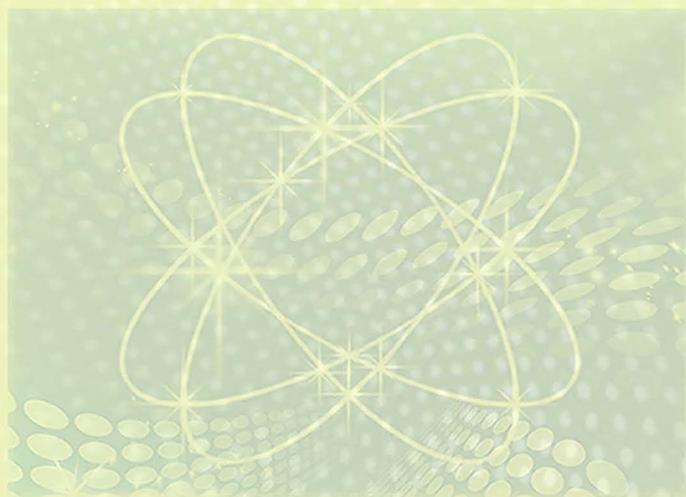


临床护理标准化案例应用

穆贤 主编



人民军医出版社

高等医学院校改革实践教材
供护理、助产及相关医学类专业使用

LINCHUANG HULI BIAOZHUNHUA ANLI YINGYONG

临床护理标准化案例应用

主 编 穆 贤

副主编 贺春蕾 胡志英 康晓琳 李晓静 丁燕程

编 者

马秀娟	(包头医学院第二附属医院)	胡亚萍	(包头医学院第二附属医院)
王艳茹	(包头医学院护理学院)	赵丽英	(包头医学院第一附属医院)
付丽虹	(包头医学院第二附属医院)	胡志英	(包头医学院护理学院)
纪二丽	(包头医学院第二附属医院)	胡晓颖	(包头医学院护理学院)
李延红	(包头医学院第二附属医院)	胡静杰	(包头市第八医院)
李学琴	(包头医学院第二附属医院)	侯智锐	(包头医学院护理学院)
李晓静	(包头医学院护理学院)	贺春蕾	(包头医学院护理学院)
杨文秀	(包头医学院第一附属医院)	高锦云	(包头医学院护理学院)
张 燕	(包头市北方医院)	朗银枝	(包头医学院第二附属医院)
张彩艳	(包头医学院护理学院)	曹 霞	(包头医学院第一附属医院)
陈 璐	(包头医学院护理学院)	康晓琳	(包头医学院护理学院)
郑春芳	(包头医学院第二附属医院)	樊引莲	(包头医学院第二附属医院)



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

临床护理标准化案例应用/穆贤主编. —北京:人民军医出版社,2013.9
ISBN 978-7-5091-6831-8

I. ①临… II. ①穆… III. ①护理—技术操作规程—医学院校—教材 IV. ①R472-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 206878 号

策划编辑:徐卓立 文字编辑:杨静 责任审读:黄栩兵
出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店
通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036
质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283
邮购电话:(010)51927252
策划编辑电话:(010)51927300—8743
网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:北京国马印刷厂
开本:787mm×1092mm 1/16
印张:12.75 字数:310千字
版、印次:2013年9月第1版第1次印刷
印数:0001—3050
定价:22.00元

版权所有 侵权必究
购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要



本教材由高等医学院校护理专业临床课程的一线专家,特别为内科、外科、妇产科、儿科、急危重症、基础护理学 6 门课程的实践教学编写。根据临床护理标准,精选了 50 多个典型案例,涉及 30 多项基础和专科护理操作内容。每一病例均引导学生从临床实际出发,应用护理理论知识和操作技能对患者进行护理评估,进而得出主要的护理诊断并实施护理措施。通过这种反复的护理程序实践训练,让学生将各护理学科知识融会贯通,在分析处理病例的过程中熟悉临床护理工作的基本流程,提高综合能力。本书可供各医学院校护理、助产专业的学生实践教学使用。

前 言



护理学作为一门实践学科,其实践教学占据极其重要的地位。各地护理院校都对护理实践教学进行了深入研究、探索与改革。我院较早地在毕业考核中针对护理本、专科毕业生实行了客观化、结构化的临床考试(OSCE),并对这一模式的培训、教学及考核的优缺点进行了深入探讨、研究与总结,本书就是在此基础上编写的,重点体现该项教学科学性及实用性的特点。

《临床护理标准化案例应用》一书涉及内科、外科、妇产科、儿科、急危重症、基础护理学 6 门课程 50 多个典型病例,近 40 项基础和专科护理操作。各案例按照护理程序的步骤将护理各学科知识融会贯通,训练学生通过全面细致的护理评估找到护理问题,提出护理诊断并按问题的轻重缓急进行排序,确定护理措施,并实施护理技术操作。通过本教程学习,可以使学生熟悉临床护理工作的基本流程,提高临床护理综合能力。

