

护理教学查房

HULI
JIAOXUE
CHAFANG

浙江科学技术出版社

周家梁 王菊吾 主编

林菊英 审阅

护理教学查房

浙江科学技术出版社

责任编辑 马一鸣

封面设计 周盛发

护 理 教 学 查 房

周家梁 王菊吾 主编

*

浙江科学技术出版社出版

浙江新华印刷二厂印刷

浙江省新华书店发行

开本: 787×1092 1/32 印张 6 字数 123,000

1991年1月第一版

1991年1月第一次印刷

印数: 1—9,500

ISBN 7-5341-0334-7/R·59

定 价: 2.30元

编写人员：

周家梁	王菊吾	王益平	任光圆
高际天	沈筱靖	史维君	

编者的话

按照中等卫生学校护士专业和医学院校护理专业的教学计划,至少有 1/3 的教学时间需要在医院通过临床教学实习和生产实习来完成。护理教学查房是临床实习的一项非常有效的教学方式,正在护理教学中日益受到重视。目前县以上各级医院担负着实习护师和实习护士的指导责任,开展和运用护理教学查房这一比较正规的带教形式,为培养实用型护士开拓了良好的前景。

护理教学查房的内容是将实习护师(士)在护理临床上所见到的诸多实际问题,通过讲解、讨论分析和归纳整理等方法,印证所学的书本知识,使理论密切联系实际,让学生能真正掌握所学的临床护理知识,同时培养和锻炼学生的操作能力、观察能力、分析思维能力和临床实际工作能力。

护理教学查房不同于护士长例行的工作查房,它对各级护理人员提出了更高的要求。查房的对象可选择危重病人、疑难病例、大手术的术前准备、术后并发症的观察与防治、急症病人的紧急处理以及某些专题讨论等。查房的方式可以多样化,但以解决护理临床的实际问题和达到教学为目的。

通过护理教学查房,充分发挥出集体的智慧,认真检查护理计划的书写质量、执行情况 and 效果,及时发现问题并提出修改补充意见,使计划更切合实际,不仅保证了护理质量,也提高了护理人员的业务素质。

本书收集临床内、外、妇产、儿科典型的病例30例，整理成完整的护理病历。针对不同病例在临床护理中的不同要求，提出客观存在的1~2个护理问题，从各个侧面展开查房讨论分析，通过引导、设问、推测、辩论等手法，力求深入浅出、生动活泼地对各科护理理论和实践加以阐明，使之更富有趣味性和思考性。

本书的编写得到了中华护理学会林菊英理事长的鼓励和支持，并在百忙中对本书作了审阅，在此深表谢忱。

本书适用于县以上各级医院护师、护士、医学院校护理系学生和中等卫（护）校护士专业学生使用。

由于编者水平所限，错误之处在所难免，希望广大读者不吝指正。

编者于1990年2月

目 录

编者的话

1. 支气管哮喘持续状态的护理 (1)
 2. 中毒性肺炎急症护理及病情观察 (6)
 3. 肺结核大咯血的护理 (12)
 4. 慢性呼吸衰竭吸氧的护理及肺性脑病
护理 (19)
 5. 不稳定型心绞痛护理 (26)
 6. 慢性心力衰竭的一般护理及病情观察 (32)
 7. 难治性溃疡护理 (39)
 8. 肝硬化、食道胃底静脉曲张破裂出血
及肝性脑病护理 (45)
 9. 有机磷农药中毒急救护理 (52)
 10. 急性白血病护理 (60)
 11. 慢性肾功能衰竭护理 (68)
 12. 系统性红斑狼疮护理 (74)
 13. 颅脑损伤的护理观察 (79)
 14. 重型脑挫裂伤的气管切开护理 (86)
 15. 甲状腺大部切除术后并发呼吸困难
和窒息的紧急处理 (93)
 16. 食管下段癌根治术后并发胃食管吻
合口瘘护理 (98)
-

17. 右肺上叶切除后胸腔闭式引流护理	(105)
18. 十二指肠残端破裂护理	(109)
19. 胃术后胃、回肠错误吻合的护理观察	(116)
20. 急性重症胆管炎护理	(122)
21. 经皮肤肝穿刺置管引流护理	(129)
22. 腹腔脓肿护理	(134)
23. 经腹会阴切口直肠癌根治术后护理	(140)
24. 经尿道前列腺切除术并发症的护理 观察	(145)
25. 耻骨骨折致后尿道断裂的护理	(152)
26. 严重复合伤的急救护理	(153)
27. 无抽搐子痫护理	(165)
28. 妊娠合并风湿性心脏病护理	(170)
29. 功能失调性子宫出血护理	(175)
30. 输卵管妊娠破裂护理	(179)

