

临床医学诊疗丛书

主编○高广艳 郑淑娟 靳传珍
护理分册



军事医学科学出版社

责任编辑 依珂

临床医学诊疗丛书

- ◆ 内科分册
- ◆ 外科分册
- ◆ 妇产科分册
- ◆ 儿科分册
- ◆ 肿瘤分册
- ◆ 呼吸分册
- ◆ 心血管分册
- ◆ 骨科分册
- ◆ 全科医学分册
- ◆ 护理分册
- ◆ 检验分册
- ◆ 医学影像分册

ISBN 978-7-80245-114-8



ISBN 978-7-80245-114-8/R · 1108

丛书总定价：480.00元 本册定价：40.00元

图书在版编目 (CIP) 数据

临床医学诊疗丛书·护理分册/高广艳, 郑淑娟, 靳传珍编.

—北京: 军事医学科学出版社, 2008.6

ISBN 978-7-80245-114-8

I. 临... II. ①高...②郑... ③靳... III. ①临床医学

②护理学 IV. R4 R47

中国版本图书馆CIP数据核字 (2008) 第092471号

出 版: 军事医学科学出版社

地 址: 北京市海淀区太平路27号

邮政编码: 100850

联系电话: 发行部: (010) 63801284

63800294

编辑部: (010) 66884418, 86702315, 86702759

86703183, 86702802

传 真: (010) 63801284

网 址: <http://www.mmssp.cn>

印 装: 北京冶金大业印装厂

发 行: 新华书店

开 本: 850mm × 1168mm 1/32

印 张: 11

字 数: 250千字

版 次: 2008年7月第1版

印 次: 2008年7月第1次

全套定价: 480.00 元 每册定价: 40.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者, 本社发行部负责调换

《临床医学诊疗丛书·护理分册》

编 委 会

主 编 高广艳 临沂市市直机关医院
郑淑娟 山东省临沂市人民医院
靳传珍 山东省兖矿集团总医院
副主编 侯金荣 山东省泰山慢性病医院
编 委 胡粤辉 广东省韶关市妇幼保健院

目 录

第一章 常见疾病症状护理常规	(1)
第一节 高热护理	(1)
第二节 昏迷护理	(2)
第三节 休克护理	(3)
第四节 咯血护理	(5)
第五节 上消化道出血护理	(6)
第六节 抽搐护理	(6)
第七节 弥漫性血管内凝血护理	(7)
第八节 心脏骤停复苏急救及护理	(8)
 第二章 内科护理常规	(10)
第一节 内科一般护理	(10)
第二节 心血管系统护理常规	(11)
第三节 神经内科护理常规	(39)
第四节 呼吸系统护理常规	(50)
第五节 消化系统护理常规	(68)
第六节 内分泌系统护理常规	(81)
第七节 血液系统护理常规	(91)
 第三章 外科护理常规	(111)
第一节 外科一般护理常规	(111)
第二节 普外科护理常规	(113)
第三节 神经外科护理常规	(144)
第四节 胸外科护理常规	(160)
第五节 泌尿外科护理常规	(181)

第六节 骨科护理常规	(190)
第四章 妇科护理常规	(209)
第五章 产科护理常规	(223)
第六章 儿科护理常规	(242)
第七章 口腔外科疾病护理常规	(268)
第八章 眼、五官科护理常规	(276)
第一节 耳鼻咽喉科护理常规	(276)
第二节 眼科疾病手术护理常规	(291)
第九章 中医护理常规	(300)
第十章 急救护理常规	(303)
第一节 急诊一般护理常规	(303)
第二节 常见急诊救护	(304)
第十一章 重症监护病房护理常规	(320)
第十二章 手术室护理常规	(336)
第一节 手术室一般规则与制度	(336)
第二节 手术室消毒无菌规则	(337)
第三节 手术室无菌操作技术	(339)

第一章 常见疾病症状护理常规

第一节 高热护理

发热是指机体对于致病因子的一种防御反应，是由于各种原因引起的机体散热减少、产热增多或伴体温调节中枢功能障碍所致。引起发热的原因大致可分为感染性和非感染性两大类。

1.病人发热时应卧床休息，如烦躁不安、神志不清、谵妄、惊厥时，应用床档防止坠床。必要时用约束具。

2. 根据病情给予高热量流质或半流质饮食，每日摄入总热量为2000~3000。鼓励病人多饮水，每日一般不少于3000ml，不能进食者，可鼻饲。

3.密切观察病情，每4小时测体温、脉搏、呼吸1次，必要时随时测量体温。注意发热特点及其伴随症状，皮肤黏膜有无出血点、荨麻疹、淤斑以及黄疸等情况，观察大小便、呕吐物的量和颜色，辨别其性质。

