



医药卫生类专业“互联网+”精品教材

基础护理学学习指导

主 编 张功励

基础护理学 学习指导

JICHU HULIXUE XUEXI ZHIDAO

主 编 张功励

北京出版集团公司 北京出版社

北京出版集团公司
北 京 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

基础护理学学习指导 / 张功励主编. -- 北京 : 北京出版社, 2014.5 (2023 重印)
ISBN 978-7-200-10510-0

I. ①基… II. ①张… III. ①护理学—高等职业教育—教学参考资料 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 084457 号

基础护理学学习指导

JICHU HULIXUE XUEXI ZHIDAO

主 编: 张功励
出 版: 北京出版集团公司
北 京 出 版 社
地 址: 北京北三环中路 6 号
邮 编: 100120
网 址: www.bph.com.cn
总发行: 北京出版集团公司
经 销: 新华书店
印 刷: 定州市新华印刷有限公司
版 次: 2014 年 5 月第 1 版 2023 年 1 月修订 2023 年 1 月第 7 次印刷
开 本: 787 毫米 × 1092 毫米 1/16
印 张: 12
字 数: 277 千字
书 号: ISBN 978-7-200-10510-0
定 价: 24.00 元

质量监督电话: 010-82685218 010-58572162 010-58572393

目 录

第一章	入院护理	1
第一节	患者入院前护理	1
第二节	铺床法	8
第三节	搬运术	12
第四节	各种卧位	17
第五节	生命体征的观察与护理	23
第六节	医疗与护理文件的记录	37
第二章	安全护理	44
第一节	医院环境	44
第二节	医院内感染与预防	48
第三节	护士职业安全与防护	56
第三章	生活护理	60
第一节	口腔护理	60
第二节	头发护理	63
第三节	皮肤护理	64
第四节	压疮的预防及处理	66
第五节	晨、晚间护理	71
第六节	保护具应用	72
第七节	冷热疗法	75
第四章	用药护理	83
第一节	给药的基础知识	83
第二节	口服给药法	85
第三节	吸入给药法	89
第四节	注射用药	90
第五节	药物过敏试验法	96
第六节	静脉输液法	103
第七节	静脉输血法	111
第五章	管道护理	118
第一节	呼吸道护理	118
第二节	消化道护理	126
第三节	泌尿道护理	139

第六章 患者出院护理	148
第一节 一般患者出院的护理	148
第二节 临终患者护理	151
参考答案	157
参考文献	186

北京出版社



第一章 入院护理

第一节 患者入院前护理

第一部分 本节知识概述

学习目标

1. 掌握患者进入病区的初步护理内容及分级护理的适用对象与护理内容。
2. 熟悉门诊部、急诊科及住院处的护理内容。
3. 了解门诊和急诊科的布局与设施。

主要知识点

一、门诊部的护理工作

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 护士应做好就诊患者的护理工作，根据病情测量并记录体温、脉搏、呼吸等，随时观察候诊患者的病情，当遇到高热、剧痛、呼吸困难、出血、休克等患者，应立即安排其提前就诊或送急诊处理。对病情较重或年老体弱者，可适当调整就诊顺序。
3. 开展健康教育 利用候诊时间开展健康教育。
4. 治疗工作 如注射、换药、导尿、灌肠及穿刺等。
5. 消毒隔离 传染病或疑似传染病的患者，应分诊到隔离门诊就诊，并做好疫情报告。

二、急诊科的护理工作

1. **预检分诊** 预检护士应做到一问、二看、三检查、四分诊。①遇到危重患者应立即通知值班医生和抢救室护士。②遇到意外灾害事件,应立即通知护士长和相关科室。③遇到法律纠纷、刑事案件、交通事故等,应迅速与医院保卫部门或公安部门取得联系,并请患者家属或陪送者留下。

2. **急救物品的准备** 一切急救物品要做到“五定”:定数量、定点放置、定人保管、定期消毒和灭菌、定期检查维修,以使抢救物品完好率达100%。常用急救物品包括:①一般诊疗及护理物品。②无菌物品及各类无菌急救包。③抢救器械。④抢救药品,并备用简明扼要的说明卡片。⑤通信设备等。

3. **配合抢救工作** 包括:①医生未到抢救现场之前:护士应根据病情做出初步判断,并给予紧急处理,如测血压、吸痰、给氧、止血、配血,建立静脉通道,实施人工呼吸、胸外心脏按压。②医生到达后:立即报告病情及处理情况,正确执行医嘱,积极配合抢救,严密观察病情变化,为医生提供抢救资料。

(1) 严格执行抢救程序,做到分秒必争。

(2) 抢救记录要求:①严格查对制度,要求抢救记录字迹清晰、及时、准确。②记录时间,包括患者和医生到达时间、抢救措施实施及停止时间。③记录执行医嘱的内容、病情的动态变化。

(3) 口头医嘱的执行:①必须向医生复述一遍,经医生确认后再执行。②抢救完毕后,请医生及时补写医嘱和处方。③抢救中使用的药品、空安瓿瓶、空液体瓶、输血空袋等应集中放置。④需经两人核对是否与医嘱相符后方可弃去。

4. **病情观察** 急诊科设有留观室,又称急诊观察室,留观时间一般为7天。

三、住院处的护理工作

1. **办理入院手续** 患者或家属需持医生签发的住院证到住院处办理入院手续。住院处接收患者后应立即通知病区值班护士做好接收新患者的准备。

2. **实施卫生处置** 内容:①一般患者应进行理发、沐浴、更衣、剪指甲等。②有虱虬者,应先灭虱,再做卫生处置。③危、急、重症患者及即将分娩者可酌情免浴。④传染病或疑似传染病者按消毒隔离原则处理。

3. **护送患者入病区** 内容:①护送过程中采取合适的体位,注意安全并保暖,保证必要的治疗,如输液、吸氧等。②护送患者至病区后,住院处护士应与病区护士进行交接,包括患者的病情、诊治经过、护理措施、卫生情况及物品等。

四、患者进入病区后的初步护理

(一) 一般患者进入病区后的初步护理

1. 准备床单位,将备用床改为暂空床。
2. 迎接新患者。

3. 通知负责医生诊查患者。
4. 为患者测量体温、脉搏、呼吸、血压和体重，必要时测量身高。
5. 填写住院病历和有关护理表格。入院或转入时间应用红钢笔填写在当日体温单相应时间的 40~42℃ 横线之间。
6. 介绍病区环境、有关规章制度、床单位及相关设备的使用方法，指导常规标本的留取方法、时间及注意事项。
7. 执行入院医嘱。
8. 进行入院护理评估。

（二）急诊患者的入院护理

1. 准备床单位。床上加铺橡胶单、中单或一次性中单，急诊手术患者，需铺好麻醉床。
2. 应做好急救准备。
3. 将患者安置在危重病室或抢救室。
4. 密切观察患者病情变化，积极配合医生进行抢救，并做好护理记录。
5. 对于不能正确叙述病情和需求的患者（如语言障碍、听力障碍）、意识不清的患者、婴幼儿等，需留陪护人员，以便询问患者病史。

五、分级护理

分级护理是指根据患者病情的轻重缓急以及自理能力的评估结果，给予不同级别的护理，以提高护理质量（见表 1-1）。

表 1-1 各级护理级别适用的对象及护理内容

护理级别	适用对象	护理内容
特别护理	病情危重，须随时观察、进行抢救的患者。如严重创伤，各种复杂疑难的大手术后，器官移植术，大面积烧伤和心、肺、肾、肝衰竭等	① 专人 24h 护理，严密观察患者病情及生命体征。 ② 制订护理计划，严格执行各项诊疗及护理措施，及时填写特别护理记录单。 ③ 备好急救药品和器材，以便随时急用。 ④ 做好各项基础护理，严防并发症，保证患者安全
一级护理	病情危重，需绝对卧床休息的患者。如各种大手术后以及高热、昏迷、中毒、肝肾功能衰竭和早产婴儿等	① 每 15~30 min 巡视患者一次，观察患者病情及生命体征。 ② 制订护理计划，严格执行各项诊疗及护理措施，及时填写特别护理记录单。 ③ 做好各项基础护理，严防并发症，满足患者身、心两方面的需要
二级护理	病情较重，生活不能自理的患者。如大手术后病情稳定者，年老体弱、慢性病不宜多活动者，幼儿等	① 每 1~2 h 巡视患者一次，观察患者病情。 ② 按护理常规实施护理。 ③ 生活上给予必要的协助，了解患者病情动态，满足身、心两方面的需要
三级护理	轻症、生活基本能自理的患者，如一般慢性病、疾病恢复期及择期手术前准备阶段等	① 每日巡视患者两次，观察患者病情。 ② 执行护理常规。 ③ 卫生保健指导，督促患者遵守医院规章，了解患者的病情动态及心态，满足其身、心两方面的需要

第二部分 自我检测与训练

一、名词解释

分级护理

二、填空题

1. 门诊预检分诊的护士应热情、主动地接待就诊的患者，在扼要询问病史、观察病情的基础上做出初步诊断，给予合理的分诊指导和传染病管理，做到先_____，后_____。
2. 急诊科的预检分诊护士应做到一_____、二_____、三_____、四_____。
3. 急救物品的准备要求：一切抢救物品要做到“五定”，即定_____、定_____、定_____、定期_____、定期_____，使抢救物品完好率达_____%。

三、选择题

A1型题：

1. 对前来门诊就诊的患者首先应进行的是
A. 预检分诊 B. 卫生指导 C. 心理安慰
D. 用药指导 E. 查阅病历资料
2. 对下列需住院的患者，应首先安排的是
A. 急性肾炎 B. 肾绞痛 C. 晚期胃癌
D. 急性胃炎 E. 严重颅脑损伤
3. 医院住院处办理入院手续是依据
A. 门诊病历 B. 住院证 C. 转院证明
D. 公费医疗特约单 E. 医保证
4. 患者入病区后，护士填写入院时间应在体温单相应时间内
A. 用红笔在 38~42℃之间竖写
B. 用红笔在 39~40℃之间竖写
C. 用蓝笔在 40~41℃之间竖写
D. 用红笔在 40~42℃之间竖写
E. 用蓝笔在 40~42℃之间竖写
5. 在肝炎患者入院后，护士对患者的衣服应
A. 交给家属带回 B. 消毒后存放 C. 包好后存放
D. 日光曝晒后存放 E. 消毒后交患者保管
6. 医院对患者进行分级护理的主要依据是
A. 疾病种类 B. 性别差异 C. 年龄大小
D. 病情轻重 E. 患者需求
7. 下列需要给予二级护理的患者为
A. 一般慢性病 B. 疾病恢复期
C. 大手术后病情稳定 D. 择期手术前准备阶段
E. 肾脏移植手术

A2 型题:

1. 患者, 女, 15 岁。因全身不适前来就诊, 候诊时, 护士发现患者面色苍白, 出冷汗, 呼吸急促, 两手冰冷, 患者主诉腹痛难忍, 门诊护士应该

- A. 耐心安慰患者
- B. 给患者测量体温
- C. 请医生加快诊病速度
- D. 安排患者提前就诊
- E. 协助患者平卧休息

2. 门诊护士小李, 在候诊室巡视时, 发现某男患者精神不振, 主动询问, 患者主诉肝区胀痛, 疲乏无力, 食欲差, 厌油腻, 观察发现患者双眼巩膜黄染。护士应

- A. 安排患者提前就诊
- B. 为其测量生命体征
- C. 将患者转隔离门诊诊治
- D. 将患者转急诊室诊治
- E. 安慰患者, 协助休息

3. 患者, 男, 20 岁。因与别人发生冲突, 导致左下肢外伤, 伤口大量出血, 患者情绪激动, 被送入急诊室。在医生未到之前, 值班护士应首先

- A. 详细询问伤害发生的经过
- B. 为患者注射镇痛剂
- C. 向保卫部门报告
- D. 通知手术室, 准备手术
- E. 止血, 测血压, 配血, 建立静脉通道

4. 患者, 女, 56 岁。因心力衰竭、呼吸困难住院, 住院处的护理人员首先应

- A. 进行卫生处置
- B. 立即护送患者入病区
- C. 介绍医院的规章制度
- D. 为患者进行健康评估
- E. 通知医生, 做好手术准备

5. 患者, 男, 58 岁。有高血压病史 10 年, 糖尿病史 5 年, 因糖尿病酮症酸中毒急诊入院, 急诊室已给予静脉输液、吸氧, 现准备用平车送入病区, 护送途中护士应注意

- A. 暂停静脉输液, 暂停吸氧
- B. 暂停静脉输液, 继续吸氧
- C. 继续静脉输液, 暂停吸氧
- D. 继续静脉输液, 继续吸氧
- E. 暂停护送, 待酸中毒好转后再送入病房

6. 患者, 女, 40 岁。因左侧肺炎收住院, 护士为其准备床单位时应

- A. 将其安排在靠近护士站
- B. 根据病情需要选择床位
- C. 将其安置在隔离病室
- D. 将其安排在危重病室
- E. 按其要求安排床位

7. 患者, 男, 28 岁。因交通事故急诊入院, 患者病情危重, 神志不清, 昏迷。病区护士首先应

- A. 通知医生, 测量生命体征, 配合抢救
- B. 准备床单位, 填写各种卡片
- C. 询问事故经过, 评估病史
- D. 通知营养室, 准备膳食
- E. 向家属介绍医院规章制度

