

护理实践 与研究

李桂玲等◎主编



IC 吉林科学技术出版社

护理实践与研究

李桂玲等◎主编

 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

护理实践与研究 / 李桂玲, 潘玉升, 汪艳主编. --
长春: 吉林科学技术出版社, 2017. 6
ISBN 978-7-5578-2737-3

I. ①护… II. ①李… ②潘… ③汪… III. ①护理学
—研究 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第159105号

护理实践与研究

HULI SHIJIAN YU YANJIU

主 编 李桂玲等
出 版 人 李 梁
责任编辑 许晶刚
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 450千字
印 张 32.5
印 数 1—1000册
版 次 2017年6月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-2737-3
定 价 135.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

目 录

第一章 泌尿外科疾病护理常规	1
第二章 铺床技术	8
第一节 备用床	8
第二节 暂空床	9
第三节 麻醉床	9
第四节 卧有患者床	10
第三章 卧位与安全	14
第一节 各种卧位	14
第二节 约束术	18
第三节 搬运技术	20
第四章 灌肠术	24
第一节 概述	24
第二节 器常用灌肠技术	26
第五章 围术期患者的护理	31
第一节 术前护理	31
第二节 术后护理	35
第三节 术后并发症的预防及护理	39
第六章 休克的护理	42
第七章 泌尿、男性生殖系统外科疾病患者的护理	47
第一节 常见症状和检查方法	47
第二节 泌尿系统损伤患者的护理	51
第三节 尿石症患者的护理	57
第四节 泌尿、男性生殖系统肿瘤患者的护理	61
第五节 尿路梗阻患者的护理	66
第六节 男性节育患者的护理	71
第八章 泌尿外科引流管(支架管)的护理	73
第九章 移植患者的护理	76
第一节 概述	76
第二节 肾移植患者的护理	77
第三节 肝移植患者的护理	80
第十章 泌尿外科疾病护理	83
第一节 泌尿外科手术前后护理	83

第二节	肾肿瘤护理	84
第三节	阴茎癌护理	85
第四节	睾丸肿瘤护理	86
第五节	肾上腺疾病护理	87
第六节	肾结核护理	88
第七节	肾积水护理	89
第八节	良性前列腺增生护理	90
第九节	鞘膜积液护理	92
第十节	精索静脉曲张护理	92
第十一节	隐睾护理	93
第十二节	肾移植护理	94
第十三节	男性性功能障碍护理	96
第十四节	尿道下裂护理	98
第十五节	两性畸形护理	99
第十六节	泌尿造口护理	101
第十七节	泌尿外PI疾病常见管道护理	103
第十八节	前列腺癌	106
第十九节	膀胱肿瘤	116
第十一章	泌尿外科新技术护理	126
第一节	激光技术在泌尿外科中的临床应用及护理	126
第二节	高温射频消融技术治疗泌尿系肿瘤及护理	132
第三节	后腹腔镜手术在泌尿外科的应用及围手术期护理	138
第四节	TVT悬吊术及TVT—O术治疗女性压力性尿失禁及护理	141
第五节	近距离照射治疗前列腺肿瘤及护理	147
第六节	输尿管球囊扩张术治疗输尿管狭窄及护理	155
第七节	局部灌注溶石液治疗上尿路尿酸结石及护理	158
第八节	凯格尔运动治疗压力性尿失禁及护理	162
第九节	阴茎三件套治疗ED及护理	165
第十节	光动力学方法诊治膀胱肿瘤及护理	170
第十二章	老年消化系统疾病的流行病学	176
第一节	老年人消化系常见病的流行病学	176
第二节	老年消化系统常见恶性肿瘤的流行病学	185
第十三章	消化系统疾病病人的护理	195
第一节	概述	195

