

实用护理技术

操作问题与对策

韩爱玲 ◎ 著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

实用护理技术操作 问题与对策

韩爱玲 ◎著

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用护理技术操作问题与对策 / 韩爱玲著. --天津 :
天津科学技术出版社, 2018.2
ISBN 978-7-5576-4737-7

I. ①实… II. ①韩… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第039413号

责任编辑: 王朝闻

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332372

网址: www.tjkjcbbs.com.cn

新华书店经销

北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 787 × 1092 1/16 印张 25.75 字数 610 000

2018年2月第1版第1次印刷

2018年9月第2次印刷

定价: 128.00元

前 言

随着护理模式从以疾病为中心逐步向以人的身心健康为中心转变,护理的理论体系、功能任务、工作内容、活动空间等方面都在发生变化,表现为:在护理实践中更加注重人文精神;护理服务领域在不断扩展和延伸;护理管理科学化和标准化水平进一步提高;护理科研开始引领护理实践等。这些无一不向社会昭示了护理学科的价值和作用,体现了护理是科技性和人文性完美结合的专业。

本书从临床常用护理技术、内科疾病常用护理技术、外科疾病常用护理技术这三大方面进行编写,将全书内容分为三个部分,共十九章。介绍了临床常用护理技术及常见疾病的护理措施。各章节内容详细,对解决临床具体问题具有一定的指导意义。在编排上以实用为主,重点突出,以期能达到更好的指导临床护理工作和全面提高护理水平之目的。

在编写过程中,作者虽然力求做到写作方式和风格上的统一,但由于都是在繁忙的工作之余进行编写,不足和疏漏之处在所难免,恳请读者及同行指正,以供今后修订时完善。

编 者

目 录

第一部分 临床常用护理技术

第一章 常见症状护理	(2)
第二章 气道护理	(10)
第三章 引流护理	(20)
第四章 麻醉护理	(26)
第一节 手术麻醉前护理	(26)
第二节 麻醉方法的选择与护理	(28)
第三节 麻醉期间的监测与护理	(36)
第四节 麻醉恢复护理	(41)
第五章 围术期护理	(51)
第一节 围术期护理概述	(51)
第二节 手术前期患者的护理	(51)
第三节 手术后期患者的护理	(54)
第六章 急救技术	(58)
第七章 血液净化专科护理操作	(63)
第八章 心理护理	(72)

第二篇 内科疾病常用护理技术

第九章 呼吸系统疾病患者的护理	(79)
第一节 肺炎	(79)
第二节 肺结核	(92)
第三节 支气管哮喘	(103)
第四节 支气管扩张	(109)
第五节 肺栓塞	(111)
第六节 原发性支气管肺癌	(113)
第十章 循环系统疾病患者的护理	(116)
第一节 心力衰竭	(116)
第二节 心律失常	(123)

第三节	冠心病	(134)
第四节	原发性高血压	(137)
第五节	心脏瓣膜病	(147)
第六节	感染性心内膜炎	(154)
第十一章	消化系统疾病患者的护理	(160)
第一节	胃炎	(160)
第二节	消化性溃疡	(161)
第三节	肠易激综合征	(164)
第四节	急性胰腺炎	(166)
第五节	胰腺癌	(170)
第十二章	泌尿系统疾病患者的护理	(174)
第一节	急性肾衰竭	(174)
第二节	慢性肾衰竭	(180)
第三节	肾小球肾炎	(183)
第十三章	内分泌与代谢性疾病患者的护理	(187)
第一节	甲状腺功能亢进症	(187)
第二节	糖尿病酮症酸中毒	(189)
第十四章	血液系统疾病患者的护理	(191)
第一节	缺铁性贫血	(191)
第二节	再生障碍性贫血	(192)
第三节	出血性疾病	(193)
第四节	白血病	(194)
第五节	淋巴瘤	(196)
第六节	骨髓移植	(198)
第十五章	神经内科疾病患者的护理	(200)
第一节	出血性脑血管病	(200)
第二节	缺血性脑血管病	(205)
第三节	癫痫	(211)
第四节	多发性硬化	(214)
第五节	帕金森病	(217)
第六节	阿尔茨海默病	(223)

