

护理专业高频考点——基础护理学

1.医院和住院环境

- (1) 医院的中心任务——以医疗为中心
- (2) 高热、剧痛、休克、出血、呼吸困难等症状——安排提前就诊或送急诊
- (3) 年老体弱、危重病人——可适当调整就诊顺序
- (4) 温度——18~22℃（一般）；22~24℃（新生儿、老年人）
- (5) 湿度——50%~60%（一般）；湿度过低时，对呼吸道疾病或气管切开病人尤为不利；湿度过高，病人感到潮湿、气闷，尿液排出量增加，肾脏负担加重。
- (6) 通风——30 分钟
- (7) 噪音——说话轻、走路轻、操作轻、开关门轻

2.四人搬运法

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

3.卧位

- (1) 被迫卧位——减轻疼痛或治疗需要
- (2) 去枕仰卧位——昏迷或全身麻醉未清醒的病人，防止呕吐物误吸；椎管麻醉或腰椎穿刺术后 6~8 小时的病人，可预防颅内压降低而引起的头痛
- (3) 中凹卧位——休克
- (4) 侧卧位——臀部肌肉注射、灌肠、肛门检查，配合胃镜、肠镜检查
- (5) 半坐卧位——心肺疾患引起呼吸困难的病人；面部、颈部、胸部、腹部及盆腔术后
- (6) 端坐卧位——急性肺水肿、心包积液、支气管哮喘急性发作时的病人
- (7) 头低足高位——肺部分泌物引流、十二指肠引流、胎膜早破、跟骨及胫骨牵引
- (8) 膝胸位——法洛四联症缺氧发作、矫正胎位不正

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

4.物理消毒法

(1) 燃烧法——不需保存的污染物品，如污染的纸张，破伤风、气性坏疽等感染的敷料；金属器械和搪瓷类物品急用时（锐利剪刀除外，以免锋刃变钝）

(2) 煮沸消毒法——1) 消毒时间从水沸后算起 2) 有轴节或带盖应打开后再放 3) 空腔导管先灌水 4) 大小相同的容器不能重叠 5) 碳酸氢钠可提高沸点（105℃），增强杀菌、去污防锈 6) 玻璃类物品冷水或温水时放入；橡胶类物品水沸后放入

(3) 压力蒸汽灭菌法——热力消毒灭菌法中效果最好的一种方法。灭菌器的参数一般为温度 121℃，压力 102.8~122.9kPa，器械灭菌时间 20 分钟，敷料灭菌时间 30 分钟

(4) 压力蒸汽灭菌法检测方法——化学指示卡（最常见）；生物学检测（最可靠）

(5) 日光暴晒法——6 小时达到消毒效果

5.化学消毒剂

(1) 灭菌剂——戊二醛、环氧乙烷

(2) 高效消毒剂——过氧乙酸、过氧化氢、部分含氯消毒剂

(3) 中效消毒剂——醇类、碘类、部分含氯消毒剂

(4) 2%戊二醛——内镜消毒；使用前加 0.5%亚硝酸钠防锈；灭菌后的物品用无菌蒸馏水冲洗

(5) 无菌持物钳消毒液液面需浸没轴节以上 2~3cm 或镊子的 1/2 处；只能用于夹取无菌物品

6.口腔护理

(1) 口腔护理目的

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

(2) 适用人群——高热、昏迷、危重、禁食、鼻饲、口腔疾患、术后及生活不能自理的病人

(3) 常用漱口水

- 1) 碳酸氢钠漱口水（1%~4%）——碱性药；抑制真菌（提示点白色膜状物）
- 2) 过氧化氢（1%~3%）——防腐，防臭；口腔感染有溃烂、坏死组织者
- 3) 醋酸溶液（0.1%）——铜绿假单细胞感染
- 4) 甲硝唑溶液（0.08%）——厌氧菌感染
- 5) 生理盐水——清洁口腔，预防感染

(3) 口腔护理操作要点

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

7.压疮的护理

(1) 压疮的主要原因——长期受压（垂直压力）

(2) 压疮的临床表现

- 1) 淤血红润期——皮肤红、肿、热、痛或麻木
- 2) 炎性浸润期——受压部位紫红色，皮下硬结，常有水疱，极易破溃，疼痛感
- 3) 浅度溃疡期——表皮水疱扩大、破溃，真皮层疮面有黄色渗出液
- 4) 坏死溃疡期——侵入真皮下层和肌肉层，可深达骨面。脓液较多，有臭味，坏死组织