4.对体温39℃以上者，在其头部放置冰袋；对39.5℃以上者，用酒精或温水擦浴（血液病病人除外），给冷盐水灌肠，半小时后测体温并记录。必要时可应用药物降温。对原因不明的高热，慎用退热药。

5.体温骤退时，应予以保暖。及时测血压、脉搏、心率，及时记录并报告医师。

6.做好口腔护理。根据病情选用漱口液，每日漱口2次~3次。口唇干燥者，可涂润滑剂。有疱疹或溃疡者，可涂锡类散或冰硼散。

7.加强皮肤护理，预防压疮。大量出汗者，应及时更换衣服、被单，并注意保暖，避免直接吹风，防止受凉。

8.昏迷者按昏迷护理常规进行。

9.疑似传染病时,先给一般隔离,确诊后再按医嘱执行。

第二节 昏迷护理

昏迷是指各种原因引起的大脑皮层或皮层下网状结构发生高度抑制的一种症状。

主要病因为中枢神经系统疾病,如感染、脑血管疾病、颅脑损伤、脑肿瘤、癫痫;全身性疾病如内分泌及代谢障碍性疾病;各种中毒;严重感染如败血症、感染性休克等。

1.昏迷病人应安置在抢救室或靠近护士办公室的病室内,保持室内空气新鲜,配备各种抢救药品及器械。

2.保持呼吸道通畅。仰卧、头偏向一侧,防止分泌物吸入呼吸道。必要时吸痰。若窒息,可行气管切开。

3.病人烦躁不安、谵妄时,应加用床档,防止坠床,并在床头横立一枕,以防头部撞伤;痉挛、抽搐者,可用开口器,压舌板撑开口腔,防止舌咬伤;活动假牙应取下,以防误入气管;舌后坠者,应及时用舌钳拉出;去除发夹,修剪指甲,防止外伤。

4.必须保证病人有足够的水及营养,及早给予鼻饲或静脉高营养等。

5.观察病情变化:

(1)定时测量体温、脉搏、呼吸、血压,高热者给以物理降温。呼吸困难者给予氧气吸入,呼吸衰竭者按医嘱给予呼吸兴奋剂。呼吸深大有酸中毒时,应及时抽血进行血气分析,及时纠酸,积极抢救。若瞳孔散大、缩小,或反应迟钝,应迅速通知医师。给以处理,并详细记录病情。

(2)注意病人的神志变化、皮肤光泽、观察其瞳孔大小、对光反射,测量其四肢温度、呼吸气味,检查其有无脑膜刺激症状、四肢瘫痪等。

(3)注意呕吐物、排泄物及引流物的颜色、性质及量,并记录。

6.注意保暖。用热水袋时应防止烫伤。

7.加强皮肤护理,防止压疮发生。

8.[BF]防止角膜损伤,对眼睑不能闭合者,涂以抗生素眼膏,并用湿纱布盖眼。

9.加强口腔护理,保持口腔清洁。每日用漱口液清洗口腔(漱口液按病情而定),每日3次,以防口腔感染。张口呼吸者,保持口腔粘膜湿润清洁。

10.肢体瘫痪者,在病情许可的条件下给予被动运动,注意防止肌肉萎缩和足下垂等。

11.保持大小便通畅。尿潴留者,可定时按摩膀胱区或针灸、热敷必要时保留导尿;便秘者采取通便措施。

12.严格床头交接班及记录出入量。

第三节 休克护理

休克是指由于机体受到强烈致病因素侵袭后,有效循环血量锐减、机体代谢失调所引起的一系列临床综合征。其特点为急性微循环灌注不足,细胞缺氧和全身重要脏器功能障碍。通常分为低血容量性、感染性、心源性、神经源性和过敏性休克5类,休克的病因很多,无论哪一种休克,有效循环血量锐减是其共同特点。

临床表现分为休克早期和休克期。休克早期表现为精神紧张,兴奋或烦躁不安、皮肤苍白、四肢厥冷、心率呼吸加快、尿量减少、血压正常或稍高、脉压缩小。休克期表现为表情淡漠,反应迟钝,甚至出现意识模糊或昏迷,出冷汗,口唇、肢端发绀,脉搏细速,血压进行性下降甚至测不出,尿少或无尿。

