

卫生专业技术资格考试辅导丛书

WEISHENG ZHUANYE JISHU ZIGE KAOSHI
FUDAO CONGSHU

2012

执业护士资格考试

历年考点串讲与例题精选

主编◎张利岩 刘万芳

纵览历年真题
把握命题趋势
指导复习方向

第五版

2012
执业护士资格考试
历年真题与模拟试题

2012

执业护士资格考试

历年真题与模拟试题

主编：王芳芳 副主编：王芳芳

执业护士资格考试
历年真题与模拟试题
历年真题与模拟试题

王芳芳

中国中医药出版社

2012 执业护士资格考试历年考点串讲 与例题精选

(第五版)

主 编 张利岩 刘万芳
副主编 韩淑珍 郑艳芳 宋慧娜
编 委 (以姓氏笔画排序)
于 鹏 王 雪 王潇男 吕倩卓
刘 丽 刘 洋 刘万芳 闫洪双
孙海岩 杨 莉 李 伟 邹春晓
宋慧娜 张利岩 张禄祯 邵冬雪
林牡丹 郑艳芳 孟美凤 曹丽娜
麻 靖 梁雪飞 蒋桂兰 韩淑珍
靳美娜

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

2012 执业护士资格考试历年考点串讲与例题精选/
张利岩,刘万芳主编. --北京:军事医学科学出版社,2011.7
ISBN 978-7-80245-781-2

I. ①2… II. ①张… ②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 139583 号

策划编辑:赵艳霞 责任编辑:蔡美娇 责任印制:马凌

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路 27 号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:北京宏伟双华印刷有限公司

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:28

字数:879 千字

版次:2011 年 10 月第 5 版

印次:2011 年 10 月第 1 次

定价:60.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

护士执业资格考试作为国家级考试,考题难度范围严格遵照大纲,考题的信度和效度都经过严格检测。护士们虽然用心学习,认真阅读多种复习资料,但执业资格考试通过率一直与理想情况有差距。这说明护士在学习或复习方法上与考试的实际要求有一定的差距。本书编写的初衷是希望通过此书来帮助广大考生了解考试的重点和难点,在有限的时间内,有计划、有选择地复习,同时将我们的教学和应考经验介绍给广大考生,希望能为广大考生过关带来帮助。

一、根据卫生部人力资源社会保障部令第74号中第四条:护士执业资格考试修改为专业实务和实践能力两个科目。结合新修订的护士执业考试大纲,此次改版以增加A2、A3/A4型题为主,辅以考查概念的A1型题,突出实用性、适用性、系统性、科学性。

二、考生必须切实掌握大纲要求的知识内容,脚踏实地地复习,不要抱侥幸心理去猜题。

三、根据考试大纲分析,基础知识占了绝大部分,只要考生掌握了作为一名护士所要求掌握的基本知识,过关相当容易。许多考生过多地钻研难题偏题,忽视了基本知识的掌握,结果顾此失彼,不能一次顺利过关。

四、目前有关护士执业资格考试用书,充斥市场,让考生无所适从。实际上护士资格考试根本无须题海战术,大纲要求的考核知识点万变不离其宗,本书的[考点总结]详细罗列了其中的绝大部分,只需考生认真研读,熟练掌握,应对考试自然轻松。

五、在熟悉教材以后再适当选择些练习题做,对巩固知识非常必要。本书的[大纲要求考点例题精选]就围绕考核知识点提炼了一些针对性强的习题,考生应该举一反三,做错的题反复研读,直至明白,这样比打题海战术效果更好。

六、在阅读本书过程中,将自己认为的难点、难题作适当标注,有时间的话一定要回过头复习,不要把题做过去了就不管了,特别是曾经做错的题,回头多温习几遍,对应考非常有益。护士资格考试内容是一个护士应该掌握的最基础的知识点,护士工作紧张,复习时间少,所以要通过考试,就必须明白哪些内容是考点,哪些内容是重点,熟记考点,抓住重点,一次过关可以说并非难事。

张利岩 刘万芳
2011年8月

目 录

第一章 基础护理学	(1)
第二章 循环系统疾病患者的护理	(85)
第三章 消化系统疾病患者的护理	(107)
第四章 呼吸系统疾病患者的护理	(164)
第五章 传染病的护理	(187)
第六章 皮肤及皮下组织疾病患者的护理	(192)
第七章 妊娠、分娩和产褥期疾病患者的护理	(194)
第八章 新生儿和新生儿疾病的护理	(224)
第九章 泌尿生殖系统疾病患者的护理	(235)
第十章 精神障碍患者的护理	(264)
第十一章 损伤与中毒患者的护理	(268)
第十二章 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病	(292)
第十三章 肿瘤患者的护理	(311)
第十四章 血液、造血器官及免疫疾病患者的护理	(340)
第十五章 内分泌、营养及代谢疾病患者的护理	(357)
第十六章 神经系统疾病患者的护理	(381)
第十七章 生命发展保健	(402)
第十八章 中医护理基础	(414)
第十九章 护理管理	(428)
第二十章 护理伦理	(432)
第二十一章 人际沟通	(435)

第一章 基础护理学

第一节 护理程序

【考点串讲】

一、概述

(一) 护理程序的概念

护理程序:以促进和恢复患者的健康为目标所进行的一系列有目的、有计划的护理活动。护理程序分五个步骤,即评估、诊断、计划、实施和评价。

(二) 护理程序与护理理论

执行护理程序需要运用许多理论,主要有:一般系统论、基本需要层次论、沟通理论、应激与适应理论、Roy 的适应模式及 Orem 的自理模式。其中一般系统论是护理程序的结构框架。

