

# 护理专业高频考点——基础护理学

## 1.医院和住院环境

- (1) 医院的中心任务——以医疗为中心
- (2) 高热、剧痛、休克、出血、呼吸困难等症状——安排提前就诊或送急诊
- (3) 年老体弱、危重病人——可适当调整就诊顺序
- (4) 温度——18~22℃（一般）；22~24℃（新生儿、老年人）
- (5) 湿度——50%~60%（一般）；湿度过低时，对呼吸道疾病或气管切开病人尤为不利；湿度过高，病人感到潮湿、气闷，尿液排出量增加，肾脏负担加重。
- (6) 通风——30 分钟
- (7) 噪音——说话轻、走路轻、操作轻、开关门轻

## 2.四人搬运法

- (1) 适用——颈椎、腰椎骨折和病情较重的病人；
- (2) 骨折病人——木板垫于平车上；
- (3) 上下坡——头处于高处

## 3.卧位

- (1) 被迫卧位——减轻疼痛或治疗需要
- (2) 去枕仰卧位——昏迷或全身麻醉未清醒的病人，防止呕吐物误吸；椎管麻醉或腰椎穿刺术后 6~8 小时的病人，可预防颅内压降低而引起的头痛
- (3) 中凹卧位——休克
- (4) 侧卧位——臀部肌肉注射、灌肠、肛门检查，配合胃镜、肠镜检查
- (5) 半坐卧位——心肺疾患引起呼吸困难的病人；面部、颈部、胸部、腹部及盆腔术后
- (6) 端坐卧位——急性肺水肿、心包积液、支气管哮喘急性发作时的病人
- (7) 头低足高位——肺部分泌物引流、十二指肠引流、胎膜早破、跟骨及胫骨牵引
- (8) 膝胸位——法洛四联症缺氧发作、矫正胎位不正

(9) 手术后的病人——先换药，再翻身；颅脑手术后的病人，头部翻动过剧可引起脑疝，一般健侧或平卧；骨牵引的病人，翻身时不可放松牵引

## 4.物理消毒法

(1) 燃烧法——不需保存的污染物品，如污染的纸张，破伤风、气性坏疽等感染的敷料；金属器械和搪瓷类物品急用时（锐利剪刀除外，以免锋刃变钝）

(2) 煮沸消毒法——1) 消毒时间从水沸后算起 2) 有轴节或带盖应打开后再放 3) 空腔导管先灌水 4) 大小相同的容器不能重叠 5) 碳酸氢钠可提高沸点（105℃），增强杀菌、去污防锈 6) 玻璃类物品冷水或温水时放入；橡胶类物品水沸后放入

(3) 压力蒸汽灭菌法——热力消毒灭菌法中效果最好的一种方法。灭菌器的参数一般为温度 121℃，压力 102.8~122.9kPa，器械灭菌时间 20 分钟，敷料灭菌时间 30 分钟

(4) 压力蒸汽灭菌法检测方法——化学指示卡（最常见）；生物学检测（最可靠）

(5) 日光暴晒法——6 小时达到消毒效果

## 5.化学消毒剂

(1) 灭菌剂——戊二醛、环氧乙烷

(2) 高效消毒剂——过氧乙酸、过氧化氢、部分含氯消毒剂

(3) 中效消毒剂——醇类、碘类、部分含氯消毒剂

(4) 2%戊二醛——内镜消毒；使用前加 0.5%亚硝酸钠防锈；灭菌后的物品用无菌蒸馏水冲洗

(5) 无菌持物钳消毒液液面需浸没轴节以上 2~3cm 或镊子的 1/2 处；只能用于夹取无菌物品

## 6.口腔护理

(1) 口腔护理目的

- 1) 清洁、湿润，预防感染等并发症
- 2) 预防或减轻异味，清除牙垢，增进食欲，确保舒适
- 3) 观察口腔内的变化，提供病情变化的信息

(2) 适用人群——高热、昏迷、危重、禁食、鼻饲、口腔疾患、术后及生活不能自理的病人

(3) 常用漱口水

- 1) 碳酸氢钠漱口水（1%~4%）——碱性药；抑制真菌（提示点白色膜状物）
- 2) 过氧化氢（1%~3%）——防腐，防臭；口腔感染有溃烂、坏死组织者
- 3) 醋酸溶液（0.1%）——铜绿假单细胞感染
- 4) 甲硝唑溶液（0.08%）——厌氧菌感染
- 5) 生理盐水——清洁口腔，预防感染

