

沧州医学高等专科学校自编教材



# 临床护理实践能力培训指导

## 个案护理

LINCHUANG HULI SHIJIAN NENGLI  
PEIXUN ZHIDAO

◆主 编 金玉忠 王慧玲



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

沧州医学高等专科学校自编教材  
(供护理、助产专业用)

# 临床护理实践能力培训指导 ——个案护理

主 编 金玉忠 王慧玲

编 者 (以姓氏笔画为序)

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| 马文华 | 王秀清 | 王丽君 | 王慧玲 |
| 王新颖 | 尤雪剑 | 冯 晔 | 朱迎春 |
| 乔 萍 | 刘向丽 | 刘庆旺 | 许晓琳 |
| 杨 青 | 张 艳 | 张洁冰 | 张清涛 |
| 张海燕 | 林秀芝 | 尚娟娟 | 金玉忠 |
| 南桂英 | 贵海峰 | 高石磊 | 郭书芹 |
| 蔡成功 |     |     |     |



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

---

## 图书在版编目(CIP)数据

临床护理实践能力培训指导——个案护理/金玉忠,王慧玲主编. —北京:人民军医出版社,2011.3

沧州医学高等专科学校自编教材

ISBN 978-7-5091-4723-8

I. ①临… II. ①金… ②王… III. ①护理学—医学院校—教学参考资料 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 030130 号

---

策划编辑:郝文娜 文字编辑:魏 新 责任审读:伦踪启

出 版 人:石 虹

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)51927282

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

---

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:5.75 字数:131千字

版、印次:2011年3月第1版第1次印刷

印数:0001~4500

定价:19.00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

# 序

根据教育部《关于全面提高高等职业教育教学质量的若干意见》(教高[2006]16号)文件精神,我校护理专业深入开展基于工作过程的课程改革,重新构建课程体系,开发了《岗位职业能力综合训练》课程,即在内科、外科、妇产科、儿科护理等专业课程学习的基础上,于毕业实习前,实施由护理礼仪、基础护理技术和临床护理实践能力三方面内容有机融合的综合训练与考核,使学生达到护理岗位职业综合能力的建构。

自2006年开始,经过5年的努力,他们在课程建设上有了较大突破,不仅突破了传统的课程设置,更重要的是教学内容的选取与融合更加符合职业对教学的要求。学生通过开展岗位职业能力综合训练,其理论知识、专业技能和人文修养均得到了全面提高,接受我校实习生、毕业生的医院普遍反映,近年来护理专业学生综合素质稳步提升,因此,开设《岗位职业能力综合训练》课程是非常必要的。

本次编写的《临床护理实践能力培训指导——个案护理》是护理专业课程改革的重要组成部分,是教师5年来辛勤劳动的硕果。教材具有以下特点:一是内容深入浅出,由易至难,易教易学;二是与护士执业资格考试接轨,体现行业需求和护理教育的发展;三是将临床路径护理模式与管理原则应用于临床护理教学,与临床岗位对接,实现了工学结合新的跨越。

这本教材共有25名同志参与编写工作,这些同志长期工作在教学和临床一线,具有丰富的教学与临床实践经验。他们结合自身教学实践,不断进行思考与探索,总结、提炼与完善,最终完成了教材的编写任务。付出总会有回报,希望这本教材的正式出版,对于提高护理专业学生综合素质,提升专业教学水平,会起到积极的推进作用。同时期望护理专业在教材使用过程中,不断完善、更新教材内容,加快课程建设步伐,精心打造精品课程,逐步形成护理专业的教育特色和优势。

沧州医学高等专科学校 牟兆新 校长

2011年2月18日

# 前 言

为体现“以服务为宗旨、以就业为导向”的办学要求,培养与工作岗位对接的高素质技能型护理专业人才,护理系积极开展专业教学改革,开发《岗位职业能力综合训练》课程,将护理礼仪、基础护理技术和临床护理实践能力三方面有机融合,目的在于使学生在毕业实习之前,在校内实训基地完成在医院护士岗位上相应的工作,为参加临床护理工作奠定基础。

《岗位职业能力综合训练》课程的教材包括三部分:《护理礼仪培训指导》《基础护理技术操作及评分标准》《临床护理实践能力培训指导——个案护理》。本教材是其中的重要组成部分,2006 年使用自编讲义,经过 1 年的试用,2007 年第一次正式出版印刷。2008 年护理系开展基于工作过程的课程改革,对临床护理实践能力培训有了进一步的深刻认识和理解,结合教学实践,参照卫生部 2009 年临床路径管理试点方案,组织教师重新编写本教材,应用于护理专业教学,经过尝试使用,师生反映良好。

本教材编写作者共有 25 名同志,均来自一线教师和具有实践工作经验的行业专家,中高级职称 15 名,具有 10 年以上实践工作经验的行业专家 14 名,全部是担任本课程教学任务的骨干教师,编者期望该教材对学生起到积极的指导作用,促进护理专业教学改革深入发展。

在教材的编写、审定和出版过程中,得到了学校领导和广大同仁的热情指导和帮助,在此深表谢意! 本教材虽经全体编者反复研究、讨论、修改,但由于编写人员水平和能力有限,不当之处,恳请广大师生在使用过程中提出宝贵意见,使之日趋完善并有所发展。