本书可供护理学生在护理见习、毕业实习阶段等实践教学环节使用,也可用于临床护士的技能培训与考核参考。编者水平有限,衷心希望各院校师生、同仁的指导与辅正。本书在编写过程中得到人民军医出版社、包头医学院各附属医院护理部,以及包头医学院领导的大力支持与协助,在此表示诚挚的谢意。

穆 贤

2013 年 6 月

目 录

第 1 章 基础护理学案例应用	(1)
第一节 入院患者的护理	(1)
第二节 长期卧床患者的生活护理	(2)
第三节 隔离患者的护理	(3)
第四节 高热患者的护理	(5)
第五节 患者的饮食护理	(6)
第六节 患者给药的护理	(7)
第七节 患者排泄的护理	(9)
第八节 危重患者的护理	(10)
第 2 章 内科护理学案例应用	(12)
第一节 支气管哮喘患者的护理	(12)
第二节 肺炎患者的护理	(15)
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病患者的护理	(18)
第四节 心力衰竭患者的护理	(23)
第五节 消化性溃疡患者的护理	(26)
第六节 肝硬化患者的护理	(28)
第七节 慢性肾衰竭患者的护理	(32)
第八节 糖尿病患者的护理	(35)
第九节 脑梗死患者的护理	(39)
第十节 吉兰-巴雷综合征患者的护理	(45)
第 3 章 外科护理学案例应用	(49)
第一节 食管癌患者的护理	(49)
第二节 骨折患者的护理	(53)
第三节 颅脑肿瘤患者的护理	(57)
第四节 肾损伤患者的护理	(60)
第五节 胰腺癌患者的护理	(63)
第六节 腹腔镜胆囊切除术患者的护理	(66)
第七节 前列腺增生行经尿道前列腺电切术患者的护理	(68)
第八节 直肠癌根治术患者的护理	(71)
第九节 阑尾术患者的护理	(75)
第十节 乳腺癌患者的护理	(77)
第 4 章 妇产科护理学案例应用	(81)
第一节 正常分娩妇女的护理	(81)
第二节 妊娠高血压综合征患者的	

护理	(87)	第四节 子宫脱垂患者的护理	(94)
第三节 异位妊娠患者的护理	(91)		
第5章 儿科护理学案例应用	(98)		
第一节 高胆红素血症患儿的护理	(98)	护理	(100)
第二节 缺氧缺血性脑病患儿的		第三节 腹泻患儿的护理	(102)
		第四节 肺炎患儿的护理	(104)
第6章 急危重症护理学案例应用	(107)		
第一节 有机磷杀虫药中毒患者的		第二节 急性心肌梗死患者的护理	
护理	(107)	(110)
第7章 综合病例分析	(115)		
第8章 案例相关临床护理技能操作	(126)		
操作一、铺备用床、暂空床	(126)	操作十九、三腔两囊管压迫止血	
操作二、铺麻醉床	(128)	(164)
操作三、双侧鼻导管吸氧法	(130)	操作二十、血糖监测	(166)
操作四、吸痰法	(132)	操作二十一、胃肠减压	(168)
操作五、鼻饲法	(134)	操作二十二、胸腔闭式引流护理 ..	(170)
操作六、穿脱隔离衣	(136)	操作二十三、T形管引流护理	(172)
操作七、无菌技术六项基本操作 ..	(138)	操作二十四、新生儿沐浴法	(174)
操作八、口腔护理	(140)	操作二十五、骨盆测量	(176)
操作九、床上洗发	(142)	操作二十六、四部触诊	(178)
操作十、床上擦浴	(144)	操作二十七、产时会阴消毒技术 ..	(180)
操作十一、背部护理	(146)	操作二十八、会阴切开、缝合术	(181)
操作十二、乙醇擦浴	(148)	操作二十九、温箱使用法	(183)
操作十三、皮内注射(药物过敏试验)		操作三十、头皮静脉输液法	(185)
.....	(150)	操作三十一、股静脉穿刺法	(187)
操作十四、皮下、肌内注射	(152)	操作三十二、小儿心肺复苏术	(189)
操作十五、密闭式静脉输液	(154)	操作三十三、电动洗胃术	(191)
操作十六、大量不保留灌肠	(157)	操作三十四、简易人工呼吸器的	
操作十七、留置导尿	(159)	使用	(193)
操作十八、微量注射泵(WZ-50C6)		操作三十五、呼吸机的使用	(195)
.....	(162)	操作三十六、心肺复苏术	(197)

第 1 章

基础护理学案例应用

第一节 出入院患者的护理

一、病例简介

赵某,女,40岁,已婚,主诉摔伤后左踝部疼痛4h,急诊X线显示:左侧距小腿关节骨折,于某年12月8日13时轮椅推入院。体格检查:体温36.6℃,脉搏84/min,呼吸20/min,血压120/70mmHg;发育正常,体重58kg。专科体检:左踝部肿胀,有骨摩擦感,左下肢活动受限。脊柱、四肢活动自如,左下肢轻度水肿。平时口味清淡,既往无高血压病、糖尿病等病史。

