

护士资格考试高频知识点——内外妇儿（1）

知识点 1：心功能分级

根据临床表现和活动能力，心功能分为四级：

I级：心脏病患者日常活动不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II级：心脏病患者体力活动轻度受限，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III级：心脏病患者体力活动明显受限制，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV级：心脏病患者不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

知识点 2：心脏的腔室与瓣膜：

(1) 心脏有四个腔室：左心房、左心室、右心房、右心室。

(2) 两个间隔：左右心之间互不相通。

①房间隔（左心房、右心房之间）；

②室间隔（左心室、右心室之间）。

(3) 四个瓣膜：相通。

①二尖瓣（左心房、左心室之间）；

②三尖瓣（右心房、右心室之间）；

③主动脉瓣（左心室与主动脉之间）；

④肺动脉瓣（右心室与肺动脉之间）。

知识点 3：人体循环

人体主要循环有体循环和肺循环。

(1) 体循环（大循环）：血液经左心房、由左心室泵血到主动脉，再到毛细血管与组织细胞进行物质交换，送去养分带走代谢废物经上下腔静脉回右心房。

(2) 肺循环（小循环）：血液经右心房、右心室，静脉血从肺动脉到肺进行气体交换，放出二氧化碳，带走氧，然后经肺静脉将含氧丰富的动脉血运回左心房。

知识点 4：心脏负荷过重分类：

(1) 容量负荷（前负荷）过重：见于二尖瓣、主动脉瓣关闭不全；房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭；以及伴有全身血容量增多疾病，如甲状腺功能亢进症、慢性贫血等。

(2) 压力负荷（后负荷）过重：见于高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄等，以及左、右心室收缩期射血阻力增加的疾病。

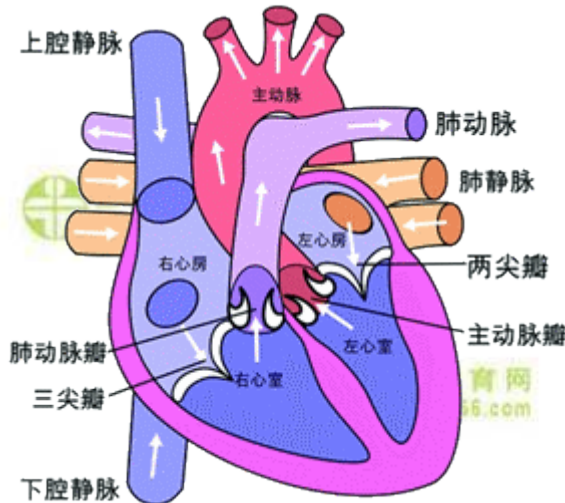
(1) 前负荷（容量）增加：

如：瓣膜关闭不全、间隔缺损、贫血、甲亢。

记忆：缺心眼——不关门——进来人（贫血、甲亢）

(2) 后负荷（阻力、压力）增加：

记忆：两个瓣膜狭窄，两根血管及两个循环压增高。



知识点 5: 急性左心衰考点总结

(1) 主要是急性肺水肿的表现：端坐呼吸、咳嗽、咳粉红色泡沫样痰、双肺湿啰音。

(2) 急救措施：半卧位、腿下垂、吸氧（吸入高流量 6~8L/min 氧气，加入 20%~30%乙醇湿化，降低肺泡及气管内泡沫的表面张力）、利尿等，有呼吸系统疾病时禁用吗啡。

(3) 急性肺水肿最具有特征意义的是严重呼吸困难伴咯粉红色泡沫样痰。

(4) 急性左心衰用药组合：呋塞米、硝普钠、西地兰。

左心衰记忆口诀：

左心衰，呼吸快，泡沫痰，粉红色，听诊肺，湿啰音，端坐位，腿下垂，快给氧，高流量，酒湿化，泡沫消。

知识点 6: 心电图 (ECG) 各个导联的连接:

(1) 肢导:

右上——红色；左上——黄色；

左下——绿色；右下——黑色。

(2) 关于胸导联电极的安放:

V1: 胸骨右缘第四肋间;

V2: 胸骨左缘第四肋间;

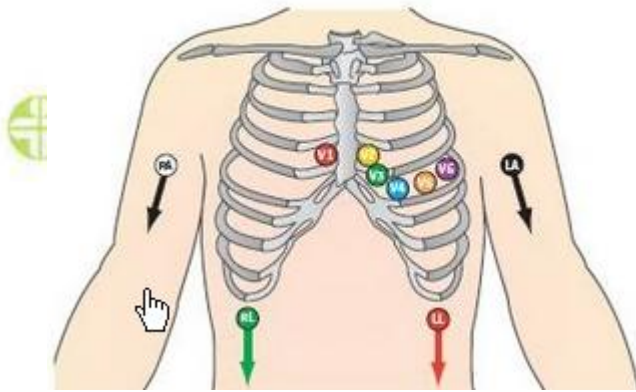
V3: V2 与 V4 连线中点;

V4: 左第 5 肋间锁骨中线处;

V5: 左腋前线与 V4 同一水平;

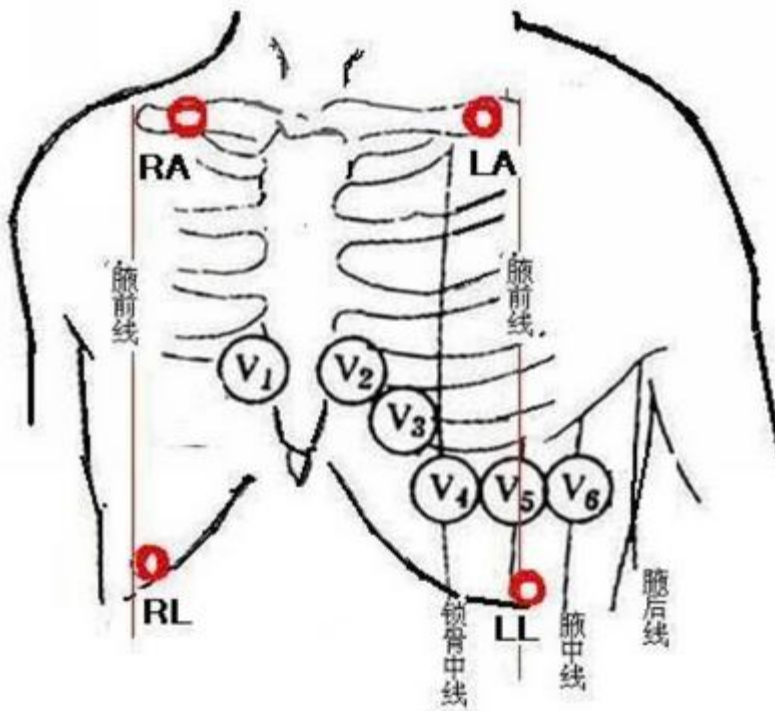
V6: 左腋中线与 V4 同一水平;

