

240989

基本馆藏

內科護理技術

童雅培 編著



人民衛生出版社

內科護理技術

童 雅 培 編 著

徐美瑞 黃象謙 審 閱

人民衛生出版社

一九五九年·北京

內 容 提 要

“內科護理技術”包括內科護理人員獨立進行的操作和配合診療方面的操作。本書在闡述各項技術操作時結合理論并扼要地說明其臨床意義、正常及異常的結果，必要時還列舉有關的適應症和禁忌症。書中首先敘述內科各疾病的護理常規，并介紹著者在臨床中預防褥瘡的經驗；其次簡要地敘述各種標本的收集和病人的膳食制度；最後，按照系統分別闡述了各項護理技術。本書內容系統而全面，是內科護理工作者極有價值的參考書。

內 科 護 理 技 術

開本：787×1092/32 印張：9 13/16 插頁：1 字數：211千字

童 雅 培 編 著

人 民 衛 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可證出字第〇四六號)

·北京崇文區錢子胡同三十六號·

人民衛生出版社印刷廠印刷·新華書店發行

統一書號：14048·1885

定 價：0.95元

1959年4月第1版—第1次印刷

(北京版) 印數：1—10,000

序 言

随着医学的迅速发展，内科临床技术操作以及各种诊断性试验日益增多并愈来愈复杂；对护士的要求亦越来越高。这些技术操作有些是护士本身需要掌握的，有些是由医师或其他部门进行检查和操作，但护士应该密切配合。为了充分发挥护理工作对疾病诊断和治疗上的重要作用，护士不但要掌握这些操作规程，而且要通晓其临床意义。就目前说来，尚缺乏这类书籍供内科专业护士的参考，因而产生了编写一本较为系统的内科护理技术小册子的动机。

本书材料主要依据山东省立第一医院内科护理常规、护士及进修生的学习材料，以及济南护校内科学的部分教材等，个别章节是本院内科护理工作中的一些综合经验。

在编写过程中亦曾多次征求科内护士们的意见，参阅各种书籍和文献，主观上虽作出一定的努力，但由于业务水平所限，缺乏写作经验，错误和缺点势所难免。在大跃进中，祖国的护士同志们在工作中一定作出了更多的创造，书内有些材料可能逐渐沦为陈旧，恳切希望同志们多加以批评和指正。

本书呼吸系统中肺活量，消化系统中胃镜检查法、睡眠疗法，循环系中动脉波测定、动脉导管应用法、心电图描记法等由张增祯医师执笔。神经系统部分由薛天博医师执笔，特此致谢。

山东省立第一医院 董雅培

一九五八年六月

目 錄

序 言

第一章 內科護理常規	1
一般內科疾病護理常規(1) 心臟病人護理常規(2) 腎炎病人護理常規(3) 糖尿病護理常規(3) 昏迷病人護理常規(4) 消化道大量出血病人護理常規(5) 痢疾病人護理常規(5) 傷寒、副傷寒病人護理常規(6) 斑疹傷寒病人護理常規(7) 回歸熱病人護理常規(8) 流行性乙型腦炎病人護理常規(8) 肺結核病人護理常規(9) 嗜血病人護理常規(9)	
第二章 褥瘡的預防	11
原因(11) 預防(11)	
第三章 各種標本的採取、檢查內容及臨床意義	15
血液標本(15) 痰標本(27) 小便標本(31) 大便標本(37)	
第四章 膳食療法	42
膳食對病人的治療意義(42) 病人膳食的管理制度(42) 醫院內的膳食種類(49)	
第五章 呼吸系統的護理技術	61
口腔護理(61) 氧氣吸入法(65) 噴霧吸入法(71) 氣管滴入法(74) 蒸氣吸入法(75) 體位引流術(78) 拔罐子(82) 芥末膏敷(86) 肺活量測定(87) 人工氣胸術(91) 人工氣腹(99) 胸腔抽氣術(102) 胸腔封閉引流術(103) 胸腔穿刺術(108) 支氣管胸腔壓測定法(111) 支氣管鏡檢查(111) 支氣管碘油造影術(113) 呼吸道吸痰術(116)	
第六章 消化系統的護理技術	120
胃灌洗法(120) 胃液分析(123) 十二指腸引流術(128) 胃腸減壓術(133) 腹腔穿刺術(142) 肝穿刺術(148) 脾穿刺術(152) 灌腸法(154) 腸胃道鎮靜透視(163) 胆囊造影術(168) 胃鏡檢查法(173) 直腸乙狀結腸鏡檢查法(178) 肝功能試驗(187) 胰腺功能	

