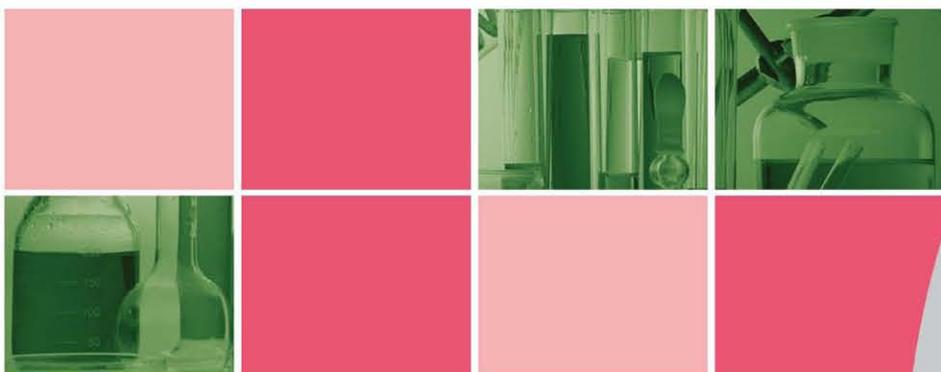


主 编 熊红霞 李运华
叶芳平 杨玉琴



SHIXUN

内

NEIKE HULIXUE SHIXUN ZHIDAO

NEIKE HULIXUE SHIXUN ZHIDAO

内科学 实训指导

 江西科学技术出版社

内科护理学实训指导/熊红霞、李运华等主编. —南昌:江西科学技术出版社, 2011. 5

ISBN 978 - 7 - 5390 - 4107 - 0

I. ①内… II. ①熊…②李… III. ①内科学:护理学—中等专业学校—教学参考资料 IV. ①R473.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 080644 号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcs.com>

选题序号:KX2011039

图书代码:X11017 - 101

内科护理学实训指导

熊红霞 李运华等主编

出版	江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市蓼洲街 2 号附 1 号
	邮编:330009 电话:(0791)86623491 86639342(传真)
印刷	江西省人民政府印刷厂
经销	各地新华书店
开本	787mm × 1092mm 1/16
字数	260 千字
印张	11.25
版次	2011 年 7 月第 1 版 2011 年 7 月第 1 次印刷
书号	ISBN 978 - 7 - 5390 - 4107 - 0
定价	20.00 元

赣版权登字 - 03 - 2011 - 108

版权所有,侵权必究

(赣科版图书凡属印装错误,可向承印厂调换)

目 录

第一章	呼吸系统疾病护理技能	1
	实训一 呼吸肌功能锻炼	1
	实训二 体位引流术的护理	6
	实训三 肺结核的诊治护理	10
	实训四 纤维支气管镜检查术的护理	14
	实训五 胸腔穿刺术的护理	17
	实训六 采集动脉血气分析标本	21
	实训七 雾化吸入疗法的护理	25
	实训八 呼吸机使用的护理	28
第二章	循环系统疾病护理技能	32
	实训一 识别常见心律失常心电图	32
	实训二 便携式心电监护仪的使用	38
	实训三 心脏电复律的护理	43
	实训四 人工心脏起搏的护理	47
	实训五 心血管疾病介入诊疗技术的护理	51
	实训六 急性心肌梗死病人的抢救护理	56
	实训七 慢性心力衰竭的诊治护理	60
第三章	消化系统疾病护理技能	64
	实训一 上消化道内镜检查术的护理	64

实训二 腹腔穿刺术的护理	68
实训三 肝活体组织穿刺检查术的护理	72
实训四 三腔二囊管压迫止血术的护理	76
实训五 洗胃术的护理	80
实训六 肝性脑病的诊治护理	84
实训七 急性胰腺炎的诊治护理	88

第四章

泌尿系统疾病护理技能

92

实训一 肾穿刺术的护理	92
实训二 血液透析的护理	97
实训三 腹膜透析的护理	101
实训四 慢性肾衰竭的诊治护理	105

第五章

血液系统疾病护理技能

109

实训一 束臂试验	109
实训二 成分输血的护理	112
实训三 骨髓穿刺术的护理	116
实训四 造血干细胞移植的护理	121
实训五 缺铁性贫血的诊治护理	125

