

## 第一章(自测题一参考答案)

### 一、选择题

1. D 2. A 3. E 4. E 5. B 6. E 7. B

### 二、名词解释

1. 护理学是一门以自然科学与社会科学为理论基础,研究有关预防保健、疾病治疗及康复过程中护理理论、护理知识、护理技术及其发展规律的综合性应用科学。

2. 护士素质指在一般素质基础上对护理工作者结合护理专业特性提出的特殊的素质要求。

### 三、简答题

1. 答:护理学的基本任务

维护健康、预防疾病、恢复健康及减轻病痛。

2. 答:1989年WHO新的健康观提出的四维健康观是即“健康不仅是没有疾病,而且包括躯体健康、心理健康、社会适应良好和道德健康”。

3. 答:南丁格尔对护理的贡献有:

(1)奠定了科学的护理专业基础。

(2)首创护理专业教育体制。

(3)著书立说指导护理工作。

(4)创立护理管理制度。

(5)提出了环境学说与护理伦理思想

## 第二章(自测题二参考答案)

### 一、选择题

1. C 2. D 3. E 4. C 5. B 6. A

### 二、名词解释

1. 系统是指由多个要素,以特定的方式组合成一个结构,通过各要素相互关联和相互作用,组成具有某个特定功能的整体。

2. 需要(need)是指人类对其生存环境与发展条件的依赖状态,是客观需求在人脑中的反映,是个体的心理活动与行为的基本动力。

3. 压力是个体对作用于自身的内外环境刺激做出认知评价后,引起的一系列生理及心理紧张性反应的过程。

### 三、简答题

答:马斯洛人的基本需要层次论的内容包括:①生理需要;②安全需要;③爱与归属需要;④尊重需要;⑤求知需要;⑥审美需要;⑦自我实现的需要。

### 四、案例分析题

(1)生理适应层次

(2)满足患者的安全需要

(3)满足患者的生理需要

## 第三章(自测题三参考答案)

### 一、选择题

1. A 2. C 3. D 4. A 5. B 6. E 7. E 8. A 9. C 10. C

### 二、名词解释

1. 护士职业防护：是指在护理工作中采取多种有效措施，保护护士免受职业性有害因素的损害，或将其危害降到最低程度。

2. 护士职业暴露：是指护士在为患者提供护理服务过程中，经常接触感染患者的血液、体液及排泄物等，有感染某种疾病的危险，称为护士职业暴露。如接触污染的注射器针头、各种导管等，以及受光、热、电磁辐射等各种理化损伤因子的影响。

3. 职业疲溃感：指由于持续的工作压力引起个体的“严重紧张”反应，从而出现的一组症群、是情绪的疲倦感、工作的冷漠感和工作无成就感的综合表现。

4. 锐器伤：锐器伤是一种由医疗锐器如注射器针头、各种穿刺针、缝合针、手术刀、剪刀及安瓿等造成的皮肤意外损伤，是常见的一种职业损伤，污染锐器的损害是导致护士发生血源性传播疾病最主要的职业暴露因素。

### 三、简答题

1. 答：职业损伤危险因素：

(1)生物性因素：指细菌、病毒、支原体等微生物对机体的伤害。

(2)物理性因素：①机械性损伤②锐器伤。

(3)化学性因素：①化学消毒剂；②化疗药物；③汞；

(4)麻醉废气；

(5)心理、社会因素。

3. 答：护理安全防范的意义有：

(1)有利于提高护理质量

(2)创造和谐的医疗环境

(3)保护护理人员的自身安全

### 四、操作实务题

答：进行七步洗手法的程序

1. 评估与准备

(1)环境评估与准备：清洁、宽敞。

(2)护士评估自身评估与准备：衣帽整洁、修剪指甲、取下手表、首饰，卷袖过肘。

(3)用物评估与准备：洗手设施、洗手液、干手设备、必要时备护手液，检查洗手设施是否完好，洗手液是否在有效期间。

2. 实施

(1)取适量的洗手液于掌心，掌心对掌心揉搓(内)

(2)手指交叉，掌心对手背揉搓(外)

(3)手指交叉，掌心对掌心揉搓(夹)

(4) 双手互握，相互揉搓指背(弓)

(5) 拇指在掌中转动揉搓(大)

(6) 指尖在掌心揉搓(立)

(7) 旋转揉搓腕部直至肘部(腕)

### 3. 评价

(1) 洗手方法正确，揉搓到位。

(2) 洗手液取量合适。

(3) 有效去除细菌和病毒，防止交叉感染。

## 五、案例分析题

1. 受伤护士要保持镇静，戴手套者按规范迅速脱去手套。

处理伤口的程序为：①立即用手从伤口的近心端向远心端挤出伤口的血液，但禁止在伤口局部挤压或按压，以免产生虹吸现象，把污染血液吸入血管，增加感染机会；②用肥皂水清洗伤口，并在流动水下反复冲洗。采用 0.9% 氯化钠溶液反复冲洗皮肤或暴露的黏膜处；③用 75% 乙醇或 0.5% 聚维酮碘(碘附)消毒伤口，并加以包扎；④及时填写锐器伤登记表，并尽早报告部门负责人和预防保健科、医院感染管理科；⑤评估锐器伤。根据患者血液中含有病原微生物(如病毒、细菌)的多少和伤口的深度、范围、暴露时间进行评估，并做相应处理；⑥血清学检测与处理。

2. 加强护士的健康管理：①建立护士健康档案，定期为护理人员进行体检，并接种相应疫苗；②建立损伤后登记上报制度；③建立锐器伤处理流程；④建立受伤护士的监控体系，追踪伤者的健康情况；⑤应积极关心受伤护士的心理变化，做好心理疏导，及时有效地采取预防补救措施。

## 第四章(自测题四参考答案)

### 一、选择题

1. B 2. B 3. C 4. A 5. C 6. C 7. D 8. B 9. A 10. A 11. B 12. E 13. C  
14. C 15. D

### 二、名词解释

1. 护理程序是以促进和恢复患者服务对象的健康为目标所进行的一系列有目的、有计划的护理活动的过程。

2. 护理诊断是关于个人、家庭、群体或社区对现存或潜在的健康问题及生命过程反应的临床判断。

### 三、简答题

1. 护理程序的基本步骤包括：护理评估、护理诊断、护理计划、护理实施和护理评价五个步骤。

2. 护理诊断排序的原则包括：

- (1) 按照马斯洛需要层次理论排序。
- (2) 优先解决威胁生命的问题。
- (3) 在无原则冲突情况下优先考虑患者的主观需求。
- (4) 一般优先解决现存问题，对于潜在的护理诊断和合作性问题根据性质。确定顺序

### 四、案例分析题

1. 患者的主观资料：恶心、上腹痛

客观资料：暖气、T 37.2 ℃，P 90 次/min，BP 120/80 mmHg。

2. 该患者存在的健康问题：

- (1) 疼痛：与饮食不规律导致的胃多发性溃疡有关。
- (2) 焦虑：生病住院与影响工作。
- (3) 潜在的健康问题：
- (4) 潜在并发症：胃溃疡穿孔。

3. 健康指导

- (1) 有关胃溃疡相关知识的指导。
- (2) 有关饮食健康的指导。
- (3) 做好心理指导。
- (4) 的和潜在的健康问题有哪些？

## 第五章(自测题五答案)

### 一、选择题

1. B 2. D 3. D 4. E 5. C 6. C 7. C 8. C 9. D 10. D 11. D 12. A 13. C  
14. A

### 二、名词解释

1. 医院(hospital)是向人民群众或特定人群进行疾病预防、诊治、护理、康复的综合性健康服务机构。

2. 病床单位(patient's unit)是患者住院期间最基本的生活单位,是患者治疗、护理、休息与睡眠的基本物品与设备。

### 三、简答题

1. 医院的任务

- (1)医疗工作:是医院工作的中心工作。
- (2)教学工作。
- (3)科研工作。
- (4)扩大预防、指导基层和计划生育工作。

2. 门诊护理工作的内容:

