

现代 | Modern Clinical Nursing Routine 临床护理常规

主编 吴惠平 付方雪



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

现代 Modern Clinical Nursing Routine 临床护理常规

主 编	吴惠平	付方雪							
副主编	罗伟香	马凤清	田素萍	陈 洁	张海燕	蒋玉蓉	谢海珊	曾 洁	
	管穗丽	潘楚云							
编 委	丁雪青	马凤清	马丽辉	王 歌	文 艺	孔 焱	邓育红	田素萍	
	付方雪	冯湘萍	戎穗冰	师瑞月	朱莲玉	庄艳云	刘丽君	刘 斌	
	刘碧云	衣 丰	江文霞	麦爱欢	李 芸	李 威	李慧敏	吴惠平	
	邱 晶	何颖军	沈 艳	张海燕	陈小荷	陈美丽	陈 洁	陈晓文	
	林真珠	林慧绒	欧竹君	易朝晖	罗伟香	郑肖芬	郑春娆	赵文英	
	赵 坚	夏令琼	徐文艺	徐银帆	徐穗莲	黄小林	彭金莲	彭朝林	
	彭粤铭	蒋玉蓉	程如虹	曾 洁	曾绮桥	曾碧茹	温桂芬	谢海珊	
	谢曼英	蔡丽萍	管穗丽	廖兵飞	潘楚云	魏道儒			

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代临床护理常规 / 吴惠平, 付方雪主编. —北京: 人民卫生出版社, 2018

ISBN 978-7-117-26230-9

I. ①现… II. ①吴… ②付… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 088890 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

现代临床护理常规

主 编: 吴惠平 付方雪

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 48

字 数: 1229 千字

版 次: 2018 年 6 月第 1 版 2018 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-26230-9/R · 26231

定 价: 140.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前言

常见疾病护理常规是医疗卫生专业书架上经常能见到的一类书籍。编者们从不同角度、以不同的结构对疾病的护理进行系统而精炼的阐述,已经成为护理人员不可缺少的、理论结合实践的工具书。

所谓“常规”,作为名词,汉语词典中给出的释义为“过去流传下来的规矩”、“日常必须遵守的规则”和“医学上经常使用的处理方法,如血常规等”;作为形容词,它的词意则为“一般的”、“通常的”。护理常规是临床护理人员在工作中必须遵守的规则,也是几代人总结的临床护理经验。随着医学的发展、制度的完善,护理技术和护理理念也在不断地更新和优化。此外,常见疾病谱随着社会的变迁、环境的变化、人类生活方式及节奏的改变等也在悄然发生改变。因此,疾病护理常规必须应这些变化而不断丰富其内涵。新出现的护理技术必须建立其规范,而传统的护理常规则需根据技术和制度的改变来调整关注的角度和侧重点,使之更加贴近临床,更加务实、科学,以利于临床护理人员的学习和使用。

基于此,主编组织我院临床一线护理专家,结合近年临床护理实践,查阅大量专业文献,编写了这本“现代临床护理常规”。

本书以临床护理人员的需求为基本出发点,以近年我院常见疾病的临床护理为基础内容,以整体护理理念为基本指导思想,建立了本书特有的、符合疾病发生发展规律的编写结构,每个疾病均在这种结构下进行护理常规的编写。基本结构包括护理关键点、护理评估、护理措施和健康教育。而外科疾病在此基础上又含有术前评估、术后评估,这样的结构更加突出了护理评估的重要性,并一定程度上显示了疾病不同时期有其不同的评估内容和护理措施,这样的结构设计旨在提醒临床护理人员不能只重视“做”,而忽略了“看”,同时也希望以此提升护理人员在临床工作中的思考能力,理清对疾病和疾病护理的认识思路。

本书共两篇十二章,主要内容包括常见症状、常见急症、常见疾病的护理常规。护理学科分布涵盖了急诊急救、内科、外科、妇产科、儿科、耳鼻喉科、眼科、口腔科、中医科、肿瘤科等。书中包含了大量近年出现的护理新技术、新理念,在护理安全和健康教育方面也安排了一定的篇幅。

