



现代临床护理新进展

覃静霞等◎主编



 吉林科学技术出版社

现代临床护理新进展

覃静霞等◎主编

 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

现代临床护理新进展 / 覃静霞等主编. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018. 12

ISBN 978-7-5578-5327-3

I. ①现… II. ①覃… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第301260号

现代临床护理新进展

主 编 覃静霞等

出 版 人 李 梁

责任编辑 赵 兵 张 卓

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

幅面尺寸 185mm×260mm

字 数 293千字

印 张 15.25

印 数 650册

版 次 2019年3月第2版

印 次 2019年3月第2版第1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 0431-85651759

储运部电话 0431-86059116

编辑部电话 0431-85677817

网 址 www.jlstp.net

印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-5327-3

定 价 60.00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

前 言

当今世界是科技飞速发展的时代，临床医学技术日新月异，不断有新理论、新技术、新方法问世，护理学近十年的发展成就也令人瞩目。在这样的形势下，有必要对护理学相关基础理论与实践领域的新进展进行系统地归纳总结，以便提高护理专业人员的业务水平，更好地为患者服务。为此，我们组织编写了此书。

本书由具有深厚护理学专业知识和丰富临床实践经验的一线资深护理骨干编写，着重介绍了临床常见症状的护理、急诊科护理、内外科常见疾病护理、妇科疾病护理等。内容具体、详实，更加贴近临床，突出整体护理思维，有利于临床各科护理同仁及医学院校师生参考使用。

虽然众编委已反复校对、多次审核，但书中难免有疏漏或错误之处，殷切希望使用本书的广大读者提出宝贵意见和建议，以便再版时进一步完善，谢谢。

编 者
2018 年 12 月

目 录

第一章 常见症状护理	1
第一节 发热护理	1
第二节 呼吸困难护理	2
第三节 水肿护理	3
第四节 咯血护理	5
第五节 恶心与呕吐护理	6
第六节 腹泻护理	7
第七节 便秘护理	8
第八节 疼痛护理	9
第九节 意识障碍护理	10
第十节 膀胱刺激征护理	11
第十一节 血尿护理	12
第十二节 黄疸护理	13
第十三节 腹腔积液护理	14
第二章 急诊科护理	16
第一节 休克的急救护理	16
第二节 急腹症的急救护理	23
第三节 颅脑损伤的急救护理	27
第四节 急性脑出血的急救护理	30
第五节 急性一氧化碳中毒的急救护理	33
第六节 有机磷农药中毒的急救护理	35
第三章 循环系统疾病护理	40
第一节 心力衰竭护理	40
第二节 高血压护理	48
第三节 心绞痛护理	57
第四章 呼吸系统疾病护理	63
第一节 肺炎链球菌肺炎护理	63
第二节 葡萄球菌肺炎护理	65
第三节 成人支气管哮喘护理	66
第五章 消化系统疾病护理	77
第一节 常见症状体征的护理	77
第二节 胃食管反流病护理	82
第三节 胃炎护理	85
第四节 消化性溃疡护理	88
第五节 胃癌护理	93

第六章 泌尿系统疾病护理	97
第一节 急性肾小球肾炎护理	97
第二节 急进性肾小球肾炎护理	101
第三节 慢性肾小球肾炎护理	103
第四节 急性肾衰竭护理	106
第五节 慢性肾衰竭护理	110
第六节 IgA 肾病护理	116
第七章 神经系统疾病护理	119
第一节 高颅压综合征护理	119
第二节 低颅压综合征护理	121
第三节 脑栓塞的护理	123
第四节 偏头痛的护理	124
第五节 帕金森病护理	126
第八章 内分泌系统疾病护理	130
第一节 甲状腺功能亢进症护理	130
第二节 甲状腺功能减退症护理	134
第三节 甲状腺炎护理	137
第九章 血液系统疾病护理	140
第一节 急性白血病护理	140
第二节 淋巴瘤护理	143
第三节 多发性骨髓瘤护理	146
第十章 手术室护理	150
第一节 手术前患者的护理	150
第二节 手术后患者的护理	156
第三节 甲状腺次全切除术护理	160
第四节 甲状腺癌根治术护理	162
第五节 单纯乳腺肿块切除术护理	163
第六节 乳腺癌根治术护理	165
第七节 乳癌改良根治术护理	167
第八节 肺叶切除术护理	168
第九节 胃癌根治术护理	174
第十节 开腹胆囊切除术护理	177
第十一节 胆总管探查 T 形管引流术护理	179
第十二节 腹腔镜胆囊切除术护理	182
第十三节 脾切除术护理	184
第十四节 肝脓肿切开引流术护理	186
第十一章 妇科疾病护理	188
第一节 外阴炎护理	188
第二节 阴道炎护理	190
第三节 宫颈炎护理	198
第四节 盆腔炎性疾病护理	202
第五节 生殖器结核护理	207
第六节 功能失调性子宫出血护理	211
第七节 经前期综合征护理	216

