



目 录

第一篇 常见疾病症状护理常规

第一章 疼痛患者的护理	1
第二章 发热患者的护理	1
第三章 咳嗽与咳痰患者的护理	2
第四章 咯血患者的护理	3
第五章 肺源性呼吸困难及发绀患者的护理	3
第六章 心悸患者的护理	4
第七章 水肿患者的护理	5
第八章 胸痛患者的护理	5
第九章 腹泻患者的护理	6
第十章 便秘患者的护理	7
第十一章 恶心与呕吐患者的护理	7
第十二章 呕血与黑便患者的护理	7
第十三章 黄疸患者的护理	8
第十四章 抽搐与惊厥患者的护理	9
第十五章 窒息患者的护理	9
第十六章 呼吸衰竭患者的护理	10
第十七章 昏迷患者的护理	10
第十八章 气胸患者的护理	12
第十九章 胸腔积液患者的护理	13
第二十章 呼吸困难患者的护理	13
第二十一章 腹胀患者的护理	14
第二十二章 头晕患者的护理	14
第二十三章 发热患儿的护理	14
第二十四章 哭闹患儿的护理	15
第二十五章 疼痛患儿的护理	15
第二十六章 新生儿发绀的护理	16
第二十七章 新生儿腹胀的护理	16
第二十八章 新生儿便秘的护理	16



第二篇 急危重症护理常规

第二十九章 总论	18
第一节 院前急救的一般护理	18
第二节 急诊抢救的一般护理	18
第三节 重症监护的一般护理	19
第三十章 常见急危重症护理常规	19
第一节 心搏骤停与心肺脑复苏的护理	19
第二节 休克的护理	20
一、过敏性休克的护理	20
二、失血性休克的护理	21
三、心源性休克的护理	22
四、感染中毒性休克的护理	22
第三节 水、电解质及酸碱失衡的护理	23
一、低钾血症的护理	23
二、高血钾症的护理	24
三、代谢性酸中毒的护理	24
四、代谢性碱中毒的护理	25
第四节 弥散性血管内凝血(DIC)的护理	25
第五节 多器官功能障碍综合征(MODS)的护理	26
第三十一章 急性中毒护理常规	27
第一节 急性中毒的护理	27
第二节 急性有机磷农药中毒的护理	27
第三节 急性酒精中毒的护理	28
第四节 一氧化碳中毒的护理	28
第五节 急性安眠药中毒的护理	29
第六节 百草枯中毒的护理	29
第七节 新型毒品中毒的护理	30
第八节 氨基甲酸酯类杀虫药中毒的护理	30
第三十二章 理化因素所致急危重症护理常规	31
第一节 电击伤的护理	31
第二节 中暑的护理	32
第三节 淹溺的护理	32
第三十三章 损伤性急危重症护理常规	33
第一节 损伤患者的一般护理	33
第二节 复合外伤的护理	33
第三节 多发伤的护理	34
第四节 颌面、颈部创伤的护理	34
第五节 胸腔内大血管损伤的护理	35
第六节 创伤性气胸的护理	36
第七节 腹腔脏器出血的护理	37
一、腹腔内实质性脏器出血的护理	37
二、腹腔内空脏脏器出血的护理	38
第八节 开放性骨折的护理	38



第九节	烧伤的护理	39
第十节	脊柱与脊髓损伤的护理	39
第十一节	咬伤、蛰伤的护理	40
一、	动物咬伤的护理	40
二、	毒蛇咬伤的护理	40
三、	毒虫蜇伤的护理	41
第三十四章	神经系统急危重症护理常规	41
第一节	脑梗死的护理	41
第二节	脑出血的护理	42
第三节	蛛网膜下腔出血的护理	43
第四节	重症肌无力危象的护理	43
第五节	癫痫持续状态的护理	44
第三十五章	循环系统急危重症护理常规	44
第一节	急性胸痛的护理	44
第二节	急性心力衰竭的护理	45
第三节	急性心肌梗死的护理	45
第四节	危险性心律失常的护理	46
第五节	主动脉夹层的护理	46
第六节	高血压危象的护理	47
第三十六章	呼吸系统急危重症护理常规	47
第一节	急性肺水肿的护理	47
第二节	急性呼吸窘迫综合征的护理	48
第三十七章	消化系统急危重症护理常规	48
第一节	急性肝衰竭的护理	48
第二节	急性肠梗阻的护理	49
第三节	急性上消化道大出血的护理	50
第四节	急性梗阻性化脓性胆管炎的护理	50
第五节	急性胆囊炎的护理	51
第六节	胃十二指肠急性穿孔的护理	52
第三十八章	肾内科急危重症护理常规	52
第一节	急性肾衰竭的护理	52
第三十九章	泌尿外科急危重症护理常规	53
第一节	急性尿潴留的护理	53
第二节	肾上腺危象的护理	53
第三节	急性膀胱破裂的护理	53
第四节	急性肾破裂的护理	54
第五节	睾丸扭转的护理	54
第六节	急性肾功能不全的护理	55
第七节	慢性肾功能不全的护理	55
第四十章	新生儿科急危重症护理常规	56
第一节	新生儿休克的护理	56



第二节	新生儿窒息的护理	56
第三节	新生儿肾衰竭的护理	57
第四节	新生儿心跳呼吸骤停的护理	58
第五节	新生儿心力衰竭的护理	58
第六节	新生儿弥漫性血管内凝血的护理	59
第七节	新生儿呼吸衰竭的护理	60
第四十一章	内分泌及代谢系统急危重症护理常规	60
第一节	糖尿病酮症酸中毒的护理	60
第二节	糖尿病高渗性昏迷的护理	60
第三节	甲状腺危象的护理	61
第四节	低血糖危象的护理	61
第四十二章	产科急危重症护理常规	61
第一节	产后出血的护理	61
第二节	子痫的护理	62
第三节	羊水栓塞的护理	62
第四节	妊娠期高血压疾病的护理	63
第五节	前置胎盘的护理	63
第六节	胎盘早剥的护理	64
第七节	脐带脱垂的护理	64
第八节	异位妊娠的护理	64
第四十三章	儿科危重症护理常规	65
第一节	惊厥患儿的护理	65
第二节	急性心力衰竭患儿的护理	65
第三节	急性呼吸衰竭患儿的护理	66
第四节	急性肾衰竭患儿的护理	66
第五节	休克患儿的护理	67
第四十四章	眼科急危重症护理常规	67
第一节	急性细菌性结膜炎的护理	67
第二节	化学性眼外伤的护理	68
第三节	眼球穿孔伤的护理	68
第四节	闭角型青光眼急性发作的护理	69
第四十五章	口腔科急危重症护理常规	70
第一节	颌面部蜂窝织炎的护理	70
第四十六章	耳鼻喉科常见急危重症护理常规	70
第一节	喉外伤的护理	70
第二节	鼻出血的护理	71
第三节	急性喉梗阻的护理	71
第四节	食管异物的护理	72
第五节	急性会厌炎的护理	73
第四十七章	皮肤美容科常见急危重症护理常规	73
第一节	急性荨麻疹的护理	73



第二节	急性血管性水肿的护理	74
第三节	急性接触性皮炎的护理	74
第四十八章	感染性疾病科常见急危重症护理常规	74
第一节	狂犬病的护理	74
第二节	肝性脑病的护理	75
第三节	霍乱的护理	75
第四节	重症肝炎的护理	76
第四十九章	ICU 重症监护患者常见急危重症护理常规	76
第一节	重型颅脑损伤的护理	76
第二节	急性脑病的护理	77
第三节	脓毒症和感染性休克的护理	77
第五十章	常用急救技术操作常规	78
第一节	气管插管术	78
第二节	气管切开术	79
第三节	畅通呼吸道的护理	80
第四节	股静脉穿刺术	81
第五节	紧急心脏电复律术	81
第六节	清创缝合术	82
第七节	高压氧治疗法	83
第八节	直接动脉测压术	83
第五十一章	常见急救仪器应用技术	84
第一节	呼吸机使用法	84
第二节	多参数监护仪使用法	86
第三节	床边血气分析仪使用法	87
第四节	除颤起搏器使用法	87
 第三篇 常见疾病护理常规 		
第五十二章	内科疾病患者护理常规	89
第一节	内科疾病的一般护理	89
第二节	消化系统常见疾病护理常规	89
一、	消化内科疾病的一般护理	89
二、	胃、食管反流病的护理	90
三、	慢性胃炎的护理	90
四、	急性胃炎的护理	91
五、	消化性溃疡的护理	91
六、	胃癌的护理	92
七、	急性胰腺炎的护理	93
八、	炎症性肠病的护理	93
九、	肝硬化的护理	94
十、	肝癌的护理	94
十一、	急性胃肠炎的护理	95
十二、	上消化道出血的护理	95
十三、	胃柿石的护理	96



十四、溃疡性结直肠炎的护理	96
十五、肠梗阻的护理	97
十六、结肠、直肠癌的手术护理	98
十七、功能性便秘的护理	98
第三节 血液系统疾病护理常规	99
一、血液及造血系统疾病的一般护理	99
二、化疗病人的护理	99
三、急性白血病的护理	100
四、慢性淋巴细胞白血病的护理	101
五、慢性粒细胞白血病的护理	101
六、恶性淋巴瘤的护理	101
七、多发性骨髓瘤的护理	102
八、骨髓增生异常综合症的护理	103
九、缺铁性贫血的护理	103
十、溶血性贫血的护理	103
十一、再生障碍性贫血的护理	104
十二、巨幼细胞贫血的护理	104
十三、特发性血小板减少性紫癜的护理	104
十四、弥散性血管内凝血的护理	105
十五、血友病的护理	105
十六、真性红细胞增多症的护理	105
十七、原发性血小板增多症的护理	106
十八、出血或出血倾向患者的护理	106
第四节 内分泌系统疾病护理常规	106
一、内分泌系统疾病的一般护理	106
二、甲状腺功能减退症的护理	107
三、甲状腺功能亢进症的护理	107
四、糖尿病的护理	107
五、腺垂体功能减退的护理	108
六、尿崩症的护理	108
七、皮质醇增多症的护理	109
八、原发性醛固酮增多症的护理	109
九、肥胖症的护理	109
十、嗜铬细胞瘤的护理	110
十一、痛风的护理	111
十二、类风湿关节炎的护理	111
十三、强直性脊柱炎的护理	111
十四、系统性红斑狼疮的护理	112
十五、糖尿病肾病的护理	112
十六、多发性肌炎、皮肌炎的护理	112
十七、糖尿病足的护理	113
第五节 呼吸系统疾病护理常规	113
一、呼吸系统疾病的一般护理	113
二、肺炎的护理	114
三、支气管扩张的护理	114
四、肺栓塞的护理	115
五、支气管哮喘的护理	115



六、	支气管炎的护理	116
七、	慢性阻塞性肺疾病的护理	116
八、	慢性肺源性心脏病的护理	117
九、	急性上呼吸道感染的护理	117
十、	睡眠呼吸暂停低通气综合征的护理	118
第六节	循环系统疾病护理常规	118
一、	循环系统疾病的一般护理	118
二、	心肌梗死的护理	119
三、	冠心病的护理	119
四、	心律失常的护理	120
五、	高血压病的护理	120
六、	心力衰竭的护理	121
七、	下肢静脉血栓形成的护理	122
八、	急性心肌梗死静脉溶栓的护理	122
九、	病毒性心肌炎的护理	123
十、	心脏瓣膜病的护理	123
十一、	心绞痛的护理	124
十二、	感染性心内膜炎的护理	124
十三、	心包炎的护理	125
十四、	心肌病的护理	125
第七节	神经内科疾病护理常规	126
一、	神经内科疾病的一般护理	126
二、	急性脑梗死静脉溶栓的护理	126
三、	短暂性脑缺血发作的护理	127
四、	眩晕症的护理	127
五、	偏头痛的护理	127
六、	三叉神经痛的护理	128
七、	面神经炎的护理	128
八、	格林-巴利综合征的护理	128
九、	中枢神经系统感染的护理	129
十、	帕金森病的护理	129
十一、	周期性瘫痪的护理	130
十二、	神经衰弱的护理	130
十三、	痴呆的护理	130
十四、	瘰疬的护理	131
十五、	运动神经元病的护理	131
十六、	多发性硬化的护理	131
十七、	癫痫的护理	132
十八、	多发性神经病的护理	132
十九、	急性脊髓炎的护理	133
二十、	颅内微创血肿清除术的护理	133
第八节	肾病内科疾病护理常规	133
一、	肾病内科疾病的一般护理	134
二、	慢性肾小球肾炎的护理	134
三、	急性肾小球肾炎的护理	134
四、	急性肾功能衰竭的护理	135
五、	慢性肾功能衰竭的护理	135



六、肾病综合征的护理	136
七、泌尿系感染的护理	137
八、狼疮性肾炎的护理	137
九、痛风性肾病的护理	138
十、急性肾盂肾炎的护理	138
第九节 老年科疾病护理常规	139
一、老年人原发性高血压的护理	139
二、老年人心律失常的护理	139
三、老年人冠心病的护理	140
四、老年人呼吸衰竭的护理	140
五、老年人骨质疏松的护理	141
六、老年人前列腺增生的护理	141
七、老年人脑梗塞的护理	141
第五十三章 外科疾病患者护理常规	142
第一节 总论	142
一、外科疾病的一般护理	142
二、外科感染患者的护理	143
三、手术前后患者的护理	143
第二节 普外科疾病护理常规	144
一、普外科疾病的一般护理	144
二、原发性肝癌的护理	145
三、胆石病和胆道感染的护理	146
四、门静脉高压症的护理	147
五、急性胰腺炎的护理	148
六、急性阑尾炎的护理	149
七、胰腺癌的护理	150
八、急性化脓性腹膜炎的护理	151
九、肠梗阻的护理	151
十、胃十二指肠溃疡大出血的护理	152
十一、结肠、直肠癌的护理	153
十二、胃癌的手术护理	154
十三、肠痿的护理	155
十四、腹部损伤的护理	156
十五、单纯甲状腺肿的护理	157
十六、甲状腺腺瘤的护理	158
十七、甲状腺癌的护理	159
十八、腹外疝的护理	159
第三节 胸心血管外科疾病护理常规	160
一、心胸外科疾病的一般护理	160
二、胸部损伤的护理	161
三、脓胸病人的护理	162
四、自发性气胸的护理	162
五、肺癌的手术护理	163
六、贲门失弛缓症的护理	164
七、肺结核的手术护理	165
八、食管癌的护理	165
九、动脉导管未闭的护理	167



十、心脏瓣膜病的护理	167
十一、房间隔缺损及室间隔缺损的护理	169
十二、法洛三联症的护理	169
十三、冠状动脉粥样硬化性心脏病的护理	170
十四、纵隔肿瘤的护理	171
十五、胸主动脉瘤的护理	172
十六、胸壁畸形的护理	172
十七、手汗症的护理	173
十八、血栓闭塞性脉管炎的护理	173
十九、血管瘤的护理	174
第四节 骨科常见疾病护理常规	174
一、骨科疾病的一般护理	174
二、先天性斜颈的护理	175
三、颈椎病的护理	175
四、骨与关节结核的护理	176
五、腰椎骨折的护理	177
六、脊柱侧弯的护理	177
七、微创椎间盘髓核摘除术的护理	178
八、腰椎间盘突出症的护理	179
九、肩关节骨化性肌炎的护理	179
十、肩关节脱位的护理	180
十一、肩胛骨骨折的护理	180
十二、上肢骨折的护理	180
十三、骨盆骨折的护理	181
十四、锁骨骨折的护理	181
十五、手外伤的护理	182
十六、股骨颈骨折的护理	182
十七、髌骨骨折的护理	183
十八、胫腓骨骨折的护理	183
十九、踝关节骨折（脚、趾外伤）的护理	184
二十、股骨骨折的护理	184
二十一、全髋关节翻修术的护理	185
二十二、全髋关节置换术的护理	185
二十三、人工全膝关节置换术的护理	186
二十四、镜下后交叉韧带重建术的护理	186
二十五、镜下半月板切除成形缝合术的护理	187
二十六、膝关节镜术的护理	187
二十七、截肢术的护理	188
二十八、臀肌挛缩的护理	188
二十九、骨折术后内固定存留的护理	189
三十、截瘫的护理	189
三十一、气性坏疽的护理	190
三十二、骨肿瘤的护理	190
三十三、化脓性关节炎的护理	191
三十四、急、慢性骨髓炎的护理	191
三十五、坐骨囊肿的护理	192
三十六、腘窝囊肿的护理	192



三十七、四肢包块的护理	192
三十八、骨筋膜室综合征的护理	193
三十九、手外伤带蒂皮瓣移植术的护理	193
四十、小儿多指（趾）畸形的护理	194
四十一、先天性髋关节脱位的护理	194
四十二、脊柱结核的护理	195
四十三、手足外科疾病的一般护理	195
四十四、断肢（指）再植的护理	196
四十五、第二足趾移植及趾甲瓣再造手指的护理	196
四十六、小儿烫伤的护理	197
四十七、肌腱损伤的护理	198
四十八、周围神经损伤的护理	198
四十九、胸、腰椎压缩性骨折经皮椎体成形术的护理	199
五十、腰椎骨折经皮椎弓螺钉内固定术的护理	200
五十一、颈椎骨折前、后路的手术护理	200
五十二、腰椎间盘突出患者行椎间孔镜手术治疗的护理	201
五十三、跟腱断裂经皮吻合术的护理	202
五十四、肩关节镜的护理	203
五十五、人工肩关节置换术	204
五十六、人工桡骨小头置换术	205
五十七、植皮的手术护理	205
第五节 泌尿外科疾病护理常规	206
一、泌尿外科疾病的一般护理	206
二、输尿管软镜激光碎石术的护理	207
三、经皮肾镜取石术的护理	207
四、泌尿系结石非手术治疗的护理	208
五、肾盂、输尿管切开取石术的护理	208
六、良性前列腺增生非手术治疗的护理	209
七、前列腺增生行膀胱造瘘的护理	209
八、膀胱机械碎石术的护理	210
九、前列腺电切术的护理	210
十、前列腺癌的护理	211
十一、睾丸、附睾损伤的护理	212
十二、肾损伤保守治疗的护理	212
十三、睾丸炎、附睾炎的护理	213
十四、肾损伤的手术护理	213
十五、膀胱损伤的护理	214
十六、尿道损伤的护理	214
十七、根治性全膀胱切除术的护理	215
十八、睾丸癌的护理	216
十九、阴茎癌的护理	216
二十、膀胱肿瘤电切术的护理	217
二十一、输尿管肿瘤的护理	218
二十二、肾肿瘤的护理	218
二十三、肾上腺肿瘤的护理	219
二十四、女性压力性尿失禁的护理	220
二十五、先天性输尿管连接部梗阻（UPJO）的护理	220



二十六、精索静脉曲张的护理	221
二十七、尿道肉阜的护理	221
二十八、下肢静脉曲张的护理	222
二十九、压力性尿失禁的手术护理	222
第六节 神经外科疾病护理常规	223
一、神经外科疾病的一般护理	223
二、脑脓肿的护理	224
三、垂体瘤的护理	224
四、颅内压增高的护理	225
五、颅骨缺损的护理	225
六、颅脑损伤的护理	226
七、脑积水的护理	226
八、听神经瘤的护理	227
九、椎管内肿瘤的护理	227
十、颅内动脉瘤的护理	228
十一、脑叶肿瘤的护理（包括胶质瘤和脑膜瘤）	229
十二、颅骨骨折的护理	229
十三、脑出血的外科护理	230
十四、颅内动静脉畸形的护理	230
第七节 小儿外科疾病护理常规	231
一、小儿外科患者的一般护理	231
二、小儿泌尿道感染的护理	232
三、小儿腹股沟斜疝的护理	232
四、小儿急性阑尾炎的护理	233
五、小儿肠套叠、肠梗阻的护理	234
六、包茎的护理	234
七、尿道下裂的护理	235
八、隐睾的护理	235
九、鞘膜积液的护理	236
第八节 肛肠外科疾病护理常规	237
一、肛肠外科疾病的一般护理	237
二、肛管狭窄的护理	237
三、肛裂的护理	237
四、直肠脱垂的护理	238
五、直肠肛管周围脓肿的护理	238
六、肛瘘的护理	238
七、痔的护理	239
八、藏毛窦等骶尾部窦道的护理	239
九、肛肠术后出血的护理	240
十、急性直肠肛管外伤的护理	240
第九节 皮肤美容科疾病护理常规	240
一、皮肤科疾病的一般护理	240
二、湿疹的护理	240
三、疥疮的护理	241
四、带状疱疹的护理	241
五、药疹的护理	241
六、脓疱病的护理	241



七、天疱疮的护理	242
八、手足癣的护理	242
九、性传播疾病的护理	242
十、银屑病的护理	242
十一、血管性皮肤病的护理常规	243
十二、美容科入院宣教内容	243
十三、美容科常见手术护理常规	243
第十节 血管外科疾病护理常规	246
一、丹毒的护理	246
二、动静脉创伤的护理	246
三、布加综合症的护理	246
四、动静脉瘘的护理	247
五、动脉硬化性闭塞症疾病的护理	248
六、腹主动脉瘤的护理	248
七、深静脉瓣功能不全的护理	249
八、血管畸形的护理	250
九、雷诺病的护理	250
第五十四章 妇科常见疾病护理常规	251
第一节 妇科疾病的一般护理	251
第二节 妇科腹部手术的术前护理	251
第三节 妇科腹部手术的术后护理	252
第四节 慢性宫颈炎护理	252
第五节 前庭大腺炎的护理	253
第六节 急性盆腔炎的护理	253
第七节 慢性盆腔炎的护理	254
第八节 功能性子宫出血的护理	254
第九节 葡萄胎的护理	255
第十节 侵蚀性葡萄胎及绒毛膜癌的护理	255
第十一节 卵巢肿瘤的护理	256
第十二节 子宫肌瘤的护理	256
第十三节 宫颈癌的手术护理	257
第十四节 子宫内膜癌的护理	257
第十五节 外阴、阴道疾病的术前护理	258
第十六节 外阴、阴道疾病的术后护理	258
第十七节 子宫脱垂、阴道壁膨出的护理	259
第十八节 妇科化疗的护理	259
第五十五章 产科常见疾病护理常规	260
第一节 产科疾病的一般护理	260
第二节 孕期监护及保健	261
一、产前检查的护理	261
二、孕期监护及保健的护理	261
第三节 分娩前护理常规	261
一、第一产程的护理	261
二、第二产程的护理	262
三、第三产程的护理	262
第四节 产褥期的护理	263



第五节 正常新生儿的护理	263
一、正常新生儿的护理	263
二、新生儿听力筛查的护理	264
三、新生儿疾病筛查的护理	264
四、母婴同室的护理	264
五、母乳喂养的护理	265
第六节 妊娠期并发症的护理	265
一、妊娠剧吐的护理	265
二、先兆早产的护理	266
三、先兆流产的护理	266
四、多胎妊娠的护理	266
五、死胎的护理	266
第七节 妊娠合并症的护理	267
一、妊娠合并心脏病的护理	267
二、妊娠合并糖尿病的护理	267
三、妊娠合并病毒性肝炎的护理	267
第八节 剖宫产的手术护理	268
第九节 高危妊娠的护理	268
第十节 胎膜早破的护理	269
第十一节 胎儿宫内窘迫的护理	269
第十二节 过期妊娠的护理	269
第五十六章 儿科疾病护理常规	269
第一节 新生儿疾病的护理常规	270
一、新生儿疾病的一般护理	270
二、早产儿的护理	270
三、新生儿肺透明膜病的护理	271
四、新生儿黄疸的护理	271
五、新生儿梅毒的护理	272
六、新生儿溶血病的护理	272
七、新生儿低血糖的护理	273
八、新生儿胎粪吸入综合征的护理	273
九、新生儿缺血缺氧性脑病的护理	273
十、新生儿颅内出血的护理	274
十一、新生儿败血症的护理	274
十二、新生儿坏死性小肠结肠炎的护理	274
十三、新生儿脐炎的护理	275
十四、新生儿肺炎的护理	275
十五、新生儿高血糖的护理	276
十六、新生儿低钙血症的护理	276
十七、小于胎龄儿的护理	276
十八、大于胎龄儿的护理	277
十九、新生儿硬肿症的护理	277
二十、新生儿口炎的护理	277
二十一、新生儿胃食管返流的护理	278
二十二、新生儿咽下综合征的护理	278
二十三、新生儿破伤风的护理	279
二十四、新生儿锁骨骨折的护理	279



二十五、新生儿呼吸窘迫综合症的护理	279
二十六、新生儿肺出血的护理	280
二十七、新生儿气漏综合征的护理	280
二十八、双胎及多胎儿的护理	280
二十九、试管婴儿的护理	281
第二节 儿科疾病护理常规	281
一、儿科疾病的一般护理	281
二、营养性缺乏疾病	282
三、呼吸系统疾病护理常规	284
四、神经系统疾病和康复治疗护理常规	286
五、心血管系统疾病护理常规	287
六、血液系统疾病护理常规	289
七、泌尿系统疾病护理常规	291
八、免疫和结缔组织疾病护理常规	292
九、内分泌系统疾病护理常规	294
十、消化系统疾病护理常规	295
第三节 儿科感染性疾病护理常规	296
一、儿科感染性疾病的一般护理	296
二、手足口病患儿的护理	296
三、水痘患儿的护理	297
四、小儿麻疹的护理	297
五、百日咳患儿的护理	298
六、流行性腮腺炎患儿的护理	298
七、结核病患儿的护理	299
第五十七章 感染性疾病科常见疾病护理常规	299
第一节 感染性疾病的一般护理	299
第二节 传染性非典型肺炎的护理	300
第三节 人禽流感的护理	300
第四节 病毒性肝炎的护理	300
第五节 流行性乙型脑炎的护理	301
第六节 肝癌的护理	301
第七节 艾滋病的护理	302
第八节 肾综合征出血热的护理	302
第九节 出疹性疾病的护理	303
第十节 肝硬化的护理	304
第十一节 流行性腮腺炎的护理	304
第十二节 伤寒的护理	305
第十三节 体表淋巴结核的护理	305
第十四节 破伤风的护理	305
第十五节 细菌性痢疾的护理	306
第十六节 血吸虫病的护理	306
第十七节 钩端螺旋体病的护理	307
第十八节 细菌性食物中毒的护理	307
第十九节 结核性脑膜炎的护理	307
第二十节 肠结核和结核性腹膜炎的护理	308
第二十一节 肺结核的护理	308
第二十二节 结核性胸膜炎的护理	309



第二十三节 脊柱结核的护理	309
第五十八章 肿瘤科疾病护理常规	309
第一节 肿瘤疾病的一般护理	309
第二节 肿瘤化学治疗的护理	310
第三节 葡萄胎、绒毛癌的放、化疗护理	310
第四节 骨、软组织肿瘤的护理	311
第五节 肿瘤放射治疗的护理	311
第六节 颅内肿瘤的护理	311
第七节 鼻咽癌的护理	312
第八节 口腔、颌面部恶性肿瘤的护理	312
第九节 喉癌的护理	312
第十节 乳腺癌的护理	313
第十一节 食道癌的护理	313
第十二节 纵膈肿瘤的护理	313
第十三节 卵巢癌的放、化疗护理	314
第十四节 恶性腹腔积液的护理	314
第十五节 癌症疼痛的护理	314
第十六节 肺癌的放、化疗护理	315
第十七节 结肠、直肠癌的放、化疗护理	315
第十八节 恶性淋巴瘤的放、化疗护理	316
第十九节 胃癌的放、化疗护理	316
第二十节 宫颈癌的放、化疗护理	317
第五十九章 眼科常见疾病护理常规	317
第一节 眼科疾病的一般护理	317
第二节 青光眼的护理	318
第三节 急性虹膜睫状体炎的护理	319
第四节 白内障的护理	320
第五节 翼状胬肉的护理	320
第六节 眼肿瘤、眼科整形的手术护理	321
第七节 慢性泪囊炎的护理	322
第八节 带状疱疹性结、角膜炎的护理	322
第九节 视网膜血管阻塞的护理	323
第十节 角膜炎的护理	323
第十一节 交感性眼炎的护理	324
第十二节 中心性浆液性脉络膜视网膜病变的护理	324
第十三节 视神经炎的护理	325
第十四节 斜视的护理	325
第十五节 视网膜脱离的护理	326
第十六节 前部缺血性视神经病变的护理	326
第六十章 耳鼻喉科疾病护理常规	327
第一节 耳鼻喉科疾病的一般护理	327
第二节 鼻外伤、鼻骨骨折的护理	327
第三节 鼻部的的手术护理	328
第四节 咽喉部炎症及脓肿的护理	329
第五节 声带息肉的护理	330



第六节 扁桃体、腺样体的手术护理	330
第七节 喉部的手术护理	331
第八节 甲状舌管囊肿的护理	332
第九节 中耳炎的护理	333
第十节 周围性面瘫的护理	334
第十一节 耳聋的护理	334
第十二节 梅尼埃病的护理	334
第十三节 头、颈、颌面、耳部外伤、皮肤挫伤的护理	335
第十四节 耳前瘻管的护理	335
第六十一章 康复科疾病护理常规	336
第一节 康复医学疼痛科的一般护理	336
第二节 颅脑损伤的康复护理	336
第三节 脑卒中后的康复护理	336
第四节 脊柱骨折并脊髓损伤的康复护理	337
第五节 肢体骨折的康复护理	337
第六节 面神经麻痹的康复护理	338
第七节 截肢患者术后的康复护理	338
第八节 颈椎病的康复护理	339
第九节 腰椎间盘突出症的康复护理	340
第十节 臭氧及胶原酶椎间盘消融术的康复护理	340
第十一节 脊髓损伤的康复护理	341
第十二节 膝关节炎的康复护理	341
第十三节 肩周炎的康复护理	342
第十四节 髋关节炎的康复护理	342
第十五节 强直性脊柱炎的康复护理	342
第十六节 关节置换术后的康复护理	342
第十七节 类风湿性关节炎的康复护理	343
第十八节 骨质疏松症的康复护理	343
第十九节 痛风的康复护理	343
第六十二章 手术室护理常规	344
第一节 接、送手术患者常规	344
第二节 巡回护士配合常规	344
第三节 器械护士配合常规	345
第四节 常见手术配合常规	345
一、腹腔镜胆囊切除术	345
二、腹腔镜下全子宫切除术	346
三、腹膜后腹腔镜肾上腺切除术	347
四、腹腔镜直肠癌根治术	347
五、腹腔镜下远端胃癌根治术	349
六、胸腔镜下漏斗胸矫正术	351
七、阴式子宫切除术	352
八、股动脉切开取栓术	352
九、甲状腺大部分切除术	353
十、乳癌改良根治术	354
十一、肝叶切除术	354
十二、肾部分切除术	355



十三、肺叶切除术	356
十四、食管中下段肿瘤切除术	357
十五、大脑半球肿瘤切除术	357
十六、股骨颈骨折内固定术	358
十七、人工全髋关节置换术	359
十八、鼻内窥镜下鼻中隔矫正术	360
十九、气管切开术	361
二十、白内障囊外摘除联合后房型人工晶体植入术	361
第六十三章 麻醉恢复室护理常规	362
第一节 麻醉复苏室病人入室的护理	362
第二节 麻醉复苏室病人出室的护理	362
第六十四章 精神科护理常规	363
第一节 精神科一般护理常规	363
一、精神科入院护理常规	363
二、精神科出院护理常规	363
第二节 精神科分级护理常规	364
第三节 精神疾病护理常规	365
一、精神疾病一般护理常规	365
二、精神分裂症护理常规	365
三、情感性精神障碍护理常规	365
四、癫痫所致精神障碍护理常规	365
五、癔症护理常规	366
六、痴呆护理常规	366
七、神经症护理常规	366
八、躯体疾病伴发精神障碍护理常规	366
九、慢性酒中毒所致精神障碍护理常规	366
十、精神药物急性中毒护理常规	367
十一、人格障碍护理常规	367
十二、精神发育迟滞护理常规	367
十三、儿童性精神病患者的护理常规	367
十四、老年性精神病患者的护理常规	367
第四节 特殊精神症状护理常规	367
一、兴奋躁动状态	368
二、抑郁状态	368
三、拒食	368
四、木僵状态	368
五、具有暴力倾向护理常规	369
六、具有自杀倾向护理常规	369
七、具有出走行为倾向护理常规	370
第五章 精神药物及其他特殊治疗护理常规	370
一、抗精神病药物常见副作用的护理常规和处理措施	370
二、抗精神病药物治疗护理常规	373
三、工娱治疗护理常规	373
四、无抽搐电休克治疗 (MECT) 护理常规	374
五、保护性约束护理常规	374
第七节 精神科急救护理常规	375



一、精神科一般急救护理常规	375
二、中暑护理常规	375
三、触电护理常规	376
四、中毒护理常规	376
五、窒息护理常规	376
六、自缢护理常规	376
第八节 康复护理常规	377
一、一般精神康复护理常规	377
二、精神科睡眠护理常规	377
三、精神科心理护理常规	377
四、精神科的安全护理常规	378

第四篇 常用诊疗技术及护理常规

第六十五章 内科疾病诊疗技术及护理常规	379
第一节 纤维支气管镜检查	379
第二节 腰椎穿刺鞘内注射术	379
第三节 骨髓穿刺术	379
第四节 葡萄糖耐量试验与胰岛素释放试验法	380
第五节 手指血糖测定法	380
第六节 胰岛素笔皮下注射法	381
第七节 电子胃镜检查	382
第八节 电子结肠镜检查	382
第九节 超声内镜检查术	383
第十节 内镜下食管静脉曲张套扎术或硬化剂注射治疗法	383
第十一节 内镜下逆行胰胆管造影术	384
第十二节 呼吸睡眠监测法	384
第十三节 肾穿刺术	385
第十四节 临时性心脏起搏器置入术	385
第十五节 永久性人工心脏起搏器置入术	386
第十六节 移植人工血管动静脉内瘘成形术	387
第十七节 腹膜透析术	388
第十八节 非隧道型、隧道型中心静脉置管的护理	388
第十九节 静脉复合镇静纤支镜诊疗术	389
第二十节 消化系统诊疗技术及护理常规	390
一、食管狭窄扩张术	390
二、肠息肉切除术	390
三、胃息肉切除术	391
四、内镜下黏膜剥离术	392
五、PTCD 的护理	392
六、腹腔穿刺术的护理	393
第二十一节 心内科疾病诊疗技术及护理常规	393
一、心导管射频消融术	393
二、主动脉球囊反搏术	394
三、经皮冠状动脉介入治疗的护理	395
四、心包穿刺术	395
五、未闭动脉导管封堵术	396



六、肾动脉支架植入术	396
第六十六章 外科疾病诊疗技术及护理常规	397
第一节 数字减影脑血管造影术	397
第二节 胸腔穿刺术	397
第三节 肝穿刺术	398
第四节 皮肤给药的护理	398
第五节 病灶标本采集的护理	399
第六节 脑室引流术	399
第七节 石膏绷带固定术	400
第八节 二氧化碳激光术的护理	400
第九节 普外科诊疗类及护理常规	400
一、肠造口术	400
二、结肠灌洗法	401
第十节 骨科诊疗技术及护理常规	401
一、牵引的护理	402
二、人工皮负压吸引的护理	402
第十一节 泌尿外科常见诊疗技术及护理常规	403
一、体外冲击波碎石的护理	403
二、前列腺穿刺的护理	403
三、肾穿刺造瘘/膀胱穿刺造瘘术	403
四、排泄性尿路造影	404
五、逆行性肾盂造影	404
六、肾动脉造影	404
七、尿路 X 线片检查	405
八、膀胱冲洗的护理	405
第六十七章 妇产科诊疗类及护理常规	405
第一节 妇科诊疗类及护理常规	406
一、宫颈环形电切术 (LEEP)	406
二、宫内节育器放置术	406
三、诊断性刮宫术	407
四、宫腔镜检查或治疗的护理	407
五、宫内节育器取出术	408
六、腹腔镜检查或治疗的护理	408
第二节 产科诊疗技术及护理常规	409
一、腹部触诊四步手法	409
二、骨盆外测量法	409
三、人工剥离胎盘术	410
四、胎心音听诊术	410
五、缩宫素引产术	410
六、阴道检查	411
七、会阴侧切及缝合术	411
八、肛门指检检查术	411
九、新生儿气管插管术	412
十、新生儿沐浴法	412
十一、彩色多普勒超声脐血流测定法	412
十二、人工流产术	412



十三、中期妊娠引产术	413
十四、外阴擦洗法	413
十五、乳房的护理	413
十六、孕妇自由体位的护理	414
第六十八章 儿科疾病诊疗技术及护理常规	414
第一节 新生儿科诊疗技术及护理常规	414
一、新生儿口腔的护理	415
二、新生儿眼部的护理	415
三、新生儿臀部的护理	415
四、新生儿口饲喂养法	415
五、新生儿脐部的护理	415
六、新生儿配奶法	416
七、股静脉穿刺法	416
八、新生儿吸氧的护理	416
九、新生儿复苏术	416
十、桡动脉穿刺术	417
十一、换血疗法	417
十二、新生儿吸痰的护理	417
十三、婴儿抚触法	418
十四、新生儿洗胃的护理	418
十五、新生儿足跟采血法	418
十六、新生儿经外周中心静脉置管 (PICC) 的护理	419
十七、新生儿经外周中心静脉置管 (PICC) 维护的护理	420
十八、新生儿脐动静脉置管术	420
第二节 儿科诊疗技术及护理	421
一、头皮静脉输液法	421
二、约束法	421
三、小儿粪便及尿标本采集法	422
四、小儿吸氧的护理	422
五、小儿颈外静脉穿刺术	423
六、小儿震动排痰仪使用法	423
七、小儿鼻腔冲洗器使用法	423
八、小儿口服给药法	424
第六十九章 感染性疾病诊疗技术及护理常规	424
第一节 经皮穿刺肺活检的护理	424
第二节 支气管动脉栓塞术的护理	425
第三节 结肠途径治疗的护理	425
第四节 人工肝支持治疗的护理	425
第五节 肝脏活体组织穿刺术的护理	426
第六节 无创肝脏弹性检测的护理	426
第七十章 眼科疾病诊疗技术及护理常规	427
第一节 涂眼药膏的护理	427
第二节 滴眼药水的护理	427
第三节 泪道冲洗的护理	428
第四节 球旁注射的护理	428



第五节	结膜下注射的护理	429
第六节	结膜囊冲洗的护理	429
第七节	球后注射的护理	429
第八节	结膜结石剔除术的护理	430
第九节	角膜异物剔除术的护理	430
第十节	眼底荧光血管造影的护理	431
第十一节	睑板腺囊肿切开刮除术的护理	431
第十二节	眼内给药的护理	431
第十三节	玻璃体切割术的手术护理	432
第七十一章	耳鼻咽喉 - 头颈外科诊疗技术及护理常规	433
第一节	鼻腔冲洗法	433
第二节	放置口咽通气道(管)的护理	433
第三节	环甲膜穿刺的护理	433
第四节	伤口的护理	434
第五节	种植牙的护理	434
第七十二章	康复医学科诊疗技术及护理常规	435
第一节	良肢位摆放的护理	435
第二节	轮椅 - 床转移的护理	435
第三节	排便障碍的护理	436
第四节	排尿障碍的护理	437
第五节	床上翻身训练的护理	438
第七十三章	老年科诊疗技术及护理常规	438
第一节	动脉硬化监测的护理	438
第二节	糖尿病周围神经病变筛查的护理	439
第七十四章	ICU 诊疗技术及护理常规	439
第一节	危重患者肠内营养的护理	440
第二节	有创动脉血压监测的护理	440
第三节	机械通气患者的护理	441
第四节	中心静脉压监测的护理	442
第五节	冬眠低温疗法的护理	443
第六节	重症患者的气道护理	443
第七节	体外循环术后监护的护理	444
第八节	脑功能监测法	445
第九节	麻醉复苏的护理	446
第十节	呼吸功能监测法	446
第十一节	体温监测法	447
第十二节	肾功能监测法	447
第七十五章	皮肤美容科诊疗技术及护理常规	448
第一节	吸脂的手术护理	448
第二节	重睑术(下睑袋切除术)的护理	448
第三节	隆鼻的手术护理	449
第四节	副乳/腋臭切除术的护理	449
第五节	肿瘤切除术的护理	450



第六节	瘢痕切除术的护理	450
第七节	色素痣切除术的护理	451
第八节	眉毛上提术的护理	451
第九节	A型肉毒素注射的护理	452

第五篇 专科操作、仪器设备类护理常规

第七十七章	操作类护理常规	453
第一节	人工气道湿化的护理	453
第二节	拔除气管插管的护理	453
第三节	气管切开套管内套管更换及清洗的护理	454
第四节	三腔二囊管的护理	454
第五节	“T”管引流的护理	455
第六节	腹腔引流的护理	455
第七节	胸腔闭式引流的护理	455
第八节	伤口负压引流的护理	456
第九节	静脉炎的预防及护理	456
第十节	肠内营养支持的护理	457
第十一节	PTCD管穿刺引流的护理	457
第十二节	肠外营养支持的护理	458
第十三节	伤口引流的护理	458
第十四节	胆道镜检查的护理	458
第十五节	B超引导下肝脏射频消融术	459
第十六节	PICC置管的护理	459
第十七节	PICC维护的护理	460
第十八节	阴道冲洗的护理	461
第十九节	气管切开处伤口换药的护理	461
第二十节	胃肠减压的护理	462
第二十一节	静脉输液港维护的护理	463
第二十二节	乳管镜检查仪使用法	464
第二十三节	降钙素原(PCT)检测分析仪使用法	464
第二十四节	氧气雾化吸入使用法	465
第二十五节	膀胱镜检查	465
第二十六节	前列腺棒状水囊扩张术的护理	465
第二十七节	消化系统专科操作类护理常规	466
	鼻胆管引流的护理	466
第二十八节	妇科专科操作类护理常规	467
	一、坐浴的护理	467
	二、阴道宫颈上药的护理	467
	三、阴道擦洗法	467
第二十九节	感染性疾病科操作类护理常规	468
	一、微创腹腔穿刺术的护理	468
	二、肝病治疗仪使用法	468
	三、病毒性肝炎抗病毒的护理	469
第三十节	甲乳外科专科操作类护理常规	469
	一、麦默通围手术期的护理	469
	二、腔镜甲状腺切除手术围手术期的护理	470



三、B超引导下的改良塞丁格PICC置管术	470
第三十一节 肾内科专科操作类护理常规	471
一、24小时尿蛋白定量的留取	471
二、尿培养的留取	471
三、腹膜透析换液术	472
四、更换腹膜透析外接短管术	473
五、腹膜透析出口处换药术	474
第三十二节 皮肤美容科专科操作类护理常规	474
一、液氮冷冻治疗的护理	474
二、过敏源检测的护理	475
三、果酸活肤术的护理	475
第七十八章 仪器设备类护理常规	475
第一节 超声波使用法	476
第二节 氦氖激光治疗法	476
第三节 降温毯使用法	476
第四节 空气压力波治疗仪使用法	477
第五节 血透内瘘修护仪使用法	477
第六节 耳用微波治疗仪使用法	478
第七节 肺部理疗仪使用法	478
第八节 专科类设备护理常规	478
一、化疗泵使用法	479
二、微量泵使用法	479
三、臭氧阴道冲洗法	479
四、微波治疗法	480
五、电子胎心监护仪使用法	480
六、多功能乳房理疗仪使用法	481
七、新生儿呼吸机辅助通气术	481
八、新生儿温箱使用法	481
九、新生儿脉氧监测仪使用法	482
十、光疗法	482
十一、新生儿经鼻塞持续气道正压通气术	483
十二、新生儿开放式辐射抢救台使用术	483
十三、新生儿心电监护使用法	483
十四、新生儿人工呼吸机使用法	484
十五、中心静脉导管(CVC)维护的护理	484
十六、除颤仪使用法	485
十七、心电图机使用法	486
十八、脑循环功能治疗仪使用法	486
十九、胃肠起搏仪使用法	486
二十、排痰仪使用法	487
二十一、气压治疗仪使用法	487
二十二、吞咽功能评定及治疗仪使用法	488
二十三、光子治疗仪使用法	488
二十四、骨伤治疗仪使用法	489
二十五、CPM机使用法	489
二十六、气压泵使用法	490
二十七、注射泵使用法	491



第一篇 常见疾病症状护理常规

第一章 疼痛患者的护理

一、护理评估

1、健康史：患者的病史、疼痛发作史、用药治疗情况。

2、诱发因素：患者有无病毒感染、创伤、精神紧张、寒冷、药物及手术等。

3、症状和体征：剧烈疼痛时有烦躁不安、心率增速、呼吸加快、瞳孔缩小等交感神经兴奋等症状。

4、实验室检查：C反应蛋白、红细胞沉降率、抗链球菌溶血素O、诱发因素：患者有无病毒感染、创伤、精神紧张、寒冷、药物及手术等。素O试验等结果。

5、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、一般护理：

(1) 急性期卧床休息，疼痛缓解后可适当活动；给予富含维生素的食物。

(2) 卧床患者注意皮肤护理，预防压疮的发生。

(3) 疼痛时分散患者注意力，以减轻疼痛感。

2、疼痛的观察：

(1) 评估疼痛的部位、性质、程度、持续时间、与体位的关系。

(2) 观察伴随症状：关节疼痛伴有肿痛、晨僵者多为类风湿关节炎；疼痛伴有发热者考虑为感染性疾病、风湿热等。

3、对症处理，减轻疼痛：

(1) 给予镇痛药及针对病因治疗的药物，注意观察药物疗效和不良反应。

(2) 协助患者减轻疼痛。为患者创造适宜的环境，

避免过于杂乱、吵闹或过于寂静，以免患者因感觉超负荷或感觉剥夺而加重疼痛感；合理应用非药物性止痛措施，如松弛术、皮肤刺激疗法（冷敷、热敷、震动等），分散注意力。

4、心理护理：

(1) 患者主诉疼痛应给予理解、同情和安慰，避免语言、行为方面的任何刺激。

(2) 向患者做好耐心的解释，解除其紧张心理。

三、健康指导要点

1、避免诱因：避免一切可能诱发疼痛的因素，如病毒感染、潮湿寒冷、外伤、精神紧张等。

2、休息与活动：疼痛缓解期可参加社会活动和日常工作，注意劳逸结合，避免过度劳累。

3、用药指导：坚持严格按医嘱治疗，不可擅自改变药物剂量或突然停药。

4、疼痛知识教育与心理调适指导：向患者及家属介绍疼痛的相关知识，及时、正确、有效治疗的意义。嘱家属给予患者精神支持和生活照顾，以维持其良好的心理状态。

四、护理评价：

经过治疗和护理，评价患者是否达到：1、掌握减轻疼痛的方法，使疼痛程度减轻或消失。2、能遵守良好的生活习惯，避免各种诱发与加重疼痛的因素。

3、保持情绪稳定，主动配合治疗。

五、注意事项：遵医嘱给予止痛药缓解疼痛症状时应注意观察药物疗效和副作用。

第二章 发热患者的护理

一、护理评估

1、健康史：患者的疾病史、既往史、家庭史；起病缓急、发热特征与疾病的关系；有无剧烈运动、情绪激动、精神紧张等可使体温升高的因素。

2、症状及体征：患者发热的程度、热型、热型；有无食欲减退、体重下降、脱水、口腔炎症等营养与代谢形态的改变；有无意识障碍等认知与感知形态的改变等。

3、诊断、治疗和护理经过：(1) 有无用药、药物种类、剂量、疗效。(2) 有无采取物理降温措施、方法及疗效。

4、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、病情观察：

(1) 定时测量体温，一般每日测量4次。高热患者每4小时测量1次，待体温恢复正常3天后，改为每日测量1次。

(2) 严密观察体温变化，注意热型、程度，同时观察呼吸、脉搏及血压的变化；注意发热的伴随症状及程度，注意饮水量、饮食摄入量、尿量及治疗效果。

2、降温处理：

(1) 体温39℃以上行物理降温，用冰袋敷前额、



腹股沟及腋窝等处或头下置冰袋、冰水灌肠等。

(2) 药物降温：可口服复方阿司匹林、对乙酰氨基酚，肌内注射氨基比林，或使用双氯酚酸钠栓等，注意出汗、低血压等不良反应。

(3) 降温后 30 分钟应复查体温，并绘制在体温单上。

3、休息与体位：高热患者应绝对卧床休息，保持舒适体位；低热患者可酌情减少活动，适当休息。注意调节室内环境温度及湿度，病室温度应维持在 18-20℃，湿度维持在 50%-60%。

4、加强营养和补充液体：

(1) 高热的患者应给予高热量、高蛋白、富含维生素、易消化的流质或半流质饮食。

(2) 鼓励多饮水。

(3) 对不能进食者，给予静脉输液或鼻饲，以补充水、电解质及各种营养物质。

5、一般护理：

(1) 口腔护理：长期发热的患者，应在晨起、餐后、睡前协助漱口，防止口腔炎和口腔黏膜溃疡的发生。

(2) 皮肤护理：应随时擦干汗液，更换被服，防止受凉；经常用温水擦洗，保持皮肤清洁、干燥。

(3) 及时配合医生做好各项检查，如血培养、痰培养等，标本应及时送检，以尽早明确病因，对症治疗。

6、心理护理：向患者及其家属做好解释和安慰工作，解除焦虑和恐惧心理。

三、健康指导要点：

1、体温的正常范围及影响因素，测量体温的方法，自我监测体温的变化。

2、发热期间饮食以清淡、易消化为主。

3、保持皮肤清洁、干燥，防止受凉。

4、指导合理用药，告知患者药物的名称、用法、用量及使用时的注意事项。

5、长期高热患者卧床要经常更换体位，防止压疮。

四、护理评价：

经过治疗和护理，患者是否达到：1、能正确测量体温。2、合理饮食，适当活动与休息。3、安全、有效地用药。4、保持口腔及皮肤清洁，无相关并发症发生。

五、注意事项：

1、冰袋降温时注意避免冻伤。

2、发热伴大量出汗者应记录 24h 液体出入量。

3、对原因不明的发热慎用药物降温法，以免影响对热型及临床症状的观察。

4、有高热惊厥史的患儿，要及早遵医嘱给予药物降温。

5、必要时留取血培养标本。

第三章 咳嗽与咳痰患者的护理

一、护理评估

1、诱因：有无受凉、气候变化、粉尘吸入、服用血管紧张素转化酶抑制剂或精神因素等。

2、症状和体征：

咳嗽发生的轻重缓急、性质、出现及持续时间，有无咳嗽无效或不能咳嗽；患者有无咳痰及痰液颜色、性状、量、气味，痰液内是否有肉眼可见的异物。

3、辅助检查：胸部 X 线检查和呼吸功能检查结果。

4、实验室检查：痰液有无致病菌；血气分析有无 PaO₂ 和 PaCO₂ 异常，肺功能测定有无异常。

5、社会心理评估：患者的情绪及心理反应，是否对日常生活和睡眠造成影响。

二、护理措施

1、清理呼吸道：

(1) 深呼吸及有效咳嗽。

(2) 吸入疗法。

(3) 胸部叩击。

(4) 体位引流。

(5) 机械吸痰。

2、药物治疗与护理：遵医嘱给予抗生素、止咳祛痰药物，忌滥用止咳药物。

3、病情观察：

(1) 观察咳嗽发生的轻重缓急、性质、出现及持续时间。观察痰液颜色、性状、量、气味。(2) 痰液内有无肉眼可见的异物。

三、健康指导要点

1、识别和避免诱发因素：戴围巾或口罩避免冷空气刺激，避免进食刺激性的食物等。

2、有效排痰的指导：宣教指导各种物理排痰措施，必要时进行体位引流。

3、调节室内温度和湿度：维持合适的室温（18-20℃）和湿度（50%-60%），以充分发挥呼吸道的防御功能。

4、饮食护理：适当增加蛋白质和维生素摄入，补充充足的水分和热量，每天饮水量在 1500ml 以上。

5、指导合理用药：忌滥用止咳药物，防止镇咳药物影响痰液的排出。

6、运动和锻炼：生活规律，戒烟、酒，合理运动和锻炼，增强身体抗寒能力，预防上呼吸道感染，出现不适及时就诊。

四、护理评价：

经过治疗和护理，评价患者是否达到：1、能进



行有效咳嗽，呼吸道通畅；2、咳嗽次数减少或消失，痰量减少或无咳痰。

五、注意事项

- 1、患儿、老年体弱者慎用强镇咳药。
- 2、患儿、老年体弱者取侧卧位，防止痰堵窒息。

- 3、保持口腔清洁，必要时行口腔护理。
- 4、有窒息危险的患者，备好吸痰物品，做好抢救准备。
- 5、对于过敏性咳嗽患者，避免接触过敏原。

第四章 咯血患者的护理

一、护理评估

1、健康史：患者有无肺结核病接触史、吸烟史、职业性粉尘接触史及生食海鲜史等。2、诱发因素：有无支气管疾病、肺部疾病、心血管疾病，以及其他如血液病等。

3、先兆症状：患者有无胸闷、喉痒、咳嗽等，咯血多为鲜红色，伴有泡沫或痰，呈碱性。

4、辅助检查：纤维支气管镜检查以明确出血的部位和原因。另外可行胸部X线检查、数字减影血管造影（DSA）等。

5、实验室检查：血液学检查等。

6、社会心理评估：患者的情绪及心理反应，如恐惧、焦虑等。

二、护理措施

1、大咯血的护理：

(1) 患者绝对卧床休息、制动，一般采取患侧卧位，出血部位不明确者取平卧位，头偏向一侧，防止气道阻塞。

(2) 床边备好吸引器，及时清除积血和血块，预防窒息的发生。

(3) 严密观察生命体征、意识的变化，如患者出现烦躁或表情淡漠、呼吸增快、血压下降等休克先兆，通知医生，做好抢救的护理配合。

(4) 建立静脉通路，遵医嘱给予止血药物，如垂体后叶素，通常为18U加入5%葡萄糖溶液50ml缓慢静脉滴注。必要时遵医嘱输血。

(5) 给予高浓度吸氧，必要时行气管插管或气管切开。

2、窒息的处理：

(1) 立即去枕平卧畅通呼吸道。

(2) 立即使用吸引器吸引血凝块，迅速排出积血；尽快气管插管，以利于吸引和给氧。

(3) 给予呼吸兴奋剂，采取给氧、输液、输血。

3、药物治疗与护理：

(1) 垂体后叶素可收缩小动脉，注意控制滴速，观察患者血压情况，另外防止外渗。

(2) 年老体弱者应用镇静、镇咳药物后观察呼

吸中枢及咳嗽反射受抑制情况，及早发现因呼吸抑制导致的呼吸衰竭及镇咳后血块不能咳出导致的窒息。

4、维持水和电解质平衡：出血较多者注意补充血容量，防止低血容量性休克。

5、保持身体清洁舒适：保持口腔清洁，用温水漱口。

6、减轻心理负担：医护人员守护患者身边，安慰患者，增加安全感，解除患者恐惧心理，防止咯血加重。

三、健康指导要点

1、识别和避免诱发因素：如上呼吸道感染。

2、预防呼吸道感染。

3、识别病情变化：向患者介绍疾病知识，学会观察大咯血的先兆症状。

4、改善呼吸功能：指导呼吸训练，如腹式呼吸、缩唇呼吸等。

5、指导合理用药：告知患者药物的名称、用法、用量及使用时的注意事项。

6、饮食护理：大咯血时禁食，咯血停止后给予温凉的流质、半流质饮食。保持大便通畅。戒烟酒。

7、运动和锻炼：咯血患者需绝对卧床休息，患侧卧位或半卧位，头偏向一侧。咯血停止，无痰中带血后，日常活动量可增加，以不感到疲劳为宜。

四、护理评价：

经过治疗和护理，评价患者是否达到：1、咯血停止或减少；2、有效地排出气道内血块及分泌物；3、恐惧减轻。

五、注意事项：

1、注意鉴别咯血、呕血及口腔内出血。

2、咯血量的估计应考虑患者吞咽、呼吸道残留的血液及混合的唾液、痰等因素。

3、及时清除口腔及气道血液，避免窒息。

4、做好口腔护理。

5、咯血过程突然中断，出现呼吸急促、发绀、烦躁不安、精神极度紧张、有濒死感、口中有血块等情况时，立即抢救。

第五章 肺源性呼吸困难及发绀患者的护理



一、护理评估

- 1、健康史：患者有无呼吸及循环系统疾病史。
- 2、诱发因素：支气管哮喘有无过敏物质接触史，自发性气胸有无过度用力史及屏气用力史。
- 3、伴随症状：有无咳嗽、咳痰、胸痛、发热及神志改变等。
- 4、辅助检查：肺功能检查了解肺功能的基本状态。超声学检查、右心导管或心血管造影检查以及鉴别诊断的其他检查等寻找发绀的病因。
- 5、实验室检查：动脉血气分析、血液学检查、血液异常血红蛋白的检查、血糖、尿素氮、血气分析、痰涂片及培养和细胞学等。
- 6、社会心理评估：患者有无烦躁不安、恐惧及其他不良情绪。

二、护理措施

- 1、改善气体交换受损，保持气道通畅：
 - (1) 给予半坐卧位休息，尽量减少活动，以减少其耗氧量。
 - (2) 保持呼吸道通畅。
 - (3) 合理氧疗，一般以鼻导管或面罩给氧。如患者出现全身情况恶化、意识改变、 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 时，应准备进行机械通气。
 - (4) 避免肺源性呼吸困难的诱发因素，如有哮喘史者避免接触过敏源。
- 2、药物治疗与护理 使用呼吸兴奋剂时控制滴速，观察呼吸频率、节律、幅度，有无颜面潮红等；指导正确使用定量吸入剂，观察疗效及不良反应。
- 3、体位与休息：取舒适的卧位，一般半卧位或

身体前倾位，膈肌下降，利于通气。保持病室的环境适宜。

4、心理护理：为患者提供生理和心理支持，保持患者情绪稳定，防止不良情绪进一步加重呼吸困难。

三、健康指导要点

- 1、识别和避免诱发因素：维持安静舒适的环境，温、湿度适宜，避免湿度过高，以减轻呼吸困难。
- 2、预防呼吸道感染。
- 3、识别病情变化：学会观察病情，合理家庭氧疗。
- 4、改善呼吸功能：指导呼吸训练，如缓慢深呼吸、腹式呼吸、缩唇呼吸等。
- 5、指导合理用药：正确使用吸入剂。
- 6、饮食护理：进食易消化饮食，防止便秘。严重呼吸困难者给予充足热量的流质、半流质饮食，保证水分的摄入；鼓励排痰，维持气道通畅。
- 7、运动和锻炼：缓解期进行太极、慢走等运动。

四、护理评价

经过治疗和护理，评价患者是否达到：1、呼吸频率、节律、深度趋于正常，呼吸平稳。2、能有效地排出气道分泌物。3、发绀症状缓解。

五、注意事项

- 1、评估判断呼吸困难的诱因。
- 2、安慰患者，增强患者安全感。
- 3、不能单纯从血氧饱和度的高低来判断病情，必须结合血气分析来判断缺氧的严重程度。
- 4、心源性呼吸困难应严格控制输液速度，20-30滴/min。

第六章 心悸患者的护理

一、护理评估

- 1、健康史：患者有无心脏病病史、全身性疾病如甲亢、贫血、发热等；是否有情绪激动，精神紧张，过量吸烟、饮酒、饮浓茶或咖啡，以及患者的用药情况。
- 2、症状和体征：患者有无自觉心脏跳动的不适感，有无心脏杂音、心脏增大及心律改变；有无贫血、多汗及甲状腺肿大等。
- 3、辅助检查：心电图检查，24小时动态心电图检查，实验室检查如甲状腺功能检查、血糖、血儿茶酚胺等有无异常。
- 4、社会心理评估：患者有无紧张、焦虑等心理反应。

二、护理措施

- 1、休息与活动：病情重者卧床休息，轻者可适当活动，以不觉劳累、不加重症状为度，避免剧烈运动，保证充足的休息与睡眠。
- 2、病情观察：注意患者的心律、心率的变化，

每次观察时间不少于1分钟。如出现呼吸困难、发热、胸痛、晕厥、抽搐等，应警惕心功能不全、冠心病、心肌炎的发生，立即通知医生并配合处理。对严重心律失常引起心悸的患者应进行心电监护。

3、用药护理：遵医嘱准确及时给予药物治疗，观察药物疗效及不良反应。

4、饮食护理：鼓励患者进食高蛋白、高维生素、清淡易消化的流食或半流食，少食多餐。戒烟酒，避免进食浓茶、咖啡等刺激性食物和饮料。

5、心理护理：向患者说明一般心悸并不影响心功能，减轻焦虑、紧张情绪，避免情绪激动，以免交感神经兴奋使心率加快而加重心悸。加强与患者及家属的沟通，帮助患者进行自我情绪调节，改善睡眠，使患者情绪稳定，配合治疗。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：告知患者心悸的常见病因、诱因及防治知识，说明遵医嘱服用抗心律失常药物的



重要性,不可自行减量、停药。

2、避免诱因:嘱患者注意劳逸结合、生活规律,保持乐观、稳定的情绪,戒烟酒,避免摄入刺激性食物如咖啡、浓茶等,避免劳累。

3、病情监测:教会患者及家属自测脉搏的方法。

四、护理评价:经过治疗和护理,评价患者是否达到:1、了解心悸的诱因及防治知识。2、掌握自测脉搏的方法。3、情绪稳定,配合治疗。

五、注意事项:1、帮助患者减轻恐惧、紧张心理,增加安全感。2、房颤患者需同时测量心率和脉率。

第七章 水肿患者的护理

一、护理评估

1、健康史:患者有无急、慢性泌尿系统疾病史,以及肝脏、心脏及内分泌系统疾病史等。

2、诱发因素:有无感染及摄钠过多等诱发因素。

3、症状和体征:水肿发生的初始部位、时间、特点、程度、进展情况,是否出现全身性水肿及有无并发症,生命体征、尿量及体重的变化。

4、实验室检查:尿常规、血生化检查可判断水肿的类型及原因。

5、社会心理评估:患者有无因生活不便和身体不适而产生的烦躁、焦虑心理。

二、护理措施

1、休息:严重水肿的患者应卧床休息,下肢明显水肿者可抬高下肢,阴囊水肿者可用吊带托起。水肿减轻后,患者可起床活动,但应避免劳累。

2、饮食护理:

(1) 钠盐:限制钠盐摄入,每天以2-3g为宜。

(2) 液体:液体摄入量视水肿程度及尿量而定。若每天尿量达1000ml以上,一般不需严格限水。若每天尿量小于500ml或有严重水肿者需限制水的摄入,每天液体摄入量不超过前一天24小时尿量加上不显性失水量(约500ml)。

(3) 蛋白质:低蛋白血症所致水肿者,若无氮质血症,可给予1.0g/(kg·d)的优质蛋白。有氮质血症的水肿患者,一般给予0.6-0.8g/(kg·d)的优质蛋白。

(4) 热量:补充足够的热量以免引起负氮平衡,尤其低蛋白饮食的患者,每天摄入的热量不低于

126KJ/(kg·d),即30cal/(kg·d)。

(5) 其他:注意补充各种维生素。

3、病情观察:

监测患者生命体征和尿量变化,准确记录24小时液体出入量,定期测量体重,观察水肿的变化,注意患者有无急性心力衰竭和高血压脑病的表现。

4、用药护理:

使用利尿剂时观察药物的疗效及不良反应。长期使用利尿剂应监测血清电解质和酸碱平衡情况。

5、皮肤护理:观察皮肤有无红肿、破损和化脓等。保持患者皮肤清洁、干燥,防止局部长时间受压。

三、健康指导要点

1、告知引起水肿的诱因。

2、教会患者根据病情合理安排每天饮食中钠盐和水的摄入。

3、正确测量液体出入量、体重的方法。

4、详细介绍药物的相关知识,并告诉患者不可擅自加减药量或停药,尤其是肾上腺糖皮质激素和环磷酰胺等免疫抑制剂。

四、护理评价:

经过治疗和护理,评价患者是否达到:1、水肿减退或消退。2、皮肤无损伤或感染。

五、注意事项

1、晨起餐前、排尿后测量体重。

2、保持病床柔软、干燥、无皱褶。

3、操作时,避免拖、拉、拽,保护皮肤。

4、严重水肿患者穿刺后延长按压时间。

第八章 胸痛患者的护理

一、护理评估

1、健康史:患者有无胸部疾病、心血管疾病、呼吸系统疾病及纵隔疾病史。

2、影响疼痛的因素:疼痛发生的诱因、加重与缓解的因素,如胸膜炎及心包炎的疼痛可因咳嗽或用力呼吸而加剧。

3、伴随症状:患者有无咳嗽咳痰、呼吸困难、咯血、面色苍白、大汗、血压下降或休克、吞咽困难等。

4、辅助检查:胸部X线检查、纤维支气管镜检

查(简称纤支镜)或胃镜检查、心血管造影等。

5、实验室检查:疑为急性感染性病,查血常规、红细胞沉降率等,疑有肿瘤时,行痰脱落细胞学检查,特别是纤支镜下刷取标本找癌细胞,痰培养及药物敏感试验(简称药敏试验)对感染病原体鉴别很有价值。

6、社会心理评估:患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、疼痛的护理:

(1) 疼痛时卧床休息,健侧卧位,保持环境安



静舒适。

(2) 对症处理, 如可口服小量镇静剂或止痛药, 重者可给予热敷、理疗、局部封闭等。

(3) 心肌梗死胸痛时, 应立即舌下含服硝酸甘油 0.3mg 或肌内注射哌替啶 50-100mg。

(4) 使用松弛术、按摩、针灸等方法分散患者注意力, 以减轻疼痛。

2、药物治疗与护理:

(1) 不可自行使用止痛药物, 以防掩盖症状。

(2) 观察止痛药物的效果, 了解疼痛缓解程度和镇痛药物作用的持续时间。

(3) 不能止痛时, 通知医生调整药物, 观察药物不良反应。

3、保持身体舒适: 找到病因后遵医嘱给予药物治疗止痛, 保持舒适。

4、减轻烦躁不安等不良情绪:

(1) 观察患者有无血压增高、失眠、紧张、烦躁不安、心悸等恐惧的表现, 鼓励患者表达感受, 倾听患者诉说, 建立良好的护患关系。

(2) 遵医嘱给予患者适量镇静剂, 注意观察用药后患者的呼吸情况。

三、健康指导要点

1、识别和避免诱发因素: 如预防心绞痛的发作, 预防自发性气胸的发生。

2、预防呼吸道感染: 避免淋雨、过度劳累、受凉等刺激。

3、识别病情变化: 指导患者学会观察疼痛, 如疼痛的部位、性质、影响因素(如劳累或精神紧张时出现胸痛)和持续时间。

4、指导合理用药:

(1) 不可自行使用止痛药物, 以防掩盖症状。

(2) 观察止痛药物的效果, 了解疼痛缓解程度和镇痛药物作用的持续时间。

(3) 癌症患者早期按量及时用药, 不能止痛时, 通知医生调整药物。

(4) 观察药物不良反应。

5、饮食护理: 疼痛停止后鼓励患者进食营养易消化食物, 不宜进食具有刺激性的食物。

6、运动和锻炼: 生活方式健康规律, 合理安排休息和活动, 保持良好的精神状态, 戒烟。

四、护理评价:

经过治疗和护理, 评价患者是否达到: 1、了解胸痛发作的原因。2、安全、合理、有效地用药。3、烦躁、恐惧减轻, 感觉平静。

五、注意事项

1、了解胸痛发生的原因、时间。

2、遵医嘱给予止痛药缓解疼痛症状时应注意观察药物疗效和副作用。

第九章 腹泻患者的护理

一、护理评估

1、病史: 腹泻发生的时间、原因或诱因、粪便的性状、次数和量、气味和颜色; 有无腹痛及疼痛的部位, 有无里急后重、恶心、呕吐、发热等伴随症状及焦虑心理等。

2、身体评估: 观察患者的生命体征、神志、尿量、皮肤弹性、营养状况、肠鸣音的情况。

3、实验室及其他检查: 粪便常规及培养。注意监测血清电解质、酸碱平衡状况。

4、社会心理评估: 患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、病情观察: 严密监测患者生命体征、神志、尿量的变化; 粪便的性质、颜色及次数, 及时留取标本送检。疑有传染性疾病, 应按隔离原则护理患者。

2、饮食护理: 少渣、易消化的清淡流质、半流质饮食或软食, 避免生冷、有刺激性或被污染的食物。

3、活动与休息: 急性起病、全身症状明显的患者应卧床休息, 注意腹部保暖。

4、用药护理: 及时给予补液、抗感染及支持治疗, 观察药物的疗效及不良反应。

5、肛周皮肤护理: 排便后用温水清洗肛周, 涂鞣酸软膏。

6、心理护理: 关心体贴患者, 使其身心舒适。

三、健康指导要点:

1、用药指导: 遵医嘱用药, 介绍药物的不良反应及表现等。

2、饮食指导: 给予清淡流质及半流质饮食, 恢复期选择细、软、烂、少渣、易消化、富含维生素 C 的食物。

3、预防感染: 注意个人卫生, 消毒餐具, 防止交叉感染的发生。

四、护理评价:

经过治疗和护理, 评价患者是否达到: 1、腹泻及其伴随症状减轻或消失。2、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。3、生命体征正常, 无脱水及电解质紊乱的表现。

五、注意事项:

1、注意观察肛周皮肤情况。

2、注意观察有无脱水、电解质紊乱的表现。



第十章 便秘患者的护理

一、护理评估

- 1、病因：患者的疾病史、生活饮食习惯及用药史。
- 2、体征：可触及包块，肛诊可触及粪块。

二、护理措施

- 1、增加水分及含膳食纤维丰富的食物摄入。
- 2、消除其紧张情绪，养成定时排便的生活习惯。
- 3、选取适宜的排便姿势，坐姿或下蹲。
- 4、适当增加体育锻炼或顺时针按摩腹部。
- 5、遵医嘱正确使用促进肠蠕动的药物或缓泻剂。

三、健康指导要点

1、根据便秘发生的不同因素选择合适的治疗方式。

2、指导患者遵医嘱用药，告知药物的使用时间、方法和剂量。

3、合理的膳食结构，养成良好的排便习惯。

四、护理评价：经过治疗和护理，评价患者是否达到：便秘症状消失，能养成定时排便的习惯。

五、注意事项：心脏病、高血压病等患者，避免用力排便，必要时使用缓泻剂。

第十一章 恶心与呕吐患者的护理

一、护理评估

1、恶心与呕吐发生的时间、频率、原因及诱因，与进食的关系。

2、呕吐的特点及呕吐物的量、性质与伴随症状。

3、生命体征、神志、腹部体征，注意有无水电解质紊乱、酸碱平衡失调，必要时做呕吐物毒物分析或细菌培养等检查。

4、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、失水征象的监测及处理：

(1) 生命体征。

(2) 准确测量和记录液体出入量、体重。

(3) 观察患者有无失水征象，如口渴、皮肤黏膜干燥、烦躁等。

(4) 积极补充水分和电解质。

2、体位：当患者出现四肢厥冷、面色苍白、血压偏低、脉缓、头晕、流涎等呕吐前驱症状时，应协助患者坐起，不能坐起者则头偏向一侧。

3、病情观察：观察患者呕吐的特点，呕吐次数，呕吐物的性质、量、颜色、气味等，遵医嘱应用止吐药及其他治疗。

4、对症护理：剧烈呕吐时可暂时禁食，给予静脉营养治疗；中枢性呕吐，若颅内压增高应降低颅内压，勿用力排便、剧烈咳嗽等；神经性呕吐，应鼓励患者多活动、少卧床。

5、一般护理：呕吐后应将患者口腔、鼻腔内的呕吐物清洗干净，协助患者用温开水或生理盐水漱口，

污染衣被要及时更换，保持环境清洁。呕吐停止后，应给患者少量清淡、易消化的食物，少量多餐，逐渐增加食量。

6、心理护理：避免造成患者精神上的不良刺激，减轻患者紧张、烦躁的心理压力。

三、健康指导要点

1、讲解恶心、呕吐的原因及症状。

2、注意饮食及个人卫生。

3、发生恶心、呕吐及时就医，配合治疗，保留呕吐物进行化验。

四、护理评价：

经过治疗和护理，评价患者是否达到：1、生命体征稳定在正常范围，无口渴、尿少、皮肤干燥、弹性减退等脱水表现，血生化指标正常。2、呕吐及其引起的不适减轻或消失，逐步耐受及增加进食量。3、摄入足够的热量、水、电解质和各种营养素，营养状况改善。4、活动耐力增加，活动时无头晕、心悸、气促或直立性低血压出现。

五、注意事项

1、呕吐发生时应将患者头偏向一侧或取坐位。

2、呕吐后及时清理呕吐物，协助漱口，开窗通风。

3、口服补液时，应少量多次饮用。

4、注意观察生命体征、意识状态、电解质和酸碱平衡情况及有无低血钾表现。

5、剧烈呕吐时，应暂停饮食及口服药物；待呕吐减轻时可给予流质或半流质饮食，少量多餐，并鼓励多饮水。

第十二章 呕血与黑便患者的护理

一、护理评估

1、病史：呕血和（或）黑便发生的时间、频率、原因或诱因、颜色、性质和量；询问用药史、职业、

生活及饮食方式。

2、身体评估：

(1) 全身情况：生命体征、精神及意识状况、



皮肤及甲床色泽。

(2) 腹部检查：有无腹壁静脉显露及其分布与血流方向；肠鸣音是否正常；肝脾是否肿大。

3、实验室及其他检查：血常规、肝肾功能、血液电解质、粪隐血试验等；X线钡剂造影检查及血管造影等。

4、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、一般护理：

- (1) 绝对平卧休息，下肢略抬高。
- (2) 呕血时将患者头偏向一侧。保持呼吸道通畅。
- (3) 给予心电监护及吸氧。

2、急救护理：

- (1) 快速建立2条及以上静脉通道。
- (2) 遵医嘱，迅速、准确地给予输液、输血及采集血标本。

(3) 如需使用三腔二囊管或行急诊内镜止血，则需做好治疗前、后的护理。

3、病情观察：

- (1) 监测患者生命体征，记录液体出入量。
- (2) 观察呕血和黑便的颜色、性质及量。
- (3) 观察患者有无活动性出血或再次出血。

4、饮食护理：

(1) 呕血者应禁食。少量出血无呕吐者可进温凉、清淡流食。

(2) 出血停止后渐改为营养丰富、易消化、无刺激性、半流质软食，开始少量多餐，后改为正常饮食。

(3) 食管胃底静脉曲张破裂出血的患者，止血后1-2天可逐渐进食高热量、高维生素流食。限制钠和蛋白质摄入，避免进食粗糙、坚硬、刺激性食物，应细嚼慢咽。

5、生活护理：及时清除患者口腔、鼻腔内的呕吐物，保持口腔清洁，做好肛周皮肤护理。

6、心理护理：关心、安慰患者，减轻患者的紧张、恐惧情绪。

三、健康指导要点

生活起居规律，避免长期精神紧张，保持乐观情绪。应戒烟、戒酒，遵医嘱服药。

四、护理评价：

经过治疗和护理，评价患者是否达到：1、生命体征正常。2、呕血和黑便症状减轻或消失。3、未发生并发症。4、了解呕血和黑便发生的原因及诱因。

五、注意事项

1、输液开始宜快，必要时测定中心静脉压作为调整输液量和速度的依据。

2、注意保持患者口腔清洁，注意保护肛周皮肤，保持清洁。

3、辨别便血与食物或药物因素引起的黑便。

4、必要时留置胃管观察出血量，做好内镜止血的准备。

第十三章 黄疸患者的护理

一、护理评估

1、患者皮肤、黏膜、巩膜黄染的分布、深度和持续时间，有无皮肤瘙痒。观察尿与粪便颜色的变化。

2、伴随的症状：是否伴有畏寒与发热、腹痛、皮肤瘙痒、消化道症状，是否伴有进行性消瘦等。

3、病因或诱发因素：患者疾病史、用药史、家族史及生活饮食习惯。

4、实验室及其他检查：肝功能、B超、腹部X线检查、钡餐造影、胆胰管逆行造影、CT、经皮肝穿刺胆道造影等。

5、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、心理护理：多与患者交谈，安慰、关心患者，减轻不良情绪。

2、病情观察：胆道扩张及支架植入时，密切观察患者神志、面部特征和腹部体征，给予吸氧、监测血氧饱和度及生命体征。

3、饮食：适当进食粗纤维食品，养成定时排便的习惯。

4、皮肤护理：每天温水洗浴或擦浴；选择棉质衣裤，减轻皮肤瘙痒；严重瘙痒者可遵医嘱给予炉甘石剂外涂或口服抗胆胺类药物。

三、健康指导要点

1、休息与活动：注意卧床休息。

2、饮食指导：

(1) 除肝性脑病要限制蛋白质外，应给予高蛋白、高热量、高维生素、低脂饮食。

(2) 伴有腹腔积液者应限制钠盐和水的摄入。

(3) 戒烟、戒酒。

四、护理评价：经过治疗和护理，评价患者是否达到：1、皮肤、巩膜黄染消退，皮肤瘙痒减轻。2、大小便颜色正常。3、总胆红素下降至正常，B超检查肝内、外胆管梗阻已解除或减轻。

五、注意事项

1、对疑有病毒性肝炎所致黄疸者，应遵循消毒隔离原则。

2、有皮肤瘙痒者，应指导病人修剪指甲，不可用手抓挠皮肤，防止破损。



第十四章 抽搐与惊厥患者的护理

一、护理评估

- 1、健康史：有无与抽搐和惊厥相关病史。
- 2、诱发因素：有无刺激、高热等诱发因素。
- 3、症状和体征：有无抽搐、惊厥发作的先兆，发作严重程度、频率、持续和间隔的时间，发作时的意识状态，有无跌伤、舌咬伤等意外发作。有无血压增高、脑膜刺激征、剧烈头痛等提示危重急症的伴随症状。

- 4、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、抽搐的观察：

注意有无发作先兆，抽搐从哪个部位开始、如何扩展，发展的顺序，抽搐发作持续的时间，有无意识丧失、双眼上翻、瞳孔变化、面色青紫、口唇发绀、口吐白沫或血沫、大小便失禁等情况，频繁发作者应记录发作次数。

2、抽搐时的护理：

(1) 保护患者免受外伤或坠床，勿用力按压其肢体引起骨折。

(2) 以缠有纱布的压舌板或毛巾置于患者一侧上下磨牙间，防止舌唇及颊黏膜被咬伤。

(3) 保持呼吸道通畅，防舌后坠，取下义齿（假牙），立即侧卧，防止发生误吸。

3、癫痫持续状态的护理：

(1) 除上述各项抽搐护理外，应按昏迷处理。重点防止误吸分泌物造成的吸入性肺炎等并发症。

(2) 立即给予静脉镇静药物，发作控制后还应维持用药，切勿强行灌喂药物，待神志清楚后改用口服。

(3) 注意观察体温、血压、脉搏、呼吸、神志改变。高热者可物理降温，同时适当使用脱水剂、吸氧、补液，防止水、电解质紊乱。

4、发作后护理：

(1) 安静休息，遵医嘱督促患者服药。

(2) 发作结束后有意识朦胧者，应防止患者伤人或自伤、出走等意外。

(3) 大小便失禁者，及时更换衣裤及床褥，保持干燥清洁。

(4) 测体温时禁用口腔，避免发作时咬破体温表误吞水银。

(5) 专人陪护，以免发生意外。

三、健康指导要点

1、识别和避免诱发因素：减少刺激、高热等诱发因素。

2、识别病情变化：告知患者抽搐发作的先兆表现及相应的处理办法，包括自觉症状加重，出现不适情况应及时向医护人员寻求帮助。

3、指导合理用药：告知患者药物的名称、用法、用量及使用时的注意事项。

4、饮食护理：饮食要清淡、易于消化，不宜进食具有刺激性的食物和饮料。

四、护理评价：经过治疗和护理，评价患者是否达到：1、了解抽搐发作的原因。2、遵医嘱规范的用药。3、避免诱发因素。4、发病次数明显减少。

五、注意事项

1、开口器上应缠纱布，从磨牙处放入。

2、提高患者服药的依从性。

第十五章 窒息患者的护理

一、护理评估

- 1、患者的临床表现，判断呼吸困难及缺氧程度。
- 2、患者气道梗阻程度：患者抓住颈部，出现进行性呼吸困难，如干咳、发绀、不能说话或呼吸，提示哽噎；进一步询问患者：“您是噎住了吗？”并得到确认，患者如不能说话、咳嗽逐渐无声、呼吸困难加重并伴有喉鸣或患者无反应，提示严重气道梗阻。

3、辅助检查：X线透视。

二、护理措施

1、解除呼吸道梗阻，保持呼吸道通畅。

(1) 气管异物：应立即实行 Heimlich 手法，尽快排出异物，直接或间接喉镜下将其取出，呼吸困难、难以用上述方法取出时，可用粗针头紧急行环甲膜穿刺或气管切开。

(2) 支气管扩张咯血：应将患者倒立，扣背或取头低足高卧位卧于床沿，叩击患者背部以清除梗阻的血块，并准备好吸引器、气管插管、呼吸机等。

(3) 炎性喉头水肿和肺水肿：吸氧、激素治疗，必须勤翻身、叩背，用导管插入气管内吸痰，定时气道湿化、雾化，必要时气管插管吸痰。

(4) 颈部手术后：迅速解除压迫（包括打开手术切口），迅速开放气道（包括气管插管和气管切开）。

2、体位：解除呼吸道梗阻后患者取去枕平卧位，头偏向一侧，防止分泌物吸入气管。

3、病情观察：观察患者的神志、瞳孔变化，监测氧饱和度及体温、脉搏、呼吸、血压的变化，必要时进行血气分析检查。

4、氧疗：鼻导管或面罩高流量给氧，流量为4-6



升/分。

5、积极对症处理，预防并发症。

6、心理护理：消除患者的恐惧心理，适当给予镇静药。

三、健康指导要点

1、适当锻炼，增强体质，预防感冒和上呼吸道感染。

2、如有呼吸异常，喉部不适及时就医。

3、指导婴幼儿家属不要喂食花生米、瓜子、豆类食物。进食时避免谈笑、哭闹或打骂小儿。教育儿童进食要专心。

4、对吞咽困难的患者，食物以半流质为宜，进食时以坐位或半卧位为宜。卧床患者应抬高床头，减少误吸。

四、注意事项

1、气管阻塞或气道异物引起的窒息，如条件允许，即使III度、IV度呼吸困难，也可把握好时机，有效清理呼吸道或将异物取出后即可缓解呼吸困难，而不必首先行气管插管或气管切开术。

2、注意观察患者咳嗽、喘鸣、发绀的情况。

3、对于孕妇和腹部膨隆患者，不能施行腹部冲击法，可以按压胸骨中下段。

第十六章 呼吸衰竭患者的护理

一、护理评估

1、评估患者有无呼吸困难，如出现三凹征或呼吸费力伴呼气延长。

2、观察患者有无缺氧，如颜面、口唇、指甲等发绀。

3、观察患者意识状态、生命体征、面容与表情等。

4、观察有无右心衰竭、上消化道出血、肝肾功能损害的表现。

二、护理措施

1、提供安静洁净、温湿度适宜的环境，减少不良刺激。

2、给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食，必要时鼻饲，以保证足够的营养支持。

3、行氧疗改善缺氧程度，保持呼吸道通畅，采取各种措施，促进痰液排出，必要时留取痰标本送检。

4、严密观察病情，密切观察意识的变化，行心电图监护，监测血气分析和血氧饱和度。机械通气患者注意有无通气不足、与呼吸机是否同步等。

5、遵医嘱正确使用药，如支气管舒张药、呼吸兴奋剂等，观察药物的疗效及副作用。

6、充分评估患者情况，根据患者意识状态、痰液粘稠程度、痰量多少、咳痰能力等，采取有效的排痰措施。随着病情的演变，患者的排痰情况会随之发生变化，当患者出现意识障碍或呼吸肌无力时，会导致咳痰能力减弱，排痰量减少；痰液过于黏稠，会导致患者自主排痰困难；当感染控制，病情好转时，排痰量也会减少等。及时评估患者的排痰情况，针对其变化，动态调整排痰措施，当患者出现意识障碍或无自主排痰能力时，应给予机械吸痰；若患者能自主排

痰，但排痰能力减弱，可加强翻身叩背，指导患者深呼吸及有效咳嗽；当出现痰液粘稠，痰量较多时，可根据情况，鼓励患者多饮水，加强湿化，给予口服或雾化吸入祛痰药。

7、加强皮肤护理，预防压疮。

8、加强心理支持，了解患者心理状态，缓解患者紧张焦虑情绪。

三、健康指导要点

1、指导患者卧床休息，减少活动耗氧。

2、指导患者掌握有效咳嗽方法，及时排出痰液。

3、向患者及家属说明合理氧疗的重要性，避免患者及家属擅自调节氧流量或停用氧气。行氧驱动雾化吸入后，须及时将氧流量调回原值。加强巡视，注意观察患者吸氧流量。

4、与患者进行有效沟通，注意患者主观感受，安慰鼓励患者，缓解患者不良情绪。

四、注意事项

1、安慰患者，增强安全感。

2、备好急救物品，做好抢救准备。

3、禁用对呼吸有抑制作用的药物，以免引起呼吸抑制。

4、注意保暖，避免感染加重病情。

5、重症期患者应严格卧床，避免增加耗氧量，加重心脏负荷，保持舒适体位。缓解期和恢复期，根据患者的具体情况制定活动计划，以循序渐进、量力而行为原则，活动量以不引起疲劳、不加重症状为度。腹式呼吸应在疾病恢复期进行训练。

第十七章 昏迷患者的护理

一、护理评估

1、健康史：有无外伤、感染、中毒、脑血管疾病及休克等。有无外伤史。有无农药、CO、安眠镇静

药、有毒植物等中毒。有无可引起昏迷的内科病，如糖尿病、肾病、肝病、严重心肺疾病等。

2、症状和体征：意识状态及生命体征的变化。



3、辅助检查：心电图、腰椎穿刺（简称腰穿）、头颅CT及MRI检查的结果。

4、实验室检查：血检测碳氧血红蛋白有助于CO中毒的诊断。尿常规异常常见于尿毒症、糖尿病、急性尿卟啉症。疑似肝性脑病患者查血氨及肝功能。血糖及肾功能检测有助于糖尿病酮症酸中毒、低血糖昏迷及尿毒症昏迷诊断。

5、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、保持呼吸道通畅：

(1) 环境要求：清洁舒适，保持室内空气流通，温度、湿度适宜。

(2) 体位要求：取出义齿，去枕平卧，头偏向一侧。

(3) 促进排痰、呼吸支持：舌根后坠放置口咽通气管；配合气道湿化、超声雾化吸入稀释痰液，加强翻身、叩背，促进体位排痰；急性期避免过多搬动患者，短期不能清醒者宜行气管插管、气管切开，必要时使用呼吸机辅助呼吸。

(4) 其他：定期做血气分析；使用抗生素防治呼吸道感染。

2、安全护理：

(1) 加强安全防护措施，24小时专人守护、加床档、使用约束带，遵医嘱使用镇静剂。

(2) 禁止使用热水袋，以防烫伤。

3、饮食护理：供给足够的营养。

(1) 禁食期间给予静脉营养治疗，准确记录液体出入量。

(2) 昏迷超过3—5天给予鼻饲饮食，成人鼻饲量2000—2500ml/d（也可根据患者消化情况决定鼻饲量）。

①确定胃管在胃内，喂食前检查有无胃出血或胃潴留。

②有胃潴留者，延长鼻饲间隔时间或中止一次。

③胃出血者禁止喂食，抽尽胃内容物后按医嘱注入止血药。

④每次鼻饲量不超过200ml，间隔时间大于2小时，根据患者病情夜间停饲8小时。

(3) 如患者意识好转，出现吞咽、咳嗽反射，应争取尽早经口进食。

①从半流质饮食开始，逐渐过渡到普通饮食。

②抬高床头防止呛咳及反流。

③入量不足部分由胃管补充。

4、加强基础护理：

(1) 保持皮肤完整，床铺平整、清洁、干燥、无渣屑。

(2) 注意五官护理（眼、耳、鼻及口腔），保持皮肤清洁。

5、预防并发症

(1) 防止压疮：

①保持床单清洁干燥、平整。

②保持皮肤清洁、干燥，及时处理大小便。

③减轻局部受压每1—2小时翻身1次，用50%乙醇按摩受压部位，同时建立床头翻身卡。

(2) 肺部感染：加强呼吸道护理，定时翻身拍背，保持呼吸道通畅，防止呕吐物误吸引起窒息和呼吸道感染。

(3) 泌尿系统感染：

①留置尿管应严格无菌操作。

②保持尿管引流通畅，防止扭曲、受压、折叠，及时倾倒尿液防逆流。

③每日冲洗膀胱1—2次，洗净会阴及尿道口分泌物。

④定时排尿，训练膀胱舒缩功能。

(4) 便秘：

①加强翻身，定时按摩下腹部，促进肠蠕动。

②2—3天未解粪便应给缓泻剂，必要时人工取便。

(5) 暴露性角膜炎：眼睑不能闭合者，给予眼药膏保护，纱布遮盖双眼。

(6) 血栓性静脉炎、关节挛缩、肌萎缩：

①保持肢体处于功能位，防止足下垂。

②每日进行肌肉按摩，促进局部血液循环，防止血栓性静脉炎。

③尽早行肢体功能锻炼，每日2—3次。

6、其他：

(1) 尊重患者，维护其自尊及自身形象。

(2) 昏迷时间较长者，与家属有效沟通，取得家属的理解和积极配合，指导家属参与部分护理工作，不定期的评估护理效果。

三、健康指导要点

1、患者昏迷无法翻身，由护士协助患者每2小时翻身一次，按摩受压处皮肤，促进血液循环。

2、每日2次口腔护理，保持口腔清洁。口唇干裂者可给予液状石蜡涂擦。

3、眼睑闭合不全者用生理盐水湿纱布覆盖，或涂抗生素眼膏。

4、保持会阴部清洁干燥，保持床单和衣裤的整洁。

5、帮助患者进行四肢及关节的被动运动，保持肢体功能位。

四、护理评价：

经过治疗和护理，评价患者是否达到：1、了解昏迷发作的原因。2、安全、有效地用药。3、焦虑减轻，感觉平静。

五、注意事项

1、保持呼吸道通畅，防止误吸、窒息。

2、保证充足的营养及水分的摄入，防止水、电



解质酸碱平衡失调。

3、加强护理安全管理，防止跌倒、坠床、烫伤

等发生。

第十八章 气胸患者的护理

一、护理评估

(一) 术前

1、健康史：

(1) 一般情况了解病人的年龄、性别、职业、经济状况、社会、文化背景等。

(2) 受伤史了解病人受伤经过及时间，受伤部位、暴力大小，有无恶心呕吐、昏迷等。是否接受过处理。

(3) 既往史：有无胸部手术、服药史和过敏史。

2、身体状况：

(1) 局部：

评估受伤部位及性质，有无开放性伤口，有无活动性出血、伤口是否肿胀是否有肋骨骨折、反常呼吸运动或呼吸时空气进出伤口的吸允样音。气管位置是否偏移，有无颈静脉怒张或皮下气肿，肢体活动情况。

(2) 全身：评估生命体征是否平稳，是否有呼吸困难或发绀，有无休克或意识障碍，是否有咳嗽、咳痰、痰量和性质。有无咯血，咯血次数和量。

(3) 辅助检查：根据胸部X线等检查结果，评估气胸的程度、性质及有无胸腔内器官损伤等。

3、心理社会状况：了解病人有无恐惧和焦虑，程度如何。病人及家属对损伤及预后的认知、心理承受能力及对本次损伤相关知识的了解程度。

(二) 术后

1、术中情况 了解手术麻醉方式及效果、术中出血、补液输血情况和术后诊断。

2、生命体征 麻醉是否清醒，生命体征是否平稳、评估末梢循环、引流情况、有无出血、感染等并发症。

3、心理社会状况 了解病人有无恐惧及焦虑，程度如何。病人及家属对损伤及预后的认知、心理承受能力及对本次损伤相关知识的了解程度。

二、护理措施

1、非手术治疗护理、术前护理

(1) 现场急救：病人若出现危及生命的征象时，护士应协同医生施以急救，对开放性气胸者，立即用辅料封闭胸壁伤口，使之成为闭合性气胸，阻止气体继续进入胸腔。闭合性或张力性气胸积气量多者，应立即协同医生行胸膜腔穿刺抽气或胸腔闭式引流。

(2) 保持呼吸道通畅

呼吸困难和发绀者，及时给予吸氧，协助和鼓励病人有效咳嗽、排痰、及时清理口腔、呼吸道内的呕吐物，分泌物血液及痰液等。保持呼吸道通畅，预防窒息。痰液粘稠不易咳出者，应用去痰药物、超声雾

化吸入以稀释痰液利于排出，必要时鼻导管吸痰。不能有效排痰或呼吸衰竭者，实施气管插管或气管切开给氧，吸痰或呼吸机辅助呼吸。病情稳定者取半坐卧位，以使膈肌下降，有利呼吸。

(3) 缓解疼痛

因疼痛不敢咳嗽，咳痰时，协助或指导病人及其家属用双手按压患侧胸壁，以减轻伤口震动产生疼痛。必要时遵医嘱给予镇痛药。

(4) 动态观察病情变化

观察血压、心率意识等变化。观察病人呼吸的频率、节律和幅度。有无气促及呼吸困难、发绀及缺氧等症状。有无气管移位或皮下气肿的情况。是否发生低血容量性休克等。

(5) 预防感染

对开放性损伤者遵医嘱注射破伤风抗毒素及合理使用抗生素。

2、术后护理

(1) 病情观察：病人术后返回病房，妥善安放、固定各种管路并保持通畅。密切观察病人生命体征变化，给予心电监护，并详细记录。

(2) 呼吸道管理：协助病人咳嗽咳痰卧床期间定时协助病人翻身，坐起、叩背、咳嗽指导鼓励病人做深呼吸运动，促使肺扩张，预防肺不张或肺部感染等并发症的发生。实施气管插管或气管切开呼吸机辅助呼吸者作好呼吸道护理。

3、胸腔闭式引流的护理：保持管道密闭性引流管周围应用油纱布严密包盖，保证水封瓶长玻璃管没入水中3-4CM并始终保持直立。更换引流瓶或搬动病人时防止空气进入。引流瓶应低于胸壁引流口平面的位置。严格无菌操作技术，防止逆行感染。引流瓶低于胸壁引流口平面60-100CM以防止瓶内液体逆流入胸膜腔。观察引流并保持通畅。一般水柱波动的范围约为4-6CM。拔管24小时内应注意观察病人是否有胸闷，呼吸困难，发绀切口漏气、渗液、出血和皮下气肿等，如发现异常及时通知医生处理。

4、并发症的观察与护理

(1) 切口感染：保持切口辅料完整、清洁、干燥并及时更换同时观察切口有无红肿热痛等炎症表现。

(2) 肺感染和胸腔内感染：检测体温如病人出现畏寒、高热或咳脓痰等感染征象，及时通知医生并配合处理。

(3) 基础护理：根据病情和病人需要做好基础



护理和生活护理,如口腔护理、皮肤护理、会阴护理等,鼓励并协助病人早期离床活动,促进疾病康复。

三、健康指导要点

1、有效咳嗽咳痰

向病人讲解腹式呼吸和有效咳嗽、咳痰的意义并予以指导,出院后仍应坚持腹式呼吸和有效咳嗽。

2、功能锻炼

告知病人恢复期胸部仍有轻微不适或疼痛,但不影响患侧肩关节功能锻炼,锻炼应早期进行并循序渐进,但在气胸痊愈的一个月内,不宜参加剧烈的体育活动。

3、定期复查

胸部损伤严重的病人,出院后需定期来院复诊,发现异常及时治疗。伴有肋骨骨折病人术后3个月应复查胸部X线检查,以了解骨折愈合情况。

四、注意事项

1、遵医嘱积极治疗原发病。

2、嘱病人戒烟,避免屏气、剧烈咳嗽、用力排便、抬举重物等各种诱因,防止气胸复发。

3、注意劳逸结合,痊愈后的一个月內,不进行跑步、打球等剧烈运动。

4、一旦感胸闷、胸痛或气促,应立即就医。

第十九章 胸腔积液患者的护理

一、护理评估

1、评估患者生命体征、意识状态等。

2、评估患者胸痛、呼吸困难程度。

3、观察患者有无干咳、心力衰竭、肝区疼痛等伴随症状。

二、护理措施

1、卧床休息,减轻氧耗。大量胸腔积液时取半卧位或患侧卧位。

2、给予高蛋白、高热量、高维生素易消化饮食。

3、保持呼吸道通畅,鼓励患者积极排痰。大量胸水影响呼吸时按患者缺氧情况给予低、中流量持续吸氧,以弥补气体交换面积的不足,改善缺氧状态。

4、患者为减轻胸痛,常采取浅快的呼吸方式,可导致缺氧加重和肺不张。因此,需协助患者取患侧卧位,必要时用宽胶带固定胸壁,以减少胸廓活动度,减轻疼痛或遵医嘱给予止痛剂。

5、胸腔抽液时,一般首次抽液不要超过1000ml,在抽液过程中,如出现阵发性咳嗽,应立即停止抽水,并严密观察,做好记录。

6、保持引流管通畅,妥善固定,防止感染、滑脱。

引流瓶及引流管始终低于置管切口,避免引流液倒流。更换引流瓶时,应严格遵守无菌操作原则,避免人为污染。引流管长度适宜,并妥善固定,避免在翻身或活动时将引流管脱出。

三、健康指导要点

1、指导患者和家属了解胸腔穿刺引流的目的、方法和术中、术后可能出现的意外与并发症,消除思想顾虑,征得家属的签字同意与患者的积极配合。

2、指导患者恢复期行呼吸功能锻炼,改善肺功能。

3、指导患者合理安排休息与活动,逐渐增加活动量。

4、在疾病恢复期,每天督导患者进行缓慢的腹式呼吸,经常进行呼吸锻炼可减少胸膜粘连的发生,提高通气量。胸水消失后还需继续休养3个月,避免疲劳。

四、注意事项

1、生活规律,戒烟酒,少到公共场合。

2、进行适当体育锻炼,避免过度劳累,防止复发。

3、加强营养,进食高蛋白、高热量、高维生素饮食。

第二十章 呼吸困难患者的护理

一、护理评估

1、评估患者病史、发生时间、起病缓急、诱因、伴随症状、活动情况、心理反应和用药情况等。

2、评估患者神志、面容与表情、口唇、指(趾)端皮肤颜色,呼吸的频率、节律、深浅度,体位、胸部体征、心率、心律等。

3、评估血氧饱和度、动脉血气分析、胸部X线检查、CT、肺功能检查等。

二、护理要点

1、提供安静、舒适、洁净、温湿度适宜的环境。

2、每日摄入足够的热量,避免刺激性强、易于

产气的食物,做好口腔护理。

3、保持呼吸道通畅,痰液不易咳出者采用辅助排痰法,协助患者有效排痰。

4、遵医嘱应用支气管舒张剂、抗菌药物、呼吸兴奋药等,观察药物疗效和副作用。

5、指导患者呼吸功能训练,有计划地进行休息和活动,循序渐进地增加活动量和改变运动方式。

三、健康指导要点

1、告知患者呼吸困难的常见诱因,指导患者识别并尽量避免。

2、指导患者进行正确、有效的呼吸肌功能训练。



- 3、指导患者合理安排休息和活动，调整日常生活方式。
- 4、指导患者配合氧疗或机械通气的方法。

四、注意事项

- 1、评估判断呼吸困难的诱因。

- 2、安慰患者，增强患者安全感。

3、不能单纯从血氧饱和度的高低来判断病情，必须结合血气分析来判断缺氧的严重程度。

- 4、心源性呼吸困难应严格控制输液速度，20～30滴/min。

第二十一章 腹胀患者的护理

一、护理评估

1、评估患者腹胀的程度、持续时间，伴随症状，腹胀的原因，排便、排气情况，治疗情况，心理反应，既往史及个人史。

- 2、了解患者相关检查结果。

二、护理要点

- 1、根据病情协助患者采取舒适体位或行腹部按摩、肛管排气、补充电解质等方法减轻腹胀。
- 2、遵医嘱用药或给予相应治疗措施，观察疗效

和副作用。

- 3、合理饮食，适当活动。

- 4、做好相关检查的准备工作。

三、健康指导要点

- 1、指导患者减轻腹胀的方法。

- 2、告知患者及家属腹胀的诱因和预防措施。

四、注意事项：患者腹胀症状持续不缓解应严密观察，配合医生实施相关检查。

第二十二章 头晕患者的护理

一、护理评估

1、评估患者头晕的性质、持续时间、诱因、伴随症状，与体位及进食有无相关、治疗情况，心理反应，既往史及个人史。

- 2、评估生命体征，意识状况等。

- 3、了解患者相关检查结果。

二、护理要点

- 1、保持病室安静，操作轻柔。
- 2、卧床休息。
- 3、监测生命体征变化。
- 4、遵医嘱使用药物，并观察药物疗效与副作用。
- 5、保持周围环境中无障碍物，注意地面防滑。

- 6、将患者经常使用的物品放在患者容易拿取的地方。

三、健康指导要点。

- 1、告知患者及家属头晕的诱因。

- 2、告知患者及家属头晕发生时应注意的事项。

四、注意事项。

- 1、指导患者改变体位时，尤其转动头部时，应缓慢。

- 2、患者活动时需有人陪伴，症状严重需卧床休息。

- 3、教会患者使用辅助设施，如扶手、护栏等。

- 4、对于精神紧张、焦虑不安的患者，给予心理安慰和支持。

第二十三章 发热患儿的护理

一、护理评估

1、评估患儿发热的时间、程度及诱因、伴随症状等。

- 2、评估患儿意识状态、生命体征的变化。

- 3、了解患儿相关检查结果。

二、护理措施

- 1、监测体温变化，观察热型。
- 2、卧床休息，减少机体消耗。
- 3、高热患儿给予物理降温或遵医嘱药物降温。
- 4、降温过程中出汗时及时擦干皮肤，随时更换衣服，保持皮肤和床单位清洁、干燥；注意降温后的反应，避免虚脱。
- 5、降温处理后30分钟后测量体温。

- 6、补充水分防止脱水，鼓励患儿进食高热量、高维生素、营养丰富的半流质或软食。

- 7、做好口腔护理。

三、健康指导要点

- 1、鼓励患儿多饮水。

- 2、告知患儿穿透气、棉质衣服，寒战时给予保暖。

- 3、告知患儿及家属限制探视的重要性。

四、注意事项

- 1、冰袋降温时注意避免冻伤。

- 2、发热伴大量出汗者应记录24h液体出入量。

3、对原因不明的发热慎用药物降温，以免影响对热型及临床症状的观察。

- 4、有高热惊厥史的患儿，要及早遵医嘱给予降



温药物。

5、必要时留取血培养标本

第二十四章 哭闹患儿的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿哭闹的伴随症状、哭闹的时间及特点。
- 2、观察患儿哭闹的音调及剧烈程度。
- 3、评估患儿哭闹与体位的关系。
- 4、评估患儿的哭闹是病理还是非病理性。
- 5、评估父母情绪和父母关系。

二、护理措施

1、病情观察：

(1) 包括“冷、热、饿、尿、便、困、怕、痒”等。临床中，护理人员不仅要能正确判断儿童哭闹的原因，还要及时、正确地进行干预和给予家长相应的指导。观察患儿哭闹的音调及剧烈程度。

(2) 如发热、呕吐、大便异常等，这需要对原发疾病进行对症治疗和护理。

- 2、减少对哭闹患儿的刺激因素，治疗、护理尽

量集中完成，保持住院环境的安静、整洁、舒适。慎用镇静药物，以免影响病情的观察。同时，哭闹常引起家长的紧张和焦虑。在哭闹原因未找到之前，护理人员要耐心询问患儿病史，仔细评估患儿，重视患儿的哭闹，做出相应的护理干预，与家长有效沟通，以减少家长的负性情绪对患儿的影响。

三、健康指导要点

- 1、及时寻找哭闹原因，认真应对。
- 2、与患儿建立亲密感情，提升安全感。
- 3、创建舒适环境，建立规律的作息。

四、注意事项

注意详细收集病史，询问患儿哭闹时的伴随症状、哭闹的时间和特点、哭闹与体位的关系、缓解哭闹的措施等，并加以分析。

第二十五章 疼痛患儿的护理

一、护理评估

1、评估患儿疼痛的部位、性质、程度、发作时间、影响因素、伴随症状和疼痛的诱发和缓解因素

2、评估患儿的一般情况，神经系统、运动系统、消化和呼吸系统各系统检查。

3、运用疼痛评估表评估患儿疼痛程度。

4、观察患儿疼痛的表现，是否伴有心率和呼吸频率增加，血压升高和出汗等。

二、护理措施

1、密切观察病情：护士对患儿疼痛的临床表现的动态观察，可为诊断提供重要的依据，对疼痛伴随症状的观察，能为临床提供早期疾病演变的信息，使患儿得到及时抢救与治疗。

2、减轻患儿疼痛

(1) 儿童疼痛的非药物控制

主要是通过认知行为疗法，内容包括：呼吸锻炼、放松和注意分散技术、想象、认知应对技巧，通过视频影带演示、行为练习积极辅导。

(2) 儿童疼痛的药物控制

药物控制疼痛的目标是：①疼痛不影响患儿的睡眠；②避免镇痛药副作用或将其减到最小；③疼痛不影响患儿休息；④患儿可舒适地活动；⑤家长了解疼痛治疗计划；⑥家长参与选择有效、合适的疼痛管理方案；⑦家长能识别疼痛加重并提供适当镇痛药。

3、营养和水分的补充：疼痛患儿多无食欲，但消耗较多，尤其伴腹泻、呕吐者，故应注意保证人量。

若怀疑急腹症者宜禁食，需给予静脉补液。

4、减少应激因素：保证病室的安静、舒适。提供充足的休息时间，便于患儿睡觉和放松。治疗、护理尽量集中进行。对患儿的疼痛反应立即给予干预。

5、减轻疼痛所致的呼吸困难：疼痛可使胸部疾病的患儿无法进行深呼吸、咳嗽、翻身、坐起等床上活动，容易并发肺不张和肺部感染。剧烈疼痛可使患儿心率增加、呼吸浅。尤其胸部手术后48~72小时内，遵医嘱间断给予或用微量泵持续泵入止痛剂。使用止痛剂后，要密切注意患者的呼吸速率，观察有无呼吸抑制。

三、健康指导要点

1、保证病室的安静、舒适。提供充足的休息时间，对患儿的疼痛反应立即给予干预。

2、疼痛患儿进行深呼吸和咳嗽时，固定其胸部，减轻对伤口的震动引起的疼痛。

四、注意事项

1、诊断尚未明确的腹痛，不宜给镇痛解痉药物，以免掩盖病情，延误诊断。也不宜做热敷，因热疗能减轻疼痛，同样会掩盖病。隋。消化道出血伴腹痛时，也不能做热敷，否则使血管扩张而加重出血。

2、移动患者或更换体位时，应固定胸腔引流管，避免牵拉而造成的不适。

3、对评估不清的疼痛告知家属不可盲目干预，及时通知医护人员进行处理。



第二十六章 新生儿发绀的护理

一、护理评估

- 1、评估发绀发生的时间。
- 2、评估发绀的诱发因素，及伴随症状。
- 3、评估发绀的特点及严重程度。

二、护理措施

1、用氧护理：

新生儿一旦出现青紫应及时吸氧治疗，给氧方式和给氧浓度根据病情而定。吸氧时一定要保持鼻导管通畅，防止分泌物阻塞，影响给氧效果。必要时做人工呼吸或给呼吸兴奋剂。家长不得自行调节氧流量及随意拔管。

2、药物治疗：遵医嘱应用强心利尿剂、血管活性药物。

3、维持正常呼吸功能：

及时清理呼吸道分泌物，定时拍背以协助排痰，呼吸道分泌物增多时应及时吸痰；在进行吸痰时应注意无菌操作，动作轻柔以防损伤呼吸道黏膜，且持续吸痰时间应小于15秒；持续肺动脉高压者须遵医嘱

予机械通气。

4、体位护理：发绀发作时减少患儿哭吵，减少活动。有呼吸道感染时可抬高床头，使膈肌下降，保持呼吸道通畅。

5、观察记录生命体征和发绀的程度，以及有无窒息的危险因素。

三、健康指导要点

- 1、指导家属如何观察患儿是否有发绀的症状。
- 2、指导家属保持患儿呼吸道通畅。

四、护理评价

- 1、患儿发绀症状是否改善。
- 2、是否有对其他健康形态的影响。

五、注意事项

- 1、掌握发生发绀的紧急处理方法。
- 2、发绀发生时，保持呼吸道通畅，配合医师进行抢救治疗。
- 3、了解诱发发绀的原因，注意保暖，减少剧烈运动。

第二十七章 新生儿腹胀的护理

一、护理评估

1、评估患儿生命体征，如神志、体温、脉搏、呼吸、血压等。

2、评估腹胀发生的时间、起病的原因或诱因、病程的长短。

3、评估腹胀程度、表现等其他症状。

二、护理措施

1、密切观察患儿的生命体征，应特别注意患儿的腹部情况、神志及肛门排便、排气的情况。

2、胃肠减压必须保持通畅，正确使用胃肠减压的装置。

3、选用合适的肛管，边进管边观察是否有排气、排便及腹胀减轻状况。

4、定期检查电解质水平，及时纠正水电解质紊乱，加强营养，合理运用抗生素。

三、健康指导要点

1、指导家长合理喂养，注意饮食卫生，预防肠道感染，并注意避免腹部受凉。

2、密切关注患儿的呼吸和低氧血症等复杂问题。

3、注意观察有无呕吐、腹泻、便血、腹胀等情况的发生。

四、护理评价

- 1、腹胀是否得到改善。
- 2、营养是否得到有效保障。

五、注意事项

1、插胃管动作要轻柔，胃管选择合适，负压不应过大，以免发生意外。

2、排气不畅应帮助患儿更换体位及按摩腹部，排气，必须时可隔几小时后重复插管排气。

第二十八章 新生儿便秘的护理

一、护理评估

1、评估患儿排便间隔时间、腹胀的程度、排便的性状。

2、评估患儿进食的情况、饮食习惯、排便习惯。

3、评估治疗和药物的使用情况。

二、护理措施

1、尽可能的采取母乳喂养，指导产妇饮食均衡，多吃蔬菜、水果、粗粮等。

2、按摩腹部及热敷，促进肠蠕动。

3、人工通便，清洁灌肠。

4、人工扩肛，缓解部分因直肠狭窄引起便秘的患儿的临床症状。



三、健康指导要点

1、帮助患儿及家属认识到维持正常排便习惯的重要性。

2、指导患儿及家长形成健康的饮食习惯。

四、护理评价

便秘症状是否得到有效改善。

五、注意事项

1、热敷时应注意避开脐部,并密切观察皮肤变化,以防烫伤,及时更换敷布,保持热敷温度。

2、在为新生儿灌肠及扩肛时,要密切观察患儿的反应,操作时必须切记动作轻柔。



第二篇 急危重症护理常规

第二十九章 总论

第一节 院前急救的一般护理

一、护理评估

- 1、患者伤情的轻重缓急；
- 2、患者的意识、瞳孔、气道、生命体征等；
- 3、一般情况的评估：头颈部、躯干部、四肢。
- 4、心理状态，合作程度。

二、护理措施

- 1、检查急救箱、急救物品、仪器，保证数目齐全，性能良好，处于备用状态。
- 2、接到出诊指令，了解患者病情，迅速登车出诊。
- 3、到达现场后，对病情作出初步判断，病情危重时，配合医生对患者实施救护措施，包括胸外心脏按压、人工呼吸、气管插管、电除颤、心电监护、止血包扎、骨折固定等。
- 4、根据病情协助患者取合适体位。
- 5、建立静脉通道，遵医嘱使用急救药物。
- 6、关心安慰患者，保持镇静，向家属介绍病情，以取得合作与理解。
- 7、如患者病情允许，应尽快、安全地将患者转运到医院急诊科，作进一步诊断和治疗。

三、健康指导要点

- 1、给予安慰性语言，使患者能安静休息并减轻其心理压力。
- 2、转运前向家属讲明病情及途中可能发生的危险情况，配合转运工作。

四、注意事项

- 1、面部朝下者：必须要移动时，应整体翻转，即头、肩、躯干同时转动，始终保持在同一个轴面上，避免躯干扭曲。
- 2、离断的肢体不可直接放入碎冰中，避免断离的黏膜组织无法修复再植。
- 3、转运前要保证患者病情稳定、运输车辆及通讯设施准备妥当后方可出发。
- 4、转运途中要密切观察患者病情变化并及时做急救处理，如行驶中不能操作，应立即停车救护。
- 5、接触和转运特殊患者如传染病和一些特殊中毒患者，应做好自身的防护工作。对于有特殊需要的患者，应在途中采取避光、避声等刺激或防震的措施。

第二节 急诊抢救的一般护理

一、护理评估

- 1、评估患者有无心搏呼吸骤停、窒息、大出血、张力性气胸等。
- 2、患者的意识状态、瞳孔及生命体征的变化。
- 3、发病情况、既往病史、伴随症状及治疗经过等。
- 4、心理状态，合作程度。

二、护理措施

- 1、迅速接诊危重患者并立即安置在抢救室，协助患者取合适体位，根据病情采取相应的急救措施，如心电监护、吸氧、建立静脉通道等，同时通知值班医生。
- 2、准确、迅速执行医嘱，抢救时口头医嘱须复述2遍再执行，并保留空安瓿以便核对，做好病情和用药记录。
- 3、严密观察病情：专人护理、对患者生命体征、意识、瞳孔、出血情况、血氧饱和度、中心静脉压、末梢循环及大小便等情况进行动态观察，并做好护理

记录，有变化及时通知医生。

- 4、病情稳定后，指导护工护送患者至病房，必要时医生护士陪同护送；根据病情携带氧气枕、呼吸气囊、监护仪等抢救仪器。
- 5、做好终末处理，还原抢救车内的药品、物品，使之处于备用状态。
- 6、做好各种登记。

三、健康指导要点

- 1、向患者及家属宣教疾病相关的防病与急救知识。
- 2、在执行各项检查及操作前，向患者及家属说明检查或操作的目的及注意事项，取得患者和家属的配合。
- 3、关心安慰患者，消除其孤独感与无助感，使患者心理得到支持与稳定。

四、注意事项

- 1、配合医生抢救时，护士应做到沉着、冷静、敏捷，



并注意语言严谨。

2、危重患者抢救时，尽量避免患者家属在场，以免影响抢救工作的进行，必要时通知家属，听取家属意见。

3、对谵妄、躁动和意识障碍的患者，合理使用

防护用具，防止意外发生。牙关紧闭、抽搐的患者，可用牙垫、开口器，防止舌咬伤，同时保持病室安静，避免因外界刺激引起抽搐。

4、保持各种管道通畅，妥善固定，安全放置，防止脱落、扭曲、受压。

第三节 重症监护的一般护理

一、护理评估

- 1、评估现存的护理问题。
- 2、评估护理措施是否具体到位。
- 3、评估安全问题。

二、护理措施

1、病室环境干净整洁，温湿度适宜，定时给予通风换气，加强对患者的保暖。

2、根据病情给予适当卧位，使患者舒适，便于休息。对昏迷、烦躁不安的患者，应采用保护性措施，给予床档、压疮防治垫等，经家属知情同意后以约束具保护。

3、严密观察病情：

监测生命体征、 SpO_2 、尿量、意识、瞳孔、CVP、出血情况、末梢循环、疼痛、专科症状及体征情况。记录24h出入量，观察并记录排泄物的颜色、形状、量、发现异常及时通知医生。积极配合医生进行治疗和抢救，并做好护理记录。

4、保持呼吸道通畅，及时清除口鼻腔、气道分泌物，避免误吸，防止舌后坠。有活动性假牙应取下，有舌根后坠时，可用舌钳将舌头固定，或放置口咽气道，必要时行气管切开或气管插管术。每2小时为患者翻身、扣背一次，防止坠积性肺炎。

5、建立有效的静脉通路，保证静脉通道通畅，遵医嘱行补液治疗，维持有效循环血量，保持水电解质平衡，注意观察药物的作用及不良反应。

6、根据管道专科要求执行管道护理，标示管道风险等级。保持管道通畅，妥善固定、防脱落、扭曲、堵塞，同时注意无菌技术，防逆行感染。

7、做好危重病患者的营养护理：

根据患者病情给予饮食指导。必要时遵医嘱给予鼻饲，并记录每次鼻饲时间和量，做好管饲护理。

8、安全护理：

确保抢救用物、药品和器械，均处于备用状态。评估使用中的仪器设备运行状态，监护仪、呼吸机等设备报警设置合理并处于打开状态。

9、加强基础护理：

行晨、晚间护理，口腔护理每日至少2次；留置尿管患者，每日行尿道口护理2次；气管切开护理每日4-6次。及时评估压疮、跌倒、坠床、管道滑脱、深静脉血栓形成等风险，落实各项预防措施。

10、心理护理：

及时巡视、关心患者，根据病情做好与患者家属沟通，建立良好护患关系，以取得患者信任、家属的配合和理解，树立患者战胜疾病的信心。

11、按要求做好护理记录。

三、健康指导要点：清醒病人做好饮食指导，有效咳嗽及呼吸，早期床上的主动运动。

四、注意事项：做好患者各种风险评估，如防压疮，深静脉血栓形成，坠床及导管滑脱。

第三十章 常见急危重症护理常规

第一节 心搏骤停与心肺脑复苏的护理

一、护理评估

- 1、快速评估患者意识、呼吸、大动脉搏动。
- 2、观察患者有无全身短暂性抽搐、面色苍白或发绀、瞳孔扩大、大小便失禁。

二、护理措施

(一) 急救护理

- 1、判断患者意识：观察患者有无反应。
- 2、启动急救反应系统：
确定患者意识丧失，立即呼救，启动急救反应系统。使患者仰卧，身体无扭曲，注意保护颈椎、腰椎。

松开紧身衣裤，暴露胸壁。

3、判断大动脉搏动：

成人检查颈动脉，儿童可检查股动脉，婴儿可检查肱动脉或股动脉；同时判断患者呼吸状态。如动脉搏动消失，应立即行胸外按压。

4、胸外按压(circulation, C)：按压部位胸骨体中下1/3交界处，按压频率至少100次/分，成人按压深度至少5cm，婴儿和儿童按压深度至少为胸部前后径的1/3(婴儿约为4cm，儿童约为5cm)。按压/通气比例为30:2(≤12岁患者的比例为



15: 2)。

5、开放气道 (airway, A) :

①仰头抬颏法: 适于没有头、颈部创伤的患者。

②托下颌法: 疑似头、颈部创伤者, 此法开放气道较为安全。

6、人工呼吸 (breathing, B): 将呼吸器连接氧气, 氧流量 8-10L/min, 一手以“EC”法固定面罩, 另一手挤压呼吸器, 每次送气 400-600ml, 频率 10-12 次/分 (小儿每次送气量 10-15ml/kg, 频率 12-20 次/分)。

7、早期除颤 (defibrillation, D): 一旦发生室颤立即行电除颤。

8、心电图监测: 判断心搏骤停的类型。

9、尽早行气管插管, 清除呼吸道分泌物, 连接简易呼吸气囊或呼吸机行人工呼吸,

10、建立静脉通道: 遵医嘱合理使用药物。以上腔静脉系统给药为首选, 如肘静脉、锁骨下静脉、颈外静脉或颈内静脉, 以便药物尽快起效。

11、脑复苏: 头部置冰帽, 体表大血管处置冰袋, 同时应用脑复苏药物, 以降低脑耗氧量, 减轻脑水肿, 保护脑组织。

(二) 病情观察:

1、观察患者的通气效果: 保持呼吸道通畅, 维持供氧, 使血氧饱和度维持在 94% 左右, 使用呼吸机的患者定时进行血气分析, 根据结果调节呼吸机参数。

2、观察循环复苏效果:

①观察有无自主心律、心搏的频率、节律、心律失常的类型;

②观察血压的变化, 随时调整升压药, 使血压维

持在正常高水平, 以保证心脑肾组织的血供; ③密切观察皮肤的色泽、温度变化。

3、观察重要脏器的功能:

①留置尿管, 观察尿量、颜色、性状, 定时监测血尿素氮、肌酐等, 保护肾功能;

②密切观察瞳孔的大小, 对光反射及角膜反射、吞咽反射和肢体活动等。

4、复苏有效指征: 面色口唇由发绀转为红润, 自主呼吸恢复, 能触及大动脉搏动, 肱动脉收缩压 $\geq 60\text{mmHg}$, 瞳孔由大变小, 有眼球活动或睫毛反射, 瞳孔对光反射出现。

(三) 一般护理:

1、做好口腔、眼、皮肤护理。

2、准确记录 24 小时液体出入量, 维持水电解质及酸碱平衡, 防止并发症发生。

3、备好各种抢救仪器及药品, 防止再次发生心搏骤停。

三、健康指导要点: 患者意识恢复后加强心理护理, 提供情感支持, 稳定患者情绪。

四、注意事项

1、多人实施心肺复苏时, 每 2 分钟改变按压和通气的角色, 避免按压者疲劳和胸部按压质量降低, 换人操作时间应在 5 秒钟内完成, 以减少胸部按压中断的时间。

2、所有的抢救操作, 包括建立人工气道、评估复苏效果等, 应该以尽量减少中断胸外按压的方式进行。

3、心肺复苏过程中注意观察有无肋骨骨折、损伤性血气胸、肝脾破裂等并发症的发生。

第二节 休克的护理

一、过敏性休克的护理

过敏性休克 (allergic shock) 指特异性过敏原作用于致敏个体而产生的 IgE 介导的严重的以急性周围循环灌注不足及呼吸功能障碍为主的全身性速发变态反应所致的休克。

一、护理评估

1、评估患者既往史: 详细询问患者的用药史、药物过敏史及家族过敏史。

2、评估患者生命体征。

3、评估患者的意识状态及心理状态。

二、护理措施

1、立即停药, 就地抢救, 病人取平卧位。

2、立即皮下注射 0.1% 盐酸肾上腺素 0.5-1ml, 小儿酌减。

3、根据医嘱给予地塞米松 5-10mg 加入 50% 葡萄

糖溶液 40ml 静脉注射; 氢化可的松 100-200mg 加入 10% 葡萄糖 250ml 静脉滴注。

4、氧气吸入 4-6L/分, 保暖。

5、保持呼吸道通畅, 有喉头水肿呼吸抑制时, 遵医嘱给予呼吸兴奋药, 必要时可做气管插管或气管切开。

6、肌内注射抗组胺类药物: 异丙嗪 (非那根)、苯海拉明等。

7、密切观察病情, 及时测量生命体征并采取相应的措施。

8、心搏骤停时, 按心肺复苏抢救程序进行抢救。

三、健康指导要点

1、向患者及家属解释过敏试验的目的、方法、注意事项及配合要点。



2、告知患者出现不适及时通知医护人员。

四、注意事项

1、皮肤试验液必须现配现用，浓度与剂量必须准确。

2、首次注射易过敏药物后须观察 30 分钟，注意

二、失血性休克的护理

失血性休克 (hemorrhagic shock) 属于低血容量性休克，多见于急性的、速度较快的失血。失血性休克使机体有效循环血量急剧减少，而引起全身组织血液灌注不足，使多器官功能受到损害，导致组织缺血缺氧、代谢障碍和神经功能紊乱等。

一、护理评估

1、健康史：了解有无引起休克的原因，如骨折、挤压综合征、消化道大出血、肝脾破裂、大血管损伤等。

2、症状和体征：生命体征是否平稳，有无意识和精神状态的变化，有无皮肤黏膜苍白或发绀、手足湿冷，有无尿量减少，有无浅静脉塌陷、毛细血管充盈时间延长等。

3、辅助检查：了解血常规、动脉血气分析、动脉血乳酸盐测定、凝血时间、血生化检查及 X 线、CT、MRI 等结果，以估计休克的原因、严重程度及有无继发重要器官功能损害。

4、社会心理评估：患者有无焦虑或恐惧。患者和家属对疾病及其预后的认知程度。

二、护理措施

1、立即建立 1-2 条静脉输液通道，保证输血、输液通畅。

2、抽血做交叉配血试验，准备输血并按医嘱准备平衡液、碳酸氢钠等。

3、妥善安排输注液体的先后顺序：在尚未配好新鲜血时输注平衡液，1 小时内输液 1500-2000ml，晶体与胶体比例为 (2.5-3) : 1。必要时采取加压输液方法，大量快速输液时注意监测中心静脉压，防止急性左心衰竭发生。

4、配合病因治疗的护理：创伤引起大出血和(或)有手术适应证的内脏出血者，应尽快争取手术止血，做好术前准备的护理。食管静脉破裂大出血者，应尽快使用三腔双囊管压迫止血。

5、病情观察

(1) 监测血压、脉搏、呼吸，每 15-30 分钟 1 次并记录，注意体温变化，同时应观察神志、皮肤色泽和肢体温度，记录尿量，监测中心静脉压。

(2) 根据尿量、中心静脉压、血压、心率、皮肤弹性判断病人的休克程度。若中心静脉压低、血压低、心率快、皮肤弹性差、尿量少则提示血容量不足，应给予补液、输血；若中心静脉压高、血压低、心率快、尿量少，提示心功能不全，应给予强心、利尿。若心

局部和全身反应，倾听患者主诉，并做好急救准备工作。

3、有过敏史的患者在首次评估单、病历、医嘱单、床头卡上醒目注明，同时将结果告知患者及家属。

率快、尿量少、中心静脉压及血压波动正常可用冲击实验。方法：成人快速输注 300ml 液体，若尿量增多、中心静脉压不变可考虑为血容量不足；若尿量不见增多、中心静脉压升高 2cmH₂O 可考虑为心功能不全。

6、采取平卧位，以利脑部血液供应或将上身和下肢适当抬高 10°—30°，以利呼吸和下肢静脉回流，保持病人安静，减少搬动。

7、保持呼吸道通畅，氧流量 6-8L/分，必要时床边紧急气管插管或气管切开，给予呼吸机辅助通气。

8、输注血管活性药物的注意事项

(1) 滴速必须均匀，避免血压急骤上升或下降，如无医嘱不可中断，每 15-30 分钟测血压、脉搏和呼吸各 1 次，详细记录。

(2) 血管扩张药物必须在补充血容量充足的前提下应用，否则可导致血压急剧下降。

(3) 病人在四肢厥冷、脉微细和尿量少的情况下，不能使用血管收缩药来提高血压，以防止引起急性肾衰竭。

(4) 血管收缩药和血管扩张药可按医嘱合用，以调节血管张力并有强心作用。

9、防止继发感染：严格无菌操作。保持皮肤清洁干燥，定时翻身，防止压疮发生。定时叩背、吸痰，防止肺部感染。更换各引流袋及尿袋，每日擦洗会阴 2 次。

10、密切观察急性肾衰竭、呼吸窘迫综合征、酸中毒等并发症，施行相应护理。

11、营养补充：不能进食者，给予鼻饲含高蛋白、高维生素的流质饮食，供给足够热量，提高机体抵抗力，但要警惕消化道出血。

三、健康指导要点：鼓励患者深、慢呼吸和有效咳嗽，协助患者活动双上肢，促进肺的扩张。

四、注意事项

1、休克患者应就地抢救，避免过多的搬动或远距离的转运。

2、多数失血性休克患者体温偏低，应及时加被保暖，但禁忌使用热水袋、电热毯等进行体表加温，以防烫伤及皮肤血管扩张，后者使心肺脑肾等重要器官的血流灌注进一步减少，不利于休克的纠正。

3、使用血管活性药物时应从低浓度、慢滴速开始用药，当生命体征和病情平稳后逐渐减慢速度，直至停药。使用缩血管药物时，应慎防药液外渗，以免



引起皮下组织坏死。

凡能严重地影响心脏排血功能，使心排血量急

三、心源性休克的护理

凡能严重地影响心脏排血功能，使心排血量急剧降低的原因，都可引起心源性休克（cardiogenic shock）。

一、护理评估

1、健康史：了解有无引起休克的原因，如急性心肌梗塞、严重心肌炎，心肌病、心包填塞、严重心律失常失常、机械瓣失灵等

2、症状和体征：生命体征是否平稳，有无意识和精神状态的变化，有无皮肤黏膜苍白或发绀、手足湿冷，有无尿量减少，有无浅静脉塌陷、毛细血管充盈时间延长等。

3、辅助检查：了解血常规、心电图、超声心动图、X线、动脉血气分析、凝血功能、血生化检查等结果，以估计休克的原因、严重程度及有无继发重要器官功能损害。

4、患者治疗情况：输血量、输液速度；用药的种类，是否有效，有无不良反应；手术名称，术后有无不适、并发症等。

5、社会心理评估：患者有无焦虑或恐惧。患者和家属对疾病及其预后的认知程度。

二、护理措施

1、绝对卧床休息，根据病情给予休克体位。如发生心搏骤停，则按心搏骤停抢救。

2、严密观察病情，注意神志的变化，有无皮肤湿冷、花斑、发绀、心前区疼痛等。血压、脉搏及呼吸每15-30分钟测量1次，测量脉搏时间为30秒，

四、感染中毒性休克的护理

感染性休克（septic shock）是由于感染导致有效循环容量不足、组织器官微循环灌注急剧减少的急性循环功能衰竭综合征。

一、护理评估

1、健康史：患者是否有营养不良或免疫缺陷、糖尿病等全身性疾病；评估是否有局部病灶、长期留置静脉导管、长期使用免疫抑制剂、糖皮质激素等。

2、症状和体征：全身和局部症状和体征。

①体温 $> 38^{\circ}\text{C}$ 或 $< 36^{\circ}\text{C}$ ；

②心率 > 90 次/分；

③呼吸急促 > 20 次/分或过度通气， $\text{PaCO}_2 < 4.3\text{kPa}$ ；

④严重的感染性休克、多器官功能障碍或衰竭。

⑤白细胞计数 $> 12 \times 10^9/\text{L}$ 或 $< 4 \times 10^9/\text{L}$ ，或未成熟白细胞 $> 10\%$ 。

3、实验室检查：血常规、血生化指标、血细菌

菌降低的原因，都可引起心源性休克（cardiogenic shock）。

当脉搏不规则时连续测1分钟，注意心律、心率、中心静脉压的变化及每小时尿量，做好记录，及时告知医生。

3、给予氧气吸入，流量2-4L/分，必要时监测血气分析。

4、建立静脉通道，按医嘱应用血管活性药物，注意调节药物浓度、滴速，使收缩压维持在90-100mmHg水平，注意输液通畅，防止药物外渗。

5、注意保暖，避免受凉，保暖以加盖棉被为宜，不宜使用热水袋，以防烫伤。按时翻身，做好口腔及皮肤护理，预防压疮。

6、关心体贴病人，做好健康教育及心理护理。

三、健康指导要点

1、休息和营养：指导病人合理休息，加强营养，提高机体免疫力。

2、做好心理护理：安慰病人，解除紧张及顾虑，必要时根据医嘱使用镇静剂。

四、注意事项

1、按医嘱给予血管活性药物时，以提升血压，保证重要脏器的供血，使收缩压维持恒定，保持收缩压在90-100mmHg，因此应根据血压随时调节药物浓度、滴速，滴速不宜超过20-30滴/分，以防发生心力衰竭加重或肺水肿。

2、准确记录出入量，尤其在抢救过程中，应有专人准确记录输入液体的种类、数量、时间、速度等，并详细记录24小时出入量以作为后续治疗的依据。

或真菌培养结果；以及药物敏感试验结果。

4、社会心理评估：患者及家属的焦虑、恐惧的心理反应。

二、护理措施

1、防治感染，维持正常体温：

①提供安静、舒适的休息环境，保证患者充分休息，减少消耗。

②高热的患者，给予物理降温或遵医嘱应用降温药，减少机体消耗，预防水、电解质紊乱的发生。③加强静脉输液通道管理，严格无菌操作，避免导管性感染。

④及时做血细菌培养及药敏试验，利于确定致病菌，提高治疗效果。

2、药物治疗及护理：

①及时、准确地应用抗生素，注意观察药物疗效。

②了解细菌培养及药敏试验结果，及时告知医师



调整抗菌药物。

2、病情观察:

①严密观察生命体征变化,如出现体温持续上升或突然下降、意识障碍、呼吸急促、面色苍白或发绀,则应警惕感染性休克的发生,需及时与医生联系处理。

②注意观察尿量,若24小时尿量少于500ml或每小时尿量少于20ml,应警惕肾衰竭的发生,并及时通知医师处理。

③注意观察有无新的转移性脓肿出现,如发生新病灶,要及时通知医师进行切开引流,术后注意伤口换药并保持引流通畅。

4、给予氧气吸入,保持呼吸道通畅,使用呼吸机通气者,及时吸痰。

5、营养支持:给予高热量、高蛋白、富含维生素、易消化饮食,并鼓励多饮水,必要时给予肠外营养,以增强抵抗力。

6、加强皮肤护理:保持皮肤清洁干燥,每两小时翻身1次,预防压疮每日口腔护理、会阴冲洗2次,

防止感染。

7、心理护理:

①关心体贴患者,及时告知患者及家属治疗过程。

②针对患者的情绪变化,提供相应的安慰与鼓励。

③患者病情发生变化时,护士应保持镇静,以缓解患者焦虑程度。

三、健康指导要点

1、保持口腔清洁与饮食卫生,预防真菌性口腔炎,避免肠源性感染。

2、积极主动运动和加强锻炼,提高机体免疫功能,增强抵抗力。

3、加强营养,提高机体抵抗力。

四、注意事项

1、注意个人卫生,保持皮肤清洁,发现局部感染灶或受伤后应及时就诊。

2、做血细菌培养及药敏试验,采血时应在寒战、高热发作时进行,以提高阳性率。

第三节 水、电解质及酸碱失衡的护理

一、低钾血症的护理

低钾血症是一种常见的电解质紊乱,是指血清钾浓度 $< 3.5\text{mmol/L}$ 的一种病理生理状态。

一、护理评估

1、评估患者病情变化:有无下列因素①钾摄入不足:如长期进食不足或静脉中钾盐补充不足;②体内钾分布异常:钾离子向细胞内转移,如大量输入葡萄糖和胰岛素、代谢性碱中毒等;③钾丧失过多:如呕吐、腹泻、胃肠道引流、醛固酮增多症、急性肾功衰多尿期、应用排钾利尿剂(呋塞米)及肾小管性酸中毒等。

2、评估患者生命体征及有无肌无力、消化道功能障碍、低钾性碱中毒的症状。

二、护理措施

1、一般护理:

①保持环境安静、整洁,限制探视,减少干扰。

②症状明显者应绝对卧床休息,因低钾时心肌内膜处于轻度极化状态,下床活动易导致心律失常,有发生心搏骤停的危险。

③加强基础护理,预防并发症。

2、病情观察:

①持续动态心电监测,每1~2小时测量生命体征变化。

②持续给氧3~4L/分,保持呼吸道通畅。

③正确记录24小时出入液量,准确记录每小时尿量,为进一步补钾提供依据。

④严密监测血电解质、肾功能、尿渗透压等。

3、对症护理:

①循环系统的影响:应准确识别心电图的变化,动态监测血钾指标,早期发现后通知医生及时处理,以免延误病情。

②神经-肌肉系统的影响:严格观察病人的意识及全身状况,一旦发生病人呼吸肌麻痹、呼吸困难、窒息及意识改变应及时通知医生处理。

4、用药护理 补钾过程中注意监测肾功能和尿量,尿量为30~40ml/小时以上时,补钾较安全。补钾途径有口服补钾、鼻饲补钾、静脉补钾。为减少口服补钾的胃肠道反应,宜将10%氯化钾稀释于果汁或牛奶中服用。静脉补钾速度以每小时20~10mmol/L为宜,不能超过50~60mmol/L,浓度以1.5~30g/L为宜。

三、健康指导要点

1、鼓励患者进食高钾食物,如橘子、香蕉、豆类、干果类、香菇、海带等,避免进食大量清水、高糖及油腻食物,并注意饮食卫生,防止食物不洁引起腹泻而加重病情。

2、向病人及其家属讲明疾病原因及转归预后,根据具体情况选择适宜方式分散其注意力,使之保持良好心态配合治疗及护理。

3、嘱病人注意休息,保暖,勿暴饮暴食,限制钠盐摄入,严格掌握激素点的适应症,如出现肢体酸



痛的症状应立即就医。

四、注意事项

- 1、应准确识别心电图的变化,动态监测血钾指标,早期发现后通知医生及时处理,以免延误病情。
- 2、补钾过程中注意监测肾功能和尿量,尿量为

二、高血钾症的护理

高钾血症是指血清钾浓度 $> 5.5\text{mmol/L}$ 的一种病理生理状态,此时的体内钾总量可增多(钾过多)。

一、护理评估

- 1、评估患者病情变化:有无下列因素①钾排出减少:如急性肾功能衰竭、应用保钾利尿剂(如螺内酯、氨苯蝶啶)、盐皮质激素分泌不足等;②体内钾分布异常:细胞内钾移出至细胞外,见于溶血、严重组织损伤、代谢性酸中毒等;③钾摄入过多:口服或静脉输入过多钾、使用含钾药物或输入大量库存血等。
- 2、评估患者意识状态及生命体征的变化。
- 3、评估有无掩盖高血钾症的因素:碱中毒时,即使高血钾,但由于碱性条件下细胞外钾离子内移,病人高钾浓度减轻或完全掩盖。

二、护理措施

1、一般护理

- ①绝对卧床休息,保持环境安静,限制探视。
- ②正确留取血、尿标本,及时送检。

2、病情观察

- ①持续动态心电监测,每1~2小时测量生命体征变化。
- ②持续给氧2~4L/分,保持呼吸道通畅,若昏迷病人将头偏向一侧,防止因呕吐误吸导致窒息。
- ③正确记录24小时出入液量,注意观察病情及病人主诉。
- ④严密监测血清钾浓度、肾功能、尿渗透压等。
- ⑤需紧急血液透析病人迅速建立血液透析的血管

三、代谢性酸中毒的护理

代谢性酸中毒是一种最常见的一种酸碱平衡紊乱,是指以 HCO_3^- 下降为原发改变而引起的一系列病理生理状态。

一、护理评估

- 1、评估患者病情变化:有无下列因素①代谢产生的酸性物质过多:如严重损伤、腹膜炎、高热或休克等,同时见于糖尿病或长期不能进食者;②氢离子排出减少:肾小管功能障碍或应用肾毒性药物等;③碱性物质丢失过多:腹泻、胆瘘、肠瘘或胰瘘等;④酸性物质摄入过多:过多输入酸性药物。
- 2、评估患者生命体征及意识状态、既往身体状况。
- 3、评估代谢失衡后处理情况。

二、护理措施

30~40ml/小时以上时,补钾较安全。补钾途径有口服补钾、鼻饲补钾、静脉补钾。为减少口服补钾的胃肠道反应,宜将10%氯化钾稀释于果汁或牛奶中服用。静脉补钾速度以每小时20~10mmol/L为宜,不能超过50~60mmol/L,浓度以1.5~30g/L为宜。

通路,密切观察生命体征的变化。

3、治疗配合

- ①停止摄入钾盐 包括含钾食物、药物,禁输库存血液。
- ②防治心律失常 遵医嘱缓慢静推10%葡萄糖酸钙20ml,能拮抗对心肌的抑制作用。
- ③遵医嘱降低血清钙浓度:
 - a、促使钾暂时进入细胞内
 - b、加速钾的排出
- 4、心理护理

加强护患沟通,缓解病人的心里压力,减轻其焦虑情绪,增强病人的治疗信心,给病人及其家属讲解高钾血症发生的原因,提供详细的预防处理措施。

三、健康指导要点

- 1、对肾功能良好者,应鼓励病人大量饮水,帮助钾从尿中排出。
- 2、嘱病人严格控制饮食,禁食或少食含钾高的蔬菜、水果,如香蕉、甜橙、马铃薯、大枣、香菇、紫菜等。
- 3、肾功能减退或长期使用保钾利尿者,应限制含钾失误和药物的摄入,定期复诊、监测血钾浓度,防止高血钾症。

四、注意事项:医护人员熟练掌握心电图知识,如发现异常,应立即抽静脉血做血钾测定,如高钾血症,应立即通知医生进行处理。

1、一般护理

- ①保持环境安静、整洁,减少不必要的刺激。
 - ②代谢性酸中毒者往往出现精神萎靡、乏力,卧床期间应协助其变换体位,改善舒适度,病情允许下床者,应得到陪护,注意循序渐进防止跌倒。对意识障碍者,应加强全面生活护理,避免意外损伤。
 - ③给予病人易消化、富于营养的食物,少量多餐,如糖尿病病人应根据标准体重、身高、活动强度及营养状况计算每日所需热量,合理调配饮食,应注意酸性食品与碱性食品相搭配,避免造成酸性食物的积累。
 - ⑥加强口腔及皮肤的护理,防治并发症。
- #### 2、病情观察
- ①每1~2小时测量生命体征变化,尤其是呼吸



及神志的变化，并详细记录。

②根据医嘱严密监测血气分析及血电解质的变化，为疾病的进一步诊治提供依据。

③保持呼吸道通畅，持续氧气吸入，头偏向一侧，防止因呕吐误吸导致窒息。

④正确记录 24 小时出入液量，准确记录每小时尿量。

⑤及时送检各种血、尿标本。

三、健康指导要点

①改善不良的饮食习惯，注意肉类食物水果、蔬菜的平衡摄取。

②呕吐、腹泻、肠梗阻、肠痿等病人应尽早治疗，避免代谢性酸中毒等并发症的发生，糖尿病患者应控制好血糖，预防酮症酸中毒。

③定期体格检查，关注肺、肾等重要器官功能，

四、代谢性碱中毒的护理

代谢性碱中毒是指原发的血浆 HCO_3^- 的升高而引起的一系列病理生理过程。

一、护理评估

1、评估患者病情变化：有无下列因素①胃液丢失过多：如严重呕吐、长期胃肠减压等；②碱性物质摄入过多：长期服用碱性药物或大量输注库存血；③低钾血症；④利尿剂的应用。

2、评估患者生命体征及意识状态。

二、护理措施

1、一般护理

①保持环境安静、整洁，指导病人卧床休息。

②给予病人易消化、富于营养的食物，如不能进食者可由鼻饲管注入，保证营养的供给充分。

③加强口腔及皮肤的护理，防治并发症。

2、病情观察

①严密监测血气分析及血电解质的变化，正确采集血标本，及时送检。

②保持呼吸道通畅：鼓励病人做深呼吸，头偏向

维护酸碱平衡的正常调节功能。

四、心理护理

代谢性酸中毒常常是由原发病所引起，病因治疗尤为重要，我们首先帮助病人树立战胜疾病的信心，避免精神创伤及过度疲劳，帮助其掌握有关疾病治疗的知识。

五、注意事项

1、密切观察病人的呼吸改变及神志方面的变化，及时处理，防止病情进一步恶化。

2、心力衰竭时要严格限制补液量和补液速度，消化不良的病人不可采用口服补碱，可选用静脉用药，防止胃肠道症状进一步加重。

3、一旦酸中毒纠正后应遵医嘱使用钙剂，以免发生手足抽搐。

一侧，有利于呼吸道分泌物的排出，防止窒息。

③正确记录 24 小时出入液量，准确记录每小时尿量。

④重点观察病人呼吸、心率、尿量、肌张力、神经精神状态。

3、对症护理：纠正水电解质紊乱，遵医嘱对于丧失胃液所致碱中毒病人给予等渗盐水和氯化钾溶液，从而纠正轻度碱中毒。重症需补给盐酸的稀释溶液或氯化铵溶液，有抽搐者可静注 10% 葡萄糖酸钙溶液。

三、健康指导要点：告知病人疾病发生的原因、治疗过程及预后，消除病人的恐惧心理，使他们处于接受治疗的最佳身心状态。

四、注意事项

1、静脉滴注精氨酸时，速度不宜过快，否则会引起沿静脉行走处疼痛，局部发红，并引起面部潮红、流涎、呕吐等不良反应。

2、顽固性低钾应考虑低镁可能。

第四节 弥散性血管内凝血 (DIC) 的护理

弥漫性血管内凝血 (disseminated intravascular coagulation, DIC) 是一种发生在许多疾病的基础上，由致病因素激活凝血及纤溶系统，导致全身微血栓形成，凝血因子大量消耗并继发纤溶亢进，引起全身出现及微循环衰竭的临床综合征。

一、护理评估

1、了解原发病治疗情况。

2、出血部位，皮肤、粘膜、伤口、颅内等。

3、生命体征变化。

4、各项检查及化验结果，血小板、出凝血功能、

血红蛋白等。

5、药物治疗的效果及副作用，如肝素。

二、护理措施

1、一般护理

①绝对卧床休息，保持病室环境清洁、安静。

②置病人于休克体位，以利回心血量及呼吸功能改善。

③给予高营养、高蛋白、高维生素的易消化半流质或流质饮食。有消化道出血者应酌情进冷流质饮食或暂禁食，避免粗硬食物刺激胃黏膜，昏迷患者给予



鼻饲。

④根据病人情况选择合适的护理用具，操作时动作轻柔，防止出血。

⑤保持衣物及床铺清洁干燥，避免身体损伤和外伤发生。

2、病情观察

①严密监测病人生命体征，神志，尿量变化；记录24小时出入量；观察皮肤的颜色与温湿度；有无皮肤黏膜和重要器官栓塞的症状和体征。

②按医嘱给予抗凝剂、补充凝血因子、成分输血或抗纤溶药物治疗。正确按时给药，严格掌握肝素剂量，观察治疗效果，监测凝血时间等实验室各项指标，关注检查结果，及时报告医生。

③维持静脉通路通畅，严格无菌操作。同时输注几种血制品时，先输血小板和冷沉淀，再输全血，最后输血浆。冰冻血制品应在常温下复温后以病人能耐受的速度滴入，观察有无输血反应。

④用药过程中掌握药物的给药方法，不良反应的预防和处理，如使用肝素必须尽量减少注射及各种穿刺操作，以免局部血肿，出现自发性出血。使用抗纤溶药物时，静脉给药速度不宜过快。

3、对症护理

(1) 肝素疗法的护理

①滴注肝素的剂量，应根据实验室结果和病人的实际情况而定。

②严密监测凝血、凝血酶原时间，每小时一次。

(2) 出血的预防和护理

①保持皮肤清洁，避免搔抓、碰撞。

②尽量减少创伤性检查和治疗。

③静脉注射时，止血带不宜扎得过紧，力争一针见血，操作后用干棉球压迫穿刺部位5分钟，尽量避免肌肉注射。

④保持鼻腔湿润，防止鼻出血。

(3) 微循环衰竭的护理

①保持呼吸道通畅，持续吸氧。

②密切注意皮肤、甲床等处的微循环变化，观察尿量、尿色变化，若有明显少尿或无尿和意识障碍、抽搐，应警惕存在肾栓塞和脑栓塞，及时通知医生处理。

③按医嘱给药，纠正酸中毒，维持水电解质平衡，维持血压。

④做好各项基础护理，预防并发症。

⑤严密观察病情变化，做好相关护理，详细记录。

三、健康指导要点

1、指导病人合理饮食休息。

2、讲解疾病相关知识，做好疾病的自我监测。

四、注意事项

1、观察皮肤的颜色及温湿度。

2、动作轻柔，避免造成对皮肤黏膜的损伤。

3、发生液体外渗时，要给予冰敷。

4、注意有无内脏出血的表现。

第五节 多器官功能障碍综合征(MODS)的护理

多器官功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome, MODS)指机体在遭受严重感染、严重创伤、大面积烧伤等突然打击后，同时或先后出现2个或2个以上器官功能障碍，以致在无干预治疗的情况下不能维持内环境稳定的综合征。

一、护理评估

1、引起MODS的原因。

2、意识状态变化 使用镇静药物应观察镇静效果有无疼痛不适。

3、生命体征 包括体温、心率、血压及中心静脉压。

4、皮肤温度、颜色及末梢循环。

5、每小时尿量。

6、消化系统 是否存在胃肠减压，观察腹胀、腹痛、肠鸣音、大便情况等。

7、凝血功能：引流管及穿刺点有无出血倾向。

8、辅助检查结果。

9、药物效果及副作用。

二、护理措施

1、一般护理

①24小时专人护理。

②应严格执行无菌操作规程，以免发生继发性感染。

③保证病人摄入足够的能量，增强病人抵抗疾病的能力。

④加强基础护理，预防各种并发症。

2、病情观察

①维持各种留置监测导管，保持通畅，严格无菌操作，预防导管相关性血流感染的发生。

②密切观察各项参数变化，并及时与医生沟通。

③机械通气治疗病人观察呼吸状况、缺氧症状是否改善。

④维持合适体温。高热病人给予物理降温 and 药物降温，低温病人给予保暖措施。

⑤准确记录出入量，维持肾脏功能。必要时进行血液净化治疗。

⑥建立有效的静脉通道，保证药物的输注，避免发生药物间的不良反应。

⑦严密监测中心静脉压的变化，并密切注意心功



能改变。

3、心理护理

病人如病情危重，常有复杂的心理反应，应及时了解病人的心理状态，及时做好心理护理，以消除顾虑，树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、适当锻炼，增加机体抵抗力。

2、加强营养，进食高蛋白、丰富维生素、易消化的食物。

3、使用药物后若出现恶心、手脚麻木、腹胀、皮肤瘙痒应立即通知医生。

四、注意事项：严格无菌操作，避免医源性感染的发生。

第三十一章 急性中毒护理常规

第一节 急性中毒的护理

一、护理评估

1、病史：毒物接触史。

2、生命体征及临床表现：瞳孔、皮肤、黏膜、意识情况等。

3、社会心理评估：患者及家属的情绪及心理反应。

二、护理措施

(一) 急救护理：

1、立即终止与毒物的接触：

对有毒气体吸入性中毒者立即离开现场，对皮肤黏膜沾染接触中毒者，马上离开毒源，脱去污染的衣服，用清水冲洗体表、毛发、甲缝。

2、促进毒物的排除：

常用催吐、洗胃、导泻、灌肠，使用吸附剂等方法消除胃肠道尚未吸收的毒物，通过利尿、血液净化等方法排出已吸收的毒物。

3、保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物，给予氧气吸入、心电监护，必要时行气管插管。

4、建立静脉通道，遵医嘱给予特效解毒剂及其他抢救药物。

5、血液透析或血液灌流。

6、高压氧治疗：主要用于急性一氧化碳中毒、急性硫化氢、氰化物中毒，急性中毒性脑病等。

(二) 一般护理：

1、病情观察：严密观察生命体征及意识、瞳孔的变化，记录24小时液体出入量。

2、药物护理：观察特效解毒剂的效果及不良反应。

3、对症护理：昏迷患者做好皮肤护理，预防压疮；惊厥时应用抗惊厥药；高热者予以降温等。

4、基础护理：保证充足的睡眠，合理饮食，做好口腔护理。

5、心理护理：评估患者的心理状况，尤其对服毒自杀者，应尊重其隐私，引导他们正确对待人生，做好家属的思想工作，正确引导，防止患者再次自杀。

三、健康指导要点

1、加强宣教。

2、不吃有毒或变质的食品。

3、加强毒物的管理。

四、注意事项

1、接触性中毒的患者清洗皮肤时，切忌用热水或用少量水擦洗，以防止促进局部血液循环，加速毒物的吸收。皮肤接触腐蚀性毒物时，冲洗时间应达到15-30分钟，并可选择相应的中和剂或解毒剂冲洗。

2、严格掌握洗胃的适应症和禁忌症。

第二节 急性有机磷农药中毒的护理

一、护理评估

1、患者的生命体征、意识、瞳孔和皮肤的温湿度。

2、评估患者呼吸道通畅情况，有无分泌物。

3、评估患者急性中毒的程度：毒蕈碱样症状、烟碱样症状及中枢神经系统症状，观察有无抽搐等表现。

4、心理状况：有无紧张、恐惧、焦虑、绝望等心理反应。

二、护理措施

1、迅速清除毒物。

(1) 减少毒物吸收：脱去污染的衣服，用肥皂

水或清水清洗污染的皮肤、毛发和指甲（禁用热水）。

(2) 清除体内尚未吸收的毒物：选择适当的溶液进行洗胃，需尽早、彻底、反复、间断。

(3) 促进毒物排出：遵医嘱用利尿药，导泻剂，血液透析等。

2、给氧，行心电监护。保持呼吸道的通畅，及时清除呕吐物及口鼻分泌物。

3、密切观察病情。

(1) 观察患者的生命体征、神志、瞳孔的变化及皮肤的温湿度，注意保暖。

(2) 观察药物的不良反应，判断阿托品化指标，



防止阿托品中毒及反跳现象。

(3) 定期监测胆碱酯酶活力。

4、对使用阿托品的患者常规留置导尿管。留置尿管期间要保持引流通畅，每日行会阴擦洗两次。

5、作好安全护理，加强看护，两侧床栏拉起，防止坠床；必要时使用约束带及镇静剂。

6、患者禁食期间要做好口腔护理，嘴唇涂抹石蜡油或甘油。

7、加强心理护理，防止再次自杀。

三、健康指导要点

1、做好患者及家属的思想工作，为患者提供情感上的支持，以消除患者的后顾之忧。

2、普及防毒知识，不食有毒食物。

3、注意有无中毒后遗症。

四、注意事项

1、阿托品化指征：瞳孔扩大（不超过5mm）颜面潮红、皮肤干燥、腺体分泌减少、口干、肺部啰音减少或消失、心率加快（90-100次/分）。注意区分阿托品化和阿托品中毒的表现。

2、观察是否出现反跳：体温突然降低，多汗、瞳孔缩小、肌束颤动、肺水肿、胸闷、言语不清、吞咽困难等应及时告知医生，补充阿托品，再次达到阿托品化。

3、警惕“中间综合征”的发生。一般是在急性中毒后24-96小时突然发生以呼吸肌麻痹为主的症状；因此应密切观察患者意识，呼吸的频率、节律、深度变化，出现颈、上肢和呼吸肌麻痹，如眼睑下垂、眼外展障碍、面瘫等，应及时通知医生，维持有效通气功能。

4、注意与患者沟通，观察有无再次自伤的倾向。

第三节 急性酒精中毒的护理

一、护理评估

1、病史：饮酒量及个人耐受性。

2、生命体征及临床表现。

3、社会心理评估：患者及家属的情绪及心理反应。

二、护理措施

(一) 急救护理

1、立即取平卧位，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，及时清除口鼻腔呕吐物及分泌物，给予氧气吸入及心电监护。

2、催吐及洗胃：轻度中毒者可用催吐法；重度中毒者在2小时内予以洗胃。

3、建立静脉通道，遵医嘱使用催醒药物及其他药物，尽量使用静脉留置针。

(二) 一般护理：

1、病情观察：严密观察生命体征及意识、瞳孔的变化；观察呕吐物及洗出液体的颜色、性质及量。

2、药物护理：观察药物的效果及不良反应。

3、安全防护：患者多数表现为烦躁、兴奋、多语、四肢躁动，应使用床栏，加强巡视，必要时给予保护性约束，防止其伤害他人。

4、注意保暖：适当的提高室温，加盖棉被，并补充能量。

5、基础护理：口腔护理、饮食护理等。

6、心理护理：给予患者及家属积极的心理支持。

三、健康指导要点

1、宣传大量饮酒的害处，帮助患者认识过量饮酒时对身体的危害。

2、创造替代条件，加强文娱体育活动，帮助患者建立健康的生活方式，减少酒精中毒的发生。

四、注意事项

1、对于烦躁不安或过度兴奋者，可用小剂量地西洋，禁用吗啡、氯丙嗪及苯巴比妥类镇静药。

2、呕吐物的误吸是造成酒精中毒死亡原因之一，故应加强呼吸道的管理。

第四节 一氧化碳中毒的护理

一、护理评估

1、病史：一氧化碳接触史、中毒时所处的环境、停留时间及突发昏迷情况等。

2、生命体征及临床表现。

3、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

(一) 急救护理

1、迅速将患者移至通风处，松领口，注意保暖。

2、立即吸氧，必要时行气管插管，加压给氧，保持呼吸道通畅，及时清除口腔内分泌物、呕吐物。

3、开放静脉通道，根据病情给予脱水、降压、激素、呼吸兴奋药等药物。

4、防止脑水肿：严重中毒时，应在积极纠正缺氧的同时给予脱水疗法。

5、患者重度缺氧、烦躁不安或惊厥时，遵医嘱给予苯巴比妥或氯丙嗪等镇静药物。

(二) 一般护理

1、病情观察：严密观察神志、呼吸、脉搏、瞳孔变化及皮肤湿度及颜色、四肢肌张力。

2、药物护理：观察药物的疗效及不良反应。



3、基础护理：留置尿管的患者做好尿管和会阴部护理；做好皮肤护理；做好安全防护，防止自伤或坠伤。

4、心理护理：给予积极的心理支持护理，增强患者康复信心并做好健康指导。

三、健康指导要点

- 1、正确使用燃气设备，注意烟气通道的畅通。
- 2、对各种燃气设备，严格依照使用说明进行使用，

出现症状及时就诊。

3、出院时留有后遗症的患者，应鼓励其继续治疗，并教会家属功能锻炼的方法。

四、注意事项：

- 1、用脱水剂后应记录患者的出入量，注意加强营养，并注意水、电解质平衡。
- 2、使用镇静药物时，注意防止自伤和坠床。

第五节 急性安眠药中毒的护理

一、护理评估

- 1、病史：服药的原因
- 2、生命体征及临床表现。
- 3、社会心理评估：患者及家属的情绪及心理反应。

二、护理措施

（一）急救护理

1、保持呼吸道通畅，吸氧 3-4L/min，深昏迷患者应行气管插管，呼吸机辅助呼吸。

2、行心电图监护，监测心电、血压、血氧饱和度的变化，严密观察神志瞳孔的变化及有无心律失常。

3、立即洗胃及导泻：1：5000 高锰酸钾或温水洗胃，予以硫酸钠导泻。

4、建立静脉通道，遵医嘱应用解毒剂及其他药物。

5、血液灌洗，血浆置换，促进毒物排泄。

（二）一般护理

1、病情观察：严密观察意识状态、生命体征、瞳孔的变化。

2、药物护理：观察药物的效果及不良反应。

3、基础护理：昏迷患者取平卧位，头偏向一侧，做好口腔护理及皮肤护理，防止压疮和感染。

4、饮食护理：昏迷时间超过 3-5 天，营养不宜维持的患者，可用鼻饲补充营养及水分。应给予高热量、高蛋白、易消化的流质饮食。

5、心理护理：若是自杀患者，待其清醒后要有的放矢的做好心理护理，从根本上消除患者的自杀念头。

三、健康指导要点

1、向失眠者普及睡眠紊乱的原因及避免方法的知识。

2、长期服用大量安眠药的患者，不能突然停药，应逐渐减量后停药。

3、加强药物管理，家庭中有情绪不稳定或精神不正常者，家属对该类药物一定要妥善保管，以免发生意外。

四、注意事项

1、对服药自杀的患者，不宜让其单独留在病房内，以防其再度自杀。

2、长期服用大量镇静催眠药的患者，不能突然停药，应逐渐减量后停药。

第六节 百草枯中毒的护理

一、护理评估

- 1、病史：毒物接触史。
- 2、生命体征及临床表现。
- 3、社会心理评估：患者及家属的情绪及心理反应。

二、护理措施

（一）急救护理

1、现场急救：一经发现，立即给予催吐并口服白陶土悬液，或者就地取材用泥浆水 100-200ml 口服。

2、减少毒物吸收：尽快脱去污染的衣物，用肥皂水彻底清洗被污染的皮肤、毛发等，若眼部受污染、立即用流动清水冲洗，时间 > 15 分钟，用白陶土洗胃后口服吸附剂（药用炭或 15% 的漂白土），以减少毒物的吸收。

3、保持呼吸道通畅：慎用氧疗。轻、中度中

毒者禁止吸氧；重度缺氧者当 PaO₂ < 40mmHg 时，可给予短时间、低流量、低浓度氧气吸入，当 PaO₂ ≥ 70mmHg 时，即可停止氧疗，以免加重中毒。若发生呼吸衰竭、ARDS 时，应尽早行人工通气，减轻肺损伤。行心电图监护，监测血压、心率、心律、呼吸及血氧饱和度的变化。

4、建立静脉通道，遵医嘱应用抢救药物及其他药物。

5、促进毒物的排泄：最好在患者服毒后 6-12 小时内进行血液灌洗和血液透析。

6、防止肺损伤和肺纤维化：及早按医嘱给予自由基消除剂，早期大剂量应用肾上腺糖皮质激素，可延缓肺纤维化的发生，降低死亡率。

（二）一般护理



- 1、病情观察：严密观察生命体征及意识、瞳孔的变化。
- 2、药物护理：观察药物的效果及不良反应。
- 3、对症护理：加强对口腔溃疡、炎症的护理；呼吸衰竭者应辅助机械通气。
- 4、基础护理：保证充足的睡眠，合理饮食，做好口腔护理。
- 5、心理护理：评估患者的心理状况，尤其对服毒自杀者，要做好患者的心理护理，防止患者再次自杀。

三、健康指导要点

- 1、严格执行农药管理的有关规定，避免农药扩

散和随意购买。

- 2、开展安全使用农药教育，加强对购买使用百草枯药物人群的教育，告知其药物对人体损伤的不可逆性。

- 3、因自杀而中毒者出院后，患者应学会如何应对应激原的方法，树立生活的信心。

四、注意事项

- 1、由于百草枯有腐蚀性，洗胃时应避免动作粗暴导致食管或胃穿孔。
- 2、血清百草枯监测有助于判断病情的严重程度和预后，所采样本必须是患者摄入百草枯4小时后的血样，样本保存在塑料试管内，不能用玻璃试管。

第七节 新型毒品中毒的护理

一、护理评估

- 1、一般情况：性别、职业、既往史、服毒原因等。
- 2、生命体征及临床表现。
- 3、社会心理评估：患者及家属的情绪及心理反应。

二、护理措施

（一）急救护理

- 1、保持呼吸道通畅，吸氧，深昏迷患者予以气管插管，呼吸机辅助呼吸；行心电监护。
- 2、立即洗胃：应用1:5000的高锰酸钾溶液或温水洗胃。
- 3、建立静脉通道，遵医嘱使用镇静及其他对症支持药物。
- 4、促进毒物的排泄：应用呋塞米、甘露醇，保证输液量。

5、血液净化。

（二）一般护理

- 1、病情观察：严密观察意识状态、生命体征及瞳孔的变化。
- 2、药物护理：观察药物的效果及不良反应。

- 3、基础护理：口腔护理、皮肤护理、饮食护理等。
- 4、对症护理：体温过高者给予冰帽、冰毯、擦浴等降温措施。
- 5、心理护理：给予患者及家属积极的心理支持。

三、健康指导要点

- 1、灵活运用沟通技巧与患者交流，使患者认识到毒品对生命的危害程度，使其远离毒品。
- 2、建议患者远离有不良行为习惯的玩伴。

四、注意事项

- 1、毒品中毒的患者多伴有精神症状如幻觉、幻听、妄想，从而引发暴力行为，接触患者时注意观察，必要时采取保护性约束，加强陪护，防止暴力性事件的发生。
- 2、过度兴奋患者应用地西洋镇静时，有可能会加重中毒患者的呼吸抑制，用药时速度要慢，要密切观察呼吸频率、深度的变化，防止呼吸骤停。
- 3、患者洗胃时，注意保持呼吸道通畅，防止吸入性肺炎及窒息的发生。

第八节 氨基甲酸酯类杀虫药中毒的护理

一、护理评估

- 1、患者的生命体征、意识、瞳孔和皮肤的温湿度。
- 2、评估患者气道通畅情况，有无分泌物。
- 3、评估患者急性中毒的程度：轻度中毒表现为头痛、头晕、乏力、视力模糊、恶心、呕吐、流涎等；中度中毒者还会出现肌纤维颤动；重度中毒可出现昏迷、肺水肿、呼吸衰竭等。
- 4、评估中毒的途径：可经消化道、呼吸道、皮肤吸收。
- 5、评估农药的类型：呋喃丹（杀虫药、灭草灵、除草剂）。

- 6、评估患者中毒时间的长短，24小时可排出90%以上。

- 7、心理状况：有无紧张、恐惧、焦虑、绝望等心理反应。

二、护理措施

1、迅速清除毒物

- （1）减少毒物吸收：脱去污染的衣服，用肥皂水或清水清洗污染的皮肤、毛发和指甲（禁用热水）。
- （2）彻底洗胃轻度中毒者口服催吐，重度中度用温开水或2%碳酸氢钠溶液彻底洗胃。

- 2、严密观察用药反应尽早使用阿托品，用量及



时间间隔依病情而定,但一般较有机磷中毒时剂量小,因为该类药物对胆碱酯酶结合不牢固,可迅速被水解,故用药要及时,但时间不宜过长,同时注意观察有无阿托品中毒表现。尿潴留患者应留置导尿管,保持引流通畅,每日行会阴擦洗两次。

3、给氧,行心电监护。保持呼吸道通畅,呕吐时头偏向一侧,以防误吸。

4、保持静脉通畅,确保用药及时、准确。

5、严密观察病情变化,监测生命体征及意识状况。注意有无流涎、大汗、皮肤湿冷等表现,如发现异常,及时告知医生。

6、作好安全护理,加强看护,两侧床栏拉起,防止坠床;必要时使用约束带及镇静剂。

7、患者禁食期间要做好口腔护理,嘴唇涂抹石蜡油或甘油。

8、加强心理护理,防止再次自杀。

9、加强皮肤护理,保持床单位清洁干燥,定时翻身,防止压疮的发生。

三、健康指导要点

1、心理护理应耐心、细致、安慰、体贴患者,

询问中毒原因,为患者及家属讲解中毒后的急救及防治知识,清除思想顾虑,减轻紧张、恐惧心理。

2、普及防毒知识,不食有毒食物。

四、注意事项

1、阿托品化指征:瞳孔扩大(不超过5mm)颜面潮红、皮肤干燥、腺体分泌减少、口干、肺部啰音减少或消失、心率加快(90-100次/分)。区分阿托品化和阿托品中毒的表现。

2、观察是否出现反跳:体温突然降低,多汗、瞳孔缩小、肌束颤动、肺水肿、胸闷、言语不清、吞咽困难等应及时告知医生,补充阿托品,再次达到阿托品化。

3、警惕“中间综合征”的发生。一般是在急性中毒后24-96小时突然发生以呼吸肌麻痹为主的症状,因此应密切观察患者意识,呼吸的频率、节律、深度变化,出现颈、上肢和呼吸肌麻痹,如眼睑下垂、眼外展障碍、面瘫等,应及时通知医生,维持有效通气功能。

4、注意与患者沟通,观察有无再次自伤的倾向。

第三十二章 理化因素所致急危重症护理常规

第一节 电击伤的护理

一、护理评估

1、病史:有无直接或间接接触带电物品。

2、生命体征、意识。

3、临床表现:轻者表现为痛性肌肉收缩、惊恐、面色苍白、四肢软弱、呼吸及心跳加速,头痛、头晕、心悸等;高压电击时,常发生神志丧失,心搏呼吸骤停。

4、辅助检查:血常规、尿常规、心肌酶谱、心电图检查等。

5、社会心理评估:患者及家属的情绪及心理反应。

二、护理措施

(一)急救处理:

1、迅速脱离电源,根据触电现场情况,采用安全有效的方法使患者脱离电源。

2、心搏呼吸停止者,现场行心肺复苏术,呼吸停止者应立即气管插管,给予人工辅助呼吸。在心肺复苏的同时应进行脑复苏,将冰枕置于患者头部,冰袋放在大血管处,从而降低脑代谢、减少脑组织耗氧量,减轻脑水肿。

3、纠正心律失常,电击伤常引起心律失常、心肌损害,对于发生室颤的患者应立即给予电除颤。

4、建立静脉通道,遵医嘱使用抢救药品。

5、处理局部伤口,保护创面,预防感染。

(二)一般护理:

1、病情观察:严密观察生命体征及实验室检查结果,观察有无心律失常、急性肾功能衰竭、继发性出血等并发症的发生。

2、药物护理:观察药物的作用及不良反应。

3、输液护理:低血容量休克和组织严重电烧伤的患者,应快速补液,补液量较同等烧伤者要多。

4、基础护理:病情严重者注意口腔护理、皮肤护理,预防口腔炎和压疮的发生。保持患者局部伤口敷料的清洁、干燥、防止脱落。

5、心理护理:电击伤患者伤残率高,思想负担重,应做好患者及家属的思想工作,使他们树立信心,以良好的心态积极配合治疗与功能锻炼,促进创面的修复和功能康复。

三、健康指导要点

1、告知患者电击伤可造成血管壁的变性坏死或血管栓塞,应指导患者卧床休息,防止因活动使血管内血栓脱落,造成重要脏器血管的栓塞。

2、加强安全用电常识的宣传教育,严格遵守技术操作规程。

3、雷雨时不要在大树下躲雨,也不要露天的游泳池中游泳。

4、不要用湿手或湿布接触电源开关。

四、注意事项



- 1、救护者应注意自身安全，未脱离电源前绝不能用手牵拉触电者。
- 2、搬运患者过程中应注意有无头部、颈部损伤，

颈部损伤者给予颈托保护，可疑脊柱骨折患者应注意保护脊柱。

第二节 中暑的护理

一、护理评估

- 1、生命体征及神志。
- 2、病因及诱因。
- 3、中暑的程度及其他伴随症状。

(1) 先兆中暑：体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$ ，出现头晕、眼花、胸闷、心悸、注意力不集中。

(2) 轻度中暑：体温 $>38^{\circ}\text{C}$ ，面色潮红或苍白、皮肤湿冷、脉细弱、血压下降、心率加快。

(3) 重症中暑：高热体温 $>40^{\circ}\text{C}$ ，嗜睡、昏迷、皮肤湿冷、血压下降、呼吸加快、心率加快。

(4) 热衰竭表现腋温高，周围循环衰竭、晕厥、神志不清。

(5) 热痉挛表现体温正常、阵发性肌肉痉挛、少尿。

(6) 热射病表现剧烈头痛、头晕、烦躁不安、意识障碍。

- 4、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

(一) 急救护理：

- 1、降温：脱离高温环境，置患者于阴凉通风处。

(1) 轻度中暑者，口服清凉含盐开水等。

(2) 重度中暑者，脱去衣服，用冷水、冰水或乙醇擦浴全身，加速散热。头部放置冰枕或冰帽，大血管处置冰袋。必要时冰盐水灌肠。

2、取合理体位：心衰患者给予半卧位，血压过低患者取平卧位。

3、保持呼吸道通畅，给予心电监护、氧气吸入，如有呼吸停止倾向，应做好气管插管及人工呼吸的准备。

- 4、建立静脉通道，遵医嘱用药：

应用脱水剂及利尿剂控制脑水肿；有心衰者及早用洋地黄类药物；躁动抽搐者给予镇静处理；有急性肾衰竭者注意限制水、盐的输入；发生DIC者，防止发生多器官功能衰竭。

(二) 一般护理：

1、病情观察：严密观察生命体征的变化、降温效果及有无并发症发生。

2、药物护理：观察药物的作用及不良反应。

3、补液速度不宜过快，用量适宜，避免加重心脏负担，诱发心力衰竭；高热惊厥患者应给予保护性约束，防止坠伤，床边备开口器与舌钳以防咬伤。

4、对热痉挛患者，轻者多饮含盐饮料，重者积极补充钠盐及水份，直至血压恢复正常。

5、基础护理：加强口腔护理及皮肤护理，保持肢体功能位，做好尿管和会阴部护理。

6、心理护理：做好患者及家属的心理疏导，增强他们战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、高温下保证足够的摄入量，加强营养。

2、介绍预防中暑的常识。

四、注意事项

1、注意保持室内通风，保证患者足够的休息。

2、冰袋降温时，注意及时更换，尽量避免同一部位长时间直接接触皮肤，以防冻伤。

3、无论何种降温方法，只要体温降至肛温 38°C 左右即可考虑终止降温。如有呼吸抑制、深昏迷、血压下降则停用药物降温。

第三节 淹溺的护理

一、护理评估

- 1、生命体征及神志。
- 2、病因：淹溺发生的时间及情况。
- 3、症状及体征：

(1) 轻度溺水：吸入或吞入少量水，神志清楚、血压增高、心率增快。

(2) 中度溺水：溺水达 1-2min，呼吸道有大量水和呕吐物而发生窒息，或伴有反射性喉痉挛，神志模糊，呼吸不规则或浅表，血压下降，心率减慢，反射减弱。

(3) 重度溺水：溺水达 3-4min，患者昏迷、发绀，呼吸道充满血性泡沫、淤泥或呕吐物，四肢冷，血压低，心音减弱，心律失常，可诱发室颤，可伴有躁动、抽搐、呼吸不规则。

- 4、社会心理评估：患者及家属的情绪及心理反应。

二、护理措施

(一) 急救护理

1、保持呼吸道通畅，清除淹溺者口中的污泥、杂草等；松解领口和紧裹的内衣。

2、控水处理：



(1) 膝顶法：急救者取半跪位，将溺水者的腹部放在膝上，头部向下，并用手按压其背部。(2) 抱腹法：双手抱溺水者的腰腹部，使背部向上，头胸部下垂，摇晃溺水者。

(3) 肩顶法：抱住溺水者的双腿，将腹部放在急救者的肩上，快速奔跑，使积水倒出。尽快将呼吸道及胃内积水倒出，注意保护颈椎，并观察有无颈椎损伤。

3、人工呼吸：如呼吸停止，应在保持呼吸道通畅的条件下，完成控水动作后立即进行人工呼吸，这是现场急救的关键措施。

4、胸外心脏按压：如果心脏停搏，则在人工呼吸的同时立即进行胸外心脏按压。

5、给予高流量氧气吸入，行心电监护，必要时行气管插管并给予机械通气。

6、建立静脉通道，遵医嘱给予抢救药物。

(二) 一般护理

1、病情观察：严密观察生命体征及神志的变化。

2、药物护理：观察药物的作用及不良反应。

3、输液护理：严格控制输液速度，从小剂量、低速率开始，防止短时间内进入大量液体，加重血液

稀释和肺水肿。

4、复温护理：将患者置于温暖环境，加盖被服，保暖。

5、基础护理：加强口腔护理，皮肤护理。

6、心理护理：消除患者焦虑与恐惧心理，解释治疗措施及目的，使其积极配合治疗。

三、健康指导要点

1、指导家长增强安全防范意识，加强对孩子的安全教育。

2、普及急救知识，加强现场急救，为进一步抢救创造良好条件。

3、生活态度积极乐观，对有自杀倾向者应进行引导。

四、注意事项

1、在倒水过程中严防胃内容物吸入肺内，加重窒息。

2、应尽量避免因倒水时间过长而延误心肺复苏等措施的进行。

3、对海水淹溺者出现血液浓缩症状是切忌输入氯化钠溶液。

第三十三章 损伤性急危重症护理常规

第一节 损伤患者的一般护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养及精神状况

2、损伤的部位及程度。

3、生命体征的情况。

二、护理措施

(一) 闭合性损伤：

1、局部制动。

2、早期可用冷敷减少渗出，后期采用热敷。

3、遵医嘱用药。

4、病情稳定可进行理疗、按摩、功能锻炼。

(二) 开放性损伤

1、配合医生进行清创缝合。

2、术后严密观察生命体征的变化，如有异常报告医生进行处理。

3、观察伤口情况，保持敷料清洁干燥。

4、抬高患肢，观察肢端皮肤温度、颜色、感觉、

动脉搏动及活动度。

5、遵医嘱应用抗生素及破伤风抗毒素。

6、加强营养，进食高热量、高蛋白、高维生素易消化的饮食。

7、观察患者疼痛情况，24小时最明显，2-3天可减轻，必要时遵医嘱使用止痛药。

8、做好患者的心理护理，保持情绪稳定，以免病情加重。

三、健康指导要点：

饮食应给予高热量、高蛋白、高维生素易消化的饮食，禁辛辣刺激食物。

四、注意事项：

1、密切观察生命体征的变化。

2、伤口渗血较多时，应及时告知医生观察伤口有无感染并更换敷料。

第二节 复合外伤的护理

一、护理

1、评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度。

2、评估患者外伤发生时间、伴随症状、活动情

况和心理反应。

3、评估患者神志、面容与表情、口唇、指（趾）端皮肤颜色，有无失血性休克的发生。呼吸的频率、



节律、深浅度，体位、胸部体征、心率、心律等。

4、评估血氧饱和度、动脉血气分析、胸部X线检查、CT、肺功能检查。

二、护理措施

1、密切观察患者的病情变化，注意观察体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔、尿量及出血量，伤情的变化。对颅脑损伤患者应重点观察生命体征和瞳孔的变化，防止脑疝形成。

2、保持呼吸道通畅，及时清理患者口腔分泌物，呕吐物等，头偏向一侧，给予高流量的氧气吸入，防止窒息的发生。必要时行气管切开或气管插管呼吸机辅助呼吸。

3、迅速建立2条以上静脉通道，保证大量输血、输液的通畅，维持有效循环，纠正失血性休克。

4、备好抢救的药品、器械，熟练掌握急救药品的应用方法、剂量、浓度，掌握各项急救的操作技术和操作规程，紧密配合医生进行抢救工作。

5、做好基础护理，避免并发症的发生，昏迷休克患者可留置尿管，及时观察尿量，同时要做好口腔护理，皮肤护理。对有手术指征的患者，尽快做好交叉配血试验、皮试、备皮、插胃管、导尿等手术前准备工作。

6、做好心理护理促进疾病的康复。

三、健康指导要点：

1、告知患者活动时勿牵拉引流管，勿使导管打折扭曲。

2、做好心理护理，告知患者疾病的发展与预后。

四、注意事项

1、如患者有骨折，肢体保持功能位并制动，观察制动侧末梢循环。

2、注意血压及尿量的变化，保证有效的循环。

3、保持引流管的通畅，做好引流管及伤口皮肤护理，密切观察引流液的颜色、质、量，如疑有活动性出血的发生，立即通知医生。

第三节 多发伤的护理

一、护理评估

1、受伤原因、部位等；损伤程度及性质。

2、意识及生命体征变化，有无休克表现。

3、呼吸情况，气道是否通畅。

4、有无活动性出血。

5、有无致命性损伤。

6、各种实验室检查结果。

7、心理及社会支持状况。

二、护理措施

1、密切观察并记录生命体征变化，配合医生抢救。

2、保持呼吸道通畅，及时清理呼吸道分泌物或异物。给予氧气吸入，必要时建立人工气道，呼吸机辅助呼吸。

3、建立两条外周静脉通路或中心静脉通路，监测中心静脉压，合理补液，尽快恢复有效循环血量。

4、查找引起休克的原因，控制活动性出血，做好术前准备。

5、各脏器损伤的急救护理：

(1) 颅脑损伤：观察意识、瞳孔、生命体征变化，给予脱水治疗，积极完成术前准备。

(2) 血气胸：胸带固定胸壁，配合医生放置胸腔闭式引流管。

(3) 腹部损伤：配合完成B超、CT、腹腔穿刺等检查，积极完成术前准备。

(4) 骨与关节损伤：妥善包扎固定，做好术前准备。

6、疼痛护理：评估疼痛的部位、性质、程度，根据医嘱合理用药，观察用药效果及副作用。

7、观察伤口及引流管的情况，妥善固定，保持通畅。观察记录引流液的颜色、性状和量。

8、留置尿管，记录每小时尿量及尿色。

9、心理护理：取得病人及家属的信任，消除恐惧感。

三、健康指导要点

1、有胸腔闭式引流的病人进行深呼吸及腹式呼吸训练，鼓励有效咳嗽。

2、向骨折的病人解释保持牵引肢体功能位的必要性。

3、告知留置管道的目的和意义，以取得病人的配合。

四、注意事项：

1、颈托固定，防止脊髓损伤。

2、病情不稳定时，避免搬动病人。

3、处置脑脊液耳漏、鼻漏时，不能用棉球堵塞。

第四节 颌面、颈部创伤的护理

一、护理评估

(一) 术前：

1、损伤部位、程度、有无骨折。

2、有无窒息、休克、大出血等危急现象。

(二) 术后：

1、手术方式及术中情况。



- 2、观察生命体征、神志、瞳孔变化。
- 3、观察呼吸道是否通畅。

二、护理措施

(一) 术前:

1、保持呼吸道通畅,防止窒息。密切观察生命体征、神志和瞳孔的变化,及时清理口腔、鼻内分泌物、血凝块、呕吐物及碎骨片、脱落牙齿等其他异物,以免堆积咽部造成窒息。若有上颌骨骨折致上颌骨下垂或下颌骨体部及双侧骨折致舌后坠,形成阻塞性窒息或者有气管损伤时,应协助医生做好急救处理。

2、出现休克表现,应紧急防治,扩充血容量,给予血管活性药物,同时监测脉搏、血压、尿量的变化,观察颈部、口底有无血肿,若伤口持续少量出血且伴局部疼痛、呼吸困难或肿胀进行性增大,常是继发出血的征兆,应引起重视。

3、颈部大血管伤:动脉伤多见于颈总动脉、出血猛烈,病人迅速死亡。颈部大静脉的损伤,虽然也能引起大量出血,但其主要危险在于空气栓塞,大静脉损伤后,立即用手指压迫,并加压包扎,以制止空气进入,必要时急诊手术处理。

4、伴发脑脊液鼻漏的处理:发现鼻腔或外耳道有清亮液体流出,千万不要用东西去堵塞鼻腔或外耳道,应采取平卧位,头同上身成 15° ,绝对卧床。不能用力擤鼻子,不要用东西伸入鼻腔去擦拭,大便要通畅,不能用力。

5、颈部制动:任何损伤颈部的病人,均要考虑有无颈椎损伤的可能,在未明确排除颈椎病损伤之前,应给与颈托制动,或于头颈两侧放置沙袋或替代物制动。

6、建立静脉通道,予以抗休克治疗机全身支持

疗法。

7、固定:颌骨骨折时,应将上下牙咬合对位,再将移位的软组织复位,用绷带包扎固定。

(二) 术后:

1、一般护理

(1)体位护理半卧位。全麻术后去枕平卧6小时,头偏向一侧。

(2)心理护理介绍疾病有关知识,安慰和鼓励患者,减轻或消除其焦虑心理。

(3)饮食护理视病情给予流质或者鼻饲,逐步过渡至半流质、软食。

2、病情观察观察生命体征、神志、瞳孔变化以及创口术区有无出血,保持呼吸道通畅。

3、症状护理

(1)疼痛指导患者全身放松及深呼吸,遵医嘱使用止痛剂。

(2)发热物理降温,必要时遵医嘱药物降温。

(3)用药护理指导患者用药并观察药物副作用

三、健康指导要点:

1、保持口腔清洁,定时冲洗口腔,以去除食物残渣,伤口分泌物,坏死组织等,保持伤口清洁,干燥,及时更换污染敷料。

2、为预防感染,应使用抗生素和破伤风抗毒素。

四、注意事项

1、咽喉部肿胀,有明显血肿或骨折及软组织异物等可采用置入口咽管或气管内插管,必要时行气管切开。

2、颈部大血管损伤,行加压包扎时,应切忌用绷带环颈压迫。

第五节 胸腔内大血管损伤的护理

胸腔内大血管损伤病人由于出血量大、病情危急,常表现为失血性休克或心脏压塞征,短时间内危及病人生命,需要在紧急容量复苏的同时,迅速进行手术止血和血管吻合,术前的充分准备及术后的严密观察和精心护理是保证手术成功的重要环节。

一、护理评估

1、健康史:评估患者的受伤史,如受伤经过、暴力大小、受伤部位与时间、有无昏迷及恶心、呕吐等,既往有无胸部手术史,服药史和过敏史。

2、症状和体征:

(1)生命体征是否平稳,有无呼吸困难、发绀、休克,有无意识障碍、肢体活动障碍等。(2)疼痛的部位与性质,骨折的部位与性质,有无开放性伤口,气管位置有无偏移,呼吸音是否减弱或消失等。

(3)有无颈静脉怒张,心脏杂音等

3、辅助检查:了解胸部X线检查,胸部B超,CT及血红细胞计数、血红蛋白及血细胞比容等结果,评估胸腔积液位置和量。

4、社会心理评估:患者有无焦虑或恐惧,患者和家属对损伤及其预后的认知程度。

二、护理措施

1、急救护理

(1)迅速建立有效的静脉通道:建立2条以上的静脉通道加压输液,必要时经颈外静脉或锁骨下静脉行中心静脉置管,以保证输液速度,病人血压迅速回升后输液速度逐渐减慢。

(2)保持呼吸道通畅:检查并清理病人气道内异物及分泌物,畅通气道,立即给予吸氧,对呼吸衰竭的病人立即行气管插管或气管切开,保证有效的氧气供给。



(3) 合理补充血容量: 在补充适量晶体液的基础上, 应输注胶体液, 如血浆等。

2、术中护理

(1) 严密监护: 严密观察血压、脉搏、血氧饱和度的变化, 随时监测中心静脉压, 并根据中心静脉压调整输血、输液速度。

(2) 严格执行查对制度: 大血管损伤病人大量输血、输液, 应严格执行查对制度, 同时对输血、输液空瓶及血袋妥善保管, 便于计算出入总量并核对。术中口头医嘱须复诵 2 次, 无误方可执行。

3、术后护理

(1) 按全麻开胸术护理常规。

(2) 防止呼吸道感染: 将病人安置在监护室, 做好病房内的空气消毒。遵医嘱每日行超声雾化吸入 2-3 次, 预防肺部并发症。

(3) 做好心包引流和胸腔闭式引流的护理: 术后早期应每隔 15—30 分钟挤压心包或胸腔引流管 1 次, 以保持引流通畅, 避免引流管被血块阻塞而发生心脏压塞或胸腔积血。准确记录引流液的颜色、量及性状, 一般术后 24 小时引流液为血性, 量不超过 500ml, 逐渐变淡变少。若引流液 >100ml/小时, 连续 3 小时呈鲜红色, 说明有活动性出血, 应立即报告医生, 及时处理。引流 48—72 小时肺复张后可拔管。

(4) 心功能监护

① 术后 48 小时应严密监测血压, 控制在 90/60mmHg 为宜, 当收缩压低于 80mmHg 时, 应结合神志、尿量、中心静脉压的变化, 予以相应处理。在扩容时, 特别注意液体的补充量及晶体、胶体的比例, 以免增加心脏的前负荷, 或使血液稀释, 胶体渗透压降低, 而引起低渗性肺水肿或脑水肿。

② 监测心率、心律、ST 段和 T 波的改变, 及时发现房性期前收缩、室性期前收缩、房室传导阻滞, 并及时纠正心律失常。监测血电解质, 特别注意血钾的含量, 尽可能使血钾维持在 4—5mmol/L, 低血钾易引起心律失常, 而高血钾可使心搏骤停。

③ 给予血管扩张药应用微量注射泵, 以确保药物浓度的恒定和准确, 有利于心功能的维护, 防止低血压。术后 48 小时内, 在血压平稳的情况下, 尽可能保持液体的负平衡, 以减轻心脏的负担。

(5) 呼吸功能监测

① 大血管手术后, 常给予辅助呼吸 4—24 小时,

应根据病情正确选择呼吸模式, 随时监测血气, 根据结果调整各参数。一般呼吸频率为 12—18 次/分, 潮气量为 10—15ml/kg, 氧浓度为 40%—50%。观察病人自主呼吸的幅度, 当病人神志清醒, 自主呼吸幅度强, 予以脱机观察, 如生命体征平稳, 血气分析结果正常, 就可安全撤机。

② 及时清除呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅, 并重视气道的湿化。

③ 定时翻身、叩背, 鼓励病人深呼吸, 做有效的咳嗽, 以利痰液咳出。

(6) 肾功能监测:

① 首先维持血压, 保持肾血流的灌注, 以减轻肾前性损害。禁用对肾有损害作用的药物。尿量减少时, 在排除低血容量因素后可根据病情给予呋塞米或甘露醇。

② 保持尿管引流通畅, 严密观察尿量, 记录每小时尿量, 尽量使每小时尿量 >1ml/kg。③ 监测血钾、尿素氮、肌酐, 当发生肾衰竭时及时血透, 以改善肾功能。

(7) 脑功能监测:

① 密切注意神志、瞳孔及神经系统的功能变化。病人可因胸部损伤的同时伴有颅脑损伤, 或因休克缺血, 大量补充晶体液而造成脑水肿, 护理人员应经常唤醒病人, 简单地提问, 发现异常, 应立即报告医生。

② 合理应用脱水药, 以减轻脑水肿, 降低颅内压。必要时予以头部降温, 以增加脑组织对缺氧性损害的耐受性。

三、健康指导要点:

1、休息与营养: 指导病人合理休息, 加强营养, 提高机体免疫力。

2、呼吸与咳嗽: 指导病人腹式呼吸和有效咳嗽的方法, 教会其咳嗽时用双手按压患侧胸壁, 以免切口疼痛。

四、注意事项

1、准确记录引流液的颜色、量及性状, 一般术后 24 小时引流液为血性, 量不超过 500ml, 逐渐变淡变少。若引流液 >100ml/小时, 连续 3 小时呈鲜红色, 说明有活动性出血, 应立即报告医生, 及时处理。

2、给予血管扩张药应用微量注射泵, 以确保药物浓度的恒定和准确, 有利于心功能的维护, 防止低血压。

第六节 创伤性气胸的护理

一、护理评估

1、健康史: 评估患者的受伤史, 如受伤经过、暴力大小、受伤部位与时间、有无昏迷及恶心、呕吐等, 既往有无胸部手术史、服药史和过敏史。

2、症状和体征:

(1) 生命体征是否平稳, 有无呼吸困难、发绀、休克, 有无意识障碍、肢体活动障碍等。(2) 疼痛的部位与性质, 骨折的部位与性质, 有无开放性伤口,



气管位置有无偏移，有无异常呼吸运动等。

(3) 有无咳嗽、咳痰、咯血，痰量与性质，咯血量与次数等。

3、辅助检查：了解胸部X线检查等结果，评估气胸的程度、性质，有无肋骨骨折及有无胸内器官的损伤等。

4、社会心理评估：患者有无焦虑或恐惧，患者和家属对损伤及其预后的认知程度。

二、护理措施

1、体位：立即采取半卧位，以利于呼吸、咳嗽、排痰，减轻伤口疼痛。合并休克、昏迷者取平卧位。

2、保持呼吸道通畅：快速清除呼吸道分泌物或异物，吸氧以缓解呼吸困难。

3、建立静脉通道，积极抗休克。

4、对症护理

(1) 小量气胸，肺压缩30%可自行吸收。中量及大量气胸，可适当给予镇静、镇痛药物，并严密观察有无发生张力性气胸。如病人症状加重，可紧急采用抽气治疗或将病人送手术室尽早进行胸腔闭式引流。

(2) 开放性气胸，立即封闭伤口，用5-6层大块凡士林油纱布加棉垫遮盖伤口，再用胶布和绷带包扎固定，使开放性气胸变为闭合性气胸，然后行胸腔穿刺，抽气减压，暂时缓解呼吸困难。急送手术室行胸腔闭式引流等进一步处理。

(3) 张力性气胸，立即在患侧第2肋间隙与锁骨中线交叉点处用粗针头穿刺排气，针尾接橡皮指套，在其顶部剪出1cm大小的开口，使其成为活瓣排气针，紧急处理改善缺氧后送手术室。

5、对放置胸腔闭式引流管的病人，保持引流管通畅，及时引流出积血、积气，预防胸腔感染。用呼吸机者应做好气道管理（翻身、叩背、保持气道通畅、滴药、雾化），防止呼吸道感染。

6、病情观察

(1) 严密观察生命体征变化。

(2) 观察封闭伤口敷料有无松动、滑脱或渗血。

7、心理护理：病人常因呼吸困难而紧张烦躁，应关心、体贴病人，说明症状不适的原因，帮助病人树立信心，配合治疗。

三、健康指导要点

指导鼓励病人做深呼吸运动，协助病人咳嗽排痰，以排出呼吸道分泌物，促使肺扩张，预防肺不张或肺部感染等并发症的发生。禁烟、酒，因吸烟使呼吸道分泌物增多，不利于术后肺功能的恢复。根据损伤程度注意合理休息和营养。合并肋骨骨折病人，3个月后复查X线片，以了解骨折愈合情况。

四、注意事项

1、气管插管前禁用吗啡，以免抑制呼吸中枢。

2、对胸腔损伤的病人，血压回升后应适当减慢补液速度，防止发生心力衰竭、肺水肿。

第七节 腹腔脏器出血的护理

一、腹腔内实质性脏器出血的护理

一、护理评估

1、评估患者既往史：详细询问患者疾病病史及有无外伤病史。

2、评估患者生命体征。

3、根据患者临床表现及体征，初步评估患者失血量，对疾病作出早期、正确的判断。

二、护理措施

1、急救护理

(1) 迅速建立通畅的静脉通道，补充血容量，维持血压，在抗休克的同时进行手术止血。

(2) 保持呼吸道通畅，吸氧保暖，绝对卧床休息，禁止随意搬动病人，以免加重病情。稳定病人情绪，使之积极配合治疗。

(3) 术前准备

① 评估病情，监测生命体征。

② 行交叉配血，留置胃管、尿管。

③ 按医嘱给予术前用药。

2、术后护理

(1) 密切观察病情变化：监测生命体征和中心静脉压，准确记录24小时尿量，密切观察腹部症状和体征的变化。

(2) 早期活动：

病人清醒及生命体征稳定后由平卧改为半卧位，告知术后早期活动的重要性，鼓励病人卧床期间适当进行床上活动，促进肠功能恢复，防止肠粘连。

(3) 饮食护理 胃肠道未受损伤者早期恢复饮食。由流质饮食逐渐过渡到正常饮食。

(4) 输液、抗感染和营养支持：

根据医嘱，合理补充水、电解质和营养素，必要时输新鲜浓缩红细胞、血浆，保持水、电解质、酸碱平衡。术后应用有效抗生素，控制腹腔内感染。

(5) 切口与引流管的护理 观察伤口及敷料情况，加强引流管的护理。

三、健康指导要点

1、出院后适当休息，增加营养，促进康复。

2、若有腹痛、腹胀、肛门停止排气、排便，应



及时到医院就诊。

四、注意事项

记录引流液的颜色、性质、量，经常挤压引流管，

二、腹腔内空腔脏器出血的护理

一、护理评估

1、评估患者既往史：详细询问患者有无消化道疾病病史、用药史及家族疾病病史。

2、评估患者生命体征。

3、根据患者临床表现及体征，初步评估患者失血量。

二、护理措施

1、急诊观察与护理：首先处理危及生命的情况，如心搏骤停、窒息、休克等。

(1) 病情观察

①在大出血时，每 15-30 分钟观察及测量生命体征的变化。有头晕、心悸、出冷汗等休克表现，及时报告医生对症处理并做好记录。

②观察神志、末梢循环、每小时尿量、呕血及血便的性质。观察腹部症状和体征，注意肠鸣音情况。

(2) 出血期救治

① 绝对卧床休息至出血停止，呕血时根据病情让病人侧卧位或半坐卧位，防止误吸。

② 迅速建立静脉通道，给予平衡液或血浆代用品尽快补充血容量。

③ 烦躁者给予镇静药，门脉高压出血病人烦躁时慎用镇静药，适当给予约束带保护。

④ 耐心细致地做好解释工作，安慰病人，以消除紧张、恐惧心理。

⑤ 污染被服应随时更换，以避免不良刺激。

⑥ 大量出血时应及时交叉配血、备血，备齐抢救物品和药品。需行三腔二囊管压迫止血或行急诊胃镜、手术、介入等治疗时要做好手术前、术后护理。

⑦ 吸氧 4-6L/分。

⑧ 留置胃管，观察胃管内引流液的颜色、量及性状。

⑨ 内镜下止血后应观察有无再出血症状发生，术后应禁食 6 小时，流质饮食 2-3 天后改半流质饮食，进食不宜太快、太热，禁粗纤维及过硬食物，避免再

保持腹腔引流管的通畅，注意判断腹腔内有无活动性出血。

次出血。

⑩非手术治疗无效时应考虑手术治疗。

2、术前护理

(1) 同非手术治疗的护理。

(2) 保持呼吸道通畅，吸氧保暖，绝对卧床休息，禁食、禁水。病情观察期间不要随意搬动病人，以免加重病情，

(3) 迅速建立静脉通道，给予平衡液或血浆代用品尽快补充血容量，大量出血时应及时交叉配血、备血，输血时尽量输注浓缩红细胞。

(4) 严密监测生命体征变化，出现休克者按休克处理。

(5) 做好术前准备。

3、术后护理：

(1) 按外科手术后一般护理常规。

(2) 严密监测生命体征变化，做好护理记录。

(3) 观察腹部症状和体征，记录腹胀、移动性浊音及肠鸣音的变化情况。

(4) 观察伤口敷料有无渗血、渗液，如有浸湿及时更换，加强管道的护理。

三、健康指导要点：

1、应加强心理护理，避免精神过度紧张，保持乐观情绪。

2、注意休息，适量活动，增强体质。

3、3 个月内避免重体力劳动。

4、预防便秘，多吃蔬菜、水果，保持大便通畅；禁烟、酒及辛辣食物。

四、注意事项：

1、出血期禁食，应每日 2 次清洁口腔，呕血时应随时做好口腔护理。

2、大便次数频繁时，应做好臀部皮肤的护理。

3、饮食的护理要求因出血部位及出血量而异。

4、静脉输液时用输液泵控制速度。

第八节 开放性骨折的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情及精神状况。

2、生命体征的变化。

3、患肢血管神经功能。

二、护理措施

1、立即通知医生，迅速为病人建立静脉通道，

补充血容量，必要时遵医嘱输血，准备好抢救物品及药品。

2、保持呼吸道通畅，吸氧，密切观察神志、瞳孔及生命体征变化。

3、伤肢妥善固定，包扎止血。

4、抢救的同时做好各种辅助检查及术前准备。



5、必要时留置尿管，观察并记录尿液的颜色、性质和量，以了解有效循环血量情况。

6、作好护理记录。

7、做好病人及家属的心理护理，以减轻他们的恐惧和焦虑心理。

三、健康指导要点

保持良好的心态，避免情绪刺激。

四、注意事项

1、密切注意生命体征的变化。

2、密切观察患肢血管神经功能。

第九节 烧伤的护理

一、护理评估

1、观察患者的神志，瞳孔及生命体征的变化，防止出现休克，呼吸心跳骤停等危及生命的征象。

2、评估烧伤的部位，深度及面积等。

二、护理措施

1、预防感染

入室应戴口罩、帽子，接触患者前应洗净双手，接触大面积烧伤患者时，须特别注意无菌操作。

2、病室要求

病室内保持清洁、舒适，布局合理，便于抢救，减少交叉感染，室温 28-32℃，湿度 60%-70%。重症烧伤，暴露疗法除外，每日中午紫外线消毒 1 次，时间为 1h。

3、心理护理：针对烧伤患者不同时期病情特点及心理状态、思想活动，积极做好心理护理。

4、病情观察

严密观察神志，体温，血压心率及尿量，末梢循环，口渴的症状，发现异常时及时通知医师，配合抢救。对于颜面烧伤的患者，应观察有无呼吸困难，有无窒息表现，随时作好气管切开准备，严重烧伤的患者，应早期快速补液，根据尿量调节输液滴速。

5、创面的观察和护理

如创面出现水肿、渗出液增加、颜色转暗、加深，创缘下陷、上皮生长停止、腥臭、焦痂潮湿变色，肉芽血管栓塞、组织变性坏死以及创缘出现炎性浸润都是创面脓毒症或败血症的征象，应密切观察，随时记录。对于采用包扎疗法的患者体温升高、创面疼痛加剧、持续性跳疼或烦躁不安者，均应及时打开检查。

6、呼吸道烧伤患者，呼吸道分泌物增多，并有粘膜坏死脱落，易引起肺部感染；另外也可发生吸入性及坠积性肺炎。因此，患者应定期翻身，指导患者有效咳嗽，俯卧位时，帮助患者拍背，有吸入性损伤的患者，雾化吸入 2-4h 一次。

7、压疮护理

重视压疮的预防，按时翻身，骨突处避免受压，保持床单位干燥、平整，必要时使用翻身床翻身。

8、营养护理：鼓励及协助患者进食，根据各阶段病情需要合理调节饮食。

9、做好静脉穿刺、输液护理：

注意保护静脉，并按要求做好静脉切开、套管针穿刺护理。

10、护理记录正确及时记录病情变化、生命体征、出入水量、神志、情绪、食欲、大小便及创面情况。

11、康复护理：尽早指导与协助患者进行功能锻炼，减少因瘢痕增生引起的功能障碍。

三、健康指导要点

1、病区内限制人流量，接触创面的物品均应消毒，预防感染的发生。

2、出现口渴症状时，不能大量饮水，以免水中毒，可少量多次引用糖盐水。

四、注意事项

1、小儿烧伤患者如果不哭不闹，反应迟钝，则要高度警惕，以防严重休克和脑水肿的发生。

2、注意观察周围动脉搏动是否有力，肢端是否温暖，皮肤色泽是否正常，有无花斑纹，指趾甲床有无发绀，防止休克发生。

第十节 颈椎与脊髓损伤的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。

2、密切观察生命体征并记录，高热者给予物理降温。

3、日常活动的耐受水平。

4、严密观察呼吸变化，有无呼吸困难，保持呼吸道通畅。

5、颅骨牵引的观察。

6、皮肤完整性。

二、护理措施

1、术前护理：

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后准备：

(1) 同骨科术后护理。



(2) 卧硬板床, 加强基础护理, 协助病人生活自理。

(3) 严密观察呼吸变化, 保持呼吸道通畅, 根据病情给予雾化、吸痰、吸氧, 气管切开者执行气管切开术后护理常规及评价标准。

(4) 胸腰椎骨折术后病人平卧 6h 以压迫止血。

(5) 颈椎骨折术后给予颈围固定, 观察病人呼吸及颈部切口出血情况。

(6) 执行牵引护理常规及评价标准。保持颅骨牵引的有效性, 翻身时保持脊柱呈一直线的轴线翻身, 防止加强脊髓损伤或牵引弓脱落。

(7) 给予高蛋白、高营养、易消化的食物, 多饮水、多进食水果、蔬菜等, 防止便秘。

(8) 健康教育: 预防肺部并发症, 指导呼吸功能康复训练: 定时翻身拍背, 深呼吸及咳嗽, 可采取吹气球或吹气泡的方法。指导进行瘫痪肢体功能训练: 髋关节练习伸直、外展活动, 防止发生屈曲、内收、

内旋畸形。膝关节练习伸屈活动, 防止膝关节强直。踝关节练习背屈活动, 防止发生足下垂, 影响行走功能。以上功能锻炼应每日 3-4 次, 每次 15-20 分钟。

三、健康指导要点

1、给予高蛋白、高营养、易消化的食, 多饮水、多进食水果、蔬菜等, 防止便秘。

2、预防肺部并发症, 指导呼吸功能康复训练: 定时翻身拍背, 深呼吸及咳嗽, 可采取吹气球或吹气泡的方法。指导进行瘫痪肢体功能训练: 髋关节练习伸直、外展活动, 防止发生屈曲、内收、内旋畸形。膝关节练习伸屈活动, 防止膝关节强直。踝关节练习背屈活动, 防止发生足下垂, 影响行走功能。以上功能锻炼应每日 3-4 次, 每次 15-20 分钟。

四、注意事项:

- 1、保持颅骨牵引的有效性。
- 2、维持呼吸循环功能。

第十一节 咬伤、螫伤的护理

一、动物咬伤的护理

一、护理评估

1、评估患者被动物咬伤的时间、部位、咬伤创面情况, 患者的抵抗力、免疫力。

2、症状和体征 发病初起时伤口周围麻木、疼痛, 逐渐扩散到整个肢体; 继之出现发热、烦躁、乏力、恐水、怕风、咽喉痉挛; 最后导致瘫痪、昏迷、循环衰竭甚至死亡。有利齿造成的伤口深而窄, 有无出血, 伤口周围组织水肿。

二、护理措施

1、预防和控制痉挛, 保持呼吸道通畅:

①保持病室安静; 避免风、光、声的刺激; 避免水的刺激, 适当遮蔽输液装置。专人护理, 各种检查、治疗及护理尽量集中进行, 或在应用镇静药后进行。一旦发生痉挛, 立即遵医嘱使用镇静药物等。

②及时清除口腔及呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅, 做好气管插管或气管切开的准备。

2、局部处理: 咬伤后迅速彻底清洗伤口, 伤口较浅可用 2% 碘酊和 75% 乙醇消毒包扎; 伤口较深需立即彻底清创, 用大量生理盐水、0.1% 苯扎溴胺或 3% 的过氧化氢溶液反复冲洗, 伤口不予缝合或包扎, 以

利引流。早期患肢下垂, 保持伤口清洁和引流通畅。

3、预防感染, 及时全身治疗:

①遵医嘱应用抗菌药物并观察效果。严格执行接触性隔离制度, 接触病人时穿隔离衣、戴口罩和手套。

②于伤后当日、3、7、14、28 日注射 1 次狂犬病疫苗, 严重者可注射狂犬病免疫球蛋白。可联合使用干扰素, 以增强保护效果。

4、补液和营养支持: 发作期多流汗、流涎和不能饮水, 常呈缺水状态, 需静脉输液, 补充能量, 维持水电解质及酸碱平衡, 可采用鼻饲饮食。

三、健康指导要点

1、宣传狂犬病的预防措施, 加强对动物的管理。

2、教育儿童不要接近、抚摸或挑逗猫、犬等动物, 以防发生意外。

3、宣传被犬或其他动物咬伤后, 尽早彻底进行伤口处理及注射狂犬病疫苗的重要性和方法。

四、注意事项: 若儿童被犬抓伤但伤痕不明显, 或被犬添有破损的皮肤, 或与病犬有密切接触者, 应尽早注射狂犬病疫苗。

二、毒蛇咬伤的护理

一、护理评估

1、评估患者生命体征、意识情况, 毒蛇咬伤的部位、伤口大小, 肢体肿胀情况等。

2、症状和体征

①局部表现:

局部伤处疼痛, 肿胀蔓延迅速, 淋巴结肿大, 皮肤出现血疱、瘀斑。甚至局部组织坏死。

②全身表现:



全身虚弱、口周感觉异常、肌肉震颤，或发热恶寒、烦躁不安、头晕目眩、言语不清、恶心呕吐、吞咽困难、肢体软瘫、腱反射消失、呼吸抑制，最后导致循环呼吸衰竭。部分病人伤后可因广泛的毛细血管渗漏引起肺水肿、低血压、心律失常；皮肤黏膜及伤口出血，血尿、尿少，出现肾功能不全以及多器官功能衰竭。

二、护理措施

1、局部处理：

伤肢制动，取下垂位。立即在伤口以上5cm处扎上止血带或布条等阻断淋巴和浅静脉回流。每15-20分钟放松1次，每次3分钟左右，以免发生坏死。伤口常规消毒扩创排毒，也可用3%过氧化氢反复冲洗，伤口周围用季德胜蛇药片捣碎以酒精调成糊状外搽。

2、尽早选用特异性抗蛇毒血清，口服或局部应用季德胜蛇药；根据病情选用肾上腺皮质激素、利尿药等；应用抗生素预防感染，同时加强营养支持疗法，提高机体抵抗力。

3、严密观察病情变化：

①若有呼吸困难，立即给予氧气吸入并保持呼吸道通畅，必要时行气管切开、呼吸机辅助呼吸，呼吸

三、毒虫蜇伤的护理

一、护理评估

1、评估患者生命体征、意识情况，了解由哪一种昆虫爬虫（蚊、蜂、蜈蚣、蝎和毒蜘蛛等）蜇叮人体所致，蜇伤的具体时间、部位，局部肿胀、疼痛情况等。

2、症状和体征：

①蜇伤处发现毒刺应及时拔除，局部用皂液或5%碳酸氢钠或3%氨溶液擦洗，伤口周围用季德胜蛇药片捣碎以酒精调成糊状外搽。

②局部反应：皮肤红肿、疼痛、瘙痒、水疱甚至坏死。

③全身症状：发热、头痛、恶心呕吐、心悸、呼吸困难、肌肉疼痛或者痉挛、腹泻等。

④严重并发症：急性喉头水肿、急性心肌炎及急性肾功能不全等。

二、护理措施

1、遵医嘱口服蛇药片：首次20片，以后每6小时服用10片，直至症状缓解。

2、局部用皂液或5%碳酸氢钠或3%氨溶液擦洗，伤口周围用季德胜蛇药片捣碎以酒精调成糊状外搽；

肌麻痹者给予呼吸兴奋药物。

②监测尿液性质、量及颜色变化，防治肾衰竭。

③出现休克时，应补充血容量，应用血管活性药物，合并心功能衰竭应予强心药物。

三、健康指导要点

1、急性期应静卧，患肢制动，减慢血液循环，恢复期逐渐恢复活动，以不感到疲劳为宜，有利于疾病恢复。

2、禁烟、酒，饮酒使毛细血管扩张，促进血液循环，加速毒物的吸收；吸烟可使呼吸道黏膜抵抗力下降，易导致肺部感染或加重呼吸困难。口渴时忌给予含酒精类饮料。

3、宣传毒蛇咬伤的有关知识，强化自我防范意识。在野外要加强防护，穿高帮鞋，扣紧衣领、袖口、裤口，避免在草丛中休息或穿行；如被蛇追逐应向山坡跑，或忽左忽右地转弯跑，切勿直跑或直向下坡跑，向其扔物转移其注意力。一旦被咬伤，尽早寻求专业急救治疗。

四、注意事项

毒蛇咬伤中毒的抢救要分秒必争，被咬者要保持安静，不要惊慌奔走，以免加重毒液的吸收和扩散。

严重者除近心端扎止血带外应及时切开伤口皮肤，以利毒液排出。

3、输足量液体，以利毒素排出。出现过敏症状应给与抗组胺药物和肾上腺皮质激素，若过敏性休克及时抗休克治疗。

4、密切观察病人的生命体征及意识状况，及时配合医生处理，预防并发症的发生。

5、保持伤口局部及床单元的干净整洁，预防感染。

三、健康指导要点

患侧肢体抬高，以利于静脉回流，减轻肿胀。

四、注意事项

1、注意环境卫生，吃剩的甜味食物勿乱丢弃，夜间关好门窗、挂好蚊帐，熄灯睡觉，防止昆虫飞入。选用对人无害的杀虫喷雾喷洒等。注意清洗、消毒已接触过皮损的毛巾或衣服。

2、户外活动尽量避免穿花色或鲜亮的衣服，勿擦香水、发胶。发现周围有蜂围绕时，切忌跑、动、打，静止待蜂飞走后再撤离，避免拍打或快速移动，如无法逃离，就地趴下并用手抱住头部加以保护。

第三十四章 神经系统急危重症护理常规

第一节 脑梗死的护理



一、护理评估

1、评估患者的生命体征，神志、瞳孔，肌力、言语及吞咽功能等。

2、评估有无脑卒中高危因素，如高血压、高血脂、糖尿病。

3、有无跌倒坠床的风险。

二、护理措施

1、休息与活动：急性期一周内以卧床休息为主，以利脑部血液供应。

2、饮食护理：保证营养及水分供给，维持水、电解质平衡。给予低盐、低脂、高蛋白、清淡饮食。昏迷者暂禁食，48小时后遵医嘱予以鼻饲流质。

3、病情观察：

严密观察神志及生命体征的变化。在发病24h内，为改善缺血脑组织的灌注，维持较高的血压是非常重要的，通常只有当收缩压 $>200\text{mmHg}$ 或舒张压 $>110\text{mmHg}$ 时，才需要降低血压。急性缺血性脑卒中早期（24h-7天）一般将血压控制在收缩压 $\leq 185\text{mmHg}$ 或舒张压 $\leq 110\text{mmHg}$ 较为适宜，病情较轻时可以降低至 $160/90\text{mmHg}$ 以下。发现意识障碍，肢体瘫痪加重等表现应立即通知医生进行处理。

4、药物护理：

脑梗死的病人常联合应用溶栓、抗凝血、血管扩张药及脑代谢活化药等治疗，使用血管扩张药应注意血压的变化，血压偏低时应及时告诉医生。用溶栓药及抗凝药时应注意观察有无出血征象；使用右旋糖

酐-40（低分子右旋糖酐）治疗时，应注意有无过敏反应。

5、预防护理：

（1）脑卒中患者急性期容易发生呼吸道、泌尿系等感染和压疮，应加强口腔、皮肤、会阴部护理，预防感染和压疮；采取适当的体位，经常翻身叩背及防止误吸，保持呼吸道通畅。

（2）早期进行瘫痪肢体的功能锻炼，与病人及家属共同制定康复训练计划。

（3）高龄、严重瘫痪和心房颤动均增加深静脉血栓形成的危险性，同时DVT增加了肺栓塞的风险。应鼓励患者尽早活动，下肢抬高，避免下肢静脉输液。对有发生DVT和肺栓塞风险的患者可给予较低剂量的抗凝药物进行预防性抗凝治疗，首选低分子肝素。

三、健康指导要点

1、向病人及家属讲解疾病的康复治疗知识及自我护理方法，增强病人生活自理的信心。

2、生活起居有规律，避免精神刺激、过度劳累，保持情绪稳定。

3、合理饮食，克服不良嗜好，保持排便通畅。

4、继续坚持语言训练和瘫痪肢体的功能锻炼，促进早日康复。

5、积极防治高血压病、糖尿病、高脂血症、冠心病、肥胖病。

四、注意事项

1、戒烟酒，有规律生活，合理饮食。

2、遵医嘱门诊复查血压、血糖、血脂、肝肾功能等。

第二节 脑出血的护理

一、护理评估

1、评估患者的生命体征、心理状态。

2、评估头痛、呕吐、意识障碍、肢体瘫痪、失语、瞳孔变化等症状。

3、有无合并消化道出血等症状。

二、护理措施

1、紧急处理

（1）平卧，抬高床头 15° - 30° ，头偏向一侧，保持安静，减少搬动，严格限制探视，明显头痛、过度烦躁不安者，可酌情适当给予镇静止痛剂。

（2）保持呼吸道通畅，予氧气吸入。及时清除呕吐物和口鼻分泌物，注意观察其性质、量、颜色，警惕应激性溃疡的发生。必要时予留置人工气道接呼吸机辅助呼吸，并做好相关护理。

（3）降低颅内压，控制脑水肿 遵医嘱予以20%的甘露醇、呋塞米静脉注射，但应防止电解质紊乱。

（4）其他处理：遵医嘱予以止血、改善脑代谢治疗，必要时行头部物理降温或人工冬眠，降低脑细

胞的代谢，并做好相应的护理。

2、病情观察

（1）密切观察神志、瞳孔及生命体征的变化，每0.5-1小时1次。如病情稳定可延长至每2-4小时1次，及时处理异常变化。当收缩压超过 200mmHg 时可使用缓和的降压药物，如硝苯地平 10mg 舌下含化，或呋塞米 $20-40\text{mg}$ 静脉推注，使血压缓降并略高于发病前的水平。

（2）准确记录24h出入液量，保持水、电解质及酸碱平衡。

（3）注意观察分泌物性质、量、颜色，警惕应激性溃疡的发生。

3、饮食护理：意识障碍者暂禁食，48小时后根据医嘱留置鼻饲管，给予低脂、高蛋白的流质。

4、预防护理

（1）留置尿管，防止泌尿系感染。

（2）定时翻身，防止压疮及肺部感染。

（3）保持口腔清洁，预防口腔炎的发生。

（4）加强安全管理，防止坠床、自伤、管道滑



脱等意外发生。

5、药物护理

(1) 使用脱水药应注意用药的速度、量及间隔时间，并避免外渗。

(2) 控制静脉补液量，避免加重脑水肿和发生水、电解质及酸碱平衡紊乱等并发症。

三、健康指导要点

1、指导病人和家属了解本病的基本病因，主要危险因素，积极治疗原发病。

2、指导病人及家属脑出血后只要患者生命体征平稳，病情不再进展，应尽早配合康复治疗。

四、注意事项

1、保持生活规律，大小便通畅。

2、遵医嘱复诊。

第三节 蛛网膜下腔出血的护理

一、护理评估

1、评估神志、瞳孔、生命体征、肌力等。

2、头痛的评估：头痛的部位、性质、持续时间、缓解方式，有无伴随症状，如大汗、恶心、喷射性呕吐。

二、护理措施

1、紧急处理

(1) 绝对卧床休息，尽量减少搬动，头部抬高15-30°，保持环境安静舒适，避免不良声光刺激，严格限制探视，治疗和护理活动集中进行。

(2) 遵医嘱给予脱水、止血，防止脑血管痉挛的药物。

(3) 防止紧张、便秘，应常规用镇静、缓泻药物。

(4) 给予镇痛，冬眠疗法，并做好相应的护理。

2、病情观察

(1) 密切观察病情变化，如神志、瞳孔、生命体征及头痛情况，发现异常及时处理。

(2) 如病人突然再次出现剧烈疼痛、恶心呕吐、抽搐、昏迷等，应警惕再出血的可能，及时报告医生处理。

3、饮食护理：给予营养丰富易消化的饮食，指

导多食粗纤维食物，防止便秘。

4、用药护理：甘露醇应快速静滴，注意观察尿量，定时复查电解质；尼莫地平可致皮肤发红、多汗、心动过缓或过快，胃肠不适、血压下降等，应适当控制输液速度，密切观察有无不良反应。

5、在全身情况允许下尽早行脑血管造影术，证实有动脉瘤或血管畸形者，尽早手术或介入治疗。

6、并发症的护理：昏迷者应注意维持水、电解质平衡，防止吸入性肺炎、压疮等。

7、心理护理：做好心理护理，消除紧张、恐惧、焦虑心理。

三、健康指导要点：向病人及家属介绍疾病的病因、诱因，临床表现，应进行的相关检查，病程和预后，防治原则和自我护理的方法。

四、注意事项

1、告知病人和家属诱发再出血的各种危险因素，如精神紧张、情绪激动，剧烈咳嗽，用力排便、屏气等，必要时遵医嘱应用镇静药、缓泻剂等药物。

2、女性病人1-2年内避孕。

第四节 重症肌无力危象的护理

一、护理评估

1、评估患者的意识、心理状态。

2、评估病情及生命体征，尤其注意观察吞咽及呼吸情况。

二、护理措施

1、紧急处理

(1) 立即吸氧，保持呼吸道通畅。

(2) 备好气管插管和呼吸机，随时应用。有呼吸困难者应及时进行人工辅助呼吸。

(3) 床旁备吸引器和气管切开包，防止误吸和窒息。

(4) 痰多且粘稠，难以清除者，应及早行气管切开。

2、病情观察：严密观察生命体征的变化，尤其注意呼吸频率和节律，观察有无呼吸困难加重、发绀、

咳嗽无力、腹痛、出汗、唾液或喉头分泌物增多等现象。

3、药物护理

(1) 肌无力危象：立即应用甲基硫酸新斯的明1mg 肌内注射或缓慢静脉推注。

(2) 胆碱能危象：立即停用抗胆碱酯酶药物，静脉或肌内注射阿托品，每次0.5-2.0mg，每15-30分钟重复一次。

(3) 反拗性危象：停用一切药物，给予气管插管，人工呼吸至少72小时以后，才可以开始小剂量应用抗胆碱酯酶药物。

(4) 激素和免疫抑制药应用：要注意有无消化道出血、骨质疏松、股骨头坏死等并发症。

(5) 禁用某些对神经-肌肉接头有阻滞的药物，如巴比妥类、氨基糖甙类抗生素以及吗啡等药物，防止诱发危象。



4、饮食护理

(1) 给予高蛋白、高维生素、高热量、富含钾和钙的软食或半流质食物，避免干硬、粗糙食物。

(2) 吞咽困难或咀嚼无力者，给予流质或半流质饮食，必要时给予鼻饲饮食。

5、预防感染，防止并发症

(1) 协助改变体位，叩背引流痰液，防止肺不张。

(2) 做好口腔护理、皮肤护理，预防口腔炎和

压疮的发生。

6、做好心理护理 鼓励病人增强治疗疾病的信心，积极配合治疗。

三、健康指导要点

1、指导病人遵医嘱按时按量服用药物。

2、增加营养，增强体质，提高抵抗力。

四、注意事项：避免劳累、外伤、精神创伤，保持情绪稳定，按时服药，避免受凉、感冒及各种感染。

第五节 癫痫持续状态的护理

一、护理评估

1、评估生命体征、意识、瞳孔。

2、了解癫痫发作的过程和形式。

二、护理措施

1、紧急处理

(1) 防护措施

①将患者头偏向一侧，口中放置牙垫，以防咬伤舌。及时清理呼吸道分泌物，防止呕吐物返流误入气管而窒息；摘下眼镜、义齿、解开衣领腰带；用手托住下颌，避免下颌关节脱位；切忌用力按压病人抽搐肢体，以防骨折和脱臼；床旁有人保护，防止坠床。

②给予持续低流量给氧，床旁备气管插管盘及气管切开等抢救物品。

(2) 遵医嘱给予抗癫痫的药物，如安定、苯巴比妥钠等，以尽快终止和控制发作。

2、对症处理

(1) 高热者给予物理降温，头部冰帽，将体温控制在 37.5 度以下。

(2) 抽搐发作频繁或时间较长者应给予降颅内压治疗。

(3) 应用抗生素预防和治疗肺部感染，对换气功能不良者应及时行气管插管或切开，并应用辅助呼吸。

3、病情观察：密切观察生命体征及意识、瞳孔

的变化，观察并记录发作的类型、发作频率与持续时间，观察发作停止后病人意识完全恢复的时间，有无头痛、疲乏及行为异常。

4、饮食护理：选择高热量、高蛋白和富含维生素、纤维素食物，以清淡、易消化为主。不可进食者，行鼻饲。避免过饱，戒烟酒。

5、用药护理：发作控制后，根据血药浓度遵医嘱酌情增减药量。用药期间不得擅自停药、减量或更换药物，是预防癫痫持续状态发生的原因。

6、心理护理：仔细观察病人的心理反应，关心、理解、尊重病人，鼓励病人表达自己的心理感受，指导其面对现实，采取积极的应对方式，配合长期药物治疗。

三、健康指导要点

1、指导养成规律的生活习惯，减少精神刺激，禁止从事危险的工作和活动，如游泳、去悬崖边、登山、高空作业、驾车等，外出应有人陪同。

2、避免各种诱发因素 如饥饿、暴饮暴食、饮浓茶、咖啡、巧克力、便秘、情绪激动等，绝对忌酒。

四、注意事项

1、遵医嘱坚持长期、规律服药。

2、定期门诊复查血常规、肝、肾功能及抗癫痫药物的血药浓度，观察有无药物不良反应。

第三十五章 循环系统急危重症护理常规

第一节 急性胸痛的护理

一、护理评估

1、生命体征：是否有危及生命的症状、体征。

2、观察胸痛的部位及放射部位、疼痛性质、诱发因素和影响疼痛的因素、伴随症状等。

3、体格检查和辅助检查：心电图、胸部 X 线检查等。

4、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

(一) 急救护理

1、安静卧床休息。

2、给予氧气吸入，有低氧血症时，给予双鼻罩或面罩吸氧，使血氧饱和度 $\geq 94\%$ 。

3、行心电监护，监测心电图、血压、呼吸和血氧饱和度的变化。

4、行 12 或 18 导联心电图。

5、建立静脉通道，保持通道的畅通，遵医嘱使



用药物。

6、对 ACS 的急性致命并发症，如室颤、无脉性室性心动过速等，做好除颤和心肺复苏准备。

(二) 一般护理

1、病情观察：

观察生命体征的变化；胸痛的部位、性质有无放射、持续时间和缓解因素及伴随症状。注意疼痛程度的变化，胸痛时的表情，有无面色苍白、大汗和血流动力学障碍。

2、体位：疼痛时可采取健侧卧位，保持环境安静舒适，避免诱发或加重疼痛的各种因素。

3、疼痛护理：根据胸痛的原因给予镇静剂或镇痛药物，减轻疼痛。

4、药物护理：观察药物的疗效及不良反应。

5、心理护理：嘱患者安静休息，避免剧烈活动，对精神紧张的患者，做好患者的解释和安慰工作。

三、健康指导要点

1、避免诱发因素：调整日常生活与工作量，不可过于劳累，避免情绪激动，减轻精神压力。

2、向患者讲解疾病的基本知识，告知患者及家属心绞痛发作时的缓解方法，如发作比以往频繁、程度加重、持续时间延长，应警惕心肌梗死的发生，应及时就医。

3、强化预防意识。

4、改变生活方式：

①合理膳食；

②适当运动；

③控制体重；

④戒烟。

四、注意事项

1、凡胸痛患者表现面色苍白、出汗、发绀、呼吸困难及生命体征异常，均为危急状态。

2、安放心电图监护电极片时应避开除颤区域和心电图胸导联位置。

3、使用镇痛药物时及时评估镇痛效果，并注意观察有无呼吸抑制。

4、需急诊溶栓的患者，应密切观察有无出血倾向。

第二节 急性心力衰竭的护理

一、护理评估

1、生命体征：患者是否存在呼吸困难，咳粉红色泡沫痰；神志、面色等。

2、评估导致心力衰竭的原因。

3、辅助检查：心电图、动脉血气分析、脑钠肽等。

4、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

(一) 急救护理

1、体位：取端坐卧位或半坐卧位，双腿下垂，以减少静脉回流，减轻心脏负荷。

2、吸氧：高流量酒精去泡沫给氧，保持血氧饱和度 95% 以上。病情特别严重时行面罩给氧或无创机械通气，必要时行气管插管。

3、行心电监护，监测心电、血压、血氧饱和度。

4、建立静脉通道，遵医嘱给予强心、镇静、利尿、平喘、扩血管药物等。

5、遵医嘱描记 12 导联心电图，抽血查血常规、电解质、脑钠肽、血气分析等。

(二) 一般护理

1、保持呼吸道通畅：注意双肺呼吸音、咳嗽、咳痰情况，及时清除呼吸道分泌物。

2、病情观察：观察生命体征及神志的变化。

3、药物护理：观察药物的疗效及不良反应。

4、心理护理：倾听患者主诉，适当安慰患者，使患者保持情绪稳定。

三、健康指导要点

1、向患者及家属宣教有关疾病防治和急救知识。

2、告知有心脏病史的患者，在静脉输液前应主动向医护人员说明病情，便于输液时控制输液量和速度。

3、指导患者劳逸结合，保证足够睡眠，避免各种刺激。

四、注意事项

1、注意严格控制输液速度。

2、取端坐卧位或半坐卧位时防止坠床。

第三节 急性心肌梗死的护理

一、护理评估

1、评估发作前有无诱发因素，如紧张、劳累、情绪激动、便秘、感染等。

2、评估疼痛性质、持续时间。疼痛呈压榨样或压迫样疼痛，可向左肩、左臂或上腹部放射，持续时

间在 30min 以上，口含硝酸甘油不缓解。

3、观察血压、脉搏、心率、心律、血氧饱和度的变化。

4、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

**(一) 急救护理:**

- 1、停止活动，绝对卧床休息。
- 2、高流量吸氧，保持血氧饱和度 95% 以上。
- 3、持续心电监护，监测心电、血压、血氧饱和度的变化。
- 4、给予拜阿司匹林 300mg 嚼服，建立静脉通道，遵医嘱给予扩管药，胸痛剧烈时给予吗啡或哌替啶等镇痛药物。
- 5、抽血查血常规、心肌标志物等。
- 6、溶栓治疗：严格执行溶栓治疗给药方案，要求时间及时，剂量精确，滴速准确。

(二) 一般护理:

- 1、病情观察：
观察生命体征的变化，注意疼痛程度的变化，胸痛时的表情，有无面色苍白、大汗和血流动力学障碍。
- 2、药物护理：观察药物的疗效及不良反应。

3、并发症的观察及护理 观察有无室性心律失常，心源性休克，急性左心衰，室颤等并发症。

4、基础护理：卧床休息，保持安静舒适的环境，做好生活护理及饮食护理。

5、心理护理：嘱患者安静休息，避免剧烈活动，对精神紧张的患者，做好患者的解释和安慰工作。

三、健康指导要点

- 1、积极治疗高血压、高血脂、糖尿病等疾病。
- 2、合理调整饮食，适当控制进食量。
- 3、避免各种诱因，如劳累、饱食、情绪激动等。
- 4、指导患者及家属当病情突然变化时，应采取应急措施。

四、注意事项

- 1、注意使用镇静药物是否出现呼吸抑制。
- 2、注意溶栓后有无出血倾向。

第四节 危险性心律失常的护理

一、护理评估

- 1、生命体征：主要评估脉搏是否存在。
- 2、血流动力学状态。
- 3、心电图表现：心律失常的类型。
- 4、导致心律失常原因。
- 5、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施**(一) 急救护理:**

- 1、立即协助患者取舒适卧位。
- 2、保持呼吸道通畅，吸氧。
- 3、建立静脉通道，遵医嘱及时、正确使用抗心律失常药物。
- 4、描记 12 导联心电图，协助心律失常的诊断。
- 5、给予心电监护，注意电极位置应避免除颤区域和心电图胸导联位置。
- 6、将除颤仪置于患者床旁。

(二) 一般护理:

- 1、病情观察：观察引发心律失常的原因、发作时的状态、持续的时间及患者发作时的心理状态等。
- 2、用药护理：观察药物的疗效和不良反应。

3、持续心电监测，严密监测心率、心律和血压的变化。

4、心理护理：嘱患者安静休息，做好患者的解释和安慰工作。

三、健康指导要点

- 1、注意劳逸结合，保证充足的休息和睡眠。避免摄入过多的浓咖啡、浓茶等。
- 2、遵医嘱服用抗心律失常药物，不能擅自增减药物，如有异常，及时就诊。
- 3、学会测量脉搏的方法，了解心律失常的相关症状，进行自我监测。
- 4、定期复查心电图，及早发现病情变化并及时就诊。

四、注意事项

- 1、心律失常发作时尽量避免左侧卧位，因左侧卧位时患者常能感受到心脏的搏动而使不适感加重。
- 2、严格遵医嘱按时按量给予抗心律失常药物，静脉用药时尽量使用输液泵调节速度，观察患者意识、生命体征、心电图的变化。

第五节 主动脉夹层的护理

一、护理评估

- 1、生命体征：心率、血压、呼吸、氧饱和度情况。
- 2、疼痛的部位、性质、时间和程度。
- 3、既往病史，高血压病史。
- 4、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施**(一) 急救护理**

- 1、绝对卧床休息，给予心电监护、吸氧。
- 2、及时给予镇痛治疗。
- 3、控制血压：对合并有高血压的患者，遵医嘱使用降压药，根据血压调节速度。
- 4、控制心率：遵医嘱使用 β 受体阻滞剂，使心



率控制在 70-80 次 / 分。

5、如夹层破裂出血，血压下降，立即遵医嘱进行抢救。

(二) 一般护理

1、病情观察：严密监测生命体征的变化，尤其是两侧肢体血压的对称性。

2、疼痛的护理 严密观察疼痛的部位、性质、时间、程度。使用镇痛剂后，观察疼痛是否改善。

3、用药护理：观察药物的疗效和不良反应。

4、生活基础护理：嘱患者严格卧床休息，避免用力过度（如用力排便、剧烈咳嗽等）；饮食宜清淡，避免引起便秘。

5、心理护理：积极给予心理疏导，消除患者紧张、恐惧心理，缓解焦虑情绪，避免一切诱发因素。

三、健康指导要点

1、以休息为主，活动量要循序渐进，注意劳逸结合。

2、指导进低盐低脂饮食，并戒烟、酒，多食新

鲜水果、蔬菜及富含粗纤维的食物，保持大便通畅。

3、指导患者学会自我调整心理状态，调控不良情绪，保持心情舒畅，避免情绪激动。

4、遵医嘱坚持服药，控制血压，不得擅自调整药量。

5、教会患者自测心率、脉搏，有条件者自备血压计，定时测量。

6、定期复诊，若出现胸、腹、腰痛症状及时就诊。

7、指导患者家属给患者创造一个良好的身心休养环境。

四、注意事项

1、测量血压时，应同时测量四肢血压，以健侧血压为真实血压。

2、使用镇痛药时，要注意药物不良反应，有无呼吸抑制。

3、应用降压药时，应注意药物特性。硝普钠遇光易分解变质，应注意避光；应现用现配，超过 6h 应重新配制。

第六节 高血压危象的护理

一、护理评估

1、生命体征：主要评估血压。

2、伴随症状：头痛、头晕、耳鸣、呕吐等。

3、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

(一) 急救护理：

1、保持呼吸道通畅，吸氧。

2、建立静脉通道，正确选用迅速有效的降压药物常用的有酚妥拉明、硝普钠。

3、行心电图监护，观察心电图、血压、血氧饱和度及神志、瞳孔、生命体征的变化。随时调整药物剂量。

4、对症处理：高血压脑病时，用脱水剂如甘露醇注射液或快作用利尿剂静脉注射，以减轻脑水肿；躁动抽搐者给予地西洋、苯巴比妥钠等肌肉注射。

(二) 一般护理：

1、病情观察：监测血压、脉搏、呼吸、神志及心、肾功能变化；观察瞳孔大小及两侧是否对称；观察患者有无头痛、呕吐及两侧肢体活动情况。

2、用药护理 遵医嘱及时使用降压药及其他药物，观察药物的疗效和不良反应。

3、持续心电图监护，严密监测血压的变化。

4、绝对卧床休息，将床头抬高 30cm，可以起到体位性降压作用。

5、饮食护理：嘱患者进食低盐、低脂、清淡、易消化饮食，少食多餐，保持大便通畅。

6、心理护理：嘱患者安静休息，稳定情绪，避免一切诱发因素。

三、健康指导要点

1、向患者及家属讲解高血压的病因、发病机制、临床表现及对健康的危害，指导患者坚持长期的饮食、运动、药物治疗。

2、坚持低盐、低脂、低胆固醇饮食；改变不良的生活方式，戒烟酒；劳逸结合。

3、指导患者及家属有关降压药的相关知识，规律用药，不可随意增减药量，定期测量血压并记录，不适随诊。

四、注意事项

1、使用降压药物期间应注意监测血压变化，避免出现血压骤降。

2、若出现血压急剧升高，剧烈头痛、烦躁不安、视物模糊、意识障碍等症状时应立即报告医生并配合处理。

第三十六章 呼吸系统急危重症护理常规

第一节 急性肺水肿的护理

一、护理评估

1、评估患者面色、神志情况。



2、观察病人呼吸、心率、血压、尿量。

二、护理措施

1、立即协助病人取端坐位，双下肢下垂，减少回心血量。对端坐呼吸者，可使用床上小桌，让病人扶桌休息。

2、给予高流量鼻导管吸氧，必要时给予面罩给氧。

3、建立静脉通道，遵医嘱予以镇静、强心、利尿、血管扩张药。

4、必要时四肢轮流结扎止血带

5、密切观察病人的面色、意识、心率、血压、尿量等变化并做好记录。

6、呼吸困难病人心情烦躁、痛苦、焦虑，为患者创造安静、无刺激的环境，和家属一起安慰鼓励患者，帮助树立战胜疾病的信心，稳定患者情绪，以降

低交感神经兴奋性，有利于减轻呼吸困难。

三、健康指导要点

1、指导病人深呼吸，放松身心。

2、指导病人和家属不得随意调节输液速度。

3、向患者及家属宣传有关疾病的防治与急救知识。

4、鼓励患者积极治疗各种原发病，避免各种诱因。

5、知道患者少量多餐，忌烟酒。

四、注意事项

1、禁烟、禁酒。

2、保证充足睡眠和休息。

3、使用硝普钠应避光，现配现用，经输液泵泵入控制滴速。

第二节 急性呼吸窘迫综合征的护理

一、护理评估

1、评估患者面色、神志、生命体征、尿量。

2、观察患者有无呼吸窘迫、气促、发绀等症状，如伴有烦躁、出汗、焦虑，及时报告医生。

二、护理措施

1、立即协助患者采取坐位或半坐位，有利于正常呼吸。

2、高浓度(>50%)给氧，使 $PaO_2 > 60\text{mmHg}$ 或 $SaO_2 > 90\%$ ，必要时面罩给氧，如果缺氧状态仍未纠正，尽早行机械通气。

3、机械通气：

一旦诊断为ARDS，特别出现下列情况之一，应尽早进行机械通气，使呼吸窘迫改善：

① $FiO_2 > 50\%$ 时， $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ；

② 虽然 $PaO_2 > 60\text{mmHg}$ ，但在氧疗过程中 PaO_2 呈进行性下降，且对增加 FiO_2 反应不佳；

③ 虽然 $PaO_2 > 60\text{mmHg}$ ，但 $PacO_2 > 50\text{mmHg}$ 或 $pH < 7.30$ 。

4、每4小时进行一次血气分析，指导氧疗和机械通气的各种参数调节，纠正酸碱度和电解质平衡。脱机前再行血气分析一次。

5、药物治疗护理：

(1) 维持体液平衡：

① 每日液体摄入量应限制在1500-2000ml；

② 适当使用利尿剂，加速水肿液排出，改善心肺功能。

③ ARDS早期由于毛细血管通透性增加，胶体可渗至肺间质，不宜输胶体液。

(2) 肾上腺糖皮质激素：可用甲泼尼龙或地塞米松。

(3) 补充营养：给予高热量、高蛋白饮食，可通过鼻饲或全胃肠外营养补充。

(4) 加强皮肤及口腔护理，防止激发感染。

6、遵医嘱给药，注意控制输液速度，维持适当体液平衡。

7、加强基础护理，保持床单位整洁，做好皮肤护理。

8、心理护理，增强患者战胜疾病的信心，缓解紧张情绪。

三、健康指导要点：

1、指导患者深呼吸，有效咳嗽、咳痰。

2、指导患者保证充足睡眠和休息。

四、注意事项：

1、禁烟、禁酒。

2、避免诱发因素，防止上呼吸道感染。

3、使用硝普钠应避光，现配现用，经输液泵泵入控制滴速。

第三十七章 消化系统急危重症护理常规

第一节 急性肝衰竭的护理

一、护理评估

1、健康史 了解病人的一般情况，包括年龄、性别，

既往有无肝病史及其它病史。

2、症状和体征



(1) 局部：评估腹水、腹痛、腹胀的程度，有无进行性加重。

(2) 全身：评估生命体征的变化及皮肤黏膜、巩膜黄染程度。

(3) 辅助检查：了解实验室检查是否提示有水电解质及酸碱失衡，腹部X线平片检查有哪些异常。

(4) 社会心理评估：了解患者的心理反应，家属及亲友的态度及经济承受能力等。

3、评估患者意识及生命体征情况，观察有无肝性脑病的早期征象。

4、评估患者有无脑水肿、肝性脑病、消化道出血、肝肾综合征、自发性腹膜炎等并发症的发生。

二、护理措施

1、休息与体位：绝对卧床休息，加强安全防护，防止坠床等意外发生，昏迷病人应采取平卧位，头偏向一侧以防止舌后坠；脑水肿的病人可取头高足低位；腹水的病人可取半卧位；定时翻身，预防压疮的发生。

2、饮食护理：给予低盐、低脂、高热量、清淡新鲜易消化的食物，戒烟酒，忌辛辣刺激食物，可进流质或半流质饮食，少量多餐。有腹水和肾功能不全者应控制钠盐摄入量（< 2g/天），避免进食高蛋白饮食。

3、病情观察：

(1) 密切观察病人有无性格、行为、思维及认知的改变，尽早发现肝性脑病的早期症状，判断其意识障碍的程度，密切监测并记录生命体征及瞳孔变化。

(2) 观察病人皮肤、巩膜黄染程度和尿色深浅的变化，腹水者每日测量腹围、每周测体重，准确记录24小时出入液量。

(3) 病人如有皮肤瘀斑、牙龈出血、鼻出血等，提示凝血机制差，密切观察粪便及呕吐物的颜色、形状及量。

(4) 若病人出现胃部灼热感、恶心等症状，则提示有上消化道出血的可能，应尽早做好抢救准备工作。

4、药物治疗护理：

应用利尿剂者，需观察效果及不良反应，监测水电解质，防止出现水电解质紊乱，以每日体重减轻不超过0.5kg为宜；有食管胃底静脉曲张者药物应磨成粉末服用，以防止损伤曲张的静脉导致出血；避免使用催眠镇静、麻醉药物；应用乳果糖时注意病人腹痛、腹胀、恶心、呕吐等情况，精氨酸不宜与碱性溶液配伍使用，应用时使用谷氨酸，滴注速度不宜过快。

5、心理护理：指导病人保持安静、乐观情绪，消除恐惧心理，增强战胜疾病的信心，以最佳心理状态配合治疗。

三、健康教育指导要点：

1、有黄疸者皮肤瘙痒时，轻者每晚临睡前行温水浴，重者局部可搽止痒洗剂，保证身心两方面的休息。

2、避免劳累，预防感染。

3、遵医嘱用药，明确用药剂量及使用方法，避免使用对肝脏有损害的药物，定期复诊。

四、注意事项

1、有肝性脑病先兆者，忌食蛋白，防止血氨增高而致昏迷。有消化道出血者应禁食。

2、有出血倾向者观察皮肤有无淤点、瘀斑或出血的表现。

第二节 急性肠梗阻的护理

一、护理评估

1、健康史：了解病人的一般情况，包括年龄、性别，发病前有无体位不当、饮食不当、饱餐后剧烈活动等诱因；既往有无腹部手术及外伤史、各种急慢性肠道疾病史及个人卫生情况等。

2、症状和体征

(1) 局部：评估腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便等症状，疼痛的程度、有无进行性加重；呕吐物、排泄物、胃肠减压抽出液的量及性状；有无腹膜刺激征及其范围；评估梗阻的类型。

(2) 全身：评估生命体征的变化及皮肤黏膜的改变。

(3) 辅助检查：了解实验室检查是否提示有水、电解质及酸碱失衡，腹部X线平片检查有哪些异常。

(4) 社会心理评估：了解患者的心理反应，家属及亲友的态度及经济承受能力等。

二、护理措施

(一) 非手术治疗

1、禁食、水，留置胃管，行胃肠减压，排除胃肠道内积气、积液。密切观察并记录引流液的量、色及性质，若引流出血性液体，应考虑绞窄性肠梗阻可能。

2、安置体位：取低半卧位，减轻腹肌紧张，有利于病人的呼吸

3、定时测量生命体征，观察腹部症状和体征、呕吐等情况，警惕休克和绞窄性肠梗阻的发生。

4、建立静脉通道，维持水、电解质及酸碱平衡，准确记录出入液量。

5、诊断明确的病人可遵医嘱适当予以解痉治疗，如给予山莨菪碱（654-2）针剂10mg肌内注射。

6、合理应用抗生素预防感染。

7、行小量不保留低压灌肠刺激肠蠕动。



8、鼓励并协助病人活动以促进肠蠕动恢复。

(二) 手术治疗: 经积极非手术治疗后, 病人症状未见好转或腹痛加剧, 局部压痛明显, 腹肌紧张或呕吐频繁, 体温升高, 白细胞计数增高, 甚至出现中毒症状者应立即转外科手术手术治疗。

三、健康指导要点

1、饮食指导: 如肠梗阻症状消失, 停止胃肠减压, 可进食少量流食, 并逐渐增加食量。宜进高蛋白、高维生素、易消化吸收的食物。忌辛辣等刺激性食物, 避免暴饮暴食, 饭后忌剧烈活动。

2、保持排便通畅: 老年便秘者应注意通过调整饮食、腹部按摩等方法促进排便, 无效者可适当给予

缓泻剂, 避免用力排便。

3、自我监测: 有腹部手术史的患者若出现腹胀、腹痛、呕吐、停止排便、排气时, 应立即就诊。

四、注意事项

1、已经确诊、治疗方案已定者, 可用解痉止痛剂对于诊断不明确或需要进行观察的病人, 暂不用止痛剂, 以免掩盖病情。

2、注意观察和记录呕吐物颜色、性状和量。严密观察病情变化、及早发现绞窄性肠梗阻。病人呕吐时头偏向一侧, 防止发生误吸。

3、若出现绞窄性肠梗阻, 应在抗休克、抗感染治疗的同时, 积极做好术前准备。

第三节 急性上消化道大出血的护理

一、护理评估

1、健康史: 了解患者疾病史、服药史、手术史等。

2、症状和体征: 呕血和黑便; 失血性周围循环衰竭; 发热; 氮质血症等。

3、辅助检查: 血常规、出凝血时间、肝肾功能、粪便隐血等; 消化内镜检查。

4、社会心理评估: 患者的心理反应、家庭经济状况等。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。

2、紧急处理:

(1) 患者绝对卧床休息, 取平卧位, 头偏向一侧, 并将下肢略抬高, 注意保暖, 保持安静。

(2) 给予氧气吸入, 行心电图监护。床旁各吸引器。

(3) 配合医生迅速、准确地实施输血、输液、各种止血治疗等措施。

3、药物护理:

(1) 积极补充血容量, 保持两条有效的静脉通道, 输液开始宜快。对老年人和心肺功能不全者要控制输液滴速, 防止发生心衰、肺水肿。

(2) 肝病病人忌用吗啡、巴比妥类药物; 宜输新鲜血, 以免诱发肝昏迷。

(3) 口服或胃内灌注止血药。

(4) 降低门脉压力的药物: 血管加压素、生长抑素及其衍生物。遵医嘱经微量泵用药, 注意观察药物的疗效及不良反应。

4、病情观察及护理: 监测生命体征、意识及尿量, 观察呕血及便血的量、颜色、性质和出血时间, 及时留取标本送检。

5、必要时行三腔二囊管压迫止血。

6、大出血不止者行紧急内镜下止血: 术后指导患者绝对卧床休息 3-7 天。

7、饮食护理: 急性出血时应禁食; 少量出血无呕血时, 给予温凉、清淡的流食, 尤其适用于因消化性溃疡引起的上消化道出血, 因进食可减少胃蠕动并中和胃酸, 促进溃疡愈合。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导: 介绍上消化道出血的病因、诱因、预防及护理知识, 遵医嘱用药, 学会识别早期出血征象, 及时就医。

2、健康生活指导: 出血停止后可进食半流质饮食, 逐步过渡到正常饮食, 避免生冷硬、粗糙及刺激性食物。避免暴饮暴食, 生活有规律, 保持良好的心情。

四、注意事项

1、排便必须先看后冲, 注意观察有无再出血。

2、出血期间协助患者床上大小便, 注意保持床单位清洁、整齐, 防止跌倒坠床的发生。

3、溃疡病患者要规律进食, 少食多餐; 肝硬化患者应进食软食, 遵医嘱应用药物, 如保肝及降低门脉压力药物等, 严格交待药物用法及注意事项等, 药物应碾成粉末服用。按时就诊、复查等。

第四节 急性梗阻性化脓性胆管炎的护理

一、护理评估

1、健康史: 脂类代谢是否异常、是否有胆汁淤滞、细菌感染和蛔虫病; 腹痛的病因、诱因及性质; 有无消化性溃疡及类似疼痛发作史 有无服药史、过敏史。

2、诱发因素: 饱餐及进食油腻食物后, 或睡眠时体位改变致结石移动并嵌顿。

3、症状和体征:

胆石症患者常伴有恶心、呕吐、厌食、腹胀、腹



部不适等消化道症状。胆囊结石常表现为突发性右上腹阵发性剧烈绞痛,可向右肩部、肩胛部或背部放射,有时可在右上腹触及肿大的胆囊,若继发感染,右上腹部可有明显的压痛、肌紧张及反跳痛,Murphy(墨菲)征阳性。胆管结石阻塞胆道并继发感染时,可表现为典型的Charcot(夏柯)三联征:腹痛、寒战、高热和黄疸。评估腹痛的部位、性质。

4、辅助检查:常规行B超检查;根据病情行经皮肝穿刺胆管造影(PTC)、经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)等检查了解梗阻部位、程度、结石大小和数量等;必要时做CT及MRI检查。

5、实验室检查:血常规、血生化、肝功能、尿胆红素、尿胆原等的变化。

6、心理及社会支持状况:患者及其家属对本病检查和治疗的认知、家庭经济状况、心理承受度。

二、护理措施

(一)非手术治疗

1、暂禁食、禁水,行胃肠减压。

2、半卧位,休克者取休克卧位。

3、病情观察

(1)密切观察生命体征及意识的变化,出现高热时予以物理降温或药物退热,测量记录体温,观察降温效果;密切观察有无休克的先兆症状,若病人出现意识障碍、脉搏细速,应立即报告医生,积极配合抢救。

(2)检查血氧饱和度或血气的变化,氧气吸入2-4L/分。

(3)注意观察腹部体征,腹痛的部位、性质、程度、持续时间以及伴随症状。

(4)观察尿量的变化,记录24小时尿量。

4、建立静脉通道,维持水、电解质和酸碱平衡,供给适当营养,长期未进食者给予全胃肠外营养支持。

5、黄疸护理:皮肤瘙痒者可用温水清洗或炉甘石洗剂擦拭局部。

6、按医嘱应用广谱抗生素。

(二)手术治疗

在抗休克基础上应积极快速准备紧急手术,配合医生完成各项术前检查及术前准备。

三、健康指导要点

1、饮食指导:根据病情指导患者进清淡饮食,忌油腻食物;禁食或呕吐频繁者应静脉补充营养,维持水、电解质平衡。

2、缓解疼痛:指导患者卧床休息,采取舒适卧位,必要时根据医嘱应用镇痛药物,并评估镇痛效果。

3、心理护理:稳定病人情绪,生活上给予关心照顾,树立战胜疾病的信心。

四、注意事项

1、密切观察生命体征及病情变化,若患者寒战、高热、腹痛加重、腹痛范围扩大,警惕感染性休克的发生,并积极配合医生处理注意事项。

2、皮肤瘙痒者可用温水清洗或炉甘石洗剂擦拭局部,忌用肥皂水擦洗。

3、遵医嘱坚持服药,定期复诊,出现不适症状及时治疗。

第五节 急性胆囊炎的护理

一、护理评估

1、健康史:评估患者有无胆汁淤滞、细菌感染,是否处于妊娠期,有无免疫功能降低、细菌感染病史。

2、评估腹痛的部位、性质及放射性肩背部疼痛病史。

3、辅助检查:腹部B超、X线平片、胆道造影、CT或MRI检查。

4、实验室检查:血常规、肝肾功能、血培养。

5、心理及社会支持状况:患者及其家属对本病检查和治疗的认知、家庭经济状况及有无恐惧焦虑等不良心理反应。

二、护理措施

1、禁食水,伴严重呕吐者行持续胃肠减压,可使胆汁分泌减少,并有利于胆汁的引流。

2、协助病人取半卧位,以减轻疼痛。

3、病情观察:

(1)监测病人生命体征变化,注意有无体温升高、血压下降等感染性休克征象;出现感染性休克时,按

外科休克护理常规护理。

(2)密切观察病人腹痛及腹部体征变化,右上腹有明显压痛和肌紧张。墨菲(Murphy)氏征阳性可在右上腹触及肿大胆囊,胆囊穿孔后可出现腹膜炎体征。

4、对症护理:

(1)对已明确诊断的病人,可应用镇痛药和解痉药,以解除肝胰壶腹括约肌的痉挛而止痛。

(2)高热的病人,可用药物或物理方法降温。

5、遵医嘱进行补液、抗感染、纠酸、护肝等治疗,以纠正电解质紊乱和酸碱失衡,改善全身情况。

6、利胆治疗。

7、经积极治疗,病情继续发展,并出现右上腹剧痛、高热、虚脱等中毒症状时,应立即转外科行手术治疗。

三、健康指导

1、消除病人紧张和恐惧心理,做好安慰和解释工作,让病人配合治疗。



2、向病人及家属讲解疾病发生的原因，指导病人保持良好的饮食习惯，劳逸结合，不适随诊。

四、注意事项

1、对诊断不明确的急腹症病人，不可随意应用

镇痛药，以免掩盖病情，贻误诊断和治疗。

2、禁食期间应静脉补充营养，待胃管拔除后，给予流质饮食，逐步过渡到高蛋白、高热量、高维生素、低脂易消化的饮食。

第六节 胃十二指肠急性穿孔的护理

一、护理评估

1、健康史：患者有无溃疡病史。

2、相关因素：近期是否有服用NSAID药物、疲劳、饮食不规律、暴饮暴食等诱因。

3、症状和体征：有无呕血和黑便情况；有无休克情况；腹部有无压痛、反跳痛、肌紧张及疼痛的部位、程度和范围；肝浊音界是否缩小或消失；腹部有无移动性浊音；肠蠕动是否减弱或消失。

4、辅助检查：包括胃镜、血常规等检查结果。

5、社会心理评估：患者的心理反应及对疾病相关知识了解程度。

二、护理措施

(一) 非手术治疗

1、禁食、禁水，行胃肠减压，减少胃肠内容物流入腹腔。

2、取半卧位，以及利于腹腔渗出液的局限，减轻腹痛，改善呼吸。

3、严密观察病情变化，监测生命体征、腹部症状和体征。

4、迅速建立静脉通道，给予抗感染，抑酸补液

等治疗，维持水、电解质平衡，保证热量的供给。

(二) 手术治疗：经非手术治疗后，若病人腹痛减轻，腹肌紧张缓解，肠鸣音恢复，肛门排气、排便，说明治疗有效。非手术治疗6-8小时症状无缓解，呈进行性加重，应及时报告医生，转外科手术治疗。

三、健康指导要点

1、自我调节情绪，保持乐观的心理状态。

2、避免熬夜、过度劳累。

3、少吃多餐，避免辛辣、刺激性食物，戒烟、酒。进食后如有呕吐等不适，及时就诊。

4、避免服用对胃黏膜有损害的药物，如阿司匹林、吲哚美辛、皮质激素等。

四、注意事项

1、严密观察生命体征及病情变化，观察有无突发性上腹部刀割样剧痛，迅速波及全腹，并有面色苍白、出冷汗、脉搏细速、血压下降、四肢厥冷等表现应及时报告医生予以处理。

2、护士应注意观察患者情绪变化，解除思想顾虑，以取得配合。

第三十八章 肾内科急危重症护理常规

第一节 急性肾衰竭的护理

一、护理评估

1、评估患者体重和营养状况，有无贫血。

2、评估患者神志和精神状况及水肿部位及程度。

3、观察生命体征尤其是血压的变化。

二、护理措施

1、按急诊抢救病人一般护理常规护理。

2、活动与休息 协助取舒适卧位，绝对卧床休息，保持环境安静，温度适宜。

3、饮食护理 给予高热量、高维生素、优质蛋白、易消化的饮食，限制水、钠摄入。透析病人予以高蛋白饮食。

4、遵医嘱进行对症治疗。

(1) 维持水、电解质：应遵循“量出为入”的原则补充入量，一般以基础补液量500ml加前一天的出液量作为补液的标准，严格记录出入液量。

(2) 高钾的处理 应密切监测血钾的浓度，当血钾的浓度 $\geq 6.5\text{mmol/L}$ ，应遵医嘱给予处理。

(3) 恶心、呕吐患者遵医嘱给予止吐药，并注意有无消化道出血的表现。

5、观察病情变化 观察尿量、尿常规、肾功能、电解质及血PH的变化。

6、预防感染 加强基础护理，保持口腔护理、会阴及皮肤的清洁。

三、健康指导要点

1、勿使用肾毒性药物。

2、合理饮食，保证热量充足和富含多种维生素。

四、注意事项

1、恢复期应加强营养，防止受凉，增强体质。

2、一周后复诊肾功能。

3、避免使用肾毒性药物。



第三十九章 泌尿外科急危重症护理常规

第一节 急性尿潴留的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身体状况、既往史等。

3、评估患者膀胱充盈程度。

4、了解引起患者尿潴留的病因，如包皮口或尿道口狭窄、尿道结石、前列腺增生等。

二、护理措施

1、心理护理，给予安慰和鼓励，以缓解其窘迫和焦急不安，配合治疗和护理。

2、提供排尿环境：用床帘或屏风遮挡，以达到视觉上的隐蔽。适当调整治疗时间，使病人安心排尿。

3、调整体位和姿势，酌情为卧床病人摇高床头

或扶病人坐起，尽量以习惯的姿势排尿。

4、热敷、按摩下腹部，以放松肌肉，促进排尿。

5、利用条件反射诱导排尿，如让病人听流水声，或用温水冲洗会阴部，以引起反射性排尿。

6、经上述处理无效时，可根据医嘱采取导尿管，必要时留置尿管。如不能插入导尿管时，可行耻骨上膀胱穿刺造瘘，引流尿液，缓解病人痛苦。

三、健康指导要点

1、留置尿管患者，鼓励病人多饮水，每日饮水量 2500—4000ml，预防泌尿系感染。

2、前列腺增生的患者应注意保暖，避免受凉。

四、注意事项：膀胱高度膨胀且极度虚弱的病人，第一次放尿不宜超过 1000ml，以免反生虚脱和血尿。

第二节 肾上腺危象的护理

一、护理评估

1、神志、瞳孔、生命体征的变化。

2、血糖、血钠、血钾的变化。

3、胃肠道症状：恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。

4、神经精神症状：乏力、淡漠、嗜睡，也可表现为烦躁不安、谵妄、神志模糊，甚至昏迷。

二、护理措施

1、迅速建立两条静脉通道，遵医嘱补充液体：初治的第 1-2 天应迅速补充生理盐水 2000-3000ml。对于以糖皮质激素缺乏为主，脱水不甚严重者，补充葡萄糖液以免发生低血糖。