- (1)预检分诊。
- (2)安排候诊与就诊。
- (3)门诊治疗工作。
- (4)门诊患者健康教育。
- (5)消毒隔离。
- (6)保健门诊护理工作。

3. 急诊预检分诊的顺序是

一问、二看、三检查、四分诊。

### 四、案例分析题

1. 该患者所处病室的温度:18~22℃,湿度:50%~60%。

2. 病室湿度过低:空气干燥,人体蒸发大量水分,可引起口干舌燥、咽痛,对呼吸道疾病的患者尤其不利。

## 第六章(自测题六参考答案)

### 一、选择题

1. E 2. D 3. B 4. C 5. A 6. B 7. C 8. A 9. E

### 二、名词解释

1. 分级护理(Levels of care)是指根据住院患者病情的轻、重、缓、急和自理能力给予不同级别的护理。

### 三、案例分析

#### 1. 患者入院的程序

(1)办理入院手续:①填写入院登记表;②缴纳住院保证金;③填写住院病历首页;④通知病房。

(2)送患者入病区:①一般患者可自行携带病历入院;②危重患者、急诊患者可根据病情由家属或陪护用轮椅、平车护送入院。

#### 2. 患者入院区后的护理

(1)准备患者单位;(2)迎接新患者;(3)通知医生诊查;(4)做好入院评估;  
(5)填写入院病历;(6)根据医嘱提供护理。

## 第七章(自测题七参考答案)

### 一、选择题

1. D 2. A 3. C 4. B 5. E 6. B 7. A 8. C 9. B 10. E 11. D 12. A

### 二、名词解释

1. 消毒:指清除或杀灭物体上的病原微生物(除芽孢外),使其达到无害化的处理。
2. 物理消毒灭菌技术:是利用过滤、热力、光、电辐射等物理因素的作用,使微生物的蛋白质凝固变性,酶失去活性或结构破坏而死亡。
3. 无菌技术:指在医疗、护理操作中,防止一切微生物侵入人体和防止无菌物品、无菌区域被污染的技术。
4. 隔离:是指采用各种隔离技术,防止传染性的病原体从传染病患者及带菌者传播给他人的措施。

### 三、简答题

1. 简答无菌技术操作原则。

(1)操作环境:操作环境要求清洁、宽敞、干燥、明亮并定期消毒;操作前 30 min 通风、停止清扫地面及更换床单等工作,减少人群走动,避免尘埃飞扬;操作前 30 min 湿擦治疗台和治疗盘。

(2)操作者:无菌操作前操作者应着装整洁、修剪指甲,洗手,戴圆帽、口罩,必要时穿无菌衣,戴无菌手套。

(3)操作中的无菌要求

1)无菌操作时,操作者应面向无菌区,身体应与无菌区保持一定距离,手臂须保持在腰部或治疗台面以上水平,不可跨越无菌区域;操作者不可面对无菌区说话、咳嗽、打喷嚏。

2)要用无菌持物钳夹取无菌物品;无菌物品一经取出,即使未使用,也不可放回无菌容器内;无菌物品在空气中不得暴露过久;无菌物品疑有或已有污染时不可再用,应予以更换或重新灭菌。

3)非无菌物品应远离无菌区,无菌物品应放在距无菌区边缘 3 cm 以内的安全区内。

4)一套无菌物品只能供一位患者使用一次,防止交叉感染。

2. 答:隔离原则

(1)隔离标志明确。

(2)工作人员自身防护原则。

(3)标准预防原则。

(4)定期消毒和物品规范处置原则。

(5)严格执行陪伴和探视制度。

(6)重视人文关怀,满足患者心理需要。

(7)掌握解除隔离标准。

(8)终末消毒处理原则。

#### 四、案例分析题

1. 该患者的伤口为铜绿假单胞菌感染，应采取接触隔离。
2. 该患者伤口敷料应装入双层黄色垃圾袋内密封，标记后送焚化炉焚烧。
3. 护士的自我防护措施
  - (1) 进入隔离室前必须戴好口罩、帽子，从事可能污染工作服的操作时，应穿隔离衣；
  - (2) 接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物等物质时，应戴手套；离开隔离病室前、接触污染物品后应摘除手套，立即洗手和/或进行手消毒。手上有伤口应避免接触患者，必要时应戴双层手套。

## 第八章(自测题八答案)

### 一、选择题

1. A 2. E 3. C 4. D 5. C 6. B 7. B 8. E 9. E

### 二、名词解释

1. 被动卧位：是指患者自身无力变换卧位，躺卧于他人安置的卧位，常见于昏迷、极度衰弱的患者。

2. 被迫卧位：是指患者意识清晰，也有变换卧位的能力，但为了减轻疾病所致的痛苦或因治疗所需而被迫采取的卧位。

### 三、简答题

1. 半坐卧位。在重力作用下使膈肌下降，胸腔容积增大，肺活量增加；部分血液滞留于下肢和盆腔脏器内，回心血量减少，从而减轻肺淤血和心脏负担，改善呼吸困难。

2. 适用范围为左心衰竭、心包积液、支气管哮喘发作的患者。

### 四、操作实务题

1. 为休克患者安置中凹卧位

(1)评估与准备

1) 患者评估：评估患者的年龄、病情和目前的治疗和护理，检查患者的脉搏、血压和尿量；患者准备：患者理解安置中凹卧位的目的、意义与注意事项，愿意配合。

2) 环境评估与准备：环境清洁舒适、空气新鲜、调节室温。

3) 用物评估和准备：检查床铺是否能摇起床头和床尾。或根据需要准备 2-4 个枕头。

4) 护士自身准备：着装整齐、修剪指甲、洗手、戴口罩。

(2)实施

1) 核对床号与姓名，查看腕带信息。

2) 告知患者中凹卧位的目的、要求和注意事项，患者理解并积极配合。

3) 助患者卧位仰卧位。

4) 用床尾摇手摇起床。或用软枕垫于头肩部，抬高头胸部  $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ，再用软枕垫于下肢，抬高下肢  $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，在操作过程中密切观察患者的病情变化。

5) 给患者盖好盖被，整理床单位，交代患者注意事项。

6) 记录、洗手。

(3)评价：护士操作熟练，关心爱护患者，体现人文关怀。

2. 答

(1)评估与准备

1) 患者评估：评估患者的年龄、病情和目前的治疗和护理，检查患者的呼吸、脉搏和血压情况，询问喘息发作的持续时间和间隔时间；患者理解安置端坐卧位的目的、意义与注意事项，愿意配合。

2) 环境评估与准备：环境清洁舒适、空气新鲜、调节室温。

3) 用物评估和准备：检查床铺是否能摇起床头和床尾。或根据需要准备 2-4 个枕头。

4)护士自身准备：着装整齐、修剪指甲、洗手、戴口罩。

(2)实施

1)核对床号与姓名，查看腕带信息。

2)告知患者端坐卧位的目的、要求和注意事项，患者理解并积极 配合。

3)先让患者平卧于床上，摇起床头或抬高床头支架呈  $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$ ，

