

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练

外科护理学

主编 李 召 马晓飞 王之一

突出卫生职业教育特色，

与教学相配套、与“护考”相结合的“二合一”教材



第四军医大学出版社

国家护士执业资格考试大纲与指导用书

外科护理学

（第2版）

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练

外科护理学

主 编 李 召 马晓飞 王之一

副主编 王志远 叶宝华

编 者 (按姓氏笔画排序)

马晓飞 (宝鸡职业技术学院医学分院)	牛子劲 (甘肃省武威卫生学校)
王之一 (吕梁市卫生学校)	王志远 (安徽省淮北卫生学校)
王海叶 (榆林市卫生学校)	包龙梅 (安康职业技术学校)
叶宝华 (江苏镇江卫生学校)	田维忠 (宝鸡职业技术学院护理系)
师艳萍 (张掖医学高等专科学校)	宋晓英 (张掖医学高等专科学校)
孙平莲 (吕梁市人民医院)	李 召 (甘肃省武威卫生学校)
李俊芳 (江苏镇江卫生学校)	赵小义 (咸阳市卫生学校)
彭育荣 (雅安职业技术学院)	景书焕 (宝鸡职业技术学院护理系)

第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练——外科护理学/李召,马晓飞,王之一主编.
—西安:第四军医大学出版社,2009.8
ISBN 978-7-81086-634-7

I. 国… II. ①李… ②马… ③王… III. 外科学:护理学-护士-资格考核-自学参考资料 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 150827 号

国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练——外科护理学

主 编 李 召 马晓飞 王之一
责任编辑 土丽艳
出版发行 第四军医大学出版社
地 址 西安市长乐西路 17 号(邮编:710032)
电 话 029-84776765
传 真 029-84776764
网 址 <http://press.fmmu.sn.cn>
印 刷 西安永惠印务有限公司
版 次 2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 次印刷
开 本 787×1092 1/16
印 张 20
字 数 480 千字
书 号 ISBN 978-7-81086-634-7/R·571
定 价 32.00 元

(版权所有 盗版必究)

《国家护士执业资格考试考点辅导与综合训练》 教材建设委员会

主任委员 毛春燕

副主任委员 王生云 李 召 孙学华 穆天真

委 员 (按姓氏笔画排序)

马占林 马晓飞 马恒东

王凤丽 牛彦辉 许晓光

李 强 吴培英 贺平泽



出版说明

CHUBANSHUOMING

根据国务院颁发的《护士条例》及相关精神，结合职业院校护理专业应届毕业生参加国家护士执业资格考试的现实需要，第四军医大学出版社在长期出版卫生资格考试丛书和卫生职业教育教材的基础上，组织全国多所卫生职业院校共同参加编写《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》系列教材，以期提高护理专业学生的国家执业护士资格考试通过率。

本套教材包含《护理学基础》《内科护理学》《外科护理学》《儿科护理学》与《妇产科护理学》五个分册。全套教材以最新的《国家护士执业资格考试大纲》为纲，同时遵照在校学生的学习规律和学习特点，形成了突出卫生职业教育特色、自成体系的护理专业教学配套教材和国家护士执业资格考试辅导教材的“二合一”教材。每个分册均设置“考点精讲”“真题解析”和“综合训练”三个编写模块。其中“考点精讲”在每个考点后根据大纲的要求，分别用“★”表示“了解”，“★★”表示“熟悉”，“★★★”表示“掌握”，“★★★★”表示“熟练掌握”，以便学生在学习时有所侧重，合理安排学习时间。“真题解析”与“综合训练”便于学生复习巩固考点。此外，本套丛书还附赠两套全真模拟试题，为学生提供实战情景，进一步提高学生的应试能力。

《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》系列教材是国内首套与教学配套的护士执业资格考试辅导教材，与以往的考试辅导类图书相比，有着鲜明的特点：

