



博天首创[®]
BOTIANSHOUCHUANG

严格依据全国护士执业
资格考试最新大纲编写

——名师课堂系列

THE NURSE
QUALIFICATION EXAMINATION

护士执业
资格考试

考点 
随身记

2017年



扫码听课

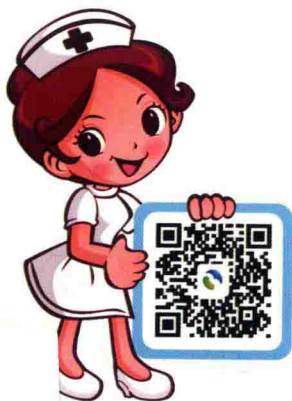


手机题库



直播课堂

人机对话[®]专用版
博天首创医考教研室 编



轻松考护士

中国石化出版社
[HTTP://WWW.SINOPEC-PRESS.COM](http://www.sinopec-press.com)

教·育·出·版·中·心



博天首创®
BOTIANSHOUCHUANG

严格依据全国护士执业
资格考试最新大纲编写

——名师课堂系列

THE NURSE
QUALIFICATION EXAMINATION

护士执业
资格考试

考点 
随身记



扫码听课



手机题库



直播课堂

人机对话®专用版
博天首创医考教研室 编

轻松考护士

中国石化出版社

[HTTP://WWW.SINOPEC-PRESS.COM](http://www.sinopec-press.com)

教·育·出·版·中·心

图书在版编目 (CIP) 数据

护士执业资格考试考点随身记 / 博天首创医考教研室
编. -- 北京 : 中国石化出版社, 2016. 11

ISBN 978 - 7 - 5114 - 4334 - 2

I. ①护… II. ①博… 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 (2016) 第 275086 号

未经本社书面授权, 本书任何部分不得被复制、抄袭, 或者以任何形式
任何方式传播。版权所有, 侵权必究。

中国石化出版社出版发行

地址: 北京市朝阳区吉市口路 9 号

邮编: 100020 电话: (010) 59964500

发行部电话: (010) 59964526

http: //www. sinopec-press. com

E-mail: press@ sinopec. com

河南鸿运印刷有限公司印刷

全国各地新华书店经销

*

787 × 1092 毫米 32 开本 13.5 印张 682 千字

2016 年 12 月第 1 版 2016 年 12 月第 1 次印刷

定价: 69.00 元

目 录

第一章 基础护理知识和技能 (1)	第三章 消化系统疾病病人的护理 (93)
考点一 护理程序 (1)	考点一 消化系统解剖生理 (94)
考点二 护士职业防护 (5)	考点二 口炎病人的护理 (95)
考点三 医院和住院环境 (6)	考点三 慢性胃炎病人的护理 (96)
考点四 入院和出院病人的护理 (9)	考点四 消化性溃疡病人的护理 (96)
考点五 卧位和安全的护理 (12)	考点五 溃疡性结肠炎病人的护理 (99)
考点六 医院内感染的预防和控制 (14)	考点六 小儿腹泻的护理 (100)
考点七 病人的清洁护理 (20)	考点七 肠梗阻病人的护理 (105)
考点八 生命体征的评估及护理 (24)	考点八 阑尾炎病人的护理 (107)
考点九 病人饮食的护理 (28)	考点九 腹外疝病人的护理 (108)
考点十 冷热疗法 (30)	考点十 痔病人的护理 (110)
考点十一 排泄护理 (33)	考点十一 肛痿病人的护理 (112)
考点十二 药物疗法和过敏试验法 (37)	考点十二 直肠肛管周围脓肿病人的护理 (113)
考点十三 静脉输液和输血法 (44)	考点十三 肝硬化病人的护理 (114)
考点十四 标本采集 (50)	考点十四 细菌性肝脓肿病人的护理 (115)
考点十五 病情观察和危重病人的抢救 (52)	考点十五 肝性脑病病人的护理 (116)
考点十六 水、电解质、酸碱平衡失调病人的护理 (59)	考点十六 胆道感染病人的护理 (117)
考点十七 临终病人的护理 (62)	考点十七 胆道蛔虫病病人的护理 (119)
考点十八 医疗和护理文件的书写 (64)	考点十八 胆石症病人的护理 (120)
第二章 循环系统疾病病人的护理 (66)	考点十九 急性胰腺炎病人的护理 (122)
考点一 循环系统解剖生理 (66)	考点二十 上消化道大出血病人的护理 (123)
考点二 心功能不全病人的护理 (67)	考点二十一 慢性便秘病人的护理 (125)
考点三 心律失常病人的护理 (71)	考点二十二 急腹症病人的护理 (126)
考点四 先天性心脏病病人的护理 (73)	第四章 呼吸系统疾病病人的护理 (129)
考点五 高血压病人的护理 (75)	考点一 呼吸系统的解剖生理 (129)
考点六 冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理 (78)	考点二 急性感染性喉炎病人的护理 (131)
考点七 心脏瓣膜病病人的护理 (81)	考点三 急性支气管炎病人的护理 (132)
考点八 感染性心内膜炎病人的护理 (83)	考点四 肺炎病人的护理 (133)
考点九 心肌疾病病人的护理 (84)	考点五 支气管扩张病人的护理 (137)
考点十 心包疾病病人的护理 (86)	考点六 慢性阻塞性肺疾病病人的护理 (138)
考点十一 周围血管疾病病人的护理 (88)	考点七 支气管哮喘病人的护理 (140)
考点十二 心脏骤停病人的护理 (91)	

