

豪华的专家团队支招考试

医路领先

严谨的设题理念对接考题



医药学院 610212042302

· 适学 · 易考

全国护士执业资格考试

大纲新增考点 背诵手册

总主编：“医路领先”命题研究中心

主 编：北京大学第三医院 刘 雯
吉林大学白求恩医学院 李正华



巧设计
全面搜索新增考点
促记忆 严密追踪设题重点

延边大学出版社

医路领先

YI LU LING XIAN



医药学院 610212042302

全国护士执业资格考试

大纲

新增考点 背诵手册

总主编：“医路领先”命题研究中心

主 编：北京大学第三医院 刘 雯

吉林大学白求恩医学院 李正华



延边大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

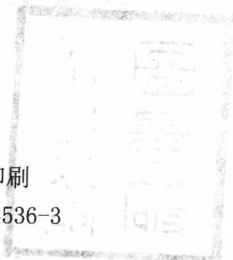
全国护士执业资格考试大纲新增考点背诵手册 / 刘
雯主编. -- 延吉 : 延边大学出版社, 2011. 12
ISBN 978-7-5634-4536-3

I. ①全… II. ①刘… III. ①护士—资格考试—自学
参考资料 IV. ①R192.6

中国版本图书馆CIP数据核字 (2011) 第239208号

全国护士执业资格考试大纲新增考点背诵手册

作 者：“医路领先”命题研究中心
出版发行：延边大学出版社
社 址：吉林省延吉市公园路977号
邮政编码：133002
发行热线：(010) 58695825 58695823
邮购热线：(010) 52898682
网 址：www.pkubook.com.cn
经 销：各地新华书店
印 刷：北京朝阳印刷厂有限责任公司
开 本：850×1168 1/32
字 数：228千字
印 张：7
版 次：2011年12月第1版
印 次：2011年12月第1版印刷
书 号：ISBN 978-7-5634-4536-3
定 价：16.8元



本书如有破损、缺页、装订错误，请与本社发行部联系更换
版权所有 侵权必究

前言



从 2011 年开始，护士资格考试采用新的考试大纲，在内容和形式上发生了很大的变化，是近几年来护士执业资格考试变化幅度最大的一次。新大纲顺应了当今教育改革的趋势，充分反映了我国护理人才培养的目标和发展方向。

归纳起来，具体变化有以下几点：疾病按系统、器官分类，打破了传统的按内、外、妇、儿科分类；增加了精神障碍、中医基础知识及部分临床疾病，扩大了疾病范围；增加了护理管理、人际沟通、护理伦理与法规等社会人文方面的内容；考试也由原来的四科变为专业实务和实践能力两个科目；考试题型以 A2、A3/A4 型题为主，A1 型题大大减少。

为了让考生扎实掌握护士执业资格考试新大纲要求的基础知识，顺利通过考试，按照新增知识点，提炼出了精华得分内容，并辅以双色印刷。节省了您再反复翻看教材的时间；双色的印刷设计，更能强化您对新增考点的背诵记忆。

本书是“医路领先”命题研究中心在分析整理了 2011 年护士资格考试新大纲新增考点的基础上编撰的，由各大医学院校的专家团队主编完成，在此，谨向这些付出辛勤劳动的老师们表示诚挚的谢意！