第八节 闭经护理..... 218

第九节 痛经护理..... 221

第十节 围绝经期综合征护理..... 222

第十一节 外阴癌护理..... 225

第十二节 子宫颈癌护理..... 229

参考文献..... 235

常见症状护理

第一节 发热护理

发热（fever）是在致热源作用下或因各种原因引起体温调节中枢功能紊乱，使机体产热增多，散热减少，体温升高超出正常范围。可分为感染性发热和非感染性发热两大类。感染性发热较常见，由病原体引起；非感染性发热可由病原体之外的各种物质引起，目前越来越引起人们的关注。

发热过程包括3个时期：①体温上升期：其特点是产热大于散热，主要表现为皮肤苍白、疲乏无力、干燥无汗、畏寒，甚至寒战。②高热持续期：其特点是产热和散热趋于平衡，主要表现为面色潮红、口唇干燥、皮肤灼热、全身不适等。③体温下降期：其特点是散热大于产热，体温恢复到正常水平，主要表现为大汗、皮肤潮湿等。

将发热患者在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上，再将各体温数值点连接起来成体温曲线，该曲线的不同形态称为热型（fever type）。某些发热性疾病具有独特的热型，细致观察有助于疾病诊断。常见热型及常见疾病对照见表1-1。

表1-1 常见热型及常见疾病对照表

热型	发热特点	常见疾病
稽留热	体温持续在39~40℃达数天或数周，24h波动范围不超过1℃	大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎
弛张热	体温在39℃以上，24h内温差达1℃以上，体温最低时仍高于正常	败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症等
间歇热	体温骤然升高至39℃以上持续数小时或更长，然后下降至正常或正常以下，经过一个间歇，体温又升高，并反复发作，即高热期和无热期交替出现	疟疾、急性肾盂肾炎
回归热	体温急剧上升至39℃以上，持续数日后又骤然下降，但数日后又再出现	回归热、霍奇金病
波状热	体温逐渐上升达39℃或以上，发热数日后逐渐下降，数日后又再发热	布鲁菌病
不规则热	发热无规律，且持续时间不定	结核病、支气管肺炎、流行性感冒、癌性发热

一、观察要点

1. 监测体温变化 一般每日测4次体温，高热时应4h测量1次，待体温恢复正常3d后，改为每日1或2次。注意发热热型、程度及经过等。体温超过38.5℃，遵医嘱给予物理降温或药物降温，30~60min后复测体温，并做好记录和交班。

2. 注意水、电解质平衡 了解血常规、血细胞比容、血清电解质等变化。在患者大量出汗、食欲不佳及呕吐时，应密切观察有无脱水现象。

3. 观察末梢循环情况 高热而四肢末梢厥冷、发绀等提示病情加重。

4. 并发症观察 注意有无抽搐、休克等情况的发生。

二、护理措施

1. 降温 可选用物理或化学降温方法。物理降温有局部和全身冷疗两种,局部冷疗采用冷毛巾、冰袋、化学致冷袋,通过传导方式散热;全身冷疗应用温水或乙醇擦浴达到降温目的。药物降温通过机体蒸发散热达到降温目的,使用时应注意药物剂量,尤其是年老体弱及有心血管疾病者应防止虚脱或休克现象的发生。

2. 休息与活动 休息可减少能量的消耗,有利于机体康复。高热患者需卧床休息,低热者可酌情减少活动,适当休息。有谵妄、意识障碍的患者应加床档,防止坠床。保持室内温湿度适宜,空气清新,定时开窗通风。

3. 补充营养和水分 提供富含维生素、高热量、营养丰富、易消化的流食或半流食。鼓励患者多饮水,以每日 3 000ml 为宜,以补充高热消耗的大量水分,并促进毒素和代谢产物的排出。

4. 口腔和皮肤护理 每日酌情口腔护理 2~3 次或晨起、进食前后漱口。注意皮肤清洁卫生,穿棉质内衣,保持干燥。对于长期高热者,应协助其改变体位,防止压疮、肺炎等并发症出现。

5. 用药护理 遵医嘱正确应用抗生素,保证按时、足量、现用现配。

6. 心理护理 注意患者心理变化,及时进行疏导,保持患者心情愉快,处于接受治疗护理最佳状态。

三、指导要点

(1) 指导患者了解发热的处理方法,告诉患者忌自行滥用退热药及消炎药。

(2) 指导患者注意休息,有利于机体康复。

(3) 指导患者食用易消化、高碳水化合物饮食,多饮水。

(4) 保持口腔清洁,着宽松、棉质、透气的衣服,以利于排汗。

(5) 指导患者积极配合治疗和护理。

(覃静霞)

第二节 呼吸困难护理

呼吸困难(dyspnea)是指患者主观感觉空气不足、呼吸不畅,客观表现为呼吸用力,严重时可见张口呼吸、鼻翼扇动、端坐呼吸、甚至发绀,辅助呼吸肌参与呼吸运动,并且伴有呼吸频率、深度及节律异常。

