


现代临床护理基础与实践

王晶等主编

 江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代临床护理基础与实践 / 王晶等主编. —南昌:
江西科学技术出版社, 2021. 6
ISBN 978-7-5390-7807-6

I. ①现… II. ①王… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2021)第 122637 号

选题序号: ZK2021073

图书代码: B21140 - 101

责任编辑: 王凯勋

现代临床护理基础与实践

XIANDAI LINCHUANG HULI JICHU YU SHIJIAN

王晶 等 主编

出版发行 江西科学技术出版社
社 址 南昌市蓼洲街2号附1号
邮编 330009 电话: (0791)86623491 86639342(传真)
经 销 全国新华书店
印 刷 山东道克图文快印有限公司
开 本 880mm × 1230mm 1/16
字 数 655 千字
印 张 26.25
版 次 2021 年 6 月第 1 版 2021 年 6 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5390-7807-6
定 价 198.00 元

赣版权登字: -03 - 2021 - 216

版权所有, 侵权必究

(赣科版图书凡属印装错误, 可向承印厂调换)

编委会

- 主 编** 王 晶 宁阳县第一人民医院
赵 峰 胜利油田中心医院
孙 红 山西省心血管病医院
张翠玲 山西白求恩医院
 同济山西医院
武陈陈 中国人民解放军第九六〇医院泰安院区
徐丽宁 淄博市博山区医院
- 副主编** 黄 静 贵州航天医院
白 兰 包头市第四医院
姚丽丽 内蒙古自治区人民医院
黄绪芹 平阴县中医医院
李元琴 贵州省松桃苗族自治县民族中医院
邵 瑛 山西白求恩医院
 同济山西医院
朱丽莱 兴义市人民医院
吴涛涛 胜利油田中心医院
张 丽 山西白求恩医院
 同济山西医院
王玲玉 湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院
李丽霞 内蒙古自治区人民医院
刘 阳 中国人民解放军总医院第七医学中心
岳 涛 长治医学院附属和济医院
樊建芳 中国人民解放军总医院京中医疗区定阜街
 门诊部
白俊超 中国人民解放军总医院第七医学中心
窦凌松 中国人民解放军总医院第七医学中心
牛鹏姣 晋中市第一人民医院

刘云霞 晋中市第一人民医院
赵晓燕 晋中市第一人民医院
要锦兰 晋中市第一人民医院

编委 景莉 中国人民解放军联勤保障部队第九八七医院
张丽 中国人民解放军战略支援部队特色医学中心
史秀山 山西白求恩医院
同济山西医院
程红群 中国人民解放军总医院第八医学中心
孙丽 包头市蒙医中医医院
付薇薇 山西省中医院

前 言

随着科学技术的飞速发展和医学的不断进步,护理学科发生了根本性的变化,现代临床医学对护理人员有了更高的要求。特别是医药卫生体制改革方案中提出,护理工作要坚持“以患者为中心”,以患者安全为重点,护理服务要让患者满意、让社会满意。要达到这些要求,护理人员必须掌握扎实的医学护理基础知识、熟练的专业技能、规范的技术操作,做到默契的医护配合,这是保证患者安全和医疗护理质量的关键。为此,我们参考大量书籍资料编写了此书。

本书介绍了消化内科、心内科、肾内科、妇产科、儿科等临床科室常见疾病的护理,针对肿瘤护理也做了详细介绍。书中资料新颖,内容丰富,覆盖面广,科学实用,充分吸收近几年的护理新理论、新知识和新技术,可以帮助临床护理人员培养良好的思维判断能力,使护理工作更加有条理,更佳严谨安全。本书可作为临床护士及医学院校师生实现知识更新的重要参考书。

在本书编写过程中,主编王晶编写了第七章第一节至第十一节,共44.21千字;主编赵峰编写了第八章,共32.28千字;主编孙红编写了第三章第五节至第八节、第十一章,共105.39千字;主编张翠玲编写了第十三章,共23.69千字;主编武陈陈编写了第十章,共22.96千字;主编徐丽宁编写了第十二章,共22.55千字;副主编黄静编写了第一章第一节至第十五节,共104.58千字;副主编白兰编写了第四章第八节至第九节,共13.58千字;副主编姚丽丽编写了第二章第一节至第二节,共13.54千字;副主编黄绪芹编写了第六章第一节至第二节,共13.49千字;副主编李元琴编写了第七章第十二节至第三十五节,共85.63千字;副主编邵瑛编写了第十五章,共53.48千字;副主编朱丽菜编写了第四章第一节至第七节,共53.47千字;副主编吴涛涛编写了第一章第十七节,共5.56千字;副主编张丽编写了第九章,共13.22千字;副主编王玲玉编写了第六章第四节至第五节,共5.45千字;副主编李丽霞编写了第三章第一节至第三节,共15.94千字;副主编刘阳编写了第六章第三节,共5.23千字;副主编岳涛编写了第五章第一节至第三节,共13.13千字;副主编樊建芳编写了第十六章第二节,共5.21千字;副主

