

专科护理常规

主编 屈 红 秦爱玲 杜明娟



科学出版社

专科护理常规

主 编 屈 红 秦爱玲 杜明娟

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

《专科护理常规》本着“以人为本”的护理理念,以提供优质护理服务为目标,借鉴现代护理管理经验,结合近年来开展的医疗护理新技术和新方法,指导护理人员从病情观察、护理措施、健康教育三方面进行规范化的疾病护理,体现了系统性、创新性和实用性,成为保证临床护理有效安全的基本工作指南,对临床各专科护理工作具有指导性和权威性。全书以护理基本理论、基本知识、基本技能为框架,分专科编排,内容涵盖内、外、妇、儿、门急诊等各科室、各专业,条目清晰,层次分明,内容翔实,突出了专科护理特色,便于理解、执行。另外,本书还专门对特殊检查 and 治疗的护理常规进行了介绍。

本书既是临床各专科护理人员必备的参考书,也是护理人员在职培训和考核的重要参考书。

图书在版编目(CIP)数据

专科护理常规 / 屈红,秦爱玲,杜明娟主编. —北京:科学出版社,2015.3

ISBN 978-7-03-043477-7

I. 专… II. ①屈… ②秦… ③杜… III. 护理学 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 038417 号

责任编辑:康丽涛 刘丽英 / 责任校对:李 影

责任印制:李 利 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京厚诚则铭印刷科技有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2015 年 3 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2015 年 3 月第一次印刷 印张:18 1/2

字数:427 000

POD定价: 88.00元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

《专科护理常规》编写人员

主 编	屈 红	秦爱玲	杜明娟		
主 审	赵 兵	夏秋江			
副主编	陈晓芳	王非凡	李海荣	潘 群	许 茜
编 委	(按姓氏汉语拼音排序)				
	崔 莹	陈 苇	程梅娟	代 敏	董军华
	范 萍	郭淑凤	龚婷婷	韩艳华	黄 露
	黄陈红	胡宗梅	霍朝华	李 娜	李群芳
	李燕华	刘 靖	刘 俊	刘晓轶	廖子敏
	卢俊芳	吕晓玲	罗 群	牟宗娟	彭翠香
	秦 琴	宋宏源	田 玮	唐 娜	文小玲
	翁 湘	吴琼娅	王青丽	徐 雯	徐海燕
	向克兰	薛全玲	杨少青	杨怀洁	杨成良
	闫翠萍	闫志群	姚 瑶	张 莉	张文俐
	张燕萍	赵 芳			

前 言

护理是一门专业性很强的综合性应用性科学,是医疗卫生工作的重要组成部分,又有其自身的相对独立性和特殊性。随着科学技术的飞速发展,新的诊疗方法不断涌现,大量的新技术、新业务被用于临床诊断、治疗和护理,同时随着护理模式的转变,原有的护理常规已不能适应新形势及现代化医疗护理服务的发展需求,临床护士应树立“以人为本”的护理理念,善于观察和发现患者的生理、心理、社会等各方面的需求,实施整体护理,按照护理常规,落实各项护理计划和措施,并适时进行效果评价,因此要求护理人员除了掌握各专科的基础知识和技术外,还要不断学习和掌握新的专科知识,提高业务水平,达到工作标准化、管理制度化、技术操作规范化,以适应临床岗位需要。为此医院组织多名临床护理专家,借鉴国内外医疗技术的新进展和现代护理管理经验,结合医院近年来开展医疗护理的新技术和新方法,编写了本书,旨在贴近临床,指导护理人员进行规范化的疾病护理,确保临床护理质量。

全书以护理基本理论、基本知识、基本技能为框架,分专科编排,内容涵盖内、外、妇、儿、门急诊等各科室、各专业,条目清晰,内容翔实,突出专科护理特色,强调临床护理服务的可操作性,力求体现现代护理观念,条目简明扼要,便于理解、执行。另外,本书还专门对特殊检查 and 治疗的护理常规进行了介绍。全书从病情观察要点、主要护理措施、健康指导三方面指导护理人员的临床工作,是护理人员从事专科护理时必须遵循的工作方法和步骤,可作为保证临床护理有效安全的基本工作指南,对临床各专科护理工作具有指导作用。本书既是临床各专科护理人员必备的参考书,也可作为护理人员在职培训和考核的重要参考书。

