

国家执业资格考试应试宝典系列丛书



2014

国家护士执业资格考试 应试宝典·考点精粹

总主编：喻友军 屈 刚

主编：陈云华 陈炼红 余尚昆

忙于实习轮科复习没时间？书太厚没心思看不完？
学校通过率低不知怎么复习？

应试宝典命题分析小组**几十位专家**倾心打造

主编院校五年**100%**护考通过率

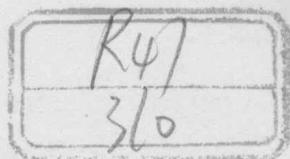
选用学校当年通过率迅速**提高30%**

你也可以！

选择**应试宝典**分享**100%通过的秘密！**



科学出版社



湖南中医药大学图书馆

国家执业资格考试应试宝典系列丛书

2014 国家护士执业资格考试

应试宝典·考点精粹

总主编 喻友军 屈刚

主 编 陈云华 陈炼红 余尚昆

副主编 邓意志 王红

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

陈炼红 陈云华 邓湘穗 邓意志 董小文

李耀军 李正安 刘杰 刘美萍 柳卫

彭月娥 秦云 余金文 陶宏伟 田小娟

王红 谢云 谢玲莉 余尚昆 张钱友



中医学院 0667695

科学出版社

北京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书是“2014 国家护士执业资格考试应试宝典”丛书之一,是由具有多年护士执业资格考试辅导经验的教师团队编写。该团队对近年来的考试题目进行了认真的研究,其辅导的中专学生连续五年参加全国护士执业资格考试通过率达95%以上,大专学生达100%。本书的编写按照2011年护考新大纲的要求,改变原有按内、外、妇、儿、基础护理学的分类方法,将疾病按系统分类,力求内容全面、精练、够用,编排新颖。全书共21章,章节编排遵循由易到难、由简单到复杂的顺序,有利于考生循序渐进复习。重点内容用特殊符号标记,2012年、2013年的考点分别用符号“▲”、“★”标注,给考生以温馨提示。对书中标出的重点内容进行梳理和浓缩,概括为“容易混淆或相似、相近的知识点”,列在书末,有利于考生考前强化记忆、冲刺迎考。

本书主要供参加国家护士执业资格考试的考生使用,也可作为自学考试、专升本考试、成人高考及在校学生学习期间的参考资料。

图书在版编目(CIP)数据

2014 国家护士执业资格考试应试宝典·考点精粹 / 陈云华, 陈炼红, 余尚昆主编. —北京: 科学出版社, 2014. 1

(国家执业资格考试应试宝典系列丛书)

ISBN 978-7-03-039155-1

I. 2… II. ①陈… ②陈… ③余… III. 护士-资格考试-自学参考资料 IV. R192.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 273175 号

责任编辑:张 茵 张 艳 / 责任校对:宣 慧

责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京市文林印务有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2014年1月第一版 开本:787×1092 1/16

2014年1月第一次印刷 印张:36 1/2

字数:1 033 000

定价:69.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

总 前 言

“2014 国家护士执业资格考试应试宝典”丛书为国家护士执业资格考试的复习参考书。本丛书以最新护考大纲为依据,以近年来护士执业资格考试考点为参照,认真分析研究了历年考试真题所覆盖的知识点,并采纳了众多考生的反馈意见,汲取了国内目前已出版的各种护士执业考试辅导用书的优点,总结了自 2009 年来编者所在院校教学与护考的成功经验精编而成,力求为广大考生提供最全面、最精要的备考知识,让考生用最少的复习时间,掌握最多的知识点,取得最理想的考试成绩。2009~2013 年国家护士执业资格考试中,由编者所辅导的六千多名护理、助产专业考生,中专学生考试平均通过率达 95% 以上,大专学生达 100%。

“2014 国家护士执业资格考试应试宝典”丛书包括考点精粹、精练(上、中、下册)和模拟试题五本,以国家最新考试大纲为蓝本,既考虑知识点的全面性,又结合考试实际,瞄准考点、突出重点、突破难点,在编写形式上力求便于考生理解和记忆,试题均备有参考答案,难题备有解析。考点精粹分册对大纲考点科学重组、系统排序、要点提炼、重点标注并详实阐述;精练分册以系统疾病为单元,瞄准考点,以经典试题再现知识点,既与护考无缝对接,又便于考生边复习边检测;模拟试题分册依照国家统一考试单元编写,共 6 套 1634 题,每套含专业实务与实践能力两部分,考点覆盖面广,模拟性、针对性、预测性强,利于考生顺利实现从各科目的系统复习向综合性实战模拟的转变,起到事半功倍的作用。

本丛书主要供参加国家护士执业资格考试的各类考生和参加辅导的教师使用,亦可作为自学考试、成人高考和在校学生学习期间的参考资料。

本丛书编写参考了国内出版与护考相关的教材教辅用书,在此一并致谢。鉴于各种原因,书中难免有不足之处,敬请各位同仁和广大读者批评指正!

