

XIANDAI SHIYONG HULI

现代实用护理

赵丽华 王 静 王 赏 李建设 王晓翔 石军梅 主编

河北科学技术出版社

现代实用护理

赵丽华 王 静 王 赏 李建设 王晓翔 石军梅 主编

河北科学技术出版社

主 编 赵丽华 王 静 王 赏
李建设 王晓翔 石军梅
副 主 编 韩 佩 孔祥苓 赵保礼
蔡银素 谭 红 张翠改
组织编写 河北省预防医学会卫生监督专业委员会

图书在版编目 (C I P) 数据

现代实用护理 / 赵丽华等主编. -- 石家庄 : 河北
科学技术出版社, 2013. 6
ISBN 978-7-5375-5967-6

I. ①现… II. ①赵… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第119631号

现代实用护理

赵丽华 王 静 王 赏 李建设 王晓翔 石军梅 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 石家庄文义印刷有限公司
经 销 新华书店
开 本 850 × 1168 1/32
印 张 9.25
字 数 230 千字
版 次 2013 年 6 月第 1 版
2013 年 6 月第 1 次印刷
定 价 28.00 元

前 言

西方近代护理起始于19世纪60年代，是适应近代工业与社会分工的需要产生和发展起来的，其奠基人是弗洛伦斯·南丁格尔（Florence Nightingale，1820—1910）。她总结了战地救护和医院护理管理的成功经验，写出了《医院札记》《护理札记》两书和100多篇论文，特别是她1860年在英国圣多马斯医院首创近代护士学校，为近代护理学的形成奠定了基础。南丁格尔的护理实践和护理思想，为护理工作赢得了应有的社会地位，护理作为一门科学和职业，得到了社会的公认，使护理学走上了近代发展的道路。因此，西方近代护理也称为南丁格尔式的护理。

1840年的鸦片战争是中国近代史的开端，伴随着西方现代文明和先进的科学技术的不断传入，西方近代护理学开始传入中国，掀开了中国近代护理的新篇章。

从1860年南丁格尔创办世界上第一所近代护士学校，到1884年第一位南丁格尔式的美国护士麦克奇尼来华从事护理工作；从1909年中华护士会成立到1949年新中国诞生，中国护理走向新的发展阶段，西方近代护理完成了向中国传入、根植和发展的历史过程。西方近代护理传入中国，开创了中国近代护理发展的新纪元。

新中国成立后各行各业发生了翻天覆地的变化，改革开放使医学界众多学子能有机会奔赴异国他乡，刻苦钻研促进人类健康的医学科学。其中不少人拒绝了西方优厚的物质享受，毅然学成回国。在这一群体的共同努力下，无论是基础医学理论还是临床医学实践者及护理工作者等都取得了辉煌的成绩和进展。

医学发展推动了护理学的进展，各省、市有关部门相继委派大量护理工作者赴先进国家研修学习，通过国内外护理界的广泛

交流，许多先进的护理哲理和护理模式被国内护士接受和引用。护理事业得到前所未有的迅速发展。同时，随着人民生活水平不断提高，老年人群逐年增多，人们对护理的依赖日益明显。护理工作已从治病扩展到防病保健，护士也开始走出医院迈向社会，逐步渗入到临终关怀、老年护理、康复保健、家庭护理及社区护理等领域。

20 世纪70年代后，专科护理随着医疗分科越来越细应运而生。中华护理学会及各省、市分会根据专科护理发展的情况和趋势，适时扩大并增设了专科护理学术委员会，以加强对相应科目的指导与管理。

中华护理学会在原有护理专业委员会的基础上，于1989年增设肿瘤护理、精神病护理、传染病护理、口腔护理等专业委员会。1992 年又增设了五官科护理和医院感染管理专业委员会。学会有计划地在全国范围内举办专科护理培训班，邀请国内外护理专家和教师授课，组织学习国内外先进的护理理论及经验，了解和掌握各专科最新动态。各专业委员会也发挥各自的业务专长，通过召开各种不同内容的全国性学术会议及专科护理培训班，介绍和交流护理新技术、新业务、新理论，达到提高专科护理水平，解决本专业疑难问题的目的。专科护理理论与实践在深度与高度方面取得了长足的进步。