2、补充糖皮质激素。

3、保持呼吸道通畅，吸氧、心电监护。

4、病情监测：注意病人意识、体温、脉搏、呼吸、血压变化，监测血钾、血钠、血糖情况，必要时记录 24 小时尿量。

5、防治诱因，积极治疗感染。

三、健康指导要点

1、积极治疗感染。

2、避免创伤、过度劳累和突然中断治疗等。

四、注意事项

监测水电解质及酸碱平衡情况，避免进食含钾高的食物，摄取足够的钠盐（8-10 克 / 天）。

第三节 急性膀胱破裂的护理

一、护理评估

1、了解患者膀胱损伤的部位、暴力性质、临床表现、合并伤等情况。

2、观察患者生命体征的变化，腹部体征，疼痛情况，有无尿外渗现象，观察有无休克发生。

二、护理措施

（一）术前护理

1、指导患者绝对卧床休息，制动。

2、置心电监护，严密监测生命体征的变化，尤其是血压、脉搏，对严重损伤、出血合并休克者，迅速建立静脉通道，予以止血、快速补液输血等抗休克

治疗。

3、积极做好术前准备工作，如备血、备皮、禁食水等。

（二）术后护理

1、体位与休息：

去枕平卧位 6 小时，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，6 小时后取半卧位，以利引流，同时减轻腹壁张力，利于伤口愈合。在病情允许的情况下，尽量鼓励患者早期下床活动，以防止肠粘连的发生。

2、饮食护理：

膀胱造瘘术患者术后 6 小时可进食流质饮食，膀



膀胱破裂修补术患者应在肠蠕动恢复后方能进食。给予高能量饮食，由流质饮食逐步恢复至半流质和普食，适当增加纤维素的摄入，保持排便通畅。

3、病情观察：

(1) 行心电图监护，严密观察生命体征变化，持续低流量给氧。

(2) 观察切口敷料有无渗血、渗液，浸湿后及时更换。

(3) 引流管的护理：

手术后一般留置膀胱造瘘管、尿管、耻骨后引流管，保持引流管通畅，耻骨后引流管一般留置3-4天，膀胱造瘘管一般术后10天可拔除，尿管一般留置1-2周，在拔管之前应定时夹闭尿管，锻炼膀胱收缩功能。长期留置者，应定期更换，一般首次换管时间为术后

2-3周，之后可根据患者情况每4周更换一次。

(4) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，转移和分散患者的注意力，必要时根据医嘱合理使用止痛药物并评估效果。

(5) 药物治疗：遵医嘱予以止血、利尿、预防感染支持对症处理。

三、健康指导要点：

1、指导患者多喝水，防止泌尿系感染。

2、加强营养，利于伤口恢复。

四、注意事项

1、注意休息，避免剧烈运动及重体力劳动，术后3-6月复查彩超，了解膀胱修复情况及是否有肠粘连。

2、多食蔬菜水果，保持大便通畅。

第四节 急性肾破裂的护理

一、护理评估

1、评估患者病情、意识、生命体征、疼痛、身体状况、既往史和相关因素等。

2、评估暴力的作用部位、强度及受伤至就诊期间的病情变化。

3、观察患者伤侧肾腰腹部体征、局部肿块情况，观察患者血尿程度，判断血尿有无进行性加重、性状及量等。特别注意血压、心率的变化，判断有无休克早期表现。

4、了解患者对疾病和手术的认知程度，对突发事件及预后的心理承受能力。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、绝对卧床休息，不要随意搬动，指导患者制动。

2、行心电图监护，严密观察生命体征变化，出现休克者，积极纠正休克，迅速建立静脉通道，快速补液、输血等治疗。

3、向患者及家属讲解疾病的发生、发展及治疗护理进展、预后。

4、协助完成各项必要的辅助检查。

5、积极做好术前常规准备，备皮，备血。

(二) 术后护理

1、休息与体位：术毕去枕平卧6小时。肾全切术后1日起取半卧位，以利引流，指导床上适当活动，术后3-4日协助下床活动。肾修补术及肾部分切除术的病人，术后需严格卧床休息2-4周方可下床活动。

2、饮食护理：术后禁食水，肠功能恢复后由全流、半流逐渐过渡普食，进食高蛋白、高热量、富含纤维

素饮食。指导患者多喝水，保持尿路通畅，保持排便通畅。

3、病情观察

(1) 行心电图监护，严密监测生命体征变化，持续低流量给氧。

(2) 切口护理：观察切口敷料有无渗血、渗液，如有浸湿及时更换。

(3) 引流管的护理：术后留置肾窝引流管、尿管，保持各管道通畅，观察引流液颜色、性质、量。尿管按常规护理，定时夹闭尿管，锻炼膀胱收缩功能。特别是肾窝引流管或肾周引流管，若短时间内引流出大量的血性液体，则提示有出血的可能，需再次手术治疗，应立即通知医生，并配合处理。

(4) 观察并记录患者病情变化，如有异常及时报告医生进行处理。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液、支持对症治疗，输液滴速不宜过快。

三、健康指导要点

1、出院后3个月不宜从事重体力劳动或剧烈运动，注意保护伤侧腰部，避免挤压碰撞。

2、肾脏切除者指导对健侧肾脏的保护方法，避免使用对肾功能有损害的药物。

四、注意事项

1、加强基础护理和生活护理，预防肺部、尿路感染。

2、出院1月行彩超复查肾脏形态，若出现腰痛、血尿及时就诊。

第五节 睾丸扭转的护理



一、护理评估

- 1、评估患儿的全身情况：一般情况、年龄、营养状况、智力、认知能力等。
- 2、观察患儿睾丸疼痛程度、变化情况。
- 3、观察患儿阴囊局部皮肤颜色有无青紫，阴囊及阴囊周围皮肤的肿胀情况。

二、护理措施

1、术前护理

(1)心理护理 向患儿及家属介绍疾病有关知识，消除其紧张情绪同时做好细致的解释工作，取得家属的配合。

(2)诊断明确前，应禁食禁水，由静脉补充水、电解质

(3)做好急诊手术准备，完善术前相关检查。

2、术后护理

(1)体位与活动：去枕平卧6小时，头偏向一侧，防止误吸。用小软枕托起阴囊以减轻患儿疼痛。

(2)饮食护理：术后6小时可进流质饮食，第2天进高蛋白、高热量、高维生素易消化的粗纤维食

物，注意多饮水，多吃蔬菜、水果。

(3)密切观察阴囊切口情况，注意有无局部渗血、血肿。睾丸复位后应观察阴囊皮肤有无青紫，局部有无红肿疼痛。同时密切观察对侧睾丸情况，若对侧睾丸出现红肿疼痛应及时报告医生处理。

(4)保持伤口敷料清洁干燥，防止大小便污染，若有浸湿应及时更换，同时调节室温，避免患儿出汗使阴囊皮肤潮湿，影响伤口愈合。

三、健康指导要点：

1、行睾丸切除者，要注意保持患儿敷料的清洁干燥。

2、饮食宜清淡，避免辛辣刺激性食物。

四、注意事项：

1、告知患儿及家属术后1个月内避免提重物 and 骑跨运动，避免阴囊局部剧烈震动及其他剧烈运动，注意保护健侧睾丸。

2、如阴囊有突发性疼痛，应及时就诊，以防再发生睾丸扭转。

第六节 急性肾功能不全的护理

一、护理评估

1、了解患者有无感染及使用对肾损害的药物的诱因。

2、评估患者生命体征、尿量、神志及电解质等，判断急性肾衰竭程度。

3、评估患者的心理状况。

二、护理措施

1、活动与休息：绝对卧床休息，有高热、昏迷或心力衰竭者，均按相关常规护理。

2、饮食护理：遵医嘱给予高热量、高维生素、易消化、优质蛋白饮食，酌情限制水及钾、钠盐的摄入量。

3、密切观察病情：监测体温、血压、脉搏、呼吸。如有血压突然升高、剧烈头痛、极度乏力及恶心、呕吐、神志障碍等提示发生高血容量、高钾血症、高氮质血症等并发症，应及时告知医生，高钾者应及时遵医嘱做好处理，严密监测血钾变化，避免输注库存血。

4、控制体液平衡：根据医嘱准确记录24h出入液量，少尿或无尿时严格控制液体摄入量，预防肺水肿输液速度宜缓慢，小于40滴/分。多尿期应注意发生低钠、低钾血症，根据医嘱调整液体量，监测电解质。

5、透析护理：做好各种透析疗法的术前准备及术后观察护理并记录。

6、预防感染：保持口腔、皮肤及会阴部的清洁，预防感染。

7、心理护理：改善病人焦虑、烦躁及抑郁情绪。

三、健康指导要点

指导病人积极治疗原发病，减少感染的发生，避免使用肾毒性药物。

四、注意事项

1、指导患者注意观察尿量。

2、一周后门诊复查肾功能。

第七节 慢性肾功能不全的护理

一、护理评估

1、评估既往病史。

2、身体评估：生命体征、颈静脉怒张、皮肤瘙痒等。

3、了解患者的实验室检查。

二、护理措施

1、活动与休息：终末期病人绝对卧床休息，病

人有躁动不安时上床栏杆，以防坠床或其他的意外的发生，并设专人守护。

2、饮食护理：遵医嘱给予易消化、高热量、高维生素、低磷、低盐、优质低蛋白饮食。

3、密切观察病情：及时发现少尿、无尿和神志的改变，及时发现急性左心衰竭、肺水肿等并发症，



遵医嘱做好对症处理。

4、控制体液平衡：根据医嘱准确记录24h出入液量、测体重。

5、透析护理：如行腹膜透析者，应做好透析前后的护理，严格无菌操作。血液透析的病人按血液透析术前准备及术后护理。

6、口腔及皮肤护理：预防口腔感染，防止皮肤破溃。

7、贫血与出血：病人按医嘱输注新鲜血，滴速

宜慢，并注意观察输血反应及时处理。

三、健康指导要点

1、用药常识。

2、一周后复诊和就诊的指征。

四、注意事项

1、合理饮食。

2、精神和休息的重要性。

3、预防感染的发生。

第四十章 新生儿科急危重症护理常规

第一节 新生儿休克的护理

一、护理评估

1、评估患儿休克分期。

2、评估实验室检查结果。

3、评估生命体征、皮肤颜色、体温、瞳孔及尿量

二、护理措施

1、置患儿于监护室，平卧位，头及足抬高30°。

2、保持环境安静，温度适宜，集中护理操作，避免搬动。

3、安排有经验的护士配合医师抢救，建立两个静脉通道，保证液体及药物及时输入，并做好抢救记录。

4、体温不升者给予保暖，体温高者给予降温。

5、保持呼吸道通畅，及时吸痰，给予氧气吸入。必要时给予气管插管。

6、根据医嘱补充有效血容量，纠正酸中毒，保证微循环的正常灌注，其补充过程应按快速、继续、维持三个阶段进行，严格计算并控制液体输入速度。

7、密切观察病情变化：

①观察皮肤颜色、体温、瞳孔及尿量、入量、出量并详细记录。

②观察心率和血压，应用心电监测，以便及时发现病情变化。

③观察呼吸节律和频率，若发现呼吸窘迫，及时通知医师。

④观察有无脑水肿、肾功能衰竭及弥散性血管内凝血的表現。

8、加强皮肤护理：保持皮肤清洁，干燥，每2小时翻身一次，预防压疮。

三、健康指导要点

1、向家长讲解相关知识，取得家长配合。

2、指导家长掌握出院后的护理。

3、告知家长患儿可能出现的预后。

四、注意事项：

1、病人抢救忙而不乱，快而有序。

2、注意发现早期血管内凝血症状，观察皮肤有无瘀斑或者消化道出血。

第二节 新生儿窒息的护理

一、护理评估

1、了解产妇妊娠史、羊水性状。

2、评估新生儿Apgar评分。

3、评估分娩因素、胎儿因素、孕母因素。

二、护理措施

(一) 复苏步骤

积极配合医生按A、B、C、D、E程序进行复苏

1、气道通畅(A)：

①新生儿娩出后立即置于红外辐射保暖台上。

②用干毛巾擦干头部及全身，减少散热。

③摆好体位，肩部以布卷垫高2-2.5cm，使颈部伸仰。

④立即吸净口、鼻分泌物，吸引时间不能超过10秒，先吸口腔，再吸鼻腔粘液。

2、建立呼吸(B)：

(1)触觉刺激，拍打足底和摩擦婴儿背部使呼吸出现。婴儿经触觉刺激后，如出现正常呼吸，心率>100次/分，肤色红润或仅足底青紫者可予观察。

(2)正压通气：触觉刺激如无自主呼吸或心率<100次/分，应立即用复苏气囊加压给氧，面罩应密切遮盖下巴尖端、口鼻，但不能盖住眼睛，通气频率为40-60次/分，吸呼比1:2，压力以可见胸动和听诊呼吸音正常为宜。30秒后再评估，如心率>100次/分，出现自主呼吸可予以观察；如无规律性



呼吸,或心率 <100 次/分,须进行气管插管正压通气。

3、恢复循环(C):

气管插管正压通气30秒后,心率 <60 次/分或心率在60-80次/分不再增加,应同时进行胸外心脏按压,可采用双拇指法,操作者双拇指并排或重叠于患儿胸骨体下1/3处,其他手指围绕胸廓托住后背,按压频率为90次/分(每按压3次,正压通气1次,每个动作周期包括3次按压和一次人工呼吸,双人配合,耗时约2秒),按压深度为1.5-2cm,按压放松过程中,手指不离开胸壁,按压有效时可摸到颈动脉和股动脉搏动。胸外心脏按压30秒后再评估心率恢复情况。

4、药物治疗(D):

(1) 建立有效的静脉通路。

(2) 保证药物的应用,胸外心脏按压30秒不能恢复正常循环时,遵医嘱给予1:10000肾上腺素0.1-0.3ml/kg,静脉或气管内注入;如心率仍 <100 次/分,可根据病情酌情用纠酸、扩容剂,有休克症状者可给多巴胺或多巴酚丁胺。

(二) 复苏后监护:监护主要内容为体温、呼吸、心率、尿量、肤色、血氧饱和度、肌张力和窒息所导致的神经系统症状。注意酸碱失衡、电解质紊乱、大小便异常、感染和喂养等问题,认真观察并做好相关记录。

(三) 保温:整个治疗护理过程中注意患儿的保温,可将患儿置于远红外线辐射保暖床上,病情稳定后置暖箱中保暖,维持体温36.5-37℃。

三、健康指导要点

1、向家长讲解病情,告知目前的情况和可能的预后。

2、告知家属发现后遗症早期症状,及早进行康复治疗。

四、注意事项

1、注意监测生命体征,及时进行CT检查,以明确病因。

2、注意及时清理呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅。

3、复苏成功后,应及时根据医嘱选择合适的给氧方式

第三节 新生儿肾衰竭的护理

一、护理评估

1、评估患儿有无心力衰竭、休克及严重脱水等病史。

2、评估肾衰竭的类型及属于哪一期病程。

3、评估发生的原因、伴随症状及辅助检查结果。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 保持病房环境安静,保持患儿安静,以减轻肾脏负担。

(2) 预防感染,加强手卫生,严格遵循无菌操作规程。保持患儿皮肤清洁,加强口腔护理,昏迷患者定时翻身,预防肺部感染。

(3) 水肿的舒适护理:

定时测体重,重度水肿有腹水的患儿应测腹围。保持皮肤清洁,减少摩擦,防止损伤感染;重度水肿患儿应防止压疮的发生,定时更换体位。骨隆突处必须做好防护措施。每次翻身同时要观察皮肤受压处有无红肿、破损,及时处理。下肢水肿患儿可抬高下肢。

(4) 病情观察:

及时准确记录出入量,如有异常随时汇报医师以及时处理,尿量的观察和记录尤为重要。密切观察患儿生命体征,有无恶心、呕吐、四肢麻木、烦躁、胸闷、心率减慢及心律不齐等高钾血症的表现。此外,高钾血症患者禁用库存血,限制摄入含钾高的食物停药含钾药物,并及时纠正酸中毒。

2、用药护理

(1) 呋塞米:

利尿剂对肾性肾衰无尿者疗效甚微,在某些少尿患儿可能通过改变肾小管功能而起到使尿量增加的作用,有助于缓解肾衰少尿期体内液体负荷过多的问题。大剂量或长期用药可直接致肾毒性和并发症。

(2) 多巴胺:

增加肾小球滤过率和有效血浆流量,增加钠和肌酐排泄,可用于干预和治疗ARF。外周轮注密切关注局部皮肤情况,外渗可造成组织坏死;注意监测血压;遵医嘱准确使用剂量,剂量改变后要重新更换管道;不与其他任何药物同一管道使用,应另管输注,避免剂量的变化。

(3) 碳酸氢钠:

纠正严重低钾血症时用于碱化细胞外液,使钾由细胞外转移至细胞内以降低血钾,纠正中至重度代酸。在纠正代酸后可能会降低钙离子水平而引发新生儿手足抽搐症。但如患儿已并发高钠血症和心力衰竭时应禁用碳酸氢钠。

3、腹膜透析的护理

(1) 透析过程容易并发腹膜炎,伤口感染及隧道炎,护理上要严格执行无菌操作,对患儿实行保护性隔离,减少病房人员流动,加强环境的清洁卫生,保持伤口及敷料干燥清洁可有效降低感染机会。

(2) 新生儿体温调节功能较差,严格控制腹透液的温度显得十分重要。透析过程严密监测患儿体温,注意保暖。



(3) 渗液与堵管的处理:

减少每次透析入液量, 缓慢匀速入液或将腹膜和腹肌进行部分连续缝合, 可有效减少渗漏。为防止堵管, 透析液放出时不宜太快, 以免大网膜浮动而堵塞透析孔。

(4) 做好血性透出液的护理:

凝血机制差, 有出血倾向患儿透析液温度略低点, 以 36.0-36.5℃ 为宜。灌注透析液速度宜慢, 每次 10-15 分钟, 灌注透析液的压力不要太大, 腹透液袋高度不超过 0.5m。腹透液中尽量不加高渗或刺激性药物, 以免造成透析液渗透压梯度过大或 PH 改变、化学刺激等。

(5) 准确记录 24 小时出入量, 尤其是尿量。严密监测透出液的量、性状及颜色变化。定期复查血气、电解质、血清尿素氮、肌酐等, 及时发现病情变化,

及时处理。

三、健康指导要点:

1、向患儿家属讲解肾衰竭的基本知识, 减轻家属的紧张情绪。

2、指导家属为患儿监测生命体征及测量记录尿量。

3、指导家属保持患儿皮肤清洁, 减少摩擦, 防止损伤感染。

四、注意事项:

1、严格执行无菌操作, 预防感染, 加强手卫生。

2、密切观察病情, 及时准确记录 24 小时出入量, 尤其是尿量的观察。

3、遵医嘱谨慎用药。

4、腹膜透析过程中严密监测患儿体温, 注意保暖。

第四节 新生儿心跳呼吸骤停的护理

一、护理评估

1、评估引起心跳呼吸骤停的诱因。

2、评估患儿意识, 呼吸, 面色, 瞳孔反射和对光。

3、评估大动脉搏动, 心音是否消失。

4、结合心电图检查: 是否有电位线、电机械分离或心室颤动。

二、护理措施

1、循环系统的监护: 复苏后心率是不稳定的, 应给予心电监护密切观察心电图变化。每 15 分钟测脉搏、血压、心率一直到这些指标平稳。密切观察皮肤, 口唇的颜色, 四肢的温度, 指(趾)甲苍白发绀, 提示循环血量不足, 如肢体温暖, 指(趾)甲色泽红润, 肢体静脉充盈良好, 提示循环功能良好。

2、呼吸系统监护: 加强呼吸道管理, 保持呼吸道通畅。定时翻身、拍背、湿化气道、排痰, 按医嘱应用抗生素, 防止肺部感染的发生。应用呼吸机者应注意: 根据病情调整呼吸参数; 加强气道湿化; 观察有无导管堵塞, 衔接松脱、皮下气肿、气管黏膜溃疡、通气过度或者不足的现象; 控制吸氧浓度及流量。

3、脑缺氧的监护: 复苏后应观察患儿神志、瞳孔变化及肢体活动情况, 遵医嘱及早应用低温疗法及

脱水剂, 严密观察血容量及电解质变化。

4、肾功能的监护: 使用或血管性药时每小时测量尿一次。观察尿颜色及比重, 如有少尿和血尿同时存在, 比重 > 1.010 或肌酐和尿素氮升高, 应警惕肾功能衰竭。

5、密切观察患儿的症状体征 患儿出现呼吸困难、鼻翼扇动、呼吸频率、节律明显不正常时, 应注意防止呼吸衰竭, 出汗或者大汗淋漓、烦躁不安、四肢厥冷是休克的表现; 表情淡漠、嗜睡、发绀, 说明脑缺血、缺氧; 如瞳孔缩小, 对光反射恢复, 角膜反射, 吞咽反射、咳嗽反射等逐渐恢复, 说明复苏有好转。

6、防止继发感染: 保持室内空气新鲜, 注意患儿及室内清洁卫生; 注意无菌操作, 器械物品必须经过严格消毒灭菌; 如病情许可, 应勤翻身拍背, 防止压疮及继发感染的发生, 但患儿如处于心低输出量状态时, 则不宜翻身, 防止引起再次心脏骤停, 注意口腔及眼护理, 防止角膜干燥或者溃疡及角膜炎的发生。

三、健康指导要点: 向家长讲解相关知识, 取得家长配合。缓解家长紧张的心理情绪。

四、注意事项: 心跳呼吸骤停, 抢救应争分夺秒地进行。

第五节 新生儿心力衰竭的护理

一、护理评估

1、评估心力衰竭发生的时间, 原因及伴随症状。

2、评估心力衰竭的类型。

3、评估辅助检查结果。

二、护理措施

1、一般护理:

严密监护心率、心律、血压、经皮氧饱和度及末梢循环。保持合适的环境温度, 维持患儿正常体温。保持适当的体位, 可将患儿床头抬高 15°-30°。使用静脉输液泵控制液体输注的速度。必要时对烦躁、激惹难以安慰的患儿给予镇静剂, 避免加重心脏负担, 保证充足的休息以储存能量便于喂养。各种操作集中,



减少对患儿的打扰。

2、药物使用的护理:

(1) 洋地黄药物使用的护理: 护理人员有责任正确的使用地高辛, 包括准确的计算剂量并使用, 观察地高辛的毒性反应。

(2) 血管扩张剂使用的护理: 严密监测其血压及末梢循环, 观察有无低血压的症状。硝普钠需要现配现用, 避光使用。

(3) 利尿剂使用的护理: 利尿剂使用的护理: 必须监测血清电解质水平; 服用多种利尿剂和血管紧张素酶抑制剂患儿必须密切观察; 注意水肿体征的变化; 每天测量体重, 记录出入液量; 应注意心率、心律及电解质变化, 尤其是低钾表现。

3、营养与护理: 应提供足够的热量和液体使新生儿体重获得适当增长, 如果患儿无法耐受经口喂养, 应尽早建立有效的肠内营养途径, 如鼻胃管, 鼻肠管。对经口间歇喂养不耐受的新生儿, 可采用 24 小时持续微量喂养的策略。

3、皮肤护理: 应经常变换水肿患儿的体位, 避

免患儿皮肤破损。骶尾部的皮肤要特别注意有无因受压导致的发红。透明薄膜、水胶体敷料或液体敷料(赛肤润)可用于预防皮肤压疮的发生。

5、防止感染: 呼吸道感染可加重心衰, 应谢绝有呼吸道感染的人员接触并将患儿置于非感染房间。各种操作前后洗手, 严格执行无菌操作, 防止院内交叉感染。

三、健康指导要点

1、指导家属积极治疗患儿原发病, 积极预防上呼吸道感染。

2、指导家属密切观察患儿的生命体征。

3、保证患儿足够的睡眠和营养需要及对患儿皮肤护理。

四、注意事项

1、洋地黄药物使用时要严格监测患儿的心率, 并准确计算使用剂量。

2、血管扩张剂使用时要严密监测患儿血压及末梢循环。

3、利尿剂使用时要监测患儿血清电解质水平。

第六节 新生儿弥漫性血管内凝血的护理

一、护理评估

1、评估 DIC 发生的原因及伴随症状。

2、评估 DIC 的分期及实验室检查结果。

二、护理措施

1、对症护理

(1) 执行新生儿一般护理常规。

(2) 维持体温稳定:

新生儿体温低时极易诱发酸中毒、呼吸暂停等。因此, 维持适宜的体温是首要措施, 临床上遵循“循序渐进, 逐步复温”的原则给予保暖措施。

(3) 发展性照顾:

保持病室环境安静清洁、减少噪音; 铺垫“鸟巢”模拟子宫环境, 在暖箱上覆盖遮光布, 减少灯光刺激; 安置舒适体位, 操作集中进行, 减少疼痛刺激, 促进患儿生长发育。

(4) 病情观察:

①出血症状: 观察患儿是否有广泛自发性出血症状, 观察出血部位及出血量。

②微循环障碍症状: 护理需重点观察内容包括皮肤黏膜发绀、呼吸窘迫、血压下降、少尿无尿、呼吸循环衰竭等症状。

③高凝和栓塞症状: 如果静脉抽血, 血液迅速凝固时应警惕高凝状态。

(5) DIC 的护理

DIC 晚期有广泛性出血, 注意任何出血倾向, 发现出血先兆立即通知主管医师, 并配合做好急救治疗

工作。穿刺或注射部位易出血不止, 操作后应适当延长压迫时间至出血停止为止; 如有呕血、黑便等消化道出血时, 可暂禁饮食; 血尿时留尿送检并记录尿量, 早期发现肾功能衰竭的线索。

2、支持性护理

(1) 保持营养的供给 根据患儿的病情采取合适的营养支持方式。疾病期以维持患儿的营养状态为主, 恢复期以改善患儿的营养状态为主。

(2) 加强基础护理, 预防感染。

①医护人员勤洗手, 严格执行无菌操作, 预防感染, 合理应用抗生素。

②除观察皮肤出血情况外, 还应注意保持皮肤清洁干燥; 护理操作动作轻柔、敏捷, 避免拖拉动作增加皮肤与床的摩擦; 定时更换体位, 对皮肤受压部位给予适当保护, 避免破损。

③ 做好各类导管的护理, 包括静脉留置针的护理:

A、做好标识, 明确各导管的名称、留置时间、置入深度;

B、妥善固定, 保持通畅, 根据需要更换敷贴;

C、无菌操作, 加强巡视。

(3) 正确采集血标本, 配合医师完成各项实验室检查, 以判断病情变化和治疗效果。

(4) 遵医嘱使用抗凝剂、补充凝血因子、成分输血或抗纤溶药物应用。正确、按时给药, 严格掌握药物剂量, 并严格观察治疗效果。



三、健康指导要点：向家属讲解 DIC 相关疾病知识，减轻家属的紧张情绪。

四、注意事项：

许多疾病或病理状态均可引起 DIC，在对其诊疗和治疗中，除原发病症外还注意其他临床症状，提高临床诊断准确率和治愈率。

第七节 新生儿呼吸衰竭的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿呼吸、血压、瞳孔、肤色、尿量的变化。
- 2、评估患儿的缺氧程度及精神状态。
- 3、评估气道是否通畅。

二、护理措施

- 1、置患儿于重症监护室，备齐各种抢救器械及药品。
- 2、加强护理，维持营养，注意保暖。
- 3、改善通气，保持呼吸道通畅，及时清除口、鼻、咽、气道分泌物。
- 4、合理用氧，氧浓度在 40% 左右较为适宜。

5、严密观察病情，观察有无循环衰竭、心力衰竭、肺水肿、脑水肿等现象发生。

三、健康指导要点：1、积极治疗原发病。2、预防与控制呼吸道感染对症治疗。

四、注意事项

- 1、口罩给氧时，应注意口罩位置，对准患儿口鼻，头罩给氧要随时调节头罩密封程度和氧流量。
- 2、分泌物粘稠不易吸出时可先行超声雾化吸入，湿化呼吸道，然后拍背吸痰。
- 3、应严密监测呼吸、心率、血压，定期做血气分析。

第四十一章 内分泌及代谢系统急危重症护理常规

第一节 糖尿病酮症酸中毒的护理

一、护理评估

- 1、神志、瞳孔、体温、血压、心率以及呼吸节律、频率、气味。
- 2、血糖、血钾、动脉血气的变化。
- 3、胃肠道症状：“三多一少”症状加重、食欲减退、恶心、呕吐等。
- 4、脱水症状：烦渴、唇舌干裂、皮肤弹性差、眼球下陷、尿少、尿闭、血压下降等。
- 5、诱发因素。
- 6、24 小时出入量。

二、护理措施

- 1、补液：首选生理盐水，补液量和速度视失水程度而定，最初 2 小时补液量 1000-2000ml，24 小时补液量 4000-6000ml。
- 2、小剂量胰岛素治疗：严密监测血糖的变化，根据血糖的检查结果调整胰岛素的用量。

3、纠正电解质及酸碱平衡失调：根据治疗前血钾水平及尿量决定补钾时机、补钾量及速度。

4、防治诱因及处理并发症：包括休克、严重感染、心力衰竭、心律失常等。

5、加强基础护理：做好口腔、皮肤护理。

三、健康指导要点

- 1、每周两天监测空腹及三餐后 2 小时血糖，应激状况每天监测。
- 2、合理用药，不要随便减量或停用药物。
- 3、保证充分的水分摄入，特别是发生腹泻、呕吐、严重感染时。

四、注意事项

- 1、注意补液速度，确保液体和胰岛素的输入。
- 2、监测血糖、密切观察患者病情变化防止低血糖发生。

第二节 糖尿病高渗性昏迷的护理

一、护理评估

- 1、病人神志、瞳孔、生命体征的变化。
- 2、血糖、血钾、血钠、血渗透压的变化。
- 3、高渗脱水症状：烦渴、唇舌干裂、皮肤弹性差、眼球下陷、尿少、尿闭、血压下降等。
- 4、神经精神症状：嗜睡、幻觉、定向力障碍、偏盲、偏瘫、昏迷等。

5、诱发因素。

6、24 小时出入量。

二、护理措施

- 1、补液：补液量和速度视失水程度而定，最初 2 小时补液量 1000-2000ml，24 小时补液量大于 5000ml。
- 2、小剂量胰岛素治疗：严密监测血糖的变化，



根据血糖的检查结果调整胰岛素的用量。

3、纠正电解质紊乱：补钾过程中监测血钾的变化，防止出现高血钾。

4、保持呼吸道通畅，给予氧气吸入。行心电图监护，监测患者生命体征的变化。

5、防治诱因及处理并发症：包括休克、严重感染、心力衰竭、心律失常等。

6、昏迷病人留置胃管、尿管。

7、加强基础护理：做好口腔、皮肤、会阴护理。

三、健康指导要点

1、定期监测血糖，应激状况每天监测。

2、合理用药，不要随便减量或停用药物。

3、保证充分的水份摄入，特别是发生腹泻、呕吐、严重感染时。

四、注意事项

1、注意补液速度，确保液体和胰岛素的输入。

2、监测血糖、密切观察患者病情变化防止低血糖发生。

第三节 甲状腺危象的护理

一、护理评估

1、神志、瞳孔、生命体征的变化。

2、腹泻、呕吐、脱水状况的变化。

3、诱发因素。

4、24小时出入量。

二、护理措施

1、绝对卧床休息，立即吸氧、心电图监护。

2、及时准确给药：按医嘱使用PTU、复方碘溶液、普萘洛尔、氢化可的松等药物。准备好抢救药物，如镇静剂、血管活性药物、强心剂等。

3、对症护理：体温过高者给予冰敷或酒精擦浴降温；躁动不安者适当给予镇静剂，防止外伤。

4、加强基础护理：做好皮肤、口腔护理。

三、健康指导要点

1、指导病人进行自我心理调整，避免感染、严重精神刺激、创伤等诱发因素。

2、若出现原有的甲亢症状加重，应及时就医。

四、注意事项：尽量保持环境安静，减少环境中不良刺激，减少交谈，与患者沟通时语调轻柔。

第四节 低血糖危象的护理

一、护理评估

1、交感神经兴奋的症状：出汗、颤抖、心悸（心跳加快）、饥饿、焦虑、紧张、软弱无力、面色苍白、流涎、肢凉震颤、血压轻度升高，这些症状血糖快速下降时尤其突出。

2、神经性低血糖的症状：即脑功能障碍症状，表现为精神不集中、头晕、迟钝、视物不清、步态不稳、也可有幻觉、躁动、行为怪异等精神失常表现；波及表层下中枢、中脑、延髓时表现为神志不清、幼稚动作、甚至昏迷、血压下降。

3、详细询问病史、既往史、立即检查血糖。

二、护理要点

1、密切观察生命体征及神志变化。观察尿、便的情况记录出入量。观察治疗前后病情变化，评估治疗效果。清醒后还容易再度出现低血糖，故应需要观察12~48小时。

2、发生低血糖时立即遵医嘱注射高糖，多数病人立即清醒，未恢复可反复注射直至清醒。继而进食，

并随时检测血糖。

3、加强护理。昏迷病人按昏迷病人常规注意保持呼吸道通畅，做好皮肤护理。意识恢复后要注意观察是否有出汗、嗜睡、意识模糊等再度低血糖状态，

4、饮食应少食多餐，低糖、高蛋白、高纤维素饮食和高脂肪饮食可减少胰岛素分泌的刺激。

三、健康指导要点

1、指导使用促胰岛素分泌剂或胰岛素治疗的糖尿病患者发生低血糖的可能性。

2、指导患者低血糖的症状以及自我处理低血糖的方法。

3、外出时随身佩带病情卡，万一发生低血糖昏迷时能及时得到他人帮助。

四、注意事项

1、按时进食，生活规律。

2、不可随意调节胰岛素量。

3、适当运动。

4、用胰岛素前认真核对再执行。

第四十二章 产科急危重症护理常规

第一节 产后出血的护理



一、护理评估

1、产前详细了解病史，评估有可能出现产后出血的风险：滞产或产程延长者，多次人流刮宫或多产妇，产妇患有血液病或有出血倾向病史等。

2、胎盘娩出后应仔细检查是否完整。

3、产后如产妇诉肛门坠胀，应警惕阴道血肿的可能。

二、护理措施

1、一般处理：产妇取中凹位，保暖、给氧。

2、补充循环血量，输液、必要时建立二组及以上静脉通道，根据医嘱备血、输血，防止休克。

3、检查出血原因，针对病因进行相应的处理。

(1) 软产道损伤：立即进行缝合。

(2) 胎盘滞留或残留：如胎儿娩出后胎盘迟迟未剥离，且阴道流血超过 500ml，应立即行人工剥离胎盘术，胎盘娩出后仔细检查是否完整。

(3) 子宫收缩乏力：立即按摩子宫，压出宫腔内积血和凝血块，遵医嘱使用相关药物治疗。

(4) 凝血功能障碍：及时输入止血药物，输新鲜血或纤维蛋白原等

4、密切观察血压、脉搏等生命体征的变化，重视产妇的自觉症状并及时给予正确的处理。

5、准确估计并记录失血量，作好护理记录。

三、健康指导要点

1、转送产妇回病房前，常规按摩子宫，排出宫腔内的积血，产后避免尿潴留，鼓励产妇在产后 2 小时内自解小便。

2、产后指导产妇进食高蛋白饮食，遵医嘱用药纠正贫血及预防感染。

四、注意事项

1、第二产程中胎儿娩出不宜过快，防止软产道损伤。

2、子宫过度膨胀，如双胎、羊水过多、巨大胎儿等，在胎儿娩出后立即注射催产素预防产后出血，双胎必须在第二个胎儿娩出后用药。

3、妊娠期高血压疾病患者要避免使用大剂量的镇静药。

4、产钳、内倒转、毁胎术后应常规检查软产道，包括宫颈。

第二节 子痫的护理

一、护理评估

1、保持环境的安静，温湿度适宜，避免声光刺激。护理尽可能集中进行，动作轻柔。

2、准备好急救药物及用品，如开口器、压舌板、吸引器等。

3、专人看护，床边加床栏防止坠床发生。必要时使用开口器或压舌板，避免孕妇抽搐时误伤自己。

4、严密观察病情，注意抽搐持续时间和次数、昏迷持续时间，防止各种并发症和药物不良反应。行心电图监护定时监测生命体征的变化，每 15min 测量 1 次血压、脉搏等。

5、密切观察胎心变化及产程进展，作好详细的记录。

二、护理措施

1、孕妇出现抽搐应立即给氧，将裹好纱布的开口器或压舌板置于上下白齿之间，以防止舌咬伤。固定好输液的肢体，保持静脉通路的通畅使药物顺利进

入体内。

2、孕妇取侧卧位，注意呼吸道通畅，必要时用吸引器吸痰。

3、遵医嘱执行药物治疗。

三、健康指导要点：

1、作好口腔护理。

2、昏迷病人头偏向一侧，取出活动假牙，禁食水。

四、注意事项

1、保持呼吸道通畅，昏迷病人头偏向一侧，取出活动假牙、给氧、及时吸出呼吸道内的分泌物。

2、留置导尿管，观察尿量和颜色，记 24 小时出入量。

3、昏迷病人禁食水及口服药，以防止窒息和吸入性肺炎。

4、其他护理：每 2 小时协助昏迷病人翻身一次，保持床铺清洁干燥，预防压疮。

第三节 羊水栓塞的护理

一、护理评估

1、评估有无不良孕产史。

2、观察产程进展、宫缩强度与胎儿情况。

3、观察产妇的生命体征，记录出入量。

4、观察出血量，凝血功能等情况。

二、护理措施

1、一旦出现羊水栓塞，立即启动羊水栓塞应急预案，遵医嘱紧急处理。

2、吸氧，取半卧位，必要时行气管插管。

3、抗过敏，缓解痉挛，纠正心力衰竭，消除肺水肿，



纠正酸中毒，用利尿剂。

4、DIC 阶段早期抗凝血，补充凝血因子，防止大出血。

三、健康指导要点：

- 1、加强产前检查。
- 2、介绍病情，取得配合。

3、针对其具体情况提供出院指导。

四、注意事项

- 1、发现前置胎盘、胎盘早剥等并发症应及时处理。
- 2、正确掌握缩宫素的使用方法，掌握破膜时间。
- 3、中期引产者羊膜穿刺次数不应超过 3 次。

第四节 妊娠期高血压疾病的护理

一、护理评估

1、评估有无高血压、慢性肾炎、糖尿病，有无家族史。

2、评估血压、尿蛋白、水肿、自觉症状以及有无抽搐、昏迷等情况。

3、抽搐与昏迷是最严重的表现，注意发作状态、频率、持续时间、间隔时间，神志情况等。

二、护理措施

- 1、保证休息、调整饮食、密切监护母儿状态。
- 2、间断吸氧。
- 3、明确硫酸镁用药方法、毒性反应以及注意事项。
- 4、子痫病人应尽快控制抽搐，专人护理防止受伤，减少刺激，以免诱发抽搐。

5、严密监护，为终止妊娠做好准备。

三、健康指导要点

- 1、饮食以高蛋白、维生素、铁、钙为宜，全身水肿者低盐饮食。
- 2、左侧卧位为宜，自测胎动。
- 3、加强产检，定期接受产前保护措施。
- 4、患者掌握识别不适症状及用药后的不良反应。
- 5、行母乳喂养相关知识宣教。

四、注意事项

- 1、用药前后监测血压，同时监测尿量、膝腱反射、呼吸。
- 2、产后 48 小时内防止发生抽搐，使用大量硫酸镁后应严防产后出血。

第五节 前置胎盘的护理

一、护理评估

- 1、了解妊娠经过，既往病史、孕产史。
- 2、评估生命体征及意识状态，有无休克症状。
- 3、观察阴道流血情况、宫缩情况、母胎情况。
- 4、评估有无焦虑、抑郁等心理问题，了解患者对疾病的认知程度及家庭支持系统。

二、护理措施

- 1、做好入室评估、健康宣教，认真做好护理记录。
- 2、严密监测生命体征、子宫收缩及阴道出血的情况，发现异常及时报告医生。
- 3、妊娠不超过 34 周、胎儿体重不超过 2000g、胎儿存活、阴道流血不多、一般情况良好的孕妇，采取期待疗法。

(1) 取侧卧位，绝对卧床休息，止血后方可轻微活动。

(2) 禁止性生活、阴道检查及肛查，以减少出血机会。

(3) 密切观察阴道流血量。

(4) 一般不采用阴道 B 型超声检查。

(5) 胎儿电子监护仪监护胎儿宫内情况，包括胎心率、胎动计数等。

(6) 为提高胎儿血氧供应，间断吸氧 每日 3 次，每次 30 分钟。

(7) 纠正孕妇贫血，补充铁剂，维持正常血容量，血红蛋白低于 80g/L 以下，或白细胞比容低于 30%，或心率超过 110 次 / 分，或收缩压下降 15-20mmHg 时，应输血。

4、加强巡视，遵医嘱使用药物治疗。

(1) 必要时给予地西泮等镇静剂。

(2) 在保证孕妇安全的前提下尽可能延长孕周，抑制宫缩，以提高围产儿存活率。

(3) 出血时间久，应用广谱抗生素预防感染。

(4) 估计孕妇近日需终止妊娠，若胎龄不足 34 周，促胎肺成熟。

5、妊娠 35 周后，可适时终止妊娠，做好随时剖宫产及抢救产妇和新生儿的准备。

6、保持会阴清洁、干燥，防止逆行感染及压疮发生。

7、提供心理支持，鼓励亲属陪伴。

8、紧急转运，如患者阴道流血多，怀疑凶险型前置胎盘，当地无医疗处理条件，应建立静脉通道，输血输液，止血，抑制宫缩，由有经验的医师护送，迅速转诊到上级医疗机构。

三、健康指导要点

1、讲解前置胎盘疾病相关知识及注意事项。

2、主妇孕妇绝对卧床休息，以左侧卧位为宜，



阴道出血停止后可轻微活动。

3、加强营养，增加蔬菜水果的摄入，养成定时排便的习惯，避免便秘等活动增加负压，以防诱发宫缩。

4、保持外阴清洁，勤换内裤及会阴垫，预防感染。

5、指导产妇自数胎动的方法，定期间断低流量吸氧。

6、指导产妇观察阴道出血情况，大于月经量须立即报告医护人员。

四、注意事项

1、注意观察阴道出血情况，保留会阴垫，准确估计出血量。

2、胎盘低置自然分娩者，分娩时应开放静脉通道，临产过程中阴道出血增多者立即报告医生做好剖宫产的准备。

3、禁止阴道检查及灌肠，必须行阴道检查时应做好输血等充分抢救准备后进行，操作要轻而快。

4、做好产妇及新生儿抢救准备。

第六节 胎盘早剥的护理

一、护理评估

1、了解孕产史及与胎盘早剥有关的诱发因素等，记录阴道出血、腹痛等情况。

2、评估阴道流血量、色，还应重点评估腹痛的程度、性质，孕妇的生命体征和一般情况，及时、正确地了解孕妇的身体状况。

3、观察产程进展及胎心情况，发现异常及时处理。

二、护理措施

1、采取左侧卧位休息、吸氧。勿做阴道及骨盆检查，禁止灌肠。保持静脉输液通畅，必要时输新鲜血。

2、监测孕妇及胎儿状况 注意宫缩及胎心音变化，监测生命体征，及时了解各种实验室检查结果，密切观察是否有 DIC 症状。

3、做好终止妊娠的准备：一旦确诊，应及时终止妊娠，依具体情况决定分娩方式，护士需为此做好

相应的准备。

4、预防产后出血：分娩后应遵医嘱及时给予子宫收缩剂，并配合按摩子宫，必要时按医嘱做好切除子宫的准备，未发现出血者，产后仍应加强观察，预防晚期产后出血。

三、健康指导要点

1、向孕妇及家属讲解避免仰卧位、腹部外伤的意义，以预防胎盘早剥的发生。

2、指导家属为孕产妇提供心理支持。

3、指导孕妇了解母乳喂养相关知识。

四、注意事项

1、胎盘早剥的孕妇病情变化迅速，需争分夺秒地采取一系列抢救措施。

2、一旦发现牙龈出血，皮下点状出血及注射部位淤血等，及时报告医师并配合处理。

第七节 脐带脱垂的护理

一、评估和观察要点

1、评估是臀位还是头位。

2、观察宫口是否开全及胎心率变化。

3、评估相关实验室检查结果。

二、操作要点

1、一旦发生脐带脱垂，立即抬高臀部，通知医生紧急处理，做好新生儿抢救准备。

2、立即给氧，若宫口开全，胎儿存活，分秒必争娩出胎儿，若宫口未开全行脐带还纳术，若脐带还纳失败立即行剖宫产术。

3、若胎心已消失，胎儿确定死亡者，任期自然

娩出或行穿颅术。

三、指导要点

1、指导产妇头低臀高位。

2、做好产妇及家属的解释工作，使其积极配合顺利分娩。

3、指导有可能发生脐带脱垂的孕妇卧床休息。

四、注意事项

1、阴道流水时立即平卧就诊。

2、行人工破膜时，应在宫缩间歇时高位破膜，立即听胎心。

3、临产后胎先露未入盆，尽量少做阴道检查。

第八节 异位妊娠的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情，自理能力。

2、观察患者生命体征，腹痛，阴道出血等情况。

3、了解患者相关检查及对疾病的认知程度。

二、护理措施

1、手术治疗病人的急救与护理

(1) 严密观察血压、脉搏及阴道出血情况。病人如突然出现痉挛性下腹部剧烈疼痛，伴有冷汗、



恶心、呕吐、面色苍白、血压下降、脉搏细弱等休克症状，应立即通知医生，监测生命体征及神志变化。

(2) 立即建立两组静脉通道，加压输液，抽血行交叉配血试验，急查血常规、凝血酶原时间等。休克体位、保暖、予以氧气吸入。

(3) 配合医生进行阴道后穹窿穿刺。

(4) 遵医嘱做好急诊手术前各项准备工作如：术前指导、更换手术衣、术区备皮、留置导尿管、术区切口标识等，并与手术室人员认真核对相关信息进行交接工作。

2、非手术治疗病人的护理

(1) 休息与体位：绝对卧床休息，不宜随便搬动病人和按压下腹部，以免引起妊娠部位破裂而发生内出血。

(2) 饮食护理：护士应指导病人摄取足够的营养物质，尤其是富含铁、蛋白的食物，如动物肝脏、鱼肉、豆类等，以增强抵抗力。

(3) 密切观察生命体征变化：注意有无腹痛加剧，心慌，眩晕，出冷汗，呼吸困难等情况。阴道如有排

出物，应保留送病理检查。

(4) 如病人阴道出血增多，腹痛加剧，肛门坠胀明显，应及时通知医生处理。

(5) 心理护理：帮助病人消除紧张恐惧心理，讲述异位妊娠的相关知识，提高自我保健意识。

三、健康指导要点

1、保守治疗时，指导患者不宜按压腹部，以免引起妊娠部位破裂而发生内出血。

2、手术后指导患者适当活动，合理膳食。

3、作好心理护理，讲解疾病相关知识，帮助病人消除紧张恐惧心理。

四、注意事项

1、药物保守治疗时，密切观察化疗反应。

2、遵医嘱抽血查HCG，护送行B超复查，动态了解变化。

3、指导病人注意个人卫生，防止发生盆腔炎。术后指导避孕，下次妊娠应及时就医，并且不宜轻易终止妊娠。

第四十三章 儿科危重症护理常规

第一节 惊厥患儿的护理

一、护理评估

1、密切观察患儿生命体征、神志及瞳孔的变化，及时发现异常，配合医生采取紧急抢救措施。

2、观察惊厥类型、伴随症状及持续时间。若惊厥持续时间长，频繁发作应注意观察发生脑水肿和颅内压增高的征象。

二、护理措施

1、惊厥发作时不要搬动小儿，就地抢救，保持安静，减少不必要的刺激。

2、立即平卧，头偏向一侧，松衣领，将舌轻轻向外牵拉，防止舌后坠，已出牙的患儿在上下齿之间放置牙垫，防止舌咬伤，及时清除呼吸道分泌物及呕吐物，保持呼吸道通畅。

3、予以吸氧吸入，直至患儿惊厥停止，缺氧症状改善。

4、若患儿突然发作，应就地抢救，切勿用力强行牵拉或按压患儿肢体，以免发生骨折或脱臼。

5、备好急救用品。患儿发生惊厥时，专人守护，必要时予以保护性约束，以防患儿发生坠床和碰伤。

6、高热患儿严密监测体温变化，高热时及时采

取正确、合理的降温措施，及时测量体温，保持口腔及皮肤清洁。

7、用药护理：

(1) 遵医嘱应用止痉药物控制惊厥，如地西洋、苯巴比妥、水合氯醛等解除肌肉痉挛。(2) 用药时注意用药途径和方法，剂量准确，观察药物疗效及不良反应。

8、密切观察患儿神志、瞳孔及生命体征的变化，昏迷患儿按昏迷常规护理。

三、健康教育：

1、向家长讲解惊厥的有关知识，指导家长掌握惊厥发作时的紧急救护措施，防止舌咬伤及窒息发生。

2、增强患儿体质，预防感冒。

四、注意事项

1、患儿惊厥发作时头侧向一边，清除口腔分泌物、呕吐物或食物等。

2、切勿用力强行牵拉或按压患儿肢体，以免发生骨折或脱臼。

3、减少探视，各种护理操作尽量集中进行。

第二节 急性心力衰竭患儿的护理

一、护理评估

1、观察患儿的呼吸、脉搏、血压、面色、精神



状态等。

2、观察患儿水肿及尿量等变化，注意心力衰竭表现是否改善。

二、护理措施

1、休息与体位：

让患儿安静卧床休息，床头抬高与水平面成 15° 。- 30° ，尽量将患儿安排在单人房间，减少刺激，避免患儿烦躁、哭闹、疲劳、激动；置患儿于半卧位或坐位，双腿下垂，减少回心血量，从而减轻心脏负荷；遵医嘱给予氧气吸入 $0.5-1L/分$ 。

2、饮食护理：

给予易消化、营养丰富的食物以补足能量，限制盐的摄入，减轻水、钠潴留，注意少食多餐，必要时按医嘱给静脉营养。用强心苷药物期间，须多给患儿进食富含钾的食物如香蕉、橘子等，或按医嘱补充氯化钾。保持大便通畅。

3、病情观察：

密切观察患儿的呼吸、脉搏、血压、面色、精神

状态、水肿及尿量等变化并记录，注意心力衰竭表现是否改善。

4、药物护理：

按医嘱应用强心药、血管扩张药及利尿药，输液时速度宜慢，应用输液泵给药，并观察患儿用药后的反应，避免加重心脏负荷。注意观测患儿心律、血压、尿量等改变，及时评估用药效果，避免强心药与钙剂同时使用，以免引起洋地黄中毒。

三、健康指导要点

1、根据患儿家长的文化程度及理解能力，选择适当的方式介绍心力衰竭的基本原因。

2、告知家长不能让患儿过分用力，如翻身、进食及大便时要给予及时的帮助，以免加重心脏负担。病情好转后可逐渐增加活动量，避免疲劳。

四、注意事项

1、指导患儿家长积极配合医生治疗原发病，防止感染、劳累及情绪激动，以免诱发心力衰竭。

2、输液时速度宜慢，应用输液泵给药。

第三节 急性呼吸衰竭患儿的护理

一、护理评估

1、观察患儿有无低氧血症，或低氧血症与高碳酸血症并存等症。

2、监测患儿呼吸频率和节律、心律、血压及血气分析的变化。

3、观察患儿全身状况、皮肤颜色、末梢循环及肢体温度变化。

二、护理措施

1、保持呼吸道通畅，纠正低氧血症

(1) 遵医嘱应用人工辅助呼吸，维持有效通气，必要时使用机械通气。

(2) 气道管理：鼓励清醒患儿用力咳嗽，对咳嗽无力的患儿定时翻身、叩背、吸痰。行气管插管或气管切开的患儿，定时给予吸痰。吸痰前给氧，必要时雾化后吸痰。

(3) 合理用氧：一般主张低流量持续给氧 $0.5-1$ 升/分，急性缺氧时吸氧浓度为 $40\%-60\%$ ；慢性缺氧时，吸氧浓度为 $30\%-40\%$ 。严重缺氧、紧急抢救需要时，可用纯氧，但持续时以不超过 $4-6$ 小时为宜。

2、休息与体位：半卧位或平卧位，必要时去枕。

3、饮食护理：根据患儿病情遵医嘱给予鼻饲或静脉高营养以保证营养和液体供给。

4、病情观察：严密监测患儿呼吸频率和节律、心律、血压及血气分析的变化；注意观察患儿全身状况、皮肤颜色、末梢循环及肢体温度变化；准确记录出入液量。

5、药物护理：按医嘱及时、准确应用肾上腺皮质激素、呼吸兴奋药、强心、利尿、血管扩张药，注意观察药物疗效及不良反应。

三、健康指导要点

1、及时向家属交待病情及预后，安慰家长，帮助调整其心理，与患儿共同树立战胜疾病的信心。

2、增强体质，预防感冒。

四、注意事项

1、严重缺氧、紧急抢救需要时，可用纯氧，但持续时以不超过 $4-6$ 小时为宜。

2、保持呼吸道通畅，定时给予吸痰。吸痰前给氧。

第四节 急性肾衰竭患儿的护理

一、护理评估

1、少尿或无尿、氮质血症、酸中毒、水和电解质失衡等。

2、密切观察体温、呼吸、脉搏、心率、心律、血压等变化。

二、护理措施

1、活动与休息：卧床休息，恢复期逐渐增加活动量，避免劳累。

2、饮食护理：少尿期应限制水、钠、钾、磷和蛋白质的摄入量，给予足够热量。透析时不需限制蛋



白质摄入。

3、病情观察：控制患儿液体入量，准确记录24小时尿量，防止心力衰竭、心律失常、感染、水电解质平衡紊乱等危急症状的发生，一旦发现，及时处理。

4、药物护理：控制感染，选用敏感抗生素，同时应注意保护肾功能。不能进食者从静脉中补充葡萄糖、氨基酸、脂肪乳等。长期透析者可输入血浆、水解蛋白、氨基酸等。

三、健康指导要点

1、向患儿及家长讲解疾病相关知识，告知早期透析的重要性。

2、消除患儿及家长恐惧、焦虑情绪，取得其理解和配合。

四、注意事项

1、按时服药，定期接受治疗。

2、少尿期应限制水、钠、钾、磷和蛋白质的摄入。

第五节 休克患儿的护理

一、护理评估

按休克原因分五类。

1、感染性休克：是由于细菌、真菌、病毒、立克次体的严重感染所致。

2、过敏性休克：是外界特异性过敏原作用于患儿，导致以急性周围循环灌注不足为主的全身性速发变态反应，多在30分钟内出现症状，重症往往突然发生，从数秒到几分钟。表现为心律不齐、脉搏快速，血压下降，意识障碍，常伴有喉头水肿、气管痉挛、肺水肿等。

3、心源性休克：由于心肌受损，致心排出量降低，造成组织器官血流灌注不足而导致的一系列症状。

4、低血容量性休克：是由于大量出血或体液丢失，或液体积存于第三间隙，导致有效循环血容量降低引起。由大血管破裂或脏器出血引起的称失血性休克；各种损伤或大手术后同时有失血及体液丢失而发生的休克称为创伤性休克。

5、神经源性休克：是剧烈的神经刺激引起血管活性物质释放，动脉阻力调节功能严重障碍，导致外周血管扩张，有效血容量减少引发的休克。多见于严重创伤、剧烈疼痛刺激，高位脊髓麻醉或损伤。

二、护理措施

1、严重休克患儿应安置在ICU监护治疗，保持安静舒适和整洁的病房环境，保证患者休息，必要时予镇静剂。

2、体位应取休克体位（头和躯干抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，下肢抬高 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ），以增加回心血量。

3、及早建立多条静脉通路用于补液扩容的同时输入抗生素及血管活性药物，静脉穿刺应选择较粗

的血管。

4、吸氧吸入氧浓度为 $35\% \sim 45\%$ ，保持气道通畅，必要时行气管插管或切开。

5、注意保暖但要防止烫伤。高热者遵医嘱给予降温措施。

6、密切观察病情生命体征、CVP、神志、尿量、皮肤颜色等变化；注意观察出血现象，有无DIC发生；快速补液时观察有无肺水肿及心衰表现。

7、使用血管活性药物的护理应从小剂量开始，根据血压调节输注速度，防止药液外渗，引起局部组织坏死。

8、做好护理记录准确记录出入量。

9、保持皮肤黏膜完整性防止因循环差，受压过久而导致压疮的发生。

10、预防感染病房内定期空气消毒，减少探视，避免交叉感染，严格遵守无菌操作规程。加强人工气道和留置导尿的护理，预防肺部和泌尿系统感染。

11、心理护理抢救时保持镇静，做到忙而不乱，快而有序；及时做好安慰解释工作，稳定患者和家属的情绪，树立其战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、向患者家属解释疾病的相关知识及护理方法。

2、及时做好安慰解释工作，稳定患者和家属的情绪，树立战胜疾病的信心。

四、注意事项

1、注意保持环境的安静与舒适，保证患者休息。

2、注意保持呼吸道的通畅，注意保暖及密切观察病情。

第四十四章 眼科急危重症护理常规

第一节 急性细菌性结膜炎的护理

一、护理评估

1、评估患者生活工作场所，是否到过游泳池、浴池等地，是否使用别人的毛巾、脸盆等用具。

2、患者近期有无其他部位感染、外伤、过敏病史。

3、患者结膜充血程度、有无眼分泌物、畏光、流泪。



二、护理措施

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

2、饮食护理：进食清淡、易消化、富含维生素的饮食，避免辛辣、刺激性食物。

3、眼睛局部护理：应用生理盐水冲洗结膜囊，每天1次，清除眼部分泌物，保持眼部清洁。

4、用药护理：遵医嘱局部应用抗生素眼药水，以控制炎症。对于严重的结膜炎、淋菌性结膜炎，可全身应用抗生素。

5、并发症护理：并发角膜炎及溃疡者，局部应用1%阿托品眼药水散瞳，每天1次。

三、健康指导要点

1、向患者及家属传授结膜炎预防知识，提倡一人一巾一盆，淋菌性尿道炎病人，便后应洗手，并积极治疗尿道炎，以免造成传染他人或自身感染。

2、患有淋菌性尿道炎的孕妇，须在产前治愈。未愈者，新生儿出生后立即用抗生素眼药水滴眼，以预防淋菌性结膜炎。

3、嘱病人患病时不到公共场所活动，以免传染他人。家属不与病人共用毛巾、脸盆、避免感染。

四、注意事项

1、禁忌眼部热敷和包盖患眼。

2、对病人实施隔离护理与治疗，与病人接触后，应立即洗手，防止交叉感染。

第二节 化学性眼外伤的护理

一、护理评估

1、评估化学物质理化特性、浓度、温度、压力、在眼内停留的时间。

2、注意患者全身情况，如休克、颅脑外伤、感染等。

3、有无眼痛、畏光、流泪、眼睑痉挛、视力下降等。

4、健眼视力情况。

二、护理措施

1、心理护理：突然意外的打击使病人精神上难以承受，往往失去治疗的信心，护士要鼓励病人以积极的态度配合治疗，争取早日康复。

2、现场急救

(1)分秒必争，就地取材，进行彻底冲洗。自来水、河水、井水均可冲洗，伤者尽可能将自己的头部沉入水盆中，反复启闭眼睑，将结膜囊内残存的化学物质彻底冲洗干净。

(2)中和治疗：酸性眼化学烧伤者可大量生理盐水反复冲洗，碱性眼化学性烧伤者用含维生素C的生理盐水反复冲洗。

(3)严重的碱烧伤者可行结膜下注射维生素C溶液0.1-0.2ml，以中和渗入结膜下的碱性化学物质。

3、用药护理

(1)充分散瞳，防止虹膜后粘连，每日用1%阿托品眼膏涂眼。

(2)全身应用抗生素控制感染，局部或全身使用皮质类固醇，以抑制炎症反应和新生血管的形成。但在伤后2-3周，角膜有溶解倾向，应停用皮质类固醇。

4、并发症治疗及护理

(1)为防止睑球粘连，每日换药时可用玻璃棒插入上下穹窿进行分离，并涂大量的抗生素眼膏。如果球结膜有广泛坏死，或角膜上皮坏死，可早期切除坏死组织。

(2)出现并发症及时处理，如手术矫正眼睑外翻、睑球粘连，可进行角膜移植等治疗，出现继发性青光眼、并发性白内障，及时处理。

三、健康指导要点

1、对视力明显下降，生活自理有困难者，应教其学会生活自理的方法。

2、交代病人坚持滴眼药水以减轻眼部炎症反应。

3、指导病人勿食辛辣刺激性食物，戒烟酒，多食蔬菜、水果及富含粗纤维的食物，保持大便通畅。

4、眼睑畸形者须多次手术进行整形，应做好出院指导。

四、注意事项

1、一旦有化学物质溅入眼内，应迅速、充分冲洗，及时就诊。

2、角膜移植术后，密切观察有无倒睫现象，及时处理，以避免睫毛刺破植片，引起植片融解，睑球粘连并发症的发生。

3、羊膜移植术后的患者，羊膜软滑和眼的分泌物极相似，有的患者误认为是分泌物，用力揉擦导致羊膜脱落。在术后要反复向病人强调，对眼内的不适感和模糊感，不要轻易揉搓。

4、角膜移植术患者注意保护术眼，避免碰撞术眼，引起植片的损伤。

第三节 眼球穿孔伤的护理

一、护理评估

(一) 术前护理：



1、受伤的部位、污染的程度、有无异物存留及异物的性质。

2、视力和瞳孔情况。

(二) 术后护理

1、了解手术方式及术中情况。

2、观察生命体征及病情变化，观察伤口敷料有无渗出，松脱。

3、观察有无眼部胀痛、头痛、恶心等反应。

4、观察术眼有无充血、视力下降。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、体位护理：卧床休息，减少不良刺激。双眼包扎的患者，防止跌倒和烫伤。

2、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

3、饮食护理：清淡易消化、富含维生素饮食。全麻手术者术前禁食、禁饮 8 小时。

4、病情观察：观察眼痛、眼胀，伤口出血情况。

5、急救护理及术前准备：

(1) 一旦视力急剧下降，尽快及时处理，挽救视力。术前不宜洗眼，需要输血者要配好血型以及备血。

(2) 尽量避免低头动作，勿用手压迫眼球，防止眼内容物脱出。有眼内容物脱出时用无菌纱布包眼。

(3) 注射破伤风抗毒素，注射前作皮内过敏试验。

(二) 术后护理

1、一般护理

(1) 体位护理：根据手术方式决定体位，全麻术后去枕平卧 6 小时。卧床休息 3 天，如伤口过大或手术伤及视网膜者酌情延长休息时间。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：清醒后按医嘱饮食，不吃需用力咀嚼的硬性食物。

2、病情观察

术后单眼包扎 48 小时，注意观察伤口有无渗血、疼痛、眼胀、敷料有无松脱等情况，应用止血药，如有异常及时与医生联系。

3、症状护理

高眼压：当患者出现术眼胀痛，伴同侧头痛、恶心等，或伴视力急剧下降，应立即通知医师，予降眼压治疗。

4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

5、并发症的观察和护理

交感性眼炎：当非手术眼出现不明原因的眼部充血、视力下降及疼痛，立即通知医生，协助抗炎对症治疗。

三、健康指导要点

1、保持大便通畅，多吃蔬菜水果，多饮水。

2、指导患者滴眼药水的方法。

3、眼内容物剔除术后出现轻度头晕、恶心等为正常现象，数日后逐渐消失。

4、眼睑皮下气肿者禁止用力擤鼻。

5、出院指导：

(1) 注意非手术眼的视力变化，出现不明原因的视力下降、充血、疼痛，交感性眼炎，及时就诊。

(2) 行眼球摘除术者，2 周后拆除结膜缝线，1 周后可装义眼，防止结膜囊畸形。

(3) 保持大便通畅，多吃粗纤维食物，多饮水。

四、注意事项：

1、眼球穿通伤禁止冲洗和挤压，在对眼球进行检查、治疗、护理时避免对眼球施加任何压力。

2、严重眼外伤应双眼包扎，限制健眼活动。

3、注意用眼卫生，预防感染。

第四节 闭角型青光眼急性发作的护理

一、护理评估

1、有无剧烈头痛、眼眶痛、眼胀痛或伴同侧头痛及视力急剧下降。

2、有无恶心、呕吐、畏寒、发热等症状。

3、眼压、视力和视野缺损情况。

二、护理措施

1、体位护理：卧床休息，避免光线刺激，枕头宜垫高，避免长时间低头，避免黑暗环境中停留时间太久。

2、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。向病人解释青光眼急性发作与情绪有关，需保持良好心态。

3、饮食护理：清淡易消化、富含维生素饮食。

保持大便通畅，注意一次饮水量不超过 300 毫升。忌浓茶咖啡等。

4、急救及用药护理

(1) 局部频滴缩瞳药，用 1% 毛果芸香碱眼药水，每 15 分钟滴 1 次，直至眼压降至正常。

(2) 局部应用 β -肾上腺素受体阻滞药，用 0.5% 噻吗洛尔眼药水滴眼，每日 2 次。

(3) 全身应用高渗脱水药，20% 甘露醇溶液 250ml 快速静脉滴注。

(4) 应用碳酸酐酶抑制药抑制房水生成，口服乙酰唑胺。

(5) 局部应用糖皮质激素眼药水，有利于患眼反应性炎症消退，减少房角永久性粘连的发生，可应



用典必殊眼药水滴眼，每日4次。

5、病情观察：密切观察眼压变化情况，及时发现高眼压症状并处理。

三、健康指导要点

1、全身应用甘露醇静脉滴注后，叮嘱病人卧床半小时后再起床，避免晕眩、头痛。

2、少量多次饮水，每次饮水不超过300ml。

3、清淡饮食，勿食辛辣食物，戒烟酒。

四、注意事项

1、持续频繁滴用缩瞳剂、甘露醇、乙酰唑胺等降眼压药时，注意观察患者有无眩晕、脉快、气喘、流涎、多汗等中毒症状，出现症状及时擦汗更衣，保暖，报告医生处理。

2、为减少药物吸收引起毒性反应，滴用缩瞳药后要压迫泪囊区3分钟。

第四十五章 口腔科急危重症护理常规

第一节 颌面部蜂窝织炎的护理

一、护理评估

1、口腔粘膜有无破溃，口腔内有无脓性分泌物，有无异味。

2、有无出现呼吸困难甚至窒息等症。

3、有无出现血压下降，神志改变，烦躁或淡漠等休克的表现，有无寒颤、高热，白细胞计数升高表现。

二、护理措施

1、严密观察病情变化，记录出入水量，做好感染性休克的预防抢救工作，密切观察呼吸情况，取半坐卧位，如果口腔、舌体肿胀厉害致呼吸极度困难，必要时可行气管切开术以改善呼吸。

2、脓肿形成后，协助师切开引流或做造口术，减少呼吸道梗阻发生，遵医嘱经静脉大量应用广谱抗生素，控制炎症的发展。切开排脓后，反复用3%过氧化氢或1:5000高锰酸钾液冲洗伤口，以消除脓液，炎症区用高渗盐水或25%硫酸镁持续湿敷，以达到消炎、消肿的目的。

3、测量体温、脉搏和呼吸，每2小时1次，体温超过38.5℃给予物理降温或药物降温，随时监测并做好记录。

4、卧床休息，减少活动，给予清淡的高蛋白、

高热量、高维生素的流质饮食，避免干、硬、辛辣的刺激食物，多饮水，每天约1500-2000ml。

5、做好口腔护理，保持口腔的清洁，用清水、呋喃西林或双氧水反复含漱。

三、健康指导要点：

1、高热时注意卧床休息减少机体消耗有利于机体康复。

2、行脓肿切开引流术取半坐卧位利于伤口分泌物引流，注意不要随意拔除伤口引流条以保证引流通畅。

3、口腔清洁指导，用漱口液漱口每日三四次，保持口腔清洁防治口腔感染。

四、注意事项：

1、不要挤压颜面部肿胀部位尤其是危险三角区（鼻根至两侧口角之间三角区），防止感染扩散因细菌经面部小静脉流入海绵窦引起海绵窦血栓性静脉炎。

2、出现呼吸急促、烦躁不安要立即告诉医护人员，因颌面部蜂窝织炎易波及邻近组织器官、咽喉部、会厌等引起急性咽喉、会厌充血、水肿而影响呼吸危及生命需要施行急救处理

第四十六章 耳鼻喉科常见急危重症护理常规

第一节 喉外伤的护理

一、非手术治疗及术前护理

（一）护理评估

1、评估患者外伤史。

2、评估患者颈部情况、有无局部疼痛，说话、吞咽、咳嗽时是否加重，有无声音嘶哑或失声、痰中带血或咯血，有无进行性呼吸困难等。

（二）护理措施

1、体位护理：仰卧或俯卧位休息，颈部制动。

2、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

3、饮食护理：按医嘱予流质或半流质饮食，减少吞咽动作。

4、病情观察：观察疼痛、出血、呼吸困难情况及有无并发症的发生。开放性喉外伤应停止一切不必要的操作与搬动，保暖，头低位，及早输液输血，应用强心药。



5、术前准备：按医嘱禁食、禁饮，备皮，执行术前医嘱。

(三) 健康指导要点

- 1、指导患者安静，绝对卧床，减少颈部活动。
- 2、指导患者保持口腔卫生，不讲话或少讲话。

(四) 注意事项

1、疑有咽部贯通伤者，禁止从口腔进食，鼻饲流质饮食。

2、保持呼吸道通畅。

二、术后护理

(一) 护理评估

评估患者呼吸、发声、伤口出血、疼痛情况。

(二) 护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：平卧位，必要时沙袋固定头部，避免头颈部过度的活动。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：疑有咽部贯通伤者，禁食，伤后7-10天内应插鼻饲管鼻饲流质饮食。

2、病情观察：观察呼吸、发声、伤口出血情况。

3、症状护理

(1) 疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱使用止痛剂、雾化吸入。

(2) 呼吸困难：保持呼吸道通畅，嘱患者将口咽分泌物随时吐出，及时吸净口腔及咽喉部痰液，吸氧。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

5、气管切开术的护理 保持气道通畅，严格无菌操作，防止切口及肺部感染。

(三) 健康指导要点：

1、指导闭合性喉外伤患者禁声半个月。

2、声带损伤者，指导患者适时进行发音训练。

(四) 注意事项：

1、保持口腔卫生、呼吸道通畅。

2、行喉裂开置扩张管手术者，定期复诊。

3、戴气管套管出院者，指导患者或家属掌握内套管的取出、放置、清洗、消毒等护理方法及预防气管套管堵塞、脱出的方法。

第二节 鼻出血的护理

一、护理评估

1、评估患者有无鼻外伤、鼻中隔偏曲或肿瘤、血液病等，有无气候干燥的生活史。

2、评估患者出血时间、部位、量，有无伴随休克症状；其他部位有无出血。

3、评估患者血压情况。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：取半卧位，疑有休克者取平卧位。

(2) 心理护理：安慰患者及家属，消除紧张情绪及恐惧感。必要时使用镇静剂。

(3) 饮食护理：鼓励病人多喝水、多吃蔬菜和水果、易消化的食物，忌辛辣、刺激性食物，保持大便通畅。

2、病情观察：严密观察生命体征、神志、面色、出血量及鼻腔填塞情况。年老体弱患者观察有无嗜睡、反应迟钝等缺氧症状，必要时给予低流量吸氧。

3、症状护理

出血：少量出血者可冷敷后颈部及鼻根部，及时吐出口中分泌物；用手紧捏两侧鼻翼10-15min，头轻轻后仰，勿低头用力；或协助医生鼻腔填塞止血，出血量多或反复出血者，做好输血及手术前准备。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

5、并发症的观察和护理

失血性休克：当出血量多，患者出现面色苍白、出汗、血压下降、脉速无力时立即通知医生，迅速建立静脉通道，予以止血、补液、抗休克处理。

三、健康指导要点

1、指导患者有痰或者血在口腔，将痰或者血吐入容器中，勿吞入胃。

2、指导患者鼻腔填塞期间经口呼吸，多喝水，嘴唇外可盖湿润的纱布，以湿化被吸入的空气。

3、指导患者尽量避免打喷嚏、用力擤鼻或剧烈活动以防再次出血。

4、指导患者不要随意拉扯暴露在鼻腔外的止血纱球的尾线。

5、保持口腔清洁。

四、注意事项

1、积极治疗原发病，避免外力碰撞鼻部。

2、勿用手指挖鼻，鼻腔干燥时增加室内空气湿度，或鼻腔内涂抹抗生素软膏；禁止用力擤鼻，打喷嚏时张开嘴以减轻鼻腔压力。

3、生活规律，避免剧烈活动，情绪激动，保持大便通畅。

第三节 急性喉梗阻的护理



一、护理评估

1、评估患者的意识、呼吸困难的类型和程度、有无高调喉鸣。

2、评估患者有无咽喉部急性炎症、肿瘤病史、外伤史、异物吸入史等。

二、护理措施

1、体位护理：严重喉梗阻者立即安排床位，予半卧位，减少活动。

2、心理护理：做好心理护理。保持病区安静，减少刺激。

3、饮食护理：流质饮食或半流质饮食。

4、病情观察：观察患者的生命体征，神志及血氧饱和度的变化，予以氧气吸入，改善缺氧症状；保持呼吸道的通畅，预防窒息。

5、症状护理

喉源性呼吸困难分度及处理原则：

(1) I度：安静时无明显呼吸困难，活动或哭闹时有轻度吸气期呼吸困难。应行病因治疗。

(2) II度：安静时也有轻度呼吸困难或三凹征，活动时加重，但不影响睡眠和进食，无烦躁不安等缺氧症状。应在病因治疗的同时，密切观察呼吸变化，酌情做好气管切开的准备工作。

(3) III度：安静时呼吸困难明显，喉喘鸣声较响，三凹征（吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙凹陷）

明显，出现缺氧症状，如口唇发绀、烦躁不安、不易入睡、不愿进食、脉搏加快等。应严密观察，若药物治疗效果不佳，尽早行气管切开术。

(4) IV度：极度呼吸困难，坐卧不安，手足轮动，出冷汗，面色苍白或发绀，脉搏细速，昏迷，大小便失禁等。立即行气管切开，情况紧急时，可先行环甲膜切开术。

6、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

7、气管切开术的护理：保持气道通畅，严格无菌操作，防止切口及肺部感染。

8、并发症的观察和护理

窒息：当出现烦躁不安、脉搏细速、发绀等，应立即通知医生，协助急救处理。

三、健康指导要点

1、指导患者注意头、颈、胸的位置呈直线，不可扭转或过度前俯后仰以免加重呼吸困难。

2、指导患者衣服不可过紧，解开衣领扣，尽量保持安静，少说话。小儿尽量避免哭闹。

3、有过敏史者避免接触过敏源。

四、注意事项

1、增强体质，预防呼吸道感染，积极治疗原发病。

2、避免喉部外伤，减少喉部、气管异物的发生。禁用吗啡、杜冷丁等。

3、躁动病人注意安全，防止坠床或碰伤。

第四节 食管异物的护理

一、术前护理

(一) 护理评估

1、评估患者有无吞咽困难、吞咽疼痛、颈根部、胸骨后或背部疼痛。

2、评估患者有无误吞异物史，误吞的时间、种类、性质、大小、形状等，误吞后是否进食进饮等。

3、评估患者生命体征情况。

(二) 护理措施

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

2、饮食护理：禁食、禁饮。

3、病情观察：观察生命体征、疼痛等变化。如发现皮下气肿、吞咽剧痛、吐血等症状时，及时通知医生协助处理。较大异物须观察呼吸型态，防止窒息发生。

4、做好术前常规准备。

(三) 健康指导要点：

1、指导患者取下假牙，保持口腔清洁。

2、告知患者术前、术中、术后可能出现的情况及配合方法。

(四) 注意事项：

1、误吞异物后，切忌自行吞咽大的食团、馒头等，以免加重损伤。

2、严格禁食、禁饮，减少吞咽动作。

二、术后护理

(一) 护理评估

1、了解异物是否取出，是否推至胃内，食管有无损伤，有无消化道出血。如为锐利异物损伤食管者，观察大便的颜色、量、性状等。

2、评估患者有无颈痛、胸骨后疼痛等食管穿孔或胸痛、高热、寒战、呼吸困难等纵膈感染的征象。

(二) 护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：全麻未清醒前去枕平卧位，清醒后取自动卧位。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：术后暂禁食，静脉补充营养，维持水、电解质平衡；24小时后根据医嘱进食温凉的流食、半流食，禁食过热、过硬、粗糙、辛辣及酸性食物。疑有穿孔者，应行胃管鼻饲至穿孔愈合。

2、病情观察：观察全身情况、生命体征的变化，



有无皮下气肿、大出血等症状；如异物被推至胃内，应交代病人及家属注意异物有无随大便排出。

3、症状护理

疼痛：解释术中插入食道镜，会引起口咽部疼痛，指导患者全身放松及深呼吸。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

5、并发症的观察和护理：

(1) 食管穿孔：当出现颈痛、胸骨后疼痛，提示食管穿孔，应立即嘱患者禁食。

(2) 纵膈感染：当出现胸痛、高热、寒战、呼吸困难，提示纵膈感染，应协助医生行切开引流，抗

感染治疗。

(三) 健康指导要点：

1、指导患者进食专心、细嚼慢咽，尤其是带有骨刺类的食物，仔细将骨刺吐出。

2、指导患者合理饮食，以免刺激创面。

3、指导患者松动的假牙及时修整，睡前、全麻或昏迷者应将活动假牙取下；损坏的假牙要及时修复，以免进食时松动脱落。

(四) 注意事项：

1、禁食过热、过硬、粗糙、辛辣及酸性食物。

2、教育小儿改正口含小玩物的不良习惯。

第五节 急性会厌炎的护理

一、护理评估

1、评估患者是否有感染、全身抵抗力下降、咽喉部损伤，有无接触过敏的药物、食物或虫咬等。

2、评估患者有无会厌周围器官的急性炎症。

3、评估患者咽喉部是否疼痛、发音含糊、吞咽困难、呼吸困难，有无寒颤、高热、血压下降等。

二、护理措施

1、体位护理：呼吸平稳者采取自由体位；呼吸困难者应卧床休息，予以半卧位，多叩背，叩背时用力适度，自上而下叩击，有利痰液咳出，预防肺部并发症的发生。

2、病情观察：保持呼吸道的通畅，严密观察并记录呼吸次数， $R > 35$ 次/min 或 $R < 5$ 次/min，立即报告医生；观察吸氧效果，口唇、甲床紫绀情况，监测血氧饱和度，如血氧饱和度 $< 50\%$ 并出现胸骨上窝、锁骨上窝及肋间隙内陷等“三凹征”，立即报告医生，同时准备抢救物品如气管切开包、吸引器、氧气等。

3、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除紧张、恐惧心理。

4、饮食护理：按医嘱给予营养丰富、含高维生素、高蛋白的全流质或半流质食物，不可进粗、硬及刺激性食物。进食困难者予以静脉补液等支持治疗。

5、口腔护理：多饮水，餐后、睡前可用呋喃西林溶液、多贝氏液漱口，保持口腔清洁。

6、症状护理

(1) 疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱抗感染、雾化吸入治疗。咽痛较剧可颈部冷敷缓解

或药物止痛。

(2) 发热：予物理降温，必要时遵医嘱使用药物。

7、用药护理：遵医嘱用药并观察应用抗生素、激素治疗的效果。

8、并发症的观察和护理

(1) 窒息：当出现吸气性呼吸困难、犬吠样咳嗽、面色苍白或发绀时，应予吸氧，按医嘱用抗生素和激素。特别注意呼吸型态，如有严重的呼吸困难，及时通知医师处理，必要时行气管切开，做好气管切开后护理。

(2) 感染中毒性休克：小儿多见，表现为发热、寒战，体温在 38°C - 39°C 之间，少数可高达 40°C 以上，病情进展迅速，很快患儿精神萎靡、体力衰弱、四肢发冷、面色苍白、脉快而细、血压下降，甚至昏厥、休克。应尽快控制感染。

三、健康指导要点

1、指导患者禁声或尽量少讲话。

2、指导患者多做蒸汽吸入，简易的方法是张口对一大杯煮沸的开水（或热茶）作多次深吸气动作，使热蒸汽直达喉内，每日 3-4 次。

四、注意事项

1、保持口腔卫生，严禁烟酒。

2、加强锻炼，增强机体抵抗力。

3、呼吸困难多在发病 24 小时内出现，数小时内可以引起窒息，患者一旦出现急性剧烈喉痛或任何提示有呼吸困难的表现，怀疑急性会厌炎者，应立即就医。

第四十七章 皮肤美容科常见急危重症护理常规

第一节 急性荨麻疹的护理

一、护理评估

1、观察出疹范围，风团大小，瘙痒程度，有无



发热等。

2、评估患者全身状况，有无心慌、烦躁、恶心、呕吐等过敏性休克症状。

二、护理措施

1、密切观察生命体征变化，伴有腹痛、腹泻者应对症处理，有呼吸困难、休克症状立即就地抢救。

2、皮肤外擦药液，减轻瘙痒、增加皮肤舒适度。

3、寻找致敏原，去除致病原因。

三、健康指导要点

1、进清淡易消化饮食，忌食辛辣、刺激、易致敏食物。

2、注意个人卫生修剪指甲，避免搔抓，宜选用宽松柔软的棉质内衣。

四、注意事项

1、勿用热水及肥皂水烫洗皮肤。

2、有风团时不宜做青霉素、头孢、破伤风过敏试验，防止加重过敏。

第二节 急性血管性水肿的护理

一、护理评估

1、观察发生的部位，判断水肿类型。

2、评估全身状况，有无呼吸困难，腹痛、腹泻等。

二、护理措施

1、密切观察生命体征的变化，有呼吸困难、窒息、休克等症状时，立即就地抢救，对喉头水肿者，必要时行气管插管或气管切开术以解除气道梗阻，保持呼

吸道通畅。

2、安慰患者，消除紧张情绪。

3、水肿严重者做好皮肤护理。

4、寻找并去除致病原因。

三、健康指导要点：避免饮酒及辛辣刺激性食物。

四、注意事项：过敏体质尤要注意避免接触可能诱发药物、食物、理化因素刺激，以防再发。

第三节 急性接触性皮炎的护理

一、护理评估

1、患者职业及周边环境，寻找致病因素。

2、观察皮损部位、大小及程度。

二、护理措施

1、立即停止与可疑物质的接触，消除致敏物。

2、无皮肤渗液者遵医嘱用炉甘石洗剂，有大疱时在无菌条件下抽出疱液，防止感染，皮损伴渗液可用3%硼酸液湿敷。

3、遵医嘱口服抗组胺类药物。

三、健康指导要点

1、指导患者避免接触可能诱发的因素，防止再发。

2、不论接触何种物质导致过敏后，立即用清水反复冲洗，尽快就医。

四、注意事项

1、病程中避免搔抓，禁用肥皂、热水清洗患处。

2、避免饮酒，进辛辣等刺激性食物。

第四十八章 感染性疾病科常见急危重症护理常规

第一节 狂犬病的护理

一、护理评估

1、评估患者有无恐水、怕风、恐惧不安、喉肌痉挛等情况。

2、评估患者生命体征、抽搐部位、发作次数及持续时间。

3、麻痹期应观察呼吸与循环衰竭的进展情况，记录24h出入量。

二、护理措施

1、休息与环境：安置于安静、避光的单间，绝对卧床休息。

2、避免刺激：有计划地安排并简化医疗、护理操作，集中在使用镇静剂后进行，动作要轻快，避免一切不必要的刺激，如风、光、声、水、触动等。

3、保持呼吸道通畅：及时清除呼吸道分泌物。喉肌痉挛时，给予氧气吸入和镇静止痉剂，必要时行气管切开。

4、病情观察

(1) 观察愈合的伤口及其相应的神经支配区有无痒、痛、麻及蚁走感。

(2) 严密观察神志及生命体征的变化，尤其是呼吸频率、节律的改变，注意有无呼吸困难、发绀。

(3) 注意观察并记录抽搐部位、发作次数和持续时间。

(4) 观察有无水电解质、酸碱平衡紊乱，记录出入量。

三、健康指导要点



- 1、疾病预防指导：加强动物管理，控制传染源。
- 2、保护易感人群：高危人群应进行暴露前的疫苗接种，被犬咬伤后，应进行全程预防接种。接种期间应戒酒，多休息。

四、注意事项

- 1、注意采取保护性约束，防止坠床或外伤。
- 2、向家属解释兴奋、狂躁的原因，注意避免刺激病人。
- 3、在标准预防的基础上实施接触隔离，防止唾液污染。

第二节 肝性脑病的护理

一、护理评估

1、评估肝性脑病的早期征象，如病人有无冷漠或欣快，理解力和近期记忆力减退，行为异常，以及扑翼样震颤。

2、观察病人思维及认知的改变，可通过刺激或定期唤醒等方法评估意识障碍的程度。

3、评估患者生命体征的变化。

4、观察有无上消化道出血、感染等并发症发生。

二、护理措施

1、消除诱因：协助医生去除本次发病的诱发因素，并注意避免其他诱发因素，如保持大便通畅，减少氨的吸收，避免快速利尿和大量放腹水等。

2、休息和饮食：卧床休息。昏迷者禁食蛋白质，每天供给足够的热量和维生素，以糖类为主，可予鼻饲。神志清楚后，可逐步增加蛋白质饮食。

3、严密观察病情变化：监测生命体征的变化，注意发病的早期征象，定期复查血氨、肝、肾功能、电解质，若有异常及时协助医生处理。

4、心理护理：针对病人的不同心理问题，给予耐心的解释和劝导，尊重其人格，解除其顾虑及不安

情绪，切勿嘲笑病人的异常情况。

5、若病人出现意识障碍，应根据意识障碍的程度采取相应的护理措施。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：向病人及家属介绍疾病的相关知识，指导其认识肝性脑病的各种诱发因素，并自觉避免，如戒烟酒，避免各种感染，保持排便通畅等。

2、用药指导：按医嘱规定的剂量、用法服药，避免有损肝脏的药物，定期复诊。

3、照顾者指导：指导家属给予病人精神支持和生活照顾，了解肝性脑病的早期征象，学会观察病人的思维、性格、行为及睡眠等方面的改变。

四、注意事项

1、对烦躁病人注意保护，加床栏，必要时使用约束带，防止坠床等意外。

2、避免使用催眠镇静、麻醉药物。大量输注葡萄糖时，必须警惕低钾血症、心力衰竭。

3、保持大便通畅，防止便秘，可口服乳果糖，禁用肥皂水灌肠。

第三节 霍乱的护理

一、护理评估

1、评估腹泻和呕吐次数、颜色、量及性状，观察是否有米泔样呕吐物或喷射样呕吐。

2、评估患者皮肤弹性减退程度，观察患者出入量是否平衡。

3、评估患者生命体征的情况。

二、护理措施

1、隔离：严格执行严密隔离和消化道隔离措施，安置在单人病室。

2、休息：急性病人绝对卧床休息，呕吐者头偏向一侧。

3、饮食：剧烈呕吐时，应暂禁食，症状好转时，病情控制后给予低脂流质饮食，如果汁、米汤、淡盐水等，尽量避免用牛奶等易引起肠胀气的食物。

4、病情观察：

(1) 密切观察生命体征和神志的改变，观察和记录呕吐物和排泄物的颜色、量、性状、次数，严格

记录24小时出入量。

(2) 遵医嘱及时补充液体和电解质，观察皮肤黏膜弹性、尿量、血压、电解质和酸碱平衡情况。

(3) 并发症的观察：及时发现休克、急性肾功衰、急性肺水肿等。

5、加强基础护理：呕吐后协助病人漱口，排便后清洁肛周。

6、心理护理：主动关心病人，有效沟通，帮助病人树立信心。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：向病人及家属讲解霍乱的病因、传播方式、消毒隔离措施，做到早发现、早隔离、早治疗。

2、生活指导：指导病人养成良好的卫生习惯，禁食不洁食物。

四、注意事项

1、实行消化道隔离，待症状消失后6天，并隔



天粪便培养 1 次，连续 3 次，如阴性可解除隔离，对粪便、呕吐物及污染物进行严格消毒，防止交叉感染。

2、注意观察药物的疗效和不良反应。

第四节 重症肝炎的护理

一、护理评估

1、评估患者意识及生命体征情况，观察有无肝性脑病的早期征象。

2、评估病人营养状况。

3、评估患者有无并发症的发生，如肝性脑病，消化道出血，肝肾综合征，自发性腹膜炎等。

二、护理措施

1、休息：重症肝炎急性期应绝对卧床休息。

2、饮食：给予低脂、高维生素、易消化、无刺激的软食，限制蛋白质的摄入，每日蛋白质 < 0.5g/kg，腹水病人应进低盐饮食。

3、病情观察：观察病人神志、体温、血压、腹胀、电解质、黄疸、尿量、尿色的改

变，有出血倾向者观察皮肤有无淤点、瘀斑或出血的表现，同时观察有无低血糖现象。

4、加强基础护理，做好口腔、皮肤及生活护理，预防压疮。

5、用药护理：禁用肝损害、肾毒性的药物，注意观察利尿药的效果，记 24 小时尿量。

6、心理护理：加强心理咨询次数，给予必要的解释与疏导，增强治疗的信心。

三、健康教育指导要点

1、疾病相关知识指导：宣传病毒性肝炎的家庭护理和自我保健知识，注意生活规律，加强营养，戒烟酒。

2、用药指导：指导病人遵医嘱使用抗病毒药物，明确用药剂量及使用方法，漏用药物或自行停药可能导致的风险。

四、注意事项

1、对病人进行休息、饮食、睡眠、心理及各种检查治疗的指导。

2、注意卫生，养成良好的卫生习惯。

3、定期复查，合理治疗，不自行滥用药物以免加重肝损害。

第四十九章 ICU 重症监护患者常见急危重症护理常规

第一节 重型颅脑损伤的护理

一、护理评估

1、神志、瞳孔、面容、表情、营养状况及精神变化。

2、生命体征、血氧饱和度、动脉血气分析（必要时）。

3、呼吸道通畅情况。

4、皮肤完整性、出入量是否平衡。

5、有无颅内感染的症状和体征。

6、有无颅骨骨折及脑脊液漏的症状和体征。

二、护理措施

1、根据病情及时采取抢救措施（如输液、吸痰、给氧）。

2、正确使用监护设备，密切观察意识、瞳孔、生命体征等变化，并详细记录。

3、保持呼吸道通畅，给予氧气吸入，必要时使用呼吸机辅助呼吸。

4、及时准确执行医嘱。

5、针对病情采取对症处理。

6、躁动不安者给予制动措施，慎用镇静剂，以免影响意识的观察。

7、活动性假牙取出保存。

8、有颅骨骨折、脑脊液漏禁用棉球堵塞，用无

菌敷料盖上。

9、尿潴留、尿失禁及意识不清者给予持续导尿。

10、急需手术者做好急诊手术准备。

11、无特殊要求，床头抬高 30 度，以减轻脑水肿。

12、保证各种管道固定良好及引流通畅，并及时记录。

13、保持皮肤完整性，防止压疮形成，必要时使用各种减压设备。

14、准确记录 24 小时出入液量，防治水电解质紊乱及酸碱平衡失调。

15、监测营养状况，无法经口进食的病人，应及时选择合适的营养途径。

三、健康指导要点

1、加强全面营养，增强机体抵抗力。

2、有意识障碍及偏瘫者应注意安全。

3、颅骨缺损者，注意保护骨窗局部，一般术后半年可行颅骨修补。

四、注意事项

1、一旦出现意识、瞳孔变化及血压极度升高的情况，应警惕脑疝的发生。

2、保持呼吸道通畅，及时有效排除呼吸道分泌物，



以防止脑缺氧。

第二节 急性脑疝的护理

一、护理评估

- 1、观察有无剧烈头痛，是否进行性加重，是否伴有恶心、呕吐。
- 2、意识、瞳孔、生命体征变化。
- 3、肢体活动情况。
- 4、有无呼吸道梗阻。
- 5、尿量。

二、护理措施

- 1、快速静脉输入 20% 甘露醇，呋塞米等强脱水剂和利尿剂。
- 2、保持呼吸道通畅，吸氧。
- 3、密切观察呼吸、心跳及瞳孔的变化，呼吸骤停者立即进行人工呼吸，同时准备行气管插管或气管切开术。
- 4、留置尿管，记录尿量，了解脱水的效果。
- 5、紧急做好术前准备。

三、健康指导要点

- 1、介绍疾病相关知识和治疗方法，让家属了解

其病情。

- 2、保持大便通畅，必要时给予泻药或人工排便，以免排便用力。
- 3、饮食以高蛋白、高维生素、低脂肪易消化的食物（如鱼、瘦肉、鸡蛋、蔬菜、水果等）为宜。如有恶心、呕吐应暂停进食。保证充足睡眠。
- 4、按医嘱服药，不得擅自停药。
- 5、加强功能锻炼，必要时可行一些辅助治疗，如高压氧等。

四、注意事项

- 1、脱水剂要及时准确快速输入。
- 2、限制液体摄入量，应用脱水药、糖皮质激素，冬眠低温等治疗，以减轻脑水肿达到降低颅内压的目的。
- 3、对有脑积水的病人，要先穿刺侧脑室做体外引流术，暂时控制颅内高压，待病因诊断明确后再手术治疗。
- 4、术后留置引流管时确保引流管低于引流水平。

第三节 脓毒症和感染性休克的护理

一、护理评估

1、疾病史：患者是否有严重疾病，如严重烧伤、多发伤、外科手术史等。脓毒症常见于有慢性疾病的患者如糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、白血病、再生障碍性贫血和尿路结石等。

诱发因素：临床上常见于肺炎、腹膜炎、胆管炎、泌尿系统感染、蜂窝织炎、脑膜炎、脓肿等。

2、症状和体征：

- (1) 体温 > 38 度或 < 36 度。
- (2) 心率 > 90 次 / 分。
- (3) 呼吸频率 > 20 次 / 分或 $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$ 。
- (4) 外周血白细胞 $> 12 \times 10^9/\text{L}$ 或 $< 4 \times 10^9/\text{L}$ ，或未成熟细胞 $> 10\%$ 。
- (5) 收缩压 $< 90\text{mmHg}$ 或较基础水平下降 40mmHg 以上。
- (6) 少尿 ($< 30\text{ml/h}$)，或有急性意识障碍。

3、实验室检查：血常规、病原学检查、尿常规、肾功能检查、生化、凝血功能及血气分析等结果。

4、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、密切观察病情变化，监测生命体征：

(1) 持续监测体温、脉搏、血压、呼吸及中心静脉压 (CVP)，体温低于正常者保温，高热者降温。

(2) 意识状态：若原来烦躁的患者，突然嗜睡，或已经清醒的患者突然昏睡，表示病情恶化；反之，由昏睡转为清醒，烦躁转为平静，表示病情好转。

(3) 皮肤色泽及肢端温度：面色苍白、甲床青紫、肢端发凉、出冷汗，都是微循环障碍、休克的表现，若全身皮肤出现花纹、瘀斑则提示弥散性血管内凝血。

(4) 详细记录尿量：尿量是休克演变及扩容治疗等的重要参考依据。

2、药物治疗与护理：

(1) 抗生素：遵医嘱正确使用抗生素，严密观察病情变化，及时反馈。

(2) 血管活性药物：对于感染性休克的患者，去甲肾上腺素和多巴胺是首选药物。心排量降低时，多巴酚丁胺是首选的心肌收缩药物。使用血管活性药物时应密切关注患者血压、CVP、液体出入量，同时也要注意穿刺部位血管的护理，以免发生渗漏。

(3) 糖皮质激素：对于经液体复苏后仍需升压药物维持血压的患者，可以考虑给予小剂量的糖皮质激素治疗，通常选择氢化可的松，每日剂量为 $200\text{--}300\text{mg}$ 。长期应用糖皮质激素可引起向心性肥胖、满月脸、皮肤变薄、紫纹、低血钾、肌无力等，应注意观察。

(4) 血糖控制：脓毒症患者存在胰岛素抵抗



情况，应把脓毒症患者的血糖控制在合理的水平（ $< 8.3 \text{mmol/L}$ ），但同时应注意防止患者发生低血糖，因此要加强血糖监测。

(5) 重组人活化蛋白 C (rhAPC)：对于出现脏器功能衰竭的感染性休克的患者，排除出血风险等禁忌后，可以给予 rhAPC，但同时应密切监测其凝血功能状态。

(6) 此外，可给予适量镇静剂，监测肝、肾功能，防止出现应激性溃疡、深静脉血栓、DIC 等并发症。

3、积极控制感染：

(1) 遵医嘱及时应用抗生素，观察其疗效及不良反应。

(2) 按时雾化排痰，保持呼吸道通畅。

(3) 做好皮肤、口腔护理，防止新的感染。

(4) 有创面的部位按时给药，促进愈合。

4、维持液体和电解质平衡：

(1) 准确记录 24 小时液体出入量。

(2) 监测血清中电解质的浓度。

(3) 观察水、电解质紊乱的表现，包括皮肤、黏膜、血压及神经肌肉功能等。

5、减轻焦虑：

(1) 保持病室的环境舒适，避免过冷、过分潮

湿或干燥，适当地保暖。

(2) 为患者提供生理和心理支持，以减轻焦虑。

(3) 遵医嘱给予患者适量镇静剂，用药后密切观察病情变化。

三、健康指导要点

1、预防感染：目前脓毒症的发病机制仍未完全阐明，针对发病原因应做好预防工作，

努力降低预防感染的危险因素对脓毒症的治疗和预防有着重要作用。

2、识别病情变化：对于已经发生感染的伤口或创面等，一定要提高警惕，正确对待，以免造成不良后果。

3、饮食注意：提倡健康饮食生活，避免容易引起肠道感染的不洁饮食，避免暴饮暴食及过度饮酒。

4、加强锻炼：通过不断提高自身免疫力。

四、注意事项

1、采用物理、药物降温方法维持体温在正常范围。

2、观察皮肤颜色、温湿度等，注意有无花斑，判断组织灌注好坏。

3、监测 CVP 及 PAWP，判断心脏功能。

4、机械通气患者积极预防 VAP。

第五十章 常用急救技术操作常规

第一节 气管插管术

将一种特制的气管内导管经声门置入气管的技术称为气管内插管，这一技术能为气道通畅、通气供氧、呼吸道吸引和防止误吸等提供最佳条件。

一、适应症

1、病人自主呼吸突然停止，紧急建立人工气道进行机械通气和治疗。

2、严重呼吸衰竭，需行人工加压给氧和辅助呼吸者

3、不能自主清除上呼吸道分泌物，胃内容物反流或出血，随时有误吸可能者

4、各种全麻或静脉复合麻醉手术者。

5、新生儿窒息的复苏

二、禁忌证

1、喉头水肿，急性喉炎，喉头黏膜下血肿，插管创伤引起的严重出血等。

2、咽喉部烧灼伤，肿瘤或异物存留者。

3、主动脉瘤压迫气管者，插管时可导致主动脉瘤破裂。

4、颈椎骨折，脱位者。

三、插管前准备

1、向家属讲明插管的必要性和可能出现的并发症。

2、准备并检查用物是否齐全适用，选择合适的气管导管，检查气囊有无漏气，合适的麻醉咽喉镜，检查喉镜灯泡是否明亮，另备导管管芯、牙垫、空针、气管插管固定器，听诊器等

3、检查病人口腔内有无松动的牙齿、义齿，异物等

4、准备并检查呼吸支持设备，如面罩、简易呼吸器、呼吸机、吸引器及吸引管等

四、方法：经口腔明视插管

1、病人取仰卧位，去枕头后仰，使口、咽、喉三轴线一致走向。

2、左手拇指、示指、中指提起下颌，使病人张口。

3、右手持喉镜，沿口角右侧置入口腔，将舌体推向左侧使喉镜片移至正中位置，换左手持喉镜。

4、慢慢推进喉镜使其顶端抵达会厌处，上提喉镜暴露声门。

5、右手持气管导管，斜口端对准声门裂，沿喉镜走向将导管插入。当充气套囊通过声带，迅速拔出导管芯，退出喉镜，再将导管插深 1—2cm。插管深度约为鼻尖至耳垂再加 4cm，插管位置到门齿的长度成人 23—26cm，小儿插管的长度 = 年龄 ÷ 2 + 12cm。

6、向套囊充气 5ml，听诊双肺，确认导管位置



后用气管插管固定器固定，连接简易呼吸器进行人工呼吸。

7、确定导管在气管内的方法：①按压胸部有气体自导管逸出；②接简易呼吸器人工通气可见胸廓抬起；③两肺听诊有对称呼吸音。

8、如一次操作未成功，应立即给予面罩纯氧通气，然后重复上述步骤。

五、注意事项

1、对呼吸困难或呼吸停止者，插管前应先行人工呼吸、吸氧等，以免因插管费时而增加病人缺氧时间。

2、估计声门暴露有困难时，在导管内插入管芯，将前端弯成鱼钩状。

3、插管时应充分暴露喉部，视野清楚。

4、操作要轻柔、准确，以防损伤组织，勿使用门牙为着力点；动作迅速，勿使缺氧时间延长而导致心搏骤停。

5、导管插入气管后应检查两肺呼吸音是否对称，防止误入一侧气管导致对侧肺不张。

6、注意吸入气体的湿化，防止气管内分泌物黏稠结痂而影响通气，并随时吸痰，注意无菌操作。

7、气囊注气应适量，需较长时间应用时，一般每隔4小时做短时间的放气1次。

8、气管插管时间超过72小时病情仍不改善者，应考虑行气管切开。

六、气管插管术后护理

1、护理评估

(1) 评估患者病情、意识状况、理解配合程度。

(2) 评估患者口腔及鼻腔情况，有无假牙或鼻中隔有无弯曲。

(3) 患者生命体征、氧合情况及是否需要机械通气。

2、护理措施

(1) 应向清醒的带管患者做好解释工作，取得配合。

(2) 应用寸带或插管固定器妥善固定，松紧适宜。

(3) 每班检查插管的深度，做好记录。随时听诊双肺呼吸音是否对称。如气管内发出异常声响，呼吸机不合拍，病人躁动或紫绀，应立即检查气管插管是否脱出或误入一侧气管并采取相应措施。

(4) 保持插管通畅，及时清除气管内分泌物，严格遵守操作规程吸痰；吸痰时严密观察患者生命体征变化，如有异常立即停止吸痰并告知医生处理。如发现痰痂阻塞或气囊脱垂应立即更换插管，严防异物坠入气道。

(5) 每隔4小时气囊放气5分钟，放气前充分吸痰。新生儿、婴幼儿插管原则上不用气囊，必要时切勿充气过度。防止长时间压迫气管黏膜、喉头而引起充血、水肿和痉挛。

(6) 气管插管拔除前，准备好吸氧面罩或给氧管，充分吸痰，解除固定物置吸痰管达气管插管最深处，与气管插管一起边吸便退出（新生儿及婴幼儿除外），拔管后立即给予氧气吸入。

(7) 气管插管后严密观察患者生命体征变化，注意有无心率加快、鼻翼煽动、呼吸急促或费力、三凹征、口唇面色紫绀等缺氧或呼吸困难的表现。

(8) 气管插管拔管后观察患者有无声音嘶哑、喉头水肿等情况。

(9) 气管插管时间一般为72小时，72小时后病情无好转应及时行气管切开术。

3、健康指导要点

(1) 清醒病人告知气管插管的目的和注意事项，取得配合。

(2) 气管插管时指导患者保持合适体位。

(3) 气管插管后鼓励病人咳嗽、咳痰。

4、注意事项

(1) 正确的固定气管插管。

(2) 每日做好导管护理及口腔护理。

(3) 监测通气及血气分析、电解质的情况。

(4) 观察有无导管相关并发症。

(5) 协助湿化、翻身、拍背，以利痰液排出。

(6) 注意牙齿有无松动或下颌脱臼。

第二节 气管切开术

气管切开术是畅通气道的急救技术之一。指在颈段气管前壁正中做一个切口，并将呼吸管置入气管的手术。给病人予辅助通气，并可以经套管处吸除呼吸道的分泌物。

一、术前护理

1、病人的准备：手术局部的皮肤准备（备皮范围是下颌及胸骨上、两侧至肩部，男病人剃去胡须），做好病人的心理护理及解释工作，签手术同意书。

2、环境准备：气管切开可以到手术室或床边进行，

病房内采取紫外线照射，地面使用消毒液拖地，室温保持18~22℃，相对湿度50%—70%。

3、用物及急救药品的准备

吸痰器、氧气、麻醉床、呼吸机（或辅助呼吸气囊）、气管切开盘（一次性吸痰管数根、无菌治疗碗及镊子、无菌生理盐水、无菌区内存放气管点冲液）、各种急救药品（如呼吸兴奋药、肾上腺素等）。床边切开者另备床边站灯、电源插线板、屏风、气管切开包、适当型号的气管套管（金属套管和一次性硅胶套



管)。

二、术后护理

1、护理评估

- (1) 评估患者肌肉容积、张力、肌力分级情况等。
- (2) 评估患者气管套管的种类、型号和气囊压力。
- (3) 观察内套管有无破损。
- (4) 观察患者意识、呼吸形态、痰液多少及分度、伤口情况等。

2、护理措施

- (1) 保持室内空气流通、地面清洁及适宜的温度、湿度。谢绝探视。
- (2) 患者应去枕平卧，使颈部舒展，利于畅通呼吸道和分泌物引流。
- (3) 鼻饲流质饮食者，进食前应抬高床头 30 度。
- (4) 术后 24 小时更换切口敷料，若渗血或痰液污染时应随时更换。内套管应每 6 小时更换一次。套管口用双层无菌盐水纱布覆盖或使用气切人工鼻，保持湿度，避免灰尘和异物吸入。
- (5) 气囊充气 3-5ml，每 4 小时放气一次，每次 3 分钟。术后 24 小时检查导管系带松紧，松紧以放进一个手指为宜，防脱管。
- (6) 随时吸痰，必要时给予翻身拍背，保持呼吸道通畅，并注意痰液的颜色，气味和量等，及时向医生反映。吸痰时严格执行无菌操作，每吸一次痰应更换吸痰管，口腔、鼻腔和气管内吸气管应绝对分开，

防止交叉感染。每次吸痰时间不应超过 15 秒钟，注意手法轻柔，禁止频繁在气管上下反复提插，以免损伤黏膜，引起出血。

(7) 如发现吸痰管插不进去，应仔细检查原因，并给予相应处理。

(8) 拔管前必须先试行堵管。如果堵管 48h 无呼吸困难，能自行咳嗽后，方可拔管。伤口可用消毒蝶形胶布拉拢后自行愈合。

(9) 若因翻身或咳嗽使套管脱出时，须作出紧急处理：将备用套管沿原伤口插入，若插入困难，应迅速用止血钳撑开切口及气管，并立即将套管插入，然后固定好。

三、健康指导要点

- (1) 保持室内空气流通，减少空气中的尘埃，必要时进行空气消毒。
- (2) 行气管切开处处理时注意遵守无菌操作原则。
- (3) 保持呼吸道通畅，必要时吸痰、翻身拍背。
- (4) 定时更换伤口敷料及内套管，防止套管脱出。

四、注意事项

- (1) 做好安全防护措施，防止坠床跌倒发生。
- (2) 烦躁，意识不清等患者适当约束，防止套管脱出等意外发生。
- (3) 严格无菌原则吸痰。
- (4) 更换系带需双人配合。

第三节 畅通呼吸道的护理

一、评估要点

- 1、呼吸困难的程度。
- 2、患者气道梗阻程度。
- 3、既往史。
- 4、辅助检查：血气分析、胸部平片、纤维支气管镜检查等。

二、操作要点

- 1、仰头举颏法：患者仰卧，一手置于前额向下用力使头后仰，另一手的食指与中指置于下颌角处，抬起下颌。
- 2、仰头抬颈法：患者仰卧，一手置于前额使头后仰，另一手放在颈下，将颈托起。
- 3、托颌法：患者仰卧，急救者将其肘部放在患者头部两侧，双手抓住患者下颌并向操作者方向牵拉。一方面头稍向后仰，一方面将下颌骨前移。
- 4、手法清理气道：一手用拇指食指牵拉舌头，另一手食指伸入口腔和咽部，迅速将口腔异物抠出；若伤员牙关紧闭，可用两食指从伤员口角处插入口腔内顶住下牙，两拇指与食指交叉用力打开口腔，清理气道。

5、托颌牵舌法：当患者舌后坠阻塞声门时，用手从下颌骨后方托向前侧。将舌牵出，使声门通畅后用口咽或鼻咽管来维持。

6、口咽管的应用：

- (1) 顺插法：在舌拉钩或压舌板的协助下，将口咽通气道放入口腔。
- (2) 反转法：口咽通气道的咽弯曲部朝上插入口腔，当其前端接近口咽部后壁时，将其旋转 180° 成正位，并用双手拇指向下推送至合适的位置。

三、指导要点

- 1、严格掌握适应症，如果患者仍有反应或正处于抽搐时，则不可用手指清除异物。
- 2、仰头举颏法时，注意勿压迫颈前部的颈下软组织，以免压迫气管。
- 3、托下颌时，急救者的第 2-5 指应着力于患者下颌角的升支，不要握住下颌角的水平支，否则反会使口关闭，影响开放气道，还应防止用力过度，以免引起下颌关节脱位。

四、注意事项

- 1、疑有或有颈椎损伤时，可举颏但尽量不仰头，



以免加重脊髓损伤。对于小儿头部不能过度后仰，以免加重气道阻塞。

2、口咽气道通常不用于神志清楚和上呼吸道反射活跃的患者，否则可能会引起痉挛、呕吐及误吸。

3、插口咽通气导管时，应注意避免损坏牙齿，有义齿应取下，不要将两唇夹于导管和门齿之间，以免损伤造成出血。

第四节 股静脉穿刺术

一、评估要点

1、评估患者的年龄、病情、意识状态及营养状况等。

2、评估穿刺部位的皮肤、血管状况及肢体活动度。

3、患者的心理反应、情绪及配合程度。

4、患者是否了解股静脉穿刺术的目的、方法及配合要点。

二、操作要点

1、患者仰卧，采血侧的大腿平放，稍外展。如为患儿，将大腿外展与身体长轴成 45° ，大腿下垫一小枕，小腿弯曲与大腿成 90° ，并由助手固定。

2、触摸腹股沟韧带和股动脉搏动处。

3、将腹股沟韧带的内中 $1/3$ 交界处下方两横指处，股动脉搏动内侧定为穿刺点。

4、操作者立于穿刺侧，消毒皮肤及操作者左食指、中指指端，左手食指、中指指端置于股动脉搏动处，

右手持注射器，由确定的穿刺点向上呈 45° - 60° 斜刺，边进针边抽吸，按需要抽足血量。

5、如抽吸无回血，可继续进针，直至针尖触及骨质再边退针边抽吸。如仍未抽得血液，再触摸股动脉，检查进针方向，将针尖稍改变方向和深浅，重新抽吸采血。

6、采血完毕后，按压局部直至不出血。

三、指导要点

1、告知患者和家属股静脉穿刺的目的、方法。

2、协助患者取舒适卧位，清醒患者询问感受，向患者和家属交代注意事项。

四、注意事项

1、局部必须消毒严格，避免在感染的部位做穿刺。

2、避免多次、反复穿刺，以免形成血肿。

3、如为婴幼儿，助手固定肢体时勿用力过猛，以防损伤组织。

第五节 紧急心脏电复律术

一、评估要点

1、患者的生命体征及ECG心律失常类型和是否有室颤波。

2、患者的皮肤情况。

3、患者的心理状态，有无紧张、焦虑、恐惧等情绪及对电复律的态度。

4、清醒患者对所患心律失常防治相关知识的了解情况。

二、操作要点

(一) 非同步电复律

1、立即呼救，寻求他人帮助，记录时间。

2、立即将患者取去枕平卧位，且卧于硬板床上。

3、松开盖被、衣扣，暴露胸部，立即给与胸外心脏按压。

4、另一人接替按压后，迅速准备并携用物至患者床边。

5、检查患者是否有植入性心脏起搏器，检查并去除金属及导电物质，确定患者除颤部位无潮湿、无敷料。

6、开启除颤仪选择除颤位置。

7、将导电糊涂于电极板上或者用四层盐水纱布包裹电极板。

8、选择除颤能量：（使用制造商为其对应波形建议的能量剂量），一般单向波200-360J，双向波120、200J。确认电复律方式为非同步方式。

9、电极板置于患者胸部正确部位（分别置于心尖部及心底部），紧贴皮肤并稍施以压力。

10、如患者带有植入性起搏器，应避开起搏器部位至少10厘米。

11、环顾四周，令所有人员离开病床。

12、充电至所需能量后再次观察心电图波，确实需要除颤，两手拇指同时按压电极板上“放电”按钮，迅速放电除颤。

13、立即行2分钟胸外心脏按压。

14、观察心电图波形是否恢复窦性心率，有无并发症，并记录时间。

15、用纱布擦净患者皮肤，检查皮肤有无灼伤，帮患者穿好衣裤并盖被保暖。

16、操作完毕，擦干电极板，将能量开关回复至零位并充电备用。

(二) 同步电复律

1、术前准备

(1) 向患者解释电复律的目的、必要性，损伤过程及如何配合，消除顾虑。



(2) 物品准备: 除颤器、生理盐水、导电糊、地西洋及心肺复苏所需的抢救设备和药品。

(3) 术前 24h-48h 停用洋地黄药物, 给予改善心功能、纠正低钾血症和酸中毒的药物。房颤者复律前应进行抗凝治疗。

(4) 电复律前当天晨禁食, 嘱患者排空大小便。

2、术中配合

(1) 患者平卧于绝缘硬板床, 松开衣领, 有义齿者先取下, 建立静脉通路, 给予氧气吸入, 术前做全导联心电图。

(2) 清洁电击处的皮肤, 连接好心电导联线, 贴放心电监测电极片时注意避开除颤部位。

(3) 连接电源, 打开除颤器开关, 选择一个 P 波高耸的导联进行示波观察。选择“同步”按钮。

(4) 配合麻醉, 地西洋 0.3-0.5mg/kg 体重缓慢静注, 至患者出现朦胧状或嗜睡状态、睫毛反射消失, 麻醉中严密观察呼吸, 必要时加压面罩给氧。

(5) 充分暴露患者胸部, 将两电极板表面涂以导电糊或包以生理盐水浸湿的纱布, 分别置于胸骨缘第 2-3 肋间和心尖部, 与皮肤紧密接触, 并有一定压力。

(6) 通常经胸壁体外电复律能量选择为: 心房颤动和室上性心动过速在 100-150J 左右, 室性心动过速为 100-200J 左右; 心房扑动所需能量一般较小, 在 50-100J 左右。充电到所需功率, 两电极板同时放电。通过心电图示波器观察患者心律是否转为窦性。

(7) 根据情况决定是否需要再次电复律。

3、术后护理

(1) 复律后在原位继续心电监护 24 小时, 注意心律、心率的变化。

(2) 严密观察心律、心率、血压、呼吸、神志、面色、肢体活动情况, 每 30 分钟测量一次, 并做好记录。

(3) 患者卧床休息 24 小时, 清醒后 2 小时内避免进食, 以免恶心、呕吐。

(4) 电极接触局部皮肤可有红斑及肌肉酸痛, 持续 2-3 天可消退, 一般不需特殊处理。

(5) 术前行抗凝治疗者, 术后需继续用药 2 周, 并定期复查凝血时间和凝血酶原时间。

(6) 如出现心律失常、肺水肿等并发症, 应及时与医师联系做出处理。

(7) 遵医嘱继续服用洋地黄或其他抗心律失常药物以维持窦性心律。

三、指导要点: 向患者或家属说明治疗目的, 消除思想顾虑, 以取得合作。

四、注意事项

1、复律前应仔细检查仪器, 备好一切抢救药品和仪器。

2、电极板放置位置要正确, 并与患者的皮肤密切接触, 保证放电良好。

3、电击时, 任何人不得接触患者及病床, 以免触电。

4、细颤型室颤者, 应先进行心脏按压和药物等处理后, 使之变为粗颤, 再进行电击, 以提高成功率。

第六节 清创缝合术

一、评估要点

1、患者的全身情况和麻醉药物过敏史及生命体征。

2、致伤原因(利器、钝器、挤压)、时间。

3、伤处的局部情况(部位、长短、深浅)及伴随症状。

4、患者的心理反应、情绪及配合程度。

5、患者是否了解清创缝合术的目的、方法及配合要点。

6、辅助检查: X 线、B 超等。

二、操作要点

1、先用无菌敷料覆盖创面, 剃除周围毛发。

2、用无菌生理盐水或肥皂水清洗伤口周围皮肤, 如有油污可用汽油擦洗, 再用无菌生理盐水清洗。

3、分别用无菌生理盐水、3% 过氧化氢溶液, 再用无菌生理盐水、0.5% 活力碘反复冲洗伤口。

4、伤口周围皮肤用 1% 碘伏或活力碘消毒。

5、铺无菌巾, 行局部浸润麻醉。

6、清除伤口内血块、异物、探查伤口深度, 止血, 剪除失活组织, 修剪创缘皮肤。

7、逐层缝合伤口, 术后对合皮肤, 用 1% 碘伏或活力碘消毒并包扎。

8、常规注射破伤风抗毒素, 并观察药物反应。

三、指导要点

1、嘱患者按时换药拆线, 保持伤口清洁干燥, 特殊伤口遵医嘱。

2、常规注射破伤风抗毒素后, 应观察 30 分钟, 无反应后方可离院。如注射后一周内出现皮疹, 可能为该药的迟发反应, 应及时就诊。

3、如发现伤口渗血、剧烈疼痛、指(趾)端肿胀, 皮肤颜色变成紫色或黑色, 随时就诊。保持伤口敷料清洁、干燥, 抬高伤肢。

四、注意事项

1、清创前首先要评估患者的全身情况, 不可因清创术延误危及生命伤的处理。

2、操作中应严格执行无菌技术。选用局部麻醉者,



只能在清洗伤口后进行。伤口清洗是清创术的重要步骤，应用生理盐水反复彻底冲洗。

3、组织缝合时避免张力太大，以免造成缺血或

坏死。

4、注意患肢血运、伤口包扎松紧是否合适、伤口有无出血。

第七节 高压氧治疗法

一、入舱前安全教育

1、介绍高压氧治疗全过程与注意事项，解除患者疑惑，使患者更好地配合治疗。

2、进舱前排空大小便，如特殊患者，可带便器进舱，当天不宜吃易产气的食物。

3、为确保安全，严禁携带易燃易爆物品、火种入内。严禁舱内吸烟与携带电动玩具。不带任何与治疗无关的物品（如皮包、手表、收音机、助听器、手机、保温杯等），以免因压力改变而损坏。

4、教会患者做咽鼓管开启动作（如张嘴、咀嚼、吞咽、捏鼻闭嘴鼓气动作）。测量患者血压，如血压超过 160/100mmHg，不宜治疗。

5、向患者简单介绍舱内设施。告知患者及家属不得擅自乱动舱内设施，保持舱内清洁。

二、加压阶段

1、安全教育完毕后再次检查每个患者及家属是否携带易燃易爆等危险物品，关闭舱门，通知患者做好加压准备。在整个治疗过程中，舱内外必须保持联系、互通状态。

2、加压速度原则上是先慢后快，在 0-0.06MPa 阶段升压速率为 0.005-0.01MPa/分，在 0.06MPa 以上可高于 0.01 MPa/分，加压时间为 10-15 分钟。

3、经常询问舱内患者及家属的情况，如有耳痛等不适，应立即暂停加压，或适当减压，待患者或家属调节好以后，再行加压。

4、严密观察危重病患者的病情变化。对有高血压病史的患者每次治疗前后测量血压，防止血压突然升高而发生意外。对昏迷或气管切开的患者应保持呼吸道通畅，在舱压达到 0.03 MPa 以上时，可使用舱内

吸引器。

5、加压过程中，打开测氧仪，在稳压前完成校正、定标。

三、稳压（吸氧阶段）

1、指导患者戴面罩吸氧，根据患者的情况采用不同的吸氧方式。

2、注意舱压与氧浓度的变化。当舱压波动时，要随时排气减压或充气加压，保持压力稳定。严密观察舱内氧浓度的变化，严格控制在 23% 以下。如超标，应及时通风换气，尽快降低氧浓度。

3、供氧压力以 0.4-0.6MPa 为宜。如低于或超过此范围，应立即通知患者暂停吸氧，马上与中心供氧联系。

4、观察氧气流量，了解患者吸氧情况。对气管切开患者供氧流量在 10-15 升/分，不宜过高。

5、各种密闭气囊和引流管（尿管除外）在加压和稳压阶段夹闭，减压时开放。尿管在整个治疗过程中处于开放状态。

四、减压阶段

1、通知患者开始减压，摘掉面罩，保持自然呼吸，不要屏气或剧烈咳嗽，防止肺气压伤。在屏气或剧烈咳嗽时应暂停减压，待自然呼吸恢复后再继续减压。

2、严格执行减压方案。减压速率原则是先快后慢。一般采用匀速减压。

3、认真填写各项记录并签名。

4、操作结束，所有设施恢复治疗前状态，做好下次开舱使用准备，同时关闭总电源。

5、治疗结束后，进行清洁、通风、消毒工作。

第八节 直接动脉测压术

一、评估要点

1、评估患者的年龄、病情、意识状态及营养状况等。

2、评估穿刺部位的皮肤、血管状况及肢体活动度。

3、患者的心理反应、情绪及配合程度。

4、患者是否了解直接动脉测压术的目的、方法及配合要点。

二、操作部位

桡动脉（首选）、肱动脉、足背动脉、股动脉

三、操作准备

皮肤消毒剂、棉签、穿刺针（留置针）、肝素水、注射器、动脉测压传感器

四、操作要点（以桡动脉为例）

1、行桡动脉穿刺前，充分暴露穿刺部位，确定动脉走向，扪及搏动最明显处。

2、常规皮肤消毒及左手食指和中指消毒。

3、将患者的腕部垫高，保持腕关节处于过伸状态。穿刺时将穿刺者左手的食指、中指自穿刺部位由远至近依次轻放于患者桡动脉搏动最强处，指示患者桡动脉的走行方向。食指所指部位即为穿刺的“靶点”



，两指所指数线路即为进针的方向。进针的角度一般为30-45°。对于血管较粗或较硬者，进针角度应稍大；而对于血管较细者进针角度应略小。进针后如果针尾部见血液流出，可再前送穿刺针少许，确认针尖在血管内，缓慢拔除留置针针芯，同时置入软管即可。

4、连接动脉测压传感器，调零，测压。

五、护理措施

1、每15-30分钟观察一次插管肢体血运情况，插管前端或周围皮肤是否肿胀，皮肤颜色改变及肢体温度异常，动脉插管有无外渗或脱出，一旦发生，立即拔管，并进行相关处理。

2、沿肢体方向妥善固定各管道，测压管与换能器或三通管紧密连接，避免脱开造成出血。

3、每30分钟用肝素钠无菌生理盐水1-2ml冲洗管道，防止血栓形成。

4、注入冲洗液时，严防气泡进入。一旦发现气泡，应立即用注射器将其抽出，同时制动肢体，以防空气进入动脉，造成空气栓塞。

5、密切观察监护仪上的动脉波形变化，监护仪屏幕上可描绘出动脉压力的波形和压力上升速率，比无创血压更能反应心排血量。

6、管道有堵塞时，用抽吸法，先回抽，有回血时再冲洗；如无回血，停止使用并拔除，不得用力推注冲洗液，防止将血栓推入动脉内。

7、测量直接动脉压时，将换能器置于心脏同一水平，每次测量前均应校正零点。直接测压较间接测压高5-20mmHg，股动脉测压较桡动脉高。

8、取血标本时，应尽量减少失血，用2支10ml注射器，现将管道内液体全部吸出后弃掉，再取5-10ml保留，然后根据检查项目采取所需血量，采血完毕，将保留5-10ml血再注入动脉内。

9、置管时间一般为5-7天，最佳置管时间为72小时，置管时间越长，越易感染或形成血栓。

六、注意事项

1、行桡动脉穿刺前，应做Allen试验估计来自尺动脉的掌浅弓血流。

2、推注冲洗液时速度不宜过快，防止局部缺血和疼痛，冲洗液不可推入过多，避免影响机体凝血。

3、动脉穿刺管仅作测压及抽动脉血标本使用，严禁注射、加药。

4、拔除穿刺针时，局部要加压后包扎，一般加压5-10分钟。

第五十一章 常见急救仪器应用技术

第一节 呼吸机使用法

一、护理评估

1、评估患者病情、意识、生命体征、体重及合作程度。

2、评估人工气道类型、气道通畅程度、肺部情况、痰液性质及量。

二、护理措施

(一) 适应证

1、自主呼吸障碍。如胸廓外伤、多发性肋骨骨折等。

2、通气不足导致的低氧血症或二氧化碳潴留。如急性呼吸衰竭、慢性阻塞性肺部疾病等。

3、严重呼吸困难或呼吸停止者。

4、严重的代谢性酸中毒需过度通气代偿者。

(二) 禁忌证

1、急性大咯血发生窒息或呼吸衰竭气道未疏通前。

2、低血容量性休克未纠正者。

3、肺大疱、气胸、纵隔气肿未进行有效引流前。

4、重症肺结核播散期。

5、支气管异物取出前。

6、急性心功能衰竭和急性心肌梗死。

(三) 呼吸机的通气模式

1、控制通气(CV或CMV) 是指完全由呼吸机来控制病人的呼吸频率、通气容量或气道压力的方法，适应于自主呼吸完全停止或较微弱的病人。

(1) 容量控制通气(VCV)：是以容量切换为基础的通气方法，呼吸机在容量切换的前提下控制病人的通气频率和通气量，以维持病人的呼吸，保证有效通气量。

(2) 压力控制通气(PCV)：是在压力切换的条件下，呼吸机控制病人的呼吸，具有气道压力恒定的优点。

(3) 间歇指令通气(IMV)：是一种在每分钟时间内既有自主呼吸，又加以强制性通气，两者交替进行，共同构成通气量的机械通气方法。

(4) 间歇正压通气(IPPV)：是指呼吸机在吸气时相用正压将气体送入病人的肺内，呼气时相将压力降为零，使病人排气的一种通气方法。

2、辅助通气(AV或AMV) 是由病人控制呼吸频率，呼吸机控制呼吸深度，当病人呼吸深度不够时呼吸机开始工作，呼吸机与病人的呼吸具有同步性的通气方式。

(1) 容量辅助呼吸(VSV)：其特点是通气容量恒定，但需要病人的自主呼吸触发呼吸机的工作，目



的是补充自主呼吸的不足。

(2) 压力辅助呼吸 (PSV)：是在病人自主呼吸容量不足时呼吸机给予一定的压力辅助，使更多的气体进入病人肺内的通气方法。

(3) 同步间歇指令呼吸 (SIMV)：是一种在间隔的时间内由病人自主呼吸触发呼吸机自动产生气流，补充病人呼吸的通气方法。

(4) 持续正压呼吸 (CPAP)：是建立在自主呼吸基础上的一种通气方式。其特点是病人无论在吸气相，还是在呼气相，均给予一定的压力，为病人的自主呼吸提供一个较高压力的呼吸平台，让肺泡充分扩张。

(5) 指令性每分钟通气 (MMV) 需要规定预定的每分通气量，呼吸机在工作中可根据病人的实际情况自动调整以达到规定的每分通气量。

3、辅助-控制通气 是在辅助通气和控制通气两种通气方式的基础上建立起来的特殊通气方式。最常用的通气模式是呼吸末正压通气 (PEEP)，其工作原理是在呼气末或整个呼气期对病人气道施加一个高于大气压的压力，阻止肺泡内气体的排出，从而增加了功能残气量，使肺泡不易塌陷，同时也提高了动脉血氧分压。

(四) 呼吸机与病人的连接方法

1、面罩，用于无创呼吸机

优点：简单易行，应用迅速，病人容易接受，常可不用镇静药物。

缺点：容易漏气，不便于吸痰，气体易进入胃内，引起腹胀。

2、气管插管 是最常用的连接方法。

优点：导管气囊可以密闭气管导管壁，防止上呼吸道分泌物、呕吐物进入下呼吸道；有利于吸痰。

缺点：清醒病人不能耐受，需要使用镇静药。

3、气管切开 是常用的连接方法。长期需要进行通气支持的病人（气管插管者插管时间大于 72 小时）应行气管切开。

优点：维持时间长，有利于清除呼吸道深部的痰液。

(五) 操作步骤

1、使用前，先开机检查呼吸机运转情况及呼吸阀是否正常，管路连接是否正确，有无漏气。

2、设置呼吸机各参数，如每分通气量（潮气量 6-8ml/kg）、呼吸频率（12-20 次/分）、吸呼时间比（1: 1.5-2）、给氧浓度、呼吸压力上限、触发灵敏度、湿化器温度等。

3、呼吸机与病人连接后应听诊双肺呼吸音，检查腹部有无胀气。

4、严密观察生命体征、神志、发绀及血氧饱和度变化。

5、用呼吸机 30 分钟后查动脉血气分析，长期使用监测血气分析 1-2 次/天，并根据病情随时调整呼吸机各参数。

6、保持呼吸道通畅，加强气道湿化及吸痰，每次吸痰时间不超过 15 秒。

7、注意气管套囊是否漏气，呼吸机各个环节有无漏气，防止呼吸机接头与气管套管脱开。

8、做好呼吸机保养和消毒，预防并发症。

(六) 呼吸机的监护

1、呼吸机的应用效果：

①持续监测 SaO₂ ≥ 95%；

②呼吸机应用 30 分钟后，做血气分析和 pH 测定；

③观察心率的变化。

2、随时监听呼吸机的运转声、报警声，及时查明原因，解除报警。临床上检查故障的规律：首先根据报警内容进行寻找，若无报警故障，应先检查电源、气源，再查看各管道及各衔接接头，最后观察呼吸机各参数是否符合要求，有无变化。

3、定容型呼吸机在工作中要重点观察气道压力，如气道压增高，提示呼吸道分泌物较多、支气管痉挛、呼吸机管道堵塞、肺部病变加重；如气道压力降低，则可能有漏气、呼吸机送气不足、肺部病变好转。

4、定压型呼吸机在工作中，因送气压力预定，如果呼吸道阻力增加，则会引起通气量减少，故应严密观察潮气量或分钟通气量。如有减少，及时清除呼吸道分泌物，治疗肺部病变，保证有效通气。

5、观察呼吸机工作是否与病人自主呼吸同步，对于无自主呼吸的病人，严密观察病人自主呼吸恢复时间，防止“人机对抗”。如病人自主呼吸加强、烦躁不安、口唇发绀，甚至有窒息样表现，应考虑“人机对抗”，立即处理。首先清除呼吸道分泌物，提高通气效果；如病人清醒，可通过指导使病人与呼吸机同步；在病情允许的情况下可调整通气模式，必要时遵医嘱使用吗啡等镇静药，暂时抑制呼吸。

6、监护呼吸机湿化功能，湿化温度调控在 30-35℃。护理要点：

①加热湿化器中应加入无菌蒸馏水，不宜使用自来水和生理盐水，经常观察水位的刻度变化，及时添加湿化水；

②严密监控加热温度，避免水温过高，引起呼吸道黏膜烫伤；

③及时清理呼吸机管道和积水器中的积水，始终保持湿化瓶和呼吸机管道低于气管导管水平，防止管道中冷凝水灌入气道。

(七) 呼吸机的撤离

1、撤离呼吸机的指征：上述使用呼吸机的条件已消失，病人病情稳定，病人有能力咳嗽，以清除呼吸道的分泌物，可考虑撤机。



2、撤离呼吸机的步骤

(1) 短期使用机械通气者，脱机后保留气管插管一段时间，动脉血气分析观察各种指标，确认病人可完全依赖自主呼吸满足机体通气需要，并可有效排除气道内分泌物后再拔除气管内插管。

(2) 长期使用机械通气者，可选用同步间歇指令呼吸(SIMV)或压力辅助通气(PSV)通气模式，逐渐减少机械通气参数，增加自主呼吸在满足机体的通气需求中所占的份额，最终达到完全脱离机械通气的目的。

(八) 呼吸机的清洗、消毒和保养

1、呼吸回路的清洗和消毒：呼吸回路一般24小时更换1次。清洗和消毒：包括与人工气道连接的各部分接头、呼吸机管道、湿化罐使用后送消毒供应室消毒处理。结核、肝炎和艾滋病病人最好用一次性呼吸回路。

2、过滤器的清洗和消毒，一次性过滤器每个病人1套，用后毁形，重复性过滤器每个病人使用后行高压灭菌。

3、气源过滤网的清洗和消毒，用清水冲净晾干

后放回原位，呼吸机在使用过程中应72小时更换1次。

4、呼吸机外壳应保持清洁、干燥，定期用软布擦洗屏幕和外壳，机器上不得放置任何杂物。

三、健康指导要点

1、告知患者及家属机械通气的目的、方法、可能出现的不适，取得患者及家属的配合。

2、指导清醒患者正确使用肢体语言进行交流，可通过手势或笔纸、写字板表达自己的需要。

3、指导患者进行呼吸功能锻炼及有效排痰。

四、注意事项

1、执行标准预防，预防院内感染。

2、无禁忌症患者保持床头抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 。

3、间断进行脱机训练，避免患者产生呼吸机依赖。

4、呼吸机的集水器应处于整个呼吸回路的最低处，及时倾倒集水器内的冷凝水，严禁将管道内的冷凝水倒入患者气道及湿化罐内。

5、及时处理报警，如呼吸机发生故障或报警未能排除，应断开呼吸机给予简易呼吸器手动通气，待故障解除试机正常后再连接呼吸机。

第二节 多参数监护仪使用法

一、使用前评估

- 1、评估患者病情、意识状态。
- 2、评估仪器性能及所要的导联线。

二、使用要点

(一) 操作步骤

1、物品准备：多参数监护仪1台，监护导联线一套，电极3~5个，乙醇棉球等。

2、检查监护仪：检查所有外部电缆、插件和配件；将电源线插入到交流电源插座中；检查设备监护病人所需的所有功能，确保设备能够正常工作。

3、向病人说明监测的意义，解除病人顾虑以取得合作。

4、根据病情，取合适卧位。

5、接电源线，然后打开监护仪开关，执行自检。

6、确定电极位置，正极置于左锁骨中线第4~5肋间，负极置于胸骨左缘第2肋间或左锁骨中线中点下部，地线放于右锁骨中线第4肋间。

7、用乙醇棉球擦拭电极放置处皮肤，固定电极，连接心电导联线，调好心电监测基线及振幅。

8、操作过程中注意病人保暖，监护时间超过24小时应更换电极位置，以防皮肤过久刺激而发生损害。

9、如需同时监测血压、血氧饱和度、有创动脉压、中心静脉压等，将监测模块插入多功能监护仪上即可做相应监测。

10、随时注意观察监测各参数变化，做好护理记录，发现病情变化及时处理。

(二) 监护仪的保养和消毒

1、仪器屏幕和外壳保持清洁无灰尘，每日用软布浸中性清洁液擦拭，擦拭时防止液体进入机器内。

2、电缆和导联线用浸有消毒液的毛巾擦干，绕大圈保存，防止电缆皴裂、变形、腐蚀。

3、血氧饱和度传感器用乙醇纱布清洗，擦干后保存。

4、袖带使用后可取出乳胶橡胶袋，清洗干净后晾干，再将橡胶袋装入袖带内。

5、温度探头用不含乙醇的清洁剂清洗。

三、健康指导要点：清醒病人告知使用目的及注意事项。

四、注意事项

1、监护仪要定期检查，使之处于备用状态。

2、心电监护前应正确安放电极，必要时去脂剃毛，使电极和皮肤接触良好。

3、测试报警：接通监护仪电源时，监护仪便开始执行自检，必须核实报警灯一个接一个点亮，可以听到声音，这表示目视与声音报警指示器均正确工作。

4、测量血压时，应根据年龄和体型选择合适的袖带，尽量不在输液和插导管的肢体上安放袖带。

5、测量血氧饱和度时，应经常更换部位，防止损坏皮肤，尽量避免在涂有指甲油的手指上测量。



- 6、严密观察，加强巡视。
- 7、正确设定监护仪各种测量的安全极限和报警

极限范围。

第三节 床边血气分析仪使用法

一、操作流程

- 1、仪器处于“待机”状态。
- 2、样品准备：将已取血的注射器在手中转动与缓慢颠倒至少3次，混匀样品。
- 3、选择样品类型：“动脉血”“静脉血”“毛细血管血”或“其他”键，此时采样针自动伸出。
- 4、进样：从注射器中排除第一滴血后，使进样针深入血样，深浅适中，不要靠到注射器管壁，同时按“OK”键。
- 5、听到三声“嘀、嘀、嘀”后，即刻移开样品。
- 6、输入患者样品相关信息：键入操作员ID等信息后，按“OK”键。
- 7、等待结果：等待数十秒即可得到检查结果。

二、采样要求：

- 1、抗凝剂：250ml 生理盐水或注射用水加1支12500单位的肝素钠原液，混匀后无菌保存备用。
- 2、采集标本要求：
 - (1) 良好的抗凝：选用肝素钠或锂作为抗凝剂。
 - (2) 采集工具：
 - ①若使用一次性针筒，需抽取稀释过肝素钠溶液1ml后，在一次推完抽取量的基础上，将针头朝下连续快速来回推2次后排气，进行标本采集。
 - ②若是使用动脉血气针，则可直接进行采集。
 - (3) 采集标本：要求采血完成与检测前，均需将采血针手搓与反复颠倒混匀3~5次，保证标本与抗凝剂混合充分。

(4) 针刺深度：血液最好是自然流出，要保证血液以最快速度进入针筒，尽量减少血液与空气接触时间。

(5) 隔绝空气：不要将血样暴露在空气中。

(6) 立即测定：在采集标本后注明采集时间立即进行检查。

三、注意事项：

1、GEM3000检测的钙，是血中离子钙(Ca⁺⁺)，并非血标本中的总钙。

2、血浆胶体渗透压、血浆蛋白与血脂严重异常的病人标本可出现红细胞压积(Hct)的报告结果与血细胞计数仪的检测结果不一致。通常，高血浆胶体渗透压导致GEM Premier3000红细胞压积的报告结果较血细胞计数仪结果低。异常高血浆蛋白与血脂可导致红细胞压积检测结果偏高。此外，多种疾病引起的高白细胞血症，也将导致红细胞压积结果的偏差。

3、包被了新洁尔(Benzalkonium Chloride)或肝素苯甲烷胺(Benzalkonium Heparin)的动脉插管或取血工具，可能干扰钠和离子钙的检测，导致钠和离子钙读数假性增高。

4、擦拭仪器时，切不可用强溶剂，绝对不要将系统的任何部分浸泡在液体中，不要让液体进入仪器的内部或任何接口，如果不小心将液体泼洒到仪器上，应立即用干布擦干，切勿让液体流入仪器内部，情况严重的话，应立即关机，请专业人员检修。

第四节 除颤起搏器使用法

一、操作评估

- 1、评估意识及大动脉搏动情况。
- 2、评估心电图情况，如室颤、室速、缓慢型心律失常。

二、操作要点

(一) 操作准备

准备好除颤起搏器，连接好电源，向病人做好解释工作，消除其恐惧心理，以取得配合

(二) 操作程序

1、心电监护

- (1) 将电极片与导联线连接，依次按R—右锁骨下，L—左锁骨下，F—左侧第4、5肋间放置。
- (2) 将控制旋钮旋至监护区域。
- (3) 按导联选择键选择导联。

(4) 按幅度键调节振幅。

(5) 打开报警键调节报警上下限。

2、除颤

(1) 病人仰卧，解开衣扣，备齐用物。

(2) 将导电膏在电极板表面涂抹均匀(也可用湿盐水纱布)。

(3) 将控制旋钮旋至除颤区域。按ENERGY SELECT键(2号键)选择除颤功率，一般为200J。将S电极放置在右锁骨下，A电极板放置在左乳头的左下方，施以适当的压力(成人除颤板内置有小儿除颤板)。

(4) 按下除颤器面板上的CHARGE键(3号键)或电极板上的CHARGE键充电。

(5) 示波器显示充电的能量数值后，双手同时



按下电极板上放电按钮,机器同时自动记录放电时间,能量及心电图。

3、体外起搏

(1) 放置电极片,圆形片放置心前区(女性左乳头下方),方形片放置脊柱左侧与圆形片相对应处。

(2) 将控制键旋至绿色区域(起搏),旋转起搏电流控制键设置所需电流(40—80mA),旋转起搏频率控制键设置心率(60bpm或高于原心率10—20bpm)。

(3) 观察起搏信号,逐渐增加输出电流直至心室被有效刺激。

(4) 如需除颤,将控制键旋至红色区域,按2号键设定能量,按3号键充电,充电完毕同时按下放电按钮电击。

三、健康指导要点

清醒病人告知使用目的及必要性。

四、注意事项

1、保持机器清洁、干燥,固定放置,备用时插上交流电充电,定期检查,定位放置,使之处于备用状态。

2、切勿将导电膏涂在电极板把手四周,以免被电击。

3、禁止对空放电及电极板面对面放电。

4、电击操作者及他人避免接触病人、病床、机器及连接病人身上的设备。

5、起搏时如需观察病人是否恢复自主心律,按1/4键。

6、起搏电极使用达8小时,必须更换。



第三篇 常见疾病护理常规

第五十二章 内科疾病患者护理常规

第一节 内科疾病的一般护理

一、护理评估

- 1、评估患者生命体征及神志。
- 2、健康史：患者的疾病史、既往史、家庭史。
- 3、评估患者的用药史及所用药物种类、剂量、疗效。
- 4、社会心理评估：患者有无因生活不便和身体不适而产生的烦躁、焦虑心理。

二、护理措施

- 1、入院后接诊护士根据病情安排床位，及时通知医生，协助体检，做好入院接待。
- 2、新入院病人由责任护士测量生命体征，以后每天测量4次，连续3天；体温正常者改为每天一次；体温超过37.5℃的患者每天测量4次；体温超过39℃者，每4小时测量1次，持续观察72小时。
- 3、按医嘱给予饮食，指导病人按需进食，危重患者必要时给予鼻饲。
- 4、动态观察病情变化，认真听取患者主诉，注意观察分泌物、排泄物的变化以及药物作用、不良反应。

5、新入院患者遵医嘱次日晨留取血、尿、粪常规标本并送检。

6、每日记录粪便次数1次，便秘患者，遵医嘱给予轻泻药或进行灌肠等处理；每周测体重1次，并记录在体温单上。

7、准确、及时执行医嘱，确保各项治疗计划落实。

8、根据病情及生活自理能力的不同，给予分级护理，落实基础护理，危重患者做好重症护理，预防压疮、呼吸系统及泌尿系统感染等并发症的发生，做好安全防护。

三、健康指导要点 1、指导病人深呼吸，放松身心。2、指导病人和家属不得随意调节输液速度。3、识别和避免诱发因素。

四、注意事项

- 1、注意保暖，不要出入温差较大的地方，防止感冒。
- 2、避免到人群密集的公共场所。
- 3、休养环境要舒适，每日通风换气，保持空气清新。

第二节 消化系统常见疾病护理常规

一、消化内科疾病的一般护理

一、护理评估

- 1、健康史和相关因素：评估患者的疾病史、家族史、过敏史及消化吸收情况。
- 2、身体状况：评估患者面色体型、肥胖情况、皮肤巩膜有无黄染。
- 3、评估患者的自理能力及活动耐受能力。
- 4、辅助检查：主要评估患者的实验室检查、心电图、B超、CT等检查结果。
- 5、用药情况：了解患者用药及所有药物种类、剂量、疗效。
- 6、社会心理评估：评估患者有无恐慌、焦虑及对疾病的认知程度。

二、护理措施

- 1、按内科疾病病人一般护理。
- 2、休息与体位：急性期病人应卧床休息，消化道大出血时应绝对卧床休息，恢复期的病人可逐步增

加活动量，但应避免过度劳累，以防止疾病复发。腹痛剧烈时，注意安全防护。

3、饮食护理：消化道活动性出血、急性胰腺炎、消化道梗阻病人应禁食、禁水。其他病人应根据病情，遵医嘱合理安排饮食，注意饮食规律，忌生冷、粗糙、油腻、刺激性食物，禁烟，限酒。

4、病情观察：严密观察病人的病情变化，如意识、生命体征以及有无恶心、呕吐、腹痛、腹泻、呕血、黑便等症状，应及时告知医生，做好相应处理。

5、及时准确地执行医嘱，合理安排用药，密切观察药物疗效及不良反应，及时告知医生，做出相应的调整。指导并协助病人正确采集各种标本，并及时送检。

6、准确落实各项特殊检查前后的护理，胃镜检查前禁食、水8小时，肠道检查前按要求行肠道准备，以保证检查效果，并做好检查治疗后的护理工作，以



防止并发症的发生。

三、健康指导

- 1、指导患者放松心情，关心患者，增强战胜疾病的信心。
- 2、讲解疾病相关知识，识别和避免诱发因素。
- 3、适当加强锻炼，增强机体抵抗力

二、胃、食管反流病的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、自理能力，合作程度。
- 2、评估患者进食情况、反酸、烧心，胸腹痛、吞咽困难等情况。

二、护理措施

- 1、执行消化内科疾病一般护理常规。
- 2、观察病人疼痛的部位、性质、程度、持续时间及伴随症状，及时发现和处理异常情况。

3、去除和避免诱发因素

(1) 避免应用降低LES(食管下段括约肌)的药物及引起胃排空延迟的药物，如激素、抗胆碱能药物、茶碱、地西洋、钙拮抗剂等。

(2) 避免饭后剧烈运动，避免睡前2小时进食，白天进餐后不宜立即卧床，睡觉时将床头抬高15-20cm，以改善平卧位食管的排空功能。

(3) 应避免进食使LES压降低的食物，如高脂肪、巧克力、咖啡、浓茶等。以低脂肪、无刺激、易消化饮食为宜，少食多餐，戒烟酒。

(4) 注意减少一切引起腹内压增高的因素，如肥胖、便秘、束腰等。

4、指导并协助病人减轻疼痛

(1) 保持环境安静、舒适，减少对病人的不良刺激和心理压力。

(2) 疼痛时尽量深呼吸，以腹式呼吸为主，减

三、慢性胃炎的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的生活习惯，过敏史及用药史。
- 2、评估患者的心理状况及年龄、月经史，有无更年期综合症的表现。
- 3、观察腹痛部位、性质及耐受程度。
- 4、观察有无恶心、呕吐及呕吐的次数、量、性质。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。

2、休息与活动 指导病人急性发作时应卧床休息，病情缓解时可正常参加活动，进行适当锻炼，以增强机体抗病力。

3、饮食护理 向病人说明摄取足够营养的重要性，与病人共同制定饮食计划，鼓励病人少食多餐，以高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食为主，避免

四、注意事项

1、严密观察病情变化，尤其是急腹症，心脏病患者，发现异常及时告知医生紧急处理。

2、对于长期服用阿司匹林的患者，注意观察有无出血倾向。

3、注意保暖，防止感冒。

轻胸部压力刺激。

(3) 取舒适体位。

(4) 保持情绪稳定，焦虑的情绪易引起疼痛加重。

(5) 教会病人放松及转移注意力的技巧，如深呼吸、听音乐、看小说等，有利缓解疼痛。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：

改变生活方式、生活习惯对多数病人能起到一定的疗效，指导其了解并避免导致LES压降低的各种因素，如避免摄入过多促进反流和胃酸过量分泌的高脂肪食物；鼓励病人咀嚼口香糖，增加唾液分泌中和反流物；适当控制体重，减少腹部脂肪过多引起腹压增高；避免重体力劳动、高强度体育锻炼等。

2、用药指导：严格按医嘱用药，了解主要不良反应。应用制酸剂的病人，治愈后逐渐减量停药，或改用缓和的其他制剂再逐渐停药。平时自备达喜、硫糖铝等碱性药物，出现不适时服用。

3、病情监测出现胸骨后灼热、胸痛、吞咽不适等症状加重时，应及时就诊。

四、注意事项

胃食管反流病具有慢性复发倾向，为减少复发，防止食管炎反复发作引起的并发症，需考虑给予维持治疗。维持治疗的剂量因人而异，以调整至无症状最低剂量为宜。

摄入过咸、过辣的刺激性食物。胃酸低者食物应完全煮熟后食用，以利于消化，并可给刺激胃酸分泌的食物，如肉汤、鸡汤等；高胃酸者避免进酸性，多脂肪食物。观察并记录病人每天进餐数、量，以了解摄入的营养能否满足机体需要。

4、疼痛护理：观察疼痛的部位、性质，呕吐物与大便的颜色、性质、量，指导病人避免过度紧张，采用转移注意力、做深呼吸等方法缓解疼痛，也可用热水袋热敷胃部，以解除痉挛，减轻腹痛。

5、用药护理：抗幽门螺旋杆菌治疗时，首先询问有无青霉素过敏史，注意观察药物的疗效及副作用，告知病人所用药注意事项及不良反应。

6、心理护理：向病人宣教本病相关知识，使其树立治疗信心，配合治疗，消除焦虑、恐惧心理。



三、健康指导要点

1、疾病知识指导：向病人及家属介绍有关病因，指导避免诱发因素。教育病人保持良好的心理状态，平时生活要规律，注意劳逸结合，积极配合治疗。

2、饮食指导：指导病人加强饮食卫生和饮食营养，养成有规律的饮食习惯，避免过冷、过热、辛辣等刺激性食物及浓茶，咖啡等饮料；嗜酒者应戒酒，防止酒精损伤胃粘膜。

3、用药指导

(1) 根除 HP 治疗 幽门螺旋杆菌 (HP) 阳性患者，按医嘱服用杀 HP 的药物，停药 4 周后复查胃镜或 C13 呼气试验。

(2) 抗酸分泌治疗

四、急性胃炎的护理

一、护理评估

1、评估患者的生活习惯、饮酒史及用药史。
2、评估患者的年龄、月经史，有无妊娠早期的表现。

3、观察腹痛部位、性质及耐受程度。
4、观察有无恶心、呕吐及呕吐的次数、量、性质。
5、观察有无呕血、黑便。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。
2、休息与活动：患者应适当休息，减少活动。对急性应激所致或伴有消化道出血者应卧床休息，同时做好患者的心理疏导，减轻或解除其紧张情绪，保证身、心两方面得以充分的休息。

3、饮食护理：饮食应定时，有规律，少量多餐，避免辛辣、生硬刺激食物，忌暴饮暴食、饮酒等。

4、疼痛护理：观察疼痛的部位、性质，呕吐物与大便的颜色、性质、量，指导病人避免过度紧张，采用转移注意力、做深呼吸等方法缓解疼痛，也可用热水袋热敷胃部，以解除痉挛，减轻腹痛。

5、用药护理：指导患者正确服用阿司匹林、吲

五、消化性溃疡的护理

一、护理评估

1、健康史：患者的吸烟、酗酒史、病程时间、有无服用非甾体类抗炎药、遗传及家族史。

2、症状和体征：患者腹痛的部位、性质、持续时间及规律。

3、实验室和其他检查：胃镜、X 线钡餐、幽门螺旋杆菌检测结果。

4、社会心理评估：患者的情绪及精神因素。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。

2、休息与体位：卧床休息，合并有上消化道大

出血、穿孔时应绝对卧床休息。

临床常用抑制胃酸分泌药物有 H2 受体拮抗剂 (如雷尼替丁) 和质子泵抑制剂 (如奥美拉唑、兰索拉唑等)，PPI 药物需饭前 30 分钟服。

(3) 保护胃粘膜治疗：胃粘膜保护剂主要有：硫糖铝、达喜等，达喜一般饭后 2 小时嚼服。

4、定期门诊复查，如有异常及时就诊。

四、注意事项：

1、指导病人遵医嘱规范用药，慎用或勿用非甾体类药物，如芬必得、消炎痛等，以免引起消化性溃疡。

2、在使用阿莫西林抗幽门螺旋杆菌治疗时，要询问患者有无青霉素过敏史，并做皮试，如有过敏禁止使用。

咪美辛等对胃黏膜有刺激的药物，必要时使用制酸剂、胃黏膜保护剂预防本病的发生。

三、健康指导要点

1、休息与活动：生活要有规律，应保持愉快的心情，避免过度劳累。

2、饮食指导：指导病人加强饮食卫生和饮食营养，养成有规律的饮食习惯，避免过冷、过热、辛辣等刺激性食物及浓茶，咖啡等饮料；嗜酒者应戒酒，防止酒精损伤胃粘膜。

3、用药指导：合理使用对胃黏膜有刺激的药物，如阿司匹林、吲哚美辛、氯化钾口服液等，使用时应同时服用制酸剂。

四、注意事项

1、疾病知识指导：向病人及家属介绍有关病因，指导避免诱发因素。

2、若患者出现呕血、黑便等消化道出血征象时，及时就诊。

3、如患者为孕期育龄妇女，应详细询问月经史，以免误诊。

出血、穿孔时应绝对卧床休息。

3、饮食护理：有上消化道出血、消化道梗阻、穿孔等严重并发症时应禁食水；溃疡活动期可进少量清淡易消化食物；戒烟、戒酒。

4、药物治疗与护理

(1) H2 受体拮抗剂：药物应在餐中或餐后即刻服用，用药期间注意监测肝肾功能和血常规，发现不良反应及时通知医生。

(2) 质子泵抑制剂：可有头晕，初次应用时应减少活动。

(3) 解痉药应餐前 1 小时服用。



(4) 抗酸药应在饭后 2 小时或睡前嚼服, 抗酸药与奶制品要避免同时服用。

(5) 胃黏膜保护剂: 枸橼酸铋钾不能长期服用。

5、疼痛的护理: 评估患者疼痛的特点、程度及缓解方式。

6、病情的观察与护理

(1) 密切观察生命体征的变化, 当血容量明显不足时, 应遵医嘱给予补液与输血治疗。

(2) 若上腹剧痛, 腹肌强直伴反跳痛提示穿孔, 应做好手术前准备。

(3) 若患者餐后上腹胀胀、呕吐大量含发酵酸性宿食, 提示幽门梗阻。症状较轻的患者可进少许流质饮食, 重症患者应禁食, 行胃肠减压。

(4) 若上腹疼痛失去规律, 且粪便隐血呈持续阳性, 进行性消瘦, 贫血, 提示有癌变可能。

7、心理护理

(1) 为患者提供生理和心理支持; 家属留陪, 给予心理支持以减轻焦虑。

(2) 合并消化道出血时, 护士要保持镇静, 给患者安全感, 并给予必要的解释。

三、健康指导要点

六、胃癌的护理

一、护理评估

1、健康史: 有无上腹或胸骨后疼痛、嗝气、反酸、食欲缺乏, 有无呕血和黑便; 有无消瘦和体重下降; 有无吸烟史; 家庭中有无胃癌或其他肿瘤患者; 既往有无慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉等病史。

2、营养状况: 体重、进食、贫血、低蛋白血症甚至恶病质等表现。

3、社会心理评估: 患者的心理反应, 对疾病相关知识及预后的了解和期望程度及家庭经济承受能力。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。

2、给予高热量、高蛋白、富含维生素、低脂肪、易消化、少渣食物, 注意少食多餐。静脉补充液体, 纠正营养不良及电解质紊乱、酸碱平衡失调。

3、关心、安慰患者, 鼓励患者保持良好心态, 积极面对疾病, 增强战胜疾病的信心。

4、严密观察病情, 警惕胃癌术后远期并发症的发生。

(1) 碱性反流性胃炎: 多表现为较为顽固的上腹或胸骨后烧灼痛, 呕吐胆汁样液体且吐后疼痛不减轻, 常伴体重减轻或贫血。

(2) 倾倒综合征:

① 早期倾倒综合征多发生在进食后半小时内, 循环系统症状包括心悸、心动过速、出汗、全身无力、

1、识别和避免诱发因素: 禁用或慎用非甾体类抗炎药; 戒烟、戒酒; 坚持良好的生活规律。

2、饮食护理: 指导患者饮食规律, 选择清淡易消化、营养丰富的食物, 食物勿过冷、过热, 不宜进食刺激性的食物和饮料。

3、识别病情变化: 告知患者发生并发症时的先兆表现及相应的处理办法, 自觉症状加重时及时向医务人员寻求帮助。

4、指导合理用药: 告知患者药物的药名、用法、作用及使用时的注意事项。禁用或慎用非甾体类抗炎药。

5、定期复查: 对于长期慢性 GU 病史, 年龄在 45 岁以上, 溃疡顽固不愈, 易发生癌变患者应提高警惕, 在积极治疗后复查胃镜, 直至溃疡完全愈合, 必要时定期随诊复查。

四、注意事项

1、指导病人遵医嘱规范用药, 慎用或勿用非甾体类药物, 如芬必得、消炎痛等。

2、观察有无并发症的发生。

3、若上腹痛节律发生变化或加剧, 呕吐隔夜饭或者出现呕血, 黑便时, 应立即就医。

面色苍白和头晕等; 胃肠道症状有腹部绞痛、恶心/呕吐和腹泻等;

② 晚期倾倒综合征多发生在餐后 2-4 小时, 患者出现头昏、心悸、出冷汗、脉搏细弱甚至虚脱等表现。主要因进食后胃排空过快, 含糖食物进入小肠后胰岛素大量释放, 发生反应性低血糖, 可稍进饮食, 尤其糖类即可缓解。

(3) 营养性合并症: 主要表现为体重减轻、贫血和骨病等。

5、合并消化道出血时, 按消化道出血进行治疗和护理。

6、观察腹痛情况, 必要时按癌症疼痛三阶梯方案给予镇痛治疗。

三、健康指导要点

1、保持良好的心理状态, 劳逸结合。

2、饮食指导: 进食易消化、富含维生素饮食, 少食多餐, 忌食生、冷、硬、油煎、酸、辣等刺激性及产气食物, 戒烟、酒。养成定时定量, 细嚼慢咽的饮食习惯。

3、若有腹部不适、饱胀、肝区肿胀、锁骨上淋巴结肿大等表现, 应及时就診复查。

四、注意事项

1、幽门梗阻病人宜用生理盐水洗胃。

2、不能进食者遵医嘱予以静脉输液, 必要时输全血或血浆, 以改善营养状况。



3、胃癌术后胃容积受限，注意少食产气食物，宜少量多餐进高营养饮食，避免辛辣、刺激性食物，

七、急性胰腺炎的护理

一、护理评估

1、健康史：患者有无胆道、胰腺疾病、用药史（如噻嗪类利尿剂、糖皮质激素、四环素、磺胺类等药物）等。

2、诱发因素：患者有无酗酒、暴饮暴食、外伤及手术、感染等。

3、症状和体征：患者腹痛部位、性质、程度及持续时间、缓解方式、伴随症状等。有无呕吐、黄疸、腹胀、肠鸣音减弱或消失等。有无 Grey-Turner 征（两侧腰部皮肤呈暗灰蓝色）或 Cullen 征（脐周围皮肤青紫）。

4、实验室检查：血、尿淀粉酶，血脂脂肪酶、电解质、血糖、血钙等。

5、影像学检查：B 超、CT 及 X 线、内镜逆行胰胆管造影、磁共振胆胰管成像等。

6、社会心理评估：患者的心理反应、家庭经济状况等。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。

2、病情观察及护理：

（1）密切观察患者腹痛的特点，有无黄疸及 Grey-Turner 征或 Cullen 征。

（2）密切观察生命体征，准确记录尿量，发现休克时，应立即配合医师抢救。

（3）遵医嘱定时监测血糖。

（4）观察呕吐物的颜色、性状、量及次数，注意有无水、电解质紊乱。

3、休息与活动：绝对卧床休息，疼痛时可取弯腰、屈膝侧卧位。

4、饮食护理：

（1）急性期禁食、水，腹胀明显者可行胃肠减压。

八、炎症性肠病的护理

一、护理评估

1、观察生命体征，有无并发症。

2、观察大便的颜色、性质、量，有便血时注意生命体征及血常规变化及大便常规。

3、注意进食后有无腹胀、腹痛、恶心、呕吐等。

4、观察腹痛的部位、性质、程度，有无腹膜刺激征及里急后重等。

5、注意有无并发症：如穿孔、肠梗阻及大出血。

二、护理措施

1、执行内科疾病一般护理常规。

2、休息：多数患者营养不良，缓解期病人应注

戒烟、酒。

4、合并消化道出血时应禁食。

（2）腹痛症状基本消失、实验室相关检查指标基本正常后可从少量低脂、低糖流质饮食开始，以后逐步恢复正常饮食。

5、疼痛护理：

（1）疼痛剧烈时，可按医嘱给予解痉、镇痛剂，但禁用吗啡。

（2）指导患者掌握缓解疼痛的方法。

6、特殊用药护理：

（1）生长抑素和其类似物奥曲肽：遵医嘱用药，应使用注射泵精确控制速度，保持治疗连续性。

（2）中药：遵医嘱口服或灌肠，从胃管注药时需夹管 2 小时。

7、肠外营养治疗护理：

（1）根据营养液的性质建立合适的静脉通道。

（2）注意观察肠外营养物质的不良反应。

（3）注意营养液滴注速度。

8、心理护理：消除患者紧张、恐惧心理。

三、健康指导要点：

1、疾病知识指导：介绍本病的诱因、病因、症状及并发症。

2、生活指导：指导患者养成健康的生活习惯，避免酗酒和暴饮暴食。

四、注意事项

1、注意休息，保持良好的心境，适当进行运动，增强抵抗力。

2、禁食高脂饮食，避免暴饮暴食，戒烟禁酒，以防疾病复发。

3、指导糖尿病的病人进行饮食控制，并遵医嘱用药。

4、定期复查，一旦出现左上腹剧烈疼痛，立即就诊，以免延误病情。

意休息，保证充足睡眠，降低消耗。急性发作期或病情严重应卧床休息。

3、饮食：急性发作期应进流质饮食，逐步过渡至质软、易消化、少纤维、富营养，有足够热量的食物。禁食生冷、刺激性食物，忌乳制品。宜少食多餐，病情严重者应禁食。

4、用药护理：

（1）腹痛者可遵医嘱用解痉药，注意药物的效果及不良反应。

（2）应用糖皮质激素者不可随意停药或改变剂量，防止反弹。



(3) 使用柳氮磺胺吡啶时应在餐后服用。若灌肠时, 药物要碾成粉末, 防止堵管; 肛管插入深度为 10-15cm; 灌肠完毕, 抬高臀部 10cm 以上, 保留时间不少于 1 小时。

5、若行肠镜检查, 应做好术前、术后准备的护理。

6、心理护理: 帮助患者识别压力源和减轻压力的方法, 鼓励患者表达自己的感受, 培养其自尊、自立的思想, 取得家庭及社会的支持。

三、健康指导要点

1、合理休息与活动, 劳逸结合。戒烟酒, 合理饮食, 避免过硬和粗糙食物。

2、保持情绪稳定, 正确对待疾病, 树立战胜疾

九、肝硬化的护理

一、护理评估

1、健康史: 患者有无慢性肝病病史, 饮食习惯, 长期服药史等。

2、症状和体征: 面色灰暗(肝病面容); 消化道症状; 出血倾向和贫血; 内分泌失调; 脾大; 侧支循环的建立与开放; 腹腔积液等。

3、并发症: 上消化道出血、感染、肝性脑病、原发性肝癌、肝肾综合征、电解质和酸碱平衡紊乱、肝肺综合征、门脉血栓形成。

4、辅助检查: 影像检查、消化内镜检查、肝脏穿刺活组织检查。

5、实验室检查: 血常规、尿常规、生化检查、病原学检查、腹腔积液检查。

6、社会心理评估: 患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。

2、休息与体位: 失代偿期卧床休息; 明显腹腔积液时取半卧位或坐位; 阴囊水肿者用托带托起阴囊。

3、药物治疗的护理:

(1) 使用利尿剂时每日测量体重、腹围和记录尿量。

(2) 给予 β 受体阻滞剂, 用药期间不能突然停药, 应逐步减量。如心率 < 50 次/分, 应及时通知医师处理。

4、饮食护理: 肝硬化患者的饮食原则是高热量、高蛋白、富含维生素、适量脂肪、易消化食物。

(1) 血氨偏高者限制或禁止蛋白质饮食。

十、肝癌的护理

一、护理评估

1、健康史: 有无乙肝、肝硬化病史; 有无上腹部不适, 黄疸; 有无乏力、消瘦和体重下降; 家庭中

2、患者上腹部有无压痛或肿块, 肿块大小、质地、

病的信心。

3、坚持治疗, 不随意停药或更换药物, 定期复查。

四、注意事项

1、观察腹泻时有无发热, 大便是否带血及粘液血便, 注意肛周皮肤情况, 勤用温水擦洗。

2、慢性腹泻时观察有无消瘦, 贫血和营养缺乏, 有无电解质紊乱。

3、便血严重时, 要注意防止跌倒及坠床的发生。

4、因疾病的病程长, 因此要做好心理护理及饮食指导。

5、告知病人识别药物不良反应, 避免间断用药。如有不良反应发生及时就诊。

(2) 腹腔积液者应低盐或无盐饮食, 进水限制在 1000ml/日左右。

(3) 食用新鲜蔬菜和水果。

(4) 适量摄入脂肪。

(5) 食管、胃底静脉曲张者要避免粗糙、过硬的食物, 进餐应细嚼慢咽; 药物片剂碾碎后服用。

5、病情观察: 观察腹腔积液和水肿的消长情况, 粪便的颜色、性状, 监测血清电解质和酸碱变化, 注意观察患者的精神、行为、言语变化。

6、腹腔穿刺放腹水的处理: 术前向患者说明穿刺的目的及注意事项, 测量腹围及体重, 指导患者排空膀胱。在穿刺过程中应密切注意生命体征。记录抽出腹水的量、性质和颜色, 标本及时送检。术后患者平卧休息, 测量腹围, 观察有无不良反应。

三、健康指导要点

1、疾病知识的指导: 教会患者及家属识别并发症, 避免诱因, 发现异常及时就诊。

2、生活指导: 合理休息与活动, 避免劳累, 失代偿期卧床休息。

3、饮食指导: 合理的饮食, 戒除烟、酒。

四、注意事项

1、保持皮肤清洁、床铺干燥平整, 防止压疮及继发感染。

2、大量腹水时, 应避免使腹内压突然剧增的因素, 如剧烈咳嗽、打喷嚏、用力排便等。

3、按医嘱用药, 以免用药不当加重肝脏负担和肝功能损害。

是否活动; 有无肝区叩击痛; 有无远处转移的迹象。

3、辅助检查: 了解甲胎蛋白、乙肝三系及腹部 CT 等辅助检查结果。

4、社会心理评估: 患者的心理反应, 对疾病相关知识及预后的了解和期望程度及家庭经济承受能



力。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。

2、活动与休息：适度活动，注意休息，避免劳累，以减轻肝脏的负担，降低肝脏代谢。

3、饮食护理：给予高热量、高维生素、高蛋白和低脂易消化饮食。

4、病情观察：严密观察生命体征、意识及黄疸程度的改变，及时发现肝性脑病、肝昏迷征兆；观察有无呕血、黑便、剧烈腹痛等情况，及时发现上消化道出血及肝癌破裂征兆。

5、疼痛护理：协助病人取舒适卧位，指导病人减轻疼痛和分散注意力的方法。必要时按癌症疼痛三阶梯方案给予镇痛治疗。

十一、急性胃肠炎的护理

一、护理评估

1、评估基础疾病、饮食习惯、近期用药情况。

2、评估腹痛部位、程度，肠鸣音、腹壁紧张度。

3、观察恶心、呕吐及呕吐物的颜色、性状、量，吐后有无缓解。评估腹泻次数、观察大便颜色、性状、量。

4、评估有无皮肤干燥情况、有无尿少、血压下降等脱水症状。

5、并发症的观察：观察有无感染、消化道出血、酸中毒、肠穿孔，胃肠神经官能症等。

6、观察肛周皮肤有无红肿破损。

7、观察药物疗效及副作用。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。

2、休息：急性胃肠炎患者应卧床休息，注意保暖。

3、去除病因：停止一切对胃有刺激的药物和食物，必要时禁食。

4、维持水、电解质、酸碱平衡：根据脱水程度补液，酌情多饮水。

5、镇痛：遵医嘱使用镇痛药物，可局部热敷腹部止痛（胃出血病人禁止）。

6、用药护理：暂停胃肠动力性药物，应用思密达时首次剂量要加倍，并注意患者排便情况，用药过程中出现不适及时告知医生处理。

十二、上消化道出血的护理

一、护理评估

1、健康史：了解患者疾病史、服药史、手术史等。

2、症状和体征：呕血和黑便；失血性周围循环衰竭；发热；氮质血症等。

3、辅助检查：血常规、肝肾功能、粪便隐血等；消化内镜检查；X线钡餐检查；选择性动脉造影。

6、心理护理：帮助病人正视现实，减轻悲哀等不良心理，积极配合治疗。

三、健康指导要点

1、戒烟酒、避免劳累、受凉、感染、情绪激动，保持乐观心态。

2、做好心理护理，加强沟通。

3、合理进食富含足够热量、蛋白质和维生素、低脂、低胆固醇的饮食。

四、注意事项

1、加强营养，注意休息，合理锻炼。

2、对肝功能不良伴腹水者，严格控制水和钠盐的摄入量，记录24h出入液量。

3、保持大便通畅，促进肠道内氨的排出，避免诱发肝昏迷。

7、心理护理：了解患者心理，安慰患者，保持良好心态。

8、肛周皮肤护理：每次大便后注意保持肛周的清洁，必要时涂擦鞣酸软膏。

三、健康指导要点

1、饮食指导：初24小时给予流质饮食，多喝开水，严重者暂禁食，好转后进易消化、少渣饮食。急性期应忌食牛奶等易产气食物，并尽量减少蔗糖的摄入，避免胀气，注意饮食卫生。忌食高脂肪的油煎、炸及熏、腊鱼肉。

2、活动与休息：急性起病、全身症状明显的病人应卧床休息。可用热水袋热敷腹部，以减弱肠道运动，减少排便次数，并有利于腹痛症状的减轻。

四、注意事项

1、注意卫生：保持食物、用具、容器、冰箱等食物保存场所、环境的清洁。

2、不食不洁食物。

3、避免刺激：饮食宜清淡，尽量避免刺激性的食物，如辣椒、咖啡、浓茶等。

4、预防为主，节制饮酒，勿暴饮暴食，慎用或不用易损伤胃粘膜的药物。

5、注意保暖，锻炼身体。

6、及时治疗，防止复发，以免转为慢性，迁延不愈。

4、社会心理评估：患者的心理反应、家庭经济状况等。

二、护理措施

1、执行消化内科疾病一般护理常规。

2、绝对卧床休息，头偏向一侧，床旁准备吸引器，必要时吸氧。



3、积极补充血容量：保持2条以上静脉通道，遵医嘱备血、输血。

4、病情观察及护理：

监测生命体征、意识及尿量，观察呕血及便血的颜色、性质和出血时间。出血量的判断：大便隐血试验阳性提示每日出血量大于5-10ml；出现黑便表明出血量在50-70ml以上；当胃内积血达到250-300ml时可引起呕血；一次出血量在400ml以下时，一般不引起全身症状；如出血量超过400-500ml，可出现头晕、心悸、乏力等症状；如超过1000ml，临床即出现急性周围循环衰竭的表现，严重者引起失血性休克。

5、药物止血的护理：

(1) 口服或胃内灌注止血药。

(2) 降低门脉压力的药物：血管加压素、生长抑素及其衍生物。遵医嘱用药，注意观察药物的疗效及不良反应。

6、做好三腔二囊管压迫止血术的护理。

7、内镜下止血护理：术后指导患者绝对卧床休息3-7天，遵医嘱并根据病情合理进食。

十三、胃柿石的护理

一、护理评估

(一) 术前：

- 1、评估患者的生命体征，询问病史，了解有无过敏史。
- 2、评估患者的心理状况。
- 3、评估患者有活动义齿。
- 4、评估患者的心肺功能，检测血常规、出凝血时间，了解有无手术禁忌症。
- 5、评估患者的饮食习惯及腹痛情况。

(二) 术后：

- 1、严密观察患者的生命体征。
- 2、评估患者生理舒适度。
- 3、及时评估患者有无出血、穿孔等并发症的发生。

二、护理措施

(一) 术前：

1、向病人讲解疾病相关知识，胃柿石是指因食入某些不能消化的食物后滞留于胃，与胃黏液凝结成硬块，不能经过幽门排出。因柿子含有大量的果胶及鞣质，空腹时，胃酸与鞣质形成一层胶冻状的块状物，并包裹其他食物纤维、残渣形成胃结石。

2、做好心理护理，消除紧张、恐惧心理，签署内镜治疗同意书。

3、指导正确服用5%碳酸氢钠溶液或碳酸氢钠片，

十四、溃疡性结直肠炎的护理

一、护理评估

8、饮食护理：急性出血时应禁食；少量出血无呕血时，给予温凉、清淡的流食；出血停止后改为半流质饮食，逐步过渡为正常饮食，避免生冷硬及刺激性食物。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：介绍上消化道出血的病因、诱因、预防及护理知识，遵医嘱用药，学会识别早期出血征象，及时就医。

2、健康生活指导：避免暴饮暴食，禁食粗糙、刺激性的食物，生活有规律，保持良好的心情。

四、注意事项

1、排便必须先看后冲，注意观察有无再出血、呕血及黑便。

2、出血期协助患者床上大小便，注意保持床单位清洁、整齐，防止跌倒坠床的发生。

3、溃疡病患者要规律进食，少食多餐；肝硬化患者应进软食，遵医嘱应用药物，如保肝及降低门脉压力药物等，严格交待药物用法及注意事项等，药物应研成粉末服用。按时就诊、复查等。

空腹服用。

4、饮食指导：给予少渣饮食，禁食粗纤维食物，以免粗纤维缠住柿石。

5、禁食、水8小时，若为胃排空延缓者，禁食时间要延长。

6、完善心电图，血常规、出凝血时间等检查项目。

(二) 术后：

1、术后卧床休息，2小时后进温凉流食，术中如有出血应禁食，饮食宜从流食、半流食、软食逐渐过渡、避免刺激性及粗纤维食物。

2、并发症的观察：因碳酸氢钠与胃酸中和，产生大量CO₂，增加胃内压而致腹胀，对合并溃疡者甚至可引起胃穿孔。

三、健康指导要点

1、告知患者食用柿子类食品的注意事项，预防胃柿石的发生。

2、术后可能出现腹胀，指导病人取坐位，哈气，同时按摩腹部，促进肠道气体排出。

四、注意事项

1、不宜清晨空腹食用大量柿子。

2、不宜食用生柿子。

3、食用柿子后不宜饮浓茶。

4、柿子不宜与鱼、虾、螃蟹等高蛋白食物同食。

1、观察生命体征，有无并发症。



2、观察大便的颜色、性质、量，有便血时注意生命体征、血常规变化及大便常规。

3、注意进食后有无腹胀、腹痛、恶心、呕吐等。

4、观察腹痛的部位、性质、程度，有无腹膜刺激征及里急后重感。

5、注意有无并发症：如穿孔、肠梗阻及大出血。

二、护理措施

1、执行内科疾病一般护理常规。

2、休息：多数患者营养不良，缓解期病人应注意休息，保证充足睡眠，降低消耗。急性发作期或病情严重者应卧床休息。

3、饮食：急性发作期应进流质饮食，逐步过渡至质软、易消化、少纤维、富营养，有足够热量的食物。禁食生冷、刺激性食物，忌乳制品。宜少食多餐，病情严重者应禁食。

4、用药护理：

(1) 腹痛者可遵医嘱使用解痉药，注意药物的效果及不良反应。

(2) 应用糖皮质激素者不可随意停药或改变剂量，防止反弹。

(3) 使用柳氮磺胺吡啶时应于餐后服用。若灌肠时，药物要碾成粉末，防止堵管；肛管插入深度为

10-15cm；灌肠完毕，抬高臀部10cm以上，保留时间不少于1小时。

5、若行肠镜检查，应做好术前准备及术后的护理。

6、心理护理：帮助患者识别压力源和减轻压力的方法，鼓励患者表达自己的感受，培养其自尊、自立的思想，取得家庭及社会的支持。

三、健康指导要点

1、合理休息与活动，劳逸结合。戒烟酒，合理饮食，避免过硬和粗糙食物。

2、保持情绪稳定，正确对待疾病，树立战胜疾病的信心。

3、坚持治疗，不随意停药或更换药物，定期复查。

4、教会患者灌肠的方法。

四、注意事项

1、观察腹泻时有无发热，大便是否带血及粘液血便，注意肛周皮肤情况，勤用温水擦洗。

2、慢性腹泻时观察有无消瘦、贫血和营养缺乏，有无电解质紊乱。

3、便血严重时，要注意防止跌倒及坠床的发生。

4、因疾病的病程长，要做好心理护理及饮食指导。

5、告知病人识别药物不良反应，避免间断用药。如有不良反应发生及时就诊。

十五、肠梗阻的护理

一、护理评估

1、健康史：了解病人的一般情况，包括年龄、性别，发病前有无体位不当、饮食不当、饱餐后剧烈活动等诱因；既往有无腹部手术及外伤史、各种急慢性肠道疾病史及个人卫生情况等。

2、症状和体征

(1) 局部：评估腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便等症状的程度，有无进行性加重；呕吐物、排泄物、胃肠减压抽出液的量及性状；有无腹膜刺激征及其范围；评估梗阻的类型。

(2) 全身：评估生命体征的变化及皮肤粘膜的改变。

(3) 辅助检查：了解实验室检查是否提示有水、电解质及酸碱失衡及其类型，腹部X线平片检查有哪些异常。

(4) 社会心理评估：了解患者的心理反应，家属及亲友的态度及经济承受能力等。

二、护理措施

1、缓解疼痛与腹胀

(1) 胃肠减压：有效的胃肠减压对单纯性肠梗阻和麻痹性肠梗阻可达到解除梗阻的目的。

(2) 安置体位：取低半卧位，减轻腹肌紧张，有利于病人的呼吸。

(3) 应用解痉剂：在确定无肠绞窄后，可应用

药物解除胃肠道平滑肌痉挛，抑制胃肠道腺体的分泌，使病人腹痛得以缓解。

2、维持体液与营养平衡：(1) 补液：补充液体的量与种类取决于病情，包括呕吐次数、量及呕吐物的性状等及皮肤弹性、尿量、尿比重、血液浓缩程度、血清电解质、血气分析结果等。(2) 饮食与营养支持：肠梗阻时需禁食，应给予肠外营养。若梗阻解除，病人开始排气、排便，腹痛、腹胀消失12小时后，可进流质饮食，如无不适，24小时后进半流质饮食；3日后进软食。

3、呕吐护理：呕吐时坐起或头偏向一侧，及时清除口腔内呕吐物，以免误吸引起吸入性肺炎或窒息。呕吐后给予漱口，保持口腔清洁。观察和记录呕吐物颜色、性状和量。

4、严密观察病情变化，及早发现绞窄性肠梗阻

5、慢性不完全肠梗阻，需作肠切除手术者，转外科手术治疗。

三、健康指导要点

1、饮食指导：少食刺激性强的辛辣食物等，宜进高蛋白、高维生素、易消化吸收的食物。避免暴饮暴食，饭后忌剧烈活动。

2、保持排便通畅：老年便秘者应注意通过调整饮食、腹部按摩等方法保持大便通畅，无效者可适当给予缓泻剂，避免用力排便。



3、自我监测：指导病人自我监测病情，若出现腹痛、腹胀、呕吐、停止排便等不适，及时就诊。

四、注意事项

1、已经确诊、治疗方案已定者，可用解痉止痛剂；对于诊断不明确或需要进行观察的病人，暂不用止痛剂，以免掩盖病情。

十六、结肠、直肠癌的手术护理

一、护理评估

1、健康史和相关因素

(1) 一般资料：了解患者年龄、性别、饮食习惯，有无烟酒、饮茶嗜好，是否合并高血压、糖尿病等。

(2) 家族史：家族成员中有无多发性息肉病、大肠癌或其他肿瘤患者。

(3) 既往史：患者是否有过大肠腺瘤病史、溃疡性结肠炎、克罗恩病、结肠血吸虫病肉芽肿等病史或手术史。

2、症状和体征

(1) 局部：

患者排便习惯有无改变，是否出现腹泻、便秘、腹痛、腹胀等肠梗阻症状，有无粪便表面带血、黏液和脓液的情况。腹部有无扪及肿块，肿块大小、部位、硬度、活动度、有无局部压痛等。

(2) 全身：患者全身营养状况，有无肝大、腹腔积液、黄疸、消瘦或贫血等。

3、辅助检查：包括癌胚抗原测定、粪隐血试验、直肠检查、影像学、内镜检查和重要器官功能检查结果及肿瘤转移情况等。

4、社会心理评估：患者和家属对所患疾病的认知程度及心理反应。

二、护理措施

1、摄入高蛋白、高热量、高维生素、易消化的

十七、功能性便秘的护理

一、护理评估

1、评估了解患者病情，有无高血压、心脏病、肠道疾病等。

2、了解患者排便习惯、次数、量，粪便的颜色、性状，有无排便费力、便意不尽，排便间隔时间、大便有无出血等。

3、了解患者饮食习惯、治疗和检查、用药情况。

4、评估环境因素及患者的心理因素。

二、护理措施

1、执行内科疾病一般护理常规。

2、饮食护理

(1) 充足的水分摄入：多饮水，尤其每天清晨饮1杯温开水或盐开水可有效改善便秘。

(2) 培养良好的饮食习惯：定时进餐，且饮食

2、注意观察患者的情绪变化。

3、若出现绞窄性肠梗阻，应在抗休克、抗感染的同时，积极做好术前准备。

4、术后若出现腹胀、腹痛、呕吐、停止排便、排气时，应立即就诊。

营养丰富的少渣饮食。根据医嘱输液，纠正水、电解质紊乱酸碱平衡失调，必要时给予少量多次输血，以纠正贫血和低蛋白血症。

2、关心体贴患者，尤其对已做结肠造口的患者要耐心解释，告知结肠造口的作用及自我管理的方法，减少造口对日常生活的影响。

3、预防造口并发症：预防造口周围皮炎发生，更换造口袋时，观察造口周围皮肤有无湿疹、充血、水疱、破溃。

三、健康指导

1、合理饮食，适量运动，保持心情舒畅，学习并掌握自我护理技巧。

2、消除患者及家属顾虑，帮助其逐渐适应造口，参加适量运动和社交活动，逐步恢复正常生活。

四、注意事项

1、高位直肠癌应避免采用高压灌肠，以防癌细胞扩散。

2、有梗阻症状的病人应及早放置胃管，减轻腹胀。

3、注意观察患者情绪变化，解除思想顾虑，积极面对疾病，增强战胜疾病的信心。

4、造口护理：每天规范更换造口袋，若发现腹痛、腹胀、排便困难等造口狭窄征象应及时就诊。

5、适度参加体育活动，避免增加腹压，防止人工肛门从结肠粘膜脱出。

要冷热适当，不可过冷过热，避免过食辛辣、煎炸、甜食、零食、浓茶等食物，勿暴饮暴食。摄取足够的膳食纤维：如干豆及粗粮类。

3、建立规律的排便习惯

规律的排便习惯有助于预防便秘。训练患者每天定时排便，排便时注意力集中，排便最佳时间是早餐后，蹲厕时间一般10-20min为宜。为住院患者创造良好的排便环境，如屏风遮挡。

4、用药护理

正确使用开塞露。并在药物注入直肠后尽量保留药物，观察用药后疗效。必要时行大量不保留灌肠。记录大便的颜色、性状及次数。

三、健康指导要点

1、指导患者多饮水并注意饮水技巧，即饮水宜



大口多量，晨起空腹饮温开水 300-400ml，分 2-3 次饮尽，每日摄入 2000-3000ml 水。

2、合理搭配食物，增加食欲，适当增加花生油、芝麻油等摄入，以润滑肠道。苹果和柿子含有较多鞣酸可导致便秘，不宜多食。向患者解释长期使用缓泻剂的后果及可能会引起便秘的药物，指导患者尽量避免使用。

3、指导患者晚饭后行走 30-60min，保持站立，顺时针按摩腹部 10-20 次，然后左右转动腰骶部，上床睡觉前进行下蹲 10 次训练，可以缓解便秘。

4、指导其养成每天定时排便的习惯，适当运动，避免久坐、久卧。

四、注意事项

1、心脏病、高血压病等患者，避免用力排便、必要时使用缓泻药。

2、便秘时切忌滥用泻药。

3、便秘者应避免过久无效排便，以免导致脱肛、痔疮等。

4、行大量不保留灌肠时，注意灌肠液的浓度、温度、量，肛管的软硬度、肛管插入的深度、力度，灌肠时的压力及病人的耐受程度，避免损伤肠道粘膜。

5、晚饭后行走 30-60min，保持站立，顺时针按摩腹部 10-20 次，然后左右转动腰骶部，上床睡觉前进行下蹲 10 次训练，可以缓解便秘。

第三节 血液系统疾病护理常规

一、血液及造血系统疾病的一般护理

一、护理评估

1、有无黄疸、血红蛋白尿。

2、了解病人的起病方式、发病时间，有无明确的病因及诱因，主要的症状、体征及特点。有无贫血、皮肤黏膜出血，出血的发生部位、主要表现形式、发展或消退情况。

3、有无发热、淋巴结肿大、脾大。

4、实验室检查：血象和骨髓检查；血小板计数、凝血时间。

二、护理措施

1、休息与活动：轻症或恢复期可适当活动，重症病人应绝对卧床休息。

2、饮食护理：加强营养，给予高热量、高蛋白、多种维生素、易消化的饮食。避免过硬、过烫、辛辣刺激性食物。

3、病情观察：观察有无发热、贫血及出血、骨关节疼痛情况。

4、药物观察：观察药物疗效及不良反应，鼓励病人多饮水，促进尿酸排泄。

5、皮肤护理：保持皮肤清洁、干燥，防止皮肤破损，尽量减少和避免肌内注射，注射或穿刺部位交替使用，拔针后延长按压时间。

6、口腔护理：保持口腔清洁、湿润，用软毛牙刷刷牙，选择合适漱口液，于餐前、餐后及睡前含漱，进食时应细嚼慢咽，避免口腔粘膜的损伤。

7、肛周护理：保持大便通畅，每次便后清洁肛周或用 1:5 000 的高锰酸钾溶液坐浴，防止肛周感染。

8、预防感染：保持病室清洁及空气流通，保持适当的温湿度，注意保暖，防止受凉，减少或限制探

视，病房内定时消毒，避免交叉感染。

9、出血的护理：肢体皮肤或深层组织出血可抬高肢体，以减少出血，深部组织血肿也可应用局部压迫方法止血。尽量少用注射药物，必须使用时在注射后用消毒棉球充分压迫局部直至止血。少量鼻出血可用干棉球或 1:1000 肾上腺素棉球塞鼻腔压迫止血，并局部冷敷，若出血不止，用油纱条作后鼻孔填塞。牙龈渗血时，可用肾上腺素棉球或明胶海绵片贴敷牙龈。牙龈出血时易引起口臭，使患者食欲或心情受影响，可用 1% 过氧化氢液体漱口。

10、发热的护理：注意休息，补充营养及水分，必要时遵医嘱补液；高热时先物理降温，有出血倾向的禁用酒精或温水擦浴，必要时遵医嘱药物降温，降温过程中要密切监测体温与脉搏，及时更换衣物，保持皮肤清洁干燥，防受凉，并观察降温后的反应，避免发生虚脱。

11、骨、关节疼痛的护理：

10、心理护理：加强沟通，减少焦虑及恐惧。

三、健康指导要点

出血的预防：避免肢体的碰撞或外伤；拔针后延长按压时间；保持鼻腔湿润，勿用力擤鼻，避免用手抠鼻痂和外力撞击鼻部；用软毛牙刷刷牙，忌用牙签剔牙；避免情绪激动、剧烈咳嗽和用力排便。

四、注意事项

高热病人禁用酒精或温水擦浴。沐浴时水温不可过高和用力擦拭皮肤。若出现突然头痛、喷射性呕吐、视物模糊及意识障碍等颅内出血征象，应及时告知医生，配合抢救。

二、化疗病人的护理



一、护理评估

1、评估患者的病情、生命体征、治疗用药情况、既往史等。

2、评估患者的生理、心理状况，自理能力。

3、评估患者对疾病的认知程度、心理承受能力及合作情况。

4、观察患者化疗后副反应。

二、护理措施

1、协助做好化疗前血象、骨髓象检查。

2、饮食护理：加强营养，给予清淡，高热量、富含蛋白质与维生素、易消化饮食，并注意补充水分。恶心、呕吐者，少量多餐，进可口的食物经常漱口。合理安排用药时间、分散注意力、创造良好的进餐环境，选择合适的进餐时间或遵医嘱给予止吐药物。对不能进食者，遵医嘱补液以防电解质紊乱。

3、病情观察：观察化疗药物的不良反应，如胃肠道反应、脱发、口腔炎，膀胱炎等，观察有无心慌胸闷等心脏毒性反应，注意心率心律的变化，遵医嘱对症处理。

4、用药护理：合理使用静脉，化疗药物应现配现用，剂量准确，注射时防止外渗，应先用盐水穿刺再注药，输注完毕用盐水冲后拔针。

5、预防感染：限制探视，加强无菌操作，有条件的病人应安排在有菌层流病房进行治疗，加强基础护理，避免受凉。

三、急性白血病的护理

一、护理评估

1、评估病人的起病急缓、首表现、特点及目前的主要症状和体征；有关既往的相关辅助检查、用药和其他治疗情况；心理状况及家庭支持情况。

3、感染情况：呼吸系统评估呼吸频率节律、深浅度，咳嗽咳痰情况；有无胸闷、气急、心悸等；口腔黏膜是否完整，牙龈、咽峡、肛周、肛旁等局部皮肤黏膜有无红肿热痛等；有无发热；评估病人的意识和营养状况。

4、皮肤与黏膜：评估有无贫血、出血、感染及皮肤黏膜浸润的体征。评估大小便颜色，女性患者月经量及其它内脏出血的症状体征。

5、器官组织浸润情况：评估有无淋巴结和肝脾肿大，有无压痛；心肺有无异常；骨骼和关节疼痛及中枢神经系统浸润的表现。

二、护理措施

1、加强营养，增强机体抵抗力。化疗期间给予清淡易消化饮食，少量多餐。

2、轻度贫血、疲乏无力者可适当活动。中重度贫血患者，以卧床休息为主。

3、出血的护理：血小板 < 2 万/微升时应绝对

6、心理护理：

(1)耐心倾听病人的主诉，取得其信任，鼓励病人克服化疗副反应。

(2)帮助病人度过脱发等所造成的心理危险期。

7、化疗药物外渗的护理：

①立即停止药物注入

②回抽皮下药液

③评估外渗的性质，局部滴入生理盐水稀释药液或使用解毒剂

④用利多卡因进行环形封闭，范围大于渗漏区

⑤用50%硫酸镁、中药“六合丹”、多磺酸黏多糖乳膏涂抹，范围大于肿胀部位，每2小时一次
⑥24小时冰袋间断冷敷

⑦抬高受累部位促进外渗药液的吸收。

三、健康指导要点

1、鼓励病人进食高蛋白、高维生素、高热量、易消化的食物，禁食刺激性及坚硬食物，以防损害口腔及消化道黏膜；鼓励病人吃自己喜欢的食物，保证营养及液体的摄入。

2、饭前饭后漱口，保持口腔卫生。

3、保持皮肤清洁、干燥，预防感染的发生。

4、保持良好心态及充足的睡眠。

四、注意事项

1、化疗患者尽量采用中心静脉输液，以保护血管。

2、发生静脉炎或药物外渗应及时处理。

卧床休息，协助做好各项生活护理；保持排便通畅。牙龈出血时要保持口腔卫生，饭后漱口，避免刷牙时损伤黏膜。鼻出血时鼻部冷敷，用干棉球填塞压迫止血，严重时请五官科会诊作相应的后鼻道填塞止血处理。

4、预防感染：

①保持病室环境清洁卫生，空气清新，限制探视，防止交叉感染，患者可戴口罩作自我保护，避免呼吸道感染。有条件者入住无菌洁净层流室，防止交叉感染。

②接触患者前后洗手，防止交叉感染；严格无菌技术操作，防止各种医源性感染。

③做好口腔、会阴、肛周护理。若病人出现感染征象，以协助医生做血液、咽部、尿液、粪便或伤口分泌物的培养，并遵医嘱应用抗生素。

5、发热的护理：采取降温措施，禁止酒精擦浴。密切监测体温与脉搏的变化，及时更换汗湿的衣物，保持皮肤清洁干燥，防受凉。

6、化疗护理：鼓励多饮水，保持尿量 > 2500 毫升/天，预防高尿酸血症。注意有无静脉炎，骨髓抑制、消化道反应、心脏毒性反应、肝肾功能损害。



7、加强患者和家属的沟通，做好心理护理。

三、健康指导要点

1、指导患者学会自我观察，宣教自我防护，避免接触有毒物质。

2、坚持用药，2周后复诊，强化治疗，巩固和维持疗效，病情变化应及时就诊。

3、根据气候变化及时增减衣服，防止感冒，避免去人群拥挤的公共场合。

4、注意劳逸结合，戒烟戒酒，加强营养，增强

四、慢性淋巴细胞白血病的护理

一、护理评估

1、心理状况及家庭支持情况。

2、有无淋巴结肿大。

3、有无感染及发热。

二、护理措施

1、加强营养，增强机体抵抗力。给予高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。

2、预防感染：

(1) 保持病室环境清洁卫生，空气清新，限制探视，防止交叉感染，患者可戴口罩作自我保护，避免呼吸道感染。(2) 接触患者前后洗手，防止交叉感染；严格无菌技术操作，防止各种医源性感染。(3) 做好口腔、会阴、肛周护理。

3、化疗护理：鼓励多饮水，保持尿量> 3000 毫升/天，预防尿酸血症。注意有无静脉炎，骨髓抑制、消化道反应、心脏毒性反应、肝肾功能损害。

4、加强患者和家属的沟通，做好心理护理。

五、慢性粒细胞白血病的护理

一、护理评估

1、心理状况及家庭支持情况。

2、脾脏肿大及程度。

3、有无感染及发热。

二、护理措施

1、加强营养，增强机体抵抗力。给予高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。

2、鼓励多饮水，预防尿酸性肾病。

3、脾脏肿大胀痛患者，尽量卧床休息，左侧卧位，少量多餐。

4、遵医嘱给药，观察疗效及副反应。

三、健康指导要点

1、指导患者学会自我观察，宣教自我防护，避

六、恶性淋巴瘤的护理

一、护理评估

1、心理状况及家庭支持情况。

2、全身营养情况。

机体抵抗力，进食高热量、高蛋白质、维生素丰富、清淡易消化饮食，如鱼、鸡、鸭肉、牛奶、瘦肉、新鲜水果和蔬菜等。

5、树立战胜疾病的信心，保持乐观的心态，保持身心舒畅。

四、注意事项

发热患者禁止使用酒精擦浴。各种操作应动作轻柔、防止组织损伤引起出血，避免手术，避免或减少肌肉注射，穿刺后应延长局部压迫时间。

三、健康指导要点

1、指导患者学会自我观察，宣教自我防护，避免接触有毒物质。

2、坚持用药，巩固和维持疗效，每月复诊，病情变化应及时就诊。

3、根据气候变化及时增减衣服，防止感冒，避免去人群拥挤的公共场合。

4、注意劳逸结合，戒烟戒酒，加强营养，增强机体抵抗力，进食高热量、高蛋白质、维生素丰富、清淡易消化饮食，如鱼、鸡、鸭肉、牛奶、瘦肉、新鲜水果和蔬菜等。

5、树立战胜疾病的信心，保持乐观的心态，保持身心舒畅。

四、注意事项

发热患者禁止使用酒精擦浴。各种操作应动作轻柔、防止组织损伤引起出血，避免手术，避免或减少肌肉注射，穿刺后应延长局部压迫时间。

避免接触有毒物质。

2、坚持用药，巩固和维持疗效，每月复诊，病情变化应及时就诊。

3、根据气候变化及时增减衣服，防止感冒，避免去人群拥挤的公共场合。

4、注意劳逸结合，戒烟戒酒，加强营养，增强机体抵抗力，进食高热量、高蛋白质、维生素丰富、清淡易消化饮食，如鱼、鸡、鸭肉、牛奶、瘦肉、新鲜水果和蔬菜等。

5、树立战胜疾病的信心，保持乐观的心态，保持身心舒畅。

四、注意事项：脾脏肿大患者避免弯腰和碰撞腹部，以避免脾破裂。

3、局部淋巴结肿大情况及相应的压迫症状。

4、全身症状：发热、盗汗、疲乏、消瘦、搔痒、皮疹。



5、组织器官浸润相应症状体征：评估呼吸频率节律、深浅度，胸闷、气急、咳嗽咳痰，呼吸困难情况，有无心包填塞症状体征，有无吞咽困难、鼻塞、鼻出血、腹痛、腹泻、便血等症状体征，有无骨骼损害，黄疸、皮肤肿块、结节等。

二、护理措施

1、加强营养，增强机体抵抗力。化疗期间给予清淡易消化饮食，少量多餐。肠道浸润宜温凉无渣饮食。肠穿孔者禁食。

2、轻度贫血、疲乏无力者可适当活动。中重度贫血患者，以卧床休息为主。

3、出血的护理：血小板 < 2 万/微升时应绝对卧床休息，床上大小便。牙龈出血时要保持口腔卫生，饭后漱口，避免刷牙时损伤粘膜。鼻出血时鼻部冷敷，用干棉球填塞压迫止血，严重时请五官科会诊作相应的后鼻道填塞止血处理。

4、预防感染：

(1) 护理保持病室环境清洁卫生，空气清新，限制探视，防止交叉感染，患者可戴口罩作自我保护，避免呼吸道感染。有条件者入无菌洁净层流室，防止交叉感染。

(2) 接触患者前后洗手，防止交叉感染；严格无菌技术操作，防止各种医源性感染。

(3) 做好口腔、会阴、肛周护理。

5、发热的护理：及时更换汗湿的衣物，采取降

七、多发性骨髓瘤的护理

一、护理评估

1、心理状况及家庭支持情况。

2、有无骨骼疼痛、骨折，肢体感觉和运动情况。

3、出血情况：鼻出血和牙龈出血，皮肤紫癜等。

4、有无组织瘀血和缺氧症状如头昏、眼花、耳鸣、意识情况等。

5、有无发热，咳嗽咳痰，胸闷气急；尿频、尿急、尿痛情况。

二、护理措施

1、加强营养，增强机体抵抗力。化疗期间给予清淡易消化饮食，少量多餐。

2、协助病人定时变换体位，保持适度的床上活动。截瘫病人应保持肢体于功能位，定时按摩肢体防萎缩，协助生活护理，保持全身皮肤清洁干燥，预防压疮。

3、出血的护理：血小板 < 2 万/微升时应绝对卧床休息，床上大小便。牙龈出血时要保持口腔卫生，饭后漱口，避免刷牙时损伤粘膜。鼻出血时鼻部冷敷，用干棉球填塞压迫止血，严重时请五官科会诊作相应的后鼻道填塞止血处理。

4、预防感染：

(1) 护理保持病室环境清洁卫生，空气清新，

温措施，禁止酒精擦浴。

6、化疗护理：鼓励多饮水，保持尿量 > 3000 毫升/天，预防高尿酸血症。注意有无静脉炎、骨髓抑制、消化道反应、肝肾功能损害。

7、加强患者和家属的沟通，做好心理护理。

8、放疗后的皮肤护理：及时观察，避免局部皮肤受到强热或冷的刺激，保持局部皮肤清洁干燥，减少摩擦；局部皮肤有发红、痒感时应及早进行对症处理。

三、健康指导要点

1、指导患者学会自我观察，宣教自我防护，避免接触有毒物质。

2、坚持用药，2周后强化治疗，巩固和维持疗效。

3、根据气候变化及时增减衣服，防止感冒，避免去人群拥挤的公共场所。

4、注意劳逸结合，戒烟戒酒，加强营养，增强机体抵抗力，进食高热量、高蛋白、维生素丰富、清淡易消化饮食，如鱼、鸡、鸭肉、牛奶、瘦肉、新鲜水果和蔬菜等。

5、树立战胜疾病的信心，保持乐观的心态，保持身心舒畅，建立良好的生活态度。

四、注意事项

发热患者禁止使用酒精擦浴。各种操作应动作轻柔、防止组织损伤引起出血，避免手术，避免或减少肌内注射，穿刺后应延长局部压迫时间。

限制探视，防止交叉感染，患者可戴口罩作自我保护，避免呼吸道感染。有条件者入无菌洁净层流室，防止交叉感染。

(2) 接触患者前后洗手，防止交叉感染；严格无菌技术操作，防止各种医源性感染。

5、遵医嘱使用止痛药，观察疗效及副作用。取舒适体位，可适当按摩病变部位。

6、化疗护理：鼓励多饮水，保持尿量 > 3000 毫升/天，预防高尿酸血症。注意有无静脉炎，骨髓抑制、消化道反应、心脏毒性反应、肝肾功能损害。

7、加强患者和家属的沟通，做好心理护理。

三、健康指导要点

1、适当运动，避免外伤及活动不当引起病理性骨折及神经损伤。

2、坚持用药，2周后强化治疗，巩固和维持疗效，病情变化应及时就诊。

3、根据气候变化及时增减衣服，防止感冒，避免去人群拥挤的公共场所。

4、树立战胜疾病的信心，保持乐观的心态，保持身心舒畅。

四、注意事项



发热患者禁止使用酒精擦浴。各种操作应动作轻柔、防止组织损伤引起出血，避免手术，避免或减少

肌肉注射，穿刺后应延长局部压迫时间。翻身等变换体位时动作轻柔，防止引起骨折。

八、骨髓增生异常综合症的护理

一、护理评估

- 1、心理状况及家庭支持情况。
- 2、评估患者贫血的症状及体征。
- 3、评估患者有无发热，咳嗽痰咳等感染征象。

二、护理措施

1、加强营养，增强机体抵抗力。进食高热量、高蛋白、维生素丰富、清淡易消化饮食，如鱼、鸡、鸭肉、牛奶、瘦肉、新鲜水果和蔬菜等。

2、轻度贫血、疲乏无力者可适当活动。中重度贫血患者，以卧床休息为主。

3、出血的护理：如血小板 < 2 万/微升时应绝对卧床休息，床上大小便。牙龈出血时要保持口腔卫生，饭后漱口，避免刷牙时损伤粘膜。鼻出血时鼻部冷敷，用干棉球填塞压迫止血，严重时请五官科会诊作相应的后鼻道填塞止血处理。

4、预防感染：护理保持病室环境清洁卫生，空气清新，限制探视，防止交叉感染，患者可戴口罩作

自我保护，避免呼吸道感染。

5、输血护理：输血治疗时，应做好输血前准备并密切观察输血反应。

6、进行化疗的患者鼓励多饮水，保持尿量 > 2500 毫升/天，预防高尿酸血症。注意有无静脉炎，骨髓抑制、消化道反应、心脏毒性反应、肝肾功能损害。

7、加强患者和家属的沟通，做好心理护理。

三、健康指导要点

1、遵医嘱用药，病情变化应及时就诊。

2、根据气候变化及时增减衣服，防止感冒，避免去人群拥挤的公共场合。

3、树立战胜疾病的信心，保持乐观的心态，保持身心舒畅。

四、注意事项：发热患者禁止使用酒精擦浴。各种操作应动作轻柔、防止组织损伤引起出血，避免手术，避免或减少肌肉注射，穿刺后应延长局部压迫时间。

九、缺铁性贫血的护理

一、护理评估：观察贫血的一般症状，如反甲、全身倦怠，头晕，皮肤、黏膜苍白，心悸，呼吸困难，水肿等。

二、护理措施

1、饮食护理：养成良好的饮食习惯，补充营养和含铁量丰富的食物，如肉类、动物血、香菇、肝、豆类、蛋黄、菠菜等，要注意多样化及均衡饮食。

2、轻、中度贫血者活动量以不感到疲劳、不加重症状为度，血红蛋白 40g/L 以下者应卧床休息，必要时给予氧气吸入。

3、用药护理：口服铁剂宜饭后服用，避免与茶、咖啡、蛋类、乳类等食品同时服用。口服液体铁剂时

应使用吸管，避免牙齿染黑。

4、输血护理：输血治疗时，应做好输血前准备并密切观察输血反应。

三、健康指导要点

1、提倡均衡饮食，荤素搭配，缺铁性贫血的预防知识，易患人群预防性补充铁。

2、自我病情监测，如出现心慌、气促、不能平卧、下肢水肿等，及时就医。

四、注意事项：注射铁剂应采取深部肌肉注射，且经常更换注射部位。静脉注射铁剂的速度宜缓慢，匀速，备好急救药品以防发生过过敏性休克。

十、溶血性贫血的护理

一、护理评估

1、观察贫血的一般症状，如全身倦怠，头晕，皮肤、黏膜苍白，心悸，呼吸困难，水肿等。

2、黄疸有无加重，巩膜、皮肤有无黄染及尿量、尿色的变化。

二、护理措施

1、饮食护理：避免进食一切可能加重溶血的食物和药物，鼓励多饮水。

2、溶血发作时应卧床休息。

3、用药护理：遵医嘱用药，并注意药物不良反应的观察和预防，如应用糖皮质激素应预防感染；使

用环磷酰胺预防出血性膀胱炎。

4、轻、中度贫血者活动量以不感到疲劳、不加重症状为度，血红蛋白 40g/L 以下者应卧床休息，必要时给予氧气吸入。

4、输血护理：输血治疗时，应做好输血前准备并密切观察输血反应。

三、健康指导要点

1、溶血性贫血的预防知识。

2、自我病情监测，如心慌、气促、皮肤粘膜有无苍白与黄染、有无尿量减少、浓茶样或酱油样尿等，如出现上述症状应及时就医。



四、注意事项：输血患者，护理人员应告知输血科配备洗涤红细胞，输血时严密观察有无输血不良反

应。

十一、再生障碍性贫血的护理

一、护理评估

- 1、心理状况及家庭支持情况。
- 2、贫血的程度及活动能力：贫血貌，胸闷、气急、心悸等。
- 3、有无感染及出血倾向。

二、护理措施

- 1、饮食护理：加强营养，给予高热量、高蛋白、多种维生素、易消化的饮食。病情允许应多饮水。
- 2、活动与休息：根据贫血的程度适当休息和活动，重度贫血者绝对卧床休息。
- 3、发热护理：高热时按高热的护理，避免用酒精擦浴。
- 4、预防感染：保持室内空气清新，物品定期消毒。冬天注意保暖，避免受凉。限制探视。严格执行无菌操作，做好全身皮肤清洁卫生，预防口腔、阴部、肛

周感染。

5、观察有无出血倾向：鼻出血和牙龈出血，皮肤紫癜等。

6、心理护理：加强沟通，增加信心。

三、健康指导要点

- 1、告知如何预防感染和出血，指导正确服药。加强锻炼，预防病毒感染，根据病情做好休息与活动的自我调节。
- 2、避免接触对造血系统有损害的化学物质，物理因素和药物，每周复诊。指导贫血、出血、感染的症状体征和药物不良反应的自我监测，如有异常及时向医护人员汇报或及时就医。

四、注意事项：急性型观察发热、出血部位及程度，警惕严重感染和颅内出血。

十二、巨幼细胞性贫血的护理

一、护理评估

观察贫血的一般症状，如全身倦怠，头晕，皮肤、黏膜苍白，心悸，呼吸困难，水肿等。

二、护理措施

- 1、饮食护理：补充营养，纠正偏食及不良的过度烹调习惯。进食富含叶酸和维生素B12的食品，蔬菜、水果、谷类、动物肉类、肝、蛋、海产品等，要注意多样化及均衡饮食。
- 2、轻、中度贫血者活动量以不感到疲劳、不加重症状为度，血红蛋白40g/L以下者应卧床休息，必要时给予氧气吸入。
- 3、用药护理：遵医嘱正确用药，并应注意药物疗效及不良反应的观察与预防。观察用药后患者的自觉症状、血象的变化，以了解药物治疗的效果。
- 4、由于维生素B12缺乏并发末梢神经炎的患者

注意局部保暖、避免受伤。

5、出现口腔炎和舌炎的患者应注意口腔清洁，饭前、饭后用复方硼砂溶液或生理盐水漱口，以减少感染的机会并促进食欲。末梢神经炎、四肢麻木无力者，应注意局部保暖、避免受伤。出现共济失调者，行走要有人陪伴。

6、输血护理：输血治疗时，应做好输血前准备并密切观察输血反应。

三、健康指导要点

- 1、采取科学合理的烹调方式，纠正不良饮食习惯，高危人群应预防性补充叶酸、维生素B12。
- 2、加强个人卫生，预防损伤与感染。
- 3、解释治疗措施，遵医嘱用药，定期复查血象。

四、注意事项：肌注维生素B12偶有过敏，甚至休克，要密切观察并及时处理。

十三、特发性血小板减少性紫癜的护理

一、护理评估

- 1、观察皮肤黏膜出血情况。
- 2、观察有无内脏出血症状体征。

二、护理措施

- 1、饮食护理：依据病情选用流食、半流食或普食，宜软食少渣，防止消化道出血。
- 2、活动与休息：有出血倾向时应卧床休息，对关节型病人在出血停止、关节消肿后应鼓励下床活动。
- 3、预防出血：避免使用阿司匹林等影响血小板功能、延长出血时间的药物。除去过敏原污染，如食

物或药物过敏因素，执行操作时动作应轻缓，避免损伤组织发生出血。保持大便通畅，不剧烈咳嗽及活动，避免身体挤压和碰伤，每周复查血小板，有出血倾向及时就诊。

三、健康指导要点

1、保持大便通畅，不剧烈咳嗽及活动，避免身体挤压和碰伤，每周复查血小板，有出血倾向及时就诊。

2、避免感染。

四、注意事项：血小板 < 2 万/微升时应绝对卧



床休息，警惕内脏出血。

十四、弥散性血管内凝血的护理

一、护理评估

- 1、病人血压、脉搏、呼吸及意识状态。
- 2、出血情况。

二、护理措施

1、休息与体位：绝对卧床休息，保持病室环境安静、清洁。置病人于休克体位，以利回心血量及呼吸功能的改善。呼吸困难严重者可取半坐卧位。

2、饮食：给予高营养、高蛋白质、高维生素的易消化半流质或流质饮食。有消化道出血者应酌情进冷流质饮食或暂禁食，避免粗糙食物刺激胃黏膜，昏迷者给予鼻饲。

3、保持呼吸道通畅，吸氧。

4、严密观察病情变化，及时发现休克和重要器官衰竭。监测病人的生命体征，准确记录24小时出入液量，尤其是记录每小时尿量的变化。观察皮肤的

颜色与温、湿度；有无皮肤粘膜和重要器官栓塞的症状和体征。

5、遵医嘱给药，纠正酸中毒，维持水、电解质平衡，维持血压。

6、出血的预防和护理。

7、做好各项基础护理，预防并发症。

三、健康指导要点

- 1、保持皮肤清洁，避免搔抓、碰撞。
- 2、保持鼻腔湿润，防止鼻出血。

四、注意事项

- 1、尽量减少创伤性检查和治疗。
- 2、静脉注射时，止血带不宜扎得过紧，力争一针见血，操作后用干棉球压迫穿刺部位5分钟。尽量避免肌肉注射。

十五、血友病的护理

一、护理评估

- 1、心理状况及家庭支持情况。
- 2、局部出血情况。
- 3、关节活动能力。

二、护理措施

1、积极配合医生进行局部出血的处理。对于咽喉部出血或血肿形成者，为避免血肿压迫呼吸道而引起窒息，应协助患者取侧卧位或头偏向一侧，必要时使用吸引器将血吸出并做好气管插管或切开的准备。

2、正确输注各种凝血因子制品。

3、关节肿胀、疼痛应卧床休息。在肿胀未完全消退、肌肉力量未恢复之前，切勿使患肢负重，适当增加卧床时间，避免过早行走，预防反复的关节腔出

血；指导患者进行股四头肌收缩功能训练，以利局部肌力的恢复。在关节腔出血控制后，可帮助患者进行受累关节的被动和主动运动，可给予理疗促进受累关节功能的恢复。

4、给予心理护理。

三、健康指导要点

- 1、向患者和家属介绍疾病的原因、遗传特点。说明本病需终身治疗，并应预防出血的发生。
- 2、指导出血症状和体征的自我监测。

四、注意事项：尽量减少和避免各种不必要的穿刺和注射，必要时，拔针后局部按压5分钟以上，直至出血停止。

十六、真性红细胞增多症的护理

一、护理评估

1、神经系统症状：头痛、眩晕、疲乏、耳鸣、眼花等。

2、血栓形成。

3、出血倾向：皮肤瘀斑、牙龈出血等。

4、实验室检查：血常规、血生化、骨髓象等。

二、护理措施

1、静脉放血：每隔2-3天放血200-400ml，直至红细胞数在 $6.0 \times 10^{12}/L$ 以下，血细胞比容在0.50以下。较年轻的患者可仅采用放血治疗。做好患者心理护理，缓解紧张情绪。

2、药物治疗及护理：对使用羟基脲及 α -干扰素治疗的患者，观察药物疗效及副反应，鼓励多饮水，

保持尿量 > 2500 毫升/天，预防高尿酸血症。

3、了解患者有无头痛、眩晕、视力障碍、肢端麻木等表现，及时发现血栓形成早期表现，报告医生进行处理。

三、健康指导要点

1、每周复查血常规。

2、注意药物不良反应：消化道反应、发热、皮疹等。

四、注意事项

1、放血后红细胞及血小板可能会反跳性增高。

2、反复放血可加重缺铁。

3、老年及有心血管病者，放血后有诱发血栓形成的可能。



十七、原发性血小板增多症的护理

一、护理评估

- 1、神经系统症状：头痛、感觉异常、视力障碍等。
- 2、出血倾向。
- 3、血栓形成。
- 4、实验室检查：血常规、出凝血时间、骨髓象等。

二、护理措施

1、骨髓抑制药及 α -干扰素治疗：年轻无血栓及出血者，不一定需用骨髓抑制药。血小板大于 $1000 \times 109/L$ ，有反复血栓及出血的老年患者应积极治疗。观察药物疗效及副反应，鼓励多饮水，保持尿量 > 2500 毫升/天。

2、血小板单采术：常用于妊娠、手术前准备以及骨髓抑制药不能奏效时。

3、抗凝治疗：阿司匹林、潘生丁等。观察有无出血倾向：鼻出血和牙龈出血，皮肤紫癜等。

4、了解患者有无头痛、眩晕、视力障碍、肢端麻木等表现，及时发现血栓形成早期表现，报告医生进行处理。

5、心理护理：讲解疾病相关知识，树立患者战胜疾病的信心，保持良好的情绪状态。

三、健康指导要点

- 1、每周复查血常规。
- 2、注意药物不良反应：消化道反应、发热、皮疹等。
- 3、注意自我保护，防止外伤出血。

四、注意事项：脾大者要避免碰撞。

十八、出血或出血倾向患者的护理

一、护理评估

- 1、神志、血压、心率。
- 2、出血的发生部位、主要表现形式、发展或消退情况。
- 3、实验室检查：血小板计数、凝血时间。

二、护理措施

1、休息：保证充足的睡眠，血小板计数 $< 50 \times 109/L$ ，应减少活动；血小板计数 $< 20 \times 109/L$ ，须绝对卧床休息。

2、饮食：进食软食或半流质，禁食煎炸、过硬、粗糙、带刺或带壳的食物。

3、使用止血药物。

4、输血及血液制品：遵医嘱输入浓缩血小板、血浆或新鲜全血，输血前要认真核对血型、姓名，输入后注意输血反应、过敏反应。

5、出血的护理：肢体皮肤或深层组织出血可抬

高肢体，以减少出血，深部组织血肿也可应用局部压迫方法止血。尽量少用注射药物，必须使用时在注射后用消毒棉球充分压迫局部直至止血。少量鼻出血可用干棉球或1:1000肾上腺素棉球塞鼻腔压迫止血，并局部冷敷，若出血不止，用油纱条作后鼻孔填塞。牙龈渗血时，可用肾上腺素棉球或明胶海绵片贴敷牙龈。牙龈出血时易引起口臭，使患者食欲或心情受影响，可用1%过氧化氢液体漱口。

6、心理护理：加强沟通，减少焦虑及恐惧。

三、健康指导要点

出血的预防：避免肢体的碰撞或外伤；沐浴时水温不可过高和用力擦拭皮肤；拔针后延长按压时间；保持鼻腔湿润，勿用力擤鼻，避免用手抠鼻痂和外力撞击鼻部；用软毛牙刷刷牙，忌用牙签剔牙；避免情绪激动、剧烈咳嗽和用力排便。

四、注意事项：高热病人禁用酒精或温水擦浴。

第四节 内分泌系统疾病护理常规

一、内分泌系统疾病的一般护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、生命体征。
- 2、评估患者既往治疗经过，目前用药情况，有无其他伴随疾病及对疾病的认知程度。
- 3、心理状况及家庭支持情况。

二、护理措施

- 1、热情接待病人，安排床位，做入院介绍。
- 2、测量生命体征和体重。并记录在病历上。
- 3、准确及时执行医嘱，并遵医嘱做好饮食、药物宣教。

4、协助留取化验标本，做好检查前宣教。

5、经常巡视观察病人情况，发现异常告知医生并及时处理，同时做好护理记录。

6、危重病人应加强基础护理，预防并发症的发生。

三、健康指导要点：针对病人及家属需求进行健康宣教，如疾病防治、饮食及用药指导，使他们了解疾病相关知识，更有利于维护病人健康。

四、注意事项：伴有骨质疏松症的患者，避免剧烈运动，防止骨折。



二、甲状腺功能减退症的护理

一、护理评估

- 1、生命体征、血糖。
- 2、有无记忆力减退、反应迟钝、嗜睡、精神抑郁。
- 3、有无肌肉强直、萎缩及关节病变。
- 4、有无粘液性水肿，心动过缓、心音减弱。
- 5、有无畏食、腹胀、便秘、肠梗阻、贫血。

二、护理措施

- 1、鼓励患者进行适度的运动，如散步、慢跑。保持身心健康，注意生活规律。
- 2、给予高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪、低钠饮食。鼓励进食粗纤维食物，多食蔬菜、水果，多饮水，大约 2000-3000ml，防治便秘。
- 3、心理护理：多与患者交流，谈患者感兴趣的话题，解除患者抑郁情绪，保持良好的心态。
- 4、药物治疗及护理
 - (1)对症治疗：有贫血者补充铁剂、VB12、叶酸等。
 - (2)激素替代治疗(甲状腺激素)从小剂量开始，维持血清 T4 在正常范围。密切观察生命体征的变化，如脉搏 > 100 次 / 分，应立即报告医生。密切观察药

三、甲状腺功能亢进症的护理

一、护理评估

- 1、生命体征、意识状态及有无手抖、心悸、心律失常、胸闷。
- 2、体重和营养状况，大便次数、大便性状。
- 3、有无烦躁、易怒，焦虑多疑等心理变化。
- 4、眼部症状：突眼、畏光、视力减退、眼部肿痛。

二、护理措施

- 1、活动：在症状明显和治疗早期，应卧床休息，避免剧烈运动。当临床症状，心率、基础代谢率等恢复正常后，可逐步恢复工作。
- 2、饮食：高热量、高蛋白、富维生素的饮食。禁食刺激性食物，戒烟、酒、浓茶、咖啡，禁食含碘丰富的海产品食物及药物。
- 3、心理护理：关心、体贴患者，态度和蔼，耐心对待患者。
- 4、指导患者按时按量规则服药，观察药物不良反应。
- 5、突眼的护理
 - (1)指导患者保护眼睛：戴深色眼镜，减少光线和灰尘的刺激。
 - (2)睡前涂抗生素眼膏，眼睑不能闭合者覆盖

四、糖尿病的护理

一、护理评估

- 1、身高、体重、饮食习惯。

物的过量症状，如多食消瘦、脉搏加快、血压升高、呕吐、腹泻、发热、大量出汗等。

5、粘液性水肿昏迷患者密切观察病情变化，保持呼吸道通畅，做好各项基础护理。

三、健康指导要点

- 1、鼓励进食高热量、高蛋白、高维生素食物，以摄取足够的营养。针对地方性缺碘者采用碘化盐。
- 2、注意劳逸结合，避免寒冷、劳累和外伤。减少到公共场所，避免与呼吸道感染的人接触，以免发生感染。
- 3、指导患者保持心情愉快，避免压力过重，教育家属多与患者交流。
- 4、指导患者严格遵医嘱服药并学会自我观察药物的不良反应，自测脉搏。
- 5、强调终身服药及每月到医院复诊的必要性。

四、注意事项

低温者注意保暖，避免热敷，以免加重循环不良和烫伤。禁用催眠、镇静、止痛、麻醉药物。

纱布或眼罩。

(3)必要时眼科角膜检查以防角膜溃疡造成失明。

- 6、监测体重、心率。
- 7、出现甲亢危象立即告知医生，配合处理，并做好相关护理
- 8、甲亢性心脏病患者卧床休息、减少活动，减少体力消耗。避免加重心脏负荷的因素。观察心慌胸闷症状有无好转。如出现心力衰竭的症状和体征，按心力衰竭的护理护理。

三、健康指导要点

- 1、避免剧烈活动，勿劳累。
- 2、忌碘饮食、戒烟和酒。
- 3、保持心情愉快。
- 4、自我监测心率心律和血压。
- 5、正确服药。
- 6、每周复查血常规，每月复查甲状腺功能和肝功能。

四、注意事项：保持环境安静，避免嘈杂。减少不良刺激。

- 2、生命体征及血糖。

- 3、多饮、多尿、多食、体重减轻、乏力等症状。



- 4、有无大血管并发症。
- 5、肢端感觉情况：足部情况，有无疼痛、麻木。
- 6、有无头晕、心悸、出冷汗、强烈饥饿感等低血糖症状和食欲减退、恶心、呕吐、呼吸深快且伴有烂苹果气味等酮症酸中毒表现。
- 7、有无眼睛和肾脏的损害。

二、护理措施

- 1、病情稳定者鼓励多活动，以步行为主，避免空腹活动。
- 2、给予糖尿病饮食，合理分配每天所需热量，感饥饿时可适量进食黄瓜、西红柿等低热卡食物。戒烟禁酒。
- 3、胰岛素应根据起效时间在饭前 5-30 分钟皮下注射，注意药量准确，无菌操作，并轮流更换注射部位，防止引起皮下脂肪硬化。
- 4、口服磺脲类降糖药应在餐前 30-60 分钟服用；双胍类降糖药在进餐时或餐后 30 分钟至 1 小时服用；

五、腺垂体功能减退的护理

一、护理评估

- 1、心理状况，对疾病的了解程度以及家庭支持系统。
- 2、体重和营养状况，进食情况。
- 3、症状体征评估
 - (1) 性激素缺乏表现：如女性闭经等。
 - (2) 促甲状腺激素不足表现：畏寒、皮肤干而粗、苍白少汗、甚至粘液性水肿。
 - (3) 促肾上腺皮质激素不足表现：极度疲乏、虚弱、畏食、体重减轻、脉搏细弱、血压偏低，重者可出现低血糖发作。

二、护理措施

- 1、注意休息，避免过度劳累与情绪激动。保持身心健康，注意生活规律。
- 2、注意营养，高热量、高蛋白、高维生素饮食。提供钠钾平衡饮食，避免过多饮水。
- 3、心理护理：解除患者焦虑情绪，保持良好的心态。
- 4、遵医嘱使用激素替代治疗，观察疗效及副反应。

六、尿崩症的护理

一、护理评估

- 1、多饮、多尿、烦渴的症状。
- 2、有无脱水、电解质失衡，生命体征、皮肤弹性。
- 3、尿量、尿比重。
- 4、心理状况，对疾病的了解程度以及家庭支持系统。

二、护理措施

- 1、休息：患者夜间多尿，白天容易疲倦，保持

a 一糖苷酶抑制剂与第一口饭同服。

- 5、糖尿病足的预防及护理：每日定时洗足，水温不宜太冷或太热。；穿舒适透气的鞋袜，修剪脚趾甲不宜剪的过短，经常检查足部有无红肿、水泡等。
- 6、心理支持：保持情绪稳定有利于血糖的稳定。
- 7、酮症酸中毒、高血糖高渗状态，及时配合医生进行处理，密切观察病情变化。

三、健康指导要点

- 1、运动的方法。
- 2、食谱及饮食计划，戒烟酒。
- 3、指导病人及家属掌握常见急性并发症的主要表现及处理措施。
- 4、注射胰岛素的方法、低血糖的症状及处理。
- 5、自我血糖监测的意义和方法。

四、注意事项：活动时注意防止低血糖，身边备糖果或饼干或饮料。患者随身携带识别卡。如有食欲减退、恶心、呕吐应警惕酮症酸中毒。

5、垂体危象的观察及护理

- (1) 密切观察生命体征及有无低血糖、低血压的症状，随时评估患者的意识状态。
- (2) 加强疾病护理，保持呼吸道通畅，予吸氧。
- (3) 建立静脉通路，并随时补充水分，保证激素类药的准确使用。
- (4) 高热者降温，低温者注意保暖。
- (5) 做好基础护理。

三、健康指导要点

- 1、鼓励进食高热量食物，以摄取足够的营养。
- 2、保证充分的休息，避免剧烈运动、劳累和外伤。
- 3、按时服用各种药物，告知任意停用激素的危险性，并避免任意增减剂量。学会自我监测药物的不良反应。

4、教育患者预防发生意外，避免长途旅行，外出时携带识别卡，以备发生意外时紧急处理。

四、注意事项：密切观察有无垂体危象，一旦发现，立即报告医生进行处理。

安静舒适的环境，有利于患者休息。

- 2、定时测血压、体温、脉搏、呼吸及体重。
- 3、监测尿量、饮水量、电解质、血渗透压情况。
- 4、按医嘱用药，维持水电解质平衡。
- 5、替代疗法时，应注意观察疗效及副作用，嘱患者准确用药。
- 6、做好禁水加压试验
 - (1) 禁水前测体重、血压、尿量、尿比重、血、



尿渗透压。

(2) 禁水时间一般为8-12小时。

(3) 禁水期间每小时测体重、血压、尿量、尿比重、尿渗透压。

(4) 当体重下降超过2%或血压下降超过30mmHg时，即停止。

三、健康指导要点

七、皮质醇增多症的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、生命体征。
- 2、评估患者治疗用药情况、对疾病的认知程度。
- 3、评估患者血钾、血钠情况。

二、护理措施

1、运动与安全：提供安全、舒适的环境，避免剧烈的运动。

2、饮食：多食富含钙及维生素D的食物，摄入高钾低钠饮食，鼓励食用柑橘类水果。

3、病情观察：按医嘱密切观察病人血压及血糖变化，如有四肢乏力、软瘫等低血钾表现，应及时告诉医生并配合治疗。

4、用药护理：指导病人按医嘱准确服药，并观

八、原发性醛固酮增多症的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、生命体征。
- 2、评估患者既往高血压病史及治疗经过，目前用药情况，有无其他伴随疾病及对疾病的认知程度。
- 3、评估患者营养状况：有无贫血、低蛋白血症。

4、评估患者血钾，血钠情况。

二、护理措施

1、休息与活动：创造舒适、安静的环境，病情严重应卧床休息，减少活动，保证充足的睡眠；病情轻者可做适当的运动，以不感到疲乏为限度。

2、饮食：给予低盐饮食，鼓励病人多食富含钾、钙的蔬菜和水果，如香蕉、菠萝、牛奶等。

3、病情观察

(1) 注意观测病人的血压，每天至少测血压1次，并观察病人有无头晕、头痛。

九、肥胖症的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的身高及体重、腰围。
- 2、评估患者的饮食及运动习惯。
- 3、评估患者的体力及心理状态

二、护理措施

1、制定合适的饮食计划：
与营养师协调制定饮食行为干预计划，达到减少

1、嘱患者在身边备足温开水。

2、指导患者记录尿量及体重。

3、准确遵医用药，不得自行停药。

4、告知电解质紊乱的症状及体征。

四、注意事项：禁水加压试验禁水期间密切观察病情，防止发生脱水。

察药物的疗效及不良作用。

5、加强基础护理，防止病人因抵抗力降低导致口腔、会阴及呼吸道感染。

6、做好心理护理，鼓励病人增强战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、进食低钠、高维生素、含钾丰富的饮食。

2、按时测量血压。

3、保持良好的心情。

4、介绍药物的名称、剂量、作用、用法和副作用。

5、遵医嘱按时复诊。

四、注意事项：对有骨质疏松的病人应加强安全防护，避免摔倒碰伤，应睡硬板床，以防止病理性骨折。

(2) 观察病人肢端麻木、腹胀、手足抽搐、心律失常等低血钾表现，每天至少一次，必要时遵医嘱监测血清钾的变化。

4、配合做好各项检查，并帮助病人正确认识检查的目的和意义，正确留取标本并及时送检。

5、观察药物的疗效及不良反应，如男性的乳腺发育、女性月经不调等现象，如发生上述情况应及时通知医生。

三、健康指导要点

1、指导病人正确认识疾病，注意观察身体状况，如有血压升高、头晕、头痛、肢端麻木等不适，要及时就诊。

2、安慰鼓励病人，增强其战胜疾病的心理。

四、注意事项：肌无力发作时，限制患者活动范围，防止跌倒。

热量摄入，

控制体重的目标。其内容包括：食物选择（食物多样，谷类为主，避免高脂肪和高热量饮食，多吃蔬菜水果），食物行为（选购、贮存、烹饪），摄食行为（时间、地点、陪伴、环境、用具、菜单），使病人在“少吃一些”的同时感觉良好。护士应监督和检查计划执行情况，并教会病人自我监测方法和饮食日



记的记录。病人体重应持续、缓慢下降，以每周体重下降 0.5-1.0 kg 为宜。

2、改变不良饮食习惯：

教导病人改变不良饮食行为的技巧，如限定进餐次数，限定在家中进食，使用小容量的餐具，养成细嚼慢咽的习惯。鼓励病人改变饮食习惯，不进食油煎食品、快餐、零食、巧克力、甜食等高热量食物。适量增加膳食纤维，每次进食前先喝 250ml 水或先喝汤以增加饱腹感，减少主食的摄入量。

3、病情观察：

定期观察病人营养状况和体重的控制情况，动态观察实验室有关检查结果的变化。同时，注意热量摄入过低可引起衰弱、脱发、抑郁甚至心律失常，应严密观察并及时按医嘱处理。

4、合理运动：

肥胖症病人的体育锻炼应长期坚持，并根据病人的年龄、性别、肥胖程度及爱好选择适合的运动方式、运动强度和运动量。提倡有氧运动，如快步走、太极拳、慢跑、游泳、跳舞、做广播体操、登山、球类活动等。运动强度以中等强度的体力活动为宜，中等活动的运动心率一般应达到 150- 年龄（次 / 分），不宜超过 170- 年龄（次 / 分）。先由小运动量开始，待适应后再逐步增加应达到的目标。建议每天累计达到 8000-10000 步运动量，其中包括每周 2-3 次抗阻力肌肉锻炼，隔天进行，每次 20 分钟。指导病人固定每天运动的时间，充分利用一切增加活动的机会（如走楼梯而不乘电梯），鼓励多步行，减少静坐时间等。

5、用药护理：对使用药物辅助减肥者，护士应指导病人正确服用，并观察和处理药物的不良反应。

①西布曲明：最常见的不良反应是头痛、失眠、

十、嗜铬细胞瘤的护理

一、护理评估

- 1、评估患者血压波动情况。
- 2、评估患者心率、心律的变化。
- 3、评估患者对疾病的认知程度。

二、护理措施

1、休息：急性发作时应绝对卧床休息，保持环境安静，室内光线宜偏暗，尽量集中进行护理操作，减少探视以避免刺激。

2、饮食护理：给予高热量、高蛋白质、高维生素、易消化饮食，并鼓励病人多饮水，避免饮用含咖啡因的饮料。

3、病情监测：

①密切观察血压变化，注意阵发性或持续性高血压或高血压和低血压交替出现，或阵发性低血压、休克等病情变化，定时测量血压并做好测量记录。

②观察有无头痛及头痛的程度、持续时间，是否

厌食、便秘和口干，还可升高血压和心率，故有冠心病、高血压、充血性心力衰竭、心律失常和脑卒中等病史的病人应禁用本药，有癫痫或闭角性青光眼的病人慎用。

②奥利司他：主要不良反应为胃肠胀气、大便次数增多和脂肪便。病人粪便中含脂肪多而呈稀便、脂肪泻、恶臭，肛门常有脂滴溢出而容易污染内裤，应指导病人及时更换，并注意肛周皮肤护理。另外，应注意服用奥利司他会减少脂溶性维生素的吸收，应指导病人适当补充。

6、精神心理调适：对因焦虑、抑郁等不良情绪导致摄入量增加的病人，应针对其精神心理因素给予相应的辅导。

7、社会支持：良好的家庭社会支持可为减肥提供有效的心理支持。家人及朋友应鼓励和强化有利于病人减肥的行为，如运动的增加、减少高热量食物的摄入，并随时监督病人的体育锻炼及饮食控制行为。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：向病人说明肥胖对健康的危害，使病人了解肥胖症与心脑血管疾病、糖尿病等的密切关系。指导病人养成良好的饮食习惯，科学地安排饮食，强调减少热量摄入和限制饮酒的重要性。告知病人短暂、间断的运动达不到减重的目的，只有坚持每天运动方能奏效。

2、病情监测指导：指导病人每天自我监测并记录饮食和运动情况，每周监测体重及腰围。

四、注意事项

运动过程中如出现头晕、胸闷或胸痛、呼吸困难、恶心等，应停止活动。

有其他伴随症状。

③观察病人发病是否与诱发因素有关，指导病人注意避免诱发因素。

④记录液体出入量，监测病人水、电解质变化。

4、用药护理：

①使用 α 受体阻滞剂者要严密观察血压变化及药物不良反应。如酚苄明不良反应为直立性低血压、鼻粘膜充血、心动过速等；哌唑嗪有直立性低血压、低钠倾向等，用药后应注意观察病人心率，指导病人对潜在的跌倒危险做好防护，及时发现异常情况并及时处理。

②头痛剧烈者按医嘱给予镇静剂。向其介绍有关疾病知识、治疗方法及注意事项。病人发作时，护士要守护在病人身边，使其具有安全感，消除恐惧心理和紧张情绪。

5、潜在并发症：高血压危象。



(1) 避免诱因：积极避免外伤、情绪激动、体位突然改变、便秘、屏气动作等。

(2) 病情监测：观察病人有无剧烈头痛、面色苍白、大汗淋漓、恶心、呕吐、视力模糊、复视等高血压危象表现，是否出现心力衰竭、肾衰竭和高血压脑病的症状和体征。

(3) 急救配合与护理：主要措施有：

①卧床休息，吸氧，抬高床头以减轻脑水肿，加用床栏以防病人因躁动而坠床；

②按医嘱给予快速降压药物酚妥拉明等；

③持续心电、血压监测，每十五分钟记录一次测量结果；

④因情绪激动、焦虑不安可加剧血压的升高，应专人护理，及时安抚病人，告知头痛及其他不适症状

可随药物的起效而得到控制，使病人心态平稳并树立战胜疾病的信心；

⑤若有心律失常、心力衰竭、高血压脑病、脑卒中和肺部感染者，协助医生处理并给予相应的护理。

三、健康指导要点

1、病人和家属讲解疾病的有关知识，指导病人避免高血压危象的诱因，告知病人和家属发生危象时的征兆，以有利于及时抢救。

2、指导病人充分休息，生活有规律，避免劳累，保持情绪稳定、心情舒畅。

3、嘱病人随身携带识别卡，以便发生紧急情况时能得到及时救助。

四、注意事项：禁止对患者进行灌肠，挤压肿瘤、腹膜后充气造影等操作。

十一、痛风的护理

一、护理评估：观察疼痛的部位、性质、程度，监测尿pH，尿酸的排出量，保持血尿酸的正常范围。

二、护理措施

1、休息与功能锻炼：急性发作期遵医嘱卧床休息，抬高患肢、局部冷敷，24小时后可行热敷或理疗，关节疼痛缓解3天后可恢复活动。

2、饮食护理：进食低热量、低脂、低嘌呤、高维生素饮食。

3、用药护理：应用秋水仙碱时，应注意有无呕吐、腹泻等胃肠道症状。应用促尿酸排泄药物或抑制尿酸

合成药物时，应遵医嘱小剂量给药，逐渐加量，并每月检查肝肾功能，密切观察药物不良反应。

三、健康指导要点

1、向病人讲解疾病相关知识，消除其紧张情绪，配合医生治疗。

2、指导病人学会监测与调节自己的尿液酸碱度，每月复查肝肾功能及血象。

四、注意事项

1、禁食海鲜、豆制品等辛辣刺激性食物，禁饮酒。

2、宜多食偏碱性食物，并大量饮水。

十二、类风湿关节炎的护理

一、护理评估

1、评估患者生命体征。

2、观察关节肿胀、肿痛、发热及关节功能受限的程度。

二、护理措施

1、休息：急性期应卧床休息，睡硬板床，关节制动，保持关节的功能位置，防止关节畸形、屈曲和挛缩。恢复期鼓励病人适当活动，加强关节功能锻炼。

2、饮食护理：给予高蛋白、高维生素、营养丰富的饮食，忌生冷、油腻、辛辣刺激性食物。

3、药物护理：

使用抗风湿药物、糖皮质激素时应注意观察疗效

及不良反应。若出现严重的胃肠道反应，头晕，肝肾功能损害、继发感染、神经精神症状等应做对症处理。

三、健康指导要点

1、恢复期鼓励病人适当活动，加强关节功能锻炼。

2、晚期关节僵硬，生活不能自理者，协助生活护理，预防压疮。

3、注意避免或去除各种诱因，如寒冷、外伤、感染、受潮、营养不良、精神刺激等。

4、指导合理应用力学原则，注意保护受损关节。

四、注意事项：注意关节的活动度，有无僵硬、强直、关节周围肌肉挛缩、关节肿胀变形及晨僵程度等。

十三、强直性脊柱炎的护理

一、护理评估

1、评估患者疼痛和僵硬情况以及活动受限程度。

2、观察有无心、肺、肾受累症状。

二、护理措施

1、急性期卧床休息，睡硬板床，保持肢体功能位置。

2、缓解期采取适当的理疗和体疗，加强肢体功能锻炼。可进行深呼吸锻炼，加强脊柱和肢体运动，防止脊柱弯曲畸形、骨质疏松和肢体失用性肌肉挛缩。

3、饮食

(1) 给予高蛋白、高维生素、高热量、低盐、低脂清淡饮食。



(2) 注意钙质的补充。

(3) 避免食用辛辣刺激性食物,以减少不良刺激。

三、健康指导要点

1、日常生活中注意维持正常的姿势,防止脊柱

弯曲畸形,进行深呼吸,加强脊柱和肢体运动。

2、坚持力所能及的劳动和体育运动。

四、注意事项: 注意观察非甾体抗感染药、免疫抑制

十四、系统性红斑狼疮的护理

一、护理评估

1、评估病人的生命体征变化。

2、观察有无皮肤黏膜损害、雷诺现象、关节肿痛、心力衰竭、肾功能不全、出血倾向、呼吸困难及精神神经症状等。

二、护理措施

1、休息与活动:急性期应卧床休息,以减少消耗,预防并发症发生。

2、饮食:给予高蛋白、高热量、高维生素、低盐、低脂清淡饮食,注意钙质的补充,避免辛辣刺激性食物。

3、药物治疗护理:注意药物不良反应,如糖皮质激素、免疫抑制药所致的高血压增高、骨质疏松、低钾、低钙、血细胞减少、继发感染、精神异常、内分泌失调等。

4、心理护理:本病病程长且病情容易反复,病人易产生悲观心理,应多关心鼓励病人,帮助其树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、避免加重病情的各种诱因,如妊娠、感染、某些药物及手术等。

2、具有光敏感的病人,家居及外出时避免阳光直射,室内应挂有色不易透光窗帘。

3、女性病人忌用碱性肥皂、化妆品及其他化学药品,育龄女性注意避孕。

4、应按时服药,不得自行减量或停药。

5、病情稳定期可适当工作、锻炼。

四、注意事项: 天气寒冷时注意保暖,防止受凉感冒。

十五、糖尿病肾病的护理

一、护理评估: 评估患者的临床症状及生命体征。

二、护理措施

1、合理饮食:限定总热量,固定碳水化合物、蛋白质及脂肪的比例,注意定时、定量、订餐,鼓励多吃富含膳食纤维的食物,以保证在保持血糖稳定的情况下,尽量供给病人营养全面的膳食。肾功能不全时,饮食宜低盐、低脂、低优质蛋白质。

2、根据年龄、体力、病情,指导病人进行合适的体育锻炼。

3、使用降糖药物时避免使用对肾脏有毒性的药物,注意用药后反应。使用胰岛素的患者,定期检查

血糖,根据病情调整用量,严格无菌操作,防止感染。

4、肾功衰、尿毒症时,应及时行规律透析治疗。

三、健康指导要点

1、告知患者低血糖反应表现及处理方法。

2、口腔护理:早晚刷牙、饭后漱口,预防口腔内感染。

3、足部护理:预防烫伤和坏疽发生,每日温水泡脚,趾甲长短适宜,鞋子以宽松透气为好。**四、四、注意事项:** 尽量避免粗暴搔抓,每日清洁会阴部,预防感染。

十六、多发性肌炎、皮肌炎的护理

一、护理评估

1、患者皮肤损害、疼痛的情况。

2、重要脏器心、肺受累情况。

二、护理措施

1、休息与体位:急性期应卧床休息,减轻肌肉负荷;肌肉疼痛时勿按摩,以免加重肌肉损伤。病情稳定后由计划进行功能锻炼,以防肌肉挛缩。

2、饮食:给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。进食宜缓慢,采用多种烹调方法,指导进食体位,吞咽困难者给予半流质或流质饮食,必要时给予鼻饲。

3、病情观察:观察皮肤损害,如皮肤红肿、红斑等情况,如有溃疡应对创面进行处置。密切观察心、

肺受累情况。测量心率、呼吸每天1次,注意心律变化,观察面色紫绀、呼吸情况等,如有病情变化应紧急采取相应措施。

4、药物治疗护理:对长期应用激素或免疫抑制剂的患者,护理应观察药物不良反应,如胃肠道症状、神经精神症状等。

5、心理护理:向患者家属说明本病的相关知识和自我护理方法,正确对待疾病,做好长期治疗的思想准备。

三、健康指导要点

(1) 急性期应卧床休息,减轻肌肉负荷,肌肉疼痛时勿按摩,以免加重肌肉损伤。



(2) 病情稳定后有计划进行功能锻炼, 以防止肌肉挛缩。

四、注意事项

1、保持皮肤清洁, 注意保暖和避免外伤, 如有

溃疡应及时对创面进行处理。

- 2、按时服药, 不要因为症状减轻而自行停药。
- 3、育龄妇女应避免孕, 避免一切疫苗接种。

十七、糖尿病足的护理

一、护理评估

1、评估患者身高、体重、饮食习惯, 生命体征及血糖的变化。

2、评估肢端感觉情况: 足部情况, 有无疼痛、麻木。

二、护理措施

1、指导进食糖尿病饮食, 有规律的进食, 合理分配每天所需热量, 感饥饿时可适量进食黄瓜、西红柿等低热卡食物, 禁烟禁酒。

2、胰岛素应根据起效时间在饭前 5-30 分钟皮下注射, 注意药量准确, 无菌操作, 并轮流更换注射部位, 防止引起皮下脂肪硬化。

3、观察皮肤表现: 每日检查足部, 注意足部皮肤是否有水泡、擦伤、裂口、局部皮肤是否有红肿, 皮肤色泽及温度, 足背动脉的搏动和弹性, 每天用 39-40℃ 温水泡脚 20 分钟后用柔软毛巾轻轻擦干足部皮肤, 勿用力揉搓, 穿舒适透气的鞋袜, 修剪脚趾甲不宜过短。

4、出现感染的创面应每天换药, 创面感染严重有腐肉脓液时应及时切开引流或彻底清创。

5、足部已发生坏疽者, 长期疼痛的应遵医嘱适时给予镇痛剂。

6、做好心理护理。体贴关心病人, 使病人能坚持正确的治疗和饮食方法, 树立信心, 调动其积极性。

三、健康指导要点

1、糖尿病患者每日适当作小腿和足部运动 30-60 分钟, 如甩腿运动、提脚跟一脚尖运动、下蹲运动。平时抬高患肢, 以利血液回流, 可以改善下肢血液循环。

2、选择合适的鞋袜, 要穿宽松柔软的布鞋或透气的皮鞋, 避免穿凉鞋或高跟鞋。

四、注意事项

1、注意观察患肢皮肤色泽、温湿度及有无皮损、水肿、疼痛、感觉异常等。

2、注意预防甲沟感染, 绝对禁止吸烟, 因吸烟可造成血管痉挛而加重缺血。

3、脚部已有破损的患者禁止泡脚。

4、禁止采用热水袋或电热炉进行足部保暖, 尤其足部皮肤感觉障碍者。

第五节 呼吸系统疾病护理常规

一、呼吸系统疾病的一般护理

一、护理评估

1、评估患者面色、神志情况。

2、观察病人呼吸频率、节律、深度, 咳嗽咳痰的性质、量、颜色, 有无喘息、呼吸困难等。

二、护理措施

1、重症患者应绝对卧床休息, 轻症或恢复期可适当活动。

2、给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食, 多饮水。

3、保持呼吸道通畅, 必要时吸痰。机械通气患者做好气道管理。遵医嘱给予氧气吸入, 注意观察氧疗效果。

4、严密观察神志、生命体征、血氧饱和度等的变化, 如出现呼吸困难、剧烈胸痛、意识障碍、咯血等, 备好吸引器、心电监护仪等抢救仪器立即通知医生并配合抢救。

5、观察药物疗效及不良反应, 如有无血压升高、脉速、肌肉震颤等, 发现问题及时通知医生处理。

6、准确落实纤支镜等各项检查的术前准备, 并做好术后观察和护理。

7、危重患者做好重症护理。

8、做好心理护理。

三、健康指导要点

1、指导病人深呼吸, 放松身心。

2、指导病人和家属不得随意调节输液速度及氧流量。

3、指导患者正确掌握呼吸功能锻炼, 如缩唇呼吸、腹式呼吸等。

4、指导患者正确掌握有效咳嗽、咳痰及雾化吸入、翻身扣背、体位引流、震动排痰等促进痰液排出的配合方法。

四、注意事项

1、戒烟, 防止有害粉尘、烟雾或气体的吸入。

2、注意保暖, 不要出入温差较大的地方, 防止感冒。避免到人群密集的公共场所。

3、休养环境要舒适, 每日通风换气, 保持空气



新鲜。

二、肺炎的护理

一、护理评估

- 1、询问病史及目前病情。
- 2、观察神志、生命体征的变化。
- 3、评估患者咳嗽咳痰的程度及性质。
- 4、观察有无其他伴随症状，如胸痛、呼吸困难、全身酸痛等。
- 5、结合实验室及其他检查结果。

二、护理措施

- 1、观察病情变化，监测并记录生命体征。
- 2、卧床休息，保持室内空气新鲜，温湿度适宜。呼吸困难者给予氧气吸入，并采取舒适体位，注意保暖。
- 3、给予足够热量、高蛋白和维生素的流质或半流质饮食，多喝水，每天饮水量不少于1500ml，可达到稀释痰液的目的，有利于痰液的排出，保持呼吸道通畅。
- 4、正确留取痰标本送检，记录痰液的颜色、性质、量。
- 5、遵医嘱正确用药，观察疗效和副作用。
- 6、高热病人做好皮肤、口腔护理，采用物理降温的措施，以逐渐降温为宜，防止因体温骤降而致虚

三、支气管扩张的护理

一、护理评估

- 1、评估咳嗽及咯血发生的时间、诱因、性质、节律、与体位的关系、伴随症状等。
- 2、评估患者生命体征、意识状态、面容与表情等，密切注意失血性休克的出现。
- 3、观察患者咳嗽及咯血的颜色、性状、量、伴随症状，有无窒息先兆等。

二、护理措施

- 1、提供安静、洁净、温湿度适宜的环境，减少不良刺激。
- 2、提供高热量、高蛋白、富含维生素温凉饮食，避免冰冷食物诱发咳嗽，少食多餐。大咯血时禁食，鼓励病人多喝水，每天1500ml以上，以使痰液稀释利于排出。
- 3、大咯血患者绝对卧床休息，取患侧卧位。出血部位不明患者取仰卧位，头偏向一侧。一旦出现窒息征象，应立即取头低脚高45°俯卧位，面向一侧，轻拍背部，或直接刺激喉部，以利血块咯出。
- 4、保持口腔清洁，指导病人在咳痰后进食前后用清水或漱口水漱口。保持大便通畅，以免排便时腹压增加而引起再度咯血。
- 5、正确留取痰标本送检。

脱、休克。必要时遵医嘱使用退热药物。必要时遵医嘱静脉补液，补充因发热而丢失较多的水分和盐，加快毒素排泄和热量散发。

三、健康指导要点

- 1、指导患者掌握正确的咳嗽方法，实施有效咳嗽。正确留取痰标本，留取的时间宜选择在清晨，因为此时痰量较多，痰内细菌也较多，可提高检查阳性率。晨起用清水漱口，去除口腔中的杂质，深呼吸数次后用力咳出气管深处的痰液置于标本盒中，不可将唾液、漱口水、鼻涕等混入痰液中。
- 2、指导患者掌握正确的雾化吸入方法。
- 3、指导患者养成良好的生活习惯，避免过度劳累和受凉。

四、注意事项

- 1、年老体弱者慎用强镇咳药，戒烟酒。
- 2、注意保暖，加强营养，适当体育锻炼，增强抵抗力。避免吸入粉尘和刺激性的气体，积极预防上呼吸道感染，避免劳累、醉酒。
- 3、长期卧床者经常改变体位，进行翻身、叩背，随时排出气道痰液。

- 6、遵医嘱正确用药，观察药物的疗效和副作用。
- 7、根据病变部位及病情行体位引流，一般于饭前进行，以早晨清醒后立即进行效果最好。如需餐后进行，应在餐后1-2小时进行，以防胃食管反流、恶心、呕吐。
- 8、保持呼吸道通畅，合理氧疗，改善缺氧症状。对大咯血及意识不清的患者，床边备好吸痰器、急救车等抢救物品，防止窒息。

三、健康指导要点：

- 1、指导患者掌握正确的咳嗽方法，实施有效咳痰，协助排痰。
- 2、指导患者自我监测病情，及时识别病情变化的征象。如频繁剧咳、痰量增多、发热、乏力等。
- 3、指导患者预防呼吸道感染，戒烟，避免受凉及烟雾、灰尘等不良刺激。
- 4、指导患者及家属咯血发生时的正确卧位及自我紧急护理措施。及时轻咳出血块，严禁屏气或剧烈咳嗽。大量咯血病人应绝对卧床休息，尽量避免搬动，取患侧卧位，可减少患侧胸部的活动度，既防止病灶向健侧扩散，同时有利于健侧肺的通气功能。

四、注意事项：

- 1、咯血过程中突然中断，出现呼吸急促、烦躁



不安、精神极度紧张、有濒死感、口中有血块等情况时，立即抢救。咯血后为患者漱口，擦净血迹，防止因口咽部异物刺激引起剧烈咳嗽而诱发咯血。及时清

理患者咯出的血块及污染的衣物、被褥，有助于稳定情绪，增加安全感，避免因精神过度紧张而加重病情。

2、年老体弱者慎用镇咳药，禁用吗啡及可待因。

四、肺栓塞的护理

一、护理评估

1、评估病室环境，空气温湿度。

2、观察患者生命体征的变化，心电活动，胸痛及呼吸困难的程度，有无晕厥、咯血、意识障碍等。

二、护理措施

1、保持病室内空气新鲜，温湿度适宜。

2、急性期绝对卧床休息，肢体制动，避免突然改变体位，以防栓子脱落。合并下肢深静脉血栓者，无血栓侧肢体应加强床上主动活动，避免新的血栓形成。

3、多吃粗纤维食物，减少脂类、糖类的摄入，多吃水果，多喝水，增加液体摄入，防止血液浓缩。保持大便通畅，防止用力排便诱发肺栓塞。必要时给予缓泻剂。

4、保持呼吸道通畅，及时氧疗。

5、遵医嘱使用抗凝剂，观察有无出血倾向，如皮下瘀斑、牙龈出血、黑便等。低分子肝素注射部位首选腹部，以脐周为宜。注射时捏起皮肤形成皱褶，垂直进针，注意避免硬结与瘀斑。注射后妥善按压穿刺点，一般4分钟，有凝血功能障碍者，适当延长按

压时间，防止出血。

6、必要时使用镇静、止痛、镇咳等治疗措施。

7、安慰患者，加强沟通，增加患者安全感。

三、健康指导要点

1、指导患者行深慢呼吸，降低耗氧量，病人有呼吸困难时应立即根据缺氧严重程度选择适当的给氧方式给予氧疗，以提高肺泡氧分压。

2、指导患者进行床上排便，养成良好的排便习惯。

3、对于存在DVT危险因素的人群，应指导其避免增加静脉血流瘀滞的行为：如久坐或久坐，对于卧床病人应鼓励其床上肢体活动，不能自主活动的病人需进行被动关节活动，不能活动者可将腿抬高至心脏以上水平，可促进下肢血液回流；同时指导病人适当增加液体摄入，防止血液浓缩。

四、注意事项

1、遵医嘱积极治疗原发病，防止复发。

2、注意观察有无下肢深静脉血栓形成的征象：测量和比较双下肢周径，并观察有无局部皮肤颜色的改变。

五、支气管哮喘的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、意识、配合程度、文化程度等。

2、评估病室环境、温湿度、物品摆放等。

3、观察哮喘发作持续时间、气喘程度、呼吸音、哮鸣音的变化。

二、护理措施

1、提供安静、洁净、温湿度适宜的环境，取舒适体位。

2、痰液粘稠、出汗多者，应多喝水，每日饮水量保持在2000ml以上。提供清淡、易消化、足够热量的饮食，不吃易导致过敏的食物，如蟹、虾、鱼、牛奶、蛋等，戒烟酒。

3、保持呼吸道通畅，根据病情选择合理氧疗。行心电监护，监测血气分析，使PaO₂在60mmHg以上或SaO₂在90%以上。当PaCO₂>50mmHg，勿给予高浓度氧气吸入，防止二氧化碳潴留。

4、遵医嘱应用支气管舒张药、糖皮质激素等，观察药物的疗效和副作用。如糖皮质激素可导致肥胖、骨质疏松、消化性溃疡等。

5、皮肤护理，及时更换衣服和被单，避免潮湿刺激。防止局部组织受压，采取减压措施，注意受压

部位的观察与评估，防止压疮的发生。

6、口腔护理，协助并鼓励患者咳嗽后用温水漱口，保持口腔清洁。

7、给予心理护理，做好心理疏导，消除紧张情绪。

三、健康指导要点

1、指导患者识别并避免诱因，知晓哮喘发作的前驱症状。

2、指导患者掌握正确的药物吸入技术。雾化吸入时，指导患者经口呼吸，通过观察气雾的方向判断是否能真正吸入到气道，吸气相时气雾应进入气道，呼气相时喷出空气中。雾化吸入过程中观察患者有无心跳加快、心律失常及疲劳等现象，必要时控制吸入时间在10分钟内。使用激素类药物后，应即刻使用清水漱口。

3、指导患者掌握正确的咳嗽方法，实施有效咳嗽。

4、病情监测指导，指导病人识别哮喘发作的先兆表现和病情加重的征象，学会哮喘发作时进行紧急自我处理方法。

5、心理指导，培养良好的情绪和战胜疾病的信心是哮喘治疗和护理的重要内容。给予心理疏导，使病人保持有规律的生活和乐观情绪，积极参加体育锻炼



炼,最大程度地保持劳动力。

四、注意事项

- 1、判断支气管哮喘的诱因,避免接触过敏原,避免剧烈运动及冷空气刺激,避免使用阿司匹林和非甾体抗炎药,慎用 β 受体阻滞剂以免诱发哮喘。
- 2、重症哮喘患者由于存在摄水量不足,加之过

六、支气管炎的护理

一、护理评估

- 1、评估咳嗽发生的时间、诱因、性质、节律、与体位的关系、伴随症状等。
- 2、评估患者神志、生命体征的变化。

二、护理措施

- 1、提供舒适的环境,温湿度适宜,通风良好。
- 2、给予高蛋白、高热量、高维生素饮食,鼓励多饮水,每天不少于1500ml,可达到稀释痰液的目的。
- 3、观察患者咳痰的难易程度,观察咳、痰、喘症状,尤其痰液的颜色、性质和量,必要时留取痰标本送检。
- 4、遵医嘱正确使用药物,观察药物的疗效和副作用。使用氨茶碱时要重点观察有无恶心、心律失常、心动过速、血压下降等不良反应。
- 5、保持呼吸道通畅,协助排痰,痰液不易咳出时,行雾化吸入。

三、健康指导要点

- 1、告知患者养成良好的生活习惯,避免诱因,如受凉、劳累过度、吸烟等。

七、慢性阻塞性肺疾病的护理

一、护理评估

- 1、评估患者神志、生命体征的变化。
- 2、观察患者咳嗽咳痰的性质、量、颜色及气喘、呼吸困难等情况。

二、护理措施

- 1、呼吸困难者绝对卧床休息,取半卧位。
- 2、病情观察,观察咳嗽、咳痰及呼吸困难的程度,监测动脉血气分析和水、电解质、酸碱平衡情况。
- 3、给予高蛋白、高热量、高维生素饮食,避免在餐前或进餐时过多饮水。腹胀病人应进软食,避免汽水、豆类等产气食品及冷硬辛辣食物。严重呼吸困者时给予流质或半流饮食,保持水电解质平衡。
- 4、低流量低浓度吸氧,流量1-2升/分,每日15小时以上。
- 5、遵医嘱给予抗生素、支气管舒张药物和祛痰药,注意观察疗效及不良反应,如服用氨茶碱应观察有无恶心、心律失常、心动过速、血压下降等不良反应。
- 6、保持呼吸道通畅,行有效咳嗽,及时排痰,必要时行雾化吸入。雾化激素药物后,要立即漱口,防止激素致口腔溃疡、真菌感染等不良反应发生。