喻友军 屈 刚
2013 年 9 月

目 录

第1章 消化系统疾病患者的护理	(1)
第1节 消化系统解剖生理	(1)
第2节 口炎患者的护理	(3)
第3节 小儿腹泻的护理	(4)
第4节 慢性胃炎患者的护理	(10)
第5节 消化性溃疡患者的护理	(11)
第6节 肠梗阻患者的护理	(15)
第7节 急性阑尾炎患者的护理	(18)
第8节 腹外疝患者的护理	(20)
第9节 溃疡性结肠炎患者的护理	(23)
第10节 痔患者的护理	(25)
第11节 肛瘘患者的护理	(28)
第12节 直肠肛管周围脓肿患者的护理	(29)
第13节 肝硬化患者的护理	(30)
第14节 细菌性肝脓肿患者的护理	(33)
第15节 肝性脑病患者的护理	(34)
第16节 胆道感染患者的护理	(37)
第17节 胆石症患者的护理	(39)
第18节 胆道蛔虫病患者的护理	(42)
第19节 急性胰腺炎患者的护理	(44)
第20节 上消化道大量出血患者的护理	(46)
第21节 慢性便秘患者的护理	(49)
第22节 急腹症患者的护理	(50)
第2章 皮肤及皮下组织疾病患者的护理	(53)
第1节 皮肤及皮下组织化脓性感染患者的护理	(53)
第2节 手部急性化脓性感染患者的护理	(55)
第3章 妊娠、分娩和产褥期疾病患者的护理	(56)
第1节 女性生殖系统解剖生理	(56)
第2节 妊娠期妇女的护理	(58)
第3节 分娩期妇女的护理	(62)
第4节 产褥期妇女的护理	(66)
第5节 流产患者的护理	(68)
第6节 早产患者的护理	(69)
第7节 过期妊娠患者的护理	(70)
第8节 妊娠期高血压疾病患者的护理	(70)
第9节 异位妊娠患者的护理	(72)



第10节	胎盘早剥患者的护理	(74)
第11节	前置胎盘患者的护理	(75)
第12节	羊水量异常患者的护理	(77)
第13节	多胎妊娠及巨大胎儿患者的护理	(79)
第14节	胎儿窘迫患者的护理	(80)
第15节	胎膜早破患者的护理	(82)
第16节	妊娠期合并症患者的护理	(82)
第17节	产力异常患者的护理	(87)
第18节	产道异常患者的护理	(90)
第19节	胎位异常患者的护理	(91)
第20节	产后出血患者的护理	(92)
第21节	羊水栓塞患者的护理	(94)
第22节	子宫破裂患者的护理	(95)
第23节	产褥感染患者的护理	(96)
第24节	晚期产后出血患者的护理	(97)
第4章	泌尿生殖系统疾病患者的护理	(99)
第1节	泌尿系统的解剖生理	(99)
第2节	肾小球肾炎患者的护理	(100)
第3节	肾病综合征患者的护理	(104)
第4节	急性肾衰竭患者的护理	(106)
第5节	慢性肾衰竭患者的护理	(108)
第6节	尿路感染患者的护理	(111)
第7节	泌尿系统损伤患者的护理	(114)
第8节	尿路结石患者的护理	(118)
第9节	前列腺增生患者的护理	(121)
第10节	外阴炎患者的护理	(123)
第11节	阴道炎患者的护理	(124)
第12节	宫颈炎和盆腔炎患者的护理	(128)
第13节	功能失调性子宫出血	(130)
第14节	痛经患者的护理	(131)
第15节	绝经综合征患者的护理	(132)
第16节	子宫内膜异位症患者的护理	(133)
第17节	子宫脱垂患者的护理	(134)
第18节	急性乳腺炎患者的护理	(136)
第5章	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病患者的护理	(138)
第1节	脊柱及脊髓损伤患者的护理	(138)
第2节	关节脱位患者的护理	(141)
第3节	骨和关节化脓性感染患者的护理	(143)
第4节	腰腿痛和颈肩痛患者的护理	(146)
第5节	风湿热患者的护理	(151)
第6节	类风湿关节炎患者的护理	(153)
第7节	系统性红斑狼疮患者的护理	(155)
第8节	骨质疏松症患者的护理	(157)



第6章 肿瘤患者的护理	(159)
第1节 食管癌患者的护理	(159)
第2节 胃癌患者的护理	(162)
第3节 原发性肝癌患者的护理	(164)
第4节 胰腺癌患者的护理	(166)
第5节 大肠癌患者的护理	(167)
第6节 肾癌患者的护理	(172)
第7节 膀胱癌患者的护理	(173)
第8节 宫颈癌患者的护理	(174)
第9节 子宫肌瘤患者的护理	(176)
第10节 卵巢癌患者的护理	(177)
第11节 子宫内膜癌患者的护理	(178)
第12节 葡萄胎患者的护理	(179)
第13节 侵蚀性葡萄胎患者的护理	(180)
第14节 绒毛膜癌患者的护理	(181)
第15节 白血病患者护理	(181)
第16节 颅内肿瘤患者的护理	(185)
第17节 乳腺癌患者的护理	(187)
第18节 原发性支气管肺癌患者的护理	(189)
第19节 骨肉瘤患者的护理	(191)
第7章 循环系统疾病患者的护理	(193)
第1节 循环系统解剖生理	(193)
第2节 心功能不全患者的护理	(194)
第3节 心律失常患者的护理	(198)
第4节 先天性心脏病患者的护理	(202)
第5节 高血压患者的护理	(204)
第6节 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	(207)
第7节 心脏瓣膜病患者的护理	(211)
第8节 感染性心内膜炎患者的护理	(214)
第9节 心肌疾病患者的护理	(217)
第10节 心包疾病患者的护理	(220)
第11节 周围血管疾病患者的护理	(222)
第12节 心脏骤停患者的护理	(227)
第8章 呼吸系统疾病患者的护理	(231)
第1节 呼吸系统的解剖生理	(231)
第2节 急性感染性喉炎患者的护理	(233)
第3节 急性支气管炎患者的护理	(234)
第4节 肺炎患者的护理	(235)
第5节 支气管扩张患者的护理	(239)
第6节 慢性阻塞性肺疾病患者的护理	(241)
第7节 支气管哮喘患者的护理	(244)
第8节 慢性肺源性心脏病患者的护理	(246)
第9节 血气胸患者的护理	(248)



