

临床护理

常规与操作规范

LINCHUANG HULI
CHANGGUI YU CAOZUO GUIFAN

主 编 臧 萍 田红霞 陈志霞 等



河北出版传媒集团
河北科学技术出版社

主 编 臧 萍 田红霞 陈志霞 赵秀勤 李红霞 闫风华
副 主 编 管晓君 赵爱萍 薛 童 王普丽
马常霞 周惠玲 安贵秋 王艳玲

图书在版编目 (C I P) 数据

临床护理常规与操作规范 / 臧萍等主编. -- 石家庄
: 河北科学技术出版社, 2013.6
ISBN 978-7-5375-6043-6

I . ①临… II . ①臧… III . ①护理—技术操作规程
IV . ①R472-65

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第143098号

临床护理常规与操作规范

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	35
字 数	865千字
版 次	2013年6月第1版
印 次	2013年6月第1次印刷

定 价 88.00元

前 言

护理学是将自然科学与社会科学紧密联系起来的为人类健康服务的综合性应用科学。它以自然科学、社会科学为基础，以基础医学、心理学、伦理学、行为学、社会学、管理学、教育学等理论为指导，并结合本专业的特点形成护理学独特的理论体系和实践体系。近年来，随着医学模式的转变、疾病谱的变化和社会的进步，医学科学不断向前发展，护理模式由单一疾病护理扩大到预防保健、康复等多元化服务，护理对象由住院患者个体扩展到社会的健康人群，护理服务的范围由医院扩展到社区。近年来，随着人民群众生活水平的不断提高，人们对健康知识的需求越来越细、越来越高，对生活质量更加重视，因此，也就对护理工作寄予了更高的期望和要求。

本书分为临床护理常规和操作规范两大部分，包含内、外、妇、儿、五官、保健等重点科室护理常规与操作规范，选材精细，内容简明，科学性强。21世纪是高度信息化、充满竞争、充满生机的知识经济社会，护士有责任利用高科技的发展所带来的机遇，让最新的服务理念与临床实践密切结合，使知识、能力更具有实践价值，使更多的患者受益。希望本书能为广大护理工作者、实习护士、进修护士的临床工作提供参考。

本书可操作性强、易于掌握、方便查阅，是临床工作和护理教学活动中较为规范的参考书。参编的专家长期工作在繁忙的医、教、研第一线，在编写过程中付出了艰辛的劳动，并且得到了各级领导、专家和相关护士的大力支持和帮助，在此表示衷心的感谢。由于参加编写的人员较多，文笔不尽一致，繁简程度也不尽相同，加之编者的水平有限，不足之处在所难免，望广大护理同仁批评指正。

编 者
2013 年 5 月

目 录

第一篇 内科护理常规

第一章 呼吸系统疾病护理常规	1
第一节 呼吸系统疾病常见症状及护理常规	1
第二节 急性呼吸道感染	8
第三节 慢性阻塞性肺气肿	9
第四节 慢性肺源性心脏病	10
第五节 支气管哮喘	11
第六节 支气管扩张	12
第七节 肺炎	13
第八节 肺结核	14
第九节 肺间质纤维化	15
第十节 呼吸衰竭	16
第十一节 胸腔穿刺术	17
第十二节 纤维支气管镜检查术	19
第十三节 呼吸系统常见诊疗技术及护理	20
第十四节 原发性支气管肺癌患者的护理	23
第二章 循环系统疾病护理常规	28
第一节 急性心力衰竭	28
第二节 慢性心力衰竭	29
第三节 心律失常	30
第四节 心绞痛	32
第五节 急性心肌梗死	33
第六节 原发性高血压	35
第七节 心肌病	37
第八节 冠状动脉粥样硬化性心脏病介入治疗与护理	38
第九节 感染性心内膜炎	48
第十节 人工心脏起搏	50
第三章 消化系统疾病护理常规	53
第一节 急慢性胃炎	53
第二节 消化性溃疡	54