4)摇起膝下支架呈  $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ 。

5)床上放一跨床小桌，桌上放软枕，嘱患者身体稍向前倾，伏桌休息。必要时加床挡，以保证患者安全。

6)给患者盖好盖被，整理床单位，交代患者注意事项。

7)记录、洗手。

(4)评价：护士操作熟练，关心爱护患者，体现人文关怀。

**五、案例分析**

1. 半坐卧位。

2. 采取半坐卧位，可减轻切口缝合处的张力，减轻疼痛，促进愈合。

## 第九章(自测题九答案)

### 一、选择题

1. D 2. C 3. B 4. B 5. B 6. A 7. D 8. D 9. E 10. C

### 二、名词解释

1. 发热机体在致热原作用下, 体温调节中枢的调定点上移而引起的调节性体温升高。
2. 脉搏短绌在同一单位时间内脉率少于心率, 称为脉搏短绌, 简称绌脉。
3. 潮式呼吸又称陈-施呼吸, 是一种呼吸由浅慢逐渐变为深快, 然后再由深快转为浅慢, 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, 其形态犹如潮水起伏。
4. 稽留热体温持续在 39~40 ℃, 达数天或数周, 24 小时波动范围不超过 1 ℃。
5. 吸气性呼吸困难其特点是吸气显著困难, 吸气时间延长, 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)。

### 三、简答题

1. 答: 低热: 37.3~38.0 ℃

中等热: 38.1~39.0 ℃

高热: 39.1~41.0 ℃

超高热: 41 ℃ 以上

2. 答: (1)降低体温。

(2)加强病情观察。

(3)补充营养和水分。

(4)促进患者舒适。

(5)心理护理。

### 四、操作实务题

1. 答: (1)评估与准备

1) 患者评估与准备: 评估患者全身情况, 询问患者的感受, 观察面色、呼吸; 评估患者 20 内是否有剧烈运动, 饮用热或冷饮, 有无进食等情况, 如有应休息 20 后再测量。评估患者有无张口呼吸或口腔闭合困难等情况; 评估患者心理状态, 对测量口腔温度有无抗拒。向患者解释测量口腔的目的、体温计放置的部位和测量时间。取得患者的配合。

2) 用物准备: 体温表及盛装体温表容器 1 个、体温记录单、笔、纱布、弯盘。

3) 环境准备: 清洁、干净、安全和安静。

4) 护士自身准备: 着装整齐、洗手、戴口罩。

(2) 实施:

1) 核对解释: 携用物床旁, 核对解释。

2) 安置体位: 安置患者于舒适体位。

3) 测量体温: 将口表水银端斜放于舌下热窝, 闭口勿咬, 用鼻呼吸。测量 3min 后取出读数。

4)取表读数:取出体温计,用消毒纱布擦拭。读取体温表上的数值后,将使用后的体温表置于容器中。

5)操作后整理:协助患者取舒适体位;洗手,记录;体温计消毒、清洗、擦干后放入清洁容器中。

2.答:(1)评估与准备同口温测量,操作前 20 内是否进行过沐浴、冷热敷、是否过于消瘦等。

#### (2)实施

1)核对解释:携用物床旁,核对解释。

2)安置体位:安置患者于舒适体位。

3)测量体温:擦干患者腋下汗液,将体温计水银端放于患者腋窝正中,并紧贴皮肤,屈臂过胸,夹紧。测量 10 min 后取出读数。

4)取表读数:取出体温计,用消毒纱布擦拭。读取体温表上的数值后,将使用后的体温表置于容器中。

5)操作后整理:协助患者穿衣,取舒适体位;洗手,记录;体温计消毒、清洗、擦干后放入清洁容器中。

### 五、案例分析题

答:

1.热型:稽留热。

2.发热程度:高热。

3.护理措施:

(1)降低体温:可选用物理降温或药物降温方法。物理降温有局部和全身冷疗两种方法。实施降温措施 30 后测温,并做好记录和交班。

(2)加强病情观察:观察生命体征,定时测体温。一般每日测量 4 次,高热患者应每 4 小时测量一次,待体温恢复正常 3 天后,改为每日 1~2 次。注意发热类型、程度及经过,及时注意呼吸、脉搏和血压的变化。此外,还应观察是否出现寒战,淋巴结肿大,出血,肝、脾大,结膜充血,关节肿痛及意识障碍等伴随症状。小儿高热易出现惊厥,应密切观察,并给予对症处理。

(3)补充营养和水分:给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的流质或半流质食物。鼓励少量多餐。鼓励患者多饮水,每日 3000 mL 为宜,以补充高热消耗的水分。

(4)促进患者舒适:①休息:减少消耗,高热者卧床休息。②口腔护理:高热患者,特殊口腔护理。③皮肤护理:保持皮肤清洁、干燥,防止压力性损伤、肺炎等并发症出现。

(5)心理护理:观察了解发热各期患者的心理反应,对体温变化及伴随症状等问题耐心解答,关心体贴患者,尽量满足患者需要,以缓解其紧张情绪,消除躯体不适。

## 第十章(自测题十答案)

### 一、选择题

1. A 2. D 3. C 4. A 5. A 6. C 7. B 8. C 9. E 10. E 11. E 12. E 13. E  
14. A 15. D 16. C 17. C 18. A 19. A 20. D

### 二、简答题

1. 答：标本采集的目的有：

- (1)协助明确疾病诊断；
- (2)推测病程进展；
- (3)制订治疗措施的依据；
- (4)判断病情变化的依据。

2. 答：标本采集的要求有：

- (1)遵照医嘱采集标本。
- (2)采集前充分准备：护士充分了解标本采集项目，所需容器，做好准备工作。
- (3)严格查对制度：防止差错事故。
- (4)保证标本质量：正确采集标本，及时送检。

### 三、案例分析题

(1)标本瓶准备：①血常规：准备紫色盖采集管；②肝功能：准备黄色盖分离胶保凝管。

(2)采血量：①血常规：采血量为 2 mL；②肝功能采血量为 3.0~3.5 mL。

(3)血标本采集的注意事项：

- 1)严格执行查对制度及无菌技术操作原则。
- 2)准确把握采血时间：肝功能应清晨空腹采血。
- 3)正确掌握不同血标本的用途、采集量和采取管盖的颜色，避免采集量不足或采集管错误而影响检验结果。
- 4)及时送检：标本采集后应及时送检，以免影响检验结果。
- 5)用物处置：采集标本所用的材料应按医疗废物处理原则进行安全处置。

## 第十一章(自测题十一答案)

### 一、选择题

1. B 2. B 3. B 4. B 5. D 6. A 7. B 8. D 9. D 10. E

### 二、名词解释

1. 压力性损伤: 又称压力性损伤, 是指局部组织长时间受压, 血液循环障碍, 局部持续缺血、缺氧、营养不良而致的软组织溃烂和坏死。

2. 剪切力: 受两层组织相邻表面间的滑行产生进行性的相对移位引起, 由压力和摩擦力共同作用形成, 与体位关系密切。

### 三、简答题

1. 答: 压力性损伤发生的原因有:

(1) 力学因素①垂直压力: 局部组织受到持续性垂直压力是引起压力性损伤的最主要原因。②摩擦力: 主要来源于皮肤与衣、裤或床单表面逆行的阻力摩擦, 以及搬运患者时的拖拉动作。③剪切力: 受两层组织相邻表面间的滑行产生进行性的相对移位引起, 由压力和摩擦力共同作用形成, 与体位关系密切。

(2) 局部潮湿、排泄物刺激: 大小便失禁、汗液、各种渗出液、引流液等刺激, 使皮肤角质层屏障功能减弱。

(3) 营养状况或水肿: 全身营养摄入不足, 肌肉萎缩, 受压部位因缺乏肌肉和脂肪组织的保护而易引起血液循环障碍。

(4) 年龄: 皮肤受老化过程影响易损性增加。

(5) 器械使用: 因长期使用心电监护、呼吸机、各种约束装置等医疗器械等, 易造成使用医疗器械部位皮肤温湿度改变, 局部血液循环不良。

(6) 其他: 体温升高、肢体活动障碍、糖尿病、精神等因素。

2. 答: 压力性损伤的预防: 减压是压力性损伤预防的关键, 消除发生的原因并予以积极预防。应做到“六勤一好”, 即勤观察、勤翻身、勤按摩、勤擦洗、勤整理、勤更换和营养好。