热诚希望本书对广大护理人员的临床工作有一定的借鉴作用,在岗位培训中能帮助大家更好的理解疾病和疾病护理,并能成为护理人员的一本工具书。

由于编者学识、水平有限,书中存在不足甚至谬误之处在所难免,恳请各位同仁和读者批评指正。

主编:吴惠平 付方雪
2017年9月

目 录

第一篇 总 论

第一章 患者住院护理常规	2
第一节 一般患者入院护理常规	2
第二节 急症患者入院护理常规	2
第三节 出院患者护理常规	3
第二章 分级护理常规	4
第一节 特级护理常规	4
第二节 一级护理常规	4
第三节 二级护理常规	5
第四节 三级护理常规	5
第三章 症状护理常规	6
第一节 恶心、呕吐护理常规.....	6
第二节 腹泻护理常规	7
第三节 便秘护理常规	8
第四节 咳嗽、咳痰护理常规.....	9
第五节 呼吸困难护理常规.....	10
第六节 咯血护理常规	11
第七节 压疮护理常规	12
第八节 疼痛护理常规	13
第九节 发热护理常规	14
第十节 颅内高压护理常规.....	15

第十一节 水肿护理常规	17
第十二节 弥散性血管内凝血 (DIC) 护理常规	18
第十三节 休克护理常规	19
第十四节 昏迷护理常规	20
第十五节 心悸护理常规	22
第十六节 呕血护理常规	23
第十七节 便血护理常规	24
第十八节 血尿护理常规	25
第十九节 尿路刺激征护理常规	26
第二十节 尿潴留护理常规	27
第二十一节 贫血护理常规	28
第二十二节 吞咽困难护理常规	29
第二十三节 腹胀护理常规	32
第二十四节 抽搐护理常规	33
第四章 急救护理常规	34
第一节 心脏骤停抢救护理常规	34
第二节 急性左心衰抢救护理常规	35
第三节 休克抢救护理常规	37
第四节 脑血管意外抢救护理常规	39
第五节 急性中毒抢救护理常规	41
第六节 多发伤抢救护理常规	46
第七节 小儿高热惊厥抢救护理常规	48
第八节 中暑抢救护理常规	49
第九节 溺水抢救护理常规	50
第十节 电击伤抢救护理常规	52

第二篇 专科疾病护理常规

第五章 内科疾病护理常规	56
第一节 内科疾病一般护理常规	56
第二节 呼吸系统疾病护理常规	57

第三节 循环系统疾病护理常规	88
第四节 消化系统疾病护理常规	117
第五节 泌尿系统疾病护理常规	144
第六节 血液系统疾病护理常规	162
第七节 风湿免疫疾病护理常规	183
第八节 内分泌系统疾病护理常规	198
第九节 神经内科疾病护理常规	240
第十节 感染性疾病护理常规	278
第十一节 ICU 疾病护理常规	307
第六章 外科疾病护理常规	323
第一节 外科疾病一般护理常规	323
第二节 麻醉后护理常规	326
第三节 手术野皮肤准备	328
第四节 留置导尿护理常规	329
第五节 留置胃管胃肠减压护理常规	329
第六节 普通外科疾病护理常规	330
第七节 胸外科疾病护理常规	362
第八节 心脏外科、主动脉疾病护理常规	377
第九节 骨关节外科疾病护理常规	395
第十节 脊柱外科疾病护理常规	405
第十一节 手、显微、血管外科疾病护理常规	416
第十二节 神经外科疾病护理常规	446
第十三节 泌尿外科疾病护理常规	471
第十四节 整形外科疾病护理常规	492
第七章 妇产科护理常规	503
第一节 妇科疾病护理常规	503
第二节 产科护理常规	526
第八章 儿科疾病护理常规	552
第一节 新生儿疾病护理常规	552
第二节 儿内科疾病护理常规	578