本书编写得到医院领导的大力支持、各临床科室主任的具体指导和护理同仁的全力配合,编撰者查阅和参考了国内外许多文献和著作,在此谨向相关人员一并表示由衷的感谢。由于时间、经验和水平有限,书中难免存在疏漏和不足之处,望广大护理同仁提出宝贵意见。

编 者

2014年9月30日

目 录

第一章 急救护理常规	(1)
第一节 急诊科一般护理常规	(1)
第二节 常见急诊救护常规	(1)
第三节 放射科护理常规	(20)
第二章 内科系统护理常规	(23)
第一节 呼吸内科护理常规	(23)
第二节 心血管内科护理常规	(30)
第三节 肾脏内科护理常规	(35)
第四节 消化内科护理常规	(40)
第五节 血液系统护理常规	(45)
第六节 免疫系统护理常规	(51)
第七节 内分泌科护理常规	(53)
第八节 神经内科护理常规	(58)
第九节 老年科护理常规	(66)
第三章 康复科疾病护理常规	(69)
第四章 ICU 护理常规	(74)
第五章 外科系统护理常规	(79)
第一节 普通外科护理常规	(79)
第二节 心胸外科护理常规	(94)
第三节 泌尿外科护理常规	(110)
第四节 骨科护理常规	(118)
第五节 神经外科护理常规	(143)
第六节 烧伤整形外科护理常规	(154)
第七节 皮肤科护理常规	(159)
第六章 五官科护理常规	(163)
第一节 口腔科护理常规	(163)
第二节 眼科护理常规	(166)
第三节 耳鼻喉科护理常规	(170)
第七章 妇产科护理常规	(175)
第一节 妇科护理常规	(175)
第二节 产科护理常规	(185)
第八章 儿科护理常规	(207)
第一节 新生儿科护理常规	(207)

第二节 儿科护理常规	(212)
第九章 手术配合操作常规	(220)
第一节 手术常用切口	(220)
第二节 颈部手术	(223)
第三节 乳腺手术	(225)
第四节 疝修补术	(227)
第五节 胃肠手术	(228)
第六节 肝、胆、胰、脾手术	(234)
第七节 普外科腹腔镜手术	(239)
第八节 神经外科手术	(242)
第九节 骨科手术	(246)
第十节 妇科手术	(252)
第十一节 泌尿外科手术	(257)
第十二节 心胸外科手术	(262)
第十三节 五官科手术	(269)
第十章 特殊检查和治疗护理常规	(272)

第一章 急救护理常规

第一节 急诊科一般护理常规

【病情观察要点】

- (1) 观察患者的入院方式,根据病情的轻重缓急,分科就诊。
- (2) 观察患者的生命体征、意识及瞳孔,有无疼痛及疼痛部位。
- (3) 观察患者有无发热或体温过低,呼吸及排泄物有无特殊气味等。
- (4) 查看外伤患者伤口的部位、大小、深度、出血量。
- (5) 查看患者的面色,询问大小便情况,有无消化道出血等疾病。

【主要护理措施】

- (1) 热情接待患者,正确分诊,介绍相关事项。
- (2) 密切观察病情发展,正确执行医嘱。
- (3) 边治疗边向患者进行健康教育。

第二节 常见急诊救护常规

一、心脏骤停与心肺脑复苏的救护常规

【心肺复苏处理三阶段】

- (1) 基础生命支持(BLS):人工循环、开放气道、人工呼吸、电击除颤。
- (2) 高级生命支持(ALS):气管插管、正压通气、继续心肺复苏(CPR)、药物应用。
- (3) 持续生命支持(PLS):脑复苏、维持循环功能、维持呼吸功能、纠正酸中毒、防治肾衰竭、积极治疗原发病。

【病情观察要点】

- (1) 观察患者有无意识丧失、面色死灰。
- (2) 判断大动脉搏动是否消失,心音是否消失。
- (3) 判断呼吸是否停止,瞳孔有无散大。
- (4) 手术患者是否出现伤口不出血或出血停止。
- (5) 观察心肺复苏是否有效。