(三) 护理程序的特性

1. 使用护理程序的目的是保证为患者提供高质量的以患者为中心的整体护理。
2. 需要护士具备多学科的知识。
3. 具有动态的、持续变化的特点。
4. 护士需要具有良好的人际沟通能力和合作能力。
5. 具有普遍适应性。

二、护理评估

(一) 收集资料的目的

患者的健康资料是确立护理活动方向的依据,因此客观、完整地收集资料有利于护士准确地确立护理诊断和制定护理计划,明确护理活动的方向。将评估贯穿于护理全过程,有利于收集患者的健康动态资料,指导护理计划的修改和补充。

(二) 资料的类型

1. 主观资料 患者的主诉包括患者的经历、感觉以及他所看到、听到或想到的对于健康状况的主观感觉,如:疼痛、麻木、胀痛、瘙痒或感到软弱无力等。

2. 客观资料 护士通过望、触、叩、听、嗅等方法或借助医疗仪器检查而获得的有关患者的症状和体征,如发绀、呼吸困难、心律失常、血压、体温等。

3. 资料的来源 患者是资料的主要来源;资料来源还包括患者的家庭成员或与患者关系密切的其

他人员如朋友、邻居、保姆等;其他健康保健人员,如医生、理疗师、营养师及其他护理人员;病案记录、实验室检查报告、既往的医疗病历、既往健康检查记录、儿童预防接种记录等;体格检查;医疗和护理的有关文献资料。