编白俊超编写了第十四章,共5.20千字;副主编窦凌松编写了第七章第三十六节,共5.15千字;牛鹏姣等编写了其余章节。

由于编者们的知识水平有限,书中难免有不足、不当之处,敬请广大读者批评指正。

《现代临床护理基础与实践》编委会

目 录

第一章 消化内科疾病护理	(1)
第一节 消化系统疾病常见症状体征护理	(1)
第二节 急性胃炎护理	(11)
第三节 慢性胃炎护理	(14)
第四节 假膜性肠炎护理	(18)
第五节 消化性溃疡护理	(21)
第六节 上消化道大出血护理	(25)
第七节 肠结核护理	(30)
第八节 炎症性肠病护理	(34)
第九节 肠易激综合征护理	(40)
第十节 缺血性肠炎护理	(42)
第十一节 胃癌护理	(45)
第十二节 肝硬化护理	(49)
第十三节 急性胰腺炎护理	(52)
第十四节 灌肠术护理	(56)
第十五节 腹腔穿刺术护理	(62)
第十六节 胃食管反流病护理	(65)
第十七节 急性肝衰竭护理	(67)
第二章 呼吸内科疾病护理	(71)
第一节 急性上呼吸道感染护理	(71)
第二节 急性气管-支气管炎护理	(74)
第三节 慢性阻塞性肺疾病护理	(77)
第三章 心内科疾病护理	(80)
第一节 老年冠心病康复护理	(80)
第二节 老年高血压康复护理	(83)
第三节 老年慢性心功能不全康复护理	(87)
第四节 心肌炎护理	(90)
第五节 急性心肌梗死护理	(92)

第六节	感染性心内膜炎护理	(97)
第七节	心律失常护理	(100)
第八节	慢性肺源性心脏病护理	(108)
第四章	内分泌科疾病护理	(112)
第一节	单纯性甲状腺肿护理	(112)
第二节	甲状腺功能亢进症护理	(115)
第三节	甲状腺功能减退症护理	(121)
第四节	糖尿病护理	(126)
第五节	库欣综合征护理	(132)
第六节	原发性肾上腺皮质功能减退症护理	(136)
第七节	肥胖症护理	(140)
第八节	血糖的监测	(144)
第九节	血糖的控制	(147)
第五章	肾内科疾病护理	(152)
第一节	急性肾小球肾炎护理	(152)
第二节	急进性肾小球肾炎护理	(155)
第三节	慢性肾小球肾炎护理	(156)
第四节	肾病综合征护理	(158)
第六章	妇产科疾病护理	(160)
第一节	异位妊娠护理	(160)
第二节	早期妊娠孕妇护理	(163)
第三节	中晚期妊娠孕妇护理	(166)
第四节	子宫内膜异位症护理	(170)
第五节	子宫脱垂护理	(172)
第七章	儿科疾病护理	(174)
第一节	蛋白质-热量营养不良护理	(174)
第二节	钙缺乏症护理	(177)
第三节	锌缺乏症护理	(179)
第四节	碘缺乏症护理	(180)
第五节	维生素 A 缺乏症护理	(182)
第六节	维生素 D 缺乏性佝偻病护理	(184)
第七节	维生素 B ₁ 缺乏症护理	(187)
第八节	维生素 C 缺乏症护理	(189)
第九节	儿童腹泻护理	(191)
第十节	儿童肥胖症护理	(194)

