

精编护理学 基础与临床

王小萍 著

 吉林科学技术出版社

精编护理学 基础与临床

王小萍 著

吉林科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精编护理学基础与临床 / 王小萍著. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.4

ISBN 978-7-5578-3847-8

I. ①精… II. ①王… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第075533号

精编护理学基础与临床

出 版 人 李 梁
责任编辑 孟 波 孙 默
装帧设计 李 梅
开 本 787mm×1092mm 1/32
字 数 166千字
印 张 5.625
印 数 1-3000册
版 次 2019年5月第1版
印 次 2019年5月第1次印刷

出 版 吉林出版集团
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 0431-85635177 85651759 85651628
85677817 85600611 85670016
储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85635186
网 址 www.jlstp.net
印 刷 三河市天润建兴印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-3847-8

定 价 42.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85659498

前 言

随着医疗技术的飞速发展和优质护理服务的深入开展,人们对护理人员的专业能力及服务质量的要求也随之越来越高。护理人员在协助临床诊疗、救治生命、促进康复、减轻疼痛及增进医患和谐方面起着重要的作用。在临床工作中需要护理人员具有扎实的专业知识、敏锐的发现问题、处理问题、解决问题的能力丰富的临床经验。

本书从临床护理的实际出发,对临床常见疾病的护理进行讲述。着重阐述了骨科护理及康复护理。在反映了骨科临床护理工作中的新理念、新知识的基础上,又紧贴护理临床实践,注重系统性、实践性和创新性的有机结合,是一本具有创新性、科学性、实用性的护理专著。

由于本书编者编写水平有限,加之编写时间仓促,书中若存在疏漏之处,恳请广大读者批评指正。

目 录

第一章 基础护理	(1)
第一节 生命体征评估	(1)
第二节 活动	(14)
第三节 营养	(31)
第二章 骨科常用技术与护理	(35)
第一节 小夹板固定术与护理	(35)
第二节 石膏绷带技术与护理	(37)
第三节 牵引术与护理	(43)
第四节 使用支具患者的护理	(48)
第三章 常用康复技术与护理	(54)
第一节 抗痉挛体位摆放	(54)
第二节 轴线翻身护理	(57)
第三节 增强肌力与耐力训练	(59)
第四节 关节活动度训练	(63)
第五节 呼吸功能训练	(67)
第六节 体位引流及排痰	(71)
第七节 肠道康复训练	(75)
第八节 日常生活活动指导训练	(80)
第四章 呼吸系统常见疾病护理	(87)
第五章 循环系统常见疾病护理	(95)

第六章	消化系统常见疾病护理	(106)
第七章	骨科常见症状的护理	(113)
第一节	休克	(113)
第二节	关节功能障碍	(118)
第三节	关节腔积液	(119)
第八章	临床常见症状的康复护理	(121)
第一节	疼痛的康复护理	(121)
第二节	排泄功能障碍的康复护理	(125)
第九章	骨科常见疾病护理	(132)
第一节	肱骨干骨折	(132)
第二节	胫骨平台骨折	(135)
第三节	股骨颈骨折	(138)
第四节	骨盆骨折	(143)
第五节	颈椎病	(147)
第十章	常见疾病的康复护理	(153)
第一节	四肢骨折患者的康复护理	(153)
第二节	髋关节置换术后的康复护理	(160)
参考文献		(172)

第一章 基础护理

第一节 生命体征评估

一、体温、脉搏、呼吸、血压的测量

【评估】

了解病人体温、脉搏、呼吸、血压变化以评估病人的健康状况,为临床作出诊断、治疗和制定护理措施提供依据。

(一)体温评估

- 1.体温过高 在一昼夜体温波动在正常平均值 1°C 以上。
- 2.体温过低 体温低于正常值。

(二)脉搏评估

1.脉率异常的评估

- (1)心动过速:成人脉率每分钟超过 100 次。
- (2)心动过缓:成人脉率每分钟少于 60 次。

2.节律异常的评估

(1)间歇脉:在一系列正常规则的脉搏中,出现一次提前而较弱的脉搏,其后有一较正常延长的间隙。

(2)脉搏短促:在单位时间内脉率少于心率。

(3)强弱异常:①洪脉(脉搏强大有力);②细脉(脉搏细弱无力,扪

之如细丝)。

(4)动脉壁异常:动脉壁变硬,失去弹性,诊脉时如按在琴弦上。

(三)呼吸评估

1.呼吸频率异常

(1)呼吸增快:成人呼吸每分钟超过 24 次。

(2)呼吸减慢:成人呼吸每分钟少于 10 次。

2.呼吸节律异常 主要见于:

(1)潮式呼吸:是一种呼吸浅慢逐渐变为深快,然后再由深快转为浅慢,再经一段呼吸暂停(5~20 秒)后,又开始重复以上的周期性变化,其形态如潮水起伏。

(2)间断呼吸:表现为有规律的呼吸几次后,突然停止呼吸,间隔一个短时间后又开始呼吸,如此反复交替。

3.呼吸深度异常

(1)深度呼吸:是一种深而规则的呼吸。

(2)浅快呼吸:是一种浅表而不规则的呼吸。

4.呼吸声音异常 主要是蝉鸣样呼吸,表现为吸气时产生一种很高的似蝉鸣样音响。

5.呼吸困难 是指呼吸频率、节律和深浅度异常。

通常可见到的有:

(1)吸气性呼吸困难:吸气显著困难,吸气时间延长,有明显三凹征。

(2)呼气性呼吸困难:呼气费力,呼气时间延长。

(3)混合性呼吸困难:吸气、呼气均感费力,呼吸频率增加。

(四)血压的评估

血压的评估涉及血压的具体值的改变。

1.高血压 收缩压 $> 21.3\text{kPa}$ (160mmHg) 和舒张压 $> 12.7\text{kPa}$ (95mmHg)。

2.临界高血压 血压值介于正常血压与高血压之间,即收缩压高

续表

步骤	要点与说明
4.量腋温	
(1)将体温表置于病人腋下,并请病人夹紧,勿任意移动	腋下若有出汗者,先予擦干,保持干燥
(2)十分钟后将腋下体温表取出	防体温表摔破或不准确
5.量完体温后	
(1)转动体温表,看水银柱的度数并将结果告知病人或家属	
(2)将水银柱甩至 35℃ 以下	
(3)取酒精棉球由干端向水银端螺旋擦拭,将污棉球弃于弯盘	
(4)将体温表归放原处	
6.将结果记录于体温本上	
测量脉搏:	
1.助病人坐或卧,手臂轻松放在床上或桌面	运动后,需休息 15~30 分钟
2.以食指、中指、无名指指端轻按桡动脉	不可用拇指诊脉,易与病人的脉搏相混淆 为偏瘫病人测脉,应选择健侧肢体
	若不宜测桡动脉,可改测颞动脉、股动脉等,或用听诊器测量心率
3.测脉搏 30 秒,再乘以 2	若脉搏跳动不规则,则应测 1 分钟
4.记录结果于体温本上	
测量呼吸:	

续表

步骤	要点与说明
观察病人胸部或腹部的一起一伏为一次呼吸,测量 30 秒再乘以 2	在量完脉搏后,手指仍触按在病人的桡动脉上,作诊脉手势,继续测量病人呼吸 运动后,需休息 15~30 分钟。 注意病人呼吸的深浅、形态及有无声音、特殊气味等 在测量呼吸时尽量不让病人觉察,以免失去准确性
准备 测量血压	
1.备齐用物带到病人单位	若有运动、抽烟、情绪激动等应休息 30 分钟后再测量
2.对床号、姓名,向病人解释目的和步骤	
操作 1.协助病人采取坐位或仰卧,手臂平放于桌和或床上	
2.卷一边衣袖至上臂	必要时脱衣袖以免袖口太紧而影响血流
3.将血压计置于手臂旁,打开盒盖垂直放妥	
4.将血压计水银开关打开,注意水银归零并与心脏在同一水平线	
5.将压脉带平整包缠在上臂	袖带下缘应距肘窝 2~3cm,松紧以放一指为宜
6.调整自己的姿势,使视线与血压计的刻度平行	

续表

	步骤	要点与说明
	7.戴上听诊器,将其膜面置于病人肱动脉上,并稍加固定	听诊器膜面不可塞在袖带下
	8.一手关紧气球活塞,将空气打入压脉带内至肱动脉音消失后,再升高2.5~4.0kPa (20~30mmHg)后停止	
	9.双眼平视血压计上水银柱的度数,缓慢放开气球活塞,同时仔细听诊,听到清晰的第一音时,水银柱所指的刻度为收缩压	水银柱下降速度为每秒 0.5kPa (4mmHg)
	10.继续放气,即可听到更清晰、强大之声,当此声突然变弱或消失,此时水银柱所指的刻度为舒张压	
	11.必要时需隔 2 分钟后可重复 5~10 步骤	证实无误
	12.测量后,取下压脉带,排尽袖带内余气,关闭气门	
	13.将病人衣袖放下,整平	
整理	1.关闭水银槽开关,排尽袖带内余气,整理放入盒内	避免水银柱受损,水银溢出
	2.将用物归还原处,并洗手	
记录	记录血压值	