(三) 资料的内容

1. 患者的一般资料 主要有患者的姓名、性别、年龄、民族、职业、文化程度、婚姻状态、家庭住址、宗教信仰、联系人等。

2. 现在健康状况 此次发病情况、住院目的、入院方式及医疗诊断等。

3. 过去健康状况 既往患病史、家族病史、过敏史、住院史、手术史、婚育史等。

4. 生活状况及自理程度 如饮食、睡眠或休息、排泄、清洁卫生、自理能力、活动方式等。

5. 护理体检 包括身高、体重、生命体征、意识、瞳孔、皮肤、口腔黏膜、四肢活动度、营养状况及心、肺、肝、肾的主要阳性体征。

6. 心理状况 如性格特征、情绪状态、对疾病的认识 and 态度、康复信心、对护理的要求、希望达到健康状态、应对能力等。

7. 社会状况 工作环境、医疗保健待遇、经济状况、家属成员对患者患病的态度及对疾病的了解和认识等。

8. 近期的应激事件 如失业、丧偶、离婚、家人生病等。

(四) 收集资料的方法

1. 观察 护士运用感官或借助简单诊疗器械系统收集健康信息的方法。包括:①视觉观察;②触觉观察;③嗅觉观察;④听觉观察。

2. 交谈 护士与患者沟通思想和治疗信息的有效方法。

①目的:有助于获得可靠、全面的患者健康资料;沟通感情,建立良好的护患关系;及时向患者反馈有关病情、检查、治疗、康复等方面的信息;为患者提供心理支持。

②方式:包括正式交谈和非正式交谈。

③交谈技巧:交谈环境舒适、安静;有利于保护患者的隐私;向患者明示谈话的目的和所需的时间,抓住主题,引导交谈;注意倾听,及时反馈;语句表达

清晰,语意明确,语速适当;谈毕小结。

3. 查阅 在评估前及护理活动中,护士需要随时查阅患者的医疗病历、护理病历及各种辅助检查结果。

(五)资料的组织及记录

1. 组织 将收集的健康资料按一定的方法进行分类,并检查有无遗漏的过程。

2. 记录 ①及时记录;②客观记录患者的叙述和临床所见;③客观资料用可测量的词描述,主观资料记录患者原话;④记录要简洁、清晰,准确使用医学术语。

三、护理诊断

(一)护理诊断的概念

护理诊断是有关个人、家庭、社区对现存的或潜在的健康问题以及生命过程反应的一种临床判断。

(二)护理诊断的组成

1. 现存的 指护理对象目前已存在的健康问题,如“压疮:与皮肤长期受压有关”。

2. 危险的 指护理对象可能出现的健康问题的描述,如“有窒息的危险”。

3. 健康的 是个人、家庭或社区从特定的健康水平向更高的健康水平发展的护理诊断,如“母乳喂养有效”。

(三)护理诊断的陈述方式

1. 三部陈述法 护理诊断名称(P) + 相关因素(E) + 临床表现(S),多用于现存的护理诊断。

2. 二部陈述法 护理诊断名称(P) + 相关因素(E),用于“有……危险”的护理诊断。

3. 一部陈述法 护理诊断名称(P),用于健康的护理诊断。

(四)书写护理诊断的注意事项

1. 使用统一的护理诊断名称:尽量使用 NANDA 认可的护理诊断名称。

2. 贯彻整体护理观念:护理诊断包括心理、生理、社会方面。

3. 明确找出每一个护理诊断的相关因素:相关因素是造成问题的最直接原因,对它的陈述应使用“与……有关”的方式。

4. 有关知识缺乏这一护理诊断的陈述:应为“知识缺乏:缺乏……方面的知识”。

5. 避免临床表现和相关因素混淆。

(五)合作问题——潜在并发症

医生和护士共同合作才能解决的问题属于合作性问题。多指由于脏器的病理生理改变所致的潜在并发症。陈述方法为:“潜在并发症……”。

四、计划

(一)排列优先顺序

1. 优先问题 是指会威胁患者生命、需要立即行动去解决的问题。

2. 中优问题 是指虽不直接威胁患者的生命,但也能导致身体上的不健康或情绪上变化的问题。

3. 次优问题 是指与此次发病关系不大,不属于此次发病所反映的问题。

(二)制定预期目标

护理目标是经过护理活动期望患者达到的健康状态。

1. 分类 护理目标分两类,7天内可实现的目标称为短期目标,需较长时间才能实现的目标称为长期目标。

2. 陈述 护理目标的陈述有5个部分:主语、谓语、行为标准、条件状语和评价时间。主语是评价对象时,可以省略。

3. 注意事项 ①针对一个具体问题可以有多个目标。②陈述要简单明了,切实可行。③目标要可观察和可测量。④必须是患者的行为。

(三)制定护理措施

护理措施是护士为帮助患者达到预定目标所需采取的具体方法。通常围绕导致患者健康问题的原因制定护理措施,因此制定措施是一个决策的过程。

1. 内容 包括七个方面:协助患者完成生活料理;治疗性的措施;危险问题的预防;病情及心理活动的观察;健康教育与咨询;提供的心理支持;制定出院计划。

主要类型:独立性护理措施;依赖性护理措施;合作性护理措施。

2. 制定措施参考的因素 ①患者的具体情况;②护理人员的构成情况;③医院设施设备等。

3. 注意事项 措施应具体,可以执行;注意个体化;与医疗措施相一致。

4. 护理计划成文 将护理诊断、护理目标、护理措施等按一定格式书写成文,构成护理计划。

五、实施

(一)实施前的准备

1. 实施组织。

2. 确定执行人员。

3. 决定执行方法和采用的技能。

4. 选择执行的时间。

(二)实施计划

护士在实施计划中既是护理活动的决策者和组织者,又是措施的执行者、健康知识的教育者。实施

过程中护士要继续收集健康资料,评估患者在护理活动中的身心反应及新的健康状况。

(三)实施后的记录

记录应及时、准确、真实、重点突出。

记录的意义在于:反映护理活动的全过程;利于了解患者的身心状况;是评价护理质量的重要内容;可提供工作经验和科研资料。

六、评价

将患者的健康状态与预定目标进行比较并作出判断的过程。

(一)资料的比较与判断

1. 目标实现的程度 将患者目前的健康状态与预定目标进行比较,其实现的程度有三种:目标整个实现;目标部分实现;目标未实现。

2. 分析目标未能实现的原因 常见原因有:原始资料不充足;诊断不确切;目标不恰当;护理措施设计不当或执行不得力等。

(二)修订护理计划

有三种情况:完全达标时,护理计划停止;部分达标时,护理诊断正确可继续执行护理计划;未达标时,重新评价后修改护理计划。

护理诊断是随患者的身心变化而变化的,因此护理计划也是动态的,需要不断增加新的护理内容。

护理记录单采用PIO记录方式:

P:患者的健康问题。

I:针对健康问题采取的护理措施。

O:护理效果。

(三)患者出院护理评估单

1. 健康教育 ①针对所患疾病制定宣教计划。②与患者讨论有益的卫生习惯。③指导患者寻找现存的和潜在的健康问题。④针对患者现状在生活习惯、休息、功能锻炼、药物治疗、复查等方面进行出院指导。

2. 护理小结 护理活动的概括记录,包括护理达标程度、护理措施落实情况、护理效果等。

【大纲要求考点例题精选】

1. 有关“护理程序”概念的解释哪项不妥
 - A. 是指导护士工作及解决问题的工作方法
 - B. 其目标是增进或恢复服务对象的健康
 - C. 是以系统论为理论框架
 - D. 是有计划、有决策与反馈功能的过程
 - E. 是由估计、诊断、计划、实施四个步骤组成
2. 组成护理程序框架的理论是
 - A. 人的基本需要论