第六章

内分泌疾病护理技能

129

实训一 血糖仪的使用	129
实训二 口服葡萄糖耐量试验(OGTT)	133
实训三 胰岛素笔式注射器应用方法	136
实训四 甲状腺功能亢进症的诊治护理	140

第七章 ▶ **神经系统疾病护理技能** 143

实训一 腰椎穿刺术的护理 143

实训二 肢体瘫痪早期康复训练方法 147

第八章 ▶ **传染病护理技能** 152

实训一 传染病区管理和隔离消毒 152

实训二 病毒性肝炎的诊治护理与艾滋病的健康教育
..... 156

思考题参考答案 161

实训一 呼吸肌功能锻炼

[实训目的]

1. 学会加强胸、膈呼吸肌的肌力和耐力的锻炼方法,改善呼吸功能,提高生活能力。
2. 掌握指导有效咳嗽、胸部叩击及震荡法的适应证和禁忌证。
3. 学会指导有效咳嗽、叩击、震荡法的基本操作步骤。
4. 熟悉窒息的临床表现及学会窒息的抢救护理。
5. 培养学生关心、体贴病人和认真负责的态度。

[实训内容]

指导有效咳嗽、胸部叩击及震荡法、腹式缩唇呼吸、呼吸操、窒息的诊断及抢救护理。

[相关知识点]

缩唇呼吸是通过缩唇形成的微弱阻力来延长呼气时间,增加气道压力,延缓气道塌陷。腹式缩唇呼吸、呼吸操等有利于加强胸、膈呼吸肌的肌力和耐力,从而改善呼吸功能,促进病人康复。

另外,病人呼吸道分泌物增多,而过多的分泌物可能会阻塞气道,引起窒息,如出现表情惊恐、张口瞪目、双手乱抓、大汗淋漓、唇指发绀、大小便失禁、意识丧失等均提示有大量分泌物阻塞气道,引起窒息,此时应立即进行抢救护理。

护理人员对于神志清醒、能咳嗽的病人应指导病人进行有效咳嗽;对久病体弱、长期卧床、排痰无力者应行胸部叩击及震荡(利用重力的原理及机械的力量使粘贴在气管壁上的分泌物脱落,更易于排出体外),同时鼓励病人咳嗽,以利于痰液排出。

[实训用物]

口腔护理设备、枕头、单层薄布、纱布、痰杯、漱口水、生理盐水、庆大霉素、 α -糜蛋白酶、 β_2 受体激动剂、消毒痰液药物、痰液标本采集瓶、吸引器、氧气、吸氧设备、鼻导管、气管切开包、止血药、呼吸兴奋剂、升压药等。

[实训步骤]

(一)素质要求

1. 服装、鞋帽整洁,戴口罩。

2. 仪表大方、举止端庄。
3. 微笑服务、语言温和、态度和蔼可亲。

(二)操作前准备

1. 护士:

(1)核对医嘱,确认病人,洗手。

(2)自我介绍,洗手,评估病人。

(3)向病人说明呼吸肌功能锻炼、有效咳嗽、叩击及胸壁震荡的目的、方法、注意事项及配合要点,消除病人紧张情绪。

2. 物品:准备实训用的物品,放置合理。

3. 环境:要求环境整洁、安静,保持适宜的温度(18~22℃)和湿度(50%~60%)。

4. 病人:

(1)了解有效咳嗽、叩击及胸壁震荡的目的及注意事项,愿意合作,有安全感。

(2)监测生命体征,护理体检,明确病变部位。

(3)痰液黏稠不易咳出者,可在咳嗽前 15min 先用生理盐水超声雾化吸入,可加入庆大霉素、 α -糜蛋白酶等稀释痰液,或应用支气管舒张剂(β_2 受体激动剂),提高咳嗽效果。

(三)体位

可取立位、坐位、平卧位、半卧位、侧卧深屈膝位等,两手分别放于胸前或上腹部,有利于膈肌、腹肌收缩和增加腹压,并经常变换体位有利于痰液咳出。

(四)方法

1. 指导病人有效咳嗽、咳痰:适用于神志清楚尚能咳嗽的病人。

病人取坐位或立位,双手抱膝,上身前倾或在腹部置一枕头,用双上肢夹紧。指导病人先行 5~6 次深呼吸,并于深吸气后屏气数秒,使气体在肺内得到最大分布,双手挤压腿或枕头增加腹压,同时用力咳嗽将痰咳出;或指导病人深吸气后屏气数秒,呼气时连续做 3~4 次小力气的咳嗽,将痰咳至咽部附近再用力咳嗽,通过缩唇呼吸将余气呼出。重复以上动作进行练习,可促进气道远端分泌物的排出,适用于小气道病变如慢性支气管炎病人。