第二节	肝硬化病人的护理	206
第三节	原发性肝癌病人的护理	213
第四节	肝性脑病病人的护理	218
第五节	急性胰腺炎病人的护理	224
第六节	炎症性肠病病人的护理	229
第七节	肠结核病人的护理	235
第八节	结核性腹膜炎病人的护理	238
第十四章	手术室的基本管理	242
第一节	手术室的基本条件和建筑设施要求	242
第二节	洁净手术部的流程	244
第三节	洁净手术间的基本要求	244
第四节	手术室的环境监测	246
第十五章	洁净手术室管理与监测	249
第十六章	围手术期护理	256
第十七章	术中输液输血	270
第十八章	手术室安全管理	285
第十九章	手术室消毒与隔离	291
第二十章	微创外科手术配合	296
第二十一章	妇科肿瘤护理	323
第一节	外阴癌	323
第二节	子宫颈癌	325
第三节	子宫肌瘤	328
第四节	子宫内膜癌	330
第五节	卵巢肿瘤	333
第六节	良性葡萄胎	335
第七节	恶性葡萄胎(侵蚀性葡萄胎)	338
第八节	绒毛膜癌	340
第九节	妇科肿瘤化疗病人的护理	342
第二十二章	分娩期疾病护理	346
第一节	分娩的准备	346
第二节	影响分娩的因素	347
第三节	正常分娩的监护	351
第四节	产力异常	359
第五节	胎位及胎儿发育异常	365

第六节	胎膜早破	371
第七节	子宫破裂	372
第八节	羊水栓塞	374
第二十三章	骨关节结核病病人的护理	377
第一节	概述	377
第二节	脊椎结核	384
第三节	肩关节结核	407
第四节	肘关节结核	410
第五节	腕关节结核	412
第六节	髋关节结核	414
第二十四章	常见结核病人的护理	418
第一节	肺结核病人的护理	418
第二节	耐药结核病人的护理	425
第三节	结核性胸膜炎病人的护理	429
第四节	结核性脑膜炎病人的护理	433
第五节	结核病合并肝炎病人的护理	440
第六节	结核病患者的手术治疗护理	444
第二十五章	精神病的基础护理	463
第一节	与精神病人的接触	463
第二节	精神病症状的观察与记录	467
第三节	个人卫生护理	470
第四节	基础护理在精神科的应用	472
第二十六章	精神分裂症的护理	479
第二十七章	情感障碍病人的护理	490
第一节	情感与情感障碍的概述	490
第二节	情感性精神障碍	490
第三节	情感性精神障碍的病因	493
第四节	情感性精神障碍的诊断、治疗、预后及预防	495
第五节	情感性精神障碍的护理过程	498
第二十八章	器质性精神疾病患者的护理	508
第一节	器质性精神疾病的常见综合征	508
第二节	癫痫所致精神疾病的护理	509
第三节	躯体疾病所致精神障碍的护理	513

第一章 泌尿外科疾病护理常规

一、肾部分切除及肾切除手术护理常规

(一)术前护理

1. 按外科手术前一般护理常规。
2. 给予高热量、丰富维生素、易消化饮食，保持大便通畅，鼓励患者多饮水。改善全身营养状况，多饮水可使肾结核患者减轻结核脓尿对膀胱的刺激，肾肿瘤患者可以使尿液稀释，避免血块引起尿路堵塞。
3. 做好术前准备，密切观察患者生命体征及病情变化。
4. 协助患者做好相关检查。
5. 遵医嘱执行术前用药。肾结核患者术前均进行不少于2周的抗结核治疗，定期协助做好尿常规和尿结核杆菌检查。观察药物治疗效果，发现药物对肝、肾功能的副作用，及时处理。
6. 患者入手术室之前，排空膀胱，准备肠道，如有需要，术前给予留置导尿，以防膀胱过度充盈致术中误伤或尿液外溢。
7. 肾结核伴有膀胱挛缩者，保持会阴部清洁、床铺清洁干燥。
8. 心理护理：根据病人的具体情况，做耐心的心理疏导，以消除其恐惧、焦虑、绝望心理，积极待术。