第十一节 儿童心力衰竭护理	(198)
第十二节 麻疹护理	(199)
第十三节 流行性腮腺炎护理	(202)
第十四节 细菌性痢疾护理	(204)
第十五节 结核性脑膜炎护理	(207)
第十六节 水痘护理	(209)
第十七节 中毒性细菌性痢疾护理	(211)
第十八节 支气管肺炎护理	(213)
第十九节 急性支气管炎护理	(215)
第二十节 支气管哮喘护理	(217)
第二十一节 急性上呼吸道感染护理	(219)
第二十二节 急性颅内压增高征护理	(221)
第二十三节 小儿化脓性脑膜炎护理	(223)
第二十四节 小儿癫痫护理	(225)
第二十五节 Reye 综合征护理	(228)
第二十六节 注意力缺陷多动症护理	(230)
第二十七节 急性肾小球肾炎护理	(231)
第二十八节 肾病综合征护理	(234)
第二十九节 泌尿道感染护理	(236)
第三十节 营养性缺铁性贫血护理	(238)
第三十一节 营养性巨幼细胞性贫血护理	(240)
第三十二节 遗传性球形红细胞增多症护理	(242)
第三十三节 红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症护理	(244)
第三十四节 再生障碍性贫血护理	(246)
第三十五节 急性呼吸衰竭护理	(248)
第三十六节 心跳呼吸骤停护理	(249)
第八章 肿瘤科疾病护理	(253)
第一节 甲状腺癌护理	(253)
第二节 脑胶质瘤护理	(255)
第三节 乳腺癌护理	(257)
第四节 结、直肠癌护理	(261)
第五节 原发性肝癌护理	(265)
第六节 多发性骨髓瘤护理	(267)
第七节 宫颈癌护理	(270)
第九章 精神卫生科疾病护理	(272)

第一节	精神分裂症护理	(272)
第二节	癔症护理	(276)
第十章	重症医学科护理	(279)
第一节	偏头痛护理	(279)
第二节	重症肌无力护理	(281)
第三节	病毒性脑膜炎护理	(284)
第四节	化脓性脑膜炎护理	(286)
第五节	结核性脑膜炎护理	(289)
第十一章	心外科疾病护理	(292)
第一节	心脏黏液瘤护理	(292)
第二节	动脉导管未闭护理	(295)
第三节	房间隔缺损护理	(298)
第四节	室间隔缺损护理	(302)
第五节	肺动脉狭窄护理	(305)
第六节	法洛四联征护理	(308)
第七节	风湿性心脏瓣膜病护理	(311)
第八节	冠心病护理	(317)
第九节	冠状动脉旁路移植术后的护理	(320)
第十节	心脏移植的护理	(323)
第十一节	后天性心脏瓣膜病围术期护理	(329)
第十二章	神经外科疾病护理	(337)
第一节	颅脑损伤护理	(337)
第二节	颅内肿瘤护理	(341)
第三节	脊髓损伤护理	(344)
第十三章	胸外科疾病护理	(350)
第一节	肋骨骨折护理	(350)
第二节	气胸护理	(352)
第三节	血胸护理	(356)
第四节	肺癌护理	(357)
第十四章	普外科疾病护理	(363)
第一节	肝脓肿护理	(363)
第二节	肠痿护理	(365)
第十五章	眼科疾病护理	(367)
第一节	眼科疾病护理常规	(367)

第二节	白内障护理	(369)
第三节	闭角型青光眼护理	(373)
第四节	新生血管性青光眼护理	(376)
第五节	视网膜脱离护理	(378)
第六节	玻璃体积血护理	(381)
第七节	眼部酸碱烧伤护理	(383)
第八节	视网膜母细胞瘤护理	(385)
第九节	共同性内斜视护理	(387)
第十节	眶蜂窝织炎护理	(389)
第十一节	白内障超声乳化吸除术护理	(392)
第十二节	异状胬肉术护理	(394)
第十三节	睑板腺囊肿切除术护理	(395)
第十四节	视网膜脱离复位术护理	(397)
第十六章	护理管理	(399)
第一节	整体护理	(399)
第二节	门诊护理管理制度	(401)
第三节	院感护理技术	(405)
参考文献		(408)

第一章 消化内科疾病护理

第一节 消化系统疾病常见症状体征护理

一、恶心与呕吐

恶心(nausea)为上腹部不适、紧迫欲吐的感觉,可伴有迷走神经兴奋的症状、如皮肤苍白、出汗、流涎、血压降低及心动过缓等;呕吐(vomit)是通过胃的强烈收缩迫使胃或部分小肠的内容物经食管、口腔而排出体外的现象,二者均为复杂的反射动作,可单独发生,但多数患者先有恶心,继而呕吐。

