

全国护士执业资格考试用书编写专家委员会 | 编写

2011

全国护士执业资格考试指导

要点精编



人民卫生出版社

全国护士执业资格考试指导用书编写委员会 | 编委

2011

全国护士执业资格考试指导

要点精编



人民卫生出版社

2011

全国护士执业资格考试指导

要点精编

全国护士执业资格考试用书编写专家委员会 | 编写

**卫人网**
www.ipmph.com

人民卫生出版社旗下网站
权威医学数字资源品牌

此卡可用于兑换以下网络服务之一：

精品网络课程 3~5小时
考试研究专家倾力打造

同步练习试卷 10套
及时巩固所学知识点

本卡还可用于人民卫生出版社图书的防伪验证，以及体验卫人网其他频道的海量数字资源，详见网站说明。

卡号 **HT7NRWRFSR** 密码 **123456**

使用流程：

1. 登录卫人网www.ipmph.com，注册为会员。
2. 在网站首页赠卡激活通道中输入卡号和密码，激活本卡。
3. 兑换上述服务。
4. 详情说明参见网站“赠卡使用说明”。

有效期：2011年1月1日至2011年12月31日内激活，激活后半年内使用有效。
全国免费咨询电话：4008-300-567 服务邮箱：exam@ipmph.com
卫人网在法律允许范围内保留对本卡最终解释权。

**人民卫生出版社**
“先睹为快”



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

2011 全国护士执业资格考试指导要点精编/全国
护士执业资格考试用书编写专家委员会编写. —北京:
人民卫生出版社, 2011. 1

ISBN 978-7-117-13954-0

I. ①2… II. ①全… III. ①护士-资格考核-
自学参考资料 IV. ①R192.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 251108 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

本书本印次内封贴有防伪标。请注意识别。

2011 全国护士执业资格考试指导要点精编

编 写: 全国护士执业资格考试用书编写专家委员会

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 29

字 数: 742 千字

版 次: 2011 年 1 月第 1 版 2011 年 3 月第 1 版第 4 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13954-0/R·13955

定 价: 58.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

根据《护士条例》(2008年,国务院第517号令)、《护士执业注册管理办法》(2008年,卫生部第59号令)和《护士执业资格考试办法》(2010年,卫生部、人力资源社会保障部第74号令)精神,护士岗位实行准入制度,护士必须通过护士执业资格考试才能申请执业注册。护士执业资格考试实行统一考试大纲、统一命题、统一合格标准的国家统一考试制度。考试原则上每年举行一次,以加强对考生实践能力的考核为目标要求。自2011年起,护士执业资格考试由原来的四个科目改变为专业实务和实践能力两个科目,一次考试通过两个科目为考试成绩合格。

为贯彻护士执业资格考试相关文件精神,帮助广大考生更好的了解新护考,做好考前复习工作,特组织国内知名专家成立了编写专家委员会,严格按照最新护士执业资格考试的具体要求,结合最新考试大纲的精神,编写了《2011全国护士执业资格考试指导》。该书打破原有的内、外、妇、儿、基础护理学的分类方法,将疾病按系统分类,按照疾病在临床工作中出现的频率,列出了护士在执业过程中可能会遇到的常见疾病。根据在特定的疾病背景下,护士为完成特定的护理任务所需要的特定护理知识,以及完成护理工作应该具备的医学基础知识、护理专业知识和技能以及与护理工作有关的社会医学、人文知识等进行编写。是国内最权威、最具指导性的护士执业资格考试用书。

针对考生不同阶段的复习要求,为更好的服务考生,编写专家委员会在《2011全国护士执业资格考试指导》的基础上进行浓缩精编,提取其中的要点、难点、考点,编写了《2011全国护士执业资格考试指导要点精编》一书。

欢迎广大考生与专业人士来信交流学习:zyhs2011@163.com。

目 录

• 第 一 章

基础护理知识和技能	1
第一节 护理程序	1
第二节 医院和住院环境	5
第三节 入院和出院病人的护理	9
第四节 卧位和安全的护理	13
第五节 医院内感染的预防和控制	16
第六节 病人的清洁护理	25
第七节 生命体征的评估	29
第八节 病人饮食的护理	37
第九节 冷热疗法	42
第十节 排泄护理	46
第十一节 药物疗法和过敏试验法	54
第十二节 静脉输液和输血法	66
第十三节 标本采集	75
第十四节 病情观察和危重病人的抢救	78
第十五节 临终病人的护理	88
第十六节 医疗和护理文件的书写	91