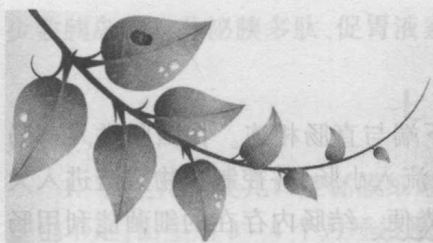
第10节 呼吸衰竭患者的护理	(252)
第11节 急性呼吸窘迫综合征患者的护理	(254)
第9章 传染病患者的护理	(256)
第1节 传染病概述	(256)
第2节 麻疹患者的护理	(256)
第3节 水痘患者的护理	(258)
第4节 流行性腮腺炎患者的护理	(259)
第5节 病毒性肝炎患者的护理	(260)
第6节 艾滋病患者的护理	(263)
第7节 流行性乙型脑炎患者的护理	(266)
第8节 猩红热患者的护理	(267)
第9节 中毒型细菌性痢疾患者的护理	(268)
第10节 结核病患者护理	(269)
第10章 损伤、中毒患者的护理	(274)
第1节 创伤患者的护理	(274)
第2节 烧伤患者的护理	(275)
第3节 毒蛇咬伤患者的护理	(278)
第4节 腹部损伤患者的护理	(279)
第5节 急性一氧化碳中毒患者的护理	(280)
第6节 有机磷中毒患者的护理	(281)
第7节 镇静催眠药中毒患者的护理	(283)
第8节 酒精中毒患者的护理	(285)
第9节 中暑患者的护理	(287)
第10节 淹溺患者的护理	(289)
第11节 细菌性食物中毒患者的护理	(290)
第12节 小儿气管异物患者的护理	(291)
第13节 破伤风患者的护理	(293)
第14节 肋骨骨折患者的护理	(295)
第15节 常见四肢骨折患者的护理	(296)
第16节 骨盆骨折患者的护理	(303)
第17节 颅骨骨折患者的护理	(304)
第11章 血液、造血器官及免疫疾病患者的护理	(305)
第1节 血液及造血系统的解剖生理	(305)
第2节 营养性缺铁性贫血患者的护理	(306)
第3节 营养性巨幼细胞性贫血患者的护理	(308)
第4节 再生障碍性贫血患者的护理	(309)
第5节 血友病患者的护理	(311)
第6节 特发性血小板减少性紫癜患者的护理	(312)
第7节 弥散性血管内凝血患者的护理	(313)
第12章 内分泌、营养和代谢疾病患者的护理	(315)
第1节 内分泌系统的解剖生理	(315)
第2节 单纯性甲状腺肿患者的护理	(316)
第3节 甲状腺功能亢进患者的护理	(317)



第4节	甲状腺功能减退患者的护理	(320)
第5节	库欣综合征患者的护理	(321)
第6节	糖尿病患者的护理	(323)
第7节	痛风患者的护理	(326)
第8节	营养不良患者的护理	(328)
第9节	小儿维生素D缺乏性佝偻病患者的护理	(329)
第10节	小儿维生素D缺乏性手足抽搐症患者的护理	(331)
第13章	神经系统疾病患者的护理	(333)
第1节	神经系统解剖生理	(333)
第2节	颅内压增高与脑疝患者的护理	(334)
第3节	头皮损伤患者的护理	(336)
第4节	脑损伤患者的护理	(336)
第5节	脑血管疾病患者的护理	(339)
第6节	三叉神经痛患者的护理	(341)
第7节	急性炎症性脱髓鞘性多发性神经炎患者的护理	(342)
第8节	帕金森病患者的护理	(344)
第9节	癫痫患者的护理	(346)
第10节	化脓性脑膜炎患者的护理	(349)
第11节	病毒性脑膜脑炎患者的护理	(351)
第12节	小儿惊厥患者的护理	(352)
第14章	新生儿和新生儿疾病患者的护理	(354)
第1节	正常足月儿的特点和护理	(354)
第2节	早产儿患者的特点和护理	(356)
第3节	新生儿窒息患者的护理	(358)
第4节	新生儿缺氧缺血性脑病患者的护理	(359)
第5节	新生儿颅内出血患者的护理	(360)
第6节	新生儿黄疸患者的护理	(362)
第7节	新生儿寒冷损伤综合征患者的护理	(364)
第8节	新生儿脐炎患者的护理	(365)
第9节	新生儿低血糖患者的护理	(366)
第10节	新生儿低钙血症患者的护理	(367)
第15章	生命发展保健	(368)
第1节	计划生育	(368)
第2节	孕期保健	(372)
第3节	生长发育	(373)
第4节	儿童保健	(376)
第5节	青春期保健	(380)
第6节	妇女保健	(381)
第7节	老年保健	(382)
第16章	基础护理知识和技能	(388)
第1节	护理程序	(388)
第2节	医院和住院环境	(392)
第3节	入院和出院患者的护理	(400)



