及泌尿道出血。颅内出血可危及生命。病程多为自限性,4~6周恢复
------------	---

续表

<b>慢性型</b>	青年女性多见。起病缓慢隐匿,一般无前驱症状。出血症状较轻,表现为反复发作皮肤及黏膜瘀点、瘀斑,女性病人常以月经过多为主要表现。反复发作,每次发作持续数周、数月或数年
------------	--

## 考点

④

### 急性白血病病人的护理

#### 1. 临床表现

<b>发热</b>	主要原因是 <b>感染</b> 。感染最主要原因是成熟粒细胞缺乏。以口腔最多见,牙龈、咽峡也常见,其次为呼吸道及肛周。常见致病菌有铜绿假单胞菌、肺炎杆菌、大肠杆菌及金黄色葡萄球菌等。疾病后期常伴真菌感染,与长期应用广谱抗生素、糖皮质激素、细胞毒类药物有关	
<b>出血</b>	最主要原因是血小板减少。出血可发生于全身任何部位,其中颅内出血最严重	
<b>贫血</b>	常为 <b>首发症状</b> ,呈进行性加重	
<b>白血病细胞浸润表现</b>	肝、脾及淋巴结	肝、脾轻中度肿大,表面光滑,偶伴轻度压痛。浅表淋巴结轻度肿大无压痛
	骨骼和关节	胸骨下端局部压痛较常见。四肢关节痛和骨痛儿童多见
	中枢神经系统 白血病	化疗药物不易通过血-脑屏障,隐藏在中枢神经系统的白血病细胞不能被杀灭而引起。多发生在疾病缓解期,表现为头痛、呕吐、颈强直、抽搐、昏迷
	眼眶骨膜、睾丸	白血病细胞浸润眼眶骨膜,引起眼球突出、复视或失明。浸润睾丸表现为无痛性肿大,多为一侧

## 2. 对症支持治疗

<b>防治感染</b>	严重感染是白血病人病人的主要死亡原因
<b>控制出血</b>	血小板计数小于 $20 \times 10^9 / L$ 而出血严重者, 应输浓缩血小板悬液或新鲜血
<b>纠正贫血</b>	严重贫血可输浓缩红细胞或全血。积极争取白血病缓解是纠正贫血最有效的方法
<b>预防尿酸肾病</b>	要求病人多饮水, 给予别嘌醇以抑制尿酸合成

**考点** (五) 慢性粒细胞白血病病人的护理

临床表现:

<b>慢性期</b>	起病缓慢, 早期无自觉症状。随着病情发展可出现乏力、消瘦、低热、多汗或盗汗等表现。脾大为最突出体征, 可达脐甚至可伸入盆腔。若脾梗死时, 压痛明显。慢性期可持续 1~4 年
<b>加速期</b>	起病后 1~4 年, 约 70% 病人进入加速期。主要表现为不明原因的发热, 骨关节痛, 贫血、出血加重, 脾脏迅速肿大
<b>急变期</b>	加速期从几个月至 1~2 年即进入急变期, 表现与急性白血病相似

## 第七章 内分泌代谢性疾病病人的护理



内分泌代谢性疾病  
病人的护理

### 考点 E 甲状腺功能亢进症病人的护理

#### 1. 突眼症

非浸润性突眼 (单纯性突眼)	由于交感神经兴奋性增加,眼外肌群及上睑肌张力增高所致,表现:(1)眼球向前突出,突眼度 $\leq 18$ mm;(2)瞬目减少;(3)上眼睑挛缩,睑裂增宽;(4)上睑后缩,下视时上睑不能随眼球下移;(5)辐辏反射减弱,双眼聚合不良等
浸润性突眼 (恶性突眼)	与自身免疫有关,眼球后水肿、突眼度 $> 18$ mm;怕光、复视、视力减退,可合并眼肌麻痹;角膜外露,易受外界刺激,引起充血、水肿、感染,重则失明

#### 2. 抗甲状腺药物治疗

常用药物	硫脲类(甲硫氧嘧啶、丙硫氧嘧啶) 咪唑类(甲巯咪唑、卡比马唑)
作用机制	抑制甲状腺过氧化物酶,阻断甲状腺激素合成

续表

适应证	(1) 症状轻、甲状腺较小;(2) 年龄<20岁、妊娠(以丙硫氧嘧啶为宜)、年老体弱等不宜手术者;(3) 术前准备;(4) 甲状腺次全切除术后复发;(5) 作为放射性 <sup>131</sup> I辅助治疗等
不良反应	主要是粒细胞减少及药疹。粒细胞缺乏为致命性,多于初治2~3个月及复治1~2周发生

考点



糖尿病病人的护理

## 1. 急性并发症

糖尿病酮症酸中毒	诱因	(1) 胰岛素、口服降糖药剂量不足或治疗中断;(2) 感染;(3) 生理压力(手术、妊娠、分娩);(4) 饮食不当
	临床表现	多见于1型糖尿病。早期仅有多尿、多饮、疲乏等,继之出现食欲不振、恶心、呕吐、头痛、嗜睡、呼吸深大(Kussmaul呼吸), <b>呼气烂苹果味</b> (丙酮所致);后期脱水明显,尿少、皮肤干燥、血压下降、休克、昏迷以致死亡


 内分泌代谢性疾病  
病人的护理

续表

高渗性非酮症糖尿病昏迷	诱因	感染、急性胃肠炎、胰腺炎、脑血管意外、严重肾疾患、血液或腹膜透析、静脉营养、不合理限制水分以及某些药物如糖皮质激素、免疫抑制剂等的应用等
	临床表现	多见于 50~70 岁的老年人,约 2/3 病人发病前无糖尿病史 起病时先有多尿、多饮,但多食不明显,或反而食欲减退,随病程逐渐加重,出现神经精神症状,表现为嗜睡、幻觉、定向障碍、偏盲、偏瘫等,最后陷入昏迷
感染	可引起全身各部位各种感染,以皮肤、泌尿系统多见	

## 2.慢性并发症

心血管病变	是糖尿病 <b>最严重而突出</b> 的并发症。基本病理为动脉硬化及微血管病变。血管病变所致心、脑、肾等严重并发症是糖尿病病人的主要死亡原因
肾脏病变	是 1 型糖尿病病人的 <b>主要死亡原因</b> 。病人可表现为蛋白尿、水肿、高血压、肾功能逐渐减退甚至肾衰竭;血浆蛋白逐渐低下、血脂显著升高,伴氮质血症和尿毒症
神经病变	非常常见,以周围神经病变最常见,常为对称性,下肢较上肢严重。最初表现为肢端感觉异常如袜子或手套状分布,伴四肢麻木、刺痛感、蚁走感、感觉过敏或消失
眼部病变	视网膜血管硬化、脆弱、出血、纤维增生,最终导致视网膜脱离。
糖尿病足	糖尿病病人因末梢神经病变,下肢动脉供血不足以及细菌感染等各种因素引起足部疼痛、皮肤深溃疡、肢端坏疽等病变统称为糖尿病足

## 3. 口服降糖药

<b>胰岛素促泌剂类</b>	适用于轻、中度糖尿病 药物:磺脲类第一代药物有甲苯磺丁脲(D-860)等,第二代药物有格列本脲、格列吡嗪、格列齐特、格列喹酮、格列美脲等;非磺脲类瑞格列奈、那格列奈等 不良反应:低血糖
<b>双胍类</b>	<b>适合超重的 2 型糖尿病。</b> 单独应用本药不会导致低血糖 不良反应:乳酸酸中毒、胃肠道反应等
<b>葡萄糖苷酶抑制剂</b>	降低餐后血糖 药物:阿卡波糖、伏格列波糖。需与第一口主食同时嚼服 不良反应:腹胀、排气增多、腹泻。慢性腹泻、胃肠炎症禁用
<b>噻唑烷二酮类 (格列酮类)</b>	适用于胰岛素抵抗显著的 2 型糖尿病 药物:罗格列酮、吡格列酮 不良反应:水肿,有心力衰竭倾向或肝病者慎用

## 4. 胰岛素治疗

<b>适应证</b>	(1) 1 型糖尿病;(2) 糖尿病急性并发症:酮症酸中毒、非酮症高渗性昏迷、乳酸性酸中毒;(3) 对口服降糖药无效的 2 型糖尿病;(4) 糖尿病合并应激及其他情况:手术、妊娠、分娩、严重感染,心、脑血管急症,肝、肾疾患或功能不全等
------------	---

续表

剂型	根据作用时间分为超短效、短效(普通)、中效及长效制剂。各类胰岛素均可皮下注射,仅短效制剂还可静脉注射
剂量及其调整	需严格个体化。一般初始用速效制剂,小剂量开始,逐渐增量

## 5. 酮症酸中毒的处理

胰岛素治疗	小剂量速效胰岛素加入生理盐水中静脉滴注,4~6 U/h,每 2 小时依据血糖调整胰岛素剂量。待血糖降至 13.9 mmol/L 时,改为 5% 葡萄糖液,按照每 3~4 g 葡萄糖加 1 U 胰岛素计算,至尿酮体消失。改为 4~6 g 皮下注射速效 1 次,待病情稳定改为平时治疗
补液	<b>是抢救的首要 and 关键措施。</b> 通常使用生理盐水,补液量根据脱水程度及心功能决定,先快后慢(前 4 小时给予总量的 1/3,前 8 小时加至总量的 1/2,其余 1/2 在 24 小时内输入);血压下降者应给予血浆或全血
补钾	酮症酸中毒均有不同程度缺钾,对有尿病人,治疗开始即应补钾。持续至少 1 周时间,需定时监测血钾水平

## 第八章 风湿性疾病病人的护理



风湿性疾病病人的护理

### 考点 一 关节疼痛、肿胀及功能障碍

疼痛特点:

发病	除痛风外,其余风湿疾病起病缓慢
性质	痛风:疼痛固定于少数关节,剧烈难忍 风湿热:关节痛多呈游走性 类风湿:关节痛活动后减轻 骨关节炎:关节痛活动后缓解
部位	骨关节炎:累及远端指间关节 类风湿关节炎:腕、掌指、近端指间关节,对称分布 系统性红斑狼疮:近端指间关节,腕、足、膝、踝关节,对称分布 痛风:累及少数或单一关节,通常为趾和第1跖趾关节且疼痛,不对称 强直性脊柱炎:易累及膝、髋、踝关节,多不对称

续表

伴随症状	风湿热:伴红肿热,无关节破坏 类风湿关节炎:随病情进展有不同程度的关节损伤,甚至关节畸形。常伴有发热、乏力、体重减轻 系统性红斑狼疮:常有多脏器损害
------	--

## 考点 二 系统性红斑狼疮病人的护理

### 1. 辅助检查

免疫学检查:

- (1) 抗核抗体(ANA):阳性率达 95%,但特异性不高。
- (2) 抗 SM 抗体:特异性高,但敏感性低,是 SLE 的标志抗体。
- (3) 抗双链 DNA 抗体:阳性率约为 60%,特异性高。
- (4) 补体:总补体(CH50)、C3、C4,在活动期低下。

### 2. 药物治疗

- (1) 糖皮质激素:是治疗 **SLE 的首选药**,通常采用泼尼松,根据病情调整剂量。
- (2) 抗疟药:主要治疗盘状狼疮,通常用磷酸氯喹,可在体内蓄积,引起视网膜退行性病变,故应定期查眼底。
- (3) 免疫抑制剂:应用于易复发但不能使用激素者。常用环磷酰胺、硫唑嘌呤、长春新碱等。此类药毒性

较大,使用中定期查血常规、肝功能。

### 3. 护理措施

(1) 皮肤护理:病室挂厚窗帘以免阳光直射。避免日晒,外出穿长袖衣裤,戴遮阳帽、打伞,禁忌日光浴。保持皮肤的清洁卫生,忌用碱性肥皂,避免化妆品及化学药品,忌染发、烫发、卷发。保持口腔清洁,晨起、睡前、餐后消毒液漱口,防止感染。细菌感染者用 1:5 000 呋喃西林液漱口,局部涂碘甘油;真菌感染者用 1%~4% 碳酸氢钠液漱口,2.5% 制霉菌素甘油涂敷患处。口腔溃疡用冰硼散或锡类散涂敷。

(2) 饮食护理:给予高蛋白、富含维生素、营养丰富、易消化的食物,避免刺激性食物。忌食含有补骨脂素的食物,如芹菜、香菜、无花果等。

## 考点 三 类风湿关节炎(RA)病人的护理

1. 关节表现:主要侵犯小关节,以腕关节、近端指间关节、掌指关节最常见,其次是趾、膝、踝、肘、肩等关节。其表现为:

晨僵	病变关节在静止不动后出现半小时甚至更长时间的僵硬,活动受限,如胶黏着的感觉,适度活动后逐渐减轻,尤以晨起时最明显,称为晨僵,晨僵的程度和持续时间为判断病情活动度的指标
关节疼痛和肿胀	关节痛是最早的关节症状,多呈对称性、持续性,常伴有压痛

续表

<b>关节畸形</b>	多见于晚期病人。急性发作期,由于滑液增加和关节外软组织的肿胀,使关节肿胀呈梭形,称梭状指。 <b>手指尺侧偏斜呈“天鹅颈样”改变</b>
<b>功能障碍</b>	关节肿痛、结构破坏、畸形均会导致功能障碍

## 2. 辅助检查

X 线检查:以手指和腕关节的 X 线片最有价值。

3. 治疗:早诊断和早治疗是本病治疗的关键。

## 4. 护理措施

(1) 活动与休息:活动期发热或关节肿胀明显时应卧床休息,并保持正确的体位,勿长时间维持抬高头部和膝部的姿势,以免屈曲姿势造成关节挛缩致残。病情缓解时指导病人进行功能锻炼。锻炼过程中应注意活动量要适当,运动前可用热敷、热水浴、红外线等理疗方法改善血液循环,缓解肌肉痉挛。当病变发展至关节强直时,应保持关节的功能位置,必要时用夹板固定。

(2) 疼痛的护理:遵医嘱给予消炎镇痛药,缓解期指导病人功能锻炼。采取解除或减轻疼痛的措施,如每日清晨起床时进行 15 分钟温水浴或用热水泡手。

## 第九章 理化因素所致疾病病人的护理



理化因素所致疾病  
病人的护理

第二篇

内科护理学

### 考点 一 急性中毒病人的处理

#### 1. 立即终止接触及清除毒物

催吐	适用于神志清楚、能合作者,昏迷、惊厥、口服腐蚀性者禁止催吐。方法:让病人饮清水 500 mL 左右,用压舌板或手指刺激咽后壁或舌根诱发呕吐。如此反复,直至吐出液体澄清为止
洗胃	应尽早进行,服毒后 6 小时内有效,但超过 6 小时仍应洗胃。服强腐蚀性毒物者不宜洗胃。洗胃时病人取坐位,危重病人取平卧位,头偏向一侧。洗胃液每次注入 200~300 mL,不宜过多,以免加速毒物进入肠内。反复灌洗直到回收液澄清为止。一般洗液总量在 10 000 mL 左右。撤出胃管时先将管口夹住,防止拔管时管内液体反流入气管。洗胃液一般以清水和生理盐水最常用
导泻	洗胃后灌入泻药以清除进入肠道的毒物。常用药物硫酸钠或硫酸镁 15 g 溶于水内,口服或由胃管灌入。严重腹泻及重度虚脱病人不宜导泻

## 2.特殊解毒剂的应用

特殊解毒剂	金属解毒药:依地酸二钠钙——铅中毒 二巯丙醇——锑、铅、汞、砷、铜等中毒
	亚甲蓝——高铁血红蛋白血症
	亚硝酸盐、硫代硫酸钠——氰化物
	阿托品、碘解磷定——有机磷中毒
一般解毒剂	保护剂:牛奶、蛋清、米汤、植物油
	溶剂:服用汽油、煤油等有机溶剂时,可用液状石蜡 150~200 mL,使其溶解而不被吸收,然后再洗胃
	中和剂:吞服强酸可采用弱碱中和,强碱可用弱酸中和
	吸附剂:药用炭是强有力的吸附剂,可吸附多种毒物

### 考点 (二) 急性有机磷农药中毒病人的护理

#### 1.临床表现

##### (1)急性中毒全身损害

毒蕈碱样症状	出现最早 原因:主要是副交感神经末梢兴奋所致。表现为腺体分泌增加及平滑肌痉挛 临床表现:头晕、头痛、多汗、流涎、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、瞳孔缩小、视力模糊、支气管分泌物增多、呼吸困难,严重者出现肺水肿
--------	--

<b>烟碱样症状</b>	原因:主要是横纹肌运动神经过度兴奋,表现为肌纤维颤动 临床表现:先从眼睑、面部、舌肌开始,逐渐发展至四肢,全身肌肉抽搐,病人常有全身紧束感,后期出现肌力减退和瘫痪,如发生呼吸肌麻痹可诱发呼吸衰竭
<b>中枢神经系统症状</b>	早期头晕、头痛、乏力,逐渐出现烦躁、谵妄、抽搐、昏迷,呼吸中枢衰竭或脑水肿而死亡 病人有时经急救好转后,又出现病情反复,再度陷入昏迷,或出现肺水肿而死亡。与洗胃及皮肤去除毒物不彻底或过早停药有关 迟发性神经病:中毒症状消失后 2~3 周发生,表现为下肢瘫痪、四肢肌肉萎缩等。原因不清 “中间综合征”:急性中毒症状缓解后,迟发性神经病发生前,多在急性中毒后 24~96 小时突然发生死亡
(2)局部损害:对硫磷、内吸磷、敌百虫、敌敌畏接触皮肤后可引起过敏性皮炎,皮肤出现红肿及水疱。眼内溅入农药可引起结膜充血和瞳孔缩小	

## 2. 辅助检查

全血胆碱酯酶活力测定是诊断、判断中毒程度、观察疗效及预后的主要指标。正常人血胆碱酯酶活力为 100%, 低于 80% 为异常。

## 考点 急性一氧化碳中毒病人的护理

治疗:

(1) 立即将病人转移到空气新鲜处,松解衣服,注意保暖,保持呼吸道通畅。

(2)纠正缺氧:轻、中度中毒可用面罩或鼻导管高流量吸氧,8~10 L/min;重度中毒病人高压氧舱治疗。呼吸停止及时人工呼吸,或使用呼吸机。危重病人可考虑换血疗法或血浆置换。

## 考点 四 中暑病人的护理

### 1.临床表现

热衰竭(又称中暑衰竭)	为最常见的一种。多由于大量出汗导致失水、失钠而容量不足,而引起周围循环衰竭。主要表现为头痛、头晕、口渴、皮肤苍白、出冷汗、脉搏细数、血压下降、昏厥或意识模糊,体温基本正常
热痉挛(又称中暑痉挛)	大量出汗后口渴而饮水过多,盐分补充不足,使血液中钠、氯浓度降低而引起肌肉痉挛。以腓肠肌痉挛最为多见,体温多正常
日射病	由于烈日暴晒或强烈热辐射作用头部,引起脑组织充血、水肿,出现剧烈头痛、头晕、眼花、耳鸣、呕吐、烦躁不安,严重时可发生昏迷、惊厥。头部温度高,而体温多不升高
热射病(又称中暑高热)	高温环境下大量出汗仍不足以散热或体温调节功能障碍出汗减少导致汗闭,可造成体内热蓄积。早期表现为头痛、头昏、全身乏力、多汗,继而体温迅速升高,可达40℃以上,出现皮肤干热、无汗、谵妄和昏迷,可有抽搐、脉搏加快、血压下降、呼吸浅速等表现

2.治疗原则:迅速降温,补充水、电解质,纠正酸中毒,防治脑水肿等。

热衰竭	纠正血容量不足,静脉补充生理盐水及葡萄糖、氯化钾。半小时至数小时可恢复
热痉挛	给予含盐饮料,若痉挛性肌肉疼痛反复发作,可静脉滴注生理盐水

续表

日射病	头部用冰袋或冷水湿敷
热射病	<p>(1) 物理降温:用冰袋或乙醇擦浴,肛温降至 38 ℃ 时应暂停降温</p> <p>(2) 药物降温:常用药物氯丙嗪</p> <p>(3) 对症治疗:抽搐时肌注地西洋或水合氯醛保留灌肠。昏迷者应保持呼吸道通畅,给氧。脱水、酸中毒者应补液纠正酸中毒</p>

## 第十章 神经系统疾病病人的护理



神经系统疾病  
病人的护理

### 考点 一 急性脑血管疾病病人的护理

#### 1.病因和发病机制

- ①脑出血:内囊处出血最常见。以高血压动脉硬化所致的脑出血最为常见。
- ②蛛网膜下腔出血:最常见的病因为先天性脑动脉瘤。
- ③短暂性脑缺血发作:又称小中风,主要病因是动脉硬化。
- ④脑血栓形成:动脉硬化是常见的病因。
- ⑤脑栓塞:颅外其他部位栓子,随血流进入颅内动脉。

