2018年护士资格考试核心考点速记之超级宝典第一章基础护理知识和技能

2018年护士执业资格考试核心考点速记之超级宝典

全国免费热线：400-900-9392更多精彩内容详见“金英杰2018年护士核心考点全攻略”

基础护理知识和技能

更多精彩内容详见“金英杰2018年护士核心考点全攻略”全国免费热线：400-900-9392

配套名师高清视频

1～6

第一章基础护理知识和技能

历年常考护理程序、出入院护理、卧位与安全、压疮护理和漱口溶液的选择、生命体征

测量和病情观察、标本采集及用药护理、临终病人护理和护理文件的书写。本章涉及考点

较多，希望同学们能熟练掌握、融会贯通，为后续章节的复习打下坚实的基础。

1护理程序的步骤

1.护理评估

评估是指有组织地、系统地收集资料,是护理程序的第一个阶段。评估贯穿于护理程序的全过程。

（1）资料的类型

分类

来源

内容

举例

主观资料

患者

患者的经历、感觉及其看到、听到或想到的关于健康状况的主观感觉

头晕、疼痛、麻木、瘙痒或感到软弱无力

客观资料

非患者

望、触、叩、听、嗅等手段或仪器检查获得的患者症状和体征的资料

黄疸、发绀、呼吸困难、体温39.0 ℃等

（2）收集资料的主要方法

交谈是获取资料的主要途径之一,交谈前应注意安排合适的环境,并向患者说明交谈目的及需要的时间;交谈中应引导患者抓住交谈主题,注意倾听,不能随意打断或提出新的话题。

(3)资料的整理和记录

记录资料要及时,主观资料尽量用病人的原话;客观资料应用医学术语,避免护士的主观判断和结论。

2.护理诊断

陈述方式：三部分陈述，即PSE公式,多用于现存的护理诊断。P(问题);S(症状或体征)；E(相关因素)。

3.护理计划

(1)排列优先顺序：①首优问题；②中优问题；③次优问题。

(2)制定预期目标：①近期目标；②远期目标。

(3)制定护理措施

①依赖性护理措施：是执行医嘱的具体措施。

②独立性护理措施：是护士根据收集的资料自主决定的护理措施，如健康教育、病情观察。

③协作性护理措施：是护士与其他医务人员合作完成的护理措施，如饮食护理、康复护理。

4.实施

实施就是将护理计划付诸于行动,实现护理目标的过程。

5.评价

评价步骤：收集资料，判断效果，分析原因，修订计划。

6.护理病案的书写

书写时采用PIO格式进行记录。P(病人的健康问题);I(针对病人的健康问题采取的护理措施);O(护理后的效果)。

2护士职业防护

1.护士职业防护

在护理工作中采取多种有效措施，保护护士免受职业损伤因素侵袭，或将危害降至最低。

2.危险因素

(1)生物性因素：①细菌；②病毒。

(2)化学性因素：①化学消毒剂；②化疗药物。

(3)物理性因素：①机械性损伤：跌倒、扭伤、撞伤等；②锐器伤；③放射性损伤；④温度性损伤；⑤噪声。

(4)心理、社会因素。

3.主要防护措施

(1)洗手。

(2)防护用物的使用：正确使用帽子、口罩、防护镜或面罩、隔离衣、鞋套、手套等。

(3)锐器伤的防护：紧急处理方法：立即从伤口近心端向远心端挤压，用肥皂水清洗伤口并置于流动水下反复冲洗，等渗盐水冲洗黏膜。用0.5%碘伏或75%乙醇消毒包扎伤口，向主管部门报告并填写锐器损伤登记表。

(4)化疗药物损伤的防护。

(5)负重伤的防护。

3医院和住院环境

1.门诊、急诊

（1）门诊的护理工作

类别

工作内容

预检分诊

简要询问病史,观察病情后作出初步判断,给予合理的分诊指导

安排候诊与就诊

开诊前，检查用物及候诊环境，开诊后按挂号顺序安排就诊，分类初诊和复诊病案,收集整理化验单、检查报告;观察患者病情,遇到高热、剧痛、呼吸困难、出血和休克时立即安排提前就诊或送急诊室处理;对病情严重或年老体弱者,可适当调整就诊顺序

（2）急诊护理工作

1）预检分诊

遇有危重患者立即通知值班医生及抢救室护士，遇意外事件应立即通知护士长及医务部。

2）抢救工作

①物品准备:一切抢救物品做到“五定”，即定数量品种、定点安置、定人保管、定期消毒灭菌、定期检查维修,急救物品完好率达到100%。②配合抢救:在医生未到之前,护士应根据病情作出判断,给予紧急处理，医生到达后,立即汇报处理情况,积极配合抢救,正确执行医嘱,密切观察病情动态变化;做好抢救记录和查对工作;抢救过程中凡口头医嘱必须向医生复述一遍,双方确认无误后再执行。抢救完毕后,请医生及时补写医嘱和处方。

③病情观察：观察时间应为3～7天。

2.病区

(1)两床之间的距离不少于1米。

(2)病区白天较理想的声音强度在35~40 dB;工作人员要做到“四轻”。

分类内容

温度一般病室以18~22 ℃为宜,婴儿室、产房、手术室以22~24 ℃为宜

湿度相对湿度以50%~60%为宜。室内湿度过低,对气管切开和呼吸道感染患者不利

通风病室内应定时开窗,通风换气,每次30 min左右。冬季通风时注意保暖

3.铺床法

(1)备用床

准备接收新患者。

(2)暂空床

迎接新患者住院;暂时离床患者使用,保持病室整洁。

(3)麻醉床

便于接收和护理麻醉手术后的患者;使患者安全、舒适,预防并发症;保护床上用品不被血迹或呕吐物污染。

4入院和出院病人的护理

1.分级护理

护理级别

适用对象

护理内容

特级护理

病情危重,需随时观察,以便抢救患者。如重症监护患者、器官移植术等复杂的手术后、大面积烧伤的患者

严密监测生命体征,观察病情

续表

护理级别

适用对象

护理内容

一级护理

需严格卧床的患者,如术后6小时内的患者,高热的患者,昏迷、瘫痪、“五衰”(心、脑、肾、肝、呼吸)的患者每小时巡视患者一次,观察病情，制订护理计划

二级护理病情稳定仍需卧床休息的患者、生活部分自理的患者每2小时巡视患者一次,了解病情动态和患者心理状态

三级护理病情较轻、生活可基本自理者每3小时巡视患者一次,了解病情和患者心理状态，给予健康教育,满足患者身心需要

2.有关文件的处理

病案归档:出院病案排列顺序:住院病案、出院记录或死亡记录、入院记录、病史及体格检查单、病程记录单、各种检验及检查报告单、护理病案、医嘱单、体温单。

3.平车运送法

分类

适用患者

操作要点

两人或三人搬运法

病情较轻,生活不能完全自理的患者,

用于不能自行活动或体重较重者

两人搬运时,甲一手托住患者头颈肩部,另一手托住患者腰部;乙一手托住患者臀部,另一手托住患者腘窝;三人搬运时,甲托住患者头、肩胛部,乙托住患者背、臀部,丙托住患者腘窝、腿部

