

2012

全国卫生专业技术资格考试

护理专业 初级（师）

HULI ZHUANYE CHUJISHI

备考复习全书

专家编写组 编著

知名院校联合编写

内容覆盖重要**考点**

习题设置贴合**考题**

附赠考点数据速查



北京科学技术出版社

2012

全国卫生专业技术资格考试

护理专业

初级（师）

HULI ZHUANYE CHUJI SHI

备考复习全书

专家编写组 编著

 **北京科学技术出版社**

图书在版编目(CIP)数据

全国卫生专业技术资格考试护理专业初级(师)
备考复习全书/专家编写组编著. —北京:北京科学
技术出版社,2012.1

ISBN 978-7-5304-5482-4

I. ①全… II. ①专… III. ①护理学—医药卫生人员—
资格考核—自学参考资料 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 202420 号

全国卫生专业技术资格考试护理专业初级(师)备考复习全书

作 者: 专家编写组

责任编辑: 李金莉

责任校对: 黄立辉

责任印制: 张 良

出 版 人: 张敬德

出版发行: 北京科学技术出版社

社 址: 北京西直门南大街 16 号

邮政编码: 100035

电话传真: 0086-10-66161951(总编室)

0086-10-66113227(发行部)

0086-10-66161952(发行部传真)

电子信箱: bjkjpress@163.com

网 址: www.bkjpress.com

经 销: 新华书店

印 刷: 保定市中画美凯印刷有限公司

开 本: 889mm×1194mm 1/16

字 数: 1400 千

印 张: 54.75

版 次: 2012 年 1 月第 1 版

印 次: 2012 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5304-5482-4/R·1405

定 价: 95.00 元



京科版图书, 版权所有, 侵权必究
京科版图书, 印装差错, 负责退换

编者名单

Bianzhemingdan

基础护理学

主编单位：首都医科大学护理学院

主 编：任志英

编者(以姓氏笔画为序)：任志英 南 芳 赵 瑛

内科护理学

主编单位：武汉大学 HOPE 护理学院 武汉大学中南医院

主 编：朱小平

编者(以姓氏笔画为序)：王晓惠 毛庆华 田翠娇 付 玲
朱小平 张春华 韩则政 覃菊玲

外科护理学

主编单位：中国医科大学护理学院 中国医科大学第一附属医院

主 编：孙田杰

编者(以姓氏笔画为序)：王 微 代 颖 台文霞 孙田杰 李 莉 李晓波
张 娜 陈 超 杨 昱 郑 瑾 曹 颖 葛晓丽

妇产科护理学

主编单位：湖南中南大学湘雅医院 湖南师范大学医学院

主 编：姜萍岚

编者(以姓氏笔画为序)：刘 娅 刘 静 陈 丹 周 鑫 姜萍岚 赖 娟

儿科护理学

主编单位：天津医科大学护理学院

主 编：孙 荣

编者(以姓氏笔画为序)：兰 萌 冯新荣 孙 荣 邹 萍 郑亚光

前言

Qianyan

为适应全国卫生专业技术资格考试,方便广大报考护理专业的应试人员学习、熟悉考核内容,我们在继承和发扬往年及同类考试用书权威、系统等优点的基础上,为进一步突出科学、实用、高效的特点,编写了《全国卫生专业技术资格考试护理专业初级(师)备考复习全书》。在本书内容的前面我们精心提取了历年常考的数据,方便考生记忆。另外,本书每篇前均以表格形式简明扼要地列出了历年考试中所涉及本篇的易考考点,以帮助考生更加便捷地抓住得分点。本书的每一章完全依据考试大纲内容设纲框架、考点精讲,编写简明、实用、易记。帮助应试人员花费较短的时间、投入较少的精力快速掌握复习要点,提高复习效率,顺利通过考试。每章结合重点及难点附有强化试题、答案,方便学生在掌握各章内容的基础上进行自测自评。本书最后附有一套全真模拟试题。

本书聘请首都医科大学护理学院、武汉大学 HOPE 护理学院、武汉大学中南医院、天津医科大学护理学院、中国医科大学护理学院、湖南中南大学湘雅医院等熟悉全国护理专业技术资格考试的资深专家合力编写而成。他们不仅有丰富的教学经验、临床实践经验,同时具有严谨和认真的工作态度、丰富全面的考前培训经验。“花最短的时间,取得最好的成绩!”这是每一个参加考试的考生尤其是从事护理工作考生的愿望,同时也是本书编写的宗旨。本书在保证科学、权威的前提下,以实现有效、高效为意图,从内容的组织,到编写体例的构建,整个编写过程都认真推敲琢磨,以期让使用本书的读者复习起来得心应手、事半功倍。

与已有同类图书相比,本书具有如下特点:

1. 本书集中了全国知名院校多年从事相关工作的资深专家,编写力求聚精华,去繁琐,充分保证内容的有效性和科学性。
2. 考点精讲部分阐述内容系统、精辟,便于复习、掌握。习题设置重点突出,有效减轻应考人员考前的负担,内容比例与试题量相匹配,在保证复习有效、到位的前提下,提高了效率。
3. 集考前辅导与强化试题于一体,一书在手,即可满足考试要求。全书篇幅适中,编写体例及内容组织形式,为不同阅读习惯的作者提供了便捷有效的复习形式。

相信选择此书会给您带来最大的回报!

感谢本书的编写人员和出版社同志的辛勤劳动,使得此书能够尽早面世,更好地服务于广大应试考生。由于本书涉及学科广泛,参编人员较多,时间紧迫,书中不足之处在所难免,诚恳希望广大考生及同行多提宝贵意见!

本书编写组

常考数据

- > 世界上第一所正式的护士学校成立于1860年。
- > 中国第一所正式护士学校成立于1888年。
- > 国际红十字会首次颁发南丁格尔奖章是在1920年。
- > 人际交往时,约有35%运用语言性沟通技巧。
- > 人际交往时,约有65%是运用非语言交流技巧进行的。
- > 英国于1919年颁布了世界上第一部护理法。
- > 国务院与卫生部于2002制定了《医疗事故处理条例》。
- > 护理程序的步骤共5步,即评估、诊断、计划、实施和评价。
- > 中凹卧位(休克卧位):抬高病人头胸部 $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$,抬高下肢 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。
- > 疼痛程度数字评分法:0分表示无痛,10分表示剧痛。
- > 高热量饮食每日供给的总热量为3000kcal左右。
- > 高蛋白饮食每日蛋白质供给量 $1.5 \sim 2\text{g/kg}$,成人每日蛋白质总量为90~120g,最高不超过120g。
- > 低蛋白饮食每日蛋白质总量不超过120g。
- > 低脂肪饮食每日脂肪用量不超过40g。
- > 低盐饮食每日可用食盐量不超过2g,但不包括食物内自然存在的氯化钠。
- > 男性:标准体重(kg) = 身高(cm) - 105
女性:标准体重(kg) = 身高(cm) - 105 - 2.5

按上述公式计算,标准体重 $\pm 10\%$ 为正常体重,超过 $10\% \sim 20\%$ 为过重,超过20%为肥胖,低于 $10\% \sim 20\%$ 为消瘦,低于20%以上为明显消瘦。