1.备齐抢救药品及器械,积极进行抢救。必要时专人护理,详细记录“临床护理记录单”并严格交接班。

2.取休克卧位,注意保暖。

3.严密观察病情。如皮肤的色泽、温度和湿度,面色有无苍白,口唇、甲床是否发绀,四肢厥冷的程度和范围,皮肤是否有出血点、淤斑及

花斑等,以了解微循环灌注情况。

4.注意体温、脉搏、呼吸、血压变化,每 15 分钟~30 分钟测一次,并记录,病情稳定或遵循医嘱,逐渐减少测量次数。

5.氧气吸入。

6.准确记录出入量,尤其是记录尿量的变化,必要时保留导尿。

7.对烦躁不安者应注意安全,防止坠床;抽搐者应用牙垫,防止舌咬伤;有假牙者应取出,清洗后妥善保管。

8.注意有无口渴、恶心、呕吐等情况,观察皮肤弹性、呼吸气味、节律等变化,以判断有无水、电解质、酸碱平衡紊乱等。

9.创伤性休克者,应注意伤口有无出血,及时检查血型及血交叉试验;遵医嘱做好输液、输血准备,并给以保暖,不宜在体外加温,避免血管扩张加重休克;感染性休克有高热者,除应用足量有效抗生素给以物理降温,并按高热护理常规处理;心源性休克者,应注意心率、心律变化,严格控制输液速度,一分钟不超过 30 滴;对过敏性休克者,应用 1:1000 盐酸肾上腺素或肾上腺皮质激素积极抗过敏治疗,对急性中毒所致休克者,应迅速洗胃,减少毒物吸收。

10.保持呼吸道通畅,及时清除呼吸道血块和其他异物及分泌物,必要时行气管切开。并注意加强口腔及皮肤护理,防止并发症的发生。

11.根据病情合理调节输液速度。对失血、失液者,应尽快补足血容量。必要时行中心静脉置管,进行 CVP 监测,注意心肺功能。

12.用药注意事项:

(1)应用升压药时,应根据血压,调节输液速度和浓度,谨防药液外渗。

(2)应用阿托品时,要注意阿托品化。如出现面色潮红、瞳孔散大等情况,须立即通知医师,减少用药量或停药。

(3)应用抗生素及激素时,应观察药物的疗效及其副作用,注意有无二重感染。

第四节 咯血护理

咯血是指喉以下呼吸道或肺组织的出血经口咳出。呼吸系统疾病常见的咯血原因是肺结核、支气管扩张、肺炎、肺癌、慢性支气管炎、慢性肺脓肿或胸外伤。根据咯血量临床分为痰中带血、少量咯血(小于100ml/d)、中等量咯血(100ml/d~500ml/d)或大最咯血(大于500ml/d,或一次300ml~500ml)。

1.按呼吸系统疾病一般护理常规。

2.安静卧床休息。应采取患侧卧位,并保持呼吸道通畅。在未确诊前,先行呼吸道隔离。

3.大量咯血时禁食。咯血停止后,可进食温凉流质或半流质饮食,不进食刺激性食物,并注意口腔清洁。

4.[BF]密切观察病情变化,鼓励病人轻轻将痰液及血块咯出。如在咯血过程中,突然出现胸闷、烦躁、呼吸困难,面色苍白、出冷汗,应立即让病人头低脚高侧卧位,或协助医师抱住病人双腿呈倒立位,轻拍背部,协助病人将血咯出。如仍无效,则可直接用鼻导管抽吸或用手挖出口、鼻、咽、喉部血块。必要时,协助医师行气管插管或气管切开,以解除呼吸道阻塞,以防窒息。[BFQ]

5.大量咯血时护理人员应守护床旁,密切观察病情变化,并给予精神安慰,耐心解释,消除恐惧心理。

6.观察药物反应。如应用脑垂体后叶素时(高血压病、冠心病及孕妇忌用),静脉给药速度宜缓慢。如出现面色苍白及便意、心悸、胸闷等不良反应时,应及时与医师联系。

7.小量咯血时,除精神安慰外,可给予少量镇静止咳剂,但禁用吗啡、杜冷丁,以免抑制呼吸。

第五节 上消化道出血护理

上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道,包括食管、胃、十二指肠、胰腺及胆道等疾病引起的出血。主要原因为消化道溃疡,食管及胃底静脉曲张,急性胃黏膜出血,凝血机制损害所致的出血。

临床以呕血、黑便、失血性周围循环衰竭、发热为主要特征。

1.按消化系统疾病一般护理常规。

2.卧床休息,头偏向一侧,保持呼吸道通畅,同时注意保暖。

3.大出血病人,常出现紧张恐惧心理,应予以关心和安慰,解除心理压力,以保持情绪镇静。

4.严重呕血、恶心呕吐的病人,应暂禁食。少量出血且无呕吐者,可选用温凉流质饮食。出血停止后,可给半流质。饮食应富有营养、易消化,以少食多餐为原则,避免进食粗糙、刺激性食物。肝性脑病病人,应禁食蛋白质,以防血氨升高,加重昏迷。