一、分类

根据发生机制及临床特点,将呼吸困难归纳为以下 5 种类型。

1. 肺源性呼吸困难 主要是呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍导致缺氧和(或)二氧化碳潴留。临床上分为:①吸气性呼吸困难:其特点为吸气时呼吸困难显著,重者出现胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷,即“三凹征”;常伴有干咳及高调哮鸣,多见于喉水肿、气管异物、肿瘤或痉挛等引起上呼吸道机械性梗阻。②呼气性呼吸困难:其特点是呼吸费力,呼气时间延长,常常伴有哮鸣音,多见于支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病等。③混合性呼吸困难:吸气和呼气均感费力,呼吸频率增快,呼吸变浅,常常伴有呼吸音减弱或消失,常由重症肺炎、大量胸腔积液和气胸所致。

2. 心源性呼吸困难 最常见的病因是左心衰竭,亦见于右心衰竭、心包积液等。临床常表现为:①劳力性呼吸困难:常在体力活动时发生或加重,休息后缓解或消失,为左心衰竭最早出现症状。②夜间阵发性呼吸困难:患者在夜间已入睡后因突然胸闷、气急而憋醒,被迫坐起,呼吸深快。轻者数分钟后症状逐渐缓解,重者可伴有咳嗽、咳白色泡沫痰、气喘、发绀、肺部哮鸣音,称为心源性哮喘。③端

坐呼吸：患者呼吸困难明显，不能平卧，而被迫采取高枕卧位、半卧位或坐位。

3. 中毒性呼吸困难 是指药物或化学物质抑制呼吸中枢引起的呼吸困难，如酸中毒时出现深而大的呼吸困难等。

4. 神经精神性呼吸困难 常引起呼吸变慢、变深，并伴有节律异常，如吸气突然终止、抽泣样呼吸等。精神性呼吸困难常见于癔症患者。

5. 血源性呼吸困难 重症贫血可因红细胞减少，血氧不足而引起气促，尤以活动后加剧；大出血或休克时因缺血及血压下降，刺激呼吸中枢而引起呼吸困难。

二、观察要点

(1) 动态观察患者呼吸情况和伴随症状判断呼吸困难类型。

(2) 有条件可监测血氧饱和度，动脉血气变化若血氧饱和度降低到 94% 以下或病情加重，应及时处理。

(3) 密切观察呼吸困难改善情况如发绀是否减轻，听诊肺部湿啰音是否减少。

三、护理措施

1. 体位 患者采取身体前倾坐位或半卧位，可使用枕头、靠背架或床边桌等支撑物，以自觉舒适为原则。避免过厚盖被或穿紧身衣服而加重胸部压迫感。

2. 保持呼吸道通畅 指导并协助患者进行有效的咳嗽、咳痰；每 1~2h 协助翻身 1 次，并叩背使痰液排出；饮水、口服或雾化吸入祛痰药可湿化痰液，使痰液便于咳出或吸出。

3. 氧疗和机械通气的护理 根据呼吸困难的类型、严重程度不同，进行合理氧疗和机械通气。监测和评价患者的反应，安全管理机械通气系统，预防并发症，满足患者的基本需要。

4. 休息与活动 选择安静舒适、温湿度适宜的环境，合理安排休息和活动量，调整日常生活方式。若病情许可，改变运动方式和有计划地增加运动量，如室内走动、室外散步、快走、慢跑、打太极拳等，逐步提高活动耐力和肺活量。

5. 呼吸训练 如指导患者做缓慢深呼吸、腹式呼吸、缩唇呼吸等，训练呼吸肌，延长呼气时间，使气体能完全呼出。

6. 心理护理 呼吸困难引起患者烦躁不安、恐惧，而这些不良情绪反应又可进一步加重病情。因而医护人员应评估患者的心理状况，安慰患者，使其保持情绪稳定，增强安全感。

四、指导要点

(1) 指导患者采取舒适卧位，合理安排休息与活动。

(2) 指导患者保持呼吸道通畅，合理氧疗和机械通气。

(3) 指导患者做缓慢深呼吸、腹式呼吸、缩唇呼吸等。

(4) 指导患者积极配合治疗和护理。

(覃静霞)

第三节 水肿护理

水肿 (edema) 是指液体在组织间隙过多积聚使组织肿胀，临床上最常见心源性水肿和肾源性水肿。心源性水肿最常见的病因是右心衰竭，特点是水肿首先出现在身体低垂部位，如卧床患者腰骶部、会阴或阴囊部，非卧床患者的足踝部、胫前。用指端加压水肿部位，局部可出现凹陷，称为压陷性水肿。重者可延及全身，出现胸腔积液、腹腔积液。肾源性水肿可分为两大类：①肾炎性水肿：从颜面部开始，重者波及全身，指压凹陷不明显。②肾病性水肿：一般较严重，多从下肢部位开始，常为全身性、体位性和凹陷性，可无高血压及循环淤血的表现。

一、观察要点

- (1) 监测尿量：记录 24h 出入液量，若患者尿量 $< 30\text{ml/h}$ ，应立即报告医生。
- (2) 监测体重：于每天同一时间、着同一服装、用同一体重计，晨起排尿后，早餐前测量患者体重。
- (3) 观察水肿的消长情况以及胸腔、腹腔和心包积液。
- (4) 监测生命体征尤其血压。
- (5) 观察有无急性左心衰竭和高血压脑病的表现。
- (6) 密切监测实验室检测结果如尿常规、肾小球滤过率、血尿素氮、血肌酐、血浆蛋白、血电解质等。