本书是在部分护理专家和学者的辛勤劳动下完成的，她凝集了不少白衣天使的心血和酸甜苦辣，主要是想通过这个平台，达到加强交流、提高水平的目的。全书共分八章，二十多万字，主要有护理理论基础、技术及规范等内容。由于作者学识有限，不足之处，恳请读者批评指正。

编 者

2013年3月8日

目 录

第一章 常见疾病症状护理常规 (1)

- 第一节 发热的护理 (1)
- 第二节 昏迷的护理 (2)
- 第三节 休克的护理 (3)
- 第四节 咯血的护理 (5)
- 第五节 上消化道出血的护理 (6)
- 第六节 抽搐的护理 (7)
- 第七节 弥漫性血管内凝血护理 (7)
- 第八节 心脏骤停复苏急救及护理 (8)

第二章 内科护理常规 (10)

- 第一节 内科的一般护理 (10)
- 第二节 心血管系统护理常规 (11)
- 第三节 神经内科护理常规 (40)
- 第四节 呼吸系统护理常规 (52)
- 第五节 消化系统护理常规 (71)
- 第六节 内分泌系统护理常规 (84)
- 第七节 血液系统护理常规 (94)

第三章 外科护理常规	(114)
第一节 外科一般护理常规	(114)
第二节 普外科护理常规	(116)
第三节 神经外科护理常规	(148)
第四节 胸外科护理常规	(165)
第五节 泌尿外科护理常规	(187)
第六节 骨科护理常规	(196)
第四章 妇科护理常规	(216)
第五章 产科护理常规	(229)
第六章 中医护理常规	(248)
第七章 急救护理常规	(251)
第一节 急诊一般护理常规	(251)
第二节 常见急诊救护	(252)
第八章 重症监护病房(ICU、CCU)护理常规	(269)
参考文献	(285)

第一章 常见疾病症状护理常规

第一节 发热的护理

发热是指机体对于致病因子的一种防御反应，是由于各种原因引起的机体散热减少、产热增多或伴体温调节中枢功能障碍所致。引起发热的原因大致可分为感染性和非感染性两大类。

(1)患者发热时应卧床休息，如烦躁不安、神志不清、谵妄、惊厥时，应用床档防止坠床。必要时用约束工具。

(2)根据病情给予高热量流质或半流质饮食，每日摄入总热量为2000~3000J。鼓励患者多饮水，每日一般不少于3000ml，不能进食者，可鼻饲。

(3)密切观察病情，每4小时测体温、脉搏、呼吸1次，必要时随时测量体温。注意发热特点及其伴随症状，皮肤黏膜有无出血点、荨麻疹、淤斑以及黄疸等情况，观察大小便、呕吐物的量和颜色，辨别其性质。

(4)对体温39℃以上者，在其头部放置冰袋；对39.5℃以上者，用酒精或温水擦浴（血液病患者除外），给冷盐水灌肠，半小时后测体温并记录。必要时可应用药物降温。对原因不明的高热，慎用退热药。

