

# 临床诊疗指南

## 护理学分册

中华医学会 编著



人民卫生出版社



策划编辑 杜 贤 姚 冰  
周春桃 刘 盛  
责任编辑 兰 南  
封面设计 郭 淼  
版式设计 马 煜  
责任校对 常淑玉

ISBN 978-7-117-09311-8



9 787117 093118 >

定 价：54.00 元



# 临床诊疗指南

---

## 护理学分册

中华医学会 编著

人民卫生出版社



图书在版编目 (CIP) 数据

临床诊疗指南·护理学分册/中华医学会编著. —北京:  
人民卫生出版社, 2008. 1

ISBN 978-7-117-09311-8

I. 临… II. 中… III. ①临床医学-指南 ②护理学-指南  
IV. R4-62 R47-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 154759 号

策划编辑 杜 贤 姚 冰

周春桃 刘 盛

责任编辑 兰 南

封面设计 郭 森

版式设计 马 煜

责任校对 常淑玉

临 床 诊 疗 指 南

护 理 学 分 册

编 著: 中华医学会

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 32

字 数: 579 千字

版 次: 2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09311-8/R·9312

定 价: 54.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



# 内 容 提 要

本书系卫生部委托中华医学会，由中华护理学会具体组织各专科医院护理人员编写的。全书共十三章，包括门诊、急诊、出入院、分级护理、常规症状、内科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科、皮肤科、急症急救、加强监护，内容涵盖临床各学科疾病的基础护理及专科护理。

本书旨在对临床各科疾病的基础和专科护理提出详细而具体的要求。遵循以患者为中心的整体护理理念，包括入院患者的评估、护理要点的落实、出院前的健康指导，保证临床护理工作更进一步做到科学化、规范化、标准化，以达到有章可循、有据可依，是全国各级医疗机构护理工作者首选的参考书。



# 序

---

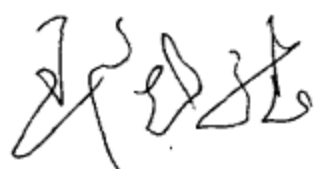
在卫生部的领导和财政部的支持下,由中华医学会、中华口腔医学会、中华护理学会组织 50 多个专科分会的近千名医学专家编写的《临床诊疗指南》问世了。作为一名卫生管理工作者和医务工作者,我感到由衷的高兴,并热烈祝贺我国《临床诊疗指南》的出版。

随着医学科学技术的飞速发展和人民群众对医疗卫生工作要求的不断提高,无论是卫生管理部门还是广大临床医务人员,都希望能有一部全国权威性的学术著作,指导和规范临床医务工作者的诊断,治疗和护理行为,使各级医疗机构的医务人员在日常医疗、护理工作中有章可循。《临床诊疗指南》第一版的出版,是我国临床医学发展史上的重要里程碑。

中华医学会人才荟萃,汇集了我国卫生界的医学专家和学术权威。多年来,中华医学会在开展学术交流、引导和推动学术发展、培养医学人才方面发挥了积极而重要的作用。由中华医学会牵头组织的数千名来自全国各地的专家中有老一辈的医学专家,有担当医疗、教学、科研重任的医学骨干,也有近年来崭露头角的后起之秀。他们集中了我国医学界老、中、青医务人员的智慧,汇集了广大临床医学工作者的宝贵经验。专家们的广泛参与和认真讨论,保证了《临床诊疗指南》的代表性和可操作性。《临床诊疗指南》的编写,可谓是一项浩大的工程。借此机会,我代表卫生部对中华医学会、中华口腔医学会、中华护理学会以及各位专家为编写《临床诊疗指南》付出的心血和努力表示衷心的感谢!

《临床诊疗指南》的出版必将极大地推进我国医疗工作科学化、规范化、法制化的进程。卫生部要求我国广大医务工作者在临床实践中认真学习、领会、应用《指南》,为人民群众提供更高质量的临床医疗服务。

《临床诊疗指南》作为洋洋数百万字的医学巨著,第一版的问世难免存在不足之处。希望广大医务人员和医疗卫生管理工作者在医疗服务的实践过程中,及时向中华医学会、中华口腔医学会和中华护理学会反映《指南》中存在的不足。随着医学科学技术的发展,我们将对《指南》不断修订再版,使其日臻完善。



2004 年 9 月



# 序

---

在国家卫生部的重视和领导下,中华医学会组织编写的《临床诊疗指南》出版了。这是继《临床技术操作规范》出版后,我国医疗卫生管理界的又一项开创性的出版工程。这部旨在指导全国广大医务工作者临床诊疗行为的巨著的成功出版,是全国军地医疗卫生界数千名专家教授精诚合作的成果。我谨代表全军广大卫生人员,向为本书编写和出版工作付出辛勤劳动的军地医学专家、中华医学会和人民卫生出版社,致以崇高的敬意和衷心的感谢!

出版与《临床技术操作规范》相配套的《临床诊疗指南》,是加强军队医院科学化管理、保证正常医疗秩序、提高医疗工作质量的前提。随着我国社会主义市场经济的迅猛发展,信息技术、生物技术和其他高新技术在各领域的广泛应用,临床诊疗新理论、新技术、新方法不断涌现,医学学科之间、医学学科与人文社会学科之间也广泛相互渗透、影响,形成了一大批引人注目的医学新学科。同时,人口的老龄化、疾病谱的变化、全民卫生保健意识的不断增强,对广大医务工作者的临床诊疗技术和执业能力提出了更高的要求。学习新理论,掌握新技术,不断提高诊治水平,是军地广大医务人员所面临的共同任务,更是提高我国医疗事业整体水平的紧迫需要。

中华医学会组织编写的这部《临床诊疗指南》,全面、系统地介绍了医学科学的最新进展,既有科学可靠的临床诊断标准,又有优化先进的临床治疗方案,充分体现了科学性、先进性、权威性的有机统一,这部巨著的出版,对于加强军队医院科学化管理,保证正常医疗秩序,提高医疗工作质量,确保医疗安全,都具有重要的指导意义。我希望,军队各级医疗机构以及全体医疗工作者,在严格执行《临床技术操作规范》的同时,重视抓好《临床诊疗指南》的学习和使用。以一流的业务技术,一流的医疗质量,一流的服务水平,为广大患者提供更优质的服务,为繁荣我国军地卫生事业,不断做出更大的贡献。

总后卫生部部长

2004年10月

# 前 言

---

《临床诊疗指南》是由国家财政部支持、卫生部领导、中华医学会组织编写的指导全国临床医务人员诊断治疗行为的第一部医学学术巨著。

现代临床医疗工作随着信息技术、生物技术和其他高新技术的发展和应用,临床新技术不断涌现,各相关学科的专业分化和交叉更加明显,对疾病的预防、诊断、治疗和转归、康复的认识更加深入,推动着临床医疗事业日新月异的向前发展。尤其是近年发展起来的循证医学采用信息技术,经过大样本的分析研究,在取得充分可靠证据的基础上,提出科学可靠的诊疗方案,实现优化的临床诊断治疗。人类疾病纷繁复杂,病人的病情千变万化,探求疾病预防、诊断、治疗、转归、康复的规律,是对广大医务人员的挑战,更是面临着新的发展机遇。

随着我国社会主义市场经济和社会事业的协调发展,人民生活水平的不断提高,对医疗服务的质量和水平提出了愈来愈高的要求。医务人员必须具备全面的医学理论知识、熟练的医疗技术操作能力、丰富的临床实践经验和良好的医德;要不断更新知识和技术,提高临床诊断治疗水平才能胜任临床医疗工作;要在医疗过程中对每一个病人进行连续、严密的观察,及时准确地做出分析、判断和处理,提供规范化服务。

为了满足广大医务人员学习提高业务水平的需要,对医务人员临床诊断、治疗工作进行具体的指导,使诊疗行为有章可循、有据可依,以有利于提高医务人员的综合素质,提高医疗服务的质量,有利于加强医疗工作的管理,有利于提高人民群众的健康水平,制定符合我国国情的临床诊疗指南,成为我国医疗事业发展过程中的一件大事。正是基于这样的考虑,在国家财政部的支持下,卫生部委托中华医学会组织专家编写了《临床诊疗指南》。

自 2001 年开始,《临床诊疗指南》在卫生部的领导下,中华医学会牵头组织了中华口腔医学会和临床专业密切相关的 56 个专科分会,由数千名专家教授历经 4 年编写而成。《临床诊疗指南》内容丰富翔实,具有科学性、权威性、先进性、指导性的鲜明特点,供全国各级医疗机构及其医疗专业人员在临床医疗工作中参照使用。大家在实践中如发现有什么问题或意见和建议,希望能及时反馈给中华医学会,以便再版时进行修订。

《临床诊疗指南》按学科以分册的形式将陆续出版发行。

中华医学会

2004 年 9 月

# 临床诊疗指南

## 领导小组名单

组 长 王陇德

副组长 蒋作君 余 靖 黄洁夫 马晓伟 陈啸宏 李建华  
张雁灵 钟南山

成 员 (以姓氏笔画为序)

王 羽	王正国	王忠诚	王海燕	王澍寰	巴德年
史轶蘩	白书忠	朱晓东	庄 辉	刘 俊	刘彤华
汤钊猷	祁国明	买买提明·牙生	李兰娟	吴明江	
吴孟超	吴咸中	沈倍奋	张震康	张耀华	陆道培
陈可冀	陈洪铎	金连弘	郝希山	胡亚美	顾玉东
高润霖	郭应禄	黄人健	韩济生	韩晓明	戴建平
魏于全					

## 领导小组办公室

主 任 张宗久 韩晓明(兼)

副主任 赵明钢 姜永茂

# 临床诊疗指南

## 编辑委员会名单

名誉主任委员 吴阶平 韩启德

主任委员 王陇德

常务副主任委员 钟南山 吴明江

副主任委员 (以姓氏笔画为序)

王羽	王正国	王忠诚	王海燕	王澍寰	巴德年
史轶蘩	白书忠	朱晓东	庄辉	刘俊	刘彤华
汤钊猷	祁国明	买买提明·牙生	李兰娟	李兰娟	吴孟超
吴咸中	沈倍奋	张震康	张耀华	陆道培	陈可冀
陈洪铎	金连弘	郝希山	胡亚美	顾玉东	高润霖
郭应禄	黄人健	韩济生	韩晓明	戴建平	魏于全

委员 (以姓氏笔画为序)

王一飞	王方正	王正国	王海燕	叶鸿瑁	丛玉隆
匡安仁	吕传真	朱积川	华桂茹	庄辉	刘大为
江观玉	祁吉	那彦群	李仲智	李树人	邱贵兴
何晓琥	余子豪	张齐联	张宏誉	张奉春	张思仲
张惠霞	张震康	陆道培	陈杰	陈实	陈可冀
陈香美	陈洪铎	范光生	林三仁	周东丰	郎景和
赵玉沛	赵家良	赵继宗	郝希山	胡盛寿	项坤三
钟南山	侯春林	姜玉新	秦维昌	顾瑛	柴家科
钱渊	徐苓	徐建光	翁心华	高润霖	曹泽毅
曹谊林	彭庆星	蒋朱明	韩济生	韩德民	傅瑜
曾正陪					

## 编委会办公室

主任 张宗久 韩晓明(兼)

副主任 赵明钢 姜永茂



# 临床诊疗指南·护理学分册

---

## 编写说明

《临床诊疗指南·护理学分册》(以下简称指南)是受中华医学会委托,由中华护理学会组织专家编写的《临床诊疗指南》系列丛书之一。

当前,随着医学科学及护理专业理论、技术的飞速发展,广大人民群众对护理技术及服务的需求不断提高,给医疗卫生管理和临床护理工作提出了更高的要求。因此,提高护理队伍的整体素质,规范执业行为已经成为一件刻不容缓的事情,势在必行,而《医疗事故处理条例》的实施也为本指南赋予了新的要求。

本指南的编写和出版旨在对临床护理人员的执业行为提出更具体的要求,使治疗、护理更进一步做到科学化、规范化、标准化,使护理人员的临床护理工作有章可循、有据可依。此举有利于提高广大护理人员的综合素质,有利于提高临床护理质量,有利于加强护理工作的管理,有利于加速我国护理事业现代化的进程,有利于广大人民群众的健康。

在卫生部的领导下,2002年7月下旬,中华护理学会牵头组织召开了《临床诊疗指南·护理学分册》的编写工作会议,出席会议的有21家三级甲等医院的护理部主任,结合各医院专科特色进行了编写任务的分工。本指南内容涵盖了临床护理的各个专业学科,可供全国各级医院临床护理人员在护理实践中参考。参加编写的医院有20家,作者共144人;审阅者来自14家医院,共20人。

中华护理学会组织这样大规模的《临床诊疗指南·护理学分册》的编写工作,涉及的专科比较多,在编写过程中缺点和不足在所难免。希各级卫生管理部门和广大临床医务工作者将在本指南实施过程中发现的问题及时反馈给我们,以便再版时修正,让本指南能更好地指导临床护理工作,促进我国护理事业的发展。

中华护理学会

黄人健

2006年8月

# 临床诊疗指南·护理学分册

## 编著者名单

主 编	张惠霞	副主任护师	中华护理学会
副主编	刁利华	主任护师	海军总医院
	许业珍	主任护师	解放军总医院
主 审	戴宝珍	副主任护师	复旦大学附属华山医院
审阅者	(以姓氏笔画为序)		
	王象昌	主任医师	北京大学第一医院
	邓达军	主任护师	第四军医大学口腔医院
	冯燕君	主管护师	空军总医院
	朱 为	副主任护师	海军总医院
	乔爱珍	主任护师	解放军总医院
	许冬梅	主任护师	北京回龙观医院
	孙 红	主管护师	中国医学科学院北京协和医院
	李 莞	副主任护师	中国医学科学院阜外心血管病医院
	李润先	副主任护师	解放军总医院
	张建霞	主管护师	北京大学第一医院
	陈 征	主任护师	北京地坛医院
	陈立红	主管护师	北京大学人民医院
	陈建军	副主任护师	北京大学第一医院
	周秀华	主管护师	第二军医大学
	郑志刚	主任医师	中日友好医院
	徐润华	主任护师	首都医科大学附属北京儿童医院
	高 敏	主管护师	中日友好医院
	郭 立	副主任护师	北京妇产医院
	韩 杰	主管护师	首都医科大学附属北京同仁医院
	霍春暖	副主任护师	解放军总医院

## 编者 (以姓氏笔画为序)

丁炎明	主任护师	北京大学第一医院
马玉芬	副主任护师	中国医学科学院北京协和医院
马秀芝	主任护师	首都儿科研究所附属儿童医院
王 凤	主管护师	首都医科大学附属北京安定医院
王 健	主管护师	北京大学第一医院
王 燕	护师	北京积水潭医院
王玉华	副主任护师	首都医科大学附属北京天坛医院
王巧玲	护师	北京积水潭医院
王志英	主任护师	首都医科大学附属北京安定医院
王荣华	护师	首都医科大学附属北京安贞医院
王素珍	主管护师	北京积水潭医院
王素琪	主管护师	中国医学科学院阜外心血管病医院
王晓媛	副主任护师	解放军总医院
王淑君	副主任护师	解放军 304 医院
王影新	护师	北京大学第一医院
牛亚萍	主管护师	首都医科大学附属北京安贞医院
尹玉华	主管护师	首都医科大学附属北京佑安医院
孔立洁	护师	北京积水潭医院
左春慧	护师	首都医科大学附属北京天坛医院
石 健	主管护师	解放军总医院
田秋华	护师	首都医科大学附属首都医科大学附属北京宣武医院
史冬雷	副主任护师	中国医学科学院北京协和医院
丛秀萍	护师	首都医科大学附属北京安贞医院
包志英	副主任护师	首都医科大学附属北京佑安医院
冯丽丽	主管护师	北京大学第一医院
邢凤英	主管护师	首都医科大学附属北京安定医院
吕 荣	主管护师	中国医学科学院阜外心血管病医院
吕元霞	主管护师	北京大学第一医院
朱 为	副主任护师	海军总医院

朱子瑜	副主任护师	首都医科大学附属北京安定医院
朱伟平	副主任护师	首都医科大学附属北京佑安医院
朱秀纯	护师	首都医科大学附属北京安贞医院
任 珍	副主任护师	首都医科大学附属北京佑安医院
刘 军	主管护师	北京大学第一医院
刘 霞	主管护师	北京大学第一医院
刘玉春	副主任护师	解放军总医院
刘玉萍	主管护师	首都医科大学附属北京朝阳医院
刘秀梅	主管护师	北京积水潭医院
刘春华	副主任护师	北京大学第一医院
刘秋云	主管护师	首都医科大学附属北京朝阳医院
刘淑娴	副主任护师	首都医科大学附属北京同仁医院
刘淑培	副主任护师	首都医科大学附属北京朝阳医院
刘淑媛	主任护师	首都医科大学附属北京安贞医院
齐 静	护师	北京大学第一医院
闫秀英	副主任护师	中国医学科学院阜外心血管病医院
闫素英	副主任护师	首都医科大学附属北京佑安医院
安凤荣	主管护师	首都医科大学附属北京安定医院
许卫红	主管护师	首都医科大学附属北京佑安医院
许业珍	主任护师	解放军总医院
孙 燕	副主任护师	首都医科大学附属北京友谊医院
孙丽娟	主管护师	首都医科大学附属北京安定医院
孙继红	主管护师	首都医科大学附属北京朝阳医院
孙常昆	副主任护师	中国医学科学院北京协和医院
孙焕琴	主管护师	首都医科大学附属北京佑安医院
芮 炎	护师	北京积水潭医院
苏 荣	主管护师	解放军总医院
杜淑英	副主任护师	首都医科大学附属北京宣武医院
李 莞	副主任护师	中国医学科学院阜外心血管病医院
李 越	主管护师	首都医科大学附属北京同仁医院
李小燕	主管护师	首都儿科研究所附属儿童医院



李中惠	主管护师	北京大学第一医院
李月梅	主管护师	首都医科大学附属北京宣武医院
李春燕	主管护师	首都医科大学附属北京朝阳医院
李政敏	主管护师	北京大学第一医院
李俊梅	主管护师	北京大学第一医院
杨 莘	副主任护师	首都医科大学附属北京宣武医院
杨淑霞	主管护师	首都儿科研究所附属儿童医院
肖越英	主管护师	北京积水潭医院
吴荣艳	主管护师	首都儿科研究所附属儿童医院
吴婉华	主管护师	北京大学第一医院
邱银燕	护师	首都医科大学附属北京安贞医院
宋成田	主管护师	首都医科大学附属北京宣武医院
宋晓丽	主管护师	解放军总医院
汪巧娅	副主任护师	首都医科大学附属北京安定医院
汪京萍	护师	北京大学第一医院
张 芳	主管护师	首都医科大学附属北京同仁医院
张 炜	主管护师	首都医科大学附属北京同仁医院
张 菁	主管护师	北京积水潭医院
张玉勤	主管护师	北京积水潭医院
张秀云	主管护师	首都医科大学附属北京天坛医院
张郁蓉	护师	北京大学第一医院
张建华	主管护师	首都医科大学附属北京安贞医院
张春燕	主管护师	中国医学科学院北京协和医院
张惠霞	副主任护师	北京大学第一医院
张瑞美	主管护师	首都医科大学附属北京安定医院
张颖丽	主管护师	北京积水潭医院
张燕玲	主管护师	北京积水潭医院
陈 东	主任护师	首都医科大学附属北京佑安医院
陈 易	护师	首都医科大学附属北京安贞医院
陈建军	副主任护师	北京大学第一医院
陈燕芬	主管护师	首都儿科研究所附属儿童医院

陈露萍	护师	北京积水潭医院
邵桂忠	副主任护师	首都医科大学附属北京安定医院
范 琍	主管护师	北京妇产医院
周 庆	副主任护师	解放军总医院
周立华	主管护师	北京大学第一医院
罗 杰	主管护师	首都医科大学附属北京天坛医院
季淑敏	主管护师	北京妇产医院
金 颖	主管护师	首都医科大学附属北京天坛医院
郑红星	主管护师	北京积水潭医院
孟晓敏	副主任护师	解放军总医院
赵阳立	主管护师	北京积水潭医院
赵洪霞	主管护师	首都医科大学附属北京安贞医院
胡丽丽	主管护师	首都医科大学附属北京安定医院
胡晓宏	主管护师	北京大学口腔医院
段 洁	主管护师	首都医科大学附属北京天坛医院
段志英	护师	北京大学第一医院
段秀萍	主管护师	中国医学科学院阜外心血管病医院
侯春燕	主管护师	北京大学第一医院
侯惠如	副主任护师	解放军总医院
姜 梅	主管护师	北京妇产医院
费秀珍	主管护师	北京妇产医院
费秀清	主管护师	首都医科大学附属北京同仁医院
贺小冬	主管护师	北京积水潭医院
秦彦荣	主管护师	首都医科大学附属北京安贞医院
袁 彬	主管护师	解放军总医院
袁巧玲	主管护师	首都医科大学附属北京天坛医院
贾金秀	主管护师	首都医科大学附属北京天坛医院
徐晓东	护师	北京大学人民医院
高 琳	护师	北京积水潭医院
郭淑珍	主管护师	首都医科大学附属北京同仁医院
唐 葳	主管护师	北京大学第一医院

凌 力	副主任护师	北京急救中心
黄燕波	主管护师	北京大学第一医院
戚其媛	主管护师	北京大学人民医院
崔 英	主管护师	首都医科大学附属北京朝阳医院
崔惠敏	主管护师	首都医科大学附属北京宣武医院
康玲艳	副主任护师	首都医科大学附属北京同仁医院
梁永红	护师	北京大学第一医院
梁瑞芬	主管护师	北京大学口腔医院
隋传荣	主管护师	首都儿科研究所附属儿童医院
彭贵凌	护师	北京积水潭医院
董桂霞	主管护师	首都医科大学附属北京同仁医院
韩 薇	护师	首都医科大学附属北京安贞医院
谢双怡	主管护师	北京大学第一医院
靳燕芬	主管护师	首都医科大学附属北京安贞医院
蒙景文	护师	北京大学第一医院
甄京兰	主管护师	北京大学第一医院
窦仪宁	主管护师	北京积水潭医院
颜 霞	主管护师	北京大学人民医院
魏波曼	护师	北京积水潭医院

# 目 录

---

第一章 门诊、急诊及入院、出院护理指南.....	1
第一节 门诊、急诊护理指南.....	1
第二节 入院、出院护理指南.....	2
第二章 分级护理指南.....	4
第一节 特别护理.....	4
第二节 一级护理.....	4
第三节 二级护理.....	5
第四节 三级护理.....	5
第三章 常见症状护理指南.....	6
第一节 高热病人护理指南.....	6
第二节 呼吸困难病人护理指南.....	7
第三节 意识障碍病人护理指南.....	8
第四节 疼痛病人护理指南.....	9
第五节 恶心与呕吐病人护理指南 .....	10
第六节 腹泻病人护理指南 .....	11
第四章 内科疾病护理指南 .....	12
第一节 内科疾病一般护理指南 .....	12
第二节 呼吸内科病人护理指南 .....	13
第三节 心脏血管内科病人护理指南 .....	29
第四节 消化内科病人护理指南 .....	45
第五节 肾脏内科病人护理指南 .....	57
第六节 血液科病人护理指南 .....	69
第七节 内分泌病和代谢病病人护理指南 .....	80
第八节 风湿病科病人护理指南 .....	88
第九节 神经内科病人护理指南 .....	92



## 2 目 录

第十节 精神科病人护理指南·····	101
第十一节 传染病科病人护理指南·····	111
<b>第五章 外科疾病护理指南·····</b>	<b>125</b>
第一节 围手术期病人一般护理指南·····	125
第二节 水、电解质和酸碱平衡失调病人护理指南·····	127
第三节 输血病人护理指南·····	136
第四节 营养支持疗法护理指南·····	139
第五节 麻醉病人护理指南·····	143
第六节 普通外科疾病病人护理指南·····	145
第七节 肝、胆、胰外科疾病病人护理指南·····	168
第八节 血管外科疾病病人护理指南·····	179
第九节 烧伤病人护理指南·····	184
第十节 胸部外科疾病病人护理指南·····	191
第十一节 心脏血管外科疾病病人护理指南·····	204
第十二节 神经外科疾病病人护理指南·····	219
第十三节 骨科疾病病人护理指南·····	240
第十四节 泌尿外科疾病病人护理指南·····	273
<b>第六章 妇产科疾病护理指南·····</b>	<b>294</b>
第一节 妇科疾病护理指南·····	294
第二节 孕产妇护理指南·····	312
<b>第七章 儿科疾病护理指南·····</b>	<b>333</b>
第一节 新生儿疾病护理指南·····	333
第二节 小儿内科护理指南·····	349
第三节 小儿外科疾病护理指南·····	383
<b>第八章 眼科疾病护理指南·····</b>	<b>406</b>
第一节 眼科疾病病人一般护理要点·····	406
第二节 眼外科手术病人护理要点·····	407
第三节 眼内科疾病病人护理要点·····	418
<b>第九章 耳鼻咽喉科疾病护理指南·····</b>	<b>422</b>

第一节	鼻部疾病病人护理要点·····	422
第二节	耳部疾病病人护理要点·····	428
第三节	咽部疾病病人护理要点·····	434
第四节	喉部疾病病人护理要点·····	436
<b>第十章</b>	<b>口腔颌面外科疾病护理指南·····</b>	<b>444</b>
第一节	口腔颌面外科病人一般护理要点·····	444
第二节	口腔颌面部炎症病人护理要点·····	445
第三节	涎腺疾病病人护理要点·····	448
第四节	口腔颌面部损伤病人护理要点·····	450
第五节	口腔颌面部畸形和肿瘤病人护理要点·····	453
<b>第十一章</b>	<b>皮肤性病科疾病护理指南·····</b>	<b>458</b>
第一节	常见皮肤性病科病人护理要点·····	458
第二节	皮肤肿瘤病人护理要点·····	463
第三节	性传播性皮肤病病人护理要点·····	465
<b>第十二章</b>	<b>急症急救病人护理指南·····</b>	<b>469</b>
第一节	心搏骤停病人急救护理指南·····	469
第二节	常见急性中毒病人急救护理指南·····	471
第三节	中暑病人急救护理指南·····	475
第四节	淹溺病人急救护理指南·····	475
第五节	电击病人急救护理指南·····	476
第六节	冻伤病人急救护理指南·····	477
第七节	休克病人急救护理指南·····	478
第八节	创伤病人急救护理指南·····	479
第九节	急腹症病人急救护理指南·····	483
第十节	大量咯血病人急救护理指南·····	483
<b>第十三章</b>	<b>加强监护病房 (ICU) 护理指南 ·····</b>	<b>485</b>
第一节	ICU 一般护理指南 ·····	485
第二节	重症病人基础监护指南·····	485
第三节	重症病人加强监护指南·····	486

# 第一章 门诊、急诊及入院、出院护理指南

---

## 第一节 门诊、急诊护理指南

### 一、门诊一般护理要点

1. 做到态度和蔼，热情接待病人，耐心解答问题。
2. 开诊前应备齐所需用物，包括各种表格、医疗检查器械及诊疗用品，并按固定位置放好。
3. 按挂号顺序安排病人就诊。根据病情需要，于就诊前测量体温，必要时测量脉搏及呼吸，并记录于门诊病案上。需做血、尿、便常规检验者，应预先填写好检验申请单，以备留取标本送检。
4. 随时观察候诊病人的病情。对于病情危重者应安排提前就诊，护士应在旁陪同，配合医师进行检诊；对于老弱、伤残及婴幼儿病人也应酌情安排优先就诊；发现传染病人时，应立即送至门诊隔离室诊治与处理。
5. 为病人检查乳房、下腹部、肛门及会阴等部位时，宜用屏风遮挡。
6. 诊查完毕，按需要对病人进行指导，如化验、特殊检查、取药及治疗的地点等有关事项。
7. 对候诊病人应进行一般卫生常识和本专科常见疾病等有关知识的宣传教育工作。
8. 维护好候诊和就诊秩序，保持诊室清洁。

### 二、急诊护理要点

1. 预检护士询问病人病情确定就诊科别后，办理挂号并迅速通知有关急诊值班医师接诊。
2. 对病情危重的病人，应即刻通知专科值班医师作紧急处理，然后再补办挂号手续，护士应守护在旁，严密观察其病情变化，需要抢救者，直接将病人推进抢救室，在专科值班医师到达以前，护士或请其他科值班医师酌情先给予初步急救处理。

3. 传染病人应送到隔离室就诊。
4. 测体温、脉搏、呼吸、血压，观察意识变化。
5. 随时巡视病人，协助医师和指导陪送人员处理所需事项。
6. 病情危重病人需要进行特殊检查时，要有护士陪送或通知有关科室到急诊室检查。
7. 病情危急需手术者，应按医嘱作术前准备，送至急诊手术室进行，或通知手术室。即将分娩的产妇情况紧急者应直接送入产房。
8. 确保急诊室的一般与特殊设备、一般与急救器械经常处于应急备用状态。急救药品、各种无菌急救治疗包及敷料等物品，应配备齐全、性能良好、固定放置。
9. 配合医师抢救与转送病人，迅速准确执行医嘱。对抢救病人，应做好抢救护理记录。
10. 记录病人到达时刻、医师到达时刻、病情发生变化时刻、急救措施实施时刻及病人进入病区的时刻。
11. 急诊危重病人经抢救病情稳定后需住院者，应先通知病区值班护士准备床位和所需急救物品，同时由陪送人员办理住院手续，再由医生、护士根据病情选择合适转运方式护送病人入病区，并向病区值班医师和护士进行交接班。

## 第二节 入院、出院护理指南

### 一、入院护理要点

#### （一）入院程序

1. 病人凭医师接诊检查后填写的住院病历首页（住院证）办理入院手续。
2. 住院处根据医师意见、病人病情、床位情况决定当日入院或登记候床住院。
3. 病人入院时，住院处工作人员仔细核对入院证件无误后，办理入院手续，并通知病区值班护士做好准备。
4. 住院病人需自备洗漱用品（也可由院方统一配发），酌情预交一定数量的费用。
5. 行动困难、病重者需由住院处工作人员用平车或轮椅护送至病区。病情需要时，应留家属向医师陈述病史。
6. 病人进入病区时，应将病案首页及门诊病案等同时交给病区值班护士，



并交清有关事宜。

### （二）入院护理要点

1. 病区护士接到住院处通知后即为新病人准备床位并备齐用物。如为危重病人，需准备好急救用物与药品。
2. 病人入病区后，值班护士应热情迎接，作自我介绍，将病人送到指定床位，同时通知经治医师或值班医师。
3. 病人更衣后测量身高、体重、体温、脉搏、呼吸，并记录于体温单上。
4. 危重病人应安置在抢救室，协助更衣，根据病情采取适当卧位，有专人严密观察病情与记录生命体征等变化，配合医师积极抢救。
5. 填写有关表格，建立病人住院病历。
6. 对病人进行入院评估，并填写入院评估表。
7. 向病人介绍责任护理组成员、负责医师、住院环境、住院规则及有关规章制度。对危重病人，介绍内容可从简。
8. 执行入院医嘱。

## 二、出院护理要点

### （一）出院程序

1. 医师决定病人出院后，于出院前 1 日写好出院通知单及需带回的药品处方一并送到住院处。
2. 住院处接到病人出院通知单和出院药品处方后，即通知结账处结账，并通知病人家属或单位来院办理出院手续。

### （二）出院护理要点

1. 出院当日，病人或家属到住院处（或出院结账处）办理出院手续，并取出要带回药品。
2. 协助病人整理用物，清点病室用品，并进行出院前指导，包括出院后饮食、治疗、休息、康复及其他应注意事项等。
3. 病人办妥出院手续，由主班护士核对后换下病区衣服，护士护送其出院。
4. 更换与清洁、消毒床单位用物，取下床头卡，铺好备用床。传染病病人用物及环境按终末消毒处理。
5. 执行出院医嘱，停止病人一切治疗及饮食，注销各种卡片。
6. 按出院病历排列顺序整理病历及有关记录文件，待送病案室归档。

## 第二章 分级护理指南

---

分级护理是根据病人病情和生活自理能力而定，由医师下达医嘱后执行，分为特别护理及一、二、三级护理，设有不同标记。

### 第一节 特别护理

1. 由专人作特别护理，制订与实施护理计划，及时准确执行医嘱。
2. 严密观察病情变化，按时测量体温、脉搏、呼吸、血压及观察意识状态。病情变化时，应及时通知医生并能协助进行急救处理。
3. 保持正确卧位，做好安全护理。
4. 做好基础护理，包括口腔、头发、皮肤的护理及保持床单整洁，严防发生并发症。病情允许者应协助翻身和肢体活动。
5. 做好各种留置导管的护理。
6. 根据病情备好监护仪、急救器材与药品，并熟练掌握其应用方法或配合医生使用。
7. 做好饮食护理。
8. 及时将出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施记录在特护记录单上，并按时作小结和总结。
9. 给予心理支持和帮助，稳定病人情绪。

### 第二节 一级护理

1. 根据病情需要按时测量体温、脉搏、呼吸、血压，密切观察病情变化。
2. 病人需卧床休息，保持正确卧位，按需协助翻身和肢体活动。病情许可者可在床上坐起。
3. 做好基础护理，包括口腔、头发、皮肤的护理及保持床单整洁，防止发生并发症。
4. 做好各种留置导管的护理。
5. 做好饮食护理。

6. 根据病情需要填写护理记录单或出入量记录单并按时作总结。
7. 做好心理护理，使之处于接受治疗的最佳状态。

### 第三节 二级护理

1. 每日测量体温、脉搏、呼吸2次，注意观察病情变化。
2. 生活上给予必要的帮助，同时指导病人完成部分自我照顾。
3. 指导病人在室内和病区公共区域适当活动。
4. 做好健康教育工作。

### 第四节 三级护理

1. 每日测量体温、脉搏、呼吸1次，注意观察病情变化。
2. 指导病人在生活上进行自我护理。
3. 指导病人在室内、室外进行活动和康复锻炼。
4. 做好健康教育和出院前指导工作。

## 第三章 常见症状护理指南

---

### 第一节 高热病人护理指南

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 体温、脉搏、呼吸、血压及意识变化。
- (2) 发热特点与热型。
- (3) 临床表现与伴随症状。
- (4) 出入液量平衡及营养状况。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按上述评估中所列各项观察病情变化。
2. 卧床休息，意识异常者应加用床档以确保安全。
3. 保持室内空气新鲜及适宜的温、湿度，并注意为病人保暖。
4. 给予生活上的帮助。
5. 做好口腔护理，保持皮肤清洁，及时更换内衣及被单。
6. 测量体温、脉搏、呼吸，每 4 小时 1 次，体温突然升高或降低时应随时测量。根据病情测量血压及观察意识状态并做好记录。
7. 体温在  $39^{\circ}\text{C}$  以上时，可给予物理降温。30 分钟后再次测量体温，并记录在体温单上。
8. 体温骤降并伴有大量出汗时，应及时补充水分，注意血压变化。
9. 针对临床表现及伴随症状给予相应护理或按医嘱处理。
10. 按医嘱给予易消化的流质或半流质饮食，鼓励多饮水，需要时应记录出入量。
11. 按医嘱执行原发病和降温治疗并观察降温效果。
12. 做好心理护理，帮助病人克服急躁与不安情绪，安心接受治疗。

**【健康指导】**

1. 向病人讲解发生高热的病因、危险性、初步处理及预防方法。
2. 说明正常体温的范围，指导测量体温的正确方法。
3. 为家属提供病人高热时的家庭护理指导。

## 第二节 呼吸困难病人护理指南

**【评估】**

1. 病情评估
  - (1) 呼吸频率、节律、深浅度的改变。
  - (2) 体温、脉搏、血压及神志变化。
  - (3) 呼吸困难的类型及临床表现。
  - (4) 呼吸困难的伴随症状。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按上述评估中所列各项观察病情变化。
2. 取半坐位或端坐位。意识异常者应加用床档以确保安全。
3. 根据病情做好所需的基础护理。
4. 按时测量呼吸、脉搏、体温和血压。
5. 根据不同病因和缺氧程度，按医嘱给予适当的吸氧方式和不同浓度的氧吸入。
6. 保持呼吸道通畅，包括及时清除呼吸道分泌物、按时为病人叩背、帮助做有效咳嗽、咳痰等措施。
7. 鼓励多饮水，防止痰液黏稠不易咳出而加重呼吸困难。
8. 针对临床表现及伴随症状给予相应护理或按医嘱处理。
9. 按医嘱给予高蛋白、高热量、低脂肪、易消化、富含维生素的饮食，应缓慢进食以防止食物误吸。
10. 按医嘱及时留送血气监测的标本。
11. 针对病人紧张、焦虑、恐惧心理给予耐心解释与安慰，使之有安全感，消除不良情绪，保持安静，以减少体内氧的消耗减轻呼吸困难。

**【健康指导】**

1. 向病人讲解引起呼吸困难的相关疾病基础知识，使之掌握自身疾病的预防与保健知识。

2. 指导病人做腹式呼吸锻炼，逐渐增强呼吸功能。

### 第三节 意识障碍病人护理指南

#### 【评估】

1. 体温、脉搏、呼吸、血压的变化。
2. 意识障碍的程度。
3. 瞳孔大小及对光反射的改变。
4. 言语反应、肢体随意运动、对疼痛刺激的反应、吞咽反射、角膜反射等临床表现。

#### 【护理要点】

1. 按上述评估中所列各项观察病情变化。
2. 取侧卧位，对躁动不安者须加用床档，必要时应用约束带适当限制肢体活动，以防坠床。
3. 做好基础护理，包括口腔、头发、皮肤的护理及保持床单整洁。
4. 按时测量体温、脉搏、呼吸和血压。
5. 对昏迷者可应用格拉斯哥昏迷计分方法（GCS），即根据病人睁眼、言语、运动等三方面对刺激的不同反应给予打分，计分范围为 3~15 分，当格拉斯哥指数迅速下降时应及时向医生报告。
6. 随时吸除口腔和气管内的分泌物，舌后坠者应及时用舌钳牵出，以保持呼吸道通畅。
7. 预防并发症，如肺炎、口腔炎、角膜损伤、泌尿道感染及褥疮。
8. 防止损伤，如热水袋烫伤、舌咬伤及异物误入气管内。意识障碍病人应禁用热水袋。
9. 加强排尿与排便的护理，如尿潴留者可按医嘱采用间歇导尿或留置尿管并行膀胱冲洗；3 天未排便者，按医嘱给予处理，必要时将粪便抠出。对于排尿及排便失禁者须保持会阴部及床单的清洁与干燥。
10. 长期昏迷者应定时做肢体被动活动，保持肢体良好位，以预防肢体肌肉萎缩、关节僵直和足下垂。
11. 根据病人意识障碍的不同程度进行相应的意识恢复训练。
12. 不能进食者，按医嘱给予鼻饲，可选用匀浆、要素饮食等高营养食物，以给予足够的营养支持。
13. 根据病情需要填写护理记录单，记录出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施，并按时作小结或总结。



**【健康指导】**

1. 指导家属和探访者可经常呼唤病人的名字，病情允许时也可给予收听适当的音乐，利用言语和音乐的声刺激作用促进病人苏醒。
2. 指导家属协助病人进行言语及肢体运动功能的康复训练。

## 第四节 疼痛病人护理指南

**【评估】**

1. 病情评估
  - (1) 疼痛时的生命体征变化、体位、临床表现及伴随症状。
  - (2) 疼痛的原因、部位、性质及程度。
  - (3) 疼痛的起始时间、持续时间及停止时间。
  - (4) 疼痛发作的规律性、痛点有无转移和放射。
  - (5) 疼痛缓解的方式。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按上述评估中所列各项观察病情变化。
2. 适当变换体位，以缓解疼痛。
3. 根据病情做好所需的基础护理。
4. 病人感到疼痛时应尽早实施去除或缓解疼痛的措施，如按医嘱给予止痛治疗、按摩体表某一部位或相关穴位等。
5. 如出现突发性剧痛，应密切观察，及时向医生报告并协助处理。
6. 创造安静舒适的环境，以增强药物的镇痛作用。
7. 针对临床表现及伴随症状给予相应护理或按医嘱处理。
8. 及时评价和记录各项止痛措施的效果。
9. 观察止痛药物的副作用，尤其应注意长期应用止痛药后副作用的发生。
10. 按医嘱给予适当的饮食。
11. 做好心理护理
  - (1) 稳定病人情绪，分散其对疼痛的注意力，消除紧张、恐惧心理。
  - (2) 告诉病人疼痛的原因和自我克制疼痛的方法，增强战胜疼痛的信心。
  - (3) 对心因性疼痛者，可采用言语诱导、安慰强化等措施，诱导其在学习后产生疼痛消失感。

### 【健康指导】

1. 向病人及家属介绍原发疾病引起疼痛的原因和相关知识。
2. 帮助病人选择有效的自我缓解疼痛的方法，训练控制疼痛的能力。
3. 帮助病人掌握解除对疼痛的思想顾虑及应对消极情绪的正确方法。
4. 告诉病人在发生突发性剧痛时，应避免活动并及时向医护人员反映。
5. 向病人及家属介绍常用止痛药的副作用，避免滥用止痛药。

## 第五节 恶心与呕吐病人护理指南

### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 呕吐发生的时间与次数。
  - (3) 呕吐物的性状、气味、颜色及量。
  - (4) 呕吐时的临床表现及伴随症状。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按上述评估中所列各项观察病情变化。
2. 病人取半卧位或坐位，饭后 2 小时内避免平卧位。
3. 平卧位病人呕吐时应头偏向一侧，以防呕吐物吸入气管内。
4. 保持病室环境清洁、空气清新。
5. 加强口腔护理，保持口腔清洁。
6. 对体弱与卧床者应做好所需的基础护理。
7. 指导病人进行缓慢的深呼吸，并做吞咽动作，以抑制呕吐反射。
8. 注意观察病人有无水与电解质失衡的临床表现。
9. 针对临床表现及伴随症状给予相应护理或按医嘱处理。
10. 病人剧烈呕吐时，应暂停饮食及口服药物，待呕吐减轻后，可按医嘱给予流质或半流质饮食，宜少量多餐，并鼓励多饮水。
11. 必要时记录出入量。
12. 按医嘱给予止吐药物及其他相应治疗，注意观察疗效。
13. 鼓励病人保持情绪稳定，积极配合治疗。

### 【健康指导】

1. 向病人讲解引起恶心与呕吐的原因及预防的方法。

2. 养成定时、定量等良好的饮食习惯。
3. 要有充足睡眠，避免精神紧张和劳累。

## 第六节 腹泻病人护理指南

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 大便次数、形状、性质、颜色、气味和量。
- (3) 临床表现与伴随症状。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按上述评估中所列各项观察病情变化。

#### 2. 体弱者应卧床休息。

#### 3. 做好所需的基础护理。

#### 4. 做好病人肛门周围皮肤的护理，保持会阴部皮肤的清洁与干燥。

#### 5. 做好病人的食具、便器、排泄物及呕吐物的消毒，严防交叉感染。

6. 对大量腹泻者，应观察有无脱水、电解质紊乱及代谢性酸中毒等临床表现，必要时应记录出入量。

7. 对长期腹泻者，应观察是否已出现体重减轻、贫血以及营养不良性水肿等临床表现。

8. 腹痛时可按医嘱给予解痉药物或作腹部热敷。对其他临床表现及伴随症状也应给予相应护理或按医嘱处理。

9. 按医嘱给予易消化、纤维素含量少的流食、半流食或软饭，宜少量多餐，鼓励多饮水，病情需要时可饮用含钾、含钠的饮料。

#### 10. 注意药物治疗的疗效，对输液治疗者应密切观察有无输液反应。

#### 11. 需做粪便检验者，要留取新鲜粪便并及时送检。

#### 12. 鼓励病人保持情绪稳定，积极配合治疗。

### 【健康指导】

#### 1. 向病人讲解引起腹泻的原因并掌握预防的方法。

#### 2. 指导病人留取异常粪便标本的正确方法。

#### 3. 指导病人肛周皮肤的护理方法。

#### 4. 注意适当休息及有充足的睡眠。

## 第四章 内科疾病护理指南

---

### 第一节 内科疾病一般护理指南

1. 按入院、出院护理指南执行（见第一章）。

2. 按医嘱执行分级护理及其护理要点（见第二章）。

3. 测量体温、脉搏、呼吸。

(1) 一般新入院病人，3次/天，连测3天，如体温正常，则按分级护理有关要点执行。

(2) 低热病人，2次/天，体温正常3天后，按分级护理有关要点执行。

(3) 中度热病人，3次/天，体温正常3天后，按分级护理有关要点执行。

(4) 高热病人，按高热病人护理指南执行（见第三章）。

(5) 某些专科疾病病人须观察体温时，按有关疾病护理要点执行。

4. 按医嘱测量血压。

5. 测量体重，病人入院时测1次，以后每周测1次。

6. 病人入院后24小时内，应对其进行全面护理评估，提出护理诊断，制订护理计划及护理措施，并记录于护理病历上。

7. 准确、及时留送各种检验标本。新入院患者应在次晨留取尿与粪便标本送作常规检验。

8. 严密观察病情和药物不良反应，如有异常变化应立即向医生报告并积极协助处理。

9. 凡危重病人应填写护理记录单，及时准确记录出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理等内容，并按时作小结与总结。每日的出入液量应记录于体温单上。

10. 了解本病区内常用药物、急救药物（含专科疾病急救药物）的主要作用及副作用，熟练掌握其用法及注意事项。

11. 保持本病区内一般器材、急救器材（含专科疾病急救器材）、各种急救治疗包的性能良好，可供随时应急使用，并能掌握其使用或配合医生操作的方法。

12. 加强与病人的交流,了解其心理需求、给予心理支持。病情允许时,应鼓励并指导病人自我护理,增强其治病与康复的信心。

13. 针对病人的疾病进行健康指导,包括本病的预防、症状、治疗、饮食、休息、身体锻炼、保持心理健康等基本知识,以及出院后来院复查的时间等内容。

14. 病区环境应清洁、整齐、安静、安全,空气新鲜,室温 $18\sim 20^{\circ}\text{C}$ 、湿度 $50\%\sim 60\%$ 为宜。

## 第二节 呼吸内科病人护理指南

### 一、呼吸内科病人一般护理要点

1. 按内科疾病一般护理指南执行。

2. 加强对常见症状的观察,包括神志的变化,咳嗽、胸痛的性质,咳痰、咯血的性状和量,呼吸困难、喘鸣、缺氧的程度,酸碱失衡的临床表现等。

3. 呼吸困难者,应采取半坐卧位或端坐位,缺氧时,应按医嘱采用不同的氧流量和吸氧方法。

4. 做好各项检查、治疗、急救的术前准备、术中配合、术后护理及病人指导等工作,如支气管造影、纤维支气管镜检查、胸膜活检、经纤维支气管镜或经皮肺活检、胸腔镜检查、支气管肺泡灌洗、胸腔穿刺、胸腔闭式引流、气管插管及气管切开等。

5. 做好呼吸道隔离工作,防止交叉感染。

### 二、急性上呼吸道感染病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征变化。

(2) 头痛、咽痛、喷嚏、鼻塞、流涕、咳嗽及咳痰等症状。

(3) 有无中耳炎、鼻窦炎等并发症的发生。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 卧床休息，寒战时应给予保暖。

4. 体温超过  $39^{\circ}\text{C}$  者按高热病人护理要点执行（见第三章）。

5. 对年老体弱者要加强降温后的病情观察，如血压、脉搏的变化，大量出汗者应防止发生虚脱。

6. 给予生活上的帮助，保持内衣及被单的干燥、平整与舒适。

7. 按医嘱给予易消化的高热量、高维生素、低脂肪流质或半流质饮食。鼓励多饮水，以补充丢失的水分，也有利于毒素的排出。

8. 按医嘱执行对症、抗菌治疗等措施。咽痛及声音嘶哑者给予雾化吸入。

9. 加强心理护理。

#### 【健康指导】

1. 使之了解发病的原因和自我防护的知识。

2. 积极接受治疗，避免发生并发症。

3. 进行合适的体育锻炼，避免过度疲劳，注意加强营养，提高机体抵抗疾病的能力。

4. 避免与流感病人接触。

### 三、急性气管-支气管炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征变化。

(2) 有无上呼吸道感染症状。

(3) 咳嗽性质和频率。

(4) 痰液性状及痰量。

(5) 有无胸骨后闷痛。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 卧床休息，注意保暖。

4. 给予生活上的帮助。

5. 按医嘱给予易消化的高热量、高维生素饮食。鼓励多饮水，以补充水分，并利于稀释痰液。

6. 按医嘱执行镇咳、祛痰、解痉、抗菌等治疗措施。对刺激性咳嗽者可



按医嘱给予生理盐水雾化吸入。

7. 做好心理护理。

#### 【健康指导】

1. 指导病人避免受凉和过度劳累。
2. 增加营养, 加强体育锻炼, 降低机体对疾病的易感性。
3. 避免与流感病人接触。
4. 过敏病人应避免接触或吸入过敏原。

