2016
护理学专业
副主任护师、主任护师
考试复习指导

专家编写组　编著

- 契合考试要点
- 直击考试趋势
- 随章习题演练
- 高效备考首选

考试必备宝典

北京科学技术出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.com

2016
护理学专业
副主任护师、主任护师
考试复习指导

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

护理学专业副主任护师及主任护师考试复习指导/专家编写组编著. —北京：北京科学技术出版社，2016.1

ISBN 978-7-5304-6179-2

Ⅰ.①护… Ⅱ.①专… Ⅲ.①护理学-医药卫生人员-资格考试-自学参考资料 Ⅳ.①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2015）第 265446 号

护理学专业副主任护师及主任护师考试复习指导

作　　者：专家编写组
责任编辑：杨　帆
责任校对：黄立辉
责任印制：李　茗
出 版 人：曾庆宇
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：0086-10-66135495（总编室）
0086-10-66113227（发行部）
0086-10-66161952（发行部传真）
电子邮箱：bjkj@bjkjpress.com
网　　址：www.bkydw.cn
经　　销：新华书店
印　　刷：三河国新印装有限公司
开　　本：889mm×1194mm　1/16
字　　数：1500 千
印　　张：53.5
版　　次：2016 年 1 月第 2 版
印　　次：2016 年 1 月第 1 次印刷
ISBN 978-7-5304-6179-2/R·2003

定　　价：99.00 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。

前言 Qianyan

为帮助护理学专业副主任护师及主任护师职称考试的应试人员做好考前复习工作，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《护理学专业副主任护师及主任护师考试复习指导》。本书的每一章复习要点编写简明、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，方便读者在掌握各章内容的基础上进行自测自评。

本书聘请熟悉护理学专业副主任护师及主任护师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方式。

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

> 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。
> 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2.0~2.5cm。
> 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(4~5)×10^{12}/L,血红蛋白120~160g/L。成人女性红细胞(3.5~5)×10^{12}/L,血红蛋白110~150g/L。新生儿红细胞(6~7)×10^{12}/L,血红蛋白170~200g/L。
> 白细胞计数正常值总数(4~10)×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(24~84)×10^{9}/L。
> 血小板计数:(100~300)×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。
> 血清总胆红素为1.7~17.1μmol/L(0.1~1.0mg/dl)。血清直接胆红素为0~4μmol/L(0~0.2mg/dl)。
> 血钾为3.5~5.1mmol/L。血钠为135~147mmol/L。血氯化物为95~105mmol/L。血钙为2.15~2.75mmol/L(或9~11mg/dl)。血磷为0.80~1.60mmol/L。
> 总胆固醇为2.86~5.98mmol/L(或110~230mg/dl)。甘油三酯为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PaO_2<60mmHg且$PaCO_2$>50mmHg时，提示呼吸衰竭。

> 如缺氧严重而无二氧化碳潴留（$PaCO_2$<50mmHg），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（$PaCO_2$>50mmHg）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～-8cm H_2O。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。

> 脑复苏是心肺复苏最后成败的关键。包括低温疗法、脱水疗法和高压氧疗法等。

> 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≥140mmHg和（或）舒张压≥90mmHg，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。

> 呕血呈鲜红色或血块提示出血量大且速度快，血液在胃内停留时间短，未经胃酸充分混合即呕出；如呕血呈咖啡色，则表明血液在胃内停留时间长，经胃酸作用形成正铁血红素所致。黑粪呈柏油样是由于血红蛋白中铁与肠内硫化物作用形成硫化铁所致。

> 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＞200μg/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。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≤100mg/d，若＞150mg/d，则称蛋白尿。

> 正常人尿RBC＜3/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，为血尿。尿液外观呈洗肉水样、血样或有血凝块时为肉眼血尿，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＞1000ml/d者，钠盐摄入＜3g/d，轻微限水；严重水肿少尿者，给无盐饮食，限水＜1000ml/d。

> 肾病综合征为三高一低，即大量蛋白尿（≥3.5g/d）、低蛋白血症（≤30g/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/ml有意义，10^4～10^5/ml为可疑阳性，＜10^4/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<30g/L，重度30～59g/L，中度60～90g/L，轻度>90g/L。