度呼吸及出汗,常存在不同程度的脱水,进而使呼吸道严重脱水,痰液粘稠不易咳出,影响通气功能。补液有助于纠正脱水,稀释痰液,一般情况每日输液量2000ml以上,并根据患者心脏及脱水情况,及时调节输液滴速,保证液体的输入。

2、指导患者掌握正确的咳嗽方法,实施有效咳嗽。正确留取痰标本,留取的时间宜选择在清晨,因为此时痰量较多,痰内细菌也较多,可提高检查阳性率。晨起用清水漱口,去除口腔中的杂质,深呼吸数次后用力咳出气管深处的痰液置于标本盒中,不可将唾液、漱口水、鼻涕等混入痰液中。

3、指导患者掌握正确的药物吸入技术。雾化吸入时,指导患者经口呼吸,通过观察气雾的方向判断是否能真正吸入到气道,吸气相时气雾应进入气道,呼气相时喷出空气中。雾化吸入过程中观察患者有无心跳加快、心律失常及疲劳等现象,雾化时间不宜过长,一般以10-20分钟为宜。使用激素类药物后,应即刻使用清水漱口。

四、注意事项

- 1、年老体弱者慎用强镇咳药。
- 2、注意保暖,防止上呼吸道感染。
- 3、戒烟,避免有害气体和其他有害颗粒的吸入。

7、心理护理,帮组病人树立信心,教会病人缓解焦虑的方法,如听轻音乐、下棋、做游戏等娱乐活动,以分散注意力,减轻焦虑。

三、健康指导要点

- 1、指导患者正确掌握有效咳嗽及雾化吸入的方法。
- 2、指导患者呼吸功能锻炼的方法。重症期患者应严格卧床,避免增加耗氧量,加重心脏负荷。缓解期和恢复期,根据患者的具体情况制定活动计划,以循序渐进、量力而行为原则,活动量以不引起疲劳、不加重症状为度。腹式呼吸应在疾病恢复期进行训练。
- 3、饮食指导,制定高热量、高蛋白、高维生素的饮食计划,正餐进食量不足时,应安排少量多餐。避免进食产气食物。
- 4、适当活动,指导患者识别使病情恶化的因素,如受凉、劳累过度、吸烟等。
- 5、向患者及家属说明合理氧疗的重要性,避免患者及家属擅自调节氧流量或停用氧气。行氧驱动雾化吸入后,须及时将氧流量调回原值。

四、注意事项



- 1、戒烟，防止有害粉尘、烟雾或气体的吸入。
- 2、注意保暖，不要出入温差较大的地方，防止感冒。避免到人群密集的公共场所。

八、慢性肺源性心脏病的护理

一、护理评估

- 1、评估患者生命体征的变化，咳嗽咳痰情况及痰液的颜色、性质、量。
- 2、评估患者呼吸困难程度及活动耐力。
- 3、评估有无心慌、胸闷、气促、腹胀、水肿等肺心病急性发作症状。

二、护理措施

- 1、卧床休息，取适当卧位。对肺性脑病先兆症患者，加强安全防护。
- 2、给予高纤维素、低钠、易消化饮食，少食多餐，避免摄入含糖量高的食物，以免引起痰液粘稠。出现水肿、腹水、尿少时，严格限制钠水摄入，钠盐 $< 3\text{g}/\text{天}$ 、水分 $< 1500\text{ml}/\text{天}$ ，防止便秘。
- 3、皮肤护理，注意观察全身水肿情况、有无压疮发生。指导病人穿宽松、柔软的衣服；定时更换体位，受压处垫气圈或海绵垫，或使用气垫床。
- 4、密切观察病情变化，行心电监护，定期监测动脉血气分析，发现头痛、烦躁不安、表情淡漠、神志恍惚、精神错乱、嗜睡、昏迷及心律失常等情况，及时通知医生处理。
- 5、遵医嘱用药，观察药物疗效及副作用。如茶碱类可致恶心、呕吐、心律失常、血压下降和呼吸中枢兴奋等；尼可刹米可致面部潮红、烦躁不安、抽搐、恶心、呕吐、血压升高、心律失常、惊厥等；应用利尿剂后易出现低钾、低氯性碱中毒而加重缺氧；注意观察洋地黄毒性反应。

九、急性上呼吸道感染的护理

一、护理评估

- 1、观察生命体征及主要症状，尤其是体温、咽痛、咳嗽等变化。
- 2、评估患者经药物治疗后症状有无缓解，有无耳鸣、耳痛等中耳炎症状。
- 3、观察患者恢复期有无胸闷、心悸、眼睑浮肿、腰酸或关节疼痛等。

二、护理措施

- 1、提供安静、洁净、温湿度适宜的环境，减少不良刺激。
- 2、症状较轻者适当休息，症状较重或年老卧床休息为主。良好的休息可增加机体修复和抵抗力，促进身体康复。
- 3、保持口腔清洁，多喝水，进清淡、富含维生素易消化饮食，保证足够热量。发热患者增进液体的

- 3、休养环境要舒适，每日通风换气，保持空气清新。
- 4、配备家庭氧疗设施，长期家庭氧疗。

- 6、保持呼吸道通畅，促进排痰，做好翻身、叩背、雾化吸入等。

- 7、合理氧疗，低流量低浓度吸氧，流量 $1-2\text{升}/\text{分}$ ，浓度控制在 $25\%-29\%$ ，每天吸氧 10小时 以上，防止因高浓度吸氧抑制呼吸，加重缺氧和二氧化碳潴留。

三、健康指导要点

- 1、疾病预防指导，劝导戒烟，积极预防 COPD 等慢性支气管肺疾病，以降低发病率。
- 2、指导患者正确掌握呼吸功能锻炼，如缩唇呼吸、腹式呼吸等。
- 3、指导患者正确掌握有效咳嗽及雾化吸入的方法。
- 4、指导患者采取既有利于气体交换又能节省能量的姿势，如卧位时抬高床头，并略抬高床尾，使下肢关节轻度屈曲。
- 5、指导患者保持心情舒畅，增强战胜疾病的信心。

四、注意事项

- 1、注意休息，劳逸结合，生活规律，戒烟酒，避免刺激性气体吸入。
- 2、缓解期适当体育锻炼及呼吸功能锻炼，预防感冒。
- 3、加强营养，保证机体康复需要。
- 4、注意病情变化加重征象，如体温升高、呼吸困难、剧咳不畅、尿量减少等应及时就诊。

摄入，以补充体液的消耗，有利于痰液的排出，保持呼吸道通畅。

- 4、防止交叉感染，注意隔离病人，减少探视，以避免交叉感染。
- 5、用药护理，遵医嘱用药且注意观察药物的不良反应。

三、健康指导要点

- 1、指导患者注意休息，生活规律，适当体育活动。
- 2、保持室内空气流通，避免吸入粉尘和刺激性气体，避免受凉、过度劳累等感染诱发因素，疾病高发季节少去人群密集的公共场所。
- 3、注意隔离病人，减少探视，以避免交叉感染。指导病人咳嗽或打喷嚏时应避免对着他人，并用双层纸巾捂住口鼻，病人使用的餐具、痰盂等按规定及时消毒，加强手卫生。



四、注意事项

1、患病期间做好个人卫生，防止交叉感染，避免疾病传播。

十、睡眠呼吸暂停低通气综合征的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者有无上呼吸道疾病（上气道解剖异常），神经系统损害及低氧血症和高碳酸血症，高血压，冠心病等。

2、症状和体征：评估患者有无夜间打鼾，且鼾声不规律，反复出现呼吸暂停及觉醒，晨起感到头痛、头晕乏力，白天出现嗜睡。有无肥胖（体重指数 BMI > 28），颈围 > 40CM，鼻甲肥大，舌体肥大等。

3、辅助检查：评估多导睡眠图监测、肺功能检查，胸部 X 线，动脉血气分析及心电图结果以了解病情轻重程度，同时评估耳鼻喉及口腔检查结果，了解其病因。

4、心理评估：评估患者有无恐惧、焦虑及对疾病的认知。评估家属对患者的关心程度及支持力度，家庭对手术的经济承受能力。

二、护理措施

1、一般护理：安排安静、优雅的病房，原则上协助患者取舒适体位，兼顾到体位与通气量的关系，可以取侧卧位或半坐卧位，以利于睡眠。

2、氧疗护理：用鼻面罩持续正压气道通气治疗时，面罩应严密罩住鼻，闭住嘴，与治疗仪同步呼吸，防止气流从口漏出，对不具备 CPAP 呼吸机治疗条件者宜采取夜间持续吸氧。

2、患病期间遵医嘱用药，如出现病毒性心肌炎、风湿热、气管 - 支气管炎等并发症应及时就诊。

3、病情观察：密切观察病情变化，有无打鼾、呼吸暂停、憋气、发绀等呼吸困难症状和体征，特别是零点以后要加强巡视。如呼吸暂停时间过长，应及时叫醒患者，以免发生因窒息缺氧所致猝死。条件允许应给予持续血氧和心电监护，以便观察掌握处理时机。

4、心理护理：此类患者均有不同程度的焦虑情绪，不敢入睡或睡眠时容易梦魇，应主动与其交谈，了解产生因素，采取护理措施。

三、健康指导

1、疾病知识指导：使病人了解疾病相关知识，识别加重病情的因素，指导戒烟戒酒。通过讲座、宣传手册和个别指导，帮助患者正确使用呼吸机，并定期随访评价和提高呼吸机治疗的依从性，保证治疗效果。

2、运动指导：鼓励病人进行有效的体育锻炼，减轻体重，增加有效通气。

四、注意事项：

1、警惕脑血管病的发生，睡前，晨起测血压，发现血压变化，及时通知医生。

2、在午夜至清晨这段时间患者最易发生心率失常，应作持续心电监护。床旁应备有压舌板，舌钳、气管切开包、氧气，呼吸器等抢救物品。

第六节 循环系统疾病护理常规

一、循环系统疾病的一般护理

一、护理评估

1、严密观察生命体征。

2、观察脉率、心率、心律、尿量、体重。

3、疼痛的评估：疼痛的部位、性质、有无向其他部位放射、有无其他伴随症状如大汗、恶心、乏力、头晕等，疼痛持续时间、缓解方式，有无诱因存在。

二、护理措施

1、测脉搏应数 30 秒，当脉搏不规则时连续测 1 分钟，同时注意心率、心律、呼吸、血压等变化。

2、呼吸困难者给予氧气吸入。

3、如出现呼吸困难加重、发绀、脉搏骤变、剧烈胸痛、腹痛、晕厥或意识障碍等立即通知医生并配合抢救。

4、皮肤护理：全身水肿或长期卧床者，加强皮肤护理，防止压疮发生。

5、心理护理：关心体贴病人，及时询问病人需要，适时进行心理护理，缓解病人恐惧、忧虑等不良情绪。

6、药物护理：应用洋地黄类或抗心律失常药物时，应按时按量给予，静脉注射时间不应小于 10 分钟，每次给药前及给药后 30 分钟必须监测心率，并注意观察有无耳鸣、恶心、呕吐、头晕、眼花、黄视等，脉搏小于 60 次 / 分或节律发生改变，应及时告知医生做相应处理。

三、健康指导要点

1、因病情不能平卧者给予半卧位，避免用力和不良刺激，以免发生心力衰竭或猝死。

2、如发生心搏骤停，应立即进行复苏抢救。

3、进食低盐、低脂清淡易消化饮食、禁烟酒。

4、有心力衰竭者限制钠盐及入水量。

5、多食新鲜水果及蔬菜，保持大便通畅。



四、注意事项

- 1、不宜干重体力活动。
- 2、不要在饱餐或饥饿的情况下洗澡。

二、心肌梗死的护理

一、护理评估

1、评估患者有无肥胖、高脂血症、高血压、糖尿病等，生活压力、性格特征，有无心绞痛发作史，以及起病时间、用药情况、过敏史及家族史。

2、评估患者胸痛发作的特征，发病时间、疼痛程度，有无恶心、呕吐、乏力、头晕、呼吸困难等伴随症状，是否有心律失常、休克、心力衰竭等表现。

3、观察体温、脉搏、呼吸、血压、心律、心率的变化。

4、评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、胸痛的护理：

- (1) 绝对卧床休息，保持环境安静，限制探视。
- (2) 给予氧气吸入。
- (3) 疼痛时，遵医嘱给予吗啡或哌替啶止痛，注意观察疼痛是否缓解及有无呼吸抑制等不良反应。

2、治疗与护理：

(1) 经皮冠状动脉介入治疗：术后行心电图监测，严密观察有无心律失常、心肌缺血、心肌梗死等急性期并发症。密切观察穿刺部位皮肤有无渗血，及时松开加压绷带。鼓励患者多饮水，将造影剂排出。

(2) 溶栓疗法：迅速，准确执行溶栓疗法，溶栓前询问有无出血史，溶栓时注意观察有无出血倾向，溶栓后严密观察再通指标。

3、活动耐力的训练：制定个体化运动方案，急性期24小时绝对卧床休息，心梗后一周可在病室内

三、冠心病的护理

一、护理评估

1、评估患者有无肥胖、高脂血症、高血压、糖尿病等，生活压力、性格特征，有无心绞痛发作史，以及起病时间、用药情况、过敏史及家族史。

2、疼痛的评估 胸痛的部位、性质、有无向其他部位放射、有无其他伴随症状如大汗、恶心、乏力、头晕等，疼痛持续时间、缓解方式，有无诱因存在。

3、观察体温、脉搏、呼吸、血压、心律、心率的变化。

4、评估患者心肌坏死标记物检查及血脂、血糖、水电解质、凝血功能、心电图的变化。

5、评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、休息与体位

- (1) 确诊冠心病病人，可适当减少体力活动，

3、注意劳逸结合，避免受凉，情绪激动等。

4、坚持服药，保持大便通畅。

行走，室外走廊散步，适当活动。

4、排便的护理：指导患者采取通便措施，合理饮食，多食富含纤维素的食物，适当按摩腹部以促进肠蠕动，必要时遵医嘱予灌肠剂促进排便。

5、心理护理：疼痛发作时应有专人守护，允许患者表达内心感受，遵医嘱予镇痛治疗，给予心理支持，鼓励患者战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、饮食调节：指导患者进食低盐低脂易消化饮食，勿饱餐。

2、保持健康的生活方式：戒烟限酒，指导患者保持乐观、平和的心态，正确对待病情，规律作息，忌大喜大悲。

3、康复指导：指导合理运动，运动量逐步增加，以活动后不感气促、胸闷为宜，避免剧烈运动。

4、用药指导：指导患者按医嘱服药，告知药物的作用和不良反应，并教会患者自测脉搏的方法。

5、照护者指导：教会家属识别心肌梗死发作症状及心肺复苏的基本技能，以备急用。

四、注意事项

1、日常生活中避免过度劳累，预防便秘。

2、肥胖者控制体重，限制钠盐摄入勿暴饮暴食，戒烟限酒。

3、调整生活方式，保持心态平和。

4、出院后坚持服药。

当心绞痛发作时应卧床休息，取舒适体。

(2) 发生急性心肌梗死时，应绝对卧床休息1周，有并发症时相对延长卧床时间。

2、饮食护理

(1) 进食低胆固醇、低动物脂肪、低盐饮食。

(2) 进食不宜过饱，少食多餐，禁烟、限酒。

3、病情观察

(1) 注意心率、心律变化，心律失常时测脉搏应数1分钟。

(2) 心绞痛发作时，注意观察疼痛的部位、持续时间、面色、表情及用药疗效，行床边心电图监护，注意ST段的变化，注意急性心肌梗死的发生，并配合医生做好急救处理。

三、健康指导要点

1、注意劳逸结合，避免受凉，情绪激动等。



2、指导病人掌握自我防护及自救知识。

四、注意事项

1、预防重于治疗，如高血压、高血脂症、糖尿病等应尽早治疗。

2、均衡的饮食习惯及适当的热量控制（勿暴饮暴食）。

四、心律失常的护理

一、护理评估

1、评估患者有无心脏病、吸烟史、跌倒史、晕厥史、用药治疗及抢救情况、过敏史及家庭史。

2、评估患者有无药物中毒、电解质紊乱、精神不安、过量烟酒等。

3、评估患者有无胸闷、黑矇、晕厥、头晕、心悸、呼吸困难等症状。严重者还应评估患者的神志等。

4、评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、休息与活动：

(1) 根据患者心律失常的类型及临床表现，与患者及家属共同制定活动计划。对无器质性心脏病的良性心律失常患者，鼓励其正常工作与生活。建立良好的生活方式。

(2) 嘱患者出现胸闷、心悸、头晕等不适时采取高枕卧位、半卧位或其他舒适体位，尽量避免左侧卧位。保持情绪稳定，必要时遵医嘱给予镇静剂，保证患者充分的休息与睡眠。

2、药物治疗与护理：严格遵医嘱按时、按量给予抗心律失常药物，静脉注射时速度易慢，静脉滴注药物时尽量用输液泵控制速度。观察患者意识和生命体征，必要时上心电监护，观察用药前、中、后的心率、心律等心电的变化，以判断疗效和有无不良反应。

3、潜在并发症的护理：严密观察心率、心律的变化，发现恶性心律失常，应立即通知医生。备好抗心律失常药物及其他抢救药品、除颤器、临时起搏器等，一旦出现猝死，立即进行抢救。

4、避免诱发因素：嘱患者避免剧烈活动、情绪激动或紧张、快速改变体位等，一旦有头晕、黑矇等先兆时立即平卧，以免跌伤。有头晕、晕厥发作或曾

3、维持正常的排便习惯，避免便秘。

4、应定期进行心电图、血糖、血脂的检查，坚持服药。

5、如疼痛较以往频繁、程度加重、服用硝酸甘油不易缓解，伴出冷汗等，应立即由家属护送至医院就诊，警惕心肌梗死的发生。

有跌倒病史者应卧床休息，避免单独外出，防止意外。

5、减轻焦虑：

(1) 保持病室环境舒适，避免过冷、过分潮湿或干燥。

(2) 为患者提供生理和心理支持，鼓励其战胜疾病，保持乐观、平和的心态。

(3) 抢救时，护士要保持镇静，给患者信任 and 安全感，并做好必要的解释。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：向患者及家属讲解心律失常的常见病因、诱因及防治知识。说明遵医嘱服抗心律失常药物的重要性，不可自行减量、停药或擅自改用其他药物。告知患者药物可能出现的不良反应。

2、避免诱因：嘱患者注意劳逸结合，保证充足的休息与睡眠；保持乐观稳定的情绪；戒烟、限酒，避免摄入刺激性食物如咖啡、浓茶等，避免饱餐；避免劳累、感染，防止诱发心力衰竭。

3、饮食：嘱患者多食纤维素丰富的食物，保持排便通畅，心动过缓患者排便时避免过度屏气，以免兴奋迷走神经而加重心动过缓。

4、家庭护理：教会患者自测脉搏的方法以利于自我监测病情；对反复发生严重心律失常危及生命者，教会家属心肺复苏术。

四、注意事项

1、向患者及家属讲解心律失常的常见病因、诱因及防治知识。

2、嘱患者保持心情舒畅，注意劳逸结合，建立健康的生活方式，避免感染，以防诱发心力衰竭。

3、教会患者及其家属观察脉搏变化，如发现异常，及时就医。

五、高血压病的护理

一、护理评估

1、评估患者的饮酒史、饮食习惯、职业及工作环境、用药治疗情况、过敏史及家族史。

2、评估患者是否长期精神紧张、焦虑或长期环境噪声、视觉刺激，有无服用避孕药、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等。

3、评估患者有无肥胖、肥胖程度及高血压分期。

4、评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、改善生活习惯：(1) 减轻体重。(2) 限制钠盐摄入。(3) 补充钙和钾盐。(4) 减少食物中饱和脂肪酸的含量和脂肪总量。(5) 戒烟限制饮酒。(6) 适当运动。(7) 减少精神压力。

2、药物治疗与护理：

(1) 药物应从小剂量开始，逐步递增剂量，达到满意血压水平所需药物的种类与剂量后进行长期降



压治疗。

(2) 有合并症和并发症者降压治疗可以采用联合治疗方案。

3、避免引起或加重头痛的因素：为患者提供安静、温暖、舒适的环境，限制探视。护理操作相对集中，动作轻柔。头痛时嘱患者卧床休息、抬高床头、改变体位时动作要慢。指导患者使用放松技术如心理训练、音乐疗法、缓慢呼吸等。

4、避免受伤：

(1) 测量患者血压并做好记录。患者上厕所或外出需有人陪伴。

(2) 直立性低血压的预防和处理：告知患者直立性低血压的表现，嘱咐患者避免长时间站立，从卧、坐位起立时动作宜缓慢，避免用过热的水洗澡，更不宜过量饮酒。当发生直立性低血压时应采取下肢抬高位平卧。

5、病情监测：监测血压，一旦发现血压急剧升高、剧烈头痛、呕吐、大汗、视力模糊、面色及神志改变、肢体运动障碍等症状，立即通知医生。

6、高血压急症的护理：患者绝对卧床休息，抬高床头，避免不良刺激和不必要的活动，协助生活护理。保持呼吸道通畅，吸氧，监测血压、心率，建立

静脉通道，遵医嘱尽早应用降压药物，用药过程中注意血压变化，避免血压骤降，造成重要脏器相对供血不足。此外还需稳定患者情绪，必要时使用镇静剂。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：告知患者病情，教会患者和家属正确测量血压的方法，指导患者调整心态，避免情绪激动。

2、饮食护理：限制钠盐摄入，保证充足的钾、钙、粗纤维食物的摄入，戒烟、限酒，控制体重等。

3、指导患者正确服药：强调长期药物治疗的重要性。告知有关降压药物的名称、剂量、用法、作用及不良反应，切忌擅自停药。

4、合理安排运动量：指导患者根据年龄和血压水平选择适宜的运动方式。

四、注意事项

1、保持生活规律、情绪稳定，避免大喜大悲，保证充足的睡眠。

2、指导低盐、低脂、低胆固醇饮食，补充适量蛋白质，肥胖者控制体重。

3、坚持长期饮食、运动、药物治疗。

4、教会病人及家属定期测量血压并记录，坚持门诊复查。

六、心力衰竭的护理

一、护理评估

1、评估患者有无冠心病、高血压、风湿性心脏病瓣膜病、心肌病、用药治疗情况、过敏史及家庭史。

2、评估患者有无呼吸道感染、心律失常、劳累过度、妊娠或分娩等诱发因素。

3、评估患者有无呼吸困难、咳嗽、咳痰或痰中带血，有无疲乏、头晕、失眠等，以及是否有恶心、呕吐、食欲缺乏、腹胀、体重增加及身体低垂部位水肿等。

4、评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、维持气道通畅：

(1) 给予半坐卧位休息，必要时双腿下垂。

(2) 给予氧气吸入，监测生命体征、血氧饱和度和动脉血气分析结果。

(3) 密切观察呼吸困难有无改善，发绀是否减轻。

(4) 控制输液速度和输血量。

2、药物治疗与护理：

(1) 使用利尿剂时需监测血钾及有无乏力、腹胀、肠鸣音减弱等低钾血症的表现。

(2) 血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)的主要不良反应包括：咳嗽、低血压、头晕、肾功能损害、高钾血症等，用药期间需监测血压，避免体位的突然改变，监测血钾和肾功能。

(3) 洋地黄类药物使用前需数脉搏，注射药需稀释后缓慢静脉注射，时间不少于10分钟，并监测心率、心律的变化。同时观察洋地黄类药物中毒症状，其中最重要的反应是各类心律失常，此外有胃肠道反应以及神经系统症状。洋地黄中毒的处理是立即停药，低钾者给予补钾，停用排钾利尿剂，纠正心律失常等。

3、保持身体清洁舒适：每天以温水擦浴，勤换衣服和床单，保持皮肤的清洁、干燥与舒适。

4、减轻焦虑：

(1) 护士应与患者及家属进行良好的沟通，提供情感支持。

(2) 急性发作期，护士要保持镇静，操作熟练，使患者产生信任与安全感，并做好必要的解释。(3) 遵医嘱给予患者适量镇静剂，注意观察用药后患者的呼吸情况。

三、健康指导要点

1、饮食与活动：饮食宜低盐、低脂、清淡易消化，每餐不宜过饱，多吃蔬菜水果。指导患者根据心功能状态进行体力活动锻炼。

2、预防病情加重：避免各种诱发因素，如上呼吸道感染，过度劳累，情绪激动，输液过多，过快等。

3、提高治疗的依从性：教育家属给予患者积极的支持，帮助其树立战胜疾病的信心，保持情绪稳定，积极配合治疗。



4、指导合理用药：告知患者药物的名称、用法、用量及使用时的注意事项，教会患者服用地高辛前自测脉搏，当脉搏 < 60 次/分时暂停服药，到医院就诊；当发现体重或症状有变化时需及时就医。

四、注意事项：

1、保持生活规律，注意劳逸结合。注意保暖，防止受凉。

七、下肢静脉血栓形成的护理

一、护理评估

1、评估患者有无外伤史、手术及感染史，有无静脉注射刺激性药物史。

2、评估患者有无下肢突然剧烈胀痛伴有发热史。

3、评估患者下肢皮肤情况、有无皮肤色泽改变及发亮，足背动脉搏动情况等。

4、询问是否长期服用激素类药物。

5、评估患者的情绪状态，了解病人职业和工作性质。

二、护理措施

1、急性期绝对卧床休息，下肢抬高以利于静脉回流，床上活动时避免动作幅度过大，禁止按摩患肢，以防血栓脱落。

2、进食低盐低脂、富含纤维素的食物，保持大便通畅。

八、急性心肌梗死静脉溶栓的护理

一、护理评估

1、评估实验室检查及心电图。

2、评估患者体温、脉搏、呼吸、血压、心律、心率的变化。

3、评估溶栓的适应证与禁忌证。

4、评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

（一）溶栓治疗前的护理

1、入住监护病房，绝对卧床休息，予以吸氧、心电监护、心电图检查。

2、详细询问有无禁忌证，检查血常规、心肌酶谱、出凝血时间及血型等。

3、迅速建立两条静脉通道，选用留置针保持静脉通道通畅。一条通道使用溶栓药物，第二通路保证补液及使用抢救药物。

4、床边备好抢救器械、物品、药品。

（二）溶栓治疗中的护理

1、根据医嘱及时准确的使用溶栓剂，保证药物在30分钟内输完。

2、密切观察患者心律、心率、血压的变化。注意观察用药的反应。如过敏反应、低血压、出血等。

3、在护理记录单上详细记录给药时间及剂量，

2、指导病人积极治疗原发病，注意避免心衰的诱发因素，如感染、劳累、情绪激动、饱餐、便秘、钠盐摄入过多等。

3、心衰急性发作时，吸氧需经乙醇湿化，注意浓度勿过高和吸入时间不宜过长，以免引起乙醇中毒。

4、对于烦躁的患者应及时约束患者或加床档，采取舒适卧位，做好安全防范措施。

3、疼痛时嘱病人卧床休息，并抬高床脚，患肢制动，可减轻疼痛，遵医嘱使用湿热敷减轻疼痛，下肢水肿可抬高患肢。

4、注意抗凝药物作用及副作用，观察有无出血倾向，并检查血常规、血小板、出凝血时间。

5、患肢注意保暖，冬季需特别保护患肢，并保持室内适宜温度，预防和消除形成溃疡的原因，每日清洗足部。

三、健康指导要点：

1、保持良好的心态，正确对待疾病。

2、戒烟，加强日常锻炼，适当运动。

四、注意事项：

1、正确使用弹力绷带或穿弹力袜。

2、遵医嘱正确使用药物，按时复查。

生命体征监测情况。

（三）溶栓治疗后的护理

1、溶栓疗效观察

（1）胸痛程度、部位、性质的观察。

（2）使用溶栓药物后按要求定时记录心电图，观察心电图的ST段的变化。

（3）密切观察有无再灌注心律失常的出现。

（4）监测心肌酶谱变化情况。

2、并发症的观察：

（1）观察出血倾向，如皮肤粘膜有无出血、有无血尿、呕血、黑便等。

（2）再灌注心律失常，再灌注心律失常虽是冠脉再通的一个临床指征，但再灌注时损伤心肌细胞，易导致出现各种心律失常，密切观察心电监护的变化，尽早发现，及时处理。

三、健康指导要点

1、溶栓治疗后绝对卧床休息，限制探视。

2、防止情绪激动，指导正确用药。

3、合理饮食（最初2-3天以流质为主，少量多餐）。

4、保持大便通畅。

四、注意事项

1、作好心理护理，关心安慰病人，稳定病人情



绪,使病人有良好的心理状态主动配合治疗。

2、溶栓治疗后,应及时给予抗凝治疗,告知患

九、病毒性心肌炎的护理

一、护理评估

1、评估患者近期内是否有发热、咽痛、全身酸痛、呕吐、腹泻等病毒感染的表现;发病前是否存在劳累、缺氧等。

2、评估患者是否有心悸、胸闷、乏力等心脏受累的表现,是否伴有咳嗽、呼吸困难、发绀。有无各种常见的心律失常。有无血压下降、脉搏细数及肝脏大等循环衰竭体征。

3、评估患者情绪及心理反应。

二、护理措施

1、休息与活动:

急性期应卧床休息。协助患者取舒适卧位,尽量避免左侧卧位。为患者提供安静、舒适的环境,限制探视,保证患者充足的休息和睡眠。对于发热的患者应注意保持患者衣物清洁、舒适,床单整洁、干净,并保持患者皮肤的清洁、舒适。

2、病情观察:

对于重症病毒性心肌炎患者,急性期应严密心电图监护直至病情平稳。注意心率、心律、心电图变化,密切观察生命体征、尿量、意识及皮肤黏膜颜色。同时准备好抢救仪器及药物,一旦发生严重心律失常或急性心力衰竭,立即配合急救处理。

3、用药护理:心肌炎伴有心力衰竭使用洋地黄时,剂量宜偏小,并严密观察药物疗效及毒性反应。使用肾上腺皮质激素时,应严密观察其不良反应,防止水、钠潴留诱发心力衰竭,注意观察有无应激性溃疡的表现,积极采取相应的预防措施。

4、饮食护理:给予清淡、易消化、营养丰富的食物,尤其是富含维生素C的食物,如新鲜蔬菜、水果。戒

者服用抗凝药物的重要性,预防血栓再栓塞。

烟、酒。少食多餐,避免过饱及刺激性食物。

5、心理护理:护理人员要微笑服务,耐心询问病史,做到细心、体贴,向患者介绍疾病相关知识,增强其战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、饮食:指导患者进食高蛋白、高维生素、易消化的饮食,尤其是补充富含维生素C的食物如新鲜蔬菜、水果。戒烟、限酒及少食刺激性食物。

2、活动:出院后需继续休息半年,无并发症者可考虑恢复学习或轻体力工作,一年内避免剧烈运动或重体力劳动、妊娠等。向患者及家属强调休息的重要性,避免劳累。

3、自我保健及监测:适当锻炼身体,增强机体抵抗力。避免诱发因素,注意防寒保暖,加强饮食卫生,防止呼吸道和消化道感染。教会患者及家属自测脉搏的方法,发现异常或有胸闷、心悸等不适情况时应及时就诊。

四、注意事项

1、急性期卧床休息数周至三个月,症状消失后可逐渐增加活动量。

2、病毒性心肌炎以青少年及儿童居多,此类病人容易产生焦虑心理,护士应与病人沟通,反复向病人宣教积极治疗的重要性,使病人理解,调整心态,积极乐观地配合治疗。

3、患者体温过高时,遵医嘱给予药物降温,注意监测体温的变化,防止降温过快发生虚脱。降温过程中,应注意更换病人的床单、衣服,防止受凉,及时补充水分和营养。

十、心脏瓣膜病的护理

一、护理评估

1、评估患者的风湿性心脏病史、风湿热史、过敏史、家庭史、先天性心脏病史。

2、评估患者近期是否有感染的发生。

3、评估患者有无呼吸困难、心绞痛、晕厥、咯血、咳嗽、二尖瓣面容或心衰的体征等。

4、评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、发热的护理:与风湿活动并发感染有关。定时测量体温,高热患者每4小时测量一次,严密观察体温变化,注意饮水量、尿量及治疗效果。

2、药物治疗与护理:遵医嘱给予抗生素及抗风湿药物治疗,抗血小板聚集类药物如阿司匹林肠溶片

等可导致胃肠道反应,牙龈出血、血尿、柏油样便等不良反应,宜饭后服药并观察有无出血。

3、饮食与休息:给予高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。卧床休息,限制活动量。待病情好转后再逐步增加活动。

4、保持身体清洁舒适:每天温水擦浴,勤换衣服和床单,保持皮肤的清洁,干燥与舒适。

5、避免潜在并发症的发生:

(1)避免心衰的发生:积极预防和控制感染,避免劳累和情绪激动等诱因。监测生命体征,观察患者有无呼吸困难、乏力、食欲减退、少尿、水肿等症状,一旦发生则按心衰进行处理。(2)避免栓塞的发生:遵医嘱给予抗心律失常、抗血小板聚集的药物,预防



附壁血栓形成和栓塞。病情允许时应鼓励并协助患者翻身、活动下肢、按摩及用温水泡脚或下床活动，防止下肢静脉血栓形成。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：告知患者及家属本病的病因和病程进展特点，有手术适应症者劝患者尽早择期手术、提高生活质量，以免失去最佳手术时机。

2、预防感染：保持室内空气流通、阳光充足。日常生活中适当锻炼、加强营养、提高机体抵抗力。注意防寒保暖、避免感冒，避免与上呼吸道感染及咽炎患者接触，一旦发生感染立即用药治疗。

3、避免诱因：避免重体力劳动，剧烈运动或情

绪激动。

4、指导合理用药：告知患者药物的名称、用法、用量、注意事项及按医嘱用药的重要性。**四、注意事项**

1、育龄妇女在医生指导下控制好妊娠和分娩时机。

2、坚持服药，坚持门诊随访。

3、适当锻炼身体，加强营养，提高机体抵抗力。避免呼吸道感染，一旦发生感染，应立即用药。

4、告诉病人及家属本病的病因和病程进展特点，鼓励病人树立信心。有手术适应症者劝病人尽早择期手术。

十一、心绞痛的护理

一、护理评估

1、评估患者的吸烟史、心绞痛发作史、用药治疗情况、过敏史及家庭史。

2、评估患者发病前有无体力劳动、情绪激动、饱餐、寒冷、心动过速等。

3、评估患者心绞痛发作持续时间，以及发作时患者是否面色苍白、出冷汗、心律增快、血压升高。

4、评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、休息与活动：发作时应卧床休息，一般患者停止活动后症状可消除。

2、药物治疗与护理：给予硝酸酯制剂。心绞痛发作时给予患者舌下含服硝酸甘油，注意观察患者胸痛的变化，如服药后仍不缓解，可重复使用。对于发作频繁者可给予硝酸甘油针剂静脉滴注，但应控制速度，部分患者可出现面部潮红、头部胀痛、头晕等不适，应告知患者是由于药物产生的血管扩张作用导致，以解除其顾虑。

3、减少或避免诱因：避免过度劳累、情绪激动、寒冷刺激等。调节饮食、戒烟、限酒。保持大便通畅。

4、减少焦虑：（1）病室的环境保持舒适，避免

过冷、过分潮湿或干燥。（2）为患者提供生理和心理支持；允许家属陪伴患者。

三、健康指导要点

1、改变生活方式：合理膳食、控制体重、适当运动、戒烟。

2、避免诱发因素：避免过度劳累、情绪激动、饱餐、寒冷刺激等，保持大便通畅。

3、病情自我监测：教会患者及家属心绞痛发作时的缓解方法，胸痛发作时立即停止活动并舌下含服硝酸甘油。如症状不缓解，或心绞痛发作频繁、程度加重、时间延长，应立即到医院就诊。

4、指导合理用药：告知患者药物的名称、用法、用量及使用时的注意事项。不可擅自减少药量。外出时随身携带硝酸甘油以备急需。

四、注意事项：

1、洗澡不宜在饱餐或饥饿时进行，水温适宜，以免发生意外。

2、如疼痛较以往频繁、程度加重、服用硝酸甘油不易缓解，伴出冷汗等，应立即处理，警惕心肌梗死的发生。

十二、感染性心内膜炎的护理

一、护理评估

1、评估患者有无心脏瓣膜病、先天性心脏病、心肌病及二尖瓣脱垂等病史；近期内有无上呼吸道感染及身体其他部位感染史；是否有拔牙史；是否做过导尿、泌尿系统器械检查、心导管检查及心脏手术；有无静脉药物依赖。

2、评估患者是否有发热、心脏杂音、动脉栓塞等。有无心力衰竭、细菌性动脉瘤、迁移性脓肿等并发症。

3、评估患者及家属对疾病的性质、过程、预后及防治等知识的了解程度；患者有无焦虑、恐惧等心理反应及其严重程度。

二、护理措施

1、一般护理：嘱患者卧床休息，采取舒适体位，限制活动量，并保持病房安静。注意保持排便通畅，必要时给予缓泻剂。

2、饮食护理：鼓励患者进食高蛋白、高热量、富含维生素、易消化的食物。鼓励患者多喝水，如有心功能不全，应限制盐和水的摄入。

3、症状护理：

（1）发热的护理：

高热患者卧床休息，每4小时监测体温一次；体温过高时，多喝水；保持病室适宜的温度和湿度，出



汗较多时应及时为患者更换衣服和床单；配合医生选择血培养采血的最好时机，遵医嘱准确给予抗生素治疗，观察药物疗效及不良反应。

(2) 栓塞的预防及护理：

及时进行心脏超声检查，如发现巨大赘生物，应指导患者绝对卧床休息，避免剧烈运动和突然改变体位，以避免赘生物脱落造成动脉栓塞。密切观察栓塞表现，如偏瘫、失语、动脉搏动消失、腰痛、呼吸困难、咯血等，一旦出现栓塞，立即通知医生，积极配合治疗及抢救。

4、用药护理：遵医嘱给予抗生素治疗，观察用药疗效和不良反应，严格按照时间用药。

5、心理护理：加强与患者沟通，安慰患者，稳

十三、心包炎的护理

一、护理评估

1、评估患者有无结核、病毒感染、自身免疫性疾病、肿瘤及代谢性疾病等；有无外伤或放射性等物理因素及心肌梗死等；有无邻近器官疾病。

2、评估患者有无心前区疼痛，疼痛的性质及程度有无呼吸困难及呼吸频率、节律的改变；有无血压下降、脉压变小、静脉压明显上升等心包压塞症状。

3、评估患者及家属对疾病的性质、过程、预后及防治等知识的了解程度；患者的心理反应及其严重程度。

二、护理措施

1、一般护理：协助患者取舒适体位，保持环境安静，限制探视，维持病室适宜的温度和湿度，避免患者受凉。患者着衣宽松。胸闷气急者给予氧气吸入。疼痛明显者给予止痛药。给予高蛋白、高热量、高维生素的半流食或软食，适当限制钠盐的摄入。

2、病情观察：观察胸痛及心前区疼痛的程度，若症状明显，应及时通知医师，按医嘱给予镇痛剂或镇静剂。注意观察疼痛的性质，呼吸、血压、脉搏、心率、面色等变化。如出现面色苍白、呼吸急促、血压下降、脉压变小、颈静脉怒张加重等心包填塞的症

十四、心肌病的护理

一、护理评价

1、评估患者既往有无其他疾病。

2、评估患者是否有气急、呼吸困难、水肿、肝大等充血性心力衰竭症状。

3、评估患者心腔扩大程度、有无心律失常等发生。

4、评估患者对活动的耐受程度和对疾病的认知程度，评估有无焦虑情绪等。

二、护理措施

1、症状明显者，卧床休息，取舒适卧位，症状轻者可参加轻体力劳动，避免劳累。

定情绪。加强家庭支持系统，使患者获得家人及亲属的更多关心与鼓励。

三、健康指导要点

1、向患者和家属讲解本病的病因与发病机制及抗生素治疗的重要性。

2、嘱患者平时注意防寒保暖，避免感冒，加强营养，增强机体抵抗力，合理安排休息。保持口腔和皮肤清洁，少去公共场所。勿挤压痤疮、疖、痈等感染病灶。

3、教会患者自我监测体温变化，有无栓塞表现。

四、注意事项：注意保暖，避免感冒，密切监测体温变化。

状，应立即帮助患者取坐位，身躯前倾，并及时通知医师，备好心包穿刺用品，协助进行心包穿刺抽液，并做好术后护理。

3、用药护理：遵医嘱应用药物治疗，做好相应的观察和护理。

4、心理护理：向患者及家属解释疾病相关知识，以解除患者的焦虑心理和思想顾虑。

三、健康指导要点

1、指导患者注意休息，加强营养，增强机体抵抗力。进食高蛋白、高热量、高维生素的易消化软食，限制钠盐摄入。注意防寒保暖，防止呼吸道感染。

2、告知患者坚持足够疗程药物治疗的重要性，不可擅自停药，防止复发；注意药物不良反应。

四、注意事项

1、遵医嘱给予利尿剂、强心药等治疗，并观察疗效及不良反应。

2、指导病人饮食，以低钠食物为主。给予高热量、高蛋白、高维生素饮食，水肿者应限制钠盐摄入。

3、加强个人卫生，预防各种感染。

4、保持大便通畅。

2、肥厚型心肌病病人体力劳动后有晕厥和猝死的危险，故应避免持重、屏气及剧烈体力活动。

3、有晕厥病史者应避免独自外出活动，以免发生意外。

4、进食高蛋白、高维生素、富含纤维素的清淡饮食，以促进心肌代谢，增强机体抵抗力。合并心力衰竭者进食低盐饮食。戒烟酒，防止发生心绞痛。

5、病人出现心力衰竭时按“心力衰竭”护理常规。严格控制输液量及输液速度，以免诱发急性肺水肿。

6、观察心率、心律的变化，及时发现各种心律



失常,按“心律失常”护理常规。

7、疼痛发作时应卧床休息,观察评估疼痛的部位、性质、程度、持续时间、诱因及缓解方式,注意血压、心率、心律及心电图的变化,并安慰病人,缓解紧张情绪。

8、持续吸氧,氧流量2-4L/分。

三、健康指导要点

1、保持室内空气流通,注意保暖,防止上呼吸道感染。

2、坚持遵医嘱服药,定期复查,如有不适随时就诊,防止病情进展、恶化。

四、注意事项

1、避免心脏病合并心力衰竭的诱因发生。

2、使用强心药后,密切观察用药反应。

第七节 神经内科疾病护理常规

一、神经内科疾病的一般护理

一、护理评估

1、评估生命体征、神志、瞳孔、肢体活动、吞咽情况。

2、评估头痛、头晕、呕吐、抽搐情况。

3、评估神经系统疾病发生的高危因素如高血压、高血脂、TIA反复发作等。

二、护理措施

1、入院护理 接诊护士热情接待病人,详细做好入院介绍及专科指导,及时通知医生接诊病人。进行入院评估,填写护理病历。

2、饮食护理 保证营养的摄入,按需给予饮食,必要时给予鼻饲饮食。

3、基础护理

(1)皮肤护理:瘫痪或意识障碍的病人每2小时翻身一次,预防压疮。

(2)排便护理:保持排尿、排便通畅,3天未排便者应通知医生,给予缓泻剂或灌肠处理并及时记录。尿管留者予留置尿管。

4、病情观察

(1)密切观察生命体征变化,做好记录。

二、急性脑梗死静脉溶栓的护理

一、护理评估

1、评估患者意识状态,肌力情况及发病的时间。

2、了解患者体重。

二、护理措施

(一)溶栓前准备

1、向患者及家属介绍溶栓的注意事项,以解除思想顾虑和情绪紧张。

2、配合完善各项辅助检查,如采集血标本、心电图、头颅CT。

3、观察患者的意识、语言、肢体活动及血压变化,将血压控制在适宜范围。

4、建立两条静脉通路,应使用静脉留置针,选择粗、直的血管,尽量避免下肢的穿刺

5、遵医嘱给予氧气吸入、心电监护。

(2)观察神志、瞳孔、头痛及呕吐情况,及时发现颅内高压征兆。

(3)观察运动、感觉等情况。

(4)严密观察有无肺部、泌尿系、压疮等并发症发生。

5、协助诊疗 准确采集各种检验标本,及时协助做好影像学检查,保证各项诊疗计划落实。

6、药物应用 按医嘱及时、准确应用脱水药、冬眠合剂及抗感染等药物,严密观察药物的疗效及不良反应。

三、健康指导

1、知识宣教:讲解治病防病知识,指导、鼓励病人进行功能锻炼。

2、心理疏导:给予心理支持,使病人积极配合治疗,帮助其树立战胜疾病的信心。

四、注意事项

1、加强安全管理:防止跌倒、坠床、烫伤、压疮、误吸、DVT等的发生。

2、保持生活规律,戒烟限酒,心情舒畅,二便通畅。

3、遵医嘱复查。

(二)溶栓的护理

1、rtPA(重组组织型纤溶酶原激活剂)静脉溶栓治疗剂量为0.9mg/kg(最大剂量90mg),首先1min内静脉推注10%的剂量,其余剂量在60min静脉泵入,输注完毕后生理盐水冲管。治疗过程中严密观察静脉通道是否通畅、有无液体外渗,注意输入的速度,准确记录泵入药物的时间和剂量

3、密切观察血压变化,溶栓后2小时内Q15min测量血压一次,2-6小时内Q30min测量一次,6小时后每小时测量一次直到24小时,发现异常及时报告医生。

4、严密观察患者的意识状态,精神状态以及生命体征的变化,发现异常,及时通知医生配合处理。

5、在护理记录单上详细记录给药时间及剂量,



生命体征监测情况。

（三）并发症的观察

1、出血：

是最常见最危险的并发症，护士应密切观察患者的皮肤、粘膜、鼻腔、消化道、呼吸道、泌尿道有无出血倾向，尤其注意意识、瞳孔以及肢体活动的变化情况，如出现“颅内压增高三主征”即头痛、呕吐、视神经乳头水肿，“二慢一高”即脉搏慢洪大、呼吸慢而深、血压升高，言语不清等，提示并发脑出血可能，应立即报告医生处理。

2、并发再灌注损伤：密切观察血压、呼吸、意识状况等，若发现患者意识状态变化，再次出现偏瘫，

或者原有症状加重，应立即报告医生及时脱水降低颅内压。

三、健康指导要点

1、向患者介绍溶栓后的注意事项。

2、为患者讲解病情稳定后早期康复的重要性，积极配合早期康复训练，戒烟限酒。

3、合理饮食，进低盐低脂饮食，防止误吸

4、保持大便通畅，避免用力排便。

四、注意事项：溶栓 2h 内绝对卧床休息，在医护人员指导下以床上活动为主，不宜过早离床。如出现腹痛、四肢局部疼痛、肿胀，及时告知医护人员。

三、短暂性脑缺血发作的护理

一、护理评估

1、评估患者的生命体征、神志、肌力、言语功能等。

2、评估有无脑卒中高危因素，如高血压、高血脂、TIA 反复发作史。

3、评估患者及家属对疾病的认知程度。

二、护理措施

1、休息与活动：指导病人发作时卧床休息，枕头不宜太高（15-20°），以免影响头部的血液供应。频繁发作者沐浴和活动时应有家人陪伴，以防发生跌倒和外伤。

2、饮食护理：予低盐、低脂、高蛋白、高维生素的清淡饮食，如多食谷类和鱼类、新鲜蔬菜、水果、豆类、坚果等，少摄入糖类和甜食，忌辛辣、油炸食物和暴饮暴食。

3、病情观察：注意观察神志、生命体征及 TIA 的发作频率及表现。对频繁发作的病人，应注意观察和记录每次发作的持续时间和伴随症状；观察病人的肢体无力或麻木等症状有无加重，有无头痛、头晕或

其他脑功能受损的表现。

4、用药护理：注意观察抗血小板聚集与抗凝药物的副作用，如消化道出血，皮肤瘀点和瘀斑、鼻出血、牙龈出血，恶心、腹痛、腹泻、皮疹等，若发现异常，及时通知医生处理。

5、心理护理：告知病人心理因素与疾病的关系，使病人了解长期精神紧张可致血压增高，加重动脉硬化，不利于疾病的恢复，甚至可诱发心脑血管事件。

三、健康指导要点

1、告知病人及家属本病为脑卒中的一种先兆表现或警示，及时就诊和治疗与预后的关系。

2、告知病人注意劳逸结合，保持心态平衡，情绪稳定。

四、注意事项

1、戒烟酒，有规律生活，合理饮食。

2、遵医嘱门诊复查，出现肢体麻木、无力、眩晕、复视等症状时及时就医。

四、眩晕症的护理

一、护理评估

1、评估眩晕的过程、持续时间、发作次数与频率、诱发因素等。

2、评估伴随症状：有无恶心呕吐，耳鸣、耳聋等症状。

3、活动能力：跌倒坠床风险评估。

二、护理措施

1、卧床休息，发作时避免头部的转动以减轻眩晕症状。眩晕严重时协助生活护理。

2、给予清淡易消化的低盐低脂饮食。戒烟酒，勿食辛辣刺激食物。

3、呕吐时头偏向一侧，及时清除呼吸道分泌物，以防误吸。

4、观察患者有无中风先兆症状，如血压升高、头痛、头晕等症状，言语不流利和肢体麻木等。

5、必要时给予低流量氧气吸入。

6、做好预防跌倒、坠床安全宣教。

7、做好心理护理，保持情绪稳定，避免不良刺激。

三、健康指导要点：指导保持良好的生活习惯，避免饱食、暴食、受凉、劳累等诱发因素。

四、注意事项：告知患者急性期不要快速变换体位，以免眩晕症状加重或呕吐。

五、偏头痛的护理

一、护理评估

1、评估患者疼痛发生的部位、持续时间、性质。



2、评估患者疼痛的时有无畏光、恶心、呕吐等全身不适等伴随症状。

二、护理措施

1、休息：保证充足的休息和睡眠，指导病人建立健康的生活方式，适度运动，劳逸结合。

2、饮食护理：多食富含维生素B族的食物，如瘦肉、各类奶类、新鲜蔬菜果类，避免进食巧克力、奶酪、红酒及腌制和熏制的食物。

3、病情观察：观察病人头痛发生的部位、性质、程度、规律及伴随的症状。

4、疼痛的护理：教会并协助病人和家属采取缓解疼痛的非药物治疗方法，如缓解深呼吸、听轻音乐、引导式想象、冷热敷、理疗、按摩和指压止痛等。

六、三叉神经痛的护理

一、护理评估

1、评估疼痛的部位、性质、持续时间。

2、评估患者心理情况及睡眠情况。

二、护理措施

1、饮食护理：给予清淡、无刺激的软食，严重者可进食流质。

2、休息：合理休息，适度娱乐。保持周围环境安静、室内光线柔和，避免因周围环境刺激而产生焦虑情绪，以致诱发或加重疼痛。

3、疼痛护理：观察病人疼痛的部位、性质。与病人讨论减轻疼痛的方法与技巧，鼓励病人运用指导式想象、听轻音乐、阅读报刊杂志等分散注意力，以达到精神放松，减轻疼痛。

七、面神经炎的护理

一、护理评估

1、评估患者的表情肌瘫痪情况。

2、评估患者是否有耳后或下颌角后疼痛，茎乳孔附近压痛。

3、评估心理状况。

二、护理措施

1、休息与修饰指导：急性期注意休息，防风、防寒。外出时可戴口罩、系围巾，睡觉时勿靠窗边或面对空调直吹。

2、饮食护理：进食清淡饮食，避免粗糙、干硬、辛辣食物，有味觉障碍的病人应注意食物的冷热度，以防烫伤口腔黏膜，保持口腔清洁，预防口腔感染。

3、预防眼部并发症：眼睑不能闭合或闭合不全者予以眼罩，眼镜防护，或用眼药水预防感染，保护角膜。

4、功能训练：指导病人尽早开始面肌的主动与

5、用药护理：遵医嘱应用镇痛药物，告知病人和家属所用药物的常见不良反应，指导正确用药。

6、心理护理：加强与病人和家属的沟通与交流，及时了解病人的心理状态，关心体贴病人，帮助病人积极调整心态，消除精神紧张。

三、健康指导要点：指导病人和家属避免可能诱发或加重头痛的因素，如焦虑、精神紧张、进食奶酪和腌制品等含酪胺和亚硝酸盐的食物；饮酒、禁食、用力性动作、强光刺激，服用避孕药等。

四、注意事项

1、保持生活规律。避免饮食过量和饥饿。

2、保持良好的心理状态。

4、用药护理：遵医嘱正确服用止痛药，并告知药物可能出现的不良反应。如卡马西平可导致头晕、口干、恶心、行走不稳、肝功能损害、精神症状、皮疹和白细胞减少；氯硝西洋可出现嗜睡、步态不稳；加巴喷丁可有头晕、嗜睡等。

三、健康指导要点

1、指导病人生活规律，保持心情愉快。

2、合理饮食，食物宜软、忌生硬、油炸食物。

四、注意事项：

1、不要随意更换药物或自行停药。

2、遵医嘱合理用药，服用卡马西平者每月检查肝功能及血常规，出现眩晕、行走不稳、精神症状或皮疹时及时就医。

被动运动，以促进早日康复。

5、用药护理：使用激素治疗时应注意消化道出血等发生。

6、心理护理：病人因面部肌肉瘫痪，自身形象改变，感觉害羞和难为情，心理负担重，应鼓励病人清除顾虑，坦然面对，积极参与治疗和进行面肌训练，争取早日康复。

三、健康指导要点

1、指导保持健康心态，生活规律，避免面部长时间吹冷风、受凉或感冒。

2、掌握面肌功能训练的方法，可对着镜子做皱眉、举额、闭眼、露齿、鼓腮和吹口哨等动作，每天数次，每次5-15分钟。

四、注意事项

1、清淡饮食，保持口腔清洁，预防口腔感染。

2、保护角膜，防止角膜溃疡。

八、格林-巴利综合症的护理



一、护理评估

- 1、评估患者的呼吸频率、节律、心率，肌力等。
- 2、评估患者心理情况，有无焦虑、恐惧等。

二、护理措施

1、休息：重症患者指导半坐卧位，鼓励病人深呼吸和有效咳嗽。协助翻身、拍背或体位引流。及时清除口鼻腔分泌物，必要时吸痰。

2、饮食护理：指导进高蛋白、高维生素、高热量易消化的软食，多食水果、蔬菜，补充足够的水分。吞咽困难和气管切开、呼吸机辅助呼吸者应及时插胃管，给予鼻饲流质，进食后30分钟应抬高床头，防止食物反流引起窒息和吸入性肺炎。

3、病情监测：给予心电监测，观察脉搏、血压、呼吸、血氧饱和度及情绪变化，询问病人有无胸闷气短、呼吸费力等症状，注意呼吸困难的程度和血气分析的指标变化，必要时备气管切开包及机械通气设备，以利抢救。

4、用药护理：指导病人正确用药，告知药物的作用、不良反应及注意事项。如使用糖皮质激素治疗时出现应激性溃疡所致消化道出血，应注意有无胃部疼痛不适或解柏油样大便等；使用免疫球蛋白治疗时常导致发热、面红，减慢输液速度可减轻症状；某些

九、中枢神经系统感染的护理

一、护理评估

1、评估意识、生命体征、肢体活动、言语交流能力，有无头痛、呕吐、颈项强直。

2、评估有无人格改变、反应迟钝、记忆力及计算力下降，有无癫痫发作。

二、护理措施

1、休息：急性期卧床休息，保持环境安静，避免声光刺激，呕吐频繁的患者给予平卧位，头偏向一侧，防止发生误吸，保持呼吸道通畅。瘫痪肢体保持良肢位，勤翻身，预防压疮发生。

2、饮食护理：给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食，频繁呕吐不能进食者，根据医嘱静脉补液，维持水电解质平衡。昏迷或吞咽困难者给予鼻饲。做好口腔护理。

3、病情观察：密切观察神志、瞳孔、生命体征及神经系统的症状和体征，警惕脑疝的发生。高热的患者

4、症状护理：高热患者按高热护理常规护理；留置尿管者应注意防止泌尿系感染；躁动或癫痫发作时，防止跌倒、坠床、舌咬伤等意外发生；对于精神异常者，关注患者有无伤人或自伤行为，注意保护病人，加强对患者看护，必要时予约束或使用镇静剂。

十、帕金森病的护理

镇静安眠类药物可产生呼吸抑制，不能轻易使用，以免掩盖或加重病情。

5、预防并发症：重症GBS易发生肺部感染、压疮、下肢静脉血栓形成、肢体挛缩和肌肉失用性萎缩、便秘、尿潴留等并发症。护士应指导和协助病人翻身、拍背、活动肢体、按摩腹部，必要时穿弹力长袜、灌肠、导尿等。

6、康复指导：加强肢体功能锻炼和日常生活活动训练，减少并发症，促进康复。肢体被动和主动运动均应保持关节的最大活动度；运动锻炼过程中应有家人陪同，防止跌倒、受伤。

三、健康指导要点

- 1、指导患者进行正确有效的呼吸肌功能训练。
- 2、告知患者如有胸闷，痰不易咳出时及时报告医护人员。
- 3、加强营养，以增强体质和抵抗力，保持情绪稳定和健康心态。

四、注意事项

- 1、避免淋雨、受凉、疲劳和创伤，防止复发。
- 2、出现胃部不适、腹痛、柏油样大便、肢体肿胀疼痛，以及咳嗽、咳痰、发热、外伤等情况时就诊。

5、药物护理：

- (1) 遵医嘱正确使用脱水药，严密观察血压、尿量及尿液颜色的变化，准确记录24小时出入量
- (2) 抗生素的使用应做到现配现用，严格按时、按量使用，长期使用抗生素者应观察是否有口腔溃疡等二重感染情况，并做好口腔护理
- (3) 抗惊厥药：应遵医嘱按时、按量服用
- (4) 抗结核药：应定期复查肝、肾功能
- (5) 抗真菌药物应严格控制输液速度，并严密观察不良反应
- (6) 遵医嘱正确服药，避免漏服、自行停药或更改剂量，鼓励患者坚持彻底治疗

三、健康指导要点

- 1、指导保持病室安静、减少探视，避免声光刺激，以免诱发癫痫。
- 2、增加营养提高机体的抵抗力，防止复发
- 2、注意保暖，防止受凉。保持口腔和皮肤清洁。

四、注意事项

- 1、坚持肢体及言语康复训练。
- 2、遵医嘱门诊复查，有继发性癫痫发作的患者禁止从事高空、机械操作等高危作业，防止受伤和意外。



一、护理评估

1、评估患者的认知能力、自理能力、营养状况。
2、评估震颤、肌强直、运动减少和体位不稳的程度。

二、护理措施

1、指导适当参加轻度活动，对肌僵直肢体坚持按摩，改善肌张力。严重震颤麻痹和肌强直者应卧床休息，加用床挡以防坠床。

2、加强安全管理，防止病人跌伤或撞伤等躯体损害，有精神症状者不可单独离开病区活动。

3、加强皮肤护理，预防压疮；注意个人清洁卫生，协助洗头、洗澡，更换衣服。

4、病情观察：严密观察震颤、强直的发作频率、幅度；观察有无吞咽困难，大小便不畅等。对于吞咽困难者，注意避免误吸，进食时取半卧位或坐位，进食高热量、高维生素的少渣食物，如稀粥、面条、蒸蛋等，缓慢进食，必要时鼻饲流质饮食。保持大便通畅。

十一、周期性瘫痪的护理

一、护理评估

1、评估观察患者肌力、生命体征。
2、评估血钾、血糖、尿量、心电图等。

二、护理措施

1、发作期卧床休息，鼓励患者在耐受范围内适当活动，日常活动和锻炼时注意安全，防止受伤。

2、饮食护理：指导多食含钾丰富的食物，避免摄入高糖和高碳水化合物饮食，限制钠盐，忌饮酒。

3、病情观察：切观察病人运动障碍的程度、范围；注意呼吸频率、节律和深度的变化，观察有无呼吸肌麻痹和心律失常的表现；定时监测血清钾和评估肢体肌力改善情况。

十二、神经衰弱的护理

一、护理评估

1、心理状况、诱发因素。
2、评估神经衰弱的症状、程度。

二、护理措施

1、休息：保持环境安静，尽量减少刺激。
2、饮食护理：给予普通软食，保证营养摄入。
3、病情观察：观察病人睡眠情况，注意安全防护。
4、药物运用：保证充足睡眠，必要时给予镇静

十三、痴呆的护理

一、护理评估

1、评估日常生活自理能力。
2、评估有无走失、跌倒/坠床、烫伤、自杀、伤人等风险。
3、评估心理状态，对病情的认知程度，有无焦虑、

5、对服用左旋多巴类药物者，应密切观察其副作用，如出现舞蹈样动作、手足徐动症、直立性低血压、呕吐以及幻觉、躁狂等症状时，应向医生报告给予处理。

6、心理护理：加强与病人交流，给予关心和鼓励，使之克服自卑心理，增加治疗的信心。

三、健康指导要点

1、告知病人本病需长期或终身服药治疗，并了解药物副作用。

2、指导病人进行适当活动和生活自理能力训练，防止烫伤、自伤、坠床、走失、伤人等意外发生。

3、加强心理辅导，指导或协助培养新的爱好，鼓励大声朗读，多参与亲友交流。

四、注意事项

1、保持生活规律，外出时有人陪伴。
2、观察药物不良反应，如胃肠不适、幻觉等，发现异常及时复诊。

4、遵医嘱使用药物，发放口服药时看服到口。

5、做好心理护理，保持良好心态，正确对待疾病。

三、健康指导要点

1、生活规律，避免疲劳、寒冷、感染、酗酒、创伤、焦虑、精神刺激等。

2、对继发性周期性瘫痪患者，告知积极治疗原发疾病，以减少发作频次。

四、注意事项

1、指导患者自我防护措施。
2、告知如出现口渴、出汗、肢体酸胀、疼痛、麻木感以及嗜睡、恐惧等前驱症状时及时就医。

催眠药，指导病人按时服药。

三、健康指导要点

1、耐心听取病人倾诉，帮助其正确解决生活中的问题。

2、指导病人改善人际关系，消除不良因素的影响。

四、注意事项

1、做好安全防护，防跌倒/坠床等意外的发生。
2、家属给予心理支持。

恐惧。

二、护理措施

1、饮食护理：给予高蛋白、高维生素，易消化的食物，不能自行进食的患者，喂饭速度不宜过快。

2、症状护理：有记忆障碍的患者，应耐心倾听



和解释患者的疑问；有语言障碍的患者，注意交谈技巧要直接简单，语速缓慢，必要时用手势、图片、文字等；有精神障碍的患者，注意安全，去除病室内危险物品，防自伤和伤人；有情感障碍的患者，要同情患者，建立良好的护患关系。

3、药物指导：按医嘱正确用药，看服到口，保证治疗连续性，防止积存药物，避免错服、误服。

4、长期卧床的患者，做好基础护理和专科护理，预防感染、压疮、深静脉血栓形成等并发症。

十四、癔症的护理

一、护理评估

1、癔症发作的时间、频率及伴发症状。

2、心理状况、诱发因素。

二、护理措施

1、环境适宜

(1) 保持周围环境安静，避免嘈杂，减少围观，以减少病人发作程度。严格控制探视，避免对病人构成不良刺激，以利病情尽快恢复。

(2) 病人勿独居一室，限制其活动范围，房间内勿放置危险物品。为病人佩戴可以表明身份的证件，以防走失等意外的发生。

2、饮食护理：给予普通软食，保证营养摄入。

十五、运动神经元病的护理

一、护理评估

1、评估患者生命体征、肌力、肌张力变化。

2、评估患者肌肉萎缩情况、营养状况以及有无延髓麻痹表现。

二、护理措施

1、休息与活动：视病情情况卧床休息与活动，瘫痪病人注意将肢体摆于功能位，加强肢体功能锻炼，延缓肌肉萎缩和关节僵硬。

2、饮食护理：保证足够的营养，指导进高蛋白、高热量、易吞咽的食物，有吞咽困难、咀嚼无力者给予半流质、糊状饮食或遵医嘱行鼻饲。

3、加强基础护理：保持口腔、皮肤及会阴部的清洁，预防感染及压疮，做好各种风险评估，预防跌倒/坠床、下肢深静脉血栓形成等。

十六、多发性硬化的护理

一、护理评估

1、评估患者生命体征、神志、瞳孔及神经功能损害情况。

2、评估精神症状：抑郁、淡漠、反应迟钝等。

3、评估生活自理能力。

二、护理措施

1、休息与活动：急性期卧床休息，协助保持舒

5、加强安全管理，家属 24 小时陪护，防止出现走失、自伤、伤人、跌倒等意外。

三、健康指导要点

鼓励参加适宜的社交活动和体育锻炼，如散步、打太极拳等。

四、注意事项

1、日常生活中加强安全意识，外出家属陪伴。

2、遵医嘱门诊复查 血压、血糖、血脂和肝肾功能。

3、病情观察：观察病人发作时间、频率及伴随症状，并注意安全防护，做到有专人看护。

4、药物运用：对极度兴奋、躁动、强烈情绪反应的病人应用适当镇静药，并观察用药疗效。

三、健康指导要点

1、知识宣教：帮助病人充分认识自己，了解疾病特点和发作诱因。

2、心理疏导：指导病人使用适宜的方法完善性格，改善人际关系，调整不良情绪，增强心理承受能力。

四、注意事项

1、房间内勿放置危险物品，如水果刀、开水瓶等。

2、专人陪护。

4、病情观察：密切观察生命体征，尤其是呼吸情况。保持呼吸道通畅，按时翻身、叩背，预防肺部并发症，一旦发生呼吸困难、发绀，立即告知医生协助抢救。

5、气管切开者按气管切开常规护理。

6、加强心理护理，给予心理支持。

三、健康指导要点

1、指导深呼吸及有效咳嗽。

2、在患者能耐受的情况下，鼓励增加床上、床旁活动，坚持康复训练。

四、注意事项

1、按医嘱用药，遵医嘱复查。

2、注意安全，防止跌倒、坠床。

适体位，防止局部长时间受压，对于有脊髓、脑干受损，肢体运动障碍的病人，应保持肢体功能位，指导进行主动或被动运动。

2、饮食护理：给予高蛋白、低脂、低糖、富含多种维生素、易消化、易吸收的清淡饮食，吞咽困难者应鼻饲营养物质。

3、病情观察：随时观察患者病情变化，注意有



无精神症状及神经功能损害情况等。

4、药物护理：如皮质类固醇的副反应：如消化道溃疡出血、水钠潴留，长时间使用可致血压、血糖升高等；干扰素的副作用：如流感样症状，发热、肝功能异常等。

5、预防并发症：落实各项治疗护理措施，如视力障碍和平衡障碍的病人防止受伤；尿失禁的病人注意保护会阴部清洁、干燥；尿潴留或排尿困难的病人留置尿管，观察尿液颜色和性质，预防尿路感染。精神障碍和认知障碍的病人应加强看护，防止发生意外。

6、心理护理：多与患者交谈，告知疾病发生的

十七、癫痫的护理

一、护理评估

- 1、评估意识、瞳孔、语言等。
- 2、评估生命体征。
- 3、评估癫痫发作的类型、频率和持续时间。

二、护理措施

1、休息与活动：保持病房安静，室内光线柔和，避免声光刺激，间歇期可以下床活动，出现发作前驱症状即刻卧床休息。

2、病情观察：密切观察生命体征及意识、瞳孔的变化，观察并记录发作的类型、发作频率与持续时间，观察发作停止后病人意识完全恢复的时间，有无头痛、疲乏及行为异常。

3、发作期间护理：发作时应保护头部和皮肤，摘下眼镜、义齿、解开衣领腰带；将患者头偏向一侧，及时清理呼吸道分泌物，防止呕吐物返流误入气管而窒息，立即给氧；用缠有纱布的压舌板置于上下臼齿之间，以免咬伤舌头，用手托住下颌，避免下颌关节脱位；切忌用力按压病人抽搐肢体，以防骨折和脱臼；床旁有人保护，防止坠床；加强口腔、皮肤护理，防止口腔感染及压疮发生。

4、饮食护理：选择高热量、高蛋白和富含维生素、纤维素食物，以清淡、易消化为主。不可进食者，行

十八、多发性神经病的护理

一、护理评估

- 1、评估肢体的感觉、运动、自主神经障碍的状况。
- 2、评估心理状况及生活自理能力情况。

二、护理措施

1、饮食护理：给予高热量、高维生素、清淡易消化的饮食，多吃新鲜水果、蔬菜，补充足够的B族维生素。

2、对于肢体麻木、乏力、行走不稳及急性起病需卧床休息的病人，协助生活护理及基础护理，防止口腔溃疡、压疮等并发症的发生。

3、安全护理：防止坠床、跌倒、烫伤，确保安全，

规律、诱因，树立信心，坚持按医嘱治疗，尽量减少复发次数。

三、健康指导要点

1、告知患者常见的诱发因素：如手术、感染、怀孕、劳累、疫苗接种等。合理安排工作、学习，生活有规律。

2、注意保暖，避免受凉，预防消化道、呼吸道感染等。

四、注意事项

- 1、遵医嘱用药，避免擅自停药或减药。
- 2、女性患者首次发作后2年内避免妊娠。
- 3、保护面部，避免过冷刺激。

鼻饲，少食辛辣食物，避免过饱，戒烟酒。

5、用药护理：指导患者及家属按医嘱长期、正规服用抗癫痫药物，不要自行增减、停药及换药。多数抗癫痫药物为碱性，饭后服用可减轻胃肠道反应。密切观察药物不良反应：有无厌食、恶心、呕吐等胃肠道反应；有无头晕、视物模糊、嗜睡、共济失调、皮疹等。应用抗癫痫药物前后需查肝肾功能、血粪常规。监测血药浓度，特别是在增减药量、更改药物时。

6、心理护理：仔细观察病人的心理反应，关心、理解、尊重病人，鼓励病人表达自己的心理感受，指导其面对现实，采取积极的应对方式，配合长期药物治疗。

三、健康指导要点

1、指导养成规律的生活习惯，减少精神刺激，禁止从事危险的工作和活动，如游泳、去悬崖边、登山、高空作业、驾车等，外出应有人陪同。

2、避免各种诱发因素：如饥饿、暴饮暴食、饮浓茶、咖啡、巧克力、便秘、情绪激动等，绝对忌酒。

四、注意事项

- 1、遵医嘱坚持长期、规律服药。
- 2、遵医嘱门诊复查血常规、肝、肾功能及抗癫痫药物的血药浓度，观察有无药物不良反应。

做好防滑措施及无障碍物阻挡。

4、康复指导：加强瘫痪肢体的功能锻炼，做好被动、主动锻炼，防止废用性萎缩。

5、用药护理：对服用止痛药物的患者，注意观察药物的副反应。

6、心理护理：加强与患者的交流，关心、鼓励患者积极配合治疗。

三、健康指导要点

- 1、坚持适度运动和肢体功能锻炼。
- 2、做好安全防护，防止跌倒、坠床、外伤、烫伤和肢体挛缩畸形。



四、注意事项

- 1、生活有规律，合理饮食，均衡营养，戒烟限酒。
- 2、保持平衡心态，积极治疗原发病，遵医嘱门

十九、急性脊髓炎的护理

一、护理评估

- 1、评估患者神志、肌力、运动和感觉功能等。
- 2、评估生命体征。

二、护理措施

1、病情监测：观察病人是否存在呼吸费力、吞咽困难和构音障碍，运动和感觉障碍的平面是否上升。

2、饮食指导：给予高蛋白、高维生素且易消化的饮食，多吃瘦肉、豆制品、新鲜蔬菜、水果和含纤维素多的食物，补充足够的热量与水分。

3、康复指导：肌力开始恢复后，应加强肢体的被动与主动运动，尽量利用残存功能代偿，鼓励进行日常活动训练。

4、预防并发症

(1) 预防压疮：定时翻身和局部减压，保持皮肤清洁和完整，受压部位皮肤发红可用透明贴、减压贴，一旦皮肤擦伤积极处理。

(2) 预防肺部并发症：保持口腔清洁，鼓励患

者有效的咳嗽和咳痰。

诊复查，当感觉和运动障碍加重或出现外伤、感染、尿潴留或尿失禁时立即就诊。

者有效的咳嗽和咳痰。

(3) 预防泌尿系感染和结石：鼓励患者多饮水，保持必要的清洁，尿道口擦洗每日两次。

5、用药护理：注意观察药物的副反应，如使用糖皮质激素应注意有无消化道出血、向心性肥胖等发生。

6、心理护理：加强与患者的交流，关心、鼓励患者积极配合治疗。

三、健康指导要点

- 1、合理饮食，加强营养，保持大便通畅。
- 2、指导患者及家属掌握疾病康复知识和自我护理的方法。

四、注意事项

- 1、避免受凉、感染等诱因。
- 2、遵医嘱正确服药，不可自行减量或停药。
- 3、防止跌倒、坠床、压疮、烫伤。

二十、颅内微创血肿清除术的护理

一、护理评估

1、评估患者意识、瞳孔、生命体征及头痛、呕吐等情况。

2、评估引流液的颜色、性状、量，引流管是否通畅。

3、评估伤口敷料渗血情况。

二、护理措施

1、卧床休息，床头抬高15-30°，有利静脉血液的回流，降低颅内压，减轻脑水肿。对于烦躁不安、有精神症状的患者应注意防止自行拔除引流管，必要时使用约束带行保护性约束。

2、严密观察神志、瞳孔及生命体征的变化，若发现病人有瞳孔变化、意识障碍加深，应考虑有再出血的可能，应及时通知医生进行处理；注意观察体温变化，发现异常，及时告知医生给予处理。

3、术后接引流袋于床头，高度不超过床沿。

4、注意观察引流液的性质与量，保持引流通畅，防止引流管受压、扭曲、折叠或阻塞，如引流管引流不畅，一般为血凝块堵塞，可用生理盐水、尿激酶冲洗。术后引流液一般呈暗红色或淡红色，如引流管内有新鲜血液流出，要考虑再出血的可能，如血量减少

后突然出现无色液体，要考虑有引流液的可能，应报告医生及时处理。

5、保持穿刺部位敷料干燥。引流处伤口敷料和引流袋应每天更换，污染时应随时更换；保持引流系统的密闭性。

6、及时拔除引流管，引流时间一般不超过一周，拔管后密切观察病人有无意识、瞳孔，失语或肢体抽搐等变化，有无头痛、呕吐等症状，以便了解是否有再次颅内压升高的表现，观察伤口敷料渗血、渗液情况，了解有无脑脊液漏，发现异常及时报告医生。

三、健康指导要点

- 1、告知患者及家属置引流管的意义。
- 2、告知患者及家属留置引流管期间的安全防范措施，如：不能自行倾倒引流液，保持伤口敷料清洁，不可挠抓伤口等。

四、注意事项

- 1、翻身时避免牵拉、滑脱、扭曲、受压，搬运患者时将引流管夹闭，并妥善固定。
- 2、观察并记录引流液的颜色、性状、量。
- 3、更换引流袋时严格无菌操作，防止逆行感染。

第八节 肾病内科疾病护理常规



一、肾病内科疾病的一般护理

一、护理评估

- 1、评估疾病的表现和程度。
- 2、评估患者对疾病的认识程度和心理状态。

二、护理措施

- 1、活动与休息 急性期病人应卧床休息，为病人提供安静、舒适的休息环境。
- 2、饮食护理 进食优质蛋白饮食，加强治疗饮食的管理。
- 3、密切观察病情 高热病人每天测量体温6次，中、低度热病人每天测量体温4次。
- 4、控制体液平衡 有水肿者，按医嘱准确记录出入量，对卧床病人加强皮肤护理。

二、慢性肾小球肾炎的护理

一、护理评估

- 1、评估患者体重、水肿部位及程度；营养状况，有无贫血。
- 2、观察生命体征尤其是血压的变化。
- 3、了解患者的实验室检查结果。

二、护理措施

- 1、活动与休息：急性发作期水肿严重时绝对卧床休息，恢复期可适当活动。
- 2、饮食与护理：饮食遵医嘱以清淡易消化食物为主，宜用优质动物蛋白。有高血压、明显水肿者应控制水和盐的摄入。长期有蛋白尿病人如肾功能正常可适当补充高蛋白，蛋白质摄入量为1.0g / (kg. 天)；肾功能异常时低蛋白饮食，蛋白质摄入量为0.5~0.6g / (kg. 天)。
- 3、口腔护理：加强口腔护理，经常漱口，以除去氨味，增进食欲，预防口腔炎。
- 4、皮肤护理：保持皮肤清洁，减轻尿素对皮肤刺激。水肿明显者，加强皮肤护理，可酌情抬高患肢，减轻水肿，预防压疮发生。
- 5、预防感染：注意保暖，避免受凉和过度劳累，保持房间空气新鲜，防止上呼吸道感染。
- 6、密切观察病情：根据医嘱记录出入液量，测血压、体重并记录。注意有无头痛、精神萎靡、意识

三、急性肾小球肾炎的护理

一、护理评估

- 1、询问患者起病前有无上呼吸道感染。
- 2、评估患者的临床症状及生命体征。
- 3、了解患者的实验室检查结果。

二、护理措施

- 1、休息与活动：注意卧床休息、保暖，待肉眼血尿消失、水肿消退、血压恢复正常后可逐渐增加活

5、药物治疗护理 使用利尿药应观察尿量，使用降压药应观察血压变化。

三、健康指导要点

- 1、保持内衣清洁干燥，病情稳定后可进行适当活动。
- 2、教育病人避免憋尿，养成良好的卫生习惯。
- 3、做好肾脏专科各种检查宣教，如尿培养及其他尿液检查标本的留取方法，肾脏特检及透析疗法的术前、术后护理。

四、注意事项

遵医嘱正确使用抗生素，注意观察药物的疗效，防止二重感染。避免使用肾毒性药物。

恍惚、抽搐、恶心、呕吐等尿毒症脑病症状及电解质情况，必要时及时告知医生进行对症处理。

药物治疗：护理应观察有无消化道溃疡、出血、皮肤黏膜出血倾向、感染以及白细胞下降等。

教会患者准确记录出入量。对水肿明显的患者，应用利尿剂后，除注意尿量及水肿消退情况外，还应注意血钾的变化情况，以防出现高血钾或低血钾。

7、心理护理 加强心理护理，要多安慰、鼓励病人。

三、健康指导要点

- 1、教会病人如何控制饮水量，自我检测血压等。
- 2、合理饮食，保证热量充足和富含多种维生素。
- 3、指导病人出院后坚持用药，定期复查、生活有规律，劳逸结合、防止感冒。
- 4、对育龄的女患者，要告知妊娠对慢性肾炎的影响，取决于肾脏本身情况：病情平稳，尿中只有少量的蛋白及红、白细胞，无高血压及氮质血症，者妊娠对其影响不大。若有高血压或氮质血症，妊娠可加重肾脏病变，并由此对胎儿产生不良影响，如早产、死胎、胎儿发育不良等。

四、注意事项：

- 1、勿使用肾毒性药物。
- 2、避免过度劳累及剧烈运动，防止呼吸道感染。

动量，3个月内避免体力活动。

2、饮食护理：急性期低盐（钠盐摄入低于3g / 天）、优质蛋白饮食，肾功能异常时低蛋白饮食 [蛋白质摄入量为0.5~0.6g / (kg. 天)]，同时严格控制水的摄入，每天入水量应为非显形失水量（约500ml）加上24小时显性失水量，入水量的控制应遵循宁少勿多的原则。避免高钾类食物的摄取。



3、密切观察病情：每天记录尿的颜色、量及性状，注意眼睑及全身水肿情况有无加重。有无头晕、头痛情况，注意测量血压，血压异常时应通知医生并遵医嘱给予处理。

4、药物治疗：护理使用利尿药应观察尿量、使用降压药时应观察血压及有无头晕等不良反应。并注意有无电解质失调及恶心、直立性眩晕、口干、心悸等不良反应，如有不适应及时告知医生做好处理。

5、预防感染：积极控制及预防呼吸道感染，做好保护性隔离。有感染灶时遵医嘱给予抗生素，指导和协助患者注意保暖、预防感冒、注意个人卫生、保持口腔和皮肤清洁。

6、口腔及皮肤护理：保持口腔、皮肤及会阴部的清洁，防止皮肤感染。

7、心理护理：改善病人焦虑、烦躁及抑郁情绪。

四、急性肾功能衰竭的护理

一、护理评估

1、了解患者有无感染以及使用对肾损害的药物治疗诱因。

2、评估患者生命体征、尿量、神志及电解质等，判断急性肾衰竭程度。

3、评估患者的心理状况。

二、护理措施

1、心理护理：急性肾功能衰竭是急危重病之一，故应做好心理疏导，给病人以必要的心理支持，疾病相关知识指导，以减轻病人的不安情绪和恐惧感。

2、活动与休息：绝对卧床休息，有高热、昏迷或心力衰竭者，均按相关常规护理。

3、饮食护理：遵医嘱给予高热量、高维生素、易消化、优质蛋白饮食，酌情限制水及钾、钠盐的摄入量。

4、密切观察病情：

(1) 注意观察尿量、色、质，少尿期应每小时测量尿量，严格记录；尿失禁、昏迷者可插尿管、接尿袋，以利标本观察、收集、化验。

(2) 监测血钾，血钾高于正常值时，应禁食含钾高的食物，如桔子、香蕉、蘑菇、山楂、枣等，并密切注意患者心律、心率的变化。避免输注库存血。

(3) 监测生命体征，尤其注意血压变化，如出

五、慢性肾功能衰竭的护理

一、护理评估

1、评估既往病史。

2、身体评估：生命体征、颈静脉怒张、皮肤瘙痒等。

3、了解患者的实验室检查。

二、护理措施

1、活动与休息：慢性肾功能衰竭病人应避免劳累，

8、准确记录出入量，每日测体重。每日评估水肿部位，协助病人控制摄入量。

9、有心衰、肾衰者给予相关处理。

10、透析护理：合并急性肾衰竭者，及时做好血液透析或腹膜透析的护理至肾功能恢复。

三、健康指导要点

1、预防感染，尤其是上呼吸道感染。

2、定期复查。

3、积极锻炼身体，提高机体免疫力。

四、注意事项

1、避免使用肾毒性药物，如氨基糖苷类、链霉素、庆大霉素等。

2、注意水、钠、钾和蛋白质的摄入。

3、预防皮肤感染。

4、女性患者近期不宜妊娠，以防复发。

现高血压应及时采取措施。

5、控制体液平衡：根据医嘱准确记录24h出入量，少尿或无尿时严格控制液体摄入量，预防肺水肿输液速度宜缓慢，小于40滴/分。多尿期应注意发生低钠、低钾血症，根据医嘱调整液体量，监测电解质。

6、遵医嘱给予利尿剂、脱水剂。注意大剂量静脉注射利尿剂如速尿时可产生耳鸣、面红等副作用，应注意注射速度不宜过快；并注意观察用药效果。

7、透析护理：做好各种透析疗法的术前准备及术后观察护理并记录。

8、预防感染：保持口腔、皮肤及会阴部的清洁，预防感染。

三、健康指导要点

1、指导病人积极治疗原发病，减少感染的发生，避免使用肾毒性药物。

2、少尿期严格限制水、钠、钾的摄入，合理饮食，保证机体代谢需要。

3、加强患者的自我监测及管理意识，要求患者每日测量尿量，定期复查。

4、注意事项：注意个人卫生，避免受凉。恢复期应尽量避免妊娠、手术、外伤等可能导致肾功能受损加重的因素。

终末期病人绝对卧床休息，病人有躁动不安时上床栏杆架，以防坠床或其他的意外的发生，并设专人守护。

2、饮食护理：慢性肾功能衰竭行透析治疗者原则上不必限制蛋白质的摄入。未行透析者应该采用高热量低蛋白饮食，并以优质动物蛋白为主。含钾食物应根据体内血钾水平调节，高钾血症应避免，低钾血



症应补充含钾高的食物如红枣、鲜蘑菇、榨菜、卷心菜、柑橘、柠檬、香蕉等，并避免含磷高的食物。对于无水肿和无少尿者应补充足够水分，保证每日尿量在 1500ml 以上。无高血压和水肿者不必严格限制钠盐。

3、密切观察病情：及时发现少尿、无尿和神志的改变，及时发现急性左心衰竭、肺水肿等并发症，遵医嘱做好对症处理。

4、控制体液平衡：根据医嘱准确记录 24h 出入液量、测体重。

5、透析护理：如行腹膜透析者，应做好透析前后的护理，严格无菌操作。血液透析的病人按血液透析术前准备及术后护理。

6、心理护理：由于病程较长，肾功能逐渐恶化，病人易对治疗失去信心，并产生焦虑情绪，应耐心安慰病人，加强疾病知识的宣传，积极给病人讲解有关知识及日常生活注意事项，帮助病人尽快适应透析生活方式。

7、皮肤护理：加强皮肤护理，保持皮肤清洁、干燥，防止感染。皮肤瘙痒明显者，可用温水擦洗，

六、肾病综合症的护理

一、护理评估

1、了解患者引起肾病综合症的病因，包括原发性和继发性疾病。

2、评估肾病综合症的典型表现和程度。

3、评估患者对疾病的认识程度和心理状态。

二、护理措施

1、活动与休息：活动期全身严重水肿，合并胸腔积液、腹水及呼吸困难者，给予绝对卧床休息，保持肢体的适当活动，防止血栓的形成；并发静脉血栓的病人，应叮嘱其卧床休息，症状缓解后可帮助其抬高双下肢，从而加速其血液循环，病情缓解后尿量逐渐增加时，可逐渐增加活动量，指导下床适当活动。改变体位时应缓慢，防止直立性低血压的发生。

2、饮食护理：给予正常量优质蛋白，蛋白质摄入量 $1.0g/(kg \cdot 天)$ ，肾功能不全时按相应功能期摄取蛋白质，以减少肾脏负担。应避免高盐分、高胆固醇食物的摄入，应给予高热量、低盐、低脂、富含维生素的食物来增强免疫力。

3、密切观察病情：观察全身水肿情况每天一次，注意血栓、血塞、感染及急性肾衰竭等并发症，观察有无呼吸困难、肢体循环受阻及急性少尿，体温高于正常者每天测量 4 次，高热时及时遵医嘱做好降温处理。

4、药物治疗护理：观察降压药及利尿药的疗效，注意有无电解质失调及恶心、直立性眩晕、口干、心悸等不良反应，如有不适应及时告知医生做好处理；

必要时可涂止痒霜。水肿者忌用气圈，阴囊水肿者宜用托带，皮肤皱褶处可以用透明皮肤贴膜预防破溃和糜烂。

8、贫血与出血：肾功能衰竭病人常伴有贫血，抵抗力下降，如病人出现血三系降低，应及时给予保护性隔离和其他预防感染的措施，并注意病人行动时的安全，以防跌倒而引起出血。应加强口腔护理，督促病人早晚漱口，进食易消化、无刺激食物，防止局部刺激诱发出血。病人按医嘱输注新鲜血，滴速宜慢，并注意观察输血反应及时处理。

三、健康指导要点

1、指导病人生活规律，预防感冒，保持口腔、皮肤清洁卫生。

2、按时测量血压，保持精神愉快。

3、遵医嘱服药。

4、定期复查。

四、注意事项

1、合理饮食。

2、精神和休息的重要性。

3、预防感染的发生。

使用抗凝药物时注意观察出血倾向，必要时提醒医生停药；使用激素时应做好药物宣教，防止自行增、减药量；使用环孢素类药物需监测血药浓度，观察肝肾功能、高血压、高尿酸血症、高血钾、多毛及牙龈增生等不良反应。

5、预防感染：肾病综合症使病人自身出现免疫抑制情况，同时，激素及细胞毒类药物的应用对病人自身免疫功能也会造成损害，故应积极预防及控制感染，减少探视，寒冷季节外出注意保暖，避免感冒诱发上呼吸道感染的发生，每日对病房进行消毒，适当开窗通风，尽量避免进入公众场合以减少被他人感染的机率。

6、控制体液平衡：根据医嘱记录出入液量，测体重每天 1 次，并记录。对于低蛋白血症的病人，遵医嘱输血浆或白蛋白，注意应缓慢滴注。

7、口腔及皮肤护理：水肿及自身血液循环减弱的情况会使病人皮肤抵抗力下降，应叮嘱病人保持自身皮肤的清洁，对水肿部位提高重视，避免出现外伤情况。长期卧床患者应注意预防压疮的发生，使病人保持口腔、皮肤及会阴部的清洁，防止皮肤感染。保持口腔清洁，每餐前后漱口，如有必要可采用 2% 的硼砂溶液漱口及使用维生素 B2 等进行口腔护理。

8、心理护理 加强心理护理，经常安慰、鼓励病人。并给病人讲解有关疾病、药物、治疗知识。

三、健康指导要点

1、注意休息和保暖，避免受凉、感冒，避免劳



累和剧烈体育运动: 适度活动, 避免肢体血栓的形成。

- 2、指导病人预防各种感染的发生。
- 3、保持心情舒畅, 对疾病治疗与康复充满信心。

七、泌尿系感染的护理

一、护理评估

- 1、观察有无尿路刺激征的表现。
- 2、注意有无腰痛、畏寒、疲乏无力、恶心、腹痛、腹胀及腹泻情况。

二、护理措施

1、活动与休息: 急性期病人应卧床休息, 为病人提供安静、舒适的休息环境。症状缓解后可适当活动。

2、饮食护理: 进食清淡、富含维生素、水分及高热量流质或半流质饮食。无水肿情况下每天饮水量应达 2500mL 以上, 以达到冲洗尿路, 减少细菌在尿道中的停留时间。

3、密切观察病情: 高热病人每天测量体温 6 次, 中、低度热病人每天测量体温 4 次。观察有无尿路刺激征的表现, 注意有无腰痛、脓血尿、畏寒、疲乏无力、恶心、腹痛、腹胀及腹泻情况, 防止尿路梗阻、肾周脓肿及败血症。

4、药物治疗护理: 遵医嘱正确使用抗生素, 口服药应按时、按量、按疗程服用, 注意观察药物的疗效, 防止二重感染。

5、对症护理: 高热病人遵医嘱及时进行物理或药物降温并做好降温记录。对于低蛋白血症的病人, 遵医嘱输血浆或白蛋白, 注意应缓慢滴注。

6、预防感染: 保持病人口腔清洁湿润, 高热时

4、密切监测肾功能变化, 定期复查。

四、注意事项: 按时按量服药, 不得随意减量或停药, 避免使用肾毒性药物。

口腔护理每天 1 次。

7、心理护理: 做好心理护理, 改善病人焦虑、烦躁情绪可从事感兴趣的活动, 如听音乐、看电视、聊天等分散病人对自身不适的注意力。

三、健康指导要点

1、健康指导: 协助病人正确留取尿标本, 留细菌培养标本时尿液应在膀胱停留 6 小时留取后及时送检。

2、进食清淡、富含维生素、水分及高热量流质或半流质饮食。无水肿情况下每天饮水量应达 2500mL 以上。

3、保持内衣清洁干燥。病情稳定后可进行适当活动。

4、避免过劳, 预防感染, 保证营养, 增加抵抗力, 定期复查, 不适随诊。

5、教育病人多喝水、勤排尿, 避免憋尿, 养成良好的卫生习惯。

四、注意事项

遵医嘱正确使用抗生素, 注意观察药物的疗效, 防止二重感染。及时治疗局部炎症, 一旦发生感染及早诊治。如炎症反复发作与性生活有关, 要避免不洁性交, 注意性生活后即排尿和清洁外阴, 并口服抗菌药物预防泌尿系感染的发生。

八、狼疮性肾炎的护理

一、护理评估

- 1、评估病人的生命体征变化。
- 2、观察有无皮肤黏膜损害、雷诺现象、关节肿痛、心力衰竭、肾功能不全、出血倾向、呼吸困难及精神神经症状等。

二、护理措施

1、休息与活动: 严重水肿的患者卧床休息, 以增加肾血流量和尿量。下肢水肿明显者, 卧床休息时可抬高下肢, 以增加静脉回流。水肿减轻后, 患者可起床活动, 但应避免劳累。

2、饮食护理: 给予低盐、正常量的优质蛋白的食物, 但当肾功能不全时, 适当调整蛋白质的摄入量。少食富含饱和脂肪酸的动物脂肪, 增加可溶性纤维的食物。注意维生素及元素钙等的摄入, 避免辛辣刺激性食物。

3、皮肤护理:

- (1) 保持皮肤清洁干燥, 忌用碱性肥皂。

(2) 有皮疹、红斑或光敏感患者, 外出时采取遮阳措施, 忌日光浴。

(3) 避免接触刺激性物品, 如染发烫发剂、定型发胶、农药等。

4、药物治疗护理: 注意药物不良反应, 如糖皮质激素、免疫抑制药所致的高血压增高、骨质疏松、低钾、低钙、血细胞减少、继发感染、精神异常、内分泌失调等。

5、预防感染: 保持病房环境清洁, 减少探视。防寒保暖, 监测生命体征, 尤其是体温变化, 观察有无咳嗽、肺部干湿啰音等感染征象。

6、心理护理: 本病病程长且病情容易反复, 病人易产生悲观心理, 应多关心鼓励病人, 帮助其树立战胜疾病的信心, 教会患者自我放松的方法。

三、健康指导要点

1、避免加重病情的各种诱因, 如妊娠、感染、某些药物及手术等。



- 2、具有光敏感的病人，家居及外出时避免阳光直射，室内应挂有色不易透光窗帘。
- 3、观察药物的不良反应，按时服药，不得自行减量或停药。
- 4、病情稳定期可适当工作、锻炼。

九、痛风性肾病的护理

一、护理评估

- 1、评估关节活动程度。
- 2、评估疼痛的部位、性质、程度。

二、护理措施

1、饮食护理

(1) 急性发作期应选择无嘌呤食物，如脱脂奶、鸡蛋等，两餐之间可饮用碳酸氢钠类液体。

(2) 慢性期或缓解期应选择低嘌呤饮食，如饼干、稻米饭、蔬菜水果等，嘌呤的进食量每天限制在150mg，饮食中应注意补充维生素及铁质，限制脂肪摄入（每天小于50g），即进食低热量、低脂、低嘌呤、高维生素饮食。避免进食动物内脏、螃蟹、香菇等高嘌呤食物，禁食辛辣刺激性食物。

(3) 进食适量蛋白质，指导病人适当进食碱性食物如牛奶、鸡蛋、蔬菜等。同时限制脂肪摄入，由于高尿酸血症通常合并高血压、糖尿病和肥胖等代谢综合征表现，因此蛋白质和热量摄入不宜过高。

(4) 大量饮水，保证每天尿量2000~3000ml。

(5) 戒烟，禁啤酒和白酒，红酒每日适量有助于降低血尿酸。

2、休息与功能锻炼

(1) 急性期发作期遵医嘱卧床休息，发作时抬高患肢，减少患处受压及活动，局部冷敷，24小时后可行热敷或理疗，关节疼痛缓解3天后可恢复活动。

(2) 慢性及缓解期应先进行理疗，如热敷，按摩等，以促进关节血液循环，减轻肌肉痉挛，然后进行以伸展与屈曲动作为主要的功能锻炼。应避免劳累，以防诱发急性发作。

十、急性肾盂肾炎的护理

一、护理评估

1、询问患者是否急性起病，起病前有无尿路结石、梗阻、性生活、器械检查，是否长期卧床、留置尿管等诱因。

2、评估患者的主要症状和体征，有无尿频、尿急、尿痛、腰痛、肋脊角压痛和（或）叩击痛等；有无全身感染中毒症状，如寒战、高热、低血压等。

3、评估患者对疾病的认知程度和心理状态。

二、护理措施

(一) 一般护理

1、急性期可卧床休息。

四、注意事项

- 1、天气寒冷时注意保暖，防止受凉感冒。
- 2、女性病人忌用碱性肥皂、化妆品及其他化学药品，育龄女性注意避孕

3、用药护理：指导病人遵医嘱按疗程服用药物，注意观察药物疗效，及时处理不良反应。

4、疼痛护理：由于尿酸盐结晶，沉积于关节腔，常引起受累关节红肿、针刺样疼痛，除了严格控制饮食外，止痛可采用外敷药和内服药相结合的治疗方法。对受累关节以硫酸镁溶液湿敷，还可配合远红外线局部照射；对腕部、肘部关节受累可用夹板固定减少活动，以减轻疼痛。同时要注意患处皮肤的护理，避免感染发生。

5、心理护理 病人常常由于疼痛影响进食及睡眠，又由于痛风反复发作常导致关节畸形、运动障碍、肾功能不全，经济负担加重等情况，患者常有悲观、焦虑情况，护士应适时给予心理支持，向病人及家属讲解疾病相关知识，讲解科学饮食的重要性以及自我保健、自我照顾的措施，鼓励病人积极乐观应对疾病。

三、健康指导要点

(1) 加强健康指导，强调改善生活方式是治疗高尿酸的核心，说明痛风饮食对预防复发、对肾脏保护的重要性和必要性。在病情允许的情况下，多饮水，以助尿酸从尿中排出。

(2) 戒烟

(3) 鼓励病人坚持适度运动，指导病人掌握关节保护的技巧。

(4) 指导病人消除不良情绪，肥胖者积极控制体重，积极治疗与血尿酸升高相关的代谢性危险因素。

(5) 指导定期复查，检查血尿酸、肾功能等。

四、注意事项：注意观察药物的不良反应。

2、进食清淡并富含维生素的食物。

3、多饮水，以增加尿量，冲洗尿路，减少炎症对膀胱和尿道的刺激。

4、出现焦虑紧张等情绪，护士要了解其焦虑紧张的原因，进行心理疏导及健康指导。

(二) 症状护理

1、高热的护理：按高热护理常规执行。

2、尿路刺激征的护理：

(1) 多饮水，每日饮水量在3000ml以上。

(2) 遵医嘱合理使用抗生素。

(3) 指导病人注意个人卫生，保持外阴清洁干燥。



(4) 留取清洁中段尿培养。

3、肾区疼痛的护理：卧床休息，采用屈膝位，尽量不要站立或坐立。

三、健康指导要点

1、教育病人注意个人卫生，每天清洗外阴部，不穿紧身裤，局部有炎症时要及时诊治。

2、避免过度劳累，多喝水，少憋尿是简单有效的预防措施。

3、女性病人要注意经期、婚后及孕期卫生。

4、坚持服药，定期复查。

四、注意事项：多喝水，少憋尿，养成良好的卫生习惯。

第九节 老年科疾病护理常规

一、老年人原发性高血压的护理

一、评估要点。

1、评估病人的生活方式是否存在原发性高血压的危险因素。

2、评估病人对疾病的了解程度。

3、评估病人用药史及对医嘱的遵从性。

4、评估病人有无头痛、胸闷、恶心等症状。

5、观察评估病人的血压水平及变化规律。

二、护理要点。

1、保证充足睡眠，严重高血压或有合并症时卧床休息。

2、饮食以低盐、低脂、低胆固醇、清淡为宜，戒烟，忌酗酒。

3、指导病人按时服用降压药。

4、观察降压药的疗效和副作用。

5、严重高血压者遵医嘱静脉使用降压药，注意控制药物滴速。

6、保持大便通畅，忌用力大便。

7、密切观察生命体征，严防高血压危象的发生。

8、加强心理护理，增强战胜疾病的信心。

三、健康指导要点。

1、说明不良生活方式与疾病的关系，指导采用健康生活方式。

2、指导患者坚持低盐、低脂、低胆固醇饮食，补充适当蛋白质，多吃水果蔬菜以防止便秘。

3、用药指导：坚持长期遵医嘱规范服药，定期复诊。

4、血压监测：定期监测血压，每天晨起后测血压一次。

四、注意事项

1、限制钠摄入 $< 6\text{g/d}$ 。

2、减轻体重，肥胖患者应限制每日摄入总热量，以达到控制和减轻体重的目的。

3、坚持合理服药，忌饮酒

5、指导患者自己控制情绪调整生活节奏。保持大便通畅，避免剧烈运动和用力咳嗽，生活环境应安静。

6、避免突然改变体位，不用过热的水洗澡和蒸汽浴，禁止长时间站立。

二、老年人心律失常的护理

一、护理评估

1、评估患者症状以及体征，判断心律失常类型

2、既往史：注意询问病人以前是否患过心脏方面疾病，是否做过心电图，有无心律失常发作史。

3、用药史：近期是否服用过洋地黄、抗心律失常药及利尿剂，是否有容易造成体内电解质紊乱的情况存在

4、心理社会评估：除了疾病、药物因素外，还应注意其精神心理因素的评估

二、护理要点

1、体位护理

①协助病人取舒适卧位，尽量避免左侧卧位，

②病人发生严重心律失常时，协助病人去枕平卧，抬高头部和下肢 $15^{\circ} - 20^{\circ}$ ，以增加回心血量，保证脑组织的血液供应；心力衰竭时，协助病人半坐卧位，以减轻肺淤血，减轻呼吸困难；

③当病人出现意识丧失，抽搐时，应注意保护好病人，保持平卧位，头部偏向一侧，防止分泌物流入气管引起窒息，并注意防止舌咬伤。

2、饮食护理

①避免刺激性饮料，低盐、低脂饮食。

2 保证食物中钾、镁、钙的摄入以维持体内电解质平衡，有利于预防心律失常的发生。

③心律失常合并心衰时，应限制钠盐和水分摄入，防止水、钠潴留加重心衰。

3、严密观察患者病情变化，根据医嘱进行用药及症状护理

三、健康指导要点

1、向病人及家属讲解心律失常的常见病因、诱因及防治知识。

2、宜低脂清淡饮食，多食新鲜蔬菜水果，忌饱餐和刺激性食物，戒烟酒。



3、保持生活规律，注意劳逸结合。保证充足的休息与睡眠。

4、用药指导：坚持服药。不可自行减量或停药，定期复查。

5、教会病人和家属测量脉搏的方法，交代家属应注意的事项和发生紧急情况时的处理措施。

四、注意事项

1、注重休息，避免刺激，严重者需绝对卧床静养，

2、护理人员操作宜轻稳，避免触动病人的卧床而引起病人情绪波动，加重病情。

三、老年人冠心病的护理

一、护理评估

1、评估诱发因素，了解疼痛的部位、性质及持续时间，观察抗心绞痛药物的疗效及不良反应，警惕心肌梗死的发生。

2、监测患者的血压、脉搏、呼吸变化。

3、监测心电图变化，注意有无形态、节律等变化，评估有无心肌缺血、心律失常。

4、评估患者对疾病的认知程度和心理状态。

二、护理要点

1、休息和活动：隐匿性冠心病病人，可适当减少体力活动，当心绞痛发作时，应立即停止活动卧床休息，发生急性心肌梗死时，应绝对卧床休息一周，由合并症时相对延长卧床时间。

2、合理饮食，给予低脂、低胆固醇、低热量、适量纤维素、易消化的清淡饮食，少量多餐，进食不宜过饱，避免暴饮暴食，控制食盐摄入量 $<5\text{g/d}$ 。禁烟酒，不饮浓茶和咖啡。

3、药物应用：心绞痛发作时给与舌下含服硝酸甘油，用药后观察胸痛变化情况；发生心肌梗死时，

四、老年人呼吸衰竭的护理

一、护理评估

1、评估患者既往疾病的情况，有无慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、慢性阻塞性肺心病等病史。

2、评估患者神志、生命体征、皮肤颜色、尿量和大便颜色等，有无休克、肺性脑病、消化道出血等。

3、评估机械通气患者的缺氧程度和通气效果；监测动脉血气分析和各项化验指标变化。

4、评估患者的心理状态及社会支持情况。

二、护理要点

1、保持呼吸道通畅。保持室内空气新鲜，湿度与温度适宜，

2、备好各种抢救器材、药品，随时准备急救。

3、做好安全护理，躁动病人加床档，系约束带。禁用或慎用镇静剂，以防呼吸抑制。

3、患者的衣服不要太紧，尤其呼吸困难时，应将纽扣松开。

4、有水肿者，饮食宜低盐或无盐，控制摄入量，记录出入量，测腹围，隔日测体重。

5、经常注重观察病人，密切注重病人的症状、血压、心率。

6、服用洋地黄制剂，服药前应测脉搏，若脉搏在160次以上或60次以下（每分钟），均需报告医生。

7、有心功能不全者，输液速度不宜快，以免加重心功能不全。

遵医嘱给与吗啡或者哌替啶镇痛，注意有无呼吸抑制等不良反应。

4、保持大便通畅，避免用力大便。必要时使用缓泻剂或开塞露塞肛。

5、病情观察

(1) 心绞痛发作时，注意观察疼痛部位、持续时间及用药后是否好转，行床边心电图监护。

(2) 疼痛性质发生变化或心绞痛增频、加重，应及时通知医生。疼痛稳定后，可做适当的体力活动。

三、健康指导要点

1、纠正不良的生活方式，劳逸结合，避免重体力劳动和剧烈活动。

2、告诉患者疼痛发作时的处理方法，随身携带“保健盒”，学会正确服药和疗效观察。掌握自我防护及自救知识。

3、坚持遵医嘱服药，定期复诊。

四、注意事项

1、合理膳食，控制体重，适当运动。

2、避免诱因，如：过劳、寒冷等。

4、鼓励患者多进高蛋白、高维生素食物

5、根据血气分析和临床情况合理给氧。

三、健康指导要点

1、鼓励患者做缩唇腹式呼吸以改善通气。

2、鼓励患者适当家务活动，尽可能下床活动。

3、预防上呼吸道感染，保暖、季节交换和流感季节少外出，少去公共场所。

4、劝告戒烟，如有感冒尽量就医，控制感染防止加重。

四、注意事项

1、密切观察神志、血压、呼吸、脉搏、体温、尿量和皮肤色泽等，观察各类药物作用和副（尤其是呼吸兴奋剂）。

2、密切观察动脉血气分析和各项化验指数变化。



五、老年人骨质疏松的护理

一、护理评估

- 1、评估疼痛的部位、性质、间隔时间等。
- 2、评估有无身长缩短、驼背。
- 3、了解患者有无呼吸功能下降。

二、护理要点

1、心理护理：认真倾听患者的感受，了解他们的心理活动和生活情况

2、改变不良生活、饮食习惯：做到营养搭配合理，避免酗酒、嗜烟、饮过量的浓茶、浓咖啡及碳酸饮料；保证充足的睡眠；增加户外活动，适当日晒。

3、运动指导：运动项目的选择应依个体的年龄、性别、健康状况、体能等特点及运动史选择适当的方式、时间、强度等。

4、用药护理：指导患者根据不同的疏松程度，按医嘱及时、正规用药，严密注意药物的疗效及不良

反应，掌握合理的用药途径。

三、健康指导要点

1、注意营养：注意增加营养，重视蛋白质、维生素（特别是维生素D）和钙、磷的补充，改善膳食结构，多摄入富含钙质的食物。

2、戒烟戒酒。

3、重视运动：经常进行适当体育锻炼，但不宜剧烈运动。应自幼养成每日适度运动的良好习惯，并长期坚持。

4、多接受日光浴：多到户外活动，进行适量日光浴，以增加维生素D的生成。并注意防寒保暖。

四、注意事项

- 1、注意营养、坚持运动
- 2、多接受日光浴
- 3、不滥用药物

六、老年人前列腺增生的护理

一、护理评估

- 1、生命体征。
- 2、肾功能指标及尿量。
- 3、排尿情况。

二、护理要点

1、预防泌尿系感染：鼓励多饮水，注意个人卫生。

2、急性尿潴留或肾功能不良者给予留置导尿，以解除梗阻和改善肾功能。

3、全面评估心、肺、肝、肾功能等情况，提高手术的耐受力。有尿路感染者给予抗感染治疗。

4、若患者有尿管，落实尿道口护理，防止感染

三、健康指导要点

- 1、忌食辛辣刺激性食物，戒烟酒，多饮水。
- 2、多吃粗纤维素食物，保持大便通畅。
- 3、尿线变细及时就诊。

四、注意事项

- 1、保持切口清洁干燥
- 2、多饮水
- 3、延长排尿间隔时间、锻炼膀胱功能
- 4、保持心情舒畅，饮食要清淡，富营养，切忌烟酒。
- 5、定时复诊，遇不适随时复诊。

七、老年人脑梗塞的护理

一、护理评估

- 1、评估患者现病史、既往史、过敏史及家族史。
- 2、评估患者饮食、休息与睡眠、排泄及自理情况。
- 3、评估患者心理社会状态。
- 4、评估患者生命体征及一般身体状况。

二、护理要点

1、急性期需卧床休息，头部禁用冰袋。生命体征稳定，病情不再进展者，瘫痪肢体可早期做按摩或被动活动。

2、保持病室清洁安静、空气新鲜。注意保暖，防止受凉，注意防止烫伤。坠床等意外等情况的发生。

3、保持呼吸道通畅，必要时给予氧气吸入，对意识不清不能自行翻身者，要定时翻身扣背，同时鼓励患者咳嗽，预防坠积性肺炎的发生。

4、饮食宜清淡，易消化，含丰富纤维素，维生素。饮水呛咳者可给糊状饮食，不能进食者，应及早鼻饲

饮食。做好口腔护理，每日2次。

5、注意皮肤护理，保持大小便通畅，防止褥疮的发生。

6、注意观察病情变化，预防并发症。做好心理护理及生活护理

7、应用抗凝溶栓药物治疗时，要注意观察有无出血倾向，发现异常，则应通知医生处理。

8、保持瘫痪肢体功能位置，加强康复训练，及早帮助失语，吞咽困难患者进行语言吞咽功能训练。

三、健康指导要点：

1、环境：创造一个安静整洁、空气清新的环境，保证患者的身心能得到充分的修养。

2、饮食指导：低脂、高蛋白、高维生素饮食；戒烟酒；

3、日常活动：劳逸结合，避免过度劳累；做力所能及的事，增强其自我照顾能力。



4、心理指导：保持平静的心态，避免情绪激动，多与大家交流，减轻精神压力。

5、医疗护理措施的配合：教会家属协助病人进行瘫痪肢体的康复，出院后坚持功能锻炼；提醒病人避免诱发因素，控制血糖、血脂、血压，定期进行复查。

四、注意事项

1、注重心理护理：脑血管病多发生于老年人，要做到耐心、细心，随时了解病人心理活动，做病人的思想工作，使其增强战胜疾病的信心。

2、脑梗塞的护理要注意预防肺部感染：偏瘫卧床病人抵抗力差，容易发生肺部感染。因此，要特别小心避免受凉，防止感冒，否则上呼吸道感染后痰液不易咳出，极易向下呼吸道蔓延引起肺部感染。

3、保持个人卫生清洁：脑梗塞的护理要定时擦身，帮助病人更换衣裤，晒被褥。保持口腔卫生。偏瘫病人自己不能刷牙时，可用消毒纱布蘸温开水擦洗口腔，或用棉签、棉球蘸温盐水替病人擦净口腔各部，每日早、晚各1次。这些都是脑梗塞的护理措施。

第五十三章 外科疾病患者护理常规

第一节 总论

一、外科疾病的一般护理

一、护理评估

1、评估患者一般资料、既往史、现病史、用药史、婚姻史及家庭史。

2、评估患者主要系统功能状况，如心血管系统、呼吸系统、泌尿系统、神经系统血液系统等。

3、评估患者及家属的心理承受能力及经济承受能力。

二、护理措施

1、术前护理常规

(1)协助医生准确、及时地做好病人的全面检查。
(2)评估病人的身心状况，做好心理护理。
(3)做好呼吸道准备。术前戒烟；进行深呼吸和有效排痰法的锻炼；预防上呼吸道感染。

(4)做好胃肠道准备，根据不同的手术要求给予不同的胃肠道准备。一般术前12h禁食，4-6h禁水。

(5)做好手术区皮肤准备，防止切口感染。

(6)配血、备血及完成药物的过敏试验。

(7)保证良好睡眠，根据病人需要适当应用镇静药。

(8)根据病情给予合理饮食。

(9)指导病人活动的方法和技巧。

(10)按要求为病人留置胃管、导尿管等。

(11)执行术前用药，将病历、术中带药交手术室工作人员。

(12)根据不同部位手术要求，铺好麻醉床及备好术后用物。

2、术后护理常规

(1)妥善安置病人。

(2)接受麻醉医师的交班，了解术中情况及术后注意事项。

(3)执行各种麻醉后的常规护理。

(4)根据疾病性质、全身状况和麻醉方式选择

合适的体位。

① 全麻术后病人去枕平卧、头偏向一侧；腰麻术后平卧6-8h；

② 颈、胸、腹部手术病人麻醉清醒后可改为半卧位，抬高床头30-40度；

③ 头部手术病人麻醉清醒后可改为半卧位，抬高床头15-30度；

④ 脊柱手术后病人需卧硬板床；四肢手术后病人应抬高患肢。

(5)正确连接各种管道，标识清晰，妥善固定，保持引流通畅，观察引流液性质、量及颜色并记录。

(6)严密监测生命体征的变化直至平稳。

(7)保持呼吸道通畅，按需要给予吸氧。

(8)观察切口有无渗血、渗液。

(9)正确执行术后医嘱，准确记录24h出入量，保持水电解质平衡。

(10)注意保暖，防止意外损伤。

(11)维持病人的营养需求，促进切口愈合。根据病情给予饮食指导。非消化道手术者根据手术大小、麻醉方式以及麻醉后反应决定开始进食的时间；消化道手术者术后禁食，待胃肠蠕动恢复、肛门排气后进少量流质逐步过渡到半流质和普食。

(12)保证病人休息，必要时遵医嘱适当给予止痛剂。

(13)根据病情鼓励和协助病人早期下床活动；进行循序渐进的功能锻炼。

(14)加强基础护理，防止各种并发症的发生。

(15)做好病人心理护理，鼓励病人树立信心，战胜疾病。

(16)出院前做好病人的出院指导。

三、指导要点

1、加强与患者沟通，鼓励患者表达自己的感受，



给予安慰和解释，消除不良心理。

2、指导患者合理饮食，保证机体足够的能量，有利康复。

3、保证充足的睡眠，活动量从小到大，一般出院2-4周可从事一般性工作和活动。

4、告知患者康复锻炼的知识，指导术后康复锻炼的具体方法。

5、指导病人根据病情定期来院复查。

二、外科感染患者的护理

一、护理评估

1、健康史：患者的健康状况，皮肤是否有损伤，是否有糖尿病史。

2、症状和体征：局部是否存在红、肿、热、痛和局部功能障碍的典型表现。体表皮肤是否有脓肿形成，触之有无波动感。评估全身情况，如发热、头痛、乏力、呼吸心跳加快、食欲减退等，严重者应评估是否并发感染性休克和多器官功能障碍。

3、实验室检查：血常规、分泌物或渗出液涂片结果，以及药物敏感试验结果。

二、护理措施

1、保持感染部位周围皮肤清洁、干燥，防止感染扩散。

2、减轻疼痛，促进局部血液循环：

①抬高感染肢体并制动，疼痛严重者，按医嘱给予镇痛剂。

②适当被动活动关节，鼓励患者经常翻身，预防血栓性静脉炎。

3、控制感染：

①感染初期，局部热敷或理疗（超短波或红外线）等，有利于炎症消退。

②遵医嘱应用抗生素，必要时采集创面分泌物做细菌培养和药物敏感试验，注意观察疗效。③脓肿有波动感时，及时切开排脓，促进炎症消退。

4、创面护理：

①早期可用70%乙醇或20%-50%的硫酸镁溶液湿

三、手术前后患者的护理

一、术前护理

（一）护理评估

1、评估患者的病情、配合情况、自理能力、心理状况。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、原发病治疗用药情况、既往病史等。

3、了解女性患者是否在月经期。

4、了解患者对疾病和手术的认知程度。

（二）护理措施。

1、向患者及家属说明术前检查的目的及注意事

四、注意事项

1、切口拆线后用无菌纱布覆盖1-2日，以保护局部皮肤。若开放性伤口出院者，将门诊换药时间及次数向患者及家属交代清楚。

2、需继续用药者，遵医嘱按时、按量服药，定期复查肝、肾功能。

3、告知患者恢复期可能出现的症状，有异常立即返院检查。

敷，也可用2%鱼石脂软膏外敷，外敷药物每天更换1次，妥善包扎。

②排脓或脓肿切开引流者，保持切口引流通畅，及时清洁创面并换药，保持敷料干燥。

③对厌氧菌感染者，用3%过氧化氢溶液冲洗创面并湿敷。

5、维持正常体温：高热患者给予物理降温，鼓励患者多饮水，必要时遵医嘱给予退热药物降温，并做好出汗较多患者的皮肤护理。

6、休息和营养：嘱患者注意休息，指导其摄入高蛋白质、高能量、富含维生素的饮食，促进机体抵抗力的提高。

三、健康指导要点：

1、注意个人卫生，做到勤洗澡、勤换内衣，经常修剪指甲、清洗消毒剃须刀，减少感染来源。

2、加强营养：给予高蛋白、高热量、高维生素饮食，增加病人的抵抗力。

3、加强锻炼，增强体质，对免疫力差的老年人、小儿应加强防护，糖尿病患者应注意控制血糖。

四、注意事项

1、避免挤压未成熟的疖，尤其是“危险三角区”的疖，防止感染扩散引起颅内感染。

2、积极预防和治疗原发灶，如扁桃体炎、龋齿、手足癣、皮肤损伤及皮下化脓性感染等。预防急性淋巴管炎和淋巴结炎的发生。

项，协助完成各项辅助检查。

2、帮助患者了解手术、麻醉相关知识：可利用图片资料、宣传手册、录音、录像或小讲课等多种形式介绍有关知识，手术方式，麻醉方式等。

3、向患者说明手术的重要性，术前、术中、术后可能出现的情况及配合方法。

4、做好术前常规准备，如个人卫生、手术区域的皮肤准备、呼吸道准备、胃肠道准备、体位训练等。

5、根据手术需要，配合医生对手术部位进行标记。

6、做好身份识别标志，以利于病房护士与手术



室护士进行核对。

(三) 健康指导指导要点。

1、呼吸功能训练：根据手术方式，指导患者进行呼吸训练，教会患者有效咳嗽，告知患者戒烟的重要性和必要性。

2、床上排泄：根据病情，指导患者练习在床上使用便器排便。

3、体位训练：教会患者自行调整卧位和床上翻身的方法，以适应术后体位的变化；根据手术要求训练患者特殊体位，以适应术中和术后特殊体位的要求。

4、饮食指导：根据患者病情，指导患者饮食。

5、肢体功能训练：针对手术部位和方式，指导患者进行功能训练。

(四) 注意事项：

1、指导患者及家属阅读手术须知。

2、对教育效果需进行评价：患者能否正确复述术前准备相关配合要点，能否正确进行功能训练；护士应注意观察患者情绪变化，评估患者有无焦虑状态，焦虑是否减轻或消除。

二、术后护理

(一) 护理评估

1、了解麻醉方式、手术方式及术中情况。

2、观察意识状态、生命体征及病情变化，观察伤口敷料有无渗出、引流管的类型、位置、是否通畅，观察引流液的颜色、性质、量，皮肤受压情况等。

3、观察有无疼痛、发热、恶心呕吐、腹胀、呃逆以及尿潴留等常见的术后反应，并遵医嘱给予处理。

(二) 护理措施

1、根据患者手术和麻醉方式，采取适当的卧位。

2、观察有无舌后坠、痰液堵塞气道等情况。

3、连接各种治疗性管路，标识清晰，妥善固定，保持通畅；定期更换，注意无菌操作。

4、根据需要给予床档保护和保护性约束。

5、观察并记录病情变化。

6、遵医嘱给药控制疼痛，增进舒适。

7、协助床上翻身、叩背。

8、根据病情选择适当的饮食。

9、根据患者的恢复情况进行术后康复指导，实施出院计划。

(三) 健康指导要点

1、根据病情指导患者适量活动，合理膳食。

2、告知患者严格按医嘱服用药物，如有疑问及时与医师取得联系。

3、指导患者及家属保护伤口、造（瘘）口及各引流管的方法。

4、根据患者病情及手术方式，指导患者进行功能锻炼。

(四) 注意事项

1、从生理、心理、社会等方面为患者提供整体护理服务。

2、可运用患者经验分享、专题讲座等多种教育手段讲解术后配合的相关知识并对教育效果进行评价。

第二节 普外科疾病护理常规

一、普外科疾病的一般护理

一、护理评估

1、症状和体征：生命体征是否稳定、疼痛评分情况。

2、营养状况：根据病情给予合理的营养丰富的饮食，必要时遵医嘱给予肠内外营养支持，改善营养不良。

3、健康史：既往史、用药治疗情况、过敏史及家族史。

4、诱发因素：外伤史、感染及其他。

5、辅助检查：X线、超声波、心电图等检查结果。

6、实验室检查：血常规、电解质、肝肾功能等检查结果。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 协助完成各项术前检查，做好各项特殊检查的护理和健康教育。

(2) 维持水、电解质和酸碱平衡，必要时记录24h出入量。

(3) 根据疾病特点，密切观察病情动态变化。

(4) 急诊、危重病人应立即配合医生抢救，并详细记录。

(5) 保证良好睡眠，确诊者根据病人需要适当应用镇痛药。

(6) 对伴有疼痛者，协助取舒适的卧位。遵医嘱给予解痉或止痛剂。

(7) 做好呼吸道准备。

(8) 根据不同的手术要求给予不同的胃肠道准备

(9) 指导病人活动的方法和技巧。

(10) 做好手术区皮肤准备，防止切口感染。

(11) 根据需要留置胃管、导尿管等。

2、术后护理



(1) 根据手术和麻醉方式以及全身状况选择合适的体位。

(2) 严密监测生命体征的变化。

(3) 保持水、电解质平衡,准确记录24h出入量。

(4) 观察切口有无渗血、渗液,保持切口敷料干燥。

(5) 保持各种引流管通畅,观察引流液的性质、量及颜色并记录。

(6) 保持呼吸道通畅,按需要给予氧气吸入。

(7) 评估压疮、跌倒、血栓等风险,提供合适的护理措施。

(8) 维持病人的营养需求,促进切口愈合。根据病情给予合理的营养丰富的饮食,必要时遵医嘱给予肠外营养支持。

(9) 遵医嘱给予止痛剂。

(10) 密切观察有无各种术后并发症的发生,并给予相应的护理。

(11) 根据病情鼓励和协助病人早期活动。

(12) 根据病情指导进行循序渐进的功能锻炼。

(13) 做好心理护理,鼓励病人战胜疾病的信心。

二、原发性肝癌的护理

一、护理评估

1、健康史:患者有无肝炎、肝硬化病史、饮酒史,既往其他部位肿瘤病史及家庭史。

2、相关因素:有无进食被黄曲霉素污染的食品、饮水污染等。

3、症状和体征:是否有疼痛,疼痛发生的时间、部位、性质、诱因和程度,与体位有无关系等;是否伴有消化道症状,如嗝气、腹胀;近期有无乏力、食欲减退等;是否有肝大;有无上腹部包块,包块的大小、部位、质地是否较硬,表面是否光滑;有无黄疸、腹腔积液等;有无消瘦及恶病质表现;有无肝性脑病、上消化道出血及各种感染等。

4、辅助检查:主要评估B超、胸部X线、腹部CT和MRI等检查结果,了解肿瘤大小及部位。

5、实验室检查:甲胎蛋白水平、血清酶谱检查结果、肝功能损害程度。

6、心理及社会支持状况:患者对手术治疗的了解,是否有紧张、恐惧、焦虑、悲观等情绪,家属对其治疗和预后的认知程度和心理承受能力。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 适度活动,注意休息,避免劳累,以减轻肝脏的负担,降低肝脏代谢率。

(2) 给予高热量、高维生素、适量蛋白和低脂易消化饮食,必要时给予静脉营养支持,提高手术耐受力。

(14) 出院前做好病人的出院指导。

三、健康指导要点

1、指导合理饮食,保证机体足够的能量有利康复。

2、鼓励早期下床活动,减少并发症。

3、保护切口局部皮肤,伤口未愈合者应定时换药。

4、带引流管出院者应行引流管安全知识宣教,防止脱出等意外现象发生,观察引流情况,定期更换引流装置。

5、注意休息,劳逸结合,促进机体功能的康复。

6、术后病人根据病情遵医嘱定期随访。

四、注意事项

1、急诊手术患者入院时应指导暂禁食水。

2、复合外伤患者应评估失血量,建立多条静脉通道抢救或预防失血性休克发生。

3、病情许可应指导或协助早期下床。

4、早期指导功能锻炼。

5、加强基础护理,防止各种并发症的发生。

6、冬天注意保暖。

7、密切观察切口有无渗血、渗液。

8、做好心理护理,鼓励病人树立信心,战胜疾病。

(3) 严密观察生命体征、神志及黄疸程度改变,及时发现肝性脑病征兆;观察有无呕血、黑便、剧烈腹痛等情况,及时发现上消化道出血及肝癌破裂征兆。

(4) 落实疼痛护理,协助患者采取舒适卧位,指导患者减轻疼痛和分散注意力的方法,必要时遵医嘱给予止痛药或应用镇痛泵止痛。

(5) 落实术前准备措施,遵医嘱应用药物以改善凝血功能。术前一晚清洁灌肠,减少氨的产生。备足够的新鲜血,避免术中输入大量库血而引起凝血障碍。

(6) 加强心理护理,帮助患者减轻不良情绪,积极配合治疗。

2、术后护理:

(1) 术后取平卧位,生命体征稳定后可取半卧位,指导病人卧床休息,适量活动,同时应避免剧烈咳嗽。

(2) 术后禁食、持续胃肠减压,待肠道功能恢复后可进流质、半流质饮食,直至正常饮食。给予低脂、高热量、适量蛋白质、高维生素、易消化的食物。对肝功能不全伴腹水者,严格控制水和钠盐的摄入量,记录24小时液体出入量。

(3) 监测生命体征变化,严密观察切口渗出、尿量、腹胀、排便等病情变化,及时发现有无腹腔内出血、肝性脑病的征兆。

(4) 持续氧气吸入48-72小时,以增加肝细胞的供氧量;遵医嘱给予护肝药物,以促进肝细胞代偿和再生;避免使用巴比妥类等对肝细胞有损害的药物。

(5) 妥善固定各引流管,保持腹腔引流、T管



引流通畅,注意有无胆汁瘘及腹腔内出血征象。

(6) 遵医嘱应用抗生素,预防感染。

3、并发症的护理:

(1) 出血:少量出血指导病人卧床休息使用止血药止血,持续出血的病人,根据医嘱进行手术前必要的准备

(2) 上消化道出血:常发生在术后5-10天,观察胃管的胃液的颜色、性质、量,如果出现呕血黑便则配合医生进行紧急处理

(3) 肝性脑病:严密观察患者神志和行为有无改变;防止便秘,可口服乳果糖,调节肠道功能

(4) 肺部感染:术后病人卧床休息,指导适量活动,翻身叩背,必要时行雾化吸入

三、健康指导要点

1、活动与休息:在病情和体力允许的情况下可适当活动,注意休息,避免劳累。

2、饮食指导:进食富含维生素、低脂、适量蛋白、易消化的食物,如有腹腔积液、水肿,应限制钠盐的摄入量。保持大便通畅,可适当应用缓泻剂,预防血氨升高。

三、胆石病和胆道感染的护理

一、护理评估

1、健康史:脂类代谢是否异常、是否有胆汁淤滞、细菌感染和蛔虫病史;腹痛的病因、诱因及性质;有无消化性溃疡及类似疼痛发作史;有无服药史、过敏史及腹部手术史。

2、诱发因素:饱餐及进食油腻食物后,或睡眠时体位改变致结石移动并嵌顿。

3、症状和体征:胆石症患者常伴有恶心、呕吐、厌食、腹胀、腹部不适等消化道症状。胆囊结石常表现为突发性右上腹阵发性剧烈绞痛,可向右肩部、肩胛部或背部放射,有时可在右上腹触及肿大的胆囊,若继发感染,右上腹部可有明显的压痛、肌紧张及反跳痛,Murphy(墨菲)征阳性。胆管结石阻塞胆道并继发感染时,可表现为典型的Charcot(夏柯)三联征:腹痛、寒战、高热和黄疸。评估腹痛的部位、性质。

4、辅助检查:常规行B超检查;根据病情行经皮肝穿刺胆管造影(PTC)、经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)或磁共振胰胆管造影(MRCP)等检查了解梗阻部位、程度、结石大小和数量等;必要时做CT及MRI检查。

5、实验室检查:血常规、血生化、肝功能、尿胆红素、尿胆原等的变化。

6、心理及社会支持状况:患者及其家属对本病检查和治疗的认知、家庭经济状况、心理承受度及对术后康复的认知和期望。

二、护理措施

3、定期复诊:坚持治疗,定期复查,术后半年每2-3个月复查,半年以后每半年复查一次,复查AFP、胸部X线片和B超检查等,不适随诊。

4、精神支持:给予患者精神上的支持,鼓励患者和家属共同面对疾病。

四、注意事项

1、告诫病人尽量避免致癌肿破裂出血或食管下段胃底静脉曲张破裂出血的诱因,如剧烈咳嗽、用力排便等腹内压骤升的动作和外伤等。

2、保持大便通畅,防止便秘,可适当应用缓泻剂,预防血氨升高。

3、膈下积液及脓肿多发生在术后1周左右,若病人术后体温在正常后再度升高,或术后体温持续不降;同时伴有上腹部或季肋部胀痛、呃逆、脉快、白细胞增多,中性粒细胞达90%以上等表现时,应疑有膈下积液或膈下脓肿。

4、肝动脉栓塞化疗可造成肝细胞坏死,加重肝功能损害,应注意观察病人的意识状态、黄疸程度,注意补充高糖、高能量营养素,积极给予保肝治疗,防止肝功能衰竭。

1、术前护理:

(1) 根据病情指导患者进食清淡饮食,忌油腻食物;禁食或呕吐频繁者应静脉补充营养,维持水、电解质平衡。

(2) 严密观察生命体征及病情变化,若患者寒战、高热、腹痛加重、腹痛范围扩大,警惕感染性休克的发生,并积极配合医生处理。

(3) 缓解疼痛,指导患者卧床休息,采取舒适卧位,必要时根据医嘱应用镇痛药物,并评估镇痛效果。

2、术后护理:

(1) 术后取平卧位,生命体征稳定后给予半卧位待病情稳定,应鼓励患者下床活动。

(2) 开腹胆囊切除及胆总管引流患者,禁食2-3天,禁食期间应静脉补充营养。肠鸣音恢复后给予流质、半流质饮食或软食,逐步过渡到高蛋白、高热量、富含维生素、低脂、易消化饮食。

(3) 监测生命体征变化。观察有无腹腔内出血及肝性脑病征象,观察患者的黄疸消退情况。(4) T形管引流的护理:妥善固定,防止因翻身、活动、搬动时被牵拉而脱出;引流袋放置时切勿超过胆囊平面,以免胆汁逆流;保持通畅,定时由近端向远端挤捏T形管。保持引流通畅,防止扭曲、折叠及受压;观察并记录胆汁颜色、量和性质;更换引流袋时应严格执行无菌操作;一般术后14天患者若无腹胀、腹痛、发热、黄疸等症状,可经T形管作胆道造影无结石残



留后引流 24 小时行夹管 1-2 天无症状可考虑拔管。

(5) 心理护理, 稳定患者情绪, 树立治疗疾病的信心。

三、健康指导要点

1、饮食指导: 指导患者进低脂、高热量、富含维生素、高蛋白、易消化饮食, 忌油腻食物, 避免进食过饱。

2、T 形管护理: 带 T 形管出院患者, 应指导患者做好 T 形管护理, 预防感染, 防止脱落, 观察胆汁颜色、量和性状的变化。如有不适或引流异常应及时就诊。

3、定期复诊: 非手术治疗者应坚持服药, 定期复诊, 出现不适症状及时治疗。

四、注意事项

1、术后早期若病人腹腔引流管内引流出血性液体增多, 每小时超过 100ML, 持续 3 小时以上, 或病

四、门静脉高压症的护理

一、护理评估

1、健康史: 患者有无慢性肝炎、血吸虫病史, 有无大量饮酒史; 其他引起门静脉高压症的病史。

2、上消化道出血的诱发因素: 进食粗糙或刺激性食物、用力排便、打喷嚏、咳嗽、呕吐、抬重物等。患者的一般状况、病因和诱因、脾功能亢进和胃底、食管下段曲张静脉出血情况、既往史。

3、症状和体征: 有无黄疸、肝掌、蜘蛛痣及皮下出血点, 下肢有无水肿等; 有无呕血或黑便; 有无肝性脑病及其先兆症状; 有无腹壁静脉曲张、有无腹腔积液及其程度, 腹围大小, 有无移动性浊音, 尿量变化等。

4、辅助检查: 主要了解腹部 B 超、MRI、内镜等检查结果。

5、实验室检查: 血常规, 出、凝血功能, 肝、肾功能检测结果。

6、心理及社会支持状况: 患者是否有紧张、恐惧、焦虑、悲观等情绪及心理反应, 社会家庭支持情况。

二、护理措施

1、出血期护理:

(1) 迅速安置患者到抢救病房或重症监护室, 取平卧位, 头偏向一侧, 绝对卧床休息。

(2) 保持呼吸道通畅, 及时清除呕吐物和血迹, 防止误吸呕吐物引起窒息或吸入性肺炎, 并做好口腔护理。

(3) 禁食、水。

(4) 恢复血容量, 迅速建立静脉通道, 输血、输液补充血容量, 保证重要脏器的血液灌注, 避免不可逆损伤。

(5) 应用止血药, 用冰盐水或加血管收缩剂作

胃内灌注, 遵医嘱应用止血药, 如血管加压素等。

人出现腹胀、腹围增大, 伴面色苍白、脉搏细数、血压下降等表现时, 提示可能有腹腔内出血, 应立即报告医师, 并配合医师进行相应的急救和护理。

2、术后病人若出现发热、腹胀和腹痛等腹膜炎的表现, 或病人腹腔引流液呈黄绿色胆汁样, 常提示发生胆瘘。

3、全麻清醒生命体征平稳的患者应采取半坐或斜坡卧位, 以利于引流, 防止腹腔内渗液积聚于膈下而发生感染; 平卧时引流管的远端不可高于腋中线, 坐位、站立或行走时不可高于腹部手术切口, 以防止引流液和(或)胆汁逆流而引起感染。

4、若术后放置引流管, 注意引流管周围皮肤的护理, 应及时更换胆汁浸湿的敷料, 局部皮肤敷氧化锌软膏, 防止胆汁刺激和损伤皮肤。

5、定期更换引流袋, 并严格执行无菌技术操作。

胃内灌注, 遵医嘱应用止血药, 如血管加压素等。

(6) 严密观察病情变化, 给予心电监护, 监测生命体征变化; 监测尿量及中心静脉压的变化; 观察有无失血性休克; 观察呕血和黑便次数及颜色、性质及量, 并做好记录。

(7) 做好心理护理, 减轻患者恐惧、焦虑情绪, 积极取得患者的配合。

2、术前护理:

(1) 注意休息, 避免劳累, 以减轻肝脏负担。

(2) 给予低脂、高热量、富含维生素饮食。肝功能正常者给予优质蛋白饮食, 肝功能不全者应限制蛋白质摄入。忌进食粗糙、干硬及刺激性食物。饮食不宜过热, 口服药片需研成粉末冲服; 腹腔积液者给予低盐饮食。

(3) 避免引起腹内压升高的因素, 如便秘、咳嗽、负重、劳累及恶心等。

(4) 严密观察生命体征和病情变化。

(5) 分流手术前应做好肠道准备, 避免术后肠胀气, 同时减少肠道氨的产生, 预防并发症。(6) 患者常有焦虑、易怒、忧郁、失眠等情绪, 多与患者沟通, 给予安慰和鼓励, 增强患者的信心, 使其积极配合治疗。

3、术后护理:

(1) 麻醉未清醒前去枕平卧, 头偏向一侧, 以免呕吐物误吸; 麻醉清醒、血压平稳后取半卧位; 分流术后 48 小时内, 患者取平卧位或 15° 低坡卧位, 2-3 天后改半卧位, 避免过多活动, 翻身时动作要轻柔, 手术后卧床休息, 适量活动。

(2) 饮食护理, 肠蠕动功能恢复后, 指导患者进食流质饮食, 逐步改为半流质饮食及软食; 门腔分



流术后患者应限制蛋白质和肉类食物摄入量；忌食粗糙、刺激性的过热食物。

(3) 密切观察生命体征和神志变化，若发现患者定向力减退、嗜睡与躁动等，应警惕肝性脑病。观察切口渗出情况，保持切口敷料干燥。

(4) 保持胃肠减压和腹腔引流管通畅，观察和记录引流液的性状和量，以及及时发现腹腔内出血的征兆。

(5) 预防静脉栓塞。

(6) 长期卧床的患者应注意肺部并发症的发生，定期翻身叩背，必要时行雾化吸入

4、并发症的护理：

(1) 上消化道出血：断流术后 12 天多有轻度消化道出血的症状，多为应激性出血，若出血不止，休克的症状，立即通知医生，必要时行手术治疗

(2) 肝性脑病：术后定期复查肝功能，若患者出现神志行为的改变，应少肠道氨的产生

(3) 门静脉血栓形成：脾切除术后 2 周内隔天检查血小板计数。如超过 $300 \times 10^9 / L$ ，应观察有无肠系膜血栓形成的迹象，如有无腹痛、腹胀和便血。必要时，遵医嘱给予抗凝治疗，并注意用药前后凝血时间的变化。

(4) 其他：脾热、肝功能衰竭、DIC

三、健康指导要点

1、指导合理饮食：

五、急性胰腺炎的护理

一、护理评估

1、健康史和相关因素：患者的饮食习惯，既往有无胆道疾病和慢性胰腺炎病史、内分泌紊乱及家族史。

2、诱发因素：发病前有无暴饮暴食，有无进食油腻食物或饮酒等。

3、症状和体征：评估腹痛、呕吐、腹胀等情况；生命体征的变化，有无休克和器官功能障碍。

4、辅助检查：腹部 B 超，胸、腹部 X 线片，腹部 CT 检查。

5、实验室检查：血、尿淀粉酶值有无异常，有无水、电解质紊乱及凝血功能障碍。

6、心理及社会支持，患者及家属对疾病的了解，有无焦虑、恐惧等不良心理反应，家庭经济承受能力等。

二、护理措施

1、术前护理：

(1) 禁食、胃肠减压，以减少胰液的分泌。

(2) 给予静脉营养支持

(3) 密切观察患者生命体征、意识状态、皮肤黏膜温度和色泽：观察腹痛、恶心、呕吐等情况；准

指导患者进食高热量、丰富维生素饮食；肝功能损害较轻者，可酌情摄取优质高蛋白饮食(50-70g/d)；肝功能严重受损及分流术后患者，限制蛋白质的摄入；有腹腔积液患者限制水和钠的。少量多餐，避免进食粗糙、干硬及刺激性食物，戒烟、酒。

2、保证充分休息，避免劳累和过度活动。

3、树立乐观、积极的心态，避免情绪紧张，积极配合治疗。

4、识别和避免诱发因素：避免咳嗽、打喷嚏，用力排便，提举重物等，以免引起腹内压增高从而诱发曲张静脉破裂出血。

5、自身防护：告知患者用软毛牙刷刷牙，避免牙龈出血，防止外伤。

6、识别病情变化 指导患者及家属掌握出血先兆、基本观察方法和主要急救措施，列举出急救电话号码，紧急就医的途径和方法。

7、坚持服药，定期复诊：告知患者药物的剂量、用法、作用及注意事项。指导患者定期复诊。

四、注意事项

1、术前一般不放置胃管；如留置胃管时，应选择细、软胃管，插入时涂大量润滑油，动作轻巧。

2、肠道准备时禁用肥皂水灌肠、可口服 50% 的硫酸镁或使用生理盐水灌肠清洁肠道。

3、有严重腹水的患者，在使用利尿剂的同时，密切监测水电解质情况及 24 小时尿量。

确记录 24 小时液体出入量。

(4) 遵医嘱给予抗胰酶药、解痉药或止痛药，禁用吗啡。

(5) 加强心理护理，由于发病突然、进展迅速、病程长、病情反复，患者常会产生恐惧心理和悲观消极情绪，介绍有关疾病治疗和康复的知识，帮助患者树立战胜疾病的信心。

2、术后护理：

(1) 术后禁食 2-3 周，禁食期间，根据医嘱给予营养支持。若病情稳定，淀粉酶恢复正常，肠麻痹消除，可通过空肠造瘘管给予肠内营养。

(2) 术后取平卧位，生命体征稳定后给予半卧位；待病情稳定，应鼓励患者下床活动。

(3) 密切观察患者生命体征变化，注意观察有无出血、胰瘘、肠瘘、胆瘘等并发症发生，准确记录 24 小时液体出入量。

(4) 术后常留置多根引流管，包括胃管、腹腔引流管、T 形管、空肠造瘘管、胰引流管、尿管等，妥善固定各引流管，标识清晰，保持引流管通畅，维持有效引流，并观察引流液的性质、颜色和量。

(5) 加强基础护理，协助患者定时翻身，深呼吸、



有效咳嗽及排痰，预防肺部感染。

(6) 加强心理护理，树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、避免复发因素：帮助患者及家属正确认识胰腺炎，强调预防复发的重要性。积极治疗胆道结石和胆道疾病。戒酒，不暴饮暴食，养成良好的饮食习惯；摄人低脂、清淡饮食。

2、合理用药：指导患者遵医嘱服药并了解药物相关知识。

3、血糖的监测和控制：

因胰腺内分泌不足而表现为糖尿病的患者，应遵医嘱服用降糖药物；如果行胰腺全切者，则需终身注射胰岛素。要定时监测血糖和尿糖，严格控制主食摄入量，不吃或少吃含糖量较高的水果，多进食蔬菜；注意适当锻炼。

4、识别病情变化，定期随访：胰腺炎渗出物往往需要3-6个月才能完全被吸收。在此期间，可能会出现胰腺囊肿、胰瘘等并发症。如果发现腹部肿块不断增大，并出现腹痛、腹胀、呕吐、呕血等症状，需及时就医。

六、急性阑尾炎的护理

一、护理评估

1、健康史：了解病人的一般情况，包括年龄、性别，女病人月经史、生育史，评估饮食习惯，如有无不洁饮食史、有无经常进食高脂肪、高糖、少纤维食物等。既往有无急性阑尾炎发作、胃十二指肠溃疡穿孔、右肾与右输尿管结石、急性胆囊炎或妇科疾病史，有无手术史。老年人还需了解是否有心血管、肺部等方面的疾病及有无糖尿病、肾功能不全的病史。

2、症状和体征

(1) 局部：评估有无腹痛及其伴随症状。评估腹痛的特点、部位、程度、性质、疼痛持续的时间以及腹痛的诱因、有无缓解和加重的因素等，麦氏点有无固定压痛。

(2) 全身：评估生命体征的变化及皮肤粘膜的改变。

(3) 辅助检查：评估血红蛋白计数和中性粒细胞比例；了解腹部平片检查是否提示盲肠扩张及CT或B超有无提示阑尾肿大或脓肿形成等。

(4) 社会心理评估：了解患者及家属对疾病的认知、对手术的认知及心理承受能力。

二、护理措施

(一) 非手术护理

1、卧位：病人取半卧位。

2、酌情禁食或流质饮食并做好输液的护理。

3、严密观察病情，包括病人的精神状态、生命体征、腹部症状和体征以及白细胞计数的

四、注意事项

1、急性胰腺炎病人术后多留置多根引流管，应分清每根导管的名称和部位，贴上标签，与相应引流装置正确连接固定。防止引流管扭曲、堵塞和受压。定期更换引流瓶、袋，注意无菌操作，分别观察记录各引流液的颜色、性质和引流量。

2、重症急性胰腺炎可使胃肠道粘膜防御能力减弱，引起应激性溃疡出血。应定时监测血压、脉搏；观察病人的排泄物、呕吐物和引流液色泽。若引流液呈血性，并有脉搏细数和血压下降，可能为大血管受腐蚀破裂引起的继发出血，立即通知医师，遵医嘱给予止血药和抗菌药等，并作好急诊手术止血的准备。

3、部分急性出血坏死性胰腺炎病人可并发胰瘘、胆瘘或肠瘘。若从腹壁渗出或引流出无色透明或胆汁样液体时应疑为胰瘘或胆瘘；若腹部出现明显的腹膜刺激征，且引流出粪汁样或输入的肠内营养样液体时，则要考虑胆瘘。应密切观察引流液的颜色和性质，动态监测引流液的胰酶值；注意保持负压引流通畅和引流管周围皮肤干燥、清洁后涂以氧化锌软膏，防止胰液对皮肤的浸润和腐蚀。

变化，未明确诊断前禁用止痛剂，遵医嘱使用抗生素。如经非手术治疗病情不见好转或加重应及时报告医生手术治疗。

4、对症护理：如物理降温、止吐，观察期间慎用或禁用止痛剂，禁服泻药及灌肠。

(二) 手术护理

1、术前护理

(1) 评估病人全身情况协助病人做好各项前检查及准备工作。

(2) 同情安慰病人，认真回答病人的问题，解释手术治疗的原因。

(3) 指导禁饮食并做好手术区皮肤准备，对老年患者应做好心、肺、肾功能的检查。

2、术后护理

(1) 按麻醉方式安置体位，血压平稳后取半卧位。

(2) 病情观察：观察生命体征的变化及腹部症状和体征，发现异常及时通知医生并配合处理。

(3) 切口和引流管的护理：保持引流管通畅，妥善固定引流管，防止扭曲、受压和堵塞；观察并记录引流液的颜色、性质及量，及时更换引流袋，注意无菌操作；观察切口愈合情况，保持切口敷料干燥，发现切口出血及感染征象，及时告知医生并处理。

(4) 饮食护理：术后1-2日肠功能恢复后可给流食逐步过渡到软食、普食，

(5) 药物的应用：术后禁食期间静脉补液、保持水电解质及酸碱平衡；遵医嘱给予抗菌药物，控制



感染，防止并发症发生。

(6) 鼓励患者早期下床活动，以促进肠蠕动恢复，防止肠粘连

(7) 术后并发症的观察

① 出血：常发生在术后 24 小时内，手术当天应严密观察脉搏、血压。患者如有面色苍白、脉速、血压下降等内出血的表现或腹腔引流管有血液流出，应立即将患者平卧，快速静脉补液做好手术止血准备。

② 切口感染：表现为术后 2-3 天体温升高，切口疼痛且局部红肿、压痛或波动感，应给予抗生素、理疗等治疗，如已化脓应拆线引流。

③ 腹腔脓肿：术后 5-7 天体温升高或下降后又上升，并有腹痛、腹胀、腹部包块或排便排尿改变等应及时与医生联系进行处理。

④ 粘连性肠梗阻：常为慢性不完全性肠梗阻，可有阵发性腹痛、呕吐、肠鸣音亢进等表现，应及时通知医生进行处理。

⑤ 阑尾残株炎：阑尾切除时如残端保留过长超过 1cm，术后残株易反复发炎，表现为阑尾炎症状，

七、胰腺癌的护理

一、术前护理

(1) 心理护理：护理人员理解患者否认、悲哀、畏惧、愤怒的不良情绪，多与其沟通，满足其精神需要；针对性讲解与疾病和手术相关的知识；帮助患者和家属进行心理调节，使之树立战胜疾病的信心。

(2) 疼痛护理：对于疼痛剧烈的胰腺癌患者，及时给予有效的镇痛剂止痛，并教会患者应用各种非药物止痛的方法。

(3) 改善营养状态：指导患者进食高蛋白、高热量、低脂和丰富维生素的饮食，肠外营养或输注白蛋白等。有黄疸者，补充维生素 K。

二、术后护理

1、营养支持：

(1) 禁食、胃肠减压期间输入肠内、外营养或人体白蛋白；有黄疸者补充维生素 K。

(2) 肠蠕动恢复并拔除胃管后给以少量流质，逐步过渡至正常饮食。

2、一般护理

(1) 患者术后回病房后立即置于重症监护室，严密观察病情变化，监测生命体征及出入水量。

(2) 绝对卧床休息，保证充足睡眠，以使胰腺负担减轻和脏器血流增加，促进组织修复。

3、加强基础护理：

(1) 体位：术后麻醉清醒、血压平稳后，采取半坐卧位，有利于腹腔引流，使感染局限。

(2) 保持呼吸道通畅：鼓励病人咳嗽，定时协助病人坐起，嘱其深吸气，行雾化吸入 bid

症状较重者，应手术切除阑尾残株。

⑥ 粪痿：临床表现类似阑尾周围脓肿，经非手术治疗后，多可自行闭合。少数需手术治疗。

三、健康指导要点

1、经非手术治疗好转后，指导病人注意饮食卫生，避免腹部受凉，生活规律、劳逸结合，避免形成慢性阑尾炎或防止慢性阑尾炎急性发作。

2、阑尾周围脓肿患者出院时，嘱其 3 个月后作阑尾切除术。

3、如有急、慢性腹痛，恶心、呕吐等腹部不适应及时复诊。

四、注意事项

1、未明确诊断前慎用止痛药。

2、对患者疼痛程度进行正确评估，根据评分采取相应的护理措施。

3、治疗期间密切观察腹痛情况，如有加剧或生命体征明显变化应及时通知医生处理。

4、阑尾术后忌灌肠。

(3) 做好晨晚间护理 保持床单及病人皮肤干净，做好口腔护理，防止并发症

4、并发症的观察与护理：

(1) 术后出血：观察生命体征、伤口渗血及引流液。术后 1-2 天和 1-2 周内均可发生，给予静脉补液，应用止血药，输血，必要时手术止血。

(2) 防止感染：根据医嘱合理使用抗菌素，注意伤口、监测体温、白细胞及引流液的变化。

(3) 胰痿：术后一周左右，患者突然发现腹痛、腹胀、发热，引流管伤口流出清亮液体，给予持续负压有效引流，保护好引流管周围皮肤。

(4) 胆痿：发生于术后 5-10 天，发热、腹膜刺激征、T 管引流量突然减少、引流管周围及腹壁伤口有胆汁溢出。保持管通畅，做好腹腔引流，加强营养支持，并作好手术处理准备。

(5) 控制血糖：对合并高血糖者，应调节胰岛素用量。对胰岛素瘤患者，应注意患者的神态和血糖的变化。若有低血糖表现，适当补充葡萄糖。

三、健康指导要点

1、饮食指导，宜少时多餐，均衡饮食。

2、对放疗、化疗患者定期复查血常规。

3、术后每 3-6 个月复查一次，若出现进行性消瘦、贫血、乏力、发热等症状，及时到医院复诊。

四、注意事项：胰腺癌患者由于术后胰腺功能部分丧失，可引起病人血糖改变，应定期监测血糖，以了解患者胰腺功能。



八、急性化脓性腹膜炎的护理

一、护理评估

1、健康史：询问有无胃、十二指肠溃疡病史，慢性阑尾炎发作史，其他腹腔内脏器疾病和手术史近期有无腹部外伤史。儿童应注意有无呼吸道、泌尿道感染病史、营养不良史等。

2、症状和体征

(1) 腹部：了解腹痛发生的时间、部位、性质、程度、范围及其伴随症状，注意有无压痛、反跳痛、肌紧张及其部位、程度和范围；了解有无肠鸣音减弱或消失；有无移动性浊音。

(2) 全身：了解患者生命体征、饮食及活动情况，有无感染性中毒反应，有无休克现象。

(3) 辅助检查：了解血常规、腹部X线、B超、CT检查及腹腔穿刺等结果。

(4) 社会心理评估：了解患者的心理反应，家属及亲友的态度及经济承受能力等。

二、护理措施

1、非手术护理

(1) 患者如无休克应取半卧位，以利呼吸、循环，使感染局限。

(2) 禁食，胃肠减压，以减轻腹胀和腹痛，改善肠壁血液循环，有利于胃肠功能的恢复。

(3) 病情观察：

① 密切观察患者腹部症状和体征变化，尤其注意腹痛、腹胀有无加剧，若发现异常，及时通知医生，配合处理。

② 观察呕吐物的颜色、量及性状，如呕吐黄绿色胆汁或棕褐色粪样肠内容物，提示有肠麻痹可能。

③ 记录24小时液体出入量，保持液体出入量平衡。

(4) 遵医嘱补充液体、电解质等，纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调；合理应用抗菌药物；必要时输血或血浆，以维持有效的循环血量。诊断不明确时，慎用镇痛药，以免掩盖病情。

九、肠梗阻的护理

一、护理评估

1、健康史 了解病人的一般情况，包括年龄、性别，发病前有无体位不当、饮食不当、饱餐后剧烈活动等诱因；既往有无腹部手术及外伤史、各种急慢性肠道疾病史及个人卫生情况等。

2、症状和体征

(1) 局部：评估腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便等症状的程度、有无进行性加重；呕吐物、排泄物、胃肠减压抽出液的量及性状；有无腹膜刺激征及其范围；评估梗阻的类型。

2、术后护理

(1) 血压稳定后，由平卧位改为半卧位。协助患者翻身和床上活动，鼓励尽早下床活动，预防肠粘连。

(2) 术后禁食2-3天，持续胃肠减压，待肛门排气后，拔除胃管，可进流质饮食，逐步过渡到半流质饮食、软食及普食。禁食期间做好口腔护理。

(3) 病情观察：

① 保持切口敷料干燥，如有渗血或渗液时应及时更换；密切观察有无切口感染征象。保持引流管通畅，观察引流液的颜色、量及性状并记录。

② 如术后3-5日腹部出现触痛、体温升高、脉速、排便次数增多，伴里急后重、尿频等，应警惕有肠间脓肿、膈下脓肿及盆腔脓肿形成的可能，及时通知医生。

(4) 遵医嘱合理使用抗菌药物；保持静脉输液通畅，维持水、电解质液平衡；需长时间禁食的患者，应及早考虑给予肠外营养支持，提高机体防御和修复能力。

三、健康指导要点

1、鼓励患者循序渐进、少量多餐，进食高热量、高蛋白、高维生素食物，促进手术切口的修复和愈合。

2、原有消化系统疾病史者若出现恶心、呕吐、腹痛、发热或原有消化系统疾病症状加重，应立即就诊。

四、注意事项

1、已经确诊、治疗方案已定者，可用哌替啶类止痛剂；对于诊断不明确或需要进行观察的病人，暂不用止痛剂，以免掩盖病情。

2、注意观察患者的情绪变化。

3、规范落实引流管的护理。

4、术后若出现腹胀、腹痛、恶心、呕吐或原有消化系统症状加重时，应立即就诊。

(2) 全身：评估生命体征的变化及皮肤粘膜的改变。

(3) 辅助检查：了解实验室检查是否提示有水、电解质及酸碱失衡及其类型，腹部X线平片检查有哪些异常。

(4) 社会心理评估：了解患者的心理反应，家属及亲友的态度及经济承受能力等。

二、护理措施

(一) 非手术治疗 / 术前护理

1、缓解疼痛与腹胀



(1) 胃肠减压：有效的胃肠减压对单纯性肠梗阻和麻痹性肠梗阻可达到解除梗阻的目的。

(2) 安置体位：取低半卧位，减轻腹肌紧张，有利于病人的呼吸。

(3) 应用解痉剂：在确定无肠绞窄后，可应用药物解除胃肠道平滑肌痉挛，抑制胃肠道腺体的分泌，使病人腹痛得以缓解。

2、维持体液与营养平衡

(1) 补液：补充液体的量与种类取决于病情，包括呕吐次数、量及呕吐物的性状等及皮肤弹性、尿量、尿比重、血液浓缩程度、血清电解质、血气分析结果等。

(2) 饮食与营养支持：肠梗阻时需禁食，应给予肠外营养。若梗阻解除，病人开始排气、排便，腹痛、腹胀消失 12 小时后，可进流质饮食，如无不适，24 小时后进半流质饮食；3 日后进软食。

3、呕吐护理：呕吐时坐起或头偏向一侧，及时清除口腔内呕吐物，以免误吸引起吸入性肺炎或窒息。呕吐后给予漱口，保持口腔清洁。观察和记录呕吐物颜色、性状和量。

4、严密观察病情变化、及早发现绞窄性肠梗阻。

5、术前准备：慢性不完全肠梗阻，需作肠切除手术者，除一般术前准备外，应按要求作肠道准备。急诊手术者，紧急做好备皮、备血、输液等术前准备。

(二) 术后护理

1、体位：全麻术后暂时予以平卧位，头偏向一侧；血压平稳后给予半卧位。

2、饮食：术后暂禁食，禁食期间给予静脉补液；待肠蠕动恢复、肛门排气后可开始进少量流质；进食后若无不适，逐步过渡至半流质。

3、术后并发症观察及护理

(1) 肠梗阻：可由广泛性肠粘连未能分离完全，或手术后胃肠道处于暂时麻痹状态，加上腹腔炎症、

重新引起粘连而导致。鼓励病人术后早期活动，如病情平稳，术后 24 小时即可开始床上活动，3 日后下床活动，以促进机体和胃肠道功能的恢复，防止肠粘连。一旦出现阵发性腹痛、腹胀、呕吐等，应积极采取非手术治疗措施，一般多可缓解。

(2) 腹腔内感染及肠痿：如病人有引流管，应妥善固定并保持通畅，观察记录引流液色、质、量。更换引流袋时注意无菌操作。监测生命体征变化及切口情况，若术后 3-5 日出现体温升高、切口红肿及剧痛时应怀疑切口感染，若出现局部或弥漫性腹膜炎表现，腹腔引流管周围流出液体带粪臭味时，应警惕腹腔内感染及肠痿的可能。根据医嘱进行积极的全身营养支持和抗感染治疗，局部双套管负压引流。引流不畅或感染不能局限者需再次手术处理。

三、健康指导要点

1、饮食指导：少食刺激性强的辛辣食物等，宜进高蛋白、高维生素、易消化吸收的食物。避免暴饮暴食，饭后忌剧烈活动。

2、保持排便通畅：老年便秘者应注意通过调整饮食、腹部按摩等方法保持大便通畅，无效者可适当给予缓泻剂，避免用力排便。

3、自我监测：指导病人自我监测病情，若出现腹痛、腹胀、呕吐、停止排便等不适，及时就诊。

四、注意事项

1、已经确诊、治疗方案已定者，可用解痉止痛剂；对于诊断不明确或需要进行观察的病人，暂不用止痛剂，以免掩盖病情。

2、注意观察患者的情绪变化。

3、若出现绞窄性肠梗阻，应在抗休克、抗感染的同时，积极做好术前准备。

4、术后若出现腹胀、腹痛、呕吐、停止排便、排气时，应立即就诊。

十、胃十二指肠溃疡大出血的护理

一、护理评估

1、健康史：患者有无溃疡病史。

2、相关因素：近期是否有服用 NSAID（非甾体抗炎药）药物、疲劳、饮食不规律等诱因。

3、症状和体征：有无呕血和黑便情况；有无休克情况；腹部有无压痛、反跳痛、肌紧张及其部位、程度和范围；肝浊音界是否缩小或消失；腹部有无移动性浊音；肠蠕动是否减弱或消失；直肠指检有无阳性体征。

4、辅助检查：包括胃镜、血常规、血管造影等检查结果。

5、社会心理评估：患者的心理反应及对疾病相关知识了解程度。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 取平卧位，绝对卧床休息。有呕血者，头偏向一侧，保持呼吸道通畅。

(2) 暂禁食，出血停止后，可进流质或无渣半流质饮食。

(3) 严密观察血压、脉搏、尿量、中心静脉压和周围循环情况，并做好记录。观察和记录呕血、便血情况；注意有无口渴、肢冷、尿少等循环血量不足的表现，如有异常，应及时通知医生处理。

(4) 遵医嘱补液，输血，应用止血药。情绪紧张者，可适当给予镇静剂。

(5) 关心、安慰患者，消除紧张和恐惧心理，



使其积极配合治疗和护理。

2、术后护理

(1) 麻醉清醒、血压稳定后，给予低半卧位，以利呼吸和循环。

(2) 术后禁食，持续胃肠减压，待胃肠道功能恢复后拔除胃管，当日可饮少量水或米汤；第2日进半量流质饮食，每次50-80ml；第3日进全量流质，每次100-150ml；第4日可进半流质饮食；第10-14日可进软食。少食产气食物，忌生、冷、硬和刺激性食物，注意少食多餐，开始时每日5-6餐，逐步减少进餐次数并增加每餐进食量，直至恢复正常饮食。

(3) 严密观察生命体征、切口及引流情况，记录24小时液体出入量。观察有无术后出血、感染、吻合口瘘或十二指肠残端破裂、消化道梗阻、倾倒综合征等并发症，如发现异常，及时通知医生处理。

三、健康指导要点

- 1、自我调节情绪，保持乐观的心理状态。
- 2、避免熬夜、过度劳累。

十一、结肠、直肠癌的护理

一、护理评估

1、健康史和相关因素

(1) 一般资料：了解患者年龄、性别、饮食习惯，有无烟酒、饮茶嗜好，是否合并高血压、糖尿病等。

(2) 家族史：家族成员中是否有无多发性息肉病、家族性无息肉结肠直肠癌、大肠癌或其他肿瘤患者。

(3) 既往史：患者是否有过大肠腺瘤病史、溃疡性结肠炎、克罗恩病、结肠血吸虫病肉芽肿等疾病史或手术史。

2、症状和体征

(1) 局部：患者排便习惯有无改变，是否出现腹泻、便秘、腹痛、腹胀等肠梗阻症状，有无粪便表面带血、黏液和脓液的情况。腹部有无扪及肿块，肿块大小、部位、硬度、活动度、有无局部压痛等。

(2) 全身：患者全身营养状况，有无肝大、腹腔积液、黄疸、消瘦或贫血等。

(3) 辅助检查：包括癌胚抗原测定、粪隐血试验、直肠检查、影像学、内镜检查和重要器官功能检查结果及肿瘤转移情况等。

(4) 社会心理评估：患者和家属对所患疾病的认知度及心理反应。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 摄入高蛋白、高热量、高维生素、易消化的营养丰富的少渣饮食。根据医嘱输液，纠正水、电解质紊乱酸碱平衡失调，必要时给予少量多次输血，以纠正贫血和低蛋白血症。

(2) 术前3日进少渣、半流质饮食，术前2

3、少吃多餐，避免辛辣、刺激性食物，戒烟、酒。进食后如有呕吐等不适，及时就诊。

4、避免服用对胃黏膜有损害的药物，如阿司匹林、吲哚美辛、皮质激素等。

四、注意事项

1、严密观察生命体征及病情变化，观察有无突发性上腹部刀割样剧痛，迅速波及全腹，并有面色苍白、出冷汗、脉搏细速、血压下降、四肢厥冷等表现应及时报告医生予以处理。

2、护士应注意观察患者情绪变化，解除思想顾虑，以取得配合。

3、早期协助病人行肢体的伸屈运动，预防深静脉血栓形成。

4、术后胃管和术区引流管必须妥善固定，经常挤捏，保持通畅，一旦脱出，不可盲目插入，必须通知主管医生，由主管医生重新置入，防止吻合口瘘。

5、术后胃容积受限，宜少量多餐进高营养饮食。

6、术后每次进食后需观察病人有无腹部不适。

天进无渣、流质饮食。术前3日口服肠道抗生素，如甲硝唑0.4g，每日3次，并补充维生素K，如维生素K48mg，每日3次。术前2日服用缓泻剂，如50%MgSO₄30-60ml口服；番泻叶15g泡茶500ml饮用；术前1日服用肠道灌洗液2000ml，于2小时内服完；术早晚及术日晨行清洁灌肠。

(3) 直肠肛管癌患者需备肛门周围、会阴部及腹部皮肤。

(4) 关心体贴患者，尤其对需做结肠造口的患者要耐心解释，告知结肠造口的作用，如何减少造口对日常生活的影响，帮助患者增强治疗疾病的信心。

2、术后护理

(1) 麻醉苏醒，病情稳定后取半卧位，以利呼吸和引流。

(2) 术后禁食，持续胃肠减压，行肠外营养。2-3日肛门排气或结肠造口排气后可拔除胃管，进少量流质饮食，逐步增加流质量，术后1周改为少渣半流质饮食，2周左右可进少渣普食，注意补充高热量、高蛋白、富含维生素、低脂食物，避免胀气或有刺激性气味的食物，注意饮食卫生。

(3) 病情观察：① 生命体征：监测体温、血压、脉搏、呼吸的变化并做好记录。② 术后并发症：观察有无切口感染、吻合口瘘的症状和体征，如有异常及时通知医生并协助处理。术后禁忌灌肠。

(4) 保持腹腔引流管、尿管引流通畅，避免引流管受压、扭曲和滑脱，观察并记录引流液的颜色、量及性状，如引流管周围敷料渗湿，应及时更换。

(5) 观察化疗药物反应，白细胞计数低于



3×10⁹/L 时应停药，并对症处理。

(6) 结肠造口护理:

① 造口开放前护理: 用凡士林或生理盐水纱布保护造口周围皮肤，外层敷料渗湿后及时更换，防止感染。观察有无肠段回缩、出血、坏死等并发症发生。

② 保护腹壁切口: 结肠造口一期开放者，术后 1-2 日粘贴造口袋，及时更换造口袋。

③ 指导使用造口护理用品: 向患者介绍结肠造口的护理方法和护理用品。

④ 预防造口并发症: 预防造口周围皮炎发生，更换造口袋时，观察造口周围皮肤有无湿疹、充血、水泡、破溃; 指导患者扩肛，每日 1-2 次，预防结肠造口狭窄。

(7) 消除患者及家属顾虑，帮助其逐渐适应造口，参加适量运动和社交活动，逐步恢复正常生活。

三、健康指导要点

1、合理饮食，适量运动，保持心情舒畅，学习

十二、胃癌的手术护理

一、护理评估

1、健康史: 有无上腹或胸骨后疼痛、嗝气、反酸、食欲不振，有无呕血和黑便; 有无消瘦和体重下降; 有无吸烟史; 家庭中有无胃癌或其他肿瘤患者; 既往有无慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉等病史。

2、相关因素: 患者的饮食喜好、生活习惯和生活工作环境。

3、症状和体征

(1) 局部: 患者腹部有无压痛或肿块，肿块大小、质地、是否活动; 有无腹胀或腹腔积液征。

(2) 全身: 有无远处转移的迹象，有无消瘦、贫血和营养不良，甚至恶病质的表现等。

(3) 辅助检查: 了解检查结果，以判断患者各脏器功能和胃癌的分期等。

(4) 社会心理评估: 患者的心理反应，对疾病相关知识及预后的了解和期望程度及家庭经济承受能力。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 给予高热量、高蛋白、富含维生素、低脂肪、易消化、少渣食物，注意少食多餐。合并幽门梗阻者术前应禁食(完全性梗阻)或给予无渣饮食(非完全性梗阻)。静脉输液、纠正营养不良及电解质紊乱、酸碱平衡失调，提高手术耐受性。

(2) 关心、安慰患者，向患者解释手术治疗的必要性，树立其战胜疾病的信心。

2、术后护理

(1) 麻醉清醒、血压稳定后，给予半卧位，以利呼吸和循环。

并掌握自我护理技巧。

2、出院后 2-3 个月内每 1-2 天扩张造口 1 次，若发现腹痛、腹胀，排便困难等造口狭窄征象应就诊。

3、每 3-6 个月复查 1 次。行放、化疗的患者定期检查血常规，尤其是白细胞和血小板计数。

四、注意事项

1、术前高位直肠癌应避免采用高压灌肠，以防癌细胞扩散。术后患者禁忌灌肠

2、有梗阻症状的病人应及早放置胃管，减轻腹胀。

3、注意观察患者情绪变化，解除思想顾虑，以取得配合。

4、活动时注意保护伤口，避免牵拉。

5、拔尿管后若排尿困难，可予热敷，诱导排尿、针灸、按摩等处理。

6、进食早期忌进易引起胀气的食物。

7、造口护理: 出院后每天扩张造口一次，若发现腹痛、腹胀、排便困难等造口狭窄征象应就诊。

(2) 术后禁食，行胃肠减压，待胃肠功能恢复后拔除胃管，当日可饮少量水或米汤; 第 2 日进半量流质饮食，每次 50-80ml; 第 3、4 日进全量流质，每次 100-150ml; 第 5、6 日可进半量半流质饮食，每次 50ml; 第 7/8 日全量半流质饮食，每次 100ml。少食产气食物，忌生、冷、硬和刺激性食物，注意少食多餐，开始时每日 5-6 餐，逐步减少进餐次数并增加每餐进食量，直至恢复正常饮食; 全胃切除和近端胃切除的患者，一般为术后 7 天拔除胃管，第 8 天半量流质饮食，每次 50ml; 第 9 日进全量流质，每次 100ml; 第 10 日可进半量半流质饮食，每次 50ml; 第 11 日全量半流质饮食，每次 100ml。

(3) 病情观察: 严密观察生命体征变化，记录 24 小时液体出入量。观察有无术后出血、感染、吻合口瘘或十二指肠残端破裂、消化道梗阻、倾倒综合征等并发症，如发现异常，及时通知医生处理。

① 术后出血:

a 短期内从胃管不断引流出新鲜血液，24 小时后仍未停止，甚至呕血和黑便。

b 病人腹腔引流管内引流出血性液体增多，每小时超过 100ML，持续 3 小时以上，或病人出现腹胀、腹围增大，伴面色苍白、脉搏细数、血压下降等表现时，提示可能有腹腔内出血，应立即报告医师，并配合医师进行相应的急救和护理。

② 十二指肠残端破裂: 多发生在术后 3-6 日，临床表现为突发性上腹部剧痛、发热和腹膜刺激征; 白细胞计数增加; 腹腔引流管或腹腔穿刺可抽得胆汁样液体。

③ 胃肠吻合口破裂或瘘: 多发生在术后 3-7 日，



表现为体温上升，上腹部疼痛和腹膜刺激征，胃管引流量突然减少而腹腔引流管的引流量突然增加，引流管周围敷料可被胆汁浸湿。④ 残胃蠕动无力：常发生在术后7-10日，患者在进食后发生上腹饱胀、钝痛和呕吐，呕吐物含食物和胆汁。

⑤ 术后梗阻：根据梗阻部位分为输入端梗阻、输出端梗阻和吻合口梗阻。

(4) 远期并发症：

① 碱性反流性胃炎：多表现为较为顽固的上腹或胸骨后烧灼痛，呕吐胆汁样液体且吐后疼痛不减轻，常伴体重减轻或贫血。

② 倾倒综合征：早期倾倒综合征多发生在进食后半小时内，循环系统症状包括心悸、心动过速、出汗、全身无力、面色苍白和头晕等；胃肠道症状有腹部绞痛、恶心/呕吐和腹泻等；晚期倾倒综合征多发生在餐后2-4小时，患者出现头昏、心悸、出冷汗、脉搏细弱甚至虚脱等表现。

③ 营养性合并症：主要表现为体重减轻、贫血和骨病等。

(5) 观察切口有无渗血、渗液，保持切口敷料干燥。胸腹联合切口置胸腔引流管者，应妥善固定并保持引流通畅、密闭，严格无菌操作，2-3日后可拔管。

三、健康指导要点

- 1、保持良好的心理状态，劳逸结合。
- 2、进食易消化、富含维生素饮食，少食多餐，忌食生、冷、硬、油煎、酸、辣等刺激性及易胀气食物。

十三、肠瘘的护理

一、护理评估

1、健康史：询问患者有无腹部外伤或手术史，了解外伤及手术情况；肠瘘发生的时间，有无腹痛、腹胀，外漏肠液的性质及排出量；治疗经过及其效果。有无糖尿病、高血压、动脉硬化、贫血、营养不良等影响机体愈合的并发症。

2、症状和体征

(1) 局部：

- ① 腹部有无腹膜刺激征象。
- ② 体表有无瘘管开口，肠瘘的类型、数目，肠壁上若有多个瘘口，其相互间关系。

③ 漏出的肠液对瘘口周围皮肤的损伤程度，有无继发感染。

④ 行非手术治疗者，观察双套管负压引流是否通畅及堵瘘治疗的效果。

(2) 全身：

① 是否出现寒战高热、呼吸急促、脉速等全身中毒症状。

② 全身营养状况，有无消瘦、乏力、贫血或水

肿表现。

3、术后化疗、放疗期间定期随访，检查肝功能、血常规等，预防感染。术后2年内每3个月复查1次，术后第3年每半年复查1次，以后至少每年复查1次至满5年。若有腹部不适、饱胀、肝区肿胀、锁骨上淋巴结肿大等表现，应及时复查。

四、注意事项

- 1、幽门梗阻病人术前三天用3%高渗盐水洗胃。
- 2、不能进食患者予以静脉营养，贫血患者输全血或血浆，以改善患者全身状况。
- 3、早期协助病人行肢体的伸屈运动，预防深静脉血栓形成。
- 4、术后胃管和术区引流管必须妥善固定，经常挤捏，保持通畅，一旦脱出，不可盲目插入，必须通知主管医生，由主管医生重新置入，防止吻合口瘘。
- 5、术后化疗、放疗期间定期门诊随访，若有腹部不适、胀满、肝区肿胀、锁骨上淋巴结肿大等随时复查。
- 6、术后胃容积受限，注意少食产气食物，宜少量多餐进高营养饮食，避免辛辣、刺激性食物，戒烟、酒。
- 7、术后每次进食后需观察病人有无腹部不适。
- 8、注意患者肺功能保护，术前一周禁烟，指导有效的深呼吸及咳嗽，有肺部感染的患者应控制感染，术后早期下床活动，进行有效的咳嗽，必要时行雾化吸入。

肿表现。

③ 有无皮肤弹性差、眼窝凹陷等脱水征及心律失常等电解质紊乱表现。

(3) 辅助检查：了解患者的各项实验室检查、影像学检查、瘘管造影、口服染料等检查结果。

(4) 社会心理评估：患者的心理反应，对疾病知识的了解程度及家庭经济支持情况等。

二、护理措施

1、非手术治疗

(1) 体位护理：取低半卧位，利于漏出液积聚于盆腔和局限化，减少毒素吸收。

(2) 营养支持：根据医嘱提供肠外或肠内营养支持，纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱。

① 高位肠瘘：

a. 瘘孔小，漏出物不多者可进软食，增加热量和蛋白质；

b. 瘘孔大，无梗阻者可进流质饮食；同时，分别放置引流管（也可用气囊导管行负压吸引），一管收集近端内容物，另一管滴注要素饮食；



c、漏出液过多难以控制者，需静脉补充营养，防止水、电解质紊乱及非酮性昏迷等并发症。②低位肠痿：给予高蛋白、高热量、高维生素的少渣饮食，避免腹泻。

(3) 病情观察：

① 密切观察生命体征变化，并做好记录。

② 观察有无压痛、反跳痛等腹膜刺激征。

③ 保持负压吸引及腹腔冲洗通畅，防止引流管扭曲及脱落，观察吸引液的颜色、量及性状，并做好记录。

(4) 向患者及家属解释肠痿的发生、发展过程及治疗方法，消除顾虑，增强战胜疾病的信心。

(5) 基础护理：

① 预防压疮：臀、背部使用软垫或气垫，定时翻身、按摩。

② 痿口护理：观察痿口局部有无红、肿、痛及周围皮肤糜烂等感染征象。保持痿口周围皮肤清洁干燥，局部清洁后涂抹 10% 复方氧化锌软膏。漏出液较多时，可粘贴痿口袋收集漏出液。

2、术前护理

(1) 肠道准备：术前 3 日进少渣、半流质饮食，口服肠道不吸收抗生素；术前 2 日进无渣流质饮食，术前 1 日禁食。术前 3 日开始用生理盐水灌洗痿口，术日晨从肛门及痿管行清洁灌肠。

(2) 皮肤准备：去除胶布，暴露局部皮肤，清除痿口周围污垢，保持皮肤清洁干燥。

(3) 药物应用：根据创面与痿口分泌物的细菌培养和药敏试验结果，遵医嘱合理应用抗菌药物，并观察其效果。

3、术后护理

(1) 麻醉苏醒后，生命体征稳定后可给予半卧位，利于呼吸和引流，减轻切口疼痛。

(2) 禁食期间持续全胃肠外营养支持，逐步恢

复肠内营养或经口饮食。

(3) 严密监测生命体征变化，并做好记录。观察切口渗血、渗液情况，警惕出血性休克的发生；观察有无切口感染、腹腔感染和再次痿的发生；观察有无肝肾功能障碍。

(4) 肠痿术后常留置较多引流管，应了解各种引流管的作用，并注明各管道名称，防止错接。严格无菌操作，妥善固定，避免扭曲、滑脱，保持通畅，观察并记录各引流液的颜色、性状和量。

(5) 关心、安慰患者，耐心解释，使其积极配合各项治疗和护理，增强战胜疾病的信心。

三、健康指导要点：1、切忌暴饮暴食，早期以低脂肪、适量蛋白质、高糖、清淡低渣饮食为宜；肠功能的恢复后逐步增加蛋白质与脂肪含量。2、指导患者术后早期进行床上活动，如翻身、肢体伸展活动等，并逐渐增加活动量；如病情许可，鼓励其尽早下床活动，以促进肠蠕动，防止肠粘连。

四、注意事项

1、负压引流具体应根据肠液粘稠度及日排出量调整，注意避免负压过小致引流不充分，或负压过大造成肠黏膜吸附于管壁引起损伤、出血。。

2、灌洗过程中应观察病人有无畏寒、心慌气急、面色苍白等不良反应，一旦出现立即停止灌洗，对症处理。

3、注意观察患者情绪变化，解除思想顾虑，以取得配合。

4、早期协助病人床上行肢体伸展运动，预防深静脉血栓形成。

5、做好痿口皮肤的护理，保持充分有效的腹腔引流，减少肠液漏出。

6、告知出院后切忌暴饮暴食，若出现腹痛、腹胀、排便不畅等现象应及时就医。

十四、腹部损伤的护理

一、护理评估

1、健康史：包括一般情况、外伤史、既往史等。

2、症状和体征

(1) 局部：有无压痛、反跳痛、肌紧张及其部位、程度和范围；肝浊音界是否缩小或消失；腹部有无移动性浊音；肠蠕动是否减弱或消失；直肠指检有无阳性体征。

(2) 全身：评估患者有无休克的早期征象；有无全身中毒症状；是否伴有呕吐、呕血及血便；有无合并其他器官损伤等。

(3) 辅助检查：血常规、腹腔穿刺结果及影像学检查结果。

(4) 社会心理评估：患者和家属的心理承受能

力及对相关知识的了解程度。

二、护理措施

1、急救护理

(1) 首先处理危及生命的因素，如心搏骤停、窒息、开放性气胸、大出血等。

(2) 疑有休克者应迅速建立静脉通道，及时输液、输血、扩充血容量，维持有效循环。

(3) 对开放性腹部损伤者，妥善处理伤口、及时止血、包扎固定。已脱出的内脏器官，切忌自行回纳腹腔，以免加重腹腔污染。

2、术前护理

(1) 绝对卧床休息，禁止随意搬动，以免加重腹痛；协助患者采取舒适体位。



(2) 因腹部损伤患者可能有胃肠道穿孔或肠麻痹,故诊断明确前应绝对禁食、禁水、禁灌肠,防止肠内容物漏出增加,加重腹痛和病情。

(3) 病情观察:

① 定时观察体温、呼吸、脉搏、血压变化,并做好记录。

② 观察腹痛性质、程度、时间、规律、伴随症状及诱发因素,肝浊音界有无缩小或消失,有无移动性浊音等。

(4) 遵医嘱静脉输液,应用抗菌、止血药,必要时输血、抗休克治疗。明确诊断前,慎用镇痛剂;开放性腹部外伤者,肌内注射破伤风抗毒素 1500U(注射前需做皮试)。

(5) 同情、理解患者,耐心解释病情及治疗过程,增强其战胜疾病的信心和勇气。

3、术后护理

(1) 血压稳定后,给予半卧位。协助患者翻身和床上活动,鼓励尽早下床活动,预防肠粘连。

(2) 禁食、禁水,持续胃肠减压至肠功能恢复,待肛门排气后,可进流质饮食,逐步过渡到半流质饮食、软食及普食。

(3) 病情观察:

① 严密观察体温、呼吸、脉搏、血压变化,并做好记录。

② 保持切口敷料干燥,如有渗血或渗液应及时更换;密切观察有无切口感染征象。保持引流管通畅,观察引流液的颜色、量及性状并记录。

③ 如术后 3-5 日腹部出现触痛、体温升高、脉速、

排便次数增多,伴里急后重、尿频等,应警惕有肠间脓肿、膈下脓肿及盆腔脓肿形成可能,及时通知医生。鼓励患者深呼吸,协助咳嗽排痰,预防肺部感染。

(4) 遵医嘱合理使用抗菌药物;保持静脉输液通畅,维持体液平衡;需长时间禁食的患者,应及时考虑给予肠外营养支持,提高机体防御和修复能力。

三、健康指导要点

1、积极宣传劳动保护、安全生产、交通规则等知识,避免意外损伤的发生。

2、告知患者及家属发生意外事故时简单的急救或自救措施;一旦发生腹部损伤,应及时就诊,以免贻误诊治。

3、加强锻炼、增强营养、促进康复,若有腹痛、腹胀、肛门停止排便排气等不适,应及时到医院就诊。

四、注意事项

1、观察期间应绝对卧床,不能随意搬动病人(包括大小便也不能离床)。如做特殊检查,应护送病人,轻抬轻放,病情平稳后可取半卧位。

2、观察期间禁用止痛剂,禁止灌肠。

3、如经观察不能排除腹腔内脏器破裂,全身情况有恶化趋势应终止观察,进行手术。

4、保持引流管通畅,勿扭曲、打折、受压,及时挤捏;若发现引流液突然减少,病人伴有腹胀、发热,应及时检查管腔有无堵塞或引流管是否滑脱。

5、腹腔引流管如引流出新鲜血每小时大于 100ML,应及时通知医师进行处理。

6、进食循序渐进,少食多餐,避免辛辣、刺激性及易胀气的食物,戒烟、酒。

十五、单纯甲状腺肿的护理

一、护理评估

1、健康史:评估患者的籍贯、发育史、用药治疗情况、家庭史。

2、相关因素:评估患者是否长期食用含硫脲的萝卜、白菜或因治疗服用硫脲类药物。

3、症状和体征:评估患者甲状腺有无肿大,剧烈活动时有无气促,有无声音嘶哑或吞咽困难。

4、辅助检查:评估颈部 X 线和 B 超检查结果。诊断性质可疑时,可行穿刺细胞性检查。

5、社会心理评估:评估患者情绪及心理反应。

二、护理措施

(一) 术前护理

(1) 按外科术前病人一般护理常规。

(2) 训练手术体位:术前指导病人训练手术体位(头低、颈过伸位及垫高肩部)。

(3) 测定基础代谢率:病人清晨、空腹、安静卧床时测量血压、脉搏,连续 3 天,计算基础代谢率,排除甲状腺功能亢进。

(4) 使用镇静药:术前晚及术晨根据医嘱给予镇静药。

(5) 床旁备气管切开用物:床旁备好气管切开包及吸引装置,以备术后抢救使用。

(二) 术后护理

(1) 术后取平卧位,待血压平稳或全麻清醒后改半卧位,利于呼吸和引流。改变卧位、坐起和咳嗽时可用手固定颈部。

(2) 术后清醒患者给予少量温凉开水,若无呛咳、误咽等不适,可给予微温流质,逐步过渡到半流质。

(3) 严密观察生命体征,注意颈部肿胀、渗血情况,及时更换敷料。

(4) 并发症的观察及处理:

① 呼吸困难和窒息:气管塌陷者应立即行气管切开或气管内插管;切口内出血压迫气管所致呼吸困难,应迅速拆开缝线,敞开伤口,清除血肿,结扎出血的血管;喉头水肿者遵医嘱立即应用大剂量激素,如地塞米松 30mg 静脉滴注,若呼吸困难无好转,可



行环甲膜穿刺或气管切开；黏痰堵塞气道者应立即吸痰或行超声雾化吸入。

② 喉返神经损伤：发生率约 0.5%，声音嘶哑为单侧喉返神经受压或操作所致，经理疗、发音训练等处理后，一般在 3-6 个月内可逐渐恢复；双侧喉返神经操作可引起失声，严重者发生呼吸困难甚至窒息。如发生窒息，应立即行气管切开，并做好气管切开护理。

③ 喉上神经损伤：外支神经损伤，可引起声带松弛和声调降低；内支损伤可引起进食、特别是饮水时发生误咽或呛咳，经理疗后可自行恢复。

④ 手足抽搐：若术中误切或挫伤甲状旁腺，可引起面部、口唇或手足部的针刺感、麻木感或强直感，应加强监测血钙浓度动态变化，抽搐发作时立即给予 10% 葡萄糖酸钙或氯化钙 10-20ml 缓慢静脉注射。

十六、甲状腺腺瘤的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者的籍贯、发育史、用药治疗情况、家庭史。

2、相关因素：评估患者是否长期食用含硫脲的萝卜、白菜或因治疗服用硫脲类药物。

3、症状和体征：评估患者甲状腺有无肿大，剧烈活动时有无气促，有无声音嘶哑或吞咽困难。

4、辅助检查：评估颈部 X 线和 B 超检查结果。诊断性质可疑时，可行穿刺细胞学检查。

5、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 指导患者训练手术体位（头低、颈过伸位及垫高肩部）。

(2) 患者于清晨、空腹、安静卧床时测量血压、脉搏，连续 3 天，计算基础代谢率，排除甲状腺功能亢进。

(3) 根据医嘱术前晚及术晨给予镇静剂。

(4) 床旁备好气管切开包及吸引装置。

2、术后护理

(1) 术后取平卧位，待血压平稳或全麻清醒后改半卧位，利于呼吸和引流。改变卧位、坐起和咳嗽时可用手固定颈部。

(2) 术后清醒患者给予少量温凉开水，若无呛咳、误咽等不适，可给予微温流质，逐步过渡到半流质。

(3) 严密观察生命体征，注意颈部肿胀、渗血情况，及时更换敷料。

(4) 并发症的观察及处理：

① 呼吸困难和窒息：气管塌陷者应立即行气管切开或气管内插管；切口内出血压迫气管所致呼吸困难，应迅速拆开缝线，敞开伤口，清除血肿，结扎出

三、健康指导

1、功能锻炼：病人在切口愈合后，可逐步练习颈部活动，促进颈部功能恢复。

2、防止方法：在流行地区，食用碘化食盐，每 10-20kg 食盐中均匀加入碘化钾或碘化钠 1g。多食含碘丰富的海带、紫菜等，必要时遵医嘱给予药物治疗。

四、注意事项

1、从生理、心理、社会等方面为患者提供整体护理服务，缓解患者焦虑情绪。

2、严密观察患者术后有无并发症，如发生并发症及时处理。

3、保持呼吸道通畅，注意避免引流管堵塞导致颈部积血、形成血肿压迫气管而引起呼吸不畅，鼓励和协助病人进行深呼吸和有效咳嗽。

血的血管；喉头水肿者遵医嘱立即应用大剂量激素，如地塞米松 30mg 静脉滴注，若呼吸困难无好转，可行环甲膜穿刺或气管切开；黏痰堵塞气道者应立即吸痰或行超声雾化吸入。

② 喉返神经损伤：发生率约 0.5%，声音嘶哑为单侧喉返神经受压或操作所致，经理疗、发音训练等处理后，一般在 3-6 个月内可逐渐恢复；双侧喉返神经操作可引起失声，严重者发生呼吸困难甚至窒息。如发生窒息，应立即行气管切开，并做好气管切开护理。

③ 喉上神经损伤：外支神经损伤，可引起声带松弛和声调降低；内支损伤可引起进食、特别是饮水时发生误咽或呛咳，经理疗后可自行恢复。

④ 手足抽搐：若术中误切或挫伤甲状旁腺，可引起面部、口唇或手足部的针刺感、麻木感或强直感，应加强监测血钙浓度动态变化，抽搐发作时立即给予 10% 葡萄糖酸钙或氯化钙 10-20ml 缓慢静脉注射。

三、健康指导要点

1、指导患者少食含有硫脲的萝卜、白菜等，青春发育期、妊娠期或绝经期的妇女宜多食含碘丰富的食物和海带、紫菜等。

2、20 岁以下的弥漫性单纯甲状腺肿患者应遵医嘱可给予小量甲状腺素，常用剂量为 30-60mg/ 次，2 次/ 日，3-6 个月为一疗程。

3、切口愈合后逐步练习颈部活动，促进颈部功能恢复。

4、流行地区，食用碘化食盐，每 10-20kg 食盐中均匀加入碘化钾或碘化钠 1g。

四、注意事项

1、从生理、心理、社会等方面为患者提供整体护理服务，缓解患者焦虑情绪。



2、严密观察患者术后有无并发症，如发生并发症应及时处理。

3、保持呼吸道通畅，注意避免引流管阻塞导致

十七、甲状腺癌的护理

一、护理评估

1、健康史：了解患者既往健康状况。

2、相关因素：有无手术史和相关疾病的家庭史。

3、症状与体征

(1) 局部：肿块与吞咽运动的关系；肿块的生长速度；颈部有无肿大的淋巴结。

(2) 全身：有无压迫症状，如声音嘶哑、呼吸困难、吞咽困难、Horner 综合征等；有无骨和肺转移征象；有无血清钙降低等征象；是否伴有其他内分泌腺体的增生。

4、社会心理评估：告知良性甲状腺肿瘤和甲状腺微小乳头状癌，手术切除效果好，以缓解患者焦虑情绪。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 指导患者手术体位（软枕垫于肩部，保持头低、颈过伸位）。

(2) 协助医师完成各项化验检查；影像学检查了解有无气管受压或移位；喉镜检查确定声带功能；测定血钙和血磷含量，了解甲状旁腺功能状态。

(3) 安慰患者，消除顾虑和恐惧，必要时遵医嘱给予镇静剂或安眠药物。

(4) 床旁备好气管切开包及吸引装置，以备术后抢救使用。

2、术后护理

(1) 术后取平卧位，待血压平稳或全麻清醒后

十八、腹外疝的护理

一、护理评估

1、健康史：患者的年龄、性别、婚姻、职业，女性患者生育史。

2、相关因素

(1) 有无慢性咳嗽、慢性便秘、排尿困难、妊娠、腹腔积液等腹内压增高情况；有无腹部损伤或手术史，切口愈合情况，有无切口感染；有无因肥胖、久病导致肌萎缩等；有无糖尿病或其他疾病。

(2) 腹外疝情况：腹股沟区有无异常，有无腹部不适、疼痛或绞痛，有无恶心、呕吐和停止排便、排气；肿块是否在站立、行走、咳嗽、用力时出现或膨大，能否在平卧休息时用手回纳。

3、症状与体征

(1) 局部：腹股沟区或外阴部有无隆起的肿块，肿块的部位、大小、形状、质地、有无压痛、能否回

颈部积血、形成血肿压迫气管而引起呼吸不畅，鼓励并协助病人进行深呼吸和有效咳嗽。

改半卧位，保持呼吸道和引流通畅。

(2) 监测血压、脉搏、呼吸、体温变化，观察有无切口出血、声音嘶哑、呛咳、误吸、手足抽搐等并发症发生，发现异常及时通知医生，并协助处理。

(3) 麻醉完全清醒或病情稳定后可进少量温凉流质，以后逐步过渡到半流质饮食及软食，禁忌过热饮食，以免加重切口出血。

三、健康指导要点

1、加强肩关节和颈部功能锻炼，促进颈部的功能恢复。

2、不同病理类型的甲状腺癌预后有明显差异，指导患者调整心态，积极配合后续治疗。

3、甲状腺全切除者，遵医嘱坚持服用甲状腺素制剂，预防肿瘤复发。

4、出院后定期复诊，检查颈部、肺部，若发现结节、肿块应及时就诊；定期检测甲状腺功能，发现异常及时就诊。

四、注意事项

1、从生理、心理、社会等方面为患者提供整体护理服务，缓解患者焦虑情绪。

2、严密观察患者术后有无并发症，如发生并发症应及时处理。

3、保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物，鼓励和协助病人进行深呼吸和有效咳嗽，必要时行超声雾化，使痰液稀释易于排出。

4、有效控制术后疼痛。

纳，有无肠梗阻或肠绞窄征象。

(2) 全身：有无因疝发生嵌顿或绞窄引起肠梗阻而导致电解质紊乱或脱水的迹象；有无感染中毒症状。

4、辅助检查：了解阴囊透光试验结果，了解血常规、粪便检查及X线检查结果。

5、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应，了解家庭经济状况等。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 术前如有咳嗽、便秘、排尿困难等症状者应做相应处理；吸烟者应在术前2周戒烟；多饮水、多吃蔬菜等粗纤维食物，以保持排便通畅。

(2) 疝块较大者减少活动，多卧床休息；离床活动时使用疝带压住环口。



(3) 注意观察腹部情况，患者若出现明显腹痛，伴疝块突然增大，有发生嵌顿疝的可能，应及时通知医生处理。

(4) 术前除常规的检查及准备外，便秘者术前后应灌肠，清除肠内积便，防止术后腹胀及排便困难。患者进手术室前，嘱其排尿，以防术中误伤膀胱。

(5) 嵌顿性及绞窄性疝患者多需行紧急手术。除一般护理外，应予禁食、输液、胃肠减压，纠正水电解质紊乱及酸碱平衡失调，抗感染治疗，必要时备血。

2、术后护理

(1) 术后取平卧位，膝下垫软枕，使髋关节微屈，以松弛腹股沟切口的张力和减少腹腔内压力，次日可改为半卧位。一般术后3-5日可离床活动。采用无张力疝修补术的患者可早期离床活动。年老体弱、复发性疝、绞窄性疝、巨大疝患者可适当延迟下床活动时间。

(2) 一般术后6-12小时进流质饮食，次日进软食或普食。行肠切除、肠吻合的患者，术后应禁食，待肠道功能恢复后，方可进流质饮食，再逐渐过渡为半流质、普食。

(3) 观察生命体征变化，有无切口渗血及阴囊

肿胀，保持切口敷料清洁、干燥，避免排尿、排便污染。为避免阴囊水肿，术后可用“丁”字带将阴囊托起或以小软枕抬高阴囊。

(4) 术后防止受凉引起咳嗽，指导患者在咳嗽时用手按压保护切口，以免缝线撕脱造成手术失败。保持排尿、排便通畅，必要时给予缓泻药。

三、健康指导要点

1、注意保暖，预防感冒咳嗽。

2、多吃粗纤维饮食，防止便秘，必要时使用缓泻剂，保持大便通畅，避免增加腹内压。

3、出院后逐渐增加活动量，3个月内避免重体力劳动或提举重物、剧烈运动等。适当锻炼身体，加强肌肉功能，预防复发。

4、若疝复发，应及时诊治。

四、注意事项

1、腹股沟疝手术有可能损伤膀胱而造成术后血尿。发现病人尿色有改变时，应及时留取尿标本送检并通知医生。

2、加强健康教育，注意避免腹内压升高的因素，积极预防和治疗相关疾病，如肺部疾患、前列腺肥大等。

第三节 胸心血管外科疾病护理常规

一、心胸外科疾病的一般护理

一、护理评估

1、健康史和相关因素：评估患者的年龄、身高、体重、发育、饮食习惯和营养状况及手术史、过敏史及家族史，有无出血性疾病和凝血系统的异常，近阶段是否服用抗凝药物或其他药物史。

2、身体状况：了解生命体征和心肺功能状况，有无发绀和呼吸困难、咳嗽咳痰、胸痛等以及患者的活动耐力和自理能力等。

3、辅助检查：主要评估患者X线、CT、MRI、B超、实验室检查、心电图检查及超声心动图检查等结果。

4、心理评估：评估患者有无恐惧、焦虑及对疾病的认知。评估家属对患者的关心程度及支持力度，家庭对手术的经济承受能力。

二、护理措施

1、按外科疾病病人一般护理常规。

2、活动与休息：注意休息，适量活动，避免劳累，保证充足睡眠。

3、饮食与营养：进普食，有水肿、心肺功能不全者应给予低盐饮食。食管疾病有梗阻或压迫症状时，给予半流质或流质饮食，必要时静脉补充水、电解质或提供肠内、肠外营养。

4、病情观察

(1) 生命体征：病人入院后测量体温、脉搏、呼吸每天4次连续测3天，若体温在37.5℃以上继续测至体温正常3天，测体重、血压每周1次。

(2) 症状和体征：观察有无胸痛、胸闷、气促、咳嗽咳痰、咯血、呕吐等情况。

5、辅助检查：肺部疾病病人，收集清晨痰液行痰培养及药敏试验检查，必要时送痰标本、抗酸杆菌、癌细胞等。

6、心理护理：关心、安慰病人，耐心解释，消除其顾虑及恐惧，树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、预防呼吸道感染：对嗜烟、酒病人，劝其戒除，减少术后呼吸道分泌物。

2、指导病人腹式呼吸和有效咳嗽的方法，教会其咳嗽时用双手按压患侧胸壁，以免切口疼痛。

3、口腔护理：朵贝溶液、甲硝唑或生理盐水漱口，每天3-4次。

4、体位引流：肺部化脓性疾病者痰量多时需行体位引流。按病灶部位指导病人采取合适体位，如病灶在下叶，取俯卧位，床脚抬高15°-20°；病灶在



中叶，取仰卧位，床脚抬高 15° - 20° ；病灶在上叶，取半卧位，角度为 30° - 60° 。每天2-3次，每次10-15分钟，以促进痰液排出，并记录24小时痰量及性状。

四、注意事项

二、胸部损伤的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者的受伤史，如受伤经过、暴力大小、受伤部位与时间、有无昏迷及恶心、呕吐等。

2、症状和体征：

(1) 生命体征是否平稳，有无呼吸困难、发绀、休克，有无意识障碍、肢体活动障碍等。(2) 疼痛的部位与性质，骨折的部位与性质，有无开放性伤口，器官位置有无偏移，有无反常呼吸运动等。

(3) 有无咳嗽、咳痰、咯血，痰量与性质，咯血量与次数等。

3、辅助检查结果：了解胸部X线检查、B超检查、血液生化等检查结果，以评估血、气胸的来源、程度，气胸的性质，有无肋骨骨折及有无胸内器官的损伤等。

4、社会心理评估：患者有无焦虑或恐惧，患者和家属对损伤及其预后的认知程度。

二、护理措施

1、现场急救：胸部损伤患者如有危及生命的现象时，护士应协同医生采取紧急措施，予以急救。

(1) 连枷胸：用厚敷料加压包扎患处胸壁，以消除反常呼吸运动。

(2) 开放性气胸：立即用厚敷料封闭胸壁伤口，变开放性气胸为闭合性气胸，阻止气体继续进出胸膜腔。

(3) 积气量多的闭合性气胸或张力性气胸，立即用粗针头于患侧锁骨中线第2肋间穿刺排气或行胸膜腔引流。

2、维持呼吸功能：

(1) 保持呼吸道通畅，鼓励和协助患者有效咳嗽、排痰，及时清除口腔和呼吸道内的血液、痰液及呕吐物。

(2) 给予氧气吸入，供给机体所需的氧量。

(3) 病情稳定者取半坐卧位，以利于改善呼吸。

(4) 定时协助患者翻身、扶坐、拍背，预防肺不张等肺部并发症的发生。

(5) 必要时行气管切开，呼吸机辅助呼吸。

3、病情观察：

(1) 严密观察生命体征变化，尤其应注意体温、神志、瞳孔、动脉血氧饱和度、胸部、腹部体征和肢体活动等情况，警惕复合伤发生。

(2) 注意观察患者呼吸频率、节律及幅度的变化，有无缺氧症状，如气促、发绀、呼吸困难等。

1、对于长期服用阿司匹林的病人，术前7日停药；术前使用华法林抗凝的病人，大手术前4-7日停药，但是对血栓栓塞的高危病人在此期间应继续使用肝素。

2、心脏外科病人手术24小时内不用低分子肝素。

(3) 注意观察有无气管移位、皮下气肿等。

(4) 必要时测定中心静脉压和尿量，注意观察有无心脏压塞征象。

4、补充血容量，维持正常心排量：迅速建立有效静脉输液通道，补充液体，维持水、电解质及酸碱平衡。

5、减轻疼痛与不适：肋骨骨折患者可采用弹性胸带固定，连枷胸患者可采用手术进行肋骨内固定。当患者咳嗽或咳痰时，协助或指导患者及家属用双手按压患侧胸壁，以减轻疼痛。遵医嘱应用止痛药。

6、预防感染：

(1) 注意观察体温变化，及早发现感染征象。

(2) 保持胸腔闭式引流管通畅，及时引流出积血、积气，预防胸腔感染的发生。

(3) 鼓励患者咳嗽、排痰、深呼吸及腹式呼吸，以促进肺扩张，预防肺部感染发生。

(4) 遵医嘱合理应用抗生素。

(5) 有开放性伤口者，应注射破伤风抗毒素。

7、床旁急救：对疑有心脏压塞者应积极配合医生行心包穿刺术，并做好开胸探查术的准备。若发生心脏停搏则行心肺复苏，必要时可行开胸挤压心脏。

8、心理护理：护士应加强与患者的沟通，做好心理护理及相关知识介绍，增强患者信心，使其配合治疗及护理，促进康复。

三、健康指导要点

1、急救知识

(1) 急救手术指导：当胸部损伤出现大出血、休克、昏迷、极度呼吸困难、急性心力衰竭等危及患者生命的征象时，需行紧急开胸手术探查。术前应向家属说明，使其做好充分的思想准备。积极配合医护人员，以达到赢得抢救时间、挽救患者生命的目的。

(2) 变开放性损伤为闭合性损伤：在胸腔开放性损伤的紧急情况下，应立即使用无菌或干净的敷料加压包扎，以阻止外界空气通过伤口不断进入胸膜腔内，压迫心肺及胸腔内大血管而危及生命。

(3) 患者送入医院时，患者家属应详细向医护人员叙述受伤时的情况，以利伤情判断。

2、相关检查、治疗、护理知识

(1) 解释吸氧、胸膜腔穿刺、心包穿刺、胸膜腔闭式引流的意义和注意事项，如这些操作的意义在于：改善缺氧，明确诊断，排除积血积气，缓解症状，



预防感染。

(2) 体位指导：胸部损伤合并休克、昏迷者应采取平卧位；剖胸探查术后若生命体征平稳，无异常情况，可取半坐卧位，有利于咳嗽、排痰、呼吸、引流和减轻伤口疼痛。

(3) 指导患者训练腹式深呼吸及有效咳嗽、排痰。

三、脓胸病人的护理

一、护理评估

1、健康史：①一般情况：了解病人的年龄、性别、婚姻和职业等；成年女性病人月经史、生育史等；②疾病史：有无肺炎久治不愈或其他反复发作的感染性疾病史、发病经过及诊治过程。

2、身体状况

(1) 局部：病人有无胸痛、呼吸急促；有无咳嗽、并评估咳嗽，痰量、颜色及性状；胸部有无塌陷、畸形；肋间隙是饱满还是变窄；气管位置是否居中；纵膈有无移位；呼吸音是否减弱或消失；患者胸部叩诊有无浊音；是否有杵状指（趾）等。

(2) 全身：病人有无发热、发绀；有无水、电解质失衡；有无全身乏力、食欲减退、消瘦、贫血、低蛋白血症等慢性全身中毒症状等。

(3) 辅助检查：

①血常规是否示白细胞计数升高，中性粒细胞比例增高；或红细胞计数和血细胞比容降低；②有无低蛋白血症；

③脓液细菌培养结果；

④胸部X线检查有无异常发现。

3、心理-社会状况 病人和家属对疾病的认知、心理承受程度、有无异常情绪和心理反应等。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、加强营养 多进食高蛋白、高热量和富含维生素的食物。对有贫血和低蛋白血症者，可少量多次输入新鲜血或血浆。

2、注意皮肤护理 协助病人定时翻身和肢体活动；及时更换汗湿衣被，擦洗身体，预防压疮的发生。

3、心理护理 关心、安慰病人，耐心解释，消除其顾虑及恐惧，树立战胜疾病的信心。

4、改善呼吸功能

(1) 体位：取半坐卧位，以利呼吸和引流。

(2) 吸氧：根据病人呼吸情况，酌情给氧2-4L/min。

(3) 保持呼吸道通畅：痰液较多者，协助病人

四、自发性气胸的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者年龄、身高、体型、发育、

四、注意事项

1、若刺入心脏的致伤物尚留存在胸壁，不宜急于拔除。

2、保持呼吸道通畅，预防呼吸系统并发症。

3、做好胸腔闭式引流护理。

排痰或体位引流，并遵医嘱合理应用抗生素控制感染。

(4) 协助医师进行治疗：协助医生进行胸腔穿刺抽脓或行胸腔闭式引流术。

(二) 术后护理

1、严密监测病情：严密监测病人心率、血压、呼吸及神志变化；注意观察病人的呼吸频率、幅度，有无呼吸困难、发绀等征象，发现异常及时通知医师。

2、维持有效呼吸

(1) 控制反常呼吸：慢性脓胸行胸廓成形术后病人，应让其取术侧向下卧位，用厚棉垫、胸带加压包扎，控制反常呼吸。

(2) 呼吸功能训练：鼓励病人有效咳嗽、排痰、吹气球、使用深呼吸功能训练器，促使肺充分膨胀，增加通气容量。

3、保持引流管通畅：做好胸腔闭式引流的护理，严密观察生命体征及引流液的性状和量，发现异常及时报告。

4、减轻疼痛：指导病人作腹式深呼吸，减少胸廓运动、减轻疼痛；必要时予以镇静、镇痛处理。

5、降温：高热者给予冰敷、乙醇擦浴等物理降温措施，鼓励病人多饮水，必要时药物降温。

6、康复训练：胸廓成形术后病人采取直立姿势，坚持练习头部前后左右回转运动，练习上半身的前屈运动及左右弯曲运动。

三、健康指导要点

1、疾病预防：注意保暖，避免受凉，防止肺部感染。

2、疾病康复：嘱病人加强营养。保证充足睡眠，避免劳累。指导病人进行呼吸功能锻炼，改善肺功能；遵医嘱按时服药，定期复查肺功能，不适随诊。

四、注意事项

1、术后病情平稳者取半坐卧位，以利呼吸和引流。有支气管胸膜瘘者取患者卧位，以免脓液流向健侧或发生窒息。

2、注意观察患者体温变化，合理使用抗生素预防感染。

职业，有无吸烟史、过敏史。

2、症状和体征：评估患者有无胸痛、胸闷、呼



吸困难，呼吸音是否减弱或消失，气管位置是否居中

3、辅助检查：主要评估患者胸部X检查、CT检查结果，以便了解肺受压程度，肺内病变情况以及有无胸膜粘连、胸腔积液及纵膈移位等。

4、心理评估：评估患者有无恐惧、焦虑及对疾病的认知。评估家属对患者的关心程度及支持力度，家庭对手术的经济承受能力。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、休息与卧位：指导卧床休息，血压平稳者取半卧位，有利于呼吸、咳嗽排痰及胸腔引流。

2、给氧：根据病人缺氧的严重程度选择适当的给氧方式和氧流量。

3、病情观察：密切观察病人的呼吸频率、呼吸困难和缺氧情况、治疗后反应和治疗后患侧呼吸音的变化等，有无心率加快、血压下降等循环衰竭的征象。

4、心理支持：当病人呼吸困难严重时应尽量在床旁陪伴，解释病情和及时回应病人的需求。

(二) 术后护理

1、病情观察：病人术后返回病房，妥善安放、固定各种管路并保持通畅。密切观察病人生命体征的变化，给予心电监测，并详细记录。

2、呼吸道管理：协助咳嗽咳痰：卧床期间，定时协助病人翻身、坐起、叩背、咳嗽，指导鼓励病人做深呼吸运动，促使肺扩张，预防肺不张或肺部感染等并发症的发生。

3、胸腔闭式引流的护理：

- ①保持管道密闭性；
- ②严格无菌技术操作；
- ③观察引流、保持通畅；

五、肺癌的手术护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者的吸烟史及家族史。

2、诱发因素：

(1) 评估患者是否长期接触石棉、铬、铜、锡、砷、放射性物质等。

(2) 评估患者的免疫状态、代谢活动、生活习惯、肺部慢性感染等。

3、症状和体征：评估患者有无刺激性咳嗽、痰中带血，有无胸闷、气短、疼痛及体重下降等。

4、辅助检查：主要评估患者胸部X检查、CT检查、痰细胞学检查、支气管镜检查结果，以确定有无肿瘤以及肿瘤类型、大小、部位、范围。

5、心理评估：评估患者有无恐惧、焦虑及对疾病的认知。评估家属对患者的关心程度及支持力度，家庭对手术的经济承受能力。

④拔管的护理。

4、并发症的观察与护理：

- ①切口感染；
- ②肺部感染和胸腔内感染。

5、基础护理：由于切口疼痛及带有各种管道，病人自理能力下降，根据病情和病人需要做好基础护理和生活护理，如口腔护理、皮肤护理、会阴护理等；鼓励病人早期下床活动，促进疾病康复。

三、健康指导要点

1、有效咳嗽、咳痰 向病人讲解腹式呼吸和有效咳嗽、咳痰的意义并给予指导。

2、告知胸腔闭式引流的目的、注意事项及配合方法。

3、指导病人避免气胸的诱发因素：

- ①避免抬举重物、剧烈咳嗽、屏气、用力排便。
- ②注意劳逸结合，在气胸痊愈后的1个月内，不进行剧烈活动。

③保持心情愉快，避免情绪波动。

④劝导吸烟者戒烟。

四、注意事项

1、急性自发性气胸病人应绝对卧床休息，避免用力、屏气、咳嗽等增加胸腔内压的活动。

2、规范执行胸腔引流管护理常规。若引流管从胸腔滑脱，立即用手捏闭伤口处皮肤，消毒处理后，以凡士林纱布封闭伤口，并协助医师进一步处理。若引流瓶损坏或引流管连接处脱落，立即用双钳夹闭胸腔引流导管，并更换引流装置。

3、大量抽气或放置胸腔闭式引流管后，如呼吸困难缓解后再次出现胸闷，并伴有顽固性咳嗽、患侧肺部湿性啰音，应考虑复张性肺水肿的可能，立即报告医生进行处理。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 呼吸道护理：改善肺功能，预防术后感染。

① 戒烟：吸烟使气管、支气管分泌物增加，妨碍纤毛的活动和清洁功能而致肺部感染。

② 注意口腔卫生。

③ 保持呼吸道通畅。

④ 预防性应用抗生素。

(2) 饮食护理：指导患者进高热量、高蛋白、富含维生素饮食。必要时静脉补充营养。

(3) 心理护理：多关心体贴患者，耐心细致地做好各种宣教，减轻其焦虑、恐惧心理，让患者情绪稳定，充满信心，接受治疗。

(4) 手术前指导：

① 指导患者练习腹式呼吸，有效咳嗽，以促进



肺扩张。

② 指导患者床上活动。

③ 训练手术侧手臂及肩部主动活动，可维持关节正常功能。

④ 做好健康教育，讲解术后配合方法，介绍胸腔引流管的目的及注意事项。

2、术后护理

(1) 病情观察：严密观察生命体征变化，持续心电图监护，同时注意动脉血氧饱和度、中心静脉压及末梢循环情况。

(2) 呼吸道护理：

① 有气管插管、呼吸机辅助呼吸的患者，应随时吸尽其呼吸道分泌物，每次吸痰前要充分吸氧，并监测血氧饱和度及血气分析结果。

② 常规鼻导管吸氧。

③ 鼓励患者深呼吸、咳痰，必要时行超声雾化吸入、吸痰或气管切开。

④ 观察患者呼吸频率、幅度、节律及双肺呼吸音等情况。

(3) 疼痛护理：适当给予止痛剂，安置舒适的体位，协助翻身，以增加患者的舒适度。

(4) 补液及营养：

① 严格控制输液的量和速度，防止前负荷过重而导致急性肺水肿。

② 记录 24 小时液体出入量。

③ 保证营养，提高机体抵抗力，胃肠蠕动恢复后可开始进食清淡流质、半流质饮食，饮食宜为高蛋白、高热量、富含维生素、易消化饮食。

(5) 休息与活动：

① 患者麻醉未清醒时取平卧位，意识恢复、生命体征平稳后取平卧位，全肺切除者，可采取 1/4 侧卧位。

② 鼓励患者早期下床活动，根据患者情况逐日增加活动量。

③ 促进手臂和肩部的运动，预防机体失用性萎缩。

(6) 胸腔闭式引流的护理：密切观察引流液量、

颜色及性状，当引流出较多血液（每小时为 100-200ml）时，应考虑有活动性出血。全肺切除术后所置的胸腔引流管一般呈钳闭状态，注意随时观察病人的气管是否居中，有无呼吸或循环功能障碍。若气管明显向健侧移位，在排除肺不张后，可酌情放出适量的气体或引流液，但每次放液量不宜超过 100ml，速度宜慢，避免快速多量放液引起纵膈突然移位，导致心搏骤停；注意观察引流量；引流管避免牵拉和受压，防止脱出。

(7) 伤口护理：检查敷料是否干燥，有无渗血。

三、健康指导要点

1、早期诊断：40 岁以上人群应定期进行胸部 x 线检查。

2、戒烟。

3、出院指导：

① 有效活动与深呼吸。

② 保持良好的口腔卫生，尽量避免出入人多及刺激物或灰尘多的地方。

③ 保持良好的营养状况，每天保持充分休息与活动。

④ 定期复诊。

⑤ 接受化疗者，在治疗过程中应注意血常规的变化，定期复查血细胞和肝功能等。

四、注意事项

1、全肺切除术后应严格控制钠盐摄入量，24 小时补液量控制在 2000ml 内，速度宜慢，以 20-30 滴 / 分为宜。

2、术后 24 小时 -36 小时，病人血压常会有波动，需密切观察肢端温度、甲床、口唇及皮肤色泽，周围静脉充盈情况等。若血压持续下降，应考虑是否存在心功能不全、出血、疼痛、组织缺氧或循环血量不足等情况。

3、一般术后 3 日内（年老体弱、有心血管疾病者术后 7 日内）蹲便易引起体位性低血压，应协助患者在床上使用便器或坐位排便。

六、贲门失弛缓症的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者有无自身免疫及免疫遗传因素、神经介质因素、病毒感染等。

2、症状和体征 无痛性咽下困难是本病最常见最早出现的症状；后期可表现为闷痛、灼痛、针刺痛、割痛或锥痛；食管反流、体重减轻、出血和贫血、呃逆等其他症状。

3、辅助检查 食管钡餐 X 线造影、食管动力学检测、胃镜检查等。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、协助病人做好口腔护理，进食时不要说话，以免引起误吸。

2、向病人及家属讲解疼痛的原因，消除病人紧张心理，帮助病人减少或去除加重或诱发疼痛的因素。

3、戒烟、戒酒，避免过冷、过硬及刺激性食物

(二) 术后护理

1、一般护理：患者返病房后，加床档，去枕平卧位，术后常规吸氧、心电图监护、密切观察生命体征的变化。



2、管道的护理：各管道保证有效的引流，做好引流液的量及性质，如有异常及时通知医生。

3、呼吸道的护理：全麻术后予以氧气雾化吸入，协助病人排痰，预防肺部感染。

4、生活及饮食的护理：术后生命体征平稳取半卧位、拔除胃管后，可喝少量水，如果已经排气，并无腹胀或恶心，可开始进流质饮食（米汤），少量多餐，逐步进半流质饮食。

5、并发症的观察：主要并发症有反流性食管炎、术中贲门黏膜破裂、食管瘘及消化道出血等，术后观察有无呃气、反酸、胸骨后疼痛、呕吐等症状的发生。

七、肺结核的手术护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者的吸烟史、家族史和过敏史及用药情况。

2、症状和体征：评估患者生命体征尤其是体温的情况，有无午后发热、盗汗等，有无食欲减退、体重下降，有无咳嗽、咯血，有无胸痛、呼吸困难等。

3、辅助检查：主要评估患者胸部X检查、CT检查、痰细胞学检查、支气管镜检查结果，以确定病灶的部位、范围、性质、发展情况。

4、心理评估：评估患者有无恐惧、焦虑及对疾病的认知。评估家属对患者的关心程度及支持力度，家庭对手术的经济承受能力。

二、护理措施

（一）术前护理

1、改善营养状况 鼓励摄入营养均衡的饮食，满足机体的营养需求，保持口腔清洁；若有咯血，在咯血后用生理盐水漱口，以除去血腥味，促进食欲。

2、呼吸道准备 术前戒烟2周，指导病人进行呼吸功能训练，保持呼吸道通畅。

3、维持正常体温

①降温：体温超过38.5℃，采用物理降温遵医嘱给予药物降温；低热或盗汗者，予温水擦浴，勤更衣，保持舒适。

②补液：遵医嘱给予输液，补充水分；

③抗结核治疗：遵医嘱给予抗结核药物，直至病情稳定。

4、促进休息：协助消除紧张与恐慌，让其得到充分休息。

（二）术后护理

1、维持有效的气体交换

（1）体位：麻醉清醒前，去枕平卧，头偏向一侧；麻醉清醒后生命体征平稳者，鼓励病人取患侧卧位，以减少患侧肺活动并促进愈合。

6、心理护理：告诉患者手术顺利，保持病房环境安静，避免不良刺激。

三、健康指导要点

1、少食多餐、饮食细嚼，避免过冷过热和刺激性饮食。

2、对精神神经紧张者可予以心理治疗。

四、注意事项

1、做好胃肠减压护理，严防管路滑脱，若胃管不慎滑脱，不可盲目插入，以免发生吻合口瘘。

2、患者进食后、夜间休息时要抬高床头，以防胃内容物反流误吸致窒息等。

（2）保持呼吸道通畅

①协助咳嗽、排痰：指导病人深呼吸，有效咳嗽排痰。

②预防窒息：

a. 舌后坠者：用手托起下颌，解除呼吸道梗阻；

b. 喉痉挛者：立即解除诱因，加压给氧，必要时行气管插管用呼吸机辅助呼吸；

c. 呼吸道分泌物过多者：鼓励咳嗽排痰，用吸引器吸去咽喉及口腔内分泌物；必要时行纤维支气管镜吸痰，甚至气管切开吸痰。

（3）给氧：病人出现胸闷、气促、呼吸困难时给予吸痰，注意肺呼吸音的变化，发现异常及时通知医师并协助处理。

2、饮食护理：

术后12小时后可进流质饮食，24小时后可进半流质饮食，48小时后可进普食，以丰富蛋白质、维生素的均衡饮食为宜。

3、预防继发感染：

①协助医师治疗，遵守无菌操作原则；

②保持病人清洁卫生和室内空气流通、清新；

③遵医嘱使用抗结核、抗感染药物。

三、健康指导要点

1、加强营养，改善营养状况。

2、指导呼吸功能训练及深呼吸，有效咳嗽的方法。

3、介绍胸腔引流设备，并告知患者术后安放胸腔引流管的目的及注意事项。

4、指导病人服药的方法及药物的不良反应。

四、注意事项

1、保持呼吸道通畅。咯血者，应安慰病人，避免恐慌；指导患者绝对卧床休息，注意观察咯血量及生命体征的变化。

2、规范执行胸腔引流管护理常规。

八、食管癌的护理



一、护理评估

1、健康史：评估患者有无龋齿、口腔不洁、食管的慢性炎症、各种慢性刺激、其他恶性肿瘤及家族史。

2、症状和体征：早期主要表现为吞咽食物时胸骨后疼痛，烧灼感或不适，主要症状是中晚期进行性吞咽困难。

3、辅助检查：了解食管吞钡造影、内镜及超声内镜检查、CT 等结果，以判断肿瘤的位置、有无扩散或转移。

4、社会心理评估：评估患者对疾病的认知，有无恐惧、消极心理及经济承受能力。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 饮食护理：术前给予高热量、高蛋白、富含维生素的流质或半流质饮食，必要时静脉补充水、电解质及血浆或全血等，根据病情给予肠外营养支持。

(2) 保持口腔清洁：进食或呕吐后给予漱口，避免因局部感染造成术后吻合口瘘。

(3) 呼吸道准备：术前严格戒烟，训练患者有效咳嗽、咳痰和腹式呼吸。使用抗生素控制呼吸道感染。

(4) 胃肠道准备：

① 术前3日进流质饮食，术前1日禁食。对于进食梗阻明显者，术前一晚给予0.5%甲硝唑溶液100ml及庆大霉素16万U加0.9%氯化钠溶液250ml经鼻胃管冲洗食管及胃。

② 结肠代食管手术患者，术前3-5日口服肠道抗生素，如庆大霉素、甲硝唑等，术前2日进食无渣、流质饮食，术前一晚清洁灌肠。

③ 术日晨常规置胃管，通过梗阻部位时不能强行插入，可置于梗阻部位上端，待手术中直视下再置于胃中。

(5) 心理护理 护士应加强与患者和家属的沟通，讲解手术治疗的重要性，稳定患者的情绪，使其以积极的心态接受手术治疗。

2、术后护理

(1) 病情观察：

① 密切观察生命体征变化，每0.5-1小时监测1次，平稳后改为2-4小时监测1次。

② 观察胸腔闭式引流液性质、颜色、量并记录。若引流液中有食物残渣，提示有食管吻合口瘘；若引流量多，由清亮转为浑浊，则提示有乳糜胸；若血性引流液 $> 100\text{ml} / \text{h}$ ，持续3小时以上，提示胸腔内有活动性出血。

(2) 呼吸道的护理：持续氧气吸入，密切观察呼吸形态、频率和节律变化，经常听诊双肺呼吸音是否清晰。鼓励患者进行有效咳嗽、排痰；对于痰多咳

嗽无力者，应立即行鼻导管深部吸痰，必要时用纤维支气管镜吸痰或气管切开，防止发生肺不张。

(3) 胃肠减压的护理：术后持续胃肠减压，减轻腹胀对吻合口的影响。保持胃管通畅，妥善固定，防止脱出。若引流出大量血性液体，患者出现血压下降、烦躁、脉搏增快等，提示吻合口出血。胃管不通畅时，可用少量0.9%氯化钠溶液低压冲洗，胃管脱出后应严密观察病情，不应再盲目插入，以免发生吻合口瘘。

(4) 饮食护理：

① 常规禁食7-10日后，病情允许时开始进流质饮食，从每2小时给60-100ml开始逐渐增多。术后10-12日进全量流质或少量半流质饮食。手术3周后患者若无特殊不适可进普食。禁食期间勿咽下唾液。

② 遵循少食多餐的原则，防止进食过多、速度过快，避免进食坚硬的食物，以免发生晚期吻合口瘘。

③ 告知患者饭后勿立即平卧，睡眠时将枕头垫高，防止胃液反流至食管。

(5) 胃肠造瘘术后的护理：保持造瘘口周围皮肤的干燥，并涂氧化锌油膏保护皮肤。胃造瘘管妥善固定，防止脱出、阻塞。教会患者及家属选择合适的食物及配制的方法。

(6) 放疗、化疗护理：放疗、化疗期间患者应充分休息，合理调配饮食，以增进食欲，注意口腔卫生，预防上呼吸道感染。观察放疗、化疗的不良反应。

(7) 并发症的护理：

① 肺不张、肺部感染：术后加强呼吸道管理，定时给患者拍背，协助患者有效咳痰，及早应用有效抗生素。

② 吻合口瘘：多发生在术后5-10日，表现为呼吸困难、胸腔积液、高热等全身中毒症状，应严密观察，如发生上述情况应立即嘱患者禁食，行胸腔闭式引流，加强抗感染及营养支持治疗。

③ 乳糜胸：多因术中损伤胸导管所致，表现为大量胸液、胸闷、气急等。如发生，应尽早日行胸导管结扎术及胸腔闭式引流术。

三、健康指导要点

1、饮食：

① 少量多餐，由稀到干，逐渐增加食量，并注意进食后的反应。

② 避免进食刺激性食物和碳酸饮料，避免进食过快、过量及硬质食物。

③ 餐后取半卧位，以防止进食后反流、呕吐，利于肺膨胀和引流。

2、休息与活动：保证充分睡眠，劳逸结合，逐渐增加活动量。活动时应注意掌握活动量，术后早期不宜下蹲大小便，以免引起体位性低血压或发生意外。

3、加强自我观察：若术后3-4周再次出现吞咽



困难，可能为吻合口狭窄，应及时就诊。

4、定期复查，坚持后续治疗。

四、注意事项

1、术前留置胃管，若通过梗阻部位时不能强行插入，可置于梗阻部位上端，待手术中直视下再置于

九、动脉导管未闭的护理

一、护理评估

1、神志、面容、喂养情况（婴幼儿）、营养状况及生长发育情况。

2、口唇、指（趾端）皮肤颜色、有无下半身青紫、发绀状态、血氧饱和度、动脉血气分析（必要时）。

3、体温、脉搏、呼吸及血压的情况。

4、吃奶（婴幼儿）、活动、哭闹时有无缺氧征象。

5、皮肤完整性、出入量是否平衡。

6、有无感染的症状和体征，反复呼吸道感染病史。

二、护理措施

1、术前护理

（1）术前测量身高、体重，便于计算术中和术后用药。

（2）心功能不全者应限制活动，以免加重心肺负荷。

（3）注意防寒保暖，预防呼吸道感染。

（4）指导患者掌握腹式深呼吸及咳嗽排痰方法，以便术后配合。

（5）加强呼吸道护理：密切观察呼吸频率、节律、幅度和双肺呼吸音，必要时遵医嘱给予抗生素。

2、术后护理

（1）密切观察生命体征、心电图和动脉血氧饱和度变化。

（2）有气管插管、呼吸机辅助呼吸的患者，应随时吸尽其呼吸道分泌物，注意无菌操作，动作轻柔，每次吸痰前要充分吸氧，并监测血氧饱和度及血气分析结果。约束四肢并观察血运，保持引流管通畅，防止管道牵拉和反折。

（3）呼吸道护理：患者因动脉导管未闭，肺充血，抵抗力差，易发生呼吸道感染。拔管后应定时翻身和协助患者坐起，拍背，行有效咳嗽、排痰；给予氧气

十、心脏瓣膜病的护理

一、护理评估

1、健康史：有无肺瘀血、心排血量不足、风湿热的症状。

2、身体评估：心脏杂音、心界范围、心律强弱、生命体征、肺部听诊、右心衰体征、周围血管征等。

3、辅助检查：心电图、X线、超声心动图检查。

4、心理及社会因素：精神状态、情绪。

二、护理措施

胃中。

2、术后早期不宜下蹲大小便，以免引起体位性低血压或发生意外。

3、做好胃肠减压护理，严防管路滑脱，若胃管不慎滑脱，不可盲目插入，以免发生吻合口瘘。

吸入，密切观察患者呼吸的频率、节律及双肺呼吸音的变化。

（4）做好胸腔闭式引流的护理。

（5）并发症的观察：

① 动脉导管再通或漏：动脉导管结扎术后由于分流解决，使循环血量增加，血压增高，如果血压控制不好术后可引起再通或漏，应用扩管药物严格控制血压，防止出现再通或漏，如发现血红蛋白尿或听诊胸骨左缘再次出现杂音应立即通知医师。

② 喉返神经损伤：喉返神经损伤是动脉导管结扎术后常见的并发症，术后如果出现声嘶失语等症状，应立即通知医师。

三、健康指导要点

1、注意休息，在术后早期要限制活动量，加强营养，使体力和心功能尽快恢复，学龄儿童一般术后半年左右可以上学，但暂不要参加体育课与剧烈运动。

2、儿童术后应加强营养供给，多进高蛋白、高热量、高维生素，以利生长发育。

3、注意气候变化，尽量避免到公共场所，避免呼吸道感染。

4、注意纠正患儿不正确的姿势。动脉导管未闭手术是采用左侧后外切口，切口较长，患儿怕痛，家长应多鼓励患儿多活动左臂，走路姿势要正确。

四、注意事项

1、术前注意观察患儿的缺氧状况，避免刺激患儿，以免引起缺氧发作。

2、术后注意控制血压，防止肺高压危象，拔管前充分镇静，使用硝普钠控制血压者，拔管后可口服开博通，但须停用硝普钠后，以免引起血压骤降。

3、拔管后注意诱导患儿发声，及早发现有无喉返神经损伤。

1、术前护理

（1）饮食与休息：给予高热量、高蛋白、丰富纤维易消化食物，限制活动量，减少机体消耗。

（2）按一般外科手术前护理，禁食、备皮、交叉配血、药物过敏试验等。

（3）病情观察：发热患者观察体温变化，随时观察心率、心律、脉搏情况，术前服用洋地黄者注意观察有无中毒症状，如恶心、呕吐、脉率减慢、心律



失常、色视等。观察患者意识状态，有无心衰和栓塞等并发症的表现。

(4) 术前准备:

①术前3天停用洋地黄。

②长期使用利尿剂患者，应注意电解质的补充。

③感染性心内膜炎或心包炎造成瓣膜损害的患者，在控制感染后再考虑手术，感染不能控制者如病情需要也可考虑急诊手术。

④控制风湿活动，宜在红细胞沉降率正常2-4周后手术。

(5) 心理护理，鼓励增强战胜疾病的信心，向患者宣教术后引流管目的及注意事项，指导患者术后如何有效咳嗽和深呼吸。

2、术后护理

(1) 病情观察:

①严密观察生命体征变化，尤其是心率、心律的变化。

②观察四肢微循环情况，如四肢皮温、甲床颜色等。

③观察有无出血倾向，如有出血，应暂停或减少抗凝药用量。

④抗凝期间观察有无血栓形成及栓塞，应注意瓣膜声音是否改变，有无动脉栓塞，如脑血管栓塞时，轻者表现为头晕、头痛，重者出现偏瘫、昏迷，发现上述情况应立即通知医生。

(2) 休息与活动: 麻醉未清醒时取平卧位，头偏向一侧。意识恢复、生命体征平稳者可采取半卧位，以利引流和呼吸。

(3) 根据医嘱给予利尿、血管活性药物及洋地黄制剂，以减轻心脏前负荷，增强心肌收缩力。

(4) 呼吸道护理:

①给予气管插管、呼吸机辅助呼吸。密切观察呼吸频率、节律、深浅度及呼吸音的变化。②妥善固定气管导管，防止导管脱出或移位。

③保持呼吸道通畅，预防并发症，及时清除呼吸道分泌物、呕吐物；拔出气管插管后，给予超声雾化吸入，以减轻喉头水肿，降低痰液的黏稠度，鼓励患者深呼吸及有效咳嗽排痰。

(5) 维持体液负平衡，保证出量稍大于入量，保持尿量 $> 1\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 。

(6) 保持心包及纵隔引流通畅，经常挤压，防止阻塞，如引流液 $\geq 200\text{ml}/\text{h}$ ，持续2-3小时，提示胸腔有活动性出血的可能，应尽早开胸止血。

(7) 预防感染: 加强口腔、皮肤的护理，避免黏膜和皮肤破损，积极治疗感染病灶，防止上呼吸道感染。

(8) 抗凝护理: 置换机械瓣膜需终身抗凝治疗，术后48h开始口服华法林，根据血酶原时间调整维持

量，遵守定时、定量、药量准确的原则，保持PT值在正常值的1.5-2倍(18-24秒)。服抗凝药时应观察有无栓塞及出血倾向，注意病人的意识、瞳孔、呼吸、四肢活动情况，有无头痛、腹痛，皮肤瘀点、瘀斑，鼻、牙龈出血等。

(9) 并发症的观察及护理:

①心律失常: 注意有效供氧，改善心肌缺氧，适当应用洋地黄，床旁备好除颤器及抢救药品。

②心包填塞: 密切观察引流情况，如术后引流量突然减少，引流管内出现凝血块，病人心跳呼吸加快、血压下降、CVP升高，应考虑心包填塞的发生，做好开胸准备。

③血栓栓塞: 观察病人的意识、瞳孔、呼吸、四肢活动情况，脑栓塞表现为头痛、意识障碍，肺栓塞表现为咯血、呼吸音减弱，肢体栓塞表现为疼痛、功能障碍、动脉搏动消失。服药剂量准确，避免使用减弱华法林作用的药物，如雌激素、维生素K等，定期检测PT。

④出血: 观察病人有无头痛、腹痛、皮肤淤血、瘀斑、鼻、牙龈出血等，避免使用协同华法林作用的药物，如阿司匹林、消炎痛、潘生丁等，肝功、肾功不良病人抗凝药物剂量酌减。一旦有出血现象应停用抗凝药，必要时可用止血药。

三、健康指导要点

1、保证营养，多食水果蔬菜，防止便秘。

2、保持室内空气流通，注意防寒保暖，防止呼吸道感染。

3、向患者及家属做好服用抗凝药物知识宣教，遵医嘱定时定量服用，不可漏服、多服。根据凝血酶原时间调节抗凝药用量，一般为正常对照值的1.5-2倍。

4、抗凝治疗期间一般不用维生素K，避免食用含维生素K丰富的食物，如菠菜、白菜、菜花、胡萝卜、土豆等，不应用阿司匹林类解热镇痛药，注意观察有无出血倾向。

5、术后3个月内以休养为主，3-6个月根据心功能情况循序渐进增加活动量，6个月以后如无异常可考虑恢复全天工作，但避免重体力劳动和剧烈运动。

6、嘱患者出院3个月后定期复查，如有不适，及时就诊。

四、注意事项

1、术后应用华法林抗凝期间，注意按时按量服用。

2、抗凝期间注意观察病人的牙龈、皮肤等有无出血征象及意识、瞳孔、呼吸、四肢活动等情况，防止抗凝效果不佳引起栓塞。



十一、房间隔缺损及室间隔缺损的护理

一、护理评估

1、健康史：胎儿宫内环境因素、母体情况、遗传因素。

2、症状与体征：劳累后气促、心悸、呼吸道感染。

3、辅助检查：主要有心电图检查、胸部X线检查、超声心电图检查。

4、心理评估。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 术前1天做好各项术前准备，测身高、体重并记录。

(2) 心理护理：消除患儿对医护人员及环境的陌生感、恐惧感，建立良好的护患关系，以取得配合。

2、术后护理

(1) 应用呼吸机辅助呼吸时，保持气管插管在正确位置，定时抽血查动脉血气，随时调节呼吸机参数，至顺利脱机拔管。

(2) 保持呼吸道通畅，儿童更为重要，定时气管内吸痰及湿化，及时清除痰液。并定时翻身、拍背，鼓励有效咳嗽。

(3) 专人守护，直至各种引流管拔出为止。由于患儿对气管插管及其他插管的刺激耐受力差，应妥善固定各引流管，防止各种管道脱出。

(4) 测量每小时尿量及尿比重，每小时尿量不得 $< 1\text{ml/kg}$ 。

(5) 维持水、电解质平衡。补液速度儿童 < 15

滴/分，成人 < 30 滴/分，特殊用药注意浓度、剂量准确，以微量泵注入为宜。

(6) 鼓励患儿早期下床活动，术后2-3天即可下床，3个月内避免剧烈活动。

三、健康指导要点

1、注意休息，适当的活动，2个月后鼓励患者过正常人生活。

2、适当补充营养，少食多餐，切忌暴饮暴食及刺激性食物。

3、认真遵医嘱吃药，不可随意更改剂量或换药、停药。

4、定期复查。

四、注意事项

1、术后注意观察有无残余分流的征象及病情变化。

2、对于学龄房缺患儿或是中年以上患者，注意监测心功能，

3、对于上腔型的患者，注意术中上腔静脉与右房交界处做过成形术的小儿病例，注意发现术后是否有上腔回流受阻并持续加重的情况。

4、有肺动脉高压或已发展为艾森曼格综合症的患儿，术前注意休息、吸氧、减少刺激，术后初期充分镇静，吸痰前应给纯氧，防止躁动及缺氧诱发肺高压危象。

5、术后因左向右分流消除，应注意维护心功能。

十二、法洛四联症的护理

一、护理评估

1、健康史：评估母体情况、胎儿发育时的宫内情况及遗传史。

2、症状与体征：发绀、气促、呼吸困难，多伴发育障碍，口唇、指（趾）甲床发绀，杵状指，喜蹲踞，并闻及胸骨左缘第2-4肋间II-III级喷射性收缩期杂音。

3、辅助检查：红细胞计数及血红蛋白值，心电图检查，胸部X线检查及超声心电图检查，心导管检查。

4、心理评估。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 按一般手术前护理，禁食、备皮、皮试、药物过敏试验、交叉配血，测量身高及体重，以利术后用药。

(2) 注意保暖，以免受凉引起呼吸道感染。

(3) 注意休息，控制活动量，减少急性缺氧性

晕厥的发作。

(4) 给予低流量氧气吸入，每天3次，每次30分钟。

(5) 应用极化液，给予心肌能量。

(6) 发绀严重者可给予低分子右旋糖酐注射液静脉滴注，并鼓励患者多饮水，以减轻血液黏稠度。

(7) 指导有效咳嗽，给予心理支持，消除恐惧，增强战胜疾病的信心。

(8) 营养支持。

2、术后护理

(1) 病情观察：严密观察神志、瞳孔、四肢末梢循环及活动情况，每小时观察1次，以便及时发现颅脑并发症。

(2) 给予呼吸机辅助呼吸，并充分供氧。注意观察心率和心律变化，术后当天尽早达到洋地黄化，维持心率在正常范围。

(3) 详细记录液体出入量，保持负平衡，严密观察生命体征、外周循环和尿量，术后第1天加强利



尿,保证出量略多于入量,在补钠、钾和利尿的同时输入血浆,以避免低心排量综合征的发生。

(4)适当延长呼吸机的使用,应用机械通气辅助呼吸时,应充分镇静。加强呼吸道管理,雾化吸入每天3次,给予祛痰药物,必要时负压吸痰,严防低氧血症和二氧化碳潴留。

(5)术后若有出血倾向,可静脉输入鱼精蛋白、钙剂、血小板、新鲜血浆。若有胸腔活动性出血发生,应及时开胸止血。

(6)保持引流通畅,密切观察引流量、性状及颜色。

(7)拔管后注意有效咳嗽、咳痰,注意保暖,适当地活动等。

十三、冠状动脉粥样硬化性心脏病的护理

一、护理评估

1、健康史 患者性别、年龄、血脂是否增高或异常、有无高血压、吸烟及糖尿病;患者是否肥胖、工作性质、饮食习惯及遗传史。

2、症状和体征:是否在体力劳动、情绪激动、饱餐或寒冷后出现胸痛,心肌梗死时在疼痛发生出现数小时后会全身症状,如发热、心动过速、红细胞沉降率增快、低血压等。

3、辅助检查:主要有冠状动脉造影、心电图、超声心动图检查。

4、实验室检查:血液生化检查,血细胞,出、凝血时间,肝、肾功能及血电解质等。

5、社会心理评估:有无紧张、焦虑及经济负担。

二、护理措施

1、术前护理

(1)按一般外科手术前护理,禁食、备皮、交叉配血、药物过敏试验等。

(2)心理护理:向患者及家属讲解手术目的、过程、注意事项,减轻紧张和恐惧心理,增强信心。

(3)详细了解患者的全身脏器功能。

(4)为患者提供宽敞、明亮、舒适的环境,以保证休息。

(5)高血压、糖尿病患者,应在术前用药物控制病情;服用洋地黄及钙通道阻滞剂者,应在术前36小时停药。

(6)术前1日,给予抗生素预防感染;冬季指导患者注意保暖、防止上呼吸道感染。

(7)术前要戒烟2周以上,教会患者深呼吸、有效咳嗽,说明术后翻身的重要性。

(8)注意观察心绞痛发作次数及持续时间,以便及时用药处理。

2、术后护理

(1)病情观察:

三、健康指导要点

1、建立合理的生活制度和作息时间,保证睡眠、休息。

2、保证营养,多食水果蔬菜,防止便秘。

3、按时服药,不可随意更改或停药。

4、定期复查。

5、预防呼吸道感染。

四、注意事项

1、当患儿出现哭闹、屏气或异常紧张等状态时应警惕发作的危险,一旦发生缺氧应立即给予吸氧并蹲踞或膝-胸体位。

2、术后应严密监测血压、心率、静脉压等,控制液体入量,防止发生低心排及灌注肺。

①密切观察皮肤的颜色、温度、湿度以及口唇、甲床毛细血管和静脉充盈情况。

②持续心电监护,密切观察心率(律)、血压、中心静脉压、肺动脉压、左房压及尿量变化。

③持续监测体温变化,体温 $\leq 35^{\circ}\text{C}$,需保暖复温;体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$,立即采取预防性降温措施,在头部和大动脉处置冰袋或醇浴;体温 $\geq 39^{\circ}\text{C}$,加用药物降温和冰0.9%氯化钠溶液50-100ml作保留灌肠。

(2)休息与活动:麻醉未清醒者给予平卧位,头偏向一侧,麻醉清醒后改半坐卧位。根据心功能制定活动计划,术后2-3日可下床活动,冠脉搭桥患者应每天抬高患肢5-10次,行患侧下肢、脚掌(趾)功能锻炼。

(3)呼吸系统的护理:术后常规采用机械通气,支持呼吸功能。

①妥善固定气管插管,适当使用镇静剂,躁动欠合作患者应加强心理护理及约束,防止气管插管脱出或移位。

②密切观察呼吸频率、节律及呼吸音变化,每30分钟听诊呼吸音1次。

③密切观察呼吸机是否与患者自主呼吸同步,根据动脉血气分析及动脉血氧饱和度结果调整呼吸机参数。

④机械通气时,做好气道加温、湿化及雾化等护理,及时清除呼吸道分泌物,预防肺不张、肺部感染;吸痰前注意充分吸氧。拔除气管插管后,给予超声雾化吸入,减轻喉头水肿。持续吸氧2-4L/min,指导患者有效咳嗽排痰,预防和控制呼吸道感染。

(4)肾功能监护:术后留置导尿管,测每小时尿量,维持尿量 $> 1\text{ml} / (\text{kg} \cdot \text{h})$,注意有无血红蛋白尿。准确记录24小时液体出入量。

(5)神经系统的监护:术后严密观察患者的意识、瞳孔、运动及感觉有无异常。神志不清、烦躁者应考



虑脑损害。

(6) 各种管道护理:

①心包、纵隔引流按胸腔闭式引流护理。

②动脉测压、中心静脉测压、左房测压等管道测压前要将换能器校零,注意无菌操作,防止感染或空气进入,保持管道通畅。

(7)手术次日应开始口服阿司匹林,每天3次,每次10-20mg,以避免吻合口血栓形成。

(8)取大隐静脉处用弹力绷带包扎,次日即开始活动肢体,以避免发生下肢深静脉血栓或血栓性静脉炎。

(9)心理护理:护士应多关心体贴患者,进行各项操作动作要娴熟敏捷,主动为患者做好生活护理,增强其战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、饮食指导:进食富含维生素和粗纤维的低脂饮食,少食多餐,避免因进食过量、便秘而增加心脏负担。禁止暴饮暴食,禁止饱餐和餐后剧烈运动。糖尿病患者术后仍需要限制糖量与每日摄入量,并积极治疗糖尿病。

2、手术后应指导患者戒烟,因吸烟时会产生一

十四、纵隔肿瘤的护理

一、护理评估

1、症状和体征:有无胸闷、胸痛、气促、咳嗽及肿瘤性质相关的特异性症状。

2、辅助检查:主要有胸部X线检查,可见纵隔肿块阴影或囊性阴影,CT检查、MRI检查可见纵隔占位病变,纵隔肿块穿刺活检、细胞学检查以明确诊断。

3、社会心理评估:有无紧张、焦虑及对疾病信心;家人关心程度及经济承受能力。

二、护理措施

1、术前护理

(1)做好心理护理,体贴关心患者,增强对疾病信心。消除紧张不安情绪。

(2)完善各项检查,做好术前常规准备工作。

(3)改善患者全身营养状况,指导患者进高热量、高蛋白、高维生素饮食。

(4)预防上呼吸道感染,戒烟。

(5)指导患者术后有效咳嗽及床上活动,介绍胸腔引流管的目的及注意事项。

2、术后护理

(1)术后严密观察生命体征变化,常规氧气吸入及心电监护。

(2)保持呼吸道通畅,及时、有效地清除呼吸道分泌物,鼓励并协助有效咳嗽排痰。

(3)合理应用抗生素,维持水、电解质平衡。

(4)保持胸腔引流管通畅,严密观察并记录引

氧化碳,对心肺功能都有损害,并可损害血管内壁,增加血小板粘附和聚集;限酒,对有糖尿病、高甘油三脂或心功能差的病人要完全避免饮酒。

3、生活规律,保证睡眠,避免情绪激动紧张。

4、休息与活动:根据心功能恢复情况逐渐增加活动量,术后1年内避免重体力劳动和剧烈运动。散步是一个很好而且有效的锻炼方法,可以改善血液循环,增加肌肉和骨骼的力量,开始行走的速度、步伐以感觉舒适为标准,不可过量。在运动和锻炼的过程中,如果出现胸疼,就应立即停止,出现气短、咳嗽和疲劳,也应立即停止。

5、用药指导:遵医嘱正确应用强心类药物,定时按量服药。

6、加强心功能锻炼,定期复查。积极防治老年慢性疾病。

四、注意事项

1、术前注意询问患者心绞痛发作的时间、频率,加强巡视病房,防止突发性心肌梗塞。

2、术后对于仍主诉有心前区疼痛的患者,应注意区分是伤口疼还是胸疼,警惕再次心绞痛及心梗。

流液的颜色、量和性质。

(5)鼓励早期下床活动,预防肺不张。

(6)胃肠蠕动恢复后即可进食流质或半流质饮食,宜为高蛋白、高热量、丰富维生素、易消化吸收食物。

三、健康指导要点

1、多食高蛋白高纤维的食物,以补充营养和增强抵抗力。忌食辛辣、刺激性食物,戒除烟、酒。

2、保持良好的营养状况,每天保持适当休息与活动。

3、定期复查。

4、避免或减少职业性致癌因素。

四、注意事项

1、重症肌无力患者术后禁用或慎用止痛剂及镇静药,并对患者做好解释,取得配合。及时观察、判断、处理肌无力危象及胆碱能危象、反拗性危象的发生。保证药物按时、有效、安全地使用,并观察用药后的效果。

2、合并感染的畸胎瘤患者手术后注意观察有无全身感染征象及切口愈合情况。

3、神经纤维瘤切除术后,密切观察胸腔内出血情况,并及时止血,补充血容量。



十五、胸主动脉瘤的护理

一、护理评估

1、病史 病人有无动脉粥样硬化、某些先天性疾病和遗传性疾病如马方综合征、胸部巨大创伤、有无感染心内膜炎、梅毒等。

2、症状和体征 主动脉瘤早期多无症状，瘤体增大后可出现胸痛、邻近器官组织受压迫和侵蚀、主动脉瘤破裂表现急性胸痛、失血性休克、心脏压塞、死亡。

3、辅助检查 主要有心动图、X线、超声心动图、其他影像学检查。

二、护理措施

(1) 术前护理

1、卧床休息 限制运动，绝对卧床，保持安静，避免情绪激动，必要时应用镇静剂。

2、病情监测 严密观察病情变化，监测生命体征和重要脏器的功能、病人神志的改变。

3、调整全身状况 改善营养状况，多食高蛋白、高纤维素、丰富维生素、易消化的软食，保持大、小便通畅。

4、疼痛管理 集中护理操作，减少环境刺激，指导放松技巧，遵医嘱使用镇痛药物。

5、心理护理 向患者及家属介绍疾病和手术相关知识及术后注意事项；理解病人的异常心理反应并耐心解答病人及家属的问题，以缓解其对手术的恐惧和焦虑。

(2) 术后护理

1、加强病情监测

①动态监测病人的心率、心律、血压和心电图变化；

②监测皮肤温度、色泽，四肢末梢动脉搏动以及

动脉血乳酸水平，了解远端血供是否充足；③监测呼吸功能、呼吸频率、呼吸幅度、呼吸音；

④观察尿量、颜色、比重、肾功能；

⑤观察意识状态，四肢活动、病理征。

2、维持循环和内环境稳定 补充有效血容量、纠正电解质平衡、血气分析结果。

3、加强呼吸道管理 术后辅助通气，根据呼吸监测结果调整呼吸机参数，及时清除分泌物。

4、并发症的预防 and 护理 参见体外循环术后并发症的预防 and 护理。

三、健康指导要点

1、倡导健康的生活方式

①合理饮食、少食多餐；

②控制体重，养成定期锻炼的习惯；

③了解压力时生理和心理的表现，用积极应对来缓解压力；学会放松的技巧；

④养成良好的生活习惯，戒烟、戒酒、不熬夜、规律生活。

2、用药指导：遵医嘱按时规律服药，不随意更改剂量。

3、休息与活动：保证休息，避免劳累。

4、定期复查：病人若出现心悸、胸背部疼痛等不适时应及时就诊。

四、注意事项

1、患者服用降压药时，应注意监测血压水平，根据血压遵医嘱调整药物剂量和种类。

2、术后心功能 I ~ II 级的病人，可恢复适当的学习、工作；坚持康复锻炼，但应避免重体力劳动和剧烈运动。

并检查训练效果。

2、心理护理 消除患者及家属恐惧的心理，树立患者信心，主动配合治疗。

(二) 术后护理

1、体位与活动 术后麻醉未清醒保持平卧，不屈曲、不翻滚和转动胸腰，避免胸壁受压，致矫形的胸廓变形；清醒后取半卧位，保持上身平直，不能侧弯，以防发生脊柱侧弯。

2、呼吸道管理 术后监测呼吸功能指标，如呼吸频率、节律、SP02 变化，有无呼吸困难，避免翻身拍背和肺部叩打，避免矫形板移位损伤肺脏而造成医源性气胸；可予雾化吸入促进痰液排出。

3、疼痛的护理 术后使用镇痛泵或药物镇痛，创造安静的环境，用患者喜爱的书籍或音乐、游戏等

十六、胸壁畸形的护理

一、护理评估

1、健康史 患者有无胸廓畸形疾病的家族史。

2、症状和体征 学龄前儿童漏斗胸呈对称行凹陷，容易发生上呼吸道感染；12 ~ 15 岁患者，多为不对称性凹陷，严重者出现胸椎右突和腰椎左突的脊柱侧弯。鸡胸患者主要是胸骨前突和脊椎背突，严重者通气功能受限。

3、辅助检查 胸部 X 线检查、心电图检查、CT 检查等。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、术前教育 向患者及家属交代术前应做的准备及术后注意事项，指导患者进行呼吸功能锻炼，有效的咳嗽、咳痰方法及腹式呼吸和床上排泄放松训练，



分散其注意力。

4、并发症的护理 注意观察胸腔闭式引流管，有无气胸的发生；发热患者考虑是否有肺部或伤口感染。发现异常及时对症处理。

三、健康指导要点

1、出院前耐心细致告诉患者和家属加强安全意识，防止发生外伤。第一个月不做弯腰、扭腰、翻滚

等动作，尽量做到背部挺直，第二个月不搬重物。第三个月不做对抗性运动（如打篮球、踢足球等）。

2、定期复查了解矫形板位置。术后两年复查，在患者胸壁足以支撑胸骨时去除矫形板。

四、注意事项：出院后保持胸部清洁，睡硬板床3个月，睡时保持仰卧位，勿侧卧，术后6个月后方可进行扩胸、收腹等动作，锻炼胸腹部肌肉。

十七、手汗症的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者年龄、有无紧张、兴奋、压力、夏天高温或生长在亚热带地区，是否有家族遗传史；系统性疾病如甲亢、糖尿病、肥胖等；中枢系统的一些疾病。

2、症状和体征：手掌多汗伴有足底及腋下多汗。

3、社会心理因素：容易影响手操作的灵活性，干扰手工操作，避免与别人握手而影响人际交往，并产生躲避、焦虑的心态。

二、护理措施

（一）术前护理

1、术前准备 术前详细了解心肺功能，常规行心电图、胸部CT及肝肾、凝血功能等检查。

2、呼吸道护理 术前应戒烟，注意保暖避免呼吸道感染，指导患者腹式呼吸锻炼、咳嗽训练。

3、心理护理 手汗症患者由于常年累月的出汗，造成自卑心理强，性格内向。因此应加强术前宣教，打消患者顾虑，以使患者配合手术治疗。

（二）术后护理

1、生命体征平稳的患者麻醉清醒后可给予半坐卧位。

2、饮食：术后禁食6h后，进少量米汤、鱼汤等

流质饮食，避免进牛奶、豆浆等产气的食物，以免引起腹胀等不适。

3、观察患者的呼吸频率和节律，有无胸痛和肺不张等；术后督查患者进行呼吸功能锻炼及咳嗽，必要时给予扣背排痰及雾化吸入2次/日。

4、观察手掌干燥情况：手掌太干燥必要时涂擦护手霜。

5、手汗症应多注意保健，多泡脚，以缓解多汗症的表现。

6、并发症的观察和护理：注意是否有以下并发症如Hornr综合征、血气胸、心脏并发症、代偿性出汗、手足皲裂等

三、健康指导要点

1、注意保持伤口清洁干燥，预防感染。

2、术后注意观察心电图的变化，发生心动过缓时引起重视。

四、注意事项

1、术前应常规行心电图检查，一般术前心率低于50次/分，左束支传导阻滞为手术禁忌症。

2、超过50岁以上者最好不做胸腔镜下胸交感神经链切断术。

十八、血栓闭塞性脉管炎的护理

一、护理评估

1、病史和健康史：评估注意评估患者有无下列与发病相关的因素：①北方寒冷地区的青壮年男性。

②吸烟。③血液高凝状态。④与免疫系统有关的疾病。

2、病情评估：除评估病人缺血性表现的程度和病程分期外，尚需注意游走性静脉炎，足背、胫后动脉搏动减弱或消失等表现。

3、辅助检查：为确定动脉阻塞的部位、范围、侧枝循环等情况。

4、心理评估：评估患者的情绪及心理反应，了解家庭经济状况。

二、护理措施

1、术前护理

（1）控制或缓解疼痛

①绝对戒烟 香烟中的尼古丁能够收缩血管

②肢体保暖

③有效镇痛 早期轻症病人，

（2）减轻焦虑提供安静、整洁的环境，避免各种不良刺激；安慰体贴病人，与病人多交谈，以了解病人的心理状态；

（3）安排有助于病人睡眠的环境；

（4）预防或控制感染 遵医嘱给予抗炎治疗

2、术后护理

（1）体位：病人应平卧位，穿刺点加压包扎24小时，患肢制动6-8小时

（2）术后严密观察病人血压、脉率；切口、穿刺点渗血或血肿情况；

（3）术后抗凝的治疗：遵医嘱用抗凝药物，注意保护病人，防止外伤。

三、健康指导要点



1、避免寒冷、潮湿的生活环境、慢性损伤、感染等取合适体位，睡觉或休息时取头高脚低位，使血液容易灌注至下肢，但避免长时间维持同一姿势（站或坐）不变，以免影响血液循环；若出现肢体肿胀、皮肤颜色发紫、苍白、皮温降低、疼痛难忍等，应尽快通知医护人员。

2、健康促进 保持足部清洁、干燥、防止感染；预防组织损伤：皮肤瘙痒时可涂止痒药膏，避免用手抓痒，以免皮肤破溃形成经久不愈的溃疡；保持溃疡部位的清洁，预防感染。

十九、血管瘤的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者是否有家族史，出现血管瘤的时期，是否有遗传因素。

2、相关因素：一种是由于血管数目增多引起的衰性血管瘤，一种是血管数目不增加，但是血管增宽，增粗导致了病变发生。

3、症状和体征

(1) 毛细血管瘤：有无数密集的毛细血管或完全由内皮细胞组成，多数为错构瘤，在皮肤表面。

(2) 海绵状血管瘤 由发育畸形的无数血窦组成，蓝紫色，柔软的包块，可压缩。体位元移动实验阳性。

(3) 蔓状血管瘤：由血管壁显著扩张的动脉与静脉直接吻合而成，肿瘤高起成串珠状，表面湿度高。

4、辅助检查：X片，CT，MRI，血常规，血凝。

5、社会心理评估：评估患者的心理情绪，保持良好的心态。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 体位与活动：无需抬高患肢。

(2) 饮食：以高蛋白，高维生素，高热量饮食为主，多吃新鲜的蔬菜和水果，糖尿病患者控制饮食和水果。

(3) 心理支持：保持良好的心态，正确对待疾病，可让患者和家属与同种手术患者交谈，从心理上认清接受手术治疗的必要性。

2、术后护理

(1) 体位与活动，抬高患肢，术后当天减少活动，防止出血。

(2) 饮食：术后6小时可进普食，多饮水，多

四、注意事项

1、戒烟限酒：吸烟是脉管炎的重要因素，因此，要积极戒烟

2、肢体保暖：避免受寒，潮湿，每天用热水水洗脚，促进局部血液循环。

3、预防外伤 外伤感染是引了脉管炎的重要因素。

4、良好的生活习惯 坚持适量的运动。

5、在生活中可以多吃水果，蔬菜，少食刺激性食物。

吃水果，蔬菜，保持大便通畅。

(3) 心理支持保持良好的心态，正确对待疾病

(4) 切口的护理：观察切口敷料的情况和切口愈合的情况，有无红肿热痛，妥善固定好切口引流管，保持通畅，观察引流液的量，色，性质，如有异常，立即通知医生处理。

三、健康指导要点

1、心理护理 向患者解释疾病的发生和发展过程，减轻患者的心理负担，解除思想顾虑，积极配合手术，树立战胜疾病的信心。

2、健康促进：保护好血管瘤，保持局部的清洁，干燥，减少摩擦，避免外伤，减少破溃出血的几率，尽量多吃生态食品，忌油腻，烈酒，注意休息，切勿过劳。

3、出院指导 出院后1—3个月都应该来医院复诊复查，确定是否彻底治愈。

四、注意事项

1、在饮食方面要禁食辛辣刺激的食物，如辣椒，酒等。在生活习惯方面，应少吸烟少熬夜。因为畸形血管只扩张不收缩，而这些饮食和生活习惯都是引起其进一步扩张，会促进其生长，所以应引起注意。