2. 胸部叩击与胸壁震荡:适用于久病体弱、长期卧床、排痰无力者。

(1)胸部叩击:①听诊肺部,明确病变部位后用薄布保护胸壁,以免直接叩击引起皮肤发红;②取侧卧位,护士指关节微屈、手呈扶碗状,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,每一肺叶叩击 1~3min,120~180 次/min(图 1-1-1)。同时鼓励病人咳嗽,使痰液松动,利于咳出。

(2)胸壁震荡:护士双手重叠,并将手掌置于欲引流部位,吸气时手掌随病人胸廓扩张慢慢抬起,从呼气最高点开始,整个呼气期手掌紧贴病人胸壁,施加一定压力并轻柔的上下抖动,通过快速收缩和松弛手臂和肩膀(肘部伸直)以震荡胸壁 5~7 次,每一个部位重复 6~7 个周期。

3. 呼吸功能锻炼:适用于慢性呼吸困难病人改善呼吸功能。

(1)缩唇呼吸:嘱病人用鼻吸气,然后半闭口唇慢慢呼气,边呼气边数数,数到 7 后做一个“扑”声,尽量将气呼出,吸气与呼气时间比为 1:2 或 1:3,每分钟 7~8 次。呼气量以使距口唇 15~20cm 处,与口唇等高水平的蜡烛火焰随气流倾斜又不至于熄灭为宜(图 1-1-2)。有条件者可做吹水训练,用吸管对着水杯内的水(约 1/3 杯)吹气,每次 3min,可改善通气。

(2)膈式或腹式呼吸:病人取立位、平卧位或半卧位,两手分别放于胸前或上腹部,用鼻做缓慢而深的吸气,吸气动作尽量慢,膈肌最大程度下降,腹肌松弛,腹部凸出,手感到腹部向上抬起,最好能持续 3~5s 以上,至无法吸气后再缓慢地用口呼气,腹肌收缩,膈肌松弛,膈肌随腹腔内压增加而上抬,手感到腹部下降,每天训练 3~4 次,每次重复 8~10 次。

(3)缩唇腹式呼吸:缩唇腹式呼吸是将缩唇呼吸与腹式呼吸结合进行,是肺气肿缓解期改善肺功能的最佳方法。病人取站立位、平卧位或半卧位,用鼻缓慢深吸气,膈肌最大程度下降,腹部凸出。呼气时用缩唇呼吸方式,同时腹肌收缩,膈肌上抬,胸腔压力增加,便于气体呼出(图 1-1-3)。习惯于缩唇腹式呼吸方式后,不论走、坐、卧,均可随时采用。

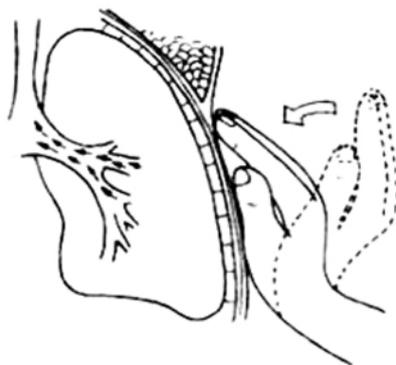


图 1-1-1 胸部叩击法



图 1-1-2 缩唇呼吸

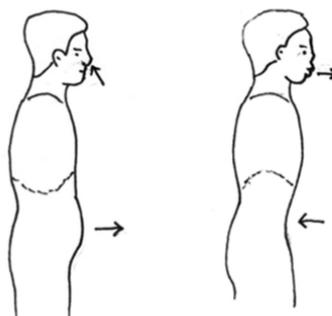


图 1-1-3 缩唇腹式呼吸

(4)呼吸操:双手上举,用鼻缓慢吸气时,膈肌最大程度下降,腹部凸出。弯腰,双手下垂并与上身垂直,同时缩唇呼吸,腹肌收缩(图 1-1-4)。吸气与呼气时间比为 1:2 或 1:3。

4. 窒息的抢救配合:

(1)体位:头低足高 45° 俯卧位,脸侧向一边,托起头部向背曲。

(2)通畅呼吸道,轻拍背部,嘱病人尽量将气管内分泌物或积血咯出,必要时用吸引器;也可以用手指裹上纱布清除口、咽、喉、鼻部分泌物,配合医生气管插管或气管切开。

(3)吸氧:根据病情和动脉血气分析结果,给予不同流量吸氧。

(4)遵医嘱使用呼吸兴奋剂,如尼可刹米、洛贝林等。

(5)密切观察病情变化,警惕再次窒息。

(6)嘱观察病人不能屏气,以免喉头痉挛,分泌物引流不畅,加重窒息。



鼻吸气、鼓腹



弯腰、缩唇呼吸、收腹

图 1-1-4 呼吸操

〔操作评价标准〕

1. 总分值:100 分。
2. 指导病人进行呼吸肌功能锻炼时,没有考虑病人病情、胸部叩击顺序错误、窒息抢救护理体位错误、伴有二氧化碳潴留时没有低流量吸氧,均按零分计。
3. 有创新,能提高操作质量,加 5 分(且该创新处与操作评分标准不一致时不扣分)。
4. 操作评价标准,见表 1-1-1。

表 1-1-1 呼吸肌功能锻炼操作考核评价标准

素质要求	形象:服装、鞋帽整洁,戴口罩(1分),仪表大方、举止端庄(1分),修剪指甲(1分) 态度:微笑服务(1分),语言柔和恰当(1分),态度和蔼可亲(1分)	6
操作前准备	护士	核对病人(1分),自我介绍(1分),洗手,评估病人(2分)
	物品	备齐用物(2分),放置妥当(1分)
	环境	环境清洁(1分),温度适宜(1分),必要时屏风遮挡(2分)
	病人	理解目的(1分),愿意合作(1分),有安全感(1分)
操作过程	体位合适(10分),听诊肺部确定病变部位(5分) 操作方法选择适当(5分) 操作手法正确,叩击、震荡时间合理(10分) 密切观察病人生命体征、神志、痰量等情况(10分) 有异常时及时报告医生,采取相应的处理措施(10分) 窒息抢救氧疗合理(5分),配合给药(5分)	60
操作后	协助病人整理衣物,应用漱口水彻底漱口,嘱病人休息(2分) 记录病人病情变化情况、处理后结果及排出的痰量和性质等,必要时正确留取痰液标本送检(2分) 痰液用漂白粉等消毒剂消毒后再弃去(2分) 嘱病人多饮水以稀释痰液,定期翻身(2分) 清洗双手(2分)	10

续表

提问		10
总分		100
整体评价	A. 沟通流畅、操作认真规范、病人舒适	A 1.0
	B. 沟通稍欠流畅或操作欠规范、病人舒适	B 0.9
	C. 沟通不流畅、操作欠规范、病人欠舒适	C 0.8
	D. 无沟通、操作不规范、病人不舒适	D 0.7
实得分	实得分=总分×整体评价系数	

[实训指导]

1. 操作前准备好用物,向病人做好解释工作,消除病人的顾虑,取得病人信任及配合。

2. 通常情况下,病人取坐位比较理想。如果病人的身体不能耐受或因某些治疗的限制(如进行机械通气时),也可以选择侧卧位。

3. 自下而上、自外而内叩击胸壁,使得粘贴在气管壁上的痰液容易脱落。叩击的部位与范围要依据病人的病情而定。叩击时应该避免叩击有创伤、纽扣、拉链处的皮肤,同时还要避开心脏、乳房、骨突如肩胛部、脊柱等处,叩击力度以病人不感疼痛为宜。如果整个肺野都要叩击,应从影响最大的肺叶或肺野开始,通常是从肺下叶开始。叩击时发出一种空而深的叩击音而不是拍打音,表示手法正确。叩击和震荡应安排在餐后 2h 或餐前 30min 完成,以免治疗中呕吐,每次 5~15min 为宜。有咯血、心血管重症疾病、肺水肿、未经引流的气胸、肋骨骨折及有病理性骨折病史等病人禁止做胸部叩击及震荡治疗。