第4节 卧位和安全的护理	(403)
第5节 医院内感染的预防和控制	(407)
第6节 患者的清洁护理	(418)
第7节 生命体征的评估	(423)
第8节 患者饮食的护理	(432)
第9节 冷热疗法	(438)
第10节 排泄护理	(445)
第11节 药物疗法和过敏试验法	(454)
第12节 静脉输液和输血法	(469)
第13节 标本采集	(479)
第14节 病情观察和危重患者的抢救	(483)
第15节 临终患者的护理	(490)
第16节 医疗和护理文件的书写	(494)
第17节 护士的素质与行为规范	(497)
第17章 精神障碍患者的护理	(499)
第1节 精神障碍症状学	(499)
第2节 精神分裂症患者的护理	(503)
第3节 抑郁症患者的护理	(505)
第4节 焦虑症患者的护理	(507)
第5节 强迫症患者的护理	(508)
第6节 癔症患者的护理	(509)
第7节 睡眠障碍患者的护理	(511)
第8节 阿尔茨海默病患者的护理	(512)
第18章 中医护理基础知识与技能	(515)
第19章 护理卫生法律法规	(525)
第1节 与护士执业注册相关的法律法规	(525)
第2节 与护士临床工作相关的法律法规	(527)
第3节 医院护理管理的组织原则	(534)
第4节 临床护理工作组织结构	(537)
第5节 医院常用的护理质量标准	(538)
第6节 医院护理质量缺陷及管理	(540)
第20章 护理伦理学	(543)
第1节 护士执业中的伦理具体原则	(543)
第2节 护士的权利与义务	(544)
第3节 患者的权利与义务	(545)
第21章 人际沟通	(548)
第1节 概述	(548)
第2节 护理工作中的人际关系	(549)
第3节 护理工作中的语言沟通	(555)
第4节 护理工作中的非语言沟通	(559)
第5节 护理工作中礼仪要求	(561)
易混淆或相近、相似知识点汇总	(562)
护士执业资格考试大纲(整理)	(572)



第1章 消化系统疾病患者的护理

第1节 消化系统解剖生理

一、食管

食管起于第6颈椎平面,上连咽部,下接贲门,长约25cm,门齿距食管起点约15cm。食管分为颈、胸、腹三段,胸段又分为上、中、下三段,上段自胸廓入口至气管分叉水平,胸中段自气管分叉水平至贲门全长度的上半,是食管癌的好发部位,胸下段自气管分叉水平至贲门全长度的下半。食管有三处狭窄:一处在食管上端,有环咽肌围绕食管的入口;另一处在主动脉弓水平,有主动脉和左支气管横跨食管;最后一处在食管下端,即食管穿过膈的裂孔处。这三处狭窄是生理性的,但常为瘢痕性狭窄、憩室、肿瘤等病变的好发区域。

二、胃

胃位于左上腹,入口为贲门,上接食管,出口为幽门,连接十二指肠。胃壁从内向外分为黏膜层、黏膜下层、肌层和浆膜层。肌层在贲门和幽门处均增厚形成贲门和幽门括约肌。黏膜层有丰富的腺体,由具有各种功能的细胞组成:①主细胞,分泌胃蛋白酶和凝乳酶原。②壁细胞,分泌盐酸和内因子。③黏液细胞,分泌黏液,有保护胃黏膜、对抗胃酸腐蚀的作用。④G细胞,分布于胃窦部,分泌促胃液。胃底和胃体腺由主细胞、壁细胞和黏液细胞组成,而胃窦只含黏液细胞。

胃具有运动和分泌两大功能,是储存和消化食物的重要脏器。一般胃的排空时间为4~6小时。胃腺分泌胃液,正常成人每日分泌量为1500~2000ml,胃液的主要成分为胃酸、胃蛋白酶、电解质、黏液和水。胃液分泌可分为自然分泌和刺激性分泌。食物是胃液分泌的刺激物。

三、小肠

小肠由十二指肠、空肠和回肠三部分构成。十二指肠位于幽门和十二指肠韧带(Treitz韧带)之间,长约25cm,呈“C”形,分为四部,即球部、降部、横部和升部。可接受胆汁和胰液,本身能分泌含多种酶的碱性消化液。空肠大部分位于上腹部,回肠主要位于左下腹和盆腔,末端连接盲肠。小肠是食物消化和吸收的主要部位,分泌含有多种酶的碱性肠液,使食糜在小肠内分解和吸收。



四、结 肠

结肠可分为盲肠、升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠,下端与直肠相连。在回肠进入盲肠处,有黏膜和环形肌折叠形成的回盲瓣,能阻止大肠内容物反流入小肠,并控制食物残渣进入大肠的速度。★结肠的主要生理功能是吸收水分、储存和转运粪便。结肠内存在的细菌能利用肠内物质合成维生素 K、维生素 B 复合物和短链脂肪酸等,供体内代谢需要。★大肠的运动形式有袋状往返运动、分节推进运动、多袋推进运动和蠕动四种。空腹时以袋状往返运动为主,而餐后或副交感神经兴奋时,则为分节推进运动、多袋推进运动和蠕动。