#### 2.临床表现

脑出血	多在白天发病,如情绪激动、活动过度、酒后或排便用力时,血压突然急骤升高致脑血管破裂,以内囊出血最多见。表现为剧烈头痛、头晕、呕吐(颅内压增高),迅速出现意识障碍 体检:颜面潮红、意识障碍、脉搏慢而有力,血压可高达 26.7 kPa(200 mmHg)以上,内囊出血表现为对侧偏瘫、偏身感觉障碍、对侧同向偏盲(“三偏征”)。脑桥出血轻者仅有头痛、呕吐,重者表现为出血灶侧周围性面瘫,对侧肢体中枢性瘫痪,称为交叉瘫。当出血波及两侧时可出现四肢瘫,瞳孔呈针尖样。小脑出血表现为眩晕、呕吐、枕部头痛、眼球震颤、共济失调
-----	--

续表

蛛网膜下隙出血	起病急骤,常在活动中突然发病,表现为剧烈头痛,喷射性呕吐,脑膜刺激征阳性
脑血栓形成	多发生于有动脉硬化、糖尿病、高脂血症的中老年人,一般无意识障碍,进展缓慢,常在睡眠或安静休息时由于血压过低、血流减慢、血黏度增加等因素促使血栓形成而发病。起病先有头痛、眩晕、肢体麻木、无力及一过性失语或短暂脑缺血发作等前驱症状。常于睡眠中或安静休息时发病,早晨起床时才发现半身肢体瘫痪
脑栓塞	多发生在静止期或活动后,起病急骤,多无前驱症状

## 3. 治疗

出血性脑血管病	以降低颅内压和控制血压为主要措施,同时应用止血药 降颅压首选药为甘露醇。因动脉瘤引起的蛛网膜下腔出血应尽快手术。头痛剧烈可根据医嘱给予脱水药、镇静镇痛药,但禁用吗啡与塞替派,因其有抑制呼吸中枢及降低血压作用
缺血性脑血管病	以抗凝治疗为主,同时应用扩血管药、血液扩充剂 脑血栓发病 6 小时内可溶栓治疗。对重症脑血栓急性期,生命体征不稳定时,不宜口服倍他司汀和桂利嗪,因其不利于脑缺血的改善

**考点**

**癫痫病人的护理**

## 1. 临床表现

<b>简单部分性发作</b>	以发作性一侧肢体、局部肌肉的感觉障碍或节律性抽搐为特征,或出现简单的幻觉,无意识障碍
<b>复杂的部分性发作</b>	吸吮、咀嚼、舔唇、流涎、摸索等动作的重复;伴有意识障碍
<b>精神运动性兴奋</b>	表现为无理吵闹、唱歌、脱衣裸体等,事后不能回忆
<b>单纯失神发作</b>	表现为 <b>突然发生和突然停止</b> 的意识障碍。持续时间短,发作后仍继续原有的动作
<b>强直阵挛性发作</b>	<p>旧称大发作,以意识丧失和全身抽搐为特征</p> <p>先兆表现:瞬间麻木、疲乏、恐惧或无意识的动作</p> <p>强直期:意识丧失,发出叫声倒在地上,所有骨骼肌强直收缩、头后仰、眼球上翻,上肢屈肘、下肢伸直,喉部痉挛,牙关紧闭,呼吸暂停,口唇发紫,瞳孔散大,对光反射消失,持续约 10~20 秒,转入阵挛期</p> <p>阵挛期:全身肌肉阵挛,约 1 分钟</p> <p>发作后期:抽搐停止,口吐白沫,然后呈昏睡状态,伴大小便失禁。约 10 余分钟至 2~4 小时后病人逐渐苏醒。对发作不能回忆。若发作间歇期仍有意识障碍称为“癫痫持续状态”</p>

## 2. 治疗

- (1) 合理用药、单一用药:长期用药者在完全控制发作后应再持续服药 3~5 年,再考虑停药。
- (2) 癫痫持续状态:首选**地西泮**。

## 第三篇 外科护理学

### 第一章 水、电解质、酸碱代谢失调病人的护理



水、电解质、酸碱代谢失调病人的护理

第三篇

外科护理学

#### 考点 一 水的平衡

体液的含量与分布:

正常成年男性液体总量占体重的 60%, 女性为 50%, 婴幼儿为 70%~80%, 随着年龄的增长和脂肪量增多, 体液量将减少。体液中细胞内液男性占体重的 40%, 女性占 35%, 细胞外液占 20%。细胞外液中组织间液为 15%, 血浆为 5%。

#### 考点 二 电解质的平衡

分类	概念	正常值
钠的平衡	是细胞外液的主要阳离子, 维持细胞外液的渗透压和容量	135~145 mmol/L
钾的平衡	钾是细胞内液的主要阳离子	3.5~5.5 mmol/L

续表

分类	概念	正常值
$\text{Cl}^-$ 和 $\text{HCO}_3^-$	$\text{Cl}^-$ 和 $\text{HCO}_3^-$ 是细胞外液中的主要阴离子,与钠共同维持体液的渗透压和含水量。 $\text{Cl}^-$ 和 $\text{HCO}_3^-$ 的含量有互补作用,当 $\text{HCO}_3^-$ 增多时 $\text{Cl}^-$ 含量减少;反之, $\text{HCO}_3^-$ 减少时 $\text{Cl}^-$ 的含量增加,以维持细胞体液阴离子的平衡	—

### 考点 三 脱水

分类	高渗性脱水	低渗性脱水	等渗性脱水
病理生理	体液丧失以水分为主,钠盐损失较少,导致细胞外液渗透压增高	低渗性脱水是失钠多于失水	等渗性脱水时,水和钠成比例丧失
临床表现	轻度脱水主要以口渴为特点 中度脱水口渴更加明显 重度脱水出现精神症状	轻度脱水,出现乏力、头晕等; 中度脱水,出现周围循环衰竭; 重度脱水,除上述表现加重外,出现神经精神症状等	既有脱水症状,又有缺钠症状。表现有口渴、尿少、头昏、皮肤弹性差、血压下降等

续表

分类	高渗性脱水	低渗性脱水	等渗性脱水
辅助检查	血清钠高于 145 mmol/L	血清钠低于 135 mmol/L	血清钠在正常范围
治疗原则	尽早去除病因,能饮水的患者尽量饮水。不能饮水者静脉滴注 5% 葡萄糖液	轻者静脉补充等渗盐水即可纠正,重度缺钠者先静脉输注等渗盐水,后输胶体溶液,再给高渗盐水	用等渗盐水和平衡液补充血容量,还应补充日需要水量 2 000 mL 和氯化钠 4.5 g。盐水与葡萄糖溶液交替输入

### 考点 四 低钾血症与高钾血症

	低钾血症	高钾血症
病理生理	入量不足;排出过多;体内转移;碱中毒	量过多,排出减少;体内转移;当发生酸中毒时,引起高钾血症
临床表现	骨骼肌症状;消化系统症状;循环系统症状;中枢神经系统症状	肌肉无力;神志改变;抑制心肌

续表

<b>实验室检查</b>	血清钾低于 3.5 mmol/L。心电图检查主要改变是 T 波宽而低或平, Q-T 间期延长, 出现 U 波, 重者 T 波倒置, ST 段下移	血清钾大于 5.5 mmol/L。心电图检查 T 波高而尖, P-R 间期延长, P 波下降或消失
--------------	--	---

### 考点 五 液体疗法及护理

<b>补多少</b>	生理需要量	正常人每日生理需要量为 2 000~2 500 mL
	累积损失量	从发病开始到就诊时已经损失的液体量
	继续损失量	在治疗过程中, 继续损失的液体
<b>补什么</b>	原则是缺什么补什么	高渗性脱水: 饮水或输注 5% 葡萄糖溶液为首选 低渗性脱水: 轻者以等渗盐水, 中度或重度需要补充高渗盐水 等渗性脱水: 一般以等渗盐水和 5% 葡萄糖液各半交替输入
<b>如何补</b>	补液原则是 <b>先盐后糖, 先晶后胶, 先快后慢, 尿畅补钾</b>	



外科营养支持病人的护理

## 第二章 外科营养支持病人的护理

### 考点 一 肠内营养

适应证	胃肠有一定功能的,需要营养疗法的患者均可采用肠内营养	
禁忌证	肠道梗阻、胃肠道有活动性出血、严重肠道炎症、腹泻及休克患者等	
护理措施	营养液及输注用具清洁无菌	营养液要在无菌环境下配制,放置于 4℃ 以下的冰箱内暂时存储,并于 24 小时内用完
	预防误吸	胃管移位及注意体位;测量胃内残余液量;观察及处理
	预防胃肠道并发症	配制营养液的浓度及渗透压;控制液量及输注速度;控制营养液的温度

### 考点 二 肠外营养

适应证	胃肠道消化吸收功能障碍;腹泻、呕吐严重的;因疾病或治疗需要胃肠道休息的;高代谢状态,胃肠营养不能满足的;肿瘤放、化疗时期等
-----	---

续表

输注方法	周围静脉	操作简单,相对安全,一般不能超过 2 周
	中心静脉	可以较长时间使用,但并发症较多而严重
护理措施	清洁无菌	保证营养液及输注器具清洁无菌,营养液要在无菌环境下配制,放置于 4 ℃ 以下的冰箱内暂存,并于 24 小时内用完
护理措施	控制输注速度	葡萄糖输注速度应控制在 5 mg/(kg min) 以下,输注 20% 的脂肪乳剂 250 mL 约需 4~5 小时
	预防感染	导管护理:穿刺插管部位每日消毒、更换敷料,并观察和记录有无红肿感染现象,如有感染应通知医师并拔管,同时管端细菌培养
	保持导管通畅	保持导管通畅,避免导管扭曲、挤压,输注结束时用肝素稀释液封管,防止血栓形成

## 第三章 外科休克病人的护理



外科休克病人的护理

### 考点 休克

#### 1. 分类

休克可分为低血容量性、感染性、心源性、神经性和过敏性休克 5 类。

低血容量性休克和感染性休克在外科休克中最为常见。低血容量性休克包括创伤性和失血性休克两类。

#### 2. 临床表现

分期	表现
休克代偿期	当失血量少于循环血量的 20% 以下时, 患者表现为神志清楚、精神紧张、兴奋或烦躁不安、口渴等
休克抑制期	患者表现为神情淡漠, 反应迟钝, 甚至出现意识模糊或昏迷, 四肢湿冷, 脉搏细速或摸不清, 尿量减少甚至无尿。若皮肤、黏膜出现瘀斑或消化道出血, 则表示病情发展到 DIC 阶段

#### 3. 治疗原则

(1) 低血容量性休克: 外科最常见的休克类型; 治疗关键是及时补充血容量。

(2) 感染性休克: 感染性休克时血流动力学有低动力型(低排高阻型)和高动力型(高排低阻型)改变; 感染性休克首要的治疗措施是补充血容量。

#### 4. 休克患者的护理措施

- (1) **迅速建立 1~2 条静脉输液通道。**
- (2) 合理补液。
- (3) 严密观察病情变化。
- (4) 休克体位: 将患者**头和躯干抬高  $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ , 下肢抬高  $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 。**
- (5) 应用血管活性药物。
- (6) 体温降低者, 应予以保暖。

## 第四章 多器官功能障碍综合征


 多器官功能  
障碍综合征

第三篇

外科护理学

### 考点 急性呼吸窘迫综合征

#### 1. 临床表现

分期	表现
初期	患者出现呼吸困难,检查无明显体征,X线检查也无显著变化。血气分析动脉血氧分压下降,一般性给氧病情不能缓解
进展期	临床上呼吸困难加重,同时出现发绀,此时听诊双肺可有中小水泡音,呼吸音变化出现管状呼吸音,病情继续恶化,患者出现昏迷,体温升高,X线胸部摄片可见网状阴影,继之肺出现斑点状或成片状的阴影
末期	出现深度昏迷,呼吸困难及缺氧更加严重,出现严重酸中毒、心律失常。当动脉血氧分压下降至 3.3 kPa (25 mmHg),CO <sub>2</sub> 分压上升至 7.3 kPa (55 mmHg)时,提示呼吸衰竭已达临终状态

#### 2. 辅助检查

(1) X线片:早期无异常或呈肺纹理增多,继之出现双肺部分或大部分斑片状阴影,后期出现双肺广泛大片致密阴影。

(2) 动脉血气分析:  $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ ,  $\text{PaCO}_2 < 35 \text{ mmHg}$  或正常, 氧合指数  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300 \text{ mmHg}$ 。

### 3. 治疗原则

迅速纠正低氧血症, 改善肺泡换气功能的主要治疗方法是机械通气, 选用呼气终末正压通气(PEEP)。

## 考点



## 急性肾衰疾病病人的护理

### 1. 临床表现

少尿或无尿期	成人 24 小时总尿量少于 <b>400 mL</b> 称为少尿, 不足 100 mL 为无尿
多尿期	表示急性肾衰竭向好转的方向发展, 如每日尿量超过 400 mL, 则表示进入多尿期, 最多可达 3 000 mL 以上, 有时会高达 5 000~7 000 mL。多尿期后期, 可因大量水分和电解质排出而出现脱水及低钾血症、低钠血症。一般持续时间 1~2 周
多尿期	多尿期之后, 血肌酐及尿素氮逐渐下降, 待尿素氮处于稳定后即进入恢复期

### 2. 治疗和护理要点

分期	护理要点
少尿期或无尿期	密切观察患者的神志、生命体征的变化; 严格限制入量; 控制饮食; 高钾血症时禁用含钾药物, 不输入库存血
多尿期	记录出入量, 合理补液; 密切监测血钾、血钠的浓度, 防止因大量利尿造成电解质失衡
恢复期	指导患者饮食治疗, 摄入易于消化和吸收的高蛋白饮食, 避免与各种有害肾脏的物质接触

## 考点 三 弥散性血管内凝血

### 1. 病因

感染是弥散性血管内凝血(DIC)最常见的原因。

### 2. 护理要点

(1) 抗凝疗法护理: 及早进行抗凝治疗, 常用药物有肝素、双嘧达莫(潘生丁)、右旋糖酐和阿司匹林。

(2) 抗纤溶疗法护理: 对 DIC 后期, 因继发纤溶亢进而引起出血, 必须使用抗纤维蛋白溶解剂氨甲苯酸、氨基己酸等。

## 第五章 麻醉病人的护理



麻醉病人的护理

### 考点 全身麻醉的护理

麻醉前护理	禁食	常规术前 12 小时禁食,4 小时禁饮
	局麻药过敏试验	目前规定普鲁卡因使用前应常规做皮肤过敏试验
	术前用药	多在术前 30~60 分钟应用
麻醉后护理	体位	常规去枕平卧 6~8 小时
	上呼吸道梗阻	患者往往在自主呼吸时出现“三凹征”,一旦发生则应立即处理:置入口咽或鼻咽通气道或立即人工呼吸
	高血压	是全身麻醉中最常见的并发症
	室性心律失常	对术前有偶发或频发室性期前收缩者,可于诱导同时静脉注射利多卡因 1 mg/kg
	心脏停搏	是全身麻醉中最严重的并发症
	术后恶心	为最常见的并发症

### 考点 二 椎管内麻醉的护理

- 1.蛛网膜下腔阻滞 麻醉后常规去枕平卧 6~8 小时。
- 2.头痛 主要因腰椎穿刺时刺破硬脊膜和蛛网膜,致使脑脊液流失,颅内压下降,颅内血管扩张刺激所致。
- 3.低血压 腰麻患者的部分交感神经被抑制,迷走神经相对亢进,致血压下降。
- 4.硬膜外麻醉 穿刺时不穿透蛛网膜,不会引起头痛,但因交感神经阻滞,血压多受影响,故术后需要平卧 4~6 小时,但不必去枕,麻醉后血压、脉搏平稳后即可按手术本身需要采取适当的卧位。

### 考点 三 局部麻醉药物中毒

原因	一次用药超过最大安全剂量;局部药物误注入血管内;注射部位血管丰富或有炎性反应,或局麻药中未加肾上腺素,因而局麻药吸收加速;患者体质衰弱、病情严重
临床表现	轻度出现面色潮红、血压升高等,随后出现面色苍白、出冷汗、血压下降、脉搏细弱,并趋向缓慢,心律失常,严重者可发生心力衰竭甚至心搏骤停
治疗	立即停止局麻药注入,尽早吸氧、补液、维持呼吸、稳定循环,地西洋静脉或肌内注射,抽搐或惊厥时加用硫喷妥钠

## 第六章 心肺脑复苏



心肺脑复苏

### 考点 心肺复苏

初期复苏的步骤	人工循环—开放气道—人工呼吸
人工循环的方法	按压每分钟至少 100 次,胸骨下陷至少 5 cm,按压部位为胸骨下段
心脏按压的标志	能触摸到大动脉的搏动
注意事项	(1) 成年患者人工循环与人工呼吸同时进行,人工循环与人工呼吸的比例为 30 : 2,即心脏按压 30 次,吹气 2 次 (2) 小儿心肺复苏时,心脏按压用单手掌根按压胸骨中段,每次下压 2~3 cm;对新生儿,双手环抱胸廓,两拇指按压胸骨中点,下压 1~2 cm,按压频率为 100~120 次/分钟
有效的标志	(1) 大动脉出现搏动;(2) 收缩压在 8.0 kPa(60 mmHg) 以上;(3) 瞳孔缩小,发绀减退;(4) 自主呼吸恢复
气道开放	开放气道,维持气道通畅是复苏的关键。方法是抢救者位于患者左侧,左手置于患者颈后,向上托起,右手按压前额使头后仰,此时是通气的最佳位置

续表

人工呼吸	气道通畅后应迅速进行人工呼吸。口对口人工呼吸是最简单、有效的方法。患者仰卧,护士一手托起下颌使头后仰,张开下唇。另一手捏鼻孔,护士吸气后对患者口内用力吹气。然后放开鼻孔,待胸廓回缩呼气。首先连续吹气2次,之后每分钟均匀吹气10~12次。每次吹气要见胸廓有明显起伏才表示有效
给药途径	心肺复苏首选的是静脉给药

### 考点 二 心肺复苏的治疗

心脏复苏药物	肾上腺素	是心脏复苏的首选药
	阿托品	解除迷走神经对心脏的抑制作用,提高窦房结的兴奋性
	利多卡因	是抗心律失常的首选药物
	碳酸氢钠	是纠正代谢性酸中毒的首选药物
除颤	把一个电极放在心尖部,另一个放在右侧第1肋间近胸骨右缘处 电能选择,成人用单相波360J或双相波200J直流电除颤 注意事项:电极板与皮肤接触处用导电糊,并用力贴紧,以免引起局部烧伤;在放电时任何人不得接触患者和病床,防止触电	

## 第七章 外科重症监护



外科重症监护

### 考点 血流动力学监测

平均动脉压(MAP)	指心动周期的平均血压,正常值为70~105 mmHg。MAP=舒张压+1/3(收缩压-舒张压)
中心静脉压(CVP)	测定上、下腔静脉或右心房内的压力,正常值为5~12 cm H <sub>2</sub> O
肺动脉楔压(PAWP)	有助于判定左心室功能,反映血容量是否充足;PAWP<2.40 kPa,是诊断急性肺损伤和ARDS的重要指标
肺毛细血管楔压(PCWP)	能较好地反映左心房平均压及左心室舒张末期压。PCWP<0.8 kPa,表示心脏前负荷降低,有效循环血容量不足;如果PCWP>2.0 kPa,说明心脏前负荷升高,应用利尿药或扩血管药降低前负荷
心排血量(CO)	指每分钟心脏的射血量,由心脏每搏输出量×心率而得,是监测左心功能的最重要指标,正常值为4~6 L/min

## 第八章 手术前后病人的护理



手术前后  
病人的护理

### 考点 手术前的护理

手术前护理	呼吸道准备	有吸烟嗜好者,术前2周戒烟。如胸部手术者,训练腹式呼吸;腹部手术者,训练胸式呼吸
	胃肠道准备	择期手术患者于术前 <b>12小时禁食,4小时禁水</b> ,以防因麻醉或手术引起呕吐而致窒息或吸入性肺炎。腹部手术患者除急诊手术禁止灌肠外,应于 <b>术前1日晚用肥皂水灌肠</b> 或使用开塞露,排空肠腔内粪便,以防麻醉后肛门括约肌松弛大便排出而污染手术区,还可减轻术后腹胀
	皮肤准备	目的是清除皮肤上的微生物,预防切口感染
	其他准备	术前做好血型鉴定和交叉配血试验;术晨测量生命体征;患者入手术室前取下义齿、发夹、眼镜、手表、首饰等;排尽尿液