4. 缩唇呼吸、膈式或腹式呼吸时应注意力集中,肩背放松,先吸后呼,经鼻吸气,经口呼气,深吸慢呼,不可过度用力。

5. 密切观察病人神志、呼吸、心率、痰量等情况,有异常时应及时报告医生,采取相应的处理措施。

6. 正确留取痰液标本并及时送检,做细菌培养,以免痰中口腔菌在室温下大量繁殖,影响致病菌的诊断。

7. 保证足够的水分摄入以便稀释痰液,利于咳出,忌食冰冷、辛辣食物,忌饮浓茶、咖啡等刺激性饮料,以免引起刺激性咳嗽。

8. 多变换体位,定期翻身。体位的变换不仅可以预防褥疮的发生,同时还可以达到一定的引流作用。如果病情不加限制,可以多选择侧卧位、半卧位、坐位等体位。

[思考题]

1. 简述胸部叩击及震荡的禁忌证。

2. 协助排痰的方法有哪些?

3. 为什么周边细支气管的痰液需分多次咳出?

实训二 体位引流术的护理

【实训目的】

1. 掌握体位引流术的适应证和禁忌证。
2. 掌握体位引流术的基本操作步骤。
3. 了解体位引流术的治疗目的。
4. 培养学生关心、体贴病人和认真负责的态度。

【实训内容】

学习体位引流术的术前准备、术中配合和术后护理操作技能。

【相关知识点】

体位引流术是根据病人病灶部位,采取适当体位,利用地心引力引流特别需要引流的肺段,同时借咳嗽或抽吸技术来清除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅,减少痰液淤积,防止并发症,改善呼吸,提高护理质量,减轻病人痛苦,促进疾病康复。

1. 适应证:①呼吸道分泌物过多的病人,如慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿病人;②支气管碘油造影前后。

2. 禁忌证:①呼吸功能不全、有明显呼吸困难和发绀者;②近期有大咯血者;③严重心、肺、肝、肾功能不全,全身状态极差或其他器官极度衰竭者。

【实训用物】

抬高床头(床尾)设备、口腔护理设备、靠背架、纱布、痰杯、漱口水、生理盐水、庆大霉素、 α -糜蛋白酶、 β_2 受体激动剂、消毒痰液药物、痰液标本采集瓶等。

【实训步骤】

(一)素质要求

1. 服装、鞋帽整洁,戴口罩。
2. 仪表大方、举止端庄。
3. 微笑服务、语言温和、态度和蔼可亲。

(二)引流前准备

1. 护士:
 - (1)核对医嘱,确认病人。
 - (2)自我介绍,洗手,评估病人。
 - (3)向病人说明体位引流术的目的、方法、注意事项及配合要点,消除病人紧张情绪。
2. 物品:准备引流用的物品,放置合理。
3. 环境:要求环境整洁、安静,保持适宜的温度(18~22℃)和湿度(50%~60%)。

4. 病人:

(1)了解体位引流术的目的及注意事项,愿意合作,有安全感。

(2)监测生命体征,肺部听诊,明确病变部位。

(3)痰液黏稠不易咳出者,可在引流前 15min 先用生理盐水超声雾化吸入,可加入庆大霉素、 α -糜蛋白酶等稀释痰液,或应用支气管舒张剂(β_2 受体激动剂),提高引流效果。