### 四、慢性阻塞性肺气肿病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 咳嗽与咳痰的性质、特点及痰量。
  - (3) 呼吸困难、发绀、头痛的症状及神志变化。
2. 心理状况。
3. 自理能力和排除气道内分泌物的能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 卧床休息, 取半坐卧位, 做好基础护理。
4. 协助病人有效咳嗽与咳痰, 保持呼吸道通畅。
  - (1) 指导病人做有效咳嗽与咳痰的方法。
  - (2) 对体弱无力者, 应按时协助更换体位, 叩击背部, 以促进排痰。
  - (3) 按医嘱给予雾化吸入, 湿化气道。
  - (4) 对清理呼吸道无效者, 应在无菌操作下给予吸痰。
5. 按医嘱给予氧疗
  - (1) 宜采用鼻导管吸氧。
  - (2) 低流量 (1~2L/min) 持续氧吸入。
  - (3) 氧气湿化瓶内盛以灭菌蒸馏水, 并给予更换 1 次/天, 湿化瓶应按时进行消毒。
  - (4) 按需监测血气指标、呼吸频率与节律, 观察呼吸困难、发绀改善情况及意识状态变化, 以了解氧疗效果。
6. 指导病人用鼻吸气与经口缩唇呼气、进行腹式呼吸等加强呼吸功能锻炼的方法。

7. 按医嘱给予高蛋白、高热量、高维生素易消化的流食或半流食。
8. 按医嘱执行解痉平喘、止咳祛痰、抗菌等治疗。
9. 做好病人的心理护理，以解除其伴有的精神紧张和焦虑，使之情緒安定、平静呼吸。

#### 【健康指导】

1. 改善营养状况，进行适量体力锻炼，增强体质，提高机体免疫功能和抗病能力。
2. 教会病人进行呼吸功能锻炼的方法。
3. 避免对呼吸道的刺激，如戒烟、预防呼吸道感染等。
4. 指导病人和其家属进行家庭氧疗的方法。

### 五、慢性肺源性心脏病病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 咳嗽特点、痰液性状。
  - (3) 呼吸困难、发绀、头痛的症状及神志变化。
  - (4) 尿量变化及有无下肢水肿。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 卧床休息，取半坐卧位，做好护理。
4. 协助病人有效咳嗽与咳痰，保持呼吸道通畅（同本节慢性阻塞性肺气肿病人护理要点）。
5. 按医嘱给予氧疗（同本节慢性阻塞性肺气肿病人护理要点）。
6. 指导病人进行呼吸功能锻炼（同本节慢性阻塞性肺气肿病人护理要点）。
7. 应用机械通气治疗者，按机械通气病人护理要点执行。
8. 按医嘱给予富含蛋白质、各种微量元素及维生素的易消化饮食。心力衰竭者应给予低盐饮食，每日食盐量不超过 2g，并限制饮水量。
9. 按医嘱执行抗炎、祛痰、平喘及强心、抗心律失常、利尿、输液等治疗。心力衰竭者应控制输液速度和输液量。

10. 重视病人的心理反应，经常与其交谈，了解需要，帮助克服因病程长而产生的消极情绪，积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 同本节慢性阻塞性肺气肿病人护理要点。
2. 病情稳定后仍有缺氧时，应行低流量吸氧（1~2L/min），每日持续吸氧 15 小时以上。
3. 出现心力衰竭时应进低盐饮食，每日食盐量不超过 2g，并限制水的摄入量。

### 六、支气管哮喘病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 呼吸困难、喘息的严重程度及其特点。
  - (3) 发绀症状、意识状态。
  - (4) 咳嗽情况，痰液的性状、量及颜色。
  - (5) 所取体位。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 卧床休息，根据病情取半坐卧位或端坐位，做好基础护理。
4. 对哮喘严重者，应观察有无皮肤干燥失去弹性、痰液黏稠不易咳出以及出汗多等症状，并应准确记录出入量，警惕发生脱水。
5. 哮喘发作时，应严密观察有无自发性气胸、纵隔气肿等并发症的发生。
6. 为病人叩背、协助翻身和做有效咳痰，按医嘱给予雾化吸入以湿化气道与稀释痰液，利于痰液引流。对无力咳痰者应在无菌操作下进行吸痰，以保持呼吸道通畅。
7. 根据病情按医嘱经鼻导管给予不同流量的氧吸入。
8. 应用机械通气治疗者，按机械通气病人护理要点执行。
9. 按医嘱给予高热量、富含营养的易消化饮食，鼓励多饮水。有过敏史者不应食用鱼、虾、蛋等食物。不能进食者，可按医嘱采用鼻饲法或静脉营养支持治疗。

10. 按医嘱执行各种治疗,如输液,吸入、口服或静脉滴注支气管舒张剂、肾上腺皮质激素,以及应用抗菌药物等。

11. 做好心理护理,帮助病人克服紧张、焦虑和不安情绪,以减轻哮喘症状。

#### 【健康指导】

1. 脱离过敏原,去除诱发或加重哮喘的刺激因素。
2. 有干咳、呼吸紧迫感、连打喷嚏、流泪等哮喘发作先兆时应立即就医。
3. 教会病人正确服用药物,使用气雾吸入剂和雾化吸入操作等方法。

### 七、支气管扩张症病人护理要点

#### 【评估】

1. 评估病情
  - (1) 生命体征。
  - (2) 咳嗽特点、咳痰性状及痰量。
  - (3) 有无反复咯血及咯血量。
  - (4) 有无贫血症状。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 急性感染或咯血者应卧床休息,做好基础护理。
4. 鼓励并帮助病人做有效咳嗽,痰液黏稠不易咳出时,可按医嘱行雾化吸入。
5. 按医嘱进行体位引流排痰。
  - (1) 根据病变的部位,安置病人于相应体位后,嘱其做深呼吸及咳嗽,并给予拍背,以促使痰液流出。
  - (2) 每日晨早餐前1小时及晚间睡眠前各施行1次,每次10~15分钟。
  - (3) 引流过程中应观察呼吸、心率、血压及面色变化。
6. 大咯血者,按大量咯血病人急救护理指南执行(见第十二章)。
7. 呼吸困难者可按医嘱给予氧吸入。
8. 高热者,按高热病人护理指南执行(见第三章)。
9. 鼓励病人多饮水。按医嘱给予富含蛋白质、易消化的饮食,并帮助其多进食,以维持营养纠正贫血。必要时给予静脉营养支持治疗。

10. 按医嘱给予祛痰、镇咳、止血、抗菌、静脉补液等治疗。
11. 需外科治疗者，应按医嘱及时做好转科工作。
12. 嘱病人安静休息，减轻恐惧心理，保持稳定情绪，以避免或减少咯血。

#### 【健康指导】

1. 积极预防呼吸道感染。
2. 加强营养，进行适当体力锻炼，增强体质。
3. 加强对大咯血前驱症状的自我监护，若有胸部不适、剧烈性咳嗽或痰中带血丝时，应立即就医。

### 八、肺炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 咳嗽、咳痰性状、胸痛或头痛、畏寒等情况。
  - (3) 有无呼吸困难与发绀。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。如体温不升、脉搏加快、呼吸急促、继而血压下降，四肢厥冷，应及时向医生报告，警惕休克的发生。
3. 卧床休息，做好基础护理。
4. 合并休克者，按休克病人急救护理指南执行（见第十二章）。
5. 协助病人做有效咳嗽与咳痰，保持呼吸道通畅。可按医嘱给予雾化吸入以湿化气道。
6. 呼吸困难、发绀者，按医嘱给予氧吸入。
7. 高热者，按高热病人护理指南执行（见第三章）。
8. 胸痛者，协助取患侧卧位或用胸带包裹胸部，以降低患侧胸廓活动度减轻疼痛。必要时可按医嘱给予止痛药。
9. 按医嘱给予高热量、高蛋白、易消化的流质或半流质。鼓励病人多饮水。
10. 按医嘱给予止咳、祛痰、抗菌或解热等药物及补液治疗。
11. 做好心理护理，向病人讲解疾病的全过程和预后，使之消除紧张情

绪，增强治病信心。

**【健康指导】**

1. 注意锻炼身体和加强营养，增强机体抵抗力。
2. 避免受凉，预防上呼吸道感染。
3. 避免与上感等呼吸道感染病人的密切接触。

## 九、肺脓肿病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 咳嗽、咳痰情况，痰量及性状、气味，有无咯血。
- (3) 有无胸痛、呼吸困难、寒战等症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 适当休息，咯血时应卧床并做好基础护理，畏寒者应给予保暖。

4. 鼓励有效咳痰，防止气道阻塞。必要时按医嘱行雾化吸入以稀释痰液，利于咳出。

5. 按医嘱进行体位引流排痰。

(1) 同支气管扩张症病人护理要点执行。

(2) 重症、体质虚弱者，在引流过程中应防止因大量痰液涌出，病人无力咳出而发生窒息。

6. 脓痰较多或有明显痰液阻塞征象者，应配合医生行纤维支气管镜下冲洗和吸引。

7. 高热者，按高热病人护理指南执行（见第三章）。

8. 做好口腔护理，清除口内细菌，保持口腔清洁、湿润，以防止口腔感染。

9. 按医嘱给予高蛋白、高维生素、易消化的饮食，鼓励多饮水。

10. 按医嘱给予抗感染、祛痰、输液等治疗。

11. 需外科治疗者，应按医嘱及时做好转科工作。

12. 帮助病人消除因高热、咳大量脓痰而产生的恐惧心理，增强战胜疾病的信心。



**【健康指导】**

1. 加强适当体力锻炼，改善营养，保证适当休息，以增强机体的抗病能力。
2. 积极预防上呼吸道感染及治疗口、鼻、咽部感染病灶，如扁桃体炎、龋齿、龈槽溢脓、鼻窦炎等疾病。

## 十、肺结核病人护理要点

**【评估】****1. 病情评估**

- (1) 生命体征。
- (2) 有无盗汗、乏力、食欲减退、体重减轻。
- (3) 咳嗽、咳痰、血痰、咯血情况。
- (4) 胸痛、呼吸困难症状。

**2. 心理状况。****3. 自理能力。****【护理要点】**

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。
2. 严格执行《结核病隔离常规》。
3. 按上述评估中所列各项观察病情。
4. 适当休息。高热及大咯血者应卧床休息，做好基础护理。
5. 高热者，按高热病人护理要点执行（见第三章）。
6. 大咯血者，按大量咯血病人急救护理指南执行（见第十二章）。
7. 盗汗者，应及时给予更换内衣与被单。对重症病人应加强皮肤护理，鼓励多饮水，必要时记录出入量。
8. 分别消毒痰液和痰杯。痰液经消毒后方可倒入下水道，痰杯消毒后用清水刷洗并倒入含氯消毒剂 50~100ml 后加盖备用。每日更换痰杯 1~2 次。
9. 病人用过的餐具和便器也应经消毒后刷洗备用。
10. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素的饮食，鼓励多进食。
11. 按医嘱执行抗结核病药物治疗和止咳、祛痰等对症治疗。
12. 做好心理护理：结核病是一种慢性传染病，给病人带来较大的心理压力，常会表现自卑、焦虑、食欲减退和睡眠障碍，护理中应多与病人交流，使之增强战胜疾病的信心，积极配合治疗。

**【健康指导】**

1. 加强休息，保障充足睡眠，减轻体力劳动，保持愉快心情。

2. 合理调配饮食, 增加营养, 增强体质。
3. 指导病人养成良好的卫生习惯, 掌握对痰液、痰杯、餐具、便器、衣服、床上用品、书籍及环境等的清洁与消毒处理方法。
4. 向病人及其家属讲解治疗方案、用药方法、药物的不良反应等知识, 一旦出现药物不良反应需及时就诊。
5. 治疗过程中必须按医嘱定期复查。完成全疗程治疗后, 若再度出现症状时应及时就医复查。

### 十一、原发性支气管肺癌病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等情况。
- (3) 体重、营养状态。
- (4) 有无声音嘶哑、吞咽困难等癌肿扩展或转移引起的症状。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 疼痛时, 应观察病人的生理、情绪及行为反应, 并根据疼痛的部位、程度和性质给予适当护理。必要时, 按医嘱给予镇痛剂, 应用吗啡和度冷丁时应注意避免病人产生药物依赖。
4. 鼓励并协助病人做有效咳嗽、咳痰, 保持呼吸道通畅。干咳明显时, 可按医嘱给予镇咳药和雾化吸入湿化气道。
5. 呼吸困难时, 取半坐卧位, 给予氧吸入, 做好基础护理。
6. 行化学治疗者, 按化疗病人护理要点执行。出现不良反应时应给予对症护理和按医嘱处理。
7. 行放射治疗者, 按放疗病人护理要点执行。出现不良反应时应给予对症护理和按医嘱处理。
8. 按医嘱给予高蛋白、高热量、高维生素饮食。不能经口进食者, 给予鼻饲或静脉营养支持治疗。
9. 需手术者, 按医嘱做好转科工作。
10. 做好心理护理, 帮助病人和家属接受病情, 使之缓解心理压力, 减轻

病人身心痛苦，积极配合治疗。

**【健康指导】**

1. 宣传戒烟对预防肺癌的重要性。
2. 长期接触致癌物质或在肺癌高发区工作者应定期体检。
3. 注意休息，加强饮食营养、积极锻炼身体，保持乐观的心态，以提高机体免疫力。
4. 向病人讲解化疗和放疗期间预防感染的自我保护措施。

## 十二、自发性气胸病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 胸痛、胸闷、刺激性干咳症状。
  - (3) 呼吸困难、发绀表现。
  - (4) 有无皮下气肿。
  - (5) 有无休克表现。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 卧床休息，取半坐卧位，做好基础护理。烦躁不安者可按医嘱给予小量镇静剂。
4. 有休克表现者，按休克病人急救护理指南执行（见第十二章）。
5. 呼吸困难者应给予氧吸入。
6. 迅速协助医生行胸腔穿刺抽气减压，或作胸腔闭式引流术，术后按胸腔闭式引流术后病人护理要点执行（见第五章有关内容）。
7. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。
8. 按医嘱给予对症治疗，如应用镇咳药等。必要时给予缓泻剂以保持大便通畅，避免排使用力。
9. 做好心理护理，帮助病人缓解紧张和焦虑情绪，保持平静的心态。

**【健康指导】**

1. 积极治疗原发病。
2. 避免诱发本病的因素，如用力过度、用力憋气、剧烈咳嗽等。一旦出

现胸闷、呼吸困难等症状时，应立即就医，警惕本病的复发。

3. 劝告病人戒烟。

### 十三、矽肺病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 咳嗽、咳痰情况。
- (3) 胸痛性质、气短程度。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。对病情严重者，还应观察有无阻塞性肺气肿、肺心病及呼吸道感染等并发症。

3. 适当休息。病情较重者应卧床休息，做好基础护理。

4. 并发呼吸道感染、痰量多、痰液黏稠不易咳出者，要鼓励多饮水和咳嗽排痰，按医嘱给予药物雾化吸入以湿化呼吸道使黏痰溶解易于排出。对体弱卧床病人，应帮助翻身、拍背，促使痰液咳出。

5. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。Ⅲ期矽肺病人并发肺心病者，应给予低盐饮食。

6. 按医嘱给予克矽平等和镇咳、止痛药物治疗。对矽肺结核者，同时执行抗结核病治疗措施。

7. 做好心理护理。矽肺病人病程长，重症病人合并症多，尤其在呼吸困难、胸闷、憋气等症状加重时，易产生焦虑、恐惧。病人常担心不能缓解而精神紧张、悲观失望，护理中应给予精神支持，耐心做好有关本病知识的讲解，使其对疾病过程有一定认识，减轻心理压力。

#### 【健康指导】

1. 强调遵守防尘操作规程，注意个人防护。

2. 指导病人增强体质和耐寒锻炼，提高机体的抗病能力，预防呼吸道感染等并发症，做好自我护理。

3. 加强对肺结核的防治，一旦确诊，应就医治疗。

4. 对出院后需要吸氧的病人，应指导病人及家属掌握操作方法，合理用氧。

## 十四、呼吸衰竭病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 胸闷、呼吸困难、喘息、发绀的程度。
  - (3) 精神、意识状态。
- #### 2. 心理状况。
- #### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。

#### 2. 仔细观察病情

- (1) 按上述评估中所列各项进行病情观察。
- (2) 注意导致呼吸衰竭的基础疾病的临床表现。

#### 3. 卧床休息，做好基础护理。

#### 4. 保持气道通畅

(1) 协助病人咳痰，如分泌物严重阻塞气道时，应立即在无菌操作下用吸痰管经鼻作气管内吸痰。

(2) 必要时，协助医生行气管切开术，以利分泌物吸引。术后按人工气道病人护理要点执行（见第九章有关内容）。

(3) 给予雾化吸入，湿化气道，使痰液稀释易于咳出。

#### 5. 按医嘱、采用不同方法给予氧疗

(1) 急性呼吸衰竭重症，可用面罩法或经气管内插管、气管切开给予高浓度（ $>50\%$ ）吸氧，但不可长期使用严防氧中毒。

(2) 慢性呼吸衰竭者，可用鼻导管或鼻塞给予低流量（ $1\sim 2\text{L}/\text{min}$ ，浓度 $25\%\sim 29\%$ ）持续氧吸入。

#### 6. 行机械通气治疗者，按机械通气病人护理要点执行。

7. 及时进行血气监测，密切观察其动态变化，以提供氧疗指征的可靠依据。

#### 8. 意识障碍者，按意识障碍病人护理指南执行（见第三章）。

9. 按医嘱给予高蛋白、适量脂肪、适量糖类，以及多种维生素和微量元素饮食。危重病人可采用鼻饲法或给予胃肠外营养，病情稳定后应鼓励病人经口进食。

#### 10. 按医嘱根据病情控制液体入量，需要时，应予记录出入量或填写护理

记录单。

11. 按医嘱执行治疗, 包括使用呼吸中枢兴奋剂、控制呼吸道感染、纠正酸碱失衡和电解质紊乱等措施。

12. 做好心理护理。应予细致解释病情和精神安慰, 及时满足需求, 以起到增强其自信心和通气治疗效果的作用。对机械通气治疗中无法用语言表达的病人, 应加强与其进行非语言性交流, 以帮助减轻恐惧、不安情绪, 主动配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 积极治疗基础疾病, 改善营养状况, 进行适当体力锻炼和加强呼吸肌锻炼, 以提高呼吸功能和机体抗病能力。

2. 慢性呼吸衰竭者应积极预防和及时治疗呼吸道感染等发病诱因, 以减少急性发作, 延缓肺功能恶化的进程。

3. 对慢性呼吸衰竭病人, 应指导其进行家庭氧疗的方法。

### 十五、急性呼吸窘迫综合征病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

(1) 生命体征, 尤其应注意呼吸的频数。

(2) 胸闷、呼吸窘迫及发绀的程度。

(3) 意识状态。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 严密进行呼吸功能、循环功能及中枢神经系统功能的监护 (见第十三章)。

4. 按医嘱执行分级护理及其护理要点。

5. 在无菌操作下彻底吸除呼吸道内分泌物, 保持气道通畅与湿化。

6. 立即按医嘱采用面罩法或经气管内插管、气管切开给予高浓度 ( $>50\%$ ) 吸氧, 但不可长期使用严防氧中毒。

7. 迅速做好机械通气治疗的准备工作, 积极配合医生操作, 并按机械通气病人护理要点执行。

8. 及时进行血气监测, 密切观察其动态变化, 以提供氧疗指征的可靠依



据。

9. 出现心力衰竭、休克、意识障碍的病人，应分别按其护理要点执行（见本章、第三章、第十二章有关内容）。

10. 加强呼吸道感染的预防，用于病人呼吸治疗的各种管道、雾化器等均须进行严格清洁与消毒处理。

11. 按医嘱采用鼻饲法给予高热量、高蛋白质、高维生素和微量元素的饮食，或给予静脉营养支持治疗。

12. 准确填写护理记录单。

13. 按医嘱执行消除肺水肿、抗感染等治疗。输液过程中应严格控制输液速度，保持每日出量大于入量，防止肺水肿的加重。

14. 做好心理护理，给予精神安慰，增强其战胜疾病的信心，对机械通气治疗中无法用语言表达的病人，应加强与其进行非语言交流，帮助减轻恐惧与不安的情绪。

#### 【健康指导】

1. 向病人讲解本病的病因，做到主动积极预防。
2. 指导病人进行呼吸功能锻炼的方法。

### 十六、机械通气病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 发绀及意识障碍程度的改善情况。
- (3) 尿量，皮肤的颜色、弹性、湿度，以及周围循环状况。
- (4) 病人自主呼吸与呼吸机是否同步，有无烦躁不安表现。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按呼吸内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病人对机械通气的疗效反应。
3. 采取半坐卧位。须有专人特别护理并按特别护理要点执行。
4. 按气管内插管或气管切开术病人护理要点执行（见第九章有关内容）。
5. 严密监视呼吸机的工作状况，如发生机械故障应立即向医生和有关人员报告予以排除。
6. 按医嘱定时核查呼吸机的通气指标设定，包括通气方式的选择和通气

参数的设置。

7. 按医嘱进行血气监测，严密观察其动态变化，以提供对通气参数进行调整的可靠依据。

8. 保持呼吸道的通畅，及时吸除气道内的分泌物，严防人工气道的阻塞，在吸痰操作前后应向病人提供短时间的高浓度氧吸入，减少因吸痰而引起的缺氧。

9. 加强气道的湿化与温化

(1) 保持室内温度在  $22\sim 24^{\circ}\text{C}$ ，相对湿度  $50\%\sim 70\%$ 。

(2) 根据病情所需按时给予气道内滴注低渗 ( $0.45\%$ ) 盐水，每次  $3\sim 5\text{ml}$ 。注意湿化不可过度。

(3) 行气道内雾化吸入。

(4) 使用呼吸机上的湿化器加温湿化，湿化器内蒸馏水的温度保持在  $32\sim 35^{\circ}\text{C}$ ，蒸馏水应定时更换，避免污染。

10. 预防呼吸道感染

(1) 严格执行无菌操作和消毒隔离措施。

(2) 定时为病人更换体位和叩背，以减少气道内分泌物的潴留，便于吸出。

(3) 气管导管的气囊内充气量应适当，并按时放气，避免因压力过高致使气管壁缺血、损伤。气囊放气前，须彻底吸除其上方滞留的分泌物，以防放气后分泌物流入气道内。

(4) 及时清除呼吸机管道中的冷凝水，严防其流入湿化器或病人气道内。

(5) 长期使用呼吸机时，呼吸管道须按时更换，严格进行消毒处理。

11. 床旁应备有简易呼吸器，以供呼吸机暂时停机时使用。

12. 熟悉呼吸机报警的常见原因，报警时应请有关人员及时协助处理。

13. 按医嘱给予鼻饲饮食或静脉营养支持治疗，确保病人能摄取足够的营养。

14. 按医嘱执行各种治疗。

15. 做好心理护理。在实施护理措施前应向病人充分解释，使其放心。病人表现焦虑和恐惧时，应予以心理安慰和支持，使之能安静休息。注意加强与病人的非语言性交流，及时满足生活所需。

16. 撤离呼吸机前的护理

(1) 严密观察病情，包括生命体征，酸碱失衡及电解质代谢紊乱等表现。

(2) 提供心理支持，如帮助病人克服对呼吸机的依赖心理和离机的恐惧感。

(3) 指导病人作自主呼吸以锻炼呼吸肌运动。

(4) 适当补充营养, 以备补偿开始自主呼吸时大量能量的消耗及促进呼吸肌功能的恢复。

#### 【健康指导】

1. 病人撤离呼吸机后, 应鼓励并指导其积极进行呼吸功能的锻炼。
2. 进行适当的体力锻炼, 改善营养状况, 提高机体抗病能力。

### 第三节 心脏血管内科病人护理指南

#### 一、心脏血管内科病人一般护理要点

1. 按内科疾病一般护理指南执行。
2. 加强对常见症状的观察, 包括胸痛或胸部不适、呼吸困难、心悸、心慌、晕厥或先兆晕厥、水肿、疲乏无力等。
3. 嘱病人避免用力过度、大便干燥和便秘, 以防发生心律紊乱、心力衰竭、心绞痛或突然死亡。
4. 应特别注意心率、心律、血压和呼吸的变化。测量脉搏呼吸时, 必须准确计数 1 分钟, 并注意脉搏节律、强弱, 如发现脉搏短绌时, 应由两人同时分别测量 1 分钟内的脉搏及心率, 并以分数式(心率/脉率)记录。
5. 定期检查除颤器与心电示波器的性能, 以便在病人发生心室颤动需紧急抢救时, 可供立即使用。
6. 掌握心电图机的正确使用方法, 在病人突然发生相关症状时, 应及时描记心电图, 在图上要标明日期和作图时间, 并向医生报告予以处理。
7. 呼吸困难者, 应采取半坐卧位, 必要时按医嘱给予氧吸入。
8. 水肿者, 应按医嘱限制膳食中的钠盐量, 每日记录出入液量, 每周至少测量体重两次。
9. 嘱病人进食切勿过饱, 应忌酒、咖啡、浓茶及其他刺激性食物, 也不可吸烟。
10. 加强心理护理, 避免情绪激动和烦躁, 保证足够的休息与睡眠。
11. 预防病人受凉与感冒。

#### 二、慢性心力衰竭病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 体位，呼吸困难、发绀的程度，咳嗽、咳痰与咯血的性状。
- (3) 有无水肿、少尿。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 严重心衰者应卧床休息，取半坐卧位，做好基础护理。病情好转后应鼓励作适量活动。
4. 呼吸困难、发绀者，按医嘱给予氧吸入。咳粉红色泡沫血痰时，氧气应经 20%~30% 酒精湿化后吸入。
5. 按医嘱严格限制液体摄入量，输液时应减慢滴速，以防加重心力衰竭。
6. 长期卧床病人，应定时翻身，加强皮肤护理和协助下肢活动，避免发生褥疮和下肢静脉血栓。
7. 按医嘱给予低盐、高维生素、易消化饮食，也应限制含钠多的食品如味精等。宜少量多餐，适当限制饮水量。
8. 按医嘱给予利尿剂、血管紧张素转化酶抑制剂、 $\beta$ -受体阻断剂、洋地黄制剂等药物治疗，并严密观察药物的不良反应。
  - (1) 应用利尿剂时，应注意有无低钠血症、低钾血症等表现。
  - (2) 应用洋地黄制剂时，应注意有无出现食欲减退、恶心、呕吐、心悸、头痛、视觉改变、缓脉及其他心律失常等毒性反应。服药前，应先测量脉搏，脉搏 $<60$  次/分，应暂停给药并向医生报告给予处理。
  - (3) 应用血管紧张素转化酶抑制剂时，应注意病人有无低血压、高血钾、肾功能恶化的征象。
  - (4) 应用 $\beta$ 受体阻滞剂时，应注意病人有无心动过缓、房室传导阻滞、心功能恶化、低血压等征象。
9. 准确记录出入量。
10. 慢性心力衰竭病程长且反复发作，病人易产生焦虑、烦躁、紧张等心理反应，应针对病情耐心与病人交流，并做好家属工作，共同帮助病人树立信心，积极配合和治疗。

#### 【健康指导】

1. 积极治疗可引起心衰的原发病，避免心衰的诱发因素如呼吸道感染、过度劳累、情绪激动、钠盐摄入过多及妊娠等。

2. 根据体力和心功能状况,进行适当的活动,以维持良好的心脏代偿功能。应适当休息,保证充足的睡眠。

3. 严格遵医嘱服用药物,不可随意停药或减量,以防止本病复发或加重,也不可随意加量以防药物中毒。

4. 使病人了解洋地黄中毒症状,每次服药前应先数脉搏,若脉搏 $<60$ 次/分或出现其他心律失常时应暂停服药,及时就医。

5. 定期门诊复查,必要时应接受心电图检查和血清地高辛浓度测定。

### 三、急性心力衰竭病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 所取体位、呼吸困难及发绀的程度。
- (3) 咳嗽情况、咳痰性状。
- (4) 精神状态。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。警惕心源性休克的发生。

3. 取坐位,两腿下垂以减少静脉回心血量。病人烦躁不安时,按医嘱给予适当的镇静剂。做好基础护理。

4. 立即按医嘱给予高流量氧气吸入,氧气须经 $20\% \sim 30\%$ 酒精湿化。必要时协助医生用面罩或气管内插管加压给氧。

5. 按医嘱给予快速利尿剂,血管扩张剂和快速洋地黄制剂等药物治疗。

6. 按医嘱严格控制液体输入量,输液时应减慢滴速,以防加重心力衰竭。

7. 按医嘱给予饮食护理,并应控制饮水量。

8. 填写护理记录单,记录出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施,并按时小结和总结出入量。

9. 病人常因严重呼吸困难而烦躁不安,表现为焦虑和恐惧,应给予安慰,使之情绪稳定,减少氧的消耗。

#### 【健康指导】

1. 及时治疗原有的心脏血管疾病,如冠心病、高血压、二尖瓣狭窄、心律失常等,以减少发病因素。

2. 心脏病者或老年病人在输液时，切勿过快或过量输液。
3. 根据体力和心功能状况进行适当的活动锻炼以加强心脏的功能。
4. 嘱病人保持良好心态，进低盐易消化的饮食，且不可过饱，防止便秘，注意保暖避免受凉。

#### 四、心律失常病人护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 心悸、胸闷、乏力、气短、头晕、晕厥等临床症状及持续时间。
  - (3) 神志状态。
- ##### 2. 心理状况。
- ##### 3. 自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。对于心房颤动者应测量短绌脉。
3. 较严重的心律失常者应卧床休息，做好基础护理。
4. 病人突然发生心律失常时，应及时描记心电图，注明日期与时间，并向医生报告予以处理。
5. 对于床旁持续心电监测者，应严密观察心律失常的类型及病情变化。
6. 必要时按医嘱进行动态心电图监护并记录。
7. 必要时给予氧吸入。
8. 根据病情需要建立静脉通道。
9. 按医嘱给予抗心律失常药物，掌握正确的给药途径、剂量、给药速度，并观察用药后效果。
10. 对病情严重者应协助医生进行抢救。对施行不同方式的心脏电复律术者，术后按心脏电复律病人护理要点执行。
11. 病情需要安装临时性或永久性心脏起搏器时，应按医嘱做好术前准备。术后按人工心脏起搏器植入病人护理要点执行。
12. 按医嘱做好饮食护理。
13. 做好心理护理，保持病人情绪的稳定。

##### 【健康指导】

1. 及时进行病因治疗，预防本病的发作或复发。
2. 避免本病的诱因，如应避免用力排便等屏气用力的动作。

3. 注意劳逸结合，做到生活规律，有充足的睡眠，保持情绪稳定。
4. 遵医嘱服用抗心律失常药，不得随意加量、减量或停药，以免引起不良反应或影响疗效。
5. 应戒烟，避免食用刺激性食物，如咖啡、浓茶、辣椒、烈酒等。
6. 教会病人和家属测量脉搏的方法，加强自我监测病情。

## 五、高血压病病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 有无头晕、头痛、耳鸣、失眠、乏力等症状。
- (3) 有无血压显著增高、剧烈头痛、呕吐、眩晕、视力模糊、抽搐或意识障碍、胸背痛或呼吸困难等高血压急症的临床表现。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。按医嘱按时测量血压，注意观察其动态变化。

3. 头晕、头痛、视力模糊症状较明显者应适当卧床休息，睡眠不佳者可按医嘱给予镇静或安定剂。做好基础护理，确保病人安全。

#### 4. 加强对高血压急症病人的护理

- (1) 卧床休息，抬高床头，以减轻脑水肿。
- (2) 躁动者，应加床档以防坠床。
- (3) 按医嘱给予氧吸入。
- (4) 建立静脉通道，按医嘱给予快速降压药、脱水剂等药物。
- (5) 抽搐、躁动者，按医嘱给予镇静剂。
- (6) 意识障碍者，按意识障碍病人护理指南执行（见第三章）。
- (7) 行心电与血压持续监护。

5. 发生心、脑、肾等并发症者，应按医嘱处理，仔细观察病情变化并给予相应的护理。

6. 按医嘱给予低脂、低胆固醇、低盐、低热量饮食，膳食中应富含维生素、无机盐和纤维素，控制体重不超重。

7. 按医嘱给予降压药物等治疗。治疗过程中应观察血压变化以了解治疗



效果，并应防止低血压的发生。

8. 教会病人进行自我心理平衡调整、减轻焦虑的方法，如放松疗法、散步、听音乐及进行有益的娱乐活动等，以保持良好的心境。

#### 【健康指导】

1. 避免持久的过度紧张、精神刺激、情绪激动和劳累。做到生活规律，有充足的休息和睡眠。

2. 指导病人进行非药物治疗的方法，包括进低盐、低脂、低胆固醇、低热量饮食，每天摄入食盐不超过 6g 及限制每日总热量的摄入和进行适量运动，以减轻体重。

3. 指导病人遵医嘱坚持长期服药，不可自行增、减药量或突然停药。

4. 指导病人及家属掌握正确测量血压的方法。

5. 当心、脑、肾功能出现异常症状时应及时就医。

6. 应戒烟、限酒。

### 六、心绞痛病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无胸骨后及心前区发作性疼痛，是否放射至左肩、左臂内侧、颈、咽喉、背、上腹部等处。

(3) 胸痛是否呈压榨、发闷或紧缩感，注意胸痛的严重程度、持续时间等。

(4) 其他伴随症状，如大汗、恶心、呕吐、乏力、头晕、呼吸困难等。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 心绞痛发作时，立即协助病人平卧休息，给予生活上的帮助。

4. 给予氧吸入。

5. 按医嘱给予硝酸甘油舌下含服，观察用药后疼痛是否能迅速缓解。

6. 按医嘱给予硝酸甘油静点，点滴速度宜慢，以免造成低血压。

7. 协助医生监测心电图，并严密观察病情，警惕急性心肌梗死的发生。

8. 按医嘱给予低热量、低脂、低盐饮食。

9. 做好心理护理, 保持环境安静, 减轻病人的恐惧和不安。

#### 【健康指导】

1. 积极防治冠状动脉粥样硬化。
2. 适当进行活动锻炼, 减轻体重, 食用低热量、低脂、低盐饮食。
3. 避免诱发本病的因素, 如精神紧张、过重的体力活动, 突然用力、饱餐、吸烟等。
4. 出现本病症状时, 应立即含服硝酸甘油并及时就医, 避免心绞痛频繁发作。
5. 外出时应随身携带硝酸甘油, 以备急用。

### 七、急性心肌梗死病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征及神志变化。
  - (2) 心前区或胸骨后疼痛的性质和部位是否与心绞痛时相似, 是否有难以忍受的压榨和窒息感, 以及疼痛持续的时间。
  - (3) 有无大汗、烦躁不安、恐惧及濒死感。
  - (4) 有无恶心、呕吐、上腹胀痛等伴随症状。
  - (5) 有无心律失常、心源性休克等症状。
- ##### 2. 心理状况。
- ##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察, 并密切监视有无心律失常、心源性休克、心力衰竭等并发症的发生。
3. 卧床休息, 取半坐式卧位, 做好基础护理。
4. 给予持续氧吸入。
5. 快速建立静脉通道, 以供治疗与急救用药以及缓慢输液。硝酸甘油静滴时, 速度宜慢以防发生低血压。
6. 按医嘱给予镇静、止痛和硝酸甘油等药物后, 应密切观察疼痛的变化。
7. 持续心电图监测。
8. 按医嘱采取血标本, 及时送作血清心肌酶测定。
9. 协助医生进行溶栓和抗凝治疗。对溶栓病人应做好如下护理:
  - (1) 观察有无过敏反应, 如寒战、发热、皮疹等。

(2) 观察有无发生皮肤、黏膜、内脏等处出血。

(3) 按时描记心电图和抽血作心肌酶测定, 密切观察其动态变化。

10. 对于行床旁血流动力学监测者, 按重症病人加强监护指南执行(见第十三章有关内容)。

11. 对于行冠状动脉球囊扩张成形术(PTCA)及冠状动脉内支架植入术者, 按冠状动脉介入性治疗病人护理要点执行。

12. 合并心律失常、心源性休克、心力衰竭者, 应积极配合医生抢救, 并按有关护理要点执行(见本节三、四及第十二章第七节)。

13. 正确掌握心脏除颤器的使用方法, 病人发生室颤时, 应立即协助医生行非同步直流电复律术。术后按心脏电复律病人护理要点执行。

14. 按医嘱给予低盐、低脂、低胆固醇、低热量、易消化的饮食, 宜少食多餐。

15. 对病人进行耐心的解释和安慰, 减轻其紧张、焦虑、恐惧心理, 使之情绪稳定, 积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 指导病人按计划进行康复活动, 逐步参加适度的体育锻炼。

2. 避免过度劳累、情绪激动和精神过度紧张。

3. 避免饱餐和进食高脂肪、高热量的食物, 不饮浓茶、咖啡, 不吸烟。

4. 增加食物中的纤维素含量, 防止大便干燥和便秘。必要时遵医嘱使用缓泻剂或开塞露。

5. 积极防治冠状动脉粥样硬化, 包括认真控制血压、血脂、血糖、体重等。

6. 心绞痛加重时, 应及时就医, 警惕本病的发生。

### 八、心脏瓣膜病病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 心功能状况。

(3) 呼吸困难、咳嗽与咯血、劳累后心悸、乏力, 以及食欲减退、腹胀、下肢水肿、尿少等心功能衰竭的症状。

(4) 有无抽搐、偏瘫、失语等脑栓塞症状和其他并发症的发生。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 根据心功能状态，安排活动与休息。对于心功能不全程度逐渐加重者，应增加休息时间，适当限制活动。风湿活动引起发热、心率增快者，需绝对卧床休息，做好基础护理。

4. 出现急性肺水肿咳粉红色泡沫血痰者，按急性心力衰竭病人护理要点执行。

5. 出现心房颤动者，应正确测量短绌脉。

6. 出现脑栓塞者，按脑梗死病人护理要点执行（见本章第九节有关内容）。

7. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。对有心功能不全出现水肿者应给予低盐饮食，并应控制饮水量。

8. 按医嘱执行防止呼吸道感染、感染性心内膜炎、心房颤动、心功能不全和栓塞，以及预防风湿活动等治疗措施。

9. 做好心理护理，使病人保持情绪稳定与乐观。

10. 需行外科手术者，按医嘱做好转科工作。

**【健康指导】**

1. 预防风湿热的反复发作，如改善居住环境中的潮湿与寒冷，积极防治呼吸道感染、咽炎、扁桃体炎等疾病。

2. 注意休息，改善营养，根据心功能状况适度锻炼身体，增加机体抵抗力。

3. 坚持服药，正确掌握服药的注意事项。

4. 避免妊娠。

### 九、感染性心内膜炎病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

(1) 生命体征。特别注意体温的波动状况。

(2) 有无皮肤与黏膜淤点、甲床下出血、指（趾）端奥氏小结等症状。

(3) 有无心力衰竭、脏器栓塞等并发症的症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 严格卧床休息，做好基础护理。
4. 高热者，按高热病人护理指南执行（见第三章）。
5. 有心力衰竭者，按心力衰竭病人护理要点执行。
6. 按医嘱正确留取血培养标本，送作细菌检测和抗生素敏感度测定。
7. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的半流食或软食。
8. 按医嘱给予抗生素治疗。
9. 做好心理护理，耐心向病人讲解发病原因及治疗方案，以取得合作。

#### 【健康指导】

1. 心脏病病人应注意口腔卫生，在施行拔牙、有创检查或各种手术前后应遵医嘱应用抗生素，以预防感染。
2. 积极防治龋齿、咽炎、扁桃体炎、鼻窦炎及上呼吸道感染等感染性疾病。
3. 出院后应注意休息。

### 十、心肌病病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 有无心绞痛、眩晕、晕厥等心脑血管供血不足或心律失常的症状。
  - (3) 有无心力衰竭的症状。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 根据心功能状况规定活动量，防止因过度劳累而加重心肌损害。对无症状者应适当限制其活动。有心脑血管供血不足症状、心脏扩大或心力衰竭者，应卧床休息，做好基础护理。
4. 心力衰竭者，按心力衰竭病人护理要点执行。
5. 有心律失常者，按心律失常病人护理要点执行。必要时应予以心电监测，以及时发现严重的心律失常。
6. 按医嘱给予低盐、高维生素饮食。
7. 按医嘱给予抗心力衰竭、纠正心律失常、抗凝等治疗。
8. 做好心理护理，使之情绪稳定、树立战胜疾病的信心。

**【健康指导】**

1. 严格、持续地合理安排劳动量，避免精神紧张。
2. 遵医嘱坚持服用抗心力衰竭和纠正心律失常的药物，出现药物不良反应时，应及时就医。
3. 注意预防呼吸道感染。
4. 食用低盐、高维生素饮食，应戒烟、忌酒。

### 十一、病毒性心肌炎病人护理要点

**【评估】****1. 病情评估**

- (1) 生命体征。
- (2) 有无胸闷、心前区隐痛、心悸、气短、乏力、恶心及头晕等症状。
- (3) 有无并发严重心律失常和心力衰竭的症状。

**2. 心理状况。****3. 自理能力。****【护理要点】****1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。**

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。出现心率突然减慢、心律不齐、血压偏低等症状时，应及时向医生报告，并协助处理。

3. 卧床休息直至体温正常、脉搏 $<100$ 次/分、血沉正常、心电图显示心肌无损伤时，做好基础护理。

**4. 合并心力衰竭者，按心力衰竭病人护理要点执行。****5. 合并严重心律失常者，按心律失常病人护理要点执行。**

6. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素、富含微量元素的饮食。严重心肌炎伴水肿者，应限制钠盐和水的摄入。

**7. 按医嘱给予氧吸入。**

8. 建立静脉通道，按医嘱给予营养心肌促进心肌代谢、抗心力衰竭和心律失常的药物治疗。

9. 因心肌炎时心肌细胞对洋地黄的耐受性较差，用药过程中应特别注意观察其毒性反应。

10. 向病人讲解发病的原因、过程及预后，避免情绪激动、烦躁与焦虑，保证有足够的休息和睡眠，以减少氧的消耗和心脏负担。

**【健康指导】**

1. 遵医嘱出院后休息3~6个月。按时按量服用药物，并注意观察药物的

不良反应。

2. 避免过劳, 预防呼吸道和肠道的病毒感染。
3. 出现心悸、气短症状时, 要及时就医, 防止本病复发及并发症的发生。

## 十二、心包炎病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 心前区疼痛的性质及其放射的部位。
- (3) 有无出现呼吸困难、呼吸表浅、面色苍白、发绀、烦躁不安等心包压塞的症状。
- (4) 有无出现端坐呼吸和下肢水肿。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按心脏血管内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 急性心包炎病人应卧床休息, 采取半坐卧位。出现心包压塞症状、呼吸困难加重时, 采取端坐位。做好基础护理。
4. 缩窄性心包炎病人应避免因过度活动而加重病情。
5. 必要时, 按医嘱给予氧吸入。
6. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。有水肿者给予低盐饮食, 适当限制饮水量。
7. 记录 24 小时出入量。
8. 按医嘱给予治疗原发病的各种药物, 注意观察药物的不良反应。急性心包炎病人胸痛时给予止痛、镇静剂。
9. 对行心包穿刺抽液的病人, 穿刺前应做好解释工作以取得合作。同时应配合医生进行操作。
10. 向病人讲解心包炎的病因、治疗及预后, 以解除顾虑, 保持情绪稳定。对于缩窄性心包炎病人, 应向其解释手术治疗的重要性, 使之能早日接受手术治疗。
11. 需行心包引流术或心包剥离术者, 应按医嘱做好转科工作。

### 【健康指导】

1. 注意充分休息, 适度活动, 加强营养, 增强机体抵抗力。



2. 积极预防结核性、化脓性感染的疾病,减少发病因素。
3. 缩窄性心包炎者应定期复查,争取尽早行心包剥离术,防止病情加重。
4. 服用抗结核药物的病人应注意药物不良反应,定期复查肝功能。

### 十三、人工心脏起搏器植入病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 术后病情评估

- (1) 血压、呼吸、体温变化及意识状态。
  - (2) 起搏器的功能是否正常。
  - (3) 静脉插导管处或手术切口有无渗血、血肿、感染。
  - (4) 手术侧肢体有无水肿、局部压痛等静脉血栓栓塞及血栓性静脉炎的症状。
2. 心理状况。
  3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 术前护理要点 包括向病人讲解术前准备、术中配合、术后注意事项,以及按医嘱进行局部备皮等工作。

##### 2. 临时性心脏起搏术后护理要点

- (1) 卧床休息至病情平稳,术后 24 小时内需平卧,做好基础护理。
- (2) 持续心电监护,时刻严密监测起搏功能。
- (3) 保持静脉通道的通畅,可用输液泵对输液过程进行监控。
- (4) 按上述病情评估中所列各项进行病情观察,发现异常应及时处理:
  - 1) 严密监测血压、呼吸、体温及意识的动态变化。
  - 2) 静脉插导管处有渗血、血肿或感染者,应按医嘱给予处理。疑有血行感染者应采取血标本送作细菌培养和抗生素敏感度测定。
  - 3) 当病人出现腹壁、膈肌与起搏次数相一致的抽动时,是异常现象,应及时向医生报告,予以检查及处理。
  - 4) 当并发静脉血栓栓塞或血栓性静脉炎时,应将患肢抬高,按医嘱给予局部理疗及抗凝治疗。
  - (5) 保持起搏电极与起搏器的紧密、稳妥连接,严防接头脱开。
  - (6) 经贵要静脉插入电极时,肘关节应适当固定,防止过度外展使电极脱落。
  - (7) 电极进入皮肤切口处的覆盖敷料,应按时更换,保持干燥与清洁,并包扎牢固。

(8) 按医嘱填写术后监测记录单, 包括起搏开始时间、起搏次数、心率、输出电压、感知度等, 有改变或异常时应及时记录并向医生报告, 予以处理。

(9) 要严格防止周围电场对临床起搏电极可能造成的危险。

(10) 起搏器发生故障时, 应迅速向医生报告, 以查找原因并尽快纠正。

(11) 因病情需要改为永久性心脏起搏器埋植者, 应按医嘱做好术前准备。

### 3. 永久性心脏起搏术后护理要点

(1) 持续心电监护 48 小时, 密切注意起搏功能。

(2) 密切观察血压、呼吸及体温变化。

(3) 皮下囊袋处放置砂袋压迫 6 小时, 观察切口处有无渗血或感染。

(4) 手术侧肩关节与上肢不可过猛活动, 防止电极移位。

(5) 卧床休息 24 小时, 做好基础护理, 之后病情平稳者可下床活动。

4. 按医嘱根据不同病情给予饮食护理。

5. 按医嘱给予抗生素等治疗。

6. 做好心理护理, 减轻病人紧张情绪。

### 【健康指导】

对永久性心脏起搏器埋植者应做好以下各点:

1. 遵医嘱按期在门诊随诊观察, 及时了解起搏器的工作与电源消耗情况, 以及有无并发症的发生。

2. 嘱咐病人每日测量脉搏, 若脉搏次数低于起搏器设定的低限或有胸闷、气短、头晕、晕厥时, 应及时就医。

3. 保持起搏器安装处皮肤的清洁, 观察局部有无红肿、破溃, 如有上述表现应立即就医。

4. 避免接触、靠近强电磁场。

5. 外出时应随身携带起搏器植入卡, 其上有起搏器的型号, 有关参数、安装日期、亲友姓名及联系电话等信息, 以备应急使用。

## 十四、心脏电复律病人护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 术后有无心律失常、电极板放置处皮肤损伤、脑或周围动脉栓塞等并发症的发生。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】****1. 同步直流电复律病人护理要点****(1) 电复律前准备**