1. 支气管哮喘持续状态的护理

护士长：今天我们进行教学查房。先请责任护士报告病史。

责任护士：患者女性，25岁。咳嗽、咳痰、气喘反复发作2年，病情加重10天，于昨晚入院。患者神志清楚，急性病容，端坐呼吸，口唇、肢端明显紫绀，呼吸34次/分，两肺大量哮鸣音及湿罗音，心率126次/分，律齐。入院诊断：①支气管哮喘伴感染；②哮喘持续状态。入院后给予吸氧、平喘、抗炎、激素、补液及纠正酸中毒等治疗，病情无明显好转。

护士长：何谓“哮喘持续状态”。

实习护士甲：哮喘严重发作，持续24小时以上者，称为“哮喘持续状态”。

护士长：哮喘持续状态是呼吸系统常见急症，可迅速导致病人死亡，必须积极迅速抢救。重症哮喘的观察是护士的基本功之一。你说的“严重发作”，以什么为标准呢？

实习护士甲：我们教课书上没有谈到这点，我不知道。

护士长：近年来，有人用测定最大呼气流率(PEEP)、1秒钟用力呼气量(FEV₁)和动脉血气分析对照，选择出

一些易于临床护理观察重症哮喘的表现。有下面几点表现：

(1) 连续讲话能力严重障碍 严重哮喘患者因呼吸困难而不能讲话或只能发单音节词，常以手势、点头、摇头来回答别人的问话。这是区别哮喘轻重的十分敏感的指标。

(2) 心率增快 严重哮喘患者皆有心率增快，常超过120次/分。心率增快原因与低氧血症、肺过度充气而致心脏受压等因素有关。哮喘缓解后，心率可恢复正常。

(3) 出现奇脉 重症哮喘病人均可出现奇脉，明显时桡动脉搏动常能扪及。有时我们可用袖带式血压计测量，呼气与吸气收缩压之差大于1.33kPa(10mmHg)。奇脉的产生与气道阻塞程度及肺过度充气程度有关，可随气道阻塞的缓解而消失。

(4) 胸锁乳突肌收缩加强 哮喘发作时，病人的呼气、吸气均变为主动过程。严重哮喘病人由于肺过度充气，辅助呼吸肌的活动均加强，其中以胸锁乳突肌收缩力加强最易于观察。

其他还有一些重症哮喘的表现，如四肢末端及口唇明显紫绀，手足发冷，大汗淋漓，神志模糊或恍惚不清，我们都已比较熟悉。

实习护士乙：护士长，重症哮喘时有广泛的气道狭窄，因而哮鸣音的强弱也可反映哮喘的严重程度。您说对不对？

实习护士甲：不对。老师强调过，一些重症哮喘病人哮鸣音可以减弱甚至消失。

护士长：是的。哮鸣音与哮喘严重程度的关系可用图像表示。以纵坐标为哮鸣音的强度，横坐标为哮喘严重程度，则两者的关系呈抛物线，而不呈线性关系。早期，随着哮喘

发作的加重，哮鸣音增响，后期极为严重的哮喘患者，由于广泛的粘液痰栓形成或并发气胸，哮鸣音可减弱或消失。所以，哮鸣音的强弱不能准确反映病人哮喘的严重程度。

责任护士：本例为哮喘持续状态，我们必须寻找可以引起哮喘持续状态的原因。有哪些原因可以引起哮喘持续状态呢？

实习护士丁：① 感染未控制；② 过敏原未消除；③ 发作时张口呼吸和大量出汗，使痰液粘稠，形成痰栓，阻塞小支气管，或肺不张；④ 精神紧张，进食不足，体力不支；⑤ 心肺功能不全，缺氧酸中毒，电解质紊乱；⑥ 肾上腺皮质功能不全；⑦ 对常用止喘药耐药或并发气胸等。

实习护士甲：本例患者，可能是感染未能及时控制，引起哮喘持续状态。

护士长：是的。但刚才同学们说的7项原因，与我们护理关系最大的是如何防治痰栓形成。你们认为有哪些措施呢？

实习护士甲：要鼓励患者多饮水。

实习护士乙：上课时老师强调过，哮喘持续状态祛痰最有效的措施是输液。

护士长：对。所以对这例患者，我们应该特别注意观察痰量及痰的性质、肺部呼吸音、喉头痰鸣音、出汗及尿量情况，做好24小时出入量的记录。除鼓励患者多饮水外，应给予补充输液量，它既可补充体液消耗又可稀释痰液，预防痰栓形成。如何掌握哮喘持续状态患者的输液量及速度呢？

实习护士丁：不宜快，每分钟10~20滴。

实习护士丙：这样太慢了，心力衰竭患者是这样的速度。

护士长：输液速度太慢达不到补液的目的，而太快又极易导致急性左心衰竭。我曾碰到一例哮喘持续状态患者，护士唯恐输液过快而导致肺水肿，忽略了补充水分对患者的重要性，盲目地减慢输液速度，以致痰液稠厚咳不出而发生窒息。因此，对于哮喘持续状态患者在无心功能不全的情况下补液量2000ml/d，滴速40~50滴/分是较安全的。输液种类以5%葡萄糖盐水（GNS）为佳。