(三)体位

根据病变部位及病人自身体验,采取相应的体位。原则上抬高患肺位置,使引流支气管开口向下,同时辅以拍背,以借助重力的作用使痰液排出(图 1-2-1)。

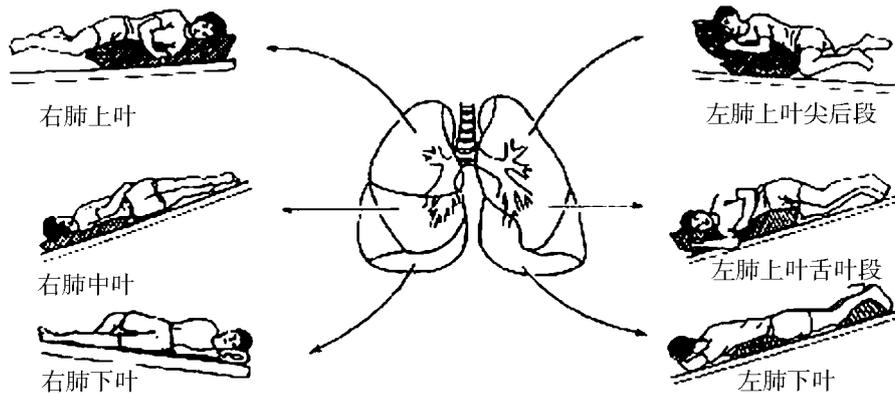


图 1-2-1 体位引流术示意图

(四)引流

1. 时间:引流宜在饭前 1h 或饭后 1~3h 进行,以免导致呕吐。每次引流 15~20min,每日 1~3 次。一般安排在早晨起床时、晚餐前及睡前。

2. 观察病人:引流中注意观察病人反应,若出现面色苍白、发绀、咯血、头昏、呼吸困难、出汗、脉搏细速、疲劳等情况应立即停止引流,并及时报告医生,采取相应处理措施。注意观察引流出痰液的颜色、量、性质以及静置后是否分为 3 层。

3. 排痰:引流过程中鼓励病人做深呼吸及有效咳嗽,并辅以叩背,以利于痰液排出。

(五)引流后护理

协助病人整理衣物,应用漱口水彻底漱口,以保持口腔清洁,增进食欲,减少呼吸道感染机会。嘱病人休息。整理用物,记录排出的痰量和性质,必要时将痰液送检。痰液用漂白粉等消毒剂消毒后再弃去。

附:病例分析

李先生,28 岁。咳嗽、咳大量脓痰、反复咯血五年。3 天前受凉后突然发热,咳嗽加剧,痰量增多,混有少量血液,恶臭味。体检:T 39.5°C, P 120 次/min, R 32 次/min, BP 105/70mmHg。消瘦貌,表情紧张不安,呼吸急促。右下肺可闻及较固定的湿啰音。腹软,无压痛,双下肢无水肿。

血常规检查见 WBC $12 \times 10^9/L$, N 85%;X 线胸片显示右肺下野纹理紊乱,呈蜂窝状改变,可见小液平面。

讨论:

- (1)该病人可能的临床诊断。
- (2)主要护理诊断及合作性问题,护理措施及健康指导内容。

[操作评价标准]

1. 总分值:100分。
2. 没有抬高病人肺的位置,使引流支气管开口向下,按零分计。
3. 有创新,能提高操作质量,加5分(且该创新处与操作评分标准不一致时不扣分)。
4. 操作评价标准,见表1-2-1。

表 1-2-1 体位引流术的护理操作考核评价标准

素质要求	形象:服装、鞋帽整洁,戴口罩(1分),仪表大方、举止端庄(1分),修剪指甲(1分) 态度:微笑服务(1分),语言柔和恰当(1分),态度和蔼可亲(1分)	6
操作前准备	护士	核对病人(1分),自我介绍(1分),洗手,评估病人(2分)
	物品	备齐用物(2分),放置妥当(2分)
	环境	环境清洁,温度适宜,必要时屏风遮挡(2分)
	病人	理解目的、愿意合作(2分),有安全感(2分)
操作过程	体位	体位合适(10分)
	引流	操作方法选择适当(10分) 操作手法正确,引流时间合理(10分) 密切观察病人神志、呼吸、心率、痰量等情况(10分) 有异常时及时报告医生,采取相应的处理措施(10分) 必要时配合用药(10分)
操作后护理	协助病人整理衣物,应用漱口水彻底漱口,嘱病人休息(2分) 记录病人病情变化情况,处理后结果,排出的痰量和性质等,必要时将痰液送检(2分) 痰液用漂白粉等消毒剂消毒后再弃去(2分) 向病人说明引流情况及注意事项(2分) 清洗双手(2分)	10
提问		10
总分		100
整体评价	A. 沟通流畅、操作认真规范、病人舒适	A. 1.0
	B. 沟通稍欠流畅或操作欠规范、病人舒适	B. 0.9
	C. 沟通不流畅、操作欠规范、病人欠舒适	C. 0.8
	D. 无沟通、操作不规范、病人不舒适	D. 0.7
得分	实得分=总分×整体评价系数	

[实训指导]

1. 操作前准备好用物,对病人做好解释工作,消除病人的顾虑,取得病人的信任及配合。

2. 根据病变部位及病人自身体验,采取相应的体位,头部外伤,胸部创伤,咯血,严重心、脑、肺疾患病人,病情不稳定者,不宜使用头低位引流。

3. 操作手法正确,引流时间合理。

4. 密切观察病人神志、呼吸、心率、痰量等情况,有异常时及时报告医生,采取相应的处理措施。

5. 正确留取痰液标本并及时送检做细菌培养,以免痰中口腔菌在室温下大量繁殖,影响致病菌的诊断。

6. 病人忌食冰冷、辛辣食物,忌饮浓茶、咖啡等刺激性饮料,以免引起刺激性咳嗽。

7. 嘱病人保持平和心态,避免情绪激动、剧烈运动或过度体力劳动。

[思考题]

1. 体位引流应安排在什么时候做较适当,每次引流的时间大约多长较好?

