

考点 1. 辅食添加的顺序

月龄	食物性状	添加辅食举例	——供给的营养素
4~6个月	泥状食物	米汤、米糊、含铁配方米粉等, 蛋黄 (补铁)、鱼泥、豆腐、动物血、菜泥、水果泥	补充热量, 动物、植物蛋白质, 铁、维生素、纤维素、矿物质
7~9个月	末状食物	稀(软)饭、烂面、饼干、蛋、鱼、肝泥、肉末	补充热量, 动物蛋白质、铁、锌、维生素
10-12个月	碎食物	软饭、挂面、馒头、面包、豆制品、碎肉	供给热量, 维生素、蛋白质、矿物质、纤维素

考点二：婴儿喂养的方法

混合喂养：母乳不足，需要添喂牛、羊乳或其他代乳品时为混合喂养。人工喂养：指4~6个月的婴儿，母亲因各种原因不能哺乳，而以配方奶粉或其他代乳品完全替代母乳喂养的方法。①配方奶粉以母乳的营养素含量及其组成为依据，接近哺乳，较鲜乳或全脂奶粉更易消化吸收，为母乳喂养缺乏时的首选。若无条件选用配方奶而用全脂奶粉时，其奶粉与水的比例按重量计算为1:8，按容量(体积)计算为1:4。②羊乳营养价值与牛乳相似，蛋白质与脂肪较牛乳多，比牛乳易于消化，但叶酸含量很少。长期单纯羊乳喂养可导致营养性巨幼细胞性贫血，应注意补充维生素B₁₂和叶酸。③牛乳：人工喂养时常用，但成分不适合婴儿。牛乳蛋白质多为酪蛋白，不易消化。所含的不饱和脂肪酸少，仅为2% (母乳含8%)。乳糖低于母乳，且为甲型乳糖，有利于大肠埃希菌的生长。矿物质含量较高，可中和胃酸，不利消化，可增加肾负荷。缺乏免疫物质。钙含量虽然高于母乳，但钙吸收率低于母乳。每100ml牛乳中所含能量为66kcal。

考点3 健康相关行为 人们进行与健康 and 疾病有关的行为，分为促进健康行为和危害健康行为两类。

分类	定义	特点
促进健康行为	个体或群体的客观上有利于自身和他人健康的行为	有利性、规律性、和谐性、一致性、适宜性
危害健康行为	不利于自身和他人健康的行为	危害性、明显和稳定性、习得性

考点背诵 4. 促进健康行为的类型

类型	内容
日常健康行为	益于健康的日常行为，如合理营养、充足睡眠、适量运动等。
避开有害环境行为	避免将有害健康危险因素暴露于自然环境和社会环境中的行为，如离开污染环境、积极应对各种紧张生活事件等
戒除不良嗜好行为	如戒烟、不酗酒、不滥用药物等

预警行为	对可能发生的危害健康事件的预防性行为及在事故发生后正确处置的行为，如驾车时使用安全带、事故发生后的自救和他救行为等
保健行为	有效、合理地利用卫生资源，维护自身健康的行为，如定期体检、预防接种、患病后及时就医、遵从医嘱等行为

考点背诵 5：危害健康行为的类型

类型	
日常危害健康行	对健康有害的日常行为习惯，如吸烟、酗酒、缺乏体育锻炼、
致病性行为模式	A型行为模式 ：与冠心病的发生密切相关的行为模式。不耐烦和敌意（核心行为），多表现为做事动作快、大声讲话、喜欢竞争、怀有敌意和戒心 C型行为模式 ：与肿瘤的发生有关。情绪压抑，性格自我克制，表面依顺、回避矛盾，内心却压抑怒火、生闷气（核心表现）
不良疾病行为	在感知到自身患病到疾病康复的过程中，个体从所表现出的不利于疾病治疗和健康恢复的行为，如瞒病、恐病、讳疾忌医、不遵医嘱等
违规行为	违反法律法规、道德规范并危害健康的行为，如药物滥用、性行为等

考点 6：知-信-行模式 “知-信-行模式”将人类的改变分为获取知识、产生信念和形成行为 3 个过程，即知识-信念-行为。（1）基础：知识。（2）动力：信念。（3）目标：行为的产生和改变。

考点 7：健康信念模式

- 在采取某种促进健康行为或戒除某种危害健康行为时，必须具备：
 - 认识到某种疾病或危险因素的严重性和易感性。
 - 认识到采纳或戒除某种行为的困难及益处。
 - 对自身采纳或戒除某种行为能力的自信（效能期待或自我效能）。
- 在采取某种促进健康行为或戒除某种危害健康行为，遵循的步骤：
 - 让人们认识到其危害健康行为的严重性。
 - 使他们坚信，一旦戒除这种危害行为、采取形影的促进健康行为会得到有价值的后果，同时也认识到行为改变中可能出现的困难。使他们充满改变行为的信心

考点 8：传播的定义与要素（1）定义：一种传递信息的社会性行为，是个体之间、集体之间以及个体与集体之间交换、传递新闻、事实、意见的信息过程。（2）要素

- 传播中的信息主动发出者，是“控制研究”的研究对象。
- 受传者：信息的接受者和反应者。
- 信息与讯息：信息泛指传播的一切内容，讯息是由一组相关联的有完整意义的信息符号所构成的具体信息。
- 传播媒介：又称传播渠道，是讯息的载体，在健康传播中起纽带作用。
- 传播效果。（3）完整的现代传播的内涵包括：传播观念、传播事业、传播技术三个层次。

考点背诵9：传播的分类

—	
人际传播（亲身传播）	个体之间面对面直接的信息交流，人类共享信息的最基本传播形式，反馈及时
群体传播	非组织群体的传播活动
大众传播	职业性传播机构通过大众传播媒介（如广播、电视、报刊、书籍等）向范围广泛、为数众多的社会人群间接性传递信息的过程。其覆盖面广、传播速度快、时效性强，为单向传播
组织传播	有领导的在组织之间、组织内部成员之间进行的一定规模的信息交流活动。现代社会中，组织传播已发展成为一个独立的研究领域，即公共关系学
自我传播（人内传播）	个体接受外界信息后，在头脑中进行信息加工处理的过程

考点背诵10：健康传播是通过各种渠道，运用各种传播媒介和方法，为维护和促进人类健康而收集、制作、传递、分享健康信息的过程。（1）目的：改变个体和群体的知识、态度、行为，使其向利于健康的方向转化。（2）健康传播的四个特点：传递的是健康信息、具有明确的目的性、过程具有复合性、对传播者有特殊素质要求。（3）传播效果的四个层次：知晓健康信息（最低层次）、健康信念认同、态度转变、采纳健康的行为

考点11：人体正常菌群的分布 1) 正常菌群是指寄居在人体内且对人体无害的微生物群的总称，它们大多分布于人体的体表和与外界相通的各种腔道(如口腔、泌尿生殖道、鼻咽腔、肠道)。2) 其中厌氧菌占正常菌群的绝大部分，与定植区的黏膜上皮有密切的关系。

考点12：人体正常菌群的生理作用 营养作用：正常菌群可对宿主所摄入的食物进行初步代谢、合成分解、物质转化，形成利于人体吸收和利用的物质，如肠道内的菌群可产生维生素K、维生素B族、叶酸和烟酸等。

(1) 免疫作用：正常菌群可产生多种抗原物质，刺激免疫系统成熟与免疫应答。

(2) 生物屏障作用：正常菌群在皮肤、黏膜表面特定部位的生长繁殖形成了生物屏障，利于抵抗致病菌的侵袭及定植。但菌群失调时也可导致感染，即医院感染的生态学病因。

(3) 定植抵抗力作用：一定生存环境中的营养资源是有限的，正常菌群通过争夺营养物质和空间位置，产生代谢产物等来杀伤侵入的有害细菌，抑制病原微生物的生长繁殖。如口腔中唾液链球菌能产生过氧化氢，杀死白喉杆菌与脑膜炎球菌等。其他作用：肠道内的菌群有降低胆固醇、降血氨、抗衰老等作用

考点13：医院感染中常见的细菌金黄色葡萄球菌：革兰阳性球菌。广泛分布于自然界、人的皮肤，人体与外界相通的腔道中，在人群中可有15%的人长期携带致病性金黄色葡萄球菌。主要通过污染的手进行传播，是医院感染的主要感染

源，其中耐药菌株耐甲氧西林金黄色葡萄球菌(MRSA)所引起的比例越来越大。治疗时应首选**甲氧西林或万古霉素**。**铜绿假单胞菌:革兰阴性杆菌**，广泛分布于医院的各种潮湿的地方及物品上，可引起泌尿道、伤口、皮肤与软组织等部位的感染**(1)大肠埃希菌:革兰阴性杆菌**，广泛分布于自然界的水和土壤中，属正常菌群，是条件致病菌，可通过患者之间及医务人员与患者之间的接触或各种侵袭性操作引起泌尿道、腹腔、胆道等部位的感染。**(2)肺炎克雷伯菌:革兰阴性杆菌**，广泛分布于自然界的水和土壤中，属正常菌群，易在患者的上呼吸道定植，是ICU最常见的条件致病菌，常通过医务人员的手传播。

考点 14: 医院感染监测 (1) 目标监测①(市)级以上医院及其他有条件的医院每年开展1~2项目标性监测。②每项目标监测开展的期限不应少于1年。(2) 医院感染散发的报告与控制①当出现医院感染散发病例时，经治医师应及时向本科室医院感染监控小组负责人报告，并于**24小时内**填表报告医院感染管理科。②经查证出现医院感染流行时，应于**24小时内**向当地卫生行政部门报告。③医院应每年对监测资料进行评估，开展医院感染的漏报调查，调查样本量应不少于年**监测患者数的10%**，**漏报率应低于20%**(3) 医院感染暴发报告①医疗机构发生**5例以上疑似医院感染暴发**和(或)**3例以上医院感染暴发**，需要在**12小时内**向所在地县级地方人民政府卫生行政部门报告。