编 者

2011 年 2 月 18 日

# 目 录

|                            |      |
|----------------------------|------|
| 一、支气管哮喘病人的护理 .....         | (1)  |
| 二、慢性阻塞性肺疾病急性加重期病人的护理 ..... | (2)  |
| 三、高血压病人的护理 .....           | (5)  |
| 四、急性心肌梗死病人的急救与护理 .....     | (7)  |
| 五、急性左侧心力衰竭病人的护理 .....      | (9)  |
| 六、急性胰腺炎病人的护理 .....         | (11) |
| 七、肝硬化腹水病人的护理 .....         | (12) |
| 八、肝硬化上消化道出血病人的护理 .....     | (14) |
| 九、慢性肾衰竭病人的护理 .....         | (18) |
| 十、白血病人护理 .....             | (21) |
| 十一、甲状腺功能亢进症病人的护理 .....     | (23) |
| 十二、糖尿病病人的护理 .....          | (25) |
| 十三、糖尿病酮症酸中毒病人的护理 .....     | (30) |
| 十四、急性脑出血病人的护理 .....        | (31) |
| 十五、肠梗阻病人的护理 .....          | (33) |
| 十六、胆石症病人的护理 .....          | (35) |
| 十七、腹股沟斜疝病人的护理 .....        | (38) |
| 十八、急性阑尾炎病人的护理 .....        | (40) |
| 十九、脾破裂病人的护理 .....          | (43) |
| 二十、胃十二指肠溃疡穿孔病人的护理 .....    | (44) |
| 二十一、急性乳腺炎病人的护理 .....       | (47) |
| 二十二、乳癌病人的护理 .....          | (49) |
| 二十三、胸部损伤病人的护理 .....        | (52) |
| 二十四、脑挫裂伤病人的护理 .....        | (54) |
| 二十五、食管癌病人的护理 .....         | (57) |
| 二十六、直肠癌病人的护理 .....         | (60) |
| 二十七、烧伤病人的护理 .....          | (64) |
| 二十八、腰椎间盘突出症病人的护理 .....     | (66) |
| 二十九、股骨干骨折病人的护理 .....       | (69) |
| 三十、正常分娩妇女的护理 .....         | (71) |
| 三十一、计划性剖宫产病人的护理 .....      | (74) |
| 三十二、早产患儿的护理 .....          | (76) |
| 三十三、子宫肌瘤病人的护理 .....        | (79) |
| 三十四、宫颈癌病人的护理 .....         | (82) |

## 一、支气管哮喘病人的护理

患者,男性,35岁。咳嗽、发热2周,喘息2d。2周前受凉出现咽痛、咳嗽、发热,以干咳为主,最高体温 $37.8^{\circ}\text{C}$ 。口服“感冒药”(具体不详)后发热症状明显改善,但咳嗽症状改善不明显。5d前出现喘息,夜间明显,自觉呼吸时有“喘鸣音”,常常于夜间憋醒。接触冷空气或烟味后症状可加重。门诊以“支气管哮喘,上呼吸道感染”收入院。既往患“过敏性鼻炎”5年,经常使用“抗过敏药物”。无烟酒嗜好。其父患湿疹多年。

体格检查:体温(T) $36.2^{\circ}\text{C}$ ,脉搏(P)80/min,呼吸(R)24/min,血压(BP)120/80mmHg。意识清楚,口唇无发绀,颈静脉无充盈。双肺可闻及散在哮鸣音。心界不大,律齐,未闻及杂音。腹软,肝、脾肋下未触及,双下肢无水肿,未见杵状指。

辅助检查。血常规:白细胞计数(WBC) $7.6\times 10^9/\text{L}$ ,中性粒细胞(N)0.75,淋巴细胞(L)0.12,血红蛋白(Hb)135g/L,血小板计数(PLT) $234\times 10^9/\text{L}$ ,胸部X线片未见异常。

**情境一** 入院第1天。患者入院,护士接诊。

上午10时,患者步入病房,护士接诊。

1. 为患者安排好病床。
2. 护士做自我介绍,并通知医生。
3. 进行入院宣教(介绍病区环境和相关制度),收集、评估护理资料,完成护理病历首页。

**情境二** 入院后遵医嘱给予支气管扩张药、糖皮质激素等,患者症状缓解,教患者雾化吸入。

**护士:**您好,今天我教您雾化吸入器的使用方法。这是雾化吸入器,里面装的是治疗哮喘疾病的药物。

**患者:**这怎么用啊?

**护士:**我来教您使用方法,您按我说的做就可以了。

1. 取下保险盖,用力振摇气雾瓶。
2. 将头后仰尽量使吸入的通道呈直线,将气雾剂的喷口置于两唇之间,牙齿轻轻咬住喷头,口唇包紧气雾剂的喷口。
3. 深呼气后,在按压气雾剂的同时缓慢而深深地吸气,使喷入气雾剂的气雾随吸入气流缓慢而深地吸入气道内。

4. 将气雾剂喷口撤出,尽可能屏气10s以增加药物微粒在气道和肺内的沉积量,假如因喘息而屏气困难,屏气时间可以缩短,然后从鼻腔呼气。

5. 随即用温开水漱口,不要做吞咽动作,将漱口水吐出,这在吸入气雾剂时尤为重要。

6. 第2次吸入至少应休息1~3min进行,可再重复使用1次。

**患者**(患者按要求做了1次):我这么做对吧?

**护士:**很好,掌握的不错,记住用药后应及时漱口。

**患者:**为什么还要漱口啊?

**护士:**这是因为药物在口咽部局部会产生一些不良反应,包括造成声音嘶哑、咽部不适和念珠菌感染等。所以为了减少这些并发症的发生,吸药后应该及时用清水漱口及咽部并洗脸。

患者:哦,明白了,不过这比吃药麻烦多了,有什么好处啊?