- 考点八 慢性肺源性心脏病病人的护理 (142)
- 考点九 血气胸病人的护理 (144)
- 考点十 呼吸衰竭病人的护理 (146)
- 考点十一 急性呼吸窘迫综合征病人的护理 (148)
- 第五章 传染病病人的护理 (149)
- 考点一 流行性感冒病人的护理 (149)
- 考点二 麻疹病人的护理 (151)
- 考点三 水痘病人的护理 (152)
- 考点四 流行性腮腺炎病人的护理 (153)
- 考点五 病毒性肝炎病人的护理 (154)
- 考点六 艾滋病病人的护理 (156)
- 考点七 流行性乙型脑炎病人的护理 (158)
- 考点八 猩红热病人的护理 (159)
- 考点九 中毒性细菌性痢疾病人的护理 (159)
- 考点十 流行性脑脊髓膜炎病人的护理 (160)
- 考点十一 结核病人的护理 (162)
- 第六章 皮肤及皮下组织疾病病人的护理 (166)
- 考点一 皮肤及皮下组织化脓性感染病人的护理 (166)
- 考点二 手部急性化脓性感染病人的护理 (167)
- 第七章 妊娠、分娩和产褥期疾病病人的护理 (169)
- 考点一 女性生殖系统解剖生理 (170)
- 考点二 妊娠期妇女的护理 (172)
- 考点三 分娩期妇女的护理 (175)
- 考点四 产褥期妇女的护理 (179)
- 考点五 流产病人的护理 (181)
- 考点六 早产病人的护理 (182)
- 考点七 过期妊娠病人的护理 (183)
- 考点八 妊娠期高血压疾病病人的护理 (183)
- 考点九 异位妊娠病人的护理 (186)
- 考点十 胎盘早剥病人的护理 (187)
- 考点十一 前置胎盘病人的护理 (188)
- 考点十二 羊水量异常病人的护理 (189)
- 考点十三 多胎妊娠及巨大胎儿病人的护理 (190)
- 考点十四 胎儿窘迫病人的护理 (192)
- 考点十五 胎膜早破病人的护理 (192)
- 考点十六 妊娠期合并症病人的护理 (193)
- 考点十七 产力异常病人的护理 (196)
- 考点十八 产道异常病人的护理 (197)
- 考点十九 胎位异常病人的护理 (198)
- 考点二十 产后出血病人的护理 (199)
- 考点二十一 羊水栓塞病人的护理 (200)
- 考点二十二 子宫破裂病人的护理 (201)
- 考点二十三 产褥感染病人的护理 (202)
- 考点二十四 晚期产后出血病人的护理 (203)
- 第八章 新生儿和新生儿疾病的护理 (204)
- 考点一 正常新生儿的护理 (204)
- 考点二 早产儿的护理 (206)
- 考点三 新生儿窒息的护理 (206)
- 考点四 新生儿缺氧缺血性脑病的护理 (207)
- 考点五 新生儿颅内出血的护理 (208)
- 考点六 新生儿黄疸的护理 (209)
- 考点七 新生儿寒冷损伤综合征的护理 (211)
- 考点八 新生儿脐炎的护理 (211)
- 考点九 新生儿低血糖的护理 (212)
- 考点十 新生儿低钙血症的护理 (212)
- 第九章 泌尿生殖系统疾病病人的护理 (214)
- 考点一 泌尿系统的解剖生理 (215)
- 考点二 肾小球肾炎病人的护理 (215)
- 考点三 肾病综合征病人的护理 (218)
- 考点四 慢性肾衰竭病人的护理 (220)
- 考点五 急性肾衰竭病人的护理 (222)
- 考点六 尿石症病人的护理 (223)
- 考点七 泌尿系统损伤病人的护理 (224)
- 考点八 尿路感染病人的护理 (227)
- 考点九 前列腺增生病人的护理 (228)
- 考点十 外阴炎病人的护理 (230)
- 考点十一 阴道炎病人的护理 (230)
- 考点十二 宫颈炎和盆腔炎病人的护理 (234)
- 考点十三 功能失调性子宫出血病人的护理 (236)
- 考点十四 痛经病人的护理 (237)
- 考点十五 围绝经期综合征病人的护理 (238)
- 考点十六 子宫内膜异位症病人的护理 (239)
- 考点十七 子宫脱垂病人的护理 (240)