发黑

(3) 压疮的护理措施

- 1) 淤血红润期——解除受压点，增加翻身次数（每 2h 一次）
- 2) 炎性浸润期——防止发生感染。小水疱自行吸收，大水疱无菌注射器抽出
- 3) 浅度溃疡期——清洁伤口
- 4) 坏死溃疡期——手术治疗

8.体温

(1) 发热程度 (口温为例)

- 1) 低热—— $37.3 \sim 38.0^{\circ}\text{C}$
- 2) 中度热—— $38.1 \sim 39.0^{\circ}\text{C}$
- 3) 高热—— $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$
- 4) 超高热—— 41°C 以上

(2) 热型

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

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

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

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

(3) 测量方式

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

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

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

9.脉搏

(1) 首选测量部位——桡动脉

(2) 异常脉搏

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

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

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

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

5) 奇脉——吸气时脉搏明显减弱或消失。常见于心包积液和缩窄性心包炎

10.呼吸

(1) 深度呼吸（库斯莫呼吸）——糖尿病酮症酸中毒和尿毒症酸中毒

(2) 潮式呼吸（陈-施呼吸）——由浅慢逐渐变为深快，然后再由深快变为浅慢，再经一段呼吸暂停（5~20 秒）后，又开始重复以上过程的周期性变化。见于脑炎、脑膜炎、颅内压增高及巴比妥类药物中毒

(3) 间断呼吸（毕奥呼吸）——表现为有规律的呼吸几次后，突然停止呼吸，间隔一个短时间后又开始呼吸，如此反复交替。常在临终前发生

(4) 吸气性呼吸困难——吸气显著困难，延长，有明显的三凹征（吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙出现凹陷）。常见于气管阻塞、气管异物、喉头水肿等

