

LINCHUANG
HULI
SHIJIAN

临床护理 实践

◆◆◆◆◆ 主编◎丁玉红 徐茵 韩玉娟



军事医学科学出版社

临床护理 实践

中国医药出版社



中国医药出版社

临床护理实践

主 编 丁玉红 徐 菡 韩玉娟

副主编 (按姓氏笔划排序)

王 颖 王宁芙 冯 香

刘丽丽 刘 英 朱远见

编 委 (按姓氏笔划排序)

孙永习 孙 艳 吴 芳

张 玲 李红艳 夏红霞

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

临床护理实践/丁玉红,徐茵,韩玉娟主编.

-北京:军事医学科学出版社,2010.7

ISBN 978-7-80245-530-6

I. ①临… II. ①丁… ②徐… ③韩…

III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第133851号

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

86702759,86703183

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmssp.cn>

印装:北京冶金大业印刷有限公司

发行:新华书店

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:11.5

字数:300千字

版次:2010年9月第1版

印次:2010年9月第1次

定价:25.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

目 录

第一章 常用护理技能	(1)
第一节 人工呼吸与机械通气	(1)
第二节 心脏按压	(6)
第三节 脑复苏	(7)
第四节 外科输血	(8)
第五节 休克的护理	(11)
第六节 水电解质与酸碱失衡的护理	(13)
第七节 外科营养	(24)
第八节 消毒与灭菌	(28)
第九节 伤口处理与敷料更换	(31)
第十节 中心静脉插管术与中心静脉压的测定	(35)
第十一节 静脉切开置管	(39)
第十二节 动脉插管与动脉血压的测定	(40)
第十三节 气管切开病人的护理	(42)
第十四节 颅脑术后常用引流的护理	(44)
第十五节 腰穿	(47)
第十六节 胸腔穿刺与胸腔闭式引流的护理	(48)
第十七节 胃肠减压	(51)
第十八节 三腔管压迫	(53)
第十九节 腹腔穿刺与置管引流	(54)
第二十节 腹膜透析	(57)
第二十一节 灌肠法	(60)
第二十二节 消化道造瘘病人的护理	(63)
第二十三节 导尿术	(65)

第二十四节	膀胱冲洗	(67)
第二十五节	耻骨上膀胱穿刺	(70)
第二十六节	泌尿道造瘘病人的护理	(71)
第二十七节	牵引术	(72)
第二十八节	石膏绷带术	(76)
第二十九节	小夹板外固定	(81)
第二章	特殊检查的配合	(83)
第一节	内窥镜检查	(83)
第二节	X 线造影检查	(90)
第三节	血管造影检查(angiography)	(104)
第四节	超声波检查	(106)
第五节	电子计算机 X 线体层扫描(CT)检查	(112)
第六节	放射性核素显像	(117)
第七节	磁共振成像检查	(122)
第三章	常用实验室检查	(125)
第一节	血液学检查	(125)
第二节	血液生化检验	(129)
第三节	尿液检验	(135)
第四节	粪便检验	(139)
第五节	胃液检查	(141)
第六节	十二指肠液检验	(142)
第七节	肝功能检查	(144)
第八节	肾功能检查	(147)
第九节	血气分析	(149)
第十节	甲状腺激素检查	(151)
第十一节	肾上腺激素检查	(152)
第十二节	脑脊液检查	(154)
第十三节	免疫功能检查	(156)
第十四节	精液检验	(157)

第十五节	前列腺液检验	(158)
第十六节	浆膜穿刺液检验	(159)
第四章	护理查房	(162)
第一节	质量查房	(162)
第二节	个案查房	(165)
第三节	教学查房	(167)
第四节	护理会诊	(168)
第五节	护理病例讨论	(168)
第五章	临床护理文书书写要求	(170)
第一节	护理文书书写规则	(170)
第二节	体温单书写方法	(170)
第三节	医嘱单的书写要求	(172)
第四节	医嘱单的处理方法	(175)
第五节	一般患者护理记录书写要求	(179)
第六节	危重患者护理记录书写要求	(182)
第七节	手术护理记录书写要求	(184)
第八节	住院患者病情报告书写要求及范例	(185)
第六章	专科护理实践	(200)
第一节	循环系统护理实践	(200)
第二节	呼吸系统护理实践	(221)
第三节	神经系统护理实践	(247)
第四节	泌尿系统护理实践	(262)
第五节	消化系统护理实践	(296)
第六节	骨科病人的护理实践	(304)