考点十八 急性乳腺炎病人的护理 (241)	第十三章 肿瘤病人的护理 (302)
第十章 精神障碍病人的护理 (243)	考点一 甲状腺癌病人的护理 (303)
考点一 精神障碍症状学 (243)	考点二 食管癌病人的护理 (304)
考点二 精神分裂症病人的护理 (247)	考点三 胃癌病人的护理 (305)
考点三 抑郁症病人的护理 (252)	考点四 原发性肝癌病人的护理 (307)
考点四 焦虑症病人的护理 (255)	考点五 胰腺癌病人的护理 (308)
考点五 强迫症病人的护理 (256)	考点六 大肠癌病人的护理 (309)
考点六 癔症病人的护理 (257)	考点七 肾癌病人的护理 (312)
考点七 睡眠障碍病人的护理 (259)	考点八 膀胱癌病人的护理 (312)
考点八 阿尔茨海默病病人的护理 (260)	考点九 子宫颈癌病人的护理 (314)
第十一章 损伤、中毒病人的护理 (263)	考点十 子宫肌瘤病人的护理 (316)
考点一 创伤病人的护理 (264)	考点十一 卵巢癌病人的护理 (318)
考点二 烧伤病人的护理 (265)	考点十二 绒毛膜癌病人的护理 (319)
考点三 咬伤病人的护理 (267)	考点十三 葡萄胎及侵蚀性葡萄胎病人的护理 (321)
考点四 腹部损伤病人的护理 (269)	考点十四 白血病病人的护理 (322)
考点五 一氧化碳中毒病人的护理 (271)	考点十五 骨肉瘤病人的护理 (324)
考点六 有机磷中毒病人的护理 (272)	考点十六 颅内肿瘤病人的护理 (325)
考点七 镇静催眠药中毒病人的护理 (273)	考点十七 乳腺癌病人的护理 (326)
考点八 酒精中毒病人的护理 (274)	考点十八 子宫内膜癌病人的护理 (328)
考点九 中暑病人的护理 (275)	考点十九 原发性支气管肺癌病人的护理 (329)
考点十 淹溺病人的护理 (277)	第十四章 血液、造血器官及免疫疾病病人的护理 (334)
考点十一 细菌性食物中毒病人的护理 (277)	考点一 血液及造血系统的解剖生理 (334)
考点十二 小儿气管异物的护理 (278)	考点二 缺铁性贫血病人的护理 (335)
考点十三 破伤风病人的护理 (279)	考点三 营养性巨幼细胞贫血病人的护理 (336)
考点十四 肋骨骨折病人的护理 (280)	考点四 再生障碍性贫血病人的护理 (337)
考点十五 常见四肢骨折病人的护理 (281)	考点五 血友病病人的护理 (338)
考点十六 骨盆骨折病人的护理 (285)	考点六 特发性血小板减少性紫癜病人的护理 (339)
考点十七 颅骨骨折病人的护理 (286)	考点七 过敏性紫癜病人的护理 (340)
第十二章 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病病人的护理 (288)	考点八 弥散性血管内凝血病人的护理 (341)
考点一 腰腿痛和颈肩痛病人的护理 (288)	第十五章 内分泌、营养及代谢疾病病人的护理 (343)
考点二 骨和关节化脓性感染病人的护理 (291)	考点一 内分泌系统的解剖生理 (343)
考点三 脊柱及脊髓损伤病人的护理 (293)	考点二 单纯性甲状腺肿病人的护理 (344)
考点四 关节脱位病人的护理 (295)	考点三 甲状腺功能亢进症病人的护理 (345)
考点五 风湿热病人的护理 (296)	考点四 甲状腺功能减退症病人的护理 (348)
考点六 类风湿关节炎病人的护理 (298)	考点五 Cushing 综合征病人的护理 (349)
考点七 系统性红斑狼疮病人的护理 (299)	
考点八 骨质疏松症病人的护理 (301)	