二、护理措施

1. 休息与体位 休息有利于增加肾血流量，提高肾小球滤过率，促进水钠排出，减轻水肿。下肢水肿明显者，卧床休息时可抬高下肢；轻度水肿者应限制活动，重度水肿者应卧床休息，伴胸腔积液或腹腔积液者宜采取半卧位；阴囊水肿者可用吊带托起。

2. 饮食护理

(1) 钠盐：限制钠盐摄入，每天摄入量以 $2 \sim 3\text{g}$ 为宜。告知患者及家属限制钠盐摄入的重要性以提高其依从性。限制含钠量高的食物如腌或熏制品等。注意患者口味，提高烹饪技术以促进食欲，如可适当使用醋、葱、蒜、香料、柠檬、酒等。

(2) 液体：液体摄入量视水肿程度及尿量而定。若 24h 尿量达 1000ml 以上，一般不需严格限水，但不可过多饮水。若 24h 尿量小于 500ml 或有严重水肿者应严格限制水钠摄入，重者应量出为入，每天液体入量不应超过前 1d/24h 尿量加上不显性失水量（约 500ml ）。液体入量包括饮水、饮食、服药、输液等各种形式或途径进入体内的水分。

(3) 蛋白质：低蛋白血症所致水肿者，若无氮质血症，可给予 $1.0\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 的优质蛋白，优质蛋白是指富含必需氨基酸的动物蛋白如鸡蛋、鱼、牛奶等，但不宜高蛋白饮食，因为高蛋白饮食可致尿蛋白增加而加重病情。有氮质血症的水肿患者，应限制蛋白质的摄入，一般给予 $0.6 \sim 0.8\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 的优质蛋白。慢性肾功能衰竭患者需根据肾小球滤过率来调节蛋白质摄入量，肾小球滤过率 $< 50\text{ml}/\text{min}$ 时应限制蛋白摄入量。

(4) 热量：补充足够的热量以免引起负氮平衡，尤其低蛋白饮食的患者，每天摄入的热量不可低于 $126\text{kJ}/\text{kg}$ ，即 $30\text{kcal}/\text{kg}$ 。

(5) 维生素：注意补充机体所需的各种维生素。

3. 皮肤护理 严密观察水肿部位、肛周及受压处皮肤有无发红、水疱或破溃现象。保持床褥清洁、柔软、平整、干燥，严重水肿者使用气垫床。定时协助或指导患者变换体位，膝部及踝部等骨隆突处可垫软枕以减轻局部压力。使用便盆时动作应轻巧，勿强行推、拉，防止擦伤皮肤。嘱患者穿柔软、宽松的衣服。用热水袋保暖时水温不宜过高，防止烫伤。心力衰竭患者常因呼吸困难而被迫采取半卧位或端坐位，其最易发生压疮的部位是骶尾部，应予以保护；保持会阴部清洁干燥，男患者可用托带支托阴囊部。

4. 用药护理 遵医嘱使用利尿剂，密切观察药物的疗效和不良反应。长期使用利尿剂应监测酸碱平衡和血清电解质情况，观察有无低钾血症、低钠血症、低氯性碱中毒。低钾血症通常表现为肌无力、腹胀、恶心、呕吐以及心律失常；低钠血症可出现无力、恶心，肌痛性痉挛、嗜睡和意识淡漠；低氯性碱中毒表现为呼吸浅慢、手足抽搐、肌痉挛、烦躁和谵妄。利尿剂应用过快过猛（如使用大剂量呋塞米）还可导致有效血容量不足，出现恶心、直立性眩晕、口干、心悸等症状。呋塞米等强效利尿剂具有耳毒性，可引起耳鸣、眩晕以及听力丧失，应避免与链霉素等具有相同不良反应的氨基糖苷类抗生素同时使用。

5. 心理护理 水肿可引发患者焦虑、恐惧等不良情绪反应,不利于疾病的康复。因此医护人员应评估患者的心理状况,安慰患者,使其保持情绪稳定,增强安全感,树立战胜疾病的信心。

三、指导要点

- (1) 指导患者合理休息,定时更换体位,注意保护受压处。
- (2) 指导患者进低盐、富含优质蛋白和多种维生素、易消化的饮食。
- (3) 教会患者通过正确测量每天出入液量、体重等评估水肿变化。
- (4) 向患者详细介绍有关药物的名称、用法、剂量、作用和不良反应,并告诉患者不可擅自加量、减或停药,尤其是使用肾上腺糖皮质激素和环磷酰胺等免疫抑制剂时。

(覃静霞)

第四节 咯血护理

咯血(hemoptysis)是指喉及喉以下呼吸道任何部位出血经口排出者,分为大量咯血($>500\text{ml/d}$,或1次 $>300\text{ml}$)、中等量咯血($100\sim500\text{ml/d}$)、少量咯血(100ml/d)或痰中带血。常见原因是肺结核、支气管扩张症、肺炎和肺癌等。

