

实用护理技术规范

周秉霞等◎主编



实用护理技术规范

周秉霞等◎主编

 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

实用护理技术规范 / 周秉霞等主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.4

ISBN 978-7-5578-4020-4

I. ①实… II. ①周… III. ①护理学—技术规范
IV. ①R47-65

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第089736号

实用护理技术规范

主 编	周秉霞等
出 版 人	李 梁
责任编辑	孟 波 朱 萌
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	544千字
印 张	28.5
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 978-7-5578-4020-4
定 价	120.00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

编委会

主编

周秉霞 山西省汾阳医院

张莺 彭阳县妇幼保健计划生育服务中心

副主编

吕新霞 新疆沙湾县妇幼保健计划生育服务中心

陈素艳 贵州医科大学第三附属医院

唐海燕 贵州医科大学第三附属医院

曹虹 内蒙古包头市中心医院

编委

卢杏新 广西医科大学附属肿瘤医院

高秀梅 连云港市第一人民医院

宋燕 谷城县人民医院

前 言

护士作为最重要的医疗保健人力资源之一，承担着医疗卫生服务的重要责任。护理人员通过监测、早期诊断疾病和实施健康宣教等护理方法有助于疾病的预防和控制，使得护理学成为参与临床治疗的关键学科，护理服务质量直接影响着患者的治疗效果和满意度。面对医疗改革以及当前发展新形势，人们对护理的需求随之改变，临床护理理念及方法也需要不断的改进和提升。

《实用护理技术规范》内容包括主要的护理学方法、护理程序及护理防护管理等基础知识与基本理论，涵盖了外科护理、内科护理、妇产科护理、儿科护理四个篇章，详细的阐述了各个科室临床常见病、多发病的临床护理措施。在编写过程中力求做到内容充实、文笔通顺，既重视护理人员必须掌握的护理技能，也注重基本理论及知识的阐述；同时参考国内外大量护理医学资料，取其精华，力求完善。是广大基层医学工作者及学生的参考用书。

本书内容具体由以下作者编写：

周秉霞：第一主编，编写第一篇第八章第1-10节内容，共8万字。

张莺：第二主编，编写第三篇第三、四、五、七章内容；第四篇第一至六章内容，共10万字。

吕新霞：第一副主编，编写第三篇第一、六章及第二章第1、2节内容，共5万字。

陈素艳：其他副主编，编写第一篇第四、五、六、七章以及第八章第11节内容，共10万字。

唐海燕：其他副主编，编写第二篇第一章第1-4节、第二章第1-9节、第三章第1-3节及第四、五章内容，共10万字。

曹虹：其他副主编，编写第一篇第一、二章内容，共5万字。

卢杏新：编委，编写第一篇第三章内容，共2万字。

高秀梅：编委，编写第二篇第一章第8节、第二章第10、11节、第三章第4节内容，共2万字。

宋燕：编委，编写第一篇第八章第12节；第二篇第一章第5-7节；第三篇第二章第3、4节内容，共2万字。

目 录

第一篇 外科护理.....	(1)
第一章 外科常见疾病的护理.....	(1)
第一节 阑尾炎.....	(1)
第二节 胆囊炎.....	(3)
第三节 甲状腺功能亢进症.....	(6)
第四节 甲状腺良性疾病.....	(9)
第五节 甲状腺癌	(16)
第六节 肠梗阻	(22)
第七节 胃癌	(25)
第八节 结肠癌	(27)
第二章 乳房疾病的护理	(33)
第一节 乳腺癌	(33)
第二节 急性乳房炎	(36)
第三节 乳腺增生	(40)
第四节 乳房良性肿瘤	(41)
第三章 泌尿系统疾病的护理	(43)
第一节 前列腺肥大	(43)
第二节 膀胱癌	(46)
第三节 肾移植	(48)
第四节 急性肾小球肾炎	(50)
第五节 肾盂肾炎	(52)
第六节 肾衰竭	(55)
第四章 骨科患者的常见手术护理	(63)
第一节 牵引术	(63)
第二节 石膏绷带固定术	(68)
第五章 颈肩、腰腿痛患者的护理.....	(73)
第一节 肩周炎	(73)
第二节 颈椎病	(75)