• 第 二 章

循环系统疾病病人的护理	95
第一节 心功能不全病人的护理	95
第二节 心律失常病人的护理	99
第三节 先天性心脏病病人的护理	102
第四节 高血压病人的护理	106
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	109
第六节 心脏瓣膜病病人的护理	112
第七节 感染性心内膜炎病人的护理	114
第八节 心肌疾病病人的护理	117
第九节 周围血管疾病病人的护理	119
第十节 心搏骤停病人的护理	123

• 第 三 章

消化系统疾病病人的护理	126
第一节 消化系统解剖生理	126
第二节 口炎病人的护理	126
第三节 慢性胃炎病人的护理	127
第四节 消化性溃疡病人的护理	128

第五节	溃疡性结肠炎病人的护理	130
第六节	小儿腹泻的护理	132
第七节	肠梗阻病人的护理	136
第八节	急性阑尾炎病人的护理	139
第九节	腹外疝病人的护理	140
第十节	痔病人的护理	141
第十一节	肛瘘病人的护理	142
第十二节	直肠肛管周围脓肿病人的护理	143
第十三节	肝硬化病人的护理	144
第十四节	细菌性肝脓肿病人的护理	146
第十五节	肝性脑病病人的护理	147
第十六节	胆道感染病人的护理	150
第十七节	胆道蛔虫病病人的护理	151
第十八节	胆石症病人的护理	152
第十九节	急性胰腺炎病人的护理	154
第二十节	上消化道大出血病人的护理	155
第二十一节	慢性便秘病人的护理	158
第二十二节	急腹症病人的护理	159
呼吸系统疾病病人的护理		163
第一节	呼吸系统的解剖生理	163
第二节	急性感染性喉炎病人的护理	164
第三节	急性支气管炎病人的护理	165
第四节	肺炎病人的护理	165
第五节	支气管扩张病人的护理	170
第六节	慢性阻塞性肺疾病病人的护理	172
第七节	支气管哮喘病人的护理	175
第八节	慢性肺源性心脏病病人的护理	177
第九节	血气胸病人的护理	179
第十节	呼吸衰竭病人的护理	182
第十一节	急性呼吸窘迫综合征病人的护理	186
传染病病人的护理		189
第一节	麻疹病人的护理	189
第二节	水痘病人的护理	190
第三节	流行性腮腺炎病人的护理	191
第四节	病毒性肝炎病人的护理	191
第五节	艾滋病病人的护理	194
第六节	流行性乙型脑炎病人的护理	196
第七节	猩红热病人的护理	197
第八节	中毒型细菌性痢疾病人的护理	198

• 第 四 章

• 第 五 章

• 第 六 章

第九节 结核病病人的护理	199
妊娠、分娩和产褥期疾病病人的护理	204
第一节 女性生殖系统解剖生理	204
第二节 妊娠期妇女的护理	206
第三节 分娩期妇女的护理	210
第四节 产褥期妇女的护理	213
第五节 流产病人的护理	215
第六节 早产病人的护理	216
第七节 过期妊娠病人的护理	217
第八节 妊娠高血压疾病病人的护理	218
第九节 异位妊娠病人的护理	221
第十节 胎盘早剥病人的护理	222
第十一节 前置胎盘病人的护理	223
第十二节 羊水量异常病人的护理	224
第十三节 多胎妊娠及巨大胎儿病人的护理	225
第十四节 胎儿宫内窘迫病人的护理	226
第十五节 胎膜早破病人的护理	227
第十六节 妊娠期合并症病人的护理	228
第十七节 产力异常病人的护理	230
第十八节 产道异常病人的护理	231
第十九节 胎位异常病人的护理	232
第二十节 产后出血病人的护理	232
第二十一节 羊水栓塞病人的护理	233
第二十二节 子宫破裂病人的护理	234
第二十三节 产褥感染病人的护理	235
第二十四节 晚期产后出血病人的护理	236
泌尿生殖系统疾病病人的护理	238
第一节 肾小球肾炎病人的护理	238
第二节 肾病综合征病人的护理	240
第三节 慢性肾衰竭病人的护理	241
第四节 急性肾衰竭病人的护理	243
第五节 尿路结石病人的护理	246
第六节 泌尿系统损伤病人的护理	247
第七节 尿路感染病人的护理	250
第八节 前列腺增生病人的护理	251
第九节 外阴炎病人的护理	253
第十节 阴道炎病人的护理	254
第十一节 宫颈炎和盆腔炎症病人的护理	257
第十二节 功能失调性子宫出血病人的护理	260