第一章 常用护理技能

第一节 人工呼吸与机械通气

一、人工呼吸

【目的】

心搏骤停时,应用人工方法帮助病人呼吸以挽救生命。常用于因麻醉、电击、中毒、颈椎骨折或其他伤病所致的呼吸麻痹者。

【操作步骤】

先解松衣领口及裤带,并清除病人口腔内的异物、黏液及呕吐物等,以保持气道通畅。

1. 口对口人工呼吸

(1)病人平卧,以两层纱布或手帕盖于口上。术者一手托起下颌,尽量使头部后仰,另一手捏紧鼻孔,以防漏气。

(2)术者深吸一口气,将嘴紧贴病人口部向嘴内吹气,直至胸部升起。

(3)吹气毕,术者头转向一侧,并立即松开捏鼻的手,让病人胸廓自行回缩将气体排出。如有回气声,即表示气道通畅,可再吹气,成人吹气 12~16 次/min,儿童一般 20 次/min,婴儿行口对口人工呼吸时,于吹气毕可用手轻压胸廓,协助呼吸。

2. 仰压式人工呼吸

(1)病人仰卧,腰背部垫枕,头偏于一侧。

(2)术者跨于病人两股外侧或位于一侧,屈曲两肘关节,将两手横放在肋弓上部,手指自然分布于季肋部肋骨上,拇指向内。

(3)将体重支于两手,使身体向前逐渐加压于胸部。2 s 后放松两手,术者直跪起,使胸腔恢复原状,2 s 后再按上述方法反复。

3. 俯压式人工呼吸

(1)病人俯卧,一臂伸于头前,一臂屈曲垫于面下,头偏向一侧。

(2)术者跨跪于病人两腿外侧,以手掌压于病人下背部。手指自然放在肋骨上,小指置于最低肋骨处。

(3)术者两臂垂直,使身体徐徐前倾,以身体重力逐渐加压于患者,至术者两肩与手掌垂直为宜,保持此姿势 2 s。

(4)将身体逐渐退回原姿势,使压力放松,经 2 s 后,再如上述方法反复。

4. 举臂压胸人工呼吸

(1)病人仰卧,腰部垫一低枕,头偏向一侧。

(2)术者跨跪于病人头之两侧,面对病人,以两手握住病人双臂尺侧,将臂上举至 180°,使胸廓被动扩张而吸气入肺。待 2 s 后,再屈两臂,并以肘部的前侧方压迫两肋弓 2 s;让病人胸廓缩小而呼气,如此反复进行。

【注意事项】

1. 宜将病人置于空气新鲜、流通处的地面,以便施术。如在软床上抢救时,应加垫木板。

2. 口内如有异物,必须清除。必要时用纱布包住舌头牵出,以免舌后坠阻塞呼吸道。

3. 头宜偏向一侧,以利口鼻分泌物流出。

4. 人工呼吸速度以 12 ~ 16 次/min 为度,节律宜均匀。

5. 待病人恢复自主呼吸后,可停止人工呼吸,但应观察数分钟,如确能建立有效呼吸后方可停止。

6. 行仰压式人工呼吸、俯压式人工呼吸、举臂压胸法人工呼吸时,注意勿用力过猛过大,以免造成肋骨骨折。

7. 以上人工呼吸术仅适用于短时间急救之用,应尽早行气管

插管或气管切开,连接呼吸机行机械通气抢救、治疗。

二、机械通气

【目的】

利用机械装置,改变病人气道或胸腔压力,产生通气以代替、控制和辅助病人呼吸运动,达到改善通气功能、减少氧耗量的目的。可用于脑部外伤、感染、脑血管意外及中毒等所致中枢性呼吸衰竭,呼吸肌无力或麻痹状态;胸部外伤或肺部、心脏手术及肺复苏等。

【呼吸机类型】

1. 简易球囊式呼吸机 为手工控制,结构简单,携带方便。常用于机械呼吸机使用前,病人翻身或更换导管及呼吸机发生故障时。手捏频率为 16~20 次/min。潮气量单手挤压约 600 ml,双手挤压约为 900 ml。

2. 定容型(容量转换型)呼吸机 以压入肺内预定容量的气体为呼吸相转换条件。工作性能稳定,适用于气道阻力大、肺顺应性差、病情危重的病人。常用的如上海医疗器械四厂生产的 SC 型呼吸机,瑞典产 Engstrom300 型呼吸机等。

