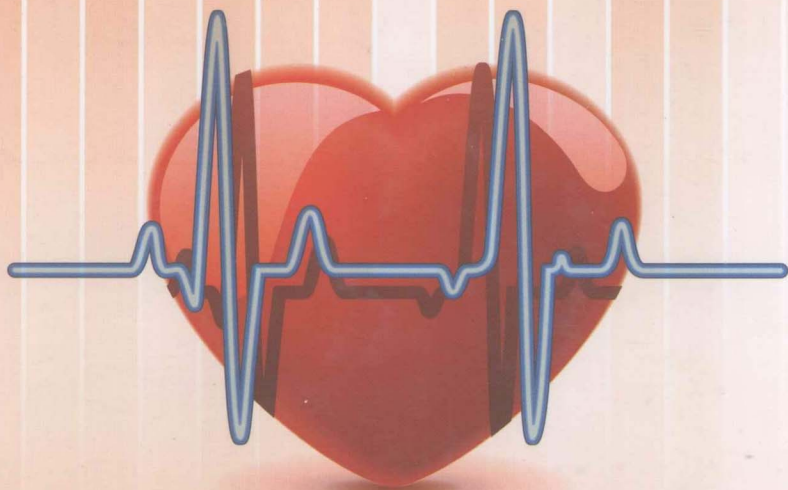


现代临床护理常规



天津科学技术出版社

现代临床护理常规

主编 张媛媛 蔡秀萍 宋晓霞 李娜
刘珍 董梅 李文香 马忠金



天津科学技术出版社

图书在版编目（CIP）数据

现代临床护理常规 / 张媛媛主编. —天津：天津
科学技术出版社，2011. 12
ISBN 978-7-5308-6723-5

I. ①现… II. ①张… III. ①护理学 IV. ①R47
中国版本图书馆CIP数据核字（2011）第272170号

责任编辑：侯 萍 焦美红
责任印制：张军利

天津科学技术出版社出版
出版人：蔡 颢
天津市西康路 35 号 邮编 300051
电话（022）23332399（编辑室） 23332393（发行部）
网址：www.tjkjchs.com.cn
新华书店经销
天津午阳印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 24 字数 536 000
2011 年 12 月 第 1 版第 1 次印刷
定价：50.00 元

编委会名单

主 编 张媛媛 蔡秀萍 宋晓霞 李 娜

刘 珍 董 梅 李文香 马忠金

副主编 王建华 刘卫华 李 霞 邓志云

王宁宁 李秋娜 刘 婕 魏红丽

戈美琴 石凤霞 董 静 郭文茹

高 萍 任静华 李 娜

张媛媛	河北省沧州中西医结合医院
蔡秀萍	河北省沧州市中心医院
宋晓霞	河北省沧州中西医结合医院
李 娜	河北省沧州市传染病医院
刘 珍	河北省沧州中西医结合医院
董 梅	河北省沧州中西医结合医院
李文香	河北省沧州中西医结合医院
马忠金	河北省沧州中西医结合医院
王建华	河北省沧州市中心医院
刘卫华	河北省沧州市中心医院
李 霞	河北省沧州市中心医院
邓志云	河北省沧州市人民医院
王宁宁	河北省沧州市人民医院
李秋娜	河北省沧州市人民医院
刘 婕	河北省沧州市人民医院
魏红丽	河北省沧州市人民医院
戈美琴	河北省沧州市人民医院
石凤霞	河北省沧州市人民医院
董 静	河北省沧州中西医结合医院
郭文茹	河北省沧州中西医结合医院
高 萍	河北省沧州中西医结合医院
任静华	河北省沧州市人民医院
李 娜	河北省沧州中西医结合医院

前 言

随着医学、生命科学和现代科技的发展，临床护理学的基础与临床研究发展迅速。从事临床的护理工作者，必须随着现代科学技术的进步和医学科学的发展不断丰富和更新自己的知识。为此，我们广泛参考国内外文献，结合自身工作体会，精心编著了这本书。