二、护理评估和护理措施

【时 间】 某年12月8日13时

【护理评估】 患者自诉摔伤后左踝部疼痛,活动时内踝偶有响声,有胀感;入院体温36.6℃,脉搏84/min,呼吸20/min,血压120/70mmHg。专科查体:左踝部肿胀,有骨摩擦感,左下肢活动受限。

【护理措施】

1. 病房值班护士主动、热情接待患者,及时安排床位,将备用床改为暂空床(见第8章“操作一”),备齐患者需要的物品,并建立住院病历。

2. 责任护士将患者送到床旁,热情接待并做自我介绍;对患者进行详细的入院宣教,使患者尽快熟悉环境遵守医院规章制度,消除不安情绪,增强安全感和对医护人员的信任感,主动配合治疗及护理。入院宣教包括医院的规章制度,查房时间、探视时间、陪床制度及膳食制度、病室环境、作息时间、环境布局、贵重物品的保管、呼叫器的使用及安全注意事项,宣传病室禁止使用外接电源、患者不能擅自外出等。

3. 通知医生为患者做检查和治疗(如为急危重患者,到病房后立即通知医生),并协助其为患者进行左下肢石膏固定。

4. 协助患者戴腕带,进行入院评估,为患者测量体温、脉搏、呼吸、血压和体重,进行护理

查体,提出护理问题,制定护理措施。

5. 通知营养室准备膳食。
6. 填写住院病历和有关护理表格,如入院登记本、诊断卡、床头卡等。
7. 指导常规标本的留取方法、时间及注意事项。

【时 间】 某年 12 月 23 日 10 时

【护理评估】 患者呼吸平稳,体温 36.8℃,脉搏 78/min,律齐,呼吸 18/min,血压 120/70mmHg,精神尚好,食欲增加,拍 X 线示:骨折对位对线良好。该患者临床症状缓解,疼痛减轻,准备今日出院。

【护理措施】

1. 提前 1 日将患者出院日期告知患者,介绍办理出院手续的方法。
2. 为患者做出院宣教,包括:多进食高蛋白、高维生素、高热量、含钙丰富的食物,有利于骨折愈合;保证休息和睡眠;功能锻炼,躺在床上两腿在空中做蹬自行车动作等;复查时间,自石膏固定之日起 2~3 周来复诊,再过 2~3 周拆石膏,骨折后每 1,3,6 个月复查 X 线,以便了解骨折愈合情况。
3. 对患者出院后的用药进行核对和整理,并写明用法及注意事项,交患者或家属妥善保存。
4. 向患者征求意见或建议,不断改进护理工作。
5. 整理病历,撤床头牌及各种治疗卡。
6. 为患者办理出院手续,向患者或家属交代清楚结账单据和余款。
7. 责任护士帮患者整理个人物品并送患者出病房,必要时协助联系车辆。
8. 病室及床单位做好终末消毒处理后,铺备用床准备迎接新患者。

第二节 长期卧床患者的生活护理

一、病例简介

李某,男,75岁,已婚,高血压病史 20 余年,脑梗死病史 10 年,左侧上、下肢活动受限,吐字不清,近 2 年卧床,生活不能自理。家人代诉:“近 1 周内头晕、头痛现象,并有恶心、呕吐、发热、咳嗽、咳痰、气短,体重减轻。”于某年 3 月 6 日前来医院就诊。门诊诊断为高血压病、脑梗死、肺部感染。体格检查:体温 37.6℃,脉搏 98/min,呼吸 22/min,血压 160/100mmHg,呼吸音粗,可闻及湿啰音;轻度痴呆,言语不利;营养欠佳,体重 65kg;左侧上、下肢肌力 3 级,肢体活动受限,双下肢轻度水肿;患者有糖尿病史 5 年及高血压家族史;头颅 CT 显示脑梗死、脑萎缩。

二、护理评估和护理措施

【时 间】 某年 3 月 6 日 10 时

【护理评估】 自诉有头晕、头痛、恶心、呕吐,有发热、咳嗽、咳痰、气短,入院查体:体温 37.6℃,脉搏 98/min,呼吸 22/min,血压 160/100mmHg;轻度痴呆,言语不利,双瞳等大,对光