B. 系统论

C. 方法论

D. 信息交流论

E. 解决问题论

3. 属于护理程序评估阶段的内容是

- A. 收集分析资料
- B. 确定预期目标
- C. 制定护理计划
- D. 实施护理措施
- E. 评价护理效果

4. 下列收集的资料哪项属于客观资料

- A. 我头痛
- B. 咽部充血
- C. 感到头晕
- D. 睡眠不好,多梦
- E. 感到恶心

5. 护理评估的根本目的是下列哪项

- A. 改善护理关系
- B. 了解患者病情变化
- C. 体现患者的基本素质
- D. 找出要解决的护理问题
- E. 培养护士敏锐的观察能力

6. 陆先生,72岁,因右下肢股骨颈骨折入院,给予患肢持续牵引复位。患者情绪紧张,主诉患肢疼痛,评估患者后,护士应首先解决的健康问题是

- A. 躯体移动障碍
- B. 焦虑
- C. 生活自理缺陷
- D. 疼痛
- E. 有皮肤完整性受损的危险

7. 属于护理程序计划阶段内容的是

- A. 分析资料
- B. 提出护理诊断
- C. 确定护理目标
- D. 实施护理措施
- E. 评价患者反应

8. 对患者进行心理社会评估采用的最主要方法是

- A. 体格检查
- B. 交谈和观察
- C. 心理社会测试
- D. 阅读相关资料
- E. 使用疼痛评估工具

9. 收集患者资料的主要来源是下列哪项

- A. 参考资料与文献
- B. 患者的家属

- C. 患者
D. 患者的主治医师
E. 其他相关的医务人员
10. 下列哪项是护理诊断
A. 冠心病
B. 糖尿病
C. 高血压
D. 胸痛:与心肌缺血有关
E. 营养不良
11. 属于主观方面的健康资料是
A. 血压 16.3/10.6 kPa
B. 头昏脑涨
C. 骶尾部皮肤破损 1 cm × 2 cm
D. 膝关节红肿、压痛
E. 肌张力三级
12. 张先生,72岁,昏迷。评估确认患者存在以下护理问题,你认为优先应解决的问题是
A. 便秘
B. 语言沟通障碍
C. 清理呼吸道无效
D. 皮肤完整性受损
E. 营养失调,低于机体需要量
13. 尚某,女性,16岁。因患急性心肌炎入院,护士在进行评估收集资料,其中属于主观资料的是
A. 心动过速、发热
B. 感觉心慌、发热
C. 心悸、疲乏、浑身不适
D. 气促、心动过速、发热
E. 气促、感觉心慌、心率快
14. 在陈述护理目标时其目标的“主语”应是
A. 患者
B. 护士
C. 护理对象或他的一部分
D. 医师
E. 医师和护士
15. 属于患者一般资料的是
A. 患病史、婚育史、药物过敏史
B. 姓名、性别、年龄、民族、职业
C. 性格特征、情绪状态、康复信心
D. 家庭关系、经济状况、工作环境
E. 心率、血压、脉搏、呼吸
16. 执行给药医嘱属于
A. 独立性护理措施
B. 辅助性护理措施
C. 依赖性护理措施
D. 协作性护理措施
E. 非护理措施
17. 属于客观方面的健康资料是
A. 恶心
B. 肌肉酸痛
C. 全身发热
D. 脉率 80 次/min
E. 头晕目眩
18. 陈述护理诊断的三个要素是
A. 问题、相关因素、症状与体征
B. 诊断、主诉、现病史
C. 症状、体征、问题
D. 诊断、主诉、相关因素
E. 主诉、诊断、症状与体征
19. 作出护理诊断为护理程序中的
A. 第一步骤
B. 第二步骤
C. 第三步骤
D. 第四步骤
E. 第五步骤
20. 除下列哪项外,均是采用观察法收集的资料
A. 测量患者的体温
B. 听右下肺有无湿啰音
C. 触摸皮肤温度、湿度
D. 阅读患者的查体记录
E. 查看患者尿液的颜色与性状
21. 护士对患者进行评估时,不属于资料来源的是
A. 患者
B. 病历
C. 患者家属
D. 护士的判断
E. 其他医务人员
22. 患者张某,男性,50岁,因肺癌接受大剂量化学治疗。该患者存在
A. 感染:与化疗有关
B. 有感染的危险:与化疗有关
C. 有感染的可能:与化疗有关
D. 潜在并发症:感染
E. 体温过高:与感染有关
23. “有……危险”的护理诊断的陈述方式是
A. PES 公式
B. PE 公式
C. ES 公式
D. PS 公式

E. P 公式

【答案】

1. E 解析:护理程序的概念中描述,护理程序分为五个步骤:护理评估、护理诊断、护理计划、实施、评价。

2. B 解析:一般系统论是护理学的基本理论基础,对护理实践具有重要的指导作用,它是护理程序的理论框架。

3. A 解析:评估是护士有目的、有计划、系统地收集护理对象的资料,为护理活动提供可靠依据的过程。

4. B 解析:客观资料是指护士通过望、触、叩、听、嗅等方法或借助医疗仪器检查而获得有关患者的症状和体征,如发绀、呼吸困难、心律失常等。A、C、D、E 属于主观资料。

5. D

6. B 解析:A、C、D、E 都不属于首优问题。

7. C 解析:A 属于护理评估,B 属于护理诊断,D 属于实施阶段内容,E 属于评价阶段内容。

8. B

9. C 解析:患者是资料的主要来源。

10. D 解析:A、B、C 都属于医疗诊断,E 属于相关因素。

11. B 解析:主观资料是指患者的主诉,如疼痛、麻木等,A、C、D、E 属于客观资料。

12. C 解析:A、B、D、E 都不属于首优问题。

13. B 解析:主观资料包括患者的感觉,A、C、D、E 都不完全属于主观资料。

14. C

15. B 解析:A 属于过去的健康状况,C 属于心理状况,D 属于社会状况,E 属于护理体检。

16. C

17. D 解析:A、B、C、E 都属于不健康的资料。

18. A 解析:护理诊断的陈述包括三个要素:问题(P)、相关因素(E)、症状和体征(S)。

19. B 解析:护理程序分为五个步骤,即护理评估、护理诊断、护理计划、实施、评价。护理诊断为第二步。

20. D 解析:D 属于查阅法。

21. D 解析:评估的资料来源包括患者、患者家属、其他医务人员、体检报告等。护士的判断不属于资料的来源。

22. D

23. B 解析:PE 公式多用于“有……的危险”的

护理诊断。

第二节 医院和住院环境

【考点串讲】

一、医院

(一) 医院的任务

医院的任务是“以医疗为中心”,在提高医疗质量的基础上,保证教学、科研任务的完成,并不断提高教学质量和科研水平;同时做好预防、指导基层和计划生育的技术工作。

(二) 医院的种类

1. 按医院技术水平划分 ①三级医院;②二级医院;③一级医院。

2. 按收治范围划分 ①综合性医院;②专科医院。

3. 按服务对象划分 军队医院、企业医院等,有其特定任务及服务对象。

4. 按所有制划分 全民所有制、集体所有制和个体所有制医院。

二、门诊部

(一) 门诊的护理工作

1. 预检分诊:做到先预检分诊,后挂号诊疗。

2. 安排候诊与就诊:①分理初、复诊病案。②根据病情测量体温、脉搏、呼吸,记录于门诊病案上。③收集整理各种检验报告。④按先后顺序叫号就诊。⑤随时观察候诊患者病情,可适当调整就诊顺序。

