

内科护理技术 实训指导

Neike Huli Jishu
Shixun Zhidao

主编
张小来 于卫华



时代出版传媒股份有限公司
安徽教育出版社

内科护理技术实训指导

主 编 张小来 于卫华

副主编 朋彩虹 方 欣 江秋霞 魏 艳 张学华

编 者(按姓氏拼音排序)

包友枝(安徽省计划生育学校)

樊 军(芜湖地区卫生学校)

方 欣(安徽医学高等专科学校)

冯 影(安徽省淮北卫生学校)

江秋霞(安徽省立医院)

倪禄训(安徽省淮南卫生学校)

朋彩虹(安徽医学高等专科学校)

魏 艳(安徽省立医院)

吴惠珍(安徽省滁州卫生学校)

薛 萍(安徽省黄山卫生学校)

杨晓娟(安徽医学高等专科学校)

曾庆哲(安徽省阜阳卫生学校)

朱婉琴(安徽医学高等专科学校附属医院)

张小来(安徽医学高等专科学校)

于卫华(合肥市第一人民医院)

张学华(安徽省淮北卫生学校)



时代出版传媒股份有限公司
安徽教育出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

内科护理技术实训指导 / 张小来, 于卫华主编.

—合肥: 安徽教育出版社, 2010. 8

ISBN 978-7-5336-5596-9

I. ①内… II. ①张… ②于… III. ①内科学: 护理学—自学参考资料 IV. ①R473. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 151390 号

书名: 内科护理技术实训指导 作者: 张小来 于卫华 主编

出版人: 朱智润 责任编辑: 胡一苇 特约编辑: 文 牧
责任印制: 王 琳 封面设计: 许海波

出版发行: 时代出版传媒股份有限公司 <http://www.press-mart.com>
安徽教育出版社 <http://www.ahep.com.cn>
(合肥市繁华大道西路 398 号, 邮编: 230601)
营销部电话: (0551) 3683010, 3683011, 3683015

排 版: 安徽创艺彩色制版有限责任公司

印 刷: 合肥永青印务有限责任公司 电话: (0551) 5554099

(如发现印装质量问题, 影响阅读, 请与印刷厂商联系调换)

开本: 880×1230 1/16 印张: 5.25 字数: 140 千字
版次: 2010 年 8 月第 1 版 2010 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5336-5596-9

定价: 16.80 元

版权所有, 侵权必究

前 言

长期以来,内科护理教学一直沿用临床医学教学模式,重医疗轻护理、重理论轻实践现象十分严重,护理实训教材严重匮乏,护理实训教学往往一带而过。

根据教高[2006]16号文件指示精神,我们与安徽省立医院、合肥市第一人民医院、安徽医学高等专科学校附属医院临床教师以及“安徽卫生职业教育集团”8所成员学校教师共同编写本书,作为内科护理教学配套实训教材,供护理专业学生使用,也可供临床护理人员借鉴和参考。

本书以临床护理工作过程为基础,突出实用性、可操作性、规范性,深入浅出、形象生动、简洁易懂。每个实训项目之后均配有操作考核评分标准,便于学生自学自练,同时可以培养学生主动思维,正确解决临床护理问题的能力。

因水平有限,书中不当之处难免,恳请广大师生批评指正。

编 者

2010年4月21日

目 录

实训 1	保持呼吸道通畅的护理措施	1
实训 2	呼吸肌功能锻炼方法	3
实训 3	慢性肺心病护理	4
实训 4	哮喘护理	6
实训 5	肺结核护理	8
实训 6	体位引流的护理	10
实训 7	胸腔穿刺术护理	12
实训 8	采集动脉血气分析标本方法	14
实训 9	慢性心力衰竭护理	16
实训 10	急性心力衰竭护理	18
实训 11	急性心肌梗死护理	20
实训 12	高血压病护理	22
实训 13	识别常见心律失常	23
实训 14	心脏起搏术护理	27
实训 15	心脏电复律术护理	29
实训 16	肝性脑病护理	31
实训 17	三腔二囊管压迫止血术护理	33
实训 18	腹膜腔穿刺术护理	35
实训 19	上消化道内镜检查术护理	37
实训 20	结肠镜检查术护理	39
实训 21	慢性肾功能衰竭护理	41
实训 22	血液透析护理	43
实训 23	腹膜透析护理	46
实训 24	缺铁性贫血护理	49
实训 25	急性白血病护理	51
实训 26	造血干细胞移植护理	53
实训 27	骨髓穿刺术配合护理	56
实训 28	糖尿病护理	58
实训 29	甲状腺功能亢进护理	61
实训 30	血糖仪使用	63
实训 31	胰岛素笔式注射器应用方法	65
实训 32	类风湿性关节炎护理	67
实训 33	系统性红斑狼疮(SLE)护理	69
实训 34	脑血栓形成护理	70
实训 35	脑出血护理	72
实训 36	癫痫护理	73
实训 37	肢体瘫痪早期康复训练方法	76
实训 38	腰椎穿刺术	78

实训 1 保持呼吸道通畅的护理措施

【实训目的】

使学生掌握保持呼吸道通畅的护理方法。清除呼吸道内的分泌物和异物,改善呼吸功能,避免缺氧。

【适应证和禁忌证】

适用于呼吸道内有分泌物和异物病人,无绝对禁忌证。

【实训主要设备和材料】

吸痰器、超声雾化吸入器、化痰药、温开水、测量生命体征设备等。

【操作步骤】

1. **湿化痰液** 适用于痰液黏稠而不易咳出者。保持体液平衡是最有效的祛痰措施。鼓励病人多饮水,每日饮水 1 500 mL 以上。同时注意湿润空气,使病人痰液湿化,便于排出。