- > 正常成年人每日尿量为1000~2000ml。
- > 一般成人平均日间排尿4~6次,夜间排尿0~3次。
- > 每日尿量超过2500ml称多尿。
- > 每日尿量少于400ml(或每小时少于17ml)称为少尿。
- > 若每日尿量少于100ml,则称为无尿。
- > 男性尿道长18~20cm。
- > 导尿时将导尿管轻轻插入尿道20~22cm。
- > 对膀胱高度膨胀且又极度虚弱的病人,第一次放尿不应超过1000ml。
- > 正常粪便呈黄褐色,每日1~2次,平均量为150~200g。
- > 大量不保留灌肠的灌肠溶液:常用0.1%~0.2%的肥皂液、生理盐水。成人每次用量为500~1000ml,小儿200~500ml。溶液温度一般为 $39 \sim 41^{\circ}\text{C}$,降温时用 $28 \sim 32^{\circ}\text{C}$,中暑用 4°C 。
- > 伤寒病人灌肠时灌肠筒内液面不得高于肛门30cm,液体量不得超过500ml。
- > 小量不保留灌肠“1、2、3”溶液:50%硫酸镁30ml、甘油60ml、温开水90ml。
- > 保留灌肠常用溶液:10%水合氯醛,灌肠溶液量不超过200ml。溶液温度 $39 \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。
- > 金属器械消毒可直接在火焰上烧20秒。
- > 搪瓷类消毒用95%~100%的乙醇,点燃后燃烧直至熄灭。
- > 干烤法消毒:箱温 $120 \sim 140^{\circ}\text{C}$,时间10~20分钟。
- > 干烤法灭菌:箱温 180°C ,时间20~30分钟。
- > 煮沸消毒:一般在水温达 100°C 之后,再煮5~10分钟可消毒。在沸水中加入1%~2%的碳酸氢钠,沸点提高到 105°C 。
- > 海拔每增高300m,消毒时间延长2分钟。
- > 压力蒸汽灭菌:当压力在103~137kPa时,温度可达 $121 \sim 126^{\circ}\text{C}$,20~30分钟即可达到灭菌。

- > 日光曝晒法是将物品放在直射阳光下曝晒 6 小时,定时翻动。
- > 紫外线灯管消毒空气时,有效距离不超过 2 米,消毒时间为 30 分钟。
- > 紫外线灯管用于物品消毒时,有效距离为 1 米,消毒时间为 20~30 分钟。
- > 紫外线消毒的适宜温度为 20℃,适宜湿度为 40%~50%。
- > 无菌包的有效期为 7 天,过期或受潮应重新灭菌。
- > 消毒液应浸过无菌持物钳轴节以上 2~3cm 或持物镊的 1/2 处。
- > 干燥保存的无菌持物钳和无菌罐应每 4~8 小时更换一次,以保持其无菌。
- > 手持无菌持物钳时,应持上端的两个圆环或镊子上 1/3 处。
- > 无菌包内物品未一次用完应按原折痕依次包盖,包布带横向绕捆固定,以表示此包已使用过。随即注明开包日期及时间,24 小时内可再使用。
- > 已打开过的无菌溶液可保存 24 小时。
- > 准备好的无菌盘若不能立即使用,应注明铺盘时间,在 4 小时内使用。
- > 纱布口罩使用 4~8 小时应更换。
- > 青霉素过敏性休克时首选 0.1% 盐酸肾上腺素 0.5~1ml。
- > 青霉素皮试液为每毫升含 100~500U 的青霉素 G 生理盐水溶液。
- > 链霉素过敏试验皮试液配制:以每毫升含 2500U 的链霉素生理盐水溶液为标准。皮内注射 0.1ml,含链霉素 250U。
- > 库存血在 4℃ 冰箱内冷藏,保存 2~3 周。
- > 大量输血指 1 次或 1 日内输入血量大于 1500ml 以上。
- > 静脉输液时:每分钟滴数 = 每小时输入量(ml) × 每毫升相当滴数(15 滴)/60(分钟)
- > 用冷时间一般为 20~30 分钟,如时间过长会引起不良反应。
- > 拭浴时使用 25%~35% 的乙醇 100~200ml,温度在 27~37℃。
- > 温水拭浴使用 27~37℃ 的温水。
- > 降温的病人在用冷 30 分钟后应测量体温并做好记录。
- > 用热时间一般为 20~30 分钟。
- > 干热一般为 50~70℃,湿热一般为 40~60℃。
- > 热水袋使用时水温应在 60~70℃,每个部位热敷时间为 15~20 分钟。
- > 坐浴时水温应为 40~45℃,时间为 15~30 分钟。
- > 浸泡时水温应为 40~45℃,浸泡时间为 15~20 分钟。
- > 轻度缺氧 $\text{PaO}_2 > 6.65(50)\text{kPa}(\text{mmHg})$, $\text{SaO}_2 > 80\%$ 。
- > 中度缺氧 $\text{PaO}_2 4.69 \sim 6.65(36 \sim 50)\text{kPa}(\text{mmHg})$, $\text{SaO}_2 65 \sim 80\%$ 。
- > 重度缺氧 $\text{PaO}_2 < 4.69(36)\text{kPa}(\text{mmHg})$, $\text{SaO}_2 < 65\%$ 。
- > 吸氧浓度(%) = $21 + 4 \times \text{氧流量}(\text{L}/\text{min})$
- > 口服催吐时洗胃液酌情备 10000~20000ml,水温 25~38℃。
- > 电动吸引洗胃压力应保持在 13.3kPa。
- > 尸冷:死亡后开始出现,24 小时与室温接近。
- > 尸斑:死亡后 2~4 小时出现。
- > 尸僵:死亡后 6~8 小时开始出现。
- > 尸体腐败:死亡后 24 小时出现。
- > 体温过低:低于 36.3℃。体温升高:高于 37.5℃。
- > 脉搏观察时间不能少于 1 分钟。
- > 速脉:脉率每分钟超过 100 次。缓脉:脉率每分钟低于 60 次。
- > 呼吸过缓:呼吸频率每分钟小于 10 次。
- > 血压升高:高于或等于 160/94mmHg。血压降低:低于 90/60mmHg。
- > 出血点:直径不超过 2mm,压之不褪色,又称淤点。紫癜:直径 3~5mm 之间。淤斑:直径在 5mm 以上。血肿:片状出血伴局部皮肤隆起。
- > 胸骨角:指胸骨柄与胸骨体交界处,与第 2 肋相连,可作为数肋骨的重要标志。第 7 颈椎棘突:低头