1) 病人准备：①向病人讲解电复律的目的、必要性及电复律前、后的注意事项，使其解除思想顾虑，做好接受治疗的心理准备；②按医嘱服用药物；③当日晨禁早餐，排尽尿液。

2) 器材准备：①除颤器，并接好地线、示波器、心电图机，应检查上述仪器性能是否良好；②配件，包括导联线、电极片、导电糊等；③急救用物，包括急救药品（抗心律失常药、升压药、呼吸中枢兴奋药等）、气管插管、简易人工呼吸器，吸氧与吸痰用物等；④背垫用木板。

**(2) 电复律时配合**

1) 使病人仰卧于木板床上（或背下垫以木板）。

2) 行心电监护，测量血压。

3) 建立静脉通道，按医嘱静注麻醉药物。

4) 配合医生操作。

5) 放电后即刻通过心电示波观察心律，作心电图记录，测量血压、呼吸、观察神志情况直至完全清醒。

**2. 非同步直流电复律病人护理要点** 当病人发生心室颤动时，应分秒必争协助医生行非同步直流电复律术抢救，并建立静脉通道以供用药。

**3. 电复律后护理要点**

(1) 病人取平卧位，必要时按医嘱给予持续鼻导管吸氧。

(2) 持续心电监测至病情平稳，观察心率、心律、呼吸、血压、神志的变化。

(3) 观察电极板放置处皮肤有无出现红斑或烧伤，有无出现神志、瞳孔、肢体活动异常变化或肢体肤色苍白等脑或肢体动脉栓塞等并发症的发生。

(4) 做好基础护理。

(5) 按医嘱给予饮食护理。

(6) 按医嘱给予抗心律失常等药物。

(7) 做好心理护理。

**【健康指导】**

1. 遵医嘱按时、按量服药。

2. 出现心律失常时，应立即卧床休息，必要时可吸氧并及时就医。

**十五、冠状动脉介入性治疗病人护理要点**

本内容为经皮冠状动脉腔内球囊扩张成形术（PTCA）及经皮冠状动脉内

支架植入术病人护理要点。

**【评估】**

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 有无急性冠状动脉闭塞、穿刺处出血、穿刺动脉血栓栓塞等并发症的发生。
- (3) 有无因抗凝治疗造成的内脏出血的症状或体征。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 术前护理要点

- (1) 向病人讲解术前准备、术中配合与术后注意事项，使之情绪稳定做好接受治疗的心理准备。
- (2) 术前一日，按医嘱局部备皮、做碘过敏试验、睡前给予镇静催眠药。
- (3) 手术日晨，应禁食，测量体温、心率、呼吸、血压并予以记录。
- (4) 按医嘱建立静脉通道，给予术前用药。

2. 术后护理要点

- (1) 卧床休息，取低坡位，做好基础护理。保持手术侧肢体伸直到拔除动脉鞘管后 12 小时。
- (2) 床旁持续心电监护 24 小时，观察心率、心律、呼吸、血压的变化，按时测量体温。
- (3) 动脉鞘管拔除后，局部用砂袋压迫止血 6~8 小时。行 PTCA 者，需继续卧床 24 小时，病情平稳后方可下床活动，逐渐增加活动量。行支架植入者，术后 72 小时内应严格限制活动。
- (4) 加强对并发症的观察，发现异常时应立即向医生报告，及时处理：
  - 1) 有无心绞痛、心律失常的临床症状。
  - 2) 病人主诉胸痛时，应迅速通知医生，警惕冠状动脉急性闭塞的发生。
  - 3) 手术侧足背动脉搏动情况，肢体的皮肤颜色、温度，警惕股动脉血栓栓塞的发生。
  - 4) 穿刺部位有无出血和血肿。
- (5) 按医嘱给予持续静滴肝素及口服抗血小板药物治疗。此期间应密切观察尿液、粪便的颜色，及时发现内脏出血的症状。
- (6) 术后第一餐应进流食，以后按医嘱给予低脂、低盐饮食。
- (7) 做好心理护理，使之对治疗和术后康复增加信心。

**【健康指导】**

1. 根据心功能状况逐渐增加活动量，切勿剧烈运动。
2. 保持情绪稳定及充足的睡眠。
3. 指导病人遵医嘱按时按量服药。
4. 进低脂、低盐饮食。
5. 出现心绞痛症状时，应立即休息、吸氧，舌下含服硝酸甘油，及时就医。

## 第四节 消化内科病人护理指南

### 一、消化内科病人一般护理要点

1. 按内科疾病一般护理指南执行。
2. 加强对常见症状的观察，包括厌食、恶心与呕吐、暖气与反酸、咽下困难、胸骨或剑突后烧灼感、腹胀、腹痛、腹泻与粪便性状、便秘、呕血、便血、皮肤与巩膜黄染等。
3. 对呕吐者，应观察与记录呕吐次数与量、呕吐物性质、气味、颜色、有无隔宿食物。必要时留取标本送检。
4. 对腹痛者，应观察疼痛的部位、程度、性质、时间、与饮食的关系。
5. 对腹泻者，应观察与记录排便次数与量、粪便性质、颜色、气味、有无里急后重表现等。必要时留取标本送检。
6. 加强对营养状况的评估，包括体重及皮肤弹性等。
7. 加强饮食管理，指导病人注意饮食卫生，进食应定时、定量，少食或忌食生冷、刺激性、油煎或油炸的食物。
8. 嘱病人戒除饮酒、饮浓茶及吸烟嗜好。

### 二、急性胃炎病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 上腹不适与腹痛的部位、性质、程度。
  - (3) 恶心与呕吐症状，有无呕血和黑便。
  - (4) 水、电解质失衡症状。
2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 卧床休息，给予生活上的帮助。
4. 按医嘱给予饮食。症状轻者可进无渣、温热半流质饮食，多饮水。少量出血者给予牛奶、米汤等流质。剧烈呕吐和急性大出血者应暂停饮食。
5. 按医嘱执行治疗。如给予制酸剂、抗生素，腹痛者给予局部热敷或用镇静解痉剂，有呕吐剧烈或明显失水者给予静脉补液以纠正水与电解质紊乱，大出血者按消化道出血原则处理并按上消化道大量出血病人护理要点执行。
6. 做好心理疏导。对出血病人应帮助其消除紧张和恐惧心理，保持情绪稳定，以利减轻症状。

#### 【健康指导】

1. 养成良好的饮食习惯，勿暴饮暴食，节制饮酒、浓茶、咖啡，不可食用过冷、过热和辛辣刺激性食物。
2. 注意饮食卫生，不可进食不清洁或已腐败的食物。
3. 慎用或不用易损伤胃黏膜的药物，如阿司匹林、乙醇、激素等。

### 三、胃和十二指肠溃疡病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 腹痛部位、性质、时间及与饮食的关系。
  - (3) 有无呕吐和（或）黑便。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 溃疡有活动、粪便隐血试验阳性者，应卧床休息。做好基础护理。
4. 出现呕血和（或）柏油样便时，是大量出血的表现，应及时协助医生处理，并按上消化道大量出血病人护理要点执行。
5. 病人突然发生上腹剧痛，继而出现腹膜炎的症状和体征，是急性穿孔的表现，应立即向医生报告，给予处理，并严密观察生命体征变化。需行手术

者，应做好转至外科的工作。

6. 按医嘱给予饮食。症状严重者暂给流质饮食，症状好转后可进食易消化、富含蛋白质和维生素的半流质或软食，避免辛辣、过冷、过热及粗糙食物。定时进餐，少量多餐。

7. 按医嘱服用制酸、解痉及胃黏膜保护剂等药物。

8. 做好心理护理，消除情绪紧张、焦虑和急躁，保持乐观的心理状态。

#### 【健康指导】

1. 生活要规律，避免过度劳累和精神紧张，保证足够的睡眠时间。

2. 戒除吸烟与饮酒，忌食辛辣、浓茶、咖啡等刺激性食物。

3. 预防发病因素，遵医嘱按时按量服药，避免本病复发。

4. 感觉腹部疼痛时应及时到医院就诊。

### 四、胃癌病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 上腹不适或疼痛的程度、吞咽困难及呕吐的情况。

(3) 有无呕血、黑便、食欲减退、体重进行性下降。

(4) 有无面色苍白、衰弱、恶病质的表现。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 病情较重者，需卧床休息，鼓励和协助更换卧位、做深呼吸、有效咳嗽与咳痰以预防肺部感染，并做好其他基础护理。

4. 如出现剧烈腹痛，应警惕合并穿孔的可能，须及时向医生报告，给予处理。

5. 按医嘱给予高热量、高蛋白、易消化的饮食，少量多餐。并发幽门梗阻者应禁食。必要时给予静脉营养支持治疗，以维持营养需要。

6. 按医嘱执行治疗，对化疗的不良反应给予对症处理，剧烈疼痛时适当给予止痛剂等。

7. 对内镜下治疗者，按胃肠道内镜检查病人护理要点执行。

8. 需行手术治疗者，应做好转科的工作。



9. 给予病人精神上的支持和生活上的帮助,使之克服悲观情绪,正确对待疾病,以良好的心理状态接受治疗。

**【健康指导】**

1. 加强营养,锻炼身体,保持充足睡眠与良好心境,以增加机体免疫能力。
2. 注意饮食卫生,忌食辛辣等刺激性大的食物,戒除饮酒与吸烟。
3. 有胃部疾病和恶性贫血时,应及时就医。
4. 居住在本病高发区者,有条件时应定期行体格检查,以及时发现本病和早期接受治疗。

## 五、肠结核病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 腹痛的部位、性质和程度。
  - (3) 腹泻的次数、粪便性状及便秘情况。
  - (4) 有无结核病毒血症状和并发肠梗阻。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 保证有足够的休息。全身有结核病毒血症状者须卧床休息,做好基础护理。
4. 加强营养,按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食,必要时给予静脉营养支持治疗。
5. 对于并发不完全性肠梗阻的病人,按医嘱禁食,静脉补充液体、电解质及营养物质,进行胃肠减压。
6. 发热时可给予物理降温。
7. 定期测量体重,了解营养改善状况。
8. 按医嘱给予抗结核药物及腹痛、腹泻、肠梗阻的对症治疗。
9. 鼓励病人对本病要有足够的心理准备和治疗的信心,保持愉快的心情,坚持长期治疗。

**【健康指导】**

1. 应重视肠外结核的预防和治疗,特别是肺结核的早期诊断和积极治疗。

2. 向病人介绍有关结核病的预防、症状、治疗等基本知识。对于同时有开放性肺结核的病人，应教育其不要吞咽痰液和随地吐痰。

3. 注意个人卫生，加强营养，防止过度劳累，适量锻炼身体，保持乐观心态，积极提高机体抵抗力。

4. 遵医嘱坚持服药，如有不良反应须及时就医。

## 六、溃疡性结肠炎病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 腹泻的次数及量，粪便的性状及颜色。
- (3) 腹痛的部位、性质、程度。
- (4) 营养状况、体重变化。
- (5) 有无中毒性巨结肠和下消化道出血等并发症。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 重症病人需卧床休息，消瘦者可使用气垫床以避免褥疮的发生，并做好其他基础护理。

4. 对于腹泻次数多者，应观察有无脱水和电解质紊乱表现，必要时按医嘱给予静脉补液，还应加强肛周皮肤的护理。

5. 对于腹痛明显者，可按医嘱给予小量解痉剂。

6. 重症病人如出现鼓肠、肠鸣音消失、腹部有压痛时，应及时向医生报告，警惕并发中毒性巨结肠。并严密观察有无急性肠穿孔症状。

7. 对下消化道出血者，应记录出血量，血便量多时应观察有无休克的发生。

8. 按医嘱给予饮食。发作期病人进流质饮食，病情好转后进纤维素少、易消化、富含营养的饮食，避免食用刺激性食物、牛奶和乳制品。重症病人应禁食并给予静脉营养支持治疗。

9. 按医嘱给予药物、保留灌肠及对症治疗。

10. 做好心理护理，帮助病人克服抑郁情绪，减轻焦虑程度，树立坚持治疗、战胜疾病的信心。

### 【健康指导】

1. 指导病人遵医嘱坚持正确用药，并教会病人家属掌握保留灌肠的操作方法。
2. 使病人掌握膳食调配的方法，注意加强营养。
3. 注意休息，适度锻炼身体。
4. 定期复查，在医生指导下调整用药。

## 七、肝硬化病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 全身营养状况。皮肤和黏膜有无黄染。
- (3) 有无大量腹水所致的症状，如腹部膨隆、呼吸困难、心悸。
- (4) 有无上消化道出血、肝性脑病、肝肾综合征等并发症的发生。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按消化内科病人一般护理要点执行。

#### 2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 病情较轻者，应适当减少活动，注意劳逸结合。病情较重者，应以卧床休息为主，大量腹水者，应取半坐卧位，做好基础护理。

#### 4. 对有腹水的病人，应记录 24 小时出入液量，定时测量腹围与体重。

#### 5. 对水肿病人，应加强皮肤护理，防止发生破损、感染和褥疮。

6. 发生突然的大量呕血和黑便时，是上消化道出血的表现，应使病人保持安静，积极协助医生急救处理，并按上消化道大量出血病人护理要点执行。

#### 7. 对于并发肝性脑病者，按肝性脑病病人护理要点执行。

#### 8. 对于并发肝肾综合征者，应密切观察病情变化，记录尿量。

9. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的软食。忌食坚硬、粗糙、含有骨刺等食物。血氨偏高者，应限制或禁食蛋白质。有腹水和水肿者，应进低盐或无盐饮食并限制饮水量。

10. 按医嘱执行对腹水的治疗，包括给予利尿剂、输注血浆或白蛋白等。必要时协助医生行腹腔穿刺放液，术毕应缚紧腹带、记录腹水的量、性质与颜色。

#### 11. 给予病人精神上的安慰和支持，鼓励保持愉快心情，积极配合治疗与

护理，安心休养。

**【健康指导】**

1. 有病毒性肝炎者应及时进行治疗。
2. 向病人及家属介绍饮食治疗的食物和进食的注意事项，并应戒除饮酒嗜好。
3. 根据病情合理安排休息和活动，保证充足睡眠，避免劳累等。
4. 注意保暖，避免受凉，防止感染如肺炎、胆道感染等。
5. 遵医嘱用药，发现有精神异常症状或呕血、黑便时，家属应送病人及时就医。

## 八、原发性肝癌病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 肝区疼痛的性质与程度。
  - (3) 全身症状，如有无消瘦、发热、乏力、营养不良或恶病质。
  - (4) 有无肝硬化征象、癌转移灶症状和并发症。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 病情较重者应卧床休息，有腹水时取半坐卧位，做好基础护理。神志异常者应加用床档以防坠床。
4. 恶病质病人应使用气垫床，协助翻身，做好皮肤护理，防止褥疮的发生。
5. 疼痛时按医嘱给予注射镇痛剂或使用镇痛泵给药。
6. 有腹水者应用利尿剂时，要准确记录尿量。
7. 观察有无肺、骨、脑等处转移灶所致的症状和肝性脑病、上消化道出血等并发症，若有异常应及时向医生报告并协助处理。
8. 按医嘱给予高蛋白、高维生素饮食。必要时给予静脉补液。伴有肝功能衰竭或肝性脑病趋向者，应限制或禁食蛋白质饮食。有腹水者，应进低盐或无盐饮食，限制饮水量。
9. 对于肝动脉栓塞术后出现的腹痛、发热、恶心、呕吐等症状，应按医

嘱给予对症处理。

10. 给予精神安慰和心理支持,加强与家属的联系和沟通,帮助减轻病人身心痛苦。

**【健康指导】**

1. 注意饮食卫生,积极防治肝炎和肝硬化。
2. 加强营养,戒除饮酒,充分休息,适度锻炼身体,提高机体抗病能力。
3. 注意预防并发肺炎和肠道感染等疾病。

## 九、肝性脑病病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 性格改变、行为失常及意识障碍程度。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 对性格改变和行为失常者,应加强安全护理,并做好其他基础护理。对昏迷者,按意识障碍病人护理指南执行(见第三章)。

4. 保持大便通畅,以利肠道内含氮物质的清除。便秘时应按医嘱给予药物导泻或灌肠。

5. 按医嘱给予高糖、低脂肪饮食,严格控制蛋白质摄入。昏迷者给予鼻饲饮食,禁食蛋白质。有食管静脉曲张破裂出血者,应行静脉营养支持治疗。

6. 按医嘱给予降氨等药物治疗,有感染征象者,给予抗生素。

7. 加强与病人家属的交流,使其能参与制定护理计划,积极配合医护工作。

**【健康指导】**

1. 及时治疗肝脏疾病,防止便秘和感染,以减少引起或诱发本病的因素。
2. 遵医嘱限制饮食中蛋白质的摄入。
3. 遵医嘱用药。

## 十、急性胰腺炎病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 腹痛的部位、性质及程度。
- (3) 恶心、呕吐、腹胀情况。
- (4) 有无水电解质及酸碱平衡紊乱、休克等症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 卧床休息，保证睡眠，协助病人选择舒适卧位。做好基础护理。
4. 对高热者，按高热病人护理指南执行（见第三章）。
5. 按医嘱禁食，行胃肠减压，保持管道通畅，注意观察引流液的颜色与性状，记录引流量。
6. 按医嘱建立静脉通道，补充液体与电解质，给予减少胰腺分泌的药物和抗感染等治疗。
7. 剧烈腹痛时，按医嘱给予解痉、镇痛剂缓解。
8. 对急性出血坏死型胰腺炎伴休克者，应迅速协助医生进行抢救和抗休克治疗，并按休克病人急救护理指南执行（见第十二章）。
9. 做好心理护理，帮助病人克服急躁情绪，保持稳定的心态，积极配合治疗。
10. 需手术者，按医嘱立即做好转科工作。

#### 【健康指导】

1. 积极治疗胆道疾病及十二指肠疾病，减少发病因素。
2. 避免暴饮暴食，应戒酒，食用低脂肪、无刺激的食物，以防本病复发。
3. 出现本病症状时应及时就医。

### 十一、结核性腹膜炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 腹痛的部位、性质及程度。
- (3) 腹泻的次数、粪便性状，便秘情况。
- (4) 腹胀、腹水情况。
- (5) 有无结核病毒血症状。

2. 心理状况。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 卧床休息，减少活动，有腹水者应取半坐卧位，做好基础护理。
4. 加强营养，按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。
5. 高热病人，按高热病人护理指南执行（见第三章）。
6. 有腹水的病人，必要时协助医生行腹腔穿刺放液治疗。
7. 发现有突发性急腹痛时，要警惕合并肠穿孔，应及时向医生报告，给予处理。
8. 按医嘱给予抗结核药物及对症治疗。
9. 帮助病人减轻紧张情绪和焦虑程度，安心坚持治疗。

**【健康指导】**

1. 患有肺、肠、肠系膜淋巴结、输卵管等结核时，应及时治疗，以预防本病的发生。
2. 指导病人遵医嘱坚持按时服药治疗。
3. 保持良好心态，注意休息，防止过劳，保证充足营养，适度锻炼身体，提高抗病能力。

## 十二、上消化道大量出血病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

- (1) 生命体征、精神与意识状态，有无头晕、口渴症状。
- (2) 呕血和（或）黑便的次数、量、颜色及性状。
- (3) 皮肤与甲床色泽、肢体温度、周围静脉充盈情况。
- (4) 每小时尿量。

2. 心理状况。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按消化内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项密切观察病情变化。
3. 须绝对卧床休息，宜取平卧位并将下肢略抬高以保证脑部供血，呕血时头偏向一侧以防误吸。做好基础护理。



4. 保持呼吸道通畅，必要时给予氧吸入。
5. 出现休克时，按休克病人急救护理指南执行（见第十二章）。
6. 建立静脉通道，迅速按医嘱给予输血、输液。必要时协助医生行大静脉插管，测量中心静脉压，并根据中心静脉压参数适当调节输液量。
7. 按医嘱给予止血药物治疗。行内镜直视下止血者，术后如有异常病情发生应及时向医生报告，给予处理。
8. 食管、胃底静脉曲张破裂出血时，应协助医生使用双气囊三（四）腔管压迫止血。置管后应做好食管引流管与胃管的护理，观察出血是否停止，记录引流液的颜色、性状及量，并注意有无呼吸困难。
9. 食管、胃底静脉曲张破裂出血及急性大出血者应禁食。少量出血无呕吐者，按医嘱给予温凉流质饮食。
10. 对呕血者应加强口腔护理，保持口内清洁、无异味。对便血者应加强肛周皮肤护理，保持清洁，避免破损。
11. 填写护理记录单，准确记录出入量。
12. 做好心理护理，帮助病人减轻紧张情绪和恐惧心理，使之保持安静，以利减少出血。
13. 需行手术者，应立即做好转至外科的工作。

#### 【健康指导】

1. 向病人讲解本病的病因、诱因、预防和治疗的基本知识，以减少再度出血的危险。
2. 选择营养丰富、易消化、无刺激性的半流质饮食或软食，少量多餐，避免食用粗糙、坚硬的食物。
3. 遵医嘱按时按量服药。
4. 出现呕血或（和）黑便时应立即卧床休息，保持安静，由家人及时送至医院就诊。

### 十三、胃肠道内镜检查病人护理要点

#### （一）纤维胃、十二指肠镜检查

##### 【评估】

1. 病情评估
  - （1）生命体征。
  - （2）对麻醉药物有无过敏史。
  - （3）检查中、检查后的异常表现。
2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 检查前准备

(1) 向病人讲解检查目的及配合检查的注意事项，减轻其紧张与恐惧心理。

(2) 检查前禁食、水至少 6~8 小时。有幽门梗阻者，按医嘱禁食 2~3 天，检查前日晚予以洗胃。

(3) 检查前排空大、小便。

(4) 取下活动义齿。

2. 检查中护理 配合医生进行操作，并观察病人的面色、脉搏、呼吸，发现异常应及时向医生报告，协助处理。

3. 检查后护理

(1) 检查后 2 小时，待药物麻醉作用消失后方可进食、饮水。当日，宜进流质或半流质饮食。

(2) 如有咽部疼痛、不适或声音嘶哑，可按医嘱给予药物含漱。

(3) 如有呕血、黑便、剧烈腹痛等表现时，应向医生报告及时给予处理。

**【健康指导】**

1. 检查后 2 小时方可进食、饮水。当日进流质或半流质饮食，不可进过热、辛辣及刺激性食物。

2. 术后应观察粪便颜色，发现咖啡色或黑便时应及时就医。

(二) 纤维结肠镜检查

**【评估】**

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 检查中、检查后的异常表现。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 检查前准备

(1) 向病人讲解检查目的及配合检查的注意事项，减轻其紧张与恐惧心理。

(2) 按医嘱于检查前 2~3 天进少渣饮食，检查前 1 天进流食，检查当天禁食或酌情饮少量糖水。

(3) 检查前一天睡前按医嘱服泻药, 检查前 3 小时用温水行清洁灌肠或口服高渗性溶液导泻。

(4) 检查前 30 分钟按医嘱肌内注射阿托品 0.5~1mg、安定 5~10mg。

2. 检查中护理 配合医生进行操作, 并观察病人的面色、脉搏、呼吸, 发现异常应及时向医生报告, 协助处理。

3. 检查后护理

(1) 做活检者, 术后 3 天内宜卧床休息, 勿剧烈活动, 给予生活上的帮助。

(2) 按医嘱给予少渣饮食 3 天。

(3) 病人若有剧烈腹痛、腹胀或便血等症状时, 应及时向医生报告并协助处理。

#### 【健康指导】

1. 嘱病人术后注意休息。

2. 行活检后应避免进食辛辣等刺激性食物。

3. 注意观察大便的颜色及性质, 如有异常应及时就医。

## 第五节 肾脏内科病人护理指南

### 一、肾脏内科病人一般护理要点

1. 按内科疾病一般护理指南执行。

2. 加强对常见症状的观察, 包括水肿、高血压、肾区疼痛、尿量、尿色、尿的性状、神态及营养状况等。

3. 有高血压、水肿和心力衰竭者, 应限制水分的摄入, 每日记录液体出入量。

4. 水肿者应予每周测量体重 2 次, 水肿明显或使用利尿剂者宜每日测量体重 1 次, 并予以记录。

5. 有腹水者, 根据病情定期测量腹围。

6. 根据病情所需, 按医嘱测量血压并予以记录。

7. 加强饮食管理, 对不同病情的病人应严格按医嘱给予不同的治疗饮食。

8. 按照检验项目要求, 采用不同方式, 正确留送各种尿检验标本, 并将留尿方法和注意事项于前 1 日告诉病人。

9. 避免病人受凉、受湿、感冒和接触感染性疾病者。

## 二、急性肾小球肾炎病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 水肿的部位及程度，血尿情况及尿量。
- (3) 血压增高的程度，有无头痛、头昏、失眠等症状。
- (4) 有无咽炎、扁桃体炎、皮肤脓疱疮等感染灶存在。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按肾脏内科病人一般护理要点执行。

#### 2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 卧床休息至肉眼血尿消失、水肿消退、血压及肾功能基本恢复正常后，方可下床逐步增加活动量。卧床期间应做好基础护理。

4. 对水肿者，应定时测量体重和血压，准确记录 24 小时出入液量。加强皮肤护理以预防褥疮的发生。

5. 病人出现血压急剧升高、头痛、呕吐、抽搐等高血压危象、高血压脑病的症状，或严重呼吸困难、发绀、咳嗽并咳出大量粉红色泡沫痰等急性心衰的症状时，应取坐位或半坐卧位，立即给予氧吸入（氧气须经 20%~30% 酒精湿化），协助医生紧急处理，并做好相应护理（见本章第三节有关内容）。

#### 6. 保持口腔清洁，注意保暖，勿受凉，防止上呼吸道感染。

#### 7. 按医嘱准确留取尿标本，及时送检。

8. 按医嘱给予低盐或无盐、低蛋白、高热量饮食。每日尿量  $< 500\text{ml}$  者，应限制水和含钾多的食物的摄入。

9. 按医嘱给予利尿剂和降压药等治疗。密切观察尿量及血压变化，以了解药物疗效。在应用利尿剂期间，应注意病人有无出现电解质紊乱的症状。

10. 做好心理护理，病人常表现精神过度紧张、悲观、失眠等不良情绪，应开导病人，使之正确对待疾病，树立信心，积极配合治疗及护理，以利促进康复。

### 【健康指导】

#### 1. 注意锻炼身体，增强体质，提高机体抗病能力。

2. 恢复期应避免受凉、受湿、过劳，勿用损害肾脏的药物，以防止病情反复。

3. 加强口腔卫生, 注意保暖, 保持皮肤的清洁, 以预防上呼吸道及皮肤的感染。一旦发生感染时应及时就医治疗。如有慢性扁桃体炎, 必要时应接受手术切除。

4. 出现血尿、尿液浑浊、水肿、血压升高等症状时, 应立即就诊, 防止转变为慢性肾小球肾炎。

### 三、急进性肾小球肾炎病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 水肿、尿量及血尿、高血压等情况。
- (3) 有无尿毒症和急性心力衰竭的症状。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按肾脏内科病人一般护理要点执行。

##### 2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 卧床休息至病情初步缓解时, 方可下床逐步增加活动量。即使无任何临床表现, 也不宜进行较重的体力活动。卧床期间应做好基础护理。

4. 病人出现厌食、腹部不适的尿毒症初期症状时, 应向医生报告给予处理。出现严重呼吸困难、发绀、咳嗽并咳出大量粉红色泡沫痰等急性心力衰竭症状时, 应立即给予氧吸入, 协助医生紧急处理, 并做好相应护理(见本章第三节有关内容)。

##### 5. 按医嘱定时测量体重与血压。

6. 预防感染, 包括加强口腔卫生和皮肤清洁护理, 病室内定时进行空气消毒以保持空气清新, 进入室内者须戴口罩, 医务人员应严格遵守无菌操作原则, 以及减少亲友探视等措施, 以预防呼吸道和皮肤的感染。

##### 7. 准确记录 24 小时出入液量。

##### 8. 按医嘱准确及时留取各种尿标本送检。

##### 9. 按医嘱给予低盐、优质蛋白质饮食。少尿者应限制水的摄入量。

10. 按医嘱给予糖皮质激素、免疫抑制剂、抗凝血药物等治疗, 密切观察药物不良反应。需进行血液净化治疗时, 应严格按操作规程执行, 并应观察有无出血或感染等并发症的发生。

##### 11. 做好心理护理, 病人易出现焦虑、恐惧、悲观等消极心理反应, 应做

好心理疏导，耐心讲解各种治疗与检查的重要性，提高病人战胜疾病的信心，积极配合治疗。

**【健康指导】**

1. 避免感染，尤其是上呼吸道感染，以预防复发或防止病情加重。
2. 遵医嘱执行治疗计划与饮食安排，注意休息，增强机体免疫力。

#### 四、慢性肾小球肾炎病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 水肿的部位及程度、血压升高的程度、有无肉眼血尿。
  - (3) 有无贫血面貌。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按肾脏内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 凡有明显水肿、血压较高、一般情况较差的病人都须卧床休息，应做好基础护理。病情好转后可起床活动。
4. 水肿病人，应记录 24 小时出入液量，按医嘱定时测量体重及血压，做好皮肤护理以预防褥疮。
5. 高血压病人出现血压急剧升高、头痛、呕吐、意识模糊、抽搐等高血压危象、高血压脑病的症状时，应立即向医生报告，协助紧急处理。并按高血压急症病人护理要点执行（见本章第三节有关内容）。
6. 预防感染，包括加强口腔和皮肤清洁护理，病室内定时进行空气消毒，保持空气清新，进入病室者须戴口罩，医务人员应严格遵守无菌操作原则，以及减少亲友探视等措施。发现病人有上呼吸道或皮肤感染症状时，应向医生报告给予及时治疗。
7. 按医嘱准确及时留取尿标本送检。
8. 按医嘱给予治疗饮食，水肿、高血压者给予低盐或无盐饮食，肾功能不全者给予低蛋白（优质蛋白）饮食，注意补充多种维生素。
9. 按医嘱给予利尿、降压、糖皮质激素与免疫抑制剂、抗凝血等治疗。严密观察药物不良反应。
10. 做好心理护理，因本病的病程较长，反复发作，病人易产生焦虑、悲

观等消极情绪，护理中应加强与病人的交流，给予安慰，鼓励正确对待疾病，使之保持良好的心理状态，加强对治疗的信心。

11. 注意适当的工作及活动，既达到体能锻炼，又不增加肾脏的过大负荷。

#### 【健康指导】

1. 预防感染，避免劳累，有感染时（尤其是反复的呼吸道感染）应及时医治，防止加重病情。

2. 遵医嘱坚持长期用药，应避免使用对肾脏有损害的药物，也不能擅自用药，以免加重肾功的恶化。

3. 向病人讲述病情变化的要点，如出现水肿或水肿加重、尿液泡沫增多、血压增高时，应及时就医。

4. 无明显水肿或严重高血压者，可从事轻工作，但应避免剧烈体力活动。

### 五、肾病综合征病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 水肿的范围及程度，体重增加及尿量减少的情况。

(3) 是否有高血压或低血压。

(4) 营养状况。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按肾脏内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 严重水肿、低蛋白血症并有低血压者，须卧床休息，应做好基础护理。病情缓解后可进行床旁活动，逐渐增加活动量。

4. 对水肿者，应记录 24 小时出入液量，按医嘱定时测量体重、血压和腹围。对高度水肿者应做好皮肤护理以预防皮肤破损与褥疮。

5. 对腹腔穿刺放腹水者，应协助医生进行操作，术中与术后应严密观察脉搏、呼吸、血压的变化，术后尚应观察体温以防腹腔感染。

6. 预防感染，包括加强口腔卫生和皮肤清洁护理，病室内定时进行空气消毒、保持空气清新，进入病室者须戴口罩，医务人员应严格遵守无菌操作原则，以及减少亲友探视等措施，以预防呼吸道或皮肤的感染。



7. 按医嘱准确及时留取尿标本送检。

8. 按医嘱给予低盐或无盐、低脂、优质蛋白质饮食。严重水肿伴少尿者应严格限制水的摄入量。

9. 按医嘱给予利尿、消肿、糖皮质激素、免疫抑制剂、抗凝血等药物治疗。应观察药物的不良反应，对于利尿、消肿者应注意有无发生低血压。

10. 对于反复发作、多次住院的病人，应了解其焦虑程度并分析原因，帮助减轻心理上的压力。长期使用糖皮质激素可引起体形的变化，应向病人说明停药后可以恢复，以免引起思想上的顾虑。

#### 【健康指导】

1. 保持良好的休息，劳逸结合，合理饮食。

2. 遵医嘱按时按量服药，定期复查。

3. 指导病人预防和及时治疗各种感染，如呼吸道、尿路及皮肤感染等，适当适量活动，避免劳累。

4. 出现少尿、水肿、尿液浑浊等症状时，应及时就医治疗。

### 六、肾盂肾炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 尿频、尿急、尿痛等尿路刺激征，以及腰部、下腹部疼痛等情况。

(3) 有无寒战或畏寒、头痛、全身不适、乏力等症状。

(4) 有无尿液混浊或肉眼血尿。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按肾脏内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 发热及泌尿系统症状明显者，应卧床休息，做好基础护理。

4. 高热者按高热病人护理指南执行（见第三章）。

5. 鼓励病人多饮水以增加尿量，促使细菌及炎症渗出物迅速排出，减轻尿路刺激症状。

6. 按医嘱正确留取尿标本送检

(1) 留取中段尿作细菌培养及药物敏感度试验者，应留取清晨第一次尿，采集标本前充分清洗会阴部、消毒尿道外口，在不间断排尿时用无菌操作方法

留取尿标本。

(2) 必要时, 留取 24 小时尿标本送检蛋白定量测定。

7. 按医嘱给予有足够的热量和维生素且易消化的饮食。

8. 按医嘱给予抗菌药物治疗。

9. 深入了解不同病情的病人产生焦虑、紧张的原因, 有针对性地进行心理疏导, 使之情绪稳定配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 保持会阴部清洁, 尿道口附近有炎症时要及时诊治, 避免细菌通过上行途径感染本病。

2. 告诉病人多饮水, 有尿意时应及时排空膀胱内尿液, 这是简便有效的预防本病的措施。

3. 凡有引起尿路流通不畅的疾病时, 应及时医治, 防止局部尿液淤积, 致细菌生长繁殖, 引起感染或使慢性肾盂肾炎急性发作。

4. 对易引起下尿路感染(尿道炎、膀胱炎)的妇女, 应在性生活后排空膀胱内尿液, 清洗会阴, 然后服用抗菌药一次(如呋喃妥因 50~100mg), 以防止细菌上行感染。

5. 月经期应加强会阴部卫生。

6. 劳逸结合, 加强体育锻炼, 增强身体抵抗力。

### 七、急性肾衰竭病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 尿量的变化。

(3) 有无并发症。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按肾脏内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。

3. 少尿期护理要点:

(1) 卧床休息。做好基础护理。

(2) 监测每小时尿量和尿比重。对昏迷者应留置尿管, 严防尿路感染。

(3) 严格控制水分入量, 记录 24 小时出入液量。

(4) 观察有无高钾血症、水中毒、低钠血症、代谢性酸中毒、高血压、心力衰竭、感染、贫血、出血等并发症的临床表现。

(5) 预防感染，尤其是呼吸道和泌尿道的感染，包括做好口腔护理，按时进行病室内空气消毒，保持空气清新，以及严格遵守无菌操作原则等。

(6) 按医嘱给予低蛋白（优质蛋白）、有充足热量、富含维生素的饮食，不可食用含钾较多的食物。不能进食者给予静脉营养支持治疗。

(7) 建立静脉通道，按医嘱执行各种药物治疗。

(8) 对血液透析或腹膜透析者，应按其护理要点执行。

#### 4. 多尿期护理要点

(1) 卧床休息。做好基础护理。

(2) 应严密观察有无脱水、低钾血症、低钠血症等并发症的症状。

(3) 记录 24 小时出入液量。

(4) 按医嘱给予有足够热量和维生素的饮食，其中蛋白质量可逐日增加。水、钠、钾均以口服补充为宜。

(5) 按医嘱给予静脉补充液体和电解质。对继续进行透析治疗者，仍应做好其护理。

5. 恢复期护理 鼓励病人逐步增加活动量，以恢复体力。

6. 做好心理疏导。病人可因病情危重而产生恐惧感，应与其加强交流，使之了解本病的发展过程，减轻不安情绪，积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 注意适当锻炼身体，增加抵抗力，减少感染性疾病的发生。

2. 如原发病尚未痊愈，应继续进行治疗。

3. 避免使用对肾脏有损害的药物，用药过程中一旦出现少尿时，应及时就医，尽早采取治疗措施促进利尿，避免引发本病。

### 八、慢性肾衰竭病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

(1) 生命体征及神志状态。

(2) 贫血、水肿及尿量的情况。

(3) 恶心、呕吐、腹泻、口腔黏膜出血、口腔有尿素臭味、高血压、心律失常、心力衰竭、皮肤干燥并出现抓痕等症状。

(4) 有无酸中毒及电解质平衡紊乱等临床表现。

##### 2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按肾脏内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项进行病情观察。
3. 有精神异常或抽搐、惊厥者，应做好安全护理和基础护理以防止自伤。
4. 昏迷者按意识障碍病人护理指南执行（见第三章）。
5. 少尿且水肿明显者，应限制水的摄入量。
6. 记录 24 小时出入液量。
7. 测量体重 1 次/天。

8. 预防肺部与泌尿系统的继发感染，包括做好病室内的清洁和空气消毒，加强口腔护理，按时协助病人更换体位、予以叩背、鼓励咳嗽与排痰，以及严格执行无菌操作等措施。

9. 按医嘱给予低蛋白（优质蛋白）、有充足热量和维生素、易消化的饮食。高血压者应限制盐的摄入量。

10. 注意保护好一侧上肢（一般为左侧）血管，以备血液透析时作血管内瘘使用。

11. 按医嘱执行各种治疗。行血液透析和腹膜透析者，应按其护理要点执行。

12. 需作肾移植者，应按医嘱做好转至外科的工作。

13. 向病人讲解透析疗法的重要性，以减轻其对预后悲观的心理压力，稳定情绪，积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 避免各种感染、劳累和应用对肾脏有损害的药物，防止引发肾功能的急剧恶化。

2. 积极治疗原发病，延缓肾功能不全的进展。

3. 向病人及其家属介绍本病的有关知识及护理方法，使之能在家属帮助下进行自我护理。

4. 遵医嘱进行治疗。

5. 进行适量的身体锻炼，提高机体免疫力。

### 九、血液透析病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

- (2) 体重变化及病情改善情况。
- (3) 透析中和透析后有无并发症的发生。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按肾脏内科病人一般护理要点执行。

#### 2. 透析前护理要点

(1) 保持透析室清洁、整齐、空气清新、室温适宜、病床用品清洁。

(2) 准备好用物

1) 血液透析机、透析器、透析管道、透析液、所需穿刺针等。

2) 抗凝剂（如肝素）、鱼精蛋白及静脉输注溶液。

3) 急救药品和器械等。必要时准备心电监护仪。

(3) 测量体重、血压，并记录在病历单上。

(4) 协助病人选择舒适的体位。正确进行血管穿刺。

(5) 按医嘱和血液透析常规进行操作。操作中应严格执行无菌技术，以及确保各透析管道之间连接牢固。

#### 3. 透析中护理要点

(1) 按时测量血压、脉搏、呼吸、体温，并予以记录。

(2) 密切监视透析机的运行状况，透析器及血液管道内有无出现凝血块。

(3) 密切观察穿刺部位有无渗血、皮下血肿。

(4) 对建立永久性血管通路者，应按时触摸与监听内瘘震颤与杂音，如震颤与杂音减弱或消失，表明血管内已有血栓形成以至堵塞，应及时向医生报告处理。

(5) 病人发生低血压、失衡综合征（出现头痛、恶心、呕吐）、发热、出血等急性并发症时，应立即协助医生处理。

(6) 对监护器发出的报警应及时查找原因，予以处理。

(7) 填写血液透析记录单，详细记录各项内容。

#### 4. 透析后护理要点

(1) 拔出内瘘穿刺针后，穿刺点应压迫约 15 分钟，以免血液渗出，形成局部血肿。

(2) 测量体重。

(3) 密切观察体温变化，有无并发穿刺局部和全身感染的症状。必要时按医嘱给予抗生素治疗。

(4) 对于长期进行血液透析者，应避免并发营养不良，除加强饮食护理

外,可按医嘱给予促红细胞生成素、铁剂、钙剂等药物治疗。

5. 按医嘱给予富含优质蛋白质和多种维生素的饮食。严格限制水的摄入量。

6. 向病人介绍血液透析的有关知识,减轻其紧张情绪和悲观心理、积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 帮助病人学会正确触摸内瘘震颤的方法,发现震颤减弱时要及时就诊。

2. 教给病人保护内瘘的方法,如局部勿受压,不用术侧肢体提重物、测血压和接受穿刺等。

3. 向病人和家属讲解饮食与营养对治疗和疾病恢复的重要作用,并教给合理安排膳食的方法。

4. 遵医嘱按时透析治疗并进行有关常规的检查。

5. 向病人和家属介绍血液透析的常见并发症,使之能及时发现和就医。

6. 进行适当的体力锻炼,以提高机体抗病能力。

### 十、腹膜透析病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 体重变化及病情改善情况。

(3) 有无并发症的发生。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按肾脏内科病人一般护理要点执行。

2. 做好置管术前的准备

(1) 按常规局部备皮,嘱病人排尿与排便。

(2) 按医嘱给予术前用药。

(3) 备好腹膜透析管、腹腔透析液、腹膜透析连接管及连接器、肝素等物品带往手术室。

(4) 保持透析室清洁、整齐、空气清新、病床用品清洁。

(5) 备好恒温箱、量杯或盘秤。

3. 腹膜透析管安置后,即应按医嘱进行腹膜透析。

4. 透析操作的注意点

- (1) 正确掌握操作程序和方法。
- (2) 严格执行无菌技术,操作台须用消毒液擦拭。
- (3) 透析液使用前应进行检查,注意有无混浊、沉淀、霉变及透析液袋破损。

- (4) 确保各导管之间连接牢固,防止漏液和空气进入腹腔。

#### 5. 透析管道的管理

- (1) 透析管道的各连接处应保持清洁。
- (2) 避免牵拉透析管以防其移位或滑脱,并应防止管道扭曲和连接处脱开。
- (3) 出现腹透管引流不畅、腹透液外漏时,应及时向医生报告并协助处理。
- (4) 腹膜透析管的皮肤出口处应保持清洁、干燥,用无菌纱布覆盖并定期更换。

- (5) 连接导管应定期更换。

#### 6. 透析病人的监护

- (1) 按时测量体温、脉搏、呼吸、血压。
- (2) 按时测量体重,1次/天。
- (3) 观察透出液的色泽、透明度、有无凝块。必要时按医嘱留取标本作细胞计数和细菌培养。

- (4) 密切观察并发症。如发现腹透管皮肤出口处感染,或病人有腹痛、发热、寒战、腹部压痛与反跳痛、透出液混浊等腹膜炎症状,或有脱水与血压下降症状时,应及时向医生报告、查找原因、尽早处理。

- (5) 嘱病人变动体位,病情平稳者应鼓励下床活动。

- (6) 保持全身皮肤清洁,经常更换内衣,切口痊愈后可行淋浴。

- (7) 填写腹膜透析记录单,记录透析液进、出量及时间,并于24小时总结1次。

7. 按医嘱给予优质高蛋白、富含维生素及微量元素的饮食。治疗初期有高血压、水肿者,应适当限制水、盐的摄入,必要时记录出入量。

8. 做好心理护理,使之克服悲观情绪,增强信心,坚持治疗。

9. 防止进行增加腹压的运动或用力撞击腹部。

#### 【健康指导】

1. 保持乐观情绪,多做户外活动,根据体力情况参加部分乃至全部工作。
2. 在家庭进行透析者及其家属,应定期接受医务人员的培训,内容包括:
  - (1) 腹膜透析的基本知识、操作步骤和方法。



- (2) 无菌技术操作。
  - (3) 透析管的固定及出口处皮肤护理。
  - (4) 营养与饮食的合理调配。
  - (5) 体重、血压、血糖的自我监测方法。
  - (6) 腹膜透析常见并发症的症状及预防。
  - (7) 房间的消毒方法。
  - (8) 沐浴方法。
3. 按期复查, 了解病情的改善情况。

## 第六节 血液科病人护理指南

### 一、血液科病人一般护理要点

1. 按内科疾病一般护理指南执行。
2. 加强对常见症状的观察, 包括营养状况、贫血程度、乏力、疲倦、活动后心悸、气促、头晕、皮肤和结膜与黏膜的色泽、出血征象、感染等。
3. 了解病人的血象、骨髓象及实验室有关检查结果。
4. 根据病情指导病人适当休息、适度活动, 并有充足的睡眠时间。
5. 按医嘱做好饮食护理, 改善病人营养状况, 提高机体抵抗疾病的能力。
6. 加强感染的预防
  - (1) 严格执行无菌操作技术。
  - (2) 病室内的空气、地面和用物表面, 每日均应进行消毒处理, 严防合并呼吸道感染。
  - (3) 做好口腔、鼻腔、皮肤(尤其是会阴部与肛周皮肤)的清洁与护理, 防止局部破损或感染。
7. 中性粒细胞缺乏者, 宜住隔离病室或层流室。
8. 对接受化疗者, 静脉注射时须保护血管、药物不可溢于皮下, 并鼓励多饮水。
9. 出血严重者, 应保持安静, 卧床休息, 穿刺和注射部位须加压止血, 并协助医生进行止血处理, 必要时做好输血准备。

### 二、缺铁性贫血病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 贫血程度及面色。
- (3) 有无乏力、头晕、心悸、体力活动后气促等症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按血液科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 了解血象、骨髓象、血清铁等检查结果。
4. 严重贫血者应卧床休息，做好基础护理。
5. 按医嘱给予高蛋白、高维生素、高铁饮食，并向病人介绍富含铁质的食物及影响铁吸收的食物。
6. 遵医嘱给予铁剂治疗。对口服铁剂者应指导其正确服用的方法，如饭后服用以减少对胃的刺激、忌与茶同服等。
7. 向病人说明服药的重要性，血红蛋白恢复正常后须按医嘱再持续用药3~6个月，积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 积极配合医生寻找和去除病因，以彻底治愈，防止贫血复发。
2. 向病人及其家属讲解平衡膳食对避免引发缺铁性贫血的重要性，生活中应注意纠正偏食习惯。
3. 指导病人遵医嘱继续服用铁剂的方法、时间及注意事项。

### 三、巨幼细胞贫血病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 贫血程度，有无乏力、心悸、气促、头晕等症状。
- (3) 有无消化系统及神经系统症状，如舌炎、口腔黏膜溃疡及四肢发麻、软弱无力、共济失调等表现。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按血液科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 了解血象、骨髓象、叶酸和维生素 B<sub>12</sub> 等测定结果。
4. 重度贫血者应卧床休息，做好基础护理。
5. 对于舌炎和口腔黏膜溃疡者，应做好口腔护理，宜进温软食。
6. 四肢麻木、无力者，应注意肢体保暖和避免受伤。共济失调者应加强安全护理。
7. 按医嘱给予富含叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 的饮食。
8. 按医嘱给予叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 等治疗。
9. 向病人介绍本病的病因、治疗及其重要性，使之能充满信心坚持治疗。

#### 【健康指导】

1. 合理安排膳食，纠正偏食，食物烹调方法适当，不可酗酒，以做好对本病的预防。
2. 遵医嘱坚持服用药物，恶性贫血及胃切除后的病人，需要终身接受维持治疗。

### 四、再生障碍性贫血病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 贫血的程度。
  - (3) 有无出血及感染的症状。

2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按血液科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 了解血象及骨髓象检查结果。
4. 中性粒细胞缺乏者，宜住隔离病室或层流室，做好基础护理。
5. 高热者，应按高热病人护理指南执行（见第三章）。
6. 采取适当护理措施，预防或减轻皮肤、口腔黏膜、牙龈、鼻、胃肠道及脑等处出血。
7. 预防感染
  - (1) 严格执行无菌操作技术。
  - (2) 预防皮肤与黏膜感染，保持皮肤、口腔、会阴及肛周等部位的清洁。
  - (3) 预防呼吸道感染，保持病室环境清洁，空气清新并应限制探视人数。