(1) 避免局部组织长期受压: 经常翻身是预防压力性损伤的最有效方法。一般 1~2 小时翻身一次, 必要时每 30min 翻身一次。

(2) 保持皮肤清洁干燥: 保持床单及被服平整、无褶皱、无碎屑, 及时更换污染、潮湿的被服, 小儿要勤换尿布。协助患者进行体位转换或移动患者时, 应抬高身体。

(3) 促进局部血液循环: 50% 乙醇或润滑剂按摩, 每次 3~5 min。或用压力性损伤透明贴。

(4) 改善机体的营养状况: 病情许可的情况下应给予患者高蛋白、高维生素饮食, 对于不能经口进食患者, 可使用鼻饲或静脉营养。适当补充矿物质(如口服硫酸锌), 促进慢性溃疡的愈合。

### 四、操作实务题

答: 右上肢受伤患者穿脱衣服

## 1. 评估与准备

### (1) 患者评估与准备

1) 患者评估：评估患者年龄、受伤情况和目前的治疗、用药情况；询问患者对受伤的感受与顾虑；检查受伤肢体的情况，伤口有无渗血、渗液，固定是否牢固。向患者解释更换衣服的目的要求与配合要点；

2) 患者准备：患者理解更换衣服的目的和配合要点，解除心理紧张情绪。

(2) 环境评估与准备：环境清洁、安全、安静，温度适应，有围帘或关门窗，防止患者着凉，保护患者隐私。

(3) 用物评估与准备：根据患者情况准备擦洗用物、热水和毛巾、浴巾和干净衣裤。

(4) 护士自身评估与准备：着装整洁，修剪指甲、洗手、根据情况戴口罩。

## 2. 实施

(1) 携用物至患者床前，核对患者信息、解释操作项目、方法、配合要点与注意事项，以得患者合作。

1) 脱衣：询问患者伤口情况，说明操作目的要求，帮助患者取合适的体位，解开衣服，先脱健侧肢体(左上肢)衣袖，再脱患侧肢体(右上肢)衣袖，注意脱右上肢衣袖时，避免碰到伤口。

2) 根据患者情况擦拭身体，检查受伤部位和伤口情况。

3) 穿衣：先穿患肢即右上肢衣袖，避免影响受伤部位；再穿左上肢(健肢)衣袖，扣好扣子，协助患者卧于舒适位。

4) 给患者盖好盖被，整理床单位，整理用物。

5) 洗手、记录。

## 3. 评价

(1) 护患沟通有效、关心患者，体现人文关怀。

(2) 动作轻柔，操作程序熟悉，操作规范。

## 五、案例分析题

### 1. 炎性浸润期

2. 炎性浸润期护理要点：保护皮肤，避免感染。水疱未破时，保护皮肤，预防感染。未破的小水疱可用无菌纱布包扎，并减少摩擦，防止破裂，让其自行吸收，大水疱应先消毒局部皮肤，再用无菌注射器抽出水疱内液体(不可剪去表皮)后覆盖水胶体敷料(如透明贴)或表面涂以消毒液，并用无菌敷料包扎。水疱已破溃，应消毒创面及其周围皮肤，再用无菌敷料包扎或使用藻酸盐敷料等包扎。

## 第十二章(自测题十二答案)

### 一、选择题

1. E 2. B 3. B 4. B 5. C 6. C 7. C 8. D 9. E 10. C

### 二、名词解释

1. 治疗饮食：治疗饮食是指在基本饮食的基础上，适当调节能量和营养素，以达到治疗或辅助治疗的目的，从而促进患者的康复。

2. 试验饮食：试验饮食是指在特定的时间内，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性的一种饮食。

3. 鼻饲法：鼻饲法是将导管经鼻腔插入胃内，从管内灌注流质食物、水分和药物的方法。

4. 要素饮食：是一种化学组成明确的精致食品，含有人体所必需的易于消化吸收的营养成分，与水混合后可以形成溶液或较为稳定的悬浮液。

### 三、简答题

1. 答：以免将鼻饲液误入气管，引起窒息等不良反应的发生。

2. 答：

(1)每次鼻饲前应证实胃管在胃内且通畅，并用少量温开水冲管后再进行喂食，鼻饲完毕后再灌入少量的温开水，防止鼻饲液凝结。

(2)每次鼻饲液温度应保持在 38~40℃ 左右，避免过冷或过热；每次量不超过 200 mL，间隔时间不少于 2h。

(3)上消化道出血、食管静脉曲张、食管梗阻，以及鼻腔、食管手术后的患者禁忌使用鼻饲法。

(4)每日进行口腔护理 2 次，普通胃管每周更换 1 次，硅胶胃管每月更换 1 次。

### 四、操作实务题

执行鼻饲法时证实胃管在已插入胃内的方法

(1)评估患者：观察患者在插管过程中有无恶心、呕吐、呛咳等情况，询问患者的感受。向患者讲解插鼻饲管的目的、方法和配合要点，取得患者的理解、信任与配合。

(2)计划与准备

1)用物准备：听诊器、10 mL 一次性注射器 1 支，鼻饲用物、鼻饲包、鼻饲溶液、弯盘、治疗碗、棉签等，并检查用物包装完整、在有效期内。

2)环境准备：环境清洁、整齐、安静、安全。

3)护士准备：着装整洁、修剪指甲、洗手、戴口罩。

(3)实施

1)查对患者信息

2)解释操作目的、方法和注意事项。

3)按要求插入鼻饲管

4)证实胃管在胃内：①听气过水声：用注射器抽吸 10 mL 空气，置听诊器于患者胃部，

快速经胃管向胃内注入 10 mL 空气，听到气过水声说明胃管在胃内；②查看有无气泡逸出：用治疗碗盛装半碗水，将胃管末端置于水中，观察有无气泡逸出，如有气泡逸出，说明胃管误入气管，应迅速拔出，休息片刻，换管后重新插管。若无气泡逸出，说明胃管在胃内；③抽吸胃液：取注射器，在胃管末端连接注射器抽吸，能抽出胃液，证明胃管在胃内。

5) 固定胃管，喂食

6) 洗手，整理用物、记录。

(4) 评价

1) 操作熟练，程序正确。

2) 关心患者，注重人文关怀。

#### 五、案例分析题

1. 前额发际线至胸骨剑突处或鼻尖经耳垂至胸骨剑突处；

2. 38~40 ℃。

## 第十三章(自测题十三答案)

### 一、选择题

1. A 2. D 3. D 4. C 5. A 6. B 7. E 8. B 9. D

### 二、名词解释

1. 尿潴留：指尿液大量存留在膀胱内而不能自主排出。
2. 尿失禁：指排尿失去意识控制或不受意识控制，尿液不自主地流出。
3. 导尿术：是指严格按无菌操作要求，用导尿管经尿道插入膀胱引流尿液的技术。

### 三、简答题

1. (1) 提供适当的排便环境
- (2) 选取适宜的排便姿势
- (3) 腹部环形按摩
- (4) 遵医嘱给予口服缓泻药物
- (5) 使用简易通便剂
- (6) 灌肠：以上方法均无效时，遵医嘱给予灌肠。
- (7) 健康教育：帮助患者及家属正确认识维持正常排便习惯的意义和获得有关排便的知识。
  - 1) 帮助患者重建正常的排便习惯；
  - 2) 合理安排膳食；
  - 3) 鼓励患者适当运动。

2. 对膀胱高度膨胀且极度虚弱的患者，第一次放尿量不得超过 1000 mL。大量放尿可使腹腔内压急剧下降，血液大量滞留在腹腔内，导致血压下降而虚脱；另外膀胱内压突然降低，还可导致膀胱黏膜急剧充血，发生血尿。