2. 配合药物治疗

(1)雾化吸入。超声雾化吸入糜蛋白酶加生理盐水,必要时酌情加入抗生素。也可单纯超声雾化吸入生理盐水湿化痰液。为避免超声雾化吸入降低吸入氧浓度的副作用,可使用氧气驱动的射流雾化吸入器辅助吸入液体及药物。

(2)气管内滴入。可将糜蛋白酶、生理盐水、抗生素混合溶液从气管切开处适量滴入。

(3)注射、口服药物。遵医嘱按时、按量使用化痰药及抗生素,观察疗效及副作用。

3. **翻身、叩背** 每 1~2 h 改变体位 1 次,便于痰液引流。必要时用手或“自动扣击器”在胸廓肺区处进行叩击,使痰液松动,利于咳出。此法尤其适用于长期卧床、久病体弱、排痰无力的病人。

4. 指导有效咳嗽、咳痰

(1)咳出中央气管内痰液。协助病人坐于床上,膝盖弓起,双手抱膝,上身前倾(见图 1),或在腹部置一枕头,用双上肢夹紧(见图 2),指导病人深吸气后屏气 3 s,两手挤压支持物(腿或枕头)的同时,用力将痰咳出。也可以让病人坐在椅上,屈膝,腹部与膝之间垫枕,上身前倾(见图 3),指导病人深吸气后屏气 3 s,双上肢挤压腹部处枕头的同时,用力将痰咳出。



图 1 抱膝咳嗽



图 2 抱枕咳嗽



图 3 坐位咳嗽

(2)咳出周边细支气管内痰液。指导病人深吸气后,于呼气时连续做 3~4 次小力气的咳嗽,直到感觉肺内已无空气为止。

(3)协助卧床不起病人咳痰。协助病人将上身、头部抬高,同时鼓励病人咳痰。

(4)协助腹肌无力病人咳痰。协助病人上身前倾,一手置于病人腹部,于病人用力咳嗽时用手挤压腹部并向上推。

5. **体位引流** 体位引流是利用重力作用使肺、支气管内的分泌物排出体外,因而又称重力引流。适用于痰量较多、呼吸功能尚好者,如患支气管扩张症、肺脓肿等疾病病人。

6. **机械吸痰** 适用于痰量较多、排痰困难、咳嗽反射弱的病人,尤其是昏迷或已行气管切开、气管插管的病人。

7. **环境适宜** 营造良好的休息环境,注意保暖,避免受凉,维持适宜的室温(18~20 ℃)和湿度(50%~60%),既要避免寒冷刺激咳嗽,又要避免高温、干燥使痰液干结。

8. 窒息抢救护理

(1)大咯血有窒息征兆时。立即取头低足高 45° 俯卧位,托起头部向背屈,轻拍背部,嘱病人尽量将气管内存留的积血咯出。必要时用粗管道吸引血块,也可以直接刺激咽喉,咳出血块,或用手指裹上纱布清除口、咽、喉、鼻部

血块,或行气管插管或在气管镜直视下吸取血块。

(2)应用脑垂体后叶素(血管加压素)。立即建立两条静脉通道,将一条静脉专门用于注射脑垂体后叶素:先用脑垂体后叶素 5~10 u 加入 50%葡萄糖液 40 mL 中,15~20 min 内缓慢静脉注射,然后将脑垂体后叶素 10~20 u 加入 10%葡萄糖液 250 mL 中缓慢静脉滴注。

(3)镇静。守护并安慰病人,消除其紧张情绪,使之有安全感。对极度紧张、咳嗽剧烈者,可遵医嘱给予小剂量镇静剂、止咳剂,如地西泮 5~10 mg 肌注或 10%水合氯醛 10~15 mL 保留灌肠。

(4)观察。观察咯血的量、颜色、性质及出血的速度,观察血压、脉搏、呼吸、瞳孔、意识状态等方面的变化。观察有无窒息先兆,发现窒息立即抢救。

(5)其他处理。若咯血量过多,尽快配血、输血,可少量多次地给病人输新鲜血。大量咯血不止者,还可经纤维支气管镜局部注射凝血酶或行气囊压迫止血。

【注意事项】

(1)糜蛋白酶要现配现用。注射溴己新时,要慎与其他药物混合配制,若注射药变为白色混浊物,禁用。

(2)体位引流具体护理措施见“实训 6 体位引流的护理”。

(3)大咯血时,告诉病人不能屏气,以免诱发喉头痉挛,血液引流不畅形成血块,加重窒息。

(4)冠心病、高血压病人及孕妇忌用脑垂体后叶素。脑垂体后叶素应在严密监护下使用,用药同时要密切观察有无恶心、腹痛、便秘、面色苍白、血压升高、心悸、心律失常、心绞痛、心肌梗死等不良情况发生。

(5)大咯血时,禁用吗啡、哌替啶,以免抑制呼吸。大咯血伴剧烈咳嗽时可使用可待因,但年老体弱、肺功能不全者要慎用镇静剂及强镇咳药。

【操作考核评分标准】

(1)本题分值:100 分。

(2)没有密切观察病人病情变化,本题按零分计。

(3)有创新,能提高操作质量,加 5 分(且该创新处与操作评分标准不一致时不扣分)。

(4)操作评分(见下表)。

序号	项目	分值	内容
1	环境准备	2	环境清洁,温度适宜,必要时屏风遮挡
2	护士准备	2	衣帽整齐,符合要求
		2	修剪指甲
		2	洗手
		2	戴口罩
3	用物准备	5	备齐用物,摆放合理
4	病人准备	10	核对病人床号、姓名
		10	了解病人的病情、意识状态、合作程度
		5	进行解释
		5	体位合适
5	实施操作	5	操作方法选择适当
		10	操作手法正确
		10	密切观察病人面色、呼吸、脉搏、排痰等情况
		10	有异常时及时报告医生,采取相应的处理措施
		5	配合用药
6	整理用物	2	
7	洗手	2	
8	记录	5	记录病人病情变化及处理后结果等
9	总体评价	2	操作中体现对病人的关心
		2	操作熟练
		2	动作轻柔