(4) 预防消化道感染, 注意饮食卫生, 白细胞数量极低时食物应经消毒后食用。

8. 根据病情制订活动计划, 规定活动量。

9. 按医嘱给予高蛋白、高热量、富含维生素的饮食。

10. 按医嘱给予抗生素、止血、输血、刺激骨髓造血功能的药物及免疫抑制剂等治疗。行骨髓移植者, 按骨髓移植病人护理要点执行。

11. 对病人应进行心理疏导, 对于女病人应使其能正确对待应用丙酸睾酮引起的自我形象紊乱, 克服悲观情绪, 坚持治疗。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱坚持治疗, 学会自我护理, 发现出血、感染等症状时应及时就医。

2. 加强营养, 预防感染。

3. 长期接触可能引起本病的毒物的人员, 须严格执行劳动防护措施, 严格遵守操作规程, 定期检查血象。

4. 避免滥用对骨髓有损害的药物。停止接触及应用能损害骨髓造血功能的一切物品。

### 五、溶血性贫血病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无畏寒、发热、腰背及四肢酸痛、恶心、呕吐、腹痛等症状。

(3) 贫血和黄疸程度、尿色变化。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按血液科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 急性溶血者, 其贫血与症状严重, 应卧床休息, 充分饮水。出现血红蛋白尿时应按医嘱作碱化尿液处理, 做好基础护理。慢性溶血及中度贫血者可适当活动, 但仍以休息为主。

4. 高热者按高热病人护理指南执行(见第三章)。

5. 严格执行输血常规, 预防因血型不合所致的输血后溶血的发生。

6. 输血速度宜慢, 输血过程中应密切观察输血反应, 发现有溶血征象时,

应立即停止输入并向医生报告，迅速处理。

7. 按医嘱给予高蛋白、高维生素饮食。

8. 按医嘱给予糖皮质激素、免疫抑制剂、输血等治疗。

9. 加强与病人的交流，帮助其减轻焦虑程度，保持良好的情绪，积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 向病人介绍本病的常见病因，做好病因预防，如红细胞 6-磷酸葡萄糖脱氢酶缺陷症者，应禁止食用蚕豆和服用具有氧化性能的药物。

2. 指导病人合理安排休息，根据病情进行适当的活动，以不出现心悸、气短及乏力为度。

3. 自觉不适，贫血症状加重时，应及时就诊。

### 六、白血病患者护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 症状评估

1) 急性白血病患者：有无发热及感染病灶，头晕、乏力及皮肤与结膜苍白等贫血症状，皮肤淤点或淤斑、牙龈出血及鼻出血，骨骼与关节疼痛，以及头痛、呕吐、颈强直等中枢神经系统白血病患者症状。

2) 慢性白血病患者：有无乏力、低热、多汗、体重减轻、左上腹不适或皮肤、牙龈、鼻出血等症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按血液科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 了解血象和骨髓象检查结果。

4. 发热、明显贫血或出血者，须卧床休息，做好基础护理。

5. 高热者按高热病人护理指南执行（见第三章）。

6. 发现皮肤、口腔、鼻腔有出血时，应按医嘱迅速止血。

7. 中性粒细胞极少或进行化疗时的病人宜住隔离病室。

8. 按医嘱给予高蛋白、高热量、高维生素等营养丰富的饮食。化疗期间宜进食清淡、低脂、易消化的饮食，少量多餐，鼓励多饮水以利体内尿酸排

出。

9. 按医嘱给予抗感染、止血、输血、化疗、 $\alpha$ -干扰素治疗, 以及协助医生行骨髓移植术。

10. 对骨髓移植者, 按骨髓移植病人护理要点执行。

11. 对输注化疗药物的静脉应予以保护, 药液不可外渗, 并加强对静脉炎的防治。对化疗引起的全身不良反应, 按医嘱给予对症处理。

12. 必要时记录 24 小时出入液量。

13. 加强护患交流, 了解病人对疾病与化疗反应的心理承受能力。帮助与鼓励其克服困难, 使之积极配合治疗, 完成治疗计划。正确对待疾病, 树立战胜疾病的信心。

#### 【健康指导】

1. 长期接触放射性核素或有毒的化学物质者, 应严格遵守劳动保护制度, 定期检查血象。

2. 向病人讲述本病的有关基本知识和接受巩固治疗的教育。

3. 保持乐观心态, 注意休息, 加强营养, 适度锻炼身体, 以提高抗病能力。

4. 避免去公共场所, 以防发生呼吸道感染。

5. 出现贫血、出血加重、发热时, 要及时就诊, 以防本病复发。

### 七、淋巴瘤病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 淋巴结肿大的部位、程度, 有无压迫症状。

(3) 发热、盗汗、疲乏、消瘦、皮肤瘙痒或皮下结节等症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按血液科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 病人在放疗和化疗期间应注意休息和预防呼吸道感染。

4. 高热者应按高热病人护理指南执行 (见第三章)。

5. 因受肿大的淋巴结压迫而出现呼吸困难和发绀者, 应予以氧吸入。

6. 按医嘱给予高蛋白、高热量、高维生素的饮食。

7. 按医嘱给予化疗。对输注化疗药物的静脉应予以保护，药液不可外渗，并加强对静脉炎的防治。对化疗引起的全身不良反应，按医嘱给予对症处理。

8. 对放疗者，应做好局部皮肤护理防止破损，出现不良反应时按医嘱给予对症处理。

9. 加强与病人的沟通，帮助减轻对疾病和治疗的心理压力，增强信心。

#### 【健康指导】

1. 向病人介绍本病的基本知识与治疗原则，使之能遵医嘱坚持治疗。

2. 保持良好的心态，注意休息与睡眠，加强营养，以提高机体的免疫力。

### 八、过敏性紫癜病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 皮肤出血，腹痛与便血，关节疼痛与肿胀，血尿等症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按血液科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 急性期病人应卧床休息，做好基础护理，并根据症状给予相应处理：

(1) 出现腹痛时，应禁食，必要时按医嘱给予解痉治疗和胃肠减压，疼痛缓解后再逐渐恢复进食。对便血者，应按时测量血压、脉搏，记录便血量。

(2) 关节疼痛、肿胀时，应将肢体置于合适位置，减少关节活动，同时可给予冷敷，以减轻疼痛。

(3) 有血尿者，应按时留取标本作尿常规检查。

4. 膳食中不可含有致敏的食物。

5. 按医嘱给予抗组胺药物、糖皮质激素、免疫抑制剂等治疗。

6. 根据病情轻重，随时评估病人心理反应，做好心理护理。

#### 【健康指导】

1. 指导病人避免感染及食用引起过敏的食物、药物或其他致病因素，及时治疗各种感染，防止再次诱发本病。

2. 发生本病症状时应及时就诊。



## 九、特发性血小板减少性紫癜病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 畏寒、发热及皮肤、黏膜出血等症状。
- (3) 有无内脏及脑出血的征象。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按血液科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 了解血象与骨髓象检查结果。
4. 急性型病情严重者，应卧床休息，做好基础护理，防止各种外伤。
5. 出现鼻、齿龈、口腔黏膜出血时，按医嘱给予对症处理。皮肤淤点处要防止破损。
6. 对剧烈咳嗽和排使用力者，应按医嘱给予处理，防止引起颅内压升高而致脑出血。
7. 按医嘱给予少渣软食，防止消化道出血。
8. 按医嘱给予糖皮质激素、免疫抑制剂及输血小板等治疗。
9. 加强与病人的交流，使之情绪稳定，积极配合治疗。

### 【健康指导】

1. 向病人及其家属讲述预防出血的措施。儿童病人则需家长监护。
2. 适当限制活动，预防各种外伤和感染。
3. 出现本病症状时应及时就医。

## 十、血友病病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 四肢关节软组织、肌肉等处的出血症状。
- (3) 有无鼻及内脏出血征象。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按血液科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 避免剧烈活动和外伤，以防出血。
4. 深部组织和关节出血时，应卧床休息，局部采用冰袋冷敷和弹性绷带压迫止血，使肢体保持在功能位，并应做好基础护理。
5. 颈部或喉部软组织出血时，应观察呼吸道是否通畅，有阻塞症状时应及时向医生报告并协助处理。
6. 按医嘱给予富含优质蛋白质的饮食，温度适宜，避免食物粗糙。消化道出血者应禁食，给予静脉补液。
7. 按医嘱给予补充凝血因子、抗纤溶药物等治疗。关节疼痛时给予止痛剂。
8. 向病人讲解本病的基本知识及遗传特点，使之正确对待，减轻焦虑程度，保持情绪稳定。

**【健康指导】**

1. 向病人及其家属介绍本病是遗传性疾病，需要坚持终身治疗。
2. 避免外伤和肌肉注射，注意关节的保护。
3. 有出血倾向时应及时就医，并指导病人及其家属掌握出血的紧急处理措施。
4. 遵医嘱用药，禁用抑制血小板功能或减少血小板的药物，以避免加重出血。
5. 结婚前后应去血友病遗传咨询门诊接受指导，以减少本病的遗传。

### 十一、弥散性血管内凝血病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 出血的部位。
  - (3) 有无低血压、休克、内脏栓塞相应症状，以及溶血所致的皮肤与黏膜黄染表现。

2. 心理状况。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按血液科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 卧床休息，做好基础护理。

4. 对严重出血、有低血压、休克者，应按时测量血压、脉搏、呼吸，密切观察瞳孔与意识变化，填写护理记录单，记录 24 小时出入液量。病人呕血、便血、咯血时要准确记录出血量。

5. 出现皮肤与黏膜出血，胃肠道、肺、泌尿系器官出血或栓塞，颅内出血或脑栓塞等症状时，应及时向医生报告并协助处理。

6. 按医嘱给予饮食护理。胃肠道出血者应禁食，给予静脉输液。

7. 按医嘱给予吸氧，抗凝、抗纤溶药物，以及补充凝血因子和血小板等治疗。在使用肝素抗凝过程中，应尽量减少肌肉注射及各种穿刺，以免引起局部血肿。

8. 按医嘱迅速有效地防止原发病，注意维持水、电解质与酸碱平衡，防止微循环淤滞。

9. 做好心理护理，使病人保持稳定的情绪，安心接受治疗。

#### 【健康指导】

1. 告诫病人应减少诱发本病的因素，如积极预防和治疗感染性疾病。

2. 病理产科的病人如羊水栓塞、胎盘过早剥离等应及时在医院接受监护和治疗，警惕本病的发生。

## 十二、骨髓移植病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 症状评估

1) 术前有无感染症状和化疗、放疗的不良反应。

2) 术后有无感染、出血及移植物抗宿主病的发生。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按血液科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 术前护理

(1) 病人应进入无菌层流室内，按保护性隔离措施进行隔离。

(2) 层流室及室内所有物品在使用前后均须按常规进行严格消毒，诊疗用品均须消毒后专用。

(3) 向病人和其家属说明治疗的意义和进入层流室的必要性,以减少其紧张心理,并能积极配合。

(4) 按时为病人剃去头发和身体上的毛发,经药浴后进入层流室。

(5) 病人进入层流室后即应开始食用无菌饮食,做好眼、鼻、外耳道、口腔、肛周及全身皮肤的护理,按医嘱服用肠道灭菌药物。

(6) 配合医生建立大静脉通道,留置静脉导管,按医嘱执行治疗。

(7) 对使用大剂量环磷酰胺静脉点滴者,应按医嘱充分水化碱化尿液,使尿 pH 值保持在 7~8 之间,嘱病人定时排尿,预防出血性膀胱炎。若发生出血性膀胱炎时应协助医生给予处理。

(8) 对放疗和化疗后出现不良反应者,应按医嘱给予对症处理,同时鼓励多饮水,保证足够入量。

#### 4. 术后护理

(1) 卧床休息,做好基础护理。

(2) 继续执行保护性隔离措施,做好五官、肛周及全身皮肤的护理。

(3) 预防感染:

1) 严格按层流室使用规则执行。

2) 严格执行无菌技术操作。

3) 加强肺部护理,促进呼吸道分泌物排出,以预防呼吸道感染。

4) 加强大静脉营养支持治疗的护理,置管处应按时更换敷料,保持清洁、干燥。

5) 按医嘱给予抗生素治疗。输注骨髓时,应严格按操作常规进行,防止发生脂肪栓塞。

(4) 注意出血:

1) 指导病人避免外伤和鼻黏膜,牙龈及皮肤破损,防止造成或加重出血。

2) 便秘时应给予处理,防止用力排便。

3) 密切观察有无皮肤出血点或淤斑、鼻出血、牙龈出血、血尿、血便及咯血等,出现上述症状时应及时协助医生处理,并记录出血量。

(5) 观察有无发热、皮疹、腹泻、巩膜或全身黄染等移植物抗宿主病的症状,按医嘱给予药物预防或治疗,注意药物不良反应的发生。

(6) 填写特护记录单上各项内容,按时总结出入液量。

(7) 深入与病人交流,掌握其心理状态,帮助减轻紧张情绪和孤独感,积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 血小板过低时,应注意休息,减少活动,防止出血。

2. 注意预防呼吸道和胃肠道的感染。
3. 适当进行户外活动，劳逸结合。
4. 遵医嘱按时按量应用药物，接受定期随访。

## 第七节 内分泌病和代谢病病人护理指南

### 一、内分泌病和代谢病病人一般护理要点

1. 按内科疾病一般护理指南执行。
2. 加强对常见症状的观察，包括发育、进食、营养状况，特殊面容和体形，毛发和皮肤改变，情绪和精神状态，有无排泄功能异常、体力减退、视觉障碍、睡眠紊乱、记忆力下降、畏寒或怕热、手足搐搦、四肢感觉异常或麻痹等。
3. 病人入院时应测量身高和体重，以后每周测量体重一次。
4. 全面了解病人对形体改变的心理承受能力，个性特征，做好心理护理。对于情绪和精神有异常表现者，应加强安全护理，防止发生意外。
5. 视觉障碍、记忆力下降的病人外出检查时，应有专人陪送。
6. 按医嘱准确留送各种实验室检查标本，做好所需试验的准备与配合，并向病人讲解注意事项。

### 二、甲状腺功能亢进症病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 乏力、食欲亢进、畏热、多汗、消瘦等症状。
- (3) 急躁易怒、失眠、排便次数增多、眼球突出等异常改变。
- (4) 有无甲状腺危象的临床表现。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按内分泌病和代谢病病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 保持身体及精神的良好休息。情绪紧张不安或失眠者，必要时可按医嘱给予镇静剂。
4. 每周测量体重 1 次并记录。

### 5. 加强对甲状腺危象病人的监护

(1) 当病人出现高热、脉率 120 次/分以上、烦躁、大汗、伴有厌食、恶心、腹泻等严重表现时，应立即向医生报告、给予吸氧、迅速建立静脉通道、协助紧急抢救。

(2) 严密观察生命体征及意识状态的变化。

(3) 做好基础护理。

(4) 对出现高热、意识障碍、休克的病人，应按其护理要点执行（见第三章和第十二章有关内容）。

### 6. 加强对严重突眼病人的护理

(1) 采取措施保护眼睛，以防强光和灰尘刺激，避免结膜炎、角膜炎乃至溃疡的发生。

(2) 取高枕卧位，限制食盐摄入，以利减轻球后水肿。

(3) 鼓励病人每天做眼球运动，以改善眼肌功能。

7. 按医嘱给予高热量、高蛋白、含丰富维生素（尤其是 B 族维生素）的饮食，忌用含碘多的食物。应鼓励多饮水。

8. 对服用抗甲状腺药物治疗者，应观察有无发热、咽痛、皮疹等粒细胞缺乏症临床表现。

9. 关心病人的情绪变化，给予适当的解释、安慰和鼓励，避免各种不良刺激，使之保持稳定的心态，安心休息和接受治疗。

10. 需手术治疗者应做好转至外科的工作。

### 【健康指导】

1. 遵医嘱坚持服药。

2. 避免情绪激动，保持心境平和，注意休息，避免劳累，预防感冒，以减少本病的复发。

3. 教给病人自我护理的方法，如对突出眼睛的保护措施，严禁用手挤压甲状腺以防甲状腺因受压致甲状腺素分泌增多而加重病情等。

4. 向病人及其家属讲解甲亢危象的症状和预防，若出现该症状时应立即就医。

## 三、甲状腺功能减退症病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 体格发育情况及精神状态。

(3) 畏寒、乏力、食欲减退、水肿、嗜睡和便秘等症状。

(4) 有无黏液性水肿的临床表现。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按内分泌病和代谢病病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 按医嘱给予低热量、低钠、高蛋白饮食，宜少量多餐。

4. 鼓励多食粗纤维食物、适量活动，以防止便秘。必要时按医嘱给予缓泻剂。

5. 加强对黏液性水肿病人的监护

(1) 加强病情观察，包括有无嗜睡甚至昏迷、体温 $<35^{\circ}\text{C}$ 、呼吸浅慢、心动过缓、血压下降、四肢肌肉松弛、反射减弱或消失等临床表现。

(2) 建立静脉通道，按医嘱给予补液与给药。

(3) 保持呼吸道通畅，给予持续吸氧。

(4) 记录尿量。

(5) 注意保暖。

(6) 做好基础护理。

(7) 昏迷者按意识障碍病人护理指南执行（见第三章）。

6. 按医嘱给予药物治疗。对应用替代治疗者，应观察服药后病情是否改善，如尿量是否增加、体重是否减轻等。

7. 关心与体贴病人，嘱家属及亲友多给予安慰，使之感受到温暖，减轻抑郁心理。

#### 【健康指导】

1. 嘱病人遵医嘱服用药物。服药过程中若出现脉搏增快、多汗、兴奋、体重明显减轻等症状时，应及时就医。

2. 注意保暖以防止感冒，避免皮肤损伤和感染。

3. 多食粗纤维食物，增加活动，预防便秘。

### 四、库欣综合征病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征

(2) 面容及体形改变、皮肤紫纹情况及有无感染。



- (3) 精神状态和情绪变化。
- (4) 有无骨质疏松、糖尿病、低钾血症的症状和水肿。

- 2. 心理状况。
- 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

- 1. 按内分泌病和代谢病病人一般护理要点执行。
- 2. 按上述评估中所列各项观察病情。
- 3. 保证充足的休息和睡眠。对于有骨痛症状的骨质疏松病人尚应适当限制活动，以防骨折，做好基础护理。
- 4. 每周测量体重一次。
- 5. 加强皮肤清洁护理并避免破损，注意保暖，以减少皮肤及肺部等感染。
- 6. 对有高血压或糖尿病者，应按医嘱定期测量血压或血糖、尿糖。
- 7. 发现病人有恶心、呕吐、腹胀、心律失常等低钾血症的症状和体征时，应及时向医生报告并协助处理。
- 8. 记录 24 小时出入液量。
- 9. 按医嘱给予饮食护理：
  - (1) 给予低热量、低脂、高蛋白质、低钠、含钾丰富的饮食，以预防和控制高血糖、水肿和低钾血症。
  - (2) 有骨质疏松者尚应摄取含钙或维生素 D 丰富的食物。
  - (3) 有糖尿病者应进食糖尿病治疗饮食。
  - (4) 有水肿和高血压者尚应限制水的摄入。
- 10. 加强与病人的交流，做好心理护理，使之保持稳定的情绪。对于有严重的精神抑郁表现者，应帮助减轻悲观情绪，防止发生意外。
- 11. 需手术治疗者，应做好转至外科的工作。

#### 【健康指导】

- 1. 向病人讲解坚持服药的重要意义，并指导服药的方法。
- 2. 按医嘱合理安排膳食。
- 3. 保持皮肤及口腔卫生，防止感染。

### 五、原发性慢性肾上腺皮质功能减退症病人护理要点

#### 【评估】

- 1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 精神状态。

- (3) 乏力、皮肤和黏膜色素沉着、胃肠道功能紊乱、消瘦、脱水等症状。
- (4) 有无肾上腺危象的表现。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

- 1. 按内分泌病和代谢病病人一般护理要点执行。
- 2. 按上述评估中所列各项观察病情。
- 3. 注意卧位休息。起床时动作应慢，以防发生直立性低血压。
- 4. 做好基础护理，预防肺部、皮肤、口腔等部位的感染。
- 5. 加强对肾上腺危象病人的监护

(1) 病人发生恶心、呕吐、腹泻、严重脱水、低血压、精神异常，伴有高热等症状时，应及时向医生报告并协助处理。

(2) 立即建立静脉通道，按医嘱给予补液及药物治疗。

(3) 严密观察生命体征及尿量。

(4) 加强安全护理。

6. 记录 24 小时出入液量。

7. 按时测量体重。

8. 按医嘱给予高糖、高蛋白、高钠、低钾饮食。鼓励多饮水。

9. 按医嘱准确执行糖皮质激素治疗（替代疗法）等措施。

10. 加强与病人的交流，给予心理支持，以减轻其抑郁情绪，树立接受长期治疗的信心。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱坚持按时、按量服药。

2. 加强自我护理，减少诱发肾上腺危象的因素：

(1) 保持充足的休息和睡眠，防止过度劳累。

(2) 注意保暖和加强个人卫生，防止肺部、皮肤及口腔感染。

(3) 发生感染、创伤、大量出汗、呕吐、腹泻时应及时就医。

3. 遵医嘱安排膳食。

### 六、尿崩症病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征

(2) 多尿、烦渴、多饮的程度。

(3) 有无脱水症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按内分泌病和代谢病病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 注意卧床休息。

4. 观察尿量、尿色，必要时测量尿比重。

5. 病人若除口渴外，还表现乏力、唇黏膜干燥、皮肤弹性差、眼窝凹陷、尿量少等脱水症状时，应及时向医生报告，予以纠正。

6. 准确记录 24 小时出入液量。

7. 按医嘱给予高蛋白、高热量、富含维生素的饮食。鼓励多饮水，但不可过量，以防水中毒。

8. 按医嘱执行抗利尿药物治疗和激素替代疗法。用药过程中应密切观察有无水中毒、低血糖、低钾血症等不良反应的发生。

9. 耐心向病人介绍本病的有关知识，使之减轻焦虑程度，积极配合各项检查、试验及治疗。

#### 【健康指导】

1. 讲解坚持服药的重要意义、药物的副作用与观察方法。

2. 加强病情的自我监护，准确监测 24 小时出入液量并做好记录，发现异常应及时就诊。

3. 遵医嘱合理调配饮食。

4. 防止颅脑损伤、脑炎或脑膜炎等脑部感染，以减少引发本病的因素。

### 七、糖尿病病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 多尿、多饮、多食和体重减轻的程度。

(3) 有无糖尿病酮症酸中毒的表现。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按内分泌病和代谢病病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 无严重并发症者,宜鼓励适当活动。
4. 入院时应测量身高与体重,以后每周测量体重1次。
5. 按时检测血糖和尿糖。
6. 严格按医嘱执行糖尿病饮食治疗,定时、定量进餐。并应向病人说明饮食治疗的重要性,以取得其主动配合。
7. 根据病人年龄、性别、体力、病情及有无并发症等不同条件,指导进行长期有规律的适量运动锻炼,并定期进行疗效评定以调整运动计划。
8. 按医嘱执行口服降血糖药或注射胰岛素治疗。治疗期间应严密观察有无低血糖反应,如病人出现疲乏、面色苍白、头昏、心悸、出汗、饥饿等症状时,应测定血糖,并向医生报告立即给予处理。
9. 保持口腔、皮肤的清洁,避免皮肤破损,防止口腔炎、牙龈炎及皮肤感染。
10. 有糖尿病足者,应做好足部皮肤的护理,加强对病变的观察。
11. 密切观察有无并发酮症酸中毒。如已发生,应立即协助医生紧急处理,并按其护理要点执行。
12. 必要时,应记录24小时出入液量。
13. 加强与病人的思想交流,使之了解本病的基本知识、治疗要求和预后,帮助减轻心理压力,建立坚持终生治疗的信心。

#### 【健康指导】

1. 指导病人及其家属正确掌握饮食、运动、药物治疗等方面的具体措施与注意事项,以及胰岛素注射的部位与操作方法。
2. 告诫病人应禁饮酒。
3. 指导病人监测血糖、尿糖的方法。
4. 向病人讲解低血糖的临床症状、预防及紧急处理的方法。
5. 保持规律的生活,注意个人卫生,做好足部护理,预防各种感染。
6. 当原有糖尿病症状加重,并出现食欲减退、恶心、呕吐、极度口渴等症状,是并发酮症酸中毒的表现,应立即就医诊治。
7. 遵医嘱定期复查,以了解病情控制情况,及时调整治疗方案,尽早防治慢性并发症。

### 八、糖尿病酮症酸中毒病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 意识状态、瞳孔大小和对光反应。
  - (3) 糖尿病症状。
  - (4) 软弱无力、食欲减退、呕吐、极度口渴、尿量显著增多、头痛等状况。
  - (5) 失水程度。
2. 心理状况。
  3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按内分泌病和代谢病病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 绝对卧床休息，做好基础护理。
4. 昏迷者按意识障碍病人护理要点执行（见第三章）。
5. 严格执行医嘱，配合抢救：
  - (1) 立即建立静脉通道，给予静脉输液。
  - (2) 准确、及时给予胰岛素治疗。
  - (3) 在上述治疗过程中，按时留取血、尿标本，送检尿糖、尿酮、血糖、血酮、血钾、血钠及  $\text{CO}_2$  结合力等项目。
6. 当病人能进食时，应按医嘱给予糖尿病流质或半流质饮食。
7. 做好口腔、皮肤护理、预防继发性感染。
8. 填写护理记录单，记录 24 小时出入液量、生命体征、病情变化及抢救措施等内容。
9. 对意识清醒者，应给予良好的心理护理，使之树立战胜疾病的信心。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱进行药物治疗和饮食治疗，以控制糖尿病症状。
2. 防治感染，以减少引发本病的因素。
3. 定期检查血糖、血酮、尿糖、尿酮，当出现糖尿病症状加重时，应及时就医，防止本病的发生。

### 九、痛风病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 关节炎的部位及症状。

- (3) 有无痛风石形成。
- (4) 有无肾绞痛、血尿等症状。

- 2. 心理状况。
- 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按内分泌病和代谢病病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 急性关节炎期病人应绝对卧床休息、抬高患肢，避免受累关节负重，做好基础护理。
4. 病情平稳时应坚持适量活动，防止肥胖。
5. 对痛风石致皮肤溃破处应及时更换敷料，保持局部清洁。
6. 按医嘱调节饮食，应限制蛋白质摄入量，不食嘌呤含量高的食物，严格戒酒，鼓励多饮水。
7. 按医嘱给予药物治疗。因秋水仙碱、吲哚美辛、吡罗昔康、保泰松等药物均对胃黏膜有损害作用，应用中须观察病人有无胃部不适，防止上消化道出血的发生。
8. 做好心理护理，使之避免过度精神紧张，以稳定情绪，积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱调节饮食，蛋白质摄入量限制在  $1\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{d})$  左右，不可食用嘌呤含量高的食物，如动物内脏、沙丁鱼、鱼卵、豆类、发酵的食物等，应严格戒酒，多饮水。
2. 鼓励坚持作适度的运动，逐渐将体重控制在标准体重范围内。
3. 指导病人作自我检查，如触摸耳朵及手足关节处有无痛风石形成，发现异常时应及时就医。
4. 防止受寒、关节创伤、劳累、感染，并应避免精神受刺激，以减少发病的诱因。

## 第八节 风湿病科病人护理指南

### 一、风湿病科病人一般护理要点

1. 按内科疾病一般护理指南执行。
2. 加强对常见症状的观察，包括病变受累关节的分布、疼痛性质与程度、压痛、肿胀情况、活动功能受限或障碍程度、有无晨僵表现和畸形等。

3. 掌握其他系统受损的常见症状特点,如出现皮肤损害、蛋白尿或类风湿结节、心血管或呼吸系统异常症状等。

4. 了解主要的实验室检查及有关的辅助检查结果,如自身抗体测定、滑膜液检查、骨与关节影像检查、关节镜检查、活组织检查等。

5. 根据病情指导病人合理休息与活动锻炼,做好心理护理,遵循饮食原则给予营养支持,以增强体质提高机体免疫力。

## 二、系统性红斑狼疮病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 发热、全身不适、乏力、食欲减退、体重减轻等症状。
- (3) 关节受累的部位、肿痛程度、晨僵表现。
- (4) 皮肤损害情况。
- (5) 是否有肾、中枢神经系统、肺、心、消化道等器官受损的症状。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按风湿病科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 急性活动期病人应卧床休息,做好基础护理。慢性期或病情稳定者可适当活动锻炼。

4. 对有发热、全身不适、食欲减退等症状者,应做好相应的护理。

5. 密切观察口腔黏膜变化,做好口腔护理,防止真菌感染。

6. 关节明显肿痛者,应采取适当的体位、局部热敷、避免关节负重等措施,以减轻肿胀与疼痛。

7. 皮肤受损者,应避免皮肤直接暴露于阳光下,局部保持清洁与干燥,不可用刺激性洗洁剂擦洗。皮损有感染时,应按医嘱给予换药处理。

8. 有肾、心、中枢神经系统等器官受损症状者,应按本章各有关护理要点执行。

9. 按医嘱给予易消化、有充足热能、高蛋白、高维生素的饮食。合并肾功能不全者给予低盐、低蛋白饮食,心力衰竭者给予低盐、低热量饮食,意识障碍者给予鼻饲流质。

10. 按医嘱执行药物治疗。



11. 做好心理护理, 帮助病人认识本病的基本知识及治疗方案, 克服悲观情绪, 保持愉快的心情, 树立信心, 配合医疗与护理。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱坚持长期用药, 防止复发。
2. 避免可能诱发本病的因素
  - (1) 光过敏者应避免皮肤直接暴露于阳光下。
  - (2) 避免刺激性物质接触皮肤, 如碱性肥皂、化妆品等。
  - (3) 避免服用苯妥英钠、异烟肼等可诱发本病的药物。
  - (4) 避免妊娠。
3. 保持愉快心情, 合理饮食、休息与活动锻炼, 注意避免劳累, 以增强体质提高免疫力。
4. 发生感染或其他并发症时应及时就医。

### 三、类风湿关节炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 低热、乏力、食欲减退、体重减轻及手足发冷等症状。
  - (3) 关节受累的部位、肿痛程度、晨僵表现、畸形及活动受限的情况。
  - (4) 有无皮下类风湿性结节。
  - (5) 是否有心脏、神经系统、肺等器官受损的症状。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按风湿病科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 有发热及关节明显肿痛时, 须在保持关节功能位的状态下, 选择适当体位卧床休息, 做好基础护理。在疼痛缓解后可尽早进行关节活动, 并进行治疗性锻炼, 包括主动和被动关节活动, 防止肌肉萎缩, 关节废用。
4. 注意肢体保暖, 或采用不同方法的热疗, 以维持良好血运, 使肌肉松弛利于锻炼的进行。
5. 皮肤破损处应给予换药处理, 保持局部清洁、干燥, 防止感染。
6. 有心脏、神经系统、肺等器官受损症状者, 应按本章各有关护理要点执行。

7. 按医嘱给予富含蛋白质及维生素的饮食。

8. 按医嘱执行药物治疗。

9. 做好心理护理,帮助病人了解本病的基本知识、治疗方案及关节锻炼的方法,使之减轻忧郁、悲观、担心致残等不良心理反应,坚定信心,配合医疗与护理。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱按时按量服药。

2. 症状基本控制后可适当进行活动锻炼,无需过度限制活动,以防导致关节废用、肌肉萎缩,影响关节功能。

3. 保持愉快心情,合理饮食、休息与锻炼,以增强体质提高免疫力。

4. 预防感染以减少本病的反复发作,出现其他并发症时,应及时就医。

### 四、皮肤炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 面部皮肤出现水肿性暗紫色红斑的范围。

(3) 肘、膝和指(趾)关节等处有无丘疹或斑块。

(4) 肌无力、肌萎缩及肌肉疼痛、肿胀与压痛的程度。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按风湿病科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 病情严重,有明显肌痛与肌肿胀症状者,须卧床休息,做好基础护理。

4. 病情缓解后可逐步增加活动量,对肌无力的肢体应协助作被动运动或按摩,以帮助肌功能的恢复。

5. 加强皮肤护理,保持皮肤损害处的清洁与干燥,防止感染。有感染时应按医嘱给予对症处理。

6. 肺及心脏出现受损症状时,应按本章各有关护理要点执行。

7. 按医嘱给予富含蛋白质和维生素的饮食。咀嚼和吞咽困难者给予半流质或流质饮食,必要时给予鼻饲饮食。

8. 按医嘱执行药物治疗。

9. 做好心理护理, 帮助病人了解本病的基本知识, 减轻焦虑程度和悲观等情绪, 坚持长期治疗, 并能掌握康复的自我护理方法。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱坚持应用药物治疗。
2. 保持乐观情绪, 合理饮食与休息, 以增强体质提高免疫力。
3. 逐步增加活动量, 适度锻炼, 促进肌功能的恢复。
4. 保持受损皮肤的清洁与干燥, 防止感染。有感染时应及时就医, 掌握正确的处理方法。

## 第九节 神经内科病人护理指南

### 一、神经内科病人一般护理要点

1. 按内科疾病一般护理指南执行。
2. 加强对常见症状的观察, 包括头痛如偏头痛、颅内高压性头痛、血管神经性头痛等, 意识障碍如嗜睡、意识模糊、昏睡、浅昏迷、深昏迷, 言语障碍如言语不清、构音障碍、失语, 感觉障碍如抑制性症状、刺激性症状, 运动障碍如瘫痪、僵硬、不随意运动、共济失调, 以及瞳孔大小与对光反应的改变等。
3. 采取安全护理措施, 预防病人坠床、跌伤、撞伤或烫伤。
4. 对长期卧床者, 应采取正确的卧位, 定时更换体位, 协助肢体作主动或被动运动。做好口腔护理、头发护理、皮肤护理及饮食护理, 以预防坠积性肺炎、肌肉萎缩、口腔感染、褥疮、泌尿系感染或便秘的发生。
5. 对意识障碍者, 按意识障碍病人护理指南执行 (见第三章)。
6. 对尿失禁、大便失禁者应保持会阴部、肛周皮肤的清洁、预防局部皮肤破损与感染, 床单应保持清洁、干燥、无渣屑。
7. 瘫痪者, 按瘫痪病人护理指南执行 (见第五章有关内容)。

### 二、急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。有无呼吸麻痹。
  - (2) 肢体运动障碍和感觉障碍的程度。
  - (3) 有无脑神经受损症状如双侧面瘫。

(4) 有无多汗、皮肤潮红等自主神经功能障碍症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按神经内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 急性期病人须卧床休息，做好基础护理，按病情协助作肢体主动或被动运动。恢复期应加强肢体的功能锻炼。

4. 因呼吸肌运动障碍致呼吸麻痹者，应及时吸痰，保持呼吸道通畅防止呼吸道感染。必要时给予氧气吸入，并随时备好气管插管、气管切开及人工呼吸器等急救用品。

5. 瘫痪者，按瘫痪病人护理要点执行（见第五章有关内容）。

6. 对面瘫、眼睑不能闭合者，应用眼膏和眼罩。恢复期应加强面部肌肉的主动和被动运动。

7. 对感觉障碍的肢体应给予保暖，严防烫伤。

8. 对出汗多者，应加强皮肤护理，保持内衣和床单的清洁与干燥，避免受凉。

9. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。吞咽困难者可给予鼻饲饮食。

10. 按医嘱执行药物治疗。对使用激素者，应密切观察有无消化道出血，警惕应激性溃疡的发生。

11. 了解病人心理状况，给予安慰和耐心的解释，帮助减轻紧张情绪，使之树立战胜疾病的信心。

### 【健康指导】

1. 遵医嘱按时服药，加强肢体的功能锻炼。

2. 坚持适当的运动，保证足够的营养，增强体质，提高免疫力。

3. 预防上呼吸道及肠道病毒感染，减少发病因素。

## 三、急性脊髓炎病人护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 肢体运动与感觉障碍的部位、平面和程度。

(3) 有无尿潴留或尿、便失禁。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按神经内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 卧床休息，保持肢体功能位置，做好基础护理，采取措施预防肺炎和褥疮。急性期过后，应协助作肢体及躯干的功能锻炼，促进肌力恢复。

4. 按瘫痪病人护理要点执行（见第五章有关内容）。

5. 有呼吸困难者，应及时吸痰以保持呼吸道通畅，按医嘱给予氧气吸入。备好气管插管、气管切开及人工呼吸器等急救用品。

6. 对尿潴留者，按医嘱给予留置尿管，定时放尿，以助训练膀胱排尿功能。

7. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素和纤维素丰富的饮食，鼓励多饮水。

8. 按医嘱执行药物治疗，大剂量使用激素时，应观察粪便颜色，注意有无消化道出血。

9. 做好心理护理，鼓励病人保持良好的心态，树立战胜疾病的信心。病情稳定后坚持尽早进行瘫痪肢体的功能锻炼。

**【健康指导】**

1. 加强营养，增强体质，提高免疫力。

2. 加强肢体锻炼，促进肌力康复。

3. 预防上呼吸道及肠道病毒感染，以减少发病因素。

4. 防止受凉、疲劳及外伤，以减少发病诱因。

#### 四、急性病毒性脑炎病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

(1) 生命体征，注意发热程度。

(2) 头痛、呕吐症状。

(3) 精神状态及意识变化。

(4) 有无癫痫发作或瘫痪。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按神经内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 卧床休息，做好基础护理。恢复期病人应协助作肢体功能锻炼。
4. 保持病室安静，温度适宜。
5. 高热者，按高热病人护理指南执行（见第三章）。
6. 精神失常者，要加强安全护理，防止自伤和伤人。
7. 意识障碍者，按意识障碍病人护理指南执行（见第三章）。
8. 癫痫发作者，按医嘱及时给药，尽快控制发作，并按癫痫病人护理要点执行。
9. 瘫痪者，按瘫痪病人护理要点执行（见第五章有关内容）。
10. 按医嘱给予高热量、清淡、易消化的饮食。不能进食者给予鼻饲饮食。
11. 按医嘱执行药物治疗。
12. 做好心理护理，加强与病人交流，讲解有关本病的基本知识，树立战胜疾病的信心。

#### 【健康指导】

1. 向病人及其家属讲解本病的防治及急救知识。
2. 指导病人及其家属掌握言语训练、肢体运动和功能锻炼的方法。

### 五、脑梗死病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 偏瘫的程度。
  - (3) 有无抽搐症状。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按神经内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 卧床休息，做好基础护理。病情平稳后应尽早协助进行肢体功能锻炼和言语训练。按分级护理要点逐步增加活动范围。
4. 注意吸痰，保持呼吸道通畅，遵医嘱给予氧吸入。
5. 高热者，按高热病人护理指南执行（见第三章）。
6. 偏瘫者，按瘫痪病人护理要点执行（见第五章有关内容）。

7. 抽搐者,应做好安全护理,防止受伤,并按医嘱给予处理。
8. 意识障碍者,按意识障碍病人护理指南执行(见第三章)。
9. 合并高血压、心脏病或糖尿病者,按本章有关护理要点执行。
10. 准确记录24小时出入量。
11. 按医嘱给予低脂、低盐饮食。不能进食者可给予鼻饲饮食。
12. 按医嘱执行溶栓、抗脑水肿、改善微循环、抗凝及扩血管等药物治疗。正确掌握给药的方法和观察药物的不良反应,尤其应注意有无出血倾向如颅内出血,以及因栓子脱落而引起其他部位栓塞的症状。
13. 了解病人心理状态,鼓励家属及朋友关心病人,帮助克服自卑情绪,坚持肢体功能锻炼和言语训练,提高自理能力和生活质量。

#### 【健康指导】

1. 积极治疗原发病,如高血压、高脂血症、糖尿病等,对短暂性脑缺血发作应及时就医,以减少发病因素。
2. 进低脂、低胆固醇、低盐饮食为宜,并忌吸烟与饮酒。
3. 坚持进行肢体功能锻炼和言语训练,以促进康复。
4. 对长期卧床病人,应指导其家属掌握预防褥疮、肺炎、尿路感染等合并症的方法。

### 六、脑出血病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。注意高热程度及呼吸深度与节律变化。
- (2) 头痛、呕吐、意识障碍、肢体瘫痪、失语、瞳孔变化等症状。
- (3) 有无合并脑水肿及消化道出血的症状。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按神经内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 急性期须卧床休息,减少搬动,更换体位时应保护头部且避免振动,做好基础护理。
4. 保持环境安静,避免各种刺激。
5. 加强对神经功能的监护,包括意识、瞳孔、肢体运动、感觉等变化及言语反应,并做好记录。发现异常应及时向医生报告,迅速处理。



6. 及时吸痰, 保持呼吸道通畅。必要时给予氧气吸入, 并备好气管切开所需用物。

7. 高热者, 按高热病人护理要点执行(见第三章)。

8. 对躁动不安者, 应加强安全护理, 必要时按医嘱给予镇静剂。

9. 意识障碍者, 按意识障碍病人护理指南执行(见第三章)。

10. 瘫痪者, 按瘫痪病人护理要点执行(见第五章有关内容)。

11. 便秘者, 可按医嘱应用缓泻剂或开塞露, 嘱病人排便时切勿用力。

12. 行脑室引流者, 按脑室引流病人护理要点执行(见第五章有关内容)。

13. 不能进食者, 按医嘱给予静脉补充液体及电解质或给予鼻饲饮食。

14. 进行鼻饲前应抽吸胃液, 若发现胃液呈咖啡色, 或解黑色大便时, 要警惕消化道出血的发生, 应及时向医生报告并给予处理。

15. 按医嘱执行控制脑水肿, 预防或控制感染, 以及对症处理等治疗。应正确掌握用药方法。

16. 准确填写护理记录单上各项内容。

17. 病情平稳后, 应尽早进行瘫痪肢体功能锻炼和言语训练。恢复期, 应按分级护理要点鼓励逐渐增加活动范围, 血压较高及心脏病者活动量不宜过大。

18. 给病人关心与安慰, 讲解本病的基础知识, 使之保持情绪稳定, 积极配合治疗。

19. 需手术者应按医嘱做好转至外科的工作。

#### 【健康指导】

1. 积极治疗原发病, 如高血压和动脉粥样硬化等病因。

2. 避免情绪激动、过度兴奋、劳累、脑力紧张活动、用力排便等, 以减少发病诱因。

3. 指导家人帮助病人做好各种基础护理、进行瘫痪肢体功能锻炼和言语训练的方法。

### 七、蛛网膜下腔出血病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 意识状况。

(3) 头痛、恶心及呕吐的严重程度。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按神经内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 急性期应绝对卧床休息 4~6 周，做好基础护理。对头痛和躁动不安者，应按医嘱给予镇静剂。
4. 意识障碍者，按意识障碍病人护理指南执行（见第三章）。
5. 避免过度用力，如用力排便等，以防造成再出血。
6. 按医嘱给予低盐、低脂、富含维生素的饮食。
7. 按医嘱执行止血、抗脑水肿、对症处理等治疗。应掌握正确的用药方法。
8. 向病人讲解本病的基础知识，使之避免因情绪激动而加重病情，消除紧张、恐惧等不良心理反应，积极配合治疗。

**【健康指导】**

1. 积极治疗原发病，如颅内动脉瘤及动静脉畸形、高血压、脑动脉粥样硬化等。
2. 避免剧烈活动、排使用力或情绪激动等诱发本病的因素。
3. 女性病人于 1~2 年内应避免妊娠。

## 八、震颤麻痹病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 震颤、肌强直、运动减少和体位不稳的程度。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按神经内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 严重震颤麻痹和肌强直者应卧床休息，须加用床档以防坠床，做好基础护理。
4. 加强安全护理，防止病人跌伤或撞伤等躯体损伤，有精神障碍症状者不可单独离开病区活动。
5. 鼓励并指导病人生活上自我护理，在不引起疲劳的条件下进行适当活

动，必要时应给予协助。

6. 按医嘱给予高热量的半流质饮食。

7. 按医嘱执行药物治疗。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、厌食以及幻觉躁狂等症状时，应向医生报告给予处理。

8. 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。对有精神症状如忧郁、痴呆的病人，要注意防止发生意外，并按本章第十节精神科病人有关护理要点执行。

#### 【健康指导】

1. 指导合理饮食，加强营养，提高体质。
2. 遵医嘱坚持用药，并使之了解副作用，有不良反应时应及时就医。
3. 指导病人进行适当活动和生活自理能力的训练。

### 九、癫痫病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。注意呼吸道堵塞及发绀的表现。
- (2) 瞳孔大小及对光反应的变化。
- (3) 运动、感觉、意识障碍及行为异常的症状。
- (4) 癫痫发作的频率、持续时间以及发作后的精神、躯体情况。
- (5) 有无口腔分泌物及尿失禁。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按神经内科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 病人有发作的先兆症状如头晕时，应立即卧床休息。

##### 4. 发作时病人的护理

(1) 立即让病人平卧，解开衣领和衣扣，头偏向一侧，及时吸除口腔内分泌物，保持呼吸道通畅，给予氧吸入。

(2) 上下牙列间置以软质牙垫，防止舌和颊部被咬伤。

(3) 应加床档以免跌伤。对抽搐的肢体不可用力按压，以防骨折或脱臼等。

(4) 按医嘱给予镇静、抗癫痫药物，以预防再次发作。

#### 5. 癫痫持续状态病人的护理

(1) 在做好上述发作时护理(1)~(3)的同时,应迅速按医嘱静脉滴入或肌肉注射镇静、抗癫痫药物以控制发作,并防治脑水肿。

(2) 准备好气管切开所需用物,必要时协助医生作气管切开,行人工辅助呼吸。

(3) 保持环境安静,避免强光刺激。

(4) 昏迷者,按意识障碍病人护理指南执行(见第三章)。

#### 6. 发作间歇期病人的护理

(1) 按医嘱定时给予抗癫痫药物。

(2) 病人应适当卧床休息,限制在病区内活动。发作较频者仍应加床档保护,以防跌伤。

(3) 避免精神紧张和过度疲劳,预防再次发作。

7. 按医嘱正确执行抗癫痫药物的应用。

8. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素的饮食。

9. 做好心理护理,帮助病人克服自卑、恐惧的消极心态,使之树立战胜疾病的信心。

#### 【健康指导】

1. 积极进行病因治疗。

2. 遵医嘱坚持按时服药,以免发病。

3. 避免过度疲劳、便秘、睡眠不足和情绪激动等诱发本病的因素。

4. 有发作的先兆症状如头晕时,应立即平卧,以防摔伤。

5. 发作间歇期可参加适当的体育活动,但不可参加高空作业、游泳、驾车和操作机器等工作,以免一旦发作时发生危险。

6. 嘱病人外出时,随身带有注明姓名、单位、住址的诊断卡,以便一旦发作时为急救者提供信息。

### 十、重症肌无力病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

(1) 生命体征。注意呼吸困难的程度。

(2) 上睑下垂、视觉障碍、四肢无力、说话声音减低及咀嚼与吞咽困难的程度。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按神经内科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 重症病人须卧床休息，取半坐卧位，避免疲劳，协助做肢体被动运动。
4. 做好基础护理，避免因肢体无力而造成的躯体损伤。
5. 及时给予吸痰、雾化吸入，保持呼吸道通畅，预防肺部感染。
6. 对危象病人，应协助医生积极抢救与治疗