• 第 七 章

• 第 八 章

第十三节	痛经病人的护理	261
第十四节	围绝经期综合征病人的护理	262
第十五节	子宫内膜异位症病人的护理	263
第十六节	子宫脱垂病人的护理	264
第十七节	急性乳腺炎病人的护理	266
	精神障碍病人的护理	268
第一节	精神障碍症状学	268
第二节	精神分裂症病人的护理	271
第三节	抑郁症病人的护理	273
第四节	焦虑症病人的护理	275
第五节	强迫症病人的护理	276
第六节	癔症病人的护理	277
第七节	睡眠障碍病人的护理	279
第八节	阿尔茨海默病病人的护理	280

• 第 九 章

	损伤、中毒病人的护理	283
第一节	创伤病人的护理	283
第二节	烧伤病人的护理	285
第三节	毒蛇咬伤病人的护理	288
第四节	腹部损伤病人的护理	290
第五节	一氧化碳中毒病人的护理	292
第六节	有机磷中毒病人的护理	293
第七节	镇静催眠药中毒病人的护理	295
第八节	酒精中毒病人的护理	298
第九节	中暑病人的护理	300
第十节	淹溺病人的护理	301
第十一节	细菌性食物中毒病人的护理	302
第十二节	小儿气管异物的护理	303
第十三节	破伤风病人的护理	304
第十四节	肋骨骨折病人的护理	306
第十五节	常见四肢骨折病人的护理	307
第十六节	骨盆骨折病人的护理	310
第十七节	颅骨骨折病人的护理	310

• 第 十 章

	肌肉骨骼系统和结缔组织疾病病人的护理	312
第一节	颈肩痛和腰腿痛病人的护理	312
第二节	骨和关节化脓性感染病人的护理	316
第三节	脊柱及脊髓损伤病人的护理	317
第四节	关节脱位病人的护理	319
第五节	风湿热病人的护理	319
第六节	类风湿关节炎病人的护理	321

• 第十一章

第七节	系统性红斑狼疮病人的护理	323
第八节	骨质疏松症病人的护理	324
肿瘤病人的护理		326
第一节	食管癌病人的护理	326
第二节	胃癌病人的护理	328
第三节	原发性肝癌病人的护理	331
第四节	胰腺癌病人的护理	332
第五节	大肠癌病人的护理	334
第六节	肾癌病人的护理	336
第七节	膀胱癌病人的护理	337
第八节	宫颈癌病人的护理	338
第九节	子宫肌瘤病人的护理	340
第十节	卵巢癌病人的护理	341
第十一节	绒毛膜癌病人的护理	342
第十二节	葡萄胎和侵蚀性葡萄胎病人的护理	344
第十三节	白血病病人的护理	346
第十四节	骨肉瘤病人的护理	349
第十五节	颅内肿瘤病人的护理	350
第十六节	乳腺癌病人的护理	352
第十七节	子宫内膜癌病人的护理	355
第十八节	原发性支气管肺癌病人的护理	356

• 第十二章

血液、造血器官和免疫疾病病人的护理		360
第一节	缺铁性贫血病人的护理	360
第二节	营养性巨幼细胞贫血病人的护理	361
第三节	再生障碍性贫血病人的护理	362
第四节	血友病病人的护理	364
第五节	特发性血小板减少性紫癜病人的护理	365
第六节	过敏性紫癜病人的护理	366
第七节	弥散性血管内凝血病人的护理	368

• 第十三章

内分泌、营养和代谢疾病病人的护理		370
第一节	单纯性甲状腺肿病人的护理	370
第二节	甲状腺功能亢进症病人的护理	371
第三节	甲状腺功能减退症病人的护理	373
第四节	库欣综合征病人的护理	375
第五节	糖尿病病人的护理	376
第六节	痛风病人的护理	381
第七节	蛋白质-热能营养不良病人的护理	383
第八节	小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的护理	385
第九节	小儿维生素 D 缺乏性手足搐搦症的护理	387