反应正常;营养欠佳,体重 65kg;左侧上、下肢肌力 3 级,肢体活动受限,双下肢轻度水肿。

【护理措施】

1. 迎接患者入院,测量生命体征,通知医生检查患者,对患者及家属进行入院宣教,遵医嘱完善各项检查。

2. 确保患者安全:病床加床挡,防止坠床等意外发生。

3. 用药护理:遵医嘱给予扩张血管、降压药物治疗如复方罗布麻片、尼莫地平片,并观察药物的不良反应,如出现不良反应及时报告医生。

4. 病情观察:观察患者生命体征及瞳孔的变化,减少引起或加重头痛的因素,减少环境刺激,保持病室安静,护士做到“四轻”,保证其充足睡眠。

5. 预防压疮:护士应经常协助患者翻身,保持床铺的平整、干燥、无碎屑,每天进行背部护理(见第 8 章“操作十一”),改善局部皮肤血液循环,预防压疮的发生;护士帮助患者翻身、按摩、使用便器时,要避免拖、拉、推的动作,以免损伤局部的皮肤。

6. 预防肺部并发症:护士经常帮助患者变换体位、翻身,给予叩背、雾化等措施,以利于痰液排出,避免坠积性肺炎的发生。

7. 饮食护理:给予低盐、低脂、高蛋白的清淡易消化饮食,做到色香味俱全,保证患者摄入足够的营养和水分。

8. 排泄护理:协助患者大小便,排便后清洁会阴部并保持清洁、干燥;保持大便通畅,必要时进行人工通便。

【时 间】 某年 3 月 7 日 10 时

【护理评估】 患者食欲缺乏伴恶心、呕吐,医嘱再次行头颅 CT 检查;患者个人卫生不佳,并有尿失禁。

【护理措施】

1. 遵医嘱为患者进行留置导尿。

2. 为患者更换床单、被套及枕套。

3. 平车护送患者行头颅 CT 检查,并安全护送患者回病房。

4. 生活护理:做好患者的个人清洁卫生,包括口腔护理、头发护理、床上擦浴(见第 8 章“操作八至操作十”)等;协助患者活动四肢及各关节,防止发生肌肉萎缩及关节的僵硬和挛缩。

5. 遵医嘱给予药物治疗。

第三节 隔离患者的护理

一、病例简介

赵某,男,30岁,工人,以“发热、乏力、盗汗 10d,恶心、呕吐、腹痛 7d”为主诉,于某年 8 月 10 日来院就诊。患者自述发病前 1 个月左右生食过贝壳类海产品;10d 前出现午后发热,体温波动于 37.5~38.5℃,同时出现全身乏力,夜间盗汗;7d 前出现恶心、呕吐,腹部不适,全腹隐痛,尿黄,呈浓茶色,伴有皮肤瘙痒,无陶土样便。门诊化验结果,血常规

WBC $3.7 \times 10^9/L$, L 44.6% 肝功: TBIL $95 \mu\text{mol/L}$, DBIL $71 \mu\text{mol/L}$, ALB 34g/L , GLO 21g/L , ALT 545U/L , AST 164U/L , γ -GT 109U/L , ALP 370U/L , TBA $448 \mu\text{mol/L}$; 血沉 22mm/h ; 腹部B超示肝内光点增粗、增强, 肝右后叶钙化灶, 脾大, 腹腔积液。入院查体: 体温 37.2°C , 精神差, 营养差, 全身皮肤黏膜中度黄染, 巩膜中度黄染, 心、肺听诊无异常, 腹平软, 肋下 2cm 可触及肝, 移动性浊音阴性。初步诊断: 甲型肝炎急性黄疸型。

二、护理评估和护理措施

【时 间】 某年 8 月 10 日 10 时

【护理评估】 患者自述生食海鲜后出现发热、乏力、纳差、恶心、呕吐等症状, 入院查体: 体温 37.2°C , 精神差, 营养差, 全身皮肤黏膜中度黄染, 巩膜中度黄染, 心、肺无异常, 腹平软, 肝肋下 2cm 可触及肝, 移动性浊音阴性; 肝功能异常, 血清抗-HAV-IgM 阳性。

【护理措施】

1. 迎接患者入院 将患者置于特定病房, 门外有明显隔离标识, 保持环境整洁, 空气清新, 并经常通风换气。

2. 严格执行消化道消毒隔离制度 对病室环境、工作人员的手、患者的排泄物、生活用具及医用器械进行严格的消毒处理, 以切断感染传播途径; 护士进入病室按要求穿隔离衣、戴帽子、手套, 进行各项护理操作, 严格执行无菌操作(见第 8 章“操作六、七”)。

3. 休息与活动 嘱患者卧床休息, 以降低身体代谢率, 增加肝的血流量, 有利于肝细胞修复。

4. 饮食护理 患者常有食欲缺乏、恶心、呕吐等症状, 可给予清淡、易消化、富含维生素的流质饮食。

5. 病情观察 观察有无精神或神志的改变; 观察有无出血倾向; 观察黄疸有无消退或加重。

6. 皮肤护理 保护皮肤的完整性, 避免搔抓皮肤, 保持指甲平整; 为缓解或控制患者的皮肤痒感, 可温水擦拭皮肤。清洁皮肤可选用中性肥皂或浴液清洁皮肤, 以防皮肤干裂。