8. 患者, 女, 34 岁。因支气管哮喘发作入院, 病区护士应将其安置在

- A. 危重病房
- B. 普通病房
- C. 心电监护病房
- D. 隔离病房
- E. 单人病房

9. 患者, 男, 18 岁。因患麻疹被收住院, 病区护士应将其安置在

- A. 抢救室 B. 普通病房 C. 心电监护病房
D. 隔离病房 E. 危重病房

10. 患儿, 男, 6 岁。因玩耍时不慎将暖壶打翻, 一侧身体被开水烫伤, 急诊入院, 应给予的护理级别是

- A. 特别护理 B. 一级护理 C. 二级护理
D. 三级护理 E. 护士指导家属护理

11. 患者, 男, 36 岁。因不明原因发热 3 个月, 近日开始高热, 体温达 39.7°C , 患者神志模糊, 护士应注意观察病情, 巡视的时间为

- A. 24 小时不间断 B. 15~30 分 / 次 C. 1~2 小时 / 次
D. 2 次 / 日 E. 1 次 / 日

12. 患者, 女, 15 岁。因阑尾炎反复发作, 择期手术入院, 应给予的护理级别为

- A. 特别护理 B. 一级护理 C. 二级护理
D. 三级护理 E. 重症监护

13. 患者, 男, 45 岁。因突发心前区压榨性疼痛 2h 入院, 诊断为广泛前壁心肌梗死, 医嘱绝对卧床休息。此患者应给予的护理级别为

- A. 特别护理 B. 一级护理 C. 二级护理
D. 三级护理 E. 重症监护

14. 患者, 女, 25 岁。因交通事故导致严重颅脑外伤, 患者入院时, 神志处于昏迷状态, 护士巡视患者的要求为

- A. 专人 24 小时不间断 B. 15~30 分 / 次 C. 1~2 小时 / 次
D. 2 次 / 日 E. 1 次 / 日

A3 型题:

(1~2 题共用题干)

患者, 女, 50 岁。心前区压榨性疼痛 5h, 伴濒死感, 急诊以“急性心肌梗死”收入院。

1. 护士应为其准备

- A. 暂空床 B. 备用床
C. 麻醉床 D. 暂空床加铺橡胶单中单
E. 备用床加铺橡胶中单

2. 护士应将其安置在

- A. 普通病房 B. 隔离病房 C. 心电监护病房
D. 处置室 E. 危重病房

A4 型题:

(1~3 题共用题干)

患者, 男, 58 岁。因腹部疼痛 3h 来医院就诊。

1. 门诊护士在安排就诊过程中, 发现患者突然面色苍白, 表情痛苦, 疼痛剧烈。此时护士应

- A. 按挂号顺序就诊
 - B. 作疫情报告
 - C. 立即送 ICU 抢救
 - D. 转至急诊就诊
 - E. 安排到隔离门诊就诊
2. 经医生诊治, 此患者需进一步留院观察病情, 留观的时间一般最多为
- A. 1 天
 - B. 3 天
 - C. 7 天
 - D. 14 天
 - E. 30 天
3. 以下对留观室护理工作的描述, 不正确的是
- A. 严格执行医嘱
 - B. 做好登记, 不建立病案
 - C. 书写病情报告
 - D. 做好家属的管理
 - E. 加强心理护理

X 型题:

1. 门诊预检分诊护士的工作内容包括
- A. 初步判断
 - B. 观察病情
 - C. 科普宣教
 - D. 询问病史
 - E. 分诊指导
2. 患者因下列疾病急诊入院, 病区护士应暂留陪住人员的是
- A. 急性肺炎
 - B. 支气管哮喘
 - C. 肝昏迷
 - D. 小儿肠套叠
 - E. 发热者
3. 急诊室护士在参与抢救患者的过程中应将时间记录准确, 其中包括
- A. 患者到达急诊室时间
 - B. 患者家属到达急诊室时间
 - C. 医生到达急诊室时间
 - D. 抢救措施落实的时间
 - E. 向上级部门报告的时间
4. 一切抢救物品均应做到“五定”, 其中包括
- A. 定位置
 - B. 定方位
 - C. 定期消毒
 - D. 定数量
 - E. 定专人保管

四、简答题

1. 急诊抢救工作中护士应如何执行口头医嘱?
2. 门诊部的护理工作包括哪几项?

五、论述题

◎ 案例分析

患者, 男性, 40 岁。因车祸导致大出血, 被急救车送到医院急诊科, 患者昏迷。作为急诊科的护士, 应积极配合抢救工作。

请问: 1. 在医生未到达抢救现场前, 你应该做哪些工作?

2. 在医生到达抢救现场后, 你应该怎样做?

3. 患者在行急诊手术后, 转入病区, 如果你是病区护士, 应如何进行入院护理?

(张功励)

第二节 铺床法

第一部分 本节知识概述

学习目标

1. 掌握铺备用床、暂空床及麻醉床的目的、方法及注意事项。
2. 熟悉床单位的设备及准备要求。

主要知识点

一、床单位的设备

病床之间的距离为 0.9~1.0 m。病床单位的固定设备包括：病床、床垫、床褥、棉胎（或毛毯）、枕芯、大单、被套、枕套、橡胶中单和中单（必要时）、床旁桌、床旁椅和床上桌，床头墙壁上设照明灯、呼叫装置、供氧及负压吸引管道等。有条件的医院还应设卫生间和衣橱。

二、铺备用床

1. 目的 ①保持病室整洁、舒适、美观。②准备接收新患者。

2. 操作要点 ①移开床旁桌离床约 20cm；移开床旁椅至床尾正中，距床尾约 15cm。②枕头套好应轻拍松、整理，平放于床头盖被上，开口处背门。

3. 注意事项 ①避免发生交叉感染：铺床前应洗手；病室内有患者进餐或治疗时，应暂缓铺床；铺床时动作应轻稳，不宜过大，避免抖动、拍打等动作，以免尘埃飞扬。②保护患者的皮肤免受刺激：选用的床褥、被套、床单等应清洁干燥；铺好的床应平紧、安全、实用、耐用，保持整齐、无皱褶。③操作中注意节力：用物准备应齐全，并按使用顺序放置，减少走动的次数；能升降的床，应将床升至适宜的高度，避免腰部过度弯曲或伸展；铺床时身体应尽量靠近床边，上身保持直立，膝稍弯曲，两腿分开与肩同宽，两脚根据情况前后或左右分开，以扩大支撑面、降低重心、增加身体稳定性；操作时尽量使用肘部力量，动作平稳有节律，连续进行，避免无效动作。

4. 评价 ①病床应符合实用、耐用、舒适、安全的原则。②大单表面平紧、无皱褶，中缝对齐，四角平整、紧扎。③被头充实无虚边，盖被平整，两缘内折对称。④枕头平整、四角充实，开口端背门。⑤操作流畅，注意节力。⑥病室、病床单位及环境整洁、美观。

三、铺暂空床

1. 目的 ①迎接新患者入院。②供暂离床活动的患者使用。③保持病室的整洁、美观。

2. 操作要点 ①备用床改为暂空床：将备用床盖被上段呈扇形三折叠于床尾，并使之平齐。②必要时，铺橡胶中单和中单，上缘距床头 45~50cm，中线和床中线对齐。

四、铺麻醉床

1. 目的 ①便于接收和护理麻醉手术后患者。②使患者安全、舒适，预防并发症。③保护床上用物不被血液或呕吐物等污染，便于更换。

2. 特殊用物

(1) 麻醉护理盘：①无菌巾内放置开口器、压舌板、舌钳、牙垫、治疗碗（内盛 0.9% 氯化钠溶液）、输氧气导管、吸痰导管、平镊、棉签、纱布。②无菌巾外放置电筒、血压计、听诊器、治疗巾、弯盘、胶布、护理记录单、笔。有条件的应准备心电监护仪。

(2) 其他：输液架，必要时备氧气筒、吸痰器、胃肠减压器，冬天按需要准备热水袋及套、毛毯等。

3. 操作要点

(1) 橡胶中单和中单铺的位置：①根据患者的手术部位和麻醉方式，按需铺好橡胶中单和中单。②全麻手术：颈胸部手术可铺在床头；腹部手术铺在床中部；下肢手术可铺在床尾。③非全麻手术：只需在手术部位下方铺橡胶中单和中单即可。

(2) 橡胶中单和中单的铺法：①将一张橡胶中单和中单分别对好床中线，铺在床中部，上端应距床头 45~50cm，边缘平整地塞入床垫下。②另一张橡胶中单和中单铺于床头或床尾。橡胶中单和中单边缘应平齐床头或床尾放置，另一边压在中部的橡胶中单和中单上，边缘平整地塞入床垫下。

(3) 其他：①套好的盖被：上端应与床头平齐，两侧内折，与床边沿对齐，被尾内折与床尾平齐，将盖被呈扇形三折叠于一侧床边，开口向着门，以方便将手术后的患者由平车移至床上。②套好的枕头：横立放置于床头（防止患者因躁动撞伤头部），开口背门。③床旁椅：放在接收患者对侧的床尾。④麻醉护理盘放于床旁桌上，其他物品按需放置，以方便取用。

4. 注意事项 ①~③同备用床。④避免感染的发生：铺麻醉床时应更换清洁的被单，保证手术后患者舒适，防止交叉感染。拆床单时动作不宜过大，避免抖动、拍打等动作，以免致病菌随空气流动传播。⑤中单要完全遮盖橡胶中单，避免橡胶中单与患者皮肤直接接触，而引起患者的不适。⑥麻醉未醒的患者应去枕平卧，头偏向一侧，避免呕吐物或分泌物误吸入气管，引起吸入性肺炎或窒息。

第二部分 自我检测与训练

一、填空题

1. 病床一定要符合_____、_____、_____、_____的原则。
2. 病床之间的距离为_____m。

二、选择题

A1型题:

1. 铺在床中部的橡胶中单和中单, 其上端应距床头
A. 35~40cm B. 40~45cm C. 45~50cm
D. 50~55cm E. 55~60cm
2. 符合铺床时省力原则的是
A. 下肢前后分开并提高重心 B. 按使用顺序放置物品
C. 铺床时身体远离床沿 D. 先铺远侧, 后铺近侧
E. 铺床时尽量多走动
3. 全身麻醉护理盘内不需准备的物品是
A. 输氧导管 B. 牙垫、纱布 C. 洗胃导管
D. 开口器 E. 吸痰导管

A2型题:

1. 患者, 男, 66岁。因不慎摔倒导致股骨骨折入院。为患者选用的病床如下, 适宜的是
A. 钢丝床 B. 厚软垫床 C. 木板床
D. 棕绷床 E. 席梦思床
2. 患者, 女, 41岁。诊断为右乳腺癌。肿瘤直径约1.8cm。今晨行改良乳癌根治术。护士为其手术后回病房准备的物品不包括
A. 血压计 B. 导尿管 C. 吸痰管
D. 压舌板 E. 护理记录单及笔
3. 新毕业护士小王在各科轮转时遇到如下患者, 需要为其在铺床时使用橡胶单和中单的是
A. 肺炎患者 B. 气管切开患者
C. 大小便失禁患者 D. 糖尿病患者
E. 上肢骨折患者
4. 患者, 男, 32岁。因车祸致颅内出血, 行颅内血肿清除术, 护士为其准备麻醉床, 其中枕头放置正确的是
A. 横立于床头, 开口向门 B. 横立于床尾, 开口向门
C. 横立于床头, 开口背门 D. 横立于床尾, 开口背门
E. 平放于床头, 开口背门
5. 实习护士小王, 按带教老师的要求给一卧床患者更换床单, 当其准备好物品到病房后, 发现有如下情况, 应暂缓铺床的是

- A. 有患者正在进餐
- B. 有患者正在聊天
- C. 有患者正在看书
- D. 有患者正在听音乐
- E. 有患者正在吸氧

A3 型题:

(1~2 题共用题干)

患者,男,57岁。因胃癌行胃大部切除术,现患者已进入手术室。

1. 护士应为患者准备的床为

- A. 备用床
- B. 麻醉床
- C. 暂空床
- D. 抢救床
- E. 监护床

2. 铺此床的主要目的是

- A. 便于患者上下床
- B. 保持病室清洁、整齐
- C. 迎接新患者入院
- D. 便于接收和护理麻醉手术后患者
- E. 供暂离床活动的患者使用

X 型题:

1. 床单位的设备包括

- A. 床垫
- B. 床旁桌
- C. 床旁椅
- D. 输液架
- E. 呼叫器

2. 铺备用床的目的包括

- A. 准备接收新患者
- B. 预防并发症
- C. 保持病室整洁、舒适、美观
- D. 迎接新患者入院
- E. 供暂离床活动的患者使用

3. 铺暂空床的目的包括

- A. 准备接收新患者
- B. 预防并发症
- C. 保持病室整洁、美观
- D. 迎接新患者入院
- E. 供暂离床活动的患者使用

三、简答题

1. 铺床方法有哪几种? 目的是什么?