2、血管瘤由于血管壁壁较薄，比较容易破裂，防止血管瘤破裂以免造成感染，特别是小孩比较爱动和抓挠，所以家长要非常注意孩子，不要让孩子触及血管瘤，严重的时候会流血不止。

3、血管瘤的护理结痂后要注意。血管瘤处结痂后，让其自行脱落，千万不要抓挠，因为创面结痂也是起到一种保护作用，可预防其感染。

第四节 骨科常见疾病护理常规

一、骨科疾病的一般护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、生命体征、心理状况及

局部情况。

2、辅助检查情况。



3、麻醉选择类型。

4、手术方式。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 做好病人的入院评估, 术前宣教, 了解病人的病史及思想顾虑。有针对性地解决病人的顾虑, 使其安心休养, 接受手术。

(2) 向病人讲解各种检查及治疗的目的和注意事项, 以取得病人的配合。

(3) 预防术后并发症, 对术前有慢性炎症的病人, 如咳嗽、牙痛等, 应及时处理。

(4) 月经来潮或体温高于 37.5℃ 的病人应及时通知医生, 必要时停止手术。

(5) 检查手术区域的皮肤是否完整, 有无感染等, 备皮时切勿剃破皮肤, 勿使病人受凉感冒、剃除手术区域和切口周围 15—20cm 范围的毛发, 督促能活动的病人进行沐浴并更换清洁衣裤。

(6) 腰麻及连硬麻手术当日清晨肥皂水清洁灌肠, 手术前 8 小时开始禁食禁水等待手术。

2、术后护理

(1) 病人返回病房区从平车搬运至床上时, 注意保护好病人的体位及各种引流管。

(2) 观察四肢的感觉、活动、手术肢体的温度、血运情况, 如发现异常及时通知医生。

(3) 腰麻、连硬麻、全麻病人去枕平卧 6—8 小时, 禁食水 6 小时。

(4) 脊柱手术平卧 6 小时后可轴线翻身, 肢体手术的病人患肢抬高, 应高于心脏以利静脉回流, 减少肿胀。

(5) 观察伤口引流的量、颜色、性质, 并记录引流量, 术后 72 小时引流量小于 50ml 可拔除引流管。

(6) 颈部伤口 7 日拆线, 其他手术 12—14 日拆线。

(7) 出院指导:

- ① 加强营养, 增加机体的抵抗力;
- ② 保持良好的心境, 有利于康复;
- ③ 休养环境清洁、舒适, 空气新鲜;
- ④ 注意预防外伤;
- ⑤ 定期门诊复查。

三、健康指导要点

- 1、指导患者练习深呼吸及有效咳嗽, 戒烟。
- 2、指导患者练习床上大小便。
- 3、指导患者翻身及床上活动。
- 4、根据麻醉方式指导患者禁食水。
- 5、指导功能锻炼方法。

四、注意事项

- 1、备皮时注意避免划破皮肤。
- 2、保证患者充足的睡眠, 勿受凉感冒。

二、先天性斜颈的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及局部情况。
- 2、评估患者斜颈姿势, 向左或向右倾斜的程度。

二、护理措施

1、术前护理:

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理:

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征的变化, 如发现异常及时通知医生。
- (4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况, 定时局部减压, 预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼, 以主动为主, 被动为辅为原则。

(7) 头颈部用胶布向健侧偏斜固定 4 周。

(8) 保持引流通畅, 观察引流物颜色、性质、量, 每日更换引流袋, 并记录引流量。

(9) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康教育要点

- 1、进食高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。
- 2、为避免术后粘连及纠正习惯性偏头, 在拆除石膏后应指导病人及家属进行颈部功能锻炼。每日练习向患侧转动头部, 下颌骨要过患侧肩部。

四、注意事项: 注意告知患者及家属在日常学习及生活中养成正确的站、坐、卧位姿势, 并及时纠正病人的偏头习惯。

三、颈椎病的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、营养状况及精神状况。
- 2、口唇、指(趾)端皮肤颜色、呼吸频率、节律、

深度、发绀状态、血氧饱和度、脉搏、血压情况。

3、观察颈部切口敷料的颜色、颈部有无肿块、伤口引流的性质、引流管是否通畅, 以判断有无切口



出血。

4、观察颈部有无明显肿胀，有无呼吸困难、烦躁、发绀等情况。

5、观察肢体感觉及运动障碍。

二、护理措施

1、术前护理：

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

(6) 颈椎前路手术前 3-7 日，在护士指导下进行手术体位和推拉气管的练习。方法是：仰卧位，肩部垫枕，使颈部充分暴露。每日 2—3 次，每次 30—40 分钟。推拉气管的方法是：用 4 个手指将气管推向一侧，偏离颈部中线 2cm，以不憋气为宜，以增强术中气管牵拉的耐受性。术前一周开始练习，前 3 天每日 2—3 次，每次 15 分钟，以后逐渐增至每 30—60 分钟。

(7) 颈椎后路的病人因手术时采用俯卧位，应进行俯卧位体位训练：患者俯卧于床上，胸部下垫 2 个软枕，使颈部充分暴露。每日 2—3 次，每次 30—40 分钟。

2、术后护理：

(1) 同骨科术后护理。

(2) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防

四、骨与关节结核的护理

一、护理评估

1、评估健康史，了解患者年龄及一般状况，有无呼吸系统、消化道或淋巴结核病史及治疗经过。

2、评估临床症状及体征，了解关节活动度及病程长短，有无咳嗽、咳痰症状，是否有无低热、盗汗、食欲减退、局部疼痛等表现。

3、了解辅助检查如红细胞沉降率（ESR）、X 线、CT、关节镜等检查结果。

4、评估患者的心理和社会支持状况。

二、护理措施

1、卧床休息，患处局部固定并制动，以减轻疼痛，防止病理性骨折。

2、给予高蛋白、高热量、含丰富维生素饮食。贫血时，宜进食含铁高的食物，盗汗多时，增加饮水量。

3、严密观察病情变化，观察是否有消瘦、贫血、

压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼，以主动为主，被动为辅为原则。

(7) 患肢制动，保持功能位，并将患肢抬高，以利减轻肿胀。

(8) 保持引流管通畅，观察引流物颜色、性质、量，每日更换引流袋，并记录引流量。

(9) 观察伤口渗血情况，如渗血多时及时报告医生进行处理。

(10) 搬动病人时要注意保持脊柱水平位，颈部两侧盐袋固定，前路手术可枕薄枕，后路手术病人去枕平卧或枕一薄棉垫，翻身时一定要保持头、颈和躯干在同一平面、维持颈部相对稳定。

(11) 前路手术后应备气管切开包，术后患者可出现咽部不适，吞咽和呼吸困难，症状轻的病人一般都能自愈。有喉头水肿的病人可做雾化吸入，每日 1-2 次，可以减轻水肿。

三、健康指导要点

1、戒烟，避免各种劳累、受凉、呼吸道感染等。

2、加强呼吸功能锻炼，指导缩唇呼吸，吹气球，以改善通气。

3、饮食宜采取少食多餐，进食高蛋白、高维生素、易消化饮食，忌辛辣食物。

4、佩带颈托 3 个月，勿从事重体力活。

四、注意事项

1、若有呼吸困难、烦躁、发绀等情况。应报告医师敞开切口，剪开缝线，消除血肿，必要时行气管切开术。

2、有无肢体麻木、不能运动、排便困难等情况，如有异常，应报告医生行脱水、营养神经的治疗，并做好紧急手术的准备。

患处肿胀、流脓、截瘫或肌力减弱、大小便障碍、关节僵硬、强直、行走障碍等。

4、皮肤有窦道流脓者，伤口应每天换药。

5、行石膏固定、牵引术者，按石膏固定、牵引术护理常规执行。

6、截瘫者，按截瘫护理常规护理。

7、拟行手术者，积极做好术前准备。

(1) 术前抗结核治疗 2-4 周，抗结核药早晨空腹服。注意观察抗结核的副作用，如出现耳鸣、耳聋、口唇麻木、手足麻木、小便减少、血尿、恶心呕吐时，及时报告医务人员，复查肝、肾功能，调整药物。

(2) 术前用抗生素 2-3 天，预防继发感染。

8、术后按骨科相应护理常规护理，注意术后尽量进行肌肉收缩、远端关节活动。

9、给予心理护理，鼓励患者积极治疗疾病。



三、健康指导

1、指导患者加强营养，增强抵抗力。避免重体力劳动，劳逸结合；避免寒冷、潮湿的环境。

2、指导患者术后遵医嘱坚持抗结核治疗半年上，自我观察药物的副作用，如出现如出现耳鸣、耳聋、口唇麻木、手足麻木、小便减少、血尿、恶心呕吐时，及时到医院复查肝、肾功能，调整药物。

3、鼓励病人行功能锻炼；脊柱稳定的病人应鼓励练习主动翻身、坐起和下床活动；截瘫或脊柱不稳定者，鼓励病人做抬头、抬胸、深呼吸、咳嗽和上肢

运动，同时进行被动活动并按摩下肢关节，以防止关节僵硬。活动量以病人不感到疲劳为宜，循序渐进。活动时注意预防跌倒，避免关节脱位或骨折等意外发生。

四、注意事项

1、术后根据病情绝对卧床休息3-6月。

2、3月每月复查1次，3月后半年复查1次。

3、连续抗结核治疗2年，每月复查肝功能1次，如肝功能异常，应结合护肝治疗。

4、加强营养，注意休息，防止劳累。

五、腰椎骨折的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。

2、生命体征的变化。

3、皮肤完整性，有无压疮的发生。

4、有无神经受压的相关并发症，腰部疼痛的性质、部位及范围、影响睡眠的情况。

5、观察病人肢体感觉、运动、反射和括约肌功能是否随病情发展而变化，及时发现脊髓损伤征象。

二、护理措施

1、保守治疗：不需手术患者可行保守治疗，平卧硬板床，严格卧床3月，禁坐起和下床活动。

2、术前护理：

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

3、术后护理：

(1) 同骨科术后护理。

(2) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防压疮发生。翻身时采用轴线翻身法：两护士分别托付病人肩背部和腰腿部翻至侧卧位。侧卧时病人背后从肩到臀用枕头抵住以免胸腰部脊柱扭转，上腿屈髋屈

膝而下腿伸直，两腿间垫枕以防髋内收。

(6) 保持引流管通畅，观察引流物颜色、性质、量，每日更换引流袋，并记录引流量。

(7) 观察伤口渗血情况，如渗血多时及时报告医生进行处理。

(8) 术后一周卧床期间进行直腿抬高锻炼，预防神经根粘连。

(9) 指导病人作腰背肌的锻炼：a、挺胸，病人仰卧，以双肘支起胸部，使背部悬空；b、五点支撑法（1周后开始），病人仰卧下肢屈膝屈髋，双足放置在床上，双肘支撑用头、双肘、双足撑起全身，使背部尽力腾空离床；c、三点支撑法（2-3周开始），让病人双臂置于胸前，用头及足部撑在床上，全身腾空后伸；d、背伸法（“小燕子”5-6周开始），病人俯卧，抬起头，胸部离开床面，双上肢向背后伸，双膝伸直，从床上抬起双腿，即身体的两头翘起，双肩后伸，腹部为支点，形如“小燕飞”；e、锻炼的方法应根据病人的病情而决定，锻炼的幅度及次数应逐渐增加，在不疲劳无痛苦的情况下进行。

三、健康指导要点

1、给予高蛋白、高营养、易消化饮食、多饮水、多进食水果、蔬菜等避免便秘。

2、卧硬板床休息，继续腰背肌锻炼。术后1个月门诊复查，佩戴支具3个月，半年内不可提重物。

四、注意事项

1、密切观察双下肢感觉及运动情况。

2、翻身时保持脊柱呈一直线的轴线翻身，防止加重脊髓损伤。

5、负压引流观察，其颜色及量。

二、护理措施

1、术前护理：

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

六、脊柱侧弯的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。

2、密切观察患者的呼吸情况、发绀状态、血氧饱和度。

3、日常活动的耐受水平。

4、皮肤完整性，出入量是否平衡。



(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后护理:

(1) 同骨科术后护理。

(2) 密切观察患者的呼吸情况,必要时给予雾化吸入,协助鼓励患者排痰。

(3) 平卧 6h 以压迫切口止血,6h 后进行翻身,以防压疮。

(4) 保持伤口引流通畅,观察其量和颜色。一般术后第一天引流出血性液体 200-300ml,引流液在 500ml 以上需报告医生。

(5) 术后 3 小时内要密切观察双下肢感觉和运动及大小便功能。

(6) 预防切口感染,密切观察病人体温、切口及引流情况,保持切口干燥和引流通畅。手术前及术后遵医嘱静滴抗生素。

(7) 给予高蛋白、高维生素、高营养、易消化的食物;多饮水、多进食水果、蔬菜等,防止便秘。

(8) 心理护理使病人树立自信心,战胜疾病的信心。

七、微创椎间盘髓核摘除术的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。

2、生命体征的情况。

3、日常活动的耐受水平。

4、皮肤完整性,有无压疮的发生。

5、有无神经受压的相关并发症,腰部疼痛的性质、部位及范围,影响睡眠的情况。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后护理:

(1) 同骨科术后护理。

(2) 加强营养,合理安排饮食,给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况,如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况,定时局部减压,预防压疮发生。

(6) 观察伤口渗血情况,如渗血多时及时报告医生进行处理。

(7) 术后一周卧床期间进行直腿抬高锻炼,预

(9) 健康教育预防肺部并发症,指导呼吸功能康复训练:定时翻身拍背,深呼吸及咳嗽,可采取吹气球或吹气泡的方法。指导进行双下肢功能训练:髋关节练习伸直、外展活动,防止发生屈曲、内收、内旋畸形。膝关节练习伸屈活动,防止膝关节强直。踝关节练习背屈活动,防止发生足下垂,影响行走功能。以上功能锻炼应每日 3-4 次,每次 15-20 分钟。

三、健康指导要点

1、给予高蛋白、高营养、易消化的食物;多饮水、多进食水果、蔬菜等,防止便秘。

2、预防肺部并发症,指导呼吸功能康复训练:定时翻身拍背,深呼吸及咳嗽,可采取吹气球或吹气泡的方法。指导进行双下肢功能训练:髋关节练习伸直、外展活动,防止发生屈曲、内收、内旋畸形。膝关节练习伸屈活动,防止膝关节强直。踝关节练习背屈活动,防止发生足下垂,影响行走功能。以上功能锻炼应每日 3-4 次,每次 15-20 分钟。

四、注意事项:

1、维持呼吸循环功能。

2、密切观察双下肢感觉和运动。

防神经根粘连。

(8) 指导病人作腰背肌的锻炼: a、挺胸,病人仰卧,以双肘支起胸部,使背部悬空 b、五点支撑法(1 周后开始),病人仰卧下肢屈膝屈髋,双足放置在床上,双肘支撑体侧,用头、双肘、双足撑起全身,使背部尽力腾空离床; c、三点支撑法(2-3 周开始),让病人双臂置于胸前,用头及足部撑在床上,全身腾空后伸; d、背伸法(“小燕子”5-6 周开始),病人俯卧,抬起头,胸部离开床面,双上肢向背后伸,双膝伸直,从床上抬起双腿,即身体的两头翘起,双肩后伸,腹部为支点,形如“小燕飞”; e、锻炼的方法应根据病人的病情而决定。锻炼的幅度及次数应逐渐增加,在不疲劳无痛苦的情况下进行。

(9) 单纯椎间盘切除的病人,术后 3 日即可下地佩戴支具行走。

(10) 卧硬板床休息,继续腰背肌锻炼。术后 1 个月门诊复查,佩戴支具 3 个月,半年内不可提重物。

三、健康指导要点:

1、避免诱发因素,戒烟,注意保暖。

2、出院后行走和外出时要佩戴腰围。

3、2 个月内不要弯腰,半年内避免重体力劳动,饮食起居保持规律性,如有不适,随时就诊。

四、注意事项

1、术后观察双下肢感觉及运动有无异常,如发现病人双下肢不能活动,感觉消失,可能是椎管内出血压迫脊髓所致,应立即报告医生。



2、术后3周若出现低热37.5-38℃，伴有阵发性抽搐样疼痛，翻身时加剧，平卧时减轻，血沉加快，

早期放射片无异常发现，应警惕间隙感染，及时来医院就诊。

八、腰椎间盘突出症的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。
- 2、生命体征的情况。
- 3、日常活动的耐受水平。
- 4、皮肤完整性，有无压疮的发生。
- 5、有无神经受压的相关并发症，腰部疼痛的性质、部位及范围，影响睡眠的情况。

二、护理措施

1、保守治疗

(1) 早期采用保守治疗，平卧硬板床，局部热敷理疗。

(2) 保守治疗无效而有神经根功能障碍的症状需手术治疗。

2、术前护理：

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

3、术后护理：

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。
- (4) 疼痛时给予镇痛剂。
- (5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防压疮发生。
- (6) 保持引流管通畅，观察引流物颜色、性质、量，每日更换引流袋，并记录引流量。
- (7) 观察伤口渗血情况，如渗血多时及时报告医生进行处理。
- (8) 术后一周卧床期间进行直腿抬高锻炼，预

防神经根粘连。

(9) 指导病人作腰背肌的锻炼：

- a、挺胸，病人仰卧，以双肘支起胸部，使背部悬空
- b、五点支撑法（1周后开始），病人仰卧下肢屈膝屈髋，双足放置在床上，双肘支撑体侧，用头、双肘、双足撑起全身，使背部尽力腾空离床；
- c、三点支撑法（2-3周开始），让病人双臂置于胸前，用头及足部撑在床上，全身腾空后伸；
- d、背伸法（“小燕子”5-6周开始），病人俯卧，抬起头，胸部离开床面，双上肢向背后伸，双膝伸直，从床上抬起双腿，即身体的两头翘起，双肩后伸，腹部为支点，形如“小燕飞”；
- e、锻炼的方法应根据病人的病情而决定。锻炼的幅度及次数应逐渐增加，在不疲劳无痛苦的情况下进行。

(10) 单纯椎间盘切除的病人，术后3日即可下地佩戴支具行走。

4、出院指导：

卧硬板床休息，继续腰背肌锻炼。术后1个月门诊复查，佩戴支具3个月，半年内不可提重物。

三、健康指导要点

- 1、避免诱发因素，戒烟，注意保暖。
- 2、出院后行走和外出时要佩戴腰围。
- 3、2个月内不要弯腰，半年内避免重体力劳动，饮食起居保持规律性，如有不适，随时就诊。

四、注意事项

- 1、术后观察双下肢感觉及运动有无异常，如发现病人双下肢不能活动，感觉消失，可能是椎管内出血压迫脊髓所致，应立即报告医生。
- 2、术后3周若出现低热37.5-38℃，伴有阵发性抽搐样疼痛，翻身时加剧，平卧时减轻，血沉加快，早期放射片无异常发现，应警惕间隙感染，及时来医院就诊。

九、肩关节骨化性肌炎的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。
- 2、生命体征情况。

二、护理措施

1、术前护理：

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后护理：

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。
- (4) 疼痛时给予镇痛剂。
- (5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防



压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼，以主动为主，被动为辅为原则。

(7) 患肢制动，保持功能位，并将患肢抬高，以利减轻肿胀。

(8) 观察伤口渗血情况，如渗血多时及时报告

十、肩关节脱位的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。
- 2、生命体征情况。
- 3、患肢血管神经功能。

二、护理措施

1、加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

2、观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。

3、疼痛时给予镇痛剂。

4、观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防压疮发生。

5、指导患者行功能锻炼，以主动为主，被动为辅为原则。

十一、肩胛骨骨折的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。
- 2、生命体征的情况。
- 3、手指的颜色、温度、感觉及运动。
- 4、患肢外周神经血管功能。

二、护理措施

1、术前护理：

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理：

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。

十二、上肢骨折的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、精神状况及局部情况。
- 2、病情观察 观察石膏绷带或夹板固定的松紧度，必要时及时调整，以免神经血管受压，影响有效组织

医生进行处理。

三、健康指导要点

- 1、进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- 2、保持良好的心态，避免情绪刺激。
- 3、加强肢体功能训练 握拳、伸指、腕关节屈伸等。

四、注意事项：密切观察肢体末梢血液循环情况。

6、患肢制动，保持功能位，并将患肢抬高，以利减轻肿胀。

三、健康指导要点

1、固定期间活动腕部和手指。

2、疼痛缓解后，可指导病人用健侧手缓慢推动患肢外展与内收活动，活动范围以不引起患侧肩部疼痛为限。3周后，指导病人进行弯腰、垂臂、甩肩锻炼。具体方法：病人弯腰90°，患肢自然下垂，以肩为顶点作圆锥形环转，范围由小到大。4周后，指导病人作手指爬墙，爬墙上举，滑车带臂上举，举手摸顶锻炼，使肩关节功能完全恢复。

四、注意事项：一般固定3周，避免过早去除外固定，避免关节囊修复不良，以免出现习惯性脱位。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼，以主动为主，被动为辅为原则。

(7) 患肢制动，保持功能位，并将患肢抬高，以利减轻肿胀。

(8) 观察伤口渗血情况，如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

- 1、进食高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。
- 2、加强肢体功能锻炼 握拳、伸指、腕关节屈伸。

四、注意事项

- 1、伤后早期避免耸肩等肩关节运动。
- 2、密切观察患肢是否出现剧痛、手部皮肤苍白、发凉、麻木、被动伸指疼痛、桡动脉搏动减弱或消失等前臂缺血表现，一旦发现立即通知医师。

灌注。观察前臂肿胀程度及手的感觉运动功能，如果出现高张力肿胀、手指发凉、感觉异常、手指主动活动障碍、被动伸指剧痛、桡神经搏动减弱或消失，即应确定筋膜室综合征的存在，须立即通知医师，并



做好手术准备。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。
- (4) 疼痛时给予镇痛剂。
- (5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防压疮发生。
- (6) 指导患者行功能锻炼，以主动为主，被动为辅为原则。

十三、骨盆骨折的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况、精神变化。
- 2、观察局部肿胀程度、肢端感觉、活动、血运变化。
- 3、生命体征，有无休克的症状和体征。
- 4、皮肤完整性、出入量是否平衡。

二、护理措施

1、术前护理：

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理：

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 给予高蛋白、高维生素、高钙、粗纤维食物，多吃新鲜蔬菜、水果。
- (3) 尽量减少大幅度搬动病人，术后置于气垫床上，或给予骶尾部垫水垫，每 2-3 小时更换 1 次，平卧和健侧卧交替位，以预防压疮。
- (4) 指导患者进行深呼吸及有效咳嗽，协助做好翻身拍背，促进痰液排出。
- (5) 切口引流管者，妥善固定引流管，防止扭曲、折叠、脱落，保持负压引流球适当负压，以便及时引流出血口积血，密切观察引流液的颜色、量、性质，

十四、锁骨骨折的护理

一、护理评估

(7) 患肢制动，保持功能位，并将患肢抬高，以利减轻肿胀。

(8) 保持引流管通畅，观察引流物颜色、性质、量，每日更换引流袋，并记录引流量。

(9) 观察伤口渗血情况，如渗血多时及时报告医生进行处理。

(10) 注意恢复手的灵活性，练习伸指、握拳、对掌等功能。

三、健康指导要点

- 1、进食高蛋白、高热量、高维生素及易消化饮食。
- 2、复位固定后尽早开始手指及腕关节屈伸活动，并进行上臂肌肉的主动舒缩运动，有利于减轻水肿。4-6 周后外固定解除，开始时关节屈伸活动。手术切开复位且内固定稳定的病人，术后 2 周即可开始肘关节活动。若为小儿，应耐心向患儿及其家属解释功能锻炼的重要性，指导锻炼的方法，使家属能协助进行功能锻炼。

四、注意事项：密切观察肢体末梢血液循环情况。

并做好记录。

(6) 心理护理使病人树立战胜疾病的信心，防止焦虑悲观心理。

(7) 健康教育预防肌肉萎缩和关节僵硬：未影响骨盆环完整的骨折早期可在床上做上肢伸展运动及下肢肌肉收缩活动；1 周后可进行半卧位及坐立练习，同时做髋关节、膝关节的伸展运动；4-6 周后下床站立并缓慢行走，逐日加大活动量，再练习正常行走及下蹲。影响骨盆环完整的骨折伤后无合并症卧硬板床，同时进行上肢锻炼；2 周后开始练习半卧位，并进行下肢肌肉收缩的锻炼，以保持肌力，预防关节僵硬；3 周后再床上进行髋关节、膝关节的锻炼；6-8 周后拆除牵引固定，扶拐行走；12 周后逐渐弃拐行走。

(8) 对骨盆牵引病人执行牵引护理常规及评价标准。

三、健康指导要点

- 1、加强功能锻炼，指导有效翻身，咳嗽。
- 2、给予高蛋白、高维生素、高钙、粗纤维食物，多吃新鲜蔬菜、水果。

四、注意事项

- 1、观察有无休克、内脏损伤、神经损伤等并发症。
- 2、低流量氧气吸入，保持吸氧管各接头紧密，避免因活动造成脱落而引起危险。

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。



2、生命体征情况。

二、护理措施

1、术前护理:

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理:

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。
- (4) 疼痛时给予镇痛剂。
- (5) 观察皮肤受压情况, 定时局部减压, 预防

十五、手外伤的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情及精神状况。
- 2、伤口情况。

二、护理措施

1、术前准备

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 备皮。

2、术后护理

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。
- (4) 疼痛时给予镇痛剂。

十六、股骨颈骨折的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、生命体征及局部情况。
- 2、患肢末梢血液循环情况。
- 3、皮肤完整性。

二、护理措施

1、保守治疗

- (1) 保守治疗的病人由于长期卧床, 要预防肺部、皮肤、泌尿系等并发症。一般采用皮牵引或骨牵引牵拉固定, 限制外旋。
- (2) 骨牵引时, 定时让病人活动踝关节, 锻炼股四头肌, 预防肌肉萎缩和关节僵直。
- (3) 皮牵引时应定时打开, 检查牵引部位的皮肤及足跟部皮肤, 最好在牵引带内垫一些软布, 以保护皮肤。

压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼, 以主动为主, 被动为辅为原则。

(7) 患肢制动, 保持功能位, 并将患肢抬高, 以利减轻肿胀。

(8) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

- 1、进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- 2、保持良好的心态, 避免情绪刺激。
- 3、加强患侧肢体功能锻炼: 握拳、伸指、腕关节屈伸等运动。

四、注意事项

- 1、密切观察患侧肢体末梢血液循环情况。
- 2、患侧应避免耸肩等运动。

(5) 观察皮肤受压情况, 定时局部减压, 预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼, 以主动为主, 被动为辅为原则。

(7) 患肢制动, 保持功能位, 并将患肢抬高, 以利减轻肿胀。加强功能锻炼, 注意恢复手的灵活性, 练习伸指、握拳、对掌等功能。

(8) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

- 1、进食高热量、高蛋白、高维生素及易消化饮食。
- 2、根据伤口情况逐渐行手腕部功能锻炼。

四、注意事项: 注意观察患肢末梢循环情况。

(4) 保守治疗 3—4 周, 可去掉牵引, 让病人在床上练习抬腿, 5 周左右可扶拐行走。3 个月左右去拐行走。

2、术前护理:

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

(6) 术前牵引 5—7 日, 目的是制动、止痛, 以使局部的肌肉放松, 防止加重血管损伤, 为手术作准备。

3、术后护理:

- (1) 同骨科术后护理。



(2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况, 定时局部减压, 预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼, 以主动为主, 被动为辅为原则。指导行股四头肌等长收缩、足趾的活动及髌骨被动活动。

(7) 患肢制动, 保持功能位, 并将患肢抬高, 以利减轻肿胀。

(8) 保持引流管通畅, 观察引流物颜色、性质、量, 每日更换引流袋, 并记录引流量。

(9) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

(10) 患肢抬高, 保持外展中立位, 两腿之间夹一软枕, 为保持肢体的位置可行皮牵引或穿“丁”字鞋。

十七、髌骨骨折的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、生命体征的情况及局部情况。
- 2、患肢末梢血液循环情况。
- 3、有无深静脉栓塞等并发症。

二、护理措施

1、术前护理:

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理:

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。
- (4) 疼痛时给予镇痛剂。

十八、胫腓骨骨折的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、生命体征及局部情况。
- 2、患肢末梢血液循环情况。
- 3、皮肤完整性。

二、护理措施

1、术前护理:

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。

三、健康指导要点

- 1、加强患肢功能训练, 指导进行股四头肌等长收缩运动, 足趾的活动及髌骨被动活动。
- 2、进食高蛋白、高热量、高维生素易消化饮食。
- 3、出院指导:
 - (1) 同骨科出院指导。
 - (2) 不屈曲超过 90 度, 如屈身拣物、坐沙发等。
 - (3) 不内收。如不盘腿坐, 侧卧时两腿间夹枕头。
 - (4) 不负重。不要提拉重物, 过早弃拐行走。
 - (5) 扶拐行走 6 个月。
 - (6) 1—2 个月门诊复诊。

四、注意事项

- 1、预防下肢深静脉血栓的形成。
- 2、搬动时应注意体位。
- 3、搬运和移动: 尽量避免搬运或移动病人, 搬运时将髌关节与患肢整个托起, 防止关节脱位或骨折断端移位造成新的损伤。

(5) 观察皮肤受压情况, 定时局部减压, 预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼, 以主动为主, 被动为辅为原则。

(7) 患肢制动, 保持功能位, 并将患肢抬高, 以利减轻肿胀, 术后患肢伸直位 4-6 周。

(8) 保持引流管通畅, 观察引流物颜色、性质、量, 每日更换引流袋, 并记录引流量。

(9) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

- 1、进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化饮食。
- 2、加强患肢功能锻炼, 患肢抬高, 以利减轻肿胀, 术后患肢伸直位固定 4-6 周。

四、注意事项

- 1、早期严禁热敷、按摩、理疗, 以免加重组织缺血、损伤。
- 2、密切观察下肢末梢血液循环情况。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

(6) 行骨牵引时, 保持针眼处干燥, 针眼处以 75% 酒精消毒, 一天 2 次。

2、术后护理:

(1) 同骨科术后护理。

(2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、



高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼，以主动为主，被动为辅为原则，指导行股四头肌等长收缩、足趾的活动及髌骨被动活动。

(7) 患肢制动，保持功能位，并将患肢抬高，以利减轻肿胀。

(8) 保持引流管通畅，观察引流物颜色、性质、量，每日更换引流袋，并记录引流量。

十九、踝关节骨折（脚、趾外伤）的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、精神状况及局部情况。
- 2、生命体征的变化。
- 3、伤口情况。
- 4、患肢血管神经功能。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、

二十、股骨骨折的护理

一、护理评估

- 1、观察病人有无脉搏增快、皮肤湿冷、血压下降等血容量性休克表现。
- 2、神志、面容、生命体征及局部情况。
- 3、患肢末梢血液循环情况。
- 4、皮肤完整性。
- 5、有无深静脉栓塞等并发症。

二、护理措施

1、术前护理：

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

(9) 观察伤口渗血情况，如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

- 1、进食高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。
- 2、指导患者行功能锻炼，指导行股四头肌等长收缩，足趾的活动及髌骨推移等活动。

四、注意事项

- 1、注意观察下肢末梢血液循环情况，防止并发骨筋膜室综合征。
- 2、有夹板外固定的病人可进行膝、距小腿关节活动，但禁止膝关节伸直情况下旋转大腿，防止发生骨不连。

末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼，以主动为主，被动为辅为原则。

(7) 患肢制动，保持功能位，并将患肢抬高，以利减轻肿胀。

(8) 观察石膏内伤口渗血情况，如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康教育要点

- 1、进食高热量、高蛋白、高维生素及易消化饮食。
- 2、根据医嘱及伤口恢复情况逐渐指导患肢功能锻炼，鼓励患者进行主动及被动运动。

四、注意事项：密切观察患肢末梢血液循环情况，如有骨筋膜室综合征等并发症发生，应立即报告医生。

(6) 术前牵引5—7日，目的是制动、止痛，以使局部的肌肉放松，防止加重血管损伤，为手术作准备。

2、术后护理：

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。
- (4) 疼痛时给予镇痛剂。
- (5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼，以主动为主，被动为辅为原则。指导行股四头肌等长收缩足趾的活动及髌



骨被动活动。

(7) 患肢制动, 保持呈外展中立位, 穿防旋鞋固定, 脚尖朝上, 并将患肢抬高, 以利减轻肿胀。

(8) 保持引流管通畅, 观察引流物颜色、性质、量, 每日更换引流袋, 并记录引流量。

(9) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

(10) 患肢抬高, 保持外展中立位, 两腿之间夹一软枕, 为保持肢体的位置可行皮牵引或穿“丁”字鞋。

三、健康指导要点

二十一、全髋关节翻修术的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、生命体征的情况。
- 2、患肢末梢血液循环情况。
- 3、有无深静脉栓塞、感染、假体松动、假体脱位等并发症。
- 4、皮肤完整性。

二、护理措施

1、术前护理:

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理:

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。
- (4) 疼痛时给予镇痛剂。
- (5) 观察皮肤受压情况, 定时局部减压, 预防压疮发生。
- (6) 指导患者行功能锻炼, 以主动为主, 被动为辅为原则。指导行股四头肌等长收缩、足趾的活动及髌骨被动活动。

(7) 患肢制动, 保持功能位, 并将患肢抬高, 以利减轻肿胀。

二十二、全髋关节置换术的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、生命体征的情况。
- 2、患肢末梢血液循环情况。
- 3、有无深静脉栓塞、感染、假体松动、假体脱位等并发症。
- 4、皮肤完整性。

1、加强患肢康复训练, 指导进行股四头肌等长收缩运动, 脚趾屈曲与背伸运动等。保持治疗时在 X 片摄片证实有牢固的骨折愈合后才能取消牵引, 进行较大范围的运动。有条件时也可在牵引 8-10 周后改用外固定保护, 早期不负重活动, 以后逐渐增加负重。

- 2、进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化饮食。
- 3、避免重体力劳动和剧烈运动, 不适随诊。

四、注意事项

- 1、预防下肢静脉血栓的形成。
- 2、患肢制动, 穿防旋鞋固定, 保持患肢为外展中立位。

(8) 保持引流管通畅, 观察引流物颜色、性质、量, 每日更换引流袋, 并记录引流量。

(9) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

(10) 患肢抬高, 保持外展中立位, 两腿之间夹一软枕, 为保持肢体的位置可行皮牵引或穿“丁”字鞋。

(11) 出院指导:

- ①同骨科出院指导。
- ②不屈曲超过 90 度, 如屈身拣物、坐沙发等。
- ③不内收。如不盘腿坐, 侧卧时两腿间夹枕头。
- ④不负重。不要提拉重物, 过早弃拐行走。
- ⑤扶拐行走 6 个月。
- ⑥ 1—2 个月门诊复诊。

三、健康指导要点

- 1、避免诱发因素, 戒烟。
- 2、加强患肢康复训练, 指导进行股四头肌等长收缩运动, 脚趾屈曲与背伸运动等。
- 3、进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化食物。
- 4、术后 6 周内“六不要”: 不要交叉双腿; 不要卧于患侧; 不要坐沙发或矮椅; 坐位时不要前倾; 不要弯腰拾物; 不要床上屈膝而坐。
- 5、避免重体力劳动和剧烈运动, 不适随诊。

四、注意事项

- 1、预防下肢深静脉血栓的形成。
- 2、适当的翻身, 搬动患者时应注意体位, 避免引起脱位。

二、护理措施

1、术前护理:

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。



(5) 备皮。

2、术后护理:

(1) 同骨科术后护理。

(2) 保持室内空气清新、通风良好、温度、湿度适宜。

(3) 指导病人进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化食物, 增强抵抗力。

(4) 保持患肢呈外展中立位, 保持丁字鞋固定, 防止髌关节脱位。

(5) 观察生命体征的变化, 观察引流液的颜色、性质、量。

(6) 保持骶尾部皮肤清洁干燥, 指导进行有效抬臀。

(7) 根据医嘱准确及时应用抗生素及抗凝药物治疗。

(8) 健康教育避免诱发因素, 戒烟, 指导患肢进行康复训练; 术后 2-7 天进行股四头肌等长收缩运

动; 脚趾屈曲与背伸运动; 臀收缩运动; 直腿抬高运动。术后 8-15 天进行仰卧屈髋屈膝运动, 术后 3 周-3 个月继续中期功能锻炼。

三、健康指导要点

1、避免诱发因素, 戒烟。

2、加强患肢康复训练, 指导进行股四头肌等长收缩运动, 脚趾屈曲与背伸运动等。

3、进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化食物。

4、术后 6 周内“六不要”: 不要交叉双腿; 不要卧于患侧; 不要坐沙发或矮椅; 坐位时不要前倾; 不要弯腰拾物; 不要床上屈膝而坐。

5、避免重体力劳动和剧烈运动, 不适随诊。

四、注意事项

1、预防下肢深静脉血栓的形成。

2、适当的翻身, 搬动患者时应注意体位, 避免引起脱位。

二十三、人工全膝关节置换术的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、生命体征的情况。

2、患肢末梢血液循环情况。

3、有无深静脉栓塞、感染、假体松动、假体脱位等并发症。

4、皮肤完整性。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 心理护理: 向患者及家属讲解手术治疗的注意事项, 消除患者紧张、恐惧感, 使患者安心平静的接受手术。

(2) 全面检查、治疗感染灶, 如牙周炎、鼻窦炎、毛囊炎、脚气等, 防止术后切口感染。

(3) 床上练习大小便, 以便在术后拔除尿管后能顺利地自行排便。

(4) 手术区皮肤准备要严格, 切忌刮破皮肤, 必要时给予无菌备皮。

(5) 按医嘱给予术前用药, 做好药敏试验。

(6) 患者佩戴手腕带, 便于手术中识别患者, 保证安全。

(7) 教会患者术后患肢功能锻炼的方法。

(8) 准备好助行器, 患者下地行走时使用。

2、术后护理

(1) 观察患者意识情况和生命体征变化。

(2) 给予氧气吸入、心电监护、血氧饱和度监测。

(3) 去枕平卧 6 小时, 6 小时后进普通饮食。

(4) 患肢弹力绷带包扎, 适当垫高, 观察患者血运、感觉运动情况。

(5) 观察切口疼痛、渗血情况, 保持引流管通畅, 观察引流液的颜色、性质、量。

(6) 患肢使用抗血栓压力带, 预防下肢深静脉血栓形成。

三、健康指导要点

1、避免诱发因素, 戒烟。

2、加强患肢康复训练, 指导进行股四头肌等长收缩, 主动屈膝训练、压腿训练。

3、避免重体力活劳动和剧烈运动, 不适随诊。

四、注意事项

1、预防下肢深静脉血栓形成。

2、搬动时注意体位, 避免引起脱位。

二十四、镜下后交叉韧带重建术的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神状况。

2、足趾的颜色、温度、感觉及运动。

3、日常活动的耐受水平。

4、体温、脉搏、呼吸、血压情况。

5、肢体有无肿胀的症状和体征。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后护理:



(1) 同骨科术后护理。

(2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况, 定时局部减压, 预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼, 以主动为主, 被动为辅为原则。术后 1 天开始进行踝关节主动屈伸练习和股四头肌等长收缩。术后 1 周内不做直腿抬高练习。术后支具固定 4-6 周后拆除, 可进行膝关节主动伸屈锻炼。

(7) 患肢制动, 保持功能位, 并将患肢抬高,

以利减轻肿胀。

(8) 保持引流管通畅, 观察引流物颜色、性质、量, 每日更换引流袋, 并记录引流量。

(9) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

1、戒烟、注意保暖。

2、加强患肢功能训练; 直腿抬高运动、屈膝功能锻炼、绷腿运动、压腿运动。

3、饮食应给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。

四、注意事项

1、早期冰敷时间不宜太长, 一日 2 次, 一次 30min。

2、恢复期注意膝关节保暖, 夜间抬高下肢。

二十五、镜下半月板切除成形缝合术的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神状况。

2、足趾的颜色、温度、感觉及运动。

3、日常活动的耐受水平。

4、体温、脉搏、呼吸、血压情况。

5、肢体有无肿胀的症状和体征。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后护理:

(1) 同骨科术后护理。

(2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察皮肤受压情况, 定时局部减压, 预防压疮发生。

(6) 指导患者行功能锻炼, 以主动为主, 被动为辅为原则。

(7) 患肢制动, 保持功能位, 并将患肢抬高, 以利减轻肿胀。

(8) 观察伤口渗血情况, 关节腔内出血多发生在 24h 内, 主要表现为膝关节肿胀、剧烈疼痛、浮髌试验阳性, 如发现异常及时报告医生进行处理。

(9) 预防关节腔内感染: 表现为膝关节红、肿、热痛、全身发热, 必要时行关节镜下冲洗引流术。

三、健康指导要点

1、戒烟、注意保暖。

2、加强患肢功能训练; 直腿抬高运动、屈膝功能锻炼、绷腿运动、压腿运动。

3、饮食应给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。

四、注意事项

1、早期冰敷时间不宜太长, 一日 2 次, 一次 30min。

2、恢复期注意膝关节保暖, 夜间抬高下肢。

二十六、膝关节镜术的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神状况。

2、足趾的颜色、温度、感觉及运动。

3、日常活动的耐受水平。

4、体温、脉搏、呼吸、血压情况。

5、肢体有无肿胀的症状和体征。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后护理:

(1) 同骨科术后护理。

(2) 抬高患肢, 将枕头或软枕垫于膝下, 使患肢抬高 20cm, 保持膝关节接近伸直位, 减轻肿胀。

(3) 给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。

(4) 观察意识及生命体征变化及引流管的情况, 准确记录引流液的颜色、性质、量。有无肢体肿胀发生。



(5) 给予膝关节冰敷,可减轻手术后膝关节滑膜创伤性炎症反应,减轻水肿。

(6) 根据医嘱及时准确应用抗生素。

(7) 健康教育戒烟,注意保暖。指导进行患肢功能训练:直腿抬高运动、屈膝功能锻炼、绷腿运动、压腿运动。

三、健康指导要点

1、戒烟、注意保暖。

二十七、截肢术的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况和精神变化。

2、意识、血压、尿量、生命体征变化及切口出血情况。

3、纠正水、电解质紊乱和酸碱失衡,预防重要脏器损害和功能衰竭。

4、日常活动耐受水平。

5、自我形象紊乱,影响睡眠情况。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后护理:

(1) 同骨科术后护理。

(2) 床旁备止血带、沙袋。严密观察伤口渗血情况,保证引流管通畅,观察引流液的量、颜色。

(3) 严密观察全身状况和残端伤口情况。

(4) 补充高热量、高蛋白、高维生素及无机盐,必要时输血或静脉高营养。

(5) 术后 24-48h 内,残端用弹力绷带加压包扎,床尾抬高 15-30cm,促进静脉回流。不能用软枕抬高患肢,以免造成挛缩畸形。

(6) 感到疼痛时让病人注视残端,并轻轻敲打残肢端,消除幻肢痛的主观感觉;早期装配假肢,对残肢间歇性加压;遵医嘱使用镇静剂或止痛剂;对于长期的顽固性疼痛可行神经阻断手术。

(7) 大腿截肢者要防止髋关节屈曲、外展挛缩,术后不要将枕头放在两腿之间,应尽早进行内收后伸

2、加强患肢功能训练:直腿抬高运动、屈膝功能锻炼、绷腿运动、压腿运动。

3、饮食应给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。

四、注意事项

1、早期冰敷时间不宜太长,一日 2 次,一次 30min。

2、恢复期注意膝关节保暖,夜间抬高下肢。

的练习,不要把残肢搁在拐杖的手柄上;小腿截肢者要避免膝关节屈曲挛缩,应告诉病人半卧位或坐位时,不要让残肢垂于床下,长时间处于曲膝位;2 周拆线后,在截肢残端安装临时假肢,鼓励病人早期下床活动,进行肌肉强度和平衡锻炼,为安装假肢做准备。

(8) 心理护理使病人树立自信心,战胜疾病的信心。

(9) 健康教育下肢截肢病人抬高患肢不可超过 2 天,及时使残肢维持在伸展位或固定于功能位。膝下截肢后,病人躺,坐时不要让残肢垂下床缘,长时间处于屈膝卧位。膝上截肢术后不要讲枕头放在两腿之间,更不要把残肢搁在拐杖的手柄上。病情稳定后及早开始残肢的功能锻炼。鼓励病人勤翻身,每日俯卧 2 次以上,每次 30 分钟以上,俯卧时在腹部及大腿下放一枕;嘱病人用力下压软枕,以增强残肢伸肌张力。并可在两腿间放置一软枕,残肢向内挤压,以增强内收肌肌力,防止外展挛缩。

三、健康指导要点

1、加强营养,补充高热量、高蛋白、高维生素及无机盐,必要时输血或静脉高营养。

2、加强功能锻炼,鼓励病人早日床上坐起或离床进行残肢运动训练,上肢 1-2 日后离床,下肢 2-3 日后练习床上坐起,情况好者,5-6 日后扶拐下床活动。该阶段主要练习呼吸运动,健肢的运动,以及残肢近侧部分的肌肉运动。

3、加强心理疏导。

四、注意事项

1、观察患者的心理状况,及时做好心理疏导。

2、绷带包扎过紧或不得要领造成的残端水肿,应及时松解,改为弹力绷带包扎。

二十八、臀肌挛缩的护理

一、护理评估:神志、面容、表情、营养及精神状况。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮范围:髂前上棘到大腿上 1/3 处,包括整个臀部,会阴部。



(6)术前肌肉注射不宜选臀部,应选上臂三角肌。

2、术后护理:

(1)同骨科术后护理。

(2)加强营养,合理安排饮食,给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3)观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况,如发现异常及时通知医生。

(4)疼痛时给予镇痛剂。

(5)观察皮肤受压情况,定时局部减压,预防压疮发生。

(6)保持引流管通畅,观察引流物颜色、性质、量,每日更换引流袋,并记录引流量。

(7)观察伤口渗血情况,如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

1、进食高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。

2、功能锻炼

(1)术后将双腿置于三角架上,保持髋关节屈曲。

(2)术后2-3天协助患者下床,指导功能锻炼:双手叉腰,双腿双膝并拢尽量伸直身体“一”字行走,并保持身体平衡,不要左右摇晃。拔除引流管后可适当增加活动时间和活动项目。下蹲运动:双腿双膝并拢,双手握紧床档下蹲——站立——再下蹲——再站立,3天后增加“跷二郎腿”坐立,如有骨盆倾斜,患者应重视双下肢的交替上下活动,短侧肢体用力下蹲,长侧肢体尽量上提,反复进行带动两侧骨盆肌肉收缩,使之重新平衡,部分患者还可以结合下肢皮牵引,短侧肢体牵引重力大。

四、注意事项:术后下床活动不宜空腹,要先练习床上坐,如无不舒适再下床锻炼,以患者能耐受为宜,循序渐进,如出现头昏、面色苍白、出冷汗、伤口剧痛应停止,伤口渗血较多时,根据医嘱决定锻炼方式,必要时可暂停锻炼。

二十九、骨折术后内固定存留的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。

2、皮肤的完整性。

二、护理措施

1、术前护理

(1)同骨科手术前准备。

(2)完善术前辅助检查。

(3)训练床上使用便器。

(4)指导患者有效咳嗽,戒烟。

(5)备皮。

2、术后护理

(1)同骨科术后护理。

(2)加强营养,合理安排饮食,给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3)观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况,如发现异常及时通知医师。

(4)疼痛时给予止痛剂。

(5)观察伤口渗血情况,如渗血多时及时报告医师进行处理。

三、健康指导要点:进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

四、注意事项:注意观察伤口情况。

三十、截瘫的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情及精神状况。

2、心理状况。

3、生命体征变化。

二、护理措施

1、一般护理

(1)平卧硬板床,床铺保持干净、清洁、柔软、舒适。可垫海绵垫、充气垫等。

(2)四肢保持功能位置,防止各个关节过伸或过展,鼓励患者主动活动,定时被动活动及按摩。

(3)预防足下垂,穿“丁”字鞋,主动或被动活动踝关节。

(4)加强营养,合理安排饮食,给予高蛋白、高营养的饮食,多吃新鲜的蔬菜和水果,多饮水,以利大便通畅,少吃甜食和易产气食物,以免腹胀。

2、心理护理

多巡视病房,做好心理护理,树立患者战胜疾病的信心。

3、预防并发症

(1)预防压疮:定时翻身和局部减压,保持皮肤清洁和完整,受压部位皮肤发红可用透明贴、减压贴,一旦皮肤擦伤积极处理。

(2)预防肺部并发症:保持口腔清洁,鼓励患者有效的咳嗽和咳痰。

(3)预防泌尿系感染和结石:鼓励患者多饮水,保持尿道口的清洁、尿道口擦洗每日二次。

三、健康指导要点

1、保持良好的心态,避免情绪刺激。

2、进食高蛋白、高维生素、高营养易消化饮食。

3、预防并发症的方法。

四、注意事项

1、观察患者心理状况,做好心理疏导。



2、预防并发症的发生。

三十一、气性坏疽的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况和精神变化。
- 2、监测生命体征，体温、脉搏、呼吸、血压、尿量。
- 3、皮肤颜色、温度、软组织肿胀程度、肌肉坏死情况。

4、分泌物的性质、气味、渗液量。

二、护理措施

1、术前护理：

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理：

(1) 同骨科术后护理。

(2) 设置独立的隔离区，并专人护理。严禁探视，防止交叉感染，隔离区每日用消毒液擦拭，并用紫外线消毒，每日2次，每次30min。

(3) 监测生命体征，体温高达40℃，及时给予物理降温。

(4) 准确记录24h尿量，如尿量减少，警惕肾功能衰竭。

(5) 观察切口情况，切口敞开，用3%双氧水或1/5000高锰酸钾溶液持续冲洗。

三十二、骨肿瘤的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。
- 2、密切观察病人的体温、脉搏、呼吸、血压、意识状态、血氧饱和度。
- 3、观察伤口有无渗液、渗血、渗出量及性质，引流管有无扭曲、折叠，引流是否通畅。
- 4、末梢血液循环的皮肤颜色、温度、肿胀感、感觉、运动、毛细血管充盈等情况。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理

(1) 同骨科术后护理。

(2) 脊柱肿瘤病人绝对卧床休息，防止脊柱骨折造成截瘫；四肢肿瘤病人下地时患肢不负重，以免

(6) 给予高热量、高蛋白、丰富维生素饮食。鼓励患者大量饮水，使尿量 $\geq 3000\text{ml}/\text{天}$ ，以利毒素排除。不能进食者，遵医嘱鼻饲流质或静脉补充营养。

(7) 心理护理：使病人树立战胜疾病的信心，防止焦虑悲观心理。

(8) 健康教育：下肢截肢病人抬高患肢不可超过2天，及时使残肢维持在伸展位或固定于功能位。膝下截肢后，病人躺，坐时不要让残肢垂下床缘，长时间处于屈膝卧位。膝上截肢术后不要将枕头放在两腿之间，更不要把残肢搁在拐杖的手柄上。病情稳定后及早开始残肢的功能锻炼。鼓励病人勤翻身，每日俯卧2次以上，每次30分钟以上，俯卧时在腹部及大腿下放一枕，嘱病人用力下压软枕，以增强残肢伸肌张力。并可在两腿间放置一软枕，残肢向内挤压，以增强内收肌肌力，防止外展挛缩。

三、健康指导要点

- 1、观察切口情况。
- 2、给予高热量、高蛋白、丰富维生素饮食。
- 3、加强截肢后的功能锻炼。

四、注意事项

- 1、加强消毒隔离。
- 2、警惕感染性休克。

发生病理性骨折或关节脱位。

(3) 抬高患肢，保持功能位，观察患肢的血液循环。

(4) 引流管接负压吸引器，保持引流管的通畅，观察和记录引流液的量、颜色和性质。

(5) 观察手术切口的渗血情况，及时更换敷料。

(6) 重视术后的疼痛控制，如疼痛影响活动和睡眠时，可根据医嘱给予止痛药。

(7) 遵医嘱给予抗生素和抗凝药物，注意观察用药后有出血倾向。

(8) 给予高热量、高蛋白、高维生素饮食，必要时可采用静脉补充营养。

(9) 心理护理使病人树立战胜疾病的信心，防止焦虑悲观心理。

(10) 健康教育化学治疗药物的作用和毒性反应，观察抗癌药物对骨髓功能的损害程度，定时检查血常规。指导进行股四头肌的等长收缩运动及足趾背屈和跖屈。

三、健康指导要点



- 1、加强心理护理。
- 2、加强功能锻炼，指导进行股四头肌的等长收缩运动及足趾背屈和跖屈。
- 3、重视术后的疼痛控制，如疼痛影响活动和睡

眠时，可根据医嘱给予止痛药。

- 四、注意事项：**1、患肢末梢血液循环观察。2、化疗药物副作用。

三十三、化脓性关节炎的护理

一、护理评估

- 1、营养状况及精神变化。
- 2、监测体温变化，每日测体温6次。
- 3、瘘管口周围皮肤颜色，引流的颜色、性质。
- 4、牵引时观察末梢血液循环。
- 5、生命体征、有无感染的症状和体征。

二、护理措施

1、术前护理：

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理：

(1) 同骨科术后护理。

(2) 卧硬板床休息，患肢石膏固定的病人，用软枕抬高患肢20cm，保持患肢功能位，以防畸形或病理性骨折。执行石膏固定病人护理常规及评价标准。

(3) 严密监测体温变化，每日测体温6次。若体温高于39℃时，应给予物理降温或药物降温，并在30min内监测体温变化，做好护理记录。

(4) 在抗生素应用之前，抽血做细菌培养和药物敏感试验，采血宜在高热、寒战时进行。注意药物之间的配伍禁忌，观察疗效，慎防不良反应，警惕双重感染发生。

- (5) 给予高蛋白质、高热量、高维生素饮食，

少食多餐，鼓励病人多饮水，每日摄水量达2500-3000ml为宜，以补充高热的消耗。

(6) 保持冲洗引流管道的通畅，避免扭曲、受压。冲洗液瓶应悬吊高于患肢70-80cm，引流瓶位置应低于患肢50-60cm，保持引流的负压状态。

(7) 观察冲洗引流的量、颜色。及时更换冲洗液，防止流空；及时倾倒引流液，防止引流液逆流。

(8) 卧床休息，患肢皮肤牵引制动，避免早期下床负重，预防病理性骨折。

(9) 心理护理使病人战胜疾病的信心，防止焦虑悲观心理。

(10) 健康教育加强营养，观察体温变化。指导病人做踝关节运动，包括踝泵动作和踝旋转动作，做收缩臀肌、下肢外展和直腿抬高运动，每日3-5次，每次10-15min。

三、健康指导要点

1、饮食宜采取高蛋白质、高热量、高维生素饮食，少食多餐。

2、加强功能锻炼，指导进行踝关节运动。

3、监测体温变化。

4、冲洗引流的观察。

5、积极预防和控制感染，拔牙、扁桃体摘除等都有可能造成关节的再次感染，应尽量避免。

四、注意事项

1、体温高热引起惊厥、寒战。

2、冲洗引流时防止引流液逆流。

三十四、急、慢性骨髓炎的护理

一、护理评估

- 1、营养状况及精神变化。
- 2、监测体温变化，每日测体温6次。
- 3、瘘管口周围皮肤颜色，引流的颜色、性质。
- 4、牵引时观察末梢血液循环。
- 5、生命体征、有无感染的症状和体征。

二、护理措施

1、术前护理：

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理：

(1) 同骨科术后护理。

(2) 卧硬板床休息，患肢石膏固定的病人，用软枕抬高患肢20cm，保持患肢功能位，以防畸形或病理性骨折。执行石膏固定病人护理常规及评价标准。

(3) 严密监测体温变化，每日测体温6次。若体温高于39℃时，应给予物理降温或药物降温，并在30min内监测体温变化，做好护理记录。

(4) 在抗生素应用之前，抽血做细菌培养和药物敏感试验，采血宜在高热、寒战时进行。注意药物之间的配伍禁忌，观察疗效，慎防不良反应，警惕双重感染发生。

(5) 给予高蛋白质、高热量、高维生素饮食，少食多餐，鼓励病人多饮水，每日摄水量达2500-3000ml为宜，以补充高热的消耗。



(6) 确保切口灌洗引流的通畅, 术后 24h 内滴入速度要快, 冲洗量每日可达 15L; 3 天后滴注速度减慢, 每日灌洗量为 5L, 7 日后每日灌洗量为 3L。

(7) 观察冲洗引流的量、颜色, 及时更换冲洗液, 防止流空; 及时倾倒引流液, 防止引流液逆流。

(8) 卧床休息, 患肢皮肤牵引制动, 避免早期下床负重, 预防病理性骨折。

(9) 心理护理: 使病人战胜疾病的信心, 防止焦虑悲观心理。

(10) 加强营养, 观察体温变化。指导病人做踝关节运动, 包括踝泵动作和踝旋转动作, 做收缩臀肌、下肢外展和直腿抬高运动, 每日 3-5 次, 每次 10-

15min。

三、健康指导要点

1、饮食宜采取高蛋白质、高热量、高维生素饮食, 少食多餐。

2、加强功能锻炼, 指导进行踝关节运动。

3、监测体温变化。

4、灌洗引流的观察。

四、注意事项:

1、体温高热引起惊厥、寒战。

2、灌洗引流时防止引流液逆流。

三十五、坐骨囊肿的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神状况。

2、身体状况, 肿块的大小、形状、活动度。

3、皮肤完整性。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后护理:

(1) 同骨科术后护理。

(2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、

高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察骶尾部皮肤情况, 定时局部减压, 预防压疮发生。

(6) 保持引流管通畅, 观察引流物颜色、性质、量, 每日更换引流袋, 并记录引流量。

(7) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

1、进食高热量、高蛋白、高维生素及易消化饮食。

2、保持良好的心态, 避免情绪刺激。

四、注意事项: 注意观察伤口情况。

三十六、腘窝囊肿的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。

2、身体状况: 包块的大小、形状、活动度等。

3、皮肤的完整性。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 训练床上使用便器。

(4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(5) 备皮。

2、术后护理:

(1) 同骨科术后护理。

(2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

1、进食高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。

2、保持良好的心态、避免情绪刺激。

四、注意事项: 注意观察伤口渗血情况。

三十七、四肢包块的护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。

2、身体状况: 包块的大小、形状、活动度等。

3、皮肤的完整性。

二、护理措施

1、术前护理:

(1) 骨科手术前准备。

(2) 完善术前辅助检查。



- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理:

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 加强营养, 合理安排饮食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。
- (3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、

三十八、骨筋膜室综合症的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况和精神变化。
- 2、观察和监测远端脉搏及毛细血管充盈时间。
- 3、患肢是否有持续性剧烈疼痛、明显肿胀、皮肤苍白、皮温升高、指或趾屈曲、被动伸指或趾时疼痛剧烈。

4、生命体征变化观察病人体温、脉搏、血压、呼吸, 并及时记录病情动态。

二、护理措施

1、术前护理:

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理:

- (1) 同骨科术后护理。
- (2) 确保室内空气清新, 加强空气消毒。
- (3) 密切观察患肢动脉搏动和指(趾)端血运、皮肤温度及活动。

三十九、手外伤带蒂皮瓣移植术的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的思想状况和心理状态, 向病人做好解释以取得合作。
- 2、评估患者的营养状况及局部情况。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 同骨科手术前准备。
- (2) 完善术前相关辅助检查。

2、术后护理

- (1) 保持室内空气流通, 室温 23 ℃ -25 ℃, 病室内禁止吸烟。
- (2) 指导病人坚持适当的体位, 前臂垫起高于心脏水平面 10 cm, 手保持休息位, 皮瓣向上。病人平卧时在上臂下加垫, 避免肢体因重力下垂而牵拉皮瓣。
- (3) 观察皮瓣的肿胀程度、颜色、皮温及毛细

末稍血液循环等情况, 如发现异常及时通知医生。

- (4) 疼痛时给予镇痛剂。

(5) 观察伤口渗血情况, 如渗血多时及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

- 1、进食高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食。
- 2、保持良好的心态、避免情绪刺激。

四、注意事项: 注意观察伤口情况。

(4) 保持引流通畅, 观察引流物的性质、量及颜色等并做好记录。

(5) 伤口渗液较多, 应密切观察伤口分泌物的情况, 患肢应避免抬高。

(6) 行局部组织切开减压手术处理前, 遵医嘱静脉滴注 3-5 天 25% 甘露醇 250ml+ 地塞米松 5mg, 3-4 次每天, 有利于减轻局部水肿。

- (7) 给予高蛋白、高热量、高维生素饮食。

(8) 心理护理使病人树立战胜疾病的信心, 防止焦虑悲观心理。

(9) 健康教育指导其保持肢体正确的功能位, 最大限度的避免发生畸形, 以免影响以后的功能。

三、健康指导要点

- 1、给予高蛋白、高热量、高维生素饮食。

2、指导进行功能锻炼康复训练: 练习股四头肌等长收缩。

四、注意事项: 1、患肢应避免抬高, 以免因动脉供血不足而加重血液循环障碍。2、观察患肢末梢血运。

血管充盈情况, 带蒂皮瓣移植术后 6h-8h 检查伤口, 观察皮瓣血液循环, 尤其是术后 48 h 内最为重要, 局部肤色微红或鲜红, 质地柔软且富有弹性, 表示皮瓣血运好。若发现皮瓣颜色灰白或苍白, 提示动脉供血不足或阻塞; 若皮瓣肿胀发绀, 皮色为淡紫红色或青紫斑点或出现水泡, 表明静脉回流障碍; 及时查找有无皮瓣血管受压、包扎过紧、积液等并及时向医生汇报。

(4) 注意观察疼痛的性质, 确认引起疼痛的原因, 及时遵医嘱给予止痛镇静药, 以免导致血管痉挛或血栓形成, 保持环境安静以减少刺激。

(5) 观察皮瓣移植处局部有无红肿及脓性渗液及体温变化, 及时发现感染指征, 保持敷料清洁、干燥, 减少探陪人员, 防止交叉感染, 合理应用抗生素。

三、健康指导要点

- 1、术后 3 d 至皮瓣断蒂前可在医护人员的监护



下指导病人主动幅度的握拳、伸掌，切忌牵拉皮瓣。

2、做好病人的饮食指导，多食高蛋白、高热量、高维生素食物，以增强机体的抵抗力。

四、注意事项

1、保持病室的安静舒适，室内严禁吸烟，以免导致血管痉挛，造成修复组织坏死。

2、注意保护病人供区与受区组织，感染创面必须做好创面及其周围皮肤的清洁工作。

3、术后24—48h是皮瓣肿胀最明显的时期，易造成缝线过紧，局部受压，导致血液循环障碍，严格按皮瓣观察的方法、频率、指征、重点认真仔细观察。

四十、小儿多指（趾）畸形的护理

一、护理评估

- 1、神志、精神状况及局部情况
- 2、生命体征变化。

二、护理措施

（一）术前护理

- 1、按骨科术前护理。
- 2、完善相关的辅助检查。
- 3、做好患儿及家属的心理指导，以取得配合。

（二）术后护理

- 1、按全麻术后护理。
- 2、保持环境安静，患儿绝对卧床休息7-10天，患肢制动抬高15厘米，有助于静脉回流，利于消肿。
- 3、严密观察肢体颜色、温度、指腹弹性、毛细血管充盈时间和肿胀情况，如果伤口上有血痂或分泌物，可用无菌盐水擦洗。
- 4、患儿疼痛烦躁不安的时候，应多关心安抚患儿，做好心理疏导，不能滥用止痛药，以免影响病情观察或加重伤口出血。
- 5、遵医嘱使用抗感染、抗痉挛及抗凝药物，用药过程注意观察有无不良反应，及时报告医生并处理。

6、保证手术部位清洁，防止感染，卧床期间加强皮肤护理，防止压疮的发生。

7、饮食护理：哺乳期患儿应给予母乳喂养，可以添加一些促进消化的食物，如米粉及果泥等。一岁以上的儿童指导多吃蔬菜、水果及营养丰富易消化的食物。

8、指导功能锻炼。

三、健康指导要点

- 1、根据患者恢复的情况逐渐指导功能锻炼，鼓励患儿进行主动和被动的运动。
- 2、指导进高蛋白、高热量、营养丰富、易消化的饮食，以增强抵抗力。

四、注意事项

- 1、术后12天内尽量避免手术部位沾水，尤其是小孩，应转移患者的注意力，防止患肢多动导致伤口破裂。
- 2、保持手术部位清洁，防止感染。
- 3、患儿出院后，保持室内空气新鲜，空气流通，防止感冒。家属应做好患儿的监护，防止发生意外。

四十一、先天性髋关节脱位的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养及精神状况。
- 2、患儿髋关节活动度、步态及双侧腹股沟皮纹情况。

二、护理措施：

（一）术前护理

- （1）术前准备：术前8-12小时禁食，6-8小时禁水。
- （2）患儿心理护理：消除患儿的紧张情绪，增加病房环境的情切感，使患儿能积极配合治疗护理工作。

（3）做好骨牵引的护理：骨盆截骨术前须行股骨髁上牵引，牵引过程中保持牵引装置的稳定、安全、有效。要注意牵引针与周围皮肤有无红肿、皮疹，予以75%酒精消毒针孔处，2次/天。

（二）术后护理

1、了解麻醉方法和手术方式、术中情况、切口和引流情况，严密监测生命体征的变化。

- 2、观察肢端温度、感觉、血运及活动情况。
- 3、观察伤口处渗血情况，如有异常及时通知医生。
- 4、做好石膏固定的护理：

- （1）应妥善保护好患肢，制动体位，禁止患肢屈曲。
- （2）石膏松紧应适宜，与皮肤容纳一个手指空隙即可。

（3）在固定期间，要注意保持石膏清洁干燥，以防大小便污染。

（4）密切观察被固定肢体的末梢血液循环，如有异常及时通知医生。

（5）石膏干后，应抬高患肢，以利静脉回流，防止患肢肿胀。

- 5、做好皮肤的护理，防止受压部位发生压疮。
- 6、用分散注意力的方法来减轻患儿的疼痛感，严重时遵医嘱予以镇静止痛药。
- 7、给予高热量、高蛋白、高维生素饮食，少食多餐。
- 8、加强功能锻炼



(1) 早期锻炼: 练习股四头肌等长收缩和足趾的活动, 帮助患儿按摩肌肉, 忌旋转。

(2) 后期锻炼: 拆除石膏后, 帮助患儿进行屈髋、屈膝、坐起练习, 再循序渐进指导患儿练习外展、内收、内旋直到下蹲运动, 使髋关节功能恢复到最佳状态。

三、健康指导要点

四十二、脊柱结核的护理

一、护理评估

- 1、评估疼痛的部位、性质及持续时间。
- 2、评估肢体感觉、运动情况。

二、护理措施

1、卧硬板床休息, 局部制动, 翻身时保持躯干呈直线, 防止脊柱扭转或屈曲。

- 2、予高热量、高蛋白、富含维生素易消化的饮食。
- 3、观察双下肢感觉和运动情况。
- 4、脊柱结核合并截瘫者护理。

(1) 防止皮肤完整性受损: 保持床铺清洁、干燥、平整, 每 2h 翻身 1 次, 正确使用便盆, 防止擦伤皮肤, 慎用热水袋, 以防烫伤。

(2) 预防泌尿系感染。

(3) 预防呼吸道并发症: 鼓励病人深呼吸, 指

四十三、手足外科疾病的一般护理

一、护理评估

1、神志、面容、表情、生命体征、心理状况及局部情况。

- 2、辅助检查情况。
- 3、麻醉选择类型。
- 4、手术方式。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 做好病人的入院评估, 术前宣教, 了解病人的病史及思想顾虑。有针对性地解决病人的顾虑, 使其安心休养, 接受手术。

(2) 向病人讲解各种检查及治疗的目的和注意事项, 以取得病人的配合。

(3) 检查手术区域的皮肤是否完整, 有无感染等, 备皮时切勿剃破皮肤, 勿使病人受凉感冒、剃除手术区域和切口周围 15—20cm 范围的毛发。

(4) 手术前一天准备:

①做血型测定、备血, 完成常规药物的皮肤过敏试验。

②督促能活动的病人进行沐浴并更换清洁衣裤。

③手术前晚 8 时后禁食, 12 小时后禁水。

(5) 手术晨按医嘱给予术前用药, 并将病史及患肢 X 片带入手术室。

(6) 显微外科手术患者送手术室后, 准备好各

1、石膏固定时应经常检查松紧度, 密切观察末端肢体的血液循环及活动情况。

2、指导患儿及家属配合维持有效牵引。

四、注意事项:

1、加床栏保护, 防止患儿坠床

2、注意防止再脱位或半脱位。

导有效咳嗽、咳痰, 痰液粘稠不易咳出时, 口服祛痰药或雾化吸入。

(4) 排便机能失调的护理: 调整饮食结构, 便秘时多食纤维素丰富的食物, 多饮水; 大便失禁时则进无渣饮食; 便秘病人行腹部按摩, 口服缓泻剂, 必要时行灌肠。大便失禁病人应做好肛周护理。

5、观察药物疗效及副作用。

三、健康指导要点

1、指导患者绝对卧硬板床休息及正确翻身方法。

2、指导正确使用便盆。

3、指导有效咳嗽。

四、注意事项: 轴线翻身, 观察双下肢感觉和运动情况。

种监护仪器。

2、术后护理

(1) 病人返回病房区从平车搬运至床上时, 注意保护好病人的体位及各种引流管。

(2) 腰麻、连硬麻、全麻病人去枕平卧 6—8 小时, 禁食水 6 小时。

(3) 肢体手术的病人患肢抬高, 应高于心脏以利静脉回流, 减少肿胀。

(4) 严密观察指端皮肤颜色、温度、肿胀、感觉运动及切口渗血情况, 如有异常及时与医生联系。

(5) 按医嘱给予抗生素及扩血管、抗凝药物, 并观察药物反应。

(6) 如石膏固定或外固定支架者, 按石膏固定或外固定支架常规护理。

(7) 恢复期必须进行早期功能锻炼, 尤其是肌腱损伤者, 术后 3-4d 后进行被动伸屈指运动, 3-4 周后行主动伸屈指运动。

三、健康指导要点

1、指导患者练习深呼吸及有效咳嗽, 戒烟。

2、带石膏固定出院者, 应定期来院拆石膏。

3、带外固定支架出院者, 每月定期随访 1 次, 并注意保持钉孔的清洁和干燥。

4、继续加强主动和被动运动, 并逐渐加大运动幅度和量, 直至手的功能恢复为止(肌腱损伤手术后,



以主动锻炼为主；周围神经损伤手术后，以被动锻炼为主）。

5、定期门诊随访检查，如有特殊情况，随时就诊。

四十四、断肢（指）再植的护理

一、护理评估

1、评估患者的思想状况和心理状态，向病人做好解释以取得合作。

2、评估患者的营养状况及局部情况。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 按手足外科手术前一般护理

(2) 离断肢（指）体盛于塑料袋内冷藏保存。

(3) 做好患者及家属思想工作，解除其紧张情绪。

(4) 安慰患者，需要时可给予止痛剂。

2、术后护理

(1) 按手足外科术后常规护理。

(2) 患者安排在比较安静、舒适、空气新鲜的病室内，室温维持在 23~25℃。

(3) 患者一般需绝对卧床 1 周左右，患者抬高 35℃，使患肢高于心脏水平，以维持稳定有效的循环血量，并利于静脉和淋巴的回流及减轻局部水肿。

(4) 预防休克，检测尿量，观察生命体征及切口情况。

(5) 注意患肢保温，患肢（指）上方放置 40W 烤灯局部照射，距离为 40cm 左右，维持局部温度。

(6) 换成局部血循环：注意观察患肢（指）端颜色，皮肤温度等，如发现异常，立即报告医生。

(7) 病区内严禁吸烟，以防止再植肢（指）体

四、注意事项

1、保持病室的安静舒适，室内严禁吸烟。

2、注意观察患处血运，并注意患肢保暖。

血管痉挛。

(8) 饮食早期给清淡饮食，病情好转给予高蛋白、高维生素、高热量饮食；禁忌烟酒，辛辣刺激的食物。

(9) 术后行解痉抗凝抗感染对症治疗，禁止使用血管收缩剂，如麻黄碱、肾上腺素。

(10) 注意心理护理和生活护理，患者的情绪会影响再植手指的血运，应帮助他们消除心理负担。保持床单位清洁干燥，做好皮肤护理；患者卧床可更换体位，但应避免长时间患者侧卧位。

三、健康指导要点

1、术后绝对卧床休息

2、做好病人的饮食指导，多食高蛋白、高热量、高维生素食物，以增强机体的抵抗力。

四、注意事项

1、保持病室的安静舒适，室内严禁吸烟，以免导致血管痉挛，造成修复组织坏死。

2、注意保护病人供区与受区组织，感染创面必须做好创面及其周围皮肤的清洁工作。

3、术后 24 h-72 h 易发生血管危象。毛细血管充盈反应是判断皮瓣血运的重要指标，术后常规每 1 h-2 h 观察毛细血管充盈反应。方法：用消毒棉棒轻压皮瓣远端并迅速移开，皮色应在 1 s-2 s 内转为红润，如果 ≥ 3 s 示血运障碍。

四十五、第二足趾移植及拇甲瓣再造手指的护理

一、护理评估

1、评估患者的思想状态、心理变化和配合程度。

2、评估供、受区皮肤有无炎症、皮癣和瘢痕。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 心理护理：加强护患沟通，解除患者各种心理问题。如：对医生能否再造外形逼真的手指和术后能否用足趾代替手指来进行手的抓、捏、握、拿等各种活动心存疑虑，一旦手术失败，将失掉 1 个甚至多个正常的足趾和足部皮瓣，以及担心术后供足的外形与功能的恢复等。针对以上常见的心理问题，护士耐心与患者交谈，建立良好的护患的关系。带领他们观看患者的手术照片，观看不同术（特别是相同术式）患者术后的功能康复，供足的外形与功能的恢复情况。讲明此种手术技术已较为成熟，医师能用足趾和足部皮瓣再造一个功能良好、外形逼真的手指，而且对足部供区的损伤减小到最低程度，消除患者的疑惑，顾

虑，紧张和恐惧心理，争强治疗信心，积极配合手术。

(2) 供区的检查和准备：检查足部供区皮肤有无炎症，皮癣和瘢痕。对有炎症，皮癣的患者，要带治愈后方可手术，以防止术后感染或发生血管危象。注意动脉搏动及静脉充盈情况。避免在足部供区血管穿刺、输液，以防止血管损伤导致术后血管栓塞。术前一周，指导患者每日早晚用温水泡洗供区皮肤 2 次，特别是趾甲、甲缝的污垢要彻底清洗。泡洗后行局部皮肤按摩，使皮肤松弛、柔软，浅静脉扩张，以改善皮肤及血管条件提高抗感染能力。对足部血管细小的患者，嘱咐患者术前每天爬楼梯训练，充盈局部血管。术前用多普勒听足部供区的血管情况，协助医生制定相应的治疗和护理方案。选用腹股沟区全厚皮片修复的患者，术前会阴部备皮。

(3) 告知患者手术的复杂性，绝对卧床的时间 7-10 天，功能锻炼的方法，练习床上大小便，克服不习惯的心理，防止术后尿潴留和便秘的发生。



(4) 了解病员病情，一般健康状况、心理状况，月经情况等。

(5) 面体格检查，查肝、肾功能、血、大、小便常规、心电图、B超、胸透及血型。发现异常及时向医生汇报。

2、术后护理

(1) 一般护理：术后护理7-10d，保持舒适、协调的体位将供区用肢体垫高20~30cm，避免受压。采用皮瓣修复的患者，供区上方放置40w旁边照明灯局部照射，距离40-60cm。严禁患者及病房其他人员吸烟，以防烟碱导致血管痉挛。

(2) 局部的观察与护理：主要为再造指的肿胀程度；肤色皮温；毛细血管反应（具体内容见断再植术后观察内容皮温；毛细血管反应（具体内容见断指在植术后观察内容

(3) 供区修复的观察与护理：对于采用植皮修复创面的患者，注意观察局部有无渗出、异味、疼痛及患者体温变化，以防止感染，与术后7-10d拆包查看皮片是否成活，腹股沟供区切口如果张力较大，可见断分次拆线。

(4) 对于创面直接缝合的患者，注意缝线是否紧张、皮缘有无发白。

(5) 对于采用各种皮瓣修复拇甲骨瓣供区的患者，注意观察皮瓣血运。一般通过皮瓣的颜色、张力、毛细血管充盈时间3项常规指标观察血运情况。皮瓣特别：

①二趾甲瓣、二趾胫侧瓣：这两种是顺行皮瓣，静脉回流好，皮瓣不易肿胀，较少发生静脉危象；可因动脉受压导致血供不足、皮瓣颜色苍白而发生动脉危象。因此护理时不仅要观察脚趾的舌形瓣，还要观察二趾甲瓣或二趾胫侧瓣，因为舌形瓣仅有胫侧趾底动脉供应，二趾甲瓣或二趾胫侧瓣也只是一侧趾底动脉供应，均易因皮缘缝合过紧压迫动脉而影响血运。

②足背皮瓣、第一和第二跖背皮瓣、跖底皮瓣、踝前皮瓣及跗外侧均为逆行皮瓣，有时因蒂部受压、静脉回流障碍，易导致静脉危象，皮瓣颜色暗红，应及时拆除过紧的缝线，松解紧张的皮肤，经过以上处理若仍不好转，可采取小切口放血，改善局部血液循环。

(6) 观察皮瓣血运时的注意点：

足部供区修复，有时采用顺行皮瓣，有时采用逆

行皮瓣，不同的皮瓣术后观察重点不同。顺行皮瓣应注意有无动脉危象的发生；逆行皮瓣应注意有无静脉危象的发生。

由于皮瓣较小、位置较隐蔽，观察时应充分暴露每个皮瓣，特别是皮瓣边缘不可遗漏。

术后24-48h是皮瓣肿胀最明显的时期，易造成缝线过紧，局部受压，导致血液循环障碍，所以在这段时间内要严格按照皮瓣观察的方法，频率，指征，重点认真仔细观察，及时发现并有效处理血管危象，这是手术成功的有力保证。

(7) 饮食的护理：患者需加强营养，食高蛋白，高能量，富含维生素，粗纤维的食物，以增强机体抵抗力。同时保持大便通畅，大便干结不易解出时，应用开塞露或大黄苏打，软化大便。大便时不可用劲，以免影响再造指血供引起血管危象。

(8) 长期卧床并发症的护理

①坠积性肺炎：首先鼓励病人深呼吸、用力咳嗽，促进肺膨胀和排痰；轻轻叩击胸背部，以利痰液松弛，促进排痰和肺的膨胀。遵医嘱予以雾化吸入液中加入抗生素、地塞米松或糜蛋白酶等，以稀释分泌物，使之便于排出。伴肺不张时，可用导管吸出气管或支气管内分泌物，必要时通知医生用气管镜吸痰。其次，多翻身更换体位。有助于引流痰液。

②深静脉血栓：多发生于下肢，表现为患肢肿胀，疼痛，皮肤发红，皮温升高。早期因此行石膏固定内的肌肉等长收缩锻炼，防止肌肉萎缩。健康肢体的主动活动及石膏固定外的正常关节活动。

③褥疮：病情允许更换体位，但要防止患肢肢体受压，影响血供；保持床单位清洁、整齐、无折叠；及时更换污染的衣物；保持皮肤干燥并定期按摩身体受压部位及骨隆突。

药物护理参照皮瓣术后护理。

三、健康指导要点

1、术后10~15d指导患者开始功能训练。

2、患者每天训练时间要对于8小时，训练以不产生疼痛为限度。

四、注意事项：供区术后24—48h是皮瓣肿胀最明显的时期，易造成缝线过紧，局部受压，导致血液循环障碍，严格按皮瓣观察的方法、频率、指征、重点认真仔细观察。

发冷等表现。

3、评估烫伤的部位、深度及面积。

二、护理措施

1、预防感染：入室应戴口罩帽子，接触患者前后应洗净双手，接触大面积烫伤的患者时，应戴手

四十六、小儿烫伤的护理

一、护理评估

1、密切观察患儿的神志、瞳孔、生命体征的变化及尿量的情况。

2、密切观察病人有无休克早期症状如体温过低，寒颤、烦躁焦虑、面色苍白、口干、心率加快、四肢



套,严格遵守无菌操作原则。

2、病室要求:室温 28-32℃,湿度 60-70%。病室内保持清洁、舒适、安静,布局合理,便于抢救,减少人员探视,防止交叉感染。

3、密切观察病情变化:

(1)保持呼吸道通畅:及时清除呼吸道分泌物,当痰液较多时,可进行雾化吸入,疑有呼吸道烫伤者,注意观察患者呼吸的情况,床边备气管切开包、氧气、吸引器,必要时做好气管插管或气管切开的准备。

(2)烧伤后 72 小时,患儿体内液体大量渗出,是休克发生的高峰期,应密切观察烫伤早期症状:心慌、口渴、恶心、呕吐、发冷等,如有上述症状,立即报告医生,同时做好保暖措施。

4、做好皮肤的护理:保持床铺的清洁,如有污染及时更换,保持创面清洁、湿润。

5、做好饮食的护理:严格控制饮水、饮食、少量多餐,保证每日热量。

6、加强心理的护理:烫伤的患儿常表现为紧

张、恐惧、哭闹、烦躁不安,护理人员应严密观察,并耐心仔细地与患儿沟通,并取得患儿家属的配合。

7、功能锻炼:患肢处于功能位,预防和矫正疤痕挛缩和关节畸形。

三、健康指导要点

1、加强对小孩的安全意识,教育小儿要远离危险源,父母和保育人员要提高对烫伤事故的警惕性。2、家中要加强防范措施,如热水瓶等对小儿具有危险性的物品应放在小儿碰不到的地方,要加护栏,洗澡的时候应先放冷水再加热水,以防小儿烫伤等。

四、注意事项

1、烫伤创面愈合后暴露部位 1 个月内避阳光直射、以免如色素沉着。深度烫伤创面愈合后注意加强功能锻炼及防疤治疗。

2、患者出院后除指导进行功能锻炼外,可根据病情需要给予防止疤痕增生的药物如:积雪苷霜祛疤膏、美宝祛疤膏、肝素钠祛疤膏等。

四十七、肌腱损伤的护理

一、护理评估

评估患者的思想状况和心理状态,向病人做好解释以取得合作。

二、护理措施

1、术前护理

(1)心理护理

(2)术前准备

(3)完善术前各项常规检查

(4)术前的健康指导:包括术前禁食、禁水时间,卫生处置,加强营养,注意休息和保暖,预防感冒,术后外固定的体位及注意事项等。

(5)皮肤准备:认真做好手术野皮肤清洁,并修剪指甲。

2、术后护理

(1)一般护理:观察生命体征及患肢情况,伤口敷料外观有无渗血、渗液,手部及手指的肿胀程度、温度、感觉及活动。如有异常,及时通知医生并给处理。

(2)患肢体位与外固定的护理:立位时患肢于胸前悬吊,防止下垂影响手指末梢血液循环;卧位时垫高患肢,一般抬高 20°~30°,以促进血液循环,减轻肿胀,勿侧卧位,以免影响血液循环。

(3)疼痛的护理:由于手部神经支配丰富,肌腱手术后患者常感伤口有不同程度的疼痛。为患者创造舒适、利于休息的环境,正确有效地评估患者的疼

痛程度并给予积极有效的止痛措施,减轻患者的疼痛,促进患者的舒适并能进行有效的功能锻炼。

(4)康复护理:康复治疗包括手功能康复体疗、作业疗法、支具疗法、物理疗法等。向患者宣教康复治疗的重要性,了解康复锻炼的有关知识和方法,并根据患者受伤程度制定不同的锻炼方法和时间,指导并督促患者进行积极、有效的康复训练。

(5)心理护理:术后患者担心手术疗效,或是对疼痛特别敏感,不愿接受早期锻炼等向患者宣教康复治疗的重要性,了解康复锻炼的有关知识和方法。并根据患者受伤程度制定不同的锻炼方法和时间,指导并督促患者进行积极、有效的康复训练。

三、健康指导要点

1、遵医嘱定时服药。

2、保护患肢,保护伤口的清洁干燥,抬高患肢。带石膏固定出院者,应定期来院复查后拆除石膏。

3、补充营养,避免刺激性食物。

4、继续加强康复训练,并逐渐加大运动幅度和量,直至手的功能恢复为止。

四、注意事项

1、术后 3 周在外固定保护下进行手指被动活动,术后 4 周外固定去除后,指导患者进行全面功能锻炼。活动幅度由弱到强,逐渐增加强度。

2、术后 3-4 周内注意绷带有无过紧,过松、脱落等情况。

四十八、周围神经损伤的护理

一、护理评估评估患者的思想状况和心理状态,

向病人做好解释以取得合作。



二、护理措施

(一) 术前及非手术治疗护理

- 1、做好心理护理。
- 2、使用夹板或石膏将患肢固定于功能位 4-6 周。
- 3、药物治疗护理：由于神经功能恢复较慢，用药时间可在 3-6 个月或更长。
- 4、手术治疗者，执行手足外科疾病病人术前护理常规。

5、功能锻炼

(1) 告知患者神经损伤后引起的肌肉萎缩、肌力减退需要较长时间才能恢复，使其树立长期锻炼的信心。

(2) 术后 48 小时可行手指活动，3-4 周后指导患者用力握拳、伸指，用力抓握橡皮球，揉转健身球，指导患者肩肘活动，运动强度由小到大，次数由少到多，每次锻炼以患肢承受能力为度，循序渐进。

(3) 训练强度：应适合病人的功能水平，病人安置在舒适的位置，被运动关节的肌肉充分放松。

(二) 术后护理

四十九、胸、腰椎压缩性骨折经皮椎体成形术的护理

椎体成形术 (PVP)：通过椎弓根或直接向椎体内注入人工骨的方法，达到增强椎体强度和稳定性防止塌陷缓解腰背疼痛恢复椎体高度。适应范围：骨质疏松性椎体压缩性骨折、椎体肿瘤、新鲜的椎体骨折。

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。
- 2、生命体征的情况。
- 3、日常活动的耐受水平。
- 4、皮肤完整性，有无压疮的发生。
- 5、有无神经受压的相关并发症，胸、腰部疼痛的性质、部位及范围，影响睡眠的情况。

二、护理措施

1、术前护理：

(1) 骨科手术前准备、进行心理护理，介绍手术相关知识，减少焦虑。

(2) 完善术前辅助检查。

(3) 体位护理：入院后指导平卧板床、手术前 1 天指导练习俯卧位

(4) 手术前适应性训练：床上轴线翻身、有效咳嗽、咳痰、练习床上排便，前瞻性功能锻炼

(5) 指导患者有效咳嗽、戒烟。

(6) 备皮。进手术室前排空膀胱尿液。

2、术后护理：

(1) 同骨科术后护理。搬运：三人平托搬运法

(2) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

1、执行手足外科病人术后护理常规。

2、患肢护理

(1) 保持修复后的神经处于无张力状态，并固定于功能位。

(2) 3 周 -3 个月应预防继发畸形，加强功能锻炼，延缓肌肉萎缩；3 周 -6 个月，可增加活动范围，增强肌肉练习，2 个月 -1 年内应进行感觉再训练。

3、在解除石膏固定后进行功能锻炼，练习要循序渐进，不可操之过急，以免神经缝线断裂。

三、健康指导要点

(1) 嘱患者不要随意取下或拆除外固定，避免缝合的神经在愈合前发生再断裂。

(2) 周围神经损伤的病人很难从发病到完全康复都住院治疗，出院后继续康复训练尤为重要。

(3) 有条件的病人可每日或隔日来院理疗，也可 2 周复查 1 次，如病情加重、矫形器不适、皮肤破损等应立即就诊。

(4) 鼓励病人参与家务活动，尽量生活自理，尽可能做一些作业活动，如工艺、娱乐等。

(3) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生。

(4) 疼痛时给予镇痛剂。镇痛泵、止痛药物：双氯芬酸钠、强痛定等

(5) 观察皮肤受压情况，定时局部减压，预防压疮发生。

(6) 术后监护 (2h)：T、P、R、BP、SP02 观察伤口渗血情况，术区皮肤有无肿胀，如渗血多、肿胀明显时及时报告医生进行处理。

(7) 密切观察胸、腰部活动情况 (鼓励患者术后佩戴支具早期下床，适当的活动)

(8) 进行功能锻炼指导：麻醉消退后做直腿抬高训练，术后第 1 天指导病人做直腿抬高训练，抬高范围为 30-60°，40-60 次 / 天，术后第 2 天直腿抬高 60-80° 术后 3 天可达到 90°，100 次 / 天，逐渐增加抬高的次数和度数，以 300 次 / 天为宜，分 3-4 次完成，预防神经根粘连。腰椎术后的患者：指导病人作腰背肌的锻炼，锻炼的方法应根据病人的病情而决定。锻炼的幅度及次数应逐渐增加，在不疲劳无痛苦的情况下进行。

(9) 单纯椎间盘切除的病人，术后次日即可下地佩戴支具行走。

(10) 卧硬板床休息，继续腰背肌锻炼。术后 1 个月门诊复查，佩戴支具 3 个月，半年内不可提重物。

三、健康指导要点

1、避免诱发因素，戒烟，注意保暖。预防骨质疏松，适度补钙、适当运动。



2、出院后行走和外出时要佩戴腰围。

3、2个月内不要弯腰，半年内避免重体力劳动，饮食起居保持规律性，如有不适，随时就诊。

四、注意事项

1、术后观察双下肢感觉及运动有无异常，如发现病人双下肢不能活动，感觉消失，可能是椎管内出

血压迫脊髓所致，应立即报告医生。

2、术后3周若出现低热37.5-38℃，伴有阵发性抽搐样疼痛，翻身时加剧，平卧时减轻，血沉加快，早期放射片无异常发现，应警惕间隙感染，及时来院就诊。

五十、腰椎骨折经皮椎弓螺钉内固定术的护理

腰椎椎弓根螺钉内固定术是治疗腰椎间盘突出、腰椎不稳、腰椎滑脱的常用手术路径。其手术目的主要有两个，一是切除椎体后缘及椎关节增生的骨刺、切除突出的椎间盘，直接解除对神经根、脊髓及椎动脉的压迫；二是通过椎弓根螺钉内固定、椎间盘植骨，使椎间盘融合，达到稳定腰椎，消除对神经根、脊髓、交感神经及椎动脉的动态刺激。

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。
- 2、生命体征的情况。
- 3、日常活动的耐受水平。
- 4、皮肤完整性，有无压疮的发生。
- 5、有无神经受压的相关并发症，腰部疼痛的性质、部位及范围。

二、护理措施

1、术前护理：

①心理护理：

②术前训练：床上肢体功能锻炼，主要包括上下肢的伸屈和手指、足趾活动。

③术前准备：术前1d备皮，注意腰背部有无毛囊炎，以防切口感染。术前6h禁食、禁水。根据病情需要留置导尿管。备腰围或支具，教会病人如何使用。

④术前做好二便管理，做好肠道准备，保持大便通畅

2、术后护理：

(1) 同骨科术后护理。

(2) 观察生命体征及患肢感觉、运动、肌力、温度、末梢血液循环等情况，如发现异常及时通知医生

(3) 加强营养，合理安排饮食，给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。定时按摩腹部，促进肠蠕动，保持大便通畅，排便困难的患者早期进行灌肠。

(4) 术后卧位训练：仰卧时肩下垫一薄枕，侧卧及翻身时头、颈与躯干保持在一条直线上，教会患者正确翻身的方法。练习平卧位排大小便。指导病人进行有效的咳嗽排痰和深呼吸运动。

(5) 做好患者的皮肤护理

(6) 术后密切观察患者神志和意识变化及其有无并发症的出现。同时指导患者进行适当的主动和被动运动，具体锻炼方法如同腰椎骨折患者，以患者的耐受为宜。

三、健康指导要点

1、避免诱发因素，戒烟，注意保暖。预防骨质疏松，适度补钙、适当运动。

2、出院后行走和外出时要佩戴腰围。

四、注意事项

为避免发生内固定松动，要求患者必须按规定佩戴支具，避免术后自行过早下床负重活动。下床活动前要先佩戴好外固定支具，功能锻炼要遵守循序渐进的原则，以利于脊柱损伤节段的植骨融合，降低内固定松动的发生率。

五十一、颈椎骨折前、后路的手术护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。
- 2、生命体征的情况。
- 3、日常活动的耐受水平。
- 4、颈椎骨折患者手术前要进行呼吸功能的评估。
- 5、支配呼吸肌的神经功能的评估
- 6、四肢的神经及感觉运动功能的评估，有无神经受压的相关并发症

二、护理措施

1、术前护理：

(1) 心理护理：同骨科手术前护理。

(2) 挑选颈托，并示范正确的佩带方法。

(3) 加强生活护理

(4) 防止意外发生

① 症状发作期，患者应绝对卧床休息。

② 病室内应有防摔倒设施，防止由于行走不稳、眩晕而致的摔倒。

③ 患者去放射科进行检查及进行室外活动时需要有医护人员或家属陪同。

④ 日常用具尽量为不易破损的材料，避免患者使用时由于乏力致物品坠地摔坏、刺伤、烫伤皮肤。

(5) 术前准备

① 同骨科手术前护理。



② 手术体位练习：颈椎前路手术，取仰卧位，肩下垫一枕头，使头尽量后仰。颈椎后路手术，取俯卧位，胸部垫一枕头，使头尽量前屈。

③ 进行呼吸功能训练

④ 气管、食管牵拉训练

⑤ 检查感染灶：仔细检查手术区的皮肤有无感染及其他皮肤疾患。按常规准备术区和供区的皮肤。

⑥ 用物准备：床边常规准备沙袋、氧气、气管切开包及吸引装置。以预防伤口出血导致的脊髓或气管受压。

2、术后护理：

(1) 同骨科手术后护理常规。

(2) 体位：去枕平卧，保持颈椎固定位置良好，保持颈椎平直，可在头部加枕垫使颈部后伸，两边用盐袋固定。

(3) 伤口及引流管：观察伤口局部的渗血和渗液情况。保持引流管通畅，防止扭曲受压。颈深部血肿：颈部增粗，发音改变，呼吸困难，口唇紫绀，鼻翼煽动等窒息症状。紧急情况下，必须在床边立即拆除缝线，取出血块（或积血），待呼吸情况稍有改善后再送手术室进一步处理。颈后路的深部血肿，如无神经压迫，一般不做切口开放，除非血肿较大，多可自行吸收。

(4) 病情观察：颈椎前路手术患者观察有无吞咽困难、呼吸困难、声音嘶哑、饮水呛咳与进食情况；颈椎后路手术患者观察四肢活动、感觉情况。

(5) 饮食：遵医嘱给予禁食、半流食、流食、普食。鼓励患者摄入果汁、液体及富含纤维素食物，预防便秘。

三、健康教育要点

1、告诉患者不要使颈部固定在任何一种姿势时间过长，避免猛力转头动作。

2、睡眠时注意调整枕高，平卧时不可过高使颈部过屈，侧卧时不可过低，枕高宜于一侧肩宽相平。

3、乘坐高速行驶的汽车时，不面对正前方或

后方，与行驶方向垂直而坐。

4、加强颈部肌肉的功能锻炼，方法是先慢慢向一侧转头至最大屈伸、旋转度处，停留数秒钟，然后缓慢转至中立位，再转向对侧。每日重复数十次。

5、嘱患者出院后如有不适，如：头晕、四肢麻木等，应及时就医。

6、出院后继续佩戴颈托3-6个月，注意安全。

7、出院后遵医嘱按时骨科门诊复查。

四、注意事项

1、颈椎前路手术术后：卧床休息，床头抬高30度，有利于减少伤口渗血。每2个小时适当的变换体位，防止压迫性褥疮的形成。

2、颈椎后路术后：可以仰卧、侧卧，侧卧位时不用压迫颈后部，不要垫枕头。以侧卧位为佳，这样可以避免颈后路伤口以及内部的颈椎结构因为压迫出现问题。

3、佩戴颈托时限制颈部活动，避免颈椎伸屈、旋转、包括扭头、点头。在翻身时注意保持颈部中立正直，但避免颈部扭动。

4、全麻苏醒后4-6小时可以进食水，以易消化的流食、半流食为主。

5、手术后均需要佩戴颈托3个月。

6、手术后患者即需要进行四肢功能锻炼、包括关节活动锻炼、精细活动锻炼、四肢肌肉锻炼和手的抓持锻炼。

7、颈椎前后手术患者术后48小时后，只要患者病情许可，均可在颈托保护下下地活动。

8、颈椎术后避免颈部推拿、按摩、避免颈部剧烈活动、频繁晃动颈部。

9、颈椎前路手术中需要将气管向一侧牵开一段时间，术前、后患者进行雾化吸入，减轻患者上呼吸道不适感，如有异常，立即告知医护人员，进行对症处理。

10、颈椎患者术后需定期复查。建议术后3个月、术后半年、术后1年、术后2年各复查一次。

五十二、腰椎间盘突出患者行椎间孔镜手术治疗的护理

椎间孔镜手术是通过特殊设计的椎间孔镜和相应的配套脊柱微创手术器械、成像和图像处理系统、以及双极射频机共同组成的一个脊柱微创手术系统完成。椎间孔镜手术病人仅需局部麻醉，不需要全麻。腰背部手术创口仅约0.5cm，通过椎间孔途径进入，内窥镜下直视操作，各相关解剖结构均层次清楚地呈现于屏幕上，安全性高，手术彻底。

一、护理评估

1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。

2、生命体征的变化。

3、检查手术及邻近皮肤有无伤口或感染灶

4、必须详细询问病史，全面地进行体格检查

二、护理措施

1、术前护理：

(1) 心理护理。

(2) 手术前体位训练：椎间孔镜手术患者要求俯卧位，为耐受手术，指导患者练习手术体位，每天练习2次，每次30-60min，循序渐进，直至能坚持1小时以上。

(3) 术前应训练患者在床上平卧位大小便。



(4) 术前术后无需禁食禁饮，术前排空膀胱。

(5) 术前与患者进行良好的沟通。有利于取得术中与术后的密切配合，女患者应详细询问月经情况并采取相应措施，

2、术后护理：

(1) 术后平卧位 4 ~ 6h，监测生命体征平稳，翻身时保持脊柱的稳定性，观察双下肢感觉、运动及二便有无异常。

(2) 第 1 ~ 2 天，行直腿抬高锻炼并鼓励患者尽早下床活动。初次由 300 开始，逐渐加大抬腿幅度，并指导股四头肌等长收缩锻炼，每天 2 次，注意观察针孔处，有无疼痛、红肿，每日消毒并更换敷贴。

(3) 第 3 ~ 4 天，加强以上锻炼，佩戴腰围增加下床活动时间，巩固锻炼的效果，增加康复信心，应注意敷料情况，脱落及时更换。

(4) 第 5 ~ 6 天，开始腰背肌锻炼，提高腰背肌的力量，增强脊柱稳定性，并逐渐过渡到日常生活

中，术后 1 周可出院，即使痊愈出院，也应坚持半年以上。

三、健康教育要点

(1) 饮食以清淡、多汤水而富于营养忌油腻，煎炸食物。多食蛋白质含量高及维生素的食物，如：瘦肉，蛋类，乳制品。

(2) 术后三月内行走和外出时要佩戴腰围。

四、注意事项

(1) 患者要遵医指导，行椎间孔镜手术后不要立即擅自活动，术后 2-5 小时后可以自由活动。

(2) 术后 3 个月内用药和康复，目的就是减少或缩短反复期，但是，还没有办法使得所有患者都免于“反复期”，请患者谨遵医嘱用药。

(3) 手术后 3 个月内不得喝酒、不得过劳、最好不要吃“发物”，如羊肉、海鲜等；半年内不得从事长期弯腰或长时间蹲着的工作或活动，如：拔草等；半年内不得长时间玩电脑游戏，上网或长时间打牌。

五十三、跟腱断裂经皮吻合术的护理

一、护理评估

- 1、评估患者全身状况
- 2、完善术前各项检查
- 3、评估皮肤完整性

二、护理措施

1、术前护理

(1) 心理护理：护士主动热情，让患者尽快熟悉适应医院环境

(2) 患足皮肤的护理：患足的护理是预防跟腱术后感染的关键，备皮范围由足趾至膝上，剃毛时动作轻柔，防止划破皮肤

(3) 持拐的护理：防止术后跟腱再断裂，术前应教会患者正确使用拐杖非常重要

(4) 一般准备：为了避免术后发生尿潴留及便秘，术前教会患者如何使用便器，如何在床上排便，并教会促进排尿的方法

2、术后护理

(1) 生命体征监测：术后密切观察麻醉反应，床边心电图监护，观察生命体征变化，伤口出血情况，发现异常，及时通知医生对症处理。

(2) 体位：术后采用仰卧位，长腿石膏后托固定患肢屈膝 45° 踝距曲位 30°

(3) 肢端血运观察：密切观察患肢足趾活动及肿胀、神经感觉、皮肤温度、颜色和末梢血运的充盈度。

(4) 石膏的护理：术后搬运患者时应注意保护石膏，避免膝部用力造成石膏断裂，引起跟腱的牵拉受力，而影响固定效果及治疗目的。

(5) 并发症的护理

① 血液循环障碍：患肢血液循环障碍是术后石

膏托固定常见的并发症，保持患肢抬高 20CM

② 术后跟腱再次断裂：

发生跟腱再次断裂的原因要有两个：未注意持拐要点，发生了意外摔伤；按康复计划执行，过早脱拐行走，引起踝关节扭伤，或 3 个月内即跑跳，引起跟腱再断裂。

③ 术后感染：由于此处皮肤的弹性及血运环差、邹褶多、无皮下脂肪等弱点，所以易发生感染

三、健康指导要点

1、术后麻醉消退后，即指导患者活动足趾、距趾关节，以利血液和淋巴回流

2、术后第 1 天，开始每天在床上练习双上肢和健下肢的功能练习，进行患肢股四头肌，小腿三头肌的静态收缩和放松锻炼，3 次 / 天，30 分钟 / 次，注意不要进行踝关节和膝关节的动态锻炼。

3、术后第 3 天可扶拐患肢不负重下床活。

4、术后 2 周伤口拆线，长腿管型石膏，固定患肢于屈膝 45°、踝距曲位 30°，同时继续石膏固定允许范围内的功能锻炼。

5、术后第 3~4 周更换石膏，石膏固定至腓骨小头下 3CM 处，注意避免压迫腓总神经，踝关节固定距屈 20°，开始膝关节屈伸活动，可扶拐下地。

6、满 6 周时去除石膏，鞋内垫后跟与健侧高度相同，持拐着地行走，可部分承重。后跟高度在 2.5~3CM。最佳材料是用踩实的硬质板 10 余层，随着踝关节背屈范围的改善，逐渐减低高度，每 2~3 天去一层，直至完全去除，术后 8 周开始提踵练习，逐步脱离拐杖。

7、3 个月后可以开始由慢走过度至快走练习，



但是不能做大跳运动，如玩保龄球等，防止意外摔倒发生再断裂。

8、康复中要循序渐进，根据自身情况，逐渐地快走→慢跑→快跑→跳。

9、快跑练习快跑练习的同时可以进行提踵练习以增强肌力，由双脚提踵逐渐过渡到单脚提踵。6个月后可以逐渐恢复专业训练。

五十四、肩关节镜的护理

肩关节镜手术既可以作为诊断性检查手段，也可以作为治疗方法。

一、护理评估

1、评估患者全身状况，了解既往史、既往用药史及药物过敏史。

2、评估患肢皮肤情况

二、护理措施

1、术前护理

(1) 心理护理：与患者进行沟通，以消除其心理负担，鼓励其积极配合治疗。

(2) 术前戒烟，练习深呼吸及有效的咳嗽排痰的方法。

(3) 备皮

2、术后护理

(1) 术后体位：术后6h内平卧位，6h后抬高床头。患肢用腕颈悬臂吊带置肘部屈曲90°功能位，肘与胸之间垫软枕，使保持肩部轻度外展。

(2) 密切观察患者病情：术后注意密切观察患者血压、脉搏、呼吸变化，术后24h内使用心电监护仪监测；观察伤口渗血情况，术后患肢使用弹性绷带加压包扎，防止关节腔内出血和伤口渗血。观察患肢皮肤颜色、温度、肿胀情况，有无肢体麻木、感觉减退、活动障碍等，发现异常及时报告医师进行处理。

(3) 引流管的护理：妥善固定引流管；保持引流管通畅，若为负压球应保持负压球负压状态；观察引流液的性状和量；更换引流袋时严格无菌操作。

(4) 疼痛护理：评估患者疼痛的程度和性质，缓解疼痛。

(5) 饮食指导：鼓励患者进食富含维生素、蛋白质的食物，增加患者营养，增强体质。

(6) 并发症的观察与护理 常见并发症有肩关节肿胀、感染、臂丛神经损伤、肺部感染等。

三、健康指导要点

1、手术当天麻醉消退后，开始活动手指、腕关节。

2、术后1天，协助患者起床，被动朝各个方向活动患侧肩关节，2~3次/天，5分钟/次。其目的是促进血液、淋巴循环，减轻肿胀，活动关节。

3、术后第2天被动活动患侧肩关节5分钟，再让患者主动朝各个方向活动患肢5分钟，指导患者做

四、注意事项

1、术后6个月内禁止剧烈运动。

2、向患者讲述石膏绷带固定的目的，使其增加对固定治疗的重视，遵医嘱继续长腿管型石膏固定于踝跖屈30°，屈膝45°3周，保持石膏清洁干燥、防止断裂。

患肢摆动练习，方法：健侧手臂扶住桌子，弯腰，患侧手臂笔直下垂，象钟摆一样来回摆动，然后从小到大约绕圈，3次/天，5分钟/次。

4、在患者可以耐受的情况下增加患肢爬墙练习。方法：面朝墙，双足离墙站立，患侧手指爬墙，在疼痛允许范围内尽量往上爬，患侧手指朝墙再做此练习，重复5次以上，3次/天扶拐练习：坐在椅子上，肘部伸直，两手一起抓住拐杖，高举拐杖过头顶，重复10次以上，3次/天，其目的是防止肩关节粘连，增加肩关节活动范围。

5、术后1周让患者主动朝各个方向移动患肢，笔直向前伸，高举过头顶，向外伸展绕过身体绕到背上，在每个方向都尽可能伸展患肢。监督患者正确做摆动练习、爬墙练习的扶拐练习。在患者可以耐受的情况下增加滑动练习。方法：用健侧手臂把绳子拉向自己，尽量抬高患侧手臂，重复10次以上，2次/天；抓住重物摆动练习，方法：患侧手臂抓住一个重物前后摆动，弧度越摆越大，逐步加重物的重量。做20次完整的摆动，1次/天。

6、肩关节的外展和前屈控制在90°以内，术后1周逐渐加大主动锻炼的范围，至第4周，肩关节活动恢复到正常水平，并开始行对抗肌力锻炼。

7、个体化康复指导

(1) 肩峰成型术 术后三角巾悬吊24~48小时，止痛，消肿；术后2~3天起进行摆动练习，以防粘连；如果同时行肩袖缝合，可稍缓进行，但不超过5天。7~10天正规体疗开始，小心被动关节活动；14天开始，主动助力活动；3~4周开始主动活动。上肢项目运动员，最早3个月开始上肢运动，完全恢复时间，平均6个月。

(2) 肩袖全层撕裂的缝合修复术 手术后患肢悬吊3~6周；期间可作摆动练习（前屈限90°），被动外旋练习，肘关节屈伸练习。6周去三角巾，增加活动范围，内旋牵拉练习开始；12周坚强Sharpey纤维形成，可抗阻练习。

(3) 肩关节不稳镜下手术 术后患肢用三角巾悬吊6周，外展15°。如为前脱位，则置肘于冠状面之前，内旋位；如果为后盂唇修补，则肘置于冠状稍后，外旋10°位；对多向不稳患者置于25°外展，



外旋中立位。主动轻度腕、肘、手活动及三角肌等练习；第2周开始在疼痛许可范围内主动进行各方向活动，但不能外展位外旋。如为前脱位，则允许病人在自己能耐受的范围内主动抬肩；2周后，每天可取下2次三角巾，作抬肩和外旋练习，外旋限制：第2周20°以内，第4周40°以内，第6周60°以内。6周后，允许外展位外旋。6周后开始渐进性肌力强化练习：三角肌、肩袖、三头肌及肩胛骨肌，二头肌抗阻稍缓。

五十五、人工肩关节置换术

一、护理评估

1、评估患者身体状况，患者有无糖尿病、心脏病、高血压等基础疾病及治疗情况；有无全身隐匿性感染病灶，如龋齿、中耳炎、鼻窦炎等。

2、评估患者心理状况，自愿接受人工肩关节置换术，可向患者提供有关手术、康复训练的资料，使其了解手术的意义。

二、护理措施

1、术前护理：

(1) 术前训练：指导患者做深呼吸，床上排便，保持肢体固定位置和变换体位训练，术侧肢体被动和主动运动训练等。

(2) 备皮：手术区域的备皮避免或减少术后切口感染的机会。

2、术后护理：

(1) 密切观察病情：术后给予心电监护，严密观察患者神志、意识、面色、血压、脉搏、呼吸及血氧饱和度、心率和尿量等，并做好记录。

(2) 患肢观察：密切注意患肢皮温、血运、颜色、感觉、肿胀及桡动脉搏动、切口渗血情况。

3、体位的护理

(1) 因人工肩关节置换术病人使用全麻醉，在麻醉未醒前，应去枕仰卧，头偏向一侧，保持术侧肩关节中立位，上臂放置于软枕上。术后患肢用悬吊巾固定，置于70°外展和10°外旋位，抬高患肢，以利消肿，避免患侧卧位。

(2) 麻醉醒后可平卧位或垫枕头，术后6小时待生命体征平稳后，可保持术侧肩关节中立位，并采取半卧位或侧卧位。

(3) 半卧位时，术侧肩关节用三角巾悬吊保护固定于中立位，上臂下垂，屈肘90°，前臂自然放在胸前。

(4) 侧卧位应向健侧位，术侧屈肘90°。绝对禁止术侧卧位，因该卧位可造成置换关节局部受压，导致置换关节前脱位。

(5) 站立时用三角巾悬吊固定，保持肩关节中立位，使病人感到舒适，并减轻切口疼痛。

4、引流管护理：严密观察引流液的量、性质、

3个月，允许上肢运动，不允许投掷，二头肌抗阻练习。4个月，开始练习投掷：从短距离、低速度开始，逐渐增加。6个月允许对抗性运动及举重。7个月后，可参加投掷比赛。

四、注意事项

1、术后2周患肢不能外展位外旋

2、术后3个月患肢不能投掷

颜色并做好记录，每30分钟挤压一次，记录引流量，如每小时引流量超过50ml或24小时引流量超过200ml，应及时通知医生处理。

5、并发症的观察与护理：患者术后可能出现出血、脂肪栓塞、感染、关节脱位、肩关节僵硬等并发症，应仔细观察及时告知医生处理。

三、健康指导要点

(一) 功能锻炼指导

1、第一阶段（术后1天）

(1) 指导和鼓励患者进行深呼吸运动。

(2) 麻醉消退后、开始活动手指、腕关节。“张手握拳”练习，最大力量保持2秒，屈伸腕关节。

2、第二阶段（术后2-7天）主要做肌肉静力收缩运动、远端关节运动和临近关节的阻抗运动。

(1) 术后患肢用三角巾悬吊。

(2) 术后48小时拨除引流管后开始行肩部肌肉收缩锻炼，主要活动手指、握拳。小幅度屈伸肘关节（对促进血液循环、消除肿胀、防止深静脉栓塞有重要意义）。

(3) 3~7天后行肩关节被动和辅助下主动的适量外旋和前屈活动，从20°开始，每天增加5°~8°。前臂肌肉主动收缩功能锻炼，3~5次/天，每次10秒。

3、第三阶段（术后8-14天）作患肩关节及临近关节无负重活动，延续第二阶段康复训练，主动与被动锻炼相结合，锻炼次数与运动幅度逐步增加。

(1) 耸肩练习 在健侧手臂辅助下加大肩关节功能锻炼，可一手托肘关节，一手扶上臂做向上耸肩，于最高位置保持5分钟放松为1次，3~4次/天，避免引起疼痛和拉伤关节。

(2) 含胸练习 健侧手臂托患侧肘关节保护，在不引起异常疼痛的情况下双肩向前做含胸动作，最大位置保持5分钟放松为1次，3~4次/天。

4、第四阶段（术后15~21天）延续第三阶段康复训练，以低负荷关节活动为主，拆线后做扩胸动作练习。健侧手臂托患侧肘关节保护，在不引起异常疼痛的情况下，双肩后张做扩胸动作，最大位置保持5分钟放松为1次，3~4次/天。

5、第五阶段（术后22-28天）延续第四阶段



康复训练及关节活动度练习。肩关节开始主动外展、外旋、上举功能锻炼，次数逐步递增。制定出每天上举的高度计划，活动度练习后即刻给冰敷 15~20 分钟，如平时感到关节肿、痛、发热明显，可再冰敷，2~3 次 / 天。

(1) 摆动练习 体前屈(弯腰)至上身与地平行，在三角巾和健侧手的保护下摆动手臂。首先是前后方向，待适应后增加左右侧向，最后增加绕环(划圈)动作，每个方向 20~30 次 / 天。

(2) 前屈练习 平卧。去除三角巾保护，健侧手握紧患侧肘部(患侧肢体安全放松，由健侧用力完成动作)经体侧沿垂直上举患侧手臂。至感到疼痛处 2~3 分钟，待疼痛减轻后继续加大叫的 3~4 次 / 天。不得反复进行。

6、第六阶段(术后 29 天)延续上阶段的康复训练，以逐渐加负荷关节活动为主，6 周后去除三角巾。

(1) 外展练习 姿势要求同前屈练习，体侧沿水

五十六、人工桡骨小头置换术

一、护理评估

1、神志、面容、表情、精神状况及局部情况。

2、病情观察 观察石膏吊带或夹板固定的松紧度，必要时及时调整，以免神经血管受压，影响有效组织灌注。观察前臂肿胀程度及手的感觉运动功能，如果出现高张力肿胀、手指发凉、感觉异常、手指主动活动障碍、被动伸指剧痛、桡神经搏动减弱或消失，即应确定骨筋膜室综合征的存在，须立即通知医师，并做好手术准备。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 骨科手术前准备。
- (2) 完善术前辅助检查。
- (3) 训练床上使用便器。
- (4) 指导患者有效咳嗽、戒烟。
- (5) 备皮。

2、术后护理

(1) 术后观察患者生命体征变化

(2) 疼痛护理 患者术后会出现不同程度的疼痛，给予口服镇痛药、松解肿胀处包扎敷料、分散患者注意力等措施，疼痛得到缓解。

(3) 体位护理 术后肢体予石膏托外固定于屈肘 90° 中立位，保持肘关节的功能位和修复的环状韧带处于休息状态；平卧时患肢下垫软枕，抬高患肢，可

五十七、植皮的手术护理

一、护理评估

1、评估患者的思想状况和心理状态，向病人做

平上举患侧手臂。

(2) 外旋练习 平卧，屈肘 90° 健侧手握紧手腕(患侧肢体完全放松，由健侧用力完成动作)经体侧沿垂直方向向外推患侧前臂，至感到疼痛处停止 2~3 分钟，待疼痛坚强后继续加大角度(最大至前臂垂直于床面)。

(3) 后伸练习 姿势要求同外旋练习，在体侧将患侧上臂逐渐放置床面。

(4) 上举锻炼 患者紧贴墙壁站，用患肢一侧的手托墙壁，手沿着墙壁向上爬，3~6 次 / 天，10~15 分钟 / 次，每次记录上举高度。出院后保持随访，定期复查，定期指导。

四、注意事项

1、禁止剧烈活动 不宜用力提或拖拉重物，避免投掷等挥动手臂的动作。

2、适当控制体重的增加，以减少对关节的负重。

3、及时治疗全身隐匿性病灶，防止肩关节远期感染。

促进静脉血液，淋巴液回流，减轻患肢肿胀。

(4) 并发症观察 术后密切观察桡动脉搏动肢体末梢血运，有无肢体麻木运动障碍等桡神经损伤症状。

三、健康指导要点

(1) 手术当天

① 术后 4—6h 即开始被动向心性按摩患肢肌肉 15—30min

② 被动屈、伸腕关节 15—30min，以患者略感疼痛为宜。

(2) 术后第一天

① 除继续上述练习外，上肢肌肉等长舒缩练习，每天 2 组，每组 15min，可给予抓捏橡皮球辅助锻炼。

② 鼓励患者主动屈、伸腕关节锻炼。屈伸动作与放松时间各持续 10s，每天 2 组，每组 15min

③ 去除石膏外固定被动屈伸肘关节练习 2 组，每组 15min，锻炼结束仍予石膏外固定，所有练习均在护士看护下完成。

(3) 术后 2—7d 除继续上述锻炼外，增加去除石膏后的前臂旋前、旋后运动，锻炼时注意保持屈肘 90° 体位，以免损伤内侧副韧带；

四、注意事项

1、禁止剧烈活动 不可强行屈伸肘关节，以免造成骨化性肌炎，前臂旋转运动时保持屈肘 90°。2、早期严禁热敷、按摩、理疗、以免加重组织缺血、损伤。

好解释以取得合作。

2、评估供、受区皮肤有无炎症、皮损和瘢痕。



3、评估患者的营养状况及局部情况。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 按手足外科手术前一般护理

(2) 心理护理，了解病人疑虑，有针对性地解释说明，以消除顾虑，取得合作。

(3) 供区的检查和准备：检查供区皮肤有无炎症、皮癣和瘢痕。对有炎症、皮癣的患者，要治愈后方可手术。保护皮源特别是皮肤缺损面积大需要多次植皮者，应根据手术计划，注意皮源保护，供皮区应避免进行穿刺操作，防止损伤、感染。

2、术后护理

(1) 按手足外科手术术后常规护理及麻醉术后常规护理。

(2) 注意全身情况，观察生命体征变化，控制输血量、速度。

(3) 室温恒定在 23—25℃ 之间，保持手术部位高于心脏水平 10~15cm。

(4) 供皮区护理：

① 全厚皮片移植，除一般无菌手术后切口护理外，由于切取部分皮肤后拉拢缝合，切口张力较大，术后疼痛明显，应注意给予必要的镇静止痛措施。

② 刃厚或中厚皮片移植，肢体供皮区术后常予以包扎。需注意保持敷料的清洁干燥，小儿尤其注意。一般术后 7-10 天更换外层敷料，保留一层纱布，躯干及头皮供皮区术后适当加压止血，即以单层油纱布覆盖半暴露，可用烤灯促其干燥。如有渗血、臭味、疼痛剧烈者应及时检查，切记愈合前更换供皮区半暴露纱布，以免出血和感染，严重影响皮片成活。

(5) 植皮区护理：

① 皮片固定与保护，整张全厚或中厚皮片移植常打包固定，四肢有时可不打包，适当加压包扎。一般 7-10 天拆包、更换敷料。

② 创面观察及打包注意事项：包扎者注意压力适当，使肢体远端血运良好。观察创面有无渗血、渗液，保持敷料清洁干燥，必要时更换敷料。同时应结合病人体温变化，观察植皮区有无疼痛加剧、异味、渗出增加、甚至脓性分泌物等，及时处理。

③ 适当的体位为改善局部静脉回流，植皮区应稍高于心脏水平，植皮区应避免过度受压，要采取适当的体位，以免皮片长时间压迫而坏死。

(6) 注意病人饮食，鼓励多食高蛋白、高维生素、高热量饮食，促进伤口愈合。

(7) 术后行预防感染和消肿等对症治疗。

(8) 病区内严禁吸烟，包括患者、家属及探视者。

(9) 患者保持开朗乐观的情绪，注意信息保护。

三、健康指导要点

1、做好病人的饮食指导，多食高蛋白，高热量、高维生素食物，以增强机体的抵抗力。

2、植皮术后，根据植皮部位可选择适当下床活动时间及相关部位的功能锻炼。

四、注意事项

1、保持病室的安静舒适，室内严禁吸烟。

2、注意保护病人供区与受区组织，感染创面必须做好创面及其周围皮肤的清洁工作。

3、植皮后，皮片在术后 5 小时内借助纤维蛋白黏附与创面，24-48 小时内移植皮片借创面渗出的血清营养，以后随着新生毛细血管长入，4-5 日皮片与创面有纤维性黏连，10 日后皮片愈合才较牢固，因此要做好皮片的固定。

第五节 泌尿外科疾病护理常规

一、泌尿外科疾病的一般护理

一、护理评估

1、评估患者的生命体征和心理状况。

2、评估患者的病情、既往史及健康状况。

3、评估患者对疾病和手术的认知程度。

4、评估患者对健康指导掌握程度。

二、护理措施

1、按外科疾病一般护理常规。

2、饮水与补液：肾功能良好者，鼓励病人多饮水或适当补液，每日可达 2000-3000ml，肾功能衰竭、尿少、尿闭、全身水肿者，应严格限制病人液体量及饮水量，并准确记录 24h 出入液量。

3、观察排尿情况：观察病人有无排尿异常情况，如少尿、无尿、尿频、尿痛或排尿困难，有无尿潴留

等。观察病人尿液颜色、性质的改变，如血尿、脓尿、乳糜尿；有血尿者应注意观察血尿的量，并分辨是初始血尿、全程血尿还是终末血尿，是间歇性血尿还是持续性血尿等。

4、收集标本：根据检查要求，正确收集晨尿或 24h 尿液作肾功能检查。

5、引流管的护理：因病情需要而留置引流管的病人，应做好引流管的护理。

(1) 妥善固定：病人翻身时注意引流管有无移位和脱落。

(2) 保持通畅：经常检查引流管有无堵塞、打折或受压。

(3) 保持无菌：严格无菌操作，保持引流管的



无菌，每日更换无菌引流袋 1 次。

(4) 观察与记录：观察引流物的颜色、性状、量并准确记录，发现异常及时通知医生处理。

三、健康指导要点：1、指导多饮水，勤排尿，不憋尿，定时排尿，以免尿液返流，引起逆行感染。2、做好疾病相关知识及药物知识健康宣教，取得病人的配合。

四、注意事项

二、输尿管软镜激光碎石术的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身体状况、既往史等。

3、观察患者腰腹部疼痛的表现，有无血尿及尿液的量和严重程度，有无尿路感染表现，如发热，有无恶心、呕吐等症状。

4、了解女性患者是否在月经期。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查如 IVP、CT 等目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

2、心理护理：多关心和帮助患者，解除思想顾虑，消除恐惧心理。

3、观察患者有无排尿异常情况及尿液性状的变化。

4、有感染或有血尿者，需先控制感染后方可手术。

5、做好术前常规准备，如个人卫生、手术区域的皮肤准备等。术晨 KUB 定位。

(二) 术后护理

1、休息与活动：术毕去枕平卧 6 小时。术后 1 日可下床活动，避免剧烈活动。

2、饮食护理：术后禁食水 6 小时后指导进食。

三、经皮肾镜取石术的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身体状况、既往史等。

3、观察患者腰腹部疼痛的表现，有无血尿及尿液的量和严重程度，有无尿路感染表现，如发热，有无恶心、呕吐等症状。

4、了解女性患者是否在月经期。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查 IVP/CT 的目的及

1、泌尿系结石复发率高，应告知病人定期行尿液化验、X 线或 B 超检查，观察有无结石复发、残余结石情况。

2、如果患者术后留置双“J”管，应避免剧烈活动、久坐，长时间下蹲，以免双“J”管脱出。术后 1—3 月来院复查，拔除双“J”管。

3、戒烟酒，忌辛辣刺激食物，多饮水，保持大便通畅。

指导进食高蛋白、高纤维素易消化清淡饮食。避免甜食，引起腹胀。多饮水，每日饮水 >3000ml，起到内冲洗的目的，预防泌尿系感染。

3、病情观察：

(1) 行心电监护，观察生命体征变化。

(2) 引流管护理：术后留置导尿管，应妥善固定，保持管道通畅，观察引流液颜色、性质、量，引流管按常规护理，若术后 24 小时仍有严重血尿和血凝块，应报告医生并配合处理。

(3) 术后第 4-5 日空腹复查 KUB，了解碎石效果，拔除尿管。必要时配合 ESWL 再次碎石。

(4) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，必要时遵医嘱使用止痛剂。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液、利尿支持对症处理。

三、健康指导要点

1、指导多饮水，勤排尿，不憋尿，定时排尿，以防尿液返流，引起逆行感染。

2、根据手术创伤及个体情况适当活动，避免剧烈活动，久坐，长时间下蹲，以防双“J”管脱出。

四、注意事项

1、术后 1-3 月来院复查，拔除双“J”管。

2、复诊定期行 X 线或超声波检查，了解有无结石复发。

注意事项，协助完成各项辅助检查。

2、做好心理护理，多关心和帮助患者，解除思想顾虑，消除恐惧心理。

3、有感染或血尿者，需先控制感染后方可手术。

4、做好术前常规准备，如个人卫生、手术区域的皮肤准备等。

5、术前床上训练俯卧位，从俯卧 30 分钟延长至 2 小时。

6、术前训练床上大小便，指导深呼吸及有效咳嗽、咳痰预防术后并发症。

(二) 术后护理

1、休息与活动：术毕去枕平卧 6 小时，术后 1-3



天卧床休息，以平卧位和健侧卧位为主，指导床上适当活动，预防压疮及下肢静脉血栓、肺栓塞等的发生。术后4-5天由半卧位、坐卧位逐渐适应，术后第6日可协助下床室内活动。

2、饮食护理：术后禁食水，肠功能恢复后由全流、半流逐步过渡到普食。进食高蛋白、高纤维素易消化饮食。避免甜食，引起腹胀。多饮水，每日饮水>3000ml，起到内冲洗的目的，预防泌尿系感染。

3、病情观察：

(1) 行心电监护，观察生命体征变化，给予氧气吸入。

(2) 伤口护理：观察肾造瘘管口有无渗血、渗液及腹痛、腰痛、胀痛等，保持伤口敷料干燥，及早发现肾造瘘口出血及尿瘘等早期危象。

(3) 引流管护理：术后留置肾造瘘管及尿管，应妥善固定，保持管道通畅，观察肾造瘘管及尿管引流液颜色、性质、量，引流管按常规护理。若肾造瘘管短时间引流出大量鲜红色血性液体须警惕大出血，应立即报告医生，配合处理。

(4) 术后第5-6日空腹复查KUB，了解碎石效果。

四、泌尿系结石非手术治疗的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、大小便、身体状况、既往史和家族史等。

3、观察患者有无腰腹部疼痛、有无血尿及血尿的性质和程度，患者有无面色苍白、出冷汗甚至休克，有无恶心、呕吐等伴随症状。

二、护理措施

泌尿系结石非手术治疗方法一般有：

(1) 大量饮水自行排石；

(2) 药物排石；

(3) ESWL术。

根据治疗方法应做到：

1、休息与活动：在病情允许情况下可适当运动，如上下楼梯、后跟着地原地跳跃等，实施体位排石。

2、疼痛护理：肾绞痛发作时患者应卧床休息，遵医嘱应用止痛药物，654-2 10mg肌肉注射或双氯芬酸钠50mg纳肛。必要时使用哌替啶50mg肌肉注射，可有效缓解疼痛。

五、肾盂、输尿管切开放石术的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身

必要时配合ESWL再次碎石，术后6-7日拔除肾造瘘管及尿管。

(5) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，遵医嘱使用止痛剂。

(6) 观察体温的变化，做好基础护理，预防感染的发生。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液、利尿支持对症处理。

5、观察并记录患者病情变化，如有异常及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

1、指导多饮水，勤排尿，不憋尿，定时排尿，以防尿液返流，引起逆行感染。

2、根据手术创伤及个体情况适当活动，避免剧烈活动，久坐，长时间下蹲，以防双“J”管脱出。

四、注意事项

1、术后1-3月来院复查，拔除双“J”管。

2、复诊定期进行尿液检查，X线或超声波检查。以了解肾脏功能及结石有无复发。

3、促进结石的排出：大量饮水，每日饮水量2500—4000ml，保证每日尿量在3000ml以上，促进排石。指导进清淡易消化饮食。

4、病情观察：监测生命体征变化及尿液性状，有无尿路感染征象，观察尿液内有无结石排出。对已排出的结石做结石成分分析，以指导结石的治疗与预防。

5、药物治疗：遵医嘱给予解痉、止痛、利尿等治疗，行大量补液实施液体冲击疗法。如有尿路感染予以抗感染治疗。

三、健康指导要点

1、若行ESWL术，术前晚口服泻药清洁肠道，术晨禁食。ESWL术后指导大量饮水及适当运动促进排石，观察排尿情况。

2、鼓励病人大量饮水，多活动，遵医嘱口服排石药物排石。

四、注意事项

1、出院后3—4周末来院复查KUB了解排石情况。

2、养成良好的生活习惯，适当体育锻炼，合理膳食。

身体状况、既往史等。

3、观察患者腰腹部疼痛的表现，有无血尿及血尿的量和严重程度，有无尿路感染表现，如发热，有无恶心、呕吐等症状。



二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查 IVP/CT 的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

2、心理护理：多关心和帮助患者，解除思想顾虑，消除恐惧心理。

3、观察患者有无排尿异常情况 & 尿液性状的变化。

4、有感染或有血尿者，需先控制感染后方可手术。

5、做好术前常规准备，如个人卫生、手术区域的皮肤准备等。术晨 KUB 定位，留置导尿。

6、术前训练床上大小便，指导深呼吸及有效咳嗽、咳痰预防术后并发症。

(二) 术后护理

1、休息与活动：术毕去枕平卧 6 小时，术后 1-3 天卧床休息，以平卧位和健侧卧位为主，指导床上适当活动，预防压疮及下肢静脉血栓、肺栓塞等的发生。术后 4 天由半卧位、坐卧位逐渐适应后，协助下床室内活动。肾盂切开取石术患者为防止继发出血，应卧床休息一周；肾实质切开取石者应绝对卧床休息 2 周，卧床休息期间加强皮肤护理，防止压疮的发生。

2、饮食护理：术后禁食水，肠功能恢复后由全流、半流逐步过渡到普食。进食高蛋白、高纤维素易消化饮食，避免甜食，引起腹胀。多饮水，每日饮水 >3000ml，起到内冲洗的目的，预防泌尿系感染。

六、良性前列腺增生非手术治疗的护理

一、护理评估

1、了解患者吸烟、饮食、饮酒和性生活情况，有无高血压及糖尿病病史以及相关疾病的家族史。

2、评估患者尿频、排尿困难程度及夜尿次数，有无尿潴留、血尿及尿路刺激症状。

3、评估患者的情绪及心理反应，给予相应的心理支持。

二、护理措施

1、完善各项常规检查：血 PSA、尿动力学检测等，了解患者情况，确定治疗方案。

2、留置导尿：排尿困难、尿潴留或充盈性尿失禁患者给予留置导尿，尿管按常规护理，定时夹闭尿管。

3、饮食护理：多饮水，每日饮水量 > 3000ml，进食高热量，富含纤维素易消化饮食。

4、药物治疗：适用于有轻度临床症状，残余尿 < 50ml 的患者。常用药物有坦索罗辛、保列治、爱

3、病情观察：

(1) 行心电图监护，观察生命体征变化，给予氧气吸入。

(2) 伤口护理：观察伤口有无渗血、渗液及腹痛、腰痛、胀痛等，保持伤口敷料干燥，及早发现伤口出血及尿瘘等早期征象。

(3) 引流管护理：术后留置腹膜后引流管或耻骨后引流管及导尿管，应妥善固定，保持各管道通畅，观察引流液颜色、性质、量，引流管按常规护理。

(4) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，遵医嘱使用止痛剂。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液、利尿支持对症处理。

5、观察并记录患者病情变化，如有异常及时报告医生进行处理。

三、健康指导要点

1、指导多饮水，勤排尿，不憋尿，定时排尿，以防尿液返流，引起逆行感染。

2、根据手术创伤及个体情况适当活动，避免剧烈活动，久坐，长时间下蹲，以防双“J”管脱出。

四、注意事项

1、术后 1-3 月来院复查，拔除双“J”管。

2、复诊定期进行尿液检查，X 线或超声波检查。以了解肾脏功能及结石有无复发。

普列特。坦索罗辛，每晚睡前一片，连续 1-2 周，症状缓解后停止；保列治，每天一次，一次一片，可长期服用；爱普列特，每天二次，一次一片，饭前饭后均可，疗程为半年，症状缓解后可停止。排尿顺畅者可出院继续行药物治疗，每 3-6 月复查血 PSA、彩超等，动态了解前列腺增生情况。若排尿困难无缓解则根据患者情况，行膀胱穿刺造瘘术或 TURP 术。

三、健康指导要点

留置尿管者定时夹闭尿管，多饮水，每日饮水量 > 3000ml。

四、注意事项

1、戒烟酒、忌辛辣刺激食物、多饮水，保持大便通畅。

2、勿久坐，防止受凉，避免过度劳累。少骑自行车，安排适当的体育活动，增强机体抵抗力。对性生活，既不纵欲，亦不禁欲，可根据年龄和健康状况而定。但有尿潴留病史者最好不过性生活。

七、前列腺增生行膀胱造瘘的护理

一、护理评估

1、了解患者吸烟、饮食、饮酒和性生活情况，

有无高血压及糖尿病病史以及相关疾病的家族史。

2、评估患者尿频、排尿困难程度及夜尿次数，



有无尿潴留、血尿及尿路刺激症状。

3、评估患者的情绪、心理反应及对手术的认知程度，给予相应的心理支持。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查的目的和注意事项，全面了解患者心肺功能及膀胱功能，血 PSA、尿流动力学检测，必要时行前列腺穿刺活检。

2、排尿困难、尿潴留患者先行留置导尿，尿管按常规护理。

3、预防泌尿系感染：鼓励病人多喝水，每日饮水量 > 3000ml，遵医嘱抗感染治疗。

4、留置尿管的病人术前 2 小时需夹闭尿管，使膀胱充盈，以便术中识别膀胱。

5、术前常规备皮。

(二) 术后护理

八、膀胱机械碎石术的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及社会支持情况。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身体状况、既往病史等。

3、观察患者有无排尿时疼痛感、排尿困难、终末血尿及全身感染症状如发热、脓尿等。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、心理护理：鼓励患者家属和朋友给予关心和支持。

2、观察患者排尿情况。

3、帮助患者了解手术、麻醉相关知识。

4、做好术前常规准备，如个人卫生，手术区域皮肤准备。

(二) 术后护理

1、体位与活动：去枕平卧 6 小时，术后停止膀胱冲洗后可下床活动。

2、饮食护理：术后禁食水 6 小时后，指导患者

九、前列腺电切术的护理

一、护理评估

1、了解患者吸烟、饮食、饮酒和性生活情况，有无高血压及糖尿病病史以及相关疾病的家族史。

2、评估患者尿频、排尿困难程度及夜尿次数，有无尿潴留、血尿及尿路刺激症状。

3、评估患者的情绪、心理反应及对手术的认知程度，给予相应的心理支持。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、饮食护理：进食高热量、富含纤维素、易消化食物；多喝水，每天饮水量 > 3000ml，起到内冲洗作用。限制饮酒，控制油脂类、腌制食品。

2、引流管护理：保持膀胱造瘘管通畅，妥善固定，观察并记录引流液的颜色、性质、量。

3、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血治疗。

三、健康指导要点

1、保持膀胱造瘘管口清洁干燥。

2、多喝水，保持大便通畅，必要时给予缓泻剂。

四、注意事项

1、教会患者或家属膀胱造瘘管自我护理方法，保持管道通畅，造瘘管定时夹闭，每周更换引流袋 2-3 次，每月回院更换膀胱造瘘管一次。若发现膀胱造瘘管堵塞、脓尿等，随时来院就诊。

2、多喝水，每天饮水量 > 3000ml。

进清淡易消化饮食，多喝水，每天饮水量 > 3000ml。

3、病情观察：

(1) 行心电图监护，监测生命体征变化。

(2) 引流管的护理：术后留置尿管，酌情行持续膀胱冲洗，保持管道通畅。根据尿管引流液颜色调节膀胱冲洗速度，观察及处理膀胱痉挛。尿管按常规护理，术后 1-2 日停膀胱冲洗。

(3) 疼痛护理：动态观察患者疼痛情况，遵医嘱使用镇痛药物。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液等支持对症治疗。

三、健康指导要点

1、根据病情指导患者适量运动，合理膳食。

2、指导患者多喝水，保证尿量 > 2500ml / 日，达到膀胱内冲洗的目的，减轻膀胱刺激症状。

四、注意事项

1、多喝水，观察排尿情况，若发现尿线变细、排尿不畅及时来院行尿道扩张。

2、定期行 B 超或 X 线检查，以防结石复发。

1、向患者及家属说明术前检查的目的和注意事项，全面了解患者心肺功能及膀胱功能，血 PSA、尿流动力学检测，必要时行前列腺穿刺活检。

2、向病人及家属讲解疾病相关知识及手术方式，消除患者顾虑，取得配合。

3、排尿困难、尿潴留患者行留置导尿，尿管按常规护理。

4、预防泌尿系感染，指导多喝水，每天饮水量 > 3000ml。



5、做好术前常规准备，如个人卫生，手术区域皮肤准备等。

(二) 术后护理

1、体位与活动：术毕去枕平卧6小时，术后1-3天卧床休息，以平卧为主，指导患者床上适度活动，预防压疮，下肢静脉血栓及肺栓塞的发生。术后4-5天可取半卧位、坐位逐渐适应，术后6天起，协助下床室内活动。

2、饮食护理：术后禁食水，肠功能恢复后指导进食高热量、富含纤维素半流质饮食。保持大便通畅，必要时遵医嘱使用缓泻剂。停止膀胱冲洗后指导多饮水，每天饮水量>3000ml。

3、病情观察

(1) 行心电图监护，持续低流量给氧，密切观察意识状态及生命体征变化，发现异常及时告知医生，配合处理。

(2) 引流管护理：术后留置尿管及膀胱造瘘管，行持续膀胱冲洗2-3天，保持各管道通畅，膀胱冲洗速度根据尿管引流液颜色而定，色深则快，色浅则慢，变为尿色，可遵医嘱停止冲洗，若发现血凝块堵塞应及时用注射器抽吸生理盐水反复冲洗，直至通畅。若出血较多，可重新固定尿管，拉直尿管紧贴大腿内侧，用宽胶布带固定，嘱病人该下肢尽量平伸，达到牵拉止血的目的。

(3) 膀胱痉挛的护理：若出现持续膀胱冲洗滴注不畅，尿道口溢血溢尿，患者主诉膀胱区胀痛，肛门坠胀不适便意明显，则表明出现膀胱痉挛。应向患

者耐心解释，可放出气囊内部分液体，行膀胱区热敷，遵医嘱给予解痉止痛剂，将膀胱冲洗液温度控制在25—30度，可有效预防膀胱痉挛的发生，并密切观察膀胱痉挛改善情况。

(4) 排尿观察：一般术后5天拔除尿管，夹闭膀胱造瘘管，严密观察排尿恢复情况。若排尿通畅可在次日拔除膀胱造瘘管；若出现尿潴留或尿失禁，酌情保留膀胱造瘘管排尿正常后拔除。

(5) 药物治疗：遵医嘱给予抗感染，止血、补液等支持对症处理。

(6) 行为训练：指导行盆底肌锻炼。

三、健康指导要点

1、盆底肌锻炼的方法：深吸一口气，同时收缩上提肛门处肌肉，坚持6-10秒，然后慢慢呼气，同时放松肛门处肌肉，如此循环，每次10分钟左右，每天3次。

2、保持大便通畅，必要时给予缓泻剂。

3、定期作尿流动力学监测、泌尿系B超，复查尿流率及残余尿量。

四、注意事项

1、术后1-3月内避免剧烈运动和重体力劳动，如骑自行车、坐长途汽车、跑步等。

2、坚持行盆底肌锻炼。

3、戒烟酒、忌辛辣刺激食物、多饮水，保持大便通畅。

4、并发症自我观察：尿道狭窄、附睾炎、前列腺窝继发出血等。

3、预防泌尿系感染，指导多饮水，每天饮水量>3000ml，

4、做好术前常规准备，如个人卫生、手术区域的皮肤准备、肠道准备等。

(二) 术后护理

1、休息与活动：术毕去枕平卧6小时，术后1日取半卧位，指导床上适当活动，适当加强下肢活动，防止下肢静脉血栓及肺栓塞的发生；术后2-3天可由半卧位、坐位，逐渐适应后下床室内活动。

2、饮食护理：术后肠功能恢复后，由流食逐渐过渡到普食，指导进食高蛋白、富含纤维素清淡易消化饮食。

3、病情观察：

(1) 行心电图监护，密切观察生命体征变化。

(2) 伤口护理：观察伤口敷料渗血情况，保持伤口敷料干燥。

(3) 引流管护理：术毕留置膀胱造瘘管，妥善固定，保持管道通畅，观察引流液颜色、性质、量，引流管按常规护理。

十、前列腺癌的护理

一、护理评估

1、了解患者吸烟、饮食、饮酒和性生活情况，有无高血压及糖尿病病史以及相关疾病的家族史。

2、评估患者尿频、排尿困难程度及夜尿次数，有无膀胱刺激症状。

3、评估患者的情绪及心理反应及对手术的认知程度，给予相应的心理支持。

4、评估患者的全身营养状况，有无消瘦、贫血、乏力。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查如血PSA、前列腺穿刺活检、CT、MRI、ECT骨扫描等的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

2、向患者及家属讲解疾病的发生、发展及治疗护理进展，反复耐心解释手术的必要性，消除病人对癌症的恐惧，增强病人对手术治疗的信心。部分病人对术后出现尿失禁和阳痿存在思想顾虑，向病人解释术后尿失禁可以通过盆底肌训练逐渐恢复。



(4) 疼痛护理：动态评估患者伤口疼痛及膀胱痉挛情况，必要时遵医嘱予以解痉止痛剂。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血支持对症治疗。

5、观察并记录患者病情变化，如有异常及时报告医生并配合进行处理。

三、健康指导要点

1、根据体力适当锻炼，增强体质。避免进食高脂肪饮食，特别是动物脂肪、红色肉类；高纤维的食物及维生素E、雌激素等有预防前列腺癌的作用，可增加摄入。

2、教会患者或家属膀胱造瘘管自我护理方法，保持管道通畅，膀胱造瘘管定时夹闭，每周更换引流

袋2-3次，每月回院更换膀胱造瘘管一次，若发现造瘘管堵塞或脓尿等随时来院就诊。

3、指导多饮水，每日饮水量>3000ml，保持大便通畅，便秘时可以口服缓泻剂。

4、尿失禁为术后常见并发症，指导病人积极处理尿失禁，坚持盆底肌肉训练及电刺、生物反馈治疗等措施进行改善。

四、注意事项

1、根据患者病情，遵医嘱完成放疗、化疗、内分泌等治疗。

2、正确姿势提取重物，避免腹部用力，保持大便通畅，每3-6个月复查血PSA、CT或MRI，了解癌肿生长情况。

十一、睾丸、附睾损伤的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况、健康史及相关因素等。

2、了解损伤程度，阴囊皮肤情况，有无疼痛、肿胀等，有无休克早期表现。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项，协助患者完成各项辅助检查。

2、观察记录阴囊部肿胀、疼痛情况，必要时行局部冷敷，有出血者注意生命体征变化，发热者注意体温波动，遵医嘱予以抗感染治疗。

3、保守治疗者指导患者卧床休息，用干燥柔软的毛巾抬高阴囊。

4、阴囊开放性手术者，局部彻底清创后须注射破伤风抗毒素，给予抗生素预防感染。

5、进高蛋白，高维生素易消化饮食。

6、积极完善各项术前准备，术前备皮，禁食水等。

(二) 术后护理

1、体位与活动：去枕平卧6h后，根据患者切口

恢复情况，由床上活动逐步过渡到下床活动。

2、饮食护理：术后禁食水6h后指导进普食，忌辛辣刺激食物。

3、病情观察：

(1) 伤口护理：观察伤口渗血、渗液情况，如有异常及时报告医生处理。

(2) 引流管护理：留置尿管者按常规进行护理，定时夹闭尿管。

(3) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，必要时遵医嘱给予镇痛药物。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血等治疗。

三、健康指导要点

1、注意观察伤口周围的渗出，及时更换敷料，防止感染。

2、观察局部血液情况，保持尿管及引流管通畅，指导多饮水。

四、注意事项

1、手术近期避免剧烈运动，禁性生活。

2、适当活动，避免睾丸再次扭转的动作。

十二、肾损伤保守治疗的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。

2、评估暴力的作用部位、强度及受伤至就诊期间的病情变化。

2、评估患者意识、生命体征、疼痛、身体状况、既往史等。

3、观察患者伤侧腰腹部体征、局部肿块进展情况，观察患者有无血尿及尿尿程度，判断血尿有无进行性加重、性状、量等。

二、护理措施

1、向患者及家属说明相关检查的目的及注意事项和必要性，协助完成各项辅助检查。

2、向患者及家属讲解疾病的发生、发展及治疗护理进展、预后。

3、活动与休息：限制活动，绝对卧床休息2-4周。

4、饮食护理：肾周血肿较大者暂禁食水，禁食期间，静脉补充营养。病情稳定后指导进高蛋白、富含纤维素清淡易消化饮食，指导多饮水，保持大便通畅。

5、病情观察：

(1) 行心电图监护，严密观察生命体征的变化，



若发现血压下降,伴血尿加重,则提示有活动性出血,应及时通知医生进行处理。

(2) 观察伤侧肾区腰腹部体征,有无腰痛、局部肿胀、腹肌紧张等症状,及早发现肾破裂出血及尿外渗现象。合并骨盆骨折的病人,应卧硬板床。

(3) 酌情留置尿管,保持通畅,观察尿液颜色、性质、量,尿液逐渐变为清亮可拔尿管。拔管前1日定时夹闭尿管,锻炼膀胱功能。

(4) 药物治疗:医嘱给予抗感染、止血、补液、扩充血容量、解痉、止痛等治疗。

三、健康指导要点

积极预防并发症:

十三、睾丸炎、附睾炎的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、自理能力、心理状况及社会知识情况

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、身体状况、既往史等。

3、观察患者体温的变化及阴囊有无红肿,有无坠胀感。

二、护理措施

1、向患者及家属说明相关检查的目的及注意事项,协助完成各项辅助检查。教会患者自我放松的方法,保持乐观的情绪。

2、心理护理:给予鼓励和安慰,树立信心。

3、动态评估患者疼痛情况,可采取局部热敷、抬高阴囊等方法,以减轻疼痛,必要时遵医嘱予以止痛剂。

4、饮食:进食高蛋白、高热量、高维生素食物。

5、观察患者体温变化,如有高热者,遵医嘱对

十四、肾损伤的手术护理

一、护理评估

1、评估患者病情、意识、生命体征、疼痛、身体状况、既往史和相关因素等。

2、评估暴力的作用部位、强度及受伤至就诊期间的病情变化。

3、观察患者伤侧肾腰腹部体征、局部肿块情况,观察患者血尿程度,判断血尿有无进行性加重、性状及量等。特别注意血压、心率的变化,判断有无休克早期表现。

4、了解患者对疾病和手术的认知程度,对突发事件及预后的心理承受能力。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、绝对卧床休息,不要随意搬动病人,以免血肿破裂。

1、压疮:急性期指导绝对卧床休息,平托底部,协助床上移动,病情允许后协助患者取健侧卧位。

2、坠积性肺炎及肺栓塞:指导患者进行深呼吸和有效咳嗽,行上肢屈伸运动及扩胸运动,必要时予以化痰润肺药物。

3、下肢静脉血栓:指导进行下肢屈伸运动,自上向下按摩排肠肌。

四、注意事项

1、加强基础护理和生活护理,预防肺部、尿路感染。

2、3个月避免剧烈运动和过度劳累,出院后1月复查CT,了解血肿吸收情况。

症处理。

6、合并腮腺炎患者在腮腺炎急性期应报告医生积极转科治疗。

7、遵医嘱给予抗感染治疗,用药时间一般不少于2周,并可采取联合用药,避免复发。

三、健康指导要点

1、指导卧床休息,避免剧烈活动。

2、指导多饮水,避免食用辛辣刺激食物及饮酒,保持大便通畅。赤小豆或绿豆汤有清热利湿解毒的功效。

四、注意事项

1、消除精神紧张因素,避免过于疲劳,注意休息。

2、清洗患处时,动作要轻柔,不要强行剥离皮屑,以免造成局部感染。

3、注意个人卫生,保持会阴部清洁,勤换内裤。

4、注意性生活卫生,不提倡盆浴,炎症期避免性生活,加强身体锻炼,提高抵抗能力。

2、行心电监护,严密观察生命体征变化,出现休克者,积极纠正休克,迅速建立静脉通道,快速补液、输血等治疗。

3、向患者及家属讲解疾病的发生、发展及治疗护理进展、预后。

4、协助完成各项必要的辅助检查。

5、积极做好术前常规准备,备皮,备血。

(二) 术后护理

1、休息与体位:术毕去枕平卧6小时。肾全切术后1日起取半卧位,以利引流,指导床上适当活动,术后3—4日协助下床活动。肾修补术及肾部分切除的病人,术后需严格卧床休息2—4周方可下床活动。

2、饮食护理:术后禁食水,肠功能恢复后由全流、半流逐渐过渡普食,进食高蛋白、高热量、富含纤维



素半流质饮食。指导患者多饮水，保持尿路通畅，保持排便通畅。

3、病情观察

(1) 行心电图监护，严密监测生命体征变化，持续低流量给氧。

(2) 切口护理：观察切口敷料有无渗血、渗液，如有浸湿及时更换。

(3) 引流管的护理：术后留置肾窝引流管、尿管，保持各管道通畅，观察引流液颜色、性质、量。尿管按常规护理，定时夹闭尿管，锻炼膀胱收缩功能。特别是肾窝引流管或肾周引流管，若短时间内引流出大量的血性液体，则提示有出血的可能，需再次手术治疗，应立即通知医生，并配合处理。

(4) 观察并记录患者病情变化，如有异常及时

十五、膀胱损伤的护理

一、护理评估

1、了解患者膀胱损伤的部位、暴力性质、临床表现、合并伤等情况。

2、观察患者生命体征的变化，腹部体征，疼痛情况，有无尿瘘现象，观察有无休克发生。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、指导卧床休息，适当床上活动，预防压疮。

2、饮食：指导进易消化食物，保持排便通畅。

3、术前向患者讲解手术的必要性 and 重要性，帮助患者了解手术方式，术前、术后注意事项及其预后，取得患者的配合。

4、严密监测生命体征的变化，判断有无再出血发生。保证静脉输液、输血通畅，补充血容量，针对性给予镇静止痛治疗。对严重损伤、出血合并休克者，首先积极抗休克治疗，如输液、输血、镇静及止痛等。同时，积极处理出血及其他危及生命的合并伤。

5、需手术者积极做好术前准备工作。

(二) 术后护理

1、体位与休息：去枕平卧位6小时，头偏向一侧，保持呼吸道通畅，6小时后取半卧位，以利引流，同时减轻腹壁张力，利于伤口愈合。在病情允许的情况下，尽量鼓励患者早期下床活动，以防止肠粘连的发生。

2、饮食护理：膀胱造瘘术患者术后6小时可进

十六、尿道损伤的护理

一、护理评估

1、评估患者病情、配合、自理能力、心理状况及健康史等。

2、严密观察患者生命体征，观察有无血尿、局部出血、尿外渗和疼痛情况、有无排尿困难等。尿道

损伤严重者，观察有无休克的发生。

3、了解有无其他脏器合并伤，同时进行相应观察和护理。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、指导患者多饮水，防止泌尿系感染。

2、加强营养，利于伤口恢复。

三、健康指导要点

1、避免剧烈运动及重体力劳动，注意休息。

2、多食蔬菜水果，保持大便通畅。

3、出院1月行彩超复查肾脏形态，若出现腰痛、血尿及时就诊。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液、支持对症治疗，输液滴速不宜过快。

四、注意事项

1、加强基础护理和生活护理，预防肺部、尿路感染。

2、出院1月行彩超复查肾脏形态，若出现腰痛、血尿及时就诊。

3、病情观察：
(1) 行心电图监护，严密观察生命体征变化，持续低流量给氧。
(2) 观察切口敷料有无渗血、渗液，浸湿后及时更换。
(3) 引流管的护理：手术后一般留置膀胱造瘘管、尿管、耻骨后引流管，保持引流管通畅，膀胱造瘘管一般在术后10天可拔除，在拔管之前应定时夹闭尿管，锻炼膀胱收缩功能。若排尿通畅2-3天后，方可拔除。长期留置者，应定期更换，一般首次换管时间为术后2-3周，之后可根据患者情况每4周更换一次。

(4) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，转移和分散患者的注意力，必要时根据医嘱合理使用止痛药物并评估效果。

三、健康指导要点

1、指导患者多饮水，防止泌尿系感染。

2、加强营养，利于伤口恢复。

四、注意事项

1、避免剧烈运动及重体力劳动，注意休息。

2、多食蔬菜水果，保持大便通畅。

3、出院1月行彩超复查肾脏形态，若出现腰痛、血尿及时就诊。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液、支持对症治疗，输液滴速不宜过快。

三、健康指导要点

1、出院后3个月不宜从事重体力劳动或剧烈运动，注意保护伤侧腰部，避免挤压碰撞。

四、注意事项

1、加强基础护理和生活护理，预防肺部、尿路感染。

2、出院1月行彩超复查肾脏形态，若出现腰痛、血尿及时就诊。



1、安慰患者，向患者讲解损伤后应注意的主要事项及治疗方法，如卧床、禁食、外伤疼痛的处理等。

2、损伤严重伴失血性休克者应取仰卧中凹位，骨盆骨折致后尿道损伤的病人须平卧，避免随意搬动。休克患者应立即建立静脉通道，采取快速补液，输血等抗休克治疗措施。积极抗休克治疗的同时注意给病人保暖。

3、饮食护理：指导进食清淡易消化饮食。需手术者，指导暂禁食水。

4、遵医嘱使用抗生素预防感染。

5、排尿困难者酌情留置导尿或膀胱穿刺造瘘，切勿强行排尿，以免加重尿外渗。

(二) 术后护理

1、持续心电监护，严密观察意识状态及生命体征变化。

2、尿道修补术及尿道会师术后，指导患者暂禁食水，禁食水期间静脉补充营养。肠功能恢复后，指导由流食、半流食逐渐过渡到普食。

3、引流管护理：保持尿管及膀胱造瘘管通畅，

十七、根治性全膀胱切除术的护理

一、护理评估

1、了解患者的年龄、职业、生活环境等及有无吸烟史。

2、评估患者是否有过血尿史，有无腰、腹部和膀胱手术创伤史。

3、评估患者肉眼血尿的时间，程度、排尿形态及有无尿路刺激症状。

4、评估患者的情绪及心理反应，给予相应的心理支持。

5、了解女性患者是否在月经期。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明检查的目的及注意事项，协助完成各种检查，严格掌握适应症。

2、向患者及家属讲解疾病的发生、发展及治疗护理进展，消除病人对癌症的恐惧，使患者积极配合治疗。

3、药物准备：术前1周口服肠道抗菌素，甲硝唑0.4，TID，以抑制肠道细菌；静脉补液，术前3天开始补充水、电解质。

4、饮食护理：给予高蛋白、易消化、营养丰富的饮食。术前3天进少渣饮食，术前2天全流饮食，术前1天禁食，术前禁水4小时。

5、术前一晚及术晨行清洁灌肠或口服泻药。

6、作好术前皮肤准备，术前留置胃管、尿管。

(二) 术后护理

1、体位与活动：术毕去枕平卧6小时，术后第

妥善固定，观察并记录引流液的颜色、性质、量。

4、根据尿道损伤的程度，指导下床活动的时间，手术后1-5天严格卧床休息，一周左右后可在床上轻微活动。

5、会阴部有损伤时，术后保持会阴部清洁，术后及时用温水擦洗，防止伤口感染。

三、健康指导要点

1、鼓励病人多饮水，保持尿路通畅，预防感染及结石形成。

2、根据体力适当活动，如合并骨盆骨折者指导行相关的功能锻炼。

3、尿道损伤术后易产生尿道狭窄，因此应按医嘱定期行尿道扩张术，开始每周1次，持续时间视病情而定。

四、注意事项

1、合理饮食，保持大便通畅，忌烟酒。

2、平时多注意排尿时的尿流情况，如发现排尿不畅，尿流变细提示可能发生尿道狭窄，应及时来院诊治。

1日取半卧位，利于引流。指导床上适度活动，利于肠功能恢复，预防压疮及下肢静脉血栓、肺栓塞的发生。术后第2日可由半卧位、坐位逐步过渡到下床活动，预防肠粘连的发生。

2、饮食护理：术后禁食水，肠功能恢复后拔除胃管，指导患者从全流、半流逐步过渡到普食。进食高热量、高维生素、高蛋白易消化清淡饮食，少食多餐，指导多饮水，保持大便通畅。

3、病情观察：

(1)行心电监护，严密观察意识状态及生命体征的变化。

(2)伤口护理：观察切口有无出血及漏尿情况，敷料渗湿及时更换。

(3)引流管的护理：术毕留置双侧输尿管支架管、腹膜后引流管，各标识清晰，保持通畅，妥善固定，严密观察引流液颜色、性质、量。

(4)疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，转移和分散患者的注意力，必要时根据医嘱合理使用止痛药物并评估效果。

4、造口护理：观察造口肠管或输尿管血供情况，造口处用生理盐水纱布覆盖，造口周围皮肤酌涂氧化锌软膏保护。双侧输尿管支架引流管拔除后粘贴造口袋。

5、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液等支持对症处理。

6、心理护理：尿路改道后，病人易产生自卑心理，应予以心理疏导，增强自信心。



三、健康指导要点

1、教会患者及家属自我护理造瘘口及更换造瘘袋的方法。

2、教会患者自我观察造瘘口皮肤情况及并发症。

3、适当锻炼，加强营养，戒烟，避免接触苯胺类致癌物质。

四、注意事项

十八、睾丸癌的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、年龄、婚姻状况、心理状况及社会支持情况。

2、评估目前健康状况：出现睾丸部不适的时间、程度、有无伴随症状等，有无咳血及胸闷憋气，发作频率及其性质等，目前饮食、睡眠、活动情况及既往史等。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

2、帮助患者及家属了解疾病的相关知识、治疗、手术及麻醉相关知识，消除患者顾虑，使其积极配合治疗。

3、饮食：指导患者进食高蛋白、高热量、高维生素饮食或遵医嘱给予静脉补充热量及营养。

4、术前体位训练：睾丸癌根治性淋巴清扫术通常会切除腹膜后淋巴结，术后缝合处皮肤会因绷紧产生不适，术前指导患者进行卧床体位训练，以枕头或垫子垫衬腘窝减少过多活动来减少对伤口的牵拉和缝线张力，为术后舒适卧位做好训练。

5、做好术前常规准备。皮肤准备时，备皮范围：以切口为中心，周围15-20cm，去除阴毛；术前晚及术晨用温水及肥皂清洁外阴、阴囊及腹部，包皮应翻转并洗净包皮垢。

(二) 术后护理

十九、阴茎癌的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、年龄、婚姻状况、心理状况及社会支持情况。

2、评估目前健康状况、有无包皮过长，阴茎局部有无溃疡、感染；有无腹股沟淋巴结转移，目前的饮食，睡眠，排泄、个人卫生及既往史等情况。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

2、告知病人及家属讲解疾病相关知识，取得患

者及家属的支持与协助。减轻患者思想压力、心理顾虑，使患者积极配合治疗。

3、部分患者由于未早期治疗导致病情延误，住院时龟头或阴茎处出现破溃感染并伴有恶臭液体，处理方法：

1、定期复查，术后每3个月复查彩超、MRI，了解有无复发。

2、定期检查肝、肾、肺等脏器功能，及早发现转移病灶。

3、如为输尿管皮肤造口，每3个月来院更换单“J”管。

1、体位与活动：术毕去枕平卧6小时，术后一日下床活动，避免剧烈运动。

2、饮食护理：术后6小时指导患者进食清淡易消化饮食。

3、病情观察：

(1) 行心电图监护，观察生命体征变化。

(2) 观察并记录患者病情变化及切口敷料有无渗血，引流液的颜色、性质、量，如有异常及时报告医生进行处理。

(3) 用支被架将被子支起，减少伤口处受压引起的不适。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液等支持对症治疗。

三、健康指导要点

1、根据病情指导患者适当体育锻炼，加强营养，提高机体免疫力，参加一些娱乐活动，保持心情愉快。

2、行根治性淋巴清扫术者，根据病情绝对卧床休息数日，加强下肢活动，预防深静脉血栓形成。阴囊水肿时，可用柔软干燥的毛巾将阴囊托起，以促进渗液吸收，并增加患者的舒适感。

3、根据病情，配合放疗，避免复发。

四、注意事项

1、忌刺激性食物和烟酒。

2、术后2年内每3个月复查一次，5年内每半年复查一次，5年以后每年复查一次，至少每半年复查胸片，腹部CT各一次。

者及家属的支持与协助。减轻患者思想压力、心理顾虑，使患者积极配合治疗。

3、部分患者由于未早期治疗导致病情延误，住院时龟头或阴茎处出现破溃感染并伴有恶臭液体，处理方法：

(1) 用硼酸粉或1:5000高锰酸钾溶液浸泡患处，一日2次，水温39-41℃，每次15分钟。

(2) 协助患者及时更换被液体浸湿的衣裤。

(3) 术者在患处备皮要仔细，应避免破溃处，避免造成患者疼痛及术后感染。

4、对行阴茎部分切除的患者应告知术后可站立



排尿,对性生活影响不大,以减轻患者的心理负担。对阴茎全切的患者,告知手术是病情的需要,术前要练习下蹲排尿,解除患者术后排尿困难的顾虑,给予心理疏导。

5、皮肤准备:清理下腹部皮肤和会阴部皮肤,术前晚用肥皂水彻底清洁会阴、阴囊和阴茎皮肤,备皮范围上至肚脐,下至大腿1/3,左右到腋后线。

(二) 术后护理

1、休息与活动:术后去枕平卧6小时,卧床休息1-2天,指导床上适度活动,防止下肢静脉血栓及肺栓塞的发生,术后3天逐渐下床室内活动。

2、饮食护理:术后6小时可进食高蛋白、高热量、无刺激性食物。

3、病情观察:

(1) 行心电图监护,严密观察生命体征的变化。

(2) 切口护理:观察伤口有无出血,敷料渗湿及时更换,排便后及时清洗,应用支被架将患处被子支起,避免伤口处受压引起患者不适。注意观察皮瓣血运情况,防止皮下积液与皮瓣坏死。

(3) 引流管的护理:尿管按常规护理,观察尿液颜色、性质、量,保持尿管与尿道外口连接部的清

洁,每天用0.2%碘伏消毒液消毒尿道口2次,避免尿道外口感染。

(4) 阴茎部分切除术后3-5天内,应服用镇静剂和乙烯雌酚,防止阴茎勃起引起疼痛,也可避免术后出血,必要时遵医嘱给予止痛剂。

4、药物治疗:遵医嘱给予抗感染、止血对症治疗。

三、健康指导要点

1、根据病情指导患者适当体育锻炼,加强营养,提高机体免疫力,参加一些娱乐活动,保持心情愉快。

2、根据病情,配合放疗,避免复发。

3、行腹股沟淋巴清扫术者,需卧床1周,双下肢制动体位,保持屈曲状态,减轻伤口张力。教会患者用上肢平移身体的方法,用上肢的肘部支撑床体,挪动臀部---肩部---头部---下肢,减轻伤口疼痛,也可防止骶尾部长期受压引起压疮。

四、注意事项

1、术后3个月内避免重体力劳动及剧烈运动。

2、阴茎部分切除术的病人出院后,为防止阴茎勃起后造成出血,应遵医嘱继续口服雌性激素,定期复诊。

5、做好术前常规准备。

(二) 术后护理

1、体位与活动:术毕去枕平卧6小时,卧床休息2-3天,指导床上适度活动,停止膀胱冲洗后根据尿液颜色酌情下床活动,避免过早下床活动引起出血。

2、饮食护理:禁食水6小时后指导进清淡易消化饮食。多饮水,每日饮水量>3000ml,以达到体内冲洗的作用。

3、病情观察:

(1) 行心电图监护,观察生命体征变化。

(2) 引流管护理:术毕留置三腔尿管,行持续膀胱冲洗1-3天,保持各引流管通畅,根据尿管引流液颜色调节膀胱冲洗速度,尿管按照常规护理。

(3) 膀胱痉挛的护理:若出现持续膀胱冲洗滴注不畅,尿道口溢血溢尿,患者主诉膀胱区胀痛,肛门坠胀不适明显,则表明出现膀胱痉挛。应向患者耐心解释,可放出气囊内部分液体,行膀胱区热敷,遵医嘱给予解痉止痛剂,将膀胱冲洗液温度控制在25-30度,可有效预防膀胱痉挛的发生,并密切观察膀胱痉挛改善情况。

4、药物治疗:遵医嘱给予抗感染、止血、补液等支持对症处理。

三、健康指导要点

1、膀胱灌注化疗的护理:术后5-7日行膀胱灌注化疗一次。灌注前应先排空膀胱,药液注入膀胱后

二十、膀胱肿瘤电切术的护理

一、护理评估

1、了解患者的年龄、职业、生活环境等及有无吸烟史。

2、评估患者是否有过血尿史,有无腰、腹部和膀胱手术创伤史。

3、评估患者肉眼血尿的时间,程度、排尿形态及有无尿路刺激症状。

4、评估患者的情绪及心理反应,给予相应的心理支持。

5、了解女性患者是否在月经期。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项,协助完成各项辅助检查。

2、向患者家属讲解说明手术的必要性,主动向病人介绍成功病例,消除顾虑,使患者积极配合治疗。术前若出血较多患者留置三腔尿管,行持续膀胱冲洗,保持膀胱冲洗通畅,若血凝块堵塞尿管,用注射器抽吸生理盐水反复冲洗,直至通畅。遵医嘱给予抗感染、止血、支持对症处理。观察并处理膀胱痉挛,遵医嘱给予解痉止痛剂。

3、饮食:给予高热量、高蛋白、易消化饮食,以纠正贫血。

4、血尿严重者指导多饮水,避免血块引起尿路堵塞。



保留 30-60 分钟，以充分发挥药物的作用，指导排出药物后多饮水。膀胱灌注完毕拔除尿管。

2、膀胱灌注化疗指导：术后每周 1 次，共 8 次，然后改为每月 1 次，共 10 次。

3、根据灌注药物种类坚持灌注化疗 1-2 年。

四、注意事项：

二十一、输尿管肿瘤的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心里状况及社会支持情况。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、血尿、疼痛、肿块大小、既往病史等。

3、评估患者的情绪及心理反应，给予相应的心理支持。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

2、帮助病人及家属通过各种途径了解疾病的发生、治疗措施，稳定患者的情绪。

3、心理护理：关心、安慰、鼓励病人，告知手术必要性和疗效，消除其顾虑与恐惧，帮助树立战胜疾病的信心。

4、饮食护理：予以高热量、高维生素饮食，增强体质，指导多饮水。

5、做好术前常规准备，如个人卫生、手术区域的皮肤准备。术前留置尿管、胃管。

(二) 术后护理

1、体位：术后 1 日取半卧位，以利引流，指导床上适度活动，预防压疮、下肢静脉栓塞及肺栓塞的发生。腹腔镜手术根据患者体质术后 2-3 日协助患者下床室内活动；开放手术患者一周后下床活动。

2、饮食护理：术后禁食水，肠功能恢复后由全流、半流逐步过渡到普食，进食高蛋白、高热量、高维生素饮食，加强营养，促进切口愈合。

二十二、肾肿瘤的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、心理状况、自理能力、生命体征、饮食、睡眠、既往史及相关因素等。

2、评估患者心肺功能、肾脏功能等情况。

3、观察患者有无排尿形态改变，有无血尿及血尿程度，腰部疼痛情况及身体有无肿块及肿块的大小，肿块有无触痛、活动度等情况。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查的目的及注意事

1、适当锻炼，加强营养，戒烟酒，避免接触苯胺类致癌物质。

2、定期复诊：术后每 3 月复查 1 次彩超、血、尿常规；每 6 月复查膀胱镜、磁共振，了解有无复发，及早发现转移病灶。

3、病情观察：

(1) 行心电图监护，严密观察意识状态及生命体征变化。

(2) 切口护理：观察切口敷料有无渗血、渗液，浸湿后及时更换。

(3) 引流管护理：术后留置尿管、腹膜后引流管及耻骨后引流管，保持各管道通畅，密切观察引流液的颜色、性质、量，如腹膜后引流管短时间内引流出大量鲜红色血性液体（2 小时 > 200ml 或 24 小时 > 500ml）应立即报告医生配合处理，尿管术后 2-3 天拔除，腹膜后引流管在无引流液后 24 小时拔管。

(4) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，转移和分散患者的注意力，必要时根据医嘱合理使用止痛药物并评估效果

(5) 观察并记录患者病情变化，如有异常及时报告医生进行处理。

5、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液等支持对症处理

三、健康指导要点

1、注意休息，三月内避免剧烈运动，根据身体状况适当参加健身活动，增强体质。禁烟酒。

2、多饮水，多食蔬菜、水果，保持大便通畅。勤排尿，不憋尿。

四、注意事项

1、定期复查肾功能，泌尿系 CT、胸片等，了解有无转移灶。

2、必要时配合放化疗，预防复发。

项，协助完成各项检查。

2、向患者及家属讲解疾病的发生、发展及治疗护理进展，告知手术的必要性及疗效，让患者了解手术及麻醉的相关知识，消除顾虑与恐惧，使患者积极配合治疗，树立战胜疾病信心。

3、饮食护理 予以高热量、高维生素、高蛋白饮食，增强体质，指导多饮水。

4、指导卧床排便的方法及深呼吸、有效咳嗽、咳痰的方法。

5、血尿严重者纠正贫血，肉眼血尿的患者应静



脉应用抗生素及止血药物。

6、做好术前准备，如：个人卫生，手术区域皮肤准备。术前备血，术前留置胃管、尿管、禁食水等。

(二) 术后护理

1、休息与活动：术毕去枕平卧6小时，术后一日取半卧位，以利于引流，指导在床上适度活动，预防压疮、下肢静脉栓塞及肺栓塞的发生。腹腔镜术者根据患者体质术后2-3日协助下床室内活动，开放手术患者1周后下床活动。

2、饮食护理：术后禁食水，肠功能恢复后由全流，半流质逐步过度到普食，进高蛋白、高热量、高维生素饮食，加强营养，促进切口愈合。

3、病情观察：

(1) 行心电图监护，严密观察生命体征变化，持续低流量给氧。

(2) 切口护理：观察切口有无渗血、渗液情况，及早发现肾窝出血早期征象，保持切口敷料干燥。

(3) 引流管护理：保持各管道通畅，密切观察

二十三、肾上腺肿瘤的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情，配合，自理能力，心理状况及社会支持情况。

2、评估患者目前健康状况及血压值，有无满月脸、面部痤疮、水牛背、向心性肥胖、颜面潮红以及头痛头晕、心悸、出虚汗、失眠等症状，了解有无糖尿病、骨质疏松等既往史。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前各种检查的目的及注意事项，协助完成各种检查。

2、与患者及家属沟通，耐心仔细解释其手术的必要性及手术方法，注意事项等。

3、饮食：根据情况给予高蛋白，高维生素、高钾、低钠、易消化食物，不能进食者遵医嘱静脉补充热量。

4、活动和休息：患者随时可能出现发作性高血压，应限制患者活动，注意休息，每日定时监测血压和脉搏，控制在正常范围一周以上才能接受手术。有糖尿病的患者应将血糖控制在正常范围内，以免影响术后伤口愈合。协助患者修剪指甲，避免抓伤皮肤，避免碰撞、跌倒、剧烈活动，防止意外损伤。

5、积极完善各类血、尿生化检查，对于血压较高的患者降压扩容要充分，遵医嘱服用降压药物、补液扩容。

6、做好皮肤护理，避免皮肤擦伤，预防皮肤感染。因此类患者皮肤较薄，沐浴或擦澡时注意动作要轻柔。术前备皮时要小心剃毛，避免划破皮肤

7、术前准备：术前备血，指导禁食水；术晨备皮，

引流液颜色、性质及量，如肾窝引流管短时间内引流大量鲜红色血性液体应及时报告医生处理。尿管术后2-3天拔除，肾窝引流管在无引流液后24小时拔除。

(4) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，转移和分散患者的注意力，必要时根据医嘱合理使用止痛药物并评估效果。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血、补液支持对症处理。

三、健康指导要点

1、多食用增加机体抗癌功能的食物如黄豆、香菇、蘑菇等。注意保护对侧肾脏、慎用对肾脏有损伤的药物。

2、注意休息，三个月避免剧烈运动，根据身体状况适当参加活动，增强体质，禁烟酒。

四、注意事项

1、定期复查肝肾功能，泌尿系、盆腔CT等，了解有无转移灶。

2、必要时配合免疫治疗及放疗，预防复发。

留置尿管、胃管，防止术后呕吐及腹胀。

(二) 术后护理

1、体位与活动：术后去枕平卧，头偏向一侧（术后6小时后置枕），术后第1日取半卧位，以利引流。指导患者床上适度活动，预防下肢静脉血栓和肺栓塞的发生。术后第3日由半卧位、坐位逐渐适应后，协助下床室内活动。

2、饮食护理：术后禁食水，肠功能恢复后拔除胃管，无腹胀时，开始由流质、半流质饮食逐渐过渡到普食，进高蛋白、高热量、清淡易消化的饮食。

3、病情观察：

(1) 行心电图监护，监测生命体征，尤其是血压和心率的变化。严防皮质醇危象：低血压、低血钠、多尿的发生。如有上述现象，及时通知医生，配合抢救。发现异常及时报告医生，对症处理。

(2) 切口护理：观察切口敷料有无渗血、渗液，浸湿后及时更换。

(3) 引流管护理：术后留置尿管、胃管、腹膜后引流管，保持管道通畅，观察引流液颜色、性质、量，肛门排气后拔出胃管。患者能够下床活动即拔出尿管。腹膜后引流管在无引流液24小时后拔除。

(4) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，转移和分散患者的注意力，必要时根据医嘱合理使用止痛药物并评估效果。

4、并发症的观察及护理：

(1) 出血：术后24小时要观察伤口有无渗血，尤其要注意腹膜后引流管的颜色、量，如发生活动性出血，并且引流液明显增多，而且出现面色苍白、心



慌气短、心率加快等出血休克表现，应做好再次手术的准备，立即手术止血。

(2)腹胀 开放手术和腹腔镜手术后常引起肠麻痹，术后禁食易发生低钾导致腹胀，术后8小时可协助患者翻身，取半卧位，鼓励患者床上活动。术后2-3日协助患者下床活动，促进排气排便，减轻腹胀。

(3)肺部感染：鼓励病人深呼吸、咳嗽咳痰，必要时协助翻身叩背，行雾化吸入。

二十四、女性压力性尿失禁的护理

一、护理评估

1、评估患者的年龄、月经、婚育史、并发疾病、心理状况等。

2、评估患者的生命体征、饮食、睡眠、营养、身体状况等。

3、观察有无血尿、排尿困难、尿路刺激症、腰腹部不适等症状。

二、护理措施

(一)术前护理

1、心理护理：主动关心患者，耐心讲解与疾病有关的知识及治疗手段，取得信任，尽量满足患者的合理要求，减轻不良情绪的影响，增强其战胜疾病的信心。

2、指导患者多饮水，多吃新鲜蔬菜及水果，保持大便通畅，避免引起腹压增高的因素。

3、向患者及家属说明术前检查如尿流动力学的目的及注意事项。

4、术前3日每日用0.05%稀碘伏阴道擦洗2次。

5、指导术前行盆底肌锻炼。方法：吸气时用力收缩肛门，呼气时放松肛门，频率为10次/分左右，每次连续进行15分钟左右，每天4-5次/天。

6、做好术前常规准备。术前皮肤准备（备皮范围包括下腹部、会阴部、大腿内侧上1/3处）。

(二)术后护理

1、休息与活动：术后去枕平卧6小时，术后1日可下床活动，避免剧烈运动，防止悬吊带移位。

2、饮食护理：术后6小时后可进食。进食营养

三、健康指导要点

1、定时监测血压，高血压患者应在医生指导下继续服用降压药。

2、术后三个月避免剧烈活动，注意休息。

四、注意事项

1、术后定期门诊随访，检查肝肾功能，血常规等。

2、术后每3个月复查一次CT，了解有无复发和转移灶。

丰富、易消化饮食，保持大便通畅。指导患者多饮水，每日3000ml以上，达到内冲洗及预防尿路感染的目的。

3、病情观察：

(1)观察阴道渗血情况，若出血较多，及时通知医生处理，阴道内堵塞的碘伏纱块24h后取出，纱条取出后观察阴道有无糜烂、水肿及吊带外露等情况。

(2)引流管的护理：留置尿管按常规护理，24-48h后拔管。尿管拔出后，密切观察排尿情况，观察尿失禁症状有无改善，有无尿潴留及尿路刺激症状。

(3)疼痛护理：动态评估患者疼痛的情况，遵医嘱给予解痉、镇痛药物。

三、健康指导要点

1、指导患者多饮水，进食富含粗纤维的食物，限制咖啡因、酒精类的饮料。保持大便通畅，避免便秘引起腹压增高。

2、保持适当的体重，肥胖者应控制体重，避免肥胖引起的腹内压增高。

3、避免长时间站立、下蹲动作；避免增加腹压的行为方式。

四、注意事项

1、出院两周后，恢复正常活动，1月内禁止体力劳动，术后3个月禁止性生活，防止感染。

2、出院后坚持有节律的做盆底肌锻炼，加强盆底肌力量。

3、定期到医院复查尿流率。

二十五、先天性输尿管连接部梗阻（UPJO）的护理

一、护理评估

1、评估患者病情、配合、自理能力、心理状况、健康史及相关因素等。

2、评估患者生命体征、疼痛、排便、身体状况，观察有无泌尿系统梗阻、感染、肾积水。

二、护理措施

(一)术前护理

1、向患者及家属详细讲解疾病相关知识、手术方式、手术效果，消除患者顾虑，取得患者的信任，

树立战胜疾病的信心。

2、协助完成各项辅检，如：IVP、CT或MRI等。了解肾积水程度，卧床休息，加以保护。动态观察疼痛情况，遵医嘱给予解痉止痛剂。

3、预防泌尿系感染，适量饮水。必要时遵医嘱给予抗感染治疗。

4、饮食：给予高热量、高蛋白、高维生素饮食，增强抵抗力。

5、术前常规准备，如：个人卫生，术区皮肤准备，



术晨留置尿管，术前禁食水等。

(二) 术后护理

1、休息与活动：术毕去枕平卧6小时，术后第1日取半卧位，以利引流，指导床上适度活动；术后第2日，由半卧位、坐位逐渐适应后，协助下床室内活动。

2、饮食护理：术后禁食水，肠功能恢复后由流食逐渐过渡到半流、普食，指导进食高蛋白、高热量、清淡易消化饮食。

3、病情观察：

(1) 行心电监护，监测生命体征的变化。

(2) 切口护理：观察切口敷料有无渗血、渗液，保持切口敷料干燥。

(3) 引流管护理：保持各引流管通畅，观察引流液的颜色、性质、量。若无漏尿，肾周引流管于术后3-4日拔除，肾盂输尿管支架引流管一般于术后3

周拔除，证实吻合口通畅后拔除肾造瘘管。指导患者健侧卧位，防止造瘘口渗液。

(4) 疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，必要时遵医嘱给予止痛剂。

4、药物治疗：遵医嘱给予抗感染、止血对症治疗。

三、健康指导要点

1、术后1-3月拔除双“J”管，告知留置双“J”管注意事项；

2、术后6个月进行复查，可行彩超、CT或IVP等，观察肾积水程度是否减轻及肾功能恢复情况。

四、注意事项

1、指导患者多喝水，每天饮水量>3000ml，告知患者勤排尿，不憋尿。

2、避免剧烈活动、久坐和长时间下蹲，术后1-3月来院复查，拔除双“J”管。

3、伤口护理：观察伤口渗血情况，伤口处放置沙袋，减轻出血。

4、疼痛护理：动态评估患者疼痛情况，切口疼痛者遵医嘱给予止痛剂。

5、术后易发生尿潴留，行诱导排尿后仍不能自行解出者，遵医嘱予以一次性导尿处理，必要时留置导尿管。

三、健康指导要点

1、禁烟酒及辛辣刺激性食物，多喝水，多食蔬菜水果及富含粗纤维食物，保持大便通畅。

2、术后一周可恢复正常生活，术后3个月内避免重体力劳动及剧烈运动，持久站立等。穿棉质紧身内裤托起阴囊防止复发。

3、注意会阴部清洁卫生，防止逆行感染。

四、注意事项

1、术后三月来院复查彩超及复查精液常规了解精子质量。

2、成人一月内禁止性生活，术后半年避免过度活动。

二十六、精索静脉曲张的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身体状况、既往病史等。

3、观察有无泌尿系统感染。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

2、向患者及家属讲解疾病的发生、发展、治疗护理及预后等。

3、指导患者训练床上排尿，避免术后出现尿潴留。

4、完善各项术前准备，如个人卫生，手术区域皮肤准备等。

(二) 术后护理

1、患者术后去枕平卧6小时，卧床休息1天，防止阴囊肿胀。

2、术后禁食水，肠功能恢复后正常饮食。

二十七、尿道肉阜的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。

2、评估患者生命体征、营养状况、生活习惯、身体状况、既往病史等。

3、观察患者泌尿系统症状，有无泌尿系统感染，是否在月经期。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、做好疾病知识的宣教，消除病人紧张心理。

2、保持会阴部清洁，每天用1:5000高锰酸钾坐浴2次，每次15分钟，穿宽松内裤。

3、去除局部刺激因素：排尿后应用柔软、清洁、吸水强的卫生纸进行清洁，动作不可粗暴。

4、指导多喝水，勤排尿，起到体内冲洗的目的，预防泌尿系感染。用流动水冲洗外阴，注意器具清洁卫生。

(二) 术后护理



1、休息与活动：术后指导患者去枕平卧6小时，术后一日可下床活动。

2、饮食：指导术后暂禁食水6小时。

3、病情观察：观察尿道口粘膜出血肿胀情况，必要时遵医嘱予以1:5000高锰酸钾坐浴每日2次。

4、引流管的护理：留置尿管按常规护理定时夹闭，尿管留置一周左右，以利于切口愈合。

5、药物治疗：遵医嘱予以抗感染、止血处理。

三、健康指导要点

1、指导患者多饮水，预防泌尿系感染。

2、拔除尿管后，指导患者观察排尿情况。

四、注意事项：注意个人卫生，保持会阴部清洁，穿宽松内裤，勤洗晾晒内裤。

二十八、下肢静脉曲张的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者的籍贯、发育史及相关疾病的家庭史，是否存在静脉瓣膜缺陷和静脉壁薄弱等全身支持组织薄弱的先天遗传因素。

2、相关因素：评估患者有无增加下肢静脉瓣膜承受压力和循环血量超负荷等造成下肢静脉曲张的后天因素，如长期站立、重体力劳动、妊娠、慢性咳嗽、习惯性便秘等。

3、症状和体征

(1)局部：下肢浅静脉扩张、隆起和迂曲。后期出现足靴区皮肤营养不良，皮肤色素沉着、湿疹和溃疡形成。

(2)全身：主要表现为长时间站立后患肢小腿感觉沉重、酸胀、乏力。

4、辅助检查：评估大隐静脉瓣膜功能试验、深静脉通畅试验、交通静脉瓣膜功能试验的结果，下肢静脉造影、血管超声检查等可以判断病变性质、部位、范围和程度。

5、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应，了解家庭经济状况等。

二、护理措施

1、术前护理

(1)向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

(2)预防或处理创面感染：观察患肢远端皮肤的温度、颜色，观察是否肿胀、渗出，局部有无红、肿、压痛等感染征象，做好皮肤溃疡的治疗及换药，促进创面愈合，预防创面继发感染，注意保护患肢，活动时，避免外伤引起曲张静脉破裂出血。

(3)帮助患者了解手术及麻醉相关知识。

二十九、压力性尿失禁的手术护理

一、护理评估

1、评估患者病史、家族史、既往史、起病缓急，诱因年龄、生产、肥胖、雌激素、老年常见疾病、尿道阴道手术等。

2、评估患者心肺功能检查。

二、护理措施

(一) 术前护理

(4)做好术前准备，如个人卫生，手术区域的皮肤准备。

2、术后护理

(1)体位：术后去枕平卧6小时，患肢垫软枕抬高30°。

(2)病情观察：观察病人有无伤口及皮下渗血、伤口感染、腓肠肌疼痛等情况，发现异常及时通知医生。

(3)早期活动：病人卧床期间指导其做足部伸屈和旋转运动；术后24小时后可鼓励病人下地行走，以促进下肢静脉血液回流，预防深静脉血栓形成。

三、健康指导要点

1、去除影响下肢静脉回流的因素，避免使用过紧的腰带和紧身衣；避免肥胖；平时注意保持良好的坐姿，避免久坐久站；坐时避免双膝交叉过久。

2、休息或卧床时适当抬高患肢30°-40°，以利于静脉回流；指导病人进行适当体育锻炼，增强血管壁弹性。

3、指导病人出院后做好自我保健，穿尺码合适的弹力袜或使用弹力绷带。

四、注意事项

1、密切观察患者有无深静脉血栓形成的症状，一旦发现患肢肿胀、疼痛、压痛和发热等情况，应警惕下肢深静脉血栓形成的可能，应及时报告医生，并协助处理。一旦怀疑有血栓形成，需严格卧床休息，抬高患肢。如证实血栓形成，急性期嘱病人10-14日内绝对卧床休息，床上活动时避免动作幅度过大，禁止热敷、按摩患肢，以防血栓脱落。

2、避免引起腹内压及静脉压增高的因素，保持大便通畅，戒烟。

1、心理护理：患者因尿液失去控制裤子常湿、身上有异味，故怕与人交往、有自卑压抑感。患者不愿参加社交活动，不敢大笑、咳嗽、打喷嚏。多数患者紧张，急切想知道手术方式及效果。术前像患者讲解手术方式及效果，消除患者紧张心理，帮助患者树立信心，积极配合手术。

2、避免增加腹压：注意保暖，防止呼吸道感染。



对于有慢性支气管炎合并感染应予以抗生素治疗。对于便秘的患者多吃水果蔬菜，保持大便通畅，必要时给予缓泻剂

3、预防感染：嘱患者每日饮水 2000-3000ml，多饮水勤排尿。睡前限制饮水，减少夜间尿量，提高睡眠质量。

4、术前常规护理：除常规检查外，还应了解患者凝血功能，有使用抗凝药物者应停止 10 天以上。术前禁食 12h，禁水 4h。

(二) 术后护理措施

1、一般护理：术后平卧位，生命体征监测。鼓励患者早期活动，减轻腹压，术后 6h 即可进食，有利于引流和机体恢复。

2、尿管护理 术后放置尿管以恢复尿道的连续性，有利于切口的愈合。妥善固定，保持引流通畅，防止扭曲、受压、打折、防止滑脱。观察尿液颜色、量。每日常规消毒 2 次。鼓励患者多饮水，每日 2000-3000ml，一增加尿量，防止尿路感染。

3、出血：观察切口有无出血，若有异常及时报告医生予以处理。

4、观察下肢活动情况：观察有无下肢活动障碍或疼痛，做好术后指导和健康指导。

5、适当抗感染治疗：正确监测体温、观察切口有无红肿，遵医嘱合理应用抗生素

6、饮食指导：术后 6h 可进食流质或少渣半流质饮食，减少粪便的形成，术后第二天给予高蛋白、高维生素饮食，保持大便通畅，预防便秘，对于便秘患

者适当使用缓泻剂。

三、健康教育

出院后 3 个月避免重体力劳动、剧烈运动和性生活，预防感冒、避免咳嗽，防止腹压增加。对饮水，多吃水果蔬菜，保持大便通畅。为了巩固手术疗效，预防复发，可做肛提肌训练：仰卧或站立，吸气时收缩腹部及会阴部肌肉，呼气时放松，如此反复，每日 3-4 次每次做提肛运动 60-100 下，以增加尿道括约肌的收缩力，降低术后尿失禁的发生。注意保持外阴清洁，出院后发现排尿异常及时就诊。

四、注意事项

1、术后 1 周内，可能出现大腿根部酸痛、皮下瘀血，有时阴道或皮肤切口处可有少量渗血，可在当地诊所予以消毒换药，保持伤口清洁。如出血较多，随时复诊。

2、术后 2 周需要回院复诊，检查伤口恢复情况、尿控情况、有无排尿障碍。部分患者可能还会有轻微尿失禁，可以继续观察，等待 2-3 个月时再评估最终疗效。

3、术后 1 月内，勤排尿，忌憋尿，如有轻度排尿困难，可适当按压小腹，帮助小便排出。

4、术后 2-3 月内，禁止同房，避免吊带移位，甚至阴道伤口裂开。同时避免重体力活动，防止吊带松动甚至滑落影响治疗效果。

5、术后任何时间，如果出现尿路感染或、血尿或者阴道内异物感，均应及时就诊。

第六节 神经外科疾病护理常规

一、神经外科疾病的一般护理

一、护理评估

1、评估患者的意识状态，瞳孔变化及生命体征变化。

2、评估患者的肢体活动情况。

3、评估患者有无头痛、呕吐、血压升高等颅内压增高的临床表现。

4、评估患者有无压疮、肺部感染、暴露性角膜炎及失用综合征等并发症的发生。

二、护理措施

1、颅脑损伤及开颅术后的病人在病情许可时抬高床头 15-30 度。

2、严密观察神志瞳孔及生命体征变化。

3、保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物及呕吐物，避免误吸。

4、保持各管道连接通畅，观察引流物的颜色、性质，量，脑室外引流管应特别注意引流袋的高度，

控制引流量。

5、颅内压增高的病人必须严格控制液体入量，每天的补液量不超过 2000ML，补液速度宁慢勿快。

6、保持皮肤清洁干燥，及时翻身，避免压疮及肺部感染的发生。

7、加强语言、肢体功能锻炼，保持肢体功能位，每天做 2-3 次四肢关节被动活动及肌肉按摩，防止肢体萎缩和畸形。

三、健康指导要点

1、指导患者进食营养丰富、易消化的食物，不能进食者给予鼻饲，

2、保持大便通畅，防止用力排便引起颅内压升高而发生意外，必要时使用缓泻剂。

四、注意事项

1、颅内压增高病人禁用大量液体灌肠。

2、躁动不安病人应使用床栏及约束带，防止发



生意外。

3、眼睑闭合不全者应予以眼膏保护，必要时缝

二、脑脓肿的护理

一、术前护理

(一) 护理评估

1、评估患者是否有急性全身感染中毒症状，若出现发热、颈项强直或脑膜刺激征则提示急性感染。

2、评估体温及血象的变化。

3、评估脓肿的部位及波动情况。

4、评估患者是否有颅内压增高的情况。

5、评估有无化脓性中耳炎、鼻窦炎、乳突炎、颅脑外伤史、2次以上手术史、手术时间超过4h等感染的诱因。

(二) 护理措施

1、做好术前准备，如备皮、留置尿管等。

2、对症处理：

(1) 高热的护理：合理使用抗生素，及时处理高热，如使用冰敷、冰枕等。

(2) 颅内高压的护理：密切观察病情变化，颞叶脓肿者出现意识障碍或瞳孔不等大，应警惕脑疝的发生，小脑脓肿者应注意呼吸的变化，防止枕骨大孔疝的发生。

(三) 健康指导要点

1、指导进食高热量、高蛋白的食物，必要时静脉补充营养。

2、肢体偏瘫的患者勤翻身，加强功能锻炼。

3、失语患者采用语言交流、自制图片、提供写字板等多种形式进行沟通。

(四) 注意事项

1、癫痫患者适当约束，防止坠床及意外的发生。

2、精神异常的患者加强巡视，禁止单独外出，

三、垂体瘤的护理

一、术前护理

1、护理评估

(1) 评估患者的内分泌功能，有无视力、视野障碍，肢端有无肥大，外形有无改变。

(2) 有无基础性疾病，如高血压，糖尿病。

(3) 经鼻蝶入路的患者应了解有无鼻部疾患和手术史。

2、护理措施

(1) 做好术前常规准备：如个人卫生、手术区域的皮肤准备、鼻腔的清洁等，锻炼患者张口呼吸，床上大小便。

(2) 控制血压、血脂在正常范围内。

3、健康指导要点

(1) 指导患者用手捏鼻或用特制的鼻夹夹住鼻

合上下眼睑。

并在患服上贴特殊标志，防止走失。

二、术后护理

(一) 护理评估

1、评估麻醉方式及术中情况。

2、评估患者的意识状态及体温的变化。

(二) 护理措施：

1、病情观察：术后继续观察意识、瞳孔及生命体征的变化。

2、切开引流的护理：引流管低于脓腔至少30cm，手术24h后可进行脓腔冲洗，冲洗时严格无菌操作，防止脓液外流。

3、并发症的护理

(1) 颅内压增高：密切观察病情变化，及时发现脑疝的早期症状。

(2) 肺部感染：保持呼吸道通畅，定时翻身、叩背，指导有效咳嗽、咳痰，痰液不易咳出者可给予超声雾化，同时监测体温的变化，合理使用抗生素。

(3) 用药护理：协助医生留取培养标本，根据药敏结果选用敏感抗生素。

(三) 健康指导要点

1、注意劳逸结合，加强锻炼，发现异常及时就诊。

2、病情追踪观察，出现原有症状及时就诊。

3、不能住院继续治疗者，继续使用抗生素治疗，总疗程不少于4W。

(四) 注意事项：全麻未清醒者头偏向健侧，不压迫伤口引流管，使口腔内分泌物或呕吐物易于流出，避免误吸。

部，以适应张口呼吸模式。

(2) 训练患者床上大小便，保持大便通畅。

(3) 根据情况给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的食物，避免发生便秘。

4、注意事项

有视力、视野障碍的患者外出有人陪伴，避免发生意外。

二、术后护理

1、护理评估

(1) 监测神志、瞳孔及生命体征，准确记录每小时及24小时尿量。

(2) 观察伤口及引流管情况，肢体有无活动障碍。

2、护理措施

(1) 体位：全麻未清醒者应取侧卧位或仰卧位。



全麻清醒后，患者若血压平稳且无脑脊液漏，可将床头抬高 15-30°。

(2) 并发症的观察及处理：

① 颅内出血：严密观察意识、瞳孔及生命体征的变化，并注意观察引流液的颜色和性状，一旦发现异常，及时告知医生，做好再次手术的准备。

② 尿崩症：每小时尿量 > 200ml，持续 2 小时；或 24h 尿量 > 4000ml 者为尿崩，应准确记录每小时及 24 小时尿量，严密观察有无脱水指征，遵医嘱补液，使用抗利尿剂，及时复查电解质。

③ 脑脊液漏：观察伤口敷料有无渗湿，鼻腔有无清水样液体流出。若有明显的脑脊液漏，则应严格卧床休息，去枕平卧 2-3 周，必要时行腰穿置管术，持续引流脑脊液，保证漏口安全愈合。

④ 预防颅内感染：监测体温变化，遵医嘱使用

抗生素，预防颅内感染的发生。

3、健康指导要点

(1) 鼓励患者多进食高蛋白、营养丰富、易消化的食物，以增强机体的抵抗力，促进康复。

(2) 指导经鼻蝶入路的患者张口呼吸。

(3) 指导患者勿屏气、咳嗽、擤鼻及用力排便，保持大便通畅。

(4) 告知药物的服用方法，出院后 3 个月需复查 MRI。

4、注意事项

(1) 严禁做鼻道冲洗、滴药以及经鼻腔插管。

(2) 患者出院后可以正常进食，勿食刺激性强的食物及可乐、咖啡茶类。

(3) 保暖，避免感冒。

四、颅内压增高的护理

一、护理评估

1、评估患者有无剧烈头痛、频繁呕吐、躁动不安等颅内压增高的表现。

2、评估患者意识状态及瞳孔的变化。

二、护理措施：

1、体位：绝对卧床休息，抬高床头 15-30 度。

2、给氧：持续或间断给氧，改善脑缺氧。

3、病情观察：密切观察患者的意识、瞳孔、生命体征的变化，急性颅内压增高时，常有明显的进行性意识障碍，甚至昏迷，应警惕脑疝的发生，频繁呕吐时应避免误吸或窒息。

4、快速静脉滴注脱水药并配合激素的应用，有时可用速尿加强脱水的作用。

5、遵医嘱应用冬眠低温疗法，使病人处于亚低

温状态，其目的是降低脑耗氧量和脑代谢率，以增加脑组织对缺血缺氧的耐受力，减轻脑水肿。

三、健康指导要点：

1、指导病人避免导致颅内压增高的因素。

2、指导进食易消化的食物，多食新鲜水果和蔬菜。

3、指导脑血管疾病的病人，保持情绪的稳定，避免不良刺激，维持血压平稳，保持大便通畅，防止颅内出血。

四、注意事项：

1、行物理降温时注意局部皮肤的保护，避免冻伤，复温不可过快，以免出现颅内压反跳、体温过高或酸中毒等。

2、躁动病人应该寻找原因及时处理，切忌强制措施。

五、颅骨缺损的护理

一、术前护理

1、护理评估

(1) 评估颅骨缺损区的情况，如脑组织膨出时的大小、硬度等。

(2) 评估患者的自理能力、心理状况及对手术的认知程度。

2、护理措施

(1) 向家属及患者介绍手术的目的、方式和注意事项、消除紧张情绪。

(2) 积极作好术前准备：备皮、更衣等。

3、健康指导要点

(1) 骨窗部会发生膨隆或塌陷，应戴防护帽，外出时有人陪伴。

(2) 宜取健侧卧位，活动时强度不宜过大，避免劳累。

4、注意事项

(1) 注意观察患者情绪变化，解除思想顾虑。

(2) 鼓励患者表达自身感受，观察有无颅内压增高的表现。

二、术后护理

1、护理评估

(1) 了解麻醉方式，手术方式及术中情况。

(2) 监测生命体征，应特别注意血压变化，警惕颅内高压的发生。

(3) 观察伤口有无肿胀、压痛、敷料有无渗血。

2、护理措施

(1) 做好引流管的护理：妥善固定，保持引流通畅，定时挤捏。

(2) 保持出入量平衡，术后静脉补液应注意控制液体摄入量在 2000ml 以内。



3、健康指导要点

(1) 指导术后进半流质饮食，避免辛辣、刺激性和坚果类的食物。

(2) 指导适当床上活动，保持大便通畅。

4、注意事项

(1) 拆线后1周内不能洗头，避免头部碰撞。

六、颅脑损伤的护理

一、护理评估

1、评估病人的头部有无破损、出血。

2、评估病人的神志、瞳孔及生命体征变化，了解病人的既往健康状况。

3、了解病人有无头痛及恶心呕吐症状，有无颅内压增高的征象。

4、了解病人及家属的心理反应，病人的自理能力及配合程度。

二、护理措施

1、严密观察病人的病情变化。

2、观察颅内压增高的表现，重视病人的主诉，观察头痛性质和程度，如头痛剧烈、呕吐加重、躁动不安等变化应立即报告医生，做好术前准备。

3、卧位：抬高床头 30° ，以利颅内静脉回流，降低颅内压。

4、保持呼吸道通畅；及时吸痰，持续吸氧。

七、脑积水的护理

一、术前护理

1、护理评估

(1) 评估患者头痛、呕吐情况，有无视力障碍。

(2) 评估患者的心理状况及对手术的认知程度。

2、护理措施

(1) 向患者和家属介绍手术的目的、方式和注意事项，消除紧张情绪。

(2) 观察病人的病情，当病人出现头痛、呕吐时，要认真做好记录并处理。

(3) 积极作好术前准备，如备皮、更衣等。

(4) 脑室外引流者，引流袋应高于脑室基线，防止脑脊液引流过度或引流不够。

3、健康指导要点

(1) 颅内压增高的患者，应给予流质或半流质饮食，少量多餐，防止呕吐、误吸引起窒息。

(2) 小儿病人应顺从其饮食习惯，尽量避免饮食时哭闹。

4、注意事项

(1) 备皮范围包括头部、颈部、胸部及腹部的皮肤，做好皮肤的清洁卫生。

(2) 应注意腹部皮肤有无感染、疖、痈等。

二、术后护理

(2) 避免用脑过度，保证睡眠、生活规律。

(3) 合并癫痫的患者，嘱出院后继续服用抗癫痫的药物，不可擅自停药。

(4) 合并肢体功能障碍的患者，加强肢体的功能锻炼。

5、注重营养支持及体液平衡。

6、遵医嘱合理应用脱水剂和抗生素，降低颅内压，预防感染。

7、观察伤口出血情况，妥善放置引流管。

8、做好并发症的预防和护理。

三、健康指导要点

1、避免情绪激动，指导患者练习床上大小便。

2、肢体瘫痪者给予功能锻炼，癫痫病人指导按时服用抗癫痫药物，躁动患者给予适当约束，防止意外发生。

3、根据病情，指导患者禁食或进流食、半流质。

四、注意事项

1、指导卧床休息，减少外界刺激，做好解释工作，消除畏惧心理。

2、对意识不清或肢体功能障碍者，应保持肢体于功能位，防止足下垂及肢体挛缩和畸形。

1、护理评估

(1) 了解麻醉方式、手术方式和术中情况。

(2) 观察病人的生命体征、意识及瞳孔的变化和肢体活动情况，如出现头痛加重、视力障碍、烦躁不安应立即通知医生处理。

2、护理措施

(1) 体位：抬高床头 15° – 30° ，以利于引流，脑室外引流的病人取平卧位。

(2) 做好分流管护理：适当挤压阀门，保持引流通畅。

(3) 保持切口敷料干燥，如有渗血渗液，及时更换，更换时注意检查局部有无感染。

(4) 并发症的观察及护理

① 感染：保持切口敷料及床单位的清洁，注意观察体温的变化。若体温 $>40^{\circ}$ 度且呈持续性，应做脑脊液培养及尿培养。

② 低颅压综合症：表现为头疼、头晕、恶心。应让患者平卧，逐渐适应。严重者给予静脉补液。

③ 分流管堵塞：婴幼儿表现为前囟饱满，张力增高，易激惹，四肢肌张力增高；成人常有头疼头晕，恶心呕吐等症状。应及时发现异常，告知医生，配合处理。



3、健康指导要点

(1) 麻醉清醒后可进流质饮食，少数患者胃肠道对脑脊液刺激反应强烈时（表现为腹痛、腹胀、恶心、呕吐等），应待肠道功能恢复后才能进食。

(2) 早期应指导患者按压分流管，以促进脑脊液引流通畅，同时能了解分流装置是否完好；术后嘱患者避免头部剧烈活动，防止分流管的腹腔端自泵头处脱离或断裂，出现皮下积液，导致手术失败。

八、听神经瘤的护理

一、术前护理

1、护理评估

(1) 评估患者的既往病史，有无耳鸣、听力下降或眩晕。

(2) 有无耳蜗及前庭症状，如头晕目眩、耳鸣、耳聋。

(3) 有无颅内高压症状：如头痛、呕吐等。

(4) 有无面神经受损症状：如病侧面部疼痛、面部抽搐、面部感觉减退等。

(5) 有无小脑共济失调：动作不协调，步态不稳。

(6) 有无声音嘶哑、吞咽困难、饮水呛咳。

2、护理措施

(1) 向患者及家属说明术前准备的目的及注意事项，协助完成术前检查。

(2) 观察神志瞳孔及生命体征变化，保持呼吸道通畅，避免呼吸道梗阻、剧烈咳嗽及用力排便而增加颅内压，采取有效措施降低颅内压。遵医嘱给予对症处理。

3、健康指导要点

给予营养丰富易消化、不易误吸的糊状食物，必要时通过静脉补充营养，以提高手术的耐受力。

4、注意事项

(1) 注意保护患者，避免单独外出；有神经麻痹者应注意饮水、饮食的温度，避免烫伤。

(2) 动作不协调的患者应留陪，以免患者跌倒、摔伤。

二、术后护理

1、护理评估：(1) 观察患者的意识状态、瞳孔及生命体征的变化，同时应观察患者的听力及饮食和饮水情况。(2) 观察患者的眼睑闭合情况。

九、椎管内肿瘤的护理

一、术前护理

1、护理评估

(1) 评估患者的痛、温、触等感觉丧失平面及程度，肢体感觉、活动及肌张力的情况。

(2) 评估患者排尿、排便情况，有无尿潴留或尿失禁、便秘或大便失禁。

(3) 术后嘱患者经常变更体位，使分流管随肠蠕动自由伸直，防止扭曲打折。

(4) 患者早期若出现腹胀、腹痛、食欲下降等系列腹部并发症，一般1周左右即可消失。

4、注意事项

(1) 告知出院后应继续保持分流管通畅。

(2) 6个月内不能做重体力劳动和运动，如有不适，及时就诊。

2、护理措施

(1) 卧位：全麻清醒前取去枕平卧位，头偏向一侧，病人清醒后抬高床头15-30°，以利静脉回流，减轻脑水肿，降低颅内压。

(2) 引流管的护理：妥善固定，保持引流通畅，注意观察引流液的颜色、性状和量，准确记录。

(3) 保持呼吸道的通畅：及时吸痰，持续吸氧。

(4) 饮食护理：术后暂禁食，待患者完全清醒、检查无后组颅神经损伤时，可少量分次缓慢进食，若无呛咳再过渡到普食，若有吞咽困难应给予鼻饲。

3、健康指导要点

(1) 保持病室安静，减少刺激，保持大便通畅，避免屏气及剧烈咳嗽。

(2) 指导患者避免食用过硬或易致误吸的食物，不用吸管进食、饮水，以免误入气管引起呛咳窒息。

(3) 听力障碍的患者尽量避免单独外出，以免发生意外，也可以佩戴助听器。

(4) 步态不稳者应进行平衡功能训练，外出有人陪同，防止摔伤。

4、注意事项

(1) 眼睑闭合不全者用眼罩保护患侧眼睛，或用胶布将上、下眼睑黏合在一起。白天滴氯霉素眼药水，夜间涂红霉素眼膏，必要时缝合上、下眼睑。

(2) 进食时取坐位或半坐位，选择不易误吸的糊状食物，出现呛咳时，患者应腰、颈弯曲，身体前倾，下颌抵向前胸，以防止残渣再次吸入气管。

(3) 鼻饲期间应注意观察胃液的颜色、性状、量，以便及时发现应激性溃疡。一旦发现异常应及时告知医生并给予处理。

(3) 评估患者有无压疮。

2、护理措施

(1) 做好疼痛护理：如协助患者取舒适体位，以减少神经根刺激，减少疼痛。

(2) 协助完成各项辅助检查及术前准备工作。

(3) 向患者讲解疾病相关知识，及时解除患者



思想顾虑，以取得配合。

3、健康指导要点

(1) 指导有效咳嗽、排痰、颈部制动及轴线翻身的技巧。

(2) 指导患者掌握放松的要领，以分散注意力，缓解疼痛，疼痛加剧时可以使用止痛剂。

4、注意事项

预防患者发生意外和并发症，如烫伤、冻伤、压疮等。

二、术后护理

1、护理评估

(1) 观察患者的意识、面色、生命体征及 SpO₂ 的变化，观察有无脑脊液漏出，观察引流液的颜色、性质、量，并做好记录。

(2) 颈椎手术：注意观察呼吸情况，应特别注意观察伤口周围有无肿胀，胸闷气紧，呼吸困难。麻醉清醒后严密观察四肢感觉、运动、肌力等，并与术前对比。

(3) 胸椎手术：术后观察下肢感觉运动情况，以及患者有无腹胀及胸腹部的束带感。

(4) 腰骶部手术：观察下肢肌力、活动度及肛周皮肤感觉，有无尿潴留、尿失禁或大便失禁。

2、护理措施

(1) 体位：术后睡硬板床，去枕平卧 6 小时，床尾垫高 8-12 厘米，2h 轴线翻身一次。颈段手术的

患者颈部应给予颈托或用沙袋固定制动，以防活动不当造成神经功能损害或出血。

(2) 并发症的护理

腹胀：为最常见的并发症，应指导患者保持大便通畅，多喝水，经常用手掌环形按摩腹部，以促进肠蠕动；也可以口服缓泻剂或进行肛管排气。

脊髓水肿、损伤：术后 48 小时内可因脊髓水肿造成呼吸抑制，应遵医嘱使用甘露醇、地塞米松等治疗。

废用综合症和关节僵硬：可使用校正鞋预防足下垂；进行关节全范围被动活动、按摩，以预防关节僵硬、挛缩。

做好基础护理，预防泌尿系感染，预防压疮及肺部感染。

3、健康指导要点

(1) 指导患者正确使用颈托、胸腹带等支撑用具，避免使用不当而压迫切口，引起局部擦伤及溃疡。

(2) 指导早期活动和功能锻炼，以预防肢体、关节的废用综合症。指导患者将偏瘫肢体处于功能位置，预防关节畸形。

4、注意事项

(1) 注意卧位姿势，不得压迫患肢。

(2) 做好下肢的被动运动，适当抬高患肢，保持肌肉韧性，防止血栓形成。

十、颅内动脉瘤的护理

一、术前护理

1、护理评估

(1) 评估起病方式，有无脑外伤、高血压及动脉硬化病史。

(2) 评估患者头痛程度。

(3) 评估患者有无便秘、剧烈咳嗽、癫痫等导致动脉瘤破裂出血的因素。

2、护理措施

(1) 保持病房安静，限制探视人员。

(2) 遵医嘱正确使用降压药及镇静药物。

(3) 向患者及家属说明检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查，如 MRI 和脑血管造影。

(4) 严密观察生命体征及病情变化，如意识状况、头痛情况、运动功能等，如出现剧烈头痛、呕吐，应告知医生，予以相应处理。

3、健康指导要点

(1) 饮食指导，指导患者进易消化的半流质饮食，按时禁食水。

(2) 绝对卧床休息，训练床上大小便，保持大便通畅。

4、注意事项

(1) 保持病房安静，避免吵闹。

(2) 观察患者情绪变化，解除思想顾虑，使之积极配合治疗。

二、术后护理

1、护理评估

(1) 严密观察患者意识、瞳孔、肢体感觉、运动、语言等神经系统体征，注意有无偏瘫、肢体麻木、失语及癫痫发作。

(2) 密切观察病情变化，避免颅内压增高的因素，及时发现颅内出血征象，做好再次手术止血的准备。

(3) 监测血压的变化，控制血压以基础血压为准，一般增高 10%-20%，以增加脑灌注，防止脑组织缺血缺氧。

(4) 观察患者头痛、呕吐情况，及时遵医嘱使用脱水及止痛剂。

2、护理措施

(1) 体位：30° 的头抬高位具有降低颅内压的效果而又不致影响脑供血，是最合适的体位。

(2) 注意保持头部切口敷料干燥，保持引流管引流通畅，观察引流液的颜色、性质、量，注意无菌操作。搬运患者时注意夹管，防止引流液逆流。



(3) 并发症的处理:

①脑血管痉挛: 遵医嘱继续使用尼莫地平针, 以 4-5ml/h 微量泵持续静脉泵入 3-7d, 以后改为口服尼莫地平片 60mg, q4h 口服;

②癫痫: 注意安全防护, 专人护理, 观察癫痫发作先兆, 按医嘱使用抗癫痫药物, 一旦发作及时控制, 并记录癫痫发作持续时间及次数。

③脑梗死: 给予低分子右旋糖苷扩容治疗。④脑积水: 注意观察意识状态及头痛情况, 积极采取脱水、利尿治疗, 必要时行脑室外引流术或脑室-腹腔分流术。

十一、脑叶肿瘤的护理 (包括胶质瘤和脑膜瘤)

一、术前护理

1、护理评估

不同脑叶肿瘤的观察要点:

额叶: 有无精神症状、癫痫发作、对侧肢体偏瘫或肌力减弱;

颞叶: 有无视野改变、感觉性失语、癫痫发作、精神症状;

顶叶: 有无感觉障碍、癫痫发作、失读症;

枕叶: 有无视觉改变;

2、护理措施:

(1) 做好心理护理, 解除病人的思想顾虑, 树立其战胜疾病的信心。

(2) 向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项, 协助完善各项辅助检查。

(3) 遵医嘱使用止痛药和脱水剂, 缓解疼痛。

(4) 做好术前常规准备工作, 如备皮、备血、禁食水、术晨置尿管。

3、健康指导要点

(1) 指导患者进行呼吸功能训练, 教会患者进行有效咳嗽、咳痰。

(2) 指导患者练习床上大小便。

(3) 指导患者合理饮食, 忌辛辣刺激性食物, 多食高蛋白、高营养食物及水果, 保持大便通畅。

4、注意事项:

(1) 有精神症状、癫痫大发作、视野缺损等表现的患者应留陪, 并根据患者情况采取恰当的安全防护措施。

(2) 偏瘫、感觉障碍的患者, 应特别注意防止病人坠床、发生压疮、烫伤等并发症。

十二、颅骨骨折的护理

一、护理评估

1、评估患者有无颅内感染迹象, 如头痛、发热等。

2、评估患者有无脑脊液鼻漏、耳漏。

3、评估患者有无颅内继发性损伤。

3、健康指导要点

(1) 告知患者要注意休息, 避免精神刺激和情绪激动, 禁忌劳累、饮酒、饮咖啡。自我检查血压变化。

(2) 保持良好的生活习惯, 饮食宜采取低盐、易消化食物, 注意少食多餐; 保持大便通畅, 避免屏用力, 保证营养的摄入和良好的睡眠。

4、注意事项

(1) 有偏瘫者注意生活护理及加强功能锻炼; 有癫痫病史者应避免单独外出。按时服用抗癫痫药物。

(2) 术后 3 月须复查 CTA 或 DSA。

二、术后护理

1、护理评估:

(1) 了解麻醉方式、手术方式及术中情况。

(2) 观察意识状态, 生命体征及瞳孔变化。

(3) 观察伤口敷料有无渗血渗液, 引流管的类型、位置是否通畅, 观察引流物的颜色、性质和量。

2、护理措施:

(1) 严密观察神志瞳孔、生命体征、言语反应、肢体活动、躯体感觉等情况。

(2) 术后意识清醒者可抬高床头 15-30°, 以减轻脑水肿, 降低颅内压。

(3) 保持呼吸道通畅, 及时清除上呼吸道分泌物。

(4) 遵医嘱应用抗生素, 严格无菌操作, 防止颅内感染; 正确使用脱水剂, 降低颅内压。

(5) 患者术后 6 小时内应禁食水, 如有后组颅神经功能障碍则须行鼻饲, 并加强静脉营养支持。

(6) 遵医嘱服用抗癫痫药物, 定期检测血药浓度。

3、健康指导要点

(1) 指导患者及家属保护伤口及引流管的方法。

(2) 指导患者活动肢体, 并尽早下床活动, 行动不便时需有人陪伴防止跌倒。

(3) 指导患者进食高热量、高蛋白、高维生素, 易消化的少渣食物。

4、注意事项

(1) 注意调整体位, 勿使颈部扭曲或胸部受压, 以利颅内静脉回流。

(2) 避免屏气用力, 剧烈咳嗽、打喷嚏, 保持大便通畅。

4、评估患者有无颅内低压综合症, 如剧烈头痛、眩晕、恶心、呕吐、血压偏低等。

二、护理措施

1、严密观察神志、瞳孔及生命体征的变化。



2、体位：抬高床头 15-30°，头偏向患侧。

3、维持局部清洁，每日清洁外耳道，有脑脊液漏者不可经鼻腔做护理操作。

4、对于癫痫和躁动不安的患者，予专人护理，适当约束四肢，防止患者受伤。

5、绝对卧床休息，脑脊液鼻漏者应半坐卧位，脑脊液耳漏者应患侧卧位，避免脑脊液回流颅内引起颅内感染。

三、健康指导要点

1、保持耳鼻部清洁，每日用过氧化氢或盐水棉球清洁局部。

十三、脑出血的外科护理

一、术前护理

1、护理评估

(1) 有无脑外伤、高血压及脑动脉硬化病史，初步判断脑出血的原因。

(2) 有无颅内再出血的因素。

(3) 有无再出血的前驱症状如头痛、头晕、呕吐、视力模糊、嗜睡、一过性运动或感觉功能障碍等。

(4) 有无脑水肿、脑缺血、脑脊液循环障碍等继发性损害的表现。

2、护理措施

(1) 绝对卧床休息，尽量减少搬动。

(2) 及时清除呼吸道分泌物，防止窒息。

(3) 积极做好术前准备，如备血，剃头，留置尿管等。

3、健康指导要点

(1) 安慰病人，消除紧张心理，鼓励患者战胜疾病的信心。

(2) 肢体偏瘫的病人避免患侧卧位，肢体呈良肢位摆放，加放床档，及时翻身。

(3) 需要手术的病人严格禁食水，以防止术中误吸。非手术治疗且神志清楚、吞咽功能良好的病人给予半流质饮食，吞咽功能障碍者予以鼻饲。

(4)、备好急救器械，做好抢救准备。

4、注意事项

(1) 保持病房安静，谢绝探视，避免情绪激动。

(2) 做好安全护理：躁动不安的患者予以约束，防止坠床。

二、术后护理

1、护理评估

(1) 了解麻醉方式，手术方式及术中情况。

(2) 严密观察生命体征及肢体活动情况，观察有无再出血和癫痫的发生。

2、护理措施

2、脑脊液漏的患者禁止作局部冲洗，堵塞，要尽量减少用力咳嗽，打喷嚏等动作，防止颅内感染和积气。

3、卧床休息，注意保护头部，避免外力碰撞。

4、语言交流障碍患者，可采用渐进教学法。

5、保持口腔清洁，禁烟酒及一切辛辣食物。

四、注意事项

1、癫痫发作时，要注意患者安全，保持呼吸道通畅。

2、定期到医院检查视力，视野情况。

(1) 麻醉清醒后抬高床头 15-30°，以利于静脉回流，减轻脑水肿。

(2) 做好引流管的护理：保持通畅，应在严格无菌条件下更换引流袋。

(3) 应用脱水剂的注意事项：临床常用的脱水剂一般是 20% 的甘露醇，滴注时注意速度，一般 20% 的甘露醇 250ML 应在 20-30 分钟内输注完毕；防止药液渗漏于血管外，以免造成皮下坏死；不可与其他药液混用；血压过低时禁止使用。

(3) 并发症的护理

①上消化道出血是高血压脑出血最常见的并发症，清醒患者应尽早经口进食。

②肺部感染：加强口腔护理，每 2 小时翻身、叩背，鼓励有效咳嗽排痰；痰液粘稠者可给予雾化吸入，一旦出现肺部感染，应予以抗生素治疗。

(4) 严密监测血压的变化，将血压控制在理想范围内。

3、健康指导要点

(1) 指导病人加强功能锻炼，康复训练应在病情稳定后早期开始，包括肢体的被动和主动练习，语言训练等。

(2) 指导病人避免导致再出血的诱因，高血压病人应知晓降压药物的使用原则，规律服药，将血压控制在适当水平，切忌血压忽高忽低。

(3) 指导患者应注意休息，避免情绪激动，禁忌劳累、饮酒，饮咖啡。

(4) 保持良好的生活习惯，饮食宜采取低盐易消化食物，注意少食多餐，保持大便通畅。

4、注意事项：应做好患者的心理护理：脑出血患者不但随时可发生生命危险，又面临着可能瘫痪的自我形象改变的实际问题，易产生焦虑、恐惧等心理反应。护士应给予患者信任与安全感，使之在稳定的情绪状态下配合治疗。

十四、颅内动静脉畸形的护理



一、术前护理

1、护理评估

(1)评估AVM的首发症状、病变部位及手术方式。

(2)评估有无出血、癫痫、头痛、神经功能障碍(偏瘫、失语、共济失调、感觉障碍)、视神经盘水肿、眼球突出、精神症状等临床表现及程度。

(3)评估有无头痛、呕吐、意识障碍、脑膜刺激征等脑出血征象。

(4)评估有无呼吸道梗阻、便秘、剧烈咳嗽、癫痫、情绪激动、妊娠等导致颅内再出血的因素。

(5)评估患者及家属的认知程度。

2、术前护理

(1)术前评估 收集资料,进行必要的体格检查,特别注意神经系统检查,详细制定护理计划。

(2)指导患者进行术前适应性训练,避免感冒。

(3)术前准备

1 术前遵医嘱给予静脉泵入尼莫同针或口服尼莫同片,以预防脑血管痉挛。

2 术前抗癫痫处理,如丙戊酸钠等。

(4)对症处理

1 保持病室安静,光线柔和,指导患者绝对卧床休息,避免剧烈咳嗽、用力排便,避免情绪激动,防止颅内压增高而加重病情。

2 密切观察病情变化:意识、瞳孔、生命体征、肢体活动等。注意有无癫痫发作,根据医嘱使用抗癫痫药物,控制癫痫发作,并向家属做好安全防护宣教。

(5)心理护理 加强医护患沟通,让患者了解疾病知识,缓解其焦虑和担忧。

二、术后护理

1、护理评估

(1)严密观察患者意识、瞳孔、肢体感觉、运动、语言等神经系统体征,注意有无偏瘫、肢体麻木、失语及癫痫发作。

(2)密切观察病情变化,避免颅内压增高的因素,及时发现颅内出血征象,做好再次手术止血准备。

(3)监测血压的变化,控制血压以基础血压为准,一般增高10%~20%,以增加脑灌注,防止脑组织缺血缺氧。

(4)观察患者头痛、呕吐情况,及时遵医嘱使用脱水及止痛剂。

2、护理措施

(1)病情观察

①返回普通病房后3天内,继续严密观察患者意识、瞳孔、肢体感觉、语言等神经系统体征,注意有无偏瘫、肢体麻木、失语癫痫发作。

②继续观察生命体征变化,有癫痫病史者继续使用丙戊酸钠抗癫痫治疗。

(2)切口机引流护理

注意保持头部切口敷料的干燥,保证引流的通畅,避免切口感染。

(3)并发症护理

①抗脑血管痉挛,必要时遵医嘱使用止痛剂。

②预防并控制癫痫发作。

③脑血流过度灌注综合症,表现为头痛、眼胀、血压增高等症状。术后应加强病情变化,发现异常及时向医生汇报。

(4)药物护理

①术后24h持续不间断泵入尼莫同针,防止脑血管痉挛。

②控制性低血压治疗:静脉泵入降压药,根据血压情况随时调整药量。

③躁动患者给予冬眠治疗。

(5)休息与营养 绝对卧床24h,不宜活动过早,预防颅内压增高。并指导多进食新鲜蔬菜、瓜果,保持大便通畅。意识障碍者给予鼻饲饮食,预防应激性溃疡。

3、健康指导要点

(1)告知患者要注意休息,避免精神刺激和情绪激动,禁忌劳累、饮酒、饮咖啡。自我检查血压变化。

(2)保持良好的生活习惯,饮食宜采取低盐、易消化食物,注意少食多餐;保持大便通畅,避免排使用力,保证营养的摄入和良好的睡眠。

4、注意事项

(1)有偏瘫者注意生活护理及加强功能锻炼;有癫痫病史者应避免单独外出。按时服用抗癫痫药物。

(2)术后3月须复查CTA或DSA。

第七节 小儿外科疾病护理常规

一、小儿外科患者的一般护理

一、护理评估

1、症状和体征:生命体征是否稳定、疼痛评分情况。

2、营养状况:根据病情给予合理的营养丰富的饮食,必要时遵医嘱给予肠内外营养支持,改善营养

不良。

3、健康史:既往史、用药治疗情况、过敏史及家族史。

4、诱发因素:外伤史、感染及其他。

5、辅助检查:X线、超声波、心电图等检查结果。



6、实验室检查：血常规、电解质、肝肾功能等检查结果。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、心理护理：关心、爱护患儿，使其亲近、信赖护理人员；向家长进行有关注意事项的宣教，消除疑虑，使其主动配合治疗和护理。

2、饮食与营养：加强患儿营养，注意食欲和进食情况。

3、输液护理：按医嘱补液、给予抗生素，必要时输血，注意观察有无输液外渗情况。

4、术前准备：腹腔手术前晚灌肠；结肠、直肠、肛门手术前晚及术日晨清洁灌肠。按患儿体重及手术性质备血。胃肠手术及严重腹胀患儿，术前置胃管，必要时置尿管。婴儿术前6小时禁食水；幼儿术前10小时禁食水。

5、麻醉前用药：遵医嘱术前30分钟给予麻醉前用药。

(二) 术后护理

1、体位与活动：全身麻醉患儿未清醒前去枕平卧，头偏向一侧；特殊部位手术根据要求决定体位；酌情使用约束带或保护架。视手术大小和术后恢复情况，鼓励患儿下床活动，婴儿也需每天抱起数次。

2、饮食护理：非腹腔手术者，清醒后进流质饮食。腹腔手术者，待肠蠕动恢复后进流质饮食。

3、病情观察

(1) 生命体征及出入液量观察：严密观察生命

二、小儿泌尿道感染的护理

一、护理评估

1、密切观察体温变化、全身中毒症状及有无膀胱刺激征等。

2、及时发现男孩包茎、女孩处女膜伞、蛲虫潜行尿道等情况。

3、观察注意有无血尿、少尿、尿闭等。

二、护理措施

1、急性期应卧床休息。

2、饮食护理：给予足够热量、高维生素、高蛋白质的易消化饮食，鼓励患儿大量饮水，增加尿量，促进细菌毒素和炎性分泌物排出。

3、病情观察：密切观察体温变化、全身中毒症状及有无膀胱刺激征等高热时给予物理降温或遵医嘱给予药物降温。

4、药物护理：遵医嘱口服碳酸氢钠，以碱化尿液。

三、小儿腹股沟斜疝的护理

一、护理评估

1、健康史：一般情况、年龄、营养状况、智力、

体征及液体出入量；注意保暖，防止体温过低和受凉感冒；新生儿测血压困难时，应注意监测血氧饱和度变化，观察心率、口唇和甲床色泽的变化。

(2) 切口及引流管护理：保持切口敷料干燥，注意保护切口，防止患儿搔抓；保持各种引流管通畅，观察引流液的颜色、性质及量，防止意外拔管和受压。

(3) 药物应用：根据医嘱给予抗生素预防感染，酌情给予镇静药或镇痛药。

(4) 输液护理：应掌握好输液顺序和速度，保持输液通畅，及时完成每天输液总量。

(5) 氧气吸入：选择合适的方法给氧，使患儿舒适，同时保持给氧的有效性；遵医嘱调节氧气吸入浓度，观察用氧的效果。

(6) 并发症观察 严密观察有无术后并发症发生，如发现异常及时报告医生。

三、健康指导要点

1、饮食指导：培养良好的饮食习惯，注意饮食卫生，不要进食生、冷、油腻食物及难消化吸收食物，多吃高蛋白、高维生素、粗纤维饮食。

2、指导排便 训练患儿定时排便以形成条件反射 观察大便排出情况，若出现腹胀、腹泻、呕吐、排便困难等及时复诊。

四、注意事项

1、观察患儿及家属情绪变化，解除思想顾虑，取得配合。

2、1-2月内少去公共场所，以减少呼吸道感染。

针对尿路感染部位，选用敏感抗菌药物，注意观察药物疗效及不良反应。服用磺胺类药物时应多喝水，促进排尿。

三、健康指导要点

1、向患儿及家长讲解本病的相关知识及护理要点，指导按时服药。

2、定期复查，防止复发与再感染。一般急性感染在疗程结束后每个月随访1次，除尿常规检查外，还应做中段尿培养，连续3个月；反复发作者每3-6个月复查1次，时间为2年以上。

四、注意事项

1、培养小儿良好的排尿、排便习惯，尽量不穿开裆裤，避免上行感染。

2、及时发现男孩包茎、女孩处女膜伞、蛲虫潜行尿道等情况，并及时处理。

认知能力等。

2、相关因素：有无手术史和相关疾病家族史，



肠套叠患儿了解饮食情况。

3、症状与体征：阴囊情况、腹股沟区情况。肿块是否在站立、行走、咳嗽、用力或婴儿哭闹时出现或膨大，能否在平卧休息时用手回纳。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 向患儿家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

(2) 告知患儿的家属疾病的发生、发展及治疗护理进展，消除其顾虑，使其积极配合治疗。

(3) 做好术前常规准备。避免发生上呼吸道感染，腹泻等，以免延迟手术。术前常规禁食水。

(4) 观察患儿生命体征及病情变化。

2、术后护理

(1) 休息与活动：去枕平卧6小时，头偏向一侧。必要时取颈仰卧位，即下颌抬高，头朝后仰，保持呼吸道通畅，防止发生舌后坠引起窒息，术后一日可下床活动，避免剧烈运动。

(2) 饮食护理：术后禁食水6小时，患儿完全清醒后指导进半流质饮食。

(3) 病情观察

① 密切观察患儿神志、心率、呼吸的变化，及时清除呼吸道分泌物，患儿在全麻复苏前常出现躁动不安、幻觉等症状，应对患儿实施保护性约束。如患儿出现呼吸困难、喉头水肿、舌后坠等，应立即通知医生及麻醉师，积极配合抢救，立即给氧，遵医嘱给

四、小儿急性阑尾炎的护理

一、护理评估

1、健康史：既往史、用药治疗情况、过敏史及家族史。

2、诱发因素：是否存在感染因素、是否存在呼吸道感染。

3、症状与体征：腹部体征，有无转移性右下腹疼痛情况，疼痛性质及强度；评估患儿体温有无发热；直肠指诊是否有触痛或包块。

4、辅助检查：B超检查结果。

5、实验室检查：血常规检查结果是否白细胞升高。

6、社会心理评估：患者年龄及心理特点，家长对疾病了解程度及心理状况。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、观察患儿生命体征的变化，如有高热及时给予物理降温或药物降温。

2、观察患儿腹痛的部位、性质、程度，以及有无压痛、反跳痛、腹肌紧张等，有腹膜炎时应给予胃肠减压，禁用止痛药及灌肠。

3、观察患儿腹痛有无呕吐及排便情况。

予盐酸肾上腺素、地塞米松、可拉明等药物，必要时气管插管或气管切开，将患儿转ICU监护治疗。

② 呕吐的观察与护理：患儿因麻醉或药物原因，易发生呕吐，患儿出现呕吐后头偏向一侧，及时清除口鼻分泌物，避免发生误吸或窒息。

③ 观察体温波动情况，注意保暖，避免受凉。若出现低热属术后切口吸收热，给予头部冷敷；如为高热则及时给予物理及药物降温，防止高热惊厥的发生。

④ 药物治疗：遵医嘱给予止血对症处理。

三、健康指导要点：

1、指导患儿家属了解疾病相关知识，避免感冒、咳嗽、腹泻、发热等。

2、术前一日晚禁食水，术晨更衣，肌肉注射术前针。

3、指导家属保持患儿伤口周围清洁，避免污染敷料。

四、注意事项

1、指导患儿家属阅读手术须知。

2、观察患儿及家属情绪变化，解除思想顾虑，取得配合。

3、注意休息，1-3月内避免剧烈运动，持久站立。

4、小儿腹股沟斜疝患儿应注意保暖，保持大便通畅，避免因咳嗽、剧烈运动、用力排便、哭吵致腹内压增高导致复发。

4、遵医嘱合理补液，纠正脱水及电解质紊乱。

5、饮食与营养：急性期应禁食水做好术前准备。如保守治疗，可根据患儿实际情况给予禁食或清淡饮食，以调节患儿肠胃功能。

(二) 术后护理

1、病情观察：

(1) 术后24小时密切观察生命体征变化。

(2) 严密观察患儿切口有无出血、渗液，保持切口敷料清洁干燥。化脓性阑尾炎或阑尾穿孔者，常规置引流管，根据引流情况一般术后2-3天拔除。

(3) 观察腹部体征，注意肠蠕动恢复情况。

2、饮食与营养：轻症患儿术后当日禁食，术后1天进流质饮食，术后第2天进半流质饮食，术后3-4天可过渡至普食；重症患儿肛门排气、肠蠕动恢复后方可进流质饮食。

3、体位与活动：术后6小时可半卧位休息，鼓励患儿早期活动，防止肠粘连。

4、管道护理：胃管待肠功能恢复后拔除；切口引流管根据引流情况决定拔除时间。

三、健康教育要点



- 1、鼓励患儿早期活动，促进肠功能恢复。
- 2、注意合理饮食。
- 3、出现呕吐、腹痛等症状应及早就诊。

四、注意事项

五、小儿肠套叠、肠梗阻的护理

一、护理评估

- 1、健康史：一般情况、年龄、营养状况、智力、认知能力等。
- 2、相关因素：有无手术史和相关疾病家族史，肠套叠患儿了解目前喂养方式及辅食添加情况。
- 3、症状与体征：判断有无阵发性腹痛、呕吐、便秘、肠样肿块等。

二、护理措施

(一) 术前护理

- 1、向患儿家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。
- 2、告知患儿的家属疾病的发生、发展及治疗护理进展，消除其顾虑，使其积极配合治疗。
- 3、做好术前常规准备、禁食水。照顾好患儿，避免发生上呼吸道感染。
- 4、观察患儿生命体征及病情变化。

(二) 术后护理

- 1、休息与活动：去枕平卧6小时，头偏向一侧，必要时取颈仰卧位，即下颌抬高，头朝后仰，保持呼吸道通畅，防止发生舌后坠引起窒息。
- 2、饮食护理：术后禁食水，待肠功能恢复后拔除胃管进流质饮食，逐步过渡到正常饮食。
- 3、管道的护理：术后留置胃管，持续胃肠减压，做好二次固定，防止管道滑脱，待肠功能恢复后拔除胃管，留置胃管期间每日行口腔护理两次。
- 4、病情观察
 - (1) 密切观察患儿神志、心率、呼吸的变化，及时清除呼吸道分泌物，患儿在全麻复苏前常出现躁

六、包茎的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿的全身情况：一般情况、年龄、营养状况、智力、认知能力等。
- 2、观察患儿阴茎外观、大小，包皮、阴茎头有无红肿。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 心理护理：为患儿提供舒适的住院环境，减轻患儿恐惧心理。向患儿家属讲解疾病相关知识，解释手术的必要性，取得家属的配合。
- (2) 术前3日开始，坚持用温水清洗阴茎，每天一次。包皮过长者，应翻转包皮清洗干净。

- 1、密切观察引流液的颜色、性质及量，如有异常及时告知医生处理。
- 2、避免进食不易消化食物。

动不安、幻觉等症状，应对患儿实施保护性约束。如患儿出现呼吸困难、喉头水肿、舌后坠等，应立即通知医生及麻醉师，积极配合抢救，立即给氧，遵医嘱给予盐酸肾上腺素、地塞米松、可拉明等药物，必要时气管插管或气管切开，将患儿转ICU监护治疗。

(2) 呕吐的观察与护理：患儿因麻醉或药物原因，易发生呕吐，患儿出现呕吐后头偏向一侧，及时清除口鼻分泌物，避免发生误吸或窒息。

(3) 观察体温波动情况，注意保暖，避免受凉。若出现低热属术后切口吸收热，给予头部冷敷：如为高热则及时给予物理及药物降温，防止高热惊厥的发生。

(4) 伤口护理：密切观察伤口情况，保持伤口敷料清洁干燥，如有污染、潮湿，应告知医生及时更换。肠切除患儿及早发现吻合口瘘等潜在并发症。

三、健康指导要点

- 1、指导患儿家属了解疾病相关知识。
- 2、告知患儿家属术后留置胃管的目的及注意事项。

3、指导家属保持患儿伤口周围清洁，避免污染敷料。术后一周揭去伤口敷贴，无需拆线。

四、注意事项

- 1、注意休息，1-3个月内避免剧烈运动。
- 2、1-2个月内减少去公共场所，以减少呼吸道感染。
- 3、少部分患儿对可吸收线有排异反应，如发现伤口有线头出现，及时来院拆除。

(3) 如包皮、阴茎头有红肿及流脓时可应用抗生素控制感染。

2、术后护理

(1) 休息与活动：去枕平卧6小时，头偏向一侧，防止误吸。床档保护防止坠床，使用支被架防止衣被擦碰伤口。术后患儿需卧床休息一周，减轻阴茎水肿及出血。

(2) 饮食护理：术后6小时可进流质饮食，第2天进易消化、含纤维素高的饮食，注意多喝水，多吃蔬菜、水果。

(3) 伤口护理：观察阴茎局部肿胀程度，如阴茎迅速肿胀，龟头有充血、血肿、颜色发绀等，提示



血运不佳,应及时处理。一旦发现活动性出血,应立即用无菌纱布加压包扎,在加压包扎期间应密切观察阴茎头的血液循环。

(4) 年长患儿注意防止阴茎勃起,遵医嘱给予乙烯雌酚片口服和应用止痛药物,避免出血和产生疼痛。

三、健康指导要点

1、手术后一周内伤口一般会出现水肿情况,3—5天伤口会有黄色分泌物,均属正常现象,可外涂活

力碘,每天2—3次。

2、术后一周内穿开裆裤,避免摩擦、碰撞伤口引起出血。术后一周可下床活动,但避免久坐久站,防止阴茎肿胀或出血,术后一月内避免剧烈活动,避免骑跨运动或碰撞会阴部,防止外伤或伤口出血。

四、注意事项

- 1、注意阴茎头血运情况,包皮翻开后要及时复位。
- 2、保持会阴部清洁、干燥,防止大小便污染伤口。

七、尿道下裂的护理

一、护理评估

1、评估患儿的全身情况及一般情况:年龄、营养状况、智力、认知能力等。

2、评估患儿生命体征、饮食、睡眠、排便、既往史、生活习惯等。

3、观察尿道外口的位置、外形。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向患儿及家属说明术前检查的目的及注意事项,协助完成各项辅助检查。

2、向患儿及家属讲解疾病的发生,发展及手术治疗方式和护理进展;讲解手术的必要性及目的(达到患儿站立排尿及成年后性生活等)。

3、心理护理:术前患儿年幼,由于惧怕疼痛又增加恐惧感,针对患儿年龄、体质等生理特点,在护理中运用榜样激励、促进等方法调整患儿情绪,取得配合。

4、饮食:术前应加强营养,增强患儿抵抗力,进食富含维生素和蛋白质的食物,防止大便干燥。术前一日晚给予流质饮食,酌情给予缓泻剂,以防术后短时间排便污染伤口。

5、做好术前常规准备,如个人卫生:阴茎、阴囊处皮肤皱褶较多,细菌数量多,容易造成感染,清洁至关重要,为手术创造良好条件。手术区域皮肤准备:术晨备皮(七岁以上患儿备皮,备皮范围:脐下至肛门)。

(二) 术后护理

1、休息与活动:术毕去枕平卧6小时,头偏向一侧,术后卧床休息2周。床档保护防止坠床,使用支被架防止衣被擦碰伤口。

2、饮食护理:禁食水6小时后指导进食高蛋白、富含纤维素饮食,多饮水,预防尿管堵塞、泌尿系感染及便秘。

八、隐睾的护理

一、护理评估

1、评估患儿的全身情况:一般情况、年龄、营

3、病情观察:

(1) 观察生命体征的变化:尤其是心率、呼吸的变化。

(2) 观察伤口出血及龟头血液循环情况,若出现阴茎水肿、张力性水泡一般5—7天可消退,若张力性水泡太大可在无菌操作下抽出泡液。保持伤口敷料清洁干燥,阴茎敷料拆除前用0.05%碘伏浸湿,避免强行拆除损伤粘膜。

(3) 引流管护理:保持尿管通畅,妥善固定。尿道口护理时动作轻柔,用消毒棉球由近端向远端轻轻挤压,使分泌物自尿道外口排出。

(4) 疼痛护理:动态评估患儿疼痛情况,遵医嘱给予解痉止痛剂。

(5) 排尿观察:术后14天拔除尿管。拔尿管后观察排尿情况,如尿线较细、尿分叉等需定期行尿道扩张,出现尿瘘,半年后再行尿瘘修补。

4、药物治疗:遵医嘱予以止血,预防感染、补液等支持对症治疗,酌情使用乙烯雌酚、安定等防止阴茎勃起,导致切口裂开引起尿瘘。

三、健康指导要点

1、指导多饮水,进食富含纤维素丰富的食物,保持大便通畅,避免大便用力引起尿瘘;必要时使用缓泻剂,排便后应注意正确的擦拭方法,并立即清洗,保持会阴部清洁。

2、指导患儿及家属观察排尿情况:尿线变细,定期尿道扩张;尿瘘者嘱半年后来院行尿瘘修补。

四、注意事项

1、保持会阴及外生殖器的清洁;另外包皮瓣遇冷会收缩导致排尿困难,注意保持会阴部温暖。

2、避免骑跨动作,穿宽松衣裤,多饮水,勤排尿。

3、出院一周左右回医院复查,如有必要则进行预防性尿道扩张。

养状况、智力、认知能力等。

2、观察泌尿系统症状:阴囊情况、睾丸触诊等。



二、护理措施

(一) 术前护理

- 1、向患儿家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。
- 2、告知患儿的家属疾病的发生、发展及治疗护理进展，消除其顾虑，使其积极配合治疗。
- 3、照顾好患儿，避免发生上呼吸道感染，腹泻等，以免延迟手术。
- 4、观察患儿下腹部和阴囊皮肤情况，注意有无湿疹、溃疡和感染情况。
- 5、术前1日洗澡以清洗阴囊皮肤皱褶内污物，减少术后感染机会。

(二) 术后护理

- 1、休息与活动：去枕平卧6小时，头偏向一侧，防止误吸。术后一日可下床活动，避免剧烈运动。
- 2、饮食护理：术后6小时可进流质饮食，第2天进易消化、含纤维素高的饮食，注意多饮水，多吃蔬菜、水果。
- 3、病情观察
(1) 密切观察患儿神志、心率、呼吸的变化，及时清除呼吸道分泌物，患儿在全麻复苏前常出现躁动不安、幻觉等症状，应对患儿实施保护性约束。如患儿出现呼吸困难、喉头水肿、舌后坠等，应立即通知医生及麻醉师，积极配合抢救。立即给氧，遵医嘱给予盐酸肾上腺素、地塞米松、可拉明等药物，必要时气管插管或气管切开，将患儿转ICU监护治疗。

九、鞘膜积液的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿的全身情况：一般情况、年龄、营养状况、智力、认知能力等。
- 2、观察阴囊囊性包块情况，行睾丸触诊等。

二、护理措施

(一) 术前护理

- 1、向患儿家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。
- 2、告知患儿的家属疾病的发生、发展及治疗护理进展，消除其顾虑，使其积极配合治疗。
- 3、照顾好患儿，避免发生上呼吸道感染，腹泻等，以免延迟手术。
- 4、观察患儿下腹部和阴囊皮肤情况，注意有无湿疹、溃疡和感染情况。
- 5、术前1日洗澡以清洗阴囊皮肤皱褶内污物，减少术后感染机会。

(二) 术后护理

- 1、休息与活动：去枕平卧6小时，头偏向一侧，防止误吸。术后一日可下床活动，避免剧烈运动。
- 2、饮食护理：术后6小时可进流质饮食，第2

(2) 术后阴囊局部情况的观察和护理：仔细观察阴囊切口敷料渗出情况，保持会阴部敷料清洁干燥。敷料如有渗湿应及时更换。

(3) 切口护理：加强基础护理和营养支持，增强患儿体质，促进伤口愈合。术后7天保持平卧位，患侧下肢外展位，尽量避免增加腹压和肢体剧烈活动，影响手术部位的愈合，以免造成切口裂开。

(4) 观察体温波动情况，注意保暖，避免受凉，鼓励患儿多饮水。若出现低热属术后切口吸收热，给予头部冷敷；如为高热则及时给予物理及药物降温，防止高热惊厥的发生。

(5) 酌情给予预防感染及止血输液治疗，应掌握好输液顺序和速度，保持输液通畅，及时完成每天的输液总量，尽量为患儿使用留置针，减少反复穿刺的痛苦，避免引发剧烈哭吵。

三、健康指导要点

- 1、术后一周拆线，拆线后三天揭去伤口敷贴。
- 2、术后3个月内不宜剧烈活动，防止已愈合切口裂开。

四、注意事项

- 1、患儿保持愉快的心情，养成良好的生活习惯。
- 2、注意观察阴囊和睾丸的发育情况，一般3个月内阴囊内包块即可软化，如果发现阴囊内包块持续存在或继续增大，伤口疼痛或肿胀，阴囊红肿加剧，应速来医院就诊。
- 3、定期复查彩超，了解睾丸血运和生长情况。

天进易消化、含纤维素高的饮食，注意多饮水，多吃蔬菜、水果。

3、病情观察

(1) 密切观察患儿神志、心率、呼吸的变化，及时清除呼吸道分泌物，患儿在全麻复苏前常出现躁动不安、幻觉等症状，应对患儿实施保护性约束。如患儿出现呼吸困难、喉头水肿、舌后坠等，应立即通知医生及麻醉师，积极配合抢救。立即给氧，遵医嘱给予盐酸肾上腺素、地塞米松、可拉明等药物，必要时气管插管或气管切开，将患儿转ICU监护治疗。

(2) 术后阴囊局部情况的观察和护理：仔细观察阴囊切口敷料渗出情况，保持会阴部敷料清洁干燥。敷料如有渗湿应及时更换。

(3) 切口护理：加强基础护理和营养支持，增强患儿体质，促进伤口愈合。

(4) 观察体温波动情况，注意保暖，避免受凉，鼓励患儿多饮水。若出现低热属术后切口吸收热，给予头部冷敷；如为高热则及时给予物理及药物降温，防止高热惊厥的发生。

(5) 酌情给予预防感染及止血输液治疗，应掌



握好输液顺序和速度，保持输液通畅，及时完成每天的输液总量，尽量为患儿使用留置针，减少反复穿刺的痛苦，避免引发剧烈哭吵。

三、健康指导要点

- 1、术后三天揭去伤口敷贴。
- 2、术后3个月内不宜剧烈活动，防止已愈合切

口裂开。

四、注意事项

- 1、患儿保持愉快的心情，养成良好的生活习惯。注意局部卫生，保持外阴清洁。
- 2、注意观察阴囊和睾丸的发育情况，如果伤口疼痛或肿胀，阴囊红肿加剧，应速来医院就诊。

第八节 肛肠外科疾病护理常规

一、肛肠外科疾病的一般护理

一、护理评估

- 1、评估患者的全身状况，了解有无药物过敏及慢性病史，患者精神及营养状况、心理状况。
- 2、观察病变部位，判断有无出血、感染等并发症。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 按外科术前病人一般护理常规。
- (2) 嘱患者多饮水，多食蔬菜、水果、粗粮，保持大便通畅。术前晚进流质饮食，术晨清洁肠道，必要时留置尿管。
- (3) 保持病变部位皮肤清洁、干燥，手术病人做好皮肤准备。
- (4) 告知患者手术的目的、方式，安慰患者消除紧张恐惧心理。

2、术后护理

- (1) 按外科术后病人一般护理常规。

二、肛管狭窄的护理

一、护理评估

- 1、患者发病的时间，狭窄程度。
- 2、排便情况，有无排便困难、疼痛、出血，患者的心理状况。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 多饮水，多吃新鲜蔬菜、水果和粗粮，禁饮酒、辛辣食物。
- (2) 术前充分清洁肠道。
- (3) 进行心理疏导，解除思想顾虑。

2、术后护理

三、肛裂的护理

一、护理评估

- 1、肛裂部位及局部情况。
- 2、大便时的出血情况及疼痛情况。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 服用通便药物，保持大便通畅。

- (2) 饮食活动：术后1-2日应进无渣或少渣流质、半流质为主。术后24小时可适当下床活动。

- (3) 控制排便：术后3日尽量避免解大便，促进切口愈合。

- (4) 并发症的观察和护理，并发尿潴留、切口感染、创面出血等做好相关护理。

三、健康指导要点

- 1、指导患者养成良好的饮食习惯，多食蔬菜、水果，保持大便通畅，定时排便。
- 2、适当增加运动量，促进肠蠕动，切忌久站、久坐、久蹲。

四、注意事项

- 1、术前1天给予半流食，术晨做好肠道清洁准备。
- 2、术后不宜早期活动以免结扎线脱落引起大出血。

- (1) 术后进全流食，逐渐过度半流质，饮食宜清淡易消化。

- (2) 保持局部清洁卫生，防止感染。

三、健康指导要点

- 1、调整饮食结构，嘱病人多饮水，进食含纤维素丰富的食物。
- 2、术后第3日即可行扩肛锻炼，每天2次，每次1-2分钟。

- 四、注意事项：**保持大便通畅，防止便秘，定期复诊。

- (2) 便后以1:5000高锰酸钾溶液或温水坐浴，解除括约肌痉挛，改善局部血液循环。

- (3) 术前充分清洁肠道。

2、术后护理

- (1) 术后1-2日应进无渣或少渣流质、半流质为主。术后24小时可适当下床活动。



(2) 并发症的预防 and 护理

① 切口出血：多发生于术后 1-7 日，常见原因将创面裂开、出血。注意避免腹内压增高的因素如剧烈咳嗽、用力排便等。密切观察创面的变化，一旦切口出血，紧急压迫止血，报告医生处理。

② 排便失禁：如为肛门括约肌松弛，可于术后 3 日开始指导病人进行提肛运动。

③ 肛门狭窄：术后观察病人有无排便困难及大便变细，以排除肛门狭窄。如发生狭窄，

及早行扩肛治疗。

三、健康指导要点

1、保持大便通畅，养成每日定时排便的习惯，适当进行户外运动。

2、指导病人多食粗粮、高纤维饮食、多饮水、忌辛辣刺激性食物。

四、注意事项：养成良好的饮食、生活习惯，避免便秘。

四、直肠脱垂的护理

一、护理评估

1、直肠脱垂情况。

2、患者全身营养、心理状况。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 保持大便通畅，口服石蜡油，每晚 20-30ml 或适当用通便药物。

(2) 遵医嘱补液，输血浆或全血，纠正营养不良状况。

(3) 直肠如脱出时间较长，脱垂直肠充血水肿，应取膝胸卧位或侧卧位，以石蜡油润滑肠管及手指，将脱垂肠管轻轻插入肛管。若复位困难，可用 50% 硫酸镁湿敷待水肿消失后再复位，用纱布卷堵住肛门口，并用宽胶布将两臀交叉固定，暂时封住肛门。

2、术后护理

五、直肠肛管周围脓肿的护理

一、护理评估

1、直肠肛管周围肿胀部位及局部情况。

2、观察体温变化及排便疼痛情况。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 用热毛巾局部热敷，45℃ 左右的温水坐浴，每日 2 次可缓解局部症状。

(2) 高热病人行物理降温。

2、术后护理

(1) 取合适体位，保持引流通畅，有引流管者应防止引流管扭曲、受压。

(2) 切开引流术后，应每日换药 1 次，伤口敷

(1) 饮食活动：术后 1-2 日应进食无渣或少渣流质、半流质为主。术后 24 小时可适当下床活动。

(2) 控制排便：术后 3 日尽量避免解大便，促进切口愈合。如有便秘可口服液状石蜡或其他缓泻剂，切忌灌肠。

(3) 疼痛护理：去除致痛原因，必要时使用镇痛药。

(4) 营养支持：加强营养，保持大便通畅。

三、健康指导要点：

1、嘱病人进高蛋白，高热量，易消化的食物。

2、指导患者进行提肛及肛门括约肌收缩运动锻炼。

四、注意事项：避免慢性咳嗽，便秘，腹泻，会阴外伤等诱因，注意休息，避免久站久坐。

料外垫消毒棉垫，用“丁”带固定。

(3) 便后用 1: 5000 的高锰酸钾溶液坐浴 15-20 分钟，坐浴后再换药。

(4) 对形成肛瘘的病人按肛瘘进行治疗。

三、健康指导要点

1、保持大便通畅，消除引起便秘的因素，口服缓泻剂或石蜡油以减轻排便时疼痛。

2、加强营养，增加自身抵抗力。

四、注意事项

1、保持个人卫生，便后及时清洗，取舒适体位，避免局部受压，加重疼痛。

2、保持大便通畅，可用缓泻剂软化大便。

六、肛瘘的护理

一、护理评估

1、肛瘘局部情况。

2、观察术后切口渗血、渗液及疼痛情况。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 营养支持，多食高蛋白，高热量，高维生

素等少渣饮食，避免腹泻。

(2) 保持瘘口及肛周皮肤清洁干燥。

2、术后护理

(1) 卧床休息，预防出血。

(2) 观察瘘口引流情况。

(3) 饮食合理，术后可进清淡、少渣、少纤维饮食，



术后2天控制排便，早晚用1:5000高锰酸钾溶液坐浴，防止伤口感染，每日换药一次。

三、健康指导要点：术后3日可指导患者进行提肛运动，术后5-10日可指导患者行扩肛锻炼，每日1次。

七、痔的护理

一、护理评估

- 1、痔的部位、分期。
- 2、痔有无血栓、出血、感染、嵌顿等情况。
- 3、病人疼痛情况。

二、护理措施

1、术前护理

(1)嘱病人多饮水，多食新鲜蔬菜水果、粗粮，少饮酒，少食辛辣刺激食物。

(2)有嵌顿者应手法复位，出现水肿，可用50%硫酸镁热敷，每日2次，每次30min，可使水肿尽快消退。

(3)保持大便通畅及肛周清洁，用45°C左右温水或1:5000高锰酸钾溶液坐浴，可减轻疼痛，防止感染。

(4)做好术前准备并清洁肠道。

2、术后护理

(1)饮食活动：术后1-2日应进无渣或少渣流质、半流质为主。术后24小时可适当下床活动。

(2)控制排便：术后3日尽量避免解大便，促进切口愈合。如有便秘可口服液状石蜡或其他缓泻剂，切忌灌肠。

(3)疼痛护理：去除致痛原因，必要时使用镇痛药。

(4)并发症的观察和护理。

八、藏毛窦等骶尾部窦道的护理

一、护理评估

1、评估藏毛窦部位，是否有多窦口和窦道，局部有无出血、感染、破溃等。

2、观察体温变化及疼痛情况。

二、护理措施

1、术前护理

(1)按外科术前病人一般护理常规。

(2)嘱病人多饮水，多食新鲜蔬菜水果、粗粮，戒烟酒、辛辣刺激食物。

(3)高热病人行物理降温，疼痛患者必要时使用镇痛剂。

(4)保持藏毛窦局部清洁，可用45°C左右温水或1:5000高锰酸钾溶液坐浴，减轻疼痛，防止感染。

(5)做好术前准备，清洁肠道，留置导尿。

2、术后护理

四、注意事项：

- 1、加强营养，增加自身抵抗力。
- 2、保持肛周皮肤清洁，便后行1:5000高锰酸钾坐浴加强营养。

①尿潴留：术后24小时内每4-6小时嘱病人排尿一次，若术后8小时仍未排尿且感下腹胀痛、隆起时，可诱导排尿或导尿。

②创面出血：通常7日内粪便表面会少量带血，如病人出现恶心、呕吐、心慌、出冷汗、面色苍白等，并伴肛门坠胀感和急迫排便感进行性加重，敷料渗血较多，应及时通知医生进行处理。

③切口感染：术后2日内控制好排便，保持肛门周围皮肤清洁，便后用1:5000高锰酸钾溶液坐浴，切口定时换药。

④肛门狭窄：术后观察病人有无排便困难及大便变细，以排除肛门狭窄。如发生狭窄，及早行扩肛治疗。

三、健康指导要点

- 1、指导患者养成良好的饮食习惯，多食蔬菜、水果，保持大便通畅，定时排便。
- 2、适当增加运动量，促进肠蠕动，切忌久站、久坐、久蹲。

四、注意事项

- 1、避免进食刺激性食物，防止大便干结引起疼痛及出血。
- 2、术前1天给予半流食，术晨做好肠道清洁准备。
- 3、术后不宜早期活动以免结扎线脱落引起大出血。

(1)按外科术后病人一般护理常规。

(2)早期卧床休息，24小时后可下床活动。

(3)饮食以清淡、易消化食物为主，防止腹泻或者便秘。

(4)注意观察有无尿潴留、切口出血等并发症，及时做好处理。

(5)每日用红外线进行局部照射两次，每次15分钟，促进伤口愈合。

三、健康指导要点

1、养成良好的生活习惯，保持个人卫生，避免久坐，行走时避免过度摩擦局部。

2、加强锻炼，增加自身抵抗力。

四、注意事项：术后早期避免蹦跳、下蹲等局部张力过大的动作。



九、肛肠术后出血的护理

一、护理评估

- 1、观察并记录有无腹胀、大便的颜色、量，警惕二次出血。
- 2、观察患者有无头昏、乏力、面色、口唇、甲床苍白，皮肤弹性差等血容量不足的表现。
- 3、注意生命体征变化，及时发现休克或感染的征象。

二、护理措施

- 1、留置尿管，保持肛周清洁、干燥，做好尿道

十、急性直肠肛管外伤的护理

一、护理评估

- 1、监测生命体征，血压下降时警惕内出血。
- 2、注意患者有无腹胀、便急感，观察大便的颜色、性状、量。
- 3、观察尿液的颜色、性状、量的变化，警惕患者合并膀胱尿道损伤。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 做好术前准备。
- (2) 必要时氧气吸入，行心电图监护。
- (3) 进行心理护理，消除患者紧张情绪。