时后颈部明显突起处,为数椎骨的骨骼标志。

- > 肺清音区:正常成人前胸自肺尖至第5~6肋间隙(左侧第3~4肋间隙近心脏处叩诊音稍浊)。胃泡鼓音区、肝浊音区:左、右前胸第5~6肋间隙以下。清音:背部两侧从肩胛上窝到第9~11肋下缘。
- > 正常心尖搏动位置在左锁骨中线第5肋间内侧0.5~1cm处,搏动范围20~2.5cm。
- > 肝脏正常肋下小于1cm,剑突下小于3cm。轻度肿大:深吸气时,脾下缘在肋下不超过3cm。中度肿大:脾下缘在肋缘下3cm至脐水平线。高度肿大:肋下缘超过脐水平线下。正常肝浊音界位于右锁骨中线第5肋间水平至右肋缘。
- > 大量腹水(大于1000ml)时出现移动性浊音。
- > 肠鸣音:正常4~5次/分,超过10次为亢进,3~5分钟听到1次或听不到为减弱或消失。
- > 空腹或饭后6~8小时以后胃部仍有振水音,提示排空不良。
- > 正常人双侧瞳孔等大等圆,直径3~4mm,直接或间接对光反射(随光线照射而缩复)灵敏。
- > 成人男性红细胞 $(4\sim5)\times 10^{12}/L$,血红蛋白120~160g/L。成人女性红细胞 $(3.5\sim5)\times 10^{12}/L$,血红蛋白110~150g/L。新生儿红细胞 $(6\sim7)\times 10^{12}/L$,血红蛋白170~200g/L。
- > 白细胞计数正常值总数 $(4\sim10)\times 10^9/L$,中性粒细胞(N)占50%~70%,淋巴细胞(L)占30%~40%,嗜酸性粒细胞(E)占0.5%~5%,嗜碱性粒细胞(B)占0~1%,单核细胞(M)占3%~8%。
- > 网织红细胞计数:成人0.5%~1.5%。绝对值 $(24\sim84)\times 10^9/L$ 。
- > 血小板计数: $(100\sim300)\times 10^9/L$ 。
- > 出血时间:刺破血管观察1~3分钟,>4分钟为延长(Duke法)。凝血时间:4~12分钟(试管法),2~5分钟(玻片法),2~6分钟(毛细血管法)。
- > 尿液标本:留取新鲜尿液100~200ml及时送检。尿比重波动在1.010~1.025之间;尿蛋白定量在0.02~0.08g/24h,尿糖定量应小于2.8mmol/24h。
- > 日间尿量与夜间尿量之比为3~4:1。12小时夜间尿量不应超过750ml。尿液最高比重应在1.020以上。最高比重与最低比重之差不应少于0.009。
- > 蛋白总量60~80g/L;其中白蛋白40~50g/L,球蛋白20~30g/L;A/G比例为(1.5~2.5):1。
- > 血清总胆红素测定1.7~17.1 $\mu\text{mol}/L$ (0.1~1.0mg/dl)。血清直接胆红素测定0~4 $\mu\text{mol}/L$ (0~0.2mg/dl)。
- > 血钾3.5~5.1mmol/L。血钠135~147mmol/L。血氯化物95~105mmol/L。血钙2.15~2.75mmol/L(或9~11mg/dl)。血磷0.80~1.60mmol/L。
- > 总胆固醇2.86~5.98mmol/L(或110~230mg/dl)。甘油三酯0.22~1.21mmol/L(或20~110mg/dl)(随年龄而升高)。
- > P波宽度不超过0.11秒,振幅不超过0.25mV。一般成人P-R间期为0.12~0.20秒。正常成人QRS波群为0.06~0.10秒,儿童为0.04~0.08秒。正常任一导联S-T向下偏移都不应超过0.05mV。Q-T间期一般心率70次/分左右时,Q-T间期约为0.40秒。
- > 胃肠钡餐前3天禁服含铋、镁、钙等重金属的食物和其他影响胃肠功能的药物,检查前禁食10小时以上;钡灌肠前一日摄少量半流质饮食,下午至晚上饮水1000ml;胆囊检查前,禁食12小时,隔日晚餐摄无油饮食。胰腺检查前,禁食12小时,隔日晚餐摄无油饮食。
- > 膀胱、前列腺及妇科检查前2~3小时内不排尿,保持膀胱充盈,肠部上抬。如已排空,则在检查前1小时饮水500~1000ml。
- > 血管检查前,应先休息10分钟,后在25~27℃环境中检查。
- > 24小时痰量超过100ml称为大量痰。
- > 咳嗽、咳痰的护理:保持室内空气新鲜、洁净,适合的温度(18~20℃)和湿度(50%~60%);给予高蛋白、多种维生素、易消化饮食,一般每日饮水1500ml以上。
- > 机械吸痰注意事项:每次吸引时间少于15秒,两次抽吸间隔大于3分钟。
- > 小量咯血:每日咳血量在100ml以内;中等量咯血:每日咳血量在100~500ml;大量咯血:每日咯血量在500ml以上或一次咯血300~500ml。
- > 哮喘急性发作时,病人每天饮水2500~3000ml,以补充丢失的水分,稀释痰液。
- > 茶碱类静脉注射浓度不宜过高,速度不宜过快,注射时间不少于10分钟,以防中毒症状发生。

- > 如患者每年咳嗽、咳痰达3个月以上,持续2年或更长,并可排除其他已知原因的慢性咳嗽,可以诊断为慢性支气管炎。
- > COPD患者控制性吸氧:一般吸氧浓度为28%~30%。
- > 对慢性低氧血症者采用鼻导管持续低流量吸氧,每日10~15小时,氧流量1~2L/min或氧浓度25%~29%。长期家庭氧疗可提高生活质量和生存率。持续低流量吸氧,吸氧时间>15h/d。
- > 缩唇呼气法:吸气和呼气时间比为1:2或1:3,尽量深吸慢呼,每分钟7~8次,每次10~20分钟,每日2次。
- > 慢性肺心病代偿期可出现低氧血症或合并高碳酸血症,当 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 且 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 时,提示呼吸衰竭。
- > 如缺氧严重而无二氧化碳潴留($\text{PaCO}_2 < 50\text{mmHg}$),可用面罩给氧,给较高氧浓度(35%~45%)。如病人缺氧伴明显二氧化碳潴留($\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$)时,应给予持续低浓度(25%~30%)低流量(1~2L/min)给氧。
- > 支气管扩张症患者每天饮水1500ml以上,充分稀释痰液,促进排痰。支气管扩张症患者体位引流一般每天1~3次,每次15~20分钟。
- > 一旦诊断肺炎球菌肺炎应立即行抗生素治疗。疗程一般为5~7天。
- > 肺炎球菌肺炎感染性休克的抢救配合:取仰卧中凹位,抬高头胸部20°、抬高下肢约30°,高流量吸氧,维持动脉血氧分压在60mmHg以上。在输入多巴胺、间羟胺时应根据血压随时调整滴速,维持收缩压在90~100mmHg,保证重要器官的血液供应。
- > 肺部革兰阴性杆菌感染抗生素治疗疗程一般为7天,或退热后3天即可停药。
- > 肺结核整个治疗方案分为强化和巩固两个阶段。间歇疗法指有规律的每周2~3次用药。长程化疗的疗程为12~18个月。短程化疗是指联合用2个或2个以上全杀菌药,疗程为6~9个月。
- > 胸腔闭式引流装置应密闭,保持压力在-12~-8cmH₂O。引流瓶应放在低于病人胸部的地方,其液面应低于引流管胸腔出口平面60cm,并妥善固定。
- > 给洋地黄类药物前应询问病人有无恶心、呕吐,并听心率,如心率低于60次/分或节律发生变化(如由原来规则变为不规则,或由不规则突然变为规则),应考虑洋地黄中毒可能。
- > 对缓慢心律失常,可使用阿托品0.5~1.0mg治疗。
- > 急性肺水肿高流量(6~8L/min)吸氧,酒精(30%~50%)湿化。
- > 控制心力衰竭病人静脉输液速度:一般为每分钟1~1.5ml(20~30滴)。
- > 窦性心动过速:指成人心率100~140次/分(一般不超过160次/分)。窦性心动过缓:指成人心率低于60次/分(一般为40~60次/分)。
- > 心源性休克常于心肌梗死后数小时至1周内发生。
- > 急性心肌梗死心电图抬高的ST段可在数日至2周内逐渐回到基线水平。
- > 急性心肌梗死:急性期绝对卧床休息,第1~3天绝对卧床休息;第4~7天卧床休息,做深呼吸及伸屈腿几次,如无并发症,可坐起;第2周床边活动;第3周陪同离床活动。
- > 病毒性心肌炎病毒中和抗体效度测定恢复期较急性期增高4倍。
- > 1999年世界卫生组织和国际高血压学会将高血压定义为:18岁以上成年人在未服降压药的情况下,收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$,并能除外继发性高血压者,可诊断为原发性高血压。
- > 大便次数超过每日3次,且便质稀薄,容量及水分增加时,即为腹泻。
- > 大便隐血试验阳性:每日出血量大于5ml;黑便:出血量达50ml;呕血:胃内积血量达250~300ml。
- > 正常血清总胆红素为0.2~1.0mg/dl,超过2.0mg/dl时,临床上即可观察到黄疸。
- > 抗酸药应在餐后1小时及睡前服用1次,抗胆碱能药及胃动力药如吗丁啉、西沙必利等应在餐前1小时及睡前1小时服用。硫糖铝在餐前1小时与睡前服用效果最好,如同时服用制酸药,制酸药应在硫糖铝服前半小时或服后1小时给予。
- > 协助腹腔放液或腹水浓缩回输。放出腹水5000ml,经超滤或透析浓缩成500ml后,回输至病人静脉内,腹水浓缩回输可防止蛋白丢失。
- > 肝硬化使用利尿剂时,剂量不宜过大,利尿速度不宜过猛,每周体重减轻以不超过2kg为宜。
- > 血清AFP>200 $\mu\text{g/L}$,持续时间8周以上,应考虑原发性肝癌。