1. 充分考虑在校生的学习特点，将护士执考的考点融入日常的学习，并与教学阶段相适应，为护理专业学生在毕业前参加执业资格考试奠定坚实的基础。

2. 全国近三十所卫生职业院校的一线教学人员参加教材编写，他们不仅对护理专业教学有着丰富的经验，熟悉在校生的学习特点，而且大多承担着本校执业资格考试的培训工作。教材开始编写和定稿阶段均由执考培训专家把关，值得信赖。

3. 内容精练而且重点突出，篇幅设置科学合理，既保证学生的学习效果，又节省学生的精力、时间和费用。



前言

FOREWORD

2008年1月31日，温家宝总理签发了中华人民共和国国务院令 第517号令，正式颁布《护士条例》。这是中华人民共和国开国以来第一部关于护士的最高行政法规。条例强调，“护士执业，应当经执业注册取得护士执业证书”。这无疑给卫生职业院校的教学要求和学生的学习目标，都提出了一个新的要求。学生能否在毕业时顺利通过护士执业资格考试，将直接关系到毕业生能否顺利上岗工作。第四军医大学出版社组织编写的《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》系列教材，是在全国范围内率先出版的、面向卫生职业院校在校学生的与教材相配套的护士执考辅导教材。

2008年12月，来自全国近30余所卫生职业院校的学校领导及一线教师汇集西安，共同召开“《国家护士执业资格考试考点精讲与综合训练》系列教材编写会”。会议中就全套教材的编写理念、编写模块及编写计划进行了深入细致的讨论，并最终确定教材编写应遵照在校学生的学习规律和学习特点，突出一条“主线”、实现两个“接轨”、建构三个“模块”，达成“一个目标”，形成突出卫生职业教育特色、自成体系的护理专业教学配套教材和护士执业资格考试辅导教材的“二合一”规划教材。所谓“一条主线”，就是以护理工作实际需求为线，依据护理岗位知识能力的需要和工作过程的需要，选择编写内容。所谓“两个接轨”，即与教材和教学要求相接轨，与执业资格考试的要求相接轨。所谓“三个模块”，即在形式上采用“考点精讲”“真题解析”和“综合训练”三个模块。“考点精讲”模块，将教材内容与考纲的每个考点相结合，对重点内容进行精讲和串讲，使考点要求简单明了；“真题解析”模块，对历年的执考真题进行解析说明，指导学生分析判断考题包含的考点要求；“综合训练”模块，按照不同的考点要求，综合整理不同题型的执考模拟

题，让学生逐渐熟悉执考的题型要求，并通过大量的综合训练掌握对护理知识的临床应用技能和相关的答题技巧，真正体现执业资格考试对执业护士的专业技能的考核测评。全套教材要求最终达到“一个目标”，即让学生在校学习过程中，逐渐养成用理论知识解决临床问题的思维意识，适应并顺利通过执业资格考试。

《外科护理学》分册，就是按照整套教材的编写要求，特别针对学生专业课程理论知识学习和临床应用过程相脱节现象，突出强化了外科护理专业知识与临床应用技能的结合，力求达到学用结合目的。此次《外科护理学》分册参编人员均为教学经验丰富的一线教师，编写中他们倾注了大量的精力和时间，力求符合编写初衷，但限于一些主客观因素，教材中难免会出现一些问题，希望使用教材的各位同仁和同学，在使用过程中能够友善地将发现的问题及时反馈给我们，我们会诚恳接受并认真修改，并结合考纲的最新变化，在新版中予以完善。

编者



目录

CONTENTS

第一单元	水、电解质、酸碱代谢失调病人的护理	(1)
第二单元	外科休克病人的护理	(19)
第三单元	麻醉病人的护理	(29)
第四单元	多器官功能障碍综合征	(40)
第五单元	心肺脑复苏	(48)
第六单元	外科围手术期的护理	(56)
第七单元	营养支持病人的护理	(69)
第八单元	外科感染病人的护理	(76)
第九单元	损伤病人的护理	(87)
第十单元	肿瘤病人的护理	(99)
第十一单元	颈部疾病病人的护理	(109)
第十二单元	乳房疾病病人的护理	(116)
第十三单元	腹外疝病人的护理	(123)
第十四单元	急性化脓性腹膜炎病人的护理	(129)
第十五单元	腹部损伤病人的护理	(136)
第十六单元	胃十二指肠疾病病人的护理	(143)
第十七单元	肠疾病病人的护理	(157)
第十八单元	直肠肛管疾病病人的护理	(169)
第十九单元	门静脉高压症病人的护理	(178)