“医路领先”命题研究中心

目录



第一章	基础护理知识和技能	1
第二章	循环系统疾病病人的护理	2
	新增考点1 循环系统解剖生理	2
	新增考点2 感染性心内膜炎病人的护理	3
	新增考点3 心包疾病病人的护理	6
第三章	消化系统疾病病人的护理	12
	新增考点1 消化系统解剖生理	12
	新增考点2 溃疡性结肠炎病人的护理	14
	新增考点3 细菌性肝脓肿病人的护理	16
	新增考点4 胆石症病人的护理	19
	新增考点5 慢性便秘病人的护理	22
第四章	呼吸系统疾病病人的护理	25
	新增考点1 呼吸系统的解剖生理	25
	新增考点2 急性感染性喉炎病人的护理	27
第五章	传染病病人的护理	30
	新增考点 艾滋病病人的护理	30
第六章	皮肤及皮下组织疾病病人的护理	33
第七章	妊娠、分娩和产褥期疾病病人的护理	34
	新增考点 子宫破裂病人的护理	34
第八章	新生儿和新生儿疾病的护理	37
	新增考点1 新生儿缺氧缺血性脑病的护理	37
	新增考点2 新生儿脐炎的护理	39
	新增考点3 新生儿低血糖的护理	40
	新增考点4 新生儿低钙血症的护理	41
第九章	泌尿生殖系统疾病病人的护理	43
	新增考点1 泌尿系统的解剖生理	43
	新增考点2 尿石症病人的护理	44
第十章	精神障碍病人的护理	48
	新增考点1 精神障碍症状学	48
	新增考点2 精神分裂症病人的护理	52
	新增考点3 抑郁症病人的护理	55
	新增考点4 焦虑症病人的护理	58
	新增考点5 强迫症病人的护理	59
	新增考点6 癔症病人的护理	62
	新增考点7 睡眠障碍病人的护理	65
	新增考点8 阿尔茨海默病病人的护理	67

第十一章	损伤、中毒病人的护理	71
	新增考点 1 毒蛇咬伤病人的护理	71
	新增考点 2 一氧化碳中毒病人的护理	72
	新增考点 3 有机磷中毒病人的护理	75
	新增考点 4 镇静催眠药中毒病人的护理	77
	新增考点 5 酒精中毒病人的护理	80
	新增考点 6 中暑病人的护理	84
	新增考点 7 淹溺病人的护理	87
	新增考点 8 细菌性食物中毒病人的护理	89
	新增考点 9 小儿气管异物的护理	91
第十二章	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病病人的护理	94
	新增考点 1 腰腿痛和颈肩痛病人的护理	94
	新增考点 2 风湿热病人的护理	101
	新增考点 3 骨质疏松症病人的护理	103
第十三章	肿瘤病人的护理	107
	新增考点 1 胰腺癌病人的护理	107
	新增考点 2 膀胱癌病人的护理	109
	新增考点 3 卵巢癌病人的护理	112
	新增考点 4 骨肉瘤病人的护理	114
第十四章	血液、造血器官及免疫疾病病人的护理	117
	新增考点 1 血液及造血系统的解剖生理	117
	新增考点 2 血友病病人的护理	118
	新增考点 3 弥散性血管内凝血病人的护理	120
第十五章	内分泌、营养及代谢疾病病人的护理	122
	新增考点 1 内分泌系统的解剖生理	122
	新增考点 2 Cushing 综合征病人的护理	124
	新增考点 3 痛风病人的护理	127
	新增考点 4 营养不良病人的护理	132
第十六章	神经系统疾病病人的护理	135
	新增考点 1 神经系统解剖生理	135
	新增考点 2 三叉神经痛病人的护理	136
	新增考点 3 急性脱髓鞘性多发性神经炎病人的护理	139
	新增考点 4 帕金森病病人的护理	141
第十七章	生命发展保健	145
	新增考点 1 孕期保健	145
	新增考点 2 青春期保健	148
	新增考点 3 妇女保健	149

	新增考点 4 老年保健	152
第十八章	中医基础知识	161
	新增考点 1 中医学的基本概念	161
	新增考点 2 中医基础理论	162
	新增考点 3 中医的四诊	167
	新增考点 4 中医辨证方法	169
	新增考点 5 中医治病八法	171
	新增考点 6 养生与治则	172
	新增考点 7 中药	173
第十九章	护理管理	176
	新增考点 1 医院护理管理的组织原则	176
	新增考点 2 临床护理工作组织结构	177
	新增考点 3 医院常用的护理质量标准	179
	新增考点 4 医院护理质量缺陷及管理	183
第二十章	护理伦理与法规	186
	新增考点 1 护士执业注册的相关规定	186
	新增考点 2 医疗事故的分级	188
	新增考点 3 病人的权利与义务	189
	新增考点 4 护士执业中的伦理具体原则	190
	新增考点 5 护士的权利与义务	191
第二十一章	人际沟通	194
	新增考点 1 概述	194
	新增考点 2 护理工作中的人际关系	195
	新增考点 3 护理工作中的语言沟通	202
	新增考点 4 护理工作中的非语言沟通	205
	新增考点 5 护理工作中礼仪要求	208