护士:通过喷雾法直接给药的好处是药物可以直接作用于呼吸道,所需剂量较小且全身不良反应较少。

患者:原来如此,谢谢!

护士:不客气,那您休息吧。

**情境三** 出院前 1 天健康指导。

护士:您明天就可以出院了。

患者:谢谢啊,这些天麻烦你们了,跟你们也学了不少东西。

护士:不客气,应该的。在您出院之前还有些注意事项要跟您和家人交代一下。

1. 注意识别和避免诱发因素。
2. 正确使用定量吸入器进行治疗和应急处理。
3. 要随时进行自我监测病情,写好哮喘日记。
4. 随身携带止喘气雾剂,以备应急使用。
5. 避免穿化纤或染色衣物,以宽松衣物为宜。

(冯 晔)

## 二、慢性阻塞性肺疾病急性加重期病人的护理

患者,男性,78岁,退休教师。自1964年起无明显诱因出现阵发性咳嗽、咳痰,白色黏痰,偶有痰中带血丝,当时诊断为“支气管炎”,青霉素治疗后缓解。此后天气变凉及冬春季反复发作,服用抗生素及镇咳药物后好转。1995年后咳嗽、咳痰加重,晨起加剧,咳白色泡沫痰,活动后如爬楼梯、快步行走等,感心悸、气促,休息后可缓解。2003年9月淋浴后咳嗽加重、咳黄色脓性痰,量不多,难咳出,伴明显气促、心悸和下肢水肿。在当地医院先后给予头孢哌酮、洛美沙星、氨茶碱及中药治疗,改善不明显,走平路亦感气促。入院前10d受凉后感心悸、气促再次加重,夜间不能平卧,尿量少,有低热,体温波动在37.5~38.0℃;咳嗽、咳白色黏液痰,量多,每天约100ml;无盗汗、胸痛及咯血,在家吸氧和服用解热、镇咳、化痰药物后症状无缓解,门诊以“慢性支气管炎、肺气肿、肺心病合并呼吸衰竭”于2003年12月1日收入院。既往体健,有55年吸烟史,于1995年戒烟。无饮酒嗜好。

体格检查:体温38.0℃,脉搏120/min,呼吸32/min,血压135/80mmHg。发育正常,营养中等,慢性病容,神志清楚,端坐位,呼吸急促。巩膜及皮肤无黄染,口唇发绀,浅表淋巴结无增大。颈静脉怒张,桶状胸,肋间隙增宽,吸气时呈三凹征,呼气时间延长。两侧呼吸运动对称,触觉语颤减弱,无胸膜摩擦感,叩诊过清音。两肺呼吸音减弱,肺野满布细湿啰音和哮鸣音。心前区无隆起,剑突下可见心脏冲动,未触及震颤,心界叩不出,心率120/min,律齐,心尖部第一心音减弱,肺动脉瓣区第二心音亢进,三尖瓣区可闻及Ⅲ/Ⅵ级收缩期杂音。腹平软,肝肋缘下3cm,剑突下5cm,质中,边缘钝,轻触痛,肝颈静脉回流征阳性,移动性浊音阳性,双下肢明显凹陷性水肿。



门诊辅助检查结果如下。血常规:血红蛋白 170.0g/L,红细胞计数(RBC) $5.7 \times 10^{12}/L$ ,白细胞计数  $15.8 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 0.882,淋巴细胞 0.116。胸部 X 线显示两肺纹理增多、增粗、紊乱,呈条索状或蜂窝状,双肺门血管增粗,以右下肺动脉干为甚,其横径 $>1.5\text{cm}$ ,心胸比尚正常,但肺动脉段突出较明显,心尖圆隆,提示右心室增大。

入院当日辅助检查结果如下。心电图检查:Ⅱ、Ⅲ、aVF 导联 P 波高尖,  $PV_1$  高尖,达 3mm, aVR 呈 qR 型。  $V_1R/S>1$ ,  $V_5$ ,  $V_6$  导联的 S 波较深, R/S 几乎等于 1,提示右心房及右心室肥大,心电轴右偏,肺性 P 波。血气分析:酸碱度(pH) 7.398,动脉血氧分压( $PaO_2$ ) 50.4mmHg(6.7kPa),动脉血二氧化碳( $PaCO_2$ ) 61.8mmHg(8.3kPa)。

入院第 2 天辅助检查结果如下。血常规:血红蛋白 167.0g/L,红细胞计数  $5.5 \times 10^{12}/L$ ,白细胞计数  $15.5 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞 0.879,淋巴细胞 0.12。