2. 铺床时应如何做到节力?

四、论述题

◎ 案例分析

患者,男性,65岁。因反复发作性肝区胀痛,伴有食欲减退、腹胀、恶心、疲乏无力等症状来院就诊,查体:肝大。经进一步检查,确诊为原发性肝癌。今日行局部肝切除术。

请问:1. 护士应为患者准备哪种床单位?

2. 列出需要准备的用物。

3. 简述铺床时应注意的问题。

(张功励)

第三节 搬运术

第一部分 本节知识概述

学习目标

1. 熟悉人体力学在护理工作中的应用。

2. 掌握轮椅与平车运送患者的适应证、方法和注意事项。

主要知识点

一、人体力学在护理工作中的应用（见表1-2）

表 1-2 人体力学在护理工作中的应用

原理	应用举例
利用杠杆作用	①护理人员操作时，应靠近操作物体。②两臂持物时，两肘紧靠身体两侧，上臂下垂，前臂和所持物体靠近身体，使阻力臂缩短，从而省力。③必须提取重物时，最好把重物分成相等的两部分，分别由两手提拿。若重物由一手提拿，另一手应向外伸展，以保持平衡
扩大支撑面	①护理人员协助患者移动体位时，两脚应前后或左右分开，尽量扩大支撑面。②在协助患者侧卧位时，应使患者两臂屈肘，一手放于枕旁，一手放于胸前，两腿前后分开，上腿屈膝屈髋在前，下腿稍伸直，以扩大支撑面，增加患者的稳定性
降低重心	护理人员在提取位置较低的物体或进行低平面的护理操作时：①双下肢应随身体动作的方向前后或左右分开，以扩大支撑面。②屈膝屈髋，使身体呈下蹲姿势，降低重心，重力线在支撑面内，保持身体的稳定性
减少身体重力线的偏移	①护理人员在提取物品时，应尽量将物品靠近身体。②抱起或抬起患者移动时，应将患者靠近自己的身体，以使重力线落在支撑面内
尽量使用大肌肉或多肌群	①护理人员进行护理操作时，能使用整只手时，避免只用手指进行操作。②能使用躯干部和下肢肌肉的力量时，尽量避免使用上肢的力量。例如，端持治疗盘时，应五指分开，托住治疗盘并与手臂一起用力，使用多肌群用力，不易疲劳
使用最小肌力做功	①护理人员移动重物时，应注意平衡、有节律，并计划好重物移动的位置和方向。②护理人员应掌握以直线方向移动重物，尽可能遵循推或拉代替提取的原则

二、轮椅运送患者法

1. 目的 ①护送不能行走但能坐起患者入院、出院、检查、治疗或室外活动。
②帮助患者活动，促进血液循环及体力恢复。

2. 操作要点

(1) 上轮椅准备：检查轮椅性能，推轮椅至床旁，使椅背与床尾平齐，面向床头，翻起脚踏板，将闸制动。

(2) 协助患者坐轮椅：请患者双手置于护士肩上，护士双手抱住患者腰部，协助患者下床；告知患者用其近轮椅之手，扶住轮椅外侧把手，转身坐入轮椅中；或由护士环抱患者，协助患者坐于椅中。

(3) 运送过程中：①保证安全：嘱患者扶住扶手，尽量靠后坐，勿前倾、勿自行站起或下轮椅；在身体不平衡时，应系安全带，以免发生意外。②观察病情：发现头晕、面色苍白、呼吸加快等不适时要及时处理。③避免过大震动：下坡时应减速，有门槛时，翘起前轮。

(4) 下轮椅准备：将轮椅推至床尾，将闸制动，翻起脚踏板。

(5) 协助患者下轮椅：护士立于患者前，两腿稍分开，屈膝屈髋，两手置于患者腰部，患者双手放于护士肩上，协助其站立，慢慢坐回床缘，协助其脱去外套。

三、平车运送法

1. 目的 运送不能起床的患者入院，供做各种特殊检查、治疗、手术或转病房使用。
2. 方法 如表 1-3 所示。

表 1-3 平车运送患者法

方法	适用范围	操作要点
挪动法	适用于能在床上配合的患者	①平车位置：将平车推至床旁与床平行（便于搬运），大轮靠近床头（患者头部枕于大轮端，以减少头部震动），将制动闸止动（防止平车滑动）。 ②上平车移动顺序：协助患者将上身、臀部、下肢依次向平车移动。 ③下平车移动顺序：协助患者先移动下肢，再移动上肢
一人搬运法	适用于上肢活动自如、体重较轻的患者	①平车位置：平车大轮端靠近床尾，使平车与床成钝角（缩短搬运距离，节力），用制动闸止动。 ②搬运方法：搬运者一臂由患者腋下伸至对侧肩部，另一臂伸入患者臀下；患者双臂过搬运者肩部，双手交叉于搬运者颈后，搬运者抱起患者，稳步移动将患者放于平车中央，盖好盖被。 ③力学应用：搬运者双脚前后分开，扩大支撑面，略屈膝屈髋，降低重心，便于转身
二人搬运法	适用于不能活动、体重较重的患者	①平车位置：同一人搬运法。 ②搬运方法：搬运者甲、乙二人站在患者同侧床旁，协助患者将上肢交叉于胸前。搬运者甲一手伸至患者头、颈、肩下方，另一手伸至患者腰部下方；搬运者乙一手伸至患者臀部下方，另一只手伸至患者膝部下方；两人同时抬起患者至近侧床缘，再同时抬起患者稳步向平车处移动。 ③力学应用：抬起患者时，应尽量使患者靠近搬运者身体，以节力

(续表)

方法	适用范围	操作要点
三人搬运法	适用于不能活动、体重超重的患者	①平车位置：同一人搬运法。 ②搬运方法：搬运者甲、乙、丙三人站在患者床旁，协助患者将上肢交叉于腹前。搬运者甲双手托住患者头、颈、肩及背部；搬运者乙双手托住患者背、腰、臀部；搬运者丙双手托住患者膝部及双足。三人同时抬起患者至床缘，再同时抬起患者稳步向平车处移动。 ③力学应用：三人同时抬起患者，应保持平稳移动，减少意外伤害
四人搬运法	适用于颈椎、腰椎骨折和病情较重的患者	①平车位置：同挪动法。 ②搬运方法：搬运者甲、乙分别站于床头和床尾；搬运者丙、丁分别站于病床和平车的一边。将帆布兜或中单放于患者臀部下方。搬运者甲抬起患者头、颈、肩；搬运者乙抬起患者的双足；搬运者丙、丁分别抓住帆布兜或中单四角。由一人喊口令，四人同时抬起患者向平车处移动。 ③力学应用：四位搬运者应协调一致；搬运骨折患者，平车上应放置木板，固定好骨折部位

3. 注意事项 ①搬运时应注意动作轻稳、准确，确保患者安全、舒适。②搬运过程中，注意观察患者的病情变化，避免造成损伤。③推送患者时，护士应位于患者头部，速度适宜，在上、下坡时，患者头部应位于高处，随时观察患者病情变化。④保证患者的持续性治疗不受影响。

4. 健康教育 ①向患者及家属解释搬运的过程、配合方法及注意事项。②告知患者在搬运过程中，如感不适立刻向护理人员说明，防止意外发生。

第二部分 自我检测与训练

一、填空题

1. 护理人员协助患者移动体位时，两脚应前后或左右分开，目的是_____。
2. 搬运患者时，尽量使患者身体靠近_____者身体，可使重力线通过支撑面，保持平衡，又因缩短重力臂达到_____。
3. 推平车时，护士应站在患者_____，便于观察病情变化。
4. 护士推平车上、下坡时，患者_____应在高处，以免引起不适。
5. 四人搬运法适用于_____、_____和_____的患者。

二、选择题

A1型题:

1. 在运送患者时，一人搬运法适用于

A. 体重较重者
B. 小儿患者
C. 老年体弱患者

D. 病情危重者
E. 颈椎骨折者
2. 三人使用平车搬运患者，应注意使平车头端和床尾成

A. 直角
B. 平行
C. 锐角

D. 钝角
E. 对接

3. 能在床上配合的患者，适宜的搬运方法是

- A. 一人搬运法 B. 二人搬运法 C. 三人搬运法
D. 四人搬运法 E. 挪动法

4. 采用挪动法协助患者上平车时，身体的移动顺序为

- A. 上身、臀部、下肢 B. 下肢、臀部、上身
C. 下肢、上身、臀部 D. 上身、下肢、臀部
E. 臀部、上身、下肢

A2 型题:

1. 患儿，女，5岁。因发热、咳嗽、气促就诊，患儿体温 39.5°C ，呼吸 30 次/分，面色苍白，口唇发绀，诊断为肺炎入院，拟使用平车运送患儿，适宜的搬运方法是

- A. 一人搬运法 B. 二人搬运法
C. 三人搬运法 D. 四人搬运法
E. 挪动法

2. 患者，男，65岁。因胃癌术后复发再次入院，患者情绪低落，拟选用平车运送患者到病房，护士在搬运患者时将其头部卧于大轮端，原因是

- A. 大轮平稳，使患者舒适 B. 大轮灵活，易转动
C. 大轮摩擦力小，较稳定 D. 大轮直径长，易滑动
E. 大轮转动震动大

3. 患者，男，78岁。有既往高血压病史 20 年，今因肺部感染入院，拟用轮椅护送患者入病区。运送过程中，**不正确**的指导是

- A. 嘱患者扶住扶手，尽量靠后坐 B. 嘱患者勿自行下轮椅
C. 嘱患者下坡时身体应前倾 D. 嘱患者勿自行站起
E. 嘱患者系好安全带，以免发生意外

4. 患者，男，33岁。因在玩卡丁车时发生意外，导致颈椎骨折，在运送患者时，正确的搬运方法是

- A. 一人搬运法 B. 二人搬运法 C. 三人搬运法
D. 四人搬运法 E. 挪动法

A3 型题:

(1~2 题共用题干)

患者，男，27岁。因交通事故导致腰椎骨折，急诊入院，入院时患者意识模糊。

1. 搬运此患者正确的方法应采用

- A. 一人搬运法 B. 二人搬运法 C. 三人搬运法
D. 四人搬运法 E. 挪动法

2. 搬运患者时，平车的位置为

- A. 平车头端与床尾成直角 B. 平车靠近床旁与床平行
C. 平车头端与床尾成锐角 D. 平车头端与床尾成钝角
E. 平车靠近床旁与床对接

A4型题:

(1~3题共用题干)

患者,女,58岁。既往患糖尿病10年,近日因家中出现变故,忘记服用降糖药,导致糖尿病酮症酸中毒急诊入院,入院时患者昏迷,血压60/40mmHg($760\text{mmHg}=1.01\times 10^5\text{Pa}$),急诊室已给予输液、吸氧。现准备护送患者入病房。

1. 适宜的运送方式为

- A. 平车一人搬运法 B. 平车二人搬运法 C. 平车三人搬运法
D. 平车四人搬运法 E. 轮椅运送法

2. 经过一段时间的治疗,患者病情好转,神志清楚,血压130/70mmHg,今日天气晴朗,护士拟推送患者到花园活动,适宜的运送方式为

- A. 平车一人搬运法 B. 平车二人搬运法 C. 平车三人搬运法
D. 平车四人搬运法 E. 轮椅运送法

3. 搬运患者时,所选用具的适当位置为

- A. 平车头端与床尾成锐角 B. 平车头端与床尾成钝角
C. 平车头端与床头平齐 D. 平车头端与床尾相接
E. 轮椅椅背与床尾平齐

X型题:

1. 在扶助患者上下轮椅时,为确保患者安全所采取的措施包括

- A. 翻起脚踏板,将闸制动 B. 嘱患者扶住扶手,靠前坐
C. 护士站轮椅前,固定轮椅 D. 行进中嘱患者不可向前倾身
E. 下坡时减慢速度

2. 在使用平车运送患者的过程中,应注意的是

- A. 搬运时,动作应轻稳、准确 B. 搬运中,应注意观察病情变化
C. 推送时,护士应位于患者足部 D. 运送时,吸氧可暂时中断
E. 下坡时,患者头部应位于高处

三、简答题

1. 平车运送患者时,搬运的方法有哪几种?

2. 简述协助患者上轮椅的方法。

四、论述题**◎ 案例分析**

患者,男,31岁。因在餐馆就餐时与人发生口角,争斗中撞在餐桌上,导致腰椎骨折,急诊入院。

请问:1. 运送患者时,应采用哪种搬运方法较为适宜?

2. 运送过程中的注意事项有哪些?