- > 肝动脉栓塞化疗副反应:多数病人术后4~8小时体温升高,多发生在术后24小时,48小时后可缓解。术后局部压迫止血15分钟再加压包扎,穿刺侧肢体伸直24小时,沙袋压迫6小时。
- > 有胆道疾病、大量饮酒、暴饮暴食病史,突然出现持续腹痛伴恶心呕吐者,体检时有上腹压痛,同时血淀粉酶升高到500U/L以上或尿淀粉酶升高到256U/L以上,即可诊断。
- > 上消化道大量出血是指在数小时内失血量超过1000ml或循环容量的20%,主要表现为呕血和黑粪。
- > 上消化道出血后24~48小时内紧急内镜检查,可以直接观察出血部位,明确出血的病因诊断,同时对出血进行止血治疗。
- > 正常尿量:1000~2000ml/d;少尿:<400ml/d;多尿:>2500ml/d;无尿:<100ml/d。
- > 夜尿量超过白天尿量或夜尿持续超过750ml称为夜尿增多。
- > 正常人蛋白质排泄 $\leq 100\text{mg/d}$,若 $> 150\text{mg/d}$,则称蛋白尿。
- > 正常人尿RBC $< 3/\text{HP}$,Addis计数12小时排出的红细胞应 < 50 万,若超过,或尿呈洗肉水样,称为血尿。尿液外观呈洗肉水样、血样或有血凝块时称为肉眼血尿,1L尿液含1ml血液即可呈现肉眼血尿。
- > 白细胞尿、脓尿:新鲜离心尿液白细胞超过5个/HP,1小时新鲜尿液白细胞超过40万或12小时计数超过100万。
- > 菌尿是指中段尿标本涂片镜检,若每个高倍镜视野均可见细菌,或培养菌落计数超过10个/ml,可作出泌尿系统感染的诊断。
- > 轻、中度水肿,尿量 $> 1000\text{ml/d}$ 者,钠盐摄入 $< 3\text{g/d}$,轻微限水;严重水肿少尿者,给无盐饮食,限水 $< 1000\text{ml/d}$ 。
- > 肾病综合征为三高一低,即大量蛋白尿($\geq 3.5\text{g/d}$)、低蛋白血症($\leq 30\text{g/L}$)、水肿、高脂血症。
- > 肾病综合征应用糖皮质激素原则:起始用量足,先服用8~12周;撤药要慢;维持用药要久,最小剂量要维持半年至1年或更久。肾病综合征注射时宜选用5~6号针头,拔针后要按压一段时间。
- > 尿细菌培养:菌落计数 $> 10^5/\text{ml}$ 有意义, $10^4 \sim 10^5/\text{ml}$ 为可疑阳性, $< 10^4/\text{ml}$ 则可能污染。
- > 鼓励肾盂肾炎病人多饮水,每日入量应在2500ml以上,督促病人睡前每2小时排尿1次,夜间睡眠后排尿1~2次。
- > 急性肾盂肾炎:一般疗程为10~14天,或至症状完全消失、尿检阴性后再用药3~5天。慢性肾盂肾炎:选用敏感药物联合治疗,疗程2~4周;或轮换用药,每组用1个疗程,中间停药3~5天,共2~4个疗程。
- > 急性肾盂肾炎患者一般每日饮水量要在2500ml以上,并督促病人每2小时排尿1次以冲洗细菌和炎症物质,减少炎症对膀胱和尿道的刺激。
- > 尿培养标本的采集:宜在用抗生素前或停药5天后收集标本,不宜多饮水,并保证尿液在膀胱内停留6~8小时,以提高阳性率。指导病人留取中段尿在无菌容器内,于1小时内送检,以防杂菌生长。
- > 透析液输入腹腔前要干加热至37℃。
- > 贫血:极重度 $< 30\text{g/L}$,重度30~59g/L,中度60~90g/L,轻度 $> 90\text{g/L}$ 。
- > 血小板计数 $\leq 50 \times 10^9/\text{L}$ 时应减少活动,防止身体的挤压、碰撞等;当血小板计数 $\leq 20 \times 10^9/\text{L}$ 时,绝对卧床休息,大小便应在床上或床边进行。
- > 补充铁剂首选口服,在血红蛋白完全正常后,仍需继续补充铁剂3~6个月。注射铁剂时注意首剂减半,注射后10分钟至6小时内观察有无过敏反应。用药期间观察疗效:1周网织红细胞上升达高峰,Hb2周开始升高,1~2个月恢复正常。
- > ATG、ALG使用1~3个月显效,环孢素使用1~2个月显效,雄激素使用2~3个月显效。避免使用对骨髓有抑制的药物。
- > 特发性血小板减少性紫癜(ITP):急性型血小板 $< 20 \times 10^9/\text{L}$,慢性型多在 $50 \times 10^9/\text{L}$ 左右。
- > 脑膜白血病鞘内注射后去枕平卧6小时。
- > 慢性白血病血象早期WBC常超过 $20 \times 10^9/\text{L}$,原始细胞 $< 10\%$ 。
- > 90%以上慢粒病人血细胞中出现Ph'染色体。
- > 体重低于标准体重的10%以上为消瘦。体重超过标准体重的20%称为肥胖。
- > 基础代谢率(BMR)% = 脉压 + 脉率 - 111。正常为-10%~+15%,约95%甲亢病人增高。
- > 甲状腺摄 ^{131}I 诊断甲亢的符合率达90%。

- > 服 PTU 后 1~2 小时再加用复方碘口服溶液,首剂 30~60 滴,以后每 6~8 小时 5~10 滴。一般使用 3~7 日停药。
- > 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$,和(或)餐后 2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 可确诊糖尿病。
- > 世界卫生组织推荐成人口服 75g 葡萄糖;儿童为 1.75g/kg,总量不超过 75g。
- > OGTT 方法:应在清晨进行,禁食至少 10 小时。试验前 3 天每日进食碳水化合物量不可少于 200g。试验日晨空腹取血后将葡萄糖溶于 250~300ml 水中,于 5~15 分钟内服下,服后 30、60、120 和 180 分钟取静脉血测血浆糖。
- > 糖化血红蛋白测定可反映取血前 4~12 周血糖的总水平。
- > 连续两次(不在同一天)空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$;或有明显三多一少症状,随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$;或 OGTT 中的 2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$,但需另一天再次证实,即可诊断糖尿病。
- > 理想体重(kg)=身高(cm)-105。
- > 掌握胰岛素的注射时间,普通胰岛素于饭前半小时皮下注射,低精蛋白锌胰岛素在早餐前 1 小时皮下注射。
- > 对低血糖反应者,及时检测血糖,根据病情进食糖果、含糖饮料或静注 50% 葡萄糖液 20~30ml。
- > 一般在服毒 6 小时内洗胃有效,但超过 6 小时,由于部分毒物仍可滞留在胃内,所以多数有洗胃的必要。
- > 正常人血胆碱酯酶活力为 100%,低于 80%则属异常。
- > 阿托品用量根据中毒程度而定。轻度中毒可皮下注射阿托品 1~2mg,每 1~2 小时一次;中、重度(包括昏迷)中毒可静脉给药。
- > 昏迷患者每 2~3 小时翻身一次,预防压疮。昏迷患者给予鼻饲高蛋白、高维生素流质饮食,每次 250ml 为宜,每日 6~8 次,注意鼻饲管应用的护理。
- > 阿托品使用原则为早期、足量及反复给药,直到毒蕈碱样症状明显好转或有“阿托品化”表现为止。阿托品化指标为瞳孔较前扩大;颜面潮红;口干、皮肤干燥;肺部湿啰音减少或消失;心率加快等。当出现阿托品化,则应减量或停用。
- > 缺血性脑血管病出现颅内压增高症,给予 20%甘露醇 250ml 静脉快速滴入。
- > 正常成人 24 小时液体出入水量为 2000~2500ml
- > 电解质平衡 Na^+ 浓度为 135~145mmol/L,每日需 6~8g;血浆 K^+ 浓度为 3.5~5.5mmol/L,每日需 3~4g。
- > 人体内正常动脉血浆 pH 值为 7.35~7.45。
- > 低钾血症:血清浓度低于 3.5mmol/L。
- > 高钾血症:血清浓度高于 5.5mmol/L。
- > 正常人每日生理需要量为 2000~2500ml。
- > 轻度脱水需补充的液体量为体重的 2%~4%,中度为 4%~6%,重度 6%以上。
- > 休克病人采取头躯干抬高 20°~30°,下肢抬高 15°~20°体位最为合理。
- > 血压逐渐下降,收缩压 $< 100\text{mmHg}$,脉压 $< 20\text{mmHg}$ 表示存在休克。
- > 除颤主要步骤:首次除颤用 200J,第二次为 200~300J,第三次为 360J;充电;放电。
- > 手术间数与手术台数应与外科的实际床位数成 1:20~25。空调要使室内温度恒定在 20~24℃,相对湿度为 40%~60%。
- > 对危重患者每 15~30 分钟测一次生命体征、神志、瞳孔进行详细记录,稳定后间隔时间可延长,一般术后患者每 4 小时 1 次。
- > 休克是烧伤后 48 小时内导致病人死亡的主要原因。体液渗出多自烧伤后 2~3 小时开始,6~8 小时最快,至 36~48 小时达高峰。
- > 中国新九分法为按成人体表面积 100% 计算,头颈部 9%,躯干 27%,两上肢 18%,双下肢 46%;儿童头颈部面积 $=[9+(12-\text{年龄})]\%$,双下肢面积 $=[46-(12-\text{年龄})]\%$;手掌法为伤员五指并拢,其手掌面积约为体表面积的 1%。
- > 休克期:烧伤 48 小时内易发生休克,此期称为休克期。体液渗出多自伤后数分钟开始,6~8 小时最快,36~48 小时达高峰,然后逐渐吸收。