## 考点



## 手术后的护理

手术后 护理措施	体位	全麻尚未清醒者	取平卧位,头偏向一侧
		椎管内麻醉者	应平卧 6~8 小时,以防因脑脊液外渗而出现头痛
		颈、胸部手术	高半坐卧位,便于呼吸和有效引流
		脊柱或臀部手术	俯卧或仰卧位
		腹部手术	多采用低半坐卧位或斜坡卧位
		腹腔内有感染者	尽早改为半坐位或头高脚低位
	引流量的护理	随时观察	引流管是否通畅,有无阻塞、扭曲、折叠和脱落,并记录引流物的颜色、性状和量。乳胶引流片一般于 <b>术后 1~2 天拔除</b>
		放置的时间	大多要 <b>1 周内拔除</b> 。胃肠减压管一般在胃肠道功能恢复、肛门排气后,即可拔除
	常见的不适	恶心、呕吐、腹胀、呃逆、尿潴留	
并发症	发热、术后出血、切口感染、切口裂开、肺不张、深静脉血栓形成		

## 第九章 手术室护理工作



手术室护理工作

### 考点 手术物品准备和无菌操作

手术物品	无菌方法
所有布类用品	均经高压蒸汽灭菌后方可供手术使用
各种敷料	制作后包成小包,或存放于敷料罐内,经高压蒸汽灭菌后供手术时用。用于消毒止血的碘仿纱条,严禁高压蒸汽灭菌。对于感染性手术,尤其是特异性感染手术用过的敷料不可乱丢,要用大塑料袋集中包起并在袋外注明手术类别、日期、感染种类
器械类	手术前根据需要挑选、检查器械,功能完好、打包后进行高压蒸汽灭菌。锐利手术器械、不耐热手术用品或各类导管可采用化学灭菌法,如采用 <b>2%戊二醛浸泡10小时</b> ,用无菌水冲净后方能使用

## 第十章 外科感染病人的护理



外科感染  
病人的护理

### 考点 疖、痈、急性蜂窝织炎、丹毒、指头炎

分类	病因	临床表现	治疗原则
疖	主要致病菌多为金黄色葡萄球菌	发生在面部“危险三角区”的疖,如被挤压或处理不当时可引起 <b>化脓性海绵状静脉窦炎</b>	早期促使炎症消退
痈	主要致病菌为金黄色葡萄球菌	界限不清,表面有几个突出点或脓点,疼痛较轻	及时手术切开排脓,清除坏死组织
急性蜂窝织炎	致病菌多为乙型溶血性链球菌	口底、颌下、颈部等处的急性蜂窝织炎,可发生喉头水肿而压迫气管,引起呼吸困难甚至窒息	应尽早切开减压,以防喉头水肿、窒息死亡
丹毒	丹毒是皮肤及其网状淋巴管的急性炎症	起病急、进展快,先有畏寒、发热、头痛、恶心、呕吐等全身症状,高热可达 39~40℃	处理原发病,应用抗生素

续表

分类	病因	临床表现	治疗原则
指头炎	致病菌为金黄色葡萄球菌	初期指尖有针刺样疼痛,以后指头肿胀、发红、疼痛剧烈。如不及时治疗,常可引起指骨缺血性坏死,形成慢性骨髓炎	初期:用热盐水浸泡,也可用药物外敷。一旦出现指头跳痛、明显肿胀,应及时切开减压引流

## 第十一章 损伤病人的护理



损伤病人的护理

### 考点 烧伤

#### 1. 人体体表面积新九分法

部位	公式	成人各部位面积(%)	小儿各部位面积(%)
头颈	$9 \times 1 = 9$	发部 3, 面部 3, 颈部 3	$9 + (12 - \text{年龄})$
双上肢	$9 \times 2 = 18$	双手 5, 双前臂 6, 双上臂 7	$9 \times 2$
躯干	$9 \times 3 = 27$	腹侧 13, 背侧 13, 会阴 1	$9 \times 3$
双下肢	$9 \times 5 + 1 = 46$	双臂 5, 双大腿 21, 双小腿 13, 双足 7	$46 - (12 - \text{年龄})$

#### 2. 烧伤深度

深度	临床体征	局部感觉
I 度(红斑烧伤)	轻度红肿、干燥、无水疱	灼痛
浅 II 度(大水疱)	水疱较大、泡壁薄、基底潮湿、鲜红、水肿明显	剧痛、感觉过敏

续表

深度	临床体征	局部感觉
深Ⅱ度(小水疱)	水疱较小、疱壁厚、基底苍白或红白相间、水肿、可见网状血管栓塞	迟钝
Ⅲ度(焦痂)	无水疱、焦黄、炭化、坚韧、可见树枝状栓塞血管	消失

## 第十二章 器官移植病人的护理



器官移植病人的护理

### 考点 器官移植术前准备

分类	内容
免疫学方面的选择	移植前检查:血型、交叉配合与细胞毒性试验、混合淋巴细胞培养、人类白细胞抗原的血清学测定
移植器官的保存	常温下超过 <b>30 分钟(肾超过 60~90 分钟)</b> ,器官即可发生不可逆损害,失去活力,因此要延长移植器官活力必须迅速改变热缺血为冷缺血
保存方法	用 4℃ 左右的特制灌注液(仿细胞内液)进行灌注,直至流出液清澈,脏器变成均匀的灰白色,然后轻轻放入第 1 个盛有 4℃ 保存液的无菌塑料袋内,用消毒橡皮筋扎紧塑料袋口,再放入第 2 个无菌塑料袋内,用橡皮筋扎紧,最后存入有无菌冰屑的塑料盒内

## 第十三章 肿瘤病人的护理



肿瘤病人的护理

### 考点 肿瘤的护理

肿瘤化疗常见毒性反应和护理:

毒性反应	护理
组织坏死栓塞性静脉炎	强刺激性药物如氮芥、阿霉素、长春新碱、丝裂霉素等,不慎注入皮下可引起组织坏死
保护静脉	药物适当稀释,一般用 20 mL 化疗药物,以减轻对血管壁的刺激。长期治疗左右臂交替使用,使损伤的静脉得以修复。如出现静脉炎则停止滴注,热敷、硫酸镁湿敷或理疗
预防组织坏死	药液不慎溢出需立即:①停止注药或输液,保留针头注入解毒剂再拔针;②皮下注入解毒剂;③局部涂氢化可的松,冰敷 24 小时;④报告医师并记录常用解毒剂:硫代硫酸钠,用于氮芥、丝裂霉素和放线菌素 D;碳酸氢钠,用于阿霉素和长春新碱
骨髓抑制	每周查血常规 1~2 次,白细胞计数降至 $3.5 \times 10^9/L$ ,血小板计数降至 $80 \times 10^9/L$ 时,需暂停用药,给补血药物,增加营养;白细胞计数降至 $1.0 \times 10^9/L$ ,给予保护隔离;对重度骨髓抑制者,置患者于无菌室或层流无菌室内,严密保护和精心护理常可帮助患者度过危险期

续表

毒性反应	护理
口腔黏膜反应	抗代谢药特别是大剂量应用时,常因严重的口腔炎形成溃疡。保持口腔清洁,必要时做细菌培养及药物敏感试验,如合并真菌感染,用 3% 苏打水漱口,并用制霉菌素 10 万 U/mL 含漱
皮肤反应	甲氨蝶呤常引起不同程度的皮肤反应,表现为皮肤干燥、色素沉着,有时全身瘙痒,可用炉甘石洗剂止痒
脱发	毛囊上皮生长迅速,对药物敏感。脱发常见于阿霉素、甲氨蝶呤、环磷酰胺的应用。可用头皮降温方法,于注药前 5~10 分钟,头部放置冰帽,注药后维持 30~40 分钟,可防止药物对毛囊的刺激

## 第十四章 颅内压增高病人的护理



颅内压增高  
病人的护理

### 考点 脑疝的临床表现

分类	临床表现
小脑幕切迹疝	在颅内压增高的基础上,出现 <b>进行性意识障碍</b> ,患侧瞳孔最初有短暂的缩小,以后逐渐散大,直接或间接对光反射消失,并伴有患侧上睑下垂及眼球外斜。病变对侧肢体瘫痪、肌张力增加、腱反射亢进、病理征阳性
枕骨大孔疝	剧烈头痛,反复呕吐、颈项强直或强迫体位,生命体征改变出现较早,意识障碍出现较晚。瞳孔忽大忽小。当延髓呼吸中枢受压时,患者早期即可突发呼吸骤停而死亡

## 第十五章 脑损伤病人的护理



脑损伤病人的护理

### 考点 一 颅骨骨折的临床表现

颅盖线形骨折	常合并有头皮损伤,骨折本身依靠触诊很难发现。依靠头颅正侧后 X 线摄片才能发现	
颅底骨折	颅前窝骨折	眼睑青紫,眼结膜下出血,俗称“ <b>熊猫眼征</b> ”“兔眼征”,鼻和口腔流出血性脑脊液
	颅中窝骨折	在耳后乳突区皮下出现淤血。脑脊液漏从外耳道流出,鼓膜未破,可沿咽鼓管流入鼻腔形成鼻漏;有时骨折累及蝶骨也会出现脑脊液鼻漏
	颅后窝骨折	在耳后及枕下部出现皮下瘀斑,脑脊液漏至胸锁乳突肌和乳突后皮下,偶有 <b>第 9~12 对脑神经损伤</b>

**考点** 二 脑损伤的临床表现

分类	临床表现	处理原则
脑震荡	伤后立即出现短暂的意识丧失,意识恢复后对受伤时的情况没有记忆,而对往事记忆清楚,称为逆行性健忘	卧床休息 1~2 周,给予镇静药等对症处理,多在两周内恢复正常
脑挫裂伤	意识障碍	保持呼吸道通畅,防治脑水肿,加强支持疗法和对症处理
颅内血肿	伤后昏迷有“中间清醒期”	首选的治疗方法是 <b>手术清除血肿</b>

## 第十六章 颈部疾病病人的护理



颈部疾病  
病人的护理

### 考点 甲亢术后并发症的预防与护理

并发症	预防与护理
术后呼吸困难和窒息	多发生于 <b>术后 48 小时内</b> ,是最危急的并发症,术后患者床旁应常规放置气管切开包和无菌手套
喉返神经损伤	一侧喉返神经损伤,多引起声音嘶哑;两侧喉返神经损伤可导致两侧声带麻痹,引起失声、呼吸困难,甚至窒息
喉上神经损伤	外支损伤:环甲肌瘫痪,引起声带松弛、声调降低;内支损伤:喉部黏膜感觉丧失,患者丧失喉部的反射性咳嗽
手足抽搐	由于手术时甲状腺误伤、切除或其血液供应受累所致,经 2~3 周后,未受损伤的甲状旁腺增生,起到代偿作用,症状便消失
甲状腺危象	是甲亢的严重并发症,多发生于 <b>术后 12~36 小时</b> 。主要表现为:高热(体温大于 39℃)、脉快(脉搏大于 120 次/分)、大汗、烦躁不安、谵妄甚至昏迷,常伴有呕吐、水样泻

## 第十七章 乳房疾病病人的护理



乳房疾病病人的护理

### 考点 ① 常见乳房疾病及临床表现

分类	临床表现	治疗原则
急性乳腺炎	患侧乳房出现胀痛,局部红、肿、发热、压痛。继之出现高热、寒战,脉率加快,常有患侧淋巴结肿大、压痛	患乳 <b>停止哺乳,排空乳汁</b> ,应用抗生素
乳腺纤维腺瘤	肿块质似硬橡皮球的弹性感,表面光滑,易于推动,增大缓慢。月经周期对肿块的大小无影响	手术切除
乳管内乳头状瘤	患者一般无明显自觉症状,常因乳头溢液污染衣服而引起注意,溢液为血性、暗棕色或黄色液体。肿瘤多数较小,常不能触及	对症治疗为主
乳腺囊性增生	主要是乳房胀痛和肿块,部分患者有 <b>周期性</b> ,疼痛与月经周期有关,多数为月经前疼痛加重,月经来潮后减轻或消失	对症治疗为主

考点



乳腺癌

临床表现	早期表现:患侧乳房出现无痛性、单发的小肿块,质硬,表面不甚光滑,与周围组织 <b>分界不清,且不易推动</b> ,癌肿侵及 Cooper 韧带,可使其缩短而致癌肿表面皮肤凹陷,呈“酒窝征”皮内和皮下淋巴管被癌细胞阻塞而引起淋巴回流障碍,则出现真皮水肿,皮肤呈“橘皮样”改变
转移	常见部位为患侧腋窝淋巴结
治疗原则	以 <b>手术治疗为主</b> ,辅以化疗、放疗、内分泌治疗、生物治疗

## 第十八章 胸部损伤病人的护理



胸部损伤病人的护理

考点

胸膜腔闭式引流患者的护理

安置部位	胸膜腔积液一般在腋中线和腋后线之间第6~8肋间插管引流;胸膜腔积气常选锁骨中线第2肋间;脓胸常选在脓液积聚的最低位
水封式系统	瓶内盛无菌生理盐水约500 mL,长管的下端插至水平面下3~4 cm,短管下口则远离水平面,使瓶内空间与大气相通。接通后管内水柱高出水平面8~10 cm,并随呼吸上下移动。如果水柱不动,提示引流管不通
胸膜腔闭式引流管的护理措施	引流瓶应低于胸壁引流口平面60~100 cm,以防瓶内液体逆流入胸膜腔
	随时检查引流装置是否密闭及引流管有无脱落
	水封瓶长玻璃管没入水中3~4 cm,并始终保持直立,引流管周围用油纱布包盖严密
	搬动患者或更换引流瓶时,需双重关闭引流管,以防空气进入
	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
	如果引流管从胸腔滑脱,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

第三篇

外科护理学

续表

保持通畅	患者取半坐卧位;定时挤压胸膜腔引流管,防止引流管阻塞、扭曲、受压;鼓励患者做咳嗽、深呼吸运动及变换体位,以利胸腔内液体、气体排出,促进肺扩张
拔管指征	一般置引流管 <b>48~72 小时后</b> ,临床观察无气体逸出,或引流量明显减少且颜色变浅,24 小时引流液小于 50 mL,脓液小于 10 mL,X 线胸片示肺膨胀良好无漏气,患者无呼吸困难,即可拔管
拔管方法	拔管时嘱患者先深吸一口气,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



脓胸病人的护理

## 第十九章 脓胸病人的护理

病因	多为继发性感染,最主要的原发病灶来自肺部,常见的致病菌为 <b>金黄色葡萄球菌</b>	
急性脓胸的临床表现和诊断	高热、脉速、胸痛、食欲缺乏、呼吸急促、全身乏力等征象。积脓较多者有胸闷、咳嗽、咳痰症状,严重者可出现发绀和休克。体格检查可见患侧呼吸运动减弱,肋间隙饱满;患侧语颤音减弱;叩诊呈浊音,脓气胸者上胸部叩诊呈鼓音,下胸部叩诊呈浊音;听诊呼吸音减弱或消失	
慢性脓胸的临床表现和诊断	长期低热、食欲缺乏、消瘦、贫血、低蛋白血症等慢性全身中毒症状;可有杵状指(趾);气促、咳嗽、咳脓痰等症状。可见胸廓内陷、呼吸运动减弱、肋间隙变窄,听诊示呼吸音减弱或消失	
护理	半坐卧位,以利呼吸和引流, <b>有支气管胸膜瘘者取患侧卧位</b> ,以免脓液流向健侧或发生窒息	
治疗原则	急性脓胸	尽早行胸腔穿刺抽脓。脓液多时,应分次抽吸,每次抽脓量不超过 1 000 mL,脓液黏稠、抽吸困难或伴有支气管胸膜瘘者应行胸腔闭式引流
	胸部成形术	应采取术侧向下卧位,用厚棉垫、胸带加压包扎,并根据肋骨切除范围,在胸廓下垫一硬枕或加沙袋 1~3 kg 压迫,以控制反常呼吸
	胸膜纤维板剥脱术	术后易发生大量渗血,应严密观察生命体征及引流液的性状和量。如果血压下降、脉搏增快、尿量减少、烦躁不安且呈贫血貌,或胸腔闭式引流术后 2~3 小时内每小时引流量大于 100~200 mL 且呈鲜红色,应立即快速输血,酌情给予止血药,必要时准备再次开胸止血

## 第二十章 肺癌病人外科治疗的护理



肺癌病人外科  
治疗的护理

### 考点 病理和分类

分类	病理
鳞状细胞癌(鳞癌)	约占 50%。50 岁以上的男性占大多数
小细胞癌	恶性程度高,生长快,较早出现淋巴和血行转移,对放射和化学药物治疗最敏感,但在各型肺癌中预后最差
腺癌	发病年龄较小,女性相对多见。多数起源于较小的支气管上皮,多为周围型
大细胞癌	较少见,多为中心型;癌细胞分化程度低,预后很差

## 第二十一章 食管癌病人的护理



食管癌病人的护理

考点

食管癌病人的护理

病理	好发部位为胸中段
临床表现	早期症状:进食哽噎感,胸骨后烧灼样、针刺样或牵拉摩擦样疼痛 典型症状:为进行性吞咽困难
辅助检查	早期筛查食管癌的方法是食管拉网检查脱落细胞 食管癌确诊的方法是纤维食管镜检查
治疗原则	首选的治疗方法是手术治疗
术前护理	对进食后有滞留或反流者,术前1日晚遵医嘱予以生理盐水100 mL加抗生素经鼻管中洗食管及胃,可减轻局部充血水肿,减少术中污染,防止吻合口中瘘

第三篇

外科护理学

续表

术后护理	术后3小时内胸腔闭式引流量为每小时100 mL呈鲜红色并有较多血凝块,患者出现烦躁不安、血压下降、脉搏增快、尿少等血容量不足的表现,应考虑有活动性出血引流量多,由清亮逐渐转为浑浊,则提示有乳糜胸,应及时报告医师术后2~3日,胸腔闭式引流出的暗红色血性液逐渐变淡,量减少,24小时量小于50 mL时,可拔除引流管
饮食护理	术后3~4日吻合口处于充血水肿期,需禁饮禁食
胃肠减压	保持胃管通畅,妥善固定胃管,防止脱出。术后6~12小时内可从胃管内抽吸出少量血性液或咖啡色液,以后引流液颜色将逐渐变浅。如果引流出大量鲜血或血性液,患者出现烦躁、血压下降、脉搏增快、尿量减少等,应考虑吻合口出血术后3~4日待肛门排气、胃肠减压引流量减少后,拔除胃管
并发症	吻合口瘘:呼吸困难、胸腔积液、全身中毒症状,包括高热、血白细胞计数升高、休克甚至脓毒血症。多发生在术后5~10日,一旦出现,应嘱患者立即禁食,直至吻合口瘘愈合 乳糜胸:多因伤及胸导管所致。乳糜胸多发生在术后2~10日,少数病例可在2~3周后出现。患者表现为胸闷、气急、心悸,甚至血压下降。如果诊断成立,应迅速处理,即置胸腔闭式引流,及时引流胸腔内乳糜液,使肺膨胀

## 第二十二章 心脏疾病病人的护理



心脏疾病病人的护理

### 考点

### 冠状动脉粥样硬化性心脏病

病因	高脂血症、高血压、吸烟、糖尿病、肥胖、高密度脂蛋白过低
病理	冠状动脉发生长时间痉挛、急性阻塞、血管腔内形成血栓时,可造成局部心肌缺血、坏死
临床表现	<b>主要为心绞痛</b> ,多在劳动、登楼、情绪激动、饱餐、受凉时突感心前区疼痛。伴恶心、呕吐、大汗淋漓、发热、心律失常、发绀、血压下降、休克、心力衰竭等,甚至可突然猝死
治疗原则	选择性冠状动脉造影能够确定冠状动脉的狭窄部位、程度、范围和侧支循环的情况,是冠心病外科治疗的主要依据。手术方法主要是冠状动脉旁路手术
药物护理	术前3~5日停用抗凝剂、利尿药、洋地黄、奎尼丁等药物,以防止术中出血不止、洋地黄毒性反应等。术前注意休息,应用药物改善心功能,常给予硝酸甘油、氯化钾等药物
饮食护理	合理搭配饮食,给予低脂、低胆固醇饮食。心功能欠佳者限制盐的摄入,术前要 <b>戒烟2周以上</b> ,练习深呼吸及有效咳嗽

续表

术后护理	连续监测患者动脉压、左房压、中心静脉压和心电图变化,避免血压波动,及时纠正心律失常与心功能不全 术前应用钙离子阻滞剂或 $\beta$ -受体阻滞剂的患者,术后继续服用,以降低围术期心肌梗死的发生率和病死率 术后进食即给予阿司匹林口服,以避免吻合口血栓形成。术后取大隐静脉处用弹力绷带包扎,次日即开始活动肢体
------	--