(张功励)

第四节 各种卧位

第一部分 本节知识概述

学习目标

- 1. 掌握主动卧位、被动卧位、被迫卧位的含义，常用卧位的适用范围及操作方法，更换卧位的注意事项。
- 2. 熟悉更换卧位的方法。
- 3. 了解卧位对疾病治疗的重要性。

主要知识点

一、卧位的性质（见表1-4）

表 1-4 卧位的性质分类

名 称	含 义	举 例
主动卧位	患者自己在床上采取的最舒适的卧位	病情较轻的患者
被动卧位	患者自身无变换卧位的能力，而是卧于他人安置的卧位	极度虚弱、昏迷、瘫痪的患者
被迫卧位	患者意识清晰，也有变换卧位的能力，只是为了减轻疾病所致的痛苦或因治疗所需而被迫采取的卧位	支气管哮喘急性发作的患者

二、常用的各种体位（见表1-5）

表 1-5 常用的各种体位

卧位种类		操作要点	适用范围
仰卧位	去枕仰卧位	昏迷和麻醉未清醒患者头偏向一侧，枕头横置于床头	①昏迷和全身麻醉未清醒的患者。防止呕吐物流入气管，引起窒息及肺部并发症。②椎管麻醉及脊髓腔穿刺的患者。预防颅内压减低引起的头痛
	中凹仰卧位	抬高头胸部 10°～20°；抬高下肢 20°～30°	适用于休克患者，又称为休克卧位。原理：①抬高头胸部，膈肌下降胸腔容积扩大，利于呼吸。②抬高下肢，促进下肢静脉回流，增加回心血量和心输出量
	屈膝仰卧位	患者仰卧，两臂放于身体两侧，双膝屈起，并稍向外分开	①用于腹部检查，可使患者的腹肌放松便于检查。②对女患者实施导尿、会阴冲洗等

(续表)

卧位种类	操作要点	适用范围
侧卧位	①患者侧卧,臀部后移,两臂屈肘,一手放于胸前,另一手放于枕旁。上腿屈曲,下腿稍伸直,两膝间置软枕。②臀部肌内注射:下腿屈曲,上腿略伸直,以使臀部肌肉放松。③必要时,后背和胸前各置一软枕支撑,增进舒适和安全	①灌肠术、肛门检查和配合胃镜检查、肠镜检查等。②臀部肌内注射。③预防压疮。长期卧床时,患者侧卧位与平卧位交替使用,可避免局部皮肤长期受压,同时便于按摩和护理受压部位
半坐卧位	①摇起床头支架 $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$,再摇起膝下支架以防身体下滑,必要时床尾置一软枕,增进舒适,以免患者足底触及床档。②放平时,先摇平膝下支架,再摇平床头支架	①颜面及颈部手术后:可减轻局部的出血和水肿。②腹部手术后:可减轻腹部切口缝合处的张力,减轻疼痛,利于切口愈合。③盆腔术后及盆腔或腹腔有炎症者:有利于毒素吸收,减少中毒反应,促进炎症局限化,同时还可防止感染向上蔓延引起膈下脓肿。④心肺疾病引起呼吸困难者:可使膈肌下降,利于呼吸;也可减少回心血量,有利于减轻肺部淤血和心脏负担
端坐位	①患者坐起,将床头摇起 $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$ 。②胸前放跨床小桌,置软枕供患者俯前休息	心包积液、心力衰竭、支气管哮喘发作的患者。由于极度呼吸困难,患者被迫端坐
俯卧位	患者俯卧,头偏向一侧,两臂屈肘放于头臂两侧,两腿伸直,胸下、髋部及踝部各放一软枕	①腰背部检查或配合胰、胆管造影检查。②脊柱手术及腰背部、臀部有伤口,不能平卧和侧卧的患者。③预防压疮。与平卧位交替使用。④胃肠胀气所致的腹痛:可使腹腔容积增大,以缓解疼痛。⑤不宜采取俯卧位的患者:呼吸困难、气管切开、颈部受伤者等
头低足高位	①患者仰卧,头转向一侧,枕头横立于床头,以防损伤头部。②床尾处的床脚垫高 $15 \sim 30\text{cm}$ 。此种体位使患者感到不适,不可长时间使用	①肺部体位引流的患者:有利于肺底部的分泌物向外流,易于咳出。②十二指肠引流及胆汁引流的患者:利于胆汁流出。③妊娠胎膜早破:防止脐带脱垂。④跟骨、胫骨关节牵引:利用人体的重力作为反牵引力。⑤严重失血性休克的患者:促进静脉血回流。⑥禁用:颅内高压者
头高足低位	①患者仰卧,床头处的床脚垫高 $15 \sim 30\text{cm}$ 或根据具体情况酌情抬高。②枕头横立于床尾	①脑水肿的患者:降低颅内压,预防或减轻脑水肿。②颅脑手术后或头部外伤的患者:减少颅内出血。③颈椎骨折行颅骨牵引术的患者:利用人体重力作为反牵引力
膝胸卧位	患者跪卧,两小腿平放在床上稍分开,大腿与床面垂直,胸部贴床面,臀部抬高,腹部悬空,头转向一侧,手放头两侧	①肛门、直肠、乙状结肠镜检查及治疗的患者。②矫正胎位不正及子宫后倾患者。③促进产后子宫复原。④禁用:有心、肾疾病的孕妇
截石位	患者仰卧于检查台上,两腿屈曲分开放于支腿架上,臀部齐床边,双手放胸前或放身体两侧。应注意保暖和遮挡	①会阴、肛门部位的检查、治疗及手术等,如膀胱镜、妇产科检查、阴道灌洗等。②产妇产娩者

三、扶助患者翻身侧卧法

1. 方法、适用范围及操作要点（见表 1-6）

表 1-6 扶助患者翻身侧卧法

方法	适用范围	操作要点
一人帮助患者翻身侧卧	适用于体重较轻的患者	①护士先将患者头、肩和臀部移向床边，再将双下肢移向床边。 ②护士一手托住患者肩部，一手托膝部，两脚前后分开，利用自身体重，轻推患者转向对侧，使其背向护士
二人帮助患者翻身侧卧	适用于重症或体重较重的患者	①2名护士站立于床的同一侧，一人托肩腰部，另一人托臀部和膝部，同时将患者抬起并移向自己一边。 ②护士分别扶肩、腰、臀和膝部，轻推使患者转向对侧，使之背向护士

2. 注意事项

- （1）节力原则：①两脚分开，扩大支撑面。②面向移动方向，利用自身体重，尽量靠近患者，以减小阻力臂。
- （2）动作：①在帮助患者翻身时，不可拖拉，应将其身体稍抬起，以免擦伤皮肤。②在移动体位后，需用软枕垫好后背及膝下，以维持舒适体位。③在两人协助翻身时，应注意动作协调、轻稳。
- （3）管道：若患者身上置有多种管道，翻身前须安置妥当，翻身后检查勿扭曲或脱落，注意保持通畅。
- （4）特殊患者：①手术后的患者：翻身前应先检查敷料是否脱落，如分泌物浸湿敷料，应先更换再行翻身。②颅脑手术患者：翻身时应取健侧卧位或仰卧位，头部不可剧烈翻动，以防引起脑疝压迫脑干，导致猝死。③颈椎和颅骨牵引的患者：翻身时不可放松牵引。④石膏固定和有伤口的患者：翻身时应将患肢放于适当位置，防止受压。

第二部分 自我检测与训练

一、名词解释

主动卧位 被动卧位 被迫卧位

二、填空题

1. 脊髓腔穿刺后患者应采用_____体位，以预防_____引起_____。
2. 休克患者采取中凹卧位，应抬高_____，有利于_____；抬高_____，促进_____，增加_____和_____。
3. 颜面及颈部手术后患者，应采取_____体位，可减轻局部的_____。
4. 腹部手术后患者，采取半坐卧位，可减轻腹部切口_____，减轻_____，利于_____。
5. 由半坐卧位恢复平卧位时，应先_____，再_____。
6. 产妇产胎膜早破时，采取头低足高位，可防止_____。

三、选择题

A1型题:

1. 腰椎穿刺后, 易因为脑压过低引起头痛, 其发生的机制是
A. 脑膜炎症
B. 脑部充血
C. 脑部缺血
D. 脑细胞缺氧
E. 牵张颅内静脉窦或脑膜
2. 腰椎穿刺后 6h 内去枕平卧的目的是
A. 防止脑缺氧
B. 预防颅内压下降
C. 预防脑部感染
D. 利于脑部血液循环
E. 预防颅内压增高
3. 预防脑水肿、减轻颅内压应采取的卧位是
A. 头低足高位
B. 去枕仰卧位
C. 头高足低位
D. 半坐卧位
E. 仰卧位
4. 头低足高位, 床尾应垫高
A. 10~20cm
B. 15~30cm
C. 30~40cm
D. 40~50cm
E. 50~60cm
5. 患者进行膀胱镜检查应采取
A. 俯卧位
B. 膝胸位
C. 截石位
D. 左侧卧位
E. 去枕仰卧位

A2型题:

1. 患者, 男, 67岁。3年前患脑梗死后一直卧床, 患者1周末排便, 拟通过灌肠辅助排便, 此时应协助患者采用的卧位是
A. 膝胸卧位
B. 截石位
C. 左侧卧位
D. 俯卧位
E. 仰卧位
2. 患者, 男, 55岁。因肾结石采用碎石方法进行排石治疗后, 结石脱落堵塞尿道, 导致尿潴留, 医嘱行导尿术, 护士应为其安置的体位为
A. 仰卧位
B. 半坐卧位
C. 左侧卧位
D. 屈膝仰卧位
E. 膝胸卧位
3. 患者, 女, 35岁。因急性脑膜炎急诊入院, 患者处于昏迷状态, 在运送患者入病区时, 应采取去枕仰卧位并头偏向一侧, 目的是
A. 预防颅压过低
B. 预防脑组织缺氧
C. 预防肺部并发症
D. 预防头痛
E. 预防感染
4. 患者, 男, 65岁。因交通事故导致颅内出血, 在手术后护理时, 护士应特别注意指导患者翻身时头部翻转不可过于剧烈, 目的是防止引发
A. 脑干损伤
B. 脑栓塞
C. 脑出血
D. 脑疝
E. 休克

5. 患者，女，78岁。既往患冠心病史18年，因急性肺部感染入院，输液时患者自行调节滴速导致急性肺水肿，患者极度呼吸困难，护士应指导患者采取的体位为

- A. 半坐卧位 B. 端坐位 C. 仰卧位
D. 头低足高位 E. 侧卧位

6. 患者，女，57岁。慢性支气管扩张急性发作，咳嗽、咳大量脓性痰，为便于引流肺部分泌物，护士应协助患者采取的体位是

- A. 头高足低位 B. 头低足高位 C. 屈膝仰卧位
D. 侧卧位 E. 俯卧位

7. 患者，女，49岁。因右上腹部阵发性绞痛来院就诊，诊断为胆囊结石，急诊行胆囊切除术，术后7h，护士应协助患者采取的体位为

- A. 头低足高位 B. 仰卧位 C. 膝胸卧位
D. 头高足低位 E. 半坐卧位

8. 患者，男，40岁。因急性肠穿孔行急诊手术，术后取半坐卧位的目的是

- A. 借重力使膈肌上升 B. 使伤口张力增加
C. 防止呕吐 D. 减少术后出血
E. 有利于腹腔引流，使炎症局限

9. 患者，女，20岁。因支气管哮喘急性发作入院，此时应指导患者采取的体位是

- A. 端坐位 B. 仰卧位 C. 俯卧位
D. 头低足高位 E. 中凹卧位

A3型题:

(1~2题共用题干)

患者，女，49岁。因甲状腺结节入院，在全麻下行甲状腺切除术。

1. 为防止吸入性肺炎或窒息的发生，对术后呕吐者应

- A. 头向前倾 B. 头向后倾
C. 头偏向一侧 D. 抬高头部15°
E. 保持头部水平位

2. 麻醉清醒后，指导患者采取半坐卧位的目的是

- A. 有利于伤口愈合 B. 减轻局部出血
C. 避免疼痛 D. 改善呼吸困难
E. 预防感染

A4型题:

(1~3题共用题干)

患者，男，56岁。因胃癌行胃大部切除术。

1. 患者手术后回到病房，在麻醉未清醒前，患者应采取的体位是

- A. 半坐卧位 B. 端坐卧位
C. 去枕仰卧位 D. 中凹卧位
E. 侧卧位

2. 术后第2天, 护士应协助患者采取的体位是

- A. 半坐卧位 B. 端坐卧位 C. 去枕仰卧位
D. 中凹卧位 E. 头高足低位

3. 采取此卧位的目的是

- A. 减轻局部出血 B. 减轻伤口缝合处张力
C. 防止腹膜粘连 D. 使静脉回流血量减少
E. 减轻肺部淤血

X型题:

1. 急性阑尾炎患者术后采取半坐卧位的目的包括

- A. 减少术后出血 B. 减轻疼痛
C. 减轻腹胀 D. 减轻伤口缝合处张力
E. 利于腹腔引流, 使感染局限化

2. 端坐卧位适用的患者包括

- A. 心包积液 B. 支气管哮喘发作
C. 心力衰竭 D. 肺水肿
E. 大叶性肺炎

3. 需将枕头横立于床头的患者是

- A. 全麻术后未清醒者 B. 小儿肺炎患者
C. 颈椎牵引的患者 D. 休克患者
E. 产妇胎膜早破

4. 适用于膝胸位的患者包括

- A. 妇科检查 B. 产妇胎膜早破 C. 直肠镜检查
D. 矫正胎儿臀位 E. 会阴部检查

四、简答题

1. 休克患者应采取何种卧位? 应如何安置? 依据是什么?