第一章

基础护理知识和技能

注：本章无新增内容。

循环系统疾病病人的护理

新增考点 1

循环系统解剖生理

循环系统由心脏、血管和调节血液循环的神经体液系统组成。血液循环系统的功能是不断为全身各组织器官运输血液，将 O_2 、营养物质输送到组织，并在内分泌腺和靶器官之间传递激素，同时将各器官、组织产生的 CO_2 和其他代谢产物运走，以保证人体新陈代谢和生理功能的正常进行，维持机体内部环境的相对稳定。

一 心脏

心脏是一个由肌肉构成的圆锥形、中空的器官，分四个腔室，即左心房、左心室、右心房、右心室。左、右心房之间，左、右心室之间各有肌性的房间隔和室间隔相隔，左右心之间互不相通。左心房、室之间有二尖瓣，右心房、室之间有三尖瓣；左心室与主动脉之间有主动脉瓣，左心室和主动脉通过主动脉瓣相通，右心室与肺动脉之间有肺动脉瓣，右心室和肺动脉通过肺动脉瓣相通。

冠状动脉是营养心脏的血管，起源于主动脉根部，有左、右两支，围绕在心脏的表面并穿透至心肌内。

心脏在心脏内传导系统的作用下，进行着有节律的收缩和舒张活动。心脏传导系统包括窦房结、结间束、房室结、希氏束、左右束支及其分支和普肯耶纤维，负责心脏正常冲动的形成和传导。

二 血管

循环系统的血管分动脉、静脉、毛细血管。动脉是引导血液出心脏的管道，主要功能是输送血液到组织器官；静脉的主要功能是汇集从毛细血管来的血液，将血液送回心脏的管道；毛细血管位于小动脉与小静脉之间，呈网状分布，其管壁由单层的内皮细胞和基膜组成，是血液与组织液进行物质交换的场所。

三 调节循环系统的神经体液

调节循环系统的神经是交感神经和副交感神经，交感神经兴奋时，心率加快、心肌收缩力增强、外周血管收缩、血管阻力增加、血压升高；副交感神经兴奋时，



心率减慢、心肌收缩力减弱、外周血管扩张、血管阻力减小、血压下降。

调节循环系统的体液因素有肾素、血管紧张素、醛固酮系统，对调节钠钾平衡、血容量和血压起重要作用。

新增考点 2

感染性心内膜炎病人的护理

感染性心内膜炎是心内膜表面的微生物感染，伴赘生物形成。

一 病因与发病机制

感染性心内膜炎主要是由链球菌和葡萄球菌感染。急性感染性心内膜炎主要由金黄色葡萄球菌引起。亚急性感染性心内膜炎由草绿色链球菌感染最常见。

二 临床表现

1. 症状

(1) 发热：发热是感染性心内膜炎最常见的症状，常伴有头痛，背痛和肌肉关节痛的症状。亚急性感染性心内膜炎起病隐匿，可伴有全身不适、乏力、食欲不振和体重减轻等症状，可有弛张性低热，一般 $<39^{\circ}\text{C}$ 。急性感染性心内膜炎常有急性化脓性感染，有高热、寒战。常可突发心力衰竭。