第九章 眼、耳鼻咽喉科疾病护理常规	608
第一节 眼科疾病护理常规	608
第二节 耳鼻咽喉科疾病护理常规	625
第十章 口腔科疾病护理常规	645
第一节 口腔科门诊疾病护理常规	645
第二节 口腔颌面外科疾病护理常规	678
第十一章 中医科疾病护理常规	703
第一节 中医科疾病一般护理常规	703
第二节 眩晕护理常规	704
第三节 中风护理常规	705
第四节 胸痹护理常规	707
第五节 咳嗽护理常规	708
第六节 哮喘护理常规	710
第七节 痹证护理常规	711
第八节 消渴护理常规	713
第九节 高热护理常规	714
第十节 感冒护理常规	716
第十一节 胃脘痛护理常规	718
第十二节 便秘护理常规	719
第十三节 泻泄护理常规	720
第十四节 不寐护理常规	722
第十五节 绝经前后诸证护理常规	723
第十二章 肿瘤科疾病护理常规	725
第一节 肿瘤科疾病一般护理常规	725
第二节 肿瘤化疗护理常规	726
第三节 肿瘤放疗护理常规	733
第四节 肺癌肿瘤科护理常规	735
第五节 肠癌肿瘤科护理常规	737
第六节 胃癌肿瘤科护理常规	738
第七节 乳腺癌肿瘤科护理常规	740

第八节 宫颈癌肿瘤科护理常规	741
第九节 鼻咽癌肿瘤科护理常规	743
第十节 卵巢癌肿瘤科护理常规	745
第十一节 食道癌肿瘤科护理常规	746
第十二节 肝癌肿瘤科护理常规	747
第十三节 颅内肿瘤肿瘤科护理常规	749
参考文献	752

財富聚刊系列書

第一篇 財富聚刊系列書

第一篇

总 论

第一章 患者住院护理常规

第一节 一般患者入院护理常规

1. 病区接到患者入院通知后，及时准备床单位及用物。如病房暂无空床，则告知患者办理预约登记手续。
2. 主动、热情接待新患者，凭患者身份证、医保卡核对患者身份，双人核查后为其戴上手腕带，并引导新患者到准备好的病床。
3. 护士通知主管医师接诊新患者。
4. 责任护士进行入院宣教。向患者或家属详细介绍医院住院须知，包括主管医师、责任护士、护士长，病区环境、作息时间、探视制度、陪护规定、患者安全指引、餐饮服务、呼叫器的使用等；指导患者及家属理解“患者入院告知书”，并请患者或监护人详细阅读后签名，同时宣教者签名。告知书一式两份，患者方一份，科室留存一份（入病历保管）。
5. 进行入院首次护理评估，包括患者生理、心理、社会状况、基本生活活动能力评估、跌倒风险评估、压疮风险评估（必要时），测量患者体温、脉搏、呼吸、血压、体重、身高（必要时）等；并按要求书写护理记录等。
6. 给予新入院患者卫生处置，如修剪指甲、剃胡须、更换病员服等；多余物品交家属带回家。
7. 按医嘱落实患者正确的饮食和指导。
8. 及时正确执行医嘱，完成各项治疗与护理，观察用药后的效果及反应。
9. 运用护理程序，执行分级护理制度，实施责任制整体护理，按要求巡视患者，仔细观察病情变化，与患者进行有效沟通，了解患者心理状况，征求患者意见，明确护理问题，及时解决患者需要，落实各项基础护理和危重患者护理，给予心理护理，做好住院期间全程健康指导和护理效果评价，并记录。
10. 发现病情变化立即报告医师。病情危重时，及时做好各项抢救准备。
11. 协助患者了解住院费用清单内容。

第二节 急症患者入院护理常规

1. 病区接急症患者入院通知后，立即准备床单位及所需急救用物，并立即通知值班医生。
2. 医护人员主动接待急症入院的患者，迅速安置急症患者到病床或抢救室，与护送患者的医务人员交接患者生命体征、主要症状、治疗护理情况及效果。危重患者的贵重物品交家属妥善保管。
3. 根据医嘱和病情的需要，立即给予吸氧、建立静脉输液通路、心电监护、采集各种标本等，协助床旁检查。如是危重患者应做好急救准备，备必要的急救药品和器材于床旁，

遵医嘱及时准确用药，并协助医生进行抢救。

4. 尽快对患者进行入院护理评估，包括生命体征、意识状态、情绪反应等，询问患者主诉，了解目前的主要症状和体征，明确主要护理问题，立即采取有效的护理措施，并按要求书写体温单、入院评估、护理记录单等。