(5) 呼气性呼吸困难——呼气费力，呼气时间延长。常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿

(6) 危重或呼吸微弱病人呼吸测量——少许棉花置于病人鼻孔前，观察棉花被吹动的次数，计时 1 分钟

11.医院饮食

(1) 基本饮食——普通饮食、软质饮食、半流质饮食和流质饮食

1) 普通饮食——消化功能正常；无饮食限制；体温正常；病情较轻或恢复期的病人

2) 软质饮食——消化吸收功能差；咀嚼不便者；低热；消化道术后恢复期的病人

3) 半流质饮食——口腔及消化道疾病；中等发热；体弱；手术后病人

4) 流质饮食——口腔疾患、各种大手术后；急性消化道疾患；高热；病情危重、全身衰竭病人

(2) 治疗饮食

1) 高热量饮食——甲状腺功能亢进、结核、大面积烧伤、肝炎、胆道疾患、体重不足病人及产妇等

2) 高蛋白饮食——烧伤、结核、恶性肿瘤、贫血、甲状腺功能亢进、大手术后等病人；低蛋白血症病人；孕妇、乳母等

3) 低蛋白饮食——急性肾炎、尿毒症、肝性脑病等病人

4) 低脂肪饮食——肝胆胰疾患、高脂血症、动脉硬化、冠心病，肥胖症及腹泻等病人

5) 低胆固醇饮食——高胆固醇血症、高脂血症、动脉硬化、高血压、冠心病等病人

6) 低盐饮食——每日食盐量 $<2\text{g}$ ，用于心脏病、急慢性肾炎、肝硬化腹水、重度高血压但水肿较轻病人

7) 少渣饮食——伤寒、痢疾、腹泻、肠炎、食管胃底静脉曲张、咽喉部及消化道手术的病人

(3) 试验饮食

1) 肌酐试验饮食——试验期 3 天，试验期间禁食肉类、禽类、鱼类、忌饮茶和咖啡

2) 甲状腺 ^{131}I 试验饮食——试验期 2 周，试验期间禁用含碘食物，如海带、海蜇、紫菜、海参、虾、鱼、加碘食盐等

3) 隐血试验饮食——试验前 3 天禁食肉类、肝类、动物血、含铁丰富的药物或食物、绿色蔬菜。可进食牛奶、豆制品、土豆、白菜、米饭、面条、馒头等。

12.鼻饲

(1) 成人插管长度约 45~55cm，相当于病人鼻尖至耳垂再至剑突的长度或是从发际到剑突的距离

(2) 插入胃管至 10~15cm (咽喉部) 时，若为清醒病人，嘱其做吞咽动作；若为昏迷病人，则用左手将其头部托起，使下颌靠近胸骨柄，以利插管

- (3) 插管中如病人出现呛咳、呼吸困难、发绀等，表明误入气管，应立即拔出
- (4) 鼻饲液温度 38~40℃
- (5) 鼻饲量不超过 200ml，间隔时间大于 2 小时
- (6) 确认胃管插入胃内的方法——1) 抽吸胃液；2) 注入 10ml 空气，听到气过水声；

3) 胃管未置于盛水的治疗碗中，无气泡逸出

13.冷疗法

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

(2) 禁忌部位——枕后、耳廓、阴囊处；心前区；腹部；足底

(3) 方法

- 1) 冰袋——降温放于前额、顶部和体表大血管流经处（颈部两侧、腋窝、腹股沟等）
- 2) 冰帽——维持肛温在 33℃左右，不可低于 30℃
- 3) 乙醇拭浴——冰袋置头部，热水袋置足底；新生儿及血液病高热禁用乙醇拭浴

14.热疗法

(1) 目的——1) 促进炎症的消散和局限；2) 减轻疼痛；3) 减轻深部组织的充血；

4) 保暖与舒适

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

(3) 热疗方法

1) 热水袋温度——一般（60℃~70℃）；特殊人群（低于 50℃）

2) 红外线照射——1) 灯距为 30~50cm；2) 时间 20~30 分钟；3) 皮肤出现红斑为合适

3) 热水坐浴——1) 水温 40℃~45℃，时间 15~20min；2) 女性病人经期、妊娠后期、产后 2 周内、阴道出血和盆腔急性炎症不宜坐浴，以免引起感染。

15.排尿

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

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

(3) 泌尿道有感染——新鲜尿液有氨臭味；糖尿病酮症酸中毒——有烂苹果气味

(4) 肉眼血尿——红色或棕红色；血红蛋白尿——酱油色或浓茶色；胆红素尿——黄褐色；乳糜尿——乳白色

(5) 尿失禁

1) 持续性尿失禁——多见于妇科手术、产伤所造成的膀胱阴道瘘

2) 充溢性尿失禁——1) 神经系统病变：如脊髓损伤早期的脊髓休克阶段、脊髓肿瘤等导致的膀胱瘫痪等；2) 下尿路梗阻：如前列腺增生、膀胱颈梗阻及尿道狭窄等

3) 急迫性尿失禁——1) 膀胱局部炎症或刺激致膀胱功能失调：如下尿路感染、前列腺增生症及子宫脱垂等；2) 中枢神经系统疾病：如脑血管意外、脑瘤及帕金森病等

4) 压力性尿失禁——见于多次分娩或绝经后的妇女

(6) 导尿

1) 误插入阴道，应立即拔出，更换无菌导尿管后重新插入

2) 膀胱高度膨胀且极度虚弱的病人，第一次放尿量不得超过 1000ml

3) 留置导尿管病人如发现尿液混浊、结晶或有沉淀，应及时进行膀胱冲洗

16. 给药的基本知识

(1) 易氧化和遇光易变质的药物（维生素 C、氨茶碱、盐酸肾上腺素）——装在有色密盖瓶中，或放在黑纸遮光的纸盒内，放于阴凉处

(2) 易被热破坏的某些生物制品和药品（蛋白制剂、疫苗、益生菌、干扰素）——置于 2 ~ 10℃低温处保存

(3) 病人不在或因故暂不能服药——将药物带回保管，适时再发或交班（发药到口）

(4) 牙齿有腐蚀作用的药物（酸类和铁剂）吸水管吸服后漱口

(5) 止咳糖浆后不宜立即饮水，且多种药物同时服用时应放在最后

(6) 磺胺类药物经肾脏排出，尿少时易析出结晶堵塞肾小管，服药后要多饮水

(7) 强心苷类药物时需加强对心率及节律的监测，脉率低于每分钟 60 次或节律不齐时应暂停服用

(8) qd (每日一次) ; bid (每日两次) ; tid (每日三次) ; qid (每日四次) ; qh (每小时一次) ; q2h (第 2 小时一次) ; q4h (每 4 小时一次) ; q6h (每小时一次) ; qm (每晨一次) ; qn (每晚一次) ; qod (隔日一次) ; ac (饭前) ; pc (饭后) ; po (口服)