第三部分 外科疾病常用护理技术

第十六章	外科常见病患者的护理	(231)
第一节	外科休克	(231)

第二节	外科感染	(232)
第三节	外科手术围术期的护理	(238)
第四节	肠内外营养	(241)
第五节	普通外科疾病一般护理	(246)
第六节	甲状腺及甲状旁腺疾病护理	(277)
第七节	乳腺疾病	(283)
第八节	腹壁疝	(287)
第九节	胃、十二指肠疾病	(289)
第十节	阑尾炎	(293)
第十一节	胰腺疾病	(296)
第十二节	肠梗阻	(303)
第十三节	结肠、直肠及肛管疾病	(308)
第十四节	周围血管和淋巴管疾病	(322)
第十七章	骨科疾病患者的护理	(329)
第一节	外固定术及护理	(329)
第二节	骨科手术前、后护理	(334)
第三节	四肢骨折护理	(336)
第四节	骨盆骨折护理	(338)
第五节	脊柱骨折脱位与脊髓损伤护理	(341)
第六节	腰椎间盘突出症护理	(344)
第七节	颈椎病护理	(345)
第八节	脊柱侧凸护理	(350)
第九节	断肢(指)再植护理	(353)
第十节	人工关节置换术护理	(356)
第十一节	截肢护理	(358)
第十八章	泌尿系统疾病患者护理	(361)
第一节	肾结石	(361)
第二节	前列腺肥大	(364)
第三节	膀胱癌	(366)
第十九章	胸心外科疾病患者的护理	(368)
第一节	胸心外科手术前、后护理	(368)
第二节	常见胸部创伤护理	(373)
第三节	常见普通胸科疾病护理	(377)
第四节	常见先天性心脏病护理	(385)
第五节	常见后天性心脏病护理	(392)
参考文献		(401)

第一部分 临床常用护理技术

第一部分 临床常用护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

（一）基础护理技术（二）专科护理技术（三）急救护理技术（四）其他护理技术

第一章 常见症状护理

症状是疾病过程中机体内的一系列功能、代谢和形态结构异常变化所引起的患者主观上的异常感觉,包括患者自身的各种异常感觉和医务人员感知的各种异常表现。临床护理人员在工作中,应早期识别症状,及时、准确地判断病情,发现问题,及时告知医生或采取相应的护理措施改善患者的症状,预防并发症的发生。

一、呼吸困难的护理

(一)评估和观察要点

(1)评估患者病史、发生时间、起病缓急、诱因、伴随症状、活动情况、心理反应和用药情况等。

(2)评估患者神志、面容与表情、口唇、指(趾)端皮肤颜色,呼吸的频率、节律、深浅度,体位、胸部体征、心率、心律等。

(3)评估血氧饱和度、动脉血气分析、胸部 X 线检查、CT、肺功能检查等。

(二)操作要点

(1)提供安静、舒适、洁净、温湿度适宜的环境。

(2)每日摄入足够的热量,避免刺激性强、易于产气的食物,做好口腔护理。

(3)保持呼吸道通畅,痰液不易咳出者采用辅助排痰法,协助患者有效排痰。

(4)根据病情取坐位或半卧位,改善通气,以患者自觉舒适为原则。

(5)根据不同疾病、严重程度及患者实际情况选择合理的氧疗或机械通气。

(6)遵医嘱应用支气管舒张剂、抗菌药物、呼吸兴奋药等,观察药物疗效和副作用。

(7)呼吸功能训练。

(8)指导患者有计划地进行休息和活动,循序渐进地增加活动量和改变运动方式。

(三)指导要点

(1)告知患者呼吸困难的常见诱因,指导患者识别并尽量避免。

(2)指导患者进行正确、有效的呼吸肌功能训练。

(3)指导患者合理安排休息和活动,调整生活方式。

(4)指导患者配合氧疗或机械通气的方法。

(四)注意事项

(1)评估判断呼吸困难的诱因。

(2)安慰患者,增强患者安全感。

(3)不能单纯从血氧饱和度的高低来判断病情,必须结合血气分析来判断缺氧的严重程度。

(4)心源性呼吸困难应严格控制输液速度,20~30 滴/min。

二、咳嗽、咳痰的护理

(一)评估和观察要点

- (1)评估咳嗽的发生时间、诱因、性质、节律、与体位的关系、伴随症状、睡眠等。
- (2)评估咳痰的难易程度,观察痰液的颜色、性质、量、气味和有无肉眼可见的异常物质等。
- (3)必要时评估生命体征、意识状态、心理状态等,评估有无发绀。
- (4)了解痰液直接涂片和染色镜检(细胞学、细菌学、寄生虫学检查)、痰培养和药物敏感试验等检验结果。