(3) 口腔护理操作要点

- 1) 昏迷病人——禁漱口，开口器于臼齿放入
- 2) 长期使用抗生素——观察口腔内有无真菌感染
- 3) 义齿——放于冷开水中
- 4) 棉球不能过湿——防止误吸

## 7.压疮的护理

(1) 压疮的主要原因——长期受压（垂直压力）

(2) 压疮的临床表现

- 1) 淤血红润期——皮肤红、肿、热、痛或麻木
- 2) 炎性浸润期——受压部位紫红色，皮下硬结，常有水疱，极易破溃，疼痛感
- 3) 浅度溃疡期——表皮水疱扩大、破溃，真皮层疮面有黄色渗出液
- 4) 坏死溃疡期——侵入真皮下层和肌肉层，可深达骨面。脓液较多，有臭味，坏死组织

发黑

(3) 压疮的护理措施

- 1) 淤血红润期——解除受压点，增加翻身次数（每 2h 一次）
- 2) 炎性浸润期——防止发生感染。小水疱自行吸收，大水疱无菌注射器抽出
- 3) 浅度溃疡期——清洁伤口
- 4) 坏死溃疡期——手术治疗

## 8.体温

(1) 发热程度 (口温为例)

- 1) 低热—— $37.3 \sim 38.0^{\circ}\text{C}$
- 2) 中度热—— $38.1 \sim 39.0^{\circ}\text{C}$
- 3) 高热—— $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$
- 4) 超高热—— $41^{\circ}\text{C}$ 以上

(2) 热型

1) 稽留热——体温持续在  $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，达数天或数周，24 小时温差不超过  $1^{\circ}\text{C}$ 。见于肺炎球菌肺炎、伤寒等

2) 弛张热——体温在  $39^{\circ}\text{C}$ 以上，24 小时内温差达  $1^{\circ}\text{C}$ 以上，体温最低时仍高于正常水平。见于败血症、风湿热、化脓性疾病等

3) 间歇热——体温骤然升高至  $39^{\circ}\text{C}$ 以上，持续数小时或更长，然后下降至正常或正常以下，经过一个间歇，体温又升高，并反复发作。常见于疟疾等

4) 不规则热——发热无一定规律，且持续时间不定。常见于流行性感冒、癌性发热等

(3) 测量方式

1) 口温——放于舌下热窝；如不慎咬破体温计，应立即清除玻璃碎屑，再口服蛋清或牛奶以延缓汞的吸收；婴幼儿、精神异常、昏迷、口腔疾患、口鼻手术、张口呼吸者禁忌口温测量

2) 腋温——放于腋窝正中；有创伤、手术、炎症，腋下出汗较多者，肩关节受伤或消瘦夹不紧体温计者禁忌腋温测量

3) 肛温——直肠或肛门手术、腹泻、禁忌肛温测量；心肌梗死病人不宜测肛温，以免刺激肛门引起迷走神经反射，导致心动过缓

## 9.脉搏

(1) 首选测量部位——桡动脉

(2) 异常脉搏

1) 间歇脉——正常规则的脉搏中，出现一次提前而较弱的脉搏，其后有一较正常延长的间歇（代偿间歇）。常见于各种器质性心脏病

2) 脉搏短绌——单位时间内脉率少于心率，称为脉搏短绌，简称绌脉。常见于房颤；测量时应两位护士同时测量，一人听心率，另一人测脉率，听心率者发出“起”、“停”口令，两人同时开始，测 1 分钟