阑尾位于右髂窝,起于盲肠根部,外形呈蚯蚓状,其体表投影在脐与右髂前上棘连线中外 1/3 处,称为麦氏点。阑尾动脉是肠系膜上动脉所属回结肠动脉的分支,属无侧支的终末动脉,当血运障碍时易致阑尾坏死。阑尾管腔细而长,易致细菌感染,发生阑尾炎。

表 1-1-1 齿状线的临床意义

类别	齿状线上	齿状线下
被覆上皮	黏膜	皮肤
神经支配	内脏神经,痛觉不敏感	躯体神经,痛觉敏感
动脉供应	直肠上动脉、直肠下动脉	肛管动脉
静脉回流	直肠上静脉丛→门静脉	直肠下静脉丛→下腔静脉
淋巴回流	腹主动脉旁、髂内淋巴结	腹股沟淋巴结、髂外淋巴结

直肠是大肠的末端,长 12~15cm。上端与乙状结肠交接处管径较细,向下肠腔显著扩大,成为直肠壶腹。内有上、中、下三条半月形的直肠横襞,直肠下端与肛管相接,直肠黏膜呈现 8~10 个隆起的纵形皱襞,称为肛柱。肛柱基底之间有半月形皱襞,称为肛瓣。肛瓣与肛柱下端共同围成的小隐窝,称为肛窦。窦口向上,肛腺开口于此,易发生感染,形成肛管、直肠周围脓肿。肛管续于直肠,下至肛门缘,长 3~4cm。肛瓣的边缘和肛柱下端连成一锯齿状环形线,环绕肠管内面,称为齿状线。为直肠与肛管的交界线,是重要的解剖学标志(表 1-1-1)。直肠的主要功能是排便,也能吸收少量水、电解质、葡萄糖和部分药物,还能分泌黏液以利排便。

五、胆道系统

胆道系统可分为肝内和肝外两大系统。肝内胆管起始于肝内毛细胆管,汇集成小叶间胆管、肝段、肝叶胆管和肝内左右肝管。肝外胆管包括肝外左右肝管、肝总管、胆囊、胆囊管和胆总管。胆道系统具有分泌、储存、浓缩和输送胆汁的功能。

六、胰 腺

胰腺属于腹膜外位器官,分头、颈、体、尾四部。主胰管穿出胰头后与胆总管汇合成肝胰壶腹(Vater 壶腹),共同开口于十二指肠大乳头。这种“共同通道”和开口是胰腺疾病与胆道疾病相互关联的解剖学基础。

胰腺产生和分泌胰液,每日分泌量 750~1500ml,主要成分为水、碳酸氢盐和消化酶。★消化酶在胰液中以酶原形式存在,胰液进入小肠时,肠液内的肠激酶首先激活胰蛋白酶原,生成胰蛋白酶,再激活糜蛋白酶原生成糜蛋白酶。胰液的分泌受神经和体液双重控制,但以体液调节为主,后者是指进食后促胃液素、促胰酶素(胆囊收缩素)和肠促胰液素等体液因子,对胰液分泌起强有力的刺激作用,这在治疗急性胰腺炎时具有重要意义。胰腺的内分泌由胰岛的多种细胞构成,其中以 B 细胞数量最多,分泌胰岛素;A 细胞分泌胰高血糖素;D 细胞分泌生长抑素;还有



少数胰岛细胞分泌胰多肽、促胃液素、血管活性肠肽等。

七、儿童消化系统的特点

1. 新生儿及婴儿口腔黏膜细嫩, 供血丰富, 唾液腺发育不足, 分泌唾液较少, 其中淀粉酶含量也不足, 出生后3~4个月唾液腺发育完全, 唾液的分泌量增加, 淀粉酶含量也增多。由于婴儿口腔较浅, 尚不能及时吞咽口内过多的唾液, 因而表现为流涎现象, 即所谓生理性流涎。

2. 婴儿胃呈水平位, 幽门括约肌发育良好而贲门括约肌发育不成熟, 加上吸奶时常吞咽过多空气, 易发生溢奶和呕吐。这种胃食管反流在8~10个月时消失。

3. 小儿肠系膜相对较长且活动度大, 易发生肠套叠和肠扭转。肠乳糖酶活性低, 易发生乳糖吸收不良。

4. 肝细胞发育尚不完善, 肝功能亦不成熟, 解毒能力较差。婴儿期胆汁分泌较少, 对脂肪的消化、吸收功能较差。

5. 婴幼儿肠道正常菌群, 母乳喂养者以双歧杆菌为主, 人工喂养者以大肠埃希菌为主, 这些正常菌群脆弱, 易受内外界因素影响而致菌群失调, 引起消化功能紊乱。

6. 健康小儿粪便, 新生儿出生后12小时内排出胎粪, 2~3天排完。

(1) 纯母乳喂养儿粪便呈黄色或金黄色, 均匀糊状, 偶有细小乳凝块, 不臭, 有酸味, 排便2~4次/天。一般在添加辅食后次数减少, 1周岁后减至1~2次/天。