## 第二十三章 腹外疝病人的护理



腹外疝病人的护理

### 考点 腹股沟斜疝

临床表现	疝囊经过腹壁下动脉外侧的腹股沟管内环(深环)突出,向内、向下、向前斜行经过腹股沟管,再穿出腹股沟管外环(浅环),并可进入阴囊者,是最常见的腹外疝
	难复性斜疝除胀痛稍重外,主要特点是疝块不能完全回纳。滑动性斜疝多见于右侧腹股沟区,除了疝块不能完全回纳外,尚有消化不良和便秘等症状
	嵌顿性疝多发生于斜疝,其主要原因是强体力劳动或用力排便等腹内压骤增。嵌顿内容物如果为肠袢,不但局部疼痛明显,还可伴有机械性肠梗阻的临床表现。如果不及时处理,终将发展成绞窄性疝
	绞窄性疝临床症状多较严重,因疝内容物发生感染,侵及周围组织,会引起疝块局部软组织的急性炎症和腹膜炎表现,严重者可发生脓毒血症

续表

治疗原则	非手术治疗	<b>婴幼儿可暂不手术</b> 。可采用棉线束带或绷带压住腹股沟管深环,防止疝块突出,并给发育中的腹肌以加强腹壁的机会
	<b>嵌顿性和绞窄性疝的处理原则</b>	嵌顿时间在 3~4 小时内,局部压痛不明显,也无腹部压痛或腹肌紧张等腹膜刺激征者,可先试行手法复位  年老体弱或伴有其他较严重疾病而估计肠袢尚未绞窄坏死者。手法复位后,必须严密观察腹部体征,一旦出现腹膜炎或肠梗阻的表现,应尽早手术探查。除上述情况外,嵌顿性疝原则上需要紧急手术治疗,以防疝内容物坏死,并解除伴发的肠梗阻。绞窄性疝的内容物已坏死,更需手术治疗

## 第二十四章 急性腹膜炎病人的护理


 急性腹膜炎  
病人的护理

### 考点 急性腹膜炎的护理

术前护理	体位:半卧位可利于引流。同时使膈肌下移,腹肌松弛
	禁食、胃肠减压
	镇静、止痛
术后护理	密切监测生命体征的变化,观察腹部体征的变化,有无膈下或盆腔脓肿的表现
	体位:全麻未清醒者给予平卧位,头偏向一侧,防止呕吐等引起窒息。全麻清醒后或硬膜外麻醉患者平卧 6 小时后血压、脉搏平稳可改为半卧位
	饮食:术后继续禁食、胃肠减压,肠蠕动恢复后,拔除胃管,给予水及流质饮食
	健康教育:鼓励患者卧床期间进行床上活动。体力恢复后尽早下床走动

## 第二十五章 腹部损伤病人的护理



腹部损伤  
病人的护理

### 考点 腹部损伤

病因	开放性损伤常见的受损内脏依次为肝、小肠、胃、结肠、大血管
	闭合性损伤常见的受损内脏依次为脾、肾、小肠、肝、肠系膜
临床表现	肝、脾、胰、肾等实质性脏器或大血管损伤时,主要临床表现是腹腔内(或腹膜后)出血,包括患者面色苍白、脉搏加快,严重时脉搏细弱、血压不稳定,甚至休克
	胃肠道、胆道、膀胱等空腔脏器破裂时,主要临床表现是弥漫性腹膜炎。腹膜刺激征最为突出。上消化道破裂时,因胃液、胆汁或胰液的强烈刺激,立即引起剧烈腹痛、腹肌紧张、压痛、反跳痛等典型的腹膜炎体征
辅助检查	实验室检查,B超,诊断性穿刺

续表

治疗原则	非手术治疗	①不随便搬动伤者;②为避免掩盖病情,不注射镇痛药;③积极补充血容量;④应用广谱抗生素;⑤禁食,进行胃肠减压
	手术治疗	①腹痛和腹膜刺激征有进行性加重或范围扩大者;②肠鸣音逐渐减弱、消失或出现腹胀明显者;③全身情况有恶化趋势,出现口渴、烦躁、脉率增快或体温及白细胞计数上升者;④红细胞计数进行性下降者;⑤血压由稳定转为不稳定,甚至下降者;⑥胃肠道出血不易控制者;⑦经积极抗休克治疗,情况不见好转反而继续恶化者

## 第二十六章 胃、十二指肠疾病病人的护理



胃、十二指肠疾病病人的护理

### 考点 胃、十二指肠溃疡

胃 溃 疡	临床表现	进餐—腹痛—缓解;多见于剑突与脐间的正中线或略偏左
	并发症	急性穿孔,大出血,瘢痕性幽门梗阻
	护理措施	术前护理:密切观察患者生命体征,必要时禁食禁饮,胃肠减压 术后护理:①术后胃出血多可采用非手术疗法,包括禁食、应用止血药物和输新鲜血。②胃肠吻合口破裂或瘘:多发生在术后3~7日。早期吻合口破裂可引起明显的腹膜炎症状和体征,须立即行手术处理。后期发生者,可形成局限性脓肿或向外穿破而发生腹外瘘。③残胃蠕动无力或胃排空延迟:发生在术后7~10日,肠外营养支持,应用促胃动力药物

续表

十 二 指 肠 溃 疡	临床表现	腹痛—进餐—缓解;烧灼痛或钝痛;在脐部偏右上方
	并发症	急性穿孔,大出血,幽门梗阻
	护理措施	<p>术前护理:密切观察患者生命体征,必要时禁食禁饮,胃肠减压</p> <p>术后护理:<b>晚期倾倒综合征又称低血糖综合征</b>,为高渗食物迅速进入小肠,快速吸收,由于高血糖使胰岛素大量释放,继而发生反应性低血糖。发生于餐后 2~4 小时。少量多餐可防止其发生</p>

## 第二十七章 肠疾病病人的护理



肠疾病  
病人的护理

### 考点 几种常见的机械性肠梗阻

粘连性肠梗阻	常在腹腔内手术引起肠粘连,临床上有典型的机械性肠梗阻表现。一般采用非手术治疗。如果症状加重或有肠绞窄表现,应及时手术治疗
蛔虫性肠梗阻	多见于 2~10 岁儿童,驱虫治疗不当常为诱因。主要表现为脐周阵发性疼痛或呕吐,可有吐蛔虫或便蛔虫的病史,腹部 X 线有成团的虫体阴影。主要采用非手术治疗,如非手术无效或发生腹膜炎者,应手术治疗
肠扭转	一段肠袢沿其系膜长轴旋转而致的闭袢性肠梗阻。小肠扭转多见于青壮年,常在饱食后剧烈运动而发病。表现为突发脐周剧烈绞痛,腹痛常牵涉腰背痛,频繁呕吐,腹胀不对称,患者早期即可发生休克。因肠扭转极易发生绞窄性肠梗阻,故应及时手术治疗
肠套叠	一段肠管套入其相连的肠腔内称为肠套叠。小儿以回肠末端套入结肠最常见。急性肠套叠多见于 2 岁以内的儿童,常为突然发作剧烈的阵发性腹痛,伴有呕吐和果酱样便,腹部可扪及腊肠形、稍有压痛的腹部肿块。X 线空气或钡剂灌肠检查,可见到空气或钡剂在套叠远端受阻呈

## 第二十八章 直肠肛管疾病病人的护理



直肠肛管疾病  
病人的护理

考点

常见直肠肛管疾病

肛裂	病因病理	(1)常发生在肛管后正中线 (2)形成的直接原因为长期便秘、粪便干结 (3) <b>肛裂、前哨痔、肥大乳头</b> 称肛裂三联征
	临床表现	最主要的症状是排便时及排便后肛门部疼痛,疼痛的特点是有两次高峰
直肠肛管周围脓肿	临床表现	(1) <b>肛门周围脓肿最常见</b> 。主要表现为持续性跳痛,局部红肿、触痛,脓肿形成后有波动感 (2)坐骨肛管间隙脓肿比较常见。最初表现为患侧持续性胀痛,排便或行走时加重,可有直肠刺激症状或排尿困难 (3)骨盆直肠间隙脓肿全身感染症状更为明显。局部表现为直肠坠胀感和里急后重,常伴有排尿困难

第三篇

外科护理学

续表

痔	病因	直肠下段黏膜和肛管皮肤下的静脉丛淤血、扩张和屈曲所形成的静脉团
	临床表现	<p>(1) <b>内痔位于齿状线以上</b>,表面覆盖直肠黏膜。好发于直肠下端的左侧、右前或右后方。主要表现为排便时无痛性出血和痔块脱出,分为4期:Ⅰ期:排便时无痛性出血。痔块不脱出肛门外。Ⅱ期:便血加重,严重时呈喷射状,排便时痔块脱出,但便后能自行回纳。Ⅲ期:便血量常减少,痔块脱出不能自行回纳,需用手托回。Ⅳ期:痔块长期脱出于肛门外或回纳后又即脱出</p> <p>(2) <b>外痔位于齿状线下方</b>,表面覆盖肛管皮肤。外痔在肛缘呈局限性隆起,常无明显症状。当肛缘皮下静脉丛形成血栓时,出现肛门剧痛,肛管皮下可见暗紫色肿物,边界清楚,触痛明显,此称为血栓性外痔</p>
	治疗原则	<p>(1) 一般治疗:适用于痔初期,只需调节饮食,保持大便通畅,便后热水坐浴,加强体育锻炼,不需特殊治疗</p> <p>(2) Ⅰ、Ⅱ期内痔可选用注射疗法、胶圈套扎法</p> <p>(3) Ⅲ、Ⅳ期内痔及混合痔,行痔核切除术。对疼痛剧烈的血栓性外痔,可行血栓性外痔剥离术</p>

## 第二十九章 门静脉高压病人的护理



门静脉高压  
病人的护理

### 考点 门静脉高压

临床表现	<p>(1)脾大、脾功能亢进:在门静脉高压症早期即可有脾大,伴有程度不同的脾功能亢进</p> <p>(2)呕血和黑便:食管下段及胃底曲张静脉突然破裂发生急性大出血,患者会呕吐鲜红色血液或排出柏油样便,甚至很快形成休克。大出血同时引起肝组织严重缺氧,易发生肝性脑病</p> <p>(3)腹水:腹水形成较多时患者表现腹部膨胀,能叩出腹部移动性浊音</p>
治疗原则	断流术,分流术

续表

护理措施	术前护理	(1) 改善营养状况,保护肝脏。宜给低脂、高蛋白、高热量、高维生素饮食,肝功能受损严重者应限制蛋白质摄入量,应补充支链氨基酸,限制芳香族氨基酸的摄入 (2) 防止食管胃底静脉曲张破裂出血 (3) 分流手术前准备:术前 2~3 日口服肠道不吸收的抗感染药物,减少肠道内氨的产生。防止手术后肝性脑病。术前 1 日晚清洁灌肠,避免手术后肠胀气压迫血管吻合口
	术后护理	(1) 饮食护理:在肠蠕动恢复后,可给流质饮食,逐渐过渡到正常饮食,观察引流液的性质和量。分流术后应限制蛋白质饮食 (2) 防止分流术后血管吻合口破裂出血:48 小时内 <b>平卧位</b> 或 <b>15°低半卧位</b> 。一般手术后卧床 1 周 (3) 观察和预防并发症:①防止脾切除术后静脉血栓形成;②分流术后易诱发肝性脑病,应限制蛋白质的摄入

## 第三十章 肝脏疾病病人的护理


 肝脏疾病  
病人的护理

### 考点 原发性肝癌

<b>病因病理</b>	<p>(1)与病毒性肝炎、肝硬化、黄曲霉菌、亚硝胺类致癌物、环境因素等密切相关</p> <p>(2)大体病理形态可分为结节型、巨块型和弥漫型3类。以结节型多见。按组织学类型可分为肝细胞型、胆管细胞型和混合型3类。我国以肝细胞型为主</p> <p>(3)易侵犯门静脉分支,癌栓经门静脉系统在肝内转移。肝外血行转移依次见于肺、骨、脑等。淋巴转移主要累及肝门淋巴结</p>
<b>临床表现</b>	<p><b>最常见的有肝区疼痛</b>,半数以上患者以此为首发症状,多为持续性隐痛、刺痛或胀痛,夜间或劳累后加重,癌肿累及横膈时有右肩背部牵涉痛。中、晚期患者的肝脏呈进行性肿大、质地较硬、表面高低不平、有明显结节或肿块</p>

续表

<b>护理措施</b>	术后护理	<p>(1) 术后常规护理: 术后 24 小时内卧床休息, 避免剧烈咳嗽。为防止术后出血, 一般不鼓励患者早期活动。接受半肝以上切除者, 间歇给氧 3~4 日。饮食以富含蛋白、热量、维生素和膳食纤维为原则。做好腹腔双腔引流管的护理, 应警惕腹腔内出血</p> <p>(2) 肝动脉插管化疗患者的护理: ①做好导管护理: 妥善固定和维护导管。严格遵守无菌原则, 防止细菌逆行性感染。为防止导管堵塞, 注药后用肝素稀释液(25 U/mL) 2~3 mL 冲洗导管。治疗期间患者可出现消化道反应及血白细胞数减少。如果症状严重, 药物减量。血白细胞计数小于 <math>4 \times 10^9/L</math> 时, 暂停化疗。②拔管后, 加压压迫穿刺点 15 分钟且卧床 24 小时, 防止局部形成血肿</p>
	并发症的预防和护理	<p>(1) 癌肿破裂出血: 是原发性肝癌常见的并发症。如果患者突然主诉腹痛, 且伴腹膜刺激征, 应高度怀疑肿瘤破裂出血</p> <p>(2) 上消化道出血: 是晚期肝癌、肝硬化伴食管-胃底静脉曲张者的并发症。患者饮食以少粗纤维的软食为主, 忌浓茶、咖啡、辛辣刺激食物</p> <p>(3) 肝性脑病: 常发生于肝功能失代偿或濒临失代偿的原发性肝癌者。如果出现性格行为变化, 及时通知医师</p>

## 第三十一章 胆道疾病病人的护理



胆道疾病  
病人的护理

**考点**

急性梗阻性化脓性胆管炎

病因	胆管结石是最常见的梗阻因素	
临床表现	上腹部胀痛或绞痛,寒战高热,黄疸,低血压休克,神经精神症状,神志淡漠,这是 Reynolds 五联征	
治疗原则	紧急手术解除胆道梗阻并减压	
护理措施	对症护理	①黄疸患者皮肤瘙痒时可外用炉甘石洗剂止痒,温水擦浴。②高热时物理降温。③胆绞痛发作时,按医嘱给予解痉、镇静和镇痛,但勿使用吗啡
	手术后病情观察	①生命体征,尤其是心率和心律的变化。术后患者意识恢复慢时,注意有无因肝功损害、低血糖、脑缺氧、休克等所致的意识障碍。②观察、记录有无出血和胆汁渗出。如果有发热和严重腹痛,可能为胆汁渗漏引起的胆汁性腹膜炎。③观察黄疸程度、消退情况

第三篇

外科护理学

## 第三十二章 胰腺疾病病人的护理



胰腺疾病  
病人的护理

### 考点 急性胰腺炎

病因	胆道疾病是最常见的病因,占我国急性胰腺炎发病原因的50%左右
临床表现	<p>(1)腹痛是主要临床症状:①腹痛剧烈,位置与病变部位有关,胰头部以右上腹为主,向右肩部放射;②胰体部以上腹部正中为主;③胰体尾部以左上腹为主,向左肩部放射;④累及全胰呈腰带状疼痛,向腰背部放射。腹痛为持续性并有阵发性加重</p> <p>(2)恶心、呕吐常与腹痛伴发,呕吐后腹痛不缓解为其特点</p> <p>(3)腹膜炎体征:严重休克时,体征反而不明显</p> <p>(4)腹胀</p>
辅助检查	<p>(1)血、尿淀粉酶:血清淀粉酶在发病后1~2小时即开始增高,8~12小时标本最有价值,至24小时达最高峰,为500~3000 Somogyi单位,4~5日逐渐降至正常,而尿淀粉酶在发病后12~24小时开始增高,48小时达高峰,维持5~7日</p> <p>(2)血清钙:重型者可降至2.0 mmol/L以下,提示病情严重,预后不良</p>

续表

治疗原则	禁食和胃肠减压:减少胃酸分泌,防止胃液进入十二指肠刺激胰液分泌;抗胆碱药物;H <sub>2</sub> 受体阻滞剂,如西咪替丁、雷尼替丁等间接抑制胰腺外分泌;应用生长抑素能有效地抑制胰腺的分泌功能 抑制胰酶的作用:重症患者早期应用胰酶抑制剂,抑制胰酶的合成 解痉止痛:在诊断明确后,可给予哌替啶镇痛,但同时给解痉剂,禁用吗啡,以免 Oddi 括约肌痉挛收缩	
护理措施	疼痛护理	禁食、胃肠减压,以减少对胰腺的刺激。遵医嘱给予抗胰酶药物、阿托品等解痉药物或盐酸哌替啶。协助患者变换体位
	维持营养需要量	病情严重者,早期应禁食和胃肠减压

## 第三十三章 外科急腹症病人的护理



外科急腹症  
病人的护理

### 考点 外科急腹症

类型	内脏性疼痛,躯体性疼痛,牵涉性疼痛						
临床表现	腹痛的性质	①阵发性绞痛是因平滑肌痉挛所致,见于空腔脏器梗阻;②机械性肠梗阻;③持续性钝痛常是腹腔各种炎症、缺血、出血性病变的持续性刺激所致,但溃疡病穿孔等可引起化学性腹膜炎而呈刀割样锐痛;④当空腔脏器梗阻合并绞窄时,其腹痛特征常是持续性痛,阵发性加剧。麻痹性肠梗阻以持续性胀痛为特征,胆道蛔虫病常表现为间歇性剑突下“钻顶样”剧痛					
	呕吐	①机械性肠梗阻呕吐可频繁而剧烈;②肠麻痹呕吐呈溢出性。幽门梗阻时呕吐物无胆汁;③高位肠梗阻可吐出大量胆汁;④粪臭味呕吐物提示低位肠梗阻;⑤血性或咖啡色呕吐物常提示发生肠绞窄					
	排便改变	①肛门停止排便排气,是肠梗阻典型症状之一;②腹腔脏器炎症伴有大便次数增多或里急后重感,考虑盆腔脓肿形成;③果酱样血便或黏液血便是肠套叠或肠管绞窄的特征					
	体征	<table border="1"> <tr> <td>肝浊音界</td> <td>①胃肠穿孔或肠胀气时肝浊音界缩小或消失;②炎性肿块、扭转的肠袢可呈局限性浊音区;③腹膜炎渗液或腹腔内出血可有移动性浊音</td> </tr> <tr> <td>肠鸣音</td> <td>肠鸣音可亢进,气过水声、金属高调音是机械性肠梗阻的特征。腹膜炎发生时肠鸣音沉寂或消失</td> </tr> <tr> <td>直肠指诊</td> <td>是判断急腹症病因及其病情变化的简易而有效的方法。指套染有血性黏液应考虑肠管绞窄等</td> </tr> </table>	肝浊音界	①胃肠穿孔或肠胀气时肝浊音界缩小或消失;②炎性肿块、扭转的肠袢可呈局限性浊音区;③腹膜炎渗液或腹腔内出血可有移动性浊音	肠鸣音	肠鸣音可亢进,气过水声、金属高调音是机械性肠梗阻的特征。腹膜炎发生时肠鸣音沉寂或消失	直肠指诊
肝浊音界	①胃肠穿孔或肠胀气时肝浊音界缩小或消失;②炎性肿块、扭转的肠袢可呈局限性浊音区;③腹膜炎渗液或腹腔内出血可有移动性浊音						
肠鸣音	肠鸣音可亢进,气过水声、金属高调音是机械性肠梗阻的特征。腹膜炎发生时肠鸣音沉寂或消失						
直肠指诊	是判断急腹症病因及其病情变化的简易而有效的方法。指套染有血性黏液应考虑肠管绞窄等						

## 第三十四章 周围血管疾病病人的护理



周围血管疾病  
病人的护理

第三篇

外科护理学

### 考点 下肢静脉曲张

病因	(1)原发性下肢静脉曲张最多见的原因:下肢浅静脉本身的病变或解剖因素所致 (2)继发性下肢静脉曲张最常见的病因:下肢深静脉的病变	
临床表现	患肢出现隆起、迂曲、扩张的静脉	
	深静脉回流试验(波氏试验)	检查深静脉是否通畅的方法。检查时,患者站立,大腿中部绑扎止血带以阻断下肢浅静脉,然后嘱患者用力踢腿 20 次,或 <b>反复下蹲 3~5 次</b> 后,观察静脉曲张程度的变化。如果曲张静脉空虚萎陷或充盈度减轻,则表示深静脉通畅。如果静脉充盈不减轻,甚至加重,或伴有患肢酸胀不适,表示深静脉不通畅
	浅静脉及交通支瓣膜功能试验(曲氏试验)	(1)曲氏试验 I:检查大隐静脉瓣膜功能的试验 (2)曲氏试验 II:检查交通静脉瓣膜功能的试验