(包友枝 朋彩虹)

实训 2 呼吸肌功能锻炼方法

呼吸功能锻炼能够有效地改善肺功能,调整呼吸的方式,提高慢性阻塞性肺病(COPD)病人自我保健能力,控制疾病。

【实训目的】

使学生掌握呼吸肌功能锻炼方法。

【适应证和禁忌证】

主要适用于阻塞性肺气肿稳定期病人,急性加重期慎用。

【实训主要设备和材料】

氧气及吸氧设备。

【操作步骤】

1. COPD 病人正确体位 呼吸困难程度越重,所需卧位角度越大。

2. 腹式呼吸 请病人做缓慢而深的呼吸,吸气动作尽量慢,腹部凸出(见图 4),最好能持续 3~5 s 以上,至无法再吸气后再缓缓地呼气,以增强膈肌、腹肌肌力和耐力。

3. 缩唇呼吸 吸气与呼气时间比为 1:2 或 1:3,每分钟 7~8 次。呼气量以能使距口唇 15~20 cm 处,与口唇等高点水平的蜡烛火焰随气流倾斜又不至于熄灭为宜。有条件也可以做吹水训练,以吸管对着水杯内的水(约 1/3 杯)吹气,每次 3 min。

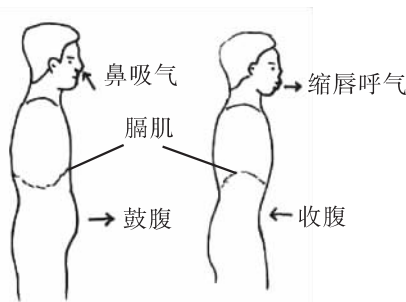


图 4 缩唇腹式呼吸



图 5 缩唇呼吸

4. 缩唇腹式呼吸 缩唇腹式呼吸是将缩唇呼吸与腹式呼吸结合进行,是肺气肿缓解期改善肺功能的最佳方法。其具体操作方法为:病人取站立位、平卧位或半卧位,用鼻缓慢深吸气,膈肌最大限度下降,腹部凸出。呼气时用缩唇呼吸方式,同时腹肌收缩,膈肌上抬,胸腔压力增加,便于气体呼出(见图 5)。习惯于缩唇腹式呼吸方式后,不论走、坐、卧均可随时采用。

5. 呼吸操 双手上举,用鼻缓慢吸气时,膈肌最大限度下降,腹部凸出。弯腰,双手下垂并与上身垂直,同时缩唇呼吸,腹肌收缩。吸气与呼气时间比为 1:2 或 1:3。

6. 全身运动(肌肉训练) 常采用平地行走、慢跑、打太极拳、练气功、家务劳动等形式。运动时间、程度根据病人自觉症状及呼吸、心率情况而定。一般每天锻炼 3~4 次。

【注意事项】

- (1)不可擅自变动氧流量,告诉病人及家属擅自加大氧流量的危害,取得他们的理解和配合。
- (2)用氧注意事项见《护理学基础》有关内容。
- (3)长期家庭氧疗时,提醒病人及家属注意用氧安全,严格遵医嘱控制氧流量,注意定期清洁、消毒用氧装置。教会病人家属如何判断氧疗有效及无效,以便发现异常及时就诊。
- (4)禁止随意乱用止咳药、安眠药、镇静药、止痛药、麻醉药,以免抑制呼吸、抑制咳嗽反射。

【操作考核评分标准】

- (1)本题分值:100 分。
- (2)出现以下情况之一,本题按零分计。
 - ①伴有二氧化碳潴留时没有低流量吸氧。
 - ②指导病人进行呼吸肌功能锻炼时,没有考虑病人病情。

(3)有创新,能提高操作质量,加5分(且该创新处与操作评分标准不一致时不扣分)。

(4)操作评分(见下表)。

序号	项目	分值	内容
1	环境准备	2	环境清洁,温度适宜,必要时屏风遮挡
2	护士准备	2	衣帽整齐,符合要求
		2	修剪指甲
		2	洗手
		2	戴口罩
3	用物准备	5	备齐用物,摆放合理
4	病人准备	10	核对病人床号、姓名
		10	了解病人的病情、意识状态、合作程度
		5	进行解释
		5	体位合适
5	实施操作	5	操作方法选择适当
		10	操作手法正确
		10	密切观察病人面色、呼吸、脉搏、排痰等情况
		10	有异常时及时报告医生,采取相应的处理措施
		5	必要时配合用药
6	整理用物	2	
7	洗手	2	
8	记录	5	记录病人病情变化及处理后结果等
9	总体评价	2	操作中体现对病人的关心
		2	操作熟练
		2	动作轻柔

(包友枝 朋彩虹)

实训3 慢性肺心病护理

【实训目的】

使学生掌握肺心病护理方法。减轻肺心病病人的临床症状,改善病人的生活质量,延长肺心病病人的生命。

【适应证和禁忌证】

适用于肺心病病人。

【实训主要设备和材料】

吸痰器、化痰药、温开水、氧气、吸氧设备、测量生命体征设备等。

【操作步骤】

1. 呼吸衰竭护理

(1) 氧疗护理

①给氧浓度和给氧方法。Ⅰ型呼吸衰竭可短时间内间歇高浓度(大于50%)或高流量(4~6 L/min)吸氧。Ⅱ型呼吸衰竭采取持续低浓度(25%~29%)、低流量(1~2 L/min)吸氧。