2. 盆腔术后及盆腔或腹腔有炎症的患者应采取何种卧位? 依据是什么?

五、论述题

◎ 案例分析

患者, 男, 39岁。自幼患支气管哮喘, 今晨突然急性发作, 呼吸极度困难, 不能平卧, 焦虑不安。

请问: 1. 作为值班护士, 你应该帮助患者选择何种适宜卧位? 应如何进行指导?

2. 选择此卧位的原因有哪些?

(张功励)

第五节 生命体征的观察与护理

第一部分 本节知识概述

学习目标

- 1. 掌握生命体征的正常范围、测量方法及注意事项。
- 2. 掌握异常生命体征的常见类型及护理措施。
- 3. 熟悉正常生命体征的生理性变化、异常生命体征的常见病因。

主要知识点

一、体温的观察与护理

（一）正常体温及生理性变化

1. 体温的调节

人体通过大脑皮质和下丘脑体温调节中枢的调节、神经—体液的作用，使产热和散热保持动态平衡，调节机体体温的相对恒定。

（1）产热过程：人体的主要产热器官是肝脏和骨骼肌。产热的主要方式包括食物氧化、骨骼肌运动、交感神经兴奋及甲状腺素分泌增多等。

（2）散热过程：皮肤是主要的散热器官，呼吸、排尿、排便也散发部分热量。散热的方式包括辐射、传导、对流和蒸发。

2. 正常体温（见表 1-7）

表 1-7 健康成人体温的正常范围及平均值

测量部位	正常范围	平均温度
腋温	36~37℃	36.5℃
口温	36.3~37.2℃	37℃
肛温	36.5~37.7℃	37.5℃

3. 正常体温的生理性变化

包括：昼夜变化、年龄差异、性别差异、肌肉活动及药物作用。此外，情绪激动、精神紧张、沐浴、进食等因素均可使体温一过性增高，睡眠、饥饿、服用镇静剂可使体温下降。

（二）体温过高（发热）的观察及护理

1. 发热的临床分级（以口腔温度为标准） ①低热：37.5~38.0℃。②中度热：38.1~39.0℃。③高热：39.1~41.0℃。④超高热：41℃及以上。

2. 发热过程 (见表 1-8)

表 1-8 发热过程、特点、主要临床表现及疾病举例

发热过程	特 点	主要临床表现	疾病举例
体温上升期	产热大于散热	畏寒、无汗、皮肤苍白、寒战，伴全身疲乏不适、肌肉酸痛。 体温上升的方式：骤升和渐升	体温骤升：见于肺炎球菌性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、流行性感冒及输液反应等；体温渐升：见于伤寒、结核病等
高热持续期	产热和散热在较高水平上趋于平衡	颜面潮红、皮肤灼热、口唇干燥、呼吸深快、心率加快、头痛及头晕。伴食欲不振、全身不适、软弱无力及尿量减少；还可出现谵妄、幻觉、昏迷，小儿出现惊厥	
退热期	散热增加，产热趋于正常	大量出汗、皮肤潮湿。 退热方式：骤退和渐退。骤退者因大量出汗，丧失过多水分，易出现血压下降、脉搏细速、四肢厥冷等循环衰竭的症状	体温骤退：见于肺炎球菌性肺炎、疟疾等；体温渐退：见于伤寒、风湿热等

3. 热型 (见表 1-9)

表 1-9 热型、含义及常见疾病

类 型	含 义	常见疾病
稽留热	体温持续在 39~40℃，达数天或数周，24 小时波动范围不超过 1℃	肺炎球菌性肺炎、伤寒等
弛张热	体温在 39℃ 以上，但波动幅度大，24 小时体温差在 1℃ 以上，但最低体温仍高于正常水平	败血症、风湿热及化脓性疾病等
间歇热	高热与正常体温交替且有规律的反复出现，间歇数小时、1 天、2 天不等	疟疾、急性肾盂肾炎等
不规则热	体温在 24 小时中变化不规则，持续时间不定	流行性感冒、肿瘤性发热等

4. 高热患者的护理

(1) 观察病情：每日测体温，观察其发热程度、热型及患者的面色、出汗情况、伴随症状、治疗效果等。如出现躁动不安、谵妄，应防止坠床、舌咬伤，必要时加床档或用约束带进行固定。

(2) 降温：可用物理降温或化学降温。若体温超过 39℃，可用冰袋冷敷头部，体温超过 39.5℃，给予乙醇拭浴或大动脉处冷敷，必要时药物降温。降温 30min 后应测量体温，做好记录和交班。

(3) 保暖：患者出现寒战，应通过调节室温、增加盖被等方式进行保暖。

(4) 合理饮食：给予“三高一低”（高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪）、易消化的流质或半流质食物，且少量多餐；鼓励患者多饮水，每日 2500~3000ml；不能进食者遵

医嘱给予鼻饲或静脉输液,以补充高热消耗的大量水分,并促进毒素和代谢产物的排泄。

(5) 口腔护理:在晨起、餐后、睡前协助患者漱口或用蘸有 0.9% 氯化钠注射液的棉球清洁口腔,口唇干裂者可涂液状石蜡。

(6) 皮肤护理:高热患者在退热期大量出汗时,应及时擦干汗液,更换衣服及床单、被褥等,保持皮肤清洁干燥,防止受凉。对于长期持续高热卧床者,应注意预防压疮和肺炎等并发症。

(7) 卧床休息:高热患者应卧床休息,以减少能量消耗,有利于机体康复;提供安静、室温适宜、空气流通的休养环境。

(8) 心理护理:对高热患者应进行有针对性的心理护理,以缓解其紧张情绪。

(三) 体温过低的观察及护理

1. 体温过低的含义 由于各种原因引起的产热减少或散热增加,导致体温低于正常范围,称为体温过低。当体温低于 35℃ 时,称为体温不升。

2. 体温过低的原因 见于:①体温调节中枢发育不完善:常见于新生儿、早产儿。②体温调节中枢受损:常见于失血性休克、颅脑外伤、脊髓受损等,以及麻醉药、镇静药中毒等。③机体产热减少:常见于重度营养不良、极度衰竭等。

3. 临床表现 患者发抖,皮肤苍白、冰冷,口唇、耳垂呈青紫色,血压降低、心率及呼吸减慢、尿量减少、躁动不安、意识障碍,甚至昏迷等。

4. 临床分度 ①轻度:32~35℃。②中度:30~32℃。③重度:小于 30℃,瞳孔散大,对光反射消失。④致死温度:23~25℃。

5. 护理措施

(1) 病情观察:应密切观察生命体征和病情变化,至少 1 次/小时,直至体温恢复正常,随时做好抢救准备。

(2) 环境温度:室温维持在 24~26℃。

(3) 保暖措施:给予热饮料,添加衣服,加盖毛毯、棉被等,或使用电热毯、热水袋,注意防止烫伤。新生儿可置温箱内。

(4) 病因治疗。

(四) 体温的测量

1. 水银体温计的消毒

(1) 常用消毒液:70% 乙醇、1% 过氧乙酸、0.5% 碘伏等。消毒液每天更换一次,容器、离心机等每周消毒一次,门诊、急诊用的容器、离心机等每周至少消毒两次。

(2) 消毒方法:①口表、腋表消毒法:第一次消毒:将体温计浸泡于消毒液中 30min,取出后清水冲洗,将汞柱甩至 35℃ 以下;第二次消毒:将体温计放入另一消毒液中浸泡 30min,取出后清水冲洗,擦干后放入清洁容器中备用。②肛表消毒法:使用后的肛表先用消毒纱布擦净,再按口表、肛表消毒法进行消毒。

2. 水银体温计的检查 ①方法:将全部体温计的水银柱甩至 35℃ 以下,于同一时间放入已测好的 40℃ 以下的水中,3min 后取出检视。②出现以下情况不能使用:读数相差在 0.2℃ 以上、水银柱自动下降、玻璃管有裂缝等。

3. 测量体温的方法（见表 1-10）

表 1-10 测量体温的方法

方 法	体温计放置部位	测量时间	指导要点
测量口温	口表水银端斜放于患者舌下	3min	嘱患者闭口，用鼻呼吸，勿用牙咬体温计
测量腋温	水银端放于腋窝深处	10min	操作前擦干腋下；体温计放置后，曲臂过胸夹紧体温计
测量肛温	插入肛门 3~4cm（相当于肛表的 1/2）	3min	操作前嘱咐或协助患者取侧卧、俯卧或屈膝仰卧位，露出臀部；插入前润滑肛表水银端；取出后用卫生纸擦拭肛表

4. 注意事项

（1）检查清点：测量前、后应认真清点体温计数量，检查有无破损、水银柱是否在 35℃ 以下。

（2）不宜测腋温者：包括腋下出汗较多者，肩关节受伤及消瘦夹不紧体温计者。

（3）不宜测口温者：婴幼儿、昏迷、精神异常、口腔疾病、口鼻手术、呼吸困难的患者。饮水或面颊部热敷应间隔 30min 后测量口温。

（4）不宜测肛温者：直肠或肛门疾病及手术、腹泻、心肌梗死患者。坐浴或灌肠者应间隔 30min 后测量直肠温度。

（5）不慎咬破体温计：①应立即清除口腔内玻璃碎屑，以免损伤唇、舌、口腔、食管及胃肠道黏膜。②口服蛋清或牛奶，以缓解汞的吸收。③若病情允许，可服粗纤维食物，以加速汞的排泄。

（6）为小儿、危重患者、躁动者测量体温时，护士应在旁监测。发现体温与病情不符时，应守在床旁重新监测，必要时进行肛温和口温对照复查。

（7）甩体温计时应用腕部力量，避免触及他物，以防破损。

二、脉搏的观察与护理

（一）正常脉搏及生理性变化

1. 正常脉搏

（1）脉率：正常成人在安静状态下为 60~100 次 / 分。

（2）脉律：正常脉搏搏动均匀规则，间隔时间相等。

（3）脉搏的强弱：正常情况下，每搏强弱相同。脉搏的强弱取决于动脉的充盈程度、脉压的大小及动脉壁的弹性。

（4）动脉壁的情况：正常动脉管壁光滑、柔软、有弹性。

2. 脉搏的生理变化

（1）年龄：新生儿、幼儿的脉率较成人快，随年龄的增长而逐渐减慢。

（2）性别：同龄女性比男性的脉搏可稍快，通常平均脉率相差 5~7 次 / 分。

（3）活动与情绪：运动及情绪兴奋、恐惧、发怒、焦虑时脉率增快；休息、睡眠及

忧郁时减慢。

(4) 饮食与药物：饮浓茶或咖啡、进食及使用兴奋剂等可使脉率增快；禁食及使用镇静剂、洋地黄类药物等可使脉率减慢。

(二) 异常脉搏的观察与护理

1. 脉率异常

(1) 速脉：安静状态下，成人脉率高于 100 次 / 分，称为速脉或心动过速。多见于心力衰竭、甲状腺功能亢进、大出血、疼痛等患者。

(2) 缓脉：安静状态下，成人脉率低于 60 次 / 分，称为缓脉或心动过缓。多见于颅内压增高、房室传导阻滞、甲状腺功能减退、服用地高辛药物等患者。

2. 节律异常

(1) 间歇脉：在一系列正常规则的脉搏中，出现一次提前而较弱的搏动，其后有一较正常延长的间歇（即代偿间歇），称为间歇脉或过早搏动。可见于：①各种器质性心脏病或洋地黄中毒患者。②正常人在过度疲劳、精神兴奋、体位改变时也可出现间歇脉。

(2) 二联律、三联律：每隔一个或两个正常搏动后出现一次过早搏动，称为二联律或三联律。常见于各种器质性心脏病。

(3) 脉搏短绌：在单位时间内脉率少于心率，称为脉搏短绌或绌脉。听诊时心律完全不规则，心率快慢不一，心音强弱不等。常见于心房纤颤的患者。

3. 强弱异常

(1) 洪脉：当心输出量增加，周围动脉阻力较小，动脉充盈度和脉压较大时，脉搏搏动强大而有力，称为洪脉。常见于高热、甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全等。

(2) 丝脉：当心输出量减少，周围动脉阻力较大，动脉充盈度降低时，脉搏搏动细弱无力，扪之如细丝，称为丝脉。常见于心功能不全、大出血、休克、主动脉狭窄等患者。

(3) 交替脉：指节律正常而强弱交替出现的脉搏。常见于高血压性心脏病、冠心病、主动脉瓣关闭不全等患者。

(4) 水冲脉：指脉搏骤起骤落，急促而有力，如潮水涨落。常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、先天性动脉导管未闭、严重贫血等患者。