(5)体温骤退时，应予以保暖。及时测血压、脉搏、心率，及时记录并报告医师。

(6)做好口腔护理。根据病情选用漱口水，每日漱口2~3次。口唇干燥者，可涂润滑剂。有疱疹或溃疡者，可涂锡类散或冰硼散。

(7)加强皮肤护理，预防压疮。大量出汗者，应及时更换衣服、被单，并注意保暖，避免直接吹风，防止受凉。

(8)昏迷者按昏迷护理常规进行。

(9)疑似传染病时，先给一般隔离，确诊后再按医嘱执行。

第二节 昏迷的护理

昏迷是指各种原因引起的大脑皮层或皮层下网状结构发生高度抑制的一种症状。

主要病因为中枢神经系统疾病，如感染、脑血管疾病、颅脑损伤、脑肿瘤、癫痫；全身性疾病如内分泌及代谢障碍性疾病；各种中毒；严重感染如败血症、感染性休克等。

(1)昏迷患者应安置在抢救室或靠近护士办公室的病室内，保持室内空气新鲜，配备各种抢救药品及器械。

(2)保持呼吸道通畅。仰卧、头偏向一侧，防止分泌物吸入呼吸道。必要时吸痰。若窒息，可行气管切开。

(3)患者烦躁不安、谵妄时，应加用床档，防止坠床，并在床头横立一枕，以防头部撞伤；痉挛、抽搐者，可用开口器、压舌板撑开口腔，防止舌咬伤；活动义齿应取下，以防误入气管；舌后坠者，应及时用舌钳拉出；去除发夹，修剪指甲，防止外伤。

(4)必须保证患者有足够的水及营养，及早给予鼻饲或静脉高营养等。

(5)观察病情变化。

①定时测量体温、脉搏、呼吸、血压，高热者给予物理降温。呼吸困难者给予氧气吸入，呼吸衰竭者按医嘱给予呼吸兴奋剂。呼吸深大有酸中毒时，应及时抽血进行血气分析，及时纠酸，积极抢救。若瞳孔散大、缩小，或反应迟钝，应迅速通知医师。给予处理，并详细记录病情。

②注意患者的神志变化、皮肤光泽、观察其瞳孔大小、对光反射，测量其四肢温度、呼吸气味，检查其有无脑膜刺激症状、四肢瘫痪等。

③注意呕吐物、排泄物及引流物的颜色、性质及量，并记录。

(6)注意保暖。用热水袋时应防止烫伤。

(7)加强皮肤护理,防止压疮发生。

(8)防止角膜损伤,对眼睑不能闭合者,涂以抗生素眼膏,并用湿纱布盖眼。

(9)加强口腔护理,保持口腔清洁。每日用漱口水清洗口腔(漱口液按病情而定),每日3次,以防口腔感染。张口呼吸者,保持口腔黏膜湿润清洁。

(10)肢体瘫痪者,在病情许可的条件下给予被动运动,注意防止肌肉萎缩和足下垂等。

(11)保持大小便通畅。尿潴留者,可定时按摩膀胱区或针灸、热敷必要时保留导尿;便秘者采取通便措施。

(12)严格床头交接班及记录出入量。

第三节 休克的护理

休克是指由于机体受到强烈致病因素侵袭后,有效循环血量锐减,机体代谢失调所引起的一系列临床综合征。其特点为急性微循环灌注不足,细胞缺氧和全身重要脏器功能障碍。通常分为低血容量性、感染性、心源性、神经源性和过敏性休克5类,休克的病因很多,无论哪一种休克,有效循环血量锐减是其共同特点。

临床表现分为休克早期和休克期。休克早期表现为精神紧张,兴奋或烦躁不安、皮肤苍白、四肢厥冷、心率呼吸加快、尿量减少、血压正常或稍高、脉压缩小。休克期表现为表情淡漠,反应迟钝,甚至出现意识模糊或昏迷,出冷汗,口唇、肢端发绀,脉搏细速,血压进行性下降甚至测不出,尿少或无尿。