3. 定压型(压力转换型)呼吸机 以呼吸道内预定的压力峰值为呼吸相转换的条件。优点为结构简单、同步性能好。但呼吸频率、潮气量、吸气/呼气时间不能直接调节,受胸廓、肺组织弹性和气道阻力的影响较大。适用于有一定自主呼吸、病情较轻的病人。如美国产鸟牌(Bird)各型呼吸机等。

4. 定时型(时间转换型)呼吸机 以预定的吸气时间作为呼吸相转换条件。通气量一般较稳定,具有定容和定压两型的一些特点,但通气压力受呼吸道阻力影响。绍兴三五仪表厂的 KTH-2 型呼吸机属此类。

5. 高频呼吸机 可分为高频压通气、高频喷射通气、高频震荡通气三型。特点为通气频率高,60~5 000 次/min,潮气量小于解

剖无效腔。用于不适用于建立人工气道的外科手术及呼吸窘迫综合征等治疗。

6. 新型多功能呼吸机 瑞典产的 Serv0900B 及 900C 型呼吸机可以调节呼吸频率、压力、容量、吸气/呼气时间、氧浓度。可选择多种通气方式,还有自动监测装置、湿化装置。使用方便,能直接判断通气效果和病人病情,减少机械通气并发症,对病人较安全舒适。其他新型呼吸机还有美国生产的熊牌呼吸机、英国产的 CPUI 型呼吸机等。

【操作方法】

1. 对呼吸机有关部件认真进行清洁消毒,检查有无漏气等情况。按要求正规安装;开机观察运转及性能是否良好。

2. 根据病情需要选择与病人气道的连接方式。

(1)面罩:适用于神志不清楚、能合作、短时间使用机械通气或作雾化治疗的病人。应用时间一般为 1~2 h。

(2)气管插管:用于半昏迷、昏迷短期作机械通气治疗的病人。保留时间一般不超过 72 h,如经鼻、低压力套囊插管可延长保留时间。

(3)气管切开:适用于需长期作机械通气治疗的重症病人。

3. 按病情需要选择、调节各通气参数。

(1)潮气量:500~800 ml。

(2)呼吸频率:成人一般为 12~20 次/min,呼吸时间比为 1:(1.5~3)。

(3)通气压力:成人 2~2.6 kPa(15~20 cmH₂O)。

(4)给氧浓度:低浓度氧(24%~28%不超过 40%),适用于慢性阻塞性肺部疾病(COPD)病人;中浓度氧(40%~60%)用于缺 O₂而 CO₂潴留时,高浓度氧(>60%)适用于 CO 中毒、心源性休克,吸入高浓度氧不应超过 1~2 d。

4. 机械通气中的监护和护理

(1)密切观察生命体征的变化。

(2) 观察呼吸机的运转情况,各通气参数是否符合病人情况。

(3) 定期测定动脉血气、电解质及肾功能等,如有异常,应立即分析原因,及时处理。

(4) 注意呼吸道的湿化,每 30 ~ 60 min 注入生理盐水 3 ~ 5 ml,以确保痰液稀薄而易于吸出、咳出,又可使肺部不因湿化过度而出现湿啰音为宜。

(5) 呼吸道分泌物的吸引。吸痰管的外径不应超过气管导管或套管内径的 1/2,吸痰前先适当提高吸入氧浓度。阻断吸痰管前的负压,把吸痰管插入超过气管导管或套管外 0.5 ~ 1 cm,再与负压相通,然后边退边旋转边吸引。最初的 3 ~ 4 cm 退出要慢些,随后较迅速地退出。吸引的负压不超过 19.6 kPa(200 cmH₂O),每次吸痰时间不超过 15 s。

5. 撤机。

(1) 条件:一般情况好转,神志清楚,呼吸及咳嗽、咳痰能力恢复,肺部感染基本控制。血气分析正常或接近正常,肺活量达 10 ~ 15 ml/kg,最大吸气压达 -2 kPa(-15 cmH₂O)时,可考虑停用呼吸机。

(2) 方法:做好病人撤机前的思想准备工作,停用前于白天利用 SIMV(同步间歇强制通气)装置进行自主呼吸锻炼,然后逐渐延长间歇时间,以至最后完全停用呼吸机。在没有 SIMV 装置时可逐步停机。

