

## 护士资格考试高频知识点——基础护理学（1）

**知识点 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。

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。

简单理解：主观资料（病人讲）是主观的感觉，我所想，我所感受。客观资料（护士查）是检查得出，一般会有数值。

特别提示：心悸，也就是通常所说的心慌，是由于人们主观感觉上对心脏跳动的一种不适感觉（故属于主观资料）。

医生查体获得的资料不属于护士收集资料的方法。

**知识点 2：**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”。

**知识点 3：**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。包括：协助病人完成日常自理活动；治疗性的措施；病情及心理活动的观察；进行健康教育与咨询；提供心理支持；制订出院计划等。

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。

**知识点 4：**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；症状或体征（S）。又称为 PES 公式。

护理诊断的陈述方式主要有 3 种：

（1）三部分陈述法：即 PSE 公式，P（problem，护理诊断名称）+S（symptoms and sign，症状和体征，也包括其他检查结果）+E（etiology，相关因素），多用于现存的护理诊断。如：低效性呼吸形态（P）；发绀、呼吸急促（S）；与胸部疼痛有关（E）。

（2）二部分陈述法：即只有护理诊断名称（P）+相关因素（E），没有症状和体征，多用于“有……危险”的护理诊断。如：有皮肤完整性受损的危险（P）；与长期卧床、被迫体位有关（E）。

（3）一部分陈述法：只有护理诊断名称（P），用于健康的护理诊断。如：潜在的精神健康增强。

**知识点 5：**合作性问题，是需要医生和护士共同合作才能解决的问题，是需要护士进行监测以及时发现并发症的发生和病情的变化。这些问题是护士不能独立预防或解决的，多指由于脏器的病理生理改变所致的潜在并发症。其陈述方法为“潜在并发症：……”，或简写为“PC：……”。如“潜在并发症：出血”或“PC：出血”。

**知识点 6：**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。

**知识点 7：**根据卧位自主性分为3种卧位

1) 主动卧位：病人根据自己习惯随意采取的舒适体位。适用于轻症病人。

2) 被动卧位：病人自己无能力变换体位，卧于他人安置的体位。适用昏迷、瘫痪、极度衰弱病人。

3) 被迫卧位：病人意识清楚，也有变换体位的能力，但为了减轻痛苦或治疗需要而被迫采取的体位。如哮喘引起呼吸困难的病人常采取端坐位，膀胱镜检查采取截石位等。

**知识点 8：**仰卧位

1) 去枕仰卧位：全身麻醉未清醒或昏迷病人，去枕仰卧头偏向一侧，可防止呕吐物流入气管，引起窒息或肺部感染；椎管内麻醉或脊髓腔穿刺后的病人，可防止颅内压降低引起头痛。

2) 屈膝仰卧位：腹部检查时取屈膝仰卧位，可使腹肌放松，有利于检查；导尿及会阴冲洗时，便于暴露部位。

3) 中凹卧位：休克病人，抬高头胸部，有利于气道通畅，改善缺氧症状；抬高下肢，有利于静脉血回流，增加回心血量。抬高头胸部约 $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ，抬高下肢约 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

**知识点 9：**侧卧位

1) 适用范围：①灌肠、肛门检查及配合胃镜检查等；②预防压疮。

特殊侧卧位：

(1) 左侧卧位

①结肠造口术后患者。

②妊娠期：取左侧卧位。

③灌肠：取左侧卧位，以顺应肠道解剖位置，使溶液能借助重力作用顺利流入肠腔。

④慢性细菌性痢疾，病变多在乙状结肠和直肠，采用左侧卧位为宜；

⑤空气栓塞：取左侧卧位和头低足高位。

⑥洗胃——中毒较轻者取坐位或半坐卧位，中毒较重者取左侧卧位，昏迷病人取平卧位、头偏向一侧。

⑦仰卧位低血压综合征：此时若改为左侧卧位，使下腔静脉血流通畅，血压迅即恢复正常。

(2) 右侧卧位：新生儿哺乳后取右侧卧位，防止溢乳，阿米巴痢疾灌肠取右侧卧位，以提高治疗效果。

(3) 健侧卧位：全肺切除的病人术后取 $1/4$ 健侧卧位，防止纵膈移位；产妇会阴侧切后取健侧卧位，有利于切口的愈合。

(4) 患侧卧位：气胸、胸痛，咳血、结石碎石后、颅底骨折患者等。

拓展：肺癌术后体位

1) 意识未恢复——平卧位，头偏向一侧

2) 血压稳定——半坐卧位

3) 肺叶切除者——平卧位或左右侧卧位

4) 肺节切除术或楔形切除术者——健侧卧位

5) 全肺切除术者—— $1/4$ 侧卧位

**知识点 10：**半坐卧位

1) 适用范围：①心肺疾病引起呼吸困难的病人采用半坐卧位，可利用重力作用，使膈

肌位置下降，胸腔容积扩大，同时也减轻内脏对心肺的压力，使呼吸困难得到改善。

②急性左心衰竭的病人采取半坐卧位，利用重力作用将部分血液滞留在下肢和盆腔，使静脉回心血量减少，从而减轻肺部淤血和心脏负担。

③腹腔、盆腔手术后或有炎症的病人采取半坐卧位，可以使渗出液流入盆腔，使感染局限。且盆腔腹膜抗感染性较强，吸收性能差，可以减少炎症的扩散和毒物的吸收，从而既可减轻中毒反应，又可防止感染向上蔓延引起膈下脓肿。

