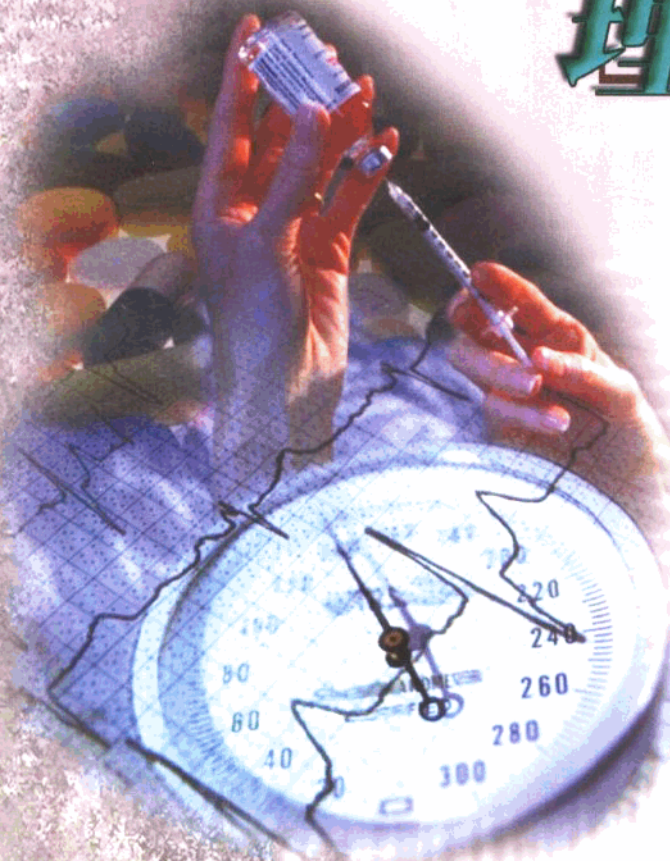


家庭医学书库

常见病家庭护理

安雪梅 编著

黑龙江科学技术出版社



前 言

追求健康,希望长寿,是每个人终生所期盼的。但人或或多或少、或轻或重总会生病的,能不能做到一般性的常见病不去医院求治,而自行调理就可以治愈?我们认为这是完全有可能的。

为了满足广大家庭的需求,我们组织了 30 余位具有教学与临床经验丰富的专家教授,编写了《家庭医疗书库》。这套丛书集科学性、实用性、可操作性为一体。在编写过程贯穿了在家庭条件下,可选择的一些治疗方法,贴近家庭,贴近读者。

本套书是编著者多年临床经验的科学总结,所载的内容突出简明易懂,科学实用的特点,在叙述诊断和治疗上,根据疾病的本身特点,采用了中西医结合最有效的方法和手段,并用通俗的语言告诉读者如何处理好日常生活中的卫生问题,遇到突然发生的病症,能够知道正确的处理方法,为及时治疗打好基础。

这套丛书包括《常见病家庭针灸疗法》、《常见病家庭饮食疗法》、《常见病家庭药物疗法》、《常见病家庭按摩疗法》、《常见病家庭物理疗法》、《常见病家庭运动疗法》、《常见病家庭自然疗法》、《常见病家庭护理》、《常见内科病家庭疗法》、《常见外科病家庭疗法》、《常见妇科病家庭疗法》、《常见儿科病家庭疗法》、《常见五官科病家庭疗法》等。丛书宗旨是立足家庭,面向大众,让每位读者准确判断自身的身体状况,掌握一些防病治病的科学知识,并将这些知识成功的运用到日常生活之中。