一、观察要点

- (1) 患者的生命体征、神志、尿量、皮肤及甲床色泽,及时发现休克征象。
- (2) 咯血颜色和量,并记录。
- (3) 止血药物的作用和不良反应。
- (4) 窒息的先兆症状如咯血停止、发绀、自感胸闷、心慌、大汗淋漓、喉痒有血腥味及精神高度紧张等情况。

二、护理措施

1. 休息 宜卧床休息,保持安静,避免不必要的交谈。静卧休息,可使少量咯血自行停止。大咯血患者应绝对卧床休息,减少翻身,协助患者取患侧卧位,头侧向一边,有利于健侧通气,对肺结核患者还可防止病灶扩散。

2. 心理护理 向患者做必要的解释,使其放松身心,配合治疗,鼓励患者将积血轻轻咯出。

3. 输液护理 确保静脉通路通畅,并正确计算输液速度。

4. 记录 准确记录出血量和每小时尿量。

5. 备齐急救药品及器械 如止血剂、强心剂、呼吸中枢兴奋剂等药物。此外应备开口器、压舌板、舌钳、氧气、电动吸引器等急救器械。

6. 药物应用

(1) 止血药物:注意观察用药不良反应。高血压、冠心病患者和孕妇禁用垂体后叶素。

(2) 镇静药:对烦躁不安者常用镇静药,如地西泮 $5\sim10\text{mg}$ 肌内注射。禁用吗啡、哌替啶,以免抑制呼吸。

(3) 止咳药:大咯血伴剧烈咳嗽时可少量应用止咳药。

7. 饮食 大咯血者暂禁食,小咯血者宜进少量凉或温的流质饮食,避免饮用浓茶、咖啡、酒精等刺激性饮料。多饮水及多食富含纤维素食物,以保持大便通畅。便秘时可应用缓泻剂以防诱发咯血。

8. 窒息的预防及抢救配合

(1) 咯血时嘱患者不要屏气,否则易诱发喉头痉挛。如出血引流不畅形成血块,可造成呼吸道阻塞。应尽量将血轻轻咯出,以防窒息。

(2) 准备好抢救用品如吸痰器、鼻导管、气管插管和气管切开包。

(3) 一旦出现窒息,应立即开放气道,上开口器立即清除口腔、鼻腔内血凝块,用吸引器吸出呼吸道内的血液及分泌物。

(4) 迅速抬高患者床尾,取头低足高位。

(5) 如患者神志清醒,鼓励患者用力咳嗽,并用手轻拍患侧背部促使支气管内淤血排出;如患者神志不清则应迅速将患者上半身垂于床边并一手托扶,另一手轻拍患侧背部。

(6) 清除患者口、鼻腔内的淤血。用压舌板刺激其咽喉部,引起呕吐反射,使其能咯出阻塞咽喉部的血块,对牙关紧闭者用开口器及舌钳协助。

(7) 如上述措施不能使血块排出,应立即用吸引器吸出淤血及血块,必要时立即行气管插管或气管镜直视下吸取血块。给予高浓度氧气吸入。做好气管插管或气管切开的准备与配合工作,以解除呼吸道阻塞。

三、指导要点

(1) 告知患者注意保暖,预防上呼吸道感染。

(2) 告知患者保持呼吸道通畅,注意引流与排痰。

(3) 向患者讲解保持大便通畅的重要性。

(4) 告知患者不要过度劳累,避免剧烈咳嗽。

(5) 告知患者注意锻炼身体,增强抗病能力,避免剧烈运动。

(覃静霞)

第五节 恶心与呕吐护理

呕吐(vomiting)是胃内容物返入食管,经口吐出的一种反射动作,分为恶心、干呕和呕吐3个阶段,亦有呕吐可无恶心或干呕的先兆。恶心(nausea)是一种可以引起呕吐冲动的胃内不适感,常为呕吐的前驱感觉,亦可单独出现,主要表现为上腹部特殊不适感,常常伴有头晕、流涎、脉搏缓慢、血压降低等迷走神经兴奋症状。呕吐可将胃内有害物质吐出,是机体的一种防御反射,具有一定保护作用,但大部分并非由此引起,且频繁而剧烈的呕吐可引起脱水、电解质紊乱等并发症。

一、分类

恶心与呕吐的病因很多,按发病机制可归纳为:

1. 反射性呕吐

(1) 胃炎、消化性溃疡并发幽门梗阻、胃癌。

(2) 肝脏、胆囊、胆管、胰、腹膜的急性炎症。

(3) 胃肠功能紊乱引起的心理性呕吐。

2. 中枢性呕吐 主要由中枢神经系统疾病引起,如颅内压升高、炎症、损伤等。

3. 前庭障碍性呕吐 如迷路炎和梅尼埃病等。

二、观察要点

1. 呕吐的特点 观察并记录呕吐次数,呕吐物的性质、量、颜色和气味。

2. 定时监测生命体征、记录,直至稳定 血容量不足时可出现心率加快、呼吸急促、血压降低,特别是直立性低血压。持续性呕吐致大量胃液丢失而发生代谢性碱中毒时,患者呼吸变浅、变慢。