②观察用氧效果。定时监测动脉血气分析结果的变化,根据血气结果及时调节吸氧流量和浓度,以防止发生氧中毒和二氧化碳麻醉。

(2)保持气道通畅。鼓励病人多饮水,做好雾化吸入护理。注意湿化空气。配合应用化痰药物。指导病人进行有效咳嗽、排痰,必要时给予定时改变体位,叩击背部,以利痰液排出。

(3)机械通气的护理。见《急救护理学》有关内容。

(4)观察病情变化

①询问。有无胸闷、心悸等症状,了解饮食、大小便、睡眠等情况。

②观测。监测生命体征、意识状态情况。观察结膜水肿、皮肤黏膜完整性、辅助呼吸肌活动、肺部呼吸音及啰音变化。昏迷者应检查瞳孔、肌张力、腱反射及病理反射。了解血气分析、尿常规、血电解质检查结果。有条件床旁进行血气分析监测、血氧饱和度监测、心电监护。

(5)配合药物治疗

①抗生素。按时按量给药。用药后密切观察药物疗效及副作用。

②呼吸兴奋剂。用呼吸兴奋剂时要保持呼吸道通畅,适当增加吸入氧浓度。

(6)休息与活动。活动量以不出现呼吸困难、心律增快为宜。对呼吸困难明显的病人嘱其绝对卧床休息。协助病人取舒适卧位,如半卧位或坐位。协助病人生活护理。

(7)饮食护理。抢救时应常规鼻饲高蛋白、高脂肪、低碳水化合物及适量维生素和微量元素的流质饮食,必要时给予静脉高营养。能经口进食者,应少量多餐。进餐时应维持给氧,防止气短和进餐时血氧降低。肠外营养时应注意监测二氧化碳分压。

(8)皮肤、口腔护理。呼吸衰竭病人往往取半卧位或端坐卧位,应将海绵圈间断置于骶尾部,并对足跟部进行保护。保持床单清洁、干燥、柔软。加强口腔护理,防止口腔溃疡。

(9)心理护理。及时了解病人的心理状况,有针对性的进行安慰、解释,尤其对病情较重的病人更应多给予心理上的支持。二氧化碳潴留者往往夜间兴奋、恐惧,要加强巡视,多沟通,必要时给予陪伴,增加病人安全感。

(10)健康指导。告诉病人及家属呼吸衰竭病人渡过危重期后,关键是预防和及时处理呼吸道感染等诱因,以减少急性发作,尽可能延缓肺功能恶化的进程,保持较长时间生活自理,提高生活质量。指导病人如何饮食,如何进行呼吸功能锻炼,如何提高体质,如何避免呼吸道感染等诱因,如何进行家庭氧疗。提醒病人病情加重时立即就诊。

2.肺性脑病护理 在呼吸衰竭护理基础上进行以下护理:

(1)休息和安全。绝对卧床休息,有意识障碍者,予床栏及约束带进行安全保护,必要时专人护理。

(2)观察病情。定期监测动脉血气分析,密切观察病情变化,出现头痛、烦躁不安、表情淡漠、神志恍惚、精神错乱、嗜睡和昏迷等症状时,及时通知医生并准确地执行医嘱。

3.右心衰竭护理 在呼吸衰竭护理基础上进行以下护理:

(1)休息。心功能失代偿期,绝对卧床休息,予以生活护理;心功能代偿期,量力而行、循序渐进地活动。长期卧床,要防止压疮。

(2)体位。若有胸、腹水取半卧位。

(3)饮食。给予低盐、限水易消化食物。注意补充高蛋白、高维生素,少食多餐。

(4)观察。观察病人生命体征、神志、尿量、痰液、呼吸困难、紫绀、下肢水肿情况,每日测量体重,准确记录出入量。注意血电解质、血气分析、血氧饱和度等实验室检查指标。

(5)用药护理。遵医嘱用利尿剂、强心药,观察药物疗效及用药后不良反应。

【注意事项】

(1)吸氧过程中,注意观察用氧效果,如吸氧后呼吸困难缓解、发绀减轻、心率减慢,表示氧疗有效。

(2)静滴呼吸兴奋剂速度不宜过快,用药后注意呼吸频率、幅度及神志的变化,若出现恶心、呕吐、烦躁、肌肉抽搐要及时通知医生,严重者立即停药。

(3)慎用抑制呼吸类药物。

(4)防止高浓度吸氧抑制呼吸,加重二氧化碳潴留,加重肺性脑病。

【操作考核评分标准】

(1)本题分值:100分。

(2)出现以下情况之一,本题按零分计。

①伴有二氧化碳潴留时没有低流量吸氧。

②没有密切观察病人神志、呼吸、心率、血气分析等病情变化情况。

(3)有创新,能提高操作质量,加5分(且该创新处与操作评分标准不一致时不扣分)。

(4)操作评分(见下表)。

序号	项目	分值	内容
1	环境准备	2	环境清洁,温度适宜,必要时屏风遮挡
2	护士准备	2	衣帽整齐,符合要求
		2	修剪指甲
		2	洗手
		2	戴口罩
3	用物准备	5	备齐用物,摆放合理
4	病人准备	10	核对病人床号、姓名
		10	了解病人的病情、意识状态、合作程度
		5	进行解释
		5	体位合适
5	实施操作	5	操作方法选择适当
		10	操作手法正确
		10	密切观察病人神志、呼吸、心率、血气分析等情况
		10	有异常时及时报告医生,采取相应的处理措施
		5	配合用药
6	配合辅助检查	2	
7	整理用物、洗手	2	
8	记录	5	记录病人病情变化及处理后结果等
9	总体评价	2	操作中体现对病人的关心
		2	操作熟练
		2	动作轻柔

