



石家庄市护理学会
石家庄市第一医院

相关内科责任制 整体护理速查手册

◎主 编 刘素波 马志伟 李昱晓

XIANGGUAN
NEIKE ZERENZHI
ZHENGTI HULI
SUCHA SHOUCHE

河北科学技术出版社



石家庄市护理学会
石家庄市第一医院

相关内科责任制 整体护理速查手册

◎主 编 刘素波 马志伟 李昱晓

XIANGGUAN
NEIKE ZERENZHI
ZHENGTI HULI
SUCHA SHOUGE

河北科学技术出版社

主 编 刘素波 马志伟 李昱晓

副主编 杜建荷 刘习方 王红磊 王晓静 王伟超 张 洁
陈体新

编 委 刘富德 胡雅萍 来艳辉 李 莉 康志敏 付志梅
韩书芝 冯 瑾 马翠红 司亚楠 李红玉 张 莎
张小丽 马 梅 刘红梅 周桃花 门焕丽 侯慧磊
马风华 梁 娜 梁小青 李世彩 杜 萍 吴翠玲
任巧华

图书在版编目 (C I P) 数据

相关内科责任制整体护理速查手册 / 刘素波, 马志伟, 李昱晓主编. -- 石家庄 : 河北科学技术出版社, 2015. 6

ISBN 978-7-5375-7668-0

I. ①相… II. ①刘… ②马… ③李… III. ①内科学—护理学—手册 IV. ①R473. 5-62

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第114139号

相关内科责任制整体护理速查手册

刘素波 马志伟 李昱晓 主编

出版发行 : 河北科学技术出版社

地 址 : 石家庄市友谊北大街330号 (邮编: 050061)

印 刷 : 石家庄市汇文印刷有限公司

经 销 : 新华书店

开 本 : 880×1230 1/32

印 张 : 5. 5

字 数 : 150千字

版 次 : 2015年6月第1版

2015年6月第1次印刷

定 价 : 15. 00元

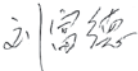
(版权所有 翻印必究 · 印装有误 负责调换)

前言

为保证优质护理服务的工作质量，通过实施责任制护理，做好患者的基础护理、病情观察、治疗、沟通和健康指导等护理工作，从而提供全面、全程、连续的护理服务，达到提高患者和家属满意度、提高护理质量的目的，石家庄市护理学会精心筹划并组织长期从事临床护理的专家，共同执笔编写了《相关内科责任制整体护理速查手册》。

本书以责任制整体护理为指导思想，以优质护理服务为原则，护理评估全面系统，病情观察内容细致，护理措施具体可行，健康指导实用性强。每一种疾病包括定义、临床表现、专科评估与观察要点、护理问题、护理措施、健康指导等，层次清晰，重点突出，充分体现了该书的实用性、科学性、先进性和指导性。本书力求将理论与临床实践相结合，为新形势下专科疾病的护理常规提供系统性的指导，是广大临床护理人员的工具书。

本书的编写得到了石家庄市第一医院多位护理专家的帮助，在此表示感谢，相信此书的出版将对全市的优质护理服务工作的开展起到推动作用。

石家庄市护理学会理事长 

2015年5月

目录

第一章 急诊科护理常规

第一节 急诊护理常规	3
第二节 恶心、呕吐护理常规	3
第三节 腹泻护理常规	4
第四节 咳嗽、咳痰护理常规	5
第五节 呼吸困难护理常规	6
第六节 水肿护理常规	6
第七节 压疮护理常规	7
第八节 疼痛护理常规	8
第九节 颅内高压护理常规	9
第十节 高热护理常规	9
第十一节 惊厥护理常规	10
第十二节 咯血护理常规	11
第十三节 休克护理常规	12
第十四节 昏迷护理常规	13
第十五节 颅脑损伤患者护理常规	14
第十六节 心脏骤停急救护理常规	15
第十七节 一氧化碳中毒抢救护理常规	17
第十八节 急性酒精中毒护理常规	18
第十九节 急性巴比妥类药物中毒护理常规	20
第二十节 急性亚硝酸盐中毒护理常规	21
第二十一节 中暑患者护理常规	23

第二十二节 溺水护理常规	25
第二十三节 上消化道大出血护理常规	27
第二十四节 有机磷中毒护理常规	29
第二十五节 百草枯中毒护理常规	32
第二十六节 心律失常护理常规	33
第二十七节 急性心力衰竭护理常规	35
第二十八节 呼吸衰竭护理常规	37
第二十九节 急性中毒抢救护理常规	39
第三十节 急性食物中毒抢救护理常规	41