考点六	糖尿病病人的护理	(350)
考点七	痛风病人的护理	(354)
考点八	营养不良病人的护理	(356)
考点九	小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的护理	(357)
考点十	小儿维生素 D 缺乏性手足搐搦症的护理	(358)

第十六章 神经系统疾病病人的护理 (361)

考点一	神经系统解剖生理	(361)
考点二	颅内压增高与脑疝病人的护理	(362)
考点三	头皮损伤病人的护理	(364)
考点四	脑损伤病人的护理	(364)
考点五	脑血管疾病病人的护理	(367)
考点六	三叉神经痛病人的护理	(369)
考点七	急性脱髓鞘性多发性神经炎病人的护理	(370)
考点八	帕金森病病人的护理	(371)
考点九	癫痫病人的护理	(372)
考点十	化脓性脑膜炎病人的护理	(374)
考点十一	病毒性脑膜脑炎病人的护理	(376)
考点十二	小儿惊厥的护理	(377)

第十七章 生命发展保健 (379)

考点一	计划生育	(379)
考点二	孕期保健	(382)
考点三	生长发育	(383)
考点四	小儿保健	(385)

考点五	青春期保健	(388)
考点六	妇女保健	(390)
考点七	老年保健	(391)

第十八章 中医基础知识 (394)

第十九章 法规与护理管理 (400)

考点一	与护士执业注册相关的法律法规	(400)
考点二	与护士临床工作相关的法律法规	(401)
考点三	医院护理管理的组织原则	(405)
考点四	临床护理工作组织结构	(406)
考点五	医院常用的护理质量标准	(407)
考点六	医院护理质量缺陷及管理	(408)

第二十章 护理伦理 (410)

考点一	护士执业中的伦理和行为准则	(410)
考点二	护士的权利与义务	(411)
考点三	病人的权利与义务	(412)

第二十一章 人际沟通 (414)

考点一	概述	(414)
考点二	护理工作中的人际关系	(416)
考点三	护理工作中的语言沟通	(419)
考点四	护理工作中的非语言沟通	(421)
考点五	护理工作中的礼仪要求	(422)

☆在本书学习前扫描右侧二维码学习考点概述(必看)

关注“博天首创”微信公众号可免费享受

1. 手机题库、历年真题、考前押题等题库训练
2. 定期直播课堂



名师考点概述

第一章



本章名师课堂

基础护理知识和技能

考情分析

本章在全国护士执业资格考试中所占比重最大,因此,考生对其内容的掌握程度将直接影响考试结果。本章考点的难度不是很大,且知识点重复的比例和概率较高,在考试中可以帮助考生拿到尽量多的分数。但本章考点密集、内容琐碎难记,不易抓住重点。因此,考生需要对照以下的重点标记内容,全面抓住考点,突破解题难关。

本章历年考点分值比例

考点	2015 试题数	2016 试题数	近6年 出题总数	2017预测 出题数	所占比 重(%)
护理程序	2	2	10	2	4.26
护士职业防护	0	2	2	2	0.85
医院和住院环境	4	0	9	2	3.83
入院和出院病人的护理	6	0	10	3	4.26
卧位和安全的护理	0	0	9	2	3.83
医院内感染预防和控制	1	7	23	4	9.79
病人的清洁护理	2	0	18	2	7.66
生命体征的评估及护理	1	1	17	1	7.23
病人饮食的护理	2	0	11	2	4.68
冷热疗法	2	3	9	2	3.83
排泄护理	5	3	19	2	8.09
药物疗法和过敏试验法	5	2	28	2	11.91
静脉输液和输血法	3	2	22	2	9.36
标本采集	2	0	8	1	3.40
病情观察和危重病人的抢救	1	5	16	3	6.81
水、电解质、酸碱平衡失调病人的护理	0	1	0	1	0.43
临终病人的护理	1	2	13	1	5.53
医疗和护理文件的书写	2	0	10	1	4.26
合计	27	27	160	27	100.0

考点一 护理程序

一、护理程序的概念

(1) 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。

(2) 护理程序是一种科学的确认问题、解决问题的方法和思想方法。

(3) 护理程序的理论基础：系统论。

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

1. 评估 是护理程序的开始，是护士通过与病人交谈、观察、护理体检等方法，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。评估贯穿于整个护理过程之中。