5.门静脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血时,采用三腔管压迫止血时,应做好相应护理。建立静脉通路,尽快补充血容量。

6.严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、呕吐物、大便的次数、颜色、量等,以判断有无继续出血。如病人有烦躁不安、出冷汗、四肢厥冷、血压下降等情况,应考虑有失血性休克的存在,须及时与医师联系,协助处理。

7.做好口腔及皮肤护理。清洗口腔内血渍,保持口腔清洁。便血时应保持床单清洁、干燥、平整,并保持臀部清洁,防止并发症。

8.做好卫生保健宣教工作。宣传控制饮食的重要性,注意劳逸结合,避免精神刺激,保持情绪稳定。

第六节 抽搐护理

抽搐是指大脑皮层功能由各种原因引起的暂时性功能紊乱,或神

经细胞异常放电所致。

临床以突然意识丧失、呼吸暂停、瞳孔散大、对光反应消失、四肢强直、双手握拳表现为特征。

1.一般护理:

- (1)设专人护理。
- (2)保持护理安全,防止舌咬伤、坠床及假牙误入气管。
- (3)保持呼吸道通畅,迅速解开衣扣,及时清除呼吸道分泌物。
- (4)保持安静,避免强光刺激,护理操作动作要轻,减少对患者任何刺激。

- (5)备齐急救用物,如吸引器、开口器、拉舌钳等。

2.病情观察:

- (1)监测生命体征,注意患者神志、瞳孔的变化。
- (2)观察抽搐部位和持续时间、间隔时间等,并记录。
- (3)高热者按高热护理常规。
- (4)昏迷者按昏迷护理常规。

第七节 弥漫性血管内凝血护理

弥漫性血管内凝血(DIC)并非独立性疾病,而是由多种疾病引起的一种继发性出血综合征,主要与感染性疾病、恶性肿瘤、病理产科、手术创伤及全身各系统疾病等因素有关。

临床以出血、微循环障碍、微血管栓塞、溶血为主要特征。

1.一般护理:

- (1)休息:卧床休息,保持安静,对神志不清者,应采取保护措施。
- (2)饮食:给予营养丰富易消化饮食,消化道出血者禁食。
- (3)保持口腔、皮肤清洁,预防感染。
- (4)准确记录出入量,观察尿色、尿量变化。
- (5)积极治疗原发病,注意有无代谢性酸中毒等临床症状,并及时纠正电解质和酸碱失衡。

2.病情观察:

(1)观察患者意识、瞳孔、生命体征的变化,若出现呼吸困难、紫绀、血压下降、脉搏加快等症状应及时协助处理。

(2)观察出血症状,注意有无皮肤、黏膜、口腔、鼻腔、呼吸道、消化道、泌尿道等出血,并记录出血部位和出血量。

(3)观察有无血液高凝状态,如静脉采血时血液迅速凝固应警惕。

(4)观察有无多发性微血管栓塞症状,如皮肤、皮下黏膜栓塞坏死及早期出现的脑、肺、肾等脏器功能衰竭,发现异常及时协助处理。

(5)监测血小板计数、血浆纤维蛋白原含量、3P 试验、凝血酶原时间等变化。

3.药物护理:

(1)遵医嘱应用抗凝剂,补充凝血因子,抗纤溶药物等治疗。

(2)使用肝素治疗时应注意有无出血征象,定期测定凝血酶原时间,以指导用药。

第八节 心脏骤停复苏急救及护理

1.紧急抢救措施:

(1)在病人的心前区连续叩击 1 拳~2 拳,力量中等。如不成功,即行胸外心脏按压。

(2)病人平卧(拾颌仰头法打开气道。此法需使头部充分后仰,达到下额角与耳垂线和身体长轴垂直)。背后垫入硬板,进行胸外心脏按压。成人节律为 100 次/分,小儿为 110 次/分,婴儿为 120 次/分。

(3)进行人工呼吸(与心脏按压同时,可取口对口或口对鼻)。频率一般为 14 次/分~16 次/分。呼吸功能恢复不够理想时,给面罩加压人工呼吸或气管插管加压人工呼吸。必要时用人工呼吸机辅助。

(4)心脏复苏药物的应用。在不影响抢救的情况下,迅速开放两条静脉通路。静脉或心内注射心脏复苏药物。

(5)心室颤动经药物治疗无效时,可用非同步直流电复律除颤。

2.复苏后的护理:

(1)备好各种应急抢救器械,作好心脏骤停可能复发的抢救准备。

(2)给予持续心电监护,监测心率、心律。如发现严重的心律失常,应及时与医师联系,并严密监护体温、呼吸、血压及神志的变化。

(3)为促进脑组织恢复,可用冰帽,在大血管处放置冰袋,或全身温水擦浴,尽快使体温降至 $30^{\circ}\text{C}\sim 32^{\circ}\text{C}$ (肛温)。根据病情决定降温时间,一般需要 1 天~3 天,也可给予人工冬眠。

(4)复苏后仍需吸氧,注意呼吸频率、节律的强弱,保持呼吸道通畅,注意保暖。

(5)详细记录病情变化,正确记录 24 小时出入量,尤其是要准确记录每小时的尿量。神志不清或因病情需要者,给予留置导尿,并注意无菌技术操作,预防泌尿道感染。

(6)静脉输液速度应根据病人的尿量、中心静脉压、血压和心功能情况来调节。用渗透性脱水剂时(常用 20%甘露醇),应快速输注。

(7)及时正确采集血标本,以了解血钾等电解质情况,并及时发现引起电解质紊乱的可能因素。

(8)加强口腔、眼部及皮肤护理,预防压疮及肺部等并发症。

(9)复苏 3 天后,如神志清醒,可给予高热量流质饮食,必要时鼻饲。

(高广艳)

第二章 内科护理常规

第一节 内科一般护理

1.患者入病室后,根据病情由值班护士指定床位。危重者安置在抢救室或监护室,并及时通知医生。

2.病室应当保持清洁、整齐、舒适,室内空气应当保持新鲜,光线要充足,最好有空调装置,保持室温恒定。

3.危重患者、行特殊检查和治疗的患者需要绝对卧床休息,根据病情需要可分别采取平卧位、半卧位、坐位、头低脚高位、膝胸卧位等。病情轻者可适当活动。

4.新入院患者,应即测血压、脉搏、体温、呼吸、体重。病情稳定患者每日测体温、脉搏、呼吸各1次,体温超过 37.5°C 以上或危重患者,每日测3次,体温较高或波动较大者,随时测量。

5.严密观察患者的生命体征,如血压、呼吸、瞳孔、神志、心率等变化以及其他的临床表现,同时还要注意观察分泌物、排泄物、治疗效果及药物的不良反应等,如果发现异常,应当立即通知医师。

6.饮食按医嘱执行,向患者宣传饮食在治疗疾病恢复健康过程中的作用。在执行治疗膳食原则的前提下帮助患者选择可口的食物,鼓励患者按需要进食。重危患者喂饮或鼻饲。

7.及时准确地执行医嘱。

8.入院24小时内留取大、小便标本,并做好其他标本的采集,且及时送验。

9.认真执行交接班制度,做到书面交班和床头交班相结合,交班内容简明扼要,语句通顺并应用医学术语,字迹端正。

10.按病情要求做好生活护理、基础护理及各类专科护理。

11.对于长期卧床、消瘦、脱水、营养不良以及昏迷者应当做好皮肤护理,防止压疮发生。

12.根据病情需要,准确记录出入量。

13.根据内科各专科特点备好抢救物品,如气管插管、机械呼吸器、张口器、心电图机、电除颤器、双气囊三腔管、氧气、静脉穿刺针、呼吸兴奋药、抗心律失常药、强心药、升压药、止血药等,并积极参加抢救工作。

14.了解患者心理需求,给予心理支持,做好耐心细致的解释工作,严格执行保护性医疗制度,并向患者宣传精神因素在治疗疾病恢复健康过程中的重要性,帮助患者克服各种不良情绪的影响,引导患者以乐观主义精神对待病情,以便更好地配合治疗,能早日得以恢复健康。

第二节 心血管系统护理常规

一、心血管系统一般护理

(一)病情观察

1.症状观察:及时了解患者主诉,如胸闷、胸痛、心悸、气急,并进一步观察其部位、性质、持续时间,及时通知医师并采取相应措施,如吸氧、口含硝酸甘油等。

2.体征观察:定时测量脉率、脉律、心率、心律、呼吸和血压、对危重者应使用心电、呼吸、血压监护。

(二)一般护理

1.生活护理:对心功能不全、急性心肌梗死、严重心律失常、急性心肌炎患者,协助其生活起居及个人卫生。

2.休息及卧位:重症患者绝对卧床休息,病情稳定者逐渐鼓励床上活动乃至下床活动,长期卧床者每2小时更换体位,心功能不全者半卧位或端坐卧位。

3.饮食护理:宜给高维生素、易消化饮食,少量多餐,禁烟酒、咖啡、