④腹部手术后的病人采取半坐卧位，可以减轻腹部切口缝合部位张力，缓解伤口疼痛，有利于愈合。

⑤某些面及颈部手术后病人采取半坐卧位，可减少局部出血。

⑥疾病恢复期体质衰弱病人采取半坐卧位，有利于逐渐向站立过渡。

2) 实施：摇起床头支架  $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$ 。

#### 知识点 11：端坐位

1) 适用范围：①支气管哮喘发作时，病人极度呼吸困难，被迫采取端坐呼吸。②急性肺水肿、心包积液、阵发性呼吸困难的病人，被迫采取端坐位。

2) 实施：将床头抬高  $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$ 。

#### 知识点 12：【其他卧位】

俯卧位：①脊椎手术后，腰、背、臀部检查或有伤口，不能平卧或侧卧的病人；②配合胰、胆管造影检查时；③俯卧位能使腹腔容积增大，可以缓解胃肠胀气引起的腹痛。

头低脚高位：①十二指肠引流，有利于胆汁排出；②肺分泌物引流，有利于痰液咳出；③产妇产膜早破时，可以减轻腹压，降低羊水冲力，防止脐带脱垂；④跟骨、胫骨结节、骨盆骨折牵引时，利用人体重力作为反牵引力。

头高脚低位：①预防脑水肿，减轻颅内压；②颅脑手术后；③颈椎骨折病人进行颅骨牵引时，利用人体重力作为反牵引力。

截石位：①会阴与肛门部位检查、治疗或手术等；②产妇分娩时。

膝胸卧位：①用于矫正子宫后倾或胎位不正；②促进产后子宫复原；③肛门、直肠及乙状结肠的检查和治疗。

提示：①多数情况下肛检采取膝胸卧位，年老体弱的患者可采取侧卧位。截石位极少采用。

②法洛四联症的患儿缺氧发作时采取膝胸卧位。

③肛裂常发生于截石位的 6 点。膝胸卧位的 12 点。

#### 知识点 13：护士职业防护

锐器伤是最常见的职业损伤因素之一。常见原因包括：①准备物品时被误伤；②掰安瓿、抽吸药物时被划伤；③双手回套针帽时被刺伤；④注射、拔针时病人不配合被误伤；⑤注射器、输液器毁形时被刺伤；⑥分离、浸泡、清洗用过的锐器被误伤；⑦整理治疗盘、治疗室台面时被裸露的针头或碎玻璃刺伤处理医疗污物时导致误伤；⑨手术中传递锐器时被误伤。

禁止将使用后的针头重新套上针帽（除外某项操作，如抽动脉血进行血气分析）；禁止用双手分离污染的针头和注射器，禁止用手折弯或弄直针头。

长期处于声音强度超过 40dB 的环境中，可引起听力和神经系统的损害。

洗手是最简单有效的防护措施。

#### 知识点 14：门诊的护理工作

1. 预检分诊。

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) 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。

3. 开展健康教育。
4. 实施治疗。
5. 严格消毒隔离。
6. 做好保健门诊的护理工作。

#### 知识点 15：急诊的护理工作

1. 预检分诊：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

医生到达前，护士应进行紧急处理，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。

#### 3. 留观室

留观时间一般为 3~7 天。

#### 知识点 16：病区环境

室温：普通病室，室温以 18~22℃ 为宜。婴儿室、手术室、产房等，室温应保持 22~24℃。

(1) 室温过高时，不利于散热，病人感到烦躁，呼吸、消化功能均受干扰。

(2) 室温过低时，冷的刺激可使病人肌肉紧张，且易受凉。

湿度：病室相对湿度应保持在 50%~60%。

(1) 湿度过高时，利于细菌的繁殖，增加院内感染率；同时，蒸发减弱，出汗受抑制，病人感觉闷热，排尿增多，加重肾负担。

(2) 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。

通风：病室应定时开窗通风，每次 30 分钟左右。

声音强度在 35~40dB（分贝）。两床之间的距离不少于 1m。

#### 知识点 17：铺床法

1. 备用床：保持病室整洁、美观，准备接收新病人。

2. 暂空床：保持病室整洁；迎接新病人；供暂时离床的病人使用。

3. 麻醉床：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；保证病人安全、舒适，预防并发症。

铺床节力原则：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。

#### 知识点 18：【住院处的护理】

1. 办理入院手续。

2. 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。

**【病区护理】**

1. 准备床单位：将备用床改为暂空床。
2. 迎接新病人。
3. 通知医生诊察病人。
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

用红笔在体温单 40~42℃横线之间相应入院时间栏内，纵行填写入院时间。

**知识点 19: 【住院病历的排列顺序】**

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。

**【出院病历的排列顺序】**住院病历首页、出院（或死亡）记录、入院记录、病史和体格检查单、病程记录、各种检查检验报告单、护理记录单、医嘱单、体温单。

**知识点 20: 【分级护理】**

临床上一般将护理级别分为四级，即特级护理、一级护理、二级护理、三级护理，见下表。

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，检测生命体征；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业护理，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

或

(1) 特级护理适用对象：

①病情危重，随时需抢救的；②重症监护患者；③大手术术后；④严重创伤或大面积烧伤；⑤使用呼吸机。

(2) 一级护理——每小时巡视患者。适用对象：

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。

(3) 二级护理——每2小时巡视患者。

(4) 三级护理——每3小时巡视患者。