



综合临床 护理学

ZONGHE LINCHUANG HULIXUE

主 编

左秀兰 王九凤 姚翠玲 等

河北出版传媒集团
河北科学技术出版社

主 编 左秀兰 王九凤 姚翠玲 路艳青 冯立俊 夏 云
副 主 编 李 梅 杨利岩 和惠卿 胡艳丽
梁 萱 薛 莉 宁丽华 殷积芳

图书在版编目 (C I P) 数据

综合临床护理学 / 左秀兰等主编. — 石家庄 : 河北科学技术出版社, 2012.12
ISBN 978-7-5375-5595-1

I. ①综… II. ①左… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第300432号

综合临床护理学

出版发行	河北出版传媒集团 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	济南华林彩印有限公司
经 销	新华书店
开 本	787 × 1092 1/16
印 张	33
字 数	800千字
版 次	2012年12月第1版
印 次	2012年12月第1次印刷

定 价 88.00元

前 言

护理学是一门实践性、应用性很强的学科。随着社会的发展、科技的进步，医学领域新知识、新技术日新月异，临床各科在原有护理技术的基础上形成了一些成熟、先进，具有专科特色的护理技术。为了扩展医护工作者的护理技能知识，提高护理人员临床综合科室护理技能水平，我们组织编写了这本《综合临床护理学》。

《综合临床护理学》共分内科护理、外科护理、妇产护理三篇，共二十三章。详细介绍了内、外、妇、产常见病的护理常规性操作流程，着重强调先进性、科学性和实用性，每一部分都紧密结合临床，内容详细、具体、系统，是帮助各科护士从单纯生物观点向生物、心理、社会模式转变的指导性用书。

全体编者齐心协力，为本书的编写付出了辛勤的劳动，限于学识、能力和时间，难免存在不足之处，恳请专家、同行不吝指正。

编 者
2012 年 11 月

目 录

第一篇 内科护理

第一章 临床内科护理学发展趋势.....	1
第一节 临床内科新技术的进展.....	1
第二节 临床内科药物治疗进展.....	4
第三节 临床内科重症监护的进展.....	6
第二章 常见危重症护理常规.....	9
第一节 气管内插管术.....	9
第二节 机械通气	11
第三节 多器官功能障碍综合征	13
第四节 多发伤	14
第五节 急性呼吸窘迫综合征	16
第六节 连续性血液净化	17
第七节 肠内营养	19
第八节 肠外营养	21
第三章 呼吸系统疾病护理	23
第一节 呼吸系统疾病患者常见症状体征的护理	23
第二节 急性呼吸道感染	29
第三节 慢性阻塞性肺疾病	33
第四节 慢性肺源性心脏病	37
第五节 肺 炎	41
第六节 支气管哮喘	47
第七节 原发性支气管肺癌	55
第八节 呼吸衰竭	62
第九节 肺结核	68
第十节 胸腔穿刺术	76
第十一节 纤维支气管镜检查术	77
第十二节 呼吸系统常见诊疗技术及护理	78

第四章 消化系统疾病护理	82
第一节 消化性溃疡	82
第二节 上消化道大量出血	88
第三节 肝硬化	94
第四节 原发性肝癌	100
第五节 肝性脑病	105
第六节 炎症性肠病	113
第七节 腹腔穿刺术	116
第八节 肝脏穿刺术	118
第九节 肝动脉化疗栓塞治疗	119
第十节 内镜下逆行性胰胆管造影术	120
第十一节 纤维胃镜检查	121
第五章 循环系统疾病护理	123
第一节 心绞痛	123
第二节 急性心肌梗死	124
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病介入治疗与护理	127
第四节 原发性高血压	138
第五节 感染性心内膜炎	144
第六节 人工心脏起搏	148
第六章 肾脏疾病护理常规	150
第一节 肾小球肾炎	150
第二节 肾病综合征	153
第三节 尿路感染	157
第四节 急性肾衰竭	161
第五节 腹膜透析	166
第六节 血液透析	171
第七节 经皮肾穿刺活检术	180
第七章 血液系统疾病护理	181
第一节 再生障碍性贫血	181
第二节 急性白血病	183
第三节 淋巴瘤	185
第四节 造血干细胞移植常见护理问题	187
第八章 神经系统疾病护理	193
第一节 脑血管疾病常见护理问题	193
第二节 脑梗死	206
第三节 脑出血	208
第四节 癫痫	211
第五节 帕金森病	213
第六节 痴呆	214