### 四、操作实务题

1. 答：

(1) 评估与准备

1) 患者评估与准备：查看床头卡和手腕信息，确定患者；询问患者目前的情况、感受以及平时的饮食、运动习惯和用药情况，大小便情况，特别是排便情况，排便习惯。检查患者腹部情况，有无压痛、触痛、肠型和肠胀气等情况，查看肛周有无炎症或痔疮脱出。向患者解释即将为患者解除便秘准备大量不保留灌肠的用物和配制灌肠溶液，您先休息一下，我去准备用物。

2) 环境评估与准备：环境清洁、明亮、调节合适的室温、关门窗或拉床围，注意保护患者隐私。

3) 护士自身评估与准备：着装干净整洁、修剪指甲、洗手、戴口罩。

4) 用物评估与准备：治疗车上层：治疗盘内盛有：根据需要准备灌肠溶液、一次性灌肠包、弯盘、水温计、一次性手套、棉签、卫生纸、量杯、0.9%氯化钠溶液、0.1~0.2%肥皂液，手消毒液。治疗车下层：便盆及便盆巾、生活垃圾桶和医用垃圾桶。

(2) 实施

1) 准备常用的灌肠溶液：①解除便秘的灌肠溶液：0.9%氯化钠溶液(肝脏疾病、肝硬

化患者禁用)；0.1%~0.2%肥皂水。②中暑患者解除中毒有灌肠溶液：4℃的0.9%氯化钠溶液；③降温的灌肠溶液：28℃~32℃的0.9%氯化钠溶液。④检查各种灌肠溶液的名称、浓度、有效期。

2) 灌肠溶液的温度：此患者为便秘患者应选择的灌肠溶液的温度：首先将溶液加温，取水温计测量水温。①0.1%~0.2%的氯化钠溶液为39~41℃；②0.9%氯化钠溶液加温于39℃~41℃。

3) 每次灌肠时溶液的量：加温好的溶液用量杯取500~1000 mL，

4) 肛管插入约7~10 cm。

5) 灌肠溶液配制完毕，放治疗车上治疗盘内，准备进行灌肠。

6) 洗手，记录(记录灌肠溶液的名称、温度和量)

(3) 评价：①护士操作熟练，灌肠溶液准备正确，温度适宜；②与患者沟通有效，注重人文关怀；③注重查对制度和无菌操作原则。

## 2. 答

(1) 查对：查对医嘱和患者信息。

(2) 评估与准备

1) 患者评估与准备：查对床头卡和手腕信息，呼叫患者的姓名；询问患者的年龄、目前的病情与用药情况；孕期反应和平时饮食、运动和生活习惯，近期的大小便情况，特别是大便的排次次数、粪便的改善、

2) 用物准备：50%硫酸镁1瓶，甘油1瓶、温开水一杯，空治疗碗或无菌容器1个，量杯1个、弯盘1个。

3) 检查硫酸镁、甘油的质量和有效期。

4) 配制“1、2、3”溶液：

①取50%硫酸镁药瓶，检查质量和有效期，用纱布擦净瓶口和瓶身灰尘，消毒瓶口，用量杯取50%硫酸镁30 mL，倒入无菌容器中(为1)；

②取甘油瓶，检查质量与有效期，拭去瓶口与瓶身灰尘，揭开瓶盖，取60 mL甘油，倒入无菌滋补品内(为2)。

③取温水壶或杯，试温，用量杯取90 mL温开水，倒入无菌容器内(为3)。

④将无菌容器内的50%硫酸镁、甘油和温开水摇匀，即为“1、2、3”溶液，盖好无菌容器盖备用。

⑤整理用物，洗手记录。

5) 评价：取量是否准确无误，操作程序是否正确，是否遵守操作规程等。

2. 小量不保留灌肠的注意事项：

(1) 灌肠时插管深度为7~10 cm，压力宜低，灌肠液注入的速度不宜过快。

(2) 每次抽吸灌肠液时应反折肛管末端，防止空气进入肠道，引起腹胀。

## 五、案例分析

1. 患者发生了泌尿系统感染。

2. 需要进行尿道口周围皮肤的消毒，同时进行膀胱冲洗。

3. 应鼓励患者多饮水，保持尿量在2000 mL以上，勤变换卧位，通过增加尿量，达到自然冲洗尿道的目的，预防尿路感染。

## 第十四章(自测题十四参考答案)

### 一、选择题

1. B 2. A 3. C 4. B 5. B 6. D 7. E 8. C 9. C

### 二、名词解释

1. 冷疗技术：是利用低于人体温度的物质作用于人体表面，通过神经传导引起皮肤和内脏器官血管的收缩，从而改变机体各系统体液循环和新陈代谢，达到治疗的目的。

2. 热疗技术：是利用高于人体温度的物质作用于人体表面，通过神经传导引起皮肤和内脏器官血管的舒张，从而改变机体各系统体液循环和新陈代谢，达到治疗的目的。

### 三、简答题

1. 答：冷疗法的作用有：(1)减轻局部充血或出血；(2)减轻疼痛；(3)控制炎症扩散；(4)降低体温。

2. 热疗技术的禁忌证有：(1)诊断不明确急性腹痛；(2)面部危险三角区的感染；(3)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)；(5)其他：①心、肝、肾功能不全者；②皮肤湿疹；③急性炎症；④孕妇；⑤金属移植物部位、人工关节；⑥恶性病变部位；⑦睾丸；⑧麻痹、感觉异常者、婴幼儿及老年人慎用热疗。

### 四、操作实务题

#### 1. 评估与准备

##### (1)患者评估与准备

1)患者评估：年龄、病情、体温、治疗情况、局部皮肤状况、活动能力、合作程度及心理状态。

2)患者准备：向患者或家属解释使用冷湿敷的目的、方法、注意事项及配合要点。患者需要了解冷湿敷使用的目的、方法、注意事项及配合要点。患者取舒适体位并且患者愿意合作。

(2)环境评估与准备：室温适宜，酌情关闭门窗，必要时屏风或床帘遮挡。

(3)护士评估与准备：衣帽整洁，修剪指甲，洗手，口罩。

(4)用物评估与准备：

1)治疗车上层：治疗盘内备敷布2块、凡士林、纱布、棉签、一次性治疗巾、手套、换药用物；治疗盘外备盛放冰水的容器，手消毒液。

2)治疗车下层：医疗垃圾桶、生活垃圾桶。

#### 2. 实施

(1)携带用物置患者床前，核对患者信息、解释乙醇拭浴的目的、方法和注意事项，取得患者的配合。

(2)拉围帘、松开被尾，助患者置患者于仰卧位，脱去患者上衣。

(3)头部置冰袋，足底置热水袋

(4)拍拭上肢

1)垫大浴巾于拭浴部位下，小毛巾浸入盛有乙醇或温水的小盆中，拧至半干，缠于手

上成手套状，以离心方向拍拭，擦拭完毕用大毛巾擦干皮肤。

2) 进行拍拭：拍拭上肢分两条线进行：①颈外侧→肩→上臂外侧→前臂外侧→手背；②侧胸→腋窝→上臂内侧→肘窝→前臂内侧手心；③同法拍拭对侧。

3) 用大毛巾擦干皮肤；

(5) 拍拭背部

1) 协助患者侧卧，垫大浴巾于拭浴部位下，分上、中、下三部分从上往下纵行拍拭。

2) 拍拭顺序：①从上侧肩部→背部→臀部；②从颈下→背部→骶尾部；③下侧肩部→背部→臀部；

3) 用大浴巾擦干背部，协助穿好上衣。

(6) 整理用物，洗手、记录。

3. 评价

(1) 患者无畏冷、寒战、不适等不良反应。30 min 后体温有所下降，达到乙醇或温水拭浴法的目的。

(2) 护士操作熟练，动作轻巧。

(3) 护士能与患者或家属有效沟通，得到理解与配合。

## 第十五章(自测题十五答案)

### 一、选择题

1. C 2. C 3. B 4. E 5. E 6. E 7. E 8. C 9. C 10. B 11. E 12. E 13. E  
14. A 15. D 16. D 17. C 18. E 19. A 20. A 21. C 22. C 23. B 24. C 25. B  
26. D 27. E 28. C 29. E 30. D 31. E 32. D 33. C 34. C 35. D 36. A 37. C  
38. C 39. B 40. E