試驗(195) 睡眠療法(198) 組織療法(204) 封閉療法(207)	
第七章 循环系統的護理技術	215
血壓的測定(215) 脈搏的測定(218) 動脈波的測定(221) 靜脈壓 的測定(223) 血循環時間的測定(225) 心包穿刺術(228) 減壓試 驗(安密妥試驗)(231) 冷加壓試驗(Hines-Brown氏冷加壓試 驗)(232) 心臟導管的应用法(234) 心電圖的描記法(237)	
第八章 泌尿系統的護理技術	241
腎功能試驗(241) 应用內生肌酐的腎清除率測定(251) 埃狄(Addis) 氏沉渣計算法(252) 分杯試驗(254) 膀胱導尿管(256) 泌尿道造 影術(258)	
第九章 血液系統的護理技術	267
輸液法(267) 輸血法(272) 紅血球沉降率的測定(簡稱血沉率) (285) 出血時間和凝血時間的測定(287) 骨髓穿刺術(288)	
第十章 內分泌及新陳代謝技術操作	293
基礎新陳代謝測定(293) 葡萄糖耐量試驗(295) 腎上腺皮質功能試 驗(297)	
第十一章 神經系統的護理技術	301
膀胱虹吸排液法(301) 發熱療法(304) 腰椎穿刺術(306)	

第一章 內科護理常規

一般內科疾病護理常規

一、病人入院后，需指定床位令其休息，并簡單介紹醫院制度；发热和重症病人，需囑咐其絕對卧床靜养。

二、飲食按医嘱發給；探視者帶給病人的食物，須先經护士檢查。

三、病人入院后，前三天按四小时測量体溫、脉搏、呼吸各一次，并記錄之。如病人体溫正常，以后每天可測量三次（上午八时，下午四时，晚上八时）；对不規則发热的病人，应結合病情需要，增加測量次數。

四、体溫測定（腋下）为 39°C 时，应給病人头部冷敷，同时进行溫水擦浴、酒精擦浴或盐水灌腸。半小时以后，应重測体溫一次，并記錄之，以观察退热效果。应囑咐病人多飲水，每日需 3,000 毫升。