全书共分二十二章，主要包括临床各科常见疾病的护理。本书内容丰富，重点突出，简明扼要，切合实用，可供广大护理人员、护理教育工作者、在校学生及其他医药卫生人员参考。

由于编写时间仓促，书中难免会有缺点和纰漏，作者衷心地希望读者对书中不妥之处给予批评指正。

河北省沧州中西医结合医院 张媛媛

2011年12月

目 录

第一章 临床常见疾病护理常规	1
第一节 内科常见疾病一般护理常规	1
第二节 外科常见疾病一般护理常规	7
第二章 呼吸科常见疾病护理常规	11
第一节 呼吸科一般护理常规	11
第二节 呼吸科常见疾病护理常规	11
第三章 消化科常见疾病护理常规	26
第一节 消化科一般护理常规	26
第二节 消化科常见疾病护理常规	27
第四章 血液科常见疾病护理常规	37
第一节 血液科一般护理常规	37
第二节 血液科常见疾病护理常规	38
第五章 肾病科常见疾病护理常规	46
第一节 肾病科一般护理常规	46
第二节 肾病科常见疾病护理常规	46
第六章 内分泌科常见疾病护理常规	52
第一节 内分泌科一般护理常规	52
第二节 内分泌科常见疾病护理常规	52
第七章 神经内科常见疾病护理常规	63
第一节 神经内科一般护理常规	63
第二节 神经内科常见疾病护理常规	63
第八章 风湿科常见疾病护理常规	69
第一节 风湿科一般护理常规	69
第二节 风湿科常见疾病护理常规	70
第九章 传染科常见疾病护理常规	76
第一节 传染科一般护理常规	76
第二节 病毒性感染性疾病病人的护理常规	77

第三节	细菌感染性疾病病人的护理常规	84
第十章	老年科常见疾病护理常规	89
第一节	老年病一般护理常规	89
第二节	老年科常见疾病护理常规	90
第十一章	普外科常见疾病护理常规	97
第一节	普外科一般护理常规	97
第二节	普外科常见疾病护理常规	98
第十二章	胸外科常见疾病护理常规	120
第一节	胸外科一般护理常规	120
第二节	胸外科常见疾病护理常规	121
第十三章	骨科常见疾病护理常规	127
第一节	骨科一般护理常规	127
第二节	骨折急救处理	128
第三节	骨科常见疾病护理常规	129
第十四章	神经外科常见疾病护理常规	137
第一节	神经外科一般护理常规	137
第二节	神经外科常见疾病护理常规	138
第十五章	泌尿科常见疾病护理常规	149
第一节	泌尿科一般护理常规	149
第二节	泌尿科常见疾病护理常规	150
第十六章	五官科常见疾病护理常规	158
第一节	眼科常见疾病护理常规	158
第二节	耳鼻喉科常见疾病护理常规	165
第十七章	妇产科常见疾病护理常规	175
第一节	妇科护理常规	175
第二节	产科护理常规	193
第三节	生殖医学中心护理常规	218
第十八章	儿科常见疾病护理常规	227
第一节	新生儿常见疾病护理常规	227
第二节	小儿内科常见疾病护理常规	235
第三节	小儿外科常见疾病护理常规	245
第十九章	心血管常见疾病护理常规	257
第一节	心血管内科常见疾病护理常规	257

第二节	心内科重症监护常见疾病护理常规	264
第三节	心外科常见疾病护理常规	272
第二十章	急重症疾病护理常规	294
第一节	急诊科护理常规	294
第二节	重症监护（ICU）病房的护理常规	301
第二十一章	肿瘤科常见疾病护理常规	312
第一节	肿瘤科常见疾病护理常规	312
第二节	放疗科常见疾病护理常规	321
第二十二章	诊疗技术护理常规	330
第一节	内科诊疗技术护理	330
第二节	外科诊疗技术护理	343
第三节	妇产科诊疗技术护理	356
第四节	儿科诊疗技术护理	360
第五节	心血管科诊疗技术护理	364
第六节	肿瘤科诊疗技术护理	372

第一章 临床常见疾病护理常规

第一节 内科常见疾病一般护理常规

一、内科一般护理常规

1.妥善安排床位，向病人介绍病区环境、负责医生及有关制度，测体温、脉搏、呼吸、血压、体重，通知主管医生。

2.心理护理：做好病人的心理疏导，稳定病人情绪，缓解其心理压力。

3.病室内经常保持整洁、安静、舒适、空气流通。病室每日通风或空气消毒2次，保证病人充分的睡眠与休息。按时做好晨、晚间护理，满足生活需要，保持病人的个人卫生，预防褥疮、口腔感染等护理并发症。