5. 减轻患者的心理压力，缓解紧张情绪。

6. 做好住院期间特殊检查、治疗、手术阶段的健康指导和护理效果评价，并记录。

7. 急症患者入院后其他护理常规按“一般患者入院护理常规”。

8. 可疑传染病例应按隔离原则进行处理。

第三节 出院患者护理常规

1. 责任护士接到患者的出院医嘱后，告知患者出院时间及办理有关出院的手续。

2. 按医嘱完善出院带药，停止所有长期医嘱，注销各种治疗护理卡，并在一览卡注明出院日期或标识。

3. 仔细核对患者住院费用，填写出院结算单及打印住院费用总清单给患者或家属，并告知其核对确认无误后到“出入院结算中心”进行出院结算，结算完毕返回病房（药房）取药及门诊病历、出院小结、疾病证明书。

4. 出院前，向患者或家属进行出院健康指导，包括病情观察、用药、饮食、活动、家庭康复训练、复诊时间、自我照顾指导等，并告知出院小结及疾病证明书的意义及用途，要妥善保管及复印病历的具体事宜。

5. 责任护士按要求整理病历，病区质控员进行病历终末质量控制，并在病历首页上签名确认。

6. 协助患者整理物品，发放“出院患者满意度调查表”诚恳征求患者意见和建议，必要时护送患者出院。

7. 对于病情不允许出院或家属自动要求出院的患者，应和主管医生一起予以耐心解释、劝阻和说服，如说服无效，应请患者或符合法定要求的代理家属在病历中签字后方可出院。

8. 对于病情许可医嘱可以出院而不愿意出院的患者，应和主管医生一起进行说服，如说服无效，应通知其家属或患者所在单位办理患者出院手续及接患者出院，必要时，可在征得其家属或单位的同意后与医务科联系将患者护送回家。

9. 病房及床单元按要求进行终末处理和消毒。

10. 做好患者的病情追踪观察和电话随访工作。

（吴惠平 魏道儒）

第二章 分级护理常规

第一节 特级护理常规

1. 对病情危急、随时可能发生病情变化需要抢救、各种复杂及新大型手术、各种严重损伤和监护室的患者应给予特别护理。

2. 设专人昼夜看护，严密观察病情变化；设立特别护理记录单，及时准确记录患者生命体征及出入水量，以保持水电解质平衡，并严格交接班。急救药品、器材准备齐全，随时准备抢救。

3. 根据医嘱按时完成治疗及用药，并观察患者的反应。

4. 制定护理计划，适时提出护理问题，正确实施专科护理，预防术后并发症，及时进行效果评价。

5. 做好各种管道的观察和护理。

6. 安全护理措施到位，防止意外事件发生。

7. 严格进行床头交接班。

8. 根据患者的病情，适时进行健康指导。

9. 评估病人，根据病情满足基本生活需要，保持患者清洁、舒适。

(1) 患者清洁：每日做好晨晚间护理，每1~2日床上擦浴1次；每周洗头1次；每天口腔护理2次。为留置尿管患者每日进行1~2次尿道口清洁。协助患者使用便盆及更衣，进行二便失禁患者的护理，保持患者衣、被及床单位整洁。

(2) 定时协助进行患者翻身，拍背及有效咳嗽。必要时完成床上的移动，压疮预防及护理工作。

(3) 协助患者进食、进水（禁食患者除外）。提供合适的饮食，以保证足够的营养。

(4) 保持肢体功能位置，防止足下垂或其他体位性神经损伤。

10. 及时进行心理护理，了解患者心理状况，适时进行健康教育。

11. 严格执行隔离消毒制度，防止院内感染。

第二节 一级护理常规

1. 对病情趋向稳定的重症患者；手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；生活完全不能自理且病情不稳定的患者；生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者应给予一级护理。

2. 患者应绝对卧床休息，每小时巡视患者1次，观察患者病情变化。遵照医嘱进行生命体征监测及出入量记录。根据病情制订护理计划，提出护理问题，落实各项有效护理措施。

3. 遵照医嘱按时完成治疗及用药，观察患者反应，按规定做好各项护理记录。

4. 做好各种管道的观察和护理；正确实施专科护理，预防术后并发症。
5. 安全护理措施到位，防止意外事件发生。根据病情协助患者进行功能锻炼，并设床栏以防止坠床。
6. 提供护理相关的健康指导和功能锻炼。
7. 了解患者心理需求，做好必要的沟通和心理疏导。
8. 评估病人，根据病人病情及自理能力，遵循“亲自做”、“指导做”、“教会做”的原则，提供生活照顾，保持患者清洁、舒适：
 - (1) 患者清洁：每日做好晨晚间护理，每1~2日床上擦浴1次；每周洗头1次；协助卧床患者使用便盆及更衣，进行二便失禁患者的护理。为留置尿管患者每日进行1~2次尿道口清洁。
 - (2) 根据病人的病情，定时协助卧床患者进行翻身，拍背及有效咳嗽。必要时完成床上的移动，压疮预防及护理等工作。
 - (3) 协助患者进食、进水（禁食患者除外）。提供合适的饮食，以保证足够的营养。
9. 做好消毒隔离工作，防止院内交叉感染。