第三节	腰椎间盘突出症	(80)
第四节	腰椎管狭窄症	(87)
第六章	骨折患者的护理	(90)
第一节	四肢骨折	(90)
第二节	骨盆骨折	(100)
第三节	脊柱骨折和脊髓损伤	(101)
第七章	骨外科常见疾病的护理	(112)
第一节	关节脱位	(112)
第二节	化脓性骨髓炎	(117)
第三节	化脓性关节炎	(123)
第四节	骨与关节结核	(125)
第五节	骨肿瘤	(136)
第八章	神经外科疾病的护理	(137)
第一节	原发性颅脑损伤	(137)
第二节	继发性颅脑损伤	(142)
第三节	颅内肿瘤	(148)
第四节	颅内动脉瘤	(151)
第五节	颅内血管畸形	(158)
第六节	脊髓损伤	(168)
第七节	脊髓血管病变	(173)
第八节	面肌痉挛	(179)
第九节	癫痫	(184)
第十节	锥体外系疾病	(190)
第十一节	缺血性脑卒中	(202)
第十二节	高血压脑出血	(209)
第二篇	内科护理	(217)
第一章	呼吸系统疾病的护理	(217)
第一节	呼吸内科一般护理常规	(217)
第二节	肺炎	(221)
第三节	慢性呼吸衰竭	(223)
第四节	慢性肺心病护理	(224)
第五节	肺脓肿护理常规	(226)
第六节	肺结核	(228)
第七节	支气管扩张护理常规	(230)
第八节	支气管哮喘护理常规	(231)

第二章 神经内科护理	(234)
第一节 特发性面神经麻痹	(234)
第二节 三叉神经痛	(237)
第三节 单纯疱疹病毒性脑炎	(240)
第四节 病毒性脑膜炎	(241)
第五节 结核性脑膜炎	(242)
第六节 新型隐球菌脑膜炎	(244)
第七节 化脓性脑膜炎	(246)
第八节 脑囊虫病	(248)
第九节 中枢神经系统感染	(249)
第十节 短暂性脑缺血发作的护理	(253)
第十一节 出血性脑血管疾病的护理	(255)
第三章 循环系统疾病的护理	(266)
第一节 慢性心力衰竭	(266)
第二节 原发性高血压	(267)
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(270)
第四节 心律失常病人的护理	(285)
第四章 消化内科护理	(292)
第一节 消化系统的解剖生理	(292)
第二节 慢性胃炎	(294)
第三节 消化性溃疡	(295)
第四节 食管癌	(298)
第五节 肝硬化	(301)
第六节 肝性脑病	(303)
第七节 原发性肝癌	(305)
第八节 急性胰腺炎	(308)
第五章 内分泌系统疾病的护理	(312)
第一节 糖尿病	(312)
第二节 皮质醇增多症	(316)
第三节 甲状腺功能减退症	(317)
第四节 甲状腺功能亢进症	(320)
第三篇 妇产科护理	(322)
第一章 月经失调患者的护理	(322)
第一节 功能失调性子宫出血	(322)
第二节 闭经	(324)

第三节	经前紧张综合征	(325)
第四节	痛经	(326)
第五节	子宫异常出血	(327)
第六节	更年期综合征	(330)
第二章	女性生殖系统炎性反应护理	(332)
第一节	外阴部炎性反应	(332)
第二节	阴道炎性反应	(333)
第三节	子宫颈炎性反应	(335)
第四节	盆腔炎性反应	(337)
第三章	妇科手术患者的护理	(339)
第一节	子宫肌瘤	(339)
第二节	子宫内膜癌	(341)
第三节	卵巢肿瘤	(343)
第四节	子宫脱垂	(346)
第四章	妊娠妇女的护理	(349)
第一节	妊娠诊断	(349)
第二节	妊娠生理	(351)
第三节	妊娠期母体变化	(355)
第四节	妊娠期常见症状及其护理	(359)
第五节	胎产式、胎先露、胎方位	(360)
第五章	妊娠期并发症的护理	(362)
第一节	流产	(362)
第二节	异位妊娠	(364)
第三节	妊娠高血压综合征	(365)
第四节	心脏病	(368)
第五节	病毒性肝炎	(372)
第六节	前置胎盘	(373)
第七节	胎盘早期剥离	(375)
第六章	异常分娩的护理	(377)
第一节	产力异常	(377)
第二节	产道异常	(385)
第三节	胎位异常	(391)
第四节	胎膜早破	(401)
第七章	妊娠期合并疾病的护理	(404)
第一节	妊娠合并糖尿病	(404)