五、病人入院后，应尽速留一次大小便送化驗室作常規檢驗，以后則按医嘱送驗。

六、病人入院后，应測体重一次，并記錄之，以后每周測一次，重病者例外（不包括有測体重指征者，如心、腎病例）。

七、每日記錄病人的大便次數一次；如医师要求記錄出入量，則应按医嘱准确記錄之。

八、每日替病人做晨間護理和晚間護理，負責病人和床鋪的清潔。

九、根据病情負責病人的口腔護理和褥疮預防。

十、病人病情急剧恶化时应立即通知負責医师，同时准备急救用品。

心臟病人护理常规

一、按一般内科护理常规处理，同时应作病危处理。

二、病人入院后需绝对卧床静养，护士应为病人安排舒适的卧位，不能平卧者，应安排斜坡卧位。

三、病人如有呼吸困难、紫紺等情况，应給氧气吸入。

四、病人的飲食按医嘱发給，一般应多餐少食和吃易于消化的食物。水肿患者应給少盐低鈉飲食。

五、每日准确记录出入量；水肿患者每日飲液量不宜超过 1,500 毫升。如注射汞利尿剂，应从注射时起记录 24 小时尿量。

六、入院时测体重一次，以后每周测二次。病情危急或严重呼吸困难者例外。

七、检查脉搏每次至少一分钟，应注意其速率、节律和强度；如对心房纤维性颤动的病人，应同时检查心跳次数，并记录之。

八、对服用洋地黄的患者，应严格遵守规定的給药时间和剂量，密切观察有无中毒现象；如发生恶心呕吐、脉搏变慢（每分钟在 60 跳以下）、食欲不振、头晕眼花等症状，应速告医师处理。

九、对服用奎尼丁的患者，应严格遵守规定的給药剂量和时间，并严密观察有无毒性反应；如发生耳鳴耳聾、恶心呕吐、腹泻、蕁麻疹和脉搏骤变等症状，应速告医师处理。

十、如发现病人有发热、皮肤出血点、咯血、紫紺、呼吸困

难、脉搏骤变、昏厥、昏迷、剧烈的胸痛或腹痛等症状，应速告医师处理。

肾炎病人护理常规

- 一、按一般内科疾病护理常规。
- 二、除慢性潜伏期肾炎的患者外，均应绝对卧床休息。
- 三、饮食中的盐分、水分和蛋白质含量，均应按医嘱发给。
- 四、每日记录出入量，并按医嘱每日或隔日留尿送验。
- 五、每周测体重二次。
- 六、预防病人着凉；水肿患者应注意皮肤护理，如臀部、阴囊部和足踝部应特别加以保护。
- 七、有高血压症状的病人，应每日测量血压。
- 八、正确地做好肾功能试验的准备工作和熟悉试验的操作过程。

糖尿病护理常规

- 一、按一般内科疾病护理常规处理。
- 二、只能发给指定的糖尿病膳食，不得让病人另进其他的食物。每餐吃剩食物应送回饮食部计算。
- 三、每日记录出入量，并将每六小时小便留于尿瓶内送验尿糖。
- 四、注意保持病人的皮肤清洁和防止擦伤，每天用热水替病人洗足，不让病人穿过紧的鞋子，以减少坏疽的发生。
- 五、每星期测体重二次。
- 六、每日做口腔护理(可用朵貝尔氏溶液漱口)。