① 2小时内报告：10例以上医院感染暴发事件；特殊病原体或新发病原体感染；可造成重大公共影响或严重后果的医院感染。

(1) **医院感染发病率**：(同期住院患者新发医院感染病例数/调查期间患者数) $\times 100\%$ 。

(2) **医院感染发生率(例次发病率)**：(同期住院患者新发医院感染例次数/调查期间患者数) $\times 100\%$ 。

(3) **医院感染罹患率**：(观察期间医院感染新发病例数/观察期间同期暴露于危险因素的人群数) $\times 100\%$ 。

(4) **医院感染患病率**= (同期存在的新旧医院感染病例数/调查期间患者数) $\times 100\%$ 。

(5) **医院感染部位发生率**= (同期新发生特定部位感染的例数/同期处于该部位医院感染危险的人数) $\times 100\%$ 。

考点 14: 消毒与灭菌的概念

(1) **清洁**：清除物体表面的污垢、尘埃和有机物，去除和减少微生物。

(2) **消毒**：消毒是指清除或杀灭传播媒介上病原微生物，使其达到无害化的处理。

(3) **灭菌**：灭菌是指杀灭或清除医疗器械、器具和物品上一切微生物的处理。包括病原微生物及有害微生物，同时也包括非病原微生物及非有害微生物，包括细菌繁殖体、芽胞、真菌及真菌孢子。

考点 15: 消毒灭菌基本原则

(1) **重复使用的诊疗器械、器具和物品**，使用后应先**清洁**，再进行**消毒或灭菌**。

(2) **感染症患者用过的医疗器材和物品**，应先**消毒**，**彻底清洗干净**，再**消毒或灭菌**。

(3) 疑似或确诊朊病毒、气性坏疽感染的患者应选用**一次性诊疗器械、器具和物品**。

(4) **耐热、耐湿的手术器械**，首选**压力蒸汽灭菌**，不应采用**化学消毒剂浸泡灭菌**。

(5) **环境与物体表面**，一般情况下**先清洁，再消毒**；当受到患者的血液、体液等污染时，**先去除污染物，再清洁与消毒**。

(6) 医疗机构消毒工作中使用的消毒产品应经卫生行政部门批准或符合相应标准技术规范，并遵循批准使用的范围、方法和注意事项。

考点 16 化学消毒剂的分类及其消毒效果对比

依照下列消毒剂在合适的浓度、有效的作用时间消毒时，可以达到的消毒效果作为消毒剂分类的依据。部分消毒剂如含氯消毒剂、过氧化氢等由于浓度等消毒条件不同，达到的消毒效果也不同。

分类	常见消毒剂	杀灭作用	杀灭芽胞	杀灭分枝
灭菌剂	戊二醛、环氧乙烷、甲醛、过氧乙酸	一切微生物	可	可
高效类消毒剂	过氧化氢、高浓度含氯消毒剂、碘酊	细菌繁殖体、真菌、病毒	较显著	可
中效类消毒剂	碘伏、乙醇、低浓度含氯消毒剂	细菌繁殖体、真菌、病毒	不可	可
低效类消毒剂	氯己定、苯扎溴铵	细菌繁殖体、亲脂病毒	不可	不可

考点 17: 消毒作用水平

(1) **灭菌法**：杀灭一切微生物（包括细菌芽胞）以达到无菌保证水平的方法。

① 热力灭菌、辐射灭菌等**物理灭菌方法**。

② 环氧乙烷、过氧化氢、甲醛、戊二醛、过氧乙酸等**化学灭菌剂**。

(2) **高水平消毒方法**：杀灭一切细菌繁殖体包括分枝杆菌、病毒、真菌及其孢子和绝大多数细菌芽胞的方法。含氯制剂、二氧化氯、邻苯二甲醛、过氧乙酸、过氧化氢、臭氧、碘酊。(3) **中水平消毒法**：杀灭除细菌芽胞以外的各种病原微生物包括分枝杆菌。碘类消毒剂（碘伏、氯己定碘等）、醇类和氯己定的复方、醇类和季铵盐类化合物的复方等。(4) **低水平消毒方法**：能杀灭细菌繁殖体（分枝杆菌除外）和亲脂病毒的化学消毒方法。通风换气、冲洗等机械除菌法。

考点 18: 医用物品的危险性分类 (1) **高度危险性物品**：应采用灭菌方法处理。

① **进入人体无菌组织、器官、脉管系统**，或有无菌体液从中流过的物品或接触破损皮肤、破损黏膜的物品，一旦被微生物污染，具有极高感染风险。②如手术器械、穿刺针、腹腔镜、活检钳、心脏导管、植入物等。(2) **中度危险性物品**：应采用达到中水平消毒以上效果的消毒方法①与完整黏膜相接触，而不进入人体无菌组织、器官和血流，也不接触破损皮肤、破损黏膜的物品。如胃肠道内镜、气管镜、喉镜、肛表、口表、呼吸机和麻醉机管道、压舌板、肛门直肠压力测量

(3) **低度危险性物品**：宜采用低水平消毒方法，或做清洁处理；遇有病原微生物

物污染时,针对所污染病原微生物的种类选择有效的消毒方法。①与完整皮肤接触而不与黏膜接触的器材。②如听诊器、血压计袖带等;病床围栏、床面以及床头柜、被褥;墙面、地面;痰盂(杯)和便器等。

考点 19: 物品上污染的微生物种类、数量 (1) 对受到致病菌芽胞、真菌孢子、分枝杆菌和经血传播病原体(乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、艾滋病病毒等)污染的物品,应采用**高水平消毒或灭菌**。(2) 对受到真菌、亲水病毒、螺旋体、支原体、衣原体等病原微生物污染的物品,应采用**中水平以上**的消毒方法。(3) 对受到一般细菌和亲脂病毒等污染的物品,应采用达到**中水平或低水平**的消毒方法。(4) 杀灭被有机物保护的微生物时,应**加大消毒药剂的使用剂量和(或)延长消毒时间**。(5) 消毒物品上微生物污染特别严重时,应**加大消毒药剂的使用剂量和(或)延长消毒时间**。

考点 20: 消毒物品的性质 (1) **耐高温、耐湿的诊疗器械、器具和物品**,应首选**压力蒸汽灭菌**。(2) **耐热的油剂类和干粉类等**应采用**干热灭菌**。(3) **不耐热、不耐湿的物品**,宜采用**低温灭菌**方法如环氧乙烷灭菌、过氧化氢低温等离子体灭菌或低温甲醛蒸汽灭菌等。(4) **物体表面消毒**,应考虑表面性质,光滑表面宜选择合适的**消毒剂擦拭或紫外线消毒器近距离照射**。(5) 多孔材料表面宜采用**浸泡或喷雾消毒法**。

考点 21: 物理消毒灭菌方法——燃烧法 (1) 是一种简单、迅速、彻底的灭菌方法。(2) 常用于**破伤风梭菌、气性坏疽杆菌**等特殊感染细菌的敷料处理。(3) 也适用于无保留价值的物品,如污染纸张、医用垃圾等的处理。(4) 急用**耐高温**的搪瓷类物品、金属器械时,在无其他灭菌条件时也可使用。(5) 贵重器械及锐利刀剪不宜采用燃烧法,以免**损坏或使锋刃变钝**。

考点 22: 物理消毒灭菌方法——干烤法 (1) 将物品置于特制的密闭烤箱内灭菌,热力传播主要依靠**空气对流和介质传导**。(2) 适用于**高温下不易变质、损坏和蒸发的物品**,如粉剂、油剂、玻璃器皿及金属制品的灭菌。(3) 灭菌时间**160°C, 2 小时; 170, 1 小时; 180°C, 30 分钟**

考点 22: 物理消毒灭菌方法——煮沸法 (1) 适用于**耐高温、耐潮湿物品**,如金属、搪瓷、玻璃、橡胶等,但不能用于外科手术器械的灭菌。(2) 水沸后开始计时,5-10 分钟可杀灭细菌繁殖体,15 分钟可将多数芽胞杀灭。(3) 加入碳酸氢钠达到 1%—2% 浓度时,水的沸点可达 105°C,既可增强杀菌效果,又可去污、防锈。(4) 煮沸前先将物品刷洗干净,完全浸没水中。(5) 物品体积**不应超过容器的 2/3**。(6) 若中途加入物品,则应从再次水沸后重新计时。(7) **海拔每增高 300m, 消毒时间延长 2 分钟**。

考点 23: 物理消毒灭菌方法——压力蒸汽灭菌法 (1) 是物理灭菌法中应用最广、效果最可靠的首选灭菌方法。(2) 利用高压高温饱和蒸汽所释放的潜热杀灭所有微生物及其芽胞。(3) 适用于**耐高温、耐高压、耐潮湿的物品**,如**各类器械、敷料、搪瓷、玻璃制品、橡胶及溶液的灭菌**。(4) 不可用于凡士林等油剂和滑石粉等粉剂。(5) 灭菌时器械包重量不宜超过 7kg,敷料包重量不宜超 5kg。考点 24: 压力蒸汽灭菌法的分类

分类	压力 (kPa)	灭菌包体积 (cm)	下排气式压力蒸汽灭菌	预真空压力蒸汽灭菌
103 ~ 137°C	121—126	15—30	<30X30X25	预真空压力蒸汽灭菌
206—132°C	4~5	<30X30X50		

考点 25: 物理消毒灭菌方法——臭氧灭菌灯消毒法 (1) 利用臭氧的强氧化作用, 杀灭细菌繁殖体、真菌、病毒, 并对芽孢有显著杀灭作用, 与高效类化学消毒剂的效果相当。(2) 主要用于空气、医疗污水、诊疗用水及物品表面的消毒。(3) 空气消毒要求时间 **不少于 15 分钟; 物品表面消毒需要 60~120 分钟**。(4) 臭氧对人体有毒, 使用时关闭门窗, 人员离开, 消毒结束后 **30 分钟** 方可进入。(5) 臭氧还可损坏物品, 使金属生锈、橡胶老化、织物漂白褪色等。