3) 交替脉——节律正常，强弱交替出现的脉搏。常见于高血压心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病等

4) 水冲脉——脉搏骤起骤降，急促而有力。常见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进等

5) 奇脉——吸气时脉搏明显减弱或消失。常见于心包积液和缩窄性心包炎

## 10.呼吸

(1) 深度呼吸（库斯莫呼吸）——糖尿病酮症酸中毒和尿毒症酸中毒

(2) 潮式呼吸（陈-施呼吸）——由浅慢逐渐变为深快，然后再由深快变为浅慢，再经一段呼吸暂停（5~20 秒）后，又开始重复以上过程的周期性变化。见于脑炎、脑膜炎、颅内压增高及巴比妥类药物中毒

(3) 间断呼吸（毕奥呼吸）——表现为有规律的呼吸几次后，突然停止呼吸，间隔一个短时间后又开始呼吸，如此反复交替。常在临终前发生

(4) 吸气性呼吸困难——吸气显著困难，延长，有明显的三凹征（吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙出现凹陷）。常见于气管阻塞、气管异物、喉头水肿等

(5) 呼气性呼吸困难——呼气费力，呼气时间延长。常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿

(6) 危重或呼吸微弱病人呼吸测量——少许棉花置于病人鼻孔前，观察棉花被吹动的次数，计时 1 分钟

## 11.医院饮食

(1) 基本饮食——普通饮食、软质饮食、半流质饮食和流质饮食

1) 普通饮食——消化功能正常；无饮食限制；体温正常；病情较轻或恢复期的病人

2) 软质饮食——消化吸收功能差；咀嚼不便者；低热；消化道术后恢复期的病人

3) 半流质饮食——口腔及消化道疾病；中等发热；体弱；手术后病人

4) 流质饮食——口腔疾患、各种大手术后；急性消化道疾患；高热；病情危重、全身衰竭病人

### (2) 治疗饮食

1) 高热量饮食——甲状腺功能亢进、结核、大面积烧伤、肝炎、胆道疾患、体重不足病人及产妇等

2) 高蛋白饮食——烧伤、结核、恶性肿瘤、贫血、甲状腺功能亢进、大手术后等病人；低蛋白血症病人；孕妇、乳母等

3) 低蛋白饮食——急性肾炎、尿毒症、肝性脑病等病人

4) 低脂肪饮食——肝胆胰疾患、高脂血症、动脉硬化、冠心病，肥胖症及腹泻等病人

5) 低胆固醇饮食——高胆固醇血症、高脂血症、动脉硬化、高血压、冠心病等病人

6) 低盐饮食——每日食盐量 $<2\text{g}$ ，用于心脏病、急慢性肾炎、肝硬化腹水、重度高血压但水肿较轻病人

7) 少渣饮食——伤寒、痢疾、腹泻、肠炎、食管胃底静脉曲张、咽喉部及消化道手术的病人

### (3) 试验饮食

1) 肌酐试验饮食——试验期 3 天，试验期间禁食肉类、禽类、鱼类、忌饮茶和咖啡

2) 甲状腺  $^{131}\text{I}$  试验饮食——试验期 2 周，试验期间禁用含碘食物，如海带、海蜇、紫菜、海参、虾、鱼、加碘食盐等

3) 隐血试验饮食——试验前 3 天禁食肉类、肝类、动物血、含铁丰富的药物或食物、绿色蔬菜。可进食牛奶、豆制品、土豆、白菜、米饭、面条、馒头等。

## 12.鼻饲

(1) 成人插管长度约 45~55cm，相当于病人鼻尖至耳垂再至剑突的长度或是从发际到剑突的距离

(2) 插入胃管至 10~15cm (咽喉部) 时，若为清醒病人，嘱其做吞咽动作；若为昏迷病人，则用左手将其头部托起，使下颌靠近胸骨柄，以利插管

- (3) 插管中如病人出现呛咳、呼吸困难、发绀等，表明误入气管，应立即拔出
- (4) 鼻饲液温度 38~40℃
- (5) 鼻饲量不超过 200ml，间隔时间大于 2 小时
- (6) 确认胃管插入胃内的方法——1) 抽吸胃液；2) 注入 10ml 空气，听到气过水声；