(二)术后护理

1. 监测生命体征，观察有无出血。术后24小时内每15~30分钟测血压、脉搏、呼吸1次。观察血压变化，伤口有无渗血，引流液的性状、量，如发现患者血压偏低，引流液多呈血性，要高度警惕有出血可能，应及时报告医师并配合抢救。
2. 观察健侧肾功能。肾切除后，观察对侧肾功能是术后护理中观察的又一重点。常规留置尿管，监测24小时尿量，判断健侧肾功能。如术后6小时无尿或24小时尿量少，首先应检查尿管是否通畅，通畅则可能为健侧肾功能有障碍或因手术刺激引起反应性一时肾功能不良所致。应遵医嘱及时药物治疗。
3. 预防感染。每日尿道口消毒2次，并更换引流袋，引流袋应低于耻骨联合水平以下，以预防泌尿系感染，保护健侧肾功能。术后需注意观察体温及血细胞计数变化，保证抗生素的正确使用，切口敷料浸湿应及时更换，充分引流后，适时拔管，减少异物刺激及分泌物增加等。
4. 肾切除者术后患者，待麻醉清醒、血压平稳后，给予半卧位，指导协助患者双下肢被动伸屈运动，预防双下肢血栓性静脉炎。卧床3~4天，可逐步下床活动；肾部分切除者，绝对卧床休息14天左右，给予平卧位。
5. 术后当天，指导患者保持深呼吸，以利于肺部扩张，减少肺部并发症。
6. 肾切除患者输液速度宜慢，动态观察并记录尿量变化及有无血尿等情况，监测肾

功能。有引流者,须保持引流的通畅,观察引流液的量、性状、颜色,并做好记录。准确记录24小时出入液量。

7. 饮食指导。患者术后2~3天肠蠕动恢复后,即可开始进食。先给予少量流食(米汤、菜汤等),如患者无不适,改为半流食,逐渐改为普食。饮食应营养均衡,多吃蔬菜,多饮水,保持排便通畅,预防便秘。

8. 出院指导。患者在术后半年内应避免劳累,注意休息,饮食应注意营养丰富。术后应遵医嘱服药,慎用或禁用对肾脏有损害的药物。定时复查,监测肾功。肾癌术后定期复查肝、肾、肺等脏器的功能,及早发现转移灶。肾结核每月复查尿常规和尿结核杆菌,连续半年尿中无结核杆菌称为稳定转阴。

二、肾挫伤护理常规

(一)术前护理

1. 给予患者高营养、丰富维生素、易消化饮食,鼓励多饮水,预防便秘。挫伤严重者禁食。

2. 卧床休息。

3. 密切观察生命体征及病情变化,评估有无合并其他内脏损伤的临床表现,如发现异常及时报告医师。做好输血准备,观察肾区情况,出现包块提示内出血,及时报告医生,协助行B超、CT检查。

4. 建立静脉通路,遵医嘱给予补液、消炎、止血、止痛等处理,保证静脉输液通畅。发生休克时,立即配合抢救,按休克护理常规进行护理。

5. 如需手术治疗,给手术前心理护理和术前指导,消除患者的恐惧、焦虑情绪。

(二)术后护理

1. 术后绝对卧床休息2周以上。仍有血尿延长卧床时间。

2. 术后禁食2~3天,待肠蠕动恢复后开始进食。忌食胀气类食物(牛奶等),避免辛辣、刺激性食物。

3. 密切观察生命体征,观察引流物的颜色、性状及量。准确记录出入量。

4. 保持手术切口敷料干燥,引流管妥善固定,保持引流通畅,应用抗生素预防感染。

三、输尿管结石手术护理常规

(一)术前护理

1. 给予患者高营养、丰富维生素、易消化、无刺激的饮食,鼓励多饮水。每日饮水量3000ml以上,睡前应进水250ml,以增加尿量。保持每日尿量在2000ml以上,以降低尿中形成结石物的浓度,做好中段尿培养及药敏实验,有尿路感染者,应用抗生素控制感染后再行手术。了解血肌酐、尿素氮、肾功能。