1) 复苏有效指征:面色、口唇由发绀转为红润;自主呼吸恢复;能触摸大动脉搏动,肱动脉收缩压 $\geq 60\text{mmHg}$;瞳孔由大变小;有眼球活动或睫毛反射、瞳孔对光反射情况出现。

2) 复苏终止指征:①脑死亡,对任何刺激无反应;自主呼吸停止;脑干反射全部消失(瞳孔对光反射、角膜反射、吞咽反射、睫毛反射),脑电图检查发现脑电活动消失。②心搏停止至开始心肺复苏的时间超过 30 分钟,且坚持心肺复苏 30 分钟以上,无任何反应,心电

图示波屏上成一条直线。

【主要护理措施】

- (1) 专人或多人救护。
- (2) 快速判断。
- (3) 基础生命支持:胸外心脏按压、开放气道、人工呼吸,迅速建立有效静脉通道。
- (4) 高级生命支持:气管插管、呼吸机的应用、心电图监测、电除颤、人工心脏起搏药物应用。

(5) 持续生命支持:做好复苏后的各种护理,严防并发症的发生,做好详细记录。

(6) 备齐各种急救药品及抢救物品。

【健康指导】

- (1) 心跳、呼吸恢复后,告知患者勿紧张,保持情绪稳定。
- (2) 指导患者在病情未稳定时,要绝对卧床休息,给予低盐饮食。
- (3) 指导患者积极配合后续治疗。
- (4) 向家属讲清楚患者的病情,做好配合。

二、昏迷的护理常规

【病情观察要点】

- (1) 持续心电监护,严密观察意识、瞳孔及生命体征变化。
- (2) 注意患者肢体运动及肌力情况。
- (3) 评估格拉斯哥意识障碍评分(GCS)及反应程度,了解昏迷的程度。

【主要护理措施】

- (1) 准确及时记录病情变化,治疗、护理措施及出入水量。
- (2) 保持呼吸道通畅,及时清除口鼻分泌物和痰液,预防肺部感染,有人工气道时注意湿化。
- (3) 对烦躁患者做好适当约束,防止意外坠床和意外拔管。
- (4) 妥善固定各类导管,保持通畅,严格无菌操作,预防感染。
- (5) 取半卧位或低坡卧位(无禁忌),定时翻身叩背,翻身时采用低幅度。长期卧床者需经常按摩肢体,预防压疮。
- (6) 预防口腔感染,口腔护理2次/天,黏膜破溃处可涂溃疡膏,口唇干裂有痂皮时涂石蜡油或唇膏,张口呼吸者应将消毒纱布沾温水盖于口鼻上。
- (7) 保持大便通畅,做好大小便的护理,做好会阴护理,预防泌尿系感染。
- (8) 保护角膜,防止角膜干燥溃疡。遵医嘱滴眼药水及眼膏。
- (9) 注意营养及维持水、电解质平衡:给予鼻饲高蛋白、高维生素流质饮食,保证每天热量供应。做好鼻饲护理,服药时应将药物充分溶化,鼻饲温度、速度适宜,防止误吸。
- (10) 备好急救用物和急救药品。

【健康指导】 及时向患者家属介绍疾病的相关知识,限制陪护和探视,防止交叉感染,向患者及家属说明限制探视的目的以取得理解和支持。

三、休克的护理常规

【紧急处理】

- (1) 将患者安置在抢救室,专人护理,尽量减少搬动,监测生命体征变化。
- (2) 患者取平卧位或中凹位(头抬高 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$,下肢抬高 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$),注意保暖。
- (3) 保持呼吸道通畅,给予氧气吸入,必要时人工呼吸、气管插管或切开。
- (4) 开通两路静脉通路,采集血标本送检,做好输血前准备,及时补充血容量,调整滴速。

(5) 留置导尿管监测肾功能,监测每小时尿量。

(6) 各种休克处理要点

1) 外伤出血性休克:立即静脉输液,首选平衡液加压输入;立即行血型交叉试验,尽早快速输血;迅速确定出血原因后控制出血,若外出血可用压迫止血法,若内出血尽快进行确定性手术止血,并做好术前准备。