7. 遵医嘱用药治疗 给予静脉滴注肌苷、门冬氨酸钾镁、谷胱甘肽以及肝安等药物。

【时 间】 某年 8 月 25 日 9 时

【护理评估】 查体: 皮肤黏膜黄染逐渐消失。体温波动于 $36.7 \sim 37.3^\circ\text{C}$, 夜间盗汗基本消失。肝功能有改善。无甲肝疫苗接种史, 患者缺乏相关知识。

【护理措施】

1. 休息与活动 因患者症状好转、黄疸减轻、肝功能有改善, 可逐渐增加活动量, 以不感疲劳为度。

2. 饮食护理 可逐渐增加饮食, 避免暴饮暴食, 少食多餐; 多补充蛋白质, 以优质蛋白为主, 如肉、蛋、奶等, 糖类可以保证足够热量; 脂肪多选用植物油; 多食水果、蔬菜等含维生素丰富的食物。

3. 健康教育 向患者及家属宣传甲肝的家庭护理和自我保健知识, 养成良好的卫生及饮

食习惯:做到饭前便后要洗手;不喝生水,不吃或少吃生冷食物,不生吃贝壳类海产品,如需食用,一定要煮熟蒸透,杜绝生吃;不要到卫生设施不全的小型餐馆或路边流动摊贩处就餐。痊愈后接种甲肝疫苗,可以提高人体免疫力,预防甲肝的发生。

第四节 高热患者的护理

一、病例简介

李某,男,80岁,离休干部,“肺心病”病史近20年。近2d受凉后出现咳嗽,咳黄白色黏痰,且不易咳出,气短、喘,稍活动就加重,伴发热,体温 39.0°C 左右,家中自服感冒药效果欠佳,于某年5月16日上午9:00入院就诊。体格检查:发热面容,体温 38.5°C ,无寒战,脉搏 $108/\text{min}$,律齐,呼吸 $26/\text{min}$,血压 $120/77\text{mmHg}$ 。有“慢性阻塞性肺疾病”病史30余年。

二、护理评估和护理措施

【时间】 某年5月16日9时

【护理评估】 患者自诉发热、咳嗽、咳黄白痰、气短;入院查体:发热面容,体温 38.5°C ,无寒战,脉搏 $108/\text{min}$,律齐,呼吸 $26/\text{min}$,血压 $120/77\text{mmHg}$;神志清,言语不利,发育正常,体重 75kg ;患者担心病情加重。

【护理措施】

1. 加强病情观察 严密观察生命体征及病情变化,每4h测量1次体温和脉搏至体温恢复正常后3d,同时注意呼吸及血压变化并做好记录。
2. 保持室内空气新鲜 定时通风换气,保证患者有安静的休息环境。
3. 补充营养和水分 给予清淡、高维生素、高蛋白质、易消化的流质或半流质食物,注意色香味,鼓励少量多餐,以提高机体的抵抗力。鼓励患者多饮水特别是服用解药后大量出汗时,以促进代谢产物和毒素的排出。
4. 详细记录出入液量 以保持体内电解质的代谢平衡。
5. 物理降温 遵医嘱行物理降温,体温超过 39.0°C 给予头戴冰帽、大动脉处冷敷冰袋等局部冷疗措施;体温超过 39.5°C 可给予全身冷疗(见第8章“操作十二”),温水擦浴时注意保暖;实施降温后30min应测量体温,并做好记录和交接班。
6. 用药护理 遵医嘱予退热药,并观察药物的不良反应,对年老体弱者应防止体温骤降而出现大汗、虚脱或休克现象。
7. 口腔护理 长期发热可致口腔黏膜干燥,且机体抵抗力差而易引起口腔炎症,应注意晨起、餐后、睡前的口腔清洁,口唇干裂时可以涂唇膏或液状石蜡予以保护。
8. 皮肤护理 高热患者在退热过程中往往大量出汗,汗液要及时擦干,汗湿的衣服和床单应及时更换,保持皮肤的清洁及干燥,防止受凉感冒;定时协助患者翻身并按摩受压处皮肤,预防压疮的发生。

9. 心理护理 护士应经常巡视患者并积极满足其合理要求,减轻患者紧张、不安、恐惧等心理,保证患者身心舒适,配合治疗及护理。

【时 间】 某年5月17日9时

【护理评估】 患者自述呼吸费力、气短、气喘,饮食、活动时加重,有痰不易咳出;患者呼吸急促,不能平卧,口唇发绀,体温 37.8℃,脉搏 120/min,律齐,呼吸 26/min,血压 130/80mmHg。