4.新病人测体温、脉搏、呼吸，每6小时1次，连测3日。体温在37.5℃以上者每6小时测量1次；体温达39℃以上者每4小时测量1次，体温正常者3日后改为每12个小时测1次；每日询问大小便1次，每周测体重1次。

5.按照护理程序进行疾病护理，对病人进行护理评估，提出护理问题，采用相应护理措施，及时给予评价，做好护理记录。

6.做好内科常见疾病和各专科疾病的护理以及特殊治疗、特殊检查的护理。24小时内送检三大常规标本。

7.按级别护理要求巡视病房，及时了解病人的生活起居、饮食、睡眠和心理变化等情况，做好相应护理。

8.密切观察病人的生命体征及临床表现，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压。做好留置管道的护理，保持管道的通畅。注意观察分泌物、排泄物、引流物的性质、性状、颜色及量的变化，并准确记录。

9.根据病情遵医嘱给予适当饮食，注意饮食禁忌。

10.遵医嘱准确给药，并观察用药后的效果及反应。

11.定期消毒灭菌，严格执行消毒规范，控制院内感染的发生率，如有可疑感染病人，做到早发现、早报告，按传染病要求进行护理。

12.根据内科各专科特点备好抢救物品，并积极参加抢救工作。

13.做好健康教育及出院指导工作。

二、常见症状护理

【发热】

1.卧床休息，密切观察病情变化，对意识异常者应加床挡，以确保安全。

2.做好心理护理，帮助病人克服急躁与不安情绪，安心接受治疗。

3.每4小时测量体温、脉搏、呼吸1次,体温突然升高或降低时应随时测量。根据病情测量血压、观察意识状态并做好记录。体温低于37.5℃者多饮水,进行额头敷冷毛巾等非药物治疗,若体温不降,要遵医嘱及时给予药物治疗;对38.5℃以上的发热,在给予药物治疗的同时辅以物理降温,降温30分钟后再次测量体温,并记录在体温单上。大量出汗、退热时应预防虚脱。体温骤降并伴有大汗时应及时补充水分,注意血压变化。

4.给予高热量半流质饮食,鼓励病人多进食,多吃水果,多饮水,保持大便通畅。对不能进食者,必要时鼻饲补充营养。

5.做好生活护理,保持皮肤清洁,及时更换内衣及被单。加强口腔护理,每日2次。饮食前后漱口。

6.卧床休息减少活动,注意保暖,及时更换衣服,保持皮肤清洁、干燥。

7.保持室内空气新鲜,定时开窗通风,避免着凉。

8.针对临床表现及伴随症状给予相应护理或按医嘱处理。

9.健康教育。

(1)向病人讲解发生发热的原因、危险性 & 预防方法。

(2)讲解体温正常的范围,指导测量体温的正确方法。

(3)为家属提供病人高热时的家庭护理指导。

【呼吸困难】

1.保持室内适宜的温度、湿度,保证空气清新。

2.心理护理:针对病人紧张、焦虑、恐惧等心理,给予耐心解释与安慰,使之有安全感,消除不良情绪。保持安静,减轻呼吸困难症状,减少体内氧的消耗。

3.卧床休息,给予坐位或半卧位,密切观察呼吸变化。

4.按医嘱给予高蛋白、高热量、低脂肪、易消化、富含维生素不易发酵的食物(少食乳制品及豆制品)。严重呼吸困难的病人应给予流食或半流食。肥胖者(如睡眠呼吸暂停综合征病人)应控制饮食,减轻体重。