责任护士：刚才医嘱有50%葡萄糖注射液（GS）20ml加氨茶碱0.25g 静脉注射；5%GNS500ml加氨茶碱0.5g、氢化考的松200mg及庆大霉素24万单位（u）静脉滴注。我已配好，现在请同学进行静脉注射。

护士长：静脉注射氨茶碱时应注意哪些问题呢？

实习护士丙：不知道。请护士长指教。

护士长：应注意4点。第一要注意量，首次静脉注射量不宜超过每公斤体重5.6mg；第二要注意浓度，0.25g氨茶碱必须化入20ml以上的液体中，我们主张用40ml；第三要注意速度，不宜过快，静脉推注时间在10~20分钟；第四要注意注射途径，须采用外周静脉，禁用中心静脉或动脉导管给药。有报告因注射氨茶碱过快而导致心跳骤停者。所以，护理中应千万注意。

责任护士：静脉滴注氨茶碱时要保持恒速，24小时内均匀滴入，防止时快时慢，以每小时每公斤体重0.2~0.8mg维持。24小时氨茶碱用量，无论静脉或口服，都不宜超过1000mg，肝病和充血性心力衰竭者不宜超过400mg。

护士长：有人发现氨茶碱与庆大霉素一同化入液体可产生沉淀，因而两药应分开化入。此外，应注意氨茶碱不宜与

维生素C、西地兰、毒毛旋花子甙K等同时化入液体，作静脉注射。

实习护士甲：上课时听老师讲过，氨茶碱易中毒，有时中毒反应很严重。在护理中如何早期发现氨茶碱中毒呢？

护士长：有人列出4条作为护理人员发现和识别茶碱中毒的依据。

实习护士丙：嗨，今天我们护士长对“4”特别感兴趣，已经讲了两个4点了。现在是哪4点呢？

护士长：第一，具有氨茶碱中毒症状中的两项及体征中的一项。中毒症状有头痛、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、抽搐；体征有心率增加15次/分、收缩压增加1.33kPa (10mm Hg)、心律不齐。第二，上述症状、体征不能用其他原因解释。第三，停药或减量，症状、体征缓解或消失。第四，血药浓度超过20~25 μ g/ml。我认为前3条足已能够确定氨茶碱中毒，而且适合一般医院的实际情况。你们知道还有哪些情况易导致氨茶碱中毒呢？

实习护士乙：老年人使用红霉素、甲氧咪呱等药物时，肝硬化、充血性心力衰竭、酸中毒等疾病时，均可使氨茶碱的半衰期延长，容易导致氨茶碱中毒。

护士长：对。现在给病人调整吸氧流量。谁知道哮喘持续状态的吸氧原则？

实习护士甲：低流量持续吸氧，每分钟1~2 L。

护士长：正确。

2. 中毒性肺炎急症护理及病情观察

第一次查房（4月29日）

护士长：肺炎伴中毒性休克称为中毒性肺炎。中毒性肺炎是感染性疾病的严重类型，对生命影响较大。目前由于有效抗生素的应用及对休克的深入认识，该病的抢救成功率不断提高。但是护理工作很重要，护理得好坏，直接影响着抢救的成败。今天我们结合403床，讨论一下中毒性休克的一些护理问题。希望通过这次讨论，能使同学们对其有一个比较全面的认识。先请同学汇报病情。

实习护士甲：患者男性，56岁。因畏寒、发热、咳嗽、胸痛2天，神志模糊、尿少半天，于1989年4月29日入院。入院时体温35.5℃，脉搏120次/分，呼吸32次/分，血压9.3/6.1kPa(70/46mmHg)，神志模糊，呼吸浅促，口唇稍绀，颈静脉无怒张，左肺背部可闻及湿性罗音，心率120次/分，律齐。白细胞总数 $14.2 \times 10^9/L$ ，中性92%。X胸片提示“双下肺炎”。入院诊断为中毒性肺炎。入院时给予葡萄糖盐水、低分子右旋糖酐、氨苄青霉素、庆大霉素、多巴胺、间羟胺、5%碳酸氢钠等治疗。

责任护士：中毒性肺炎是内科的一个急重症，必须积极抢救。对于这个患者，首先必须采取以下护理措施。

(1) 重症记录 按重危病人护理，必须及时观察体温、脉搏、呼吸、血压及神志变化，每15~30分钟测量1次，记录24小时出入量。

(2) 吸氧 休克患者不论有无紫绀均应给予吸氧。本例患者口唇已出现紫绀，说明缺氧情况存在。中毒性肺炎的吸氧原则应是高流量吸氧，3~5 L/分。待休克纠正后，根据病情可停氧。

