

HULL CHANGGUI

护理常规

贵阳医学院附属医院护理部 / 编



贵州科技出版社

HULLI CHANGGLEI

护理常规

（2019年10月第1版）



中国医药出版社

HULL CHANGGUI

护理常规

贵阳医学院附属医院护理部 / 编

贵州科技出版社

· 贵阳 ·

图书在版编目(CIP)数据

护理常规 / 贵阳医学院附属医院护理部编.

—贵阳:贵州科技出版社,2012.4

ISBN 978-7-5532-0000-2

I. ①护… II. ①贵… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 061791 号

出版发行	贵州科技出版社
地 址	贵阳市中华北路 289 号(邮政编码:550004)
网 址	http://www.gzstph.com http://www.gzkj.com.cn
经 销	贵州省新华书店
印 刷	贵阳科海印务有限公司
版 次	2012 年 4 月第 1 版
印 次	2012 年 4 月第 1 次
字 数	580 千字
印 张	24.5
开 本	787mm × 1 092mm 1/16
印 数	1 400 册
书 号	ISBN 978-7-5532-0000-2
定 价	58.00 元

《护理常规》编辑委员会

主 审:于 扬

主 编:江华容

副 主 编:李亚玲 张静萍

编辑委员:李 娟 刘慧萍 陈 玲 荣本珍 文 平

朱清碧 吴端华 白 冰 汪 江 杨燕珠

宪玉华 陆江琴 汪玉君 史清华 廖健敏

张文艳 甘家琴 周晓丽 龙正美 何建华

杨景明 黄秀莲 吴 曦 龙世荣 马玲宁

陈仕红 丁 蓓 刘 红 董天菊 邵廷婷

陈明丽 王志群 曹 红 龙佑萍 罗玉玲

黄永红 孔德媛 吴 贞 罗 军 刘林敏

刘 芳 熊吴燕 张仁莉 龚阳红 姚 俊

韩 樱 刘 瑜 平秀琴 田 莉 国 惠

刘文红 杨 红 陈 丹 吴宝勤 孙肇玉

糜丽梅 汤 晋 易 芳 吴 珊 杜 婷

龙 燕 程丹莉 卢秀英 沈 奇 孙丽华

罗 锦 邹 扬 王筑平 邓 瑛 史宝玉

彭 敏

前 言

随着社会的进步,护理学科的飞速发展,临床护理服务要求也在不断提高。为了适应这一变化,方便广大青年护理人员临床工作,提供切实可行的临床工作护理规范,特组织医院各科护理骨干编写了本册《护理常规》。

编写出版《护理常规》一书,其宗旨是帮助护理人员在繁忙的工作中及时查找相关资料,解决自己在临床护理工作中的疑惑,如疾病的定义、相关护理措施和病人的出院指导,等等。

本《护理常规》共分二十七章,结合国内外护理发展动态和国家卫生部相关要求,较全面、系统地介绍了病人一般护理、常见症状护理、身体评估与危重病人监测技术及各科疾病护理常规等。其涵盖面广,内容较新。纵向来看,从疾病定义始,接着为常见护理诊断/问题、护理措施、出院指导。本书始终以护理程序为框架,体现了对病人连续、全程护理。其内容针对性强,简捷而实用。

在编写过程中,得到所在医院领导、各科专家的指导,得到所有编辑委员的支持,在此深表感谢!

由于水平有限、时间仓促和经验不足,书中肯定还存在着这样、那样的问题,敬请广大读者提出宝贵的意见。

编 者

2012年2月



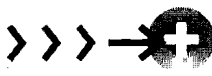
目 录

第一章 一般护理常规	1
第一节 入出院护理	1
第二节 分级护理	2
第三节 护理文件书写规范	3
第二章 常见症状护理常规	8
第三章 患者身体评估与重症监测技术	18
第一节 患者身体评估	18
第二节 重症监测技术	21
第四章 气道护理常规	26
第五章 皮肤、伤口、造口护理常规	36
第六章 心理护理常规	42
第七章 化学治疗、生物治疗及放射治疗护理常规	48
第八章 内科护理常规	53
第一节 内科一般护理	53
第二节 呼吸内科疾病护理	54
第三节 心血管系统疾病护理	61
第四节 消化内科疾病护理	72
第五节 血液系统疾病护理	78
第六节 内分泌系统疾病护理	88
第七节 肾脏内科疾病护理	92
第八节 血液净化专科操作护理	98
第九章 外科护理常规	107
第一节 围手术期护理	107