肝功能:总蛋白(TP) 51.6g/L,清蛋白(ALB) 30.2g/L。肾功能和血电解质正常。

### 情境一 入院 1~3d 护理工作。

#### 1. 子情境一 入院时护士接诊。

上午 8 时,患者由平车推入病房,护士接诊。建病历、通知医生;帮患者调整舒适体位,测量生命体征;同时进行入院宣教:介绍入院环境、经治(管床)医生、传呼器的使用及规章制度(介绍病房环境、设施和设备,指导患者和家属阅读住院须知及规章制度,包括作息、探视、陪护、陪检等,个人和环境卫生及自带物品管理等)。

#### 2. 子情境二 执行入院医嘱,同时进行必要的入院宣教。

(1)给患者吸氧,并调整氧流量(向患者及家属讲解氧疗的意义及注意事项)。

(2)用药的护理(气雾剂使用操作指导及注意事项的告知,详见下面“子情境三”气雾剂使用护理)。

(3)入院宣教内容的补充:查房、治疗、测体温、晨晚间护理等医疗护理活动时间等。

(4)关于戒烟问题的询问与建议,给予必要的健康指导。

(5)通知需要做的相应检查及时间安排。告知注意事项:如尿标本、粪标本采集注意事项,痰培养标本采集注意事项。与相关科室联系,护送患者并确保患者各项检查顺利进行。

#### 3. 子情境三 气雾剂使用护理。正确使用气雾剂才能获得满意疗效。

(1)评估:用药前仔细评估患者知识接受能力及使用气雾剂的情况。

(2)准备:准备有关资料,如说明书、幻灯片以及需要与患者、家属讨论的内容,如气雾剂基本构造、使用方法及正确使用意义等。

(3)演示:向患者及家属演示气雾剂的正确使用方法。吸药前先取下气雾剂保护盖,将药瓶上下摇动几次,缓慢呼气至最大量,然后将喷口放入口内,双唇含住喷口,经口缓慢吸气,在深吸气过程中按压驱动装置,继续吸气至最大量,屏气 10s,使较小的雾粒在更远的外周气道沉降,然后再缓慢呼气。若需要再次吸入,应等待至少 1min 后再吸入药液(即推荐 3~5min 吸入 2 喷),间隔一定时间是为了“第一喷”吸入的药物扩张狭窄的气道后,再次吸入的药物更容易到达远端受累的支气管。

(4)漱口:每次喷完药物后认真漱口,并将漱口水吐掉,以减少咽部并发症。

(5)练习:督促患者反复练习。

(6)注意事项:不要将容器暴露于 50℃ 以上温度的环境中。不透明的容器,不能看到药物

是否用完,但摇动容器可显示是否还有剩余液体。喷嘴应保持清洁,并可用温水清洗。如用肥皂或清洁剂,喷嘴应用清水彻底冲洗干净。

4. 子情境四 入院 24h 内,责任护士进病房进行入院评估。

入院日辅助检查结果如下。心电图检查:Ⅱ,Ⅲ,aVF 导联 P 波高尖,PV<sub>1</sub> 高尖达 3mm,aVR 呈 qR 型。V<sub>1</sub>R/S>1,V<sub>5</sub>、V<sub>6</sub>导联的 S 波较深,R/S 几乎等于 1,提示右心房及右心室肥大,心电图右偏,肺性 P 波。血气分析:pH7.398,PaO<sub>2</sub> 6.7kPa(50.4mmHg),PaCO<sub>2</sub> 8.3kPa(61.8mmHg)。

责任护士对患者进行入院护理评估(病史评估要点、护理体检及辅助检查要点,作出护理诊断,正确填写护理入院评估表,并做出相应的护理计划)。

5. 子情境五 入院第 2 天护士巡视病房。

护士巡视病房,观察病情,进行必要的健康指导(促进排痰的护理)。

(1)需要观察的项目。

①首先注意氧疗是否正常。

②如有输液,观察和询问相关药物的作用效果及不良反应出现的情况。

③询问饮食、睡眠、大小便情况;观察呼吸情况、缺氧症状、咳嗽、咳痰情况(量、性质、颜色等)。

④护理查体。皮肤:缺氧发绀情况,二氧化碳潴留表现,皮肤黏膜干燥或水肿情况;呼吸形态观察,肺部听诊、心脏听诊,腹部、下肢相关的检查(下肢水肿情况等)。

(2)消除患者紧张、恐惧心理,告知患者要有长时间治疗的耐心和心理准备。

(3)排痰指导:①深呼吸有效咳嗽;②胸部叩击(询问是否原来进行过叩击排痰,告知注意事项并进行操作);③雾化吸入促进排痰。

(4)简单的饮食指导及并发症的预防宣教;询问食欲及大便情况;做好便秘及下肢静脉血栓形成等并发症的宣教。

## 情境二

住院期间(住院第 4 天)经过以上治疗及护理后,患者的病情明显好转,体温恢复正常,痰液减少,易咳出。血常规中白细胞总数基本恢复正常,肺部啰音明显减少。护士巡视病房,对患者进行健康宣教。

1. 观察患者一般情况及病情变化。

2. 观察疗效及药物反应。

3. 检查患者有效咳嗽排痰方法的掌握情况,指导陪护人员协助患者拍背排痰方法,腹式呼吸和缩唇呼吸训练的评估与指导。

4. 疾病相关健康教育。如慢性阻塞性肺病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)及 AECOPD 的相关知识。