3. 注意水、电解质平衡 准确测量并记录每天的出入液量、尿比重、体重。观察患者有无失水征象,依失水程度不同,患者可出现软弱无力、口渴、皮肤黏膜干燥和弹性减低,尿量减少、尿比重升高,并可有烦躁、神志不清甚至昏迷等表现。

4. 监测各项化验指标 了解血常规、血细胞比容、血清电解质等变化。

三、护理措施

1. 呕吐处理 遵医嘱应用止吐药及其他治疗,促使患者逐步恢复正常的体力和饮食。
2. 补充水分和电解质 口服补液时,应少量多次饮用,以免引起恶心、呕吐。若口服补液未能达到所需补液量,需静脉输液以恢复机体的体液平衡状态。剧烈呕吐不能进食或严重水电解质失衡时,则主要通过静脉补液给予纠正。
3. 生活护理 协助患者进行日常活动。患者呕吐时应帮助其坐起或侧卧,使其头偏向一侧,以免误吸。吐毕给予漱口,更换污染衣物、被褥,开窗通风以去除异味。
4. 安全护理 告知患者突然起身可能出现头晕、心悸等不适。
5. 应用放松技术 常用深呼吸、交谈、听音乐、阅读等方法转移患者的注意力,以减少呕吐的发生。
6. 心理护理 耐心解答患者及家属提出的问题,消除其紧张情绪,特别是与精神因素有关的呕吐患者;消除紧张、焦虑会促进食欲和消化能力,增强对治疗的信心及保持稳定的情绪均有益于缓解症状。必要时使用镇静药。

四、指导要点

- (1) 指导患者呕吐时采取正确的体位。
- (2) 指导患者深呼吸,即用鼻吸气,然后张口慢慢呼气,反复进行。
- (3) 指导患者坐起时动作缓慢,以免发生直立性低血压。
- (4) 指导患者保持情绪平稳,积极配合治疗。

(覃静霞)

第六节 腹泻护理

腹泻(diarrhea)是指正常排便形态改变,频繁排出松散稀薄的粪便甚至水样便。腹泻的发病机制为肠蠕动亢进、肠分泌增多或吸收障碍,多由饮食不当或肠道疾病引起,其他原因有药物、全身性疾病、过敏和心理因素等。小肠病变引起的腹泻粪便呈糊状或水样,可含有未完全消化的食物成分,大量腹泻易导致脱水和电解质丢失,部分慢性腹泻患者可发生营养不良。大肠病变引起的腹泻粪便可含脓血、黏液,病变累及直肠时可出现里急后重。

一、观察要点

- (1) 观察排便情况及伴随症状。
- (2) 动态观察体液平衡状态:严密观察患者生命体征、神志、尿量的变化;有无口渴、口唇干燥、皮肤弹性下降、尿量减少、神志淡漠等脱水表现;有无肌肉无力、腹胀、肠鸣音减弱、心律失常等低钾血症的表现;监测生化指标的变化。
- (3) 观察肛周皮肤排便频繁时,观察肛周皮肤有无损伤、糜烂及感染。
- (4) 观察止泻药和解痉镇痛药的作用和不良反应。

二、护理措施

1. 休息与活动 急性起病、全身症状明显的患者应卧床休息,注意腹部保暖。
2. 用药护理 腹泻治疗以病因治疗为主,应用止泻药时应观察患者的排便情况,腹泻控制后应及时停药;应用解痉镇痛药如阿托品时,注意药物不良反应如口干、视物模糊、心动过速等。
3. 饮食护理 食少渣、易消化饮食,避免生冷、多纤维、刺激性食物。急性腹泻应根据病情和医嘱,给予禁食、流质、半流质或软食。

4. 肛周皮肤护理 排便后应用温水清洗肛周,保持清洁干燥,必要时涂无菌凡士林或抗生素软膏保护肛周皮肤,促进损伤处愈合。

5. 补充水分或电解质 及时遵医嘱给予液体、电解质和营养物质,以满足患者的生理需要量,补充额外丢失量,恢复和维持血容量。一般可经口服补液,严重腹泻、伴恶心与呕吐、禁食或全身症状显著者经静脉补充水分和电解质。注意输液速度的调节,老年人易因腹泻发生脱水,也易因输液速度过快引起循环衰竭,故老年患者尤其应及时补液并注意输液速度。

6. 心理护理 慢性腹泻治疗效果不明显时,患者往往对预后感到担忧,结肠镜等检查有一定痛苦,某些腹泻如肠易激惹综合征与精神因素有关,故应注意患者心理状况的评估和护理,鼓励患者配合检查和治疗,稳定患者情绪。

三、指导要点

- (1) 指导患者正确使用热水袋。
- (2) 指导患者进食少渣、易消化饮食。
- (3) 指导患者排便后正确护理肛周皮肤。
- (4) 指导患者积极配合治疗和护理过程。

(李彩霞)

第七节 便秘护理

便秘(constipation)是指正常排便形态改变,排便次数减少,排出过干、过硬的粪便,且排便不畅、困难。便秘的主要发病机制是肠道功能受到抑制。其原因为:器质性病变,排便习惯不良,中枢神经系统功能障碍,排便时间受限制,强烈的情绪反应,各类直肠、肛门手术,药物不合理使用,饮食结构不合理,饮水量不足,滥用缓泻剂、栓剂、灌肠,长期卧床,活动减少等。