3) 胃管未置于盛水的治疗碗中，无气泡逸出

## 13.冷疗法

(1) 目的——1) 控制炎症扩散；2) 减轻疼痛；3) 减轻局部充血或出血；4) 降低体温

(2) 禁忌部位——枕后、耳廓、阴囊处；心前区；腹部；足底

(3) 方法

- 1) 冰袋——降温放于前额、顶部和体表大血管流经处（颈部两侧、腋窝、腹股沟等）
- 2) 冰帽——维持肛温在 33℃左右，不可低于 30℃
- 3) 乙醇拭浴——冰袋置头部，热水袋置足底；新生儿及血液病高热禁用乙醇拭浴

## 14.热疗法

(1) 目的——1) 促进炎症的消散和局限；2) 减轻疼痛；3) 减轻深部组织的充血；

4) 保暖与舒适

(2) 热疗禁忌——1) 未明确诊断的急性腹痛；2) 面部危险三角区的感染；3) 各种脏器出血、出血性疾病；4) 软组织损伤或扭伤的初期（48 小时内）

(3) 热疗方法

1) 热水袋温度——一般（60℃~70℃）；特殊人群（低于 50℃）

2) 红外线照射——1) 灯距为 30~50cm；2) 时间 20~30 分钟；3) 皮肤出现红斑为合适

3) 热水坐浴——1) 水温 40℃~45℃，时间 15~20min；2) 女性病人经期、妊娠后期、产后 2 周内、阴道出血和盆腔急性炎症不宜坐浴，以免引起感染。

## 15.排尿

(1) 多尿——24 小时尿量超过 2500ml；少尿——24 小时尿量少于 400ml 或每小时尿量少于 17ml；无尿或尿闭——24 小时尿量少于 100ml 或 12 小时内无尿