内容包括什么是 COPD? 什么是急性加重慢性阻塞性肺疾病(acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, AECOPD)? 相关的临床表现、病因、治疗目的、用药及其并发症等。与患者共同探讨本次病情加重的主要诱因,并使其认识到积极参与诊治及康复过程可减少急性发作,改善呼吸功能,延缓病情发展,提高生活质量;告知患者预防感冒、增强体质、戒烟戒酒、改善居住环境及加强营养对 AECOPD 复发的重要性;消除紧张恐惧心理,树立长时间治疗的耐心和心理准备。

### 情境三

患者出院护理。

患者病情基本恢复到加重前的状态,虽仍有一定程度的气短,但活动耐受能力较入院时明显增强,肺部啰音基本消失,右侧心力衰竭阳性体征基本消失(肝淤血性肿大及肝颈静脉反流征阳性及下肢水肿消失)。但血气分析结果仍显示低氧血症: $\text{pH} 7.38$ ,  $\text{PaO}_2 52.5\text{mmHg}$  ( $7\text{kPa}$ ),  $\text{PaCO}_2 43.6\text{mmHg}$  ( $5.8\text{kPa}$ )。

1. 子情境一 出院前1天下午,护士巡视病房,根据患者出院前评估结果,进一步加强健康宣教。

(1)家庭氧疗的指导(指出其适应证、具体做法及其机制与意义、注意事项)。

(2)出院指导相关内容(COPD稳定期的自我保健):①休息与活动;②饮食;③用药;④病情观察及感染预防等使急性加重的相关注意事项:如戒烟、避免烟尘吸入、注意保暖、加强营养等;⑤呼吸训练和氧疗指导,适当的保健运动;⑥定时复诊。

(3)检查患者对呼吸功能训练、家庭氧疗及相关健康知识的了解程度。

2. 子情境二 出院指导。

(1)重复出院注意事项。

(2)帮助患者办理出院手续。

(王新颖)

## 三、高血压病人的护理

患者,男性,68岁,退休干部,主因头痛、头晕1个月余,加重2d入院。患者于1个月前不明原因头痛、头晕眼花,近2d来头痛、头晕症状加重,并伴有心悸、气急等现象,故来医院就诊。患者既往体健,有烟酒嗜好。

体格检查:体温  $36.5^{\circ}\text{C}$ ,脉搏  $60/\text{min}$ ,呼吸  $16/\text{min}$ ,血压  $170/100\text{mmHg}$ 。身高  $170\text{cm}$ ,体重  $85\text{kg}$ ,体型偏胖。神志清醒,焦虑不安。面色红润,全身皮肤无瘀斑及血肿。呼吸平稳,双肺呼吸音清晰,未闻及干、湿性啰音。腹软,肝、脾未及。巴宾斯基征、凯尔尼格征阴性。胸部X线片显示:主动脉弓迂曲,左心室增大。心电图、超声心动图可见:左心室肥大。血脂检查:低密度脂蛋白胆固醇增高、高密度脂蛋白胆固醇降低。

入院诊断:原发性高血压、高血压性心脏病。

入院后主要给予药物降血压治疗。

### 情境一

入院当日护理工作。

1. 子情境一 护士接诊。

上午8时,患者由平车推入病房,护士接诊。建病历、通知医生、测量生命体征。同时做好入院宣教工作。

(1)介绍入院环境,经治医生及责任护士、传呼器的使用。

(2)介绍规章制度(作息、探视、陪住、陪检、个人及环境卫生及自带物品管理等)。

(3)讲解安全防范知识(用电安全、禁烟防火、贵重物品保管等)。

(4)告知查房、治疗、测体温、晨晚间护理等医疗护理活动时间。

2. 子情境二 责任护士到病房进行入院评估,执行入院医嘱,同时进行必要的健康教育。

(1)对患者进行入院护理评估(患者的一般资料、精神状态、护理体检及辅助检查要点,现病史、过去史、家族史,正确填写护理入院评估表,作出护理诊断,请患者参与制订相应的护理计划)。

(2)交代第2天晨留取尿、粪标本和护士抽取血标本的注意事项及目的,包括尿常规、血常规、空腹血糖、肝肾功能、血脂全项等。

(3)交代做心电图、胸部X线摄片、心脏B超的目的及注意事项。

(4)介绍口服药物的种类、作用及药物不良反应。

(5)介绍休息与适当运动对控制病情的好处,嘱咐患者要保持良好的心态,劳逸结合,做好患者的心理护理。

3. 子情境三 对患者进行饮食指导。

(1)注意饮食要定时、定量、定质。

(2)介绍适宜的饮食种类,做到饮食低盐(每天摄入量不超过6g)、低脂、低胆固醇(介绍含胆固醇高的食物,如鸡蛋黄、动物肝、动物脑、鱼子、动物脂肪等尽量少吃或不吃),注意饮食中多增加蔬菜和水果的量。