续表

治疗原则	<p>(1)非手术治疗:主要是采用弹力绷带包扎或穿弹力袜,使曲张的静脉处于萎陷状态。同时注意休息,抬高患肢,避免久站,以减轻症状,使静脉曲张不再发展</p> <p>(2)手术治疗:是治疗下肢静脉曲张根本的有效方法,最常用的手术方法为<b>大隐静脉和(或)小隐静脉高位结扎+剥脱术</b></p>
------	---

## 第三十五章 泌尿、男性生殖系统疾病病人的护理



泌尿、男性生殖系  
统疾病病人的护理

**考点**

泌尿、生殖系统的实验室检查

尿常规检查	以新鲜晨尿为宜。尿液蛋白含量每日超过 150 mg 即为蛋白尿	
尿细菌学检查	用于尿路感染的患者	
尿细胞学检查	阳性结果提示可能有泌尿系移行细胞肿瘤	
肾功能检查	尿比重测定	判断肾功能最简便的方法,但结果不够精确可靠
	血肌酐和血尿素氮测定	增高的程度与肾实质损害程度成正比,故可判断病情和预后
	内生肌酐清除率(Ccr)	肾功能损害的早期指标。成人的内生肌酐清除率正常值为 80~120 mL/min,低于 80 mL/min 表示肾小球滤过功能下降
前列腺液检查	经直肠指检前列腺按摩,收集由尿道口滴出的前列腺液。白细胞数每高倍视野大于 10 个,提示前列腺有炎症可能	
前列腺特异性抗原(PSA)	血清中 PSA 浓度正常值为小于 4 ng/mL。PSA 敏感性高,所以定量测定 PSA 可作为前列腺癌早期诊断的一个参考指标	

第三篇

外科护理学

## 第三十六章 泌尿系损伤病人的护理


 泌尿系损伤  
病人的护理

### 考点 一 肾损伤

病理和分类	肾挫伤、肾部分裂伤、肾全层裂伤、肾蒂损伤
临床表现	休克,血尿,疼痛,腰腹部肿块
辅助检查	血尿是诊断肾损伤的重要依据
护理措施	(1)严密观察:如果血尿颜色逐渐加深,说明出血加重 (2)休息:绝对卧床休息 2~4 周

### 考点 二 膀胱损伤

病理和分类	(1)膀胱挫伤:仅局限于黏膜或肌层损伤,膀胱壁未穿破,可出现血尿 (2)膀胱破裂:腹膜内型为膀胱壁与覆盖的腹膜一并破裂,尿液流入腹腔,引起腹膜炎。腹膜外型为膀胱壁破裂,但腹膜完整,尿液外渗到膀胱周围组织,引起腹膜外盆腔炎或脓肿
-------	--

续表

临床表现	<p>(1) 休克</p> <p>(2) 腹痛和腹膜刺激征:腹膜内破裂时,尿液流入腹腔引起全腹压痛、反跳痛、肌紧张,并有移动性浊音。腹膜外破裂时,下腹部疼痛、压痛及肌紧张。膀胱壁轻度挫伤仅有下腹部疼痛和少量终末血尿</p> <p>(3) 血尿和排尿困难</p>
治疗原则	<p>应尽早应用抗生素预防感染。膀胱挫伤或早期较小的膀胱破裂,膀胱造影时仅有少量尿外渗,留置导尿管持续通畅引流尿液 7~10 小时,破口可自愈。较重的膀胱破裂,须尽早手术</p>

## 第三十七章 泌尿系结石病人的护理



泌尿系结石  
病人的护理

### 考点 泌尿系结石

上尿路结石	(1)疼痛:肾结石可引起肾区疼痛 <b>伴肋脊角叩痛</b> 。结石活动或引起输尿管完全性梗阻时,可出现肾绞痛 (2)血尿:患者活动或肾绞痛后,所致黏膜损伤,出现肉眼或镜下血尿
膀胱结石	主要是膀胱刺激症状,如尿频、尿急和排尿终末疼痛。典型症状为排尿突然中断,并感觉疼痛,常放射至阴茎头部和远端尿道,变换体位又能继续排尿。常有 <b>终末血尿,合并感染可出现脓尿</b> 。直肠指诊可扪及结石
尿道结石	排尿困难、点滴状排尿及尿痛,甚至造成急性尿潴留。前尿道结石可沿尿道扪及。后尿道结石经直肠指诊可触及

续表

	非手术治疗:①大量饮水:每日饮水量在 3 000 mL 以上,尽可能维持每日尿量在 2 000~3 000 mL。②肾绞痛的患者,应嘱其卧床休息,深呼吸,肌肉放松以减轻疼痛。遵医嘱给予解痉镇痛药物。③观察排尿情况及尿液性状,注意碎石排出情况,宜用过滤网过滤尿液。④根据结石部位,指导体外冲击波碎石治疗后的排石体位。对于巨大肾结石体外冲击波碎石治疗后嘱患者向患侧卧位 <b>48~72 小时</b>	
护理	术后护理	(1)肾盂造瘘者,不常规冲洗。必须冲洗时,应严格无菌操作,低压冲洗,冲洗量不超过 5~10 mL,并在医师的指导下进行 (2)肾实质切开取石及肾部分切除的患者,应绝对卧床 2 周
	健康教育	(1)大量饮水,尤其是睡前及半夜饮水,效果更好 (2)饮食指导:根据结石成分调节饮食。含钙结石者宜食用 <b>含纤维丰富的食物,限制含钙、草酸成分多的食物</b> (浓茶、菠菜、番茄、土豆、芦笋等含草酸量高,牛奶、奶制品、豆制品、巧克力、坚果含钙量高),避免大量摄入动物蛋白、精制糖和动物脂肪。尿酸结石者不宜食用含嘌呤高的食物,如动物内脏

## 第三十八章 肾结核病人的护理



肾结核病人的护理

### 考点 肾结核

病因	大多继发于肺结核
临床表现	(1) 病灶在肾, 症状在膀胱 (2) 膀胱刺激症状: 尿频是肾结核患者最早出现的症状 (3) 脓尿: 严重时尿液可呈洗米水样 (4) 肾区疼痛和肿块
治疗原则	(1) 药物治疗: <b>早期、联合、足量、全程规律</b> 用药。一般至少治疗半年以上 (2) 手术治疗: 手术前服用抗结核药不少于 2 周, 术后继续服药

续表

护理措施	药物治疗的护理	患者术前一般应进行 2~4 周的抗结核治疗,如病情较重应先进行 3~4 个月的抗结核治疗,以获得术后最好的效果
	体位	肾切除患者血压平稳后取半卧位,鼓励其早期活动。保留肾组织的手术患者,应卧床 7~14 日
	观察健侧肾功能是肾手术后护理观察最重要的一点	
	健康教育	(1) 术后继续 <b>抗结核治疗 6 个月以上</b> (2) 用药要坚持联合、规律、全程,不可随意间断或减量、减药 (3) 用药期间需注意药物不良反应 (4) 勿用和慎用对肾有害的药物

## 第三十九章 泌尿系梗阻病人的护理



泌尿系梗阻  
病人的护理

### 考点 良性前列腺增生

临床表现	尿频是最初出现的症状,排尿困难是最重要的症状	
辅助检查	<p>(1) B型超声:经腹壁超声检查可测量膀胱残余尿量,正常人排尿后膀胱内没有或仅有极少残余尿(5 mL以下),如残余尿超过50 mL,则提示膀胱逼尿肌已处于失代偿状态</p> <p>(2) 血清前列腺特异抗原(PSA)测定,以排除合并前列腺癌的可能性</p>	
术后护理	不同手术方式的护理	维持膀胱冲洗通畅,施行TURP的患者,术后常规用生理盐水持续膀胱冲洗3~7日。冲洗速度可根据尿色而定,色深则快,色浅则慢。如果引流不畅应及时抽吸血块
		<p>(1) 经尿道前列腺切除术(TURP):观察有无TUR综合征的发生。原因是术中大量的冲洗液被吸收使血容量急剧增加,形成稀释性低钠血症,患者可在术后几小时内出现烦躁、恶心、呕吐、抽搐、昏迷,严重者出现肺水肿、脑水肿、心力衰竭等。此时应遵医嘱减慢输液速度,给高渗盐水、利尿药、脱水药,对症处理。经尿道切除术后5~7日尿液颜色透明,即可拔除导尿管</p> <p>(2) 开放手术:①耻骨后引流管术后3~4日待引流量很少时拔除;②耻骨上经膀胱前列腺切除术后7~10日、耻骨后前列腺切除术后3~4日拔除导尿管;③术后10~14日,如果排尿通畅拔除膀胱造瘘管</p>

## 第四十章 泌尿系肿瘤病人的护理



泌尿系肿瘤  
病人的护理

考点

膀胱癌

病因病理	膀胱癌是泌尿系最常见的肿瘤	
	组织类型	上皮性肿瘤占 95% 以上, 其中多数为移行细胞癌
	浸润深度	膀胱癌多见于膀胱三角区和侧壁。其扩散以直接向深部浸润为主
临床表现	膀胱肿瘤 <b>最常见</b> 和 <b>最早出现</b> 的症状是全程无痛肉眼血尿	
辅助检查	膀胱镜检查是最重要的检查手段	
治疗原则	膀胱癌首选的治疗方法是手术治疗	

第三篇

外科护理学

## 第四十一章 骨科病人的护理



骨科病人的护理

### 考点

### 牵引术

<p>目的和作用</p>	<p>(1)骨折、脱位的复位和固定 (2)矫形治疗 (3)缓解肌肉痉挛,防止畸形 (4)肢体制动,减轻疼痛,预防畸形和病理性骨折</p>
<p>种类</p>	<p>(1)皮肤牵引:优点是操作简便、无创,易被患者接受。缺点是承受力量小,一般不能大于4~5 kg。时间短,常常只能应用2~4周 (2)兜带牵引:①枕颌带牵引;②骨盆带牵引;③骨盆悬吊牵引 (3)骨牵引:优点是直接牵拉骨组织,力量大,对皮肤无刺激,可较长时间牵引。缺点是一般要切开皮肤、骨钻打眼等,不易被患者接受。骨牵引常用的穿针部位及适应证有:①颅骨骨板牵引适用于颈椎骨折、脱位;②尺骨鹰嘴牵引适用于复位困难的肱骨髁上骨折;③胫骨结节和股骨髁上牵引适用于成人股骨骨折;④跟骨牵引适用于胫腓骨干双骨折</p>

续表

护理措施	观察病情:观察肢体血管神经功能,注意肢体远端颜色、温度、感觉和运动功能	
	对抗牵引:一般床脚抬高 15~30 cm 以对抗牵引力量	
	保持有效牵引:随时观察牵引的有效性,注意牵引绳是否脱轨,滑轮是否灵活,牵引重锤是否拖地等	
	并发症的护理	牵引针孔感染
		保持牵引针孔周围皮肤清洁,防止牵引针左右滑动,每日在针孔处滴 75% 乙醇 2 次,无菌敷料覆盖
	定时测量	每日测量肢体长度,两侧对比,防止牵引力量不足或过牵
	足下垂	牵引时足部保持功能位,卧位时足上不要压重物,棉被要有护架
	关节僵硬	骨折复位固定后,按循序渐进的原则进行功能锻炼

## 第四十二章 骨与关节损伤病人的护理



骨与关节损伤  
病人的护理

考点

骨折并发症

早期并发症

①休克:股骨干骨折、骨盆骨折及多发性骨折出血量大易引起失血性休克;②血管损伤:如肱骨髁上骨折可损伤肘窝部的血管,肱动脉、股骨下1/3及胫骨上1/3骨折可损伤腘动脉;③神经损伤:肱骨干骨折可损伤桡神经。肘关节周围骨折可损伤尺神经、正中神经。腓骨胫骨骨折可损伤腓总神经;④内脏损伤;⑤**骨筋膜室综合征**:骨筋膜室内压力增高,使软组织血液循环障碍,肌肉、神经急性缺血而出现的一系列早期症状和体征,常见于前臂和小腿骨折。主要表现:肢体剧痛、肿胀、指(趾)呈屈曲状活动受限、局部肤色苍白或发绀,常由骨折血肿、组织水肿或石膏管过紧引起;⑥脂肪栓塞:骨折端血肿张力大,使骨髓腔内脂肪微粒进入破裂的静脉内,可引起肺、脑血管栓塞,病情危急甚至突然死亡;⑦**感染**:开放性骨折易造成化脓性感染和厌氧菌感染,以化脓性骨髓炎多见

续表

晚期并发症	①关节僵硬;②骨化性肌炎:关节附近骨折,骨膜剥离形成骨膜下血肿,由于处理不当血肿扩大、机化并在关节附近软组织内骨化,严重影响关节活动;③愈合障碍;④畸形愈合;⑤创伤性关节炎:发生在关节内骨折易引起创伤性关节炎;⑥缺血性骨坏死:如股骨颈骨折时的股骨头坏死;⑦缺血性肌挛缩:如发生在前臂掌侧即“爪形手”畸形
-------	---

## 第四十三章 常见骨关节感染病人的护理



常见骨关节感  
染病人的护理

### 考点 急性血源性骨髓炎

临床表现	起病急,出现寒战、高热、全身中毒症状。患处持续性剧痛及深压痛,患肢活动受限,可出现患肢局部红、肿、热、痛或波动感。脓肿冲破皮肤形成窦道,合并化脓性关节炎时,出现关节红、肿、热、痛
辅助检查	早期 X 线检查无改变,最少 2 周后才有所表现
治疗原则	早期经全身抗生素治疗 <b>48~72 小时无效时即要手术</b> 。手术的目的是引流脓液,控制病变发展。引流方法一是钻孔,二是开窗
护理措施	(1)密切观察全身和局部的变化 (2)术后护理:①切口观察及引流护理:滴入瓶 <b>高于床面 60~70 cm,引流瓶低于床面 50 cm</b> 。术后第 1 日快速滴入,以后维持 50~60 滴/分;②患肢护理:患肢制动,同时进行肌肉等长收缩,未制动部位进行功能锻炼

## 考点



## 化脓性关节炎

病因和病理	<p>(1) 主要致病菌是金黄色葡萄球菌</p> <p>(2) 多见于儿童,尤以体弱多病的小儿为多。好发于<b>髌关节和膝关节</b></p>
临床表现	<p>(1) 全身表现:起病急骤,全身炎症反应明显,乏力、食欲缺乏、寒战高热,体温可在 39℃ 以上,严重感染可出现谵妄、惊厥、昏迷等神经精神症状</p> <p>(2) 局部表现:病变关节剧痛、红肿、功能障碍。关节呈半屈位,拒绝活动和检查。如膝关节化脓性炎症检查可出现浮髌试验阳性</p>
辅助检查	<p>(1) 实验室检查:血白细胞增高,中性粒细胞比例增高,红细胞沉降率加快。关节腔穿刺抽脓细菌培养,一般可获得阳性结果</p> <p>(2) X 线检查:早期关节周围软组织肿胀,关节间隙增宽,关节骨质疏松。当软骨面破坏后,X 线检查显示关节间隙变窄,软骨下骨质破坏后骨面毛糙,X 线检查呈现虫蚀样改变,严重者可有骨性强直</p>

## 第四十四章 骨肿瘤病人的护理



骨肿瘤病人的护理

### 考点 骨肿瘤

<p><b>临床表现</b></p>	<p>(1)疼痛和压痛:①良性肿瘤疼痛及压痛不明显、边界清楚;②恶性肿瘤,疼痛及压痛开始较轻,以后显著,最后形成剧烈疼痛</p> <p>(2)肿块和肿胀:良性骨肿瘤局部有肿块,质硬,而肿胀不明显。恶性骨肿瘤不仅出现肿块,常在长管状骨干骺端肿胀明显,皮肤发热,局部表浅静脉怒张</p> <p>(3)功能障碍和压迫症状:近关节的骨肿瘤易引起相关关节功能障碍。脊柱肿瘤可出现截瘫</p> <p>(4)病理性骨折和脱位:骨干的肿瘤,易发生病理骨折。骨端的骨肿瘤,可引起关节脱位</p>
<p><b>辅助检查</b></p>	<p>(1)X线表现(骨膜反应):骨内生长的肿瘤,可刺激骨膜出现骨膜反应,可出现 Codman 三角。多见于骨肉瘤。X线还可出现“葱皮样”改变,常见于尤文肉瘤。如果骨肿瘤生长迅速,肿瘤骨与反应骨呈“日光射线”影像</p> <p>(2)病理检查:切开活检和穿刺活检</p>
<p><b>治疗原则</b></p>	<p>(1) <b>良性骨肿瘤首选手术切除</b></p> <p>(2) 恶性骨肿瘤采取手术为主的综合治疗,力争既切除肿瘤又保全肢体</p>

## 第四十五章 腰腿痛及颈肩痛病人的护理



腰腿痛及颈肩  
痛病人的护理

考点

腰椎间盘突出症

病因	腰椎间盘突出退行性变、损伤、遗传因素、妊娠	
临床表现	症状	(1)腰痛:最多见,一般早期仅有腰痛 (2)坐骨神经痛:多表现为一侧,疼痛从下腰部向臀、下肢、足背或足外侧放射,可伴有麻木感 (3)马尾神经受压:表现为双侧 <b>大腿、小腿、足跟后侧及会阴部迟钝,大、小便功能障碍</b>
	体征	腰椎侧突,腰部活动受限,压痛、叩击痛,直腿抬高试验和加强试验阳性,感觉减退、肌力下降和腱反射减弱或消失
治疗原则	非手术治疗	(1)绝对卧床休息:症状初次发作时,即应绝对卧硬板床休息。一般卧床3周,之后戴腰围下床活动,3个月内不做弯腰动作 (2)持续牵引:应用骨盆带牵引或间断牵引 (3)理疗、推拿和按摩:除中央型椎间盘突出外,均可应用理疗、推拿和按摩
	手术治疗	非手术治疗无效、中央型椎间盘压迫马尾神经者,可行腰椎间盘突出物摘除术

第三篇

外科护理学

续表

护理措施	非手术治疗及手术前护理	(1)绝对卧硬板床休息:卧床 3 周后,可戴腰围下床活动 (2)卧位:抬高床头 20°,膝关节屈曲 (3)牵引: <b>保持有效牵引</b> (4)活动和功能锻炼:教会患者正确地坐起、下床。指导患者未固定关节的全范围活动及腰背肌的锻炼,主动活动为主,可辅以按摩。避免弯腰、长期站立或上举重物
	术后护理	(1)一般护理:①搬运:3 人搬运,托起肩背部、腰臀部和下肢,平稳同步行动,保持身体轴线平直。 ②卧位:术后平卧 24 小时,禁翻身,持续卧床 1~3 周 (2)病情观察:①观察:患者下肢皮肤的颜色温度、活动和感觉。②引流:观察引流液的颜色、性质和量,注意有无脑脊液漏出及活动性出血。 <b>引流管一般 24~48 小时后取出</b> (3)并发症的预防:术后并发症主要有肌肉萎缩和神经根粘连,手术后 1 周开始腰肌和臀肌等长收缩锻炼,预防肌肉萎缩。病情允许时协助患者做直腿抬高活动,预防神经根粘连

## 第四篇 妇产科护理学

### 第一章 女性生殖系统解剖与生理



女性生殖系统  
解剖与生理

#### 考点 卵巢的功能

卵巢的功能:产生卵子并排卵(即生殖功能)和分泌女性激素(即内分泌功能)。

雌激素与孕激素生理功能比较:

激素	子宫	输卵管	乳腺	水钠
雌激素	增强对缩宫素的敏感性	增加上皮细胞的活动	促进乳腺管增生	促进水钠潴留
孕激素	减低对缩宫素的敏感性	抑制输卵管收缩	促进腺泡发育	促进水钠排泄

## 第二章 妊娠期妇女的护理



妊娠期妇女的护理

### 考点 早期妊娠诊断

临床表现	停经	妊娠最早、最重要的症状
	早孕反应	半数妇女于停经 <b>6 周左右</b> 出现早孕反应,于妊娠 <b>12 周左右</b> 自行消失
	尿频	约至妊娠 12 周左右,增大的子宫进入腹腔,尿频症状自然消失
	乳房	乳晕周围有深褐色蒙氏结节出现
	妇科检查	子宫随停经月份而逐渐增大,子宫峡部极软,感觉宫颈与宫体似不相连,称黑加征
辅助检查	妊娠试验	用免疫学方法测定受检者血或尿中 hCG 含量,协助诊断早期妊娠
	超声检查	是检查早期妊娠 <b>快速准确</b> 的方法