(2) 尿比重——1.015 ~ 1.025，若经常固定于 1.010 左右，提示肾功能严重障碍

(3) 泌尿道有感染——新鲜尿液有氨臭味；糖尿病酮症酸中毒——有烂苹果气味

(4) 肉眼血尿——红色或棕红色；血红蛋白尿——酱油色或浓茶色；胆红素尿——黄褐色；乳糜尿——乳白色

(5) 尿失禁

1) 持续性尿失禁——多见于妇科手术、产伤所造成的膀胱阴道瘘

2) 充溢性尿失禁——1) 神经系统病变：如脊髓损伤早期的脊髓休克阶段、脊髓肿瘤等导致的膀胱瘫痪等；2) 下尿路梗阻：如前列腺增生、膀胱颈梗阻及尿道狭窄等

3) 急迫性尿失禁——1) 膀胱局部炎症或刺激致膀胱功能失调：如下尿路感染、前列腺增生症及子宫脱垂等；2) 中枢神经系统疾病：如脑血管意外、脑瘤及帕金森病等

4) 压力性尿失禁——见于多次分娩或绝经后的妇女

(6) 导尿

1) 误插入阴道，应立即拔出，更换无菌导尿管后重新插入

2) 膀胱高度膨胀且极度虚弱的病人，第一次放尿量不得超过 1000ml

3) 留置导尿管病人如发现尿液混浊、结晶或有沉淀，应及时进行膀胱冲洗

## 16. 给药的基本知识

(1) 易氧化和遇光易变质的药物（维生素 C、氨茶碱、盐酸肾上腺素）——装在有色密盖瓶中，或放在黑纸遮光的纸盒内，放于阴凉处

(2) 易被热破坏的某些生物制品和药品（蛋白制剂、疫苗、益生菌、干扰素）——置于 2 ~ 10℃低温处保存

(3) 病人不在或因故暂不能服药——将药物带回保管，适时再发或交班（发药到口）

(4) 牙齿有腐蚀作用的药物（酸类和铁剂）吸水管吸服后漱口

(5) 止咳糖浆后不宜立即饮水，且多种药物同时服用时应放在最后

(6) 磺胺类药物经肾脏排出，尿少时易析出结晶堵塞肾小管，服药后要多饮水

(7) 强心苷类药物时需加强对心率及节律的监测，脉率低于每分钟 60 次或节律不齐时应暂停服用

(8) qd (每日一次)；bid (每日两次)；tid (每日三次)；qid (每日四次)；qh (每小时一次)；q2h (第 2 小时一次)；q4h (每 4 小时一次)；q6h (每小时一次)；qm (每晨一次)；qn (每晚一次)；qod (隔日一次)；ac (饭前)；pc (饭后)；po (口服)

(9) 臀大肌注射的定位方法

1) 十字法——从臀裂顶点向左侧或向右侧划一水平线，然后从髂嵴最高点作一垂线，将一侧臀部分为四个象限，其外上象限并避开内角（髂后上棘至股骨大转子连线），即为注射区

2) 连线法：从髂前上棘至尾骨作一连线，其外上 1/3 处为注射部位

3) 对 2 岁以下婴幼儿不宜选用臀大肌注射，因其臀大肌尚未发育好，最好选择股外侧肌、臀中肌和臀小肌注射

(10) 雾化吸入

1) 常用的药物——庆大霉素（预防和控制呼吸道感染）；氨茶碱、沙丁胺醇（解除支气管痉挛）； $\alpha$ -糜蛋白酶（稀化痰液、祛痰）；地塞米松（减轻呼吸道黏膜水肿）

2) 超声波雾化吸入——开机时，先开电源开关，再开雾量开关；关机时，先关雾量开关，再关电源开关

3) 超声波雾化吸入——水槽和雾化罐内切忌加温水或热水，发现水温超过 50°C 或水量不足，应关机，更换或加入冷蒸馏水

4) 氧气雾化吸入——药液稀释至 5ml；湿化瓶内不放水；调节氧流量为 6~8L/min

## 17. 过敏试验

(1) 青霉素 0.1ml——含青霉素 20~50U；先锋霉素 0.1ml——含先锋霉素 50 $\mu$ g；破伤风抗毒素 0.1ml——含 TAT 15U；链霉素 0.1ml——含链霉素 250U；普鲁卡因 0.1ml——含普鲁卡因 0.25mg；细胞色素 C 0.1ml——含细胞色素 C 0.075mg

(2) 青霉素过敏反应的预防

1) 详细询问病人的三史（用药史、药物过敏史及家族过敏史）

2) 凡初次用药、停药 3 天后再用, 以及在应用中更换青霉素批号时, 重新做皮试

3) 皮试液必须现配现用

4) 首次注射后须观察 30 分钟

(3) 青霉素过敏临床表现

1) 呼吸道阻塞症状——胸闷、气促、哮喘与呼吸困难, 伴濒死感

2) 循环衰竭症状——面色苍白, 出冷汗、发绀, 脉搏细弱, 血压下降

3) 中枢神经系统症状——面部及四肢麻木, 意识丧失, 抽搐或大小便失禁

4) 其他过敏反应表现——有皮肤瘙痒、荨麻疹、腹痛、腹泻、恶心、呕吐等

(4) 青霉素过敏性休克首选抢救药物——0.1%盐酸肾上腺素

(5) 破伤风阳性患者采用脱敏疗法——小剂量逐次增加, 分四次注射, 每次间隔 20 分钟, 采用肌肉注射

(6) 链霉素拮抗剂——10%葡萄糖酸钙或 5%氯化钙

(7) 碘过敏试验——1) 造影前 1~2 天进行; 2) 方法为口服法、皮内注射法、静脉注射法

## 18. 静脉输液

(1) 溶液

1) 晶体溶液——葡萄糖溶液, 补充水分和热能; 等渗电解质溶液, 补充水分和电解质; 碱性溶液 (5%碳酸氢钠溶液), 纠正酸中毒, 维持酸碱平衡; 高渗溶液 (20%甘露醇), 降低颅内压, 利尿脱水