第二节	妊娠合并重度贫血·····	(409)
第三节	妊娠合并重症肺炎·····	(412)
第四节	妊娠合并急性阑尾炎·····	(414)
第四篇	儿科护理·····	(418)
第一章	儿科一般疾病护理及急症护理·····	(418)
第一节	儿科一般疾病护理常规·····	(418)
第二节	儿科急症护理·····	(419)
第二章	循环系统常见疾病的护理·····	(424)
第一节	先天性心脏病·····	(424)
第二节	病毒性心肌炎·····	(431)
第三章	泌尿系统常见疾病的护理·····	(433)
第一节	急性肾小球肾炎·····	(433)
第二节	原发性肾病综合征·····	(434)
第四章	内分泌系统疾病患儿的护理·····	(438)
第一节	生长激素缺乏症·····	(438)
第二节	先天性甲状腺功能减退症·····	(439)
第五章	生长发育·····	(442)
第一节	小儿体格生长及评价·····	(442)
第二节	小儿生长发育及其影响因素·····	(444)
第六章	小儿保健·····	(446)
第一节	不同年龄期小儿保健的特点·····	(446)
第二节	预防接种·····	(450)

第一篇 外科护理

第一章 外科常见疾病的护理

第一节 阑尾炎

阑尾炎（appendicitis）是一种十分常见的外科疾病，急性阑尾炎居于外科急腹症发病率之首，患者多为青少年，约85%年龄在10~40岁之间。男女发病率之比为2.3:1。

根据病理解剖学变化特点，阑尾炎可分为常见的四种病理类型：急性单纯性、急性化脓性、坏疽性和慢性阑尾炎。如病情较重者，可化脓或坏疽，甚至穿孔，形成阑尾周围脓肿或弥漫性腹膜炎。

【护理评估】

（一）健康史

阑尾腔梗阻后并发感染是急性阑尾炎的基本病因。梗阻的原因有：

1. 胃肠道疾患 如急性肠炎，盲肠病变如结核、肿瘤侵犯阑尾基部引起阑尾梗阻。
2. 饮食、生活形态 暴饮暴食，生活不规律。

（二）身心状况

1. 腹痛 阑尾疼痛开始多位于剑突下、脐周或全腹，数小时后转移并固定于右下腹。据统计70%~80%的患者有此转移性腹痛，这是急性阑尾炎的特征之一。部分患者一开始疼痛就固定于右下腹。因阑尾解剖位置的不同，腹痛部位可有相应改变。疼痛多为持续性，可阵发性加重，阑尾穿孔后，疼痛反而暂时性减轻，继而出现局部或全腹疼痛。