• 第十四章	神经系统疾病病人的护理	389
	第一节 神经系统解剖生理	389
	第二节 颅内压增高与脑疝病人的护理	389
	第三节 头皮损伤病人的护理	392
	第四节 脑损伤病人的护理	393
	第五节 脑血管疾病病人的护理	396
	第六节 三叉神经痛病人的护理	398
	第七节 急性脱髓鞘性多发性神经炎病人的护理	399
	第八节 帕金森病病人的护理	400
	第九节 癫痫病人的护理	401
	第十节 化脓性脑膜炎病人的护理	403
	第十一节 病毒性脑膜脑炎病人的护理	404
• 第十五章	生命发展保健	407
	第一节 计划生育	407
	第二节 孕期保健	410
	第三节 生长发育	411
	第四节 儿童保健	414
	第五节 青春期保健	417
	第六节 妇女保健	417
	第七节 老年保健	419
• 第十六章	法规与护理管理	425
	第一节 与护士执业注册相关的法律法规	425
	第二节 与护士临床工作相关的医疗法规	427
	第三节 医院护理管理的组织原则	432
	第四节 临床护理工作组织结构	433
	第五节 医院常用的护理质量标准	434
	第六节 医院护理质量缺陷及管理	436
• 第十七章	护理伦理	438
	第一节 护士执业中的伦理具体原则	438
	第二节 护士的权利与义务	439
	第三节 病人的权利与义务	441
• 第十八章	人际沟通	444
	第一节 概述	444
	第二节 护理工作中的人际关系	445
	第三节 护理工作中的语言沟通	449
	第四节 护理工作中的非语言沟通	451
	第五节 护理工作中礼仪要求	453

第一章 基础护理知识和技能

第一节 护 理 程 序

一、护理程序的概念

护理程序是以促进和恢复病人的健康为目标所进行的一系列有目的、有计划的护理活动,是一个综合的、动态的、具有决策和反馈功能的过程,对护理对象进行主动、全面的整体护理,使其达到最佳健康状态。护理程序是一种科学的确认问题、解决问题的工作方法和思想方法。

护理程序的理论基础来源于与护理有关的各学科理论,如系统论、层次需要论、信息论和解决问题论等。系统论组成了护理程序的框架;层次需要论为估计病人健康状况、预见病人的需要提供了理论依据;信息论赋予护士与病人交流能力和技巧的知识,从而确保护理程序的最佳运行;解决问题论为确认病人健康问题,寻求解决问题的最佳方案及评价效果奠定了方法论的基础。各种理论相互关联,互相支持。

二、护理程序的步骤

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。

(一) 护理评估

评估是护理程序的开始。评估的准确与否直接影响护理诊断的确定、护理计划的制订和实施,影响护理目标的实现。在护理程序实施的过程中,还应对病人进行随时评估,评估贯穿于整个护理过程之中。

1. 收集资料的目的

- (1) 为正确确立护理诊断提供依据。
- (2) 为制订合理护理计划提供依据。
- (3) 为评价护理效果提供依据。
- (4) 积累资料,供护理科研参考。

2. 资料的类型 根据收集资料的方法不同,将所收集的资料分为:

(1) 主观资料:即病人的主诉,包括病人所感觉的、所经历的以及看到的、听到的、想到的内容的描述。是通过与病人及有关人员交谈获得的资料,也包括亲属的代诉,如头晕、麻木、乏力、瘙痒、恶心、疼痛等。

(2) 客观资料:是护士经观察、体检、借助其他仪器检查或实验室检查等所获得的病人的健康资料,如黄疸、发绀、呼吸困难、颈项强直、心脏杂音、体温 39.0℃ 等。

3. 资料的来源

- (1) 直接来源:来源于病人本人。
- (2) 间接来源
 - 1) 病人的家属及其他与之关系密切者,如亲属、朋友、同事、邻居、老师、保姆等。
 - 2) 其他卫生保健人员,如与病人有关的医师、营养师、理疗师、心理医师及其他护士等。
 - 3) 目前或既往的健康记录或病历,如儿童预防接种记录、健康体检记录或病历记录等。