第七节 脑血管造影术·····	216
第八节 腰椎穿刺术·····	217
第九章 内分泌、代谢性疾病护理·····	218
第一节 糖尿病·····	218
第二节 甲状腺功能亢进·····	226
第十章 风湿、免疫性疾病护理·····	233
第一节 类风湿性关节炎·····	233
第二节 系统性红斑狼疮·····	244
第三节 多发性肌炎与皮肤炎·····	255
第四节 强直性脊柱炎·····	262

第二篇 外科护理

第十一章 外科围术期护理·····	267
第一节 概述·····	267
第二节 手术前护理·····	268
第三节 手术后护理·····	277
第十二章 手术室护理·····	288
第一节 手术室环境和管理·····	288
第二节 物品的准备和无菌处理·····	291
第三节 手术人员的准备·····	295
第四节 患者的准备·····	298
第五节 手术室的无菌操作原则及手术配合·····	303
第十三章 麻醉患者的护理·····	307
第一节 麻醉前的护理·····	307
第二节 局部麻醉及护理·····	309
第三节 全身麻醉及护理·····	314
第四节 术后镇痛管理·····	318
第十四章 损伤患者护理·····	321
第一节 创伤患者的护理·····	321
第二节 清创术与更换敷料·····	326
第十五章 感染患者的护理·····	330
第一节 概 述·····	330
第二节 浅部软组织的化脓性感染·····	332
第三节 全身性感染·····	337
第四节 特异性感染·····	339
第十六章 普通外科疾病护理·····	345
第一节 腹部损伤·····	345
第二节 胃癌·····	349

第三节	胆石症及胆囊炎·····	351
第四节	急性胰腺炎·····	353
第五节	结、直肠癌·····	356
第六节	急性阑尾炎·····	363
第七节	造口治疗护理·····	367
第十七章	胸心外科疾病护理·····	384
第一节	食管癌·····	384
第二节	肺癌·····	395
第三节	心脏病·····	401
第四节	乳腺癌·····	406
第十八章	泌尿外科疾病护理·····	410
第一节	泌尿系统损伤·····	410
第二节	前列腺增生症·····	416
第三节	前列腺癌·····	420
第四节	膀胱癌·····	427
第五节	肾移植·····	430
第十九章	神经外科疾病护理·····	433
第一节	颅脑损伤·····	433
第二节	颅内肿瘤·····	440
第二十章	骨科疾病护理·····	444
第一节	四肢骨折·····	444
第二节	脊柱骨折及脊髓损伤·····	450
第三节	常见关节脱位患者的护理·····	456
第四节	骨肿瘤患者的护理·····	460
第五节	牵引护理·····	464
第六节	石膏固定的护理·····	466
第七节	膝关节置换术(TKA)·····	467
第八节	人工髋关节置换术·····	470
第九节	断肢(指)再植·····	473
第十节	骨科常见诊疗技术及护理·····	475

第三篇 妇、产护理

第二十一章	妇科炎症护理·····	483
第一节	阴道炎症·····	483
第二节	慢性宫颈炎·····	487
第三节	慢性盆腔炎·····	489
第二十二章	妇科肿瘤手术护理·····	492
第一节	宫颈癌·····	492

第二节 子宫肌瘤·····	496
第二十三章 产科护理 ·····	500
第一节 正常产前护理·····	500
第二节 正常产后护理常规·····	501
第三节 剖宫产·····	503
第四节 正常分娩期产妇的护理·····	504
参考文献 ·····	508