(1)备齐抢救药品及器械,积极进行抢救。必要时专人护理,详细记录“临床护理记录单”并严格交接班。

(2)取休克卧位,注意保暖。

(3)严密观察病情。如皮肤的色泽、温度和湿度,面色有无

苍白，口唇、甲床是否发绀，四肢厥冷的程度和范围，皮肤是否有出血点、淤斑及花斑等，以了解微循环灌注情况。

(4)注意体温、脉搏、呼吸、血压变化，每15~30分钟测一次，并记录，病情稳定或遵循医嘱，逐渐减少测量次数。

(5)氧气吸入。

(6)准确记录出入量，尤其是记录尿量的变化，必要时保留导尿。

(7)对烦躁不安者应注意安全，防止坠床；抽搐者应用牙垫，防止舌咬伤；有义齿者应取出，清洗后妥善保管。

(8)注意有无口渴、恶心、呕吐等情况，观察皮肤弹性、呼吸气味、节律等变化，以判断有无水、电解质、酸碱平衡紊乱等。

(9)创伤性休克者，应注意伤口有无出血，及时检查血型及血交叉试验；遵医嘱做好输液、输血准备，并给予保暖，不宜在体外加温，避免血管扩张加重休克；感染性休克有高热者，除应用足量有效抗生素外，给予物理降温，并按高热护理常规处理；心源性休克者，应注意心率、心律变化，严格控制输液速度，一分钟不超过30滴；对过敏性休克者，应用1:1000盐酸肾上腺素或肾上腺皮质激素积极抗过敏治疗，对急性中毒所致休克者，应迅速洗胃，减少毒物吸收。

(10)保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道血块和其他异物及分泌物，必要时行气管切开。并注意加强口腔及皮肤护理，防止并发症的发生。

(11)根据病情合理调节输液速度。对失血、失液者，应尽快补足血容量。必要时行中心静脉置管，进行CVP监测，注意心肺功能。

(12)用药注意事项。

①应用升压药时，应根据血压，调节输液速度和浓度，谨防药液外渗。

②应用阿托品时，要注意阿托品化。如出现面色潮红、瞳孔

散大等情况，须立即通知医师，减少用药量或停药。

③应用抗生素及激素时，应观察药物的疗效及其不良反应，注意有无二重感染。

第四节 咯血的护理

咯血是指喉以下呼吸道或肺组织的出血经口咳出。呼吸系统疾病常见的咯血原因有肺结核、支气管扩张、肺炎、肺癌、慢性支气管炎、慢性肺脓肿或胸外伤。根据咯血量临床分为痰中带血、少量咯血（小于100ml/d）、中等量咯血（100~500ml/d）或大最咯血（大于500ml/d或一次300~500ml）。

（1）按呼吸系统疾病一般护理常规。

（2）安静卧床休息。应采取患侧卧位，并保持呼吸道通畅。在未确诊前，先行呼吸道隔离。

（3）大量咯血时禁食。咯血停止后，可进食温凉流质或半流质饮食，不进食刺激性食物，并注意口腔清洁。

（4）密切观察病情变化，鼓励患者轻轻将痰液及血块咯出。如在咯血过程中，突然出现胸闷、烦躁、呼吸困难，面色苍白、出冷汗，应立即让患者头低脚高侧卧位，或协助医师抱住患者双腿呈倒立位，轻拍背部，协助患者将血咯出。如仍无效，则可直接用鼻导管抽吸或用手挖出口、鼻、咽、喉部血块。必要时，协助医师行气管插管或气管切开，以解除呼吸道阻塞，以防窒息。

（5）大量咯血时护理人员应守护床旁，密切观察病情变化，并给予精神安慰，耐心解释，消除恐惧心理。

（6）观察药物反应。如应用垂体后叶素时（高血压病、冠心病及孕妇忌用），静脉给药速度宜缓慢。如出现面色苍白及便意、心悸、胸闷等不良反应时，应及时与医师联系。

（7）小量咯血时，除精神安慰外，可给予少量镇静止咳剂，但禁用吗啡、杜冷丁，以免抑制呼吸。

第五节 上消化道出血的护理

上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠、胰腺及胆道等疾病引起的出血。主要原因为消化道溃疡，食管及胃底静脉曲张，急性胃黏膜出血，凝血机制损害所致的出血。临床以呕血、黑便、失血性周围循环衰竭、发热为主要特征。