(2) 非特异性症状脾大、贫血、杵状指/趾。

(3) 动脉栓塞：脑栓塞的发生率最高。

2. 体征

(1) 心脏杂音：80% ~ 85% 的病人可闻心脏杂音。

(2) 周围体征：可能是微血管炎或微栓塞所致，多为非特异性，包括：

① 瘀点：多见病程长者，以锁骨、皮肤、口腔黏膜和睑结膜常见；

② 指、趾甲下线状出血；

③ Roth 斑：多见于亚急性感染性心内膜炎，表现为视网膜的卵圆形出血斑，其中心呈白色；

④ Osler 结节：为指和趾垫出现豌豆大的红或紫色痛性结节，较常见于亚急性感染性心内膜炎；

⑤ Janeway 损害：是手掌和足底处直径 1 ~ 4mm，无痛性出血斑，主要见于急性感染性心内膜炎。

3. 并发症

(1) 心脏并发症

① 心力衰竭：是最常见的并发症，主要由瓣膜关闭不全所致，以主动脉瓣受损病人最多见。其次为二尖瓣受损的病人，三尖瓣受损的病人也可发生。

② 心肌脓肿：常见于急性感染性心内膜炎病人，以瓣膜周围特别在主动脉瓣



环多见，可导致房室和室内传导阻滞。

③急性心肌梗死：多见主动脉瓣感染时，出现冠状动脉细菌性动脉瘤，引起冠状动脉栓塞，发生急性心肌梗死。

④化脓性心包炎：主要发生于急性感染性心内膜炎病人。

⑤心肌炎。

(2) 细菌性动脉瘤：多见于亚急性感染性心内膜炎病人。受累动脉多为近端主动脉及主动脉窦、脑、内脏和四肢，可扪及的搏动性肿块，发生周围血管时易诊断。

(3) 迁移性脓肿：多见于急性感染性心内膜炎病人，多发生在肝、脾、骨髓和神经系统。

(4) 神经系统：包括脑栓塞、脑细菌性动脉瘤、脑出血、中毒性脑病、化脓性脑膜炎、脑脓肿。

(5) 大多数病人有肾损害

①肾动脉栓塞和肾梗死，多见于急性感染性心内膜炎病人；

②局灶性或弥漫性肾小球肾炎，常见于亚急性感染性心内膜炎病人；

③肾脓肿，少见。

三 辅助检查

1. 尿常规

显微镜下常有血尿和轻度蛋白尿。肉眼血尿提示肾梗死。红细胞管型和大量蛋白尿提示弥漫性肾小球性肾炎。

2. 血常规

白细胞计数正常或轻度升高，分类计数轻度左移。可有“耳垂组织细胞”现象，即揉耳垂后穿刺的第一滴血液涂片时可见大单核细胞，是单核-吞噬细胞系统过度受刺激的表现。急性感染性心内膜炎常有血白细胞计数增高，并有核左移。红细胞沉降率升高。亚急性感染性心内膜炎病人常见正常色素型正常细胞性贫血。