第一篇 内科护理

第一章 临床内科护理学发展趋势

第一节 临床内科新技术的进展

一、临床内科新技术的进展

传统内科学发展迅速，目前对许多疾病的病因和发病机制的认识已日益深入，在诊断技术和防治方法上也有很大的更新和发展。

（一）病因和发病机制方面

近年来，随着遗传学、免疫学、内分泌学等学科的迅速发展，使不少疾病的病因和发病机制被进一步阐明。运用现代技术和研究方法，从分子水平和基因水平进一步认识了遗传性疾病和与遗传有关的疾病。例如，现已发现家族性肌萎缩性侧索硬化症是由于基因的点突变所致。胰岛素依赖性糖尿病、强直性脊柱炎等的发病，都可能与 HLA 某些位点有密切关系。还发现了 300 余种由于酶或其他蛋白质异常或缺乏引起的遗传性疾病。细胞生物学和分子生物学的发展，对不少疾病的发病机制有了进一步的解释，如认识生物膜在疾病发生、发展中的作用。免疫学的发展使免疫机制障碍在多种疾病过程中所起的作用受到重视。组织激素如消化激素、前列腺素、心房钠尿肽、内皮素、内皮舒张因子（NO）等的发现和研究，为消化系统、循环系统疾病发病机制、治疗方法的探索开辟了新的途径，对了解其他疾病的发病机制也具有重要意义。近年来还不断发现了新的病种，如发现免疫性疾病的新的综合征 30 余种，对不少原有的疾病也作了新的分类。

（二）检查和诊断技术方面

目前所有的医用电子仪器都已计算机化。电子计算机化 X 线体层显像（CT）已从用于颅脑检查发展至全身检查，操作技术有了很大的发展，提高了诊断水平。更新的计算机化磁共振体层显像，显示软组织结构（如心、肺组织结构）非常直观、清晰，提高了诊断水平。数字减影法心血管造影，不必注射造影剂，减少了对患者的创伤。放射性核素检查的新技术

已广泛应用于胃、肠、肝、胆、心血管、内分泌、肾、血液和肺部疾病的诊断,单光子计算机化体层显像使诊断的水平进一步提高,正电子体层显像可无创伤地观察活体内的物质代谢改变。超声诊断已从一维发展到三维,而且能得到脏器的立体图;食管内多平面超声心动图,可显示更清晰的心脏结构图形;多普勒超声彩色血流显像几乎直观地显示血流。内镜通过直接观察、电视照相、电影照相、采取活体组织和脱落细胞的方式等,对消化道、呼吸道、泌尿道、腹腔内的一些疾病可早期诊断和治疗。心脏、血压、肺、脑的电子监护系统能连续监测病情。介入性诊断技术大大提高了对疾病的诊断水平,如心脏电生理检查极大地提高了心律失常的诊断水平。临床生化分析仪向超微量、高效能、高速度和自动化方面发展。高效液相层析、放射免疫和放射测量、酶联免疫吸附测定、聚合酶链反应和酶学检查技术的建立和完善,使测定体液中微量物质、免疫抗体、药物或微生物的 DNA 和 RNA 成为可能。单克隆抗体的制备,更进一步为诊断学和实验医学提供了新的手段。

(三) 预防和治疗方面

对不同类型的先天性或获得性免疫疾病,按其性质给予相应的免疫治疗措施,如进行骨髓移植、免疫抑制药或免疫增强药治疗是免疫工程在治疗上的应用。对白血病进行化疗或化疗加骨髓移植,对重型再生障碍性贫血采用异基因骨髓移植治疗,可使白血病彻底治愈、再障者长期存活。药理学也有很大进展,使新药不断问世,为治疗一些疾病提供了有效手段。器官移植,如肾、肝、心脏移植使许多患者长期存活。埋藏式人工起搏器的制造趋向于微型、长效能源、程序控制和多功能。介入性治疗可部分代替外科治疗,如球囊导管扩张心瓣膜、血管;电能、射频、激光、超声、冷冻等物理措施及送入支架或施切、施磨治疗心律失常及血管狭窄。

二、临床内科护理新进展

近年来我国内科学领域已取得了巨大成就,许多疾病的诊治已达到国际水平。对严重危害人民健康和生命的肿瘤、心血管病、糖尿病、慢性支气管炎的大面积普查和防治,基本明晰了食管癌、鼻咽癌、高血压病、糖尿病的流行情况及一些与发病有关的因素。新的诊断技术得到了推广,如各种超声检查、电子计算机化 X 线、磁共振体层显像、内镜检查、高度选择性血管造影、放射核素显像、心脏电生理检查。新的治疗手段已应用于临床,如电复律、人工心脏起搏、经皮球囊扩张血管和瓣膜、心导管治疗先天性心脏病时的堵塞术和缺损闭塞术、导管电消融术、经纤维内镜止血、取石、切除组织。随着基础医学和生物医学工程学科的不断发展和医学模式的转化,在内科疾病的防治方面的发展前景将是光辉灿烂的。