(1)按消化系统疾病一般护理常规。

(2)卧床休息，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，同时注意保暖。

(3)大出血患者，常出现紧张恐惧心理，应予以关心和安慰，解除心理压力，以保持情绪镇静。

(4)严重呕血、恶心呕吐的患者，应暂禁食。少量出血且无呕吐者，可选用温凉流质饮食。出血停止后，可给半流质。饮食应富有营养、易消化，以少食多餐为原则，避免进食粗糙、刺激性食物。肝性脑病患者，应禁食蛋白质，以防血氨升高，加重昏迷。

(5)门静脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血时，采用三腔管压迫止血时，应做好相应护理。建立静脉通路，尽快补充血容量。

(6)严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、呕吐物、大便的次数、颜色、量等，以判断有无继续出血。如患者有烦躁不安、出冷汗、四肢厥冷、血压下降等情况，应考虑有失血性休克的存在，须及时与医师联系，以便协助处理。

(7)做好口腔及皮肤护理。清洗口腔内血渍，保持口腔清洁。便血时应保持床单清洁、干燥、平整，并保持臀部清洁，防止并发症。

(8)做好卫生保健宣教工作。宣传控制饮食的重要性，注意劳逸结合，避免精神刺激，保持情绪稳定。

第六节 抽搐的护理

抽搐是指大脑皮层功能由各种原因引起的暂时性功能紊乱，或神经细胞异常放电所致。

临床以突然意识丧失、呼吸暂停、瞳孔散大、对光反应消失、四肢强直、双手握拳表现为特征。

1.一般护理

- (1)设专人护理。
- (2)保持护理安全，防止舌咬伤、坠床及义齿误入气管。
- (3)保持呼吸道通畅，迅速解开衣扣，及时清除呼吸道分泌物。
- (4)保持安静，避免强光刺激，护理操作动作要轻，减少对患者任何刺激。

- (5)备齐急救用物，如吸引器、开口器、拉舌钳等。

2.病情观察

- (1)监测生命体征，注意患者神志、瞳孔的变化。
- (2)观察抽搐部位和持续时间、间隔时间等，并记录。
- (3)高热者按高热护理常规。
- (4)昏迷者按昏迷护理常规。

