

护理理论常考知识点

1. 护理程序包括哪几个步骤？

护理程序包括评估、诊断、计划、实施和评价五个步骤。

2. 资料收集的方法有哪些？

①观察；②交谈；③体格检查；④查阅相关资料。

3. 病室适宜的温度、湿度应保持在多少？

(1) 病室温度一般保持在 18—22℃ 为宜。新生儿及老年患者，室温保持在 22—24℃ 为宜。

(2) 病室湿度一般保持在 50%—60% 为宜。

4. 常用卧位有哪几种？各适用于哪些患者？

(1) 去枕仰卧位：适用于昏迷或全麻未清醒的患者；椎管内麻醉或脊髓腔穿刺后的患者。

(2) 中凹卧位：适用于休克患者。

(3) 屈膝仰卧位：适用于腹部检查或接受导尿、会阴冲洗的患者。

(4) 侧卧位：适用于灌肠、肛门检查及配合胃镜、肠镜检查的患者；臀部肌肉注射的患者。

(5) 半坐卧位：适用于心肺疾病所引起呼吸困难的患者；胸、腹、盆腔手术后或有炎症的患者；某些面部及颈部手术后的患者；恢复期体质虚弱的患者。

(6) 端坐位：适用于心力衰竭、心包积液、支气管哮喘发作的患者。

(7) 俯卧位：适用于腰背部检查或配合胰、胆管造影检查时的患者；脊椎手术后或腰、背、臀部有伤口，不能平卧或侧卧的患者；胃肠胀气导致腹痛的患者。

(8) 头低足高位：适用于肺部分泌物引流的患者；行十二指肠引流术的患者；妊娠时胎膜早破的患者；跟骨或胫骨结节牵引的患者。

(9) 头高足低位：适用于颈椎骨折作颅骨牵引的患者；颅脑手术后的患者。

(10) 膝胸卧位：适用于肛门、直肠、乙状结肠镜检查及治疗的患者；需矫正胎位不正或子宫后倾的患者；促进产后子宫复原。

(11) 截石位：适用于会阴、肛门部位检查、治疗或手术的患者，产妇分娩。

5. 特殊患者更换卧位时有哪些注意事项？

(1) 对有各种导管或输液装置者，应先将导管安置妥当，翻身后仔细检查，保持导管通畅。

(2) 颈椎或颅骨牵引者，翻身时不可放松牵引，并使头、颈、躯干保持在同一水平位翻动；翻身后注意牵引方向、位置以及牵引力是否正确。

(3) 颅脑手术者，应该取健侧卧位或平卧位，在翻身时要注意头部不可剧烈翻动，以免引起脑疝，压迫脑干，导致患者突然死亡。

(4) 石膏固定者，应该注意翻身后患处位置及局部肢体的血运情况，防止受压。

(5) 一般手术者，翻身时应该先检查敷料是否干燥、有无脱落，如分泌物浸湿敷料，应先更换敷料并固定妥当后再行翻身，翻身后注意伤口不可受压。

6. 约束具使用时有哪些注意事项？

(1) 严格掌握应用指征，注意维护患者自尊。

(2) 向患者及家属说明使用约束具的目的、操作要点及注意事项，以取得理解和配合。

(3) 约束具只能短期使用，并定时松解，协助患者经常更换体位。

(4) 使用时肢体处于功能位置；约束带下需垫衬垫，松紧适宜；密切观察约束部位的皮肤颜色，必要时进行局部按摩，促进血液循环。

(5) 记录使用约束具的原因、时间、观察结果、护理措施及解除约束的时间。

7. 疼痛的评估内容有哪些？

①疼痛的部位；②疼痛的时间；③疼痛的性质；④疼痛的程度；⑤疼痛的表达方式；⑥影响疼痛的因素；⑦疼痛对患者的影响，有无伴随症状等。

8. 常用的疼痛评估工具有哪些？

①数字式评定法；②文字描述式评定法；③视觉模拟评定法；④面部表情测量图。

9. 如何应用 0—5 文字描述法评估疼痛？

0 级无疼痛。