第二节 引流护理	109
第三节 肝胆外科护理	115
第四节 肛肠外科护理	126
第五节 小儿外科护理	129
第六节 胃肠、血管外科护理	134
第七节 乳腺外科护理	138
第八节 骨科疾病护理(脊柱)	141
第九节 骨科疾病护理(肢体)	149
第十节 烧伤整形外科护理	162
第十一节 神经外科护理	168
第十二节 泌尿外科护理	177
第十三节 心脏外科护理	189
第十四节 胸外科护理	195
第十五节 甲状腺外科护理	200
第十六节 口腔颌面外科护理	201
第十七节 疼痛科护理	208
第十章 妇产科护理常规	211
第一节 妇科护理	211
第二节 孕产期护理	217
第三节 产科护理	226
第四节 生殖中心护理	237
第十一章 新生儿及儿科护理常规	239
第一节 新生儿及婴幼儿一般护理	239
第二节 新生儿疾病护理	249
第三节 小儿内科护理	260
第十二章 神经内科护理常规	268
第十三章 介入科护理常规	283
第十四章 精神科护理常规	288
第十五章 针灸科护理常规	295
第十六章 中医护理常规	299
第十七章 皮肤科护理常规	302
第十八章 耳鼻喉科护理常规	306
第十九章 眼科护理常规	312



第二十章 传染病科护理常规	318
第二十一章 康复科护理常规	328
第二十二章 供应室工作常规	331
第二十三章 急诊、急救护理常规	337
第二十四章 输液室护理常规	345
第二十五章 门诊及其他科室护理常规	348
第二十六章 重症监护室(ICU) 护理常规	351
第二十七章 手术室护理常规	360
第一节 手术室护理工作规则	360
第二节 普通外科手术配合	367
第三节 泌尿外科手术配合	371
第四节 胸外科手术配合	374
第五节 脑外科手术配合	375
第六节 五官科手术配合	376
第七节 妇科手术配合	380
参考文献	382



第一章 一般护理常规

第一节 入出院护理

患者经门诊或急诊进行初步诊断,确定需要住院检查和治疗时,由医生签发住院证,到住院处办理登记手续。

一、入院护理

1. 护士接到通知后,即为新患者准备床位,并通知医生将有新患者入院。将铺好的备用床改为暂空床。如为危重患者,需准备好抢救用物与药品;如为急诊手术患者,做好术前相应准备。

2. 患者入病区后,办公班护士负责接待、安排床位。责任护士自我介绍并将患者护送到指定床位,对患者进行入院评估,测量和记录体温、脉搏、呼吸、血压,根据病情给予舒适的卧位。

3. 通知医生到床旁看患者,必要时协助体格检查。危重患者应安置在重病室或监护病房,并积极配合医生对患者的紧急处理,做好护理记录。

4. 做好各种入院登记,根据医嘱和病情实施治疗和护理。

5. 做好入院介绍。包括:病房作息时间、探视陪住制度、查房制度、病房环境和生活设施的使用,以及本科主任、主治医师、主管医生、护士长和责任护士等。病重时可简约,待病情平稳时再做详细介绍。

6. 对患者进行全面入院评估,了解患者心理情况、身体情况、生活习惯和需求等。

7. 帮助患者搞好个人卫生,保持六洁[头发、口腔、皮肤、会阴、指(趾)甲及床单位]。

二、出院护理

患者经过治疗与护理后,基本恢复健康。医生根据患者病情,决定出院日期,并预先通知患者或家属,以便做好准备。

1. 确认出院日期,撤销病区的各种标志和在病区的各种记录,并在体温单相应栏内竖写出院时间,整理出院病历后,送出院处结账。

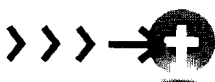
2. 家属将出院通知单交病房护士确认后,患者方可出院。

3. 护士应指导患者出院后的注意事项、服药、饮食、功能锻炼及复诊时间等,并诚恳听取患者住院期间的意见,以便改进工作。

4. 协助患者整理用物,清点病区用品,待患者出院手续办妥,护送患者出病室。并做好出院登记。

5. 出院病床单位进行终末处理,处理毕,铺好备用床。

6. 自动出院者,应请患者或家属在病历上签字,医生确认后,家属为患者办理出院手续;护



士接到出院通知单后,终止一切治疗和护理。

第二节 分级护理

分级护理是指患者在住院期间,医护人员根据患者病情和生活自理能力,确定并实施不同级别的护理。分级护理分为四个级别:特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。