(1) 呼吸困难时，应立即给予氧吸入。必要时行气管切开，给予人工辅助呼吸，并按人工气道病人护理要点执行（见第九章有关内容）。

(2) 按医嘱调整用药剂量。

7. 按医嘱给予高热量、高蛋白、高维生素软食。吞咽困难或咀嚼无力者，给予流质或半流质，必要时给予鼻饲饮食。

8. 按医嘱给予药物治疗。应用抗胆碱酯酶药时，要密切观察有无恶心、呕吐、腹痛、出汗等不良反应的发生。

9. 主动了解病人心理状况，帮助克服自卑、焦虑等消极情绪、树立战胜疾病的信心。

**【健康指导】**

1. 在医生指导下合理应用药物。生育年龄的妇女应避免妊娠或人工流产，以预防危象的发生。

2. 进行适当活动锻炼、增加营养、增强体质、提高抗病能力。

3. 预防各种感染，避免过度劳累、外伤、精神创伤，保持情绪稳定，以减少本病的诱发因素。

## 第十节 精神科病人护理指南

### 一、精神科病人一般护理要点

1. 除可不作呼吸测量外，其他按内科疾病一般护理指南执行。测量体温须用腋表。

2. 加强对精神障碍常见症状的观察，包括感觉障碍、知觉障碍、思维障碍、注意及记忆与智能障碍、情感障碍、意志行为障碍及意识障碍等方面所表现的临床症状。

3. 及时记录突出的病情变化（如木僵突现兴奋、抑郁中忽见躁动或由兴奋躁动转为抑郁木僵；有企图逃跑、自伤、伤人或自杀的言行表现；突然出现

幻觉或妄想及发生意外事件等), 写明其症状特点、发生时间与地点, 并向医生报告以采取治疗、急救措施或做好善后处理工作。

#### 4. 加强安全护理

(1) 严格执行病区安全管理制度, 包括对病人及其携带的危险物品与药品、病区内带有危险性的设备、用品、药品及门、窗、锁等的安全管理, 防止病人逃跑、自杀、自伤、伤人等事件的发生。

(2) 对谵妄或精神错乱状态、急性精神病发作、幻觉妄想丰富、有企图逃跑或自伤或伤人行为等经治疗而症状尚未得到控制的病人, 要隔离在重点病室内, 酌情采用保护性护理措施, 加强巡视, 定时检查, 必要时松解保护带片刻以防肢体损伤。

(3) 认真执行交接班制度。

5. 做好心理护理。耐心倾听病人诉说病史, 深入了解其心理反应, 用支持性的解释、劝慰、鼓励与保证等方式, 引导病人倾吐蕴藏在内心的郁闷、烦恼和痛苦, 帮助克服病痛, 使之树立信心, 接受治疗, 促进病情好转。

6. 尊重、理解与关心病人, 建立良好的护患关系, 取得病人的信任, 以利治疗与护理工作的进行。

7. 创造条件, 针对病人特点安排适当的文娱活动和学习, 以丰富病人生活, 促进精神康复, 提高社会适应能力。

## 二、精神科病人特殊症状护理要点

### (一) 兴奋躁动

#### 【评估】

1. 引起病人兴奋躁动的诱因。
2. 病人有无毁物、伤人或自伤行为及发生的频率。
3. 饮食、睡眠及活动状况。

#### 【护理要点】

1. 按精神科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 对严重兴奋躁动的病人, 应加以隔离, 加强巡视, 掌握病情变化, 防止意外事件的发生。
4. 对被害妄想严重或有明显攻击行为者, 为避免毁物、伤人或自伤的发生, 必要时可采用保护性护理措施以控制兴奋行为, 并及时报告医生给予治疗处理。
5. 兴奋躁动症状控制后, 可将病人移至安静病室, 在保证安全的前提下,

应鼓励参加适宜的工娱治疗活动。

6. 为病人进行治疗与护理时，应先做好说服解释工作，以取得合作。

7. 兴奋躁动病人突然安静入睡时，应及时向医生报告，查明原因。

8. 对病人要多加劝慰，不可简单粗暴以免触怒病人，对极度兴奋病人以稳定其情绪为主。

#### 【健康指导】

1. 兴奋症状缓解后，应教会病人对症状自我监控的方法。

2. 帮助病人认识自己性格上的弱点，并鼓励其树立战胜疾病的信心和毅力。

#### （二）逃跑

#### 【评估】

1. 病人有无被害、自罪、被控制等严重妄想幻觉。

2. 病人有无不安心住院及不接受治疗等表现。

3. 逃跑企图的危险程度。

#### 【护理要点】

1. 按精神科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估所列各项观察病情，掌握病人的病情变化。

3. 掌握病人思想动态，对有逃跑企图者，应采取必要的预防措施，重点观察，严格进行交接班。

4. 病人应随身备有注明姓名、单位、住址、联系方式的诊断卡，外出时须由工作人员陪同。

5. 加强心理护理，合理安排各项工娱治疗活动，丰富休养生活，使其逐渐消除逃跑念头，安心住院治疗。

6. 发现病人逃跑后，应立即向领导报告，组织人员寻找，必要时通知其家属和单位协助寻找。病人返院后应热情接待，劝导安慰，加强护理，做好详细记录，并认真进行交接班。

#### 【健康指导】

1. 向病人讲解外走的危险及造成的后果。

2. 向病人家属讲解本病的有关知识，帮助病人提高自身疾病的认识，巩固疗效，防止复发。

#### （三）自杀

#### 【评估】

1. 病人自杀行为发生的原因及危险性水平。

2. 病人情绪变化及自杀行为的预兆。



3. 病人认知活动有无自责自罪观念。
4. 病人意志行为活动有无自杀的消极企图及行为。

**【护理要点】**

1. 按精神科病人一般护理要点执行。
2. 按上述评估中所列各项观察病情。
3. 对有严重抑郁、焦虑或幻觉妄想的病人，应提高警惕加强监察，严防自杀。
4. 对有严重企图自杀言语与行为者，应严格控制其活动范围，并作重点护理，认真进行交接班。
5. 加强巡视，密切观察病人的情绪与行为变化，防止发生意外。
6. 抑郁状态的病人，突然表现情绪活跃，或康复期因病情波动再次表现悲观消极，此时均须加强防范。
7. 病人服药后应严格检查其口腔，确保药物服下，严防病人私藏药物备吞服自杀。
8. 严格执行病房安全管理制度，对病人携带的物品应随时进行严格检查，杜绝将绳索、小刀、剪刀等危险物品带入病房。
9. 组织病人参加适宜的工娱治疗活动，以转移、分散其自杀意念，调动其积极的情绪。
10. 加强与病人交流，了解其消极的情绪状态，做好心理护理，帮助建立对人生的乐观态度，增强战胜疾病的信心。
11. 一旦发生自杀事件，应立即向领导报告并参与抢救。如病人确已死亡，应保护现场等候处理。
12. 严密观察病人（特别是早醒病人）的睡眠情况。

**【健康指导】**

1. 引导病人正确面对病痛，克服困难，提高生活的勇气。
2. 向病人家属讲本病的相关知识，帮助病人遵医嘱接受治疗，避免再次发生意外。
3. 教给病人新的控制、应对压力的方法和解决问题的技巧。

**（四）木僵**

**【评估】**

1. 病人木僵状态产生的原因及程度。
2. 病人的躯体状况。

**【护理要点】**

1. 按精神科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 病人应给予重点护理，加强巡视，病人突然出现兴奋或伤人、自伤等冲动行为时，应立即向医生报告给予处理，并详细记录症状特点、发生时间及做好交接班。

4. 做好基础护理。

5. 将病人的肢体置于舒适的功能位置，协助被动活动，防止肌肉萎缩及关节僵直。

6. 排尿、排便异常时，应按医嘱给予处理。

7. 按医嘱给予饮食护理，保障水分的摄入，必要时给予鼻饲饮食。

8. 做好心理护理，与病人交流时态度应和蔼耐心，避免言语刺激，争取其主动配合治疗与护理。

#### 【健康指导】

1. 积极治疗原发病。

2. 遵医嘱坚持服药，按时治疗。

3. 向病人及其家属讲解肢体活动的重要性，并对锻炼的方法给予指导。

#### （五）拒食

#### 【评估】

1. 病人拒食的原因

2. 病人的营养状况与饮食习惯。

3. 目前病人的体重及其变化情况。

4. 病人的液体摄入量，注意有无脱水症状。

#### 【护理要点】

1. 按精神科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 根据病人拒食的不同原因，采取相应的护理：

（1）对有被害妄想怕饭菜内有毒而不敢进食或幻嗅、幻味的病人，宜采取集体进餐并任其随意挑选饭菜的方法，以消除疑虑，主动进食。

（2）对有自罪妄想的病人，可将饭菜拌在一起，使其认为是残汤剩饭而考虑进食。

（3）对有疑病妄想的病人，应以耐心劝说、多加鼓励为主，采取少量多餐方式，使之进食。

（4）对严重的精神运动性兴奋拒食的病人，可不受常规进食时间的限制，待病人稍安静且较合作时再劝慰进食。

4. 喂饭时，应避免病人牙齿或口唇受损。

5. 在劝病人自动进食或试喂无效时,可按医嘱给予鼻饲。

6. 做好心理护理,在协助病人进食过程中,当病人在入量上有任何一点进步时都应立即给予表扬与鼓励。

7. 应详细记录病人入量进步形式。

#### 【健康指导】

1. 向病人讲解进食对增强体质和疾病康复的重要性,指导遵医嘱接受治疗。

2. 向病人家属讲解有关本病的基本知识,帮助病人逐渐克服精神上的障碍。

#### (六) 痴呆

#### 【评估】

1. 记忆力减退,智能障碍的程度。

2. 有无精神和行为异常。

3. 生活自理能力,社会适应能力。

#### 【护理要点】

1. 按精神科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 病室内物品的放置应固定且有明显标记,以利强化记忆。

4. 帮助病人确认时间及周围环境中有关的地点、人物。

5. 鼓励并指导病人自我护理,提高生活自理能力。对智能明显受损者应做好基础护理。

6. 对有精神和行为异常者,应加强安全护理措施,防止发生意外。

7. 按医嘱给予饮食并加强饮食护理。

8. 按医嘱执行药物治疗,密切观察药物不良反应。

9. 对有人格改变的病人,应指导他们维护“自己”的尊严,如保持清洁卫生和衣冠整洁等。耐心做好心理护理。

#### 【健康指导】

1. 积极治疗原发病。

2. 向病人家属讲解本病的有关知识及护理病人、帮助病人进行智能恢复锻炼的方法。

3. 教会病人家属帮助病人进行行为训练的方法,以延缓其衰退的进程。

### 三、精神分裂症病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 思维障碍、情感障碍、意志及行为障碍等的临床表现。

(2) 意识、注意、记忆、定向力、自知力是否正常。

2. 心理状况。

3. 社会适应与生活自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按精神科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 除一级护理及因治疗须卧床休息者外，应鼓励病人积极参加集体活动。卧床期间应加强基础护理。

4. 加强巡视，对情绪不稳定、出现冲动行为的病人应限制其活动范围，给予重点护理，必要时实行保护性护理措施。

5. 按医嘱给予药物治疗。病人口服药物时，应确保其吞服后方可离开。

6. 行电痉挛治疗者，按其护理要点执行。

7. 加强心理护理，给予工娱治疗和行为矫正治疗，进行有效的社会技能训练，通过正性激励，促进病人生活自理能力的恢复。

#### 【健康指导】

1. 向病人讲解本病的有关知识，以提高其对疾病的自知力。

2. 应遵医嘱按时服药，防止复发、病情加重或恶化。

3. 若病情复发应由家属及时陪送就医。

4. 出现严重的药物不良反应时应立即就医。

5. 避免精神刺激，减少促发本病的因素。

6. 坚持社会适应能力的锻炼，包括自理生活、人际交往、工作与学习等。

### 四、躁狂抑郁症病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 情感高涨或低落的表现。

(2) 精神运动兴奋或抑制、幻觉、妄想等症状。

2. 心理状况。

3. 社会适应和生活自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按精神科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 对躁狂症病人，应预防其逃跑、自伤、伤人、毁物等行为。与其接触

中应做到态度冷静，言语温和。

4. 对严重的抑郁症病人，应严防其自杀，注意饮食护理及改善睡眠，加强与其交流，使之树立治好疾病的信心。

5. 按医嘱执行药物治疗。

6. 对电痉挛治疗者，按其护理要点执行。

7. 对抑郁症病人，还应协助医生对其进行心理治疗，以减轻或缓解症状，改善对药物治疗的依从性。

8. 病情好转后，应安排积极参加工娱治疗等集体活动，提高社会适应和生活自理能力。

#### 【健康指导】

1. 指导病人和家属遵医嘱接受长期治疗，同时尽可能减少应激性生活事件对病人的影响，以防疾病复发。

2. 培养健康乐观向上的生活态度，保持稳定的情绪，避免精神刺激。

3. 向病人与其家属讲解疾病复发的先兆表现，使之能尽早识别，及时就诊。

### 五、癔症病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

(1) 癔症性精神障碍的程度，如情感多变、意识障碍、遗忘、漫游、假性痴呆和多重人格等症状。

(2) 癔症性躯体障碍的程度，如感觉异常、失明、痉挛发作、突然跌倒、瘫痪、失音等症状。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按精神科病人一般护理要点执行。

2. 按上述评估中所列各项观察病情。

3. 病人发病时，对其态度要耐心、关怀，言语温和且有暗示性，并协助医生给予对症处理。

4. 对发作后的病人，应安置在环境安静的病室内休息，做好心理护理。

5. 疾病恢复期，要帮助病人正确认识疾病，鼓励其积极参加病区内的工娱活动，克服性格缺陷。

#### 【健康指导】

1. 向家属讲解本病的基本知识，端正对病人的态度，避免其精神受刺激，

以预防疾病复发。

2. 对病程持续者,应指导家属对病人的心理社会环境进行分析,找出症状持续的原因,以便提供医生采取相应治疗措施的依据。

## 六、儿童孤独症病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 人际交往障碍及言语交流障碍的程度。
- (2) 兴趣、感觉和动作行为、情感反应等异常情况。

#### 2. 心理状况。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按精神科病人一般护理要点执行。

#### 2. 按上述评估中所列各项观察病情。

#### 3. 做好基础护理。

4. 加强安全护理,如控制病人的活动区域,避免不安全的因素,对情感反应异常者应安置在安静的病室内,减少对其精神刺激,使之转移注意力,并应加强巡视。

#### 5. 根据病情,制定具体可行的康复计划,进行教育训练和行为矫治。

#### 6. 按医嘱给予饮食护理。

#### 7. 按医嘱给予药物治疗,注意观察患儿服药的情况及服药后的不良反应。

8. 做好心理护理,鼓励患儿参加工娱治疗集体活动,以锻炼人际交往和言语沟通的能力。

### 【健康指导】

1. 向家长讲解有关本病的基本知识和药物的应用方法,严格遵医嘱按时、按量给患儿服药。

2. 帮助家长制订患儿的康复计划,指导进行行为矫治和训练教育的具体操作方法,并应持之以恒。

3. 告诫家人应注意患儿的安全,避免其受激惹,病情发生异常时应及时就医。

## 七、电痉挛治疗病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 生命体征。

2. 心理状态。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 治疗前护理

(1) 向病人及其家属介绍电痉挛治疗的基本知识、可能出现的反应及应对措施,以消除或减轻紧张、恐惧情绪,争取合作。

(2) 准备好电疗机与所需治疗用品、急救药品、急救器械及氧气。

(3) 治疗前5小时禁食、禁水。

(4) 测量体温、脉搏、呼吸、血压,发现异常应及时向医生报告。

(5) 嘱病人排空大、小便,取下活动义齿、眼镜、发卡及其他金属饰物。

(6) 必要时按医嘱给予治疗前用药。

#### 2. 治疗中护理

(1) 病人进入治疗室后,协助其仰卧于治疗床上,四肢自然伸直,颈后、背及脚部垫以砂枕,松开领口、腰带。

(2) 适当保护病人的肩、肘、髌、膝等关节及踝关节与足跟部。

(3) 由医生进行操作:将牙垫置于病人的上、下磨牙之间并嘱其咬紧,检查舌、双颊及唇部是否确已保护好,将涂好导电糊的电极置于头部两侧所需部位并使之紧贴皮肤,固定住牙垫,托住病人下颌并按压后枕部后,向助手示意开机、通电治疗。

(4) 阵挛期结束后,撤除各部位所垫砂枕,立即将病人头部侧转以利口内唾液流出,同时进行人工呼吸直至自主呼吸恢复、口唇颜色恢复正常。

(5) 发绀明显者,可给予氧吸入。

(6) 呼吸恢复正常后,将病人转移到恢复室或病房,应注意保暖。

#### 3. 治疗后护理

(1) 严密观察病人的生命体征、意识恢复等病情变化,并予以记录。

(2) 对于意识朦胧或躁动者,应加强安全护理,防止跌伤、碰伤。如病人持续出现躁动、攻击行为,应及时向医生报告,给予处理。

(3) 对治疗后有明显头痛、恶心、肌肉疼痛者,可按医嘱给予对症处理。

(4) 加强对下颌脱臼、胸椎压缩性骨折等并发症的观察。

(5) 病人卧床休息至安静、合作、认识环境、能正确回答简单问题后,方可按医嘱下床活动和进食。

### 【健康指导】

1. 遵医嘱服用药物,以维持电痉挛治疗的效果。

2. 告诉病人电痉挛治疗后可有一般不适,但常为一过性,若不适症状明



显时应接受医生检查与治疗。

## 第十一节 传染病科病人护理指南

### 一、传染病科病人一般护理要点

1. 按内科疾病一般护理指南执行。
2. 新病人入院时，应收入同一病种病室内，并向其介绍环境、消毒与隔离规则及有关注意事项。
3. 针对不同病种严格执行相应的消毒、隔离常规和管理制度，防止传染病的传播与交叉感染。
4. 加强对常见症状的观察，包括发热与伴随症状、皮疹、腹泻、惊厥、黄疸、乏力、厌食、恶心与呕吐、意识障碍等。及时发现病情变化并协助医生抢救处理。
5. 按医嘱给予病人适当的饮食，保证足够的热量和营养物质的摄入，维持水、电解质平衡，以提高机体防御能力和免疫功能。
6. 根据不同传染病病原体的特点及实验室检查的要求，正确采集标本并立即送检。
7. 严格执行陪伴制度与探视制度。对陪伴和探视人员，应加强管理和进行有关消毒、隔离方法的指导。
8. 出院病人须进行卫生整顿后方可离开病区，原自用的物品须经消毒后方可带回。
9. 严格执行传染病疫情报告制度。

### 二、病毒性肝炎病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 急性肝炎：

1) 发热程度、体温变化规律。

2) 疲乏、食欲减退、厌油、恶心、呕吐、腹胀、肝区疼痛等症状。

3) 尿液和粪便的颜色。有无皮肤、巩膜黄染、皮肤瘙痒与破损。

4) 营养状况及体重。

(3) 重型肝炎：

- 1) 意识状态。
- 2) 黄疸进行性加重的程度。
- 3) 消化道症状。
- 4) 有无合并出血、肾衰竭、肝性脑病等的临床表现。

(4) 慢性肝炎：食欲减退、恶心、腹胀、乏力、肝区疼痛、黄疸等症状的变化。

2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按传染病科病人一般护理要点执行。
2. 严格采取隔离措施：甲型、戊型肝炎者，按《消化道隔离常规》执行。乙型、丙型肝炎者，按《血液/体液隔离常规》执行。
3. 按上述评估中所列各项观察病情。
4. 了解病人肝功能检查及肝炎病毒标记物检测的结果，以正确掌握病情。
5. 卧床休息：急性肝炎早期，应卧床休息。重型肝炎者，需绝对卧床休息，进行监护。慢性肝炎复发恶化时，亦应卧床休息，病情好转后可逐渐增加活动量，但要避免过劳。病人卧床期间应做好基础护理。
6. 按医嘱给予合理饮食
  - (1) 急性肝炎者，有厌油、恶心、食欲减退时，进有足够热量与蛋白质、维生素含量丰富、易消化的清淡饮食。食欲正常后可进普通饮食。有明显消化道症状且有呕吐者，按医嘱给予静脉补液。
  - (2) 重型肝炎者，进低脂、低盐、高糖、高维生素、清淡的流质或半流质饮食，限制蛋白质摄入量。昏迷者，给予鼻饲饮食。
  - (3) 慢性肝炎者，进高蛋白饮食，肥胖者应适当限制热量以防发生脂肪肝和糖尿病。
7. 发热期间应做好口腔、皮肤护理，防止并发症的发生。
8. 对有皮肤瘙痒者，应协助保持皮肤清洁，必要时按医嘱给予局部涂擦止痒药物，防止皮肤因搔抓而破损。
9. 腹胀时，予以半坐卧位。并禁食产气食物，严重者可按医嘱给予药物治疗。
10. 有腹水者，应按时测量腹围和体重。
11. 对重型肝炎者，应加强并发症的观察与护理
  - (1) 对合并肝性脑病、急性肾衰竭者，分别按其护理要点执行（见本章第四节和第五节有关内容）。

(2) 对合并出血者,应观察脉搏、血压的改变,注意牙龈出血、鼻出血、皮肤淤斑、呕血、便血的程度,及时做好相应护理与协助医生处理。

(3) 采取积极措施预防口腔、肺部、肠道等部位的继发感染,病人出现发热和相应症状时,应及时向医生报告、给予处理。

12. 根据病情需要记录 24 小时出入量或填写护理记录单上各项内容。

13. 按医嘱执行药物治疗。

14. 加强与病人的交流,了解其对疾病的认识和心理反应,做好心理护理,帮助克服悲观情绪,树立战胜疾病的信心。

#### 【健康指导】

1. 宣传各型病毒性肝炎的发病、传播、隔离知识及预防措施。

2. 向病人及其家属进行本病自我护理的知识教育,如注意适当休息,避免劳累,保持乐观情绪,合理饮食,禁止饮酒,加强皮肤护理,遵医嘱应用药物,不可自用对肝脏有损害的药物等,以促进本病早日康复。

3. 在病情稳定期,应适当加强体格锻炼,增强体质。

4. 宣传本病彻底治愈的重要性及肝炎迁延对人体的危害。

5. 乙、丙、丁、庚型肝炎病人与病毒携带者不得献血,以及从事饮食、幼教、自来水管理等工作。

6. 凡接受输血、应用血制品者,出院后需定期检测肝功能及肝炎病毒标记物,以早期发现本病并及时治疗。

### 三、流行性乙型脑炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 生命体征。注意高热程度与热型。

2. 意识障碍程度、瞳孔大小与对光反应。

3. 抽搐的持续时间与部位,以及脑膜刺激征。

4. 有无出现呼吸衰竭症状。

#### 【护理要点】

1. 按传染病科病人一般护理要点执行。

2. 严格按《昆虫隔离常规》执行。

3. 按上述评估中所列各项观察病情。

4. 病人应绝对卧床休息,做好基础护理,预防肺部、口腔等处感染的发生。

5. 高热者,按高热病人护理指南执行(见第三章),降温过程中尤其应注意降低头部的温度。

6. 意识障碍者,按意识障碍病人护理指南执行(见第三章)。
7. 加强对惊厥或抽搐病人的护理:
  - (1) 做好安全护理,防止受伤。
  - (2) 及时吸痰,保持呼吸道通畅,持续吸氧。必要时,协助医生行气管切开,给予加压呼吸。气管切开后按其护理要点执行(见第九章有关内容)。
  - (3) 按医嘱给予去除病因、镇静、抗惊厥药物的治疗。正确掌握给药方法,密切观察抗惊厥药物应用后有无对病人的呼吸产生抑制作用。
8. 呼吸衰竭者,按本章有关护理要点执行(见本章第二节)。
9. 病情需要时,应记录24小时出入量或填写护理记录单上各项内容。
10. 按医嘱给予饮食:高热者进清淡流质饮食。昏迷及吞咽困难者给予鼻饲。频繁抽搐或不宜鼻饲者,给予静脉营养支持治疗。恢复期病人应逐渐增加有营养、高热量的饮食。
11. 协助医生行腰椎穿刺采集脑脊液送检。术后应去枕平卧4~6小时。
12. 对于意识清醒的病人,应给予关心和安慰,使之保持情绪稳定,逐渐适应环境,主动积极配合治疗。
13. 对恢复期及有后遗症的病人,在应用理疗、针刺、按摩、体疗、药物等治疗的同时,应加强吞咽、言语、肢体的功能锻炼和智力训练。

#### 【健康指导】

1. 宣传本病的预防知识和灭蚊、防蚊、提倡应用乙脑疫苗预防注射等措施。
2. 有失语、瘫痪、精神失常、扭转痉挛等后遗症者,应定期复查,继续治疗至恢复或病情相对稳定。

### 四、流行性出血热病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。注意发热程度、热型及低血压的发生。
  - (2) 尿量变化。
  - (3) 鼻出血、咯血、呕血、便血等症状。
  - (4) 有无肺水肿、继发性感染等并发症。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按传染病科病人一般护理要点执行。

2. 病人须住在单人病房内。
3. 病人的排泄物、分泌物及流出的血液均应经消毒处理后弃之。
4. 按上述评估中所列各项观察病情。
5. 急性期病人须绝对卧床休息，避免搬动，做好基础护理。至恢复期可逐渐增加活动量。
6. 对发热期有头痛、眼眶痛、腰痛症状的病人，应给予减轻疼痛的护理措施或按医嘱给予止痛药物。
7. 高热者，按高热病人护理指南执行（见第三章）。
8. 对低血压休克期病人，应按休克病人急救护理指南执行（见第十二章）。
9. 少尿期病人应严格控制液体的入量。
10. 多尿期病人应按治疗原则补充液体，水分补充以口服为主，密切观察有无水及电解质平衡紊乱的症状。
11. 恢复期病人应加强营养并逐渐增加活动量，促使健康恢复。
12. 对合并出血、肺水肿的病人，应按医嘱给予相应治疗和护理。
13. 采取护理措施预防口腔、肺部、肠道及尿路的继发感染。
14. 按医嘱给予高热量、富含维生素和营养的流质或半流质饮食。少尿期进低盐、低蛋白饮食。多尿期进含钾丰富的饮食。
15. 按医嘱执行各种治疗。
16. 填写护理记录单，准确记录出入量、生命体征及病情变化，发现异常时应及时通知医生，并协助处理。
17. 了解病人在各期病程中的不良心理反应，给予有针对性的心理支持，使之能安心住院，配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 宣传本病的预防知识以及做好防鼠、灭鼠等措施。
2. 加强营养，注意休息，适当活动锻炼，以提高体质。
3. 肾功能尚未完全恢复者，应遵医嘱定期复查。

### 五、艾滋病病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。注意发热的持续时间。
- (2) 乏力、盗汗、消瘦、淋巴结肿大、感染等情况。
- (3) 食欲减退、恶心、腹泻等消化道症状。

(4) 咳嗽、呼吸困难症状。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按传染病科病人一般护理要点执行。

2. 严格按《血液/体液隔离常规》执行。

3. 按上述评估中所列各项观察病情。

4. 病人伴有机会性感染时，应绝对卧床休息，做好基础护理。症状减轻后可起床逐步增加活动量。

5. 针对出现的各种症状进行对症护理，包括皮肤、口腔、咽喉反复发生的感染及发热、咳嗽、腹泻等。

6. 按医嘱给予高热量、高蛋白、富含维生素的易消化饮食，鼓励多进食，以防止体重减轻。

7. 按医嘱执行抗病毒、免疫疗法、抗机会性感染等药物治疗。

8. 经常与病人交流，给予关怀和同情，针对其心理障碍进行疏导以减轻自卑、孤独、抑郁和恐惧感。并教育其家人应尊重病人，不可采取歧视态度，热情帮助病人树立战胜疾病的信心和决心。

#### 【健康指导】

1. 宣传本病的传播途径及预防知识。

2. 在日常生活中，勿与他人共用可能被血液或体液污染的物品。

3. 加强营养，提高机体免疫力，以预防发生各种机会性感染。

4. 已感染本病的育龄妇女应避免妊娠，已受孕者应中止妊娠。

5. 遵医嘱按时服药。

## 六、传染性非典型肺炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。注意发热程度及伴随症状。

(2) 干咳、胸闷、呼吸加速、气促等症状。

(3) 有无明显呼吸窘迫表现。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按传染科病人一般护理要点执行。

2. 严格按《呼吸道隔离常规》和《接触隔离常规》执行。
3. 按上述评估中所列各项观察病情。
4. 卧床休息，做好基础护理。
5. 高热者，按高热病人护理指南执行（见第三章），伴有全身酸痛明显者，可按医嘱给予解热镇痛药。
6. 咳嗽、咳痰者，按医嘱给予镇咳、祛痰药，保持呼吸道通畅，避免用力和剧烈咳嗽。
7. 每天按时行床旁无创血氧饱和度监测。并注意了解血气分析各项指标的检测结果。
8. 气促明显、轻度低氧血症者，应尽早给予持续鼻导管吸氧。
9. 加强重症病人的护理：
  - (1) 有明显呼吸困难或达到重症病例诊断标准者，须进行监护，包括心率与心律，呼吸的速率、节律、深浅度，血压，体温，血氧饱和度等参数及意识变化。
  - (2) 按医嘱使用无创正压通气，首选鼻罩、持续气道内正压（CPAP）的方法，暂停时间不超过 30 分钟，直至病情缓解。
  - (3) 对严重呼吸困难和低氧血症，经过无创正压通气治疗后无改善，或不能耐受无创正压通气者，应及时做好协助医生进行气管内插管有创正压通气治疗的各项准备工作。
  - (4) 机械通气治疗者按其护理要点执行（见本章第二节）。
  - (5) 一旦病人出现休克或多器官功能障碍综合征，应及时协助医生进行相应的抢救与处理。
  - (6) 如病人出现幻觉、谵妄等精神、意识障碍时，应给予相应护理，加强安全保护。
  - (7) 采取护理措施，预防口腔、肺部、皮肤等部位感染的发生。
  - (8) 及时填写护理记录单，准确记录出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施，并按时进行小结与总结。
10. 按医嘱给予高热量、高蛋白、富含维生素、易消化的饮食，入量不足者由静脉适当补液，不能进食者经鼻饲补充营养。
11. 按医嘱执行抗生素、糖皮质激素、中药、抗病毒、增强免疫功能等药物的综合治疗，并密切观察有无合并继发感染及其他药物不良反应。
12. 采用多种方式耐心与病人进行交流，给予心理支持，使之有安全感，从而减轻以至消除恐惧心理和焦虑、抑郁等不良情绪，增强信心，积极配合治疗。



**【健康指导】**

1. 介绍本病的发病原因、症状特点、传播途径及预防知识。
2. 遵医嘱按时服药。
3. 加强康复指导，包括调整心理状态保持乐观情绪、注意休息、有足够睡眠、合理饮食与补充营养、适当锻炼身体等，以增强抵抗疾病的能力。
4. 告诫病人应注意居住环境和个人的清洁卫生，预防感冒，防止再次感染本病。
5. 如有发热、全身不适、咳嗽等症状时，应及时就医。

### 七、流行性脑脊髓膜炎病人护理要点

**【评估】**

## 1. 病情评估

- (1) 生命体征。注意高热的程度。
- (2) 皮肤与黏膜淤点或淤斑表现。
- (3) 剧烈头痛、频繁呕吐、烦躁不安、颈项强直等症状。
- (4) 有无抽搐、意识障碍、瞳孔大小与对光反应异常等症状。
- (5) 有无休克、呼吸衰竭的临床表现。

## 2. 心理状况。

## 3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按传染病科病人一般护理要点执行。
2. 严格按《呼吸道隔离常规》执行。
3. 按上述评估中所列各项观察病情。
4. 卧床休息，保持安静，做好基础护理。
5. 对高热、抽搐、意识障碍、休克、呼吸衰竭病人，应分别按有关护理要点执行（见第三章，第十二章和第四章有关内容）。
6. 对出现大片淤斑的皮肤应加强皮肤护理：
  - (1) 避免局部皮肤受压、擦伤、破溃。
  - (2) 皮肤已破溃时，局部应涂以抗生素软膏，必要时以无菌纱布外敷，防止继发感染。
  - (3) 皮肤出现坏死和感染时，应按时给予换药处理。
7. 按医嘱给予高热量、高蛋白、富含维生素、易消化的流食或半流食，鼓励少量多次饮水。频繁呕吐不能进食时，给予静脉补液。
8. 准确记录 24 小时出入量。必要时填写护理记录单，记录病情变化及其

他有关内容。

9. 协助医生进行腰椎穿刺，采集脑脊液送检，术后应去枕平卧 4~6 小时。

10. 按医嘱给予抗菌、纠正休克、脱水以减轻脑水肿，以及对症处理等药物治疗。应掌握正确的用药方法。

11. 耐心向病人进行解释与安慰，使之减轻紧张与恐惧的心理反应，主动配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 介绍本病的流行季节、传播途径及预防知识。

2. 冬春季节，如出现高热、头痛、皮肤淤点、呕吐、抽搐、意识障碍等症状时，应及早到医院诊治。

3. 对留有神经系统后遗症如耳聋或肢体瘫痪等的病人，应教会其家属协助病人进行功能锻炼的方法，并定期去医院复查，使之早日康复。

### 八、伤寒及副伤寒病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。注意发热的持续时间与热型。

(2) 腹胀、便秘、腹泻及大便次数、量、性状等症状。

(3) 有无皮疹。

(4) 有无并发肠出血、肠穿孔的临床表现。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按传染病科病人一般护理要点执行。

2. 严格按《消化道隔离常规》执行。

3. 按上述评估中所列各项观察病情。

4. 严格卧床休息，做好基础护理。热退一周后可逐渐增加活动量。

5. 高热者按高热病人护理指南执行（见第三章）。

6. 便秘者按医嘱给予开塞露或生理盐水低压灌肠，避免排便时用力过度。

腹胀者可给予肛管排气。

7. 加强对并发症病人的护理

(1) 肠出血

1) 严格卧床。

- 2) 观察并记录血压、脉搏、面色、神志变化及便血情况。
- 3) 按医嘱给予禁食、静脉输液、输血、应用止血剂等处理。

#### (2) 肠穿孔

- 1) 取半坐卧位。
- 2) 观察与记录血压、脉搏、面色、神志变化及腹部体征。
- 3) 按医嘱给予禁食、胃肠减压、静脉输液、抗休克治疗等处理，以及做好转至外科手术的准备工作。

8. 按医嘱给予饮食：发热期给予营养丰富、清淡的流食，鼓励少量多次饮水，入量不足者给予静脉补液和补充电解质。退热期间给予高热量、无渣或少渣、不易产生胀气的半流食。恢复期以进软食为宜，食量应逐渐增加。

9. 按医嘱给予抗菌药物及对症治疗。使用氯霉素期间，要密切观察血象及精神状态的变化等。

10. 安慰与体贴病人，以减少其心理压力，保持稳定心态，配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 介绍本病的传播途径，以及注意饮食、饮水和个人卫生等预防知识。
2. 出现持续高热、皮疹、消化道异常症状时，应及时就医、诊断、治疗，防止肠出血、肠穿孔等并发症的发生。
3. 出院后定期复查，做粪便培养，以尽早发现伤寒慢性带菌者。

### 九、细菌性痢疾病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。注意高热程度。
- (2) 腹痛、腹泻、里急后重和黏液脓血便症状。
- (3) 有无水、电解质失衡症状。
- (4) 有无感染性休克症状，如面色苍白、皮肤花斑、肢端厥冷及发绀等。
- (5) 有无中毒性脑病症状，如烦躁不安、嗜睡或昏迷、抽搐、瞳孔大小不等、对光反应迟钝或消失等。

##### 2. 心理状况。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按传染病科病人一般护理要点执行。
2. 严格按《消化道隔离常规》执行。
3. 按上述评估中所列各项观察病情。

4. 卧床休息，做好基础护理。
5. 高热、腹泻者，分别按有关护理要点执行（见第三章）。
6. 按医嘱给予饮食：高热时进高热量、高维生素、易消化的流食或半流食为宜，消化道症状减轻后鼓励进正常饮食。
7. 按医嘱给予抗菌药物与对症治疗。
8. 按医嘱补充液体：
  - (1) 轻症病人，应鼓励饮水以预防脱水。
  - (2) 脱水者，口服盐糖水、米汤加盐，口服补液盐（ORS）等溶液以纠正脱水。
  - (3) 重度脱水者，在口服补液同时应给予静脉补液。
9. 对中毒型菌痢病人，应保持呼吸道通畅，给予氧吸入，并协助医生进行抢救如降温与镇静、抗休克、治疗并发症等措施。
10. 记录 24 小时出入液量。病情危重者应填写护理记录单上所列各项内容，并按时小结与总结。
11. 加强与病人的交流，使其有良好的心境，以利于疾病的康复。

#### 【健康指导】

1. 介绍本病的传播途径及注意饮食、饮水、个人卫生等预防知识。
2. 嘱病人遵医嘱坚持服药治疗，达到在急性期彻底治愈，以防止转为慢性痢疾。
3. 向慢性菌痢病人讲解引起急性发作的诱因，指导对所用食具、便器、排泄物、用品的消毒方法。若急性发作时，应及时就医治疗。
4. 加强体育锻炼以增强体质。

### 十、霍乱病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。注意血压与脉搏的变化。
  - (2) 腹泻和呕吐的程度、腹泻物和呕吐物的量及性状、颜色。
  - (3) 尿量、脱水程度和周围循环状况、有无肌肉痉挛。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按传染病科病人一般护理要点执行。
2. 严格按《严密隔离常规》执行。

3. 按上述评估中所列各项观察病情。
4. 绝对卧床休息，做好基础护理。
5. 腹泻、呕吐者按有关护理要点执行（见第三章）。
6. 对脱水者，应密切观察有无水、电解质平衡紊乱的临床表现。
7. 对周围循环衰竭者，应注意保暖。
8. 按医嘱给予饮食：有剧烈腹泻、呕吐者应禁食。腹泻和呕吐不剧烈者可进流食，但不可食用可致肠胀气的食物。恢复期进半流食，宜少量多餐，逐渐增加食量。
9. 按医嘱给予迅速足量补液治疗（包括静脉输液和口服补液）、抗菌治疗及对症治疗等措施。
10. 记录 24 小时出入液量。必要时填写护理记录单上所列各项内容，并按时小结和总结。
11. 安慰与体贴病人，做好心理护理，向其讲述本病的临床过程及治疗方法，使之情绪稳定，积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 介绍本病的传播途径及注意饮水、饮食、个人卫生等预防知识。
2. 发生剧烈吐泻时应及时就医，诊断明确后应立即进行隔离与治疗。
3. 密切接触病人者应接受严格检疫和预防性治疗。
4. 宣传在本病流行期间进行接种霍乱菌苗的作用。

### 十一、鼠疫病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。注意高热程度。
  - (2) 腹股沟、腋下和颈部等处淋巴结肿痛表现及有无化脓、溃穿。
  - (3) 有无气促、咳嗽、咯血。
  - (4) 有无皮肤淤斑、尿血、便血。
2. 心理状况。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按传染科病人一般护理要点执行。
2. 严格按《严密隔离常规》执行。
3. 按上述评估中所列各项观察病情。
4. 严格卧床休息，做好基础护理。

5. 高热者,按高热病人护理指南执行(见第三章)。

6. 对肿大的淋巴结,可采用局部热敷以缓解疼痛。淋巴结已化脓者应协助医生作切开引流术,破溃时应及时清创更换敷料。

7. 对肺鼠疫者,应协助排出痰液以保持呼吸道通畅,呼吸急迫者应取半坐卧位或坐位并给予氧吸入。

8. 对皮肤有淤斑者,应防止局部擦伤造成继发感染。

9. 按医嘱给予高热量、营养丰富、易消化的流质或半流质饮食,鼓励饮水,必要时给予静脉输液。

10. 按医嘱给予抗菌及止痛等对症处理。

11. 记录24小时出入液量。必要时填写护理记录单上所列各项内容,并按时小结与总结。

12. 安慰与体贴病人,减少其心理压力,使之建立信心,配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 介绍本病的传播途径及预防知识。

2. 告诫病人不要挤压肿大的淋巴结,以防感染扩散。

3. 指导家属对病人的分泌物、排泄物及其污染物进行消毒处理的方法。

4. 与病人密切接触者应接受严格检疫和预防性治疗。

5. 易感人群应接受鼠疫杆菌菌苗预防接种。

## 十二、疟疾病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征及面色。

(2) 间歇性剧烈寒战、高热、大汗发作的周期。

(3) 有无抽搐及意识障碍。

2. 心理状况。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按传染病科病人一般护理要点执行。

2. 严格按《昆虫隔离常规》执行。

3. 按上述评估中所列各项观察病情。

4. 发作期,须卧床休息,做好基础护理。

5. 寒战期,应给予保暖,并注意安全护理。

6. 高热期,按高热病人护理指南执行(见第三章),必要时按医嘱给予药

物降温。

7. 大汗退热后, 应避免受凉, 及时做好皮肤护理, 更换衣服与被单, 鼓励多饮水以补充体内丢失的水分, 并应有充分的休息。

8. 对抽搐者, 应按医嘱给予药物治疗, 加强安全护理, 及时吸痰以保持呼吸道通畅。

9. 对意识障碍者, 按意识障碍病人护理要点执行(见第三章)。

10. 疟疾凶险发作时, 应加强对生命体征、意识及瞳孔变化的观察。病人出现脑水肿或休克征象时, 应及时向医生报告并协助处理。

11. 按医嘱给予饮食: 发作期进高热量流质或半流质饮食, 鼓励多饮水, 必要时给予静脉输液。发作控制后宜进高热量、高蛋白、富含维生素的普食。贫血者给予含铁丰富的饮食。

12. 按医嘱给予抗疟原虫治疗和对症治疗。应用氯喹作静脉滴注时, 应控制其浓度与流速, 以防引起血压下降或心脏传导阻滞。

13. 记录 24 小时出入液量。必要时填写护理记录单上所列各项内容, 并按时小结和总结。

14. 针对病程中的不同病情, 做好与病人沟通, 给予心理支持, 以减轻其不安情绪, 建立战胜疾病的信心。

#### 【健康指导】

1. 介绍本病的传播途径及预防知识。

2. 告诫病人除服用控制发作的药物外, 尚需坚持服用抗复发药, 以求彻底治愈。

3. 如又出现寒战、高热时应立即就医。



## 第五章 外科疾病护理指南

---

### 第一节 围手术期病人一般护理指南

#### 一、术前护理

1. 针对病人异常心理及时给以疏导，消除其紧张、焦虑的情绪，使其处于接受手术的最佳状态。

2. 协助病人完成各项常规检查。

3. 有针对性地做好术前及术后的健康宣教。

4. 有吸烟嗜好的病人，劝其戒烟，教会深呼吸、有效咳嗽咳痰的方法。

5. 手术前采取多种措施预防术后感染的发生，对开放性创伤、创面已污染者或有广泛的软组织损伤、肠道手术、操作时间长而且创面大、较大癌肿、涉及大血管、需植入人工制品、脏器移植等手术，术前遵医嘱预防性地应用抗生素。

6. 对水、电解质及酸碱平衡失调和贫血的病人术前予以纠正。

7. 病人血压在 160/100mmHg 以上者，术前遵医嘱服用降血压药物，并定时测量血压。

8. 仅以饮食控制的糖尿病病人，术前无需特殊准备。口服降糖药物者，应继续服用至手术前 1 天的晚上；如服用的是长效降糖药物应在术前 2~3 天停药。平时用胰岛素者，手术日晨停用胰岛素。

9. 根据手术方式的不同，给予相应的饮食：肠道手术术前 3 天给予少渣饮食，术前 12 小时禁食、4 小时禁水。以防麻醉或手术过程中因呕吐物而引起窒息或吸入性肺炎。

10. 除急诊手术外，一般病人术前根据病情口服泻药；肠道手术术前 1 天晚清洁灌肠。

11. 指导病人练习床上排大小便，以减少或避免术后尿潴留及便秘的发生。

12. 遵医嘱准备手术区域皮肤，指导病人做好术前洗澡、更衣等清洁工

作。

13. 女病人月经来潮时, 及时通知医生。

14. 手术日晨测体温、脉搏、呼吸, 如有感冒、发热或其他病情变化时, 及时通知医生。

15. 进手术室前排空膀胱, 下腹、盆腔内手术及手术在 4 小时以上者, 遵医嘱留置尿管, 并妥善固定。

16. 胃肠道及上腹部大手术遵医嘱留置胃管。

17. 需植皮、整形者, 手术区域皮肤进行消毒并用无菌巾包扎。

18. 进手术室前取下义齿、发卡、眼镜、手表、首饰等, 交予家属或专人保管。

19. 遵医嘱术前半小时肌内注射术前用药。

20. 准备手术所需病历、X 光片、CT 片、MRI 片、引流袋 (引流瓶)、特殊药品及腹带等。随同病人一起带入手术室。

## 二、术后护理

1. 按相关麻醉病人护理要点 (见第五节麻醉病人护理指南)。

2. 视病情定时监测血压、心率、脉搏、呼吸的变化, 发现异常及时通知医生, 必要时遵医嘱给予氧气吸入, 定时监测血氧饱和度, 并进行记录。

3. 对烦躁、昏迷的病人安排专人护理, 为保证病人的安全, 可使用约束带, 防止自行抓脱敷料、引流管或坠床。

4. 有少量渗血、渗液时, 及时更换敷料, 保持伤口敷料的清洁、干燥; 伤口渗血较多时, 及时通知医生, 并观察血压、脉搏的变化。

5. 植皮病人采取制动措施并加以保护。

6. 肢体手术者术后抬高患肢, 促进静脉回流。

7. 保持引流管通畅, 妥善固定, 防止阻塞、扭曲、打折、脱落。观察并记录引流液量、颜色及性状, 发现异常及时通知医生。

8. 根据疼痛程度, 给予镇痛药物。术后如带有经连硬外或静脉连接自控镇痛泵的病人, 需密切观察生命体征、镇痛药物的副作用。

9. 定时观察病情变化, 判断病人是否存在水、电解质紊乱、酸中毒、尿毒症、颅内压增高、肠梗阻及腹膜炎等并发症。

10. 非消化道手术视手术大小、麻醉方式以及病人对麻醉的反应, 遵医嘱给予饮食, 局麻及小手术的病人, 术后可进普通饮食。

11. 蛛网膜下腔及硬膜外麻醉术后的病人, 恶心、呕吐症状消失后, 可先给予流质饮食, 以后视病情可改为半流或普通饮食。

12. 消化道手术带有胃肠减压需禁食，待肠功能恢复后，遵医嘱进流质饮食、半流食、逐渐过渡到正常饮食。

13. 禁食期间遵医嘱给予静脉营养支持，减少并发症的发生。禁食期间，定时进行口腔护理，预防并发症的发生。

14. 在病情允许的情况下，鼓励病人勤翻身及早期下床活动，预防褥疮的发生。

### 三、并发症的预防及护理

1. 术后出血 根据出血情况，调整输液、输血的速度，立即通知医生并做好病情记录。

2. 切口感染 遵医嘱给予抗生素。严格遵守无菌技术操作，防止医源性交叉感染。

3. 肺部并发症 鼓励病人深呼吸有效咳嗽咳痰，必要时遵医嘱给予雾化吸入、拍背，促进痰液的排出。

4. 预防尿路感染 术后6~8小时未排尿者，创造环境，鼓励病人自行排尿。不能自行排尿者给予导尿。

5. 切口裂开 及时处理腹胀；教会病人保护伤口的方法，当病人咳嗽时，协助保护好伤口，以免腹压过大。腹部手术需使用腹带。

6. 预防血栓 术后卧床期间，视病情指导病人进行双下肢屈伸或早期离床活动，加速静脉回流；对血液处于高凝状态的病人，遵医嘱给予抗凝治疗。

## 第二节 水、电解质和酸碱平衡失调病人护理指南

### 一、水、电解质平衡失调病人护理要点

#### （一）水和钠平衡失调病人护理要点

##### 1. 等渗性脱水

##### 【评估】

（1）有无腹泻、呕吐、腹腔内或腹膜后感染、肠梗阻、肠痿、大面积烧伤早期体液渗出等而导致的体液大量丢失。

（2）病情评估：

1) 生命体征及意识状态。

2) 有无口渴、尿少、尿比重增高、皮肤弹性差等症状。

3) 有无疲乏、厌食、恶心、呕吐等症状。

- 4) 有无心率快、脉搏细弱而快、血压上下波动等血容量不足的表现。
- 5) 体重的变化。
- 6) 尿比重、血清钠检测结果。

(3) 对等渗性脱水的认知程度及心理承受能力。

(4) 自理能力。

#### 【护理要点】

- (1) 针对病人异常心态及时给予疏导,使其建立治疗信心。
- (2) 定时监测病人血压、心律、脉搏的变化,观察有无低容量性休克的征象,发现异常立即通知医生,并做好抢救的准备。
- (3) 遵医嘱静脉补充等渗盐水、平衡液,防止酸中毒。失血者补充胶体,尽快恢复血容量,准确记录 24 小时出入量。
- (4) 心功能不全者静脉补液速度不宜过快,以防肺水肿或心力衰竭的发生。
- (5) 观察尿量及尿液颜色的变化,定时测定尿比重。
- (6) 低血压病人改变体位或下床活动时,及时给予协助以防摔倒。
- (7) 老年或意识障碍的病人,卧床期间应采取相应的保护措施,以防坠床等意外的发生。
- (8) 恶心、呕吐的病人,呕吐后及时漱口,保持口腔清洁。
- (9) 遵医嘱给予饮食,鼓励病人多饮水,促进血容量的恢复。
- (10) 定时观察皮肤黏膜情况,加强皮肤护理,定时协助病人翻身及按摩骨突部位,预防褥疮的发生。