## 第三章 分娩期妇女的护理



分娩期妇女的护理

### 考点 一 影响分娩的因素

产力	子宫收缩力(简称宫缩)	节律性	临产开始时,宫缩持续时间 30 秒,间歇期约 5~6 分钟,当宫口开全后,宫缩持续时间可长达 60 秒,间歇期可缩短至 1~2 分钟
		对称性和极性	正常宫缩每次开始于左右两侧宫角,以微波形式迅速向子宫底部集中,约 15 秒扩展到整个子宫
		缩腹作用	每次宫缩时,子宫肌纤维缩短变宽,宫缩后肌纤维虽又重新松弛,但不能完全恢复到原来长度,经过反复收缩,肌纤维越来越短
	腹肌及膈肌收缩力(统称腹压)	第二产程时娩出胎儿的主要辅助力量	
	肛提肌收缩力	协助胎先露在盆腔腔内完成内旋转及仰伸等动作的力量	

## 考点 二 产程分期

第一产程(宫颈扩期)	从有规律宫缩开始至宫口开全。初产妇约需 <b>11~12</b> 小时,经产妇 6~8 小时
第二产程(胎儿娩出期)	从宫颈口开全到胎儿娩出。初产妇需 <b>1~2</b> 小时,经产妇约需几分钟至 1 小时
第三产程(胎盘娩出期)	从胎儿娩出到胎盘娩出。约需 <b>5~15</b> 分钟,一般不超过半小时

## 考点 三 产程护理

第一产程	临床表现	规律宫缩	持续时间延长(约 50~60 秒),且强度不断增加,间歇期逐渐缩短(约 2~3 分钟)
		宫颈扩张	潜伏期是指从临产出现规律宫缩至宫颈扩张 3 cm,此期宫颈扩张速度较慢;活跃期是指从宫颈扩张 3 cm 至宫口开全 10 cm,宫颈扩张速度显著加快
		胎膜破裂	破膜多发生于宫口近开全时

续表

第一产程	护理措施	一般护理	(1) 测生命体征 (2) 观察并发症的征象 (3) 一般初产妇常规行外阴备皮 (4) 灌肠: 初产妇宫口开大 3 cm 以下, 且无特殊情况可给予 0.2% 肥皂水灌肠 (5) 活动: 卧床取 <b>左侧卧位</b> (6) 注意破膜时间: 破膜时间大于 12 小时尚未分娩者, 应用抗生素, 羊水混有胎粪呈黄绿色, 表示胎儿宫内缺氧 (7) 饮食: 少量多次进食, 吃高热量易消化食物 (8) 预防尿潴留
		产程护理	(1) 勤听胎心音: 正常胎心率为 120~160 次/分 (2) 观察子宫收缩

续表

	<b>临床表现</b>	<p>(1) 宫口开全后, 如果仍未破膜, 常影响胎头下降, 应行人工破膜</p> <p>(2) 胎头拨露: 胎头于宫缩时暴露于阴道口, 当宫缩间歇时又缩回阴道内</p> <p>(3) 胎头着冠: 在宫缩间歇时, 胎头也不再回缩, 此时胎头双顶径已越过骨盆出口</p>
<b>第二产程</b>	<b>护理措施</b>	<p>产房准备: 备有母婴的抢救设备和药品</p> <p>指导正确使用腹压</p> <p>胎儿监护: 每 5~6 分钟听胎心音一次</p> <p>消毒外阴: 用温水洗去外阴部的血迹、黏液, 再进行两遍外阴消毒</p> <p>接生准备: 如为初产妇应准备会阴侧切包及局麻药品</p> <p>胎头娩出: 胎头娩出后, 接生者应用手自鼻向下颌将羊水、黏液等挤出。胎儿娩出后, 及时用新生儿吸痰器吸出口腔、鼻腔内的羊水及黏液, 以防发生吸入性肺炎</p> <p>脐带护理: 脐纱包好, 脐带卷固定</p>

续表

第三产程	临床表现	胎盘剥离征象	子宫体变硬呈球形,胎盘剥离后降至子宫下段,下段被扩张,子宫体呈狭长形被推向上,子宫底升高达脐上;阴道突然流出大量血液;用手掌尺侧在产妇耻骨联合上方轻压子宫下段,子宫体上升而外露的脐带不再回缩
	护理措施	协助胎盘娩出	右手轻轻牵拉脐带,协助胎盘娩出
		检查胎盘胎膜	仔细检查胎盘、胎膜是否完整
		新生儿即时护理	采用阿普加评分法(Apgar)判断新生儿有无窒息或窒息的程度
		产后及时护理	分娩后继续在产房内观察 2 小时

## 第四章 产褥期妇女的护理



产褥期妇女的护理

### 考点 产褥期妇女的护理

临床表现	生命体征	通常于产后3~4日因乳房血管、淋巴管极度充盈可有发热,称为泌乳热
	褥汗	产褥早期出汗多,尤其以夜间睡眠和初醒时更明显
	产后宫缩痛	常引起阵发性的腹部剧烈疼痛,尤其是经产妇更为明显,一般持续2~3日后会自行消失
	恶露	产后随子宫蜕膜特别是胎盘附着处蜕膜的脱落,含有血液、坏死蜕膜等组织经阴道排出 (1)血性恶露:色鲜红,含大量血液,量多血性恶露持续 <b>3~4日</b> (2)浆液恶露:色淡红,含大量浆液,浆液恶露持续 <b>10日左右</b> (3)白色恶露:持续 <b>3周干净</b>

续表

护理措施	生命体征	产后 24 小时内应密切观察血压、脉搏、体温、呼吸的变化	
	营养	正常分娩后稍事休息,产妇即可进食易消化的半流质饮食	
	生殖器官的观察和护理	子宫收缩	产后 2 小时内,易发生产后出血,应按摩子宫以刺激子宫收缩,排除血块,预防产后出血
		恶露	阴道有组织物掉出时,应保留送病理检查
		会阴护理	每日用 0.2% 苯扎溴铵冲洗外阴 2 次,水肿严重者局部可用 50% 硫酸镁湿热敷。如有侧切伤口,产妇应采取健侧卧位,以减少恶露流进会阴伤口
	尿潴留和便秘	因充盈的膀胱可影响子宫收缩,故产后 4~6 小时应排尿。如产后 6~8 小时产妇仍不能自行排尿,子宫底上升达脐以上,或在子宫底下方触及一囊性肿块,表明有尿潴留	
	性生活指导	应在产后 6 周检查完毕,生殖器官已复原的情况下,恢复性生活	

## 第五章 新生儿保健



新生儿保健

### 考点 新生儿的护理

环境	室温一般为 20~24℃,湿度为 55%~65%	
预防低血糖	新生儿出生后应立即进行哺乳	
预防吸入性合并症	每次喂食后,护理人员或母亲要给婴儿进行拍背,促使其胃内气体排出,然后采取 <b>右侧卧位</b>	
预防感染	新生儿沐浴	室温在 26~28℃,水温为 40℃左右。沐浴时间应选择在喂奶后 1 小时,防止婴儿呕吐
	脐带护理	75%乙醇消毒,一般脐带在出生后 7 日左右自然脱落
	免疫接种	卡介苗在出生 12~24 小时后即可接种。但如果出生体重小于 2 500 g 的早产儿、体温大于 38℃、严重腹泻、呕吐、病危抢救的新生儿应暂缓接种。乙肝疫苗第一针在出生后 24 小时内接种

## 第六章 胎儿宫内窘迫及新生儿窒息的护理



胎儿宫内窘迫及  
新生儿窒息的护理

### 考点 一 胎儿宫内窘迫的护理

1. 一般护理: 孕妇左侧卧位, 间断吸氧。
2. 术前准备: 如宫口开全、胎先露部已达坐骨棘平面以下 3 cm 者, 应尽快助产娩出胎儿。

### 考点 二 新生儿窒息的护理

临床表现	轻度(青紫)窒息 (Apgar 评分 4~7 分)	全身皮肤呈青紫色;呼吸表浅或不规律;心率减慢(80~120 次/分);肌张力好;四肢稍屈
	重度(苍白)窒息 (Apgar 评分 0~3 分)	口唇暗紫;心率小于 80 次/分且弱;肌张力松弛

续表

护理措施	配合医生按 ABCDE 程序进行复苏	A. (清理呼吸道) 胎头娩出后用挤压法清除口鼻咽部黏液及羊水 B. (建立呼吸, 增加通气) 呼吸道通畅后对无呼吸或心率小于 100 次/分的新生儿应进行正压人工呼吸 C. (维持正常循环) 胸外按压, 按压胸骨下 1/3 部位, 每分钟按压 90 次, 按压深度为前后胸直径的 1/3 D. (药物治疗) 建立有效静脉通道, 保证药物应用 E. (评价) 复苏过程中要每 30 秒评价患儿情况
	保暖	在 30~32 °C 的抢救床上进行抢救, 维持肛温 36.5~37 °C

## 第七章 妊娠期并发症妇女的护理



妊娠期并发症  
妇女的护理

### 考点 一 流产的护理

类型	临床表现	治疗原则
先兆流产	少量阴道流血伴有轻微下腹痛。子宫大小与停经周数相符,宫颈口未开,胎膜未破,妊娠产物未排出	卧床休息;禁止性生活;减少刺激;对于黄体功能不足的孕妇,每日肌内注射黄体酮保胎
难免流产	子宫大小与停经周数相符或略小,子宫颈口已扩张,但组织尚未排出	尽早使胚胎及胎盘组织完全排出
不全流产	子宫小于停经周数,子宫颈口已扩张,部分妊娠产物已排出于阴道内,而部分仍留在子宫腔内	应行 <b>吸宫术或钳刮术</b>
完全流产	妊娠产物已完全排出	如无感染征象,一般不需特殊处理
稽留流产	听诊不能闻及胎心音	处理前应做凝血功能检查

**考点** 二 异位妊娠的护理

病因	(1) 输卵管妊娠最为常见	
	(2) 最主要原因是 <b>输卵管炎症</b>	
临床表现	停经	多数患者会在停经 <b>6~8 周</b> 后出现不规则阴道流血
	腹痛	是就诊的主要症状
护理措施	手术治疗	监测生命体征;立即开放静脉,交叉配血,做好输血输液准备
	非手术治疗	(1) 注意阴道流血量与腹腔内出血量不成比例 (2) 卧床休息

**考点** 三 妊娠期高血压的护理

病理生理	全身小动脉痉挛	
临床表现	妊娠期高血压	BP $\geq$ 140/90 mmHg 尿蛋白(-)
	子痫前期(轻度)	BP $\geq$ 140/90 mmHg 尿蛋白 $\geq$ 0.3 g/24 h
	子痫前期(重度)	BP $\geq$ 160/110 mmHg 尿蛋白 $\geq$ 2.0 g/24 h
	子痫	抽搐或伴昏迷

续表

护理措施	一般护理	保证休息;调整饮食;密切监护母儿
	用药护理	硫酸镁为目前治疗子痫前期和子痫的首选解痉药物,滴注速度 1 g/h,中毒现象首先表现为膝反射减弱或消失。用药前及用药过程中均应监测孕妇血压,膝腱反射必须存在。呼吸不少于 16 次/分,尿量 <b>每 24 小时不少于 600 mL</b> ,随时备好 10%葡萄糖酸钙注射液
	子痫患者	(1)协助医生控制抽搐 (2)专人护理,防止受伤 (3)患者应安置于单人暗室,保持绝对安静,避免声、光刺激。一切治疗活动和护理操作尽量轻柔且相对集中 (4)严密监护 (5)为终止妊娠做好准备
	妊娠期高血压	(1)应尽量缩短产程,避免产妇用力,在胎儿娩出前肩后立即静推缩宫素,禁用麦角新碱 (2)在产褥期仍需继续监测血压,产后 48 小时内应至少每 4 小时观察一次血压 (3)产后 48 小时内仍应继续硫酸镁的治疗和护理

## 考点 四 胎盘早剥的护理

临床表现	轻型	以外出血为主: <b>子宫软</b> ,宫缩有间歇,子宫大小符合妊娠月份,胎位清,胎心率多正常
	重型	以内出血和混合性出血为主 (1)突然发生的持续性腹部疼痛 (2)贫血程度与外出血量不符 (3)子宫硬如板状,有压痛,子宫比妊娠周数大,子宫底随胎盘后血肿增大而增高
治疗原则	纠正休克、及时终止妊娠	
护理措施	纠正休克:迅速开放静脉,积极补充血容量	
	严密观察有无凝血功能障碍或急性肾衰竭等表现	
	为终止妊娠做准备	
	预防产后出血	
	在产褥期加强营养	

## 第八章 妊娠期合并症妇女的护理



妊娠期合并症  
妇女的护理

### 考点 妊娠合并心脏病的护理

分期	治疗原则	护理措施
非孕期	根据心功能状态,确定患者是否可以妊娠	—
妊娠期	不宜妊娠却已怀孕者,应在妊娠 12 周前行人工流产术	(1)重点评估心功能及胎儿宫内情况。如果心功能在Ⅲ级或以上,有心力衰竭者,均应立即入院治疗 (2)预防心力衰竭:休息时采取左侧卧位或半卧位,妊娠 16 周后每日食盐量不超过 4~5 g (3)预防上呼吸道感染
分娩期	心功能 I~II 级,在严密监护下可经阴道分娩。心功能Ⅲ~IV,终止妊娠	胎儿娩出后,立即在产妇腹部放置沙袋,持续 24 小时,静脉或肌内注射缩宫素(禁用麦角新碱)
产褥期	心功能Ⅳ级或以上者不宜哺乳	心功能 I~II 级的产妇可以母乳喂养,产后 1 周不宜做绝育术

## 考点 二 妊娠合并糖尿病的护理

1. 孕妇不宜口服降糖药物, 而胰岛素是其主要的治疗药物。
2. 鼓励产妇**左侧卧位**, 产程时间不超过 12 小时。
3. 在新生儿娩出 30 分钟后定时滴服 25% 葡萄糖液防止低血糖。
4. 产褥期分娩后 24 小时内胰岛素减至原用量的 1/2。

## 第九章 异常分娩的护理



异常分娩的护理

### 考点 子宫收缩乏力的临床表现

协调性子宫收缩乏力	子宫收缩具有正常的节律性、对称性和极性,但收缩力弱,持续时间短,间歇期长且不规律,宫缩小于2次/10分钟	
不协调性子宫收缩乏力	产妇自觉宫缩强,持续腹痛,拒按,精神紧张,烦躁不安,体力消耗,产程延长或停滞	
产程曲线异常	潜伏期延长	从临产规律宫缩开始至子宫口开大3 cm 超过16小时
	活跃期延长	从子宫口开大3 cm 开始,至子宫口开全超过8小时
	活跃期停滞	进入活跃期后,子宫口不再扩张达2小时以上
	第二产程延长	初产妇超过2小时,经产妇超过1小时尚未分娩
	第二产程停滞	第二产程达1小时胎头下降无进展
	胎头下降延缓	胎头下降速度初产妇小于1 cm/h,经产妇小于2 cm/h
胎头下降停滞	活跃期晚期胎头停留在原处不下降达1小时以上	

**考点** 二 子宫收缩过强的临床表现

协调性子宫收缩过强	产程进展很快,宫颈口在短时间内迅速开全,分娩在短时间内结束,造成急产,即产程时间不超过 3 小时	
不协调性子宫收缩过强	强直性子宫收缩	宫缩间歇期短或无间歇,产妇烦躁不安、持续腹痛、拒按,在脐下或平脐处见一环状凹陷,即病理性缩复环
	子宫痉挛性狭窄环	指子宫壁某部肌肉在外因下呈痉挛性不协调性子宫收缩所形成的环状狭窄,持续不放松

**考点** 三 产力异常的护理

子宫收缩乏力	协调性宫缩乏力	第一产程	改善全身情况;加强子宫收缩;剖宫产术的准备
		第二产程	做好阴道助产和抢救新生儿的准备
		第三产程	预防产后出血及感染
	不协调性宫缩乏力	按医嘱给予 <b>哌替啶 100 mg 或吗啡 10~15 mg 肌内注射</b> ,确保产妇充分休息	

续表

子宫收缩过强	预防宫缩过强对母儿的损伤	有急产史的孕妇提前两周住院待产
	分娩期及新生儿的护理	分娩时尽可能做会阴侧切术,新生儿按医嘱给维生素 K <sub>1</sub> 肌内注射,预防颅内出血

## 第十章 分娩期并发症妇女的护理



分娩期并发症  
妇女的护理

### 考点 产后出血的护理

病因	子宫收缩乏力;胎盘因素;软产道裂伤;凝血功能障碍	
临床表现	症状	软产道损伤造成阴道壁血肿的产妇会有尿频或肛门坠胀感
	体征	子宫收缩乏力性出血及胎盘因素所致出血者,子宫轮廓不清,触不到子宫底。因软产道裂伤或凝血功能障碍所致的出血,腹部检查宫缩较好,轮廓较清晰
治疗原则	产后子宫收缩乏力造成的大出血	按摩子宫;应用宫缩剂;填塞子宫腔;内填塞纱布条
	软产道撕裂伤造成的大出血	及时准确地修复缝合
	胎盘因素导致的大出血	要及时将胎盘取出,并做好必要的刮宫准备。胎盘已剥离尚未娩出者,可协助产妇排空膀胱,然后牵拉脐带

## 第十一章 产后并发症妇女的护理



产后并发症  
妇女的护理

### 考点 产褥感染的护理

临床表现	(1)急性外阴、阴道、子宫颈炎	
	(2)急性子宫内膜炎、子宫肌炎	
治疗原则	(3)急性盆腔结缔组织炎、急性输卵管炎	
	(4)急性盆腔腹膜炎及弥漫性腹膜炎	
	(5)血栓性静脉炎:髂总静脉或股静脉栓塞时影响下肢静脉回流,出现下肢水肿、皮肤发白和疼痛(称股白肿)。小腿深静脉栓塞时可出现腓肠肌及足底	
	<b>支持疗法</b>	纠正贫血和水、电解质紊乱,加强营养和休息,增强机体抵抗力
	<b>抗生素应用</b>	抗生素的选择要依据细菌培养和药物敏感试验结果
	<b>清除子宫腔残留物</b>	对盆腔脓肿要切开排脓或穿刺引流
	<b>血栓性静脉炎患者</b>	在应用大剂量抗生素的同时,可加用肝素,并口服双香豆素
	<b>卧位</b>	半卧位或抬高床头,促进恶露引流,炎症局限,防止感染扩散

## 第十二章 妇科护理病历



妇科护理病历

### 考点

### 盆腔检查

#### 基本要求

- (1) 检查前需取得患者的知情同意,检查时关心体贴、遮挡患者,语言亲切
- (2) 嘱咐患者排空膀胱
- (3) 每检查一人,应更换一块置于臀部下面的垫单
- (4) 妇科检查时患者均取膀胱截石位
- (5) 正常月经期应避免检查,如为阴道异常流血必须检查时,检查前应先消毒外阴
- (6) 未婚妇女一般仅限直肠—腹部诊,禁做双合诊和阴道窥器检查
- (7) 凡腹壁肥厚、高度紧张不合作或未婚妇女,怀疑其有盆腔内病变,妇科检查不满意时,可在麻醉下进行盆腔检查

续表

检查方法	外阴检查	观察外阴发育、阴毛多少和分布情况、有无畸形、水肿、炎症、溃疡、赘生物或肿块
	阴道窥器检查	窥器检查内容包括子宫颈、阴道。观察子宫颈 <b>大小、颜色、外口形状</b> ,有无出血、糜烂、撕裂、外翻、腺囊肿、损伤、息肉、赘生物、畸形,子宫颈管内有无出血或分泌物
	双合诊	目的在于检查阴道、子宫颈、子宫、输卵管、卵巢及子宫旁结缔组织和韧带,以及盆腔内壁有无异常
	三合诊	检查内容除与双合诊相同外,还可扪清后倾或后屈子宫的大小,清楚地了解盆腔后壁的情况
	直肠-腹部诊	一般适用于未婚、阴道闭锁或经期不宜做阴道检查的患者

## 第十三章 女性生殖系统炎症病人的护理



女性生殖系统炎  
症病人的护理

### 考点 一 滴虫阴道炎的护理

临床表现	症状	典型症状是阴道分泌物增加伴瘙痒,分泌物典型特点为稀薄泡沫状
	体征	阴道黏膜充血,严重时可有散在的出血点
治疗原则	(1) 阴道灌洗液为 0.5% 乙酸或 1% 乳酸或 1 : 5 000 高锰酸钾溶液 (2) 治愈标准为连续 3 个月经周期均是阴性 (3) 口服甲硝唑	