(3) 体位 中毒性肺炎的体位最好是头高脚高位，这样不但有利于下肢静脉回流，也有利于呼吸。

(4) 保温 患者体温35.5℃，应予以保温。但对于中毒性肺炎患者切忌用热水袋，以免皮肤血管扩张，使有效循环血量相对减少。

(5) 迅速建立静脉通路 当务之急是扩充血容量，维持有效循环血量，纠正微循环障碍。必要时可与外科联系，给予静脉切开。

(实习护士在场执行上述措施)

护士长：入院时医嘱已开出3000ml液体及各种药物，同学们是否知道中毒性肺炎患者在输液过程中应注意哪些问题？

实习护士乙：中毒性肺炎输液时应注意以下4点。

(1) 妥善安排输液顺序 先晶后胶 先快后慢。先给予该患者等渗盐水加氨苄青霉素；然后接上低分子右旋糖酐，2小时内滴完。5%碳酸氢钠集中滴入，以免碱性药物分散滴注被体内不断产生的酸性物质所中和，起不到纠正酸中毒

的作用。以后，按医嘱输入庆大霉素及其他液体。24小时维持量，根据血压、脉搏、尿量的变化及时与医师联系，以决定24小时输液总量。

(2) 注意药物的配伍禁忌 如氨苄青霉素需化入等渗盐水中，忌用葡萄糖溶液，否则可使氨苄青霉素效价降低。

(3) 两路输注 多巴胺、间羟胺应各自单独一路静脉滴入，根据血压随时调整滴速，需24小时维持，直至病情稳定。若滴速过快，可使血压猛升，出现头痛、头晕等症，严重者可诱发脑血管意外、心绞痛、心力衰竭等。

(4) 保持静脉输液畅通 须防止间羟胺外漏，以免引起血管外周围软组织缺血坏死。

护士长：中毒性肺炎患者的病情观察重点是末梢循环的灌注情况，因而要正确地测量动脉血压。有时由于周围血管的收缩，袖带测压往往偏低，故必须同时密切观察患者的全身情况，如脉率、神志、四肢颜色、温度、尿量等。如有条件，最好作动脉穿刺插管直接测量动脉压。末梢循环灌注情况的观察对于判断休克的严重程度及治疗疗效很有帮助。以下4点是临床护理中简单易行的了解末梢循环灌注的方法。

(1) 皮肤与肛门温度差 休克时皮肤血管收缩，皮肤温度常较低。由于皮肤血管收缩，不能散热，故肛温常增高。如皮肤与肛门二者温差在 $1 \sim 3^{\circ}\text{C}$ 之间，则表示休克严重。正常之差在 0.5°C 左右。

(2) 毛细血管充盈时间 在指甲或胸骨上加压、然后放松时，可见毛细血管内血液充盈时间大于2秒。

(3) 皮肤发凉范围 用手背从趾（指）端向体中心试验皮肤发凉范围，有助于判断冷休克是否进展或恢复。休克进

展时,发凉部位从趾、指上延,越过膝、肘,甚至躯干;病情好转时,发凉范围逐渐向远端缩小,最后全身皮肤变干而温暖。

(4) 周围静脉充盈度 观察颈静脉与手、足背静脉的充盈度。休克患者,尤其是低血容量患者,周围静脉常呈萎陷状态。

在治疗过程中,要及时调整升压药的滴速,使血压维持在 $10.6\sim13.3/6.6\sim8\text{kPa}$ ($80\sim100/50\sim60\text{mmHg}$),尿量保持在每小时 30ml 以上。血压过低影响微循环灌注,血压过高可使心脏负荷增加,故应十分注意。

实习护士丙:在中毒性肺炎的临床护理中,如何判断中毒性休克抢救有效呢?

护士长:有5个判定指标。① 收缩压大于 $10.6\sim12\text{kPa}$ ($80\sim90\text{mmHg}$)(非升压药物维持),且稳定在1小时以上;② 连续监测尿量数小时,均在每小时 30ml 以上;③ 微循环障碍情况得到改善,如意识状态好转,皮肤发绀或花斑转为红润,皮肤温度由凉转温;④ 脉搏在 110次/分 以下,脉压差由 2.7kPa (20mmHg)以下转为 4kPa (30mmHg)以上,休克指数在 $0.5\sim1$ 之间;⑤ 中心静脉压维持在 $0.39\sim1.17\text{kPa}$ ($4\sim12\text{cmH}_2\text{O}$)。

当然,达到以上指标只意味着抢救休克的成功,并不是对患者治疗的结束,还应继续注意观察病情变化,给予相应的护理和治疗,以达到完全治愈。

第二次查房(4月30日)

夜班护士:昨晚7时许患者突然出现呼吸急促,达