(2) 人工喂养儿粪便呈淡黄色或灰黄色, 较稠, 为碱性或中性, 量多, 较臭, 1~2次/天, 易发生便秘。

(3) 混合喂养儿粪便与单纯牛乳喂养儿相似, 但较软、呈黄色。添加辅食后, 粪便性状逐渐接近成人。1~2次/天。

“★”标注处为2013年护士执业资格考试的考点; “▲”标注处为2012年护士执业资格考试的考点。

第2节 口炎患者的护理

口炎是指口腔黏膜的炎症。若病变仅局限于舌、牙龈、口角亦可称为舌炎、牙龈炎或口角炎。可由病毒、细菌、真菌等感染引起, 亦可因口腔黏膜局部受理化因素刺激而发生。多见于婴幼儿, 临床以口腔黏膜破损、疼痛、流涎及发热为特点。

(一) 病因及临床表现 溃疡性口炎、鹅口疮、疱疹性口炎的病因及临床特点见表1-2-1。

表1-2-1 三种常见口炎的病因及临床特点

	溃疡性口炎	鹅口疮	疱疹性口炎
病原体	链球菌、金黄色葡萄球菌等	白色念珠菌	单纯疱疹病毒Ⅰ型
年龄	婴幼儿	新生儿及菌群紊乱者	1~3岁小儿
病因及诱因	常继发于急性感染、长期腹泻及口腔不洁	常继发于营养不良、长期应用广谱抗生素或糖皮质激素	常见于卫生条件差的家庭及托幼机构, 有传染性
临床表现	黏膜充血、水肿, 口臭。散在溃疡, 周边规则, 覆盖灰白或黄色假膜, 流涎, 疼痛, 发热, 局部淋巴结肿大	黏膜无红肿, 有白色点或片状物, 似乳凝块样物, 无流涎、疼痛、发热	口腔黏膜可见黄白色小水疱, 周围红晕, 破裂后成溃疡, 覆盖黄白色渗出物, 流涎、剧痛、发热, 局部淋巴结肿大



(二) 辅助检查

1. 血常规检查。
2. 口腔黏膜渗出物涂片检查。

(三) 治疗要点 以清洁口腔和局部涂药为主,发热时可用退热剂,有继发感染时可选用抗生素,注意水分和营养的补充。

(四) 护理诊断

1. 口腔黏膜受损 与护理不当、抵抗力低下、口腔不洁及病原体感染有关。
2. 急性疼痛 与口腔黏膜炎症和破损有关。

(五) 护理措施

1. 保持口腔清洁 鼓励患儿多饮水,进食后漱口,保持口腔黏膜清洁和湿润。可用3%过氧化氢溶液或0.1%依沙吖啶(利凡诺)溶液清洁口腔,▲鹅口疮患儿用2%碳酸氢钠溶液,每日2~4次,以餐后1小时左右为宜。

2. 按医嘱正确涂药 鹅口疮患儿局部涂抹10万~20万U/ml制霉菌素鱼肝油混悬溶液,每日2~3次;疱疹性口炎患儿局部可涂碘苷(疱疹净),亦可喷西瓜霜、中药;溃疡性口炎患儿可涂5%金霉素鱼肝油,锡类散等。正确涂药的方法是:①涂药前先清洗口腔,然后用纱布或干棉球放在颊黏膜腮腺管口处或舌系带两侧,以隔断唾液。②用干棉球将病变部位表面吸干后再涂药。③涂药时应用棉签在溃疡面上滚动式涂药。④涂药后嘱患儿闭口10分钟再取出纱布或棉球,并嘱患儿不可立即漱口、饮水或进食。

3. 减轻疼痛

(1) 供给温凉流质或半流质食物,避免酸辣或粗硬食物;因疼痛影响进食者,可按医嘱在进食前涂2%利多卡因。

(2) 清洁口腔及局部涂药时应用棉签在溃疡面上滚动式涂药,切不可摩擦,动作要轻柔。

(六) 健康指导

1. 给家长讲解口炎发生的原因,解释勤喂温开水的意义;指导家长如何护理口炎患儿,示教清洁口腔、涂药、饮食的正确方法。

2. 宣传均衡营养对提高机体抵抗力的重要性,培养良好的饮食习惯。避免长期应用广谱抗生素和激素。

3. 疱疹性口炎具有较强的传染性,应注意与健康儿童隔离。鹅口疮患儿使用过的奶瓶应放入5%碳酸氢钠溶液浸泡30分钟后洗净再煮沸消毒。

第3节 小儿腹泻的护理

小儿腹泻是由多病原、多因素引起的以大便次数增多和大便性状改变为特点的一组临床综合征,严重者可引起脱水和电解质紊乱。以6个月至2岁婴幼儿多见,夏秋季发病率最高。

(一) 分类

1. 根据病因 分为感染性腹泻和非感染性腹泻。
2. 根据病程 急性腹泻(病程<2周,最多见)、迁延性腹泻(病程在2周至2个月)和慢性腹泻(病程>2个月)。
3. 根据病情 分为轻型腹泻和重型腹泻。



(二) 病因

1. 易感因素

(1) 消化系统发育不成熟:婴幼儿时期胃酸和消化酶分泌不足,酶的活力低,对食物的耐受性差,不能适应食物量和质的较大变化。

(2) 生长发育快:对营养物质的需求相对较多,消化道负担较重。

(3) 机体防御能力较差:婴儿血清免疫球蛋白、胃肠道 sIgA 水平及胃酸均较低,对感染的防御能力差。

(4) 肠道菌群失调:新生儿出生后正常肠道菌群尚未建立,或因使用广谱抗生素等导致肠道菌群失调,易致肠道感染。

(5) 人工喂养:由于不能从母乳中得到乳铁蛋白、SIgA、巨噬细胞和溶菌酶等免疫活性物质,乳类在加工过程中各种免疫物质易遭到破坏,加上食物、食具易被污染等因素,故其发病率明显高于母乳喂养儿。