考点 26: 化学消毒灭菌的常用方法 (1) **某些不适用于物理消毒灭菌的物品, 可选用化学消毒灭菌法**, 如患者皮肤、黏膜、排泄物, 光学仪器, 锐利金属器械及周围环境消毒等。(2) 浸泡法: **用于耐湿、不耐热物品、器械的消毒**, 如锐利器械、精密仪器及化学纤维制品。喷雾法: 用喷雾器将化学消毒剂均匀地喷洒在空气中或物品表面 (3) 擦拭法: **用化学消毒剂擦拭物品表面或人体皮肤、黏膜**。(4) 熏蒸法: 常用于手术室、换药室或病室的空气消毒及某些物品消毒。空气消毒常用 **纯乳酸 (0.12ml/m³), 食醋 (5-10ml/m³)** 密闭门窗后熏蒸 **30-120 分钟**。**物品消毒常用甲醛或环氧乙烷气体**。

考点 27: 无菌物品的储存有效期 (1) 使用纺织品材料包装的无菌物品如存放环境符合要求, **有效期宜为 14 天**, 否则一般为 7 天。(2) 医用一次性纸袋包装的无菌物品, 有效期宜为 **1 个月**。(3) 使用一次性医用皱纹纸、一次性纸塑袋、医用无纺布或硬质密封容器包装的无菌物品, **有效期为 6 个月**。(4) 置于无菌贮槽中的灭菌物品 (棉球、纱布等) 一经打开, 使用时间最长 **不得超过 24 小时**。(5) 配置的静脉液体应在 **4 小时内** 输完, 且需要 **连续输液 24 小时** 以上的患者需每天更换输液器。

考点 28: 压力蒸汽灭菌效果的监测 (1) 医院必须对消毒、灭菌效果定期进行监测。灭菌合格率必须达到 **100%**。(2) 物理监测法: 每次灭菌应 **连续监测并记录灭菌时的温度、压力和时间等灭菌参数**。(3) 化学监测法: 要求为灭菌包包外应有化学指示物, 高度危险性物品应在包内最难灭菌的部位放置化学指示物。通过观察化学指示物颜色的变化, 判定是否达到灭菌合格的要求。(4) 生物监测: **每周监测 1 次**, 通常是将含对热耐受力较强的非致病性嗜热脂肪杆菌芽孢的菌片制成标准生物测试包, 如无指示菌生长则表明达到灭菌效果, 是监测高压蒸汽灭菌效果最可靠的方法。(5) **B-D 测试: 预真空 (包括脉动真空) 压力蒸汽灭菌器每日开始灭菌前进行 B-D 测试, 测试合格后, 灭菌器方可使用**。

考点 29: 紫外线消毒的效果监测

- (1) 应进行日常监测, 包括灯管累计照射时间和使用人签名等, 对新的和使用中的紫外线灯管 应进行照射强度监测。
- (2) 新灯管的照射强度不得低于 **90~100_μW/cm²**
- (3) 使用中灯管不得低于 **70_μW/cm²**。
- (4) 照射强度监测应 **每半年 1 次**。
- (5) 生物监测在必要时进行, 经消毒后的物品或空气中的自然菌应减少 **90.00%** 以上, 人工染菌 杀灭率应达到 **99.90%**

考点 30: 紫外线消毒的效果监测 (1) 应进行日常监测, 包括灯管累计照射时间和使用人签名等, 对新的和使用中的紫外线灯管 应进行照射强度监测。(2) 使用中灯管不得低于 **70_μW/cm²** (3) 照射强度监测应 **每半年 1 次**。

考点 31: 化学消毒剂的效果监测 (1) 生物监测应同时对消毒、灭菌物品进行消毒、灭菌效果监测, 消毒物品不得检出致病性微生物, 灭菌物品不得检出任何微生物。化学监测: 应根据消毒、灭菌剂的性能定期监测, 如含氯消毒剂、过氧乙酸等应**每天监测**, 对戊二醛的监测应**每周不少于 1 次**

考点 32: 环境清洁消毒的原则和方法 (1) 环境物体表面应以**清洁**为主, 不得检出致病微生物。(2) 被患者血液、呕吐和排泄物、病原微生物污染时, 根据具体情况选择**中水平以上的消毒方法**, 消毒剂的选用和剂量应符合《消毒技术规范》的要求。(3) **直接接触患者的衣服、床单、被套、枕套等, 应一人一换, 长时间住院者应每周更换, 遇到污染时应及时更换。**(4) 清洁程序应遵循从清洁到污染的原则, 清扫患者房间应**先从普通患者房间, 后感染患者房间。**(5) **抹布、拖布(头)等洁具应分区使用**, 清洗后再浸泡消毒 30 分钟, 冲净消毒液后晾干备用。(6) 清洁患者房间时要做到**一人一桌一巾**。(7) 应采用湿抹布、湿拖布清洁, 避免尘土飞扬。

考点 33: 隔离区域划分 (1) 清洁区①是指不易受到患者血液、体液和病原微生物等物质污染, 且传染病患者不应进入的区域。②包括医务人员的值班室、卫生间、男女更衣室、浴室以及储物间、配餐间等。(2) 潜在污染区①也称半污染区, 是指位于**清洁区与污染区之间, 有可能被患者血液、体液和病原微生物等物质污染的区域。**②包括医务人员的办公室、治疗室、护士站、患者用后的物品和医疗器械等的处理室、化验室、内走廊等。(3) 污染区①是指**传染病患者和疑似传染病患者接受诊疗的区域, 也包括被其血液、体液、分泌物、排泄物污染的物品暂存和处理的场所。**②包括病室、患者卫生间及浴室、处置室、污物间、外走廊以及患者入院和出院处理室等。

考点 34: 预防性抗菌药物使用方法 (1) 使用时应有**明确的指征**, 并选择对**特定手术可能引起手术部位感染**的最常见的致病菌有效的药物。(2) 一般在**术前 0.5-1 小时**通过静脉途径给予一次足量抗菌药物(最初的预防性抗菌药物剂量), 使手术开始时**组织和血清内达到药物杀菌浓度**, 并在整个手术过程中维持组织和血清内的治疗性水平(手术时间超过 4 小时可术中加用 1 次量), 至少至手术切口关闭后的几个小时。(3) 预防用药的总时长一般**不超过 24 小时**。(4) 除此之外, 在择期的结直肠手术前, 还需通过导泻或灌肠剂进行肠道准备, 在**手术开始前 24 小时**给予**3 次不吸收的口服抗菌药物**。(5) 对高危的剖宫产手术, 应在**脐带钳夹后立即预防性应用抗菌药物**。(6) **万古霉素不能作为常规的预防性应用药物。**

考点 35. 儿科疾病病因-营养因素 (1) 营养不良: 是由于缺乏热量和(或)蛋白质引起的一种营养缺乏症。常见于 3 岁以下小儿。①**摄入不足: 喂养不当**是最主要的原因。②**消化吸收不良: 消化系统先天畸形、迁延性腹泻等。**③需要量增加: 急性慢性传染病恢复期、糖尿病、发热性疾病等。(2) 铁摄入不足: 食品铁供应不足是小儿缺铁性贫血的主要原因。婴儿未及时添加辅食、儿童挑食或偏食、生长发育快(婴儿期和青春期最快)等均可引起贫血。(3) 叶酸、维生素 B₁₂ 缺乏: 多见于营养性巨幼细胞贫血。①**叶酸缺乏的主要原因是需要量增加或摄入不足, 长期羊乳喂养、牛乳类制品在加工过程中叶酸被破坏可导致叶酸摄入不足。(维生素 B₁₂ 缺乏常与胃肠功能紊乱所致的吸收障碍有关, 如自身免疫性胃炎、胃大部切除术等)**(4) 维生素 D 缺乏: 维生素 D 不足可引起维生素 D 缺乏性佝偻病和维生素 D

缺乏性手足搐搦症。

考点 36 儿科疾病病因-细菌感染因素 (1) **A 组溶血链球菌** ①急性上呼吸道感染：各种病毒和细菌均可引起，但 90% 以上为病毒，如鼻病毒、呼吸道合胞病毒、流感病毒等。病毒感染后可继发细菌感染，最常见的致病菌是溶血性链球菌。②**猩红热**：**A 组溶血性链球菌是本病的致病菌**，具有较强的侵袭力，能产生致热性外毒素（红疹毒素）和溶血素。③**急性肾小球肾炎**：**感染后引起的免疫复合物性肾小球肾炎，常见致病菌为 A 组溶血性链球菌**。④**风湿热**：**是由咽喉部 A 组 B 溶血性链球菌感染后反复发作的全身结缔组织炎症，主要累及关节、心脏、皮肤和皮下组织。**

(2) 破伤风梭菌：新生儿破伤风是由破伤风梭菌经脐部侵入人体引起的急性感染性疾病。(3) 金黄色葡萄球菌 ①小儿肺炎最易并发的脓胸，其病原体是金黄色葡萄球菌。②新生儿败血症从脐部侵入引起。

考点 37 儿科疾病病因-免疫因素 1) **急性肾小球肾炎**：**绝大多数病例属急性溶血性链球菌感染后引起的免疫复合物性肾小球肾炎**，多继发于上呼吸道感染、猩红热、皮肤感染后。2) **风湿热和风湿性心瓣膜病**：与 A 组 B 溶血性链球菌咽峡炎引起的变态反应和自身免疫有关。3) **过敏性紫癜**：以 A 组 B 溶血性链球菌为主的呼吸道感染后的一种常见的血管变态反应性出血性疾病。4) **支气管哮喘**：与过敏体质有关。多数患儿伴有湿疹、过敏性鼻炎、食物过敏等。5) **1 型糖尿病**：免疫系统对自身组织的攻击可认为是发生 1 型糖尿病的病理生理基础。6) **特发性血小板减少性紫癜**：是一种**正常血小板被免疫性破坏**的异质性自身免疫性疾病。7) **急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病**：**又称吉兰-巴雷综合征**，是一种自身免疫介导的周围神经病。病毒感染对免疫反应起启动作用。主要损害多数脊神经根和周围神经，也常累及脑神经。7~9 月份为发病高峰。8) **皮肤黏膜淋巴结综合征**：以全身血管炎为主要病变的急性发热出疹性小儿疾病，**又称川崎病**。