2. 如需手术治疗,给手术前心理护理和术前准备,消除患者的恐惧及焦虑。

3. 术前14小时拍摄定位片,患者卧床,定位片与以前拍摄的片子一起带入手术室以作比较。

(二)术后护理

1. 密切观察生命体征,严密观察和记录尿液颜色、量及患侧肾功能情况。术后需卧

床休息5~7日,方可逐渐下床活动。肾实质切开取石术后绝对卧床休息10~12日,PCNL术后需卧床2~3日,然后根据病情下床活动。

2. 保持引流管的通畅,防止引流管脱出、受压、扭曲;观察并记录引流液的量、色、性状。观察伤口有无出血、渗液,保持局部清洁干燥。

3. 肾或输尿管结石患者,术后常规放置双“J”管。嘱患者不宜大幅度活动,防止双“J”管脱出或移位。双“J”管一般术后1个月左右在膀胱镜下拔出。

4. 鼓励患者多饮水,适当增加粗纤维食物,预防便秘。术后腹胀明显者可采取足三里封闭、芒硝敷脐部或肛管排气。

5. 指导患者观察结石的排除情况。排尿时用纱布过滤,了解残石排出情况。

6. 术后7天拍摄尿路平片,了解有无残留结石及部位。

(三)健康指导

1. 每日饮水3000ml以上,且平均分配于全天,尤其是睡前及半夜饮水效果更佳。为预防结石的复发,每日保持尿量在2000~3000ml,以稀释尿液,减少尿中晶体沉积。

2. 依据结石成分调节饮食。动物蛋白和食糖摄入须适量。含钙结石者宜食用富含纤维素的食物,限制含钙、草酸成分多的食物(如浓茶、菠菜、芦笋等含纤维素较高,牛奶、豆制品、坚果等含钙较高)。尿酸结石者不宜服用含高嘌呤的食物(如动物内脏等)。

3. 遵医嘱合理使用药物。

4. 按规定时间复诊。观察有无复发及残余结石情况。若出现腰痛、血尿等症状,及时就诊。

5. 参加有氧运动,多出汗,排除体内多余含酸性物质,预防肾病的发生。

6. 生活规律,养成良好的生活习惯,远离烟酒。

7. 保持良好心情,学会释放压力,预防结石复发。

四、膀胱及尿道结石手术护理常规

(一)术前护理

1. 患者有血尿、疼痛等症状时,卧床休息。

2. 观察患者血尿、尿痛、排尿困难等表现。

3. 对症护理,遵医嘱应用抗生素。对膀胱痉挛、尿痛等,应用解痉药。对尿潴留者,可给予热敷或诱因排尿,必要时实施导尿术,对于膀胱内感染者,遵医嘱应用抗生素。

4. 拟手术治疗者,做好术前准备。

5. 给予心理支持,消除患者的恐惧、焦虑。

(二)术后护理

1. 了解手术及麻醉情况,根据麻醉要求卧位休息。

2. 鼓励患者多活动、多饮水、多食粗纤维食物,保持大便通畅。

3. 保持伤口敷料的清洁、干燥,做好会阴部护理。

4. 保持造瘘管、导尿管的通畅。

5. 持续进行膀胱冲洗时,依据尿液的颜色及性状调节冲洗液的滴速。

6. 拔除导尿管前,需先行夹管功能训练,排尿恢复后拔除导尿管。

五、膀胱肿瘤切除手术护理常规

(一)术前护理

1. 病情严重者,应卧床休息,观察和记录排尿情况及尿尿程度。
2. 行膀胱全切除术、肠道代膀胱术的患者,按肠切除术准备肠道,术前胃肠减压、服用泻药、清洁灌肠、留置尿管行输尿管皮肤造口术者,术前彻底清洁皮肤。
3. 给予心理支持,缓解患者紧张恐惧情绪。
4. 饮食护理,增加热量和蛋白质,进易消化。营养丰富食物,纠正贫血,改善全身营养状况,多饮水,预防尿路堵塞。

