

2022 年护士资格考试必备考点 (71-80)

【考点 71】新生儿身长的计算

身长指从头顶至足底的全身长度。年龄越小增长越快，婴儿期和青春期是两个增长高峰。新生儿出生时身长平均为 50cm；1 周岁时达到 75cm；2 周岁时达到 85cm。2~12 岁可按下列公式推算：

$$\text{身长 (cm)} = \text{年龄 (岁)} \times 7 + 75 \text{ (cm)}$$

【考点 72】几种不同病原体所致肺炎的特点

(1) 腺病毒肺炎：以腺病毒为主要病原体。临床特点：1) 本病多见于 6 个月~2 岁幼儿。2) 起病急骤、全身中毒症状明显。体温达 39℃ 以上，呈稽留热或弛张热，重症可持续 2~3 周。咳嗽频繁，可出现喘憋、呼吸困难、发绀。3) 肺部体征出现较晚，多在发热 4~5 日后开始出现肺部湿啰音，以后因肺部病变融合而出现肺实变体征。4) 胸片改变出现较肺部体征为早，特点为大小不等的片状阴影或融合成大病灶，肺气肿多见，病灶吸收需数周至数月。

(2) 肺炎支原体肺炎：临床特点是症状与体征不成比例。起病多较缓慢，学龄期儿童多见，学龄前期儿童也可发生。刺激性干咳为突出的表现，有的酷似百日咳样咳嗽，常有发热，热程 1~3 周。而肺部体征常不明显。中毒症状也不重。部分患儿出现全身多系统的损害，如心肌炎、脑膜炎、肝炎、肾炎等。肺部 X 线分为 4 种改变：1) 肺门阴影增浓为突出表现；2) 支气管肺炎改变；3) 间质性肺炎改变；4) 均一的实变影。

(3) 金黄色葡萄球菌肺炎：本病多见于新生儿及婴幼儿。临床起病急、病情重、发展快。多呈弛张热，婴幼儿可呈稽留热。中毒症状明显，面色苍白，咳嗽，呻吟，呼吸困难。肺部体征出现早，双肺可闻及中、细湿啰音，易并发脓胸、脓气胸。常合并循环、神经及消化系统功能障碍。

记忆窍门：

腺病毒肺炎：高热（稽留高热）性喘憋伴肺部实变。

金黄色葡萄球菌肺炎：弛张高热，伴肺部小脓肿。

肺炎支原体肺炎：年长儿、咳嗽重、体征无、X 线重。

【考点 73】婴儿胃呈水平位，贲门肌发育差，幽门括约肌发育良好易发生溢乳和呕吐。

记忆：贲门在上，幽门在下。

贲字和喷子很像，人喷吐是“往上经口而出”，所以贲门在上，幽门在下。

【考点 74】小儿出生时存在，以后逐渐消失的反射。

反射	迈步反射	握持反射	拥抱反射	觅食、吸吮反射
消失年龄	2~3 月	3~4 月	3~6 月	4~7 月

【考点 75】急性心力衰竭

(一) 病因：急性广泛心肌梗死、高血压急症、严重心律失常、输液过快等。

(二) 临床表现★

急性左心衰最常见，突发重度呼吸困难，30~40 次/分，咳嗽，咯大量粉红色泡沫痰，血压下降等。

(急性左心衰=急性肺水肿=急性肺淤血=粉红色泡沫样痰)

查体可见心率和脉率增快，两肺满布湿啰音和哮鸣音，心尖部可闻及舒张期奔马律。

(三) 治疗原则

端坐位，腿下垂==吸氧利尿打吗啡

慢速静推氨茶碱==强心激素紧跟随

体位	减少静脉回流，置病人于两腿下垂坐位或半卧位。
吸氧	高流量（6~8L/min）氧气，加入 20%~30%乙醇湿化，降低肺泡内泡沫的表面张力，使泡沫破裂，改善肺通气。
镇静	皮下注射或静推吗啡 3~10mg，伴颅内出血、神志障碍、慢性肺部疾病时禁用。
利尿	静脉注射呋塞米 20~40mg
强心	毛花苷丙（西地兰）0.4mg 缓慢静脉注射，重度二尖瓣狭窄病人禁用，急性心梗 24h 内一般不宜使用
扩血管	硝普钠缓慢静脉滴注，扩张小动脉和小静脉
平喘	静脉滴注氨茶碱，可缓解支气管痉挛
激素	降低外周阻力，减少回心血量，减少肺毛细血管通透性从而减轻肺水肿