3. 备齐各种物品,放置有序。主动配合医生进行诊查。

4. 健康教育:利用候诊时间开展健康教育。

5. 治疗工作:治疗中要严格执行操作规程,确保安全、有效。

6. 消毒隔离:传染病或疑似传染患者,应分诊到隔离门诊就诊,并做好疫情报告。

7. 保健门诊。

(二) 急诊的护理工作

1. 预检分诊:预检护士要掌握急诊就诊标准,做到一问、二看、三检查、四分诊。

2. 抢救工作:①物品准备:一般物品;无菌物品及各类无菌急救包;抢救器械;抢救药品。一切物品做到“五定”:定数量品种、定点放置、定点保管、定期消毒灭菌和定期检查维修,使急救物品完好率达100%。②配合抢救:严格按抢救程序、操作规程实施抢救措施,应做到争分夺秒。医生未到抢救现场,

护士应根据病情作出判断,并紧急处理。止血、吸痰、给氧、实施人工呼吸、胸外心脏按压等,医生到后立即报告病情及处理情况,积极配合抢救、观察病情,为医生提供抢救资料,做好抢救记录,记录字迹清晰、准确、及时;注明时间及抢救实施停止时间;记录医嘱内容及病情动态。抢救过程中执行口头医嘱时,必须向医生复诵一遍,双方确认无误方可执行。抢救完毕,请医生及时补开医嘱和处方。

3. 留观室又称急诊观察室,设置有观察床,收治诊断明确或暂不明确的患者,时间一般3~7天。

三、病区

(一)病区的设置和布局

每个病区设有普通病室、危重病室、抢救室、治疗室、换药室、护士办公室、医生办公室、主任办公室、库房、配膳室、浴室、洗涤间、厕所及医护人员休息室等。每个病区设30~40张病床为宜,两床之间的距离不可少于1 m。

(二)病区的环境管理

1. 社会环境 护士要帮助患者尽快转变角色,适应病区这一特殊的社会环境。

2. 物理环境

(1)空间:病床之间的距离不得少于1 m,以方便操作和护理,并保证患者有适当的空间。

(2)温度:一般室温保持在18~22℃较为适宜。新生儿及老年患者,室温以保持在22~24℃为佳。

(3)湿度:病室湿度以50%~60%为宜。

(4)通风:一般通风30分钟可达到换置室内空气的目的,但注意通风效果随通风面积(门窗大小)、室内外温度差、室外气流速度而异。

(5)噪声:噪声的单位是分贝,当噪声强度在50~60分贝时,即能产生相当的干扰。故护士应尽可能地为患者创造安静的环境,包括说话轻、走路轻、操作轻、关门轻。

(6)光线:病室采光有自然光源和人工光源。其中日光光是维持人类健康的要素之一,太阳辐射的各种光线,尤其红外线和紫外线有很强的生物学作用,故要经常开启门窗让阳光直接射入;同时要备妥人工光源,以备夜间照明及保证特殊检查和治疗护理的需要。

(7)装饰:病室布置要简单、整洁美观,并注意优美与悦目。

(三)铺床法

病床一定要符合实用、耐用、舒适、安全的原则。

1. 备用床

(1)目的:保持病室整洁,准备迎接新患者。

(2)操作步骤:移开床旁桌,距床旁约20 cm;移椅,距床尾正中约15 cm;铺大单,套被套,盖被上缘与床头平齐;套枕套。

(3)注意事项:铺床时护士身体靠近床边,上身保持直立,两脚间距离与肩同宽,两膝稍屈,两脚根据活动情况前后、左右分开,有助于扩大支撑面,降低重心,增加身体的稳定性。

2. 暂空床

(1)目的:①保持病室整洁,迎接新患者住院。

②供暂时离床活动的患者卧床休息用。

(2)操作前准备:根据病情需要,加铺橡胶单;中单,中线 and 床中线对齐,上缘距床头45~50 cm。将盖被三折于床尾。

3. 麻醉床

(1)目的:①便于接收和护理麻醉手术后的患者。②使患者安全、舒适,预防并发症。③保护被褥不被血或呕吐物污染。

(2)操作前准备:全身麻醉护理盘用物:无菌盘内置张口器、压舌板、舌钳、牙垫、治疗碗、镊子、输氧导管、吸痰导管和纱布数块。另备血压计、听诊器、护理记录单、笔、弯盘、胶布、棉签、手电等。

(3)操作步骤:同备用床法,床中部和床头或床尾各加铺一橡皮中单和中单。将枕套套好,横立于床头,枕套开口背门。

4. 注意事项 ①患者进餐或做治疗时应暂停铺床。②应用省力原则。

【大纲要求考点例题精选】

1. 保持病区环境安静,下列措施哪项不妥

- A. 推平车进门,先开门后推车
- B. 医务人员讲话应附耳细语
- C. 轮椅要定时注润滑油
- D. 医务人员应穿软底鞋
- E. 病室门应钉橡胶垫

2. 患者休养适宜的环境是

- A. 气管切开患者,室内相对湿度为30%
- B. 中暑患者,室温应保持在4℃左右
- C. 普通病室,室温以18℃~24℃为宜
- D. 产妇休养室,须保暖,不宜开窗
- E. 破伤风患者,室内应保持光线充足