2. 资料的类型

(1) 主观资料：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，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：健康资料的直接来源是病人本人。

(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。③目前或既往的健康记录或病历。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。

(3) 生活状况和自理程度。

(4) 护理体检。

(5) 心理社会状况：如性格开朗或抑郁、多语或沉默，情绪有无紧张、恐惧、焦虑心理，如与亲友的关系、经济状况、工作环境等。

5. 收集资料的方法 观察、护理体检、交谈（询问病史）、查阅。

1) 观察：

(1) 视觉观察：护士通过视觉观察病人的精神状态、营养发育状况、面容与表情、体位、步态、皮肤、黏膜、舌苔、呼吸方式、呼吸节律与速率、四肢活动能力等。

(2) 触觉观察：护士通过手的感觉来判断病人某些器官、组织物理特征的一种检查方法，如脉搏的跳动、肿块的位置、大小与表面性质。

(3) 听觉观察：护士运用耳朵辨别病人的各种声音，也可借助听诊器听诊心音、肠鸣音及血管杂音等。

(4) 嗅觉观察：护士运用嗅觉来辨别发自病人的各种气味。

2) 护理体检：是护士通过视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊等方法，按照身体各系统顺序对病人进行全面的体格检查。

3) 交谈：

(1) 安排合适的环境：交谈环境应安静、舒适，光线、温度适宜。

(2) 护士在交谈开始前应先向病人说明交谈的目的、交谈所需要的时间。

(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。

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) 主观资料的记录应尽量用病人自己的语言，并加引号。

(2) 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。

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:

(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: 可分为必要依据、主要依据和次要依据。

4) 相关因素: 生理、治疗、情境、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; 症状和体征(S); 相关因素(E), 多用“与……有关”来陈述。又称为PSE公式。

4. 书写护理诊断时应注意的问题 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。

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。对于合作性问题, 护士应将监测病情作为护理的重点。合作性问题的陈述以固定的方式进行, 即“潜在的并发症: ……”。

(三) 护理计划

1. 设定优先次序

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损害的问题。

(3) 次优问题: 人们在应对发展和生活中的变化所产生的问题。

考点速记

在遇到“护士应优先处理下列哪个护理问题”这一类题目时, 只需要比较选项中的五个护理问题哪个对病人生命威胁最大, 对病人生命威胁最大的问题即为首优问题。

常见首优问题

①清理呼吸道无效: 支气管扩张合并大量脓痰、颅脑损伤合并昏迷。

②疼痛: 心肌梗死、骨质疏松症。

③体液不足或有体液不足的危险: 上消化道大出血、异位妊娠、产后大出血。

④体液过多: 急性肾小球肾炎、右心衰竭出现水肿。

⑤体温过高: 肺炎链球菌肺炎。

⑥有窒息的危险: 支气管扩张合并咯血、肺结核咯血、破伤风、子痫、癫痫、维生素D缺乏性手足搐搦症。

2. 设定预期目标(预期结果)

(1) 陈述方式: 预期目标的陈述由四个部分组成: 主语、谓语、行为标准、条件状

语。其中主语指护理对象；谓语指护理对象能够完成的行为。

(2) 目标的分类：①远期目标：指需较长时间才能实现的目标。②近期目标：指需较短时间就能实现的目标，一般少于7天。

(3) 陈述目标的注意事项。

3. 设定护理计划（制订护理措施）

1) 护理措施的内容：包括饮食护理、病情观察、基础护理、护理体检及手术前后护理、心理护理、功能锻炼、健康教育、医嘱执行、对症护理等。

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。

4. 计划成文

（四）实施

1. 实施的步骤

(1) 准备。

(2) 执行计划：护理活动应与医疗密切配合，与医疗工作保持协调一致。

(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。

2. 实施方法

（五）评价

评价是将病人的健康状况与预期目标进行有计划、系统地比较并作出判断的过程。通过评价，可以了解病人是否达到了预期的护理目标。评价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。