3. 免疫学检查

80%的病人血清出现免疫复合物，25%的病人有高丙种球蛋白血症。亚急性感染性心内膜炎在病程6周以上的病人中有50%类风湿因子阳性。

4. 血培养

是诊断菌血症和感染性心内膜炎的最有价值的重要方法。

5. X线检查

肺部多处小片状浸润阴影，提示脓毒性肺栓塞所致的肺炎。左心衰竭时可有肺淤血或肺水肿征。主动脉增宽可是主动脉细菌性动脉瘤所致。

6. 心电图

心肌梗死心电图表现可见于急性感染性心内膜炎病人。主动脉瓣环或室间隔



脓肿的病人可出现房室、室内传导阻滞的情况。

7. 超声心动图

超声心动图发现赘生物、瓣周并发症等支持心内膜炎的证据，对明确感染性心内膜炎诊断有重要价值。

四 治疗原则

1. 抗微生物药物治疗是治疗本病最重要的措施。

(1) 青霉素敏感的细菌治疗：至少用药4周。对青霉素敏感的细菌如草绿色链球菌、牛链球菌、肺炎球菌等。

(2) 青霉素耐药的链球菌治疗：可选用

①青霉素加庆大霉素，青霉素应用4周，庆大霉素应用2周；

②万古霉素，静脉滴注，疗程4周。

2. 肠球菌心内膜炎治疗：可选用

(1) 大剂量青霉素加庆大霉素静脉滴注；

(2) 氨苄西林加庆大霉素，用药4~6周；

(3) 治疗效果不佳或不能耐受者可改用万古霉素，静脉滴注，疗程4~6周。

3. 对金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌的治疗：可选用

(1) 萘夫西林或苯唑西林，静脉滴注，用药4~6周，治疗开始3~5d加用庆大霉素；

(2) 青霉素过敏或无效病人，可用头孢唑林，静脉滴注，用药4~6周，治疗开始3~5d，加用庆大霉素；

(3) 如青霉素和头孢菌素无效时，可用万古霉素4~6周。

4. 耐药的金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌治疗：应用万古霉素治疗4周。

5. 真菌感染治疗：用两性霉素B静脉滴注。

五 护理问题

1. 体温过高 与微生物感染引起的心内膜炎有关

2. 营养失调：低于机体需要量 与长期发热导致机体消耗过多有关

3. 焦虑 与发热、病情反复、疗程长、出现并发症有关

4. 潜在并发症：心力衰竭、动脉栓塞

六 护理措施

1. 一般护理：注意防寒保暖，保持口腔、皮肤清洁，预防呼吸道、皮肤感染。

2. 饮食护理：给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的半流食或软食。

3. 发热护理：观察体温和皮肤黏膜，每4~6小时测量1次，并准确记录，以判断病情进展和治疗效果。观察病人皮肤情况，检查有无指、趾甲下线状出血、



手掌和足底无痛性出血红斑、Osler 结节等周围体征。

4. 正确采集血标本：抽取血培养标本方法如下：

对于未开始治疗的亚急性感染性心内膜炎病人应在第一日每间隔 1 小时采血 1 次，共 3 次。

已用过抗生素病人，应停药 2~7 天后采血。急性感染性心内膜炎病人应在入院后 3 小时内，每隔 1 小时 1 次共取 3 个血标本后开始治疗。

每次取静脉血 10~20ml，作需氧和厌氧培养，至少应培养 3 周。

5. 病情观察：严密观察体温、心律、血压等生命体征的变化；观察心脏杂音的部位、强度、性质有无变化；注意观察脏器动脉栓塞有关症状，如病人肢体活动情况、协调动作如何、神志意识变化等，当病人发生可疑征象，尽早报告医生及时处理。

6. 用药护理：遵医嘱给予抗生素治疗，要严格按时间、剂量准确用药，以确保维持有效的血药浓度。注意保护病人静脉血管，有计划地使用，以保证完成长时间的治疗。

七、健康教育

1. 提高病人依从性，帮助病人及家属认识本病的病因、发病机制，坚持足够疗程的治疗意义。

2. 向病人介绍就诊注意事项，告诉病人在就诊时应向医生讲明本人有心内膜炎病史，在实施口腔内手术如拔牙、扁桃体摘除，上呼吸道手术或操作及生殖、泌尿、消化道侵入性检查或其他外科手术前，应预防性使用抗生素。

3. 指导病人预防感染，嘱咐病人平时要注意防寒、保暖，保持口腔及皮肤清洁，不要挤压痤疮、疖、痈等感染病灶。

4. 帮助病人掌握病情自我观察方法，如自测体温，观察体温变化，观察有无栓塞表现等。

新增考点 3

心包疾病病人的护理

一、急性心包炎

急性心包炎是心包脏层与壁层间的急性炎症，可由细菌、病毒、自身免疫、物理、化学等因素引起。

1. 病因与发病机制

常见病因为风湿热、结核、细菌感染，近年来病毒感染、肿瘤、尿毒症性和心肌梗死性心包炎发病率显著增多。



2. 临床表现

(1) 症状

①胸痛：心前区疼痛是纤维蛋白性心包炎主要症状，如急性非特异性心包炎、感染性心包炎。疼痛常位于心前区或胸骨后，可放射到颈部、左肩、左臂及左肩胛骨，疼痛性质呈压榨样或锐痛，也可闷痛，常因咳嗽、深呼吸、变换体位或吞咽而加重。

②呼吸困难：是心包积液时最突出的症状。严重的呼吸困难病人可呈端坐呼吸。

③全身症状：可有干咳、声音嘶哑及吞咽困难等症状，常因压迫气管、食管而产生。也可有发冷、发热、乏力、烦躁、心前区或上腹部闷胀等。大量渗液可影响静脉回流，出现体循环淤血表现如颈静脉怒张、肝大、腹水及下肢水肿等。