(包友枝 朋彩虹)

实训 4 哮喘护理

【实训目的】

使学生掌握哮喘护理方法。迅速控制哮喘症状,避免并发症,减轻病人痛苦,改善病人生活质量。

【适应证和禁忌证】

适用于哮喘病人。

【实训主要设备和材料】

氧气,峰流速仪,气雾剂,测量生命体征设备,支气管舒张剂、激素等药物。

【操作步骤】

1. 调整体位 哮喘发作时,协助病人采取半卧位。
2. 密切观察病情变化 监测血压、脉搏、呼吸,必要时检测血气分析。
3. 给氧 一般氧流量 2~4 L/min,伴有高碳酸血症时低流量吸氧。
4. 协助排痰 见“实训 1 保持呼吸道通畅的护理措施”。
5. 配合药物治疗 按医嘱定时给予支气管舒张剂、激素等药物,并注意评估其效果及不良反应。
6. 日常护理

(1)环境安排。将病人安置在清洁、安静、空气新鲜、阳光充足的病室,室内温度维持在 18~22 ℃,湿度维持在 50%~70%。

(2)生活护理。哮喘发作期给予营养丰富、高维生素的流质或半流质食物,勿勉强进食。严禁食用与发病有关的食物,如蛋、鱼、虾、蟹以及生姜等刺激性食物。指导病人保持乐观情绪、适度活动、规律生活。

7. 健康指导

(1)告诉病人哮喘发作前常有先兆。如鼻、咽、眼部发痒,打喷嚏,咳嗽,流鼻涕等黏膜过敏等,发现异常及时处理,如吸入速效 β_2 受体激动剂等。

(2)掌握使用峰流速仪方法。取站立位,尽可能深吸一口气,然后用唇齿包住进气口,以最快的速度、最有力的呼气吹动游标滑动,游标最终停止到的刻度就是此次峰流数值,

(3)加强教育。利用“哮喘讲座”“哮喘论坛”“哮喘专栏”“哮喘之家”等形式教育哮喘病人及家属,告诉他们哮喘是可以控制的疾病,懂得避免诱发因素的方法,熟知发作先兆及自我处理。提醒经常哮喘发作的病人随身携带速效 β_2 受体激动剂,以迅速控制发作症状。

【气雾剂使用护理】

1. 评估 用药前仔细评估病人使用气雾剂的情况。

2. 准备 准备有关资料,如说明书、幻灯片以及需要与病人、家属讨论的内容,如气雾剂基本构造、使用方法及正确使用意义等。

3. 演示 向病人及家属演示气雾剂的正确使用方法。吸药前先取下气雾剂保护盖,将药瓶上下摇动几次,缓慢呼气至最大量,然后将喷口放入口内,双唇含住喷口,经口缓慢吸气,在深吸气过程中按压驱动装置,继续吸气至最大量,屏气10s,使较小的雾粒在更远的外周气道沉降,然后缓慢呼气。若需要再次吸入,应等待至少1min(即推荐3~5min吸入2喷)。

4. 漱口 每次喷完药物后认真漱口,并将漱口水吐掉,以减少咽部并发症。

5. 练习 督促病人反复练习。

【重症哮喘的护理】

在哮喘护理操作基础上进行以下护理:

1. 病情监护 专人护理,严密监测病情变化,持续心电监护,每隔10~20min监测一次血压、脉搏、呼吸。注意心电图、神志的变化,监测动脉血气分析的结果、肺功能检查的指标。同时还应严密观察有无脱水、酸碱失衡、电解质紊乱、肺不张、自发性气胸、呼吸衰竭和肺性脑病等并发症,发现异常及时配合抢救。认真填写特别护理记录单。

2. 基础护理 危重期病人生活不能自理,应及时擦干病人身上的汗液,更换干燥、柔软的衣被,保持清洁、舒适;臀部间断置海绵圈,按摩受压部位,保持皮肤完好,防止压疮发生。病人食欲不佳伴恶心、呕吐时,要做好口腔护理,防止口腔炎发生;神志不清者,注意防止误吸。为保证机体足够的热能,不能进食者应给予鼻饲。做好病人会阴部的清洁护理,防止发生泌尿系统感染。

3. 用药护理 应先快后慢、先盐后糖、见尿补钾,维持酸碱和水电解质平衡。每日补液量2000~3000mL,滴速以30~50滴/分为宜;严格要求吸入 β_2 受体激动剂,缓慢静脉注射或静脉滴注氨茶碱、激素。遵医嘱科学安排用药顺序,观察用药效果。

4. 心理护理 病人极度紧张、烦躁不安、疲倦不能休息时,要守护于病人床旁,轻轻按摩背部,并通过暗示、诱导等方法,使病人身心松弛,情绪渐趋稳定。

【注意事项】

(1)哮喘病人吸氧时应注意呼吸道的湿化、保暖和通畅,避免气道干燥和寒冷气流的刺激而导致气道痉挛。

(2)若哮喘病人氧疗效果不佳,缺氧严重,提示气道不够通畅,应做好气管插管或气管切开以及机械通气的准备,禁忌使用呼吸兴奋剂。

(3)哮喘发作时,注意有无急性左心衰的表现。

(4)避免哮喘病人接触过敏原,如病室内不宜布置花草、铺地毯,枕头内不宜填塞羽毛,不宜饲养小动物,以免吸入刺激性物质引起哮喘发作。进行各项护理操作时,防止灰尘飞扬,注意保护病人。