【评价】

(一)体温的评价

1.体温表的准确性鉴定 定期检查及校对体温表,确保准确性。方法是:将所有体温计的汞柱甩至 35℃ 以下,同时放入 40℃ 以下的温水中,3 分钟后取出检视。如读数相差 0.21 以上或汞柱有裂隙的体温

计,则不能再使用。

2.测得体温的可靠性 刚进食或面颊部热敷后,应间隔 30 分钟后方可测量;坐浴或灌肠者需待 30 分钟后才可测直肠温度。口温应将口表水银端放于舌下热窝(舌下热窝在舌系带两侧)处,闭嘴 3 分钟后取出检视读数;肛温应将肛表水银端轻插入肛门 3~4cm,3 分钟后取出检视读数。

3.发现体温与病情不相符合 应在旁监测,必要时作肛温与口温对照复查。腋温就应将温度计汞端放于腋窝深处并紧贴皮肤,病人屈臂过胸夹紧体温计,10 分钟后取出检视读数。

(二)脉搏评价

1.测量脉搏的可靠性 诊脉前病人须保持安静,如剧烈活动后应休息 20 分钟后再测;不可用拇指诊脉。

2.正确选择测量肢体 为偏瘫病人测脉,应选择健侧肢体。

(三)呼吸评价

测得呼吸的可靠性,测呼吸时仍保持诊脉手势,以分散病人的注意力;成人与儿童计数 30 秒,所得值乘以 2。

(四)血压评价

血压测量的准确性受诸多因素影响,为了获得准确的测量结果,在测量过程的各个环节中应注意评价:

1.血压计的准确性 定期检查及校对血压计,确保其准确性。方法是:关闭压力活门,充气。如水银柱不能上升至顶部,表示水银量不足或漏气,则血压计不能再使用。

2.测得血压的可靠性 密切观察血压者应做到四定:定时间、定部位、定体位、定血压计。有助于测定血压的准确性和对照的可比性。

3.正确选择测量肢体 上肢偏瘫者,应选择健侧手臂或下肢测量。一侧肢体正在输液或施行过手术,应选择对侧肢体测量。避免因血液循环障碍影响血压测量值。

4.血压听不清或异常 应重测。重测时,待水银柱降至“0”点,稍

等片刻后再测量。必要时,作双侧对照。

5.保持血压测量的正确性 防止产生误差,引起血压测量误差的原因有:

(1)设备方面:袖带宽度太窄,可产生血压值假性偏高。而袖带宽度太宽,听诊器太小、太大,管道过长,水银量不足,可引起数值偏低。血压计未定期校对,可使读数偏高或偏低。

(2)病人方面:手臂位置低于心脏、吸烟、进食、膀胱充盈等可使数值偏高,手臂位置高于心脏水平,测得血压值偏低;手臂位置低于心脏水平,测得血压值偏高。

【体温单的填写方法】

(一)评估

评估病人的体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征及其他情况。如出入院、手术、分娩、转科、死亡时间、大小便、出入量、体重等。

(二)计划(用物准备)

红、蓝钢笔;红、蓝铅笔;体温单(三测单)。

(三)填写方法

体温单用于记录病人体温、脉搏、呼吸曲线及其他情况,如出入院、手术、分娩、转科或死亡时间、大便、小便、出入量、血压、体重等。住院期间排列在病历最前面。

1.眉栏各项 (姓名、科别、病室、床号、住院号)及日期、住院日数、手术(分娩)后日数用蓝钢笔写。

2.填写“日期”栏时 每页第一日应填写年、月、日,其余六天只写日。如在六天中遇到新的年度或月份开始,则应填年、月、日或月、日。

3.“住院日数” 从入院后第一天开始写,直至出院。

4.填写“手术(分娩)后日数”时 以手术(分娩)次日为第一日,依次填写至十四天为止。若在十四天内行第二次手术,则将第一次手术日数作为分母,第二次手术日数作为分子填写。