第三节	上消化道出血	56
第四节	溃疡性结肠炎	57
第五节	肝硬化	58
第六节	肝性脑病	59
第七节	急性胰腺炎	61
第八节	腹腔穿刺术	63
第九节	肝脏穿刺术	64
第十节	肝动脉化疗栓塞治疗	65
第十一节	内镜下逆行性胰胆管造影术	66
第十二节	纤维胃镜检查	67
第十三节	胃癌患者的护理	68
第四章	泌尿系统疾病护理常规	70
第一节	急性肾小球肾炎	70
第二节	慢性肾小球肾炎	71
第三节	急性肾盂肾炎	72
第四节	肾病综合征	73
第五节	急性肾损害	74
第六节	慢性肾脏病	75
第七节	尿路感染	76
第八节	腹膜透析	78
第九节	血液透析	83
第十节	经皮肾穿刺活检术	92
第五章	内分泌、结缔组织系统护理常规	93
第一节	糖尿病	93
第二节	甲状腺功能减退症	94
第三节	肥胖症	95
第四节	类风湿性关节炎	96
第五节	系统性红斑狼疮	102
第六节	痛风	105
第六章	血液系统疾病护理常规	107
第一节	再生障碍性贫血	107
第二节	急性白血病	108
第三节	弥散性血管内凝血	110
第四节	淋巴瘤	110
第五节	过敏性紫癜	111
第六节	血友病	112
第七节	造血干细胞移植常见护理问题	113
第七章	神经系统疾病护理常规	120
第一节	短暂性脑缺血发作	120

第二节 蛛网膜下腔出血·····	121
第三节 脑梗死·····	122
第四节 癫痫·····	123
第五节 帕金森病·····	125
第六节 重症肌无力·····	127
第七节 痴呆·····	128
第八节 脑血管造影术·····	130
第九节 腰椎穿刺术·····	131

第二篇 外科护理常规

第八章 外科围术期护理·····	132
第一节 概述·····	132
第二节 手术前护理·····	133
第三节 手术后护理·····	142
第九章 手术室护理·····	153
第一节 手术室环境和管理·····	153
第二节 物品的准备和无菌处理·····	156
第三节 手术人员的准备·····	160
第四节 患者的准备·····	163
第五节 手术室的无菌操作原则及手术配合·····	169
第十章 麻醉患者的护理·····	172
第一节 麻醉前的护理·····	172
第二节 局部麻醉及护理·····	174
第三节 全身麻醉及护理·····	179
第四节 术后镇痛管理·····	184
第十一章 损伤患者护理·····	186
第一节 创伤患者的护理·····	186
第二节 清创术与更换敷料·····	189
第十二章 感染患者的护理·····	192
第一节 概述·····	192
第二节 浅部软组织的化脓性感染·····	195
第三节 全身性感染·····	197
第四节 特异性感染·····	199
第十三章 普外科疾病护理常规·····	202
第一节 甲状腺功能亢进症·····	202
第二节 乳房肿瘤·····	204
第三节 腹外疝·····	207
第四节 腹部损伤·····	208

第五节 胃癌·····	210
第六节 急性阑尾炎·····	211
第七节 肠梗阻·····	214
第八节 结、直肠癌·····	215
第九节 原发性肝癌·····	218
第十节 胆石症及胆囊炎·····	219
第十一节 急性胰腺炎·····	221
第十四章 骨科疾病护理常规·····	225
第一节 颈椎病·····	225
第二节 牵引护理·····	227
第三节 石膏固定的护理·····	229
第四节 四肢骨折·····	231
第五节 断肢(指)再植·····	234
第六节 强直性脊柱炎·····	236
第七节 腰椎间盘突出症·····	237
第八节 半月板损伤·····	238
第九节 股骨头坏死·····	239
第十节 膝关节置换术(TKA)·····	241
第十一节 人工髋关节置换术·····	243
第十二节 脊柱骨折及脊髓损伤·····	246
第十三节 常见关节脱位患者的护理·····	250
第十四节 骨肿瘤患者的护理·····	252
第十五节 骨科常见诊疗技术及护理·····	255
第十五章 神经外科疾病护理常规·····	262
第一节 脑出血·····	262
第二节 颅脑损伤·····	264
第三节 颅内肿瘤·····	269
第十六章 心胸外科疾病护理常规·····	272
第一节 食管癌·····	272
第二节 肺癌·····	281
第三节 气胸·····	285
第四节 心脏移植·····	286
第十七章 泌尿外科疾病护理常规·····	289
第一节 前列腺增生症·····	289
第二节 前列腺癌·····	291
第三节 膀胱癌·····	295
第四节 肾癌·····	297
第五节 肾结石·····	298
第六节 输尿管结石·····	299