【考点 76】颤动

	房颤	室颤
病因	风湿性心瓣膜病、甲亢等	急性心梗、洋地黄中毒等
临床表现	心室率 <150 次/分,可有心悸、气促、心前区不适等症,心室率 >150 次/分钟,心排出量 \downarrow →晕厥、肺水肿、心绞痛或休克。持久性房颤→血栓→动脉栓塞。听诊第一心音强弱不等,心律绝对不齐。短绌脉	表现为迅速意识丧失、抽搐、发绀,继而呼吸停止,瞳孔散大甚至死亡。查体心音消失、脉搏触不到,血压测不到
心电图	窦性 P 波消失,代之以大小形态及规律不一的 f 波,频率 350~600 次/分钟, QRS 波群形态正常, R-R 间隔完全不规则,心室率极不规则,常在 100~160 次/分	QRS 波群与 T 波消失,呈完全无规则的波浪状曲线,形状、频率、振幅高低各异
治疗	电复律、药物复律,心衰合并房颤最佳选择为洋地黄	立即非同步电除颤

【考点 77】感染性心内膜炎病人的护理

1. 病因: 多见于主动脉瓣关闭不全

2. 致病菌: 急性心内膜炎——金黄色葡萄球菌; 血常规是: 血白细胞计数增高, 并有核左移。红细胞沉降率升高。

亚急性心内膜炎——草绿色链球菌。血常规是: 正常色素型正常细胞性贫血。

3. 感染性心内膜炎: 发热、瘀点、脾大、贫血、杵状指和趾。杂音: 急性多见

4. 并发症: 心衰。栓子脱落—脑栓塞。

5. 诊断菌血症和感染性心内膜炎的最有价值的方法: 血培养。

对于未开始治疗的亚急性感染性心内膜炎病人应在第一日每间隔 1 小时采血 1 次, 共 3 次。如次日未见细菌生长, 重复采血 3 次后, 开始抗生素治疗。

已用过抗生素者, 应停药 2~7 天后采血。急性感染心内膜炎病人应在入院后 3 小时内, 每隔 1 小时 1 次共取 3 个血标本后开始抗生素治疗。

每次取静脉血 10~20ml, 作需氧和厌氧培养, 至少应培养 3 周。

【考点 78】精神障碍之思维形式障碍

①联想障碍

思维奔逸：语流增快，口若悬河，滔滔不绝，见于躁狂症。

思维迟缓：患者自觉脑子变笨，言语慢，反应慢，思考问题困难。见于抑郁症。

思维贫乏：沉默少语，谈话言语空洞单调或词穷句短。

思维散漫：说话东拉西扯。

思维破裂：言语支离破碎，语词杂拌，多见于精神分裂症。

②思维逻辑障碍

象征性思维：以无关的具体概念或行动代表某一抽象概念，见于精神分裂症。

语词新作：病人自创一些新的符号、图形、文字，不解释不明白。

逻辑倒错性思维：推理缺乏逻辑性，无前提及根据，或因果倒置不可理解。

强制性思维：又称思维云集，指病人头脑中出现了大量的不属于自己的思维，这些思维不受病人意愿的支配，强制性地在大脑中涌现，好像在神奇的外力作用下别人思想在自己脑中运行。

【考点 79】痰液颜色和性状

项目	临床意义	
颜色	粉红色泡沫样痰	见于急性肺水肿
	铁锈色痰	见于肺炎链球菌肺炎
	红棕色胶冻痰	肺炎克雷伯感染
	白色转黄色	提示细菌感染
	草绿色	见于绿脓杆菌或干酪性肺炎
	红褐色痰	阿米巴脓肿
	果酱样	肺吸虫病
性状	大量痰	24 小时咳痰量 > 100ml，痰液静置，分三层，见于肺脓肿、支气管扩张
	血性痰	见于肺结核、支气管扩张、肺癌等
	黏液性痰	见于支气管炎、支气管哮喘和早期肺炎等
	浆液性痰	见于肺淤血
	粉红色泡沫痰	急性肺水肿

气味	恶臭味	厌氧菌感染
----	-----	-------

【考点 80】异常呼吸

(1) 潮式呼吸：又称陈-施呼吸，是一种周期性的呼吸异常。特点表现为开始呼吸浅慢，以后逐渐加深加快，达高潮后，又逐渐变浅变慢，然后呼吸暂停 5~30 秒后，再重复出现以上的呼吸，如此周而复始；其呼吸形态呈潮水涨落样，故称潮式呼吸。

常见于中枢神经系统的疾病，如脑炎、颅内压增高、酸中毒、巴比妥类药物中毒等病人。

(2) 间断呼吸：又称毕奥呼吸。表现为呼吸和呼吸暂停现象交替出现。特点为有规律地呼吸几次后，突然暂停呼吸，间隔时间长短不同，随后又开始呼吸；如此反复交替出现。

常见于颅内病变、呼吸中枢衰竭等病人。

(3) 深度呼吸：又称库斯莫呼吸，是一种深而规则的大呼吸。见于尿毒症、糖尿病等引起的代谢性酸中毒病人。

(4) 浮浅性呼吸：是一种浅表而不规则的呼吸，有时呈叹息样。见于濒死病人。

(5) 蝉鸣样呼吸：吸气时有一种高音调的音响，声音似蝉鸣，称为蝉鸣样呼吸。常见于喉头水肿、痉挛或喉头有异物等病人。

(6) 鼾声呼吸：是指呼气时发出粗糙鼾声的呼吸。多见于深昏迷病人。