(5) 奇脉：当平静吸气时脉搏明显减弱或消失，称为奇脉。常见于心包积液、缩窄性心包炎等患者。

4. 动脉壁异常 动脉硬化的患者，动脉管壁的弹性减弱，诊脉时呈条索状或迂曲状，如按在琴弦上，严重者会出现动脉迂曲或结节。

(三) 脉搏异常患者的护理

1. 心理护理 应提供针对性的心理护理，稳定患者情绪，缓解其紧张的心理反应。

2. 观察病情 观察患者脉搏的脉率、节律、强弱及动脉壁情况；遵医嘱给药，并观察药物疗效及不良反应，给予适当的解释和用药指导。

3. 卧床休息 指导患者增加卧床休息的时间，减少心肌耗氧量，必要时给予氧气吸入。

4. 健康指导 指导患者戒烟限酒，饮食清淡易消化，勿用力排便，掌握正确监测脉搏的方法，学会自我护理。

（四）脉搏测量

1. **测量部位** 一般选择桡动脉, 其次为颞动脉、颈动脉、肱动脉、腠动脉、足背动脉、胫后动脉、股动脉等。

2. **测量方法** ①测脉搏前 20~30min 内, 无剧烈运动、紧张、恐惧、哭闹等活动。②正常脉搏测 30s, 将数值乘以 2; 异常脉搏应测 1min。③脉搏短绌者: 应 2 名护士同时测量, 一人听心率, 一人测脉率, 由听心率者发出“起”或“停”的口令, 计时 1min。记录书写形式为心率/脉率/分。

3. **注意事项** ①测前休息: 测脉搏前如患者有剧烈活动、紧张、恐惧、哭闹等情况, 应安静休息 20~30min 再测。②勿用拇指: 不可用拇指诊脉, 因拇指小动脉搏动较强, 易与患者的脉搏相混淆。③测量健肢: 偏瘫患者测脉搏, 应选择健侧肢体, 以免患侧肢体血液循环不良, 影响测量结果的准确性。④在测脉率时, 还应注意脉搏节律、强弱、动脉壁的弹性等, 发现异常及时报告医生, 并详细记录。如脉搏细弱触摸不清时, 可用听诊器测心率 1min。

三、呼吸的观察及护理

（一）正常呼吸及生理性变化

1. **正常呼吸** ①正常成人在安静状态下呼吸频率为 16~20 次/分, 节律规则, 呼吸运动均匀, 无声且不费力。②一般情况下, 呼吸与脉搏的比例为 1:5~1:4。③男性及儿童以腹式呼吸为主, 女性以胸式呼吸为主。

2. **生理变化** ①年龄: 年龄越小, 呼吸频率越快。②性别: 同年龄的女性呼吸频率比男性稍快。③活动: 剧烈的运动可引起呼吸加深加快, 休息和睡眠使呼吸减慢。④血压: 如血压大幅度升高, 可使呼吸减慢减弱; 血压大幅度降低, 可使呼吸加快加强。⑤情绪: 强烈的情绪变化, 如紧张、恐惧、愤怒、悲伤、害怕、兴奋可引起呼吸加快。⑥其他: 如环境温度和气压的变化也会影响呼吸。

（二）异常呼吸的观察

1. **频率异常** ①呼吸过速: 指成人在安静状态下, 呼吸频率超过 24 次/分。常见于发热、疼痛、缺氧、贫血、甲状腺功能亢进等患者。一般体温每升高 1℃, 呼吸频率增加 3~4 次/分。②呼吸过缓: 指成人在安静状态下的呼吸频率低于 10 次/分。常见于呼吸中枢抑制, 如颅脑疾病、巴比妥类药物中毒等患者。

2. **深度异常** ①深度呼吸: 称为库斯莫 (Kussmaul's) 呼吸, 是一种深而规则的大呼吸, 可伴有鼾音。常见于糖尿病酮症酸中毒及尿毒症酸中毒等患者。②浅快呼吸: 是一种表浅而不规则的呼吸, 有时呈叹息样。常见于呼吸肌麻痹、肺与胸膜疾病、肋骨骨折、严重腹胀、腹水及濒死的患者。

3. **节律异常** ①潮式呼吸: 又称陈一施 (Cheyne-stokes) 氏呼吸, 是一种周期性的呼吸异常。其特点是开始时呼吸浅慢, 以后逐渐加深加快, 达高潮后又逐渐变浅变慢, 继而呼吸暂停 5~30s, 再次重复以上的周期性变化, 呼吸运动如潮水起伏, 故称潮氏呼吸。②间断呼吸: 又称毕奥 (Biot's) 呼吸, 表现为有规律的呼吸几次后, 突然停止呼

吸，在间隔一个短时间后又开始呼吸，如此反复交替。即呼吸和呼吸暂停现象交替出现。常在临终前发生。③点头呼吸：在呼吸时，头随呼吸上下移动。患者处于昏迷状态，是呼吸中枢衰竭的表现。④叹息样呼吸：间断一段时间后呼吸一次，伴叹气声。反复发作多为临终前表现。

4. 声响异常 ①蝉鸣样呼吸：指吸气时有一种高调似蝉鸣样的音响。常见于喉头水肿、痉挛、喉头异物等患者。②鼾声呼吸：指呼吸时发出一种粗大的鼾声，由于气管或大支气管较多的分泌物蓄积所致。常见于深昏迷及睡眠呼吸暂停综合征患者。

5. 呼吸困难 指呼吸频率、节律和深浅度的异常，导致气体交换不足，机体缺氧。患者主观感觉空气不足、胸闷、不能平卧；客观上表现为呼吸费力、张口耸肩、口唇指甲发绀、鼻翼翕动等体征。根据临床表现可分为：吸气性呼吸困难、呼气性呼吸困难和混合性呼吸困难（见表 1-11）。

表 1-11 呼吸困难的类型、临床特点及常见疾病

类 型	临床特点	常见疾病
吸气性呼吸困难	吸气费力，吸气时间显著长于呼气，辅助呼吸肌收缩增强；出现“三凹征”（即吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、腹上角或肋间隙凹陷）	喉头水肿或气管、喉头异物等
呼气性呼吸困难	呼气费力，呼气时间显著长于吸气	支气管哮喘、阻塞性肺气肿等
混合性呼吸困难	吸气和呼气均感费力，呼吸频率快而表浅	重症肺炎、广泛性肺纤维化、大面积积肺不张、大量胸腔积液等

（三）呼吸异常患者的护理措施

- 1. 监测呼吸** 应观察呼吸的频率、节律及有无咳嗽、咳痰、咯血、发绀、呼吸困难等症状。
- 2. 改善环境** 调节室内温度和湿度，保持环境安静、整洁。
- 3. 保持呼吸道通畅** 及时清除呼吸道分泌物，必要时吸痰，以保持呼吸道通畅。
- 4. 协助治疗** 遵医嘱给药；给予氧气吸入或使用呼吸机，改善呼吸困难。
- 5. 心理护理** 进行针对性的心理护理，消除患者的紧张、恐惧心理。
- 6. 健康指导** 指导患者戒烟限酒，适当增加蛋白质及维生素，进餐不宜过饱，避免食用产气食物。

（四）呼吸的测量

1. 操作要点 ①测量前 20~30min 无剧烈运动、情绪激动等影响呼吸的因素。②测量脉搏后，护士仍保持诊脉手势，观察患者胸腹起伏情况（一起一伏为一次呼吸）。③一般测量 30s，将数值乘以 2；异常呼吸或婴儿应测 1min。④危重患者呼吸微弱不易观察时，可将少许棉花置于患者鼻孔前，观察棉花被吹动的次数，计数 1min。

2. 注意事项 ①测量呼吸前如有剧烈运动、情绪激动等情况应休息 20~30min 后再测。②测呼吸时应转移患者的注意力，以保持测量的准确性。③婴幼儿应先测量呼吸再测量体温，以避免幼儿因哭闹而影响到呼吸的测量。④测量呼吸频率时，应同时观察呼

吸的深浅度、节律、有无异常声音等变化。

四、血压的观察与护理

（一）正常血压及生理性变化

1. 正常血压（以肱动脉为标准） 正常成人在安静状态下的血压范围为收缩压 90~139mmHg，舒张压 60~89mmHg，脉压 30~40mmHg。

2. 生理性变化 ①年龄：血压随年龄的增长均有逐渐增高的趋势。②性别：同年龄的女性血压低于男性，更年期后，无明显差别。③昼夜和睡眠：一般清晨血压最低，傍晚血压最高。过度劳累或睡眠不佳时，收缩压可稍增高。④体位：立位血压高于坐位，坐位血压高于卧位。对于长期卧床或使用某些降压药物的患者，在由卧位改为立位时，可出现头晕、心慌、站立不稳、晕厥等体位性低血压的表现。⑤部位：一般右上肢高于左上肢，下肢血压高于上肢。⑥环境：寒冷环境下血压可略升高；高温环境下血压可略下降。⑦其他：剧烈运动、情绪激动、紧张、恐惧、兴奋、吸烟均可导致收缩压升高；饮酒、摄盐过多、应用药物等对血压也有影响。

（二）异常血压的观察与护理

1. 异常血压的观察 ①高血压：指成人收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg。②低血压：指成人血压低于 90/(50~60)mmHg。常见于大量失血、休克、急性心力衰竭、心肌梗死等患者。③脉压异常：脉压增大：指脉压大于 40mmHg，常见于动脉硬化、主动脉瓣关闭不全、动静脉瘘、甲状腺功能亢进等患者；脉压减小：指脉压小于 30mmHg，常见于心包积液、缩窄性心包炎、心力衰竭、主动脉瓣狭窄等患者。

2. 血压异常患者的护理措施

（1）监测血压：判断血压有无异常，观察药物的不良反应，注意有无潜在并发症的发生。

（2）生活规律：保持良好的生活习惯及环境安静、安全、舒适，温湿度适宜，注意保暖，避免冷热刺激等。

（3）适当休息：患者血压较高时应卧床休息，减少活动，保证充足的睡眠时间，按医嘱给予降压药物；患者血压过低，应迅速安置患者平卧位，并做应急处理。

（4）心理护理：进行有针对性的心理护理，以消除患者的紧张、恐惧心理。

（5）健康指导：指导患者进食易消化、低脂肪、低胆固醇、高维生素、富含纤维素的食物；适当限制盐的摄入，避免辛辣刺激性的食物，戒烟限酒；保持大便通畅；情绪稳定，坚持运动。

（三）血压的测量（以水银血压计测量肱动脉血压为例）

1. 操作要点 ①测量前：休息 30min，无吸烟、运动、情绪激动等活动。②体位：坐位或仰卧位。坐位时肱动脉平第四肋软骨，仰卧位平腋中线。③袖带：将袖带缠于上臂中部，下缘距肘窝上 2~3cm，松紧以能容一指为宜。④充气和放气：充气应均匀，并至肱动脉搏动音消失后再升高 20~30mmHg；放气保持缓慢均匀，下降速度 4mmHg/s。⑤判断测值：听到第一声搏动声时，水银柱所指的刻度即为收缩压；搏动声突然变弱或消失时，水银柱所指刻度即为舒张压。⑥整理血压计：关闭水银槽开关时，应将血压计

右倾 45°。⑦记录：收缩压 / 舒张压 mmHg。

2. 注意事项 ①检查：应定期检查和校正血压计；测量前先检查血压计玻璃管有无破损，汞柱是否保持在“0”点，橡胶管和输气球有无老化、漏气，听诊器是否完好等。②安静测量：测量血压前安静休息 20~30min。③做到四定：密切监测血压者应定时间、定部位、定体位、定血压计。④健肢测量：为偏瘫、肢体外伤、手术及一侧肢体输液的患者测量血压，应选健侧肢体。⑤降“0”重测：血压听不清或异常时重测，应注意使水银柱降至“0”点，休息片刻后再测，必要时双侧对照。⑥影响因素：袖带过窄，可使测得血压偏高；袖带过宽，可使测得的血压值偏低。袖带缠得过松，可使测得的血压值偏高；反之，测得的血压值偏低。患者肱动脉位置低于心脏，可使测得的血压偏高；肱动脉位置高于心脏，可使测得的血压偏低。⑦记录：当舒张压的变调音和消失音之间有差异时，可记录两个读数，即收缩压 / 变音 / 消失音 mmHg。如 140/90/40mmHg。

第二部分 自我检测与训练

一、名词解释

稽留热 弛张热 间歇热 间歇脉 绀脉 呼吸困难 高血压 低血压

二、填空题

1. 体温上升期的特点为产热_____散热。体温上升的方式包括_____和_____两种。
2. 成人在安静状态下，脉率超过_____次 / 分，称为速脉；低于_____次 / 分，称为缓脉。
3. 成人在安静状态下每分钟呼吸超过_____次者为呼吸过速，低于_____次者为呼吸过缓。
4. 异常呼吸的观察包括_____、_____、_____、_____和_____等方面。
5. 吸气性呼吸困难的患者出现“三凹征”，是指吸气时_____、_____、_____或_____凹陷。
6. 测量上肢血压时，患者的体位应注意使_____和_____处于同一水平位，坐位时肱动脉应平_____，仰卧位时平_____。
7. 密切监测血压者，测血压应做到四定，即定_____、定_____、定_____、定_____。
8. 血压计袖带缠得太紧可使测得血压值_____，缠得太松，则所测血压值_____。