七、普通胰島素应在餐前十五分钟进行皮下注射，并常更換注射部位，以免吸收不佳。

八、注意病人有无低血糖反应，并熟悉急救方法。

九、有昏迷现象时，应按昏迷护理常规处理，并立即报告医师；还应按医嘱及时留尿检查尿糖和酮体。

十、经常讲解糖尿病知识，使病人懂得饮食治疗的意义和计算方法，并教病人或家属学会化验小便和注射胰島素。

昏迷病人护理常规

一、按一般内科疾病护理常规处理，同时应作病危处理。

二、注意保暖，在使用热水袋时防止烫伤。

三、床边应安置床挡，以防坠床；昏迷前如发生谵妄现象，尽可能派专人守护，不得已时可使用保护具。

四、活动假牙应取下，以免吞入食道或吸入气管，引起气管或食道异物。

五、注意口腔护理，每天进行四次，三餐之前和晚間各一次；随时将咽部分泌物吸出，以免呼吸道阻塞；对牙关紧闭的患者，可用张口器防止咬伤舌头。

六、进食、进水和口服药均应采用鼻饲。

七、记录出入量，注意是否有尿潴留，需要时应进行导尿术。

八、注意病人大便通畅，如三天无大便，应进行灌肠。

九、经常帮助病人翻身，保持床铺干燥；细心护理皮肤以防褥疮。

十、眼闭合不全时，应用盐水纱布或油纱布盖眼，以保护眼球。

十一、随时注意病人的病情有无改变，每隔十五分钟或半小时应巡回护理一次，并根据需要经常测量脉搏呼吸和血压。

十二、病人的物品应清点清楚，如钱、贵重物品和重要文件等，应由护士交给办公室妥为保管或让其家属带回。

消化道大量出血病人护理常规

一、按一般内科疾病护理常规处理，同时应作病危处理。

二、要求病人严格卧床休息，保持室内外安静，并设法消除患者的恐惧心理，使病人静养。

三、每小时测量血压、脉搏、呼吸各一次并记录之，病情好转时可酌量减少次数。

四、饮食按医嘱发给；当胃肠道出血和剧烈呕吐时，应暂作禁食处理。

五、呕血和便血应记录其颜色、性质和失血量，并留存送验。

六、应即抽取血液，送化验室测定血型及交叉反应，准备输血。

七、严密观察病情，遇有脉搏骤升、烦躁不安、大量呕血或便血等情况，应即进行急救，并速告医师处理。

八、在进行失血急救时，应把床脚垫高，取掉枕头，采用垂头仰卧式，并注意保暖，进行输液。

痢疾病人护理常规

一、按一般内科护理常规处理。

二、要求病人絕對臥床休息，注意保暖。

三、施行床旁及腸胃道隔離，用具及大便應嚴密進行消毒。

四、病人的飲食按醫囑發給，一般在急性期給以流質飲食，情況好轉後可以發給少渣半流質，並根據情況逐漸增加，但不能過早進豐滿飲食。

五、多給病人喂水，每天需 3,000 毫升，以免因腹瀉而發生失水和酸中毒的危險。如不能口服，應按醫囑給早進行皮下或靜脈輸液。

六、病人入院後，應盡速留送三次大便作細菌培養，同時每日應留送大便進行常規檢查；病人出院前，大便的細菌培養必須連續獲得三次陰性結果。

七、腹痛時可用熱水袋放置腹部，或按醫囑給鎮靜劑或鎮痙劑。

八、用磺胺藥治療時，除多喂水外，每日需留尿檢查。

九、注意環境衛生，消滅室內蒼蠅，以免傳播疾病。

十、教育患者在便後和飯前均應洗手。

傷寒、副傷寒病人護理常規

一、按一般內科護理常規處理。

二、要求病人絕對臥床靜養。

三、施行床旁和腸胃道隔離，用具和大小便均應進行消毒。

四、多給病人喂水，每天需 3,000 毫升，並記錄出入量。

五、在飯前、飯後進行口腔護理，以預防腮腺炎，並需防止褥瘡和肺炎的發生。

六、病人的飲食按医嘱發給，一般宜采用易消化的无渣高热流質或半流質；在恢复期（退热2~3星期后）可改为普通飲食。

七、兩天无大便，可用低压盐水灌腸，禁止用力排便，以免发生意外。

八、用无菌技术收集大小便送培养，以助診斷。

九、每四小时測量体温、脉搏、呼吸各一次，如体温驟降、脉搏改变或有便血腹痛等情况，应速告医师处理。

十、避免腹部受压和按摩。如有腹漲，可用松节油热敷腹部，并用肛管排气。