口的护理。

- 2、禁食，若出血停止，可进全流质饮食，逐渐过度到半流质饮食，控制排便2天。

三、健康指导要点

- 1、24小时内绝对卧床休息，取舒适卧位。
- 2、病情稳定后方可下床活动。

四、注意事项

- 1、排便时不可久蹲，防止体位性低血压。
- 2、保持心情舒畅，养成良好的排便习惯。

2、术后护理

- (1) 监测生命体征变化。
- (2) 绝对卧床休息，取舒适卧位。
- (3) 术后禁食24小时，术后第2天进食清淡、少渣的全流或半流质饮食，控制排便。
- (4) 遵医嘱使用止痛、抗感染、止血等药物，观察用药后反应。

三、健康指导要点：卧床休息，不宜早期过多活动。做好自身防护。

四、注意事项：排便后多食蔬菜水果，多饮水，使大便稀软，防止大便干结引起疼痛或出血。

第九节 皮肤美容科疾病护理常规

一、皮肤科疾病的一般护理

一、护理评估

- 1、评估患者皮肤情况，有无瘙痒、皮疹大小、皮损程度等。
- 2、评估患者全身状况及危重程度，有无并发呼吸系统、消化系统等其它症状。
- 3、评估患者心理状况。

二、护理措施

- 1、观察生命体征及病情变化，发热予以降温处理，呼吸困难给予氧气吸入，并发喉头水肿做好气管插管或气管切开护理，保持呼吸道通畅。并发腹痛、腹泻给予对症处理。
- 2、按时涂药，观察皮肤皮疹消退情况、皮损恢

复程度，瘙痒是否好转等。注意药物疗效及不良反应。

3、做好心理疏导，消除患者自卑心理，树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

- 1、告知患者皮肤病防治知识及外用药的正确使用方法。
- 2、过敏体质注意避免接触致敏物，远离致敏原。
- 3、保持皮肤清洁，勤剪指甲，避免搔抓及用热水、皂液烫洗皮肤。

四、注意事项：感染性皮肤病病人做好消毒隔离工作，避免交叉感染。

二、湿疹的护理

一、护理评估

- 1、观察湿疹的范围、皮损情况、评估类型。
- 2、患者的全身状况及心理状态。

二、护理措施

- 1、急性期无渗液或渗出不多时，遵医嘱用氧化

锌油，渗出多时遵医嘱抗生素湿敷，慢性期使用膏剂外涂。

2、遵医嘱使用抗组胺药镇静。

3、及时更换床单，保持床铺清洁。

三、健康指导要点



- 1、饮食清淡，保持大便通畅，禁饮酒、浓茶、咖啡。
- 2、避免各种诱发因素，及时治疗全身性疾病。
- 3、宜穿棉、布类柔软宽松衣裤。

三、疥疮的护理

一、护理评估

- 1、观察疥疮发生的部位。
- 2、询问患者生活环境，找出发生疥疮的原因。

二、护理措施

- 1、外用药物应从颈部到足部涂擦全身，有皮损处应加强涂药。用药期间不洗澡，不更衣，以保持药效。
- 2、观察药物疗效及不良反应，如出现剧烈瘙痒者，应及时处理。

四、带状疱疹的护理

一、护理评估

- 1、疱疹发生的时间、诱因、部位、皮损程度、伴随症状和用药情况等。
- 2、患者生命体征，有无局部淋巴结肿大。

二、护理措施

- 1、提供安静、舒适、洁净、温湿度适宜的环境。
- 2、做好皮损的护理，定时清理创面。累及眼部时，白天滴眼药水，夜间使用眼膏。
- 3、遵医嘱静脉和局部给予抗病毒类药物，观察药物疗效和副作用。
- 4、做好疼痛护理，合理实施镇痛措施。

五、药疹的护理

一、护理评估

- 1、严密观察有无发热、皮疹、瘙痒等情况。
- 2、患者的心理状况。

二、护理措施

- 1、立即停用一切可疑致敏药物及其化学结构相似的药物，遵医嘱及时治疗。
- 2、眼部护理：每日白天滴眼药水，晚上用抗生素眼膏。
- 3、口腔护理：保持口腔清洁，必要时行口腔护理。
- 4、观察皮疹或皮损情况，遵医嘱用药。外阴、

六、脓疱病的护理

一、护理评估

- 1、观察患者是否有体温升高，淋巴结肿大等全身症状。
- 2、观察好发部位，判定类型。
- 3、患者身体状况。

二、护理措施

- 1、将病人单间安置，做好床边隔离。
- 2、换药用具严格消毒，污染敷料应焚烧。新生

四、**注意事项：**告知患者引起湿疹的内因及外因，避免复发。

- 3、病人用过的衣物，被服应进行消毒处理。

三、健康指导要点

- 1、注意个人卫生，勤洗澡，勤更衣。
- 2、家庭或集体宿舍病人应同时治疗，以达到根治。

四、注意事项：

- 1、避免搔抓，防止感染。
- 2、疥疮传播的重要场所应经常消毒。

三、健康指导要点

- 1、进食高蛋白、高维生素饮食。
- 2、患者保持皮肤及床单位的清洁卫生，内衣应宽松柔软、使用全棉织品。

- 3、加强锻炼，增强机体免疫力，预防感冒。

四、注意事项

- 1、饮食宜清淡，忌羊肉、牛肉、辛辣刺激性食物。
- 2、患者剪短指甲，不得搔抓、摩擦及用肥皂、热水烫洗皮损处。
- 3、皮损结痂时不得强行撕脱。
- 4、局部涂药时，动作要轻柔，以免造成皮损加重。

肛门糜烂忌湿敷。

- 5、床单及时更换，病房内空气流通，医务人员严格无菌操作。

三、健康指导要点

1、告知患者药物过敏名称，用药前了解药物的性能，不盲目用药。

- 2、用药期间如出现皮肤发红、发痒甚至皮疹，及时就诊及治疗。

- 3、加强营养，保持心情舒畅，注意皮肤清洁。

四、注意事项：勿用热水及肥皂水清洗皮肤。

儿脓疱疮应注意衣物及尿布消毒。

- 3、做好口腔及眼部护理，预防并发症。
- 4、脓疱、水疱在无菌操作下刺破吸干，再涂药液，全身损害者，用1：15000-1：20000高锰酸钾溶液药浴。

三、健康指导要点

- 1、加强个人卫生，保持皮肤清洁，避免搔抓。
- 2、增强皮肤抵抗力，预防全身传播。



四、注意事项

- 1、夏季应少进入人口密集的公共场所。

七、天疱疮的护理

一、护理评估

- 1、观察天疱疮发生的部位，判断天疱疮的类型。
- 2、患者的全身状况。
- 3、观察皮肤损害的变化。

二、护理措施

- 1、将患者置于单人病房，采取保护性隔离。
- 2、保证病人营养的摄入，给予高蛋白、高热量、高维生素饮食。
- 3、较长时间或较大剂量应用激素时，应严密观察不良反应，一旦出现严重并发症，应及时通知医生采取相应措施。
- 4、创面糜烂并感染者采用外用或遵医嘱给予敏感抗生素。

八、手足癣的护理

一、护理评估：观察皮癣发生的部位、判断类型及有无并发感染。

二、护理措施

- 1、根据不同类型选用外用药涂抹。
- 2、足癣继发细菌感染，遵医嘱用抗生素。采用湿敷时，指、趾间应分开包扎。
- 3、做好接触隔离工作，病人生活用品需消毒。

九、性传播疾病的护理

一、护理评估

- 1、患者心理情况。
- 2、观察发生的部位，形态，判断类型。

二、护理措施

- 1、做好消毒隔离措施。
- 2、接触病人液体，血液和分泌物时应戴手套，病人的用具应严格消毒。

三、健康指导要点

- 1、切断传播途径，不与他人共用浴具，避免在

十、银屑病护理

一、护理评估

- 1、患者皮肤受损部位，皮肤形态，判断银屑病类型。
- 2、患者的发病诱因及心理状态。

二、护理措施

- 1、擦药前宜用温水清洗，去除鳞屑，以提高药效。
- 2、保持床铺清洁，及时清扫皮屑，勤洗澡，勤更衣。
- 3、适时进行水疗，提高疗效，缩短病程。
- 4、遵医嘱按时用药，掌握局部用药的方法，不

- 2、如发现病例，应及时处理。

随意增减药量。

- 5、眼部护理：眼部分泌物多时，每天清洗眼部二次，定时滴眼药水，夜间使用眼膏。

- 6、口腔护理：口腔黏膜有损害时，以复方硼砂溶液含漱；有真菌感染病人，以制霉菌素溶液涂擦。

三、健康指导要点

- 1、注意个人卫生，保持皮肤清洁，穿棉质内衣。
- 2、指导病人定时服药，不可擅自停药。

四、注意事项

- 1、注意房间温度，保持室内清洁、通风、干燥。
- 2、保持会阴部的清洁、干燥，便后及时清洗。

三、健康指导要点：

- 1、注意个人卫生，不与他人共用浴具。
- 2、穿透气性好的鞋袜，保持足部干燥。

四、注意事项：

- 1、有足癣病人应避免搔抓，以免通过用具传染到手和甲。
- 2、日常生活中，避免酸碱物质对手部皮肤的损伤。

公共浴池洗浴。

- 2、指导进清淡饮食，禁饮酒和辛辣食物。
- 3、发病和治疗期间禁止性生活。

四、注意事项：

- 1、及时就医，早诊断，早治疗，规则、足量、合理用药。
- 2、便前便后要洗手，拒绝毒品和不洁性行为，提倡洁身自爱和正确使用安全套。

随意增减药量。

三、健康指导要点

- 1、给予低脂肪，低盐饮食，避免饮酒，禁食异性蛋白和刺激性食物。
- 2、疾病进展期禁用紫外线照射或刺激性强的外用药物。
- 3、保持心情舒畅。

四、注意事项：

- 1、长期应用免疫抑制药时应观察有无口腔溃疡及胃肠道反应，监测白细胞计数变化。



2、戒烟、戒酒，养成良好的生活习惯。

十一、血管性皮肤病的护理常规

一、护理评估

1、观察皮肤炎症表现，判断皮肤损害程度、累及范围。

2、观察患者全身状况及心理情况。

二、护理措施

1、观察生命体征及皮肤变化，合并感染局部使用抗生素包敷，坏死或溃疡行清创后抗生素包敷。

2、积极寻找病因，除去致敏原，避免使用致敏

药物。

3、做好心理疏导，消除患者自卑心理，树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、饮食宜清淡，避免辛辣刺激、油炸食物。

2、避免接触可疑致敏物。

四、注意事项：使用皮质类固醇激素及免疫抑制剂时观察血常规的变化。

十二、美容科入院宣教内容

1、介绍病室环境。

2、介绍规章制度。

3、介绍解决问题的方法。

4、介绍责任护士姓名及主治医生姓名。

十三、美容科常见手术护理常规

一、术前准备

1、手术区皮肤准备

(1) 护士按医嘱剃除手术区毛发。

(2) 患者于手术前1日理发、沐浴、剪指甲。

(3) 术前1日备皮、沐浴后，根据需要，医生为患者作局部画线设计。患者于画线前不要使用护肤品；画线后，保持画线部位干燥。

(4) 颜面部手术不剃毛发者，手术前1日晚和术日晨用0.1%洗必泰洗头各1次，并戴一次性圆帽，洗头时注意勿使消毒液流入眼、耳内引起不适。

(5) 鼻部手术者，剪鼻毛，清洁口鼻腔。

(6) 肛门会阴部手术者，手术前1日晚各术日晨用0.1%洗必泰坐浴各1次。

2、胃肠道准备

(1) 饮食原则：术前1日晚餐应进食易消化食物，如粥、面条（片）、麦片等清淡食物和不易致腹胀气的食物，忌食油炸、油腻食物。

(2) 禁食原则：术前8—12小时（术前1日晚10时始）禁食、禁水，婴儿在术前4小时停止哺乳，术前2小时停止喂水，以防因麻醉或手术刺激引起术中及术后呕吐，从而污染术区或导致吸入性肺炎、窒息。

(3) 肠道准备：全麻及椎管内麻醉的患者，术前1日晚遵医嘱灌肠。

3、术日晨准备

(1) 测量患者体温、脉搏、呼吸、血压、体重、询问女患者是否月经来潮。

(2) 根据手术需要按医嘱留置导尿管。

(3) 患者去手术室前，排空膀胱，取下眼镜、义齿、发夹、手表、饰物、手机、贵重物品，可交护士长保管。带齐胸或腹带。

二、术后护理观察要点

1、密切观察生命体征：全麻术后使用心电监测，危重患者和术后血压不平稳者每30分钟观察并记录1次生命体征，病情平稳后，每1~2小时观察记录1次。此外，应根据手术部位观察患者的精神状况、意识、患肢的感觉及血运等。

2、引流管的护理：保持各种引流管的通畅，防止引流打折受压，注意观察引流液的颜色、性状和量，若异常及时通知医生。

3、伤口的护理：注意观察伤口敷料有无渗血，记录渗血量，如伤口渗血多时及时通知医生。

4、保持静脉输液通畅：根据病情需要，液体的量和药物性质随时观察并调节输液速度。

5、尿管的护理：手术后何留尿管的患者，每班记录患者的尿量并根据尿量调节输液速度，无保留尿管者，若患者排尿困难，应给予导尿。

6、皮肤护理：注意观察皮肤受压部位的颜色，每1~2小时协助患者翻身1次。

7、注意倾听患者注诉，是否有呼吸不畅、心悸、气短、疼痛等不适症状。

8、危重患者如输血、吸氧，应观察缺氧的改善、输血反应等。

三、术后常见并发症的护理

1、恶心呕吐

(1) 常见原因

①麻醉药物的反应；

②咽喉部的刺激；

③水、电解质紊乱；

④精神心理因素

(2) 预防及消除

①消除原因，按医嘱给予镇静剂或止吐药；



②将患者头偏向一侧，及时吸净呕吐物，给患者温开水或冷水漱口；

③观察呕吐物的性质和量并记录，必要时送标本。

2、尿潴留

(1) 常见原因：麻醉药对自主神经有不同程度的抑制，降低了排尿反射，膀胱逼尿肌松弛，括约肌反射性痉挛；或不习惯卧床排尿，膀胱过度充盈，使膀胱括约肌失去收缩能力。

(2) 预防及消除

①长时间接受手术的患者，术前应放置留置导尿管；

②术后8小时未排尿而膀胱充盈者，应消除患者顾虑，鼓励其自行排尿；

③协助患者变换体位，下腹部热敷，轻轻按压；

● 医学美容科各种植皮手术的护理常规

游离植皮术的护理

皮肤游离移植称为皮片移植，是整形外科最基本、最常用的一种封闭伤口和消灭创面的简单而有效的治疗方法。分为中厚皮片、刃厚皮片、全厚皮片、带真皮下血管网皮片四种。

一、手术目的：闭合伤口，创面修复

二、护理评估：

1、皮肤缺损

2、不能用皮瓣修复的皮肤缺损。

3、粘膜缺损。

三、护理措施

(一) 手术前准备

1、心理支持：向患者讲述麻醉方式，术中、术后可能遇到的问题，取得患者的客观理解，使其有充分的思想准备，减轻思想顾虑，积极配合手术。

2、常规术前准备

(1) 手术区皮肤准备：遵医嘱术区皮肤准备；术前1日晚沐浴，换衣；如行面部手术，术前应清洁口鼻腔、剪鼻毛；协助医生进行术区设计、画线。

(2) 手术胶胃肠准备：根据手术部位及麻醉方式做肠道准备。术前禁食10~12小时，禁水4~6小时；根据手术需要术前晚及术日晨清洁灌肠，术前晚甘油灌肠剂灌肠；如为局麻手术，术前1日晚可进食少量易消化、不易引起肠胀气的食物。

(3) 术前1日晚常规准备：通知患者次日手术时间，告知术前注意事项；注意保持充足睡眠，必要时遵医嘱给予镇静剂；遵医嘱做好各项术前准备。

(4) 术日晨常规：常规测量体温、脉搏、呼吸、血压、体重，并记录；询问女患者有无月经来潮，如有异常现象及时通知医生；检查皮肤准备是否完整，面部手术者不使用化妆品，摘掉身上所有金属饰品、

④听流水声或用温水冲洗会阴，引起患者排尿反射。

3、术后伤口出血

(1) 常见原因

①原发性出血：发生在术后数小时内，多因术中止血不彻底或麻醉时加用肾上腺素、使血管暂时收缩后又扩张所致；

②继发性出血：发生在术后6~10天，因创面感染或坏死，涉及较大的动脉而出血。

(2) 预防及消除

①保持敷料确切的加压包扎；

②建立静脉通路，通知医生处理；

③按医嘱给予抗生素和止血药。

义齿、头饰等；遵医嘱给予术前用药。

(二) 手术后护理

1、术后麻醉恢复期护理：准备氧气、负压吸引器和心电监护仪；患者回病房后取去枕平卧位，头偏向一侧，防止呕吐后误吸导致窒息和吸入性肺炎的发生；密切观察生命体征，随时做好记录。

2、卧位护理：患者应卧床休息4~6小时，使组织移植部位略高于心脏水平，如手术部位在面部，应取半卧位，患肢抬高制动。

3、饮食护理：给予高热量、高维生素、高营养、易消化、无强烈刺激性的饮食，适量限制油炸食物。植皮区如在面部，应限制患者说话及咀嚼，给予流食或管喂饮食。

4、引流护理：应用注射器负压吸引。观察伤口引流物的颜色、量、性质，并做好记录；注意保持负压吸引，及时更换引流器，更换时注意保持无菌操作。

5、病情观察：保持术区敷料清洁干燥，如有渗血，应及时通知医生给予处理；注意观察肢端血运情况，局部有无渗血、渗液；患肢抬高、制动，限制临近关节活动，防止皮片移位；植皮区如在上肢，在移植皮片未完全成活前，不可在患肢进行测血压和抽血等治疗。

6、用药护理：遵医嘱给药，保持静脉输液通畅；遵医嘱给予抗生素预防感染。

7、拆线：手术后10~14天拆线。

四、健康指导要点

1、饮食：给予营养丰富易消化的饮食。

2、皮肤护理：保持皮肤清洁卫生。植皮后皮片在相当一段时间内没有分泌皮脂和汗腺的功能，皮肤易干燥，在干燥的环境下应经常涂护肤霜以保护皮



肤,先用热毛巾湿敷皮片,然后涂护肤霜。轻轻按摩15~30分钟。

五、注意事项

1、日常活动:避免阳光下直接照射植皮区,防止皮片移植后颜色加深。

带蒂皮瓣转移术及游离皮瓣移植术的护理

带蒂移植的皮肤称为皮瓣,它含有皮肤其附着的皮下脂肪层,根据皮瓣的形状分为单纯皮瓣和管状皮瓣两种。

一、手术目的:修复组织缺损,重建功能,改善外形。

二、护理评估

- 1、肌腱、血管、神经、骨关节外露。
- 2、慢性溃疡。
- 3、器官再造。

三、护理措施

(一)手术前准备

1、心理支持:

向患者讲述麻醉方式及术中、术后可能遇到的问题,取得患者的正确理解,使其有充分的思想准备,减轻思想顾虑,积极配合手术。

2、常规术前准备

(1)手术区皮肤准备:

遵医嘱术区皮肤备皮;术前1日晚沐浴、换衣;如为面部手术,术前清洁面部及口鼻腔、剪鼻毛;协助医生进行术区设计、画线。

(2)手术前胃肠道准备:

根据手术部位及麻醉方式做肠道准备,术前10~12小时,禁水4~6小时。婴儿4小时禁奶,2小时禁食;根据手术需要术前晚及术日晨清洁灌肠,或术前晚采用甘油灌肠剂灌肠;如为局麻手术前1日晚可进食少量、易消化、不引起胀气的食物。

(3)术前1日晚常规准备:

通知患者次日手术时间,告知术前注意事项;注意保持充足睡眠,必要时遵医嘱给予镇静剂;遵医嘱做好各项术前准备。

(4)手术日晨常规:

测量并记录体温、脉搏、呼吸、血压、体重,询问女患者有无月经来潮,如有异常情况及时通知医生检查皮肤准备是否完善,面部手术者不使用化妆品,取下身上所有饰品、活动义齿、头饰等;遵医嘱给予术前用药;准备单人病房,彻底清洁消毒,备温湿度计,必要时准备60W烤灯,保持室温在25℃以上。备支被架以保护术区,铺好麻醉床,便于搬移患者。

(二)手术后护理

1、术后麻醉恢复期护理:

(1)准备氧气、负压吸引器和心电监护仪。

2、功能锻炼:在日常生活和工作中尽量使用患肢,必要时辅以理疗和体疗。

3、穿戴弹力敷料3~6个月,防止瘢痕过多增生,定期随访检查。

(2)患者回病房后取去枕平卧位4~6小时,头偏向一侧,防止呕吐后窒息和吸入性肺炎的发生。

(3)密切观察生命体征,随时做好记录。

(4)及时执行术后医嘱。

2、卧位护理:患者应卧床休息4~6小时,使组织移植部位略高于心脏水平,如手术部位在面部,应采取半卧位;患肢抬高,并制动。

3、饮食护理:给予高热量、高维生素、高营养、易消化、无强烈刺激性的饮食,适量限制油炸食物。

4、引流护理:采取注射器负压吸引

(1)观察伤口引流的性质、量,并记录24小时引流量。

(2)注意保持负压吸引,及时更换引流器,更换时注意无菌操作。

(3)3~5天拔除引流管。

5、病情观察:皮瓣观察时应与邻近的皮肤组织作对照,根据皮肤的颜色、指压反应及张力作出判断。观察部位应是皮瓣的远端,单蒂皮瓣的远端是距离蒂部最远的边缘,双蒂皮瓣的远端是皮瓣的中段,勿使蒂部受压、扭转、牵拉。术后1~2日每1小时观察1次,术后3~5日每2~4小时观察1次。

(1)皮瓣颜色:动脉供血不足皮肤颜色呈苍白,并逐渐干瘪。静脉回流不良,皮肤颜色逐渐改变,红色一紫色一发绀一紫黑一水泡,水泡出现后用无菌注射器针头将渗液抽出,待结痂后自行脱落。游离皮瓣移植术后,应注意保持室温在28℃左右。避免因温度过低引起血管痉挛,导致皮瓣血运障碍。

(2)指压反应:用手指轻压移植皮瓣,使之苍白,然后迅速移开手指。正常皮肤在1~2秒内转化红润,如果充盈时间缩短表示静脉回流不畅,如果反应迟缓,时间超过5秒,表示供血不良有动脉栓塞的可能,应及时通知医生给予处理。

(3)皮肤张力:正常情况下术后2~3日内皮瓣呈轻度肿胀,发生静脉栓塞时肿胀程度明显增加,动脉供血受阻时肿胀不明显,皮纹增加甚至干瘪。

6、用药护理:遵医嘱给药,保持静脉输液通畅。注意观察用药后反应,如输液反应、有无皮疹及凝血障碍等,如有异常,应立即停药并及时通知医生。

7、拆线:根据不同部位而定,通常10天左右拆线。

四、健康指导要点:

1、饮食:给予营养丰富易消化的饮食。



2、沐浴：定时沐浴，保持皮肤清洁干燥。

3、日常活动：注意适量活动。

五、注意事项

1、功能锻炼：短期内有麻木感，局部感觉迟钝，

应提醒患者加强自我保护，防止烫伤、冻伤及撕裂伤。

2、定期随访检查。

3、预防：皮瓣、游离皮瓣移植后2周开始应用弹力敷料包扎或戴弹力护套，以免水肿及瘢痕增生。

第十节 血管外科疾病护理常规

一、丹毒的护理

一、护理评估

1、患者的身体状况，是否有糖尿病、慢性肝病及营养不良等促发因素。

2、观察丹毒发生的部位，是否为单侧性。

二、护理措施

1、遵医嘱首选青霉素控制炎症。

2、用25%-50%硫酸镁或0.5%呋喃西林湿敷并外用抗生素。

3、用紫外线、红外线进行病灶照射。

4、已化脓者行手术切排。

三、健康指导要点

1、做好病人及家属思想工作，增加战胜疾病信心。

2、如有糖尿病、慢性肝病及营养不良等应积极治疗原发病。

四、注意事项：注意个人卫生，防感染，积极治疗引起该病的诱发疾病。

二、动静脉创伤的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者受伤部位，创伤血管的连续性，有无骨折或失血性休克。

2、相关因素：任何外来直接或间接暴力侵袭血管，均可能发生开放性或闭合性血管创伤。致伤因素可分为锐性损伤和钝性损伤。按创伤血管的连续性可分为完全断裂、部分断裂和血管挫伤。

3、症状和体征

(1)、出血：锐性损伤可表现为自伤口处流出新鲜血液，如果从伤口处喷射性或搏动性流出鲜红血液，提示动脉损伤；钝性闭合性损伤，其血管损伤处血液可流至胸腔腔等体腔内。

(2) 休克：最基本的原因是出血造成的失血性休克。

(3) 血肿：血管创伤后血液流向组织间隙形成血肿。

(4) 震颤和杂音：当受伤部位出现交通性血肿以及动脉损伤部位有狭窄者，听诊可闻及收缩期杂音，触诊时感到震颤。

(5) 组织缺血表现：足背动脉等搏动消失或微弱、皮肤苍白，皮温降低、感觉麻木等。

(6) 合并脏器或神经组织损伤的症状

4、辅助检查：动脉多普勒检查、血管造影、彩超

二、护理措施

1、术前护理

(1) 控制创伤部位血管出血，对骨折的肢体给

予简单有效的外固定。

(2) 抗休克，迅速补充血容量，注意保暖。给予心电监护，吸氧。

(3) 留置尿管，准确记录尿量。

(4) 根据医嘱尽快完成各项相关检查，通知手术室备好相关手术器械。

2、术后护理

(1) 术后严密观察各项生命体征，给予心电监测，吸氧。

(2) 准确记录出入量。

(3) 密切观察小动脉脉搏，肢体颜色变化，温度变化等。若手术部位出现异常变化应及时报告医生给予处理。

(4) 患肢动静脉创伤术后肢体应制动，待检查断裂血管已基本愈合时再进行功能锻炼。

三、健康指导要点

1、指导病人进行主动与被动功能锻炼相结合，踝关节的背伸、趾屈，股四头肌的收缩、舒张等。

2、指导患者宜进高热量、高维生素、高蛋白易消化饮食。

3、避免引起静脉压增高应保持大便通畅、戒烟。

四、注意事项

1、密切观察患者有无静脉血栓形成的症状；开放性创伤是否感染，防止创面水肿。

2、动静脉同时损伤，高压动脉血流向低压静脉腔内形成外伤性动静脉瘘，如不及时处理会造成循环障碍、心功能衰竭。

三、布加综合症的护理



一、护理评估

1、病史和健康史评估
2、了解病人的情绪及心理反应，以及家庭经济情况

二、护理措施

1、术前护理

(1) 心理护理：使患者减轻思想负担，解除思想顾虑，积极配合手术。

(2) 营养支持，保护和改善肝功能：改善患者一般情况，根据病情可给予护肝、利尿，纠正低蛋白血症及电解质紊乱的药物，

2、术后护理

(1) 出血的观察及预防：严密监测生命体征，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压，观察面色、意识、引流液、排泄物和分泌物的性质和颜色，四肢末梢血液循环情况及温湿度，皮肤和黏膜的颜色和完整性的变化，如有异常，及时报告，及时处理。

(2) 保持有效引流 严格遵照“无菌，固定，通畅，观察，记录”十字原则，如引流管内的引流液的颜色、性质、量有异常，应及时报告处理

四、动静脉瘘的护理

一、护理评估

1、健康史：评估患者的籍贯、发育史及相关疾病的家庭史，是否存在先天性动静脉瘘。

2、相关因素：评估患者有无外伤造成后天继发性动静脉瘘，如各种穿刺伤、枪伤、钢铁和玻璃碎片飞击伤等受伤后局部形成血肿，血肿机化后形成动静脉瘘的囊壁。

3、症状和体征

(1) 急性动静脉瘘：在损伤局部有血肿，绝大多数有震颤和杂音。大多数病人在动静脉瘘远端的肢体仍能扪及动脉搏动，但比健侧弱。下肢股浅动脉伴有股深动脉损伤时，不能扪及足背动脉搏动，且有肢体缺血症状。

(2) 慢性动静脉瘘：瘘肢肿胀、麻木、疼痛、乏力。在搏动性肿块局部有嗡嗡声。心力衰竭可有胸闷、心悸、气急。瘘区有杂音和震颤，脉率加快，心脏扩大和心力衰竭，局部升温，静脉功能不全。

4、辅助检查：血管超声检查、动脉造影等可以明确瘘口的部位、大小及附近血管扩张

和侧肢循环情况。CT 动脉造影可明确动静脉瘘的部位及范围但瘘口不容易确定，MRA 与 CTA 类似，但无需造影剂，无放射性。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

(3) 预防感染并合理补液 合理选用抗生素，支持治疗，增加抵抗力

三、健康指导要点

1、交待注意事项，加大健康教育力度。

2、在日常活动中，避免过度用力擤鼻涕、挖耳朵或鼻孔，避免提重物，选用软毛牙刷，鼓励进食高热量、高蛋白、高维生素及富含铁的食物，如绿色蔬菜、桔橙、石榴、动物肝脏、奶酪类、肉类、鱼类等饮食，避免进食粗糙、刺激性的食物。

3、做好出院指导，定期复查，不适随诊。

四、注意事项

1、合理饮食，不要吃刺激性强的食物，不要吃粗糙坚硬的食物，戒烟、酒，多吃新鲜水果青菜，保持大便通畅

2、避免过度劳累，避免接触油烟，注意保暖防治感冒

3、保持良好的心态，眨眼充足

4、全身有合并症的患者，应在医生指导下用药，保持各项指标的平稳

(2) 保持造瘘侧肢体皮肤的完整清洁，术前 2 周内停止对要行造瘘手术的肢体测量血压，

血管穿刺，以保护血管，另外，要避免外伤，以利于手术成功。

2、术后护理

(1) 体位：去枕平卧 6 小时，患肢抬高 30°。

(2) 病情观察：观察伤口敷料有无渗血、出血等情况，如渗血渗液明显，通知医生更换敷料，并及时和手术医生联系处理。

(3) 患肢制动并抬高，勿用力受压，促进静脉回流减轻水肿。造瘘侧肢体适当做握拳动作及腕关节运动，促进血液循环。对老年或行动不方便的患者给予必要的生活帮助，避免内瘘侧肢体用力，必要时卧床休息。

(4) 包扎伤口敷料不可过紧，术后早期应穿宽松的内衣，内瘘侧肢体禁测血压或穿刺抽血，以免血压压迫内瘘造成闭塞。

(5) 术后 5~7 天应保持术侧肢体干净，避免潮湿，不要随意去除敷料，以免伤口污染。

(6) 向病人讲解有关内瘘术后护理知识，教会患者判断内瘘是否通畅的方法，即触摸术侧的静脉感到震颤或听到血管杂音则提示通畅。

三、健康指导要点

指导患者在术后 1 天可做空抓，拆线后，可用手握握橡皮健康球，每日锻炼 3~4 次，

每次 10~15min，以促进血管扩张、动脉化，加快内瘘成熟时间及充足的血流量。



2、嘱患者戒烟,同时远离吸烟环境,防血管痉挛,血栓形成。

3、衣袖要宽松,避免伤口部位受压,不用患侧肢体持重、测血压、血管穿刺、不戴手表、手镯等手饰,术后24—72小时抬高患肢

四、注意事项

1、患者术前要保护好造瘘侧肢体的血管,避免

五、动脉硬化性闭塞症疾病的护理

一、护理评估

1、病史和健康史评估

2、了解病人的情绪及心理反应,以及家庭经济情况

二、护理措施

1、术前护理

(1)心理护理:医护人员应关心体贴病人,改变病人认知,使其情绪稳定,主动配合治疗

(2)患肢护理:主要原则是改善下肢血液循环。注意肢体保暖,勿使肢体暴露于寒冷环境中,以免血管收缩。

(3)疼痛护理:对疼痛剧烈的中、晚期病人常需使用麻醉性镇痛药。

2、术后护理

(1)体位取平卧位,术肢肢体制动24小时,动脉血管重建术后应卧床制动2周。

(2)病情观察:监测生命体征的变化,观察切口渗血情况:观察术后患肢血管再通情况

(3)术后抗凝治疗:注意监测出、凝血时间,保护患者,防止血栓形成做好抗凝护理。

(4)饮食护理:术后嘱患者大量饮水以促进造影剂的排泄,进食低脂饮食

(5)功能锻炼:卧床制动病人,鼓励其在床上

六、腹主动脉瘤的护理

一、护理评估

1、健康史:评估患者有无高血压、冠心病等家族史,是否有遗传性疾病,如马方综合征、主动脉缩窄、动脉粥样硬化等。

2、相关因素:吸烟、炎症、创伤、高龄、高血压等危险因素对腹主动脉瘤的发生和发展具有促进作用。

3、症状和体征:

(1)疼痛:其部位多位于腹部脐周,两肋部或腰部,疼痛的性质可为钝痛、胀痛、刺痛或刀割样疼痛,突然的剧烈腹痛往往是腹主动脉瘤破裂或急性扩张的特征性表现。

(2)压迫症状:随着腹主动脉瘤瘤体的不断扩大,可以压迫邻近的器官而引起相应的症状,临床上

在肢体进行抽血、输液、内瘘侧皮肤保持清洁,勿损伤皮肤,防止术后感染,切勿用准备内瘘的肢体提重物、测血压、戴手表或过紧的首饰等。

2、患者术后保持术侧肢干净,避免潮湿,一旦纱布潮湿,必须及时更换,防止感染。术后应尽量穿袖口宽松的内衣,抬高术肢,减轻肿胀,注意保护动静脉瘘,避免其他外来压力,以免造成内瘘闭塞。

作足背伸屈活动,利小腿深静脉血液回流;

三、健康教育

1、指导患者戒烟、限酒。

2、服用抗凝药的注意事项遵医嘱按时、按量服用抗凝药,不可随意停药或改变用药剂量;服药期间应观察有无牙龈、黏膜出血;伤口愈合情况;皮肤有无出血点;有无皮下血肿;女性患者还应注意月经量;定期监测凝血四项,遵医嘱调整用量。有出血倾向时及时就诊。因其他疾病就医时,应告知接诊医师服药情况,避免药物相互作用。

3、适当行走锻炼,促进侧支循环建立。

四、注意事项

1、戒烟戒酒,禁忌吃辛辣刺激的食物

2、防寒保暖 穿宽松舒适的鞋子

3、防止外伤 避免踩伤,或者意外碰伤,砸伤等意外伤害

4、乐观主义精神 良好的心态,保持乐观的态度,可以使血液循环加快,有助于疾病的康复

5、适当运动 防止肌萎缩,每天坚持适量的运动

6、清淡饮食 多吃素菜和水果,含有大量维生素C,钾,镁元素,可调节胆固醇代谢。多吃植物油少吃动物脂肪,多吃高纤维素的食物

7、定期复查,不适随诊。

比较多见。

(3)腹部搏动性包块:这是腹主动脉瘤最常见的最重要的体征

(4)破裂症状:一个典型的腹主动脉瘤破裂具有以下三联征:突然出现的中腹部或弥散性腹痛,低血压乃至轻度至重度的失血性休克及搏动性的腹部肿块。

4、辅助检查:行彩色超声检查、CT检查或磁共振检查,显示腹主动脉瘤直径大小,与邻近组织的关系,必要时行腹主动脉造影,以进一步明确诊断。

5、社会心理评估:评估患者的情绪及反应,了解家庭经济状况等。

二、护理措施

1、术前护理



(1) 做好健康宣教及心理护理, 锻炼胸式呼吸, 讲解吸烟与动脉硬化密切相关, 劝病人戒烟(术前至少戒烟两周以上), 忌酒, 以减少呼吸道分泌物。饮食上食用高蛋白营养食品, 并注意食物搭配, 多食蔬菜水果杂粮, 少食动物脂肪及胆固醇含量较多的食物。做好心理护理, 减轻病人焦虑、紧张情绪, 给病人提供一个安静舒适的环境。

(2) 详细了解患者的病情, 帮助患者了解手术及麻醉的相关知识。

(3) 完善各种检查, 做好术前准备, 术前1日腹股沟及会阴部备皮。

2、术后护理

(1) 病人术后一般禁食至少3天, 待排气后进入少量流质, 7天后逐渐恢复正常饮食。如果腹胀明显, 应胃肠减压, 按常规补液或者营养支持。

(2) 定期协助病人做深呼吸和有效咳嗽, 排除呼吸道分泌物, 使肺充分扩张。经常改变体位, 避免某部分肺过久地处于下垂位置, 造成肺淤血、分泌物滞留和肺不张。

(3) 病人清醒, 血压正常时可半卧位, 下肢可屈曲抬高。如未醒或处于昏迷、低血压等状态时, 应平卧, 头转向一侧。病情稳定后鼓励病人早期在床上

活动四肢, 术后1周内可以下床。

(4) 必须仔细观察肢体的血液循环状况, 以了解血管的通畅度。观察有无肢端麻木、疼痛、皮色苍白、皮温降低, 动脉搏动减弱或消失等。一旦发生肢体血液循环不良时, 首先考虑吻合口血栓形成或者吻合技术失误, 应该尽早手术探查。

三、健康指导要点

1、急性期患者绝对卧床休息, 避免劳累, 避免情绪波动, 控制好血压, 做好饮食宣教, 给予低盐饮食。

2、避免突然加大腹压的运动, 如剧烈咳嗽、用力排便、排尿和身体大幅度活动, 如突然坐起、强烈扭曲上身、突然弯腰等动作, 注意保护安全, 防止腹部受到撞击。

3、指导病人定期随访, 每半年查B超, 每一年复查CT, 定期门诊复查移位情况。

四、注意事项: 密切观察患者腹痛情况, 部位、性质、持续时间。生命体征, 尤其是血压于心率的变化, 双下肢血运情况, 有无苍白、冰冷、足背动脉搏动消失等情况。一旦患者可能发生腹主动脉瘤破裂出血, 应迅速通知医生, 建立静脉通道, 吸氧, 备血, 监测生命体征, 神智, 尿量, 出现心跳呼吸停止应行胸外按压, 麻醉科插管, 心电图, 安抚家属。

七、深静脉瓣功能不全的护理

一、护理评估

1、健康史: 了解患者的生活习惯、教育程度、职业(长时间站立工作)、紧张程度。

2、相关因素: 患肢情况的评估了解患者出现下肢静脉曲张的时间, 有无伴随症状如胀痛、沉重感、乏力、水肿、瘙痒、溃疡、出血等; 有无血栓性静脉炎、动静脉发育异常、盆腔肿块等病史。

3、症状和体征: 主要表现为浅静脉迂回、扩张、小腿沉重、疲劳感, 肿胀和胀痛, 长久站立、远行后加重, 平卧休息后减轻, 偶有夜间小腿肌肉痉挛抽搐疼痛。随着病程延长, 深浅静脉交通支瓣膜功能不全, 可发生小腿足靴区浮肿, 皮肤色素沉着, 湿疹样皮炎, 严重者可并发淤血性溃疡, 渗液, 经久难愈或反复发作。也可并发丹毒、软组织感染、血栓性浅静脉炎、或深静脉血栓形成。

4、辅助检查: 下肢静脉造影、血管超声检查等可明确深、浅静脉关闭不全的程度, 观察瓣膜关闭活动及有无逆向血流。

5、心理状况评估: 了解患者的心理状况、产生紧张和焦虑的原因及程度。

二、护理措施

术前护理

(1) 向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项, 协助完成各项辅助检查。

(2) 帮助患者了解手术及麻醉的相关知识, 以及术后可能出现的问题和预防方法, 使患者及家属对手术有所了解, 减轻对手术的恐惧和紧张情绪, 缓解心理压力, 接触心中疑虑, 积极配合。

(3) 术前向患者讲解要保证足够的睡眠、注意防治患者受伤, 有色素沉着出现瘙痒避免手抓, 以免发生破溃。下肢肿胀的患者应尽量采取抬高患肢 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 体位, 鼓励患者卧床时做小腿伸屈运动, 以利于下肢静脉回流。

(4) 术前给予会阴部腿部备皮, 对静脉曲张行皮肤标记。

2、术后护理

(1) 体位: 术后采取平卧位, 抬高患肢 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$, 6~8小时后可坐起活动, 适当翻身, 手术当日一般不主张患者下床活动。

(2) 病情观察: 密切注意生命体征变化, 定时测心率、血压; 密切观察伤口有无渗血, 注意观察患肢皮肤温度、颜色, 是否有肿胀、绷带松紧是否合适, 还应经常观察按压切口周围皮肤有无肿胀发硬, 以便及时发现皮下出血。

(3) 早期活动: 术后返回病房后即可鼓励患者床上活动足部及小腿, 若患肢还未恢复知觉, 可由家属帮忙按摩活动患肢及足背部伸屈活动。鼓励患者早期下床活动, 循序渐进的增加活动量, 初次下床时, 腿部



会有酸胀感,此时应卧床休息,抬高患肢,并做足背伸屈运动。

三、健康指导要点

1、为了防止血栓形成,出院后仍需服用抗凝药物,服药期间要密切观察患者有无出血

倾向等并发症的发生,如出现牙龈出血、鼻出血、眼底出血、消化道及泌尿系出血症状时要立即就诊。

2、术后6个月定期门诊复查,并避免重体力劳动。

3、穿弹力袜或用弹力绷带绑扎者应多休息,夜

八、血管畸形的护理

一、护理评估

1、健康史:评估患者的毛细血管和动脉或淋巴管是否异常扩张和沟通,其血管内皮细胞有无异常增殖。

2、相关因素:评估患者发病的时间,生长的速度,颜色,病变区的温度,质地。

3、症状和体征

(1)增生期最初表现为毛细血管扩张,四周围以晕状白色区域,迅速变为红斑并高出皮肤,高低不平似草莓状。

(2)常发生于颞浅动脉所在的颞部或头皮下组织中,病损搞起呈念珠状,表面温度较正常皮肤为高,病员可能自己感觉到搏动,叩诊有震颤感,听诊有吹风样杂音。

4、辅助检查:CT和MRI检查,血管造影,x线

5、社会心理评估:评估患者的心理和情绪

二、护理措施

术前护理:

1、病人在出血2-3周内应绝对卧床休息。

2、严密观察生命体征,按病情的轻重缓急定时观察意识,瞳孔,体温,脉搏,呼吸和血压。

3、重视病人主诉,观察病人有无颅内压增高的表现,及时发现病情变化,及时采取治疗措施。

4、做好心理护理,使病人保持情绪稳定,避免

九、雷诺病的护理

一、护理评估

1、健康史:评估患者有无家族史,是否有小动脉强烈收缩引起肢端缺血改变为特征的疾病。

2、相关因素:评估患者是否受到寒冷刺激,情绪激动或精神紧张,还需评估患者是否有感染,疲劳等。

3、症状和体征

(1)手指皮肤出现苍白和发绀,手指末梢有麻木,发凉和刺痛,经保暖后,皮色变潮红,则有温热和胀痛,继而皮色恢复正常,症状也随之消失。

(2)雷诺病患者多有植物神经功能紊乱症状,

间入睡前可用温水浸泡足部,将患肢抬高,以促进下肢血液循环,利于静脉血的回流。

4、日常生活中应避免久立及久坐,以防静脉回流障碍。

四、注意事项:减少活动,避免久立,少跷二郎腿,每晚用热水洗脚,并保持伤口外层敷料干燥,勿随意打开,饮食宜清淡而富有营养,多吃新鲜蔬菜、水果等,可选食山楂、油菜、赤豆等活血食品,感觉不适时随时就诊。

各种不良刺激,必要时遵医嘱给予镇静药。

5、积极预防呼吸道感染,避免用力咳嗽。

术后护理:

1、严密观察生命体征的变化,有异常及时报告医生并记录。

2、观察手术伤口有无渗血,渗液,保持伤口干燥,清洁。

3、每两小时翻身一次,按摩受压部位,防止压疮。

4、使用血管扩张药及降压药物时,应观察病人血压的变化及有无其他不适

三、健康指导要点

1、观察意识变化,并随时监测血压的变化

2、绝对卧床休息,床上大小便。

3、保持病室安静

4、保持大便通畅,保持情绪稳定,避免情绪激动

5、进食粗纤维食物。

四、注意事项

1、保持安静,尽量减少探视。

2、合理饮食,保持大便通畅。

3、情绪方面,避免生气,减少各方面的压力,适当进行体育锻炼,避免过度劳累。规律作息时间,避免熬夜和睡眠时间不足。

如易兴奋,感情易冲动,多疑,郁闷,失眠多梦等。

4、辅助检查 冷水实验,局部降温实验,握拳实验,甲皱微循环检查,动脉造影。

5、社会心理评估:评估患者的心理状态。

二、护理措施

1、避免寒冷刺激和情绪激动,保持乐观的心情。

2、避免应用麦角胺和避孕药

3、明显职业原因所致者尽可能改换工种

4、细心保护手指免受外伤,因为轻微损伤容易引起指尖溃疡或其他营养病变。

5、日常生活中禁忌吸烟,饮酒要适量。除了日



常的护理,雷诺氏症患者需尽早去医院接受治疗。控制病情

三、健康指导要点

1、保暖对所有患者均为必需,手套,帽子等,不但手脚,躯体也应该注意保暖,以免发生放射性四肢血管收缩。

2、病情重,发作频繁者用热宝暖手对减少发作效果较好,但要注意不要烫伤皮肤。

3、避免从事以手指劳动为主的工作,劳动时戴手套。

四、注意事项

1、患者手脚要保持温暖,到了寒冷的冬天,一定要穿袜子或手套,尤其是家住在寒冷的地区,患者衣着尽量保暖,室内最好有暖气设备。

2、患者心情要放轻松,睡眠一定要充足,尽量不要给自己压力。

3、患者若是抽烟,一定要戒烟,抽烟会加剧病情。

4、经常用温水泡脚,会有有效的降低发作率,水不可过烫。

5、患者可遵医嘱服用一些保养品,对病情也会有帮助。

第五十四章 妇科常见疾病护理常规

第一节 妇科疾病的一般护理

一、入院接待:入院时接诊护士热情接待病人,准备好床单位,及时通知医生看病人,并向病人做入院环境及相关制度介绍,建立住院病历及一览表。

二、病情观察:责任护士测量体温、脉搏、呼吸、血压及体重。新病人、发热及术后病人每天测量4次,体温正常3天后改为每天1次;高热者每4小时测量1次。严密观察阴道出血量及排出物性质,必要时保留会阴垫及排出物,发现异常及时通知医生处理。

三、饮食护理:给予高热量、高维生素、营养丰

富的饮食。急诊患者可暂禁食。

四、常规检查:按医嘱准确留取标本,落实各项常规检查,为诊断和治疗提供依据。

五、心理护理:关心、安慰病人,增强病人信心,使其积极配合治疗和护理。

六、健康指导:根据病情做好疾病相关知识及药物知识宣教。

七、保持外阴清洁:每日擦洗外阴1-2次,月经期或阴道出血禁止同房。

第二节 妇科腹部手术的术前护理

一、护理评估

- 1、评估患者的生命体征和心理状况。
- 2、评估患者的病情、既往史及健康状况。
- 3、评估患者对疾病和手术的认知程度。
- 4、评估患者对术前指导掌握程度。

二、护理措施

1、心理护理:护士应鼓励患者说出自己的感受,与患者共同选择适合于个体的缓解心理应激的方法。在与患者沟通时,用浅显易懂的语言介绍疾病的相关知识,让患者了解手术的必要性、术前准备的内容及目的。

2、健康指导:

(1)疾病知识:向患者讲解疾病有关的健康教育知识,如子宫切除后不再来月经、双卵巢切除会出现停经、潮热、阴道分泌物减少等症状,即使保留一侧卵巢也会出现停经。

(2)预防术后并发症:教会患者术后呼吸、咳嗽、咳痰、床上翻身、肢体运动的方法,让患者术前反复练习,术前还应教会患者在床上使用便器。

(3)营养及饮食:护士要指导患者摄入高蛋白、

高热量、高维生素及低脂肪营养饮食,对身体弱者,需与营养师共同协商安排合理的食谱,保证机体处于手术前最佳的营养状况。

3、术前一般护理:

(1)生命体征:手术前1d及术晨测体温、脉搏、呼吸、血压,一旦患者出现发热、血压升高或月经来潮等应通知医生推迟手术,向患者及家属说明原因,以取得其理解。

(2)皮肤准备:术前1天指导患者完成沐浴、更衣、修剪指甲等个人卫生,以顺毛短刮的方式进行手术区剃毛备皮。备皮范围:上至剑突,下至两大腿内侧上1/3,两侧至腋中线,包括会阴部及肛周皮肤,注意清洁脐部,脐部用液状石蜡油棉签擦洗干净,备皮完毕用温水洗净擦干。

(3)肠道准备:一般手术于术前1天灌肠1-2次,或口服缓泻剂,使患者能排便3次以上即可,对可能涉及肠道的手术,术前3d进无渣半流质饮食,并按医嘱给予肠道抑菌药物,如口服甲硝唑,术前1天进行清洁灌肠,直至排出的灌肠液中无大便残渣为止。术前1天进流质饮食,术前8h禁食,术前4h禁饮。



(4) 阴道准备: 全子宫切除手术者, 术前行 0.05% 碘伏棉球擦洗阴道, 每日一次, 共 3 天, 术日晨行阴道擦洗消毒宫颈口。

(5) 休息与睡眠: 术前 1 天晚上护士要经常巡视患者, 保证患者充足的睡眠。为减轻患者的焦虑, 可给患者适量镇静剂。

(6) 术前核对: 术日晨护士要测量术者生命体征, 询问自我感受, 取下可活动的义齿、发夹、首饰及贵重物品交家属或护士长保管, 术前给予药物过敏试验、

交叉配血, 术前半小时给基础麻醉药物, 留置导尿管, 认真核对患者资料后向手术室护士交班。

三、健康指导要点

1、呼吸功能训练 指导患者行深呼吸及有效咳嗽。

2、体位训练: 指导患者调整体位和床上翻身的方法, 术后鼓励患者早期下床活动。

四、注意事项

1、指导患者及家属认真阅读术前注意事项。

2、对教育效果进行评价, 进行心理护理。

第三节 妇科腹部手术的术后护理

一、护理评估

1、了解麻醉方式、手术方式及术中情况。

2、观察患者意识、生命体征及病情变化, 伤口敷料有无渗血, 阴道引流管、尿管是否通畅, 观察引流物的颜色、性状、量、受压皮肤情况。

3、观察患者术后反应, 及时告知医生并予处理。

二、护理措施

1、床边交接: 病人回病房时, 护士及时核对姓名、床号、住院号, 并向麻醉师了解术中情况, 观察病人意识恢复和麻醉苏醒情况, 做好床边交接班。搬动病人时动作轻稳, 注意保暖。检查静脉输液是否通畅, 正确连接各种引流装置, 并妥善固定引流袋。

2、体位护理: 根据手术及麻醉方式采取不同的卧位, 全身麻醉病人在尚未清醒前应去枕平卧, 头偏向一侧, 以免呕吐物、分泌物误入气管引起窒息; 硬膜外麻醉者, 去枕平卧 6-8 小时; 蛛网膜下腔麻醉者, 去枕平卧 12 小时, 以防头痛。如病人病情稳定, 术后次日可取半卧位。

3、饮食护理: 禁食 6-8 小时后可进流质饮食, 忌食甜食及牛奶, 肛门排气后可进半流质饮食, 排便后进普食, 鼓励进高蛋白、高维生素等营养丰富的食物。

4、病情观察

(1) 生命体征: 严密观察生命体征变化, 测血压每小时 1 次, 共 6 次至平稳。术后每天测体温、脉搏、呼吸 4 次直至正常后 3 天改为每天 1 次, 并做好记录。如有内出血和休克症状立即通知医生进行处理。

(2) 切口护理: 观察切口有无渗血、渗液情况, 保持伤口敷料清洁干燥, 如敷料浸湿, 应及时更换。术后腹部放置沙袋 6 小时。

(3) 引流管护理: 凡引流管应做第二次固定。

①腹腔引流护理: 如放置腹腔引流管, 应保持引流管通畅, 观察、记录引流液的颜色、性质及量, 每

天更换引流袋 1 次。

②尿管护理: 保持尿管通畅, 观察尿液颜色和量, 一般于 24 小时后拔除尿管。保留尿管期间, 用 0.5% 碘伏棉球擦洗外阴, 每天 2 次, 保持局部清洁, 预防泌尿系统感染。

(4) 腹胀: 密切观察腹胀情况, 一般术后 48 小时可自行排气, 如腹部胀气, 术后 24 小时肌肉注射新斯的明 0.5-1mg, 或给予灌肠剂灌肠。严重胀气者, 酌情给予胃肠减压, 3 天未解大便者可给缓泻药。

(5) 疼痛护理: 术后伤口疼痛时, 根据疼痛评分按医嘱给予双氯芬酸钠栓剂 50MG 纳肛, 4 小时后可重复使用, 或肌肉注射盐酸哌替啶 50-100mg, 用药前后应注意监测血压、脉搏、呼吸变化。

5、心理护理: 加强与病人沟通, 了解病人的心理状况, 给予安慰和解释, 消除其不良心理。

6、健康指导: 鼓励病人早期下床活动, 术后 6-8 小时协助病人翻身, 24 小时后下床活动, 可促进肠蠕动, 有利于伤口早期愈合。

三、健康指导要点

1、指导患者翻身, 活动时保持各管道通畅, 防止受压、扭曲、打折、脱出。

2、指导患者早期下床活动, 防止肠粘连、下肢静脉血栓等并发症。

3、指导患者术后进高蛋白、高热量、高维生素饮食。

四、注意事项

1、从生理、心理、社会等方面为患者提供护理服务。

2、护士加强健康教育, 指导患者早期活动; 呕吐、咳嗽时双手压住腹部或用腹带减压, 减轻不适, 促进康复。

3、注意定期随访的重要性。

第四节 慢性宫颈炎的护理



一、护理评估

- 1、评估患者病情，生命体征及心理状况。
- 2、评估患者是否在月经期，有无阴道炎及对疾病的认识程度。

二、护理措施

- 1、保持外阴清洁，常换内裤，内裤宜柔软，选用纯棉制品。
- 2、行宫颈利普术者，术前常规阴道擦洗。
- 3、术后观察阴道出血情况并记录，遵医嘱使用抗生素预防感染。
- 4、创面尚未完全愈合期间（手术后4-8周），应避免盆浴、性交及阴道冲洗等。
- 5、利普术后2个月，于月经干净后3-7天定期到医院复查，以了解创面愈合情况。
- 6、子宫颈炎病程较长，帮助患者树立信心，并主动配合医生治疗。

7、指导妇女定期做妇科检查，发现宫颈炎症予以积极治疗，治疗前常规行宫颈刮片细胞学检查或阴道镜检查以排除癌症可能。

8、避免分娩时或器械损伤宫颈，产后发现宫颈裂伤应及时缝合。

三、健康指导要点

- 1、指导患者利普手术应在月经干净后3-7天进行，有急性生殖器炎症者禁忌。
- 2、术后禁盆浴及性生活二月。
- 3、保持会阴部清洁，勤换内裤。

四、注意事项

- 1、患者术后阴道可流少许血水或黄水，如阴道出血呈鲜红色且量较多，应及时就诊。
- 2、利普术后于第二次月经干净后3-7天到医院复查，检查伤口愈合情况。

第五节 前庭大腺炎的护理

一、护理评估

- 1、评估患者疼痛部位及程度。
- 2、评估患者局部皮肤有无红肿、发热、压痛及波动感。
- 3、评估患者有无发热等全身症状。

二、护理措施

- 1、急性期，卧床休息并保持局部清洁，局部冷敷缓解疼痛。
- 2、遵医嘱使用抗生素及镇痛药。
- 3、术前用1:5000高锰酸钾溶液坐浴，每天2次，每次15-20min。
- 4、脓肿或囊肿切开后，局部放置引流条引流，引流条每日更换，外阴每日擦洗2次，伤口愈合后，改用高锰酸钾坐浴，每日2次。

5、饮食清淡，避免辛辣、刺激性的食物，多吃有营养、易消化的食物。

6、注意保持外阴清洁，月经期、产褥期禁止性生活，经期使用消毒卫生巾防感染。

三、健康指导要点

- 1、急性期卧床休息，并保持局部清洁，局部冷敷缓解疼痛。
- 2、指导患者局部使用蒲公英、金银花等清热解暑药物局部熏蒸或坐浴。
- 3、饮食避免辛辣，刺激性的食物，多吃有营养、易消化的食物。

四、注意事项：注意保持外阴清洁，月经期、产褥期禁止性生活，经期使用消毒卫生巾防感染。

第六节 急性盆腔炎的护理

一、评估要点

- 1、病史、高危因素：了解有无宫腔内手术史、下生殖道感染、经期卫生习惯不良、不洁性生活、阑尾炎、腹膜炎、慢性盆腔炎、放置宫内节育器等。
- 2、了解生命体征、腹痛情况，有无高热、寒颤、头痛、心率加快、腹部压痛等。
- 3、了解妇科查体及检查结果。
- 4、心理状态：了解患者是否紧张、焦虑以及感到羞耻等。

二、护理措施

- 1、体位与休息：取半卧位，利于炎症局限和引流。
- 2、饮食护理：给以高热量、高蛋白、高维生素

流质或半流质饮食。

3、病情观察：

(1)生命体征观察：观察生命体征变化，发热期间多喝水，高热时可采取物理及药物降温。

(2)腹痛观察：观察病人下腹部疼痛程度、性质、有无肌紧张、压痛、反跳痛等。如突然腹痛加重、拒按，应通知医生，观察脓肿是否破裂，病人有无感染性休克征象。

(3)腹胀：腹胀者可沿肠型轻轻按摩腹部，以促进肠蠕动，必要时遵医嘱行胃肠减压。

(4)盆腔脓肿：盆腔脓肿经药物治疗48-72小时，体温持续不降，病人中毒症状加重或包块增大者应及



时手术,以免发生脓肿破裂。配合医生做好术前准备。

(5) 药物应用:应用抗生素、退热药及镇痛药物治疗,观察药物疗效及副作用。遵医嘱给予静脉输液,输液量 2500-3000ml,纠正电解质紊乱和酸碱平衡。

(6) 心理护理:解释疾病的原因、发展及预后,给予心理支持,消除病人的思想顾虑。

第七节 慢性盆腔炎的护理

一、评估要点

1、病史、高危因素:有无急性盆腔炎史,有无宫腔内手术史、下生殖道感染、经期卫生习惯不良、不洁性生活、阑尾炎、腹膜炎、慢性盆腔炎、放置宫内节育器等。

2、了解生命体征、有无低热、下腹坠痛、月经失调、不孕、下腹压痛等。

3、了解妇科查体及检查结果。

4、心理状态:了解患者是否紧张、焦虑以及感到羞耻等。

二、护理措施

1、休息与活动:适当休息,注意劳逸结合;腹痛时应充分休息。

2、饮食护理:给予高热量、营养丰富的饮食。

3、病情观察:注意观察腹痛情况。可采用物理疗法如超短波、红外线照射、离子透入等,科促进盆

三、健康指导要点

1、教育患者注意经期卫生,避免经期性行为。

2、积极治疗生殖道炎症。

3、积极治疗急性盆腔炎,以免转化为慢性盆腔炎。

四、注意事项:

1、注意个人卫生,保持外阴清洁。

2、避免不必要的阴道检查,以免炎症扩散。

腔局部血液循环,改善组织营养状态,提高机体新陈代谢,以利炎症吸收和消退,也可热敷下腹部。

4、药物应用:向病人详细解释药物的剂量、方法及注意事项。

5、心理护理:解释疾病的原因、发展及预后,给予心理支持,消除病人的思想顾虑。

三、健康指导要点

1、教育患者注意经期卫生,避免经期性行为。

2、积极治疗生殖道炎症。

3、教育患者除增加营养外,须锻炼身体,保持乐观情绪,提高机体的抵抗力。

四、注意事项

1、注意个人卫生,保持外阴清洁。

2、避免不必要的阴道检查,以免炎症扩散。

3、避免过度疲劳。

第八节 功能性子宫出血的护理

一、护理评估

1、评估患者阴道出血的情况。

2、评估患者的面色、营养及心理状态。

3、了解患者妇科检查情况。

二、护理措施

1、按妇科疾病一般护理常规。

2、饮食护理:加强营养,可补充铁剂、维生素c和蛋白质。多进食如猪肝、豆角、蛋黄、胡萝卜、葡萄干等含铁较多的食物。

3、活动与休息:卧床休息,避免劳累及剧烈活动。

4、病情观察:观察并记录病人的生命体征及阴道出血情况。贫血严重者,遵医嘱落实配血、输血、止血等措施。

5、预防感染:保持外阴清洁,预防感染。

6、药物应用:常用性激素止血和调整月经周期治疗。性激素药物必须按时按量服用,不可随意停药漏服;药物减量须按规定在止血后才能开始,每3天减量1次,每次减量不得超过原剂量的1/3,直至维持量;维持量服用时间,通常按停药后发生撤退性出

血的时间,与病人上一次行经时间相结合考虑;治疗期间若发生不规则阴道出血,应及时就诊。

7、健康指导

(1) 心理护理:向病人介绍疾病的相关知识,解除病人的思想顾虑。

(2) 活动与休息:适当休息,加强营养,增加机体抵抗力。

(3) 用药指导:坚持治疗,严格遵医嘱按时、按量服药。

(4) 及时就诊:定期复查,有异常出血情况及及时就诊。

三、健康指导要点

1、做好患者心理疏导,解除思想顾虑。

2、做好用药指导,坚持治疗。

3、定期复查,有异常出血及时就诊。

四、注意事项:

1、避免劳累及剧烈活动,有贫血者及时纠正。

2、保持外阴清洁,及时更换会阴垫。



第九节 葡萄胎的护理

一、护理评估

1、评估患者生命体征，观察体温、脉搏、呼吸、血压的变化。

2、观察腹痛及阴道出血，检查阴道排出物内有无水泡状组织，并保留会阴垫，以估计出血量及流出物的性质。

3、评估患者对疾病认知程度。

二、护理措施

1、按妇科疾病一般护理常规。

2、休息：充分休息，减少机体消耗。

3、饮食护理：给予高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

4、病情观察

(1)生命体征观察：密切观察体温、脉搏、呼吸、血压的变化。

(2)腹痛及阴道出血：观察腹痛及阴道出血情况。检查阴道排出物内有无水泡状组织，并保留会阴垫，以估计出血量及流出物的性质。

5、抢救准备：刮宫前配血备用，建立静脉通道，准备好缩宫素和抢救药品及物品，以防止大出血导致休克。术后将宫内刮出物送病理检查。

6、预防性化疗：对于高危病人，如葡萄胎、HCG异常升高等，给予预防性化疗，根据医嘱选用氟尿嘧啶(5-FU)加国产放线菌素D[更生霉素(KSM)]联合化疗1-2个疗程。

7、全子宫切除：对于需要手术切除子宫的病人，按妇科腹部手术前后护理常规。

8、心理护理：详细评估病人对疾病的心理承受

能力及接受治疗的心理准备，向病人讲解葡萄胎的疾病知识和清宫手术的过程，解除其顾虑和恐惧，使其增强信心。

9、健康指导

(1)活动与休息：适当活动，保证睡眠充足。

(2)预防感染：保持外阴清洁，预防感染，刮宫手术后禁止性生活1个月。

(3)定期复诊

① 术后3个月内每周复查1次血、尿HCG，如一直阴性改为每半个月检查1次，共3个月，如连续阴性、改为每个月检查1次持续半年，第2年起每半年1次，共复诊观察2年。

② 观察有无阴道异常出血、咳嗽、咯血及其他转移症状。定期行妇科检查、盆腔B超及x线胸片检查。

③ 随访2年中做好避孕，避免选用宫内节育器及药物避孕。

三、健康指导要点

1、适当活动，保证睡眠充足。

2、术后禁止性生活1个月。

3、做好出院指导：术后3个月内每周复查1次血、尿HCG，如一直阴性改为每半个月检查1次，共3个月，如连续阴性、改为每个月检查1次持续半年，第2年起每半年1次，共复诊观察2年。

四、注意事项

1、注意观察有无阴道异常出血、咳嗽、咯血及其他转移症状。

2、定期行妇科检查、盆腔B超及x线胸片检查。

第十节 侵蚀性葡萄胎及绒毛膜癌的护理

一、评估要点

1、评估患者的病情、生命体征及心理状况。

2、观察患者腹痛及阴道出血情况，有无转移灶征象。

3、评估患者个人及家属的既往史(包括滋养细胞疾病史，药物使用史及药物过敏史)。

4、了解患者妇科检查情况及各种辅助检查的情况(血、尿HCG，肺X线检查，CT，MIR，诊断性刮宫)。

二、护理措施

1、指导患者进食高蛋白、高维生素、易消化饮食，以增强抵抗力。

2、做好心理护理，向患者讲解疾病的相关知识，让患者宣泄痛苦心理及失落感，以便患者配合治疗。

3、观察患者腹痛及阴道出血情况，记录出血量，出血多时，除密切观察BP、P、R外，还要配合医生

做好抢救工作，及时做好手术准备。

4、动态观察并记录患者血HCG变化情况，识别转移灶症状，发现异常及时通知医生并配合处理。

5、需化疗者，按化疗护理常规护理。

6、有转移者，提供对症护理。

(1)阴道转移病人的护理：

① 卧床休息，禁止做不必要的检查和窥阴器检查；

② 配血备用，准备好抢救器械和物品；

③ 若发生破溃、大出血时，及时配合医生抢救。

(2)肺转移病人的护理：

① 卧床休息，有呼吸困难者，予以半卧位并吸氧；

② 按医嘱予以镇静剂和化疗药物；

③ 大咯血时，有窒息、休克、甚至死亡危险，应及时配合医生抢救。



(3) 脑转移患者的护理:

① 卧床休息, 留陪, 观察有无颅内压增高的症状, 记录出入液体量, 观察有无电解质紊乱的征象, 一旦发生异常情况立即通知医生, 并配合处理;

② 静脉补液, 予以止血、脱水, 吸氧, 化疗等处理, 严格控制补液总量和补液速度, 以防颅内压升高;

③ 做好 HCG 的测定, 腰穿等项目检查的配合;

④ 为患者提示舒适的环境, 预防并发症的发生。

三、健康指导要点

1、注意休息, 避免劳累。

2、保持外阴清洁, 预防感染, 节制性生活, 避孕。

3、坚持随访。

四、注意事项

1、注意观察患者有无出血、咳嗽、咯血及其他转移症状。

2、定期行妇科检查, 盆腔 B 超及 X 线胸片检查。

3、定期随访, 术后 3 个月内每周复查一次血、尿 HCG, 如一直阴性, 改为每半个月检查一次, 共 3 个月; 如连续阴性, 改为每半个月检查一次, 持续半年; 第二年起, 每半年一次, 共复查观察 2 年; 2 年后, 每年复查一次, 持续 3-5 年。

第十一节 卵巢肿瘤的护理

一、护理评估

1、评估患者的生命体征和心理状况。

2、评估患者的病情、既往史及健康状况。

3、评估患者对疾病和手术的认知程度。

4、评估患者对术前指导及术后康复训练的掌握程度。

二、护理措施

1、按妇科疾病一般护理常规。

2、体位护理: 腹腔化疗后应协助病人更换体位, 让药物接触整个腹腔。

3、病情观察: 观察腹部伤口敷料是否干燥; 观察并记录病人有无化疗反应; 放腹水时应密切观察病人反应、生命体征变化及腹水的性质, 速度不宜太快, 如病人诉心慌、胸闷等不适要及时通知医生处理, 每次放腹水不超过 3000ml。

4、手术病人同妇科腹部手术术前、术后护理常规,

化疗病人同妇科化疗病人护理常规。

5、心理护理: 加强与病人沟通, 了解心理情况和需求, 鼓励病人正确面对, 增强治愈信心。

6、健康指导: 加强高危人群的预防, 定期检查; 坚持随访和复诊, 遵医嘱坚持治疗。

三、健康指导要点

1、积极开展普查普治, 30 岁妇女每年行妇科检查。

2、宣传卵巢癌高危因素, 进高蛋白、高维生素饮食, 避免高胆固醇。

3、高危妇女口服避孕药。

四、注意事项

1、肿瘤良性者术后 1 个月复查。

2、恶性肿瘤患者应化疗, 需长期随访和监测, 术后 1 年每月 1 次, 术后 2 年每 3 个月 1 次, 术后 3-5 年每 4-6 个月 1 次, 5 年以上每年 1 次。

第十二节 子宫肌瘤的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、生命体征、饮食、用药情况等。

2、了解患者对疾病和手术的认知程度, 合作程度。

3、观察患者阴道有无出血, 腹痛等情况。

二、护理措施

1、按妇科疾病一般护理常规。

2、手术治疗者按妇科腹部手术术前、术后护理常规。

3、饮食护理: 给予营养丰富、富含铁质的饮食, 如牛奶、鸡蛋、瘦肉等。

4、病情观察

(1) 生命体征观察: 严密观察生命体征变化, 出血量多的病人需住院治疗。

(2) 阴道出血情况: 密切观察阴道出血量, 对失血严重者按医嘱给予输血。

(3) 腹痛情况: 浆膜下肌瘤病人应密切观察有无腹痛、疼痛的部位、程度以及疼痛的性质, 如出现剧烈腹痛, 应考虑肌瘤蒂扭转并立即通知医生, 做好急诊手术准备。

5、药物应用: 一般用雄激素类药物非手术治疗, 对抗雌激素, 以控制子宫出血及延长月经周期。肌瘤不大者, 可用中药治疗改善症状。应用激素治疗的病人, 应详细讲解药物的作用、服药方法、服药过程中可能出现的不良反应及不能擅自停药等注意事项, 以免出现撤退性出血。

6、心理护理: 讲解疾病相关知识, 帮助病人及家属正确认识疾病, 消除其不必要的顾虑, 增强其战胜疾病的信心。

7、健康指导

(1) 性生活: 术后禁性生活 2-3 个月。



(2) 定期复诊: 手术病人出院1个月后到门诊复查, 以了解病人术后康复情况。出现不适或异常症状如大量阴道出血, 阴道分泌物有异味等应及时就诊。

三、健康指导要点

- 1、根据患者病情, 指导合理饮食。
- 2、对应用雄激素类药物非手术治疗患者, 严格按医嘱服用药物, 告知相关注意事项。

- 3、指导患者和家属保护伤口、引流管的方法。
- 4、根据病情及手术方式, 指导患者进行功能锻炼。

四、注意事项

- 1、为患者提供整体护理服务。
- 2、术后禁性生活2-3个月, 定期复查, 若阴道分泌物有异味或阴道大出血时及时就诊。

第十三节 宫颈癌的手术护理

一、护理评估

- 1、评估患者的生命体征和心理状况。
- 2、评估患者的病情、既往史及健康状况。
- 3、评估患者对疾病和手术的认知程度。
- 4、评估患者对术前指导及术后康复训练的掌握程度。

二、护理措施

- 1、按妇科疾病一般护理常规。
- 2、预防出血: 宫颈癌病人易发生阴道大出血, 因此行阴道检查及治疗时动作要轻柔, 大出血时可行阴道填塞止血。

3、预防感染: 保持外阴清洁, 阴道分泌物多时应勤换内裤。

4、宫颈癌行手术治疗者同妇科腹部手术病人术前、术后护理常规, 术后行化疗者同妇科化疗病人护理常规。

5、病情观察

(1) 生命体征观察: 术后密切观察病情变化, 给氧、心电监护动态监测6小时, 并做好记录, 发现异常及时报告医生。

(2) 引流管护理:

①腹腔引流及阴道引流: 密切观察腹腔引流及阴道引流情况, 若引流量增多, 颜色呈鲜红色, 应及时通知医生处理并做好护理记录。

②导尿管护理: 术后保留尿管14天, 留置尿管期间每天行外阴擦洗2次。拔尿管前2-3天开始夹闭尿管, 每2-4小时开放1次, 加强膀胱功能训练, 促进恢复正常的排尿功能。拔尿管后协助病人1-2小时排尿1次, 督促患者多喝水, 及时排尿。测残余尿大于100ml者须重新留置尿管。

6、健康指导

(1) 知识宣教: 提供健康知识, 积极治疗宫颈炎, 及时发现异常情况。

(2) 心理疏导: 指导病人调整自我, 适当参加工作和社交活动, 重视病人对性生活的态度, 提供针对性帮助。

(3) 定期复诊: 坚持随访复查, 按医嘱继续治疗。

三、健康指导要点

- 1、指导患者术后并发症的预防及管道护理。
- 2、指导患者术后进高蛋白、高热量、高维生素饮食。
- 3、提供预防保健知识, 积极治疗宫颈炎。
- 4、指导病人调整自我, 参加工作和社交活动。
- 5、重视病人对性生活的态度, 提供针对性帮助。

四、注意事项

- 1、从生理、心理、社会等方面为患者提供护理服务。
- 2、注意定期随访的重要性。

第十四节 子宫内膜癌的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的生命体征和心理状况。
- 2、评估患者的病情、既往史及健康状况。
- 3、评估患者对疾病和手术的认知程度。
- 4、了解患者相关检查, 观察阴道出血情况。
- 5、评估患者对术前指导掌握程度。

二、护理措施

1、普及防癌知识: 大力宣传定期进行防癌检查的重要性, 中年妇女每年接受1次妇科检查, 更年期、月经紊乱及绝经后出现不规则阴道出血者, 进行必要检查以排除子宫内膜癌的可能, 并接受正规治疗。

2、提供疾病知识, 缓解焦虑: 护士以亲切和蔼的态度与患者交谈, 介绍相关疾病知识, 解释治疗过程可能出现的护理问题及应对措施。

3、手术患者护理: 需要手术治疗者严格执行腹部及阴道手术护理准备。

4、做好放疗患者的护理: 讲解放疗目的、方法、作用、可能出现的不良反应, 如阴道流液增多, 疼痛等。做好放疗前准备工作, 指导患者卧床休息, 学会床上肢体运动的方法。

5、化疗患者护理: 按化疗护理常规进行护理。

6、药物治疗患者护理: 对采取孕激素治疗患者,



应强调严格用药的重要性，教会患者用药方法、治疗过程中可能出现的反应及预后，如反应严重应报告医生及时对症处理。

7、出院指导：完成治疗后应定期随访，及时发现异常情况，确定处理方案，同时确定恢复性生活的时间及体力活动的程度。随访时间：术后2年内，每3个月1次；术后3-5年每6-12月1次。随访中注意有无复发病灶，并根据患者康复情况调整随访间期。

三、健康指导要点

1、告知患者及家属治疗的目的，取得配合。

2、作好手术前后的护理指导。

3、根据患者病情及手术方式，指导患者进行康复锻炼。

四、注意事项

1、注意患者对待疾病的态度，对于不知情者，可与家属沟通。

2、根据不同文化程度的病人要注意说话的方式及技巧，尽量让患者感到舒适。

3、术中注意观察患者阴道出血情况。

4、使用激素治疗时注意药物的不良反应。

第十五节 外阴、阴道疾病的术前护理

一、护理评估

1、评估患者的生命体征和心理状况。

2、评估患者的病情、既往史及健康状况。

3、评估患者对疾病和手术的认知程度。

二、护理措施

1、心理护理：由于外阴切除损伤身体完整性，切口瘢痕可导致性生活不协调或隐私部位裸露所致羞怯等，病人可出现紧张、焦虑等情绪，应针对病人的心理特征做好心理护理，详细讲解手术相关知识，做好家属工作，取得病人信任，使其配合治疗及护理。

2、术前准备

(1) 常规准备：术前1天抽血做血型交叉配合试验、配血备用，遵医嘱送检各项检查标本，行心电图检查等。

(2) 药敏试验：术前1天遵医嘱做药物过敏试验，将试验结果告知病人并在病历上记录。

(3) 皮肤准备：备皮范围上至耻骨联合上10cm，下至大腿内侧上2/3，包括会阴部、肛门周围皮肤。

(4) 肠道准备：按医嘱给予甲硝唑0.4g口服，每天3次，连用3天；从术前3天开始进无渣半流质饮食，术前1天进流质饮食；术前1天口服泻药行清洁灌肠。

(5) 阴道准备：术前3天用0.05%碘伏棉球行阴道擦洗。

3、病情观察：术前晚及手术当天清晨测量生命

体征，注意观察有无月经来潮、上呼吸道及皮肤感染等，如有异常应及时与医生取得联系，暂停手术。

4、药物应用：术前晚8时，遵医嘱给予镇静药，常用地西洋10mg肌内注射或艾司唑仑1mg口服。按医嘱给予术前用药，常用阿托品0.5mg、苯巴比妥钠0.1g肌内注射。

5、用物准备：准备好麻醉床、心电监护仪及氧气等。

三、健康指导要点

1、指导患者行深呼吸及有效咳嗽。

2、指导患者调整体位和床上翻身的方法，预防术后并发症。

四、注意事项

1、从生理、心理、社会等方面为患者提供护理服务。

2、注意观察患者情绪变化。

3、重视患者安全问题，服用泻药后，及时观察患者大便情况。对腹泻严重、年老体弱、贫血、糖尿病患者应防止虚脱、跌倒等意外情况发生，指导患者不宜私自下床，以防头晕不适，甚至跌倒。重点交接班，加强巡视。

4、术前备皮的目的是降低术后切口的感染，备皮时间离手术时间越近越好，最佳时间是术前2小时。备皮时动作轻柔，先润滑皮肤，再持备皮刀顺着毛发生长方向将其剃除，避免刮伤皮肤。

第十六节 外阴、阴道疾病的术后护理

一、护理评估

1、了解麻醉方式、手术方式及术中情况。

2、观察患者意识，生命体征及病情变化，伤口敷料有无渗血，阴道引流管、尿管是否通畅，观察引流物的颜色、性状、量、受压皮肤情况。

3、观察患者术后反应，及时告知医生并予处理。

二、护理措施

1、病人回病房后，护士应了解术中情况，观察病人意识恢复和麻醉苏醒情况，做好床边交接班。

2、搬动病人时动作轻柔，注意保暖。检查静脉输液是否通畅，正确连接各种引流装置，并妥善固定引流袋。



3、监测生命体征，给氧，心电监护6小时，并做好记录。

4、根据手术及麻醉方式采取不同的卧位。处女膜闭锁及有子宫的先天性无阴道病人，术后采取半卧位；外阴癌根治术病人则应采取平卧位，双腿外展屈膝，膝下垫软枕，减少腹股沟及外阴部的张力，有利于伤口的愈合；阴道前后壁修补术或盆底修补术后病人应以平卧位为宜，禁止取半卧位，以降低外阴及阴道的张力，促进伤口的愈合。

5、观察伤口有无渗血，保持伤口干燥。观察阴道分泌物的量、性质、颜色及有无异常气味。

6、保持外阴清洁干燥，勤换内裤。行外阴擦洗每天2次至拆线。术后3天可用微波治疗仪行外阴理疗，促进血液循环，利于伤口愈合。

7、管道护理：留置尿管期间每天行外阴擦洗2次，定时更换引流袋，并观察尿液颜色、量及性质。阴式全子宫切除术和阴道前后壁修补术病人，术后保留尿管3-5天。拔除尿管后，观察病人自行排尿情况，每1-2小时督促病人排尿1次。

8、术后伤口疼痛者，遵医嘱使用镇痛剂，促进患者舒适。

三、健康指导要点

1、外阴部手术病人应避免增加腹压的动作，以免增加局部伤口张力，影响伤口愈合。禁忌灌肠，排便时勿用力过度，大便后行外阴擦洗。

2、外阴部伤口愈合较腹部手术慢，故外阴部伤口常需间断拆线，保持外阴清洁。

3、做好长期留置尿管的护理，促进膀胱功能的恢复，防止尿潴留的发生。指导患者术前及术后第二天进行肛门、阴道肌肉的收缩与舒张练习。拔除尿管前应夹管，定时开放尿管，机械性的充盈、排空膀胱，逐渐恢复排尿反射，促进自主排尿。

4、术后一般休息3个月，避免重体力劳动，逐渐增加活动量。

四、注意事项：出院1个月后应及时到门诊检查术后恢复情况，术后3个月再次复查，确定伤口完全愈合后方可恢复性生活，如有不适应及时就诊。

第十七节 子宫脱垂、阴道壁膨出的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的生命体征和心理状况。
- 2、评估患者的病情、既往史及健康状况。
- 3、评估患者对疾病和手术的认知程度。
- 4、评估患者对术前指导及术后康复训练的掌握程度。

二、护理措施

- 1、按妇科疾病一般护理常规。
- 2、活动与休息：勿长时间站立、行走，多卧床休息，指导病人做盆底肌肉运动锻炼。
- 3、治疗原发疾病：积极治疗慢性咳嗽、便秘等增加腹压的原发疾病。
- 4、术前准备：

术前5天开始行阴道准备，根据子宫脱垂的程度，指导病人用1:5000的高锰酸钾溶液坐浴，或行阴道冲洗。有宫颈溃疡者应在冲洗后局部涂抗生素软膏，然后戴上无菌手套将脱出的子宫还纳于阴道内，并让

病人平卧半小时。必要时用清洁的卫生带或丁字带支托下移的子宫，避免子宫与内裤摩擦，减少异常分泌物。积极治疗局部炎症，按医嘱使用抗生素及局部涂含雌激素的软膏。

5、术后护理：术后卧床休息7-10天，留置尿管10-14天。其他同外阴、阴道手术病人术后护理常规。

三、健康指导要点

1、坐浴液温度适宜，避免患者局部烫伤，浓度过高容易造成粘膜烧伤，浓度过低影响治疗效果。

2、勿长时间站立、行走，多卧床休息，指导病人做盆底肌肉运动锻炼。

3、有效沟通，告知患者避免增加腹压的动作，多休息，让子宫周围韧带及盆底收缩，增强疗效。积极治疗慢性咳嗽、便秘等增加腹压的原发疾病。

四、注意事项：出院1个月后应及时到门诊检查术后恢复情况，术后3个月再次复查，确定伤口完全愈合后方可恢复性生活，如有不适应及时就诊。

第十八节 妇科化疗的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的生命体征和心理状况。
- 2、评估患者的病情、既往史及健康状况。
- 3、评估患者对疾病和化疗的认知程度。

二、护理措施

- 1、按妇科疾病一般护理常规。

2、体位与休息：根据病情协助病人取舒适卧位，充分休息，保持充足睡眠以减少消耗，夜间难以入睡者，遵医嘱给予镇静药。

3、饮食护理：指导病人进食高蛋白、高维生素、易消化饮食，以增强机体的抵抗力，进食前后注意漱口。



4、病情观察

(1) 观察体温：密切观察体温变化，判断有无感染。

(2) 观察出血情况：密切观察有无牙龈、鼻腔、皮下或阴道活动性出血情况。

(3) 化疗药物毒性反应：

① 口腔护理：保持口腔清洁，预防口腔炎，如出现口腔溃疡，可用生理盐水加庆大霉素1支或2%-3%硼酸液漱口，溃疡处涂以冰硼散，口腔疼痛影响进食者，可于饭前用利多卡因加生理盐水喷喉。

② 止吐护理：观察恶心、呕吐情况，在化疗前后给予镇吐药，合理安排用药时间以减轻症状。

③ 肝肾功能损害护理：密切观察有无肝肾功能及造血功能损害的症状，监测肝肾功能及白细胞计数的变化。

5、药物应用

(1) 药物应现配现用：根据医嘱配药，严格执行“三查七对”，正确溶解和稀释药物，并做到现配现用。一般常温下不超过1小时，尤其是氮芥类药物。放线菌素D（更生霉素）、顺铂等需要避光的药物，使用时要用避光纸或黑布包好。

(2) 剂量准确：保证药物剂量准确，输液时确认进入血管后方可更换化疗药液，输注完毕后用生理盐水冲管，至管内药液全部输入方能拔针。腹腔化疗者应经常变动体位，保证疗效。

(3) 控制输注速度：严格遵照医嘱调节输液滴数，

保证药物在规定的时间内输完。

(4) 合理选择静脉通路：根据药物的性能和化疗时间的长短，合理选择静脉通路和血管通道器材，如行外周静脉置入中心静脉置管术（PICC），减少化疗药物对静脉刺激，以保证化疗的顺利完成。

(5) 防止外渗：用药过程中经常巡视病房，如发现药物外渗，应立即停止输入，并行局部封闭，防止局部组织坏死，减轻疼痛和肿胀。

6、心理护理：指导病人保持良好的心态，积极配合治疗。对脱发病人做好解释工作，消除病人的精神压力，可建议病人戴假发或戴帽子。

三、健康指导要点

1、知识宣教：向病人介绍化疗护理常识，了解化疗药物的毒副作用。使用PICC后，详细讲解维护的注意事项，以保证治疗的安全性。

2、自我护理：告知病人坚持化疗的重要性，指导病人进行化疗期间的自我护理。

3、营养支持：加强营养，提高机体抵抗力。

4、预防感染：避免到公共场所活动，预防交叉感染。

四、注意事项

1、注意观察化疗药物的不良反应，如胃肠道反应、脱发、口腔炎、粒细胞减少等，遵医嘱对症处理。

2、加强营养，给予清淡、易消化饮食，并注意补充水分。

第五十五章 产科常见疾病护理常规

第一节 产科疾病的一般护理

一、护理评估

1、热情接待孕产妇，态度亲切和蔼，仔细认真。

2、初产妇宫口开大6cm，经产妇宫口开3cm有规律宫缩且宫缩较强者送入产房待产。

3、全面了解孕妇的情况，特别是既往孕产史及目前的情况。

4、观察产程进展并作好详细的记录。

5、随时注意孕妇膀胱充盈情况，督促产妇至少2小时排尿一次。

二、护理措施

1、产程观察：

(1) 宫缩：包括宫缩开始的时间，间隔时间，持续时间及强度，如宫缩异常应及时处理。

(2) 胎心音：

① 有规律宫缩后每小时听1次；每次阴道内诊前后应立即听胎心音。

② 行人工破膜后应立即听胎心，胎心不正常者

每5min听诊胎心音1次；

胎心音 < 120 次/分或 > 160 次/分或快慢不规则应立即给氧，更换体位并通知医生，作好记录，向家属交待情况，必要时可作阴道检查，排除脐带脱垂的可能。

(3) 血压：入室后测量1次血压，妊娠期高血压疾病患者应遵医嘱监测血压。

(4) 阴道检查：根据宫缩情况进行阴道检查，了解宫口开大及先露下降情况。

2、随时注意孕妇排尿情况，膀胱充盈经一般处理无效者应行导尿术，必要时留置导尿管。对试产及产程异常者应注意尿色变化，如有血尿，及时通知医生处理，尽早结束分娩。

三、健康指导要点

1、鼓励孕妇进食，一般以半流质易消化饮食为宜，不能进食者酌情给予输液。

2、指导孕妇及家属母乳喂养相关知识。



3、指导孕妇正确自计胎动方法：早、中、晚各监测胎动一次，每次一小时，3次胎动次数相加乘以4，即为12小时的胎动计数，如12小时的胎动次数 <10 次或每小时 <3 次提示胎儿宫内缺氧，应立即给予氧气吸入，取左侧卧位。胎动消失后，胎心音在24小时内也会消失，应予以重视，以免贻误抢救时机。每天监测胎动可预测胎儿安危。

四、注意事项

- 1、有下列情况者必须卧床休息：胎膜早破、先露高浮、胎位不正、阴道流血、妊娠期高血压疾病、心脏病、严重肺结核。
- 2、前置胎盘、胎盘早剥、有产后大出血史、羊水过多、双胎产妇肝功能异常者，应常规配血备用。

第二节 孕期监护及保健

一、产前检查的护理

一、护理评估

- 1、评估产前检查时间。
- 2、了解既往史，家族史，本次妊娠经过，推算预产期。

3、了解胎儿和产道情况

4、评估相关辅助检查结果。

二、护理措施

- 1、了解末次月经的日期以及推算预产期。
- 2、测量血压和体重。
- 3、腹部检查，阴道检查，绘制妊娠图。

二、孕期监护及保健的护理

一、评估和观察要点

- 1、询问病史：有无家族史、孕产史、预产期。
- 2、产科检查：了解胎儿和产道情况。
- 3、注意发育、营养、精神状态、有无畸形。
- 4、评估相关辅助检查结果。

二、护理措施

- 1、适当活动与休息，左侧卧位。
- 2、推算预产期，了解末次月经的日期。

三、健康指导要点

4、做好实验室检查和B超检查。

三、健康指导要点

1、告知孕妇产前检查时间，确诊早孕开始至妊娠28周前应每4周检查1次，妊娠28周后应每2周检查1次，妊娠36周后应每周检查1次。

2、告知孕妇产前检查的重要性。

3、告知孕妇自测胎动。

四、注意事项：注意高危孕妇应酌情增加产前检查次数。

1、告知孕妇产前检查的重要性。

2、告知孕妇自我监护。

3、性生活指导，识别先兆临产。

4、指导孕妇有目的，有计划地为胎儿实施胎教。

四、注意事项

1、避免接触动物，以免引起弓形虫感染。

2、禁忌烟酒，以免引起流产、早产及畸形。

3、孕期应在医生指导下使用药物，以免影响胎儿的生长发育。

第三节 分娩前护理常规

一、第一产程的护理

一、护理评估

- 1、热情接待产妇，态度亲切和蔼，仔细认真。
- 2、初产妇宫口开大6cm，经产妇有规律宫缩入产房待产。

3、全面了解产妇的情况，特别是既往孕产史及目前的情况。

4、观察产程进展并作好详细的记录。

5、随时注意产妇膀胱充盈情况，督促产妇至少2小时排尿一次。

二、护理措施

1、产程观察：

(1)宫缩：包括宫缩开始的时间，间隔时间，持续时间及强度，如宫缩异常应及时处理。

(2)胎心音：

1)有规律宫缩后每小时听1次；每次阴道内诊前后应立即听胎心音。

2)行人工破膜后应立即听胎心音，胎心音不正常者每5min听诊1次；

3)胎心音 <120 次/分或 >160 次/分或快慢不规则应立即给氧，更换体位并通知医生，作好记录，



向家属交待情况，必要时可作阴道检查，排除脐带脱垂的可能。

(3) 血压：入室后测量1次血压，妊娠期高血压疾病患者应遵医嘱监测血压。

(4) 阴道检查：根据宫缩情况进行阴道检查，了解宫口开大及先露下降情况。

2、随时注意产妇排尿情况，膀胱充盈经一般处理无效者应行导尿术，必要时留置导尿管。对试产及产程异常者应注意尿色变化，如有血尿，及时通知医生处理，尽早结束分娩。

二、第二产程的护理

一、护理评估

初产妇宫口开全，经产妇宫口开大5cm，宫缩较强者入分娩室，准备接产。

二、护理措施

1、观察产程进展：每10min听诊胎心1次。有条件者，可行胎心监护。动态观察胎心变化。

2、指导产妇正确运用腹压，采取良好的应对措施配合分娩。

3、准备接产：

(1) 清洁会阴部。

(2) 物品准备：备好产包、吸引器、吸痰管、站灯和预热新生儿辐射台、新生儿睡床。

(3) 初产妇胎头拨露，经产妇宫口开大4-5cm，估计30分钟可分娩者，接产者按常规消毒双手后，准备接生，注意保护会阴，如需做会阴切开者，按会阴切开指征行会阴切开术，按分娩机制娩出胎儿。

三、第三产程的护理

一、护理评估

准确估计出血量，产后2小时观察血压、脉搏，子宫收缩及阴道流血等情况。

二、护理措施

1、胎儿娩出后立即将弯盘置于产妇会阴下方留产后血，以便准确计算出血量。

2、协助胎盘娩出并检查：根据胎盘剥离征象，确认胎盘已剥离，可轻压宫底，协助胎盘娩出，胎盘娩出后应仔细检查胎盘是否完整，如有残缺应做好相关记录并告知医生。如30min后仍未见胎盘剥离征象，告知医生，行人工剥离胎盘术。

3、检查产道情况：仔细检查软产道，如有裂伤及时缝合；会阴切开者缝合伤口；酌情进行消毒处理，擦净产妇会阴、臀部的血迹，垫以消毒治疗巾。

4、观察子宫收缩及阴道出血情况：胎盘娩出后2小时内注意观察子宫收缩、宫底高度及阴道出血情况，注意膀胱是否充盈、会阴伤口有无血肿，并监测血压、脉搏变化，详细填写分娩相关记录，并详细交班。

三、健康指导要点

1、鼓励产妇进食，一般以半流质易消化饮食为宜，不能进食者酌情给予输液。

2、指导孕妇及家属母乳喂养相关知识。

四、注意事项

1、有下列情况者必须卧床休息：胎膜早破、先露高浮；胎位不正；阴道流血；妊高征；心脏病、严重肺结核。

2、前置胎盘、胎盘早剥、有产后大出血史、羊水过多、双胎产妇肝功能异常者，应常规配血备用。

4、新生儿处理

(1) 新生儿娩出后立即剪断脐带，用干毛巾擦干皮肤并保暖。

(2) 进行Apgar评分及复苏处理。

(3) 系上新生儿手圈，手圈上标明母亲姓名、床号、住院号、新生儿性别。

(4) 如新生儿无异常，娩出后半小时内抱给母亲，进行第一次吸吮和皮肤接触。

三、健康指导要点：鼓励产妇进食，一般以半流质易消化饮食为宜，不能进食者酌情给予输液。

四、注意事项

1、初产妇第二产程超过1.5小时，经产妇超过0.5小时者，应检查原因进行处理，如有胎儿宫内窘迫，应尽快阴道助产结束分娩。

2、有异常情况应与医师联系处理。

三、健康指导要点

1、指导产妇取健侧卧位或平卧，保持会阴清洁，勤换会阴垫，便后清洗会阴部，促进伤口愈合，会阴部有疼痛、坠胀感应及时告知医务人员，及时处理。

2、给予清淡、易消化的流质饮食。

3、协助产妇和新生儿皮肤接触和早吸吮，指导母乳喂养。

四、注意事项

1、检查胎盘及胎膜应认真仔细，若确定有胎盘及胎膜缺损应及时处理，以防产后出血。

2、正常分娩出血量多数不超过300ml，遇有产后出血史或易发生宫缩乏力的产妇，可在胎儿前肩娩出后及时使用药物。



第四节 产褥期的护理

一、护理评估

- 1、观察产后出血及伤口情况。
- 2、评估子宫底高度、子宫复旧情况。
- 3、观察恶露性质、量及气味。
- 4、评估产妇乳房条件及母乳喂养情况

二、护理措施

- 1、按摩子宫底，观察宫底高度及阴道出血情况。
- 2、会阴及会阴伤口的护理，每次便后进行会阴伤口清洗，会阴部消毒以及会阴理疗应每日一次。
- 3、进行母乳喂养相关知识宣教，每日进行乳房护理使产妇保持泌乳。
- 4、行心理护理，以帮助产妇适应角色转换。

三、健康指导要点

- 1、指导产妇观察子宫复旧及恶露的目的。

- 2、指导产妇及时排空膀胱。

- 3、告知母乳喂养的方法以及母乳喂养重要性。

- 4、进行产后饮食指导，进食营养丰富高蛋白、高维生素食物，避免过度滋补，保持大便通畅。

- 5、指导产妇及家属进行新生儿护理。

四、注意事项

- 1、每天同一时间按摩子宫，观察宫底高度及恶露颜色、性质、气味、量。

- 2、产后不宜过早进行会阴伤口理疗，一般以产后24小时为宜。

- 3、定期观察产妇泌乳情况及会阴伤口愈合情况，如有异常及时处理。

- 4、出院前进行产后健康教育指导及计划生育指导。

第五节 正常新生儿的护理

一、正常新生儿的护理

一、护理评估

1、出生时评估：评估新生儿的健康状况，对新生儿进行Apgar评分，Apgar评分法用于判断有无新生儿窒息及窒息的程度，以出生后1分钟内心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色5项体征为依据，每项为0-2分，满分为10分。

2、入母婴同室评估 病史 了解家属的特殊病史，母亲既往妊娠史，本次妊娠的经过，胎儿生长发育及其监测结果，分娩经过，产程中胎儿情况，出生体重、性别、Apgar评分及出生后检查结果等。检查出生记录是否清晰，并与新生儿身上的手圈核对。

3、身体评估：评估时注意保暖，可让母亲在场以便指导。

二、护理措施

1、出生时护理：保持产房室温24℃-28℃，新生儿娩出后迅速清理口腔内黏液，保证呼吸道畅通。

2、母婴同室护理：入母婴同室后沐浴、更衣、右侧卧位，防黏液吸入，保持呼吸道通畅。

3、日常护理

(1) 保暖：新生儿生后立即采取保暖措施，保暖方法因地制宜，母亲胸前怀抱、热水袋、温箱及远红外线辐射台均可，保持新生儿皮温36.5℃，4-6小时后移至普通婴儿床中。

(2) 喂养：提倡母乳喂养，做到按需哺乳。

(3) 呕吐的观察与护理 吐奶是新生儿常见症状，除新生儿消化系统自身解剖特点外，喂奶量过多、奶汁含脂过高、奶温过低、喂养方法不当、吞入大量空

气等都能引起呕吐或溢奶。

(4) 皮肤护理：新生儿护理及治疗均应注意无菌操作，接触新生儿前要洗手。刚出生的新生儿可用消毒植物油擦去皱褶部分过多胎脂，以防胎脂存留过久刺激皮肤引起糜烂。

(5) 脐部护理与观察：脐带无菌结扎后一般在1-7天干燥脱落成脐窝。

(6) 预防接种：出生后24小时内，无禁忌证者接种卡介苗，出生后24小时内、1个月和6个月注射乙肝疫苗。

(7) 大小便观察：大便性状可提示喂养情况，故每次换尿布时除要观察有无大小便外，还要记录大便性状及量，初步了解消化道情况，并对某些疾病诊断治疗提供重要依据。

4、其他：除生命体征等一般观察外，还应密切观察小儿精神反应、哭声、面色、哺乳情况、皮肤颜色、出血点、有无化脓感染、大小便及睡眠情况，如有异常及时处理。

三、健康指导要点

1、提倡母乳喂养，注意母亲乳房的护理，勤更换衣服，保持皮肤及乳头的清洁。每次喂奶时，注意喂哺的体位姿势与婴儿的含接姿势。

2、人工喂养者注意选择适宜的奶瓶和奶嘴，防止发生吸入性肺炎。并注意奶具的清洁，每次用后煮沸消毒，防止发生腹泻。

3、合理喂养，及时添加辅食，添加辅食由一种至多种，由少到多，由稀到稠，由细到粗。



4、保持皮肤清洁干燥，特别注意皮肤皱褶处的清洁，如颈下、腋下、腹股沟等处。每天沐浴1次，大便后用温水清洗，护理时动作应轻柔，预防损伤和感染。

5、按期进行预防接种，定期到儿童保健门诊体检。

6、新生儿满月后就应开始户外活动，多晒太阳，

二、新生儿听力筛查的护理

一、护理评估

1、听力障碍高危因素

2、新生儿重症监护室中住院超过24小时。

3、儿童期永久性听力障碍家族史。

4、巨细胞病毒、风疹病毒、疱疹病毒、梅毒或弓形虫等引起的宫内感染。

5、颅面形态畸形，包括耳郭和耳道畸形等。

6、出生体重低于1500g

7、高胆红素血症达到换血要求。

8、母亲孕期曾使用过耳毒性药物。

9、细菌性脑膜炎。

10、Apgar评分1分钟评分0-4分或5分钟评分0-6分。

11、机械通气时间5天以上。

12、临床上存在或怀疑有与听力障碍有关的综合征或遗传病。

二、护理措施

1、筛查时间：实行两阶段筛查，出院前进行初筛，

三、新生儿疾病筛查的护理

一、护理评估

1、新生儿出生时情况。

2、母乳喂养情况及大小便情况。

二、护理措施

1、采集前准备：采血人员清洗双手并佩戴手套。

2、消毒：按摩或热敷新生儿足跟，并用75%乙醇消毒皮肤。

3、采血：使用一次性采血针刺足跟内或外侧，深度小于3mm，用干棉球拭去第1滴血，取第2滴血。将滤纸片接触血滴，切勿触及足跟皮肤，使血自然渗透至滤纸背面，至少采集2个血斑，每个血斑直径大于8mm，血斑无污染。

4、止血：手持消毒棉轻压取血部位使其止血。

5、记录：将血片置于清洁空气中，避免阳光直射，自然晾干时呈深褐色，并做好记录。

6、保存：将检查合格的滤纸干血片，置于塑料

四、母婴同室的护理

一、护理评估

1、入院护理：热情接待入院产妇和新生儿

增强体质，预防佝偻病，并按时、按顺序添加辅食。

四 注意事项

1、注意保暖，并根据天气变化增减衣服，防止受凉和发热。

2、尽量不去公共场所，减少探视，家中有感冒者避免接触，以防发生呼吸道感染。

未通过筛查者于42天内进行复筛查，仍未通过者转听力检测中心，告知有高危因素的新生儿父母，即使通过筛查仍应结合听性行为观察法，3年内每6个月随访1次。

2、筛查环境：应有专用房间，通风良好，环境噪声低于45分贝。

三、健康指导要点

1、清洁耳道。

2、受检儿处于安静姿态，必要时可使用镇静药。

3、两耳分别测试。轻轻放入探头，仪器自行显示结果，如未通过筛查者，需重复2-3次测试。

四、注意事项

1、复筛阳性的患儿由听力检测机构进行耳咽喉科检查及声导抗、耳声发射、听性脑干诱发电位检测、行为测听及其他相关检查，并进行医学和影像学评估，一般在6月龄作出诊断。

2、有高危因素的新生儿在随访过程中发现听力障碍应进一步明确诊断。

袋内，保存在2-8℃冰箱中。

7、检测：在规定时间内将滤纸干血片送至新生儿疾病筛查实验室检测。

三、健康指导要点

1、加强宣教：护理人员在实施血片采集前，应将新生儿疾病筛查的相关知识告知新生儿的监护人。

2、筛查时间：新生儿疾病筛查应在出生72小时后，7天之内，充分哺乳的情况下进行。

四、注意事项

1、完善信息：认真填写采血卡片，做到字迹清楚、记录完整。卡片内容包括：采血单位、母亲姓名、住院号、居住地址、联系电话、新生儿性别、孕周、出生体重、出生日期及采血日期等。

2、采血完毕用无菌纱布块覆盖，并密切观察有无出血。

2、环境适宜：提供舒适、安静、安全、温湿度适宜环境（每对母婴床单面积）6m²，婴儿有独立床单



位。

二、护理措施

1、母亲和婴儿同居一室，每天婴儿治疗、沐浴时和母亲分离时间不超过1小时。

2、鼓励早吸吮 给予早吸吮，鼓励母乳喂养，建立母乳喂养信心，提高母乳喂养成功率。

三、健康指导要点

1、宣教产褥期自我护理知识；指导产妇保持良好的心态完成角色转变，适应新的家庭生活；告知新生儿护理知识，传授照顾新生儿的方法。

五、母乳喂养的护理

一、护理评估

1、评估母亲身体状况。

2、评估乳房充盈情况。

二、护理措施

1、饮食护理：告知产妇母乳喂养的优点，做好产妇饮食营养指导。产妇每天应摄入充足的热量和蛋白质，同时还应摄入足够的蔬菜、水果及谷类，控制食物中总的脂肪摄入，补充足够的钙、铁、碘等必需的无机盐类。

2、早接触、早吮吸：经阴道分娩的正常新生儿，出生半小时内全裸放在母亲胸部，进行皮肤接触30分钟，并帮助新生儿进行早吸吮。剖宫产母亲产后1小时内进行皮肤接触和早吸吮。

三、健康指导要点

1、哺乳方法：哺乳前嘱产妇洗净双手及奶头，

2、日常护理：告知新生儿护理技巧，如尿裤更换、脐带护理、婴儿更衣等，并提供生活帮助，帮助母亲顺利由孕期向哺乳期过渡，减少角色转换带来的心理不适。

四、注意事项

1、安全管理：加强巡视，保障婴儿安全，严格执行婴儿治疗、沐浴时医护患交接制度。

2、预防感染：严格母婴同室消毒隔离制度、病房探视制度，避免院内交叉感染。

母亲采用舒适体位，常见坐式、卧式、环抱式。母亲一只手托住婴儿，另一只手托起乳房，拇指与四指分别放在乳房上下呈“C”形，婴儿含接时，应将乳头及大部分乳晕充分放入婴儿口中，吸吮时可见婴儿两颊鼓起，嘴唇突起，听到有节奏的吸吮和吞咽声。喂奶时先吸空一侧乳房后，再吸吮另一侧乳房。每次哺乳后，应将新生儿抱起轻拍背部1-2分钟，排出胃内空气，以防止吐奶。

2、按需哺乳：哺乳不限时间及次数，奶胀即喂，婴儿饥饿时即喂。

四、注意事项：

1、哺乳时，护士应巡视婴儿吃奶情况，了解乳汁分泌情况。

2、注意母亲的乳房不要堵塞婴儿鼻子，以免影响婴儿呼吸，并宣教哺乳知识。

第六节 妊娠期并发症的护理

一、妊娠剧吐的护理

一、护理评估

1、评估患者病情及心理状态。

2、评估患者妊娠情况。

二、护理措施

1、按产科病人一般护理常规。

2、活动与休息：呕吐较轻者可在病区内适当活动，呕吐严重者应卧床休息，以防晕倒等意外事件发生。

3、饮食护理：呕吐严重者禁食2-3天，呕吐减轻后，可进流质或半流质饮食，少量多餐，并补充维生素。

4、输液护理：每天输入葡萄糖液及葡萄糖盐水3000ml，适当补充电解质、维生素C、维生素B6及碳酸氢钠溶液、复方氨基酸等，进食后可减少输液总量。

5、口腔护理：呕吐后，注意漱口，保持口腔清洁，以增进食欲。

6、终止妊娠：经治疗病情仍不好转，并出现体温升高、心率超过120次/分、持续性黄疸、肝肾功能严重受损、颅内及眼底出血等应考虑终止妊娠。

7、心理护理：鼓励、关心病人，指导其听轻音乐等方式以分散注意力，以减轻呕吐症状。

三、健康指导要点

1、鼓励进食：鼓励孕妇克服不适，尽量进食，以保证机体营养供给。

2、围生期保健：定期进行围生期保健检查，了解胎儿发育及孕妇身体情况。

四、注意事项

1、指导患者加强营养，进食高热量，高蛋白、高维生素及富含矿物质的食物，促进胎儿生长发育。

2、护士应向孕妇讲解怀孕初期的注意事项，可以照常工作，但要避免剧烈运动及重体力劳动。保持充足的睡眠，不可饮酒及接触有毒物质。



二、先兆早产的护理

一、护理评估

- 1、评估可致早产的高危因素。
- 2、核实孕周，评估胎儿成熟度，观察宫缩及宫颈扩张情况，确定早产进程。

二、护理措施

- 1、做好孕期保健工作指导，孕妇加强营养，保持平静心情。
- 2、高危孕妇必须多卧床休息，以左侧卧位为宜。
- 3、药物治疗的护理主要为抑制宫缩，与此同时，还要积极控制感染和并发症。
- 4、预防新生儿合并症，应每日行胎心监护，有

三、先兆流产的护理

一、护理评估

- 1、观察腹痛和阴道出血情况。
- 2、评估相关检查结果。
- 3、评估产妇心理状况。

二、护理措施

- 1、先兆流产孕妇指导卧床休息，饮食营养丰富易消化，保持大便通畅。
- 2、妊娠不能再继续者积极采取措施，及时做好终止妊娠准备。
- 3、及时对流产不可避免的孕妇进行心理疏导，促进心理健康。
- 4、妊娠不能继续者保持会阴部清洁，观察腹痛、阴道排出物及阴道出血情况。

三、健康指导要点

四、多胎妊娠的护理

一、护理评估

- 1、了解妊娠经过及产前检查情况。
- 2、评估孕妇的早孕反应程度，食欲、呼吸情况，以及下肢水肿、静脉曲张程度。
- 3、加强病情观察，及时发现并发症并处理。

二、护理措施

- 1、增加产检次数，监测宫高、腹围和体重。
- 2、注意休息，指导做骨盆倾斜运动。
- 3、采取措施预防静脉曲张。
- 4、临产后严密监测血压、观察产程和胎心变化。

五、死胎的护理

一、护理评估

- 1、评估有无妊娠高血压综合征、糖尿病、母儿血型不合病史；了解胎动异常及胎动停止时间。
- 2、评估孕妇生命体征及血常规、凝血功能、肝肾功能等检查。

异常时及时采取应对措施。

- 5、如早产已不可避免要及时为分娩做准备，应尽早决定合理分娩的方式。

三、健康指导要点

- 1、告知孕妇药物作用副作用。
- 2、教会孕妇自测胎动方法。

四、注意事项：

- 1、若早产已不可避免要为分娩做准备，应尽早决定合理分娩的方式，尽可能缩短产程。
- 2、预防新生儿合并症发生。

- 1、先兆流产禁止性生活及盆浴，注意个人卫生，勤更换卫生垫及内衣裤。

- 2、告知孕妇保胎期间如果出现腹痛或阴道出血情况应及时告知医护人员。

- 3、家属要多关心体贴孕妇，使其注意休息，避免精神过度紧张。

- 4、妊娠不能继续者，及时做好终止妊娠准备，出院前进行计划生育指导，下次怀孕间隔半年为宜。

四、注意事项

- 1、先兆流产禁止阴道检查及灌肠等。
- 2、严密监测体温、血象及阴道出血，发现感染征象及时报告。
- 3、妊娠不能继续且出血较多者，应立即通知医生进行相关处理。

防止产后出血发生。

三、健康指导要点

- 1、妊娠最后2-3月尽量多卧床休息，采取左侧卧位。

- 2、加强营养，补充铁、钙、叶酸等。
- 3、分娩后腹部置沙袋，并以腹带紧裹腹部。
- 4、指导母乳喂养相关知识。

四、注意事项

- 1、注意阴道出血及子宫复旧情况。
- 2、及早识别产后出血、感染等异常情况。

- 3、评估孕妇情绪反应。

二、护理措施

1、心理护理：

产前心理护理至关重要，和蔼的态度、安慰性语言、详细的讲解、轻柔的操作会让孕妇得到心理上的



安慰。

- 2、密切观察有无出血倾向。
- 3、产时密切观察宫缩情况，防止子宫破裂或软产道损伤。
- 4、胎儿娩出后详细检查胎儿及胎盘情况，了解胎儿死亡原因。
- 5、妊娠月份较大者，及时退乳。

三、健康指导要点

- 1、宣传优生优育知识，指导下次怀孕的最佳时机。
- 2、针对产妇特有心理特点做好出院指导。

四、注意事项

- 1、退乳期间指导产妇不可挤压乳房，避免过度滋补。
- 2、及时心理疏导防止发生产后抑郁。

第七节 妊娠合并症的护理

一、妊娠合并心脏病的护理

一、护理评估

- 1、评估家族史、高血压史以及有无高危儿生产史。
- 2、了解孕妇心功能情况和胎儿情况。
- 3、观察生命体征，胎心情况，注意有无腹痛，阴道出血，水肿，心力衰竭、胎儿缺氧等症状。
- 4、观察有无感染征象，合理有效应用抗生素。

二、护理措施

- 1、按医嘱监测胎心、胎动、注意产兆。
- 2、保证每晚至少10小时以上的睡眠，饭后30分钟休息。
- 3、进高热量、高蛋白、高维生素、低盐低脂及富含钙、铁食物。
- 4、预防及治疗引起心力衰竭的诱因，如上感，口腔炎等。
- 5、临产时须专人守护，密切观察胎儿情况及产程进展，产程停滞或心功能不全者立即做好剖宫产准备。

6、宫口开全应尽量缩短第二产程，避免产妇屏气用力，减轻心脏负担。

7、给予氧气吸入或根据医嘱给予药物治疗。

8、做好新生儿抢救准备。

9、产后一周内易发心衰，应卧床休息，预防便秘，选择合适的喂养方式。

三、健康指导要点

- 1、定期产前检查或家庭访视。
- 2、休息时左侧卧位为宜，有心力衰竭、呼吸困难者，取半卧位。
- 3、提前入院待产，向孕妇及家属解释有关病情及其预防心力衰竭的有效措施。

四、注意事项

- 1、选择合适的喂养方式。心功能3级或以上不宜哺乳。
- 2、严格避孕，告之合适的避孕方式。

二、妊娠合并糖尿病的护理

一、护理评估

- 1、评估家族史和病史以及有无高危儿生产史。
- 2、评估孕妇有无糖代谢紊乱，病情控制和用药情况。
- 3、评估糖尿病严重程度及预后。
- 4、评估相关实验室检查。

二、护理措施

- 1、非孕期控制血糖正常范围再妊娠。
- 2、妊娠期正确控制血糖，加强母婴监护。
- 3、分娩期控制血糖，确保母婴安全情况下，尽量推迟终止妊娠时间。

4、新生儿按高危儿处理。

5、产褥期调整药物剂量，预防产褥感染。

三、健康指导要点

- 1、控制饮食、适度运动、合理用药。
- 2、指导孕妇掌握发生高血糖及低血糖的症状及紧急处理措施。

3、在无禁忌症情况下正确指导进行母乳喂养。

四、注意事项

- 1、孕妇不宜口服降糖药治疗。
- 2、分娩后胰岛素用量减量至原用量的1/2-1/3。

三、妊娠合并病毒性肝炎的护理

一、护理评估

- 1、评估有无家族史及输血史等。
- 2、观察孕妇有无消化系统症状。
- 3、评估相关实验室检查。

二、护理措施

- 1、定期产前检查、防止交叉感染。
- 2、积极治疗各种并发症。
- 3、分娩期密切观察产程进展、监测凝血功能、



正确处理产程。

4、产褥期预防产后出血、护肝治疗，对新生儿行主动免疫。

三、健康指导要点

- 1、重视以切断传播途径为重点的预防措施。
- 2、妊娠期限限制蛋白摄入。

3、行母乳喂养相关知识宣教，正确指导母乳喂养。

四、注意事项

- 1、产时严格消毒，所使用物品均按相关规定处理。
- 2、肝炎治愈后至少半年再妊娠。
- 3、行产后健康宣教及计划生育指导。

第八节 剖宫产的手术护理

一、术前护理

(一) 护理评估

- 1、孕妇换好病员服。
- 2、核对孕妇住院信息、手术方式。
- 3、注意胎心音、血压、脉搏等情况。
- 4、做好物品准备工作及心理护理。
- 5、签署护理知情同意书。

(二) 护理措施

1、术前备皮，留置导尿管、手术区域标记并行双人核对。

2、必要时配血，遵医嘱执行术前用药。

(三) 健康指导要点

1、指导孕产妇家属准备新生儿襁褓、纸尿裤、及相关准备工作。

2、指导产妇及家属母乳喂养相关知识。

(四) 注意事项

1、术前应充分了解孕妇及胎儿的基本情况，做好各种应急准备。

2、双胞胎或多胎时，应配备充足的人力资源，确保新生儿复苏的有效性、转诊的安全性和及时性。

3、与手术室接诊人员共同核对产妇相关信息无误后，进行交接。

二、术后护理

(一) 护理评估

1、了解手术经过及新生儿情况。

2、评估观察患者生命体征，导尿管是否通畅、尿液颜色等。

3、专科评估：子宫底高度、阴道出血、切口情况及母乳喂养。

(二) 护理措施

1、去枕平卧6小时，氧气吸入、心电监护、腹部沙袋加压固定。

2、行温水擦浴，更换卫生垫，保持外阴清洁。

3、严密监测生命体征，观察阴道出血及切口渗血情况，保留会阴垫估计出血量。

4、行母乳喂养相关知识宣教，乳房护理，早接触、早吮吸30分钟。

5、加强巡视，及时发现病情变化并告知医生处理。

(三) 健康指导要点

1、指导母乳喂养及新生儿一般护理，保持个人卫生，避免发生感染。

2、指导术后适当活动，保持大便通畅，保持床铺干燥。

3、术后当日禁食，第一日进流质饮食，第二日软食，第三日普食。加强营养，避免过度滋补。

(四) 注意事项

1、行心理护理，以适应角色转换。

2、注意阴道出血及子宫复旧情况。

3、保持泌乳通畅，加强母乳喂养宣教。

4、行产后健康教育指导及计划生育指导。

第九节 高危妊娠的护理

一、护理评估

1、评估妊娠期有个人或社会不良因素及有某种并发症或合并症等。

2、注意有无腹痛、阴道出血、高血压、水肿、心力衰竭、胎儿缺氧等症状。

二、护理措施

1、观察病情，观察心率、脉搏、血压及活动耐受力。

2、密切观察阴道出血情况，出血多时，做好配血、备皮准备，及时报告医生。

3、增加营养，给予高蛋白、高维生素饮食。

三、健康指导

1、根据孕妇的高危因素给予相应的健康指导，提供相应的信息，指导孕妇自我检测，及时产前检查。

2、指导孕妇正确自计胎动方法：

早、中、晚各监测胎动一次，每次一小时，3次胎动次数相加乘以4，即为12小时的胎动计数，如12小时的胎动次数<10次或每小时<3次提示胎儿宫内缺氧，应立即给予氧气吸入，取左侧卧位。胎动消失后，胎心音在24小时内也会消失，应予以重视，以免贻误抢救时机。每天监测胎动可预测胎儿安危。

四、注意事项：

1、产前出血，绝对静卧，禁止肛诊及灌肠。



2、准确给予药物治疗并观察用药反应，做好各项诊疗准备及新生儿抢救和配合

第十节 胎膜早破的护理

一、护理评估

1、了解诱发胎膜早破的原因，确定胎膜破裂的时间，妊娠周数，是否有宫缩及感染的征象。

2、观察孕妇阴道流液的情况。是否有咳嗽、打喷嚏、负重等增加腹压的动作后，流出液体。

3、肛诊检查触不到羊膜囊，上推胎儿先露部可见阴道流液量增多。

二、护理措施

1、密切观察胎心率的变化。对先露部未衔接者应绝对卧床休息，抬高臀部，以防脐带脱垂。

2、观察羊水性状、颜色、气味等。如为混有胎粪羊水流出，则是胎儿宫内缺氧的表现，应及时给予吸氧等处理。

3、遵医嘱给予抗生素预防感染。严密观察产妇的生命体征。

4、若孕龄小于37周，已临产或孕龄达37周，

在破膜12-18h后尚未临产者，遵医嘱采取措施，尽快结束分娩。

三、健康指导要点

1、讲解胎膜早破的影响，分析孕妇目前的状况，使孕妇积极参与护理。

2、使孕妇重视妊娠期卫生保健，避免负重及腹部受碰撞。

3、指导孕妇勤换消毒会阴垫，保持会阴清洁干燥。

4、指导孕妇及家属母乳喂养相关知识。

四、注意事项

1、严密监测胎心音变化及产程进展情况。

2、密切观察孕妇体温变化有无感染征象，遵医嘱规范使用抗生素防止发生感染。

3、根据产程进展情况，尽量避免或减少阴道检查次数，发现异常及时通知医生处理。

第十一节 胎儿宫内窘迫的护理

一、护理评估

1、严密观察胎心，每5min听诊胎心音1次并作好记录。

2、胎心音 < 120 次/分或 > 160 次/分，或NST检查结果异常，或羊水粪染，应及时报告医生。

二、护理措施

1、产妇左侧卧位、吸氧，遵医嘱采取正确治疗措施。

2、观察产程进展，尽量缩短第二产程。如宫口开全尽快助产结束分娩，短时间内无阴道分娩条件者

可行剖宫产。

三、健康指导要点

1、指导产妇配合治疗及护理。

2、产妇左侧卧位，指导给氧注意事项。

3、向家属交待病情。

4、指导孕妇了解母乳喂养相关知识。

四、注意事项

1、胎儿娩出前，禁用乙醚、吗啡等药物，以免抑制呼吸。

2、密切观察胎心音及胎动情况。

第十二节 过期妊娠的护理

一、护理评估

1、核实孕周。

2、评估胎儿电子监护结果判断胎盘功能。

二、护理措施

1、观察产兆及胎心情况，间断吸氧、左侧卧位。

2、据胎盘功能胎儿大小等因素，选择恰当的分娩方式。

3、新生儿娩出后按高危儿处理。

三、健康指导要点

1、教会孕妇自测胎动计数。

2、加强宣教，使孕妇及家属认识过期妊娠的危害。

3、行母乳喂养相关知识指导。

四、注意事项

1、诊断过期妊娠之前必须准确核实孕周。

2、出现胎盘功能减退应立即手术终止妊娠。

第五十六章 儿科疾病护理常规



第一节 新生儿疾病的护理常规

一、新生儿疾病的一般护理

1、环境及温度：病室保持整洁、舒适、安全；空气新鲜流通，每日上下午定时开窗通风；

室温保持在 22~24℃，相对湿度 55~65%，每日定时空气消毒。

2、基础护理

(1) Q3H 换尿布、臀部护理、喂奶。

(2) 常规每晨洗脸一次。

(3) 口腔护理 BID。

(4) 每周剪指甲一次。

(5) 每周一、三、五称体重，每日沐浴一次。

(6) 皮肤护理：保持颈下、腋下、腹股沟等皮肤褶皱处的清洁干燥，脐部护理 QD。

3、喂奶：奶温和奶头大小适宜，帮助患儿头偏向一侧，防止误吸，必要时给予半卧位，吸允力差者遵医嘱给予管饲，准确记录奶量。

4、暖箱护理：根据患儿所需的中性温度调节暖箱温度；暖箱每周更换一次，并彻底消毒；每日用消毒纸巾擦拭暖箱，每日更换暖箱内灭菌湿化液，同时消毒水槽。

5、保暖

(1) 根据新生儿情况，可采用辐射保暖台、暖

箱等方法。

(2) 体温低或不稳定的婴儿不宜沐浴，体温稳定后，每天沐浴一次。

(3) 各项医疗护理操作尽量集中完成。接触新生儿的手、仪器、物品等均应保持温暖。

6、病情观察：

(1) 每 15-30 分钟巡视患儿一次，注意观察患儿的面色、呼吸、反应、进食及大小便情

况，发现病情变化及时与医生联系，积极配合抢救，并认真做好书面、口头、床边交接班。

(2) 体温监测：按要求测量体温

7、严格执行消毒隔离制度，接触患儿前后均应执行手卫生，患儿的食具及用物应一用一消毒。

8、安全护理：每天核对手腕带，松紧适宜；外出检查时应仔细核对床号、姓名、性别。防止抱错和偷盗婴儿；避免让患儿处于危险的环境，如高空台面，可能触及的热源、电源及尖锐物品等；照顾者指甲要钝而短。

9、作好入院宣教、入院评估，完善身份证明，制定护理计划。

二、早产儿的护理

一、护理评估

1、评估患儿的胎龄、体重。

2、评估患儿的生命体征、血氧饱和度、肤温，观察尿量及神经系统表现。

3、评估呼吸道是否通畅。

二、护理措施

1、按新生儿一般护理常规护理。

2、保暖

(1) 维持室温 24~26℃，环境湿度 55%~65%，维持患儿中性温度。

(2) 对体温不升或体温较低者，应缓慢复温，根据胎龄、日龄、出生体重选择暖箱或辐射台保暖。

3、喂养：

遵医嘱选择合适的配方奶及喂养方式，每次喂养前观察患儿是否有腹胀、呕

吐、管饲患儿还应观察是否有胃残留及残留量、性状，并准确记录。

4、维持正常呼吸

(1) 保持呼吸道通畅，头偏向一侧或采用仰卧位，及时清理口鼻分泌物，防止呕吐窒息；有窒息者立即气管插管或导管吸出黏液及羊水，并及时吸氧。

(2) 给氧：遵医嘱选择合适的氧疗方式。

(3) 患儿发生呼吸暂停时，应先弹足底、拍背或刺激呼吸，立即给氧或用面罩加压给氧，使其恢复自主呼吸，并报告医生配合抢救。

5、预防感染

(1) 环境要求：病区独立，禁止探视；室内湿式清扫，每日空气消毒三次，每日上下午各开窗通风 30 分钟，定期空气培养。

(2) 工作人员：严格执行消毒隔离制度。接触患儿前后正确执行手卫生，患儿用物及食具应一用一消毒。

(3) 基础护理：落实新生儿基础护理。

6、密切观察病情变化

(1) 防止低血糖：遵医嘱补液，使用输液泵严格控制输液速度。

(2) 勤巡视：

每 30 分钟巡视，及时发现并处理呼吸暂停、呕吐及窒息症状；使用心电监护仪监测生命体征及血氧饱和度，并根据血氧饱和度呼吸情况调节氧流量。

(3) 预防出血：遵医嘱用止血药；观察脐部、口腔黏膜及皮肤有无出血点，如有颅内出血应减少搬



动，动作轻柔。

(4) 预防高胆红素血症：避免缺氧、酸中毒、低血糖、低蛋白血症、感染及药物等诱因，定期监测胆红素。予光疗、酶诱导剂、白蛋白等防止胆红素脑病。

(5) 每日测体重：

观察生长及营养情况；如有水肿应严格控制液体量，并监测心率、呼吸及肝脏情况，防止心衰及肺水肿；对体重持续不增或减轻者应寻找原因，检查有无感染并调整营养。

7、运用“发展性照顾”，促进患儿身心健康发展。

(1) 铺垫“鸟巢”，模拟子宫环境。

(2) 维持病区安静，减少噪声。

(3) 暖箱上覆盖遮光布，减少灯光刺激。

三、健康指导要点

三、新生儿肺透明膜病的护理

一、护理评估

1、评估患儿胎龄、窒息史、孕母因素、宫内情况。

2、评估患儿生命体征、精神反应及缺氧程度，观察尿量、皮肤颜色、神经系统反应。

3、评估血气分析结果。

4、评估呼吸道是否通畅。

二、护理措施

1、保持呼吸道通畅：体位正确，头稍后仰，使气道伸直。及时清除口、鼻、咽分泌物，分泌物粘稠时可给予雾化吸入后吸痰。

2、给氧

(1) 供氧：使 PaO₂ 维持在 50-70mmHg，SaO₂ 维持在 85%-95%，注意避免氧中毒。气道内正压通气（CPAP）辅助呼吸：使有自主呼吸的患儿在整个呼吸周期都能接受高于大气压的气体，以增加功能残气量，防止肺泡萎缩。早期可用呼吸机 CPAP 吸氧，一般为 4-6cmH₂O，早产儿从 2-3cmH₂O 开始。保持呼吸道通畅，撤离 CPAP 时应逐渐降低呼气末压力。

(2) 气管插管用氧：如用 CPAP 后病情仍无好转者，采用间隙正压通气（IPPV）及呼气末正压呼吸（PEEP）。

四、新生儿黄疸的护理

一、护理评估

1、评估患儿皮肤黄染的程度、部位、胆红素值的结果。

2、评估黄疸的原因。

3、评估患儿精神反应、生命体征，观察神经系统症状。

二、护理措施

(一) 观察病情，做好相关护理

1、密切观察病情：注意皮肤粘膜、巩膜的颜色，

1、指导家长进行喂养、护理，注意保暖，保持皮肤清洁。

2、指导家长学会观察早产儿呼吸、面色，发现异常及时应急处理。

3、指导早产儿家属多与患儿进行交流，如皮肤接触、眼神交流、言语交流等，减少后遗症发生。

四、注意事项

1、及时发现呼吸暂停，并进行处理。

2、遵医嘱调整输液速度及量，防止快速输入高渗液体。

3、认真做好保护性隔离，防止交叉感染。

4、注意氧疗副作用，后期应对眼底、听力进行检查。

5、每周测量体重一次，了解生长情况。

3、保暖：环境温度维持在 22-24℃，肤温在 36-37℃，相对湿度在 55%-65%，减少水分损耗。

4、喂养：保证营养供给，不能吸乳、吞咽者可用鼻饲法或静脉补充营养。

5、预防感染：做好消毒隔离工作，遵医嘱合理使用抗生素。

三、健康指导要点

1、让家属了解治疗过程和进展，取得配合。

2、指导家长正确喂养、护理，保持皮肤清洁，预防感染。

3、指导家长按时预防接种，定期随诊。

四、注意事项

1、注意观察患儿呼吸困难有无改善。生后 6 小时内出现呼吸窘迫，并呈进行性加重是本病特点。

2、使用 CPAP 正压给氧时，应保持管道及鼻塞密封。

3、行 PS 替代治疗后的患儿 4-6 小时内禁止吸痰。

4、了解本病生后第 2、3 天病情严重，72h 后明显好转。

注意神经系统的表现，如拒食、嗜睡、肌张力减退等胆红素脑病的早期表现，立即通知医生，做好抢救准备。观察大小便次数、量及性质，发现异常，及时报告医生。

2、喂养：黄疸期间常表现为吸吮无力，纳差，应耐心喂养保证奶量的摄入。若实施光照治疗，应多喝水。

(二) 针对病因进行护理，预防核黄疸的发生

1、实施光照疗法，并做好相应护理。



2、遵医嘱给予白蛋白和酶诱导剂。纠正酸中毒，以利于胆红素和白蛋白的结合，减少胆红素脑病的发生。

3、合理安排补液计划，根据不同补液内容调节相应的速度，切勿快速输入高渗性药物。

三、健康指导要点

1、向家长讲解相关知识，取得家长配合。

2、若为母乳性黄疸，嘱继续母乳喂养，若吃母乳后出现黄疸，可改为隔次母乳喂养，逐步过渡到正常母乳喂养。若黄疸严重、一般情况差的患儿可考虑暂停母乳喂养，黄疸消退后再恢复母乳喂养。

3、指导家长保持皮肤清洁。

四、注意事项

五、新生儿梅毒的护理

一、护理评估

- 1、评估家属心理状况。
- 2、评估患儿身体和精神状态。
- 3、评估患儿生命体征及 TCSO₂。
- 4、评估患儿皮肤、粘膜损害情况。

二、护理措施

1、心理护理：

要取得家长的配合，针对产妇及配偶做好心理护理，同时根据家长不同的文化程度，进行有关本病的健康教育，解除其思想顾虑。

2、消毒隔离：

做好消毒隔离工作，防止交叉感染。认真做好床边隔离，治疗及护理操作应集中进行。在行静脉穿刺时，要注意避开皮肤斑丘疹的部位，动作轻柔，不要碰破皮疹处的皮肤，严格执行无菌操作技术，以免发生交叉感染。患儿所用过的衣被等物品要经过消毒处理后才能进行清洗，尽量使用一次性用物，暖箱、蓝光箱用后要严格消毒。护士注意自我保护性隔离，操作时戴一次性手套。操作前后均要进行手的消毒。

3、皮肤护理：

必要时置暖箱、穿单衣以便护理操作。在所有斑丘疹处涂红霉素软膏，之后用单层纱布覆盖创面，每

六、新生儿溶血病的护理

一、护理评估

- 1、评估母亲与患儿的血型。
- 2、评估黄疸发生的时间。
- 3、评估患儿的皮肤黄染的程度、部位、胆红素值的结果。

二、护理措施

(一) 观察病情，做好相关护理

1、密切观察病情：注意皮肤粘膜、巩膜的色泽，注意神经系统的表现，如拒食、嗜睡、肌张力减退等

1、注意观察胆红素脑病早期症状，及时干预。

2、及时明确黄疸原因，以便对症治疗。

3、合理安排补液计划，切忌快速输入高渗性药物。

4、注意病理性黄疸的特点便于诊断：

(1) 黄疸在生后 24h 内出现；

(2) 黄疸程度重，血清胆红素 $> 205.2 - 256.5 \mu\text{mol/L}$ ($12 - 15 \text{mg/dl}$)，或每日上升超过 $85 \mu\text{mol/L}$ (5mg/dl)；

(3) 黄疸持续时间长（足月儿 > 2 周，早产儿 > 4 周）；

(4) 黄疸退而复现；

(5) 血清结合胆红素 $> 26 \mu\text{mol/L}$ (1.5mg/dl)。

天换药一次，注意头发内斑丘疹的擦药。进行各项护理操作时动作轻柔。加强臀部护理，保持全身皮肤清洁、干燥，防止皮肤感染。

4、梅毒假性麻痹护理：90% 患儿有不同程度骨损害，较严重的出现梅毒假性麻痹，这些患儿四肢弯曲，张力大，不能自然放松伸直，牵拉时患儿出现尖叫，提示有剧烈的疼痛。因此在治疗护理操作时动作轻柔，不采取强行体位，尽量减轻患儿的疼痛和不必要的刺激。梅毒假性麻痹患儿常常出现哭闹，烦躁不安，护士必须检查全身情况，发现异常及时处理。

三、健康指导要点

1、安慰家长，缓解焦虑心理，向家属讲解相关知识。

2、指导家长定期复查，按疗程治疗。

3、指导家长保持患儿皮肤清洁、完整。

4、好转体检后予以接种乙肝疫苗和卡介苗，指导定期复查，进行追踪观察血清学试验。

四、注意事项

1、护士应注意自我保护性隔离。

2、注意观察梅毒假性麻痹，护理操作时动作轻柔，尽量减轻患者疼痛和不必要的刺激

胆红素脑病的早期表现，立即通知医生，做好抢救准备。观察大小便次数、量及性质，发现异常，及时报告医生。

2、喂养：黄疸期间常表现为吮吸无力、纳差，应耐心喂养保证奶量的摄入。若实施光照治疗，应多喝水。

(二) 针对病因进行护理，预防核黄疸的发生

1、实施光照疗法，并做好相应护理。

2、遵医嘱给予白蛋白和酶诱导剂。纠正酸中毒，



以利于胆红素和白蛋白的结合，减少胆红素脑病的发生。

3、合理安排补液计划，根据不同补液内容调节相应的速度，切勿快速输入高渗性药物。

三、健康指导要点

1、向家长讲解相关知识，取得家长配合。

2、若为母乳性黄疸，嘱继续母乳喂养，若吃母乳后出现黄疸，可改为隔次母乳喂养，逐步过渡到正常母乳喂养。若黄疸严重、一般情况差的患儿可考虑暂停母乳喂养，黄疸消退后再恢复母乳喂养。

七、新生儿低血糖的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿胎龄、疾病、孕母因素。
- 2、评估患儿有无宫内窒息史。
- 3、观察患儿面色及生命体征。

二、护理措施

1、生后能喂食者尽早喂养，根据病情给予10%葡萄糖或吸吮母乳，早产儿或窒息儿尽快建立静脉通道，保证葡萄糖输入。

2、定期监测血糖，静脉输注葡萄糖时及时调整输注量及速度，用输液泵控制并做好观察记录。

八、新生儿胎粪吸入综合症的护理

一、护理评估

- 1、评估窒息史、缺氧程度、羊水性状。
- 2、评估患儿生命体征，观察神经系统表现。
- 3、评估呼吸道是否通畅。
- 4、评估血气分析结果。

二、护理措施

1、保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物，维持正常通气功能。

2、合理用氧：选择与病情相符的给氧方式，维持有效呼吸，改善呼吸功能。

3、保暖和喂养，供给足够的能量。

4、密切观察病情变化，如患儿出现烦躁不安，呼吸急促，肝脏在短时间内迅速增大时，提示可能合

3、指导家长保持皮肤清洁。

四、注意事项

1、注意观察胆红素脑病早期症状，及时干预。

2、及时明确黄疸原因，观察有无贫血及肝脾肿大，以便对症治疗。

3、合理安排补液计划，切忌快速输入高渗性药物。

4、注意黄疸出现的时间。Rh溶血者多在出生后24h内出现黄疸并迅速加重，而ABO溶血者大多在出生后2-3天出现。

3、观察病情变化，注意有无震颤、多汗、呼吸暂停等，有呼吸暂停者及时处理。

三、健康指导要点

1、指导家长正确喂养、护理，保持皮肤清洁。

2、指导家长注意保暖，预防感冒。

四、注意事项

1、注意监测血糖变化。目前认为凡全血血糖 $< 2.2\text{mmol/L}$ 都诊断为新生儿低血糖。

2、注意遵医嘱控制泵速，及时调整输注量及速度。

并心力衰竭，应立即吸氧，遵医嘱给予强心、利尿药物，控制补液量及补液速度；如患儿突然出现气促、呼吸困难、青紫加重时，有合并气胸或纵隔气肿的可能，应立即做好胸腔穿刺及胸腔闭式引流准备。

三、健康指导要点

1、向家长讲述疾病的有关知识和护理要点，及时让家长了解病情，做好患儿家长的心理护理。

2、指导家长正确喂养、护洗，保持皮肤清洁。

3、指导按时预防接种，定时复诊。

四、注意事项

1、及时有效清除吸入物，以维持正常通气功能。

2、注意观察有无心衰及气胸症状，密切监测生命体征、面色、尿量及精神状态，及时进行处理。

九、新生儿缺血缺氧性脑病的护理

一、护理评估

- 1、评估窒息史、缺氧程度。
- 2、评估精神反应、面色，观察神经系统表现。

二、护理措施

1、按新生儿的一般护理常规进行护理。

2、保持患儿合适的卧位，头肩部抬高20-30度，头偏向一侧，防止呕吐、窒息。

3、及时清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，根据患儿的缺氧情况选择合适的给氧方式。如缺氧严

重，可考虑气管插管及机械辅助通气。

4、各种治疗护理集中进行，动作轻柔，避免不必要的刺激，减少惊厥的诱发因素。

5、严密观察生命体征的变化，注意监护患儿的呼吸、血压、心率、血氧饱和度等，注意观察患儿的神志、瞳孔、前囟张力及抽搐等症状，遵医嘱准确用药，观察药物反应。

6、严格遵守消毒隔离制度及无菌操作原则，预防交叉感染。



7、早期康复干预,向父母讲解有关疾病的知识,告知早期干预对减少后遗症的重要性。

三、健康指导要点

- 1、向家长讲解早期康复干预重要性。
- 2、指导家长判断后遗症早期症状,及早治疗,

十、新生儿颅内出血的护理

一、护理评估

1、评估胎龄、窒息史、分娩方式、产程。
2、评估皮肤颜色、温度、生命体征,观察神经系统表现。

3、评估CT检查结果。

二、护理措施

1、密切观察病情变化。注意生命体征、神志、瞳孔的变化。密切观察呼吸型态,及时清理呼吸道分泌物,观察惊厥发生的时间、性质,及时记录阳性体征并与医生取得联系。

2、降低颅内压。保持绝对静卧,抬高头部,减少噪声。一切必要的治疗、护理操作要轻、稳、准,尽量减少对患儿的移动和刺激,静脉穿刺最好用留置针保留,减少反复穿刺,防止加重颅内出血。

3、合理用氧。根据缺氧程度给予用氧,注意用氧的方式和浓度,维持血氧饱和度在85%~93%即可,

十一、新生儿败血症的护理

一、护理评估

1、评估患儿面色、精神反应、生命体征、尿量,观察神经系统症状。

2、评估患儿皮肤是否完整,有无感染、溃烂,脐部是否干燥。

3、评估患儿感染途径。

二、护理措施

1、按新生儿的一般护理常规进行护理。

2、入院后遵医嘱取血培养,及早明确病原菌。

3、保持体温稳定。注意保暖及降温,每4小时测量体温一次,发热者减少盖被,予物理降温及多喝温开水;体温不升,四肢冰冷者可加盖被及暖箱保暖。

4、保证营养的供给。除经口喂养外,结合病情考虑静脉营养。

5、注意皮肤的清洁,及时处理局部病灶。如脓疱疹、脐炎、鹅口疮等,促进皮肤早日愈合,防止感

十二、新生儿坏死性小肠结肠炎的护理

一、护理评估

1、评估患儿窒息史、感染途径。

2、评估患儿胎龄、喂养因素。

3、评估患儿精神反应、面色、腹部体征。

二、护理措施

定期随诊。

四、注意事项:

1、注意观察神经系统变化,控制惊厥,降低颅内压。

2、及时给予护脑治疗,减少后遗症发生。

病情好转及时停用,防止氧中毒。呼吸衰竭或严重的呼吸暂停时需气管插管、机械通气并做好相关的护理。

4、维持体温稳定。体温过高时应予物理降温,体温过低时予以暖箱保暖。

5、根据医嘱给予止痉、镇静、止血、护脑、抗感染等药物的治疗,确保药物疗效。

三、健康指导要点

1、向家长讲解疾病,减轻紧张情绪,有后遗症时,鼓励坚持治疗和随诊。

2、指导正确喂养、护理,保持皮肤清洁、营养充足。

3、按时预防接种,定期复诊。

四、注意事项:

1、注意保持患儿安静,所有操作集中进行,避免加重出血。

2、注意防止氧疗副作用。

染继续蔓延扩散。

6、保证抗菌药物有效进入体内,注意药物毒副作用。

7、观察病情,加强巡视。如患儿出现面色青灰、呕吐、前囟饱满、脑性尖叫、双眼凝视提示有脑膜炎的可能,如患儿面色青灰、皮肤发花、四肢厥冷、脉搏细弱、皮肤有出血点,应考虑感染性休克或DIC,应立即与医生取得联系,积极处理,必要时专人守护。

三、健康指导要点:指导家长正确喂养和护理患儿,保持皮肤的清洁。

四、注意事项

1、患儿入院后,应立即采血培养,以明确病原菌,有效用药。

2、密切监测面色、生命体征及神经系统表现,及早发现感染性休克或DIC。

(一) 术前护理

1、监测体温。根据监测的体温结果给予相应的物理降温或药物降温。

2、减轻腹胀、腹痛,控制腹泻

(1) 立即禁食,肠胀气明显者行胃肠减压,观



察腹胀消退情况及引流物色、质、量。观察有无呕吐，呕吐时应头侧向一侧，及时清除呕吐物，保持皮肤及床单位清洁。记录呕吐物的色、质、量。做好口腔护理。

(2) 遵医嘱给予抗生素控制感染。

3、密切观察病情

(1) 当患者表现为脉搏细速、血压下降、末梢循环衰竭等中毒性休克时，立即通知医生组织抢救。迅速补充有效循环血量，改善微循环，纠正水、电解质紊乱及酸中毒，补充能量及营养。

(2) 仔细观察、记录大便的次数、性质、颜色及量，了解大便变化过程。及时、正确留取大便标本送检。每次便后用温水洗净臀部涂油膏等，减少大便对皮肤的刺激，保持臀部皮肤的完整性。

4、补充液体，维持营养

(1) 恢复喂养：禁食期间以静脉维持能量及水电解质平衡。腹胀消失、大便潜血转阴后逐渐恢复饮食。恢复喂养从水开始，开始只喂水或5%葡萄糖水。喂2-3次后，如无呕吐或腹胀，再喂乳汁，以母乳为佳，若喂牛乳，从1:1浓度开始，初为3-5ml，以后每次递增2ml，逐渐增加浓度及奶量。在调整饮食期间继续观察腹胀及大便情况，发现异常立即与医生取得联系。

(2) 补液护理：建立良好的静脉通路，合理安排滴速；准确记录24小时出入量。

(二) 术后护理

1、麻醉医生将患儿送回病房，与责任护士交接病人情况，包括麻醉种类、术中情况、术后注意事项。

2、患儿回病房后，责任护士要正确连接各种引流管并妥善固定，保持静脉输液通畅，观察生命体征及末梢循环变化。

3、选择合适卧位，全麻取平卧位，头偏向一侧至清醒，术后三小时未醒及时告知医生。

4、观察伤口辅料有无渗血渗液，引流是否通畅，引流液的颜色、性质、量，患儿有无

恶心呕吐、腹痛、腹胀肠蠕动恢复等情况，如有异常及时与医生联系。

5、术后禁食、置胃管者，每天口腔护理2次，每天冲洗胃管2次。留置尿管者每日会阴护理2次，注意预防泌尿道感染。

6、进食时间与方式，按医嘱执行。

7、术后避免患儿剧烈哭闹，必要时镇静。遵医嘱予勤翻身，多做被动运动，促进患儿蠕动。

三、健康指导要点

1、指导家长保持皮肤和口腔卫生。

2、帮助家长掌握有关饮食的控制、喂养知识。

四、注意事项

1、注意观察腹部体征，观察腹胀程度。

2、注意大便及呕吐情况，禁止灌肠。

3、注意抗生素有效应用。

4、早期应注意合理喂养，避免诱发。

5、指导家长喂养时应循序渐进，注意观察大便及腹部情况。

十三、新生儿脐炎的护理

一、护理评估

1、评估患儿全身皮肤及脐部皮肤情况。

2、评估患儿身体和精神状态。

3、评估患儿生命体征及TCSO₂。

二、护理措施

1、观察脐部有无潮湿、渗液或脓性分泌物，如有应及时治疗。局部用2%碘酒及75%酒精消毒，每日2-3次；严重感染者，除局部消毒处理外，根据医嘱给予药物外敷，遵医嘱加强脐部护理。

2、向家属宣教正确的消毒方法，必须从脐带的根部由内向外环形彻底清洗消毒。保持局部干燥。

3、脐带残端脱落后，注意观察脐窝内有无樱红

色的肉芽肿增生，应及早处理。

4、避免大小便污染，使用吸水性强、透气性能好的尿裤。

5、进行脐部护理时，应先洗手，注意腹部保暖。

6、脐带残端长时间不脱落，应观察是否断脐时结扎不牢，应考虑重新结扎。

三、健康指导要点

指导家长正确的观察脐部情况及正确的消毒方法，保持脐部皮肤清洁干燥。

四、注意事项：患儿入院后，应立即采血培养，以便及早发现败血症。

十四、新生儿肺炎的护理

一、护理评估

1、观察患儿的面色、生命体征、精神状态及TCSO₂情况。

2、评估咳嗽发生的时间、咳嗽的声音，评估咳嗽的难易程度，观察痰液的颜色、性质、量及气味。

二、护理措施

1、严格执行无菌操作，护理患儿前后正确执行手卫生，防止交叉感染。

2、卧位：根据病情取头高足低位或半卧位，每3小时更换体位一次。



3、氧疗：呼吸困难者遵医嘱采用合适氧疗，保持鼻腔清洁，气道通畅，保证氧气供应持续心电监护，维持血氧饱和度在 90-95%。

4、保持呼吸道通畅：分泌物多且粘稠时遵医嘱给予雾化吸入，定时翻身拍背吸痰，必要时采取体位引流。吸痰时动作轻柔，吸引负压 50-80mmHg，最大不超过 100 mmHg，每次吸痰时间不超过 15 秒，吸痰管插入深度不宜过深，约 5cm，避免损伤声带或导致吞咽反射。

5、供给足够的营养及液体：喂奶以少量多次为宜，取侧卧位或半卧位，头偏向一侧，防止窒息。喂奶时发绀明显者奶前及奶后给氧。有呛咳者可采用抱起喂奶或遵医嘱予以鼻饲。严格控制输液速度，必要时给予微量泵输液，预防心力衰竭和肺水肿的发生。

十五、新生儿高血糖的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿胎龄、疾病、孕母因素。
- 2、评估患儿有无宫内窒息史。
- 3、观察患儿面色及生命体征。

二、护理措施

- 1、维持血糖稳定：严格控制输注葡萄糖的量及速度，监测血糖变化。
- 2、观察病情变化：注意体重和尿量的变化，遵医嘱及时补充电解质溶液，以纠正电解质紊乱。

十六、新生儿低钙血症的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿胎龄、孕母因素及有无先天性疾病。
- 2、评估患儿喂养方式。
- 3、观察患儿面色及生命体征。

二、护理措施

1、遵医嘱补钙

(1) 10% 葡萄糖酸钙静注或静滴时均要用 5%-10% 葡萄糖液稀释至少一倍，推注要缓慢，经稀释后药液推注速度 < 1ml/min，并予心电监测，以免注入过快引起呕吐和心脏停搏及导致死亡等毒性反应。如心率 < 80 次 / 分应停用。

(2) 静脉给药过程中应确保输液通畅，以免药物外渗而造成局部组织坏死。一旦发现药物外渗，应

十七、小于胎龄儿的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿的胎龄、体重及其母因素。
- 2、评估患儿生长发育情况、生命体征、血氧饱和度和、肤温，观察尿量及神经系统表现。
- 3、评估呼吸道是否通畅。

二、护理措施

6、密切观察病情：

注意患儿神志、面色、呼吸频率、深度和节律、血氧饱和度，如有呼吸衰竭、心力衰竭、休克等征象时立即报告医生，积极配合抢救。

三、健康指导要点

- 1、指导家属正确进行喂养，保证营养摄入。
- 2、指导家属正确的拍背方法，促进痰液的排出。
- 3、指导家属进行正确的喂养、护理，预防感冒，保持皮肤清洁。

四、注意事项

- 1、喂奶时，应抱起喂奶，轻拍背部，防止呛咳窒息。
- 2、及时清理呼吸道，保持呼吸道通畅。
- 3、监测生命体征变化，注意心衰发生。

- 3、做好臀部护理：勤换尿裤，保持会阴部清洁干燥。

三、健康指导要点

- 1、指导家长正确喂养、护理，保持皮肤清洁。
- 2、指导家长注意保暖，预防感冒。

四、注意事项

- 1、注意监测血糖变化。全血血糖 > 7.0mmol/L 即可诊断为高血糖。
- 2、注意遵医嘱控制泵速，及时调整输注量及速度。

立即拔针停止注射，局部用 25%-50% 硫酸镁湿敷。

(3) 口服补钙时，应在两次喂奶间给药，禁忌与牛奶搅拌在一起，影响钙吸收。

2、备好吸引器、氧气、气管插管等急救物品，一旦发生喉痉挛等紧急情况，便于争分夺秒组织抢救。

三、健康指导要点

- 1、指导家长正确喂养、护理，鼓励母乳喂养，多晒太阳。
- 2、指导家长牛奶喂养期间加服钙剂和维生素 D。

四、注意事项

- 1、注意监测血钙变化。
- 2、喂养时注意少量多餐，喂后托起拍背，头偏向一侧，防止窒息。

1、积极复苏，密切观察呼吸情况。由于宫内缺氧，小于胎龄儿有胎粪吸入、引起窒息的危险，同时胸部肌肉发育不成熟使他们不能像正常新生儿一样维持有效的呼吸。因此，大多数小于胎龄儿在出生时都需要复苏，刚出生的几小时内应密切观察呼吸频率和特征。

- 2、维持体温稳定：调节环境温度至中性温度，



加盖棉被或毯子，必要时放入暖箱中，维持体温在正常范围，减少能量消耗。

3、维持血糖稳定：尽早开奶，小于胎龄儿生后即应测血糖，偏低者可于生后1-2小时内喂糖水或静脉滴注葡萄糖溶液。在治疗过程中，应随时监测血糖。

三、健康指导要点

1、指导家属正确喂养、护理，帮助家长树立照

十八、大于胎龄儿的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿的胎龄、体重及其母因素。
- 2、评估患儿生长发育情况、生命体征、血氧饱和度、肤温，观察尿量及神经系统表现。
- 3、评估呼吸道是否通畅。

二、护理措施

1、维持呼吸功能：由于头部较大，出生时颅内压较高，对呼吸中枢产生压迫，使呼吸功能减弱，建立呼吸时有一定困难。胎儿分娩时头部过度屈向一边以利双肩娩出，往往会导致颈神经损伤，引起膈肌麻痹，膈肌麻痹阻碍了受损一侧的肺部主动运动。剖腹

十九、新生儿硬肿症的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿的胎龄、体重。
- 2、评估患儿出生环境。
- 3、评估患儿自身疾病因素。有无感染、窒息、缺氧等。

二、护理措施

- 1、按新生儿的一般护理常规进行护理。
- 2、复温：目的是在体内产热不足的情况下，通过提高环境温度，以恢复和保持正常温度。

(1) 复温方法：①当肛温 $>30^{\circ}\text{C}$ ，腋肛温度值(TA-R) ≥ 0 ，将患儿置于预热至中性温度的暖箱中，在6~12小时内回复正常体温。②当肛温 $<30^{\circ}\text{C}$ ，TR-R <0 或肛温 $>30^{\circ}\text{C}$ ，TA-R <0 ，将患儿置于箱温比体温高 1°C ~ 2°C 的暖箱中进行外加热，每小时提高箱温 1°C ~ 1.5°C ，箱温不超过 34°C ，在12~24小时内恢复正常体温。

(2) 做好复温监护、防止复温时肺出血、复温中低血压及烫伤、防止复温后血容量重新分布致复温休克。

(3) 合理喂养：选择合适的喂养方式，能吸吮

二十、新生儿口炎的护理

一、护理评估

- 1、评估口腔情况。
- 2、参考相关诊断检查。

二、护理措施

顾患儿的信心。

2、指导家属多与患儿交流，创造良好的环境，促进孩子的体格生长和智能发育。

四、注意事项

- 1、注意监测血糖变化。
- 2、注意营养的摄入。

产娩出的患儿，会有肺液滞积在肺内，影响气体的有效交换，应密切观察呼吸情况，必要时应予吸氧。

2、喂养：尽早开奶，及时提供营养，防止低血糖。因为患儿体型较大，所以在母乳喂养后应再增加糖水以提供足够的液体和能量，根据血糖情况，补充液体。以维持血糖浓度大于 45mg/dl 。

三、健康指导要点：指导家属正确喂养、护理，保持皮肤清洁。

四、注意事项

- 1、注意监测血糖变化。
- 2、注意营养的摄入。

可经口喂养；吸吮无力者可用鼻饲或静脉营养保证能量供给。

(4) 保证液体供应，严格控制输液速度：应用输液泵控制输液速度，根据病情调节，防止输液速度过快引起心衰和肺出血。

(5) 预防感染：严格执行消毒隔离制度，加强皮肤护理，经常更换体位，尽量减少肌肉注射，防止皮肤损伤引起感染。

(6) 密切观察病情：注意体温、脉搏、呼吸、硬肿范围及程度、尿量、有无出血症状等，备好急救药品并积极配合抢救。

三、健康指导要点

介绍疾病相关知识，指导家长加强护理，注意保暖，保持适宜的环境温湿度，鼓励母乳喂养，保证足够的热量。

四、注意事项

- 1、注意复温原则，避免复温过快，导致不良后果。
- 2、选择合适的保暖措施，避免使用热水袋防止烫伤。

1、鹅口疮的护理

(1) 良好的口腔护理能预防鹅口疮的发生。新生儿口腔护理可用无菌棉签蘸生理盐水，轻轻擦拭内颊部、上颚、牙龈、舌上下等，每4小时一次，可以



减少鹅口疮的发生率。并能及时发现口腔异常。

(2) 制霉菌素液因受外界环境影响大, 不稳定, 应现配现用, 或冰箱保存, 并应做好外用标识, 以免误服。

(3) 因涂药容易引起恶心、呕吐等, 因此应避免开喂奶时间 1 小时。

(4) 注意奶具的消毒, 防止传播。

2、疱疹性口炎的护理

(1) 对症处理, 及时检测体温变化, 根据病情需要进行物理降温。

(2) 患儿应疼痛拒绝进食时, 应保证能量供应, 对疼痛而哭闹的患儿给予安抚, 必要时应用利多卡因外涂, 减轻疼痛。

(3) 有感染 HSV 的人员应避免接触新生儿, 有感染 HSV 的新生儿应进行隔离。

3、溃疡性口炎的护理

二十一、新生儿胃食管返流的护理

一、护理评估

1、评估返流物的性质, 量, 颜色, 患儿呕吐时的返流形式。

2、评估患儿体重。

3、评估患儿肺部情况。

4、评估是否伴有其他先天性疾病。

5、评估相关实验室检查结果。

二、护理措施

1、喂养护理

(1) 宜少量多餐, 避免过饱, 早产儿采用定时、定量喂养, 其中胎龄 < 34 周和 (或) 极低体重儿管饲喂养, 由稀释奶开始喂养, 每天每次增加奶量, 逐渐过渡到全奶至正常喂养。

(2) 增加食物的黏稠度尽管有研究显示增稠奶喂养能减少返流与呕吐的次数, 但是有造成对肠道钙、铁等吸收的影响, 尤其是对早产儿, 可能增加坏死性小肠结肠炎的发生几率。

(3) 喂养后的体位护理: 将患儿头靠在护理人员或者父母肩上, 手呈空心状从下往上轻轻拍打, 可使胃内气体溢出。

2、体位护理

(1) 头高脚低斜坡左侧位: 上半身抬高 20° - 45° , 身体偏向左侧。研究发现左侧卧位能明显降低胃食管返流的发生, 特别是在餐后的早期 (喂奶后 30~60 分钟)。

二十二、新生儿咽下综合征的护理

一、护理评估

1、评估患儿呕吐的性质、量、颜色。

2、评估患儿是否有难产, 过期产史。

(1) 定时评估溃疡面大小、深浅及分布部位。

(2) 及时监测体温变化, 必要时并进行物理降温。

(3) 患儿因疼痛拒食时, 应保证患儿静脉能量的供给。对疼痛儿而苦恼的患儿给予安抚, 必要时给予利多卡因外涂, 促进创面愈合。

三、健康指导要点

1、指导家长保持宝宝的口腔清洁、奶具清洁、手部卫生以及玩具的清洁, 防止患儿因接触污染的物体而感染。注意提高宝宝免疫力。

2、产前母亲应进行生殖器疱疹监测, 如有感染避免经产道分娩。

3、指导家长合理喂养, 注意喂养温度。

四、注意事项

1、家庭成员中, 有病毒感染时尽量不要接触患儿。

2、严格做好消毒隔离工作, 防止交叉感染, 预防院感的发生。

(2) 俯卧倾斜位: 于喂奶 60 分钟后, 采用头高脚低 30° , 使患儿俯卧头面向一侧, 双臂置于身体两侧, 轻度屈膝, 每次 30~60 分钟, 必须要有人看守。

3、用药的护理 有计划的进行静脉穿刺, 保证药物正确的供给和热量、能量的足量供给, 监测体重变化。蒙脱石散宜与喂养时间间隔半小时。

4、病情观察

胃食管返流足月儿容易误吸出现各种并发症, 早产儿呕吐不明显, 常为“寂静型”胃食管返流, 易导致呼吸暂停, 中枢神经受损, 窒息甚至猝死, 因此, 应给与心电监护, 进行生命体征监测, 加强巡视, 密切观察患儿皮肤颜色, 意识, 呕吐, 溢奶, 呼吸暂停情况, 常备负压吸引器、氧气、复苏囊等抢救物品和药品, 发生意外时及时处理。

三、健康指导要点

1、指导家长必要时的体位护理。

2、避免在生活中采取增加腹压的各种行为, 包括穿紧身衣及束紧腰带, 防止返流。

四、注意事项

1、注意轻轻拍打患儿后背时间不宜过长, 不宜超过 10 分钟, 否则将致使患儿过于疲惫。

2、俯卧位增加猝死的几率, 故只适合在住院期间采用俯卧位, 并且要持续心电监测, 加强巡视。

3、使用有呕吐副作用的药物时, 输注速度宜缓慢。

3、评估患儿腹胀情况, 胎便排出是否正常。

4、评估相关实验室检查。

二、护理措施



1、洗胃的护理

洗胃液的温度宜在 37℃~38℃为宜，温度过低可能刺激胃痉挛，过高则可能造成血管扩张，洗胃时取左侧卧位，洗胃后给予右侧卧位，利于残留液体进入十二指肠。冲洗时，可以转动胃管方向，以使整个胃壁得到冲洗，也可减少局部刺激。

2、体位护理：抬高床头，右侧卧位，防止呕吐物误吸。

3、保证热量供给：暂时禁食期间应保持静脉热量供给。

4、准确记录呕吐物的量、性质，密切观察生命

体征变化，尤其注意心率及血氧变化。

三、健康指导要点

1、向家长讲解相关知识，缓解家长紧张情绪。

2、指导家长开奶后宜循序渐进，逐步加量。

四、注意事项

1、洗胃时每次 10~15ml，不可一次大量注入，防止胃扩张或胃内液体返流。

2、抽吸液体时宜轻柔，以液体顺畅流出的最小压力进行抽吸。

3、注意防止呕吐物误吸造成窒息死亡。

二十三、新生儿破伤风的护理

一、护理评估

1、健康史：询问分娩场所及分娩场所设备及卫生情况、接生人员在接生操作中是否严格消毒。

2、生理状况：评估患儿生命体征、血氧饱和度、神志、面容和肌张力。

3、辅助检查：脐部分泌物涂片及培养。

4、高危因素：不洁接生史、旧法接生、急产于不洁环境。

5、心理社会：了解患儿家长的心理状况，对病情的理解程度。病程较长不易痊愈，常造成家长的焦虑；产妇常因自责和家人责怪而出现抑郁心理；若发生在医疗机构，常易造成医患纠纷。

6、评估抽搐发生时间、持续时间及发生频率。

二、护理措施

1、置单间，严密隔离。

2、减少声、光、轻触、饮水、轻刺等刺激。禁止不必要的接触。

3、建立静脉留置针通道，避免反复穿刺。必要的操作尽量在使用止痉剂后集中进行。

4、遵医嘱今早给予止痉、抗菌、抗毒素药物。用药时严格核对剂量，预防不良反应的发生。

5、密切观察病情，一旦出现呼吸肌和喉肌痉挛立即给与对症处理，防止窒息发生。

6、保持呼吸道通畅。

7、脐部护理：入室时，消毒剪刀剪去脐带残端并重新结扎。创口用 3% 的过氧化氢溶液清洗消毒，并涂 2% 碘伏，每天一次，直至创口愈合。

8、早期禁食，静脉补充足够的营养及药物。待痉挛缓解后再试行鼻饲喂养。喂养过程中防范呕吐引起的窒息。

三、健康指导要点

1、向家长讲解病因及预后，以取得合作和理解。

2、宣传新法接生，消毒卫生知识。

四、注意事项

1、严密单间隔离，减少刺激。

2、抽搐发作时给予紧急处理，防止窒息及皮肤破损。

二十四、新生儿锁骨骨折的护理

一、护理评估

1、询问患儿出生史。

2、评估患儿上肢活动度、锁骨周围情况、拥抱反射及锁骨形态和连续性。是否有压痛。

3、注意固定患儿后，评估肢体血运及活动情况。

4、评估胸部 X 检查。

5、高危因素是否有肩难产。

6、了解家长对本病的认识程度。

二、护理措施

1、患儿平卧或者健侧卧位。避免频繁搬动，喂养或沐浴时动作轻柔以免加重骨折。

2、8 字绷带固定患儿，注意观察压迫处皮肤护理，

防止皮肤糜烂。

3、护理操作集中进行，穿衣时先穿患侧衣袖。患侧肢体避免刺激，如测血压、穿刺等。

三、健康指导要点

1、向家长讲解病因及预后，增强家长的信心。

2、指导家长正确的喂养姿势、日常护理及皮肤护理方法。

3、指导家长定期随访。

四、注意事项

1、注意患儿体位，避免搬动。

2、注意皮肤护理，患侧肢体避免刺激。

二十五、新生儿呼吸窘迫综合症的护理



一、护理评估

- 1、评估患儿对治疗的反应。
- 2、评估患儿的用氧情况。

二、护理措施

- 1、保持呼吸道通畅，及时清理呼吸道分泌物，取舒适卧位，头稍后仰，颈下垫软枕，保持气道平直。
- 2、监测吸入氧浓度，根据医嘱给予氧气吸入，维持血氧饱和度在 90—95% 之间。
- 3、严密观察病情，持续心电监护，观察患儿体温、面色、呼吸、心率、肌张力、胸廓起伏情况，是

二十六、新生儿肺出血的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿的呼吸频率，听诊肺部情况。
- 2、评估患儿的心室功能以及是否有感染。

二、护理措施

- 1、保暖：低体温是肺出血的原因之一，应从各方面做好患儿的保暖工作。
- 2、氧气吸入：根据患儿的临床表现给予相应模式的吸氧。
- 3、控制出入量，观察血气分析结果，维持酸碱平衡。

三、健康指导要点

二十七、新生儿气漏综合症的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿的面色、意识及生命体征的变化。
- 2、评估患儿呼吸音的变化和胸廓运动的情况。

二、护理措施

- 1、常规保持病室安静，准确执行各项诊疗护理操作。
- 2、遵医嘱给予 24 小时维持补液，用输液泵严格控制补液滴速。
- 3、遵医嘱给予合理喂养，做好基础护理。
- 4、观察引流液的颜色性质，胸腔闭式引流瓶更换一至两次，更换时应严格无菌操作。
- 5、引流瓶连接正确紧密，定时挤压引流管。

三、健康指导要点：

二十八、双胞胎及多胎儿的护理

一、护理评估

- 1、评估健康史：母亲健康史；本次妊娠分娩经过；新生儿出生情况。
- 2、评估生理状况：生命体征、意识状态、多胎输血综合征等。
- 3、评估高危因素：双胎输血综合征、宫内发育迟缓、颅内出血、窒息、感染、高血压、血栓形成等。
- 4、评估心理社会因素：母婴分离所导致的早期

否有出血倾向。

三、健康指导要点：

- 1、注意保暖。
- 2、及时清除呼吸道分泌物。

四、注意事项

- 1、对氧气用量需要进行管理，应根据血氧饱和度和动脉血氧分压进行调整。
- 2、吸入氧气应加温湿化，按需吸痰，吸痰管不应插入过深。

- 1、不常规对危重患儿沐浴，保持皮肤清洁即可。

- 2、接触患儿前后用快速手消毒液消毒手，接触患儿体液及污染物后应采用流动水洗手，避免交叉感染。

- 3、及时有效清除呼吸道内血液及分泌物，密切观察患儿面色、呼吸、缺氧状况有无改善。

四、注意事项

- 1、精确计算每小时补液速度，使用输液泵进行严格控制，防止输液过快引起心力衰竭、肺水肿，从而引发肺出血。
- 2、使用止血药后不应频繁吸痰。

- 1、保持胸壁引流口处敷料清洁干燥。

- 2、每两小时为患儿翻身拍背，每天换药一次。

四、注意事项

- 1、注意观察患儿的生命体征，如发现患儿气急，心动过，面色灰暗，末梢花纹发绀等情况有提示活动性出血的可能，及时通知医师。

- 2、引流瓶打破或接头滑脱时，要立即夹闭或反折近胸端引流管。

- 3、患儿外出检查前必须夹闭引流管，漏气明显的患儿不可夹闭引流管。

- 4、拔管后密切观察患儿呼吸，有无憋气，皮下气肿，伤口渗出及出血等症状，有异常及时通知医师处理。

社会化受阻，包括亲情与安全感缺失，感染风险及远期预后未知的担忧。

二、护理措施

- 1、保暖：根据胎儿数、胎龄，增加相应新生儿科复苏人员，携带转运保暖器具及复苏设备提前到产房或手术室迎接多胎早产儿并进行有效复苏，避免途中受凉。

- 2、模拟子宫环境，提供发展支持性照护。



3、喂养：尽早微量喂服患儿母亲乳汁；对于有吸吮力可以经口喂养；对于不能经口及吸吮力差的早产儿可以给予饲管喂养；根据早产儿自身状况指定个体化的肠内营养方案。

4、呼吸支持：动脉氧分压 $< 50 \text{ mm Hg}$ 或经皮氧饱和度 $< 85\%$ 以下者，给予氧疗及呼吸支持方式，维持动脉氧分压在 $50 \sim 80 \text{ mm Hg}$ 或经皮氧饱和度在 $90\% \sim 95\%$ 。

5、观察病情：加强巡视，正确喂养，及早发现病情变化及时报告医师，做好抢救准备。

6、执行医嘱：正确执行各项医嘱，注意观察效果及时反馈，动态调整方案，促进康复。

7、记录出入水量，维持体液平衡和血糖稳定；静脉营养时注意静脉炎的发生。

8、皮肤护理：早产儿皮肤菲薄易破溃、压伤和感染，应采取预防措施，减少或避免发生压伤。

9、预防感染：落实手卫生，接触患儿前后洗手，对患儿实行保护性隔离，医疗用物专人专用。

10、提供发展支持性照护。

二十九、试管婴儿的护理

一、护理评估

1、评估健康史：母亲健康史；本次妊娠分娩经过；新生儿出生情况。

2、评估生理状况：生命体征；意识状态；若为早产儿，评估体重、营养状况、有无感染、环境温度等若为多胎，有无多胎输血综合征等。

3、评估高危因素：双胎输血综合征、宫内发育迟缓、颅内出血、窒息、感染等。

4、评估心理社会因素：“试管婴儿”来之不易，常因极度关注而滋生不信任也不自信、紧张、担忧、焦虑等情绪。

二、护理措施

1、正常出生新生儿，按母婴同室新生儿护理常规进行护理。

2、有早产、双胎、疾病等问题时，按相应护理常规进行护理。

3、做好婴儿母亲及家人心理护理。

4、做好健康教育，提供个性化健康指导，应多

三、健康指导要点

1、指导正确喂养，告知双胎中较小的婴儿可在半年内赶上较大的一个，化解担忧情绪。

2、讲解双胎的行为发育特点，可能较单胎婴儿晚一些，要多加训练，特别注意语言的发育，要多与婴儿对话。

3、父母不要因双胎儿较难带而过度紧张，对双胎儿更不可偏爱一个而忽略另一个，保持良好的心态。

四、注意事项

1、围产期并发症，出生时及出生后窒息，低血糖等均可造成或加重脑损伤，要注意避免或消除相关因素。

2、注意及早发现感染征象，如出现黄疸加重、酸中毒、腹胀、呕吐、呼吸暂停、硬肿症。提示病情较重，应及时处理，降低远期不良预后风险。

3、早产和宫内发育不良的双胎按早产儿护理常规提供护理。

4、多胎的婴儿尽可能同时出院。

角度同家长交流沟通，进行安慰，使其能正确认识，解除焦虑、恐惧心理，积极配合治疗。

三、健康指导要点

1、讲解试管婴儿相关知识，解除不必要的担忧。

2、指导科学合理喂养，实行“三早”，坚持母乳喂养。

3、保持母婴休养室内空气清新，护理婴儿时注意手卫生。

4、母婴分离时，应注意保持泌乳，尽量让新生儿吃母乳。

四、注意事项

1、试管婴儿家长的心态往往与一般患儿家属不同，护理人员要理解并尽量满足他们的合理要求，耐

2、解释，争取配合。

3、提供个性化护理与问题咨询，促进婴儿健康成长。

4、注意保护隐私，取得他们的信任。

第二节 儿科疾病护理常规

一、儿科疾病的一般护理

一、护理评估

1、评估患儿一般情况，药物过敏史、饮食(喂养)、睡眠及大小便等。

2、观察滴注速度，局部有无肿胀以及输液、输

血反应等。

3、评估患儿治疗合作程度及家长的监护能力，加强患儿安全管理。

二、护理措施



- 1、入院时热情接待，由责任护士做好相关宣教。
- 2、环境适宜冬季室温应保持 18-22℃，夏季 24-26℃，湿度以 55%-65% 为宜。
- 3、饮食护理：加强治疗饮食管理。家属送来的食物，需经医护人员检查，符合要求后方能给患儿食用。
- 4、基础护理：保持患儿头发清洁干燥，定期洗头、沐浴、剪指（趾）甲；勤换尿布，便后用温水冲洗臀部，必要时以 10% 鞣酸软膏涂于肛周，预防红臀。保持床铺整洁，定时翻身、拍背，落实预防压疮措施。
- 5、病情观察：定时巡视，观察病情变化，如有特殊情况，立即告知医生。输液、输血时，观察滴注

二、营养性缺乏疾病

● 蛋白质-能量营养不良的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿体重、身高、皮下脂肪的厚度及皮下水肿等情况。
- 2、观察患儿有无出汗、肢冷、脉弱、血压下降等休克症状及呼吸暂停。
- 3、评估患儿有无腹泻、呕吐、酸中毒、低血压及心力衰竭等症状。

二、护理措施

- 1、活动与休息：重症患儿须卧床休息，减少活动。恢复期患儿可适当户外活动以增进食欲。
- 2、饮食护理：鼓励母乳喂养，根据营养不良的程度、消化吸收能力和病情，逐渐增加摄入量。调整饮食的原则是：由少到多、由稀到稠、循序渐进、逐渐增加，直至恢复正常饮食。
 - (1) 轻度营养不良：在维持原膳食的基础上，较早添加含蛋白质和热能较高的食物。
 - (2) 中、重度营养不良：热能和营养物质的供给，应由低到高，逐渐增加。低蛋白血症者，可静脉输注人血白蛋白。
 - (3) 蛋白质摄入：从每天 1.5-2.0g/kg 开始，逐渐增加到每天 3.0-4.5g/kg，如过早给予高蛋白质食物，可引起腹胀和肝大。
 - (4) 补充维生素和矿物质：每天给予蔬菜及水果，从少量开始，逐渐增加，以免引起腹泻。
 - (5) 鼻胃管喂养：对于食欲差、吞咽困难、一

● 维生素 D 缺乏性佝偻病的护理

一、护理评估

- 1、观察疾病早期多汗、烦躁、易激惹、夜间啼哭等神经兴奋性增高表现。
- 2、注意骨骼软化及骨骺膨大情况以及患儿运动功能发育情况。

速度，局部有无肿胀以及输液、输血反应。

- 6、心理护理：根据患儿不同年龄期，做好心理护理及健康教育，适当开展文娱活动。

三、健康指导要点

- 1、宣传小儿疾病预防措施，讲解母乳喂养的优点，小儿营养常识。
- 2、告知患儿及家长要养成良好的个人卫生习惯。

四、注意事项

- 1、加强患儿安全防护，注意安全管理，防止走失、烫伤、坠床等意外事件发生。
- 2、加强患儿输液全层管理，保证用药安全。

吸吮力弱者可用鼻胃管喂养。病情严重或完全不能进食者，遵医嘱给予静脉补充营养。

- 3、病情观察：严密监测生命体征变化。并发症的观察：

①干眼症。维生素 A 缺乏可引起干眼症，可用生理盐水湿润角膜，涂抗生素眼膏，口服或注射维生素 A。

②腹泻、呕吐。患儿易发生酸中毒，重者可发生低血压、心力衰竭，发现病情变化及时报告医生并做好抢救工作；测量体重、身高、皮下脂肪的厚度，每周 2 次，以了解治疗效果。

- 4、药物护理：遵医嘱给药，在使用药物的过程中要注意观察药物疗效和不良反应。

三、健康指导要点

- 1、向患儿家长解释导致营养不良的原因，介绍科学喂养知识及合理膳食搭配方法。
- 2、加强锻炼，增强患儿体质，提高对本病的防治能力。

四、注意事项

- 1、做好保护性隔离，防止交叉感染。
- 2、热能和营养物质的供给，应由低到高，逐渐增加。
- 3、每天给予蔬菜及水果，从少量开始，逐渐增加，以免引起腹泻。

二、护理措施

- 1、定期户外活动，可在出生 2-3 周开始，时间由短到长，夏季避免阳光直射，冬季室内活动时开窗。
- 2、饮食护理：提倡母乳喂养，及时添加辅食，给予富含维生素 D、钙、磷和蛋白质的食物。



3、病情观察:

观察疾病早期多汗、烦躁、易激惹、夜间啼哭等神经兴奋性增高表现。注意骨繁软化及骨骺膨大情况以及患儿运动功能发育情况。

4、药物护理:

新生儿出生2周后遵医嘱给予维生素D口服,观察有无维生素D过量中毒表现,如厌食烦躁不安、呕吐等,发现异常立即停药;有并发症或无法口服者可肌肉注射维生素D320万~30万U,对于处于生长发育高峰的婴幼儿应给予维生素D预防量和钙剂;用药1个月后可观察临床表现、血钙、血磷变化及骨骼X线恢复情况。

● 维生素D缺乏性手足搐搦症的护理

一、护理评估

1、观察患儿有无惊厥、喉痉挛或手足抽搦等症状。
2、使用镇静药、钙剂等,注意观察患儿穿刺部位皮肤情况。

二、护理措施

1、饮食护理:合理喂养,多进食含钙、磷、维生素D丰富的食物。

2、病情观察:密切观察惊厥、喉痉挛的发作情况,准备好气管插管或气管切开用物。发作时及时给氧,喉痉挛者立即将舌头拉出口外,清除口、鼻分泌物,保持呼吸道通畅。已出牙的患儿,应放置牙垫,避免舌咬伤。

● 维生素A缺乏症的护理

一、护理评估

1、观察患儿眼结合膜与角膜干燥情况,有无出现角膜软化,角膜穿孔等症状。

2、注意有无反复呼吸道、泌尿道感染,且感染迁延不愈。

3、有无皮肤干燥、脱屑、毛囊角化,抚摸如粗砂样,指(趾)甲无光泽、多纹、易折断情况等。

二、护理措施

1、眼部护理:保护眼睛,做眼部护理时应动作轻柔,切勿压迫眼球,以免角膜穿孔。

2、饮食护理:鼓励母乳喂养,及时添加含维生素A丰富的食品,如蛋、肝、水果或果汁等,以保证机体需要。

3、病情观察:严密监测生命体征变化,注意有无反复呼吸道、泌尿道感染,且感染迁延不愈;有无皮肤干燥、脱屑、毛囊角化,抚摸如粗砂样,指(趾)甲无光泽、多纹、易折断情况;观察眼部有无对暗适应能力减低、结膜与角膜渐失光泽、畏光、角膜溃疡、觉障碍等。

4、药物护理:遵医嘱口服或肌肉注射维生素A,

三、健康指导要点

1、孕妇及婴幼儿多进行户外活动,以接受日光照射。

2、及时添加辅食,选择富含维生素D、钙、磷和蛋白质的食物。

四、注意事项

1、母乳喂养及出生后2周给予预防量维生素D400~800U/d至2岁。

2、避免早坐、早站、早行走,避免重压和强力牵拉,以防骨折。对已有骨骼畸形者可采取主动或被动运动的方法矫正。

3、药物护理:遵医嘱使用镇静药、钙剂。静脉用钙剂时需缓慢注射(10分钟以上)或滴注,以免因血钙骤升而发生呕吐甚至心搏骤停;避免药液外渗而造成局部组织坏死。

三、健康指导要点

1、宣传科学喂养知识,坚持每天有一定时间的户外活动,接受日光照射。

2、及时补充钙及维生素D,并观察药物疗效。

四、注意事项: 1、指导家长在小儿惊厥、喉痉挛发作时应采取的紧急处理方法。2、做好患儿安全防护工作,保护患儿安全,创造安全的生活环境。

观察治疗效果,预防维生素A中毒,如食睡、呕吐、眼压增高症状等。用消毒鱼肝油滴双眼,促进上皮细胞修复;有角膜软化或溃疡者局部可用抗生素药水或眼膏,防止继发感染。用1%阿托品扩瞳,防止虹膜粘连。

三、健康指导要点

1、提倡母乳喂养,指导家长合理喂养患儿,鼓励多食富含维生素A和胡萝卜的食物。

2、及时治疗感染、腹泻及其他消耗性疾病,患有慢性消化系统功能紊乱及消性疾病的患儿应尽早补充维生素A。

3、指导患儿家长注意饮食,宜定时定量,不宜过饱。少食辛辣、煎炸和肥腻等不易消化食物。哺乳时应防吞入空气,哺乳后将儿童竖抱,轻拍背部15分钟,使吸入的空气排出。

四、注意事项

1、预防维生素A中毒,防止长期、大量补充维生素A所致过量中毒。

2、做眼部护理时应动作轻柔,切勿压迫眼球,以免角膜穿孔。



三、呼吸系统疾病护理常规

● 急性上呼吸道感染患儿的护理

一、护理评估

- 1、观察生命体征及主要症状，尤其是体温、咽痛、咳嗽等变化。
- 2、评估患者经药物治疗后症状有无缓解，有无耳鸣，耳痛等中耳炎症状。
- 3、观察患者恢复期有无胸闷、心悸、眼睑浮肿、腰酸或关节疼痛。

二、护理措施

- 1、休息：高热者患儿应卧床休息，并保持室内空气新鲜。
- 2、饮食护理：给予易消化，富含维生素的清淡饮食，多饮水。有呼吸困难者，应少食多餐。婴儿哺乳时取头高位或抱起喂哺。

3、药物应用：

- (1) 发热：体温超过 38.5℃ 给予物理降温或遵医嘱给予药物降温，注意监测体温的变化，注意监测患儿用药后的反应，使用解热剂后应注意多饮水，防虚脱及过敏反应。

(● 急性感染性喉炎患儿的护理)

一、护理评估

- 1、询问患儿有无麻疹、流行性感冒或其他急性传染病病史。
- 2、观察患儿有无咳嗽、声嘶、喉鸣、吸气性呼吸困难等症状。

二、护理措施

- 1、环境：保持温湿度适宜，以减少对喉部的刺激，减轻呼吸困难。
- 2、体位护理：置患儿于舒适体位，及时吸氧，保持安静。
- 3、饮食护理：补充足量的水分和营养，进食和喝水时避免患儿发生呛咳。
- 4、病情观察：体温超过 38.5℃ 给予物理降温或遵医嘱给予药物降温，防止发生惊厥；密切观察患儿病情变化，根据患儿三凹征、喉鸣、发绀与烦躁等表现判断缺氧程度，做好气管切开准备，避免因吸气性

● 急性支气管炎患儿的护理

一、护理评估

- 1、观察患儿咳嗽及呼吸变化，注意有无缺氧症状。
- 2、观察患儿体温的变化。

二、护理措施

- 1、保持呼吸道通畅：经常更换体位，定时拍背，利于痰液排出。指导并鼓励患儿有效咳嗽，及时清除

(2) 抗病毒：给予抗病毒药物治疗，如病情重，有继发细菌感染或有并发症可选用抗生素治疗。

4、口腔护理：保持口腔清洁，婴幼儿饭后喂少量的温开水以清洗口腔，年长儿饭后漱口，口唇涂油以免干燥。

三、健康指导要点

- 1、知识宣教：指导家长掌握疾病的预防知识和护理要点。
- 2、活动锻炼：加强体格锻炼，多进行户外活动，增强机体抵抗力。
- 3、预防接种：积极防治各种慢性病，按时预防接种。
- 4、自我防护：在流行季节，尽量减少去公共场所，并根据气温变化，及时增减衣服。

四、注意事项：

- 1、物理降温时防止冻伤。
- 2、对原因不明的发热慎用药物降温，以免影响对热型及临床症状的观察。

呼吸困难导致窒息。

5、药物护理：氢化可的松喉部喷雾、1%-3% 麻黄碱和肾上腺皮质激素超声雾化吸入，可减轻喉部黏膜充血水肿，解除梗阻症状；遵医嘱给予抗生素、激素治疗，以控制感染、减轻喉头水肿，缓解症状；必要时按医嘱给予镇静药，但避免使用氯丙嗪，以免喉头肌松弛，加重呼吸困难。

三、健康指导要点

- 1、增强小儿体质，提高抗病能力。
- 2、定期预防接种，预防急性传染病。

四、注意事项

- 1、使用镇静药时避免用氯丙嗪，以免喉头肌松弛，加重呼吸困难。
- 2、观察患儿三凹征、喉鸣、发绀与烦躁等表现判断缺氧程度，做好气管切开准备，避免因吸气性呼吸困难导致窒息。

鼻腔分泌物，痰液黏稠者，可在雾化后吸痰。

2、饮食护理：供给足够营养和水分，少食多餐，不可进食太快和太饱，以免引起呛咳或呕吐。

3、病情观察：体温超过 38.5℃ 给予物理降温或遵医嘱给予药物降温，防止惊厥的发生；喘息性支气管炎患儿常在夜间或清晨时频繁咳嗽，并伴喘息，应



密切观察患儿有无缺氧症状，必要时给予氧气吸入。

4、药物护理：遵医嘱使用抗生素、镇咳祛痰药、平喘药，密切观察药物疗效及不良反应。

三、健康指导要点

1、呼吸道疾病流行期间，避免到人多拥挤的公共场所，以防交叉感染。

● 肺炎患儿的护理

一、护理评估

1、维持正常体温，高热者按高热护理，注意口腔、皮肤清洁，警惕高热惊厥的发生。

2、并发症的观察处理：

(1) 低钾：如患儿出现精神萎靡、腹胀等低钾症状，应及时给予补钾。

(2) 若患儿咳粉红色泡沫样痰则为肺水肿的表现，可给患儿吸入经 20%~30% 乙醇湿化的氧气，每次吸入不超过 20 分钟。

二、护理措施

1、环境与休息：保持病室环境舒适，空气流通，不同病原体肺炎患儿应分室居住，防止交叉感染。保持患儿安静，卧床休息。勤换尿布，保持皮肤清洁，使患儿感觉舒适。

2、饮食护理：给予易消化、营养丰富的流质和半流质饮食，少量多餐，避免过饱影响呼吸，辅喂婴儿应耐心，防止呛咳。重症不能进食者，给予静脉营养。

3、保持呼吸道通畅：及时清除患儿口鼻腔分泌物，经常变换体位，以减少肺部淤血，促进炎症吸收。必要时可用吸痰器吸出痰液，分泌物多者可轻拍患儿背部以协助排痰，吸痰不能过频，痰液黏稠时可行雾化吸入，每次不宜超过 20 分钟，每天 2~3 次。

4、体位护理：置患儿于有利于肺扩张的体位，经常更换体位或抱起患儿，以减少肺部淤血和防止肺不张。

5、药物应用：

抗生素：根据不同病原体遵医嘱使用抗生素，原

2、适当进行户外活动，增强机体对气温变化的适应能力，及时增减衣服，避免过凉或过热。

四、注意事项

1、积极预防营养不良、佝偻病、贫血和各种传染病。

2、按时预防接种，增强机体免疫力。

则上早期、联合、足量、足疗程；重症者宜静脉给药，控制输液总量及输液速度，合并心力衰竭时速度宜更慢。

6、病情观察：

(1) 心力衰竭：如患者出现烦躁不安、面色苍白、气喘加剧、心率增快（160~180 次/分钟）、呼吸急促（40~60 次/分），肝脏在短时间急剧增大等心力衰竭的表现，应及时报告医生，给予氧气吸入并减慢输液滴数，遵医嘱给予强心、利尿药物，密切观察用药效果。

(2) 如患儿出现烦躁或嗜睡、惊厥、昏迷、呼吸不规则等颅内压增高的表现，应及时报告医生并进行抢救。

7、如有缺氧症状，患儿呼吸急促、口周青紫时，应给予氧气吸入，氧浓度不超过 40%。

三、健康指导要点

1、知识宣教：向患儿家长讲解疾病相关知识和护理措施，指导家长合理喂养，按时预防接种，加强锻炼，避免受凉。

2、预防感染：积极预防和治疗上呼吸道感染，以免继发肺炎。

四、注意事项

1、吸痰动作应轻柔敏捷。

2、病室温湿度应适宜，温度在 20~22℃，湿度在 50%~60%。

3、吸氧患儿应注意保持管道通畅。

● 支气管哮喘患儿的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、意识、配合程度。

2、评估病室环境、温湿度等。

3、观察哮喘发作持续时间、气喘程度、呼吸音、哮鸣音的变化。

二、护理措施

1、环境与休息：保持室内空气新鲜，温湿度适宜，避免有害气体及强光刺激，护理操作应尽量集中进行。

2、维持气道通畅，缓解呼吸困难。患儿取坐位或半卧位，以利呼吸；遵医嘱予以支气管扩张剂或糖皮质激素，雾化吸入，及时吸痰、给氧等，保证足够

水分摄入，防止痰栓形成。

3、密切观察病情变化：注意呼吸困难的表现，患儿出现发绀、大汗、心率增快、血压下降、呼吸音减弱等表现，及时报告医师配合抢救。

4、心理护理：哮喘发作时，守护并安抚患儿，尽量满足患儿需求，缓解患儿的恐惧心理。

三、健康指导要点

1、避免进食诱发哮喘的食物，如牛奶、鸡蛋等。

2、保持室内空气新鲜，温湿度适宜，避免有害气体及强光刺激。

3、介绍用药知识及预防知识：指导患儿多进行



户外活动，多晒太阳，增强体质，预防感染；避免接触过敏原；教会家长及患儿选用长期预防与快速缓解的药物；适时就医，以控制哮喘严重发作。

四、注意事项

- 1、护理各种操作尽量集中，减少不必要的刺激。
- 2、吸痰时动作要轻柔、选择合适的吸痰管、吸痰前后给予氧气吸入。
- 3、给氧患儿保持管道通畅。

四、神经系统疾病和康复治疗护理常规

● 癫痫患儿的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿癫痫发作为部分性发作还是全身性发作。
- 2、评估患儿发作的表现以及特点，是否伴有意识障碍等伴随症状。
- 3、观察癫痫发作时的肌肉收缩情况，肌张力情况等。

二、护理措施

1、维持气道通畅：发作时应立即使患儿平卧，头偏向一侧，松解衣领，有舌后坠者可用舌钳将舌拉出，防止窒息；在患儿上下白齿之间放置牙垫或厚纱布包裹的压舌板，防止舌被咬伤；保持呼吸道通畅，必要时用吸器吸出痰液，准备好开口器和气管插管物品；给予低流量持续吸氧。

2、安全防护：护理操作时勿强行按压肢体，以免引起骨折。患儿癫痫发作时要保护患儿肢体，防止抽搐时碰撞造成皮肤破损、骨折或脱臼、坠床。移开患儿周围可能导致受伤的物品。拉紧床栏，专人守护。

3、病情观察：

(1) 观察癫痫发作状态：发作时伴随症状，持续时间；患儿的生命体征、瞳孔大小、对光反射及神志状态。

● 病毒性脑炎患儿的护理

一、护理评估

- 1、密切观察患儿病情变化，注意意识、瞳孔、血压、呼吸、体温等生命体征的变化。
- 2、前期症状：急性全身感染症状，如发热、头痛、呕吐、腹泻等。
- 3、中枢系统症状：可出现惊厥，意识障碍、颅内压增高、活动功能障碍，精神情绪异常等症状。
- 4、病程：一般2-3周，多数患儿可完全恢复，但少数遗留癫痫、肢体瘫痪、智力减退等后遗症。

二、护理措施

1、及时降温处理：保持病室空气新鲜，定时通风。保持舒适体位，监测体温、热型及伴随症状，遵医嘱予以降温处理，保证摄入足够的水分。

2、注意患儿安全：需专人看护，惊厥发作时防止舌咬伤及坠床，适当使用约束带等。

3、昏迷的护理：保持呼吸道通畅，昏迷患儿头

(2) 观察呼吸变化：有无呼吸急促、发绀，监测动脉血气分析及结果，及时发现酸中毒表现并予以纠正。

(3) 观察循环衰竭的征象：定时监测患儿心率、血压，备好抢救物品、药品。

(4) 观察患儿经抗癫痫治疗后，癫痫发作、智力和运动发育等状况的转归。

4、保持环境安静、减少外部刺激。

三、健康指导要点

1、加强围生期保健：去除导致癫痫发作及癫痫发生的各种因素。

2、指导家长合理安排患儿的生活与学习。

3、指导用药，教会家长癫痫发作时的紧急护理措施

4、解除患儿的精神负担：结合不同年龄患儿的心理状态，有针对性的进行心理疏导。

四、注意事项

1、癫痫发作时及时平卧，头偏向一侧，使用牙垫或压舌板防止窒息及舌咬伤。

2、注意保持患儿呼吸道通畅。

3、癫痫发作时注意勿强行按压肢体，以免骨折。

侧向一边，定时翻身及按摩皮肤，防压疮及坠积性肺炎。

4、病情观察：严密观察神志、瞳孔、呼吸等变化，患儿出现烦躁不安、意识障碍，两侧瞳孔不等大，呼吸节律不规则提示脑疝及呼吸衰竭发生，及时配合医生抢救。

5、积极促进机体功能的恢复：保持肢体功能位，病情稳定后及早帮助患儿逐渐进行肢体的功能锻炼、脑功能恢复训练等。

三、健康指导要点

1、向患儿及家长介绍用药方法及护理方法。

2、避免到人群集中的地方，增强体质，避免着凉、感冒。

3、指导鼓励家长，坚持智力训练和瘫痪肢体的功能锻炼。

四、注意事项



1、昏迷患儿定时翻身及按摩皮肤，防压疮及坠积性肺炎。

● 瘫痪患儿的护理

一、病情评估

- 1、单肢瘫单一肢体瘫痪，多见于脊髓灰质炎。
- 2、偏瘫多为一侧肢体（上、下肢）瘫痪，常伴有同侧脑神经损害，多见于颅内病变。
- 3、交叉性偏瘫为一侧偏瘫及对侧脑神经损害。
- 4、截瘫为双侧下肢瘫痪，是脊髓横贯性损伤引起，见于脊髓炎、外伤、脊髓肿瘤。
- 5、四肢瘫如吉兰-巴雷综合征。

二、护理常规

- 1、执行儿内科的一般护理常规。
- 2、心理护理：满足患儿的生理需要，加强对年长儿及家属相关疾病的发生、发展、治疗、护理及预后的宣教，树立患儿及家属战胜疾病的信心。
- 3、气道管理：保持气道通畅，及时翻身、拍背、雾化、吸痰；对呼吸肌瘫痪者加强气道管理，随时做好气管插管及气管切开的准备。

● 重症肌无力患儿的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿肌无力的部位及临床表现。
- 2、评估患儿重症肌无力的伴随症状。
- 3、评估患儿发病的急缓。

二、护理措施

- 1、做好患儿及家属的心理护理，进行疾病的发生、发展、治疗、预后宣教，减轻其心理压力。
- 2、密切观察患儿的生命体征和四肢肌力变化，尤其是患儿的呼吸及面色情况，注意有无声嘶、呛咳、吞咽困难、呼吸节律变化，及时报告医生并做好记录。
- 3、备好抢救用物（氧气、吸痰器、皮囊、面罩、气管插管用物、气管切开包等）；对于呼吸困难者及时采取气管插管。
- 4、给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。
- 5、专人守护，防止外伤，做好日常护理。
- 6、肌无力危象的预防与处理
 - (1) 预防：定时准确吃药，定期随访。
 - ①遵医嘱按时、定量服药（抗胆碱酯酶药在餐前半小时服用），观察药物反应，做好记录。
 - ②避免诱因：防止劳累、外伤、服药不当、感染、

五、心血管系统疾病护理常规

● 心脏病患儿的一般护理

心脏病是指心脏先天畸形或继发病变所致的心脏功能异常。心脏先天畸形如先天性心脏病，继发性病

2、惊厥发作时防止舌咬伤及坠床。

- 4、严密观察瘫痪的分布、程度及转归，做好记录。
- 5、饮食：予以营养丰富、易消化的食物，多食蔬菜、水果，必要时予以鼻饲。保持大便通畅，多予以粗纤维食品，必要时予以开塞露。
- 6、皮肤护理：予以气垫床，保持床单位的平整、干燥，婴幼儿勤换尿布、勤洗臀部，勤翻身，勤按摩受压部位，注意安全止坠床。
- 7、尿路护理：有尿潴留者予以按摩膀胱排尿，必要时留置导尿，每日予以生理盐水+5%碳酸氢钠冲洗膀胱1~2次。
- 8、瘫痪肢体护理：保持瘫痪肢体功能位，进行肢体被动活动、按摩、推拿、导频等理疗；可能情况下鼓励患儿进行肢体的主动运动。
- 9、或对于迟缓性瘫痪的患儿收取双份大便，以备查脊髓灰质炎病毒。

中毒、腹泻和长时间烈日暴晒。

③忌用神经-肌传递阻滞药物：氨基糖苷类药物、奎尼丁、普萘洛尔、氯丙嗪及各种肌肉松弛剂。

(2) 处理：一旦发生，立即注射依酚氯铵或新斯的明，后加大抗胆碱酯酶药的用量。

7、胆碱能危象的预防与处理

- (1) 预防：定时准确吃药，定期随访。
- (2) 鉴别：注射2mg依酚氯铵后肌无力症状加重。
- (3) 处理：立即停用抗胆碱酯酶药（可立即注射阿托品缓解症状）。必要时行气管插管和人工呼吸，遵医嘱正确使用药品。

8、指导家属正确用药，随访就诊。

三、健康指导要点：指导患儿家属定时准确吃药，定期检查。防止劳累、外伤、服药不当、感染、中毒、腹泻和长时间烈日暴晒。做好日常护理。

四、注意事项

- 1、察患儿的生命体征和四肢肌力变化，尤其是患儿呼吸及面色情况，注意有无呼吸困难。
- 2、注意定时服药，及时复检。

变如病毒性心肌炎、心包炎、心内膜炎等。

一、护理评估



1、先天性心脏病评估患儿呼吸、血压、生长发育情况，有无发绀及发绀的程度，有无心衰表现、杵状指、蹲踞现象、缺氧发作。询问是否经常呼吸道感染、吃奶中断、母亲妊娠早期有无病毒感染史。

2、心律失常评估患儿心率、心律、血压、神志的情况，询问有无心悸、乏力、头晕、晕厥、抽搐及以前有无类似表现等。

3、心力衰竭评估面色、心率、心律、心音、呼吸、血压、神志、水肿、肝脏大小、氧饱和度、末梢循环、颈静脉或头皮静脉有无怒张等情况，询问有无尿量减少、食欲下降或喂养困难，有无端坐呼吸或喜欢竖抱、咯粉红色泡沫痰的表现。

4、心肌炎 评估面色、心率、心律、心音、呼吸、血压等情况，询问有无心慌、心累、胸闷、近期有无感冒、腹泻等表现。

二、护理常规

1、执行儿内科一般护理常规。

2、卧床休息保持患儿安静，使其得到充分休息。有心功能不全的患者应绝对卧床休息，恢复限制活动3~6个月。

3、饮食给易消化、富含维生素、高蛋白饮食，少食多餐。避免饱餐和刺激性食物。有心功能不全者应给予低盐或无盐饮食。

4、静脉输液时严格控制输液速度，防止发生心衰或加重心衰。

5、密切观察病情变化注意体温、脉搏、呼吸、心率、血压变化，测心率、脉搏对要测足1分钟，脉搏短绌

者注意有无面色苍白、青紫、呼吸困难、心率增快、血压下降、呼吸增快、末梢循环不良等心源性休克或心衰表现，发现异常，及时通知医生，配合抢救。

6、心功能不全者，详细记录出入量，水肿者每周测体重2次。

7、缺氧或呼吸困难者给予氧气吸入，必要时喂奶前后吸氧，肺水肿患儿氧气湿化瓶中加入20%~30%酒精。

8、保持大便通畅，必要时给开塞露塞肛或灌肠。

9、做好保护性隔离，防止交叉感染。

10、观察药物反应

(1)使用洋地黄药物时，应密切观察疗效、副作用及毒性反应。给药前数心率或脉搏，年长儿<60次/分，幼儿<80次/分，婴儿<100次/分或患儿出现恶心、呕吐、心律失常等症状，应及时与医生联系停药。

(2)使用利尿剂时，应注意观察尿量及有无乏力、精神萎靡、表情淡漠等水、电解质紊乱的表现。

(3)使用血管活性药物时，应注意观察血压改变，出现血压过低，应立即报告医生。密切观察输液局部有无红肿，防止药物外漏。

(4)使用抗心律失常药物，注意心率、心律有无改变，有无低血压及休克发生。

11、做好心理护理消除患儿各种思想顾虑，避免情绪激动、烦躁，安慰患儿，给予抚爱或哄抱，减少刺激。

12、做好出院指导。

● 心包炎患儿的护理

一、护理评估

1、估患儿体温、呼吸、心率、心音、血压、心尖搏动等情况。

2、询问有无心前区疼痛或压迫感、气闷、眩晕等表现。特别注意有无呼吸困难加重、发绀、面色苍白、烦躁不安、颈静脉怒张、肝大、下肢水肿、动脉压下降、脉压小、奇脉(吸气时脉搏减弱或消失)、心搏消失、心音遥远等心包填塞表现。

二、护理措施

1、行儿内科心脏病护理常规。

2、卧床休息，气急时取半卧位，必要时氧气吸入，遵医嘱给予镇静剂。

3、给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的半流质饮食，有水肿者给予低盐饮食。

4、密切观察病情变化，及早发现心包填塞征象。如呼吸困难加重、发绀、面色苍白、烦躁不安、颈静脉怒张、肝大、下肢水肿、动脉压下降、脉压小、奇脉、心搏消失、心音遥远等应立即报告医生。

5、心包积液有填塞征象者，协助心包穿刺抽液，

抽液过程中观察患儿精神、面色、脉搏、呼吸、出汗等情况。记录抽出液体的性质和量，及时送检标本。穿刺完毕，回病房后，观察患儿面色、脉搏、呼吸的变化。

6、按医嘱协助进行病因治疗，观察疗效及药物反应。

7、出院宣教不吃生螃蟹，定期随访心脏彩超，按时服药。

三、健康指导要点

1、心理护理：向患儿及家长解释病情及检查治疗经过，以取得理解及配合，建立良好护患关系，消除患儿紧张情绪。

2、指导家长掌握心包炎相关知识，培养患儿良好的生活习惯。

3、定期到医院复查。

四、注意事项

1、注意密切观察病情变化，如发生病情变化应立即报告医生。

2、注意观察患儿的精神状态。注意合理饮食。



六、血液系统疾病护理常规

● 贫血患儿的护理

一、护理评估

- 1、观察贫血患儿的面色以及口唇黏膜、眼睑、甲床的颜色。
- 2、评估患儿食欲，是否有呕吐，腹泻等情况。
- 3、询问是否有头晕、眼花、耳鸣，精神不集中，记忆力减退。
- 4、评估是否存在心率加快，心脏扩大，甚至心衰。

二、护理措施

1、保持空气清新，定期空气消毒，重症贫血者注意保护性隔离，尽量少去公共场所，住院期间要减少探视，防止交叉感染。

2、病情轻或缓解期患者适当休息，病情严重者，需绝对卧床休息，根据病情适当调节输液速度，不宜过快，以防发生心衰

3、严格执行消毒隔离制度和无菌操作；严密观察病情变化，注意患者是否有贫血、出血倾向、发热、寒战等症状。

4、输血患儿的观察和护理严格执行操作规程，认真执行查对制度，在领血和输血前严格“三查八对”：三查即查血液的有效期、血液的质量及血液的包装是否完好无损；八对即核对患者的床号、姓名、住院号、血袋（瓶）号（储血号）、血型、交叉配血试验的结果、血液的种类和血量。输血过程中密切观察病情变化，及时正确处理输血反应，为了确保患者输血安全，

● 溶血性疾病患儿的护理

一、护理评估

1、G-6-PD 缺陷症 患儿是否进食蚕豆或氧化性药物，是否出现黄疸、血红蛋白尿，尿量是否正常，是否发生周围循环衰竭。了解血液检查结果，有无红细胞、血红蛋白下降。

2、地中海贫血有家族史，发病早，慢性进行性贫血、肝脾大、生长发育不良、轻度黄疸、特殊面容。

3、自身免疫性溶血小儿常起病急骤，伴有发热、寒战、进行性贫血、黄疸、肝脾大，常发生血红蛋白尿。起病前1~2周常有急性感染病史或疫苗注射史。

4、血型不合的输血后溶血输注了与患儿血型不符的血液，起病急，可出现寒战、高热、头痛、腰背疼痛、黄疸及血红蛋白尿等。

二、护理措施

1、执行儿内科一般护理常规。

2、病情监测注意观察患儿贫血的症状、体征，黄疸有无加重，尿量、尿色有无改变，记录24小时出入量。了解其主要化验结果，如血红蛋白、网织红

细胞等在输血室内备有可供抢救的氧气、设备及急救药品，以便能够迅速、有效地采取抢救措施。

5、加强生活护理

(1)、纠正不良饮食习惯，适量增加富含优质蛋白的食品，如瘦肉、鱼、蛋、肝、动物血等，并注意饮食搭配。

(2)、定期更换内衣及床单，用温水擦浴，保持皮肤清洁干燥，长期卧床患者应按时翻身，以免发生压疮。

(3)、嘱患者每日刷牙，有出血倾向患者，应勤漱口，用棉棒蘸生理盐水轻擦洗口腔，有溃疡时可涂碘甘油。

6、实施化学药物患者，注意观察疗效及反应，并鼓励患者多饮水，加强利尿促进尿酸的排泄。

三、健康指导要点：婴儿期要及时添加辅食，从小养成良好饮食习惯，预防疾病复发，鼓励慢性患者坚持治疗，定期复查。

四、注意事项

1、尽量少去公共场所，住院期间要减少探视，防止交叉感染。

2、病情严重者注意卧床休息。

3、注意严格执行消毒隔离制度和无菌操作，严密观察病情变化。

细胞等。

3、休息与活动休息可减少氧的消耗，贫血程度较轻者，一般不需卧床休息，但应避免剧烈运动。贫血严重者，应根据其活动耐力下降情况制定活动强度、持续时间及休息方式，以不感到疲乏为度。

4、给氧严重贫血患儿应给予氧气吸入，以改善组织缺氧 症状。

5、用药护理使用糖皮质激素期间应避免感染；用环磷酰胺指导患儿多饮水，每日饮水量3000ml以上，防止出血4 膀胱炎。

6、输血及输液护理遵医嘱静脉输液，以稀释血液，使破坏的红细胞、血红蛋白碎片，迅速排除体外，避免发生血液循环障碍、组织坏死以及肾衰竭。输血仅用于严重贫血患儿，因输血可提供大量补体及红细胞，有时反加重溶血。输血前应做到“三查八对”，输血后严密观察患儿反应，如怀疑血型不符合应停止输血，立即报告医生。

7、给患儿及家长讲解疾病的有关知识，使其做



到主动预防,减少发作。G-6-PD 缺乏者应禁食蚕豆及蚕豆制品和氧化性药物。自身免疫性溶血性贫血患者应避免受凉。地中海贫血患儿也应避免使用氧化性药物,对有脾功能亢进和白细胞减少者,应注意个人卫生和预防感冒。

三、健康指导要点:

- 1、指导患儿多休息与合理活动。

● 出血性疾病患儿的护理

一、护理评估

- 1、询问和观察出血发生的时间、部位、范围,有无诱因或原因,
- 2、询问患者有无局部受压或受伤;有过敏史者,应注意有无食用异性蛋白,服用易致过敏的药物等。
- 3、消化道出血者有无呕血或便血,出血量的大小,出血是否停止或继续,有无伴随头晕,尿量减少等低血容量表现。血友病患者关节和肌肉出血时有无关节、肌肉疼痛等情况。患儿出血后是否经过止血处理,其用药的效果如何。
- 4、患儿的精神状态,有无烦躁不安、紧张等心理反应及程度。出血类型不同,其表现也不同。

二、护理措施

- 1、休息及饮食:血小板低于 $20 \times 10^9/L$ 时减少活动,增加卧床休息时间,防止身体受外伤,避免情绪激动。鼓励进食高蛋白高维生素易消化或半流质,禁食过硬粗糙的食物。保持大便通畅,大便时不可过于用力,必要时用开塞露协助。出血严重者应绝对卧床休息。
- 2、皮肤出血的预防及护理:保持床单平整,静脉穿刺时,尽量缩短压脉带的使用时间,勤剪指甲。尽量避免人为创伤,如肌内注射、拔牙等,必须注射或穿刺时应快速、准确,拔针后局部按压时间应适当延长,并观察有无渗血。穿刺部位交替使用。
- 3、鼻出血的预防及护理:保持室内相对湿度在 50%~60%,以防止鼻黏膜干燥而增加出血机会。鼻腔干燥时,可用复方薄荷油滴鼻。勿用力擤鼻,防止鼻腔压力增大使毛细血管扩张,渗血增多。防鼻部外伤。少量出血时,可局部压迫,出血较多时,需鼻腔填塞。双侧鼻腔填塞者,被迫张口呼吸,应加强口腔护理,保持口腔湿润。
- 4、口腔、牙龈出血的预防及护理:指导患者用软毛牙刷刷牙,忌用牙签剔牙,鼓励进食清淡、少渣

● 急性白血病患儿的护理

一、护理评估

- 1、密切观察患儿神志、瞳孔等病情变化,患儿若有烦躁不安、嗜睡、头痛、呕吐,甚至惊厥、颈抵抗,提示颅内出血。

- 2、给患儿及家长讲解疾病的相关知识,使其做到主动预防,减少发作。

四、注意事项

- 1、严重贫血患儿应给予氧气吸入。
- 2、注意用药安全并观察有无不良反应。
- 3、严格控制输液及输液速度。
- 4、注意个人卫生和预防感冒。

软食,尽量避免食用油炸食品或质硬的水果。保持口腔清洁,用氯己定漱口。牙龈渗血时,可用肾上腺素棉球贴敷牙龈,及时清除口腔内陈旧血块,预防感染。

- 5、关节腔出血或深部组织血肿的预防及护理:减少活动量,避免过度负重和易致创伤的运动。一旦出血,立即停止活动,卧床休息,抬高患肢并固定于功能位。开始局部用冰袋冷敷,使出血局限。当出血停止后改为热敷,以利于淤血消散。

- 6、内脏出血的护理:消化道少量出血者,可进食温凉的流质饮食;大量出血者应禁食,建立静脉通道,配血和做好输血准备,保证液体、止血药物和血液制品的输入。准确记录出入量。

- 7、眼底及颅内出血的护理:眼底出血时,应减少活动,嘱患者不要揉眼。若患者突然视力模糊、头晕、头痛、呼吸急促、喷射性呕吐甚至昏迷,提示颅内出血的可能,应及时与区生联系,并协助处理:立即去枕平卧,头偏向一侧;保持呼吸道通畅,吸氧;按医嘱快速静滴 20% 甘露醇等;观察意识状态及瞳孔大小。

三、健康指导要点

- 1、提供安全的家庭环境,养成良好的生活习惯,限制活动范围及活动程度。
- 2、关节出血停止,肿胀消失后,应逐渐增加活动,以防畸形。

四、注意事项

- 1、反复关节出血致慢性关节损害者,应进行康复指导与训练,鼓励患儿规律、体格锻炼,增强关节周围肌肉力量和强度,延缓出血或使出血局限化。
- 2、进行遗传咨询,使家长了解本病的遗传规律,认识筛查基因携带者的重要性,基因携带者的女性在妊娠期应行基因分析产前检查,如确定胎儿为血友病时,及时终止妊娠。

- 2、观察有无牙龈肿痛、出血,皮肤有无出血等现象。

二、护理措施

- 1、体位与休息:白血病患者常有乏力、活动后



气促，需卧床休息，以活动后无症状为宜。长期卧床者，应经常更换体位，预防压疮。

2、饮食护理：鼓励患儿进食，增加营养，注意饮食卫生。禁食辛辣刺激性食物，给予高蛋白、高维生素、高热量饮食，不能进食者给予静脉营养。

3、病情观察：

监测生命体征变化，观察有无牙龈肿痛、出血，皮肤有无出血现象，发现感染或出血先兆，及时通知医生处理；密切观察患儿神志、瞳孔等病情变化，患儿若有烦躁不安、嗜睡、头痛、呕吐，甚至惊厥、颈抵抗，提示颅内出血，应配合医生进行止血、降低颅内压等紧急处理。

4、药物护理：

按医嘱执行化疗方案，观察化疗药物疗效及毒性反应。注射化疗药物时，应合理选择静脉血管通道器材，可选择经外周静脉置入中心静脉置管术（PICC），并正确维护；某些药物，如甲氨蝶呤、柔红霉素等光照后可分解、降低药效，输注时采用避光措施；鞘内

注射时，准确掌握药物浓度和剂量，缓慢推入，注射后平卧4-6小时，防止发生不良反应。

5、心理护理：热情帮助、关心患儿，向家长及患儿介绍白血病有关知识，告知化学药物治疗是重要手段，以取得配合。向家长及患儿介绍国内外治疗的进展，增加治愈信心。

三、健康指导要点

1、白血病完全缓解后仍需坚持化疗，化疗间隙期可出院，按医嘱给药及休息。

2、持续完全缓解停止化疗者，应定期随访，以便及时发现复发征象。

3、鼓励患儿进行体格锻炼，增强抗病能力，帮助疾病治愈。

四、注意事项：

1、预防感染进食前后漱口，避免损伤口腔黏膜及牙龈。

2、保持排便通畅，注意肛周清洁卫生，防止肛周脓肿或溃烂。

七、泌尿系统疾病护理常规

● 儿童泌尿系统疾病的一般护理

1、执行儿内科一般护理常规。

2、休息休息对肾脏疾病治疗效果和预后好坏有很重要的影响。如急性肾炎、急性肾盂肾炎，不恰当的运动，可使病情迁延、反复，影响预后。因此必须合理安排患儿休息，至症状消失，尿常规检查基本正常，病情稳定后方可适当活动。

3、饮食水肿、高血压、尿少患儿按医嘱给予低盐饮食（每日60~120mg/kg），限制摄入量。血尿素氮增高时给低蛋白饮食。血压正常，无水肿，可给普通饮食。

4、预防感染与感染性疾病患儿分室居住，室内

要阳光充足，按气候变化及时增减衣服。受凉、潮湿、上呼吸道感染往往使疾病复发或加重，使病程延长；甚至导致疾病复发。

5、观察病情变化观察面色、水肿、尿量、脉搏、呼吸、血压、神志的改变，随时与医生联系，及时发现并发症，及时治疗。

6、收集尿液标本根据各项肾功能试验的检查目的收集标本。收集早晨第一次晨尿作尿常规，每周2次。盛尿容器必须清洁，不得混有大便，留12小时和24小时尿标本的容器内加40%甲醛溶液2~3ml，以防尿液变质。

● 急性肾小球肾炎患儿的护理

一、护理评估

1、观察患儿尿液的颜色、尿量，准确记录24小时尿量，应用利尿剂时每日测体重、每周送尿常规检查两次，观察水肿部位。

2、观察血压变化，警惕高血压脑病的发生。

3、发现尿量持续减少，出现头痛、恶心、呕吐、警惕高血压脑病发生。

二、护理措施

1、休息：可减轻心脏负担，改善心功能，增加心排出量，增加肾血流量。急性期两周内应卧床休息，待水肿消退，血压降至正常，肉眼血尿消失后可适当活动。1-2个月活动量宜加限制，3个月内避免剧烈运动。

2、饮食管理：供给高糖饮食以满足小儿热量的需求。尿少水肿期间，限制钠盐摄入，有氮质血症应限制蛋白质的入量，除非严重少尿或循环充血，一般不限制水。尿量增加、水肿消退、血压正常后可恢复正常饮食。

3、遵医嘱予以利尿剂、降压药，应用利尿剂后注意有无低钾表现，观察体重、尿量、水肿的变化并做好记录。

4、病情观察：观察尿色、尿量，准确记录24小时尿量；注意血压变化，警惕高血压脑病的发生；观察呼吸、心率、脉搏等变化，警惕严重循环衰竭的发生。

三、健康指导要点

1、向患儿及家属讲解发病前两周休息的重要性。



2、指导患儿加强锻炼，增强体质，减少或避免上呼吸道感染是本病预防的关键。

3、预防上呼吸道感染或皮肤感染，应及时应用抗生素彻底治疗。

4、定期监测血压及复查尿常规。

四、注意事项

● 肾病综合征患儿的护理

一、护理评估

1、观察患儿浮肿情况，注意有无胸腹水、心包积液等，准确记录24小时尿量，每周送尿常规2-3次，测体重一次。

2、观察有无低钠、低钾、低钙、低血容量休克等症。3、观察有无腰痛或腹痛、肉眼血尿、急性肾衰等静脉栓塞症状。

二、护理措施

1、环境与休息：肾病患儿和感染性疾病患儿应分室治疗，病室每天定期开窗通风，并限制探视人数。一般不需要严格限制活动，严重水肿和高血压时需要卧床休息，以减轻心脏和肾脏的负担，即使卧床也应该在床上经常变换体位，以防血管栓塞等并发症。在校儿童肾病活动期应休学。

2、饮食护理：一般患儿不需要特别限制饮食，给易消化、低盐、适量优质蛋白（如乳类、蛋、鱼、家禽等），足量碳水化合物及高维生素饮食。重度水肿适当限制钠、水的摄入。

3、皮肤护理：水肿患儿保持皮肤清洁，衣服应柔软、宽松舒适；阴囊水肿患儿可使用丁字带托起保护。

4、预防感染：做好保护性隔离，病房每日进行空气消毒，加强皮肤护理，做好会阴部清洁。严重水肿者应尽量避免肌肉注射，避免到人多的公共场所。

八、免疫和结缔组织疾病护理常规

● 过敏性紫癜患儿的护理

一、护理评估

1、有无上呼吸道感染史，药物过敏史。

2、近期用药及进食情况。

二、护理措施

1、执行出血性与肾小球疾病（有肾损害）一般护理常规。

2、给优质蛋白、高维生素、易消化的无渣饮食，如有胃肠道大出血、腹痛明显应禁食、输血及给止血药。禁食生、辛辣、冷硬食物及海鲜类食物。

3、急性期卧床休息，至症状消失（皮疹消退、无关节痛、无腹痛）后下床活动。

4、密切观察病情变化，注意紫癜形态、分布及

1、尿少水肿期间，限制钠盐摄入，有氮质血症应限制蛋白质的入量。

2、观察血压变化，警惕高血压脑病的发生。

3、急性期两周内应卧床休息，可改善心功能及增加肾血流量。

5、用药护理：激素治疗期间注意每日尿量，尿蛋白变化及血浆蛋白恢复等情况。遵医嘱及时补充维生素D及钙质。讲解药物的作用及副作用，指导患儿家长遵医嘱坚持用药。

6、心理护理：关心爱护患儿，多与患儿及家长交谈，指导家长多给患儿心理支持，保持良好情绪。恢复期可组织一些轻松的娱乐活动，适当安排一定的学习，以增强患儿治疗信心，积极配合治疗。

三、健康指导要点

1、活动时注意安全，避免奔跑和患儿之间打闹，以防摔伤、骨折等。

2、讲解激素治疗对本病的重要性，使患儿及家长主动配合与坚持计划用药。

3、使患儿及家长了解本病最常见的并发症及复发的诱因，因此预防感染很重要。

4、教会家长或较大患儿学会用试纸监测尿蛋白的变化。

四、注意事项

1、保持病室空气新鲜，病室每日紫外线消毒，尽量与感染性患儿分开居住。

2、肾病患儿尽量避免肌肉注射。

3、激素药要餐后口服，遵医嘱服药，不能随意停用或减量。

消退情况，如有瘙痒时，剪短指甲，勿搔抓，遵医嘱使用止痒剂外涂（炉甘石擦剂）。

5、对腹型患者更应警惕肠穿孔和肠套叠的发生，注意腹痛性质、排便次数及有无血便，腹痛者遵医嘱给镇痛、解痉剂、肾上腺皮质激素并观察疗效。禁食应静脉补充营养液。关节肿痛者抬高患肢，并保持关节的功能位。对肾损害患者按肾炎护理常规进行。

6、筛出食物性过敏原。半年内避免食用易致敏食物。

7、遵医嘱应用抗感染、激素及抗组胺药物，并观察疗效及副作用。

8、消化道症状及皮疹明显，可遵医嘱予以血液



灌流, 执行血液透析后护理常规。

9、出院指导本病易复发或并发肾损害, 应针对具体情况予以解释。教会家长和患儿观察病情, 合理调配饮食, 1~3个月禁食鸡蛋、牛奶、辛辣食物及海鲜类食物, 遵医嘱专科门诊随访半年或更长时间尿常规。

三、健康指导要点

1、向患儿及家长宣传预防感染的重要性, 避免去人群集中的公共场所, 防止受凉。

2、过敏性紫癜可反复发作或并发肾损害, 给患儿和家长带来不安和痛苦, 故应针对具体情况予以解

● 川崎病患儿的护理

一、护理评估

评估患儿体温、心率、心律、血压、心音。观察有无皮疹、杨梅舌、肛周脱屑、口唇皲裂, 指(趾)端有无红肿和脱屑, 口腔黏膜、眼结膜有无充血, 淋巴结有无肿大。询问患儿有无腹痛、腹泻、腹胀、关节痛等表现。

二、护理措施

1、执行儿内科一般护理常规。

2、高热的护理: 高热时应以物理降温为主, 头部枕冰袋, 酒精擦浴或给予药物降温等。

3、口腔护理: 口唇干裂、口腔炎者, 可用过氧化氢溶液清洁口腔或用3%硼酸溶液每日清洗口腔2~3次, 冲洗后外涂液状石蜡。口腔溃疡者, 局部涂溃疡散。

4、饮食护理: 高热时消化液分泌减少, 加上口腔炎症导致口腔不适或疼痛, 患儿多有厌食, 进食困难。应给高热量、高维生素的半流质饮食或流质饮食, 以温凉为宜, 切勿过热。也可在进食前涂1%普鲁卡因减轻疼痛。

5、注意皮肤清洁: 每日晨晚间护理, 勤换内衣, 皮肤瘙痒时可涂樟霜。臀部及肛周红斑脱屑时, 便后用温水冲洗干净, 外涂软膏。剪短指甲, 避免抓破皮肤。指(趾)端脱屑时, 不要人为撕拉, 损伤皮肤的完整性, 应让受损皮肤自行脱落。

6、病情观察: 如有冠状动脉受损者应按心脏病护理常规测脉搏, 注意心率、心律的改变, 注意面色、

● 风湿热患儿的护理

一、护理评估

1、评估患儿有无心脏炎、游走性关节炎、舞蹈病、环形红斑和皮下小结等症状。

2、评估患儿关节疼痛的部位及程度。

二、护理措施

1、限制活动: 急性期卧床休息2周, 有心脏炎时绝对卧床休息4周, 重者6~12周, 至急性症状消失,

释, 帮助其树立战胜疾病的信心。

3、指导家长 and 患儿学会观察病情, 合理调配饮食; 指导其尽量避免接触各种可能的过敏原以及定期无医院复查。

四、注意事项

1、注意观察患儿的病情变化, 注意紫癜形态、分布及消退情况。

2、对腹型患者更应警惕肠穿孔和肠套叠的发生, 注意腹痛性质、排便次数及有无血便。

3、注意饮食喂养。

四肢末梢循环及神志、尿量的改变, 烦躁者给镇静剂。抽血在远离心脏的四肢静脉进行。勿在颈外静脉抽血。

7、大多数川崎病患儿血小板高, 血液呈高凝状态, 易形成血栓而致身体各部位栓塞, 应嘱患儿多饮水稀释血液。

8、静脉丙种球蛋白的应用

(1) 剂量为1~2g/kg, 开始以10~20ml/h的速度输入, 观察30分钟如无反应, 将余量在10~12小时内平均输入。

(2) 现配现用, 室温下放置时间不超过4小时。

(3) 使用过程中注意有无血清学反应(发热、寒战、皮疹、心慌、胸闷、呼吸困难等)。如出现以上情况应报告医生并遵医嘱给予非甾体抗炎药等处理, 待患儿症状消除可继续输入。

9、做好出院指导

(1) 应遵医嘱口服阿司匹林。注意饭后服药减轻胃肠道反应, 观察有无出血。

(2) 疗程的2周、1个月、3个月、半年分别来院随访心电图及超声、血常规、血沉。

三、健康指导要点

1、及时向家长交代病情, 并给予心理支持。

2、指导家长观察病情, 定期带患儿复查。

四、注意事项:

1、注意患儿的体温变化, 及时给予降温处理。

2、注意皮肤及黏膜护理。密切监测病情。

血沉接近正常时方可下床活动, 伴心力衰竭者待心功能恢复后再卧床3~4周, 活动量根据心率、心音、呼吸、有无疲劳而调节。

2、饮食护理: 给予易消化、富于营养的食物, 少量多餐, 保持排便通畅。限制钠盐和水的摄入, 并详细记录出入液量。

3、病情观察: 观察患儿体温变化, 注意热型及



伴随症状，高热者进行物理降温。的特点及累及部位。有心力衰竭者观察患儿关节；观察患儿面色、呼吸、心率及心音变化，如出现烦躁不安、面色苍白、多汗、气急等衰竭的表现，及时通知医生并处理。

4、药物护理：遵医嘱给予抗链球菌感染及抗风湿治疗，观察药物疗效及不良反应；应用洋地黄制剂、利尿药时，观察心律、心率、尿量及有无胃肠道反应，必要时遵医嘱停止。

5、疼痛护理：关节疼痛时，协助患儿保持舒适功能体位，避免痛肢受压，移动肢体时动作轻柔，必要时可使用热水袋敷局部关节，减轻关节疼痛。

三、健康指导要点

九、内分泌系统疾病护理常规

● 糖尿病患儿的护理

一、护理评估

1、监测血糖、尿糖、血气、电解质变化，有无酮症酸中毒的表现。

2、观察有无胰岛素过量或不足引起的 Somogyi 现象或清晨现象。

二、护理措施

1、基础护理：加强生活护理，保证患儿休息。因尿酸刺激会阴部可引起瘙痒，故需及时清洗会阴部及臀部。

2、饮食护理：给予富含蛋白质和纤维素饮食，限制纯糖、饱和脂肪摄入。每天进食应定时、定量，勿吃额外食品。饮食控制以能保证正常体重、维持正常血糖、减少血糖波动为原则。

3、病情观察：密切观察病情变化，监测血糖、尿糖、血气、电解质变化，有无酮症酸中毒的表现；观察有无胰岛素过量或不足引起的 Somogyi 现象或清晨现象。每周测体重 1 次。

4、药物护理：每次注射胰岛素时尽量用同一型

● 糖尿病酮症酸中毒患儿的护理

一、护理评估

1、有无恶心、呕吐、腹痛、厌食、极度口渴等表现。

2、有无呼吸困难，呼气中有无烂苹果味。

3、皮肤弹性，眼球有无下陷，精神状态等。

二、护理措施

1、呼吸困难的护理绝对卧床休息，安排专人护理，中或高流量给氧，密切观察病情变化。

2、检验标本的采集末梢血糖、静脉血糖、电解质、肝肾功能、血脂、糖化血红蛋白、血常规、血浆渗透压、动脉血气分析，尿常规。

3、恶心、呕吐的护理快速建立静脉通路，给予静脉补液及胰岛素治疗，观察血糖及酮体情况。将患

1、关心爱护患儿，耐心解释各项检查、治疗、护理措施的目的及意义，以取得配合，增强其战胜疾病的信心。

2、合理安排日常生活，防止受凉；改善居住条件，避免寒冷潮湿。少去公共场所，不参加剧烈活动。

3、定期复查。

四、注意事项

1、及时解除患儿的各种不适感，如发热、出汗、疼痛等。

2、应用洋地黄制剂、利尿药时，观察心律、心率、尿量及有无胃肠道反应。

号的 1ml 注射器以保证剂量的绝对准确，正确的抽药方法，选择适当的注射部位，注意每次须更换部位。

5、心理护理 针对患儿不同年龄发展阶段特征，提供长期的心理支持，帮助患儿建立良人际关系以减轻心理压力。帮助患儿逐渐学会自我护理，增强其战胜疾病的自信心。

三、健康指导要点

1、向患儿及家长讲解疾病的相关知识，强调本病是终身性疾病。

2、患儿应将饮食、胰岛素治疗及运动疗法融入生活中，指导患儿及家长熟悉各项治疗及护理措施。

3、指导患儿保持良好的卫生习惯，避免皮肤破损，坚持定期进行身体检查，使体重控制在良好水平，预防感染。

四、注意事项

1、保证剂量的绝对准确，正确的抽药方法，选择适当的注射部位，注意每次须更换部位。

2、胰岛素应低温避光放置。

儿头偏向一侧，呕吐物污染衣被及时更换。

(1) 液体疗法：目前国际上推荐采用 48 小时贯穿疗法。补液总量一累积丢失量+维持量。总液体张力约 1/2 张。对于中、重度脱水的患儿，尤其休克者，最先给予生理盐水 10 ~ 20ml/kg，于 30 ~ 60 分钟以内快速输注扩容，据外周循环情况可重复。继之以 0.45% (1/2 灭菌注射用水 + 1/2 的 0.9% 生理盐水) 盐水输入。对于输含钾液无禁忌证的患儿，尽早将含钾液加入上述液体中（浓度按 0.3%）；对于外周循环稳定的患儿，也可以直接 48 小时均衡补液而不需要快速补液。补液中根据监测情况调整补充相应的离子、含糖液等。



(2) 胰岛素降血糖: 补液 1 小时后小剂量胰岛素即每小时 0. 1U/kg 静脉输入。可将胰岛素 25U 加人生理盐水 250ml 中, 使用微量泵按每小时 1ml/kg 的速度输入, 血糖下降速度一般为 2 ~ 5mmol/L。

4、精神症状的护理

(1) 加强病情观察, 如神志状态、瞳孔大小及反应、体温、呼吸、血压和心率等, 心电监护并做好记录。

(2) 注意安全, 意识障碍者应加床挡, 骨突处贴无菌透明敷贴以保护, 定时翻身, 保持皮肤完整性。

(3) 遵医嘱给予小剂量胰岛素静脉滴注治疗。

5、感染的护理做好口腔、皮肤、泌尿道、呼吸道护理, 防止感染; 积极治疗原发感染。

● 生长激素缺乏症的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿身年年龄及骨骼系统发育情况。
- 2、观察患儿有无甲状腺功能减低、低血糖或颅内压增高症状等。

二、护理措施

1、饮食护理: 给予色、香、味俱全, 营养均衡的食物。

2、病情观察: 建立患儿生长曲线图, 观察患儿身高(高)、体重变化; 观察骨骼系统发育情况并做记录。当患儿出现甲状腺功能减低、低血糖或颅内压增高症状时, 应及时通知医生配合列

3、药物护理: 生长激素替代疗法在骨骺愈合以

6、准确测量体重, 记录出入量。

7、健康指导同糖尿病。

三、健康指导要点

1、针对患儿不同年龄发展阶段特征, 提供长期的心理支持, 帮助患儿保持良好的营养状态。

2、适度运动。

3、指导家长避免过于溺爱或干涉患儿的行为, 应帮助患儿逐渐学会自我护理, 以增强战胜疾病的信心。

四、注意事项

- 1、密切观察患儿的病情变化, 注意绝对卧床休息。
- 2、注意观察药物的疗效和不良反应。

前均有效, 应掌握药物的用量。使用合成代谢激素类药物, 应注意其毒性反应, 有促使骨骺提前融合反使最终身高过矮的可能, 需严密随访骨龄发育情况。

三、健康指导要点

1、定期监测生长发育, 早期发现有无生长迟缓情况。

2、鼓励患儿, 避免或消除因身高低于同龄儿而产生的自卑心理。

四、注意事项

- 1、使用合成代谢激素类药物, 应注意其毒性反应。
- 2、需严密随访骨龄发育情况, 早期予以干预。

十、消化系统疾病护理常规

● 腹泻患儿的护理

一、护理评估

1、观察患儿大便颜色、次数、性状、气味、量的变化。

2、观察有无尿少、代谢性酸中毒、脱水和电解质紊乱、低血钾等临床表现,

二、护理措施

1、防止交叉感染: 严格执行消毒隔离措施, 患儿的用物、排泄物等做好处置, 医务人员、家属等落实手卫生, 预防交叉感染。

2、皮肤护理: 保持会阴及肛周皮肤清洁、干燥, 选用柔软、透气、吸水性强尿布, 每次便晨起用温水清洗臀部并擦干, 肛周皮肤发红时可涂 10% 鞣酸软膏或 40% 氧化锌油膏。

3、饮食护理: 腹泻患儿除严重呕吐者暂禁食 4-6 小时(不禁水)外, 一般不需严格禁食; 母乳喂养者继续哺乳, 暂停辅食; 人工喂养者可喂以等量米汤、稀释的牛奶或其他代乳品, 腹泻次数减少后, 给予半

流质饮食, 由少量多餐逐渐过渡到正常饮食; 病毒性肠炎患儿改用无乳糖奶粉或豆制代用品, 以减轻腹泻, 缩短病程。

4、病情观察: 严密监测生命体征变化, 体温过高时应给患儿多饮水或行物理降温, 注意擦干汗液和更换衣服。观察和记录排便次数, 粪便颜色、气味、性质及量的变化; 观察有无脱水、代谢性酸中毒、低血钾等临床表现, 发现异常, 及时通知并处理。

5、药物护理: 严格遵守先快后慢、先盐后糖、先浓后淡、见尿补钾、抽搐补钙的补液原则。

(1) 病毒性肠炎: 一般不用抗生素, 给予饮食和支持疗法。

(2) 细菌性肠炎: 使用抗生素时应根据粪便细菌培养和药敏试验结果进行调整, 并注意观喇疗效及不良反应。

三、健康指导要点

1、提倡母乳喂养, 指导合理喂养, 添加辅食循



序渐进,避免夏季断奶。

2、保持食物新鲜、清洁,培养儿童良好的卫生习惯。指导家长配制和使用ORS口服液。

四、注意事项

● 急性出血坏死性肠炎患儿的护理

一、护理评估

1、询问发病前有无感染史,有无进食甘薯、玉米等含丰富胰蛋白酶抑制剂的食物。

2、询问是否有突发腹痛并逐渐加重,多在脐周或上腹部,伴呕吐、腹泻和便血,无里急后重感。

3、有无发热,观察腹部体征,如腹胀、肠鸣音消失。

二、护理措施

1、执行儿科消化系统疾病一般护理常规。

2、立即禁食至大便隐血阴性3次,腹胀消失和腹痛减轻后试行进食,从流质、半流质、少渣软食逐步过渡到正常饮食。新生儿患儿从喂水开始,再喂稀释奶,逐渐增加奶量和浓度。

3、有腹胀者尽早安置胃肠减压,保持胃肠减压通畅,观察引流物的性质、颜色,并记录引流量。

4、卧床休息,满足患儿生理、心理需要,避免

1、感染性腹泻应注意消毒隔离,做好食具、尿布、玩具的消毒,防止交叉感染。

2、指导患儿家长便后用温水清洗臀部并擦干,肛周皮肤发红时可涂10%鞣酸软膏,防止红臀发生。

外界刺激,操作尽量集中进行,保证患儿休息。

5、密切观察病情变化,防治并发症发生。

(1) 监测生命体征,观察神志、周围循环,当脉搏细速、血压下降、肢端冰凉等中毒性休克表现时,配合医生抢救。

(2) 观察脱水程度、大便性质及量并做好记录。

(3) 观察腹部情况,如腹痛部位、程度、性质、有无肌紧张等。若发生严重腹膜炎、完全性肠梗阻、肠穿孔等外科急腹症,立即报告医生,做好术前准备。

三、健康指导要点:向患儿家长讲解疾病的相关知识和护理方法。

四、注意事项

1、注意观察患儿的生命体征及病情变化。

2、注意卧床休息。

第三节 儿科感染性疾病护理常规

一、儿科感染性疾病的一般护理

一、护理评估

1、评估患儿年龄意识、体重、心理状况、生长发育等情况。

2、根据疾病的传播途径,患儿采取不同隔离措施,如呼吸道隔离、消化道隔离等。

二、护理措施

1、患儿就诊时严格执行预检分诊制度,对疑似感染性疾病患儿,严格执行隔离制度和疫情旨制度。

2、根据疾病的传播途径,采取不同隔离措施,如呼吸道隔离、消化道隔离和严密隔离,严格执行陪伴和探视制度。

3、治疗饮食应加强管理,家属送来的食物,必须经过医护人员检查,符合疾病要求的食物给患儿食用。

4、保持患儿头发、皮肤清洁干燥,定期洗头、沐浴、剪指(趾)甲。患儿使用后的衣被、尿布按照不同疾病的隔离原则处理。

5、保持床铺整洁,定时翻身、拍背,防止压疮发生。

6、密切观察病情变化,如有特殊情况,立即告知医生并及时处理。

7、按照医嘱执行各项治疗,输液时注意观察滴注速度,局部有无肿胀以及输液反应。

8、根据患儿不同年龄期,做好心理护理,减轻患儿及家属的焦虑情绪,消除不良情绪,促进康复。

三、健康指导要点

1、针对患儿疾病和年龄,向患儿及家长做好健康教育,包括隔离知识、小儿喂养常识、

2、指导患儿养成良好的卫生习惯,做好患儿安全防护,提高患儿及家属健康知识水平。

四、注意事项

1、输液时注意观察滴注速度,局部有无肿胀以及输液反应。

2、住院期间做好患儿的安全管理,防止各种意外发生。

二、手足口病患儿的护理

一、护理评估

1、观察意识状态和有无脑膜刺激征的发生

2、评估患儿有无高热及呕吐、有无烦躁、哭闹

或惊厥等表现

二、护理措施

1、按感染科一般护理常规护理。



2、消毒、隔离：一旦感染上了手足口病，患儿应及时就医，避免与外界接触，一般需隔离2周，患儿用过的物品要彻底消毒，用含氯的消毒液浸泡，不宜浸泡的可放在日光下暴晒。患儿排泄物用3%的漂白粉浸泡。病室内要定期开窗通风，保持空气新鲜、流通，温湿度适宜。

3、饮食护理：嘱患儿进高蛋白、高维生素，营养丰富易消化的流质或半流质饮食，如牛奶、鸡蛋汤、菜粥等。要保持营养均衡，食物宜温凉、无刺激性。禁食冰凉、辛辣等刺激性食物，少吃零食，因吃零食能加重口腔粘膜的刺激，减少唾液分泌。对于因口腔溃疡疼痛拒食、拒水而造成脱水、酸中毒的患者，要给与补液，及时纠正电解质紊乱。

4、口腔护理：患儿因口腔溃疡、疼痛、张口困难，要保持口腔清洁，饭前饭后要用生理盐水漱口，对不会漱口的患儿可以用棉签蘸生理盐水轻轻清洁口腔，促进创面愈合。

5、皮肤护理：患儿衣物、被褥要柔软、清洁，经常更换。剪短患儿指甲，避免抓破皮肤和水疱引起感染。手、足部皮疹初期以外用药为主，擦药前清洗局部，待有疱疹形成或破溃时用0.5%碘伏，擦药期间嘱患者勿洗澡，以免影响疗效。臀部有皮疹的患儿，应随时清理大小便，保持臀部清洁干燥。

6、病情观察：

(1) 一般病情观察：观察患儿的全身临床症状，定时测量体温、呼吸、心率等。

(2) 发热的护理：密切监测体温，高热者先用

三、水痘患儿的护理

一、护理评估

1、观察患儿皮肤斑丘疹、水疱疹和结痂等症状。
2、观察有无抽搐等病情变化，防止继发肺炎、脑炎。

二、护理措施

1、按感染性疾病患儿一般护理常规。
2、环境：病室每天通风或紫外线消毒1-2次。
3、基础护理：保持皮肤清洁，勤换内衣，内衣宜宽松、柔软、透气。患儿衣物采用暴晒或高压消毒。衣被冷暖适宜，减轻瘙痒感。
4、饮食护理：给予营养丰富、清淡、易消化食物。
5、病情观察：严密观察生命体征变化，如出现高热，可用物理方法或药物降温；观察出疹情况及皮疹特征，呼吸道隔离至全部皮疹结痂或出疹后7天止；

四、小儿麻疹的护理

一、护理评估

1、观察患儿有无发热、流涕、咳嗽等症状。
2、观察患儿皮肤情况，注意有无麻疹黏膜斑和

物理降温，如温水擦浴、头部冷敷等，效果不佳时，遵医嘱给退热药，同时多喂开水，防止因大量出汗而虚脱，经降温处理后半小时测量体温及观察末梢循环情况。

(3) 警惕并发心肌炎、观察患儿心率、心律、有无胸闷、气促、面色苍白，观察患儿精神反应、食欲、睡眠、出冷汗及进行性呼吸困难等其他并发症的早期表现，如有情况应立即通知医生，采取相应处理并做好相关记录。

7、药物护理：

(1) 采用抗病毒、抗感染药物治疗，观察药物疗效，轻者科口服清热解毒药；

(2) 口唇溃疡者可将维生素B2粉剂或鱼肝油涂以口腔糜烂部位，也可口服维生素B2、维生素C，辅以超声雾化吸入，以减轻疼痛，促进溃疡愈合。口腔涂药后，嘱病人闭口十分钟，不可马上漱口及饮水、进食，以保证药物疗效。

三、健康教育：

1、向患儿及家属讲解手足口病的相关知识。一旦患儿确诊为手足口病，应交代患儿勿到公共场所，以免引起交叉感染。

2、家中易患人群给板蓝根冲剂口服、抗病毒冲剂等预防。

四、注意事项

1、出院后在家继续隔离一周，避免受凉。
2、指导患儿养成正确洗手的方法，做到洗净手、吃熟食、喝开水、勤通风。

观察有无抽搐等病情变化，防止继发肺炎、脑炎。

6、药物护理：遵医嘱给予抗病毒药物治疗，忌用阿司匹林降温，以免增加Reye综合征的危险。皮肤瘙痒明显时，可遵医嘱口服抗组织胺药物，并局部涂药。

三、健康指导要点

1、注意手卫生，勤修剪指甲或戴手套，勿搔抓皮肤，防止感染及疤痕。

2、保持皮肤清洁，勤换内衣，内衣宜宽松、柔软、透气。患儿衣物采用暴晒或高压消毒。

四、注意事项

1、避免使用肾上腺皮质激素类药物，正在使用者应短期内递减，逐渐停药。

2、如出现高热，可用物理方法或药物降温。

全身斑丘疹、疹退后脱屑、棕色色素沉着等。

二、护理措施

1、按感染性疾病患儿一般护理常规。



2、卧床休息至皮疹消退、体温正常。

3、基础护理：

(1)皮肤护理 保持衣被清洁干燥、舒适，忌捂汗，忌用肥皂，勤换内衣；

(2)眼部护理：避免强光刺激，每天用生理盐水清洗双眼数次，然后滴抗生素眼液或涂眼膏；

(3)口腔护理：保持口腔清洁，患儿进食前后喂温水冲洗口腔，必要时行口腔护理。

3、饮食护理：

给予清淡易消化富于营养的食物，并补充足够的水分，利于排毒、透疹。恢复期应添加高蛋白、高维生素食物。

4、病情观察：

观察患儿生命体征变化及皮疹情况，观察热型及伴随症状。高热时可给予温水擦浴，慎用解热药，禁用乙醇擦浴或冷敷，以免影响透疹，导致并发症。密

切观察病情变化，及早发现肺炎、喉炎、脑炎等并发症的表现，及时—处理。

5、药物护理：

遵医嘱给予抗病毒治疗，伴有烦躁不安或惊厥者给予镇静药。咳嗽重者口服镇咳药并行超声雾化吸入。

三、健康指导要点

1、指导家属早发现、早隔离、早治疗；

2、采取呼吸道隔离至出疹后5天，重症者延长至出疹后10天，接触的易感患儿隔离观察21天，避免去公共场所，控制传染源，房间通风，进行空气消毒，患儿的衣物清洗干净后在阳光下暴晒。

3、儿童按时接种麻疹疫苗。

四、注意事项

1、高热时可给予温水擦浴，慎用解热药，禁用乙醇擦浴或冷敷，以免影响透疹，导致并发症。

2、忌捂汗，忌用肥皂，勤换内衣，避免强光刺激。

五、百日咳患儿的护理

一、护理评估

1、评估患儿有无阵发性、痉挛性咳嗽，咳嗽末伴有深长的鸡鸣样吸气性吼声等症状。

2、观察有无高热、气促等并发肺炎的表现。

二、护理措施

1、按感染性疾病患儿一般护理常规。

2、患儿应卧床休息，治疗及护理尽量集中进行，避免各种诱发痉咳的刺激，减少痉咳的发生。

3、体位护理：

痉挛性咳嗽发作时应协助侧卧，轻拍背部，必要时可行雾化吸入或吸痰，帮助痰液排出。痉挛性咳嗽频发伴窒息或抽搐的幼婴，应专人守护，及时给予吸痰、吸氧、人工呼吸等抢救。

4、饮食护理：

给予营养丰富、易消化、无刺激、较黏稠的食物，宜少量多餐，痉挛性咳嗽后进食，喂食不能过急，食后少动，以免引起呕吐。

5、病情观察：

严密观察患儿意识、瞳孔及咳嗽情况。观察有无高热、气促等并发肺炎的表现，如有异常及时对症处理；有无反复惊厥等并发百日咳脑病的表现，如有异常及时对症处理。

6、药物护理：

按医嘱早期给予抗生素、镇咳祛痰药，观察药物疗效及不良反应；痉挛性咳嗽影响睡眠时可遵医嘱服用镇静药；严重病例采用激素治疗。

三、健康指导要点

1、患儿实施呼吸道隔离至痉挛性咳嗽停止后3周。对密切接触患儿的易感儿童医学观察3周，并可口服红霉素预防。

2、按时接种百日咳、白喉、破伤风三联疫苗。

四、注意事项

1、痉挛性咳嗽频发伴窒息或抽搐的幼婴，应专人守护，及时给予吸痰、吸氧，保持呼吸道通畅。

2、痉挛性咳嗽后进食，喂食不能过急，食后少动，以免引起呕吐。

六、流行性腮腺炎患儿的护理

一、护理评估

1、观察患儿持续高热、剧烈头痛、呕吐、颈强直、嗜睡、烦躁或惊厥等脑膜炎的表现。

2、观察患儿体温的变化。

二、护理措施

1、按感染性疾病患儿一般护理常规。

2、休息：患儿应卧床休息，减少并发症的发生。

3、口腔护理：保持口腔清洁，用温盐水漱口，多饮水，防止继发感染。

4、饮食护理：给予富有营养，易消化的流质或

半流质饮食，忌酸、辣、硬而干燥的食物，以免刺激唾液分泌增多，加重肿痛。

5、病情观察：

密切注意体温变化，高热时及时采用物理降温或遵医嘱给予药物降温；密切观察有无持续高热、剧烈头痛、呕吐、颈强直、嗜睡、烦躁或惊厥等脑膜炎的表现；有无肿大、触痛，有无睾丸鞘膜积液和阴囊皮肤水肿的表现。

6、药物护理：腮腺局部可用中药如意金黄散调茶水或食醋敷患处，并保持药物湿润。可用氦氮激光



局部照射，减轻局部肿痛。

三、健康指导要点

1、指导家长做好隔离、用药、饮食、解热等护理。呼吸道隔离至腮腺肿胀消退至少3天，指导家长观察病情，如在疾病恢复过程中出现并发症等临床表现，应立即就诊。

2、疾病流行期间控制传染源，保护易感儿，避

七、结核病患儿的护理

一、护理评估

1、密切观察抗结核药物的毒性反应发生及及时处理。

2、监测患儿生命体征变化，观察热型及伴随症状。

二、护理措施

1、按感染性疾病患儿一般护理常规。

2、体位与休息：

结核性脑膜炎患儿应绝对卧床休息；经常更换体位，预防坠积性肺炎及压疮；昏迷者应采取侧卧位，保持呼吸道通畅，及时清除口、鼻、咽喉分泌物及呕吐物，防止发生误吸和窒息。

3、基础护理：

发热、出汗后加强皮肤护理，保持衣被清洁、干燥，防止受凉。昏迷患儿两小时翻身、拍背1次，防压疮、坠积性肺炎发生；眼睑不能闭合者可涂以红霉素眼膏并用消毒盐水纱布遮盖；昏迷患儿应行口腔护理，保持口腔清洁，抽搐时应防止舌咬伤。

4、饮食护理：

供给高热量、高蛋白质、高维生素、高钙、易消化的食物。昏迷不能吞咽者予鼻饲，保证营养的供给，必要时静脉补充营养。

5、病情观察：

免在幼儿园、学校等集体场所引起流行。接触者应检疫3周。

四、注意事项

1、对患儿呼吸道分泌物及其污染物品应进行消毒处理。

2、预防接种，接种腮腺炎减毒活疫苗。

监测患儿生命体征变化，观察热型及伴随症状，密切观察结核性脑膜炎患儿神志、瞳孔的变化，早期发现颅内高压或脑疝征兆，及时采取抢救措施。

6、药物护理

(1)“OT”或“PPD”试验：注意药物浓度和剂量准确性，并在48-72小时观察反应结果。

(2)抗结核治疗：早期、联合、全程、规律、适量给药，密切观察抗结核药物的毒性反应发生及时处理。

三、健康指导要点

1、开放性肺结核患儿应与一般结核患儿分开。活动性原发型肺结核应进行呼吸道隔离，对患儿的各种用具应给予严格消毒处理。

2、向家长讲解疾病有关知识、治疗过程，指导家长做好长期治疗的思想准备。

3、指导家长做好患儿的日常护理和饮食护理，培养良好的生活习惯，适当休息，劳逸结合，使患儿逐渐恢复体力。

四、注意事项

1、坚持全程、合理用药，定期复查，以了解治疗效果和药物使用情况。

2、对有后遗症患儿，指导功能训练。

第五十七章 感染性疾病科常见疾病护理常规

第一节 感染性疾病的一般护理

一、护理评估

1、病人文化程度、理解能力及配合程度。

2、评估生命体征、症状和体征。

3、健康史及与传染病患者接触史。

二、护理措施

1、热情接待病人，做好入院介绍，讲明消毒隔离意义，取得病人配合。

2、严格执行消毒隔离制度，履行疫情报告职责。根据疾病传播途径，做好消毒隔离工作，避免交叉感染，防止传染病播散。

3、根据不同的疾病给予治疗饮食，做好饮食护理。

4、严密观察病人病情变化及药物疗效和不良反

应，如有异常及时报告医生处理。

5、准确及时留送化验标本。

6、鼓励、安慰病人，消除紧张、自卑心理，增强战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、讲解传染病的预防、传播途径等知识，保护易感者，做好一级预防。

2、做好出院后休息、饮食、服药、复诊等指导。

四、注意事项：根据不同传播途径采取不同隔离措施，严格执行陪伴和探视制度。



第二节 传染性非典型肺炎的护理

一、护理评估

- 1、评估患者生命体征，重点监测呼吸节律、频率、深度，有无呼吸困难、呼吸衰竭发生。
- 2、评估有无气胸、休克或多脏器功能损害的表现。
- 3、评估患者有无焦虑、恐惧、害怕等不良心理状态。
- 4、了解患者血常规、胸部X线以及肝肾功能等检查结果。

二、护理措施

- 1、隔离：给予严密的呼吸道隔离，禁止探视及陪护。接触病人时做好自我防护，戴双层口罩、帽子，双层手套，穿防护服，隔离鞋套。禁止探视和防护。
- 2、休息：急性期绝对卧床休息，避免劳累和剧烈咳嗽。
- 3、饮食：补充营养和水分，给予高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化的饮食。
- 4、病情观察：
 - (1) 生命体征观察：严密监测体温、呼吸节律、频率、血氧饱和度或动脉血气分析变化。(2)咳嗽咳痰观察病人咳嗽咳痰的性质、量，遵医嘱给予祛痰药。
 - (3) 高热：高热病人可使用解热镇痛药或给予

冰敷、乙醇擦浴等物理降温。

- 5、氧疗护理：病人给予持续鼻导管或面罩吸氧，保持呼吸道通畅，保证病人 $pao_2 > 70mmHg$ 或血氧饱和度 $> 93\%$ ，必要时行气管插管或切开，重度者给予呼吸机机械通气。
- 6、用药护理：观察用药后症状缓解情况以及有无药物不良反应的发生。
- 7、心理护理：安慰和鼓励患者，消除患者紧张、害怕、恐惧等不良心理状态，帮助其树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

- 1、疾病预防指导：流行期间避免去人多或相对密闭的地方，保持良好的个人卫生习惯，适量运动提高机体抵抗力。
- 2、疾病知识指导：定期随访，合理饮食，适当锻炼。

四、注意事项

- 1、大剂量应用糖皮质激素时，应注意观察有无血糖增高以及真菌感染的情况
- 2、注意保暖，保持乐观稳定的心态，避免劳累，预防感冒。

第三节 人禽流感的护理

一、护理评估

- 1、评估患者生命体征，重点评估患者体温及呼吸情况。
- 2、评估患者有无病毒性肺炎、呼吸窘迫综合征和多脏器损害等并发症的发生。
- 3、评估患者有无焦虑、恐惧、害怕等不良心理状态。

二、护理措施

- 1、给予严密的呼吸道隔离，禁止探视及陪护。
- 2、绝对卧床休息，减少氧耗。
- 3、给予高热量、丰富维生素、低脂、易消化的流质或半流质饮食，鼓励多饮水。
- 4、加强基础护理，保持口腔和皮肤清洁，落实生活护理。
- 5、严密监测体温、脉搏、呼吸、血压、氧饱和度等变化，及时观察有无气促、发绀、呼吸困难、呼吸窘迫、休克等病情变化，一旦发现病情恶化，立即报告医师，积极抢救。

- 6、心理护理安慰和鼓励患者，消除患者紧张、害怕、恐惧等不良心理状态。

7、病情观察：

- (1) 密切观察病人呼吸的深度、频率的变化，有无三凹征、发绀等呼吸困难的表現；
- (2) 并发症观察：观察有无病毒性肺炎、呼吸窘迫综合征和多脏器损害等并发症的发生。

三、健康指导要点：

- 1、向患者及家属讲解人禽流感临床特点、传播途径及相关防治知识。
- 2、指导患者养成良好的个人卫生习惯，不吃未经煮熟的禽肉及蛋类食品。

四、注意事项：

- 1、出汗后注意保暖，及时更换潮湿的衣物和被服，定时翻身，避免压疮。
- 2、严格执行操作规范，做好防护措施，防止院内感染。

第四节 病毒性肝炎的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的营养状况。



2、评估病人的精神、食欲、黄疸及有无出血倾向等情况。

二、护理措施

1、休息与活动：急性肝炎、慢性肝炎活动期、肝衰竭应卧床休息，待症状好转、黄疸减轻、肝功能改善后，逐渐增加活动量，以不感疲劳为度。

2、饮食：进食清淡、易消化、富含维生素的流质饮食，少量多餐，避免暴饮暴食。

3、病情观察：观察病人的食欲、黄疸加深或消退情况，消化道症状与饮食、药物的关系，发现异常，及时通知医生，配合处理。

4、心理护理：观察病人在疾病中产生的不同的心理状态，有针对的进行护理。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：加强预防疾病、预防接种指导，讲解病毒性肝炎的传播途径、消毒隔离措施、预后等相关知识，宣传病毒性肝炎的家庭护理和自我保健知

识。

2、用药指导与病情监测：遵医嘱抗病毒治疗，明确用药剂量、使用方法、漏用药物或自行停药可能导致的风险，密切观察药物的疗效和不良反应，定期复查肝功能、血常规及病毒的血清学指标，以指导调整治疗方案。

3、肝功能正常1-3个月后恢复日常活动及工作，避免过度劳累和重体力劳动。

四、注意事项

1、不宜长期摄入高糖高热量饮食，腹胀者可减少产气食品（牛奶、豆制品）的摄入，应禁饮酒。

2、注意观察抗病毒药物引起的不良反应，如发热反应、胃肠道反应、脱发、血象改变等。

3、注意观察有无并发症的发生，如肝性脑病、消化道出血、肾衰竭、感染等。

4、注意加强隔离：甲肝、戊肝行消化道隔离，乙肝、丙肝、丁肝及无症状的HBsAg携带者行血液隔离。

第五节 流行性乙型脑炎的护理

一、护理评估

1、评估病人的体温变化，有无意识障碍，其程度如何，是否继续加重。

2、评估患者惊厥发作先兆、发作次数、持续时间。

3、评估患者有无颅内压增高及脑疝先兆等。

二、护理措施

1、环境：按虫媒传染病隔离，病房有防蚊液等各种防蚊措施，保持安静环境，减少不良刺激，避免诱发惊厥和抽搐。

2、体位与休息：卧床休息，有脑水肿者取头高足低位

3、饮食：

(1) 初期及极期给予清淡、流质饮食，昏迷及吞咽困难者给予鼻饲或静脉营养液。

(2) 恢复期逐渐增加有营养、高热量饮食，少食多餐，进易消化的软食。

4、病情观察：

(1) 观察患者生命体征的变化。

(2) 注意观察并记录惊厥的发作次数和持续时间，抽搐的部位和方式。

(3) 注意观察呼吸频率、节律、幅度的改变，保持呼吸道通畅。

(4) 观察并及时记录患者意识改变，警惕脑疝的发生。

(5) 准确记录出入量。

三、健康指导要点

1、疾病预防指导：加强宣教，并加强对家畜的管理，大力开展防蚊灭蚊工作，控制传染源。2、保护易感人群：对重点人群及其家属加强预防接种的教育。

3、疾病知识教育：宣传乙型脑炎的疾病知识和防治知识。

4、功能锻炼：有吞咽、语言、肢体功能障碍等后遗症者，要加强功能锻炼，帮助其尽快恢复。

四、注意事项：

1、注意增加营养，防止继发感染。

2、观察病人神志、生理功能、运动功能的恢复情况。

3、指导功能锻炼。

第六节 肝癌的护理

一、护理评估

1、评估肝癌的表现，有无肝区的疼痛、消化道症状及全身的症状，如乏力、进行性消瘦、发热等。

2、评估患者有无并发症的发生，如肝性脑病、上消化道出血、肝癌结节破裂出血、继发感染等。

3、评估病人的心理反应，有无恐惧、焦虑等情绪。

二、护理措施

1、活动与休息：适度活动，注意休息，避免劳累，以减轻肝脏负担，降低肝脏代谢率。

2、饮食的护理：给予高热量、高维生素、高蛋白、



低脂易消化的饮食。

3、病情的观察:

(1)严密观察生命体征、神志及黄疸程度的改变,及时发现肝昏迷征兆;

(2)观察有无门脉高压所致的出血现象,有无呕血、黑便、剧烈腹痛等情况,及时发现上消化道出血及肝癌破裂征兆;

(3)注意观察有无腹胀、腹泻情况,疼痛的部位、性质、程度、持续时间及伴随症状,及时发现和处理异常情况。

4、疼痛的护理:协助病人采取舒适体位,指导病人减轻疼痛和分散注意力的方法,必要时遵医嘱给予镇痛药。

5、腹水的护理:大量腹水病人取半卧位,以减轻呼吸困难,每日液体摄入量不超过 1000ml,给予低盐饮食;应用利尿剂时应遵医嘱记录 24h 出入量,定期测量腹围和体重。