2) 非外伤性出血性休克:立即静脉输液;查血型、备血,尽快补充失血量;尽快确定出血部位,必要时做内镜检查,并根据原因及症状对症处理,如宫外孕、食管静脉曲张等。

3) 心源性休克:迅速检查心功能不全及心搏量减少的原因和程度;进行心电图检查,分析原因并对症处理;给氧;药物治疗,遵医嘱给予利多卡因、洋地黄、多巴胺、肾上腺素等药物;心脏压塞者应进行心包穿刺术或心包手术。

4) 感染性休克:收集血、尿等标本做检查,明确感染源,并尽早去除感染灶;遵医嘱给予抗生素;血压下降者给予升压药;控制体温,可服用解热镇痛药或采取物理降温;检查凝血功能防止弥散性血管内凝血(DIC)及合并症。

5) 过敏性休克:立即皮下注射肾上腺素 1mg ,观察呼吸道有无水肿并及时处理,如给氧、应用激素类药物等;输入生理盐水或林格液,遵医嘱用升压药维持血压;给予氨茶碱以减轻支气管痉挛;给予抗组胺类药物。

6) 神经源性休克:立即输入生理盐水或林格液;遵医嘱给予升压药。

【病情观察要点】

(1) 严密观察患者意识状态,是否有兴奋、烦躁不安或意识淡漠、反应迟钝、昏迷等表现。

(2) 密切观察患者生命体征、心率及血氧饱和度的变化,观察有无呼吸浅快、脉搏细速、心率增快、脉压 $<20\text{mmHg}$ 、收缩压降至 90mmHg 或较前下降 $20\sim 30\text{mmHg}$ 、血氧饱和度下降等表现。

(3) 密切观察患者皮肤温度、色泽,有无出汗、皮肤湿冷、苍白、花斑、发绀等表现。

(4) 观察休克指数:休克指数=脉搏/收缩压(0.5 为正常; 1 为轻度休克,失血量为 $20\%\sim 30\%$; >1 为休克; >1.5 为严重休克,失血量为 $30\%\sim 50\%$; >2 为重度休克,失血量 $>50\%$)。