2. 胃肠道症状 多在早期出现，常有恶心、呕吐。阑尾穿孔并发腹膜炎而导致麻痹性肠梗阻，则可出现腹胀、持续性呕吐和便秘。

3. 全身性症状 体温多在37.5~38℃，很少超过38.5℃。如阑尾穿孔时，体温明显升高。

4. 右下腹压痛 腹部压痛多位于右下腹部，尤以麦氏点最为明显。压痛的程度和范围往往与炎症的严重程度相平行。

5. 腹肌紧张 阑尾化脓可出现此体征，坏疽穿孔并发腹膜炎时腹肌紧张尤为显著。但小儿、老人、孕妇、肥胖、虚弱患者或盲肠后位阑尾炎时，腹膜刺激征可不明显。

（三）辅助检查

1. 结肠充气试验（Rovsing 氏征） 用手按压下腹部降结肠处，另一手反复压迫近段结肠，引起右下腹疼痛者为阳性。

2. 腰大肌试验 患者左侧卧位，右腿伸直，并向后过度伸展，引起右下腹疼痛者为阳性。

3. 闭孔内肌试验 患者平卧，右髋及右膝屈曲至 90° ，并向内旋转髋关节，引起右下腹疼痛者为阳性。

4. 直肠指检 当阑尾位于盆腔或炎症波及盆腔时，直肠指诊时直肠右前方触痛，如发生盆腔脓肿，则可触及痛性肿块。

5. 血液检查 多数急性阑尾炎患者的白细胞计数及中性粒细胞比例增高。如炎症侵及腹腔时，白细胞计数常至 $18 \times 10^9/L$ 以上。

【护理诊断】

1. 疼痛 系阑尾局部炎症反应释放化学物质、刺激局部末梢神经所致。

2. 呕吐 与阑尾肿胀、牵拉、反射性引起胃肠痉挛反应有关。

3. 潜在并发症 切口感染和粘连性肠梗阻等。

【预期目标】

1. 疼痛减轻或消失，患者感到舒适。

2. 患者呕吐停止。

3. 患者没有发生并发症。

【护理措施】

1. 术前护理

（1）介绍与疾病有关的知识，讲解手术的必要性，稳定患者情绪。

（2）加强病情观察，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压，注意腹部体征，禁用止痛剂。

（3）避免增加肠内压力，禁饮、禁食，给予抗炎补液，禁用泻药及灌肠。

2. 术后护理

（1）了解麻醉和手术方式以及术中情况。密切监测生命体征及腹部体征变化。

（2）全麻术清醒后或硬膜外麻醉平卧 6 小时后，改为半坐卧位。鼓励患者早期下床活动，预防术后肠粘连。

（3）术后禁食，遵医嘱予以静脉补液、抗炎。待肠蠕动恢复、肛门排气后，可由流质过渡到半流、普食。

（4）观察有无切口感染、粘连性肠梗阻、术后出血、腹腔感染、阑尾残株炎、粪瘘等并发症发生。若有异常，及时通知医师处理。

【护理评价】

1. 患者疼痛是否逐渐减轻直到消失。

2. 患者切口是否有红、肿、热、痛及异常分泌物。
3. 患者切口是否如期愈合。
4. 患者肠蠕动是否恢复，是否感到腹胀、腹痛、便秘、排气障碍等不适。

(曹虹)

第二节 胆囊炎

胆囊炎 (cholecystitis) 是胆道系统的常见病，好发于女性，尤其以肥胖者多见，可分为急性胆囊炎和慢性胆囊炎。急性胆囊炎按其病程可分为

- ①急性单纯性胆囊炎：炎症局限于胆囊黏膜，囊壁充血水肿；
- ②急性化脓性胆囊炎：炎症侵及胆囊壁全层，浆膜面有纤维性和脓性渗出，胆囊内积脓；
- ③急性坏疽性胆囊炎：炎症发展，胆囊内压力增加，压迫胆囊壁，引起血液循环障碍，发生缺血、坏死，此期容易发生胆囊穿孔，导致胆汁性腹膜炎。

慢性胆囊炎：胆囊壁反复炎症，纤维组织增生，黏膜萎缩，囊壁增厚，胆囊浓缩和排出胆汁的功能下降。胆囊炎患者中 90% ~95% 合并胆囊结石。

胆囊炎的手术治疗有传统的开腹胆囊切除和腹腔镜下胆囊切除术，后者近几年在临床上广泛使用，以不剖腹、痛苦轻、恢复快而在全世界迅速普及，2~3 日可出院，深受患者欢迎。

【护理评估】

(一) 健康史

胆囊炎与胆囊结石互为因果，下面几个方面的因素均可引起胆囊炎。

1. 胆囊梗阻 胆囊结石或胆囊颈结石或蛔虫等阻塞或嵌顿，造成胆汁滞留、浓缩，产生化学刺激损伤胆囊壁，同时，结石和蛔虫可直接引起机械性胆囊损伤。梗阻的胆囊内压力增高，引起胆囊壁黏膜缺血，又进一步加重胆囊壁的损伤。
2. 细菌感染 细菌大多数可通过胆道逆行侵入胆囊，也可自血液经门静脉入肝后随胆汁顺行入胆囊。致病菌以大肠杆菌多见，其次有葡萄球菌、伤寒杆菌、绿脓杆菌、克雷伯氏杆菌、梭状芽胞杆菌等。
3. 其他 严重创伤或大手术后、胰腺炎时胰液反流入胆囊等亦可引起急、慢性胆囊炎。