> 血小板计数≤50×10^9/L时应减少活动，防止身体的挤压、碰撞等；当血小板计数≤20×10^9/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Hb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，Hb 2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<20×10^9/L，慢性型多在50×10^9/L左右。

> 脑膜白血病行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20×10^9/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≥7.0mmol/L，和(或)餐后2小时血糖≥11.1mmol/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≥7.0mmol/L；或有明显三多一少症状，随机血糖≥11.1mmol/L；或OGTT中的2小时血糖≥11.1mmol/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，多数有洗胃的必要。

> 洗胃应注意以下事项：服强腐蚀性毒物者插管时，可能发生穿孔，一般不宜洗胃；惊厥者插管可诱发惊厥，昏迷者插管时可产生吸入性肺炎，故洗胃应慎重。

> 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。

> 法定传染病分为3类37种：甲类为强制管理的传染病，共2种，要求发现后城镇2小时、农村6小时内上报。乙类为严格管理的传染病，共25种，要求发现后城镇6小时，农村12小时内上报。丙类为监测管理的传染病，共10种，要求发现后12小时内上报。

> 隔离治疗伤寒患者至体温正常后15天，或每隔5天作粪便培养一次，连续2次阴性。

> 伤寒病人应保证至少间日大便一次，不然可用开塞路或温生理盐水低压灌肠。忌用泻药，并避免大

便时过度用力。

> 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。

> 体液细胞内液（占体重的40%）；细胞外液（占体重的20%）。

> 体液总量及成分随年龄、性别和体形而异：成年男性体液约占体重的60%，女性为50%，婴幼儿可高达70%～80%，老年人体液储备相对较少。

> 低钙血症：血清钙浓度<2.25mmol/L；高钙血症：血清钙浓度>2.75mmol/L。

> 正常人体动脉血浆pH值为7.35～7.45，<7.35为酸中毒，>7.45为碱中毒。

> 蛋白质需要量1.0～1.5g/（kg·d），或每日千克体重提供0.2～0.24g氮。氮（g）与非蛋白质热量（cal）的最佳比例为1∶（150～200）。

> 破伤风潜伏期：平均为6～10天，亦有短于24小时或长达数月。

> 外科ICU人员要求有较丰富的多专科工作经验，具有独立工作和应急处理问题的能力，并能熟练掌握ICU各种仪器的应用。ICU医生与病人比例2∶1，护士与病人的比例2∶1～3∶1为宜。

> 麻醉前饮食控制：为防止麻醉后食物反流造成窒息，常规术前8小时禁食，4小时禁饮。

> 骨髓抑制的护理：由于骨髓抑制作用，化疗病人常出现白细胞、血小板减少，应常规每周1～2次查血象，对白细胞$<4\times10^9$/L、血小板$<(50\sim80)\times10^9$/L者，必须暂停化疗。对白细胞$<1\times10^9$/L者需予以保护性隔离。

> 阑尾位于盲肠末端，约在回盲瓣下2.5cm处，形似蚯蚓状盲管，长5～10cm，直径0.5～0.7cm。麦氏点（体表投影）在右髂前上棘至脐连线的中外1/3处。

> 直肠肛管疾病病人坐浴要求：盆具足够大，水温40～50℃，最好将盆具放在专用的坐浴椅上，盆具离地面20～30cm，将整个肛门会阴部浸泡在温水中，持续坐浴15～20分钟，对直肠肛管炎症性疾病或术后病人可用0.02%高锰酸钾或0.1%新洁尔灭坐浴。

> 出血坏死性胰腺炎化验检查：WBC$>16\times10^9$/L，血糖>11.1mmol/L，血钙<2.0mmol/L，PaO_2<60mmHg等，甚至出现DIC、ARDS、急性肾衰竭。

> 颅内压指颅腔内容物对颅腔壁产生的压力。正常人侧卧位时脑脊液的压力为0.7～2.0kPa（70～200mmH_2O），若大于2.0kPa（200mm H_2O）为颅内压增高。