第七节 肾损伤	300
第八节 尿道损伤	301
第九节 肾结核	302
第十节 肾移植	303

第三篇 妇产科护理常规

第十八章 妇科疾病护理常规	306
第一节 女性生殖系统的自然防御功能	306
第二节 外阴炎与前庭大腺炎	306
第三节 阴道炎症	307
第四节 慢性宫颈炎	309
第五节 慢性盆腔炎	310
第六节 功能失调性子宫出血	312
第七节 滋养细胞疾病	313
第八节 子宫肌瘤	314
第九节 子宫颈癌	316
第十节 子宫内膜癌	318
第十一节 卵巢肿瘤	319
第十二节 子宫脱垂	321
第十三节 外阴癌	322
第十九章 产科护理常规	323
第一节 正常分娩前护理常规	323
第二节 正常分娩期产妇的护理	324
第三节 正常产后护理常规	327
第四节 剖宫产护理常规	328
第五节 异位妊娠	330
第六节 妊娠期高血压疾病	331
第七节 前置胎盘	333
第八节 胎盘早剥	334
第九节 妊娠合并心脏病	335
第十节 妊娠合并糖尿病	336
第十一节 胎膜早破	337
第十二节 脐带脱垂	338
第十三节 产后出血	339
第十四节 子宫破裂	340
第十五节 羊水栓塞	340
第十六节 产褥期感染	342

第四篇 儿科护理常规

第二十章 儿科疾病护理常规	343
第一节 新生儿窒息	343
第二节 新生儿肺透明膜病	344
第三节 新生儿颅内出血	345
第四节 新生儿黄疸	346
第五节 新生儿败血症	348
第六节 维生素 D 缺乏性佝偻病	349
第七节 小儿腹泻	350
第八节 小儿肺炎	352
第九节 先天性心脏病	353
第十节 营养性缺铁性贫血	354
第十一节 急性肾小球肾炎	355
第十二节 肾病综合征	356
第十三节 化脓性脑膜炎	358
第十四节 病毒性脑炎	359
第十五节 水痘	360
第十六节 流行性腮腺炎	361
第十七节 先天性巨结肠	362
第十八节 先天性髋关节脱位	363
第十九节 隐睾症	364
第二十节 先天性尿道下裂	365

第五篇 眼、耳鼻喉科护理常规

第二十一章 眼科疾病护理常规	366
第一节 原发性闭角型青光眼	366
第二节 视网膜脱离	367
第三节 视神经炎	368
第二十二章 耳鼻喉科护理常规	370
第一节 慢性化脓性中耳炎	370
第二节 感音神经性耳聋	371
第三节 慢性化脓性鼻窦炎	371
第四节 鼻咽癌	372
第五节 声带息肉	373
第六节 慢性扁桃体炎	374
第七节 喉癌	375

第六篇 保健科护理常规

第二十三章	儿童保健护理常规	377
第一节	预防接种	377
第二节	婴儿期保健	379
第三节	幼儿期保健	380
第四节	学龄前期保健	382
第五节	学龄期保健	385
第六节	青春期保健	386
第二十四章	老年人保健护理常规	389
第一节	老年性痴呆	389
第二节	老年期抑郁症	391
第三节	老年退行性骨关节病	393
第四节	老年人心血管病的预防与保健	394

第七篇 常见危重症护理常规

第二十五章	常见危重症护理常规	396
第一节	气管内插管术	396
第二节	机械通气	398
第三节	多器官功能障碍综合征	400
第四节	多发伤	402
第五节	急性呼吸窘迫综合征	403
第六节	连续性血液净化	405
第七节	肠内营养	406
第八节	肠外营养	408