第二十单元	肝脏疾病病人的护理	(185)
第二十一单元	胆道疾病病人的护理	(192)
第二十二单元	胰腺疾病病人的护理	(208)
第二十三单元	急腹症病人的护理	(215)
第二十四单元	周围血管疾病病人的护理	(220)
第二十五单元	颅内压增高病人的护理	(226)
第二十六单元	颅脑损伤病人的护理	(232)
第二十七单元	胸部损伤病人的护理	(240)
第二十八单元	食管癌病人的护理	(256)
第二十九单元	泌尿、男性生殖系统疾病病人的护理	(265)
第三十单元	骨科病人的一般护理	(288)
第三十一单元	骨与关节疾病病人的护理	(294)

第一单元 水、电解质、酸碱代谢 失调病人的护理



考点·精讲

KAODIANJINGJIANG

一、正常体液平衡

(一)水的平衡(★★★)

1. 体液的含量与分布

- (1) 体液
- 细胞内液(占体重的 40%)
 - 细胞外液(占体重的 20%)
 - 血浆(占体重的 5%)
 - 组织间液(占体重的 15%)

(2) 体液总量及成分与年龄、性别和胖瘦有关。成年男性体液约占体重的 60% (女性为 55%), 婴幼儿可达 70% ~ 80%。

2. 正常成人 24 小时需水量 约 2000 ~ 2500ml。正常成人每日应有 500 ~ 600ml 尿量, 以保证经肾脏排出每天的代谢产物。详见表 1-1。

表 1-1 24 小时体液出入量 (ml)

摄入量 (ml)		排出量 (ml)	
饮水	1000 ~ 1500	尿	1000 ~ 1500
食物含水	700	呼吸道蒸发	350
内生水	300	皮肤蒸发	500
		粪便含水	150
合计	2000 ~ 2500	合计	2000 ~ 2500

(二)电解质的平衡(★★★)

1. 钠 是细胞外液的主要阳离子。血清钠正常值为 135 ~ 145mmol/L (平均 142mmol/L)。

2. 钾 是细胞内液的主要阳离子。血清钾正常值为 3.5 ~ 5.5mmol/L。禁食 2 天以上应补充钾。

3. 氯和碳酸氢根 是细胞外液的主要阴离子。血清 Cl^- 正常值为 98 ~ 106mmol/L; 血清 HCO_3^- 正常值为 24mmol/L。

4. 钙的平衡 细胞外液的钙占总钙量 0.1%, 血清钙的正常值为 2.25 ~ 2.75mmol/L。临床上低钙多见, 常表现为手足抽搐。

5. **磷的平衡** 血清磷的正常值为 $0.96 \sim 1.62\text{mmol/L}$ 。

6. **镁的平衡** 镁是仅次于钠离子的细胞内的主要阳离子。血清镁的正常值为 $0.70 \sim 1.10\text{mmol/L}$ ，低镁血症也常表现为手足抽搐。

(三)酸碱平衡(★★★)

血液的 pH 值保持在 $7.35 \sim 7.45$ 。机体通过血液缓冲系统、肺和肾三条途径来维持体液的酸碱平衡。肾是调节酸碱平衡最重要的器官，血液缓冲系统调节最迅速，肺只对挥发性酸起调节作用。