④心包压塞：心包积液快速增加可引起急性心脏压塞，出现气促、心动过速、血压下降、大汗淋漓、四肢冰凉，严重者可意识恍惚，发生急性循环衰竭、休克等。如积液积聚较慢，可出现亚急性或慢性心脏压塞，表现为颈静脉怒张、静脉压升高、奇脉。

(2) 体征

①心包摩擦音：是纤维蛋白性心包炎的典型体征，多位于心前区，以胸骨左缘第3、4肋间、坐位时身体前倾、深吸气最为明显。心前区听到心包摩擦音就可作出心包炎的诊断。

②心包积液：心浊音界向两侧增大，皆为绝对浊音区；心尖搏动弱，且位于心浊音界的内侧或不能扪及；积液大量时可出现心包积液征（Ewart征），即在左肩胛骨下叩诊浊音和闻及因左肺受压引起的支气管呼吸音。

③心包压塞：按心脏压塞程度，脉搏可表现为正常、减弱或出现奇脉。奇脉是大量心包积液病人，触诊时桡动脉搏动呈吸气性显著减弱或消失，呼气时又复原的现象。也可通过血压测量来诊断，即吸气时动脉收缩压下降10mmHg或更多。

(3) 并发症

①复发性心包炎：是急性心包炎最难处理的并发症，在初次发病后数月甚至数年反复发作并伴严重的胸痛。

②缩窄性心包炎：常见于结核性心包炎、化脓性心包炎、创伤性心包炎。

3. 辅助检查

(1) 化验检查：由原发病决定，如感染性心包炎常有白细胞计数增加、血沉增快等。

(2) X线检查对渗出性心包炎有一定价值，可见心影向两侧增大，心脏搏动减弱或消失；尤其是肺部无明显充血而心影显著增大是心包积液的X线表现特征。



(3) 心电图

①常有窦性心动过速。

②ST段抬高，呈弓背向下，见于除aVR导联以外的所有导联，aVR导联中ST段压低。

③一至数日后，ST段回到基线，T波低平或倒置，持续数周至数月后T波逐渐恢复正常。

④心包积液时有QRS低电压。

(4) 超声心动图：对诊断心包积液迅速可靠。心脏压塞的特征为：右心房及右心室舒张期塌陷；吸气时室间隔左移，右心室内径增大，左心室内径减小等。

(5) 心包穿刺：抽取的积液作生物学、生化、细胞分类、查瘤细胞的检查等，确定病因；缓解心脏压塞症状；必要时在心包腔内给予抗菌或化疗药物等。

4. 治疗原则

(1) 病因治疗

如结核性心包炎给予规范化抗结核治疗，化脓性心包炎应用敏感抗生素治疗等。

(2) 非特异性心包炎的治疗

①应用非甾体类抗炎药物治疗；

②在非甾体类抗炎药物治疗无效情况下，应用糖皮质激素药物治疗，常用泼尼松40~60mg/d，1~3周，症状严重者可静脉应用甲泼尼龙。

(3) 复发性心包炎的治疗：应用秋水仙碱0.5~1mg/d，至少1年，缓慢减量停药。

(4) 心包积液、心包压塞的治疗

①结核性或化脓性心包炎要充分、彻底引流，提高治疗效果和减少心包缩窄发生率。

②心包积液中、大量，将要发生心脏压塞的病人，行心包穿刺引流。

③已发生心脏压塞病人，无论积液量多少都要紧急心包穿刺引流。

④由于积液中有较多凝块、纤维条索状物，会影响引流效果或风险大的病人，可行心包开窗引流。

二、缩窄性心包炎

缩窄性心包炎是心脏被纤维化或钙化的心包致密厚实地包围，使心室舒张期充盈受限而引发一系列循环障碍的疾病。

1. 病因与发病机制

缩窄性心包炎继发于急性心包炎，病因以结核性心包炎最为常见，其次为化脓性或创伤性心包炎。



2. 临床表现

(1) 症状

常见症状为劳力性呼吸困难、疲乏、食欲不振、上腹胀满或疼痛。也可因肺静脉压高而导致症状如咳嗽、活动后气促。

(2) 体征