第八篇 操作规范

第二十六章	内科护理操作	410
第一节	动脉血气分析标本采集法	410
第二节	体位引流	411
第三节	心电图机的操作	412
第四节	更换胃肠减压器	413
第五节	腹膜透析换管	414
第六节	床边血糖监测	415
第七节	胰岛素泵的使用	416
第八节	关节腔注射	417

第二十七章 外科护理操作	418
第一节 更换引流袋	418
第二节 更换胸腔引流瓶	419
第三节 膀胱冲洗	420
第四节 骨牵引患者针眼消毒法	421
第五节 经动脉测压管采血	421
第六节 拔锁骨下静脉置管	422
第七节 三腔二囊管压迫止血配合	423
第二十八章 妇产科护理操作	425
第一节 外阴擦洗	425
第二节 挤奶术	426
第三节 母乳喂养术	427
第四节 人工剥离胎盘术	428
第五节 人工破膜	429
第六节 阴道检查	430
第七节 会阴侧切及缝合术	431
第八节 会阴冲洗	432
第九节 坐浴	433
第十节 阴道擦洗	433
第十一节 阴道灌洗	435
第十二节 婴儿乙肝疫苗注射法	436
第十三节 卡介苗接种法	437
第十四节 新生儿沐浴	438
第十五节 人工断脐	439
第十六节 新生儿抚触	439
第十七节 新生儿游泳	440
第十八节 阴道上药	441
第二十九章 儿科传染科护理操作	443
第一节 头皮静脉穿刺术	443
第二节 股静脉穿刺术	444
第三节 颈静脉穿刺术	445
第四节 新生儿更换尿布法	447
第五节 新生儿脐部护理技术	447
第六节 新生儿桡动脉穿刺术	448
第七节 温箱的使用	449
第八节 人工肝血浆置换术	450
第三十章 门、急诊科护理操作	452
第一节 气管插管	452
第二节 心肺复苏机的应用	453

第三节	洗胃·····	454
第四节	换药术·····	455
第三十一章	重症监护室护理操作·····	457
第一节	中心静脉压测量·····	457
第二节	输液泵的使用·····	458
第三节	电除颤·····	458
第四节	心电监护仪的使用·····	459
第五节	连续性血液净化机的使用·····	460
第六节	呼吸机的使用·····	461
第三十二章	五官科护理操作·····	463
第一节	滴眼药水·····	463
第二节	涂眼药膏·····	464
第三节	泪道冲洗·····	465
第四节	结膜囊冲洗·····	466
第五节	鼻腔备皮·····	467
第六节	消毒、清洗气管内套管法·····	468
第七节	鼻腔冲洗·····	469
第八节	鼻窦负压置换法·····	470
第九节	上颌窦穿刺冲洗法·····	470
第十节	咽鼓管吹张法·····	471
参考文献	·····	473

第一篇 内科护理常规

第一章 呼吸系统疾病护理常规

第一节 呼吸系统疾病常见症状及护理常规

一、咳嗽与咳痰

咳嗽 (cough)、咳痰 (expectoration) 是临床上最常见的症状之一。咳嗽是一种反射性防御动作, 借以清除呼吸道分泌物及气道内异物。但咳嗽也可使呼吸道内感染扩散, 剧烈的咳嗽可导致呼吸道出血等。如频繁的咳嗽影响工作和休息, 则为病理状态。咳痰是指借助咳嗽将气管、支气管内分泌物或肺泡内的渗出液排出。咳嗽可伴或不伴咳痰。咳嗽伴有痰液称为湿性咳嗽; 咳嗽无痰或痰量很少, 称为干性咳嗽。

引起咳嗽和咳痰的常见病因如下。①呼吸道疾病: 如支气管炎、肺炎、肺结核、支气管哮喘、气管受压或阻塞、肺间质性疾病等。②理化因素: 如异物、灰尘、刺激性气体、过冷或过热空气等刺激。③胸膜疾病: 如胸膜炎、自发性气胸等。④心血管疾病: 如二尖瓣狭窄或其他原因所致左心衰竭引起肺水肿、肺淤血等。⑤其他: 如脑炎、脑膜炎、食管、胃等刺激也可引起咳嗽。