**情境二** 住院第3天,责任护士对患者进行药物依从性的指导。

根据患者的病情和文化程度及患者对疾病的认识程度,采取有效地讲解方式,对患者进行疾病相关知识的讲解。

1. 讲解血压是怎样形成的。

2. 介绍影响血压的因素。

3. 高血压的病因、目前的治疗手段、疾病的控制和预后,让患者自觉地遵照医嘱按时规律服药,做到不随意加量、减量,不间断,不漏服,不随意改变服药时间、次数。

**情境三** 住院8~10d,护士指导患者家属学习测量血压技术。

1. 测量血压的方法和步骤。

2. 测量血压的注意事项以及测血压“四定”。

**情境四** 住院14d,护士对患者进行出院指导。

1. 首先评价患者及家属对住院期间已接受的健康教育的效果,并根据情况向患者发放防治高血压病的宣传材料。

2. 评估患者服药的依从性。

3. 嘱咐患者要定时进行血压监测。

4. 告知复查时间,如果病情有变化要及时来医院就诊。

5. 告知科室联系电话。

6. 为患者办理出院手续。

(王秀清)

## 四、急性心肌梗死病人的急救与护理

2009年1月20日凌晨5时,市急救中心接到市区某小区住户的求救电话,其妻王某,清晨入厕时,突然摔倒不省人事。接线员立即呼叫医院值班人员出诊,1名医生和2名护士立即整装出发,于5:15时到达事发现场。

### 情境一 现场救护。

某小区5号楼6楼住户家中,医护人员展开就地抢救。

1. 子情境一 评估患者的生命征象。

甲、乙护士:将患者平卧在地,常规做心电图。

医生:心脏听诊,触及颈静脉判断有无波动,掐按人中穴等。

护士甲:按医嘱进行吸氧。

医生:心电图示心搏骤停,立即行人工心肺复苏术。

2. 子情境二 急救处理。

(1)通畅呼吸道,清理口腔分泌物,解开领口及腰带,做人工呼吸,行胸外心脏按压。

(2)建立静脉通路。

(3)遵医嘱给予肾上腺素1mg。

(4)5:45患者复苏成功,转送医院进一步进行生命支持。

### 情境二 医院ICU病房。

1. ICU护士为患者准备好床单位,做好接诊准备。

2. 护士甲和护士乙与ICU护士丙、丁一起将患者安置在抢救床上。

3. 接氧气管道为患者吸氧(4~6L/min),连接心电监护仪。

4. ICU医生:检查患者生命体征,观察心电监护数据。

体温:皮肤温度低于中心温度3~4℃时提示外周循环差或存在低心排血量。

血压:注意收缩压、舒张压及脉压差的变化。

呼吸:注意呼吸的频率、节律、深度和呼吸杂音。

脉搏:注意脉搏的强弱、快慢及皮肤黏膜的变化。

瞳孔:观察瞳孔的大小及对光反射情况。

尿量:尿量及尿比重。

心电图监测:密切观察心电图的波形,特别是Q波、T波及ST段的改变,及时发现各种心律失常并立即报告医生处理。

意识变化:观察有无昏睡、昏迷、意识模糊、嗜睡、谵妄抽搐等。

心前区疼痛的观察:有无心前区疼痛,如有注意其性质、部位、时间以及是否有放射性疼痛、疼痛缓解方式。

### 情境三 患者由ICU护士护送至心内科病房。

1. 心内科护士为患者准备床单位。

2. 主班护士与 ICU 护士交接,包括患者病情、治疗、护理及医疗文件。入院宣教包括:介绍入院环境、经治医生及责任护士、传呼器的使用;规章制度(方法:讲解、介绍病房环境、设施和设备,指导患者和家属阅读住院须知及规章制度,包括作息、探视、陪住、陪检、个人和环境卫生及自带物品管理等)。

#### 情境四 健康教育——心肌梗死患者的饮食指导。

**早班护士:**大妈(根据患者年龄给予适当称呼),感觉怎样?看你的精神和气色不错,想吃点什么?

**患者:**来到普通病房后,心情放松了,病也好多了,想吃肉馅包子。

**护士:**大妈,这说明你的病情好转了。但根据你现在的情况,在饮食上还是应该有所注意。现在是发病的第 1 周,要吃流食,如牛奶、米汤、菜汤、豆浆等,每次 200~250ml,每天 5 次或 6 次;第 2 周吃半流食(米粥、藕粉);第 3 周吃一些软食(面片汤、软米饭等);第 4 周可以吃低热量、低脂肪的普食。

#### 情境五 健康教育——心肌梗死患者的卧床休息。

**患者:**护士,我躺在床上快 3d 了,浑身酸痛,想下地活动。

**中午班护士:**大妈,我来为你按摩吧,这样舒服些。你的病很严重,目前不宜下床,按规定 1~3d 必须卧床休息,这样可以减轻心脏的负担,缩小梗死的范围,对你的疾病恢复有好处。现在是第 3 天,4~6d 时先在床上活动,也可以坐在椅子上 20min,3~5/d。8~14d 时可以在室内走动,做一些日常活动。3~4 周时可以有人陪着你到楼道内行走,试着上、下楼梯,到那时就可以出院了。