4) 医疗、护理的有关文献记录。

4. 资料的内容

(1) 一般资料。

(2) 过去健康状况:如患病史、住院史、家族史、手术及外伤史、过敏史、婚育史等。

(3) 生活状况和自理程度:如饮食、睡眠与休息、排泄、烟酒嗜好、清洁卫生、自理能力、活动方式等。

(4) 护理体检

(5) 心理社会状况

5. 收集资料的方法 收集资料的方法主要有四种,包括观察、护理体检、交谈(询问病史)、查阅。

(1) 观察:观察是一个连续的过程,病人一入院就意味着观察的开始,一位有能力的护士必须随时进行观察,并能敏锐地作出适当的反应。常用的观察方法包括:①视觉观察;②触觉观察;③听觉观察;④嗅觉观察。

(2) 护理体检。

(3) 交谈。

1) 安排合适的环境。

2) 说明交谈的目的和所需要的时间。

3) 引导病人抓住交谈的主题:①护士应事先了解病人的资料,准备交谈提纲,按顺序引导病人交谈,先从主诉、一般资料开始,再引向过去健康状况及心理社会情况等。②病人叙述时,要注意倾听,不要随意打断或提出新的话题,要有意识地引导病人抓住主题,对病人的陈述或提出的问题,应给予合理的解释和适当的反应,如点头、微笑等。③交谈完毕,应对所交谈内容作一小结,并征求病人的意见,向病人致谢。

(4) 查阅:包括查阅病人的医疗与护理病历及各种辅助检查结果等。

6. 资料的整理与记录

(1) 资料的整理:将收集的资料进行分类整理,并检查有无遗漏。

(2) 记录

1) 收集的资料要及时记录。

2) 主观资料的记录应尽量用病人自己的语言,并加引号。

3) 客观资料的记录应使用医学术语,所描述的词语应准确,应正确反映病人的问题,避免护士的主观判断和结论。

(二) 护理诊断

1. 护理诊断的概念 护理诊断是关于个人、家庭或社区对现存的或潜在的健康问题或生命过程反应的一种临床判断,是护士为达到预期目标(预期结果)选择护理措施的基础,而预期目标(预期结果)是由护士负责制订的。

2. 护理诊断的组成 护理诊断由名称、定义、诊断依据以及相关因素四部分组成。

(1) 名称:是对护理对象健康问题的概括性描述。分为以下类型:

1) 现存的:是指护理对象目前已经存在的健康问题,如“皮肤完整性受损:压疮,与局部组织长期受压有关”。

2) 危险的:是对现在未发生,但健康状况和生命过程中可能出现的反应的描述,若不采取护理措施将会发生问题,如“有……的危险”。

3)健康的:是个人、家庭、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,陈述方式为“潜在的……增强”,“执行……有效”。

(2)定义:是对护理诊断名称的一种清晰、正确的描述,并以此与其他护理诊断相鉴别。

(3)诊断依据:是作出该护理诊断时的临床判断标准,即诊断该问题时必须存在的相应的症状、体征和有关的病史。可分为:必要依据,即做出某一护理诊断所必须具备的依据;主要依据,即做出某一护理诊断通常需具备的依据;次要依据,是对做出某一护理诊断有支持作用,但每次不一定必须存在的依据。

(4)相关因素:是指影响健康状况、引起健康问题的直接因素、促成因素或危险因素,包括病理生理方面的因素、治疗方面的因素、情境方面的因素、年龄方面的因素等。

3. 护理诊断的陈述方式 护理诊断的陈述包括三个要素:问题(P),即护理诊断的名称;相关因素(E),多用“与……有关”来陈述;症状和体征(S)。又称为 PES 公式。

4. 书写护理诊断时应注意的问题

(1)护理诊断所列问题应简明、准确、陈述规范,应该为护理措施提供方向,对相关因素的陈述必须详细、具体、容易理解。

(2)一个护理诊断针对一个健康问题。

(3)避免与护理目标、护理措施、医疗诊断相混淆。

(4)护理诊断必须是以所收集到的资料作为诊断依据。

(5)确定的问题必须是用护理措施能解决的问题。

(6)护理诊断不应有易引起法律纠纷的描述。

5. 医护合作性问题 合作性问题是护士与医生共同合作才能解决的问题,多指因脏器的病理生理改变所致的潜在并发症。但并非所有的并发症都是合作性问题,能够通过护理措施干预和处理的,属于护理诊断,不能预防或独立处理的并发症,则属于合作性问题。对于合作性问题,护士应将监测病情作为护理的重点,及时发现病情变化,并与医生合作共同处理。