(一) 护理评估

1. **病史** 询问咳嗽的发病情况、年龄、病程的长短、时间与规律、程度与音色、性质、伴随症状、咳嗽与体位、气候变化等的关系, 有无受凉、花粉吸入或精神因素等诱因, 有无相关的职业和环境因素 (如长期接触粉尘)。观察痰液的色、质、量、气味和有无肉眼可见的异常改变等。询问既往和目前检查、用药和治疗情况。了解患者有无吸烟史、过敏史、家族史。

2. **身体评估** 监测生命体征、意识状态, 有无急性病容、发绀和杵状指 (趾)。气管是否居中, 有无颈部、锁骨上淋巴结肿大, 颈静脉怒张。呼吸频率和深度是否改变, 有无桶状胸, 异常呼吸音, 干、湿啰音等。

3. **心理社会资料** 频繁、剧烈的咳嗽, 尤其是夜间咳嗽或咳大量痰者常感到疲乏、烦躁不安、失眠、注意力不集中、焦虑、抑郁等, 影响正常的生活和工作。此外, 某些传染性

疾病（如肺结核）可通过咳嗽、咳痰造成对周围健康人群的影响。

4. **辅助检查** 评估血常规、痰液直接涂片和染色镜检、痰培养和药物敏感试验、胸部X线检查、肺功能测定等各项检查结果有无异常。

（二）常见护理诊断及医护合作性问题

1. **清理呼吸道无效** 与痰液黏稠、胸痛、意识障碍等导致无效咳嗽有关。

2. **有窒息的危险** 与呼吸道分泌物增多、无力排痰、意识障碍等有关。

（三）护理目标

患者能有效咳嗽，痰液易咳出；能正确采用有利于体位引流的合适体位；能配合胸部叩击等方法，排出痰液。

（四）护理措施

1. 一般护理

（1）改善环境。提供整洁、舒适的环境。保持室内空气新鲜，维持适宜的室温（18～20℃）与湿度（50%～60%）。

（2）避免诱因。避免到空气污染的公共场所，减少尘埃与烟雾等刺激。戒烟可减轻咳嗽，对吸烟的患者应制订有效的戒烟计划。避免剧烈运动，注意保暖。

（3）饮食护理。营养不良、维生素A、维生素C缺乏会使呼吸道防御能力下降、黏膜上皮细胞修复功能减退，油腻、辛辣刺激性食物，可刺激呼吸道加重咳嗽。因此对于慢性咳嗽咳痰者，给予高蛋白、高热量、高维生素、清淡饮食，以增强抗病能力，延缓疾病进程。足够的水分可保证呼吸道黏膜的湿润和病变黏膜的修复，有利于痰液稀释和排出，如患者情况允许时，保证饮水在1.5L/d以上。保持口腔的清洁卫生。

2. **病情观察** 密切观察咳嗽、咳痰情况，详细记录痰液的颜色、量、性质；观察患者体力情况，判断其能否有效咳嗽及将痰液咳出，咳嗽是否伴有发热、胸痛、喘息及咯血等；对意识障碍、痰量较多但无力排痰者，应警惕窒息的发生。

3. 促进有效排痰

（1）指导有效咳嗽。有效咳嗽有助于患者气道远端分泌物的排出和呼吸道通畅。坐位或立位时的咳嗽可产生较高的胸膜腔内压和气流速度，其效果更好。无效咳嗽可使患者疲倦、胸痛、呼吸困难及支气管痉挛加重。因此，教会患者有效咳嗽至关重要。咳嗽训练的常用方法包括有效咳嗽技术和用力呼气技术。

1）有效咳嗽的训练：①患者取坐位或立位，上身可略前倾。②缓慢深吸气，屏气几秒钟，继而咳嗽2～3次，咳嗽时收缩腹肌，腹壁回缩。或用自己的手按压上腹部，帮助咳嗽。③停止咳嗽，缩唇将余气尽量呼出。④再缓慢深吸气，重复以上动作。连做2～3次，休息几分钟后可再重新开始。⑤如深吸气诱发咳嗽，可试断续分次吸气，使肺泡充分充气，增加咳嗽效率。