引起恶心与呕吐的消化系统常见疾病有:①胃癌、胃炎、消化性溃疡并发幽门梗阻;②肝、胆囊、胆管、胰腺、腹膜的急性炎症;③胃肠功能紊乱引起的功能性呕吐;④肠梗阻;⑤消化系统以外的疾病也可引起呕吐、如脑部疾病(脑出血、脑炎、脑部肿瘤等)、前庭神经病变(梅尼埃病等)、代谢性疾病(甲状腺功能亢进、尿毒症等)。

(一)护理评估

1. 病史

恶心与呕吐发生的时间、频度、原因或诱因,与进食的关系;呕吐的特点及呕吐物的性质、量;呕吐伴随的症状,如是否伴有腹痛、腹泻、发热、头痛、眩晕等,呕吐出现的时间、频度,呕吐物的量与性质因病种而异。上消化道出血时呕吐物呈咖啡色甚至鲜红色;消化性溃疡并发幽门梗阻时呕吐常在餐后发生,呕吐量大,呕吐物含酸性发酵宿食;低位肠梗阻时呕吐物带粪臭味;急性胰腺炎可出现频繁剧烈的呕吐,吐出胃内容物甚至胆汁。呕吐频繁且量大者可引起水电解质紊乱、代谢性碱中毒。长期呕吐伴厌食者可致营养不良。

2. 身体评估

患者的生命体征、神志、营养状况,有无失水表现。有无腹胀、腹肌紧张,有无压痛、反跳痛及其部位、程度,肠鸣音是否正常。

3. 心理—社会资料

长期反复恶心与呕吐,常使患者烦躁、不安,甚至焦虑和恐惧,而不良的心理反应,又会使症状加重,应注意评估患者的精神状态,有无疲乏无力,有无焦虑、抑郁及其程度,呕吐是否与精神因素有关等。

4. 辅助检查

必要时做呕吐物毒物分析或细菌培养等检查,呕吐物量大者注意有无水电解质代谢和酸碱平衡失调。

(二)常见护理诊断及医护合作性问题

1. 有体液不足的危险

体液不足与大量呕吐导致失水有关。

2. 活动无耐力

活动无耐力与频繁呕吐导致失水、电解质丢失有关。

3. 焦虑

焦虑与频繁呕吐、不能进食有关。

(三) 护理目标

患者生命体征在正常范围内,不发生水、电解质代谢和酸碱平衡失调;呕吐减轻或停止,逐步恢复进食,活动耐力恢复或有所改善;焦虑程度减轻。

(四) 护理措施

1. 体液不足的危险

(1) 监测生命体征:定时测量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,特别是直立性低血压。持续性呕吐致大量胃液丢失,发生代谢性碱中毒时,患者呼吸可浅、慢。

(2) 观察患者有无失水征象:准确测量和记录每日的液体出入量、尿比重、体重。依失水程度不同,患者可出现软弱无力、口渴,皮肤黏膜干燥、弹性减低,尿量减少、尿比重增高,并可有烦躁、神志不清以至昏迷等表现。

(3) 严密观察患者呕吐:观察患者呕吐的特点,记录呕吐的次数,呕吐物的性质、量、颜色和气味。动态观察实验室检查结果,例如血清电解质、酸碱平衡状态。

(4) 积极补充水分和电解质:剧烈呕吐不能进食或严重水电解质失衡时,主要通过静脉输液给予纠正。口服补液时,应少量多次饮用,以免引起恶心、呕吐。如口服补液未能达到所需补液量时,仍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

协助患者活动,患者呕吐时应帮助其坐起或侧卧,头偏向一侧,以免误吸。吐毕给予漱口,更换污染衣物被褥,开窗通风以去除异味。告诉患者突然起身可能出现头晕、心悸等不适。故坐起时应动作缓慢,以免发生直立性低血压。及时遵医嘱应用止吐药及其他治疗,促使患者逐步恢复正常饮食和体力。

3. 焦虑

(1) 评估患者的心理状态:关心患者,通过与患者及家属交流,了解其心理状态。

(2) 缓解患者焦虑:耐心解答患者及家属提出的问题,向患者解释精神紧张不利于呕吐的缓解,特别是有的呕吐与精神因素有关,紧张、焦虑还会影响食欲和消化功能,而治病的信心及情绪稳定则有利于症状的缓解。