第七节 弥漫性血管内凝血护理

弥漫性血管内凝血（DIC）并非独立性疾病，而是由多种疾病引起的一种继发性出血综合征，主要与感染性疾病、恶性肿瘤、病理产科、手术创伤及全身各系统疾病等因素有关。

临床以出血、微循环障碍、微血管栓塞、溶血为主要特征。

1.一般护理

- (1)休息：卧床休息，保持安静，对神志不清者，应采取保护性措施。

(2)饮食：给予营养丰富易消化饮食，消化道出血者禁食。

(3)保持口腔、皮肤清洁，预防感染。

(4)准确记录出入量，观察尿色、尿量变化。

(5)积极治疗原发病，注意有无代谢性酸中毒等临床症状，并及时纠正电解质和酸碱失衡。

2.病情观察

(1)观察患者意识、瞳孔、生命体征的变化，若出现呼吸困难、发绀、血压下降、脉搏加快等症状应及时协助处理。

(2)观察出血症状，注意有无皮肤、黏膜、口腔、鼻腔、呼吸道、消化道、泌尿道等出血，并记录出血部位和出血量。

(3)观察有无血液高凝状态，如静脉采血时血液迅速凝固应警惕。

(4)观察有无多发性微血管栓塞症状，如皮肤、皮下黏膜栓塞坏死及早期出现的脑、肺、肾等脏器功能衰竭，发现异常及时协助处理。

(5)监测血小板计数、血浆纤维蛋白原含量、3P试验、凝血酶原时间等变化。

3.药物护理

(1)遵医嘱应用抗凝剂，补充凝血因子，抗纤溶药物等治疗。

(2)使用肝素治疗时应注意有无出血征象，定期测定凝血酶原时间，以指导用药。

第八节 心脏骤停复苏急救及护理

1.紧急抢救措施

(1)在患者的心前区连续叩击1~2拳，力量中等。如不成功，即行胸外心脏按压。

(2)患者平卧（抬颌仰头法打开气道。此法需使头部充分后仰，达到下额角与耳垂线和身体长轴垂直）。背后垫入硬板，进

行胸外心脏按压。成人节律为100次/分，小儿为110次/分，婴儿为120次/分。

(3)进行人工呼吸（与心脏按压同时，可取口对口或口对鼻）。频率一般为14~16次/分。呼吸功能恢复不够理想时，给面罩加压人工呼吸或气管插管加压人工呼吸。必要时用人工呼吸机辅助治疗。

(4)心脏复苏药物的应用。在不影响抢救的情况下，迅速开放两条静脉通路。静脉或心内注射心脏复苏药物。

(5)心室颤动经药物治疗无效时，可用非同步直流电复律除颤。

2.复苏后的护理

(1)备好各种应急抢救器械，做好心脏骤停可能复发抢救准备。

(2)给予持续心电监护，监测心率、心律。如发现严重的心律失常，应及时与医师联系，并严密监护体温、呼吸、血压及神志变化。

(3)为促进脑组织恢复，可用冰帽，在大血管处放置冰袋，或全身温水擦浴，尽快使体温降至30~32℃（肛温）。根据病情决定降温时间，一般需要1~3天，也可给予人工冬眠。

(4)复苏后仍需吸氧，注意呼吸频率、节律的强弱，保持呼吸道通畅，注意保暖。

(5)详细记录病情变化，正确记录24小时出入量，尤其是要准确记录每小时的尿量。神志不清或因病情需要者，给予留置导尿，并注意无菌技术操作，预防泌尿道感染。

(6)静脉输液速度应根据患者的尿量、中心静脉压、血压和心功能情况来调节。用渗透性脱水剂时（常用20%甘露醇），应快速输注。

(7)及时正确采集血标本，以了解血钾等电解质情况，并及时发现引起电解质紊乱的可能因素。

(8)加强口腔、眼部及皮肤护理，预防压疮及肺部等并发症。

(9)复苏3天后，如神志清醒，可给予高热量流质饮食，必要时鼻饲。

第二章 内科护理常规

第一节 内科的一般护理

(1)患者入病室后,根据病情由值班护士指定床位。危重者安置在抢救室或监护室,并及时通知医生。

(2)病室应当保持清洁、整齐、舒适,室内空气应当保持新鲜光线要充足,最好有空调装置,保持室温恒定。

(3)危重患者、行特殊检查和治疗的患者需要绝对卧床休息,根据病情需要可分别采取平卧位、半卧位、坐位、头低脚高位、膝胸卧位等。病情轻者可适当活动。

(4)新入院患者,应即测血压、脉搏、体温、呼吸、体重。病情稳定患者每日测体温、脉搏、呼吸各1次,体温超过 37.5°C 以上或危重患者,每日测3次,体温较高或波动较大者,随时测量。

(5)严密观察患者的生命体征,如血压、呼吸、瞳孔、神志、心率等变化以及其他的临床表现,同时还要注意观察分泌物、排泄物、治疗效果及药物的不良反应等,如果发现异常,应当立即通知医师。

(6)饮食按医嘱执行,向患者宣传饮食在治疗疾病恢复健康过程中的作用。在执行治疗膳食原则的前提下帮助患者选择可口的食物,鼓励患者按需要进食。重危患者喂饮或鼻饲。

(7)及时准确地执行医嘱。

(8)入院24小时内留取大、小便标本,并做好其他标本的采集,且及时送验。

(9)认真执行交接班制度,做到书面交班和床头交班相结合,交班内容简明扼要,语句通顺,并应用医学术语,字迹端正。

(10)按病情要求做好生活护理、基础护理及各类专科护理。

(11)对于长期卧床、消瘦、脱水、营养不良以及昏迷者应当