(9) 臀大肌注射的定位方法

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

2) 连线法：从髂前上棘至尾骨作一连线，其外上 1/3 处为注射部位

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

(10) 雾化吸入

1) 常用的药物——庆大霉素（预防和控制呼吸道感染）；氨茶碱、沙丁胺醇（解除支气管痉挛）； α -糜蛋白酶（稀化痰液、祛痰）；地塞米松（减轻呼吸道黏膜水肿）

2) 超声波雾化吸入——开机时，先开电源开关，再开雾量开关；关机时，先关雾量开关，再关电源开关

3) 超声波雾化吸入——水槽和雾化罐内切忌加温水或热水，发现水温超过 50°C 或水量不足，应关机，更换或加入冷蒸馏水

4) 氧气雾化吸入——药液稀释至 5ml；湿化瓶内不放水；调节氧流量为 6 ~ 8L/min

17. 过敏试验

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

(2) 青霉素过敏反应的预防

1) 详细询问病人的三史（用药史、药物过敏史及家族过敏史）

2) 凡初次用药、停药 3 天后再用, 以及在应用中更换青霉素批号时, 重新做皮试

3) 皮试液必须现配现用

4) 首次注射后须观察 30 分钟

(3) 青霉素过敏临床表现

1) 呼吸道阻塞症状——胸闷、气促、哮喘与呼吸困难, 伴濒死感

2) 循环衰竭症状——面色苍白, 出冷汗、发绀, 脉搏细弱, 血压下降

3) 中枢神经系统症状——面部及四肢麻木, 意识丧失, 抽搐或大小便失禁

4) 其他过敏反应表现——有皮肤瘙痒、荨麻疹、腹痛、腹泻、恶心、呕吐等

(4) 青霉素过敏性休克首选抢救药物——0.1%盐酸肾上腺素

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

(6) 链霉素拮抗剂——10%葡萄糖酸钙或 5%氯化钙

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

18. 静脉输液

(1) 溶液

1) 晶体溶液——葡萄糖溶液, 补充水分和热能; 等渗电解质溶液, 补充水分和电解质; 碱性溶液 (5%碳酸氢钠溶液), 纠正酸中毒, 维持酸碱平衡; 高渗溶液 (20%甘露醇), 降低颅内压, 利尿脱水

2) 胶体溶液——中分子右旋糖酐, 提高血浆胶体渗透压, 扩充血容量; 低分子右旋糖酐, 降低血液黏稠度, 改善微循环; 静脉营养液, 提供能量, 维持正氮平衡

(2) 速度——一般成人 40~60 滴/分, 儿童 20~40 滴/分

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

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

3) 静脉炎; 4) 空气栓塞

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

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

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

(8) 空气栓塞——空气阻塞肺动脉入口；病人应立即取左侧卧位和头低足高位

19. 静脉输血

(1) 血液制品的种类

- 1) 新鲜血——适用于血液病病人
- 2) 库存血——2~6℃环境下保存 2~3 周的全血。大量输注库存血导致酸中毒和高血钾的发生。用于各种原因引起的大出血
- 3) 新鲜血浆——适用于凝血因子缺乏的病人

(2) 输血的准备

- 1) (三勿) ——勿剧烈振荡；勿加温；勿添加药物
- 2) 三查八对——“三查”即查对血液制品的有效期、质量、输血装置是否完好；“八对”即对病人床号、姓名、住院号、血袋号、血型、交叉配血试验结果、血制品的种类及剂量
- 3) 输血前、后及输两袋血之间，应输入少量 0.9%氯化钠溶液
- 4) 输完的血袋送回输血科保留 24 小时，以备查验