6、心理护理:帮助病人正视现实,减轻悲哀等不良心理,积极配合治疗。

三、健康指导要点

1、疾病预防指导:积极宣传和普及肝癌的预防知识,注意饮食饮水卫生,减少与各种有害物质接触,定期普查,以预防肝癌发生和早期肝癌的诊治。

2、疾病知识指导:指导病人生活规律,注意劳逸结合,避免情绪剧烈波动,保持乐观。

3、用药指导:指导病人按医嘱服药,了解药物的主要不良反应,忌服有肝损害的药物。

四、注意事项

1、对得知诊断后产生恐惧心理的病人,及时进行心理疏导,对极度绝望而可能发生危险的病人加强监控,避免意外发生。

2、为患者进行镇静、止痛治疗后,应注意观察疗效及不良反应。

第七节 艾滋病的护理

一、护理评估

1、评估患者有无原因不明、持续 1 个月以上的发热、乏力不适、盗汗、厌食、肌肉关节疼痛、腹泻、3 个月内体重下降超过 10%、伴全身淋巴结和脾肿大等。

2、有无神经系统症状:头痛、癫痫、下肢瘫痪、进行性痴呆。

3、评估患者的营养状况及食欲。

二、护理措施

1、休息与活动:急性感染期和艾滋病期应卧床休息,减轻症状。无症状感染期可以正常工作,但应避免劳累。

2、饮食:给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。不能进食、吞咽困难者给予鼻饲,必要时静脉补充所需营养和水分,以保证营养供给,增强机体抗病能力。

3、基础护理:加强口腔护理和皮肤清洁,排便后用温水清洗肛周,防止继发感染。

4、病情观察:观察病人有无皮肤黏膜、肺部、胃肠道、中枢神经系统等机会性感染的发生,如有无发热、咳嗽、呼吸困难、呕吐、腹泻等症状。定期检查血常规,中性粒细胞 $< 0.5 \times 10^9 / L$ 时,应报告

医生。

5、用药护理 早期抗病毒治疗可减少机会性感染。

6、心理护理:多与病人沟通,了解病人的心理状态,保护病人的隐私。

三、健康指导要点

1、知识宣教:向病人讲解艾滋病的基本知识、传播方式、预防措施及保护他人和自我健康监控的方法,定期访视或医学观察。

2、预防隔离:尽可能使用一次性用品,接触血液或其他体液污染的物品操作者必须戴手套,避免直接接触,防止医源性感染。

3、已感染 HIV 的育龄妇女应避免妊娠、生育,以防止母婴传播;HIV 感染的哺乳期妇女应人工喂养婴儿。

四、注意事项

1、艾滋病期患者应实施保护性隔离。

2、根据病人的饮食习惯,注意食物的色香味,少量多餐。若有呕吐,在饭前 30 分钟给止吐药,忌食生冷及刺激性食物。

3、注意保护病人的隐私,警惕患者产生心理障碍,出现报复、自杀等行为。

第八节 肾综合征出血热的护理

一、护理评估

1、密切监测生命体征和意识状态的变化,判断有无休克等表现。

2、观察充血、渗血及出血的表现,如“三红”(颜面部、颈部、胸腹部)、“三痛”(头痛、腰痛、眼眶痛)、呕血、便血和皮肤瘀斑的情况等。



3、注意有无厌食、恶心、呕吐、顽固性呃逆等表现。

4、评估患者的临床分期，了解各项检验结果，观察有无并发症的发生。

二、护理措施

1、休息与活动：急性期绝对卧床休息，恢复期逐渐增加活动量。

2、饮食：

(1) 给予清淡、高热量、高维生素、富有营养的流质或半流质饮食，少量多餐。

(2) 少尿期给予高热量、高维生素、低盐、低蛋白饮食，限制水的摄入。

(3) 多尿期给予含钾丰富的饮食。

(4) 恢复期给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。

3、病情观察：观察生命体征及意识状态的变化，观察充血、渗出及出血的表现，了解化验结果，准确记录出入液量。

4、配合抢救，防止并发症，给予吸氧，注意保暖。

5、心理护理：了解病人的心理状态，树立治疗信心，使其积极配合治疗。

三、健康指导要点

1、知识宣教：对病人及家属进行疾病的相关知识宣教，使其了解本病的各期经过及各期中对休息、饮食、饮水的要求，更好的配合治疗和护理。

2、休息：按病情轻重继续休息1-3个月或更长时间。

3、饮食：注意饮食卫生，避免接触鼠类传染的食物及物品。

4、预防接种：重点人群进行流行性出血热灭活疫苗预防接种。

5、定期复查：定期复查肾功能、血压，如有异常及时就诊。

四、注意事项

1、高热病人以物理降温为主，不宜用乙醇擦浴，药物降温也须慎用。

2、低血压休克期快速扩容时注意观察心功能及有无急性肺水肿的表现。

3、少尿期严格控制输液量，按“量出为入、宁少勿多”的原则，均匀输入液体。

4、多尿期注意有无低钾、低钠的表现。

5、恢复期逐渐增加活动量，并增加营养摄入。

6、严格控制输液量，24小时内均匀输入液体，输入液体量是否合适可用以下指标衡量：收缩压达90-100mmHg；脉压>30mmHg；心率≤100次/分；微循环障碍解除；红细胞、血红蛋白及红细胞比容接近正常。

第九节 出疹性疾病的护理

一、护理评估

1、评估患者出疹情况及伴随症状，有无并发症。

2、评估患者生命体征及全身情况。

3、了解患者相关检查结果。

二、护理措施

1、观察出疹情况：注意出疹的进展情况和消退情况，皮疹消退后有无脱屑、脱皮、结痂、色素沉着等变化。

2、环境和休息：卧床休息，保持环境安静整洁，病室每日通风2次或紫外线消毒1次，避免强光刺激及对流风直吹。

3、饮食：予清淡、易消化的饮食，补充足够的水分，利于排毒、透疹。

4、局部皮肤护理：保持局部皮肤清洁干燥，用温水清洗皮肤，禁用肥皂水和酒精擦洗。衣被保持清洁柔软，勤换洗。剪短指甲避免抓破皮肤。局部皮肤瘙痒者，可用炉甘石洗剂涂擦患处。

5、发热护理：高热者采取物理降温，慎用退热剂，以免影响出疹。

6、口腔黏膜疹的护理：进食后用清水漱口，保持口腔清洁、黏膜湿润。出现溃疡者，可遵医嘱行口腔护理。

7、眼部护理：滴阿昔洛韦眼药水或抗生素眼膏以防继发感染，避免强光刺激。

8、心理护理：加强病人及家属的心理护理，消除焦虑和紧张心理。

三、健康指导要点

1、让患儿及父母了解本病的病因、表现、治疗及护理。

2、掌握眼、耳、口、鼻及皮肤护理的方法。

3、告知并发症的观察要点。

4、按时进行预防接种。

四、注意事项

1、注意如皮疹消退，患者仍持续高热、咳嗽加重、呼吸困难、发绀为并发肺炎的表现。

2、注意如患儿持续高热，并嗜睡、惊厥、昏迷为并发脑炎的表现。

3、注意如患儿出现频繁咳嗽、吸气性呼吸困难、三凹征为并发喉炎的表现。

4、注意如婴儿哭闹不止，年长儿诉耳痛，为并发中耳炎的表现。



第十节 肝硬化的护理

一、护理评估

1、评估患者营养状况、皮肤和黏膜、呼吸情况、腹部体征、尿量及颜色。

2、评估患者有无并发症的发生,如上消化道出血、肝性脑病、感染、肝肾综合征等。

3、观察患者肝功能减退的相关表现:消化系统症状、出血倾向和贫血。

二、护理措施

1、休息与体位:代偿期可参加力所能及的活动,避免过度劳累;失代偿期应卧床休息,视病情适量活动,大量腹水者可取半卧位。

2、饮食:给予高热量、高蛋白、高维生素、低脂少渣软食,避免刺激性强及生硬食物,禁烟酒。血氨升高者应限制或禁食蛋白质,有腹水者应进低盐(24小时少于2g)饮食,并限制进水量在每天1000ml左右。有食管胃底静脉曲张者,进食时应细嚼慢咽,药物磨成粉末。

3、病情观察:

(1) 消化道症状:有无食欲减退、恶心、呕吐、腹泻等。

(2) 观察有无牙龈出血、鼻出血、皮肤黏膜出血等出血倾向。

(3) 观察神志、性格的改变,有无表情淡漠、性格改变或行为异常、扑翼样震颤等肝性脑病的前驱表现。

(4) 有腹水者,准确记录24h出入量,定时测量腹围、体重,观察腹水和下肢水肿的消涨。

4、用药护理:使用利尿剂时应注意维持水电解质和酸碱平衡,有食管胃底静脉曲张者服药时应将药物磨成粉末,以防损伤曲张的静脉引起出血。

5、心理护理:关心病人,指导病人遇事豁达开朗,保持心情舒畅。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导:帮助病人和家属掌握本病的有关知识和自我护理方法。

2、活动与休息指导:指导病人睡眠应充足,生活起居有规律。

3、照顾者指导:指导家属细心观察、及早识别病情变化,发现异常,及时就诊。

四、注意事项

1、保持皮肤清洁、床铺干燥平整,防止压疮及继发感染。

2、大量腹水时,应避免使腹内压突然剧增的因素,如剧烈咳嗽、打喷嚏、用力排便等。

3、利尿速度不宜过快,每天体重减轻一般不超过0.5Kg,有下肢水肿者每天体重减轻不超过1kg。

4、按医嘱用药,以免用药不当加重肝脏负担和肝功能损害。

5、禁烟酒,预防感染。

第十一节 流行性腮腺炎的护理

一、护理评估

1、观察患者持续高热、剧烈头痛、呕吐、颈强直、嗜睡、烦躁或惊厥等脑膜炎的表现。

2、观察患者生命体征及体温的变化。

3、评估患者腮腺肿大情况,有无并发症发生。

二、护理措施

1、隔离:呼吸道隔离至腮腺肿大完全消失后1周。

2、休息:卧床休息至腮腺肿胀消失,若有并发症应延长卧床时间。

3、饮食:给予高热量、高蛋白和富含维生素、易消化流质或半流质饮食,避免酸、辣、甜、炒、炸等刺激性食物,以免刺激唾液分泌增多,加重肿痛。鼓励多饮水。不能进食者,给予鼻饲流质、静脉营养,频繁抽搐者,禁止经口进食。

4、病情观察

(1) 观察体温的变化:高热者用物理降温,必要时用退热剂。

(2) 观察腮腺肿胀消退情况:有无肿大、触痛,

有无睾丸鞘膜积液和阴囊皮肤水肿的表现。早期可用冷毛巾做局部冷敷,减轻炎症充血的程度和疼痛。

(3) 并发症的观察:有无脑炎、胰腺炎、睾丸炎的发生。如有呕吐者后注意呕吐物的性质和量,睾丸肿胀者并发睾丸炎,可行局部冷敷并将阴囊托起等。

5、药物护理:腮腺局部可用中药如意金黄散调茶水或食醋、鲜鱼腥草或仙人掌捣烂敷患处外敷止痛,并保持药物湿润。可用氦氛激光局部照射,减轻局部肿痛。

三、健康指导要点

1、知识宣教:指导家属做好隔离,呼吸道隔离至腮腺炎肿胀消退后1周。指导家属观察有无并发症的发生。

2、消毒隔离:对患儿呼吸道分泌物及其污染物品进行消毒处理,疾病流行期间控制传染源,保护易感儿童,避免在幼儿园、学校等集体场所引起流行,接触者应检疫三周。

3、预防接种:接种腮腺炎减毒活疫苗。



四、注意事项

1、实行呼吸道隔离，居室要定时通风换气，保持空气流通。

2、注意口腔卫生，经常用温盐水或复方硼砂液漱口，以清除口腔内的食物残渣，防止出现继发性细菌感染。

第十二节 伤寒的护理

一、护理评估

1、观察生命体征、意识、面色、腹部情况及排便次数、形状。

2、观察体温的变化。

二、护理措施

1、消毒隔离：落实消化道隔离措施。

2、休息与活动：急性期病人需严格卧床休息至热退1周，恢复期无并发症者可逐渐增加活动量。

3、饮食护理：给予营养丰富、高热量、易消化五渣饮食，防止饮食不当诱发肠出血或穿孔。

4、病情观察

(1) 注意有无肠出血和肠穿孔征兆，发现异常及时报告医生并进行处理。

(2) 高热不退者给予物理降温，不宜用大剂量

解热药防止大汗导致虚脱。

(3) 便秘时禁用泻药，可用生理盐水低压灌肠。

(4) 腹胀明显时用肛管排气，禁用新斯的明。

5、药物应用：观察药物疗效及反应，如胃肠道反应、皮疹、血常规及肝功能的改变。

三、健康指导

1、解除隔离：病人体温正常2周或血培养、粪便培养阴性方可解除隔离。

2、休息：出院后仍应休息1—2周，若有发热等不适，应及时就诊，防止复发。

四、注意事项

1、自我防护：培养良好的饮食及个人卫生习惯

2、做好口腔、皮肤护理，出汗多者应更换衣被，防止受凉。

第十三节 体表淋巴结核的护理

一、护理评估

评估包块的大小、活动度、疼痛与压痛、波动感。

二、护理措施

1、注意休息，病情许可者适当活动。

2、予高热量、高蛋白、高维生素、富含钙质的食物，增加机体抵抗力，提高机体修复能力，促进病灶愈合。

3、局部护理：观察局部有无红、肿、热、痛等急性炎症表现，破溃处渗出物较多应及时更换敷料。

4、观察药物的疗效及副作用。

三、健康指导要点：严格遵循抗结核“化疗十字方针”，树立战胜疾病的信心。

四、注意事项：破溃处保持敷料清洁干燥。

第十四节 破伤风的护理

一、护理评估

1、评估患者有无咀嚼不便、张口困难、牙关紧闭、面部“苦笑”貌。

2、评估患者神志及生命体征的情况。

3、观察抽搐部位、发作持续时间和间隔时间。

4、评估患者的心理状况，有无紧张、恐惧等心理。

二、护理措施

1、置于隔离的单人病房，保持安静，避免声、光刺激，专人守护。严格消毒隔离。

2、安全防护：抽搐病人防止坠床和舌咬伤。保持呼吸道通畅，窒息者立即行气管切开，并做好呼吸道管理和口腔护理。

3、饮食护理：给予高热量、高蛋白和富含维生素的流质或半流质饮食，不能进食者，给予鼻饲流质、静脉营养，频繁抽搐者，禁止经口进食。

4、伤口处理：彻底清创，用3%过氧化氢溶液

浸泡，伤口周围注射破伤风抗毒素，敞开伤口，充分引流。如伤口已愈合不需局部处理。

5、用药护理：静脉滴注破伤风抗毒血清以中和毒素，应用抗生素。

6、心理护理：耐心解释，消除不安情绪，使病人以积极的心态接受治疗。

三、健康指导要点

1、保持伤口的清洁、干燥，预防感染。

2、保证充足睡眠，减少抽搐发生，促进疾病康复。

3、及时对小伤口、深部感染等进行正确处理，伤后破伤风抗毒素预防注射。

四、注意事项

1、如伤口已愈合，应注意痂下有无窦道或死腔。

2、应注意有计划地安排并简化医疗护理操作，集中在使用镇静剂后进行，减少刺激。

3、由于肌肉处于痉挛状态，易发热，出汗应及时



时擦干汗液，并保持床铺清洁干燥。

第十五节 细菌性痢疾的护理

一、护理评估

- 1、评估患者大便的次数、性状、量及伴随症状。
- 2、评估患者生命体征、脱水征象。
- 3、了解患者相关检查结果。
- 4、评估患者心理状况。

二、护理措施

1、隔离：严格执行接触隔离措施，对粪便、呕吐物及污染物进行严格消毒。

2、休息：急性期病人卧床休息，中毒型菌痢病人应绝对卧床休息，取平卧位或休克卧位，注意保暖。

3、饮食：给予高蛋白、高热量、高维生素、少渣、少纤维素易消化的清淡流质或半流质饮食，忌生冷、多渣、油腻及刺激性食物，少食多餐，可饮糖盐水，严重腹泻伴呕吐者暂禁食，由静脉补充所需营养；病情好转逐渐过渡至正常饮食。

4、病情观察：

(1) 观察体温的变化：体温在 38.5℃ 及以上时，给予物理降温或药物降温；体温持续不退、反复惊厥者，采用冬眠疗法。如高热伴有四肢厥冷者，禁用冷敷或乙醇擦浴。

(2) 观察腹痛的部位及性质，腹泻次数、量等，

必要时遵医嘱给予止痛药物。

(3) 并发症的观察：如发现四肢湿冷、脉细速、烦躁等休克征象时，立即报告医生，配合抢救。

5、用药护理：遵医嘱使用有效的抗菌药物，注意观察药物的不良反应，早期禁用止泻药。

6、皮肤护理：每次排便后清洗肛周，并涂润滑剂减少刺激。

7、药物护理：早起禁用止泻药；使用抗菌药物时，注意观察胃肠道反应；使用血管活性药物时，维持适当的浓度和速度，注意观察药物疗效。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：向患者及家属讲解疾病相关知识，帮助患者了解病情，并做好隔离措施。加强体育锻炼，保持生活规律，复发时及时治疗。

2、生活指导：指导患者养成良好的卫生习惯，禁食不洁食物。

四、注意事项：

1、实行接触隔离，注意病房空气流通，保持床单位及衣裤的清洁干燥。

2、注意观察药物的疗效和不良反应，如胃肠道反应、肾毒性、过敏、粒细胞减少等。

第十六节 血吸虫病的护理

一、护理评估

1、了解患者患病经过，有无疾病流行区居住史、疫水接触史。

2、评估患者生命体征，监测有无发热、过敏反应、腹痛、腹泻等消化道症状及肝脾大的表现。

3、了解患者血、粪常规，肝功能，免疫学及影像学等检查结果。

4、评估患者有无焦虑、恐惧等不良心理状态。

二、护理措施

1、活动与休息：急性期及晚期肝硬化伴腹水病人应卧床休息。慢性期可适当活动，避免劳累，保证充分的睡眠。

2、饮食护理：急性期给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食，避免进食粗、硬、过热、多纤维、辛辣油腻等刺激性食物。腹水明显者应低钠饮食，少食多餐，肝性脑病时暂停蛋白质摄入。

3、病情观察：急性期观察体温、皮疹、腹泻情况。晚期血吸虫病主要表现肝硬化，应观察病人腹围、体重、下肢水肿及上消化道出血等并发症的表现。

4、用药护理：遵医嘱使用吡喹酮，指导患者按时、

按量服药，若出现头晕、头痛、乏力、恶心、腹痛，多数可在数小时内自行消失，如出现心律失常，应立即停药，并及时处理。

5、加强心理护理，给予精神安慰，使其能保持愉快心理，配合治疗和护理。

三、健康指导要点

1、介绍血吸虫病的传播途径、临床表现、治疗、常见并发症及其表现等。

2、急性病人应尽早就医，争取早期彻底治愈。慢性病人应注意安排规律生活，保证充足的睡眠，防止并发感染，增加饮食营养，限制吸烟、饮酒，以免加重肝损害。

四、注意事项

1、避免接触疫水，必须接触时应涂擦防护剂，或穿长筒胶鞋、防护裤、戴手套，必要时可预防性服药。

2、注意指导病人按时、按量服药，并观察可能出现的不良反应。



第十七节 钩端螺旋体病的护理

一、护理评估

- 1、及时评估患者生命体征情况。
- 2、及时评估患者各期的临床表现及病情变化。
- 3、观察患者皮肤、黏膜有无出血点及瘀斑，有无鼻出血、呕血、便血、血尿等。
- 4、及时进行血常规、凝血功能的检查。

二、护理措施

- 1、实行接触隔离，对病人的尿、痰等分泌物和排泄物进行消毒处理。
- 2、绝对卧床休息至症状消失后方可下床活动。
- 3、给予高糖类、维生素丰富的流质或半流质饮食。
- 4、首剂使用抗菌药物后，应观察有无高热、寒战、头痛、脉率或呼吸加快等赫氏反应发生及弥散性出血征象。
- 5、病情观察：
 - (1) 严密观察血压、脉搏、呼吸、尿量的改变，警惕肺出血和脑水肿。
 - (2) 保持呼吸道通畅，防止窒息。

(3) 记录 24 小时出入量，观察有无肾损害。

6、主动关心安慰病人，解除恐惧，取得配合。

三、健康教育指导要点

- 1、疾病预防指导：加强对家畜粪尿的管理，对疫区从事生产劳动的人加强个人防护，减少不必要的接触。
- 2、保护易感人群：在疫区流行前 15 天到 1 个月，可行钩端螺旋体多价疫苗预防接种。
- 3、疾病知识指导：避免过劳，加强营养。

四、注意事项

- 1、注意病人宜卧床休息，不宜搬动，以免加重病情诱发出血。
- 2、钩体病一般不用退热剂，以免体温骤降导致周围循环衰竭。高热时可予冰敷和温水擦浴，避免酒精擦浴。
- 3、静脉补液时不宜过多过快，以免增加心脏负担及诱发出血。

第十八节 细菌性食物中毒的护理

一、护理评估

- 1、评估患者大便的次数、性状、量及伴随症状。
- 2、评估患者生命体征、有无发热、脱水、营养不良、贫血等征象。
- 3、评估患者腹泻原因，是否与其他疾病有关。
- 4、了解患者相关检查结果，及心理状态。

二、护理措施

- 1、隔离：严格执行消化道隔离。
- 2、休息：急性期病人卧床休息。
- 3、饮食：严重呕吐者暂禁食。待呕吐停止后给予易消化、清淡流质或半流质饮食，避免生冷、油腻刺激食物，鼓励病人多饮水或淡盐水；病情好转逐渐过渡至正常饮食。
- 4、病情观察：
 - (1) 严密观察患者呕吐和粪便的性状、量、次数及腹痛的部位和性质。
 - (2) 观察生命体征、神志、面色、皮肤黏膜弹性及温湿度的变化，严格记录出入量，及时发现并处

理脱水、酸中毒等并发症。

5、对症护理：因呕吐有助于清除胃肠道内残留的毒素，故呕吐者一般不予止吐处理；腹痛者注意保暖，禁用冷饮，必要时使用解痉药；腹泻者早期不用止泻药，便于毒素排出，便后清洁肛周，必要时涂润滑油；神经型食物中毒不论是否发病，4h 内用 5% 碳酸氢钠洗胃或灌肠。

三、健康指导要点

- 1、向患者及家属讲解疾病相关知识。
- 2、做好卫生宣教，把好“病从口入”关。

四、注意事项

- 1、腹痛者注意腹部保暖，禁食禁饮，呕吐严重者应少量多次饮水，有脱水时应及时给予口服补液盐或遵医嘱予以补液治疗。
- 2、因呕吐有助于清除胃肠道内残留的毒素，故呕吐者一般不予止吐处理。
- 3、不宜过多过快，以免增加心脏负担及诱发出血。

第十九节 结核性脑膜炎的护理

一、护理评估

- 1、评估神志、瞳孔、生命体征。
- 2、评估头痛程度、呕吐的次数、性质。
- 3、评估营养状况。

4、观察抗结核药物的副作用。

二、护理措施

- 1、卧床休息，保持室内安静、通风，昏迷、烦躁者加床栏保护。



2、予以高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食，昏迷者行鼻饲。

3、监测神志、瞳孔、生命体征的变化，并记录。严密观察病人有无剧烈头痛、喷射性呕吐、躁动不安、血压升高、脉搏减慢、呼吸不规则、一侧瞳孔散大、意识障碍加重等脑疝的先兆表现。

4、昏迷及长期卧床者保持呼吸道通畅，加强皮肤护理，预防褥疮、坠积性肺炎、泌尿系感染并发症的发生。

5、遵医嘱用药，观察药物不良反应。使用20%的甘露醇期间注意肾功能损害情况，如病人尿量减少或出现血尿应及时报告医生；长期使用激素治疗者防

止因骨质疏松而发生骨折；使用抗结核药物期间应注意观察不良反应，如有耳鸣、胃肠道不适、头晕、恶心、呕吐、过敏反应等。

6、心理护理：耐心做好解释工作，增强战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、指导患者配合腰穿，腰穿后去枕平卧4-6小时。

2、告知家属患者烦躁不安时应采取的安全措施。

3、避免屏气、剧烈咳嗽、便秘、尿潴留、气道堵塞等导致颅内压增高的原因，预防脑疝的发生。

四、注意事项：患者烦躁不安时予保护性约束，床栏保护，防止坠床。

第二十章 肠结核和结核性腹膜炎的护理

一、护理评估

1、观察腹痛、腹胀情况。

2、观察腹泻的次数，大便的性状。

3、观察抗结核药物的作用与副作用。

二、护理措施

1、重症伴有腹水、腹痛或发热时，应卧床休息，轻症者可适量活动。

2、遵医嘱予高热量、高蛋白、高维生素易消化的饮食，鼓励病人进食；有腹水者给予低盐饮食；腹泻明显的病人应少食乳制品以及富含脂肪和粗纤维食物，以免加快肠蠕动。

3、观察腹泻的次数、伴随症状及大便性质；观察腹胀、便秘情况；观察腹痛的部位、性质以及持续时间，对骤起急腹痛者，要防止肠穿孔发生。

4、每周测量体重一次，了解病人营养状况。

5、遵医嘱行保留灌肠时，嘱病人尽量忍耐，保留药液在1h以上。

6、遵医嘱给予抗结核药物，观察其不良反应，如有耳鸣、胃肠道不适、头晕、恶心、呕吐、过敏反应等应及时告知医生。

7、关心和安慰病人，树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、告知患者及家属腹胀的诱因和减轻腹胀的方法。

2、排便频繁时，排便后应温水清洗肛周，保持肛周清洁干燥。

四、注意事项：如腹痛呈阵发性加剧，应考虑并发不完全性肠梗阻，对骤起急腹痛者，要防止肠穿孔发生。

第二十一章 肺结核的护理

一、护理评估

1、观察体温、脉搏、呼吸、血压、意识、胸痛情况。

2、观察痰液的颜色、性质、量、气味。

3、评估咯血的颜色、性质、量及出血的速度，病人有无烦躁不安。

4、评估病人营养情况是否改善。

二、护理措施

1、室内空气新鲜，每日紫外线照射消毒1小时，痰菌阳性者单间隔离。

2、有发热、咯血症状者，应卧床休息。

3、给予高热量、高蛋白、富含维生素饮食，鼓励患者多饮水，每日不少于1500—2000ml。

4、促进有效排痰，包括深呼吸、有效咳嗽和雾化疗法、胸背部叩击及机械吸痰等，记录痰液的颜色、性质、量，正确留取痰标本送检。

5、大咯血患者绝对卧床休息，取患侧卧位，出血部位不明确者取仰卧位，头偏向一侧，观察咯血的量、颜色、性质，遵医嘱用止血药物，给氧，保持呼吸道及大便通畅。

6、高热者予物理降温或遵医嘱药物降温，保持皮肤及衣被的清洁、干燥。

7、遵医嘱给予抗结核药物，观察其不良反应，如有耳鸣、胃肠道不适、头晕、恶心、呕吐、过敏反应等应及时告知医生。

三、健康指导要点

1、指导患者不随地吐痰，痰液弃于专用垃圾袋内集中处理，咳嗽或打喷嚏时，用卫生纸掩住口鼻。

2、指导患者掌握有效咳嗽方法。

3、咯血者指导患者采取正确卧位，及时轻咯出血块，严禁屏气或剧烈咳嗽，保持大便通畅，大咯血



时禁食。

四、注意事项

- 1、患儿、老年体弱者慎用强镇咳药，取侧卧位，

保持呼吸道通畅

- 2、咯血者保持口腔清洁，观察有无窒息征兆，随时做好抢救准备。

第二十二节 结核性胸膜炎的护理

一、护理评估

- 1、评估体温、脉搏、呼吸及有无呼吸困难。
- 2、评估胸痛的部位、性质、程度及持续时间。
- 3、观察引流管是否通畅，观察引流液颜色、性质、量。
- 4、观察抗结核药物的作用与副作用。

二、护理措施

- 1、胸痛明显时患侧卧位。
- 2、高热者卧床休息，予物理降温或遵医嘱药物降温，保持皮肤及衣被清洁干燥，补充水分，予高热量、高维生素、营养丰富的半流质或软食，监测体温变化。
- 3、大量胸腔积液致呼吸困难者取坐位或半卧位，予氧气吸入，行胸腔闭式引流者，保持引流管通畅，每日更换引流袋，准确记录引流量。
- 4、呼吸锻炼：胸膜炎病人在恢复期，应每天督导病人进行缓慢的腹式呼吸，减少胸膜粘连的发生，提高通气量。
- 5、遵医嘱给予抗结核药物，观察其不良反应，

如有耳鸣、胃肠道不适、头晕、恶心、呕吐、过敏反应等应及时告知医生。

三、健康指导要点

- 1、指导患者配合氧疗。
- 2、指导患者进行腹式呼吸。
- 3、告知胸腔引流的目的及配合方法。
- 4、告知减轻和避免疼痛的方法。
- 5、告知患者发热期间要多饮水，穿棉质透气衣服，寒战时予以保暖。

四、注意事项

- 1、使用药物降温时防止因大量出汗而发生虚脱。
- 2、引流袋妥善放置，防止引流管脱落，患者下床活动时，引流袋位置应低于膝盖。
- 3、在胸穿过程中应注意观察抽液速度、抽液量及病人呼吸、脉搏、血压的变化，如出现呼吸困难、剧咳、咳大量泡沫状痰，可能是出现复张后肺水肿；若抽液时发生头晕、心悸、冷汗、面色苍白、脉细等表现应考虑“胸膜反应”。

第二十三节 脊柱结核的护理

一、护理评估：

- 1、评估疼痛的部位、性质及持续时间。
- 2、评估肢体感觉、运动情况。

二、护理措施

- 1、卧硬板床休息，局部制动，翻身时保持躯干呈直线，防止脊柱扭转或屈曲。
- 2、予高热量、高蛋白、富含维生素易消化的饮食。
- 3、观察双下肢感觉和运动情况。
- 4、脊柱结核合并截瘫者护理：
 - (1)防止皮肤完整性受损：保持床铺清洁、干燥、平整，每2h翻身1次，正确使用便盆，防止擦伤皮肤，慎用热水袋，以防烫伤。
 - (2)预防泌尿系感染。
 - (3)预防呼吸道并发症：鼓励病人深呼吸，指

导有效咳嗽、咳痰，痰液粘稠不易咳出时，口服祛痰药或雾化吸入。

(4)排便机能失调的护理：调整饮食结构，便秘时多食纤维素丰富的食物，多饮水；大便失禁时则进无渣饮食；便秘病人行腹部按摩，口服缓泻剂，必要时行灌肠。大便失禁病人应做好肛周护理。

- 5、观察药物疗效及副作用。

三、健康指导要点

- 1、指导患者绝对卧硬板床休息及正确翻身方法。
- 2、指导正确使用便盆。
- 3、指导有效咳嗽。

四、注意事项：轴线翻身，观察双下肢感觉和运动情况。

第五十八章 肿瘤科疾病护理常规

第一节 肿瘤疾病的一般护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、生命体征、治疗用药情况、



既往史等。

2、评估患者的生理、心理状况，自理能力。

3、评估患者对疾病的认知程度、心理承受能力及合作情况。

二、护理措施

1、向患者及家属做好入院介绍，说明检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

2、帮助患者了解肿瘤治疗方案，可通过由责任护士讲解、图片资料、宣传手册等多种形式介绍有关知识。

3、观察患者治疗用药后副反应。

4、严密观察生命体征及病情变化，及时巡视病房。

5、正确评估疼痛程度。

三、健康指导要点

1、培养良好的生活习惯，戒烟酒。

2、关心、安慰、鼓励病人，向病人及家属宣教肿瘤防治知识，使其树立战胜疾病的信心，积极配合治疗。

3、嘱病人进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

四、注意事项

1、注意观察放疗和化疗的不良反应，坚持治疗，定期复查。

2、按时给予镇痛药，并观察用药效果及不良反应。

第二节 肿瘤化学治疗的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、生命体征、治疗用药情况、既往史等。

2、评估患者的生理、心理状况、自理能力。

3、评估患者对疾病的认知程度、心理承受能力及合作情况。

4、观察患者化疗后副反应。

二、护理措施

1、按肿瘤病人一般护理常规。

2、保持病室环境整洁、安静，空气新鲜、无异味。

3、药物应用

(1) 治疗方法和途径：根据医嘱选择合适的治疗方法和途径，化疗药以中心静脉输注为宜。

(2) 给药顺序和时间：合理安排给药顺序，根据药物的性质和作用机制来决定给药时间。

4、饮食护理

(1) 化疗期间应加强营养支持，给予清淡易消化饮食，少量多餐。

(2) 因口腔大面积溃疡不能进食者，应给予胃肠外营养。

(3) 食欲不佳者可选用一些刺激食欲的食品，如酸、咸、甜等浓重口味食物。

(4) 多食富含纤维素的食物，如大白菜、韭菜、芹菜、香蕉等，以促进肠蠕动，预防便秘。

5、化疗药物反应的观察与护理

(1) 胃肠道毒性反应：化疗前给予镇吐药，对

于严重呕吐的病人，严格记录出入液量，监测电解质变化，保持水、电解质平衡。

(2) 口腔炎：化疗期间应注意口腔卫生，用软毛牙刷刷牙，饭前、饭后漱口，如口腔溃疡疼痛时，可用2%利多卡因液喷雾，如局部有真菌感染应给予抗真菌治疗。

(3) 静脉炎：如发生静脉炎，给予50%硫酸镁湿敷，沿静脉走向涂擦喜疗妥霜剂，或外敷如意金黄散等。

(4) 药物外渗：在用药过程中应严密观察，一旦怀疑或出现外渗，应立即停止给药，抬高患肢，及时处理穿刺部位，冷敷至肿胀完全消退。

(5) 骨髓抑制：注意观察感染、出血和贫血征象。遵医嘱定期查血常规（白细胞 $< 1.0 \times 10^9/L$ ）的病人必须实行保护性隔离。

6、心理护理：主动关心、安慰病人，帮助病人掌握自我护理知识，使其在情绪稳定状态下接受化疗。

三、健康指导要点

1、向病人耐心解释所实施的化疗方案、应用的化疗药物及不良反应，使病人主动配合治疗。

2、定期复诊，保证治疗连续性，以达到最佳治疗效果。

四、注意事项

1、化疗患者尽量采用中心静脉输液，以保护血管。

2、发生静脉炎或药物外渗应及时处理。

第三节 葡萄胎、绒毛癌的放、化疗护理

一、护理评估：

1、评估患者病情，了解腹痛及阴道出血情况。

2、评估患者对疾病的认知及合作程度。

二、护理措施

1、按肿瘤科一般护理常规。

2、注意休息，减少机体能量消耗，有阴道转移者，限制走动，肺转移影响呼吸时可取半卧位。

3、严密观察腹痛及阴道出血情况，并记录出血量，



大量出血时及时做好手术准备。

4、观察化疗毒性反应，如出现恶心、呕吐等不适，及时予以对症处理；出现白细胞下降等骨髓抑制征象时，应注意保暖，避免外出，预防感染。

三、健康指导要点

- 1、充分休息，减少机体消耗。
- 2、指导进食高蛋白、高维生素、易消化饮食。

3、保持外阴清洁，预防感染，刮宫手术后一个月内禁止性生活。

四、注意事项：严密观察腹痛及阴道出血情况，如出现阴道大量出血或剧烈腹痛，则可能为癌组织侵蚀子宫壁或子宫腔积血所致，应立即通知医生并配合处理。

第四节 骨、软组织肿瘤的护理

一、护理评估：

- 1、评估患者病情及疼痛情况。
- 2、评估患者对疾病的认知及合作程度。

二、护理措施

- 1、按肿瘤科一般护理常规。
- 2、观察患肢疼痛情况，必要时予以对症处理。
- 3、观察化疗毒性反应，如出现恶心、呕吐等不适，予以对症处理。

4、观察放疗后的组织反应，远端肢体是否肿胀，有无感觉，运动功能异常。

三、健康指导要点

- 1、根据患者情况制订康复锻炼计划，循序渐进。
- 2、指导患者进行残端功能锻炼，正确使用各类助行器，如拐杖、轮椅等，尽快适应新的行走方式。

四、注意事项：义肢及患肢不宜过度负重，预防跌倒，防止病理性骨折。

第五节 肿瘤放射治疗的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、生命体征、治疗用药情况、既往史等。
- 2、评估患者的生理、心理状况，自理能力。
- 3、评估患者对疾病的认知程度、心理承受能力及合作情况。
- 4、评估患者放疗后副反应。

二、护理措施

- 1、按肿瘤病人一般护理常规。
- 2、饮食护理
 - (1) 给予高热量、高蛋白、富含维生素、易消化饮食，忌油腻食物，少量多餐。
 - (2) 口腔黏膜溃疡严重者进微冷、无刺激性流质饮食，必要时给予肠外营养支持。
- 3、皮肤护理
 - (1) 保持照射野皮肤清洁干燥，禁用肥皂水清洗局部。

(2) 宜穿柔软的棉质内衣。

(3) 如出现干性皮炎、瘙痒等症状时涂擦冰片粉，如出现放射性皮炎可涂擦放射性皮炎膏，必要时暂停放疗。

4、放疗期间应加强对照射器官功能状态的观察及对症处理，如膀胱照射后出现血尿，肺部照射后出现放射性肺纤维化，胃肠道照射后发生出血、溃疡，放射性肠炎等。

三、健康指导要点

- 1、定期检查血常规及重要脏器功能。
- 2、指导病人放疗期间多饮水，学会对皮肤黏膜自我护理方法，如漱口、鼻腔冲洗、会阴部护理等。

四、注意事项

- 1、预防感染，减少与感染人群接触，外出时注意防寒保暖。
- 2、保护照射野的定位标记，衣着柔软、宽松。

第六节 颅内肿瘤的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、合作情况及心理承受能力。
- 2、评估患者神志、瞳孔及生命体征情况，有无恶心、呕吐、头痛等颅内压增高症状。

二、护理措施

- 1、按肿瘤病人一般护理常规。
- 2、急性颅内压增高时，常有明显的进行性意识

障碍，甚至昏迷，应警惕脑疝的发生，频繁呕吐时应避免误吸或窒息，遵医嘱予以脱水、对症等治疗。

3、癫痫的护理

(1) 保持环境安静，室内光线柔和，避免不良刺激。

(2) 癫痫发作时就地平卧，用缠裹纱布的压舌板或筷子等物品自臼齿处放入口腔，以防舌咬伤。头



偏向一侧，保持呼吸道通畅，遵医嘱给予对症治疗。

4、预防跌倒：创造安全的环境，给予必要的生活照顾，呼叫器、便器放在易取处，进行安全宣教等。

5、放疗病人应观察血象的变化，如出现恶心、呕吐等症状时应及时对症处理。放疗中保持照射野皮肤清洁、干燥，避免搔抓局部，禁用皂类擦洗，避免阳光照射引起皮肤损伤。

三、健康指导要点

第七节 鼻咽癌的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、合作程度及心理承受能力。
- 2、评估患者口腔及鼻腔粘膜情况。

二、护理措施

- 1、按肿瘤科一般护理常规。
- 2、放疗前应给病人洁齿及拔除龋齿和残根，伤口愈合 10-14 天后方可放疗。
- 3、保持鼻咽部清洁，鼻咽冲洗每天 2 次，以增加放疗敏感性。
- 4、观察口腔粘膜情况，进食前后漱口，保持口腔清洁，预防口腔炎症，吞咽困难不能进食者给予静脉营养。
- 5、观察鼻咽部有无出血情况，如少量出血可用 1%

1、指导病人进行语言及记忆力锻炼，加强肢体功能锻炼，防止肢体挛缩和畸形。

2、指导病人进清淡、易消化的软食，多食蔬菜、水果，保持大便通畅。

四、注意事项

- 1、加强安全防护，防止跌倒及其他意外发生。
- 2、注意休息，避免体力劳动，定期复查。

麻黄素棉球堵塞，大出血时密切观察生命体征的变化，保持呼吸道通畅，报告医生并配合处理。

6、心理护理：关心、安慰病人，消除其不良心理。

三、健康指导要点

- 1、指导患者在放疗期间和放疗结束后 3-6 个月仍坚持做颈部旋转运动和张口训练，防止颞颌关节功能障碍。
- 2、指导病人坚持终生行鼻腔冲洗。
- 3、放疗后 3 年内禁止拔牙，以防止放射性骨髓炎的发生。

四、注意事项：放疗期间加强照射野皮肤的护理，忌粗暴擦洗。

第八节 口腔、颌面部恶性肿瘤的护理

一、护理评估

- 1、评估病人的病情、合作程度及心理承受能力。
- 2、评估患者的疼痛情况。

二、护理措施

- 1、按肿瘤科一般护理常规。
- 2、加强口腔护理：观察口腔粘膜情况，根据病情选择漱口液，饭前饭后漱口，保持口腔清洁，预防口腔感染。
- 3、皮肤护理：保持放射野皮肤标识清晰，忌粗暴擦洗。

4、密切观察病情变化，局部水肿严重时可进行超声雾化或抗炎治疗。

5、心理护理：关心、安慰病人，帮助其树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

- 1、指导进食高热量、高蛋白、高维生素饮食，禁烟酒。
 - 2、加强口腔护理，多饮水。
- 四、注意事项：**骨质侵犯合并感染时，常引起剧痛，应给予镇痛及抗感染治疗。

第九节 喉癌的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、合作情况及心理状况。
- 2、评估患者的呼吸情况。

二、护理措施

- 1、按肿瘤科一般护理常规。
- 2、观察病人呼吸情况，保持呼吸道通畅，预防肺部并发症。
- 3、气管套管护理：根据咳痰量每日清洗消毒内

套管，咳痰量较多时应随时清洗，更换固定的系带，及时更换剪口纱块，保持气管造口周围皮肤清洁干燥。

4、放疗期间观察套管内痰量、颜色、性质，痰中带血时应加强气道湿化。

5、心理护理：做好心理护理，增强其治疗信心。

三、健康指导要点

- 1、指导进食营养丰富食物，禁食刺激性食物，戒烟酒。



2、指导患者进行发音训练使其恢复一定语言功能。

3、指导病人或家属学会清洗、消毒和更换气管内套管的方法。

4、如发现出血、呼吸困难、造瘘口有新生物或颈部扪及肿块时，应及时就诊。

四、注意事项

1、放疗病人可因肿瘤压迫或喉头水肿引起呼吸不畅，甚至窒息，应在床边备好气管切开包，吸痰管及氧气等急救用物。

2、放疗前将金属气管套管更换为塑料套管，防止影响疗效，发生次波射线，对局部造成损伤。

第十节 乳腺癌的护理

一、护理评估

1、评估患者病情、治疗用药情况及既往史。

2、评估患侧上肢功能状况。

3、评估患者心理承受能力及合作情况。

4、评估放射野皮肤情况。

二、护理措施

1、按肿瘤病人一般护理常规。

2、根据药物的性质及患者的静脉状况选择合适的血管通路器材。

3、观察血象的变化，及时对症处理。

4、观察口腔粘膜情况，保持口腔清洁。

5、观察照射野皮肤情况，保持标识清晰，宜穿宽松柔软内衣，用柔软毛巾擦洗，动作轻柔。

6、观察恶心、呕吐等胃肠道反应情况，及时对症处理。

7、病人手术后局部血液循环及淋巴回流受阻，应抬高患肢，避免患侧手臂输液，防止化疗药外渗或加重水肿。

8、心理护理：关心、安慰病人，帮助其树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、指导患者坚持行患侧上肢功能锻炼。循序渐进地做抬高上肢、手指爬墙、梳头等锻炼。

2、指导患者多食高热量、高维生素、高蛋白、易消化饮食。

3、指导患者乳房自查方法，坚持治疗，定期复诊。

四、注意事项

1、避免患侧上肢搬动或提取重物，勿过度活动。

2、放疗时照射野皮肤忌粗暴擦洗，宜穿宽松棉质内衣，用柔软毛巾擦洗。

第十一节 食道癌的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情及合作程度。

2、评估患者吞咽情况。

二、护理措施

1、按肿瘤科一般护理常规。

2、观察病人有无进水呛咳，胸背部剧痛，声嘶或顽固性呃逆，如出现脉搏加速、变弱，警惕食道穿孔和大出血的发生，应立即通知医生，并协助处理。

3、观察患者进食情况，如吞咽困难或疼痛可口服庆大霉素，予以流质饮食，必要时行管饲饮食，保持口腔清洁，进食前后饮温水清洁食道。

4、观察有无出血现象，出现异常立即通知医生。

5、放疗前1小时不可进食，放疗后静卧30分钟，保持足够睡眠和休息。

6、有食道纵膈癌者停止放疗，禁食、补液。

7、心理护理：关心、安慰病人，使患者积极配合治疗。

三、健康指导要点

1、指导进食高蛋白、高维生素、易消化的软食，避免进食冷流质及辛辣刺激性食物。

2、观察进食情况，坚持功能锻炼。

四、注意事项

1、加强照射野皮肤的护理，忌粗暴擦洗。

2、监测血常规，预防感染，定期复查。

第十二节 纵膈肿瘤的护理

一、护理评估

1、评估患者病情，观察呼吸变化及咳嗽、胸痛、乏力等情况。

2、评估患者对疾病的认知及合作程度。

二、护理措施

1、按肿瘤病人一般护理常规。

2、有上腔静脉压迫综合征患者，观察呼吸变化，如出现咳嗽、气短、呼吸困难、发绀等症状，应立即给氧，保持呼吸道通畅，采用下肢静脉输液，注意控制输液速度。

3、观察病人肌无力进展情况，遵医嘱按时、有效、安全使用控制肌无力的药物，慎用或禁用镇痛药及镇



静药。

4、观察放化疗毒性反应，如有恶心、呕吐等症状时予以对症处理；放化疗期间多饮水，如出现白细胞下降等骨髓抑制征象时，应遵医嘱予以升白细胞治疗，注意休息、减少外出，注意保暖，预防感冒。

5、饮食护理：进清淡、易消化、无刺激性流质或半流质饮食，忌食粗、硬、烫、辛辣食物，进食速度宜缓慢，饭后漱口，并饮温开水冲洗食道。

三、健康指导要点

1、指导重症肌无力患者坚持遵医嘱服药，不可擅自停药。

2、指导病人坚持肢体功能锻炼，定期复查，不适随诊。

四、注意事项

1、注意口腔卫生，预防呼吸道并发症。

2、有上腔静脉压迫综合征者，禁止上肢静脉输液。

第十三节 卵巢癌的放、化疗护理

一、护理评估

1、评估患者病情，了解辅助检查结果。

2、评估患者对疾病的认知及合作程度。

二、护理措施

1、按肿瘤科一般护理常规。

2、晚期患者放腹水时速度不宜太快，每次不超过1000ml，同时密切观察病人生命体征的变化，腹水的性质、颜色、量，如出现心慌、胸闷等不适时，及时予以对症处理。

3、腹腔灌注化疗后应协助病人更换体位，让药物弥散至整个腹腔。

4、观察化疗毒性反应，如出现恶心、呕吐等不适，及时予以对症处理；出现白细胞下降等骨髓抑制征象时，应注意保暖，避免外出，预防感染。

三、健康指导要点

1、定期复诊。

2、按时服药。

3、如出现腹痛、腹胀、阴道流血等症状时立即就诊。

四、注意事项：为减少患者出现腹膜刺激征，腹腔灌注时可先将药物稀释后加温至39-41℃再灌注，注意观察生命体征及腹围、腹痛情况。

第十四节 恶性胸腔积液的护理

一、护理评估

1、评估患者病情及生命体征，询问患者有无呼吸困难、腹胀、乏力、活动困难等情况。

2、评估患者腹围大小及腹部皮肤情况。

3、向患者解释胸腔引流的目的，取得配合。

4、观察引流液的颜色、性质、量并挤压引流管，以判断引流是否通畅。

二、护理措施

1、协助病人取半卧位，以利于引流，改善呼吸。

2、观察穿刺点有无红肿、疼痛、渗液；贴膜有无卷曲、松动，必要时予以换药处理；每日更换引流袋1次，保持引流通畅；妥善固定引流管以防管道滑脱；引流袋不得高于引流平面，防止逆行感染。

3、准确记录胸腔引流量，并严密观察其颜色、性状和有无出血等情况，做好引流液的细菌学监测。

4、控制胸腔引流速度、引流量，第一次放液量应<1000ml，第一天<1500ml，以后每天不得超过3000ml，引流过程中观察患者呼吸、血压的变化。

5、腹腔灌注化疗时协助病人取坐位，灌注过程

中观察患者有无心慌、胸闷、呼吸困难及腹痛情况。

6、注药后尽量在24h内不引流腹水，以延长化疗药在腹腔内的作用时间。

7、置管期间及拔管后48h内禁止淋浴，沐浴时注意避开置管部位防止潮湿，并仔细观察伤口有无渗液，一旦发现异常，应立即行伤口换药处理，杜绝感染源。

三、健康指导要点

1、告知胸腔引流的目的及配合方法，嘱患者不得自行拔出引流管。

2、指导患者注药后1-2h内应每15分钟更换体位，以利于药物在腹腔内分布均匀。

3、腹水患者应进低盐饮食，嘱患者在治疗后进高蛋白、高维生素饮食，保证充足休息。

四、注意事项

1、注意观察患者化疗反应，如呕吐、腹泻等。

2、注意观察患者有无腹胀、腹痛，谨防肠梗阻。

3、引流量较大时需束多头腹带，以防腹压骤降、因内脏血管扩张引起血压下降或休克。

第十五节 癌症疼痛的护理

一、护理评估

1、评估患者病情及疼痛程度。



2、评估患者对癌痛的认知及合作程度。

二、护理措施

1、根据病人情况，选择合适的疼痛评估量表，准确评估癌症病人的疼痛程度。

2、遵医嘱选用合适的药物

(1) 用药原则：三阶梯给药，首选口服给药，按时给药，个体化给药，并密切观察药物不良反应。

(2) 阿片类药物不良反应及护理：

① 便秘：开始用阿片类镇痛药时，即制定一个规律的通便方案，包括缓泻药和粪便松软剂，同时调整病人的饮食结构。

② 呼吸抑制：若呼吸浅慢，应考虑呼吸抑制，及时通知医生处理，必要时行气管切开。

③ 镇静：如病情允许，可通过减少阿片类药物的分次给药剂量和增加用药次数来减轻阿片类药物所

引起的镇静作用。

④ 恶心、呕吐：同时选用镇吐药预防。

3、观察镇痛药物疗效，非肠道给药应在用药后15-30分钟开始评估疼痛，口服给药法应在服药后1小时开始评估疼痛，出现爆发痛时及时通知医生。

三、健康指导要点

1、指导病人学会使用疼痛评估量表，自我评估疼痛程度。

2、指导病人家属积极主动地参与疼痛治疗。

四、注意事项

1、重视病人的主观感受，及时给予镇痛治疗。

2、严格遵循三阶梯给药的基本原则，即正确恰当的药物，合适的剂量，适当的间隔时间，最佳的用药途径。

第十六节 肺癌的放、化疗护理

一、护理评估

- 1、评估患者病情、治疗用药情况。
- 2、评估患者合作情况及心理承受能力。
- 3、评估患者呼吸、咳嗽、咳痰及咯血情况。

二、护理措施

- 1、按肿瘤病人一般护理常规。
- 2、根据药物的性质及患者的静脉状况选择合适的血管通路器材。
- 3、观察呼吸道症状及痰液的性质，训练患者深呼吸及有效咳嗽。
- 4、有纵隔淋巴结肿大导致呼吸困难者，取半卧位，给氧，采用下肢静脉输液，注意调节滴速。
- 5、有胸腔积液时，保持呼吸道通畅，及时配合医生抽胸水，胸腔灌注化疗药物应观察不良反应，嘱

病人经常变换体位，以利于药物弥散。

6、晚期病人大咯血时，嘱绝对静卧，遵医嘱给予镇静剂、止血剂，将头偏向一侧，防止窒息。

7、心理护理：关心、安慰病人，帮助其树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点：1、指导病人深呼吸及有效咳嗽。2、指导患者多食高热量、高蛋白、高维生素、易消化无刺激性饮食。

四、注意事项

- 1、有纵隔淋巴结肿大者采用下肢静脉输液，注意调节滴速。
- 2、有胸腔积液时，保持引流管通畅，胸腔灌注化疗药物后应观察不良反应，嘱病人经常变换体位。

第十七节 结肠、直肠癌的放、化疗护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、合作程度及心理承受能力。
- 2、评估患者的营养、排便及造口情况。

二、护理措施

- 1、按肿瘤病人一般护理常规。
- 2、梗阻：观察排便情况，如出现腹胀、腹痛并伴有呕吐反应时，考虑可能发生肠梗阻，应及时通知医生，给予对症处理。

3、观察造口周围有无湿疹、充血、水疱、破溃，排便后及时清洗，必要时用氧化锌软膏涂擦。

4、观察化疗药物特殊不良反应：

(1) 伊立替康：腹泻为其限制性毒性，一旦病人出现第一次稀便，应积极补液并立即给予适当的抗

腹泻治疗，严重者应推迟下周期给药并减量。

(2) 奥沙利铂：有神经系统毒性，表现为手足末梢麻木感，遇冷加重，可在注射前口服B族维生素。此药不能用生理盐水或其他含氯溶液稀释，禁止和碱性液体或药物配伍输注。

5、放疗的护理

(1) 放射性直肠炎的护理：早期为放射性粘膜炎，表现为大便次数增加、腹痛、腹泻，严重时可有血便，遵医嘱给予止泻剂，指导进易消化、无刺激性饮食。后期可出现肠粘连、肠营养吸收不良，甚至出现肠穿孔。

(2) 放射性膀胱炎的护理：表现为尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激征，指导病人多饮水，并告知病人放



疗结束后可恢复正常。

(3) 盆腔放疗后指导病人活动时避免骨盆承重, 动作缓慢, 以防止发生病理性骨折。消除病人及其家属顾虑, 帮助其早日适应造口, 适量参加运动和社交活动, 逐步恢复正常生活。

三、健康指导要点

1、指导进食高热量、高蛋白、高维生素、易消

化的少渣饮食。

2、观察造口排便情况, 若发现腹痛、腹胀、排便困难等造口狭窄征象时应及时就诊。

四、注意事项

1、化疗时忌食过冷食物, 勿接触过冷物体。

2、适度参加体育活动, 避免增加腹压, 防止人工肛门结肠粘膜脱出。

第十八节 恶性淋巴瘤的放、化疗护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、合作程度及心理承受能力。
2、评估患者有无发热及淋巴结肿大等情况。

二、护理措施

1、按肿瘤病人一般护理常规。

2、注意病人体温变化, 发热时给予降温处理, 如温水擦浴、头部冰敷等。高热时遵医嘱给予退热剂, 告知病人多饮温开水, 及时更换汗湿的衣服和被单。

3、头颈部放疗时注意观察有无肿物压迫或喉头水肿, 如出现呼吸困难或窒息等症状, 立即给予半坐卧位及高流量氧气吸入。

4、密切观察血象的变化, 遵医嘱正确使用升血象的药物, 白细胞减少者采取保护性隔离措施, 病室每日紫外线照射 1 小时, 预防感染; 血小板减少者观察有无皮下、牙龈、鼻出血等症状, 避免外伤, 减少

活动。

5、心理护理: 关心、安慰病人, 帮助病人树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、指导患者保证充足休息, 适当锻炼, 增强体质。
2、指导患者进食高热量、高蛋白、高维生素、无刺激性食物。

3、指导患者自查淋巴结的方法, 如有异常及时就诊。

四、注意事项

1、注意病人体温变化, 高热时给予物理或药物降温。

2、血小板减少者观察有无皮下、牙龈、鼻出血等症状, 白细胞减少者采取保护性隔离措施, 预防感染。

第十九节 胃癌的放、化疗护理

一、护理评估:

1、评估病人的病情、合作程度及心理承受能力。
2、评估患者的营养、排便及腹痛、腹胀情况。

二、护理措施

1、按肿瘤病人一般护理常规。

2、饮食护理:

(1) 放疗期间的饮食护理:

放疗后 1-2 小时, 病人可能出现恶心、呕吐等不良反应, 多为射线所致胃粘膜充血水肿。指导病人放疗前避免进食, 以减轻可能发生的消化道反应。鼓励进食含铁、钙及维生素 B12 丰富的食物。

(2) 化疗期间的饮食护理:

化疗后易出现恶心、呕吐、畏食、食欲减退等不良反应, 可选用易消化、新鲜、芳香的食品, 消化不良者可少食多餐, 以半流质饮食为主。化疗前 0.5—1 小时和化疗后 4—6 小时给予镇吐剂, 有助于减轻恶心、呕吐症状。

(3) 胃癌根治术后化疗期间的饮食护理: 给予可刺激食欲的半流质或流质饮食, 避免油腻、辛辣食物, 进餐时间避开化疗药物作用的高峰时间。

3、倾倒综合征的护理:

(1) 早期倾倒综合征: 多发生在进食后半小时内, 应指导病人通过饮食调整来缓解症状, 避免过浓、过甜、过咸的流质食物, 宜进低碳水化合物、高蛋白饮食, 限制饮水喝汤, 进餐后平卧 10-20 分钟。

(2) 晚期倾倒综合征: 进食后 2-4 小时出现头晕、心慌、出冷汗、脉搏细弱甚至虚脱等表现。主要因进食后胃排空过快, 含糖食物进入小肠刺激胰岛素大量释放, 发生反应性低血糖, 可稍进饮食, 首选糖类。

4、腹腔灌注化疗的护理:

腹腔化疗前检查血常规、肝肾功能、心电图; 有腹水引流者充分补液; 排空膀胱, 灌注前确认导管在腹腔内, 灌注时观察病人反应, 灌注后经常更换体位, 使药物均匀地与腹腔组织和脏器接触。

5、化疗药物特殊毒性反应的护理

(1) 氟尿嘧啶: 如出现心绞痛、心律失常、腹泻甚至血性腹泻时应立即停药。静脉注射易致血栓性静脉炎, 需经 PICC 或 CVC 输入。

(2) 紫杉醇: 可出现过敏反应, 表现为呼吸困难、荨麻疹和低血压, 应在注射前 6 小时、12 小时给予



地塞米松口服。

(3) 奥沙利铂:

有神经系统毒性,表现为手足末梢麻木感,遇冷加重,可在注射前口服B族维生素。此药不能用生理盐水或其他含氯溶液稀释,禁止和碱性液体或药物配伍输注。

6、放疗的护理:放疗前3小时不能饱食,观察有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛等症状,必要时给予对症处理。

三、健康指导要点:

1、饮食指导:养成定时定量、细嚼慢咽的饮食习惯,少量多餐,进食营养丰富、易消化、无刺激性食物,忌产气食物。

2、戒烟酒。

四、注意事项:

1、化疗时忌食生、冷、硬、辣等刺激性食物,勿接触过冷物体。

2、如出现上腹不适、疼痛、恶心、呕吐、呕血、黑便等症状要随时就诊。

第二十章 宫颈癌的放、化疗护理

一、护理评估

- 1、评估患者病情,了解阴道出血情况。
- 2、评估患者对疾病的认知及合作程度。

二、护理措施

- 1、按肿瘤科一般护理常规。
- 2、放射野皮肤护理:保持照射野标识清晰,皮肤清洁干燥。
- 3、预防出血:观察阴道出血情况,进行阴道冲洗时动作要轻柔,大出血时行阴道填塞。
- 4、观察放化疗毒性反应,如出现恶心、呕吐等不适,及时予以对症处理;如病人出现里急后重、腹

泻,甚至脓血便等放射性直肠炎表现时,指导病人进少渣半流质饮食,并给予放射性直肠炎合剂灌肠;放疗前排空膀胱,放疗后多饮水以预防膀胱炎,发生膀胱炎后遵医嘱给予止血及抗感染等治疗。

三、健康指导要点

- 1、指导患者进食高热量、高蛋白、高维生素、无刺激性食物。
- 2、保持会阴清洁,指导患者学习阴道冲洗方法。
- 3、宫颈癌术后3个月内避免性生活。

四、注意事项:如出现尿频或突发性血尿、脓血便、下腹坠痛等症状,应及时报告医生进行处理。

第五十九章 眼科常见疾病护理常规

第一节 眼科疾病的一般护理

一、护理评估

- 1、既往病史、用药史、过敏史等。
- 2、眼部外观、患者眼部感觉、有无视力障碍。
- 3、观察生命体征变化,了解检查结果。
- 4、伤口有无渗血、敷料有无松动。
- 5、患者心理状况及对疾病、手术的了解程度。

二、护理措施

- 1、休息与活动:安置病人于指定病房,病室内保持整洁、安静、空气流通、温湿度适宜,光线柔和偏暗,避免强光直射患眼及烟尘刺激。督促患者注意休息,指导并协助其安排好生活,做到起居有常。
- 2、用眼卫生:眼睛应充分休息,忌看电视,少阅书报,尤应避免在强光或弱光下阅读。必要时外出佩戴有色眼镜保护。
- 3、生命体征采集:新入院患者每日4次测体温、脉搏、呼吸、连续3日。体温在37.5℃以上者,每日测4次,体温达39℃以上者,每4小时测1次;待体温恢复正常3日后,改为每日1次。每日记录大便1次。24小时内留取三大常规标本送检,协助完

成辅助检查。

- 4、心理护理:经常巡视病房,及时了解患者的生活起居、饮食、睡眠和心理等情况,做好相应护理。
- 5、饮食护理:按医嘱给予相应饮食,宜清淡、避免刺激性食物,根据疾病注意饮食宜忌,保持大便通畅。
- 6、病情观察及护理:密切观察患者患眼的局部症状,倾听病人主诉,了解患者视力、眼压变化,若发现病情突变,立即报告医师,并配合处理。
- 7、用药治疗及护理:严格执行医嘱,准确用药,按时滴用眼药,观察用药效果和反应,做好记录。
- 8、围手术期护理:手术患者,做好术前准备与术后护理。

(1) 内眼手术术前护理:

- ①全麻者按全麻术前护理常规。
- ②心理护理:向患者及家属说明手术的目的、可能出现的并发症及注意事项。
- ③根据病情取平卧位、半卧位或俯卧位。
- ④术前3日手术眼滴抗生素眼药水,每日3次。



⑤术前1日洗头、沐浴、更衣。

⑥术前1日消毒睫毛根部、冲洗泪道，小儿及不合作者进手术室后在全麻下进行。

⑦术日清晨冲洗术眼结膜囊，滴抗生素眼药水，用无菌眼垫遮盖术眼，遵医嘱给予术前用药。

(2) 内眼手术术后护理：

①了解术中情况及用药情况，根据病情取不同的卧位，防止碰撞眼球。

②每日测量体温、脉搏、呼吸4次，连续3日无异常者改为每日1次。

③观察术眼敷料有无松动移位、伤口有无渗血，发现异常应及时通知医师并协助处理。

④高龄、糖尿病、高血压、心脏病以及全身情况不好的患者。严密观察生命体征及全身情况。及时发现并发症并做相应的处理。

⑤进清淡、易消化、营养均衡的饮食。

⑥保持大便通畅，避免用力排便。

⑦协助患者做好生活护理。

(3) 眼外手术术前护理：

①全麻者按全麻术前护理常规。

②植皮术者，术前做好供皮区准备。

③鼻腔泪囊泪道手术者，行泪道冲洗。

④眼部整形、美容手术者照相，以备术后对照。

⑤眼眶手术者应注意全身情况，必要时备血。

⑥术前1日嘱患者洗头、沐浴、更衣。

⑦遵医嘱给予术前用药。

(4) 眼外手术术后护理：

①全麻者按全麻术后护理常规。

②每日坚持体温、脉搏、呼吸4次，连续3日无异常者改为每日1次。

③观察伤口有无活动性出血，敷料有无松动、移位等，发现异常及时报告医师。

④适当卧床休息，给予清淡、易消化、营养均衡的饮食。

三、健康指导要点

1、新入院病人详细介绍科室环境，科主任、护士长、管床医生、责任护士等。

2、介绍用眼卫生知识，各类眼药的作用、副作用、指导正确使用眼药。

3、术前指导患者练习眼球上、下、左、右转动（视网膜脱离患者除外）；教会患者用舌尖顶压上腭或用手指按压人中穴位等方法避免咳嗽、打喷嚏。

4、出院用药指导、告知复诊时间。

四、注意事项

1、注意用眼卫生，严格执行消毒隔离制度，内眼手术与眼外手术患者分开收住。

2、妥善保管各类眼药，按规范使用眼药。

第二节 青光眼的护理

一、护理评估

(一) 术前护理

1、有无遗传史和家族史、外伤史、白内障或虹膜睫状体炎病史，使用糖皮质激素超过一周以上的用药史。

2、有无剧烈头痛、眼眶痛、眼胀痛或伴同侧头痛及视力急剧下降。

3、眼压、视力和视野缺损情况。

(二) 术后护理

1、了解手术方式及术中情况。

2、观察生命体征及病情变化，观察伤口敷料有无渗出。

3、观察有无眼部胀痛、头痛、恶心等反应。

4、注意手术眼眼压、非手术眼有无青光眼发作。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、一般护理

(1) 体位护理：卧床休息，避免光线刺激，枕头宜垫高，避免长时间低头，避免黑暗环境中停留时间太久。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓

励患者，减轻或消除焦虑心理。向病人解释青光眼急性发作与情绪有关，需保持良好心态。

(3) 饮食护理：清淡易消化、富含维生素饮食。保持大便通畅，注意一次饮水量不超过300毫升，忌浓茶咖啡等。

2、病情观察

观察眼痛或头痛的程度，了解眼压及视力的情况。急性闭角型青光眼为急症，应报告医生分秒必争治疗，尽快降低眼压，并观察眼压变化。

3、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

(1) 缩瞳剂（毛果芸香碱）：偶尔可出现眩晕、气喘、脉快、流涎、多汗等毛果芸香碱中毒症状。

(2) 碳酸酐酶抑制剂（醋甲唑胺）：属磺胺类药，注意询问药物过敏史，观察患者有无口唇、面部及脚趾麻木、全身不适、肾绞痛、血尿等不良反应。可引起尿路结石、代谢性酸中毒等副作用，嘱患者多次少量饮水及同时服用碳酸氢钠以碱化尿液。

(3) β -肾上腺素抑制剂（噻吗酚安）：对有心传导阻滞、窦房结病变、支气管哮喘者禁用。

(4) 高渗药（甘露醇）：经快速静脉输入以降低眼压，可维持2-3小时。注意呼吸和脉搏的变化，



用药后因颅内压降低,可出现头痛、恶心、腹胀、乏力等症状,宜平卧休息,注意有无低钾发生。

(5)慎用安定、阿托品、颠茄酞类药物,以免引起眼压升高。

(6)疑为糖皮质激素所致青光眼者应立即停药。

(二)术后护理

1、一般护理

(1)体位护理:卧床休息,避免光线刺激,枕头宜垫高,避免长时间低头。

(2)心理护理:介绍手术有关知识,安慰和鼓励患者,减轻或消除焦虑心理。

(3)饮食护理:进食清淡易消化、富含维生素饮食。禁食需要费力咀嚼的食物如牛筋、蚕豆等,不进食活血补品。

2、病情观察

观察术眼有无渗血、敷料有无松脱等情况。术后第二天开始监测眼压情况,注意有无高血压的症状,并注意非手术眼有无青光眼的发作。

3、症状护理

眼痛:指导患者全身放松及深呼吸。必要时按医嘱给予降眼压、抗炎、止痛治疗。

4、用药护理 指导患者用药并观察药物副作用(参见非手术治疗及术前护理)。

5、并发症的观察和护理

失明:当出现视力完全丧失时,除遵医嘱对症治

疗外,还应注意跌倒等意外的发生。

三、健康指导要点

1、嘱患者勿揉眼,以防伤口出血。

2、防止受凉、咳嗽,保持大便通畅。

3、按医嘱滴眼药水,一眼已手术,另一眼未手术的病人点眼药水后应保持平卧。因两眼所滴的眼药水作用完全不同,以免眼药水相互流入。

4、嘱患者:

(1)不饮酒,不喝浓茶、咖啡,不要一次大量饮水,每次饮水<300ml,

(2)避免情绪波动、生气等。

(3)避免在暗处逗留时间过久,宜开灯看电视,最好少看电影、电视等。

(4)衣领不宜过紧,不长时间低头工作,避免因颈静脉回流受阻,致房水循环障碍引起眼压升高。

(5)预防感冒、咳嗽、打喷嚏等。

5、出院指导:

(1)遵医嘱使用出院带药,按时滴眼药水,一周后回院复诊,如用丝线缝合的结膜伤口,术后7天拆线。

(2)定期到门诊复查,不适随诊。

四、注意事项

1、使用眼药时正确区分手术眼与非手术眼,注意观察用药后反应。

2、特别注意非手术眼有无青光眼发作。

第三节 急性虹膜睫状体炎的护理

一、护理评估

1、有无感染病史、外伤史、手术史、酸碱烧伤史、肿瘤病史等。

2、有无眼痛、畏光、流泪、视力明显下降等,瞳孔形状,对光反射情况等。

二、护理措施

1、一般护理

(1)休息活动:卧床休息,减少活动,避免跌倒等意外。

(2)心理护理:介绍疾病有关知识,安慰和鼓励患者,减轻或消除焦虑心理。

(3)饮食护理 清淡、易消化、富含维生素的饮食,避免辛辣、刺激性食物。

2、病情观察:密切注意眼压变化。

3、症状护理

疼痛:指导患者全身放松及深呼吸,充分散瞳,必要时按医嘱结膜下注射散瞳剂。

4、用药护理 按医嘱抗炎对症治疗。

(1)糖皮质激素:应用激素后注意安全,预防跌倒摔伤等,出现上腹疼痛、解柏油样便及时处理。

(2)散瞳眼药:散瞳后可出现心悸、气促等,可嘱患者卧床休息,多饮水。严重者对症处理。

5、并发症的观察和护理

(1)青光眼:当出现眼压增高时,应予降眼压治疗,待眼压控制后行抗青光眼手术。

(2)白内障:当出现晶状体浑浊时,可待炎症控制后手术治疗。

三、健康指导要点

1、散瞳后约5-10小时瞳孔恢复正常,为了减少强光刺激,可戴有色眼镜。

2、局部湿热敷可减轻炎症,指导病人每天3次湿热敷(温度在50-60℃为宜)。

3、出院指导:

(1)增强体质,防治炎症。

(2)避免外伤、手术等物理损伤,酸碱及药物等化学损伤。

四、注意事项:

1、湿热敷时注意防止烫伤。

2、正确使用眼药,防止交叉感染。



第四节 白内障的护理

一、护理评估

(一) 术前评估:

- 1、评估患者发病年龄、有无遗传史、外伤史、糖尿病史、化学药物接触史、红外线等辐射史。
- 2、评估患者配合情况、心理状况。
- 3、评估患者视力下降情况、血糖情况。
- 4、了解患者对疾病和手术的认知程度。

(二) 术后评估

- 1、了解手术方式及术中情况。
- 2、观察生命体征及病情变化，观察伤口敷料有无渗出。
- 3、观察有无伤口疼痛、眼部胀痛、恶心、眼部异物感等反应。

二、护理措施

(一) 术前护理

- 1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。
- 2、饮食护理：清淡易消化、富含维生素饮食。
- 3、病情观察：观察视力、眼压情况。
- 4、术前准备

(1) 完善术前检查，糖尿病患者血糖控制在正常范围或者8.0mmol/L以下。高血压患者收缩期血压应控制在正常范围。

(2) 按医嘱行术前准备，局部麻醉者可进食，全麻者术前应禁食、禁饮8小时。

(3) 测量眼压，保持在正常范围11-21mmHg。

(4) 遵医嘱术前散瞳，一般瞳孔扩大为6mm以上为宜，注意术眼滴散瞳药时，勿使散瞳药流入非手术眼。按医嘱备相应的晶体。

(二) 术后护理

1、一般护理

(1) 体位护理：卧床休息，头部略微抬高，睡向健侧，避免压迫术眼。前房积血者，取半卧位或高枕卧位。

(2) 心理护理：介绍手术有关知识，安慰和鼓

励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：进食清淡易消化、富含维生素饮食。

2、病情观察：注意观察眼部敷料有无渗血、渗液，伤口有无疼痛，视力恢复情况。

3、症状护理 疼痛 指导患者全身放松及深呼吸，必要时按医嘱给予止痛治疗。

4、用药护理 指导患者用药并观察药物副作用。

5、并发症的观察和护理：

(1) 高血压：当患者出现术眼胀痛，伴同侧头痛、恶心等，或伴视力急剧下降，应立即通知医师，予降眼压治疗。

(2) 角膜水肿：当出现眼部异物感，视力达不到预期效果时，遵医嘱使用高渗药物及角膜营养液等。

三、健康指导要点

1、嘱患者避免低头、剧烈运动、防止眼部碰撞，不可用手揉眼，防止伤口裂开。

2、术后如出现术眼充血、怕光、异物感、流泪仍是正常现象。

3、术后第一天由医师解除术眼敷料，测视力和眼压，指导患者滴眼药水的方法。

4、术后术眼水肿，视力模糊者，注意安全，防止跌倒等意外。

5、出院指导：

(1) 遵医嘱使用出院带药，按时滴眼药水，一周后回院复诊。

(2) 注意眼部卫生，眼部避免强光刺激，多休息。1个月内不可有生水溅入，避免重体力活，勿长时间低头弯腰工作。

(3) 3个月内避免用手揉擦眼睛，避免碰伤术眼。

四、注意事项：

1、术前使用散瞳眼药水时防止眼别错误。

2、注意术眼滴散瞳药时勿使散瞳药流入非手术眼。

第五节 翼状胬肉的护理

一、护理评估

(一) 术前护理

1、是否是居住在近地球赤道和户外工作的人群，如渔民、农民、是否是与紫外线、风沙、灰尘长期接触的人群，如地质勘探人员等。

2、胬肉形态，有无向角膜方向生长的趋势，遮盖瞳孔的程度，视力情况，有无异物感、眼球运动是否受限。

(二) 术后护理

1、了解手术方式及术中情况。

2、观察生命体征及病情变化。

3、观察伤口渗血、疼痛情况。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。解释术后复发和散光的



可能。

2、饮食护理：清淡、易消化、富含维生素的饮食，避免辛辣、刺激性食物。

3、病情观察：注意视力情况。

(二) 术后护理

1、一般护理

(1) 休息活动：卧床休息，避免碰撞伤口。

(2) 心理护理：介绍手术有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：清淡、易消化、富含维生素的饮食，避免辛辣、刺激性食物。

2、病情观察：观察伤口渗血和疼痛情况。保持伤口敷料清洁、干燥。

3、症状护理

(1) 出血：嘱患者减少活动，避免出血。

(2) 疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，必要

时遵医嘱使用止痛剂。

4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

三、健康指导要点

1、嘱患者不要大声谈笑。

2、指导患者滴眼药水的方法。

3、术后 10-14 日拆除结膜缝线。

4、出院指导

(1) 尽量避免到风沙、灰尘多的地方，戒烟戒酒，避免强的紫外线的照射，居住环境差的人群特别要注意眼部清洁及做好防护措施。

(2) 遵医嘱定时用药，注意观察有无复发。

四、注意事项

1、一定向患者交待有复发的可能。

2、注意观察结膜充血消散情况，尽量减少对眼部的刺激。

第六节 眼肿瘤、眼科整形的手术护理

一、护理评估

(一) 术前评估

1、肿瘤

(1) 发现肿瘤的时间、肿瘤的部位及有无眼部自觉症状。

(2) 眼球有无突出及突出度，有无眼球运动受限及视力改变。

(3) 遗传史，瞳孔区有无白色反光，有无内、外斜视；有无眼内压增高或颅内压增高的表现。

(4) 患者对疾病了解程度及心理状况。

2、睑内、外翻，上睑下垂

(1) 评估发病原因、既往史，有无外伤、眼睑溃疡、手术史、上睑肿物或交感神经疾病、重症肌无力等。

(2) 有无畏光、流泪、刺激、异物感和眼睑痉挛、视力改变情况、眼睑闭合程度或睑裂变窄的情况。

了解心理情况。

(二) 术后评估

1、了解手术方式及术中情况。

2、观察生命体征及病情变化。

3、观察伤口渗血、疼痛情况。

4、观察眼痛、畏光、流泪情况。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

2、饮食护理：清淡、易消化、富含维生素的饮食，避免辛辣、刺激性食物。

3、病情观察：观察视力的改变，预防跌倒、患眼受伤的发生。遵医嘱患眼每天滴抗生素眼水四次，

预防手术感染。

(二) 术后护理

1、一般护理

(1) 体位护理：局麻者取半卧位，全麻手术后应去枕平卧，头偏向健侧 6 小时。

(2) 心理护理：介绍手术有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：清淡、易消化、富含维生素的饮食，避免辛辣、刺激性食物，保持大便通畅。全麻者清醒 6 小时后进食。

2、病情观察：观察伤口渗血、疼痛及术后视力的变化等。

3、症状护理：

(1) 出血：嘱患者减少活动，遵医嘱使用止血剂。

(2) 疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，必要时遵医嘱使用止痛剂。

4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

5、睑内、外翻的并发症：

角膜炎：当出现畏光、流泪、眼痛等情况时，按角膜炎的护理常规护理。

三、健康指导要点

1、伤口 7 天拆线，指导患者滴眼药水的方法。

2、出院指导：

(1) 注意眼部卫生，勿用手揉擦，注意视力变化。

(2) 肿瘤者注意有无复发，定期复诊。

四、注意事项：

1、注意患者心理状况，及时做好心理疏导。

2、如发生角膜炎，应注意用眼卫生。



第七节 慢性泪囊炎的护理

一、护理评估

(一) 术前评估

- 1、有无沙眼、泪道外伤、鼻炎病史等。
- 2、有无长期流泪，压迫泪囊区有无分泌物。

(二) 术后评估

- 1、了解手术方式及术中情况。
- 2、观察生命体征及病情变化。
- 3、观察伤口及鼻腔出血情况，鼻腔填塞物有无松脱。

二、护理措施

(一) 术前护理

- 1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。
- 2、饮食护理：清淡易消化、富含维生素饮食。
- 3、病情观察：眼部流泪的情况。
- 4、术前准备

(1) 术前需要使用麻黄素、抗生素类滴鼻药以收缩鼻腔粘膜血管，预防鼻部炎症，防止术后切口感染。

(2) 术前用生理盐水冲洗清洁鼻腔，预防术后切口感染。

(二) 术后护理

1、一般护理

(1) 体位护理：术后3天取半坐卧位，减轻伤口局部充血、水肿，利于伤口渗出物引流。

(2) 心理护理：介绍手术有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：手术当天进冷流质饮食，如冰牛奶、冰淇淋等，使局部血管收缩，减轻局部充血、

肿胀。次日进软食，逐渐过渡到普食。

2、病情观察：观察伤口及鼻腔的渗血情况、鼻腔填塞物有无松脱。

3、症状护理

出血：伤口渗血、渗液流入口腔嘱病人吐出，勿咽下，以免引起胃部不适，以便观察出血量。按医嘱止血对症治疗。

4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

三、健康指导要点

1、保持口腔清洁，预防口腔感染。

2、术前三天滴抗生素眼药水，预防术后感染。

3、鼻腔内放置纱条填塞是为了预防伤口出血，要注意以下方面：

(1) 影响呼吸时，可经口呼吸，在嘴唇上盖一湿纱布，以预防口腔粘膜干燥。

(2) 不要随意拔出纱条，避免伤口出血。鼻腔纱条自行脱出时，应告诉医护人员剪除，不要随意塞入，以免刺激伤口引起感染和出血。

(3) 不要用力擤鼻，擤鼻时，用一手轻压一侧鼻翼，慢慢擤。避免打喷嚏、咳嗽，以防伤口出血。

4、出院指导

(1) 定时回院进行泪道冲洗。

(2) 保持鼻腔清洁，勿用手指挖鼻或用力擤鼻。

(3) 3个月后来门诊复查，出现溢泪、溢脓，随时就诊。

四、注意事项：

1、泪道插管者，注意管道保护，防止脱落。

2、术前滴抗生素眼药水时先将泪囊区分泌物挤出，再滴眼药水。

第八节 带状疱疹性结、角膜炎的护理

一、护理评估

1、是否有上呼吸道感染、其他的发热病史、用药史（糖皮质激素及免疫抑制剂等）；过度劳累、外伤、紫外线照射、精神紧张和女性月经期等。

2、有无眼痛、畏光、流泪、异物感、视力改变等。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 休息活动：注意休息，眼部疱疹和疼痛剧烈时，要卧床休息，在医生的指导下服用镇静剂或安定，保证充足的睡眠。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：清淡易消化、富含维生素的饮食，避免辛辣、刺激性食物，少食多餐。

2、病情观察：观察疼痛、疱疹消退情况。

3、症状护理

疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱抗病毒和使用激素（树枝状地图状角膜炎禁用糖皮质激素）。每2小时滴眼药水，注意眼睛休息。必要时遵医嘱散瞳、止痛治疗。

4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

5、并发症的观察和护理

角膜穿孔：避免引起穿孔的因素，一旦穿孔，行手术治疗。

三、健康指导要点

1、注意眼部卫生，不用不洁手巾擦眼分泌物，不揉擦患眼，勿压迫损伤患眼。

2、滴眼药时，勿压迫眼球。



- 3、避免感冒，保持大便通畅。
- 4、结膜炎注意个人卫生，防止交叉感染。
- 5、出院指导
 - (1) 遵医嘱用药，注意用眼卫生，勿用不洁毛巾擦拭眼睛。
 - (2) 对后遗症神经痛者，指导其使用止痛药，一

般出院三天后回院复诊。

四、注意事项

- 1、接触患者前后注意手卫生，防止交叉感染。
- 2、对后遗症神经痛者，给予心理安慰，疼痛经一段时间后消失。

第九节 视网膜血管阻塞的护理

一、护理评估

- 1、发病年龄，有无心血管疾病、眼部肿瘤、视网膜脱离手术或眶内手术后、球后注射后等。
- 2、有无偏头痛、凝血功能障碍、炎症或感染性疾病、口服避孕药或外伤等诱因。
- 3、有无视力突然急剧下降甚至手动或光感、瞳孔散大、直接对光反射消失、视野缺损。

二、护理措施

- 1、急救护理：动脉阻塞者应抓紧时间治疗：
 - (1) 按摩眼球、前房穿刺放出房水、降低眼内压，扩张视网膜动脉。
 - (2) 持续低流量吸氧。
 - (3) 遵医嘱应用大量血管扩张剂，VitC、VitE、阿司匹林等药物治疗，降低血液粘稠度，软化血管。
 - (4) 对因治疗：查找引起血管阻塞的原因，针对性处理。
- 2、一般护理
 - (1) 休息活动：嘱患者卧床休息，注意安全。
 - (2) 心理护理：介绍疾病有关知识、安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。
 - (3) 饮食护理：清淡易消化、低脂肪饮食。

3、病情观察

观察患者的视力恢复情况，做好生活护理，避免跌倒等意外发生。

4、症状护理

视力下降：心理护理，遵医嘱用药，观察视力恢复的情况，避免跌倒等意外的发生。

5、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

6、并发症的观察和护理

失明 当出现患眼视力完全丧失，应予以心理护理，注意安全，防止意外发生，遵医嘱用药。

三、健康指导要点

- 1、指导按摩眼球 闭眼后用手指压迫眼球数秒钟，然后立即松手指数秒钟，重复数次。
- 2、注意安全。
- 3、出院指导：
 - (1) 遵医嘱用药，避免诱发因素，积极治疗原发病。高血压者积极治疗，按时服药控制血压，降低血液粘度等。
 - (2) 定期复诊，防止另一眼发生相同的疾病。

四、注意事项

- 1、使用阿司匹林时注意观察有无出血情况。
- 2、对治疗效果不理想者注意心理疏导。

第十节 角膜炎的护理

一、护理评估

- 1、是否有外伤史、用药史（大量或长期使用抗生素及糖皮质激素类）、配戴角膜接触镜史、糖尿病、干眼症及眼部的慢性疾病（如结膜炎、泪囊炎），喜欢熬夜及酗酒等，新生儿有无感染病史。
- 2、是否出现疼痛、畏光、流泪、视力障碍等。

二、护理措施

- 1、一般护理
 - (1) 休息活动：卧床休息，减少活动，避免外伤、跌倒等意外。避免强光刺激，使眼部疼痛减轻。
 - (2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。
 - (3) 饮食护理 清淡、易消化、富含维生素的饮食，避免辛辣、刺激性食物。

2、病情观察：每日检查视力、观察角膜溃疡面的修复情况。

3、症状护理

疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱眼部及全身抗炎治疗，避免强光刺激，必要时遵医嘱止痛、降眼压或球结膜下注射药物。

4、用药护理

按医嘱对症处理，抗炎、抗病毒、抗真菌、激素及散瞳治疗（真菌性、树枝状、地图状角膜炎禁用糖皮质激素），观察药物副作用。

5、并发症的观察和护理

角膜穿孔：避免引起穿孔的因素，一旦穿孔，行手术治疗。

三、健康指导要点



- 1、注意眼部卫生，不用不洁手巾擦眼分泌物，不揉擦患眼，勿压迫碰伤患眼。
- 2、配戴角膜接触镜者立即停止使用。
- 3、滴眼药时，勿压迫眼球、用高渗溶液滴眼时，要单独滴入眼内，不要与其他眼药水混滴。
- 4、避免感冒，保持大便通畅。
- 5、出院指导
 - (1) 遵医嘱用药，注意用眼卫生，勿用不洁毛

巾擦拭眼睛。

- (2) 注意用眼安全，从事对眼睛有可能造成伤害的工作时，戴防护镜，避免眼外伤。
- (3) 积极预防干眼症、泪囊炎等。

四、注意事项

- 1、接触病人前后注意手卫生，防止交叉感染。
- 2、前房积脓者禁用热敷，避免感染扩散。

第十一节 交感性眼炎的护理

一、护理评估

- 1、是否有眼的外伤病史或手术史等。
- 2、健眼是否出现畏光、流泪、视物不清或视力下降。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 心理护理：介绍疾病有关知识、安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(2) 饮食护理：清淡易消化、富含维生素的饮食。

2、病情观察：注意观察未受伤眼，监测眼压、视力、瞳孔等情况。

3、症状护理：眼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱散瞳、使用激素、滴眼药水对症治疗。

4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

(1) 糖皮质激素：口服或静脉应用，注意观察血糖、大便情况，停药时要逐渐减量。

(2) 散瞳剂：滴眼药水后按压泪囊部，减少药液经鼻粘膜吸收以减少全身的不适反应。

5、并发症的观察和护理：正确处理好眼球穿通伤非常关键，及时正确处理伤口。

(1) 青光眼：当出现眼压增高时，应予降眼压治疗，待眼压控制后行抗青光眼手术。

(2) 白内障：当出现晶状体浑浊时，可待炎症控制后手术治疗。

三、健康指导要点

1、注意个人卫生，预防感染。

2、指导患者滴眼药水的方法。

3、出院指导：

(1) 定期眼底检查。

(2) 嘱患者未受伤眼一旦出现畏光、流泪、视物不清或视力下降时及时就诊。

四、注意事项：

1、接触患者注意手卫生，防止交叉感染。

2、使用糖皮质激素注意观察副作用，停药时逐渐减量。

第十二节 中心性浆液性脉络膜视网膜病变的护理

一、护理评估：

1、有无精神紧张、过度疲劳、情绪激动、感染、过敏等诱因。

2、有无中心视力突然下降，视物朦胧，视物变小、变形、注视点中央有暗影等。

3、了解眼底改变。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 休息活动：适当休息。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。本病为自限性疾病，多数约3-6个月能自行痊愈。

(3) 饮食护理：清淡易消化饮食，保持大便通畅。

2、病情观察：中心视力、变形、小视等恢复情况。

3、症状护理：中心视力下降：遵医嘱药物治疗，协助生活护理，注意安全措施落实。

4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用，禁用激素。

三、健康指导要点

1、避免精神紧张或劳累。

2、指导患者滴眼药水。

3、注意安全，防止跌倒等意外的发生。

4、出院指导：

(1) 定时服药、复诊，注意有无复发。

(2) 积极治疗原发病。

(3) 有需要者激光治疗。

四、注意事项：

1、对视力下降者，注意安全措施落实。

2、对治疗效果不理想者注意心理疏导。



第十三节 视神经炎的护理

一、护理评估

1、有无相关因素：脱髓鞘疾病，麻疹、腮腺炎、水痘等传染病，脑膜、眼眶或鼻窦旁的炎症，眼内炎等。

2、有无视力下降、闪光感、眼眶痛、瞳孔散大、直接对光反射迟钝消失、视野缩小等。

3、了解眼底改变。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 休息活动：卧床休息，注意安全，避免烫伤、跌倒、坠床等意外。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识、安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：饮食清淡易消化、保持大便通畅。

2、病情观察：监测视力和眼底的改变，密切观察神经系统和精神状态，如神志、瞳孔、颅内高压等。

3、症状护理

(1) 视力下降：心理护理，遵医嘱用药，观察视力恢复的情况，避免跌倒等意外的发生。

(2) 眼痛：指导患者减少眼球转动，或给予眼罩。

4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

(1) 糖皮质激素：口服或静脉应用，注意观察血糖、大便情况，停药时要逐渐减量。

(2) 血管扩张剂：注意调整速度，不宜过快，并注意血压情况。

5、并发症的观察和护理

视神经萎缩 当出现视力进一步减退甚至失明时，应遵医嘱对症治疗，并注意心理护理及做好安全防范措施。

三、健康指导要点

1、指导患者滴眼药水的方法。

2、多进食富含维生素B1的食物，如奶类及其制品、动物肝肾、蛋黄、胡萝卜等。

3、注意用眼卫生，避免长时间上网和看电视。

4、出院指导

(1) 保持情绪稳定，适当活动，提高抵抗力。

(2) 严格遵医嘱用药。

四、注意事项

1、应用糖皮质激素时注意副作用，停药时逐渐减量。

2、对治疗效果不理想者注意心理疏导。

第十四节 斜视的护理

一、护理评估

(一) 术前护理

1、有无家族史、发病年龄等。

2、偏斜方向和程度、眼裂大小，是否复视、眩晕、代偿头位。

(二) 术后护理

1、了解手术方式及术中情况。

2、观察生命体征及病情变化。

3、观察伤口敷料有无渗出、松脱。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

2、饮食护理：清淡易消化、富含维生素的饮食，保持大便通畅。

3、病情观察：视力情况及偏斜情况。

4、弱视者积极治疗弱视。

(二) 术后护理

1、一般护理

(1) 体位护理：若为全麻者则去枕平卧6小时后改为平卧位或半卧位。

(2) 心理护理：介绍手术有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：清淡易消化、富含维生素的饮食，保持大便通畅。

2、病情观察 注意术眼敷料有无松脱，渗血，渗液。

3、症状护理

出血：嘱患者卧床休息，避免剧烈活动；遵医嘱止血对症治疗。

4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

三、健康指导要点

1、嘱患者术眼包扎期间，减少眼球转动，勿自行去掉健眼敷料。

2、指导患者滴眼药水的方法。

3、出院指导：术后7天拆除球结膜缝线，按医嘱滴眼药水4周。

四、注意事项

1、患者术后双眼包扎期间，协助生活护理，注意日常活动安全。

2、对术后可能出现复视并发症，术前应向患者或家属交代。部分患者根据病情验光配镜。



第十五节 视网膜脱离的护理

一、护理评估

- 1、有无外伤史，高度近视及行过晶状体摘除术。
- 2、视力情况，有无自觉眼前漂浮物或黑点等。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、体位护理：卧床休息，限制头部活动。必要时包盖双眼，以减少眼球转动，使视网膜平伏，便于查找裂孔。卧位：选择卧位根据网脱的部位，原则上使裂孔处于最低位。裂孔在上部则使病人仰卧，脚高头低。裂孔如果在下部，应采取半坐卧位。脱离如果在左侧，则应向右侧卧位。

2、心理护理：介绍疾病有关疾病，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

- 3、病情观察：观察视力情况，了解裂孔的位置。

(二) 术后护理

1、一般护理

(1) 体位护理：术后患者必须绝对卧床一周，按手术要求选择卧位，头部相对固定，避免过多活动，以利伤口愈合。

(2) 心理护理：介绍疾病有关疾病，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

- (3) 饮食护理：清淡易消化、富含维生素饮食。

2、病情观察：观察有无眼痛、头痛、视力情况、眼部敷料包扎及伤口渗血情况，了解眼底网膜复位情况。

3、症状护理

疼痛：指导患者全身放松及深呼吸。必要时按医嘱给予止痛治疗及抗炎治疗，预防术后感染。

- 4、用药护理：指导患者用药并观察药物副作用。

糖皮质激素：晨起顿服以减轻胃肠道的刺激；注意观察血糖、大便情况；停药时要逐渐减量。

5、并发症的观察和护理

(1) 高眼压：当患者出现术眼胀痛，伴同侧头痛、恶心等，或伴视力急剧下降，应立即通知医师，予降眼压治疗。

(2) 反应性葡萄膜炎：当患者出现术眼胀痛，伴同侧头痛，眼球有压痛，视力未提高或下降，结膜充血，眼压并不升高，遵医嘱使用糖皮质激素。

三、健康指导要点

- 1、术后应用护眼罩，防止碰及术眼。

2、协助患者日常生活，嘱病人尽量避免弯腰、低头和剧烈运动。嘱病人不要用力咳嗽、打喷嚏和高声谈笑，保持大小便通畅，以免视网膜重新脱离。

3、术后双眼包扎3-7天，以防眼球转动过多影响视网膜复位。患眼继续散瞳至少一月。

4、半个月后门诊复查，出现眼前黑影、复视、闪光感、视力下降、视物变形，及时就诊。

四、注意事项

- 1、注意用眼不易过度疲劳。

2、保持大便通畅。

3、术后一月可恢复工作，但应避免头部和眼部外伤。

4、半年内避免剧烈运动，重体力劳动或震动。

5、告知患者有复发可能，定期复查，复发及时治疗。

第十六节 前部缺血性视神经病变的护理

一、护理评估

1、有无高血压、动脉硬化、糖尿病、高血脂、严重贫血、红细胞增多症、白血病、眼部和眼眶炎性病变等基础疾病。

- 2、了解视力、视野、眼压、眼底检查结果。

3、患者心理状况，对疾病认识程度。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 休息活动：避免疲劳、精神紧张及各种不良刺激，保持心境平和。适当活动，保证睡眠。

(2) 心理护理：向病人及家属讲明病情及本病的一般预后，鼓励其积极配合治疗，解除顾虑，树立战胜疾病的信心。

(3) 饮食护理：多食富含维生素、蛋白质的食物，增加营养。

2、病情观察：中心视力，视野恢复情况，眼压的变化。

3、症状护理：

中心视力下降：遵医嘱药物治疗，协助生活护理，注意安全措施的落实。

4、用药护理：针对全身疾病如糖尿病、高血压等内科药物治疗时，告知患者正确的用药方法，全身应用糖皮质激素治疗时，严格按医嘱用药，不可随意停用或减量，定期检查，以保证疗效。病人大剂量应用糖皮质激素期间，应注意观察病人有无上消化道不适感或出血征象。鼓励多食含钙食品或给予补钙剂，避免骨质疏松或股骨头坏死。

三、健康指导要点

1、向病人讲解疾病的病因、临床表现、治疗、护理、预后等知识，使病人对自己所患疾病有一定的了解，



更好的配合治疗。

2、指导患者糖皮质激素使用方法，正确减药量、停药。

3、指导患者观察大便颜色，及早发现激素使用时消化道出血征象。

4、出院时指导患者注意视力及视野变化，定期

复诊。

四、注意事项：

1、坚持治疗全身疾病，控制疾病发展。

2、使用激素、阿司匹林、降眼压药等特殊药物时严格按医嘱用药，观察药物疗效。

第六十章 耳鼻喉科疾病护理常规

第一节 耳鼻喉科疾病的一般护理

一、入院护理：接诊护士热情接待病人，做好入院评估。通知管床医生或值班医生，协助医生完成各项检查。

二、术前护理

1、护理评估：

(1) 评估患者既往史、现病史、用药史、家族史、临床症状及体征。

(2) 了解患者辅助检查结果。

(3) 评估患者心理状况、手术耐受力、自理能力、配合情况。

2、护理措施

(1) 饮食的护理：给予营养丰富、易消化的饮食，禁食。

(2) 协助完善各项检查，做药物过敏试验。

(3) 病情观察：预防上呼吸道感染，如有发热、咳嗽、月经来潮等，及时通知医生，暂停手术。

(4) 备皮。

(5) 做好个人卫生（沐浴，洗头，剪指甲）。局麻患者术前进清淡饮食，全麻患者应在术前8小时禁食禁饮。术晨测生命体征，更衣，遵医嘱给术前药。

(6) 心理护理，增强治疗信心。

3、健康指导要点：

(1) 加强营养，保证休息。

(2) 告知患者术前注意事项，手术名称、手术方式、麻醉方式、术前、术中、术后可能出现的情况及配合方法。

(3) 指导患者术晨排空二便，摘掉假牙、首饰。

(4) 指导患者进行相关适应性锻炼，如体位、呼吸功能、肢体语言训练等。

三、术后护理

1、护理评估：

(1) 了解患者手术、麻醉方式，术中出血、留置的引流管情况等。

(2) 评估患者生命体征、切口状况、引流管、术后不适及并发症等情况。

(3) 评估患者心理状况、生活自理能力、做好压疮、跌倒评分等。

2、护理措施：

(1) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(2) 体位：根据手术情况安置合适体位，使患者舒适，并保持呼吸道通畅。

(3) 饮食护理：根据病情给予流质、半流质或软食。

(4) 病情观察：严密观察病情变化，切口渗血情况，保持引流管通畅，有无并发症，必要时床边备气管切开用物、吸引器等急救器械。

(5) 遵医嘱给予止痛、止血、抗感染等药物治疗并观察药物疗效。

(6) 给予口腔护理：根据医嘱给予生理盐水或者复方硼砂溶液行口腔护理，以保持口腔清洁。

(7) 做好生活护理。

3、健康指导要点：

(1) 指导患者术后促进康复的具体方法。

(2) 指导患者合理休息、饮食、遵医嘱用药、个人卫生、加强锻炼，增强身体抵抗力。

(3) 指导患者恢复期可能出现的症状，做好健康宣教。

(4) 出现异常情况及时告知医生或返院检查。

4、注意事项：

(1) 保证休息，加强锻炼，增强体质，预防感冒。

(2) 出现异常情况及时告知医护人员。

第二节 鼻外伤、鼻骨骨折的护理

一、术前护理

(一) 护理评估

1、评估患者外伤史，疼痛、呼吸情况，鼻腔出

血的量、颜色、性质，有无休克症状。

2、评估患者有无外鼻畸形，有无其他器官损伤。

3、评估患者有无颅内压增高、脑脊液鼻漏的出现。



（二）护理措施

- 1、体位护理：半卧位，休克时中凹卧位。
- 2、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。
- 3、饮食护理：进清淡、易消化饮食，脑脊液鼻漏者限制饮水量和食盐摄入量。急诊全麻手术者即刻禁食、禁饮。
- 4、病情观察：观察鼻出血和（或）脑脊液的量、颜色、性质。

（三）健康指导要点

- 1、指导患者保持面部、口腔清洁。
- 2、指导患者正确保护伤口、创面、清除渗液的方法。

（四）注意事项

- 1、脑脊液鼻漏者应止咳通便，避免用力排便、擤鼻和打喷嚏。
- 2、勿堵塞鼻孔，防止逆行感染。

二、术后护理

（一）护理评估

- 1、评估患者鼻腔渗血、渗液、疼痛、伤口及生命体征、意识、瞳孔等情况。
- 2、评估患者有无剧烈头痛、恶心、呕吐、面色苍白、出汗、血压下降、脉搏细速等脑膜刺激症、失血性休克的征象。

（二）护理措施

1、一般护理

- （1）体位护理：全麻未清醒前取去枕平卧位，头偏向一侧，清醒后半卧位。减轻鼻部肿胀，减少出血。
- （2）心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。
- （3）饮食护理：半流质或流质饮食，禁酸、辣等刺激性食物。脑脊液鼻漏者仍需限制饮水和食盐的

- 摄入量。

摄入量。

（4）做好口腔护理：注意口腔卫生，保持口腔清洁。

2、病情观察：

（1）观察鼻腔渗血渗液情况，嘱患者将口中分泌物轻轻吐出观察分泌物颜色、量，如有异常及时告知医生。

（2）疼痛、伤口及生命体征、意识、瞳孔、有无视力障碍等情况。

（3）鼻出血：观察出血的量、颜色、性质，少量出血者可冷敷后颈部及鼻额部，及时吐出口中分泌物；用手紧捏两侧鼻翼10-15min，头轻轻后仰，勿低头用力；出血量多时立即报告医生。

（4）疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱使用止痛剂。

（5）局部肿胀：24h内冷敷，24h之后改热敷。

3、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

4、并发症的观察和护理

（1）脑膜刺激症：当若出现剧烈头痛、恶心、呕吐等时，立即通知医生，协助对症治疗。

（2）失血性休克：当出现面色苍白、出汗、血压下降、脉搏细速时，应马上通知医生，建立静脉通道，协助抗休克治疗。

（三）健康指导要点

- 1、指导患者尽量避免打喷嚏；注意口腔清洁。
- 2、指导患者术后5-7天可拆除鼻内填塞物，填塞期间少量多次饮水，减轻口咽部干燥。

（四）注意事项

- 1、避免再次受伤；限制烟酒及刺激性食物；保持大便通畅。
- 2、半个月內避免剧烈活动，防止挤压鼻部，不要用力擤鼻、自行拔除填塞物。

第三节 鼻部的手术护理

一、术前护理

（一）护理评估

- 1、评估患者有无急性鼻窦炎反复发作史、慢性炎症性疾病、外伤史，鼻腔内有无肿瘤或异物压迫，发育异常，呼吸道和皮肤变应性疾病史等。
- 2、评估患者有无精神不振、头昏易倦、记忆力减退、注意力不集中等。
- 3、评估患者有无鼻塞、流涕、鼻出血，鼻外形改变、头痛、听力下降、嗅觉障碍、视功能障碍等。
- 4、了解患者辅助检查结果：鼻镜检查、CT、MRI等。

（二）护理措施

1、心理护理

介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消

除其焦虑、恐惧的心理。

2、饮食护理

指导高蛋白、高维生素、富营养、易消化的食物。全麻者按医嘱禁食禁饮。

3、做好手术前准备，剃须，剪鼻毛，教会正确的洗鼻方法。

（三）健康指导要点

1、告知患者术前注意事项，手术名称，手术方式，麻醉方式，术前、术中、术后可能出现的情况及配合方法。

2、指导患者术晨排空二便，摘掉假牙、首饰。

（四）注意事项

1、加强营养，保证休息。



2、预防上呼吸道感染。

二、术后护理

(一) 护理评估

1、评估患者有无剧烈头痛、恶心、呕吐等脑膜刺激征，眼眶有无青紫、眼睑有无充血、水肿，有无视力障碍或眼球运动障碍，评估有无脑脊液漏、颅内感染和球后视神经炎等并发症。

2、评估患者生活自理能力、做好压疮、跌倒等评分。

(二) 护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：全麻未清醒前去枕平卧位，头偏向一侧，清醒后逐步抬高床头，6h后取半卧位。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，告知术后可能出现的不适症状，消除术后恐惧的心理。

(3) 饮食护理：遵医嘱予相应饮食，食物不可过热。

(4) 做好口腔护理、生活护理。

2、病情观察及护理：观察体温及病情变化，有无剧烈头痛、恶心、呕吐等表现，鼻腔内有无分泌物流出，有无视力障碍或眼球运动障碍、颅内感染和球后视神经炎等并发症。

(1) 疼痛：安慰解释，嘱患者张口呼吸，多次少量喝水以减轻口、咽部干燥。鼻额部行冷敷，必要时用止痛药。

(2) 鼻出血：密切观察生命体征和鼻腔渗血情况，嘱患者让分泌物流出勿咽下，应轻轻吐出，以便观察出血量。若出血量过多，应及时通知医师协助处理。

(3) 颌面部肿胀：一般可自行减轻、消退。肿胀明显者，早期24小时内予冷敷，24h后热敷。

(4) 鼻腔护理：患者尽量避免打喷嚏、用力擤鼻。告知患者鼻部堵塞的原因，嘱患者不能自行拔掉纱条。如纱条掉入咽部应通知医生处理。

(5) 做好防跌倒健康宣教：术后1-3天如厕时需要有家属守护，防止直立性低血压晕倒发生意外。

(三) 健康指导要点

1、指导患者正确服药、洗鼻、使用喷鼻剂及擤鼻的方法。

2、指导患者避免辛辣、刺激性食物，清淡饮食，保持大便通畅。戒烟酒，

3、指导患者3个月内避免剧烈运动、过度兴奋，避免感冒。

4、用药指导：避免受凉、打喷嚏，必要时给予抗组织胺药物。

(四) 注意事项

1、患者尽量避免打喷嚏、用力擤鼻。

2、鼻腔填塞物自行脱出或掉入咽部时，不要自行塞入或拔除。

3、鼻腔填塞物一般在术后48h后取出，取出后2小时内宜限制活动。

第四节 咽喉部炎症及脓肿的护理

一、护理评估

1、评估患者是否有受凉、发热、疲劳、烟酒过度及全身抵抗力下降等，有无接触高温、粉尘、烟雾、刺激性气体等环境因素。

2、评估患者咽喉部是否疼痛、吞咽加剧，放射性耳痛；是否有异物感、睡眠打鼾；咳嗽，呼吸困难；声音是否低沉、嘶哑或失声。

3、评估患者慢性咽后脓肿是否有结核病史。

二、护理措施

1、体位护理：

(1) 脓肿切开前：保持安静，给予半卧位，以免加重呼吸困难，严重者致窒息；限制转动头部。

(2) 脓肿切开后：取头低脚高位或去枕平卧，有利于引流并防止咽后脓肿破溃时发生误吸、窒息。

2、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

3、饮食护理：按医嘱流质或半流质饮食，多饮水。吞咽困难者可禁食，予静脉营养。

4、病情观察：严密观察生命体征，尤其注意呼吸、血氧监测情况，必要时氧气吸入，保持呼吸道通畅；

切开排脓者，观察记录引流液的量、颜色、性质。雾化吸入每日2-3次。

5、口腔护理：多饮水，勤漱口，每天6次，保持口腔清洁。

6、症状护理

(1) 疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱抗感染、雾化吸入治疗。咽痛较剧可颈部冷敷缓解或药物止痛。

(2) 发热：予物理降温，必要时遵医嘱使用药物。

7、并发症的观察和护理

窒息：当出现吸气性呼吸困难、犬吠样咳嗽、面色苍白或发绀时，应予吸氧，按医嘱用抗生素和激素。特别注意呼吸型态，如有严重的呼吸困难，及时通知医师处理，必要时行气管切开。

三、健康指导要点

1、指导患者禁声或尽量少讲话。

2、戒烟、酒和避免进食坚硬及带刺食物以免引起喉损伤，避免大口吞咽。

3、预防感染：加强锻炼，增强体质。预防上呼吸道感染。



四、注意事项

1、合理运动，增强体质，预防感冒。

2、戒烟、酒和辛辣、刺激食物，避免大口吞咽。

3、戒除“吭、坑”清嗓子及干咳的习惯。

第五节 声带息肉的护理

一、术前护理

(一) 护理评估

评估患者有无声嘶、用声过度。

(二) 护理措施

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

2、饮食护理：清淡、易消化食物，忌油炸、辛辣食物，戒烟酒。

3、做好术前常规准备。

(三) 健康指导要点

1、告知患者术前注意事项，手术名称，手术方式，麻醉方式，术前、术中、术后可能出现的情况及配合方法。

2、指导患者术前晨排空二便，摘掉假牙、首饰。

(四) 注意事项

1、加强营养，保证休息。

2、注意口腔卫生，预防上呼吸道感染。

二、术后护理

(一) 护理评估

1、评估患者生命体征、伤口渗血及疼痛情况等

2、评估患者有无声嘶、吸气性呼吸困难、犬吠样咳嗽、面色苍白或发绀。

(二) 护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：全麻未清醒者取去枕平卧，头偏向一侧，清醒后可半卧位。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓

励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：全麻清醒6小时后按医嘱予相应饮食，由流质、半流质饮食过渡到普食。

2、病情观察：观察生命体征、伤口渗血及疼痛情况等。

3、症状护理

疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱予以雾化吸入。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

5、并发症的观察和护理

喉头水肿：当出现声嘶、吸气性呼吸困难、犬吠样咳嗽时，应予吸氧，遵医嘱用抗生素和激素。特别注意呼吸型态，如有严重的呼吸困难，及时通知医师处理，必要时气管切开。

(三) 健康指导要点

1、指导患者保持口腔卫生，餐后漱口。

2、指导患者禁声2周，三个月尽量少讲话，不能用声过度。

(四) 注意事项

1、增强体质，预防上呼吸道感染。

2、不吸烟、不饮酒。建立良好的饮食习惯，避免刺激性食物及饮料。

3、正确合理发声。不滥用嗓音，避免大声叫嚷，职业用声者注意发声方法和程度。

4、青少年变声期、妇女月经期、妊娠期、围绝经期等均应注意保护嗓音。

第六节 扁桃体、腺样体的手术护理

一、术前护理

(一) 护理评估

1、评估患者是否有常易感冒、急性扁桃体炎反复发作史，有无邻近组织的并发症等。2、评估患者有无咽痛、咽干、咽异物感、口臭；有无呼吸困难、张口呼吸、睡时打鼾、吞咽或言语共鸣障碍。

3、评估患者有无发热、乏力，注意力不集中、反应迟钝等。

4、评估患者扁桃体肿大的程度。

(二) 护理措施

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

2、饮食护理：清淡、易消化饮食。

3、病情观察：观察病情、生命体征情况，尤其是呼吸和体温的变化。

4、做好术前准备，腺样体如行鼻内窥镜手术，要剪鼻毛。

(三) 健康指导要点

1、指导患者使用压舌板做伸舌动作。

2、指导患者用漱口水漱口，并教会含漱方法。腺样体如行鼻内窥镜手术，指导患者冲洗鼻腔。

(四) 注意事项

1、买好牛奶备术后饮用。

2、保持口腔清洁，餐后漱口，早晚刷牙。

二、术后护理

(一) 护理评估



1、评估患者生命体征、切口渗血和疼痛情况。
2、评估患者活动性出血、吞咽、伸舌、咽部肿胀情况。

(二) 护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：全麻未清醒前取去枕平卧位，头偏向一侧，避免血液流入下呼吸道，必要时可采取头低脚高位，清醒后可抬高床头。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：按医嘱术后6小时伤口无出血可进食冷流质饮食，1-2天后可进半流质，3日内可进软食，少吃或不吃水果及果汁。

(4) 做好口腔护理：注意口腔卫生，保持口腔清洁。鼓励病人术后多用漱口液漱口（可用1%过氧化氢溶液）。

2、病情观察：观察生命体征、伤口渗血和疼痛情况。

3、症状护理

(1) 出血：全麻未醒者观察有无不断做吞咽动作，应警惕有活动性出血，应立即告知主管医生，协助止血对症处理。清醒者嘱不要将分泌物咽下，吐入容器中，便于观察出血量。如有大量出血应及时通知医生。

(2) 疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，冰敷

双侧颈部或饮冰牛奶。必要时遵医嘱使用止痛剂。

(3) 小儿术后咳嗽应注意有无吸入性肺炎。

(4) 术后密切观察病人体温变化，如持续低热或者体温明显升高应注意有无感染发生。

(三) 健康指导要点

1、指导患者手术后当天不要漱口，以免引起出血。第二天开始含漱液漱口，保持口腔清洁。

2、指导患者当日少说话，避免咳嗽；术后第二天开始注意“四多”（多讲话、多漱口、多进饮食、多做伸舌动作），防止创面疤痕挛缩、粘连、出血。

3、告知患者扁桃体术后6h伤口即有白膜形成，术后24h扁桃体窝已完全覆以白膜，对创面有保护作用。一般术后10天内逐渐脱落。

4、腺样体如行鼻内窥镜手术，指导患者不要擤鼻。

(四) 注意事项

1、患者持续口吐鲜血、儿童不断做吞咽动作时，应警惕有活动性出血。

2、2周内进软食，不宜吃坚硬、粗糙、刺激性食物，保持口腔卫生。

3、增强体质，避免感冒。

附：【扁桃体肿大分度】

1度：肿大不超过咽腭弓；

2度：超过咽腭弓；

3度：肿大达咽后壁中线。

第七节 喉部的手术护理

一、术前护理

(一) 护理评估

1、评估患者有无进行性声嘶、咽部不适、喉部异物感、喉痛、吞咽困难和呼吸困难等；有无咳嗽、咯血和喉阻塞的症状。

2、评估患者有无长期吸烟、酗酒史，有无病毒感染、癌前病变等。

(二) 护理措施

1、按耳鼻咽喉科疾病病人一般护理常规。

2、保持室内空气新鲜，定时紫外线照射消毒，保持室温在18~22摄氏度，相对湿度50%~70%。

3、遵医嘱备血。

4、胃肠道准备：术前12小时禁食、8小时禁水。

5、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

6、备皮：备皮范围上至下颌，下至胸骨上，两侧至颈肩部男病人要剃胡须，做好个人卫生（沐浴，洗头，剪指甲）。

7、术晨测生命体征，更衣，遵医嘱给术前药，喉切除者留置鼻饲管、导尿管。

8、用物准备：床边备气管切开护理盘（气道湿

化液、一次性吸痰管数根、无菌持物镊、生理盐水、无菌手套等）、吸痰器、氧气。

(三) 健康指导要点

术后失声或声嘶，指导患者术后注意事项及交流方式。

(四) 注意事项

1、注意口腔卫生，予含漱液漱口。

2、预防上呼吸道感染。

二、术后护理

(一) 护理评估

1、评估患者生命体征、伤口渗血及引流情况。

2、评估患者声嘶恢复情况、伤口周围皮肤、分泌物的颜色、性质、量。

(二) 护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：全麻未清醒前取去枕平卧位，清醒后可抬高床头30-45度，取半卧位。有利于病人呼吸和减轻水肿，减轻颈部皮肤缝合张力和部分喉体悬吊在舌根上的张力。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。



(3) 饮食护理：严禁从口进食，术后7天喉切除术后第二天开始鼻饲，保持胃管通畅。①半喉切除者留置胃管1-2周；②全喉切除者留置胃管10-14天，中途不更换胃管。之后试食，无呛咳无呼吸困难可以拔除胃管，恢复经口进食，由流质逐渐过渡到正常软食。③若发生咽瘘，鼻饲管保留至咽瘘愈合。

2、病情观察 密切观察生命体征、伤口渗血及引流情况。喉乳头状瘤术后注意声嘶恢复情况，若不能改善且呼吸困难进行性加重者，考虑瘤体残留，及时通知医生。

3、症状护理

(1) 疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱使用止痛剂。

(2) 发热：物理降温，必要时药物降温。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

5、气管切开术的护理

①保持气道通畅：经常叩背和更换体位以利分泌物排出。保持气管套管通畅，防止堵管。按需吸痰，抽吸时间持续不超过10~15秒；定时行气道湿化，必要时行雾化吸入。严格无菌操作，防止切口及肺部感染，指导患者深呼吸和有效咳嗽。

②防止脱管：检查套管系带松紧，禁止打活结，颈部不宜过多转动。精神异常或小儿需专人守护，防止自行拔管。剧烈咳嗽者，应遵医嘱给予镇咳药物。

③清洗消毒：每4~6小时清洗消毒内套管1次，必要时随时清洗。取出内套管时应一手按压套管盘，另一手轻轻转动活扣后取出内套管，切勿连同外套管一并拔出，每次内套管取出时间不宜超过30分钟。

④更换敷料：每天更换气管切开纱布垫1~2次，分泌物多时应随时更换。

6、拔管护理：

①拔管前：连续堵管48小时，无呼吸困难时，

方可拔管。

②拔管后：24小时内床边应备气管切开包，必要时重新行气管切开。嘱病人拔管后24小时勿离开病房，严密观察病情变化，以防呼吸困难。

7、基础护理：

①皮肤护理：保持床单位整洁、干燥。预防压疮。

②口腔护理：复方硼砂溶液或生理盐水行口腔护理，每天2次，预防口腔内感染。

8、并发症的观察和护理

咽瘘：多见于伤口感染。当出现咽瘘时，气管套管内分泌物多而味臭、体温持续升高。注意观察伤口周围皮肤情况、分泌物颜色、性质、量。保持伤口清洁和颈部引流通畅，遵医嘱抗炎治疗；嘱患者少做吞咽动作，将口中分泌物吐出，勿从口中进食，避免食物从瘘口处流出。

(三) 健康指导要点

1、指导患者术后10天内勿作吞咽动作，吐出口内分泌物，及时漱口。

2、指导患者能吞咽唾液后再从口进食，并指导患者进行吞咽功能训练。

3、功能训练：鼓励病人早日下床活动，指导语言功能重建训练。

4、自我护理：对长期或终生带管者，做好气管套管自理指导。告知内套管取放、清洗消毒、纱布垫更换方法，掌握气管切开家庭护理和医院急救电话。

(四) 注意事项

1、咽瘘患者少做吞咽动作，勿从口中进食，避免食物从瘘口处流出。

2、戴气管套管出院的病人，指导患者或家属掌握内套管的取出、放置、清洗、消毒等护理方法及预防气管套管堵塞、脱出的方法。

第八节 甲状舌管囊肿的护理

一、术前护理

(一) 护理评估

1、评估患者囊肿的边界，是否随吞咽上下运动，囊肿上部是否可摸到索状物，感染时有无红肿热痛。

2、评估患者吞咽、语言、呼吸情况。

3、评估患者瘘口位置，分泌物的情况。

(二) 护理措施

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

2、饮食护理：予高蛋白、高能量、易消化的清淡饮食。

3、病情观察：观察病情变化，遵医嘱用药并观察药物疗效。

4、做好术前常规准备。

(三) 健康指导要点

指导患者保持瘘口周围及敷料清洁，不能用棉花塞住瘘口。

(四) 注意事项

1、戒烟酒，忌辛辣、刺激性食物，保持口腔卫生。

2、预防上呼吸道感染。

二、术后护理

(一) 护理评估

评估患者切口出血、疼痛、术后引流情况。

(二) 护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：全麻术后未清醒时去枕平卧，



头偏向一侧；清醒后可予半卧位。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：麻醉清醒 6 小时后进流质饮食。保持口腔清洁。

(4) 引流管护理：每日更换负压引流器，保持引流管通畅，每天早上七点在护理记录单上记录一天的引流液性质、颜色、量。

2、病情观察：

(1) 观察切口出血、疼痛、情况。

(2) 观察引流液的性质、颜色、量、观察引流管是否通畅。

3、症状护理

疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，必要时遵医嘱使用止痛剂。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

(三) 健康指导要点

1、指导患者术后半月内勿让污水污染切口，防止切口感染。

2、指导患者注意切口局部情况，发现瘘口遗留导致复发而出现肿胀和疼痛，尽快告知医生或复诊。

(四) 注意事项

1、勿用力牵拉切口处皮肤。

2、保持口腔清洁。

第九节 中耳炎的护理

一、按耳鼻喉科 - 头颈外科疾病一般护理常规

二、术前护理

1、护理评估

(1) 评估患者耳部脓液、听力情况，有无耳痛、耳内闭塞或闷胀感、耳鸣。

(2) 评估患儿有无注意力不集中、学习成绩下降，婴幼儿是否有母亲哺乳姿势不当等。

(3) 评估患者近期有无上呼吸道感染史，是否曾在不洁水中游泳或跳水等。

(4) 评估患者生活自理能力、皮肤情况、跌倒风险等。

(5) 了解患者听力检查、CT 等结果。

2、护理措施

(1) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(2) 饮食护理：清淡易消化饮食。

(3) 病情观察：观察生命体征及全身情况，注意有无颅内、外并发症的发生。

(4) 术前常规准备。

3、健康指导要点

(1) 评估患者术前注意事项，手术名称，手术方式，麻醉方式，术前、术中、术后可能出现的情况及配合方法。

(2) 评估患者术晨排空大小便，摘掉假牙、首饰。

4、注意事项

(1) 耳部清洁。

(2) 预防上呼吸道感染。

三、术后护理

1、护理评估

(1) 评估患者有无切口疼痛、面瘫、眩晕、恶心、呕吐及剧烈头痛等。

(2) 评估患者病情、生命体征、切口出血、耳流脓、积液，听力改善等情况。

2、护理措施

①体位护理：手术后应平卧，头部偏向健侧。

②心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

③饮食护理：全麻清醒后 6 小时进清淡半流质饮食。

④病情观察：注意观察切口出血、疼痛情况，面瘫、眩晕、恶心呕吐及剧烈头痛等。

⑤症状护理：

A、疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，术后第一第二天会感觉伤口疼痛或短暂抽痛，耳有脉搏跳动感、水流声或耳鸣加剧、轻微头晕、恶心等属正常的现象，应做好解释工作。对头痛而有颅内并发症可疑者，慎用止痛剂。

B、发热：物理降温，必要时遵医嘱药物降温。

⑥用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。指导患者正确进行耳部滴药。

⑦并发症的观察和护理

颅内并发症：当出现面瘫、眩晕、步态不稳、恶心呕吐以及剧烈疼痛等症状，及时报告医生协助处理。

3、健康指导要点

①指导患者不要用力咳嗽或擤鼻涕，保持切口的干燥与清洁。

②术后 7-10 天拆线，2 周内逐渐抽出外耳道内填塞纱条，指导患者不要自行抽出。

③鼓室成形术后，鼓励患者多做吞咽动作。

4、注意事项

①未经医生许可，不要游泳；沐浴或洗头时可用干棉球堵塞外耳道口。

②耳道填塞物取出后，因新修补的耳膜尚潮湿，需来门诊治疗数次，这段时间内不能挖耳。

③出院指导，定期复查。



第十节 周围性面瘫的护理

一、护理评估

1、评估患者发病前有无呼吸道感染病史、耳流脓或耳部手术史、头部外伤史；近期有无化学物质或药物中毒；有无慢性代谢性疾病史。

2、评估患者有无患侧额纹消失、鼻唇沟变浅或消失、眼裂大、眉毛是否低于健侧；抬眉、闭眼、笑或露齿、鼓腮、张口等是否两侧不对称。

3、评估患者有无耳痛、听力下降、眩晕、耳鸣、耳漏、听觉过敏及味觉异常；发病以来的流泪情况。

二、护理措施

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。经保守治疗多在1-3个月恢复，但还是有一部分病人会终身部分或全部性面瘫。

2、饮食护理：高蛋白、高能量、易消化的半流质饮食，禁酒，忌生、冷、凉和辛辣刺激性食物。注意饮食温度以防烫伤。注意保持口腔清洁。

3、病情观察：面瘫恢复情况、口腔情况、眼部有无干燥、疼痛、流泪等不适。

4、症状护理：眼睑闭合不全：遵医嘱滴眼药水、涂眼膏。

5、用药护理 遵医嘱对症用药、理疗、高压氧治疗，观察治疗效果。糖皮质激素晨起餐后顿服，注意观察血糖、大便情况；停药时要逐渐减量。

三、健康指导要点

1、指导患者进行自我锻炼。

2、指导患者急性期应该注意休息。

3、指导眼睑闭合不全的患者擦拭眼泪的方法：由下向上擦拭，以防引起下睑外翻。

四、注意事项

1、眼睑不能闭合或闭合不全者，加强角膜护理。注意眼部卫生，避免用眼过度。

2、面部保暖，勿用冷水洗脸，避免寒冷风吹，外出戴口罩、围巾。

第十一节 耳聋的护理

一、护理评估

1、评估患者起病方式、时间、程度、诱因。

2、评估患者耳鸣、耳聋的程度，有无眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤等。

3、了解患者听力学、医学影像检查等结果。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：眩晕者严格卧床休息。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。本病有不治自愈的可能性，还可佩戴助听器，尽可能使其精神放松。

(3) 饮食护理：进低脂肪、低钠饮食。

2、病情观察：观察患者有无眩晕，高压氧治疗者有无耳闷、耳痛等现象。

3、症状护理

眩晕：眩晕者，卧床休息7-10日，起床活动时注意安全，预防跌倒。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的作用、副作用。

(1) 血管扩张药：注意预防体位性低血压和跌倒。

(2) 抗凝药：注意防止肢体碰撞，以免引起出血。

三、健康指导要点

1、指导患者戒烟酒、浓茶。

2、指导患者不用或少用手机接听电话，不使用随身听和耳机。

四、注意事项

1、增强体质，预防感冒。

2、积极治疗原发病，按时服药，避免耳毒性药物。

3、避免进入高分贝场所、嘈杂环境。

第十二节 梅尼埃病的护理

一、护理评估

1、评估患者有无突发性旋转性眩晕，有无同时伴恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗及血压下降等自主神经反射症状。

2、评估患者是否有耳鸣、耳胀、波动性耳聋。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 休息环境：卧床休息，保持病室安静，室

内宜暗，避免强光刺激。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：禁烟酒，进低盐易消化清淡饮食，适当限制水分摄入。

2、病情观察：观察有无眩晕、眼球震颤及恶心、呕吐等。

3、症状护理



眩晕：遵医嘱镇静、减轻膜迷路积水、改善微循环治疗，注意加床栏，起床时注意防止体位性低血压和跌倒的发生。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。注意有无嗜睡、口干、乏力、体位性低血压等。

三、健康指导要点

1、指导患者禁烟酒，心情愉悦，合理作息。
2、指导患者加强锻炼，逐步增加活动量，增强体质。

四、注意事项

1、注意安全，预防体位性低血压和跌倒的发生。
2、禁用耳毒性药物。

第十三节 头、颈、颌面、耳部外伤、皮肤挫伤的护理

一、护理评估

1、评估患者外伤史，疼痛、肿胀、出血部位、量、颜色、有无休克症状。

2、评估患者有无其他组织器官损伤。

二、护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：病情允许时半卧位，避免压迫伤口。

(2) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

(3) 饮食护理：清淡、易消化饮食，避免辛辣、刺激、粗糙、韧性食物。

2、病情观察：观察伤口部位出血、渗血、生命体征变化。

3、症状护理：按照医嘱对症护理。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

三、健康指导要点

1、指导患者保持伤口局部清洁。

2、指导患者正确保护伤口、创面，清除渗血、渗液的方法。

四、注意事项

1、勿自行撕脱痂皮。

2、敷料有污染、浸湿及时更换。

第十四节 耳前瘘管的护理

一、术前护理

(一) 护理评估

1、了解患者的家族史、母亲妊娠期是否有病原微生物感染、使用耳毒性药物、接触放射线或化学药物。

2、评估患者有无耳局部红肿、耳内疼痛、耳鸣、溢脓，耳周有无压痛、波动感，棉签轻压瘘口附近有无液体或脓液溢出。

(二) 护理措施

1、心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

2、饮食护理：忌辛辣、刺激性食物。

3、病情观察：观察生命体征、耳周情况及脓液情况。

4、术前常规准备，剃除患耳周围7-10cm头发，男性剃胡须。

(三) 健康指导患者

1、介绍术前注意事项，手术名称，手术方式，麻醉方式，术前、术中、术后可能出现的情况及配合方法。

2、指导患者术晨排空二便，摘掉假牙、首饰。

(四) 注意事项

1、保持耳部患处的清洁、干燥。

2、预防上呼吸道感染。

二、术后护理

(一) 护理评估

1、了解患者手术方式、麻醉方式，术中情况。

2、评估患者病情、生命体征、意识、切口敷料、出血、术后不适及并发症等情况。

(二) 护理措施

1、一般护理

(1) 体位护理：局麻或全麻清醒后平卧或半卧位。

(2) 饮食护理：半流质饮食2-3天后逐渐改善食。

(3) 心理护理：介绍疾病有关知识，安慰和鼓励患者，减轻或消除焦虑心理。

2、病情观察：观察创面有无疼痛、炎症反应及分泌物。注意有无耳部红肿、疼痛等耳软骨炎症状。

3、症状护理

(1) 疼痛：指导患者全身放松及深呼吸，遵医嘱使用止痛剂。

(2) 发热：物理降温，必要时遵医嘱药物降温。

4、用药护理：遵医嘱用药并观察药物的疗效。

(三) 健康指导要点

1、指导患者改善个人卫生习惯，保持耳周皮肤清洁。

2、指导患者用健侧咀嚼进食。

(四) 注意事项

1、保持耳周皮肤清洁、干燥，切口未痊愈前禁



止游泳、淋浴。

2、勿牵拉耳廓，勿自行拆除敷料，防止切口裂开。

第六十一章 康复科疾病护理常规

第一节 康复医学疼痛科的一般护理

一、患者入院后及时办理入院手续，介绍医院及病区环境，住院注意事项，及时报告医师。

二、按原发疾病护理常规。

三、入院时测量生命体征、体重一次。

四、根据各类康复治疗 and 疾病类别、特点，制定适合于患者的饮食。

五、加强心理护理帮助患者克服各种心理障碍，增强信心，配合治疗，促进功能恢复。

六、评估患者残疾状况：智力、心理、运动能力、脏器功能等和 ADL 日常生活能力，制定相应的康复护理计划。

七、重视患者个人卫生，预防并发症如皮肤、肺

部、尿道感染等，定时给患者翻身及皮肤护理，并做好记录。

八、熟悉各类康复治疗及程序，配合康复医师、治疗师等做好药物治疗、物理治疗、作业治疗、语言治疗等。

九、观察患者对康复治疗的反应，定期评估治疗效果，检查和修订护理计划。

十、心血管患者必要时在心电监护下进行康复治疗。

十一、做好康复指导，将康复知识和康复护理要点传授给患者及其家属，指导家属帮助督促患者继续实施康复计划，巩固治疗效果。

第二节 颅脑损伤的康复护理

一、护理评估

1、评估入院方式、生命体征、既往史、手术史、家属史等，评估患者脑功能情况、肢体运动功能等。

2、评估患者意识状态、精神、心理和情感状况，认知功能、运动功能的情况及日常生活活动能力的情况等。

二、护理措施

1、体位：正确的体位是预防压疮和肢体挛缩、抑制痉挛、保持肢体良好功能位的关键。凡不能自行翻身者，每 2 小时翻身一次，瘫痪下肢可穿防旋鞋，使肢体处于功能位。

2、关节活动：指导患者或家属在患者生命体征平稳后，即开始主动、被动的活动。

3、言语障碍训练：言语训练应尽早开始，对患者的每一点进步和成绩给予鼓励和帮助，增强其对疾病恢复的信心。

4、认知障碍康复、日常生活自理能力训练指导，心理护理等。

三、健康指导要点

1、早期康复介入为防止并发症、减少后遗症，提供了必要的条件。

2、综合康复训练既要选择适当的运动疗法进行反复训练，又必须配合其他措施，如心理康复、生活护理、药物治疗等。

3、家庭共同参与，对颅脑损伤后的患者应把康复训练贯穿于家庭日常生活中去，保证患者在家庭中得到长期、系统、合理的训练。

4、定期随访、防止意外损伤训练，计划因人而异，定期门诊随访，加强安全生产和交通安全教育，对减少颅脑损伤的发生十分重要。

四、注意事项：病人有功能障碍时注意压疮的预防，行走训练及使用步行架时应有人陪同，防止跌倒。

第三节 脑卒中后的康复护理

一、护理评估

1、评估病人入院方式、生命体征、全身皮肤营养情况及有无大小便障碍，既往疾病史、既往手术史、家属史等。

2、评估运动功能、感觉功能、认知功能、吞咽功能、言语功能、日常生活自理能力及心理状况。

二、护理措施

1、指导患者及家属良肢位的摆放。

2、指导患者及家属主动、被动肢体活动方法、体位转移方法。

3、有吞咽障碍者指导基础吞咽训练，选择合理的饮食种类，观察进食情况，床边各吸引器。

4、有语言障碍者协助治疗师做好言语训练。

5、日常生活自理能力训练包括洗脸、刷牙、用餐等，早期即可开始，持之以恒。

6、认知功能障碍的康复护理，给予心理辅导及



护理。

7、常见并发症的护理，如肩痛、关节挛缩畸形、压疮、便秘、废用性肌肉挛缩症等，应做好相应护理。

三、健康指导要点

- 1、教育患者主动参与康复训练，并持之以恒。
- 2、保持情绪稳定，避免不良情绪刺激。
- 3、生活有规律，睡眠充足，适当运动，劳逸结合，保持大便通畅。
- 4、合理饮食，减少钠与脂肪的摄入，戒烟，适

量饮酒，忌暴饮暴食。

5、积极治疗高血压、糖尿病、高脂血症、心血管病，控制血压、血糖、血脂在正常范围。

四、注意事项：

- 1、病人因疼痛或害怕关节功能障碍，易产生焦虑、抑郁等消极悲观情绪，护士要加强疏导，使其保持积极乐观的情绪，配合治疗。
- 2、避免进食刺激性食物，避免大便干结。

第四节 脊柱骨折并脊髓损伤的康复护理

一、护理评估

- 1、神志、面容表情、营养状况及精神变化。
- 2、观察生命体征，有无高热、呼吸困难。
- 3、日常活动的耐受水平。
- 4、皮肤完整性。

二、护理措施

- 1、按康复科一般护理常规。
- 2、卧床休息，卧硬板床垫以棕垫或软枕保持脊柱平直位。
- 3、为脊髓损伤患者翻身时应在固定好颈、胸、腰、双下肢情况下进行同步协调翻身。
- 4、预防压疮发生，保持皮肤及床单位整洁。
- 5、预防并发症的发生，注意观察呼吸及排便情况，指导吸气训练、呼气训练，给予高纤维饮食，鼓励多饮水，多吃水果。训练患者养成定时排大小便的习惯，每日按摩腹部3-5次。鼓励患者进行被动运动，防止

肌肉萎缩和关节挛缩，循序渐进地进行上下肢、翻身坐起的被动、主动训练、轮椅训练，直到行走训练。

三、健康指导要点：

- 1、给予高蛋白、高营养、易消化的饮食，多饮水，多进食水果、蔬菜，防止便秘。
- 2、预防肺部并发症，指导呼吸功能康复训练：定时翻身拍背，深呼吸及咳嗽，可采取吹气球或吹气泡的方法，指导进行瘫痪肢体功能训练。髋关节练习伸直、外展活动，防止发生屈曲、内收、内旋、畸形，膝关节练习伸屈活动，防止膝关节强直，踝关节练习背屈活动，防止发生足下垂，影响行走功能，以上功能训练每日3-4次，每次15-20分钟。

四、注意事项：

- 1、维持呼吸循环功能。
- 2、预防压疮等并发症发生。

第五节 肢体骨折的康复护理

一、护理评估

- 1、全身及局部状况，包括病人的生命体征、精神心理状况及局部疼痛、皮肤颜色、肢体肿胀感觉等。
- 2、关节活动度，包括受累关节和非受累关节的关节活动度评估。
- 3、肌力，着重评估受累关节周围肌肉的肌力。
- 4、肢体长度及周径，有无肢体缩短或延长，有无肢体水肿，肌肉萎缩等情况。
- 5、日常生活活动肌力及劳动能力，对上肢骨折病人重点评估生活能力和劳动能力，对下肢骨折病人着重评估步行、负重能力。
- 6、影像学检查，查看X线、CT、MRI，了解骨折的类型，移位情况，骨折愈合情况。

二、护理措施

- 1、骨折愈合早期（骨折后1-2周），早期功能训练的重点是消肿止痛，保护骨折部位，预防肌肉萎缩，条件许可下增加关节活动度。

(1)疼痛的处理，局部冰冻疗法能减轻局部炎症、水肿，减轻疼痛，必要时给予止痛药物。

(2)肌力训练，固定部位的肌肉有节奏的等长收缩练习，每日训练3次，每次5-10分钟，以不引起疲劳为主。

(3)关节活动度训练，上肢应注意肩关节外展、外旋及手掌指关节，指向关节的屈伸练习，下肢应注意踝关节的背屈运动，每日训练3次，每次5-10分钟，关节活动范围逐渐加大。

(4)正常活动和呼吸训练，鼓励病人尽早离床，绝对卧床病人每日做床上保健操，以改善全身状况，预防废用性综合征、压疮等的发生。

(5)物理治疗、超短波疗法、低频磁疗、高冲击波等均可促进或加速骨折愈合。

2、骨折愈合中期（骨折后3-8周）

(1)关节活动度训练 尽可能鼓励病人进行受累关节各个运动方向的主动运动，运动幅度逐渐加



大，循序渐进。

(2) 肌力训练，逐步增加肌肉训练强度。

(3) 物理因子治疗，红外线、蜡疗等热效应治疗可作为手法治疗前的辅助治疗。

(4) 改善日常生活能力训练及工作能力训练。

3、骨折愈合后期（骨折后8-12周）

(1) 肌力训练：可逐步进行等张抗阻训练，有条件者可进行等速训练。

(2) 关节活动度训练，可进行关节功能牵引、关节松动技术等，每次10-15分钟，每日2-3次。

(3) 负重练习及步态训练。

(4) 日常生活活动能力及工作能力训练。

三、健康指导要点

1、心理调适，耐心开导。

2、饮食：给予高蛋白、高热量、高钙、易消化饮食。

3、自我观察病情，特别是观察远端皮肤有无发绀、发凉，有无疼痛和感觉异常等。

4、指导病人定期随访，一般病人术后1个月，3个月，6个月随访X线，了解骨折愈合情况。

四、注意事项

1、密切观察肢体末梢血液循环情况。

2、对带有外固定的患者应注意避免外固定引起的压疮。

第六节 面神经麻痹的康复护理

一、护理评估

1、评估患者是否出现焦虑，急躁情绪。

2、观察患者口角歪斜程度，有无味觉障碍。

二、护理措施

1、一般护理：在急性期应当适当休息，注意面部的持续保暖。外出时可戴口罩，睡眠时勿靠近窗边，以免再受风寒。注意不能用冷水洗脸，避免直吹冷风，注意天气变化，及时添加衣物防止感冒。

2、局部护理：急性期患侧面部用湿热毛巾外敷，水温50-60度，每日3-4次，每次15-20分钟，并于早晚自行按摩患侧，按摩用力应轻柔、适度、持续、稳重、部位准确。患者可对镜进行自我表情动作训练：进行皱眉、闭眼、吹口哨、示齿等运动，每日2-3次，每次3-10分钟。

3、营养支持：饮食应营养丰富，选择易消化的食物、戒烟戒酒，忌食刺激性食物，肥甘厚味、腌制品、辣的东西、海鲜等发物，要稍微忌一下，饮食调理好，心情也要放宽松，不要过度劳累，特别是不要熬夜；如果有条件的话，晚上还可以用热水蒸腾面部，让面部新陈代谢加强，也是有帮助的。

4、药物应用：遵医嘱服用药物，如服用泼尼松者要严格按医嘱执行，不得随意增减药量，并注意观察有无胃肠道等副作用。避免在此期行创伤性大、刺激性强的治疗，易减轻对患侧肌及神经的损害。出现咽部感染时应遵医嘱口服抗生素治疗。

5、眼部护理：由于眼睑闭合不全或不能闭合，瞬目动作及角膜反射消失，角膜长期外露，易导致眼内感染，损害角膜，因此减少用眼动作。

(1) 在睡觉或外出时应佩戴眼罩或有色眼镜，并用抗生素滴眼，红霉素眼膏等涂眼，以保护角膜及预防干燥和眼部感染。也可使用专用眼罩，以减少角膜表面的水分蒸发，同时预防感染。

(2) 经常给患侧眼睛局部滴用抗生素眼药水，如3%角膜宁或润舒等，以保持角膜表面的湿润并预防感染。

(3) 眼部症状严重时，应去医院接受手术治疗，如睑缘缝合术等，待面瘫治愈后，再行拆线。

6、口腔护理：进食后要要及时漱口清除患侧颊齿间的食物残渣。

7、心理护理：患者多为突然起病，难免会产生紧张、焦虑、恐惧、烦躁的心情，有的担心面容改变而羞于见人及治疗效果不好而留下后遗症，要根据患者的心理特征，耐心做好解释和安慰疏导工作，缓解其紧张情绪，使患者情绪稳定，身心处于最佳状态接受治疗及护理，以提高治疗效果。平时要注意保持良好的心情，保证充足的睡眠，并适当进行体育运动，增强机体免疫力。

三、健康指导要点

1、急性期注意休息，防风、防寒，外出戴口罩。周围使用改善自身形象的恰当修饰。

2、尽早开始面部肌的运动，如皱眉、举额、闭眼、露齿、鼓腮、吹口哨等，每天数次，每次5-15分钟，并辅以面肌按摩等，以促进早日恢复。

四、注意事项：有味觉障碍者应注意食物的冷热度，防止烫伤。

第七节 截肢患者术后的康复护理

一、护理评估

1、全身状况的评估

(1) 了解病人年龄、职业，截肢的日期、截肢的原因、截肢的部位，是否安装做假肢及其时间。



(2) 评估造成截肢的原发病的状况。

(3) 评估病人心肺功能, 神经系统功能, 视力情况, 是否适应佩戴假肢。

2、残肢的评估: 包括残肢外形、皮肤、长度、周径、关节活动度、肌力、疼痛、有无畸形等。

3、临时假肢的评估。

4、正式假肢的评估。

二、护理措施

1、心理护理: 医护人员以高度的责任感给予病人积极的支持和心理疏导, 帮助病人解决生活上和工作上的困难, 根据病人情况因地制宜的制定一套康复训练计划, 鼓起病人生活的勇气, 树立信心。

2、假肢佩戴后的康复护理:

(1) 穿脱假肢的训练, 不同部位的假肢以及不同类型的假肢有各自的基本操作技术。

(2) 使用假肢的训练, 上肢假肢所需要的基本的训练是假手在身体各部位的开闭动作, 下肢假肢的训练强调对各种异常的矫正, 如倾倒步态、外层步态、画圈步态等。

(3) 站立位平衡训练。

(4) 步行训练, 首先可在平衡杠内进行, 后逐步进行使用辅助器, 双拐、单拐、双手杖、单杖步行训练, 最终脱离拐杖。

3、幻肢痛的康复护理:

(1) 手术前做好宣传解释工作, 使病人建立充分的思想准备, 术后引导病人注视残端, 以提高其对肢体截肢的事实认可。

(2) 心理治疗是预防幻肢痛的有效方法, 可进行心理支持技术、放松技术、催眠术等。

(3) 对疼痛病史较长者, 可采用经皮神经电刺激、超声波、热敷、离子导入、蜡疗等物理因子治疗。

(4) 对顽固性疼痛, 可行神经阻滞治疗、神经毁损手术治疗。

(5) 早期装配假肢, 对残肢间隙性加压刺激, 患肢和健肢同时尽力作双侧操练能缓解症状。

(6) 对幻肢痛多不主张镇痛药物治疗, 药物治疗虽有止痛和暗示作用, 但并不解决根本问题, 且易形成药物的依赖性。必要时可联合用三环类抗抑郁药阿米替林片和抗癫痫药。

三、健康指导要点: 正确的功能锻炼

(1) 鼓励病人早日床上坐起或离床进行残肢运动训练, 上肢 1~2 日后可离床, 下肢 2~3 日后练习床上坐起, 情况好者, 5~6 天后扶拐下床活动。该阶段主要练习呼吸运动, 健肢的运动, 以及残肢近侧部分的肌肉运动。

(2) 伤口拆线后行残肢肌肉的主动活动 截肢侧关节活动, 按摩等。

(3) 询问病人运动后感觉, 如有不适应卧床休息, 防止过度运动。

(4) 如病人害怕疼痛, 可在运动前 30 分钟给予止痛剂。

四、注意事项:

(1) 残肢护理: 保持残端皮肤清洁干燥, 指导残肢使用弹性绷带包扎和肌肉训练。

(2) 假肢应用: 指导适当控制体重, 假肢使用应循序渐进, 注意安全, 防止意外发生, 帮助病人建立使用假肢的信心。

第八节 颈椎病的康复护理

一、护理评估

1、评估病人疼痛程度、颈椎活动范围、肢体麻木等情况。

2、评估患者心理状况、生活自理能力。

二、护理措施

1、病人的睡姿及睡枕 睡眠应以仰卧为主, 头应放在枕头中央, 侧卧为辅, 要左右交替; 枕高应结合个体体型, 一般枕头的长度为 40~60cm 或超过自己肩宽 10~16cm 为宜, 枕头的高度 10~12cm, 侧卧时枕头高度与肩的宽度一致, 枕头要承托颈部及部分肩部, 使肌肉放松。

2、颈托和围领 主要起制动作用, 用于限制颈椎过度活动, 而病人行动不受影响。

3、颈椎牵引的康复护理 颈椎牵引适用于脊髓型以外的各型颈椎病。体位: 取坐位, 使颈部向前倾 10°~30°, 避免过伸。牵引重量与持续时间: 可

用病人自身体重的 1/15~1/5, 多用 6~7KG, 开始用较小重量以利病人适应。每次牵引持续时间一般为 20~30 分钟。牵引频率及疗程: 一般每天牵引 1~2 次, 10~20 天为一疗程。

4、配合物理治疗的康复护理 常用的方法有: 红外线、磁疗、超短波、运动疗法等, 可以镇痛、消除炎症, 减轻粘连, 解除痉挛, 改善血液循环。

5、心理护理 耐心倾听病人的诉说, 对病人提出的问题给予明确、有效的回答, 为病人创造安静、无刺激的环境。

三、健康指导要点

1、药物指导 镇痛药如消炎痛、扶他林等, 神经营养药如维生素 B1、维生素 B12、甲钴胺等。

2、纠正不良姿势, 坚持做颈椎操, 长期伏桌工作者, 应定时更换头部体位, 在工间或工余时, 做头及双上肢的前屈、后伸及旋转运动。



3、注意颈部保暖，防止受凉。

4、饮食 多食营养丰富的食物，如豆类、瘦肉、海带、紫菜、木耳等。

四、注意事项

1、防止外伤，避免突然转身，应使头及身体保持同一直线，同时缓慢向右转动。

2、避免长时间低头，若不可避免时应每隔一定时间做适当活动，放松颈部肌肉。

第九节 腰椎间盘突出症的康复护理

一、护理评估

1、评估腰部疼痛、腰椎活动度和下肢疼痛麻木情况。

2、评估患者的自理能力和心理状况。

二、护理措施

1、卧床休息：卧床时间因腰腿痛程度不同而异，一般卧床休息1-3天，中重度腰腿痛患者延长卧床休息时间，在卧床休息的同时应开展床上康复训练，包括背伸及等长收缩训练，屈髋屈膝下的腹肌等长收缩训练。

2、牵引治疗的护理。

(1) 牵引重量一般从病人体重1/4开始。通常从30kg起，按病情和自觉症状增至30-70Kg。

(2) 牵引中病人应感到疼痛减轻或有舒适感，如疼痛反而加重或难以忍受，应检查牵引是否正确或是否适合用牵引治疗。

(3) 牵引每次30分钟，每天1-2次，2周为1个疗程。

3、腰背肌锻炼：锻炼的强度以不明显增加疼痛为参考，一般每天2-3组，每组每个动作10-20次，开始动作幅度应小，次数可逐渐增加。大致可分为伸肌训练和屈肌训练。

(1) 伸肌训练

① 仰卧法 五点支撑法：病人平卧，头、双肩背部，双足置于床上，其他部位腾空，用力撑起腰背部。但老年患者或合并颈椎疾患的患者应慎用此方法。四点支撑法：病人平卧，双肩背部及双足置于床上，头部及其他部位腾空，用力撑起腰背部。三点支撑法：在五点支撑法锻炼的基础上，待腰背稍有力量后改为三点支撑法，即病人平卧，头及双足置于床上，其余部位腾空用力撑起腰背部。

② 俯卧法 燕式支撑法：病人俯卧，双上肢及双

下肢用力向上，头部用力抬起。

③ 腰背肌等长收缩训练：病人取仰卧位，收缩腰背肌，挺胸挺腹，但肩部及臀部不离床面，每次5-10S，每组10-20次。

(2) 屈肌训练

病人仰卧屈髋屈膝使腰前凸减少，然后头、肩离床，手触膝，使腹肌等长收缩5-10S后平卧，每天2-3组，每组10-20次。

4、配合封闭治疗可抑制炎症浸润和渗出，减轻神经根水肿，减轻疼痛；物理治疗如超短波、磁热疗法等可以改善局部血液循环及组织代谢，具有消炎、消肿、解痉、镇痛等功效。

5、配用内置支撑钢条的弹力腰围 可用于腰椎间盘突出症急性发作时，但应注意佩戴腰围虽然可以帮助腰部损伤患者减轻或消除疼痛，缓解疾病进程，提高生存质量。穿用期间，应在医师和治疗师的指导下，适时地脱下腰围进行适当的针对性训练，如腰背肌群的等长运动训练；根据病情好转情况，及时更换固定性能减小的腰围或停止使用。

三、健康指导要点

1、用药指导：药物可以消除炎症，改善疼痛。

2、加强锻炼：病人锻炼腰背肌，注意经常保持良好的姿势。

3、饮食：多食水果和含纤维素丰富的食物，保持大便通畅。

4、注意保暖，预防感冒。应选择平底鞋，鞋底不可过硬。

四、注意事项

1、卧硬板床休息和制动，一般以3周左右为宜。

2、牵引推拿后均应卧床休息，离床时宜用腰围保护。

第十节 臭氧及胶原酶椎间盘消融术的康复护理

一、术前护理

1、护理评估

(1) 评估腰腿痛情况。

(2) 评估患者自理能力及心理状况。

2、护理措施

(1) 向患者及家属介绍手术的目的、方式及注

意事项。

(2) 积极做好术前准备，术前检查血常规、出凝血时间，禁食，做药物过敏试验，术前30分钟肌注鲁米那100mg，安定10mg，备皮，准备CT片，进入CT室。

3、健康指导要点



防止术后尿潴留，术前指导练习床上大小便。

4、注意事项

做好麻醉前的准备工作，不要吸烟、饮酒。

二、术后护理

1、护理评估

(1) 评估术后腰腿疼痛改善情况，注意血压、体温情况，防止椎间盘感染。

(2) 评估病人自理能力及心理状况。

2、护理措施

(1) 卧床休息，术后绝对卧床 5-7 天，可减轻纤维环周围软组织的出血、水肿，防止纤维环进一步损伤。选择硬板床，指导患者翻身时采取轴线翻身，可在床上滚动，保持腰背部直位。

(2) 注意穿刺伤口的渗血情况，保持敷料清洁干燥。

(3) 加强腰背肌锻炼，可增强纤维后纵韧带弹性，利于突出髓核的回纳，从而减轻对神经根的压力。

(4) 保持大便通畅。必要时用缓泻剂，防止因用力排便致腹压增大，髓核脱出。

三、健康指导要点

(1) 指导患者正确的站立姿势和坐位姿势，防止复发。

(2) 劝患者少吸烟，防止烟中尼古丁致椎体血容量减少而加强椎间盘退行性病变。

(3) 鼓励患者进食蔬菜、水果等含纤维素多的食物。

四、注意事项：避免腰椎间盘突出诱发的因素，预防呼吸道感染，防止便秘，避免搬过重的物品，指导病人腰背肌锻炼。

第十一节 脊髓损伤的康复护理

一、护理评估：

1、观察病情变化和肢体功能恢复情况。

2、观察有无并发症发生，如呼吸系统感染，自主神经反射亢进，深静脉血栓形成等。

3、评估患者损伤平面及程度，还有运动功能、感觉功能等其它各系统功能的情况。

4、评估病人心理状况。

二、护理措施

1、保持肢体功能位，按时轴线翻身，预防压疮。

2、进行主、被动运动及按摩，防止肌肉萎缩及关节痉挛。

3、卧床期保持脊柱平直位，病情许可下逐步抬高床头，行坐位耐性训练。

4、饮食护理 脊髓损伤早期因交感神经功能下降，肠蠕动减慢，消化液分泌减少，食欲缺乏，腹胀等，应静脉补充营养。待 2-3 周患者肠蠕动恢复后，给予高蛋白，高维生素，富含纤维素的食物。

5、生命体征平稳后，早期进行床上主动、被动运动，以防肌肉萎缩及其他并发症如呼吸系统感染、自主神经反射亢进、深静脉血栓形成等。

6、保持呼吸道通畅，定时翻身、叩背等，鼓励

患者作深呼吸动作、进行有效咳嗽，指导呼吸训练。

7、做好皮肤护理，感觉障碍部位禁用热水袋保暖。

8、心理护理

三、健康指导要点

1、戒烟、酒、辛辣食物，多饮水，多食粗纤维食物。

2、康复初期：

(1) 可进行轮椅→床，床→轮椅的转移训练；

(2) 日常生活活动训练；

(3) 病人耐力及残余肌力的加强训练。

3、教育患者培养良好的心理素质，正确对待目前的残疾状态，充分利用残存功能去代偿致残部分功能，做一个对社会有用的人。

4、坚持终身训练。

5、加强二便管理教育，一定要使患者学会自己处理大小便，高位截瘫患者的家属学会协助患者处理大小便。

四、注意事项：

1、患肢皮肤感觉差，防止烫伤，行走训练及使用步行架时应有人陪同，防止跌倒。

2、每日观察压疮好发部位的皮肤情况，预防压疮。

第十二节 膝关节炎的康复护理

一、护理评估

1、评估病人疼痛情况及膝关节活动情况。

2、评估病人心理状况。

二、护理措施

1、急性期制动，卧床休息。

2、遵医嘱予以药物止痛，局部理疗，穴位注射

等止痛措施。

三、健康指导要点

1、饮食指导：给予高热量、高蛋白、高维生素饮食，加强营养支持。

2、注意膝关节保暖，避免受凉。

四、注意事项：膝关节活动以不引起疼痛为宜，



勿长时间站立、行走，避免剧烈活动。

第十三节 肩周炎的康复护理

一、护理评估

- 1、观察病情变化和肢体功能恢复情况。
- 2、评估病人心理状况。
- 3、评估患者肩部的活动度及疼痛程度。

二、护理措施

- 1、保持肢体功能位。
- 2、进行主、被动运动及按摩，防止肌肉萎缩，关节僵硬。

三、健康指导要点

- 1、日常生活能力训练，如穿衣、梳头、洗脸等。
- 2、肩关节功能锻炼，通过示范、强化病人及家属的康复意识，坚持长期有效的训练，如爬墙外展、爬墙上举、弯腰垂臂旋转及滑车带臂上举等。

四、注意事项：患者因疼痛或害怕关节功能障碍，易产生焦虑、抑郁等消极情绪，护士要加强疏导，使其保持积极乐观的情绪，配合治疗。

第十四节 髋关节炎的康复护理

一、护理评估

- 1、评估患者疼痛的程度。
- 2、评估患者心理状况。

二、护理措施

- 1、必要时关节制动。
- 2、适当使用物理疗法，减轻疼痛。
- 3、正确评估疼痛的程度，遵医嘱使用止痛剂，抗感染等药物。

三、健康指导要点

- 1、急性期卧床休息，减少关节活动，尤其避免上下楼梯、跑跳等活动。

- 2、指导病人维持良好的姿势且改变动作时要缓慢，注意防止跌倒、坠床等发生。

- 3、进营养丰富、清淡易消化饮食，适当补充钙剂。

四、注意事项：病人因疼痛或害怕关节功能障碍，易产生焦虑、抑郁等消极悲观情绪，护士要加强疏导，使其保持积极乐观的情绪，配合治疗。

第十五节 强直性脊柱炎的康复护理

一、护理评估

- 1、评估患者有无晨僵及腰痛、背痛、颈痛情况及活动受限程度。
- 2、观察有无心、肺、肾受累症状。
- 3、观察有无眼部症状，如结膜炎等。
- 4、观察非甾体抗感染药、免疫抑制药等药物所致的胃肠道反应、脱发、口腔炎。

二、护理措施

1、疼痛的护理

(1) 休息与体位：急性期卧床休息，睡硬板床，保持肢体功能位置。

(2) 协助病人减轻疼痛，创造适宜的环境。合理应用非药物性止痛措施，如松弛术，皮肤刺激疗法，分散注意力。物理治疗：超短波、水疗、红外线等。遵医嘱用药。

- 2、缓解期采取适当的理疗和体疗，加强肢体功

能锻炼。可进行深呼吸、扩胸、游泳、打太极等锻炼，加强脊柱和肢体运动，防止脊柱弯曲畸形，骨质疏松和肢体失用性肌肉挛缩。

- 3、鼓励病人积极配合治疗，树立战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导，增加对本病的认识，积极配合治疗与功能锻炼。

2、饮食护理：冬季可服用姜汤，用以驱寒、防湿，多食用含有丰富的植物蛋白和微量元素的食物，如大豆、黑豆、黄豆等。

- 3、注意钙质的补充。

四、注意事项

1、避免食用辛辣刺激性食物，以减少不良刺激。

2、日常生活中注意维持正常的姿势，防止脊柱弯曲畸形。

- 3、坚持力所能及的劳动和体育运动。

第十六节 关节置换术后的康复护理

一、护理评估

- 1、评估入院方式、生命体征、既往史、手术史、

家属史等，了解置换部位情况。

- 2、评估伤口情况，关节疼痛，关节活动状况，上、



下肢肌力，活动及转移的能力等。

二、护理措施

1、体位摆放：髋关节置换术后有四种危险应避免的体位：

- (1) 髋屈曲 > 90 度。
- (2) 下肢内收超过身体中线。
- (3) 伸髋外旋。
- (4) 屈髋内旋。

2、尽早开始助行器应用教会病人如何使用拐杖或助行器进行不负重触地式步行，及深呼吸、咳嗽练习，踝关节“泵”式往返训练，床上活动。

3、督促指导患者功能训练：肢体的主动训练、关节活动度训练等。

三、健康指导要点

1、按时复诊：一般人工关节置换术后随诊时间

为术后 1.5-2 个月第一次，术后 4 个月第二次，术后 1 年第三次，以后每年复查一次。若出现异常，及时复诊。

2、注意预防和及时控制感染，以防细菌血运传播造成关节感染。

3、减少人工关节磨损和防止感染。

4、体重控制：肥胖者应注意术前控制体重，以减轻患髋的承受力

四、注意事项

1、避免重体力劳动和剧烈运动，避免在凹凸不平或过于光滑的路面上行走。

2、座椅高度要适中，不宜坐矮椅或跪下和蹲下，注意控制体重，减轻关节负重。

3、THR 术后易致髋关节脱位的体位在日常生活中应避免如“翘二郎腿”等。

第十七节 类风湿性关节炎的康复护理

一、护理评估

1、评估及观察患者关节肿胀、疼痛、发热及关节功能受限的程度。

2、注意关节的活动度，有无僵硬、强直，关节周围肌肉挛缩，关节肿胀变形等。

3、评估病人的心理状况及自理能力。

二、护理措施

1、急性期卧床休息，睡硬板床，关节制动，保持关节的功能位置，防止关节畸形屈曲和挛缩。

2、恢复期鼓励病人适当活动，加强关节功能锻炼。

3、关节疼痛肿胀遵医嘱给予镇痛药。

4、使用抗风湿药物、糖皮质激素时应注意观察疗效及不良反应。若出现严重的胃肠道反应，头晕、肝肾功能损害，继发感染、神经精神症状等应做对症

处理。

三、健康指导要点

1、给予高蛋白、高维生素、营养丰富的饮食，忌生冷、油腻、辛辣刺激性食物。

2、发生僵硬时给予热敷、热水浴等物理治疗来迅速缓解症状。

3、恢复期鼓励病人适当活动，加强关节功能锻炼。

4、晚期关节僵硬、生活不能自理者，协助生活护理，预防压疮。

5、指导合理应用力学原则，注意保护受损关节。

6、做好心理护理，告知长期治疗的重要性。

四、注意事项：注意避免或去除各种诱因，如寒冷、外伤、感染、受潮、营养不良、精神刺激等。

第十八节 骨质疏松症的康复护理

一、护理评估

1、评估患者疼痛的程度。

2、评估患者心理状况和生活自理能力。

二、护理措施

1、急性期卧床休息，卧硬板床。

2、物理疗法：疼痛部位湿热敷、按摩、超短波、低频或中频疗法、磁疗法等可缓解疼痛。

3、使用骨架、紧身衣等，以限制脊椎活动度和给予脊椎支持。

4、遵医嘱予以药物止痛。

三、健康指导要点

1、安全护理：保证住院环境安全，采取预防跌倒、坠床措施，防止意外。

2、饮食指导：增加富含钙剂和维生素 D 的食物，补充足够的维生素 A、维生素 C 及含铁的食物，以利于钙的吸收，适度摄取蛋白质及脂肪，戒烟酒，避免咖啡的摄入过多。

四、注意事项：严格遵医嘱使用钙剂、性激素、二磷酸盐、降钙素等，观察用药后疗效，防范或减少不良反应发生。

第十九节 痛风的康复护理



一、护理评估

1、观察尿酸指数，有无高血压、高脂血症、糖尿病等疾病。

2、观察疼痛的部位、性质、间隔时间，受累关节有无红肿热痛和功能障碍，有无过度疲劳、寒冷、潮湿、饮酒、脚扭伤等。

二、护理措施

1、调节饮食，控制总热量摄入，限制嘌呤食物，如动物内脏、鱼、虾、蛤、蟹、菠菜、蘑菇、黄豆、浓茶等，饮食宜清淡、易消化，忌辛辣和刺激性食物。严禁饮酒，指导进碱性食物，如牛奶、鸡蛋、马铃薯，各类蔬菜、柑橘类水果。

2、疼痛护理：

(1) 急性关节炎期，绝对卧床休息，抬高患肢。

(2) 局部护理，可用夹板固定制动，也可用冰敷或 25% 硫酸镁湿敷。

3、用药护理，观察药物疗效及不良反应。

三、健康指导要点

1、疼痛知识指导，讲解疾病相关知识，肥胖者应减轻体重，防止受凉、劳累、感染、外伤等，指导严格控制饮食，避免进食高蛋白和高嘌呤的食物，忌饮酒，每天至少饮水 2000ml。

2、保护关节指导。尽量使用大肌群，如能用肩部负重者不用手提，经常改变姿势，保持受累关节舒适。

四、注意事项：

1、避免长时间持续进行重体力劳动。

2、如有关节局部湿热和肿胀，尽可能避免其活动。

第六十二章 手术室护理常规

第一节 接、送手术患者常规

1、接送患者一律用平车，注意安全，防止坠床。危重病员应有负责医师陪送。

2、接患者时注意事项

(1) 接患者时，严格查对科室、床号、姓名、性别、年龄、手术名称、住院号、腕带等。

(2) 检查患者皮肤准备情况及术前医嘱执行情况，携带患者病历、X 线片和术前抗生素等，随车推入手术室。

(3) 患者若有义齿、发卡等要取下，贵重物品如首饰、现金、手表等不得带入手术室内。(4) 手术室接病人者和病区核对护士双方在手术患者交接记录单上签名。

3、进入手术室后为患者戴好手术帽，接送护士(护工)与巡回护士当面交清，严格做好交接手续。

4、巡回护士接患者进入手术间，将患者移至手术床上时，注意防止坠床。核对患者科室、床号、性别、年龄、手术名称和部位、切口标识、腕带等，严

防差错事故。

5、手术结束后，由手术医师、麻醉师、手术室护士、护工一起将手术病人送至 PACU、ICU 或病房。

6、护送途中，注意观察患者面色、呼吸、脉搏等的变化。注意保暖，保持输液及管道通畅，防止脱落。

7、手术医师、麻醉师、手术室护士、护工一起将手术病人转移至病床。

8、手术室护士与病房、PACU 或 ICU 护士交接。

(1) 术中病情：术中循环与呼吸情况，失血量、尿量等情况。

(2) 各种管道：尿管、引流管(胸腔引流管、腹腔引流管、切口引流管)、胃管、静脉输液管路是否通畅，引流液的量、颜色等情况。

(3) 病人皮肤：是否有压痕、红肿、水泡、破损等。

(4) 病人用物：X 线片、CT 片、病历、特殊物品、病人衣裤等。

(5) 交接双方在手术患者交接记录单上签名。

第二节 巡回护士配合常规

1、术前 1 日访视患者，了解术式及术者的特征。准备手术所需物品、器械、仪器和各种设备。

2、接待手术患者，向患者作自我介绍。协助患者安全移至手术床上，注意保暖。

3、分别在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前与手术医师、麻醉医师共同对患者身份和手术部位等内容进行核查工作。

4、建立静脉通道，遵医嘱给药，协助麻醉。

5、协助手术医师安置手术体位，做好受压部位

的压疮防护，妥善约束，防止坠床。粘贴好负极板。

6、与器械护士认真核对台上所有物品，及时记录并签名。

7、协助医生穿手术衣，正确连接手术仪器，调试好无影灯。

8、严密观察患者生命体征的变化和手术进展，及时供应术中所需的物品，添加的物品及时记录。

9、保持手术间的安静、整洁及环境达标，督促手术间人员执行无菌原则。严格控制参观人数，对违



反规定者应予以指正。

10、分别在手术开始前、体腔关闭前、体腔关闭后，皮肤完全缝合后四个时间点与洗手护士共同唱点台上所有物品两遍，及时记录并签名。台上掉下的物品应固定放置，以便清点。

11、妥善保管手术标本，手术结束后与手术医生共同送检，二人分别在标本登记本上签字。

12、术中调换巡回护士，须现场详细交接班，交接内容有病人病情，手术进展、输液、输血、物品清点及药品、体位、电刀、止血带、出入量、术中皮肤

情况等，并通知术者。

13、固定各种管道，粘贴管道标识，并保持通畅，协助手术医师包扎伤口，并与主刀医师共同检查受压部位皮肤情况。为患者穿好患服，注意保暖，护送患者离开手术室。

14、若为连台手术，前台手术完毕后立即进行有效清洁处理，再行连台手术。

15、全天手术完毕后，彻底清洁手术间，并做好手术间的整理工作，用物归还原处。同时准备次日手术所需的各种用物。

第三节 器械护士配合常规

1、术前一天了解预施手术步骤，必要时参与病例讨论，以便主动配合，如巡回护士休息，要代其完成术前访视工作。

2、负责当天早晨手术间湿拭清洁工作。

3、备齐手术所需用物，检查无菌物品及器械的灭菌有效期、灭菌指示标识，提前 10-15 分钟洗手。

4、分别在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前与手术医生、麻醉医生共同对患者身份和手术部位等内容进行核查工作。

5、严格执行手术物品查对制度，与巡回护士分别在手术开始前、体腔关闭前、体腔关闭后、皮肤完全缝合后四个时间点共同唱点台上所有物品两遍，术中添加物品需二人清点，术后在护理记录单上签名。

6、按无菌技术操作规范协助消毒铺巾、整理无菌台，检查器械性能是否良好，如有疑问及时补充、

更换。

7、对正在使用的纱布、纱垫、缝针等做到心中有数，用后及时收回。

8、掌握手术步骤，积极配合，及时传递手术用物。

9、妥善保管切下的病理标本，与手术医生确认后及时将病理标本交与巡回护士处理，严防遗失。

10、术中原则上不调换洗手护士，特殊情况必须调换时须两人清点台上所有用物，交代手术进程、物品摆放、病理标本等，告知手术医生，原洗手护士要留去向和联系电话。

11、手术完毕协助擦净伤口及引流管周围的血迹，包扎伤口。

12、按要求处理术后的器械物品等，如为污染手术，按污染类别，遵照特殊规定做好终末处理。

第四节 常见手术配合常规

一、腹腔镜胆囊切除术

一、适应证

- 1、急性化脓性、坏疽性、穿孔性胆囊炎。
- 2、反复发作的慢性胆囊炎，胆囊功能已明显障碍。
- 3、胆囊息肉样变、胆囊肿瘤。
- 4、有症状的胆囊结石。
- 5、胆囊外伤、穿孔。
- 6、胆囊癌。

二、麻醉方式

气管内插管全身麻醉。

三、手术体位

平卧位，气腹形成后，将体调整至头高脚低位（30°），并向左侧倾斜。

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒、铺巾、连接腹腔镜	常规消毒后，协助医师铺巾，与腹腔镜管理员共同连接腹腔镜的光缆、镜头、气腹管、电凝线、吸引器等
2. 人工气腹，置入镜头及操作钳	①递 11 号刀片于脐轮部切开一小口，递气腹针穿刺后接气腹管进行充气。待气腹压力达 12 ~ 13mmHg 后，拔出气腹针，递尖刀片将切口稍扩大，递两把布巾钳钳夹脐孔两侧皮肤并将皮肤提起，递 10mm 的 Troca 做一穿刺孔作为进镜孔，置入腹腔镜。②在左上腹肋缘正中下 5cm 处穿 5mm Troca，置入电凝钩。③在右上腹肋缘正中下 5cm 处穿刺 5mm Troca，置入无损伤抓钳。④必要时在胸骨柄下缘 1cm 处穿刺。



手术步骤	手术配合
3. 顺行切除胆囊	①用无损伤抓钳钳夹胆囊,电凝钩切开胆囊三角前面的浆膜层,显露出胆囊管和胆总管。②确认胆囊管和胆总管后,在距胆囊管0.3cm处用可吸收夹及钛夹分别钳夹胆囊管远、近端,电凝钩夹间离断胆囊管。③牵拉胆囊管的远断端,找到胆囊动脉,靠近胆囊侧分离胆囊动脉,用可吸收夹及钛夹分别钳夹胆囊管远、近端,电凝钩夹间离断胆囊动脉。④无损伤抓钳钳夹胆囊管断端向上提起,电凝钩在胆囊离肝脏1处剪开,将胆囊由颈部向底部逐渐剥离,将胆囊从胆囊床上剥下,出血点以圆头电凝烧灼止血。
4. 逆行切除胆囊	①显露胆囊管和胆总管方法同前。②用电凝钩切开浆膜,由胆变底部向颈部方向在浆膜下剥离胆囊,出血以电凝烧灼止血。③剥离至胆囊颈部时,在距胆变管0.3cm处用可吸收夹及钛夹分别钳夹胆囊动脉远、近端电凝钩夹间离断胆发动脉。④切断胆囊动脉后,继续向下分离出胆囊管,在距胆囊管0.3cm处用可吸收夹及钛夹分别钳夹分别钳夹胆囊管远、近端。电凝钩夹间离断胆囊管。
5. 止血	胆囊床以圆头电凝烧灼或干纱条压迫止血,必要时填塞止血海绵。
6. 关闭体腔	①清理腹腔,彻底止血。②器械护士和巡回护士共同清点器械、纱条、缝针等的数目,与术前数目一致后方可关闭体腔。③逐层缝合伤口。④缝合完毕后,协助医师包扎伤口,整理好患者衣物,将患者送出手术间。标本送检。

五、注意事项

1、若胆囊张力很高影响手术时,可用气腹针从皮肤直接穿入胆囊底部,用吸引器吸出部分胆汁减压。

减压结束后将气腹针拔出,无损伤抓钳钳夹减压处。

2、腹腔镜器械品种繁多,器械护士应熟悉各种器械的连接和使用,做好配合工作。

二、腹腔镜下全子宫切除术

一、适应症

- 1、多发性子宫肌瘤(≥6个)
- 2、宫颈肌瘤。
- 3、子宫肌瘤合并子宫内膜良性病变(单纯性增生过长、复杂性增生过长、多发性息肉、黏膜下肌瘤等)或不典型增生。
- 4、子宫肌瘤合并宫颈良性病变(如宫颈管息肉,中、重度宫颈糜烂)或癌前病变(CIN)等,且患者

年龄≥50岁,或者<50岁但不需要保留生育功能。

5、子宫≤12周妊娠子宫大小。

二、麻醉方式

- 1、持续硬脊膜外腔阻滞麻醉。
- 2、气管内插管全身麻醉。

三、手术体位

平卧位,加以适当衬垫

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒、铺巾、连接腹腔镜	①常规消毒腹部及外阴、铺巾、留置尿管。②协助医师连接腹腔镜的光缆、镜头、气腹管、电凝线、吸引器管。
2. 人工气腹、置入腹腔镜及操作钳	①递11号刀片于脐部切开一小口,递气腹针穿刺后接气腹管进行充气,待气腹压力达12~13mmHg后,拔出气腹针,递尖刀片将切口稍扩大,递两把布巾钳钳夹脐孔两侧皮肤并将皮肤提起,递10mm的套管针做一穿刺孔作为进镜孔,置入腹腔镜。②第一辅助穿刺孔多选择10mm的套管,穿刺点位于左侧脐前上棘与脐之间连线的中点,相当于麦氏点。③第二辅助穿刺孔选择在患者右侧,与第一辅助穿刺孔位置相对称,多选择在5mm的套管。④第三个Troca与耻骨联合上缘2cm、左旁开中正线2~3cm,切开皮肤后,选择5mm的套管针。⑤探查腹腔,确定能否行腹腔镜切除子宫
3. 离断子宫圆韧带、固有韧带、处理阔韧带、剪开膀胱腹膜反折、离断子宫血管、主韧带、子宫骶骨韧带	①切断左侧韧带时,通过举宫器将子宫上举并摆向右侧。术者一手持超声刀,一手持血管钳进行离断。同理离断右侧。②上举子宫并将宫体压向后下方,充分暴露膀胱子宫凹陷及反折腹膜,术者左手钳起膀胱腹膜反折,用超声刀边分离剪开反折腹膜,稍下推膀胱至子宫颈外口10mm左右,显露子宫血管
4. 切开阴道穹窿,取出子宫	①上举子宫并将宫体压向后下方,用电凝勾在前穹窿顶切开阴道前壁,取出举宫器,从阴道放纱布卷防止气体外泄,然后沿阴道穹窿部环形切断阴道。②取出阴道纱布卷,从阴道举出子宫,重新安置装满水的无菌手套堵住阴道口防止漏气
5. 缝合阴道残端	递10可吸收缝线缝合阴道残端
6. 冲洗盆腔、结束手术	用0.9%生理盐水冲洗盆腔,确认无出血及异物后排空腹腔内CO ₂ 取出手术器械,逐层缝合腹壁穿刺孔,结束手术

五、注意事项

1、妇科腔镜手术应选择具有调节功能的手术台,以方便术中体位的调节。

2、器械护士需熟悉手术步骤及腹腔镜器械,安装熟练、配合默契。



三、腹膜后腹腔镜肾上腺切除术

一、适应症

- 1、肾上腺皮质增生或肿瘤。
- 2、肾上腺髓质肿瘤。

二、麻醉方式

硬脊膜外腔阻滞麻醉或气管内吸入麻醉。

三、手术体位

侧卧位或平卧位，常根据所采用的手术切口及径路决定，以下重点介绍腰部径路。

四、手术步骤及手术配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒皮肤、铺无菌单	递海绵钳夹1%聚吡咯酮碘小纱布消毒皮肤，按常规铺无菌单。
2. 第一 Trocar 通道的建立	在腋中线髂嵴上 2cm 处用尖刀片做 1cm 长横切口，一刀柄或示指分离肌层达腰背筋膜，气腹针刺腰背筋膜，进入腹膜后间隙，接通气腹机，注入 CO ₂ 气体，气压达 15mmHg 时拔出气腹针，置入 10mmHg Trocar，推出针心置入腹腔镜观察
3. 扩张腹膜后间隙	从 Trocar 中置入水囊导管，注入生理盐水 500~700mL，扩张 5min 后拔出水囊
4. 第二、第三 Trocar 通道建立	再置腹腔镜充气，气压维持在 15mmHg，用热盐水浸泡腹腔镜头，把预热后的腹腔镜头置入 Trocar 中，直视下在腋后线第十二肋缘下处置入 10mmHg Trocar，置入钝性分离钳，将遮挡腋前线腹壁脂肪及腹膜返折推开，直视下在肋缘下腋前线处置入 5mm Trocar，置入超声刀或电凝勾
5. 寻找肾上腺	沿腰方肌处外缘处纵行用超声刀切开侧椎筋膜，腰方肌筋膜，进入腰前肌间隙，用超声刀或电凝勾分离此间隙，向上分离至膈肌下方，打开肾上腺肾周脂肪囊，在脂肪堆里找到肾上腺及肿瘤
6. 切除肾上腺	用超声刀小心分离肾上腺及瘤体周围组织，暴露肾上腺中央静脉，第三通道置入钛夹钳上 3 个钛夹，近端 2 个，远端 1 个，更换超声刀切断中央静脉，完全游离并摘除肾上腺
7. 取出肾上腺	将标本置入消毒标本袋内，从第二通道取出，标本较大时，可先装在塑料袋内，分成数块后取出体外
8. 置引流管	取出腹腔镜杆，置入引流管 9×25 三角针 20 带针丝线缝扎固定引流管
9. 缝合切口	器械护士与巡回护士共同清点术中用物无误后方可关闭体腔，切口依层缝合，无菌纱布或敷贴覆盖包扎，器械护士用湿纱布擦净切口周围血迹

五、注意事项

- 1、病人麻醉前，协助患者将其腰部与手术床钥匙对齐，以便麻醉后摆放侧卧位时，动作快捷，定位准确，充分显示手术野。
- 2、根据患者个体差异，准备适宜的软枕，置于腋下，防止臂丛神经受压，以臂下能通过手掌为宜。
- 3、侧卧位摆放妥当后，应检查约束带松紧适宜，

- 4、术中密切观察血压变化，血压波动较大时应嘱医师暂停手术，待血压控制稳定后，手术方可进行，防止脑血管意外发生。
- 5、腹腔镜器械小配件较多，关体腔前后应检查腹腔镜完整性，防止遗失或遗留体腔内

四、腹腔镜直肠根治术

一、手术适应症

- 1、结肠直肠良性肿瘤
- 2、直肠感染性疾病
- 3、直肠多发性息肉等

四、手术方法及手术配合

二、手术体位

头低足高 30° 膀胱截石位。

三、麻醉方式

全身麻醉

手术步骤	手术配合
1. 手术切口	通常采用 5 孔法操作。五孔分别为：脐孔上缘、右髂前上棘内侧 2cm 处、腹腔镜置入点右侧腹直肌外缘、左髂前上棘内侧 2cm、耻骨上二横指处
2. 手术野消毒皮肤	用 1% 活力碘消毒范围：上至剑突，下至大腿上 1/3，两侧至腋中线 使用 0.5% 活力碘消毒范围：耻骨联合，肛门周围及臀部



3. 无菌导尿	消毒铺巾后协助医生戴无菌手套插入无菌导尿管, 注意尿管与尿袋连接处固定在无菌区内
4. 固定各种连接线和导管	固定气腹管、吸引器管、冷光源线、电凝线、超声刀、结扎束高能量电刀、摄像头并与各仪器设备连接
5. 建立人工气腹, 脐孔上缘做切口, 插入气腹针, 冲入 CO ₂ 气体, 建立人工气腹	用 11 号刀片切开皮肤, 予术者 2 把巾钳提起皮肤, 术者用气腹管连接气腹针注气处, 充入 CO ₂ 气体
6. 置入套管针, 建立操作孔, 腹腔内压达到 14mmHg 之后, 常规置入 5 个套管	予术者 10mm 穿刺套管于脐部切口处穿刺进腹, 用 1% 活力碘涂擦 10mm 镜头。分别用 11 号尖刀及 12mm、5mm、10mm、5mm 穿刺套管于右髂前上棘内侧 2cm 处、腹腔镜置入点右侧腹直肌外缘、左髂前上棘内侧 2cm 处穿刺进腹
7. 探查病灶, 了解病变的位置、大小及其周围脏器的关系, 了解淋巴结转移情况及其他脏器情况	置入 30° 腹腔镜探查腹腔
8. 游离直肠, 分离左结肠旁沟和处理肠系膜下动脉	用无损伤抓钳、超声刀、分离剪、分离钳等腔镜器械给术者, 游离直肠, 分离左结肠旁沟。用 Heemlock 夹闭肠系膜下动脉根部近心端、远心端
9. 切除及取出标本	用 11 号刀横向延长左髂前上棘内侧切口至 4cm, 术者用线性切割缝合器在肿瘤下缘 5cm 处切断闭锁直肠远端, 用一无菌塑料袋从切口置入腹腔, 放入切断的直肠近端并拖出, 于肿瘤下缘 10cm 处切断肠管
10. 吻合肠管	用 3-0 可吸收线荷包缝合近端肠管, 用 6*14 圆针、3-0 丝线缝合加固, 放入吻合器抵钉座后置入腹腔, 关闭延长切口, 重新建立气腹。用液状石蜡进行扩肛, 在腹腔镜直视下经肛门置入吻合器, 穿刺锥经远端闭合线中点刺入与抵钉座对合, 完成肠管端端吻合
11. 盆腔冲洗, 仔细检查脏器损伤及出血, 置入乳胶引流管达盆底	准备生理盐水冲洗盆腔, 吸引器吸出腹腔液体。用抓钳放置引流管于盆底
12. 缝合伤口, 排出 CO ₂ , 消除气腹, 缝合关闭切口	清点物品数目, 用 1-0 可吸收缝线缝合切口, 用医用胶粘合皮肤, 敷贴覆盖伤口

五、注意事项

1、直肠癌手术采用截石位, 进行体位安置时需将手术床腿板拆除, 手术结束后再还原。术前及术后均需仔细检查腿板是否安放稳妥, 防止腿板脱落造成患者损伤。

2、低位直肠癌由于肿瘤距离齿线过近, 有部分患者无法保肛, 需行 Miles 术切除肛门, 做永久性结肠造口。多数患者对这种生理性改变有抵触情绪, 不能接受现实, 存在不同的心理问题。术前访视是需要进行针对性的心理疏导以及造口护理健康教育, 鼓励患者积极参与手术治疗。

3、直肠 Miles 术需两组医师同时进行腹部及会阴部的操作, 因此需选择有两个无影灯的手术间, 高频电外科也需调节至双路模式, 以便术中操作。

4、直肠手术术者的主操作孔定位于右侧腹直肌外缘, 因此进行低截石位体位安置时注意将患者的右腿安置得尽量地平, 以免形成夹角影响术者操作。老年人或腿部有过手术史的患者待麻醉完成后再进行体位安置, 以免有损伤。

5、5 个 Trocar 孔全部穿刺定位后, 需调节二次体位至头高足高, 调节角度与水平呈 25°~30°, 然后将背板回位 20°。体位调节完毕后注意观察患者头部是否呈水平状态, 如长时间头部过低会造成眼球球结膜水肿, 患者术后眼部明显不适, 表现为流泪、

刺痛。睁眼困难。术中除将背板适度调回外, 还可用棉布单将患者头部垫平。

6、一次性高值耗材按需使用, 手术开始时先投一个一次性 12mm Trocar, 探查后确定可以继续手术方可投递其余一次性 Trocar 及一次性超声刀手柄, 以免增加手术费用。

7、术者频繁使用超声刀时, 器械护士需注意及时排气, 保证手术视野清晰。持续排气时注意观察气腹机, 维持腹压。

8、术中处理肠系膜上血管时, 需在寻找血管的过程中显露输尿管, 并用纱条标记以免误伤。此时器械护士应钳夹纱条头端递入 Trocar, 以便于术者操作。

9、如不慎损伤输尿管, 巡回护士应立即联系泌尿外科医师会诊, 备好缝合线等用物, 行腔镜下输尿管吻合。

10、进行血管裸化操作时, 器械护士需协助将超声刀刀头进行降温处理, 以免误操作损伤血管。

11、注意术中无菌、无瘤技术的运用, 接触过肿瘤或肠腔的器械在手术台上进行分区放置; 术者的手套如接触肿瘤或肠腔需及时更换; 腹部小切口处使用切口保护套, 保护切口不发生肿瘤种植。

12、圆形吻合器击发取出后, 器械护士需仔细检



查吻合口两端的圆环是否完整，并及时告知术者。

13、腔内连续缝合盆底腹膜时，不可选用有尾端易分离设计的3-0可吸收线，以免针线分离。

14、将腹部小切口以及Trocar孔全部缝合、敷贴覆盖后，方可进行造口一期开放，以免污染切口，增加术后感染可能。造口开放后及时粘贴造口袋。

五、腹腔镜下远端胃癌根治术

一、适应症

- 1、肿瘤浸润深度 $\leq T_2$ 。
- 2、淋巴瘤、小的胃恶性间质瘤。
- 3、胃恶性肿瘤的探查及分期。
- 4、晚期胃恶性肿瘤的短路手术。
- 5、肿瘤侵及浆膜层但浆膜受侵面积 $< 10\text{cm}^2$ 。
- 6、胃癌伴其他器官转移或腹腔转移患者的姑息

性胃切除术

二、麻醉方式

气管插管联合静脉复合麻醉

三、手术体位

人字位，患者仰卧于手术台上，双上肢固定于身体两侧，双腿分开，夹角约为 30°

四、手术配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒、铺巾	腹腔镜胃手术常规消毒、铺巾
2. 连接管线	依次连接手控电刀笔、负压吸引器管、高清摄像头镜头及其连线、冷光源线、加温气腹管、腹腔镜仪器设备开机自检，镜头调节焦距及白平衡
3. 切皮前安全检查	由术者主导，巡回护士逐项读出患者姓名、性别、年龄、病房、床号、住院号、手术方式及手术部位，三方确认正确无误。术者陈述预计手术时间、失血量及手术关注点；麻醉医师陈述麻醉关注点；巡回护士陈述物品灭菌、仪器设备，术中特殊用物准备及术前和术中特殊用药情况。陈述完毕，核对无误，手术开始
4. 穿刺镜孔、腹腔探查	①递11号刀片于腋下做一弧形切口，长度2cm，电刀笔止血。2把布巾钳分别钳夹于距切口3cm处，提起皮肤，气腹针穿刺，有“落空感”提示穿刺成功 ②将注满水的5ml注射器针筒连接于气腹针上测试气腹针是否进入腹腔。观察到液平面匀速自然下降时取下针筒，连接气腹管，打开气腹机。充气至腹压达到设定值10~12mmHg，暂停进气 ③打一一次性12mm Trocar 穿刺后连接气腹管，再次进气，待腹压正常后置入已预热处理的镜头，探查腹腔，根据腹腔脏器情况初步判断肿瘤是否能够切除及切除的范围，初步决定手术方式
5. 穿刺操作孔	①确定手术可行，将超声刀手柄投至手术台上，安装并连接超声刀，打开超声刀主机自检 ②投递一次性5mm、12mm Trocar 各一个。在腹腔镜镜头引导下，于左上腹、左下腹、右上腹、右下腹分别置于5mm、12mm、5mm、12mm Trocar，分别放入超声刀。短无损伤抓钳、长无损伤抓钳、分离钳。术者使用一次性 Trocar，内置超声刀及短无损伤抓钳，一助使用金属 Trocar，内置肠钳及长无损伤抓钳。术者所使用的短无损伤抓钳不带扣齿，且头端短小，便于术中操作。
6. 调节二次体位	5个Trocar孔全部穿刺定位后，关闭显示器上方光源，调节二次体位至头高足低位，使手术床与水平呈 30°
7. 从横结肠无血管区入路	超声刀向右沿横结肠至肝区，将胃网膜分离
8. 调节三次体位	当操作至分离脾区血管及淋巴结时，术者需更换站位于患者两腿之间，扶镜手更换站位于患者右侧，调节三次体位，将患者左腿适度外展，右腿回收，依然保持 60° 夹角



<p>9. 分离、处理血管（胃网膜左动、静脉—胃网膜右动、静脉—胃左动、静脉—胃右动、静脉）</p>	<p>①向左沿横结肠至结肠脾区，显露胃网膜左动、静脉，递可吸收夹钳夹于血管根部，超声刀夹间离断，清扫周围淋巴脂肪组织 ②沿胃大弯侧游离切除大网膜及横结肠系膜前叶，向右至幽门下，显露胃网膜右动、静脉，血管钳将血管周围间隙精细解剖后，递可吸收夹钳夹于血管根部，超声刀夹间离断，清扫周围淋巴脂肪组织 ③术者频繁使用超声刀时，器械护士需打开 Trocar 排气孔放气，以保证清晰的术野。及时清理超声刀附着的焦痂，并对超声刀工作面降温以免损伤血管。血管裸化完成后，递可吸收夹钳或钛夹夹闭血管，超声刀电凝后离断 ④将胃提起、上翻，递显影纱球钝性分离胰腺包膜。纱球行钝性分离时有助于术者寻找正确手术路径，减少损伤。但纱球体积小，容易从夹持钳上脱落。器械护士注意妥善固定并在使用过程中随时检查钳夹牢固程度，避免脱落、遗失 ⑤显露胃左静脉（冠状静脉），递小号 hemolok 夹钳夹保留端，钛夹钳夹切除端，超声刀夹间离断。冠状静脉离断后，进行第 8 组淋巴清扫。器械台上常规备无菌保温杯及 70℃生理盐水，术中出现镜头迷糊时，将镜头置于保温杯内加温，可迅速恢复清晰视野。镜头取出加温时，器械护士用长镊子夹干纱布角，清理镜头 Trocar 垫片上的血迹 ⑥显露胃左动脉。胃左动脉来源于腹腔动脉干，是胃癌手术中需离断的最粗动脉。胃左动脉显露后，器械护士将超声刀取出，清理黏附的焦痂并用常温生理盐水浸泡冷却后再递给术者。术者用超声刀将血管与周围组织分离后将胃左动脉血管鞘打开，行血管裸化。递可吸收夹 2 枚，钳夹于胃左动脉保留端；再递钛夹 1 枚，钳夹于胃左动脉切除端。超声刀在可吸收夹和钛夹之间离断血管 ⑦切除肝胃韧带，沿胃小弯切除小网膜，清扫小弯侧淋巴脂肪组织 ⑧显露胃右动脉，递可吸收夹于其根部结扎，超声刀离断</p>
<p>10. 离断十二指肠</p>	<p>①血管离断及淋巴清扫完成，十二指肠已充分显露 ②将胃管退出至刻度显示 45cm 处，初步固定 ③递腔内切割器 Endo-GIA 60，器械护士协助将 Endo-GIA 60 置入 Trocar 内并调节至合适角度，术者钳夹至十二指肠预切除线 ④ Endo-GIA 60 钳夹完毕，再次拖动胃管，确认胃管处于游离状态后，击发 Endo-GIA 60 横断十二指肠 ⑤ Endo-GIA 60 击发后，器械护士协助计时 15s，松开并退出 Endo-GIA 60。吸引器清理吻合创面 ⑥检查十二指肠残端，无明显出血，继续手术</p>
<p>11. 调节四次体位</p>	<p>分离结束做腹部小切口时，术者及器械护士均换位至患者身体右侧，调节四次体位，将患者双腿并拢，腿部加盖无菌中单，手术床还原为常规水平仰卧位至手术结束。</p>
<p>12. 行腹部小切口</p>	<p>于剑突下 3cm 处沿腹白线向下做一长约 5cm 的切口，逐层切开皮肤，肌层及腹膜，电刀止血。切口内置入 120/130mm 切口保护套，保护套外垫 2 块干纱布隔离腹部皮肤</p>
<p>13. 消化道重建</p>	<p>①将标本提出腹腔，胃小弯距肿瘤边缘 5-6cm 斜向胃大弯做胃预切除线 ②递长镊子 2 把提起距屈氏韧带约 10cm 的空肠，6*17 圆针 2-0 蚕丝线做荷包缝合。电刀切开小肠，0.5% 活力碘棉球消毒后置入圆形吻合器钉砧头 ③电刀在预切除胃前壁切一小口，置入圆形吻合器手柄，于小肠内钉砧头对合，顺时针旋转吻合器手柄，至指针进入绿色安全区域后击发，行残胃后壁与近端空肠吻合 ④逆时针旋转吻合器手柄，至指针退出绿色安全区域，将吻合器手柄退出 ⑤麻醉医师重新置入胃管，置入过程中术者用长镊引导使胃管顺利通过吻合口，至置入长度为 55cm 止，麻醉医师将胃管妥善固定，0.5% 活力碘棉球消毒胃壁，长镊等接触过空腔的器械放置于器械台隔离区域，术者更换手套 ⑥ 100mm 直线切割缝合器横断胃，取出标本。6*17 圆针 3-0 蚕丝线间断缝扎出血点 ⑦放置空肠营养管，营养管置入输出为 30-40cm</p>
<p>14. 再次探查，关闭体腔</p>	<p>①将切口保护套用 1 只 7 号手套包裹封闭，再次建立气腹 ②将预热过的视觉镜镜头置入腹腔，进行探查，37℃生理盐水溶液行腹腔冲洗，检查有无活动性出血 ③彻底止血后，根据肿瘤性质放置缓释化疗药，放置止血、防粘连药品 ④器械护士和巡回护士清点手术所用的器械、缝针、纱布、纱布垫、纱球、纱条、螺丝、封帽等的数目及完整性，与术前数目一致后方可关闭体腔 ⑤逐层缝合切口，Trocar 孔以 9 cm *7 cm 敷贴覆盖，腹部小切口以 9 cm *20 cm 敷贴覆盖</p>
<p>15. 离开手术前安全核查</p>	<p>①撤去手术敷料前，由巡回护士主导行患者离开前安全核查，巡回护士逐项读出患者姓名、性别、年龄、病房、床号、住院号、手术方式及手术部位、手术标本送检情况、术后管道情况，三方确认正确无误 ②陈述完毕，核对无误，撤去手术敷料，帮患者穿好衣裤，协助医师、麻醉医师将患者送入苏醒室，标本送检</p>

五、注意事项

1、胃腹腔镜手术床头架安置较为低平、前倾，需将头架上两根小横杆伸展至与主横杆垂直方向，铺巾后端形成帐篷状，以便于手术中麻醉医师进行病情观察。全身麻醉插管时，麻醉医师常规选用带弹簧气管套管，防止术中弯折。

2、术前重点检查手术床腿板，确认其牢固度、灵活性。术中多次调节腿板外展角度时，需注意无菌操作，并确保卡扣到位。

3、一次性高值耗材按需使用，手术开始时先投

递一个一次性 12mm Trocar，探查后确定可以继续手术方可投递其余一次性 Trocar 及一次性超声刀手柄，以免增加手术费用。

4、纱球行钝性分离时有助于术者寻找正确手术层面，减少损伤，在胃肠腹腔镜手术中常规使用。纱球规格为 0.75cm*1cm，体积小，必须选择带显影线的纱球，并用带扣齿的夹持钳钳夹，将扣齿部分全部咬合、锁定。钳夹完成器械护士试验其牢固程度后方可使用，避免使用中纱球从钳间脱落，遗留至腹腔。

5、术中常规使用纱条，进行止血或者标记。纱



条置入体腔前，器械护士需清除纱条毛边，减少异物残留可能。

6、术者频繁使用超声刀时，器械护士注意及时清理超声刀头，处理胃左动脉时，术者将血管与周围组织游离开后，行血管裸化之前，器械护士需协助将超声刀刀头进行降温处理，以免热损伤。

7、术者进行组织分离时常需要多角度进行操作，超声刀因旋转次数较多容易导致手柄线盘缠绕于手柄上，器械护士在超声刀与其他器械互换的间隙，需迅速旋转超声刀手柄，使手柄线脱离，便于术者操作。旋转时需快速、准确，勿损伤超声刀刀头。

8、器械台上常规备无菌保温杯及70℃生理盐水，术中出現镜头迷糊时，将镜头置于保温杯内加温，可迅速恢复清晰视野。保温杯内加垫一块小纱布，可保护镜头避免损伤。

9、镜头取出加温时，器械护士用长镊子夹干纱布角，清理 Trocar 垫片上的血迹，避免镜头再次通过时被血迹玷污。

10、器械护士关注保温杯水温，如温度低于50℃需及时更换。手术开始1.5h后常规更换70℃生理盐水。

11、术者进行长时间的组织分离后及处理大血管前均需进行镜头加温、擦拭工作，提供更清晰视野的同时给术者短暂的休整时间，便于下一步操作。

12、处理胃左动脉前，巡回护士需观察腹压，提醒麻醉医师确认麻醉深度，确保进行血管处理时患者生命体征等一般情况稳定，降低手术风险。

13、处理冠状静脉时，递小号 hemoLok 夹钳夹保留端，以便后续进行第8组淋巴结清扫时术野更开阔。

一般切除端可用超声刀直接离断止血，但临床上常选用钛夹钳夹切除端，是因为淋巴结清扫时钛夹可以标记血管走向，便于更精准地操作。

14、术者横断十二指肠前，需将胃管退出至45cm左右，初步固定胃管。待胃-空肠吻合完成后，将胃管再次置入通过吻合口，置入深度仍为55cm，妥善固定。

15、调节为二次体位至头高足低位后，巡回护士注意观察患者的生命体征情况，如有血压波动等情况出现，提醒麻醉医师及时对症处理。

16、调节为四次体位时，巡回护士须将患者双腿并拢，操作手术床腿板时注意保持无菌，操作完毕于患者腿部区域加盖无菌中单。

17、巡回护士调节为四次体位的同时，器械护士需将2个器械台由患者身体左侧头颈部区域转位至患者身体右侧腿部区域。转位前巡回护士需限制手术室人员流动，保持路径畅通，转位途中注意无菌状态维持，如有污染应立即更换。

18、注意术中无菌、无瘤技术的运用，接触过肿瘤或肠腔的器械在手术台上进行分区放置；术者的手套如接触肿瘤或肠腔需及时更换；腹部小切口处使用切口保护套，保护切口不发生肿瘤种植。

19、手术使用自动化缝合器械品牌及种类较多，器械护士需熟练掌握各种自动化缝合器械的使用方法 & 操作注意事项。

20、直线切割器切割击发后，需停留15s在退回保险，起到压迫止血的目的。器械护士协助术者计时并提醒。圆形吻合器吻合完毕，器械护士需检查两个吻合环是否完整，并将检查结果告知术者。

六、胸腔镜下漏斗胸矫正术

一、手术适应症

- 1、中、重度漏斗胸，胸廓 > 3.25
- 2、胸廓畸形进行性加重
- 3、深呼吸时胸壁矛盾运动
- 4、患者有明显症状如心悸、胸痛等

(1) 外观畸形影响患儿心理发育者

二、麻醉方式

全麻气管插管

三、手术体位

仰卧位、肩背部垫一薄枕，双手展开

四、手术方法及手术配合

手术步骤	手术配合
1. 标示切口	在患者胸骨凹陷的最低点及肋骨两侧分别作标记
2. 手术野皮肤消毒	1%活力碘消毒皮肤3次。上至肩部，下过肋缘，两侧过腋中线
3. 手术切口	用10号小圆刀片在两侧肋骨标示处做2个长cm小切口，分离胸壁皮下软组织，作为植入钢板的通道
4. 置入钢板	在胸腔镜透视下将牵引分离器从胸壁一侧切口引入另一侧切口，引导线穿入。术者持折弯器，按患者胸廓形状将钢板塑形呈倒“U”型，盐水润湿，将引导线系在矫形板上，利用引导线将矫形板以“U”形形状前路植入人体的胸腔内
5. 矫形漏斗胸	准备2块纱布，术者持钢板两端将其进行翻转，将畸形胸骨顶起，凹陷的胸部被抬平



6. 缝合切口	准备 2-0 普里灵缝线将固定板缝合在患者的肋骨骨膜上。矫形板的两端和固定板应用肌肉覆盖，5-0 可吸收缝线做皮内美容缝合
---------	---

五、注意事项

- 1、心里护理及卫生宣传教育：针对患者的精神状态，认知程度、人生观、价值观耐心做好心理护理及卫生宣传。
- 2、备正中劈胸骨开胸器械，以供突发意外损伤时抢救。
- 3、体位护理：仰卧位，双上肢曲肘上举，自然

置于头边，胸部下垫高 3~5cm。

- 4、备齐特殊手术仪器，如胸腔镜全套。核查矫形钢板及附近的型号、灭菌有效期。
- 5、严密观察病情及生命体征变化，麻醉未清醒前取去枕平卧位，监测血氧饱和度使其在正常范围内。

七、阴式子宫切除术

一、适应症

- 1、子宫脱垂。
- 2、功能性子宫出血。
- 3、子宫良性肿瘤。
- 4、子宫内膜增殖症。

二、麻醉方式

四、手术步骤及配合

- 1、持续硬脊膜外腔阻滞麻醉。

- 2、气管插管联合静脉复合麻醉，术中做好各项生命体征的监测。

三、手术体位

截石位。

手术步骤	手术配合
1. 消毒会阴和阴道	递卵圆钳，1% 聚吡咯酮碘纱布 3 块消毒外阴、下腹部及大腿上 1/3 处。再递 2 块 0.5% 的稀释聚吡咯酮碘纱布消毒阴道，臀下垫无菌中单，铺 4 块无菌治疗巾。
2. 铺无菌巾及贴膜	布巾钳固定显露出会阴部。腿上和腹部各铺 1 中单后铺大腹被。贴手术贴膜
3. 切除子宫	①用 9×25 三角针 3-0 丝线将小阴唇缝合固定于大阴唇外侧皮肤上。阴道拉钩撑开阴道，暴露宫颈，宫颈钳夹宫颈做牵拉用。②用金属导尿管将患者尿液导出于小标本碗中。③于膀胱后壁在子宫颈前唇的附着点下 0.5 cm 横弧形切开阴道黏膜。④剪刀剪开阴道前壁，递组织钳提起两侧阴道黏膜，递湿纱布用手钝性向上分离，剪刀剪开膀胱后壁附着于宫颈前壁的疏松组织，自宫颈中线分离膀胱宫颈间隙，用阴道拉钩向上拉开膀胱，显露两侧膀胱宫颈韧带。⑤递血管钳钳夹膀胱宫颈韧带，剪刀剪开，1-0 丝线结扎。⑥显露膀胱腹膜反折，剪刀剪开，递 8×20 圆针 2-0 丝线做标记，蚊式钳牵引末端。⑦于后穹窿处横行剪开阴道黏膜和结缔组织，两侧与前壁的阴道黏膜相接，紧贴宫颈后壁向上分离宫颈、阴道黏膜，直至子宫直肠反折腹膜，递血管钳钳夹腹膜，剪刀剪开，递 8×20 圆针 2-0 丝线做标记，蚊式钳牵引末端。⑧中弯血管钳钳夹子宫骶韧带，剪刀剪断，8×20 圆针 1-0 丝线缝扎。⑨将宫颈向对侧下方牵拉，暴露一侧宫颈主韧带。递血管钳钳夹主韧带及血管，剪刀剪断，8×20 圆针 1-0 丝线缝扎，保留残端缝线。⑩中弯血管钳 2 把钳夹圆韧带，钳间剪断，8×20 圆针 1-0 丝线缝扎，保留外侧缝线。中弯血管钳 2 把钳夹卵巢固有韧带，钳间剪断，8×20 圆针 1-0 丝线缝扎，取下子宫。
4. 缝合腹膜、重建盆底支柱	①提起腹膜标记线，显露腹膜切口边缘，用 2-0 的丝线半荷包缝合腹膜切口两侧角，再用 2-0 的丝线连续缝合前后反折腹膜，使各韧带残端留置于腹膜外。②将各侧韧带的残端相互结扎以重建盆底支柱。
5. 关闭阴道前后壁，切口粘膜	1-0 可吸收缝线缝合阴道残端
6. 填塞阴道	凡士林碘仿纱布填塞阴道

五、注意事项

- 1、截石位的摆放时须加以衬垫后妥善固定，摆好后患者的臀部须超出手术床尾 1~2cm，以利手术野的显露。
- 2、阴式子宫全切除术视野较小，对手术灯光要求高。

如子母光线不足或角度无法达到，应有落地灯或头灯等光源补足，使手术顺利进行。

- 3、术后填塞阴道的凡士林碘仿纱布用量较大，须提前备足。凡士林纱布须使用大块纱布制作。

八、股动脉切开取栓术

一、适应症

- 1、确诊腘动脉分支以上的栓塞

- 2、发病 6~8 小时内手术最佳

- 3、腹主动脉骑跨栓引起下肢缺血，若不及时采



取有效措施, 将会导致死亡的患者

二、麻醉方式

硬膜外麻醉或全身麻醉

三、手术体位

仰卧位

四、手术步骤与配合

手术步骤	手术配合
1. 手术切口	腹股沟纵切口
2. 手术野皮肤消毒	1% 活力碘消毒皮肤 3 次。自脐平面至双大腿中下 1/3 及患侧全下肢
3. 分离股动脉	11 号尖刀切开皮肤, 电刀止血并切开皮下组织和深筋膜, 小甲状腺拉钩拉开切口, 解剖剪分离股动脉周围组织。11 号尖刀切开股动脉鞘膜, 游离股总、股浅及股深动脉, 套红色阻断带, 或阻断钳阻断
4. 切开股动脉	在股动脉切口处用 5*12 圆针 4-0 丝线吊 2 针做牵引, 11 号尖刀在股动脉处做一竖切口
5. 取出股动脉内栓子	自股动脉切口处插入 3 号 Fogarty 球囊导管经股动脉远端至小腿动脉支, 球囊内注入生理盐水, 使球囊充盈和动脉腔相当, 然后回抽取出栓子, 经官腔注入肝素盐水
6. 缝合动脉壁	用 5-0Prolene 连续缝合动脉切口, 多重打结, 开放阻断带, 注入肝素盐水, 排气, 检查血管渗漏情况, 用 5-0Prolene 修补缝合, 电凝止血, 吸引器吸尽腔内血液, 放置引流管
7. 关腔	清理用物, 用 1-0 可吸收缝线逐层缝合肌肉、皮内用 4-0 可吸收缝线缝合, 皮肤胶粘合

五、注意事项

- 1、建立良好的外周静脉通路 1~2 条
- 2、备齐特殊手术仪器、血管游离钳、血管阻断钳、血管夹、血管缝合针线, 止血器材。
- 3、观察患者生命体征。遵医嘱及时输血、输液、

用药, 维持生命体征稳定。

- 4、严格记录动脉阻断的时间, 阻断超过 15min 即提醒术者。

九、甲状腺大部分切除术

一、适应证

- 1、各种类型的甲状腺腺瘤。
- 2、单纯性甲状腺肿出现压迫症状者。
- 3 局限于腺体一部分的结节性甲状腺肿

气管插管联合静脉复合麻醉, 术中做好各项生命体征的监测。

三、手术体位

甲状腺体位。

四、手术步骤及配合

二、麻醉方式

手术步骤	手术配合
1. 切口	颈部弧形切口
2. 消毒、铺巾、切口	常规消毒铺巾后, 在胸骨上 2 ~ 3cm 处用刀片背部划三条与切口垂直的标记线, 做术后缝合时皮肤的对合标记。切开皮肤、皮下组织, 出血以电刀或 3-0 丝线结扎止血。
3. 分离	①用皮肤拉钩牵开切口, 用槽针分离颈前动脉, 3-0 丝线带线结扎; ②用槽针或电刀逐步分离甲状腺前肌群, 横行切断肌肉。出血点以电刀烧灼或 2-0 丝线带线结扎, 显露出甲状腺腺体; ④显露甲状腺后, 用圆头拉钩牵拉胸锁乳突肌, 分离甲状腺外包膜, 用 8×20 圆针 1-0 丝线缝扎甲状腺做牵引; ⑤将甲状腺用牵引线向不同方向牵引, 用小纱球及直角钳分离, 分别显露甲状腺中静脉, 甲状腺上动、静脉, 甲状腺下静脉, 动脉以 2-0 丝线带线结扎切断、静脉用 3-0 丝线结扎; ⑥将甲状腺右侧叶向外侧牵拉, 显露峡部, 用血管钳在峡部后面与气管之间行钝性分离。然后用 2 把血管钳分别夹住两侧, 切断峡部后 2-0 丝线带线结扎。
4. 切除	①确定切除范围后, 用直血管钳沿预定切线钳夹标记; ②牵拉牵引线, 用刀片沿标记线上方楔形切除腺体, 一般切除腺体的 90%; ③切除腺体时用吸引器持续吸引显露视野, 出血点以弯血管钳钳夹止血; ④腺体切除后, 用 3-0 丝线带线结扎出血点。
5. 缝合	① 6×17 圆针 3-0 丝线间断缝合甲状腺包膜后, 以热盐水纱布压迫止血; ②充分止血后在甲状腺左右叶切面外侧各放半片橡皮管引流; ③抽出肩下所垫软枕, 抬高头板, 清点纱布、器械后缝合切口; ④用 6×17 圆针 2-0 丝线或可吸收线缝合甲状腺前肌群; ⑤ 6×17 圆针 1-0 丝线缝合皮下, 皮肤用可吸收线做皮内缝合, 以尽量减少皮肤瘢痕, 有利于美观。
6. 包扎	用长宽胶布和小纱布加压包扎伤口。妥善固定引流片。

五、注意事项



1、甲状腺手术对体位的要求较高，安置体位时须注意显露手术部位，同时保证患者的安全。头部不可过度后仰，颈部须有适当的衬垫。

2、头部的托盘及头板需固定稳固，以免术中掉落。

3、切除完毕后缝合切口前，须将垫在肩下的软枕抽去，同时抬高头板以利于切口的缝合。

4、缝合结束后用长宽胶布和小纱布适当加压包扎伤口，减少切口渗血。

十、乳癌改良根治术

一、适应证

适用于临床 I ~ II 期乳腺癌

二、麻醉方式

气管插管联合静脉复合麻醉，术中做好各项生命体征的监测。

三、手术体位

平卧位，患侧上肢消毒包扎后放于胸前，肩胛下垫砂袋使腋窝充分显露。

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 切口	术者在胸壁皮肤用龙胆紫划线标明切口与皮瓣分离范围。以肿瘤为中心，环绕乳房做一梭形切口，切口应距离肿瘤 3cm 以上。切口大小以能充分显露手术野和便于淋巴清扫为宜。
2. 消毒、铺巾	①消毒范围上至颌下，下至脐平面，对侧达腋前线，患侧至背后肩胛部，助手协助外展、上举患侧上肢，继续消毒至患侧上肢腕关节。②消毒后患侧上肢用无菌枕套包裹，无菌绷带包扎。③待大腹被铺设完毕后，将患侧上肢从大腹被孔中穿出，置于胸前。
3. 切皮、分离皮瓣	①沿标记线切开皮肤后用电刀分离皮瓣。②皮瓣分离范围上起锁骨，下至腹直肌前鞘，内侧至胸骨，外侧至背阔肌前缘。③分离中一般以电刀止血，分离完一侧后移至对侧时，将干棉垫填塞与已分离区域中压迫止血。
4. 切除乳房	①剪开胸大肌肌膜，逐渐分离、切除乳房。②一般用 2-0 丝线带线结扎。切除后用热盐水棉垫覆盖创面止血。
5. 淋巴清扫	①分离胸大肌和胸小肌，清扫胸大肌和胸小肌之间的淋巴组织。用甲状腺拉钩钩起胸小肌，显露腋静脉和锁骨下静脉，2-0 丝线带线结扎。②患侧上肢外展显露出腋下，用小纱球钝性分离清扫锁骨下和腋下的淋巴结，以直角钳带 2-0 丝线结扎。
6. 清理创面、放置引流	①用温盐水冲洗创面，出血点以电刀止血。于腋窝离腋窝 6 ~ 7cm 的腋中线皮肤上用 11 号刀片切一小口，放置负压吸引球引流。②以三角针 2-0 丝线缝合固定引流管。
7. 缝合切口	切口以三角针 3-0 丝线间断缝合，如局部张力过大，可用三角针 2-0 丝线间断缝合数针。
8. 包扎	缝合完毕，将烧伤纱布逐块充填于腋窝和胸部，再以 4 卷无菌绷带压迫包扎，以减少术后创面出血。

五、注意事项

1、术前备好各种物品，摆好手术体位，充分显露手术野。

2、准备无菌枕套及绷带，铺巾时包扎患侧上肢用。

3、术中常须使用热盐水，应提前备好。

4、备好烧伤纱布、绷带等无菌敷料，术后包扎时及时传递，缩短包扎时间。

十一、肝叶切除术

一、适应证

- 肝恶性肿瘤 如原发性肝癌和继发性肝癌。
- 肝良性肿瘤 如肝脏海绵状血管瘤、肝囊肿等。
- 肝内胆管结石 局限于肝的一部分或半肝时。
- 肝外伤 肝内血管断裂，肝组织损伤无法修补者。
- 肝脓肿 慢性肝脓肿经久不愈者。

二、麻醉方式

气管插管联合静脉复合麻醉，术中做好各项生命体征的监测。

三、手术体位

平卧位，右肋缘可用弯砂袋适当垫高。

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 切口	右上腹旁正中切口或正中切口



手术步骤	手术配合
2. 消毒、铺巾、切口	常规消毒铺巾后，做右上腹旁正中切口或正中切口
3. 探查腹腔	方钩牵开腹腔，术者用无菌生理盐水浸湿手套后探查腹腔，了解腹腔内情况，决定手术方式
4. 左半肝切除	①用大S钩和方钩牵拉显露手术野，长弯血管钳分离切断肝圆韧带，长弯血管钳带1-0丝线结扎。②用长弯血管钳夹肝圆韧带断端，向下牵拉肝脏显露链状韧带，靠近前腹壁用长剪刀剪开链状韧带。③轻推左外叶，长剪刀剪开左冠状韧带，切断左三角韧带，靠近膈肌处用9×25圆针1-0丝线缝扎。④切开肝十二指肠韧带，用直角钳及小纱球分离出肝左动脉，用2把长弯血管钳夹后钳间剪断，保留端用2-0丝线双重结扎，切除端用2-0丝线结扎。⑤用直角钳和小纱球分离出肝管和门静脉左支，2-0丝线带线结扎。⑥显露第二肝门后，在下腔静脉左壁切开肝包膜，显露肝中静脉和肝左静脉根部及其分叉部。用长弯血管钳夹肝左静脉后，8×20圆针2-0丝线缝扎。⑦用电刀切开胆囊左侧的肝包膜和肝实质。遇有血管时用长弯血管钳钳夹，3-0或2-0丝线结扎或缝扎。肝断面用带线肝针贯穿缝扎止血，将左半肝组织全部切除。⑧仔细检查肝断面的出血点，1-0丝线结扎或缝扎止血。彻底止血后肝断面覆盖可吸收止血纱布或止血海绵。左膈下放乳胶引流管引流。
5. 右半肝切除	①双侧肋缘下斜切口进腹。②长弯血管钳分离、钳夹，切断肝圆韧带、链状韧带、右冠状韧带、右三角韧带、肝结肠韧带，2-0丝线带线结扎。③分离肝肾韧带和肝裸区，切除胆囊。④将肝脏向上翻起，显露肝门。直角钳带细橡胶管阻断肝门，使肝脏血流暂时中断，此时须通知麻醉师计时。⑤电刀沿肝脏膈面从下腔静脉右壁到胆囊切迹切开肝包膜，钝性分离肝实质，所遇血管和胆管以长弯血管钳钳夹、切断。⑥直角钳分离出肝右动脉、右肝管、门静脉右干，2-0丝线带线结扎、切断。⑦将肝右叶向左上翻开，显露肝右叶背面的下腔静脉。仔细分离肝右静脉，用长弯血管钳连同肝组织夹住、切断、缝扎。⑧术者用左手食指保护下腔静脉，在下腔静脉右壁用长弯血管钳钳夹肝右静脉、切断，用2-0丝线结扎或缝扎。再以长弯血管钳钳夹右后上缘肝静脉，切断、结扎，离断右半肝。遇出血多时，用干纱布填塞止血。⑨右半肝切除后，立即松开阻断肝门的细橡胶管。用带线肝针贯穿缝合肝断面止血。⑩用热盐水纱布覆盖肝断面，电刀或血管钳钳夹、结扎止血。彻底止血后，用止血纱布或止血海绵覆盖断面，右膈下放置乳胶引流管引流。
6. 关闭体腔	①清理腹腔，取出填塞的干纱布，检查无出血后关腹。②器械护士和巡回护士共同清点器械、纱布、缝针等的数目，与术前一致后方可关闭体腔。③逐层缝合伤口。④缝合完毕后，协助医师包扎伤口，整理好患者衣物，将患者送出手术间。标本送检。

五、注意事项

- 1、肝脏手术出血较多，病情变化快，静脉穿刺须选择上肢血管，且选用较大型号的留置针。
- 2、肝门阻断时，患者肝脏血流暂时中断，进入无肝期，此时应提醒麻醉师计时。
- 3、无肝期时应尽量缩短，以免肝脏细胞受损。

器械护士需集中精力配合，迅速、有效的传递器械。

- 4、术中须注意保持吸引器通畅，如吸血过多须及时更换吸引瓶。
- 5、肝脏手术患者多数为乙肝患者，医务人员须做好自身防护。

十二、肾部分切除术

一、适应证

- 1、肾脏一极严重损伤无法修补，或一极严重损伤，其他部位有损伤但可修补者。
- 2、肾盂内结石不能从肾盂取出者。
- 3、肾结核、长期药物治疗效果不佳者。
- 4) 肾肿瘤、肾肿瘤较小者，肿瘤直径小于2

cm.

二、麻醉方式

硬脊膜外腔阻滞麻醉或全身麻醉。

三、手术体位

全侧卧位。

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒皮肤、铺无菌单	递海绵钳夹1%聚吡咯酮碘小纱布消毒皮肤，按常规铺无菌单。
2. 切开皮肤、皮下组织	于第十二肋骨下缘或十一肋间做斜切口，切皮肤前做好皮肤划痕，以免缝合时皮瓣错位。递22号刀切开皮肤，干纱布拭血，电刀切开皮下组织，电凝止血。
3. 保护切口	递2块小无菌单，布巾钳6把，将小无菌单固定在两侧和两端。
4. 切开腰部肌层	递皮肤拉钩给第二助手，将皮下组织向两侧牵开，切开背阔肌及下后锯肌，直到腰背筋膜，向内牵开骶棘肌，剪断腰肋韧带，避免损伤肋下神经及胸膜。
5. 显露肾脏	推开腹膜，切开肾周围筋膜，显露肾门组织，器械护士递两块纱布垫保护伤口，给中号肋骨撑开器牵开伤口，显露肾脏。



6. 切除损伤部分或肾病理部分	游离肾脏, 分离出肾蒂、肾血管, 器械护士递 8 号尿管, 牵引肾血管并控制之, 用小弯血管钳悬吊, 用无损伤性血管夹夹住肾动脉、肾静脉, 暂时阻断肾脏血流, 找到供应肾部分切除一极的主要血管, 并予以钳夹、切断、结扎, 纵形切开肾包膜, 用刀柄将其翻转并钝性至正常肾组织, 肾肿瘤者最少 2cm 处环形切开肾包膜, 注意肾包膜菲薄极易分破, 操作应十分轻柔。于正常肾组织上切除损伤或病理的部分肾脏, 切面作横形切断。
7. 断面止血	断面上可见多个肾实质内的血管断端, 均用 6×7 圆针 3-0 丝线逐一贯穿缝扎, 直至无活动性出血。然后放松血管夹, 再次用 2-0 可吸收缝线仔细缝扎断面上的出血点。注意缝线不可过紧, 以免穿入肾盂或肾盏腔内形成异物。对一般渗血可用电凝止血或用热盐水纱布暂时止血。
8. 缝合肾盂肾盏	断面彻底止血后, 用 3-0 或 4-0 可吸收线缝合肾盂或肾盏断端。可用间断缝合法, 亦可用连续缝合法。
9. 覆盖断面	肾脏断面敷以明胶海绵或止血纱布, 然后用 3-0 丝线间断缝合肾包膜, 将断面覆盖。若肾包膜因损伤而碎裂无法用其覆盖断面时, 可取 1 块游离的腹膜覆盖之。
10. 肾固定	冲洗伤口, 关闭肾周筋膜并将其前后两层缝闭以固定。
11. 置引流管	用 1% 聚吡咯酮碘棉球消毒皮肤, 递尖刀切开皮肤、皮下组织, 递长弯血管钳分离肌层, 长弯血管钳引出引流管, 递三角针 2-0 丝线缝皮肤固定引流管。
12. 缝合皮肤	器械护士与巡回护士共同清点术中物品无误后方可关闭体腔切口依层缝合, 无菌纱布或敷贴覆盖包扎, 器械护士用湿纱布擦净切口周围血迹, 巡回护士整理患者衣服, 注意保暖。协助麻醉师做好麻醉苏醒工作, 送患者安返病房。

五、注意事项

1、患者麻醉前, 协助患者腰部位于手术床腰桥的正上方, 以便麻醉后摆放侧卧位时, 动作快捷, 定位准确, 充分显示手术野。

2、根据患者个体差异, 准备适宜的软枕, 置于腋下, 防止臂丛神经受压, 以臂下能通过手掌为宜。

3、侧卧位摆放妥当后, 应检查约束带松紧适宜,

拉平床单, 防止术中长期受压, 术中褥疮的发生。

4、肾部分切除手术出血量较大, 术前应准备好充足的血液和止血纱布。

5、密切观察生命体征的变化, 尤其是血压的变化, 确保手术安全。

6、观察尿量及颜色的变化, 有无活动性出血。

十三、肺叶切除术

一、适应症

肺结核、肺癌等各种肺的良性、恶性肿瘤, 支气管扩张伴咯血等, 患者全身情况良好可以耐受手术者。

二、麻醉方式

静脉复合麻醉联合气管插管, 必要时做深静脉置

管和有创动脉血压监测。

三、手术体位

全侧卧位

四、手术步骤及配合:

手术步骤	手术配合
1. 手术切口	①做肺叶切除时, 手术野按常规 消毒、铺巾, 做后外侧切口。②全肺切除和上叶肺切除经切除第五肋进胸, 下叶肺切除经切除第六肋进胸
2. 打开胸腔	胸腔打开后, 备两块湿棉垫保护切口, 大号胸撑撑开切口, 探查胸腔, 如有粘连先行分离, 然后根据病变的情况做全肺或肺叶切除
3. 游离肺动、静脉	①可用电刀分离, 遇出血则用长弯血管钳钳夹, 2-0 丝线带线结扎。②充分显露肺动、静脉后, 用 1-0 丝线带线结扎, 近端结扎两次, 远端结扎一次, 然后切断
4. 分离肺裂	①肺裂明显时可用电刀分离, 肺叶切除后用 4-0 血管线将肺裂缝闭, 以免漏气。②肺裂不明显时递两把长弯血管钳钳夹肺组织, 钳间剪断, 肺组织用 6×17 圆针 2-0 丝线缝扎
5. 处理支气管	①支气管游离完毕后近端用 1-0 或 0 号丝线双线结扎, 远端用肺门血管钳或长弯血管钳夹住, 递 22 号刀片切断。②将切下的肺组织与刀片一起放入碗内, 支气管残端以百分之一聚吡咯酮碘消毒, 然后用 3-0 可吸收线将残端缝闭。③或者直接用残端闭合器将支气管闭合, 递大刀柄切断, 残端处理相同
6. 试水	①残端处理完毕, 充分止血后向胸腔内注入温盐水, 由麻醉医生吸痰并鼓肺。②观察有无气泡从支气管残端或剩余的肺组织逸出, 如漏气需缝补至无气泡逸出为止



手术步骤	手术配合
7. 手术结束	放置胸腔引流管, 清点纱布及器械, 逐层缝合胸壁

五、注意事项

1、安置全侧体位时注意两个厚枕之间的间距, 太近或太远都会使肩部受压, 以患者的肩膀到腋下的宽度为准。如患者身形较胖, 可适当加垫, 以保护肩部。

2、胸腔测试有无漏气时, 一定不可选用冷盐水冲洗, 因为过度的冷刺激可导致患者全身颤抖, 严重

还能导致心跳骤停。

3、22号刀片切断支气管后, 需更换刀片, 防止感染。

4、胸腔引流管需在胸腔完全关闭前放置并连接完毕, 以便于麻醉师鼓肺, 恢复正常胸腔负压。

十四、食管中下段肿瘤切除术

一、适应证

1、患者全身情况良好, 心、脑、肺、肝、肾各主要脏器功能基本正常, 估计能耐受手术者。

2、无远处转移。

3、局部病变可以切除者。

静脉复合麻醉联合气管插管, 必要时做深静脉置管和有创动脉血压监测。

三、手术体位

全侧卧位, 一般左进胸, 取右侧卧位。(见表)

四、手术步骤及配合

二、麻醉方式

手术步骤	手术配合
1. 消毒、铺巾、切皮	手术野皮肤按常规消毒铺巾
2. 食管中下段切除	食管中段切除, 可切除第六肋进胸, 下段可切第七肋进胸, 胸腔切开后如无粘连, 给两块湿棉垫保护切口, 然后用大胸撑撑开暴露胸腔。
3. 游离食管	遇出血可用电凝止血或2-0丝线带线结扎, 将食管分离至需吻合的位置, 食管游离后用长纱条牵出。
4. 打开膈肌进腹腔	打开膈肌, 递两把长弯血管钳, 将膈肌从钳间剪开, 9×25圆针1-0丝线缝扎。
5. 游离食管下端、贲门和胃	游离食管下端、贲门和胃, 根据切断的组织多少以1-0或2-0丝线带线结扎, 分离至可将胃提至胸腔与食管作吻合的足够长度。
6. 胃侧切断	递肠钳夹胃贲门部, 其上方用长弯血管钳夹紧, 钳间切断, 断端用1%聚吡咯酮碘消毒, 食管断端以1-0丝线带线结扎
7. 食管切断	分别用荷包钳和长弯血管钳夹住切断部位的上、下方, 周围以干纱布包裹, 以免污染周围组织。钳间切断, 将切下的食管放入标本碗内, 断端用1%聚吡咯酮碘消毒。
8. 食管与胃的吻合	①将荷包线从荷包钳的缝合孔内穿过, 取下荷包钳。将吻合器的钉砧头置入食管断端, 尾端露出。收紧荷包线并打结, 剪断荷包线。②将吻合器从胃断端放入, 在大弯侧固定。逆时针旋拧吻合器尾部, 将穿刺针从胃壁穿出。取下穿刺针, 与钉砧头对合、旋紧。③顺时针旋拧吻合器至合适处, 击发吻合器, 将食管与胃吻合。④逆时针旋拧吻合器, 取出吻合器, 将胃断端用3-0可吸收线或6×17圆针3-0丝线缝闭, 食管、胃吻合口处用6×17圆针3-0丝线剪断缝合, 加固一圈。手工吻合则是用6×17圆针3-0丝线间断缝合
9. 关腹	①吻合完毕后用9×25圆针1-0丝线关闭膈肌, 另用6×17圆针3-0丝线缝合三针, 将胃固定在膈肌角上。②关闭膈肌前清点纱布器械, 以免物品遗留在腹腔内。③温盐水冲洗胸腔, 放置引流管, 清点纱布器械, 逐层关闭胸腔。

五、注意事项

1、食管中下段及贲门手术时须左侧进胸, 即右侧在下, 左侧在上; 食管中段须做主动脉弓上吻合, 以及上段手术时须做胸、腹两切口或颈、胸、腹三切

口时, 须右侧进胸, 并且右手臂消毒至肘关节以下, 前臂用无菌巾、绷带包扎, 放于患者侧卧。

2、关闭膈肌或腹腔前须清点纱布及器械, 以免物品遗留在腹腔内。

十五、大脑半球肿瘤切除术

一、适应证

包括胶质瘤、脑膜瘤等, 以下以脑膜瘤为例。



二、麻醉方式

静脉复合麻醉，气管内插管全麻。

三、手术体位

仰卧位或侧卧位。

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 皮肤消毒	常规1%聚吡咯酮碘皮肤消毒，铺无菌巾，贴无菌切口膜。
2. 切开皮肤	①根据肿瘤位置选择切口位置，常采用“U”形切口切开皮肤，上头皮夹进行切口周围出血点止血。②切开皮下组织、帽状腱膜，用骨膜剥离器剥离骨膜。翻起皮瓣，电凝止血，将一盐水小纱布或双氧水小纱布覆盖于皮瓣表面保护皮瓣。用双2-0丝线或皮肤固定钩固定皮瓣，充分显露术野。
3. 处理骨瓣	①用电钻在颅骨上钻4个孔，刮匙刮除骨粉，钻孔时要注意打水降温。孔间插入线锯导板，用线锯将颅骨锯开。若为游离骨瓣则将取下的骨瓣放入双氧水中浸泡，若为带蒂骨瓣则用盐水纱布将其包好固定于切口上方。②用咬骨钳咬平颅骨边缘再以骨蜡止血。切口周围敷以湿盐水棉片保护。
4. 处理硬膜	①用6×17圆针3-0丝线将骨窗周围硬脑膜悬吊于附近的骨膜或帽状腱膜上。防止剥离形成硬膜外血肿。②用11号刀片切开硬脑膜，用窄神经剥离子轻轻分离后，脑膜剪呈放射状剪开硬脑膜。
5. 切除肿瘤	①电凝器在脑表面烧灼止血后用窄脑压板轻轻拉开脑组织，用小号吸引器边缘吸引边分离肿瘤与正常脑组织，电凝器止血，用盐水棉片保护正常脑组织，注射器冲水降温。②可用肿瘤钳将肿瘤轻轻提起，保持一点张力，从肿瘤四周逐渐将肿瘤与正常脑组织完全分开。取出的肿瘤放入盛有盐水的肿瘤碗中。③肿瘤基底部用双极电凝仔细止血，也可用明胶海绵止血。生理盐水反复冲洗后，将双氧水棉片放入瘤腔内止血。④将止血纱布剪成小块铺于肿瘤腔内，然后在表面喷可吸收生物胶。
6. 关硬膜	清点用物后，用6×17圆针3-0丝线严密缝合硬脑膜。若硬脑膜从颅骨内面分离而有渗血时，可在颅骨与硬脑膜之间垫一明胶海绵，6×17圆针3-0丝线悬吊止血。再次清点物品。
7. 放置引流管	同前
8. 关颅	①将骨瓣复位，8×20圆针2-0丝线缝合骨膜数针以固定骨瓣。9×25三角针2-0丝线缝合帽状腱膜及皮肤。②双氧水或1%聚吡咯酮碘消毒皮肤，小纱布覆盖切口，绷带包扎伤口。

五、注意事项

脑膜瘤血供丰富，术中出血多且猛烈，手术配合

要迅速、轻巧，还要准备足够的棉片。

十六、股骨颈骨折内固定术

一、适应症

1、内收型股骨颈骨折，复位后难以维持稳定性的粗隆骨折。

2、老年患者（>65岁）的头下型骨折，股骨头血运差且全身状况不允许长期卧床。

3、青少年股骨颈骨折为了尽量达到解剖复位也须切开复位内固定。

4、陈旧性骨折、影响功能的畸形愈合，股骨头缺血坏死、骨折、胫骨平台骨折等。

二、麻醉方式

一般采用腰麻

三、手术体位

通常采用平卧牵引位

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 患者安放于牵引架上，C型臂机下复位	手法复位，在透视下确认，并摆放于牵引床上固定
2. 导入钢钉打入，在皮肤上做一个小切口，经切口插入保护套筒，穿透软组织到达骨皮质	递保护套筒，安好带螺纹的克氏针的动力钻给术者，递无菌中单1块遮盖术野。在X光透视监控下，用电钻在钻套的保护下，打入直径为2.8MM顶端带螺纹的克氏针达合适深度
3. 在X光透视监控下，打入多枚导引克氏针，是直径为2.8MM可调节平行导向器来打入多枚平行的导引克氏针，它们与第一枚克氏针的距离应各不相同	在X光透视平行导向器，安好带螺纹的克氏针的动力钻给术者



手术步骤	手术配合
4. 测量所需螺钉长度，该长度可以保证拧入螺钉的头部不超过导引克氏针的顶端	移去平行导向器，递保护套筒，经套筒插入锥形测深器至骨边缘
5. 将合适长度的螺钉套在引导克氏针上，用空心六角螺丝刀将螺钉穿过保护套筒拧入骨内	递安好合适长度的螺钉的空心六角螺丝刀给术者
6. 拔出克氏针	递白老虎拔出克氏针
7. 冲洗伤口，彻底止血	递生理盐水冲洗伤口，递吸引器、干纱布擦干，电刀止血
8. 逐层缝合切口	递无齿镊、1-0 可吸收缝线缝合关节囊、2-0 可吸收缝线缝合肌肉、筋膜及皮下组织，递有齿镊、9×25 三角针、3-0 线间断缝合皮肤

五、注意事项

1、整个手术过程都在 C 型臂机透视指引下进行，工作人员要注意自我防护。

2、术前备下肢手术器械包，以防闭合打钉失败时改开放手术用。

3、应注意保护患者会阴部，会阴柱上加套软布套，与患者会阴部皮肤隔开，同时会阴部与会阴柱之间需留少许间隙，以免过度牵引压伤患者会阴部。

4、保护足跟及踝关节，于患者足跟、足背、踝关节与足托之间垫棉垫，露出脚趾，防止压伤皮肤。术中牵引要适宜，牵引时间不宜过久。

5、熟悉牵引架的紧与松的调节方向，避免弄错，影响手术进行。

6、臂部保护垫上必须加铺 1 块治疗巾，避免患者皮肤直接接触臂垫

十七、人工全髋关节置换术

一、适应症

1、髋关节骨性关节炎关节疼痛及活动受限，严重影响生活及工作者。

2、类风湿关节炎，髋关节强直，病情稳定者。

3、股骨头无菌性坏死，股骨头严重变形，塌陷并继发髋关节骨性关节炎者。

4、陈旧性股骨颈骨折，股骨头坏死并继发髋关节骨性关节炎者。

5、先天性髋关节脱位或髋臼发育不良，并有明显骨性关节炎，活动受限，疼痛加剧，行走需用双拐者。

二、麻醉方式

全麻或连续硬膜外麻醉。

三、手术体位

全侧卧位，患肢在上。

四、手术步骤及配合

手术步骤	手术配合
1. 髋关节前外侧切口，显露关节囊	配合同髋骨关节前外侧切口
2. 切开臀中肌、臀外侧肌、切开关节囊	递电刀，有齿血管钳切除，关节囊，递方拉钩、髋臼拉钩，充分暴露髋关节
3. 股骨头脱位	屈髋内旋，递髋臼拉钩协助脱位
4. 取出股骨头	在股骨颈截骨部位做标志后，沿标志用摆摆行股骨颈截骨，递摆锯截骨，10ML 注射器打水降温，递取头器取出股骨头并测量大小，保留以备植骨或做病理检查
5. 去除髋臼内残留的软组织	递有齿血管钳、电刀切除，切除的软组织用纱布接好
6. 髋臼置换	递安装好髋臼锉的动力系统给术者，消磨髋臼，用髋臼锉对髋臼进行研磨塑形，锉头由小到大。根据术中情况更换髋臼锉进行磨削，直至髋臼壁周围的松质骨有点状出血电为止，擦拭干净。根据术者需要及时更换髋臼锉，用过的髋臼锉及时清洗干净以便下次再用，长弯血管钳夹持小纱布递给术者擦拭髋臼内血液。选择与最后一次髋臼锉型号相同的髋臼杯型号。将髋臼杯置于已锉好的髋臼中心（指示器翼面与患者额状面平行）。递安装有髋臼杯假体的连接杆、锤子打入



手术步骤	手术配合
7. 根据术中情况决定是否使用辅助固定螺钉	递测深器测量, 递万向内六角改锥拧入辅助钛钉
8. 安装内衬试模	递内衬试模、打入器、骨锤打入
9. 处理股骨, 股骨开槽	递股骨矩形开槽器、骨锤开口, 同时对切除的松质可以保留下来, 用于植骨
10. 扩大髓腔远端, 逐级扩至所选假体柄的尺寸, 铗的顶端对准开放髓腔的背外侧	依 A 型髓腔铗的大小逐级递给手术者使用, 髓腔铗插入的深度应使其上的标志与 55 度角所做的截骨平面保持一致
11. 扩大髓腔近端, 铗插入的深度据术前所选假体柄放置的位置。必须反复地对髓腔进行修整, 以保证所需的深度	首先递小三个尺寸或最小 B 型髓腔铗给术者, 再依次逐渐增大递 B 型髓腔铗给术者
12. 装上模具, 进行实验性复位, 复位后检查髋关节的活动度, 牵引情况, 及位置是否合适	递安装好的模具给术者, 实验后取出模具
13. 首先用手工插入假体柄, 然后用假体插入装置进一步把假体插至合适的深度, 假体上的拔出孔必须位于截骨平面之上	尽量减少假体和任何物体接触, 递假体插入装置、骨锤将假体打入其内
14. 冲洗伤口, 彻底止血	递生理盐水冲洗伤口, 递吸引器干纱布擦干, 电刀止血
15. 放置引流管并固定	递尖刀刺口、长弯血管钳穿过刺口夹住引流管并带出, 9*25 三角针、2-0 丝线固定
16. 逐层关闭伤口	递无齿镊、1-0 可吸收缝线缝合关节囊, 2-0 可吸收缝线缝合肌肉、筋膜及皮下组织, 递有齿镊、三角针 3-0 丝线间断缝合皮肤

五、注意事项

- 1、要求严格的无菌操作, 术者须带两双手套; 手术间应选用层流手术间, 严禁参观人员。
- 2、使用骨水泥时, 应密切观察患者血压变化,

及时补充血容量, 协助麻醉师及时进行处理。

- 3、过程中磨髋臼假体时务必保持手术与地面平行, 患髋与手术床垂直, 以保证髋臼假体安放准确。
- 4、术后患侧髋关节保持外展位, 避免髋关节脱位。

十八、鼻内窥镜下鼻中隔矫正术

一、适应证

- 1、鼻中隔偏曲显著, 影响鼻腔通气、鼻窦引流者。
- 2、鼻中隔嵴突致经常头痛者。

麻醉或局部麻醉。

三、手术体位

仰卧位肩下加枕。

二、麻醉方式

四、手术步骤及配合

根据患者情况及病变的程度和范围选择静吸复合

手术步骤	手术配合
1. 切口	①皮肤黏膜交界处自上而下做弧形切口。②针对单纯鼻中隔棘或嵴突, 或者局部偏曲, 可在局部偏曲前做切口, 或者在嵴突表面做自前向后切口
2. 分离黏骨膜	①钝性鼻中隔剥离离子分离黏骨膜, 至充分显露偏曲部位及矩状突。②在黏膜切口稍后切开中隔软骨, 经软骨切口分离对侧黏骨膜。两侧黏骨膜分离如下, 各插入 1 片鼻中隔扩张器, 然后用转轴刀切除中隔软骨部。
3. 处理筛骨、梨骨	用咬骨钳咬除弯曲的筛骨垂直板及梨骨。底部骨棘可用骨凿凿除
4. 缝合黏膜	4-0 可吸收线缝合切口处黏膜
5. 止血	检查有无出血现象, 用凡士林纱条压迫止血

五、注意事项

- 1、剥离黏膜时应谨慎小心, 如发现穿孔应立即



用软骨或筋膜修补。

2、术中鼻中隔软骨上端不要切除过多，以免鼻梁下塌。

3、术毕检查器械的完整性，防止器械脱落和断裂在鼻腔内。

十九、气管切开术

一、适应证

1、喉阻塞：因喉部炎症、肿瘤、外伤等原因引起的较严重的喉阻塞。

2、下呼吸道分泌物堵塞。

3、某些头颈部手术的需要：如垂直半喉切除术等。

4、去除气管异物

二、麻醉方式

局麻，对于十分危急的患者，为了争取时间，可以在无麻醉下进行手术。

三、手术体位

平卧位肩下加枕，头两边各放一小弯沙袋，使头颈保持在正中位不易晃动；头后仰也不可过分，以免增加呼吸困难。

四、手术步骤及配合

气管切开术包括常规气管切开术、永久性气管切开术和紧急气管切开术3种。以下介绍常规气管切开术。

手术步骤	手术配合
1. 切口	切口有直切口和横切口两种。较多采用直切口即颈前正中切口，自甲状腺软骨下缘至胸骨上窝处切开皮肤和皮下组织
2. 分离甲状腺峡部，显露气管	用弯血管钳将胸骨舌骨肌与胸骨甲状腺肌两侧分开，分离甲状腺峡部，并用拉钩向上牵拉，以充分显露气管，此时宜清理创口、进行止血
3. 切开气管	①切开部位一般在第3到第4气管环。②用小弯刀片切开气管，迅速取出管芯插入内管，将气管套管系带绕至颈后打结固定，防止套管脱落
4. 处理切口	①检查伤口、结扎血管、止血应彻底。②若切口过长，可于上、下端用3-0丝线三角针缝合1-2针，用开口纱布垫围好伤口，以防感染

五、注意事项

1、密切观察患者病情，因手术在局麻下进行，对不能配合手术、躁动的患者要进行约束，专人守护，防止坠床

2、气管套管的缚带打结要牢，防止套管脱落

3、检查气管套管有无阻塞，内管、外管及管芯是否配套。内、外管是否完整，有无缺损裂缝及内管是否容易抽出等。

二十、白内障囊外摘除联合后房型人工晶体植入术

一、适应证

1、单眼或双眼老年性白内障。

2、外伤或并发性白内障。

3、婴幼儿及儿童期白内障。

4、某些有后囊膜支持的无晶状体眼。

二、麻醉和眼压控制

2%利多卡因注射液，做球后浸润麻醉，总量2~3mL。间断压迫眼球约5~10min以降低眼压。

三、手术体位

患者取仰卧位，头部垫一软枕垫圈，双手平放于身体两侧，手固定于手术床旁，双下肢用约束带固定于手术床上。

四、手术步骤及配合

白内障囊外摘除术基本的手术方式是刺破并撕去前囊中央部分，将晶体核娩出，用白内障同步注吸针头吸净周边囊袋内的皮质，保留完整的晶体后囊和周边的前囊（见表）

手术步骤	手术配合
1. 扩瞳、消毒、铺巾	术前滴美多丽散瞳，间隔5min 1次，共3~4次。同时倍诺喜液滴术眼。眼部按常规手术消毒及铺无菌单。
2. 切口	开睑器开睑，部分病例上直肌牵引固定、以穹隆部为基底作结膜瓣，烧灼止血，于角膜缘后2mm行类似反眉弓形的直线切口，板层进入透明角膜约2mm形成内口大，外口小的梯形切口，外切口6~7mm



手术步骤	手术配合
3. 摘除晶体	环形撕囊,撕囊失败后仔细做开瓣术截囊,水核分离,带灌注液的晶体圈套器托出晶状体,较大、较硬核,用咬核镊咬出小部分晶状体后圈套器托出,用平衡盐液做灌注液,使用双管注/吸针头冲吸晶体皮质。
4. 植入晶体	前房、囊袋内注入透明质酸钠,植入后房型人工晶体于囊袋内或睫状沟,调整晶体前后拌角于3点、9点位置,大部分患者缝合1~2针。
5. 缩瞳	1%卡米可林注入前房缩瞳,吸净前房内残留皮质及黏弹剂
6. 结膜下注药	结膜下注射庆大霉素2万u+地塞米松2.5mgm,碘必殊眼膏包封术眼

五、注意事项

1、因为大多数为老年患者,常常合并有其他慢性疾病,所以术中注意生命体征的观察,必要时给予吸氧。叮嘱患者术中不能突然咳嗽,要事先告知手术医师,以免误伤。

2、注意保持冲洗液的高度及量,若冲洗液已用完,要先告知主刀医师后及时更换,以免引起前房内容物被吸出。

3、术毕扶患者从手术台上坐起,嘱其头部勿用力,以免眼压增高。

4、器械每日使用频率高,尤其是显微器械,极易生锈和损坏,故制定日、周保养制度。使用后应立即清洗上油,擦干油迹,每日术前20 min进行高压灭菌,以尽量缩短从消毒到使用之间的存放时间,避免生锈。每周进行1次彻底保养,放入油盒中浸泡24h,仔细清除每个关节面的锈迹。

5、超声乳化仪的各种管件用蒸馏水反复冲洗,防止晶体碎片黏附管壁,然后抽取空气,排尽管内的液体。超声头极易断裂,使用及冲洗、消毒过程中避免受压或与硬物相撞。

第六十三章 麻醉恢复室护理常规

第一节 麻醉复苏室病人入室的护理

一、护理评估

- 1、病人病情、手术方式、麻醉方式。
- 2、病人意识状况;生命体征;呼吸状况;给氧方式。
- 3、皮肤情况。
- 4、特殊病情、特殊用药情况。
- 5、引流管是否通畅及固定情况。

二、护理措施

1、向麻醉医生与手术室护士询问基本病情、是否需要呼吸机。备好床边心电图监测设备、负压吸引器、氧气湿化瓶、鼻导管、吸痰用物。使用呼吸机的病人,安装好呼吸机管道,并调试呼吸机,保证呼吸机能够正常运行。

2、病人转入PACU后,首先给氧或连接准备好的呼吸机;然后迅速连接好监测生命体征的仪器(氧饱和度、心电图监测、血压等);观察病人意识、瞳孔、脉搏、呼吸、血压、面色及周围循环、四肢活动及皮

肤伤口情况,检查病人身体上的各种引流管是否通畅,并妥善固定。

3、麻醉医生和手术室护士与PACU医生及护士交接班。详细交接生命体征、麻醉用药、术中经过、手术部位、名称,留置管等液体出入量,病人皮肤情况,并在手术患者交接单上填写相关内容并签名。

4、及时认真填写监护记录,执行监护期间医嘱并记录治疗处置经过。

5、密切观察病人生命体征变化,病人生命体征发生较大变化时应立即配合医生处理。

三、健康指导要点

- 1、说明麻醉复苏的重要性及复苏过程中的配合。
- 2、全麻术后的注意事项

四、注意事项

- 1、严格无菌操作,避免医源性感染的发生。
- 2、态度和蔼、耐心细致。

第二节 麻醉复苏室病人出室的护理

一、护理评估

- 1、病人意识状况;生命体征;给氧方式。
- 2、引流管引流状况。
- 3、输液、输血情况及尿量。

二、护理措施

1、病人病情达到离开PACU标准,麻醉医生确认,准许病人离开。

2、PACU护士准备好氧枕、呼吸囊、面罩、便携



式血样饱和度监测仪、病人物品，如：病历、胸片、CT等。

3、通知患者家属，联系电梯。

4、与 PACU 医生一起护送患者回病房，转运途中注意观察患者的意识、生命体征、并保持输液及各引流管的通畅，保证转运途中的安全。

5、将病人转运到达病房后，协助病房管床护士将患者安全移至病床上，做好病情交接，包括：病情、皮肤情况、输液情况等，转交病历。病房管床护士需在手术患者交接单上签字后方可离开。

6、离开病房时检查是否带回 PACU 的所有物品，如氧枕、呼吸囊、转运车等。

7、回 PACU 后，完成转运床的终末消毒处理。

三、健康指导要点

1、麻醉后注意事项。

2、转运途中的配合。

四、注意事项

1、转运前备好转运物品及病人物品，避免遗漏。

2、转运途中严密观察病情。

3、与病房护士时交接班，认真仔细。

第六十四章 精神科护理常规

第一节 精神科一般护理常规

一、精神科入院护理常规

一、为新入院患者办理住院手续后，详细询问病人有关自杀、他伤、毁物、外走等情况。根据病情安排病室，向家属作住院介绍。有传染性疾病的患者安排隔离护理，防止医院内交叉感染。

二、办理入院手续时严格检查危险品，贵重物品当面交家属带回。

三、新入院患者第一天连续测体温、呼吸、脉搏各四次，无异常后每日测量体温、脉搏、呼吸两次，住院第 1 天测血压、体重并记录。有发热、低体温或病情需要的遵医嘱测量。

四、协助新入院患者做好卫生处理，包括沐浴、更衣、剪指甲等。观察全身皮肤情况，如有伤痕、压疮、头（体）虱等异常情况应及时处理并记录。

五、向患者介绍病房情况，包括主管医生、管床护士、科主任、护士长、病室环境、作息制度等内容（意识不清、不合作者可暂缓），态度要平和、耐心。

六、入院当日根据病情作入院评估（风险评估、压疮评估等），并作好记录。

七、巡视病房观察病情，严防自杀、自伤、他伤、毁物、外走等意外发生。了解患者的意识、言语、行为、睡眠、饮食、服药依从性、排泄、女患者月经等情况，

必要时作记录。观察患者夜间睡眠时间，有睡眠障碍的病人及时通知医师处理。

八、住院患者不能单独外出，外出活动时应有专人组织带领，出、入病室均须有第二人清点人数并检查有无危险物品带入。

九、鼓励患者按时作息、学习自我料理、参加集体活动，防止终日卧床、孤独离群等精神衰退现象。

十、患者体温在 38℃ 以上或 35℃ 以下，脉搏在 130 次 / 分以上或 55 次 / 分以下等病情变化，及时通知医师处理。

十一、建立并落实危险物品管理制度。绳带、刀剪、火机等危险物品病人一律不得带入病房。

十二、发口服药应严格执行“查对”制度，严密观察用药后的不良反应。

十四、根据医嘱安排饮食和护理级别。及时留取检验标本送检。

十五、观察了解患者的心理活动和情绪变化，适时进行心理疏导。出院前做好出院指导工作。

十六、交接班必须清点患者总数，人貌相符，身份识别正确。有疑问应及时落实清楚，人数清点交接无误后交班者方能离开。

二、精神科出院护理常规

一、护士根据出院医嘱，预先通知病人及家属做好出院准备工作。

二、出院前对病人进行全面评估。根据病情及具体情况实施具有个体化的出院指导，告之注意事项等。

三、护理人员根据医嘱停止病人的治疗，并整理病历。

四、指导家属办理出院结账手续。

五、护士接到出院结算单后，协助病人整理物品，

收回并清点医院物品。告之病人出院所带药物的服药方法等，送病人离开病区。

六、清理、消毒床单位，如死亡病人或传染病病人出院，根据病情进行终末期消毒处理。

七、铺好备用床，准备迎接新病人。



三、精神科分级护理常规

精神科分级护理是根据病情的轻重缓急和对自身、他人、周围环境安全影响程度分为特级护理及一、二、三级护理。躯体疾病的护理按相应疾病的分级护理标准执行。护理级别标识：一级红圈，二级蓝圈，三级没圈，红三角病重（病危）。

一、特级护理

（一）护理对象

- 1、精神障碍伴有严重躯体疾病，病情危重，随时有生命危险，生活完全不能自理者。
- 2、有明显意识障碍，有极严重的自杀、自伤危险或自杀未遂者。
- 3、受伤或自杀未遂后果严重、生命体征不稳定者。
- 4、因精神药物引起的严重药物不良反应如恶性症状群、急性粒细胞减少等，出现危象、危及生命者。

（二）护理要点

- 1、设24小时专人护理，安置在重管室严密观察病情变化，每班评估病情及时制定护理计划，保持水电解质平衡，准确记录出入量，并作好护理记录。
- 2、认真落实基础护理及各项治疗和护理措施，保持各种导管的通畅，严防并发症，确保病人安全。对意识障碍、躁动不安病人应有防护措施，防止烫伤与坠床。
- 3、备好急救物品和药品，以备抢救之需。
- 4、实行封闭式管理。

二、一级护理

（一）护理对象

- 1、重症但尚不需特护的病人，如自杀、癫痫发作、木僵、谵妄、瘫痪、中毒、外伤病人；或需严格卧床休息，生活不能自理者。
- 2、较明显的自杀、自伤或极度兴奋躁动者，或严重的被害、自罪妄想、幻觉可能导致的患者自杀、出走、伤人者。
- 3、特殊治疗需要严密评估病情和加强监护的病人，如电休克治疗者，以及大剂量精神药物治疗或有明显不良反应者。
- 4、入院一周内的病人。
- 5、接受司法鉴定者。

（二）护理要点

- 1、安置于重点病室，实行封闭式管理，专人监护，需严密评估病情，重点交接班。
- 2、病人以重病室内活动为主，不能脱离护士视野，外出必须由工作人员陪同，生活物品由工作人员保管。合并传染病病人必须隔离，防止交叉感染和感染扩散。
- 3、严格执行危险物品管理制度，定期检查危险物品，定期检查病人有无外伤。
- 4、有自杀、自伤、冲动、毁物行为的病人，适

当予以保护性约束，并应注意保护带的松紧度，经常更换保护的位置，做好基础护理及安全防护。

5、对长期卧床不能自理生活者，做好基础护理，防止并发症。同时加强生活护理，保证生理需要，每天评估病情并记录，病情变化随时记录，并报告医生及时处理。

6、酌情进行针对性心理疏导。

三、二级护理

（一）护理对象

- 1、一级护理病人病情好转而且稳定，精神症状不危害自己和他人，或仅有一般躯体病症。
- 2、有轻度自杀、外走念头，能听劝说且无行为者。
- 3、生活自理尚需协助，或年老体弱、儿童病人。

（二）护理要点

- 1、安置于一般病室，以封闭式管理为主，病人可在工作人员的陪同和保证安全的情况下参加户外活动，个人生活物品可由病人自行管理。
- 2、定时巡视，15分钟查房一次，密切观察、评估病情及治疗反应，作好记录。
- 3、督促或协助病人进行生活料理。
- 4、有计划地安排病人集体活动和参加工娱疗等各项康复活动。
- 5、进行针对性的健康教育，做好心理护理。
- 6、护理记录每周至少1次，病情变化随时记录并报告医师做好相应的处理。

四、三级护理

（一）护理对象

- 1、经治疗症状基本消失、病情稳定，等待出院的康复期病人。
- 2、无自杀、自伤、冲动、外走危险的病人。
- 3、生活能自理的病人。

（二）护理要点

- 1、安置于一般病室，可酌情实施半开放式管理，用物自行管理。
- 2、充分调动病人的积极性，鼓励病人参加病区管理、集体活动和工娱治疗，逐步培养和锻炼回归社会的适应能力。
- 3、评估病情，了解病人出院前的心理状态并进行心理护理、康复训练和健康教育。
- 4、护理记录每周1次，住院半年以上且病情稳定者每半月护理记录1次，病情变化等及时记录。
- 5、对病人进行疾病、治疗、防复发和社会适应等方面的健康教育



第三节 精神疾病护理常规

一、精神疾病一般护理常规

1. 保持病房清洁、整齐、安全。
2. 热情招待新患者,妥善安置床位;做清洁处理、安全检查,危险物品不准带入病房;行入院评估和入院指导,制定护理计划。
3. 遵医嘱实行等级护理及安排饮食,督促协助患者进食。
4. 除极度兴奋躁动或必须卧床接受患者的治疗外,鼓励其余患者积极参与工娱治疗。

5. 密切观察病情,包括疾病症状、药物疗效和心理状况。
6. 口服药要看护患者吞下后,方可离开。
7. 住院期间不准外宿;封闭式病房的患者,外出或检查均要工作人员陪护。
8. 做好基础护理,保持床单位整洁干燥,定期修剪指甲、剃胡须、洗澡等,及时准确做好各项护理记录。

二、精神分裂症护理常规

1. 提供良好环境,将冲动或易激惹的病人分开活动与居住。自杀、自伤病人应避免单独居住。注意门窗、钥匙的安全管理。
2. 减少外界刺激,了解病人兴趣爱好,满足其合理要求。鼓励病人说出对疾病和有关症状的认识和感受。
3. 认真观察精神症状变化并详细记录,为诊断和治疗提供依据。
4. 加强看护,掌握病人意外行为发生的规律。

密切观察和防止病人因幻觉妄想引发自杀,伤人或走失等意外行为。

5. 一旦发生自杀,自伤或受伤等意外,应立即隔离病人,与医生合作实施有效抢救措施。
6. 加强心理护理,教会病人和家属精神分裂症的基本知识,有关治疗(尤其是药物治疗)基本知识,以及应对各种危机(如自杀、自伤、冲动)的方法,争取病友、家庭和社会的支持。

三、情感性精神障碍护理常规

一、躁狂状态的护理措施

1. 提供安全、宽敞良好的病房环境,将冲动或易激惹的病人分开活动与居住,以免因病态而与其他患者发生口角或斗殴。对有严重躁狂发作的病人应安置在重病室,严加监护,班班交接。并有专人护理,严禁单独活动。
2. 接触患者时态度和蔼,不采取强制性语言和措施,因势利导,避免激惹。
3. 分析病人的合理与不合理要求,适当满足合理需求。
4. 适时进行心理疏导,让病人认识自己的情绪失控是病态的,随着病情的好转,教会病人克服性格弱点,掌握坚持长期治疗防止复发的重要性及具体措施。
5. 在急性期医护有权查阅病人书信,防止病人在自控能力下降期间,引起矛盾,甚至法律纠纷。
6. 协助患者进食进水,必要时可采取鼻饲、输液来保证摄入量。
7. 根据医嘱进行药物治疗和保护性约束,以保

证休息和保护患者。

二、抑郁状态的护理措施

1. 提供安静舒适的病房环境,将有自伤自杀危险的病人安置于重点病房,不离开工作人员视线。
2. 严密观察病情、加强沟通、及早发现自杀先兆,要对早醒的病人严密监护防其自杀。
3. 保证病人定时足量进食和饮水。
4. 教会病人应对失眠和早醒的方法,培养自行按时睡眠的习惯。了解病人兴趣爱好,鼓励参加工娱活动。
5. 抑郁可传播,应限制与其他抑郁病人接触。
6. 对躯体化症状,要排除器质性病变,注意倾听。
7. 有时抑郁病人可出现自杀自伤、不合作、冲动行为等,必须适当限制,加强巡视,掌握其发生规律。
8. 一旦发生自杀自伤或受伤等意外,应立即隔离病人,与医生合作实施有效的抢救措施。
9. 适时运用良好的治疗性护患关系与沟通技巧帮助病人确认自己非正常的思想、情感和和行为表现,争取病友、家庭和社会支持。

四、癫痫所致精神障碍护理常规

1. 将病人安置在易观察的病室,保持病室安静,光线暗淡、避免不良刺激诱发癫痫发作。

2. 当发作时,应解松衣襟、裤带,如呼吸一时不能恢复,应立即做人工呼吸,如有口鼻腔分泌物,



应清除口鼻腔分泌物，保持呼吸道通畅，防止咬伤、脱臼、跌伤等。

3、癫痫持续发作时需用床档，并有专人护理，防止病人跌伤或坠床。

4、严密观察发作时间、性质、部位，做好记录及交接班。

5、具有癫痫性格的病人态度粗野、残暴，要正确引导，接触时应注意态度尽量避免引起激惹情绪，

五、癔症护理常规

1、安置病人时，应注意与精神症状丰富的病人分开管理，以免病人接受不良影响。

2、注意保护性医疗制度，建立良好的护患关系。

3、表现以精神障碍为主的病人发作时，护理人员要沉着、冷静，将病人移至安静的环境，制止他人围观，同时报告医师，给予处理。

4、表现以功能躯体症状为主的病人，应给予对症护理，避免过分关心。如癔症性瘫痪的病人，应做

六、痴呆护理常规

1、提供良好住院环境，保持病室清洁、整齐、安静、舒适、通风良好，室内布置简单安全。

2、按精神科一般护理常规落实好痴呆病人的个人卫生护理、饮食排泄护理、药物护理及安全护理等。

3、由于智能下降，记忆减退，老年性痴呆患者经常会错拿别人的东西，乱睡床位，找不到厕所等，易造成患者间的争执、冲突，应重点照顾，及时纠正，耐心诱导。对吸烟的患者，应劝其戒烟，切忌在床上吸烟，要定点、定时、集中管理，严防烫伤，避免乱丢未熄灭的烟蒂而发生火警等意外。