考点 38 儿科疾病病因-遗传因素 (1) **先天性心脏病**：多基因或单基因的遗传缺陷，染色体畸变。致病因素包括遗传因素、孕早期宫内感染、孕妇与大剂量的放射线接触和服药史、孕妇代谢紊乱性疾病、引起子宫内缺氧的慢性疾病等。(2) **支气管哮喘**：为多基因遗传病，与过敏体质有关。(3) **1 型糖尿病**：占儿童糖尿病 98%，多为遗传易感性多基因遗传病，免疫系统对自身组织的攻击可认为是发生 1 型糖尿病的病理生理基础，除遗传和自身免疫因素外，尚有外来激发因子作用，如病毒感染（风疹病毒、腮腺炎病毒、柯萨奇病毒等）、化学毒素（如亚硝酸胺、链球菌素等）、饮食中某些成分（如牛奶蛋白）、胰腺遭到缺血损伤等因素的触发。(4) **苯丙酮尿症**：**是一种常染色体隐性遗传病**，由于苯丙氨酸羟化酶基因突变导致酶活性降低，苯丙氨酸及其代谢产物在体内蓄积引起的疾病。(5) **血友病**：**是遗传性凝血因子缺乏的出血性疾病**。血友病 A 和血友病 B 为 X 连锁隐性遗传，由女性遗传，男性发病。

考点 39 白血病的临床表现 (1) **贫血**：**常为首发症状，呈进行性加重**。(2) **发热**：**为早期表现，也是最常见的症状**。高热常提示有继发感染，引起感染的原因主要是成熟粒细胞缺乏或功能缺陷。感染可发生在全身任何部位，以口腔炎最多见。(3) **出血**：**最主要原因是血小板减少**。以**颅内出血**最严重。(4) 白血病细胞浸润的表现：胸骨下段局部压痛对白血病诊断有一定价值。

考点 40 铁剂的用药护理(1)口服铁剂①恶心、呕吐、胃部不适和黑便等胃肠道反应，应从小剂量开始，于两餐之间服用。②可与维生素c或各种果汁同服，但避免与茶、咖啡、牛奶、植酸盐等同服，以免影响铁吸收。③口服液体铁剂使用吸管，服后漱口，避免牙齿染黑。(2)注射铁剂的护理：需深层肌内注射并经常更换注射部位，减少疼痛与硬结形成。(3)富含铁的食物：主要有动物肝、肾、血、瘦肉及蛋黄、海带、紫菜、木耳、豆类、香菇等，其中动物食物的铁更易吸收。谷类、蔬菜、水果含铁较低，乳类含铁最低。

考点 41 血液病患者的护理措施(1)出血倾向①休息活动护理②血小板计数 $< 50 \times 10^9/L$ ，宜减少活动，增加卧床休息时间。③严重出血或血小板计数 $< 20 \times 10^9/L$ 者，绝对卧床休息。④饮食护理：给予少渣软食，保持大便通畅，必要时应用缓泻药。加强口腔护理。⑤皮肤出血的护理：避免搔抓皮肤、肢体碰撞或外伤。注射或穿刺后按压直至止血。⑥鼻出血的护理：避免用力擤鼻或用手挖鼻痂，可用液状石蜡滴鼻，防止黏膜干裂出血。⑦口腔、牙龈出血的护理：用软毛牙刷，避免食用煎炸、坚硬的食物。(2)发热①饮食护理：多喝水，每天饮水至少 2000ml 以上。

考点 42 甲亢的临床表现(1)甲状腺毒症表现①高代谢综合征：由于T₃、分泌增多，导致交感神经兴奋性增高和新陈代谢加速，常有心悸、乏力、怕热、多汗、消瘦、食欲亢进等。②神经系统：神经过敏，多言好动，紧张焦虑，焦躁易怒，手、眼睑震颤等。③心血管系统：心搏出量增加、窦性心动过速、心律失常等。(2)甲状腺肿：甲状腺上下极可触及震颤，闻及血管杂音，为本病重要的体征。(3)突眼征：可分为单纯性和浸润性突眼两类。①单纯性突眼：是由于眼外肌和提上睑肌张力增高引起；②浸润性突眼：称为 Graves 眼病，表现为眼内异物感、胀痛、畏光、流泪、视力下降。(4)甲状腺危象①原有甲亢症状加重，继而出现高热或过高热(体温 $39^{\circ}C$)，大汗，心动过速(心率 140 次/分)。②常有心房颤动或心房扑动，烦躁，焦虑不安，谵妄，恶心，呕吐，腹泻。③危重患者可有心力衰竭、休克及昏迷，病死率在 20%以上

考点 43 甲亢的用药护理硫脲类抗甲状腺药物的不良反应(1)有粒细胞减少、皮疹、皮肤瘙痒、中毒性肝病和血管炎等。(2)粒细胞缺乏是最严重的不良反应，表现为发热、咽痛、全身不适等，严重者可出现菌血症或脓毒症，甚至死亡。(3)治疗中应定期复查血象，如或中性粒细胞 $< 1.5 \times 10^9/L$ 应停药，并遵医嘱给予促进白细胞增生药。(4)严密监测肝功能，预防暴发性肝坏死。发生中毒性肝炎或肝坏死应立即停药(5)一般药疹用抗组胺药控制，不必停药。严重皮疹则应立即停药。(6)服用抗甲状腺药物的最初 3 个月，每周查血象 1 次，每隔 1~2 个月做甲状腺功能测定

考点 44 糖尿病的治疗原则糖尿病患者应以适当的饮食治疗和运动锻炼为基础，根据病情结合药物治疗。(1)饮食治疗：控制饮食是治疗糖尿病最基本的措施，以控制总热量为原则，实行低糖、低脂(以不饱和脂肪酸为主)、适当蛋白质、高纤维素(可延缓血糖吸收)、高维生素饮食。(2)每日三餐 1/5、2/5、2/5 或各 1/3 分配。(3)碳水化合物约占饮食总热量的 50%~60%；(4)脂肪不超过 30%，且饱和脂肪酸不超过 7%；(5)肾功能正常的糖尿病患者蛋白质占 10%~15%，其中优质蛋白超过 50%。(6)口服药物治疗。(7)胰岛素治疗。

考点 45 糖尿病的临床表现(1)急性并发症：糖尿病酮症酸中毒(DKA)为最常见的糖尿病急症。①早期三多一少症状加重，酸中毒失代偿后出现疲乏、恶心、

呕吐、头痛、嗜睡、呼吸深大（库斯莫呼吸），呼气中有烂苹果味（丙酮味）。②后期严重失水，尿少，血压下降、心率加快。③血酮体多在 3.0mmol/L 以上，血糖一般为 16.7~33.3mmol/L。（2）慢性并发症①感染：糖尿病由于机体细胞及体液免疫功能减退、血管及周围神经病变等原因易并发各种感染，血糖控制差者更易发生也更严重。②血管病变：大血管病变是糖尿病最严重而突出的并发症，主要表现为动脉粥样硬化。微血管病变是糖尿病的特异性并发症，以肾脏和视网膜病变最为严重。③神经病变：以周围神经病变最为常见，呈对称性，下肢较上肢严重，表现为四肢麻木、刺痛感、蚁走感、袜套样感，感觉过敏或消失。④糖尿病足：由于神经病变、血管病变和感染导致足部的溃疡和坏疽，是糖尿病最严重和治疗费用最多的慢性并发症之一，是糖尿病非外伤性截肢的最主要原因。

考点 45 糖尿病的口服药物治疗与护理

药物分类	常用药物	药理作用	给药原则
双胍类	二甲双胍 苯乙双胍	减少肝脏葡萄糖输出；抑制肝脏糖异生（非糖物转化为糖的过程）；增加外周组织（如骨骼肌）对葡萄糖的摄取、利用和无糖酵解；延缓葡萄糖从胃肠道吸收入血；改善外周组织对胰岛素的敏感性，降低胰岛	餐中或餐后服，小剂量开始，每天最大剂量不超过 2g
磺脲类	格列本脲（优降糖）/ 格列吡嗪	主要通过刺激胰岛 B 细胞分泌胰岛素，增加体内的胰岛素水平而降低血糖，	从小剂量开始，于早餐前半小时口服
格列奇特	瑞格列奈 那格列奈	刺激胰岛素的早时相分泌而降低餐后血糖	餐前即吞。服用
葡萄糖苷酶抑制剂	阿卡波糖（拜糖平）	抑制小肠 α-葡萄糖苷酶而延缓糖类的吸收，降低餐后高血糖	与第一口饭嚼服

考点 46 糖尿病的胰岛素治疗与护理（1）胰岛素治疗护理①普通胰岛素于餐前半小时皮下注射，宜选择上臂外侧、臀部、大腿前侧、腹部等部位，腹部吸收最快。若患者自己注射，以腹部和大腿前侧最方便。②注射部位应交替使用，以免形成局部硬结和脂肪萎缩，影响药物吸收及疗效。③防止发生感染，必要时用 70%~75%乙醇消毒局部皮肤。④两种胰岛素合用时，应先抽吸短效胰岛素，再抽吸长效胰岛素，以免长效胰岛素混入短效内，影响其速效性。⑤使用胰岛素治疗过程中应定期监测尿糖、血糖变化。⑥大量应用胰岛素会出现低血钾。

考点 47 低血糖反应护理①服用胰岛素促泌剂和注射胰岛素等药物后，通常在没有进餐的情况下，可出现心悸、疲乏、饥饿感、出冷汗、脉速、恶心、呕吐，重者抽搐、昏迷，甚至死亡。②发生低血糖反应后，意识清楚者可用白糖以温水冲服。意识障碍者静脉注射 50%葡萄糖溶液 20~40ml，清醒后再进食，防止再昏迷。