(5) 观察中心静脉压(CVP)、肺动脉压(PA)的变化。

(6) 严密观察每小时尿量,是否 $<30\text{ml/h}$;同时注意尿比重的变化。

(7) 注意观察电解质、血常规、血气、凝血功能及肝、肾功能等检查结果的变化,以了解患者重要脏器的功能。

(8) 密切观察用药治疗后的效果及是否存在不良反应;观察患者的情绪状态。

【主要护理措施】

(1) 专人护理,取平卧位或中凹位,注意保暖。

(2) 迅速建立有效静脉通路,保持管路通畅,定时更换敷料,保持局部清洁干燥,渗血多时及时更换。

(3) 保持呼吸道通畅,给氧,必要时行气管插管和气管切开。

(4) 床旁监护,密切观察病情变化,做好详细记录。

(5) 尽可能迅速去除病因,针对各类休克的特点,遵医嘱用药。

(6) 加强基础护理,预防并发症,确保患者安全。

(7) 备齐各种急救药品与抢救仪器。

【健康指导】

(1) 及时向患者及家属介绍疾病相关知识,增加患者对所患疾病的了解及增强患者对治愈的信心,以促进其配合治疗和护理。

(2) 注意保暖,室温 20℃ 左右,切忌热水袋,电热毯体表加温。

(3) 给予流质或半流质饮食。

(4) 预防感染。

四、重症哮喘护理常规

【紧急处理】

(1) 将患者安置在抢救室,取半坐卧位。

(2) 氧疗,行高氧面罩加压给氧,必要时气管插管或气管切开行呼吸机辅助通气。

(3) 持续进行血氧饱和度及心电、血压监测,维持氧饱和度在 90% 以上。

(4) 开放静脉通路,保证每天有足够的液体入量和能量,防止痰液过于黏稠,必要时加强气道湿化治疗。

(5) 雾化吸入联合用药(如布地奈德、复方异丙托溴铵、氨溴索)。

【病情观察要点】

(1) 密切观察呼吸、血压、脉搏、意识、发绀和血氧饱和度等情况,持续动脉血气监测。

(2) 了解患者复发哮喘的病因和过敏源,避免诱发因素。

(3) 密切观察哮喘发作先兆症状,如胸闷、鼻咽痒、咳嗽、打喷嚏等,应尽早采取相应措施。

(4) 观察患者咳嗽情况、痰液的性质和量。

(5) 观察药物作用和副作用,尤其是糖皮质激素。

(6) 观察 24 小时出入量,注意水、电解质平衡。

【主要护理措施】

(1) 环境要舒适、安静,空气保持流通,避免诱因,待病情平稳后选择舒适体位。

(2) 发现病情变化及时告知医生。

(3) 高压氧面罩给氧,促进有效排痰。给予高流量(6~10L/分)的高氧面罩给氧。

(4) 饮水 2500~3000ml/d,使尿量维持在 1000ml/d 以上,准确记录出入量,防止便秘。

(5) 床边备齐急救药品及抢救仪器。

【健康指导】

- (1) 嘱其进食高蛋白、高维生素、清淡、易消化食物。
- (2) 居室内禁放花、草、地毯等。
- (3) 忌食诱发哮喘的食物,如鱼、虾等。
- (4) 积极参加体育锻炼,避免精神紧张和剧烈运动。
- (5) 避免接触刺激气体、烟雾、灰尘和油烟等。
- (6) 寻找过敏源,避免接触过敏源。
- (7) 避免受凉,预防感冒,控烟。
- (8) 坚持记录哮喘日记,长期正确使用药物、定期随访。

五、急性呼吸窘迫综合征(ARDS)救护常规

【紧急处理】

(1) 氧疗:迅速纠正缺氧是抢救 ARDS 最重要的措施。一般需高浓度($>50\%$)给氧,但通常的鼻塞或面罩吸氧难以纠正缺氧状态,必须及早应用机械通气。应用呼气末气道内正压(PEEP)或持续气道内正压(CPAP),使患者吸气与呼气均保持在大气压以上,小潮气量,即 $6\sim 8\text{ml/kg}$,防止肺泡过度充气。

(2) 消除肺水肿:控制液体入量,使用利尿剂,输入血浆白蛋白。

(3) 肾上腺糖皮质激素:可用甲泼尼龙或地塞米松。

(4) 纠正酸碱平衡失调和电解质紊乱。

(5) 补充营养。

【病情观察要点】

(1) 观察患者的呼吸频率、节律、深度及有无发绀、氧饱和度(SpO_2)和意识状态的变化。

(2) 监测生命体征,尤其是血压和心率的变化。

【主要护理措施】

(1) 密切观察氧疗效果,定时做血气分析,指导氧疗和对机械通气的各种参数的调节。

(2) 体位:给患者提供有利于呼吸的体位,如端坐位或高枕卧位。

(3) 妥善固定氧气导管、面罩或气管导管,注意保持吸入氧气的湿化,以免干燥的氧气对呼吸道产生刺激和气道黏膜栓的形成。

(4) 液体管理:液体出入量宜轻度负平衡,每日液体入量应限制在 $1500\sim 2000\text{ml}$ 。适当使用利尿剂,加速水肿液排出,一旦出现血容量超负荷,应改善心肺功能。ARDS 早期由于毛细血管通透性增加,不宜输胶体液。

(5) 对症护理:原发病是 ARDS 发生和发展的最重要病因,必须积极治疗,防止进一步损伤,如骨折的固定,休克的纠正、控制感染等。

(6) 饮食护理:ARDS 处于高代谢状态,能量消耗增多,一般成人供给热量为 $20\sim 40\text{kcal}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ($1\text{kcal}=4.18\text{kJ}$)。其中,蛋白质应 $\geq 1\sim 3\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$;脂肪在摄入的营养中应占 $20\%\sim 30\%$;其余则为葡萄糖,可通过鼻饲或全胃肠外营养予以补充。