(二)操作要点

- (1)提供整洁、舒适的环境,温湿度适宜,减少不良刺激。
- (2)保持舒适体位,避免诱因,注意保暖。
- (3)对于慢性咳嗽者,给予高蛋白、高维生素、足够热量的饮食,嘱患者多饮水。
- (4)促进有效排痰,包括深呼吸和有效咳嗽、湿化和雾化疗法、胸部叩击与胸壁震荡、体位引流以及机械吸痰等。
- (5)记录痰液的颜色、性质、量,正确留取痰标本并送检。
- (6)按医嘱指导患者正确用药,观察药物疗效和副作用。

(三)指导要点

- (1)指导患者识别并避免诱因。
- (2)告知患者养成正确的饮食、饮水习惯。
- (3)指导患者掌握正确的咳嗽方法。
- (4)教会患者有效的咳痰方法。
- (5)指导患者正确配合雾化吸入或蒸汽吸入。

(四)注意事项

- (1)患儿、老年体弱者慎用强镇咳药。
- (2)患儿、老年体弱者取侧卧位,防止痰堵窒息。
- (3)保持口腔清洁,必要时行口腔护理。
- (4)有窒息危险的患者,备好吸痰物品,做好抢救准备。
- (5)对于过敏性咳嗽患者,避免接触变应原。

三、咯血的护理

(一)评估和观察要点

- (1)评估患者咯血的颜色、性状及量,伴随症状,治疗情况,心理反应,既往史及个人史。
- (2)评估患者生命体征、意识状态、面容与表情等。
- (3)了解血常规、出凝血时间、结核菌检查等检查结果。

(二)操作要点

- (1)大咯血患者绝对卧床,取患侧卧位,出血部位不明患者取仰卧位,头偏向一侧。
- (2)及时清理患者口鼻腔血液,安慰患者。
- (3)吸氧。
- (4)建立静脉通道,及时补充血容量及遵医嘱用止血药物,观察疗效及副作用。

- (5) 观察、记录咯血量和性状。
- (6) 床旁备好气管插管、吸痰器等抢救用物。
- (7) 保持大便通畅,避免用力排便。

(三) 指导要点

- (1) 告知患者及家属咯血发生时的正确卧位及自我紧急护理措施。
- (2) 指导患者合理饮食,补充营养,保持大便通畅,大咯血时禁食。
- (3) 告知患者及时轻咳出血块,严禁屏气或剧烈咳嗽。

(四) 注意事项

- (1) 注意鉴别咯血、呕血及口腔内出血。
- (2) 咯血量的估计应考虑患者吞咽、呼吸道残留的血液及混合的唾液、痰等因素。
- (3) 及时清除口腔及气道血液,避免窒息。
- (4) 做好口腔护理。
- (5) 咯血过程突然中断,出现呼吸急促、发绀、烦躁不安、精神极度紧张、有濒死感、口中有血块等情况时,立即抢救。

四、恶心、呕吐的护理

(一) 评估和观察要点

- (1) 评估患者恶心与呕吐发生的时间、频率、原因或诱因,呕吐的特点及呕吐物的颜色、性质、量、气味,伴随的症状等。
- (2) 评估患者生命体征、神志、营养状况,有无脱水表现,腹部体征。
- (3) 了解患者呕吐物、毒物分析或细菌培养等检查结果。
- (4) 呕吐量大者注意有无水电解质紊乱、酸碱平衡失调。