> 分类按胸腔积血的多少可将血胸分为：小量血胸，500ml以下，肋膈窦消失，无明显症状；中量血胸，500～1000ml，达肺门水平；大量血胸，1000ml以上，超过肺门，病人会出现不同程度的面色苍白、脉搏细速、血压下降和末梢血管充盈不良等低血容量休克表现。

> 肺癌病人多数是男性，男女之比约为（3～5）∶1，发病年龄在40岁以上。右肺多于左肺，上叶多于下叶。

> 生理瓣口面积减至1.5～2.0cm为轻度狭窄；小于1.5cm为中度狭窄；小于1cm为重度狭窄。重度狭窄导致左心房扩大、肺静脉和毛细血管压升高，超过40mmHg出现肺水肿和肺动脉压增高。

> 常规护理体位：病人取平卧位。肾移植侧下肢髋、膝关节各屈曲15°～25°，以减少切口疼痛和血管吻合处的张力。

> 肾移植病人多尿的观察和护理：约60%的病人在肾移植的血循环建立后出现多尿现象，每小时尿量可达800～1000ml以上。一般发生于术后24小时内。如处理不当，将引起电解质紊乱和严重脱水等并发症，甚至危及病人生命，故应加强对病人出入水量的管理，维持水、电解质平衡。输液原则：肾移植术后24小时内应“量出为入”。

> Colles骨折是指桡骨下端2～3cm范围内的伸直型骨折，多见于中老年有骨质疏松者。

> 腰椎间盘突出好发部位：多发于L4～L5，L5～S1间隙，少数两个间盘同时突出，偶见L3、L4。

> 脊柱结核发病率椎体结核99%，椎弓结核1%。腰椎发病率最高，胸椎次之，胸腰段占第三位，颈椎和骶尾部较少。

> 全关节结核：15岁以下病人仅做病灶清除术。15岁以上的病人，关节破坏严重，在病灶清除同时行膝关节加压融合术，保持膝关节外翻5°～10°，屈曲5°～15°。4周后拔除加压钢针，使用无衬垫管型石膏固定2个月。

> 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：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：若先露部颅骨最底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分钟一次。
> 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。

> 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:血性恶露于产后最初3~4日,浆液恶露于产后4~14日,白色恶露于产后约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分钟的评分数<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搏动为按压有效。

> 新生儿抢救　保暖:在30~32℃的抢救台上进行抢救,维持肛温36.5~37℃。鼻内插管给氧:流量<2L/min,5~10个气泡/每秒,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≥140/90mmHg或超过原基础血压30/15mmHg,轻度蛋白尿<0.5g/24h。中度妊高征:血压>150/100mmHg,但<160/110mmHg,尿蛋白(+)或>0.5g/24h。重度妊高征:血压≥160/110mmHg,尿蛋白≥5g/24h。

> 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，即刻获得被动免疫或乙肝疫苗，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：孕妇应在妊娠24～28周进行糖筛查。口服葡萄糖耐量试验：糖筛查阳性者，行75g糖耐量试验。
> 妊娠合并糖尿病患者临产与剖宫产手术时，停皮下注射胰岛素，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。
> 妊娠晚期应取侧卧位。左右轮换，以减少子宫对输卵管的压迫，使尿液引流通畅。
> 孕妇血清铁<6.5μmol/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<100g/L时应补充铁剂。当血红蛋白<60g/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60g/L，应卧床休息；血红蛋白大于80g/L，可户外活动，观察活动后有无缺氧征象。
> 臀先露妊娠30周以后可根据情况行膝胸卧位，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≥4000g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。
> 对有剖宫产史或子宫手术史者，应提前2周住院待产。
> 预防羊水栓塞：注意诱发因素如胎儿窘迫、过期妊娠等，如在分娩时羊水混浊，前置胎盘和胎盘早剥时使羊水缓慢流出。慎用催产素，避免宫缩过强，不可在强宫缩时行人工破膜。
> 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≥38℃。
> 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℃溶液，肉眼看为淡玫瑰红色，坐浴20分/次，每天2次。伤口愈合后，浓度改用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：葡萄胎清空后每周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4.0×10^9/L，血小板低于5.0×10^9/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3.0×10^9/L，考虑停药；如白细胞低于1.0×10^9/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伤。
> 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。