【护理措施】

1. 创造安静、整洁、舒适的病室环境 保持病室空气新鲜,室温 18~20℃、湿度 50%~60%,以利于充分发挥呼吸道的自然防御功能。

2. 取舒适的卧位 气喘发作时取半卧位或端坐位,以利于呼吸。

3. 遵医嘱给予持续低流量氧气吸入 氧流量为 2~3L/min(见第8章“操作三”)。向患者及家属解释吸氧的目的及注意事项。

4. 确保患者安全 病床加床挡,患者必要的生活用品摆放在床头,以防止夜间患者呼吸困难端坐时或取用生活用品时发生坠床、摔倒、碰撞等意外。

5. 指导患者进行深呼吸及有效咳嗽 经常给予叩背及协助变换卧位,以利于痰液咳出,必要时给予吸痰(见第8章“操作四”)。

6. 遵医嘱静脉输入抗生素 观察药物疗效及不良反应。

7. 病情稳定后指导患者进行呼吸训练 如缩唇呼吸、腹式呼吸等。

第五节 患者的饮食护理

一、病例简介

王某,女,75岁,因“昏迷3h”,于某年7月21日10时12分入院。患者3h前出现意识不清,家人呼叫“120”后收入我院。急诊头颅CT检查显示大面积脑梗死,故收入我科进一步治疗。

二、护理评估和护理措施

【时 间】 某年7月21日10时20分

【护理评估】 入院查体:体温 36℃,脉搏 86/min,呼吸 21/min,血压 180/100mmHg,患者浅昏迷,双侧瞳孔等大正圆,直径 2.5mm,对光反射弱,四肢无自主运动,颈部无抵抗,心音有力、律齐,无杂音,腹软、肝脾未及,双下肢无水肿,左侧肢体巴宾斯基征阳性。

【护理措施】

1. 为患者准备床单位,通知医生。

2. 对家属做好入院宣教。

3. 密切观察意识、瞳孔、生命体征变化,并记录。

4. 遵医嘱给予药物治疗:20%甘露醇 125ml q8h 静脉滴注,0.9%氯化钠 150ml、依达拉普

30mg qd 静脉滴注,0.9%氯化钠 250ml、胞磷胆碱 1.0 qd 静脉滴注,0.9%氯化钠 100ml、奥美拉唑 40mg qd 静脉滴注,5%葡萄糖 150ml、盐酸氨溴索注射液 60mg qd 静脉滴注,18-氨基酸 250ml qd 静脉滴注,30%脂肪乳 250ml qd 静脉滴注,5%葡萄糖 1000ml、10%氯化钾注射液 30ml qd 静脉滴注。向患者讲解药物的作用、不良反应。

5. 遵医嘱交代患者禁食水。

6. 遵医嘱给予留置导尿,保持导尿管通畅,密切观察尿液颜色、性状和量。向家属讲解留置导尿的重要性。

7. 遵医嘱完善相关检查,向家属讲解检查的目的、配合要点、注意事项。

8. 遵医嘱给予吸氧,氧流量 2L/min,向家属讲解吸氧的目的、注意事项。

9. 做好皮肤护理,评估患者发生皮肤破损的危险性,向家属讲解皮肤破损发生的原因、危害及预防措施,每日床上擦浴 1~2 次,每 1~2h 协助更换卧位 1 次,保持床单平整、干燥、无碎屑,预防压疮发生。

10. 保持呼吸道通畅:取下活动义齿,每 1~2h 给予叩背,促进痰液排出,必要时遵医嘱进行吸痰。

【时 间】 某年 7 月 22 日 9 时

【护理评估】 查体:体温 36.5℃,脉搏 90/min,呼吸 22/min,血压 150/90mmHg,患者意识模糊,双侧瞳孔等大正圆,直径 2.5mm,对光反应灵敏,左侧肢体瘫痪,不能自主进食。

【护理措施】

1. 保证足够的营养摄入遵医嘱每 2h 鼻饲流食 1 次(见第 8 章“操作五”),给予易消化、营养丰富的温热流食;观察有无恶心、呕吐,呕吐物、排泄物的颜色、性状、量;向家属讲解鼻饲的目的和重要性。

2. 随时评估患者营养状况,如皮肤的光泽度、弹性、皮下脂肪的丰满程度等。

3. 保持口腔清洁,给予口腔护理,2/d,向家属讲解口腔护理的目的,密切观察口腔黏膜和气味变化。

第六节 患者给药的护理

一、病例简介

李某,男,67岁,因“阵发性咳嗽、咳痰、气促4年,活动后心悸、呼吸困难2年,加重4天”,于某年11月5日10时入院。患者自述于4年前开始每年冬春季气候变化时出现阵发性咳嗽及咳痰,痰为白色黏痰,量少,无脓血性痰,无发热,盗汗,无发作性呼吸困难,近2年来患者上述症状加重,出现活动后心悸、呼吸困难,多次在当地住院治疗。近4d来患者呼吸困难明显加重,伴咳嗽、有痰不易咳出,乏力,食欲缺乏,今日来我院治疗,以“肺源性心脏病”收入我科。