4、对有收藏废物、脏物行为的老年性痴呆患者应耐心劝阻，经常检查。严防吞服脏物，必要时专人

七、神经症护理常规

1、尊重病人人格，建立良好的护患关系，做好心理护理，增强患者与疾病作斗争的信心，积极配合心理治疗。

2、做好卫生宣教工作，促进患者正确认识病情，以积极地态度努力克服自己性格缺陷。

3、组织病员参加集体心理治疗，并维持治疗秩

八、躯体疾病伴发精神障碍护理常规

1、做好基础护理。

2、严密观察病情变化，根据不同的躯体症状给予对症处理。

3、根据医嘱，做好病人生命体征的测量和记录。

态度和蔼，耐心细致，做好心理护理，消除病人不安的情绪，严防冲动、伤人、毁物和寻机闹事。

6、做好饮食护理，进食不宜过饱，宜进低盐饮食，控制进水量。

7、做好基础护理，保持口腔、皮肤黏膜的清洁，对大小便失禁者，应及时更换衣裤、被褥。

8、发作期间应用肛表测温，严禁用口腔测温。

好皮肤护理，每日定时按摩肢体和功能锻炼，以防肌肉萎缩及压疮发生，并配合给予暗示治疗。

5、病情缓解时，要鼓励病人积极参加工娱治疗及其他活动，培养集体观念。

6、要帮助病人正确认识疾病和对待疾病，树立战胜疾病的信息和勇气。

7、向病人家属宣讲疾病知识，使其了解疾病的特点。正确认识疾病，预防疾病复发。

监护。

5、对年老、体弱、步态不稳的老年性痴呆患者，走动时应予以照顾，防其他患者碰撞、谨防跌倒等意外。

6、对孤独、行为退缩的老年性痴呆患者，应针对不同对象，积极组织患者参加简单的工娱疗活动，开展适宜的文体活动，以促进患者的智能、行为等精神状态得到不同程度的改善或延缓进一步衰退。

7、对兴奋躁动或行为紊乱的老年性痴呆患者，则按兴奋躁动患者护理要求，对一般患者要防突然冲动，以免发生意外。

序。

4、鼓励病人积极参加工娱活动，提高适应社会生活的能力。

5、严密观察患者睡眠情况和病情变化，并做好生活护理。

九、慢性酒中毒所致精神障碍护理常规

1、做好基础护理。

2、严密观察病情变化，根据不同的躯体症状给予对症处理。

3、根据医嘱，做好病人生命体征的测量和记录。

4、昏迷病人注意观察其意识障碍程度，做好护理记录。

5、做好心理护理，鼓励病人配合治疗，增强战胜疾病的信心。



1、酒精中毒后卧床者，保持皮肤清洁，定时更换体位防压疮，做好基础护理（口腔，皮肤，饮食，大小便）。

2、严密观察生命体征和病情变化，保证营养摄入，维持水电解质平衡。

3、确保病人的安全，对步态不稳者，专人保护，预防跌倒。

4、冲动伤人的病人需避免激惹，以免发生意外。

5、加强心理护理，帮助病人正确对待疾病，坚定戒酒的决心。

十、精神药物急性中毒护理常规

1. 病人出现急性精神药物中毒时，应争分夺秒地进行救治，并立即报告医生。

2. 患者若大量服药在6小时以内，立即洗胃，并建立静脉通道。

3. 测量生命体征，观察意识，瞳孔等，并做好

记录。

4. 准确执行医嘱留取标本。

5. 保持室内空气清新，床单清洁，整齐，必要时设专人护理，做好记录。

十一、人格障碍护理常规

1. 提供安全、安静的环境避免各种激惹因素。

2. 帮助病人建立正确的价值观和人生观。

3. 鼓励病人参加群体活动，主动与病友建立良好的人际关系。

4. 尊重、关心病人、主动沟通，满足其合理需求。

5. 指导病人在焦虑、愤怒时，以他人能接受的

方式发泄内心的恶劣情绪。

6. 出现冲动行为时，要及时用坚定的语调、简明的语言劝说病人，暗示病人要控制的行为，必要时可适当约束和隔离。

7. 帮助病人按规范进行日常生活、人际交往、参加活动等，以建立新的行为模式。

十二、精神发育迟滞护理常规

1、病室应安全、简单、整洁，室内严禁存放危险物品。

2、密切观察病情，对精神症状和躯体症状主诉要有识别能力，防止延误诊治。

3、医护人员要有强烈的爱心和同情心，心里治疗和行为治疗时，只提简单的问题并暗示，做好心理治疗、行为治疗，给予适当的职业训练。

4、告知家属要尽早给予生活技能的培训、教育。

十三、儿童性精神病患者的护理常规

1、患儿入院时，护士要向家属了解患儿的饮食及生活习惯，热情介绍住院制度，带领患儿熟悉周围环境，在短时间内，使患儿感到亲切，安心住院。

2、对智能减退的患儿要耐心教导，掌握饮食，使生活和学习有规律，养成讲卫生的习惯。

3、患儿外出时需有陪伴，对生活不能自理的要

协助照顾，加强皮肤和口腔护理，预防并发症的发生。

4、对意识模糊、性格改变，出现暴力、伤人、毁物等行为应耐心教育，严重者可给予保护性约束，防止发生意外。

5、除一般护理外，还要结合儿童的特点进行教育，组织上课、工娱疗等活动。

十四、老年性精神病患者的护理常规

1、老年患者的病室应安静、阳光充足、温湿度适宜，不与其他兴奋冲动患者在一起活动，以免受到伤害。

2、协助患者进行晨晚间护理，根据天气变化给患者增减衣服，加强基础护理、皮肤护理等，防止并发症的发生。

3、指导和协助患者参加适当的户外活动和一定的工娱疗活动，增加食欲，增强机体抵抗力。

4、注意观察老年人的生命体征和饮食，大、小

便的变化，如有异常变化，应及时报告医生进行处理。

5、保障患者足够的营养和睡眠，饮食应以清淡、软流质、易消化为主。

6、护理人员要爱护、体贴、尊重患者，满足患者合理要求和生活习惯，不要激惹患者。

7、老年患者容易发生跌倒、骨折，外出时需有陪护，不要让患者去危险的区域活动，不要随意固定约束患者。

第四节 特殊精神症状护理常规



一、兴奋躁动状态

1、按精神科一般护理常规

2、接触兴奋躁动患者时，态度宜平和，友好的态度对控制患者的兴奋状态可起到一定的作用。避免与患者作过多交谈，交谈时不宜使用批评、训斥等刺激性语言以免加重兴奋程度。

3、及时隔离患者，宜将患者安排在较安静的小

二、抑郁状态

1、按精神科一般护理常规。

2、对患者要有同情心，做好心理护理，帮助患者分析病情，认识疾病，增强战胜疾病的信心和勇气。

3、严密观察患者的情绪变化及某些异常行为和言谈，认真做好交接班，严防发生意外。

4、护理人员要随时掌握患者的行为动态，总结经验教训，仔细观察每个环节，确保患者生命安全。

5、重症患者宜卧床休息，不要勉强其参加集体活动，病情较轻的患者可鼓励其参加集体活动以分散

三、拒食

1、按精神科一般护理常规。

2、怀疑饭中有毒的患者，可让其参加配餐工作，让患者亲自参与饮食的分发以减轻疑虑，亦可允许其任选一份饮食以消除顾虑。

3、兴奋躁动、无心用餐的患者用餐时应当由专人管理、单独用餐，即避免干扰其他患者，亦可促其安心进食。

4、对情绪抑郁、饮食不良的患者，耐心劝解患者，帮助其进食必要时给流质或鼻饲。

5、对食量过大、痴呆、不能自理饮食的患者，

四、木僵状态

按精神科一般护理常规。

一、护理评估

1、评估木僵的原因，了解木僵是由精神障碍引起，还是由器质性疾病引起，是否有伴随症状。

2、评估木僵的临床表现，了解患者木僵的表现是否完全木僵还是亚木僵状态，是否有间接的兴奋，评估进食及二便情况。

二、护理措施

1、提供安全环境：安排在隔离室或易于观察的床位，禁止其他患者接触；保持环境的安静。

2、做好基础护理

(1) 口腔护理：及时清除口腔积液，口腔护理每日三次并保持呼吸道通畅。

(2) 皮肤护理：保持皮肤清洁干燥，避免皮肤受压，定时翻身，预防压疮。

病室，以避免攻击他人或受到其他患者的伤害。

4、做好病人的安全防护，必要时给予保护性约束处理。

5、病情严重的应及时通知医师，配合药物处理。

6、做好生活护理，保证营养、水分的摄入。

注意力，缓和抑郁心境。

6、鼓励患者自理生活，不能自理的应协助其料理个人卫生，鼓励进食以保证足够营养、水分的摄入，必要时给予喂食或流质鼻饲饮食。

7、睡眠障碍者指导帮助睡眠的方法，必要时通知医师，配合药物处理。

8、严格执行服药制度，防止积蓄药物。

9、加强巡视，加强危险品的管理，经常检查患者是否藏匿危险品。

应由专人护理，劝解患者细嚼慢咽，防止噎食造成窒息。禁止给干硬的食物和水果。

6、自罪妄想要吃剩饭脏食者，可以饭菜拌在一起吃，保管好污桶，防止病人乱吃，引起消化道疾患或食物中毒。

7、木僵患者因反应迟钝，动作缓慢，喂饭时耐心细致，必要时给流质或鼻饲。

8、除上述精神因素外，患者拒食，应仔细检查无躯体不适，并及时给与处理。

(3) 大小便护理：掌握患者大小便规律，按时给予便器，如患者12小时未排尿，要先行诱导排尿，必要时予导尿。三日未解大便可灌肠。

(4) 饮食护理：对亚木僵患者要耐心劝喂进食；完全不能进食者要给予鼻饲流质，每日的入水量不少于2500ml。

(5) 预防并发症：保持肢体功能位置，经常活动关节，以防肌肉萎缩等。

3、心理护理：在接触患者时应像对待正常人，合理安排治疗护理，尽量减少对患者的打扰。

4、严密观察病情变化，做好有关的治疗和检查。

三、健康指导

1、告诉患者家属，患者处于不能自我防卫状态，要注意看护，防止受到意外伤害，同时患者又有可能出现冲动伤人行为，要注意保护；指导患者家属料理



日常生活。

- 2、木僵状态只是疾病的一个症状,要治疗原发病。
- 3、患者虽然不能言语动弹,但意识清楚,思维

五、具有暴力倾向护理常规

按精神科一般护理常规。

一、护理评估

1、评估患者行为发生的原因及诱发因素,了解是否有幻觉、妄想、意识障碍、情绪障碍等精神症状,是否存在严重的药物副作用或需求没有得到满足等问题,护理人员有无激惹行为,询问以往受到挫折或精神症状控制时,是否表现为暴力攻击。

2、评估暴力行为发生的征兆,如精神症状加剧;说话时大声且具权威性;全身肌肉紧张度增加,尤其是脸部与手臂的肌肉;活动量较平时增加,患者出现来回不安地走动、甩门、捶打物体;挑剔、抗议,不合理要求增多,随意指责病友或工作人员,拒绝接受治疗或反复纠缠医务人员要求出院等。

3、了解患者的社会支持状况及家属对疾病的认知程度。

二、护理措施

1、预防暴力行为发生的措施

(1)控制精神症状:及时告知医师患者可能的暴力倾向,以便作出及时有效的处理。

(2)减少诱发的因素:满足患者的合理要求;选择合适的方式进行治疗或护理;暂不安排患者参加竞争性的活动;不与患者发生争执等。

(3)严禁使用危险物品,以防伤人和毁物;设

六、具有自杀倾向护理常规

按精神科一般护理常规。

一、护理评估

1、评估自杀原因及诱因,了解既往病史,近期内有无重大事件压力及精神创伤,如离婚、丧失亲人、升职晋级失败等。

2、评估患者的临床表现及自杀征兆,了解是否有与自杀有关的幻觉妄想,如命令性幻听、被害妄想等精神症状;是否有严重的抑郁情绪、自杀言论及反常举动,如交待后事、安排存款、清理东西送人、向僻静处观望、收藏绳带利器的行为,无特殊原因突然表现出过分合作,但食欲降低,体重持续减轻。

3、评估个性特征与社会支持系统:了解是否有性格孤僻内向、对社会抱有敌意,思维以偏概全、非此即彼、情绪稳定性差,行为带有冲动性;评估患者于家人及亲友关系是否融洽,如果患者觉得自己孤立无援,有可能选择自杀。

二、护理措施

1. 安排患者住一级病房,严密看护,严防自杀、

和记忆存在,因此对待患者要像对待正常人一样注意礼貌。

法分散患者的注意力,转移其暴力意图。

(4)加强巡视,及时发现兴奋、冲动、毁物行为,及时采取措施。

2、发生暴力行为时的措施

(1)寻求帮助:当有暴力行为出现时,首先呼叫其他人员协助,以求能尽快控制场面。

(2)控制场面:疏散围观患者,转移被攻击对象,维持周围环境的安全与安静。

(3)夺取患者的暴力工具,用语言制止或乘其不备快速夺取危险物品。

(4)隔离或保护患者:将其转移到隔离房间,仍无法控制自己时采取保护性约束。

(5)药物治疗:遵医嘱给予镇静药物,观察用药后的反应。

三、健康指导

1、指导患者以适当方式表达需求和发泄情绪,做到遵守社会公德,不轻易伤害别人,提高患者的自信,让患者相信有控制自己行为的力量。

2、教会患者如何寻求帮助。明确告知患者暴力行为的后果,提高其对自己行为的负责的能力。

3、向患者家属说明兴奋、冲动、伤人行为时疾病的表现,对患者本身及周围环境都有影响,指导患者控制。

自伤行为的发生。有强烈自杀企图者专人守护,置于护士视线范围之内,班班交接;不合作者给予保护性约束。

2. 严密监视患者,每10-15分钟巡视换1次,观察有无自杀征兆,有自杀倾向者表现为对任何事物失去兴趣、回避与人交往,或表现为焦虑、恐惧、坐立不安、频繁上厕所、出现反常行为及自杀言论、情绪低落,消极悲观,收集禁忌品等异常迹象时,及时采取有效的预防措施,进行心理疏导并严格交接班。

3. 加强环境安全管理,探视或外出做特殊检查回归病房时应检查禁忌品,服药时做到严格看服以防藏药,杜绝一切危险物品。

4. 加强药物治疗:确保患者遵医嘱服药,杜绝藏药行为,确保治疗及时执行。

5. 备好急救药品、器材。发现自杀行为立即现场急救,紧急通知医师积极处理。注意保护其他患者,勿使其留在现场以免产生恐惧心理,或引起暗示性强的患者效仿。



6. 提供心理社会支持：在真诚、尊重、接纳、同情的基础上经常了解患者的感受，给予支持性心理疏导；提供帮助，指出希望，鼓励自救；动员家人帮助支持患者，协助其减轻痛苦，预防自杀。

三、健康指导

1. 帮助认识疾病，指出自杀带给自身及家庭及社会的严重后果和危害。告诉患者出现自杀意图是疾

七、具有出走行为倾向护理常规

按精神科一般护理常规。

一、护理评估

1. 评估出走的原因，了解精神症状患者是否缺乏对疾病的认识，不承认有病，不愿接受治疗；是否有妄想幻觉或自杀观念；是否为强迫入院者，对住院反感，不能适应住院环境；是否特别牵挂家人和工作；是否由于工作人员责任心不强，态度生硬使患者对治疗产生恐惧。

2. 评估出走的征兆。如意识清楚的患者采用隐蔽的方法，平时做好计划、创造条件，有机会便出走；大部分患者出走前表现出焦虑、坐卧不安、频繁入厕、东张西望、失眠等。

3. 评估病房设施是否安全。

二、护理措施

1. 掌握病情：对病史中有出走行为或观察中发现有出走倾向的患者，要多与其接触，了解其想法和想出走的原因，力求消除患者出走的想法。

2. 密切巡视：对不安心住院者，每 10-15 分钟巡视 1 次，观察其活动情况；对有强烈出走企图者，要适当限制活动范围并重点交班。

3. 加强管理：管理好门窗、钥匙，钥匙应放在随身衣袋里，不可随意放置，尤其不能让患者接触；随手关门，发现损坏及时修复。

4. 加强护患沟通：要以良好的职业道德服务于患者，为患者解决问题，避免激惹或刺激患者；做好健康教育，使患者尽快适应环境，消除不适感。

5. 合理安排患者的住院生活：开展丰富多彩的工娱活动，鼓励患者积极参加；做到饭菜可口、床单位舒适，使患者安心接受治疗。

6. 组织外出活动：外出活动时要点清人数，排队依序而行，到达活动场地后，要随时注意每个患者的动向；外出做检查需专人陪护以防趁机逃脱。

病的表现，可以通过治疗来控制和消除。

2. 教会患者分辨产生自杀企图的压力来源、正确表达负性情绪，训练患者学习新的应付方式以及在应付无能时如何求助，指导患者学习放松的技巧及方法。

3. 向家庭成员说明自杀的可能原因及危险性，指导他们给患者以尊重、理解、关心及帮助。

7. 家属的支持：加强与家属的联系，鼓励家属探视，减少患者的孤独感，必要时留人陪护，以控制患者的情绪。

8. 发生出走时，立即报告上级部门并与患者家属联系，组织力量寻找。出走归院后，要慎重对待患者，切不可处罚，以防再次出走。

三、健康指导

1. 对患者进行疾病指导。使其了解疾病的性质、识别病态的感觉和思维，懂得住院的必要性，正确对待住院并积极配合治疗。告知患者出走的危害性，提高其对自己行为负责的能力。

2. 告诉患者的治疗过程、用药的注意事项、可能出现的困难使患者做到心中有数，以减轻其焦虑恐惧的心理。

3. 告知家属出走的可能原因及危险性，鼓励他们多与患者联系，增加探视，让患者安心住院。

第八节 睡眠障碍患者的护理常规

1. 按精神科一般护理常规。

2. 对引起失眠的病因要认真查找分析。

3. 消除环境中的不良刺激，使患者有一个安静的睡眠环境。护士夜间交接班、处置等动作要轻。

4. 组织患者参加力所能及的劳动及工娱疗活动，安排好有规律的作息时间和生活制度，减少白天睡觉的机会，以保证夜间有充足的睡眠。

5. 入睡前避免患者过度兴奋，如看小说、刺激性的电视、聊天等。

6. 夜间在患者睡眠时，尽量减少处置。除必要者外，其他处置可在患者醒后处置。

7. 保持室内温暖，空气流通，床铺松软舒适，睡前嘱患者用热水泡脚，消除影响入睡的因素，给患者入睡创造一个良好的条件。

8. 对情绪焦虑的患者，可采取暗示疗法。

第五章 精神药物及其他特殊治疗护理常规

一、抗精神病药物常见副作用的护理常规和处理措施

一、锥体外系反应的护理常规

(一)、观察症状：锥体外系的副反应有流涎、

震颤、肌张力增高、面具样脸、静坐不能、扭转痉挛、口齿不清、吞咽困难、运动不能等表现。



(二) 护理

1、若出现上述症状，应立即报告医生，按医嘱对症处理。

2、若有吞咽困难，轻者宜进软食，协助进食进水，以免发生呛咳现象，吞咽明显困难者，应禁食禁水，采用鼻饲或静脉输液保证摄入量，以免发生意外。

二、体位性低血压的护理常规

(一) 观察症状：大多在迅速改变体位时发生，患者突然眼前发黑、头晕、面色苍白、冷汗、直立晕倒及外伤、血压下降甚至测不到、老年人及伴有心血管疾病者可导致不可逆性低血压发生猝死。

(二)、护理

1、在治疗初期应密切观察血压变化，特别是老年体弱，伴有心血管疾病、进食不好的患者，注意观察有无发生体位性低血压的趋势。

2、注射给药后嘱患者卧床休息，在改变体位时动作要慢，当感到头晕时立即坐下或躺下。

3、一旦发生体位性低血压，立即让患者就地平卧或抬高下肢30度并通知医生，给患者测血压，观察生命体征；准备好抢救用品和药物，配合医生进行抢救。

三、肝功能异常的护理常规

(一)、观察症状：有些抗精神病药物可引起无黄疸性肝功能异常，病人无明显自觉症状，仅有单项谷丙转氨酶升高，这种药源性肝损害可能是一种过敏反应，轻者不停止用药，加服保肝药并密切观察。

(二) 护理：患者有乏力、恶心、食欲不振等症状。在停药或减量时，密切观察巩膜、皮肤有无黄疸，肝功能异常的患者应给予高碳水化合物、高蛋白、高维生素、低脂饮食，鼓励患者多喝水，保障充分休息。

四、粒细胞减少的护理常规

(一)、观察症状：多见于氯氮平、氯丙嗪等药物治疗的最初三个月内，主要表现为感染症状，若伴有药物性肝炎及剥脱性皮炎称三联症，提示预后不佳。

(二) 护理

1、将患者安置在单间病室，施行保护性隔离，避免发生感染。

2、室内空气新鲜，定时消毒，注意患者冷暖。

3、卧床休息，加强营养。

4、严格执行无菌技术操作，防止并发症。

五、恶性症候群的护理常规

(一)、症状观察：恶性症候群是抗精神病药物引起的少见且严重的合并症，通常有前驱症状和较明显的肌肉强直、震颤、吞咽困难、体温升高，如处理不当，体温可高达40度以上，出现意识障碍以至昏迷等，如延误治疗可导致死亡。

(二) 护理

1、做好基础护理，包括口腔护理，皮肤护理，

保证足够的营养和热量。

2、高热时物理降温，酒精擦浴，冰袋等。

3、呼吸困难者保持呼吸道通畅，随时吸痰、给氧，必要时做人工呼吸。

4、有惊厥发生时，放牙垫，以防咬舌，保护肢体，头转向一侧，预防外伤和窒息。

5、在治疗过程中，密切观察病情变化及药物副反应，及早发现前驱症状，报告医生，及时处理，以免延误病情。

六、药物副反应的处理措施

(一) 药源性精神症状

1、主要表现

(1) 过度镇静 多由于一次服药量过大、几种镇静作用的药物联合应用，或对老年、体弱病人剂量调节不当所致。病从表现睡眠过多、难以醒转、软弱无力等。

(2) 情绪抑郁 多数抗精神病药物可引起抑郁状态。其中以氟哌啶醇、氯丙嗪、利血平等较为多见。

(3) 焦虑激越 应用抗精神病药治疗初期，病人可出现失眠、多梦、易激惹、焦虑及心神不定等症状，多发生于具有焦虑素质的人。其中以氟哌啶醇、奋乃静、维思通等较为常见。

(4) 紧张症状群 往往先有锥体外系症状、肌张力增高，随即表现缄默、呆滞、直至木僵，可出现吞咽困难。常与药物剂量过大（包括注射长效剂）有关，老年病人特别易发。

(5) 谵妄错乱 抗精神病药及抗胆碱类药均能引起。

(6) 加重原有精神症状。

2、处理措施

(1) 根据病史、症状特点、病人的反应等，详加鉴别，必要时停药观察。

(2) 出现明显药源性精神症状时，应采取措施促进排泄，足量输液，给予维生素B、C等治疗。

(3) 采用心理治疗，进行安慰、解释。

(4) 对症治疗

抑郁状态：经一般处理无效时，可给予抗抑郁治疗等对症处理。

(二) 急性锥体外系症状

1、主要表现

(1) 震颤麻痹综合征 一般在治疗早期多见。主要表现为：假面具面容、静止性震颤、肌张力增高、运动减少、动作笨拙、小步态及流涎等，严重时可影响吞咽动作。

(2) 静坐不能 多发生于用药早期。表现为不能静立、坐卧不宁、来回踱步，重者可伴有烦躁、焦虑，甚至加重原有精神症状。

(3) 急性肌张力障碍 通常在服药48小时内发生，



以青少年为多见。表现为面、舌、颈部的大幅怪异动作，痉挛性斜颈、动眼危象（眼球上窜）、角弓反张、扭转痉挛等。

2、处理措施

(1) 注意鉴别，必要时减用抗精神病药物或加用对抗药（如苯海索）来治疗观察。

(2) 采用抗震颤麻痹综合征药物治疗：如苯海索 2mg，2次/日等。

(三) 迟发性运动障碍

1、主要表现

此症状多在长期使用抗精神病药后出现。典型的表现为颊肌、舌肌及咀嚼肌的不自主运动，产生吮吮、咂嘴、弄舌等动作，称为“口一舌一颊”三联症。

2、处理措施

(1) 停药或换药 迟发性运动障碍一旦出现，应及时停药。

(2) 药物对症治疗。

(3) 预防 避免长期大剂量用药。长期服药的病人，中老年及伴有脑器质性疾病患者，治疗时应密切观察。

(四) 药源性癫痫

1、主要表现

多数抗精神病药可引起癫痫样发作。有以下四种类型：①大发作；②局限发作；③癫痫持续状态；④阈下发作（脑电图异常）。

2、处理措施

(1) 对抗精神病药物敏感的病人，宜选用致抽搐作用较弱的药，加药不宜过快，对原已服抗癫痫药的病人还可适当增加抗癫痫药的剂量。

(2) 抗精神病药物所致癫痫，若发作频数很少，一般不必停药，但要合并抗癫痫药。

(3) 发作较重、次数较多的病人，应及时停药或换药，急性期按癫痫治疗原则处理。

(五) 自主神经系统失调

1、主要表现：由于许多抗精神病药物有抗肾上腺素能作用，抗胆碱能作用或刺激肾上腺素能作用，因此可出现多种自主神经系统副反应。具体表现有：

(1) 消化系统症状 口干、便秘、麻痹性肠梗阻等。

(2) 眼部症状 视力模糊、青光眼。

(3) 泌尿生殖系统症状 尿潴留、性功能障碍。

(4) 心血管系统症状 体位性低血压、心律紊乱、心肌损害。

(5) 排汗减少、降温及鼻塞等。

2、处理措施

(1) 减药、停药或换药处理。

(2) 对症治疗

口干：少量饮水，常漱口，或咀嚼泡泡糖等。

便秘：多活动，多吃含纤维的食物，避免不必要

的使用抗胆碱能药，必要时使用缓泻剂。

麻痹性肠梗阻：禁食，胃肠减压，高压灌肠，应用肠蠕动剂。给予抗生素，预防感染，密切观察并发症。视力模糊：必要时可用缩瞳剂点眼。

青光眼：立即停药，眼科会诊。

尿潴留：轻者膀胱按摩或热敷促排，重者需导尿，也可用针灸穴位刺激。

体位性低血压：应取平卧位，头低位。若不能恢复，应用去甲肾上腺素等使受体兴奋的升压药。要告知病人，在服药期间，起床或站立时动作要缓和，出现头昏、眼黑，立即坐下。

心律失常：按心律失常处理，轻者用心得安，出现阵发性心动过速，及时停药。阵发性室性心动过速，用利多卡因静脉缓注。心肌损害，密切观察心电图改变，必要时停药。

(六) 恶性症状群

1、主要表现

(1) 出现表情淡漠、少动，缄默类似木僵，或出现兴奋躁动。

(2) 不明原因的发热，连续 12 小时热度在 38℃ 以上，高热时可伴谵妄错乱。

(3) 锥体外系症状，如肌强直、运动不能、震颤、吞咽困难、动眼危象等。

(4) 自主神经症状，如颜面潮红，心动过速、大汗淋漓、流涎、皮脂溢出、排尿困难及迅速的褥疮等神经营养障碍。

(5) 严重者有意识障碍、周围循环衰竭、脱水 and 营养失调，不及时处理可致死亡。

2、处理措施

(1) 立即停用抗精神病药物。

(2) 高热时宜采取物理降温，同时也可使解热剂。

(3) 补液先输盐类液体，后补糖类液体。

(4) 适当使用抗震颤麻痹综合征药物，以改善锥体外系

(5) 控制或预防感染。

(6) 使用肾上腺皮质激素，改善应激功能。

(七) 消化系统症状

1、主要表现

(1) 胃肠道反应 口干、口渴、恶心、呕吐、食欲不振、上腹部饱胀感、腹泻、便秘及肠麻痹等。多数病人在治疗过程中可以自行消失，若持续存在，应考虑其他疾病。

(2) 可引起药源性肝功能损害。

2、处理措施

(1) 中毒性肝损害应立即停药。经常查肝功能。过敏性肝损害可先减药。

(2) 应用肝乐、肝泰乐等解毒保肝药物。

(3) 补给葡萄糖、高蛋白饮食、维生素类。



(4) 应用辅酶 A 及三磷酸腺苷及对症处理。

(5) 有明显过敏或重症肝炎者, 可用肾上腺皮质激素。

(八) 血液系统副反应

1、主要表现

(1) 血小板减少症 甲硫达嗪、三氟拉嗪等偶可引起变态反应性血小板减少症, 而引起皮肤、粘膜、胃肠道出血。

(2) 再生障碍性贫血 在大剂量、长程抗精神病药物治疗中出现再障, 要考虑此因素。

(3) 白细胞减少及粒细胞缺乏症 许多抗精神病药物都可引起白细胞减少, 一般预后良好。但也有引起急性粒细胞缺乏症, 以氯氮平为常见。临床表现为发热、咽喉炎、淋巴结肿大等防御机能减弱症状。一般病程较短, 可能为变态一免疫反应所致, 严重者可能因并发症而死亡。

(4) 有些药物还可引起血液凝固性增加, 易发生血管栓塞性疾患。

2、处理措施

(1) 血小板减少 ①适当休息, 防止外伤出血; ②用促肾上腺皮质激素; ③重者可考虑输血。

(2) 再生障碍性贫血 ①一经诊断, 立即停用抗精神病药; ②用强的松 30-40mg / 日; ③加强护理, 预防感染。

(3) 白细胞减少 ①减药或停药观察; ②控制感染; ③应用促白细胞生成药, 如利血生等。

(4) 粒细胞缺乏 ①立即停药; ②控制或预防感染; ③应用促白细胞生成药; ④输血; ⑤用肾上腺皮质激素, 如强的松等; ⑥加强护理. 加强营养, 清洁

环境、防止感染。

(九) 代谢及内分泌方面副反应

包括体重增加、性功能障碍、月经紊乱、泌乳、甲状腺机能低下等。一般属可逆的, 适当调整药量或对症处理可恢复。

(十) 皮肤副反应

1、主要表现

(1) 药物性皮炎 以氯丙嗪为多见。临床表现以充血性皮疹为主, 多见于面部、耳后。也可呈多形性红斑及固定性药疹。

(2) 光敏性皮炎 多在夏季日照强烈时发生, 见于躯体暴露部位。可呈红斑、水泡, 愈后留有色素沉着,

(3) 剥脱性皮炎 以氯丙嗪引起为多, 常在服药第 1 月内发生。先有皮疹、血管神经性水肿, 自觉皮肤瘙痒, 继而形成水泡、糜烂, 面部或全身性大片剥脱, 伴发高热, 可同时有内脏粘膜受损。还常伴有黄疸, 肝功能障碍及粒细胞缺乏。往往病情凶险, 死亡率较高。

2、处理措施

(1) 一般药疹 不一定要停药, 可先用抗组织胺药物及维生素 C。皮疹瘙痒可外用炉甘石洗剂等。

(2) 光敏性皮炎 重点在于避免日晒。可局部用可的松软膏等。

(3) 剥脱性皮炎 ①立即停药; ②局部用药, 如用炉甘石洗剂涂布, 若已糜烂、渗出, 可用高锰酸钾水浸泡; 皮质类固醇早期大剂量静滴, 如氢化可的松一天用 100-300mg ④抗感染 ⑤维持水、电解质平衡; ⑥应用保肝药物⑦对症及支持疗法; ⑧加强护理, 注意无菌隔离, 保护皮肤、粘膜。

二、抗精神病药物治疗护理常规

一、 严格执行给药制度, 送药到口看服到肚, 认真检查口腔, 防止吐药和藏药。病人出院时, 将药品交给护送人员及亲属, 认真交待药物的保管知识和服药方法, 防止意外事故发生。

二、 治疗期间, 加强用药观察, 注意观察病人有无皮疹、瘙痒、黄疸、发热、吞咽困难、体位性低

血压发生、注射部位有无硬结、肌张力改变等。

三、 体温高于 38.5℃, 血压低于 90/60mmHg 或高于 140/90mmHg, 脉搏少于 50 次 / 分或高于 130 次 / 分时, 暂停给药并通知医师。

四、 静脉给药时, 嘱病人排空大小便, 待病人安静或入睡后方能离开。

三、工娱治疗护理常规

适应症: 各类型精神病患者。

禁忌症: 一级护理的各类精神病患者, 伴发传染病尚处于隔离期的精神病患者。

1、工娱疗法由专职护理人员在工娱疗室负责组织实施。

2、患者参加工娱疗法, 由经治医师向工娱疗室提出申请。治疗前要向患者反复说明治疗意义, 鼓舞信心, 增强自觉性。

3、工娱疗法内容应结合本单位具体情况, 原则

上要多样化, 避免单调刻板。开展项目包括室内手工劳动, 室外园艺或田间劳动, 以及一般性社会服务劳动等。工序可由简到繁, 循序渐进。还可安排时事政治学习, 科普讲座, 举行棋类、球类比赛, 组织唱歌及排演文艺节目, 观看电影、电视等。此外, 还可结合个人兴趣与爱好, 进行绘画、剪纸、编织等活动。

4、每周活动内容要精心安排, 诱导患者参加适合其病情的各项活动。在不影响其他治疗的前提下, 上、下午均可开展治疗。其间可安排休息时间, 或穿



插娱疗活动内容。

5、工娱疗法室的布置,要求安静舒适,美观大方。开展工娱疗法时,值班人员不能擅离岗位。对室内的刀、剪、绳、带、棍棒等具有一定危险性的劳动工具,应严加保管。使用时工作人员应在旁监护,用毕立即收藏,并于每次治疗结束时查点清楚,以防流入病室。

6、工娱疗法进行中,工作人员必须态度和蔼,认真做好组织工作。耐心细致地进行教育辅导,以培养患者的积极情绪。对热情参加各项活动而成绩显著

的患者,及时给予表扬鼓励。经常向患者进行爱护公共财物的教育。

7、随时注意防范可能突然发生的逃跑、自杀、冲动伤人等意外事件。如发生上述行为迹象,或因兴奋躁动,经劝说无效而影响集体活动时,应护送回病室,及时采取有效的医疗措施。

8、经常注意观察患者在治疗过程中的病情表现,做好工疗记录或直接记入护理记录。较重大的病情变化,应写入交班本作书面交班。

四、无抽搐电休克治疗(MECT)护理常规

一、概述

MECT又称无抽搐电休克,改良电休克,全称为“多参数监测下无抽搐电休克”。目前是通过治疗前加用静脉麻醉药和肌肉松弛剂,使患者抽搐明显减轻和无抽搐感,以达到控制精神症状的一种治疗方法。

适应症:精神分裂症和抑郁症、躁狂症为多,癡症、木僵状态等。

二、电休克治疗护理措施

1、沟通

配合医疗人员与患者或监护人进行沟通,告诉他们MECT是一种比ECT(电抽搐治疗)和药物治疗更加安全,更加有效的治疗方法,病死率低,大概是万分之一,且出现在患有严重心血管疾病的高危人群。MECT可能出现血压升高,但多数不会出现心律不齐或心肌缺血等严重的心血管疾病,所造成的逆行性遗忘,大多数会在几周或几个月后记忆缺失即可恢复;对造成的顺行性遗忘,即学习新知识的困难,多在治疗结束后几天到几周即可恢复,并要告知出现谵妄及癫痫的几率很低,在患者或监护人知晓上述情况并签署知情同意后,方可进行MECT治疗。

2、治疗前护理

①做好辅助检查,如:心电图、摄X线胸片、血常规、血生化及体格检查。

②责任护士向家属及患者讲解治疗相关事宜,治疗前禁食12h,禁水8h,防止在治疗过程中出现呕吐、误吸而造成不良后果,对不合作的患者应安置在隔离室。男患者禁止吸烟,以减少呼吸道分泌物,女患者应去除首饰、口红、指甲油,以免干扰测量血氧饱和度。治疗前,排空大小便,取下活动假牙、眼镜、发夹。

③一般护理。治疗前1天为患者测量体重,每次治疗前测T、P、R、BP并详细记录。治疗应随带病历,以便治疗医师查阅。

五、保护性约束护理常规

保护具是用来限制患者身体或身体某部位的活动,以达到预防患者发生意外事故,积极配合治疗,起到保护患者的目的

3、治疗中护理

①治疗室护士应严格执行查对制度。向陪送护士询问患者准备情况(重点询问进食情况),查看相关记录,向患者讲解有关治疗知识,对恐惧不安的患者给予解释、安抚等心理疏导,稳定其情绪,以取得合作。

②治疗前准备。患者仰卧于治疗台上,松解领扣、腰带,检查有无松动破损的牙齿及连接好的心电监护仪。

③治疗中护士要密切配合医师操作。静脉注射药物剂量要准确,掌握治疗中用药速度及各个环节注意点(要求阿托品、依托咪脂缓慢推注,琥珀胆碱应快速推注),严格遵守操作规程,保证治疗过程顺利进行。

4、治疗后护理

①严密观察患者呼吸恢复情况。一般5min内自主呼吸恢复,如未及时恢复应持续辅助换气供氧直至自主呼吸恢复,生命体征平稳。将患者送至观察室监护,去枕平卧至意识恢复清醒。对意识未完全恢复而出现躁动不安者,必要时给予保护带约束,防止坠床或跌倒。

②饮食护理。治疗后1h患者清醒后方可进食,保证每餐全量摄入,饮食不佳者给予喂食,拒食者可采取静脉输液以补充能量、营养及水分。

③密切观察患者治疗后反应。如出现头痛、恶心、呕吐等不适感,立即报告医师对症处理,并做好心理护理,给予解释安慰,稳定其情绪。

④意外的防治。在治疗中对可能出现的麻醉意外、延迟性窒息、严重的心律不齐,应立即给予心肺复苏。

在治疗前,护理人员要重视与患者及家属的沟通,做好治疗前的准备工作;治疗中要熟悉治疗的全过程,及时配合医师处理治疗中可能出现的各种不良反应;治疗后重视患者的饮食、生活护理及治疗的各种反应,以保证整个治疗的顺利进行。

一、常用保护具:

肩部、手、足和膝部约束带

二、应用保护性约束具的告知程序:



1. 使用保护性约束具的目的是防止患者发生冲动、伤人、毁物等意外,以确保治疗,护理顺利进行。

2. 对于患者冲动、兴奋、伤人、毁物、与病友发生冲突、不配合治疗等医生下医嘱,护士遵医嘱用特制约束带保护患者的肩部、上肢、膝部等。

3. 在使用约束具期间,我们要经常观察约束部位的皮肤颜色,必要时会进行局部按摩,以促进血液循环。

4. 在使用约束具期间,我们会将肢体处于功能位置,并保护患者安全和舒适。

5. 感谢患者、家属的配合。

三、保护性约束护理流程

1. 首先对患者具体情况进行评估,符合约束情况,方可列为实施约束对象。

2. 约束前取下患者身上可能会损伤皮肤的物体。

3. 在约束时避免对患者粗暴拉扯并向患者或患者家属充分说明约束的目的和必要性,取得其理解,并签署知情同意书。

4. 约束过程中定时巡视患者,对患者进行动态评估。尊重患者隐私,减少身体暴露部位。及时供给食物,处理大小便,保持床单清洁。

5. 在护理记录单中真实、及时、准确地记录患者的病情,实施保护性约束的原因、约束的时间、约束的部位、约束部位的皮肤及肢体循环状况,约束后患者的皮肤及躯体的变化情况和解除约束的时间、解除人等。如有纠纷时可作为法律凭据。

四、保护性约束时加强护理

约束之前应向患者解释约束的目的是为了保护患者的安全,说明保护性约束的必要性。约束时工作人员态度要和蔼,有耐心,避免态度粗暴,注意患者的尊严。尽量不引起患者的反感,使用约束带时松紧适宜,以能放进2个手指为宜,不可系活结。对于被约束的患者,专人护理,严密观察肢体情况,耐心与患者进行交谈;重视患者的倾诉,避免不良的语言刺激。尽量满足患者的合理要求,对不合理的要求能满足尽量满足,不能满足时耐心解释。经常检查被约束部位的皮肤有无擦伤及受压情况,1~2 h放松调整体位和姿势并进行局部按摩及肢体活动;定时供水,定时供饭,定时协助患者排便,保持床铺干燥平整。

五、注意事项

1. 严格掌握保护具应用的适应证,维护病人自尊,不能以约束来对病人进行威胁或处罚。

2. 保护具只能短期使用,使用时肢体处于功能位置,并协助病人翻身,保证病人安全、舒适。

3. 使用约束带时,约带下应垫衬垫,固定须松紧适宜,其松紧度以能伸入1~2手指为宜。注意每15~30分钟观察一次受约束部位的血液循环,包括皮肤的颜色、温度、活动及感觉等;每2小时定时松解一次,并改变病人的姿势,及给予受约束的肢体运动,必要时进行局部按摩,促进血液循环。

4. 记录使用保护具的原因、时间、每次观察结果、相应的护理措施、解除约束的时间。

第七节 精神科急救护理常规

一、精神科一般急救护理常规

一、发现病情危重,应争分夺秒的进行抢救,攻击行为者立即采取措施,给保护者隔离及约束。遇到自杀者根据发生的性质情况立即给处理抢救,不得延误时间。

二、精神科常见事件

1. 暴力行为:态度凶狠、伤人毁物,不听劝者处理

A 安置重管室

B 给予保护性约束

C 遵医嘱用药

2. 撞墙:发现后,立即平卧于床,大出血者给止血缝合处理。注意观察血压、意识、瞳孔、脉搏、呼吸,同时观察耳、鼻、口有无出血。

3. 兴奋、抑郁、自杀等特殊精神症状按特殊精神症状护理常规执行

二、中暑护理常规

一、置病人于室温22~25℃阴凉通风房间,解开衣服,准确测量体温。

二、吸氧,保持呼吸道通畅。

三、建立静脉通道,保持静脉通畅。备好4℃葡萄糖盐水、冬眠合剂抢救用药。

四、必要时遵医嘱给予冷水擦浴或冰袋物理降温,体温降至38℃时停止物理降温。

五、严密观察生命体征、神志、皮肤颜色、温度、湿度、尿量及出汗情况。

六、日射病人头部放置冰袋或使用冰冒。

七、昏迷病人或接受冬眠治疗者,注意保持皮肤干燥、翻身,预防褥疮。

八、躁动病人,病床加床挡或使用约束带,保证安全。



三、触电护理常规

一、观察病人生命体征、神志、瞳孔的变化，呼吸、心跳停止者立即行心肺复苏，电除颤，立即建立静脉通道，遵医嘱给强心药等。

二、清理呼吸道，保持呼吸道通畅，给予吸氧。

三、心电监护者至少连续观察 24 小时，便于及时发现，纠正心律失常。

四、局部创面严格消毒，无菌包扎。注意受伤

部位血运，肢体的颜色、皮温及气味。

五、留置尿管者，应准确记录出、入量。

六、加强复苏后生命体征监测，对昏迷病人严格执行昏迷护理常规。

七、躁动时使用约束带、加床挡。

八、注意做好解释，消除家属和病人的恐惧。

四、中毒护理常规

一、详细询问病人及陪同人员，毒物种类、剂量、中毒的途径及时间。

二、休克病人采取平卧位，头偏向一侧；清除口腔、咽部、鼻腔分泌物、呕吐物；保持呼吸道通畅，给予吸氧；心跳、呼吸停止者，立即执行心肺复苏护理常规。

三、彻底清除体表毒物，脱去被毒物污染的衣物，用微温水清洗体表、头发、皮肤皱褶、甲缝，禁用热水。

四、胃肠道中毒者尽早使用催吐、洗胃、导泻等方法清理胃肠道毒物，洗胃过程应注意呼吸的变化，洗胃病人注意保暖。腐蚀性毒物禁止洗胃。

五、留取呕吐物、洗胃液或血液标本及时送检，

做好毒物鉴定。

六、密切观察血压、心率、呼吸、神志、瞳孔及尿量的变化，每 15~30 分钟记录 1 次。

七、根据中毒物的不同，遵医嘱给予相对应的解毒剂，注意观察药物反应并记录用药后反应。

八、随时注意排泄物(呕吐物、尿、大便)的性状、颜色、气味，有异常时及时送检。

九、神志不清或惊厥者，要有专人护理，加床挡，必要时使用约束带，防止坠床，昏迷者执行昏迷护理常规。

十、注意保护病人的隐私，安慰、体贴病人，给予同情、理解，还应避免病人独处，防止有自杀可能。

五、窒息护理常规

一、迅速进行抢救。呼吸心跳停止者，立即行心肺复苏。清理呼吸道及口、鼻内污物或分泌物，防止舌后坠。

二、建立静脉通道，掌握输液速度，防止心衰。

三、及时取血标本，监测血气及生化变化，发现异常及时协助医生处理。

四、留置尿管者，准确记录出入量。

五、胃肠减压，吸出胃内容物。

六、体温过低，采取复温措施。

七、如有外伤、骨折严格执行相关护理常规。

八、昏迷病人，严格执行昏迷护理常规，注意定时翻身、拍背。

六、自缢护理常规

一、一旦发现病人自缢，立即抱起病人双腿向上抬举，解除颈部受压迫状态，并唤他人来剪断绳索，把自缢者从绳索上解下来，放在地上或硬板上平卧，解开领口、内衣裤带。若是女性，还要把胸罩解开。再清除口腔、鼻腔中的分泌物，把病人头后仰，拉出舌头，防舌后坠堵塞气道。如病人悬吊于高处，解套时要同时抱住病人，防止坠地跌伤。

二、判断病情(有无意识、呼吸、大动脉搏动、瞳孔大小)

1、有呼吸心跳，将病人放平，建立静脉通道，遵医嘱予以呼吸兴奋剂、强心剂等药物，并通知病人家属、通知科室负责人、行政总值班、安抚其他病人保证其安全。进行简单人工呼吸或气管插管，支持对症治疗。

2、无呼吸心跳，要立即实施人工呼吸和胸外心

脏挤压术，而且要连续进行，直至自主呼吸恢复后再搬移病人。

三、若病人呼吸心跳恢复

(1) 迅速清理呼吸道并面罩给氧、气管插管呼吸机辅助呼吸，如果有喉头骨折或颈部组织损伤而出血，致使气管阻塞并影响呼吸恢复，可考虑行气管切开术。

(2) 镇静、解痉，控制抽搐、躁动。如病人意识模糊、躁动不安，应适当保护性约束，防止坠床。

(3) 应用激素。

(4) 适当应用 20% 甘露醇、维生素 C、维生素 B₁ 等改善细胞缺氧及缓解细胞、组织水肿药物。

(5) 适当应用脑神经细胞修复药物。

(6) 如病人呼吸、心跳恢复，但仍昏迷，应按昏迷护理常规护理。



- (7) 应用高压氧液输液仪输液。
- (8) 高压氧舱治疗。
- (9) 病人清醒后, 应劝导安慰病人, 使之稳定情绪。少数病人对自缢行为不能记忆, 也应予以理解,

但均应严密观察, 慎防再度自杀。

四、如果抢救无效, 呼吸心跳均未出现, 病人家属同意后, 进行尸体料理, 做好病人家属安抚工作。

第八节 康复护理常规

一、一般精神康复护理常规

精神康复护理, 是指通过对恢复期精神病患者进行生活、职业、学习等方面技能的训练, 达到尽量减轻疾病对患者精神功能的损害、提高其生活及社会适应能力之目的, 帮助患者重新回归社会的护理方法。

一、护理对象: 各类型精神疾病的恢复期; 慢性精神病患者; 儿童精神病; 老年精神病; 精神衰退状态等。

二、护理要点

1. 日常生活行为技能训练: 根据病情制定训练计划, 着重训练个人卫生、饮食、着装等方面的行为能力, 安排专人每周定时组织训练, 可采取奖励性强化措施以巩固疗效。

2. 学习行为训练: 目的是帮助患者掌握处理和应付各种实际问题的行为技能。可采用类似课堂教学的形式, 也可采用对话、宣传册或以表演心理剧、情景剧等形式进行。

(1) 药物治疗的自我管理: 帮助其了解药物治疗对预防病情复发的重要性, 学习关于精神药物的常识从而接受药物治疗。学习服药的自我管理方法, 掌

握安全用药技巧和出现不良反应时能立即报告的能力。

(2) 求助技能训练: 在个体有需要时能向医务人员正确提出问题和要求, 正确描述自己存在的问题和症状, 及时向家庭成员和社会求助的能力。

(3) 学习和一般技能训练: 定时安排各类型的教育活动, 如学习时事、卫生常识、科技知识等以提高常识水平。学习掌握洗衣服、简单家务、园艺操作、社会礼节、公共设施及交通工具的使用方法等相关技能, 改善其社会适应能力。

3. 就业技能训练: 在专业人员指导下结合患者的实际情况开展不同的技能训练。如简单的作业能力、工艺制作、职业性劳动能力训练等。

4. 始动性功能训练: 包括自我照顾、健康教育、社会交往、适应技巧、沟通技巧、求职技巧、理财技巧等能力训练。每周定时安排示范讲解活动并采取相互检查、评比奖励等措施予以强化, 逐步达到预期目标。

二、精神科睡眠护理常规

一、引起障碍的原因:

(1) 精神症状的原因: 一般多由过度兴奋、躁动、抑郁、紧张、焦虑引起, 或在妄想、幻觉的影响下发生。

(2) 环境的不良影响, 如噪音、过热、寒冷、病人相互影响以及蚊虫叮咬等。

(3) 躯体的不适或疼痛, 如头痛、皮肤瘙痒等。

(4) 没有规律的生活及不良习惯。

(5) 易地、易床的一时性不适应, 以及对家人的思念等。

二、护理常规

三、精神科心理护理常规

适应症: 神经衰弱、焦虑性神经症、抑郁性神经症, 各种精神病的间歇期或恢复期, 以及急性期的意识清醒状态。

方法:

一、建立良好的护患关系, 取得病人的充分信任。

二、了解并掌握病人的个性特征以及工作、生活、

(1) 了解不眠的原因: 如由于精神症状的关系, 可按医嘱给予镇静剂及安眠药, 并多加安慰, 消除恐惧心理。

(2) 消除环境上的不良影响, 保持环境安静, 及时处理吵闹病人。

(3) 安排有规律的生活制度, 以建立良好的睡眠习惯。白天可参加适当的文体活动及体力劳动, 入睡前避免过度兴奋, 如紧张的游戏无休止的聊天, 恐惧、紧张的电视节目等。

家庭、社交、婚姻等情况, 发病的具体社会心理因素及其与精神和躯体症状的关系, 病人的主要心理问题。

三、以关心、同情的态度, 对病情做具体客观的科学分析, 并提出战胜疾病的方法。

四、根据病情特点, 分别采用指导、鼓励、保证、暗示、劝解、疏导或调整环境等方法。



五、通过心理护理,使病人了解发病的疾病规律,消除顾虑、增强治疗的信心,达到由消极变为积极,由悲观变为乐观,由被动变为主动。

六、集体心理护理,每半月一次,由总责任护士负责安排授课内容,责任护士维持秩序并记录。

四、精神科的安全护理常规

一、病区的安全设备及物品管理

(一)、室内四壁光滑,不宜有钉子、铁丝或拉绳,防止患者用作自杀或他杀的工具。

(二)、电路应安装在墙内,插座及开关应放在高处或集中在护士办公室内,并加锁。

(三)各种管道,不宜暴露在外面或较低处,应尽量安设在较高处或墙壁内。

(四)、各类危险物品应严加保管,使用时专人负责,用完后收回,放回原处,并严格进行交接班。

(五)、病区内的饭桌、椅等均应是患者不能举起为宜。

(六)、病区内除病室和厕所不上锁外,其它各室都应随手上锁,禁止患者进入,钥匙妥善保管,严格交班。

(七)、配餐室内所用餐具、药杯、牙缸、洗脸盆等均应用搪瓷、铝制品、塑料制品等为宜。饮用的开水温度要适宜,要放在保温桶内加锁,以防烫伤。

(八)、病床加固,防撤毁及撞头。

(九)、患者所用物品应严加管理,除牙具外其他物品一律不准带入病室。

二、安全护理工作

(一)、工作人员进入病房必须衣帽整齐,注意安全开门,随手关门,保管好自己的钥匙。

记录内容为:集体心理护理课题、主讲人、接受心理护理病人姓名、讨论内容及效果等。

七、个别心理护理,由总责任护士、责任护士完成。视病情决定治疗时机,并记录病人心理状态,治疗手段及效果。

(二)、保持病房整洁、美观、物品陈列有序,危险物品要定位加锁,严格交接。

(三)、各类人与必须严格执行安全护理制度、交接班制度、分级护理制度和查对制度以及岗位职责。

(四)、按照病情轻重,合理调配病室,特、一级护理患者要严格集中管理,不离工作人员视线,严防发生意外。

(五)、加强病房安全措施及管理,每班要交接清楚门、窗等各种设施的安全,实行“谁发现谁报告”,护士长负责报修及落实。每周必须进行一次全面的安全检查,并讨论不安全因素和防范措施。

(六)、值班人员按规定巡视病房,仔细观察病情变化,并做好安全设施巡视。

(七)、每周进行一次医疗器械检查,使之时刻处于应激状态,被服和生活用具每月检查一次,做到定项、定额。

(八)、患者会客须在指定地点,谢绝家属进入病房,患者出入大门要仔细检查,防止带入危险品。

(九)、凡发生不良事件及差错事故应立即采取相应措施,逐级汇报并及时组织讨论。

(十)、护理人员要严格履行岗位职责,遵守劳动纪律,有事请假,严格交接班,工作时间不得擅自离岗、不干私活、不睡觉、不酗酒、不闲聊,严防因失职而发生意外。



第四篇 常用诊疗技术及护理常规

第六十五章 内科疾病诊疗技术及护理常规

第一节 纤维支气管镜检查

一、护理评估

- 1、评估患者生命体征、意识状态、面容和表情等。
- 2、观察患者有无出血、发热等。
- 3、观察患者术后2小时饮水有无呛咳、呼吸困难等。

二、护理措施

- 1、提供安静、舒适、温湿度适宜的环境。
- 2、术前查看手术同意书及肝功能、乙型肝炎表面抗原、血小板及出凝血时间等检查结果。
- 3、保持呼吸道通畅，采取舒适的卧位，检查前取下活动性义齿。
- 4、监测生命体征，观察咯血的量、颜色、性质。
- 5、术前4小时、术后2小时禁食水，术后进食前试验小口喝水，无呛咳再进食。
- 6、备好吸引器和复苏药物，防止喉痉挛和呼吸窘迫。出现咯血应通知医生，注意窒息的发生，做好

抢救准备。

三、健康指导要点

- 1、指导患者卧床休息。
- 2、指导患者准确掌握进食时间，避免误吸。麻醉作用消失、咳嗽和呕吐反射恢复后可进温凉流质或半流质饮食。
- 3、指导患者术后数小时内，会有少量咯血及痰中带血，不必担心。
- 4、指导患者减少用嗓子，避免声音嘶哑及咽痛。

四、注意事项

- 1、对于刷检、活检的患者，加强巡视，做好抢救准备，避免咯血窒息。
- 2、术后数小时内避免吸烟、谈话和咳嗽，使声带得以休息。
- 3、注意沟通，对于咯血患者，做好心理护理，消除紧张情绪。

第二节 腰椎穿刺鞘内注射术

一、护理评估

- 1、评估患者身心状况及合作程度。
- 2、评估腰椎穿刺可能出现的并发症。

二、护理措施

(一) 术前护理:

- 1、向病人介绍穿刺的相关知识，减轻患者紧张焦虑情绪。
- 2、穿刺前嘱患者排空大小便。
- 3、备齐穿刺包、无菌手套、所需药品、氧气等。协助医生配置、核对鞘内注射药物，确保剂量准确。
- 4、协助患者去枕侧卧，背齐床沿，曲颈抱膝，呈“虾米”状，使脊柱尽量前屈，以增加椎间隙宽度。

(二) 术中护理:

- 1、指导和协助病人保持腰椎穿刺的正确体位。

- 2、观察病人呼吸、脉搏及面色的变化，询问有无不适感，注意保暖。

(三) 术后护理:

- 1、去枕平卧6小时，卧床期间不可抬高头部。
 - 2、观察穿刺处敷料有无渗液。
 - 3、观察患者有无头痛、恶心、呕吐等不良反应。
- 三、健康指导要点:**告知患者术后如出现剧烈头痛、频繁呕吐，要及时告知医护人员。

四、注意事项

- 1、术后去枕平卧6小时，如有恶心、头痛等症状，则延长平卧时间。
- 2、保持穿刺部位的纱布干燥，观察有无渗液、渗血，24小时内不宜淋浴。

第三节 骨髓穿刺术

一、护理评估

- 1、评估患者身心状况及合作程度。
- 2、穿刺处疼痛。

- 3、穿刺处渗血情况。

二、护理措施

- 1、向病人介绍穿刺的相关知识，减轻患者紧张



焦虑情绪。

- 2、穿刺前嘱患者排空大小便。
- 3、备齐穿刺包、无菌手套、所需药品。
- 4、术中根据穿刺部位协助病人取舒适体位，观察病人的反应，如有不适，及时处理。
- 5、协助医生留取所需的标本，及时送检。
- 6、术后嘱病人静卧休息，保持穿刺处敷料干燥，3天内避免弄湿，以防感染。
- 7、穿刺处如有渗血，应立即更换无菌纱块，压迫伤口至无渗血为止。
- 8、保持穿刺局部皮肤的清洁、干燥，针孔出现红肿、热、痛时，可用2%碘酊或0.5%碘伏等涂擦局部，每天3-4次。若伴有全身发热，则应与医生联系，根

据病情适当选用抗生素。

三、健康指导要点

- 1、拔针后局部按压，血小板减少者至少按压5分钟以上，注意保暖。
- 2、穿刺处敷料不要弄湿，多卧床休息，避免剧烈活动，防止伤口感染。

四、注意事项

- 1、血友病等出血性疾病为骨髓穿刺禁忌症。严重出血的血友病禁忌做骨髓穿刺。有出血倾向或凝血时间明显延长者不宜做骨髓穿刺，但为明确诊断疾病也可做，穿刺后必需局部压迫止血5-10分钟。
- 2、晚期妊娠的妇女慎做骨髓穿刺，小儿及不合作者不宜做胸骨穿刺。

第四节 葡萄糖耐量试验与胰岛素释放试验法

一、护理评估

- 1、生命体征及血糖。
- 2、采血部位皮肤情况。
- 3、评估患者试验前3天饮食，试验前用药情况。
- 4、评估患者的心理、意识状况及合作程度。

二、护理措施

- 1、核对医嘱，准备用物。
- 2、评估患者，向患者解释采血的目的及注意事项。
- 3、测空腹血糖，如血糖过高应暂缓试验。
- 4、准备试管并双人核对。
- 5、核对无误后采集空腹血。
- 6、口服葡萄糖并计时。
- 7、于口服葡萄糖后0.5小时、1小时、2小时、3小时准点采集血标本。
- 8、采血完毕后测患者手指血糖，如有异常及时通知医生。
- 9、将标本送检。

三、健康指导要点

- 1、试验前3天，每天进食碳水化合物不能少于200g-300g，试验前应禁食10h-16h，
- 2、试验前应避免应激因素，如剧烈体力活动或精神刺激。

3、试验前应停用可能影响血糖的药物，如降糖药、利尿剂、糖皮质激素以及口服避孕药等。

4、病人抽血前先采集手指血糖，如血糖过高应暂缓试验；试验结束后应监测患者手指血糖，如血糖过高应通知医生及时处理。

四、注意事项

- 1、采集空腹血时间不能太早，以免影响病人休息。
- 2、有糖尿病急性并发症时应暂缓检查。
- 3、试验中服用的葡萄糖水浓度不应过高或者过低，糖水要在5分钟内服用完毕。
- 4、试验期间减少活动，以卧床休息为主。

第五节 手指血糖测定法

手指血糖测定是用于监测病人血糖波动水平的一种快速简易的床边检验方法。通过病人的监测结果来了解血糖波动情况，为治疗用药提供依据

1、适应证

(1) 诊断方面：通过空腹和餐后2小时手指血糖测定可以筛查出糖尿病高危人群。

(2) 治疗方面：了解患者血糖波动的情况，对治疗起到调整指导作用。

2、禁忌证 无。

一、护理评估

1、评估患者

(1) 询问了解患者的身体情况：病情、意识状态、

采血部位情况及合作程度。

(2) 询问患者是空腹还是餐后2h。

2、评估用物：血糖仪性能、血糖试纸有效期，血糖试纸与血糖仪设置的编号是否一致。

二、操作要点

1、准备工作：

(1) 护士准备：着装整洁，洗手，戴口罩，向患者解释操作的目的

(2) 用物准备：血糖仪、血糖试纸、采血针、75%乙醇、棉签、弯盘、治疗巾、清洁手套一双

2、操作步骤：

(1) 核对医嘱，患者床号、姓名、住院号，评



估患者。

(2) 检查血糖仪性能、血糖试纸有效期，血糖试纸与血糖仪设置的编号是否一致。

(3) 洗手，戴口罩。

(4) 携用物至患者床边，再次核对。

(5) 协助患者取舒适体位，铺一次性治疗巾在预检测手下。

(6) 确认患者是否符合空腹或者餐后 2h 血糖测定的要求。

(7) 开机，确认血糖试纸的编号与血糖仪设置的编号一致。

(8) 75% 乙醇棉签消毒预检测手指，手指向上直立待干。

(9) 戴手套，再次核对，在消毒手指的指腹两侧扎针。

(10) 将血糖试纸吸附垫与血液充分接触，使试纸测试区完全变成红色，将血糖试纸插入血糖仪内等待结果。

(11) 棉签按压穿刺点至无出血。

(12) 读取并告知患者监测结果，异常时通知医生。

(13) 撤去治疗巾，取手套。

(14) 询问患者需要，整理床单位，协助患者取舒适体位。

(15) 将检测结果填写在记录单上，注明日期和时间。

(16) 处理用物，洗手，取口罩。

三、健康指导要点

1、告知患者血糖监测目的，取得合作。

2、指导末梢循环差的患者将手下垂摆动。

3、指导患者掌握自我监测血糖的技术和注意事项。

四、注意事项

1、测血糖前，确认血糖仪上的号码与试纸号码一致。

2、确认患者手指酒精干透后实施采血。

3、采血量应使试纸测试区完全变成红色。

4、避免试纸发生污染。

第六节 胰岛素笔皮下注射法

一、护理评估

1、患者年龄、病情、患者及家属对此项治疗目的的认识程度及合作能力。

2、用药史、家族史、不良反应史，药物相关知识的知晓度。

3、患者的体位、皮肤有无硬结、瘢痕、皮下血肿、红肿等。

4、评估有无低血糖、高血糖反应。

5、正确安装胰岛素笔及各配件（笔、笔芯，针头）

二、护理措施

1、核对医嘱，洗手、戴口罩，备齐用物

2、核对笔芯（特充笔）的名称，检查笔芯（特充笔）及无菌物品质量、有效期。

3、核对病人，告知目的，评估并指导病人取舒适体位。

4、将笔帽拔出，把笔芯架旋开，用手轻轻将活塞推至不能推动，插入笔芯并旋紧（若为特充笔不需要此步骤）；预混胰岛素需混匀，先水平滚动 10 次，然后再上下晃动 10 次（若为澄清状态的胰岛素不需要此步骤）。

5、选择合适的注射部位，用 75% 酒精棉签以注射点为中心，由内向外螺旋式消毒，消毒直径在 5cm 以上，待干。

6、排气：新笔芯（新特充笔）调取 4 个单位，已开始使用的笔芯（特充笔）调取 2 个单位，剂量显示应回到零，针尖应出现胰岛素液滴。

7、调节剂量：旋转剂量选择器，直到剂量指针指向所需剂量的位置，确认剂量调节正确后注射。

三、健康指导要点

1、一旦发现注射部位有疼痛、凹陷、硬结的现象出现应立即停止在该部位注射，直到症状消失。

2、使用注射部位轮换法，每次注射部位最少距离 1cm。

3 根据胰岛素剂型督促病人按时就餐，观察有无低血糖发生。使用中的胰岛素常温保存，未开启的胰岛素放置于 2~8℃ 避光保存。

四、注意事项

1、严格执行无菌操作原则。

2、胰岛素剂型及剂量必须准确无误，应根据胰岛素剂型正确选择注射部位。

3、注射完毕，至少停留 10 秒以上拔针。

4、每次注射之前，排尽空气（预混胰岛素应摇匀再排尽空气）。

5、注射之后，应检查剂量显示窗，确认读数已回零。

6、每次注射完毕后必须拔下并丢弃针头。



第七节 电子胃镜检查

一、护理评估

(一) 术前:

1、评估患者的生命体征, 询问病史, 了解有无麻醉药过敏史。

2、评估患者的心理状况。

3、评估患者有无戴眼镜及活动义齿。

4、评估患者的心肺功能。

(二) 术后:

1、评估患者的生命体征。

2、评估患者有无咽部不适。

二、护理措施

(一) 术前:

1、安慰患者, 向患者做好解释工作, 签署内镜检查知情同意书。让患者在检查前了解胃镜检查的基本操作程序, 使其对整个操作过程基本了解, 避免认知不足带来的心理压力, 减轻其恐惧心理。告知患者可选择无痛胃镜。

2、测量血压、心率。

3、检查前一晚进少渣易消化食物, 晚 22: 00 后禁食、禁水。术前 12 小时内禁烟以减少胃酸分泌; 怀疑胃排空延缓者应当适当延长禁食时间; 有幽门梗阻

者应先抽尽胃内容物, 必要时洗胃; 已接受胃肠钡餐检查者, 3 天内不宜做胃镜检查。

4、戴眼镜者、有活动义齿者应取下, 以免检查中误吸或误咽。

(二) 术后:

1、指导患者 2 小时后进温凉流质或半流质饮食。

2、如为无痛胃镜, 检查结束后必须有家属陪同离开。

三、健康指导要点

1、指导患者术中正确呼吸, 用鼻子吸气、嘴呼气, 保持深呼吸、浅吸气。勿用舌顶镜身, 若有不适举手示意, 不可自行拔管。

2、术后可能出现腹胀, 指导病人取坐位, 哈气, 同时按摩腹部, 促进肠道气体排出。

3、术后若患者咳嗽带少量血丝, 不要惊慌, 原因是进镜过程中咽部黏膜摩擦受损所致, 咽部刺激症状在 1-2 天后也会自行消失。

四、注意事项

1、如为高血压病人, 术前遵医嘱给予降压药。

2、如为无痛胃镜, 检查结束后 3 小时内需有人陪同, 指导其当天不骑车、不开车, 不进行高空作业。

第八节 电子结肠镜检查

一、护理评估

(一) 术前:

1、评估患者的生命体征, 询问病史, 了解有无麻醉药过敏史。

2、评估患者的心理状况。

3、评估患者肠道洁净度。

4、评估患者服用泻药后的胃肠道反应: 恶心、呕吐等。

(二) 术后:

1、观察患者有无腹胀不适, 评估生理舒适度。

2、及时评估患者有无并发症的发生。

(1) 出血 患者有无黑便、鲜血便等症状, 生命体征有无变化。

(2) 穿孔 注意有无腹痛。

二、护理措施

(一) 术前:

1、向病人解释操作目的、方法、注意事项及并发症, 做好心理护理, 消除紧张、恐惧心理, 取得配合, 核实病人或家属是否签署电子结肠镜检查知情同意书。

2、检查前两天进少渣半流质, 前一天进流食, 当日禁食。

3、指导病人进行肠道准备。检查当日 05: 00 口服聚乙二醇电解质散 2000ml, 并注意观察病人的排便情况, 根据粪便的情况评估病人的肠道清洁度, 如效果不满意, 及时行清洁灌肠, 直至排出的大便为清水样。

4、若病人胃肠道反应较重, 可遵医嘱服 20% 甘露醇 500ml 及 5% 葡萄糖 500ml (0.9% 氯化钠 500ml), 必要时行清洁灌肠。

5、聚乙二醇电解质散的配制及服用方法: 将聚乙二醇电解质散 2 盒 (每盒内含 A、B、C 各 1 小包) 分别倒入 1000ml 温水中充分溶解, 首次服用 600-1000ml, 以后每隔 10-15 分钟服用 250ml, 1.5 小时服完, 总量 2000ml。

6、服药期间, 指导患者来回走动并轻揉腹部, 以缩短排泄时间, 减轻腹胀。

(二) 术后:

1、检查后进少渣饮食。

2、如为无痛肠镜, 检查结束后必须有家属陪同离开。

3、保持大便通畅, 观察大便的颜色、性状, 如有异常及时告知医生。

4、观察病人有无腹痛、腹胀等症状发生。



三、健康指导要点

- 1、指导病人检查后进少渣饮食 3 天。
- 2、若病人腹胀明显,可用热水袋热敷或按摩腹部,促进肠道气体排出,腹胀明显者可行胃肠减压,肛门排气。
- 3、注意保持肛门清洁。

四、注意事项

- 1、如为高血压病人,检查前应给予降压药。
- 2、根据预检查的时间,正确配制相应的电解质溶液,按时指导服药,观察肠道清洁程度。
- 3、如为无痛肠镜,检查结束后 3 小时内需有人陪同,指导其当天不骑车、不开车,不进行高空作业,以免发生意外。

第九节 超声内镜检查术

一、护理评估

(一) 术前

- 1、评估患者的生命体征、心肺功能,询问病史。
- 2、评估患者的心理状况。
- 3、评估患者有无戴眼镜及活动义齿。

(二) 术后

- 1、评估患者的生命体征。
- 2、评估患者有无咽部不适。

二、护理措施

(一) 术前

1、向患者做好解释工作,签署超声内镜检查知情同意书。让患者在检查前了解超声内镜检查的基本操作程序,使其对整个操作过程基本了解,避免因认知不足带来的心理压力,减轻其恐惧心理。

2、测量血压、心率,必要时检查心电图。

3、检查前禁食禁水 8 小时,检查前 30 分钟口服去泡剂。

(二) 术后

- 1、指导患者 2 小时后进温凉流质或半流质饮食。
- 2、检查后有咽部不适或声音嘶哑,可用做雾化或用西瓜霜含片。以减轻咽部不适症状。

三、健康指导要点

- 1、术后可能出现腹胀,指导病人取坐位,哈气,同时按摩腹部,促进肠道气体排出。
- 2、术后若患者咳嗽带少量血丝,不要惊慌,原因是进镜过程中咽部黏膜摩擦受损所致,咽部刺激症状在 1-2 天后也会自行消失。

四、注意事项: 术中操作过程中注水,应防误吸。

第十节 内镜下食管静脉曲张套扎术或硬化剂注射治疗法

一、护理评估

(一) 术前:

- 1、评估患者的生命体征,询问病史,了解有无过敏史,女性病人了解月经史。
- 2、评估患者的心理状况。
- 3、患者的心肺功能,检测血常规、出凝血时间,了解有无手术禁忌症。

(二) 术后:

- 1、严密观察患者的生命体征。
- 2、及时评估患者有无呕血及黑便等并发症的发生。

二、护理措施

(一) 术前:

- 1、向患者做好耐心细致的解释工作,消除紧张、恐惧心理。
- 2、向患者讲解治疗的目的、方法、预后,讲解术中、术后可能出现的并发症及应对措施,取得家属及患者的配合,签署知情同意书。
- 3、完善相关检查如血常规、血型、出凝血时间、心电图等。
- 4、术前禁食 12h,预防术中呕吐,以免引起窒息。

5、右前臂行留置针穿刺,建立静脉通路。术前遵医嘱使用生长抑素药物,防止术中出血。

6、术前备血,准备好抢救药品及物品,如止血药、三腔二囊管、吸引器等。

(二) 术后:

- 1、绝对卧床休息 24h,禁食 24h-48h。
- 2、给予心电监护,严密观察生命体征及病情变化。观察有无出血、食管穿孔、感染等并发症的发生,避免咳嗽和用力排便。如有出血或胸前区不适,及时报告医生,做出相应处理。

3、根据医嘱给予抗感染及止血治疗。术后常规使用生长抑素经微量泵泵入,以维持稳定的血药浓度,降低门脉压力;并加用 H₂ 受体拮抗剂或质子泵抑制剂等药物,抑制胃酸分泌,防止术后出血。

4、保持大便通畅,防止干结。

三、健康指导要点

- 1、行食管静脉曲张套扎治疗后,取平卧位或半卧位,抬高床头 35°,以减少胃酸对套扎部位的腐蚀,绝对卧床 24h,卧床休息 1 周,2 周内应避免剧烈活动。
- 2、如无不适,24h 后可进食少许温凉流食,4-7 天后进食半流食,逐渐进食易消化、营养丰富的软食。



禁食过硬、过热、多渣及辛辣食物。

四、注意事项

1、注意观察大便的颜色、性状。

2、注意观察胸前区有无不适。

第十一节 内镜下逆行胰胆管造影术

一、护理评估

(一) 术前:

1、评估患者的生命体征、皮肤黄染状况及疼痛情况,注意疼痛的部位、性质、程度等。

2、询问有无高血压、心脏病、麻醉药过敏等病史。

3、评估患者的心理状况。

4、评估患者佩戴的饰品及义齿情况。

5、评估患者的心肺功能,出凝血时间,测定血尿酸淀粉酶、血小板计数,了解有无手术禁忌症。

(二) 术后:

1、评估患者的生命体征及意识状况。

2、评估BD管引流是否通畅,引流液的颜色、性质及量。

3、评估患者生理舒适度。

4、及时评估患者有无并发症的发生。

(1) 急性胰腺炎 患者有无腹痛及腹痛的部位、性质、程度,血尿酸淀粉酶情况。

(2) 胆道感染 患者有无腹痛、畏寒、发热、黄疸及腹膜刺激症状和血常规的变化。

(3) 十二指肠穿孔 注意腹痛、腹部体征及生命体征的变化。

(4) 出血 患者有无呕血、黑便等症状。

二、护理措施

(一) 术前:

1、术前向病人作好解释工作,详细介绍手术目的、方法、注意事项、术中配合,并举成功病例,增强病人的信心,消除紧张情绪,争取积极配合。

2、向病人讲述术中卧位,协助病人进行练习。

3、术前禁食、水8小时。

4、患者穿着要适合摄片要求,不要佩戴金属装饰物。

5、送病人至介入科前,遵医嘱注射术前用药:杜冷丁50mg、安定10mg、东莨菪碱0.6mg。

6、查看心电图单和各种化验报告单,包括血常规、血凝常规、血清淀粉酶、尿淀粉酶、肝功能、知情同意书等。

7、携带预约单及病历,必要时用轮椅护送病人

至介入科。

(二) 术后:

1、观察患者的面色,体温、脉搏、呼吸、血压的变化,必要时氧气吸入,心电监护。

2、观察有无恶心、呕吐、腹痛、腹胀及压痛、反跳痛等症状体征出现。

3、观察大便的颜色、性状、量以及可能会有排出的结石。观察黄疸消退情况。

4、BD管妥善固定,保持通畅。遵照BD管护理

5、遵医嘱使用止血、消炎、抑酶及保护胃粘膜等药物。

6、监测相关化验结果。术后3小时及次晨测血尿酸淀粉酶,有升高者继续复查至恢复正常。

7、术后常规禁食24小时,禁食期间做好口腔护理。

三、健康指导要点

1、指导患者术后卧床休息2-3天,重症患者适当延长卧床时间。

2、常规禁食24小时后病人如无腹痛、无发热、无血尿酸淀粉酶升高、无白细胞计数增高,可逐步进流质,低脂少渣半流质至正常饮食。

3、指导患者及家属保护引流管的方法,告知患者及家属ERCP术后的注意事项,取得患者及家属的配合。

四、注意事项

1、注意术后并发症的发生:急性胰腺炎、胆道感染、出血、穿孔。

2、宣教BD管留置的重要性,作好BD管二次固定,保证引流通畅,防止意外拔管。同时在鼻胆管出鼻腔处作好标记,以便及时发现有无脱出。

3、观察引流液的颜色、性状及量。若胆汁混浊、颜色改变或出现脓性絮状物等,提示有胆管感染;胆汁中有细小、褐色沉淀,很可能为引流出的碎石或胆泥。

4、鼻胆管留置时间一般为3-10天,重症病人可放置2周,各项生化指标正常时即可拔管,拔管时反折鼻胆管,嘱病人屏气,防止胆汁误吸。

第十二节 呼吸睡眠监测法

一、护理评估

1、评估患者生命体征、意识状态,能否配合此项检查。

2、观察患者的呼吸及指脉氧情况。

二、护理措施

1、环境设置:睡眠监测室要做好遮光隔音处理,



最好设为单人房间，为其创造一个舒适的睡眠环境；床边放置患者随手可得的集尿容器，便于夜间小便；呼叫系统设置放在患者随手可及的地方，便于有情况及时联系。

2、监测前准备：

(1) 首先热情接待患者，让患者熟悉环境、设施、检查的意义，对患者提出的疑问作详细解答，缓解其紧张情绪。

(2) 其次为确保患者监测结果的准确性，监测前告知患者先将面部及头发洗净，勿使用化妆品，摘去金属物品，穿宽松的棉质衣服，或自带宽松睡衣，男患者需剃须（有胸毛也一并剔除），关闭手机等通信工具。

(3) 检查当天中午不要小睡，除非这成为自己的习惯。

(4) 嘱患者少饮水，排空小便，不服用安眠药及避免饮用浓茶、咖啡等，长期进行某种药物治疗者可事先向自己的医师咨询哪些药物不能停服，如检查当天饮用了酒精饮料，应向技术人员说明。

(5) 对重度呼吸障碍患者，应有家属陪伴，并最好急救准备工作，已备抢救时用。

3、电极安装：

(1) 保证多导睡眠图监测质量的最好方法是确

保放置电极的质量，睡眠分析的3个关键指标为脑电图、眼电图、下颌肌电图。

(2) 安装原则是保持一定的张力，并妥善固定。

4、睡眠监测中的护理：

(1) 夜间按时巡视病人，做到“四轻”；

(2) 监测病人的各个参数，尤其呼吸及指脉氧情况，指脉氧低于95%时应高度重视，密切观察，若异常情况应立即汇报医生，配合医生采取相应的护理措施。

5、睡眠监测后的护理：

(1) 次日晨患者睡醒后，关闭多导睡眠监测仪及电脑上连接监测的停止键。

(2) 进行消毒清洗，协助患者进行脸部的清洗，询问夜间睡眠状况，分析多导睡眠监测图。

三、健康指导要点

1、指导患者养成良好的生活习惯，经常锻炼减肥

2、睡眠时取侧卧位；

3、戒烟酒、勿服用镇静安神药物；

4、保持鼻腔通畅。

四、注意事项：

1、嘱老年患者，或患有高血压、心脏病的患者检查时需有家属陪同。

2、检查结束后，嘱患者休息片刻再缓慢起床。

第十三节 肾穿刺术

一、护理评估

1、评估患者生命体征。

2、评估患者实验室检查结果。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 遵医嘱采血全面检查凝血机制及有无隐性感染，如乙肝全套等项目。

(2) 向病人讲解穿刺的重要性，消除其顾虑。

(3) 宣教在B超定位下呼吸配合与穿刺时的配合。

2、术后护理

(1) 穿刺点无菌包扎，酌情腹带包裹，根据医嘱应用抗感染、止血药物。

(2) 绝对卧床休息12小时，24小时内床上活动，24小时根据医嘱下床活动。

(3) 术后12小时观察穿刺部位有无出血，监测血压，如有异常及时记录并遵医嘱处置。

(4) 动态观察尿液变化24小时。

(5) 观察病人有无心慌、多汗、四肢发冷、血压下降及腹痛、发热、腰痛、腰涨等情况，如有异常立即告知医生处理并记录。

三、健康教育指导：

1、术前指导练习床上大小便。

2、术后鼓励病人多饮水，以利排尿。

四、注意事项：注意保暖，防止感冒。

第十四节 临时性心脏起搏器置入术

一、护理评估

1、评估患者心率状况及病情（有无晕厥史、心脏传导阻滞等）。

2、评估患者的意识状态及合作程度。

3、评估患者手术部位的皮肤情况。

4、评估患者生命体征，术后伤口有无渗血，血

肿及疼痛，起搏器的感知功能是否良好。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、心理护理 向病人介绍安置起搏器的意义、手术的安全性、手术基本过程，消除其紧张情绪。

2、皮肤的准备 会阴部及两侧腹股沟及双侧锁



骨上、下区皮肤备皮。

3、抗生素皮试。

4、术前4小时可进流食，急诊手术可随时进行手术。

5、术前停用抗凝剂

6、病情需要心电监护时，粘贴电极片位置避开手术区域。

7、术前建立静脉通道，遵医嘱用药。

(二) 术中护理

1、协助病人取平卧位，遵医嘱给予局部麻醉。

2、配合医生做好临时起搏电极置入、起搏器功能检测等相关工作。

3、心电监护，注意观察心率、节律及有无出血等病情变化。

4、术中严密观察病情变化，备好急救药械，做好急救护理。

(三) 术后护理

1、持续心电监护，严密观察心电监测变化，当出现心脏压塞时（血压下降或休克，心音低弱，颈静脉怒张），或出现感知不良时，及时通知医生，备好抢救用品。

2、固定体外电极与起搏器的连接，无松动。

3、固定临时起搏器，放置于安全位置，避免磕碰。

4、监测并记录病人情况及起搏参数，详细记录交班。

5、检查起搏器是否按需起搏，指示灯闪烁正确，当低电量报警时，通知医生，及时处理。备好备用电池。

6、如穿刺部位选择股静脉，嘱病人术肢制动，避免弯曲，每2小时进行下肢被动按摩，防止下肢静脉血栓形成，每日观察下肢皮温，颜色，腿围是否对称，有无变化。

7、观察局部穿刺部位有无渗血，出血及血肿，保持伤口敷料清洁干燥。

8、如需搬动病人时注意妥善固定，以防电极脱位。

9、监测体温变化，保持床单位整洁，遵医嘱应用抗生素，避免感染。

三、健康指导要点

1、向患者耐心解释安置临时起搏器的重要性、工作原理及术后的注意事项，消除患者恐惧，紧张等情绪，使其能积极配合治疗。

2、满足患者的需要，支持，鼓励患者，使其树立战胜疾病的信心，坚持治疗。

四、注意事项

1、观察临时起搏器频率，功率，灵敏度。

2、观察监护仪临时起搏器工作状态。

3、由于临时起搏器终端暴露在外，故必须予以保护，存放于患者周围安全位置以防漏电情况。每天查看电池耗电情况，准备好备用电池以便及时更换。

4、临时起搏电极留置心腔时间一般不超过2周，最多1个月。

第十五节 永久性人工心脏起搏器置入术

一、护理评估

1、评估患者病情（有无晕厥史、心脏传导阻滞等）。

2、评估患者心理状况。

3、评估患者手术部位的皮肤情况。

4、评估患者生命体征，术后伤口有无渗血、血肿及疼痛，起搏器感知功能是否良好。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、心理护理：向病人介绍安置起搏器的意义、手术的安全性、手术基本过程，消除其紧张情绪。

2、皮肤准备：临时起搏备皮范围是会阴部及两侧腹股沟；埋藏式永久起搏备皮范围是左上胸部，包括颈部和腋下。

3、抗生素皮试。

4、术前4小时可进流食。

5、术前停用抗凝剂。

6、病情需要行心电监护时，粘贴电极片位置应避开手术区域。

(二) 术中护理

1、协助病人取平卧位，遵医嘱给予局部麻醉。

2、配合医生做好起搏器置入、起搏器功能检测等相关工作。

3、心电监护、注意观察心率、节律及有无出血等病情变化。

(三) 术后护理

1、迎接并安置病人，了解术中情况及起搏频率。

2、持续心电监护，观察起搏器起搏和感知功能是否良好。

3、取平卧或半卧位，24小时不宜右侧卧位。

4、切口沙袋压迫6小时，观察切口有无渗血、血肿及感染。一般术后7天拆线。

5、预防感染：遵医嘱使用抗生素3—5天。

6、观察并发症：观察有无腹壁肌肉抽动、心脏穿孔等表现，有无切口渗血、红肿，监测体温、脉搏、心率及心电图，以尽早发现出血、感染等并发症及有无导管电极移位或起搏器功能障碍，报告医生并协助处理。

三、健康指导要点

1、告知病人起搏器的设置频率及使用年限。

2、教会病人自己数脉搏，出现脉搏明显过快、



过慢（低于起搏器频率5次/分）或有头晕、乏力、晕厥等不适应及时就医。

3、装有起搏器的一侧上肢1个月内应避免做过度用力或幅度过大的动作，如打网球、举重物等，以免影响起搏器功能。

4、避免接触核磁、激光、理疗、电灼设备、变电站等，但家庭生活用电一般不影响起搏器工作。嘱病人一旦接触某种环境或电器后出现胸闷、头晕不适，应立即离开现场或不再使用该种电器。

5、妥善保管起搏器卡（注明起搏器类型、品牌、

有关参数、安置日期等），外出随身携带，便于出现意外时为诊治提供信息。

6、定期随访，测试起搏器功能。出院后第1个月、第3个月、第6个月、第12个月各随访一次，1年后每年随访一次，电池消耗使起搏器脉冲减慢，此时应缩短随访间隔，在电池耗竭之前及时更换起搏器。

四、注意事项

1、术前做好心理护理，消除紧张情绪。

2、术后严密监测生命体征，心电图，观察切口情况及起搏器功能。

第十六节 移植人工血管动静脉内瘘成形术

一、护理评估

1、评估患者的临床症状及生命体征。

2、观察血管通路的状态。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 向患者说明手术的目的、重要性，以取得患者的合作，测出凝血时间。

(2) 保护一侧肢体的静脉，避免静脉注射或输液。

(3) 评估造瘘血管情况及相关检查：看外周血管（桡动脉或者肱动脉）的搏动，了解需要吻合的静脉走行、内径和通畅情况，询问患者有无中心静脉置管史、外周动脉穿刺史。完善凝血功能等术前检查。

(4) 术前准备：根据手术切口的选择，告知患者注意保护好造瘘处皮肤，切勿抓伤、碰伤皮肤以防术后感染，手术前天和当天用肥皂水彻底清洗造瘘侧手臂皮肤，并剪短指甲，如体毛过长者应该备皮，但注意勿刮伤皮肤。术前在另一侧肢体常规备留置针。

(5) 术前锻炼：当手术日期确定后，护理人员提醒患者进行手臂血管锻炼，最好是术前2周进行抓握等充盈血管的运动。同时，术前2周检测血压，避免劳累，合理饮食，减轻水肿，预防感染。

2、术后护理

(1) 动静脉内瘘手术后肢体会肿胀疼痛，有时伤口会有小量渗血，这是正常现象。如果渗血量较大，要通知医生处理。当天要密切观察伤口有无渗血，注意血管杂音情况。

(2) 抬高患侧肢体可增加回流，减轻肿胀。

(3) 禁止在手术侧肢体测血压及静脉穿刺，禁止在瘘口的腋下测体温，禁止患者穿紧袖口上衣，禁止患者用内瘘侧肢体持重及其他用力的活动。直立时内瘘侧肢体可自然弯曲放到腹部，平卧时内瘘侧肢体放到身体侧面，可在手掌下垫一个枕头，使手部高于上臂，不要长时间下垂，禁止患者手术侧卧位，

(4) 禁止内瘘侧肢体吊绷带，避免磕碰手术部位。

(5) 防止血栓形成：

血栓形成是血管手术后常见并发症，术后30天内，血栓发生率为2%~7%。因此，术后应严密观察患肢血运情况。如患肢麻木、苍白、皮温下降、动脉搏动减弱或消失，应警惕有无动脉血栓形成可能。若患肢出现疼痛、肿胀、潮红或紫绀，病人出现低热等反应，应警惕有无深静脉血栓形成。术后应根据手术部位协助患者选择适当体位，病鼓励患者早期床上活动肢体，借助肌肉收缩挤压，促进局部血液循环，防止血栓形成。术后还需根据病情给予溶栓、抗凝等药物。

(6) 防止人造血管感染：

术前合并糖尿病、开放性大血管损伤超过6小时、术前已有感染灶存在等，是造成人造血管感染的高危因素。术后应严密观察病人的生命体征，注意病人有无发热、咳嗽，切口局部有无红、肿、热、痛等感染症状。术后继续应用抗生素，各种操作严格执行无菌操作，防止口腔炎、尿路感染等。病室内注意通风，每日病室用空气消毒器消毒，将室温调节至25℃~27℃，湿度保持在60%~70%。减少人员的探视，加强营养，提高抵抗力，促进切口、血管吻合口的愈合。

(7) 注意并发吻合口假性动脉瘤及吻合口狭窄 吻合口假性动脉瘤是动脉重建术后一个较远期的并发症，发病率为1%~5%。术后若发现吻合口处有搏动性肿块，听诊有血管收缩期杂音，应考虑有吻合口假性动脉瘤的形成。引起吻合口狭窄的原因有：吻合口缝合不当、人造血管扭曲、血栓形成、吻合口内膜增生等，若不及时治疗，可引起移植血管闭塞。术后应观察患肢皮温、动脉搏动情况，患肢有无疼痛、麻木、感觉异常等，必要时行动脉造影以明确诊断。

(8) 嘱患者睡眠时不要将手术侧肢置于身体或头部下面。

(9) 手术侧肢体注意保暖。

(10) 注意维持患者足够的血容量，在脱水量大、腹泻、低血压、高热时，注意内瘘是否通畅。

(11) 遵医嘱常规给患者皮下注射小分子肝素。

(12) 检查内瘘是否通畅，如感觉不到血管震颤



或听不到血管杂音应立即通知主刀医生。

(13) 术后每天换药一次，不要用绷带连续缠绕包扎，不要将胶布粘成环状

(14) 术后3日可进行局部锻炼，促使瘘管成熟。
方法：手握橡皮握力圈，每日3次，每次10分钟；也可用手、止血带或血压袖带在吻合口上方(如上臂)，轻轻加压至静脉中度扩张，每30分钟松开一次，每天可重复3次。

(15) 术后5日内，应保持术侧肢体干净，以防伤口感染；若发现有渗血不止、疼痛难忍时，立即与医生联系，及时处理。

(16) 一般手术后14天拆线，拆线前手指关节、腕关节禁止做剧烈运动，以防止出血，禁止伤口沾水，拆线后就可以进行功能锻炼了，手握橡胶圈，一次1分钟，每天10-2次。

三、健康指导要点

1、教会患者学会判断内瘘是否通畅的方法，即将非手术侧手触摸术侧的静脉处，若扪及震颤，或听

到血管杂音，则提示通畅。否则，应立即和医生联系，及时再通。

2、内瘘术后早期，应尽量穿袖口宽松内衣，抬高术侧肢体，促进血液回流，减轻肢体肿胀。避免患侧肢体受压，不穿紧袖衣服，不可带表，不可测血压，不可负重，不能用内瘘静脉注射或输液。

3、透析当天用肥皂清洁内瘘侧手臂

4、透析时要采用绳梯法穿刺，避免区域法穿刺，以防止假性血管瘤形成，造成移植物内瘘使用寿命缩短。

5、务必按规定每3个月进行B超或CT等影像学检查，当检查发现有移植物内瘘狭窄，应及时纠正它，不要等到内瘘完全闭塞再处理，那将增加手术的难度，降低成功率。

四、注意事项

1、透析结束，拔针后应压迫穿刺点20-30分钟。

2、做好内瘘常见并发症如血栓形成、穿刺点出血、局部和全身感染等并发症的观察及防治。

第十七节 腹膜透析术

一、护理评估

- 1、评估患者的临床症状及生命体征。
- 2、了解患者的大小便情况。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 术前宣教，病人了解腹膜透析的优点及关键操作规程，减轻顾虑。

(2) 根据医嘱行术前准备。

2、术后护理

(1) 术后1天卧床休息，根据医嘱行透析治疗方案，1天后可适当活动，以促进透析液的交换与排出。

(2) 根据医嘱给予蛋白质每天1.2-1.6/kg，其中60%以上为优质饮食，但应避免高盐、

高脂饮食；水的摄入根据尿量及腹透超滤量来决定，如若出超量在1500ml以上，而病人无明显高血压、水肿等，可正常饮水，保持排便通畅，1次/天，如有异常及时记录并遵医嘱行通便处置。

(3) 注意腹透管出口处皮肤有无渗血、渗液、

红肿，并保持敷料清洁，以防止潮湿。如有异常及时记录并遵医嘱处置。

(4) 根据医嘱安排腹膜透析液的灌入及放出时间，严格规范无菌操作，并准确记录超滤量每天一次。

(5) 观察生命体征的变化，并注意有无发热、腹痛及腹水引流不畅等腹腔感染征象。如有异常及时记录并遵医嘱处置。

三、健康指导要点

1、腹膜透析后3个月遵医嘱做腹膜平衡试验评价腹膜功能，腹水异常时遵医嘱做腹水培养，酌情行腹腔冲洗及使用抗生素。6个月更换六寸短管一次。

2、腹膜透析后培训家属及病人，并考核操作合格后可出院独立执行治疗。严格执行操作规程，积极防止并发症的发生。

四、注意事项

1、透析液加温至37℃接近体温，干性加热，不能将透析液浸泡在热水中加热。

2、换液前规范洗手，操作时严格无菌操作。

第十八节 非隧道型、隧道型中心静脉置管的护理

一、护理评估

- 1、评估环境和温度是否适合操作。
- 2、观察插管处皮肤有无红肿、渗血、渗液，导管固定是否妥善。

二、护理措施

1、股静脉置管透析者应尽量卧床或短距离行走，禁止长时间坐位，以防止打折扭曲。

2、做好个人卫生，保持局部清洁干燥，只能淋浴或擦浴。如有渗血、渗液应及时更换。

3、若发现导管有部分脱出，应严格消毒并进行



无菌操作，送回血管内固定。

4、透析前观察插管处有无红肿渗血等，若有上述情况应及时处理。

5、使用纯肝素或肝素盐水封管时要严格三步封管法。

6、插管处每次换药都要严格无菌操作，一般每周换药2-3次。

7、尽量避免使用留置导管输血、输液或采血。

8、留置导管者应选择合适体位，穿舒适衣服。避免挠抓导管局部，防止导管脱出。

9、教会患者如何监测导管处是否有感染。每日观察导管处是否有渗血渗液，红肿热痛，体温异常，若有应立即通知医生，对症处理。

10、若患者在家中不慎将导管拔出，应立即压迫止血，然后到就近医院处理。

11、对高凝透析患者，应定期用尿激酶管内溶栓，可有效防止管腔内血栓形成，延长导管使用寿命。

12、及时治疗其他部位的致病菌感染。

三、健康指导要点

1、置管前：医生需向病员及家属讲解中心静脉置管的目的、术中的配合及注意事项，

以取得病人及家属的理解和配合，并由授权委托人签署手术同意书。

2、置管中：病员需取头低位或平卧位，避免深呼吸，防止空气进入导管。

3、置管后：置管后若出现心慌、气紧、穿刺侧肢体活动异常等请及时告知医护人员。

四、注意事项

1、留置导管期间应保持局部皮肤的干燥，勿擅自撕下胶布。防止局部感染。

2、如敷料松脱或卷曲，出汗或洗澡后应及时找专业护理人员处理。

3、注意观察置管处周围有无红肿、疼痛、渗出物等，如有异常及时到医院就诊。

第十九节 静脉复合镇静纤支镜诊疗术

一、护理评估

1、患者有无呼吸系统疾病、心脑血管疾病；有无反鼻中隔弯曲、鼻腔手术史；有无麻醉药物过敏史；

2、患者全身情况，重点对纤支镜检查以及麻醉药物的耐受性；

3、患者有无咳嗽咳痰、呼吸困难、咯血、发热等；

4、患者的情绪及心理状况。

二、护理措施

(一) 术前配合及护理

1、病情调查：备好近期肺部CT片、心电图、肺功能报告，肺功能差者应行动脉血气分析。高血压病、冠心病、大咯血急性期、危重病人或体质极度衰弱者，应慎行操作。

2、心理护理：

向患者详细介绍纤支镜术对疾病诊断和治疗的必要性和安全性，术中、术后可能出现的并发症，耐心细致地做好解释工作，以取得病人良好的配合。必要时可让家属陪伴身旁予以心理支持。

3、药品、器械的准备：

备好急救药品、心电监护仪、氧气、开口器、舌钳、一次性咬嘴。检查活检钳有无松动、断裂，纤支镜面及电视图像是否清晰，确保心电监护仪、吸痰器性能良好，备好简易呼吸器、气管插管相关用物。

4、患者准备：

术前禁食、禁饮水4h，用2%利多卡因喷雾咽喉部，并建立静脉通道，遵医嘱静脉注射咪达唑仑和枸橼酸芬太尼。注射过程中及之后密切监测患者生命征变化、血氧饱和度波动情况及神志变化。根据病情，

术前酌情卧床吸氧3-4L/min，5-10min。

4、术中配合及护理

1、纤支镜术中观察护理：

病人取仰卧位，选择经鼻插镜，进入声门前注入2%利多卡因2ml，停留1-2min，让患者有适应过程，同时告诉患者进入声门时会有恶心、咳嗽、气憋感觉，属正常反应，应精神放松，张口呼吸，不能抬头或摇头，有痰可咳出或咽下。及时清除口腔分泌物，保持上呼吸道通畅。进入总支气管腔后，立即注入2%利多卡因2ml，停留休息1min，安慰患者，利用谈话以转移病人注意力。必要时让家属紧握患者双手给予心理支持，同时要防止忍耐差的患者强行翻身及拔管。注意观察患者神志，有无紫绀、出汗、烦躁、呼吸困难等情况，观察心电监护仪显示的心率、心律、血氧饱和度变化。术中必要时听诊心音及呼吸音变化，出现肺部哮鸣音，呼吸、心跳停止等意外情况，立即报告医生，停止操作，并及时抢救。

2、活检治疗配合及护理：

活检前，备好肾上腺素或立止血，对于估计活检部位易出血者，可先注入肾上腺素或立止血。活检后轻度出血者可经纤支镜吸出，出血多时立即经导管注入肾上腺素或立止血，必要时可用活检钳挤压出血部位止血。当活检钳进入支气管腔内时，注意活检钳所达部位，同时叮嘱患者缓慢呼吸，尽量控制咳嗽，一旦患者出现剧烈咳嗽，应立即关闭活检钳并迅速退回活检管道内，以防损伤肺组织。

(三) 术后护理

①一般护理：拔镜后嘱患者卧床或静坐休息



30min, 禁食 2h, 以免误吸。告诫患者少讲话, 多休息, 不可用力咳嗽、咳痰, 可能出现鼻腔咽喉不适、疼痛、鼻衄、声嘶、头晕、胸闷、吞咽不畅等, 休息后可逐渐缓解。2h 后可试进少量温凉流食。静脉复合镇静麻醉检查后不可驾驶车辆, 以防意外发生。

②呼吸观察: 术后注意观察呼吸频率、深度、节律的变化和口唇颜色, 呼吸不畅者予以吸氧 2-3L/min。

出血的观察和护理: 行纤支镜活检术出现少量咯血属正常现象, 表现为痰中带血或少量血痰, 一般不必特殊处理, 1-3h 可自愈。大咯血则可能与凝血机能不佳, 病变组织血管丰富, 活检钳不锐利, 钳夹撕拉等有关, 一旦出现大咯血, 立即报告医生, 及时治疗、抢救, 并采取有效的护理措施:

- a、去枕平卧, 头偏向患侧, 或头低足高位, 轻拍背部, 消除鼻腔、口咽内的积血, 保持呼吸道通畅;
- b 消除患者的恐惧、紧张情绪, 必要时给小量镇静剂应用, 避免用力咳嗽, 吸氧 3-4L/min;
- c 给予止血药应用, 必要时输血;
- d 严密观察生命体征变化, 观察有无面色苍白、皮肤湿冷等休克状态, 准备好抢救药品 / 器械, 避免发生窒息。

第二十章 消化系统诊疗技术及护理常规

一、食管狭窄扩张术

一、护理评估

(一) 术前:

- 1、评估患者的生命体征, 询问病史, 了解有无过敏史, 女性病人了解月经史。
- 2、评估患者的心理状况。
- 3、患者的心肺功能, 检测血常规、出凝血时间, 了解有无手术禁忌症。
- 4、评估患者有无义齿。

(二) 术后:

- 1、严密观察患者的生命体征。
- 2、及时评估患者有无胸痛、呕血及黑便等并发症的发生。

二、护理措施

(一) 术前:

- 1、向患者做好耐心细致的解释工作, 消除紧张、恐惧心理。有义齿的患者取下义齿。
- 2、向患者讲解该操作的目的、疗效、预后, 讲解术中、术后可能出现的并发症及应对措施, 取得家属及患者的配合, 签署知情同意书。

二、肠息肉切除术

三、健康指导要点

1、指导病人术后 2 小时内勿进食, 因声门麻醉后功能尚未恢复, 以免引发吸入性感染。

2、检查后因麻醉药的作用, 咽喉部会有不同程度的异物感, 1-2 小时后可自行消失, 指导患者尽量避免用力咳嗽, 以免引起刷检或活检部位的出血。

3、告知患者检查后少讲话, 多休息, 不可用力咳嗽、咳痰。部分患者 1-2 天内有少量痰中带血, 属正常现象, 一般能自行停止, 如出血不止或大量出血告知其及时就医复查。

四、护理评价

1、患者的心理压力减轻, 能舒适配合, 顺利完成检查。

2、患者的护理满意度得到提高, 不良反应减少。

五、注意事项

- 1、活动牙要预先取出放好。
- 2、患者检查后需留诊观察 15-30min。观察患者生命体征和有无咯血、声音嘶哑以及呼吸音情况。有出血者, 尤其取活检的患者, 观察时间不能少于 30min, 同时做好心理护理, 消除紧张情绪。
- 3、活检术后如有胸闷, 应注意有无气胸发生。

3、完善相关检查如血常规、血型、出凝血时间、心电图等。常规行食管造影检查。

4、术前禁食 6-8h, 预防术中呕吐, 以免引起窒息。

5、遵医嘱使用解痉剂或镇静剂。

(二) 术后:

- 1、绝对卧床休息 24h, 禁食 24h。
- 2、观察生命体征及病情变化, 注意有无胸痛、腹痛情况, 判断有无消化道穿孔的发生。
- 3、遵医嘱给予止血和抑酸治疗。
- 4、书写护理记录, 进行健康教育。

三、健康指导要点

- 1、术后卧床休息 24h。
- 2、禁食 24h 后可进温凉流食, 3 天后进食低糖、高蛋白、高维生素的无渣饮食。

四、注意事项: 术后一般可出现胸骨后疼痛, 休息后可缓解; 有少许出血者, 一般不需特殊处理; 出现严重症状, 如大出血、穿孔、严重腹痛等时, 立即报告医生, 及时处理。



一、护理评估

(一) 术前:

- 1、评估患者的生命体征, 询问病史, 了解有无过敏史, 女性病人了解月经史。
- 2、评估患者的心理状况。
- 3、患者的心肺功能, 检测血常规、出凝血时间, 了解有无手术禁忌症。
- 4、观察患者的胃肠道反应, 评估病人的肛门情况及肠道清洁度。

(二) 术后:

- 1、严密观察患者的生命体征。
- 2、评估患者生理舒适度。
- 3、及时评估患者有无并发症的发生。

(1) 出血 患者有无黑便、便血等症状, 生命体征的变化。

(2) 穿孔 注意腹痛、腹部体征、生命体征和患者意识的变化。

二、护理措施

(一) 术前:

(1) 向病人解释治疗的目的、方法、注意事项及并发症, 做好心理护理, 消除紧张、恐惧心理, 取得配合, 核实病人或家属是否签署内镜治疗同意书。

(2) 完善血常规、肝肾功能、出凝血时间、心电图检查等常规检查。

(3) 术前两天进少渣半流质, 术前一天进流食, 当日禁食。

(4) 指导病人进行肠道准备。当日 05: 00 口服聚乙二醇电解质散 2000ml, 并注意观察病人的排便情况, 根据粪便的情况评估病人的肠道清洁度, 如效果不满意, 及时行清洁灌肠, 直至排出的大便为清水样。

(5) 聚乙二醇电解质散的配制及服用方法: 将

聚乙二醇电解质散 2 盒(每盒内含 A、B、C 各 1 小包) 分别倒入 1000ml 温水中充分溶解, 首次服用 600-1000ml, 以后每隔 10-15 分钟服用 250ml, 1.5 小时服完, 总量 2000ml。

(6) 服药期间, 指导患者来回走动并轻揉腹部, 以缩短排泄时间, 减轻腹胀。

(二) 术后:

- 1、饮食: 禁食 6 小时, 如无异常, 可从流食、半流食、软食逐步过渡到普食。
- 2、休息: 卧床休息 24 小时, 2 周内避免剧烈活动, 防止术后出血。
- 3、保持大便通畅, 观察大便的颜色、性状, 如有异常及时通知医生。
- 4、密切观察病人的生命体征、腹部体征, 听取病人的主诉, 防止术后并发症的发生。

三、健康指导要点

- 1、指导术前禁食 12 小时, 术后常规卧床休息、禁食水 6 小时, 若无异常, 可从流食逐步过渡到营养丰富、易消化的少渣饮食。
- 2、若病人腹胀明显, 可遵医嘱处理。保持大便通畅。
- 3、指导 3 个月后复查肠镜。

四、注意事项

- 1、禁用甘露醇作肠道准备工作, 服用聚乙二醇电解质散时, 指导患者来回走动并轻揉腹部, 以缩短排泄时间, 减轻腹胀。
- 2、术后 2 周内避免剧烈活动, 防止术后并发症的发生。
- 3、术后如病人出现心慌、气短、面色苍白、血压下降、脉搏加快时, 应考虑有出血、穿孔情况。如发生肠穿孔, 应立即转外科进行手术治疗。

(2) 穿孔 注意腹痛、腹部体征、生命体征的变化。

二、护理措施

(一) 术前:

1、向病人解释治疗的目的、方法、注意事项及并发症, 做好心理护理, 消除紧张、恐惧心理, 签署内镜治疗同意书。

2、完善心电图, 血常规、出凝血时间等检查项目。

3、禁食、水 8 小时, 若为胃排空延缓者, 禁食时间要延长。

(二) 术后:

1、饮食: 禁食水 6 小时, 如无异常, 可从流食、半流食、软食逐步过渡到普食。

2、休息: 卧床休息 24 小时, 2 周内避免剧烈活动。

三、胃息肉切除术

一、护理评估

(一) 术前:

- 1、评估患者的生命体征, 询问病史, 了解有无过敏史。
- 2、评估患者的心理状况。
- 3、评估患者有无戴眼镜及活动义齿。
- 4、评估患者的心肺功能, 检测血常规、出凝血时间, 了解有无手术禁忌症。

(二) 术后:

- 1、严密观察患者的生命体征。
- 2、评估患者生理舒适度。
- 3、及时评估患者有无并发症的发生。

(1) 出血 患者有无呕血、黑便等症状, 生命体征的变化。



3、咽部护理：极少数病人可出现咽喉壁异物感、咽部水肿、咽痛及声音嘶哑，指导患者不必紧张，症状1-2天后会自行消失。指导病人不要用力反复咳嗽，以免损伤咽喉部粘膜而引起出血。

4、疼痛护理：术后有不同程度的疼痛，应给予精神上的安慰，耐心解释，增强心理承受力，必要时遵医嘱给予止痛药。

5、病情观察：若有呕血、黑便和剧烈腹痛，应考虑有出血、穿孔等并发症发生；如疑有术后出血者遵医嘱处理。

三、健康指导要点

1、指导患者术前禁食水8小时，术后如无并发症

四、内镜下黏膜剥离术

一、护理评估

(一) 术前

1、评估患者的生命体征，询问病史，了解有无过敏史，女性病人了解月经史。

2、评估患者的心理状况。

3、评估患者有无戴眼镜及活动义齿。

4、评估患者的心肺功能，检测血常规、出凝血时间，了解有无ESD禁忌症。

(二) 术后

1、严密观察患者的生命体征。

2、评估患者生理舒适度。

3、及时评估患者有无并发症的发生。

(1) 出血 患者有无呕血、黑便等症状，生命体征的变化。

(4) 穿孔 注意腹痛、腹部体征、生命体征的变化。

二、护理措施

(一) 术前

1、向病人解释ESD目的、方法、注意事项及并发症，做好心理护理，消除紧张、恐惧心理，签署内镜治疗同意书。

2、完善心电图，血常规、出凝血时间、超声内镜等检查项目。

3、禁食、水8小时，若为胃排空延缓者，禁食时间要延长，如为肠道ESD，肠道准备同电子肠镜检查。

(二) 术后

五、PTCD的护理

一、护理评估

1、患者生命体征，有无介入的禁忌症，判断患者能否耐受。

2、患者对该项检查的认知程度，有无焦虑恐惧。

3、术后穿刺处有无渗血、渗液。

症发生，常规卧床休息，禁食、水6小时后进流食，逐步过渡为正常饮食。

2、指导患者术中正确呼吸，用鼻子吸气、嘴呼气，保持深呼吸、浅吸气。

3、术后可能出现腹胀，指导病人取坐位，进行哈气，同时按摩腹部，促进肠道气体排出。

四、注意事项

1、对有动脉硬化、高血压的病人应遵医嘱给予降压药，以防术后出血。

2、密切观察病人的生命体征、腹部体征，听取病人的主诉，防止术后并发症的发生。

3、术后2周内避免剧烈运动。

1、饮食：禁食水72小时，如无异常，可从流食、半流食、软食逐步过渡到普食。

2、休息：卧床休息3-5天，避免过早下床活动。

3、咽部护理：极少数病人可出现咽喉壁异物感、咽部水肿、咽痛及声音嘶哑，指导患者不必紧张，症状1-2天后会自行消失。指导病人不要用力反复咳嗽，以免损伤咽喉部粘膜而引起出血。

4、疼痛护理：术后有不同程度的疼痛，应给予精神上的安慰，耐心解释，增强心理承受力，必要时遵医嘱给予止痛药。

5、病情观察：若有呕血、黑便和剧烈腹痛，应考虑有出血、穿孔等并发症发生；如疑有术后出血者可遵医嘱给予胃粘膜保护药和止血药处理。

三、健康指导要点

1、指导患者术前禁食水，术后如无并发症发生，卧床休息3-5天，禁食72小时后进流食，逐步过渡为正常饮食。

2、指导患者术中正确呼吸，用鼻子吸气、嘴呼气，保持深呼吸、浅吸气。

3、术后可能出现腹胀，指导病人取坐位，进行哈气，必要时遵医嘱处理。

四、注意事项：

1、密切观察病人的生命体征、腹部体征，听取病人的主诉，防止术后并发症的发生。

2、术后2周内避免剧烈运动。

3、肠道ESD，禁用甘露醇作肠道准备。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 术前常规检查血常规、血胆红素、凝血功能

(2) 指导患者练习深呼吸、屏气等，利于术中配合。



(3) 心理护理, 耐心做好病人及家属的心理辅导工作, 解释 PCD 目的、意义、方法, 介绍同种治愈好转或成功的病例。增强病人战胜疾病的信心。如果病人情绪紧张可用小剂量镇静剂; 术前签知情同意书。

(4) 告知患者术前禁食水 6 小时。术前测血压、心率。

(5) 建立静脉通道, 保持输液管路通畅。

2、术后护理:

(1) 术后患者平卧位休息。

(2) 禁食水 6h 后饮食以清淡易消化的低脂流质为主, 逐步恢复至正常饮食。

(3) 引流管的护理, 妥善固定引流管, 保持引流通畅, 常规更换引流袋。

(4) 并发症的观察与护理:

①胆道出血: 术后应密切观察生命体征及腹部体征的变化, 观察穿刺口有无渗血及引流液的颜色。

六、腹腔穿刺术的护理

一、护理评估

1、评估患者心理, 向患者解释穿刺的目的、方法及操作中可能产生的不适, 消除紧张情绪取得合作。

2、穿刺过程中密切观察患者生命体征的变化, 以判断其是否能耐受穿刺。

3、观察引流液的颜色、性状、量。

二、护理措施

1、穿刺前指导患者排尿, 以免穿刺时损伤膀胱。

2、穿刺前测量腹围、脉搏、血压, 注意腹部体征, 以观察病情变化。

3、患者取合适体位, 可坐在靠背椅上或取斜坡卧位、半卧位。

4、配合医生常规消毒皮肤, 严格执行无菌操作, 做好手术配合。

5、穿刺完毕, 穿刺部位盖以无菌纱块, 并以腹带包扎, 术后卧床休息 12 小时。

6、观察患者面色、血压、脉搏等变化, 测量腹围,

②胆道感染: 术后应严密监测体温的变化及引流液性质, 保持引流管的通畅。

③胆汁性腹膜炎: 患者一旦出现持续性右上腹疼痛并阵发性加强、寒战高热, 并伴有压痛反跳痛、白细胞明显升高、烦躁不安、肠鸣音消失及时报告医生, 同时密切观察患者意识及生命体征变化。术后指导患者及家属应注意固定好引流管, 防止牵拉脱落。

④导管堵塞: 每隔两个小时应往离心方向挤压引流管。

三、健康指导要点

1、告知患者更换体位或下床活动时保护引流管的措施。

2、告知患者出现不适及时通知医护人员。

四、注意事项

1、勤剪指甲, 皮肤瘙痒时切勿用力抓挠, 以免造成溃破, 发生感染。

2、及时发现并发症并处理。

观察腹水消长情况。

三、健康指导要点

1、术前指导患者练习穿刺体位, 并在穿刺过程中注意保持穿刺体位, 不要随意活动, 不要咳嗽或深呼吸。

2、指导患者术后静卧, 24 小时后方可洗澡, 以免穿刺部位感染。

四、注意事项

1、穿刺时要密切观察患者有无头晕、恶心、心悸、面色苍白等, 一旦出现, 应立即停止操作, 对症处理。

2、观察穿刺部位有无渗液、渗血, 有无腹部压痛、反跳痛和腹肌紧张等腹膜炎征象。

3、注意腹腔放液速度不宜过快、过多, 肝硬化患者一次放腹水一般不超过 3000ml。腹水若系血性, 则在抽取标本后停止放液。

4、有肝性脑病先兆、粘连性结核性腹膜炎、包虫病及卵巢肿瘤者禁忌穿刺。

第二十一节 心内科疾病诊疗技术及护理常规

一、心导管射频消融术

一、护理评估

1、生命体征是否平稳。

2、评估实验室检查。

3、有无射频消融术治疗的禁忌症: 血栓、出血性疾病。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、向病人及家属介绍手术的方法和意义、手术的必要性和安全性, 以解除思想顾虑和精神紧张, 保证充足的睡眠。

2、指导病人完成必要的实验室检查(血常规、血型、出凝血时间、血电解质、肝肾功能)、胸片、超声心动图等。

3、术前在左下肢建立静脉通道。



- 4、术前三天停用各种抗心律失常药物。
 - 5、根据需要行双侧腹股沟及会阴部或上肢、锁骨下静脉穿刺术区备皮及清洁皮肤。
 - 6、穿刺股动脉者应检查两侧足背动脉搏动情况并标记，以便于术中、术后对照观察。
 - 7、训练病人床上排尿。
 - 8、指导病人衣着舒适，术前排空膀胱。
 - 9、术前不需禁食，术前一餐饮食以六成饱为宜。
- (二) 术后护理

- 1、卧床休息，穿刺侧肢体制动 12h，卧床期间做好生活护理。
- 2、静脉穿刺者以 1kg 沙袋加压伤口 6h；动脉穿刺者压迫止血后进行加压包扎，以 1kg 沙袋加压伤口

二、主动脉球囊反搏术

一、护理评估

- 1、评估患者是否具备手术适应症，完善术前常规检查，了解患者术区循环情况。
- 2、评估患者对治疗方案的了解程度，有无紧张、恐惧情绪。
- 3、评估急救用物是否备好，如心电监护仪、除颤器、抗心律失常及升压药物等。

二、护理措施

(一) 术前护理

- 1、根据病情向病人及家属交待 IABP 的必要性和重要性，介绍手术大致过程及可能出现的并发症，争取尽早实施 IABP 术，以免错过最佳抢救时机。
- 2、术前检查双侧足背动脉及股动脉搏动情况并标记
- 3、完善血常规及血型、尿常规、出凝血时间等相关检查，必要时备血。
- 4、股动脉穿刺制备皮。
- 5、术前常规遵医嘱使用抗血小板聚集药物。
- 6、备齐术中用物、抢救药品、器械和药品。

(二) 术后护理

- 1、病人卧床休息，肢体制动，协助做好生活护理和基础护理。对意识不清病人还应注意做好安全护理。
- 2、每小时使用肝素盐水冲洗测压管道，以免血栓形成，注意严格无菌操作；每小时检查穿刺局部有无出血和血肿情况；每小时观察病人足背动脉搏动情况，注意观察皮肤的温度和病人自我感觉情况。
- 3、持续心电监护并记录病人生命体征、意识状态、尿量、心排出量、心脏指数、心电图变化（主要是反搏波形变化情况）、搏动压力情况等，观察循环辅助的效果，如出现异常及时通知医生。
- 4、反搏满意的临床表现为病人神志清楚、尿量增加、中心静脉压和左心房压在正常范围内、升压药

6h。观察动、静脉穿刺点有无出血与血肿，如有异常立即通知医生。检查足背动脉搏动情况，比较两侧肢端的颜色、温度、感觉与运动功能情况。

3、监测病人的一般状态及生命体征。观察术后并发症，如心律失常、空气栓塞等。

三、健康指导要点

- 1、注意进软食、易消化的食物。
- 2、术前指导病人采用放松术，如深呼吸，全身肌肉放松。

四、注意事项

- 1、定时观察动、静脉穿刺点有无出血与血肿。
- 2、协助生活护理，如翻身，大小便，避免穿刺侧肢体突然弯曲。

物大幅度减少甚至完全撤除，反搏时可见主动脉收缩波降低而舒张波明显上升是反搏辅助有效的最有力根据。

5、遵医嘱进行血、尿等实验室检查，及时报告医生检查结果。

6、血流动力学稳定后，根据病情逐渐减少主动脉球囊反搏比率，最后停止反搏，进行观察。每次变换频率间隔应在 1h 左右，停止反搏后代管观察的时间不可超过 2~3 小时，以免发生 IABP 球囊导管血栓形成。

7、并发症观察与处理

(1) 下肢缺血：可出现双下肢疼痛、麻木、苍白或水肿等缺血或坏死的表现。较轻者应使用无鞘的 IABP 球囊导管或插入 IABP 球囊导管后撤出血管鞘管，严重者应立即撤出 IABP 球囊导管。

(2) 主动脉破裂：表现为突然发生的持续性撕裂样胸痛、血压和脉搏不稳定、甚至休克等不同表现。一旦发生，应立即终止主动脉内球囊反搏，撤出 IABP 球囊导管。

(3) 感染：表现为局部发热、红、肿、化脓，严重者出现败血症。严格无菌操作和预防性应用抗生素可控制其发生率。

(4) 出血、血肿：股动脉插管处出血较常见，可压迫止血后加压包扎。

(5) 气囊破裂而发生气栓塞：气囊破裂时，导管内出现血液，反搏波形消失，应立即停止反搏，更换气囊导管。

8、加强基础护理与营养支持

(1) 循环稳定的病人应每 2 小时翻身及拍背一次。预防肺炎，肺不张等肺部并发症。

(2) 预防发生褥疮。

(3) 确保肢体的功能位置，防止关节强直，促进血液循环。



(4)加强营养,配合医生给予鼻饲或静脉高营养。

三、健康指导要点

- 1、告知患者 IABP 的作用和意义。
- 2、预防脱管及感染,告知患者正确的床上活动方式。
- 3、识别病情变化:告知患者并发症的先兆表现及相应的处理办法,包括自觉症状加重,出现不适情

三、经皮冠状动脉介入治疗的护理

一、护理评估

- 1、评估患者是否具备手术适应症,完善术前常规检查,了解患者术区循环情况。
- 2、评估患者对治疗方案的了解程度,有无紧张、恐惧情绪。
- 3、评估急救用物是否备好,如心电图监护仪、除颤器、抗心律失常及升压药物等。

二、护理措施

(一)术前护理

- 1、指导病人完成必要的实验室检查。
- 2、心理护理:向病人及家属介绍心导管检查的方法和意义、手术的必要性和安全性,以解除思想顾虑和精神紧张。
- 3、皮肤准备:会阴部及两侧腹股沟备皮。
- 4、行桡动脉穿刺者需做 Allen 试验,判断能否行桡动脉穿刺及插管。
- 5、碘过敏试验。备好急救器械和药品。
- 6、术前检查双侧足背动脉搏动情况并标记。
- 7、遵医嘱使用抗血小板聚集药物。

(二)术后护理

- 1、持续心电图监护 24 小时,观察有无心律失常、心肌缺血等急性期并发症。
- 2、十二导心电图检查,并与术前比较。
- 3、鼓励病人多饮水加速造影剂的排泄。
- 4、术侧肢体的护理

四、心包穿刺术

一、护理评估

- 1、评估患者意识状态、生命体征及病情变化。
- 2、评估患者是否具备手术适应症,完善术前常规检查。
- 3、评估患者对治疗方案的了解程度,有无紧张、恐惧情绪。
- 4、观察引流液的颜色、性质、量及穿刺处的情况。

二、护理措施

(一)术中的配合

- 1、常规心电图监护,选择适宜体位,如从心尖部进针常取坐位;如选择剑突下进针常选斜坡卧位,腰背部垫枕。

况应及时调整治疗或向医护人员寻求帮助。

- 4、改善呼吸功能:对于神志清楚的患者,教会患者有效咳嗽与有效呼吸。

四、注意事项

- 1、术后严密观察并发症,及时处理。
- 2、注意用药反应。

(1)经股动脉穿刺部位的护理:术后 4 小时拔出鞘管。弹力绷带加压包扎,用 1Kg 左右的沙袋压迫 6 小时,术侧肢体制动至少 12 小时。卧床期间做好生活护理。检查足背动脉搏动是否减弱或消失,观察肢体皮肤颜色与温度、感觉与运动功能有无变化等。防止动静脉血栓的形成。

(2)经桡动脉穿刺部位的护理:经桡动脉 PCI 术后即可拔除鞘管,使用弹力绷带或专用止血工具装置局部加压止血。包扎 2 小时后可放松弹力带,术后 6 小时可拆除绷带或止血装置。加压包扎期间需观察术肢局部皮肤的颜色,温度及肿胀情况。

5、术后并发症的观察:观察有无尿潴留、低血压、穿刺部位出血、血肿、血管栓塞及感染等并发症,协助医生给予导尿、扩容、压迫止血、溶栓等处理。

三、健康指导要点

- 1、注意劳逸结合,避免受凉,情绪激动等。
- 2、应定期进行心电图、血糖、血脂、肝肾功能的检查。
- 3、指导低盐、低脂、低胆固醇饮食,肥胖者控制体重,戒烟限酒,保持大便通畅。
- 4、继续服用抑制血小板聚集药物及其他药物,定期门诊随诊。

四、注意事项

- 1、术后严密观察并发症,及时处理。
- 2、注意用药反应。

2、嘱患者于术中勿咳嗽或深呼吸,必要时术前可给予适量的镇静剂。

- 3、术中备好急救器械。
- 4、抽液过程中应注意随时夹闭胶管,以免空气进入心包腔内。抽液速度宜缓慢,若过快、过多,可因大量血液回心而导致肺水肿。
- 5、手术过程中应经常询问并观察患者的表现,助手应注意脉搏变化,以便及早发现异常,及时处理。
- 6、要注意记录抽液量、性质、并按要求留标本送检。

(二)术后护理

- 1、术后嘱患者静卧 12-24 小时,血液动力学不



稳定的患者，严格卧床休息并适当延长卧床时间，必要时可抬高床头，取半卧位，以利于引流。

2、对于放置引流管的患者，应记录引流管的深度，并确保引流管固定良好，班班交接，保持引流的通畅。控制心包积液的引流量和引流速度，一次引流量不要过大，应当从小剂量开始匀速引流，并注意观察引流的量、颜色及性状，做好记录。

三、健康指导要点

- 1、告知患者心包穿刺术的目的和配合方法。
- 2、告知患者更换体位时防止引流管意外脱出或打折、受压等情况。

五、未闭动脉导管封堵术

一、护理评估

- 1、评估患者是否具备手术适应症，完善术前常规检查，了解患者术区循环情况。
- 2、评估患者对治疗方案的了解程度，有无紧张、恐惧情绪。
- 3、评估急救用物是否备好，如心电监护仪、除颤器、抗心律失常及升压药物等。

二、护理措施

（一）术前护理

- 1、指导病人完成必要的实验室检查。
- 2、心理护理：向病人及家属介绍心导管检查的方法和意义、手术的必要性和安全性，以解除思想顾虑和精神紧张。
- 3、皮肤准备：会阴部及两侧腹股沟备皮。
- 4、行桡动脉穿刺者需做Allen试验，判断能否行桡动脉穿刺及插管。
- 5、碘过敏试验。备好急救器械和药品。
- 6、术前检查双侧足背动脉搏动情况并标记。
- 7、遵医嘱使用抗血小板聚集药物。

（二）术后护理

- 1、持续心电监护24小时，观察有无心律失常、心肌缺血等急性期并发症。
- 2、十二导心电图检查，并与术前比较。
- 3、鼓励病人多饮水加速造影剂的排泄。
- 4、术侧肢体的护理

（1）经股动脉穿刺部位的护理：术后4小时拔出鞘管。弹力绷带加压包扎，用1Kg左右的沙袋压迫

六、肾动脉支架植入术

一、护理评估

- 1、评估患者是否具备手术适应症，完善术前常规检查，了解患者术区循环情况。
- 2、评估患者对治疗方案的了解程度，有无紧张、恐惧情绪。

二、护理措施

3、为患者提供相关疾病知识讲解，树立其战胜疾病的信心，更好地配合治疗和护理。

四、注意事项

- 1、术前做好心理护理，消除紧张情绪。
- 2、注意穿刺后并发症观察：心包穿刺引流后，如一次引流量和速度过大过快，导致心包腔内压力骤降，回心血量迅速大量增加，右心室或左心室负荷过重，引发急性右心室扩张和肺水肿；另心包腔内液体急骤大量减少，可导致心脏的摆动，易导致室颤的可能，因此术后需严密观察，谨防此类并发症的发生。

6小时，术侧肢体制动至少12小时。卧床期间做好生活护理。检查足背动脉搏动是否减弱或消失，观察肢体皮肤颜色与温度、感觉与运动功能有无变化等。防止动静脉血栓的形成。

（2）经桡动脉穿刺部位的护理：使用弹力绷带或专用止血工具装置局部加压止血。包扎2小时后可放松弹力带，术后6小时可拆除绷带或止血装置。加压包扎期间需观察术肢局部皮肤的颜色，温度及肿胀情况。

5、检查血常规、尿常规、出凝血时间，以观察有无溶血。

6、术后并发症的观察：如残余分流、溶血、血栓与栓塞、出血、封堵器脱落、房室传到阻滞或束支传导阻滞、感染性心内膜炎等。

7、术后第2天行胸部X线检查、超声心动图检查观察封堵器的位置和残余分流情况。

三、健康指导要点

- 1、指导患者3个月内避免剧烈活动，防封堵器脱落。
- 2、指导患者术后一周洗澡时避免穿刺处浸湿，防感染。
- 3、指导患者遵医嘱及时来院行心脏超声、X线胸片、ECG等检查。

四、注意事项

- 1、术后严密观察并发症，及时处理。
- 2、注意用药反应。

（一）术前护理（同经皮冠状动脉介入治疗术前护理）

（二）术后护理

- 1、持续心电监护24小时，密切观察患者血压，术后血压变化是观察疗效的重要指标。
- 2、密切观察患者有无心慌、头晕、恶心症状，



嘱其变换体位时动作应缓慢，术后急性低血压是常见而危险的并发症。

3、经股动脉穿刺者，术肢制动 24 小时，沙袋压迫 12 小时。观察出血倾向，及时观察穿刺部位有无出血、渗血，若有异常，立即报告医生处理，积极配合抢救。

4、观察肾功能及尿量，肾动脉狭窄处经扩张后，肾血流量、尿量也随之增加，24h 尿量及颜色是术后观察重点，注意患者有无血尿、腰痛等症状，同时监测血肌酐、尿素氮。

5、积极补液，补液治疗可以促进体内造影剂的排出，以防肾脏损害，补液量 2000 ~ 3000ml/日，患者可通过饮水补液，同时给予静脉补液。静脉补液时，调整好滴数，尤其对于心功能差的病人，补液速

度不宜太快，30 ~ 40 滴 / 分为宜，防止心衰发生。

6、防止动脉血栓形成，密切观察患者有无牙龈出血、鼻出血、血尿及注射部位皮下淤血等出血倾向，定时监测出凝血时间。

三、健康指导要点

- 1、注意劳逸结合，避免受凉，情绪激动等。
- 2、应定期进行肝肾功能的检查。
- 3、指导低盐低脂饮食，24 小时内不食用高蛋白饮食，戒烟限酒，保持大便通畅。
- 4、定期门诊随访。

四、注意事项

- 1、术后严密观察并发症，及时处理。
- 2、注意用药反应。

第六十六章 外科疾病诊疗技术及护理常规

第一节 数字减影脑血管造影术

一、护理评估

- 1、评估患者的神志、生命体征。
- 2、评估患者对该项检查的认知程度。

二、护理措施

(一) 术前:

- 1、向病人介绍检查及治疗相关知识，缓解紧张情绪，训练床上大小便。
- 2、完善各项检查，如病人的肝肾功能，出、凝血时间，血小板计数。
- 3、穿刺部位皮肤准备，在双侧侧腹股沟部位备皮。
- 4、术前禁食水 4—6 小时，去除义齿，术前 30 分钟排空大小便，必要时留置导尿管。
- 5、术前 30 分钟遵医嘱执行术前用药，给予静脉滴注尼莫地平。

(二) 术后:

- 1、术后平卧，穿刺部位按压 30 分钟，沙袋(1kg)压迫 6-8 小时，穿刺侧肢体继续制动(取伸展位，不可屈曲)4 小时，一般于 8 小时后可行侧卧位；24 小时内卧床休息，床上大小便，限制活动。
- 2、穿刺点敷料加压包扎 24 小时，24 小时后拆

除加压绷带。

3、密切观察患者神志、瞳孔、生命体征变化，注意病人有无无头痛、呕吐、抽搐、失语、打哈欠、打鼾以及肢体活动障碍，发现异常及时报告医生处理。

4、密切观察(术后 2 小时内每 15 分钟监测 1 次，2 小时后每 2 小时监测 1 次，连续 6 次)双侧足背动脉搏动和肢体远端皮肤颜色、温度等，防止动脉栓塞；注意观察局部有无渗血、血肿。

5、鼓励患者多饮水，促进造影剂排泄。

6、卧床期间协助生活护理。

三、健康指导要点

- 1、告知患者出现头痛、恶心、呕吐等症状时及时告知医护人员。
- 2、指导病人咳嗽和呕吐时按压穿刺部位，避免因腹压增加而导致伤口出血。

四、注意事项

- 1、患者手术当日不要下床活动。
- 2、注意观察穿刺点有无出血。

第二节 胸腔穿刺术

一、护理评估

- 1、询问了解患者的身体状况及意识状态，有无咳嗽，呕吐，烦躁，是否可以配合治疗。
- 2、评估患者胸腔积液情况、穿刺部位情况。

二、护理措施

- 1、术前准备

(1) 心理准备：向病人及家属解释穿刺目的、操作步骤以及术中注意事项，协助病人做好精神准备，配合穿刺。胸腔穿刺术是一种有创性操作，术前应确认病人签署知情同意书。

(2) 病人指导：操作前指导病人练习穿刺体位，并告知病人在操作过程中保持穿刺体位，不要随意活



动，不要咳嗽或深呼吸，以免损伤胸膜或肺组织。必要时给予镇咳药。

2、术中配合与护理

(1) 病人体位：抽液时，协助病人反坐于靠背椅上，双手平放椅背上；或取坐位，使用床旁桌支托；亦可仰卧于床上，举起上臂；完全暴露胸部或背部。如病人不能坐直，还可以采用侧卧位，床头抬高30。抽气时，协助病人取半卧位。

(2) 穿刺部位：一般胸腔积液的穿刺点在肩胛线或腋后线第7-8肋间隙或腋前线第5肋间隙。气胸者取患侧锁骨中线第2肋间隙或腋前线第4-5肋间隙。

(3) 病情观察：穿刺过程中应密切观察病人的脉搏、面色等变化，以判定病人对穿刺的耐受性。注意观察病人有无异常感觉，如病人有无任何不适，应减慢或立即停止抽吸。抽吸时，若病人突然感觉头晕、心悸、冷汗、面色苍白、脉细、四肢发凉，提示病人可能出现“胸膜反应”，应立即停止抽吸，使病人平卧，密切观察血压，防止休克。必要时按医嘱皮下注射0.1%肾上腺素0.5ml。

(4) 抽液抽气：每次抽液、抽气时，不宜过快、过多，防止抽吸过多过快使胸腔内压骤然下降，发生复张后肺水肿或循环障碍、纵膈移位等意外。首次排液量不宜超过700ml，抽气量不宜超过1000ml，以后

每次抽吸量不应超过1000ml。如治疗需要，抽液抽气后可注射药物。

3、术后护理

(1) 记录穿刺时间、抽液抽气量、胸水的颜色以及病人在术中的状态。

(2) 监测病人穿刺后的反应，观察病人的脉搏和呼吸状况，注意有无血胸、气胸、肺水肿等并发症的发生。观察穿刺部位，如出现红、肿、热、痛，体温升高或液体溢出等及时通知医生。

(3) 嘱病人静卧，24小时后方可洗澡，以免穿刺部位感染。

(4) 鼓励病人深呼吸，促进肺膨胀。

三、健康指导要点

1、术前指导病人练习穿刺体位，并在操作过程中保持穿刺体位，不要随意活动，不要咳嗽或深呼吸。

2、指导患者深呼吸及有效咳嗽的方法。

四、注意事项

1、严格执行无菌操作，避免胸腔感染。

2、术中病人应避免咳嗽、深呼吸及转动身体，有咳嗽症状者可遵医嘱在术前口服止咳药。

3、术中如患者发生不适或胸膜反应，应立即停止抽吸，积极配合医生进行处理。

4、标本应及时送检。

第三节 肝穿刺术

一、护理评估

1、评估患者肝功能，出、凝血时间，凝血酶原时间及血小板计数，正常者方可穿刺。

2、评估患者有无肺气肿、胸膜增厚以及大量腹水等情况。

3、评估患者心理，向患者解释穿刺的目的、意义、方法，消除顾虑和紧张情绪，取得合作。

4、穿刺前、穿刺中密切观察患者血压、脉搏等的变化，判断其是否能耐受穿刺。

二、护理措施

1、穿刺前测量血压、脉搏。如患者情绪紧张，可于术前1小时口服地西洋5-10mg。

2、病人取仰卧位，稍向左倾，身体右侧靠近床沿，背部右侧肋下垫一软枕，右臂屈置于枕后，抽脓液时取坐位或半卧位。

3、配合医生常规消毒皮肤，严格执行无菌操作，做好手术配合，防止感染。

4、穿刺完毕，以无菌纱块按压穿刺部位5-10分钟，并以腹带束紧12小时，小沙袋压迫4小时，以

避免出血。

5、术后绝对卧床24小时，置心电监护，测量血压、脉搏，4小时内每15-30分钟测量一次，如有异常，及时通知医师。

三、健康指导要点

1、指导患者术前禁食8-12小时。

2、术前训练病人屏息呼吸的方法，告知病人深呼吸后，呼气末屏气片刻，以利术中配合。

四、注意事项

1、有出血倾向、大量腹水、肝包虫病、肝血管瘤、右侧脓胸、膈下脓肿、肝外梗阻性黄疸的病人及不合作者，应禁忌肝穿刺。

2、穿刺后密切观察病情，如有脉搏细速、血压下降、烦躁不安、面色苍白、出冷汗等内出血征象，应立即通知医生紧急处理。

3、注意观察穿刺部位，有无伤口渗血、红肿、疼痛，若为气胸、胸膜休克或胆汁性腹膜炎，应及时处理。

4、进行穿刺或拔针，一定要在病人屏气的情况下进行，以免针尖将肝表面划破致大出血。

第四节 皮肤给药的护理



一、护理评估

1、评估患者病情、意识、合作程度、皮损情况，观察有无新发皮疹。

2、了解患者对用药计划的了解、认知程度，过敏史、用药史等。

3、评估环境温度及隐蔽程度。

二、护理措施

1、取合适体位，充分暴露用药部位。

2、清洁局部皮损，清除原有药液、血迹、体液、分泌物等。

3、根据皮肤受损面积确定药量。

4、涂抹药物时，将药物涂于皮肤表面，沿毛发

方向揉擦；湿敷药物时，将湿敷垫与皮肤紧密接触；涂抹药量稍多时，可采用封包法用保鲜膜将用药部位包裹两圈，用胶布粘好。

三、健康指导要点：1、告知患者皮肤给药的目的、注意事项和配合方法。2、告知患者出现不适及时通知医护人员。

四、注意事项

1、给药前应评估局部皮肤状况。

2、使用喷雾性药剂时，将患者头部转离喷雾器。如果病变在脸上，应遮盖患者的眼、口、鼻，嘱患者在喷雾时做呼气运动，以免刺激或损伤呼吸道黏膜。

第五节 病灶标本采集的护理

一、护理评估

1、评估患者的年龄、病情、治疗及配合程度。

2、评估患者病灶局部皮肤、黏膜有无异常。

3、观察分泌物的颜色、性质、量、分层、气味、粘稠度和有无肉眼可见的异常物质等。

二、护理措施

1、患者取适当体位，充分暴露病灶处。

2、拭子采集法：病灶表面可见的分泌物用拭子擦拭蘸取，避免拭子触及其他部位；迅速把拭子插入无菌试管内塞紧。

3、穿刺采集法：脓疱性病灶先用消毒剂消毒其

表面，再用生理盐水冲净消毒剂，待干，用无菌针头刺破脓疱，拭子擦拭蘸取疱液，迅速把拭子插入无菌试管内塞紧；或者取适宜的无菌注射器抽吸疱液。

4、及时标本送检。

三、健康指导要点

1、告知患者正确留取标本对检验结果的重要性。

2、告知患者标本留取的方法及配合方法。

四、注意事项

1、采集标本的时机尽可能选在使用抗生素之前

2、采集标本时避免触及其他部位以免影响检验结果。

第六节 脑室引流术

一、护理评估

1、引流管通畅。

2、引流管最高点应高于眼睛外角 15-20cm，固定妥当。

3、引流液的颜色、性状、量。

4、伤口敷料干燥、清洁，定期更换引流袋。

二、护理措施

1、引流管妥善固定，烦躁病人或儿童应当适当约束，严防导管脱出。

2、更换敷料及引流管时应严格遵守无菌操作。

3、保持引流管通畅，避免扭曲，折叠。引流管最高点应高于眼睛外角 15-20cm，使脑脊液缓慢外流，搬动病人时应暂时夹闭引流管。

4、记录每日脑脊液引流量，观察其性状，如发现脑脊液血色增加，病人有意识障碍应及时通知医生。

5、引流管保留时间一般为 3-5 天，拔管前应夹闭观察数小时，无颅内压增高症状即可拔管。

6、心理护理：讲解引流管的目的及注意事项，减少患者的恐惧，增加患者战胜疾病的信心。

三、健康指导要点

1、讲解引流管的目的及注意事项，保持引流管有效引流，避免扭曲、折叠。

2、烦躁病人或儿童应当适当约束，严防导管脱出。

3、引流管不可随意调节高度，出现头痛时应及时通知医护人员，防止颅内高压或颅内低压。

四、注意事项

1、引流管应抬高 15-20cm 固定，不可随意调节引流管高度，搬动患者时先夹闭引流管，待患者安置稳定后再打开引流管。

2、注意观察引流量，引流液 24h 内不超过 500ml，过多应通知医生及时处理。

3、观察引流液的性质，出现血性时应及时通知医生进行处理。

4、保持引流管的有效引流，引流不畅时应及时通知医生。

5、注意无菌操作，患者头枕无菌治疗巾。



第七节 石膏绷带固定术

一、护理评估

- 1、患肢末梢血运情况。
- 2、头颈胸石膏、石膏背心或髌人字石膏固定患肢应观察有无呼吸困难。
- 3、石膏内有无异常气味。
- 4、石膏内有无出血的情况，血迹有无扩大。

二、护理措施

- 1、患肢抬高，以利于静脉血液及淋巴液的回流。
- 2、注意观察石膏固定肢体的血液循环，如发现皮肤发绀、发冷、肿胀、麻木或疼痛时应及时告知医生，予以处理。
- 3、未干时应用手掌托，禁用手捏，以免在石膏上形成凹陷，对肢体形成局限性压疮。
- 4、随时听取病人主诉，若主诉石膏内的某一点疼痛切不可忽视，应及时检查处理，以免发生局部坏死。
- 5、用嗅觉进行观察，如有腐臭味时，说明石膏内有压疮，已形成溃疡、坏死，或石膏内伤口感染，应及时通知医生处理。
- 6、石膏里面有伤口的，应观察伤口渗血情况，有明显继续出血现象，应及时报告医生进行处理。

7、鼓励病人作石膏内肌肉收缩运动，预防肌肉萎缩，病情允许时鼓励病人下床活动。

8、禁止使用硬物抓挠石膏内皮肤，以防皮肤损伤。

9、保持石膏的整洁，避免污染，严重污染者应及时更换。

10、石膏拆除时可做肌肉按摩，并加强功能锻炼。

三、健康指导要点

- 1、抬高患肢，保持石膏清洁干燥。
- 2、进行适当的功能锻炼，练习患肢肌肉等长收缩、患肢指或趾伸屈活动及健肢的全关节活动。
- 3、对于髌人字石膏或蛙形石膏固定的病人，饮食宜少量多次，避免暴饮暴食。

四、注意事项

- 1、骨筋膜室综合征患肢是否有持续性剧烈疼痛、明显肿胀、皮肤苍白、皮温升高、指或趾屈曲、被动伸指或趾时疼痛剧烈。
- 2、神经麻痹石膏包扎过紧可能压迫周围神经，导致神经麻痹。若发现患肢指、趾端不能自主活动、皮肤感觉减退甚至消失，但肢体血液循环良好，应考虑是否有神经压迫，需要在受压部位开窗减压或更换石膏。

第八节 二氧化碳激光术的护理

一、护理评估

- 1、评估患者病情、意识、自理能力、合作程度。
- 2、了解患者激光术后的天数及治疗情况。
- 3、观察伤口的部位、大小（长、宽、深）、潜行、组织形态、渗液、颜色、感染情况及伤口周围皮肤或组织状况。

二、护理措施

- 1、协助患者取舒适卧位，暴露伤口部位，保护患者隐私。
- 2、依次取下伤口敷料，若敷料粘在伤口上，用生理盐水浸湿软化后缓慢取下。

3、选择合适的伤口清洗剂清洁伤口，去除异物、坏死组织等。

4、根据伤口类型选择合适的伤口敷料。

5、胶布固定时，粘贴方向应与患者肢体或躯体长轴垂直，伤口包扎不可固定太紧。

三、健康指导要点

- 1、告知患者及家属保持伤口敷料及周围皮肤清洁的方法。
- 2、指导患者沐浴、翻身、咳嗽及活动时保护伤口的的方法。

四、注意事项：伤口进行观察、测量和记录。

第九节 普外科诊疗类及护理常规

一、肠造口术

一、护理评估

- 1、评估患者生命体征及既往史。
- 2、评估患者腹壁情况，术前肠造口初步定位。

二、护理措施

- 1、造口开放前的护理：用凡士林或生理盐水纱布外敷结肠造口，外层敷料渗湿后应及时更换，防止

感染。注意观察有无肠段回缩、出血、坏死等情况发生。

2、保护腹壁切口：结肠造口开放后给予粘贴造口袋，保护切口，避免切口被粪便污染而导致感染发生。

3、正确使用造口袋，保护造口周围皮肤：

- ①根据病人情况选择合适的一件式或二件式造口



袋；

②定时更换造口袋，避免渗漏，观察造口周围皮肤有无红、肿、破溃等现象。并对症处理；③教会病人或家属造口袋的使用方法技巧，鼓励自我护理。

4、饮食指导：

①注意饮食卫生，避免油腻饮食以防腹泻；

②避免进食胀气性或有刺激性气味的食物；

③多饮水，多吃水果、蔬菜，防止便秘。少吃芹菜等粗纤维食物，防止阻塞造口。

5、预防人工肛门狭窄，扩肛每天1-2次，每次5-10分钟，直至正常。

6、心理护理：向病人及家属解释经过一段时间的实践，可逐渐适应造口并恢复正常生活，参加适量运动和社交活动，消除其顾虑。

三、健康指导要点

1、教会病人或家属造口袋的使用方法技巧，讲解造口产品的类型及使用方法。

二、结肠灌洗法

一、护理评估

1、评估患者，询问病史，查阅相关资料，了解结肠狭窄程度。

2、评估患者生命体征及配合程度。

二、操作要点及护理措施

1、灌洗前详问患者的血压、心脏、便秘等情况，灌洗前先排便。

2、灌洗前给仪器加水，加水的报警声消失就可以同时加热，加热后根据临床的需要是否使用臭氧（如使用可按“臭氧”消毒1-2分钟）。

3、灌洗开始先把灌洗耗材细管安装到仪器上，然后把肛管涂上石蜡，自己或操作人员

把肛管放入肛门。病人仰卧，洗肠肛管进入肛门的多少，可用退进做为调整，一般洗肠肛管进入肛门的长度为2-3cm，待肛管进入肛门后，患者把臀部靠近排污出口。

4、灌洗前先把仪器按下“灌洗”键，把灌洗的流量调到最小，如果灌洗时患者不腹胀，仪器跳闸，可再次按下灌洗，直到灌到患者有腹胀为止，这样让灌到腹内的温水在患者腹内存留半至1分钟，对宿便起到浸泡作用，松开肛门排水，排污时像在马桶上排便一样排出污物，已使灌入的水能完全排出。

5、再次灌洗时只需把肛门缩紧即可，灌洗时患者腹胀，仪器不会停止，最好患者能忍到自己最大承受力时在松开肛门，灌洗时患者可自行揉动腹部进行

2、指导患者及家属如何观察造口并发症及如何处理。

四、注意事项

1、做好造口周围皮肤的准备。

2、应用温水或温和的清洗剂清洗造口及其周围皮肤，不宜使用消毒液。

3、裁剪底盘时，注意大小适宜，一般比造口大1-2cm。

4、粘贴造口袋前要保证造口周围皮肤干爽，将皮肤撑平后粘贴，然后按压粘胶数分钟以加强黏附力。

5、造口周围皮肤若存在凹陷、瘢痕或皱褶，可用防漏膏或防漏条将凹陷或瘢痕填平，在粘造口袋。贴袋后平卧30分钟，待粘帖牢固后再活动。

6、避免频繁更换造口袋或强行剥离造口袋粘胶而造成皮肤机械性损伤。

7、避免穿紧身衣裤，以免压迫、摩擦造口，影响血液循环。

灌洗的配合。

6、灌洗的流量可根据是否有大便排出或灌洗的次数逐渐的加大流量，刚开始灌洗时操作人员应在场调节流量，灌洗次数不定，可根据患者的情况而定，一般排污水有少量污物为止。（慢传输型便秘可能需清洗3-4次，每次清洗间隔时间大约3-4天）

7、最后一次排污最好时间长一点，然后让患者去卫生间自然排泄一次，然后回来按前述的灌洗方法按“给药”键作保留灌肠。

8、了解狭窄程度及肠腔内是否有粪石。若有粪石则先遵医嘱用50%硫酸镁溶液或液体石蜡30-50ml注入结肠内保留2-3小时后再灌洗。

9、灌肠完毕，用卫生纸包住肛管缓缓拔出，擦净肛门，穿好衣服。清理用物。在灌洗过程中配合手法按摩效果更好。

三、健康指导要点

1、指导患者灌肠过程中做好配合。

2、加强饮食护理，指导患者进流质饮食。

四、注意事项

1、灌洗过程中，仔细观察患者面色，询问有无腹痛、腹肌紧张，排出液中有无血性液体。

2、灌出的液量必须多于灌入的液量或大致相符。

3、灌洗液必须为生理盐水。

4、操作者动作轻柔，根据季节注意保暖。

第十节 骨科诊疗技术及护理常规



一、牵引的护理

一、护理评估

- 1、营养状况及精神状况。
- 2、患肢末梢血液循环,肢端皮肤发冷、发绀、肿胀、疼痛、麻木、运动障碍及动脉搏动减弱或消失。
- 3、日常活动的耐受水平。
- 4、皮肤完整性、有无压疮的体征。
- 5、生命体征、有无坠积性肺炎和肌肉萎缩的体征和症状。

二、护理措施

- 1、严密观察患肢的血液循环和肢体的活动情况,发现异常及时报告医生。
- 2、保持有效的牵引。根据病人牵引的部位抬高床头或床尾,以保持牵引力和体重的平衡。保持牵引锤悬空,滑车灵活,牵引绳和患肢长轴平行,牵引绳上不能放置枕头、被子等,以免影响牵引的效果。
- 3、牵引要保持病人处于正确的牵引体位。股骨颈骨折和粗隆间骨折牵引时,患肢需保持外展中立位,股骨上段骨折时患肢应尽量外展,胫腓骨下段骨折行跟骨牵引,可将牵引绳系在牵引弓的外角,使踝关节内翻,以利于骨折复位。
- 4、牵引的重量应根据病情需要调节,不可随意增减,重量过小,不利于骨折复位和畸形矫正,重量过大可导致过度牵引,造成骨折不愈合。当牵引病人主诉患肢疼痛时,应分析原因,不能随意减轻牵引重量。
- 5、骨牵引的病人要保持牵引针孔处的清洁干燥,预防感染,每日75%酒精消毒2次。如有分泌物和痂皮,应用棉签擦去,防止痂下积脓。注意牵引针有无

二、人工皮负压吸引的护理

一、护理评估

- 1、神志、面容、表情、营养状况及精神变化。
- 2、生命体征的情况。
- 3、患者自理能力、合作程度及患者的反应。
- 4、评估负压是否合适,吸引是否通畅,引流物的颜色、性质、量。

二、护理措施

- 1、妥善固定,保持局部密闭状态以吸引时局部可见管形、粘帖紧密为标准,协助病人更换体位时勿压迫或折叠引流管,以免影响吸引。将引流瓶放于安全位置,保持引流瓶低于伤口60-100厘米,避免尖锐物体如针头,指甲等刺破封闭膜致引流失败。
- 2、保持持续负压吸引,压力维持在200-400mmHg,每2-4小时查看压力表,一般初期负压在200mmHg到350mmHg,持续3到5天后,应减小负压,原则上病人不感到创面疼痛,同时有少量渗液在吸引

偏移。如有偏移,用碘酒酒精消毒后调至对称。

- 6、预防并发症的发生。长时间卧床的病人应预防坠积性肺炎、压疮、泌尿系感染、便秘等并发症。指导病人经常练习深呼吸、咳嗽。每2-3小时协助病人改变一次体位,并按摩受压部位。鼓励病人多饮水,多吃粗纤维食物。

- 7、指导病人进行肌肉等长收缩活动及关节活动。

三、健康指导要点

- 1、指导加强深呼吸、扩胸运动、咳嗽等。
- 2、坚持进行肢体的功能锻炼,以促进血液循环,保持肌力和关节的正常活动度,预防废用综合征的发生,预防足下垂。
- 3、饮食以粗粮及富含纤维素较多的食物如韭菜等,以预防便秘。
- 4、骨牵引病人应保持针眼处干燥清洁,每日消毒针眼2次。

四、注意事项

- 1、当病人诉说其足背无力时,注意是否腓总神经受损。
- 2、皮牵引病人应注意胶布或皮牵引带有无松散或脱落。
- 3、牵引的有效性检查有无阻碍牵引的情况,检查牵引绳与滑车是否在一条直线上,牵引绳应滑动自如,长度合适;牵引锤必须保持悬空,不能置于床、地上;牵引的重量应根据病情决定,不能随意增减;保持牵引绳与滑轮在一条直线,牵引力的方向须与患肢长轴成一直线。

为宜。对儿童患者的负压,建议控制在成人2/3负压。观察人工皮敷料是否塌陷,引流管有无堵塞,引流管管形是否存在、如有漏气,可在漏气处以半透性薄膜重新加覆。

- 3、观察引流物的颜色,性状及量,正常情况下引流液为淡红色或暗红色的血性液体,24小时引流液在20-200ml,也有病人长期无引流液吸出,若有大量鲜红色的血液被吸出时,应及时通知医师,遵医嘱调小负压或用止血药物。

- 4、体位护理:患肢抬高20-30°,以利于血液和淋巴回流,改善循环,减轻患肢肿胀及疼痛;伤口如为侧面,应用软枕垫圈垫起使创面处于悬空位,防止受压。

- 5、预防感染,负压瓶内的引流液超过1/2时应及时倾倒,以防损坏马达,操作时先夹管再分离负压吸引器,防止引流物逆行感染。



6、严密监测生命体征的变化,保护创面,保证有效引流,观察局部皮肤及引流情况,观察伤肢循环及感觉情况,覆盖敷料创面的皮肤一旦发现毛囊炎感染、皮肤红肿等现象,应及时通知医生更换贴膜。

三、健康指导要点

1、做好疾病知识的宣教:向患者介绍负压引流的目的及注意事项,24小时负压封闭引流液中含有大量蛋白,因此鼓励患者进食高蛋白、高热量、富含

维生素的食物。

2、指导病人戒烟戒酒可促进创面愈合。

四、注意事项:定时检查负压是否合适,引流是否通畅以及有无漏气,若负压不足可适当调大负压范围,如有坏死组织及血凝块阻塞引流管时,应用生理盐水冲洗稀释以利其排除,如漏气应及时更换生物半透性薄膜以保持引流效果。

第十一节 泌尿外科常见诊疗技术及护理常规

一、体外冲击波碎石的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、大小便、身体状况、既往史等。

3、观察患者有无腰腹部疼痛、血尿、恶心、呕吐、发热等症状。

二、护理措施

1、向患者及家属说明相关检如 IVP、KUB、CT 的目的及注意事项,协助完成各项辅助检查。

2、向病人解释结石治疗的目的,解除病人的恐惧心理,争取主动配合。

3、碎石后适当活动、改变体位可增加输尿管蠕动,促进碎石排出,但巨大肾结石碎石后不宜下床活动,应采用患侧向下的侧卧位,以避免碎石排出时引起输尿管梗阻。

4、密切观察和记录术后尿液颜色及碎石沉渣的

排出,多数病人有轻微淡红色血尿,1-2天可消失;血尿明显者可给予止血药物。

5、若病人有肾绞痛出现,可给予解痉镇痛药物,如双氯芬酸钠 50mg 纳肛或黄体酮 20mg 肌肉注射。

三、健康指导要点

1、碎石前3日忌进易产气食物,术前1日进半流质饮食,并禁食含纤维素的蔬菜水果。术晨可进少量不易产气软食。

2、术后可根据病人情况给予半流质或流质饮食,注意多饮水,每日饮水量 2500-4000ml,增加尿量,促进排石。

四、注意事项

1、合并泌尿系感染者,应控制感染后再行体外冲击波碎石术。

2、术后定期复查 KUB,以了解结石粉碎及排出情况;如需再次治疗,间隔时间不少于 7 天。

二、前列腺穿刺的护理

一、护理评估

1、评估患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。

2、了解患者大小便排出情况,了解患者有无肛周疾患。

二、护理措施

1、穿刺前晚口服泻药,穿刺晨灌肠一次,禁食,可少量饮水。

2、准备好下腹部及会阴部的皮肤。

3、合并尿潴留、尿路感染、尿毒症等留置尿管或耻骨上膀胱穿刺造瘘的病人,保持尿液通畅,改善肾功能。

三、健康指导要点

1、穿刺后易出现血尿,应卧床休息,如血尿严重,通知医生处理。

2、穿刺后如出现尿频、尿痛,应多饮水或适当补液,每日饮水量在 2000ml 以上。

3、穿刺后如出现发热或感染征象,遵医嘱使用抗生素。

四、注意事项

1、注意会阴部清洁。

2、保持大便通畅,避免用力排便,预防继发性出血。

三、肾穿刺造瘘 / 膀胱穿刺造瘘术

一、护理评估

1、评估患者病情、意识状态及合作程度。

2、观察患者排尿困难的程度,腰腹部体征,有无尿潴留及血尿等状况。



- 3、了解患者肾积水程度。
- 4、了解患者肾功能及全身状况。

二、护理措施

- 1、检查病人血常规、凝血功能及肾功能。
- 2、穿刺前不必禁食，可多饮水，膀胱穿刺造瘘前应憋尿。
- 3、穿刺后鼓励病人多饮水，保持尿量在 1500-2000ml，妥善固定引流管，保持引流管通畅。

四、排泄性尿路造影

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。
- 2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身体状况、既往史等。
- 3、观察患者腰腹部疼痛的表现，有无血尿及血尿的量和严重程度，有无尿路感染表现，如发热，有无恶心、呕吐等状况。
- 4、了解患者有无碘过敏史。

二、护理措施

1、检查前护理

(1) 检查前作碘过敏试验，注射后 15-20min 观察有无心慌、气、恶心、呕吐、眩晕、荨麻疹、过敏性休克等症状。试验阴性者方可行此检查。

(2) 检查前一天晚上 7 时服用 30% 硫酸镁 60ml，晚 8 时服用 20% 甘露醇 250ml。至次日晨 7 时，排便 <3 次者，行普通灌肠 1 次。

五、逆行性肾盂造影

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。
- 2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身体状况、既往史等。
- 3、观察患者腰腹部疼痛的表现，有无血尿及血尿的量和严重程度，有无尿路感染表现，如发热，有无恶心、呕吐等状况。了解患者有无下尿路狭窄。
- 4、了解患者有无碘过敏史。

二、护理措施

1、检查前护理

- (1) 检查前一天进半流质饮食。
- (2) 向病人进行检查的相关知识宣教，告知病人检查目的和方法，消除恐惧心理，取得病人的配合。
- (3) 检查前请病人排尿并清洁会阴部。

六、肾动脉造影

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状

- 4、观察肾造瘘管引流液的颜色、性状及量。

三、健康指导要点

穿刺当日应卧床休息，如有出血适当延长卧床时间。

四、注意事项

- 1、遵医嘱使用抗生素及止血药物，防止出血及感染。
- 2、带管出院病人定期每月更换造瘘管。

(3) 检查前一天进稀饭、面条等半流质饮食，少食富含纤维素的蔬菜、水果。检查当日晨禁食、水。

2、检查后护理

(1) 饮食护理：可进普食，鼓励多饮水，以加速造影剂的排泄。

(2) 病情观察：观察排尿情况，了解有无肾功能受损。

三、健康指导要点

(1) 告知病人排泄性尿路造影检查的目的和方法，消除其恐惧心理。

(2) 检查后鼓励病人多饮水，以增加尿量，减少造影剂的吸收。

四、注意事项：备好急救设备和药物，检查中要密切观察病人反应，如有恶心、呕吐、胸闷、眩晕和心悸等，可能是早期碘过敏反应，应立即停止注药，皮下注射 0.1% 肾上腺素 1mg、吸氧并注意观察尿量等。

2、检查后护理

(1) 休息与卧位：检查完毕后卧床休息一天，减少活动，以免出现血尿，并鼓励病人多饮水。

(2) 病情观察：观察病人排尿情况，有无血尿、排尿困难及尿量减少。

(3) 遵医嘱使用抗生素，预防感染。

三、健康指导要点

(1) 告知病人逆行性肾盂造影检查的目的和方法，消除其恐惧心理。

(2) 检查后鼓励病人多饮水，以增加尿量，减少造影剂的吸收。

四、注意事项：注入造影剂时应缓慢，压力不可过高，造影剂不能太多，否则会引起造影剂逆流及剧痛。

况及健康史和相关因素。

- 2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身



体状况、既往史等。

3、评估患者心肾功能，了解有无凝血功能障碍及穿刺部位感染或急性全身感染。

4、了解患者有无碘过敏史。

二、护理措施

1、检查前护理

(1) 检查前作碘过敏试验，准备会阴部及大腿内侧皮肤。

(2) 检查前1天准备镇痛药物美施康定30mg，术中备用。

(3) 检查晨禁食、禁水。体质差的病人给予50%葡萄糖50ml+维生素C1.0g静脉滴注。

2、检查后护理

(1) 卧床休息，穿刺侧下肢制动1天，穿刺部位以砂袋压迫24h，防止出血。

(2) 饮食护理：卧床期间给予营养丰富的半流

七、尿路X线片检查

一、护理评估

1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史和相关因素。

2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、身体状况、既往史等。

3、观察患者腰腹部疼痛的表现，有无血尿及血尿的量和严重程度，有无尿路感染表现，如发热，有无恶心、呕吐等症状。

二、护理措施

八、膀胱冲洗的护理

一、护理评估

1、评估患者病情、意识状态、自理能力、心理状况和合作程度。

2、观察尿液性质、出血情况、排尿不适症状等。

3、注意患者反应，观察冲洗液出入量、颜色及有无不适。

二、护理措施

1、遵医嘱行膀胱冲洗，准备冲洗液。

2、行无菌导尿管留置三腔尿管，排空膀胱。如有血凝块堵塞，用注射器抽吸至通畅。

3、将膀胱冲洗液悬挂在输液架上，液面高于床面60cm，连接前对各个连接部进行消毒。

4、行间断膀胱冲洗时，夹闭引流管，使溶液滴入膀胱，调节滴速一般为60—80滴/分。待病人有尿意或滴入溶液200—300ml后，夹闭冲洗管，打开

质饮食，鼓励多饮水，以加速造影剂的排泄。

(3) 病情观察：密切观察血压，脉搏变化。观察穿刺侧足背动脉搏动情况及末梢循环是否良好。观察有无并发症，如穿刺大血管造成的大出血、肾动脉栓塞、穿刺处感染等。

(4) 药物治疗：使用抗生素预防感染，酌情应用止血药物。

三、健康指导要点

1、告知病人肾动脉造影检查的目的和方法，消除其恐惧心理。穿刺侧下肢如有麻木等不适感，应及时告之医护人员。

2、检查后鼓励病人多饮水，以增加尿量，减少造影剂的吸收。

四、注意事项：行肾动脉造影术毕应严密观察有无术后并发症的发生和造影剂的毒性作用。

1、拍片前1日进半流质，少食纤维素类食物，下午4时用番泻叶15g泡水1000ml，2h内饮完，以促使排便。或于次日晨7时，行普通灌肠1次即可。

2、检查当日晨禁食、水。

三、健康指导要点

告知病人尿路X线片检查的目的和方法，以取得病人的积极配合。

四、注意事项：为避免粪块或肠内积气积液影响摄片效果，最好于灌肠后0.5—1h摄片。

引流管，将冲洗液全部引流出来后，再夹闭引流管。按需要如此反复冲洗。

5、行持续膀胱冲洗时，冲洗管和引流管均开放，不间断持续冲洗膀胱。

三、健康指导要点

1、告知患者冲洗的目的和配合方法。

2、告知患者冲洗过程中如有不适及时通知护士。

四、注意事项

1、冲洗过程中注意保暖和观察。若病人出现腹痛、腹胀，应立即停止冲洗，报告医生；若冲洗液入量大于出量，可挤压或用注射器冲洗引流管，使之通畅，但需动轻柔。

2、根据患者的反应和症状调整冲洗速度和冲洗液用量，冲洗过程中保持引流通畅。

3、严格无菌操作，防止继发尿路感染。

第六十七章 妇产科诊疗类及护理常规



第一节 妇科诊疗类及护理常规

一、宫颈环形电切术 (LEEP)

宫颈环形电切术 (LEEP)：是采用低电压、高电流以及细小的电刀切除宫颈病变组织，提供标本送检。是一种简单、安全、有效的诊断及治疗宫颈病变方法。

适应症：

- 1、慢性宫颈炎（宫颈糜烂Ⅲ度，宫颈肥大合并腺囊肿、宫颈息肉）
- 2、宫颈尖锐湿疣
- 3、宫颈鳞状上皮乳头状增生
- 4、CIN II - III级
- 5、宫颈黏膜下肌瘤
- 6、宫颈子宫内膜异位症

禁忌症：

- 1、妊娠者
- 2、宫颈的急性炎症、子宫内膜炎、输卵管疾病、卵巢或腹膜疾病
- 3、宫颈浸润癌可疑的病人

一、护理评估

- 1、了解病人疾病诊断、年龄、婚姻状况、生育史、尿HCG检查和B型超声报告。
- 2、病人对宫颈环形电切术的认知程度及心理反应。
- 3、监测生命体征，查阅血常规、出凝血时间、白带常规报告，膀胱排空情况。
- 4、急性生殖器炎症、有血液病等出血倾向为禁忌。

二、宫内节育器放置术

宫内节育器放置术是一种安全、可逆性节育方式。适应症：已婚育龄期妇女无禁忌症，自愿要求放置IUD者均可放置。

禁忌症：

- 1、生殖道急、慢性炎症。
- 2、生殖器官肿瘤。
- 3、月经过多、过频或不规则出血。
- 4、子宫畸形。
- 5、宫颈口过松、重度陈旧性宫颈裂伤或子宫脱垂。
- 6、严重全身性疾病。
- 7、妊娠或可疑妊娠。
- 8、人工流产后子宫颈收缩不良，疑有妊娠组织残留或感染。
- 9、有铜过敏史者，禁止放置含铜宫内节育器。

一、护理评估

- 1、了解病人年龄、婚姻状况、生育史。
- 2、病人对宫内节育器放置术的认知程度。
- 3、监测生命体征，查阅血常规、出凝血时间、

5、环境舒适、隐蔽程度。

二、护理措施

- 1、术前常规阴道分泌物检查以排除阴道炎症，行宫颈刮片细胞学检查或阴道镜检查以确定病变性质及部位。
- 2、操作前嘱病人摘除金属饰品。
- 3、术后卧床休息4-6小时，严密观察阴道出血情况。

三、健康指导要点

- 1、术后用抗生素预防感染，术后6周探查宫颈管有无狭窄。
- 2、术后保持外阴清洁，1-2周创面脱痂，有少量阴道出血、阴道排液。如出血量大于月经量及时就诊。
- 3、术后2个月内禁止性生活及盆浴，避免重体力劳动。
- 4、术后3个月月经干净3-7天到妇科门诊复查。

四、注意事项

- 1、应于月经干净后3-7天施行手术。
- 2、患生殖器急性炎症者，需待治愈后施行手术，以免炎症扩散。
- 3、阴道内纱条于术后24小时取出，如出血多，必须立即就诊。

白带常规报告，膀胱排空情况。

4、环境舒适、隐蔽程度。

二、护理措施

1、放置时间：

- (1) 月经干净后3-7天无性交者。
- (2) 人工流产后立即放置，但术后宫腔深度应<10cm，为防止收宫不全，亦可在术后1个月，月经干净3-7天放置。
- (3) 产后42天恶露已净，会阴切口愈合，子宫恢复正常者。
- (4) 剖宫产术后6个月。
- (5) 哺乳期放置应先排除早孕。
- (6) 含孕激素宫内节育器在月经干净后3-7天放置。

2、术前向病人介绍手术步骤，解除病人思想顾虑，取得合作。

3、选择大小适合的节育器，过小易脱落，过大刺激子宫收缩，并至腰酸腹胀，月经过多。



三、健康指导要点

- 1、术后休息3天，避免重体力劳动1周。
- 2、术后2周内禁止性生活及盆浴。
- 3、术后3个月每次行经或排便时注意有无节育器脱出。
- 4、术后可能有少量阴道出血及下腹不适，嘱若发热、下腹痛及阴道流血量多时，应随时就诊。

三、诊断性刮宫术

诊断性刮宫术：刮取子宫内膜和内膜病灶行活组织检查，作出病理学诊断，同时怀疑有宫颈管病变时，应对颈管和宫腔分别进行诊断性刮宫，简称分段诊刮。

适应症：

- 1、不明原因的子宫出血或阴道排液，需证实或排除子宫内膜癌、宫颈癌或其他病变。
- 2、月经失调如功能性子宫出血或闭经，了解子宫内膜变化及其对性激素的反应。
- 3、不孕症需了解有无排卵，并能发现子宫内膜病变。
- 4、疑有子宫内膜结核。
- 5、疑有宫内组织残留致长期多量出血时，彻底刮宫有助于诊断并迅速止血。

禁忌症：急性阴道炎、急性宫颈炎、急性或亚急性附件炎

一、护理评估

- 1、了解病人疾病诊断、年龄、婚姻状况、生育史、尿HCG检查和B型超声报告。
- 2、病人对诊刮术的认知程度及心理反应。
- 3、监测生命体征，查阅血常规、出凝血时间、白带常规报告，膀胱排空情况。
- 4、环境舒适、隐蔽程度。

二、护理措施

- 1、术前向病人讲解诊断刮宫的目的和过程，解除其思想顾虑。
- 2、嘱病人排空膀胱后，取膀胱截石位。

四、宫腔镜检查或治疗的护理

宫腔镜检查或治疗：利用宫腔镜系统对宫颈管及宫腔内疾病进行检查和治疗的内镜技术。

适应症：

- 1、诊断性宫腔镜
 - (1) 异常子宫出血者
 - (2) 评估异常的B超及子宫输卵管造影
 - (3) 原发或继发不育
 - (4) 反复流产
 - (5) 宫腔内异物诊断、宫内节育器定位
 - (6) 宫腔畸形及粘连的诊断
 - (7) 宫腔镜手术前检查、手术后随访

四、注意事项

- 1、哺乳期子宫较软，易发生穿孔，应注意操作轻柔。
- 2、严格执行无菌操作，防止感染。
- 3、术后1个月、3个月、6个月、12个月应复查节育器位置。以后每年复查一次，早期发现节育器位置下移、扭转或脱落等异常，及时处理。
- 3、准备固定标本的小瓶。
- 4、术中让病人学会做深呼吸等一些放松技巧，帮助其转移注意力，以减轻疼痛。
- 5、协助医师观察并挑选刮出的可疑病变组织并固定，做好记录并及时送检。
- 6、观察阴道出血及腹痛情况。

三、健康指导要点

- 1、术后告知病人保持外阴部清洁；2周内禁止性生活及盆浴，按医嘱服用抗生素。
- 2、一周后到门诊复查并了解病理检查结果。

四、注意事项

- 1、告知病人刮宫前5天禁止性生活。涉及卵巢功能时，术前至少已停用性激素1个月，以避免错误结果。
- 2、不孕症病人应选择月经前期或月经来潮12小时内刮宫，以判断有无排卵。功能失调性子宫出血病人，若疑为子宫内膜增生症者，应选择月经前1-2天或月经来潮24小时内刮宫；若疑为子宫内膜剥脱不全时，应选择月经第5-6天刮宫；不规则出血者随时可以刮宫。
- 3、如同时疑有颈管疾病者，宜行分段诊刮。
- 4、老年病人子宫多已萎缩，操作时应谨慎，避免子宫穿孔。
- 5、子宫内膜结核多由输卵管结核蔓延而来，故刮刮时应注意刮取两侧子宫角部的内膜送病检。

2、治疗性宫腔镜

- (1) 疏通输卵管口
- (2) 选择性输卵管插管通液试验
- (3) 取出宫腔内残留片状碎骨、断裂或嵌顿的宫内节育器
- (4) 宫腔镜下药物治疗输卵管妊娠
- (5) 其他节育及助孕技术
- 3、手术性宫腔镜
 - (1) 子宫内膜切除术
 - (2) 子宫内息肉切除术
 - (3) 子宫肌瘤切除术



- (4) 子宫纵隔切除术
- (5) 子宫腔粘连分解术
- (6) 宫颈管内赘生物切除术

禁忌症:

- 1、急性、亚急性生殖道炎症。
- 2、严重心肺功能不全或血液疾病。
- 3、近期(3个月内)有子宫穿孔或子宫手术史。
- 4、宫颈瘢痕影响扩张者;宫颈裂伤或松弛致灌

流液外漏者。

一、护理评估

- 1、了解病人疾病诊断、年龄、生育史、膀胱排空情况。
- 2、病人对宫腔镜诊治术的认知程度及心理反应。
- 3、监测生命体征,查阅血常规、出凝血时间、白带常规报告、生化组合,宫颈脱落细胞学检查,B型超声报告。

- 4、环境舒适、隐蔽程度。

二、护理措施

- 1、术前详细询问病史,糖尿病病人应选用5%

五、宫内节育器取出术

宫内节育器取出术是为放置宫内节育器的妇女,由于某种原因需要将宫内节育器取出者。

适应症:

- 1、节育器的放置期限已满需更换者。
- 2、计划再生育者。
- 3、因不良反应治疗无效或出现并发症者。
- 4、改用其他避孕措施或绝育者。
- 5、带器妊娠者。
- 6、绝经1年者。

禁忌症:生殖道急性、亚急性炎症及全身情况不良或各种疾病的急性期暂不能取出。

一、护理评估

- 1、了解病人年龄、婚姻状况、生育史。
- 2、病人对宫内节育器取出术的认知程度。
- 3、监测生命体征,查阅血常规、出凝血时间、白带常规报告,膀胱排空情况。

六、腹腔镜检查或治疗的护理

腹腔镜检查或治疗:利用腹腔镜观察盆、腹腔内脏器的形态,有无病变,必要时取活组织行病理学检查,以明确诊断或对盆、腹腔疾病进行手术治疗。

适应症:

- 1、诊断性腹腔镜
 - (1) 怀疑子宫内膜异位症。
 - (2) 不明原因急、慢性腹痛。
 - (3) 不孕患者。
 - (4) 代替二次探查手术。

甘露醇液替代5%葡萄糖液。术前需进行妇科检查、宫颈脱落细胞学和阴道分泌物检查。

2、月经干净后1周内检查为宜,此时子宫内膜薄且不易出血,黏液分泌少,宫腔内病变容易暴露。

3、术中注意观察受检者反应,给予其心理支持。配合医师控制宫腔总灌流量,葡萄糖液体进入受检者血液循环量不应超过1L,否则易发生低钠水中毒。

三、健康指导要点

1、嘱受检者保持会阴部清洁,2周内禁止性交及盆浴。

2、告知病人麻醉反应可引起恶心、呕吐。

3、术后禁食6小时。

四、注意事项

1、术中注意病人阴道流血及腹痛情况。

2、术中注意水电解质、酸碱平衡,观察有无水中毒。

3、术后嘱受检者卧床休息30分钟,观察并记录其生命体征、有无腹痛等。遵医嘱应用抗生素3-5天。

4、环境舒适、隐蔽程度。

二、护理措施

1、以月经干净后3-7天取出为宜,如为并发症或不良反应经处理不愈者,随时取出。

2、要求再放置节育器者,宜在下次月经干净后3-7天进行。

三、健康指导要点

1、告知病人术后休息3天,保持外阴清洁。

2、告知病人2周内禁止性生活及盆浴,以防感染。

四、注意事项

1、操作必须轻柔、稳准。不能盲目钩取,更应避免向宫内钩取,以免损伤子宫壁。

2、取器困难时,暂停手术,等下次月经干净后,在B超监测下取出,切勿强力牵拉,以免损伤子宫。

3、取出节育器后应落实其他避孕措施。

(5) 了解盆腔肿块性质、部位和活检。

2、手术性腹腔镜

(1) 异位妊娠。

(2) 输卵管因素的不孕症。

(3) 卵巢良性肿瘤小于5cm肿块。

(4) 多囊卵巢打孔术。

(5) 子宫肌瘤剔除、子宫切除、腹腔镜辅助的阴式子宫切除手术。

(6) 异位病灶电凝或切除,卵巢巧克力囊肿剥离,



分离粘连等。

- (7) 盆腔脓肿引流。
- (8) 双输卵管结扎术。
- (9) 广泛全宫 + 盆腔淋巴结清扫。

禁忌症:

- 1、心、肺疾患或膈疝。
- 2、肿块过大, 超过脐水平及妊娠 > 16 周者。
- 3、性腹膜炎或怀疑腹腔内广泛粘连。
- 4、内大出血。
- 5、系统功能障碍。

一、护理评估

1、了解病人疾病诊断、年龄、生育史、膀胱排空情况。

2、病人对腹腔镜诊治术的认知程度及心理反应。

3、监测生命体征, 查阅血常规、出凝血时间、生化组合, 肝功能、白带常规、尿 HCG 检查、B 型超声报告、胸透、心电图报告等。

4、环境舒适、隐蔽程度。

二、护理措施

1、术前准备

(1) 协助医师掌握检查适应证。向病人讲解腹腔镜检查或治疗的目的、操作步骤及注意事项, 使其了解检查的先进性和局限性, 积极配合检查。

(2) 术前一日晚肥皂水灌肠, 腹部皮肤准备时注意清洁脐孔。

(3) 术日晨禁食水。

2、术中配合注意观察病人生命体征的变化, 发现异常及时报告医师。若盆腔视野不清, 可调整病人

为头低臀高 15 度体位。

3、术后护理

(1) 拔除导尿管, 嘱病人自主排尿。卧床休息半小时后即可下床活动, 以尽快排除腹腔气体。向其说明出现肩痛及上腹不适等症状是因腹腔内残留气体刺激膈肌所致, 会逐渐缓解或消失。

(2) 病人术后当日禁食。

(3) 注意观察病人生命体征及穿刺口有无红肿、渗出。

(4) 按医嘱给予抗生素。

三、健康指导要点

1、伤口护理: 注意保持伤口清洁、干燥, 伤口完全愈合后方可淋浴。观察伤口有无红、肿、热、痛的现象, 以防感染的发生。

2、阴道出血: 行腹腔镜子宫全切术的患者, 因阴道断端有创面, 术后 2 周内阴道可有少许褐色分泌物排出。

3、生活起居: 术后 2 周内避免提重物、骑马、骑自行车、久坐, 以免盆腔充血。

4、营养摄取: 术后宜增加蔬菜及高纤维质食物的摄取, 并避免食用产气的食物如白薯、豆类、洋葱等, 以减少术后腹胀引起不适。

5、性生活: 一般腹腔镜手术者, 术后 2 周后即可恢复正常性生活。行腹腔镜子宫全切术的患者至少需 8 周待阴道切缘全愈合才可恢复正常性生活。

四、注意事项: 1、密切观察患者生命体征。2、术后观察有无胸部疼痛、肩痛和上肢疼痛。疼痛严重时嘱患者采取膝胸卧位, 减轻疼痛。

第二节 产科诊疗技术及护理常规

一、腹部触诊四步手法

一、护理评估

1、评估孕妇的腹形、腹部皮肤情况, 有无瘢痕、妊娠纹等。

2、检查子宫大小、胎产式、胎先露、胎方位及胎先露是否衔接。

二、护理措施

1、检查者两手置于宫底部, 测得宫底高度, 估计胎儿大小与妊娠月份是否相符。

2、检查者两手分别置于腹部左右侧, 一手固定, 另一手轻轻深按检查, 两手交替。

3、检查者右手置于耻骨联合上方, 拇指与其四指分开握住胎先露部, 进一步查清是胎头或胎臀。

4、检查者面向孕妇足部, 将两手分别置于胎先露部的两侧, 沿骨盆入口向下深按, 进一步核对胎先露的诊断是否正确。

5、胎心音听诊。

三、健康指导要点

1、指导孕妇排空膀胱后仰卧在检查床上, 露出腹部, 双腿分开。

2、指导孕妇正确配合方法。

四、注意事项

1、寒冷季节关好门窗, 注意保暖。

2、动作轻柔, 避免发生先兆流产、早产等并发症。

3、注意保护孕妇隐私。

二、骨盆外测量法

一、护理评估

评估判断骨盆大小及其形状。



二、护理措施

1、携骨盆外测量器至孕妇床边,向孕妇做好解释,取得配合。

- 2、测量髂棘间径、; 正常值 23-26cm、
- 3、测髂嵴间径正常值 25-28cm、
- 4、测骶耻外径正常值 18-20cm、
- 5、测坐骨结节间径 8.5-9.5cm、
- 6、测耻骨弓角度正常 90 度。

三、健康指导要点

三、人工剥离胎盘术

一、护理评估

1、胎儿娩出后 30min 胎盘未剥离。
2、子宫增大而软或有活动性出血, 检查无软产道损伤者。

3、全麻下行难产手术者。

二、护理措施

- 1、重新消毒和铺巾。
- 2、术者更换手套及手术衣。
- 3、必要时导尿。
- 4、如宫口已缩小, 术者的手不能进入宫腔, 可根据医嘱静推安定 10mg 或给杜冷丁肌注。

四、胎心音听诊术

一、护理评估

- 1、评估孕周、胎位及是否为高危妊娠。
- 2、评估环境光线、温度及隐蔽程度。

二、护理措施

- 1、协助孕妇取半卧位或坐位, 暴露腹部。
- 2、四步触诊法确定胎心听诊部位。
- 3、胎心探头涂耦合剂, 固定于胎心音最强部位。
- 4、听诊时间不得少于一分钟, 记录胎心次数。
- 5、观察胎心音节律情况, 注意有无不适主诉。

五、缩宫素引产术

一、护理评估

- 1、评估胎儿情况、胎方位情况。
- 2、评估宫口扩张、产程进展情况。
- 3、评估有无先兆子宫破裂。

二、护理措施

1、向产妇解释缩宫素引产的目的、方法及注意事项, 取得产妇配合。

2、宫缩乏力, 产程进展缓慢, 使用缩宫素引产时, 应使宫缩调节至持续时间 30-40 秒, 间隔时间 2-3 分钟。

3、严密监测胎心及宫缩, 注意产程进展, 发现异常立即通知及时处理。

三、健康指导

- 1、向孕妇解释操作目的及方法, 取得配合。
- 2、指导孕妇了解骨盆测量的重要性。

四、注意事项

- 1、注意保护孕妇隐私。
- 2、寒冷季节关好门窗, 注意保暖。
- 3、测量各径线应准确。

四、注意事项

- 1、缝合时勿留死腔也不易过深, 以免缝到直肠壁。
- 2、缝合完毕, 抽出阴道内的纱布条。

5、左手拉住脐带, 右手四指并拢沿脐带进入宫腔, 寻到胎盘边缘后缓慢剥离, 注意勿损伤子宫壁。

6、在分娩记录单上做好记录, 并向主管医生交班。

三、健康指导要点

- 1、指导产妇正确的配合方法。
- 2、指导产妇保持个人卫生, 避免感染。

四、注意事项

- 1、如胎盘与子宫壁粘连紧密, 应考虑是否植入性胎盘, 不要强行剥离。
- 2、胎盘取出后, 仔细检查是否完整, 如有残缺立即行清宫术。

三、健康指导要点

- 1、告知孕妇胎心听诊的意义及配合方法。
- 2、告知孕妇胎心音正常范围、本次听诊结果。
- 3、告知孕妇自我监测胎动的方法。

四、注意事项

- 1、尽量避免长时间仰卧位, 注意保暖, 保护隐私。
- 2、听诊完毕擦净孕妇腹部耦合剂, 以免引起孕妇不适。

1、告知产妇引产的目的及配合方法。

- 2、给药前告知使用宫缩药可能出现的不适。
- 3、指导产妇配合呼吸减轻疼痛的方法。

四、注意事项

- 1、注意严格掌握适应症以及催产素静脉点滴规范。
- 2、使用药物剂量应准确, 注意观察用药反应和不良反应。
- 3、应专人监护, 严格按宫缩情况调节滴注速度。
- 4、严密观察胎心音变化以及产程进展情况。



六、阴道检查

一、护理评估

1、胎膜早破，胎儿有宫内窒息者，须诊断有无脐带脱垂。

2、宫口开大而胎头不入盆或先露下降受阻，疑有头盆不称，怀疑持续性枕后位或枕横位。

3、难产手术前后常规作阴道检查。

4、前置胎盘或胎盘早剥在决定分娩方式前，必须做好配血等术前准备前提下进行。

5、了解子宫有无畸形，骨盆与胎头的比例。

6、子宫颈的厚薄、软硬度，有无宫颈水肿，宫口扩大情况；。

7、疑有前置胎盘者，注意宫口处有无胎盘组织，动作轻柔以免引起人为剥离导致出血。

8、胎方位及先露下降情况、胎头有无水肿，颅骨有无重叠、测量骶耻外径、耻骨弓的角度，坐骨棘

是否突出，坐骨切迹的宽度。

二、护理措施

1、严格消毒外阴，铺巾。

2、必要时行导尿。

3、检查者刷手、洗手后穿手术衣，带消毒手套。右手食中指并拢以后以石蜡油润滑后进入阴道，勿接触肛门及阴唇。

三、健康指导要点：指导产妇取正确体位配合检查。

四、注意事项

1、将检查结果作详细的记录。

2、遵医嘱用抗生素预防感染。

3、疑有前置胎盘者，注意宫口处有无胎盘组织，动作轻柔以免引起人为剥离导致出血。

七、会阴侧切及缝合术

一、护理评估

1、初产妇会阴过高过紧，估计破裂难免或胎头拨露时阴道粘膜已有出血者。

2、胎儿宫内窘迫需尽快结束分娩，先露已着冠，侧切后胎儿能迅速娩出者。

3、产妇体力衰竭或患有心脏病、肺结核、先兆子痫等疾病，需要缩短第二产程。

4、初产妇难产手术，如臀牵引、产钳、胎头吸引器等。

二、护理措施

1、产妇取膀胱截石位，常规消毒。

2、导尿。

3、2%利多卡因作局部浸润麻醉。

4、以一手之食指及中指放入阴道，界入胎先露与会阴切开部位之间，另一手在宫缩间歇时持侧切剪置于侧切处，与正中中线成45-60度角，左侧或右侧均

可，当宫缩会阴膨隆时剪开。切口大小通常为3-4cm，切开后用纱布压迫止血。

5、缝合前先将纱布条塞入阴道内，避免宫腔内流出的血液影响手术视野。

6、用肠线自阴道粘膜切口顶端前1cm开始缝合，每针相距1cm，然后缝合肌层、皮下组织，最后用丝线缝合皮肤或以“000”肠线作皮内缝合。缝合时勿留死腔也不易过深，以免缝到直肠壁。

7、缝合完毕，抽出阴道内的纱布条。

8、再次消毒切口，垫消毒的会阴垫。

9、遵医嘱准确执行会阴擦洗。

三、健康指导要点：1、指导产妇取正确体位配合检查。2、指导产妇会阴伤口的自我护理方法。

四、注意事项：1、缝合时勿留死腔也不易过深，以免缝到直肠壁。2、缝合完毕，抽出阴道内的纱布条。

八、肛门指检检查术

一、护理评估

不明原因的阴道出血者禁忌肛检，胎膜早破者应减少肛检次数。

二、护理措施

1、检查前向产妇说明检查目的，嘱产妇排空膀胱，产妇取仰卧位，脱去对侧裤腿，两腿屈曲分开，显露外阴，指导产妇做深呼吸。

2、检查者站在产妇右侧，左手放在宫底，右手戴消毒手套，示指蘸肥皂液，掌心向上，示指轻柔伸入直肠内，用卫生纸遮盖阴道口，避免粪便污染阴道。当先露部平坐骨棘时以“0”表示，在坐骨棘平面上

1cm为“-1”，若先露部在坐骨棘平面下1cm为“+1”，以此类推。

3、如能摸清颅缝可确定胎方位，若触及有血管搏动的索状物，考虑为脐带先露或脐带脱垂，需及时处理。

三、健康指导要点：指导孕妇正确体位及配合要点。

四、注意事项

1、动作轻柔，避免损伤直肠黏膜。

2、注意保护产妇隐私。

3、寒冷季节关好门窗，注意保暖，避免受凉。



九、新生儿气管插管术

一、护理评估

- 1、需长时间正压人工给予氧气吸入。
- 2、气囊面罩人工呼吸无效。
- 3、需气管内吸引羊水等吸入物。
- 4、经气管注入药物时。
- 5、可疑膈疝。

二、护理措施

- 1、体位：仰卧于辐射台或抢救台上，颈部轻度仰伸，可垫一纱布卷。
- 2、右手稳住新生儿头部，左手持镜，沿舌面插入喉镜片至刚超过舌根。
- 3、上抬叶片，辨认解剖部位，可见会厌及声门。
- 4、如见不到会厌及声门，判断叶片位置，必要时，助手协助压迫喉部。若 20 秒不能插入，应退出喉镜，

十、新生儿沐浴法

一、护理评估

- 1、出生后体温未稳定不宜沐浴。
- 2、难产儿 3 天以内宜擦浴。
- 3、新生儿窒息、颅内出血、产伤等严重疾病者不宜沐浴。

二、护理措施

- 1、沐浴前 1 小时内不宜喂奶。
- 2、沐浴过程中不能离开婴儿，热水始终流经操作者的手再接触婴儿，注意保护婴儿。
- 3、在医院内沐浴要防止交叉感染，操作前用消毒剂浸泡沐浴池、沐浴垫。

十一、彩色多普勒超声脐血流测定法

一、护理评估

- 1、各种高危妊娠。
- 2、胎儿脐带缠绕，如绕颈、绕身、扭曲、打结等。
- 3、妊娠 ≥ 26 周的孕妇。

二、护理措施

- 1、连接电源，打开主机，进入测量状态。
- 2、查清胎方位，脐带一般位于胎儿的肢体侧，

十二、人工流产术

一、护理评估

- 1、各种疾病的急性期。
- 2、急性生殖器炎症，如各种阴道炎、急性或亚急性宫颈炎、盆腔炎等。
- 3、术前相隔 4 小时 2 次测体温均 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 者。
- 4、全身情况不良不能耐受手术者，如心力衰竭，高血压伴有自觉症状，严重贫血、结核病伴有高热等。

二、护理措施

行面罩正压给氧。

5、声门及声带显露后，右手持气管套管，沿口腔右侧导入套管。

6、看准声门将套管推入声带线达声门水平，此时，管尖在声门与气管隆突连线中点上。

7、右手将管子固定于患儿唇部，左手小心退出喉镜叶片，注意不要使管子移位，若有金属芯，将其退出，接上复苏气囊。

三、健康教育：向家属介绍气管插管的作用及治疗意义、注意事项，以取得家属的配合，配合治疗。

四、注意事项

- 1、动作应轻柔，避免损伤婴儿咽喉部的黏膜。
- 2、严格执行无菌技术操作规程，以免感染。
- 3、用物用后应清洗、消毒还原备用。

4、沐浴前先调好水温，水温不能过高，以防烫伤。

5、注意观察新生儿全身情况，如有无皮肤脓胞疮、中耳炎及畸形等异常，及时告知医生。

三、健康教育：向家属介绍沐浴的作用及意义、注意事项，以取得家属的配合。

四、注意事项

- 1、应仔细核对手圈、胸牌、母亲姓名及婴儿性别。
- 2、多人操作时，每人位置应固定，严防抱错婴儿。
- 3、注意婴儿的安全，防止摔伤或烫伤婴儿。
- 4、注意调节适宜的室温及水温，避免婴儿受凉。

涂藕合剂于孕妇腹部。

3、将探头对准胎儿脐动脉部位，出现频谱图，冻结图像并测量结果。

三、健康指导要点：指导孕妇正确配合方法。

四、注意事项

- 1、每天用清水擦净仪器，保持清洁。
- 2、频谱图应标准，否则影响结果。

1、术前协助医生严格掌握手术适应症及禁忌症，遵医嘱给予药物治疗。

2、术前告知受术者，手术过程极可能出现的情况，消除病人的紧张情绪，做好心理护理。

3、指导受术者运用深呼吸减轻不适。

4、术后留病人在观察室休息 1-2 小时，注意腹痛及阴道出血情况。

三、健康指导要点



1、指导注意保持外阴清洁，1个月内禁止盆浴及性生活，以防感染。

2、术后休息1个月，若有腹痛、阴道出血增多、发热等不适，及时就诊。

3、告知受术者手术流产不宜经常实施，指导夫妇双方采用安全可靠的避孕措施。

四、注意事项

1、正确判断子宫大小及方向，动作轻柔，减少损伤。

2、扩宫颈管时用力均匀，以防宫颈内口撕裂。

3、严格遵守无菌操作原则。

4、目前静脉麻醉应用广泛，加强麻醉管理，以防麻醉意外。

5、人工流产术可发生子宫穿孔、人工流产综合征、术中出血、吸宫不全、漏吸、感染等并发症，需加强防治。若术后1周仍有早孕反应、阴道出血较多、腹痛或发热等症状，应及时就诊。

6、指导避孕方法。需放置节育器者，人工流产后第1个月月经干净3-7天放置。

十三、中期妊娠引产术

一、护理评估

1、评估孕妇及胎儿情况。

2、了解引产指征及引产方式。

3、评估孕妇及家属心理状况。

二、护理措施

1、配合医生进行羊膜腔穿刺药物引产术或遵医嘱使用宫缩药引产术。

2、观察产程进展及子宫收缩情况，发现异常及时告知医生配合处理，如临产应与产房工作人员交接后送入产房。

3、必要时做好剖宫产准备。

4、若为计划生育性引产，应积极与家属沟通，

根据有关规定做好引产胎儿的处理。

5、及时为计划生育性引产的产妇退奶，以免发生奶胀。

6、出院前做好相关的健康教育指导工作以及计划生育指导。

三、健康指导要点

1、告知产妇引产的目的及配合方法。

2、给药前告知使用宫缩药可能出现的不适。

3、指导产妇配合呼吸减轻疼痛的方法。

四、注意事项

1、密切观察宫缩、产程进展情况。

2、根据原发病给予相应护理。

十四、外阴擦洗法

一、护理要点

操作前注意周围环境，用屏风遮挡病人，注意保暖，避免受凉。

二、护理措施

1、按正确顺序擦洗，以免污染切口，擦净大小阴唇及大腿内侧的血迹。

2、观察会阴切口有无红肿、分泌物性质和切口愈合情况。如有异常应及时报告医生，进行处理。

三、健康指导要点：指导病人取健侧卧位，勤换会阴垫及内裤，排便后用温热水清洗外阴，以保持外阴清洁。

四、注意事项

1、操作时注意保暖。

2、注意保护病人隐私。

3、严格无菌操作，避免发生感染。

4、动作轻柔，避免引起病人疼痛。

十五、乳房的护理

一、护理评估

1、评估产妇对母乳喂养的认知程度及心理反应。

2、评估产妇健康状况，分娩经过，产后天数。

3、产妇乳房状况，有无乳胀、采取喂养方式等。

4、评估新生儿健康状况。

二、护理措施

1、洗手，备齐用物，核对新生儿及产妇信息，向产妇做好解释工作，协助产妇洗手，屏风遮挡产妇。

2、指导取舒适体位，湿毛巾热敷乳房，露出乳头，每侧持续约5分钟。

3、协助产妇按摩乳房，协助者站在产妇背后，左手拇指与其余四指分开，托起产妇一侧乳房，右手

小鱼际肌按顺时针方向螺旋式按摩乳房，直至乳房变软，双手拇指与其余四指分开，分别托起双乳房轻轻晃动5-6次。

4、牵引乳头，左右手的拇指对称置于距离乳头根部2cm的乳晕上，上下左右向外牵拉乳房皮肤各20次。拇指与食指轻轻牵拉乳头10次。动作轻柔，不可用力过猛。

5、干毛巾擦干乳房，协助产妇穿好衣服，询问需要，整理床单位。

6、清理用物，洗手，记录。

三、健康指导要点

1、指导产妇注意清洁乳头，去除痂皮。



- 2、热敷时温度适宜注意保暖，避免烫伤。
- 3、产妇自行按摩的方法及次数，避免疲劳。
- 4、告知产妇自我评估按摩效果。
- 5、产妇如有溢乳及时更换衣服，避免受凉。

四、注意事项:

- 1、热敷时注意水温，避免受凉或烫伤。
- 2、按摩时注意力度，避免暴力牵拉。
- 3、注意保护产妇隐私。
- 4、保持产妇衣服清洁干燥。

十六、孕妇自由体位的护理

一、护理评估

- 1、产妇一般情况、心理状态、会阴情况。
- 2、宫缩、子宫颈扩张、胎头下降情况。
- 3、胎膜、胎盘情况。
- 4、胎心情况。

二、护理措施

(一) 准备

- 1、操作者穿戴整齐，精神饱满
- 2、环境宽敞、光线充足、空气清新
- 3、在陪产过程中告知孕妇站立位的好处，并鼓励和协助她们完成选择的任何姿势。产程中的走动需要助产士或者护士一对一的持续陪同，这减少了对止痛药的需求，并提高了经阴道分娩的可能性。

(二) 实施

1、第一产程

- (1) 加强心理护理，消除精神紧张。
- (2) 观察产程进展及生命体征，进行健康教育
- (3) 指导进食、活动和休息，促进舒适
- (4) 采取自由体位与传统体位比较可减轻疼痛，提高舒适度，减少产程中的用药，有效纠正正枕横位、枕后位，缩短产程，改善分娩结局

2、第二产程

- (1) 密切观察产程进展及胎心：应每隔 5~10 分钟听胎心 1 次，必要时用胎心监护仪监护，如发现异常，应立即处理

- (2) 指导产妇屏气，观察生命体征，做好心理护理

- (3) 接生准备：初产妇宫口开全、经产妇宫口扩张 3CM 时，做好接生准备工作

- (4) 接生：产妇自行采取卧、走、坐、立、跪、趴、蹲等姿势，选择自己感觉舒适，并能缓解疼痛（不适）的体位，有同侧侧卧位、对侧侧卧位、前倾位、手膝位、开放式膝胸卧位、不对称位、悬吊位、支撑蹲位等。

3、第三产程

- (1) 产妇护理：

- ①协助胎盘娩出，检查胎盘胎膜。
 - ②观察生命体征，检查软产道，预防产后出血。
 - ③观察产后一般情况，促进亲子间的互动
- (2) 新生儿护理：

- ①清理呼吸道，Apgar 评分。

- ②脐带处理，亲抚重儿身体检查，保暖。3 辨认

三、健康指导要点

- (1) 无论是坐位、站位、蹲位、跪、趴位、走等体位对纠正异常胎方位绝大多数是有效的。

- (2) 具体采取哪种体位要依据产程的不同时期及产妇与胎头位置的具体情况采取个性化体位。

- (3) 当一种体位无效时，要实时更换体位（每种体位持续时间最好不要超过 30 分钟）

- (4) 没有哪种单一体位对任何产妇、任何情况或任何时候都合适。

- (5) 要鼓励产妇运动，只要没有运动禁忌症，应鼓励产妇在产程中“动起来”，并试着采用多种体位。

- (6) 产妇胎头位置异常需要应用多种体位进行纠正，其纠正时间是应产妇及胎儿的个体情况而定。

- (7) 不要轻易下持续性枕横位与持续性枕后位的诊断。

四、护理评价

- 1、分娩顺利，提高了正常分娩率，促进产程进展缩短产程。

- 2、产妇安全，降低了镇痛 / 镇静与催产素的使用率。

3、新生儿平安降临

五、注意事项

- 1、推广“自由体位”陪伴分娩，提倡非药物性镇痛

- 2、一旦胎膜破裂，应立即听诊胎心，并观察羊水的性状、颜色和流出量，记录破膜时间

- 3、应每隔 2 小时测量血压，如发现血压升高，应增加测量次数，并说北京相应的处理

- 4、新生儿评估：包括心率、呼吸、刺激反应、肌张力、皮肤颜色

第六十八章 儿科疾病诊疗技术及护理常规

第一节 新生儿科诊疗技术及护理常规



一、新生儿口腔的护理

一、护理评估

观察口腔粘膜情况，评估身体及精神状况。

二、护理措施

- 1、每天用 0.9% 氯化钠擦洗口腔 2 次。
- 2、若出现鹅口疮，遵医嘱选择合适的药液。
- 3、擦洗顺序为：双侧颊部——牙龈——舌面——硬腭。
- 4、擦洗过程中观察患儿病情变化。

三、健康指导要点

二、新生儿眼部的护理

一、护理评估

评估身体状况，观察眼部情况。

二、护理措施

- 1、每日常规清洁两次，如分泌物较多，应增加清洁频次。
- 2、用生理盐水棉签从内眦到外眦清洁眼部。
- 3、发现异常，遵医嘱选择眼药水或眼药膏。

三、新生儿臀部的护理

一、护理评估

评估身体状况，观察臀部皮肤情况。

二、护理措施

- 1、撤掉尿布，温水擦洗臀部，用柔湿巾擦干净。
- 2、根据臀红程度不同，采取相应护理措施。
- 3、如遇污染应及时更换。

四、新生儿口饲喂养法

一、护理评估：评估日龄、体重、病情、发育及喂养情况。

二、护理措施

- 1、配奶后，用手腕内侧测试温度，注意奶嘴孔大小及流速。
- 2、喂养时，颌下垫小毛巾，如有溢奶应暂停喂养，及时清理。
- 3、喂养过程中，密切观察患儿面色、呼吸，如有异常及时报告并处理。
- 4、喂奶后擦净口角，抱起患儿轻拍背部排出奶嗝，取右侧卧位。

三、健康指导要点

五、新生儿脐部的护理

一、护理评估

评估脐部及周围皮肤状况。

二、护理措施

- 1、按新生儿常规沐浴，沐浴时注意保护好脐部，

1、告知患儿家属口腔护理的目的和正确的操作方法。

- 2、指导家属学会观察鹅口疮的早期症状。

四、注意事项

- 1、操作应轻柔，细致。
- 2、注意棉签不可过湿，棉签的棉球一定要牢固，以免掉在口腔内。
- 3、对长期应用抗生素的患儿应观察口腔粘膜有无真菌感染。

三、健康指导要点：告知家属保持小儿眼部清洁，预防感染的方法。

四、注意事项

- 1、动作轻柔。
- 2、1 根棉签只能擦拭 1 次。
- 3、发现异常及时处理。

三、健康指导要点：告知家属预防臀红的方法。

四、注意事项

- 1、选择合适的尿裤，松紧适宜。
- 2、勤换尿布，保持臀部清洁、干燥。
- 3、采取暴露法要注意保暖，预防感冒。

1、告知家属喂奶过程中奶嘴应充满奶液，不能有空气。

2、告知家属当奶嘴吸瘪时稍转动奶瓶，负压即消失。

- 3、指导家属选择奶嘴孔大小合适的奶嘴。

四、注意事项

- 1、出现呛咳或发绀时，暂停喂奶，观察患儿面色及呼吸，待症状缓解后再继续喂奶。
- 2、喂奶时持奶瓶呈斜位，使奶嘴充满乳汁，防止吸奶的同时吸入空气，哺喂完毕轻拍患儿背部，驱除胃内空气。
- 3、奶具需经灭菌后使用，严禁混用。

沐浴后要及及时擦干脐部。每日脐部清洁 2 次。

- 2、暴露脐部，环形消毒脐带根部，如脐轮红肿并有脓性分泌物，加强消毒处理，必要时送分泌物做细菌培养。



三、健康指导要点

告知家属保持脐部干燥，勿强行剥落脐带，发现异常及时就诊。

四、注意事项

1、观察脐部及周围皮肤状况，如有异常及时报告，

六、新生儿配奶法

一、护理评估

了解患儿日龄、精神反应，评估吃奶量。

二、护理措施

1、将冷却好的温开水倒入量杯，取适量奶粉，使其完全溶解。

2、根据新生儿的奶量将配方奶倒入奶瓶。

七、股静脉穿刺法

一、护理评估

- 1、评估患儿生命体征及精神状况。
- 2、评估患儿穿刺处皮肤情况及肢体活动情况。
- 3、评估患儿血常规检查结果，有无凝血机制障碍。

二、护理措施

- 1、操作者应技术熟练，动作娴熟、迅速。
- 2、密切观察患儿面色和呼吸情况，发现异常立即停止操作。
- 3、有出血倾向或凝血功能障碍者，延长按压时间并观察局部渗血情况、下肢活动及末梢循环情况。
- 4、操作过程中注意安抚患儿，减轻疼痛。

三、健康指导要点

八、新生儿吸氧的护理

一、护理评估

- 1、评估病情、缺氧程度。
- 2、观察呼吸型态及吸氧效果。

二、护理措施

- 1、保持患儿呼吸道通畅，必要时清理呼吸道。
- 2、遵医嘱给予适宜的吸氧方式和流量。
- 3、观察呼吸状况及吸氧效果。

三、健康指导要点：告知家属给氧的必要性和目

九、新生儿复苏术

一、护理评估

- 1、了解产妇产史、羊水性状。
- 2、了解新生儿 Apgar 评分。

二、护理措施

1、判断新生儿有无自主呼吸，将新生儿置于开放式辐射抢救台上保暖，头轻度向后仰，头部处于“鼻吸气位”。

2、清理呼吸道分泌物，再次判断有无自主呼吸。

3、快速擦干全身，必要时给予刺激（用手拍打

结扎线如有脱落应重新结扎。

2、保持脐部的清洁、干燥，脐带脱落前，勿试图将其剥脱。

3、操作中动作轻柔，注意保暖。

3、用物清洁后，送高压蒸汽灭菌备用。

三、健康指导要点：告知家属正确的配奶方法，避免蛋白质的破坏。

四、注意事项：配奶时先准备好适量的温水，再加入奶粉搅拌，防止配方奶中营养物质的破坏，注意清洁避免污染。

告知家属采集的目的，取得家长配合。

四、注意事项

- 1、严格无菌操作，防止感染。
- 2、有出血倾向或凝血功能障碍者抽血后应延长按压时间。
- 3、穿刺部位不得有糜烂或感染。
- 4、穿刺时针头不要向上穿刺太深，以免伤及腹腔脏器。
- 5、穿刺时如抽出鲜红色血液，提示穿入股动脉应立即拔出针头用消毒棉球按压五分钟以上。避免引起局部出血或血肿。

前状况，解除家属紧张情绪。

四、注意事项

- 1、每天更换湿化液，保持吸氧管道通畅。
- 2、注意防火、防油、防震、防高热。
- 3、在氧疗过程中，应密切监测吸入氧浓度(FiO_2)、经皮氧饱和度($TcSO_2$)等并记录；早产儿在吸氧条件下，应以最低的氧浓度维持经皮氧饱和度在 90%~95%。

或用手指轻弹新生儿足底或摩擦背部)诱发自主呼吸，如新生儿仍无呼吸或喘息样呼吸，给予正压通气。

4、选择适宜面罩扣住口鼻，给予气囊面罩正压通气，按压频率 40~60 次/分，氧流量 5~10L/min，按压与放松气囊的持续时间比为 1: 2。

5、经 30s 气囊面罩正压通气后，如心率 < 60 次/min，开始胸外按压，操作者将一手拇指或食指、中指置于新生儿胸骨体下 1/3（两乳头连线下方），按压深度为胸廓前后径的 1/3；同时进行正压通气，胸



外按压与正压通气的比例为 3:1 (胸外按压 90 次 / min, 正压通气 30 次 / min)。

6、胸外按压和正压通气 30s 后应重新评估心率, 如心率仍 <60 次 / min, 除继续胸外按压外, 遵医嘱使用肾上腺素。

三、健康指导要点

1、向家长讲解病情, 告知目前的情况和可能的预后。

十、桡动脉穿刺术

一、护理评估

- 1、评估患儿生命体征及精神状况。
- 2、评估患儿穿刺处皮肤情况。
- 3、评估患儿血常规检查结果, 有无凝血机制障碍。

二、护理措施

- 1、操作者应技术熟练, 动作娴熟、迅速, 避免患儿过度哭闹而影响结果。
- 2、密切观察患儿面色和呼吸情况, 发现异常立即停止操作。
- 3、操作者用示指、中指触摸桡动脉的搏动点, 也可根据解剖定位: 以腕横纹线上桡侧到尺侧线段的 1/4 为穿刺点。
- 4、采集后及时用琼脂封套将其封闭, 避免与空

十一、换血疗法

一、护理评估

- 1、评估患儿精神反应、皮肤颜色及胆红素值结果。
- 2、评估患儿是否出现胆红素脑病早期症状。
- 3、评估患儿是否具备换血指征。

二、护理措施

- 1、严格执行无菌操作原则, 避免感染。
- 2、严格执行三查七对及双人核对制度。
- 3、操作时要求动作轻柔熟练, 抽血不顺利时, 应首先检查置管位置以及是否堵塞, 切忌用力推注, 以免损伤血管。
- 4、对低体重儿、病情危重者速度宜慢。
- 5、密切观察患儿生命体征、尿量及全身反应, 注意保暖, 必要时给氧吸入。
- 6、换血后密切观察生命体征及黄疸消退情况, 如有呼吸不规则、双吸气、呻吟等异常现象, 及时与医生联系, 采取抢救措施。
- 7、换血后根据病情保留动脉留置针, 不超过 72 小时。

三、健康指导要点: 告知家属换血的目的, 取得

十二、新生儿吸痰的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿生命体征及精神状况。

2、告知家属发现后遗症早期症状, 及早进行康复治疗。

四、注意事项

- 1、持续气囊面罩正压通气时间较长时可产生胃充气, 可插入新生儿胃管, 用 20ml 注射器抽吸胃内容物及气体。
- 2、早产儿吸氧浓度应 <40%。
- 3、注意保暖, 动作轻柔, 复苏后密切监护。

气接触。

5、有出血倾向或凝血功能障碍者, 延长按压时间并观察局部渗血和患儿情况。

6、操作过程中注意安抚患儿, 减轻疼痛。

三、健康指导要点

告知家属采集的目的, 取得家长配合。

四、注意事项

- 1、严格无菌操作, 预防感染。
- 2、选用较小的针头尽量减少血管壁的损伤。
- 3、禁止在输液、输血侧进行穿刺。
- 4、因动脉压力较高, 有凝血功能障碍的患儿拔针后, 应延长局部压迫时间至 10 分钟。

家长配合。

四、注意事项

- 1、开始换血前必须稳定患儿, 换血后必须密切监护, 换血过程中必须详细记录每次进、出血量及液量, 并记录生命体征、尿量。
- 2、不能仓促进行, 速度太快会影响效果及导致严重并发症, 患者不稳定时应停止或减慢换血速度。
- 3、操作暂停时应将插管中血液以肝素生理盐水冲洗干净。
- 4、换血后每隔半小时测量生命体征, 共测四次, 以后改每两小时一次, 共测四次。观察心功能情况。
- 5、换血后四小时内每隔 1-2 小时测血糖一次, 以及时发现低血糖。
- 6、如系高胆红素血症, 换血后应每 4 小时测血清胆红素, 当其复跳至 342 μ mol/L, 考虑再次换血。
- 7、术后 3-5 天内每 1-2 天验血常规一次, 当 Hb < 100g/L 时需输与换入血型相同的浓缩红细胞。
- 8、注意切口感染及出血。
- 9、如病情稳定, 换血后 8 小时开始喂奶。

2、观察痰液的颜色、性质、量、气味。

3、评估肺部呼吸音情况。



二、护理措施

- 1、吸痰前后，观察血氧饱和度及心率的变化。
- 2、调节负压为吸痰管闭合时不超过 100mmHg。
- 3、经口鼻腔吸痰：吸痰管经口或鼻进入气道，边旋转边向上提拉，每次吸痰时间不超过 10s。
- 4、吸痰管到达适宜深度前避免负压，逐渐退出的过程中提供负压。
- 5、观察患者生命体征和血氧饱和度变化，听诊呼吸音，记录痰液的性状、量及颜色。

三、健康指导要点

十三、婴儿抚触法

一、护理评估

- 1、评估患儿病情及精神反应。
- 2、评估环境温度是否符合要求。

二、护理措施

- 1、注意保暖，防止受凉。
- 2、按摩手法轻重适宜，以患儿舒适为宜。
- 3、操作中密切观察病情变化，出现异常反应时立即停止操作。

十四、新生儿洗胃的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿病情和生命体征。
- 2、评估病室环境和温度。

二、护理措施

（一）操作前

- 1、服装、鞋帽整洁，按七步洗手法进行手卫生消毒。
- 2、核对医嘱。
- 3、至患儿床边核对。
- 4、评估患儿的腹部体征和症状。
- 5、洗手、戴口罩。
- 6、备齐用物，放置合理。

（二）操作过程

- 1、抽取胃内容物。

十五、新生儿足跟采血法

一、护理评估

评估患儿足跟皮肤状况。

二、护理措施

（一）操作前

- 1、服装、鞋帽整洁，严格按照七步洗手法进行手卫生消毒。
- 2、确认患儿身份，核对。
- 3、备齐用物。
- 4、洗手，戴口罩。

（二）操作过程

- 1、指导家属正确进行喂养，保证营养摄入。
- 2、指导家属正确的拍背方法，促进痰液的排出。
- 3、指导家属进行正确的护理，预防感冒，保持呼吸道通畅。

四、注意事项

- 1、观察患者生命体征、精神状况、发绀情况等，如出现 $SP_{O_2} < 85\%$ 或心率 < 80 次 / 分应停止操作，立即给予吸氧。

- 2、严格无菌操作，动作轻柔。

- 3、负压引流瓶，连接管道每天消毒更换一次。

- 4、操作过程中宜边操作边用语言与患儿交流，呵护患儿。

三、健康指导要点：向家属解释操作的目的，必要时指导家属进行操作，满足患儿需求。

四、注意事项

- 1、注意调节室温至 26-28℃，避免受凉。
- 2、操作者操作前应洗净双手，必要时修剪指甲。
- 3、保持操作者手部温暖，避免刺激患儿。

- 2、用注射器注入洗胃溶液后再回抽，每次注入量 $\leq 5ml$ 如此反复直至回液液澄清为止。

- 3、弯盘置于口角处，铺治疗巾于患儿下颌处。

- 4、胃管末端夹紧，取下胶布。

- 5、轻稳拔出胃管过咽喉处，再快速拔出置弯盘中。

- 6、清洁鼻腔。

- 7、撤去弯盘和治疗巾。

- 8、擦净患儿脸部，取合适体位。

（三）操作后：1、清理用物并归还原处。2、洗手、记录。

三、健康指导要点：向家属解释洗胃的方法、目的，取得家长配合。

四、注意事项：1、核对患儿身份信息，注意洗手。2、洗胃液注入每次少于 5ml。

- 1、选择足后跟采血部位：新生儿外侧足踝前缘向足底外侧缘做垂直线，此线与足底外侧缘交界处为采血点。

- 2、用手指反复摩擦采血部位 1-2 分钟，或局部热敷。

- 3、用皮肤消毒液常规消毒穿刺部位皮肤。

- 4、左手大拇指与其他四指呈“C”形握住新生儿足跟。

- 5、用安全型自动采血针快速进针，深度 2-3mm。

- 6、采血针自动回弹，可见血液自然流出，用适



当容器收集血样。

7、收集适量血样完毕后用无菌棉球压迫采血部位以止血。

(三) 操作后

- 1、整理患儿衣物，予舒适体位。
- 2、整理用物、洗手、记录。
- 3、标本送检。

三、健康指导要点：向患儿家属解释足跟采血的

目的、方法，以取得家长配合。

四、注意事项

- 1、挤压采血部位或刮取血液，可发生溶血造成高血钾的现象，在做电解质测定时应予以注意。
- 2、毛细血管血气测定值特别是氧分压较动脉血气值低，做毛细血管血气分析时应热敷或按摩采血部位使毛细血管动脉化后方可提高其测定值的可靠性。

十六、新生儿经外周中心静脉置管（PICC）的护理

一、护理评估

- 1、评估患儿穿刺部位的皮肤及血管状况。
- 2、评估患儿皮肤有无出血点。
- 3、测量从插入点到期望导管尖端应到达位置之间的距离。

4、由医生负责与患儿家属签署知情同意书。

二、护理措施

(一) 操作前

1、服装、鞋帽整洁，严格按照七步洗手法进行手卫生消毒。

- 2、用物准备。
- 3、洗手、戴口罩，帽子。
- 4、评估患儿，取合适体位，注意安抚。
- 5、测量

(1) 上肢：将患儿的手臂外展成 90° ，从预穿刺点沿静脉走向至胸骨。

(2) 下肢：将患儿的下肢外展成 45° ，从穿刺点沿静脉走向腹股沟至脐至剑突。

(二) 操作中

1、操作者穿无菌手术衣，戴无菌手套。

2、铺无菌台，将所有的穿刺用物置无菌台上，PICC 管道按所需长度切割好，按 $\geq 10\text{ml}$ 注射器用 NS 预冲。

3、安尔碘纱布包裹肢端，棉签蘸安尔碘消毒穿刺侧肢体，范围要大，消毒三遍。

4、助手洗手，穿隔离衣，戴手套，铺无菌巾，左右上下各一块。

5、穿刺者弃去肢端纱布，安尔碘棉签再次消毒肢端，并待干，助手再次铺无菌巾一块于肢端。

6、扎止血带，使静脉充盈。

7、针与皮肤成 $15^\circ - 20^\circ$ 进针，见回血送管，确保套管在血管内后由助手松止血带。

8、左手压在套管尖端的血管上，右手退出针芯。

9、助手用无菌镊夹住导管尖端，轻轻送入静脉。

10、穿刺上肢时，送至腋下需将头转向穿刺侧，下颌靠近胸部，继续送管。

11、送入至预算长度后抽回血。

12、助手将套管退出血管并撕裂，按压穿刺点进

行止血。

13、用棉签蘸 NS 擦净导管和周围皮肤上的血迹。

14、将导管适当做弧形弯曲，圆盘至皮肤完整处，避开骨突关节处。

15、穿刺点压一棉签头，用免缝胶带固定。

16、圆盘用两条免缝胶带交叉固定，另一条固定在圆盘和导管接口处，另外两条固定在盘曲好的导管上。

17、敷贴减至适合大小（必要时无菌剪刀修剪）。

18、用 HP 敷贴采取“无张力粘贴法”将穿刺部位包括导管和圆盘全覆盖。

19、移去治疗巾，敷贴外的管道用胶布妥善固定。

(三) 操作后

1、测量穿刺侧肢体与对侧肢体的上下臂围或腿围。

2、遵医嘱使用 5% 的葡萄糖 3ml/h ，用横泵维持，至 X 线定位后。

3、置患儿舒适体位，洗手脱手套。

4、认真做好记录：穿刺过程，置入长度，所穿刺的静脉名称等。

5、X 线确定导管尖端位置，并记录。

三、健康指导要点

1、向患儿家长做好解释工作，签署知情同意书。

四、注意事项

1、严格遵循无菌操作原则。

2、穿刺第二天取出针眼上的纱布，更换无菌敷贴，保持穿刺部位清洁干燥。

3、不要使用止血钳或有齿镊送入导管，以免损坏导管。

4、禁止用暴力送管，如遇困难，表面静脉有阻塞痉挛或导管位置有误。

5、推注药物需使用 10ml 及以上的注射器。

6、不要在穿刺的肢体测量血压，以免造成导管的阻塞或损坏。

7、理想的导管尖端应该位于中心静脉。但是，如果导管有回血且通畅，即使不能进入到中心位置，仍然可以作为周围静脉通路使用。在这种情况下输注高渗溶液要慎重。



十七、新生儿经外周中心静脉置管(PICC)维护的护理

一、护理评估

1、评估导管外露长度,周围皮肤,敷贴有无松动、潮湿、脱落。

二、护理措施

(一)操作前

1、服装、鞋帽整洁,特别强调在操作前严格按照七步洗手法进行手卫生消毒。

2、确实患儿是否需要更换敷料。如穿刺部位出现渗血、渗液,或敷料出现松动、污染等完整性受损时则需要立即更换敷料。

3、备齐用物,合理放置。

4、洗手,戴口罩。

(二)操作中

1、合理安置患儿体位,撕去敷贴外胶布。

2、穿隔离衣,戴无菌手套。

3、铺无菌台,将所需用物置无菌台上,治疗巾、药碗、无菌剪刀、免缝胶布、HP敷贴,安尔碘倒于药碗中,酒精棉片置于药杯中。

4、安尔碘纱布包裹肢端,棉签蘸安尔碘消毒整个肢体,范围要大,消毒三遍。

5、助手洗手、戴手套、穿隔离衣协助扶持患儿。

6、铺治疗巾上下左右各一块,另一块包住双通道,弃去安尔碘纱布,再次消毒肢端。

7、右手用无菌镊轻轻撕去敷贴,左手固定圆盘,若敷贴不易撕去,可用安尔碘棉签边擦边撕。

8、检查外管长度与记录是否相符。

9、安尔碘消毒管道及周围皮肤,范围大于敷贴尺寸。

10、待干片刻,用酒精棉片脱碘,并再次确认外管的长度。

11、圆盘用两条免缝胶带交叉固定,另一条固定在圆盘和导管接口处,另外两条固定在盘曲好的导管上。

12、无菌剪刀修剪敷贴至适合大小。

13、用HP敷料采取“无张力粘贴法”将穿刺部位包括导管和圆盘全覆盖。

14、移去治疗巾,敷贴外的导管用胶布妥善固定。

(三)操作后:

1、脱去手套,安置体位,做好记录。

2、整理用物。

3、洗手。

三、健康指导要点:向患儿家长做好解释,以取得配合。

四、注意事项

1、严格按照无菌操作原则,无菌区域范围要大,避免有其他物品触及及无菌区。

2、撕胶布时动作轻柔,避免损伤皮肤。撕胶布时注意从远心端(由下往上撕开),切勿沿导管反向撕除,以免导管移位。

3、观察局部皮肤有无红肿等症状。

4、操作过程中体外部分必须有效固定,以免导管移动引起导管尖端位置改变。

5、选择合适大小的敷贴,避免将整个肢体包围,影响血液循环。

6、每班需测量并记录。

十八、新生儿脐动静脉置管术

一、护理评估

1、观察患儿生命体征和末梢循环情况。

2、辨认脐动、静脉:

脐静脉位于脐带切面的“12点钟”,为三条脐血管中最大的,扁形、壁薄、腔大;动脉位于“4点钟”和“7点钟”处,圆形、壁厚、腔小。

3、测量定位:脐静脉导管置入长度为剑突到脐的距离再加上0.5-1.0cm,脐动脉导管置入长度为测量患儿肩峰到脐部的垂直距离。注意实际插入长度还应加上脐带残端的长度。

二、护理措施

1、核对床头卡及患儿手圈。

2、局部消毒、铺治疗巾。

3、在脐带根部系上一条丝线,以减少失血量,但不要过紧,以保证导管能通过管腔。

4、切断脐带,保留1cm的残端。

5、用止血钳钳住脐带的残端,保持脐带残端直立而稳定。

6、清除宫腔内血凝块,扩张脐血管。

7、用生理盐水充满脐血管导管。

8、将导管插入脐静脉,一进腹壁,与水平面成60°,向前侧推进。助手将脐带向尾侧牵拉有助插入。当管前端进入门静脉窦时可遇到阻力,可将导管退出1-2cm再行推入,一般即可通过静脉导管进入下腔静脉。

9、将导管插入脐动脉,一进腹壁,与水平面成45°旋转推入。在插入1-2cm后遇到阻力,可由助手将脐带向头部牵拉,拉直脐动脉;如在插入5-7cm处遇到阻力,可将导管退出1-2cm后再旋转推入,直到预定深度。

10、导管一旦达到位置,抽吸以证实有回血,初步固定。



11、X线定位；在插管位置未明确前，只能输入等渗液，如已进入下腔静脉，可输入高渗液。

12、固定：

围绕脐带根部做荷包缝合并适当和导管固定，松紧度以导管不易脱出和不压瘪导管为宜。然后将胶布粘成桥状以固定插管。

三、健康指导要点：向家长做好解释工作，以取得配合。

四、注意事项

- 1、环境操作前消毒，以免引起感染。
- 2、操作过程中严密监测生命体征的变化。
- 3、选择合适的衣服、手套尺寸，严格执行无菌操作。
- 4、消毒范围：上界平剑突、下界平耻骨联合，

左右平腋中线。

5、若同时放置两根导管时，必须先插脐动脉。若先插脐静脉会引起脐动脉痉挛而导致插管困难。

6、插管过程中观察心率、呼吸、血压、面色、意识等；操作时应注意观察患儿对疼痛的反应，可采用 PIPP 进行疼痛评分，根据评分结果选择合适的镇痛措施。

7、插管过程中如遇阻力不能强行插入，应调整患儿的体位，稍做停顿或退出 1-2cm 后，调整方向后再插入以免穿透血管壁。

8、缝线固定时不要缝及皮肤。

9、确定在下腔静脉前不能输入高渗液体，否则容易出现渗液、导管脱出、导管移位等并发症。

第二节 儿科诊疗技术及护理

一、头皮静脉输液法

一、护理评估

- 1、评估患儿年龄意识、病情、心肺功能自理能力及合作程度。
- 2、评估患儿血管皮肤、静脉充盈程度及血管弹性。
- 3、评估患儿药物性质、过敏史等。

二、护理措施

- 1、核对医嘱，准备用物。
- 2、评估患儿，做好解释工作，核对患儿信息，为婴幼儿更换尿布或协助排尿。
- 3、洗手、戴口罩，在治疗室内按医嘱配好输液，插输液器。
- 4、携用物至患儿床旁，核对无误后将输液瓶挂于输液架上，排尽空气。
- 5、使患儿平卧，必要时约束患儿。一人固定患儿头部，另一人操作。穿刺者立于患儿头端，选择静脉，必要时剃去局部毛发，消毒皮肤后再次核对患儿信息。
- 6、穿刺者一手绷紧穿刺部位皮肤，另一手持针与皮肤成角 5。-15。 ，将针头沿静脉向心方向刺入皮肤，然后平行刺入静脉见回血后推进少许，松活塞，如回血顺畅，穿刺部位无肿胀，输液通畅，可用胶布

固定。

7、根据患儿体重、病情、药物性质调节滴速，核对后在输液卡上注明时间、滴速并签名。

8、再次核对患儿信息及输液药物，协助患儿摆好体位，向家属讲解输液的相关知识及注意事项。

9、清理用物并做相关记录。

三、健康指导要点

- 1、告知患儿及家长不要随意调节输液滴数，输液过程中出现异常时及时告知医护人员。
- 2、告知家长避免头部过度活动，双手予以约束，防止患儿将针拔出。

3、输液过程中不要离开病房，确保用药安全。

四、注意事项

- 1、严格执行查对制度和无菌技术操作，注意药物的浓度、剂量及配伍禁忌。
- 2、穿刺中注意观察患儿的病情变化和一般情况，输液过程中观察药物疗效及输液反应。
- 3、随时安慰患儿，减轻患儿对疼痛的感觉和恐惧，避免强迫患儿硬性完成穿刺。
- 4、经常巡视，观察患儿及输液情况，注意患儿体位、舒适度及有无输液反应等异常情况。

二、约束法

一、护理评估

- 1、评估患儿意识状况、病情及合作程度。
- 2、评估患儿全身皮肤情况。

二、护理措施

- 1、核对医嘱，准备用物。
- 2、评估患儿，做好解释工作，以取得合作。根

据情况选择约束种类。

3、全身约束法：

① 折叠大毛巾（或床单）达到能盖住患儿由肩至脚跟部的宽度；

② 抱患儿于大毛巾中间，将大毛巾一边经胸、腹部至对侧腋下并平整地压于患儿身下，紧裹其一



侧上肢、躯干和下肢；

③ 将大毛巾另一边经胸紧裹患儿另一侧上肢，并压于患儿身下。

4、手或足约束法：

①在患儿手腕或踝部包裹纱布或棉垫，将绷带打“8”字活结套在纱布或垫上系好，松紧度以手或足不易脱出且不影响血液循环为宜；

②将绷带另一端系于床缘上。

5、沙袋约束法：固定头部，防止其转动时，用两个沙袋呈“人”字形摆放在头部两侧；为防止患儿将被子踢开，可将两个沙袋分别放在患儿两肩旁，压

三、小儿粪便及尿标本采集法

一、护理评估

1、评估患儿意识状况、病情、心理状况及合作程度。

2、评估患儿的大小便情况，女性患儿是否在月经期，则不宜留取尿标本。

二、护理措施

1、核对医嘱及标本容器上的条码信息，准备用物。

2、评估患儿，向家长解释，核对患儿信息。

3、洗手，戴口罩。

4、备齐用物至患儿床边，再次核对，使用 PDA 扫描患儿手腕带及试管上的条码信息，确认一致。

5、正确采集尿液、粪便标本

(1) 采集粪便标本法：用棉签取约蚕豆大小粪便（选择异常粪便如黏液、脓血部分）放在标本盒中。

(2) 采集尿标本

① 小瓶法：检查小瓶有无裂痕，瓶口是否光滑，将 3 条胶布按 3 等份贴于瓶口，再用一条胶布围绕瓶颈。清洗外阴及尿道口，如为女婴将瓶口对准尿道口；

四、小儿吸氧的护理

一、护理评估

1、评估患儿面色、呼吸及缺氧程度。

2、评估患儿鼻腔有无出血、鼻痂、损伤出血、鼻中隔弯曲及分泌物等。

3、评估患儿意识状况、病情、心理状况及合作程度。

二、护理措施

1、核对医嘱，准备用物。

2、核对患儿信息并评估患儿，用电筒检查鼻腔并清洁或湿润鼻腔。

3、洗手戴口罩，备齐用物至床边。

4、面罩法：按患儿大小选择合适的面罩，将面罩紧贴患儿口鼻，用胶布固定于颊部，连接输氧管。

5、鼻导管法：测量插管长度（鼻尖至耳垂的 2/3 长度），湿润导管前端，自鼻孔轻轻插入，如无

在棉被上；侧卧、避免其翻身时，将沙袋放于患儿背后。

三、健康指导要点

1、约束期间，随时注意观察约束部位皮肤颜色、温度，掌握血液循环情况。

2、操作过程中宜边操作边用语言与小儿交流，呵护患儿。

四、注意事项

1、结扎或包裹松紧适宜，避免过紧损伤患儿皮肤、影响血供，而过松则失去约束意义。

2、保持患儿躯体、关节功能位置，每 1-2 小时给予改变姿势，减少疲劳。

如为男婴将其阴茎放于瓶内，一条胶布贴于阴阜或阴茎上，其余两条分别贴于大腿内侧，使小瓶下垂，兜好尿布。有尿后立即将瓶取下，除去胶布。

② 尿袋法：清洗外阴，检查尿袋有无破损，摘去尿袋贴膜上的薄纸，将圆孔对准会阴贴紧，尿袋底部向下、放平、勿折叠，有尿后倒入标本瓶中。

6、处理用物，洗手后在标本登记本上登记、送检。

三、健康指导要点

1、留取尿标本前不宜过多饮水，剧烈活动。

2、女患儿月经期间不宜留取尿标本。

3、留取大小便标本过程中，避免污染。

4、留取大便标本应选择异常粪便如黏液、脓血部分。

四、注意事项

1、标本应及时送检，以免影响检查结果。

2、操作时动作轻快，避免损伤患儿，注意保暖。

3、取标本前后注意核对患儿及标本条形码信息。

呛咳即用胶布固定于鼻翼两侧及面颊部。调节流量后将鼻导管与输氧管连接并固定于适当位置。

6、持续气道正压通气（CPAP）：

①安装连接氧气管道，选择适宜的鼻塞，并检查管道是否通畅；

②接通电源、氧源，打开电源开关，堵住鼻塞检测压力指示是否在正常范围；

③根据患儿情况调节压力、氧流量、氧浓度，将鼻塞连接患儿双鼻孔，用 CPAP 帽固定。

7、清理用物，整理床单位。

8、洗手，记录。

三、健康指导要点

1、合作患儿根据用氧方式指导有效呼吸。

2、告知患儿及家长勿自行摘除给氧管或调节氧流量。



3、告知患儿感到咽部干燥、胸闷不适或婴幼儿哭吵不安时，应及时通知医护人员。

4、告知患儿及家长用氧安全相关知识。

四、注意事项

1、每日更换氧气管及湿化瓶。

五、小儿颈外静脉穿刺术

一、护理评估

1、评估患儿身体状况、病情、检查项目及穿刺部位皮肤情况。

2、评估患儿心理、是否空腹及合作程度。

二、护理措施

1、核对医嘱及试管条形码。

2、核对患儿信息，向患儿家长解释，评估患儿。

3、洗手，戴口罩。

4、备齐用物到治疗室或患儿床边，再次核对，使用 PDA 扫描患儿手腕带及试管条形码信息，确认一致。

5、让患儿仰卧于治疗台上（或横卧于病床上），护士立于患儿头部，将肩部适当垫高，头部转向一侧并下垂，显露颈外静脉，助手用两臂约束患儿躯干及四肢，两手固定其头部。常规消毒局部皮肤，持针以与皮肤成角 30°-40°。沿显露的颈外静脉边缘，以向心方向刺入血管，采取所需血量。拔针后用无菌棉球

2、密切观察用氧效果，连续使用时应防止氧中毒。

3、注意防火、防油、防震、防高热。

4、操作过程中，应边操作边用语言与小儿交流，呵护患儿。

按压 5-10 分钟或至不出血为止。

6、协助患儿取舒适体位，整理床单位。

7、处理用物。

8、洗手，取口罩，在标本登记本上记录，送检。

三、健康指导要点

1、告知患儿及家长采血的目的及注意事项。

2、告知家长采血前的准备。

四、注意事项

1、操作者应技术熟练，动作迅速，以防头部下垂时间过长，影响血液回流。

2、穿刺过程中密切观察患儿面色和呼吸情况，发现异常立即停止操作。

3、有出血倾向或凝血功能障碍者，延长按压时间并观察局部渗血情况、下肢活动及末梢循环情况。

4、操作过程中，宜用语言与小儿交流，安抚呵护患儿。

六、小儿震动排痰仪使用法

一、护理评估

1、了解患者年龄、身体状况、病情、意识状态、皮肤情况

2、评估排痰仪性能

二、护理措施

（一）操作步骤

1、检查排痰仪外观是否完整，性能是否良好，接通电源，根据年龄选择合适探头、调节震动频率、时间。

2、核对患儿信息，脱去患儿外套，将震动探头放置于患儿背部肺测滚动操作。

3、操作结束后协助拍背排痰，记录

（二）维护、消毒

保持排痰仪清洁，使用后用无水酒精擦拭外壁，震动探头更换外部保护套备用。

三、健康指导要点

1、告知使用目的及注意事项。

2、观察患儿排出痰液量及颜色

四、注意事项

1、排痰仪避免放在阳光直射、取暖设备附近。

2、定期检查排痰仪性能，以确保使用安全。

七、小儿鼻腔冲洗器使用法

一、使用前评估

1、了解患儿的年龄、身体状况、病情、意识状态、鼻腔情况（如分泌物结痂、鼻腔出血、鼻腔急性炎症等）。

2、评估鼻腔吸鼻器性能是否完好。

二、使用要点

（一）操作步骤

1、患者取坐位或立位，头和上身前倾，与地面呈 30° 角。

2、鼻腔冲洗器橄榄头塞入鼻孔稍微偏外上，用手轻捏冲洗器，张口让冲洗液自口和另一鼻孔自然流出，两侧交替进行，勿做吞咽动作。

3、冲洗完毕后擦净口鼻取舒适卧位。

4、检查患者鼻腔是否清洁通畅。

（二）维护、消毒

1、每次冲洗前后将鼻腔冲洗器用清水冲洗干净，悬挂风干备用。

2、冲洗器应 2-3 周更换一个，防止细菌、真菌



滋生。

三、健康指导要点

- 1、告知患者使用目的、配合方法及注意事项。
- 2、教会患者自己正确使用鼻腔冲洗器。
- 3、指导患者勿用力擤鼻涕及挖鼻，以防鼻腔出血。

四、注意事项

- 1、患者使用时头应稍向后仰，冲洗时压力不可

八、小儿口服给药法

一、护理评估

- 1、评估患儿意识状况、病情、心理及合作程度。
- 2、观察患儿口咽部是否有溃疡、糜烂，有无吞咽困难等情况。
- 3、了解药物的性质、服药方法、注意事项及药物之间的相互作用。

二、护理措施

- 1、核对医嘱，准备用物。
- 2、评估患儿，核对患儿信息。
- 3、洗手、戴口罩。
- 4、核对服药卡后摆药：将片剂磨成粉状，用温开水溶化；量杯取水剂；注射器抽吸油剂。
- 5、携用物至床边，再次核对药及服药卡，一杯中盛已溶化的药，另一杯中盛温开水。
- 6、再次核对患儿信息，将患儿取半卧位或侧卧位，并用拇指及食指按压其下颌，使之张口，先用小勺喂少许温开水，然后用小匙盛药从患儿嘴角顺口颊方向慢慢倒入或用奶瓶辅助喂服，若患儿不咽时，可轻捏双颊，使之吞咽后再喂少许温开水；对于依从性差的患儿，给予适当约束。应让患儿坐在操作者的左腿上，

过大或作吞咽动作，同时勿说话以免引起呛咳。

2、冲洗过程中出现咳嗽、呕吐、喷嚏等不适现象，应立即停止，稍待片刻后再冲洗。3、洗鼻液要接近正常体温，一般为32-34℃。

4、两侧鼻腔交替进行，冲洗应从鼻腔堵塞较重的一侧开始，以免引起鼻咽部液压增高，导致中耳炎。

5、观察冲出血的颜色、性质、量，患者反应。

操作者左手环抱患儿，抱紧患儿左上臂，用双腿夹住患儿的双腿，然后用上述方法喂服药物。

7、观察服药后反应，整理床单位

8、清理用物。

三、健康指导要点

- 1、告知家长所服药物的名称及服用方法。
- 2、告知患儿家长特殊药物服用的注意事项。
- 3、指导出院后继续服药的患儿家长要按时、正确、安全地给患儿喂药。

四、注意事项

- 1、禁止强迫或捏患儿双侧鼻孔喂药，以免药物误入呼吸道而发生窒息。
- 2、注意观察患儿情况，若患儿出现呛咳、恶心时，应暂停喂药，轻拍背部，必要时给予负压吸引。
- 3、任何药物不宜混入乳汁中同时喂服。
- 4、注意药物疗效的观察，可通过观察病情是否好转、排便及食欲是否正常等判定。
- 5、操作过程中宜边操作边用语言与小儿交流，呵护患儿。

第六十九章 感染性疾病诊疗技术及护理常规

第一节 经皮穿刺肺活检的护理

一、护理评估

- 1、评估病人有无咳嗽及合作程度。
- 2、观察面色、氧饱和度及生命体征的变化，观察有无胸痛、咯血及发热情况。

二、护理措施

(一) 术前护理

- 1、向病人说明检查的目的、意义及过程，取得合作。
- 2、测量生命体征，训练病人屏气锻炼。
- 3、进行血常规、凝血功能检查、常规CT扫描
- 4、禁食6小时，禁水4小时。
- 5、术前30分钟遵医嘱肌肉注射阿托品0.5mg和哌替啶50mg。
- 6、建立静脉通道。

(二) 术中护理

- 1、术中观察面色、呼吸及出血情况。穿刺中嘱患者平静呼吸，给予氧气吸入。
- 2、观察穿刺进展情况，严密监测患者生命体征变化，注意有无胸闷、气急等反应，保持呼吸道通畅。
- 3、避免咳嗽、说话。

(三) 术后护理

- 1、术后平卧休息，心电监护24h，询问患者有无不适，如胸闷、憋气、咯血及疼痛、发热等
- 2、告知患者术后可有胸部微痛、痰中带血等症状，24h内避免剧烈活动和咳嗽，如出现呼吸困难、憋气等症状时，及时告知医护人员
- 3、鼓励患者进高热量、高蛋白、高维生素饮食，提高机体抵抗力。



4、遵医嘱常规止血治疗。

三、健康指导要点

- 1、指导病人屏气锻炼。
- 2、指导穿刺过程中不要咳嗽、说话，不要活动，

保持穿刺体位。

四、注意事项：术后观察咯血情况及生命体征的变化。

第二节 支气管动脉栓塞术的护理

一、护理评估

- 1、评估病人的意识、生命体征及合作程度。
- 2、观察咯血的量、次数。
- 3、观察穿刺处有无渗血，穿刺侧肢端皮肤色泽、温度，判断有无足背动脉搏动。

二、护理措施

(一) 术前护理

- 1、心理护理：向患者及家属全面仔细讲解动脉栓塞术的目的及意义、注意事项、医疗费用、治疗风险及预后等，取得患者及家属理解，安慰患者积极配合手术操作，树立战胜疾病信心。
- 2、详细了解病情，做好静脉碘过敏试验
- 3、双侧腹股沟及会阴部备皮并清洁皮肤，保持静脉通道通畅。
- 4、检查两侧足背动脉搏动情况并标记。
- 5、训练病人进行床上排尿。
- 6、术前排空膀胱。

(二) 术后护理

- 1、卧床休息 24h，做好生活护理
- 2、股动脉穿刺处压迫止血 30 分钟后进行加压包扎，以 1kg 砂袋压迫 6-8 小时，穿刺侧下肢伸直位制动 24 小时，24h 后撤除加压绷带，并换药。
- 3、术后监测生命体征，观察咯血情况。
- 4、观察穿刺处有无渗血、血肿；检查足背动脉搏动情况，比较两侧肢端的颜色、温度；观察双下肢感觉与运动情况。
- 5、鼓励病人多饮水，以加速造影剂的排泄。
- 6、保持大便通畅。

三、健康指导要点

1、术后 24 小时绝对卧床休息，床上大小便，穿刺侧肢体呈伸直状态。

2、指导患者轻咳，防止栓塞剂脱落。

四、注意事项：观察穿刺侧足背动脉搏动及双下肢感觉运动情况。

第三节 结肠途径治疗的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的生命体征，询问病史。
- 2、评估患者的心理状况。
- 3、评估肛周的皮肤情况。
- 4、评估病人的排便情况。

二、护理措施

- 1、治疗前向病人讲明结肠途径治疗的目的及有关知识，做好心理护理。
- 2、治疗前 1 天禁食高纤维食物，晚餐宜进食易消化的软食或半流食，以防结肠灌洗过程中纤维堵塞肛管。
- 3、结肠灌洗时密切观察病情变化：面色、呼吸、脉搏、有无大汗及腹痛等，如有异常应减慢灌洗速度，必要时停止操作，通知医生进行处理。

4、每次灌洗后应协助病人排便，并观察粪便的颜色，注意有无肠出血。

5、做好心理护理，缓解紧张情绪。

三、健康指导要点

1、治疗后指导患者进食少渣饮食。

2、指导保持肛门清洁。

四、注意事项

- 1、插管时动作一定要轻柔，如遇阻力不能强插，防止引起肠出血及肠穿孔。
- 2、如遇探头堵塞，应拔除，重新更换探头。
- 3、结肠灌洗时要密切观察病情变化：面色、呼吸、脉搏有无大汗及腹痛等，如有异常应减慢灌洗速度，必要时停止操作，通知医生进行处理。

第四节 人工肝支持治疗的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的生命体征，询问病史，过敏史。
- 2、评估患者的心理状况、精神状况。
- 3、评估穿刺部位的的血管情况。

4、评估患者有无出血倾向，询问有无出血史。

二、护理措施

1、术前护理：做好心理护理。治疗前详细询问病史，了解病人病程时间，肝、肾功能，特别是总胆



红素、凝血酶原时间、血型、有无出血史、血小板计数，有无肝昏迷前期表现等，以利治疗时的观察。如对血浆有过敏史者，术前预防性的抗过敏治疗。凡血压偏低、心率快、体温高的病人，需纠正后再行人工肝治疗。

2、术中护理 观察病情，如生命体征、管路的通畅、血管穿刺处有无外渗及输入血浆的过敏反应等。主动与病人沟通，做好心理护理。

3、术后护理：严密观察病人生命体征变化，注意穿刺部位有无渗血、渗液现象，加强穿刺部位按压，要防止局部按压过紧时间过长而导致组织坏死。注意观察病人有无鼻出血，牙龈出血及消化道出血情况，及时检查凝血功能。做好心理护理及疾病宣教。

第五节 肝脏活体组织穿刺术的护理

一、护理评估

1、评估生命体征、腹部体征及病情变化，包括黄疸情况，如皮肤巩膜颜色及大、小便颜色，肝功能恢复情况等；

2、观察穿刺周围皮肤及伤口敷料情况

二、护理措施

1、术前护理

(1) 根据医嘱测定病人肝功能、出、凝血时间，凝血酶原时间及血小板计数，若异常根据医嘱肌注维生素 K110mg，连用三天后复查，正常后方可实施；

(2) 术前行胸片、心电图、腹部 B 超检查，进一步了解心肺功能、肝脏及腹水情况，验血型，以备必要时输血；

(3) 心里护理：向患者解释穿刺的目的、方法、意义，消除顾虑、紧张情绪，指导训练屏气呼吸方法（深吸气、呼气、憋住气片刻），以利于术中配合。情绪紧张可予术前 1h 口服地西洋 5mg；

2、术后护理

(1) 术后病人卧床 24h

(2) 密切观察患者生命体征，如有脉速、血压下降、烦躁不安、面色苍白、出冷汗等内出血倾向，应及时通知医生；

(3) 注意观察穿刺部位，注意有无皮下血肿、疼痛、伤口渗血。若腹痛剧烈，腹肌紧张明显，有胆

三、健康指导要点

1、指导患者术后 3 天内进低蛋白饮食。

2、血小板偏低的患者，指导用软毛牙刷，进食软食等，以免引起出血。

四、注意事项

1、严格执行三查十对，要认真核对血型，查对血浆标签上的时间，包装有无破损。

2、严格无菌操作，防止感染。

3、可预先使用异丙嗪预防血浆过敏反应。

4、在治疗过程中可根据病人的不同情况，遵医嘱分别适量补充氯化钠、氯化钾、葡萄糖酸钙以纠正电解质紊乱，补充 5% 碳酸氢钠，纠正酸中毒。

汁性腹膜炎征象者，应立即通知医生紧急处理。局部疼痛是术后最常见并发症，一般可忍受，12-24h 内自行缓解，疼痛剧烈者，排除出血及其他创伤后可遵医嘱给予解痉、镇痛药物；

(4) 遵医嘱应用止血药物；

(5) 做好患者的基础护理，协助进食及大、小便护理等；

(6) 疼痛护理：按疼痛评分表动态评估，如评分 > 4 分及时通知医生；

三、健康指导

1、指导患者一周防止剧烈活动和干重体力活，生活规律，适当活动，运动量宜循序渐进逐渐增加；

2、指导进食高蛋白、高维生素清淡、易消化饮食，禁烟酒，辛辣刺激食物。

四、注意事项

1、有出血倾向、大量腹水、肝包虫病、肝血管瘤、右侧脓胸、膈下脓肿、肝外梗阻性黄疸的病人及不合作者，应禁忌肝穿刺。

2、病人情况良好手术后 24 小时去除砂袋、腹带。

3、进行穿刺或拔针，一定要在病人暂停呼吸的情况下进行，以免针尖将肝表面划破致大出血。若穿刺不成功，穿刺针退至皮下，必要时更换穿刺方向，重复进行穿刺，但不宜超过三次。

4、注意穿刺点及个人卫生。

第六节 无创肝脏弹性检测的护理

一、护理评估

1、评估病人的病情及生命体征的变化。

2、评估患者皮肤是否完好。

3、评估病人肝脏功能情况。

4、评估患者睡眠、饮食、是否饮酒等情况。

二、护理措施

1、检查前一天禁进食高蛋白、高脂肪食物，禁酒，保持充足的睡眠。

2、操作前向病人解释目地、注意事项及相关知识。

3、协助患者取平卧位，右手枕于头部，充分暴



露检查部位。

4、心理护理，避免紧张。

三、健康指导：1、指导患者检查过程中匀速呼吸，避免用力呼吸；2、告知患者操作中禁止活动，保持

体位。

四、注意事项：1、患者应在空腹或餐后2小时后进行检测。2、有黄疸、腹水、安装心脏起搏器的患者及孕妇禁做检查。

第七十章 眼科疾病诊疗技术及护理常规

第一节 涂眼药膏的护理

一、护理评估

1、评估患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。

2、评估患者眼病状况，确认患眼，查看有无分泌物。询问患者药物过敏史。

3、检查药液名称、浓度是否符合要求。

4、了解患者对涂眼药膏的心理反应，有无顾虑。

5、了解患者用药效果及不良反应。

二、护理措施

1、向患者或家属解释涂眼药膏的目的及注意事项。

2、操作者清洗双手。

3、用消毒棉签或棉球清洁眼部分泌物。

4、协助患者取仰卧位或坐位，头稍后仰，眼向上看。操作者左手轻轻拉开下睑，用食指抬起上睑，右手持眼药膏软管，将眼药膏挤入下结膜囊内，然后用棉签擦去溢出眼外的眼膏，嘱患者闭合眼睑休息。

5、如果使用玻璃棒涂眼膏，则需检查玻璃棒两端是否完整光滑，以其尖端蘸取眼药膏少许，平放于

下结膜囊内，闭合眼睑，将玻璃棒由眼睑外侧轻轻捻转抽出。

三、健康指导要点

1、嘱咐患者保持眼部清洁，不要用手揉擦双眼。

2、告诉患者涂眼膏后如有疼痛、奇痒等不适，及时报告医护人员。

四、注意事项

1、玻璃棒应光滑无破损，避免损伤结膜、角膜。双眼涂眼膏时，每眼各用一个玻璃棒，以免引起交叉感染。

2、挤眼药膏时，要注意拉开睑缘，管口不可触及眼部，更不可将睫毛粘入结膜囊内。

3、角膜溃疡、眼球穿通伤、手术后患者，操作应轻柔，勿压迫眼球。

4、眼药水与眼药膏同时使用时，应先滴药水后涂药膏。

5、眼睑闭合不全者，药膏应均匀涂满角膜。

6、要观察药物副作用，儿童涂阿托品眼膏要特别注意阿托品的毒性反应。

第二节 滴眼药水的护理

一、护理评估

1、评估患者病情、自理能力及合作程度。

2、评估患者眼病状况，查看有无分泌物。询问患者药物过敏史。

3、检查药液名称、浓度是否符合要求，有无沉淀与变色。

4、了解患者对滴眼药的心理反应，有无顾虑。

5、了解患者用药效果及不良反应。

二、护理措施

1、向患者或家属解释滴眼药的目的及其注意事项，取得患者的合作。

2、操作者清洗双手。

3、用消毒棉签或棉球清洁患者的眼部分泌物。

4、协助患者取仰卧位或坐位，头稍后仰，眼向上看。操作者左手拇指轻轻拉开下睑，食指抬起上睑，右手持眼药水瓶，距眼2cm将药液滴入下穹窿2滴，然后用手指将上眼睑轻轻提起，使药液在结膜囊内充

分弥散，嘱患者闭眼休息2分钟。

5、滴用阿托品等毒性药液时，需用棉签轻轻压迫泪囊，以免药液流入鼻腔引起中毒。

三、健康指导要点

1、交待患者保持眼部清洁，不要用手揉擦双眼。如果滴入扩瞳药，滴药后会出现视力模糊，注意不宜走远或剧烈活动，以免意外受伤。

2、告诉患者滴眼药后如有疼痛、奇痒等不适，及时报告医护人员。

四、注意事项

1、严格执行“三查七对”。

2、眼药一人一药，专眼专用，防止交叉感染。传染性眼病患者用物单独消毒处理。

3、双眼点眼时，先点健眼，再点患眼。点药时，瓶口与眼睑保持2cm距离，避免污染眼药瓶口。

4、药液不可直接滴于角膜上，以免引起角膜刺激症状。混悬液用前要摇匀



5、同时滴用数种眼药时，先滴刺激性弱、后滴刺激性强的药物。要有时间间隔，不可同时滴入，一般间隔时间为10min以上。

6、滴眼时每次1-2滴，不宜过多，以免药液外溢，造成浪费。

7、散瞳药应注意点眼后压迫泪囊部，以免药液流入鼻腔被吸收，产生全身毒性反应。

8、角膜溃疡、手术后患者点眼时，动作要轻，勿压迫眼球。

第三节 泪道冲洗的护理

一、护理评估

- 1、查看患者的双眼，有无分泌物，辨认患眼。
- 2、评估患者的泪道是否通畅。如有阻塞，判断阻塞的部位。
- 3、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。

二、护理措施

1、冲洗前向患者及家属解释泪道冲洗的目的、方法及注意事项，消除紧张情绪，取得患者的配合。

2、协助患者取仰卧位或坐位。

3、实施泪道冲洗

(1)挤压泪囊部，检查有无分泌物。如有分泌物，需将分泌物挤出。

(2)滴0.5%爱尔凯因卡因液1滴入眼内，将下睑向外下方牵拉，暴露下泪点，将冲洗针头垂直插入泪点约1-2mm，然后转为水平方向，向鼻侧进入泪小管3-5mm，缓慢注入冲洗液后观察是否溢出，或咽部是否有水。

(3)如果泪点较小者，可先用泪点扩张器扩张后，再行冲洗。

(4)不通或阻力大时，应轻轻转动针头，再推药液。操作时应谨慎细心，冲洗针头前进时不宜施以

暴力。

(5)冲洗过程中，仔细观察液体流出方向，判断泪道阻塞的原因。

①泪道正常：冲洗液自鼻腔流出，或自后鼻孔流入口腔；

②泪道狭窄：液体流出不畅或冲洗时有阻力；

③泪总管阻塞：冲洗时阻力大，液体由原泪点逆流溢出；

④鼻泪管阻塞：冲洗液逆流，鼻咽部无水；

⑤慢性泪囊炎：可见脓性分泌物流出。

三、健康指导要点

1、交待患者保持眼部清洁，不要用手揉擦双眼。

2、告知急性泪囊炎或慢性泪囊周围炎患者禁止挤压泪囊部。

四、注意事项

1、泪点狭小者，先用泪点扩张器扩大后再冲洗。

2、动作轻柔、准确，切忌损伤角膜、结膜、泪点、泪小管。遇到阻力不可暴力推进，防止损伤泪道或形成假道。

3、急性炎症或泪囊有大量分泌物时不宜进行泪道冲洗，及时与医生联系。

第四节 球旁注射的护理

一、护理评估

- 1、评估患者有无视力骤降，询问眼底检查情况。
- 2、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。

二、护理措施

1、注射前向患者或家属解释球旁注射的目的和注意事项，缓解患者情绪紧张，取得患者的配合。

2、协助患者取坐位或仰卧位，固定好头部。

3、实施球旁注射操作

(1)常规消毒注射局部皮肤，并消毒操作者左手拇指、食指、中指。

(2)嘱患者直视前方或轻闭双眼，操作者以左手拇指固定注射部位，右手持吸药物的球后注射器，从眶下缘中外三分之一垂直进针1.5cm。

(3)抽吸无回血，缓慢注入药物，一般≤2ml。

(4)注射完毕后用无菌纱布压紧针旁皮肤，慢

慢拔出针头，然后用纱布压进针部位，嘱病人以小鱼际压迫10-15分钟，防止针眼出血，每1-2分钟松一下手掌，以免因球后压力过高导致球后缺血。

4、注意观察注射药物后反应。

三、健康指导要点

1、指导患者操作中配合眼球向前方直视或轻闭双眼，进针时勿用力向上方看。

2、指导患者深呼吸，缓解紧张情绪。

四、注意事项

1、严格无菌操作，动作轻、准、稳。

2、选择合适的针头，针头不宜过粗、过锐，防止穿透巩膜。

3、选择合适部位和进针角度，进针时嘱患者勿用力向上方看，垂直进针速度要慢，如遇阻力不可强行进针。

4、缓慢推药，观察患者反应，随时询问有无不适。



当出现心率减慢、头晕、胸闷、恶心、呕吐等不适，立即停止操作，及时处理。

5、注射完毕，注意观察有无球后出血现象。

第五节 结膜下注射的护理

一、护理评估

- 1、评估患者自理能力、配合程度。
- 2、评估患者眼结膜有无红肿、炎症、瘢痕等情况。
- 3、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。

二、护理措施

1、注射前向患者或家属解释结膜下注射的目的和注意事项，缓解患者紧张情绪，取得患者的配合。

2、协助患者取坐位或仰卧位，固定好头部。

3、实施结膜下注射操作

(1)用0.5%爱尔凯因滴眼麻醉，1次/3分钟，共滴3次。

(2)操作者用左手翻开眼睑（开睑困难者可用开睑器开睑），右手横持注射器，使针头与角膜缘平行，避开血管刺入结膜下，缓缓注入药液。

(3)注射完毕嘱患者轻闭眼睛。

(4)涂抗生素眼膏，盖眼垫。

4、注意观察注射药物后反应。

三、健康指导要点：1、指导患者配合注射的方法，嘱患者不能转动头部和眼球。2、嘱患者注意保持眼睛的清洁卫生，预防感染。3、指导患者遵医嘱涂抗生素眼膏。

四、注意事项

1、注射部位可选择穹窿结膜和球结膜，注射时，针头不能朝向角膜或距离角膜太近，以免发生危险。

2、操作轻稳，勿用力过猛，以免损伤巩膜。

3、角膜溃疡患者，勿压迫眼球，以免穿孔。若有眼球震颤，麻醉后可用固定镊固定眼球再行注射。

4、多次注射时可更换注射部位，以免瘢痕粘连。

5、操作中应注意观察进针是否顺利，注意倾听患者感受。

6、注射后应注意观察有无结膜下出血、结膜脱离至眼睑外等，必要时给予眼垫遮盖。

第六节 结膜囊冲洗的护理

一、护理评估

1、检查患者的双眼，查看结膜囊内有无分泌物、异物。

2、如果眼部外伤或遭化学物质伤害，询问化学物质名称、受伤原因、起始时间等。如果眼球贯通伤、角膜溃疡有穿孔危险者禁止冲洗。

3、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。

二、护理措施

1、冲洗前向患者及家属解释结膜囊冲洗的目的、操作方法及注意事项，消除紧张情绪，取得患者的配合。

2、协助患者取坐位或仰卧位，头稍倾向患侧，将受水器紧贴其颊部（坐位）或颞部（仰卧位）。

3、实施眼部冲洗

以左手拇指和食指分开上下眼睑并翻开暴露上、下结膜囊，右手持洗眼壶，先以少量冲洗液冲洗颊部皮肤，再冲洗结膜囊，同时嘱患者上、下、左、右四个方向转动眼球，充分清洗结膜囊各部。