### 考点 二 子宫颈炎症的护理

病理	宫颈糜烂;宫颈肥大;宫颈息肉;宫颈腺囊肿;宫颈黏膜炎
临床表现	主要症状为阴道分泌物增多
治疗原则	<b>以局部治疗为主。</b> 物理治疗是宫颈糜烂最常用的有效治疗方法。治疗时机是月经干净后 3~7 日之内

## 第十四章 月经失调病人的护理



月经失调  
病人的护理

### 考点 功血的护理

临床表现	无排卵性功血	最常见症状是 <b>不规则子宫出血</b> ,月经周期紊乱,经期长短不一,出血量时多时少。失血者可出现贫血,一般无腹痛
	有排卵性功血	月经周期缩短,可有不孕或在孕早期流产。子宫内膜不规则脱落者表现为月经周期正常,但因子宫内膜不规则脱落,经期延长,常达9~10日,出血量多
辅助检查	基础体温测定	是测定排卵 <b>简单易行</b> 的方法。有排卵者的基础体温曲线呈双相型,无排卵者基础体温始终处于较低水平,呈单相型
	诊断性刮宫	达到止血及明确子宫内膜病理诊断的目的

## 第十五章 妊娠滋养细胞疾病病人的护理



妊娠滋养细胞  
疾病病人的护理

考点

葡萄胎的护理

临床表现	病史	100%的患者有停经史	
	症状	(1) 阴道流血,是最常见的症状,多数患者在停经 12 周左右发生不规则阴道流血 (2) 子宫异常增大、变软 (3) 卵巢黄素化囊肿 (4) 腹痛	
治疗原则	诊断一经确定后,应立即给予清除		
护理措施	清宫术的护理	为防止术中大出血,术前建立有效的静脉通路。备血,准备好抢救措施	
	健康及随访指导	饮食	高蛋白、高维生素、易消化饮食
		预防感染	葡萄胎清宫术后禁止性生活 <b>1 个月</b>
		避孕	葡萄胎后应避孕 <b>1 年至少半年</b> 。避孕方法宜选用 <b>阴茎套或阴道隔膜</b>
随访	术后必需每周查血或尿的 hCG1 次,直到阴性		

## 第十六章 妇科腹部手术病人的护理



妇科腹部手术  
病人的护理

### 考点 一 子宫颈癌的护理

辅助检查	宫颈刮片细胞学检查	常用于子宫颈癌普查
	子宫颈和子宫颈管活组织检查	确定子宫颈癌前病变和子宫颈癌的最可靠方法
护理措施	手术前后	做好术前阴道准备
	晚期子宫颈癌患者对症护理	(1) 子宫颈癌并发大出血:配合抢救 (2) 有大量米汤样或恶臭脓样阴道排液者,可用 1:5 000 高锰酸钾溶液擦洗阴道。擦洗时动作应轻柔
	随访时间	第 1 年内的 1 个月进行第 1 次随访,以后每 2~3 个月复查 1 次。第 2 年每 3~6 个月复查 1 次。3~5 年后,每半年复查 1 次。从第 6 年开始每年复查 1 次

## 考点



## 子宫肌瘤的护理

临床表现	月经改变;腹部肿块;腹痛、腰酸、下腹坠胀	
	体征	肌壁间肌瘤者常可触及增大的子宫。浆膜下肌瘤者可扪及有蒂与子宫相连的质地较硬的球状物
护理措施	<ul style="list-style-type: none"><li>(1) 高蛋白、高维生素和含铁量丰富的食物</li><li>(2) 阴道出血严密观察生命体征变化</li><li>(3) 浆膜下子宫肌瘤蒂扭转可出现急性腹痛,应立即住院观察处理</li><li>(4) 出院指导,如果术后 7~8 天出现阴道流血,出血量不多者暂观察</li></ul>	

## 第十七章 外阴、阴道手术病人的护理



外阴、阴道手  
术病人的护理

### 考点 子宫脱垂的护理

症状	Ⅱ、Ⅲ度患者主诉有外阴“肿物”脱出,行动不便	
体征	Ⅰ度	子宫颈下垂距处女膜缘小于 4 cm,但未脱出阴道口外 轻型:子宫颈外口距处女膜小于 4 cm,未达处女膜缘 重型:子宫颈已达处女膜缘,阴道口可见子宫颈
	Ⅱ度	子宫颈及部分子宫体已脱出阴道口外 轻型:子宫颈脱出阴道口,子宫体仍在阴道内 重型:部分子宫体脱出阴道口
	Ⅲ度	子宫体及子宫颈全部脱出阴道口外

续表

<b>护理措施</b>	<p>(1) 保持外阴部的清洁、干燥,禁止使用酸性或碱性等刺激性药液</p> <p>(2) 冲洗后嘱患者更换干净的棉制紧内裤,或用清洁的卫生带、丁字带</p> <p>(3) 子宫托的使用:子宫托应每天早上放入阴道,睡前取出消毒后备用</p> <p>(4) 术后注意事项:不能从事重体力劳动、举重物、长时间站立、行走,预防咳嗽及便秘术后要坚持做肛提肌的锻炼。休息 3 个月,出院后 1、3 个月时进行复查</p>
-------------	---

## 第十八章 不孕症妇女的护理



不孕症妇女的护理

### 考点 辅助生殖技术的护理

1. 遵医嘱采取治疗措施:在用药过程中注意观察病情变化情况,中重度 OHSS 住院病人每 4 小时测量生命体征,记录出入液量,每天测量体重和腹围。
2. 三胎及以上妊娠者教育其在早期进行选择性胚胎减灭术。



计划生育  
妇女的护理

## 第十九章 计划生育妇女的护理

### 考点 早期妊娠终止方法及护理

妊娠终止方法	护理措施	
人工流产术	术前准备	(1)人工流产负压吸引术:适用孕 6~10 周以内 (2)人工流产钳刮术:适用于妊娠 11~14 周者
	护理要点	(1)术中护理:遵医嘱给药物治疗,严密观察受术者一般情况 (2)术后在观察室休息 1~2 小时,注意观察腹痛及阴道流血情况 (3)1 个月内禁止盆浴、性生活 (4)吸宫术后休息 3 周。钳刮术后休息 4 周,有腹痛或出血多者,应随时就诊
药物流产	适用于妊娠 7 周内者。米非司酮 25 mg,每日 2 次口服,或遵医嘱服用,共 3 日,于第 4 日上午米索前列醇 0.6 mg,一次顿服	

## 第二十章 妇女保健



妇女保健

### 考点 劳动保护

分期	劳动保护
月经期	女职工不得从事装卸、搬运等重体力劳动及高处、低温、冷水、野外作业及用纯苯作溶剂而无防护措施的作业
孕期	妇女在劳动时间进行产前检查,可按劳动工时计算;孕期不得加班、加点,妊娠满7个月后不得安排夜班劳动;不得从事工作中频繁弯腰、攀高、下蹲的作业;不允许在女职工怀孕期、产期、哺乳期降低基本工资或解除劳动合同
产期	女职工产假为90日,其中产前休息15日,难产增加产假15日,多胎生育每多生一个婴儿增加产假15日,女职工执行计划生育可按本地区本部门规定延长产假
哺乳期	时间为1年,每班工作应给予两次哺乳时间,每次哺乳时间,单胎为30分钟
围绝经期	经医疗保健机构诊断为围绝经期综合征者,经治疗效果不佳,已不适应现任工作时,应暂时安排其他适宜工作

## 第二十一章 妇产科常用护理技术



妇产科常用护理技术

### 考点 阴道灌洗的护理

1. 按需要配制灌洗溶液 **500~1 000 mL**。
2. 灌洗溶液温度 **41~43 °C** 左右。
3. 灌洗筒与床沿的距离不超过 70 cm。
4. 下列情况者禁忌行阴道灌洗:如月经期、妊娠期、产后或人工流产术后子宫颈内口未闭、阴道流血者以及子宫颈癌患者有活动性出血者,为防止大出血,禁止灌洗。

## 第二十二章 妇产科诊疗及手术病人的护理



妇产科诊疗及  
手术病人的护理

### 考点 阴道及宫颈细胞学检查

阴道涂片	阴道侧壁刮片法适用于已婚妇女
	棉签采取法适用于幼女及未婚者
子宫颈刮片法	为早期发现子宫颈癌的重要方法
宫颈细胞学诊断 标准及临床意义	I级:正常的阴道涂片,细胞形态及细胞质比例正常
	II级:炎症,细胞核普遍增大
	III级:可疑癌,细胞核增大(核异质)
	IV级:高度可疑癌,细胞具有恶性改变
	V级:癌细胞
完成的玻片应做好标记,立即固定在95%乙醇中,至少15分钟	

## 第五篇 儿科护理学

### 第一章 小儿保健



小儿保健

#### 考点 预防接种

国家免疫规划疫苗的免疫程序(部分)

疫苗	月(年)龄	次数	接种部位	接种途径	接种剂量/剂次	备注
乙肝疫苗	0、1、6 月龄	3	上臂三角肌	肌内注射	酵母苗 5 μg/0.5 mL, CHO10 μg/mL、20 μg/mL	出生后 24 小时内接种第 1 剂次,第 1、2 剂次间隔 ≥28 天
卡介苗	出生时	1	上臂三角肌中部略下处	皮内注射	0.1 mL	—
脊灰疫苗	2、3、4 月 龄,4 周岁	4	—	口服	1 粒	第 1、2 剂次,第 2、3 剂次间隔均 ≥28 天
百白破疫苗	3、4、5 月龄, 18~24 月龄	4	上臂外侧三角肌	肌内注射	0.5 mL	第 1、2 剂次,第 2、3 剂次间隔均 ≥28 天

续表

疫苗	月(年)龄	次数	接种部位	接种途径	接种剂量/剂次	备注
麻风疫苗	8月龄	1	上臂外侧三角肌下缘附着处	皮下注射	0.5 mL	—
乙脑减毒活疫苗	8月龄, 2周岁	2	上臂外侧三角肌下缘附着处	皮下注射	0.5 mL	—

## 第二章 小儿营养与喂养



小儿营养与喂养

### 考点 婴儿喂养

婴儿喂养的方式有母乳喂养、混合喂养及人工喂养3种。

母乳是婴儿尤其是6个月以下婴儿最适宜的天然食品。

母乳的成分	蛋白质	母乳中含有较多的白蛋白和球蛋白,遇胃酸时凝块较小,有利于消化
	脂肪	母乳脂肪颗粒小,含有脂肪酶,易于消化和吸收
	碳水化合物	主要是乙型乳糖,可促进双歧杆菌和乳酸杆菌的生长,抑制大肠杆菌繁殖,使婴儿很少发生腹泻
	矿物质	含量较低,与母乳相比,母乳中钙的含量虽较低,但由于钙、磷比例合理,吸收率较高
	酶	母乳中含有较多的淀粉酶、乳脂酶等消化酶
	免疫因子	母乳中含有较多的免疫因子,能有效抵抗病原微生物的侵袭

续表

母乳喂养 的优点	有利于促进母子感情
	产后哺乳可刺激宫缩,促进母亲早日恢复
	经济方便,温度及泌乳速度适宜,几乎无菌
	母乳缓冲力小,对胃酸中和作用弱,有利于消化
	营养丰富、易消化吸收,三大营养物质比例恰当
	母乳含优质蛋白质、必需氨基酸及乳糖较多,有利于婴儿脑的发育;母乳具有 <b>增进婴儿免疫力的作用</b>

## 第三章 新生儿及新生儿疾病患儿的护理



新生儿及新生儿  
疾病患儿的护理

### 考点 足月新生儿的特点及护理

正常足月新生儿系指出生时胎龄满 37~42 周,体重在 2 500 g 以上,身长 47 cm 以上,无任何畸形和疾病的活产新生儿。

新生儿特点

(1) 外观特点

正常足月儿通常哭声响亮,肌肉有一定张力,四肢屈曲,皮肤红润,皮下脂肪丰满,胎毛少,耳壳软骨发育良好、耳舟成形,指甲达到或超过指尖,乳晕清楚,乳头突起,乳房可扪到结节,整个足底有较深的足纹,男婴睾丸已降至阴囊,女婴大阴唇覆盖小阴唇。

(2) 生理特点

系统	特点
呼吸系统	新生儿呼吸 40~45 次/分。早产儿常出现呼吸暂停。因肺泡表面活性物质分泌不足,易发生肺透明膜病、吸入性肺炎等

续表

系统	特点
循环系统	足月儿心率平均 120~140 次/分,早产儿心率更快。足月儿血压平均为 70/50 mmHg。早产儿血压较足月儿低,动脉导管常延迟关闭
消化系统	足月儿胃呈水平位,贲门松弛,幽门紧张,易发生溢乳,生后 24 小时内开始排墨绿色胎粪,3~4 天后转为黄色粪便
血液系统	新生儿出生时血液中红细胞数和血红蛋白较高,以后逐渐下降
泌尿系统	新生儿一般生后 24 小时内排尿,如超过 48 小时无尿,需要查找原因,可能是肾功能发育尚不完全
体温调节	新生儿体温调节功能差,皮下脂肪薄,体表面积相对较大,易散热。产热主要依靠棕色脂肪的代谢
免疫系统	胎儿可从母体通过胎盘获得免疫球蛋白 IgG,而免疫球蛋白 IgA 和 IgM 不能通过胎盘,故新生儿易患呼吸道、消化道感染和败血症

### 考点 二 早产儿的特点及护理

早产儿指出生时胎龄满 28 周至未满 37 周的新生儿,体重<2 500 g,身长<47 cm 的活产新生儿。

#### 1. 早产儿的特点

(1) 外观:早产儿哭声轻,颈肌软弱,四肢肌张力低下,皮肤薄而红嫩,胎毛多,耳壳软,指甲未达指尖,乳晕不清,乳腺结节不能触到,足底纹理少而浅,男婴睾丸未降或未完全下降到阴囊,女婴大阴唇不能覆盖小阴唇。

- (2) 呼吸系统:肺泡表面活性物质少,易发生肺透明膜病。
- (3) 循环系统:心率快,血压较低,毛细血管脆弱,缺氧时易导致出血。
- (4) 消化系统:早产儿吸吮力弱,吞咽功能差,胃贲门括约肌松弛,容量小,易引起溢乳、呛奶而窒息。

## 2. 护理措施

- (1) 环境:维持体温稳定室温保持在 22~24 ℃,相对湿度 55%~65%。监测体温变化,给予保暖措施。
- (2) 保持呼吸通畅。
- (3) 合理喂养:**尽早喂养**,提倡母乳喂养。可出生后 2~4 小时喂 10%葡萄糖水 2 mL/kg,无呕吐者,可在 6~8 小时喂乳。
- (4) 预防出血:肌内注射维生素 K<sub>1</sub>
- (5) 预防感染

## 考点 新生儿窒息的护理

### 1. 临床表现

胎儿早期为胎动增加,胎心率,≥160 次/分;晚期为胎动减少或消失,胎心减慢或停搏,羊水被胎粪污染呈黄绿或墨绿色。

### 2. 护理措施

复苏按 A、B、C、D、E 进行。

复苏程序	步骤
保持呼吸道通畅(A)	患儿仰卧,肩部以布卷垫高2~3 cm,颈部稍向后仰使气道通畅迅速清除口、鼻、咽及气道分泌物
建立呼吸,增加通气(B)	拍打或弹足底促使呼吸出现。如无自主呼吸、心率小于100次/分、立即用复苏器加压给氧;通气频率为30~40次/分;压力大小应根据患儿体重而定,通气有效可见胸廓起伏
保证足够的心每搏输出量(C)	操作者双拇指重叠于患儿胸骨体下1/3,其他手指围绕胸廓托在后背同时按压;或仅用中、示两手指并拢按压胸骨体下1/3处,频率为120次/分,按压深度为胸廓压下约1~2 cm。按压有效可摸到颈动脉和股动脉搏动。按压与通气比为3:1
药物治疗(D)	胸外按压心脏不能恢复正常循环时,可给予静脉、气管内注入1:1 000肾上腺素;根据医嘱,及时正确输入纠酸、扩容剂等
评价(E)	复苏过程中,及时评价患儿情况准确记录

### 考点 ④ 新生儿黄疸

新生儿黄疸是由于新生儿时期体内胆红素的累积而引起的皮肤、巩膜黄染的现象。可分为生理性黄疸和病理性黄疸两类。

#### 1. 新生儿黄疸的分类

##### (1) 生理性黄疸

由于胆红素代谢特点,60%足月儿和 80%以上早产儿在生后 2~3 日即出现黄疸,4~5 日最重,足月儿一般 2 周内消退,未成熟儿可延迟至 3~4 周,患儿一般情况良好,食欲正常。

### (2) 病理性黄疸(高胆红素血症)

<b>出现过早</b>	出生后 24 小时内
<b>程度重</b>	血清胆红素足月儿>221 $\mu\text{mol/L}$ (12.9 mg/dl) 早产儿>257 $\mu\text{mol/L}$ (15 mg/dl)
<b>进展快</b>	每日上升>85.5 $\mu\text{mol/L}$ (5 mg/dl)
<b>持续时间过长或退而复现</b>	足月儿>2 周;早产儿>4 周
<b>血清结合胆红素高</b>	血清结合胆红素>34.2 $\mu\text{mol/L}$ (2mg/dl)

### 2. 新生儿溶血病的临床表现

<b>黄疸</b>	大多数 Rh 溶血病主要发生在 <b>Rh 阴性孕妇</b> ,Rh 阳性胎儿,一般不会发生在母亲未输过血的第一胎,ABO 溶血病则 50%第一胎发生。新生儿溶血病黄疸常于生后 24 h 内出现,并进行性加重
<b>贫血</b>	ABO 血型不合者血红蛋白多正常。严重贫血见于 Rh 血型不合
<b>胆红素脑病</b>	首先出现嗜睡、喂养困难、吸吮无力、拥抱反射减弱、肌张力减低,很快出现双眼凝视、肌张力增高、角弓反张、前囟隆起、呕吐、尖叫、惊厥、常伴有发热。幸存者多有后遗症
<b>贫血</b>	重度贫血和低蛋白血症导致全身水肿、胸腔、腹腔积液、甚至死胎

## 考点 五 新生儿肺炎

### 感染性肺炎

<b>临床表现</b>	宫内感染的患儿出生时常有窒息史,症状出现较早,多在 12~24 小时之内发生;呻吟、点头呼吸、面色苍白、发绀甚至呼吸衰竭、抽搐、肌张力低等;产后感染性肺炎多在生后 5~7 日发病	
<b>护理措施</b>	<b>保持呼吸道通</b>	对于痰过多、黏稠、无力排痰者,可行超声雾化吸入。吸入后轻叩患儿胸、背部,协助患儿排痰。必要时吸痰,动作轻柔,勿伤黏膜。吸痰时先吸口腔,再吸鼻腔,以免在喘息和哭叫时将分泌物吸入肺部。注意观察痰液颜色、性质、量,患儿面色、吸痰前呼吸音变化
	<b>用氧护理</b>	根据病情及血氧监测情况采用鼻导管、面罩、头罩等方法吸氧。使 $\text{PaO}_2$ 维持在 60~80 mmHg,重症并发呼吸衰竭者,给予正压通气。给氧浓度不宜过高,时间不宜过长,以免发生氧中毒

## 第四章 营养性疾病患儿的护理



营养性疾病  
患儿的护理

### 考点 营养不良

#### 1. 临床表现

皮下脂肪消耗的顺序依次是**腹部、躯干、臀部、四肢**,最后是**面部**,表现额部出现皱褶,两颊下陷,颧骨突出,形如“老人”。

临床上根据各种症状的程度,将营养不良分为三度,见下表

程度	I度(轻)	II度(中)	III度(重)
体重低于正常均值	15%~25%	25%~40%	40%以上
腹部皮褶厚度	0.4~0.8 cm	<0.4 cm	消失
身高(长)	正常	低于正常	明显低于正常
消瘦	不明显	明显	皮包骨样
皮肤	干燥	干燥、苍白	苍白、干皱,无弹性,可出现瘀点
肌张力	正常	明显降低、肌肉松弛	肌张力低下、肌肉萎缩