#### 【健康指导】

- (1) 遵医嘱继续治疗原发病,祛除致病因素。
- (2) 合理搭配饮食,保证营养的摄入;增加饮水量,促进机体康复。
- (3) 适当活动,并注意安全。

### 2. 高渗性脱水

#### 【评估】

- (1) 有无因摄入水分不足、摄入过多的高渗物质、失水过多等。
- (2) 病情评估:
  - 1) 生命体征及意识状态。
  - 2) 有无口渴、口唇干燥、尿少、尿比重增加、四肢无力、皮肤弹性差、眼眶凹陷等症状。
  - 3) 有无烦躁、情绪激动、狂躁、幻觉、昏迷等脑功能障碍等症状。
  - 4) 体重的变化。

- 5) 尿比重及血清钠测定结果。
- (3) 对高渗性脱水的认知程度及心理承受能力。
- (4) 自理能力。

#### 【护理要点】

- (1) 针对病人异常心态及时给予疏导,使其建立治疗信心。
- (2) 定时监测病人意识状态、血压、心律、脉搏的变化,发现异常立即通知医生。
- (3) 能口服者尽量鼓励其经口摄入水分及营养;不能口服者,遵医嘱静脉补充非电解质溶液或低渗盐水,输液过程中观察病人的反应,并及时了解血清钠下降情况。根据病情及时调整输液速度,预防肺水肿或心力衰竭的发生。
- (4) 观察尿量及尿液颜色的变化,定时测定尿比重。
- (5) 遵医嘱准确记录 24 小时出入量。
- (6) 鼓励病人勤漱口,保持口腔湿润,口唇干燥时,可涂石蜡油给予保湿,增加舒适感。
- (7) 老年或意识障碍者,卧床期间采取适当的保护措施,以防坠床等意外的发生。
- (8) 遵医嘱给予饮食,鼓励病人多饮水,促进血容量的恢复。
- (9) 定时观察皮肤黏膜情况,加强皮肤护理,协助病人翻身及按摩骨突部位,预防褥疮的发生。

#### 【健康指导】

见等渗性脱水。

#### 3. 低渗性脱水

#### 【评估】

- (1) 有无反复呕吐、胃肠减压量较多、慢性肠梗阻等;脱水病人扩容治疗时输入糖水先于盐水或糖水比例过大;使用排钠利尿剂等。
- (2) 病情评估:
  - 1) 生命体征及意识状态。
  - 2) 有无头晕、视觉模糊、软弱无力、厌食、恶心、呕吐、直立性晕厥等症状。
  - 3) 尿量是否正常、尿比重是否降低。
  - 4) 有无心率加快、脉搏细速、血压下降、尿量减少等症状。
  - 5) 有无肌痉挛抽搐、肌反射减弱。
  - 6) 体重的变化。
  - 7) 血清钠及氯的测定结果。

(3) 对低渗性脱水的认知程度及心理承受能力。

(4) 自理能力。

#### 【护理要点】

(1) 针对病人异常心态及时给予疏导，使其建立治疗信心。

(2) 定时监测病人意识状态、血压、心律、脉搏的变化，观察有无周围循环衰竭的征象。

(3) 遵医嘱对重症型病人静脉补充高渗盐水，以恢复体液平衡，输液中严格控制高渗盐水的滴速；合并休克者先补充血容量，再纠正低钠；对轻、中型病人给予等渗电解质溶液。

(4) 遵医嘱停止输入糖水、停用排钠利尿剂，以缓解低渗性脱水症状。

(5) 遵医嘱准确记录 24 小时出入量。

(6) 低渗脱水有胃肠减压者，应用生理盐水冲洗胃管，以保持通畅。

(7) 应用利尿剂者，随时了解水、电解质的变化。

(8) 观察病人皮肤弹性、尿量、尿比重及血清钠的变化。

(9) 低血压的病人下床活动时给予协助。

(10) 老年或意识障碍者，卧床期间采取适当的保护措施，以防坠床等意外的发生。

(11) 恶心、呕吐的病人，呕吐后及时漱口，保持口腔清洁。

(12) 遵医嘱给予饮食，适当饮水，促进血容量的恢复。

(13) 定时观察皮肤黏膜情况，加强皮肤护理，协助病人翻身及按摩骨突部位，预防褥疮的发生。

#### 【健康指导】

见等渗性脱水。

#### (二) 钾平衡失调病人护理要点

##### 1. 低钾血症

#### 【评估】

(1) 有无因长期禁食、急性酒精中毒、长期无钾补液；长期用利尿剂、伤口引流、胃肠减压、造瘘、呕吐、腹泻等损失过多或钾分布异常等。

(2) 病情评估：

1) 生命体征。

2) 有无四肢肌肉软弱无力、肠麻痹、疲倦、嗜睡、烦躁不安或抑郁等状况。

3) 有无心律不齐、血压下降，心电图出现异常等。

4) 有无尿浓缩功能下降、多尿、尿 pH 值升高等临床表现。

5) 血清钾、尿 pH 值、心电图及肾功能检查结果。

(3) 对低血钾的认知程度及心理承受能力。

(4) 自理能力。

#### 【护理要点】

(1) 针对病人异常心态及时给予疏导, 使其建立治疗信心。

(2) 定时监测病人血压、心律、脉搏及呼吸的变化, 发现异常立即通知医生。

(3) 监测血钾变化, 轻度缺钾能进食者鼓励口服补钾, 并多食含钾高的食物。

(4) 重度缺钾的病人须经静脉补钾, 遵医嘱控制补钾速度。

(5) 若需超常规快速补钾时, 须专人护理, 并在心电图、血清钾、尿量, 心脏及神经肌肉应激状态的全面监护下进行。另外, 补钾之前, 必须了解肾功能状况, 肾功能不全、钾排出受阻, 不可进行超常规补钾。

(6) 定时观察病人消化、中枢神经系统、心血管系统症状改善情况, 发现异常及时通知医生, 并遵医嘱给予对症处理。

(7) 鼓励病人进营养丰富的饮食, 多饮水, 预防便秘。

(8) 制定适当的活动计划, 给予必要的协助, 预防意外的发生。

#### 【健康指导】

(1) 继续治疗原发病, 祛除或预防低钾的诱因。

(2) 告知病人低钾早期的表现, 便于及时发现与治疗。

(3) 合理搭配饮食, 多食含钾丰富的食物。

(4) 适量进行活动, 注意安全。

### 2. 高钾血症

#### 【评估】

(1) 有无口服或静脉输入过多含钾液体、输入保存较久的库存血; 少尿, 应用保钾利尿剂; 重症溶血、大量组织破坏、酸中毒等。

(2) 病情评估:

1) 生命体征。

2) 有无口周及四肢麻木、肌肉颤动、四肢无力等神经肌肉症状。

3) 有无心律不齐、传导抑制等微循环障碍和心肌传导系统紊乱的临床表现。

4) 尿量及尿比重值的变化。

5) 血清钾及心电图检查结果。

(3) 对高血钾的认知程度及心理承受能力。



(4) 自理能力。

#### 【护理要点】

(1) 针对病人异常心态及时给予疏导,使其建立治疗信心。

(2) 及时了解血清钾的检查结果,遵医嘱控制高血钾的发生。

(3) 定时观察病人有无呼吸困难症状,微循环障碍及心肌传导抑制征象,发现异常立即通知医生,并做好抢救的准备。

(4) 禁止输入钾盐及禁食含钾高的食物。

(5) 肾脏及消化功能良好者,鼓励病人大量饮水,帮助钾离子从尿中排出。

(6) 急性肾衰竭的病人,限制入量,必要时给予血液或腹膜透析,排除钾离子。

(7) 遵医嘱并根据血清钾测定结果,及时调整饮食。

(8) 结合病情适当活动,给予必要的协助,预防意外的发生。

#### 【健康指导】

(1) 遵医嘱继续治疗原发病,祛除或预防致病因素。

(2) 遵医嘱及血清钾浓度,合理搭配饮食;保证营养的摄入,促进机体的康复。

(3) 适当活动,注意安全。

## 二、酸碱平衡失调病人护理要点

### (一) 代谢性酸中毒

#### 【评估】

1. 有无严重损伤、腹膜炎、休克、高热致使酸性代谢废物产生过多;有无因不能进食或呕吐而致血中  $\text{HCO}_3^-$  消耗过多;有无因肠痿、胆漏等致使消化液大量丢失,血浆中  $\text{HCO}_3^-$  随之排出减少;有无因急性肾衰竭时排  $\text{H}^+$  和  $\text{NaHCO}_3$  的再吸收受阻,而使  $\text{NaHCO}_3$  减少。

#### 2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无呼吸深而快,呼气中是否带有酮味。

(3) 有无心率加快、血压下降、休克、尿量减少等周围循环衰竭症状。

(4) 评估病人有无疲乏、眩晕、嗜睡或昏迷等意识障碍症状。

(5) 了解血 pH、 $\text{CO}_2\text{CP}$ 、 $\text{PCO}_2$  值的检测结果。

3. 对代谢性酸中毒的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 针对病人异常心态及时给予疏导，使其建立治疗信心。
2. 定时监测病人意识状态、血压、心律、脉搏的变化，发现异常及时通知医生。
3. 定时监测病人呼吸频率、节律的变化，必要时给予氧气吸入。
4. 随时了解血液 pH 及  $[\text{HCO}_3^-]$  值的检测结果。
5. 轻症者经治疗原发病一般可自行代偿；重症者遵医嘱给予碱性药物，注意药物疗效及副作用的观察，并做好记录。
6. 观察病人有无低钾血症状，发现异常立即通知医生。
7. 准确记录 24 小时出入量。
8. 意识障碍的病人，采取必要的保护性措施，以防意外的发生。
9. 加强基础护理，定时协助病人翻身，按摩骨突部位，鼓励其进行肢体活动，预防褥疮及静脉血栓的发生。

**【健康指导】**

1. 遵医嘱继续治疗原发病，祛除或预防致病因素。
2. 合理搭配饮食，保证营养的摄入，增加饮水量，促进机体康复。
3. 定期复查电解质。
4. 嘱病人适当活动，并注意安全。

**(二) 代谢性碱中毒****【评估】**

1. 有无幽门梗阻并伴有持续性呕吐；严重低血钾；碱性药物摄入过多等。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征及意识状态。
  - (2) 呼吸是否变慢、变浅。
  - (3) 有无手足抽搐症状。
  - (4) 血液 pH 及  $[\text{HCO}_3^-]$  值。
  - (5) 尿液 pH 值。
3. 评估病人对代谢性碱中毒的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 针对病人异常心态及时给予疏导，使其建立治疗信心。
2. 定时监测病人意识状态、血压、心律、脉搏的变化，发现异常及时通知医生。
3. 定时观察病人呼吸频率、节律的变化，必要时给予氧气吸入。

4. 遵医嘱配合医生治疗原发病。

5. 轻症者遵医嘱补充等渗盐水、氯化钾即可纠正病情；碱中毒危重者，在  $\text{CO}_2\text{CP}$  以及血清电解质的监测下，遵医嘱给予氯化铵或盐酸，纠正低氯性碱中毒。

6. 低血钙者遵医嘱静脉补钙，观察手足抽搐症状是否得到缓解。

7. 随时了解血液 pH 值及  $[\text{HCO}_3^-]$  值的检查结果。

8. 准确记录 24 小时出入量。

9. 意识障碍者，卧床期间采取适当保护措施，以防坠床等意外的发生。

10. 重症者定时协助翻身，按摩骨突部位及鼓励进行肢体活动，预防褥疮及静脉血栓的形成。

### 【健康指导】

同代谢性酸中毒。

### （三）呼吸性酸中毒

### 【评估】

1. 有无呼吸道梗阻、肺部本身疾患、胸部创伤、颅脑损伤及  $\text{CO}_2$  潴留等。

2. 病情评估

（1）生命体征及意识状态。

（2）有无胸闷、气促、发绀、换气不足等呼吸困难症状。

（3）有无持续性头痛及疼痛的时间及性质。

（4）心、肺功能状况。

（5）血液 pH 值及  $\text{PCO}_2$  检测结果。

3. 对呼吸性酸中毒的认识程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 针对病人异常心态及时给予疏导，使其建立治疗信心。

2. 定时监测病人意识状态、血压、心律、脉搏的变化，发现异常及时通知医生。

3. 观察病人呼吸困难的程度，遵医嘱给予氧气吸入、排痰困难者，给予雾化吸入、叩背，促进痰液的排出，以缓解呼吸困难及控制感染。

4. 急性病人，立即协助医生解除呼吸道梗阻，以确保呼吸道通畅。

5. 慢性病人，遵医嘱治疗原发病，并观察呼吸功能改善情况。

6. 持续性头痛的病人，遵医嘱给予镇痛药物。

7. 意识障碍者，卧床期间采取适当的保护措施，以防坠床及意外的发生。

8. 遵医嘱给予饮食，鼓励病人多饮水，以防大便干燥。

9. 重症病人做好基础护理,鼓励其进行肢体活动,预防褥疮及静脉血栓的发生。

#### 【健康指导】

1. 戒烟,并告知戒烟对疾病恢复的重要性。
2. 注意保温,避免受凉引起呼吸道感染。
3. 根据的身体状况,随时调节活动的强度,促进康复。
4. 合理搭配饮食,保证营养的摄入。

#### (四) 呼吸性碱中毒

#### 【评估】

1. 有无高热、昏迷、颅脑损伤、应用呼吸机或手术麻醉期进行辅助呼吸时,因呼吸过快、过深、潮气量过大且持续时间过长而引起过度换气。

#### 2. 病情评估

- (1) 生命体征及意识状态。
- (2) 有无胸闷、呼吸不规则的症状。
- (3) 有无手足、面部麻木,感觉异常、肌肉颤动、强直,手足抽搐等状况。

(4) 评估病人有无头昏、眩晕等症状。

(5) 血液 pH 值、 $\text{PCO}_2$ 、 $\text{CO}_2\text{CP}$  检测结果。

3. 对呼吸性碱中毒的认知程度心理承受能力。

4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 针对病人异常心态及时给予疏导,使其建立治疗信心。

2. 定时监测病人意识状态、血压、心律、脉搏的变化,发现异常立即通知医生。

3. 观察病人有无胸闷、叹息样呼吸,发现异常立即通知医生,并给予氧气吸入。

4. 指导病人放松,以减慢呼吸频率。

5. 遵医嘱治疗呼吸性碱中毒的原发病,并观察呼吸功能改善情况。

6. 观察有无神经肌肉兴奋性增高的症状,发现异常及时通知医生,并遵医嘱给予治疗。

7. 人为增加呼吸道的死腔,如用纸袋或橡皮袋罩住鼻子,重复呼吸袋内的空气,以提高  $\text{PCO}_2$  浓度。

8. 抽搐或惊厥的病人,可采取相应的保护性措施,以防病人坠床等意外的发生。

**【健康指导】**

1. 遵医嘱继续治疗原发病，祛除或预防致病因素。
2. 合理搭配饮食，保证营养的摄入，促进机体的康复。
3. 适当活动，并注意安全。
4. 注意呼吸功能恢复情况，发现异常及时就诊。

### 第三节 输血病人护理指南

#### 一、大量输血病人护理要点

**【评估】**

1. 有无急性出血、贫血或低蛋白血症、出血性疾病和严重感染等。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征及意识状态。
  - (2) 血容量。
  - (3) 心肌负荷情况。
  - (4) 有无低蛋白血症。
  - (5) 有无严重感染症状。
  - (6) 了解病人血常规检查结果。
3. 对出血的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按外科围手术期病人一般护理指南。
2. 输血过程观察及护理
  - (1) 操作前洗手、戴口罩，防止交叉感染。
  - (2) 严格核对病人姓名、性别、住院号（住院病人）、血型、Rh 因子、血袋号码、血量、配血日期及时间、受血者与供血者交叉相容试验结果。须两人核对无误，在输血单上签名并注明日期。
  - (3) 从血库取出的常温血放置时间不可超过 30 分钟；若超过 30 分钟，可将血保存在冰箱中冷藏（2~4℃），不可置于冰冻层内。
  - (4) 冰箱中取出的冷藏血不应立即输入，放置半小时为宜，若必须马上输入，可用血液加温器给予加温。
  - (5) 根据病情及医嘱选择输血途径。
  - (6) 开始输血最初的 15 分钟内，不超过 20 滴/分；15 分钟后若无不良反

应发生，则遵医嘱调整滴速或调为 40~60 滴/分。

(7) 随时监测病人血压、心律、脉搏、呼吸的变化及输血后的反应。

(8) 记录输血开始及终止的时间、血型、血量、血袋号，输血过程中观察有无不良反应及并发症。

(9) 输入两袋以上血液时，每袋血之间须输入少量生理盐水。输血完毕再用少量生理盐水滴注，力求使输血管道内的血液全部输入体内。

(10) 输血结束后，立即拔除针头并压迫穿刺点 3~5 分钟。

(11) 输血过程中严禁向血液中加入任何药物，以免发生凝血或溶血反应。

(12) 输血后血袋应保留 2 小时，便于发生输血反应后检验时用。

(13) 不要在瘫痪或有造瘘肢体的血管进行输血。

(14) 嘱病人输血肢体不要进行较大幅度的活动，以免造成针头脱落或堵塞。

## 二、输血并发症病人护理要点

### 【评估】

1. 根据输血反应症状，评估输血并发症的原因。
2. 生命体征、意识状态、心、肺及肾功能状况。
3. 输血并发症发生的严重程度。
4. 输血并发症的治疗效果。

### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理。
2. 针对病人紧张、焦虑的心态及时给予疏导，使其建立治疗信心。
3. 输血并发症的观察及护理

#### (1) 发热反应

1) 若病人突然出现寒战、发冷、发热、脉搏及呼吸加快，面色潮红，及时通知医生。

2) 若体温在 38℃ 以上，每半小时测量一次，直至体温恢复正常。

3) 注意病人保温。

4) 若病人既往有过输血反应，遵医嘱可在输血前预防性地给予地塞米松。

5) 输血反应轻者，立即减慢输血速度；反应严重者须立即停止输血，保留静脉通道，以便遵医嘱给予药物。

6) 将余血、输血器及病人新鲜血液标本及时送检，查清病人发热原因。

7) 若病人已有两次非溶血性发热反应，以后输入的血液中不能再有白细胞，或通过白细胞过滤器将白细胞滤除后，再将血液给病人输入。

#### (2) 过敏反应

1) 若病人皮肤出现荨麻疹并伴有瘙痒、咳嗽、血压下降、呼吸困难、腹部绞痛、呕吐、腹泻等,应立即通知医生,并做好抢救的准备。

2) 立即停止输血,保留静脉通道,遵医嘱给予抗过敏药物。

3) 定时监测病人意识、血压、心律、脉搏、呼吸的变化,并做好病情观察记录。

4) 呼吸困难者给予氧气吸入,并观察呼吸困难改善情况。

5) 腹痛、呕吐者遵医嘱给予对症处理。

6) 将余血、输血器及病人新鲜血液标本及时送检,查清导致发生过敏反应的原因。

### (3) 溶血反应

1) 开始输血后的 15 分钟,输血速度应缓慢,不超过 20 滴/分;若出现异常反应及早停止输血,避免致命性并发症的发生。

2) 若病人输血后立即出现受血静脉发热感、颜面潮红、头痛、恶心、腰背部剧痛、胸部有压迫感,继而出现心动过速、呼吸短促、血压下降、黄疸、血尿等症状,应立即停止输血,另开放 2 条静脉通路,用生理盐水维持,以便静脉给予抢救药物。

3) 实施心电监护,定时监测病人意识、血压、心律、脉搏、呼吸的变化,发现异常立即通知医生。

4) 发生溶血反应后,立即抽取静脉血 5ml,连同血袋中的残留血液一起送血库进行检测。

5) 遵医嘱给予利尿剂、血管扩张剂、激素、升压药物等,加快排除血循环中红细胞破坏后所产生的有害产物,预防肾衰;解除肾血管痉挛,预防休克及弥漫性血管内凝血(DIC)。

6) 遵医嘱留置尿管,记录每小时尿量、尿色,了解尿素氮、血清钾等检测结果,及早发现肾衰,以争取血液透析的最好时机。

7) 准确记录 24 小时出入量。

8) 观察有无 DIC 的症状。

### (4) 循环超负荷

1) 避免使用大量冷库血,减慢输血速度,输入血温度应控制在 20℃左右。

2) 输血过量或速度过快时,若病人突然出现头部剧烈胀痛、胸闷、呼吸困难、发绀、咳出大量粉红色泡沫痰,立即通知医生,并做好抢救的准备。

3) 立即停止输血,病人取半坐位,遵医嘱给予氧气吸入。

4) 实施心电监护,定时监测生命体征,观察有无颈静脉怒张、静脉压升高、呼吸音异常等,必要时拍胸部 X 光片。



5) 定时监测体温的变化,若体温过低,应及时监测电解质、酸碱平衡及凝血功能。

6) 观察病人有无肺水肿的症状。

7) 严格限制输液速度及输液量,准确记录 24 小时出入量。

8) 遵医嘱应用强心剂、利尿剂等,注意治疗效果的观察。

9) 对于心功能减退的病人需卧床休息,定时协助翻身、叩背,鼓励进行肢体活动,预防褥疮或血栓的发生。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱继续治疗原发病。

2. 告知病人血型,解释输血的必要性,若出现不适(输血并发症)立即就诊。

3. 合理搭配饮食,保证营养的摄入,促进机体康复。

4. 结合病情适当增加活动量,注意安全。

## 第四节 营养支持疗法护理指南

### 一、病人营养状况评估要点

#### (一) 评估病人体重及摄入饮食状况

1. 若病人一年内体重下降 10% 以上,或近 3 个月内下降 5% 以上,提示营养不良。

2. 病人饮食习惯,病后摄食的改变及社会、家庭、文化和经济等因素对饮食的影响。

3. 有无厌食、恶心、呕吐、酗酒、神志障碍等因素引起营养的摄入不足。

4. 既往是否做过胃切除或广泛小肠切除,服用激素等因素造成营养吸收的不足。

5. 有无严重腹泻、肠痿、长期发热、外科大手术、创伤、大面积烧伤、感染、肾病综合征或透析等因素造成营养物质的丢失。

#### (二) 生化检查

1. 血浆白蛋白是否降低 白蛋白低于 35g/L 提示肌肉组织已耗竭到一定程度;白蛋白小于 30g/L 提示中度营养不良;小于 21g/L 为重度营养不良。

2. 迟发皮肤过敏反应 反应阴性说明营养不良的病人细胞免疫功能受损。

3. 血浆铁蛋白 小于 200mg/dl 表示营养不良。

4. 活动能力是否减弱。

5. 握力是否明显减弱, 握力大小反应骨骼肌的功能。

(三) 对营养支持疗法的认知程度及心理承受能力。

(四) 个性特征及自理能力。

## 二、营养支持疗法护理

### (一) 胃肠内营养及护理要点

#### 【护理要点】

1. 不能口服者, 可经鼻留置营养管或经手术造瘘保留营养管, 妥善固定, 遵医嘱给予营养饮食。

#### 2. 营养液的配制及灌注方法

(1) 根据病情及医嘱配制营养液, 现配现用, 预防污染。

(2) 营养液的温度应在注入前加温至  $37\sim 40^{\circ}\text{C}$ 。

(3) 可使用混合奶或要素饮食, 一旦证实营养管位置适当, 即可开始灌注饮食。

(4) 严重创伤、大手术、大面积烧伤的早期, 肠内营养可在 48 小时以内开始灌注。

(5) 病人取半卧位, 床头抬高  $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ , 尤其在胃内喂养时, 以防逆流引起误吸, 夜间不宜灌注。

#### 3. 输注方式

(1) 间歇性注入法: 适用于非危重病人, 用注射器或漏斗, 经鼻胃管或胃造瘘管行胃内喂养, 每次注入  $200\sim 400\text{ml}$ ,  $4\sim 6$  次/天, 每次  $5\sim 10$  分钟内注完。经胃喂养时, 先增加营养液的浓度, 再增加容积。

(2) 持续性注入法: 利用重力或肠内营养泵连续 24 小时滴注, 以后者为佳。此法用于经空肠喂养的危重病人, 或对间歇性注入法不能耐受的病人。经空肠喂养起始速度为  $20\sim 40\text{ml/h}$ , 如无不适, 按  $20\text{ml/h}$  每日递增, 最多不超过  $120\text{ml/h}$ 。经空肠喂养时, 应先增加营养的容积, 再增加其浓度。

(3) 循环间歇性注入法: 介于以上两者之间, 利用重力或肠内营养液泵滴注, 每天持续 10 余小时。

4. 观察病人灌注营养液后的反应, 发现异常遵医嘱给予处理。

5. 根据营养液浓度、性质确定冲洗时间, 每次输注前、后分别用  $20\sim 30\text{ml}$  温开水冲洗管腔, 以防管腔堵塞。

6. 每次更换注射器及相关容器。

7. 定期更换营养管道, 加强营养管道的护理, 防止移位或脱出, 24 小时更换一次。

8. 每天定时进行口腔护理，能自理者每天刷牙。

9. 胃或空肠造瘘口的敷料每 2 天更换一次。

10. 准确记录 24 小时出入量。

11. 肠内营养并发症预防与护理

(1) 腹泻：观察病人每日排便次数，4 次以上为腹泻，发生腹泻后暂停肠内营养 24 小时。遵医嘱将营养液稀释为等渗，并在开始时以低速注入，然后再逐渐增加营养液的浓度和输注速度。如原来用的是间歇注入法，可改为持续性注入法。若为脂肪吸收不良，可使用低脂肪要素膳或无乳糖膳。严格进行无菌配制及运送，悬挂时间不超过 8 小时。

(2) 便秘：详细记录出入量，保证每日入量大于出量 500~1 000ml，以防脱水。长期无大便者，可行直肠指诊，如遇干结粪块堵塞，可用手法协助排便；如伴有呕吐、腹胀、肠鸣音亢进，及时通知医生，暂时停止喂养。

(3) 胃潴留：常见于经鼻胃管喂养的病人，表现为恶心、腹胀，经鼻管吸出潴留液超过 150ml。遵医嘱给予吗叮啉或红霉素等药物，嘱病人右侧卧位，并减少营养液的灌注。

(4) 营养管堵塞：按要求定时冲洗，如堵塞后不能再通应重新置管。

(5) 吸入性肺炎：一旦发现有误吸现象，立即停止喂养，并将胃内容物吸尽，鼓励病人自行咳出或用吸痰法吸出气管内的营养液。

### 【健康指导】

1. 向病人及家属讲明营养支持的重要性。

2. 遵医嘱继续治疗原发病，祛除致病因素。

3. 对长期需经营养管道灌注者，向病人及家属讲解营养液的配制方法。

4. 告知病人灌注过程的注意事项及预防常见并发症的方法。

5. 每天测量体重，以便及时了解治疗效果。

6. 遵医嘱定期进行血浆白蛋白的测定。

7. 进行适当活动，促进机体康复。

### (二) 胃肠外营养及护理要点

### 【护理要点】

#### 1. 途径

##### (1) 中心静脉置管与护理

1) 针对病人紧张、焦虑的情绪及时给予疏导，使其建立信心，配合治疗。

2) 协助医生穿刺置管，穿刺时，指导病人正确憋气，摆好体位，提高穿刺成功率。

3) 穿刺置管成功后，妥善固定导管，防止脱出及打折。将导管正确连接

输液管，观察输液管是否通畅。

4) 中心静脉置管后协助拍 X 光片，判断中心静脉插管的位置。

5) 在手术室置管的病人回病室后，协助取舒适卧位，遵医嘱调节输液速度，观察病人有无不适，并告知病人或家属注意事项。

6) 定时监测生命体征及观察穿刺部位情况，发现异常及时通知医生。

7) 观察中心静脉管穿刺部位敷料有无渗出情况，每天进行更换，严格无菌操作。

8) 不可经中心静脉导管取血、输血及给药，预防导管阻塞或感染。

9) 治疗结束及时拔除导管，拔管后局部按压 1~2 分钟。

10) 中心静脉导管不输营养液时，可用肝素帽封管。

## (2) 外周静脉置管与护理

1) 正确选择合适的外周静脉进行穿刺，并妥善固定。

2) 防止空气进入输液管道，根据病情及医嘱调节输液速度。

3) 外周静脉穿刺使用套管针，输液结束后用肝素帽封管。

## 2. 营养液的配制及注意问题

(1) TPN 营养液的配制在层流台中进行，严格无菌操作。

(2) 为减少污染机会，配制液体前物品准备齐全，避免多次出入。

(3) 注意配伍禁忌，不得加入抗生素等营养液以外的药物。

(4) 配好的液体在 24 小时内输入。

## 3. 营养液的输注

(1) 可经重力滴注；也可使用静脉输液泵持续性输入，注意按时、按量均匀输完。

(2) 输入过快可致病人出现高血糖、高渗性昏迷、高渗性利尿；过慢则达不到病人所需的热量及电解质。

## 4. 并发症的观察与护理

(1) 中心静脉穿刺置管的主要并发症有气胸、血胸、空气栓塞、心脏穿孔等。在穿刺置管过程中应密切观察病人呼吸与血压脉搏状况，发现异常立即配合医生进行抢救。

(2) 在中心静脉治疗过程中，若病人突然出现寒战、发热并排除其他部位感染时，应考虑导管败血症。应立即拔除导管并将导管尖端剪下及时送细菌培养。并定时监测病人血压、脉搏、呼吸及体温的变化。

## (3) 代谢并发症

1) 低血糖：易发生于外源性胰岛素用量过大或突然停止输入高浓度葡萄糖溶液，应保持血糖在 120~160mg/dl，尿糖在 +~++ 为宜。怀疑低血糖

时,可给病人口服或静脉推注葡萄糖。

2) 高渗性非酮性高糖昏迷:输入葡萄糖总量过多,内源性或外源性胰岛素相对不足,血糖过高,造成渗透性利尿。病人多有口渴、头痛甚至昏迷。此症发生后立即停止输入含糖溶液,输入低渗盐水(0.45%) + 胰岛素,纠正脱水,降低血渗透压及血糖水平。

3) 肝功能损害:TPN 超过 2 周,部分病人可出现转氨酶升高、胆汁淤积,甚至黄疸。可应用肠内营养减轻或纠正对肝脏的损害。

4) 氨基酸过敏反应:病人出现恶心、呕吐、面色潮红、皮疹等遵医嘱对症处理。

5) 脂肪乳剂副作用:滴入过快出现寒战、发热、关节痛、脂肪栓塞时应遵医嘱给予对症处理。

### (三) 营养支持监测要点

#### 1. 一般测定项目

(1) 准确记录 24 小时液体出入量,并记录在病历上。

(2) 每日早晨测量体重,并记录在病历上。

#### 2. 化验检查

(1) 电解质、血糖和尿素氮,肠外营养时,前 3 天每日取血检测 1 次;稳定后,每周检测 2 次。

(2) 血浆白蛋白、肝功能、钙、磷、镁,最初每周检测 2 次;以后每周检测 1 次。

(3) 血常规:每周检测 1 次。

(4) 尿糖:每天检测 4 次。

### 【健康指导】

1. 遵医嘱继续治疗原发病,祛除或预防致病因素。

2. 告知病人预防常见并发症的方法。

3. 每天测量体重,以便及时了解治疗效果。

4. 遵医嘱定期进行血浆白蛋白的测定。

5. 适当活动,并注意安全。

## 第五节 麻醉病人护理指南

### 一、全身麻醉病人护理要点

#### (一) 麻醉恢复室环境及设备要求

1. 恢复室位于手术室邻近出口处,便于病人转运和麻醉医师管理,如有

意外可迅速将病人送回手术室。

2. 恢复室内须配备常规及急救设备,如咽通气道、喉镜、气管插管用具、气管切开包、呼吸机,除颤器、起搏器,输液泵、急救药品及外科换药物品等。

3. 每个床头设有氧气、负压吸引管道、多功能心电监护仪等。治疗车上备有消毒吸痰管、氧气管、氧气面罩等。

## (二) 麻醉恢复期监护要点

1. 监测 常规监测心电图、血压、呼吸频率和  $\text{SpO}_2$ ,并每 5~15 分钟记录一次,直至病人完全恢复。手术较大者,术后常规吸氧。如病人合并肺部疾病,或行开胸或上腹部手术,应定时观察呼吸功能的变化。

2. 保持呼吸道通畅 全麻后残留药物未完全代谢之前,随时可出现循环、呼吸等方面的异常,特别是苏醒前病人易发生舌后坠、喉痉挛、呼吸道黏膜堵塞、呕吐物窒息等而引起呼吸道梗阻。为防止呕吐物误吸,置病人于去枕平卧位,头转向一侧,也可取侧卧位。发生各种呼吸道阻塞、喉头水肿等应立即通知医生并给予处理。

3. 防止意外损伤 病人苏醒过程中常出现眼球活动,睫毛反射恢复,瞳孔稍大,呼吸加快,甚至呻吟,躁动等,应密切观察,妥加保护。必要时给予约束,防止病人不自觉地拔除静脉输液管和各种引流管。

## 二、椎管内麻醉病人护理要点

### (一) 蛛网膜下腔阻滞(简称腰麻)病人护理要点

1. 病人侧卧于手术台上,取低头,弓腰、抱膝姿势,充分伸展脊椎棘突间隙,背部与手术台面垂直,常规消毒注射药后即将病人改为仰卧位。

2. 术后置病人去枕平卧 6 小时。

3. 血压 定时监测血压、脉搏的变化,如病人出现恶心、呕吐等脑缺氧症状,立即通知医生,遵医嘱给予吸氧、镇静药和止吐药等对症治疗。

4. 主观气促感 高位腰麻时,病人可有主观气促的主诉,可鼓励其作缓慢的(张口)深呼吸,以改善气促症状。

5. 尿潴留 是骶交感和副交感神经麻醉的结果。暗示治疗无效者应进行导尿。

6. 头痛 多发生在腰麻后 2~4 周,若病人出现头痛症状后,嘱其卧床休息,减少起动并遵医嘱给予对症治疗。

### (二) 硬脊膜外阻滞病人护理要点

1. 病人的准备和体位与腰麻相同。



2. 术后平卧 4~6 小时。
3. 定时监测血压、脉搏、呼吸的变化。
4. 少数病人可出现腰、背痛或暂时尿潴留，一般多不严重。
5. 观察病人有无局部感觉或（和）运动障碍等神经损伤症状，发现异常及时通知医生。
6. 观察病人有无麻醉作用持久不退或消退后再次出现肌无力等血肿压迫脊髓的征兆，若存在上述症状立即通知医生，并在 6 小时内配合医生进行手术治疗。
7. 观察病人有无躯体沉重，翻身困难等，如发现上述征兆及时通知医生。
8. 观察病人有无放射性疼痛，肌无力及截瘫，并伴有感染的征兆，如发现上述症状遵医嘱给予大剂量抗生素进行治疗。

## 第六节 普通外科疾病病人护理指南

### 一、外科感染病人护理要点

#### （一）非特异性感染病人护理要点

##### 【评估】

1. 病因
2. 病情评估
  - （1）生命体征。
  - （2）有无发热、寒战、全身不适、乏力、肌肉及关节疼痛等全身感染症状。
  - （3）有无红、肿、热、痛、功能障碍、炎性渗出等局部症状。
  - （4）淋巴结是否肿大。
  - （5）有无糖尿病等其他合并症及近期用药情况。
  - （6）白细胞、血细菌培养及药物敏感试验等情况。
  - （7）营养状况。
3. 对感染的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

##### 【护理要点】

1. 针对病情定时监测血压、心率、脉搏、呼吸及体温的变化。
2. 高热者给予物理降温或遵医嘱给予药物降温，降温过程中鼓励病人多饮水，防止虚脱，及时测量并记录降温后的体温。及时协助病人更换衣裤及被服。



3. 脓毒败血症的病人, 寒战、高热时遵医嘱进行血培养。
4. 遵医嘱对重症病人给予静脉补液, 维持水、电解质、酸碱平衡, 必要时给予输血。
5. 遵医嘱早期、大剂量或联合应用抗生素控制感染, 治疗中注意治疗效果及副作用的观察。
6. 观察伤口局部情况, 保持敷料清洁、干燥, 有引流者保持引流通畅。
7. 急性淋巴炎及淋巴结炎的病人, 协助其进行物理治疗。
8. 丹毒为接触性传染, 应实施床边隔离。护理时用枕垫将患肢抬高。
9. 手部急性化脓性感染的病人, 切开引流后肢体制动, 患肢抬高。感染好转后指导其早期进行功能锻炼。
10. 疼痛的病人, 遵医嘱给予镇痛药物。
11. 鼓励进高蛋白、高热量、高维生素、易消化的流质饮食、半流食、直至普通饮食。
12. 加强基础护理, 预防褥疮、坠积性肺炎及泌尿系感染的发生。

#### 【健康指导】

1. 定时、定量、正规服药, 注意药物副作用观察。
2. 指导病人及家属掌握如何预防疾病传播的相关措施。
3. 合理搭配饮食, 满足机体蛋白质及热量的需要。
4. 保证充足休息及适当的体育锻炼。

#### (二) 特异性感染病人护理要点

##### 1. 破伤风病人护理要点

#### 【评估】

- (1) 有无局部受伤、深部组织感染及预防接种的经过。
- (2) 病情评估:
  - 1) 生命体征。
  - 2) 破伤风典型的临床特征。
  - 3) 有无窒息及受伤的危险。
  - 4) 体液平衡状况。
  - 5) 是否存在尿潴留。
  - 6) 营养状况。
- (3) 对破伤风的认知程度及心理承受能力。
- (4) 个性特征及家庭支持力度。

#### 【护理要点】

- (1) 按围手术期病人一般护理要点。

(2) 安置病人于隔离、避光、安静的单人房间，工作人员入室穿隔离衣，走路轻、说话轻、操作轻，尽量把各项工作安排在同一时段完成，避免诱发病人抽搐的发作，病室内备好急救药物及物品。

(3) 询问过敏史，做 TAT 过敏试验，尽早使用 TAT，过敏者给予脱敏治疗。

(4) 抽搐发作的病人喉肌痉挛、换气不畅、痰液堵塞、易发生窒息死亡，在紧急情况下，配合医生进行气管切开，按气管切开常规护理。

(5) 预防呼吸道并发症，定时协助病人排痰。喂食及喂水时不可勉强，少量多次，以防引起呛咳、误吸。

(6) 保护病人安全，专人护理，使用护栏防止病人坠床，防止骨折；置软垫保护关节；应用牙垫避免舌咬伤。

(7) 遵医嘱应用抗痉挛药物，若出现大发作前的征象，及时通知医生。遵医嘱加大解痉药物剂量，并做好病情观察及记录，协助医生尽早施行清疮术。

(8) 若对病人采取冬眠疗法，做好冬眠过程中的各项监护，遵医嘱及时调节冬眠药物剂量，使其处于浅睡眠状态。

(9) 满足病人营养供给，遵医嘱实施鼻饲或胃肠外营养。

(10) 病人常因抽搐而致尿潴留，遵医嘱留置尿管并持续引流尿液。

(11) 加强基础护理，预防肺部感染、褥疮、泌尿系感染的发生。

(12) 严格执行消毒隔离制度，病人的排泄物、分泌物及用后的物品，均应严格消毒；伤口敷料进行焚烧，以防交叉感染。

### 【健康指导】

(1) 告知病人不可忽视对木头、锈钉等刺伤、深部感染伤口的处理，伤后及时到医院注射破伤风抗毒素。

(2) 合理搭配饮食，保证充足的营养。

(3) 保证充足的休息及适当的活动。

### 2. 梭状芽胞杆菌性肌坏死（气性坏疽）病人护理要点

#### 【评估】

(1) 开放性损伤的经过及伤口有无严重污染。

(2) 病情评估

1) 生命体征。

2) 有无全身虚弱、高热、出冷汗、头痛、头晕、呕吐等症状；严重者有无谵妄、休克等。

3) 伤口处肌肉的颜色、肿胀程度，按压时有无捻发感及出现水疱；轻度挤压有无气泡逸出，伤口处有无稀薄血性液体流出。

- 4) 评估病人疼痛性质及程度。
- 5) 了解创伤部位 X 线摄片、分泌物细菌培养结果及药物敏感情况。
- (3) 对气性坏疽的认知程度及心理承受能力。

#### 【护理要点】

- (1) 按外科围手术期病人一般护理指南。
- (2) 将病人安置于隔离病室，严格执行消毒隔离制度，伤口敷料给予焚烧，预防交叉感染。
- (3) 针对病情进展情况，必要时实施重症监护（见第十一章加强监护病房（ICU）护理指南）。
- (4) 对深而不规则的伤口，配合医生实施紧急清创手术，充分敞开引流。
- (5) 观察并记录创面情况，遵医嘱用氧化剂冲洗伤口，保持敷料湿润，改变厌氧环境。
- (6) 遵医嘱输新鲜血液，纠正病人进行性的贫血。
- (7) 高热病人及时给予物理降温或遵医嘱给予药物降温，并做好高热的护理。
- (8) 遵医嘱给予大剂量青霉素抗感染治疗，青霉素过敏者可用其衍化物进行治疗，注意药物疗效及副作用的观察。
- (9) 为提高病人的血氧浓度，增强抑菌作用，必要时遵医嘱给予高压氧治疗。
- (10) 遵医嘱给予镇痛药物。
- (11) 加强营养，必要时遵医嘱给予胃肠外营养。好转后鼓励其进高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。
- (12) 加强基础护理，预防褥疮、肺部及泌尿系感染。
- (13) 需截肢者，耐心向病人及家属解释其重要性，使其能正确面对，注意保护病人的安全，防止意外的发生。
- (14) 截肢术后固定和抬高患肢，指导其进行功能锻炼，协助病人重新设计自我形象，建立积极乐观的生活态度。

#### 【健康指导】

- (1) 向病人及家属讲解有关气性坏疽感染的传染性、消毒隔离的相关措施。
- (2) 向病人及家属讲明患肢功能锻炼的必要性和方法。
- (3) 协助伤残者制定出院后的康复计划。
- (4) 向截肢病人及家属交代用拐、装配义肢的时间与注意事项。
- (5) 合理搭配饮食，保证营养的供给。

(6) 保持良好心态, 促进机体康复。

## 二、甲状腺功能亢进手术病人护理要点

### 【评估】

1. 是否有家族史。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无食欲亢进、体重下降、怕热、多汗、双手震颤等。

(3) 有无精神紧张、烦躁及易激惹等症状。

(4) 有无心慌、心律失常、脉快无力等。

(5) 有无呼吸困难症状。

(6) 有无内分泌紊乱症状。

(7) 营养状况。

(8) 基础代谢率 (BMR)、甲状腺扫描、血清  $T_3$ 、 $T_4$  及胆固醇数值等结果。

(9) 以往药物治疗效果。

3. 对甲状腺功能亢进的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 降低甲状腺功能和基础代谢率, 遵医嘱给予抗甲状腺药物, 阻止甲状腺激素的生成, 用药期间观察病人有无恶心、厌食等药物反应, 并了解白细胞检查情况。

(2) 遵医嘱术前两周给予复方卢戈液, 促使甲状腺腺体缩小、变硬、减少充血。为防止对口腔黏膜的刺激, 可将药液滴在食物或果汁里。

(3) 指导病人进高蛋白、高热量、高维生素的饮食, 同时禁饮浓茶、咖啡等刺激性饮料。吞咽困难者, 遵医嘱给予营养丰富的半流食或流质饮食。

(4) 指导病人练习手术体位, 平卧头后仰, 肩部垫高, 空腹进行练习。

(5) 若病人存在突眼, 可戴眼镜。

(6) 准备麻醉床时, 床旁备好气管切开包。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点, 麻醉清醒后斜坡卧位, 盖被勿太多, 如体温超过  $39.5^{\circ}\text{C}$  时, 酌情给予降温。

(2) 定时监测神志、血压、心律、脉搏、呼吸的变化及有无甲状腺危象的征象,发现异常及时通知医生。

(3) 术后 24 小时内减少颈项活动,当病人需变更体位时,应用手扶持头部。

(4) 观察伤口有无出血、皮下血肿、烦躁、呼吸困难等,发现异常及时通知医师,必要时配合医生进行气管切开。

(5) 术后当日给予温凉流质饮食;术后第 2~3 天给予半流食。

(6) 遵医嘱及病情指导病人继续服复方卢戈液 1 周左右;术前普蔡洛尔治疗者,术后遵医嘱继续服卢戈液 4~7 天。

(7) 遵医嘱给予镇痛药物。

(8) 术后并发症的护理:

1) 术后 48 小时内易出现切口周围血肿、喉头水肿、呼吸困难及痰液阻塞窒息等并发症,发现异常立即通知医生,并配合医生切开周围血肿,必要时行气管切开。

2) 喉返神经一侧损伤的病人,可出现声音嘶哑,一般可代偿好转;双侧损伤者,可出现失音或吞咽困难,及时行气管切开。

3) 喉上神经损伤可出现饮水呛咳,故进食时应坐起,或进半固体饮食。

4) 甲状旁腺损伤的病人易出现低血钙,轻者面部、唇或手足有针刺、麻木感。遵医嘱口服钙剂;重者手足肌肉抽搐,遵医嘱抽血进行血钙、血磷化验,并给予葡萄糖酸钙或氯化钙缓慢静脉注射,忌食高磷食品。

5) 甲状腺危象多发生在术后 12~36 小时内,表现为高热、寒战、心动过速、烦躁不安、谵妄甚至昏迷,常伴有呕吐及腹泻,立即通知医生,遵医嘱给予复方碘溶液、激素、利血平及镇静药物等,同时采取吸氧、输液、降温等措施,并做好记录。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱严格掌握复方卢戈液服用的方法及剂量。

2. 循序渐进地进行颈部肌肉的锻炼,防止手术瘢痕挛缩。

3. 主动进行自我调节、自我催眠、放松训练等方法,促进机体的康复。

### 三、乳腺癌手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人的年龄、内分泌情况、生育、月经史、饮食与肥胖情况及有无家族史。

2. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 乳房肿块大小及外形有无改变。
- (3) 乳头有无凹陷或湿疹样改变，两侧乳头是否对称。
- (4) 乳头有无溢血、溢液现象。
- (5) 乳房疼痛程度。
- (6) 营养状况。
3. 对乳腺癌的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。
5. 家庭支持力度。

#### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。

#### 2. 术前护理

- (1) 介绍有关整形弥补缺陷的方法，取得家属情感的支持。
- (2) 乳头溢液或局部破溃者，及时给予换药，保持清洁、干燥。
- (3) 乳癌根治术需植皮者，准备对侧大腿供皮区皮肤。
- (4) 术前需进行化疗的病人，遵医嘱进行化疗。

#### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点，麻醉清醒后血压平稳改为半卧位。鼓励病人进行深呼吸及有效咳嗽咳痰，预防肺部并发症的发生。

(2) 定时监测血压、心律、脉搏、呼吸的变化。

(3) 无麻醉反应可进正常饮食。

(4) 行扩大根治术的病人观察有无胸闷、呼吸困难以判断有无气胸，出现异常及时通知医生。

(5) 根治术后可根据病情需要用绷带或胸带加压包扎，观察患侧肢体远端血液供应情况，如皮肤颜色呈发绀色、伴皮温低、脉搏扪不清，提示腋部血管受压，应及时调节绷带松紧度，促进血运的恢复。如绷带或胸带松脱应重新加压包扎，减少创腔积液，使皮瓣或植皮片与胸腔紧贴以利愈合。

(6) 妥善固定引流管，持续负压吸引，防止扭曲、滑脱，观察引流液的量、颜色及性质。一般术后 1~2 天，每天引流血性液体 50~100ml，以后逐渐减少，术后 4~5 天，创腔无积液，创面皮肤紧贴可拔除引流管。