二、护理评估和护理措施

【时 间】 某年 11 月 5 日 10 时 10 分

【护理评估】 患者呼吸困难明显,伴咳嗽、咳少量白痰、痰液黏稠不易咳出,乏力,食欲缺乏。入院查体:体温 38.8℃,脉搏 96/min,呼吸 24/min,血压 100/60mmHg,神志清,精神、饮食、睡眠差,大小便正常;发育正常,营养中等,头颅五官端正;口唇明显发绀,颈软,无抗力,颈静脉怒张,桶状胸,双肺呼吸音粗,双肺可闻及少许散在干鸣音及痰鸣音,心律齐,未闻及器质性杂音及期前收缩,腹软,肝大:肋下 3 指宽,脾未触及,移动性浊音阴性,肠鸣音正常;脊柱及四肢无畸形,活动自如,双下肢中度水肿,生理反射存在,病理反射未引出。

【护理措施】

1. 迎接患者入院,为患者提供安静、整洁、舒适的病房,保持室内空气新鲜,注意避风;维持合适的室温(18~20℃)和湿度(50%~60%)。

2. 嘱患者卧床休息,协助患者取舒适体位,如半卧位或坐位,以减少机体耗氧量,利于通气,促进心肺功能恢复。

3. 遵医嘱给予吸氧,氧流量 1~2L/min,向患者及家属讲解吸氧的目的及注意事项,观察缺氧改善情况。

4. 遵医嘱给药:甘草 3 片,3/d,口服;氢氯噻嗪 25mg,1/d,口服;特布他林 5mg,3/d,雾化吸入;0.9%氯化钠注射液 200ml,头孢哌酮钠(进口)4g,1/d,静脉滴注(见第 8 章“操作十五”);头孢哌酮钠皮试(见第 8 章“操作十三”);5%葡萄糖注射液 250ml,氨茶碱 0.25g,1/d,静脉滴注;柴胡注射液 2ml 肌内注射(见第 8 章“操作十四”),动脉血气分析。向患者及家属讲解药物的作用、不良反应。

5. 饮食护理:给予高蛋白、高维生素、易消化清淡饮食,避免含糖高的食物,以免引起痰液黏稠,根据心功能情况适量增加饮水量。

6. 进行背部叩击排痰:向患者及家属讲解背部叩击的目的、配合方法:患者取坐位,叩击者两手手指弯曲并拢,使掌空背隆状,以手腕力量从肺底自下而上、由外向内、迅速而有节奏地连续叩击背部胸壁,每侧肺叩击 1~3min,每分钟 120~180 次;叩击力量适中,以患者不感到疼痛为宜;每次叩击时间以 5~15min 为宜,应安排在餐后 2h 至餐前 30min 完成。

7. 向患者讲解体温高的原因及护理方法,可采用物理降温。随时擦干汗液,更换衣服和床单,防止受凉。

8. 评估患者发生皮肤破损的危险性,向患者讲解皮肤破损发生的原因、危害及预防措施,协助患者每 1~2h 更换卧位 1 次,保持床单平整、干燥、无碎屑,预防压疮的发生。

9. 密切观察患者神志、生命体征变化、出入液量及痰液颜色、性质、量,肺部呼吸音及啰音变化、水肿消退情况。

【时 间】 某年 11 月 7 日 9 时

【护理评估】 患者呼吸困难明显减轻,咳嗽、咳少量白色黏痰、痰液易咳出,乏力,食欲缺乏。查体:体温 36.8℃,脉搏 81/min,呼吸 20/min,血压 110/60mmHg,神志清,精神、饮食、睡眠可,大小便正常。口唇轻度发绀,双肺可闻及少许散在干鸣音及痰鸣音,腹软,肝大,肋下 2 指宽,脾未触及,移动性浊音阴性,肠鸣音正常,双下肢轻度水肿;化验结果回报血糖 17.5mmol/L,Hb50g/L,其余结果正常;患者反复询问血糖高的原因及后果。

【护理措施】

1. 遵医嘱给予诺和灵 30R 早 12U、晚 18U HD(见第 8 章“操作十四”),压积红 1 个单位静脉滴注 st,地塞米松 5mg 静脉注射 st。向其讲解药物的作用及不良反应。

2. 安慰患者,向其讲解化验结果异常的原因、治疗方法及用药、输血的目的和方法;讲解同类患者治愈的例子,鼓励其保持乐观的心态,以增强抗病能力。
3. 根据患者的身高、体重、活动量为患者制定食谱,控制每日摄入总热量。
4. 鼓励患者在病情允许的情况下,逐渐增加活动量,以有氧运动为佳。