5.做好生活护理,衣服宜宽松,被褥柔软、暖和。对羽毛过敏者不宜使用羽绒服或羽绒被。

6.保持呼吸道通畅,及时清除呼吸道分泌物;按时为病人叩背,帮助做有效咳嗽、咳痰等;必要时遵医嘱给予吸氧。

7.按医嘱给予消炎、化痰、止喘、超声雾化等治疗。对严重呼吸困难的病人进行机械通气并做好相应护理。

8.鼓励病人多饮水,防止痰液黏稠不易咳出而加重呼吸困难症状。

9.按医嘱及时留送血气监测标本。

10.健康教育。

(1)向病人讲解引起呼吸困难的相关疾病的基础知识,使之掌握所患疾病的预防与保健知识。

(2)指导病人做腹式呼吸锻炼,逐渐增强呼吸功能。

【咳嗽、咳痰】

- 1.保持环境舒适，室温维持在 18~20℃，湿度 50%~60%为宜。
- 2.剧烈、频繁咳嗽患者应注意适当休息。
- 3.患者坐位或半坐位。
- 4.病人如无心、肝、肾等功能障碍，应给予充足的水分及热量，每日饮水量应在 1500 mL 以上，并适当增加蛋白质和维生素摄入。
- 5.给予胸部物理治疗（CPT），包括深呼吸、咳嗽、胸部叩击、震颤、体位引流和机械吸引。
- 6.协助病人进行药物及雾化吸入治疗，使痰液黏稠度降低，易于咳出。

【昏迷】

- 1.绝对卧床，必要时设专人护理。
- 2.严密观察病情变化，按医嘱定时观察血压、脉搏、呼吸、瞳孔大小、对光反应。体温超过 39℃时给予物理降温；病人体温不升时，可使用热水袋保暖，水温不宜超过 50℃，使用热水袋时应加套，避免烫伤病人。发现脉搏细弱不规则、呼吸不规则或血压突然下降者应及时报告医生给予处理。准确记录 24 小时出入量。
- 3.预防褥疮发生，可使用气垫床或海绵床垫，保持床单柔软、清洁、平整，每 2~3 小时翻身 1 次，建立翻身卡；定时协助病人做被动性肢体运动，并保持肢体功能位。
- 4.鼻饲给予营养丰富、高热量、易消化的流质饮食，每周更换鼻饲管 1 次。
- 5.保持呼吸道通畅，头偏向一侧，及时清除口、鼻、喉中分泌物，痰黏稠时给予超声雾化吸入，气管切开者按气管切开护理规程护理。
- 6.预防肺部感染，每 2~3 小时翻身拍背 1 次，并刺激病人咳嗽，及时吸痰。根据病情需要给氧。
- 7.预防意外损伤。对躁动不安者，加用床挡或约束带以防坠床。对牙关紧闭、抽搐者，应将牙垫垫于上下磨牙之间，以防舌咬伤；如有活动假牙则应取下，以防假牙误入气管；修剪指甲，以免抓伤；室内光线宜暗，动作宜轻，避免外界刺激。有抽搐时应防止骨折、咬伤唇舌、窒息、吸入性肺炎的发生。
- 8.做好生活护理，预防角膜损伤。病人眼睑不能闭合时，应涂抗生素眼膏加盖纱布，并保持湿润和清洁。
- 9.对尿潴留病人，遵医嘱留置导尿，做好会阴护理，防止泌尿道感染；对大便干结者，按摩腹部或遵医嘱使用泻剂。
- 10.预防口腔感染。每日口腔护理 3~4 次，为防止口鼻干燥，可用生理盐水纱布覆盖。
- 11.长期昏迷的病人应按时给病人活动关节，防止关节强直。对肢体瘫痪者，应防止病人足下垂，并按瘫痪病人进行护理。
- 12.随时准备好急救用品，以便及时抢救。

【意识障碍】

- 1.取侧卧位，躁动不安者须加用床挡，必要时应用约束带适当限制肢体活动，以防坠床。

2.做好基础护理,包括口腔、头发、皮肤的护理及保持床单整洁。

3.对昏迷者可应用格拉斯哥昏迷计分方法(GCS),当格拉斯哥指数迅速下降时及时向医生报告。

4.及时清除口腔、气管内的分泌物;对舌后坠者应及时用舌钳牵出,以保持呼吸道通畅。

5.预防并发症,防止损伤,如热水袋烫伤、舌咬伤、异物误入气管内等。意识障碍病人应禁用热水袋。

6.对尿潴留患者行留置导尿并进行膀胱冲洗。对3日未排便者,按医嘱给予处理,必要时将粪便抠出。对于排尿及排便失禁者须保持会阴部及床单的清洁与干燥。

7.长期昏迷患者定时做肢体被动活动,保持肢体良好位,预防肢体肌肉萎缩、关节强直和足下垂。

8.对不能进食的患者,按医嘱给予鼻饲。

9.及时记录护理记录单。

10.健康指导。

(1)指导家属经常呼唤病人的名字,病情允许时也可播放音乐,利用言语和音乐的声韵刺激促进病人苏醒。

(2)指导家属协助病人进行语言及肢体运动的功能康复训练。

【恶心与呕吐】

1.保持病室环境清洁、空气清新。

2.心理护理:鼓励病人保持情绪稳定,积极配合治疗。

3.病人取半卧位或坐位,饭后2小时内避免平卧位。平卧位时应将病人头部偏向一侧,以防呕吐物吸入气管内。对体弱及卧床者应做好相应的生活护理。加强口腔护理,保持口腔清洁。