(7) 术后 3 天内患侧上肢制动，尤其避免外展上臂，下床活动时应用吊带或健侧手将患肢托扶，需他人扶持时只能扶健侧，以免腋窝皮瓣滑动而影响愈合。术后 3 天拆除加压包扎的绷带或胸带，观察皮瓣或植皮区皮肤血运情况。

(8) 为预防根治术后患侧上肢水肿，术后应预防性地抬高患侧上肢。并应

用弹力绷带包扎、按摩并进行适当的功能锻炼。禁止在患肢测量血压、抽血及静脉输液。

(9) 患侧上肢功能锻炼,一般在术后 24 小时即可开始活动手、腕及肘部;待拔除引流管后可逐步增加肩部的活动范围,指导病人用患肢进食、洗脸,做手指爬墙、画圈等运动,直至患侧手能抬高过头,自行梳理头发。

(10) 综合治疗的病人在实施放疗时,注意保护局部皮肤,出现放射性皮炎时,注意进行皮肤护理,化疗病人观察药物副作用对机体的影响,如出现胃肠道反应及骨髓抑制等,及时通知医生。

(11) 术后继续给予病人及家属心理支持,使之能尽快适应生活方式的改变。

#### 【健康指导】

1. 创面愈合后,可清洗局部,以柔软毛巾轻轻吸干,粗暴动作易损伤新愈合的组织;可用护肤品涂于皮肤表面,以防干燥,促进皮肤较快地恢复外观。

2. 不宜在患侧上肢测量血压、静脉穿刺,避免皮肤破损,减少感染及肢体肿胀。

3. 禁用患侧上肢搬动或提过重物品。

4. 遵医嘱坚持放疗或化疗。

5. 术后 5 年内避免妊娠,因妊娠易使乳癌复发。

6. 根治术后的病人为矫正胸部形体的改变,可配戴义乳或行乳房再造术。

### 四、腹部损伤病人护理要点

#### 【评估】

1. 受伤的时间、地点、暴力性质、大小、方向、速度及作用部位等。

2. 病情评估

(1) 生命体征及有无出血性休克的倾向。

(2) 病人腹痛程度。有无腹胀、恶心、呕吐、便血等症状。

(4) 腹膜刺激征的程度及范围、肠蠕动有无减弱或消失。

(5) 红细胞、白细胞计数等检查结果。

3. 对腹部损伤的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般的护理。

2. 病情观察及护理



(1) 嘱病人绝对卧床休息，无特殊情况不得随便搬动，大、小便不应离床。病情稳定，取半卧位。

(2) 定时监测神志、血压、心率、脉搏、呼吸及体温的变化，发现异常及时通知医生。

(3) 休克病人遵医嘱及时补充血容量，监测中心静脉压，发现异常立即通知医生。

(4) 定时了解局部压痛、反跳痛、腹肌紧张等腹膜炎刺激征的程度及范围，发现异常立即通知医生。

(5) 禁食期间遵医嘱给予胃肠减压，以减轻腹胀及减少胃肠液的外漏。待病情好转、肠蠕动恢复排气后，可停止胃肠减压，遵医嘱给予流质饮食。

(6) 禁食期间遵医嘱补充液体，注意水、电解质及酸碱平衡。

(7) 疑有腹腔内出血的病人，定时测定红细胞、血红蛋白及血细胞比容等数值的变化，发现异常及时通知医生。

(8) 遵医嘱应用抗生素，预防感染的发生。

(9) 禁用吗啡类镇痛药物，以免掩盖病情。

(10) 禁止灌肠，以防肠管破裂加重病情。

(11) 留置导尿管引流尿液，观察尿量、颜色及性质的变化。

### 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点，血压、脉搏平稳遵医嘱给予半卧位，以利腹腔引流，改善病人呼吸状况，减轻腹部肌肉张力。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸、体温及中心静脉压的变化，如血压下降、高热等及时通知医生，并记录。

(3) 保持胃肠减压及腹腔引流通畅，观察引流量、颜色及性质，并记录。

(4) 术后禁食期间，遵医嘱静脉输液，观察有无水、电解质及酸碱失衡。

(5) 待肠功能恢复后，可拔除胃管，遵医嘱进流质饮食；如无腹痛、腹胀等，2~3天可给予半流食。饮食以高蛋白、高热量、高维生素、易消化为宜。

(6) 卧床期间，指导病人进行下肢活动，预防静脉血栓的发生；病情好转后，鼓励其早期下床活动。

### 【健康指导】

1. 进营养丰富、易消化的饮食。

2. 保持大便通畅，预防便秘、腹痛、腹胀的发生。

3. 适当活动，防止术后肠粘连。

## 五、胃癌手术病人护理要点

### 【评估】

1. 生活、饮食习惯、家族史及慢性胃病等。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 有无胃溃疡或慢性胃炎的症状。
  - (3) 腹部剑突下疼痛程度及性质。
  - (4) 有无呕吐、呕血或黑便等。
  - (5) 有无食欲减退、体重减轻、贫血、消瘦等临床表现。
  - (6) 有无腹部肿块及晚期癌肿的症状。
3. 对胃癌的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。
2. 术前护理
  - (1) 改善病人营养状况，给予高蛋白、高维生素、易消化的饮食，少量多餐，术前一天进流质饮食。病人营养较差者，遵医嘱补充血浆或全血。
  - (2) 合并幽门梗阻的病人，注意水、电解质及酸碱平衡失调的观察，术前每晚用 300~500ml 温生理盐水洗胃，记录胃潴留量。
  - (3) 溃疡合并出血者，术前进行输血、输液的治疗。
  - (4) 合并胃穿孔者，遵医嘱及时给予补液及胃肠减压。
  - (5) 若病人出现休克征象，积极配合医生进行抢救，并做好紧急手术的准备。
3. 术后护理
  - (1) 按全身麻醉病人护理要点。
  - (2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸的变化，生命体征平稳，可取半卧位。
  - (3) 鼓励病人深呼吸、有效咳嗽咳痰，预防肺部并发症的发生。
  - (4) 禁食期间持续胃肠减压，定时冲洗胃管，观察胃液的颜色、性质及量，准确记录引流量。
  - (5) 禁食期间遵医嘱静脉输液，必要时输血浆或全血，以改善病人营养状况，准确记录 24 小时出入量。
  - (6) 术后待肠功能恢复后，遵医嘱拔除胃管，一般当天禁食或饮少量水。

若无呕吐、腹胀等不适，逐渐可开始进流食半量或开始口服营养液，直到进软烂、易消化的普通饮食。忌食生冷、油炸、浓茶、酒等刺激性及易胀气的食物。

(7) 鼓励病人早期下床活动，视病情可在术后第1天床上坐起进行轻微活动；第2天协助病人下地在床边活动；第3天室内活动。

(8) 胃癌病人术后化疗期间出现不良反应，遵医嘱给予对症处理。

(9) 胃大部切除术后并发症的观察及护理

1) 术后胃出血：①术后24小时内，因残留或创面少量渗血可从胃管流出，观察暗红色、咖啡样的胃液是否逐渐减少，如短时间内引出大量鲜红色的胃液，立即通知医生。②十二指肠残端破裂，多发生在术后3~6天，若有大量出血，表现为右上腹突发剧痛和明显的腹膜刺激征，立即通知医生并做好紧急手术治疗的准备。

2) 术后梗阻：若病人出现腹胀、恶心、呕吐等梗阻症状，立即通知医生，并做好紧急手术的准备。

3) 倾倒综合征：观察病人有无倾倒综合征的症状，若进流食10~20分钟后，出现上腹胀痛、心悸、头晕、出汗、呕吐、甚至虚脱等症状，及时通知医生。协助病人立即平卧，调节饮食种类，少量多餐，可食易消化的蛋白、脂肪类食物，控制糖类的摄入。进食时取半卧位并缓慢进食，进餐中和进餐后不易饮水。

4) 低血糖综合征：术后2~4小时表现为心慌、无力、眩晕、出汗、手颤、嗜睡，也可导致虚脱，可少食多餐，减少低血糖的发生。

5) 吞咽困难，术后1~4个月可自行缓解。

#### 【健康指导】

1. 戒烟。

2. 进食应规律，少食多餐，细嚼慢咽，忌烟酒，忌辛辣、少吃过冷、过烫、油煎等食物。

3. 养成有规律的健康生活方式。

4. 根据体力恢复状况，适当增加活动量，注意劳逸结合。

5. 加强自我情绪调整，保持良好心态。

## 六、肠疾病手术病人护理要点

### (一) 肠梗阻手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 既往腹部外科疾病及手术史。

## 2. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 腹痛的部位、性质及程度。
- (3) 有无水、电解质、酸碱失衡的症状及体征。
- (4) 呕吐的时间、呕吐物的性质及量。
- (5) 腹胀的时间、性质及是否有腹膜刺激征状。
- (6) 是否存在停止排气、排便。
- (7) 营养状况。

3. 对肠梗阻的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。

### 2. 非手术治疗

(1) 嘱病人禁食，遵医嘱留置胃管并进行胃肠减压，吸出胃内的气体和液体，减轻腹胀、降低肠腔内压力、减少毒素吸收，改善肠壁血循环。

(2) 若病人能自行排气、排便，腹痛、腹胀症状缓解，12 小时后可进流质饮食，忌食易产气的甜食及牛奶等。无不适者，24 小时后进半流食，3 天后可进普通饮食。

(3) 胃肠减压期间，做好口腔及胃管护理，防止口腔炎的发生。

(4) 遵医嘱静脉输液，纠正水、电解质及酸碱失衡，准确记录出入量。必要时留置尿管，定时监测尿量及尿比重。

(5) 单纯性肠梗阻晚期及绞窄性肠梗阻的病人，常有大量血浆及血液丢失，遵医嘱输血浆、全血或血浆代用品。

(6) 单纯性或绞窄性肠梗阻的病人，遵医嘱应用抗生素，预防感染的发生。

(7) 在确定无肠绞窄后，遵医嘱应用胆碱类药物，以解除胃肠道平滑肌的痉挛，抑制胃肠道腺体的分泌。缓解疼痛时不可随意应用吗啡类药物，以免影响病情观察。

(8) 呕吐时协助病人头偏向一侧，及时清除口腔内呕吐物。

(9) 病情平稳后可取半卧位，定时观察胃肠减压是否通畅。

(10) 慢性不完全肠梗阻的病人，除一般准备外，按手术要求做好肠道准备。

(11) 若腹痛发作急骤、出现休克征象伴有明显腹膜刺激征、体温升高、腹部隆起及压痛，胃肠减压抽出物、肛门排出物为血性，遵医嘱抗休克、抗感

染治疗，并做好紧急手术的准备。

### 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心律、脉搏及呼吸的变化，血压平稳后给予半卧位。

(3) 禁食期维持有效的胃肠减压，观察引流液的量、颜色及性质。

(4) 禁食期间遵医嘱静脉补液，保持水、电解质、酸碱平衡，准确记录出入量。

(5) 如有腹腔引流管时，保持引流通畅并观察引流液的量、颜色及性质。

(6) 肠蠕动恢复后可拔除胃管，根据病人情况逐渐恢复经口进食，开始进流质饮食，如无不适改为半流食，逐步恢复后进普通饮食。

(7) 病情平稳，24 小时后鼓励病人床上活动，3 天后可下床活动，以促进胃肠功能的恢复。

### 【健康指导】

1. 注意饮食卫生，进营养丰富、易消化的食物，不得暴饮暴食。

2. 多食粗纤维食物，保持大便通畅。

3. 饭后避免剧烈运动。

4. 若出现腹痛、腹胀等不适症状应及时就诊。

### (二) 结肠癌手术病人护理要点

### 【评估】

1. 是否有高脂肪、低纤维素饮食的习惯，既往是否有结肠腺瘤、家族性息肉、溃疡性结肠炎及结肠血吸虫病史。

### 2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无腹泻、便秘交替出现症状。

(3) 有无大便带血、脓黏液。

(4) 营养状况，有无食欲减退、乏力、消瘦、贫血等症状。

(5) 是否存在淋巴结肿大，腹部有无肿块及肿块大小、活动度，有无黄疸、腹水等。

(6) 直肠指诊及内镜检查结果。

3. 对结肠造口的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

5. 家庭支持力度。

### 【护理要点】

1. 按围手术期病人的一般护理要点。

## 2. 术前护理

(1) 向病人讲解手术治疗的必要性, 介绍结肠造口的部位、功能、伤口等有关知识, 消除顾虑, 减轻心理负担, 增强治疗信心。

(2) 维持足够的营养, 术前尽量多食高蛋白、高热量、高维生素、易消化的少渣饮食。胃肠道准备期间需限制饮食, 可遵医嘱静脉补充营养。术前因恶心、呕吐或肿瘤压迫肠道而引起的水、电解质及酸碱平衡失调, 遵医嘱及时给予补充。

### (3) 肠道准备

1) 无结肠、直肠梗阻者, 术前 3 天半流食, 前 2 天流食。

2) 术前 1 天遵医嘱给予口服泻药 (年老体弱者可服用石蜡油); 术前 1 天晚清洁灌肠。

3) 术前 1 天开始禁食, 遵医嘱静脉补液, 防止虚脱。

4) 术前 3 天遵医嘱给病人口服肠道抑菌药物, 同时口服维生素 K。

5) 有肠梗阻症状时, 肠道准备时间需延长。直肠癌肠腔有狭窄时, 可选择粗细合适的肛管, 缓慢通过狭窄部位, 禁高压灌肠, 以防癌细胞扩散。

(4) 女病人如肿瘤已侵犯阴道壁, 术前 3 天开始每晚进行阴道灌洗。

(5) 教会病人深呼吸、有效咳嗽及咳痰的方法。

(6) 手术日晨留置胃管及尿管。

## 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏及呼吸的变化, 发现异常及时通知医生。

(3) 观察腹部及会阴部创面敷料有无渗血及渗液, 骶前引流管是否通畅, 观察引流量、颜色及性质, 如发现活动出血时立即通知医生。骶前引流管一般留置 5~7 天, 引流量少可拔除。

(4) 定时监测体温的变化, 观察有无伤口感染、腹部脓肿及吻合口瘘等征象。

(5) 遵医嘱应用抗生素, 预防感染的发生。

(6) 术后 7~10 天内不可灌肠, 必要时遵医嘱口服缓泻药物。

(7) 观察病人有无恶心、呕吐、腹痛、腹胀、停止排气、排便等肠梗阻症状, 发现异常及时通知医生。

(8) 保持尿管通畅, 观察尿量、颜色及性质。拔尿管前夹闭尿管, 训练膀胱功能。

(9) 遵医嘱给予化疗药物, 做好化疗反应及毒副作用的观察及护理。

(10) 结肠造口的观察及护理:

1) 观察造口血运状况,如肠黏膜水肿、颜色变暗、发紫、发黑;造口出血、感染;造口回缩;狭窄等及时通知医生。

2) 术后禁食,遵医嘱静脉补液,待结肠造口开放后可进流质饮食,以后可进高蛋白、高热量、高维生素、易消化的少渣饮食。避免食产气性的食物及易引起便秘或腹泻的食物,进食规律,养成定时排便的习惯。

3) 保持造口周围皮肤清洁,每天更换清洁造口袋时,用温水或生理盐水棉球或软毛巾清洁造口周围皮肤,擦干后涂氧化锌软膏或防漏软膏保护皮肤,防止皮肤糜烂或皮炎。

4) 教会病人自己更换造口袋的方法。

### 【健康指导】

1. 教会病人自我护理的方法,保持造瘘口周围皮肤清洁,涂抹氧化锌膏;假肛袋使用时应注意及时清理,避免感染和臭气;掌握适当的活动强度,避免增加腹压,引起肠黏膜脱出;注意观察粪便的量及形状、瘘口形态、颜色变化等。

2. 若发现造口狭窄,必要时可每天扩张造口,排便困难及时就诊。

3. 进少渣、易消化的食物,避免过稀或粗纤维较多的食物。

4. 生活有规律,养成每天定时排便的习惯。

5. 会阴部创面未愈合者,每天进行坐浴,教会清洁创面及更换敷料的方法。

6. 保持良好心态,与正常人一样生活及参加社交活动。

### (三) 直肠癌手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 是否有高脂肪、高蛋白,低纤维素饮食的习惯。有无家族性多纤维瘤、直肠慢性炎症,大肠癌、乳癌等。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无便意频繁、腹泻,里急后重,排便不尽,便前肛门下坠等肠道刺激征状。

(3) 有无便血,混有粪便的黏液便或脓血便。

(4) 有无腹胀,阵发性腹痛,肠鸣音亢进,大便困难,便秘,大便变形,便细等。

(5) 有无尿频,尿痛,排尿困难等症状。

(6) 有无黄疸,腹水等肝转移症状。

(7) 直肠指诊,内镜,大便潜血及钡剂灌肠检查结果。



3. 对直肠癌的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。
5. 家庭支持力度。

#### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。
2. 术前护理

(1) 向病人解释人工肛门的必要性,说明造口手术只是将排便出口由原来的肛门移至左下腹部,对消化功能无大影响,只要学会护理造口,不会影响正常的生活及工作。

(2) 指导病人进高蛋白、高热量、高维生素、少渣的“三高一少”饮食。必要时遵医嘱静脉补充高营养。

(3) 对排便次数多的病人,做好肛周护理。

(4) 肠道准备同结肠癌术前肠道准备。

#### 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心律、脉搏及呼吸的变化,术后平卧6小时,如无禁忌可改半卧位。

(3) 观察有无内出血和吻合口瘘的迹象,发现异常及时通知医生。

(4) 遵医嘱给予营养支持,维持水电解质平衡。

(5) 肠鸣音一般在3~4天才能恢复,肛门排气后可拔除胃管,开始进流食。注意观察病人有无腹胀、腹痛等不适。若无不适反应,逐渐恢复正常饮食。

(6) 术后7~10天内不可灌肠,以免影响伤口愈合。

(7) 遵医嘱应用抗生素,预防感染。

(8) 伤口护理注意换药顺序:腹部切口—会阴部切口—造瘘口。会阴部可用高锰酸钾坐浴,以促进局部愈合。

(9) 胃管、腹腔引流管、骶前引流管(5~7天),尿管(1周左右),护理同结肠术后。

(10) 结肠造瘘护理,同结肠癌术后病人护理。

#### 【健康指导】

1. 保持心情舒畅,生活有规律。
2. 宜食低脂,适当蛋白及纤维素食物,避免大便过干过稀,保持排便通畅。
3. 术后1~3个月勿参加重体力劳动,负重 $<10\text{kg}$ ,避免增加腹压动作。

4. 终身复查，全面治疗，出现不适及时就诊。
5. 做好人工肛门的护理（参照结肠癌病人护理）。

#### （四）肛管疾病手术病人护理要点

##### 1. 痔手术病人护理要点

##### 【评估】

（1）工作是否经常站立或坐着、饮食习惯、是否经常便秘，有无造成腹内压增高及肛腺及肛周感染等疾病。

##### （2）病情评估

- 1) 生命体征。
- 2) 排便时有无疼痛及排便困难、大便表面是否带鲜血或便后滴血、喷血、有无黏液，便血量、发作次数等。
- 3) 有无头晕、眼花、乏力等贫血症状。
- 4) 肛门有无肿块脱出，能否自行回纳或用手推回，有无肿块嵌顿史。
- 5) 肛门皮肤有无瘙痒、疼痛。
- 6) 直肠指检、内镜等检查结果。
- （3）对痔疮的认知程度及心理承受能力。
- （4）自理能力。

##### 【护理要点】

（1）按围手术期病人一般护理要点。

##### （2）术前护理：

- 1) 贫血体弱者，协助完成术前检查，防止排便或坐浴时晕倒受伤。
- 2) 保持大便通畅，少吃辛辣、刺激性食物，多吃蔬菜、水果、脂类及粗纤维食物，避免饮酒。
- 3) 内痔脱垂，不能复位并有水肿及感染者，用1:5 000高锰酸钾温开水坐浴，局部涂痔疮膏，用手法将其还纳，嘱其卧床休息。
- 4) 术前每晚用1:5 000高锰酸钾溶液温开水（43~46℃，3 000ml）坐浴，每次20分钟，2~3次/天，并清洁肛门及会阴部。
- 5) 给予高蛋白饮食，术前3天进流食，并口服肠道杀菌剂，预防感染。术前1天口服缓泻药物。
- 6) 术前1天晚清洁灌肠，肛管应缓慢插入，以免引起痔出血。
- 7) 准备手术区域皮肤，保持肛门皮肤清洁，女性已婚病人术前冲洗阴道。

##### （3）术后护理：

- 1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

2) 术后定时监测血压、心律、脉搏、呼吸的变化,如发现病人面色苍白、出冷汗、头昏、心悸、脉细速等内出血的症状,立即通知医生,用消毒凡士林纱布堵塞肛门压迫止血,并做好输血的准备。病情平稳,给予半卧位。

3) 术后观察病人有无腹胀、尿潴留、排尿困难,经诱导无效时给予导尿,必要时留置尿管。

4) 遵医嘱给予镇痛药物,并在术后首次排便之前再给一次。

5) 术后第1天进流质饮食,2~3天改为无渣或少渣饮食。

6) 术后48小时口服阿片酊,减少肠蠕动,尽量不排便,以保证手术切口的愈合。

7) 术后每次排便或换药前均用1:5 000高锰酸钾溶液坐浴,坐浴后用凡士林油纱布覆盖及再用纱垫盖好并固定。

8) 观察病人有无排便困难、大便变细或大便失禁等肛门括约肌松弛现象。为防止肛门狭窄,术后5~10天内可用示指扩肛,每天1次。鼓励病人有便意时,尽快排便。括约肌松弛者,指导其3天后进行肛门收缩、舒张运动。

#### 【健康指导】

(1) 多饮水,多吃蔬菜、水果以及富含纤维素的饮食,禁止饮酒及食辛辣等刺激性食物。

(2) 养成定时排便的习惯,避免排便时间过长。

(3) 出现便秘时,应增加粗纤维食物,必要时口服适量蜂蜜或润肠通便药物。

(4) 出院时如创面尚未完全愈合者,正确配置坐浴液。每日温水坐浴,保持创面清洁,促进早期愈合。

(5) 如发现排便困难,应及时就诊。

(6) 肛门狭窄的病人,遵医嘱定期进行肛门扩张。

#### 2. 肛瘘切除手术病人护理要点

##### 【评估】

(1) 有无肛管直肠周围脓肿自行溃破或切开引流的病史。

(2) 病情评估:

1) 肛门皮肤有无红、肿。

2) 肛周外口有无反复流脓及造成皮肤瘙痒感。

3) 是否出现过排便困难、便血、排便时疼痛。

4) 了解直肠指检、内镜及钡灌肠造影等检查结果。

(3) 对肛瘘的认知程度及心理承受能力。

(4) 自理能力。

### 【护理要点】

(1) 按围手术期病人的一般护理要点。

(2) 术前护理：

1) 观察病人有无肛门周围皮肤红、肿、疼痛、流脓或排便困难，症状明显时嘱其卧床休息，肛门局部给予热敷或热水坐浴，以减轻疼痛，利于大便的排出。

2) 鼓励病人进高蛋白、高热量、高维生素、易消化的少渣饮食，多食新鲜蔬菜、水果及脂肪类食物，保持大便通畅。

3) 养成定时排便的习惯，便秘者遵医嘱给予缓泻药物，改变排便行为。

4) 急性炎症期，遵医嘱给予抗生素，每次排便后用清水冲洗干净，再用1:5 000高锰酸钾溶液温水坐浴，每次20分钟，3次/天。

(3) 术后护理：

1) 按椎管内麻醉病人护理要点，监测生命体征变化。

2) 术后排尿困难者，经诱导无效，给予导尿，必要时留置尿管。

3) 术后2~3天内进半流少渣饮食。

4) 术后3天内口服阿片酞控制排便，有利于切口愈合，嘱病人口服石蜡油，软化粪便，禁忌灌肠。

5) 肛瘘脓肿切开引流及肛瘘切开术后的病人，术后第2天开始更换敷料，换药前、排便后均应坐浴，坐浴后创面先用凡士林油纱覆盖，再用普通纱布盖好并固定，以防肛门狭窄。

6) 肛瘘手术如损伤外括约肌，可导致大便失禁，由于粪便的刺激，可引起局部皮肤糜烂，指导病人定时坐浴，保持肛门周围皮肤清洁、干燥，为减少对皮肤的刺激可涂氧化锌软膏。

7) 指导病人进行括约肌功能的训练。

### 【健康指导】

见痔手术病人。

## 七、阑尾炎手术病人护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 是否有右下腹压痛、腹膜刺激征等。

(3) 有无恶心、呕吐、腹胀等胃肠道症状及因炎症刺激直肠而引起排便增多的症状。

(4) 体温是否升高、脉搏是否加快, 有无全身感染症状。

(5) 白细胞计数及分类检查结果。

2. 对阑尾炎的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 半卧位。

(2) 暂时禁食, 遵医嘱静脉补充液体。

(3) 在未完全确诊之前, 禁用镇静、止痛药物。禁服泻药及灌肠, 以免造成肠蠕动加快、肠内压增高, 而导致阑尾穿孔或炎症扩散。

(4) 观察病人精神状态、生命体征、腹部症状和体征的变化。如体温明显升高, 脉搏增快, 腹痛加剧, 范围扩大, 并出现腹膜刺激征, 立即通知医师。

(5) 合并阑尾周围脓肿的病人, 遵医嘱禁食、输液并给予抗生素, 脓肿局限可以出院。

(6) 需手术的病人, 遵医嘱做好术前准备。

3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测血压、脉搏、体温的变化及有无腹痛、腹胀、腹部包块或大便次数增多等情况, 平卧 6 小时后, 可给予半卧位。。

(3) 观察伤口局部有无红肿、压痛或波动感。

(4) 遵医嘱应用抗生素及镇痛药物。

(5) 排气后可进流食。

(6) 鼓励病人早期活动, 促进肠蠕动恢复, 防止肠粘连的发生。

#### 【健康指导】

阑尾周围脓肿保守治疗出院病人, 嘱其 3 个月后再住院行阑尾切除术。

### 八、腹部疝手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 有无先天及后天性的腹壁强度减弱、慢性咳嗽、便秘、排尿困难、腹水及妊娠等腹内压增高等诱发因素。

## 2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无慢性咳嗽、便秘、排尿困难及其他疾病等。

(3) 腹股沟部肿块大小、质地、有无坠胀感、腹压增高时是否突出，能否还纳入腹腔。

(4) 有无腹股沟肿块突然增大、明显压痛，平卧或手法推挤不能回复，并伴有机械肠梗阻症状。

3. 对腹外疝的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按围手术期病人的护理要点。

### 2. 术前护理

(1) 老年人应了解心、肺、肝、肾等重要器官的功能及有无糖尿病。

(2) 对腹内压增高的病人，遵医嘱给予治疗，待症状得到控制后再行手术。

(3) 吸烟者，术前两周开始戒烟。

(4) 注意保暖，预防感冒。

(5) 嘱病人认真清洗阴囊及会阴部的皮肤，并遵医嘱做好术前准备。

(6) 嵌顿性疝及绞窄性疝的病人多伴有肠梗阻，术前禁食、输液、留置胃肠减压，纠正水、电解质及酸碱平衡失调，必要时备血及遵医嘱给予抗生素。

(7) 告知病人减少活动，需活动时佩戴疝气带压住疝环口。

### 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉护理病人要点。

(2) 定时监测病人血压、心率、脉搏及呼吸的变化。

(3) 术后平卧，双腿屈曲，膝下垫枕，1~2天后可抬高床头 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ，一般卧床3~6天可下床活动；采用经典修补术及无张力修补术后者，第1天可试行下床活动；老年病人、巨大疝及复发疝病人遵医嘱延长下床活动时间，卧床期间协助其生活护理。

(4) 术后因麻醉或手术刺激引起的尿潴留，经诱导无效，给予导尿，必要时留置尿管。

(5) 遵医嘱给予抗生素及镇痛药物。

(6) 观察阴囊及切口有无渗血，若切口敷料被尿液浸湿，应及时更换。

(7) 一般病人术后6~12小时可进流质饮食，第2天进软食或普通饮食。

作肠切除、肠吻合者术后应禁食，待肠蠕动恢复后，方可进流质饮食。

(8) 术后注意保暖，防止受凉、咳嗽。咳嗽、打喷嚏时嘱其按压伤口，必要时给予镇静剂。便秘时，不可屏气用力，遵医嘱给予润肠或缓泻药物。

(9) 定时观察病人体温、脉搏的变化，切口有无红、肿、疼痛，有无血尿等并发症，发现异常，及时通知医师。

#### 【健康指导】

1. 注意保暖，避免感冒和咳嗽，有排尿及排便困难时及时治疗，以防疝复发。

2. 多吃粗纤维食物、新鲜蔬菜、水果，保持大便通畅。

3. 术后 3~6 个月不得从事重体力劳动。

4. 适当锻炼，加强肌肉功能，预防复发。

### 九、急性腹膜炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 有无腹腔脏器穿孔、炎症、坏死、破裂或手术污染等继发病灶及腹腔内原发病灶。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 以往有无阑尾炎、胃十二指肠溃疡发作史，本次发病是突然发作还是逐渐加重。

(3) 腹痛的部位、性质、时间长短、程度、范围等。

(4) 有无发热、恶心、呕吐、出汗、口干等不适症状。

(5) 有无腹胀、压痛、肌紧张、反跳痛，肠鸣音有无减弱或消失，有无移动性浊音等。

(6) 营养状况。

(7) 直肠或阴道检查、腹部 X 线及实验室检查结果。

3. 对急性腹膜炎的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 在无休克的情况下，指导病人半卧位，以利腹腔内渗出液、脓液等积聚在盆腔，促使炎症局限，同时也有利于呼吸及循环的改善。

(2) 定时监测神志、血压、心律、脉搏、呼吸、尿量及中心静脉压及血气



分析数值的变化,根据病情变化及时给予氧气吸入。

(3) 禁食期间保证有效的胃肠减压,可减少胃肠道内容物流入腹腔,控制感染的扩散。肠蠕动恢复后,遵医嘱进食。

(4) 遵医嘱静脉输液,纠正水电解质失衡及酸中毒,必要时输血浆或全血,以维持血容量。

(5) 遵医嘱给予抗生素,预防及控制感染。

(6) 遵医嘱给予病人镇静、止痛药物。未确诊者,严禁使用麻醉类镇痛药,以免掩盖病情的观察。

(7) 遵医嘱及手术要求,做好术前准备。

### 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测病血压、体温、脉搏、呼吸及尿量的变化,发现异常及时通知医生。

(3) 鼓励病人早翻身、活动,减轻腹胀,预防肠粘连。

(4) 术后禁食 2~3 天,禁食期间保证有效胃肠减压。肠蠕动功能恢复排气后,可拔除胃管,进流质饮食,如无腹胀、腹痛、呕吐等不适症状,逐步改为半流食。

(5) 遵医嘱输液、维持水和电解质、酸碱平衡,必要时输血浆或全血。

(6) 遵医嘱应用广谱抗生素,以减轻或防止腹腔残余感染。

(7) 引流管的观察及护理:

1) 保持腹腔引流通畅,观察并记录引流液量、颜色及性质,如颜色鲜红,说明有继发出血,立即通知医生。

2) 有多根引流管时应做好标记,必要时放置支架,以免盖被压迫或牵拉脱出。

3) 观察引流管周围皮肤,若出现红肿,可用凡士林纱布或氧化锌油膏保护局部皮肤。

4) 保持引流管通畅,定时挤压引流管,防止阻塞。

5) 引流液减少、色清、病人体温及白细胞计数正常,可拔除引流管。

(8) 观察病人有无腹腔脓肿等并发症的发生。

### 【健康指导】

1. 多吃高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。

2. 注意体温及腹痛情况,发现异常及时就诊。

3. 保持大便通畅,防止便秘。

4. 根据体力恢复状况,应适当增加活动量,防止肠粘连。对突发的腹痛

加重,应及时就诊。

## 第七节 肝、胆、胰外科疾病病人护理指南

### 一、肝脏手术病人护理要点

#### (一) 门脉高压手术病人护理要点

##### 【评估】

1. 有无慢性肝炎、血吸虫病、肝肿大、黄疸史、有无腹水、长期大量饮酒史等。

##### 2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无脾区疼痛、发热史。

(3) 有无呕血及黑便史,出血的日期、次数、数量及治疗情况。

(4) 评估出血特点,了解血红蛋白、电解质水平动态变化、血氨水平、精神状态及病人有无肝性脑病的先兆。

3. 对门脉高压的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

(1) 嘱病人卧床休息,保持安静。必要时遵医嘱给予镇静药物,使病人情绪稳定,减少再出血。

(2) 补充血容量,纠正水电解质平衡失调。

1) 迅速建立静脉通道,遵医嘱输液、输血。肝硬化者宜输新鲜血,防止诱发肝性脑病。遵医嘱补钾,控制钠的摄入量。

2) 定时监测中心静脉压。

3) 定时监测血压、心率、呼吸的变化,观察是否因血容量增加而导致再出血。

4) 留置尿管,监测每小时尿量。

##### (3) 止血

1) 遵医嘱冰盐水胃内灌洗或冰盐水加血管收缩剂,灌洗至回流液清澈为止。

2) 遵医嘱应用止血药物,并观察其治疗效果。

3) 三腔管观察及护理: ①置管前检查胃、食管气囊有无老化、漏气。②解释插管的目的及注意事项, 以取得配合。③协助医生进行插管, 随呼吸和吞咽缓慢下送 50~60cm, 抽吸到胃液或血液时, 证明已在胃中。④向胃囊内注气 150~200ml, 用止血钳夹住管尾端, 稍向外拉, 使气囊紧贴胃和食管交界处, 在管端用 0.5kg 重量通过滑车悬吊架牵拉导管, 床头稍抬高, 利用反牵引力压迫胃底, 取得止血效果。若持续出血, 则向食管气囊注气 100~150ml, 并用血管钳夹住, 同时压迫食管及胃底。⑤胃管连接胃肠减压, 观察止血效果, 若出现新鲜血液, 说明止血失败, 立即通知医生。⑥置管后嘱病人头偏向一侧, 便于吐出唾液, 定时抽吸口腔、鼻咽腔的分泌物。⑦观察及调整牵引绳, 以防鼻翼及口唇黏膜压伤。为防止黏膜局部因压迫太久而发生糜烂和坏死, 三腔管压迫时间应每 12 小时放气 20~30 分钟, 使胃黏膜血液循环暂时恢复, 然后再重新注气。⑧观察并记录胃肠减压引流液, 判断出血是否停止。⑨三腔管一般放置 48~72 小时 (或止血 24 小时后) 可考虑拔管, 拔管前先抽出气囊内的气体, 继续观察 24 小时无出血后吞服石蜡油 30~50ml, 缓慢拔出三腔管。

(4) 术前未出血者, 指导病人进高蛋白、高热量、高纤维素、低脂、无渣饮食; 有腹水者; 低盐饮食; 准备行门腔静脉吻合术者, 术前 3 天进低蛋白饮食。

(5) 重度贫血, 食管静脉曲张、巨脾者, 遵医嘱适当限制活动以免发生呕血或内出血。

(6) 禁用肥皂水灌肠, 可口服 50% 的硫酸镁或用 0.9% 的生理盐水灌肠。

(7) 术前留置胃管时动作应轻柔, 选用细管, 多涂润滑油, 以免引起出血 (最好在医生督导下进行)。

(8) 严重腹水的病人, 使用利尿剂的同时, 监测水、电解质平衡及 24 小时尿量的变化, 每天测量腹围及体重。

(9) 肝功能异常的病人, 为保护肝脏慎用巴比妥类药物, 观察病人的意识状态。

(10) 做好病人卧床期间的的生活护理。

### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测病人血压、心律、脉搏、呼吸的变化及有无肝性脑病的先兆。

(3) 分流手术后平卧 48 小时, (绝对平卧位或 15° 低坡卧位), 2~3 天改为半卧位。单纯脾切除术后平卧 6 小时后改为半卧位。

(4) 准确记录出入量, 注意水、电解质平衡, 使用利尿剂的病人, 了解血钾、血钠检查结果, 观察尿量变化, 以了解肾功能状况。

(5) 保持腹部引流管通畅, 观察并记录引流液量、颜色及性质。

(6) 脾切除的病人常出现脾热, 遵医嘱及时给予降温处理。

(7) 行下腔静脉与肠系膜上静脉端侧吻合术后的病人, 观察有无急性腹痛、腹胀及腹膜刺激征; 判断是否存在肠系膜血管栓塞或血栓征象, 了解血小板计数。禁止在下肢静脉穿刺或输液, 观察下肢有无血栓性静脉炎。为防止下肢水肿, 可用弹力绷带包扎。

(8) 遵医嘱给予抗生素, 预防感染。

(9) 禁用吗啡、哌替啶、巴比妥等对肝脏有损害的药物。

### 【健康指导】

#### 1. 合理饮食

(1) 给予高糖、高维生素及低脂饮食, 以无渣半流食为准, 避免进粗糙、干硬、油炸辛辣及有骨刺的食物, 温度不易过热, 防止引起曲张静脉破裂出血。

(2) 告知病人饮食应有规律, 少食多餐, 以糖类食物为主。

(3) 肝硬化者应根据病人不同病情、病程分别给予高蛋白饮食、低蛋白饮食或限制饮食。如未出现肝性脑病, 可酌情摄取优质高蛋白饮食 (50~70g/d); 有肝性脑病先兆症状时, 应限制食物中蛋白质 (<20g/d)、钠盐和水的摄入; 分流术者, 适当限制蛋白和肉类摄入。

2. 继续保肝治疗, 定期复查肝功能。

#### 3. 指导病人建立健康的生活方式

(1) 避免劳累和过量的活动, 保证充分休息。一旦出现头晕、心慌、出汗等症状, 应卧床休息, 逐渐增加活动量。

(2) 戒烟、戒酒。

(3) 不穿过紧的衣服; 用软毛牙刷刷牙; 避免用力打喷嚏、排便及抬重物等, 减少出血的危险性。

4. 指导病人(家属)掌握出血先兆和基本护理措施, 教会家属基本的观察和主要的护理措施, 以消除诱因, 避免及减少发病。

### (二) 肝癌手术病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病因

(1) 有无肝炎、肝硬化、肝肿大的病史。

(2) 家族中有无肝癌及其他癌肿发病史, 是否来自肝癌发病区。

(3) 是否与致癌物质接触; 是否有不良的饮食习惯, 如常食含黄曲霉素、亚硝胺类食物及酗酒。

## 2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 肝区疼痛性质、部位及程度。

(3) 黄疸程度及出现的时间，是否存在腹泻、发热等症状。

(4) 营养状况、是否存在腹胀、乏力、消瘦、贫血、腹水及下肢水肿等状况。

(5) 肝功能受损程度，血小板计数、出凝血时间、凝血酶原等检查结果。

3. 对肝癌的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按外科围手术期病人一般护理指南。

### 2. 术前护理

(1) 嘱病人卧床休息，保持安静，避免在床旁讨论病情，必要时遵医嘱给予镇静、镇痛药物。

(2) 鼓励病人进高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食；伴有腹水和水肿者给予低钠饮食。

(3) 腹水和水肿病人定期测量体重，记录出入量、腹围及水肿程度。

(4) 遵医嘱给予维生素 K<sub>1</sub>，改善凝血功能。

(5) 遵医嘱进行肠道准备，术前 3 天口服抗生素。术前 1 天清洁灌肠，为减少血氨来源，禁用肥皂水灌肠，可用酸性溶液（如生理盐水 100ml 加食醋 1~2ml）灌肠。

(6) 教会病人做深呼吸、有效咳嗽咳痰及翻身的方法。

(7) 遵医嘱及手术要求，做好术前准备。

### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测病人血压、心律、脉搏、呼吸的变化及有无出血、昏迷等征象。

(3) 术后 24 小时内卧床休息；术后第 2 天协助病人半卧位，避免剧烈咳嗽，过早活动可导致肝断面出血。半肝以上切除者，遵医嘱间歇给氧 3~4 天。

(4) 遵医嘱给予镇痛药物。

(5) 遵医嘱静脉输液、补充蛋白质及维生素。

(6) 肝叶或肝局部切除术后放置双腔引流管；胸腹联合切口者，同时放置胸腔闭式引流管，保持引流通畅，观察引流液的颜色及量，疑有出血倾向时，立即通知医生。

(7) 术后第1天禁食，排气后可进流质饮食，特殊情况遵医嘱。

(8) 全身或肝动脉插管化疗病人的观察及护理

1) 严格无菌操作，每次注药前导管前端进行消毒，注药后更换消毒纱布、覆盖并扎紧管端，防止感染的发生。

2) 为预防导管堵塞，注药后用2~3ml肝素溶液(50U/ml)冲洗导管，保持管腔内血液不凝固。

3) 如用微量注射泵，可将导管连接于泵上，便于持续注射化疗药物。

4) 化疗期间观察病人肝区疼痛程度及白细胞计数的变化，如疼痛剧烈、食欲减退、恶心、呕吐及白细胞减少，及时通知医生，一般在疗程结束后能自行恢复。如症状严重，遵医嘱暂停化疗。如发生胃、胆、胰、脾等动脉栓塞而并发上消化道出血及胆囊坏死等并发症时，遵医嘱实施重症监护。

#### 【健康指导】

1. 注意营养的摄入，多吃蛋白质丰富的饮食和新鲜蔬菜、水果，食物以清淡、易消化为宜。如有腹水、水肿，应避免食用过多的盐。

2. 防止便秘，为预防血氨升高，可用适量的缓泻剂，保持大便通畅。

3. 注意休息，如体力许可，可进行适当活动。

4. 鼓励晚期病人及家属要共同面对疾病。

5. 发现水肿、出血倾向、黄疸、体重减轻、疲倦等症状应及时就诊。

(三) 原位肝脏移植手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 是否存在其他疾病。

(3) 肝脏功能检测结果。

(4) 有无食欲减退、腹胀、腹水、乏力、消瘦等临床表现。

2. 对肝脏移植的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点

2. 术前护理

(1) 受体准备

1) 协助病人完成各项特殊及常规检查。

2) 鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的低脂饮食，以免加重肝脏负担。



3) 术前3天进半流食,术前1天进流质饮食,口服肠道抗生素,术前1天晚清洁洗肠。

4) 术前1天准备手术区域皮肤,颈部及大腿上1/3,两侧至腋后线及腋窝。

5) 术前测量体重、身高及生命体征并记录。

6) 术前遵医嘱留置胃管及尿管。

7) 术前遵医嘱给病人口服免疫抑制剂。

#### (2) 层流室(隔离室)的准备

1) 采取保护性隔离,病室内采用紫外线照射空气消毒,3次/天;有条件的医院可安装空气净化器或层流空气净化装置,以确保空气洁净。病室地面、桌面等用消毒液擦拭,3次/天。

2) 定期对空气、物体表面进行细菌学监测,以确保病室各项细菌含量符合卫生学要求,空气不超过 $200\text{cfu}/\text{m}^3$ ;物体表面、医务人员的手不超过 $5\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。

3) 病室内一切物品禁止与其他病房混用,从外边带入的物品入室前,需经过消毒处理。

4) 病室配备多功能监护仪、呼吸机、吸引器、小型化验室、抢救设备及药品、免疫抑制剂、治疗及换药用物。

5) 进行无菌操作前用消毒液消毒双手后再进行操作。

6) 工作人员患感冒、肠炎或皮肤炎症等感染性疾病时,应暂时调离隔离病室。

7) 尽量减少人员流动,严格控制入室人员,原则上谢绝家属探视,如需进入必须穿隔离衣。

#### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 术后入隔离室,置病人于平卧位。迅速连接气管插管、动静脉插管及各种引流管并妥善固定。

(3) 病情监测:

1) 循环监测:定时监测血压、肺动脉压、肺动脉楔压、心排量、中心静脉压及每小时尿量等。早期尿量维持在 $200\text{ml}/\text{h}$ 左右,以后维持在 $100\text{ml}/\text{h}$ 左右。

2) 呼吸监测:由于手术及免疫抑制剂的应用,病人易发生肺不张、肺部感染、反应性胸腔积液等合并症。定时观察呼吸频率、节律、深浅度,气道内压、潮气量,监测血氧饱和度、血气分析以及咳嗽、咳痰等情况。鼓励病人进行深呼吸,有效咳嗽咳痰,定时翻身、拍背、雾化吸入,及时清除呼吸道分泌



物和促进肺泡充盈扩张。

3) 凝血功能监测: 定时观察引流液的量及性质, 膀胱有无出血; 全身皮肤黏膜有无淤血斑、出血点等, 尽量减少静脉穿刺; 观察神志变化及肢体活动情况, 判断有无颅内出血征象。

4) 管道监护: 肝移植术后一般需留置气管插管、胃管、腹腔引流管、T管、导尿管、漂浮导管、动脉测压管等, 保持各管道通畅, 并记录引流液的量及性质, 遵医嘱采集标本并及时送检。防止T管脱落、扭曲或引流物堵塞等影响胆汁引流。

#### (4) 感染的预防

1) 术后实施严密的保护性隔离, 病人安置于单人房间, 尽量有正压层流通气设备, 保持室内空气新鲜, 室温  $20\sim 24^{\circ}\text{C}$  左右, 相对湿度  $60\%\sim 70\%$ 。室内紫外线照射 3 次/天, 每次 60 分钟, 用  $1:100$  的快速消毒液擦拭家具、地面 3 次/天, 每天进行空气细菌学监测。隔离期病人术后 2~4 周应严格控制人员出入。

2) 保持伤口无菌干燥。若伤口敷料有渗出应及时更换。定时进行引流液、胆汁、血、痰、尿的细菌学培养及药敏试验, 观察有无感染征象。

3) 口腔护理 3 次/天, 用碱性漱口液定时漱口, 观察口腔有无溃疡、真菌感染等, 用  $0.02\%\sim 0.05\%$  的碘伏液进行会阴冲洗 3 次/天; 鼻腔、外耳道定时用碘伏棉签擦拭; 晨晚间护理用温水擦拭病人全身, 保持皮肤清洁; 保持床铺干燥、平整, 防止褥疮。

#### (5) 活动与营养

1) 术后 24 小时取平卧位, 血压平稳后可取斜坡卧位, 定时翻身; 术后 1 周内半卧位时不宜超过  $45^{\circ}$ ; 术后 10 天左右可下床活动。

2) 排气后可进流质饮食、半流、软食。选择避免加重肝脏负担、富含维生素和钾的食物。

#### (6) 免疫抑制剂副作用的观察及使用中的注意事项:

1) 口服环孢素有油剂和胶囊两种, 油剂应在饭前半小时给病人服用, 用牛奶或果汁送服; 或滴在面包或饼干上一起服用, 可减少胃肠道反应。为维持血药有效浓度, 遵医嘱按时、按量协助病人服药。

2) 环孢素和他克莫司主要的毒、副作用为肝、肾毒性、血压升高及神经毒性。服药期间遵医嘱定时监测肝肾功能, 避免与加重肝肾毒性的药物合用。定时监测血压的变化, 如血压升高立即通知医生。

3) 硫唑嘌呤主要的不良反应为抑制骨髓及肝脏毒性, 使用 2 个月内遵医嘱至少每周检查 1 次血常规及肝功能。

4) 肾上腺皮质激素长期使用可增加感染、引起高血压、诱发或加重溃疡及糖尿病等,遵医嘱定时监测血压、血糖或尿糖的变化,给予胃黏膜保护剂,观察病人生命体征、体重、皮肤的变化及大便的颜色及性状。

(7) 输血、输液的观察及护理:

1) 药物的使用方法、时间、剂量等严格遵医嘱执行。为控制水钠过多的摄入,用5%的葡萄糖溶液稀释溶解药物。

2) 配药时严格无菌操作,每日更换输液管道、每日消毒深静脉导管周围的皮肤并更换导管处的敷料。如出现不明原因的全身感染征象,遵医嘱拔除深静脉导管,并留取导管尖端作细菌培养及药敏试验。