【操作考核评分标准】

(1)本题分值:100分。

(2)没有注意避免哮喘病人接触过敏原,本题按零分计。

(3)有创新,能提高操作质量,加5分(且该创新处与操作评分标准不一致时不扣分)。

(4)操作评分(见下表)。

序号	项目	分值	内容
1	环境准备	2	环境清洁,温度适宜,必要时屏风遮挡
2	护士准备	2	衣帽整齐,符合要求
		2	修剪指甲
		2	洗手
		2	戴口罩
3	用物准备	5	备齐用物,摆放合理
4	病人准备	10	核对病人床号、姓名
		10	了解病人的病情、意识状态、合作程度
		5	进行解释
		5	体位合适
5	实施操作	5	操作方法选择适当
		10	操作手法正确
		10	密切观察病人神志、呼吸、心率、血气分析等情况
		10	有异常时及时报告医生,采取相应的处理措施
		5	必要时配合用药
6	配合辅助检查	2	
7	整理用物、洗手	2	
8	记录	5	记录病人病情变化及处理后结果等
9	总体评价	2	操作中体现对病人的关心
		2	操作熟练
		2	动作轻柔

(包友枝 朋彩虹)

实训 5 肺结核护理

【实训目的】

使学生掌握肺结核护理方法。减少并发症,提高治愈率,减轻病人痛苦,提高病人生存质量。

【适应证和禁忌证】

适用于各型肺结核病人。

【实训主要设备和材料】

抗结核化疗药、宣传手册、健康教育录像等。

【操作步骤】

1. 肺结核护理

(1)全程督导短程化疗。全程督导短程化疗的实质就是医护人员帮助病人适应并全程完成化疗方案,提高治疗依从性,保证规律用药,提高治愈率,降低复发率和减少耐药病例的发生。

(2)治疗知识介绍

①对病人及家属进行宣教。可借助宣传手册、健康教育录像以及用药时间表等帮助他们对疾病、治疗方案及潜在副作用有所认识。解释药物不良反应时,告诉病人发生药物不良反应的可能性较小,只要及时发现并处理,大部分不良反应可以完全消失。让病人理解坚持全程化疗的目的是防止治疗失败所产生的耐药肺结核,避免增加治疗难度和经济负担。

②提高服药依从性。护理人员应帮助病人分析治疗过程中可能会出现的问题,如忘记服药、不按时服药或过早停药等。制定切实可行的计划,如安排家属、保健人员提醒、监督服药,有条件时可配吃药提醒器;保证病人药物充足;告诉病人未经医生允许,不可因任何原因而自行停药;反复强调坚持规则、合理化疗的重要性。

(3)观察药物不良反应。用药时要注意观察病人有无胃肠反应、肝区不适、黄疸、眩晕、耳鸣、皮疹、末梢神经发麻等情况,发现异常及时与医师联系,进行相应处理。

(4)病情观察。观察生命体征变化情况,若高热持续不退,脉搏快速、呼吸急促,提示病情较重,应加强观察和护理;观察有无咯血先兆,如咽喉发痒、刺激感、胸闷加剧、胸前发热等,发现异常立即通知医生,并积极配合处理。

(5)抽液的护理。对胸腔大量积液者,应做好抽液准备及操作配合。

(6)饮食护理。给予高热量、高蛋白、高维生素食物。保持体内水、电解质平衡,鼓励病人多饮水,每天 1 500~2 000 mL,保证机体代谢需要和体内毒素排泄,必要时遵医嘱给予静脉补充。

(7)休息、活动。轻症及恢复期病人,不必严格限制活动,但要避免劳累及过度兴奋。有高热、中毒症状明显及咯血者应卧床休息。

(8)心理护理。护士应耐心向病人讲解疾病的知识,使其了解只有坚持合理、全程化疗,病人才可完全康复。树立治疗信心,使其坚持正规治疗,建立良好的休养心境,促使早日康复。

(9)健康教育

①尽早控制传染源。与结核病人密切接触者应去医院进行有关检查。早期发现病人并登记管理,对病人进行及时正规治疗是预防结核病疫情的关键。

②做好消毒隔离。宣传结核病的传播途径及消毒、隔离重要性,指导病人采取积极的预防方法和有效的消毒、隔离措施,并能自觉遵照执行。让病人单居一室,进行呼吸道隔离,室内保持良好通风,每日用紫外线照射消毒。告之病人不可面对他人打喷嚏或咳嗽,严禁随地吐痰。在打喷嚏或咳嗽时用双层纸巾遮住口鼻,纸巾用后焚烧,吐出的痰液用 2 000 mg/L 含有效氯的消毒液灭菌处理;餐具、痰杯应煮沸消毒或用消毒液浸泡消毒,同桌共餐时使用公筷。被褥、书籍等在烈日下曝晒 6 h 以上。病人外出时应戴口罩。

③预防传染。给未受过结核菌感染的新生儿、儿童及青少年接种卡介苗。在开放性肺结核(即排菌者)的家庭内,对与病人密切接触的家庭成员及结素试验新近转为阳性者可服用异烟肼预防结核。

④指导用药,定期复查。

2. PPD 试验及结果判定

(1)注射部位及剂量。通常在左前臂掌侧中部皮内注射 0.1 mL(5IU)。

(2)结果判定。48~72 h 后测量皮肤硬结直径,小于 5 mm 为阴性,5~9 mm 为弱阳性,10~19 mm 为阳性,20 mm 以上或局部有水泡、坏死为强阳性。