1 级轻度疼痛：可忍受，能正常生活睡眠。

2 级中度疼痛：轻度干扰睡眠，需用止痛药。

3级。重度疼痛：干扰睡眠，需用麻醉止痛药。

4级剧烈疼痛：干扰睡眠较重，伴有其他症状。

5级无法忍受：严重干扰睡眠，伴有其他症状或被动体位。

10.压疮分为哪几期？简述其发生的原因。

依据其严重程度和侵害深度，可以分为四期：①淤血红润期；②炎性浸润期；③浅度溃疡期；④坏死溃疡期。

发生原因：

(1) 局部长期受压力、摩擦力或剪切力的作用。

(2) 局部经常受潮湿或排泄物刺激。

(3) 石膏绷带和夹板使用不当。

(4) 全身营养不良或水肿。

11.简述机体活动能力的分度。

0度：完全能独立，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：既需要有人帮助，也需要设备和器械。

4度：完全不能独立，不能参加活动。

12.简述肌力的分级。

0级：完全瘫痪，肌力完全丧失。

1级：可见肌肉轻微收缩但无肢体运动。

2级：可移动位置但不能抬起。

3级：肢体能抬离但不能对抗阻力。

4级：能做对抗阻力的运动，但肌力减弱。

5级：肌力正常。

13.如何为脉搏短的患者测量脉率？

为脉搏短患者测量脉率，应由两人同时测量，一人听心率，另一人测脉率，两人同时开始，由听心率者发出“起”“停”口令，计时1分钟。

14.测里血压的注意事项有哪些？

(1) 定期检测、校对血压计。

(2) 对需密切观察血压者，应做到四定，即定时间、定部位、定体位、定血压计。

(3) 发现血压听不清或异常，应重测。

(4) 注意测压装置（血压计、听诊器）、测量者、受检者、测量环境等因素引起血压测量的误差，以保证测量血压的准确性。

15. 测量血压时袖带缠得过松和过紧对血压有何影响？

(1) 袖带缠得过松，可使气袋呈气球状，有效的测量面积变窄，测得的血压值偏高。

(2) 袖带缠得过紧，可使血管在未注气前已受压，测得的血压值偏低。

16. 何谓潮式呼吸？

潮式呼吸是指呼吸由浅慢到深快，然后再由深快到浅慢，经过一段时间的呼吸暂停（5~3秒），又重复以上的周期性呼吸，周而复始似潮水起伏。

17. 冷疗的禁忌部位有哪些？为什么？

(1) 枕后、耳廓、阴囊处：以防冻伤。

(2) 心前区：以防引起反射性心率减慢、心房纤颤或房室传导阻滞。

(3) 腹部：以防腹泻 (4) 足底：以防反射性末梢血管收缩而影响散热或引起一过性冠状动脉收缩。

18. 热疗的禁忌证有哪些？

(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（48h内）。

(5) 皮肤湿疹。

(6) 急性炎症反应，如牙龈炎、中耳炎、结膜炎。

(7) 金属移植物部位。

(8) 恶性病变部位。

19. 鼻饲前应评估的内容有哪些？

(1) 胃管是否在胃内且通畅，确定胃管在胃内后方可注入。

(2) 有无胃储留的现象，若抽出的胃内容物>100ml，则暂停鼻饲。

20.正常人 24h 尿量是多少？何谓多尿、少尿、无尿？

正常人 24h 尿量约 1000 — 2000ml，平均 1500ml。多尿：指 24h 尿量经常超过 2500ml。少尿：指 24h 尿量少于 400ml 或每小时尿量少于 17ml。无尿：也称尿闭，指 24h 尿量少于 100ml 或 12h 内无尿。