第七节 患者排泄的护理

一、病例简介

陆某,女性,35岁,痛经2年,渐进性加重4个月,劳累后出现明显小腹痛并伴有腰酸和肛门坠胀感1h,于某年12月15日19时入院。患者自述16岁初潮,结婚后不久出现痛经现象,呈逐渐加重趋势。1h前劳累后出现明显小腹痛并伴有腰酸和肛门坠胀感,无恶心、呕吐。彩色多普勒检查:右侧附件有囊性包块。以“卵巢囊肿蒂扭转?子宫内膜异位症”收入院。

二、护理评估和护理措施

【时 间】 某年12月15日19时10分

【护理评估】 入院查体:体温36.7℃,脉搏96/min,呼吸24/min,血压110/70mmHg,患者神清语利,痛苦面容,呼吸急促,脉有力、律齐,月经量多,色淡红,质清稀。小腹痛明显,并伴有腰酸和肛门坠胀。明日拟行手术。

【护理措施】

1. 为患者准备床单位,通知医生,做好入院宣教。
2. 密切观察患者腹痛性质、程度。
3. 嘱患者卧床休息。
4. 术前禁食水6~8h。
5. 做好术前准备,如备皮、备血、药物皮试、大量不保留灌肠(见第8章“操作十六”)、阴道灌洗等。
6. 遵医嘱完善相关检查,如心电图、胸透、血生化等。
7. 为患者做好心理护理,讲解手术的目的、意义、配合方法、手术室环境、麻醉方式等。讲解同类患者治愈的例子。
8. 保持环境安静,观察患者睡眠情况,必要时遵医嘱给予镇静药。
9. 术前30min为患者留置导尿管,更换病号服。

【时 间】 某年12月16日12时

【护理评估】 患者于8时入手术室,在全身麻醉下行卵巢囊肿剥离术,于10时安返病房。查体:体温36.5℃,脉搏88/min,呼吸20/min,血压100/70mmHg,患者精神不振,呼吸平稳,脉有力、律齐,切口处敷料干燥、无渗血,阴道无血性分泌物。主诉:切口疼痛。

【护理措施】

1. 与手术室护士交接患者后,协助患者离开病房,准备麻醉床(见第8章“操作二”)。

2. 患者返回病房后,将其移至病床上,盖好盖被,注意保暖,立刻测量生命体征。
3. 去枕平卧 6~8h,6h 后可翻身活动,鼓励早活动,可促进肠蠕动;排气后可少量饮水,进米汤等流食。
4. 观察患者意识,生命体征,尿液及引流情况、敷料情况;评估切口疼痛的性质及程度。
5. 安慰患者,解释切口疼痛原因和缓解方法,鼓励以乐观、坚强的心态面对身体的改变。

第八节 危重患者的护理

一、病例简介

刘某,男,67岁,因“发现意识丧失约1h”,于某年11月6日20时急诊入院。患者1h前被家人发现意识丧失,可闻及酒精味及刺激性较强的农药味,现场有开盖的农药瓶。口角周围有较多的胃内容物,全身湿冷,大汗,大便失禁。呼叫不应,问话不答,无明显呼吸困难,无抽搐。

二、护理评估和护理措施

【时 间】 某年11月6日20时10分

【护理评估】 入院查体:体温 36.2℃,脉搏 110/min,呼吸 23/min,血压 120/70mmHg,浅昏迷,瞳孔呈针尖状,脉速、细弱、律齐,双肺呼吸音清,未闻及干、湿啰音,心界不大,心音低钝,律齐,未闻及病理性杂音,腹软,神经系统未见阳性体征。

【护理措施】

1. 清除毒物或减少毒物吸收 患者取平卧位且头偏向一侧或侧卧位;护士配合医生立即进行洗胃,反复、多次、彻底的清洗,直至洗出液无味为止;为患者更换清洁的衣服,用清水擦洗皮肤和黏膜,减少毒物吸收。

2. 保持呼吸道通畅 取下活动义齿,每1~2h给予叩背,促进痰液排出,必要时进行吸痰。

3. 遵医嘱给予阿托品等药物治疗 向家属讲解药物作用及不良反应;密切观察意识、瞳孔、生命体征、皮肤湿冷度的变化,注意区分阿托品化与阿托品中毒。

4. 遵医嘱给予留置导尿(见第8章“操作十七”) 保持导尿管通畅,密切观察尿液颜色、性状和量,向家属讲解留置导尿的重要性的配合要点。

5. 遵医嘱完善相关检查 向家属讲解检查的目的、配合要点、注意事项。

6. 做好皮肤护理 评估患者发生皮肤破损的危险性,向家属讲解皮肤破损发生的原因、危害及预防措施,每天床上擦浴1~2次,每1~2h协助更换卧位1次,保持床单平整、干燥、无碎屑,预防压疮发生。

7. 详细记录出入量 包括液体量、洗胃液、呕吐物、大小便等,及时按医嘱补液,防止水和电解质紊乱。

8. 做好抢救准备 备好抢救药、除颤仪、简易呼吸器等,做到专人守护。