三、选择题

A1 型题：

1. 可进行直肠测温的是
 - A. 腹泻
 - B. 昏迷
 - C. 心肌梗死
 - D. 痔疮手术后
 - E. 便秘灌肠后 10min

2. 中度发热是指口腔温度在

- A. 37.0~37.5℃ B. 37.5~38.0℃ C. 38.1~39.0℃
D. 39.1~40℃ E. 41℃及以上

3. 退热期的特点为

- A. 散热大于产热 B. 产热等于散热
C. 产热大于散热 D. 散热增加而产热趋于正常
E. 散热和产热在较高水平趋于平衡

4. 物理或药物降温后, 监测效果需测量体温的时间为降温后

- A. 15min B. 20min C. 30 min
D. 40 min E. 60 min

5. 在测量直肠温度时, 护士应协助患者将肛表插入肛门, 其深度为

- A. 1~2cm B. 2~3cm C. 3~4cm
D. 4~5cm E. 5~6cm

6. 可使患者基础体温增高的是

- A. 抑郁 B. 运动 C. 饥饿
D. 进食前 E. 女性月经后

7. 下列可出现奇脉的患者是

- A. 严重贫血 B. 动脉硬化 C. 心包积液
D. 甲状腺功能亢进 E. 高血压性心脏病

8. 护士在观察病情时遇到了下列患者, 须两人同时分别测量心率和脉率的是

- A. 心律不齐 B. 心动过缓 C. 心动过速
D. 心房纤颤 E. 阵发性心动过速

9. 下列可使呼吸频率加快的生理性因素为

- A. 睡眠 B. 愤怒 C. 老年人
D. 成年男性 E. 血压升高

10. 对呼吸困难患者的护理, 以下做法不妥的是

- A. 测量呼吸前做好解释 B. 需要时给予氧气吸入
C. 及时清除呼吸道分泌物 D. 消除患者紧张、恐惧心理
E. 保持室内适宜的温度和湿度

11. 关于血压生理性变化的描述, 正确的是

- A. 清晨血压最高 B. 卧位血压高于坐位
C. 左上肢血压高于右上肢 D. 寒冷环境血压可略升高
E. 女性在更年期前, 血压高于男性

12. 测血压时, 当护士听到第一声搏动时袖带内压力

- A. 大于心脏收缩压 B. 等于心脏收缩压
C. 小于心脏收缩压 D. 等于心脏舒张压
E. 小于心脏舒张压

A2 型题:

1. 患者, 女, 36 岁。感冒后咳嗽、咳痰 1 个月, 症状未见好转, 近日又感觉身体发热, 到医院就诊, 拍 X 线摄片, 显示为肺炎球菌性肺炎。该患者发热的热型最可能为

- A. 间歇热 B. 稽留热 C. 波状热
D. 弛张热 E. 不规则热

2. 患者, 男, 69 岁。近日因发热、咳嗽、咳痰到医院就诊, 测体温为 38.9°C , 诊断为流行性感冒。该患者发热的热型最可能为

- A. 稽留热 B. 回归热 C. 间歇热
D. 不规则热 E. 弛张热

3. 患者, 男, 26 岁。因发热伴疲乏、头痛、恶心、厌食入院, 患者主诉发热时体温达 39°C , 3h 后体温降至正常, 每天发作 1 次。此患者发热的热型为

- A. 波浪热 B. 稽留热 C. 间歇热
D. 弛张热 E. 不规则热

4. 患者, 女, 50 岁。因持续高热 3 天就诊, 门诊以发热待查入院。患者体温在 39°C 以上, 24h 体温差在 2°C 左右。此患者发热的热型属于

- A. 回归热 B. 弛张热 C. 间歇热
D. 波状热 E. 稽留热

5. 患者, 男, 25 岁。在高温环境下工作时, 突然体温上升高达 40.2°C , 约 4h 后送到医院。患者面色潮红, 皮肤灼热, 无汗, 呼吸 24 次/分, 脉搏 108 次/分。患者此时的临床特征属于

- A. 低热上升期 B. 中度热上升期
C. 高热上升期 D. 高热持续期
E. 过高热持续期

6. 患者, 男, 29 岁。因在工作中被化学药品烧伤入院治疗, 护士在为其测体温时选择测口腔温度。在测量过程中, 患者不慎将体温计咬破, 部分水银被吞下, 护士发现后采取了如下措施, 应首先进行的是

- A. 立即清除玻璃碎屑 B. 口服蛋清水
C. 口服牛奶 D. 病情允许可服用粗纤维食物
E. 嘱患者安静并密切观察病情

7. 患者, 男, 67 岁。因高热就诊, 诊断为肺炎球菌性肺炎, 患者拒绝入院, 取药后回家休养。第 2 天, 患者再次发热, 为增强退热效果, 患者自行加倍服药, 出现了如下症状, 提示可能发生虚脱的症状是

- A. 头晕、恶心, 无汗
B. 大量出汗、皮肤苍白、寒战
C. 脉搏、呼吸渐慢, 无汗
D. 大量出汗, 脉搏细速, 四肢湿冷
E. 脉搏细速, 面部潮红, 无汗

8. 患者, 男, 50 岁。因腹泻、发热就诊, 诊断为细菌性痢疾。护士为其测量口腔温度时得知其 10min 前饮过热开水。护士正确的处理方法为

- A. 改测直肠温度
- B. 暂停测量体温一次
- C. 参照上次测量值记录
- D. 嘱患者用冷开水漱口后再测
- E. 告知患者 30min 后再测口腔温度

9. 某护士在护士站查看患者的心电监测, 发现患者出现了期前收缩, 推测患者可能出现的脉搏为

- A. 丝脉
- B. 洪脉
- C. 缓脉
- D. 间歇脉
- E. 脉搏短绌

10. 患者, 女, 43 岁。因心前区不适到医院就诊, 护士为其测量脉搏时, 发现每隔 1 个正常搏动即出现 1 次过早搏动, 此脉搏称为

- A. 缓脉
- B. 丝脉
- C. 二联律
- D. 三联律
- E. 脉搏短绌

11. 患者, 女, 57 岁。因肺源性心脏病入院, 护士查看患者的体温后, 为其测量脉搏, 1min 后护士的手仍置于患者桡动脉部位的主要目的是为了

- A. 安抚患者
- B. 测量脉搏节律
- C. 便于看表计时
- D. 复核脉搏的准确性
- E. 转移注意力以便测呼吸

12. 患者, 男, 25 岁。因失恋情绪低落, 服用安眠药欲结束自己的生命, 被送到医院时, 患者神志模糊, 呼吸微弱, 不易观察。护士为其测量呼吸, 适宜的方法为

- A. 手按胸腹部以观察其起伏次数
- B. 手背置患者鼻孔前以感觉气流
- C. 耳朵贴近患者口鼻处以听其呼吸声响
- D. 将所测脉率除以 4 以计算呼吸次数
- E. 用少许棉花置患者鼻孔前以观察棉花飘动次数

13. 患儿, 男, 2 岁半。最近喜欢用牙咬玩具, 下午不慎使一个小零件误入气管, 患者呼吸困难, 出现明显“三凹征”。此患儿呼吸困难的类型属于

- A. 呼气性呼吸困难
- B. 吸气性呼吸困难
- C. 混合性呼吸困难
- D. 间断性呼吸困难
- E. 严重性呼吸困难

14. 患者, 女, 54 岁。患糖尿病 10 年, 过节时因为家人聚会, 忘记吃降糖药, 随后出现食欲减退、恶心、呕吐的症状, 伴随有头痛、嗜睡、烦躁、呼吸深快, 呼气中有烂苹果味, 以糖尿病酮症酸中毒入院。此患者的呼吸异常表现为

- A. 浅快呼吸
- B. 间断呼吸
- C. 潮式呼吸
- D. 深度呼吸
- E. 叹息样呼吸

15. 患者, 男, 48 岁。因睡眠呼吸暂停综合征入院, 患者呼吸常表现为

- A. 潮式呼吸
- B. 鼾声呼吸
- C. 蝉鸣样呼吸
- D. 叹息样呼吸
- E. 库斯莫呼吸

D. 鼾声呼吸 E. 叹息样呼吸

2. 过了一段时间, 患者呼吸的周期性又表现为呼吸和呼吸暂停交替出现的现象, 此时患者的呼吸属于

A. 深度呼吸 B. 间断呼吸 C. 潮式呼吸
D. 鼾声呼吸 E. 叹息样呼吸

3. 患者的异常呼吸属于

A. 频率异常 B. 深度异常 C. 节律异常
D. 声响异常 E. 形态异常

X型题:

1. 以下可进行口腔温度测量的患者为

A. 大面积烧伤 B. 深昏迷 C. 呼吸困难
D. 饭后 30min E. 抑郁症

2. 可用于体温计消毒的化学消毒剂是

A. 70% 乙醇溶液 B. 0.1% 漂白粉 C. 0.5% 碘伏溶液
D. 0.5%~2% 碘酊 E. 1% 过氧乙酸溶液

3. 属于脉搏节律异常的是

A. 速脉 B. 洪脉 C. 间歇脉
D. 绌脉 E. 缓脉

4. 可出现吸气性呼吸困难的是

A. 支气管哮喘 B. 喉头水肿 C. 气管异物
D. 颅内压增高 E. 大叶性肺炎

5. 能使测得血压值偏低的因素包括

A. 袖带过紧 B. 袖带过松 C. 水银不足
D. 充气过高 E. 袖带过窄

四、简答题

1. 患者在测量口腔温度时不慎咬破了体温计, 护士应如何处理?

2. 测量脉搏时发现绌脉应如何测量?

3. 简要列出对高血压患者健康指导的内容。

五、论述题

◎ 案例分析

患者, 男, 32 岁。因不明原因持续高热 2 周, 体温波动在 39~40℃, 日差不超过 1℃。患者神志清醒、面色潮红、皮肤灼热、口唇干裂、精神不振、食欲较差。脉搏 110 次/分, 呼吸 26 次/分。

请问: 1. 按发热的临床分级, 该患者的体温属于哪一级?

2. 该患者的发热属于哪种热型?

3. 需要对该患者采取哪些护理措施?

(张功励)

第六节 医疗与护理文件的记录

第一部分 本节知识概述

学习目标

1. 掌握体温单的书写要求，长期医嘱、临时医嘱、备用医嘱的内涵、执行情况及处理原则。
2. 掌握护理记录的书写要点，记录出入液量的适应证和内容，病室交班报告的书写顺序。
3. 熟悉入院病历、出院病历的排列及病案管理要求。
4. 了解医疗护理文件记录的意义和原则。

主要知识点

一、医疗与护理文件的记录

（一）医疗护理文件记录的意义

1. 提供信息交流的资料。
2. 提供评价依据。
3. 提供教学与科研资料。
4. 提供法律依据。

（二）医疗与护理文件记录的原则

1. **客观** ①主观资料：应记录其主诉内容，并用引号标明。②客观资料：应记录原始资料，医学术语使用确切，医护人员不可有任何主观解释和臆断。

2. **准确** ①记录内容和时间必须真实、准确无误。②记录的内容和格式必须认真书写，不可擅自更改项目或颠倒排列顺序。③书写文字工整，字迹清晰，语句通顺，表达准确，标点正确。④发现书写错误时，应用原书写钢笔在错误字词上画双线，并在上面签名或盖章。⑤书写不得出格跨行，滥用简化字，不能采用刮、涂等方法掩盖或去除原有字迹。

3. **及时** ①记录必须及时完成，不能提前、延期或漏记，以保证提供患者最新资料及记录的时效性。②因抢救危重患者未能及时记录的，应在抢救结束后 6h 内据实补记，并注明抢救完成时间和补记时间。

4. **完整** ①医疗及护理记录应保证项目齐全，包括眉栏、页码，记录应严格按照要求

逐页、逐项填写完整,避免遗漏。②记录应连续,不可留有空行或空白。③记录结束时应签全名,以示负责。

5. 简要 ①内容简明扼要,重点突出。②记录应使用中文书写,通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。③使用国家法定计量单位。④不可使用不恰当的简称,避免使用含糊不清或修饰过多的语句表述。

6. 清晰 按规定分别使用红、蓝墨水钢笔或红、蓝铅笔书写及绘制各项记录。

7. 规范 ①实习护士、试用期护士:书写的护理文件,应经注册护士审阅,用红钢笔修改并签名,注明修改日期方可生效。②进修护士:应先通过接收进修的医院对其胜任本专业工作的实际情况进行考核认定,考核不合格者应由指导老师审阅、修改并签名。③上级护理人员有审查、修改下级护理人员书写各项护理文件的责任,修改时应用红钢笔,注明修改日期,签全名,并保持原记录清楚、可辨。

二、医疗与护理文件的管理要求

1. 医疗与护理文件应按规定妥善放置。

2. 医护人员必须保持医疗与护理文件的清洁、整齐、完整,防止玷污、破损、拆散、丢失,并严禁任何人涂改、伪造、销毁、抢夺和窃取。

3. 患者及家属未经医护人员同意,不得随意翻阅医疗文件夹,更不可擅自带出病区;因教学、科研等需要参考查阅病历时,需经相关部门同意,完善借还手续,阅后应及时归还。

4. 患者或其代理人及其他机构的有关人员需要查阅、复印病历资料时,应根据当地有关证明材料提出申请,由医疗卫生机构专(兼)职人员在申请人在场的情况下负责复印、复制,并经申请人核对无误后,加盖医疗机构证明印记方可有效。