一、观察要点

- (1) 排便情况及伴随症状。
- (2) 患者生命体征、神志等变化,尤其老年患者。
- (3) 缓泻剂的作用和不良反应。

二、护理措施

1. 合理膳食 多进食促进排便的饮食和饮料,如水果、蔬菜、粗粮等高纤维食物;餐前提供开水、柠檬汁等热饮,促进肠蠕动,刺激排便反射;适当提供易致轻泻的食物如梅子汁等促进排便;多饮水,病情允许情况下每日液体摄入量应不小于2 000ml;适当食用油脂类食物。

2. 休息与活动 根据患者情况制订活动计划如散步、做操、打太极等。卧床患者可进行床上活动。

3. 提供适当的排便环境 为患者提供单独隐蔽的环境及充裕的排便时间,如拉上围帘或用屏风遮挡;避开查房、治疗、护理和进餐时间,以消除紧张情绪,保持心情舒畅,利于排便。

4. 选取适宜排便姿势 床上使用便盆时,除非有禁忌,最好采取坐姿或抬高床头,利用重力作用增加腹内压促进排便。病情允许时让患者下床上厕所排便。即将手术患者,在手术前有计划地训练其在床上使用便盆。

5. 腹部环形按摩 排便时用手沿结肠解剖位置自右向左环形按摩,可促使降结肠的内容物向下移动,并增加腹内压,促进排便。指端轻压肛门后端也可促进排便。

6. 用药护理 遵医嘱给予口服缓泻药物,对于老年人、儿童应选择作用缓和的泻剂,慢性便秘的患者可选用蓖麻油、番泻叶、大黄等接触性泻剂。使用缓泻剂可暂时解除便秘,但长期使用或滥用又常成为慢性便秘的主要原因。常用的简易通便剂有开塞露、甘油栓等。

7. 灌肠 以上方法均无效时,遵医嘱给予灌肠。
8. 帮助患者重建排便习惯 选择适合自身的排便时间,理想的是早餐后效果最好,因进食刺激大肠蠕动而引起排便反射;每天固定时间排便,并坚持下去,不随意使用缓泻剂及灌肠等方法。
9. 心理护理 应尊重和理解患者,给予心理安慰与支持,帮助其树立信心,配合治疗和护理。

三、指导要点

- (1) 帮助患者进行增强腹肌和盆部肌肉的运动,以增加肠蠕动和肌张力,促进排便。
- (2) 指导患者重建正常排便习惯。
- (3) 指导患者合理膳食,多食水果、蔬菜、粗粮等富含纤维食物。
- (4) 鼓励患者根据个体情况制订合理的活动计划。

(李彩霞)

第八节 疼痛护理

疼痛(pain)是一种复杂的主观感受,是近年来非常重视的一个常见临床症状之一,也称第5生命体征。疼痛的原因包括:温度刺激、化学刺激、物理损伤、病理改变和心理因素等。疼痛对全身产生影响,可致精神心理方面改变如:抑郁、焦虑、愤怒、恐惧;致生理反应如:血压升高、心率增快、呼吸频率增快、神经内分泌及代谢反应、生化反应;致行为反应,如:语言反应、躯体反应等。

个体对疼痛的感受和耐受力存在很大的差异,同样性质、强度的刺激可引起不同个体产生不同的疼痛反应。疼痛阈是指使个体所能感觉到疼痛的最小刺激强度。疼痛耐受力是指个体所能耐受的疼痛强度和持续时间。对疼痛的感受和耐受力受客观和主观因素的影响。其中客观因素包括个体的年龄、宗教信仰与文化、环境变化、社会支持、行为作用以及医源性因素;主观因素包括以往的疼痛经验、注意力、情绪及对疼痛的态度等。

一、观察要点

- (1) 患者疼痛时的生理、行为和情绪反应。
- (2) 疼痛的部位、发作的方式、程度、性质、伴随症状、开始时间以及持续时间等。
- (3) 评估工具的使用:可根据患者的病情、年龄和认知水平选择相应的评估工具。

二、护理措施

1. 减少或消除引起疼痛的原因 若为外伤所致的疼痛,应酌情给予止血、包扎、固定、处理伤口等;胸、腹部手术后,患者会因咳嗽或呼吸引起伤口疼痛,术前应教会患者术后深呼吸和有效咳嗽的方法。

2. 合理运用缓解或解除疼痛的方法

(1) 药物镇痛:是治疗疼痛最基本、最常用的方法。镇痛药物种类很多,主要分3种类型:①阿片类镇痛药:如吗啡、哌替啶、芬太尼等;②非阿片类镇痛药:如水杨酸类、苯胺类、非甾体类药物等;③其他辅助类药物:如激素、解痉药、维生素类药物等。镇痛药物给药途径以无创给药为主,可以选择口服、经直肠给药、经皮肤给药、舌下含服给药法,亦可临时采用肌肉注射法、静脉给药法、皮下注射给药法,必要时选择药物输注泵。