### 二、名词解释

1. 皮下注射：是将少量无菌药液或生物制剂注入皮下组织的方法。
2. 肌肉注射：是将一定量的无菌药液注入肌肉组织内的方法。

### 三、简答题

1. 简述给药“三查七对”的内容。

答：三查即操作前查、操作中查、操作后查。七对即对床号、姓名、药名、剂量、浓度、给药方法、给药时间。

2. 简述给药应做到的五个准确。

答：将准确的药物，按准确的剂量，用准确的途径，在准确的时间内给予准确的患者。

### 四、操作实务题

1. 给患者进行臀大肌注射时如何用十字法进行定位？

#### (1)评估与准备

1) 患者评估与准备：患者年龄、病情、治疗和用药情况、心理状态和注射局部皮肤状况，解释操作目的、意义，取得患者理解和合作。

2) 环境评估与准备：环境安静、安全，温度适宜、关闭门窗，保护患者隐私。

3) 护士评估与准备：着装整洁，修剪指甲、洗手、戴口罩。

4) 用物评估与准备：根据操作目的准备好肌肉注射用物，洗手液

#### (2)实施

1) 核对解释：携带用物带至患者床前，核对患者信息，解释操作目的和方法、注意事项和配合要点，取得患者的理解与配合。

2) 协助患者取左(右)侧卧位，暴露臀部，遮盖好患者，注意保暖和隐私。

3) 十字法定位：①找到臀裂，从臀裂顶点向右或向左划一水平线；②找到髂嵴最高点：然后从髂嵴最高点作一垂直平分线；③将臀部分为4个象限，其外上象限避开内下角(髂后上棘至股骨大转子连线)即为注射区。

4) 根据患者情况进行肌肉注射。

5) 洗手，记录

#### (3)评价

1) 护士操作认真，程序正确；

2) 护患沟通有效，体现人文关怀；

3) 定位准确。

2. 试述臀大肌注射连线定位法。

(1) 评估与准备 同十字定位法

(2) 实施：1)、2) 同十字定位法

3) 连线定位法：①找到尾骨和髂前上棘，在两者之间划一连线；②将此连线分为三等分；③取连线外 1/3 为注射部位。

4)、5) 同十字定位法

(3) 评价 同十字定位法。

答：取髂前上棘与尾骨连线的外上 1/3 处为注射部位。

## 五、案例分析题答

1. 此种情况为针头未刺入静脉内所致。应立即拔针，更换针头，重新选择静脉再次穿刺。

2. 静脉穿刺失败的常见原因如下：

(1) 针头未刺入静脉内 穿刺时，因进针角度过小或因静脉滑动，针头刺入皮下组织，抽吸无回血，推注药液可见局部皮肤隆起并有疼痛。

(2) 针头斜面一部分在血管内 穿刺时，见回血后未改为平行进针或针尖斜面推进不完全；或在穿刺成功后，因固定不当或松解止血带方法欠妥，导致针头移位，使针尖斜面部分在血管外，抽吸可见回血，推药时部分药液渗出至皮下组织，局部皮肤隆起并伴有疼痛。

(3) 针头刺破对侧血管壁 针头刺入略深，即针头斜面部分穿破对侧静脉管壁，抽吸有回血，推注时部分药液溢至深部组织，局部皮肤无明显隆起，患者有明显疼痛感。

(4) 针头刺入深层组织 针头刺入过深，即针头穿刺对侧静脉管壁后进入深层组织，抽吸无回血，推注药液时局部皮肤无隆起，但有疼痛感。

## 第十六章(自测题十六参考答案)

### 一、选择题

1. B 2. C 3. D 4. D 5. D 6. C 7. B 8. C 9. C 10. E 11. D 12. A

### 二、简答题

1. 青霉素过敏试验前,应做好:

- (1)详细询问患者用药史、过敏史、家族史,有过敏史者禁做过敏试验;
- (2)皮试液应现配现用,配置操作各环节要严格无菌,注意摇匀,量要准确;
- (3)确认患者已进食,非空腹;
- (4)皮试前备好皮试抢救盒,以备紧急抢救时用。

2. 脱敏注射法(分4次肌肉注射):

第一次:取 TAT0.1 mL+0.9%氯化钠溶液至 1 mL 肌肉注射;

第二次:取 TAT0.2 mL+0.9%氯化钠溶液至 1 mL 肌肉注射;

第三次:取 TAT0.3 mL+0.9%氯化钠溶液至 1 mL 肌肉注射;

第四次:取余液+0.9%氯化钠溶液至 1 mL 肌肉注射。

每隔 20 分钟肌肉注射一次,直至完成总剂量注射(TAT1500U)

### 三、操作实务题

(一)一瓶 40 万 U 的青霉素配置成每毫升含青霉素 500U 的方法:

1. 评估与准备

(1)核对医嘱,评估患者。特别注意询问有无青霉素用药史和过敏史。

(2)准备用物:40 万 U 青霉素 1 瓶,0.9%氯化钠溶液 10 mL/支 1 支,5 mL 注射器 1 支,1 mL 注射器 1 支,查对药物和注射器的质量和有效期。另备消毒液、棉签、弯盘、治疗盘、一次性灭菌治疗巾、医用垃圾桶、锐器盒等。