二、水和钠代谢紊乱的护理

(一)高渗性脱水

1. **病因(★★★)** ①水摄入不足；②水丢失过多。

2. **病理(★)** 缺水多于缺钠，细胞外液渗透压升高，水分移向细胞外，细胞内液量下降更显著(细胞内脱水为主)。

3. **临床表现(★★★★)** 以口渴为特点，此症状最早也最突出。

(1)轻度脱水——失水量占体重的 $2\% \sim 4\%$ ，一般只有口渴，尿少。

(2)中度脱水——失水量占体重的 $4\% \sim 6\%$ ，除严重口渴外，出现唇干舌燥、皮肤弹性减退、眼窝凹陷，精神萎靡或烦躁，尿比重高。

(3)重度脱水——失水量占体重 $> 6\%$ ，出现中枢神经系统障碍或休克。

4. **辅助检查(★★★)** 血清钠 $> 145\text{mmol/L}$ ；红细胞计数、血红蛋白、血细胞比容均可升高；尿比重升高。

5. **治疗要点(★★★)** ①去除病因，保护肾功能；②饮水或静滴 5% 葡萄糖溶液，血清降低时，再酌情补给食盐或 5% 葡萄糖氯化钠溶液。

(二)低渗性脱水

1. **病因(★★★)** 主要见于各种体液的慢性丢失，只补葡萄糖溶液，而未补足钠，导致细胞外液稀释，血清钠降低。

2. **病理(★)** ①缺钠多于缺水，细胞外液渗透压降低，水分移向细胞内，使细胞外液进一步减少；②因渗透压下降抗利尿激素分泌减少，尿量增加，加重细胞外液的丢失；③当血容量减少时，醛固酮分泌增加，使尿量减少。

3. **临床表现(★★★)** 以较早出现血容量不足为特点。

(1)轻度缺钠：失钠量约为 0.5g/kg ，血清钠约为 $130 \sim 135\text{mmol/L}$ ，出现疲乏、头晕、手足麻木、直立性晕倒，尿量正常或增多，尿比重低。

(2)中度缺钠：失钠量约为 $0.5 \sim 0.75\text{g/kg}$ ，血清钠约为 $120 \sim 130\text{mmol/L}$ ，除上述症状外，皮肤弹性减退、眼窝凹陷，尿量减少、尿比重低，表情淡漠，血压不稳或下降，脉压小。

(3)重度缺钠：失钠量约为 $0.75 \sim 1.25\text{g/kg}$ ，血清钠小于 120mmol/L ，上述临床症状加重，并出现少尿、休克、昏迷或抽搐。

4. **辅助检查(★★★)** 血清钠小于 135mmol/L ；红细胞计数、血红蛋白、血细胞比容均可升高；尿比重低。

5. **治疗要点(★★★)** ①去除病因，保护肾功能；②轻度缺钠则静脉补充等渗盐水。

应先静脉输入含盐溶液,后输入胶体液,再补充高渗盐水。

(三)等渗性脱水

1. 病因(★★★) 外科最常见,大多因体液急性丢失导致。
2. 病理(★★★) 体液丢失水钠比例相当,早期主要丢失细胞外液(细胞外脱水为主),后期可演变为高渗性缺水或低渗性缺水。
3. 临床表现(★★★★) 患者表现为缺水、缺钠的双重特征,但口渴比高渗性脱水轻,周围循环衰竭出现比低渗性脱水晚。
4. 治疗要点(★★★) ①去除病因,保护肾功能;②5%葡萄糖溶液和平衡盐溶液(或生理盐水)等量交错静滴。因平衡盐溶液内的电解质含量与血浆相似,故应用平衡盐溶液治疗较理想。