【注意事项】

1. 未经引流的张力性气胸、纵隔气肿、大咯血、急性心肌梗死、低血容量性休克未补足血容量前及肺大疱者应禁忌或暂缓使用呼吸机。

2. 呼吸机的操作者应熟练掌握机械性能、使用方法、故障排除等,以免影响治疗效果或损坏机器。

3. 使用呼吸机的病人应有专人监视、护理,按时填写通气治疗记录单。

4. 病室每天以 1% ~ 2% 过氧乙酸喷雾消毒,或紫外线灯照射 1 ~ 2 次。

5. 呼吸机应有专人负责管理,定期维修、保养。使用前后,呼吸机的外部管道、呼吸活瓣、雾化装置等每 2 ~ 3 天更换消毒 1 次。

第二节 心脏按压

【目的】

对创伤、电击、溺水、窒息、心脏疾病或药物过敏等引起的心搏骤停建立有效的人工循环方法。

【用物】

如病人睡于软床,应与与床同宽的硬板 1 块,另备踏脚凳 1 只。

【操作步骤】

1. 检查颈动脉是否有搏动,用右手食指及中指并拢先置于甲状软骨突出处,然后下滑至右侧颈旁血管沟,直接对颈椎方向下压,其位置即颈动脉处。如无搏动,立即开始胸外心脏按压。

2. 使病人仰卧于硬板床或地上,或加硬板于病人身下。头后仰 10°左右,解开上衣。术者紧靠病人一侧。根据位置高低,采用踏脚凳或跪式等不同体位。

3. 术者以一掌根部置于病人胸骨中、下 1/3 交界处,另一手掌压于其上,手指并拢或互相交叉握持,只以掌根部接触病人胸骨,两臂伸直,肘关节不弯,以上身前倾之力向脊柱方向作有节奏的带冲击性的按压,下压深度 3 ~ 4 cm,而后迅速放松,以利心脏舒张。放松时,两手不应离开胸骨接触面。

4. 按压频率 80 ~ 100 次/min,直至心跳恢复。

【注意事项】

1. 按压部位要准确。太低易引起肝破裂,偏高可伤及大血管,偏向两侧易致肋骨骨折。

2. 按压力度要适宜,以能扪及股动脉搏动或瞳孔不散大为满意。

3. 按压时,应配合人工呼吸。单独操作时,可先行口对口人工呼吸2次,再作胸外心脏按压15次。如两人配合,则一人先作口对口人工呼吸1次,另一个作胸外心脏按压5次,如此反复进行。

4. 按压期间,密切观察病情变化,判断效果。胸外心脏按压有效指标是可扪及颈动脉搏动;原已散大的瞳孔逐渐缩小,并出现对光反射;外周灌注改善,皮肤转暖,肤色变红;原已停搏的心脏恢复自主循环,恢复自主呼吸,神志清楚。

第三节 脑复苏

【目的】

脑复苏(brain resuscitation)的目的是保护脑细胞恢复脑功能。主要为降低脑细胞代谢率,加强氧和能量供给,促进脑循环再流通及纠正可能引起继发性脑损害的全身和颅内病理因素。

【操作步骤】

1. 低温与冬眠疗法 降温开始越早越好,1 h内降温效果最好,2 h后效果较差。可用冰帽进行头部重点降温,在体表大血管处置冰袋。降温深度一般在33~34℃,维持2~3 d恢复听觉即可逐步复温。注意低于28℃易于诱发室颤,降温过程中避免起伏。冬眠药物有助于降温且可消除低温引起的寒颤。可选用冬眠Ⅰ号(哌替啶100 mg,异丙嗪50 mg,氯丙嗪50 mg)或Ⅳ号(哌替啶100 mg,异丙嗪50 mg,乙酰普马嗪20 mg)分次肌注或静滴。

2. 利尿脱水 常选用20%甘露醇125~250 ml静滴,呋塞米20~100 mg静注,或白蛋白5~10 g静滴。

3. 激素的应用 减轻脑水肿,改善循环功能。地塞米松常为首选。一般10~30 mg,8~12 h静注1次。

4. 促进脑细胞代谢药物的应用 可用三磷酸腺苷(ATP)20~

40 mg、辅酶 A 100 ~ 200 U,加入 5% ~ 10% 葡萄糖液 250 ~ 500 ml 中静滴。此外,与脑代谢有关的药物均可应用。

5. 高压氧的应用 对生命体征平稳、脱离呼吸机后而脑功能未恢复的病人应尽早进行高压氧治疗。

【注意事项】

1. 在复苏的同时,采取针对病因的治疗。
2. 复苏后,应观察病人的神志、瞳孔的变化及肢体活动等情况。
3. 应及早应用低温疗法及脱水剂。
4. 严密监测血容量及电解质变化。