2. 体位引流应采取何体位?

3. 引流时应注意什么?

实训三 肺结核的诊治护理

【实训目的】

1. 在带教教师的指导下,对肺结核病人进行护理评估,并对资料进行分析、整理。
2. 能列出主要的护理诊断和合作性问题,并制定相应的护理计划,实施护理措施。
3. 掌握结核菌素试验(PPD 试验)的方法、结果判定。
4. 培养学生关心、体贴病人和认真负责的态度。

【实训内容】

肺结核病人护理评估、护理诊断、护理措施、PPD 试验方法及结果判定。

【相关知识点】

结核病是由结核杆菌引起的慢性传染病,可累及全身多个器官,但以肺部受累形成肺结核(简称 TB)最为常见。常有低热、乏力等全身症状和咳嗽、咯血等呼吸系统表现。

结核杆菌主要通过呼吸道传播,飞沫传播是肺结核最重要的传播途径。人体对结核杆菌的反应主要是细胞免疫,属于Ⅳ型(迟发型)变态反应。病变过程复杂,但其基本病变主要有渗出、增生、坏死。

肺结核辅助检查常用胸部 X 线检查,痰结核菌检查是确诊肺结核的可靠方法,但是如果痰涂片阴性的话,常还需做结核菌素试验,即 PPD 试验。

肺结核的治疗主要是化学治疗,化疗原则是早期、联合、适量、规律、全程用药治疗。现常采取全程督导短程化疗。

【实训用物】

治疗盘、血压计、听诊器、体温表、手电筒、叩诊锤、压舌板、消毒棉签、软尺、直尺、纱布、标记笔、记录笔、纸、弯盘、结核菌素纯蛋白衍生物(TB-PPD)注射剂、1ml 蓝芯注射器、4~5 号针头等。

【实训步骤】

(一)素质要求

1. 服装、鞋帽整洁,戴口罩。
2. 仪表大方、举止端庄。
3. 微笑服务、语言温和、态度和蔼可亲。

(二)操作前准备

1. 护士:
 - (1)核对医嘱,确认病人。
 - (2)自我介绍,洗手,评估病人。
 - (3)向病人说明护理评估的目的、方法、注意事项及配合要点,消除病人紧张情绪,取得

病人同意及配合。

2. 物品:准备护理评估、实训所需物品,放置合理。

3. 环境:要求环境整洁、安静,保持适宜的温度(18~22℃)和湿度(50%~60%)。必要时用屏风遮挡。

4. 病人:了解护理评估的目的及注意事项,愿意合作,有安全感。

(三)PPD 试验及结果判定

1. 注射部位及剂量:取结核菌素 0.1ml(5U),通常在左前臂屈侧中上部 1/3 处做皮内注射。

2. 结果判定:注射后 48~72h 后观察结果,用卡尺测量硬结纵横直径,硬结平均直径=(纵径+横径)/2。如果皮肤硬结的直径<5mm 为阴性(-);5~9mm 为弱阳性反应(+);10~19mm 为阳性反应(++);≥20mm 或虽<20mm 但局部起水疱或组织坏死为强阳性反应(+++)。

3. 结果意义:

(1)结素试验阳性:成人结素试验阳性仅表示曾受到结核菌感染或接种过卡介苗,并不表示一定患病;若呈强阳性,常提示活动性结核病;3 岁以下强阳性反应者,应视为有新近感染的活动性结核病,应进行治疗。结素反应如果 2 年内从<10mm 增加至 16mm 以上时,可认为有新的结核感染。

(2)结素试验阴性:说明机体未感染结核菌,还见于:①结核感染后 4~8 周以内处于变态反应前期;②免疫力下降和变态反应暂时受抑制,如应用糖皮质激素或免疫抑制剂、严重结核病和危重病人、淋巴细胞免疫系统缺陷、严重营养不良等。