4.病人剧烈呕吐时应暂停饮食及口服药物,待呕吐减轻后,可按医嘱流质或半流质饮食,少量多餐,多饮水。注意观察病人有无水与电解质失衡的临床表现。必要时记录出入量。

5.按医嘱给予止吐药物治疗,注意观察疗效。指导病人进行缓慢的深呼吸,并做吞咽动作,以抑制呕吐反射。

6.健康教育。

(1)向病人讲解引起恶心呕吐的原因及预防的方法。

(2)养成定时、定量等良好的饮食习惯。

(3)睡眠充足,避免精神紧张和劳累。

【腹泻】

1.体弱者应卧床休息,做好基础护理。做好病人的食具、便器、排泄物及呕吐物的消毒,防止交叉感染。

2.对大量腹泻者,观察有无脱水、电解质紊乱及代谢性酸中毒等临床表现,必要时记录出入量。

3.吃易消化、纤维素含量少的流食、半流食或软饭,少量多餐,多饮水,病情需要

时可饮用含钾、钠的饮料。

- 4.做好病人肛周皮肤的护理，保持会阴部皮肤的清洁与干燥。
- 5.对长期腹泻者，观察是否出现体重减轻、贫血以及营养不良性水肿等临床表现。
- 6.腹痛时可按医嘱给予解痉药物或做腹部热敷。注意观察药物治疗的疗效及副作用。
- 7.需做粪便检验者，留取新鲜粪便并及时送检。
- 8.健康教育。
 - (1) 向病人讲解引起腹泻的原因并掌握预防的方法。
 - (2) 指导病人掌握留取异常粪便标本的正确方法。
 - (3) 指导病人做好肛门周围皮肤的护理。
 - (4) 适当休息，保证充足的睡眠。

【瘫痪】

1.心理护理：根据不同病期病人的不同心理状况，因人施护，善于疏导，使病人能保持良好的心理状态，接受各种治疗和护理。

2.预防泌尿道感染，每日清洗外阴和肛门，保持清洁干燥；对排尿困难者，定时按摩膀胱，但不可重压；对尿潴留者，应在严格无菌操作下导尿，必要时作留置导尿（按留置导尿常规护理），鼓励病人多饮水。

3.做好皮肤护理，预防褥疮的发生。

4.预防肺部感染，协助翻身拍背，鼓励病人咳痰，保持呼吸道通畅，冬天注意保暖。

5.预防肠胀气及便秘，鼓励病人多吃水果蔬菜，少食胀气食物。便秘者按医嘱给缓泻剂或使用开塞露通便。

6.预防跌伤、烫伤、冻伤，对瘫痪伴神志不清者，加用床栏；应用热水袋，水温不可超过 50℃，并加套使用；寒冬季节及时采取保暖措施。

7.促进肢体功能恢复，预防畸形、挛缩。保持肢体功能位置，防止足下垂，可用护足架或枕头撑足掌。按摩肢体，协助患者作被动性功能锻炼，每日 1~2 次，活动量逐渐增加，运动功能开始恢复时，应鼓励病人早期作肢体及躯干的功能锻炼。

【疼痛】

1.及时评估病人疼痛，尽早实施去除或缓解疼痛的措施，根据疼痛强度按医嘱给予止痛治疗或按摩相关部位。

2.心理护理：积极稳定病人情绪，分散其对疼痛的注意力，消除紧张、恐惧心理；告诉病人疼痛的原因和减轻疼痛的方法，增强战胜疼痛的信心；对心理性疼痛者，可采用言语诱导、安慰强化等措施，诱导他在治疗后产生疼痛消失感。