(2) 护理效果的评价。

(3) 评价目标实现程度。

(4) 评价步骤：收集资料，判断护理效果，分析原因，修订计划。

考点速记

关于护理程序各个步骤的主要内容，考生可简单地记忆如下：

护理评估→系统收集资料；

护理诊断→明确病人的护理问题；

护理计划→确定护理目标并制订护理措施；

护理实施→执行护理计划；

护理评价→评价预期目标是否实现。

三、护理病案的书写

(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: 健康教育、护理小结。

考点二 护士职业防护

职业防护是指假定所有人的血液、体液、分泌物等体内物质都有潜在的传染性, 接触时均应采取防护措施, 防止因职业感染传播疾病的策略。

一、职业损伤危险因素

(一) 生物性因素

主要是指细菌、病毒、支原体等微生物对机体的伤害。常见的是细菌和病毒。其中最危险的、最常见的是艾滋病病毒、乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒。

(二) 化学性因素

1. 化学消毒剂

2. 化疗药物

常见的危害有白细胞数量减少、流产率增高, 甚至导致畸形、肿瘤及脏器损伤等。

(三) 物理性因素

1. 机械性损伤 常见的有跌倒、扭伤、撞伤、负重伤。

2. 锐器伤 是最常见的职业损伤因素之一, 也是导致血源性传播疾病的最主要因素。

3. 放射性损伤 引发皮肤、眼部、血液系统的功能障碍。

4. 温度性损伤 烫伤、烧伤、灼伤等。

5. 噪声 长期处于声音强度超过 35dB 的环境中, 可引起听力和神经系统的损害。

(四) 心理、社会因素

二、主要防护措施

(一) 洗手

(1) 在接触血液、体液、分泌物、排泄物及污染物品后, 无论是否戴手套, 必须洗手; 摘下手套及接触另一名病人前, 必须洗手。

(2) 常规洗手应使用肥皂或洗手液 (肥皂应保持干燥)。在感染或传染病流行期间, 应使用消毒液洗手。

(二) 防护用物的使用

(1) 护理可能产生血液、体液、分泌物及排泄物飞溅或飞沫的病人时, 应戴上口罩、防护镜或面罩。

(2) 隔离衣污染后, 应尽快脱下, 立即洗手。

(3) 戴手套: ①有伤口时应戴手套操作, 加强防护。②操作中, 手套破损后应立即更换, 脱手套后仍需立即彻底洗手。③接触黏膜或未污染的皮肤时, 应更换清洁的手套。④接触血液、体液、分泌物、排泄物及污染物品时, 必须戴上清洁手套 (不需消毒)。

⑤手套使用后, 应注意脱掉并洗手。

(三) 锐器伤的防护

1. 防护措施

(1) 禁止用手接触使用后的针头、刀片等锐器; 禁止直接用手传递锐器。

(2) 使用后的锐器须放入耐刺、防渗漏的锐器盒内。锐器盒标志明显。

2. 紧急处理方法

(1) 发生针刺伤时立即从伤口的近心端向远心端挤压，禁止伤口局部按压。

(2) 用 0.5% 碘伏或 75% 乙醇消毒伤口，并包扎。

(四) 化疗药物损害的防护

(1) 配制化疗药物的环境要求。

(2) 配制化疗药物的准备要求。

(3) 执行化疗药物操作的要求：抽取的药液不超过注射器的 3/4。

(4) 化疗药物外漏和人员暴露时的处理要求。

(5) 污染废弃物的处置要求。

(五) 负重伤的防护

(1) 加强身体锻炼。

(2) 保持正确的工作姿势。

(3) 使用劳动保护用品。

(4) 养成良好生活习惯。

(5) 避免过重工作负荷。

考点三 医院和住院环境

一、概述

(一) 医院的任务

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

(1) 一级医院：如农村乡、镇卫生院，城市街道卫生院等。

(2) 二级医院：如一般市、县医院，省、直辖市的区级医院和一定规模的厂矿、企事业单位的职工医院。

(3) 三级医院：如国家、省、市直属的市级大医院、医学院的附属医院。

2. 按收治范围划分 综合性医院、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 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 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：预检分诊的护士应先简要询问病史，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：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。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) 实施需要在门诊进行的治疗。

(5) 严格消毒隔离：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 预检护士通过一问、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。

考点速记

不同情况下的急救措施

- ①病人骨折合并大出血，护士应紧急止血。
- ②病人腹内脏器损伤出血出现休克，护士应迅速建立静脉通道。
- ③病人因呼吸系统疾病出现极度呼吸困难，护士应立即给氧。
- ④病人出现窒息，护士应立即清理呼吸道。
- ⑤病人溺水，护士应立即清理护理呼吸道。
- ⑥病人出现心跳呼吸骤停，护士应立即进行胸外心脏按压。
- ⑦青霉素过敏性休克，护士应立即皮下注射盐酸肾上腺素。