(二) 身心状况

1. 腹痛 右上腹剧烈绞痛，系由于胆囊收缩试图克服胆囊管梗阻所致。常在进食油腻食物或饱餐后数小时发作。疼痛常常放射到右肩或后背部，呈持续性并阵发性加重。若炎症侵及浆膜、刺激腹膜，患者在深呼吸时疼痛亦加剧。
2. 恶心、呕吐 约 85% ~90% 患者合并恶心，但呕吐一般不常见。如结石经胆囊管

进入胆总管，压迫并刺激 Oddi 括约肌、胆总管突然扩张时，可出现频繁和严重的呕吐。

3. 寒战、发热 一般早期无寒战、发热，如合并有胆管炎或胆囊积脓、坏死穿孔和弥漫性腹膜炎时可出现。

4. 右上腹局部压痛和肌紧张 胆囊周围有炎性渗出或脓肿形成时，压痛范围增大。

5. 墨菲氏（Murphy）征阳性 检查者以左手掌平放于患者右肋下部，以拇指指腹置于右肋下胆囊区，嘱患者缓慢深吸气，此时因肝下移可引起胆囊区触痛，患者会突然屏住呼吸。

（三）辅助检查

1. 实验室检查

（1）白细胞计数和中性粒细胞计数升高，急性化脓性或坏疽性胆囊炎时白细胞计数可高达 $(15 \sim 20) \times 10^9/L$ 。

（2）SGOT、SGPT 可升高，甚至达到正常值的 2~4 倍。

（3）碱性磷酸酶和胆红素可有轻度升高，一般不超过 $34 \mu\text{mol/L}$ (2mg/dl)，若 $> 85 \mu\text{mol/L}$ (5mg/dl)，则应考虑胆总管继发结石或 Mirizzi 综合征的可能。

2. 影像学检查

（1）B 超检查：是临床上首选的检查，显示胆囊增大、囊壁增厚，甚至有双边征。如有结石，可见增强回声光团，并伴有声影。慢性炎症时，胆囊萎缩，囊壁增厚，排空功能障碍。

（2）口服胆囊造影和静脉胆道造影可显示结石阴影及其大小、数量、胆囊浓缩及收缩功能，但受肝功能的影响。

（3）X 线腹平片可显示 10%~15% 的阳性结石。

【护理诊断】

1. 焦虑 与疼痛、手术、担心住院费用及环境陌生等有关。

2. 疼痛 与胆囊炎症或梗阻、手术损伤、胆瘘等有关。

3. 睡眠形态的改变 与疼痛、呕吐、腹胀、焦虑、环境改变有关。

4. 潜在并发症 - 体液不足 与呕吐、禁食、胃肠减压有关。

5. 感染 与手术切口、引流管有关。

6. 知识缺乏 与缺乏有关术后康复方面的知识信息来源有关。

【预期目标】

1. 焦虑减轻 表现为能主动说出焦虑的原因和解除焦虑的方法，自觉焦虑减轻，注意力集中。

2. 疼痛减轻 表现为表情放松，自主体位，感觉疼痛减轻或消失，生命体征平稳。

3. 睡眠改善或恢复正常 表现为有效睡眠时间延长或正常，精力充沛，眼眶无黑袋。

4. 体液平衡 表现为生命体征平稳，尿量正常，皮肤黏膜红润，毛细血管充盈时间正常。

5. 未发生伤口感染 表现为伤口周围皮肤无红、肿、热、痛及异常分泌物或引流物；

伤口如期愈合。

6. 患者能说出术后康复的有关知识如饮食、活动的原则。

【护理措施】

1. 减轻焦虑 评估焦虑的程度，确定焦虑的原因，护士主动、热情介绍病室环境、主管医生与护士、同室的病友，与其建立信任的护患关系。认真倾听患者的情况，了解其焦虑的原因，予以同情和安慰。针对引起焦虑的因素，有的放矢地干预，如详细、准确地向患者解释疾病的过程、治疗方案、手术和麻醉的方式、手术的预后情况，以消除患者对这些问题的焦虑和压力。如果是疼痛引起，应告诉并向患者示范减轻疼痛的方法与技巧，必要时使用止痛剂。帮助患者解除或减轻身体不适，如呕吐、瘙痒，给予适当的药物。鼓励患者将焦虑说出来，将疑问提出来，并予及时、恰当的解释。鼓励与同室病友交流，增强自信心。加强与家属、朋友的联系，激发他们对患者身心护理的责任感，多给患者关心照顾，提供安静舒适的环境。