3. 为了使患者舒适,利于观察病情应做到

- A. 病室内光线充足
- B. 病室内放花卉
- C. 提高病室温度
- D. 注意室内通风

- E. 注意室内色调
4. 某破伤风患者,意识清楚,全身肌肉阵发性痉挛、抽搐,所住病室环境下列哪项不符合病情要求
- A. 室温 18~20℃
B. 相对湿度 50%~60%
C. 门、椅脚钉橡皮垫
D. 保持病室光线充足
E. 开门关门动作轻
5. 不符合铺床省力原则的是
- A. 备齐用物,按序放置
B. 身体靠近床沿
C. 上身前倾,两膝直立
D. 下肢稍分开,保持稳定
E. 使用肘部力量,动作轻柔
6. 以下通风的作用不正确的是
- A. 保持室内空气新鲜
B. 增加患者舒适感
C. 降低呼吸道疾病的发病率
D. 降低室外空气污染程度
E. 调节室内温湿度
7. 在病房里,舒适的相对湿度是
- A. 40%~50%
B. 50%~60%
C. 60%~70%
D. 70%~80%
E. 越低越好
8. 铺麻醉床操作,错误的步骤是
- A. 换铺清洁被单
B. 按要求将橡胶单和中单铺于床头、床中部
C. 盖被纵向三折于门同侧床边
D. 枕横立于床头,开口背门
E. 椅子置于门对侧床边
9. 医院常见的物理损伤不包括
- A. 机械损伤
B. 温度损伤
C. 压力损伤
D. 放射性损伤
E. 昆虫叮咬的损伤
10. 病室的相对湿度为 70% 时,患者可出现
- A. 咽干、口渴
B. 闷热、不适
C. 头晕、倦怠
D. 发热、多汗
E. 肌肉紧张
11. 不适宜支气管哮喘患者康复的住院环境是
- A. 室温 20℃ 左右
B. 相对湿度 60%
C. 室内放置鲜花
D. 病室光线明亮
E. 定时开窗通风
12. 管理急救物品应做到“五定”,其内容不包括
- A. 定点安置、定人保管
B. 定期消毒、灭菌
C. 定期检查维修
D. 定时使用
E. 定数量品种
13. 李某,6 岁,因溺水,心跳、呼吸骤停,送急诊室,护士不需实施下列哪项措施
- A. 人工呼吸
B. 配血
C. 做好抢救记录
D. 胸外心脏按压
E. 开放气道
14. 李先生,70 岁,因呼吸功能减退行气管切开术及人工呼吸,患者的病室环境应特别注意
- A. 保持安静
B. 调节适宜的温度和湿度
C. 加强通风
D. 合理采光
E. 适当绿化
15. 王某,外伤,右下肢骨折,大量出血,急诊入院,急诊科护士在医生未到时应立即
- A. 向保卫部门报告
B. 为患者注射止痛剂
C. 劝慰患者耐心等待医生
D. 给患者止血、测血压,建立静脉输液通道
E. 询问事故的原因
- (16~17 题共用备选答案)
- A. 备用床
B. 暂空床
C. 备用床加橡皮中单、中单
D. 麻醉床
E. 手术床
16. 胃大部分切除术后需要准备
17. 肺炎患者住院时需要准备
18. 造成医源性损伤的原因不是因为医务人员
- A. 责任心不强
B. 动作粗暴
C. 无菌观念不强
D. 仪表不端庄