(3)环境准备:环境清洁、安全、安静,光线明亮。

(4)护士着装整齐,洗手、戴口罩。

2. 实施

(1)将用物按使用顺序摆好,铺无菌盘。

(2)取青霉素 40 万 U 1 瓶,查看质量和有效期,启开青霉素瓶,消毒瓶盖,再取 5 mL 注射器 1 支,检查无漏气、在有效期内,打开外包装,取出注射器。

(3)抽取 0.9%氯化钠溶液 2 mL,注入青霉素瓶内,轻轻摇匀。则每毫升含青霉素 20 万 U。

(4)取上液 0.1 mL,加 0.9%氯化钠溶液 0.9 mL 至 1 mL,则每毫升含青霉素 2 万 U。

(5)取上液 0.1 mL,加 0.9%氯化钠溶液 0.9 mL 至 1 mL,则每毫升含青霉素 2000U。

(6)取上液 0.25 mL,加 0.9%氯化钠溶液 0.75 mL 至 1 mL,则每毫升含青霉素 500U,即成青霉素皮试液。

3. 将配制好的皮试液放入铺好的无菌盘内备用。(应尽快使用)。

4. 整理用物,洗手,按医疗废物处理条例处理用物。

## (二)青霉素皮试结果判断

1. 核对患者信息，查对床头(尾)卡和手腕带信息，确认患者。

2. 查对青霉素皮内试验的时间，确认判断结果的时间。

3. 查看皮丘，确认皮内试验的结果

(1)阴性：皮丘大小无改变，皮丘周围无红肿，无红晕，无伪足，无自觉症状。

(2)阳性：局部皮丘隆起增大，出现红晕，直径大于1cm，周围有伪足，局部发痒，有时出现头晕、恶心、心慌，严重时出现过敏性休克。

(3)结果记录：阴性用蓝色笔记录为(—)；阳性在病历夹、医嘱单、床头卡、体温单上用红色笔记录为(+)。

## 四、案例分析题

1. 患者出现了青霉素过敏性休克反应。

2. 青霉素过敏性休克处理措施：

(1)应立即停止青霉素的输注，协助患者平卧，报告医生，就地抢救。

(2)遵医嘱注射肾上腺素，盐酸肾上腺素是过敏性休克的首选药物，具有收缩血管、升高血压、兴奋心肌、增加心排血量及松弛支气管平滑肌等作用。

(3)保持呼吸道通畅，立即吸氧，及时清除患者口腔、鼻腔及咽喉部的分泌物，有条件者必要时行气管插管，如有喉头水肿导致窒息时，应尽快行气管切开术

(4)快速建立静脉通路，遵医嘱给予扩容药物，如晶体液、胶体液等，以纠正休克引起的血容量不足。

(5)若发生心跳呼吸骤停，立即行心肺复苏术。

(6)密切监测患者生命体征，及时记录血压、脉搏、呼吸、体温以及尿量、意识等病情变化，并报告医生。

## 第十七章(自测题十七答案)

### 一、选择题

1. E 2. B 3. B 4. D 5. E 6. B 7. E 8. E 9. D 10. D 11. E 12. A 13. A  
14. E 15. A 16. E 17. D 18. C

### 二、名词解释

1. 密闭式静脉输液是将无菌输液器插入原装的密闭式输液瓶中,将大量无菌溶液或药液直接通过静脉输入体内的治疗方法。

2. 密闭式静脉输血是通过密闭式输血装置将全血或成分血通过静脉输入体内的治疗方法。

### 三、简答题

1. 答:(1)证实针头滑出血管外:挤压软管无回血,液体注入皮下组织,可见局部肿胀并疼痛。(2)处理方法:为拔出针头,更换针头另选血管重新穿刺。

2. 答:静脉输液时液体不滴的可能原因有

(1)针头滑出血管外;(2)针头斜面紧贴血管壁;(3)针头阻塞;压力过低;(4)静脉痉挛。

### 四、操作实务题

1. 静脉输液时溶液不滴,疑为针头阻塞的证实与处理如下:

(1)评估与准备

1)患者评估与准备 核对患者信息(查对床头卡与手腕带),询问患者的感受,年龄、输液瓶内液体的名称、液量,所加用药物,墨菲氏滴管内液面,溶液不滴的时间,查看输液局部有无肿胀、疼痛,轻轻挤压输液管的下端查看有无回血。向患者解释液体不滴的可能原因和处理方法,患者配合要点与注意事项。患者能理解溶液不滴的原因和配合要点,积极配合处理。

2)环境评估与准备:病室环境安全、安静、清洁、舒适。

3)护士自身准备:着装整洁、修剪指甲、洗手、戴口罩。

4)用物评估与准备:治疗车上层:治疗盘内盛有(皮肤消毒剂、棉签、弯盘、一次性注射器、头皮针、输液贴)小枕和一次性垫巾、手消毒液、记录单和笔。治疗车下层:剪刀、锐器回收盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶。

(2)实施

1)携用物至患者床前、查对床头卡和手腕信息,解释操作目的,取得患者理解与信息。

2)证实溶液不滴为针头阻塞的方法:①穿刺部位无肿胀、无疼痛,说明针头没有滑出血管外,也没有刺破血管壁,针头仍然在血管内,可能是针头阻塞导致溶液不滴;②检查有无回血:一手捏住滴管下端输液管,另一手轻轻挤压靠近针头端的输液管,若感觉有阻力,松手又无回血,则表示针头可能已阻塞。

3)处理方法:告诉患者通过检查确定为针头阻塞,需要拔出针头,更换针头,重新选择静脉穿刺。①重新选择静脉,避开瘢痕、红肿、硬结和伤口部位;②穿刺部位下垫小枕

和一次性垫巾，在穿刺上6~8 cm处扎止血带，常规消毒皮肤，待干；③连接头皮针排尽空气；④静脉穿刺，固定，调整滴速；⑤交代注意事项，整理用物，洗手，记录。

4)评价：①严格无菌操作和查对制度；②检查时注意避免强行挤压导管，导致凝血块进入静脉造成栓塞；③关爱患者，注重人文关怀。

2. 静脉输液时，墨菲氏滴管内液面过低的处理

(1)评估与准备

1)患者评估与准备：查对患者的信息，了解患者年龄、所输液体的名称和量，所加药物的名称和用途；输液部位有无红、肿、疼痛等情况，输液器墨菲氏滴管内液面，发现液面过低。告知患者液面过低，不需要紧张，马上给你进行调节。

2)环境评估与准备：环境安静、安全、清洁、明亮。

3)护士评估与准备：着装整洁、修剪指甲、洗手、戴口罩。

4)用物评估与准备：(不需要用物)

(2)实施

1)查对患者信息，与患者进行沟通交流，告诉患者处理方法。

2)调节输液器墨菲氏滴管内液面过低：用左手捏紧夹闭茂菲氏滴管下端的输液管，右手轻轻挤压茂菲氏滴管上端的输液管，待液体进入茂菲氏滴管内使液面升至适当水平后，松开左手。

3)重新调节滴速，交代注意事项。

4)洗手，记录。

(3)评价

1)与患者沟通有效，注重人文关怀。

2)严格查对制度。

3)操作熟练、正确。

## 五、案例分析题

1. (1)该患者发生了空气栓塞。

(2)处理：①让患者取左侧头低足高卧位。左侧卧位可使肺动脉的位置处于低位，利于气泡漂移至右心室尖部，从而避开肺动脉入口。随着心脏的舒缩，空气被血液混合成泡沫，分次小量进入肺动脉内而逐渐被吸收。②给予高流量氧气吸入，提高患者的血氧浓度，纠正严重缺氧状态。③密切观察病情变化，如有异常，及时对症处理。④有条件可使用中心静脉导管抽出空气。

(3)原因：①输液前，输液管内空气未排尽，或输液管连接不紧密漏气。连续输液过程中更换溶液瓶不及时或输液完毕未及时拔针。②加压输液、输血时无人守护，液体输完未及时更换药液或拔针，导致空气进入静脉发生空气栓塞。③拔出较粗的、近胸腔的深静脉导管后，穿刺点密封不严密。

(4)预防：①输液前排尽输液管内空气，输液过程中密切观察，加强巡视，连续输液时应及时更换输液瓶或添加药液，输液完毕及时拔针。②加压输液或输血时应专人守护，及时更换输液瓶。③拔除较粗、近胸腔的静脉导管时，必须严密封闭穿刺点。

2. (1)该患者发生了溶血反应

(2)处理：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检验室进行检验。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，增加血红蛋白在尿液中的溶解度，减少沉淀，避免阻塞肾小管。⑥严密观察生命体征和尿量，插入导尿管，检测每小时尿量，并做好记录。若发生肾衰竭，行腹膜透析或血液透析治疗。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。

(3)预防：①认真做好血型鉴定和交叉配血试验；②输血前认真查对；③严格执行血液保存制度。

## 第十八章(自测题十八答案)

### 一、选择题

1. A 2. B 3. C 4. A 5. B 6. D 7. D 8. D 9. C 10. E 11. C 12. D 13. A  
14. B 15. A 16. E 17. D 18. D 19. C

### 二、名词解释

1. 意识障碍：是指个体对外界环境刺激缺乏正常反应的一种精神状态。任何原因引起大脑高级神经中枢功能损害时，都可出现意识障碍。

2. 深昏迷：意识完全丧失，对各种刺激均无及病理反射出现。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。反应。全身肌肉松弛，肢体呈弛缓状态，深浅反射均消失，偶有深反射亢进。