(二)术后护理

1. 了解术中及麻醉情况,麻醉清醒后宜给予半坐卧位。监测生命体征,卧床8~10天避免引流管脱落引起尿漏。
2. 肠蠕动恢复后,宜进食高蛋白、高热量、丰富纤维、易消化的食物,预防便秘。必要时使用开塞露等缓泻剂。进食不可操之过急,禁食期间给予静脉营养。
3. 严密观察生命体征、神志等变化。
4. 保持导尿管和膀胱造瘘管的通畅,防止受压、扭曲。监测各引流管引流情况,注意引流液的量、性状及颜色等。
5. 保持膀胱冲洗通畅,根据冲洗液颜色深浅调整冲洗速度。
6. 鼓励患者术后多饮水,做好会阴抹洗及尿道口消毒。
7. 膀胱全切患者,给予输尿管支架管、尿管及腹壁造瘘口的护理。保持伤口敷料清洁、干燥。
8. 严密观察腹壁造瘘口血液循环、色泽、形态、造口周围皮肤情况,保持瘘管通畅,观察引流的颜色及量:评估术后有无尿瘘、腹胀、便秘等并发症。
9. 加强皮肤护理,预防压疮的发生。对于卧床患者,定时翻身,做好皮肤护理,鼓励患者活动双下肢,必要时指导家属按摩患者双下肢,避免静脉血栓的形成。如果病情允许,尽早下床活动。
10. 指导患者进行膀胱或代膀胱排尿功能的训练。在拔除导管前数天,指导和协助患者定时放尿,开始每2小时左右放尿1次,以后逐渐延长至3~4小时放尿1次,不断刺激膀胱充盈,扩大膀胱容量,以减少拔管后尿频的发生。

(三)康复指导

1. 术后适当锻炼、加强营养、增强体质、戒烟酒、避免接触致癌物质,多食蔬菜、水果。
2. 化疗指导:膀胱部分切除患者及膀胱肿瘤电切术后每周膀胱灌注化疗药物。化疗方案为1周1次共6次,2周1次共6次,1月1次至一年半。灌注后夹闭尿管取仰、俯、左侧、右侧卧位,各30分钟,变换体位,共两小时。
3. 定期复查:每半年复查膀胱镜,应对患者强调复查的重要性,积极主动配合治疗。3个月后复查B超。

六、尿道损伤护理常规

1. 损伤严重者，卧床休息，安抚患者，消除患者紧张、恐惧等心理。
2. 鼓励患者多饮水，进食易消化、高蛋白半流质饮食。
3. 遵医嘱给予镇静、止痛、止血药物。口服乙烯雌酚抗阴茎勃起，以利休息。使用抗生素，预防感染。
4. 协助医师处理急性尿潴留，遵医嘱留置导尿管。
5. 密切评估生命体征，观察伤口渗血、尿外渗等情况。
6. 仔细观察血尿颜色的深浅变化、腹膜刺激征及疼痛的程度，了解损伤部位、有无感染等。尿道球部损伤、会阴部肿胀引起疼痛，表现为排尿时加重；前尿道破裂，可出现滴血甚至流血；后尿道破裂，可出现初期血尿和终末血尿。
7. 保持导尿管及引流管通畅，观察引流物的量、色、性状及气味。
8. 保持会阴部清洁，定期会阴擦洗。

七、尿道下裂手术护理常规

(一) 术前护理

1. 按要求做好术前准备。
2. 给予心理护理，消除患者的自卑、紧张情绪，增强其治愈疾病的信心。

(二) 术后护理

1. 了解术中及麻醉情况，按相应麻醉后护理常规。密切观察生命体征。
2. 鼓励患者多饮水，多含粗纤维食物，保持大便通畅，以防便秘影响伤口愈合。增加尿量。减轻炎症。
3. 保持导尿管通畅，及时清洗尿道分泌物，保持创面干燥。
4. 保持会阴部的清洁干燥，防止大便污染伤口。
5. 遵医嘱使用乙烯雌酚抗阴茎勃起，减轻伤口渗血和利于伤口愈合。
6. 指导患者家属正确使用会阴支架、烤灯及会阴皮肤消毒剂。

八、睾丸或附睾切除手术护理常规

(一) 术前护理

1. 患者进食高蛋白、高热量、无刺激食物，忌烟酒。
2. 做好术前准备。
3. 给予术前指导和心理护理，减轻患者自卑、焦虑、恐惧、绝望等不良情绪。

(二) 术后护理

1. 了解术中及麻醉情况，按麻醉后护理常规。患者术后用四头带托起阴囊，减轻阴囊水肿。
2. 患者麻醉后反应消失，无恶心、呕吐后可逐渐恢复进食。
3. 观察阴囊有无出血、伤口渗血及血肿形成，以便及时处理。
4. 保持会阴部清洁、干燥，必要时会阴擦洗、理疗。