3.对出现突发性剧痛的病人，要密切观察，及时向医生报告并协助处理。

4.观察止痛药物的副作用，尤其注意长期应用止痛药后副作用的发生。

5.按医嘱给予适当饮食。

【谵妄】

1.将病人安置于易观察的单人房间，传染病患者应住传染病病房，做好消毒隔离工

作，必要时适当约束，防止坠床。

2.体温升高，应按高热病人进行护理，超过 39℃时应给予物理降温。

3.积极控制兴奋症状，防止衰竭。

4.给予高热量、易消化的全流或半流饮食。供给充足的水分，每日摄入量不得少于 2500 mL，并按医嘱输液，补充维生素和能量。

5.密切观察病人病情变化，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压，发现异常及时处理。

6.做好口腔护理，颌下垫大毛巾，及时擦净口腔周围的痰迹。

7.保持床位的干净整齐，柔软舒适。病人在约束时，应每 2 小时更换 1 次体位，防止褥疮及坠积性肺炎的发生。

【休克】

1.病人安置在抢救室或单间病房，保持病室安静，室温 22~28℃，湿度 70%左右，保持良好通风，空气新鲜。

2.心理护理：及时做好安慰和解释工作，帮助患者树立战胜疾病的信心。做好家属工作，将病人病情的危险性和治疗、护理方案告诉他们，让他们心中有数的时候，协助医护人员做好病人的心理支持，有利于早日康复。

3.设专人护理，避免过多搬动病人，密切观察病情变化，做好护理记录。

4.给予休克体位，头和腿均抬高 30°，松解病人紧身的领口、衣服。

5.给予适当保暖，感染性休克持续高热时，采用降温措施。

6.给予氧气吸入，氧浓度 40%左右。

7.留置导尿，注意每小时尿量的变化。

8.补充血容量：开放两条静脉通路，尽快进行静脉输液，必要时采用中心静脉置管补液。液体的选择原则上应根据失液的性质决定，一般是先晶体后胶体，胶体与电解质溶液的比例可按 1:3 或 1:4 输注；电解质溶液中宜选用平衡液，在血压突然下降的紧急情况下，可选用 50%葡萄糖 60~100 mL 静脉注射。

9.维持患者呼吸道通畅，及时清理气道分泌物，帮助患者翻身，为患者拍背，鼓励患者深呼吸和咳嗽；患者呼吸道梗阻时，应及时行气管插管或气管切开。

10.应用血管活性药物的护理。

(1) 开始用升压药或更换升压药时血压常不稳定，应每 5~10 分钟测量血压 1 次。根据血压的高低适当调节药物浓度，使用升压药必须从低浓度慢速开始，每 5 分钟测血压 1 次，待血压平稳及全身情况改善后，改为 15~30 分钟测血压 1 次，并按药物浓度及剂量计算滴数。

(2) 静脉滴注升压药时，切忌使药物外渗，以免导致局部组织坏死。

11.预防肺部感染：定期空气消毒，减少探视，病室定期湿化、消毒。避免交叉感染，进行治疗操作时注意勿过分暴露，以免受凉。如有人工气道，则要注意口腔护理，鼓励病人咳痰，痰不易咳出时，给予雾化吸入。不能咳痰者及时给予吸痰，以保持呼吸道通畅，防止肺部并发症的发生。

【抽搐】

- 1.抽搐发作时应有专人守护，迅速解开衣扣，用包好的压舌板放入口腔内，以防舌咬伤，必要时加用床挡，防止坠床。
- 2.保持病人呼吸道通畅，将病人头转向一侧，及时清理呕吐物。
- 3.抽搐时应禁食，并减少对病人的刺激，一切动作应轻稳；保持安静，避免强光刺激。
- 4.密切观察抽搐发作情况，详细记录全过程，特别注意神志与瞳孔的变化、抽搐部位和持续时间、抽搐间隔时间等，及时与医师联系。
- 5.备好急救用品，如吸引器、开口器、拉舌钳等。
- 6.抽搐后应让病人安静休息，室内光线偏暗；伴高热、昏迷者，按高热、昏迷常规护理。