(二) 操作要点

- (1) 出现前驱症状时协助患者取坐位或侧卧位,预防误吸。
- (2) 清理呕吐物,更换清洁床单。
- (3) 必要时监测生命体征。
- (4) 测量和记录每日的出入量、尿比重、体重及电解质平衡情况等。
- (5) 剧烈呕吐时暂禁食,遵医嘱补充水分和电解质。

(三) 指导要点

- (1) 告知患者及家属恶心及呕吐发生的危险因素及紧急护理措施。
- (2) 告知患者避免体位性低血压、头晕、心悸的方法。
- (3) 呕吐停止后进食少量清淡、易消化的食物,少食多餐,逐渐增加进食量。

(四) 注意事项

- (1) 呕吐发生时应将患者头偏向一侧或取坐位。
- (2) 呕吐后及时清理呕吐物,协助漱口,开窗通风。
- (3) 口服补液时,应少量多次饮用。
- (4) 注意观察生命体征、意识状态、电解质和酸碱平衡情况及有无低血钾表现。
- (5) 剧烈呕吐时,应暂停饮食及口服药物;待呕吐减轻时可给予流质或半流质饮食,少量多

餐,并鼓励多饮水。

五、呕血、便血的护理

(一)评估和观察要点

(1)评估患者呕血、便血的原因、诱因、出血的颜色、量、性状及伴随症状,治疗情况,心理反应,既往史及个人史。

(2)评估患者生命体征、精神和意识状态、周围循环状况、腹部体征等。

(3)了解患者血常规、凝血功能、便潜血、腹部超声、内窥镜检查等结果。

(二)操作要点

(1)卧床,呕血患者床头抬高 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$ 或头偏向一侧。

(2)及时清理呕吐物,做好口腔护理。

(3)建立有效静脉输液通道,遵医嘱输血、输液及其他止血治疗等抢救措施。

(4)监测患者神志及生命体征变化,记录出入量。

(5)根据病情及医嘱,给予相应饮食及指导。

(6)判断有无再次出血的症状与体征。

(三)指导要点

(1)教会患者及家属识别早期出血征象、再出血征象及应急措施。

(2)指导患者合理饮食,避免诱发呕血或便血。

(3)告知患者缓解症状的方法,避免误吸。

(四)注意事项

(1)输液开始宜快,必要时测定中心静脉压作为调整输液量和速度的依据。

(2)注意保持患者口腔清洁,注意肛周皮肤清洁保护。

(3)辨别便血与食物或药物因素引起的黑粪。

(4)必要时留置胃管观察出血量,做好内镜止血的准备。

六、腹胀的护理

(一)评估和观察要点

(1)评估患者腹胀的程度、持续时间,伴随症状,腹胀的原因,排便、排气情况,治疗情况,心理反应,既往史及个人史。

(2)了解患者相关检查结果。

(二)操作要点

(1)根据病情协助患者采取舒适体位或行腹部按摩、肛管排气、补充电解质等方法减轻腹胀。

(2)遵医嘱用药或给予相应治疗措施,观察疗效和副作用。

(3)合理饮食,适当活动。

(4)做好相关检查的准备工作。

(三)指导要点

(1)指导患者减轻腹胀的方法。

(2)告知患者及家属腹胀的诱因和预防措施。

(四) 注意事项

患者腹胀症状持续不缓解应严密观察,配合医生实施相关检查。

七、心悸的护理

(一) 评估和观察要点

- (1) 评估心悸发作诱因、伴随症状、患者的用药史、既往病史等。
- (2) 评估患者生命体征、意识状况等。
- (3) 了解患者血红蛋白、血糖、心电图、甲状腺功能、电解质水平等的检查结果。

(二) 操作要点

- (1) 保持环境安静。
- (2) 卧床休息,取舒适卧位,伴呼吸困难时可吸氧。
- (3) 测量生命体征,准确测量心(脉)率(律),必要时行心电图检查或心电监测。
- (4) 指导患者深呼吸或听音乐等放松方法。
- (5) 遵医嘱给予相应治疗措施并观察效果,做好记录。