(一) 各项介入治疗的护理

随着国内外介入医学领域的扩大和发展,介入护理也蓬勃发展起来。介入放射学是一门融影像学和临床治疗学于一体的学科,应用范围广,涉及人体多系统疾病的诊断与治疗。介入护理学就是应用多学科护理手段,从生物、心理、人文社会三个层次,研究接受介入治疗患者全身心的整体护理,帮助患者恢复健康,并研究和帮助健康人群如何预防疾病,提高生活质量的一门学科。介入护理学是介入医学治疗的一个重要组成部分,是护理学的一门分支学科,是建立在一般护理学基础上一门新的专科护理。

20 世纪 70 年代末 80 年代初,随着介入放射学的蓬勃发展,一些介入放射学家开始意

识到护理对于介入放射学的重要性。在其后,尤其是在最近的10年间,随着介入医学治疗范围的不断拓展和深入,护理学对于介入医学的重要辅助作用也越来越明显。由于目前介入医学涉及众多的医学学科,有涉及材料、计算机等相关学科,这对从业人员提出了更高的要求,从而使护理学在自身的不断发展中由于介入医学密切结合,形成了自己的特色。最近的研究发现。患者进行介入治疗时住院率可达到65%,同时一项对欧洲977个介入放射学家的调查发现,51%的介入放射学家拥有观察床位,30%拥有住院床位。1997年美国一项大型调查显示,87%的介入治疗患者需要整体护理。由此可见,介入治疗学的发展需要与之相适应的介入护理学。

另外,研究发现今年来介入医学疗效的改善与护理人员的参与密切相关。在过去10年里介入护理学已经发生了根本性变化。其中许多变化的发生源于护理理论知识和实践技能的革命性变化。研究认为介入护理学的作用是:改善治疗的基础条件,改善患者与医务人员之间的关系,并缩短治疗时间以及减少并发症的发生,有利于患者的治疗和康复。

目前介入护理学关注的重点是:患者症状和功能的观察,减少并发症,对患者及其家庭成员的健康教育,对患者住院过程中治疗反应和心理及日常活动的护理等。具体表现如下。

(1) 促进本学科的发展。由于介入医学主要是利用微创的导管技术对心血管、神经、肿瘤、消化、呼吸以及肌肉骨骼等疾病进行治疗,同时还有许多新技术的应用,使护理学面临新的挑战,如对于肿瘤介入治疗后疼痛的处理,护理人员还应该了解肿瘤的解剖生理功能、介入治疗的知识、药物的毒性反应等,还应注意治疗过程中患者的症状及其生理和心理变化等。另外,由于设计麻醉等问题,介入护理学还应注意与镇静和麻醉等有关的问题。

(2) 提高介入治疗效果。介入护理可以减少穿刺点的出血,除了参与介入治疗的护理管理,护理人员还可以帮助介入医生进行手术操作和诊断,如有经验的护理人员可以辅助介入医生做导管插管进行化疗栓塞等。另外,护理人员在介入治疗复杂疼痛中的支持作用越来越大,护理学通过观察监控和教育患者使操作的成功率明显增加。

(3) 提高护理质量。介入放射护理学专家对患者及其家属进行的宣教,可以增加他们对病情的了解和提高满意率。对于恶性肿瘤介入术导致的疼痛,健康宣教和交流能够使疼痛明显减轻,同时护理人员对于介入技术的充分了解,对整个治疗期间患者的护理、术前准备和术后管理都非常重要。护理人员了解血管穿刺技术并发症的原因并进行评估和处理,对治疗起着重要的作用。

(4) 护理人员的培训。1999年德国的一项调查发现,介入辅助人员的培训仍然明显少于介入医生。在所有的辅助人员中73.1%没有经过任何培训,而在辅助人员中59.1%是护理人员。增加护理培训可节约费用,提高疗效和提高患者的满意率。

(二) 内科疾病重症监护技术蓬勃发展

随着科技和医学的发展,重症监护病房的优越性已被社会公认,成为医院现代化的重要标志之一。随着内科急危重症临床救治技术的不断深入和应用,各内科重症监护病房(MICU)也相应诞生。呼吸支持、持续心电监护、全肠道外营养支持能力、基本生命支持能力、各种输液操作等多种内科监护基本技术蓬勃发展,为救治临床内科急危重症患者发挥重要作用。