九、前列腺手术护理常规

(一) 术前护理

1. 患者进食高蛋白、高热量、无刺激的食物, 忌烟酒。预防便秘, 多饮水, 勤排尿。
2. 做好术前准备。做好心、肝、肾功能的检查, 了解病人全身状况, 及时治疗, 加强营养, 每日询问排尿情况。
3. 给予术前指导和心理护理, 减轻患者恐惧、害怕等不良情绪。满足病人心理需要。

(二) 术后护理

1. 了解术前及麻醉情况, 按麻醉后护理常规。注意观察生命体征变化, 密切观察有无稀释性低钠血症的发生(电切综合症)。术后2~3天内绝对卧床, 平卧2天后改半坐卧位, 固定三腔气囊管于右侧大腿, 保持双下肢平直, 避免随意弯曲。准确记录出入量, 判断血容量, 不足或肾功能障碍。若患者出现烦躁、恶心、呕吐、抽搐、昏睡, 应立即报告医生, 给予利尿、补高渗盐等对症处理。
2. 肠蠕动恢复或肛门排气后, 逐渐恢复饮食。鼓励多饮水, 保持大便通畅。可给予缓泻剂预防便秘, 术后禁止灌肠。
3. 持续膀胱冲洗者, 根据冲洗液的颜色、性状调节冲洗速度, 预防术后继发出血、血凝块堵塞导尿管; 如引流不畅血块阻塞, 应高压冲洗, 吸出血块, 避免膀胱充盈而加重出血, 准确记录冲洗量和排出量。观察有无感染的发生、观察体温及白细胞变化, 早期应用抗生素预防感染。尿道口消毒2次/日, 以免尿道分泌物污染, 造成逆行感染。
4. 卧床期间, 协助按摩下肢肌肉, 促进血液循环, 预防静脉血栓形成。
5. 拔导尿管前, 应做夹管功能锻炼。指导患者做提肛锻炼, 恢复膀胱括约肌功能。避免负压增高因素, 预防继发出血, 加强基础护理及生活护理。

(三) 健康宣教

1. 康复指导: 出院后适当运动, 禁忌烟酒, 防感冒。
2. 定期复查, 预防复发及出血。

十、肾上腺手术护理常规

(一) 术前护理

1. 患者进食低盐、高钾、高钙、含丰富纤维素的饮食, 预防便秘。忌烟酒。
2. 严密观察血压, 维持血压平稳, 根据血压使用升压药或降压药, 预防高血压危象。定时检测血糖。
3. 做好术前准备。防止意外发生, 避免碰撞。跌倒、剧烈活动、预防压疮, 严格麻醉前用药, 心率快者, 禁用阿托品。低钾者补钾, 同时补液扩容, 减少高血压危象和心血管的并发症。
4. 给予心理护理, 保持情绪稳定, 消除患者的紧张、抑郁情绪。

(二) 术后护理

1. 了解患者术中及麻醉情况, 患者术后血压平稳后可取半坐卧位, 以利引流和呼

吸。密切监测生命体征。

2. 给予心电监护,严密观察生命体征、神志等情况,严密监测血压及心率的变化,观察有无肾上腺危象的发生,并随时做好抢救准备。患者如出现恶心、呕吐、头晕、脉速、血压下降、腹痛、腹泻、周身酸痛、面色潮红,应立即告知医生,积极处理。

3. 保持至少两条静脉输液通路,以便抢救。遵医嘱及时抗休克、抗感染、纠正酸碱平衡紊乱。根据血压和中心静脉压调节输液量和速度,准确记录出入量,防止脑水肿、肺水肿及心衰。