(三) 指导要点

- (1) 指导患者自测脉搏的方法及注意事项。
- (2) 指导患者识别并避免产生心悸的诱因。

(四) 注意事项

- (1) 帮助患者减轻恐惧、紧张心理,增加安全感。
- (2) 房颤患者需同时测量心率和脉率。

八、头晕的护理

(一) 评估和观察要点

(1) 评估患者头晕的性质、持续时间、诱因、伴随症状,与体位及进食有无相关、治疗情况,心理反应,既往史及个人史。

- (2) 评估生命体征,意识状况等。
- (3) 了解患者相关检查结果。

(二) 操作要点

- (1) 保持病室安静,操作轻柔。
- (2) 卧床休息。
- (3) 监测生命体征变化。
- (4) 遵医嘱使用药物,并观察药物疗效与副作用。
- (5) 保持周围环境中无障碍物,注意地面防滑。
- (6) 将患者经常使用的物品放在患者容易拿取的地方。

(三) 指导要点

- (1) 告知患者及家属头晕的诱因。
- (2) 告知患者及家属头晕发生时应注意的事项。

(四) 注意事项

- (1) 指导患者改变体位时,尤其转动头部时,应缓慢。

- (2)患者活动时需有人陪伴,症状严重需卧床休息。
- (3)教会患者使用辅助设施,如扶手、护栏等。
- (4)对于精神紧张、焦虑不安的患者,给予心理安慰和支持。

九、抽搐的护理

(一)评估和观察要点

- (1)评估抽搐发生的时间、持续时间、次数、诱因、过程、部位、性质及既往史等。
- (2)评估患者生命体征、意识状态,有无舌咬伤、尿失禁等。
- (3)了解患者头颅影像、电解质、脑电图检查结果等。

(二)操作要点

- (1)立即移除可能损伤患者的物品,放入开口器,如有义齿取出,解开衣扣、裤带。
- (2)取侧卧位,头偏向一侧,打开气道,备好负压吸引器,及时清除口鼻腔分泌物与呕吐物。
- (3)加床挡,必要时约束保护,吸氧。
- (4)遵医嘱注射镇静药物,观察并记录用药效果。
- (5)抽搐时勿按压肢体,观察患者抽搐发作时的病情及生命体征变化,并做好记录。
- (6)避免强光、声音刺激,保持安静。

(三)指导要点

- (1)告知患者及家属抽搐的相关知识,寻找并避免诱因。
- (2)告知患者及家属抽搐发作时应采取的安全措施。
- (3)告知患者避免危险的活动或职业。
- (4)告知患者单独外出,随身携带注明病情及家人联系方式的卡片。
- (5)告知患者和家属切勿自行停药或减药。

(四)注意事项

- (1)开口器上应缠纱布,从磨牙处放入。
- (2)提高患者服药的依从性。

十、疼痛的护理

(一)评估和观察要点

(1)评估患者疼痛的部位、性质、程度、发生及持续的时间,疼痛的诱发因素、伴随症状,既往史及患者的心理反应;应用疼痛评估量表评估疼痛的严重程度。

- (2)评估生命体征的变化。
- (3)了解相关的检查化验结果。

(二)操作要点

- (1)根据疼痛的部位协助患者采取舒适的体位。
- (2)给予患者安静、舒适环境。
- (3)遵医嘱给予治疗或药物,并观察效果和副作用。
- (4)合理饮食,避免便秘。