(7) 预测患者是否需要气管插管或呼吸机辅助呼吸,并做好抢救准备。

【健康指导】

(1) 向患者讲解疾病的过程,语言应通俗易懂。指导患者避免各种引起 ARDS 的病因及诱因,如避免创伤、感染、休克、误吸入有害气体、麻醉药过量等。

(2) 增强体质,平时加强体育锻炼,预防感染;合理安排膳食,加强营养,提高机体抵抗力。

(3) 遵医嘱正确用药,指导患者学会机械通气的沟通,做好心理护理。

(4) 指导患者制订合理的活动和休息计划,教会患者有效咳嗽、咳痰技巧。

六、呼吸衰竭的护理常规

【紧急处理】

(1) 保持呼吸道通畅,根据病情和医嘱建立人工气道或使用呼吸机。

(2) 鼓励患者咳嗽咳痰,更换体位和多饮水。

(3) 危重患者每 2~3 小时翻身拍背 1 次,帮助排痰,遵医嘱给予雾化。建立人工气道患者,应加强湿化吸痰。

(4) 根据血气分析和临床情况合理给氧。

(5) 危重患者或使用机械通气者应做好特护记录。

(6) 保持床单平整、干燥,预防发生压疮。

【病情观察要点】

(1) 持续心电监护,严密观察生命体征的变化,观察血氧饱和度、心率(心律)、呼吸频率及节律。

(2) 应用呼吸兴奋剂的患者,应注意药物副作用,并密切观察患者的意识情况。

(3) 观察痰液的性状、量及颜色的情况。

(4) 机械通气患者,监测潮气量、气道压、每分通气量及血气变化。

【主要护理措施】

(1) 保持呼吸道通畅,鼓励患者咳嗽排痰,并配合雾化吸入、气管内滴药、翻身、拍背、体位引流等使痰液稀释,便于咳出。

(2) 取半卧位,给予氧气吸入。缺氧伴二氧化碳(CO_2)潴留给予低流量吸氧,根据缺氧症状改善及血气检查情况调整吸氧浓度。

(3) 对烦躁不安或有意识障碍者,避免使用抑制呼吸的镇静药。

(4) 按医嘱应用抗生素,控制呼吸道感染。

(5) 给予高蛋白、高热量、高维生素饮食,少量多餐。

【健康指导】

(1) 告知患者疾病相关知识,指导患者采用正确的呼吸方式及咳痰的技巧。

(2) 当呼吸困难时,患者多有濒死感,应关心患者,给予适时的照顾和心理安慰。

(3) 机械通气的患者,告知暂时不能说话的原因,指导患者学会用手势、唇语、书写等非语言方式表达其需求,消除其紧张焦虑情绪。

(4) 对于慢性呼吸衰竭患者或急性呼吸衰竭恢复期患者,要指导其采取正确的家庭氧疗方法及告知其用氧安全。

七、急性肺水肿的救护常规

【紧急处理】

- (1) 体位:立即协助患者取端坐位,双腿下垂,以减少回心血量。
- (2) 给氧:6~8L/分,必要时给予面罩加压给氧或正压通气。应用乙醇湿化(即氧气通过20%~30%乙醇湿化),使肺泡表面张力降低而破裂,改善通气。
- (3) 镇静:吗啡5~10mg皮下注射或静脉缓慢注射,可以达到镇静和扩张小血管而降低心脏负荷的目的。
- (4) 及时遵医嘱准确给予强心、利尿、扩血管和解痉药物等。
- (5) 可采用四肢轮流结扎法减少静脉回心血量。

【病情观察要点】

- (1) 密切观察患者面色、意识、心率(律)、血压、尿量等变化并做好记录。
- (2) 观察患者咳嗽、咳痰情况,以及痰液的性质、量和颜色。

【主要护理措施】

- (1) 密切观察病情,严密观察患者的呼吸频率、节律、深度、呼吸困难的程度以及咳嗽、咳痰情况,发现异常立即通知医生,紧急处理。
- (2) 注意监测尿量、血气分析结果、心电图的变化。
- (3) 注意用药后反应:应用吗啡时应注意患者有无呼吸抑制、心动过缓等情况。用利尿剂要严格记录尿量。使用血管扩张剂要注意调节输液速度、监测血压变化,防止低血压的发生;用硝普钠应现配现用,避光滴注,使用输液泵控制流速;洋地黄制剂使用时要稀释,静脉推注速度宜慢,同时观察心率的变化。

【健康指导】

- (1) 避免诱因,紧急治疗原发病。
- (2) 低盐低脂清淡饮食,少食多餐,保持大便通畅。
- (3) 注意休息,避免劳累,保证足够的睡眠。
- (4) 适当活动,急性期应绝对卧床休息。
- (5) 药物知识宣教。
- (6) 心理指导。