续表

分类

适用患者

操作要点

四人搬运法

病情危重或颈、腰椎骨折等患者

移开床旁桌椅,推平车紧靠床边;甲站于床头,托住患者头及颈肩部;乙站于床尾,托住患者两腿;丙和丁分别站于病床及平车两侧,紧握中单四角;四人合力同时抬起患者,轻放于平车上

5卧位和安全的护理

1.常用体位的适用范围及安置方法

体位

适用范围

方法

仰卧位

去枕仰卧位

用于昏迷或全身麻醉未清醒的患者协助患者去枕仰卧,使患者头偏向一侧,两臂置于身体两侧,枕头横立于床头

屈膝仰卧位

用于腹部检查或做导尿术等

患者仰卧,两臂放于身体两侧,两膝屈起,稍向外分开

中凹卧位

用于休克患者

抬高患者头胸10°~20°,抬高下肢20°~30°

端坐位急性肺水肿、心包积液及支气管哮喘发作时,由于极度呼吸困难,患者被迫端坐患者坐起,床上放一跨床小桌,身体稍前倾,可伏于小桌上休息

续表

体位

适用范围

方法

头低足

高位①肺部分泌物引流,使痰易于咳出;②十二指肠引

流,以利于胆汁引流;③妊娠时胎膜早破,防止脐带脱垂;④跟骨牵引或胫骨牵引时,防止下滑患者仰卧,枕头横立于床头,床尾用支托物垫高15~30 cm

头高足

低位

①颈椎骨折进行颅骨牵引时作反牵引力;②预防脑水肿,减轻颅内压

患者仰卧,床头用支托物垫高15~30 cm,枕头横立于床尾

中凹卧位：人只有一个头，故记忆头部抬高10°；人只有两条腿，故记忆下肢抬高20°。

下肢骨折时抬高下肢，颈椎骨折时抬高头部，故肢体有问题的部位抬高。

2.保护具的应用

（1）支被架:主要用于肢体瘫痪的患者,防止盖被压迫肢体,也可用于灼伤患者暴露疗法时的保暖。

(2)注意事项:①保护性制动只能短期使用,需定时松解(每2小时一次),要使患者肢体处于功能位置；②约束带下应放衬垫,松紧适宜。经常观察约束部位的皮肤颜色、血液循环情况,每15~30分钟观察一次。

6院内感染的预防和控制

1.医院内感染的概念

医院内感染是指住院患者在医院内（入院48小时后）获得的感染，包括住院期间感染和在医院内获得而院外发生的感染。

2.医院内感染的分类

（1）内源性感染(自身感染)：病原体来自病人自身所引起的感染。

（2）外源性感染(交叉感染)：病原体来自病人体外，直接或间接传播给病人引起的感染。

3.消毒和灭菌的概念

(1)消毒:清除或杀灭除芽胞以外的所有病原微生物。

(2)灭菌:杀灭所有微生物,包括微生物和芽胞。

4.物理消毒灭菌法

（1）燃烧法:是简单、迅速、彻底的一种灭菌方法。如污染的纸张,破伤风、气性坏疽等特殊感染的敷料等，锐利剪刀禁用。

(2)煮沸消毒法：水中加入碳酸氢钠(配成浓度1%~2%溶液)可使沸点达到105 ℃,提高消毒灭菌效果,同时还有去污防锈的作用。应注意物品全部浸没在水中，容器不能重叠，玻璃物品用纱布包好放入冷水，橡胶物品用纱布包好水沸后放入。