21.简述 24h 尿标本的采集方法。

(1) 晨 7 点排空膀胱，此后的尿液全部收集于一个大的清洁容器内（如干净的痰盂），至次日晨 7 点，将最后一次尿液排入容器内，测量总量并记于化验单上。

(2) 将全部标本混合均匀，从中取出 20ml 左右的标本，放在洁净干燥的容器内尽快送检。

(3) 某些特殊化验，需视具体情况添加防腐剂。

22.临床上常见的病理性尿色变化有哪些？

(1) 血尿：颜色的深浅与尿液中所含红细胞量的多少有关，含红细胞量多时呈洗肉水色。

(2) 血红蛋白尿：大量红细胞在血管内破坏，呈浓茶色、酱油样色。

(3) 胆红素尿：尿呈深黄色或黄褐色，振荡尿液后泡沫也呈黄色。

(4) 乳糜尿：尿液中含有淋巴液，呈乳白色。

(5) 脓尿：尿液中含有脓液，呈白色絮状浑浊并可见到所含脓丝。

23.急性尿储留的护理措施有哪些？

(1) 解除原因。

(2) 促进排尿：对于术后尿储留病人给予诱导排尿，必要时在无菌操作下导尿，并做好尿管和尿道口的护理。对行耻骨上膀胱穿刺或行耻骨上膀胱造瘘术者，做好膀胱造瘘管的护理并保持通畅。

(3) 避免膀胱出血：一次放尿量不可超过 1000ml，以免引起膀胱出血。

24.尿失禁患者的皮肤护理要点有哪些？

(1) 保持床单清洁、平整、干燥。

(2) 及时清洁会阴部皮肤，保持清洁干爽，必要时涂皮肤保护剂。

(3) 根据病情采取相应的保护措施，男性患者可采用尿套，女性患者可采用尿垫、集尿器或留置尿管。

25. 给药时应遵循哪些原则？

(1) 按医嘱要求准确给药：严格执行医嘱，对有疑的医嘱应了解清楚后方可给药，避免盲目执行。

(2) 严格执行“三查七对”制度。

(3) 安全正确给药：合理掌握给药时间、方法，药物备好后及时分发使用。给药前解释并给予用药指导。对易发生过敏反应的药物，使用前了解过敏史。

(4) 观察用药反应：药物疗效、不良反应、病人病情变化、对药物的依赖性、情绪反应等。

26. 口服给药时，注意事项有哪些？

(1) 需吞服的药物通常用 40—60℃ 温开水服下，不要用茶水服药。

(2) 对牙齿有腐蚀作用的药物，如酸类和铁剂，应用吸管吸服后漱口以保护牙齿。

(3) 缓释片、肠溶片、胶囊吞服时不可嚼碎。

(4) 舌下含片应放于舌下或两颊黏膜与牙齿之间待其溶化。

(5) 抗生素及磺胺类药物应准时服药，以保证有效的血药浓度。

(6) 服用对呼吸道黏膜起安抚作用的药物后不宜立即饮水。信息来自 ICU 护理之家微信公共号，敬请关注。

(7) 某些磺胺类药物经肾脏排出，尿少时易析出结晶堵塞肾小管，服药后要多饮水。

(8) 一般情况下，健胃药宜在饭前服，助消化药及对胃黏膜有刺激的药物宜在饭后服，催眠药在睡前服。

27. 口服铁剂治疗的注意事项有哪些？

(1) 为减少胃肠道反应，可在饭后或餐中服用，从小剂量开始，逐渐加至足量。

(2) 液体铁剂可使牙齿染黑，可用吸管或滴管服之。

(3) 铁剂可与维生素 C₁、果汁等同服，以利于吸收；忌与抑制铁吸收的食物同服。

(4) 服用铁剂后，大便变黑或呈柏油样。停药后恢复，应向患者说明原因，消除顾虑。

(5) 按剂量、疗程服药，定期复查相关实验室检查。

28.常用的口腔护理溶液有哪几种？各有何作用？

生理盐水清洁口腔，预防感染；1%—3%过氧化氢溶液防腐、防臭，适用于口腔感染有溃烂、坏死组织者 1%—4%碳酸氢钠溶液碱性溶液，适用于真菌感染 0.02%洗必泰溶液清洁口腔，广谱抗菌 0.02%呋喃西林溶液清洁口腔，广谱抗菌 0.1%醋酸溶液适用于绿脓杆菌感染 2%—3%硼酸溶液酸性防腐剂，抑菌 0.08%甲硝唑溶液适用于厌氧菌感染