4. 患者肠蠕动恢复后,逐渐恢复低盐、高钾、高钙含丰富纤维素的饮食,保持大便通畅。预防糖尿病、自发性骨折、感染等并发症。

5. 加强皮肤护理,预防压疮。

6. 预防切口及肺部感染。

十一、体外冲击波碎石术护理常规

(一)术前护理

1. 灌肠或口服泻药,利于排空肠道,使结石定位更加清晰。

2. 治疗时需憋尿,待有尿意时方可进行。

(二)术后护理

1. 遵医嘱应用抗生素、止血等药物,控制感染和出血。给予静脉输液。促进结石排出。

2. 鼓励患者大量饮水,遵医嘱服用排石汤,以利结石排出,保持尿路通畅,预防感染。

3. 采取适宜的体位引流,促进排石。适当加大运动量或进行热水浴,促进输尿管开口扩张,促进排石。

4. 严密观察和记录碎石后排尿及排石情况,收集术后3天内尿液进行结石碎渣成分分析,评估其大小、数量等,定时摄腹部平片观察结石排出情况。

十二、包皮环切术护理常规

(一)术前护理

1. 做好术前准备。

2. 给手术前指导和心理护理,消除患者紧张、恐惧情绪。

(二)术后护理

1. 观察切口渗血及血运情况,及时更换敷料,保持局部清洁、干燥,避免尿液渗湿敷料。

2. 遵医嘱应用抗生素,预防并控制感染。

3. 穿宽松清洁内裤,防止挤压、摩擦阴茎。

4. 防止阴茎勃起,减轻患部充血,促进伤口愈合。小儿给予口服冰水,成人遵医嘱应用雌激素。

(李桂玲)

第二章 铺床技术

第一节 备用床

【目的】 准备接受新患者；保持病室整洁、美观。

【评估】

- (1) 床单位设施是否安全完好。
- (2) 是否已更换经消毒的床垫。
- (3) 被褥是否清洁。
- (4) 周围环境是否适宜进行铺床的操作。

【准备】

1. 操作者 着装规范、取下手表、洗手。
2. 用物 床、床垫、床褥、大单、被套(如系被单式应将被套换为两块大单，作衬单和罩单用)、棉被或毛毯、枕套、枕芯。
3. 环境 避开同病室患者进餐或治疗。

【操作步骤】

- (1) 洗手、戴口罩、备齐用物携至床旁。
- (2) 有脚轮的床，应先固定，调整床的高度。
- (3) 移开床旁桌，离床约20 cm，移椅至床尾正中，距床约15 cm。
- (4) 将用物按序放于椅上。
- (5) 从床头向床尾或床尾向床头翻转床垫，铺床褥于床垫上，上缘靠床头。
- (6) 铺大单：
 - 1) 取大单放于床褥上，中线与床中线对齐，分别展开，正面向上，一手托起床垫，一手伸过床头中线，将大单包塞于床垫下。
 - 2) 包折床角(先床头、后床尾)：在距床头约30 cm处，向上提起大单边缘，使其同床边垂直，成一等边三角形；以床沿为界，将三角形分为两半，上半三角暂时覆盖于床上，将下半三角平整的塞于床垫下，再将上半三角翻下，塞于床垫下。
 - 3) 至床尾拉紧大单，同法铺好床角；拉紧大单中部，双手掌心向上，将大单塞于床垫下；转至对侧，同法铺好大单。
- (7) 铺盖被：
 - 1) 被套式：“S”式：取已折叠好的被套，齐床头放置，开1：1端向床尾，中线与床中线对齐，正面向外平铺于床上；拉开被套开口端上层，将折好的棉被或毛毯置于被套内，底边同被套开口边平齐；拉棉被上缘置被套封口处；将竖着的棉被向两边展开，与被套平齐，对好两上角，被头与床头平齐；至床尾逐层拉平被套和棉被，系带；将盖被两侧边缘向内折叠与床沿平齐，折成被筒，尾端折于床垫下。
 - 卷筒式：被套正面向内，平铺于床上，开口端向床尾；将棉被平铺于被套上，上缘

与被套封口边齐；将棉被与被套一并自床头卷至床尾，自开口处翻转至床头；拉平各层，系带，余同“S”式铺好盖被。

2) 被单式：①铺衬单：将衬单反铺在床上，对齐中线，上端反折25 cm与床头齐，床尾按铺大单法铺好床角。②铺棉被或毛毯于衬单上，上端与床头平齐，将床头大单反折于棉被或毛毯上，床尾部分按铺大单法铺好床角。③铺罩单：正面向上对齐中线，上端反折15 cm与床头齐，床尾部分折成45°斜角，垂于床边，转至对侧同法铺好。