八、高热惊厥的救护常规

【紧急处理】

- (1) 保持呼吸道通畅,及时清理呼吸道分泌物,抽搐未缓解者可在上下臼齿间垫压舌板或开口器,防止舌咬伤。
- (2) 止惊:针刺穴位,如人中、合谷、少商、十宣等。
- (3) 首选苯巴比妥(鲁米那)肌内注射,开放静脉通路给予镇静药物。
- (4) 吸氧4~6L/分,等患儿面色红润、呼吸恢复平稳后改为1~2L/分。
- (5) 降温:药物降温、物理降温、冬眠降温。

【病情观察要点】

- (1) 密切观察患儿意识、瞳孔、体温、血氧的变化。
- (2) 注意水、电解质代谢和酸碱平衡与血常规变化。
- (3) 观察末梢循环与尿液情况,高热而四肢末梢发冷、发绀等提示病情加重,并及时报告医生。
- (4) 观察有无抽搐、休克等并发症。

【主要护理措施】

- (1) 遵医嘱运用止惊药物并密切观察患儿意识、呼吸及体温波动情况,积极预防脑水肿。
- (2) 抽搐躁动不安者予保护性约束,确保患儿安全,防止坠床和舌咬伤。
- (3) 大小便失禁的患儿及时更换清洁的衣服,保持皮肤的清洁,预防皮肤感染,清醒患儿可予以流质饮食,保持营养及水分供给。
- (4) 遵医嘱正确应用抗生素。

【健康指导】

- (1) 小儿发生高热惊厥时,家长要保持镇定,禁止给患儿不必要的刺激。告知发热的常用处理方法,如冰敷、冷水或酒精擦浴、药物降温。
- (2) 保持呼吸道通畅,将孩子放平,头偏向一侧,及时清理口腔内的分泌物、呕吐物,以免吸入气管引起窒息或吸入性肺炎。
- (3) 尽量避免发热因素,防止感冒。
- (4) 注意合理的饮食配置,增强体质。
- (5) 家中备体温计及小儿退热药,一旦发热,可给予退热药并多喂水,及时到医院就诊。

九、宫外孕(异位妊娠)救护常规

【紧急处理】

- (1) 正确分诊,将患者安置在抢救室。监测生命体征及腹部体征的变化。
- (2) 开放静脉通路,补充血容量。急查血、尿常规和人绒毛膜促性腺激素(HCG),交叉配血,做好术前准备。
- (3) 导尿。
- (4) 急诊B超。
- (5) 协助医生行诊断性腹腔穿刺。

【病情观察要点】

- (1) 密切观察血压、脉搏、呼吸、意识、面色情况,及时发现休克。
- (2) 观察腹痛:如患者有腹部胀痛、排便感及尿频等症状,表明腹腔内有出血。如行腹腔穿刺抽出不凝血,表明患者有腹腔出血。
- (3) 观察阴道流血情况和阴道排出物,必要时保留会阴垫,注意排出物中有无白色的蜕膜管样组织物,帮助确诊。

【主要护理措施】

- (1) 安抚患者,解释疾病相关知识。
- (2) 休克者立即平卧,配血、留置针开放静脉通路、给氧、注意保暖,做好术前准备。

- (3) 做好阴道后穹隆穿刺和腹腔穿刺检查的准备,排空膀胱,消毒会阴。
- (4) 绝对卧床休息,禁止会增加腹压的动作,以免激发腹腔内出血,加重病情。
- (5) 遵医嘱检查血、尿 HCG。
- (6) 密切观察、脉搏、呼吸、意识、面色、腹痛、阴道流血情况及有无蜕膜样组织排出。

【健康指导】

- (1) 对患者进行心理指导,解释疾病及各种治疗方案的知识,解除其心理顾虑。
- (2) 保守治疗的患者要注意卧床休息,保持大便通畅,警惕腹腔内出血的可能。
- (3) 饮食指导:进易消化吸收、多纤维的食物,多食蔬菜、水果,多饮水。
- (4) 卫生指导:保持外阴清洁并注意阴道流血情况。