(四)临床见习或病例讨论

1. 带教教师在病房选定肺结核病人若干例,或教师将准备好的病例资料分发给学生。

2. 每 8~10 个学生为一组,在带教教师指导下评估病人,并收集病人资料。

3. 对收集的资料进行分析、整理,经小组讨论后,列出护理诊断和合作性问题,制定护理计划。

4. 各小组推荐代表,汇报本小组的讨论意见,由教师点拨和总结。

5. 每个学生书写一份护理病历,交教师批改。

(五)角色扮演

1. 每 8~10 个学生为一组,教师将准备好的病例资料分发给学生,做好课前预习。

2. 教师引导学生进行角色扮演。3 人一小组,1 人扮演护士,1 人扮演病人,1 人扮演病人家属。病人及家属角色可根据病例资料或自设情景回答问题,护士应身临其境完成护理评估,并对资料进行分析、整理。

3. 每组选派 1 名护士角色代表汇报讨论结果,选派一名病人角色和家属角色代表汇报角色感想。各组之间相互交流、讨论,教师给予总结并完善情景中所设的问题。

4. 学生书写作业,交教师批改。

(六)操作后护理

1. 协助病人整理衣物及床单,对物品进行清洗、消毒,放归原处。

2. 清洗双手,记录评估结果。

附:病例分析

女性,59 岁,间断咳嗽、咳痰 5 年,加重伴咯血 2 个月。病人 5 年前受凉后低热、咳嗽、咳

白色黏痰,给予抗生素及祛痰治疗,1个月后症状不见好转,体重逐渐下降,后拍胸片诊断为“浸润型肺结核”,肌注链霉素1个月,口服利福平、雷米封3个月,症状逐渐减轻,遂自行停药。此后一直咳嗽,少量白痰,未再复查胸片。2个月前劳累后咳嗽加重,少量咯血伴低热、盗汗、胸闷、乏力,又来就诊。病后进食少,二便正常,睡眠稍差。护理体检:T37.4℃,P94次/min,R22次/min,BP130/80mmHg,无皮疹,浅表淋巴结未触及,巩膜不黄,气管居中,两上肺呼吸音稍减低,并闻及少量湿啰音,心脏叩诊浊音界不大,心率94次/min,律齐,无杂音,腹部平软,肝脾未触及,双下肢无水肿。

讨论:

- (1)要明确诊断还应该做什么检查?
- (2)该病人违反了化疗原则的哪一项?
- (3)提出护理诊断并制定相应的护理措施。

[操作评价标准]

1. 总分值:100分。
2. 出现以下情况之一,按零分计:
 - (1)没有考虑全程督导短程化疗。
 - (2)PPD试验48h内测量皮肤硬结直径。
 - (3)没有考虑消毒隔离问题。
3. 有创新,能提高操作质量,加5分(且该创新处与操作评分标准不一致时不扣分)。
4. 操作评价标准,见表1-3-1。

表 1-3-1 肺结核的诊治护理操作考核评价标准

素质要求		形象:服装、鞋帽整洁(2分),戴口罩(1分),仪表大方、举止端庄(1分),修剪指甲(1分) 态度:微笑服务(1分),语言柔和恰当(1分),态度和藹可亲(1分)	8
操作前准备	护士	核对病人(1分),自我介绍,洗手,评估病人(2分)	12
	物品	备齐用物(1分),放置妥当(1分)	
	环境	环境清洁(1分),温度适宜(1分),必要时屏风遮挡(2分)	
	病人	理解目的(1分),愿意合作(1分),有安全感(1分)	
操作过程	体位	帮助病人选择合适体位(3分)	60
	健康史采集	护士能运用沟通技巧,交谈气氛融洽(5分) 应用合适的提问方式,认真倾听,避免重复提问(5分) 及时核实资料,采集的资料完整、真实(5分)	
	护理体检	护士站在病人的右侧(2分) 护理体检方法正确,重点突出(10分) 正确使用血压计、听诊器、体温表等(5分)	
	PPD试验	部位选择正确(3分),测量方法正确(2分),结果判断正确(5分)	
	辅助检查	正确分析与判断常规辅助检查结果(5分) 有异常时及时报告医生(5分)	
	健康教育	指导肺结核的预防,流行病学特点及生活指导(5分)	