2. 感染因素

(1) 肠道内感染:主要是饮食不洁引起。①病毒感染:80% 婴幼儿腹泻由病毒感染引起,以轮状病毒引起的秋冬季腹泻最为常见。②细菌感染:以致腹泻大肠埃希菌引起的夏季腹泻多见。③真菌感染:长期应用广谱抗生素或肾上腺糖皮质激素,使机体免疫力降低,可引起真菌感染。④寄生虫感染。

(2) 肠道外感染:如上呼吸道感染、肺炎、中耳炎、泌尿道感染、皮肤感染的病原体(主要是病毒),也可同时感染肠道。

3. 非感染因素

(1) 饮食因素:主要是喂养不当。如喂养时间不定时、饮食量不当、食物种类改变太快以及食物成分不适宜,过早给予淀粉或脂肪类食品引起。

(2) 气候因素:天气骤冷、腹部受凉导致肠蠕动增加或因为天气过热消化液分泌减少等,都可能诱发消化功能紊乱而引起腹泻。

(3) 过敏因素:对牛奶、豆浆或某些食物成分过敏或不耐受而引起腹泻。

(三) 发病机制

1. 感染性腹泻 病原体能否引起肠道感染,取决于宿主的防御能力、病原微生物的数量及毒力。病原体侵入肠黏膜后,引起黏膜充血水肿、渗出、炎症细胞浸润、溃疡等改变,使胃肠道功能紊乱而致腹泻;同时肠毒素致肠蠕动增强,小肠液分泌增加,超过结肠的吸收能力,导致腹泻。腹泻后丢失大量的水和电解质可引起脱水、酸中毒及电解质紊乱。

2. 非感染性腹泻 主要因饮食不当、气候突变等使正常消化过程发生障碍,食物不能充分消化吸收而发酵、腐败,产生的短链有机酸使肠腔内渗透压增加,同时食物分解产生的腐败性毒性产物刺激肠道使肠蠕动加强,导致腹泻。

总之,腹泻的发生主要是肠腔内堆积大量不能被吸收、具有渗透活性的物质;肠腔内水、电解质分泌过多;炎症所致的液体大量渗出;肠蠕动亢进四个方面共同作用的结果。

(四) 临床表现

1. 轻型腹泻 多为饮食因素或肠道外感染引起。以胃肠道症状为主,主要表现为食欲下降,可有溢乳或呕吐,大便次数增多,一般在 10 次以内,每次大便量少,呈黄色或黄绿色稀水样,有酸味,常见白色或黄白色奶瓣和泡沫。多数患儿体温正常,无明显脱水及全身中毒症状。

2. 重型腹泻 多为肠道内感染引起或由轻型腹泻发展而来。起病急,除有较重的胃肠道症状外,还有明显的脱水、酸碱失衡、电解质紊乱及全身中毒症状。



(1) 胃肠道症状:食欲缺乏,常有呕吐,严重者可吐咖啡样液体。大便次数明显增多,每天十次至数十次,多呈黄绿色水样便或蛋花汤样便,量多,可有少量黏液。

(2) 全身中毒症状:发热,烦躁,精神萎靡、嗜睡甚至昏迷、休克等。

(3) 水、电解质和酸碱平衡紊乱

1) 脱水:由于呕吐、腹泻丢失体液及摄入不足,使体液总量减少,导致不同程度脱水(表 1-3-1);因腹泻、呕吐时水和电解质丢失的比例不同而导致不同性质的脱水(表 1-3-2)。

2) 代谢性酸中毒:原因包括腹泻丢失大量碱性物质;进食少及肠吸收不良,摄入热量不足引起体内脂肪分解增加,产生大量酮体;血容量不足致乳酸堆积;肾血流量不足,体内酸性代谢产物滞留体内。代谢性酸中毒的分度及临床表现见表 1-3-3。

表 1-3-1 不同程度脱水的临床表现

项目	轻度	中度	重度
失水占体重百分比	<5%	5%~10%	>10%
精神状态	稍差	烦躁、萎靡	昏睡或昏迷
眼泪	有	少	无
前囟、眼窝	稍凹陷	明显凹陷	深度凹陷
口腔黏膜、皮肤	稍干燥、弹性可	干燥、弹性差	极干燥、弹性极差
尿量	稍减少	明显减少	极少或无
末梢循环	正常	四肢稍凉	四肢厥冷
心率	正常	快	快、弱
血压	正常	正常或稍低	下降

表 1-3-2 不同性质脱水的临床表现

项目	低渗性	等渗性	高渗性
血钠(mmol/L)	<130	130~150	>150
口渴	不明显	明显	极明显
皮肤弹性	极差	稍差	尚可
血压	明显下降	下降	正常/稍低
神志	嗜睡/昏迷	萎靡	烦躁/惊厥