(三) 健康教育内涵增强

健康教育借助于多学科的理论和方法,通过有组织、有计划、有系统的教学,帮助人们

了解自己的健康状况,认识危害健康的因素,促使人们自觉地选择有益于健康的行为和生活方式,减低或消除影响健康的危险因素。多数内科疾病与生活方式密切相关,患者对相关健康教育内容的掌握程度直接影响疾病的康复、预后。护理专业化发展,糖尿病专科护士、肿瘤专科护士、康复护士等专科护士的产生,使得护理人员对内科相关疾病的预防、治疗、研究、管理等工作深入了解。专科护士为患者提供饮食、运动、自我检测、合理用药以及预防、家庭护理等方面知识,有效提高了护士的专业素质和患者依从性。

临床内科理论不断发展,新技术的不断应用,需要患者理解配合治疗,才能取得良好的疗效。护理人员只有在自身掌握的基础上,通过全面了解患者学习需求、学习动机、学习能力,采取灵活有效的方法才能使患者满意,体现护理内涵,提高护理学科地位。

(姚翠玲)

第二节 临床内科药物治疗进展

内科学涉及面广,整体性强,在研究人体各器官系统疾病的诊断和防治中,以药物治疗为主,或仅有轻微创伤性(介入诊断和治疗)为其特点。药物治疗是内科疾病治疗的最主要方法。在以往科技不发达的年代里药物治疗基本是内科疾病的唯一治疗手段,近年来随着新的药物不断增加,使内科疾病药物治疗更加丰富,对各种各样的药物治疗手段与方法的护理显得更加重要。

护士身居临床第一线,不仅是各种药物治疗的使用者,而且是用药前后的监护者。护士在合理用药中应当做到,在为患者制定用药计划时起参谋作用,从给药技术的角度出发,主动提供咨询参考性意见。在执行用药医嘱时,准确掌握剂量、用药方法及配伍禁忌,避免技术性医疗事故的发生。在给药过程中执行用药监护,当发现不良反应时,应及时报告和处理。在临床药物试验中,遵照设计方案,观察药物在临床上“表现”的好坏,并做好记录。对各种药物的优缺点,提出评价或鉴定性意见。

一、护士在合理用药中的作用

1. 正确识别药品,严格执行三查七对制度 护士是患者安全使用药物的最后关卡。护士要提高药品的准确性,首先要保证药品名称准确无误。中文药品名称有2种,通用名和商品名,在我国一个通用名可以有多个商品名,如果识别不清,就可能造成重复用药,严重时甚至危害患者生命。如氯沙坦(科素亚)和缬沙坦(代文)为一类降压药,如果护士能够熟练掌握本病区常用药品的通用名和商品名,就可能避免重复用药引起的过度降压,保证患者用药安全。

外观相似的药品种类繁多,如双氯酚酸钠(扶他林)和贝那普利(络汀新)均为小片剂;10ml氯化钾和10ml氯化钠注射液外观、安瓿大小以及瓶体上均使用蓝色标签。因此护士在给患者用药或注射前的核对和把关至关重要。

2. 掌握药品适应证,严密观察病情 护士身处临床一线,不仅应该了解和熟悉药物的适应证,还应及时观察患者病情变化。如地高辛的说明书中明确表示,用于充血性心力衰竭。因此每次使用地高辛之前,护士应常规测量患者的脉搏,低于60/min时,应停止使用

并报告医生。对于近期有黑便史的患者慎重使用阿司匹林、苯海拉明等药物，有高血压的患者不可服用含布洛芬、伪麻黄碱的感冒药。伪麻黄碱具有收缩血管、加速心率、升高血压的作用，布洛芬会抑制前列腺素的分泌，促进血管收缩，也会升高血压，从而使高血压合并心脏损害的患者发生心绞痛，甚至发生脑血管破裂。

3. **明确药物使用方法，正确使用药品** 护士在使用药物时应以药品说明书为准，采取正确的服药方式。缓释、控释药物，抗感染药物等不能掰开或碾碎服用，巴米尔、儿童百服宁、胃舒平（复方氢氧化铝）等需要嚼碎后服用或溶于水中服用。使用胺碘酮时应进行过敏试验，不宜与其他药物配伍，如药液浓度大于 2mg/ml 应中心静脉导管给药。