5.入院、转入、手术、分娩、出院、死亡时间 用红钢笔纵行在 40~

42℃间相应的时间格内填写,注意时间应使用 24 小时时间制转入时间由转入病房填写,如“转入于二十点三十分”。

6.呼吸曲线以下各栏 (包括页码)用蓝钢笔记录,以阿拉伯字计数,可免记计量单位。

(1)大便次数:每 24 小时记一次,记前一日的大便次数,如未解大便记“0”。大便失禁以“※”表示。灌肠符号以“E”表示,1/E 表示灌肠后大便一次,0/E 表示灌肠后无大便排出;11/E 表示自行排便一次,灌肠后又排便一次。

(2)尿量:记前一日总量。

(3)出入量:记前一日的出、入总量,分子为出量、分母为入量。

(4)体重:以公斤计算填入。一般新入院的病人记录体重,住院病人每周应记录体重一次。

(5)血压:以 kPa 计算填入。新入院的病人记录,住院病人每周至少应有一次血压记录。一日内连续测量血压,则上午写在前半格内,下午写在后半格内,术前血压写在前面,术后血压写在后面。

(6)“其他”栏作为机动,根据病情需要填写,如特别用药、腹围等。

7.体温曲线的绘制

(1)体温符号:口温为蓝“·”,腋温为蓝“×”,肛温为蓝“O”。

(2)每小格为 0.1℃,按实际测量度数用蓝笔绘制于体温单的 35~40℃之间,相邻的温度用蓝线相连,同在一平行线上可不连接。

(3)如体温不升,则于 35℃线处用蓝笔划一蓝“,”并在蓝点处向下划箭头“↓”,长度不超过两小格,并与相邻温度相连。

(4)物理降温半小时后测量的体温以红“O”表示,划在物理降温前温度的同一纵格内,并用虚线与降温前的温度相连,下次测得的温度仍与降温前的体温相连。

(5)体温若与上次温度差异较大或与病情不符时,应重复测试,无误差者在原体温符号上方用蓝笔写上一英文小写字母“v”(verified,核实)。

(6)需每两小时测体温时,应记录在 q2h 体温专用单上。

8.脉搏曲线的绘制

(1)以红“·”表示,每小格为 2 次/分,相邻脉搏以红线相连,在同一平行线上时可不连线。

(2)脉搏与体温重叠时,先划体温符号,再用红笔在外划“O”,表示为“⊙”。

(3)脉搏短绌时,心率以红“O”表示,相邻心率用红线相连,在脉搏与心率两曲线间用红笔划线填满。

9.呼吸曲线的绘制

(1)呼吸以蓝“·”表示,每小格为 1 次/分,相邻的呼吸用蓝线相连,在同一平行线上时可不连线。

(2)呼吸与脉搏重叠时,先划呼吸符号“·”,再用红笔在其外划红圈“○”,表示为“⊙”。

(3)呼吸每分钟少于 10 次时,在呼吸 10 次处写实际次数,并与相邻呼吸相连。

(四)评价

1.体温单的记录 是否及时、准确、整齐、清洁。

2.绘制的图表 是否点圆线直,点线分明。

二、意识状态的评估

【评估】

评估病人的意识状态、生命功能、瞳孔变化及局部神经病征,为治疗提供依据。

【计划(环境及用物准备)】

1.安静环境。

2.葛氏昏迷量表记录单。

3.聚光小手电筒。

4.瞳孔尺。

5.血压计。

6.听诊器。

7.笔。

【实施步骤】

见表 1-2。

	步骤	要点与说明
准备	1.洗手 2.备齐用物至病人单位	
操作	1.G.C.S 量表测量共分三项:分数 3~15 分,各项分数记录如下 2.最佳睁眼反应 4 分:能自动睁眼张望四周 3 分:须叫唤病人才能睁眼 2 分:给予疼痛刺激时,才能睁眼 1 分:完全无反应 3.最佳语言反应 5 分:有定向力 4 分:能针对问题回答,但是偶尔会 答错 3 分:自言自语,答非所问,发出之言 是单字或句子 2 分:发出无法理解的声音	测试病人眼睛睁开的反应 若双眼浮肿紧闭无法测量者以“ C”表示 可用笔刺激病人指甲床,用手指 下压眼眶上角及胸骨突、耳后乳 突。用手在乳头附近用力捏扭 对任何刺激,病人均不睁眼 若病人因气管插管或气管切开而 无法言语者,以“T”表示 能回答问题,正确说出人、时、地 给予问话、呼唤病人时,病人只能 发出声音,但无法理解其意义