表 1-3-3 代谢性酸中毒的分度及临床表现

项目	轻度	中度	重度
HCO_3^- (mmol/L)	18~13	13~9	<9
精神状态	正常	精神萎靡、烦躁不安	昏睡、昏迷
呼吸改变	呼吸稍快	呼吸深大	呼吸深快,节律不整,有烂苹果味
口唇颜色	正常	樱桃红	发绀

3) 低钾血症:正常血清钾浓度为 3.5~5.5mmol/L。当低于 3.5mmol/L 时为低钾血症。①病因:进食少,钾摄入不足;呕吐、腹泻,钾丢失增加;肾保钾的功能较差;脱水、酸中毒纠正后,血钾浓度可迅速下降。②临床表现:精神不振、全身乏力、腹胀、严重者出现肠麻痹,肠鸣音减弱或消失,腱反射减弱或消失;心率增快、心音低钝,心律失常,心电图出现 u 波。

4) 低钙和低镁血症:①病因:进食少、吸收不良、腹泻丢失、佝偻病活动期、脱水和酸中毒纠正后。②临床表现:手足抽搐、惊厥。

3. 不同病因所致腹泻的临床特点

(1) 轮状病毒肠炎:好发于秋冬季,又称秋季腹泻,多见于 6~24 个月的婴幼儿。起病急,常伴发热和上呼吸道感染症状,感染中毒症状不明显,常有脱水、酸中毒及电解质紊乱,大便呈黄色水样或蛋花汤样,无腥臭味。大便检查可见少量白细胞,血清抗体多在感染后 3 周上升。



(2) 大肠埃希菌肠炎:多发生在5~8月份气温较高的时候。

1) 致病性大肠埃希菌肠炎和产毒性大肠埃希菌肠炎:重症腹泻频繁,常伴发热,脱水、电解质紊乱和酸中毒,大便呈蛋花汤样或水样、混有黏液,大便检查可见少量白细胞。

2) 侵袭性大肠埃希菌肠炎:常有恶心呕吐、腹泻频繁、腹痛、里急后重及全身中毒症状,甚至休克。可排出痢疾样黏液脓血便,有腥臭味,大便检查可见大量脓细胞、白细胞和红细胞。

3) 出血性大肠埃希菌肠炎:伴有腹痛,体温多正常。可由黄色水样便转为血水便,有特殊臭味,大便检查有大量红细胞,无白细胞。

(3) 金黄色葡萄球菌肠炎:多继发于使用大剂量抗生素之后,常伴不同程度的全身中毒症状、脱水和电解质紊乱,甚至发生休克。典型大便为暗绿色似海水样,含黏液和假膜,少数为血便。大便检查有大量脓细胞,葡萄球菌培养阳性。

(4) 真菌性肠炎:常为白色念珠菌感染所致,常伴有鹅口疮。大便稀黄,泡沫较多带黏液,有时可见豆腐渣样细块,大便涂片可见真菌孢子及假菌丝。

(5) 生理性腹泻:多见于6个月以内虚胖的婴儿,常伴湿疹;生后不久即出现腹泻,大便呈黄绿色稀便,食欲好,一般情况好,生长发育不受影响,添加辅食后自然痊愈。

(五) 辅助检查

1. 血常规 白细胞总数及中性粒细胞增多提示细菌感染,降低提示病毒感染。

2. 大便检查 大便常规无白细胞或偶见白细胞者为侵袭性细菌以外病原体感染引起,大便内有较多的白细胞常由于各种侵袭性细菌感染引起。大便培养可检出致病菌。疑为病毒感染者应做病毒学检查。

3. 血液生化检查 血钠测定可提示脱水性质,血钾测定可反映体内缺钾的程度,血气分析可了解体内酸碱平衡紊乱的程度和性质。

(六) 治疗要点

1. 调整饮食 强调继续饮食,满足生理需要,补充疾病消耗,促进恢复和缩短腹泻病程。

2. 药物治疗

(1) 控制感染:合理使用抗生素。水样便,一般不用抗生素,黏液脓血便应根据临床特点,结合大便细菌培养和药敏试验结果选用有效的抗生素;病毒性肠炎以饮食疗法和支持疗法为主。

(2) 肠道微生态疗法:常用双歧杆菌、嗜乳酸杆菌等制剂。

(3) 肠黏膜保护剂:如蒙脱石散等。

3. 预防和纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱

(1) ★口服补液(ORS液):其配方为氯化钠2.6g、枸橼酸钠2.9g、氯化钾1.5g、葡萄糖13.5g,加温开水至1000ml配制而成,其张力为1/2张。一般适用于轻度或中度脱水无严重呕吐者,新生儿有明显呕吐、腹胀及心肾功能不全等患儿不宜采用。口服液量:轻度脱水50~80ml/kg、中度脱水80~100ml/kg,少量多次服用,于8~12小时内补足累积损失量。脱水纠正后,可将ORS液用等量水稀释按病情需要随意口服。

(2) 静脉补液:适用于中度以上脱水、呕吐或腹胀明显的患儿。

1) 常用液体种类、成分及配制

非电解质溶液:5%葡萄糖溶液为等渗液,10%葡萄糖溶液为高渗液,主要用于补充水分和提供部分热量。因为葡萄糖输入体内将迅速被氧化分解为水,无维持血浆渗透压的作用,故为无张力溶液。

电解质溶液:主要用于补充损失的电解质和纠正酸碱平衡紊乱。①0.9%氯化钠溶液:即生