不能排尿者应导尿，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日开始出现；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；不孕症者刮宫应在月经来潮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：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°，术后取健侧卧位。会阴切开的时机即胎儿拔露时，估计在10分钟内娩出。

> 生殖道脱落细胞受检者于检查前2天内禁止性交、行阴道检查及阴道内放置药物治疗。

> 妇科腹腔镜手术正常情况下充气时病人会出现腹胀、恶心、呕吐、肩痛等表现，调整体位呈头低脚高位可缓解上述症状。

> 一般妇科腹部手术后1天可进流食，术后2天进半流食，术后3天肠蠕动恢复后可进普食。进行胃肠减压的病人均应禁食。

> 全宫切除术后7～14日，阴道有少量粉红色分泌物为正常现象，不需处理。全宫切除术后3个月内禁止性生活及盆浴。子宫肌瘤剔除术、卵巢囊肿剔除术及宫外孕手术后1个月内禁止性生活及盆浴。妇科手术病人出院后应在1个月至1个半月来医院复查。

> 处女膜闭锁及有子宫的先天性无阴道病人，术后应采取半卧位；外阴癌病人外阴根治术后病人应平卧外展屈膝位，膝下垫枕头，以减轻外阴和腹股沟的张力；子宫脱垂手术后的病人以平卧为宜。

> 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。
> 体表面积计算小儿用药剂量:<30kg小儿体表面积(m^2)=体重(kg)×0.035+0.1;>30kg小儿体表面积(m^2)=[体重(kg)-30]×0.02+1.05。
> 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。
> 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。
> 新生儿室内温度宜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D 20万~30万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<130 mmol/L;等渗性130~150 mmol/L;高渗性>150 mmol/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（$\times10^{12}$/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：婴儿400～500ml，幼儿500～600ml，学龄前儿童600～800ml，学龄儿童800～1400ml。
> 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。
> 先天性甲减临床表现：四少（精神差、食欲差、少动、少哭）一多（嗜睡）；六低（缓）（低体温、脉搏缓慢、呼吸缓慢、心音低钝、胃肠蠕动缓慢、性发育迟缓）。
> 糖尿病患儿饮食热量供给：每日1000＋（年龄×80－100），其中碳水化合物50%，蛋白质20%，脂肪30%。早餐1/5，午餐2/5，晚餐2/5。
> 小儿正常脑脊液：压力0.69～1.96kPa，细胞数不超过10×10^{6}/L（新生儿<20×10^{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。
> 苯丙酮尿症患儿血中苯丙氨酸浓度控制在2.24～0.61mmol/L（4～10mg/dl）。
> 苯丙氨酸需求量：2个月内50～70mg/（kg·d）；3～6个月内40mg/（kg·d）；2岁25～30mg/（kg·d）；4岁以上10～30mg/（kg·d）。
> 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。
> 检查和收集蛲虫虫卵的时间：患儿夜间入睡后1～3小时。
> 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。
> 社区家庭护理长期计划以1～3年为期限，短期计划以1～3个月为期限。
> 6～7岁乳牙开始脱落，恒牙开始萌出。

> 7~8岁儿童的脑重量由6岁时的1.2kg增加到1.4kg,逐渐接近成人。
> 青年期是指20~40岁之间。中年期是指40~60岁之间。
> 卧床患者每2小时翻身1次,坐位时每15~30分钟除压15秒。
> 被动发展阶段(0~3岁);主动发展阶段(3~12岁);自主发展阶段(12岁至成年)。
> 时空语即在人际交往中利用时间、环境、设施和交往气氛所产生的语义来传递信息。其中空间距离包括亲密距离(<50cm)、个人距离(50~100cm)、社会距离(1~4m)、公众距离(4m以上)。
> 西方管理理论的发展按时间可以划分为三个阶段:古典管理学阶段(19世纪末~1930)、行为科学阶段(1940~1960)和科学管理阶段(1960年之后)。
> 工作类型比例特征管理方法时间分配

A类:占每日工作量的20%~30%,时间分配为60%~80%;

B类:占每日工作量的30%~40%,时间分配为40%~20%;