2) 胶体溶液——中分子右旋糖酐, 提高血浆胶体渗透压, 扩充血容量; 低分子右旋糖酐, 降低血液黏稠度, 改善微循环; 静脉营养液, 提供能量, 维持正氮平衡

(2) 速度——一般成人 40~60 滴/分, 儿童 20~40 滴/分

(3) 溶液不滴原因——1) 针头滑出静脉外; 2) 针头斜面紧贴静脉壁; 3) 针头阻塞; 4) 压力过低; 5) 静脉痉挛

(4) 输液反应——1) 发热反应 (最常见); 2) 循环负荷过重反应 (急性肺水肿);

3) 静脉炎; 4) 空气栓塞

(5) 发热反应——常因输入致热物质所致。反应轻的病人可以减慢输液速度，重者立即停止输液

(6) 循环负荷过重反应——典型表现为咳嗽、咳粉红色泡沫样痰；一旦发生病人立即取端坐位，双腿下垂，给予高流量吸氧，并用 20%~30%乙醇湿化，遵医嘱给予镇静药、平喘、强心、利尿和扩血管药物。必要时进行四肢轮扎或静脉放血

(7) 静脉炎——典型表现为沿静脉走向出现条索状红线；局部可用 95%乙醇或 50%硫酸镁湿热敷

(8) 空气栓塞——空气阻塞肺动脉入口；病人应立即取左侧卧位和头低足高位

## 19. 静脉输血

(1) 血液制品的种类

1) 新鲜血——适用于血液病病人

2) 库存血——2~6℃环境下保存 2~3 周的全血。大量输注库存血导致酸中毒和高血钾的发生。用于各种原因引起的大出血

3) 新鲜血浆——适用于凝血因子缺乏的病人

(2) 输血的准备

1) (三勿) ——勿剧烈振荡；勿加温；勿添加药物

2) 三查八对——“三查”即查对血液制品的有效期、质量、输血装置是否完好；“八对”即对病人床号、姓名、住院号、血袋号、血型、交叉配血试验结果、血制品的种类及剂量

3) 输血前、后及输两袋血之间，应输入少量 0.9%氯化钠溶液

4) 输完的血袋送回输血科保留 24 小时，以备查验

(3) 输血反应——1) 发热反应（最常见）；2) 过敏反应；3) 溶血反应；4) 大量输血有关的反应如循环负荷过重、出血倾向、枸橼酸钠中毒

(4) 过敏反应——轻者表现为皮肤瘙痒、荨麻疹，眼睑、口唇水肿；重者表现为喉头水肿，呼吸困难，甚至发生过敏性休克

(5) 溶血反应（输入 10~15ml 血液后出现）——初期头部胀痛，四肢麻木，腰背部剧烈疼痛，然后黄疸和血红蛋白尿（尿呈酱油色），同时寒战、高热，严重者急性肾衰竭死亡

(6) 出血倾向——库存血中的血小板破坏较多，使凝血因子减少所致

(7) 枸橼酸钠中毒——1) 表现为手足抽搐，血压下降，心率缓慢；2) 预防枸橼酸钠中毒可每输库存血 1000ml，静脉注射 10%葡萄糖酸钙 10ml

## 20.标本采集

(1) 同时抽取不同类型的血标本，血培养瓶——抗凝管——干燥试管

(2) 一般血培养取血 5ml，对亚急性细菌性心内膜病人，为提高培养阳性率，采血 10~15ml

(3) 尿标本——常规尿标本、尿培养标本、12 小时或 24 小时尿标本

(4) 尿常规——一般 30~50ml、尿比重 100ml；尿培养——中段尿 5~10ml (5) 留取 12 小时或 24 小时尿标本常用的防腐剂——40%甲醛用于艾迪计数，浓盐酸用于 17-羟类固醇、17-酮类固醇检查，甲苯用于尿蛋白、尿糖定量及钾、钠、氯、肌酐、肌酸定量

