

第十一章 《损伤、中毒病人的护理》 常见考点

《损伤、中毒病人的护理》是 2019 年护士执业资格考试教材的第十一章，据医学教育网统计，2011~2017 年，该章节专业实务出题 27 题，实践能力出题 39 题，一共出题 66 题。

本章节可能还会出计算题。大家知道，计算题比例在护士资格证考试中占比很小，需要计算、推理得出答案。在本章中，计算题可能会考察烧伤面积的比例，以及根据比例判断烧伤的程度和治疗、护理措施。以下是重要知识点。

第十一章 损伤、中毒病人的护理

<p>第 01 讲 创伤病人的护理</p>	<p>分类（闭合性损伤：挫伤、扭伤、挤压伤、爆震伤；开放性损伤：擦伤、刺伤、切割伤、裂伤、撕脱伤、火器伤）。治疗原则（闭合性损伤：如骨折脱位=及时复位+妥善固定+功能锻炼；颅内血肿、内脏破裂等，应紧急手术；开放性损伤：清洁伤口及早清创缝合、应用抗生素，伤后 12h 内用破伤风抗毒素。清创术争取伤后 6~8h 内施行，污染较轻、头面部的伤口、早期已用抗生素等，清创缝合可延长至伤后 12h）。护理措施（急救：抢救生命、判断伤情、呼吸支持、止血、维持循环、包扎伤口、固定骨折、安全转运。软组织闭合性创伤的护理：观察病情、局部制动、局部治疗、促进功能恢复；软组织开放性创伤的护理：感染伤口换药，控制感染、浅表肉芽伤口护理；深部组织或器官创伤的护理：疑有颅脑、胸部、腹部和骨关节等部位的损伤，应严密观察病情变化，加强心、肺、肾、脑等重要器官功能的监测，采取积极的措施防治休克和多器官功能障碍）</p>
<p>第 02 讲 烧伤病人的护理</p>	<p>治疗原则（小面积浅表烧伤：早清创、保护创面，防治感染，促进愈合；大面积深度烧伤：早期及时输液，及时纠正休克，控制感染）；护理措施（现场救护：迅速脱离热源、抢救生命、预防休克、保护创面、尽快转送；静脉输液的护理——补液公式：第一个 24 小时补液量=体重（kg）×烧伤面积×1.5（成人）+基础需水量；创面护理）</p>

第 03 讲 咬伤、腹部损伤和一氧化碳中毒	咬伤护理 （治疗原则：近端环形缚扎伤肢，延缓毒素吸收扩散；局部清创排毒、犬神应用解毒药物、加强对症及支持疗法；护理措施：现场救急、急诊护理：病情观察、伤口处理、解毒措施、对症及支持） 腹部损伤病人的护理 （治疗原则：观察病情、手术准备、肝脾破裂大出血者剖腹止血等；护理措施：急救、禁食禁饮、禁忌灌肠、禁用泻药、禁用吗啡等止痛药物）； 一氧化碳中毒病人的护理 （临床表现：CO中毒=煤气炉+口唇樱桃红+碳氧血红蛋白（COHb）↑；护理措施：病情观察、迅速给病人吸高浓度（>60%）高流量氧（8~10L/min），有条件可用高压氧舱治疗）
第 04 讲 有机磷中毒病人的护理	临床表现：有机磷中毒=接触史+大蒜味+肌颤动+针尖样瞳孔+肺部湿罗音+胆碱酯酶活力降低。治疗原则：清除毒物、解毒药物。护理措施：吸氧、体位、呼吸道顺畅、药物护理



第05讲 镇静催眠药中毒、酒精中毒及中暑病人的护理

镇静催眠药中毒病人的护理（治疗原则：急性中毒：改善多个受抑制的器官，维持其正常生理功能，直到将药物代谢和排出体外，洗胃、活性炭、利尿、透析等；慢性中毒：逐步缓慢减少药量，停用镇静催眠药；戒断综合征：足量镇静催眠药控制戒断症状，稳定后，逐渐减少药量以至停药）。**酒精中毒病人的护理**（治疗原则：急性中毒：若昏迷，维持生命脏器的功能，保护大脑功能应用纳洛酮，若严重中毒，可用血透促使体内乙醇排出；戒断综合征：若重症病人，使用地西洋（控制症状而不致嗜睡和共济失调），若有癫痫病史，服用苯妥英钠，若幻觉者，服用氟哌啶醇；若慢性中毒，注意防治感染、癫痫发作和震颤谵妄）。**中暑病人的护理**（临床表现：中暑衰竭：最常见，多由于大量出汗→失水、失钠→血容量不足→周围循环衰竭；中暑痉挛：大量出汗后口渴而饮水过多，盐分补充不足→血中钠、氯↓→肌肉痉挛；中暑高热：高热、无汗、意识障碍“三联征”为典型表现。治疗原则：迅速降温，补充水、电解质，纠正酸中毒，防治脑水肿等。护理措施：对症护理、室温20~25度，注意输液速度）