考点 48. 甲亢的特殊检查

检查方法	临床意义
血清促甲状腺素（TSH）	诊断甲亢的最敏感指标，可作为单一指标进行甲亢筛查

血清甲状腺激素测定	血清 T ₃ 、T ₄ 增高是甲亢最有意义的检查；血清游离 T ₄ (FT ₄) 和游离 T ₃ (FT ₃) 能更准确地反映甲状腺的功能状态
基础代谢率 (BMR) 测定	基础代谢率 % = (脉压 + 脉率) - 111；正常值为 ± 10%；+20% ~ 30% 为轻度甲亢；+30% ~ +60% 为中度甲亢；+60% 以上为重度甲亢；测定应在禁食 12 小时、睡眠 8 小时以上，静卧空腹状态下进行
三碘甲腺原氨酸抑制试验 (T ₃ 抑制试验)	用于鉴别单纯性甲状腺肿和甲亢；也可作为抗甲状腺药物治疗甲亢的停药指标

考点 49 风湿性疾病的鉴别

	类风湿关节炎	系统性红斑狼疮
病因	免疫因素	
诱因	寒冷潮湿	阳光照射
好发年龄	年轻女性	
关节痛	对称分布 (晨僵是活动性指标)	对称分布
关节畸形	有 (致残)	无
肾脏损害	无	有 (常见死亡原因)
皮肤表现	类风湿结节	蝶形红斑
免疫学检查	类风湿因子 (活动性和严重性成正比)	抗核抗体筛选, 抗 Sm 抗体特异
首选药物	阿司匹林	糖皮质激素

考点 50 类风湿性关节炎的休息活动护理 (1) 休息活动护理：活动期发热或关节疼痛明显时应卧床休息，限制受累关节活动，保持正确的体位，但不宜绝对卧床。①体位护理保持关节功能位。②可使用矫形支架和夹板，双侧腕、指关节肿胀畸形者应保持腕关节背伸 20° - 30°，指关节掌屈，半握拳。③膝关节维持伸直位，足底置护足板以防足下垂。(2) 功能锻炼：病情缓解后鼓励患者及早进行功能锻炼，防止关节僵硬和肌肉萎缩。注意训练手的灵活性和协调性。

考点 51 系统性红斑狼疮的治疗与护理 (1) 糖皮质激素：是目前治疗重症 SLE 的首选药，具有显著抑制炎症反应和抗免疫作用。(2) 避免食用含补骨脂素的食物，如芹菜、香菜、蘑菇、无花果等。(3) 避免使用碱性肥皂和化妆品，避免阳光直接照射裸露皮肤，禁忌日光浴。(4) 用药护理：①大剂量甲泼尼龙冲击治疗时，宜加用氢氧化铝凝胶，防止急性上消化道出血。②免疫抑制剂的主要不良反应为白细胞减少，注意定期查血象和肝功能。③服用环磷酰胺者，注意观察有无出血性膀胱炎。

考点 51. 阿托品 用药原则：早期、联合、足量、反复给药，直至 M 样症状明显好转，或有阿托品化表现为止。用药护理：阿托品不可作为预防用药。阿托品中毒：和阿托品化的剂量接近，因此用药过程中应密切观察。阿托品中毒时可使用毛果芸香碱或新斯的明拮抗。

	阿托品化	阿托品中毒
--	------	-------

瞳孔	较前扩大	极度扩大
神志	意识清楚或模糊	烦躁不安、谵妄、抽搐、昏迷
心率	快而有力，>120次/分	心动过速，甚至室颤
皮肤	颜面潮红，皮肤干燥	颜面紫红，皮肤干燥
体温	正常或轻度升高	高热，>40

考点 52 急性一氧化碳中毒的临床表现

分级	临床表现	血液 COHb 浓度	预后
轻度中毒	搏动性剧烈头痛，头晕，恶心，呕吐，无力，心悸	10%-20%	脱离中毒环境，吸入新鲜空气或氧疗，症状很快消失
中度中毒	面色潮红，口唇樱桃红色，脉快，多汗，意识模糊或浅昏迷	30%-40%	氧疗后患者可恢复正常，无明显并发症
重度中毒	深昏迷，呼吸抑制，休克，肺水肿，心律失常或心力衰竭	>50%	病死率高，清醒后多有并发症



考点 53 急性一氧化碳中毒的护理(1) 休息活动护理：①昏迷者取平卧位，头偏向一侧，保持呼吸道通畅。②清醒后应休息 2 周，警惕迟发性脑病的发生。(2) 吸氧护理：①立即给予面罩或鼻导管高浓度吸氧，流量 8~10L/min。②重症患者尽早行高压氧舱治疗。

考点 54 传染病的临床表现-脑炎(1) 流行性乙型脑炎：极期体温高达 40° C, 表现为嗜睡、定向力障碍、谵妄、昏迷等。可出现惊厥或抽搐，严重可发生呼吸衰竭。(2) 流行性脑脊髓膜炎：败血症期皮肤黏膜最典型的表现为鲜红色的瘀点或瘀斑，大小不一。脑膜炎期出现中枢神经系统症状，表现为脑膜刺激征阳性

考点 55：体格生长的常用指标

	体重 kg	身高 cm	头围 cm	胸围 cm
出生时	3	50	34	32-33
3 个月	6	62.5	40	
1 岁	9	75	46	46
2 岁	12	86-87	48	49
>2 岁	年龄 X2+8	75+年龄 X7		头围+年龄-1

囟门：

婴儿前囟 1.5-2cm, 1~1.5 岁时应闭合。后囟最迟生后 6~8 周闭合。

脊柱：3 个月颈曲，6 个月胸曲，1 岁腰曲形成 36°

牙齿：生后 4—10 个月乳牙开始萌出，13 个月未萌出者为萌出延迟，约于 2.5 岁时乳牙出齐。6 岁时萌出第一颗恒牙。2 年内乳牙数目为月龄减 4-6

考点 56：小儿运动功能的发育

二抬四翻六会坐

七滚八爬周会走

123 走跳跑

考点 57 计划免疫

免疫源	初种	接种途径
卡介苗	生后2~3天	皮内注射
脊髓灰质炎减毒活疫苗	2、3、4月龄各1次	口服
百、白、破混合制剂	3、4、5月龄各1次	肌肉注射
麻疹减毒活疫苗	8月龄以上	皮下注射
乙肝疫苗	第1天、1月、6月龄	肌肉注射

出生乙肝卡介苗（乙肝 0.1.6.）

2月糖丸要吃好(2.3.4)

3.4.5月百白破

8月麻疹活疫苗

考点 58 辅食添加

每次一种，由少到多，由稀到稠，由细到粗，由流食到半流食到普食。

月龄	食物性状	引入的食物
2周~3月	汁状食物	鱼肝油
4-6月	泥状食物	含铁配方米粉、菜泥、水果泥、蛋黄
7~9月	末状食物	粥、烂面、菜末、蛋、鱼泥、豆腐、肉末、肝泥、水果
10~12月	碎状食物	软饭、碎肉、碎菜、蛋、鱼肉、豆制品、带馅食等

考点 59：新生儿常见的特殊生理状态

生理性体重下降	双 10（体重下降不超过 10%，10 日恢复到出生体重）
生理性黄疸	生 2-3 日即出现黄疸，4-5 日最重，2 周内消退
生理性乳腺肿大	
假月经	生后 5-7 天，一周停止
口腔内改变	“板牙”、“马牙”、“螳螂嘴”

考点 60：新生儿窒息

Apgar 评分：8~10 分属正常新生儿；4~7 分为轻度窒息；0~3 分为重度窒息。

体征	0	1	1
心率	0	<100	≥100
呼吸	0	慢、不规则	佳
刺激反应	无反应	有动作如皱眉	哭、咳嗽、喷嚏
肌张力	松弛	四肢略屈曲	四肢屈曲、活动
皮肤颜色	苍白或青紫	躯干红、四肢青紫	全身红

考点 61：新生儿缺血缺氧性脑病

新生儿窒息史 + 评分小于 7 分 + 突发兴奋（抽搐）和昏迷交替 = 新生儿缺血缺氧性脑病

辅助检查：

脑电图（评估预后）

MRI（24 小时以内首选）

CT 扫描：最适合的检查时间为生后 2~5 日

考点 62：新生儿颅内出血

最严重的脑损伤，多因早产、缺氧或产伤引起。

脑室周围—脑室内出血：最常见的一种类型。

硬膜下出血：是产伤性颅内出血最常见的类型。

治疗：

支持疗法：保持安静并减少刺激。绝对静卧，抬高肩部 15°~30°

控制惊厥：首选苯巴比妥，还可选用地西洋、水合氯醛等。

降低颅内压：呋塞米静脉推注，中枢性呼吸衰竭可用小剂量 20%甘露醇

考点 63 甲状腺癌术后并发症

并发症	症状	处理
呼吸困难和窒	血肿压迫	立即床边抢救，清除血肿

息	喉头水肿	大剂量激素
喉返神经损伤	单侧——声音嘶哑	健侧代偿
	双侧——声带麻痹, 失声、呼吸困难	立即气管切开
喉上神经损伤	外支损伤——声调降低	
	内支损伤——易误咽和呛咳	
手足抽搐	损伤甲状旁腺导致血钙降低	注射 10%葡萄糖酸钙

考点 64 葡萄胎, 侵蚀性葡萄胎, 绒毛膜癌

	葡萄胎	侵蚀性葡萄胎	绒毛膜癌
性质	良性	恶性	高度恶性
病因病理	不明, 与营养不良、年龄等有关, 多见于 20岁↓ / 35岁↑; 胎盘绒毛滋养细胞增生间质水肿呈水泡样	葡萄胎清除后半年内发生; 侵入子宫肌层或转移至子宫以外, 可见绒毛结构	葡萄胎清除后1年↑、流产或足月产后发生; 侵入子宫内膜和肌层, 伴有大量出血和坏死, 绒毛结构消失
转移	局限于子宫内, 不侵入肌层, 无远处转移	肺转移常见症状为咳嗽、血痰或反复咯血、胸痛、呼吸困难; 脑转移是死因。	
治疗	确诊后立即清宫	以化疗为主, 手术和放疗为辅	

考点 65 Apgar 评分:

是以新生儿出生后 1 分钟及 5 分钟分心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色五项体征为依据, 每项为 0-2 分, 满分为 10 分, 8-10 分属正常新生儿, 一般不需处理; 4-7 分为轻度窒息, 经处理后可恢复, 0-3 分为重度窒息, 需紧急抢救

体征	0	1 分	2 分
每分钟心率	0	<100 次	≥100 次
每分钟呼吸	0	浅、慢、不规则	佳
肌张力	松弛	四肢稍屈曲	四肢屈曲, 活动好
喉反射	无反射	有些动作	咳嗽、恶心
皮肤颜色	全身苍白	躯干红、四肢青紫	全身粉红

考点背诵 66 流产

类型	病史	妇科检查	处理要点

	出血量	下腹痛	妊娠产物	宫颈口	子宫大小	
先兆	少	无或轻	无	未开	符合孕周	保胎
难免	中→多	加剧	无	开大	相符或略小	尽快清宫
不全	持续或大量伴休克	减轻	部分排出	扩张或有物堵塞或闭	小于孕周	清宫, 防休克感染
完全	少→停	消失	全部排出	关闭	正常或略大	无需处理
稽留	消失	消失	无	关闭	小于孕周	清宫防出血
复发	≥3次以上的自然流产					

考点背诵 67 早产

早产——妊娠满 28 周但不满 37 足周之间分娩者。此时娩出的新生儿称早产儿。

早产临产——子宫收缩规律（20 分钟≥4 次），伴以宫颈管消退 80%、以及进行性宫口扩张 1cm 以上。

治疗原则——1. 若胎儿存活，胎膜，无胎儿宫内窘迫，通过休息和药物治疗控制宫缩，尽量维持妊娠至足月

2. 若胎膜已破，早产已不可避免时，则应尽可能提高早产儿的存活率

护理措施——预防新生儿合并症的发生

在分娩前遵医嘱给孕妇糖皮质激素（地塞米松、倍他米松）以促使胎肺成熟。经阴道分娩者应考虑使用会阴切开术以缩短产程，减少对胎头的压迫。

考点 68 异位妊娠

最常见部位——输卵管壶腹部

原因——慢性输卵管炎

临床表现——停经、腹痛、阴道出血+腹腔内出血表现：

（肛门坠胀感；阴道后穹隆饱满，有触痛；宫颈举痛或摇摆痛；子宫漂浮感；移动性浊音阳性）

简单可靠的诊断——后穹窿穿刺

处理——抗休克同时手术

考点背诵 69 羊水量异常

一、羊水过多

概念——妊娠期任何时期内羊水量超过 2000 ml，称为羊水过多

病因——多见于多胎妊娠，胎儿畸形（其中以中枢神经系统和上消化道畸形最常见），孕妇患病如糖尿病

辅助检查——B 超检查是重要的方法

治疗原则——经诊断为羊水过多合并胎儿畸形者应及时终止妊娠。护理措施：羊膜腔穿刺放羊水，一次不超过 1500 ml，每小时放水不超过 500ml。放羊水后腹部放置沙袋或包扎腹带。

二、羊水过少

概念——妊娠足月时羊水量少于 300 ml

病因与病理——胎儿畸形（泌尿系畸形）

考点背诵 70 胎膜早破

病因	创伤、妊娠晚期性交、感染	
临床表现	孕妇自觉突然有液体自阴道流出，时多时少，断断续续，咳嗽、用力时明显；肛诊检查触不到羊膜囊，上推先露部见有液体流出，流液中混有胎脂	
辅助检查	阴道液涂片：皮肤细胞及毳毛。阴道液干燥片→羊齿状结晶	
	阴道液酸碱度检查：羊水 pH 为 7.0~7.5，平均约为 7.2	
	超声检查：羊水量减少可协助诊断	
治疗原则	采取左侧卧位，	
	分娩方式	妊娠 28~33 周，无产兆及感染征象，等待自然分娩 若已足月而未临产又无感染征象，可观察 12~18 小时，做好引产或剖宫产术准备
		破膜 12 小时以上预防性应用抗生素 给予糖皮质激素促进胎肺成熟
护理	预防脐带脱垂	左侧卧位，抬高臀部，避免不必要的肛查和阴道检查 脐带已脱垂者→吸氧，数分钟内结束分娩
健康教育	孕晚期禁止性交；告知孕妇一旦破膜应立即平卧，并抬高臀部，禁止直立行走，尽快送往医院。宫颈内口松弛者，应卧床休息于妊娠 14~16 周行宫颈环扎术	

考点背诵 71 产后出血

胎儿娩出后 24 小时内出血量超过 500ml，称为产后出血。多发生在产后 2 小时

内。

病因

(一) 宫收缩乏力:最主要原因。(二) 胎盘因素

(三) 软产道裂伤

(四) 凝血功能障碍

分类	原因	临床表现	治疗
子宫收缩乏力	是最常见的原因,可由全身性因素主子宫局部因素引起,如恐惧、紧身、滥用镇静剂、麻醉剂、子宫发育不良、多次刮宫、多产等	胎盘娩出后阴道多量出血,多为间歇性,有血凝块。子宫软,轮廓不清,按摩推压宫底有积血流出,使用宫缩剂后子宫变硬	按摩子宫是常用有效的方法。应用宫缩剂、填塞宫腔(24小时取出纱布条)、结扎盆腔血管止血
软产道裂伤	胎盘滞留、粘连或植入,部分残留、嵌顿等	胎儿娩出后立即出现持续性阴道出血,呈鲜红色能自凝	缝合,若为阴道血肿首先切开血肿,清除血块,缝合止血,补充血容量
胎盘因素	急产、巨大儿、产力过强,助产手术操作不当	胎盘剥离延缓,胎盘娩出前阴道出血,出血呈间歇性,有血凝块	及时将胎盘取出,并做好必要的刮宫的准备
凝血功能障碍	较少见,如血液现及妊娠并发症,影响凝血或导致DIC引起出血不凝	胎盘娩出前、后出现持续性阴道流血,多而不凝,且伴有全身出血倾向	针对不同病因、疾病各类进行治疗,如血小板减少应输血,DIC应抗凝抗纤溶

考点 72: 新生儿寒冷损伤综合征的护理

新生儿硬肿症,是新生儿期因寒冷或(和)多种疾病所致。多见于未成熟儿。

临床表现——低体温和皮肤硬肿

硬肿发生顺序为——小腿→大腿外侧→下肢→臀部→面颊→上肢→全身。

复温——循序渐进,逐步复温。

肛温 $>30^{\circ}\text{C}$ 放入 30°C 暖箱

6-12小时恢复正常体温。

肛温 $<30^{\circ}\text{C}$ 放入比体温高 $1-2^{\circ}\text{C}$ 暖箱,

每小时升高 1°C

12-24 小时恢复正常体温

考点 73: 新生儿破伤风

病因——破伤风梭状杆菌经脐部侵入引起的一种急性感染性疾病。

临床特征——全身肌肉强直性痉挛和牙关紧闭：“苦笑面容”、角弓反张。

常在生后 7 天左右发病。“脐风”、“七日风”、“锁口风”

治疗护理:

1. 镇静、控制痉挛: 注射破伤风抗毒素 (TAT)、避免任何刺激、给予镇静剂
2. 处理脐部: 用 3% 过氧化氢溶液清洗局部后, 涂以 2% 碘酊。敷料应焚烧处理

考点 74: 营养不良

缺乏能量和 (或) 蛋白质

病因——喂养不当最常见

临床表现——体重不增→下降

皮下脂肪减少顺序: 腹部→躯干→臀部→四肢→面部

考点 75: 小儿先天性心脏病

右向左分流型:

法洛四联症

肺动脉狭窄

室间隔缺损

主动脉骑跨

右心室肥厚

	室间隔缺损	房间隔缺损	动脉导管未闭	法洛四联症
症状	心悸、乏力、咳嗽气短, 发育落后、晚期紫绀	同左	同左 (差异性青紫、脉压差增大)	青紫、乏力、蹲踞、晕厥; 发育落后
杂音: 部位	第3、4肋间	第2、3肋间	第2-3肋间	第2-4肋间
性质			机器样杂音	
P2	亢进	亢进, 固定分裂	亢进	减弱或消失
房室增大	左、右室增大	右房、右室大 心影呈梨型	左房、左室大	右室大 心影呈靴型
肺动脉段	凸出	凸出	凸出	凹陷
肺野	充血	充血	充血	清晰
肺门“舞蹈”	有	有	有	无

先天性心脏病的护理措施

治疗原则:

外科治疗、内科治疗: 吲哚美辛可治疗动脉导管未闭。

注意观察病情，防止并发症发生

(1) 缺氧发作，将小儿置于膝胸卧位，给予吸氧，根据医嘱给予吗啡及普萘洛尔抢救治疗。

(2) 法洛四联症患者供给充足液体，以防血液浓缩形成血栓。

(3) 观察有无心力衰竭的表现，如出现，立即置患儿于半卧位，给予吸氧。

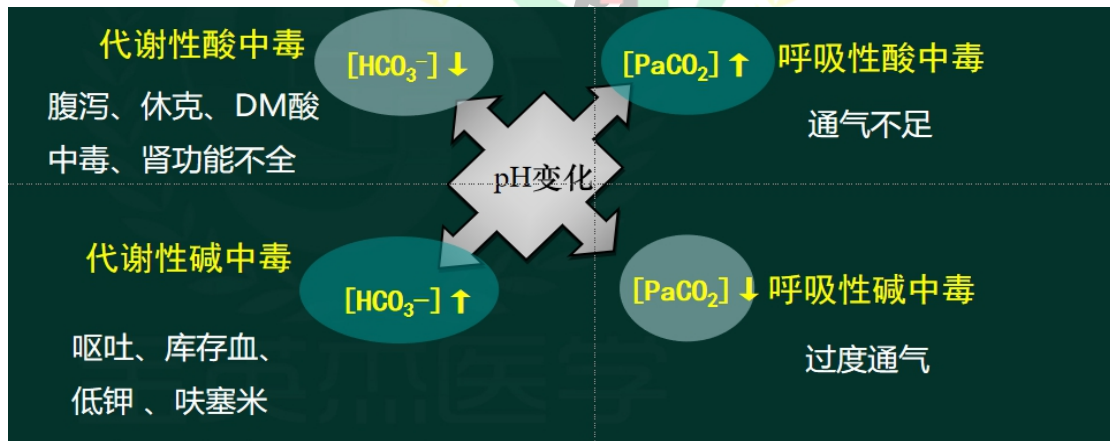
少量多餐，避免呛咳和呼吸困难。

(4) 保持大便通畅。

考点 76 低钾血症和高钾血症

	低钾血症	高钾血症
血钾	<3.5mmol/L	>5.5mmol/L
病因	长期禁食 排钾性利尿剂的应用 碱中毒	摄入太多、库血 保钾性利尿剂、肾排钾功能减退 溶血、挤压伤综合征、酸中毒
临表	最早—肌无力 四肢→躯干→呼吸肌 腱反射↓	无特殊。肢软、神志改变 心动过缓，心律不齐，心跳骤停
ECG	T波降低变宽，双相倒置 ST下移，QT间期延长、U波	早期T波高尖，QT间期延长 后出现QRS增宽，PR间期延长
处理原则	补钾<40mmol (3g) /L <20mmol/h 每天40-80mmol (3-6g)	5%NaHCO ₃ 60-100ml 25%葡萄糖100-200ml+胰岛素 阳离子交换树脂、透析、钙剂