第二章 重症医学科护理常规

第一节 呼吸衰竭护理常规	45
第二节 急性心力衰竭护理常规	46
第三节 脑梗死护理常规	48
第四节 心肌梗死护理常规	50
第五节 心血管疾病介入治疗护理常规	51
第六节 呼吸窘迫综合征护理常规	54
第七节 阻塞性肺疾病护理常规	56
第八节 重症肺炎护理常规	58
第九节 心律失常护理常规	60
第十节 上消化道大出血护理常规	61
第十一节 急性重症胰腺炎护理常规	63
第十二节 有机磷中毒护理常规	65
第十三节 百草枯中毒护理常规	67

第十四节 肺栓塞护理常规	68
第十五节 多器官功能障碍护理常规	70
第十六节 弥散性血管内凝血护理常规	71

第三章 儿科护理常规

第一节 上呼吸道感染护理常规	75
第二节 急性支气管炎护理常规	76
第三节 急性喉炎护理常规	79
第四节 支气管哮喘护理常规	81
第五节 肺炎护理常规	83
第六节 腹泻护理常规	85
第七节 过敏性紫癜护理常规	88
第八节 病毒性脑炎护理常规	90
第九节 急性肾小球肾炎护理常规	93
第十节 病毒性心肌炎护理常规	95
第十一节 先天性心脏病护理常规	97
第十二节 川崎病护理常规	100

第四章 康复护理常规

第一节 脑卒中康复护理常规	105
第二节 脊髓损伤后康复护理常规	107
第三节 骨折后康复护理常规	109
第四节 颈椎病康复护理常规	111
第五节 肩关节周围炎康复护理常规	113

第六节 腰椎间盘突出症康复护理常规	115
第七节 脑瘫病护理常规	117
第八节 阻塞性肺气肿的康复护理常规	120
第九节 糖尿病的康复护理常规	123

第五章 风湿免疫系统疾病护理常规

第一节 系统性红斑狼疮护理常规	129
第二节 风湿热护理常规	131
第三节 类风湿关节炎护理常规	134
第四节 强直性脊柱炎护理常规	136
第五节 干燥综合征护理常规	140
第六节 痛风护理常规	143

第六章 传染疾病护理常规

第一节 传染科疾病一般护理常规	149
第二节 麻疹护理常规	149
第三节 流行性腮腺炎护理常规	151
第四节 流行性脑脊髓膜炎护理常规	152
第五节 病毒性肝炎护理常规	154
第六节 脊髓灰质炎护理常规	156
第七节 细菌性痢疾护理常规	158
第八节 流行性乙型脑炎护理常规	160
第九节 艾滋病护理常规	162
第十节 传染性非典型肺炎护理常规	165