(2) 作好抢救记录：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。

(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、记录后再丢弃。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。

三、病区

(一) 病区的设置和布局

每个病区设病床30~40张，每间病室设1~6张床。两床之间的距离不少于1m。

(二) 病区的环境管理

1. 物理环境

(1) 安静：白天病区较理想的声音强度应维持在35~40dB。护理人员在工作中应做到：①四轻：说话轻、走路轻、操作轻、关门轻；②病室的门、窗、桌、椅脚应钉上橡皮垫；③推车的轮轴应注润滑油并定期检查；④向病人及家属宣传保持病室安静的重要性。

(2) 整洁：保持护理单元的整洁，保持病人清洁。

(3) 温度和湿度：一般病室适宜的温度为18~22℃；婴儿室、手术室、产房等室温调高至22~24℃为宜。室温过高时，机体散热受到影响，不利于体力的恢复，病人感到神经系统受到抑制，呼吸、消化功能均受干扰。室温过低时，冷的刺激可使病人肌肉紧张，且易受凉。★

病室相对湿度以50%~60%为宜。湿度过高时，潮湿的空气利于细菌的繁殖，可增加医院内感染的发生率；同时，机体蒸发作用减弱，出汗受到抑制，病人感觉闷热，尿液排出增多，加重了肾脏的负担。湿度过低时，空气干燥，水分大量蒸发，可致口干舌燥、咽

痛、烦渴等，对气管切开、呼吸道感染、急性喉炎的病人尤为不利。

(4) 通风：病室应定时开窗通风，每次 30 分钟左右。冬季通风时要注意保暖，避免对流风。通风换气可降低室内空气中微生物的密度，降低二氧化碳浓度，提高氧含量，保持空气清新，调节温、湿度，能使病人心情愉快、精神振奋，增加舒适感。

(5) 光线：室内的光线可影响病人的舒适度。光线充足可使病人感到舒适、愉快，并利于病情的观察和诊疗、护理工作的进行。

(6) 装饰：病室装饰应简洁、美观，优美的环境能让人产生愉快、舒适的感觉。

(7) 安全：采取有效措施，预防和消除一切不安全的因素。①避免各种原因所致躯体损伤：避免机械性损伤；避免温度性损伤。②预防医院内感染。③避免医源性损伤。

2. 社会环境

(1) 建立良好的护患关系。

(2) 建立良好的群体关系。

(三) 铺床法

1. 病人床单位的设备

2. 铺床方法

1) 备用床：

(1) 目的：保持病室整洁、美观，准备接收新病人。

(2) 操作步骤。

(3) 注意事项：①病室内如有病人进行治疗、护理或进餐应暂停铺床；②操作中，动作要轻、稳，以免尘土飞扬；③遵循省力原则：a. 操作前，要备齐物品，按顺序放置，计划周到，以减少无效动作，避免多次走动；b. 铺床前，能升降的床应将床升至便于铺床的高度，以防腰部过度弯曲；c. 铺床时，身体尽量靠近床边，上身保持直立，两膝稍弯曲以降低重心，两脚根据活动情况左右或前后分开，以扩大支撑面，有利于操作及维持身体的稳定性；d. 操作中，使用肘部力量，动作要平稳连续。

2) 暂空床：

(1) 目的：保持病室整洁；迎接新病人；供暂时离床的病人使用。

(2) 操作步骤：①在备用床的基础上，将床头盖被向内反折 1/4，再扇形三折于床尾；②根据病情，加铺橡胶单、中单，将橡胶单和中单的中线与床中线对齐，如需铺在床中部，上端距床头 45~50cm，床沿的下垂部分一同平塞入床垫下。

3) 麻醉床：

(1) 目的：便于接受、护理麻醉手术后病人；保护床上用物不被血渍或呕吐物等污染。

(2) 用物准备。

(3) 操作步骤：①撤除原有枕套、被套、大单。②根据病情铺同侧橡胶单、中单，先铺床中部；如需铺在床头，应对齐床中线，上端与床头平齐，下端压在中部橡胶单和中单上，下垂部分平整地塞入床垫下。如铺在床尾，下端与床尾平齐。③转至对侧，同法铺好大单、橡胶单、中单，逐层拉紧平塞于床垫下。④同备用床法套好被套，系好带；盖被两侧边缘向内反折与床沿平齐，上端与床头平齐，尾端向内折与床尾平齐；将盖被纵向呈扇形三折于床的一侧，开口向门。⑤同备用床法套好枕套，将枕头横立于床头，开口背门。⑥移回床旁桌，床旁椅放在盖被折叠的同侧。⑦将全身麻醉护理盘放置于床旁桌上。⑧输液架置于床尾，其他用物按需放置。