(3) 指导患者减轻焦虑的方法:常用深呼吸、转移注意力等放松技术,减少呕吐的发生。

1) 深呼吸法:用鼻吸气,然后张口慢慢呼气,反复进行。

2) 转移注意力:通过与患者交谈,或倾听轻快的音乐,或阅读其喜爱的文章等方法转移患者注意力。

(五) 护理评价

患者生命体征稳定在正常范围,无口渴、尿少、皮肤干燥、皮肤弹性减退等失水表现,血生化指标正常;呕吐及其引起的不适减轻或消失,逐步耐受及增加进食量;活动耐量增加,活动后无头晕、心悸、气促或直立性低血压出现;能认识自己的焦虑状态并运用适当的应对技术。

二、腹痛

腹痛(abdominal pain)在临床上一般按起病急缓、病程长短分为急性腹痛与慢性腹痛。急性腹痛多由腹腔器官急性炎症、空腔脏器阻塞或扩张、腹膜炎症、腹腔内血管阻塞等引起;慢性腹痛的原因常为腹腔脏器慢性炎症、空腔脏器的张力变化、胃十二指肠溃疡、腹腔脏器的扭转或梗阻、脏器包膜的牵张等。此外,某些全身性疾病、泌尿生殖系统疾病、腹外脏器疾病,如急性心肌梗死和下叶肺炎等,亦可引起腹痛。

(一)护理评估

1. 病史

腹痛发生的原因或诱因,腹痛的部位、性质和程度;腹痛的时间,特别是与进食、活动、体位的关系;腹痛发生时的伴随症状,有无恶心、呕吐、腹泻、发热等;有无缓解的方法。腹痛可表现为隐痛、钝痛、灼痛、胀痛、刀割样痛、钻痛或绞痛等,可为持续性或阵发性疼痛,其部位、性质和程度常与疾病有关。如胃、十二指肠疾病引起的腹痛多为中上腹部隐痛、灼痛或不适感,伴厌食、恶心、呕吐、嗝气、反酸等。小肠疾病疼痛多在脐部或脐周,并伴有腹泻、腹胀等症状。大肠病变所致的腹痛为下腹部一侧或双侧疼痛。急性胰腺炎常出现上腹部剧烈疼痛,为持续性钝痛、钻痛或绞痛,并向腰背部呈带状放射。急性腹膜炎时疼痛弥散全腹,腹肌紧张,有压痛、反跳痛。

2. 身体评估

患者的生命体征、神态、神志、营养状况。有无腹胀、腹肌紧张、压痛、反跳痛及其部位、程度,肠鸣音是否正常。

3. 心理—社会资料

疼痛可使患者精神紧张及焦虑,而紧张、焦虑又可加重疼痛,因此,应注意评估患者有无因疼痛或其他因素而产生的精神紧张、焦虑不安等。

4. 辅助检查

根据病种不同行相应的实验室检查,必要时需做 X 线钡餐检查、消化道内镜检查等。

(二)常见护理诊断及医护合作性问题

腹痛与胃肠道炎症、溃疡、肿瘤有关。

(三)护理目标

患者的疼痛逐渐减轻或消失。

(四)护理措施

1. 疼痛监测

严密观察患者腹痛的部位、性质及程度,如果疼痛性质突然发生改变,且经一般对症处理疼痛不仅不能减轻,反而加重,须警惕某些并发症的出现,如溃疡穿孔、弥散性腹膜炎等。应立即请医师进行必要的检查,严禁随意使用镇痛药物,以免掩盖症状,延误病情。

2. 教会患者非药物性缓解疼痛的方法

对疼痛,特别是有慢性疼痛的患者,采用非药物性止痛方法,可减轻其焦虑、紧张,提高其疼痛阈值和对疼痛的控制感。常用方法如下。

(1) 指导式想象:利用一个人对某特定事物的想象而达到特定正向效果,如回忆一些有趣的往事可转移注意力,从而减轻疼痛。

(2)局部热疗法:除急腹症外,对疼痛局部可应用热水袋进行热敷,从而解除痉挛而达到止痛效果。

(3)其他指导:患者应用深呼吸法和转移注意力有助于其减轻疼痛。

3. 针灸止痛

根据不同疾病、不同疼痛部位采取不同穴位针疗。

4. 药物止痛

镇痛药物的种类甚多,应根据病情,疼痛性质和程度选择性给药。癌性疼痛应遵循按需给药的原则有效控制患者的疼痛。疼痛缓解或消失后及时停药,防止药物不良反应及患者对药物的耐药性和成瘾性。急性剧烈腹痛诊断未明时,不可随意使用镇痛药物,以免掩盖症状,延误病情。