二、用药的注意事项

1. **注意用药顺序** 一定时间内使用超过一种药物时，各种药物使用顺序的变换可影响药物相互作用效应。如同时使用两种抗生素，据报道治疗小鼠的链球菌感染，先用青霉素 G，隔 1~2h 再用氯霉素可不发生拮抗，且疗效好，而相关的用药顺序或两种药物同时注射可产生拮抗，故临床上需要用青霉素或氯霉素时，前者宜比后者约早 2h 使用。又如用利舍平耗竭神经元内的儿茶酚胺，后用单胺氧化酶抑制药无不良反应，相反的用药顺序可引起血压升高。

2. **注意选择最适宜的用药方法和工具** 给药方法要根据病情缓急、用药的目的和药物本身的性质决定，而且应根据不同患者的情况、病情、治疗反应、选择不同的穿刺工具。输液疗程在 3d 以内且液量、药量不多者可选用头皮针。输液疗程在 3~10d 者，宜选用套管针，输液疗程 2 周以上者，应选用深静脉穿刺导管或外周中心静脉导管。

成人输液速度控制在 60~80gtt/min，老年人输液速度为 40~80gtt/min。若滴速过快可增加患者心脏负荷，导致心功能不全。如果滴速过慢，药物在体内达不到治疗浓度，有的甚至在输液中发生分解和聚合，如氨苄西林， β -内酰胺环在输液中发生裂解，然后发生聚合，增加过敏的机会。护士应对所管患者的用药情况全面掌握，经常巡视病房，根据患者的反应随时调整输液速度。

3. **注意用药时间、次数和药物剂量** 不少药物的疗效与给药时间密切相关。饮食与药物相互作用，也可改变药物疗效。例如：利福平清晨空腹服用，则药物吸收迅速完全，且能减少肝“首关作用”对药物代谢的影响。若进食后服药，则会延缓或减少药物的吸收。因此在实行用药医嘱时，应根据合理用药理论做到适宜时间内给药。

静脉滴注抗生素习惯将一天剂量 1 次给予，这样造成血药浓度波动较大，一天内低于有效血药浓度的时间过长，因此应按照要求在规定的时间内按时给药。

4. **注意药物配伍禁忌** 配伍禁忌主要见于药物成分不能互相混合或有效成分的吸附，由于释放出气体产物、中和沉淀、水解、氧化还原而引起药效改变。护士一般习惯用药液配伍后是否发生变色、浑浊作为配伍禁忌指标，这种观点并不全面。因为不少药物配伍后发生理化改变和药理改变，并不引起外观的改变，而效价却明显降低，并产生不良反应。

三、健康教育

1. **饮食与合理用药** 饮食与药物之间存在相互作用，表现为饮食可改变药物吸收率、吸收量和代谢率、药物与饮食的配伍禁忌、药物影响饮食的营养价值等。如果在服药期间注

意饮食配合,则可提高疗效。相反配合不当,则可降低疗效,甚至可产生不良反应,造成不良后果。如服用驱肠虫药后,吃含纤维素多的食物可以增加肠蠕动,促进虫体排出。高血压患者在服用帕吉林、苯乙肼等药物时,应禁用含酪胺高的食物和因储藏过久已发酵的食物。含酪胺高的食品有扁豆、奶酪、腌鱼、啤酒等。

2. 年龄和合理用药 人体生理功能、体液及体重比例、血浆蛋白的含量、药物的吸收、药物的代谢及排泄都因年龄不同而有差异,特别是婴儿和老年人更为特殊。婴儿的血—脑屏障发育不完全,中枢神经容易受药物的影响,有些药物的剂量应严格按照医嘱执行,不可随意估计。老年人全身组织细胞功能减退且基础耗氧量降低,对药物的耐受性差,用药前应详细了解病史、既往用药史及变态反应、副作用等,在药物使用过程中应注意及时调整药物剂量、观察神志及全身反应。

3. 服药依从性教育 内科患者病程长,常反复住院,需要长期服药。有些患者经多方医治后,对自己的病情一知半解,凭借自己“久病成医”的经验,私自停药、加药。有的患者听到别人用某种药物有效,便生搬硬套仿效,忽视了自己的体质与他人的差异。还有人认为价格昂贵的药就是好药。在患者住院期间和出院时应向患者解释清楚药物的作用及用药方案的科学性,不同的药物或同一种药物会对不同患者有不同的疗效,并且耐心讲解错误用药会造成的危害。