29.氧疗分为哪几种类型？各适用于哪类患者？

(1) 低浓度氧疗：吸氧浓度 $<40\%$ 。适用里：低氧血症伴二氧化碳储留的患者，如慢性阻塞性肺疾病等。

(2) 中等浓度氧疗：吸氧浓度为 $40\%—60\%$ 适用于有明显通气/灌流比例失调或显著弥散障碍的患者，如肺水肿、心肌梗死、休克等。

(3) 高浓度氧疗：吸氧浓度 $>60\%$ 以上。适用于单纯缺氧而无二氧化碳储留的患者，如成人呼吸窘迫综合征、心肺复苏后的生命支持阶段。

(4) 高压氧疗：指在特殊的加压舱内，以 $2—3\text{kg}/\text{平方厘米}$ “的压力给予 100% 的氧吸入，如一氧化碳中毒、气性坏疽等。

30.简述氧疗的注意事项。

(1) 重视病因。

(2) 保持呼吸道通畅。

(3) 选择合适的氧疗方式。

(4) 注意湿化和加温。

(5) 定时更换和清洁消毒，防止污染和导管堵塞。

(6) 氧疗效果评价。

(7) 防止爆炸与火灾。

31.氧气浓度与氧流量如何进行换算？

氧气浓度 (%) = $21 + 4 \times \text{氧流量 (L/min)}$

32. 氧气雾化吸入的注意事项有哪些？

(1) 拍正确使用供氧装置，注意用氧安全，氧气湿化瓶内勿盛水，以免药液被稀释影响疗效。

(2) 雾化时指导患者用嘴深长吸气后屏气 1—2 秒，用鼻呼气，氧气流量 6—8L/min。(3) 注意观察患者痰液排出情况，雾化后协助患者清洁口腔。

33.青霉素过敏性休克的临床表现有哪些？

(1) 呼吸道阻塞症状：表现为胸闷、气促伴濒死感。

(2) 循环衰竭症状：表现为面色苍白、冷汗、发绀、脉细弱、血压下降、烦躁不安等。

(3) 中枢神经系统症状：表现为头晕眼花、面部及四肢麻木、意识丧失、抽搐、大小便失禁等。

(4) 其他过敏反应表现：可有荨麻疹、恶心、呕吐、腹痛与腹泻等。

34.简述青霉素过敏性休克的急救护理措施。

(1) 立即停药，使患者就地平卧。

(2) 立即皮下注射 0.1%盐酸肾上腺素。0.5—1ml，患者酌减。如症状不缓解，可每隔 30min 皮下或静脉注射该药 0.5ml。(3) 氧气吸入。当呼吸受抑制时，应立即进行口对口人工呼吸，并肌内注射呼吸兴奋剂。喉头水肿影响呼吸时，应立即准备气管插管或配合施行气管切开。

(4) 抗过敏。

(5) 纠正酸中毒和遵医嘱给予抗组胺类药物。

(6) 如发生心搏骤停，立即行心肺复苏。

(7) 密切观察生命体征、尿量及其他病情变化，注意保暖，并做好病情动态记录。患者未脱离危险期前不宜搬动。

35.静脉穿刺工具如何分类？

根据导管置入的血管类型可分为：外周静脉导管、中心静脉导管。根据导管的长度可分为：短导管、中等长度导管、长导管。

36.静脉留置导管如何进行冲管及封管？

(1) 冲管方法：冲管液通常为生理盐水，采用脉冲式冲洗方法。外周留置针可使用 5ml 注射器进行冲管；picc 导管应用 10ml 以上的注射器进行冲管。冲管液的最小量应为导管和附加装置容量的 2 倍。