临床护士根据患者的护理级别和诊疗计划,为患者提供基础护理服务和护理专业技术服务。确定患者的护理级别,应当以患者病情和生活自理能力为依据,并根据患者的情况变化进行动态调整。

一、各级护理适应范围

(一) 特级护理

1. 病情危重,随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者;
2. 重症监护患者;
3. 各种复杂或者大手术后的患者;
4. 严重创伤或大面积烧伤的患者;
5. 使用呼吸机辅助呼吸,并需要严密监护病情的患者;
6. 实施连续性肾脏替代治疗(CRRT),并需要严密监护生命体征的患者;
7. 其他有生命危险,需要严密监护生命体征的患者。

(二) 一级护理

1. 病情趋向稳定的重症患者;
2. 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者;
3. 生活完全不能自理且病情不稳定的患者;
4. 生活部分自理,病情随时可能发生变化的患者。

(三) 二级护理

1. 病情稳定,仍需卧床的患者;
2. 生活部分自理的患者。

(四) 三级护理

1. 生活完全自理且病情稳定的患者;
2. 生活完全自理且处于康复期的患者。

二、分级护理要点

1. 密切观察患者的生命体征和病情变化;
2. 正确实施治疗、给药及护理措施,并观察、了解患者的反应;
3. 根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助;
4. 提供护理相关的健康指导。



三、对各级护理患者的主要护理措施

(一) 特级护理

1. 严密观察患者病情变化,监测生命体征;
2. 根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;
3. 根据医嘱,准确测量出入量;
4. 根据患者病情,正确实施基础护理和专科护理,如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等,实施安全措施;
5. 保持患者的舒适和功能体位;
6. 实施床旁交接班。

(二) 一级护理

1. 每小时巡视患者,观察患者病情变化;
2. 根据患者病情,测量生命体征;
3. 根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;
4. 根据患者病情,正确实施基础护理和专科护理,如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等,实施安全措施;
5. 提供护理相关的健康指导。

(三) 二级护理

1. 每2小时巡视患者,观察患者病情变化;
2. 根据患者病情,测量生命体征;
3. 根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;
4. 根据患者病情,正确实施护理措施和安全措施;
5. 提供护理相关的健康指导。

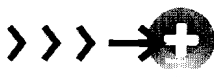
(四) 三级护理

1. 每3小时巡视患者,观察患者病情变化;
2. 根据患者病情,测量生命体征;
3. 根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;
4. 提供护理相关的健康指导。

第三节 护理文件书写规范

根据《卫生部关于印发〈病历书写基本规范〉的通知》(卫医政发〔2010〕11号)和《卫生部办公厅关于在医疗机构推行表格式护理文书的通知》(卫办医政发〔2010〕125号)精神,结合实际,护士需要填写、书写的护理文书包括:体温单、医嘱单、手术清点记录、危重(特别护理记录)。具体要求如下:

1. 护理文书书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。
2. 护理文书书写应当使用碳素墨水,计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。
3. 护理文书书写应当使用中文,通用的外文缩写;无正式中文译名的症状、体征、疾病名称



等可以使用外文。

4. 护理文书书写应规范使用医学术语,文字工整,字迹清晰,表述准确,语句通顺,标点符号使用正确。

5. 护理文书书写过程中出现错字时,应当用双线画在错字上,保留原记录清楚、可辨,并注明修改时间,修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

6. 上级护理人员有审查修改下级护理人员书写文书的责任。

7. 护理文书应当按照规定的内容书写,并由相应护理人员签名。

8. 实习护士、试用期护士书写的护理文书,应当经过本医疗机构注册的护士审阅、修改并签名。进修护士由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后,书写护士文书。文书修改过程中,应当注明修改日期,修改人员签名,并保持原记录清楚、可辨,用红墨水笔。