胸腹部外伤或手术后患者，为避免因咳嗽而加重伤口疼痛，可采用双手或用枕头轻压伤口两侧，起固定或扶持作用，以抑制咳嗽所致的伤口局部牵拉。对胸痛明显者，可遵医嘱服用止痛剂30min后再进行深呼吸和有效咳嗽，以减轻疼痛。

2）用力呼气技术：由1～2次用力呼气组成（用力呼气时不关闭声门），然后咳痰或进行有效咳嗽，随后放松呼吸（最好用膈肌）一些时间再重新开始。

(2) 湿化气道。适用于痰液黏稠难以咳出者。有超声雾化吸入法和蒸汽吸入法。常用湿化剂有蒸馏水、生理盐水、低渗盐水(0.45%，较常用)。临床上常在湿化的同时加入某些药物如痰溶解剂、抗生素、平喘药等，起到祛痰、消炎、止咳、平喘的作用。湿化气道时应注意以下几点。①防止窒息。干结的分泌物湿化后膨胀易阻塞支气管，应帮助患者翻身、拍背，及时排痰，尤其是体弱无力咳嗽者。②控制湿化温度：一般应控制湿化温度在35~37℃。温度过高可引起呼吸道灼伤；而温度过低则可能诱发哮喘、寒战反应。③避免湿化过度：湿化时间不宜过长，一般以10~20min为宜。过度湿化可引起黏膜水肿、气道狭窄、气道阻力增加，甚至诱发支气管痉挛；也可导致体内水潴留，加重心脏负荷。④防止感染：定期进行湿化装置及病房环境的消毒，严格无菌操作，加强口腔护理。⑤用药注意：有严重肝脏疾病和凝血功能异常者禁用糜蛋白酶；严重呼吸功能不全的老年患者和哮喘患者慎用乙酰半胱氨酸(痰易净)。防止药物过量与中毒，某些药物如异丙肾上腺素由患者自行吸入时极易过量而出现危险。雾化吸入的抗生素尽量与全身用药一致。

(3) 胸部叩击与胸壁震荡。适用于久病体弱、长期卧床、排痰无力的患者。咯血、低血压、肺水肿、未经引流的气胸、肋骨骨折及有病理性骨折史者，禁做胸部叩击和胸壁震荡。

1) 胸部叩击的方法：操作者手指和拇指并拢、手掌弓成杯形，以手腕力量，从肺底自下而上、由外向内，迅速而有节律地叩击胸壁，震动气道，边叩边鼓励患者咳嗽，以促进痰液排出，每侧肺叶反复叩击1~3min。叩击时发出一种空而深的拍击音则表明手法正确，若出现拍打实体的声音则说明手法错误。

2) 胸壁震荡的方法：操作者双手掌重叠，肘部伸直，并将手掌置于欲引流的部位，吸气时手掌随胸廓扩张慢慢抬起，不施加任何压力，从吸气最高点开始，在整个呼气期手掌紧贴胸壁，施加一定压力并作轻柔的上下抖动，即快速收缩和松弛手臂和肩膀(肘部伸直)，震荡患者胸壁5~7次，每一部位重复3~4个呼吸周期。

3) 胸部叩击与胸壁震颤的注意事项。①操作前准备：向患者解释操作的意义、过程和注意事项，以配合治疗；监测生命体征，必要时做肺部检查以明确病变部位；宜用单层薄布保护胸廓部位，避免直接叩击引起皮肤发红，避免过厚覆盖物降低叩击时的震荡效果。②叩击时应避开乳房和心脏，勿在骨突起部位进行，如胸骨、肩胛骨及脊柱，避开纽扣、拉链。③操作力度、时间和病情观察：叩击力量适中，以患者不感到疼痛为宜；每次叩击和(或)震荡时间以5~15min为宜。应安排在餐后2h至餐前30min完成，以避免治疗过程中发生呕吐；操作时随时观察患者的反应。④操作后护理：协助做好口腔护理，询问患者的感受，观察痰液情况，测生命体征，听诊肺部呼吸音及啰音变化。