第一章

急诊科护理常规

第一节 急诊护理常规

(1) 保持环境安静、空气清新，定时通风净化空气。

(2) 抢救仪器设备每班认真检查交接，保证 100% 备用，口头医嘱仅在抢救时执行，在执行前必须复述一遍，确保无误，保留空安瓿以备抢救后查对。

(3) 观察生命体征、意识、瞳孔及各系统功能变化；如发生病情变化应立即报告医生，及时准确记录。

(4) 快速建立腕部以上，危重者建立肘部以上一条或多条静脉通路或深静脉置管。

(5) 根据病情选择合适体位，正确进行氧疗，保持呼吸道通畅。

(6) 置有各种引流管要妥善固定、标识明确，按要求正确及时挤压、冲洗，保持引流通畅，观察并记录引流液的颜色、性质和量，每班严格检查交接防止脱出。

(7) 烦躁、谵妄等意识不清患者应使用保护性约束，并做好观察记录。

(8) 做好基础护理，保持患者三短六洁，遵医嘱给予正确饮食治疗。

(9) 给患者以安慰和心理疏导，及时发现并减轻其焦虑恐惧情绪。

(10) 做好患者的交接及转运，评估患者情况，携带必要的物品及药品，保障患者安全。

第二节 恶心、呕吐护理常规

【护理评估】

(1) 评估呕吐的时间、性质、呕吐物的性状和量，以往有无同

样发作史，与进食、饮酒、药物或毒物、精神因素等的关系。

(2) 观察有无腹痛、腹泻或便秘、头痛、眩晕等伴随症状。

(3) 评估腹部体征，如胃肠蠕动波、腹部压痛、反跳痛、肌紧张、腹部包块、肠鸣音、振水音等。

(4) 对于频繁、剧烈呕吐者，评估血压、尿量、皮肤弹性及有无水、电解质平衡紊乱等症状。

【护理措施】

(1) 患者呕吐时，给予身体支持和心理安抚。防止因头晕、乏力、虚弱等发生跌倒；对于意识障碍者，保持呼吸道通畅，防止呕吐物误入呼吸道而造成窒息。

(2) 观察呕吐物颜色、性状和量，必要时采集标本送检。

(3) 患者呕吐后，及时帮助患者漱口，保持口腔清洁和舒适。更换因呕吐污染的衣、被，整理周围环境，避免不良刺激。

(4) 针对引起呕吐的不同原因实施针对性护理。妊娠呕吐者，鼓励孕妇少食多餐；精神因素或条件反射引起呕吐者，应尽量避免引起呕吐因素；呕吐较轻者，可进食清淡食物，鼓励口服补液；呕吐剧烈者，宜禁食，并卧床休息。避免食用刺激性食物，如咖啡、浓茶、过冷、过热、油炸、辛辣等食物。

第三节 腹泻护理常规

【护理评估】

(1) 对于急性腹泻者，注意流行病学调查评估，鉴别是否为病毒性肠炎、急性细菌痢疾、细菌性食物中毒、伤寒或副伤寒、霍乱、副霍乱等。对于慢性腹泻者，询问既往史、诊断及治疗经过。

(2) 询问腹泻是否与摄入可能致敏食物、长期应用抗生素或糖皮质激素、大手术后及其他疾病有关。

(3) 评估每天排便次数、量及性状。

(4) 测量体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征。评估患者有无发热、脱水、营养不良、贫血、皮疹、黄疸、关节肿胀、手足搐搦等。

【护理措施】

(1) 确诊为传染病者，按传染病疫情管理办法进行报告及隔离。
(2) 鼓励口服补充营养和水分。饮食宜清淡、易消化、无刺激性。严重腹泻者应暂时禁食。

(3) 便后及时用温水清洗或毛巾擦净肛门周围。腹泻次数过多者，可涂蓖麻油保护肛门周围的皮肤。

- (4) 保持床单清洁、干燥。
- (5) 及时准确采集大便标本。

第四节 咳嗽、咳痰护理常规

【护理评估】

(1) 评估咳嗽的性质、音色、持续时间、发作程度及频率。观察痰的性状和量。

(2) 询问患者既往健康状况，评估有无长期大量吸烟和有害粉尘、有害气体吸入史。

- (3) 评估咳嗽、咳痰是否与体位、气候变化有关。
- (4) 观察有无发热、胸痛、呼吸困难、发绀、体重减轻等情况。

【护理措施】

- (1) 咳嗽剧烈且频繁者，宜取坐位或半坐卧位休息。
- (2) 无心、肝及肾功能障碍患者，鼓励其每日饮水量 > 1500ml，适当增加蛋白质、维生素的摄入。
- (3) 对于咳嗽、咳痰无力者，遵医嘱采用胸部物理治疗。
- (4) 及时采集痰标本送检。

第五节 呼吸困难护理常规

【护理评估】

- (1) 观察呼吸困难发作的情况，有无伴随症状，如咳嗽、咯血、胸痛、心悸、发热、喘鸣、下肢水肿等。
- (2) 评估呼吸的频率、深度及节律，观察面色、神志等变化。

【护理措施】

- (1) 协助患者取舒适的坐位或半坐卧位休息。
- (2) 遵医嘱给予吸氧。
- (3) 给予清淡、不易发酵（不产气）、易消化饮食。
- (4) 对外源性哮喘患者，去除过敏原如花粉、植物等。
- (5) 保持呼吸道通畅。呼吸困难伴痰多者，应给予吸痰。必要时，做好气管插管或切开的急救准备。

第六节 水肿护理常规

【护理评估】

- (1) 询问水肿发生的时间、最初出现的部位，发展速度及性质。
- (2) 评估有无伴随症状和体征，如高血压、蛋白尿、血尿、心脏增大、心脏杂音、肝大等。
- (3) 评估水肿与药物、饮食、月经、活动、体位等的关系。
- (4) 测量患者的生命体征、体重、腹围等。
- (5) 观察有无呼吸困难、发绀等。

【护理措施】

- (1) 给予清淡、易消化的食物，少量多餐，同时避免摄入产气

食物。营养不良性水肿患者，鼓励摄入高蛋白、丰富维生素的食物。

(2) 限制钠盐及水分的摄入。轻度水肿者，钠盐摄入量一般限制为 $< 5\text{g/d}$ ；重度水肿者，限制为 $< 1\text{g/d}$ 。水肿消失后，宜维持低盐饮食，即 $< 2\text{g/d}$ 。心源性水肿者，应限制水分的摄入，一般患者摄入量为 $1.5 \sim 2.0\text{L/d}$ ，夏季可增加至 $2 \sim 3\text{L/d}$ 。