(3)结果意义

①结素试验阳性。成人结素试验阳性仅表示曾受到结核菌感染或接种过卡介苗,并不表示一定患病;若呈强阳性,常提示活动性结核病。3 岁以下强阳性反应者,应视为有新近感染的活动性结核病,应进行治疗。结素反应如果 2 年内从小于 10 mm 增加至 16 mm 以上时,可认为有新的结核感染。

②结素试验阴性。说明机体未感染结核菌,还见于:结核感染后 4~8 周处于变态反应前期;免疫力下降和变态反应暂时受抑制,如应用糖皮质激素或免疫抑制剂、严重结核病和危重病人、淋巴细胞免疫系统缺陷、严重营养不良等。

【注意事项】

(1)目前抗结核药一般每日一顿服。

(2)结核性胸水多为淡黄色,有时也可见血性胸水,要注意配合医生按要求留取胸水标本,及时送生化检查和胸水脱落细胞检查。

(3)戒烟酒。监测营养状况,每周测体重一次,并记录,判断病人营养状况是否改善。

(4)了解血红蛋白、红细胞情况,判断贫血程度是否减轻。

【操作考核评分标准】

(1)本题分值:100 分。

(2)出现以下情况之一,本题按零分计。

①没有考虑全程督导短程化疗。

②PPD 试验,48 h 内测量皮肤硬结直径。

③没有考虑消毒隔离。

(3)有创新,能提高操作质量,加 5 分(且该创新处与操作评分标准不一致时不扣分)。

(4)操作评分(见下表)。

序号	项目	分值	内容
1	环境准备	2	环境清洁,温度适宜,必要时屏风遮挡
2	护士准备	2	衣帽整齐,符合要求
		2	修剪指甲
		2	洗手
		2	戴口罩
3	用物准备	5	备齐用物,摆放合理
4	病人准备	10	核对病人床号、姓名
		10	了解病人的病情、意识状态、合作程度
		5	进行解释
		5	体位合适
5	实施操作	5	操作方法选择适当
		10	操作手法正确
		10	密切观察病人面色、呼吸、脉搏、排痰等情况
		10	有异常时及时报告医生,采取相应的处理措施
		5	配合用药
6	配合辅助检查	2	按规范消毒痰液、痰杯、空气等
7	整理用物、洗手	2	
8	记录	5	记录病人病情变化及处理后结果等
9	总体评价	2	操作中体现对病人的关心
		2	操作熟练
		2	动作轻柔

(包友枝 朋彩虹)

实训 6 体位引流的护理

【实训目的】

使学生掌握体位引流的护理方法。保持呼吸道通畅,减少痰液淤积,避免并发症。

【适应证和禁忌证】

适用于肺脓肿、支气管扩张、术后坠积性肺炎以及其他痰液较多的病人。头外伤,胸部创伤,咯血,严重心、脑、肺疾患病人,病情不稳定者,不宜使用头低位引流。

【实训主要设备和材料】

口腔护理设备、痰缸、消毒痰液药物、抬高床头(床尾)的物品等。

【操作步骤】

1. **准备** 引流前向病人说明体位引流的目及操作过程,以消除顾虑,取得病人的合作。痰液黏稠不易咳出者,可先用生理盐水超声雾化吸入、应用祛痰药(氯化氨、溴己新等)稀释痰液,或应用支气管舒张剂,提高引流效果。

2. **体位** 根据病变部位及病人自身体验,采取相应的体位。原则上抬高患肺位置,使引流支气管开口向下(见图 6),同时辅以拍背,以借助重力的作用使痰液排出。

3. **时间** 引流宜在饭前 1 h、饭后 1~3 h 进行,以免引流导致呕吐。每次引流 15~20 min,每日 1~3 次。一般安排在早晨起床时、晚餐前及睡前。

4. **观察** 引流过程中应有护士或家人协助,以便及时发现异常。引流中注意观察病人反应,若出现咯血、头昏、发绀、呼吸困难、出汗、脉搏细速、疲劳等情况应立即停止引流。注意观察体位引流出痰液的量、性质以及静置后是否分为三层。

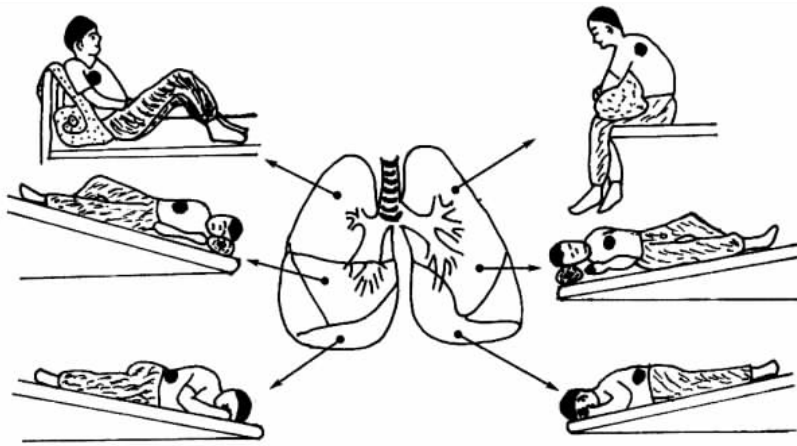


图6 体位引流示意图

5. 排痰 引流过程中鼓励病人做深呼吸及有效咳嗽,并辅以叩背,以利于痰液排出。

6. 引流完毕 嘱病人休息。为消除痰液咳出时引起的口臭,应用漱口水彻底漱口,以保持口腔清洁,同时增进食欲,减少呼吸道感染机会。记录排出的痰量和性质,必要时将痰液送检。痰液用漂白粉等消毒剂消毒后再弃去。