- > 骨髓抑制病人每周应检查白细胞和血小板,如白细胞降至 $3 \times 10^9/L$;或血小板降至 $80 \times 10^9/L$ 时,应暂停放疗,并遵医嘱应用生血药,严重时少量多次输鲜血,注意消毒隔离。
- > 肛裂治疗方法:肛门坐浴;每日坐浴 2 次,每次 15~20 分钟。
- > 颅内压增高:成人正常颅内压为 70~200mmH₂O,当发生各种脑损伤或颅内血肿时,颅内容物体积增大,而颅腔的容积是固定的,因而颅内压力增高,当超过 200mmH₂O,即为颅内压增高。
- > 成人食管长约 25~28cm。
- > 膀胱刺激症状:尿频、尿急、尿痛被称为膀胱刺激症状。正常人白天排尿 3~6 次,夜尿 0~1 次。白天每 2 小时至少排尿 1 次或夜尿 2 次以上为尿频。
- > 骨科病人护理体位:老年人,如能坐起,应使用靠背架或床头摇高 30°~45° 在变换体位时,应维持患肢对线和保持肢体的固定位置。
- > 骨肿瘤术后功能锻炼:术后 48 小时,开始锻炼肌肉舒缩,禁止影响骨和肌肉稳定性的活动。术后 3 周,可做手术部位远近关节活动,但不负重。术后 6 周,进行全身及重点关节的活动,逐渐加大力度,并可辅理疗、按摩等。
- > 股骨干骨折临床表现:局部疼痛,肿胀和畸形较明显,活动障碍,远端肢体异常扭曲,出现反常活动,骨擦音。患肢内出血可达 500~1000ml,出血多者可出现休克。
- > 骨折的急救止血:如大出血时,可用止血带止血,应记录时间,扎止血带的时间越短越好,一般不超过 1 小时,如必须延长,应每隔 40~60 分钟放松一次。
- > 膀胱肿瘤病理:膀胱肿瘤 95% 为上皮性肿瘤,多数为移行细胞乳头状癌,有 1/3 为多发性肿瘤。
- > 泌尿系结石病人的治疗原则上尿路结石,小于 0.6cm,光滑,无尿路梗阻、感染的纯尿酸结石和胱氨酸结石可行保守治疗;0.7cm 以上的结石多不能自行排出。
- > 脱水疗法的护理措施:常用药物为 20% 甘露醇或甘油果糖。甘露醇要求静脉推注或快速滴注,一般 15~30 分钟注完,每 6 小时可重复使用。
- > 肝动脉插管化疗病人的护理主要措施:拔管后,穿刺点加压压迫 15 分钟,卧床 24 小时,防止局部形成血肿。
- > 胃十二指肠溃疡术后饮食护理:病人拔除胃管当日可饮少量水或米汤;第 2 日进半量流质饮食,若病人无腹痛、腹胀等不适,第 3 日进全量流质,第 4 日可进半流质饮食,以稀饭为好,第 10~14 日可进软食。
- > 成人子宫:重约 50g,长 7~8cm,宽 4~5cm,厚 2~3cm,宫腔容积 5ml。
- > 尿道长 4~5cm。输尿管长约 30cm。直肠全长 15~20cm。
- > 孕激素使基础体温上升 0.3~0.5℃,基础体温的改变是排卵的重要指标,是判断排卵期的标志之一。
- > 受精发生在排卵后 12 小时内。着床约在受精后第 6~7 日。
- > 正常时孕 36~38 周时最多,足月妊娠羊水量为 1000~1500ml。
- > 在妊娠任何时期,如羊水量超过 2000ml,为羊水过多;如在妊娠晚期羊水量少于 300ml,为羊水过少。
- > 合并心脏病的孕妇在妊娠 32~34 周、分娩期、产褥期最初 3 日内易发生心力衰竭。
- > 妊娠 12 周后可用听诊器听及胎动;妊娠 18~20 周可感到胎动,听诊有胎心音。
- > 正常胎心率 120~160 次/分。妊娠 24 周前心音多在脐下正中或稍偏左右听到,妊娠 24 周多在胎背处听得清楚。
- > 胎动 ≥ 30 次/12h 或 ≥ 4 次/h 为正常,若连续 2 天胎动 ≤ 3 次/h 则为异常。
- > 宫底高度:12 周末耻骨联合上 2~3 横指;16 周末脐耻之间;20 周末脐下 1 横指,尺测耻上子宫长度 18cm;24 周末脐上 1 横指,尺测耻上子宫长度 24cm;28 周末脐上 3 横指,尺测耻上子宫长度 26cm。32 周末脐与剑突之间,尺测耻上子宫长度 29cm;36 周末剑突下 2 横指,尺测耻上子宫长度 32cm;40 周末脐与剑突之间或略高,尺测耻上子宫长度 33cm。
- > 预产期的推算:末次月经第 1 天起,月份减 3 或加 9,日期加 7,若为阴历,月份仍减 3 或加 9,但日期加 15。
- > 产前检查的次数:妊娠 28 周前每 4 周 1 次,妊娠 28~36 周每 2 周 1 次,妊娠 36 周后每周 1 次。
- > 孕期血压测量:不应超过 18.7/12kPa(140/90mmHg),与基础血压(平时或早孕时测得)相比,收缩压不超过 4kPa(30mmHg),舒张压不超过 2kPa(15mmHg)。