(五)护理评价

患者疼痛减轻或消失。

三、腹泻

腹泻(diarrhea)是指排便的次数多于平日习惯的频率,且粪质稀薄。腹泻多由于肠道疾病引起,其他原因有药物、全身性疾病、过敏和心理因素等。发生机制为肠蠕动亢进、肠分泌增多或吸收障碍。

(一)护理评估

1. 病史

腹泻发生的时间、起病原因或诱因、病程长短;排便的次数,粪便的性状、量、气味和颜色;有无腹痛及疼痛的部位,有无里急后重、恶心与呕吐、发热等伴随症状;有无口渴、疲乏无力等失水表现。

2. 身体评估

急性严重腹泻时,应注意评估患者的生命体征、神志、尿量、皮肤弹性等,注意患者有无水电解质紊乱、酸碱失衡、血容量减少。慢性腹泻时应注意患者的营养状况,有无消瘦、贫血的体征。评估患者有无腹胀、腹部包块、压痛,肠鸣音有无异常。有无因排便频繁及粪便刺激,引起肛周皮肤糜烂。

小肠病变引起的腹泻粪便呈糊状或水样,可含有未完全消化的食物成分,大量水泻易导致脱水和电解质丢失,部分慢性腹泻患者可发生营养不良。大肠病变引起的腹泻,粪便可含脓、血、黏液,病变累及直肠时可出现里急后重。

3. 心理—社会资料

频繁腹泻常影响患者正常的工作和社会活动,使患者产生自卑心理。应注意评估患者有无自卑、忧虑、紧张等心理反应,患者的腹泻是否与其心理精神反应有关。

4. 辅助检查

正确采集新鲜粪便标本做显微镜检查,必要时做细菌学检查。急性腹泻者注意监测血清电解质、酸碱平衡状况。

(二)常见护理诊断及医护合作性问题

1. 腹泻

腹泻与肠道疾病或全身性疾病有关。

2. 营养失调:低于机体需要量

营养失调与严重腹泻导致水电解质紊乱有关。

3. 有体液不足的危险

体液不足与大量腹泻引起失水有关。

(三)护理目标

患者的腹泻及其他不适减轻或消失,能保证机体所需水分、电解质和营养素的摄入,生命体征、尿量、血生化指标在正常范围内。

(四)护理措施

1. 腹泻

(1)病情监测:包括排便情况、伴随症状、全身情况及血生化指标的监测。

(2)饮食选择:饮食以少渣、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、半流质或软食。

(3)指导患者活动和减轻腹泻:急性起病,全身症状明显的患者应卧床休息,注意腹部保暖。可用暖水袋腹部热敷,以减弱肠道运动,减少排便次数,并有利于减轻腹痛等症状。慢性、轻症者可适当活动。

(4)加强肛周皮肤的护理:排便频繁时,因粪便的刺激,可使肛周皮肤损伤,引起糜烂及感染。排便后应用温水清洗肛周,保持清洁干燥,涂无菌凡士林或抗生素软膏以保护肛周皮肤,促进损伤处愈合。

(5)心理护理:慢性腹泻治疗效果不明显时,患者往往对预后感到担忧,纤维结肠内镜等检查有一定痛苦。

某些腹泻如肠易激综合征与精神因素有关,故应注意患者心理状况的评估和护理,通过解释、鼓励来提高患者配合检查和治疗的认识,稳定患者情绪。

2. 营养失调

(1)饮食护理:可经口服者,注意饮食选择,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。严重腹泻,伴恶心与呕吐者,积极静脉补充营养。注意输液速度的调节,因老年人易因腹泻发生脱水,也易因输液速度过快引起循环衰竭,故应及时补液,并注意输液速度。