【注意事项】

- (1)正确留取痰标本并及时送检做细菌培养。
- (2)忌用冰冷、辛辣食物,忌饮浓茶、咖啡等刺激性饮料,以免引起刺激性咳嗽。
- (3)保持平和心态,避免情绪激动、剧烈运动或过度体力劳动。

【操作考核评分标准】

- (1)本题分值:100分。
- (2)没有抬高患肺位置,使引流支气管开口向下,本题按零分计。
- (3)有创新,能提高操作质量,加5分(且该创新处与操作评分标准不一致时不扣分)。
- (4)操作评分(见下表)。

序号	项目	分值	内容
1	环境准备	2	环境清洁,温度适宜,必要时屏风遮挡
2	护士准备	2	衣帽整齐,符合要求
		2	修剪指甲
		2	洗手
		2	戴口罩
3	用物准备	5	备齐用物,摆放合理
4	病人准备	5	核对病人床号、姓名
		5	了解病人的病情、意识状态、合作程度
		5	进行解释
		10	体位合适
5	实施操作	10	操作方法选择适当
		10	操作手法正确
		10	密切观察病人神志、呼吸、心率、痰量等情况
		10	有异常时及时报告医生,采取相应的处理措施
		5	必要时配合用药
6	配合辅助检查	2	
7	整理用物、洗手	2	
8	记录	5	记录病人病情变化及处理后结果等
9	总体评价	2	操作中体现对病人的关心
		2	操作熟练
		2	动作轻柔

(包友枝 张小来)

实训 7 胸腔穿刺术护理

胸腔穿刺术(简称胸穿)是从胸腔内抽取积液或积气的操作。胸穿术能检查胸水的性质以及各种生化指标,有利于诊断和鉴别诊断;能排除胸腔积液或积气,缓解压迫症状,避免胸膜粘连增厚;向胸腔内注射药物,辅助治疗。

【实训目的】

使学生掌握胸腔穿刺术的护理方法。

【适应证、禁忌证和并发症】

1. 适应证

- (1)胸腔积液或气胸者。
- (2)通过胸穿向胸腔内注入药物(抗生素、抗肿瘤药物、粘连剂等),以行局部治疗。

2. 禁忌证

- (1)有严重出血倾向,血小板明显减少,或用肝素、双香豆素等进行抗凝治疗者。
- (2)大咯血、严重肺结核及肺气肿者。
- (3)不能合作的病人也相对禁忌,必要时可给予镇静剂或行基础麻醉后进行胸腔穿刺。

3. 并发症 常见并发症有气胸、血胸等。气胸是最常见的并发症,大多数是由于穿刺针刺破脏层胸膜所致。血胸常因损伤肋间血管引起。

【实训主要设备和材料】

常规消毒物品、无菌胸穿包(接有乳胶管的胸穿针,5 mL、50 mL 注射器,7 号针,血管钳 2 把,洞巾,纱布,试管)、无菌手套、局麻药、治疗用药、胶布、量杯等。

【操作步骤】

1. 环境准备 环境清洁、无尘,室温不低于 20℃。注意遮挡。
2. 医务人员准备 洗手、戴口罩和帽子。
3. 病人准备 向病人及家属解释胸穿目的、注意事项,如术中不能动、咳嗽、深呼吸等。家属签字同意后,做普鲁卡因皮试,排空大小便,静卧 15~30 min,必要时给予镇静药。
4. 物品准备。
5. 安置穿刺体位 病人反坐靠背椅上,双手交叉放于椅背上,头伏臂上,或半卧位,病侧上肢置于头颈部(见图 7)。
6. 确定穿刺点 胸腔积液一般取患侧肩胛线或腋后线第 7~8 肋间隙或腋中线第 6~7 肋间隙,气胸一般取患侧锁骨中线第 2 肋间隙或腋前线第 4~5 肋间隙处进针。

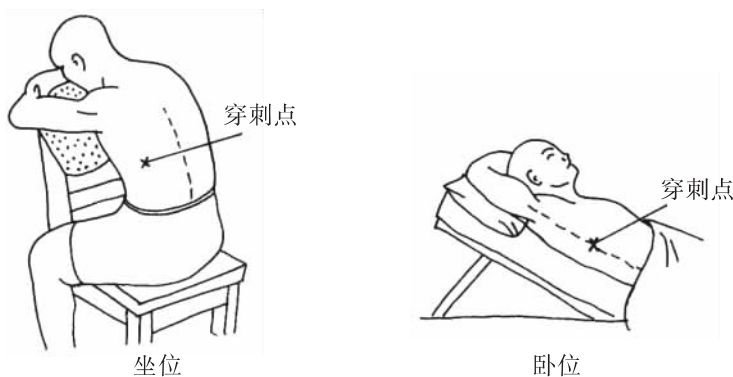


图 7 胸腔穿刺体位及穿刺点

7. 常规消毒穿刺点。

8. 戴手套、铺洞巾、局麻 护士用胶布固定洞巾两上角以防滑脱。护士将已消毒瓶塞的麻药瓶瓶塞面对术者,术者用 5 mL 注射器抽取麻药,对穿刺点皮内、皮下、胸膜壁层进行麻醉。

9. 检查胸穿物品是否通畅、衔接紧密。

10. 用带乳胶管的穿刺针穿刺 用血管钳将乳胶管夹闭,沿下位肋骨上缘进针。

11. 穿入胸腔 当出现落空感时,穿刺针已进入了胸膜腔。此时护士用无菌血管钳固定穿刺针。