胸导临床操作时按颜色来记顺序：红黄绿棕黑紫，方便操作。



医学教育网
med66.com

医学教育网
www.med66.com



医学教育网
med66.com

医学教育网
www.med66.com

医学教育网
med66.com

十二导联动态心电图电极放置

知识点 7：洋地黄中毒急救歌

室律房颤变规则，
地黄中毒最可能。
立即停药早治疗，
阵发室速苯妥英。
室性过速用利多，
用钾必是低钾症。
心律缓慢阿托品，
血钾不低用利苯。

注：利苯——利多卡因、苯妥英钠。

知识点 8：心律失常相关知识点总结：

医学教育网
www.med66.com

医学教育网
www.med66.com

(1) 随时有猝死危险的心律失常：阵发性室性心动过速、心室颤动、第三度房室传导阻滞等。

(2) 心脏电复律适应证：

①非同步电复律适用于室颤、持续性室性心动过速。

②同步电复律适用于有R波存在的各种快速异位心律失常，如房颤、室性阵发性心动过速等。

(3) ①最常见的心律失常：室性早搏。

②最严重的心律失常：室颤。

知识点 9：根据左右心腔或大血管间有无分流和临床有无青紫，可分为3类：

1. 左向右分流型（潜伏青紫型）在左、右心之间或主动脉与肺动脉之间具有异常通路，平时不出现青紫。当剧烈哭闹或任何原因使肺动脉或右心压力增高并超过左心时，血液自右向左分流，可出现暂时性青紫。当出现持续性肺动脉高压，可产生右向左分流而呈现持久性青紫，即称艾森门格综合征。常见房间隔缺损、室间隔缺损和动脉导管未闭。

2. 右向左分流型（青紫型）：为先天性心脏病最严重的一组，因心脏结构的异常，静脉血流入右心后不能全部流入肺循环达到氧合，直接进入体循环，出现持续性青紫。常见法洛四联症。

3. 无分流型（无青紫型）：心脏左、右两侧或动、静脉之间无异常通路或分流。通常无青紫。如主动脉缩窄和肺动脉狭窄。

知识点 10：法洛四联症：

常见的青紫型先天性心脏病。以肺动脉狭窄（最重要畸形）、室间隔缺损、主动脉骑跨和右心室肥厚为主要临床特征。

①表现：3~6个月逐渐青紫，青紫持续6个月以上者，可见杵状指，患儿有蹲踞现象。

②查体：听诊：胸骨左缘2~4肋间有2或3级收缩期喷射性杂音，杂音响度与狭窄程度成反比； P_2 减弱。

③并发症：脑血栓（最常见）、脑脓肿、感染性心内膜炎、红细胞增多症。

知识点 11：心绞痛重点总结：

(1) 疼痛部位：以胸骨体中段或上段，可波及心前区。可放射至左肩、左臂内侧。

(2) 疼痛性质：压迫感、发闷、紧缩感。

(3) 持续时间：多在3~5分钟内，一般不超过15分钟。

(4) 缓解方式：休息或含服硝酸甘油后几分钟内缓解。

(5) 诱发因素：激动、劳累、饱餐、寒冷、吸烟。

(6) 护理措施：①饮食：低热量、低脂肪、低胆固醇、少糖、少盐。

②药物：硝酸甘油舌下含服，或嚼碎后含服，舌下保留一些唾液，以利药物迅速溶解而吸收。含药后应平卧，以防低血压。

知识点 12：急性心梗重点总结：

(1) 大部分心梗的病因：冠脉内斑块破裂，血栓形成。

(2) 左心室前壁——是心肌梗死最常发生的部位。

(3) 心肌梗死早期（24小时内）死亡主要由于：心律失常。

最常见的心律失常是室性期前收缩，首选：利多卡因。

(4) 急性下壁心肌梗死最易合并房室传导阻滞和束支传导阻滞。

(5) 缓解急性心肌梗死剧烈疼痛效果最好的是：吗啡、杜冷丁。

(6) 心梗：首选心电图、确诊心肌酶、并发症（乳头肌功能失调或断裂）、治疗（溶栓-尿激酶）。

(7) 护理措施：急性期绝对卧床，减少搬动；防止便秘；低热量、低脂、低胆固醇饮食。

知识点 13：心脏瓣膜病变杂音总结：

(1) 二尖瓣狭窄：心尖部可闻及舒张期隆隆样杂音。

(2) 二尖瓣关闭不全：心尖区全收缩期粗糙、吹风样杂音。

(3) 主动脉瓣狭窄：主动脉瓣区可听到响亮、粗糙的收缩期吹风样杂音。

(4) 主动脉瓣关闭不全：第二主动脉瓣区（胸骨左缘3~4肋间）可听到舒张早期叹气样杂音。

知识点 14：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；亚急性心内膜炎——草绿色链球菌。

(3) 感染性心内膜炎：发热、瘀点、脾脏大、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) 首选：血培养，10~20ml。