### 三、简答题

1. 简答洗胃的禁忌证。

答：洗胃的禁忌症：

- (1)强腐蚀性毒物(如强酸、强碱)中毒
- (2)肝硬化伴食管胃底静脉曲张
- (3)胸主动脉瘤
- (4)近期内有上消化道出血及胃穿孔
- (5)胃癌。

2. 简述对急救物品管理“五定”制度的基本内容

答：一切急救药品、器械等设备应经常保持齐全，严格执行“五定”制度，即定数量品种、定点安置、定人保管、定期消毒灭菌和定期维修。

### 四、案例分析题

(1)可选择 1 : 15000~1 : 20000 高锰酸钾液。

(2)洗胃过程中应随时观察：①患者的面色、生命体征、意识、瞳孔变化，口、鼻腔黏膜情况及口中气味等；②洗出液的性质、颜色、气味和量等。

(3)如洗出液呈血性，应立即停止洗胃，并采取相应的急救措施。

## 第十九章(自测题十九答案)

### 一、选择题

1. D 2. D 3. B 4. E 5. A 6. B 7. C 8. C 9. C 10. E

### 二、名词解释

1. 临终关怀: 由社会各层次人员(护士、医生、社会工作者、志愿者以及政府和慈善团体人士等)组成的团队向疾病终末期患者及其家属提供的包括生理、心理和社会等方面在内的一种全面性支持和照料。

2. 脑死亡: 又称全脑死亡, 包括大脑、中脑、小脑和脑干的不可逆死亡。

### 三、简答题

1. 答: (1) 以护理照顾为主的原则

(2) 尊重生命的原则

(3) 提高生存质量的原则

(4) 注重心理支持的原则

2. 答: 美国医学博士库布勒—罗斯将身患绝症患者的心理反应分为五个阶段。

(1) 否认期

(2) 愤怒期

(3) 协议期

(4) 忧郁期

(5) 接受期

### 四、案例分析题

答:

1. 该患者处于愤怒期。

2. 护士要充分理解患者的痛苦和无奈, 正确对待患者发怒、抱怨、不合作的行为, 允许其宣泄情感。给患者提供表达或发泄内心情感的适宜环境。注意预防意外事件的发生。

## 第二十章(自测题二十答案)

### 一、选择题

1. A 2. D 3. A 4. E 5. B 6. E 7. B 8. E 9. B 10. B

### 二、名词解释

1. 长期医嘱 长期医嘱是医师根据患者病情需要下达的按时间反复执行的书面医嘱,有效时间一般在 24 小时以上,需定期执行,如未停止则一直有效。当医生注明停止时间后医嘱失效

2. 临时医嘱 临时医嘱是指医师根据患者病情需要下达的,有效时间在 24 小时以内,应在短时间内执行,有的需立即执行(st.),通常只执行一次的书面医嘱;部分医嘱有限定的执行时间,如手术、检查等,有效时间可在 24 小时以上。

3. 临时备用医嘱 指自医生开写医嘱起 12 小时内有效,必要时用,过期未执行则失效,如在规定的时间内未使用,则由护士用红墨水笔在执行时间栏内写明“未执行”,并用蓝黑墨水或碳素墨水笔在执行护士签名栏内签名。

4. 长期备用医嘱 按长期医嘱处理,患者需要时使用。如无停止时间,长期备用医嘱一直有效。每执行 1 次在临时医嘱单上记录 1 次。

### 三、简答题

1. 答:医疗与护理文件书写的作用:

(1)提供信息;是医护人员进行正确诊疗、护理的依据,同时也是加强各级医护人员之间交流与合作的纽带。是医生了解患者的病情进展、明确诊断、制订和调整治疗方案的重要参考依据。

(2)提供教学与科研资料

(3)提供评价依据,它既是医院护理管理的重要信息资料,又是医院进行等级评定及对护理人员考核的参考资料。

(4)提供法律依据:病历记录是具有法律效应的文件,是为法律所认可的证据。其内容反映了患者在住院期间接受治疗与护理的具体情形,在法律上可作为医疗纠纷、人身伤害、保险索赔、犯罪刑事案件及医嘱查验的证明。凡涉及以上诉讼案件,调查处理时都要将病案、护理记录作为依据加以判断,以明确医院及医护人员有无法律责任。

2. 答:医嘱处理的注意事项

1. 医嘱必须经医生签名后方为有效。一般情况下,护士不得执行口头医嘱。因抢救急危患者需要医师下达口头医嘱时,护士应当复诵一遍,医师确认无误后执行。抢救结束后 6 小时内,医师据实补开医嘱,当事护士据实补记执行时间和签名。

2. 处理医嘱时,应先急后缓,即先执行临时医嘱,再执行长期医嘱。

3. 各种药物过敏试验,其结果记录在该医嘱的末端,用圆括弧内加标识符号表示,其执行时间栏内签做皮试的时间。阳性结果用红墨水笔记录,标识为“(+)”,并在体温单、医嘱单、床头卡、腕带上同步标记;如为电子病历,打印后的阳性结果标示需用红墨水笔描红或用红墨水笔重新标识;阴性结果用蓝黑墨水或碳素墨水笔记录,标识为“(一)”。

4. 因故(如缺药、拒绝执行等)未执行的医嘱,应在执行时间栏内用红笔标明“未执行”,并用蓝黑墨水或碳素墨水笔在执行护士签名栏内签名,其原因在护理记录单中注明。

5. 输血(含成分输血)需两人核对后方可执行,两名核对者均应在执行护士签名栏内签名。

6. 医嘱取消时,医师在需要取消的医嘱上用红墨水笔写“取消”二字,“取”字和“消”字分别覆盖医嘱第一个字和最后一个字,并在该医嘱的右下角用红墨水笔签全名。

7. 医嘱需每班、每日核对,核对后签全名。

8. 凡需下一班执行的临时医嘱要交班,并在护士交班记录上注明。

#### 四、操作实务题

1. 答:

(1)评估与准备

1)评估患者评估和准备:患者的姓名、床号、住院号,查对体温、脉搏、心率、呼吸和血压的测量记录。

2)用物评估和准备:体温记录单、红、蓝笔、直尺,心率、脉搏、体温、呼吸测量的记录本。

3)环境评估和准备:环境安静、光线充足、温度合适。

4)护士自身评估与准备:着装整齐,洗手。

(2)实施

1)将体温单、生命体征记录本、红、蓝和尺放于桌子上摆放好。

2)查看患者信息资料,核对患者信息。

3)填写体温单的楣栏:姓名、科室、床号、住院号等

4)填写日期

5)绘制脉搏曲线:在相应时间栏内用红笔在相应的脉搏次数栏内划红点“●”

6)绘制心率曲线:在相同时间栏内和脉搏校正内以红笔用红点“○”绘制心率

7)用红线连接每次脉搏之间的红点,形成脉搏曲线,再用红线连接心率红圈,形成心率曲线,再连接每个相同时间点的脉搏与心率用红色直线相连。

8)形成脉搏短绌的曲线图。

9)绘制结束,核对绘制的曲线是否正确。

10)收拾绘制用具,整理桌面。

(3)评价

1)护士绘制体温单态度认真。

2)曲线绘制正确,无错误。

3)体温单页面干净、整洁。

2. 答:

(1)评估与准备

1)患者评估与准备:查看高热降温患者的信息资料(姓名、科室、床号、住院号等)和降温前的体温、降温后的体温。

2)环境评估与准备、用物评估与准备和护士自身评估与准备同上题,

(2)实施

- 1) 将体温单、生命体征记录本、红、蓝笔和尺放于桌子上摆放好。
  - 2) 查看患者信息资料，核对患者信息(姓名、科室、床号、住院号等)。
  - 3) 在患者原有体温单上找到相应时间栏内的体温(高温)标记。
  - 4) 在物理降温前温度的同一纵格内，划红圈“○”并用红虚线与降温前的温度相连，下次测得的体温用蓝线与降温前体温相连。
  - 5) 绘制结束，核对绘制的体温曲线是否正确。
  - 6) 收拾绘制用具，整理桌面。
- (3) 评价
- 1) 护士绘制体温单态度认真。
  - 2) 曲线绘制正确，无错误。
  - 3) 体温单页面干净、整洁。