（3）压力蒸汽灭菌法：灭菌效果最可靠的方法，压力103~137 kPa,温度121~126 ℃,保持20~30 min。

5.化学消毒灭菌法

(1)浸泡法:常用于耐湿、不耐热物品的消毒,如锐利器械、精密器材等。

（2)熏蒸法:常用的熏蒸消毒剂有纯乳酸、食醋。

（3）常用的化学消毒剂

戊二醛:常用于不耐热医疗器械和精密仪器,如内镜等的消毒灭菌。常用2%戊二醛,浸泡20~45 min可达到消毒效果,浸泡10小时可达到灭菌效果。

6.无菌技术操作原则

(1)无菌操作前半小时停止清扫工作,减少走动,避免尘土飞扬。

(2)物品管理:定期检查保存情况,未被污染情况下,夏季有效期为7天，冬季有效期为14天。

7.无菌持物钳(镊)的使用方法

（1）浸泡在盛有消毒液的无菌罐中,罐底垫无菌纱布,消毒液需浸没持物钳轴节以上2~3 cm或镊子长度的1/2。

(2)取钳:移钳至容器中央并使前端闭合，保持前端向下取出无菌持物钳，并在容器上方滴尽消毒液再使用。

8.无菌溶液的使用方法

开启后的溶液如未污染可保存24小时。

9.无菌包的使用

打开过的无菌包,有效期为24小时。

10.铺无菌盘法

操作过程中不可跨越无菌区。铺好的无菌盘有效期为4小时。

11.无菌手套的使用

未戴手套的手不可触及手套外面,戴好手套的手不可触及未戴手套的手和手套内面。

12.隔离区域的划分

（1）清洁区:未被病原微生物污染的区域,包括配餐室、更衣室、值班室、库房等以及隔离病区以外的地区。

（2）半污染区:有可能被病原微生物污染的区域,包括医护办公室、病区内走廊、化验室等。

（3）污染区:被病原微生物污染的地区,包括病房、患者卫生间、浴室等。

清洁区主要是医护人员活动的地方；半污染区是医护人员和患者共同活动的地方；污染区主要是患者活动的地方。

13.隔离的种类

隔离种类适用对象

严密隔离适用于传染性强或传播途径不明的疾病，例如：霍乱、鼠疫、肺炭疽、SARS等甲类或传染性极强的乙类传染病

呼吸道隔离适用于通过呼吸道传播的疾病，例如：流行性感冒、流脑、麻疹、白喉、百日咳、肺结核等

消化道隔离适用于因患者的排泄物直接或间接污染食物、食具而传播的传染病，例如伤寒、细菌性痢疾、甲型肝炎、戊型肝炎、阿米巴病等。消化道隔离可切断粪-口传播途径

续表

隔离种类适用对象

血液-体液隔离

适用于对直接或间接接触感染的血液及体液而发生的传染病，如乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病、钩端螺旋体病

接触隔离适用于病原体通过皮肤或黏膜进入人体的疾病，如破伤风、炭疽、狂犬病等

昆虫隔离适用于病原体通过蚊、虱、蚤等昆虫传播的疾病，如流行性乙脑、疟疾、斑疹伤寒等

保护性隔离适用于抵抗力低下或极易感染的病人，如大面积烧伤、早产儿、白血病及脏器移植、免疫缺陷的病人等

7患者的清洁护理

配套名师高清视频

7～12

1.特殊口腔护理

适用于高热、昏迷、禁食、鼻饲、口腔有疾患，大手术后及生活不能自理者。

2.特殊口腔护理常用漱口溶液

名称作用适用的口腔pH

0.9%氯化钠溶液清洁口腔,预防感染中性适用

复方硼酸溶液(朵贝尔溶液)轻微抑菌,除臭中性适用

0.02%呋喃西林溶液清洁口腔，广谱抗菌中性适用

续表

名称作用适用的口腔pH

1%~4%碳酸氢钠溶液碱性溶液,用于真菌感染偏酸性适用

0.1%醋酸溶液用于铜绿假单胞菌感染偏碱性适用

3.特殊口腔护理的注意事项

(1)昏迷患者禁忌漱口。擦洗时须用血管钳夹紧棉球,每次1个,注意清点棉球,防止棉球遗留在口腔内。擦洗时保持棉球干湿适宜,以防过湿而造成患者将溶液误吸入呼吸道。

(2)有活动义齿者,应协助取下,用牙刷刷净义齿各面,再用冷水冲洗干净,待患者漱口后戴上。暂时不用的义齿,可浸于冷水中备用。浸泡义齿的清水应每日更换一次,义齿不可浸在乙醇或热水中,以免变色、变形和老化。

4.头发护理

用30%乙醇湿润打结处,再慢慢梳理开。

5.灭头虱、虮药液的制备

30%含酸百部酊(百部30克,加50%乙醇100 mL,再加100%乙酸1 mL,装瓶中盖严,48小时后即制得此药)。

6.皮肤护理

（1）压疮发生的原因：垂直压力是引起压疮最主要的原因。

（2）压疮的好发部位

①仰卧位:骶尾部(最常见)、枕骨粗隆处、肩胛部、肘部、足跟等处。

②侧卧位:耳廓、肩峰、肋骨、髋部、膝关节内外侧、内外踝等处。

③俯卧位:面颊、耳廓、肩峰、髂前上棘、肋缘突出部、膝前部、足尖等处。

（3）压疮的临床表现及治疗原则

分期表现护理

淤血红润期红、肿、热、痛、麻，表面无破损，为可逆性改变去除病因，防止局部继续受压，增加翻身次数

炎性浸润期受压皮肤为紫红色，有水疱形成，皮下硬结，水疱易破溃，有痛感保护皮肤，避免感染

浅度溃疡期浅层组织感染，脓液流出，病人感觉疼痛加重①常用生理盐水、3%过氧化氢溶液冲洗创面，去除坏死组织；②辅以理疗，如红外线灯照射、鸡蛋内膜覆盖、白糖覆盖、局部氧疗等

坏死溃疡期坏死组织发黑，脓性分泌物增多，有臭味可采用外科手术，如手术修刮引流、清除坏死组织、植皮修补缺损组织等

压疮年年考,预防很重要,一期红润红肿疼,二期浸润硬水疱,三期化脓浅溃疡,四期坏死要记牢。

(4)压疮的预防

①使骨骼突出部位交替受压,一般2小时翻身一次。

②保护骨隆突处和支持身体空隙处。可在身体空隙处垫软枕、海绵垫等,使支持体重的面积宽而均匀。不宜使用可引起溃疡的圈状垫,如橡胶气圈和棉圈。

③正确使用石膏、夹板、绷带、牵引。

④保持皮肤清洁干燥。

⑤对易发生压疮的患者,进行温水拭浴,用少许50%乙醇行局部或全背按摩,以手掌的大小鱼际部分紧贴皮肤,做环形按摩。

8生命体征的评估

1.正常体温范围

部位

平均温度

正常范围

口温

37．0 ℃

36．0~37．2 ℃

肛温

37．5 ℃

36．5~37．7 ℃

腋温

36．5 ℃

36．0~37．0 ℃

2.常见的热型及典型表现

热型

体温

特征

疾病

稽留热

体温持续在

39.0~40．0 ℃

达数日或数周,24小时波动范围不超过1 ℃

常见于伤寒、肺炎链球菌肺炎等

弛张热

体温在39.0 ℃以上

但波动幅度大,24小时体温差在1 ℃以上

最低体温仍高于正常水平，常见于败血症等

间歇热

高热与正常体温交

替有规律地反复出现,发热时体温骤升达39 ℃以上

持续数小时或几天不等,然后很快下降至正常,经数小时、数天的间歇后,又再次发作

常见于疟疾等

求（肺炎球菌性肺炎）商（伤寒）机（稽留热）；

白（败血症）吃（弛张热）白喝；

见（间歇热）机（疟疾）行事。

3.测量体温的注意事项

根据患者病情选择合适的测量体温的方法:①凡婴幼儿、精神异常、昏迷、口鼻腔手术以及呼吸困难、不能合作的患者,不宜测口腔温度;②凡消瘦不能夹紧体温计、腋下出汗较多者,以及腋下有炎症、创伤或手术的患者不宜使用腋下测温法;③凡直肠或肛门手术、腹泻,以及心肌梗死的患者不宜使用直肠测温法。