知识点 15：肥厚型心肌病重点总结：

(1) 症状：劳力性呼吸困难、胸痛、晕厥。注意和主动脉狭窄相鉴别。扩张型心肌病病因：病毒感染；肥厚型心肌病病因：遗传。

(2) 体征：胸骨左缘第3~4肋间听到较粗糙的喷射性收缩期杂音。注意和主动脉瓣关闭不全相鉴别。

(3) 超声：可示室间隔的非对称性肥厚，舒张期室间隔的厚度与后壁之比 ≥ 1.3 ，间隔运动低下。

(4) 治疗药物： β 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂治疗。

(5) 护理：避免提取重物、突然起立或屏气、情绪激动、饱餐、寒冷刺激等诱因。

知识点 16：缩窄性心包炎重点总结：

(1) 病因：病因以结核性心包炎最常见。

(2) 体征：颈静脉怒张、肝大、腹水、下肢水肿、心率增快。

(3) 外科治疗：应尽早施行心包剥离术。

(4) 对于呼吸困难病人要根据病情帮助病人采取半卧位或前倾坐位。

(5) 心包穿刺术的护理：抽液要缓慢，第一次抽液量不超过200ml。

知识点 17：慢性胃炎：

(1) 主要致病菌：幽门螺杆菌。

(2) 最可靠的检查方法：胃镜检查。

(3) 用药：两种抗生素如阿莫西林、克拉霉素、替硝唑等和（或）枸橼酸铋钾二联或三联治疗。

(4) 用药注意事项：

① 硫糖铝：在餐前1小时与睡前服用效果最好，如需同时使用抑酸药，抑酸药应在硫糖铝服前半小时或服后1小时给予。

② 吗丁啉或西沙必利等胃肠动力药：加速胃排空，应在饭前服用，不宜与阿托品等解痉剂合用。

③伴恶性贫血病人，可注射维生素 B₁₂ 加以纠正。

知识点 18：溃疡性结肠炎的饮食护理：高热量、富营养而少纤维、易消化流质或半流质饮食或软食物，禁食生、冷食物及含纤维素多的蔬菜水果，忌食牛乳和乳制品。病情好转后病人应进食无渣流质或半流质富含营养的饮食，病情严重者应禁食，并给以胃肠外营养，使肠道得以休息，利于减轻炎症，控制其症状。

知识点 19：咳痰严重度分级

- (1) 轻度 < 10ml/d;
- (2) 中度 10~150ml/d;
- (3) 重度 > 150ml/d。

咯血量分级

- (1) 少量咯血为 < 100ml/d;
- (2) 中量咯血为 100~500ml/d;
- (3) 大量咯血为 > 500ml/d 或 1 次咯血量 > 300ml。

关于尿量：

- (1) 多尿：24h 尿量 ≥ 2500ml;
- (2) 少尿：24h 尿量 < 400ml 或 1h 尿量 < 17ml;
- (3) 无尿或尿闭：24h 尿量 < 100ml 或 12 小时内无尿。

知识点 20：支气管扩张症的主要处理措施：体位引流。

- (1) 引流宜在饭前进行，早晨清醒后立即进行效果最好。
- (2) 原则：抬高患肺，引流支气管开口向下。
- (3) 时间：每次 5~10 分钟加到每次 15~20 分钟，嘱病人间歇做深呼吸后用力咳痰。

- (4) 注意：①中途病人出现咯血、发绀、头晕、出汗、疲劳等情况，应及时终止引流；②痰量较多的病人引流时，应注意将痰液逐渐咳出，以防发生痰量同时涌出过多而窒息；③患有高血压、心力衰竭及高龄病人禁止体位引流。