9. 护士文书书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间,采用24小时制记录。

10. 护士应当在抢救结束后6小时内据实补记相关护理记录。

一、体温单

体温单项目分为眉栏、一般项目栏、生命体征绘制栏、特殊项目栏。填写说明如下:

1. 眉栏、一般项目栏、特殊项目栏均使用蓝色、蓝黑色或黑色水笔书写;数字除特殊说明外,均使用阿拉伯数字表述,不书写计量单位。

2. 眉栏项目包括:姓名、年龄、性别、科别、床号、入院日期、住院病历号,均使用正楷字体书写。

3. 一般项目栏包括:日期、住院天数、手术后天数等。

(一)体温单书写具体要求

1. 日期:住院日期首页第1日及跨年度第1日需填写年-月-日(如:2010-03-26),每页体温单的第1日及跨月的第1日需填写月-日(如03-26),其余只填写日期。

2. 住院天数:自入院当日开始计数,直至出院。

3. 手术后天数:自手术次日开始计数,连续书写14天,若在14天内进行第2次手术,则将第1次手术天数作为分母,第2次手术天数作为分子填写。

4. 体温、脉搏描记栏:包括体温、脉搏描记及呼吸记录区。

【体温】

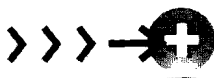
(1)40~42℃之间的记录:应当用红色笔在40~42℃之间纵向填写患者入院、转入、手术、分娩、出院、死亡等。除手术不写具体时间外,其余均按24小时制,精确到分钟。转入时间由转入科室填写,死亡时间应当以“死亡于×时×分”的方式表述。

(2)体温符号:口温以蓝色的“●”表示,腋温以蓝色的“×”表示,肛温以蓝色的“○”表示。

(3)每小格为0.2℃,按实际测量度数,用蓝色笔绘制于体温单35~42℃之间,相邻温度用蓝色线相连。

(4)体温不升时,可将“不升”二字写在35℃线以下。

(5)物理降温30分钟后测量的体温以红圈“○”表示,画在物理降温前温度的同一纵格内,以红色虚线与降温前温度相连。

**【脉搏】**

(1) 脉搏符号:以红点“●”表示,每小格为4次/分,相邻的脉搏以红色直线相连。心率用红色“○”表示,两次心率之间也用红色直线相连。

(2) 脉搏与体温重叠时,先画体温符号,再用红色笔在体温符号外画“○”。

【呼吸】

(1) 用红色笔以阿拉伯数字表述每分钟呼吸次数。

(2) 如每日记录呼吸2次以上,应当在相应的栏目内上下交错记录,第1次呼吸应当记录在上方。

(3) 使用呼吸机患者的呼吸以Ⓡ表示,在体温单相应时间内呼吸30次横线下顶格用黑笔画Ⓡ。

5. 特殊项目栏包括:血压、入量、出量、大便、体重、身高等需观察和记录的内容。

【血压】

(1) 记录频次:新入院患者当日应当测量并记录血压,根据患者病情及医嘱测量并记录,如为下肢血压应当标注。

(2) 记录方式:收缩压/舒张压(130/80)。

(3) 单位:毫米汞柱(mmHg)。

【入量】

(1) 记录频次:应当将前一日24小时总入量记录在相应日期栏内,每隔24小时填写1次。

(2) 单位:毫升(ml)。

【出量】

(1) 记录频次:应当将前一日24小时总出量记录在相应日期栏内,每隔24小时填写1次。

(2) 单位:毫升(ml)。

【大便】

(1) 记录频次:应当将前1日24小时大便次数记录在相应日期栏内,每隔24小时填写1次。

(2) 特殊情况:患者无大便,以“0”表示。灌肠后大便以“E”表示,分子记录大便次数,例:1/E表示灌肠后大便1次;0/E表示灌肠后无排便;11/E表示自行排便1次,灌肠后又排便1次;“※”表示大便失禁;“☆”表示人工肛门。