(2)营养评价:观察并记录患者每日进餐次数、量、品种,以了解其摄入的营养能否满足机体需要。

定期测量体重,监测有关营养指标的变化,如血红蛋白浓度、人血清蛋白等。

3. 有体液不足的危险

动态观察患者的液体平衡状态,按医嘱补充水分、电解质和各种营养物质。

(五)护理评价

患者的腹泻及其伴随症状减轻或消失;机体获得足够的热量、水电解质和各种营养物质,营养状态改善;生命体征正常,无失水电解质紊乱的表现。

四、黄疸

黄疸是许多疾病的一种常见症状和体征,涉及范围广,表现多样,诊断复杂,患者易产生诸多护理问题。了解黄疸的原因及发病机制等相关知识,提供必要的护理措施,对患者的身心健

康有重要意义。

(一) 护理评估

1. 病史

(1) 有无肝炎、血吸虫和钩端螺旋体疫水接触史,或有无近期输血史、有无胆道炎症史、胆道蛔虫史和结石史。

(2) 有无应用对肝脏有损害的药物,如甲基酮、硫氧嘧啶、异烟肼、砷剂等。

(3) 慢性黄疸者应注意询问其家族史中有无先天性溶血性疾病或非溶血性黄疸。

(4) 对新生儿须了解出生及母乳喂养等情况。

(5) 评估患者的生活习惯、饮食习惯、饮食内容、饮食量、进食时间及特殊食物嗜好和禁忌、个人嗜好、吸烟、饮酒情况,详细询问排便排尿情况,以及日常生活规律等。

(6) 评估有否与黄疸有关的其他疾病,如糖尿病、甲状腺功能亢进及减退、结核病、慢性肾炎、结缔组织病、炎症性肠病和其他慢性消耗性疾病均可伴发黄疸。

2. 身体评估:有无黄疸及其程度。

(1) 患者皮肤、黏膜、巩膜黄染的分布、深度和持续时间,间歇性或进行性,皮肤黏膜及巩膜黄染的色泽、深浅,有无皮肤瘙痒及其程度,与病因、病情有一定关系。巩膜常呈浅柠檬色,罕见皮肤瘙痒常见于溶血性黄疸;全身皮肤、巩膜呈金黄色常见于肝细胞性黄疸;皮肤呈黑褐色,巩膜呈绿黄色常见于胆汁淤积性黄疸;部分病毒性肝炎和胆汁性肝硬化患者可出现皮肤瘙痒。

(2) 尿与粪便颜色的变化:溶血性黄疸常出现酱油色尿;肝细胞性黄疸,尿呈深黄色;胆汁淤积性黄疸,尿呈浓茶色;病毒性肝炎粪色可变浅,其程度视肝内胆小管淤积程度而定,严重者可呈灰白色,但一般多在短期内恢复正常;胆道结石引起的黄疸粪便呈交替性灰白色;癌性胆汁淤积性黄疸粪便为持续性灰白色。

(3) 黄疸发生的情况:急骤出现的黄疸,常见于急性肝炎胆囊炎、胆石症和大量溶血;黄疸缓慢或较隐匿发生的,多为癌性黄疸,或为溶血性黄疸和先天性非溶血性黄疸。

(4) 黄疸的发展:急性病毒性肝炎的黄疸一般在1~2周到达高峰,1~2个月内消退;胆石症的黄疸往往呈间歇性发作;慢性胆汁淤积可迁延数月,甚至1年以上;原发性胆汁性肝硬化黄疸可持续数年;失代偿期肝硬化如出现轻度高胆红素症,持续时间长;癌肿引起黄疸则多呈进行性加重,但部分壶腹部癌或胆总管癌可因肿瘤坏死、出血而有暂时的黄疸减轻现象。

(5) 伴随的症状:是否伴有畏寒、发热、腹痛、皮肤瘙痒及食欲缺乏、恶心、呕吐、畏食油腻、腹胀、便秘或脂肪泻等消化道症状,是否伴有进行性消瘦等。

3. 心理评估

(1) 评估患者有无自卑、焦虑、抑郁等负面情绪及其与之相关的个人生活、工作和社会交往等问题。有无因黄疸而致肝功能、脾功能、消化功能、凝血功能等出现障碍,有无与黄疸有关的并发症出现。

(2) 评估患者药物应用史及治疗情况,例如,外科手术治疗者要了解手术名称、手术方式;内科治疗者要了解所用药物的药名、种类、剂量、治疗效果及患者的依从性。

(3) 评估患者家属的社会地位、经济收入、文化教育程度以及对患者的关心、支持情况等,亦包括患者学习、工作、生活及社会保健等。患者对黄疸原因与发生机制的认识,对黄疸危害性的认识以及黄疸治疗和预防的认识。