(3) 轻度水肿患者应适当限制活动，重度水肿者应卧床休息。

(4) 注意更换体位，避免局部长期受压，必要使用气垫床。

(5) 保持患者床单位清洁、干燥、平整。保持皮肤、黏膜的清洁。

第七节 压疮护理常规

【护理评估】

(1) 评估患者有无长期卧床、肥胖、营养不良、水肿、大小便失禁、活动受限、感觉障碍、意识障碍等压疮发生的高危因素。

(2) 观察患者局部有无红、肿、热、触痛，特别是压疮易发部位，是否已有皮肤完整性受损的情况。

(3) 评估患者压疮预防措施的应用情况，如更换体位、使用气垫等。

【护理措施】

(1) 改善营养状况，纠正低蛋白血症，给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。对进食困难者，采取胃肠外营养、深静脉营养等措施。

(2) 避免局部长时间受压：①对于长期卧床、大手术后、年老等不便翻身的患者应使用气垫床，以缓解局部压力。②定时变换体位，每2h 1次翻身，避免骨隆突出处长时间受压。

(3) 避免皮肤受潮湿、摩擦等不良刺激：①保护床单位平整、干燥。②翻身时动作应轻柔，避免推、拉、拖等动作产生摩擦力和剪切力。③及时擦干汗液、尿液，更换潮湿衣服。

(4) 根据压疮的分期给予护理：①Ⅰ期，以缓解局部压力和保持皮肤清洁，切勿按摩，给予保护贴应用。②Ⅱ期，用生理盐水清创后，保持创面无菌、湿润，避免受压，给予渗液吸收贴应用。③Ⅲ期，以清除坏死组织，促进组织生长为主。④Ⅳ期，护理的关键是清除坏死组织，保护窦道或潜腔内渗出引流通畅。

第八节 疼痛护理常规

【护理评估】

- (1) 评估疼痛的部位、发作的特点、性质与强度、有无牵涉痛等。
- (2) 了解诱发因素。
- (3) 观察疼痛时有无伴随症状，如发热、寒战、呕吐、吞咽困难、咳嗽、皮疹、血尿、视力障碍、呼吸困难等。
- (4) 监测生命体征。
- (5) 询问疼痛史或疾病史，如脑部疾病、腹部化脓性感染、手术、心脏病史、输尿管结石、女性月经史等。
- (6) 检查疼痛部位有无红、肿、热，有无外伤。评估腹痛者腹部有无包块、压痛、反跳痛；有无机体活动受限、关节功能障碍等。
- (7) 评估患者精神心理状态，有无紧张、焦虑、睡眠障碍等。

【护理措施】

- (1) 保护病室安静，帮助患者采取舒适体位，减轻疼痛。
- (2) 积极做好心理疏导，指导患者分散注意力、自我放松，给予心理支持，缓解疼痛。
- (3) 给予有创性检查或治疗之前，向患者说明检查或治疗目的、操作过程及配合要求等，提高患者对疼痛的耐受力，增强患者的安全感。
- (4) 遵医嘱给予缓解疼痛药物，并评估疼痛缓解的程度。

第九节 颅内高压护理常规

【护理评估】

- (1) 评估患者的生命体征，包括体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔、神志及尿量。
- (2) 观察有无头痛、呕吐等，注意呕吐物的性状及呕吐方式。
- (3) 观察是否有脑疝的形成，如出现两侧瞳孔不等大、脉搏缓慢、意识模糊、剧烈头痛、喷射状呕吐等。

【护理措施】

- (1) 绝对卧床休息，宜抬高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，头偏向一侧。
- (2) 吸氧。
- (3) 保持呼吸道通畅，遵医嘱给予雾化吸入。必要时做好气管切开的准备。
- (4) 遵医嘱应用脱水、利尿剂。应用脱水剂时，静脉输注速度应按要求执行，并防止液体外渗或外漏。
- (5) 保护大便通畅。
- (6) 高热按高热护理常规。

第十节 高热护理常规

【护理评估】

- (1) 评估体温、脉搏、呼吸、血压。注意发热的特点及伴随症状，观察皮肤有无皮疹、出血点、麻疹、淤斑、黄染等。
- (2) 评估患者意识状态。
- (3) 评估患者皮肤的温度、湿度及弹性。