合作性问题的陈述以固定的方式进行,即“潜在的并发症:……”。

6. 护理诊断与医疗诊断的区别与联系

(1)临床研究的对象不同。

(2)描述的内容不同。

(3)决策者不同。

(4)职责范围不同。

(三) 护理计划

制订计划的目的是为了病人得到个性化的护理,保持护理工作的连续性,促进医护人员的交流,并利于评价。一般分四个步骤进行。

1. 设定优先次序 根据所收集的资料确定的多个护理诊断,按轻、重、缓、急设定先后次序,使护理工作能够高效、有序地进行。

(1)排序原则

1)优先解决直接危及生命,需立即解决的问题。

2)按马斯洛层次需要论,优先解决低层次需要,再解决高层次需要。

3)在不违反治疗、护理原则的基础上,可优先解决病人主观上认为重要的问题。

4)优先解决现存的问题,但不要忽视潜在的问题。

(2) 排列顺序

- 1) 首优问题: 直接威胁护理对象的生命, 需要立即采取行动的问题。
- 2) 中优问题: 不直接威胁护理对象的生命, 但能造成躯体或精神上的损害的问题。
- 3) 次优问题: 人们在应对发展和生活中变化所产生的问题, 在护理过程中, 可稍后解决。

2. 设定护理计划(制订护理措施)

(1) 护理措施的内容护理应当清楚、明确, 专为适合某个病人的护理需要而提出, 不应千篇一律如同常规。重点放在促进健康, 维持功能正常, 预防功能失代偿, 满足人的基本需要, 预防、减低或限制不良反应。

(2) 护理措施的类型

- 1) 依赖性的护理措施: 即护士遵医嘱执行的具体措施。
- 2) 独立性的护理措施: 即护士在职责范围内, 根据所收集的资料, 经过独立思考、判断所决定的措施。

3) 协作性的护理措施: 即护士与其他医务人员之间合作完成的护理活动。

(3) 制订护理措施的注意事项

- 1) 护理措施应充分利用现有的设备、经济实力和人力资源。
- 2) 护理措施应针对护理目标。
- 3) 护理措施应符合实际, 体现个体化的护理。
- 4) 护理措施内容应具体、明确、全面。
- 5) 护理措施应保证病人的安全。
- 6) 护理措施应有科学的理论依据。
- 7) 护理措施应与医疗工作相协调。

3. 计划成文

(四) 实施

实施通常发生在护理计划之后, 但对急诊病人或危重病人则应先采取紧急救护措施, 再书写完整的计划。

1. 实施的步骤

(1) 准备包括进一步熟悉和理解计划, 分析实施所需要的护理知识和技术, 预测可能发生的并发症及其预防措施, 合理安排、科学运用时间、人力、物力。

(2) 执行计划在执行计划时, 护理活动应与医疗密切配合, 与医疗工作保持协调一致; 要取得病人及家属的合作与支持, 并在实施中进行健康教育, 以满足其学习需要。熟练运用各项护理技术, 密切观察实施后病人的生理、心理状态, 了解病人的反应及效果, 有无新的问题出现, 并及时收集相关资料, 以便能迅速、正确地处理新出现的健康问题。

(3) 记录在实施中, 护士要把各项护理活动的内容、时间、结果及病人的反应及时进行完整、准确的文字记录, 称为护理记录或护理病程记录。护理记录可以反映护理活动的全过程, 利于了解病人的身心状况, 反映护理效果, 为护理评价做好准备。

2. 实施方法

- (1) 分管护士直接为病人提供护理。
- (2) 与其他医务人员之间合作完成护理措施。
- (3) 指导病人及家属共同参与护理。

(五) 评价

评价实际上是贯穿于护理活动的全过程之中。

1. 评价方式

- (1) 护士进行自我评价。
- (2) 护士长、护理教师、护理专家的检查评定。
- (3) 护理查房。

2. 评价内容

- (1) 护理过程的评价:是评价护士在进行护理活动中的行为是否符合护理程序的要求。
- (2) 护理效果的评价:是评价中最重要的方面,确定病人健康状况是否达到预期目标。
- (3) 评价目标实现程度:护理目标实现的程度一般分为:①目标完全实现;②目标部分实现;③目标未实现。
- (4) 评价步骤:①收集资料;②判断护理效果;③分析原因;④修订计划。

护理诊断是随病人的身心变化而变化的,因此护理计划也是动态的,需要随时在对病人评估的基础上,增加新的内容。

三、护理病案的书写

病人的有关资料、护理诊断、预期目标、护理措施、效果评价,均应以书面形式进行记录,就构成了护理病案。内容包括:

1. 病人入院护理评估单。
2. 护理计划单。
3. 护理记录单书写时可采用 PIO 格式进行记录:
P(problem):病人的健康问题。
I(intervention):针对病人的健康问题所采取的护理措施。
O(outcome):护理后的效果。
4. 住院病人护理评估单。
5. 病人出院护理评估单 包括两大内容:健康教育和护理小结。

第二节 医院和住院环境

一、概 述

(一) 医院的任务

卫生部颁发的《全国医院工作条例》提出,医院的任务是“以医疗工作为中心,在提高医疗质量的基础上,保证教学和科研任务的完成,并不断提高教学质量和科研水平。同时做好扩大预防、指导基层和计划生育的技术工作”。

(二) 医院的种类

1. 按分级管理划分 根据卫生部提出的《医院分级管理标准》,医院按功能与任务的不同,以及技术质量水平和管理水平、设施条件的不同,可划分为一、二、三级。每级又分为甲、乙、丙等,三级医院增设特等,共分为三级十等。
2. 按收治范围划分 分为综合性医院和专科医院。
3. 按特定任务划分 如军队医院、企业医院等。

4. 按所有制划分 分为全民、集体、个体所有制医院、中外合资医院、股份制医院等。
5. 按经营目的划分 分为非营利性医院和营利性医院。

二、门 诊 部

(一) 门诊的护理工作

1. 预检分诊 接诊时应热情主动,先简要询问病史,经观察病情后,作出初步判断,再给予合理的分诊,做到先预检分诊,再指导病人挂号就诊。

2. 安排候诊和就诊

- (1)开诊前:检查候诊、就诊环境,备齐各种检查器械及用物等。
- (2)开诊后:按挂号先后顺序安排就诊。收集整理初诊、复诊病案和检验报告等。
- (3)根据病情测量体温、脉搏、呼吸等,记录于门诊病案上。必要时协助医生进行诊察。
- (4)随时观察候诊病人的病情:如遇高热、剧痛、呼吸困难、出血、休克等病人,应立即采取措施,安排提前就诊或送急诊室处理;对病情较严重者、年老体弱者,可适当调整就诊顺序。
- (5)门诊结束后:回收门诊病案,整理、消毒环境。

3. 开展健康教育

4. 实施治疗 如各种注射、换药、灌肠、导尿、穿刺等。

5. 严格消毒隔离 认真做好空气、地面、墙壁、各种用物的清洁、消毒,对传染病或疑似传染病病人,应分诊到隔离门诊并做好疫情报告。

6. 做好保健门诊的护理工作 护士经过培训可直接参与健康体检、疾病普查、预防接种、健康教育等保健工作。

(二) 急诊的护理工作

1. 预检分诊 病人到达急诊科,应有专人负责出迎。预检护士要掌握急诊就诊标准,通过一问、二看、三检查、四分诊的顺序,初步判断疾病的轻重缓急,及时分诊到各专科诊室。遇有危重病人应立即通知值班医生和抢救室护士;遇有法律纠纷、交通事故、刑事案件等应立即通知医院的保卫部门或公安部门,并请家属或陪送者留下;遇有灾害性事件应立即通知护士长和有关科室。

2. 抢救工作

(1)急救物品准备:急救物品应做到“五定”,即定数量品种、定点安置、定人保管、定期消毒灭菌及定期检查维修,使急救物品完好率达到100%。

(2)配合抢救

1)实施抢救措施:医生到达前,护士应根据病情快速作出分析、判断,进行紧急处理,如测血压、止血、给氧、吸痰、建立静脉通道、进行胸外心脏按压和人工呼吸等。医生到达后,立即汇报抢救情况,积极配合抢救,正确执行医嘱。

2)做好抢救记录:记录内容包括时间(病人和医生到达的时间,抢救措施落实的时间)、执行医嘱的内容和病情的动态变化。记录要及时、准确,字迹清晰。

3)严格执行查对制度:在抢救过程中,如为口头医嘱,护士必须向医生复述一遍,当双方确认无误后方可执行;抢救完毕,请医生及时补写医嘱与处方。各种急救药品的空安瓿要经两人查对,记录后再弃去。输液瓶、输血袋等用后要统一放置,以便查对。

3. 留观室 留观时间一般为3~7天。