4.正常脉搏

脉率:成人为60～100次/分。如脉率微弱难以测量,应测心率。

5.异常脉搏及其表现

(1)频率异常

①速脉:成人脉率超过100次/分，常见于发热、甲亢、休克、大出血前期的病人。

②缓脉:成人脉率低于60次/分，常见于颅内压增高、房室传导阻滞、甲减等病人。

(2)脉搏强弱的异常

类型

定义

常见于

洪脉

当心排出量增加,动脉充盈度

和脉压较大时,则脉搏强大有力,称为洪脉

常见于高热、甲状腺功能亢进、主动脉瓣

关闭不全等

细脉

当心排出量减少,动脉充盈度降低时,则脉搏细弱无力,扪之如细丝,称细脉

常见于心功能不全、大出血、休克、主动脉

狭窄等

6.脉搏测量的方法

脉搏短绌的测量：发现脉搏短绌的病人,应由两位护士同时测量,一人听心率,另一人测脉率,由听心率者发出“起”“停”口令,两人同时开始,测1分钟。记录方法:心率/脉率。常见心房颤动病人。

交替脉：左心室衰竭。

奇脉：心包积液和缩窄性心包炎。

7.正常呼吸及生理性变化

正常成人在安静状态下的呼吸频率为16~20次/分。

8.异常呼吸及其表现

(1)节律异常

①潮式呼吸:又称陈-施呼吸,是一种周期性的呼吸异常,特点是开始呼吸浅慢,以后逐渐加深、加快,达高潮后又逐渐变浅、变慢,然后呼吸暂停5~30秒之后,又重复上述过程。

②间断呼吸:又称毕奥(Biot)呼吸,表现为呼吸与呼吸暂停现象交替出现。其特点是有规律地呼吸几次后,突然停止呼吸,间隔一定时间(长短不同)后又开始呼吸。

(2)呼吸困难

①吸气性呼吸困难:表现为患者吸气费力,吸气时间显著长于呼气时间,辅助呼吸肌收缩增强,出现“三凹征”(即胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙)。

②呼气性呼吸困难:表现为患者呼气费力,呼气时间显著长于吸气时间。

9.测量呼吸的方法

测量方法要点:一般情况测30秒,将所测数值乘以2即为呼吸频率，呼吸异常病人观察1分钟。

10.正常血压

正常血压:正常成人收缩压为90~139 mmHg,舒张压为60~89 mmHg,脉压为30~40 mmHg。

11.异常血压

(1)高血压:成人收缩压≥140 mmHg和/或舒张压≥90 mmHg。

(2)低血压:成人收缩压低于12.0 kPa(90 mmHg)和/或舒张压低于8.0 kPa(60 mmHg)。

12.血压测量注意事项

①需要密切观察血压的患者,应做到“四定”,即定时间、定部位、定体位、定血压计。

②偏瘫、一侧肢体外伤或手术的患者应选择健侧肢体。

③排除测量血压过程中的影响因素:a.袖带太窄,测得血压值偏高;b.袖带过宽,测得血压值偏低;c.袖带过松,测得血压值偏高;d.袖带过紧,测得血压值偏低。

袖带窄、系得过松，测得血压偏高。（窄松慢低高）

袖带宽、系得过紧，测得血压偏低。（宽紧快高低）

9患者饮食的护理

1.基本饮食

类型

适用人群

用法

可选食物

软质饮食

咀嚼不便、消化功能差、低热、术后恢复期者及老幼病人

以软、碎烂、易于咀嚼消化为主

软饭、面条、切碎煮烂的肉和菜等

半流质饮食

发热、体弱、口腔疾患、消化功能不良、咀嚼不便、手术后的患者

少量多餐,食物呈半流质状

粥、烂面条、馄饨、鸡蛋羹

流质饮食

口腔疾患、各种大手术后、急性消化道疾病、高热、病情危重全身衰竭患者

液状，易吞咽、易消化，无刺激性

乳类、豆浆、米汤、稀藕粉、菜汁、果汁

2.治疗饮食

(1)高热量饮食:适用于甲状腺功能亢进、高热、烧伤及产妇等热能消耗较高者。

(2)高蛋白质饮食:适用于高代谢性疾病(如结核、恶性肿瘤等)、严重贫血、烧伤、大手术后及营养不良者。

(3)低蛋白质饮食:适用于急性肾炎、尿毒症、肝性脑病等需限制蛋白质摄入者。

3.试验饮食

饮食

适应证

方法

胆囊造影饮食

需要造影进行胆囊、胆管、肝胆管检查者

检查前一天午餐进高脂肪饮食,刺激胆囊收缩和排空,有助于造影剂进入胆囊;检查前一天晚餐进无脂肪、低蛋白质、高糖的清淡饮食,以减少胆汁分泌。晚餐后口服造影剂,禁食、禁饮至次日上午摄X线片;第一次摄片后如胆囊显影良好,可进食脂肪餐(如油煎荷包蛋2个),30 min后再次摄片观察胆囊收缩情况

潜血试验饮食

需要协助诊断消化道有无出血的患者

试验期前3天忌食易造成隐血假阳性的食物,如绿色蔬菜、肉类、动物血、含铁丰富的食物或药物。可食用牛奶、豆制品、马铃薯、山药、花椰菜、冬瓜、大白菜等

4.鼻饲法

（1）操作步骤

①测量患者前额发际至剑突的长度(或鼻尖至耳垂再至剑突的长度)作为插入深度。插入深度成人一般为45~55 cm。

②润滑胃管前端，从一侧鼻腔轻轻插入胃管,插至咽喉部(10~15 cm)时嘱患者吞咽,以利于插管。

③插管过程中,如发现呛咳、呼吸困难、发绀等情况,可能误入气管,应立即拔管,缓解后重插;如患者出现恶心,可暂停片刻,嘱患者做深呼吸,缓解后继续插入;昏迷患者插管时注意协助患者去枕仰卧位，当胃管插入14～16 cm时左手将患者头托起，使下颌靠近胸骨柄，缓缓插入胃管至预定长度。