(3) 单位:次/日。

【体重】

(1) 记录频次:新入院患者当日应当测量体重并记录,根据患者病情及医嘱测量并记录。

(2) 特殊情况:如因病情重或特殊原因不能测量者,在体重内可填上“卧床”。

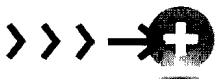
(3) 单位:千克(kg)。

【身高】

(1) 记录频次:新入院患者当日应当测量身高并记录。

(2) 单位:厘米(cm)。

6. 空格栏。可作为需观察增加内容和项目,如记录管路情况等。使用HIS系统等医院,可在系统中建立可供选择项,在相应空格栏中予以体现。



二、医嘱单

医嘱是指医生在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

(一) 长期医嘱单

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、床号、住院病历号(或病案号)、开始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医生签名、护士签名、页码。其中,由医生填写开始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间。护士每天执行长期医嘱的给药单、输液单、治疗单等,由执行护士签名,不归入病历。

1. 长期医嘱有效时间在 24 小时以上,医生注明停止时间后即失效。

2. 长期备用医嘱(PRN 医嘱)必要时用,可重复数次,每次执行后应在临时医嘱单上做记录。

3. 长期医嘱单的内容有长期医嘱的起始日期、医嘱内容、停止日期和时间、医生签名、护士处理医嘱的时间和签名。

4. 长期医嘱书写顺序为护理常规、护理级别、病危或病重、隔离种类、体位、饮食、肌内或皮下注射、静脉注射、静脉输液、口服药物治疗、一般治疗(如换药、保留导尿、膀胱冲洗、专科治疗等)、特殊护理(如测血压、心率、观察)等。

5. 手术、分娩、转科和重整医嘱时,应在最后一项医嘱下面沿原线条画红线两条,表示以前的医嘱一律作废,若原医嘱单内有空格,应用蓝笔从左下到右上顶格画斜线画满;在两条红线内用红墨水笔写“术后医嘱”或“转科医嘱”、“重整医嘱”等。长期医嘱记录单写满 2 页,或医嘱调整项目较多时应及时重整医嘱,重整医嘱除写“重整医嘱”外,还应用红墨水笔签上重整、核对人姓名和重整医嘱的日期。重整医嘱应抄录有效的长期医嘱及原医嘱的起始日期和时间。

(二) 临时医嘱单

临时医嘱单内容包括患者姓名、科别、床号、住院病历号(或病案号)、日期和时间、临时医嘱内容、医生签名、执行护士签名、执行时间、页码。其中,由医生填写医嘱时间、临时医嘱内容,由执行临时医嘱的护士填写执行时间并签名。

1. 临时医嘱有效时间在 24 小时以内。

2. 执行临时医嘱,应严格在指定时间内执行,并在临时医嘱栏内注明执行人的姓名和时间。有的临时医嘱须立即执行(ST),一般只执行一次。临时备用医嘱(SOS 医嘱),仅在 12 小时内有效,过期尚未执行则失效。每项医嘱执行后均应及时注明执行时间并签名。

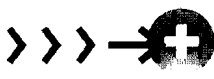
3. 药物过敏试验及结果由医生在医嘱单临时医嘱栏开出医嘱,护士将皮试结果填写在该医嘱后的括弧内,阳性以红色“十”表示,阴性以黑色“一”表示,签具时间为执行时间。药物试验阳性的,患者床头需做医院统一标记。

4. 医嘱应紧靠医嘱栏左侧线书写,不得空格。

5. 同一患者若有数条医嘱,且时间相同时,医生、护士均须在首条和尾条医嘱签名,余项用点做标记。

三、手术清点记录

手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录。手术清点记



录内容包括患者科别、姓名、性别、年龄、住院病历号、手术日期、手术名称、输血情况、术中所用各种器械和辅料数量的清点核对、手术器械护士和巡回护士签名等。手术清点记录应当在手术结束后即时完成,由手术器械护士和巡回护士签名。

四、病重(病危)患者护理记录

病重(病危)患者护理记录又称特别护理记录单,是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。特别护理记录适用于所有病重、病危患者,病情发生变化、需要监护的患者,特殊病例以及新入院患者。特别护理记录以表格形式记录。