编 者

目 录

第一章 家庭病人的一般护理方法	(1)
第一节 基础护理	(1)
一、卧床病人的初步护理	(1)
二、生命体征的观察	(3)
三、营养与饮食	(10)
四、家庭内感染的预防与控制	(15)
五、常用的给药途径及方法	(17)
六、急救的基本知识	(18)
七、病人排痰的护理	(20)
八、病人排便的护理	(21)
第二节 心理护理	(23)
一、心理护理的基本概念和目的	(23)
二、心理护理的常用方法	(24)
第三节 康复护理	(26)
一、康复护理的一般概念和目的	(26)
二、常见的康复护理方法	(26)
第四节 中医护理	(31)
一、中医护理的基本概念和原则	(31)
二、常用的内治八法及调护	(35)
三、常用技术及操作	(42)
四、中医的情志护理	(56)
第二章 常见疾病的护理	(59)
第一节 内科疾病的护理	(59)

一、感冒	(59)
二、中暑	(60)
三、发热	(62)
四、咳嗽	(66)
五、支气管哮喘	(70)
六、肺炎	(73)
七、肺结核	(75)
八、慢性阻塞性肺气肿	(78)
九、支气管扩张	(80)
十、慢性支气管炎	(82)
十一、脑出血	(85)
十二、脑血栓形成	(88)
十三、蛛网膜下腔出血	(90)
十四、高血压	(91)
十五、高脂血症	(95)
十六、休克	(97)
十七、心绞痛	(101)
十八、急性心肌梗塞	(103)
十九、心肌炎	(106)
二十、心律失常	(108)
二十一、慢性肺源性心脏病	(112)
二十二、胃炎	(115)
二十三、消化性溃疡	(117)
二十四、慢性非特异性溃疡性结肠炎	(120)
二十五、慢性便秘	(123)
二十六、肝硬化	(125)
二十七、急性胰腺炎	(128)
二十八、结核性腹膜炎	(130)

二十九、急性肾小球肾炎	(132)
三十、慢性肾小球肾炎	(135)
三十一、肾盂肾炎	(137)
三十二、慢性肾功能衰竭	(139)
三十三、肾病综合征	(142)
三十四、缺铁性贫血	(147)
三十五、血小板减少性紫癜	(150)
三十六、甲状腺功能亢进	(153)
三十七、糖尿病	(155)
三十八、失眠	(159)
三十九、类风湿性关节炎	(161)
四十、急性一氧化碳中毒	(164)
四十一、有机磷农药中毒	(166)
四十二、有机氮类农药中毒	(169)
第二节 外科疾病的护理	(171)
一、风疹	(171)
二、荨麻疹	(173)
三、带状疱疹	(176)
四、药疹	(178)
五、湿疹	(181)
六、瘾疹	(183)
七、接触性皮炎	(185)
八、脂溢性皮炎	(186)
九、酒渣鼻	(187)
十、银屑病	(188)
十一、瘙痒症	(191)
十二、神经性皮炎	(192)
十三、尖锐湿疣	(193)

十四、疥疮	(194)
十五、传染性软疣	(195)
十六、手足癣及甲癣	(196)
十七、脓疱疮	(197)
十八、毛囊炎、疖及疔病	(199)
十九、丹毒	(200)
二十、急性腹膜炎	(201)
二十一、脱肛	(204)
二十二、痔	(207)
二十三、血栓闭塞性脉管炎	(209)
二十四、褥疮	(212)
二十五、烧伤	(217)
第三节 妇科疾病的护理	(224)
一、痛经	(224)
二、带下病	(225)
三、外阴瘙痒症	(226)
四、滴虫性阴道炎	(227)
五、念珠菌性阴道炎	(229)
六、老年性阴道炎	(230)
七、慢性宫颈炎	(231)
八、子宫脱垂	(232)
九、更年期综合征	(234)
十、功能性子宫出血	(236)
十一、淋病	(239)
第四节 儿科疾病的护理	(240)
一、麻疹	(240)
二、水痘	(243)
三、流行性腮腺炎	(245)