(2) 封管方法：①钢针方法：将针尖留在肝素帽内少许，脉冲式推注封管液剩 0.5—1ml 时，一边推封管液，一边拔针头（推液速度大于拔针速度），确

保留置导管内充满封管液，使导管内无药液或血液。②无针接头方法：冲管后拔除注射器前将小夹子尽量靠近穿刺点，夹毕小夹子拔除注射器。

37.常见输液反应的临床表现有哪些？

(1) 发热反应：多发生在输液后数分钟至1小时。表现为发冷、寒战、发热。轻者体温在38℃左右，停止输液后数小时内可自行恢复正常；严重者初起寒战，继之高热，体温可达40℃以上，并伴有头痛、恶心、呕吐、脉速等全身症状。

(2) 急性肺水肿：患者突然出现呼吸困难、胸闷、咳嗽、咳粉红色泡沫样痰，严重时痰液可从口、鼻腔涌出。听诊肺部布满湿啰音，心率快且节律不齐。

(3) 静脉炎：沿静脉走向出现条索状红线，局部组织发红、肿胀、灼热、疼痛，有时伴有畏寒、发热等全身症状。

(4) 空气栓塞：患者感到胸部异常不适或有胸骨后疼痛。随即发生呼吸困难和严重的发绀，并伴有濒死感。听诊心前区可闻及响亮的、持续的“水泡音”。

38.简述输液中发生急性肺水肿的原因及处理措施。

原因：(1) 输液速度过快，短时间内输入过多液体，使循环血容量急剧增加，心脏负荷过重引起。

(2) 患者原有心肺功能不良。

处理措施：(1) 立即停止输液并通知医生，进行紧急处理。如病情允许可使患者端坐，双腿下垂，以减少下肢静脉回流，减轻心脏负担。

(2) 给予高流量氧气吸入，一般氧流量为6—8L/min.同时湿化瓶内加入20%—30%的乙醇溶液。

(3) 遵医嘱给予镇静、平喘、强心、利尿和扩血管药物。

(4) 必要时进行四肢轮扎。用橡胶止血带或血压计袖带适当加压以阻断静脉血流，每5—10min轮流放松一个肢体上的止血带，可有效减少静脉回心血量。症状缓解后，逐渐解除止血带。

39.输液中发生空气栓塞时患者应采取何种体位？为什么？

应将患者置于左侧卧位，并保持头低足高位。该体位有利于气体浮向右心室尖部，避开肺动脉入口，随着心脏舒缩，将空气混成泡沫，分次少量进入肺动脉内，逐渐被吸收。

40.甘露醇使用中的注意事项有哪些？

- (1) 严禁作肌肉或皮下注射，避免药物外漏引起皮下水肿或组织坏死。
- (2) 不能与其他药物混合静滴。
- (3) 静脉滴注时，宜用大号针头，250ml 液体应在 20—30min 内静滴完毕。
- (4) 在应用脱水剂的过程中，应密切观察出入量、血压、脉搏、呼吸，做好记录。
- (5) 可使血容量迅速增加，心功能不全及急性肺水肿患者禁用。

41.根据红细胞膜上抗原的种类。血型分为哪几种？

- (1) A 型：红细胞膜上只有 A 抗原者。
- (2) B 型：红细胞膜上只有 B 抗原者。
- (3) AB 型：红细胞膜上有 A，B 两种抗原者。
- (4) o 型：红细胞膜上既无 A 抗原，也无 B 抗原者。

42.成分输血的注意事项有哪些？

- (1) 某些成分血，如白细胞、血小板等（红细胞除外），存活期短，以新鲜血为宜，必须在 24h 内输入体内（从采血开始计时）。
- (2) 除血浆和白蛋白制剂外，其他各种成分血在输入前均需进行交叉配血试验。
- (3) 输血前根据医嘱给予抗过敏药物。
- (4) 如患者在输成分血的同时，还需输全血。则应先输成分血，后输全血，以保证成分血能发挥最好的效果。

43.常见的输血反应有哪些？

- ①发热反应；②过敏反应；③溶血反应；④大量输血反应；⑤细菌污染反应；⑥疾病感染等。

44.输血中发生过敏反应如何处理？

- (1) 轻度过敏反应，减慢输血速度，给予抗过敏药物。
- (2) 中、重度过敏反应，应立即停止输血，皮下注射 0.1%肾上腺素。0.5—1ml，静脉注射地塞米松等抗过敏药物。
- (3) 呼吸困难者给予氧气吸入，严重喉头水肿行气管切开。
- (4) 循环衰竭者给予抗休克治疗。