(8) 于床尾处套枕套。拍松枕芯，开口处背门，先横放于床尾，再用两手平拖至床头。

(9) 将床旁桌放回原处。

(10) 将床旁椅放回原处。

(11) 洗手。

【评价】

(1) 铺好的床单位符合平紧、舒适、安全原则。

(2) 大单中线对齐，四角平紧方正。

(3) 被头充实、平整，两边内折对称与床边平齐，被尾向内折与床尾平齐。

(4) 枕套平整、四角充实开口背门放置。

第二节 暂空床

【目的】 保持病室整洁、美观；供新入院患者或暂离床活动的患者使用。

【评估】 患者的病情是否适宜暂离床活动。

【操作步骤】

(1) 洗手、戴口罩，备齐物品携至床旁。

(2) 将备用床的盖被上端向内折1/4，然后扇形三折于床尾，并使之平齐。如为被单式，则将罩单向内反折15 cm，包过棉被或毛毯上端，在将衬单向上反折25 cm，包裹棉被或毛毯和罩单，然后将罩单、棉被或毛毯、衬单一起三折于床尾。

(3) 铺橡胶中单和中单(或一次性中单)，上缘距床头45~50 cm，中线与床中线对齐。两单边缘下垂部分一起平整的塞入床垫下。

(4) 转至对侧，同法铺好。

(5) 整理床单位。

【评价】 参见备用床。

第三节 麻醉床

【目的】 使麻醉及手术后患者舒适、安全；保护被褥不被血液或呕吐物污染；预防并发症。

【评估】 患者手术部位、麻醉种类和术后需要的抢救或治疗物品等。

【用物准备】

(1) 床上用物同备用床，另加橡胶中单和中单各2条(或一次性的中单2条)。

(2)麻醉护理盘内备:①无菌巾内置张口器、压舌板、舌钳、牙垫、治疗碗、输氧导管、吸痰导管和纱布数块。②无菌巾外放血压计、听诊器、护理记录单和笔、弯盘、棉签、胶布、手电筒、别针等。③输液架,必要时备吸痰、吸氧、胃肠减压器具,天冷时备保暖物品等。

【操作步骤】

(1)洗手、戴口罩。

(2)同铺备用床法移开床旁桌椅,拆除原有枕套、被套、大单等。

(3)洗手,备齐物品携至床旁。

(4)按使用顺序放铺床用物至床尾椅上。

(5)同铺备用床法铺好一侧大单。

(6)将一块橡胶中单与中单铺于床中部,上缘距床头45~50 cm,中线与床中线对齐;另一块橡胶中单和中单铺于床头,使上缘平齐床头,下缘压在中部橡胶中单和中单上,中线对齐,下垂边缘部分一并塞于床垫下。

(7)转至对侧,同法逐层铺好大单、橡胶中单和中单。

(8)铺盖被:同铺备用床法上端齐床头,背尾向内或向上折叠与床尾齐;将盖被扇形三折叠于一侧床边,开口向着门。如为被单式,盖被上端铺法同暂空床,床尾端向上反折与床尾齐,再将盖被纵向三折叠于一侧床边,开口向着门。

(9)套枕套,拍松枕芯,将枕横立于床头,开口背门。

(10)移回床旁桌,椅子放于盖被折叠侧。

(11)麻醉护理盘置于床旁桌上,其他用物放于妥善之处。

【评价】

(1)患者舒适、安全。

(2)护理术后患者的用物齐全,患者可得到及时的抢救和护理。

第四节 卧有患者床

住院患者大部分时间是在床上度过的,床单位的舒适、整洁直接影响到患者的休息与疾病的恢复。护理人员有责任保持床单位的整洁与舒适,避免引起压疮等并发症。

一、卧床患者扫床法

【目的】 为了保持危重或不能下床活动患者床单位的平整、无渣屑,需要护理人员对床单位进行整理。

【评估】

(1)患者病情:全身情况如意识状态、自理能力、合作程度、心理状态以及局部情况如手术或伤口部位是否有导管或牵引,肢体功能活动情况,皮肤是否有压疮等。

(2)同病室有无其他患者进餐或做治疗。

(3)床单位的清洁、安全状况。

【操作前准备】

1. 用物准备 床刷、床刷套(浸泡于盛有消毒液的盆内)。