2. 减轻疼痛与促进舒适 评估疼痛的部位、性质、持续时间、有无放射痛及其诱因，观察腹部体征。严密观察生命体征、疼痛及腹部情况的变化。如果疼痛持续并阵发性加剧、腹膜刺激征明显、体温升高、脉搏增快，应警惕胆囊穿孔并做好紧急手术准备。禁食，胃肠减压，按医嘱给予适当的止痛剂，并观察和记录止痛药的疗效。禁用吗啡，阿托品可减轻 Oddi 括约肌收缩，减轻疼痛。指导患者减轻疼痛的方法：如翻身、移动或咳嗽时，用小枕头或手按压疼痛部位；术前采用胸膝卧位，术后可采用半坐卧位，减轻腹肌张力，缓解疼痛；听听音乐，与人交谈分散注意力等等。给予心理支持，减轻焦虑，消除心因性疼痛。

3. 维持水、电解质平衡 评估呕吐频率、呕吐量及性状并记录。评估胃肠减压、腹腔引流管引流液的量、色和性状并记录。严密观察生命体征变化。记录 24 小时出入水量，输液，补充适量电解质，急性期患者须迅速建立静脉输液途径，适量补充液体和电解质，以保持体液平衡。给予维生素 K 等止血药，防止术后出血。

4. 预防感染 观察伤口敷料有无渗液，保持伤口皮肤的清洁、干燥，及时更换污染的敷料，严格无菌操作。保持腹腔引流管通畅，观察伤口引流物、分泌物的量、颜色和性状，并记录。加强营养，提高机体的抵抗力。术后胃肠功能恢复后，可予少量多餐，进低脂、高碳水化合物、高蛋白、易消化的饮食。适当使用抗生素。

5. 术后康复指导 术前告诉患者及其家属术后早期离床活动的目的和意义，使其能理解并积极配合，并督促术后第二日下床活动，防止术后肠粘连。向患者示范和讲解有效咳嗽排痰的方法，并指导其有意识地咳嗽，预防术后肺部感染。向患者解释并示范减轻疼痛的方法与技巧。指导术后合理饮食：术后应少量多餐、进食低脂、高碳水化合物、高蛋白质饮食。胆固醇结石患者尽量避免食用胆固醇含量高的食物，如蛋黄、鱼卵、家禽类及动物内脏。不吃油炸食品，避免食用花生、核仁类食物，并减少食油用量。如胆汁引流过多，应增加含钾食物。指导患者对异常现象的观察：胆囊切除术后常有大便次数增多现

象，数周或数月后逐渐减少。若持续存在或有腹胀、恶心、呕吐、黄疸、白陶土样大便或出现茶色尿液，发生伤口红、肿、热、痛等应及时去医院检查。

【护理评价】

1. 患者能否主动说出焦虑的感受、原因，是否掌握缓解焦虑的方法，是否积极配合治疗和护理。
2. 患者有效睡眠时间是否延长，精力是否充沛。
3. 伤口皮肤颜色是否正常，有无肿胀、发热、疼痛，伤口有无异常分泌物和引流物，伤口是否如期愈合。
4. 能否说出术后饮食的原则、注意事项、伤口护理及 T 形管的自我护理。
5. 生命体征是否平稳，尿量是否正常，皮肤黏膜是否红润。
6. 24 小时出入水量是否平衡。

(曹虹)

第三节 甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症简称甲亢，多见于妇女，可分为：

- ①原发性甲亢：最常见，指在甲状腺肿大的同时出现功能亢进症状，好发于 20~40 岁，腺体呈弥漫性肿大，两侧对称，伴有眼球突出者称为“突眼性甲状腺肿”；
- ②继发性甲亢：指在结节性甲状腺肿基础上发生甲亢，先有甲状腺肿大，多年后才出现功能亢进症状。年龄多在 40 岁以上。甲状腺肿大呈结节状，双侧不对称，无眼球突出；
- ③高功能腺瘤：少见，腺体内有单个的自主性高功能结节，常无眼球突出。