45.输血中发生溶血反应的原因有哪些？如何处理？

原因：（1）输入了异型血。

（2）输入了变质血。

（3）Rh 因子所致溶血。

处理措施：（1）立即停止输血，并通知医生。

（2）给予氧气吸入，建立静脉通道，遵医嘱给予升压药或其他药物治疗。

（3）将余血、患者血标本和尿标本送化实验室进行检验。

（4）双侧腰部封闭，并用热水袋热敷双侧肾区，解除肾小管痉挛，保护肾脏。

（5）碱化尿液：静脉注射碳酸氢钠溶液。

（6）严密观察生命体征和尿量，插入导尿管，检测每小时尿量，做好记录。

（7）若出现休克症状，应进行抗休克治疗。

（8）心理护理：安慰患者，消除其紧张、恐惧心理。

46.病情观察主要包括哪些内容？

（1）一般情况的观察：发育与体型、饮食与营养状态、面容与表情、体位、姿势与步态、皮肤与黏膜等。

（2）生命体征的观察。

（3）意识状态的观察。

（4）瞳孔的观察。

（5）心理状态的观察。

（6）特殊检查或药物治疗的观察。

（7）分泌物、排泄物及呕吐物的观察。

47.如何判断不同程度的意识障碍？

（1）嗜睡：最轻程度的意识障碍。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，停止刺激后又很快入睡。

（2）意识模糊：其程度较嗜睡深。表现为定向力障碍，思维和语言不连贯，可有错觉、幻觉、躁动不安、谵语或精神错乱。

（3）昏睡：患者处于熟睡状态，不易唤醒。但能被压迫眶上神经、摇动身

体等强刺激唤醒，醒后答话含糊或答非所问，停止刺激后又进入熟睡状态。

(4) 浅昏迷：意识大部分丧失，无自主活动，对光、声刺激无反应，对疼痛刺激可有痛苦的表情或肢体退缩等防御反应。

(5) 深昏迷：意识完全丧失，对各种刺激均无反应。

48.如何判断瞳孔大小？

自然光线下，瞳孔直径为 2-5mm，平均为 3-4mm.病理情况下，瞳孔直径小于 2mm 为瞳孔缩小，小于 1mm 为针尖样瞳孔。瞳孔直径大于 5mm 为瞳孔散大。

49.下肢深静脉血栓形成的临床表现有哪些？如何预防？

临床表现：(1) 患肢肿胀，伴皮温升高。

(2) 局部剧痛或压痛。

(3) Homans 征阳性，作踝关节过度背屈试验可致小腿剧痛。

(4) 浅静脉扩张。

预防措施：(1) 适当运动，促进静脉回流。长期卧床和制动患者，加强床上运动；术后患者早期下床活动；血液处于高凝状态者，可预防性应用抗凝药物。

(2) 保护静脉：长期输液者，应尽量保护静脉，避免在同一部位反复穿刺。尽量避免在下肢静脉输液。

(3) 戒烟。

(4) 进食低脂、高纤维饮食，保持大便通畅。

50.护理文件记录应遵循哪些基本原则？

(1) 及时：护理记录必须及时，不得拖延或提早，更不能漏记、错记，以保证记录的时效性。如因抢救未能及时记录的，应当在抢救结束后 6h 内据实补记，并注明抢救完成时间和补记时间。

(2) 准确：内容真实、无误，记录的时间应为实际给药、治疗、护理的时间。

(3) 完整：眉栏、页码须填写完整。记录连续，不留空自。每项记录后签全名。

(4) 简要：重点突出、简洁、流畅，使用医学术语和公认的缩写。

(5) 清晰：按要求分别使用红、蓝笔书写，字迹清楚，字体端正，保持整洁，不得涂改、剪贴和滥用简化字。



关注公众号
获取更多医疗招考资讯