四、肺炎	(247)
五、支气管哮喘	(249)
六、先天性心脏病	(251)
七、病毒性心肌炎	(253)
八、维生素 D 缺乏性佝偻病	(255)
九、维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(257)
十、肠炎	(258)
十一、肾病综合征	(261)
十二、营养性缺铁性贫血	(263)
十三、蛲虫病	(264)
十四、肥胖症	(266)
十五、猩红热	(268)
十六、百日咳	(270)
十七、鹅口疮	(272)
十八、厌食	(273)
十九、呕吐	(274)
二十、泄泻	(276)
二十一、惊风	(278)
二十二、夜啼	(280)
二十三、遗尿	(281)
二十四、夏季热	(282)
第五节 伤科疾病的护理	(284)
一、颈椎病	(284)
二、肩周炎	(287)
三、腰间盘突出症	(289)
四、桡骨小头半脱位	(293)
五、锁骨骨折	(295)
六、慢性韧带损伤	(297)

七、肩部滑囊炎	(298)
八、类风湿性关节炎	(299)
九、股骨颈骨折	(302)
十、股骨粗隆间骨折	(305)
十一、髋关节脱位	(307)
十二、股骨干骨折	(311)
十三、髌骨骨折	(315)
十四、半月板损伤	(316)
十五、小儿先天性髋关节脱位	(318)
附录一 石膏固定的护理	(321)
附录二 骨科牵引的护理	(323)
附录三 小夹板固定的护理	(327)

第一章 家庭病人的一般护理方法

第一节 基础护理

一、卧床病人的初步护理

卧床病人不仅休息、睡眠在床上,而且饮食、便溺、会客、接受治疗和护理等一系列活动也都在床上。所以,病床与病人的治疗和康复有密切的关系。

1. 要使病人舒适、安全,避免交叉感染

铺床时应使床单平整,紧绷不松弛,无皱褶,床的四角要包紧,被套套住棉被后要平坦,内外面无皱折,头端不露边,床尾部分有足够的空间,使病人的脚可以自由活动,不受压。枕头应四个角充实,开口处背门放置。

铺床及折床时应尽量避免尘土飞扬,减少空气污染,先轻轻取出枕芯和棉被放在椅子上,再逐渐依次铺褥子、大单等。不要抖动脏单子,避免附着在脏单的尘埃、微生物等脱落到别处。最后将脏单及被套等物放于污袋内。

2. 根据病情及需要取适当的卧位

卧位是病人卧床休息的姿势,为病人提供各种不同的卧位是便于进行检查、治疗和护理病人,使病人感到舒适。正确的卧位,必须维持良好的解剖位置,使病人周身各关节轻松弯曲,避免过度伸张而使肌肉过度紧张与牵拉。一般情况下至少每2小时改变一次卧位,避免局部组织受压过久而引起褥疮。以下是几种常用的卧位。

(1)仰卧位 病人面向上平卧,头下放枕,两臂放在身体两侧,略微外展,足部盖衣被不宜过紧,以免压迫两脚向足底弯曲。必要时可用托板支撑,保持功能体位,预防垂足。

(2)侧卧位 病人躺向一侧,臀部后移靠向一侧,枕头的高度与身体成一直线并防止脊柱弯曲。两臂向前自然放置或屈肘放于胸前枕旁,两腿屈髋屈膝,下面髋关节的屈曲程度较上面小。上肢手臂用枕垫好,以免牵拉肩部妨碍呼吸。昏迷或瘫痪的病人,背后应放一枕头以支持背部。此种体位适于灌肠、预防褥疮的发生。

(3)半坐卧位 病人平卧,床头抬高 30 度 ~ 45 度坡位,背部靠在支架上,膝部抬高 15 度 ~ 30 度,使臀部不下滑。如果臀部下滑,则腰部悬空,胸部凹陷,影响呼吸,容易发生腰背肌疲劳。头与肩部垫枕,防止颈部弯曲,腰部垫枕,可保持脊柱的生理曲线,两臀下各垫小枕。