(四)水中毒

1. 病因(★★★) ①水排出障碍(如肾衰);②水分摄入过多;③抗利尿激素分泌过多。
2. 病理(★) ①大量水分进入体内,血浆渗透压下降,水分由细胞外移向细胞内,细胞水肿;②醛固酮分泌减少,远曲小管对钠的重吸收减少,使血钠下降;③血浆渗透压下降,使抗利尿激素分泌减少,尿量增多。
3. 表现(★★★) ①急性水中毒以脑水肿症状最为明显,头痛、乏力、嗜睡、意识不清、躁动、抽搐、昏迷等;②慢性水中毒症状不典型,可有嗜睡、头痛、软弱无力、恶心呕吐、体重增加等。
4. 要点(★) ①去除病因;②限制水的摄入,控制在700~1000ml/d;③脱水利尿,可用20%甘露醇或25%山梨醇或呋塞米等,增加水分排出;④改善体液的低渗状态,静脉滴注5%氯化钠溶液,可迅速减轻脑细胞肿胀;⑤对肾衰患者必要时可采用透析疗法。

三、钾代谢异常的护理

(一)低钾血症

1. 病因(★★★) ①钾摄入不足;②钾排出过多;③钾在体内分布异常。
2. 临床表现(★★★★) ①神经肌肉兴奋性降低:常见肌无力,甚至软瘫,腱反射减弱或消失;②消化道症状:有腹胀、便秘、恶心呕吐以及肠鸣音减弱或消失;③循环系统症状:出现心悸及心动过速、心律不齐、血压下降,严重时可出现心室纤颤;④中枢神经抑制症状,烦躁、神智淡漠、嗜睡或意识不清。
3. 辅助检查(★★★) ①血清钾小于3.5mmol/L;②心电图特征是T波低平或倒置、ST段下降、QT间期延长或出现U波等。
4. 治疗要点(★★★) 控制病因,补充钾盐。
5. 护理措施(★★★★) ①严密监测病情:包括生命体征、血清钾测定、心电图等;②及时补钾:口服补钾安全,10%氯化钾溶液10ml,口服,3次/日。静脉补钾要求:尿量正常(>40ml/h)、浓度不高(<0.3%)、速度不快(<60滴/分),总量限制(每天<60~80mmol/L)。

(二)高钾血症

1. 病因病理(★★★) ①补入过多;②排出障碍;③细胞内外分布异常。

2. 临床表现(★★★) ①手足麻木,软弱无力,腱反射消失,严重者软瘫及呼吸困难;②皮肤苍白,湿冷,神智淡漠;③血压早期升高晚期下降,心动过缓和心律不齐,甚至心脏舒张期停搏。

3. 辅助检查(★) ①血清钾大于5.5mmol/L;②心电图特征是T波高尖、QRS波群增宽、QT间期延长,PR间期延长,ST段升高。

4. 治疗要点(★) 禁钾、转钾、抗钾、排钾。

5. 护理措施(★★★★) ①停用含钾药物,禁食含钾食物;②可输入5%碳酸氢钠碱化细胞外液或葡萄糖液加胰岛素促进糖原合成;③可用10%葡萄糖酸钙或5%氯化钙对抗钾离子对心肌的抑制作用;④可用聚磺苯乙烯口服或灌肠,通过胃肠道排钾;⑤透析疗法,是最有效的排钾方法。

四、酸碱平衡失调的护理

(一)代谢性酸中毒

1. 病因(★★★) 酸性物质摄入过多;代谢产酸过多;肾排酸减少;体内碱性液体丢失过多。

2. 临床表现(★★★★) ①呼吸深快,有时呼气中带有烂苹果味;②酸中毒伴高钾血症,二者均抑制心肌收缩功能,故多见心律失常、血压下降。 H^+ 浓度增高,刺激毛细血管扩张,患者面部潮红,口唇樱红色;但休克患者的酸中毒,可因缺氧而青紫;③酸中毒抑制脑细胞代谢活动,可有头昏、头痛、嗜睡、昏迷等。