第二节 外科常见疾病一般护理常规

一、外科一般护理常规

- 1.病人入院后，责任护士应热情接待，根据病情安置床位，送病人到病床。向病人介绍环境、住院制度、主管医生及责任护士；测体温、脉搏、呼吸、血压，并通知医生。
- 2.室内保持整洁、安静、空气清新，根据需要调节适宜的温、湿度，利于病人休息。
- 3.新病人及体温 37.5°C 以上者，每日测体温、脉搏、呼吸4次。连测3日正常者，改为每日1次；术前日、术后3日及体温在 39°C 以上者，每4小时测体温、脉搏、呼吸1次，连测3日正常者改为每日测1~2次。每日询问大便1次，每周测体重、血压1次。
- 4.按照分级护理，做好新入院病人的入院评估，在24小时内做好病人记录或危重病人记录，定期进行效果评价。
- 5.病人入院后，24小时内正确留取三大常规、出凝血时间测定、配血等标本并送检。
- 6.按医嘱给予饮食，严格掌握外科疾病的饮食原则并给予恰当的指导。
- 7.定时巡视病房，了解病人的生命体征、饮食、睡眠、全身情况及心理活动，有无潜在的健康问题，及时修改护理计划，并将异常情况报告医生。
- 8.严密观察病情，发现病情突变，即刻行应急处理，同时报告医生。
- 9.按医嘱给药，严格掌握药疗原则及配伍禁忌，并注意观察用药效果及反应。
- 10.严格遵守无菌技术操作原则，认真执行查对制度及各种消毒、隔离制度，避免交叉感染及发生医源性疾病，以保障病人的安全。
- 11.根据病人的不同需求做好心理护理、健康教育及出院指导。
- 12.病人出院、转科后，床单应彻底清洁消毒，病人死亡后床单应进行消毒。

二、手术前病人的护理常规

- 1.按外科一般护理常规护理。

2.心理护理：根据病人的不同反应，有针对性地向病人讲解有关手术知识、重要性及安全性，由同种病人介绍手术后效果，并向病人介绍手术室及监护室环境，消除病人的不良反应，愉快地接受手术。

3.术前准备及健康教育。

(1) 呼吸道准备：

①有吸烟史者，指导其在术前1~2周戒除；

②练习深呼吸，根据不同部位的手术，指导病人做不同方式的深呼吸，如腹部手术可练习胸式呼吸，胸部手术可练习腹式呼吸；

③练习有效咳嗽排痰，指导病人在排痰前先轻咳嗽几次，使痰液松动，再深吸一口气后，用力咳嗽使痰液排出。

(2) 胃肠道准备：

①给高热量、高蛋白、易消化饮食；不能进食者，可行肠外营养补充，以保证机体足够的营养供给；手术前12小时应禁食，术前4~6小时禁水；

②根据麻醉及手术的不同，术前晚或术晨常规用0.1%~0.2%肥皂水灌肠或用泻药；肠道手术病人可按医嘱于术前3日用肠道抗生素；

③术前3日指导病人练习床上大小便。

(3) 手术区皮肤的准备：

①术前日根据不同的手术及切口部位确定备皮范围；

②嘱病人沐浴，不能沐浴者，由护士协助行床上擦浴，修剪指（趾）甲。

(4) 术前日常规做药物过敏试验。

(5) 根据手术的大小申请备血，并了解女病人月经来潮情况。

4.为病人创造舒适安静的睡眠环境，注意保暖。术前晚入睡困难者，可根据医嘱给予适量的镇静剂，并注意观察，以防意外。

5.术晨护理：

(1) 术晨测体温、脉搏、呼吸、血压，发现异常及时报告医生。

(2) 按不同手术需要分别行灌肠，置胃管或导尿管等。

(3) 将病人携带的贵重物品交其家属，为病人取下发卡并包裹头发，有义齿者将其取下，以免麻醉中误咽。

(4) 嘱病人排尿。

(5) 更换手术衣裤。

(6) 术前半小时给术前用药，向病人说明用药后可能出现口渴等症状。

(7) 备好病历，与手术室护士共同将病人用平车护送至手术室。

(8) 病人去手术室后，准备好麻醉床和所需物品。

三、手术后病人的护理常规

1.迎接并安置病人，测血压、脉搏，与手术室护士、麻醉医生交接班，了解术中情况，询问手术方式，查看带回的物品并做好记录。

2.心理护理：根据术后病人具体情况及出现的不适，做好病人及家属的解释工作，并给予相应处理。注意环境的安静舒适，保证病人休息，缓解不良心理反应。