(4)俯卧位 病人面部朝下,头下放枕,头转向一侧,两臀可放在身体两侧或举起放在头部,两腿伸直,足部屈曲。腹部下放一软枕以免腰椎过度伸张。女病人为减少对乳房的压力,小腿下放枕,可以使脚趾悬空,并保持膝关节微屈。每 2 小时改换头部方向一次,以免长时间扭转颈部不适。

(5)头低脚高位 病人仰卧,头偏向一侧。将枕头横立于床头,以防碰伤头部。床尾用木墩垫高 15 厘米 ~ 30 厘米。此种体位适用于产妇胎膜早破时,防止脐带脱出。下肢骨折牵引时,垫高床尾是为了产生反牵引力,以保持平衡牵引。因此,在护理病人时可用枕头或靠背架将病人上半身抬高,使病人感觉舒适。

(6)膝胸位 使病人跪卧,两小腿平放于床上,大腿与床面垂直,两腿稍分开,膝部及胸部着床,头偏转向一侧,两臂屈曲,放于床头两侧。此种卧位适用于矫正子宫后倾及胎位不正等。

(7)头高脚低位 将病人平卧。将床头垫高约 15 度角。此种体位适用于颈椎骨折,做颅骨牵引用。在预防脑水肿、减轻颅内压

或在开颅手术后,家庭护理病人时采用此种卧位。

3.晨间护理

晨间护理是每天清晨给病人进行全身清洁卫生的护理,特别是病情危重及卧床的病人。其目的是让病人感觉清洁、舒适,促进身体受压部位的血液循环,预防褥疮及肺炎等并发症的发生。晨间护理的内容为:做晨间护理前,协助病人排便,然后漱口、洗脸、洗手、擦洗全身,最后梳头。翻身时要注意观察皮肤受压情况,擦洗背部时,用50%酒精按摩骨突处。整理床铺,根据需要更换衣裤和床单,酌情开窗通风。

4.晚间护理

晚间护理在晚饭后、睡眠前再为病人做一次清洁卫生护理,为病人创造夜间良好的睡眠条件,使病人感到安静、清洁、舒适,便于入睡,并在睡前注意观察病人的病情。

晚间护理的内容为:漱口、洗脸、洗手、擦洗背部和臀部,用热水泡脚,为女病人冲洗会阴部,并进行预防褥疮的护理,如为病人按摩身体受压部位,更换体位。整理床铺,酌情为病人增加毛毯、衣被,睡前关灯或用低度暗灯,遮挡窗帘,关门尽量减少噪音刺激。总之,睡前要尽量为病人创造安静舒适的环境,注意调节室温和光线,一般在室内通风换气后,给予关闭门窗。病人的睡眠时间长短、入睡困难或易醒多梦,可直接影响疾病的康复。

二、生命体征的观察

生命体征是机体内在活动时的一种主要客观反应,是衡量人体身心健康的基本指标。生命体征包括体温、脉搏、呼吸、血压及瞳孔。正常人的生命体征相对稳定,有一定的范围。各生命体征之间有内在的相互联系,当身体出现异常时,体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征均可发生不同程度的变化。因此,观察病人的生命体征是十分重要的护理手段。