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

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

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

(6) 出血倾向——库存血中的血小板破坏较多，使凝血因子减少所致

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

20.标本采集

(1) 同时抽取不同类型的血标本，血培养瓶——抗凝管——干燥试管

(2) 一般血培养取血 5ml，对亚急性细菌性心内膜病人，为提高培养阳性率，采血 10~15ml

(3) 尿标本——常规尿标本、尿培养标本、12 小时或 24 小时尿标本

(4) 尿常规——一般 30~50ml、尿比重 100ml；尿培养——中段尿 5~10ml (5) 留取 12 小时或 24 小时尿标本常用的防腐剂——40%甲醛用于艾迪计数，浓盐酸用于 17-羟类固醇、17-酮类固醇检查，甲苯用于尿蛋白、尿糖定量及钾、钠、氯、肌酐、肌酸定量

(6) 检查阿米巴原虫——将便器加温至接近人体的体温，排便后标本连同便盆立即送检

(7) 留痰标本查找癌细胞——用 10%甲醛溶液或 95%乙醇溶液固定痰液后立即送检

21.意识障碍

(1) 嗜睡——最轻度的意识障碍；能被言语或轻度刺激唤醒，醒后能正确、简单而缓慢地回答问题，但反应迟钝，刺激去除后又很快入睡

(2) 意识模糊——对时间、地点、人物的定向力完全或部分发生障碍，可有错觉、幻觉、躁动不安、谵语或精神错乱

(3) 昏睡——熟睡状态，不易唤醒。压迫眶上神经可被唤醒，醒后答话含糊或答非所问，停止刺激后即又进入熟睡状态

(4) 昏迷——轻度昏迷：意识大部分丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应，对疼痛刺激（如压迫眶上缘）可有痛苦表情及躲避反应。瞳孔对光反射、角膜反射、眼球运动、吞咽反射、咳嗽反射等可存在；中度昏迷：对周围事物及各种刺激均无反应，对于剧烈刺激可出现防御反射。角膜反射减弱，瞳孔对光反射迟钝，眼球无转动；深度昏迷：全身肌肉松弛，对各种刺激均无反应。深、浅反射均消失

22.初级心肺复苏

- (1) 胸外按压 (C) ——胸外按压的正确部位是胸骨中下 1/3 交界处, 胸骨压下 5 ~ 6cm, 按压频率 100 ~ 120 次/分
- (2) 开放气道 (A) ——仰头抬颏法。迅速清除病人口中异物和呕吐物, 必要时使用吸引器, 义齿松动者应取下
- (3) 人工呼吸 (B) ——口对口呼吸是一项快捷有效的通气方法; 每 30 次胸外按压连续给予 2 次人工呼吸

23.危重病人的抢救

- (1) 吸氧
 - 1) 氧气头罩法——小儿
 - 2) 氧气浓度与流量的关系—— $\text{吸氧浓度}(\%) = 21 + 4 \times \text{氧流量 (L/分)}$
 - 3) 氧中毒——氧浓度高于 60%, 持续吸氧 24 小时, 会发生氧中毒, 表现为恶心、烦躁不安、面色苍白、干咳、胸痛、进行性呼吸困难等
- (2) 吸痰
 - 1) 每次吸痰时间 < 15 秒, 以免造成缺氧
 - 2) 吸痰负压——成人 40 ~ 53.3kPa, 小儿 < 40kPa
 - 3) 吸痰顺序——一般病人应先吸净口腔咽喉的分泌物后, 再吸气管内分泌物; 气管切开病人, 先吸气管插管内分泌物
- (3) 洗胃
 - 1) 口服催吐法——服毒量少的清醒合作者
 - 2) 当中毒物质不明时——选用温开水或生理盐水
 - 3) 强酸或强碱等腐蚀性药物中毒者, 禁忌洗胃; 肝硬化伴食管-胃底静脉曲张、近期有上消化道出血、胃穿孔的病人, 禁忌洗胃
 - 4) 洗胃液每次灌入量以 300 ~ 500ml 为宜
 - 5) 洗胃时间——服毒后 4 ~ 6 小时内洗胃最有效; 幽门梗阻病人洗胃宜在饭后 4 ~ 6 小时或空腹时进行

6) 敌百虫——禁用碱性药物洗胃，因其遇碱性药物可分解出毒性更强的敌敌畏

7) 磷化锌——禁用鸡蛋、牛奶、脂肪及其他油类食物



金英杰医学

JINYINGJIE.COM