#### 情境六 健康指导——心肌梗死患者保持大便通畅方法。

2009 年 1 月 24 日早晨 7 时,责任护士为患者进行晨间护理。

**患者:**护士,我想解大便,但我不敢用力害怕犯病。

**护士:**大妈,不要紧张,在口服药中有通便药,应该没问题,你先试试。

腹部按摩,诱导排便。为患者遮挡屏风,放大便器于患者臀下,协助患者沿着肠蠕动的方向按摩腹部数次。

使用开塞露纳肛,硝酸甘油舌下含服,30min 后患者仍不能自排大便,报告医生。遵医嘱进行小量、低压、不保留灌肠 1 次。

**护士:**向患者解释灌肠目的和注意事项,给予灌肠 1 次。

#### 情境七 护士对患者进行出院指导。

护士来到床旁通知患者做好出院准备。

**患者:**护士,我这次犯病多亏你们精心的治疗与护理,要出院了,我心里还真有点害怕回家后再犯,以后应该注意什么呢?

**护士:**大妈,请不要担心,我现在就告诉你今后生活中应该注意的问题。

1. 饮食 注意进食低盐、低脂肪、低胆固醇、无刺激、易消化食物,少量多餐。不宜太咸、太饱,禁食肥肉和辣椒等食品。

2. 保持大便通畅 如果大便干燥,排便时用力会使腹压增高,增加心肌耗氧,而诱发本病,

因此宜多吃蔬菜和水果。清晨可用温开水加适量的蜂蜜饮服,每次 200ml。每天睡前腹部按摩,沿肠蠕动方向进行数次,以刺激肠蠕动,预防便秘。便秘严重,可使用开塞露纳肛,同时舌下含服硝酸甘油以预防本病的发生。

3. 劳逸适度 对预防本病非常重要。出院后活动量要从小到大,根据情况适量运动,逐渐增加运动量,促进血液循环,增强心功能。

4. 用药 出院用药是住院治疗的延续,它能够防止本病复发,一定要按医嘱要求按时、按量服用。

5. 保持心情愉快 不良情绪会增加心脏的负荷和心肌的耗氧,在平时尽量使自己保持愉快的心情。

6. 识别病情变化 如果因劳累、情绪激动、饱餐、用力排便等原因引起胸部不适,或活动时心悸气急、烦躁,尤其是发生心绞痛时要按医生要求药物自救,并立即就诊。

7. 复诊 定期到医院复诊,以便及时调整药物,防止疾病复发。

(蔡成功 金玉忠)

## 五、急性左侧心力衰竭病人的护理

患者,男性,70岁,主因突发呼吸困难伴咳嗽咳痰 1h 入院。患者有心脏损害病史 10 年余,就诊当日凌晨突感严重呼吸困难,端坐呼吸,频繁咳嗽,咳粉红色泡沫痰,烦躁不安,面色苍白,口唇、四肢末梢发绀,大汗淋漓,心悸乏力。即到医院就诊。

体格检查:体温 37.3℃,脉搏 132/min,呼吸 26/min,血压 130/75mmHg。神志清楚,对答切题,双瞳孔等大、等圆,对光反射灵敏,皮肤湿冷,口唇发绀,端坐呼吸,双肺布满湿啰音及哮鸣音,心率 132/min,律齐,心尖冲动减弱,心尖部可闻及奔马律。全腹软,无压痛、反跳痛,未扪及包块,肠鸣音正常。神经系统检查未见异常。辅助检查:X 线可见肺门有蝴蝶状阴影并向周围扩大。心电图示:窦性心动过速,陈旧性前侧壁心肌梗死。

### 情境一 入院第 1 天。

1. 子情境一 入院时护士接诊。

晨 6 时,患者由平车推入病房,护士接诊。

(1)安排病房床位(坐位、双腿下垂,必要时可轮流结扎四肢,并注意保护患者,防止坠床),建病历,通知医生,向家属交代病情。

(2)给予鼻导管吸氧,氧流量 6~8L/min(20%~50%乙醇湿化,注意防止酒精中毒。动脉血氧饱和度维持在 0.95~0.98),重症监护(持续心电、血压和血氧饱和度监测等),监测生命体征,做心电图检查。

(3)建立静脉通路。

(4)同时进行入院宣教:24h 绝对卧床休息,限制探视。介绍入院环境、经治医生及责任护士、传呼器的使用;规章制度(方法:讲解、介绍病房环境、设施和设备,指导患者和家属阅读住院须知及规章制度,包括作息、探视、陪住、陪检等,个人和环境卫生及自带物品管理等)。

## 2. 子情境二 当班护士执行医嘱。

(1)一级护理或特级护理,记 24h 出入量。快速应用利尿药:如呋塞米 20~40mg 静脉注射(2min 注射完,注意每日监测电解质变化,必要时可 4h 重复 1 次);吗啡 3~5mg 静脉注射(注意观察有无呼吸抑制及心动过缓情况);应用血管扩张药:控制滴速(每分钟 30 滴,监测血压变化,收缩压控制在 100mmHg 左右)。必要时应用洋地黄药物、氨茶碱等,注意观察药物不良反应。

(2)完善辅助检查:动、静脉取血做实验室检查(动脉血气分析、电解质、血常规、心肌损伤标志物、肝肾功能、血糖);床旁胸部 X 线片;床旁超声心动图。

(3)起病后 4~12h 给予流质饮食,饮食应清淡,少食多餐。24h 内绝对卧床休息,保持环境安静,限制探视,应有专人陪伴,给予心理支持,避免不良情绪,增强信心。

### 情境二

住院第 6 天,患者转入普通病房。给予一级或二级护理(转入普通病房后)。

#### 1. 生活护理

(1)饮食护理:流质改为软食,禁烟酒,避免各种刺激性食物。

(2)休息与活动:根据患者自身恢复情况制定活动计划。4~6d 可在床上坐起,坐位进餐、洗漱。做适当关节主动活动。第 2 周可下床在床边活动,逐步过渡到室内行走。第 3 周适当室外活动,根据恢复情况可考虑出院。