5. 患者出院或死亡后,体温单、医嘱单、手术记录单、护理记录单、护理病历随病历送病案室保存(根据卫生部有关规定,住院病案应至少应保存30年,特殊情况需要永久保存)。病区交班报告放病区保存5年,以备查阅。设有门(急)诊病历档案保管机构的医院,患者的门(急)诊病历保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于15年。

三、病历排列顺序

1. **住院病历排列顺序** 按规定进行排列,其中:①排在第一位的是体温单,并按时间先后倒排。②门诊(或急诊)病历放在最后。

2. **出院(转科、死亡)患者病历排列顺序** 按规定进行排列,其中:①住院病历首页放在第一位,以方便查阅。②门诊(或)急诊病历随住院病案放置或交患者保管。

四、医疗与护理文件的书写

(一) 体温单的绘制

1. **手术日数的填写** 用红笔填写“手术(分娩)后日数”,以手术(分娩)次日为第

一日，连续填写 7d。若在 7d 内进行第二次手术，则将第一次手术日数作为分母，第二次手术日数作为分子填写。

2. 体温 40~42℃之间 用红笔在相应时间纵格内填写入院、转入、手术、分娩、出院、死亡、外出等的时间（按 24h 制）。如：“入院——十九时三十分”。

3. 体温曲线的绘制

（1）绘制体温用蓝笔。符号为口温蓝“●”、腋温蓝“×”、肛温蓝“O”。

（2）体温不升：①在 35℃线处画蓝“●”，并与相邻温度相连，在蓝点处画向下箭头，长度不超过两小格。②重复测试后的体温，应在原体温符号上方用蓝笔写上小写英文字母“v”，表示“核实”（verified）。

（3）物理降温半小时后测量的体温以红“O”表示，绘在降温前体温的同一纵格内，并用红虚线与降温前温度相连，下次测得的温度仍与降温前温度相连。

4. 脉搏曲线的绘制

（1）绘制脉搏用红笔。符号为红“●”。

（2）脉搏与体温重叠时，应先画体温符号，再用红笔在体温符号外画“O”。

（3）脉搏短绌时，心率应以红“O”表示，在脉搏与心率两曲线间用红笔画直线填满。

5. 呼吸曲线的绘制 有两种方法：①呼吸用黑笔绘制，符号以黑“●”表示。②用蓝笔填写患者的呼吸次数，相邻两次上下错开填写。患者使用辅助呼吸时，用“A”表示。

6. 体温单底栏填写 内容包括血压、体重、大小便次数、出入液量、药物过敏等，用蓝笔填写。数据以阿拉伯数字记录，不写计量单位。

（1）大便次数：每 24h 记录一次，记前一日的大便次数，如未解大便记“0”、大便失禁和假肛以“*”表示、灌肠符号以“E”表示。

（2）尿量（ml）和出入液量（ml），记录前一日 24h 的总量。

（3）体重（kg）。新入院患者记录体重，住院患者每周记录体重一次。因病情不能测体重时，应注明“平车”或“卧床”等。

（4）血压（mmHg）。新入院患者记录血压，住院患者每周至少记录血压一次。

（5）药物过敏：用蓝笔填写皮试阳性药物或发生过敏反应药物的名称，用红笔在括号中标注阳性反应“（+）”，并于每次添加体温单时转抄过来。

（二）医嘱单

1. 医嘱的种类（见表 1-12）

表 1-12 医嘱的种类

分 类	有效时间	执行情况	举 例
长期医嘱	24h 以上	当医生注明停止时间后才失效	如一级护理、流质饮食、维生素 C 0.2g, po, tid
临时医嘱	24h 以内	在规定时间内执行，一般只执行一次。包括：①需要立即执行的医嘱。②需要指定执行时间的医嘱。③其他执行一次的医嘱	如：①肾上腺素 0.5mg, H, st。②手术、会诊、特殊检查等。③出院、转科、死亡等项目

(续表)

分 类	有效时间	执行情况	举 例
备用医嘱	长期备用医嘱 (prn)	必要时用, 由医生注明停止时间方可失效; 两次执行之间须有时间间隔	如: 哌替啶 50mg, im, q6h, prn; 可待因 30mg, q8h, prn
	临时备用医嘱 (sos)	必要时用, 只执行一次, 过期尚未执行则自动失效	如: 地西洋 5mg, po, sos

2. 医嘱的处理原则 先急后缓, 先临时后长期, 医嘱执行者须签全名。

3. 注意事项

(1) 必须经医生签名后, 医嘱方可生效, 一般情况下并不执行口头医嘱, 必要时按口头医嘱的执行办法进行。

(2) 护士在处理和转抄医嘱时, 必须认真、细致、准确、及时。要求字迹工整、清晰, 不得任意涂改。

(3) 严格执行查对制度, 对有疑问的医嘱, 必须查询清楚后方可执行。

(4) 需下一班执行的临时医嘱应做好交接班, 并在交接班报告上注明。

(5) 药物过敏试验医嘱, 执行后阳性用红笔填写“+”表示, 阴性用蓝笔填写“-”表示。药物过敏试验阳性时, 医嘱执行者将过敏药物名称填写在体温单相应栏内。

(6) 对已经开写的医嘱, 因各种原因不能执行需取消时, 不得粘贴、涂改, 应由医生在该项医嘱的字面上用红笔书写“取消”, 并在医嘱后用蓝钢笔签全名。

(三) 护理记录单

1. 一般患者护理记录单的书写要点

(1) 一般患者入院、转入、转出、分娩当日必须有记录。

(2) 一级护理患者病情较重的至少 2d 记录 1 次, 病情稳定的每周至少记录 2 次; 二级护理患者至少 5d 记录 1 次; 三级护理患者至少每周记录 1 次; 病情发生变化的患者随时记录。

(3) 择期手术患者: 自入院之日起至手术前 1 天至少记录 2 次。

(4) 记录应连续, 不留空行; 签全名, 以示负责。

2. 危重患者护理记录单的书写要点

(1) 按规定用蓝色或红色钢笔填写。眉栏各项用蓝钢笔填写, 白班用蓝钢笔记录 (7am 至 7pm), 夜班用红钢笔记录 (7pm 至次晨 7am)。

(2) 危重患者护理记录应每班记录, 病情有变化或抢救时随时记录, 并按抢救时间顺序记录采取的具体措施及实施的具体时间, 停止抢救时间也应准确记录。抢救中未完成记录时, 在抢救结束后 6h 内应及时补全。

(3) 危重患者护理记录应每班将患者的病情及出入液量进行小结, 签全名。夜班护士于晨 7:00 总结 24h 出入液量, 并用蓝钢笔记录于体温单相应栏内。

(四) 出入液量记录

1. 适应证 适用于大面积烧伤、休克、大手术后及患有心脏病、肾病、肝硬化腹水等患者。

2. 记录内容和要求

(1) 每日摄入量：包括每日饮水量、食物中的含水量、输液量、输血量。

(2) 每日排出量：主要为尿量，其次包括大便量、呕吐量、呕血量、咳痰量、咯血量、出血量、胸腹腔抽出液量、胃肠减压抽出液量、各种引流液量及伤口渗液量等。

(五) 病室交班报告书写顺序

“病员动态”栏：应根据床号的先后顺序。①先写离开病室的患者，即出院、转出、死亡患者。②再写进入病室的患者，即新入院、转入的患者。③最后写病室内重点护理的患者，即手术、分娩、危重患者。

(六) 护理病历

各医院护理病历的设计不尽相同，一般包括：入院患者护理评估表、住院患者护理评估表、护理计划单、PIO 护理记录单、出院患者护理评估表、健康教育计划单、出院指导。

第二部分 自我检测与训练

一、名词解释

长期医嘱 临时医嘱 长期备用医嘱 临时备用医嘱

二、填空题

1. 临时医嘱执行的有效时间在_____以内，执行的次数一般为_____次。
2. 有效时间在 24h 以上，必要时使用的医嘱种类为_____。
3. 体温单 40~42℃ 之间相应时间格内填写的内容包括：_____、_____、_____、_____、_____等，所用笔的颜色为_____色。

三、选择题

A1 型题：

1. 根据原卫生部有关规定，住院病案的保存年限至少为
A. 70 年 B. 60 年 C. 50 年
D. 40 年 E. 30 年
2. 为便于查阅，病区交班报告放医院病区保存的年限应为
A. 8 年 B. 7 年 C. 6 年
D. 5 年 E. 4 年
3. 下列医嘱中，属于长期医嘱的是
A. 血常规 B. 一级护理 C. X 线透视
D. 青霉素皮试 E. B 超检查
4. 下列医嘱中，应先处理的是
A. 即刻医嘱 B. 临时备用医嘱 C. 长期备用医嘱
D. 停止医嘱 E. 定时执行的医嘱
5. 住院病历排列顺序中，放在首位的是
A. 医嘱单 B. 体温单 C. 病程记录
D. 病危通知单 E. 住院病历首页

6. 出院病历排列顺序中, 放在首位的是

- A. 体温单
- B. 出院记录
- C. 护理记录单
- D. 病危通知单
- E. 住院病历首页

A2型题:

1. 某护士在下午接到医生的医嘱, 医嘱内容为: 杜冷丁 50mg, im, sos, 开医嘱的时间为 2:30pm。此医嘱的有效执行时间最晚为

- A. 今日 7: 30pm
- B. 今日 8: 30pm
- C. 今日 11: 30pm
- D. 次日 2: 30am
- E. 次日 8: 30am

2. 患者, 男, 35 岁。行上颌窦术后, 患者主诉伤口疼痛, 医嘱: 哌替啶 50mg, im, sos。此医嘱属于

- A. 需立即执行的医嘱
- B. 临时医嘱
- C. 长期医嘱
- D. 临时备用医嘱
- E. 长期备用医嘱

3. 患者, 女, 59 岁。因晚上经常入睡困难, 医嘱: 安定 2.5mg, po, qn, pm。此医嘱属于

- A. 即刻医嘱
- B. 临时医嘱
- C. 长期医嘱
- D. 长期备用医嘱
- E. 临时备用医嘱

4. 患者, 男, 65 岁。因受凉后高热不退入院, 体温 39.6℃, 医嘱给予其一级护理。护士进行护理记录的最长间隔时间为

- A. 1 天
- B. 2 天
- C. 3 天
- D. 5 天
- E. 7 天

5. 患者, 男, 54 岁。因突发脑梗死入院, 经治疗病情稳定, 但左侧肢体出现瘫痪, 医嘱给予二级护理。护士进行护理记录的次数至少为

- A. 1 天 1 次
- B. 2 天 1 次
- C. 1 周 2 次
- D. 5 天 1 次
- E. 2 周 1 次

6. 患者, 男, 39 岁。因酒后驾车导致车祸, 急诊入院。在医护人员的共同抢救后脱离危险。因抢救而未完成的记录应及时补全, 完成的时间应在抢救结束后

- A. 2h 内
- B. 4h 内
- C. 6h 内
- D. 12h 内
- E. 24h 内

7. 患者, 男, 50 岁。因高血压性心脏病入院。夜班护士在巡视病房时, 发现患者坐在床上, 满头大汗, 主诉胸骨后压榨性疼痛、恶心, 护士应立即通知值班医生, 其中一项医嘱为: 舌下含服硝酸甘油 0.3mg。此医嘱的处理方法恰当的是

- A. 医生开具医嘱后执行
- B. 按口头医嘱要求执行
- C. 医生签全名后执行
- D. 按长期医嘱执行
- E. 按临时备用医嘱执行

8. 某护士在早班下班前书写病室交班报告, 统计病室一般情况, 其中出院患者 3 人、死亡 1 人、入院 3 人、危重患者 2 人、手术 1 人。护士在书写病室交班报告时, 应首先书写的是

- | | |
|---------|---------|
| A. 入院患者 | B. 出院患者 |
| C. 手术患者 | D. 危重患者 |
| E. 死亡患者 | |

A3 型题:

(1~2 题共用题干)

患者, 女, 56 岁。患风湿性心脏病 10 年。患者呼吸困难, 睡眠不能平卧, 伴双下肢及身体下垂部位严重水肿, 急诊收入心内科。

1. 根据病情, 患者应限制水的入量, 护士协助患者记录每日进水量, 下列内容不需记录的是

- | | |
|-----------|-----------|
| A. 饮水量 | B. 喝牛奶量 |
| C. 输液量 | D. 肌肉注射药量 |
| E. 馒头的含水量 | |

2. 记录每日排出量不包括

- | | | |
|--------|--------|--------|
| A. 排尿量 | B. 出汗量 | C. 粪便量 |
| D. 咳痰量 | E. 呕吐量 | |

X 型题:

1. 属于医疗护理文件记录意义的是

- A. 提供教学与科研资料
- B. 不代表医院医疗质量
- C. 提供信息交流的资料
- D. 提供评价依据
- E. 提供法律依据

2. 医疗文件的书写原则包括

- A. 内容简明扼要, 重点突出
- B. 记录应连续, 不可留有空行或空白
- C. 记录内容和时间必须真实、准确无误
- D. 客观资料应记录原始资料, 并用引号标明
- E. 主观资料应记录主诉内容, 医学术语使用确切

四、简答题

1. 医疗护理文件记录的意义有哪些?
2. 医疗与护理文件记录的原则包括哪些内容?

(张功励)