考点 76 酸碱平衡失调的类型



考点 77 、CVP 和 BP 如何指导补液

CVP	BP	原因	处理原则
↓	↓	血容量严重不足	充分补液
↓	N	血容量严重不足	充分补液
↑	↓	心功能不全或血容量相对过多	强心、减慢输液

↑	N	容量血管过度收缩	舒张血管
N	↓	心功能不全/血容量不足	补液试验

考点 78、烧伤的临床表现

记忆方法：I 度红 II 度泡 III 度皮肤全烧掉

深度分类	I 度	浅 II 度	深 II 度	III 度
损伤深度	表皮层	真皮浅层	真皮深层	全层皮肤
临床特征	红斑	水 泡		焦痂
	无水疱；红、肿、灼痛。	水疱较大，基底潮红；剧痛。	水疱小或无，基底苍白；感觉迟钝（拔毛时痛）	无水疱；蜡白或焦黄，见栓塞静脉如树枝状；感觉消失（拔毛时不痛）
愈合过程及创面预后	2~3日后痊愈，无瘢痕。	2W左右愈合，无瘢痕，有色素沉着。	3~4w愈合，有瘢痕。	2~4w后，焦痂脱落，需植皮。

烧伤严重性：

轻度烧伤：II 度烧伤面积 ≤ 10%、无三度烧伤

中度烧伤：II 度烧伤面积 10%-29%、或 III 度烧伤面积 < 10%

重度烧伤：烧伤总面积 30%-49%、或 III 度烧伤面积 10%-19%、或面积不足上述百分比，但并发休克、呼吸道烧伤或合并较重的复合伤。

特重烧伤：烧伤总面积 > 50%、或 III 度烧伤面积 > 20%

考点 79、烧伤补液

补液总量：伤后第 1 个 24h，成人每 1% 烧伤面积每公斤体重补充溶液 1.5ml（胶体：晶体=1：2）+生理需要量 2000ml 计算。

液体种类：晶体液首选平衡盐溶液；胶体液首选血浆；生理需要量用 5% 或 10% 葡萄糖溶液。

补液原则：先快后慢，先盐后糖，先晶后胶，液种交替，见尿补钾。

前 8h 小时补充总量的一半，后 16h 补充总量的另一半

考点 80、移植的分类

1. 根据移植物来源分类

(1) 自体移植：如断肢再植。

(2) 同质移植：一卵双生的孪生兄弟或孪生姐妹，其组织器官相互移植。

(3) 同种异体移植：供体和受体属同一种族，短时期内可存活，有排斥反应。

(4) 异种异体移植：以不同种族动物的组织进行移植，有强烈的排斥反应。

2. 根据移植的方法分类

- (1) 游离移植：如游离皮片移植。
- (2) 带蒂移植：如带蒂皮瓣、带蒂肌瓣、带蒂大网膜移植等。
- (3) 吻合移植：如断肢再植、肾移植和肝移植等。
- (4) 输注移植：如输血、骨髓移植、干细胞移植、胰岛移植等。

考点 81、甲亢的辅助检查

1、基础代谢率测定

计算公式：基础代谢率% = (脉率+脉压) - 111。

正常值为±10%，+20%~+30%为轻度甲亢，+30%~+60%为中度甲亢，+60%以上为重度甲亢。

2、甲状腺摄¹³¹I率测定 甲状腺摄¹³¹I量率增多、高峰提前出现，都表示有甲亢，但不反映甲亢的严重程度。

3、T₃、T₄、TSH测定 T₃、T₄升高，TSH下降提示原发性甲亢。

术前准备中最重要环节，目的是降低基础代谢率。

①开始即用碘剂：常用复方碘化钾溶液，每日3次，第1日每次3滴，第2日每次4滴，逐日每次增加1滴至每次16滴为止，然后维持此剂量。

②抗甲状腺药物加服碘剂：待甲亢症状控制后停药，改服2周碘剂，再行手术。

抗甲状腺药物中首选丙硫氧嘧啶，可抑制甲状腺素的合成。

考点 82 急性腹膜炎的辅助检查

1、X线检查：腹部立位摄片若出现膈下游离气体，是诊断胃肠道破裂的证据。

2、B超：主要用于诊断肝、脾、胰、肾的损伤。

3、腹腔穿刺：对于有无腹腔内脏器损伤及损伤脏器的种类有较大帮助。

(1)若抽出不凝固的血液，提示实质性脏器损伤；

(2)若抽出胃肠内容物或气体，提示胃肠道损伤。

考点 83、常见腹外疝的鉴别

鉴别要点	腹股沟斜疝	腹股沟直疝	股疝
发病年龄	儿童与青壮年多见	多见于老年	40岁以上妇女
突出途径	经腹股沟管突出	由直疝三角突出	经股管突出进入
阴囊	可进入	不进	不进
疝块外形	椭圆形或梨形,有蒂	半球形,基底较宽	半球形,位于卵圆窝
回纳疝块后压住内环	疝块不再突出	仍可突出	仍可突出
精索与疝囊的关系	精索在疝囊后面	精索在疝囊前外方	—
疝囊颈与腹壁下动脉关系	疝囊颈在腹壁下动脉外侧	疝囊颈在腹壁下动脉内侧	—
嵌顿机会	较多	较少	最易嵌顿

考点 84、消化性溃疡的并发症

出血	最常见并发症,可表现为呕血与黑便。
穿孔	最严重并发症,剧痛和腹膜刺激征+膈下游离气体
幽门梗阻	餐后上腹部饱胀,频繁呕吐宿食+低钾低氯性碱中毒
癌变	少数胃溃疡可发生癌变

溃疡病,经常见,四大恶魔常出现;

出血与穿孔,梗阻与癌变;

出血表现为黑便,穿孔出现腹膜炎;

梗阻病人吐宿食,少数病人会癌变

考点 85、颅底骨折的临床表现

骨折部位	脑脊液漏	瘀斑部位	瘀斑部位
颅前窝	鼻漏	“熊猫眼”征/兔眼症	嗅神经、视神经
颅中窝	鼻漏和耳漏	耳后乳突区	面神经、听神经
颅后窝	无	耳后及枕下部	少见

考点 86 人员管理的基本原则

1. 职务要求明确原则: 设置的职务应有明确要求。
2. 责权利一致原则: 达到工作目标
3. 公平竞争原则: 得到合适的人选。
4. 用人之长原则: 充分发挥人员的才能。
5. 系统管理原则: 选拔、使用、考评和培训紧密联系

考点 87、护理人员编设与排班

(一) 按实际工作量算法 (自己在科室)

根据医院各科室工作岗位的实际工作量,员工的工作效率、工作班次、出勤率为依据,确定人员编制的方法。

适用于住院部医疗技术人员的定编，并与床位的多少及床位的使用率有关。
实际工作量：以完成护理工作任务所需耗费的工时来确定。

(二) 比例定员计算法

根据医疗技术人员与患者的数量及比例或者不同“职系”、“职级”之间员工的比例确定人员编制的方法。

1. 病床与工作人员之比为 (3-7)

① 300 张床位以下的医院，按 $1:1.3\sim 1:1.4$;

② 300~500 张床位的，按 $1:1.4\sim 1:1.5$ ； (345)

③ 500 张床位以上的，按 $1:1.6\sim 1:1.7$ 。

考点 88、排班的类型

1. 集权式排班：排班者：护理部或科护士长

优点：管理者掌握全部护理人力，可依各部门工作需要，灵活调配；

缺点：对护理人员的个别需要照顾少，会降低工作满意度。

2. 分权式排班：

排班者：病区护士长。

优点：管理者能根据本部门的人力需求状况进行有效安排，并能照顾护士的个别需要；

缺点：无法调派其他病区的人力，且排班花费的时间较多。

3. 自我排班

优点：

① 提高护理人员的积极性；

② 促进团体凝聚力的提高；

③ 护士长与护理人员关系融洽；

④ 护士长节省排班时间。

缺点：与分权式排班类似。

考点 89、激励的过程

1. 洞察需要：激励机制的源头。（源头有洞）

2. 明确动机：激励机制的前提。

3. 满足需要：激励机制的核心。（心满意足）

4. 激励与反馈、约束相互补充

考点 90 隔离

隔离区域的设立：三区、二通道、二缓冲区；

三区：清洁区、潜在污染区和污染区；

两通道：洁、污通道；

两区之间设立缓冲区；洗手设施，备有口罩、隔离衣、帽子、手套等防护用物不同颜色的标识加以区分。

考点 91 隔离室内物品的处理方式

1. 重复使用的物品被污染时，以黄色包装袋包装隔离，经灭菌方可使用。如器械、衣服和床单等。

2. 体温计专人使用，用后高水平消毒才能用于其他病人

3. 血压计、听诊器应与其他病人分开，同病原菌感染者可共同使用。

4. 不可重复使用的物品，用后装黄色垃圾袋，按感染性废物处理。

5. 病历不要接触感染物或污染物品，不带进隔离室，否则应灭菌后再使用。

6. 检验标本应放在有盖的容器内，运输用袋子装好并标记，标本应经灭菌处理后再丢弃。

标准预防

将病人的**血液、体液、分泌物**（不包括汗液）均视为具有传染性，在接触这些时以及**病人黏膜和非完整皮肤时**必须采取相应措施。

（患者的血液 体液 分泌物 非完整皮肤和粘膜均可能含有感染因子）

标准预防的原则：

无论是否确定病人有传染性，均采取防护措施。

标准预防的具体措施

（一）洗手

1. 可能接触病人的**血液、体液、排泄物、分泌物**，**污染器械后立即洗手**
2. **脱手套后**及时洗手。
3. 两个病人之间，手可能**传播微生物污染环境**时。
4. 同一个病人，接触的**不同部位**时。
5. **不同病人之间**操作时一定要换手套。**手套也不能代替洗手**（即使操作时戴着手套，脱去手套后也应及时洗手）
6. 日常工作卫生洗手，用普通肥皂，严格**六步洗手**。
7. 为控制暴发使用**抗菌洗手液或手消毒液**。