第三节 二级护理常规

1. 对病情稳定需限制活动的患者，具有部分生活自理能力的患者给予二级护理。
2. 每两小时巡视患者1次，进行病情观察及生活照顾。
3. 每日测量体温、脉搏、呼吸，每周监测1次血压。
4. 遵医嘱正确实施各种治疗，指导患者正确用药，观察患者反应。做好各项护理记录。
5. 正确实施专科护理，安全护理措施到位，防止意外事件发生。
6. 提供与护理相关的健康指导，指导患者卧床休息，在病情允许的情况下，可协助患者在床上活动或室内适当活动等康复锻炼。
7. 评估病人，根据病人病情及自理能力，督促或协助完成以下的生活照顾，内容包括：晨晚间护理；床单位整洁；全身清洁；留置尿管的护理，协助患者保持清洁、舒适。
8. 了解患者心理需求，做好必要的沟通和心理疏导。
9. 协助并指导患者按要求进食，以保证营养的供给。

第四节 三级护理常规

1. 病情稳定，生活完全能够自理的康复期患者给予三级护理。
2. 每3小时巡视患者1次，观察病情变化。
3. 每日测量体温、脉搏、呼吸，每周监测1次血压。
4. 遵医嘱正确实施各种治疗，观察患者反应。
5. 提供与护理相关的健康教育与健康指导。
6. 向患者进行安全教育，防止意外事件发生。
7. 每日整理床单位1次。
8. 了解患者心理需求，做好必要的沟通和心理疏导。
9. 指导患者按要求进食，以保证营养的供给。

（魏道儒 付方雪）

第三章 症状护理常规

第一节 恶心、呕吐护理常规

一、护理关键点

1. 有体液不足的可能。
2. 活动无耐力。
3. 焦虑。
4. 有吸入性肺炎、窒息的危险。
5. 教育需求。

二、护理评估

1. 恶心、呕吐发生的时间、频率、原因和诱因，与进食的关系。
2. 患者生命体征、神志、营养状况、有无失水表现。
3. 呕吐物的性质、量、颜色、气味，必要时送实验室检查。
4. 呕吐伴随的症状，如是否伴有腹痛、腹泻、发热、头痛、眩晕等。
5. 观察药物使用效果。

三、护理措施

1. 有体液不足的危险

(1) 定时监测和记录生命体征直至稳定：血容量不足时可发生心动过速、呼吸急促、血压降低，特别是体位性低血压；持续呕吐导致大量胃液丢失，发生代谢性酸中毒时，患者呼吸可变浅变慢。

(2) 观察患者有无失水现象：准确测量和记录每日出入量、尿比重、体重，依据失水程度不同，患者可出现烦躁、神志不清甚至昏迷，软弱无力、口渴、皮肤黏膜干燥、弹性减低，尿量减少、尿比重增高等表现。肠梗阻时应禁食、水，并进行胃肠减压。对不能经口摄取营养、水、电解质的患者，应通过静脉输液给予补充。

(3) 观察患者有无继续呕吐：记录呕吐的次数，呕吐物的性质、量、颜色、气味，动态监测实验室检查结果，如血清电解质、酸碱平衡状态等。

(4) 遵医嘱给予口服或静脉输液补充水分和电解质：口服补液时，应少量多次饮用，以免引起恶心、呕吐。口服补液未能达到所需补液量时，需静脉输液以恢复和保持机体的液体平衡状态。

2. 活动无耐力

(1) 患者呕吐时应帮助其坐起或侧位，头偏向一侧，以免误吸。呕吐后漱口，更换污染衣物被褥，开窗通风去除异味。

- (2) 嘱患者坐起或站起时动作应缓慢, 以免发生体位性低血压。
- (3) 按医嘱应用止吐药或其他治疗, 促使患者逐步恢复正常饮食和体力。
- (4) 每日应做口腔护理, 清除口腔内臭味, 防止口腔炎, 应注意避免刺激舌咽和上腭等, 以防诱发呕吐。