4) 卧有病人床的整理。

5) 卧有病人床更换床单法。

考点四 入院和出院病人的护理

一、入院病人的护理

(一) 住院处的护理

(1) 办理入院手续：病人或家属持门诊或急诊医生签发的住院证到住院处办理入院手续。住院处接收病人后，立即电话通知病区做好接收新病人的准备。

(2) 进行卫生处置：护士根据病人的病情和身体状况进行卫生处置。对危、急、重症病人及即将分娩者可酌情免浴。对有虱、虮者，先行灭虱处理，再进行卫生处置。对传染病或疑似传染病病人，应送隔离室处置。

(3) 护送病人入病区：住院处的护理人员携门诊病历护送病人入病区。护送过程中要注意安全和保暖，必要的治疗（如输液、吸氧）不能中断；对外伤病人要注意卧位。

(二) 病人入病区后的初步护理

1. 一般病人的护理

(1) 准备床单位：病区护士接到住院处通知后，应立即根据病情准备床单位。备齐所需用物，将备用床改为暂空床，酌情加铺橡胶单和中单。对传染病病人应安置到隔离病室。

(2) 迎接新病人。

(3) 通知医生诊察病人，必要时协助诊察。

(4) 测量体温、脉搏、呼吸、血压及体重并记录。

(5) 介绍与指导。

(6) 填写有关表格：

①用蓝黑墨水或碳素墨水笔逐页填写住院病历眉栏及各种表格。

②用红色水笔在体温单40~42℃横线之间相应入院时间栏内，纵行填写入院时间。

③按顺序排列住院病历：体温单、医嘱单、入院记录、病史和体格检查单、病程记录、各种检验检查报告单、护理记录单、住院病历首页、门诊或急诊病历。

④填写入院登记本、诊断小卡、床尾卡。

(7) 正确执行各项医嘱，通知配膳室为病人准备膳食。

(8) 耐心听取并解答病人的咨询，进行入院护理评估，填写入院护理评估单。

2. 急诊病人的护理

(1) 准备床单位：病区护士接到通知后，如为急危重病人，应立即在危重病室或抢救室准备好床单位，按需加铺橡胶单、中单，如为急诊手术病人应备好麻醉床。

(2) 作好抢救准备：准备好急救器材和药品，通知医生作好抢救准备。

(3) 认真进行交接。

(4) 配合抢救。

(三) 分级护理

表 1-1 分级护理

护理级别	适用对象	护理内容
特级护理	①病情危重,随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者;②重症监护患者;③各种复杂或者大手术术后的患者;④严重创伤或大面积烧伤的患者;⑤使用呼吸机辅助呼吸,并需要严密监护病情的患者;⑥实施连续性肾脏替代治疗(CRRT),并需要严密监护生命体征的患者;⑦其他有生命危险,需要严密监护生命体征的患者	①严密观察患者病情变化,监测生命体征;②根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;③根据医嘱,准确测量出入量;④根据患者病情,正确实施基础护理和专科护理,如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等,实施安全措施;⑤保持患者的舒适和功能体位;⑥实施床旁交接班
一级护理	①病情趋向稳定的重症患者;②手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者;③生活完全不能自理且病情不稳定的患者;④生活部分自理,病情随时可能发生变化的患者	①每小时巡视患者,观察患者病情变化;②根据患者病情,测量生命体征;③根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;④根据患者病情,正确实施基础护理和专科护理,如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等,实施安全措施;⑤提供护理相关的健康指导
二级护理	①病情稳定,仍需卧床的患者;②生活部分自理的患者	①每2小时巡视患者,观察患者病情变化;②根据患者病情,测量生命体征;③根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;④根据患者病情,正确实施护理措施和安全措施;⑤提供护理相关的健康指导
三级护理	①生活完全自理且病情稳定的患者;②生活完全自理且处于康复期的患者	①每3小时巡视患者,观察患者病情变化;②根据患者病情,测量生命体征;③根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;④提供护理相关的健康指导

考点速记

分级护理的适用对象和护理内容较难记忆,考生只要记住特级护理和一级护理的适用对象即可。至于不同护理级别的护理内容,主要体现在巡视时间的不同。

二、出院病人的护理

(一) 出院前的护理

- (1) 通知病人及家属。
- (2) 办理出院手续。
- (3) 出院指导。