（二）手套

1. 接触**血液、体液、排泄物、分泌物及污染物品**时；
2. 进行手术等**无菌操作**；
3. 接触患者**皮肤黏膜**时应戴手套；
4. 不同病人之间操作时一定要换手套。**手套也不能代替洗手**（即使操作时戴着手套，脱去手套后也应及时洗手）

（三）面罩、护目镜和口罩

可以减少病人的**体液、血液、分泌物**等飞溅到医护人员**眼睛、口腔及鼻腔黏膜**。

（检验科、供应室、气管切开吸痰）

（四）穿隔离衣

防止被患者的**血液、体液、分泌物、排泄物**污染时；

脱隔离衣后立即洗手

（五）可重复使用的设备

下一个病人**使用之前**清洁干净，适当地**消毒灭菌**，一次性使用的部件应弃去。

（六）环境控制

制定日常消毒的标准和流程，**地面物表消毒**，**床单位、轮椅及门把手消毒**。

（七）锐器处理

使用后的污染利器（针、刀、其他利器）、尖锐物品（针及手术刀等），用后**针头不回套针头帽**，不用**手去除针头**，锐器置于**锐器盒**。

（八）其他

更换、运输被**血液、体液、分泌物、排泄物**污染的被服时，**避免扰动**，防止微生物污染其他病人和环境。

考点 91 特殊感染预防

（一）经空气传播疾病的隔离预防

指飞沫核 $\leq 5\mu\text{m}$ ，如**结核、水痘、麻疹**（传播距离大于1米）。

1. 每个房间都要进行适当**通风**，有条件使用**负压病房**。

- 入室的工作人员应戴**医用防护口罩**。
- 病人需限制在**病房活动** 设立空气传播的隔离标志-**黄色**。

(二)对经飞沫传播疾病的隔离预防(近距离1米)

指**飞沫核**>5um,如**细菌性脑膜炎、白喉、呼吸道合胞病毒感染**等。

- 入室内时戴**外科口罩**。
- 无条件时, **同种疾病病人可同住一室**。
- 限制活动范围,病人**离开病房**应戴**外科口罩**。

设立飞沫传播的隔离标志-**粉色**

(三)对经接触传播疾病的隔离预防(多耐菌)

如**皮肤白喉、大面积烧伤以及多重耐药细菌感染**

- 尽量**单人单间**,或**同种病人住一间**。床距**1米**以上
- 入病房应戴**手套、穿隔离衣**。
- 限制其活动范围、少转运**,
- 专用**隔离标识**,**限制探视人员**等。

设立接触传播的隔离标志-**蓝色**

考点92 抗菌药物的使用疗程

- 急性感染**,体温恢复正常,症状消失后续用**2-3天**,体质好的、病程不易迁延者,病情基本控制后**1-3天**即可停药。
- 败血症**,病情好转,体温正常 **7-10天**再停药。
- 严重感染**(如感染性心内膜炎、骨髓炎),疗程可达**4-8周**。
- 急性感染应用抗菌药物后疗效不显著,**48-72时**后改用其他药物或调整剂量及给药途径。

考点93 甲型肝炎和戊型肝炎环境物品消毒

消毒对象	消毒方法	消毒时间
地面、墙壁、家具表面,衣物、被褥,病人排泄物、呕吐物及其容器,餐(饮)具,食物,家用物品、家等的消毒	煮沸或流通蒸气消毒或 250~500 mg/L 有效氯浸泡	30分钟
不耐热的衣物	过氧乙酸熏蒸方法消毒 , 置入环氧乙烷消毒柜,浓 度800mg /L 温度54℃,湿度80%	消毒柜 4-6小时
废弃物	焚烧	

考点94 乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎物品消毒

患者的血液与分泌物	含氯消毒剂等中水平以上消毒剂消毒。
地面、墙壁、家用物品、家具、玩具、衣服、餐(饮)具的消毒。	含氯消毒剂等中水平以上的消毒剂消毒。
HBV、HCV 阳性血液及血制品	尽快彻底焚烧。
存过的冰箱、冷库解冻后的冰水	含氯消毒剂溶液(含有效氯2000mg/L)按1:1的比例混匀,作用30分钟后排放。
针头、注射器、输液管、酒精棉球、棉签、	浸以0.1%次氯酸钠溶液消毒,必要时可彻底焚烧。

考点 95 古典管理理论 (科; 过; 行)

1. 科学管理理论 (泰父)

创始人是泰勒, 首次提出了科学管理的概念, 1911 年出版《科学管理原理》一书, 被公认为“科学管理之父”

2. 管理过程理论 (法过)

法约尔对组织管理进行了系统的、独创的研究, 1925 年出版了《工业管理与一般管理》一书, 后人把他称为“管理过程之父”

3. 行政组织理论

韦伯着重于组织理论的研究, 提出了“理想的行政组织体系”理论。

考点 96 行为科学管理理论 (人; 人; 群)

1. 人际关系学说: 梅奥“霍桑实验”, 发现决定工作效率最重要的是人际关系和安全感, 出版了《工业文明中的人的问题》, 提出了人际关系学说。

2. 人性理论: 美国的麦格雷戈 (麦 XY)

X 理论认为人是懒惰的, 不喜欢工作, 在严密监督下才能有效地工作。

Y 理论认为人是喜欢工作的, 是负责的, 能够自我控制和管理

3. 群体力学理论: 德国 库尔特·卢因 1944 年提出的, 重点研究组织中的群体行为。(卢群)

考点 97、系统的特征(eg: 国家市场管理系统)

(1) 整体性: 系统是由各个要素组成的有机整体。1+1>2

(2) 目的性: 创造价值和提供服务

(3) 相关性: 各要素之间是相互联系、相互依存的

(4) 层次性: 有一定的层次结构。

(5) 环境适应性: 与外界环境进行能量、信息的交换

考点 98 领导理论及应用

(一) 领导作风理论: 下属与领导方式 (家庭)

1. 专权型: 又叫命令型、权威型、独裁型领导方式

特点: 权力定位于领导者, 很少听取下属的意见。

2. 民主参与型: 发动下属讨论, 集思广益, 然后决策

3. 自由放任型: 给予每个成员高度的自主权, 不加干涉

(二) 领导生命周期理论

又称情景领导理论：**最有效**：应随着员工“成熟度”的变化而变化。

成熟度：个体完成某一具体任务的能力和某一意愿的程度。

(二) 领导生命周期理论 (新护士→成熟护士)

1. 高工作、低关系 (高不成低不就)

不成熟的下属采取**指令性工作**，指导、督促、检查。

2. 高工作、高关系

初步成熟的给予说明、指导和检查；重视信任和尊重，**增加关系行为的分量**

3. 低工作、高关系

比较成熟的，共同决策，采取**适当授权、参与管理**

4. 低工作、低关系

成熟的，高度信任、**充分授权**，极少的指导与支持

考点 99 消毒作用水平

根据消毒因子的适当剂

量(浓度)或强度和作用时间对微生物的杀菌能力。可分为：

1. 灭菌水平：**杀灭一切微生物(包括细菌芽孢)达到无菌水平的方法。**

方法(1) 物理灭菌法：**热力灭菌、辐射灭菌**

(2) 化学灭菌法：环氧乙烷、过氧化氢、甲醛、
戊二醛、过氧乙酸 (**二过环 12 醛**)

2. **高水平消毒**：杀灭一切细菌繁殖体包括结核分枝杆菌、病毒、真菌及其孢子和绝大多数细菌芽孢。

方法：**含氯制剂、二氧化氯、邻苯二甲醛、过氧乙酸、过氧化氢、臭氧、碘酊**

3. **中水平消毒**：杀灭除细菌芽孢以外的各种病原微生物，包括分支杆菌。

方法：**碘类消毒剂(碘附、氯己定碘等)、醇类和氯己定的复方、醇类和季铵盐类化合物的复方、酚类等消毒剂**

4. **低水平消毒**：杀灭细菌繁殖体(分枝杆菌除外)和亲脂病毒的化学消毒方法

方法：**季铵盐类消毒剂(苯扎溴铵等)**

双胍类消毒剂(氯己定)

灭菌	杀灭一切微生物(包括细菌芽孢)达到 无菌水平
高水平消毒	杀灭一切 细菌繁殖体 包括结核分枝杆菌、病毒、真菌及其孢子和绝大多数细菌芽孢。
中水平消毒	杀灭除 细菌芽孢 以外的各种病原微生物，包括分支杆菌
低水平消毒	杀灭细菌繁殖体(分枝杆菌除外)和亲脂病毒



金英杰医学
JINYINGJIE.COM



金英杰医学
JINYINGJIE.COM

金英杰医学



金英杰医学
JINYINGJIE.COM



金英杰医学
JINYINGJIE.COM

金英杰医学