甲亢的病因尚未完全明了，原发性甲亢被认为是一种自身免疫性疾病，甲状腺大部切除术是治疗甲亢的一种有效外科方法。

【护理评估】

(一) 健康史

1. 患者的年龄、性别。
2. 患者是否有情绪急躁、容易激动、失眠、两手颤动、怕热、多汗、食欲亢进而体重减轻、消瘦、心悸、胸闷、脉快有力（每分钟脉率在 100 次以上，休息和睡眠时快）、月经失调等症状。
3. 是否进行过甲状腺手术或者放射治疗。
4. 甲亢的药物治疗情况。
5. 患者及其家属对疾病的认识以及心理反应。

(二) 身心状况

1. 突眼 多见于原发性甲亢患者。典型突眼是双侧眼球突出，眼裂增宽，严重时上、下睑闭合困难，甚至不能盖住角膜。突眼的原因不明了，可能是由于球后肌肉水肿所致。

突眼的严重程度与甲亢的严重程度无明显关系。

2. 腺体肿大 可以是弥漫性或结节性肿大。由于腺体肿大、血管扩张和血流加速，可在弥漫性、柔软的肿大腺体上扪到震颤，听到血管杂音。

（三）辅助检查

1. 基础代谢率（BMR） 常用的计算公式为： $BMR = \text{脉率} + \text{脉压} - 111$ 。BMR 正常为 $\pm 10\%$ ，增高至 $+20\% \sim 30\%$ 为轻度甲亢， $+30\% \sim 60\%$ 为中度甲亢， $+60\%$ 以上为重度甲亢。

2. 甲状腺摄碘率的测定 给受试者一定剂量的放射性 ^{131}I ，再探测甲状腺摄取 ^{131}I 的程度，可以判断甲状腺的功能状态。正常甲状腺 24 小时摄碘量为人体总量的 $30\% \sim 40\%$ ，如果在 2 小时内甲状腺的摄碘量超过了人体总量的 25% ，或在 24 小时内超过了人体总量的 50% ，且吸碘高峰提前出现，都提示有甲亢。注意：如果患者在近 2 个月内吃含碘较高的食物如海带、紫菜或服用含碘药物如甲状腺素片、复方碘溶液等，需停药 2 个月才能做试验，否则影响检测效果。

3. 血清 T_3 、 T_4 测定 甲亢时 T_3 可高出正常 4 倍左右， T_4 高出正常 2.5 倍。

4. B 超 甲状腺呈弥漫性或结节性肿大。

5. ECG 显示心动过速或房颤，P 波和 T 波改变。

【护理诊断】

1. 疼痛 与甲状腺肿块压迫、囊性肿块发生出血或手术创伤有关。
2. 营养失调 低于机体需要量与甲亢基础代谢率显著增高有关。
3. 清理呼吸道无效 与咽喉部及气管受刺激、分泌物增多以及切口疼痛不敢咳嗽有关。
4. 焦虑 与颈部肿块性质不明、环境改变、担心手术及预后有关。
5. 自我形象紊乱 与甲状腺切除术后手术瘢痕影响外观有关。
6. 潜在并发症 呼吸困难和窒息，喉返神经损伤，喉上神经损伤，手足抽搐，甲状腺危象。

【护理目标】

1. 焦虑减轻 表现为患者能主动与护士交谈，说出焦虑的原因及缓解焦虑的方法，感觉焦虑减轻，积极配合治疗和护理，主动与亲朋、病友交谈，面部表情愉悦。
2. 体重维持在正常范围或体重低于正常的体重逐渐增加。
3. 活动耐力增强，疲倦乏力改善 表现为活动后不容易感到疲劳、乏力。
4. 自我形象改善 言行表现出对自我形象的接受，有正常的社交关系，自信心增强。
5. 疼痛减轻或消失（术后 48 小时）。
6. 没有发生呼吸困难和窒息 表现为呼吸平稳，呼吸道通畅，颈部敷料干燥无渗血，无肿胀和压迫，吞咽自如，无颈部梗阻、紧缩感。