- > 正常坐骨棘间径的距离为10cm以上。坐骨结节间径:正常值为8.5~9.5cm,出口横径与出口后矢状径之和>15cm。正常耻骨弓角度为90°。
- > 足月产:妊娠满37周至不满42周间分娩。早产:妊娠满28周至不满37周间分娩。过期产:妊娠满42周及其后分娩。
- > 骨盆倾斜度:妇女直立时,骨盆入口平面与地平面所形成的角度,一般为60°。
- > 高危妊娠评分:评分指标总分为100分,当减去各种危险因素的评分后低于70分者属高危妊娠。
- > 不规律子宫收缩:分娩前1~2周,子宫出现不规律的收缩,常在夜间出现,收缩持续<30秒,间隔10~20分钟不等,强度不进行性加强。
- > 见红:分娩开始前24~48小时。
- > 临产的标志为有规律且逐渐增强的子宫收缩,持续30秒或以上,间歇5~6分钟,同时伴随有进行性子宫颈管消失、宫颈口扩张和胎先露下降。
- > 潜伏期:是指从出现规律宫缩开始至宫口扩张3cm止。此期扩张较慢约需8小时,最大时限为16小时,大于16小时称潜伏期延长。
- > 活跃期:指宫口扩张3cm至10cm止,约需4小时,大于8小时称活跃期延长。
- > 胎头下降:若先露部颅骨最低点在坐骨棘水平时以“0”表示,棘上1为“-1cm”,棘下1cm为“+1”,依此类推。
- > 肛查时间:一般临产初期每隔4小时一次,经产妇或宫缩频者间隔时间缩短。
- > 听诊:潜伏期于宫缩间歇1~2小时听胎心1次,进入活跃期15~30分钟听胎心1次。
- > 第一产程排尿:临产后每2~4小时排尿1次。
- > 灌肠的时机:初产妇宫口扩张小于4cm,经产妇小于2cm时应行肥皂水灌肠。
- > 第二产程监测胎心:5~10分钟1次。
- > 接产准备时间:初产妇宫口开全、经产妇宫口扩张4cm且宫缩规律有力时,做好接产准备。
- > 宫口开全指宫口开10cm,是进入第二产程的主要标志。
- > 胎盘滞留是指从胎儿娩出到胎盘娩出的时间超过30分钟。
- > Apgar评分:新生儿娩出后,以出生后1分钟的心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色五项体征为依据,每项0~2分,满分10分。
- > 胎儿娩出30分钟后,若按摩子宫、排空膀胱,胎盘仍不排出者,应行徒手剥离胎盘术。
- > 正常分娩出血量大多不超过300ml。
- > 产妇全身各器官除乳腺外从胎盘娩出至恢复或接近正常未孕状态的一段时间,称为产褥期,一般需要6~8周。
- > 产后子宫体积恢复至非孕期大小约需6周。产后宫底高度平脐的时间是产后1天,缩小至约妊娠12周大小的时间是产后7天,降至骨盆内的时间是产后10天。
- > 妊娠期血容量增加,于产后2~3周恢复至未孕状态。产后24小时,心脏负担加重,心脏病产妇此时极易发生心力衰竭。红细胞沉降率于产后3~4周恢复正常。
- > 产后最初1周尿量增多,易发生尿潴留,尤其在产后最初12小时。妊娠期输尿管及肾盂的生理性扩张产后2~8周恢复。
- > 雌激素和孕激素:水平急剧下降,至产后1周已降至未孕水平。胎盘生乳素:于产后6小时已测不出。垂体催乳素:哺乳者于产后数日降至60μg/L。但仍高于非孕水平;不哺乳者则于产后2周降至非孕水平。
- > 产妇月经复潮:不哺乳产妇一般在产后6~10周月经复潮,哺乳期产妇月经复潮延迟,平均在产后4~6个月恢复排卵。
- > 产后宫缩痛:于产后1~2天出现,持续2~3天自然消失。多见于经产妇。
- > 恶露持续时间:血性恶露产后最初3~4日,浆液恶露产后4~14日,白色恶露产后约2周出现,持续2~3周干净。
- > 一般正常分娩者,产后24小时可下床活动。
- > 子宫复旧的护理:产后2小时内极易因子宫复旧不良导致产后出血,故应在产室即刻、30分钟、1小时、2小时各观察1次子宫收缩、宫底高度及恶露的性质和量。产后1周内每天在同一时间评估子宫

复旧情况及恶露。

- > 会阴冲洗的护理:每天2次用1:2000新洁尔灭溶液、1:5000稀释络合碘溶液或1:5000高锰酸钾溶液冲洗或擦洗。
- > 哺乳时间:原则是按需哺乳,每1~3小时哺乳一次,开始每次3~5分钟,以后逐渐延长,不要超过15~20分钟。哺乳期以10个月至1年为宜。
- > 胎儿宫内窘迫的胎心异常:指胎心率 >160 次/分或 <120 次/分,为胎儿窘迫的主要征象。
- > CST或OCT等出现频繁的晚期减速或可变减速,基线变异率 <3 次/分。
- > 胎动消失24小时胎心突然消失,应高度警惕。
- > 胎儿宫内窘迫酸中毒:头皮血气分析 $\text{pH}<7.20$,氧分压下降,二氧化碳分压升高,提示胎儿危险。
- > Apgar评分:满分为10分,属正常新生儿;7分以上一般处理;4~7分缺氧较重;4分以下缺氧严重。出生5分钟Apgar评分对估计预后很有意义。评分越低,酸中毒和低氧血症越严重,如5分钟的评分 <3 分,则新生儿死亡率及日后发生脑部后遗症的机会明显增加。
- > 体外胸廓按压:使新生儿仰卧,用示中指有节奏地按压胸骨中段,每分钟100次,按压深度1~2cm,按压时间和放松时间为1:1,摸到颈动脉和股动脉为按压有效。
- > 新生儿抢救:保暖,在 $30\sim32^{\circ}\text{C}$ 的抢救台上进行抢救。维持肛温 $36.5\sim37^{\circ}\text{C}$ 。鼻内插管给氧:流量 $<2\text{L}/\text{min}$,5~10个气泡/秒,避免发生气胸。气管插管给氧:维持呼吸30次/分,待新生儿皮肤逐渐转红,建立自主呼吸后拔出气管内插管,给予一般吸氧。
- > 凡妊娠不足28周、胎儿体重不足1000g而终止者,称为流产。早期流产发生于妊娠12周前,晚期流产发生于妊娠12周至不足28周者。
- > 自然流产连续发生3次或以上者称为习惯性流产。
- > 妊娠高血压综合征多发生于妊娠20周后。
- > 轻度妊高征:血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 或超过原基础血压30/15mmHg,轻度蛋白尿 $<0.5\text{g}/24\text{h}$ 。中度妊高征:血压 $>150/100\text{mmHg}$,但 $<160/110\text{mmHg}$,尿蛋白(+)或 $>0.5\text{g}/24\text{h}$ 。重度妊高征:血压 $\geq 160/110\text{mmHg}$ 蛋白尿 $\geq 5\text{g}/24\text{h}$ 。
- > 产后子痫:发生在产后24小时内。其中以产前子痫多见。
- > 硫酸镁可采用肌内注射或静脉给药,每日总量不超过20g。
- > 孕28周后,若胎盘附着于子宫下段,甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口处,其位置低于胎儿先露部,称为前置胎盘。
- > 妊娠20周后或分娩期,正常位置的胎盘在胎儿娩出前,部分或全部从子宫壁剥离,简称胎盘早剥。
- > 接种乙肝免疫球蛋白,即刻获得被动免疫,出生后6小时内接种乙肝疫苗,出生后1个月及6个月各接种乙肝疫苗1次,一般可阻断90%的母婴传播率。
- > 糖筛查:应在妊娠24~28周进行。口服葡萄糖耐量试验:糖筛查阳性者,行75g糖耐量试验。
- > 妊娠合并糖尿病临产与剖宫产手术:停皮下注射,改静脉滴注,术前3小时停止单用胰岛素,以免婴儿发生低血糖。新生儿出生后可喂糖水,必要时新生儿可静脉给予10%葡萄糖溶液。
- > 孕妇血清铁 $<6.5\mu\text{mol}/\text{L}$,可诊断为缺铁性贫血。妊娠合并贫血补充铁剂:当血红蛋白 $<100\text{g}/\text{L}$ 时应补充铁剂。当血红蛋白 $<60\text{g}/\text{L}$ 、接近预产期或短期内需行剖宫产术者,应少量多次输血,警惕发生急性左心衰竭。血红蛋白小于 $60\text{g}/\text{L}$,应卧床休息;血红蛋白大于 $80\text{g}/\text{L}$,可户外活动,观察活动后有无疑缺氧征象。
- > 臀先露妊娠30周以后可根据情况进行膝胸卧位,完成胎位纠正;妊娠32~34周,可行外转胎位术。
- > 巨大儿:胎儿体重 $\geq 4000\text{g}$ 者。
- > 胎儿生长受限:出生体重低于同孕龄、同性别胎儿平均体重的两个标准差或第10百分位数,或孕37周后出生体重低于2500g。
- > 阴道液酸碱度检查:以pH试纸测试,阴道液 $\text{pH}>6.5$ 为阳性,提示胎膜早破的可能性极大。
- > 胎儿娩出后24小时内出血量超过500ml者,称为产后出血,80%发生在产后2小时内。
- > 产褥病率:是指分娩24小时以后的10日内,用口表每日测量体温4次,有2次体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 。
- > 晚期产后出血:分娩24小时后,在产褥期内发生的子宫大量出血。
- > 外阴炎的用药:取高锰酸钾加温开水配成1:5000约 40°C 溶液,肉眼为淡玫瑰红色,20分/次,每天2