(4) 体位引流。体位引流是利用重力作用使肺、支气管内的分泌物排出体外，又称重力引流。适用于肺脓肿、支气管扩张等有大量痰液而排出不畅时。引流体位应根据患者的病灶部位，如湿啰音集中的部位、X线胸片提示的病灶所在的肺叶或肺段，再结合患者的自身体验(有利于咳嗽的姿势)来确定。体位选择的原则是使病变部位处于高处，引流支气管开口向下，使病变部位处于有效的引流位置。严重高血压、心功能不全、呼吸功能不全、有明显呼吸困难、发绀者、近1~2周内曾有大咯血史或年老体弱不能耐受者禁忌体位引流。

(5) 机械吸痰。适用于无力咳嗽而痰液量多黏稠、意识不清或排痰困难者。可经患者的口腔、鼻腔、气管插管或气管切开处进行负压吸痰。吸痰前应对患者或其家属讲解吸痰的

意义及过程。吸痰注意事项：①每次吸引时间不超过 15s，两次抽吸间隔时间大于 3min。②在吸痰前、中、后适当提高吸入氧的浓度，避免吸痰引起的低氧血症。密切注意外周血氧饱和度变化，如果低于 85% 立即停止吸痰操作。③吸痰管大小合适，抽吸压力要适当。吸痰管前端用生理盐水湿润，插入深度以 15 ~ 20cm 为宜，不宜过深或过浅。④注意无菌操作，使用一次性吸痰管，避免重复使用，加重感染；吸痰包每日更换。⑤定时吸痰，使用呼吸机者每隔 1 ~ 2h 吸痰一次，以防止吸痰不彻底，引起炎症及形成痰痂。⑥吸痰时观察痰液性质和患者反应。

4. **用药护理** 按医嘱使用抗生素、止咳、祛痰等药物，掌握药物的疗效和不良反应，不滥用药物，如排痰困难者不能自行服用强镇咳药。

5. **心理护理** 帮助患者熟悉、适应医院环境，了解咳嗽、咳痰的有关知识，增强战胜疾病的信心，避免焦虑等不良情绪。掌握有效的应对技巧，如做一些力所能及的劳动，参加一定的娱乐活动。指导患者家属理解和满足患者的心理需求，给予患者精神、心理支持。

6. 有室息的危险

(1) 减少窒息发生的危险。对于痰液排出困难者，鼓励多饮水或雾化吸入，协助患者翻身、拍背或体位引流等。

(2) 病情观察。密切观察患者的表情、神志、生命体征，观察并记录痰液的颜色、量与性质，及时发现和判断患者有无发生窒息的可能。如患者突然出现烦躁不安、神志不清、面色苍白或发绀、出冷汗、呼吸急促、咽喉部明显的痰鸣音，应警惕窒息的发生，并及时通知医师。

(3) 做好抢救准备。对意识障碍、年老体弱、咳嗽咳痰无力、咽喉部明显的痰鸣音、神志不清者突然大量呕吐物涌出等高危患者，立即做好抢救准备，如迅速备好吸引器、气管插管或气管切开等用物，积极配合抢救工作。

(五) 护理评价

患者能进行有效的咳嗽，将痰液咳出，呼吸道通畅；生命体征平稳，无窒息发生。

二、肺源性呼吸困难

呼吸困难（dyspnea）是指患者主观感觉空气不足、呼吸费力，客观上出现呼吸频率、节律和幅度异常，严重者出现口唇发绀、鼻翼翕动、端坐呼吸，辅助呼吸肌参与呼吸运动。肺源性呼吸困难主要是呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍导致缺氧和（或）二氧化碳潴留引起。临床上分为三种类型。①吸气性呼吸困难：多见于喉水肿、痉挛，气管异物，肿瘤或气管受压等引起的上呼吸道机械性梗阻。②呼气性呼吸困难：多见于支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿等。③混合性呼吸困难：多见于重症肺炎、重症肺结核、大量胸腔积液和气胸等。