（2）注意事项

①每次鼻饲量不超过200 mL,间隔时间不少于2小时。

②食管静脉曲张、食道梗阻、上消化道出血以及鼻腔、食管手术后的患者禁用鼻饲法。

10冷热疗法

1.冷疗的禁忌证

禁用冷疗的部位:①枕后、耳廓、阴囊:可引起冻伤;②心前区:可反射性引起心率减慢;

③腹部:可引起腹泻;④足底。

2.冷疗的方法

(1)冰帽和冰槽

注意事项:观察头部皮肤变化,尤其是耳廓,防止发生青紫、麻木及冻伤。

（2）乙醇擦浴

注意事项:禁忌部位:后颈部、心前区、腹部、足底;新生儿及血液病高热者禁用乙醇拭浴。

一般冷疗时间为15~30 min。时间最长不超过30 min，如果还需要，应间隔60 min。

3.热疗的禁忌证

(1)急腹症尚未明确诊断前:热疗可减轻疼痛,掩盖病情而贻误诊治。

(2)面部危险三角区感染化脓时:用热疗易致细菌和毒素进入血液循环,造成颅内感染和败血症。

4.热疗的方法

(1)红外线灯

1)方法:①灯距30~50 cm;②每次照射时间20~30 min。

2)注意事项:如皮肤出现桃红色的均匀红斑,为合适剂量;如皮肤出现紫红色,应立即停止照射,并涂凡士林。

(2)热水坐浴

禁忌证:月经期、妊娠末期、产后2周内、阴道出血、盆腔急性炎症不宜坐浴,以免引起感染。

11排泄护理

1.异常尿液的评估

（1）尿量异常:①多尿:24小时尿量>2 500 mL;②少尿:24小时尿量<400 mL,或每小时尿量<17 mL;③无尿/尿闭:24小时尿量<100 mL或12小时内无尿。

（2）气味异常:①新鲜尿液即有氨臭味,提示泌尿道感染;②糖尿病酮症酸中毒时,有烂苹果气味。

（3）膀胱刺激征:每次尿量少,伴尿频、尿急、尿痛,见于膀胱及尿道感染。

2.导尿术

(1)女患者导尿术:①初次消毒外阴:自上而下，由外向内:阴阜、两侧大阴唇、两侧小阴唇、尿道口、尿道口至肛门;②再次消毒外阴:自上而下，由内向外：尿道口、两侧小阴唇、尿道口;③插导尿管:插入尿道4~6 cm,见尿再插入1~2 cm;④留取尿标本，用无菌标本瓶接中段尿5 mL。

(2)男患者导尿术:①消毒方法:初次消毒：阴阜、阴茎背侧、阴茎腹侧、阴囊；自尿道口螺旋向外,消毒尿道口、阴茎头、冠状沟;②插导尿管时,将阴茎提起与腹壁成60°(使耻骨前弯消失),导尿管插入尿道20~22 cm,见尿液流出再插入2 cm。

(3)注意事项:①为女患者导尿时，如导尿管误插入阴道时,应更换导尿管后再插入; ②尿潴留患者第一次放尿不宜超过1 000 mL,以防腹压突然降低引起虚脱,亦可因膀胱突然减压,致黏膜急剧充血而引起血尿。

3.导尿管留置术

训练膀胱功能:间歇性夹管,每3~4小时开放一次,使膀胱定时充盈、排空,促进膀胱功能恢复。

4.异常粪便的评估

颜色:①柏油样便见于上消化道出血;②暗红色便见于下消化道出血;③陶土色便见于胆道阻塞;④果酱样便见于阿米巴痢疾或肠套叠;⑤粪便表面有鲜血或排便后有鲜血滴出,见于肛裂或痔疮出血。

粪便颜色为淡黄，胃肠出血柏油样，梗阻黄疸色变浅，病毒肠炎蛋花汤，溃结菌痢有脓血，阿米痢疾像果酱。

5.大量不保留灌肠

(1)操作方法:①常用灌肠液:0.1%~0.2%肥皂水或生理盐水;成人500~1 000 mL,小儿200~500 mL;温度一般为39~41 ℃,降温时为28~32 ℃,中暑时用4 ℃ 0.9%氯化钠溶液。②液面距肛门40~60 cm。③肛管插入肛门7~10 cm。

(2)注意事项:肝性脑病患者禁用肥皂水灌肠,以减少氨的产生和吸收。

6.小量不保留灌肠

操作方法:①常用溶液:“1、2、3”溶液(50%硫酸镁30 mL、甘油60 mL、温开水90 mL)或油剂(甘油和温开水各50 mL);②液面距肛门不超过30 cm;③肛管插入肛门7~10 cm;④尽可能保留10~20 min后排便。

灌肠肛管长度和时间：大量不保留7~10 cm、5~10 min；小量不保留7~10 cm、10~20 min。

12药物疗法和过敏试验法

1.药物治疗原则

严格执行查对制度:三查七对。三查：操作前、操作中、操作后；七对：对床号、姓名、药名、浓度、剂量、方法、时间。

2.给药的次数和时间

医院常用外文缩写及中文译意

外文缩写

中文译意

外文缩写

中文译意

qd

每日1次

hs

临睡前

bid

每日2次

am

上午

续表

外文缩写

中文译意

外文缩写

中文译意

tid

每日3次

pm

下午

qid

每日4次

st

立即

qh

每小时1次

DC

停止

q6h

每6小时1次

prn

需要时(长期)

qn

每晚1次

sos

必要时(限用1次,12小时内有效)

给药时间与安排

给药时间

安排

给药时间

安排

qm

6 am

q2h

6 am,8 am,10 am,12 n,2 pm,…

bid8 am,4 pmq4h8 am,12 n,4 pm,8 pm,12 mn,…

tid

8 am,12 n,4 pmq6h8 am,2 pm,8 pm,2 am

3.口服给药法

(1)发药:若患者不在或因故暂不能服药者,应将药物取回并交班。

(2)发药后处理:服药后,收回药杯,先浸泡消毒,再冲洗清洁、消毒后备用。

(3)口服给药的注意事项

按药物性能,掌握服药中的注意事项:①服用铁剂,禁忌饮茶,以免形成难溶性铁盐,妨碍吸收;②止咳糖浆对呼吸道黏膜起安抚作用,服后不宜饮水,以免冲淡药液,降低疗效。同时服用多种药物,应最后服用止咳糖浆。