4、冲洗后用消毒棉签或棉球擦干眼周围皮肤，取下受水器。

三、健康指导要点

1、指导患者冲洗时配合转动眼球，以充分暴露结膜。

2、嘱咐患者保持眼部清洁，不要用手揉擦双眼。

3、指导患者遵医嘱滴眼药水或涂眼膏。

四、注意事项

1、一般冲洗压力不宜过大，距离眼球3-5cm，切不可直接冲在角膜上。若有角膜溃疡及受伤较重者勿压眼球。

2、冲洗液温度为18-20℃，冬季可加温到32-37℃。

3、若有泪囊炎者，应先压迫泪囊，将脓液排出后再冲洗。

4、小儿假膜性结膜炎的眼部冲洗，要先用蘸生理盐水的棉签抹去假膜后再行冲洗。

5、化学烧伤的患者，冲洗时压力宜大，距离眼部8-10cm，先把各种固体物质取出，再反复冲洗，冲洗时应翻转上下眼睑充分暴露结膜及穹窿结膜。冲洗时间不少于15min。

6、眼球贯通伤及深层角膜溃疡患者禁忌冲洗。

第七节 球后注射的护理

一、护理评估

1、评估患者有无视力骤降，询问眼底检查情况。



- 2、了解患者自理能力及配合程度。
- 3、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。

二、护理措施

1、注射前向患者或家属解释球后注射的目的和注意事项，缓解患者情绪紧张，取得患者的配合。

2、协助患者取仰卧位，固定好头部。

3、实施球后注射操作

(1) 常规消毒注射局部皮肤。

(2) 嘱患者眼向内上方(鼻侧)注视，在眶下缘中外1/3交界处垂直进针约1cm，然后向内上方倾斜30°，使针头在外直肌和下直肌之间继续向眶尖推进，使针头进入约3-3.5cm时为止。

(3) 试抽回血，如无回血即可缓慢注入药液，一般≤2ml。

(4) 注射完后缓慢退出针头，嘱患者闭目，用

棉球压迫进针处数分钟。

4、注意观察注射药物后反应。

三、健康指导要点

1、注射时嘱患者配合眼向内上方即鼻侧注视，防止注射时损伤。

2、患者如出现复视或瞳孔散大的现象时，应卧床休息，活动时防止跌倒、撞伤意外。

四、注意事项

1、注射前认真核对药物及眼别，严格无菌操作。

2、进针时针头碰及骨壁或遇到阻力时不要强行进针，以防刺伤眼球，应退回调整针的角度后再进针，针的深度不宜超过3.5cm，以防刺伤较大血管及视神经。

3、注射完毕，注意观察有无球后出血现象。

第八节 结膜结石剔除术的护理

一、护理评估

1、评估结膜结石的部位、大小、有无畏光、眼磨、眼痛、异物感等自觉症状。

2、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。

二、护理措施

1、注射前向患者或家属解释结膜结石剔除术的目的和注意事项，缓解患者紧张情绪，取得患者的配合。

2、协助患者取坐位或仰卧位，固定好头部。

3、实施结膜结石剔除操作。

(1) 用0.5%爱尔凯因滴眼麻醉，1次/3分钟，共滴3次。

(2) 操作者用左手翻开眼睑(开睑困难者可用

开睑器开睑)，嘱病人向手术眼相反的方向注视，右手持尖刀片或注射器，保持尖刀片或注射器针头斜面向上，剔出突出结膜面的结石。

(3) 术毕滴抗生素眼药术，涂抗生素眼膏，并用棉球压迫眼内、外眦5分钟，盖眼垫。

三、健康指导要点

1、嘱患者注意保持眼睛的清洁卫生，预防感染。

2、指导患者遵医嘱滴抗生素眼药、涂抗生素眼膏。

四、注意事项

1、刀片或针头斜面向上，纵行挑开结石上的结膜，以减少出血。

2、结石多而成堆时，只剔出大而突出的，可不一次取净，以减少结膜的损伤。

第九节 角膜异物剔除术的护理

一、护理评估

1、评估异物性质、深度。

2、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。

3、了解患者是否配合手术。

二、护理措施

1、操作前向患者或家属解释角膜异物剔除的目的和注意事项，缓解患者紧张情绪，取得患者的配合。

2、协助患者取仰卧位，固定好头部。

3、实施异物剔除操作

(1) 用0.5%爱尔凯因滴眼麻醉，1次/3分钟，共滴3次。

(2) 病人在裂隙灯前坐下，操作者用手指或开睑器分开上、下眼睑，嘱病人固定注视一个方向不动。

(3) 角膜表面异物可用消毒湿棉棒轻轻擦除，

轻擦不脱落者可用消毒注射针头自下向上将其剔除，如留有锈环可尽量一并剔除。

(4) 剔除异物后在结膜囊滴抗生素眼药水或眼膏，包盖患眼。

三、健康指导要点

1、指导患者次日来院复查，告知术后可有轻微疼痛感。

2、指导患者使用抗生素眼药水及眼膏的方法。

四、注意事项

1、剔除异物时，勿伤及健康组织，异物过深，可行角膜板层切开取出异物，注意预防感染。

2、多发性角膜浅层异物可分期取出，避免一次性过多损伤角膜。

3、异物或锈环在角膜深层不宜强取，尽量减少



对角膜组织的破坏，可嘱病人数天后再取出。

第十节 眼底荧光血管造影的护理

一、护理评估

1、询问患者有无视力下降，了解其患病情况。排除肝、肾疾病，必要时检查前进行肝、肾功能及尿常规检查。

2、询问患者有无过敏史。注射前先行荧光素钠皮试，结果呈阴性时方可行该项检查。

3、了解患者的心理反应，有无紧张、顾虑等情绪。

二、护理措施

1、行眼底荧光血管造影术前向患者和家属解释造影术的目的、操作步骤及注意事项，解除患者顾虑，取得合作。

2、给予患者充分扩瞳。

3、协助患者取坐位，将头部固定于照相机底座上。

4、实施眼底荧光血管造影术

(1)按静脉注射操作要求，由肘静脉缓慢注射25%荧光素钠3ml行眼底血管造影，在注射同时进行眼底照相。

(2)注意用药过程中和注射后的反应。注射荧光素钠后30分钟内，患者常有恶心、呕吐或伴有眩晕症状，一般很快消失。极少数患者有荨麻疹、瘙痒或其他过敏反应，必要时遵医嘱用药治疗。

三、健康指导要点

1、指导患者检查时正确的坐姿、配合转动眼球。

2、告知患者注射荧光素钠后皮肤和小便均会出

现非病理性的颜色改变，不用紧张。一般皮肤黄染6-12小时后方可消退，24-36小时内小便会呈明显黄色，随后逐渐变淡至恢复正常。

3、注射荧光素钠后出现不适反应时，指导患者深呼吸。

四、注意事项

1、做眼底荧光血管造影前须做过敏试验和充分扩瞳。

2、患心肌梗塞、脑血管栓塞、高血压、严重肝肾功能损害、青光眼、严重眼部屈光间质混浊等全身或局部疾病，以及不能配合造影检查的患者，不宜行眼底荧光造影检查。

3、造影所用荧光素钠是无毒染料，造影后会出现暂时的结膜、皮肤发黄、尿液也会呈黄色。这些现象将随荧光素从体内的排出而消失，对身体无损。

4、应根据情况预先用眼底镜、前置镜或三面镜对眼底作全面检查，询问病人有无心血管及肝肾疾病史，变态反应及药物过敏史，告知病人荧光素可引起恶心、呕吐、荨麻疹、低血压、皮肤暂时性黄染等反应。药物24-48小时后经小便排出，因而小便可以变黄。

5、充分散大瞳孔。准备好各种急救用品如0.1%肾上腺素，注射用肾上腺皮质激素。异丙嗪、氨茶碱及阿拉明等，以备急需。

第十一节 睑板腺囊肿切开刮除术的护理

一、护理评估

1、评估囊肿的部位、大小、囊壁是否破溃。

2、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。

3、了解患者是否配合手术。

二、护理措施

1、操作前向患者或家属解释睑板腺囊肿切开术的目的和注意事项，缓解患者紧张情绪，取得患者的配合。

2、协助患者取仰卧位，固定好头部。

3、实施切开刮除操作

(1)行局部浸润麻醉，用2%利多卡因溶液0.4ml在皮肤及穹窿结膜下注射，按压止血5分钟。

(2)用睑板腺囊肿夹夹紧患处，翻转眼睑。

(3)用尖刀片在睑结膜处睑板腺囊肿的表面与

睑缘垂直做切口，用刮匙清除囊肿内容物。

(4)彻底止血后，涂抗生素眼膏，包盖患眼，嘱患者用手压紧患眼10分钟，术后3天即可痊愈。

三、健康指导要点

1、指导患者保持眼部清洁、干燥，不要剧烈运动。

2、指导患者使用抗生素眼药水、眼膏的方法。

四、注意事项

1、如囊肿内有刮除不清的软化粘连组织及囊壁，可用眼科有齿镊夹住并且剪除，切口一般不用缝合。

2、睑结膜面有肉芽肿则先剪除再做囊肿刮除手术。

3、如清除内容物不彻底，特别是存在两个相邻的睑板腺囊肿清除不彻底时往往会复发，复发者可再行手术。

第十二节 眼内给药的护理



一、护理评估

1、评估患者病情、意识状态、过敏史、自理能力、合作程度、药物性质。

2、评估眼睑、结膜、角膜有无异常、有无眼球穿通伤。

3、观察用药后反应。

二、护理措施

1、滴眼药水法：

协助患者取坐位，头稍后仰或平卧位，操作者站在患者对面或头侧，一手拇指轻轻向下拉开下眼睑，一手持眼药瓶，先弃去 1-2 滴，嘱患者向上注视，距眼 2-3cm 处将眼药水滴入下穹窿 1-2 滴，以干棉签擦拭流出的药液，并嘱患者轻轻闭目 1-2min。

2、涂眼药膏法：

①玻璃棒法：检查玻璃棒的完整和光滑度，一手分开患者上下眼睑，嘱患者眼球上转，一手持玻璃棒蘸眼膏并水平放入穹窿部，放开眼睑，告知患者轻闭眼睑，同时转动玻璃棒从水平方向抽出；

②软管法：手持药膏软管，将药膏直接挤入患者下穹窿部结膜囊内，告知患者轻闭眼睑，轻轻按摩眼睑使眼膏均匀分布于结膜囊内。

三、健康指导要点

1、告知患者用药的方法、目的，以取得患者的合作。

2、告知患者用药后要闭眼休息，勿用手揉眼睛。

3、告知角膜溃疡、眼球穿通伤及手术后患者勿压迫眼球。

4、告知患者如有不适及时通知医护人员。

四、注意事项

1、给多位患者用药，操作中间应洗手或进行快速手消毒。

2、易沉淀的眼药水（如可的松）在使用前应充分摇匀。

3、眼药水不宜直接滴在角膜上，药瓶或滴管勿触及眼睑睫毛，以免污染或划伤。

4、同时滴用数种药物时，每种药物需间隔 2-3min。先滴眼药水，后涂眼药膏；先滴刺激性弱的药物，后滴刺激性强的药物；若双眼用药应先滴健眼，后滴患眼，先轻后重。

5、滴毒性药物后，应用棉球压迫泪囊部 2-3min。

6、用眼药膏宜在晚间睡前或于手术后使用。

7、眼药要保持无菌，放置在阴凉、干燥、避光的地方保存。

第十三节 玻璃体切割术的手术护理

一、护理评估

1、既往病史、用药史、过敏史等。

2、眼部外观、患者眼部感觉、有无视力障碍。

3、观察生命体征变化，了解检查结果。

4、伤口有无渗血、敷料有无松动。

5、患者心理状况及对疾病、手术的了解程度。

二、护理措施

（一）术前护理

1、术前常规眼科检查

2、体位训练：术前 1 天护士给患者示范术后常用的各种卧位。如俯卧位、头低位等。

3、心理护理 玻璃体切割术的患者思想负担很重，担心预后，故在术前做好患者的心理护理师保证手术顺利进行的一个重要环节。首先要建立良好的护患关系，根据患者的心理变化，有目的的同患者进行交谈，认真介绍相关疾病知识，使患者对自己的病情有全面的了解；其次要掌握患者的心理特点，给予说服解释，想法设法解除患者的紧张、恐惧及忧虑心理，同时做好患者家属工作，使医、护、患及家属密切配合，共同战胜疾病。

（二）术后护理

1、注入硅油或 C3F8 的患者需俯卧位，观察 IOP 变化，IOP 升高必须对症治疗；注入硅油的患者俯卧

位 3 个月，第 1 个月全天俯仰，第 2 个月每天保持 8h，第三个月每天保持 6h；C3F8 填充的患者，气体量少于 25% 则停止俯卧位；填充无菌空气的患者，俯卧位 1 天。

2、常规抗生素眼药水点药，庆大霉素、地塞米松结膜下注射 3 天，充分散瞳 1 个月。IOP 眼内压）高者可不散，每日查 IOP 眼底，每周查 1 次 B 超，每个月查 1 次 UBM 超声生物显微镜检查及眼底彩像情况。出现眼睑及颜面部肿胀，可采用冰毛巾冷敷面部，减轻肿胀。俯卧位时胸腹部置软垫，额部和下颈部垫软枕，不能压迫术眼。

3、加强生活护理 玻璃体切割术时间长，术后返回病房后，应加强生活护理，加强巡视，避免患者离床时碰撞术眼。术后取坐位的患者应注意保暖，同时调节室内光线强度，避免噪音。为患者创造一个良好舒适安静的环境。

4、术后由于卧床、肠蠕动缓慢易致便秘，嘱患者多吃新鲜水果及蔬菜，保持大便通畅，3 天没有大便要及时告知医务人员，饮食术后应进清淡易消化的半流食或普食，少食奶制品，防止腹胀，忌烟酒、辛辣刺激、坚硬的食物以免造成伤口裂开及出血。

5、玻切注硅油术因硅油不具有长效气体的膨胀性而且相对可靠长久，只需严格保持俯卧 3 周左右，



定期复查，一旦发现硅油乳化要及时就医。

6、玻切注气术氟环丁烷气体注入眼内后72h体积膨胀最大眼压升高通常发生在注气后12~96h，通常7d内恢复正常水平。也可有一过性眼压增高，如出现头痛、眼痛、恶心、呕吐、角膜水肿等眼压增高症状及时给予20%甘露醇快速静滴，也可遵医嘱给予其他降眼压处置，对年老、体弱患者要严密观察生命体征，以防发生意外。

8、心理护理 由于术后均采用强迫体位，患者身体疲倦，可能会出现烦躁情绪，还有可能出现眼压升高导致的头痛、头胀、恶心等不适，因此，既要强调卧位的重要性，又要细致的观察患者、安慰患者，满足患者的需要，使患者积极配合治疗。

9、预防感染 及时遵医嘱给予全身使用抗生素，观察术眼敷料有无渗血、渗液，术眼分泌物的多少及性质，遵医嘱按时点眼液、换药，做到严格无菌操作，防止交叉感染。

三、健康教育

1、定期复诊：对患者进行健康教育，嘱其对休息，避免剧烈活动，半年内不得从事重体力活动，并嘱患者1周后门诊复查，3个月内每周复查一次，以后每月复查至半年，一般半年后取出硅油。

2、饮食方面，无特殊禁忌，尽量少吃或不吃辛辣食物、禁烟酒。

四、注意事项

1、术后1~2周内眼睛可能有不适感，眼红、肿痛、流泪等状况，此种状况是正常的无需担心，若出现剧烈的眼痛、眼睛肿胀不断加重、体温上升超过38℃以上应及时到医院进行就诊。

2、玻璃体手术在洗澡和清洁方面可以如常洗澡、冲凉或洗头，之后轻轻的擦干眼部皮肤，每天早晨用温热的毛巾轻轻的清洗眼睑和睫毛，轻轻擦干眼部皮肤。

第七十一章 耳鼻咽喉 - 头颈外科诊疗技术及护理常规

第一节 鼻腔冲洗法

一、适应症

- 1、鼻腔、鼻咽部较多分泌物或结痂的清除。
- 2、多种鼻腔疾病的治疗（萎缩性鼻炎、干酪性鼻炎或鼻腔真菌性感染等）。
- 3、鼻、鼻窦手术后、放疗后的常规护理。

二、禁忌症：鼻腔急性炎症

三、操作方法：病人取坐位，稍低头，张口呼吸，颌下置接水器。操作者将鼻腔冲洗器之橄榄头塞入患侧前鼻孔，另一端则放入生理盐水中，挤压橡皮球，冲洗液即进入鼻腔，从另一侧鼻腔或口腔流出。

四、注意事项：冲洗液温度以接近体温为宜。

第二节 放置口咽通气道（管）的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、生命体征、意识及合作程度。
- 2、评估患者的口腔、咽部及气道分泌物情况，有无活动的义齿。

二、护理措施

- 1、选择合适的体位。
- 2、吸净口腔及咽部分泌物。
- 3、选择恰当的放置方法

(1) 顺插法：在舌拉钩或压舌板的协助下，将口咽通气道放入口腔。

(2) 反转法：口咽通气道的咽弯曲部朝上插入口腔，当其前端接近口咽部后壁时，将其旋转180°成正位，并用双手拇指向下推送至合适的位置。

- 4、测试人工气道是否通畅，防止舌或唇夹置于

牙和口咽通气道之间。

三、健康指导要点：告知患者及家属放置口咽通气道的目的、方法，以取得配合。

四、注意事项

- 1、根据患者门齿到耳垂或下颌角的距离选择适宜的口咽通气道型号。
- 2、禁用于意识清楚、有牙齿折断或脱落危险和浅麻醉患者（短时间应用的除外）。
- 3、牙齿松动者，插入及更换口咽通气道前后应观察有无牙齿脱落。
- 4、口腔内及上下颌骨创伤、咽部气道占位性病变、咽部异物梗阻患者禁忌使用口咽通气道。
- 5、每1小时检查口咽通气道是否保持通畅。

第三节 环甲膜穿刺的护理



一、护理评估：确认患者咽喉部有异物阻塞。

二、护理措施

- 1、患者去枕仰卧，肩背部垫起，头后仰。不能耐受者，可取半卧位。
- 2、甲状软骨下缘与环状软骨弓上缘之间与颈部正中中线交界处即为环甲膜穿刺点。
- 3、常规消毒穿刺部位，戴无菌手套。
- 4、术者左手以食、中指固定环甲膜两侧，右手持粗针头从环甲膜垂直刺入。
- 5、接注射器，回抽有空气，确定无疑后，垂直固定穿刺针。

三、注意事项

- 1、勿用力过猛，出现落空感即表示针尖已进入喉腔。
- 2、穿刺过程中，出现心跳骤停应立即行心肺复苏。
- 3、如遇血凝块或分泌物堵塞针头，可用注射器注入空气，或用少许生理盐水冲洗。
- 4、若穿刺部位皮肤出血较多，应注意止血，以免血液返流入气管内。
- 5、穿刺针留置时间不宜过长。
- 6、下呼吸道阻塞患者不用环甲膜穿刺。

第四节 伤口的护理

一、护理评估

- 1、评估患者病情、意识、自理能力、合作程度。
- 2、了解伤口形成的原因及持续时间。
- 3、了解患者曾经接受的治疗护理情况。
- 4、观察伤口的部位、大小（长、宽、深）、潜行、组织形态、渗液、颜色、感染情况及伤口周围皮肤或组织状况。

二、护理措施

- 1、协助患者取舒适卧位，暴露伤口部位，保护患者隐私。
- 2、依次取下伤口敷料，若敷料粘在伤口上，用生理盐水浸湿软化后缓慢取下。
- 3、选择合适的伤口清洗剂清洁伤口，去除异物、坏死组织等。
- 4、根据伤口类型选择合适的伤口敷料。
- 5、胶布固定时，粘贴方向应与患者肢体或躯体长轴垂直，伤口包扎不可固定太紧。

三、健康指导要点

- 1、告知患者及家属保持伤口敷料及周围皮肤清洁的方法。
- 2、指导患者沐浴、翻身、咳嗽及活动时保护伤口的的方法。

四、注意事项

- 1、对伤口进行观察、测量和记录。
- 2、根据伤口渗出情况确定伤口换药频率。
- 3、伤口清洗一般选用生理盐水或对人体组织没有毒性的消毒液。
- 4、如有多处伤口需换药，应先换清洁伤口，后换感染伤口；清洁伤口换药时，应从伤口中间向外消毒；感染伤口换药时，应从伤口外向中间消毒；有引流管时，先清洁伤口，再清洁引流管。
- 5、换药过程中密切观察病情，出现异常情况及时报告医生。

第五节 种植牙的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的身体状况，是否适宜手术。
- 2、评估患者口腔情况，牙槽骨相关检查，身体骨密度测量，血压、血糖常规检查。
- 3、评估患者合作程度及心理承受能力。

二、护理措施

- 1、口腔护理：指导患者保持口腔清洁。
- 2、饮食护理：指导手术患者流质饮食或全流质饮食，勿食酸性食物，尽量减少咀嚼。
- 3、病情观察：
 - (1)密切观察患者呼吸，血压，脉搏，心率的变化。
 - (2)观察伤口红肿及瘀斑情况。
- 4、疼痛护理：术后应取半卧位，减少局部充血，红肿，减轻疼痛，必要时给予止痛剂。

三、健康指导要点：

- 1、告知患者种植牙过程包括三个临床步骤：
 - (1)种植体植入
 - (2)安装基台
 - (3)安装人工牙冠
- 2、术后当日病人进半流质或全流质，术后一周内刷牙不能刷手术区域，以免刺激伤口。
- 3、术后一个半月内不宜吃过硬，过的食物，防止种植牙受力过大。
- 4、保持口腔卫生，饭后及时漱口，每天用漱口水含漱几次，以免造成感染。
- 5、在植入牙根后需等待2到6个月才可以镶牙，在这段时间内要注意口腔卫生，饭后及时漱口，每天早晚均应用软毛刷或棉花条清洗种植体基台一次。



四、注意事项:

- 1、镶牙后不宜咀嚼过硬的东西。
- 2、镶牙后要注意与邻牙之间区域的卫生,最好能正确使用牙线,防止邻牙龋坏。

3、种植牙防止受到外力的挂伤,一旦挂伤应及时与医生联系。

- 4、镶种植牙后应定期复诊(一年复查一次)维护。

第七十二章 康复医学科诊疗技术及护理常规

第一节 良肢位摆放的护理

良肢位是高级神经中枢受损后预防异常肌紧张的最佳体位,通过肢体位置的正确摆放来抑制异常姿态,保持良肢位,有助于预防或减轻痉挛的出现或加重。良肢位的摆放是康复护理中一项重要的项目。

一、护理评估:

- 1、评估患者的病情、生命体征、意识及合作程度。
- 2、评估患者的肢体瘫痪情况。

二、护理措施:

1、脊髓损伤(高位)患者抗痉挛体位摆放

(1) 仰卧位: 头部垫枕, 将头两侧固定, 肩胛下垫枕, 使肩抬高前挺、肘关节伸直、前臂旋后、腕背伸、手指微曲, 髌、膝、踝下垫枕, 足保持中立位。

(2) 侧卧位: 头部垫枕, 上侧上肢保持伸展位, 下肢屈曲位, 将下侧的肩关节托出以避免受压和后缩, 臂前伸, 前臂旋后, 肢体下均垫长枕, 背后用长枕靠住, 以保持侧卧位。

2、偏瘫患者抗痉挛体位摆放

(1) 仰卧位: 头部垫薄枕, 患侧肩胛和上肢下垫一长枕, 上臂旋后, 肘与腕均伸直, 掌心向上, 手指伸展位, 整个上肢平放于枕上; 患侧髌下、臀部、大腿外侧放垫枕, 防止下肢外展、外旋; 膝下稍垫起, 保持伸展微屈。该体位尽量少用, 一方面易引起压疮, 另一方面易受紧张性颈反射的影响, 激发异常反射活动, 强化患者上肢的屈曲痉挛和下肢的伸肌痉挛。

(2) 健侧卧位: 健侧在下, 患侧在上, 头部垫枕, 患侧上肢伸展位, 使患侧肩胛骨向前向外伸, 前臂旋前, 手指伸展, 掌心向下; 患侧下肢取轻度屈曲位, 放于长枕上, 患侧踝关节不能内翻悬在枕头边缘, 防止足内翻下垂。

(3) 患侧卧位: 患侧在下, 健侧在上, 头部垫枕, 患臂外展前伸旋后, 患肩向前拉出, 以避免受压和后缩, 肘伸展, 掌心向上; 患侧下肢轻度屈曲位放在床

上, 健腿屈髌屈膝向前放于长枕上, 健侧上肢放松, 放在胸前的枕上或躯干上。该体位是最重要的体位, 是偏瘫患者的首选体位, 一方面患者可通过健侧肢体早日进行一些日常活动, 另一方面可通过自身体重对患侧肢体的挤压, 刺激患侧的本体感受器, 强化感觉输入, 也抑制患侧肢体的痉挛模式。

3、骨关节疾患患者抗痉挛体位摆放

(1) 上肢功能位: 肩关节屈曲 45° , 外展 60° , 肘关节屈曲 90° , 前臂中间位, 腕背伸, 各掌指关节和指间关节稍屈曲, 拇指在对掌的中间位。

(2) 下肢功能位: 髌关节伸直, 髌及大腿外侧垫枕防止下肢外展、外旋, 膝关节稍屈曲,

踝关节处于 90° 中间位, 防止足下垂。随着体位的改变, 髌关节也需要变换成屈曲或伸直的位置。

三、健康指导要点:

1、床应放平: 床不得抬高, 任何时候都应避免半卧位。

2、手中不应放置任何东西。

3、不应在足底放置任何东西。

四、注意事项:

1、摆放良肢位时, 动作要轻柔, 不可强力拖拉。

2、在仰卧位时, 在足部放一支床架, 把被子支撑起来, 避免被子压在足上, 引起垂足。

3、在侧卧位时, 尽量使头部和颈椎保持正常对线, 偏瘫患者取患侧卧位时, 患肩向前拉出, 避免受压和后缩。

4、2-3 小时变换一次体位, 以维持良好血液循环。

5、消除患者紧张和焦虑, 不良的心理状态可使肌张力增高。

6、室内温度适宜, 因温度太低可使肌张力增高。

第二节 轮椅-床转移的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、生命体征、意识及合作程度。
- 2、评估患者的日常生活自理能力。
- 3、评估患者的肢体功能情况及瘫痪程度、认知

能力。

二、护理措施

1、脊髓损伤患者床与轮椅之间的转移

- (1) 患者驱动轮椅正面靠近床, 其间距离约为



30cm, 以供抬腿之用, 然后关闭手闸。

(2) 用手将下肢放到床上; 四肢瘫患者躯干控制能力差, 需用右前臂勾住轮椅把手以保持平衡, 将左腕置于右膝下, 通过屈肘动作, 将右下肢抬起, 放到床上, 用同样方法将左下肢放到床上。

(3) 打开轮椅手闸, 向前推动轮椅紧贴床缘, 再关闭手闸。

(4) 双手扶住轮椅扶手向上撑起, 同时向前移动坐于床上。

(5) 然后双手支撑于床面将身体移于床上正确位置, 并用上肢帮助摆正下肢的位置。

(6) 由床返回轮椅与上述相反。

2、偏瘫患者床到轮椅的转移患者坐在床边, 双足平放于地面上。

(1) 辅助下由床到轮椅的转移

①将轮椅放在患者的健侧, 与床成 45° 角, 刹住轮椅, 卸下近床侧轮椅扶手和近床侧脚踏板。

②护理人员面向患者站立, 双膝微屈, 腰背挺直,

用自己的膝部在前面抵住患膝, 防止患膝倒向外侧。

③护理人员一手从患者腋下穿过置于患者患侧肩胛上, 并将患侧前臂放在自己的肩上, 抓住肩胛骨的内缘, 另一上肢托住患者健侧上肢, 使其躯干向前倾, 臀部离开床面后将患者的重心前移至其脚上。

④护理人员引导患者转身坐于轮椅上。

由轮椅返回病床, 方法同前。

三、健康指导

互相转移时, 两个平面之间的高度尽可能相等, 两个平面应尽可能靠近。两个平面的物体应稳定, 如轮椅转移时必须先制动等。

四、注意事项

1、转移时应注意安全, 避免碰伤肢体、臀部、踝部的皮肤。

2、转移前护理人员应了解患者的病情, 如瘫痪的程度和认知情况, 需要的方式和力度的大小等。

3、转移时不宜过快, 注意安全, 防止跌倒。

第三节 排便障碍的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、生命体征、意识及合作程度。
- 2、评估患者日常生活自理能力。
- 3、评估患者排便的次数、大便的形状、颜色, 有无腹痛、腹胀、恶心、呕吐, 肛门疼痛情况等。

二、护理措施

1、便秘患者的康复护理措施

(1) 心理护理: 给予患者安慰、解释和指导, 鼓励患者建立稳定的排便习惯。

(2) 饮食调护: 多吃新鲜蔬菜、水果、粗粮、马铃薯等, 多饮水, 适当吃一些润肠通便的食物如蜂蜜、芝麻、核桃等。忌食烈酒、浓茶、咖啡、辣椒等刺激性食物, 少吃荤腥厚味食物。

(3) 提供适宜的排便环境: 为患者提供单独隐蔽的环境与充裕的排便时间。

(4) 采取舒适的姿势和体位: 病情允许可抬高床头, 帮助患者取坐姿或上厕所排便。对手术患者, 应在术前有计划地训练其在床上使用便器。

(5) 遵医嘱给药: 可给口服缓泻药物或使用简易通便剂等。

(6) 重建正常的排便习惯: 根据患者个人需要和每日活动安排, 选择最适宜排便锻炼的时间, 一般在早餐或清晨起床后进行。无论有无便意, 都应用力作排便动作, 反复多次, 持续时间一般较平时排便时间长 5min 左右。在模拟排便的过程中, 应将双手压在腹部, 作咳嗽动作, 以增强腹压, 促进排便。

(7) 腹部按摩: 从右下腹开始顺结肠方向, 向

上推, 再向左侧推, 再向下推动, 反复多次, 促进肠蠕动, 使粪便排出。

2、腹泻患者的康复护理措施

(1) 卧床休息: 减少患者体力消耗, 减少肠蠕动, 注意腹部保暖。对不能自理的患者应及时给与便器。消除焦虑不安情绪。

(2) 心理护理: 给予精神上的安慰和理解, 同时及时处理大便失禁的困窘, 以维护患者的自尊。

(3) 饮食调护: 鼓励患者多饮水, 酌情给与清淡的流质或半流质饮食, 避免油腻、辛辣、高纤维食物。腹泻严重时可暂禁食。

(4) 防止水、电解质紊乱: 按医嘱给予止泻剂、口服补盐液或静脉输液。

(5) 皮肤护理: 对婴幼儿、老年人、身体衰弱患者应特别注意, 保持床单与皮肤整洁、减轻受压等措施, 还可采用减少大便污染范围和皮肤刺激护理用具如每次便后用温水洗净肛周, 揩干, 扑滑石粉或涂油类保护皮肤, 然后将外科手术薄膜贴于肛周皮肤处。

(6) 观察病情: 记录排便的性质、次数等, 必要时留取标本送检。病情严重者注意生命体征、神志、尿量变化。

3、排便失禁患者的康复护理措施

(1) 心理护理: 护理人员应尊重和理解患者, 给予更多的精神安慰与支持, 帮助其树立信心, 积极配合治疗与护理。

(2) 饮食调护: 是排便失禁患者的最好控制方法。在无肠道感染情况下, 减少调味品以及粗糙食物, 鼓



励喝茶等，最好不用药物。

(3) 皮肤护理：保护床单及衣物不被污染并排除不良气味。床上铺橡胶单和中单，或使用一次性尿布，每次便后用温水洗净肛门周围及臀部皮肤，保持皮肤清洁干燥。注意观察骶尾部皮肤情况，定时按摩受压部位，防止压疮发生。

(4) 重建控制排便的能力：

①了解患者排便规律，观察排便前表现。如患者因进食刺激肠蠕动食物而引起排便，则应在饭后及时给患者使用便器；对排便无规律的患者可每隔 2-3 小时让患者使用一次便器以尝试排便。

②与医生协调为患者定时应用导泻剂或灌肠，以刺激定时排便。

③教会患者进行肛门括约肌及盆底部肌肉收缩训练。方法为：指导患者取立、坐或卧位，试作排便动作，先缓慢收缩肛门括约肌及盆底部肌肉，然后再缓慢放松，每次 10 秒左右，连续 10 次，每次锻炼 20-30 分钟，每日数次，以患者不感觉疲劳为宜。

三、健康指导要点

1、知识介绍 向患者及家属介绍相关排便的知识，说明膳食结构与饮食卫生的重要性。

2、摄入适量的饮食：便秘多食纤维素多的食物，如蔬菜、水果等，还可适当饮用蜂蜜、蜂乳等。

3、保持情绪稳定。

4、养成良好的排便习惯：养成定时排便的良好习惯，可根据自己的情况、环境等条件进行。

5、加强锻炼 可根据情况选用运动项目如太极拳、气功等中医康复运动疗法也可进行体操、慢跑、快走等方法，其中腰腹部的锻炼对便秘的患者尤为合适。

四、注意事项

1、无论是何种类型的神经源性大肠病变，在进行规律的肠道护理前，应先将肠道中积存的粪便排净。

2、肠道训练的时间要符合病人的生活规律。

3、病人出现严重腹泻时注意对肛周皮肤保护。

4、室内及时开窗通风，保持空气清新。

第四节 排尿障碍的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、生命体征、意识及合作程度。

2、评估患者日常生活自理能力。

3、评估患者排尿障碍的原因及分型，是尿失禁或尿潴留。尿失禁是真性尿失禁，假性尿失禁还是压力性失禁，尿潴留原因是机械性梗阻还是动力性梗阻引起。

4、了解 B 超情况及尿动力学检测情况。

二、护理措施

1、尿失禁患者的康复护理措施

(1) 心理护理：护士应给予安慰、开导和提供必要的帮助，消除其羞涩、自卑与焦虑的心理，树立恢复健康的信心，积极配合治疗与护理。

(2) 皮肤护理：床上铺橡胶单和中单，也可使用尿垫或一次性纸尿裤，经常用温水清洗会阴部皮肤，勤换衣裤、尿垫、床单；根据皮肤情况，定时按摩受压部位，防止压疮发生。

(3) 外部引流：女患者可用女式尿壶紧贴外阴接取尿液；男患者可置尿壶于外阴合适部位接取尿液，或利用带胶管的阴茎套接尿，但此法不宜长时间使用，每天须定时去下阴茎套和尿壶，清洗会阴部和阴茎，并将局部暴露于空气中，评估局部有无发红、水肿或破损。

(4) 重建正常的排尿功能：

①如病情允许，鼓励患者每日白天摄入 2000-3000ml 液体，但入睡前应限制饮水，减少夜间尿量，以免影响患者休息。

②向患者及家属说明膀胱训练的目的、方法，所需的时间，以取得患者及家属的配合，安排排尿时间，观察排尿反应。定时使用便器，使用时用手按压膀胱，协助排尿，注意用力要适度。

③指导患者进行骨盆底部肌肉的锻炼，以增强控制排尿的能力。

④对长期尿失禁的患者，可行留置导尿管，避免尿液浸渍皮肤，发生皮肤破溃。但要注意应定时夹闭和排放尿液，锻炼膀胱壁肌肉张力，重建膀胱储存尿液的功能。

2、尿潴留患者的康复护理措施

(1) 心理护理：安慰患者，消除其焦虑和紧张情绪。

(2) 提供适宜的排尿环境：关闭门窗，遮挡屏风，请无关人员回避。

(3) 调整体位与姿势：根据病情协助卧床患者取适当体位，尽可能使患者以习惯姿势排尿，如扶卧床患者略抬高上身或坐起等。

(4) 排尿反射训练：如听流水声或用温水冲洗会阴；亦可采用针刺足三里、中极、三阴交、阴陵泉穴等方法，刺激排尿。

(5) 热敷、按摩：如患者病情允许，可用手按压膀胱协助排尿，切记不可强力按压，以防膀胱破裂。

(6) 遵医嘱给药：必要时根据医嘱肌肉注射卡巴胆碱等。

(7) 导尿：经上述处理仍不能解除尿潴留时，可采用导尿管。



三、健康指导

1、摄入适量的液体，能刺激排尿反射，同时还能预防结石和泌尿系感染。

2、保持情绪稳定，压力会影响会阴部肌肉和膀胱括约肌的松弛和收缩处于过度的焦虑和紧张状态，可引起尿频、尿急、尿潴留影响膀胱功能的恢复。

3、进行适当的运动，有助于预防尿失禁的发生，促进膀胱功能的恢复。

四、注意事项

1、训练前必须做好评估，接受尿流动力学检查以确定膀胱类型和安全的训练方法，以判断是否可以进行训练。

2、逼尿肌-括约肌不协同型膀胱不适宜采用膀胱再训练，要避免因训练方法不当而引起尿液返流造成肾积水。

3、痉挛型膀胱训练时要观察有无自主N反射亢进的临床表现，并给予及时处理。

4、训练前告知患者或其家属训练的目的，提高患者配合的积极性。

5、训练时要密切观察患者的反应及变化，训练要以患者不疲劳为宜。必要时停止训练。

6、训练过程中要定时做好动态评估和相关记录。

7、膀胱训练应按计划坚持不懈，避免因效果暂时不佳而中止训练。

第五节 床上翻身训练的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、生命体征、意识及合作程度。

2、评估患者管道情况。

3、评估患者四肢肌力情况。

二、护理措施

1、脊髓损伤患者的翻身

(1) 患者仰卧于床上，头、肩屈曲，双上肢屈曲上举、对称性用力向身体两侧摆动，产生钟摆样运动。

(2) 头转向翻身侧，双上肢用力甩向翻身侧时，带动躯干旋转而翻身。

(3) 位于上方的上肢用力前伸，使翻身侧的上肢放置到该侧位置，完成翻身动作。

2、偏瘫患者的翻身训练

(1) 辅助下向健侧翻身

仰卧位，将健腿插入患腿下方，Bobath握手（双手十指交叉相握，患手拇指在上方），左右摆动，护理人员于患侧帮助抬起患者肩胛、骨盆，借助双上肢摆动的惯性翻身至健侧，每次辅助时仅给予最小辅助，并依次减少辅助量，最终使患者独立翻身，并向患者

分步解释动作顺序及要求，以获得患者主动配合。

(2) 指导主动向患侧翻身

①用健手将患侧上肢外展防止受压，健侧下肢屈髋屈膝。

②头转向患侧，健侧肩上抬，上肢向患侧转，健侧下肢用力蹬床，将身体转向患侧。

(3) 主动向健侧翻身

① Bobath握手（双手十指交叉相握，患手拇指在上方），患者用健足从患侧腘窝处插入并沿患侧小腿伸展，将患足置于健足上方。

② 伸肘屈膝用力向健侧摆动，健侧脚蹬床，同时转头、转肩，完成翻身动作。

三、健康指导要点

床上翻身不管转向患侧还是健侧，整个活动都应先转头和颈，然后正确地连续转肩和上肢躯干，腰，骨盆及下肢，并且保持脊柱的伸直位，防止扭曲。

四、注意事项

翻身时要有确保足够的空间活动，保证患者的安全和舒适，并保持肢体的功能位。

第七十三章 老年科诊疗技术及护理常规

第一节 动脉硬化监测的护理

一、护理评估

1、评估患者身体及四肢皮肤

2、评估患者的意识及配合程度

3、评估患者是否休息五分钟以上

4、评估患者穿着是否达到要求

二、护理操作要点

1、上臂箍带的使用

1 将动脉位置标志对准动脉。

2 为了确定箍带上下的位置，将肘关节标志对准肘关节线

3 裹好箍带：定位线要超过箭头所指的范围线。

4 箍带松紧要合适，箍带和上臂之间应能伸入两根手指。

2、脚踝箍带的使用

1 脱去袜子，有左踝箍带和右踝箍带，要正确选择。将软管区置于脚踝内侧。



2 裹箍带时，使内侧脚踝尖距箍带有两指宽的距离。

3 扣好脚踝一端的尼龙搭扣，不留空隙。

4 扣好小腿肚一端的尼龙搭扣，松紧以能伸入一根手指为度。

3、ECG（心电图）夹子的使用，按下夹子侧面的按钮，将一个电极塞入右 ECG 夹子。松开按钮，将电极固定到此夹子上。同样方法塞入左边电极。揭去 3 个电极上的保护层。只能使用 Ag/AgCl 型电极。

4、PCG（心音图）的使用

1 将胶垫加到 PCG 传感器上：

2 揭去保护膜（淡蓝）将它放在传感器上。

3 揭去胶垫一侧的覆盖层。

5、测试报告的读解

三、健康指导要点

1、合理的膳食

(1) 膳食总热量勿过高，以维持正常体重为度。

(2) 年过 40 岁者即使血脂不增高，应避免经常食用过多的动物性脂肪和含饱和脂肪酸的植物油，避免多食含胆固醇较高的食物。若血脂持续增高，应食

用低胆固醇、低动物性脂肪食物

(3) 已确诊有冠状动脉粥样硬化者，严禁暴饮暴食，以免诱发心绞痛或心肌梗塞。合并有高血压或心力衰竭者，应同时限制食盐和含钠食物。

(4) 提倡饮食清淡，多食富含维生素 C 和植物蛋白的食物。

2、适当的体力劳动和体育活动。

3、合理安排工作和生活 生活要有规律，保持乐观、愉快的情绪，避免过度劳累和情绪激动，注意劳逸结合，保证充分睡眠。

4、提倡不吸烟，不饮烈性酒或大量饮酒

5、积极治疗与本病有关的疾病，如高血压、脂肪症、高脂血症、痛风、糖尿病、肝病、肾病综合征和有关的内分泌病等。

四、注意事项：1、检查室的温度保持在 22-25 度，

请受测者配合不要抽烟 2、测量前休息五分钟以上（受测者以仰卧姿势） 3、受测者穿着毛衣等厚重衣物时请其脱掉，只留一件薄衣，穿着袜子时请他脱下，脱至露出脚后跟的程度 4、对受测者说明：测量中勿移动身体，不要说话，不要紧张。

第二节 糖尿病周围神经病变筛查的护理

一、护理评估

1、评估糖尿病病史及血糖情况

2、评估患者年龄以及身体情况

3、评估患者是否吸烟等不良嗜好

二、护理操作要点

1、检查内容如下，注意阳性症状：麻木、疼痛、蚁走感、烧灼感、针刺感

(1) 各种损伤、擦伤、水疱

(2) 皮肤干燥、皲裂

(3) 鸡眼和胼胝（老茧）

(4) 皮肤温度、颜色

(5) 趾甲异常

(6) 肿胀、溃疡、感染

(7) 霉菌感染

2、筛查和评估早期发现各种症状表现

相关的临床检查：单丝检查、音叉检查、针刺痛觉、温度觉、踝反射、肌电图、Ewing 心血管反射试验

(1) 深呼吸时每分钟心率差

(2) 乏氏动作指数（Valsalva）

(3) 卧立位 30/15 比值

(4) 直立性低血压试验

(5) 握拳升压试验

3、糖尿病周围神经病变自查表

三、健康指导要点

1、控制血糖，纠正血脂异常，控制高血压。

2、加强足部护理：选择透气性良好质软的合脚的鞋袜，经常检查并取出鞋内异物。患者应每日洗脚，水温不宜过高。秋冬季节足部易干裂，可用中性润肤霜均匀涂擦，汗脚可撒些滑石粉。

3、定期进行筛查及病情评价：

①在诊断糖尿病后应至少每年检查一次 DPN。

②对于糖尿病程较长，或合并有眼底病变、肾病等微血管并发症的患者，应每 3～6 个月复查一次；一旦诊断为糖尿病性多发性末梢神经病，应特别保护丧失感觉的双足，以减少皮肤损伤和截肢的风险。

四、注意事项

1、检查前的注意事项

2、房间温度控制在 30 度左右，安静且放松

3、检查开始前患者在房间内无寒冷的感觉。

4、检查时避开硬结或者破溃处

5、尽量使患者说出最真实的感觉

第七十四章 ICU 诊疗技术及护理常规



第一节 危重患者肠内营养的护理

一、护理评估

1、既往史及相关因素：

(1) 患者近期的饮食情况，如饮食习惯和食欲有无改变，有无明显厌食，饮食种类和进食量；是否因检查或疾病治疗而需禁食，禁食的天数；有无水和营养物质的额外丢失；是否存在消化道梗阻、出血、严重腹泻或因腹部手术等而不能经胃肠道摄食的临床情况。

(2) 患者近期或既往有无消化系统手术史、较大的创伤、烧伤、严重感染或慢性消耗性疾病。

2、身体状况：

(1) 有无腹部胀痛、恶心、呕吐、腹泻、压痛、反跳痛和肌紧张等腹膜炎体征。

(2) 患者生命体征是否平稳，有无休克、脱水或水肿征象。

3、辅助检查：了解患者的体重、血浆清蛋白、细胞免疫功能等检查结果，以评估患者的营养状况及其对营养支持的耐受程度。

4、营养途径：包括经口腔、鼻胃管、鼻肠管、胃造瘘或空肠造瘘途径。

(1) 管道位置是否正确，对于不能确定位置者，必须用多种方法或者多人证实后方能给予肠内营养。

(2) 评估造瘘口周围皮肤是否正常，有无感染或者糜烂，有无渗液。

5、心理和社会支持状况：患者及家属对营养支持的重要性和必要性的认知程度、对营养支持的接受程度和对营养支持费用的承受能力。

二、护理措施

1、严格无菌操作，包括瓶装管饲、袋装管饲、输注设备或能引起腹泻的导管。输注设备每天更换，开瓶后应储存于冷藏处不超过24小时，通过瓶装系统进行导管输注应该在8小时内结束。

2、鼻部护理：为保持鼻黏膜的敏感性，移除旧的固定胶布后每天用棉纸和水清洁鼻部，并应用润滑剂于鼻孔周围和内部。

3、口腔护理：经鼻插管的患者不能口服进食，正规的口腔护理非常重要。包括用牙刷和牙膏清洁牙齿；用规定的漱口水冲洗口腔；口腔黏膜脱水会导致感染，人工唾液的使用对唾液分泌失调有帮助。

4、导管护理：

(1) 每天按标准重新实施导管固定。

(2) 防止导管扭曲、折叠、受压。

(3) 规律冲洗导管避免管道堵塞。导管冲洗20-30ml温开水，管饲输注前后、胃液误吸后、药物输注的前、中、后均应冲洗导管，长期没有管饲输注者导管至少每天冲洗一次。

5、预防误吸：

(1) 通过标记导管长度检测导管位置，防止移位。对胃排空迟缓、由鼻胃管或胃造瘘输注营养液的患者取半卧位，防止因反流而误吸。

(2) 测量胃内残余量，在输注营养液过程中，每4小时抽取1次胃内残余量，如大于150ml应暂停输注。

(3) 一旦出现呛咳、咳出营养液样物，憋气或呼吸急促，即可确定为误吸，鼓励患者咳嗽，必要时经气管镜清除吸入物。

6、并发症的防治与护理：

(1) 置管并发症：置管时动作轻柔，防止鼻咽及食管黏膜损伤。

(2) 胃肠道并发症：恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻、便秘等。分析发生胃肠道反应的原因并及时处理。

三、健康指导要点

1、宣教肠内营养的途径、方法及所灌注的营养液类型。

2、告知患者饮食摄入不足和营养不足对机体可能造成危害。

3、告知患者经口饮食和肠内营养有助于维护肠道功能。

4、在康复过程中，应保持均衡饮食，保证足够的热量、蛋白质和维生素等摄入。

5、指导携带胃或空肠营养管出院的患者和其家属进行居家喂养和自我护理。

四、注意事项

1、了解膳食的组成，配制及保存方法。

2、每次管饲量不宜过多，总体积不超过2000ml。

3、管饲时，头部和颈部抬高，首先确认管道是否在位。

4、管饲前后，温水冲洗管道以防堵塞。

5、不同管饲类型注意先后顺序，以防蛋白变性。

第二节 有创动脉血压监测的护理

一、护理评估

1、有创动脉血压监测装置的组成：由冲洗装置、

传感器和连接管道三部分组成。

2、有创动脉血压监测的影响因素：



(1) 测量部位：在周围动脉不同部位测压时要考虑到不同部位的动脉压差，一般股动脉收缩压较桡动脉高 10-20mmHg，而舒张压低 15-20mmHg。

(2) 系统较零：采取传感器测压时，传感器的高度应与右心房在同一水平。传感器的位置每改变 5cm，血压值就会改变 3-4mmHg。因此当患者体位改变时应随时调整传感器的高度，避免由此造成的测量误差。

(3) 导管口方向：通常测定动脉压的导管口是迎向血流方向，因此测出的压力是血管内侧压强与血流流动的动压强之和，其值稍大于血流壁的测压。不过当血流速度不大时，导管口的影响可忽略。但在心率增快、血流速度增加及动脉管腔由于导管插入而阻塞形成终端动脉时，将造成动脉压力波、共振，就会使测得的压力值显著高于实际值。

3、病情评估：有创动脉血压监测用于各种急危重患者、应用血管活性药、需反复做动脉血气分析及其他血液检查的患者、外科手术检查。

二、护理措施

1、预防感染

(1) 所需物品必须保证无菌，置管操作应在严格的无菌技术下进行。置管成功后保持穿刺处皮肤干燥、清洁、无渗血。自动脉测压导管内抽血化验时，导管连接头处应用碘伏消毒，每天更换连接管的肝素稀释液。

(2) 加强临床监测，每日监测体温 4 次。如患者出现高热、寒战，应及时寻找感染源。必要时取管道培养或做血培养以协助诊断，并合理应用抗生素。

(3) 穿刺针保留不超过 72 小时，最长一周，一旦发生感染迹象应立即拔出导管，如需继续测压应更换测压部位。

(4) 严密观察动脉穿刺部位远端皮肤的颜色和温度有无异常，若发现液体外渗，穿刺部位红肿、发

白或发绀、变凉应立即拔出，并用 50% 硫酸镁湿敷红肿处，也可用红外线治疗仪照射。

2、正确连接动脉压力传感器，选择适当模块，设置报警上下限，传感器校零后测压，减少误差。测压系统内不能有气泡。

3、保持管道的通畅：测压装置连接肝素稀释液，管路内应充满肝素稀释液，无气泡及血块；每 30 分钟冲洗管路，并经常观察动脉波形是否良好。

4、防止脱管：妥善固定，避免导管脱出影响血压监测，并造成局部水肿和出血。

5、局部出血与水肿的预防及护理：

(1) 穿刺失败或拔出穿刺针时，根据不同的穿刺方法来确定局部压迫时间长短，如系穿刺进针，压迫 5 分钟；动脉切开进针，压迫 10 分钟。

(2) 局部用纱布球和宽胶布加压覆盖，加压包扎中心要在血管进针点，必要时局部用绷带加压 30 分钟后予以解除。

三、健康指导要点

1、术后嘱患者保持术侧肢体伸直，短期内尽量少活动，以防出血。

2、告知患者有创动脉血压监测的目的、意义及并发症，密切观察术侧远端皮肤的颜色与温度，如有异常发现或异常感觉应及时呼叫医护人员。

四、注意事项

1、监测开始时，换能器进行校零。

2、监测过程中，随时保持压力传感器与心脏在同一水平上。

3、为防止导管堵塞，要不断注入肝素盐水冲洗导管，保持测压径路的通畅。

4、牢固固定导管，防止导管位置移动或脱出，影响有创血压的测量。

5、有创血压测压值比无创测压值高 5-20mmHg。

第三节 机械通气患者的护理

一、护理评估

1、病人的意识状况、生命体征、呼吸状况、动脉血气分析结果。

2、呼吸机的连接方式、呼吸机的型号、通气模式及参数选择。

3、病人的配合情况、有无人机对抗。

4、呼吸机治疗效果及相关并发症。

5、人工气道的状况。

二、护理措施

1、严密观察患者生命体征及病情变化、包括病人意识状态、病人自主呼吸的频率、节律与呼吸机是否同步、生命体征及胸廓活动度、皮肤紫绀及四肢循

环情况。

2、体位：床头抬高 30-45 度。

3、血气监测：使用呼吸机前后 30 分钟或调整呼吸机模式参数后 30 分钟均需监测血气指标。

4、心理护理：使用呼吸机要取得病人的配合，对躁动病人适当约束，必要时使用镇静药物。

5、人工气道管理：

(1) 气管插管要妥善固定，避免脱出。

(2) 气囊充气要适量，气囊压力维持在 25-30cmH₂O，每班观察。

(3) 气道要适当进行湿化，预防管道堵塞，

(4) 吸痰时注意无菌操作，动作轻柔，成人吸



痰负压 100-120mmHg。

(5) 气管切开的伤口敷料每 6h 更换一次，带内套芯的导管 6h 清洗消毒。

6、保证呼吸机管道通畅，避免扭曲及打折。集水杯处于最低位，及时倾倒冷凝水。人工鼻及螺纹接头有污染及时更换。长期使用呼吸机病人每周更换 2 次呼吸机管道。

7、做好消毒隔离工作，物品一人一用一消毒。呼吸机使用完后，机器表面清洁消毒，管路及湿化器送供应室消毒。预防交叉感染的发生。

8、营养支持：在病情允许的情况下及早进行肠

内营养支持。

9、功能锻炼：指导病人进行呼吸训练，协助完成床上活动，争取尽早脱机拔管。

三、健康指导要点

1、使用呼吸机的目的，指导病人与呼吸机同步。

2、呼吸训练及床上活动方法。

四、注意事项

1、使用呼吸机前完成机器自检，启动声光报警。

2、严格无菌操作，物品专人专用。

3、冷凝水及时倾倒。

4、呼吸机管道每周更换 2 次。

第四节 中心静脉压监测的护理

一、护理评估

1、中心静脉管道：管道的通畅性；是否正在使用此管道进行输血、静脉营养治疗或输注血管活性药物，若是则影响测量结果的准确性。

2、测压装置：测压装置（包括监护仪、压力监测模块和导线）是否处于备用状态；确认一次性使用压力传感器的包装完好、在有效期内。

3、病情评估：CVP 监测适用于：

(1) 严重创伤、各类休克及急性循环功能衰竭等危重患者。

(2) 各类大、中手术，尤其是心血管、颅脑和腹部的大手术。

(3) 需长期输液或接受完全肠外营养的患者。

(4) 需接受大量、快速输血补液的患者。

二、护理措施

1、采用正确的测量方法：人工测量（标尺测量）与仪器测量。

人工测量：用输液器接生理盐水，让输液管路的液体自行下降到不降为止，用标尺测量液柱的高度。

(1) 病人取平卧位以腋中线第四肋间为“0”点（半卧位取腋前线第四肋间）。

(2) 用生理盐水冲洗静脉导管主通道后，将导管与三通及输液器紧密连接到静脉导管上。

(3) 将三通开关另一端接测压管，使输液瓶内的液体充满测压管，测量平面高于预计静脉压之上。

(4) 打开三通开关，使测压管与静脉导管相连接，同时将刻度尺的零刻度与“0”点平齐，待测压管内液体迅速下降至一定水平到不再下降时，液平面的读数即为中心静脉压。

仪器测量：正确安装测压装置，并与中心静脉导管连接正确，设置报警上下限，传感器校零后测压，减少误差。

(1) 传感器的位置必须位于腋中线第四肋间水平，即右心房水平。

(2) 测压时必须保证压力管和中心静脉导管单一相通。

(3) 应用呼吸机者，测 CVP 前应脱机 10 秒左右，目的是去除呼吸机的压力对测量值的影响。

(4) 输血时需测量 CVP 可以用肝素稀释液冲洗管道内血液，然后再测量，避免影响准确性。

(5) 避免在患者烦躁或剧烈咳嗽等情况下进行测量。

2、保持管道通畅：

(1) 首先必须保证整个装置的密闭且无气泡或血块，若有异常情况可用肝素稀释液或生理盐水抽吸冲洗管道。

(2) 若压力波形消失或数值明显异常，应立即即检查管道系统是否连接正确，整个管路是否密闭；检查管道内是否存在气泡。

(3) 检查中心静脉置管是否通畅，有无血块等阻塞，并采取相应措施处理。

3、防止脱管

(1) 保持局部皮肤的清洁、干燥，防止敷贴及胶布松脱。

(2) 管道不宜牵拉过紧，以防止管道被拉出。

(3) 压力传感器放置在床上适宜的位置，防止掉落后牵拉管道。

(4) 翻身时注意保护管道不受牵拉。

(5) 若患者出现烦躁、谵妄等症状，宜进行保护性约束或遵医嘱合理使用镇静剂，并注意观察药物的疗效及不良反应。

4、并发症的护理

(1) 穿刺伤害：局部出血给予压迫止血，必要时给予止血药物。

(2) 感染：操作中严格遵守无菌操作原则，结合体温、血常规及培养结果予以相应处置。连接或冲洗管道时消毒导管接口，首日应用碘伏消毒中心静脉穿刺点处的局部皮肤并更换敷贴一次，以后每周消毒



更换一次，如有污染随时更换，保持局部敷料的干燥和密闭性；观察局部有无渗血、渗液、红肿、化脓等情况发生，发现异常及时通知医生并做好相应的处理措施；拔管时常规进行导管尖端的微生物培养，如有异常还需做穿刺点局部分泌物及导管内血液的微生物培养。

(3) 血栓形成：结合凝血功能检查结果予以抗凝处置，定时冲洗管道，保持管路通畅。

三、健康指导要点

1、疾病知识指导：指导患者认识 CVP 监测的重要意义，以提高患者在治疗中的依从性；通过健康教

育使患者配合 CVP 的测量，从而有效地了解病情。

2、心理社会指导：中心静脉置管患者可有恐惧、紧张等心理反应，给予心理疏导，使患者保持积极乐观的情绪，可有效减轻患者的不良反应。

四、注意事项：

1、测压管 0 点必须与右心房在同一水平，体位变动时应重新调整两者关系。

2、导管应保持通畅，否则会影响测压结果。

3、导管留置一般不超过 5d，过久易发生静脉炎或感染。

4、每次测压前均应较零。

第五节 冬眠低温疗法的护理

一、护理评估

- 1、意识、瞳孔、生命体征变化。
- 2、口唇、甲床、皮肤颜色。
- 3、皮肤完整性、出入量是否平衡。
- 4、有无肺部和尿路感染的症状和体征。

二、护理措施

1、安置单间，室温以 18~20℃ 为宜，室内备冰袋、冬眠药物、体温计。

2、先冬眠后降温，降温以每小时下降 1 度为宜，降至肛温 32-34 度、腋温 31-33 度时效果较为理想，每小时测量体温 1 次，体温过低应及时报告医生处理。

3、冬眠期间密切观察病人意识、瞳孔、生命体征变化，并及时记录。若脉搏超过 100 次/分，收缩压低于 100mmHg，呼吸慢而不规则时，应及时通知医生停药。

4、输液量小于等于 1500ml/日，若采用鼻饲，鼻饲温度应等同体温，鼻饲量小于等于 300ml，防止腹胀。

5、防止肺部和尿路感染，防止冻伤和压伤。

6、低温时角膜反射减弱，保护性分泌物减少，应做好眼的保护。

7、复温时，先停物理降温，再停冬眠药物，并加盖保温，让其自然升温。

三、健康指导要点：1、介绍疾病相关的知识和治疗方法，让家属了解病情。2、告知防止压伤、冻伤的方法。3、告知家属降温期间不宜翻身或移动体位的目的，协助护理人员工作。

四、注意事项

1、用药以少量多次为原则，尽量避免一次大量注射，以免发生血压下降及对呼吸、循环的不良影响。

2、冬眠开始后须有专人守护，要严密观察生命体征变化，若脉搏超过 100/分，收缩压低于 100mmHg，呼吸慢而不规则时，应及时通知医生停药。

3、在冬眠降温期间不宜翻身或移动体位，以免发生体位性低血压。

4、体温过低易诱发心率失常、低血压、凝血障碍等并发症，体温高于 35 度则疗效不佳。应每日检查白细胞计数、分类及血清电解质、血生化。每周检查肝功能 1 次。

5、冬眠低温疗法时间一般为 3-5 日，停止治疗时先停物理降温，再逐渐停用冬眠药物，任其自然复温。

第六节 重症患者的气道护理

一、护理评估

1、身体评估：患者的病情、意识、呼吸状况、合作程度、缺氧状态；患者的口腔、咽部皮肤黏膜情况，有无活动性义齿；患者的年龄、体型，以便选择合适的气管导型号；患者的气道分泌物的颜色、性质、量及气道通畅情况。

2、急救物品评估：负压吸引装置是否处于备用状态，插管用物及急救药物是否备齐。

3、实验室检查：血气分析。

4、社会心理评估：患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、自然气道的护理

(1) 保持病室内适宜的温度和湿度，室温控制在 20-24 度，湿度控制在 60%-70%。

(2) 维持患者水平衡，采取祛痰、抗感染等措施，促进气道分泌物排出。

(3) 结合有效的胸部物理治疗，如体位引流、震动排痰等协助清除气道分泌物。

(4) 对于清醒患者，应指导患者有效咳嗽、深呼吸和咳痰，防止呼吸道分泌物滞留。



2、人工气道的护理

(1) 保持气道通畅：清醒患者鼓励其咳嗽、深呼吸和咳痰；人工负压吸引，及时清除气管内的分泌物；必要时行雾化吸入或协助医生纤维支气管镜吸痰。

(2) 妥善固定管路

① 对气管插管的患者，用干纱布擦净面部，放置牙垫，用胶布“X”形固定插管并记录插入深度。

② 对气管切开患者，用寸带绕颈部固定插管，切忌过紧或过松，过紧则影响呼吸并且可能影响脑部血液供应；过松则容易造成套管脱出。根据病情适当使用保护性约束，避免意外拔管的发生。

(3) 气道的湿化：临床上常用加热蒸汽加温加湿、气道内滴注加湿、雾化加湿、湿热交换器、超声雾化和“人工鼻”等稀释痰液，有利于痰液的排出，防止痰液干痂阻塞气道导致气道阻塞、肺不张、继发感染等并发症，并观察气道湿化的效果。使用蒸汽加温加湿时避免由于机体摄入较多的湿化液而出现循环容量过多，湿热交换器不适宜用于分泌物多而黏稠的患者。

气道内吸痰：吸痰过程中严密观察患者的生命体征；使用内径不超过气管导管 1/2 的吸痰管进行吸痰；吸引负压不超过 120mmHg，限制吸痰持续时间在 10-15 秒内；吸痰前后充分氧合。

(4) 套囊管理：应根据患者实际情况选择合适的套囊，将套囊压力维持在 20-25mmHg，临床上必须严密监测套囊压力。

(5) 并发症护理：

① 感染：医护人员严格做好手卫生，遵守无菌技术原则。

② 皮肤损伤：保持局部皮肤的清洁干燥，气管

切开伤口周围皮肤，每日用碘伏消毒 4 次，并更换无菌纱布，定时检查面部及气管切开周围、颈部皮肤的情况，出现异常及时处理。

(6) 药物处理：合理使用抗生素和镇静剂，遵医嘱使用沐舒坦等祛痰等药物，并注意观察药物疗效和不良反应。

(7) 心理护理：

① 主动亲近和关心患者，指导患者用非语言方式表达其需求。

② 密切观察病情变化，随时准备提供帮助，使患者有安全感。

③ 适当安排家属探视，以满足双方对安全、关爱、归属等层面的需求，缓解患者的焦虑、恐惧，配合治疗早日康复。

三、健康指导要点

1、自行咳嗽的患者，可嘱其多饮水，勤翻身、叩背，必要时行体位引流。

2、需气管插管或气管切开的患者，术前说明建立人工气道的目的及意义，取得配合。

3、告知患者雾化吸入和吸痰护理的重要性。

4、指导患者学会非语言交流方式，以增进沟通，满足患者需求。

四、注意事项

1、保持室内适宜的温、湿度。

2、保持颈部舒展的体位。

3、人工气道的大小、材质、型号合适，牢固固定，松紧适宜。

4、机械吸痰时严格无菌操作，负压大小合适。

5、昏迷、意识不清、躁动等患者适当约束。

第七节 体外循环术后监护的护理

体外循环 (extracorporeal circulation) 在临床上用于心脏直视手术，是利用插在上、下腔静脉内或右心房-腔静脉导管，把静脉血引流出来（或者抽出来），使之通过人工肺（氧合器）进行氧合，变成动脉血，而后经单向血泵把动脉化的血通过插入主动脉的导管泵回体内，并使之循环直达静脉端，如此周而复始，循环往复，以维持机体的血液供给及其脏器功能。临床上实际使用人工心肺机的血泵动力和氧合功能，人工地把肺循环的功能在体外进行，而体循环仍在体内进行。体外循环开心手术会引起血流动力学改变、电解质紊乱等一系列病理生理改变和各系统的并发症，因此加强术后监护十分重要。

一、护理评估

1、评估心肺功能各项指征。

2、评估血常规、血生化、凝血检查、血气分析。

二、监护要点

1、一般生命体征监护，包括脉搏、呼吸、血压和体温等。

2、循环功能监护

(1) 心电监护

① 心率：监测的目的是使心率最佳化。最佳心率的范围随年龄和心功能的不同而各不相同。一般成年人保持在 70-120 次 / 分，婴幼儿可保持在 140-160 次 / 分，儿童在 120-150 次 / 分。

② 心律：心律有无异常，特别是恶性心律失常，如室性心动过速等。

③ 传导阻滞：重点观察是否有二度、三度传导阻滞。

④ 心肌有无缺血或损伤波形的出现，有无高血压和低血钾的心电图波形。

⑤ 心搏骤停的类型是心脏停跳还是心室颤动，用适当的方法抢救



(2) 心血管动力学监护：将中心静脉导管或者 Swan - Ganz 导管以及动脉插管，分别连接压力传导器进行监测观察波形及正常值。

(3) 微循环的观察：观察手指甲颜色及毛细血管充盈时间；中心温度与足趾温度之差应 $> 6^{\circ}\text{C}$ 。

(4) 持续监测血氧饱和度。

3、呼吸系统功能监测

(1) 通气功能：病人自主呼吸频率或者控制通气频率 > 25 次 / 分；潮气量 $\geq 7\text{ml/kg}$ ；最大吸气和呼吸力 $> 400\text{cmH}_2\text{O}$

(2) 术后最初三天应早晚监测动脉氧分压及二氧化碳分压 2 次，观察病人的气体弥散功能。PaO₂/FiO₂ 比值应在 400-500，比值 < 300 时提示弥散功能不全，应予机械通气治疗。

4、中枢神经系统功能监护：观察病人的神志、瞳孔、运动功能、感觉功能、腱反射等。

5、凝血功能监护

(1) 术后每小时记录一次心包、纵膈引流的量，并观察其性状、颜色等。

(2) 观察皮肤切口处及静脉输液的穿刺部位有无渗血或邻近皮肤有无瘀斑。

(3) 定期检查出凝血时间。

(4) 血小板计数 $< 100 \times 10^9 / \text{L}$ 并有渗血者，应给予输注浓缩血小板。

6、肾功能监护：肾脏功能是反映循环功能的窗口，因此对它的监护十分重要。

(1) 尿液检查：包括尿液的颜色、量、尿比重、蛋白、渗透压等。

(2) 血液化学检查：主要是血尿素氮、肌酐及电解质，发现异常及时采取相应措施。

7、严格记录 24 小时出入液量，出入量应每小时总结 1 次，以免大幅度失衡。

8、应用抗生素，以防感染；避免水电解质紊乱及酸碱平衡失调。

9、加强病人的营养支持，保持高热量营养支持，增强免疫力。

10、做好病人的心理护理。

三、健康指导要点

1、饮食宜清淡，易于消化。

2、做好有效呼吸及咳嗽，保持呼吸道畅通。

四、注意事项

1、动脉导管留置时间一般不超过 10 天。

2、留置动脉导管的肢体，要观察局部的缺血及栓塞。

第八节 脑功能监测法

对危重病人进行脑功能监测十分重要。目前脑功能监测方法包括临床神经系统检查、脑血流测定、颅内压测定及脑电生理监测。

一、护理评估

1、评估意识状态。

2、评估呼吸形态。

二、监测要点

1、临床神经系统检查

(1) 意识：意识状态和意识改变是判断病情的重要标志之一。可以直接反应中枢神经受损的严重程度，昏迷越深，提示病情越严重。临床上将病人的意识状态分为：

①清楚：意识存在，对外界刺激能做出正确的反应，回答问题正确。

②嗜睡：意识存在，对刺激有反应，唤醒后可做出正确回答，但旋即入睡，合作欠佳。

③模糊：意识未完全丧失，对刺激有反应，浅反射存在，可回答简单问题，但常不正确。

④昏睡：对刺激反应迟钝，呼之偶应，但不能回答问题深浅反射存在。

⑤昏迷 对强烈刺激有反应或一切刺激均无反应，瞳孔对光反射减弱或消失，四肢肌张力消失或增高，伴有大小便失禁或尿潴留。

(2) 呼吸：脑结构不同平面的损害产生不同类型的呼吸节律异常，如潮式呼吸反应大脑广泛损害，共济失调式呼吸常反映延髓损害，颅内压增高时呼吸减慢。

(3) 瞳孔：

正常瞳孔为圆形，两侧等大，在一般光亮下直径为 3-4mm，随光线的强弱而收缩、扩大。观察瞳孔时，应观察瞳孔的大小形态，两侧是否对称，光反射是否存在。双侧瞳孔散大多见于深昏迷、阿托品类药物中毒等；一侧瞳孔散大多见于颅内压增高引起的钩回疝及同侧的动眼神经麻痹。双侧瞳孔缩小见于吗啡中毒和脑桥病变。

(4) 反射：

主要是对病人脑干功能的检查，以判断脑干有无损害及评估病人的预后。通常有睫毛反射、角膜反射、眼前庭反射、紧张性颈反射、姿态及肌张力变化。

2、脑血流测定

大脑的血液供应对维持正常的脑功能和代谢很重要，正常的脑血流量平均为 45-55ml/(100g. 分)，灰质局部血流量为 80ml/(100g. 分)，白质局部脑血流量为 20ml/(100g. 分)，主要方法有阻抗血流图法。

3、颅内压测定：颅内压是观察颅脑危重病



一项重要指标，颅内压测定可使医生及时掌握病情变化，指导诊断和治疗。颅内压超过 2 kPa (15mmHg) 称颅内压增高，颅内压 2-2.72 kPa (15-20mmHg) 为轻度增高；颅内压 2.8-5.32kPa (21-40mmHg) 为中度增高；颅内压 > 5.32 kPa (40mmHg) 为严重增高。测压时要注意很多因素，如咳嗽、紧张、中心静脉压增高等，均可使颅内压增高。测定方法有①脑室内测压；②硬膜外或硬膜下测压；③腰部蛛网膜下隙测压。

4、脑电生理监测 常用的有常规、脑诱发电位，脑电地形图。

三、健康指导要点

清醒病人告知观察和测量瞳孔及脑电生理监测的方法及必要性。

四、注意事项

- 1、观察瞳孔大小及光反射时电筒光线应由一侧眼的外侧移向内侧观察，再同法观察另一侧瞳孔。
- 2、观察呼吸时应用棉签的棉絮丝置于病人气道处，观察摆动及吹动情况。
- 3、判断意识时使用格拉斯昏迷评分量表判断。
- 4、监测颅内压时注意无菌操作原则及操作规程。

第九节 麻醉复苏的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的意识，瞳孔及生命体征的变化。
- 2、评估患者呼吸道畅通及末梢循环情况。

二、护理措施

1、备齐用物（包括病床单位及急救用物），准备迎接病人。

2、妥善安置病人，与麻醉师详细交接班（包括病人姓名、年龄、意识、生命体征、麻醉手术方式、术中情况、特殊用药的护理注意事项等）。

3、取适当体位。全麻未醒者应去枕平卧头偏向一侧，保持呼吸道通畅。

4、立即予以氧气吸入 3-4L/分或接呼吸机辅助呼吸。

5、连接多功能监护仪，顺序为 SP02、BP、ECG、CVP。

6、严密监测病情变化（包括神志、瞳孔、呼吸、SP02、心率、血压、尿量、引流液量及疼痛程度等），

每 5-15 分钟记录一次生命体征直至麻醉清醒。

7、有人工气道者按人工气道的护理措施执行，并及时评估气管插管拔除的指征。

8、及时发现和处理呼吸道问题，指导病人有效咳嗽和深呼吸。

9、密切观察全麻术后并发症，如低血压、高血压、呼吸道梗阻、低氧血症等，发现异常及时告知医生。

10、复苏早期注意约束病人，防止意外拔管。

11、做好基础护理及心理护理。

三、健康指导要点

- 1、告知患者科室的制度，消除紧张情绪。
- 2、指导患者术后的注意事项。

四、注意事项

1、复苏早期注意约束病人，防止意外拔管。

2、及时评价拔气管插管指征，及时拔管。

3、注意保暖。

4、注意呼吸道的情况，保持呼吸道通畅。

第十节 呼吸功能监测法

一、护理评估

- 1、评估意识状态及病情。
- 2、评估呼吸型态。
- 3、评估有无心肺疾患

二、监测要点

1、呼吸频率、节律和深度 呼吸频率、节律和深度受呼吸中枢控制。

(1) 呼吸频率增加和深度加强常见于：二氧化碳潴留、缺氧、PH 下降、感染、发热、焦虑、低血糖、心力衰竭、肺水肿、昏迷、酮血症。

(2) 呼吸频率减慢常见于：碱血症、严重低氧和高碳酸血症、严重的低血糖和糖尿病昏迷、药物过量、体温过低。

2、呼吸运动的变化

(1) 病人呼吸用力，出现三凹征和鼻翼扇动常

见于呼吸道阻塞。

(2) 呼气时胸锁乳头肌收缩，胸骨及肋骨可随锁骨抬高上移常见于下呼吸道阻塞。

(3) 极度呼吸困难。

3、呼吸音 呼吸音减低常见于肺不张，在气胸或胸腔积液时可以出现呼吸音减弱或消失

4、呼吸道是否通畅

呼吸道可完全阻塞或半阻塞，当气道半阻塞时，喉部可能有喉鸣、声嘶、呼吸用力，呼吸加快，心率增快，如完全阻塞则呼吸音就完全听不见了，病人出现三凹征，鼻翼扇动，大汗淋漓，发绀，恐惧及最后呼吸停止等症状和体征。

5、神志 常作为治疗效果评价的主要依据之一。缺氧，二氧化碳潴留，酸中毒均可影响神志，可出现记忆力减退、烦躁不安、嗜睡、昏睡甚至昏迷、抽搐。



6、心率、心律和血压的变化 HR > 140 次/分或 < 40 次/分，提示机体存在缺氧、酸中毒、电解质紊乱等。

7、皮肤与黏膜 多汗、皮肤发绀、潮红、球结膜水肿是二氧化碳潴留的表现 皮肤湿冷并有手压痕，花斑常提示周围循环衰竭。

8、其他 如体温，痰量及颜色，尿量，入液量及电解质平衡等。

9、动脉血气分析

(1) PaCO₂ 观察：PaCO₂ 是决定通气量大小最直接最准确的指标。PaCO₂ 低于正常，提示通气过度，应减少通气量；PaCO₂ 高于正常，提示通气不足，应加大通气量，并排除其他通气不足的原因。

(2) PaCO₂ : PaCO₂ 水平在机械通气后靠给氧浓度调节。一般要求通气后 PaCO₂ 保持在 10.7-13.3kPa。PaCO₂ 过低，应适当增加吸入氧浓度，过高则适当降低氧浓度。

(3) PH 和 HCO₃⁻ : 根据 PH、PaCO₂、HCO₃⁻、阴离子间隙和电解质水平，可以判断各种类型的酸碱平衡失调。

三、健康指导要点：告知清醒患者测量呼吸的必要性及重要性。

四、注意事项

1、呼吸的速率会受到意识的影响，清醒患者测量时不必告诉患者。

2、呼吸不规律的患者应当测量 1 分钟。

第十一节

体温监测法

体温是重要的生命体征之一，危重病人除疾病本身表现外，都存在体温平衡的紊乱，出现体温过高或过低。临床中应重视体温的监测。常用的体温测量方法有

①直肠测温法，直肠内温度最接近人体中心温度，其结果最能准确反映体温的实际变化；

②口腔测温法，将体温计放于舌下闭口 3 分钟为宜；

③腋下测温法，此为最常用的测温法。

一、护理评估

- 1、评估病情、意识状态、合作程度。
- 2、评估测量部位。
- 3、30 分钟内有无冷热敷及灌肠等。

二、监测要点

1、测温时间：常规口腔测试时间为 3 分钟；腋下是临床上常用的测温部位，测温时间为 10 分钟；直肠内测温，测量时间为 3 分钟。

2、测量方法：必须保证体温计水银端或测温探头与测温部位紧贴，并持续至测温结束，方能测出准确体温。

3、精神异常、昏迷、婴幼儿、口鼻腔手术或呼

吸困难及不能合作者，均不宜采用口腔测温。刚进食或面颊部热敷后，应间隔 30 分钟后测量。

4、腹泻、直肠或肛门手术、心肌梗死病人不宜直肠测温；坐浴或灌肠者须待 30 分钟后才可测直肠温度。

5、腋下冰袋降温后，50 分钟内不宜进行腋温测量。擦浴降温的病人，擦浴时间为 20 分钟，30 分钟后测量体温。但是，对于中枢性高热静脉降温者，因静脉降温效果强烈，病人又是体温调节中枢功能障碍者，故降温 15 分钟后即测量体温变化。此外，测腋温时，应擦干腋下汗液。

三、健康指导要点：告知患者测量体温的必要性、配合方法及注意事项。

四、注意事项

1、发现体温和病情不符时，应当复测体温，必要时可同时采取两种不同的测量方法作为对照。

2、如有影响测量体温的因素时，应当推迟 30 分钟测量。

3、腋下有创伤、手术、炎症、腋下出汗多、极度消瘦的患者不宜测腋温。

第十二节

肾功能监测法

一、护理评估

- 1、评估病情及尿量。
- 2、评估有无泌尿系统疾病。

二、监测要点

1、尿液：准确记录 24h 尿量，以判断肾功能的损害程度。

2、尿浓缩稀释功能：

肾功能损害早期表现为夜尿量 > 750ml，昼夜尿

量比 < 3 : 1，最高比重 < 1.081，比重差 < 0.008。严重损害时，尿比重固定在 1.010-1.012。无论尿量多或少，尿比重 > 1.020 的高比重尿提示肾灌注不足，但肾脏尚好，是为肾前性肾衰竭；反正，比重 < 1.010 的低比重尿则为肾性衰竭。但是，当尿液中混入较大分子物质时，如血细胞、蛋白、造影剂、渗透性利尿药等，可使低比重尿的比重增加，因此应注意鉴别。

3、钠排泄分数 (FE Na) 测定钠排泄分数的同时



引入了血钠和血肌酐等参数，排除了血钠和肾滤过率对尿排泄钠的影响，是目前通常应用的肾功能检测中特异性、准确性和敏感性都较高的指标。

4、血尿素氮：监测肾小球滤过功能，当肾功能不全时，其数值迅速升高。

5、其他：另外还有血肌酐，尿/血渗透压比值，内生肌酐清除率，酚红排泄率和自由水清除率等。

三、健康指导要点：饮食以高热量易消化为主。

四、注意事项：记录尿量应用量杯，观察刻度线时应平视刻度线。

第七十五章 皮肤美容科诊疗技术及护理常规

第一节 吸脂的手术护理

脂肪抽吸术是利用负压吸引或超声波、高频电场等手段，通过较小皮肤切口，将预处理的局部蓄积的皮下脂肪去除，并结合自体脂肪颗粒注射移植等技术，以改善形体的一种外科手术。

一、护理评估

1、评估患者身体状况，有无严重器质性疾病及药物过敏史，并告知患者手术应避免妊娠及月经期。

2、术前需要进行以下检查：血常规，尿常规，静脉抽血检查（肝肾功能，凝血功能等）心电图等。

3、观察术区皮肤的情况，有特殊情况者，如淤紫，红斑，瘢痕等均须及时记录。

二、护理措施

（一）手术前准备

1、向患者介绍手术的基本方法、术中术后可能出现的感受，耐心解答患者的疑问，以减轻其紧张情绪，使其做好充分的思想准备。

2、吸脂术大多在门诊手术室于局麻下施行，一般一次抽吸1~2个部位，如需同时改善多个部位则应住院，在全麻下进行。

3、嘱患者术前根据吸脂部位备好宽松外衣及弹力服，如腹带、弹力裤等。

（二）手术中配合

1、遵医嘱严格配制吸脂肿胀液，利多卡因用量<35毫克/千克。

2、保障电动吸引器正常运转，管道通畅，吸引袋要准确显露吸出量。

3、密切观察患者面色、神志是否正常，热情安

抚患者，消除其恐惧心理，使其积极配合手术。

4、注意为患者保暖，并使其保持较舒适的体位。

5、术毕协助医生加压包扎抽吸区域。

三、健康指导要点：

1、1周内禁食辛辣刺激食物，忌烟酒，避免沐浴。

2、遵医嘱口服3天抗生素预防感染。

四、注意事项

1、24小时内吸脂局部可有大量粉红色液体渗出，应多喝水，促进体内残留肿胀液的代谢。

2、术后3~5天可撤去加压的敷料，伤口处可贴透气敷料（创可贴等），穿弹力服加压塑形。

3、术后短期内吸脂部位如出现青紫、凹凸不平、触痛、发硬或感觉迟钝、麻木均属正常现象，1~3个月后逐渐消退。

五、手术并发症

1、吸脂术最严重的并发症为脂肪栓塞（此并发症不常见），其症状可在24小时内或2~3天内发生，临床表现为发热、烦躁不安，颈部、胸部及腋部可出现淤斑，心动过速，呼吸窘迫（呼吸>25次/分），定向障碍，如有脑栓塞可出现昏迷等重症，甚至危及生命，故应嘱患者如有上述症状发生及进与医生取得联系。

2、24小时内应加压包扎，一旦因局部渗血、渗液或加压不当引起血肿、血清肿发生应及时与医生取得联系。

第二节 重睑术（下睑袋切除术）的护理

重睑术常见两种类型：1、缝线法：用缝线将上睑提肌腱膜或与上睑皮肤结固定形成重睑。适合年轻、上睑皮肤不松弛、脂肪不多的单睑受术者；2、切开法：在上睑全长沿睑缘水平切口，必要时切除多余组织，将皮肤切口下缘的真皮与提肌腱膜或睑板缝合形成重睑，适合于上睑皮肤松弛、脂肪过多的单睑或重睑受术者。

上下的切除睑形术可以单独进行，也可心全起进

行。上睑的手术切口位于重睑皱褶部位；下睑位于睫毛下缘，外侧可能延至鱼尾纹。去除多余的脂肪，修剪多余的皮肤和肌肉。皮肤弹性好的年轻患者，可以经“内入路”下睑结膜去除脂肪，术后不需缝合且表面不留瘢痕。

一、护理评估

1、评估患者身体状况，如有急性结膜炎、睑缘炎、严重沙眼等眼疾者，必须治愈后再进行手术。



2、女性要避免月经期。

3、患有高血压和糖尿病的患者，应向医生告知病情，以便确认手术方案。

二、护理措施

(一) 手术前准备

1、告知患者手术的基本程序及术中如何按医生指令做睁眼、闭眼的配合动作。

2、术前彻底清洗面部尘埃及化妆品。

(二) 手术中配合

1、麻醉方式：0.5%利多卡因局部浸润麻醉。

2、手术体位：仰卧位。

3、特殊用物准备 眼科剪，眼科镊，4*10角针，6—0可吸收线。7—0美容针，双极电凝，15#刀片（“缝线法”重睑术需备11#刀片，眼袋切除术需备11#刀片），双爪拉钩。

(三) 术中观察

1、随时观察患者有无异常反应。

2、局麻时安抚患者，避免紧张情绪及恐惧心理。

3、随时注意调整灯光，以保证手术野光线充足。

三、健康指导要点

1、术后应有安静舒适、空气清新流通的环境休养。
2、饮食上应增加蛋白质的摄取量，同时多吃水果和新鲜蔬菜，促进伤口的愈合。

3、遵医嘱口服或者静脉输液3天抗生素预防感染，1周内禁食辛辣刺激食物。

四、注意事项

1、建议减少用眼活动，手术当天不宜看书报、电脑、电视，避免视疲劳。

2、避免强烈运动，避免撞击伤口。

3、术后5~7天伤口拆线、拆线后次日可沐浴。

4、术毕嘱患者用双手掌根部适当用力按压伤口敷料20~30分钟后再离开，24小时内可局部冷敷，如有血肿发生应立即回医院处理。

5、术后第1日晨自行取下敷料，暴露伤口，自然睁眼睛，局部保持清洁干燥。

6、术后两周内避免用力揉搓眼睑。

第三节 隆鼻的手术护理

隆鼻术是沿一侧鼻孔缘内侧形成切口，在鼻背筋膜下或和鼻骨膜下分离出一个合适的腔隙，将雕刻好的自体、异体、异种组织或组织代用品安置在适当的位置，以隆高鼻背，达到改善容貌的手术。

一、护理评估

1、评估患者身体。观察术区皮肤有无炎症、结皮或皮肤病。

2、询问病史及禁忌证情况。

二、护理措施

(一) 手术前准备

1、告知患者基本的手术程序、术中可能有的感受，减轻其紧张情绪。

2、术毕因麻醉肿胀原因可能会影响效果观察。

3、术前彻底清洁面部和鼻腔。

4、鼻部有炎症时不可进行手术。

(二) 手术中配合

1、麻醉方式：0.5%利多卡因局部浸润麻醉。

2、手术体位：仰卧位。

3、特殊用物准备 眼科剪，眼科镊，手外科剪刀，鼻骨骨膜剥离器，“L”形鼻假体，11#刀片，4*10角针，5—0丝线、6—0可吸收线。

(三) 术中观察

1、用0.5%碘伏消毒双侧鼻孔。

2、根据患者自身条件及要求，遵医嘱选择适合

型号的鼻体。

3、准备好镜子，让患者自己观察隆鼻效果，以得其认可。

4、术毕切口涂红霉素眼药膏。

三、健康指导要点

1、拆线前切口局部何持清洁干燥，如有分泌物可用无菌棉签轻蘸去。

2、遵医嘱口服或者静脉输液3天抗生素，1周内禁食辛辣刺激食物。

四、注意事项

1、不得用手随意移动鼻假体，避免活动不慎碰撞鼻部引起假体移位。

2、术后7天拆线，拆线后次日伤口可清洗。

3、鼻部青紫、肿胀2周内渐退，鼻根部最后消肿，假体固定、完全消肿则需3个月左右。

五、手术并发症

1、感染 需将置入假体尽快取出，伤口开放引流，抗炎治疗。

2、排异反应 局部水肿3周不退，切口不愈合，且有黄色分泌物流出，需尽早取出假体。

3、皮肤变色和坏死 因置入体过高、过尖导致皮肤过紧、出现血运障碍所致，皮肤局部变红变薄，最终可导致皮肤坏死破溃，需要及时取出或修整。

第四节 副乳/腋臭切除术的护理



腋臭是在遗传的基础上，由革兰阳性细菌，主要是葡萄球菌，分解大汗腺的汗液，产生短链脂肪酸发生特异性臭味。腋臭切除术是将腋下大汗腺切除，减少汗液分泌，从而消除异味的一种外科手术。

副乳指常乳腺处的其他部位形成乳腺组织者，即多余的乳房，副乳的体积有大有小，这种畸形最常见于腋窝部，多为双侧。于月经期、妊娠期或哺乳期，副乳可有肿胀、疼痛，甚至有泌乳现象。多乳畸形可能代表了一种返祖现象。对副乳予以切除。

一、护理评估

- 1、评估患者身体。观察术区皮肤有无炎症、结皮或皮肤病。
- 2、女性患者注意要避开月经期。
- 3、对患者身体状况充分了解，怀疑有问题者检查凝血功能。

二、护理措施

(一) 手术前准备

- 1、耐心解答，缓解紧张恐惧心理。
- 2、术前清洁备皮。

(二) 手术中配合

- 1、麻醉方式：0.25%、0.5%利多卡因局部浸润麻醉（副乳切除另备吸脂肿胀液）。
- 2、手术体位：仰卧位，双臂外展。
- 3、特殊用物准备 腺样体剪、甲状腺拉钩、刮匙、6—0美容针、5—0丝线、双极电凝、引流片、凡

士林油纱、小棉垫、绷带、手托板、头架（特殊要求免拆线可用5-0可吸收蛋白质）。

4、术前准备

- (1) 消毒范围 同常规；
- (2) 铺巾 同常规。

5、术中观察 随时调整灯光，保证手术视野清晰。

6、手术后用无菌敷料覆盖。“8”字法加压包扎术区。

三、健康指导要点

- 1、遵医嘱口服或者静脉输液3天抗生素预防感染，禁食辛辣刺激食物1个月。
- 2、加强个人卫生，术前洗澡、刮除腋毛。
- 3、避免剧烈活动，防止出汗，保持伤口清洁干燥，1~3个月内双臂避免做过度扩张、上举动作，影响伤口愈合。

四、注意事项

- 1、嘱患者术前穿开衫，便于术后换药的穿脱。
- 2、室内温度应适宜，手术时期应避免出汗，保持伤口干燥。
- 3、根据情况如术中放置引流条术后24~48小时拔除引流条，手术后第2天换药，第6天换药，第10天换药，第12~14天拆线。
- 4、双上肢抬高或叉腰，尽量减少肩关节活动，拆线2天后伤口可沾水。
- 5、不适随诊。

第五节 肿瘤切除术的护理

肿瘤切除术是通过整形外科手术将体表非正常组织形成的良恶性肿瘤切除，使之恢复功能，重建形态的手术。

一、护理评估

- 1、评估患者身体。了解患者的生理、生活习惯、女性应避免月经期，男性应戒烟、酒，养成良好生活习惯。
- 2、详细与患者进行沟通，了解患者患处的性质、情况，必要时要做病理检查，便于鉴别良、恶性。
- 3、有糖尿病及全身状况不允许时不宜手术。

二、护理措施

- 1、消毒范围：以手术视野部位15厘米范围消毒。
- 2、手术体位：采取能充分暴露手术视野部位的手术体位。
- 3、物殊用物准备：15#刀片、6-0美容线、3—

0真丝编织线、5—0单丝线，弯眼剪、组织剪单勾或双爪拉勾。

4、遵医嘱配制局麻药。

5、术毕，用无菌敷料包扎固定。

6、遵医嘱留取病理标本，做好登记、送病理科。

三、健康指导要点

- 1、手术后遵医嘱口服3天抗生素。术后第3天行换药，保持手术部位的干燥清洁，防止感染。
- 2、饮食要避免进食辛辣刺激的食品，养成良好生活习惯，吸烟者应戒烟。

四、注意事项

- 1、期内避免强光、紫外线光照射以免色素沉着。
- 2、拆线24小时后方可沐浴。应用曲安奈德、新的肤、敷利康、瘢痕类药物预防瘢痕。
- 3、拆线时间，面部手术5~7天，四肢手术10~14天。

第六节 瘢痕切除术的护理

瘢痕切除术是在麻醉下，将组织创伤后修复过程中所产生的瘢痕切掉，从而修复创面和纠正畸形的手

术，彻底切除瘢痕是解除瘢痕挛缩最有效的方法。

一、护理评估



1、评估患者身体。观察术区皮肤有无炎症、结痂或皮肤病。

2、询问病史及禁忌证情况。有糖尿病或全身状况不允许时不宜手术。

二、护理措施

(一) 手术前准备

1、了解患者瘢痕的性质，与患者进行沟通，告知患者术后可能达到的效果，避免患者对手术交果的期望值过高。

2、术前清洁患处，尤其瘢痕处的污垢，必要时用棉签蘸汽油进行清洗。

3、备皮 剃除手术视野部位及供皮区部位的汗毛。

(二) 手术中护理

1、体位：根据瘢痕所在部位充分暴露手术野，取患者较舒适的体位。

2、用品：15# 刀片、11# 刀片、3-0 至 5-0 带线缝合针，6-0 美容线，6-0 可吸收缝线、甲状腺拉钩，组织剪、弯眼剪。

3、常规消毒范围：以手术野部位及周围 15 厘米

范围消毒。

4、常规铺单

5、遵医嘱配制局麻药。

(三) 手术后护理

术毕：切口处放置油纱或涂用撒抗生素眼膏以防护，无菌敷料包扎固定。

三、健康指导要点

1、手术后遵医嘱口服 3 天抗生素，注意手术部位的干燥清洁，防止感染。

2、饮食上避免进食辛辣刺激的食品，养成良好的生活习惯，吸烟者应戒烟。

四、注意事项

1、拆线 24 小时后可沐浴。应用曲安奈德、新的肤、敷利康、瘢痕类药物预防瘢痕。

2、避免强光、紫外线光照射，以免色素沉着。

3、拆线时间，面部手术 5~7 天，四肢手术 10~14 天。

4、张力大的部位，嘱患者用疤痕贴或弹力绷带压迫包扎 1~3 个月，防止瘢痕增生。

第七节 色素痣切除术的护理

色素痣简称色痣或黑痣，是皮肤最常见的一种含有痣细胞的良性肿瘤。多发于面、颈、背等部位，少数发生于粘膜，其大小不一，颜色深浅不等。按照病理检查分为三大类：交界痣、混合痣、皮内痣。另外还有根据其临床特点命名的痣。应与雀斑、老年性黑斑、疣状痣等相鉴别。

一、护理评估

1、评估患者身体。观察术区皮肤有无炎症、结痂或皮肤病。

2、询问病史及禁忌证情况。全身状况不允许时不宜手术。

3、女性应避开月经期，男性应戒烟、酒。

4、详细与患者进行沟通，了解患者患处的性质、情况，必要时要做病理检查，便于鉴别良、恶性。

二、护理措施

1、手术体位：采取充分暴露手术野部位为原则。

2、特殊用品准备：根据手术的部位准备适合的

缝针，缝线。

3、麻药配制：遵医嘱配制局麻药。

4、消毒范围：面部手术及躯干部手术用碘伏消毒 3 次；包括手术野周围 15 厘米范围。常规铺单。

三、健康指导

1、手术后遵医嘱口服 3 天抗生素，注意手术部位的干燥清洁，防止感染。

2、饮食上避免进食辛辣刺激的食品，养成良好的生活习惯，吸烟者应戒烟。

四、注意事项

1、拆线 24 小时后可沐浴。应用曲安奈德、新的肤、敷利康、瘢痕类药物预防瘢痕。

2、避免强光、紫外线光照射，以免色素沉着

3、拆线时间，面部手术 5~7 天，四肢手术 10~14 天。

4、张力大的部位，嘱患者用弹力绷带压迫包扎 1~3 个月，防止瘢痕增生。

第八节 眉毛上提术的护理

用手术的方法将下斜的眉毛按一定的比例去除，再根据整体效果将眉毛上提至适当位置进行无创缝合，达到整形美容效果。

一、护理评估

1、评估患者身体。观察眼周组织有急、慢性感染者。

2、询问病史及禁忌证情况。全身状况不允许时不宜手术。

二、护理措施

(一) 手术前准备：告知患者清洁颜面的意义。

(二) 手术中配合

1、麻醉方式：0.5% 利多卡因局部浸润麻醉。



2、消毒范围：全颜面部，上至发际，下至颈部锁骨，两侧至耳部。

3、手术体位：仰卧位。

4、特殊用物准备：15#刀片，双极电凝，5*12角针，5-0可吸收线，6-0美容线。

5、术前准备：（1）消毒范围：同面部手术；（2）铺巾：同面部手术。

6、术中护理：随时调整灯光 保证手术野清晰。

三、健康指导：手术后遵医嘱口服或静脉输液3天抗生素，注意手术部位的干燥清洁，防止感染。

四、注意事项：

1、手术后第2天换药，第7天拆线。

2、保持伤口干燥，避免沾水。

3、饮食以清淡为主，避免进食辛辣刺激性食物及饮酒。

4、术后两周内避免用力揉搓眼部。

第九节 A型肉毒素注射的护理

肉毒素注射除皱术是将4毫升生理盐水，加2%利多卡因1毫升的混合液溶入肉毒素内，再将配制成的注射液均匀注入额部、眉间、眼角、下眼睑、鼻部、鼻唇沟、颊部、上唇、下唇、颏部、颈部皱纹等处注射，使皱纹去除的手术方法，一般保持半年时间。

一、护理评估

1、评估患者身体。观察术区皮肤有无炎症、结皮或皮肤病。

2、询问病史及禁忌证情况。

3、术前是否使用阿司匹林。

二、护理措施

（一）手术前准备

1、术前宣教：告知患者药效保持时间一般为3~6个月，药物生效时间一般是从次日开始，药物失效后可再次追加注射。注射后局部肌肉有动力改变，出现一过性表情肌运动失调，偶见过敏性休克。

2、心理支持：告知患者手术无需麻醉，肌肉动力可有改变，但仅是一过性的，术后可逐渐恢复。注射后有可能出现双侧表情肌不太对称，数周后可再次注射，加以调整即可。术中发生过敏性休克的几率极少。尽量减轻患者的思想顾虑，对手术做好一定的心理准备。

（二）手术中配合

1、消毒范围 同面部消毒

2、体位 平卧位铺巾，同面部磨削手术。

3、药物配制 用5毫升注射器吸取生理盐水4毫升+2%利多卡因1毫升稀释肉毒素粉剂。

4、为防止过敏性休克的发生，备好氧气和肾上腺素。

三、健康指导要点

1、饮食宜清淡，避免辛辣刺激、油炸食物。

2、保持心情舒畅。

四、注意事项

1、术后只需用无菌棉签按压注射部位几分钟，不渗血即可，无需做任何特殊处理。

2、防止皮肤灼伤，术后2周内不能烫发。

3、药效因人而异，失效后可直接再次接受注射治疗。

4、术后不能在注射部位进行冰敷或热敷。打完后要静待5-10分钟，注射完3小时之内要保持挺直的姿势。注射完4小时内应避免脸部按摩、睡觉及头部前倾和运动，以免药物扩散造成副作用。

5、注射后1至2周须复诊，若有任何不适应立即就医。



第五篇 专科操作、仪器设备类护理常规

第七十七章 操作类护理常规

第一节 人工气道湿化的护理

气道湿化是指应用湿化器或其他装置将溶液分散成极细微粒，以增加吸入气体的温湿度，使气道和肺部能吸入含足够水分，适当温度的气体。

一、护理评估：

- 1、患者人工气道的类型。
- 2、患者气道分泌物的颜色、性质、量及气道通畅情况。

二、护理措施：

1、根据患者的病情及痰液的性质选择气道湿化的方式及湿化液的种类。气道湿化的方式：加热湿化器、气道内滴注加湿、氧气雾化加湿、湿热交换器（人工鼻）等。湿化液种类：常规为0.45%盐水湿化液、灭菌纯化水等。

2、进行气道湿化操作时，严格遵守无菌操作原则。工作人员应有“视病人气管为血管”的理念。

3、床边按要求备无菌盘。湿化液标明种类名称、配制的时间及责任人，妥善保存。

4、气道湿化过程中，应勤听痰鸣音。按需吸痰，保证患者气道通畅

5、根据湿化过程中患者痰液的性质，准确判断湿化的效果。

附：

湿化满意：

- 1、痰液稀薄，能顺利吸出或咳出；
- 2、人工气道内无痰栓；
- 3、听诊气管内无干鸣音或大量痰鸣音；
- 4、呼吸通畅，患者安静。

湿化过度：

- 1、痰液过度稀薄，需不断吸引；
- 2、听诊气道内痰鸣音较多；
- 3、患者频繁咳嗽，烦躁不安，人机对抗；
- 4、可出现缺氧性紫绀、经皮血氧饱和度下降及心率、血压改变等。

湿化不足：

- 1、痰液粘稠，不易吸出或咳出；
- 2、听诊气道内有干鸣音；
- 3、人工气道内可形成痰痂；
- 4、患者可出现突然的吸气性呼吸困难、烦躁、
- 5、紫绀及脉搏氧饱和度下降等。

三、健康指导要点

1、自行咳痰的患者，要勤翻身、扣背，必要时体位引流。

2、指导患者学会非语言交流方式，以增进沟通。

四、注意事项

- 1、保持病室内适宜的温湿度。
- 2、行气道内间隔滴湿化液时，每15-20分钟一次，每次2-3毫升。行气道内持续滴注湿化液时，24小时总量为200-500毫升，并挂“气道湿化”的特殊标识。
- 3、使用湿热交换器（人工鼻）时，人工鼻应放置在“Y”型管与气管导管之间。
- 4、使用加热湿化器时，温度控制应以气管插管或气管切开处的气体温度达到37℃为准。

第二节 拔除气管插管的护理

一、护理评估

- 1、患者的神志及病情、生命体征。
- 2、患者呼吸道分泌物的量、性质。
- 3、患者的咳嗽能力，肌力（握拳或握手）。
- 4、动脉血气分析结果。

二、护理措施

1、认真做好患者气管插管拔管指征的确认：如患者神志清楚；呼吸道通畅，松气囊后吞咽反射好，呼吸 < 25 次/分，节律深浅度无异常，指脉血氧饱和度 $> 95\%$ ；肌力恢复好；全身情况好，循环稳定；

使用呼吸机患者停机30分钟后查动脉血气结果正常。

2、做好气管插管拔管前的准备工作：备好吸引器及吸痰用物、给氧用物、呼吸气囊及合适的接头、面罩，气管插管盘及插管用物。

3、通知医生，守护患者床边。

4、向患者说明拔管步骤和拔管后注意事项，取得患者配合。

5、在无菌操作下吸净呼吸道的痰液。吸痰顺序为：气管插管内 \rightarrow 口腔 \rightarrow 鼻腔 \rightarrow 松气囊 \rightarrow 观察呼吸情况、指脉血氧饱和度、吞咽反射，充分吸痰。



- 6、松固定气管插管的胶布及系带→助手扶牙垫。
- 7、更换无菌吸痰管，插入吸痰管至气管插管，深度超出气管插管尖端 2-3 厘米，在患者呼气时边吸边往外拔，并吸净口腔内分泌物，动作迅速。
- 8、助手取下牙垫。清醒患者头偏侧，吐出分泌物，昏迷或烦躁患者用吸痰管吸除口鼻分泌物。
- 9、翻身扣背，抬高床头。
- 10、做好口腔护理，必要时遵医嘱静脉推注地塞米松或行雾化吸入。

三、健康指导要点

- 1、患者在拔管的过程中，保持情绪稳定。

- 2、拔管后指导患者头偏向一侧，咳吐气道内的分泌物。

四、注意事项

- 1、吸痰时严格遵守吸痰顺序及操作常规，防止交叉感染。
- 2、拔气管插管时，应保证无菌吸痰管超出气管插管尖端 2-3 厘米，以保证口鼻及气囊上方的分泌物能及时吸净，避免肺部感染。
- 3、昏迷或烦躁患者拔除气管插管后，应用吸痰管吸除口鼻分泌物。

第三节 气管切开套管内套管更换及清洗的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、意识、呼吸型态、痰液、血氧饱和度和合作程度。
- 2、评估患者的气管切开伤口，气管套管的种类、型号。
- 3、评估气管切开套管内套管有无破损及异物。

二、护理措施

- 1、协助患者取合适体位。

- 2、取出气管切开内套管，避免牵拉。
- 3、戴无菌手套，将消毒内套管放回气管切开套管内，固定。
- 4、清洗消毒取下的内套管。

三、健康指导要点：告知患者操作目的及配合要点。

四、注意事项：操作中保持呼吸道通畅，取出和放回内套管时动作轻柔。

第四节 三腔二囊管的护理

一、护理评估

- 1、评估患者鼻腔有无鼻息肉、鼻甲肥大或鼻中隔弯曲等鼻部异常情况，选择鼻腔较大侧插管。
- 2、评估患者心理状况，向病人讲解操作的目的、方法、注意事项，取得患者配合。
- 3、评估置管过程中患者呼吸、咳嗽等情况，判断其能否耐受。

二、护理措施

- 1、病人取平卧位或半卧位，头偏向一侧，取下活动性义齿。
- 2、使用前检查三腔二囊管的性能，确保胃管、食道囊管、胃囊管通畅并分别作好标识，检查两气囊无漏气后，抽尽囊内气体，备用。
- 3、配合医生置入三腔二囊管，并观察患者呼吸情况。
- 4、先向胃囊内注气 150-200ml，缓缓向外牵引管道，使胃囊压迫曲张静脉。如单用胃囊压迫已止血，则食管囊不必充气。如未能止血，继续向食管囊内注气约 100ml，使气囊压迫食管下段的曲张静脉。
- 5、管外端以绷带或包装带连接 0.5Kg 砂袋，经输液架作持续牵引，将胃管接负压引流盒，观察出血是否停止，并记录引流液的性状、颜色及量。
- 6、经胃管冲洗胃腔，以清除积血，可减少氨在

肠道的吸收，以免血氨增高，而诱发肝性脑病。

- 7、出血停止后，放松牵引，放出囊内气体，保留管道，继续观察 24 小时，未再出血，可考虑拔管。

三、健康指导要点

- 1、指导患者术中配合，当三腔管前端达咽部时，指导患者做吞咽动作。
- 2、拔管时，指导病人口服石蜡油 30ml，再缓慢拔管。

四、注意事项

- 1、使用前应该检查管和囊的质量。气囊充盈后囊壁不均匀者不宜使用。
- 2、防止三腔管被牵拉出来，必须先向胃气囊内充气，再向食管气囊充气。如充气量太少达不到止血目的，充气量过多，食道易发生压迫性溃疡。
- 3、食管气囊每隔 12 小时放气 1 次（15-30 分钟），同时将三腔管向内送入少许。若出血未止，30 分钟后仍按上述方法充气压迫，避免食道与胃底发生压迫性溃疡。
- 4、置管期间，注意观察病人鼻子部位三腔管的刻度，一般成人置管深度为 55-65cm，因此，插管前必须作好刻度标记，并记录好插管深度。
- 5、气囊压迫期间，须密切观察脉搏、呼吸、血压的变化。胃气囊充气不足或牵引过大，会出现双囊



三腔管向外滑脱，气囊压迫咽喉部，导致病人呼吸困难甚至窒息，应紧急处理。

6、置管期间，做好患者鼻腔、口腔清洁，用液

体石蜡润滑鼻腔、口唇。

7、床旁常规备血管钳、剪刀等用品，以备急用。

第五节 “T”管引流的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情、生命体征及腹部体征，如有无发热、腹痛、黄疸等。

2、评估患者的皮肤、巩膜黄染消退情况及大便颜色；“T”管周围皮肤有无胆汁侵蚀。

二、护理措施

1、引流管用胶布“S”形固定，标识清楚。

2、引流袋位置必须低于切口平面。

3、保持引流通畅，避免打折成角、扭曲、受压。

4、“T”管周围皮肤有胆汁渗漏时，可用氧化锌软膏保护。

5、观察胆汁颜色、性质，并准确记录24h引流量。

6、定时更换引流袋。

三、健康指导要点

1、告知患者更换体位或下床活动时保护“T”管的措施。

2、告知患者出现不适及时通知医护人员。

四、注意事项

1、如患者需带“T”管回家，指导其管路护理及自我监测方法，如有不适，及时就诊。

2、指导患者进清淡饮食。

第六节 腹腔引流的护理

一、护理评估

1、评估患者的病情及腹部体征。

2、评估引流是否通畅、引流液的颜色、性质和量。

3、评估伤口敷料处有无渗液。

二、护理措施

1、引流管用胶布二次固定，防止滑脱，标识清楚。

2、引流袋位置必须低于切口平面。

3、定时挤捏引流管，保持引流通畅，防止引流管打折、扭曲、受压。

4、观察引流液颜色、性质，发现引流量突然减少或增多、颜色性状改变，患者出现腹胀、发热、生

命体征改变等异常情况应立即报告医生。

5、准确记录24h引流量。

6、定时更换引流袋。

三、健康指导要点

1、告知患者更换体位或下床活动时保护引流管的措施。

2、告知患者出现不适及时通知医护人员。

四、注意事项

1、拔管后注意观察伤口渗出情况，渗液较多应及时通知医生处理。

2、观察有无感染、出血、慢性窦道等并发症。

第七节 胸腔闭式引流的护理

一、护理评估

1、评估患者病情及生命体征，询问患者有无呼吸困难、胸闷、咳嗽、咳痰及切口疼痛等情况。

2、观察引流液的颜色、性质、量。

3、观察伤口敷料有无渗液，有无皮下气肿。

4、观察长管内水柱波动，正常为4-6 cm，咳嗽时有无气泡溢出。

二、护理措施

1、保持管道密闭：

①引流管周围用凡士林纱布严密包盖；水封瓶内长玻璃管没入水中3-4cm，并始终保持直立。②随时检查引流装置各连接处是否密封、牢固，以免发生漏气或滑脱。一旦发生，应立即进行应急处理。

2、严格无菌技术操作，防止逆行感染：

①保持引流装置无菌，每天定时更换引流管及水封瓶1次，严格遵守无菌技术操作原则。保持胸壁引流口处敷料清洁干燥，一旦渗湿，及时更换。

②引流瓶应低于病人胸壁引流口平面60-100cm，依靠重力引流，以防瓶内液体逆流流入胸膜腔。

3、观察引流，保持通畅：

①观察并准确记录引流液的量、颜色及性质。定时挤压引流管，防止受压、扭曲和阻塞。引流液多或有血块则按需正确挤压，捏紧引流管的远端，向胸腔的方向挤压，再缓慢松开捏紧的引流管，防止引流瓶中液体倒吸。

②密切观察水封瓶内长玻璃管中水柱波动的情况，以判断引流管是否通畅。若引流不畅应积极采取措施，通过捏挤引流管、鼓励病人进行深呼吸及有效



咳嗽、变换体位等方式，促使其通畅；同时观察病人是否存在气促、胸闷、气管向健侧偏移等肺受压症状，发现异常立即通知医师处理。

③根据病情尽可能采取半坐卧位，鼓励病人咳嗽和深呼吸，以利于胸腔内液体和气体的排出，促进肺复张；经常改变体位，有助于引流。

4、拔管指征：一般置引流管48-72小时后，临床观察引流瓶中无气体溢出且引流液颜色明显变浅、24小时引流液<50ml，脓液<10ml，胸部X线摄片显示肺膨胀良好无漏气，病人无呼吸困难或气促，即可考虑拔管。

5、拔管后24小时内，应注意观察病人是否有胸闷、呼吸困难、发绀、切口漏气、渗液、出血和皮下气肿等，如发现异常及时通知医师处理。

三、健康指导要点

1、告知胸腔引流的目及配合方法。指导患者翻身及活动时妥善安置引流管，避免引流管扭曲、打折、受压和脱落；下床活动时，可使用专用便携式胸腔闭式引流盒，切勿直接提拉引流管。在活动过程中避免随意摆动引流盒，应始终保持引流瓶直立，避免

引流瓶倾斜甚至倒立，避免引流瓶中长管露出液面。患者及家属不可自行将引流管与引流瓶分开及更换引流瓶中液体，更不可自行拔除。

2、鼓励患者咳嗽、深呼吸及变换体位，并告知正确咳嗽、深呼吸、变换体位的方法。

四、注意事项

1、出血量多于100ml/h，呈鲜红色，有血凝块，同时伴有脉搏增快，提示有活动性出血的可能，及时通知医生。

2、更换引流瓶或搬动病人时，先用止血钳双向夹闭引流管，防止空气进入；放松止血钳时，先将引流瓶安置低于胸壁引流口平面的位置。

3、若引流管从胸腔滑脱，立即用手顺皮肤纹理方向捏紧引流口周围皮肤（注意不要直接接触伤口），并立即通知医生处理；若引流瓶损坏或引流管连接处脱落，立即夹闭或反折近胸端胸管，并更换引流装置。

4、患者下床活动时，引流瓶的位置应低于膝盖且保持平稳，保证长管没入液面下；外出检查前须将引流管夹闭，漏气明显的患者不可夹闭胸管。

第八节 伤口负压引流的护理

一、护理评估

- 1、评估患者病情变化，生命体征。
- 2、观察引流是否通畅、引流液颜色、性质、量。
- 3、观察伤口敷料有无渗液。

二、护理措施

- 1、妥善固定引流管，防止脱出，标识清楚。
- 2、遵医嘱调节压力，维持有效负压。

3、保持引流通畅，避免打折成角、扭曲、受压。

4、准确记录24h引流量。

5、每日更换引流袋。

三、健康指导要点：告知患者更换体位时防止引流管意外脱出或打折、受压的措施。

四、注意事项：拔管后注意观察局部伤口情况，发现异常及时通知医生处理。

第九节 静脉炎的预防及护理

一、护理评估

1、评估患者年龄、血管，选择合适的导管型号、材质。

2、评估穿刺部位皮肤状况、血管弹性及肢体活动度。

3、了解药物的性质、治疗疗程及输液速度对血管通路的影响。

4、根据静脉炎分级标准评估静脉炎状况。

二、护理措施

1、根据治疗要求，选择最细管径、最短长度和最少腔的穿刺导管；置管部位宜覆盖无菌透明敷料，并注明置管及换药时间。

2、输注前应评估穿刺部位及静脉情况，检查确认导管通畅。

3、直接接触中心静脉穿刺的导管时应戴灭菌无

粉手套。

4、严格执行无菌技术操作。

5、输入高浓度、刺激性强的药物时宜选择中心静脉。

6、多种药物输注时，合理安排输注顺序，输入高浓度及刺激性较强药物时用等渗液体冲洗管路后再输注另一种药物。

7、沿血管部位出现疼痛、肿胀或条索样改变时，应停止输液，及时通知医生，采取必要的物理治疗或局部药物外敷等处理。

8、根据静脉炎的处理原则实施护理，必要时拔除导管进行导管尖端培养。

三、健康指导要点

1、告知患者及家属保持穿刺部位皮肤清洁、干燥，避免穿刺侧肢体负重。



2、告知患者穿刺部位敷料松动、潮湿或感觉不适时，及时通知医护人员。

四、注意事项

1、选择粗直、弹性好、易于固定的血管，尽量

避开关节部位，不宜在同一部位反复多次穿刺。

2、合理选择血管通路器材，及时评估、处理静脉炎。

3、湿热敷时，避开血管穿刺点，防烫伤。

第十节 肠内营养支持的护理

一、护理评估

1、评估患者病情、意识状态、营养状况、合作程度。

2、评估管饲通路情况、输注方式，有无误吸风险。

二、护理措施

1、核对患者，准备营养液，温度以接近正常体温为宜。

2、病情允许，协助患者取半卧位。

3、输注前，检查并确认喂养管位置，抽吸并估计胃内残留量，如有异常及时报告。

4、输注前、后用约 30ml 温水冲洗喂养管。

5、输注速度均匀。

6、输注完毕包裹、固定喂养管。

7、观察并记录输注量以及输注中、输注后的反应。

8、病情允许输注后 30min 保持半卧位，避免搬动患者或可能引起误吸的操作。

三、健康指导要点

1、携带喂养管出院的患者，告知患者及家属妥善固定喂养管，输注营养液或特殊用药前后，应用温开水冲洗喂养管。

2、告知患者喂养管应定期更换。

四、注意事项

1、营养液现配现用，粉剂应搅拌均匀，配制后的营养液放置在冰箱冷藏，24h 内用完。

2、长期留置鼻胃管或鼻肠管者，每天用油膏涂抹鼻腔黏膜，轻轻转动鼻胃管或鼻肠管，每日进行口腔护理，定期（或按照说明书）更换喂养管，对胃造口、空肠造口者，保持造口周围皮肤干燥、清洁。

3、特殊用药前后用约 30ml 温水冲洗喂养管，药片或药丸经研碎、溶解后注入喂养管。

4、避免空气入胃，引起胀气。

5、注意放置恰当的管路标识。

第十一节 PTCD 管穿刺引流的护理

一、护理评估

1、评估病人生命体征，观察病人有无腹痛、腹胀、发热等情况。

2、观察病人有无水电解质失衡。

3、观察引流液的颜色、性质、量。

4、观察穿刺部位敷料是否清洁、干燥，有无皮下渗血、渗液。

二、护理措施

1、妥善固定引流管，保持引流管通畅。避免引流管打折、弯曲、受压、牵拉，引流袋应低于穿刺点 20cm 的位置，防止引流液反流造成胆道的逆行感染。

2、定期更换引流袋，观察引流情况。严格执行无菌操作，观察引流液颜色、性状、量，保持引流通畅。

3、准确记录引流量。正常情况下术后 24 小时引流量为 300~600ml，3~4 天减至 200ml/d。若发现胆汁引流量骤减，应首先考虑引流管是否脱出或堵塞，可用注射器缓慢回抽，如无脱出可用生理盐水加庆大霉素或甲硝唑缓慢注入冲洗。

4、保持穿刺部位皮肤清洁、干燥，避免胆汁浸润引起溃烂。及时更换伤口敷料，观察穿刺部位有无活动性渗血、渗液等。

三、健康指导

1、心理护理：向患者及家属说明治疗的目的和意义，取得配合。说明引流胆汁地目的是为了引流淤积的胆汁，减轻胆道的压力和胆汁阻塞造成的毒性，告知术后短时间内引流出少量血液属于正常现象。鼓励病人，帮助患者建立战胜疾病信心。

2、饮食护理：因胆汁外引流后，患者对脂肪的消化能力明显的减低，应指导患者进食低脂饮食。

四、注意事项

1、保持引流管通畅，从引流管的近端向远端挤压，避免扭曲、折叠、受压和滑脱，每天更换引流袋，保持引流管始终低于伤口水平，以防胆汁逆流。

2、妥善固定引流管，胆道引流管应用缝线将其固定于腹壁，保持引流通畅，防止管道牵拉和滑脱。

3、观察引流液量、颜色及性质。正常成人每日分泌胆汁量约为 800~1 200 ml，呈黄绿色、清亮、无沉渣、有一定的粘性。若胆汁量突然减少甚至无胆汁引出，提示引流管阻塞、受压、扭曲、折叠或脱出，应及时查找原因通知医生处理。若引流量每日超过 1 200 ml，应观察电解质情况，防止电解质紊乱。术后 24 小时内可见管道引流出少许的血性液体，若引流大量的血性液体，应及时通知医生，按医嘱给予相应的止血对症治疗，观察病人的生命体征、腹部症



状和体征的变化。

4、密切观察病情，预防并发症的发生。

第十二节 肠外营养支持的护理

一、护理评估

- 1、评估患者病情、意识、合作程度、营养状况。
- 2、评估输液通路情况、穿刺点及其周围皮肤状况。

二、护理措施

- 1、核对患者，准备营养液。
- 2、输注时建议使用输液泵，在规定时间内匀速输完。
- 3、固定管道，避免过度牵拉。
- 4、巡视、观察患者输注过程中的反应。
- 5、记录营养液使用的时间、量、滴速及输注过程中的反应。

三、健康指导要点：1、告知患者输注过程中如有不适及时通知护士。2、告知患者翻身、活动时保护管路及穿刺点局部清洁干燥的方法。

四、注意事项

- 1、营养液配制后若暂时不输注，冰箱冷藏，输注前室温下复温后再输，保存时间不超过 24h。
- 2、等渗或稍高渗溶液可经周围静脉输入，高渗溶液应从中心静脉输入，明确标识。
- 3、如果选择中心静脉导管输注，应注意做好管路维护。
- 4、不宜从营养液输入的管路输血、采血。

第十三节 伤口引流的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情变化、生命体征。
- 2、观察引流是否通畅、引流液的颜色、性质和量。
- 3、观察伤口敷料处有无渗液。

二、护理措施

- 1、引流管妥善固定，防止滑脱，标识清楚。
- 2、引流袋位置必须低于切口平面。
- 3、保持引流通畅，防止引流管打折、扭曲、受压。
- 4、观察引流液颜色、性质，发现引流量突然减少或增多、颜色性状改变，患者出现疼痛、呼吸困难、生命体征改变等异常情况应立即报告医生。

5、准确记录 24h 引流量。

6、每日更换引流袋。

三、健康指导要点

- 1、告知患者更换体位或下床活动时保护引流管的措施。
- 2、告知患者出现不适及时通知医护人员。

四、注意事项

- 1、拔管后注意观察伤口渗出情况，渗出液较多应及时通知医生处理。
- 2、观察有无伤口感染、出血、慢性窦道形成等并发症的症状。

第十四节 胆道镜检查的护理

一、护理评估

- 1、评估病人的手术情况及术后恢复情况，是否有发热、腹痛、黄疸等。
- 2、对于病史不详、手术情况不明确的病例，术前需要进行胆管造影或磁共振成像等影像学检查以全面了解胆道情况。
- 3、评估病人心理状况、疼痛阈值。

二、护理措施

- 1、根据要求准备用物、药物，必要时准备镇痛药物。
- 2、检查并连接设备。
- 3、消毒腹部皮肤，铺无菌巾，戴无菌手套。
- 4、在无菌状态下行胆道镜检查的同时从冲洗管口灌注生理盐水，并随时吸净。
- 5、操作时协助医生截取取石过程中的图像资料。
- 6、操作中注意观察病人病情，询问病人感受，

并及时配合医生给予处理

7、操作后对胆道镜进行消毒处理。

三、健康指导要点

1、检查后继续留置 T 管者，应告知病人注意保护好 T 管，以免脱出。

2、定期进行复查

3、进食低脂易消化饮食，多饮水。

四、注意事项

1、检查时注意胆管粘膜有无充血、水肿、糜烂、溃疡；Oddi 括约肌开口有无炎症、梗阻、出血。胆道镜能否顺利通过。肝内外胆管有无扩张、狭窄、结石、肿瘤、蛔虫等，发现有病变时应协助医生酌情处理。

2、胆道镜检查应在手术 4 周以后进行，胆道镜取石应在手术 6 周后进行。

3、预防相关并发症的发生：

(1) 发热：多为一过性的低热，应保持胆道引



流通物；

(2) 窦道穿孔：多发生在术后过早取石，入镜或取石过程中操作者用力过猛所致，也可因窦道换管时用型号较大引流管所致。

(3) 恶心、呕吐：胆道镜检查肝内胆管对 Oddi 括约肌开口的刺激或滴注冲洗液过快时均可导致，停

止操作可缓解。

(4) 腹泻：生理盐水冲洗液用量过多所致。用量应控制在 3000ml 左右，不宜过多。

(5) 胆道出血：因门脉高压症或胆石压迫胆管粘膜致坏死、溃疡，取石后易致出血。

第十五节 B 超引导下肝脏射频消融术

一、护理评估

- 1、评估病人生命体征，注意观察生命体征的情况。
- 2、评估病人实验室检查数值是否正常，注意血小板、凝血功能的数值变化。
- 3、评估病人穿刺部位及黏贴电极片处皮肤是否完整，有无伤口、疤痕及毛发，必要时备皮。
- 4、评估病人的心理状况，配合程度。

二、护理措施

1、向患者家属说明手术的目的、操作过程及术中配合要点，安抚患者，消除恐惧、焦虑情绪。

2、完善术前相关的检查：监测心电图、胸片、血常规、凝血酶原时间、肝肾功能；对于凝血功能差、低蛋白血症的患者术前应补充新鲜冰冻血浆及白蛋白。

3、术前 6 小时禁食、禁水。腹部穿刺处及大腿黏贴电极片处皮肤备皮。

3、配合术者进行无菌操作，遵医嘱给予药物。

4、术后一般护理：嘱患者去枕平卧麻醉完全清醒生命体征稳定后给予半卧位，给予低流量氧气吸入，以减少肝细胞的损害，促进肝细胞的修复，术后 6-8 小时可进食高蛋白，高维生素低脂饮食，若无异常术后 24 小时后可下床活动。

5、观察生命体征及腹部情况，以观察是否有出血现象，密切观察有无剧烈腹痛、腹部压痛、移动性浊音、血压下降、脉速及大汗淋漓等腹腔内出血现象。

5、局部皮肤的观察 观察穿刺部位皮肤有无红肿、淤血、感染。保持伤口敷料干燥，如有渗血、渗液，及时通知医生更换

6、发热的护理：一般在术后 2 天内出现，多为中度发热，持续 1 周左右。多为射频治疗后细胞蛋白

变性、凝固、坏死吸收引起，向患者解释发热原因，密切观察体温变化，必要时给予物理降温或药物降温，嘱患者多饮水，如持续数天高热，应检查有无感染，应给予抗感染治疗。

三、健康指导要点：

- 1、注意休息，劳逸结合，生活规律，每日保证充足的睡眠，近期避免剧烈运动及负重。
- 2、保持稳定和乐观的情绪。
- 3、定期复查 AFP（甲胎蛋白）、肝肾功能、血常规及 B 超、CT 等，了解病灶情况。

四、注意事项

1、正确粘贴电极板：皮肤电极片不能放置在骨隆突处、疤痕组织、金属植入物、毛发浓密处；粘贴电极片的皮肤肢体应穿宽松的裤子或袜子，保持电极片的干燥，离开热源，在电极针穿刺的部位和皮肤回路形成的能量区内不能有金属植入物，大功率长时间消融肿瘤时，需注意负极板温度，必要时准备冰袋降温。

2、用无菌生理盐水冲洗消融电极的内部管道，以保证通畅。

3、根据手术要求尽量使用能达到治疗效果的最小输出功率。

4、射频治疗仪工作机制为间歇加载持续运行，当使用最大输出功率时，连续工作 30 分钟。应停止射频输出，十分钟以后再继续使用

5、电极连接：忌操作生硬，以防电极尾针内的金属断裂；电极针与电线连接时，对准卡槽，听到咔哒一声，连接完成。

6、禁用止血钳夹针杆或其他坚硬物品摩擦针杆，因绝缘膜容易被刮破而出现针杆导热导致患者皮肤灼伤。

第十六节 PICC 置管的护理

一、护理评估

1、准确评估病人（包括血管、用药、一般情况、置管相关因素等）

2、评估病人病情、年龄、意识状态、心肺功能，出、凝血情况。

3、评估病人的合作程度，病人的心理反应，病人有无特殊需要（排尿、排便等）

4、告知病人 PICC 置管的相关知识，请病人（或授权委托人）签署知情同意书。

二、护理措施



1、PICC置管后24小时需更换一次敷贴，24小时内穿刺点用无菌纱布加压迫止血，严密观察出血情况，根据情况判断是否需要继续压迫止血，出血较多时随时更换敷料。以后每周更换一次敷贴、肝素帽，如有潮湿或敷料卷边应及时更换

2、根据医嘱拍X线胸片确定导管尖端位置，并将X线胸片报告单存放于病历中。

3、及时填写PICC维护记录单，将置入导管的条形码粘贴在PICC维护记录单上。

4、输液前先抽回血确认导管位于静脉内，再予生理盐水10ml或20ml脉冲式冲管。

5、每次输液后，封管时不要抽回血，用10ml以上注射器抽生理盐水10-20ml以脉冲方式进行冲管，并正压封管。禁止用静脉点滴或普通静脉推注的方式冲管和封管。

6、输入全血、血浆、蛋白等粘性较大的液体后，应当以等渗液体冲管，防止管腔堵塞。输入化疗药物前后均应使用无菌生理盐水冲管。

7、妥善固定好导管，避免活动时牵动导管。皮肤、导管、贴膜三者合一，排尽贴膜下的气泡。

8、更换贴膜时，护士应当严格执行无菌操作技术，换药时沿导管方向由下向上揭去透明敷料贴新膜时将透明贴膜贴到连接器翼形部分的一半处固定导管，使导管体外部分置于贴膜的无菌保护下。

9、换膜时观察并记录外露导管的刻度，妥善固定导管（S型或U型）。定期检查导管位置、导管头部定位、流通性能及固定情况。

10、由于过度活动牵动导管而致导管体外部分破损、断裂时应立即修复导管以防导管滑落到体内。

11、如患者对贴膜过敏等原因而必须使用通透性更高的敷料时，请相应缩短更换敷料和消毒穿刺点的时间。发现穿刺点红肿时应及时处理。

12、使用PICC输液时，应经常观察输液速度，若发现流速明显降低时应及时查明原因并妥善处理。

13、勿使用暴力冲管，三向瓣膜式PICC导管承受最大输液压力是25psi，可用此导管进行常规加压

输液或输液泵给药，严禁用于高压注射泵推注造影剂。

14、在进行维护后请在维护表格上登记并签字。

三、健康指导要点

1、操作中及操作完毕询问病人有无不适，注意倾听病人主诉。

2、穿刺点压迫10~20分钟，嘱病人穿刺侧肢体制动6h，减少穿刺点局部出血的发生。

3、嘱病人置管期间内衣以棉质为好，避免坚硬锐器损伤。

4、教会患者穿脱上衣的方法，动作要轻柔防止导管脱出，学会穿刺点出血的观察，学会各种并发症的观察。

5、掌握置管侧手臂的负重要求及注意事项等。

6、指导适当活动，增加穿刺肢体血液循环，减少静脉血栓的发生，注意观察局部皮肤情况。

四、注意事项

1、测量长度要准确，因导管尖端进入右心房可引起心律失常、心肌损伤、心包填塞。

2、轻柔、匀速、短距离送管，送管困难时，可用推注盐水的方法，判断导管所遇的阻力，如推注盐水很顺畅，可能导管是遇静脉瓣或体位不当而产生的阻力，需将导管撤出少许，边冲盐水边送管或调整下患者的体位再送管，如推注盐水有阻力，可能导管进入侧支或遇静脉阻塞，应将导管撤出，另找外周穿刺置管。

3、禁止使用小于10ML的注射器冲管给药。禁止在导管蓝色部分黏贴胶布。

4、避免置管肢体测血压、提重物（不大于1热水瓶重量），避免肢体向上、托举哑铃，避免游泳；可以淋浴，淋浴前用塑料保鲜膜缠绕2-3圈，上下边缘用胶布贴紧，如有进水，及时更换敷贴

5、PICC导管（蓝色）部分不能使用酒精或含酒精消毒液消毒，请选择碘伏消毒。

6、禁止将导管体外部分人为地移入体内。

7、禁止将连接器打开后重复安装使用。

第十七节 PICC 维护的护理

一、护理评估

- 1、置管口有无疼痛或硬结
- 2、置管肢体有无红肿疼痛
- 3、置管口有无红肿液体渗出
- 4、置管肢体皮肤状况
- 5、体温有无变化
- 6、液体输入情况
- 7、导管有无滑入体内及脱出
- 8、敷料情况

9、定期测量上臂壁围

二、护理操作要点

1、冲洗导管

(1) 消毒肝素帽

(2) 用10ml注射器抽好生理盐水

(3) 把注射器的针头插入肝素帽，用脉冲方式冲入生理盐水

(4) 正压封管：在注射最后0.5ml生理盐水时，边注射边向后缓慢拔针



- 2、更换敷料
 - (1) 自下向上拆除原有敷料
 - (2) 检查穿刺点有无红肿、渗出
 - (3) 再次洗手，打开无菌换药包，戴好无菌手套
 - (4) 用酒精消毒皮肤三次，直径达 20cm
 - (5) 碘伏清洁三次
 - (6) 贴好新的贴膜
 - 3、更换肝素帽
 - (1) 使用无菌技术打开肝素帽的包装，用生理盐水预充一下肝素帽
 - (2) 把原来的肝素帽去掉
 - (3) 消毒路厄氏接头的外面
 - (4) 连接新的肝素帽
 - (5) 以脉冲方式用 10ml 生理盐水冲洗导管
 - (6) 牢固固定肝素帽和连接处
- 三、健康指导要点**

- 1、置管 24h 内穿刺侧手臂减少活动
 - 2、伤口停止出血前减少活动
 - 3、避免提重、举高、用力甩膀活动
 - 4、注意衣服袖口不宜过紧。
 - 5、置管一侧避免测血压及静脉穿刺。
 - 6、日常生活不受影响
- 四、注意事项**
- 1、禁止使用小于 10ml 的注射器冲管给药
 - 2、禁止直接将胶布贴于导管上
 - 3、禁止将体外导管部分人为地移入体内
 - 4、禁止连接器重复使用
 - 5、不能用于某些造影检查时高压注射泵推注造影剂
 - 6、不能用于含有血液和药物混合的盐水冲洗导管
 - 7、不能将导管蓝色部分放在贴膜外，避免导管损伤后细菌进入体内。

第十八节 阴道冲洗的护理

- 一、护理评估**
- 1、评估患者的病情、意识状态及合作程度。
 - 2、评估患者阴道有无出血。
- 二、护理措施**
- 1、核对医嘱，核对病人信息，评估病人，询问是否排空小便。
 - 3、准备用物（天气寒冷时注意关闭门窗，调节室温）。在一次性灌肠袋中装入加温至 38-42℃ 的 0.2% 碘伏溶液 500-1000ml 挂在离床沿 60-70cm 高处，排去管内空气备用。
 - 3、核对床号、姓名、住院号，询问有无阴道出血及性生活史，向患者说明冲洗目的，以取得合作讲解操作目的，带病人至检查室。
 - 4、洗手，戴口罩。
 - 4、协助患者脱去一裤腿，躺在专用妇科检查床上，臀下垫一垫子，做好保护性措施。
 - 5、患者取膀胱截石位，戴无菌手套，手持灌肠袋连接管中的肛管，打开连接管的调节开关，排出管内空气同时湿润肛管后关闭开关。取出一次性窥阴器并用棉球润滑。消毒会阴后嘱病人深吸气，将一次性窥阴器头端闭合，放置窥阴器于阴道内，充分暴露宫颈。
 - 6、将肛管轻轻插入阴道至后穹隆处，打开开关，边冲洗边在阴道内上下左右移动肛管并调节开关，随时掌握液体的流速，直至阴道冲洗干净闭合开关。

- 7、将灌肠袋中的连接管与肛管脱离，并转动肛管使阴道内残留的碘伏从肛管远端流出后，取出肛管，退出窥阴器，消毒干棉签擦净外阴部。
 - 8、脱手套，协助病人穿衣裤。
 - 8、更换干净垫子，整理用物。
- 三、健康指导要点**
- 1、告知阴道冲洗的重要性和必要性。
 - 2、指导患者掌握配制适宜的冲洗液温度，冲洗头放入阴道的深度，转动冲洗头冲洗等正确的操作方法，以便出院后在家自己进行阴道冲洗。
 - 3、放疗后 6 个月内每天坚持进行阴道冲洗，可以防止感染，预防阴道粘连。
- 四、注意事项**
- 1、肛管向阴道插入要充分湿润，动作轻柔，避免损伤阴道粘膜。
 - 2、冲洗时要上下左右转动肛管，以免用力过大引起疼痛或碰伤病变组织而引起出血。
 - 3、出血时要及时阴道堵塞纱布以压迫止血。
 - 4、注意观察阴道分泌物的颜色和气味。
 - 5、月经期及阴道大量出血禁忌冲洗。
 - 6、冲洗温度要适宜，温度过高易烫伤阴道粘膜；过低，患者不适或受凉。
 - 7、冲洗过程中严格执行无菌操作技术，用物一人一套，防止交叉感染。
 - 8、注意保暖及保护病人隐私。

第十九节 气管切开处伤口换药的护理



一、护理评估

- 1、评估患者的病情、意识、生命体征、合作程度。
- 2、评估痰液的性质、量及颜色，气管套管口的皮肤及敷料情况。
- 3、观察患者有无呼吸困难、发绀、烦躁等。

二、护理操作要点

- 1、室温保持在 18-21℃，湿度保持在 50-70%，气管套管口覆盖 2-4 层温湿纱布。
- 2、备齐急救药品和物品：同号气管套管、气管扩张器、外科手术剪、止血钳、换药用具与敷料，生理盐水和饱和重碳酸钠液，吸引器，氧气筒，手电筒等以备急需。
- 3、谨防气管导管引起阻塞，在更换套管清洗消毒时，防止将棉球纱条遗留在套管内，应保持气道充分湿化。
- 4、预防感染：气管内套管每日取出清洁消毒 2 次，无菌纱布敷料完全覆盖气管切开伤口。
- 5、换药前充分吸痰，观察气道是否通畅，防止换药时痰液外溢污染。换药前后检查气管切开套管位置，气囊压力及固定带松紧度，防止操作过程中因牵拉使导管脱出。
- 6、在病情稳定，呼吸肌功能恢复，咳嗽有力，能自行排痰的情况下，可用手指试堵管，病人感觉无不适时进行堵管，24-48 小时后无呼吸困难，能入睡、进食、咳嗽即可拔管。

三、健康指导要点

- 1、告知患者吸痰的目的，取得配合。
- 2、吸痰过程，鼓励患者深呼吸，进行有效咳嗽咳痰。
- 3、告知患者气管切开伤口换药的目的及配合要点，取得配合。
- 4、指导患者及家属气管切开伤口的护理方法和注意事项。

四、注意事项

- 1、将患者安置于安静、清洁、空气新鲜的病室内，室温保持在 21℃，湿度保持在 60%，气管套口覆盖 2-4 层温湿纱布，室内经常洒水，或应用湿器，定时以紫外线消毒室内空气。
- 2、备齐急救药品和物品，某些物品置床头。
- 3、谨防气管导管引起阻塞：阻塞原因一是气囊滑脱堵塞，二是分泌物粘结成痂阻塞
- 4、及时吸痰：气管切开的病人，咳嗽排痰困难，应随时清除气道中的痰液，吸痰时要严格遵守操作规程，注意无菌观察。
- 5、充分湿化：气管切开的病人失去湿化功能，容易产生气道阻塞、肺不张和继发性感染等并发症。
- 6、预防局部感染：气管内套管每取出清洁消毒 2-3 次，外套管一般在手术后 1 周气管切口形成窦道之后可拔出更换消毒。气管导管的纱布应保持清洁干燥，每日更换。经常检查创口周围皮肤有无感染或湿疹。

第二十章 胃肠减压的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、意识、治疗情况，心理反应及合作程度，有无禁忌症，既往有无插管经历。
- 2、患者鼻腔有无炎症、息肉、有无鼻中隔弯曲等，有无活动性义齿。
- 3、了解病人有无上消化道出血史、严重的食道静脉曲张、食管梗阻、鼻腔出血，以防发生损伤。

二、护理操作要点

- 1、向病人解释操作目的，以取得合作。
- 2、减压期间应禁食、禁水，如需口服药时，需将药物研碎调水后注入，并用温水冲洗胃管，夹管 1 小时。
- 3、清洁鼻腔，向病人鼻咽部插入胃内 50~60cm，妥善固定。
- 4、检查胃管是否通畅，减压装置是否有效，各管道连接是否正确。
- 5、行胃肠减压时必须保持有效的负压，并保持引流通畅，防止扭曲、堵塞，若有堵塞现象可用生理盐水冲洗导管。记录引流液的量及性状并及时倾倒。

- 6、胃肠减压期间，每日应给予静脉补液医学教育网搜集整理，维持水电解质平衡，密切观察病情变化。
- 7、做好口腔护理，每日两次。鼓励病人作深呼吸，预防肺部并发症。
- 8、拔管指征：病情好转、腹胀消失、肠鸣音恢复、肛门排气。
- 9、拔管时先将减压装置与胃管分离，捏紧胃管末端，嘱病人屏气，先缓慢向外拉，估计胃管接近咽喉部时，迅速将胃管拔出，然后清洁鼻腔。

三、健康指导要点

- 1、活动 告知患者床上活动时动作轻缓。防止翻身或活动不慎造成管道扭曲堵塞、拉出。
- 2、饮食 胃肠减压期间要遵医嘱禁饮禁食，口干时可用清水或温盐水漱口。
- 3、保持口腔清洁 胃肠减压期间应经常用清水漱口，保持口腔清洁湿润，给予口腔护理、雾化吸入，预防感染。

四、注意事项



1、插管时应注意胃管插入的长度是否适宜，插入过长胃管在胃内盘曲，过短不能接触胃内液体，均会影响减压效果。

2、胃肠减压期间，病人应停止饮食和口服药物，若需从胃管内注入药物，应夹管1~2h，以免注入药物被吸出。中药应浓煎，每次100ml左右，防止量过多引起呕吐、误吸。

3、要随时保持胃管的通畅和持续有效的负压，经常挤压胃管，勿使管腔堵塞，胃管不通畅时，可用少量生理盐水低压冲洗并及时回抽，避免胃扩张增加吻合张力而并发吻合瘘。胃管脱出后应严密观察病情，不应再盲目插入，以免戳穿吻合口。

4、妥善固定胃肠减压管，避免受压、扭曲，留有一定的长管，以免翻身或活动时胃管脱出。负压引流器应低于头部。

5、观察引流液的色泽、性质和引流量，并正确记录，

6、每日给予雾化吸入和插管鼻腔滴石蜡油，以帮助痰液咳出和减少胃管对鼻黏膜的刺激，减轻病人咽喉部疼痛。鼓励病人深呼吸，有效咳嗽排痰，预防肺部并发症。

7、做好口腔护理，防止口腔炎、腮腺炎。口腔不洁可能成为术后吻合口感染的危险因素；术后因禁食等因素，细菌容易在口腔内滋生繁殖，易引起吻合口感染，所以做好口腔护理至关重要。

8、拔管时，应先将吸引装置与减压管分离，钳闭减压管，嘱病人屏气，迅速拔除减压管。若为肠内减压，使用双腔管者，腹胀消除后，将双腔气囊内空气抽尽，双腔管仍留在肠内1~2d，待肠梗阻解除后再拔出。

第二十一节 静脉输液港维护的护理

一、护理评估

1、评估患者病情，使用药物，询问有无消毒液、敷料过敏史。

2、在进行输液港插针前，评估输液港周围皮肤有无压痛、肿胀、血肿、感染等，了解输液港植入侧的肢体活动情况，轻触输液港，判断穿刺座有无移位、翻转。

3、根据治疗要求选择最小规格的无损伤针。

二、护理措施

(一) 穿刺：

1、洗手后准备好所需物品，以输液港为中心，先酒精后碘伏由内向外进行顺时针→逆时针→顺时针交替螺旋状消毒皮肤三遍，消毒面积应大于敷料面积，碘伏待干后，铺上治疗巾，戴上无菌手套。

2、用生理盐水预冲肝素帽及无损伤针，排出气体。

3、左手触诊定位穿刺隔，用左手的拇指、中指、食指呈三角形，将穿刺隔拱起，此三指的中心即为穿刺点（尽量避开前次穿刺点），用无损伤针垂直从中心插入穿刺隔，直达储液槽基座底部，遇阻力不可强行进针。

4、穿刺成功后，回抽血液，确认针头位置在输液港储液槽内，见回血后脉冲式冲洗输液港后，用无菌纱布垫在无损伤针针尾下方，可根据实际情况确定纱布的厚度，用透明敷料固定无损伤针。注明更换敷料和无损伤针的日期及时间。

(二) 冲、封管

1、每次输液前后用10ml或以上的冲管液，脉冲式冲管后正压封管。

2、冲管过程中观察病人有无胸闷、胸痛、药物外渗等现象。

(三) 更换敷料、无损伤针

1、常规每周更换敷料、无损伤针一次。

2、敷料松动、潮湿、污染时随时更换。

(四) 拔针

1、消毒皮肤，拔针时用两指固定泵体，动作轻柔。

2、冲管液还剩0.5ml时开始拔针，用纱布压迫止血。

三、健康指导要点

1、指导患者保持局部皮肤清洁干燥，观察输液港周围皮肤有无发红、肿胀、灼热感、疼痛等炎症反应。

2、植入静脉输液港患者不影响从事一般性日常工作，家务劳动，轻松运动；

3、避免使用同侧手臂提过重的物品、过度活动等。不用这一侧手臂作引体向上、托举哑铃、打球、游泳等活动度较大的体育锻炼；

4、避免重力撞击输液港部位；

5、沐浴过程中保护穿刺部位；

6、女性患者避免内衣带在连接区域摩擦；

7、治疗间歇期每4周对静脉输液港进行冲管、封管等维护一次，建议回医院进行维护。

四、注意事项

1、静脉输液港的维护应由经过专门培训的医护人员进行。

2、抽吸无回血时，应立即停止输液治疗，寻找原因，必要时行胸部X线检查，确认输液港的位置。

3、敷料、无损伤针至少应每7天更换1次。

4、不应在连接有植入式输液港的一侧肢体上进行血流动力学监测和静脉穿刺。

5、冲、封导管和静脉注射给药时必须使用10ml以上注射器，防止小注射器的压强过大，损伤导管、



瓣膜或导管与注射座连接处。

6、输高粘性液体每 4h 生理盐水冲管 1 次，输血后应立即冲管，两种药物之间有配伍禁忌时应冲净输

液港再输入，治疗间歇应每 4 周冲、封管一次。

7、禁用于高压注射泵推注造影剂。

第二十二节 乳管镜检查仪使用法

一、护理评估

评估患者年龄、产次、既往哺乳时间及生命体征。

二、护理措施

1、检查前的各项准备

(1) 环境准备：检查需在宽敞、明亮、清洁的房间内进行，温度控制在 22~26 度，湿度维持在 50%~60% 左右，检查前 1 d 检查室应进行空气消毒。

(2) 物品准备：2% 盐酸利多卡因一支、250 ml 生理盐水一瓶、普通外科无菌手术器械包一个、20 ml 注射器一个、0.5% 碘伏、棉球、纱布、洞巾、弯盘一副、延长线；检查仪器设备是否正常，连接好各个仪器管口，检查成像是否清晰，能否采集图片，保持乳管镜完好、备用，电脑内输入患者基本信息，建立档案。

(3) 患者准备：

检查前认真核对患者姓名、性别、年龄等相关内容，签署同意书。仔细询问患者病史，有无高血压、糖尿病及药物过敏史，患侧乳头溢液时间长短、性质、量，既往有无乳腺感染病史等，同时核对患者各项检查及化验结果是否正常，避开月经期。部分患者对该项检查陌生，会产生一些疑问及忧虑情绪，因此在检查前须向患者及家属进行心里护理，介绍环境、检查目的、方法及操作中可能出现的不适感，以减轻患者的紧张情绪，告知患者该项检查具有痛苦小、创伤小、确诊率高等优点，从而打消一部分患者的忧虑情绪，

使检查能顺利进行。

2、检查中的护理：

患者取坐位，协助暴露患侧乳房，用 20 ml 空针管口与乳管镜注水口紧密相连。在扩张乳管时，部分患者可能产生疼痛，尤其是紧张患者，疼痛可能进一步加重，有的患者因为紧张甚至会出现肌肉痉挛，乳头收缩，难于进镜这时护士可嘱患者深呼吸，放松肌肉利于乳管扩张，并安慰患者，与其聊天，以分散患者的注意力，进而减轻疼痛。操作过程中，特别是乳管镜进入乳管内时，嘱患者放松并固定体位，同时缓慢向乳管内注入生理盐水，利于观察乳管内病变。保持纤维导管镜通畅，避免弯折打结，及时捕捉典型病变图像，采集图片。

3、检查后的护理：

检查完毕后协助医生用 0.5% 碘伏消毒皮肤，无菌纱布覆盖，包扎，协助穿衣，询问感受，评估患者情况，指导及时追踪结果及复诊时间。嘱患者 24 h 内禁止沐浴，保持乳头的清洁干燥。对乳管镜仪器部分进行清洁、管道部分送中心供应室消毒、灭菌后定位放置备用，记录使用情况。

三、健康指导要点

告知患者检查过程，取得配合。

四、注意事项

- 1、工作人员接触患者前必须洗手，防止交叉感染。
- 2、检查进行中，应注意保暖。

第二十三节 降钙素原 (PCT) 检测分析仪使用法

一、操作流程

1、连接电源，打开 QMT8000 免疫定量分析仪开关。
2、仪器启动后自动进入操作界面，检测前先输入检验科室、检验医生信息。

3、将检测卡从左至右排放在样品抽屉的托盘上，然后吸取血样本加入检测卡加样孔。

4、加完样后 1 分钟内将托盘推入仪器，点击“孵化检测”。也可放置机外反应 15 分钟后再放入仪器，点击“快速检测”。

在结果界面输入样品编号（可直接用扫描枪扫描试管二维码），否则报告无法打印与储存。

如需查询检测报告，可在操作主界面点击“浏览数据库”，选中报告，可浏览并打印。

二、仪器的维护保养

1、不要将仪器放在潮湿处，且避免阳光直射。

2、检测完毕后，注意取出试剂盒，若长时间不用，先关闭电脑，再关闭电源。

三、注意事项

1、检测之前先确认打印纸张正反、位置是否正确，防止卡纸或无字现象的发生。

2、加样：采集全血选用枸橼酸钠(1:9)抗凝PT管，用加样枪准确加样 80 微升。

3、试剂盒放置顺序：从左边第一孔依次排放，加样孔朝上并靠近操作者。

4、加样时切勿将血液标本或是其他液体洒落在检测卡加样孔之外的部位和仪器上。

5、检测过程中不要打开样品抽屉和移动仪器。

6、标本在检测前都要恢复到室温，加样时要讲



血液摇匀，凝血或溶血标本会导致检测失败或结果不准，建议重新抽血。

第二十四节 氧气雾化吸入使用法

一、护理评估

- 1、评估患者病情、意识状态及配合程度。
- 2、评估周围环境。
- 3、评估患者自理能力和排痰情况。

二、护理措施

- 1、核对医嘱、患者床号、姓名、药名、浓度、剂量等；
- 2、洗手、戴口罩，再次核对药物，按无菌操作原则配置药物；
- 3、接氧，调节氧流量6-8L，接氧气装置，检查功能；
- 4、气雾喷出时，将口含嘴（面罩）放入患者口中，指导病人患者紧闭口唇，进行深呼吸，到所有药液雾化吸入完毕
- 5、雾化吸入过程中，密切观察患者反映、面色、呼吸等情况，出现异常立即停止操作；

6、吸毕，取下口含嘴（面罩），用治疗巾擦拭面部雾珠，关闭氧气；

7、协助取舒适体位，整理床单位，清理物品，做好记录。

三、健康指导

- 1、告知患者操作目的、方法和注意事项。
- 2、指导正确雾化吸入的方法。
- 3、告知患者如有不适及时通知医护人员。

四、注意事项

- 1、正确使用供氧装置，告知患者禁止自行调节氧流量，注意用氧安全，严禁接触烟火及易燃品。
- 2、雾化前半小时尽量不进食，避免雾化吸入过程中气雾刺激，引起呕吐。
- 3、禁止氧气湿化瓶内放水，以防液体进入雾化器内使药液稀释。

第二十五节 膀胱镜检查

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、配合、自理能力、心理状况及健康史。
- 2、评估患者生命体征、饮食、睡眠、大小便、身体状况、既往史等。
- 3、观察患者有无腰腹部疼痛、血尿、发热等症状。

二、护理措施

1、检查前护理

(1) 向病人进行膀胱镜检查的相关知识宣教，告知病人检查目的和方法，消除恐惧心理，取得病人的配合。

(2) 检查前请病人排尿并清洁会阴部。

(3) 检查前不必禁食，但要少饮水。

2、检查后护理

(1) 告知病人减少活动，卧床休息，并大量饮水。

(2) 检查后可能会有尿道痛，尿道出血，也可出现少量血尿，一般1-3天可自然止血，如出血多则注意监测血压，脉搏。必要时留置三腔导尿管给予持续膀胱冲洗，以免血块阻塞尿道。

(3) 遵医嘱使用抗炎、止血药物，观察用药效果及反应。

三、健康指导要点：多饮水，每日饮水量>3000ml，保证尿量在2500ml以上，预防泌尿系感染。

四、注意事项：放入膀胱镜时，女病人应注意不要放入阴道。男病人动作宜轻柔，特别是前列腺肥大的病人，切不可使用暴力，而应到施以持续而轻柔的推力，以免损伤尿道。

第二十六节 前列腺棒状水囊扩开术的护理

一、护理评估

- 1、评估患者既往史，现病史发，发病诱因，排尿情况，颜色、量。
- 2、评估患者心肺功能，呼吸道情况。

二、护理措施

(一) 术前护理

1、一般护理：协助完成各种常规检查，如血PSA，前列腺大小，膀胱残余尿量，尿流率等指标测定。

了解有无服用抗凝药物如有需停药1周，合并有高血压糖尿病者术前应降压抗糖治疗。

2、心理护理：及时了解患者心理变换，耐心倾听、予以安慰，并积极与家属沟通。

3、术前准备：术前1天准备下腹部及会阴部皮肤，术前晚行普通灌肠1次。

(二) 术后护理

1、一般护理：严密观察生命体征、意识，如有



异常及时通知医生。

2、体位与活动：术后平卧 2 天后改为半卧，早期行下肢的主动或被动运动，预防下肢静脉血栓形成。

3、持续膀胱冲洗：冲洗速度根据引流液颜色而定，色深则快，色浅则慢。保持引流通畅。

4、预防膀胱痉挛：术后因手术刺激，患者会出现痉挛性疼痛，禁食期间可予以双氯芬酸塞肛。保持冲洗液的温度，避免应温度过低导致旁观痉挛。

5、预防感染：术后观察体温计白细胞变化，若有畏寒、发热症状，及时处理。每天消毒棉球擦拭尿道口 2 次，防止感染。

5、并发症：

(1) 便秘与出血：术后 1 周，逐渐离床活动。术后常规使用缓泻剂，预防便秘，避免因排便困难而导致腹压增高而引起出血。

(2) 压疮：加强皮肤护理及基础护理，预防压疮。

(3) 尿频尿失禁：拔除尿管后，部分病人可能会出现短时间尿频、尿失禁，多在 2-5 天后自行缓解。可指导患者进行腹肌、肛门括约肌收缩练习，促进尿道括约肌功能的恢复。

三、健康指导

康复训练：指导患者经常锻炼肛提肌，以尽快恢复尿道括约肌功能，方法是吸气时缩肛，呼气时放松肛门括约肌。

四、注意事项

1、术后进食易消化、富含维生素的食物，预防便秘。

2、术后 1-2 个月避免剧烈运动，如跑步、骑自行车、性生活等。

3、术后出现逆行射精，不影响性生活。少数病人出现阳痿，需查明原因，对症治疗。

第二十七节 消化系统专科操作类护理常规

鼻胆管引流的护理

一、评估要点

1、评估患者病情、生命体征及腹部体征，观察患者有无发热、腹痛、腹胀、黄疸等。

2、评估患者的皮肤、巩膜黄染消退情况及大便颜色。

3、评估引流管引流是否通畅，观察引流液的颜色、性状和量。

二、护理措施

1、核对医嘱，准备用物。

2、核对病人信息，了解病人病情及 ERCP 术中过程，解释鼻胆管引流的的目的，取得病人配合，评估 BD 管固定是否妥善，有无滑脱，是否通畅。

3、洗手，戴口罩，携用物至床旁，再次核对病人信息。

4、铺治疗巾于适当处，取下鼻胆管尾端引流袋，碘伏棉签消毒鼻胆管接口后以无菌纱布包裹，置于治疗巾上，检查一次性引流袋有无漏气，打开外包装，戴无菌手套，鼻胆管插入引流袋内（左手捏住包着无菌纱布的引流管接口，右手捏住引流袋接头与之连接）。用胶布缠绕接头处，使之保持密封状态，观察引流是否通畅，妥善固定一次性引流袋于床边适当处，脱手套。

5、向病人宣教注意事项，保持鼻胆管引流通畅，避免管道扭曲、打折、受压，勿牵拉引流管，防止管道意外脱出，如发生脱管，应及时告之医护人员，勿私自送入。

6、整理用物，撤去治疗巾，协助病人取舒适卧位，

询问病人需求。

7、处理用物，洗手，脱口罩。书写护理记录。

8、观察引流液的颜色、性质和量，并记录 24 小时引流总量，引流袋应低于床面下，若发现突然减少或无胆汁引流时，先用生理盐水低压回抽后低压冲入，保持冲洗液出入量相等，冲洗液每次注入不超过 20ml，冲洗速度 10ml/min，冲洗过快或压力过大，造成胆管压力骤然增高，引起患者不适，造成胆道逆行感染或败血症。

9、鼻胆管留置时间一般为 3-10 天，重症病人可留置 2 周，各项生化指标正常时即可拔管，拔管时反折鼻胆管，嘱病人屏气，防止胆汁误吸。

三、健康指导要点

1、告知患者鼻胆管引流注意事项，保持鼻胆管引流通畅，避免管道扭曲、打折、受压，勿牵拉引流管，防止管道意外脱出。

2、告知患者出现不适及时通知医护人员。

四、注意事项

1、观察患者生命体征及有无腹痛、发热情况，及早发现中毒性休克、消化道穿孔、急性胰腺炎等并发症。

2、保持鼻胆管引流通畅。每天观察胆汁的颜色、性质和量，并准确记录。正常胆汁为澄清、金黄色液体，成人每天分泌 200-800ml。若胆汁混浊、颜色改变或出现脓性絮状物等，提示有胆管感染；胆汁中有细小、褐色沉淀，很可能为引流出的碎石或胆泥。

3、引流管接口处要紧密衔接，保持密封状态，



防止胆汁逆流，妥善固定引流管，作好引流管第二次固定，防止意外拔管。

4、每天更换引流袋，严格无菌操作，每日行2次口腔护理。

第二十八节 妇科专科操作类护理常规

一、坐浴的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、意识状态及合作程度。
- 2、评估患者阴道有无出血。

二、护理措施

- 1、核对医嘱及患者，注意操作环境隐蔽，室温适宜。
- 2、配制坐浴液，水温 35-37℃。
- 3、坐浴盆置于坐浴架上。
- 4、嘱患者排空膀胱，臀部及会阴部全部浸泡于溶液中，时间 20 分钟。

5、结束后擦干臀部及会阴部。

三、健康指导要点

告知患者坐浴的目的及配合方法。

四、注意事项

- 1、月经期、阴道出血、孕妇及产后 7 天内的产妇禁止坐浴。
- 2、注意配置的浓度，不能过高、过低。
- 3、水温适中，避免烫伤。
- 4、坐浴前先擦干净外阴及肛周。
- 5、注意保暖。

二、阴道宫颈上药的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、意识状态及合作程度。
- 2、评估患者阴道有无出血。

二、护理措施

- 1、核对医嘱及患者，告知患者用药的目的，注意操作环境隐蔽，室温适宜。
- 2、嘱患者排空膀胱，取膀胱截石位，先行冲洗，擦净阴道、宫颈处分泌物。

3、上药前戴无菌手套用一手示指将药片向阴道后壁推入阴道后穹窿部。

4、上药后尽量卧床休息。

三、健康指导要点：告知患者用药的目的。

四、注意事项。

- 1、上药前先做阴道冲洗，擦净分泌物。
- 2、用药后禁止性生活。
- 3、经期或子宫出血者不宜阴道给药。

三、阴道擦洗法

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、意识状态及合作程度。
- 2、评估患者阴道有无出血。

二、护理措施

- 1、核对医嘱，核对病人信息，评估病人，询问是否排空小便。
- 2、准备用物，天气寒冷时注意关闭门窗，调节室温。
- 3、核对床号、姓名、住院号，询问有无阴道出血及性生活史，讲解操作目的，带病人至检查室。
- 4、协助病人脱去近侧裤腿盖在另一边，并给病人穿上棉裤套，协助取截石位。
- 5、洗手，戴口罩。再次核对病人信息，询问有无性生活史。
- 6、将一次性治疗巾垫于病人臀下，戴手套，取出一次性窥阴器并用棉球润滑。
- 7、分开病人大小阴唇，取碘伏棉球按顺序擦洗尿道口、阴道口及对侧小阴唇、近侧小阴唇。
- 8、嘱病人深吸气，将一次性窥阴器头端闭合，

放置窥阴器于阴道内，充分暴露宫颈，如果分泌物较多，取干棉球擦净宫颈口—阴道前穹窿—阴道后穹窿部的分泌物。

9、取碘伏棉球依次擦净宫颈口—阴道穹窿部—对侧阴道壁—近侧阴道壁，每次只夹一个棉球，以防棉球遗留在阴道内。

10、转动窥阴器，暴露阴道上、下壁，擦洗阴道上壁及下壁。如果碘伏残液较多，可用干棉球擦净。

11、退出窥阴器，脱手套，协助病人穿衣裤。

12、整理用物，洗手，脱口罩。

13、向病人讲解阴道擦洗后注意事项。

三、健康指导要点：告知患者阴道擦洗的目的。

四、注意事项

- 1、注意保暖及保护病人隐私。
- 2、动作轻柔，避免损伤阴道粘膜。
- 3、擦洗时需转动窥阴器，注意擦净阴道壁四周。
- 4、一次只用一个棉球。



第二十九节 感染性疾病科操作类护理常规

一、微创腹腔穿刺术的护理

一、护理评估

- 1、评估病人的病情及生命体征的变化。
- 2、观察引流液颜色、性质、量。
- 3、观察引流管是否受压、脱出、堵塞等。
- 4、观察贴膜下有无渗液、渗血。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 穿刺前解释穿刺的目的、方法及操作中可能会产生的不适，一旦出现异常立即通知医生；

(2) 穿刺前嘱患者排尿，以免穿刺时损伤膀胱；

(3) 放液前测量腹围、脉搏、血压和腹部体征，及时观察病情变化。

2、术后护理

(1) 术后卧床休息。

(2) 每天观察引流管内刻度，引流管固定妥当，防止滑脱。

(3) 引流装置应保持密闭和无菌，保持腹壁引流口处清洁干燥，使用前检查引流装置的完好性能，保持连接处紧密，防止滑脱，贴膜有潮湿时应及时通知医生更换。

(4) 测量腹围引流管内刻度，观察腹水消长情况，准确记录引流量。

(5) 放腹水时引流袋低于胸壁引流口平面，避免逆流

(6) 密切观察穿刺部位有无渗液、渗血，有无腹痛、反跳痛和腹肌紧张的腹膜感染征象。

三、健康指导要点

1、告知患者腹腔引流的目的及配合方法。

2、指导患者卧床休息，减少活动。

四、注意事项

1、引流袋与中心静脉导管接口处要紧密衔接，若接头不慎滑脱，要立即夹闭止水夹。

2、引流管自腹壁伤口脱出，立即用手顺皮肤纹理方向捏紧引流口周围皮肤（注意不要直接接触伤口），并立即通知医生处理。

3、引流期间避免下床和在床上剧烈活动，以免引流管滑脱。

4、拔管后注意观察患者有无腹痛、伤口渗液及出血等症状，有异常及时通知医生。

二、肝病治疗仪使用法

一、护理评估

- 1、评估患者的生命体征，询问病史，过敏史。
- 2、评估患者的心理状况、精神状况。
- 3、评估治疗室周围环境及是否有电波、磁场干扰等情况。
- 4、评估患者有无假牙及皮肤情况。

二、护理措施

1、治疗前准备：

(1) 治疗室环境清洁、安静，室温 18-20℃，湿度 50%-60%；

(2) 治疗前常规检查心电图、B超、抽血查（血常规、电解质、肝肾功能等），常规测量生命体征。

2、治疗中护理：

(1) 嘱病人平卧或坐位，松开领口、腰带，如有假牙和眼镜需取下，保持皮肤清洁、干燥，注意保暖。

(2) 仪器使用前要先接地线，确认电压，开机预热 10-20 分钟，准确找到治疗穴位，在相应穴位上贴上电极片后开始治疗，治疗强度因人而异设定，以患者出现明显针刺感并能耐受为宜；

(3) 注意观察病人面色、表情、脉搏、呼吸，有无出汗、肌肉紧张等不适，经常询问患者针刺感强弱，有无疼痛等不适。

3、治疗后护理：

(1) 用物处理：治疗完毕，及时关机，轻轻撕下电极片，清洁皮肤，物品按传染病消毒原则处理；

(2) 观察皮肤有无发红、瘙痒等；

(3) 询问患者感受，做好记录。

三、健康指导要点

1、治疗前向患者讲解治疗原理、目的、方法和注意事项；

2、指导患者治疗前排空膀胱。

3、指导患者治疗前一晚，保持充足的睡眠，保持愉快的心情。

4、治疗结束后指导患者卧床休息片刻，避免立刻下床活动造成不适。

四、注意事项

1、严重高血压、心脏病病人、孕妇、装有心脏起搏器的患者禁用。

2、根据病人病情、难受程度和治疗反应调节治疗强度。

3、根据评估患者情况选择疗程，正确选择穴位。



三、病毒性肝炎抗病毒的护理

一、护理评估

- 1、评估患者的年龄、生命体征，询问病史，过敏史。
- 2、评估患者的心理状况、精神状况。
- 3、评估患者的治疗指针。

二、护理措施

1、治疗前准备：

(1) 治疗前常规检查心电图、B超、抽血查相关生化指标。

(2) 治疗前确保患者对抗病毒有高度的依从性。

2、治疗期间护理：

(1) 心理护理：耐心解答患者的咨询，鼓励患者及家属积极治疗的信心。

(2) 为患者提供清洁、温暖、舒适的休养环境，采取动静结合的休息原则，养成良好的生活习惯，保持乐观的心情。

(3) 饮食指导：平衡饮食营养，适当增加优质蛋白质的摄入，但要避免长期高热量、高脂肪饮食，避免摄入含糖高的食物。

(4) 不良反应的护理：注意观察患者生命体征的变化，及时询问患者药物治疗期间的感受，出现异常情况，及时通知医生，采取对应的措施。

三、健康指导要点

- 1、治疗前向患者讲解治疗目的、方法和不良反应。
- 2、告知患者治疗期间定期复查的重要性。
- 3、告知患者坚持治疗的重要性。
- 4、治疗前几天需适当休息，减少活动量，需家属陪伴。

四、注意事项

- 1、抗病毒治疗需坚持治疗，切忌擅自停药或换药。
- 2、根据病人病情、耐受程度，在医生的指导下调整用药。
- 3、按时复查，监测疗效和不良反应。
- 4、治疗期间避免劳累和因人而异避免从事高空作业、长途驾驶等工作。
- 5、治疗期间如出现头昏、乏力、发热、皮疹、情绪波动等异常反应，及时告知医务人员。

第三十节 甲乳外科专科操作类护理常规

一、麦默通围手术期的护理

一、护理评估

- 1、症状和体征：生命体征是否稳定、疼痛评分情况。
- 2、营养状况：根据病情给予合理的营养丰富的饮食
- 3、健康史：既往史、用药治疗情况、过敏史及家族史。
- 4、诱因因素：外伤史、感染及其他。
- 5、辅助检查：X线、超声波、心电图等检查结果。
- 6、实验室检查：血常规、凝血功能等检查结果。

二、护理措施

1、术前护理

(1) 协助完成各项术前检查，做好各项特殊检查的护理和健康教育。

(2) 维持水、电解质和酸碱平衡。

(3) 根据疾病特点，密切观察病情动态变化。

(4) 保证良好睡眠，确诊者根据病人需要适当应用镇痛药。

(5) 对伴有疼痛者，协助取舒适的卧位。遵医嘱给予解痉或止痛剂。

(6) 指导病人活动的方法和技巧。

(7) 做好手术区皮肤准备，防止切口感染。

2、术后护理

(1) 根据手术和麻醉方式以及全身状况选择合适的体位。

(2) 严密监测生命体征的变化。

(3) 保持水、电解质平衡，准确记录24h出入量。

(4) 观察切口有无渗血、渗液，保持切口敷料干燥。

(5) 保持各种引流管通畅，观察引流液的性质、量及颜色并记录。

(6) 保持呼吸道通畅，按需要给予氧气吸入。

(7) 评估压疮、跌倒、DVT等风险，提供合适的护理措施。

(8) 维持病人的营养需求，促进切口愈合。根据病情给予合理的营养丰富的饮食，必要时遵医嘱给予肠外营养支持。

(9) 遵医嘱给予止痛剂。

(10) 密切观察有无各种术后并发症的发生，并给予相应的护理。

(11) 根据病情鼓励和协助病人早期活动。

(12) 根据病情指导进行循序渐进的功能锻炼。

(13) 做好心理护理，鼓励病人战胜疾病的信心。

(14) 出院前做好病人的出院指导。

三、健康指导要点

- 1、指导合理饮食，保证机体足够的能量有利康复。



- 2、鼓励早期下床活动，减少并发症。
- 3、保护切口局部皮肤，伤口未愈合者应定时换药。
- 4、带引流管出院者应行引流管安全知识宣教，防止脱出等意外现象发生，观察引流情况，定期更换引流装置。
- 5、注意休息，劳逸结合，促进机体功能的康复。
- 6、麦默通术后出院后患侧上肢1个月内不提重

物，肩关节外旋幅度不宜过大。

四、注意事项

- 1、早期指导功能锻炼。
- 2、加强基础护理，防止各种并发症的发生。
- 3、冬天注意保暖。
- 4、密切观察切口有无渗血、渗液。
- 5、做好心理护理，鼓励病人树立信心，战胜疾病。

二、腔镜甲状腺切除手术围手术期的护理

一、护理评估

- 1、健康史：评估患者的籍贯、发育史、用药治疗情况、家庭史。
- 2、相关因素：评估患者是否长期食用含硫脲的萝卜、白菜或因治疗服用硫脲类药物。
- 3、症状和体征：评估患者甲状腺有无肿大，剧烈活动时有无气促，有无声音嘶哑或吞咽困难。
- 4、辅助检查：评估颈部X线和B超检查结果。诊断性质可疑时，可行穿刺细胞学检查。
- 5、社会心理评估：评估患者的情绪及心理反应。

二、护理措施

1、术前护理

- (1) 指导患者训练手术体位（头低、颈过伸位及垫高肩部）。
- (2) 患者于清晨、空腹、安静卧床时测量血压、脉搏，连续3天，计算基础代谢率，排除甲状腺功能亢进。
- (3) 根据医嘱术前晚及术晨给予镇静剂。
- (4) 床旁备好气管切开包及吸引装置。

2、术后护理

- (1) 术后取平卧位，待血压平稳或全麻清醒后改半卧位，利于呼吸和引流。改变卧位、坐起和咳嗽时可用手固定颈部。
- (2) 术后清醒患者给予少量温凉开水，若无呛咳、误咽等不适，可给予微温流质，逐步过渡到半流质。
- (3) 严密观察生命体征，注意颈部肿胀、渗血情况，及时更换敷料。腔镜术后应仔细观察患者颈前区皮肤，如发现淤青，及时安抚患者，进行心理护理，一般2~3天可自行消失，如红肿严重，可给予局部微波治疗。
- (4) 引流管护理：腔镜甲状腺手术后需加强引流管护理，妥善固定，保持引流管通畅，观察引流液的量、性质、颜色变化并记录。
- (5) 并发症的观察及处理：
 - ① 呼吸困难和窒息：气管塌陷者应立即行气管切开或气管内插管；切口内出血压迫气管所致呼吸困难，应迅速拆开缝线，敞开伤口，清除血肿，结扎出

血的血管；喉头水肿者遵医嘱立即应用大剂量激素，如地塞米松30mg静脉滴注，若呼吸困难无好转，可行环甲膜穿刺或气管切开；黏痰堵塞气道者应立即吸痰或行超声雾化吸入。

② 喉返神经损伤：发生率约0.5%，声音嘶哑为单侧喉返神经受压或操作所致，经理疗、发音训练等处理后，一般在3-6个月内可逐渐恢复；双侧喉返神经操作可引起失声，严重者发生呼吸困难甚至窒息。如发生窒息，应立即行气管切开，并做好气管切开护理。

③ 喉上神经损伤：外支神经损伤，可引起声带松弛和声调降低；内支损伤可引起进食、特别是饮水时发生误咽或呛咳，经理疗后可自行恢复。

④ 手足抽搐：若术中误切或挫伤甲状旁腺，可引起面部、口唇或手足部的针刺感、麻木感或强直感，应加强监测血钙浓度动态变化，抽搐发作时立即给予10%葡萄糖酸钙或氯化钙10-20ml缓慢静脉注射。

三、健康指导要点

- 1、指导患者少食含有硫脲的萝卜、白菜等，青春发育期、妊娠期或绝经期的妇女宜多食含碘丰富的食物和海带、紫菜等。
- 2、20岁以下的弥漫性单纯甲状腺肿患者应遵医嘱可给予小量甲状腺素，常用剂量为30-60mg/次，2次/日，3-6个月为一疗程。
- 3、切口愈合后逐步练习颈部活动，促进颈部功能恢复。
- 4、流行地区，食用碘化食盐，每10-20kg食盐中均匀加入碘化钾或碘化钠1g。

四、注意事项

- 1、从生理、心理、社会等方面为患者提供整体护理服务，缓解患者焦虑情绪。
- 2、严密观察患者术后有无并发症，如发生并发症应及时处理。
- 3、保持呼吸道通畅，注意避免引流管阻塞导致颈部积血、形成血肿压迫气管而引起呼吸不畅，鼓励和协助病人进行深呼吸和有效咳嗽。

三、B超引导下的改良塞丁格PICC置管术



一、护理评估

1、询问了解患者的身体状况及意识状态，是否可以配合治疗。

2、评估患者局部皮肤情况及血管情况，穿刺部位情况。

3、检查患者出、凝血情况。

二、护理措施

1、术前准备

(1) 心理准备：向病人解释留置PICC的目的、方法、置管过程及置管后应注意的事项并签署知情告知书，护士获得医嘱及X线检查单。

(2) 病人指导：操作前指导病人练习压颈动作，嘱病人排尿、排便，并告知病人在操作过程中保持不要随意活动。

2、术中配合与护理

(1) 病人体位：患者取平卧位，穿刺处手臂外展与身体成90度。

(2) 穿刺部位：一般选在上臂，避开肘窝处。如上腔静脉压迫也可选择大腿上侧。

(3) 病情观察：穿刺过程中应密切观察病人，若患者主诉指端麻木刺痛，应拔出重新穿刺。

(4) 导管固定：使导管打一个“S”型的弯曲，在穿刺点上方放置2*2纱布（放置时间为穿刺后24小时），再用固定翼固定导管，在固定翼或及第一块胶布上放置透明贴膜，弹力绷带加压4小时。

3、术后护理

(1) X线检查：X线拍片确定导管尖端位置并记录检查结果。

(2) 填写《PICC长期护理手册》，记录PICC置管长度，臂围，置管时间。

(3) 置管术后24小时更换贴膜，并观察局部出血情况。

(4) 密切观察患者状况，发生感染时应及时处理或者拔管。

三、健康指导要点

1、术前指导病人练习压颈动作，并在操作过程中保持平卧位，不要随意活动。

2、指导患者术前可喝热饮，注意保暖。

3、告知患者PICC置管一侧手臂勿过度活动，不可负重。

4、告知患者应保持透明贴膜干燥，每周进行PICC维护一次。如出现贴膜松动、卷曲应及时更换。

5、带管回家期间，一定要按时维护，如发现问题，应立即到院就诊。

四、注意事项

1、严格执行无菌操作，避免感染。

2、术后须立即行X线检查，确定导管尖端位置在上腔静脉内方可进行静脉输液。

3、注意穿刺时勿损伤神经，避免穿刺进入动脉。

第三十一节 肾内科专科操作类护理常规

一、24小时尿蛋白定量的留取

一、护理评估

1、评估患者：患者的病情、意识状态、排尿情况、沟通、理解及合作能力，并进行告知。

2、评估环境：病室卫生间环境干净，温湿度适宜，避免阳光照射。

二、操作要点

1、准备工作：

护士准备：洗手，戴口罩及一次性手套。

用物准备：贴有电子条形码的大口带盖小桶，便盆或者尿壶、防腐剂。

2、操作过程：

(1) 检查大口容器的情况。

(2) 核对患者床号、姓名、手腕带。

(3) 嘱患者于清晨7时排空膀胱，弃去尿液，注明开始留尿的时间。

(4) 留取患者解第一次尿至次晨7时排空最后

一次的尿液，第一次留尿时倒入防腐剂

尿液充分摇匀后送检。

3、整理用物。

4、洗手、记录。

三、健康教育

向病人介绍留取24小时尿蛋白定量的作用及治疗意义、注意事项，以取得配合。

四、注意事项

1、女性月经期，不能做此检查

2、指导患者每次排尿于便盆内在倒入容器中，以减少标本被污染的机会，尿中不能混有异物，尿中混有血、脓或阴道分泌物可引起“假性蛋白尿”。

3、容器必须清洁干燥并且带有盖，以防尿液挥发。

4、容器必须注明患者的信息。

5、留取后应及时送检。

二、尿培养的留取



一、护理评估

1、评估患者：评估患者的病情、意识状态、排尿情况、沟通、理解及合作能力，并进行告知

2、环境准备：病室温湿度适宜

二、操作要点

1、准备工作：

(1) 护士准备：洗手、戴口罩及一次性手套

(2) 用物准备：肥皂水、清水适量，手套、便盆、围帘、无菌杯

2、操作过程：

(1) 检查采集器的情况

(2) 核对患者的床号、姓名、手腕带

(3) 嘱患者先用清水清洗外阴

(4) 协助患者取舒适体位，垫便盆

(5) 嘱患者用肥皂水清洁外阴及尿道口，然后用清水冲洗干净

(6) 嘱患者开始排尿，弃去开始流出的尿液，用无菌杯接中段尿液

(7) 留取的尿标本即送检

三、腹膜透析换液术

一、护理评估

1、评估患者：

(1) 患者的病情、年龄、意识状态、体位及治疗的目的

(2) 患者对腹膜透析换液的认知程度及心理反应

(3) 患者腹膜透析管管道情况及导管出口处情况

(4) 患者对腹膜透析治疗的目的、重要性及注意事项的了解程度

2、评估环境：清洁、舒适、光线好、适合无菌操作、关闭门窗及风扇或者调整空调风向

二、操作要点

1、准备工作：

(1) 护士准备：着装整洁、洗手、戴口罩、向患者解释操作的目的

(2) 物品准备：无菌物品（碘伏帽、蓝夹子、双联系统腹膜透析液），非无菌物品（纸胶布、盆、弯盘、台称、治疗车、输液架），必要时备生理盐水、肝素钠、20ml 注射器、棉签、手套、医用敷贴等

患者取舒适卧位或者坐位，便于操作

2、操作过程：

(1) 查对：

a 查对医嘱及透析单，如需添加药物，按医师医嘱将其加入透析液中

b 核对并检查透析液体，双联系统

c 打开外袋，取出双联系统

3、整理用物

4、洗手、记录

三、健康教育

向病人介绍留取尿培养的作用及治疗意义、注意事项，以取得配合。

四、注意事项

1、指导患者用清水清洗外阴时，女性应用手分开大阴唇，从前向后仔细擦洗生殖器官部位，男性应退回包皮清洗龟头

2、规范护士操作，注意无菌技术，特别注意留取尿液时手握无菌容器的外面，不可触及容器的边缘

3、中段尿收集不合标准，外阴消毒对尿培养影响很大，消毒液过多而混入尿标本，抑制了细菌生长，出现假阴性结果，所以消毒液必须适量并待干后才开始排尿。

4、留取的尿液最好是第一次晨尿

5、尿培养标本在使用抗菌药物前留取

6、尿液收集要新鲜，放置时间不宜超过 1 小时，否则细菌大增，出现假阳性

d 患者取舒适体位

e 取出患者身上的导管并检查管道系统

(2) 连接（五步接管法）：

一“抓”：拇指与食指抓住短管，管口略向下倾斜，手放平，固定不动

二“夹”：将双联系统接口处夹在小指与无名指之间，双联系统管道置于短管下方

三“拉”：将食指伸入接口拉环内用力向外拉开，注意不要用手指去抠

四“拧”：将短管上的碘伏帽拧开并弃去

五“接”：要点是“绕”字，另一只手从下方绕过抓住双联系统管道接口，再绕回将双联系统与短管连接起来，连接时短管口应稍朝下，旋拧双联系统接口至与短管完全密合

(3) 引流：

a 用蓝夹子夹闭入液管道

b 将透析液袋口的绿色出口塞折断

c 悬挂透析液袋于输液架上，并将引流液袋放在低位，置于地面清洁的盆里

d 打开短管旋钮开关开始引流，引流过程中注意观察引流液的颜色、量及清亮度

e 引流完毕后关闭短管的开关，并用蓝夹子夹住入液管路

(4) 冲洗：

a 松开入液管道的蓝夹子

b 观察透析液流入引流袋

c 数 5 秒后再用蓝夹子夹住出液管道



(5) 灌注:

- a 打开短管旋钮开关, 开始灌注
- b 灌注结束后关闭短管开关
- c 并用蓝夹子夹闭入液管路

(6) 分离:

a 确保入液管道及出液管道已用蓝夹子夹闭, 短管开关已关上

b 撕开碘伏帽的外包装并检查帽内海绵是否浸润碘伏

c 将短管与双联系统分离

d 将短管口朝下, 旋拧碘伏帽盖至完全密合

e 将拉环套在引流液的双联系统上, 并卸下蓝夹子

(7) 称量并记录:

a 将液体放在台秤上称重

b 根据称量的重量, 再减去双联系统的袋子及管

道的重量, 将得出的数据填写在腹膜透析记录本上

3、整理用物:

(1) 患者: 取舒适卧位或坐位, 将管道用纸胶布妥善固定并放好

(2) 病床单位: 整洁

(3) 用物: 分类处置

(8) 洗手:

三、健康教育

向病人介绍留取腹膜透析换液的作用及治疗意义、注意事项, 以取得配合。

四、注意事项

1、要严格遵守无菌操作原则, 防止污染。

2、短管接头、透析管道拉环接头、碘伏帽接头以内为无菌部分, 一旦污染要及时更换。

3、根据不同的目的采取不同的透析方式。

四、更换腹膜透析外接短管术

一、护理评估

1、评估患者:

(1) 患者的病情、年龄、意识状态、合作情况

(2) 患者对更换连接短管的目的、重要性及注意事项的了解程度

(3) 患者更换连接短管的原因

2、评估环境: 清洁、舒适、光线好, 适合无菌操作

二、操作要点

1、准备工作:

(1) 护士准备: 着装整洁、洗手、戴口罩, 向患者解释操作目的

(2) 物品准备: 无菌物品(碘伏帽、手套、无菌敷贴、无菌纱块、消毒止血钳、消毒碗), 非无菌物品(口罩、蓝夹子、弯盘)

(3) 患者准备: 洗手、戴口罩、坐位

2、操作过程:

(1) 查对:

①核对医嘱及患者姓名。

②检查新连接短管的质量

(2) 夹闭透析管:

①患者取舒适坐位

②夹闭近皮肤端的透析管

(3) 铺巾: 让患者提起透析管, 将无菌治疗巾铺在透析管下

(4) 浸泡和擦洗钛接头:

①取出圆碗, 倒入适量的碘伏, 放入两块无菌纱布

②将钛接头及其上下 5cm 的管道完全侵入碘伏消毒液内

③戴无菌手套, 使用无菌纱布, 以钛接头为中心向管的两端擦洗约 1 分钟后, 再浸泡 10 分钟

(5) 准备再次浸泡:

①取出另一只圆碗, 倒入适量的碘伏消毒液, 打开消毒止血钳

②让患者悬空提起透析管

③移走第一个圆碗

(6) 分离短管:

①戴无菌手套

②使用消毒止血钳分离连接短管

(7) 再次浸泡接头:

①铺无菌巾

②将装有碘伏消毒液的圆碗置于无菌巾上

③将钛接头及以上的 5cm 的管道再次浸泡碘伏内 10 分钟

(8) 连接短管:

①打开新连接短管及无菌纱块

②让患者悬空提起透析管

③松开蓝夹子, 排除少量的透析液后再关闭

④移走圆碗

⑤戴无菌手套

⑥连接短管

⑦抹干透析管上的碘伏消毒液

(9) 更换碘伏帽

3、整理用物:

(1) 取下蓝夹子, 整理患者的管道和衣服

(2) 用物分类处理

(3) 洗手

三、健康教育: 向病人介绍更换腹膜透析外接管的作用及治疗意义、注意事项, 以取得配合。



四、注意事项

- 1、应严格遵守无菌操作的原则，防污染。
- 2、对于钛接头处管道破损的患者，先将管道用

碘伏擦洗及浸泡 10 分钟，对于腹膜炎的患者，进行冲腹处理后，应先连接短管再行抗感染作用。

五、腹膜透析出口处换药术

一、护理评估

1、评估患者

- (1) 患者的病情、年龄、意识状态、体位及治疗目的
- (2) 患者对导管出口处处理的认知程度及心理反应
- (3) 患者腹膜透析管管道情况及导管出口处情况
- (4) 患者对出口处护理的目的、重要性、及注意事项的了解程度

2、评估环境：清洁、舒适、光线好、适合无菌操作、关闭门窗及风扇或者调整空调的风向

二、操作要点

1、准备工作：

- (1) 护士准备：着装整洁，洗手，戴口罩，向患者解释操作的目的
- (2) 物品准备：无菌物品（碘伏、生理盐水、纸胶布、无菌棉签、无菌纱块、医用敷贴），非无菌物品（弯盘、治疗车、治疗盘、砂轮）
- (3) 患者准备：取舒适卧位或者坐位，便于操作

2、操作过程：

- (1) 揭去旧敷料
 - ①核对患者
 - ②患者取合适体位
 - ③取出患者身上的导管并检查管道系统
 - ④揭去旧敷料置于弯盘，暴露导管出口处

(2) 检查出口处

- ①视：有无红肿
- ②触：有无触痛
- ③挤压：沿隧道移行方向挤压有无脓性分泌物
- (3) 清洗与消毒
 - ①用砂轮划割生理盐水
 - ②用碘伏棉签消毒生理水瓶颈并打开生理盐水备用

③轻轻提起导管

- ④用碘伏棉签消毒导管口周围的皮肤
- ⑤用棉签取生理盐水清洗出口周围的皮肤

(4) 覆盖敷料

- ①用软纱敷料覆盖
- ②或者无菌纱块覆盖，纱布呈叠瓦状覆盖并用胶布妥善固定

③用胶布固定好导管

3、整理用物：

- (1) 患者：舒适卧位或者坐位，将管道放好
- (2) 病床单位：整洁
- (3) 用物：分类处置
- (4) 洗手

三、健康教育：向病人介绍腹膜透析处切口换药的作用及治疗意义、注意事项，以取得配合。

四、注意事项

- 1、要严格遵守无菌操作原则。
- 2、注意手法轻柔，如有分泌物黏着敷料不可强行撕去，需先用生理盐水浸湿后轻轻分离。

第三十二节 皮肤美容科专科操作类护理常规

一、液氮冷冻治疗的护理

一、护理评估

- 1、适应症的选择，饮食、卫生习惯、情绪等针对性护理。
- 2、术前对病人重要脏器和健康情况、既往病史要有所了解，如高血压、心脏病、糖尿病、出血（包括月经期）和过敏史要详细询问。防止治疗时因饥饿、疲劳、精神过度紧张、恐惧疼痛等发生过敏或休克样反应。

二、护理措施

- 1、冷冻过程中密切观察患者反应，若出现头晕、恶心、心前区不适、面色苍白出冷汗等应立即停止，

让患者平卧休息片刻，一般 15 分钟至 1 小时内可完全恢复。情况严重者同时请有关科室会诊，协同采取抢救措施。

2、疣体较多时应分次小面积冷冻为宜，强调待疣体脱落后残留部分治疗的连续性。注意保护周围正常组织，严格掌握冷冻深度、范围。

3、局部护理的重要环节是保护痂皮让其自然脱落，切不可强行撕脱。

三、健康教育指导要点

- 1、交代患者治疗期间勿吸烟、饮酒、吃辛辣刺激食物和发物。



2、冷冻治疗的局部护理对治疗病变、恢复正常功能、保持容颜、提高疗效至关重要。

3、冷冻后常有血疱形成，告知患者生活中应避免触碰血疱以免破溃。对足底的寻常疣（跖疣）治疗后强调少走动，多休息，不可踩压疱体。对较小的血

疱一般无需处理，可以自愈。较大明显的血疱可消毒抽疱后加压包扎并及时更换纱布以保持干燥。

四、注意事项：对偶有破溃者消毒处理后涂以抗生素软膏以防感染。

二、过敏源检测的护理

一、护理评估

1、评估患者皮肤情况，有无瘙痒、皮疹大小、皮损程度等。

2、评估患者全身过敏状况及危重程度，有无并发呼吸系统、消化系统等其它症状。

3、评估患者心理状态。

二、护理措施

1、立即停用一切可疑致敏物及其化学结构相似的药物，遵医嘱及时检查过敏源。

2、找出过敏源，平时注意避免接触过敏源。

3、过敏患者要注意饮食营养均衡，少食油腻，甜食及刺激性食物。

4、观察皮疹或皮损情况，遵医嘱用药。

三、健康指导要点

1、告知患者过敏名称，了解过敏的原因。

2、在过敏疾病高发季节，如出现皮肤发红、发痒甚至皮疹，及时就诊及治疗。

3、加强营养，保持心情舒畅，注意皮肤清洁。

四、注意事项：勿用热水及肥皂水清洗皮肤。

三、果酸活肤术的护理

一、护理评估

1、患者术前皮肤情况（干燥、敏感等）

2、果酸治疗（相对）禁忌症：

①近期有施术区的手术，如眼睑成形术，去皱术等（有正在愈合的伤口）局部有活动性细菌、病毒感染者 过敏性皮炎者。

②近期接受放射治疗的患者。

③近期接受过激光、冷冻及其它形式的皮肤磨削术者。精神病患者或情绪不稳定者或是有免疫缺陷性疾病 日晒伤、对日光防护不够者。有肥厚性疤痕或疤痕疙瘩病史者慎做。

④口服维甲酸类药物者慎做。

⑤孕妇

3、皮肤疗效因素：

①果酸浓度

②中和时间

③疗程及间隔时间

④皮肤问题

⑤术后护理（修复皮肤屏障和防晒）

二、护理措施

1、在皮肤恢复正常前，绝对避免日晒（不要使用防晒乳液省得造成更多的皮肤刺激，也不要戴帽子以避免帽缘产生疤痕）。恢复正常后，若要外出，最好每天早上使用防晒乳液，省得紫外线造成色素沉着。

2、若有使用果酸乳液，术后应停用 2-3 天，后再恢复使用，但仍应避开结痂处涂持较佳。

3、果酸换肤后脸部的结痂，勿用手指刮除，约 4-5 天自然脱落，痂皮脱落后，皮肤呈粉红色，要做好防晒保养，因晒太阳易使皮肤色素沉淀。

4、在换肤后约 1-7 天内，每天只用清水洗脸，以毛巾拍干（避免用力搓柔皮肤），并在洗脸后依医师指示使用药膏或营养面霜（早晚各一次），直至皮肤恢复正常。

5、为避免产生疤痕，在皮肤恢复正常前，请勿刮毛、剥除结痂、抓皮肤瘙痒处、敷脸、戴帽子等。

三、健康指导要点

1、皮肤在 1-7 天后可以逐渐恢复正常，即可停药膏或营养面霜，开始轻轻的使用清洁用品清洗脸部（但勿用海棉或毛巾用力擦拭，应轻轻拍干，省得刺激皮肤）；并可恢复使用您原来用的果酸保养面霜、果酸乳液或果酸凝胶，每晚一次。

2、平时应做好防晒工作，外出前 30 分钟，应涂抹防晒系数 SPF15 以上的防晒乳液，有阳光时要撑深色伞（例如黑、蓝、绿色）。

3、平时应做好防晒工作，外出前 30 分钟，应涂抹防晒系数 SPF15 以上的防晒乳液，有阳光时要撑深色伞（例如黑、蓝、绿色）。

四、注意事项：浓度越高、效果越显著、副作用相对越大。

第七十八章 仪器设备类护理常规



第一节 超声波使用法

一、护理评估

- 1、评估患者病情、意识状态及配合程度。
- 2、评估仪器性能及导联线

二、护理措施

- 1、核对医嘱、患者床号、姓名及治疗项目。
- 2、遵医嘱执行超声波治疗，有理疗记录单。
- 3、护士向病人介绍超声波治疗的目的和意义。
- 4、操作用物齐全。
- 5、治疗前检查仪器，各导连接是否正常。
- 6、患者治疗前患者取舒适体位，暴露治疗部位，在治疗部位体表涂耦合剂。
- 7、将超声波头与患者治疗部位皮肤紧密接触。
- 8、选择输出波形类型，输出强度和治疗时间。
- 9、治疗中询问患者的感觉，治疗部位应有温热酸胀感，不应有痛感。
- 10、治疗结束时，将声头移开，清洁治疗部位。

再用 75% 酒精消毒声头，然后放于声头支架上。

- 11、记录治疗时间，责任人，做好健康宣教。

三、健康指导

- 1、告知患者操作目的、方法和注意事项。
- 2、告知患者如有不适及时通知医护人员。

四、注意事项

- 1、因人对超声波的适应能力大小和耐受力不同，治疗时皮肤有温热和轻微针刺的感觉是正常反应，如果皮肤感到灼热，不能忍受则降低治疗档位或暂停治疗。
- 2、超声波必须要有足够的耦合剂涂抹在皮肤表层，耦合剂过少，或探头与皮肤接触不良，超声波就难以传导入人体，探头易发烫，损害机器减少机器的寿命。
- 3、超声探头必须围绕调理部位做往复式移动，不能固定或停留在某一部位，以免影响治疗效果。

第二节 氦氖激光治疗法

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、意识状态及合作程度。
- 2、了解患者皮肤情况，保持皮损创面干燥、清洁、完整。

二、护理措施

- 1、核对医嘱，核对病人信息，评估病人。
- 2、准备用物（天气寒冷时注意关闭门窗，调节室温）。启动电源观察输出是否正常，选择治疗模式（激光治疗仪波长为 632.8nm，功率为 30mw）
- 3、核对床号、姓名、住院号，询问患者有无不适，暴露伤口敷料处，嘱患者健侧卧位，穿柔软衣服，减少对皮损压迫和摩擦。
- 4、探头距离敷料处 1—50cm，询问患者感觉，

注意保暖及保护病人隐私。

- 5、治疗完毕，关闭电源开关，整理患者床单位。

三、健康指导要点：告知患者氦氖激光治疗的目的。

四、注意事项

- 1、不能直视激光束，避免激光照射到周围其他人身上，尤其避免照射到眼部。
- 2、避免激光照射到可反光物体上，以免激光反射后对人体造成伤害。
- 3、患者治疗时要充分暴露治疗部位，治疗过程中不能任意挪动体位，以保证治疗部位的准确性。
- 4、氦氖激光治疗时应取下病人随身携带的金属物。

第三节 降温毯使用法

一、护理评估

- 1、评估患者意识及生命体征。
- 2、检查降温毯功能是否正常。
- 3、向患者家属解释使用降温毯的目的、注意事项，以取得合作。

二、护理措施

- 1、携用物至患者床旁，再次评估患者意识、生命体征。
- 2、将冰毯覆盖一层保护层（如薄层床单或浴巾等）并置于患者身下，冰毯机置患者床尾，机内加满蒸馏水。

- 3、静脉泵入配置好的冬眠药物（0.9%NS50ml+氯丙嗪、异丙嗪各 25mg）以 3~5ml/h 泵入，根据患者情况调节泵入速度。

- 4、连接腋温传感器（有的腋温传感器已直接安装在主机上），接通电源，打开主机开关。

- 5、设置降温毯上体温上限为 36~37°C，水温根据患者体温设置。

- 6、不定时观察患者冬眠情况及受压部位皮肤，每 2h 翻身一次，防止冻伤及压疮发生。

- 7、复温方法 复温时先停用冰毯降温仪，半小时后停用冬眠药物，采取自然复温法。



三、健康教育：向家属介绍使用降温毯的作用及降温治疗意义、注意事项，以取得家属的配合，配合降温。

四、注意事项

1、观察生命体征，尤其是血压情况。动态观察血压变化，如血压低于90/60mmhg应停用冬眠药物。

2、观察、记录降温的时间、肌松程度，根据体温随时调节冬眠药物的泵入速度。

3、观察降温仪的工作情况，保持降温仪处于正常运转状态。必要时用体温表测体温进行重新校对，及时调整水温上、下限。

4、翻身时动作轻柔，妥善固定好腋温传感器，防止其打折、脱落或滑出。

5、注意并发症及预防：

(1) 心律失常常发生于老年或原有心脏病史的患者，应予持续动态心电图监护。

(2) 因免疫功能抑制可引起败血症、呼吸及泌尿系统感染等，应加强全身系统的观察与护理。同时应加强皮肤护理，定时翻身、按摩，防止局部冻伤及压疮的发生。

(3) 定时检测凝血功能及血电解质，防止凝血功能障碍而引起出血倾向及电解质的紊乱。(4) 定期复查肝、肾等脏器功能，防止脏器衰竭。

(5) 复温时注意观察体温及电解质的变化，防止出现反跳性的高热及高血压。

第四节 空气压力波治疗仪使用法

一、护理评估

1、评估空气压力波治疗仪的工作状态，检查其性能是否完好。

2、评估患者的病情、肢体活动及皮肤有无破损。

二、护理措施

1、携空气压力波治疗仪置患者床旁，核对患者床号、姓名，向清醒患者解释操作目的、方法，取得患者配合。

2、将空气压力波治疗仪固定在患者床旁，并接通电源。

3、患者取平卧位，肢体穿单层棉布裤或弹力袜，保持局部平整、皮肤不受牵拉。

4、将肢体气体驱动腿套分别套在患者肢体上，松紧以容下一指为宜。

5、选择需要的压力值，打开操作开关，观察是否有气体进入驱动袋。

6、根据医嘱，治疗1~2/d, 30min/次。

7、操作过程中密切观察机器的工作状态及患者

生命体征，询问患者有无不适。

8、操作结束后关闭电源，取下肢体气体驱动套叠好，清洁、消毒备用。

9、协助患者整理衣物，做好护理记录。

三、健康指导要点：

告知患者空气压力波治疗目的，取得合作。

四、注意事项

1、血液循环驱动泵可改变患者肢体血流分布，血流动力学不稳定的患者要慎用。

2、局部皮肤有破损者，使用前要采取保护措施，防止加重损伤。

3、对昏迷、应用镇静药、不能自主活动肢体的患者，在应用过程中要注意保持肢体处于功能位。

4、应用过程中注意观察患者肢体末梢血液循环情况，如有局部皮肤温度低、皮肤发白等，应及时处理。

5、注意检查肢体气体驱动套的充气运行情况，及时调整充气压力。

第五节 血透内瘘修护仪使用法

一、操作前评估

1、评估患者病情、心理情况、患者的配合能力，并进行告知。

2、评估患者的血管部位。

3、评估内瘘修护仪的性能。

二、操作要点

1、核对医嘱、患者。

2、向患者解释内瘘修护仪的使用目的、注意事项。

3、将电源线接上电源，旋转机器背面的电源开关至“开”位。

4、屏幕点亮，点击屏幕任意部位位置进入操作

界面：

(1) 照射器对准治疗部位，调节照射器高度。

(2) 触摸“参数设置”进入设置模式界面，根据需要选择自动模式或者手动模式，选择时间后按“开始”图标，治疗仪开始工作。

5、在治疗过程中如需要暂停治疗，请触摸“暂停”图标，如需继续治疗，请触摸“继续”图标，治疗继续进行，如需终止治疗请触摸“终止”图标，即可结束治疗。

三、注意事项

1、照射部位不要覆盖衣服等，直接照射治疗部位。



- 2、拔针前半小时至一小时，请停止照射。
- 3、使用时请依照距离指示杆为距离标准。
- 4、治疗时间每次不低于 40 分钟，以免影响治疗效果。
- 5、治疗结束后 30 分钟，照射部位注意保暖。
- 6、禁忌症：昏迷患者、严重心肝病患者、孕妇及哺乳期妇女、动静脉瘘管损坏严重治疗仪不能修护者、皮肤破损严重不宜照射不能耐受治疗仪患者。

四、保养与维护

- 1、日常维护：运行治疗仪，检查治疗仪各部位

功能是否正常。

- 2、可用湿布对治疗仪进行擦拭，擦拭中应拧干清洁布，避免水渗入治疗仪中。
- 3、保持治疗头的清洁，防止灰尘堵塞治疗头的散热孔。
- 4、定期维护：每三个月对设备进行全面检查仪次，认真维护保养。
- 5、不要用挥发油、稀释剂有机溶液等擦拭机体，以免伤及漆膜或引起漆膜变色。

第六节 耳用微波治疗仪使用法

一、护理评估

- 1、观察患者耳朵皮肤颜色、血运、有无伤口、有无肿胀、分泌物。
- 2、评估患者意识、患耳是左边还是右边、有无损伤、感染。

二、护理措施

- 1、双人核对医嘱，确定做微波治疗患耳是左侧还是右侧。
- 2、核对患者手腕带，核对患者床号、姓名、住院号、诊断。核对无误后嘱患者平卧或者侧卧，将患耳朝上。
- 2、将机器温度调至 25 度 -30 度左右，应注意观察治疗仪温度是否适宜，防止将患者烫伤。
- 3、将治疗仪放在患耳 20cm 上方，将仪器使用时

间调至 20 分钟。

- 4、观察患耳皮肤颜色，询问患者温度感觉是否舒适。

三、健康指导要点：告知患者使用目的和注意事项。

四、注意事项

- 1、双人核对医嘱，确定患者做微波治疗患耳是左侧还是右侧。
- 2、告知患者如在做微波过程中出现温度过高、疼痛等不适应及时通知护士。
- 3、如在使用过程中患者诉温度过高、疼痛不适等护士应调整治疗仪温度或停止使用治疗仪。
- 4、观察使用治疗仪后的疗效及时向医生反馈。

第七节 肺部理疗仪使用法

一、使用前评估

- 1、了解患儿年龄、身体状况、病情、意识状态、皮肤情况

- 1、评估理疗仪的性能。

二、使用要点

（一）操作步骤

- 1、将治疗电极分别插入相应的输出插孔。
- 2、打开电源开关。
- 3、选择合适的模式和时时间。
- 4、用清水清洁皮肤将超声电极将电极贴片贴敷于相应穴位上并固定。
- 5、按治疗键开始治疗。
- 6、根据年龄调整强度。

（二）理疗仪维护、消毒：超声治疗头使用后清洁干净，用浓度为 98% 的医用酒精进行常规消毒，可延长探头的使用寿命。

三、健康指导要点：告知患儿家长学位贴揭去后会有皮肤发红的现象属正常反应，1 小时可自行退去，不必担心。

四、注意事项

- 1、理疗仪输出电极能量盘的温度有可能超过 45℃，应加强巡视，避免灼伤。
- 2、严禁在通电情况下插拔治疗头及各连接件。
- 3、尽量远离强电磁场的设备，以免影响理疗仪正常工作。
- 4、严禁将治疗电极放在心前区使用，以免发生意外。
- 5、年龄小于 6 个月的患儿慎用理疗仪。
- 6、合并心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发病患儿禁止肺部理疗。
- 7、安装有心脏起搏器的患儿禁用理疗仪。

第八节 专科类设备护理常规



一、化疗泵使用法

一、护理评估

1、评估化疗泵微电脑装置的性能及储液囊的严密完好性。

2、评估患者中心静脉导管是否通畅。

3、向患者解释使用化疗泵的目的、注意事项，以取得合作。

二、护理措施

1、仔细核对药物，在治疗室安装微电脑化疗泵。
2、将充满药物的泵盒接口与微电脑化疗泵的接口相连接，并卡紧。

3、安装电池。

4、连接泵盒与连接管。

5、打开电源开关，待机器自检完毕，设置输液总量和输液速度。

6、再次排尽空气。

7、核对床号、姓名、住院号 PDA 扫描腕带，向病人解释，以取得合作。

8、将泵盒连接管与病人静脉输液管相连接后按“运行”键，开始输液。

9、将微电脑化疗泵置于专用背包中，放在病人

床头，若病人下床则可斜挂在肩上。

10、再次核对，并向病人讲解注意事项。

11、协助病人取舒适卧位，整理床单位，询问病人需要。

12、清理工用物。

13、洗手，脱口罩。

14、记录化疗泵输注时间。

15、加强巡视，观察化疗泵储液囊药液减少情况。

三、健康指导要点

1、指导患者避免置管侧手臂用力过度和剧烈活动，防止导管扭曲打折。

2、指导患者不应随意调节化疗泵，如有异常立即通知护士。

四、注意事项

1、掌握各种功能键的使用方法及各种故障处理方法。

2、随时查看微电脑化疗泵工作状态，及时处理故障。

3、注意观察病人穿刺部位、注射针头和微电脑化疗泵接口处的液体有无渗漏。

二、微量泵使用法

一、操作前评估

1、评估患者病情、心理情况、患者的配合能力，并进行告知。

2、评估药物的作用。

3、评估微量泵的性能、电池。

二、操作要点

1、核对医嘱、患者、药物。

2、向患者解释药物相关知识及使用微量泵的目的、注意事项。

3、按医嘱准备静脉推注药物及接好延长管。

4、将微量泵固定在输液架上。

5、安装注射器，将延长管与头皮针连接。

6、打开电源开关。

7、根据医嘱及患者情况设置注射速度。

8、按压启动键后，工作状态指示灯变亮或者闪烁，表示开始注射。

10、改变注射速度时，先按压停止或静止键，再进行调整，调整后再按压启动键。

11、二人核对设置速度是否正确。

三、健康指导要点

1、告知患者使用微量泵的目的，输入药物的名称、输液速度。

2、告知患者输液肢体不要进行剧烈活动。

3、告知患者及家属不要随意搬动或者调节输液泵，以保证用药安全。

4、告知患者有不适感觉或者机器报警时及时通知医护人员。

四、注意事项

1、使用微量泵过程中的安全防护

(1) 严格执行三查七对制度。

(2) 告知患者药物的特殊性，使用微量泵的重要性，嘱咐不能擅自调速。

(3) 安装正确，延长管足够长，最大限度满足患者的活动需求，经常巡视患者。

(4) 注意用电安全。

2、药物使用过程的观察

(1) 密切观察注射部位皮肤及血管情况。

(2) 观察微量泵的运转是否正常，及时处理输液故障。

(3) 每班准确记录药物使用开始及结束时间、注入量、速度、效果。

(4) 密切观察患者使用注射药物的反应、效果与副作用。

(5) 烦躁的患者要专人看护。

三、臭氧阴道冲洗法



一、护理评估

- 1、评估患者的病情、意识状态及合作程度。
- 2、评估患者阴道有无出血。

二、护理措施

- 1、核对医嘱，核对病人信息，评估病人，询问是否排空小便。
- 2、准备用物（天气寒冷时注意关闭门窗，调节室温）。开臭氧开关，制液温度设置（38-41℃）。
- 3、核对床号、姓名、住院号，询问有无阴道出血及性生活史，讲解操作目的，带病人至检查室。
- 4、协助病人脱去近侧裤腿盖在另一边，并给病人穿上棉裤套，协助取截石位。
- 5、洗手，戴口罩。再次核对病人信息，询问有无性生活史。
- 6、将一次性治疗巾垫于病人臀下，戴手套，取出一次性窥阴器并用棉球润滑。消毒会后嘱病人深

四、微波治疗法

一、护理评估

- 1、评估患者的病情、意识状态及合作程度。
- 2、了解患者手术恢复情况，观察伤口敷料是否干燥。

二、护理措施

- 1、核对医嘱，核对病人信息，评估病人。
- 2、准备用物（天气寒冷时注意关闭门窗，调节室温）。开微波治疗仪开关，选择理疗模式，设定功率 25W-30W，设定治疗时间 15-20 分钟。
- 3、核对床号、姓名、住院号，询问患者有无不适，暴露伤口敷料处。

五、电子胎心监护仪使用法

一、护理评估

- 1、评估孕周、胎方位。
- 2、产妇腹部皮肤状况、腹形。
- 3、有无宫缩，胎动情况。
- 4、排空膀胱、舒适体位。
- 5、告知使用注意事项。
- 6、做好解释工作，取得配合。

二、护理措施

- 1、核对医嘱，备齐用物，衣帽整洁、洗手，携用物至床旁。
- 2、核对病人，解释操作的目的，评估病人，指导病人配合。
- 3、遮挡病人保护隐私。
- 5、协助摆体位（15度斜坡位，左侧 30°），暴露腹部，应用四步触诊法判断胎背的位置。
- 6、涂耦合剂于听诊探头上打开开关，将听诊探头（听筒）放在胎背处听诊，如有宫缩，应在宫缩间

吸气，将一次性窥阴器头端闭合，放置窥阴器于阴道内，充分暴露宫颈。

7、右手持冲洗器，冲净阴道壁四周及宫颈前后穹窿分泌物，注意观察宫颈糜烂程度及白带情况，有异常及时与医生沟通。

8、操作中注意与病人沟通，减轻紧张心理。

9、冲洗干净后，退出窥阴器，脱手套，协助病人穿衣裤。

10、整理用物，关闭冲洗开关，洗手，脱口罩。

11、向病人讲解臭氧冲洗后注意事项。

三、健康指导要点：告知患者阴道冲洗的目的。

四、注意事项

- 1、注意保暖及保护病人隐私。
- 2、动作轻柔，避免损伤阴道粘膜。
- 3、冲洗时需转动窥阴器，注意擦净阴道壁四周。

4、探头距离敷料处 2-3cm，询问患者感觉，注意保暖及保护病人隐私。

5、治疗完毕，关闭电源开关，整理患者床单位。

三、健康指导要点：告知患者理疗的目的。

四、注意事项

- 1、热敏感差的患者通常不用微波治疗。
- 2、微波具有一定的穿透性，每次理疗时病人感觉温热即可，如果感觉太烫，应降低功率，以免烫伤。
- 3、病人的眼球、睾丸及孕妇的腹部不得照射。
- 4、对有心脏起搏器的患者不得理疗。
- 5、微波治疗时应取下病人随身携带的金属物。

歇听诊。

7、听到钟表“滴答”双音后，记数 1 分钟。

8、注意胎心的频率、节律、强弱，注意与腹主动脉音、子宫杂音、脐带杂音相鉴别。

9、告知胎心音正常范围及所测结果，擦去腹部及探头耦合剂，协助孕妇穿衣，恢复舒适体位。

10、告知孕妇自我监测胎动的重要性，教会孕妇自我监测胎动方法。

11、关闭监护仪，拔去电源，规范放置仪器。

12、整理床单位，询问产妇需要。

13、洗手，记录胎心数值，粘贴报告单，异常告知医生，必要时吸氧复查。

三、健康指导要点：

- 1、指导孕妇自我监测胎动。
- 2、指导了解产妇临产征兆及正常产程进展经过。

四、注意事项：

- 1、室内环境安静，孕妇积极配合。



2、胎心音要与子宫动脉杂音、腹主动脉杂音、脐带杂音鉴别。

六、多功能乳房理疗仪使用法

一、护理评估

1、评估产妇乳房及周围皮肤情况。
2、评估产妇乳房是否胀痛、硬块、乳汁分泌是否通畅。

3、协助排空膀胱，取平卧位，保护隐私。
4、告知注意事项，做好解释工作以取得产妇配合。

二、护理措施

1、核对医嘱，评估产妇乳房情况，做好解释，取得配合。
2、携用物至床旁，进行遮挡，保护隐私。
3、取平卧位，置固定带于背部，开电源开关。
4、将耦合剂均匀涂于双侧探头黑色区域，置探头于乳房中央区域，使乳头、乳晕区露于探头外。
5、使用固定带，将探头固定，松紧适宜。
6、根据产妇情况选择相关程序、调节双侧治疗功率，避免过强或过弱。
7、盖好被单，整理床单位，询问需要。
8、治疗完毕，清理用物，擦净产妇乳房耦合剂，

3、注意保护隐私、保暖。

4、压力探头勿涂耦合剂，腹部固定松紧适宜。

热毛巾擦洗双侧乳房，协助产妇穿好衣扣，整理床单位，询问需要。

9、整理用物，进行相关登记，湿布擦净探头，干燥处晾干备用。

10、背部固定带定期进行清洗消毒，如有污染立即更换消毒。

三、健康指导要点

1、指导保持泌乳通畅。
2、指导按需哺乳，注意个人卫生。

四、注意事项

1、进行治疗前，应仔细检查治疗仪各接头衔接是否良好。
2、保持治疗部位干燥，避免导电。
3、选择合适功率，避免过强损伤皮肤，过弱治疗效果欠缺。
4、及时清洁探头，及更换固定带。
5、指导产妇治疗后充分清洁乳房及乳头后行母乳喂养。

七、新生儿呼吸机辅助通气术

一、护理评估

1、评估患儿的病情、意识、生命体征及体重。
2、评估患儿人工气道状况。
3、评估患儿合作程度，是否烦躁不安。

二、护理措施

1、在患儿肩下垫一小毛巾，使颈部伸展，气道开放。

2、观察患儿胸廓起伏与呼吸机是否同步，听诊双侧呼吸音是否对称，注意患儿有否呼吸困难表现，使用呼吸机后，若患儿表现安静，呼吸平稳，缺氧症状减轻或消失，证明通气适宜，反之，则证明通气不足，应查找原因，及时发现管道漏气、痰堵等情况，并及时予以处理。
3、观察呼吸机管道有否受压、扭曲。

4、观察湿化瓶中水位有否下降，及时添加无菌蒸馏水，避免干吹。

5、及时倒去集水杯及管道里的冷凝水，倒去管道里的冷凝水时应注意避免冷凝水返流入患儿气道中。

6、听诊肺部啰音情况，及时有效地吸痰，保持呼吸道通畅。吸痰时两人配合，严格无菌操作，观察吸出痰液的量、颜色及性质并做好记录。

7、观察并记录气管导管插入深度，严防气管导管移位及意外拔管。发现胶布松脱或潮湿后随时更换，搬动患儿及翻身时，应固定气管导管以防脱出，患儿烦躁时，可遵医嘱使用镇静剂。

8、加强病情观察。观察并记录患儿意识、心率、呼吸、血氧饱和度、面色、口唇和甲床颜色、出入量。

9、呼吸机报警时应及时查明原因并予以处理。

三、健康指导要点：向家长讲解病情，告知目前的情况和使用呼吸机辅助通气的目的及必要性。

四、注意事项

1、每天口腔护理2次。
2、每4小时更换体位一次，观察皮肤的完整性，尤其注意观察骨突、受压部位有否形成压疮。
3、保持室内空气新鲜，病房每日定时通风换气2次，每次30分钟。注意床单位的清洁消毒。

八、新生儿温箱使用法

一、护理评估

评估胎龄、日龄、出生体重及生命体征。

二、护理措施

1、调节暖箱温度及相对湿度。严禁骤然提高或

降低温箱温度，以免患儿体温骤升、骤降造成不良后果。

2、患儿入暖箱后可穿单衣、裹尿布。

3、一切护理操作应尽量在箱内进行，如喂奶、



换尿布、清洁皮肤、观察病情及检查操作可从边门或袖孔伸入进行,尽量少打开箱门,以免箱内温度波动,若确因需要暂出暖箱检查治疗,也应在保暖措施下进行,避免患儿受凉。

4、定时测量体温,根据体温调节箱温并做好记录,在患儿体温未升至正常之前,应每小时监测一次,升至正常后可每4小时测一次,并保持体温在36—37℃之间并维持相对湿度55%—65%。

5、保持暖箱的清洁

(1)暖箱使用期间应每天用清水擦拭暖箱内外,如特殊感染患儿使用暖箱应每天用消毒液擦拭,若遇奶渍、葡萄糖等沾污应随时将污迹擦去,每周更换暖箱一次,以便清洁、消毒。每月细菌培养,以检查清洁消毒的质量。如培养出致病菌应将暖箱搬出病房彻底消毒,防止交叉感染。

九、新生儿脉氧监测仪使用法

一、护理评估

- 1、评估患儿病情及生命体征。
- 2、评估患儿周围环境。

二、护理措施

- 1、协助患儿取舒适卧位。
- 2、检查患儿四肢末端血运情况及皮肤情况。
- 3、对躁动患者固定好导线,避免打折、缠绕及探头脱落。
- 4、使用过程中,每4小时更换探头一次,避免烫伤皮肤。
- 5、密切观察监护仪显示数值,及时处理异常情况。

十、光疗法

一、护理评估

- 1、评估患儿黄疸程度,胆红素值的结果。
- 2、评估患儿精神状态、生命体征,观察皮肤是否完整。

二、护理措施

- 1、检查灯管有效期,保持灯管及反射板的清洁,以免影响光疗效果。
- 2、测量生命体征,戴护眼罩,系好尿布,裸体置于蓝光箱中。
- 3、每4小时测生命体征一次。根据医嘱决定总疗程的时间。
- 4、蓝光治疗过程中,定时观察护眼罩、尿布有无脱落。结束后,检查皮肤有无破损及眼部感染情况。
- 5、保证足够液体摄入,2次喂奶期间可喂水1次,不能经口喂养者要保证静脉输血量。
- 6、若单面光照,每4小时更换体位1次;双面光照可以不翻身,但要注意骨突处皮肤受压情况并给以积极处理。

(2)水槽内蒸馏水每天更换一次,以免细菌滋生,空气净化垫应每2月更换一次,若破损随时更换。

(3)患儿出箱后,暖箱应进行终末清洁处理。

三、健康指导要点:告知家属患儿病情变化,取得配合。

四、注意事项

- 1、暖箱应避免阳光直射,使用暖箱时室温不宜过低。冬季避开热源及冷空气对流处。
- 2、工作人员接触患儿前必须洗手,防止交叉感染。
- 3、每日清洁暖箱,更换蒸馏水。
- 4、治疗、护理应集中进行,如需抱出患儿时,注意保暖。
- 5、每周更换暖箱并进行彻底消毒,每月进行细菌学监测。
- 6、经常检查,暖箱出现异常及时处理。

三、健康指导要点

向家长讲解病情,告知患儿目前的情况和使用脉氧监测仪的目的及必要性。

四、注意事项:

- 1、正确设定报警界限,不能关闭报警声音,报警声音调节至合适分贝,不能过高或过低。
- 2、避免在监护仪周围使用手机,其他仪器应与监护仪保持一定距离,避免电磁波干扰。
- 3、放置探头时应避开皮肤破损、瘢痕、静脉输液等处。
- 4、保持监护仪的清洁,每次使用后做好终末处理。

7、严密观察病情变化,发现异常情况及时报告。

- (1)监测生命体征。
- (2)观察黄疸消退程度、胆红素变化。
- (3)有无呕吐与大小便情况(包括性质、次数和量)。在治疗过程中出现轻泻,如解深绿色稀便,泡沫多,小便深黄时,属于正常反应,可随病情好转而消失。
- (4)皮肤有无皮疹和颜色改变。
- (5)患儿的精神状态等。

三、健康指导要点:向家属解释光疗的目的及注意事项,以取得配合。

四、注意事项

- 1、光疗过程中应加强巡视,防止出现眼罩脱落。
- 2、注意观察光疗副作用(发热、腹泻、贫血、低血钙、青铜症、核黄素缺乏与溶血、皮疹)。
- 3、注意灯管使用时间,超时应更换灯管(普通灯管1000h,LED灯管5000h)。
- 4、光疗前后及期间要严密观察胆红素变化,以



决定是否继续光疗。

十一、新生儿经鼻塞持续气道正压通气术

一、护理评估

- 1、观察患儿皮肤颜色及生命体征的变化。
- 2、评估胎龄、体重、鼻腔粘膜有无损伤、感染及是否通畅。

二、护理措施

- 1、在患儿肩下垫一小毛巾，使颈部伸展，气道开放。
- 2、观察机器上显示的呼气末正压是否与设置值一致，若低于设置值，应注意观察管道连接是否紧密，患儿嘴巴张开时压力无法维持，应设法使患儿嘴巴闭合。
- 3、及时添加无菌蒸馏水至湿化瓶中，避免干吹。
- 4、每4小时翻身一次。
- 5、做好口腔、鼻腔护理，加强口腔护理。口、鼻腔分泌物较多时予吸痰，吸痰动作应轻柔，避免损伤鼻腔粘膜。

6、保护鼻中隔，可用红霉素眼膏涂于双侧鼻腔及鼻翼周围。

7、观察患儿是否出现腹胀，若出现腹胀，应定时予胃肠减压，并使胃管开放以利气体的排出。

8、观察呼吸困难有否改善，血氧饱和度是否在正常范围。

三、健康指导要点：向家长讲解病情，告知目前的情况和使用CPAP的目的。

四、注意事项

- 1、每连续使用四小时，应清理患儿的鼻腔，停留10分钟，防止鼻粘膜损伤。
- 2、如压力指示为零，可能为鼻塞漏气、脱落、扭曲，应重新固定。
- 3、压力显示指针无波动，提示鼻腔堵塞，及时清理。

十二、新生儿开放式辐射抢救台使用术

一、护理评估

- 1、评估病室环境及温度。
- 2、评估患儿病情。

二、护理措施

- 1、开放式辐射抢救台置于避风温暖处。保持病室温度24-26℃。
- 2、病房应经常用湿拖把拖地或用湿化器维持病房湿度在55%-65%。
- 3、注意患儿液体的补充。
- 4、保持患儿呼吸道通畅。加强巡视，防止探头脱落。
- 5、每4小时测量体温一次，使患儿体温维持在36-37℃。

三、健康指导要点：向家长讲解病情，告知目前的情况和使用开放式辐射抢救台的目的。

四、注意事项

- 1、由于开放式辐射抢救台通过对流、蒸发散热，氧耗较高，且小儿体表的热分布不均匀，不适应2kg以下新生儿。
- 2、探头金属面每天用75%乙醇擦拭，以保持灵敏度。
- 3、凡是用呼吸机患儿，开放式辐射抢救台应有一层透明且透气性强的塑料薄膜覆盖，可以减少不显性失水，减少对流及辐射散热。
- 4、每天用湿毛巾擦拭辐射抢救台四周床栏及台架。
- 5、停止使用时先关控制仪开关，再关电源开关，最后拔电源插头。用含氯消毒液擦拭再用清水擦拭进行终末处理。

十三、新生儿心电监护使用法

一、护理评估

- 1、查对患儿，向家属解释操作的目的、方法及如何配合，了解患儿病情。
- 2、评估患儿心率、心律情况。
- 3、评估患儿有无过敏史、胸前部皮肤有无皮疹、伤口等。
- 4、保护患儿隐私、注意保暖。
- 5、与患儿家属沟通语言规范，态度和蔼，环境安静、清洁、舒适。

二、护理措施

(一) 操作前准备

- 1、无长指甲，洗手、戴口罩。
- 2、核对医嘱、执行单。
- 3、备齐用物，放置合理、有序。治疗车上层：放心电监护仪、治疗碗3个、听诊器、医嘱执行单；治疗车下层：放弯盘、电插板、手消毒液，另备屏风。
- 4、检查心电监护仪是否完好，完全，处于备用状态。

(二) 操作过程

- 1、监护



(1) 携用物至床旁,再次查对患儿并向家属解释,以取得配合。

- (2) 调节室温,遮挡患儿。
- (3) 协助患儿取舒适卧位。
- (4) 接地线、电源线、监护导联线。
- (5) 打开电源开关。
- (6) 选择电极膜粘贴位置,用乙醇脱脂、去污。
- (7) 导联线与电极膜链接。
- (8) 再次核对患儿。
- (9) 粘帖电极膜正确。
- (10) 导联线固定牢固,为患儿系好衣扣、盖被。
- (11) 示波屏上显示波形,按“Lead Select”

键选择适当导联。

(12) 按“EFG Size”键,调整心电图波形大小,振幅 $> 0.5mV$ 。

(13) 按“HR Alarm”调整心率报警上下限,选择报警范。

(14) 手消毒,再次核对患儿,签名、记录。

(15) 观察心率,向属做好解释

2、停用心电监护

十四、新生儿人工呼吸机使用法

一、护理评估

1、评估患儿病情、意识、生命体征、呼吸道通畅程度,排痰情况及血氧饱和度,了解患儿的体重、血气情况。

2、向患儿家属解释操作目的。

3、周围环境安静、整洁,光线明亮,与家属沟通态度和蔼。

二、护理措施

(一) 操作前

1、无长指甲,洗手、戴口罩。

2、核对医嘱单、执行单。

3、按需要备齐用物,放置合理、有序。治疗车上层放听诊器、无菌注射用水 500ml、用氧四防牌、治疗盘(内置呼吸机管路 1 套、湿化罐);插板、模拟肺、手消毒液,另备呼吸机 1 台。

(二) 操作过程

1、携用物至床旁,再次核对患儿,向家属讲明目的、意义,取得配合。

2、协助患儿取舒适体位。

3、将模拟肺置于合适位置。

4、装呼吸机湿化罐于湿化加热器上。

5、连接呼吸机管道,湿化罐加无菌注射用水。

6、将呼吸机管道与模拟肺相连。

7、应用支架将呼吸管路支撑架起。

(1) 查对患儿,向患儿家属解释目的。

(2) 调节室温,注意保暖。

(3) 将电极膜与导联线分离。

(4) 将弯盘置枕旁。

(5) 将患儿电极膜取下置于弯盘内,并将弯盘置于治疗车下层。

(6) 用纱布擦净皮肤,协助患儿穿衣。

(7) 听诊心率,心律。

(8) 关机。

(9) 拔除电源线及地线

(三) 操作后

1、协助患儿取舒适卧位,整理床单位。

2、正确处理物品、洗手,记录并签字。

三、指导要点:告知患儿家属心电监护的目的及注意事项。

四、注意事项

1、观察心率,心律波形,发现异常及时报告医师。

2、患儿更换体位时妥善保护导联线。

3、注意保暖。

8、连接氧气管道。

9、接电源。

10、依次打开压缩机、主机、湿化罐开关。

11、根据患儿病情、血气值调整呼吸机的工作模式及参数。

12、检查呼吸机管道链接是否紧密,检查呼吸机的运转情况,并观察模拟肺显示的潮气量与设置是否相等,与呼吸机显示窗上的潮气量数值是否相等。

13、去掉模拟肺,连接患儿。观察显示窗的各项参数是否正确,听诊双肺呼吸音,观察胸廓起伏。

14、将呼吸机管道前端放入暖箱,记录用呼吸机的时间。

15、观察患儿的病情及呼吸机运转、报警情况,根据病情及血气值及时调整呼吸机参数。

(三) 操作后

1、协助患儿取舒适卧位,整理床单位。

2、正确处理用物。

3、洗手,记录。

三、健康指导要点:告知患儿家属人工呼吸机的目的、方法,取得家属的配合。

四、注意事项:

1、执行标准预防,预防医院感染。

2、及时处理报告。

十五、中心静脉导管(CVC)维护的护理



一、护理评估

- 1、导管固定情况，导管是否通畅。
- 2、穿刺点局部和敷料情况。
- 3、贴膜更换时间、置管时间。

二、护理操作要点

1、暴露穿刺部位，将敷料水平方向松解，脱离
5、关闭 CVC 导管夹，无菌技术打开肝素帽的包装，用生理盐水预充肝素帽把原来的肝素帽去掉，消毒肝素帽，用不小于 10ml 注射器抽好生理盐水，把注射器的针头插入肝素帽，用脉冲方式冲入生理盐水正压封管：在注射最后 0.5ml 生理盐水时，边注射边向后缓慢拔针。

7、整理用物、洗手。在透明敷料上注明导管穿刺、换药时间、换药者姓名。

三、健康指导要点

- 1、导管放置期间避免淋浴，以防止水渗入敷料引起感染。
- 2、患者翻身移位时，注意保护，以防导管滑出。
- 3、穿刺点有疼痛、发痒等不适，应及时与医护人员联系。

十六、除颤仪使用法

一、护理评估

- 1、病人意识、颈动脉搏动。
- 2、心电图显示、病人心前区监测电极的连接情况。
- 3、病人呼吸、心律、血压。
- 4、电极板接触皮肤情况。

二、护理措施

- 1、电极板涂上导电糊。
- 2、按 ON 键，打开电源开关，选择正确的除颤方式。
- 3、按 ENERGY SELECT (能量选择) 选择能量：单相：200J—300J—360J 成人 双相：120J—150J—200J 非同步除颤 小儿：2—5J/kg。
- 4、同步电复律时：按医嘱进行，最小从 50J 开始。
- 5、充电：按 APEX 电极板侧面手柄上的黄色按钮充电键 (charge 键)，充电时红色指示灯亮，充满电时仪器会发出声音。
- 6、放电：将电极板紧贴病人胸部，按 Shock 键，放电时，术者及其他人员切勿碰到病床、病人或者任何连接到病人身上的设备 (避开导电体)。

- 7、关机。
- 8、整理床单位
- 9、协助患者取舒适体位。
- 10、整理用物分类放置。
- 11、洗手、记录。

三、健康指导要点

- 1、继续观察心率、心律、呼吸、血压、面色、肢体情况及有无栓塞表现，

皮肤后自下而上去除敷料。

- 2、洗手，打开无菌换药包，戴好无菌手套。
- 3、以穿刺点为中心用酒精消毒皮肤三次，待干后，碘伏消毒三次。
- 4、贴好新的贴膜，妥善固定。

毒路厄氏接头的外面，连接新的肝素帽。

- 4、不可随意调节输液滴注速度。

四、注意事项

- 1、出现液体流速不畅时，使用 10ml 注射器抽吸回血，不应正压推注液体
- 2、输入化疗药物、氨基酸、脂肪乳等高渗、强刺激性药物或输血前后，应及时冲管
- 3、无菌透明敷料每 48 小时更换 1 次，纱布敷料常规每日更换 1 次，出现渗血、出汗等导致的敷料潮湿、卷曲、松脱或破损时立即更换。
- 4、观察中心静脉导管体外长度的变化，防止导管脱出。

2、卧床休息 1 天~2 天，给予高热量，高维生素，易消化饮食，保持大便通畅。

- 3、房颤复律后，继续服用药物维持，并观察药效及不良反应。
- 4、向病人说明诱发因素，如过度劳累、情绪激动等，防止复发。

四、注意事项

- 1、必须在患者无知觉时进行除颤。
- 2、除颤前要识别心电图类型，以正确选择除颤方式。
- 3、除颤电极板放置部位要准确，局部皮肤无潮湿、无敷料。如带有植入性起搏器，应避免起搏器部位至少 10cm。
- 4、消瘦的病人垫 4~6 层盐水纱布。
- 5、导电糊涂抹均匀，两块电极板之间的距离应超过 10cm。不可用耦合剂替代导电糊。
- 6、除颤时，操作者及周围人员不要接触患者或接触连接患者的物品，尤其金属物品。
- 7、病人如果在输液过程中需要除颤，应将针头固定牢固。

8、除颤仪默认的除颤方式为非同步除颤，需同步除颤时按 SYNC ON/OFF 键，如心房颤动、心房扑动室性心动过速、室上性心动过速。

9、除颤仪用后应保持清洁，擦掉电极板上的导电糊。

- 10、保持除颤仪处于完好备用状态，定点放置，



定期检查其性能，及时充电。

十七、心电图机使用法

一、护理评估

- 1、评估受检者是否充分休息
- 2、向病人解释心电监测的目的、方法，检查皮肤情况（无过敏及溃烂），取得配合。
- 3、评估周围环境，光照情况及有无电磁波干扰。

二、护理措施

- 1、准备用物，将心电图机推至病人床旁。
- 2、核对床号、姓名，并向病人解释。
- 3、患者取平卧位，暴露胸部及四肢。
- 4、用酒精棉球擦拭心电极贴放部位。
- 5、将肢体导联4个夹子分别以“红黄绿黑”顺序依次夹在右上肢\左上肢\左下肢\右下肢，使金属片置于肢体内侧。
- 6、胸导联6个小球放置如下：V1：右侧胸骨旁线第4肋间，V2：左侧胸骨旁线第4肋间，V3：V2与V4连线中点，V4：左侧锁骨中线第5肋间，V5左腋前线与V4水平，V6：腋中线与V5水平。
- 7、连接电源线，打开开关，置于“AC<交流>”，晶体灯发出亮光。
- 8、把光标调至TEST，自动。
- 9、按动：“开始 停止”键，即可做常规十二导联。

十八、脑循环功能治疗仪使用法

一、护理评估

- 1、评估患者发病部位、症状、相关因素
- 2、评估既往史及心理状态等

二、护理措施

- 1、物品准备 脑循环治疗仪，生理盐水棉球，必要时备浴巾、屏风
- 2、患者准备 核对姓名、诊断、部位、方法，解释，取合理体位，暴露施治部位，冬季注意保暖。
- 3、仪器准备 打开电源，确定治疗仪的正常运转，放置电极，正确选择处方，告知患者感觉（如蚁咬感），调节输出强度。
- 4、打开电源，确定治疗仪的正常运转，放置电极，正确选择处方，告知患者感觉，调节输出强度。
- 5、观察局部皮肤及病情变化，询问患者有无不适。
- 6、整理床单位，协助衣着，舒适卧位，清理物品，洗手
- 7、根据医嘱的要求，观察脑循环治疗仪治疗后的客观详细情况，及时调整治疗方案。

三、健康指导要点

十九、胃肠起搏仪使用法

一、护理评估

三、健康指导要点

1、记录心电图前，评估受检者不应剧烈运动，饱餐，饮茶，喝酒，吃冷饮或吸烟。

2、不带有电磁波干扰的东西在身边

四、注意事项

- 1、根据患者病情，协助患者取平卧位或半卧位。
- 2、在监测过程中，密切观察，及时处理干扰和电极脱落。
- 3、每日定时回顾24h心电监测情况，必要时记录。
- 4、正确设定报警界限，不能关闭报警声音。
- 5、定期观察患者粘贴电极片处的皮肤，定时更换电极片。
- 6、排除干扰：病人静卧，电极片要贴紧，监护仪要离墙放置，病床及病人要离开墙壁，其它电器与监护仪要有一定距离，病室内不得使用手机等通信设施。
- 7、病人更换体位时，妥善保护导联线，同时注意为病人保暖。对躁动患者妥善固定，避免电极片脱落以及导线打折缠绕。
- 8、停机时，先向患者说明，取得合作后关机。

1、适应症：脑梗塞、脑供血不足、脑出血恢复期、中风康复、中风预防、头痛、偏头痛、头晕、脑外伤促醒、脑外伤恢复等脑血管与神经系统疾病。

2、禁忌症

- 1 有出血倾向的患者（如：脑出血急性期、凝血机制障碍等）；
- 2 严重心脏病或带有心脏起搏器的患者；
- 3 有颅内感染或颅内肿瘤患者；
- 4 有颅内血管金属支架植入者。

四、注意事项

- 1、皮肤清洁使用无刺激的水，禁用酒精。
- 2、电极片可重复使用，应注意黏性，及时更换。
- 3、机械手表应远离治疗区。
- 4、严禁拽拉治疗线。
- 5、治疗帽禁止浸泡高压。
- 6、避免靠近胸部。
- 7、避免靠近微波治疗，高频手术设备。
- 8、治疗帽内可使用一次性帽子。

1、评估患者的病情、意识、治疗情况，心理反



应及合作程度，有无禁忌症，既往有无插管经历。

2、患者鼻腔有无炎症、息肉、有无鼻中隔弯曲等，有无活动性义齿。

3、了解病人有无上消化道出血史、严重的食道静脉曲张、食管梗阻、鼻腔出血，以防发生损伤。

二、护理措施

1、备齐用物推至病人床旁。解释操作目的和方法以获得合作。

2、检查胃管是不是通畅，双腔管的气囊有没有漏气及气囊容量多少。

3、按插胃管方法，将胃管或双腔管插入胃腔或肠道。

4、检查胃肠管是不是在胃内

5、用注射器抽尽胃内容物，用胶布固定在鼻尖部，接上胃肠减压器。

6、如系米1阿氏管，待管吞至75cm时，由管内抽出少许液体，作酸碱度实验，如为碱性，即表示管之头端已已通过幽门，此时用注射器向气囊内注入20(3)0ml空气，并夹闭其管口，以后依托肠蠕动，管头端便可达阻塞近端肠曲，到达肠减压的目的。

7、用别针将减压器导管固定在床单上。检查减压器工作无异常后，公道安置病人，整理用物。

三、健康指导要点

1、适用于消化道功能性疾病所引起的以下症状的治疗：餐后饱胀；上腹胀；上腹痛；早饱；暖气；

厌食。

2、可用于以下疾病所引起的上述症状的治疗：胃肠节律紊乱综合征；伴功能紊乱的浅表性胃炎；功能性消化不良；胃轻瘫；胃下垂；也可试用于以下疾病所引起的相关症状的治疗：术后肠功能紊乱；肠易激综合征；习惯性便秘；其它功能性胃肠道疾病或术后综合征。禁忌症严重出血性消化道疾病（胃穿孔、肠穿孔）；严重心脏病；肠梗阻；其它胃肠道严重器质性疾病；孕妇。

四、注意事项

1、保持良好的减压吸引作用。

2、病人延续实施减压时，注意口腔卫生的护理，逐日给予雾化吸入以减少对咽喉的刺激。

3、应及时倾倒抽出液，每次倾倒前注意视察抽出液的性质、色彩和量并详细记录。

4、在胃肠减压进程中，如给予口服药物，应停止吸引1小时。

5、拔管时间由医师决定，但一般胃肠手术后2-3天，胃蠕动功能恢复正常，并出现肛门排气，无明显腹胀时，便可拔管。如系双腔管先将气囊内空气抽尽，但双腔管仍留在肠内以备反复施术，直至腹胀无复发的可能时，始可将管子拔出。

6、胃管拔出后，擦净鼻腔分泌物及面颊部的胶布污迹，然后将用物带回，分别清洗擦净放回原处。

8、每一位置持续振动1-2分钟，1-2分钟后，叩击头上移继续持续振动。

9、当给予患者患侧振动治疗时，应注意，振动位置避开伤口10公分。

10、在振动治疗的过程中，护士注意观察患者生命体征、倾听患者不适主诉。

11、治疗结束后5-10分钟，协助患者拍背咳痰。

三、健康指导要点

1、振动排痰治疗仪的慎用情况

1 操作部位出现出血点和/瘀斑；

2 新出现血痰；

3 病人出现心率增加、血压等生命体征变化。

四、注意事项

1、使用叩击头，要使用塑料或一次性纸质叩击罩，可避免交叉感染。

2、每日治疗2-4次，选择餐前1-2小时或餐后2小时进行治疗，治疗前进行20分钟雾化吸入治疗，治疗后5-10分钟协助患者拍背咳痰。

二十、排痰仪使用法

一、护理评估

1、评估患者生命体征及身体状况：病情、年龄、意识、活动是否受限、自理程度、有无禁忌症。

2、向患者解释降温的目的、方法、注意事项、配合要点，取得患者的合作。

二、护理措施

1、护士洗手戴口罩

2、用物准备：性能完好的振动排痰仪一台、叩头罩一个、污物桶

3、环境准备：关闭门窗，温度适宜，拉起隔帘，保护患者隐私

4、护士携用物至病人床旁，再次核对解释

5、连接电源，将叩头罩套于叩头上，悬挂备用。

6、协助患者背向护士侧卧，暴露背部震动部位。打开振动排痰仪开关，滑过暂停位置直至所要求的速度设定处。

7、治疗时沿患者肋缘自下往上振动，操作时注意，叩击头与患者肋缘充分紧密贴合。

二十一、气压治疗仪使用法

一、护理评估

1、病人评估：患者病情、神智、肢体情况（有



无出血倾向、有无尚未结痂的溃疡或压疮)、有无血栓病史、解释、问二便。

2、环境评估：安全、整洁、便于操作，有电源。

二、护理操作要点

1、检查仪器（定期检测，确保性能良好）

2、协助患者取合适体位，穿裤子、袜子。

3、将治疗仪套筒穿在患者肢体上

4、连接通气筒

5、按时间键

6、调整压力键

7、核对后按开始键

8、观察机械运转情况：正常启动压力适中，保持工作状态。

9、拔除电源；分离通气筒；撤离套筒。

10、整理床单位；

11、协助取舒适体位；

12、整理用物；洗手、记录

三、健康指导要点

1、禁忌症

1 肢体重症感染未得到有效控制；

2 近期下肢深静脉血栓形成；

3 大面积溃疡性皮炎；

4 有出血倾向者。

四、注意事项

1、根据患者胖瘦选择好压力；

2、静脉血栓患者禁止气压治疗；

3、治疗前应检查设备是否完好和患者有无出血倾向；

4、每次治疗前应检查患肢，若有尚未结痂的溃疡或压疮应加以隔离保护后再行治疗，若有新鲜出血伤口则应暂缓治疗；

5、治疗应在患者清醒的状态下进行，患肢应无感觉障碍；

6、治疗过程中，应注意观察患肢的肤色变化情况，并询问患者的感觉，根据情况及时调节治疗压力；

7、治疗前向患者说明治疗作用，解除其顾虑，鼓励患者积极参与并配合治疗；

8、对老年、血管弹性差者，治疗压力可从低值开始，治疗几次后逐渐增加至所需的治疗压力。

二十二、吞咽功能评定及治疗仪使用法

一、护理评估

1、神志、颈部感觉、心理状况与合作程度

2、颈部皮肤

3、吞咽困难程度

二、护理措施

1、操作者：洗手，戴口罩

2、协助病人取坐位或半卧位

3、生理盐水清洁颈部皮肤

4、安放电极

1 两竖（通道 I、II 分别竖直贴于喉结上下方）

2 两横（通道 I、II 分别水平贴于喉结上方及喉结正中）

3 上横下竖（通道 I 水平贴于喉结上方，通道 II 竖直贴于喉结正中）

5、上机并设置参数

1 输出连线通道 I、II 与电极连接

2 打开电源 - 设置 - 选择 - 治疗方式 - 成人连续脉冲模式 - 时间 20 分钟（频率 80、脉冲 11 默认不变） - 设置强 I、强 II（据病人自我感受逐步调节）

6、观察

1 病人主诉

2 机器运转情

7、撤机

1 关闭电源，分离电极与连接线

2 取下电极，观察并洗净颈部皮肤

3 协助病人取舒适体位

三、健康指导要点

1、适用范围：适用于咽部非机械原因损伤引起的吞咽及构音障碍进行评估、治疗及训练。

2、禁忌症：适用心脏起搏器的患者禁用。

四、注意事项

1、电极放置和刺激设置应在可处方从业人员的指导下进行。

2、接通电源的肌肉刺激设备应远离儿童。

3、接通电源的肌肉刺激设备应使用制造商指定的导线和电极。

4、手持式接通电源的肌肉刺激设备在开车，操作机械或在任何可能引起肌肉收缩从而可能引起使用者肌肉损伤的活动中不得使用。

5、在每次用来治疗患者之前都应检查刺激设备的操控系统。

6、在从皮肤上移除电极之前应关掉电源。

7、在每次使用更换电池之前应关掉电源。

8、如果长时间不使用设备，应将电池卸下。

9、该电刺激不能用在或接近癌细胞聚集处。

二十三、光子治疗仪使用法

一、护理评估

1、评估患者伤口创面情况。



- 2、评估患者是否带有心脏起搏器。
- 3、评估患者的意识，做好解释工作以取得配合。

二、护理措施

- 1、插上电源，打开开关。
- 2、将光学头对准患处或穴位，从输出窗口至患处表面的距离 11cm~13cm 最佳，距离小于 9cm 可能影响治疗效果。

- 3、治疗时间有 20 分钟和 30 分钟供选择，在面板上用“时间选择”按键控制。

- 4、选择好时间后选择“记时开始”按键，光学头就有红色可见光输出。

- 5、时间到后治疗仪发出“嘟”声，关闭“电源开关”。

三、健康宣教

- 1、患者在治疗期间，尽量减少翻动。
- 2、治疗期间患者眼睛不要直视红外光，照射脸部伤口时，眼睛覆盖一条毛巾。
- 3、根据病情同一天可分多个时段照射，每个时

二十四、骨伤治疗仪使用法

一、护理评估

- 1、评估患者软组织肿胀以及疼痛程度。
- 2、评估患者是否带有心脏起搏器，是否有严重心、肝、肺、肾衰竭。
- 3、孕妇下腹部，对磁疗有明显不良反应者，体质极度虚弱者禁用。
- 4、评估患者的意识，做好解释工作以取得配合。

二、护理措施

- 1、连接静电极板的引线，开启电源开关键，仪器呈待机状态。

- 2、按中键进入界面。

- 3、选择治疗方案，即骨功能训练、骨关节痛等等选项。

- 4、根据医嘱（即治疗部位），黏用无刺激性的水清洁清洁皮肤，再贴电极片（水平线黑白贴，对角线黑对黑，白对白）。

- 5、根据病人的耐受程度选择合适的强度以及治疗时间（一般 20 分钟），按启动键开始治疗。

- 6、治疗结束，关闭电源开关，取下静电极板的

二十五、CPM 机使用法

一、护理评估

- 1、评估患者肢体活动度。
- 2、评估患者是否带有心脏起搏器。
- 3、告知患者注意事项，做好解释工作以取得配合。

二、护理措施

- 1、接通电源：打开电源开关，显示屏显示上次关机时的数据，机器处于参数可设定状态，如不予调整，则保持上次关机时的数据。

段中间的间隔应大于 5 小时。

- 4、治疗仪从输出窗口至患处表面的距离 11cm-13cm 最佳，不能随意调节。

四、注意事项

- 1、该机应在洁净、室内遮光环境中使用。工作时治疗头上的通风孔不得用任何东西遮盖，以保证通风散热畅通。不工作时应用洁净的软织物将治疗头遮盖住，以防灰尘进入。

- 2、该机由单片微机控制工作程序，工作时不得乱拨按键，按规定操作。

- 3、当选定的工作时间完成后，机器发出“嘟”声。如果无患者接着治疗时待“嘟”声停止后应及时关闭电源开关。

- 4、本治疗仪不得直接照射患者眼睛。

- 5、本治疗仪不具有防水功能，需要保存机器干燥。

- 6、便携式和移动式射频通信设备可能影响本治疗仪，应保持一定距离。

引线，再取下电极片，并在患者黏贴电极片处擦无刺激的水做洁净处理。

三、健康宣教

- 1、治疗仪调节好后患者及家属不能随意调节，以免电击伤。

- 2、治疗时电极片要避开伤口破溃处，修剪指甲，防抓伤。

- 3、注意保存皮肤的清洁，贴电极片处如果毛发多，提前进行备皮、清洁

四、注意事项

- 1、治疗仪不得在肿胀、感染和发炎部位或皮肤出疹部位使用，比如静脉炎、血栓性静脉炎或肿胀的血管的部位。

- 2、在治疗仪使用过程中操作者应经常巡视病房，听取病人反应，随时调整治疗强度。

- 3、便携式和移动式射频通信设备可能影响本治疗仪，应保持一定距离。

- 4、靠近胸部使用电极会增加心脏纤颤的危险。

- 2、调整伸展角度、屈曲角度、运行时间、运行速度，可按“向上”或“向下”键作相应调整，调整结束后按该键确认。

- 3、确认显示屏上各参数设置正确，可按启动或暂停键开机，等待机器运行正常，操作者方可离开。

- 4、时间到后治疗仪发出“滴滴”声，关闭电源开关。

三、健康教育



1、关节伸直（或屈曲）障碍的病人，使用 CPM 机运行到病人能耐受的最大（或最小）角度时，应暂停 2-5 分钟后再继续运行。

2、使用 CPM 机过程中，增加角度要循序渐进，以病人能接受为宜，从而减少病人的不舒适感。

四、注意事项

1、开放性骨折污染严重的，术后感染没有得到控制的病人，不可用 CPM 机。

二十六、气压泵使用法

操作目的：气压带对肢体从手足末端至躯干中心反复地压迫和松弛，从而深度按摩肌肉组织，以促进静脉血液与淋巴液的回流，及时的增加血液循环，恢复肌肉疲劳，缓解神经和肌肉疼痛达到治疗的目的。

适应症：

- 1、上、下肢体水肿
- 2、偏瘫、截瘫等长期卧床者
- 3、糖尿病足、糖尿病末梢神经炎
- 4、肢体血液循环不良
- 5、静脉功能不全
- 6、中老年人
- 7、禁忌症：已有血栓形成，急性炎症性皮肤病，心功能不全，肺水肿。

一、护理评估

- 1、评估患者是否有深静脉栓塞形成史
- 2、评估患者肢体是否有感染
- 3、评估患者是否有严重心功能不全
- 4、评估患者肢体的水肿情况
- 5、评估患者的意识，做好解释工作以取得配合

二、操作要点

1、向病人说明使用气压泵的目的及意义，解除病人顾虑以取得合作。

2、使用固定床钩，将主机放置在病床床尾（头）板上，或者将其放置在适于相应环境的水平平面上，例如与使用地点足够接近的桌子上。确保位于主机两端的排气孔有足够的空气流量。

3、根据病人病情取舒适卧位，暴露肢体，注意保护病人隐私，保暖。

4、将连接管插入主机的背面。管的方向取径于朝向患者肢体的方向。

5、选择合适的气压带，将气压带正确带于患者上（下）肢，调整气压带的位置和松紧度，要求气压带下可插入 1 或 2 根手指，使之佩戴舒适。

6、保持连接管通常、无扭曲及打折。

7、连接电源。

8、按下电源 / 等待按钮以启动正常的运行。

三、健康宣教

1、嘱患者尽量提高患肢，促进血液回流。

2、患者手术后发现有静脉血栓形成的，为了防止肺栓塞，不可用 CPM 机。

3、该机应在清洁、室内遮光环境中使用，工作治疗时仪器不可用任何东西遮盖，不工作时应保持仪器清洁干燥，定期检查维修。

4、本治疗仪不具有防水功能，需要保持仪器干燥。

5、护士应在医生指导下使用该仪器。

2、怀疑已有深静脉血栓形成的患者，注意患者禁止按摩，热敷。

3、告知一旦发现患者肢体有红肿热痛的情况，立即告知医护人员。

四、注意事项

1、评估病人时，必须询问有无禁忌症。

2、每次使用前检查肢体皮肤，若有尚未结痂的溃疡或压疮，应加以隔离保护后再进行治疗，若有出血伤口则应暂缓治疗。

3、患者若暴露肢体，请注意穿病员服或护套，防止交叉感染。

4、使用前检查仪器是否完好。

5、使用过程中应注意观察患肢的肤色变化情况，并询问病人的感受，如有不适及时调整。

6、使用过程中多巡视病人，发现异常及时处理。

7、少数患者对脉冲气体冲击足底或手掌的耐受程度低，使用后出现明显不适或睡眠障碍。可适度降低脉冲压力值，减少治疗时间

8、使用本治疗仪应定期检查，首次使用 2 小时应检查①足弓下或手掌心是否能直接感到有脉冲②足套或手套松紧度是否合适，此后可 4 小时检查一次③皮肤能否保持完善无受损迹象（脱去袜子 / 弹性织物时）④皮肤（颜色）是否红肿

9、用于足部时腿部可稍有下倾角度（15 度），用于手部时，手应低于心脏，除非使用抗栓塞袜，否则不要抬高腿部

五、日常保养

1、气压泵外壳被污染后可使用沾有凉水或温水的软布擦拭，禁止使用酒精、稀释剂或其他有机溶剂。

2、连接管道污染后禁止使用酒精、稀释剂或其他有机溶剂擦拭，可使用沾有凉水或温水的软布擦拭并完全擦干。

3、每周一次专人对气压泵进行开机检查，对于气压带漏气要及时更换。

4、定期对气压泵进行消毒灭菌以防交叉感染。

5、仪器避免储存在过热，过度潮湿的环境中，应放置于阴凉干燥处储存，防止仪器老化。

六、使用过程中的意外及处理预案



气压泵报警：红色端口状态指示灯闪烁

处理措施：

(1) 连接管出现扭曲、打折：暂停气压泵，重新佩戴气压带。

(2) 气压带太松或太紧：暂停气压泵，重新佩

带气压带。

(3) 排气孔堵塞：移动主机位置，使排气孔通畅。

(4) 仍报警：关闭主机，重新启动；关闭主机，由专业人员进行检修。

二十七、注射泵使用法

操作目的：准确控制输液速度，使药物速度均匀、用量准确并安全地进入病人体内。

适应症：适用于给药非常精准、总量很小且给药速度缓慢或长时间流速均匀的情况，主要用于胰腺炎、糖尿病、高血压、休克、肝移植、肿瘤的化疗等病人。无严格的禁忌症。

一、评估要点

1、了解病人的用药史、过敏史，评估病人病情、意识、自理能力及合作程度。

2、向病人解释注射泵使用方法目的，取得病人配合。

3、评估病人注射部位的皮肤及血管或输液情况。

4、评估注射泵性能、电源插头是否与室内电源吻合。

二、物品准备：注射泵 1 台、配套电源线 1 根，治疗盘（棉签、碘伏、乙醇、弯盘、20 或 50ml 注射器、砂轮、所需药物等），无菌治疗巾，治疗卡，注射泵延长管，必要时备静脉穿刺用物、接线板、输液架。

三、操作要点

1、核对医嘱，准备用物，并检查注射泵性能。

2、按照医嘱准备好所需药物，置于准备好的无菌盘内。

3、携用物至病人床边，PDA 床边确认病人身份及药物。

4、将注射泵妥善固定于输液架或床架上，连接电源，打开电源开关。

5、将抽吸好药物的注射器连接延长管并排气，正确安装在注射泵上。

6、遵医嘱设定输注量、速度及其他参数。

7、再次检查有无气泡，连接静脉通路，并妥善固定导管。

8、启动注射泵开始输注，观察正常运行的指示灯是否开启，报警面板的报警灯有无闪亮，注意有无报警声，以明确注射泵是否正常运行。

9、再次核对，记录注射时间、速度，签全名。

10、协助病人取舒适卧位、询问需要，整理床单元。

11、清理用物，洗手，取口罩，记录。

四、健康教育

1、告知病人使用注射泵的目的，输入药物的名称、输注速度。

2、告知病人输注药物侧肢体不要进行剧烈活动。

3、告知病人及家属不要随意搬动或调节注射泵，以保证用药安全。

4、告知病人有不适感觉或者机器报警时及时通知医护人员。

五、注意事项

1、正确设定输注速度及其他必要参数，防止设定错误延迟治疗。

2、输注过程中要调节速度时，先按停止键，调速后再启动。

3、需避光的药液，应用避光注射器抽取药液，并使用避光延长管。

4、注意观察注射泵的工作状态，及时排除警报、故障，防止液体输入失控。

5、观察穿刺部位皮肤情况，防止发生液体外渗，出现外渗时给予相应处理。

6、熟练掌握专业知识及药物作用和不良反应，认真执行医嘱，对特殊药准确换算。

7、严格执行交接班制度，注射器标签上要注明药物名称、剂量、配置时间、泵入速度，并签名，严防差错事故的发生。

8、妥善处理管道回血，严禁按快进键处理回血，可用另外一副注射器将液体回抽，再用生理盐水缓慢冲注，并将延长管内有血的液体排出，如果延长管内回血较多时，需重新更换延长管，调节注射泵后连接。

9、更换药液时，暂停注射泵输注，取出注射器，更换完毕后，放回注射泵，复查注射程序无误后，再启动注射泵。血管活性药物应用期间不能随意中断药物注射，当残留报警灯亮时提前配好药物备用，输注完毕立即更换，更换动作要迅速、准确，更换前后严密监测生命体征。

10、注射泵应放在稳妥处、若使用过程中出现故障，应及时更换注射泵，并送仪器修理室维修。

11、搬动病人时，注射泵也同时搬动。

12、连续使用注射泵注射药物时，每 24 小时更换注射泵延长管及注射器一次。

13、应备好应急电源，以防断电。

六、日常保养

1、注射泵用后应清洁除尘，用软布沾少许温水擦拭，有胶布污渍用乙醇擦净，特别是推进器和导轨摩擦出，以免影响微量泵速度的准确性。

2、每周 1 次对注射泵进行开机检查，检测注射



泵性能。

3、避免液体渗入泵内。注射泵不使用时，存放于阴凉干燥处，避免剧烈震动、阳光直射或紫外线照射。

4、首次使用时前，或长时间不使用，当再次使用时，要将注射泵与交流电源连接，使内置电池充电至少12小时。长期不用，内部蓄电池至少每月1次进行充放电。电池充电后工作时间缩短，应及时更换新电池。注射泵出现故障及时保修。

5、专人管理，建立使用登记、定期检查、保养维修制度。

七、使用过程中的意外及处理预案

1、注射泵报警，显示“残留”或“NEAEMP”，说明注射器内药液剩余3ml以下

处理措施：

(1) 解除报警。

(2) 将注射器和滑座向后移动1~2cm，可使注射器内剩余药液全部匀速注入体内。

(3) 遵医嘱配好药液，立即更换。

2、注射泵报警，显示“管路阻塞”或“occlusion”，说明注射泵通路不畅，有阻塞

处理措施：

(1) 应检查泵管有无折叠，针头有无阻塞。

(2) 解除泵管折叠，如针头阻塞需重新穿刺。

3、注射泵报警，电池指示灯黄色闪烁或呈红色，显示蓄电池电量不足

处理措施：应立即接通外接电源，使其继续工作。

4、发现电源插头松脱

处理措施：应立即接好电源插头。

5、无意碰撞使注射泵松动

处理措施：应检查注射器是否处于正常位置。

6、药液外渗：系统一般不报警

处理措施：

(1) 加强观察和巡视，一旦发现药液外渗，立即更换部位重新穿刺。

(2) 外渗处理按照其大小和外渗药物性质行相应处理。