1. 体温的观察

人体的体温调节是一个十分复杂的过程,它关系到许多器官的功能。人之所以恒温,是因为大脑和丘脑下部的体温调节中枢及神经体液的调节,使机体的产热与散热保持动态平衡。

正常人口腔舌下温度为 $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$;直肠温度为 37.5°C ;腋下温度为 36.5°C 。体温可随年龄、运动情绪等变化,出现生理波动。外界温度会影响体内温度,室内温度高或天气炎热可使体温有所上升,寒冷的环境可使体温下降,婴儿及老年人尤为突出。新生儿因体温调节功能不全,体温易受环境的影响并随之波动;儿童由于新陈代谢率较高,体温多高于成人;老年人则由于代谢率低下,体温往往比正常值略低。人体清晨 2 时 ~ 6 时体温最低,下午 2 时 ~ 8 时最高,但其波动范围不超过平均值的 $\pm 0.5^{\circ}\text{C}$ 。心理和生理的紧张会影响体温,通常神经和激素的作用可使体温变化。如交感神经分泌肾上腺和去甲肾上腺素,致使机体代谢增快,于是体温上升。另外,睡眠时由于机体产热减少,代谢降低,肌肉活动减少而散热增加,因而睡眠时体温较低。妇女在排卵期体温也略有升高,因为孕激素有使体温轻度升高的作用。甲状腺的分泌增加也会使体温升高,甲状腺机能亢进的病人可出现高热。

(1) 异常体温的观察及处理 根据发热程度的高低,发热可分为低热、中度热、高热及超高热。以口腔温度为例,低热不超过 38°C ,中度热在 $38^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ 之间,高热在 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$,超高热体温达 40°C 以上。发热过程可分为 3 个阶段:体温上升期、高热持续期及退热期。体温上升期的特点为产热大于散热,病人主要表现出畏寒、皮肤苍白、无汗,有时病人还可出现寒战。寒战后体温多呈骤然上升,在数小时内体温迅速升至高峰,常见于肺炎。而畏寒后体温多逐渐升高,在数小时内逐渐上升,常见于伤寒。高热持续期的特点为产热与散热在较高水平上的平衡,因而体温维持在较高状态。此时病人可表现为颜面潮红、皮肤灼热、口唇干燥、呼吸

和心率较快。退热期的特点为散热增加而产热趋于正常,体温恢复正常的调节水平,表现为大量出汗及皮肤温度降低。在体温降低时,由于大量汗出,体液大量丢失,年老体弱及心血管疾病病人易出现血压下降、脉搏快细、四肢冰凉等休克现象或称虚脱,应细心观察。

高热的病人需每4小时测量一次体温,待体温恢复正常后,逐渐递减为每日2次,同时需观察病人的面色、脉搏、呼吸和血压及出汗等体征。如体温高达40℃持续不退,应给予降温。一般采用物理降温。若体温超过39℃,可用冰袋冷敷头部。体温超过39.5℃,可用酒精擦浴或在身体大动脉处冷敷。

高热时由于迷走神经的兴奋性降低,使胃肠蠕动减弱,消化液分泌减少而影响食物的消化吸收。另外,分解代谢增强,营养物质及维生素大量消耗,应给病人营养丰富且易消化吸收的流食或半流质饮食,如稀米粥、蛋羹、面条、汤等,鼓励病人少食多餐;高热还可导致水分大量丢失,因为高热时病人呼吸加快,蒸发水分增多,皮肤汗液增多也丢失大量水分,所以要鼓励病人多饮水。

长期发热病人,唾液分泌相对减少,口腔粘膜干燥,有利于细菌殖;同时还由于维生素缺乏和身体抵抗力下降,极易并发口腔炎和粘膜溃疡。应在病人清晨起床后、饭后及睡前协助病人漱口,或用盐水棉球清洁口腔。如果病人出现口唇干裂可表面涂油保护。

高热的病人退热时,会出现大量汗出,应及时用干毛巾为病人擦干汗液,更换内衣或床单,保持病人皮肤清洁、干燥。

高热的病人机体代谢率增快,体温每增高1℃,代谢率将增快7%,而致机体消耗多、进食少、体质虚弱,故应卧床休息。同时应注意调整高温环境,使病人感到舒适。

体温过低的病人一般温度不超过35℃,常见于早产儿及全身衰竭的危重病人。前者由于体温调节中枢尚未发育成熟,对外界的温度变化不能自行调节;后者则因末梢循环不良,尤其在低温环