服用降压药、精神类药、抗哮喘药、抗心律失常药等患者一般需要长期用药或终身用药,且这类疾病目前尚无特效药,用药是治标不治本,即使感到病情好转,也不应该擅自停药。一旦停药,症状又会出现,有时还会出现反弹,甚至比服药前更严重。眼用镇咳药(含可待因等成分)、镇静催眠药、抗焦虑药(地西泮、氯硝地西泮等)等药物的患者往往须长期服药,可产生依赖性,若立即停药可出现戒断症状。护士应及时了解患者病情变化,若已达到治疗目的,立根据实际情况及时停药。

(杨利岩)

第三节 临床内科重症监护的进展

随着临床内科新技术的不断发展,各科室建立了重症监护室。重症监护已经成为临床内科护理的重要组成部分。综合医院建立重症监护病房(ICU),主要收治病情危重或有潜在生命危险的患者,有助于提高危重患者的抢救存活率,因此具有危重患者多、病情变化快、突发抢救机会多且不分昼夜、死亡率高、仪器设备多而复杂等特点。此外,病房年轻护士多,要求护士必须具备临床综合思考判断能力、关爱技巧和临床合作技能。危重患者的质量管理反映医院的整体抢救水平及组织管理能力,在目前ICU存在严重护理人力不足及护士缺乏常规化、系统化的岗前和在岗培训的情况下,如何提高危重患者的管理质量是我们面临的严峻问题。在ICU实施护士长领导下的护理三级质量控制网络进行护理质量管理,明确了各级护理人员的责、权、利,落实质量管理责任,保证了护理质量的持续改进,保障了护理安全。

一、内科监护病房种类

目前临床内科监护室按照科室可分为呼吸系统监护室、神经系统监护室、重症胰腺炎监护室、冠心病监护室、造血干细胞移植层流室等。

1. **呼吸系统监护室** 呼吸系统监护室主要收治呼吸系统衰竭、急性肺损伤与急性呼吸窘迫综合征、支气管哮喘、肺水肿、肺栓塞等患者。

2. **神经系统监护室** 神经系统监护室主要收治重症肌无力、吉兰-巴雷综合征、持续癫痫状态、脑干死亡等患者。

3. **其他** 如重症胰腺炎监护室、冠心病监护室（CCU 主要收治冠心病介入治疗术后、急性心肌梗死、心力衰竭等患者）和造血干细胞移植层流室等。

二、内科监护室监护设备

重症监护室集中了大量先进的仪器设备与大量高素质的有经验的护理人员。各监护室根据收治病种需要配备相应的仪器。常备有心电图记录监测仪、心排血量测定仪、除颤器、多功能呼吸机、血气分析仪、肺功能检查仪、氧饱和度监测仪、肾功能监测治疗仪、小型血液透析机、腹膜透析机、尿比重计、颅内压监测仪、脑电图仪、脑血流图仪、经颅多普勒仪等，以及各种专科重症病房常用医疗仪器设备。

三、内科监护病房的护理质量管理

护理质量是护理人员为患者服务的效果，用于判断护理人员表现出来的形象是否具有专业性，是否有助于护理对象生命质量的提高。内科监护病房护理质量的优劣是衡量内科护士业务技术水平和护理工作总体水平的重要标志，直接涉及患者的生命安危和伤残痛苦，是提高内科危重症患者抢救成功率，降低死亡率和病残率的重要因素。

（一）护理质量管理原则

1. **质量第一的原则** 在内科监护室内，患者病情瞬息万变、监护技术复杂，必须以精湛的护理技术为患者提供保障，监护室内的每一项护理操作和技能都关系到患者的生命安危。根据各内科监护室收治病种不同，准确全面地观察病情、收集资料、记录各项指标变化，熟练操作各项技术避免护理缺陷和差错的发生，减少并发症，是确保护理质量高标准的首要内容。

2. **标准化原则** 标准化管理是科学管理的重要技术方法，包括制定标准、贯彻标准，进而修订标准的全部活动过程。在长期实践和科学总结的基础上，我们将内科监护室的护理质量控制标准和各项操作监护流程标准化。

3. **全面质量管理原则** 内科监护室护理质量管理必须由在监护室工作的所有人员共同参与。人人自觉对质量负责，对监护全过程进行质量管理，按照 TQC 的要求对环节质量、要素质量、终末质量把关，做到点、线、面全面控制。