续表

程度	I 度(轻)	II 度(中)	III 度(重)
精神状态	正常	烦躁不安	萎靡,反应低下,抑制与烦躁交替

## 2. 护理措施

- (1) 饮食管理原则为循序渐进,逐渐补充。
- (2) 观察病情。

患儿清晨容易出现低血糖,表现为出汗、肢冷、脉弱、血压下降等休克表现,也可有呼吸暂停,出现此情况,需立即静脉注射 25% 的葡萄糖溶液进行抢救。

### 考点 (三) 维生素 D 缺乏性佝偻病

## 1. 病因

日光照射不足;维生素 D 摄入不足;生长过速;疾病与药物的影响。

## 2. 临床表现

## (1) 初期

发病时间	出生 3 个月左右
主要表现	神经、精神症状,如易激惹、烦躁、睡眠不安、夜间啼哭
骨骼	无明显骨骼改变,X 线检查可正常或临时钙化带稍模糊

续表

血生化检查	血钙浓度正常或稍低,血磷浓度降低,碱性磷酸酶正常或增高
特征症状	与室温季节无关的多汗,出现枕秃

#### (2)极期

除有上述症状外,主要表现为骨骼改变和运动功能及智力发育迟缓。

#### (3)恢复期

精神活泼,肌张力恢复。血清钙、磷浓度接近正常。碱性磷酸酶开始下降,约 4~6 周恢复正常。X 线检查骨骼异常明显改善。

#### (4)后遗症期

多见于 2 岁以后小儿,临床症状消失,血生化及骨骼 X 线检查正常,仅遗留不同程度的骨骼畸形。

### 3.治疗原则

本病治疗目的在于控制活动期,防止骨骼畸形和控制病情活动,故应做到早发现、早治疗。

## 第五章 消化系统疾病患儿的护理



消化系统疾病  
患儿的护理

### 考点 E 口腔炎的临床表现

病因	临床表现
疱疹性口腔炎	1~3岁小儿多见。局部表现为口腔黏膜,早期呈散在或成簇的小水疱,水疱很快破溃形成溃疡,溃疡面覆盖黄白色膜样渗出物,周围绕以红晕。注意和疱疹性咽峡炎鉴别,后者由柯萨奇病毒引起,好发于夏秋季,不累及牙龈和颊黏膜,淋巴结不肿大
溃疡性口腔炎	局部表现为初起时口腔黏膜充血、水肿,继而形成大小不等的糜烂面或浅溃疡,散在或融和成片,表面有纤维性炎性渗出物形成的灰白色假膜,易拭,但遗留溢血的创面
鹅口疮	多见于新生儿和营养不良、腹泻、长期应用广谱抗生素或激素的患儿,使用不洁奶具或出生时经产道均可感染。局部表现为口腔黏膜出现白色乳凝块样物,初呈点状或小片状,可逐渐融合成大片,不宜擦去,周围无炎症反应,强行拭去可见充血性创面。患处不痛,不流涎

## 考点 二 小儿腹泻

### 1. 临床表现

#### (1) 腹泻的临床表现

症状	轻型腹泻	中、重型腹泻
胃肠道症状	食欲不振,偶有呕吐,大便每日数次 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	常有呕吐,严重者可吐出 <b>咖啡渣样液体</b> ,每日大便可达十余次至数十次,每次量较多,呈蛋花汤或水样,可有少量黏液
全身中毒症状	偶有低热	有发热、精神萎靡或烦躁不安、意识朦胧甚至昏迷

#### (2) 水、电解质和酸碱平衡紊乱表现

①脱水:主要为口渴、眼窝及前囟凹陷、眼泪及尿量减少、黏膜及皮肤干燥、皮肤弹性差、烦躁、嗜睡甚至昏迷、休克等。

#### 小儿脱水分度

	轻度	中度	重度
精神	稍差	萎靡、烦躁	表情淡漠、昏睡或昏迷
眼泪	少	明显减少	无

续表

	轻度	中度	重度
前囟、眼窝	稍凹陷	明显凹陷	深陷
皮肤	干、弹性可	干、弹性差	干、弹性极差
尿量	稍减少	明显减少	极少或无
末梢血循环	正常	四肢稍凉	四肢厥冷
心率	正常	快	快、弱
血压	正常	正常或稍低	血压下降
体重减少	<5%	5%~10%	>10%

由于水和电解质丢失的比例不同而造成等渗性、低渗性和高渗性脱水。

不同性质脱水的临床特点

	低渗性	等渗性	高渗性
血钠 (mmol/L)	<130	130~150	>150
丢失比例	电解质>水	电解质=水	电解质<水
口渴	不明显	明显	极明显
皮肤弹性	极差	稍差	尚可

续表

	低渗性	等渗性	高渗性
血压	明显下降	下降	正常/稍低
神志	嗜睡/昏迷	萎靡	烦躁/惊厥

②代谢性酸中毒。

③低钾血症:主要表现为神经、肌肉兴奋性降低,精神萎靡,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。心电图示 **T 波改变、ST 段下降、T 波低平,出现 U 波。**

④低钙和低镁血症:在脱水和酸中毒时,由于血液浓缩和离子钙增加,可不出现低钙表现。在脱水和酸中毒被纠正后,离子钙减少,出现低钙症状。低钙血症表现为抽搐或惊厥等;低镁血症表现为手足震颤、手足搐搦或惊厥。

## 2. 护理措施

- (1) 腹泻的护理。
- (2) 调整饮食。
- (3) 补充液体的护理。

口服 ORS 液	适用于轻、中度脱水而无严重呕吐者。累积损失量轻度脱水 50 mL/kg、中度脱水 80~100 mL/kg, 于 4~6 小时喂完;继续损失量根据排便次数和量而定。应注意:①正常饮水,防止高钠血症的发生;②眼睑出现水肿,应停止服用 ORS 液,改用白开水;③新生儿或心、肾功能不全、休克及明显腹胀者不宜应用 ORS 液
静脉补液	适用于 <b>中度以上脱水的患儿</b> 。若补液合理,3~4 小时应排尿,表明血容量恢复。若 24 小时患儿皮肤弹性及眼窝凹陷恢复,说明脱水已纠正。若尿量多而脱水未纠正,表明输入的液体中葡萄糖液比例过高;若输液后出现眼睑水肿,说明电解质溶液比例过高

(4) 皮肤护理选用清洁、柔软的尿布,避免使用塑料布包裹,局部发红有渗出或有潜在溃疡者,可采用**暴露或灯泡照射、理疗促使创面干燥愈合**。

- (5) 观察病情。  
(6) 健康指导。

### 考点 小儿液体疗法及护理

#### 1. 小儿体液平衡的特点

年龄越小,体液总量占体重的百分比愈高,足月新生儿体液占体重的 78%,婴儿占 70%。

#### 2. 常用液体种类、成分及其配制

##### (1) 非电解质溶液

常用的非电解质溶液有 5% 的葡萄糖溶液和 10% 的葡萄糖溶液,主要供给水分和供应部分热量。

## (2) 电解质溶液

主要用于补充损失的液体、电解质和纠正酸、碱失衡。

生理盐水(0.9%氯化钠溶液)	为等渗液,临床常以 2 份生理盐水和 1 份 1.4% 碳酸氢钠混合,使其 $\text{Na}^+$ 与 $\text{Cl}^-$ 之比为 3 : 2,与血浆中钠氯之比相近	
高渗氯化钠溶液	常用的有 3% 氯化钠溶液用以纠正低钠血症,10% 氯化钠用于配制各种混合液	
碱性溶液	碳酸氢钠	可直接增加缓冲碱,是治疗代谢性酸中毒的首选药物,一般临床用 10% 葡萄糖溶液稀释 3.5 倍成等渗液使用。在紧急抢救酸中毒时也可直接静脉推注
	乳酸钠	需在有氧的条件下经肝脏代谢产生 $\text{HCO}_3^-$ 而起缓冲作用,显效较慢,在休克、缺氧、肝功能不全、新生儿或乳酸滞留性酸中毒时不宜使用
氯化钾溶液	用于补充缺钾、生理需要和继续丢失的钾。含钾溶液不能静脉推注,注入速度过快可发生心肌抑制而死亡	

## ✦ 第五章 消化系统疾病患儿的护理

### (3) 混合溶液

几种常用混合液组成

混合溶液	生理盐水	5%~10%葡萄糖	1.4%碳酸氢钠(1.87%乳酸钠)	张力	应用
1:1	1	1	—	1/2	轻、中度等渗脱水
2:1	2	—	1	等张	低渗或重度脱水
2:3:1	2	3	1	1/2	轻、中度等渗脱水
4:3:2	4	3	2	2/3	中度、低渗脱水
1:2	1	2	—	1/3	高渗性脱水
1:4	1	4	—	1/5	生理需要

(4) 口服补液盐简称 **ORS 液**, 由氯化钠 2.6 g, 枸橼酸氢钠 2.9 g, 氯化钾 1.5 g, 葡萄糖 13.5 g 加水至 1 000 mL 配制而成。适于补充累积损失及继续损失量, 若作为补充生理需要液量则含钠较高, 应稀释后使用。适用于能口服的轻、中度脱水患儿, 对呕吐频繁、脱水较重的患儿仍须行静脉补液。

### 3. 液体疗法

目的是纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱, 以恢复肌体的正常生理功能。

#### (1) 补充累积损失量

累积损失量是指自发病到补液时所损失的水和电解质的量。

##### ① 定输液量(定量):

脱水程度	补液量
轻度脱水	<50 mL/kg
中度脱水	50~100 mL/kg
重度脱水	100~120 mL/kg

实际应用时先按上述量的 2/3 给予,学龄前儿童及学龄儿童应酌减 1/4~1/3。

②定输液种类(定性):

脱水的性质	补液种类
低渗脱水	2/3 张~等张含钠液
等渗脱水	1/2 张~2/3 张含钠液
高渗脱水	1/3 张~1/4 张含钠液

如临床判断脱水性质有困难,可先按等渗脱水处理,同时应测血钠、钾、氯含量,以确定脱水性质,指导补液。

③定输液速度(定速):原则上先快后慢。累积损失量应在 **8~12 小时内补足**。滴速约为每小时 8~10 mL/kg。

(2)补充继续损失量

继续损失量是指补液开始后继续丢失的液体量,一般用 1/3 张~1/2 张含钠液。

(3)供给生理需要量

继续损失量和生理需要量在后 **12~16 小时内输入**。滴速为每小时约 5 mL/kg。

## 第六章 呼吸系统疾病患儿的护理


 呼吸系统疾病  
患儿的护理

### 考点 小儿肺炎

#### 1. 轻症肺炎

(1) 症状:大多起病急,主要表现为发热、咳嗽、气促和全身症状。

(2) 体征:呼吸加快,40~80次/分,可有鼻翼扇动、点头呼吸、三凹征、唇周发绀。肺部可听到较固定的中、细湿啰音,以背部、两肺下方、脊柱两旁较易听到,深吸气末更为明显。

#### 2. 重症肺炎

循环系统	心肌炎	面色苍白、心动过速、心音低钝、心律不齐;心电图显示 ST 段下移、T 波低平或倒置
	心力衰竭	呼吸加快(>60次/分),烦躁不安,面色苍白或发绀,心率增快(婴儿>180次/分,幼儿>160次/分),心音低钝或出现奔马律,肝脏迅速增大
神经系统	脑水肿	烦躁或嗜睡、意识障碍、惊厥、前囟隆起、瞳孔对光反射迟钝或消失、呼吸节律不齐甚至停止

续表

消化系统	中毒性肠麻痹	明显的腹胀,呼吸困难加重,肠鸣音消失
	消化道出血	呕吐咖啡样物,粪便隐血试验阳性或柏油样便

## 第七章 循环系统疾病患儿的护理



循环系统疾病  
患儿的护理

### 考点 先天性心脏病

#### 1. 常见先天性心脏病

##### (1) 室间隔缺损 (VSD)

临床表现	小型缺损	中型缺损	大型缺损
缺损直径	≤0.5 cm	0.5~1.0 cm	>1.0 cm
血液分流	无青紫	左向右分流多	出现青紫
查体	胸骨左缘第3~4肋间听到响亮粗糙的全收缩期杂音	胸骨左缘第3~4肋间可闻及Ⅲ~Ⅳ级粗糙的全收缩期杂音	胸骨左缘3~4肋间可闻3~5/6级全收缩期反流性杂音
听诊区	肺动脉瓣第二音稍增强	肺动脉瓣第二音增强	肺动脉瓣区第二音增强, 伴有肺动脉高压者 P <sub>2</sub> 亢进

## (2) 房间隔缺损(ASD)

<b>临床表现</b>	缺损小者可无症状,仅在体检时发现胸骨左缘第 2~3 肋间有收缩期杂音,婴儿和儿童期多无症状。缺损大者,表现为气促、乏力和影响生长发育,当哭闹、患肺炎或心力衰竭时,右心房压力可超过左心房,出现暂时性青紫。查体可见发育落后、消瘦,心前区隆起,心尖搏动弥散,心浊音界扩大,胸骨左缘 2~3 肋间可闻及 II ~ III 级收缩期喷射性杂音,肺动脉瓣区第二音增强或亢进,并呈固定分裂
<b>辅助检查</b>	胸部 X 线外形轻~中度扩大,以右心房、右心室增大为主,肺动脉段突出,肺门血管影增粗,可见肺门“舞蹈”征,肺野充血,主动脉影缩小

## (3) 动脉导管未闭(PDA)

<b>症状</b>	气急、咳嗽、乏力、多汗、生长发育落后等。扩大的肺动脉压迫喉返神经而引起声音嘶哑。严重肺动脉高压时,产生差异性发绀。杵状指(趾)
<b>体征</b>	胸骨左缘第 2 肋间有响亮的连续性机器样杂音,占据整个收缩期和舒张期。分流量大时心尖部可闻高流量舒张期杂音。P <sub>2</sub> 增强或亢进。周围血管征阳性:血压脉压增大 $\geq 40$ mmHg、 <b>可见甲床毛细血管搏动、股动脉枪击音、触到水冲脉</b>

## (4) 法洛三联症(TOF)

法洛三联症是一种**常见的发绀型先天性心脏病**。主要临床特征为肺动脉狭窄、室间隔缺损、主动脉骑跨和右心室肥厚。其中以肺动脉狭窄为主要畸形。

临床表现	青紫	多于生后 3~6 个月逐渐出现青紫。指、趾端毛细血管扩张增生,局部软组织和骨组织也增生性肥大,出现杵状指。活动,即可出现气急、青紫加重
	蹲踞现象	活动后,常主动蹲踞片刻,使缺氧症状暂时得到缓解
	缺氧发作	呼吸急促、烦躁不安、发绀加重,重者发生晕厥、抽搐、意识丧失,甚至死亡
检查	体格检查	发育落后,口唇、面部、外耳廓亦有青紫,舌色发暗,杵状指(趾)。心前区略隆起,胸骨左缘 2~4 肋间有 II~III 级收缩期喷射性杂音,杂音响度与狭窄程度成反比;肺动脉瓣区第二音减弱
	X 线检查	心影呈“靴型”,肺血管纹理减少,肺野清晰

## 2. 先天性心脏病患儿的护理措施

### (1) 休息。

恢复心脏功能的重要条件。烦躁,哭闹可加重病情,须遵医嘱给镇静剂。

### (2) 病室环境设置及要求。

### (3) 注意观察病情,防止并发症发生。

①法洛四联症患儿因活动、哭闹、便秘引起缺氧发作,将小儿置于膝胸卧位,给予吸氧,根据医嘱给予吗啡及普萘洛尔抢救治疗。

②法洛四联症患儿供给充足液体以防血液浓缩形成血栓。

## 第八章 血液系统疾病患儿的护理



血液系统疾病  
患儿的护理

### 考点 特发性血小板减少性紫癜

分型	临床表现
急性型	发病前 1~3 周有急性病毒感染史。起病急,发热,自发性皮肤、黏膜出血为突出表现,多为针尖大小出血点,或瘀斑、紫癜,四肢为多。呈自限性。主要致死原因是颅内出血
慢性型	病程超过 6 个月,多见于学龄儿童。起病缓慢,出血症状较轻,主要为皮肤、黏膜出血,可持续性或反复发作性出血

## 第九章 泌尿系统疾病患儿的护理



泌尿系统疾病  
患儿的护理

### 考点 原发性肾病综合征

#### 1. 病因及发病机制

蛋白尿是肾病综合征最根本的病理生理特点,水肿、低蛋白血症、高脂血症均是蛋白尿的结果。

大量蛋白尿	肾小球毛细血管通透性增高,大量血浆蛋白漏出,促进肾小球系膜硬化,间质改变,逐渐导致肾功能不全
低蛋白血症	大量蛋白经尿中丢失及肾小管对重吸收的蛋白进行分解
水肿	低蛋白血症使血浆胶体渗透压降低,水和电解质外渗到组织间隙,肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活造成水钠潴留,进一步加重水肿
高脂血症	低蛋白血症使肝脏合成脂蛋白增加,主要为血清胆固醇和低密度脂蛋白浓度增高

## 2. 临床表现

类型	表现
单纯性肾病	发病年龄多为 2~7 岁,起病缓慢,主要表现为 <b>全身凹陷性水肿,以颜面、下肢、阴囊明显</b> ,严重者面色苍白、疲倦、厌食,可有腹水、胸腔积液。皮肤发亮,出现白纹。尿量减少,颜色变深
肾炎性肾病	发病年龄多在学龄期。水肿一般不严重,除具备肾病四大特征外,尚有明显血尿、高血压、血清补体下降和不同程度的氮质血症

## 第十章 神经系统疾病患儿的护理



神经系统疾病  
患儿的护理

### 考点 化脓性脑膜炎

#### 1. 临床表现

分型	临床表现
暴发型	患儿起病急,发热、头痛、呕吐、抽搐等,脑膜刺激征阳性。皮肤出现出血点或瘀斑、意识障碍、血压下降和弥散性血管内凝血,进行性休克,治疗不及时 24 小时内死亡
亚急型	发病前数日有上呼吸道或胃肠道感染的症状,年长儿诉头痛、肌肉酸痛,婴幼儿则表现发热、呕吐、烦躁、易激惹、精神萎靡、目光凝视、惊厥、昏迷

#### 2. 辅助检查

- (1) 脑脊液压力升高,外观浑浊或呈脓性,白细胞数明显增多达  $1\ 000 \times 10^6/L$  以上,以中性粒细胞为主;蛋白升高,糖和氯化物下降。
- (2) 血象白细胞总数明显增高,分类以中性粒细胞增加为主,严重感染时白细胞可不增高。
- (3) 血培养、皮肤瘀斑涂片找菌阳性、头颅 CT 等。

## 第十一章 免疫性疾病患儿的护理



免疫性疾病  
患儿的护理

### 考点 过敏性紫癜

部位	表现
皮肤	首发症状,均见典型皮肤紫癜,典型紫癜变化规律为初起出现紫红色荨麻疹及各型红斑、斑丘疹,压之褪色,高出皮肤,可有轻度痒感,此后红斑中心发生点状出血,颜色加深呈紫红色,压不褪色
消化道	突发腹痛,伴恶心、呕吐或便血, <b>腹痛位于脐周或下腹部</b> ,是由于肠道病变引起肠蠕动增强或痉挛所致。偶尔发生肠套叠、肠梗阻、肠穿孔及出血坏死性小肠炎。此型临床称为“腹型”
关节	约 1/3 患儿出现关节肿痛,多累及膝、踝、肘等关节,可单发亦可多发,呈游走性,一般无红、热,有积液,不遗留关节畸形。临床称“关节型”
肾脏	常在病程 1 个月内出现。多数患儿出现血尿、蛋白尿及管型,伴血压增高和水肿称为紫癜性肾炎。临床称为“肾型”
其他	偶可因颅内出血导致失语、瘫痪、昏迷、惊厥以及肢体麻痹。个别患儿有鼻出血、牙龈出血、咯血等出血表现

## 第十二章 常见传染病患儿的护理



常见传染病  
患儿的护理

考点

麻疹

分期	临床表现
潜伏期	低热、全身不适
前驱期	发热、上呼吸道感染和麻疹黏膜斑, 结膜充血、畏光流泪及眼睑水肿是本病特点
出疹期	发热后 3~4 日出现皮疹, 皮疹初见于耳后发际, 渐延及面、颈、躯干、四肢及手心足底, 此期全身中毒症状及咳嗽加剧
恢复期	出疹 3~5 日后体温下降全身症状明显减轻。皮疹按出疹的先后顺序消退, 可有 <b>麦麸样脱屑</b>

## 第十三章 小儿结核病的护理



小儿结核病的护理

### 考点 结核性脑膜炎

分期	主要症状
早期(前驱期)	约1~2周,性情改变、精神呆滞、喜哭、易怒、睡眠不安、双目凝视,低热、呕吐、便秘,年长儿可诉头痛,婴儿则表现为嗜睡或发育迟滞
中期(脑膜刺激期)	约1~2周,因颅内高压出现剧烈头痛、喷射性呕吐、嗜睡或惊厥,体温进一步增高。 <b>脑膜刺激征阳性是结核最主要和常见的体征。</b> 幼婴儿则以前囟饱满为主。此期还可出现脑神经障碍,最常见者为面神经瘫痪
晚期(昏迷期)	约1~3周,上述症状逐渐加重,由意识朦胧、半昏迷进入完全昏迷。频繁惊厥甚至可呈强直状态。患儿极度消瘦,明显出现水、盐代谢紊乱。最终死于脑疝



查缺补漏