十一、在恢复期（退热十日后），可让病人在床上坐起并逐渐起床行走。

斑疹伤寒病人护理常规

一、按一般內科疾病护理常规处理。

二、病人入病室前应实行严密隔离：

1. 剃光头发、腋毛和鬃毛，沐浴、更衣（如需保留头发，应进行灭虱）；

2. 患者的衣服、被褥需煮沸或高压蒸气消毒，皮衣服和床墊等可用10% D.D.T. 粉剂噴洒；

3. 医务人员应穿防虱衣，戴帽子和橡皮手套，并作預防注射。

三、注意皮肤护理，避免局部受压过久而发生皮肤坏死；預防继发感染；可用无菌橄欖油涂擦保护皮肤。

四、其他項目与伤寒护理同。

回归热病人护理常规

一、按一般内科疾病护理常规。

二、病人入室前灭虱工作与斑疹伤寒同。

三、病人头痛，关节痛厉害时可报告医师给止痛剂，头部局部可放置冰袋。

四、注意患者有无体温骤退发生虚脱现象，应勉励病人多进水分，出汗多及时更换衣服。

五、注射 606,914, 后观察有何反应，如头晕、恶心呕吐、休克等症。

六、发高热时予以发热护理，饮水每天至少 3,000 毫升，并记出入量。

流行性乙型脑炎病人护理常规

一、按一般内科疾病护理常规处理。

二、将病人安置于防蚊设备完善的隔离室中，每日房中喷洒 D.D.T. 或 666 类杀蚊药物，并进行呼吸道隔离（恐系他类脑炎）。

三、昏迷病人应用床挡保护，以防坠床，并常为病人变换体位，以防肺炎。

四、给患者喂食要慢，以免误进气管；不能吞咽者可用鼻饲法。

五、每日记录出入量；发现病人有尿潴留或其他改变时，应通知医师。

肺結核病人護理常規

一、按一般內科疾病護理常規處理。

二、施行呼吸道及食具隔離，如為開放性肺結核須住單獨房間，工作人員和探視者應穿隔離衣，戴口罩與帽子。

三、病人入院後每四小時測量體溫、脈搏、呼吸各一次，如均屬正常，於第二週起改為每日上午8時和下午4時各一次。

四、病人入院後應盡速留存三天晨痰送驗，以後每周檢查一次；如為結核桿菌陰性，應連續留痰作結核桿菌濃縮檢查三次，以後每月檢查一次。

五、每日記錄痰量；痰液應吐在痰盒或硬紙匣內，然後燒毀，或在痰杯內用5%石炭酸液加等量的氫氧化鈉，浸泡4~6小時後傾倒；痰杯宜每日消毒一次。

六、飲食按醫囑發給，一般應給以富於營養的高熱高蛋白食物，以增強抵抗力和補充疾病的消耗。

七、患者有盜汗時，應及時更換衣服在睡前用溫水擦浴，並勸病人多喝水。

八、對病人隨時進行關於休養、消毒和隔離等方面的衛生教育。

咯血病人護理常規

一、按肺科護理常規處理

二、要求病人絕對臥床靜養，並給以精神安慰，消除恐懼及憂慮。

三、咯血时不用枕头，头偏向一侧，头边预备好弯盆与紗布，以便取用。

四、可用冰袋或沙袋放于患处，使肺少活动。

五、飲食应由护理人员喂飼，并宜用冷的。

六、记录咯血量；大量咯血时注意有无窒息和休克等情况，并速告医师，同时，作好輸血准备。

七、咯血期間，避免翻身等动作，尽量不扰动病人。

第二章 褥瘡的預防

褥瘡是身體的一部分組織因長期受壓，血循環受到障礙，以致局部持續貧血而發生的皮膚潰爛和組織坏死現象。發生的部位多半為骨的隆突處，如尾骨、髌骨嵴部、肩胛骨、足跟部、踝骨部、肘部的外側等處。

原 因

一、褥瘡在外科方面常發生于骨科的病人或手術後長期臥床的患者。

二、在內科方面常發生于下列幾種病人：

1. 昏迷或半昏迷的患者，如腦膜炎、腦血管疾患等的病人；
2. 長期臥床消瘦的慢性病患者，或營養不良的老年人，如肺結核、貧血、肝硬變、腫瘤、糖尿病、傷寒、脊髓疾患等的病人；
3. 水腫的患者，如心臟病併發心力衰竭、肺性心臟病、腎臟病、肝硬變併發腹水，以及營養不良性水腫等的病人。

預 防

褥瘡的預防在護理工作中是一件經常而重要的工作。一旦發生褥瘡，潰瘍之處很難愈合，輕則增加病人痛苦，延長住院日期，重則可危及生命。因此，護理工作者對於預防褥瘡的