<p>第 06 讲 淹溺、食物中毒及气管异物病人的护理</p>	<p>淹溺病人的护理（治疗原则：迅速将病人救离出水，立即恢复有效通气，施行心肺脑复苏，根据病情对症。淡水溺水者：输（3%NaCl）500ml 或全血，减轻肺水肿；海水溺水者，5%GS 或低分子右旋糖酐纠正血液浓素；防治脑水肿：静滴地塞米松和脱水剂连续 2~3 天，冰帽头部降温；应用护肝肾、促脑功能恢复药物）细菌性食物中毒病人的护理（抗炎：沙门菌，喹诺酮类或氯霉素；副溶血性弧菌：氯霉素和四环素或喹诺酮类；大肠杆菌：阿米卡星；护理措施：用药、皮肤护理、对症护理）。小儿气管异物的护理（护理措施：减少患儿哭闹、内镜下取异物、观察、取出异物后 4H 可进食）</p>
<p>第 07 讲 破伤风、肋骨骨折病人的护理</p>	<p>破伤风病人的护理（治疗原则：3%过氧化氢清除毒素来源、尽早注射破伤风抗毒素，如过敏则使用脱敏注射、控制并解除痉挛、预防并发症。护理措施：保持输液通畅、药物护理。所用器械用 0.5%有效氯溶液浸泡 30 分钟，或用 1%的过氧乙酸浸泡 10 分钟，清洗后高压蒸汽灭菌，敷料应焚烧，杀灭破伤风杆菌）。肋骨骨折病人的护理（临床表现：深呼吸等疼痛、按压胸部，可触及骨摩擦音，连枷胸的病人，出现胸壁反常呼吸运动，病人常伴有明显的呼吸困难。刺破肺出现血、气胸表现。护理措施：清理呼吸道、固定肋骨+镇痛、镇静剂+麻醉+咳嗽时按住患侧胸壁减轻疼痛、预防感染）</p>
<p>第 08 讲 常见四肢骨折病人的护理总论</p>	<p>常见四肢骨折病人的护理（骨折专有体征：畸形、假关节活动（异常活动）、骨擦音或骨擦感；护理措施：预防和纠正休克、保暖、取合适体位促 V 回流、预防感染、牵引的护理、石膏的护理）</p>

第 08 讲 常见四肢骨折病人的护理总论	常见四肢骨折病人的护理（骨折专有体征：畸形、假关节活动（异常活动）、骨擦音或骨擦感；护理措施：预防和纠正休克、保暖、取合适体位促 V 回流、预防感染、牵引的护理、石膏的护理）
第 09 讲 四肢骨折、骨盆、颅骨骨折病人的护理	四肢骨折病人的护理 （肱骨干骨折：桡神经损伤和肱动脉损伤导致垂腕等，一般手法复位。肱骨髁上骨折：伸直型肱骨髁上骨折必要时可行尺骨鹰嘴牵引、伤后第 1 周患肢避免活动，1 周后开始握拳等活动，4~5 周进行肘关节锻炼。桡骨远端伸直型骨折（Colles 骨折）：局部疼痛、肿胀、压痛、功能障碍，侧面观“餐叉样”畸形，正面观“枪刺样”畸形、主要采用手法复位，小夹板或石膏固定在屈腕、尺偏、旋前位 2 周，之后改用中立位固定 2 周。股骨颈骨折：头下、经颈骨折属关节囊内骨折，因股骨头的血液循环大部分中断→骨折不易愈合和股骨头缺血坏死，表现为患肢有短缩，呈 45°~60°外旋畸形，髋部压痛、卧床时两腿之间放一枕头，使患肢呈外展中立位，尽量避免搬运或移动病人，必须搬运移动时，注意将髋关节与患肢整个托起。股骨干骨折：表现为大腿肿胀+疼痛+皮下瘀斑+可并发休克，成人需要持续的骨牵引；8~10 周）。 骨盆骨折病人的护理 （病因：老年人摔倒；护理措施：维持大小便通畅、皮肤护理、行牵引的病人需 12 周以后才能持重）。 颅骨骨折病人的护理 （半坐位，头偏向患侧，维持至不漏液后 3~5 日、棉球不可过湿（避免逆入颅），嘱病人勿挖鼻、抠耳、不可堵塞鼻腔、嘱病人勿用力屏气排便、咳嗽、擤鼻涕或打喷嚏等、严禁从鼻腔吸痰或放置鼻胃管，禁止耳、鼻滴药、冲洗和堵塞，禁忌作腰穿等）