(三)指导要点

告知患者及家属疼痛的原因或诱因及减轻和避免疼痛的方法,包括听音乐、分散注意力等

放松技巧。

(四) 注意事项

遵医嘱给予止痛药缓解疼痛症状时应注意观察药物疗效和副作用。

十一、水肿的护理

(一) 评估和观察要点

(1) 评估水肿的部位、时间、范围、程度、发展速度,与饮食、体位及活动的关系,患者的心理状态,伴随症状,治疗情况,既往史及个人史。

(2) 观察生命体征、体重、颈静脉充盈程度,有无胸水征、腹水征,患者的营养状况、皮肤血供、张力变化及是否有移动性浊音等。

(3) 了解相关检查结果。

(二) 操作要点

(1) 轻度水肿患者限制活动,严重水肿患者取适宜体位卧床休息。

(2) 监测体重和病情变化,必要时记录 24 h 液体出入量。

(3) 限制钠盐和水分的摄入,根据病情摄入适当蛋白质。

(4) 遵医嘱使用利尿药或其他药物,观察药物疗效及副作用。

(5) 观察皮肤完整性,发生压疮及时处理。

(三) 指导要点

(1) 告知患者水肿发生的原因及治疗护理措施。

(2) 指导患者合理限盐限水。

(四) 注意事项

(1) 晨起餐前、排尿后测量体重。

(2) 保持病床柔软、干燥、无皱褶。

(3) 操作时,避免拖、拉、拽,保护皮肤。

(4) 严重水肿患者穿刺后延长按压时间。

十二、发热的护理

(一) 评估和观察要点

(1) 评估患者发热的时间、程度及诱因、伴随症状等。

(2) 评估患者意识状态、生命体征的变化。

(3) 了解患者相关检查结果。

(二) 操作要点

(1) 监测体温变化,观察热型。

(2) 卧床休息,减少机体消耗。

(3) 高热患者给予物理降温或遵医嘱药物降温。

(4) 降温过程中出汗时及时擦干皮肤,随时更换衣物,保持皮肤和床单清洁、干燥;注意降温后的反应,避免虚脱。

(5) 降温处理 30 min 后测量体温。

(6) 补充水分防止脱水,鼓励患者进食高热量、高维生素、营养丰富的半流质或软食。

(7)做好口腔护理。

(三)指导要点

(1)鼓励患者多饮水。

(2)告知患者穿透气、棉质衣服,寒战时应给予保暖。

(3)告知患者及家属限制探视的重要性。

(四)注意事项

(1)冰袋降温时注意避免冻伤。

(2)发热伴大量出汗者应记录 24 h 液体出入量。

(3)对原因不明的发热慎用药物降温法,以免影响对热型及临床症状的观察。

(4)有高热惊厥史的患儿,要及早遵医嘱给予药物降温。

(5)必要时留取血培养标本。

第二章 气道护理

肺的呼吸功能是指机体与外环境之间进行气体交换的能力,对维持机体正常新陈代谢起着关键作用。保持通畅的气道,是呼吸的基本前提,丧失对气道的控制,数分钟内可对机体造成严重后果。建立人工气道,及时、准确地应用机械通气,能迅速改善患者的缺氧状况,防止重要脏器的组织损害和功能障碍,是抢救呼吸衰竭患者的重要手段。气道护理的目的是维持气道的通畅,保证肺通气和换气过程的顺利进行,改善缺氧状况,预防并发症的发生。

一、吸氧

(一)评估和观察要点

- (1)评估患者的病情、意识、呼吸状况、合作程度及缺氧程度。
- (2)评估鼻腔状况:有无鼻息肉、鼻中隔偏曲或分泌物阻塞等。
- (3)动态评估氧疗效果。

(二)操作要点

- (1)严格掌握吸氧指征,选择适合的吸氧方式。
- (2)正确安装氧气装置,管道或面罩连接紧密。
- (3)根据病情调节合适的氧流量。
- (4)用氧的过程中密切观察患者呼吸、神志、氧饱和度及缺氧程度改善情况等。

(三)指导要点

- (1)向患者解释用氧目的,以取得合作。
- (2)告知患者或家属勿擅自调节氧流量,注意用氧安全。
- (3)根据用氧方式,指导有效呼吸。

(四)注意事项

- (1)保持呼吸道通畅,注意气道湿化。
- (2)保持吸氧管路通畅,无打折、分泌物堵塞或扭曲。
- (3)面罩吸氧时,检查面部、耳郭皮肤受压情况。
- (4)吸氧时先调节好氧流量再与患者连接,停氧时先取下鼻导管或面罩,再关闭氧流量表。
- (5)注意用氧安全,尤其是使用氧气筒给氧时注意防火、防油、防热、防震。
- (6)新生儿吸氧应严格控制用氧浓度和用氧时间。

二、有效排痰

(一)评估和观察要点

- (1)评估患者的病情、意识、咳痰能力、影响咳痰的因素、合作能力。
- (2)观察痰液的颜色、性质、量、气味,与体位卧位的关系。
- (3)评估肺部呼吸音情况。