次。伤口愈合后,改用1:8000。

- > 滴虫性阴道炎检查:取分泌物检查前24~48小时禁止性交、阴道冲洗及局部用药。
- > 宫颈糜烂:轻度糜烂面小于整个宫颈面积的1/3,中度糜烂面占宫颈面积的1/3~2/3,重度糜烂面占宫颈面积的2/3以上。治疗时间为月经干净后3~7天内。
- > 淋病的治愈标准:在治疗后7天复查分泌物,以后每月复查1次,连续3次阴性方为治愈。
- > 葡萄胎HCG定量测定:葡萄胎清宫后每周1次,直至降至正常水平,随后3个月内每周随访1次,3个月内如一直阴性改为每半月检查1次,共3个月;如连续阴性,改为每月检查1次持续半年。第2年起每半年1次,共随访2年。
- > 侵蚀性葡萄胎与绒癌的随访:第1年内每月随访1次,1年后每3个月随访1次,持续至3年后改为每年1次至5年,此后每2年1次。
- > 化疗前实验室检查:用药前白细胞低于 $4.0 \times 10^9/L$,血小板低于 $5.0 \times 10^9/L$ 不能用药;在用药的过程中监测药物毒性反应,如白细胞低于 $3.0 \times 10^9/L$,考虑停药;如白细胞低于 $1.0 \times 10^9/L$,要进行保护性隔离。
- > 妇科腹部手术备皮范围:上起剑突水平,两侧至腋中线,下至大腿上1/3包括会阴部。
- > 妇科腹部手术肠道准备:术前常规禁食8小时,禁饮4~6小时;拟行剖腹探查术、卵巢癌细胞减灭术、宫颈癌根治术以及可能涉及肠道的手术者,术前第3日开始进无渣半流饮食2日、术前1日改流质或禁食1日。
- > 腰麻者术后宜平卧一段时间,以防头痛。蛛网膜下腔麻醉去枕平卧12小时,硬膜外麻醉去枕平卧6~8小时。
- > 术后可15分钟活动一次腿部,每2小时翻身、咳嗽、做深呼吸一次。术后次晨情况稳定可采取半卧位,术后24小时可下床活动,预防突然起床时发生跌倒。
- > 一般手术后留置导尿管48~72小时,广泛性全子宫切除和盆腔淋巴清扫术后留置导尿管7~10日。
- > 术后6小时内禁食、禁饮;6小时后患者不恶心、呕吐可给流质(免奶、少糖)饮食。
- > 妇科腹部手术后鼓励排尿,4~8小时能解小便。拔尿管前夹尿管定时开放,训练膀胱恢复收缩力。不能排尿应导尿,尿量>1000ml宜留尿管,每3~4小时开放一次。
- > 一般手术患者全休1个月,全子宫切除术患者全休3个月;术后2个月内避免提取重物,避免从事会增加盆腔充血的活动。
- > 卵巢肿瘤放腹水一次放3000ml左右,不宜过多,放腹水后用腹带包扎腹部。
- > 卵巢非赘生性肿瘤直径<5cm者,3~6个月复查一次;良性肿瘤患者术后1个月复查;恶性肿瘤患者术后1年内每月复查,术后第2年每3个月复查,术后第3年每6个月复查,3年以上每年复查。
- > 宫颈及阴道手术应在月经干净的3~7日内进行。
- > 外阴阴道手术术前皮肤准备的范围:耻骨联合上10cm至大腿上1/3,包括会阴、肛门。
- > 外阴阴道手术术前肠道准备:术前3日每日开始用肥皂水灌肠1次,术前晚行清洁灌肠;术前3日开始进无渣饮食;可能涉及肠道的手术,前1日禁食,给予静脉补液。
- > 外阴阴道手术术前阴道准备:术前3日开始每日行阴道冲洗1次,每日坐浴2次。常用1:5000的高锰酸钾,1:20的聚维酮碘或1:1000的苯扎溴铵。术前3日开始每晚阴道上药1次。
- > 分娩所致的尿瘘一般于产后3~7日开始;手术直接损伤者术后即开始漏尿。
- > 不孕症的男方检查:主要是精液常规检查。正常精液量2~6ml,pH值7.2~7.8,精子总数大于8000万/ml,活动数大于50%,精子80%是正常形态。进行性交后精子穿透力试验的最佳时间是月经后。
- > 受孕的最佳时间:排卵前2~3天或排卵后24小时内行性生活。
- > 使用短效口服避孕药开始服第一片的时间一般为月经来潮的第5天。
- > 安全期避孕法:下次月经前14天排卵,排卵日及其前5天、后4天以外的时间为安全期。
- > 早期妊娠手术流产:包括负压吸引术(妊娠10周以内)和产钳术(妊娠11~14周者)。
- > 产假规定:女职工产假为90天,其中产前休息15日,难产增加产假15日,多胎生育每多生一个婴儿增加产假15日。
- > 哺乳时间为1年,每班工作应给予两次哺乳时间,单胎每次授乳为30分钟;有未满1周岁婴儿的女职工,不得安排夜班及加班。

- > 会阴擦洗与冲洗的用品:0.02%碘伏溶液、1:5000高锰酸钾或0.1%苯扎溴铵溶液等擦洗液500ml。
- > 会阴热敷的时间:一般每3~5分钟更换热敷垫1次,1次热敷时间15~30分钟。
- > 阴道及宫颈细胞学检查注意事项:刮片前48小时内禁止性生活;检查前24~48小时内不要冲洗阴道或使用置入阴道的栓剂,也不要进行阴道内诊检查。
- > 诊刮术前5天禁止性生活;不孕症刮宫者应在月经来潮12小时内或即将来潮时进行。术后2周内禁盆浴及性生活。
- > 输卵管畅通术护理要点:操作时间以月经干净3~7天为宜,术前3天禁止性生活。
- > 宫腔镜检查:月经干净后1周内检查为宜,术后保持会阴清洁,2周内禁止性生活及坐浴。
- > 腹腔镜检查最适合的体位:头低臀高15°。
- > 会阴侧切术的角度一般为45°。会阴切开的时机即胎儿披露时,估计在10分钟内娩出。
- > 胎儿期:卵子受精→胎儿出生(40周,280天);新生儿期:脐带结扎→生后28天;婴儿期:出生→1周岁;幼儿期:1~3周岁。
- > 出生平均体重3kg,1岁时为9kg,2岁时为12kg。
- > 平均身高:新生儿50cm,6个月65cm,1岁75cm,2岁85cm。
- > 头围:出生34cm,1岁46cm,2岁48cm。
- > 颅骨闭合时间:前囟1~1.5岁,后囟6~8周,颅骨缝3~4个月。
- > 小儿骨化中心数量:腕骨10个。
- > 乳牙共20个,2~2.5岁出齐。数目约等于月龄减4~6。
- > “二抬四翻六会坐,七滚八爬周会走”(数字代表月龄)。
- > 营养素的供能比例:蛋白质10%~15%,脂肪35%~50%,碳水化合物45%~60%。
- > 一般婴儿每日需水约150ml/kg,1~3岁幼儿每日需水约为110ml/kg。婴儿每日需能量按110kcal/kg。
- > 婴儿喂养:6个月以内提倡母乳。4个月以上添加辅食。
- > 体温测量:肛表轻插入直肠1/3(3~5cm),3分钟后取出肛表记录。腋表夹紧5分钟后视查记录。
- > 儿童床围栏高度为45~50cm,栏杆间距7cm左右。
- > 光照疗法:20W或40W有效波长为420~470nm的蓝色荧光灯,距离患儿皮肤33~50cm照射。
- > 围生期:妊娠28周(此时胎儿体重约1000g)至生后7天。
- > 胎龄:足月儿→37~42周;早产儿→28~37周;过期产儿→42周以上。
- > 出生体重:正常出生体重儿2500~3999g;低出生体重儿<2500g;巨大儿≥4000g。
- > 正常足月儿:胎龄37~42周,体重在2500g以上,身长47cm以上。
- > 新生儿呼吸频率为40~45次/分,心率平均120~140次/分,血压平均为70/50mmHg(9.3/6.7kPa)。
- > 新生儿室内温度22~24℃,相对湿度55%~65%。
- > 早产儿:胎龄28~37周,体重<2500g,身长<47cm。
- > 生理性黄疸:生后2~3天出现,4~5天最明显,10~14天消退。血清胆红素2~12mg/dl。
- > 营养不良的分度:轻度15%~25%;中度25%~40%;重度>40%。
- > 口服维生素D每日50~100μg(2000~4000IU),肌内注射维生素D20万~30万IU。
- > 手足搐搦症:血清总钙<1.75~1.88mmol/L(7~7.5mg/dl),或血清钙离子<1.0mmol/L(4mg/dl)。
- > 小儿的胃容量(ml):新生儿30~60;1~3个月90~150;1岁时250~300。
- > 食物在胃的排空时间:水1.5~2小时,母乳2~3小时,牛乳3~4小时。
- > 口腔炎治疗:2%碳酸氢钠溶液清洁口腔,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。
- > 秋季腹泻常见于6个月至2岁小儿,每日大便10次以上甚至数十次。血清抗体一般在感染后3周上升。
- > 等渗液:5%葡萄糖溶液(10%为高渗液)、0.9%的氯化钠溶液(生理盐水)、1.4%的碳酸氢钠、1.87%乳酸钠溶液。
- > 常用补液配置:1:1液=1份0.9%氯化钠溶液+1份5%~10%葡萄糖液,1/2张液;2:1液=2份0.9%氯化钠溶液+1份1.4%碳酸氢钠(或1.87%的乳酸钠),等张液;2:3:1液=2份0.9%氯化钠溶液+3份5%~10%葡萄糖液+1份1.4%碳酸氢钠(或1.87%的乳酸钠)组成,1/2张液;4:3:2液=4份0.9%氯化钠溶液+3份5%~10%葡萄糖液+1份1.4%碳酸氢钠(或1.87%的乳酸钠),