3. 焦虑

- (1) 关心患者了解其心理状态, 消除患者不安情绪, 保持环境清洁安静。
- (2) 向患者解释精神紧张不利于呕吐的缓解。
- (3) 指导患者进行深呼吸、转移注意力等放松技术, 减少呕吐的发生。

4. 有吸入性肺炎、窒息的危险

(1) 患者呕吐时, 协助其坐起, 将呕吐物吐入容器内。因病情不能坐起者, 可协助患者侧卧位两膝稍弯曲或仰卧位头偏向一侧, 以免呕吐物吸气管而发生窒息或引起吸入性肺炎。

(2) 对频繁呕吐的患者可按医嘱给甲氧氯普胺, 多潘立酮等止吐药物, 并严密观察用药后效果。

四、健康教育

1. 向患者及家属讲解引起恶心、呕吐可能的原因和症状特点。
2. 进行饮食卫生及个人卫生教育。
3. 告知患者发生恶心、呕吐时及时就医, 配合治疗, 并保留呕吐物化验。

第二节 腹泻护理常规

一、护理关键点

1. 腹泻。
2. 有体液不足的危险。
3. 教育需求。

二、护理评估

1. 评估每天排便次数、量及性状。监测生命体征、神志、尿量、皮肤弹性、电解质等。
2. 腹泻发生的时间、诱因、病程长短, 是否与摄入可能致敏食物、长期应用抗生素或糖皮质激素、大手术后及其他疾病等有关。
3. 评估腹泻伴随症状, 如有无腹痛、里急后重、恶心呕吐、发热等; 评估腹部体征, 有无腹胀、腹部包块、压痛, 肠鸣音有无异常等。
4. 评估肛周皮肤、黏膜情况。
5. 对于急性腹泻者, 注意流行病学调查评估。如确诊为传染病者, 按传染病疫情管理办法进行报告及隔离。
6. 对于慢性腹泻者, 询问既往史、诊断及治疗经过; 评估患者的营养状况, 有无消瘦、贫血体征等。
7. 评估用药效果。

三、护理措施

1. 腹泻

- (1) 休息:急性起病、全身症状明显者应注意休息,腹部保暖;慢性轻症者可适当活动。
- (2) 饮食护理:以少渣、易消化食物为主,避免生冷、多纤维、味道浓烈的刺激性食物。急性腹泻应根据病情和医嘱,给予禁食、流质、半流或软食。
- (3) 症状护理:可用热敷腹部以减少肠道运动,减少排便次数,并有利于腹痛等症状的减轻。
- (4) 用药护理:应用止泻药时,注意观察患者的排便情况,腹泻得到控制时及时停药。注意观察解痉止痛剂的副作用。

(5) 皮肤黏膜护理:排便后应用温水清洗肛周,保持清洁干燥,涂抹无菌凡士林或抗生素软膏,以保护肛周皮肤或促进损伤处愈合。

(6) 对肠道传染病所致的腹泻,应严格进行消毒隔离,患者的用品、食具、便器用后消毒,排泄物、呕吐物均消毒后倒掉,护士操作前后必须洗手、消毒。

2. 有体液不足的可能

- (1) 正确记录大便次数、量、性状。
- (2) 监测生命体征、神志、尿量的变化。
- (3) 动态观察患者的液体平衡状态和脱水表现。
- (4) 遵医嘱及时给予液体、电解质、营养物质的补充,以满足患者的生理需要,恢复和维持血容量。

四、健康教育

1. 解除患者思想顾虑,向患者及家属讲解相关病因,注意饮食卫生,指导其合理安排作息时间,有利于体质的增强和胃肠功能的恢复。
2. 发生腹泻时及时就医,明确病因后配合治疗。
3. 嘱咐慢性腹泻者注意饮食的种类及规律。

第三节 便秘护理常规

一、护理关键点

1. 排便困难。
2. 腹痛。
3. 焦虑。
4. 教育需求。

二、护理评估

1. 年龄、心理社会状况、原发疾病。
2. 排便习惯、排便间隔时间、大便性状、便后有无出血。
3. 饮食习惯。