境下,机体散热大于产热而使体温下降。护理这类病人首先设法提高室温,一般应将温度控制在 $24^{\circ}\text{C} \sim 26^{\circ}\text{C}$ 为宜,室内避免有散热作用的空气对流。可采取局部保暖措施,如用热水袋保温。但对老年人、小儿及昏迷病人要注意热水袋温度不宜过高,以免烫伤皮肤。

(2)发热的类型 根据病人体温变动的特点可分为以下几种类型:

①稽留热。多为高热,体温升高达 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右。常见于急性传染病如伤寒、肺炎等。

②间歇热。高热与正常体温交替、有规律地反复出现,间歇时间有数小时或数日。多见于疟疾与回归热。

③弛张热。体温可升到 39°C 以上,波动较大,日差可达 2°C 以上,最低体温仍高于正常。多见于败血症、肺结核等病。

④不规则热。发热无一定规律,持续时间不定。常见于流行性发热或肿瘤性发热。

2. 脉搏的观察

随着心脏的收缩与舒张,在表浅动脉上可摸到一次搏动称为脉搏。当心室收缩时,动脉内压力增加,管壁扩张;心脏舒张时,动脉内压力下降,管壁收缩。大动脉壁的这种有节律的舒缩,向外周血管传导,就产生了脉搏。因此,正常情况下脉率和心率是一致的。成人正常安静时脉搏次数为每分钟 60 次 $\sim$ 100 次。

脉搏可随年龄、性别、运动、情绪等因素而变化。一般幼儿比成人快,同年龄女性比男性快,进食、运动、情绪激动时增快;同一人在卧位时最慢,端坐时次之,立体时最快;日间较快,休息和睡眠时较慢。

(1)异常脉搏的观察

①速脉。安静状态下成人脉率每分钟超过 100 次,称为速脉,见于发热、甲状腺机能亢进、大出血的病人。

②缓脉。安静状态下成人脉率每分钟低于 60 次,称缓脉,见于颅内压增高、房室传导阻滞病人。

异常脉搏的护理 若诊脉不能准确反应心脏搏动的次数时,需同时听诊;若病人首次出现脉搏异常时,视病情与条件尽量给予做心电图;诊脉不满意时,可改变局部肢体的姿势,保持放松或局部垫软垫,以突出局部的动脉管壁;偏瘫病人患肢的脉搏如果较难测得,可改为测健侧肢体;对脉搏异常的病人,应给予精神安慰。

3. 呼吸的观察

呼吸是人体内外环境之间的气体交换,主要是吸入氧气,呼出二氧化碳,呼吸主要是受神经系统及化学、物理因素的调节。正常呼吸速率成人在安静状态下每分钟为 16 次~20 次,深度较均匀,有一定的节律。吸气较呼气略长,吸气与呼气之比为 1:1.5~1:2。

呼吸频率及深浅度可随年龄、活动、情绪、意志等因素的影响而改变。如小儿快于老人,女性快于男性,活动或情绪激动时快于休息和睡眠时。

(1) 异常呼吸的观察

①频率异常。成人每分钟呼吸超过 24 次,称呼吸增快。常见于高热、缺氧病人。若成人每分钟呼吸小于 10 次,称呼吸徐缓。常见于颅内疾病所致颅内压增高或药物抑制呼吸中枢所致。

②节律异常。潮式呼吸即一种周期性呼吸异常,其周期约 30 秒至 2 分钟。特点是开始呼吸浅慢,以后逐渐加深加快,达高潮后又逐渐变浅变慢,然后呼吸暂停,5 秒~30 秒后又出现上述状态的呼吸,如此周而复始,其呼吸运动如潮水涨落,故称潮式呼吸。多见于脑溢血、酒精中毒、全身衰竭与临终病人。

(2)异常呼吸的护理 为了使病人能更好地舒适地呼吸,应注意调节室内温度、湿度、并保持室内空气新鲜,使空气流通,避免直接吹风。房间内禁止吸烟。

卧床的病人注意调节体位,可将病人头部抬高 20 度左右,使其胸部得以充分扩张,也可用枕头使上身略抬高。但应避免由于垫高头部而胸部不能充分扩张、而颈部前倾、气道不够通畅反而加剧呼吸困难,可视病情变化帮助病人改为半卧位或端坐位。