4.超声雾化吸入疗法

常用药物:庆大霉素、氨茶碱、α-糜蛋白酶、地塞米松等。

5.注射给药法

各类注射法的比较

注射法

注射部位

进针角度

注意事项

肌内注射（IM）

臀大肌、臀中肌、臀小肌等

90°

2岁以下婴幼儿不宜选用臀大肌肌内注射，最好选用臀中肌、臀小肌

静脉注射（IV）

贵要静脉等

15°～30°

注射强烈刺激的药物，注射前先注入少量0.9%氯化钠溶液，证实针头在血管内

6.药物过敏试验法

（1）青霉素过敏试验法

1）青霉素过敏反应的预防

使用青霉素前应询问“三史”(用药史、过敏史、家族史),还必须做过敏试验(首次用药者,停药3天以上,或在用药过程中药物批号更换时)。

2）青霉素过敏的试验方法

青霉素皮试现用现配，青霉素200~500 U/mL，以皮内注射法在前臂掌侧下段注射皮试液0.1 mL。注射20 min后观察结果,并记录反应(阴性:皮丘无改变,周围不红肿,无自觉症状；阳性:局部皮丘隆起,并出现红晕硬块,直径大于1 cm,或红晕周围有伪足、痒感)。

3）过敏反应的临床表现

最严重的是过敏性休克。

4）过敏性休克的处理

立即停药，按医嘱立即皮下注射0.1%盐酸肾上腺素0.5~1 mL。此药是抢救过敏性休克的首选药物。

（2)破伤风抗毒素(TAT)过敏试验法及脱敏注射法

皮内试验法:阴性:局部无红肿;阳性:局部反应为皮丘红肿,硬结大于1.5 cm,红晕可超过4 cm,有时出现伪足,主诉痒感。

破伤风抗毒素脱敏注射法

次数

抗毒血清

加0.9%氯化钠溶液

注射法

1

0．1 mL

0．9 mL

肌内注射

2

0．2 mL

0．8 mL

肌内注射

3

0．3 mL

0．7 mL

肌内注射

4

余量

稀释至1 mL

肌内注射

（3）碘过敏试验法

碘造影检查前1～2天做过敏试验。

配套名师高清视频

13～18

13静脉输液和输血法

1.静脉留置针输液法

（1）穿刺方法:以15~30°角进针,见回血,降低角度再进针少许,撤针芯,将外套管送入静脉内。

（2）保留时间:一般保留3~5天,最多不超过7天。

（3）留置过程如发现有回血,应立即用肝素液冲管;如发现有血块堵塞,不能用肝素液将血块冲入血管。

2.输液速度和输液时间的计算方法

每分钟滴数=液体总量（mL）×滴系数（滴/mL）输液时间(min)

输液时间(h)=液体总量（mL）×滴系数（滴/mL）每分钟滴数（滴/分）×60(min)

3.输液故障排除法

故障

表现

处理方法

针头滑出静脉外

局部有肿胀、疼痛

另选静脉重新穿刺

针头阻塞

药液不滴,感觉有阻力,无回血

应更换针头重新穿刺

针头斜面紧贴血管壁

液体滴入不畅或不滴

调整针头位置或适当变换肢体位置

4.输液反应

(1)发热反应

(2)循环负荷过重(急性肺水肿)

护理措施:①患者取端坐位,两腿下垂,以减少下肢静脉血回流,减轻心脏负担; ②高流量(6~8 L/min)20%~30%乙醇湿化给氧,高流量能使肺泡内压力增高,减少肺泡内毛细血管渗出液的产生;乙醇能降低肺泡内泡沫的表面张力,使泡沫破裂消散,从而改善肺部气体交换。

(3)静脉炎

护理措施:患肢抬高并制动,局部用95%乙醇或50%硫酸镁进行湿敷。

5.血液制品的种类

(1)新鲜血:基本上保留血液原有的各种成分,对血液病患者尤为适用。

(2)库存血:仅保留了红细胞和血浆蛋白,适用于各种原因引起的大出血。

6.输血前准备

取血:三查八对（三查：血液制品有效期、血液制品质量、输血装置是否完好；八对：床号、姓名、住院号、血袋号、血型、交叉配血实验结果、血制品种类、剂量）。

7.常见输血反应及护理

(1)发热反应

（2）过敏反应

特点:轻者出现皮肤瘙痒、荨麻疹、血管神经性水肿;重者出现喉头水肿,两肺闻及哮鸣音,甚至发生过敏性休克。

（3）溶血反应

1)特点：患者开始表现为头部胀痛，面部潮红，四肢麻木，恶心，呕吐，胸闷，腰背部剧烈疼痛等反应，后出现黄疸、血红蛋白尿，并伴寒战、高热，严重者出现肾衰竭。

2)护理措施:①立即停止输血,保留余血并重做血型鉴定和交叉配血试验;②口服或静脉滴注碳酸氢钠溶液,碱化尿液,防止或减少血红蛋白结晶阻塞肾小管;③双侧腰部封闭或用热水袋敷双侧肾区,防止肾血管痉挛。

(4)大量输血后反应

枸橼酸钠中毒反应。

14标本采集

1.静脉血标本采集法

(1)血清标本

1)采集后取下注射器针头,血液顺管壁注入干燥试管,注意勿将泡沫注入,避免震荡,以防红细胞破裂溶血。

2)用于测定血清酶、脂类、电解质、肝功能等。

(2)全血标本:用于测定血液中某些物质含量，如血糖、血氨;采集后应如上法注入抗凝管内,轻轻摇匀。

(3)血培养标本:用于检查致病菌。

操作要点:同时抽取几项检验血标本,注入容器的顺序为:血培养瓶→抗凝管→干燥试管。

严禁在输液、输血的针头处或同侧肢体抽取,应在对侧肢体采集。

2.尿标本采集法

（1）常规尿标本。

操作要点:

留取晨起第一次尿约100 mL置于清洁容器内(晨尿浓度高且未受饮食影响)。

(2)尿培养标本:采集尿液做细菌培养。

操作要点:留取中段尿,按导尿法清洁消毒外阴,让患者自行排尿,弃去前段尿液,接取中段尿5 mL。

(3)12小时或24小时尿标本:用于尿的各种定量检查。

操作要点:

①12小时尿标本：晚7时排空膀胱后开始留尿,至次晨7时留取最后一次尿，全部盛于集尿瓶。

②24小时尿标本：留晨7时至次晨7时的尿液;尿液盛于清洁带盖的集尿瓶内;集尿瓶内按需添加防腐剂。

常用防腐剂的作用和方法

防腐剂作用用法临床应用

甲醛防腐，固定尿液中的有机成分每30 mL尿液中加40%甲醛1滴

艾迪计数（12小时尿标本）

浓盐酸

保持尿液在酸性环境中的同时防止尿液中的激素被氧化，防腐

24小时尿液中加5～10 mL

17-羟类固醇、17-酮类固醇

甲苯防止细菌污染，保持尿液中的化学成分不变倒入尿液后再加，每100 mL中加0.5%~1%甲苯10 mL尿蛋白定量，尿糖定量及钾、钠、氯、肌酐、肌酸定量

爱（艾迪计数）家（甲醛），就要忍住那些辛酸（浓盐酸）的累（类固醇）。

3.粪便标本采集

检查阿米巴原虫,应嘱患者排便于经加温的便盆内(阿米巴原虫在低温下可失去活力),便后连同便盆送检。

15病情观察与危重患者的抢救

一、病情观察和危重患者的支持性护理

1.病情观察

（1)面容与表情:急性病容,患者表现为面色潮红、呼吸急促、兴奋不安、口唇干裂、表情痛苦等,见于急性热病的患者。

(2)意识状态：嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷、谵妄。

(3)瞳孔:在自然光线下，正常瞳孔直径为2～5 mm，圆形，调节反射两侧相等，边缘整齐。

2.异常情况

（1）瞳孔缩小：单侧瞳孔缩小提示同侧小脑幕裂孔疝早期；双侧瞳孔缩小提示有机磷农药、氯丙嗪、吗啡等中毒。

（2）瞳孔散大：是指瞳孔直径大于5 mm。单侧瞳孔散大，提示同侧颅内病变（如颅内血肿、颅肿瘤等）所引起的小脑幕裂孔疝发生；双侧瞳孔散大，提示颅内压增高、颅脑损伤、颠茄类药物中毒及濒死状态。

二、吸氧法

1.吸氧法分类

(1)鼻导管法:双侧鼻导管法插入鼻孔内深约1 cm,用松紧带固定。

(2)鼻塞法:适用于长时间吸氧者。

(3)面罩法:一般为6~8 L/min,适用于张口呼吸及病情较重者。

(4)漏斗法:将漏斗置于距离患者口鼻1~3 cm处,用绷带固定,多用于婴幼儿或气管切开术者。

2.氧气吸入的浓度及公式换算法

(1)氧气吸入浓度:缺氧和二氧化碳潴留并存者,应给予低流量、低浓度持续吸氧。

(2)吸氧浓度和氧流量的换算法:吸氧浓度(%)=21+4×氧流量(L/min)。

三、洗胃法

注意事项：①中毒物质不明,应抽出胃内容物送检,洗胃液可用温开水或0.9%氯化钠溶液; ②吞服强酸或强碱者,禁洗胃以防穿孔，可给予牛奶、豆浆、蛋清、米汤等。

各种药物中毒的灌洗溶液和禁忌药物

中毒药物

灌洗溶液

禁忌药物

酸性物

镁乳、蛋清水、牛奶

—

碱性物

5%醋酸、白醋、蛋清水、牛奶

—

续表

中毒药物

灌洗溶液

禁忌药物

敌敌畏

2%~4%碳酸氢钠溶液、1%盐水、1∶15 000~1∶20 000高锰酸钾

—

1605、1059、4049(乐果)

2%~4%碳酸氢钠溶液

高锰酸钾

巴比妥类(安眠药)

1∶15 000~1∶20 000高锰酸钾洗胃,硫酸钠导泻

硫酸镁

敌百虫1%盐水或清水、1∶15 000~1∶20 000高锰酸钾碱性药物

16水、电解质、酸碱平衡失调病人的护理

一、概述

成年男性体液量约占体重的60%；女性约占50%；婴幼儿可高达70%～80%。正常成年人每天摄入和排出的水约为2 500 mL。

二、水和钠代谢紊乱

1.等渗性缺水

是指水和钠成比例丧失。为最常见的缺水类型。病人出现恶心、呕吐、厌食、口唇干燥、眼窝凹陷、皮肤弹性降低和少尿等症状，但不口渴。当短期内体液丧失达体重的5%时，可表现为心率加快、脉搏减弱、血压不稳定或降低、肢端湿冷等休克症状，常伴代谢性酸中毒。

2.低渗性缺水

水和钠同时丢失，但失钠多于失水，血清钠低于135 mmol/L。病人口渴不明显，因缺钠出现疲乏、头晕、软弱无力，恶心呕吐、表情淡漠、腓肠肌痉挛性疼痛较明显；较早出现站立性昏倒、血压下降甚至休克。早期尿量正常或略增多，但尿比重低，尿钠、氯含量下降；后期尿少，但尿比重仍低。

3.高渗性缺水

指水和钠同时缺失，但失水多于失钠，血清钠高于150 mmol/L。

（1）轻度：缺水量占体重的2%～4%。除口渴外，无其他临床症状。

（2）中度：缺水量占体重的4%～6%。除极度口渴外，常伴烦躁、乏力、皮肤弹性差、眼窝凹陷、尿少和尿比重增高。

（3）重度：缺水量大于体重的6%。除上述症状外，可出现躁狂、幻觉、谵妄甚至昏迷等脑功能障碍的表现。

4.水中毒

总入水量超过排出量，水中毒较少见。

（1）急性水中毒起病急，以脑水肿最为突出，表现为头痛、呕吐、视力模糊、谵妄、惊厥甚至昏迷，严重者可发生脑疝。

（2）慢性水中毒多被原发病的症状所掩盖，可出现软弱无力、恶心、呕吐、嗜睡、体重增加、皮肤苍白等症状。

5.处理原则

尽早去除病因，再作相应处理。

（1）等渗性缺水：一般可用等渗盐水或平衡盐溶液补充血容量。

（2）低渗性缺水：轻、中度缺钠患者，一般补充5%葡萄糖盐溶液；重度缺钠患者静脉滴注适量高渗盐水。

（3）高渗性缺水：应鼓励患者饮水及经静脉补充5%葡萄糖溶液，必要时适量补钠。

（4）水中毒：轻者只需限制水摄入，严重者除严禁水摄入外，静脉输注高渗盐水，以缓解细胞肿胀和低渗状态，酌情使用渗透性利尿剂。

6.实施液体疗法

补液时须严格遵循定量、定性和定时的原则。

（1）定量：包括生理需要量、已丧失量和继续丧失量。

（2）定性：根据体液平衡失调的类型，选择补充液体的种类，如电解质、非电解质、胶体和碱性溶液。

（3）定时：单位时间内的补液量，取决于体液丧失的量、速度及各器官功能状态，应按先快后慢的原则进行分配，即第一个8小时补充总量的1/2，剩余1/2在后16个小时内均匀输入。