(一) 护理评估

1. **病史** 询问呼吸困难发作的起病缓急和进展特点、有无诱因、年龄、性别、与活动的关系以及用药情况等。是否伴有咳嗽、咳痰、胸痛、发热、神志改变等症状。询问患者对治疗的反应。

2. **身体评估** 监测有无烦躁不安、神志恍惚、谵妄或昏迷等意识改变，有无表情痛苦、

鼻翼翕动、张口呼吸或点头呼吸、呼吸频率、深度和节律有无改变，有无“三凹征”、异常呼吸音、哮鸣音、湿啰音等。

3. **心理社会资料** 肺源性呼吸困难主要由慢性呼吸系统疾病引起呼吸功能受损所致，患者常因呼吸困难、憋气、濒死感，表现为精神紧张、疲乏、注意力不集中、失眠、抑郁、焦虑或恐惧；由于疾病反复发作，给患者带来较重的精神负担，患者易出现焦虑、悲观、沮丧等心理反应，甚至对治疗失去信心；随着生活和工作能力的丧失，亦给家庭生活和经济带来沉重的负担，产生一些社会问题。

4. **辅助检查** 动脉血气分析有助于测定低氧血症和二氧化碳潴留的程度，有利于判断呼吸衰竭的类型。X线胸片、CT可检查有无肺炎、肺结核、肺不张、肺癌、气胸或胸腔积液等。肺功能测定可了解肺功能的基本状态，明确肺功能障碍的程度和类型。

（二）常见护理诊断及医护合作性问题

1. **气体交换受损** 与呼吸道痉挛、呼吸面积减少、换气功能障碍有关。
2. **活动无耐力** 与日常活动时供氧不足、疲乏有关。

（三）护理目标

患者呼吸困难程度减轻；能进行有效的休息和活动，活动耐力逐渐提高。

（四）气体交换受损的护理

1. 一般护理

（1）**环境**。提供安静舒适、空气洁净的环境，保持适宜的温度与湿度，避免刺激性气体的吸入，哮喘患者室内避免有过敏原，如尘螨、花粉等。病情严重者应置于危重症监护病房。冬季注意保暖，防止受凉。

（2）**饮食护理**。保证每日摄入足够的热量，宜进食富含维生素、易消化食物。避免刺激性强、易于产气（如红薯、土豆、萝卜等）的食物，防止便秘、腹胀影响呼吸。对张口呼吸、痰液黏稠者，补充足够水分，并做好口腔护理。

2. **病情观察** 动态观察病情变化，及时发现和解决患者异常情况。如监测呼吸频率和深度、体温、脉搏及出入量；观察呼吸道是否通畅，口唇、颜面和甲床的颜色，判断缺氧程度；观察有无出现心衰和严重心律失常等。监测动脉血气分析，调整治疗方案。

3. **氧疗和机械通气** 合理的氧疗或机械通气是纠正缺氧，缓解呼吸困难最有效的治疗方法。给氧的方法有鼻导管、鼻塞、面罩、气管内和呼吸机给氧。严重缺氧而无二氧化碳潴留者，一般可用面罩给氧；缺氧而伴有二氧化碳潴留者，可用鼻导管或鼻塞法给氧。临床上还应根据病情和血气分析结果采取不同的给氧浓度。应向患者说明氧疗或机械通气的重要性、注意事项和正确使用方法，以得到患者理解和积极配合。

氧疗实施过程应专人负责监护，密切观察疗效，并根据动脉血气分析结果及时调整吸氧浓度和流量，以防止发生氧中毒和二氧化碳麻醉；注意保持吸入氧气的湿化，以免干燥的氧气对呼吸道刺激及气道黏液栓的形成；输送氧气的面罩、导管、气管导管等应定时更换消毒，防止交叉感染。

4. **用药护理** 遵医嘱应用支气管舒张药、抗菌药物、呼吸兴奋剂等，观察药物疗效和不良反应。若使用大剂量糖皮质激素治疗，注意有无应激性溃疡的发生；注意观察胃液颜色、量、性质，观察大便颜色、量、性质，有无胃部不适感。