（二）质量管理标准

内科监护室的护理质量管理与其他护理单元的质量管理基本标准一样，包括要素质量、环节质量、终末质量。

1. **要素质量** 包括护理人员素质、护理技术、医疗设备、药品、器械等。护理人员掌握各种重症监护操作技能,敏锐观察病情变化,并实施抢救。各重症监护室应配备相应仪器,一般应有床旁监护仪、中心监护站、呼吸机或简易人工呼吸器、输液泵与微量注射泵,临时性心脏起搏器和起搏电极、直接咽喉镜与气管插管装置、各种急救包、腹膜透析机或血液透析装置。此外根据各监护室收治患者特点,配备相应的急救药品。

2. **环节质量** 包括执行医嘱、病情与治疗反应的观察与记录、基础护理、重症监护、心理护理、护理文书、消毒与隔离管理等。

3. **终末质量** 包括患者满意度、护理并发症、护理缺陷与差错发生率等。

(三) 持续质量管理

1. **采用三级护理质量管理模式** 与综合性ICU相比,内科各监护病房展开床位数为6~8张,收治疾病为本专科疾病急危重症患者。内科监护室护理质量管理实行护士长—组长—护士三级质量控制网络后,使监护室护理管理的宽度缩小,24h均有组长负责本组护士工作安排和调度,特别是夜间护士长不在时,协调本组组员进行危重患者抢救、疑难问题的解决、护理质量的控制、本组年轻护士的技术培训与指导,形成了人人有人管、事事有人问的管理网络,从而保证了护理质量安全。

2. **保证了ICU护理质量持续改进** 由于责、权、利的匹配和风险责任的下移,护理质量的责任人由护士长扩展到护理组长、副组长,使组长、副组长承担的管理责任加大,避免了护士长整天忙于琐碎事务,科室整体质量难以提高的局面。由于组长和组员实施双向选择,有利于组长有效地调动组内每位护士参与质量管理,实行自我控制、自我改进,这样既发挥了组长的能力和工作热情,又激发了其他护士奋发进取的精神。组长可以根据夜间患者数量及病情轻重,实行弹性工作制。

3. **加快了护理人才的培养** 由于护理组长既是本组的业务骨干,又是质量管理的直接责任人,也承担了护士长的部分管理职能,因此护士长通过对护理组长的指导、帮助,让其参与科室的质量管理研讨、质量分析,制定科室工作计划、科室决定讨论等,从而使护理组长得到培养和锻炼,加快了既懂业务又懂管理复合型人才的成长。

(姚翠玲)

第二章 常见危重症护理常规

第一节 气管内插管术

气管内插管术是全身麻醉及急救时保证呼吸道通畅的一项重要技术，广泛应用于机械通气或加压给氧，能有效的保持呼吸道通畅，便于清除呼吸道分泌物，减少无效腔和气道阻力。根据插管径路分为经鼻、经口、经气管切开3类。本节主要讲述经口气管插管的护理。

一、护理评估

（一）患者评估

（1）患者生命体征，意识状态，有无缺氧和二氧化碳潴留引起的精神神经症状。镇静剂应用效果。

（2）呼吸型态及血氧饱和度；呼吸音；咳嗽咳痰能力，痰液性状。

（3）进食方式及营养状态，有无呕吐、腹胀；口腔分泌物情况；大便状况。

（4）人工气道评估。留置时间及型号、插管深度；气囊是否漏气；气道是否通畅；固定是否妥当及患者的舒适度；有无口腔溃疡形成。

（5）牙齿有无松动或缺少，有无活动性义齿。

（6）患者心理状态，如恐惧、紧张、焦虑等。

（7）交流方式。

（8）各项检查及化验结果，如血气分析、胸片等。

（9）皮肤色泽及水肿情况。

（10）潜在并发症，如门齿脱落、口咽鼻黏膜损伤出血、声带损伤、气管食管瘘、误入食管或插入咽部软组织、误入一侧支气管等。

（二）呼吸机评估

（1）呼吸机参数的设定，如氧浓度、工作模式、潮气量、压力等。

（2）呼吸机湿化和加温装置。

（3）环路有无积水及扭曲、打折、受压。

（4）报警是否有效，能否得到及时处理。

二、护理问题

（1）清理呼吸道无效。