(一)填写内容

1. 意识。根据患者实际意识状态选择填写:清醒、嗜睡、意识模糊、昏睡、浅昏迷、深昏迷、谵妄状态。

2. 体温。单位为 $^{\circ}\text{C}$,直接在“体温”栏内填入测得数值,不需要填写数据单位。

3. 脉搏。单位为次/分,直接在“脉搏”栏内填入测得数值,不需要填写数据单位。

4. 呼吸。单位为次/分,直接在“呼吸”栏内填入测得数值,不需要填写数据单位。

5. 血压。单位为毫米汞柱(mmHg),直接在“血压”栏内填入测得数值,不需要填写数据单位。

6. 血氧饱和度。根据实际填写数值。

7. 吸氧。单位为升/分(L/min),可根据实际情况在相应栏内填入数值,不需要填写数据单位,并记录吸氧方式,如鼻导管、面罩等。

8. 出入量。

(1)入量。单位为毫升(ml),入量项目包括使用静脉输注的各种药物、口服的各种食物和饮料以及经鼻胃管、肠管输注的营养液等。

(2)出量。单位为毫升(ml),出量项目包括尿、便、呕吐物、引流物等,需要时,写明颜色、性状。

9. 皮肤情况。根据患者皮肤出现的异常情况选择填写,如压疮、出血点、破损、水肿等。

10. 管路护理。根据患者置管情况填写,如静脉置管、导尿管、引流管等。

11. 病情观察及措施。简要记录护士观察患者病情的情况,以及根据医嘱或者患者病情变化采取的措施。

(二)具体要求

1. 记录时间应当具体到分钟。

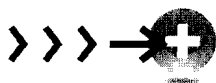
2. 用黑色墨水笔填写眉栏各项。

3. 根据医嘱要求和相关专科护理内容,客观、准确填写。

4. 出入液量总结时间:当天上午7:00至次日上午7:00为24小时。24小时出入量由夜班护士在7:00用红色墨水笔汇总,填入所画两道红线之间。未满24小时要具体写明时数,如“16小时出入量总结”。

5. 以上护理记录凡涉及时间均应精确至分钟。

(江华容 廖健敏)



第二章 常见症状护理常规

一、呼吸困难的护理

(一) 评估和观察要点

1. 评估患者病史、发生时间、起病缓急、诱因、伴随症状、活动情况、心理反应和用药情况等。
2. 评估患者神志,面容与表情,口唇、指(趾)端皮肤颜色,呼吸的频率、节律、深浅度,体位,胸部体征,心率,心律等。
3. 评估血氧饱和度、动脉血气分析、胸部 X 线检查、CT 检查、肺功能检查等。

(二) 护理措施

1. 提供安静、舒适、洁净、温湿度适宜的环境。
2. 每日摄入足够的热量,避免刺激性强、易于产气的食物,做好口腔护理。
3. 保持呼吸道通畅,痰液不易咳出者采用辅助排痰法,协助患者有效排痰。
4. 根据病情取坐位或半卧位,改善通气,以患者自觉舒适为原则。
5. 根据不同疾病、严重程度及患者实际情况选择合理的氧疗或机械通气。
6. 遵医嘱应用支气管舒张剂、抗生素、呼吸兴奋药等,观察药物疗效和副作用。
7. 呼吸功能训练。
8. 指导患者有计划地进行休息和活动,循序渐进地增加活动量和改变运动方式。

(三) 指导要点

1. 告知患者呼吸困难的常见诱因,指导患者识别并尽量避免。
2. 指导患者进行正确、有效的呼吸肌功能训练。
3. 指导患者合理安排休息和活动,调整日常生活方式。
4. 指导患者配合氧疗或机械通气的方法。

(四) 注意事项

1. 评估判断呼吸困难的诱因。
2. 安慰患者,增强患者安全感。
3. 不能单纯从血氧饱和度的高低来判断病情,必须结合血气分析来判断缺氧的严重程度。
4. 心源性呼吸困难应严格控制输液速度,以 20 ~ 30 滴/分钟较为适宜。

二、咳嗽、咳痰的护理

(一) 评估和观察要点

1. 评估咳嗽的发生时间、诱因、性质、节律、与体位的关系、伴随症状、睡眠等。
2. 评估咳痰的难易程度,观察痰液的颜色、性质、量、气味和有无肉眼可见的异常物质等。
3. 必要时评估生命体征、意识状态、心理状态等,评估有无发绀。