第四节 外科输血

【目的】

纠正低血容量,纠正血液成分的缺乏。

【血液来源】

1. 自身血可有两种情况

(1) 在病人术前预计失血量,采自身血 1 ~ 3 次,贮存于血库,术中根据需要回输给病人。

(2) 手术中出血量较大、并无明显污染时,可于胸或腹腔内吸出的出血并经过抗凝和过滤后回输给病人。自身血无需交叉配血,无需另行确认。但血小板和纤维蛋白原含量均较低,游离血红蛋白含量高,可能会诱发 DIC。

2. 库存血 这是外科输血的主要来源。有新鲜库存血和一般库存血之分。新鲜库存血指 24 h 内采的血,主要是血小板含量较高。

【操作方法】

1. 输血前准备

(1) 凡需输血的病人,应由主治医师决定、由住院医师书写输

血申请单,主治医生签名。

(2)于预定输血日前2日,在无菌操作下采集受血者全血标本1份,每200~300 ml为1单位,需血1~2单位者取血2 ml,3~4单位者取血3 ml,置于干燥洁净试管内,试管上贴上瓶签,注明受血者姓名、床号及住院号或门诊号,连同输血申请单交输血科,进行血型鉴定及交叉配合试验用(急诊例外)。

(3)填写输血志愿书。

(4)凭取血单到输血科取血,与发血者共同查对。查有效期、质量、输血装置是否完好、病人姓名、床号、住院号或门诊号、血袋号、血型、交叉配合试验结果、血液种类及剂量。并在配血单上签名。

(5)取血后,勿剧烈震荡血液,以免细胞大量破坏而引起溶血。不能将血液加温,防止血浆蛋白凝固变性而引起反应,应在室温下放置15~20 min后再输入。

2. 输血方法

(1) 静脉输血法

①用物:一次性输血器1套,2.5%碘酊,75%乙醇,消毒棉签,止血带,血管钳,胶布,弯盘,网套,输液架及输血卡。

②按静脉输液法先输入少量生理盐水。由两位护士仔细进行查对,确定无误后,顺一个方向轻轻旋转血袋,使血浆与红细胞混合均匀。消毒血袋上塑料管和橡胶套管,拔出输血器针头,插入消毒部位。调节输血速度,开始时宜慢,观察10 min无不良反应后,调整滴速,一般成人40~60滴/min,儿童酌减。

③输入两袋以上血液时,应在两袋之间输入少量生理盐水。待血液将输完时,继续滴入少量生理盐水,使输血器内的余血全部输入体内。

④输血后血袋应保留2~4 h,以备发生迟发性输血反应时作检验标本之用。

(2) 动脉输血法

①用物:动脉输血器一套,静脉切开包,无菌手套,局麻药,生理盐水,余物同静脉输血。

②输血部位常用桡动脉或肱动脉。

③局部皮肤消毒,铺巾、局麻。

④在动脉搏动明显处,经皮动脉穿刺或切开皮肤显露动脉,将18号针头向动脉近心端刺入动脉或将带有塑料管外套的穿刺针同法刺入,退出穿刺针而置塑料管于动脉内。

⑤接上动脉输血器,充气加压至21.3~29.3 kPa,进行输血;或将输血导管经三通开关连接于输血针头,三通开关另一端接一20 ml注射器,先把输入的血液抽入注射器内,改变三通开关方向,然后注入动脉,如此反复抽吸注射或用活塞动脉输血器并根据阻力调整推进速度。

⑥输血毕,拔除穿刺针或塑料管后,局部加压止血。如为切开皮肤暴露动脉者需缝合皮肤切口,加压包扎。

【注意事项】

1. 采集血标本时,一次只允许为一位病人采集,取血时,一次只取一位病人的血,以免发生错误。

2. 输血前,须两人核对无误后,方可输用。

3. 输血中,不得随意向血袋内加入其他药品,如钙剂、碱性及碱性药物等,以防血液变质。

4. 输血中,应密切观察病人有无输血反应,如发生严重反应,应立即停止输血,并通知医生,给予相应处理,并保留余血以供检查分析原因。

5. 动脉输血仅适用于其他方法救治无效的重症病人。

6. 从动脉输入的血液不应含有血管收缩药。

7. 动脉输血时,应密切观察穿刺部位肢体血循环,注意有无缺血现象。