3. 辅助检查(★★★) ①血pH值 < 7.35 ,血 $[HCO_3^-]$ ↓、 CO_2CP ↓、 $PaCO_2$ ↓;②尿呈强酸性。

4. 治疗要点(★★★) ①处理原发病,消除诱因;②使用碱性溶液,输液常用5%碳酸氢钠;也可用11.2%乳酸钠,但对缺氧或肝功能不全者不宜使用。

(二)代谢性碱中毒

1. 病因(★★★) ①体内正常酸性物质丢失过多;②碱性物质摄入过多;③低钾血症。

2. 临床表现(★★★) ①呼吸浅而慢;②可伴低钾血症及低钙血症表现,心律失常,手足抽搐,腱反射亢进;③头昏、嗜睡、谵妄或昏迷。

3. 辅助检查(★) ①血pH值 > 7.45 ,血 $[HCO_3^-]$ ↑、 CO_2CP ↑、 $PaCO_2$ ↑;②尿呈碱性,若合并缺钾,可出现反常性酸性尿。

4. 治疗要点(★) ①解除病因;②轻者补充等渗盐水、氯化钾。重者可给予氯化铵或0.1mmol/L的盐酸溶液。

(三)呼吸性酸中毒

1. 病因病理(★★★) 肺泡通气或换气功能减弱,二氧化碳排出受限,以致血液中的 $PaCO_2$ 升高,引起高碳酸血症。

2. 临床表现(★★★★) 呼吸困难、胸闷、气促、发绀、持续性头痛,谵妄甚至昏迷,可合并高钾血症。

3. 辅助检查(★) 血pH值↓、 CO_2CP ↑、血 $PaCO_2$ ↑。

4. 治疗要点(★) ①控制病因;②改善通气功能;③酸中毒较重者,适当使用氨基丁三醇(THAM),可直接中和碳酸。

(四)呼吸性碱中毒

1. 病因病理(★) 肺泡通气过度,二氧化碳排出过多,以致血液中的 PaCO_2 降低,引起低碳酸血症
2. 临床表现(★★★) 胸闷、呼吸不规则、头晕,常合并低钙血症。
3. 辅助检查(★) 血 pH 值 \uparrow , CO_2CP \downarrow , 血 PaCO_2 \downarrow 。
4. 治疗要点(★) ①控制原发病;②减少 CO_2 呼出;③手足抽搐者可给 10% 葡萄糖酸钙缓慢静推。

五、护理

(一)护理评估(★★★★)

1. 健康史

2. 身体状况

(1)生命体征:观察并做好记录。

(2)皮肤、黏膜:皮肤和黏膜干燥,皮肤弹性下降,眼窝凹陷提示体液不足。

(3)神经精神症状:重度脱水可表现为烦躁、惊厥、抽搐和昏迷。

(4)液体出入量:详细记录各种途径的摄入和排出量。

3. 辅助检查

(1)实验室检查:血常规、尿常规,血生化检查。

(2)心电图检查:血清钾的变化可致心电图出现明显改变。

(二)护理诊断(★★★★)

1. 体液不足 与入量不足或丢失过多有关。

2. 活动无耐力 与体液不足或电解质酸碱失衡有关。

3. 排尿异常 与体液不足有关。

4. 有受伤的危险 与意识、血压、抽搐、肌肉无力有关。

5. 低效性呼吸形态 与呼吸肌无力有关。

6. 有心律失常的危险 与体液不足、电解质失调有关。

(三)护理措施(★★★★)

1. 控制病因 按医嘱配合治疗,积极处理原发疾病,这是防治体液平衡失调的根本措施。

2. 维持正常体液平衡

(1)纠正体液不足:制定补液计划,及时补充液体。其中已失量先输半量,其余半量酌情于第 2、3 天输入,继续丧失量、生理需要量则全量补入。

补多少:补液量 = 1/2 已失量 + 继续丧失量 + 生理需要量。

补什么:原则是缺什么补什么。

如何补:补液原则是先盐后糖、先晶后胶、先快后慢、尿畅补钾。

(2)纠正体液过多:①限制水摄入量;②脱水利尿;③透析疗法。

3. 补液观察和监测 ①精神状况;②脱水情况;③生命体征;④尿量变化;⑤体重改变;⑥中心静脉压与血压改变;⑦心电图监测;⑧生化指标测定。