E. 语言和行为过于谨慎

19. 抢救患者的时间记录包括

A. 医生到达的时间

B. 家属到达的时间

C. 护士到达的时间

D. 向上级部门报告的时间

E. 抢救患者成功的时间

20. 铺床时需使用橡胶中单和中单的患者是

A. 高血压病

B. 三级护理的患者

C. 关节障碍患者

D. 糖尿病患者

E. 腹腔镜术后第一天患者

21. 全身麻醉护理盘内不需准备的用物有

A. 压舌板

B. 吸痰管

C. 导尿管

D. 血压计、听诊器

E. 护理记录单、笔

22. 患者张某,女,60岁,因呼吸困难,不能平卧前来就诊,门诊护士应该安排患者

A. 提前就诊

B. 到隔离门诊就诊

C. 吸氧

D. 立即送抢救室抢救

E. 按挂号次序就诊

【答案】

1. B 解析:医务人员附耳细语,会使患者产生不信任感。

2. C

3. A 解析:B、C、D、E都没有利于观察病情的作用。

4. D 解析:破伤风患者病室光线宜暗。

5. C 解析:两膝直立不符合铺床的节力原则。

6. D

7. B 解析:病室湿度以50%~60%为宜。

8. C 解析:铺麻醉床时,盖被应三折,叠于背门一侧。

9. E 解析:E不属于物理损伤。

10. B 解析:湿度过高,蒸发作用减弱,抑制患者出汗,使患者感觉潮湿、闷等。

11. C 解析:室内放置鲜花,会使患者吸进过多花粉,刺激患者的呼吸系统,不利于支气管哮喘患者恢复。

12. D 13. B

14. B 解析:气管切开患者应保证适宜的温度和湿度。

15. D

16. D 解析:手术后患者需准备麻醉床。

17. B 解析:入院患者需准备暂空床。

18. E 19. A 20. E 21. C 22. A

第三节 入院和出院患者的护理

【考点串讲】

一、患者入院的护理

(一)入院程序

1. 办理入院手续 患者或家属持医生签发的住院证到住院处填写登记表格,办理入院手续。住院处接受患者后,立即通知病房值班护士根据病情做好接新患者的准备。

2. 实施卫生处置 根据入院患者的病情,在卫生处置室进行卫生处理,如沐浴、更衣、修剪指(趾)甲、理发等。危、急、重症患者可酌情免浴。患者如有虱、虬者,先行灭虱虬,再沐浴更衣。传染病患者或疑有传染病的患者应送隔离室处理。患者换下的衣服或不需要的物品可交家属带回或按手续暂时存放在入院处。

3. 护送入病房 住院处护理人员携病历护送患者入病房。根据病情可选用步行、轮椅、平车或担架护送。护送时注意安全和保暖,不应停止必要的治疗(如输液、给氧)。外伤者还应注意卧位。护送患者入病室后,与病房值班护士就患者的病情、所采取或需继续的治疗护理措施、个人卫生情况及物品进行交接。

(二)患者入病房后的初步处理

1. 评估患者的身心需要。

2. 初步护理措施

(1)一般患者:①准备床单用物。②迎接新患者。③入院指导。④填写有关表格。病案按下列顺序排列,即体温单、医嘱记录单、入院记录、病史及体格检查、病理记录、各种检验及检查报告单、护理病案、病案首页、门诊病案。⑤测量体温、脉搏、呼吸、血压,并绘制在体温单上,测量体重,填写在体温单相应栏内。⑥通知医生,按医嘱处理有关事项。⑦了解患者身心需要。⑧向患者及家属介绍病区环境、有关规章制度、物品使用常规、标本留取法等。耐心听取并解答患者咨询,填写患者入院护理评估单。

(2) 急诊患者: 急诊患者被送到病区后, 值班护士应酌情将患者安置在“危重病房”。立即测量生命体征, 医生到来之前, 根据病情及时给予吸氧、吸痰、止血、配血、建立静脉通道。配合医生共同抢救患者, 做好护理记录。

(三) 分级护理

分级护理是根据对患者的轻、重、缓、急及患者自理能力的评估, 给予不同级别的护理。

1. 特级护理 患者病情危重, 需随时观察, 以便进行抢救。如严重创伤、复杂疑难的大手术后、器官移植、大面积灼伤, 以及某些严重的内科疾患等。①安排专人 24 小时护理, 严密观察病情及生命体征变化。②制定护理计划, 严格执行各项诊疗及护理措施, 及时准确逐项填写特别护理记录。③备好急救所需药品和用物。④做好基础护理, 严防并发症, 确保患者安全。

2. 一级护理 患者病情危重, 需绝对卧床休息。如各种大手术后、休克、昏迷、瘫痪、高热、大出血、肝衰竭和早产儿等。①每 15~30 分钟巡视患者一次, 观察病情及生命体征变化。②制定护理计划, 严格执行各项诊疗及护理措施, 及时准确填写特别护理记录。③做好基础护理, 严防并发症, 满足患者身心需要。

3. 二级护理 患者病情较重, 生活不能自理。如大手术后病情稳定者, 以及年老体弱、慢性病不宜多活动者、幼儿等。①每 1~2 小时巡视患者一次, 观察病情。②按护理常规护理。③给予必要的生活及心理协助, 满足患者身心需要。

4. 三级护理 患者病情较轻, 生活能基本自理。如一般慢性病, 疾病恢复期及选择手术前的准备阶段等。①每日巡视患者 2 次, 观察病情。②按护理常规护理。③给予卫生保健指导, 督促患者遵守院规, 满足患者身心需要。

二、患者出院的护理

(一) 出院前的护理目的

1. 对患者进行出院指导, 协助其尽快适应原工作和生活, 并能遵医嘱按时接受治疗或定期复诊。
2. 指导患者办理出院手续。
3. 清洁、整理床单位。

(二) 出院前的护理工作内容

1. 医生根据患者康复情况, 决定出院日期, 开具出院医嘱, 护士根据出院医嘱, 将出院日期通知患者及其家属, 协助其做好出院准备。

2. 根据患者的康复现状, 进行恰当适时的健康教育, 指导出院后在休息、饮食、用药、功能锻炼和定

期复查等方面的注意事项, 必要时提供书面材料, 便于患者及其家属掌握有关的护理知识、技能和护理要求。

3. 注意患者的情绪变化, 特别是病情无明显好转、转院、自动离院的患者, 进行针对性的安慰和鼓励, 增进其康复信心, 以减轻其离开医院所产生的恐惧与焦虑。自动离院患者应在出院医嘱上注明“自动出院”, 并要求患者及其家属签名认可。

4. 征求患者对医院医疗护理等各项工作的意见, 以便不断提高医疗护理质量。

(三) 出院后护理的工作内容

1. 患者离开病床出院后方可整理床单位, 避免在患者未离开病床时撤去被服, 给患者带来心理上的不舒适。

2. 处理出院患者床单位: ①撤去病床上污被服, 放入污衣袋, 根据疾病种类决定清洗消毒方法; ②用消毒液擦拭床旁桌椅及床; ③非一次性使用的痰杯、脸盆, 须用消毒液浸泡; ④床垫、床褥、棉胎、枕芯等放在日光下曝晒或紫外线照射消毒; ⑤病室开窗通风; ⑥患传染性疾病患者离院后, 需按传染病终末消毒法进行处理。