对于癌性疼痛的药物治疗,目前临床上普遍采用WHO所推荐的三阶梯镇痛疗法,逐渐升级,合理应用镇痛剂来缓解疼痛。三阶梯镇痛疗法的基本原则是:口服给药、按时给药、按阶梯给药、个体化给药、密切观察药物不良反应及宣教。其内容包括:①第一阶梯:使用非阿片类镇痛药物,适用于轻度疼痛患者,主要给药途径是口服,常用的药物有阿司匹林、对乙酰氨基酚、布洛芬等。②第二阶梯:使用弱阿片类镇痛药物,适用于中度疼痛患者,常用的药物有可待因、右旋丙氧酚、曲马多等;除了可待因

可以口服或肌肉注射外,其他均为口服。③第三阶梯:使用强阿片类镇痛药物,主要用于重度和剧烈癌痛患者;常用药物有吗啡、美沙酮、氧吗啡等,加非阿片类镇痛药物,可酌情加用辅助药;给药途径上,吗啡和美沙酮均可以口服或肌肉注射,氧吗啡采用口服给药。患者自控镇痛泵(patient control analgesia, PCA)在患者疼痛时,通过由计算机控制的微量泵主动向体内注射设定剂量的药物,符合按需镇痛的原则,既减轻了患者的痛苦和心理负担,又减少了医务人员的操作。

(2) 物理镇痛:常应用冷、热疗法如冰袋、冷湿敷或热湿敷、温水浴、热水袋等。此外,理疗、按摩及推拿也是临床上常用的物理镇痛方法。高热、有出血倾向疾病、结核和恶性肿瘤等患者慎用。

(3) 针灸镇痛:根据疼痛部位,针刺相应的穴位,使人体经脉疏通、气血调和,以达到镇痛的目的。

(4) 经皮神经电刺激疗法:经皮肤将特定的低频脉冲电流输入人体,可以产生无损伤性镇痛作用。

3. 提供心理-社会支持 积极指导家属理解支持患者,并鼓励患者树立战胜疾病的信心。

4. 恰当运用心理护理方法及疼痛心理疗法 心理护理方法包括:减轻心理压力、转移注意力和放松练习。转移注意力和放松练习可减少患者对疼痛的感受强度,常用方法有:参加活动、音乐疗法、有节律地按摩、深呼吸和想象。疼痛的心理疗法是应用心理性的原则和方法,通过语言、表情、举止行为,并结合其他特殊的手段来改变患者不正确的认知活动、情绪障碍和异常行为的一种治疗方法。

5. 采取促进患者舒适的措施 提供良好的采光和通风房间、舒适整洁的床单位、适宜的温湿度等促进患者舒适。

三、指导要点

(1) 指导患者准确描述疼痛的性质、部位、持续时间、规律,并选择适合自身的疼痛评估工具。

(2) 指导患者客观地向医务人员讲述疼痛的感受。

(3) 指导患者正确使用镇痛药物,如用药的最佳时间、用药剂量等,避免药物成瘾。

(4) 指导患者学会应对技巧以缓解疼痛。

(李彩霞)

第九节 意识障碍护理

意识障碍(disorders of consciousness)是指人体对外界环境刺激缺乏反应的一种精神状态。大脑皮质、皮质下结构、脑干网状上行激活系统等部位损害或功能抑制即可导致意识障碍。其可表现为觉醒下降和意识内容改变,临床上常通过患者的言语反应、对针刺的痛觉反应、瞳孔对光反应、吞咽反射、角膜反射等来判断意识障碍的程度。

以觉醒度改变为主的意识障碍包括:①嗜睡:患者表现为睡眠时间过度延长,但能唤醒,醒后可勉强配合检查及回答问题,停止刺激后继续入睡。②昏睡:患者处于沉睡状态,正常外界刺激不能唤醒,需大声呼唤或较强烈的刺激才能觉醒,醒后可做含糊、简单而不完全的答话,停止刺激后很快入睡。③浅昏迷:意识大部分丧失,无自主运动,对声、光刺激无反应,对疼痛刺激尚可出现痛苦表情或肢体退缩等防御反应,角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动和吞咽反射可存在。④中度昏迷:对周围事物及各种刺激均无反应,对剧烈刺激可有防御反应,角膜反射减弱、瞳孔对光反射迟钝、无眼球运动。⑤重度昏迷:意识完全丧失,对各种刺激全无反应,深、浅反射均消失。

以意识内容改变为主的意识障碍包括:①意识模糊:患者表现为情感反应淡漠,定向力障碍,活动减少,语言缺乏连贯性,对外界刺激可有反应,但低于正常水平。②谵妄:是一种急性脑高级功能障碍,患者对周围环境的认识及反应能力均有下降,表现为认知、注意力、定向与记忆功能受损,思维推理迟钝,语言功能障碍,错觉、幻觉,睡眠觉醒周期紊乱等,可表现为紧张、恐惧和兴奋不安,甚至冲动和攻击行为。

其他特殊类型的意识障碍如去皮质综合征、无动性缄默症和植物状态等。