- 2/3 张液;1:4 溶液=1 份 0.9% 氯化钠溶液+4 份 5%~10% 葡萄糖溶液,1/5 张液;口服补液盐溶液=氯化钠 3.5g+碳酸氢钠 2.5g+枸橼酸钾 1.5g+葡萄糖 20g+温开水 1000ml,2/3 张液。
- > 失水量判断脱水程度:轻 50ml/kg(5%);中 50~100ml/kg(5%~10%);重 100~120ml/kg(10%~12%)。
 - > 血钠浓度判断脱水性质:低渗性 <130mmol/L;等渗性 130~150mmol/L;高渗性 >150mmol/L。
 - > 继续损失量和生理需要量可在 12~14 小时内输入,一般每小时 5ml/kg。
 - > 补液:等渗性脱水 1/2 张含钠液,低渗性脱水 2/3 张含钠液,高渗性脱水 1/3~1/5 张含钠液。重度酸中毒 5% 碳酸氢钠液,低钙与低镁血症静脉补充 10% 葡萄糖酸钙或深部肌内注射 25% 硫酸镁。
 - > 休克扩容:2:1 等张含钠液或 1.4% 碳酸氢钠 10~20ml/kg(总量最多不超过 300ml)于 30~60 分钟静脉输入。
 - > 支气管肺炎:病程小于 1 个月为急性肺炎、1~3 个月为迁延型肺炎、大于 3 个月为慢性肺炎。
 - > 几种肺炎的好发年龄:呼吸道合胞病毒肺炎 <2 岁(2~6 个月多见);腺病毒肺炎好发 6 个月~2 岁;葡萄球菌肺炎好发新生儿及婴幼儿;支原体肺炎好发年长儿。
 - > 心脏发育的关键期:胚胎期第 3~8 周,易发育畸形。
 - > 小儿心率(次/分):新生儿 120~140;<1 岁 110~130;2~3 岁 100~120;4~7 岁 80~100;8~14 岁 70~90。
 - > 小儿血压(mmHg):新生儿 60~70,1 岁 70~80,2 岁以后=年龄×2+80;舒张压=收缩压的 2/3。正常值为 ±20mmHg。
 - > 病毒性心肌炎的休息原则:急性期卧床休息 3~4 周,总休息时间不少于 3~6 个月。
 - > 贫血的分度 ①血红蛋白含量(g/L):轻度 90~120;中度 60~90;重度 30~60;极重度 <30。②红细胞数($\times 10^{12}/L$):轻度 3~4;中度 2~3;重度 1~2;极重度 <1。
 - > 营养性缺铁性贫血 6 个月至 2 岁发病率最高。
 - > 正常每日排尿量(ml):婴儿 400~500,幼儿 500~600,学龄前儿童 600~800,学龄儿童 800~1400。
 - > 少尿(一昼夜尿量):婴幼儿 <200ml,学龄前儿童 <300ml,学龄儿童 <400ml。 <30~50ml 为无尿。小儿尿量 >3ml/(kg·h)或 >2400ml/d,14 岁以上 >2.5L 为多尿。
 - > 正常尿液 pH 值为 5~7,红细胞 <3 个/HP,白细胞 <5 个/HP。
 - > 限制钠盐摄入:每日食盐量 1~2g;限制蛋白质摄入:每日 0.5g/kg。
 - > 肾病综合征:尿蛋白定性多为(+++)~(++++) ,24 小时定量 >0.05~0.1g/kg,白蛋白低于 30g/L,血胆固醇超过 5.7mmol/L,尿素氮 >10.7mmol/L。
 - > 小儿正常脑脊液:压力 0.69~1.96kPa,细胞数不超过 $10 \times 10^6/L$ (新生儿 < $20 \times 10^6/L$),糖 2.8~4.4mmol/L,氯化物 118~128mmol/L,蛋白质 <0.4g/L(新生儿 0.2~1.2g/L)。
 - > 风湿热卧床休息时间:无心脏炎症者为 2 周;有较轻心脏炎症者为 4 周;有较重心脏炎症者为 6~12 周;出现心衰者为心功能恢复后 3~4 周。
 - > 传染病报告时间:甲类不超过 6 小时、农村不超过 12 小时;乙类不超过 12 小时。
 - > 流行性腮腺炎发病 1~2 天后出现腮腺肿大,2~3 天达到高峰。持续 4~5 天后逐渐消退。
 - > 结核菌素试验结果判断:48~72 小时后,以 72 小时为准观察结果。反应阳性结节直径:可疑 <5mm;弱 5~9mm;中 10~19mm;强 ≥20mm。
 - > 急性呼吸衰竭血气分析:I 型呼衰氧分压(PaO_2) ≤ 50mmHg,二氧化碳分压($PaCO_2$) 正常;II 型呼衰氧分压(PaO_2) ≤ 50mmHg,二氧化碳分压($PaCO_2$) ≥ 50mmHg。
 - > PaO_2 <40mmHg, SaO_2 <80% 时出现发绀。
 - > 应用机械通气指征:吸入高浓度氧, PaO_2 仍低于 60mmHg;急性 CO_2 潴留, $PaCO_2$ >60mmHg;呼吸过慢、呼吸暂停达 10 秒以上,新生儿达 20 秒以上;呼吸骤停。
 - > 停用呼吸机的指征:维持自主呼吸 2~3 小时以上无异常;吸入氧浓度低于 40% 时, PaO_2 >50mmHg。
 - > 心衰指征:心率婴儿 >180 次/分,幼儿 >160 次/分;呼吸 >60 次/分;肝脏肿大超过肋缘下 3cm 以上。
 - > 心脏按压频率为 60 次/分;学龄儿童为 80 次/分;婴儿为 100 次/分。呼吸频率为儿童 18~20 次/分;婴儿为 30~40 次/分。心脏按压与人工呼吸同时进行时,频率之比为 5:1。
 - > 少尿期持续在 15 天以上者预后不良。