有颈静脉怒张、肝大、腹水、下肢水肿、心率增快,可见 Kussmaul 征。

腹水常较皮下水肿出现得早、明显得多。

脉搏细弱无力,动脉收缩压降低,脉压变小。有时可有房颤。心尖搏动不明显,心音减低,少数病人在胸骨左缘第3、4肋间可闻及心包叩击音。

3. 辅助检查

(1) X线检查

心影偏小、正常或轻度增大;左右心缘变直,主动脉弓小而右上纵隔增宽(上腔静脉扩张)。

(2) 心电图

窦性心律,常有心动过速,有时可有房颤。QRS 波群低电压、T 波低平或倒置。

(3) 右心导管检查

右心导管检查的特征性表现:肺毛细血管压力、肺动脉舒张压力、右心室舒张末期压力、右心房压力均升高且都在相同或相近高水平,右心房压力曲线呈“M”或“W”波形,右心室收缩压轻度升高,舒张早期下陷及高原形曲线。

4. 治疗原则

(1) 外科治疗

应尽早施行心包剥离术。但通常在心包感染、结核被控制,即应手术并在术后继续用药1年。

(2) 内科辅助治疗

应用利尿剂和限盐缓解机体液体潴留,水肿症状;对于房颤伴心室率快的病人,可首选地高辛,之后再应用 β 受体阻滞剂和钙拮抗剂。



三、护理问题

1. 疼痛:心前区疼痛 与心包纤维蛋白性炎症有关
2. 气体交换受损 与肺淤血及肺组织受压有关
3. 心排出量减少 与大量心包积液妨碍心室舒张充盈有关
4. 体温过高 与感染有关
5. 活动无耐力 与心排血量不足有关
6. 体液过多 与体循环淤血有关
7. 潜在并发症:心包填塞



四 护理措施

1. 体位与休息

对于呼吸困难病人要根据病情帮助病人采取半卧位或前倾坐位，倚靠床桌，保持舒适体位。对于有胸痛的病人，要卧床休息，保持情绪稳定，不要用力咳嗽、深呼吸或突然改变体位，以免使疼痛加重。避免受凉，防止呼吸道感染，以免加重呼吸困难症状。

2. 病情观察

(1) 定时监测和记录生命体征：了解病人心前区疼痛、呼吸困难的变化情况，密切观察心包压塞的表现。

(2) 观察病人呼吸困难的程度，有无呼吸浅快、发绀。观察血气变化，根据缺氧程度调节氧流量，观察吸氧效果。观察血压、心律、面色，如血压明显下降、口唇发绀、面色苍白、心动过速，应及时向医生报告，并做好心包穿刺的准备工作。

(3) 对水肿明显和应用利尿剂治疗病人，准确记录出入量，观察水肿部位的皮肤弹性、完整性。观察有无乏力、恶心、呕吐、腹胀、心律不齐等低血钾表现，并定期复查血清钾，出现低血钾症时遵医嘱及时补充氯化钾。

3. 用药护理

遵医嘱给予非甾体类抗炎药，注意有无胃肠道反应、出血等不良反应。遵医嘱给予糖皮质激素、抗生素、抗结核、抗肿瘤等药物治疗。控制输液速度，防止加重心脏负担。

4. 饮食护理

嘱病人加强营养，给予高热量、高蛋白、高维生素的易消化饮食，限制钠盐摄入，增强机体抵抗力。

5. 心包穿刺术的护理

(1) 术前护理

①向病人讲清手术的意义和需要配合注意事项，解除病人心理顾虑。争取病人及家属的理解并配合，签署知情同意书。

②必要时术前用镇静剂，建立静脉通道，备静脉用阿托品，以备术中发生迷走反射时使用。术前行超声心动图检查，确定积液量和穿刺部位。

③择期操作者可禁食4~6小时。协助病人取坐位或半卧位。

(2) 术中护理

①病人勿剧烈咳嗽或深呼吸；

②抽液过程中要注意随时夹闭胶管，防止空气进入心包腔；

③抽液要缓慢，第一次抽液量不超过200ml，若抽出液为鲜血时，应立即停止抽液，观察有无心脏压塞征象，准备好抢救物品和药品；