呼吸异常的病人护理时要注意保持呼吸道通畅,防止食物、饮料等误入气管中。若病人神志不清,不能自口进食、吞咽困难或剧烈咳嗽,进食时须慢慢喂食并稍停留片刻。其次要防止气管分泌物、呕吐物或舌后坠所致的气道阻塞。对身体极度虚弱、病重、呕血及咯血的病人应给予仰卧,头侧向一边或侧卧位,还可采取体位排痰及时清除呼吸道分泌物。同时还要嘱病人勿紧张,给予精神安慰,使病人在心理上有安全感。

4. 血压的观察

血压是血液在血管内流动时对血管壁的侧压力。当心脏收缩时,血液射入主动脉,此时动脉的压力最高,称为收缩压(高压);当心脏舒张时,动脉管壁弹性回缩,此时动脉管壁压力最低,称为舒张压(低压)。正常人收缩压力为 12 千帕 ~ 19 千帕,40 岁以后每增加 10 岁,收缩压提高 1 千帕。舒张压为 8 千帕 ~ 12 千帕,无年龄界限。

(1) 影响血压的生理性变动

①年龄和性别的影响。中年以前女子血压较男子偏低 1 千帕左右,成年以后差别逐渐缩小;10 岁以上者收缩压不超过 19 千帕。

②昼夜和睡眠的影响。通常傍晚时的血压高于清晨。过度劳累或睡眠休息不佳时血压稍有升高,睡眠休息后血压可略有下降。

③环境的影响。寒冷的环境中血压可上升,高温环境中血压可有下降。

④体位的影响。收缩压在休息卧位时最高,端坐时次之。

⑤进食的影响。通常进食后收缩压可升高 1 千帕,约 1 小时

可恢复正常。

(2)异常血压的观察

①高血压。收缩压在 22 千帕以上或舒张压在 13 千帕以上者称为高血压。

②临界高血压。血压值在正常和高血压之间,收缩压高于 19 千帕而低于 22 千帕,或舒张压高于 12 千帕而低于 13 千帕,均属临界高血压。

③低血压。收缩压低于 12 千帕,舒张压低于 7 千帕。

(3)异常血压的护理 先排除外因,如袖带过松使橡胶袋呈球状,而使有效的测量面积变窄,致使血压测出值偏高;袖带过紧可使血管在未注入气体之前已受压致使血压测出值偏低。当发现血压听不清或异常时,除了检查上述因素外应重复测量一次。重复测量时先将袖带内气体驱尽,汞柱降至 0 点,稍等片刻,再进行第二次测量。如连续加压时间过长,可使机体循环受阻而影响测量数值的准确性。

当为病人测得血压异常时,要与病人的基础血压进行对比,再给病人进行合理的解释而不要表现出焦虑、急躁。同时要观察病人的其他生命体征以及身体的伴随症状进行判断。

如病人血压过高,应立即使病人平卧;如病人血压过低,应立即使其平卧位或抬高下肢,头部稍微抬起。

5.瞳孔的观察

瞳孔变化是判断颅内疾病、药物中毒等病情变化的重要指标。

正常瞳孔在自然光线下直径平均为 2.5 毫米~4 毫米,两侧等大,等圆,边缘整齐,亮光下可缩小,光线暗的环境下可略增大。如用拇指和食指将上、下眼睑分开露出眼球,用手电筒光照射瞳孔,瞳孔立即变小,移开光源或闭合双眼,瞳孔即可复原。

(1)瞳孔的生理变化 正常瞳孔的大小与年龄、生理状态、屈光、外界环境等因素有关。1 岁以内的婴儿瞳孔最大,其次为儿童