(6) 检查阿米巴原虫——将便器加温至接近人体的体温，排便后标本连同便盆立即送检

(7) 留痰标本查找癌细胞——用 10%甲醛溶液或 95%乙醇溶液固定痰液后立即送检

## 21.意识障碍

(1) 嗜睡——最轻度的意识障碍；能被言语或轻度刺激唤醒，醒后能正确、简单而缓慢地回答问题，但反应迟钝，刺激去除后又很快入睡

(2) 意识模糊——对时间、地点、人物的定向力完全或部分发生障碍，可有错觉、幻觉、躁动不安、谵语或精神错乱

(3) 昏睡——熟睡状态，不易唤醒。压迫眶上神经可被唤醒，醒后答话含糊或答非所问，停止刺激后即又进入熟睡状态

(4) 昏迷——轻度昏迷：意识大部分丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应，对疼痛刺激（如压迫眶上缘）可有痛苦表情及躲避反应。瞳孔对光反射、角膜反射、眼球运动、吞咽反射、咳嗽反射等可存在；中度昏迷：对周围事物及各种刺激均无反应，对于剧烈刺激可出现防御反射。角膜反射减弱，瞳孔对光反射迟钝，眼球无转动；深度昏迷：全身肌肉松弛，对各种刺激均无反应。深、浅反射均消失

## 22.初级心肺复苏

- (1) 胸外按压 (C) ——胸外按压的正确部位是胸骨中下 1/3 交界处, 胸骨压下 5 ~ 6cm, 按压频率 100 ~ 120 次/分
- (2) 开放气道 (A) ——仰头抬颏法。迅速清除病人口中异物和呕吐物, 必要时使用吸引器, 义齿松动者应取下
- (3) 人工呼吸 (B) ——口对口呼吸是一项快捷有效的通气方法; 每 30 次胸外按压连续给予 2 次人工呼吸

## 23.危重病人的抢救

- (1) 吸氧
  - 1) 氧气头罩法——小儿
  - 2) 氧气浓度与流量的关系——吸氧浓度(%)=21+4×氧流量 (L/分)
  - 3) 氧中毒——氧浓度高于 60%, 持续吸氧 24 小时, 会发生氧中毒, 表现为恶心、烦躁不安、面色苍白、干咳、胸痛、进行性呼吸困难等
- (2) 吸痰
  - 1) 每次吸痰时间 < 15 秒, 以免造成缺氧
  - 2) 吸痰负压——成人 40 ~ 53.3kPa, 小儿 < 40kPa
  - 3) 吸痰顺序——一般病人应先吸净口腔咽喉的分泌物后, 再吸气管内分泌物; 气管切开病人, 先吸气管插管内分泌物
- (3) 洗胃
  - 1) 口服催吐法——服毒量少的清醒合作者
  - 2) 当中毒物质不明时——选用温开水或生理盐水
  - 3) 强酸或强碱等腐蚀性药物中毒者, 禁忌洗胃; 肝硬化伴食管-胃底静脉曲张、近期有上消化道出血、胃穿孔的病人, 禁忌洗胃
  - 4) 洗胃液每次灌入量以 300 ~ 500ml 为宜
  - 5) 洗胃时间——服毒后 4 ~ 6 小时内洗胃最有效; 幽门梗阻病人洗胃宜在饭后 4 ~ 6 小时或空腹时进行

6) 敌百虫——禁用碱性药物洗胃，因其遇碱性药物可分解出毒性更强的敌敌畏

7) 磷化锌——禁用鸡蛋、牛奶、脂肪及其他油类食物



金英杰医学

JINYINGJIE.COM