C类:占每日工作量的40%~50%,时间分配为0。

> 病床与工作人员之比:300张床位以下的医院按1:1.30~1:1.40计算;300~500张床位的医院:按1:1.40~1:1.50计算;500张床位以上的医院:按1:1.60~1:1.70计算。
> 护士与护理员之比为3:1为宜;病区护理人员所承担的工作量不包括发药和治疗工作,如发药和治疗工作,每40~50张床增设3~4名护士;每6名护理人员(助产士)另增替班1名。
> 非病区科室护理人员的编设:门诊护理人员与医师之比为1:2;住院处护理人员与病床之比为1~1.2:100;急诊室护理人员与医院总床位之比为1~1.5:100;急诊观察室护理人员与观察病床之比为1:2~3;婴儿室护理人员与病床之比为1:3~6;注射室护理人员与病床之比为1.2~1.4:100;供应室护理人员与病床之比为2~2.5:100;手术室护理人员与手术台之比为2~3:1;助产士与妇产科病床之比为1:8~10。以上各部分每6名护理人员(助产士)另增替班1名。
> 护师以上专业技术职务的岗位设置及编设比例

一般病区　护师:每15~20张病床设1名;主管护师:每30~40张病床设1名;正、副主任护师:在150张以上的大科设1~2名。

手术室　护师:每2张手术台设1名;主管护师:每6~8张手术台设1名;副主任护师:8张手术台以上设1名。

特种病房　护师:每张病床设1~2名;主管护师:每4张病床设1名;正、副主任护师:重症监护中心设1名。

急诊室(科)　以急诊室护士的比例计算。护师:每5名护士设1名;主管护师:在综合急诊室每2~3名护师设1名;正、副主任护师:急诊室设1名。

供应室、营养科:300张床位以上(开展多种消毒灭菌业务、卫生监测和营养技术工作)设护师或主管护师1~3名;300张床位以下(仅完成一般消毒灭菌、供应和营养技术工作)设护师或主管护师1~2名。

护理部:正、副主任护师1~3名;主管护师若干名。

学分制管理:每年最低学分为25分,其中Ⅰ类学分须达3~10分,Ⅱ类学分须达15~22分。主管护师及其以上人员5年内必须获得国家级继续教育项目授予5~10分。护理人员在任期内每年须修满25学分以上(包括25学分),才能再次注册、聘任及晋升高一级的专业技术职务

第一篇 ◆ 医学伦理道德学

第 1 章　医学与伦理学 …… 3
第 2 章　医学伦理学的规范体系 …… 5
第 3 章　医患关系 …… 9
第 4 章　医务人员之间的关系 …… 11
第 5 章　医德修养与医德评价 …… 12
第 6 章　医学研究与医学道德 …… 14
第 7 章　生命伦理学的若干问题 …… 16
第 8 章　医学伦理学文献 …… 18

第二篇 ◆ 内科护理学

第 1 章　呼吸系统疾病病人的护理 …… 23
第 2 章　循环系统疾病病人的护理 …… 46
第 3 章　消化系统疾病病人的护理 …… 68
第 4 章　泌尿系统疾病病人的护理 …… 94
第 5 章　血液及造血系统疾病病人的护理 …… 103
第 6 章　内分泌代谢性疾病病人的护理 …… 115
第 7 章　风湿性疾病病人的护理 …… 122
第 8 章　理化因素所致疾病病人的护理 …… 127
第 9 章　传染病病人的护理 …… 137
第 10 章　神经系统疾病病人的护理 …… 155

第三篇 ◆ 外科护理学

第 1 章　水、电解质、酸碱代谢失调病人的护理 …… 173
第 2 章　营养支持病人的护理 …… 177
第 3 章　外科休克病人的护理 …… 179
第 4 章　多器官功能不全综合征 …… 182
第 5 章　外科感染病人的护理 …… 184
第 6 章　疼痛病人的护理 …… 189
第 7 章　重症病人监护 …… 191
第 8 章　麻醉 …… 193
第 9 章　复苏 …… 196
第 10 章　外科围手术期的护理 …… 198
第 11 章　手术室护理工作 …… 201
第 12 章　损伤病人的护理 …… 203
第 13 章　器官移植 …… 211

需要全本请访问 www.ertongbook.com