(3)防止便秘:多食蔬菜水果及富含膳食纤维食物,避免便秘。

2. 病情观察 持续重症监护(持续心电、血压和血氧饱和度监测等),观察患者生命体征、心律、心率等。复查床旁胸部 X 线片。记录 24h 出入量。

3. 治疗护理 根据情况可调整吸氧浓度。应用利尿药并注意复查电解质。

4. 心理护理 多问候,多巡视。可多介绍一些成功病例增强患者自信心。注意避免一些诱发疾病发展的诱因。保持患者情绪平稳,勿大喜大悲。适当介绍疾病相关知识,以便患者主动配合治疗。

### 情境三

住院第 14 天,患者出院。

对患者进行出院指导。

1. 指导患者改变不良生活方式,养成良好生活习惯 合理膳食:低热量、低脂、低胆固醇、低盐饮食,多食蔬菜、水果及粗纤维食物。服用利尿药后尿量多时,多吃大枣、橘子、香蕉、韭菜等含钾高的食物,适当补钾。避免暴饮暴食,饮食要规律。控制体重。适当活动:以有氧运动为主,循序渐进。戒烟限酒。减轻精神压力,以平和的心态工作生活。

2. 避免诱发因素 告知患者及家属:过劳、情绪激动、饱餐、寒冷刺激等都是重要诱因。

3. 学会自我监测病情 学习疾病相关知识,多参加医院举办的健康知识讲座,参加病友们的交流会,懂得疾病知识才能更好地战胜疾病。有任何不适及时就诊,不能耽搁。

4. 康复指导 出院后进行康复训练。从步行开始,逐渐延长时间及强度,运动中心率达到患者最大心率的 60%~65%的低强度长期锻炼是安全有效的。以后根据患者自身情况可逐渐从事个人卫生、家务劳动等轻度活动,但对于体力、精力要求较高的职业则应予以更换。

5. 用药指导 注意按时、按量服药,勿自己擅自增减药量。

6. 定期复查 告知患者科室及医护人员联系方式,有问题及时联系。约定来医院检查日期。定时复查血气分析、血常规、胸部 X 线片、心电图等。



7. 照顾者指导 应让照顾者一同学习相关疾病知识,并掌握基本心肺复苏方法,以备急用。

(高石磊)

## 六、急性胰腺炎病人的护理

患者李某,男性,45岁,5d前饮酒后出现中上腹痛,为持续性隐痛,尚能忍受,偶有腰背部痛,伴呕吐2次,呕吐物为胃内容物。3d前于当地医院就诊,查尿淀粉酶1200U/L,白细胞计数 $13.6 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞76%,给予氯唑西林注射剂,奈替米星注射剂,山莨菪碱注射剂治疗,但病情未见明显好转,今为求进一步诊治来我院,初步诊断为“急性胰腺炎”,收住入院。

体格检查:体温38.5℃,脉搏100/min,呼吸19/min,血压120/70mmHg。神志清楚,精神可,急性病容。左锁骨上淋巴结及全身浅表淋巴结未及肿大,心肺无特殊,腹平软,未见瘀点瘀斑,未见胃肠型及蠕动波,中上腹、脐偏左压痛,无肌痛、反跳痛,全腹未及包块,肝、脾肋下未及,墨菲征阴性,移动性浊音阴性,肠鸣音4/min,双肾区无叩痛,神经系统检查阴性。

辅助检查:当地医院检查示尿淀粉酶1200U/L,血常规:白细胞计数 $13.6 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞76.2%。

### 情境一 患者入院、接诊患者。

1. 主班护士:安置床位,通知经治医生、责任护士,建立病历档案,填写登记患者信息。正确执行处理医嘱。
2. 安置患者至床上,测量生命体征。
3. 做入院宣教:介绍病房环境、设施和设备,指导家属阅读住院须知及规章制度,包括作息、探视、陪住、陪检等,个人和环境卫生及自带物品管理等。
4. 评估患者病情,填写入院评估表及患者入院知情同意书。评估内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、既往史、过敏史、生命体征、身高、体重、意识状态、全身营养、皮肤、四肢活动情况以及饮食、睡眠、大小便、烟酒嗜好。制订护理计划,实施护理措施。

### 情境二 配合临床治疗,加强基础护理,观察病情。

1. 患者绝对卧床,松解衣服,吸氧,注意保暖。
2. 建立静脉通路。给予禁食、胃肠减压,胃肠减压管要防止扭曲、堵塞和受压。定时更换引流装置,观察、记录引流液的色、性质、量。
3. 监测生命体征变化。观察患者神志,记录24h尿量。注意皮肤黏膜温度和色泽,备好抢救物品。
4. 疼痛护理:观察腹痛的性质;遵医嘱给予抗胰酶药物、解痉药、镇痛药;协助患者取舒适卧位。完善各项护理文件。
5. 心理护理:为患者提供安全舒适的环境,了解患者的感受,耐心解答患者的问题,讲解疾病的相关知识,帮助患者树立战胜疾病的信心。

### 情境三 核对医嘱,与夜班护士交班。