三、钾代谢异常

1.低钾血症：血清钾<3.5 mmol/L，心电图：T波降低、QT延长和U波。

（1）肌无力：为最早的临床表现，一般先出现四肢肌软弱无力。

（2）消化道功能障碍：有恶心、呕吐、腹胀和肠麻痹等症。

（3）心脏功能异常：表现为心动过速、血压下降、心室颤动和心脏停搏。

（4）代谢性碱中毒和反常性酸性尿。

2.高钾血症：血清钾>5.5 mmol/L，心电图：T波高而尖和QT间期延长、QRS波增宽和P-R间期延长。表现为神志淡漠、乏力、四肢软瘫、腹胀和腹泻等；严重者有微循环障碍的表现，如皮肤苍白、湿冷、低血压等；亦可有心动过缓、心律不齐，甚至心跳骤停于舒张期。

3.处理原则

低钾血症者补钾应遵循的原则：

（1）口服补钾：常选用10%氯化钾溶液或枸橼酸钾口服，不能口服者可选择静脉滴注。

（2）禁止静脉推注钾。

（3）见尿补钾：尿量超过40 mL/h，方可补钾。

（4）总量限制：补钾量一般为氯化钾3～6 g/d。

（5）控制补钾浓度：补液中钾浓度不宜超过40 mmol/L。

（6）不宜过快：补钾速度不宜超过20 mmol/h。

对高钾血症病人，一般输注5%碳酸氢钠或葡萄糖液加胰岛素。

四、酸碱平衡失调

正常体液的pH为7.40±0.05。

1.代谢性酸中毒：血浆pH<7.35，HCO3-降低，PaCO2一定程度降低或正常。轻者症状常被原发病掩盖，重者可有疲乏、眩晕、嗜睡、感觉迟钝或烦躁不安。

2.代谢性碱中毒：血浆pH和HCO3-增高，PaCO2正常。轻者常无明显表现。较重的病人呼吸变浅变慢或有精神方面的异常。

3.呼吸性酸中毒：血浆pH下降，PaCO2增高，HCO3-可正常。胸闷、气促、呼吸困难、发绀和头痛，严重者可伴血压下降、谵妄、昏迷等。严重脑缺氧可致脑水肿、脑疝，甚至呼吸骤停。

4.呼吸性碱中毒：血浆pH增高，PaCO2和HCO3-下降。多数病人有呼吸急促的表现。可有眩晕、手足和口周麻木及针刺感、肌震颤、手足抽搐，常伴有心率加快。

17临终病人的护理

1.脑死亡的诊断依据:①不可逆的深度昏迷;②自发呼吸停止;③脑干反射消失;④脑电波平直。

2.死亡过程的分期

(1)濒死期

(2)临床死亡期

(3)生物学死亡期

3.临终患者的心理反应和护理

心理反应

患者表现

护理措施

否认期

患者会说:“不,可能搞错了,不是我。”是心理防卫机制。患者迫切求医,希望是误诊

不欺骗,也不揭露患者的防卫机制;坦诚、温和地回答提问;注意医护人员对病情回答的一致性

愤怒期

患者会想:“为什么是我?这不公平!”患者抱怨、斥责医护人员与家属,难以接近

让患者表达愤怒,认真倾听并加以疏导;防止意外;让家属理解

协议期

患者开始接受事实,希望用许愿或做善事来改变死亡的结局。患者抱有希望,能配合治疗

鼓励患者说出内心感受,尽可能满足其要求

忧郁期

患者清楚看到自己正接近死亡,失落感强,甚至有轻生念头。希望亲属陪伴

多给予同情和照顾,允许患者表达情绪;允

许家属陪伴;观察患者有无自杀倾向,防止意外

接受期

对死亡已有所准备,身心均已极度衰弱,常处于嗜睡状态,情感减退

提供安静、舒适的环境,不强迫与其交谈,减少外界干扰;陪伴、呵护患者,使其平静离开

4.尸体护理

在确认患者死亡、医生开具死亡诊断书后应尽快进行,以防尸体僵硬。

18医疗和护理文件的书写

1.体温单的书写

(1)体温单记录方法

用红笔在40~42 ℃横线之间相应时间栏内,纵行填写入院、手术、分娩、转入、转科、出院、死亡。

（2）体温曲线的绘制

用蓝笔绘制,符号为口温“●”、腋温“×”、肛温“○”,相邻两次符号之间用蓝线相连。

（3）大便的记录方法

每24小时填写前一日的大便次数。如未解大便记“0”;灌肠后的大便次数用“E”以分数形式表示。

2.医嘱的内容、种类

（1）长期医嘱:起于医生开医嘱时,止于医生停医嘱时,有效时间在24小时以上。

（2）临时医嘱:有效时间在24小时以内,应在短时间内执行,一般仅执行一次。

（3）备用医嘱

①长期备用医嘱(prn):有效时间在24小时以上,需要使时用,由医生注明停止时间方为失效,需注明间隔时间。

②临时备用医嘱(sos):仅在12小时内有效,必要时使用,过时尚未执行则失效。

3.病室报告的书写

书写顺序:先写当日离去病室的患者,即出院、转出、死亡;再写进入病室的新患者,即新入院、转入的患者、现有患者数;再写病室内重点护理患者,即手术、分娩、病危、病重、外出、特护人数;最后写其他。

趣味猜谜:无奈旧有的兵，大概是老羸疲弱，新招的队，又多是土棍青皮答案见下一谜题