十、中暑的救护常规

【紧急处理】

- (1) 立即移至阴凉通风处,解开衣服,安静休息。
- (2) 仅有先兆表现或轻型者可给予清凉含盐饮料,口服人丹等。疑有循环衰竭者,酌情给予葡萄糖生理盐水静脉滴注。

(3) 痉挛型者口服含盐清凉饮料或静脉滴注葡萄糖生理盐水,也可缓慢静脉推注 10% 葡萄糖酸钙 10~20ml。

- (4) 循环衰竭者,快速补充扩容或冷水湿敷。
- (5) 日射病者头部置冰袋或冷水湿敷。
- (6) 高热型者

1) 迅速降温:物理降温、药物降温,降温过程中注意血压、心律,每 5~10 分钟测体温 1 次,温度降至 37.5℃ 左右时,立即擦干身体,裹以布巾,暂停降温。

2) 支持疗法及防止各种并发症:①维持呼吸道通畅,必要时气管插管以保证供氧。②纠正失水、低血容量及电解质紊乱。③若有循环衰竭者,遵医嘱给予洋地黄、升压药。④疑有肾功能衰竭、脑水肿,发生 DIC 或继发感染时,给予相应处理。

3) 严密观察,周密护理,以防复发。

【病情观察要点】

- (1) 严密观察意识、瞳孔变化,积极防治脑水肿。
- (2) 降温效果的观察。
- (3) 治疗过程中进行心电图、血压监测。
- (4) 观察与高热同时存在的其他症状。
- (5) 准确记录 24 小时出入液量。

【主要护理措施】

- (1) 静脉输入冰盐水时,开始滴注速度应缓慢,使心肌逐步适应低温后再增快速度。
- (2) 补液不能过多过快,以免发生急性肺水肿。
- (3) 预防感染,昏迷患者做好皮肤护理、呼吸及泌尿系统护理,防止并发症的发生。

【健康指导】

- (1) 指导患者了解中暑的病因、急救措施。

- (2) 指导患者加强自我防护能力,平时做好防暑、降温工作。
- (3) 正确指导用药。
- (4) 做好患者心理护理。

十一、电击伤的救护常规

【紧急处理】

(1) 现场急救

- 1) 立即切断电源或用木棍、竹竿或其他绝缘体使患者尽快脱离电源。
- 2) 轻者卧床休息,观察数日,有不适及时送往医院就诊。
- 3) 呼吸、心脏骤停者,应立即行徒手心肺复苏术,并及时转送医院进一步抢救,转运途中抢救不能间断。

(2) 院内抢救

- 1) 继续行心肺脑复苏术,以维持呼吸及循环功能。
- 2) 建立有效静脉通道,根据医嘱对症处治。
- 3) 持续心电监护。
- 4) 急救过程中,应警惕有无其他严重外伤,及时配合医生进行适当处理。
- 5) 有电灼伤者,给予局部烧伤创面处理,清创并止血包扎,同时注射破伤风抗毒血清预防破伤风,并给予抗生素预防感染。
- 6) 加强基础护理及创面护理,防止并发症。

【病情观察要点】

- (1) 病史:注意电源种类、电压、触电时间及当时情况,触电后的感觉和表现。
- (2) 体检:注意观察体温、脉搏、呼吸、血压、意识及心肺情况,有无发绀、烧伤、骨折、关节脱位、电流进口的位置等。
- (3) 心电图检查及监护。

【主要护理措施】

- (1) 迅速建立静脉通道,快速补液、输血、输血浆,给予吸氧、导尿,烧伤创面及合并外伤部位给予止血,简单清创包扎,保持呼吸道通畅。
- (2) 严密观察病情变化,持续监测心率、血压、呼吸、血氧饱和度,密切注意患者的意识、末梢循环、尿量以及伤口创面的渗出情况,对合并脑外伤躁动的患者加强意识、瞳孔的观察。
- (3) 按医嘱给予镇静镇痛药物,避免头部过度活动。对气管切开的患者重点观察呼吸情况,做好气管切开护理。
- (4) 做好健康教育及心理护理,宣教预防电击有关常识。

【健康指导】

- (1) 加强用电安全知识宣教。
- (2) 指导患者了解电击伤发生后的应急及自我保护措施。
- (3) 正确指导用药。
- (4) 做好患者心理护理。