3. 有关医疗文件的处理。填写出院时间; 病案归档; 注销各种卡片。

4. 铺好备用床, 准备迎接新患者。

三、运送患者的方法

(一) 轮椅运送法

1. 检查轮椅性能, 将轮椅推至患者床旁, 核对患者, 向患者说明操作的目的、方法和配合方法。

2. 使椅背与床尾平齐, 面向床头, 翻起脚踏板, 将闸制动。

3. 天冷需用毛毯保暖时, 将毛毯单层的两边平均地直铺在轮椅上, 使毛毯上端高过患者颈部 15 cm。

4. 扶患者坐起, 嘱患者以手掌撑在床面维持坐姿, 协助穿衣及鞋袜下地, 撤盖被至床尾。

5. 护士站在轮椅背后, 用两手臂压住椅背, 一只脚踏住椅背下面的横挡, 以固定轮椅, 嘱患者扶着轮椅的扶手, 身体置于椅座中部, 抬头向后靠坐稳。

6. 对于不能自行下车的患者, 可扶患者坐起, 并移至床边, 请患者双手置于搬运者肩上, 搬运者双手环抱患者腰部, 协助患者下床; 嘱患者用其近轮椅侧之手, 扶住轮椅外侧之把手, 转身坐入轮椅中; 或由搬运者环抱患者, 协助患者坐入轮椅中。

7. 翻下脚踏板, 脱鞋后让患者双脚置于其上。患者如有下肢水肿、溃疡或关节疼痛, 可将脚踏板抬

起,垫以软枕,双脚踏于软枕上。

8. 将毛毯上端向外翻折叠 10 cm,围在患者颈部,用别针固定,并用毛毯围裹双臂做成两个袖筒,各用别针固定在腕部,再用毛毯围好上身,用毛毯将双下肢和双脚包裹。

9. 整理好床单位,铺暂空床。

10. 观察患者,确定无不适后,松闸,推患者至目的地。

11. 下轮椅时,将轮椅推至床尾,将闸制动,翻起脚踏板。

12. 护士立于患者面前,两腿前后分开,屈膝屈髋,两手置于患者腰部,患者双手放于护士肩上。协助患者站立,慢慢坐回床缘;协助脱去鞋子和保暖外衣。

13. 协助患者取舒适卧位,盖好盖被。

14. 整理床单位,观察病情,推轮椅回原处放置,需要时做记录。

(二)平车运送法

1. 挪动法 适用于病情许可,能够在床上活动者。协助患者移向床边,护士用身体抵住平车。协助患者以上身、臀部、下肢顺序向平车挪动,使患者躺卧舒适。用毛毯包裹患者,露出头部。整理床单位,铺好暂空床。

2. 单人搬运法 适用于体重较轻患者或儿科患者。

3. 两人或三人搬运法 适用于体重较重的不能活动的患者。

4. 四人搬运法 适用于病情危重或颈、腰椎骨折等患者。

(三)家庭病床

1. 提供治疗、护理需要:如注射、换药、导尿、灌肠、按摩等。

2. 指导和协助患者实施康复护理:如肢体功能、呼吸功能、膀胱功能的锻炼等。

3. 健康教育:包括疾病防治知识、用药知识、卫生指导、饮食调整等。

4. 心理护理:运用语言和非语言技巧,给予患者心理帮助和支持,克服由于疾病造成的心理障碍,给予安慰和鼓励,使其树立战胜疾病的信心。

5. 及时处理患者现存的或潜在的护理问题,做好效果评价和护理记录。

【大纲要求考点例题精选】

1. 一般患者入病区后的初步护理,应首先

A. 介绍住院规章制度

B. 扶助上床休息,护士自我介绍

C. 测量生命体征

D. 通知医生,协助体检

E. 填写住院病历有关栏目

2. 护士对前来门诊的患者,首先应进行的工作是

A. 健康教育

B. 卫生指导

C. 预检分诊

D. 查阅病案

E. 心理安慰

3. 下列患者需要送隔离室进行卫生处置的是

A. 肺结核

B. 急性心肌梗死

C. 结肠炎

D. 慢性肾炎

E. 胃溃疡

4. 对一位需住院的心力衰竭患者,住院处的护理人员首先应

A. 进行卫生处置

B. 介绍医院的规章制度

C. 立即护送患者入病区

D. 通知医生做术前准备

E. 了解患者有何护理问题

5. 一般病员入院,值班护士接住院处通知后,应先

A. 准备病床单元

B. 迎接新病员

C. 填写入院病历

D. 通知医生

E. 通知营养室

6. 李某,女,53岁,因哮喘急性发作,急诊入院。护士在入院初步护理中,下列哪项不妥

A. 护士自我介绍,消除陌生感

B. 立即给患者氧气吸入

C. 安慰患者,减轻焦虑

D. 详细介绍环境及规章制度

E. 通知医生,给予诊治

7. 下列哪项不属于急诊留观室的护理工作

A. 住院登记,建立病历

B. 填写各种记录单

C. 及时处理医嘱

D. 做好心理护理

E. 做好晨晚间护理

8. 张先生,45岁,因上消化道大出血被送至急诊室。值班护士在医生未到达前首先应

A. 记录患者入院时间和病情变化

B. 向家属了解病史,耐心解释