3) 输血时为防止输入异体白细胞诱发移植物抗宿主反应,制备所用全血、红细胞悬液时均需滤过白细胞;输血小板时宜在床边过滤白细胞。

4) 使用免疫抑制剂时应做到药名、剂量、给药时间及用法准确。静脉给药过程中定时观察输液情况,防止药液外渗。环孢素A必须经外周静脉微量泵维持给药。

(8) 心理支持:护士应帮助病人尽快地适应重症监护的环境、提供恢复过程中相关的知识及器官移植存活的客观指标。寻求单位、家属及社会的支持,适当安排探视,促进康复。

**【健康指导】**

1. 家庭护理用品的准备

(1) 有条件者,肝移植术后的病人应住单间,装备紫外线灯,出院前教会病人及家属进行空气消毒的方法及时间。

(2) 准备血压表、听诊器、体温表、快速血糖仪等。

2. 感染的预防

(1) 居住的环境应清洁,保持空气新鲜、流通,每天用消毒液擦拭地面及室内家具表面。所用餐具、用具定时进行消毒。

(2) 少出入公共场所,外出时尽量戴口罩、手套。

(3) 家中禁止饲养宠物。

(4) 尽量避免过度的日光照射,以免因服用免疫抑制剂诱发皮肤癌。

(5) 注意个人清洁卫生,勤换衣裤、勤晒被褥、勤沐浴(注意保护T管),饭前、便后务必洗手。

(6) 注意T管的清洁,遵医嘱定期更换。

(7) 注意饮食卫生,出院3~4周内饮食需加热消毒;3个月内避免食用乳酸类饮料;6个月内避免吃生鱼、生肉等食物;禁止饮酒;禁止暴饮暴食;以低盐、低脂、高蛋白饮食为宜。

3. 遵医嘱终身服用免疫抑制剂,按时服药,切勿擅自更改药物剂量及停止服药,禁止服用未经允许的任何药物。

4. 如出现发热、畏寒、疲乏、咳嗽、呕吐、头痛、腹痛、高血压、四肢震颤、下肢水肿、黄疸等排斥反应症状,应立即就诊,以免延误病情。

5. 每日定时测量并记录体温、血压、脉搏、体重及身高。

6. 保持乐观心态,适当进行活动与锻炼,6个月内禁止剧烈体育活动。

## 二、胆囊结石手术病人护理要点

### 【评估】

1. 既往有无胆总管结石、肝内胆管结石、胆道蛔虫等病史。

2. 病情评估

(1) 生命体征及有无周围循环衰竭、感染中毒、休克等表现。

(2) 本次发作的诱因,如体位改变、吃油腻饮食、过度劳累或情绪变化等,既往有无类似发作史及治疗情况。

(3) 腹痛程度、部位、性质,有无腹膜炎体征及放射痛。

(4) 发热程度、有无寒战及恶心、呕吐等消化道症状。

(5) 有无黄染及黏膜干燥情况。

(6) 血培养及生化检查结果。

3. 对胆囊结石及胆囊炎的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 嘱病人卧床休息,协助更换体位及生活护理。疼痛时遵医嘱给予解痉镇痛药物,禁用吗啡类药物。

(2) 定时监测病人体温、脉搏、呼吸、血压的变化,观察其神态、面色、皮肤弹性、黏膜干燥及尿量的变化,高热病人及时给予降温处理。

(3) 严密观察病情变化,如出现腹膜炎体征并伴有高热寒战、黄疸,或急性腹痛伴有休克时,立即通知医生并做好抢救及紧急手术的准备。

(4) 遵医嘱给予止血药物。

(5) 急性期如恶心、呕吐等应遵医嘱禁食、持续胃肠减压、静脉补液,纠正水电解质失衡及酸中毒。

(6) 感染病人遵医嘱应用广谱抗生素控制感染。

(7) 观察皮肤有无黄染、粪便颜色变化,以确定有无胆道梗阻的发生。因

黄疸皮肤瘙痒时可用温水清洗或用炉甘石洗剂擦拭局部。

(8) 指导病人进低脂、高蛋白、高碳水化合物、高维生素食物。

(9) 术日晨留置胃管。

### 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 血压平稳后协助半卧位，定时翻身；腹腔镜胆囊摘除术 6 小时后可下床活动。

(3) 定时监测血压、心律、脉搏及呼吸的变化，观察有无血压下降、体温升高及尿量减少等全身中毒症状。

(4) 遵医嘱给予镇痛药物。

(5) 遵医嘱及时补充液体，保持出入量平衡，肠蠕动恢复后进流质饮食。

(6) 保持胃管通畅，观察并记录引流量、颜色及性质；观察有无出血、胆漏、肠穿孔、伤口渗液及腹部体征等情况；定时测量体温、呼吸，发现异常及时通知医生。

(7) 观察病人引流管或 T 管有无鲜血流出或出现血性胆汁，出血量少时仅表现为柏油便或大便潜血实验阳性，发现异常立即通知医生。

(8) T 管引流及护理

1) T 管不宜太短，妥善固定，严防因翻身、搬动、起床活动时牵拉而脱落。

2) T 管不能高于引流管出口平面，防止胆汁反流逆行感染。

3) 引流袋放置位置不宜过低，以免胆汁流失过度，影响脂肪的消化和吸收。

4) 随时检查 T 管是否通畅，避免受压、折叠、扭曲，应经常挤捏。术后 5~7 天内禁止加压冲洗引流管。每天更换 T 管口周围敷料及引流袋，保持 T 管无菌。

5) 观察并记录每天胆汁引流量、颜色及性质。

6) 观察引流管周围皮肤有无红肿，若发现红肿可涂氧化锌软膏。

7) 术后 10~14 天，如体温正常、黄疸消失、胆汁减少至 200~300ml/d，无结石残留可考虑拔管。拔管前在饭前、饭后各夹管 1 小时，若无饱胀、腹痛、发热、黄疸出现，1~2 天后全天夹管。观察有无体温升高、腹痛、恶心、呕吐及黄疸等症状。进行拔管前先行 T 管逆行胆道造影，充分引流造影剂，1~2 天后拔管，局部伤口用凡士林纱布填塞。

### 【健康指导】

1. 低脂饮食，为预防结石复发，可根据结石分析结果选择食物。

2. 遵医嘱定期进行肠道驱虫治疗。

3. 准备行二期手术的病人，出院时仍带 T 管，讲解 T 管的重要性。

- (1) 避免提举重物及过度活动,以防 T 管的脱出。
  - (2) 尽量穿宽松柔软的衣服。
  - (3) 禁止洗盆浴,淋浴时可用塑料薄膜覆盖在置管处。
  - (4) 教会病人及家属换药的方法,每天至少换药 1 次,因胆汁刺激性大,易侵蚀皮肤,换药时将纱布剪成开口,以吸收引流液。换药后为保护局部皮肤,可涂凡士林或氧化锌软膏,保持置管处皮肤及伤口清洁干燥。
  - (5) 注意观察引流液的颜色和量,如发现 T 管突然无液体流出等异常情况,应及时就诊。
4. 若出现腹胀、恶心、呕吐、黄疸、陶土色大便、茶色尿液,全身不适或伤口红肿热痛等症状,应及时就诊。

### 三、胰腺癌手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 既往是否患有慢性胰腺疾病、糖尿病及高脂肪饮食、吸烟史。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 腹痛的部位、性质及程度,有无向腰背部放射及药物止痛效果。
  - (3) 有无黄疸、腹水,是否存在进行性加重、有无皮肤瘙痒、大便是否呈陶土色等。
  - (4) 有无食欲减退、厌食油腻,消化不良或腹泻。有无恶心、呕吐、呕血、黑便等。
  - (5) 有无乏力和消瘦等症状。
  - (6) 有无其他脏器转移症状。
  - (7) 血淀粉酶、空腹血糖、糖耐量试验、血清总胆红素, B 超、CT 等检查结果。
3. 对胰腺癌的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按围手术期病人一般护理要点。
2. 术前护理
  - (1) 疼痛明显时嘱病人卧床休息,遵医嘱给予镇痛药物,并教会其应用各种非药物止痛的方法。
  - (2) 鼓励病人进高蛋白,高热量、易消化富含维生素的食物。
  - (3) 呕吐后及进餐前行口腔护理,及时清除呕吐物。

(4) 胃肠道反应严重不能进食者,遵医嘱静脉补充白蛋白或留置鼻饲管给予胃肠内营养。

(5) 有胆道梗阻继发感染者,观察病人血压、脉搏、呼吸及腹部情况,有无腹膜刺激征。

(6) 出现低血糖的病人,遵医嘱及时给予处理。

(7) 皮肤瘙痒者,嘱其勤洗澡更衣,避免搔抓,必要时给予止痒药物。

(8) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 清醒后半卧位,有利于病人呼吸及引流。

(3) 定时监测血压、体温、脉搏、呼吸及神志的变化,必要时遵医嘱给予氧气吸入。

(4) 妥善固定各种引流管,观察并记录引流液量、颜色及性质。

(5) 遵医嘱静脉补液,保持水、电解质及酸碱平衡。

(6) 行胰十二指肠切除者,因手术吻合口较多,定时观察腹腔引流液量、颜色及性状,判断有无胆漏、胰漏及出血等并发症的发生。

(7) 行胰体和胰尾切除者,观察置于胰腺端面处引流管内有无胰液渗出(胰液为清澈无色),疑有胰瘘时,立即通知医生。遵医嘱引流管接负压吸引,并记录引流量。胰漏周围的皮肤用氧化锌糊剂给予保护。

(8) 及时了解血糖、尿糖的变化,异常时遵医嘱给予胰岛素。

(9) 鼓励并协助病人进行活动,预防血栓的发生。

(10) 肠功能恢复后,鼓励病人进高蛋白、高维生素、低脂、易消化、无刺激性的饮食,并观察有无改变。

### 【健康指导】

1. 调节饮食,进高蛋白、高维生素、低脂、易消化、无刺激性的食物,忌饮酒;忌饱食,为稳定血糖值,每天可进餐5~6次。

2. 若出现进行性消瘦、贫血、乏力、发热等症状,应及时就诊。

## 第八节 血管外科疾病病人护理指南

### 一、周围血管外科病人一般护理要点

#### (一) 术前护理

1. 病情较重、老年人及自理能力较差者,协助完成肝肾、呼吸、凝血功



能及血、尿常规的检查。

2. 戒烟。

3. 血管造影的观察及护理

(1) 准备血管造影部位的皮肤,若局部皮肤存在感染或毛囊炎应更换造影部位。

(2) 进行碘过敏试验。

(3) 动脉造影后穿刺点压迫 20 分钟,并加压包扎 24 小时(静脉造影后,穿刺点压迫 10 分钟),若动脉搏动、皮温、皮肤颜色及感觉出现异常,立即通知医生。

4. 营养不良者,鼓励病人进高蛋白、高热量、高维生素、低脂饮食。

5. 合并症的病人遵医嘱给予药物治疗。

6. 教会病人深呼吸,有效咳嗽咳痰的方法。

7. 教会病人掌握进行肌肉收缩锻炼的方法。

8. 遵医嘱及手术要求,做好术前准备。

(二) 术后护理

1. 术后病人取平卧位或斜坡卧位,将患肢远端抬高,高于心脏 20~30cm,避免关节过曲、挤压、扭曲血管及剧烈运动。

2. 定时监测血压、体温、脉搏、呼吸的变化,发现异常及时通知医生。

3. 定时观察各引流管的引流液量、颜色及性质,注意有无活动性出血,发现异常及时通知医生。

4. 严格记录每小时尿量。

5. 定时观察肢体血运情况,有无缺血性剧痛,观察皮肤的颜色、温度、末梢动脉搏动情况,警惕有无动脉血栓或栓塞的症状,发现异常立即通知医生。

(三) 并发症的观察及护理

1. 预防呼吸窘迫综合征(ARDS)的发生,遵医嘱定时监测潮气量、呼吸频率、气道压力、血氧饱和度及动脉血气分析。遵医嘱定时给予雾化吸入,及时清除呼吸道分泌物,保持气道通畅。

2. 定时观察病人意识变化,注意有无脑血栓征象,发现异常立即通知医生,并做好抢救的准备。

3. 观察有无肠麻痹、肠绞痛等症状,发现异常及时通知医生。

4. 观察尿量、颜色及性质的变化,记录每小时尿量,遵医嘱测量尿比重、血肌酐、尿素氮等。

5. 遵医嘱应用抗凝药物,鼓励病人术后进行床上肌肉伸缩运动及早期离



床进行功能锻炼,注意有无肢体肿胀,预防血栓的形成。

6. 观察有无皮肤紫癜、牙龈出血、消化道出血的临床表现,发现异常及时通知医生。

7. 术后留置多种管道,护理过程中应严格无菌操作,定期进行病室空气培养预防感染的发生;有感染征象时,遵医嘱及时进行血、尿、痰的细菌培养。

## 二、急性动脉栓塞手术病人护理要点

### 【评估】

1. 既往是否患有风湿性心脏病、冠心病,心脏瓣膜移植术后、亚急性心内膜炎等所致的栓子、动脉瘤、动脉血管损伤以及有无吸烟史。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 患肢疼痛的位置、性质、程度。

(3) 患侧肢体感觉状况。

(4) 患肢皮肤的温度是否下降、皮肤是否苍白。

(5) 动脉搏动是否减弱或消失。

(6) 患侧下肢有无间歇性跛行及肢端坏疽。

(7) 既往是否患有动脉缺血性疾病。

3. 对急性动脉栓塞的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按周围血管外科病人一般护理要点。

2. 非手术治疗观察与护理

(1) 嘱病人绝对卧床休息,减少活动,患肢放置稍低于心脏水平。

(2) 定时监测血压、心律、脉搏、神志的变化,观察头部及四肢供血状况,以明确动脉狭窄或栓塞的位置及严重程度。

(3) 急性期病人遵医嘱进行抗凝治疗,一般采用全身肝素化 3~5 天,以后单独使用双香豆素衍生物维持治疗 3~6 个月,并观察有无出血,监测凝血功能。

(4) 遵医嘱进行溶栓治疗,一般在血栓栓塞 3 天之内经导管注入溶栓药物,前 4 小时给予大剂量治疗,以后 48 小时给予小剂量维持。定时进行动脉血管造影,评价溶栓效果。

(5) 有胃肠或脑部损伤、妊娠 3 个月或产后 3~5 天内、严重肝功能不良

者，不能进行溶栓治疗。

(6) 遵医嘱给予低分子右旋糖酐、阿司匹林、潘生丁等，进行抗凝治疗。

(7) 遵医嘱给予 0.1% 普鲁卡因、罂粟碱、利血平等药物，解除血管痉挛，注意观察治疗效果。

### 3. 手术治疗与护理

#### (1) 术前护理：

1) 注意栓塞肢体的保温，但不宜过热。

2) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

#### (2) 术后护理：

1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

2) 术后平卧，肢体制动，患肢位置稍低于心脏水平。

3) 定时监测血压、脉搏、心律、神志、瞳孔的变化，发现异常立即通知医生。维持血压稳定，避免低血压，预防继发血栓的形成。

4) 定时观察肢体供血情况，血流恢复后，肢体疼痛消失，运动、感觉、皮肤颜色相继恢复。

5) 定时观察手术部位远端动脉搏动情况及温度的改变。

6) 术后 12~24 小时，遵医嘱进行抗凝治疗，观察有无出血倾向。

7) 遵医嘱进行输液治疗，观察有无酸中毒、高血钾及水电解质紊乱等症状。

8) 遵医嘱继续治疗心血管系统疾病，消除心律失常。

9) 遵医嘱给予镇痛药物。

10) 遵医嘱给予口服阿司匹林、双嘧达莫等抗凝药物。

### 【健康指导】

1. 下肢除关节附近的血管或大血管手术外，均应早期活动。

2. 遵医嘱应用抗凝药物，并定期检查凝血功能，以调整药物剂量；遵医嘱减药或停药；应用抗凝药物期间，如有出血不得随意应用止血药物。

3. 告知病人患肢出现剧烈疼痛、麻木、苍白、皮肤温度下降、动脉搏动减弱或消失，应警惕有血栓形成或动脉栓塞的可能，应立即就诊。

4. 镇痛药物遵医嘱可适当放宽，以免疼痛引发动脉痉挛。

5. 戒烟。

### 6. 饮食原则

(1) 指导病人进低脂、低热量、低糖饮食，以防动脉硬化。

(2) 鼓励病人多摄取复合维生素 B 及维生素 C 并多饮水。

7. 避免穿紧身衣服，每天至少松紧鞋带两次。

8. 保持良好心态, 促进康复。

### 三、下肢静脉曲张手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 从事的工作是否经常站立。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 下肢有无经常酸胀、疼痛、乏力等不适感。小腿有无水肿、色素沉着、皮疹、溃疡等改变。

(3) 小腿慢性溃疡程度及治疗情况。

(4) 小腿静脉曲张程度、是否使用过弹力袜或弹力绷带。

3. 对下肢静脉曲张的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按周围血管外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 一般病人遵医嘱使用弹力绷带或穿弹力袜, 以缓解症状。保持良好的姿势, 避免双膝交叉坐位过久或长久站立、行走。

(2) 患肢水肿的病人, 术前嘱其卧床, 抬高患肢  $30^{\circ} \sim 40^{\circ}$ , 使患肢置高于心脏水平, 有利于静脉、淋巴回流, 从而减轻患肢水肿。

(3) 皮肤有慢性炎症或皮炎者, 遵医嘱应用抗生素及局部外敷消炎药物, 直至炎症消退后再行手术治疗。

(4) 遵医嘱及手术要求, 做好术前准备。

3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 6 小时后改为半卧位, 患肢抬高  $30^{\circ}$ , 观察患肢末梢血循环及伤口情况。

(3) 定时监测血压、脉搏及呼吸的变化。

(4) 下肢静脉曲张作剥脱术后用弹力绷带加压包扎, 观察弹力绷带加压情况, 若患肢疼痛是因绷带过紧, 应及时松开弹力绷带, 并自远而近重新加压包扎, 观察患肢末梢血循环及肢体肿胀情况。

(5) 遵医嘱给予抗生素, 预防感染的发生。

(6) 术后 24~48 小时后可协助病人下床行走, 当发现患肢肿胀、腓肠肌张力增高、腓肠肌疼痛、霍曼 (Homan) 征阳性时, 及时通知医生。

**【健康指导】**

1. 应穿尺码合适的弹力袜或使用弹力绷带 2~3 个月，注意多休息并抬高患肢。
2. 下肢静脉高位结扎加剥脱术后，应避免下肢负重及站立或坐位过久。
3. 注意保护患肢，避免外伤。
4. 一般需久站或久坐工作者，应定时改变体位以预防下肢静脉曲张。
5. 肥胖病人应减肥，预防便秘，减轻腹内压。
6. 不要穿过紧的内裤，减少静脉血液淤积。

## 第九节 烧伤病人护理指南

### 一、烧伤病人一般护理要点

#### （一）病室要求

1. 保持病室清洁、整齐、安静、舒适、安全。
2. 保持病室适宜温、湿度。普通病房温度 18~20℃，湿度 50%~60%；特护房间温度 28~32℃，湿度 40%~50%。
3. 病室定时通风，每日 2~3 次。

#### （二）消毒隔离

1. 每日督促保洁人员定时用 0.1%~0.5% 有效氯溶液擦拭病室物品表面和地板、病床、床头柜等。
2. 预防交叉感染，嘱病人勿串病房，谢绝探视人员入病室。
3. 工作人员进入病室必须穿工作服、戴口罩、帽子。
4. 接触病人前后清洗或消毒双手，进行治疗护理操作必须戴口罩、帽子。
5. 接触创面的物品须为无菌状态。
6. 污物按生活垃圾及污染垃圾分类管理，不得混淆，不得随意丢弃。
7. 病室内床单、被罩、枕套应保持清洁，污染后随时更换。
8. 病人出院后床单位应进行终末消毒处理。

#### （三）病情观察

1. 密切观察生命体征的变化，如体温  $>40^{\circ}\text{C}$  或  $<36^{\circ}\text{C}$ ，立即通知医生，每隔 30 分钟至 1 小时测体温并记录。
2. 定时观察尿量、尿色、性状、尿比重的变化，休克期尿量应保持在 80~100ml/h。
3. 定时观察病人神志或精神状态。

4. 评估病人创面情况，如有异常及时通知医生。
5. 观察有无消化系统症状。
6. 及时了解各种检验结果。
7. 评估治疗效果。

#### (四) 基础护理

1. 做好晨晚间护理。
2. 保持正常皮肤、毛发、口腔、会阴、肛门、指（趾）甲清洁。
3. 定时翻身、叩背、按摩每 2 小时 1 次。
4. 保持床单位清洁，干燥。
5. 胃管的护理。

(1) 选择粗细合适的胃管，固定松紧适宜。

(2) 鼻饲前要抽取胃内容物，观察食物是否排空，有无出血，判断胃管是否在胃内。

(3) 每次滴入食物后用温开水冲洗胃管。

(4) 注意鼻饲饮食的温度与量，温度一般为  $38\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，每次注入量  $< 300\text{ml}$ 。

(5) 胃肠减压的病人注入药物后应夹闭胃管 1~2 小时，并尽量减少搬动病人，防止呕吐。

(6) 留置胃管期间，口腔护理 2 次/天，并进行鼻腔的清洁，滴入石蜡油 1~2 滴/天，以保护鼻黏膜。

(7) 胃管每周更换 1 次。

(8) 卧翻身床的病人，翻身前妥善固定，以防脱出。

#### 6. 尿管的护理

(1) 保持尿管通畅，防止受压、扭曲、脱出等。

(2) 用 0.1% 新洁尔灭擦拭尿道口及尿管外露部分 2 次/天，严格无菌操作。

(3) 定时开放尿管，休克期开放 1 次/小时，待回吸收期可夹闭尿管，2~4 小时开放一次，或病人有尿憋感时再开放尿管，准确记录尿量。

(4) 观察尿色、量、性状，视病情每小时或 4~6 小时测尿比重一次，并注意尿道口有无漏尿及分泌物等。

(5) 尿管末端（包括尿袋）应低于耻骨联合。

(6) 病情许可可在留置尿管期间鼓励病人多饮水。

(7) 尿管每周更换一次。

(8) 如发现尿色、量、性质发生改变，应及时留取尿标本，并通知医生。

### 7. 外周静脉输液的护理

(1) 合理选择静脉, 遵循由远端到近端的原则, 选择离创面 5cm 以外的正常部位进行穿刺, 严格无菌操作。

(2) 及时巡视病房, 观察液体是否通畅。

(3) 输入刺激性药物时, 应尽可能稀释至最佳浓度, 并与血管非刺激性药物交替输注。

(4) 输入的药物应现用现配, 各种药物应掌握配伍禁忌。

(5) 留置针留置不能超过 3 天, 如未到 3 天穿刺部位皮肤出现红肿等现象应立即拔除。输液毕应用 0.9% 生理盐水 5~10ml 封管, 超过 6 小时应重新封管, 并交班。

### 8. 深静脉置管的护理

(1) 观察穿刺部位有无出血、肿胀等, 并检查有无回血。

(2) 穿刺部位用碘酊、酒精消毒 3 次/天。

(3) 持续 24 小时输液, 每日更换输液器一次。

(4) 高营养液必须 4 小时内输完。

(5) 定时巡视。

### (五) 翻身床的护理

1. 初次翻身前应向病人详细介绍翻身的目的、重要性、方法、可能出现的不适及缓解对策, 使病人配合操作。

2. 翻身前后应密切观察生命体征、及时发现病情变化, 重危病人应准备急救药物。

3. 俯卧位将床头摇起  $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$ , 防止因发生体位性水肿, 而导致病人呼吸困难; 双足应自然下垂, 防止足背受压。

4. 头面部烧伤病人, 仰卧位时可将床头部抬高  $40^{\circ} \sim 45^{\circ}$ ; 双足用挡脚板支撑保持  $90^{\circ}$ , 防止足下垂。

5. 双腋、腹股沟、会阴等部位烧伤的病人, 将四肢放置于搁手板、搁脚板上, 充分外展, 暴露创面。

6. 病人俯卧位时如突然出现心跳骤停, 应徒手将病人翻转仰卧, 立即抢救。

7. 翻身床用毕, 应彻底清洗消毒并定期检修, 各部位上油, 保证良好性能。

8. 指导并训练病人翻身床上进食和大小便。

## 二、热烧伤病人护理要点

### 【评估】

1. 致伤因素。

## 2. 病情评估

- (1) 生命体征及有无其他合并症。
- (2) 烧伤面积、深度、部位、严重程度。
- (3) 疼痛程度。

3. 对烧伤的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 现场急救及护理

- (1) 迅速脱离致热原。
- (2) 保护烧伤创面，避免再次损伤。
- (3) 评估病人疼痛程度，必要时遵医嘱给予镇静、止痛药物。
- (4) 有复合伤的病人，应根据具体情况给予相应处理。
- (5) 大面积烧伤的病人，立即建立静脉通路、遵医嘱给予补液、保持呼吸道通畅。
- (6) 密切观察病情变化，发现异常立即通知医生。
- (7) 安慰病人，稳定其情绪。

#### 2. 休克期补液护理

(1) 定时监测病人意识状态、血压、心率、脉搏、呼吸及尿量的变化，遵医嘱随时调整补液速度。

(2) 遵医嘱选择补液途径，安排补液种类和方法。

#### 3. 创面护理

- (1) 根据创面情况，遵医嘱定时涂抹外用药。
- (2) 保持创面周围正常皮肤的清洁。
- (3) 避免创面受压，定时给予翻身，必要时遵医嘱使用翻身床或悬浮床。
- (4) 保持床单位的清洁、整齐，接触创面的敷料应经过灭菌处理。

#### 4. 特殊部位热烧伤病人护理

(1) 头面部烧伤病人护理：

- 1) 给予半卧位。
- 2) 剃除头部毛发。
- 3) 双耳有烧伤者，去枕平卧，保持头中正位，外耳道口放置干棉球。
- 4) 定时清除眼、鼻分泌物，必要时遵医嘱给予抗生素滴眼；眼睑外翻者，用油纱覆盖。
- 5) 保持口腔清洁，口唇外翻的病人，用湿纱布或油纱覆盖口唇。
- 6) 进食时用无菌纱布保护口周创面，以防污染。



7) 保持创面干燥,必要时遵医嘱灯烤。

(2) 会阴部烧伤病人护理

1) 剃除阴毛。

2) 保持双大腿外展位或大字卧位,充分暴露会阴部创面。

3) 大小便时注意保护创面,便后及时用生理盐水冲洗会阴。

4) 保持创面干燥,若有渗液及时用无菌纱布沾干或遵医嘱灯烤。

5. 植皮手术病人护理

(1) 术前护理:手术前1天,遵医嘱给予创面换药或行浸浴疗法,并进行手术常规准备。

(2) 术后护理:

1) 按不同麻醉方法实施护理,定时监测生命体征的变化。

2) 观察术区有无渗血,渗血时及时通知医生,并遵医嘱给予对症处理。

3) 术区制动3~5天,防止皮片移位,保持肢体抬高于心脏水平。

4) 保持术区敷料清洁、干燥,污染或潮湿及时给予更换。

5) 密切观察体温及血象变化,发现异常及时通知医生。

6) 观察术区疼痛程度,必要时遵医嘱给予镇痛药物。

7) 卧床期间做好基础护理。

6. 营养支持及护理

(1) 观察病人体重变化,监测血红蛋白、血清总蛋白、白蛋白等指标,了解病人营养状况。

(2) 指导并鼓励病人进食高蛋白、高热量、高维生素,富含纤维素、胶原物质的食物。

(3) 对食欲差的病人遵医嘱经留置鼻饲管,定时给予要素饮食。

(4) 必要时遵医嘱静脉输入脂肪乳、氨基酸等高营养液。

7. 康复护理

(1) 嘱病人早期保持关节功能位。

(2) 根据病人需要,制定康复计划并指导实施。

(3) 创面愈合后,尽早开始功能锻炼,必要时请专业康复师指导。

(4) 新生皮肤避免阳光照射;清洁时使用刺激性小的婴儿皂;遵医嘱外涂抑制瘢痕生长的药物或贴膜。

(5) 实施压力疗法,佩戴弹力套、压力衣等,最好坚持半年以上。

【健康指导】

1. 指导病人掌握防火、灭火、自救、急救的相关知识。

2. 告知病人如何保护创面。

3. 讲解预防感染的相关知识。
4. 保持关节功能位，并了解其意义。
5. 教会病人如何保护新生的皮肤，预防瘢痕的方法 and 措施，指导病人功能锻炼。
6. 掌握整形最佳时机。

### 三、电烧伤病人护理要点

#### 【评估】

1. 致伤因素。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征及有无其他合并症。
  - (2) 电接触时间、电流强度、电流性质、电流的路径。
  - (3) 有无复合伤。
3. 对电烧伤的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 现场急救及护理

- (1) 迅速脱离电源。
- (2) 注意保暖，必要时遵医嘱给予吸氧。
- (3) 就地抢救：呼吸心跳停止者应立即实施口对口人工呼吸和胸外心脏按压等，复苏后给予心电监护。
- (4) 定时监测意识状态、血压、心率、脉搏、呼吸的变化，发现异常及时通知医生。
- (5) 遵医嘱肌内注射破伤风抗毒素。
- (6) 观察病人有无复合伤。

##### 2. 补液的护理

- (1) 观察尿量、尿色、尿比重及周围循环等情况，遵医嘱调整补液量及速度。
- (2) 尿呈酱油色时，应遵医嘱给予大量快速补液或静脉滴注甘露醇，尿量维持在 50ml/h 以上。
- (3) 遵医嘱给予碳酸氢钠以碱化尿液。

##### 3. 焦痂或筋膜切开减张术后护理

- (1) 密切观察有无继发出血，遵医嘱床旁备止血带及止血物品。
- (2) 保持切开处干燥，必要时用电吹风吹干或遵医嘱给予灯烤。
- (3) 四肢创面切开减张者，用枕垫将患肢抬高。

- (4) 遵医嘱定时在创面上涂消毒药物。
- (5) 观察末梢血运及局部肿胀情况,发现异常及时通知医生。

#### 4. 皮瓣移植术后护理

(1) 观察皮瓣的颜色、温度、毛细血管充盈反应,反流征及水肿情况,发现异常及时通知医生。

(2) 观察体温、血象的变化,发现异常及时通知医生,并遵医嘱给予相应处置。

(3) 皮瓣术区应制动 2~3 周,制动期间应加强基础护理,保持术区周围皮肤清洁及舒适卧位。

(4) 定时翻身,用各种棉垫(枕)应根据皮瓣需要,将皮瓣蒂部垫稳,防止受压。

- (5) 减少疼痛刺激,防止血管痉挛,遵医嘱适当给予镇痛药物。

#### 5. 截肢术后护理

(1) 做好心理护理,安慰鼓励病人,面对现实,树立生活信心。

(2) 观察截肢残端术区有无渗血,发现异常及时通知医生。

(3) 观察残端皮片或伤口情况,如体温过高,局部有异味,及时通知医生。

(4) 截肢残端愈合后尽早进行局部皮肤耐磨训练,为日后安装假肢做好充分准备。

#### 【健康指导】

- 1. 掌握用电安全知识,预防电烧伤。
- 2. 教会病人电烧伤后的自救、急救知识。
- 3. 告知病人准备止血带的意义,并掌握大出血的应对方法。
- 4. 指导病人掌握皮瓣自我保护方法。
- 5. 告知病人皮肤耐磨训练的方法,嘱家属协助完成。

### 四、化学烧伤病人护理要点

#### 【评估】

- 1. 评估化学制剂的类别、剂量、浓度和接触时间。
- 2. 病情评估
  - (1) 化学烧伤的部位、面积及深度。
  - (2) 局部进行性损伤程度。
  - (3) 全身中毒情况。
  - (4) 对疼痛的耐受程度。

3. 对化学烧伤的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力

#### 【护理要点】

1. 现场急救及护理

(1) 立即用大量清水冲洗创面，0.5~1 小时。

(2) 碳酸烧伤者先用清水冲洗后，再用 75% 酒精进行清洗。

(3) 氢氟酸烧伤者先用大量清水冲洗后，遵医嘱再用 5%~10% 葡萄糖酸钙加入 1% 普鲁卡因，进行创周浸润注射。

(4) 碱烧伤者，清水冲洗时间应大于 2 小时。

(5) 生石灰或电石烧伤者，先去除伤口中的颗粒或粉末，再用清水冲洗。

(6) 磷烧伤者，先将伤口浸入水中，并在水中移去磷粒，注意忌用油质敷料。

2. 创面护理

(1) 保持创面的清洁干燥，遵医嘱定时涂抹保痂药物。

(2) 保持床单位清洁。

(3) 行切痂植皮术者，术后护理同热力烧伤护理要点。

(4) 保持病室适宜的温湿度。

3. 心理护理

(1) 加强沟通，安慰病人，稳定其情绪。

(2) 帮助病人面对现实，树立信心，主动配合治疗。

(3) 对颜面部、手部等特殊部位的烧伤病人可采用心理疏导的方法，鼓励病人。

#### 【健康指导】

1. 讲解化学制剂的危险性，提高自我保护意识。

2. 讲解化学烧伤的急救知识。

3. 讲解化学烧伤的特点。

4. 缓解疼痛的方法。

5. 预防瘢痕的方法。

## 第十节 胸部外科疾病病人护理指南

### 一、胸部外科病人一般护理要点

#### (一) 术前护理

1. 了解吸烟、饮酒及饮食习惯

2. 评估营养状况。
  3. 评估自理能力。
  4. 协助病人完成术前各项检查。
  5. 呼吸道护理
    - (1) 戒烟, 讲解戒烟的重要性。
    - (2) 保持口腔卫生。
    - (3) 讲解预防肺部并发症的方法及意义, 指导病人如何进行深呼吸、有效咳嗽、咳痰、床上翻身及坐起的方法。
  6. 讲解术后胸腔闭式引流的注意事项及意义。
  7. 胸腔镜手术, 讲解手术方法及注意事项。
  8. 讲解术后早期进行肢体活动及下床活动的重要性。
  9. 术前 1 天根据手术要求, 准备手术区域皮肤、洗澡、更衣及肠道准备。
  10. 术前 1 天晚保证充足睡眠, 必要时给予镇静药物。
  11. 术日晨留置尿管, 食管疾病病人留置胃管。
- (二) 术后护理
1. 按全身麻醉病人护理要点。
  2. 观察病人意识状态, 清醒拔管后, 床头可抬高  $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 。
  3. 观察病情变化, 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸、血氧饱和度、尿量、双肺呼吸音及末梢血循环等情况。
  4. 保持胸管引流通畅, 观察引流波动及有无内出血倾向; 观察引流液量、颜色及性状, 准确记录引流量,
  5. 保持呼吸道通畅, 鼓励病人进行有效咳嗽、咳痰。痰液黏稠不宜咳出时, 定时给予雾化吸入, 促进痰液的排出。若影响呼吸功能, 可行气管镜吸痰, 必要时行气管切开。
  6. 鼓励病人尽早下床活动, 增加肺活量, 以利肺膨胀及引流。
  7. 遵医嘱及病情, 给予镇痛药物。
  8. 氧气吸入, 术后给予低流量吸氧; 全肺切除的病人吸氧 72 小时, 注意低氧血症的观察。
  9. 维持水、电解质及酸碱平衡, 全肺切除的病人注意输液速度, 每小时输入 120~160ml, 并限制钠盐的输入, 预防肺水肿的发生; 食管癌术后注意保持水与电解质平衡, 防止低钠、低氯或低钾的发生。
  10. 鼓励病人尽早进行功能锻炼。
- (三) 胸腔闭式引流病人护理要点
1. 病人取半卧位, 给予低流量氧气吸入。冬季采取保暖措施。

2. 讲解胸腔闭式引流术采取的体位、配合要点、注意事项、引流管在治疗中的作用及防止引流管脱出的措施等。

3. 术后半卧位，妥善固定引流管，鼓励病人深呼吸、咳嗽及咳痰，促进肺膨胀。

4. 根据疼痛程度，遵医嘱给予镇痛药物。

5. 保持引流管道密闭及无菌

(1) 检查胸部切口、引流管及水封瓶有无漏气，保持引流管在液面下 3cm，水封瓶液面有标记。

(2) 引流瓶接近充满时及时倾倒并记录。更换引流瓶时，先双重夹闭引流管，以防空气进入胸腔，换瓶前记录当日引流量。

(3) 执行无菌操作规程，预防交叉感染。

6. 观察引流量、颜色及性状、气体排出等情况，术后 24~48 小时内，每 30~60 分钟挤压引流管 1 次，防止其受压、扭曲、阻塞，引流管留有一定长度，便于病人活动。

7. 每天记录 24 小时引流量，并能分辨出乳糜胸、血胸、脓胸、气管瘘、食管瘘引流液的特征。对于脓胸或可疑脓胸者，无论引流量多少，须 3 天更换引流瓶一次。

8. 移动病人时，先用血管钳夹闭引流管，以防引流液逆流入胸腔引起感染；安置病人后马上开放引流；张力性气胸的病人不要夹闭引流管。

9. 病人下床活动时，引流瓶不要高于胸部，以防反流。

10. 定时听诊，了解肺部呼吸音和肺膨胀情况。

11. 水封瓶内玻璃管中的液面随呼吸而波动，正常水柱波动为 4~6cm。如水柱无波动，病人出现胸闷、气促、气管向健侧偏移，可考虑为引流管被血块堵塞，立即通知医生；若水柱波动过大并伴有呼吸音减弱，可考虑是否存在肺不张。

12. 若引流管从胸腔滑脱，应立即用手捏闭伤口处皮肤，消毒处理后用凡士林纱布封闭伤口，并协助医生做进一步处理。

13. 拔管指征：48~72 小时后，引流量明显减少且颜色变淡，24 小时引流液小于 50ml，脓液小于 10ml，X 线胸片显示肺膨胀良好无漏气，病人无呼吸困难，即可拔管。

14. 拔管后观察病人有无胸闷、呼吸困难、切口漏气、渗液、出血、皮下气肿，若发现异常及时通知医生。

#### 【健康指导】

1. 有吸烟嗜好的病人，劝其戒烟。

2. 进行患侧上肢的运动（爬墙或摸对侧耳朵），促进康复。
3. 在清洁的环境中练习深呼吸，促进肺功能恢复。

## 二、气胸手术病人护理要点

### 【评估】

1. 气胸的病因。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 疼痛的位置、性质及程度。
  - (3) 呼吸困难程度。
  - (4) 胸廓移动度。
  - (5) 气管的位置。
  - (6) 营养状况。
3. 对气胸的认识程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按胸部外科病人一般护理要点。
2. 术前护理

(1) 定时监测病人生命体征的变化，若出现血压下降、呼吸困难，脉搏细弱等休克症状，立即协助医生进行抢救。

(2) 有明显呼吸困难者，协助其半卧位，给予低流量氧气吸入，必要时进行排气治疗。

(3) 胸腔内气体量较少，无明显呼吸困难者，嘱其卧床休息，限制活动量。

(4) 剧烈干咳者，及时给予镇咳药物。

(5) 胸部疼痛者，遵医嘱给予镇痛药物。

(6) 体温升高、寒战、胸痛加剧、血白细胞升高，有并发胸膜炎或脓胸的可能，及时通知医生，遵医嘱留取痰液进行细菌培养，给予抗感染治疗及降温处理。

(7) 鼓励病人多食蔬菜、水果及含粗纤维的事物，避免因大便干燥，用力排便而造成胸膜腔内压升高。

### 3. 术后护理

- (1) 按全身麻醉病人护理要点，清醒后半卧位。
- (2) 给予持续或间断低流量氧气吸入。



(3) 定时监测血压、脉搏、呼吸的变化,发现异常及时通知医生。

(4) 保持呼吸道通畅,带有气管插管时随时吸痰,了解双肺呼吸音状况,协助病人咳嗽、咳痰,痰液黏稠时定时给予雾化吸入。

(5) 保持胸腔引流通畅(按胸腔闭式引流护理要点)。

(6) 根据病情给予高热量、高维生素、易消化的饮食。

(7) 早期活动,有利于肺膨胀。

#### 【健康指导】

1. 向病人及家属讲解气胸的知识,使其了解发病的诱因,判断气胸的类型、症状及预防措施。

2. 根据病人及家属的理解能力,教会其自救的方法。

3. 不要进行剧烈的体育活动。

4. 保持良好心态,促进康复。

### 三、血胸手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 血胸的病因。

2. 病情评估。

(1) 生命体征及有无出血性休克的征象。

(2) 有无外伤史,有无胸腔其他疾患。

(3) 出血是否压迫肺组织,病人有无缺氧、纵隔移位等临床症状。

(4) 有无发热等胸腔感染症状。

3. 对血胸的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按胸部外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 定时监测病人神志、血压、心率、脉搏、呼吸频率及幅度及血氧饱和度的变化,发现异常立即通知医生,并做好随时抢救的准备。

(2) 开放静脉通道,配血,了解血红蛋白检查结果,必要时遵医嘱给予输血。

(3) 进行性出血的病人,遵医嘱做好开胸止血的准备。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点,清醒后半卧位。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸的变化,发现异常及时通知医生。

- (3) 给予低流量氧气吸入。
- (4) 保持胸腔引流通畅, (按胸腔闭式引流护理要点)。
- (5) 血胸合并感染的病人, 定时监测体温的变化, 高热、寒战时及时给予降温处理。
- (6) 遵医嘱静脉补液, 给予抗生素, 保持水、电解质及酸碱平衡。
- (7) 鼓励病人进高热量、高维生素、易消化的饮食。

#### 【健康指导】

- 1. 戒烟、戒酒, 尽量少出入公共场所。
- 2. 血胸合并感染的病人继续观察体温的变化, 出现异常及时就诊。
- 3. 合理搭配饮食, 以防大便干燥。
- 4. 保持良好心态, 促进康复。

### 四、脓胸手术病人护理要点

#### 【评估】

- 1. 胸膜腔积脓的病因。
- 2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 有无发热、胸痛、呼吸困难等症状。
  - (3) 有无呼吸运动受限, 患侧呼吸音减弱, 体位性咳嗽。
  - (4) 纵隔向健侧移位的程度。
  - (5) 营养状况。
- 3. 对脓胸的认知程度及心理承受能力。
- 4. 自理能力。

#### 【护理要点】

- 1. 按胸部外科病人一般护理要点。
- 2. 术前护理
  - (1) 重症病人定时监测生命体征及病情的变化, 若出现胸闷、气促、脉搏加快、口唇青紫等症状, 立即通知医生, 并给予低流量氧气吸入  $2\sim 4\text{L}/\text{min}$ 。
  - (2) 痰液较多, 咳脓痰者, 定时给予雾化吸入, 并协助排痰。
  - (3) 高热者遵医嘱抗感染治疗, 并及时给予物理降温, 鼓励多饮水, 保持口腔卫生。
  - (4) 给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。必要时遵医嘱少量多次输血或给予静脉高营养。
  - (5) 讲解术后卧位的重要性及胸带加压包扎的意义。

(6) 讲解患侧上肢锻炼的重要性。

(7) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点,清醒后半卧位,床头抬高  $45^{\circ}$ 。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸及体温的变化,发现异常及时通知医生。

(3) 保持引流通畅:(按胸腔闭式引流护理要点)。

(4) 胸膜剥脱术后的病人因渗出较多,观察生命体征及引流液量、颜色及性状的变化,若血压下降、脉搏加快、尿量减少、烦躁不安,引流量 3~5 小时内,每小时大于 150~200ml,并呈鲜红色,提示有广泛渗血,立即通知医生,遵医嘱给予止血药物及快速输血,必要时做好再次开胸的准备。

(5) 胸廓成形术后的病人,胸带需加压包扎,头偏向患侧,防止脊柱侧弯。

(6) 根据疼痛程度,给予镇痛及镇静药物。

(7) 保留尿管的病人,待病情稳定后每 2 小时开放一次,注意尿量,尿色的变化,并做好会阴部的清洁。

### 【健康指导】

1. 嘱戒烟戒酒,注意预防感冒。

2. 合理搭配饮食,保证营养的摄入。

3. 逐渐加大患侧上肢的活动量,加快肺功能的恢复。

4. 保持良好心态,促进康复。

## 五、支气管扩张症手术病人护理要点

### 【评估】

1. 支气管扩张的病因。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 病人的家族史及本次发病的诱因。

(3) 部位,有无呼吸音改变、结核病史、咯血史。

(4) 每天咳痰量及性状。

(5) 体温有无改变及用药情况。

(6) 营养状况。

3. 对支气管扩张的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按胸外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 观察呼吸、咳嗽及体温的变化，遵医嘱给予低流量吸氧及抗生素控制感染，体温高时给予物理降温。

(2) 讲解控制感染，体位引流、排痰的重要性。根据病情每日记录痰量。

(3) 有咯血史的病人，预防窒息，给予止血、消炎、止咳、镇静药物。

(4) 戒烟，预防上呼吸道感染，有痰采取相应措施协助痰液的咳出。

(5) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点，清醒后床头抬高  $45^{\circ}$ 。

(2) 给予持续氧气吸入，维持血氧饱和度不低于 95%。

(3) 持续监测心电、血压、呼吸、血氧饱和度，发现异常及时通知医生。

(4) 保持胸腔引流管通畅（按胸腔闭式引流护理要点）。

(5) 保持尿管通畅，病情稳定后夹闭尿管，每 2 小时开放一次。

(6) 术后第 2 天鼓励病人进行有效咳痰，预防肺不张，每 4~6 小时听呼吸音一次，拍背并协助排痰；痰黏稠时定时给以雾化吸入；必要时行气管镜吸痰。

(7) 持续止痛泵给药，若出现恶心、呕吐，可以暂停使用。

(8) 给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。

**【健康指导】**

1. 预防上呼吸道的感染，尽量少出入公共场所。

2. 按时服药，生活起居规律，戒烟、戒酒。

## 六、肺癌手术病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 咳嗽程度。

(3) 有无胸痛。

(4) 体重有无下降、脱水及贫血。

(5) 营养状况。

2. 对肺癌的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按胸部外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 改善肺功能

1) 戒烟（最好戒烟两周以上）。

2) 观察咳嗽、咳痰情况，教会病人进行有效咳嗽咳痰及腹式呼吸的方法。

3) 鼓励病人摄入足够的水分，湿化痰液。

4) 肺部感染者，遵医嘱给予抗生素，支气管扩张剂，祛痰药物或给予雾化吸入等。

5) 保持口腔卫生，遵医嘱治疗口腔合并症。

6) 呼吸困难者及时给予低流量氧气吸入。

7) 胸部疼痛者，遵医嘱给予镇痛药物。

(2) 改善病人营养状况，给予营养丰富、易消化的食物。必要时遵医嘱静脉输入白蛋白、血浆等。

(3) 遵医嘱及手术要求，做好术前准备。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点，清醒后半卧位，以病人舒适为宜。

(2) 定时监测病人血压、心率、脉搏、呼吸的变化，若发现血压下降、脉搏增快、呼吸困难等，立即通知医生。

(3) 保持呼吸道通畅，带有气管插管时随时吸痰；拔管后指导并协助咳嗽、咳痰；痰液黏稠时给予雾化吸入稀释痰液；若已影响肺功能，可行气管镜吸痰或气管切开。

(4) 定时监测血氧饱和度及血气分析，并根据结果随时调节给氧方式及浓度。

(5) 保持胸腔引流通畅（按胸腔闭式引流护理要点）。

(6) 维持体液平衡，肺叶或全肺切除者，输液速度宜慢，不超过 40 滴/分（老、幼者遵医嘱）。限制钠盐的输入，准确记录出入量，防止肺水肿的发生。

(7) 做好术后胸腔内出血，肺部感染及支气管胸膜瘘等并发症的观察及护理。

(8) 全肺切除病人观察气管位置，术后 2~3 天内持续低流量氧气吸入。若出现皮下气肿，观察其范围及对气管位置的影响，必要时配合医生进行切开排气。

(9) 鼓励病人术后 1~2 天床上活动，2 天后可下床活动，并根据病人恢复状况逐渐增加活动量。

(10) 术后需化疗或放疗的病人, 讲解注意事项。

**【健康指导】**

1. 戒烟。
2. 全肺切除的病人注意保暖, 预防感冒, 减少疲劳, 适当的进行体育锻炼。
3. 继续进行促进肺功能恢复的锻炼。
4. 右全肺切除的病人, 一次不能吃的过饱, 宜少量多餐。
5. 术后进行化疗或放疗的病人, 合理搭配饮食, 保证营养的摄入。
6. 保持良好心态, 促进康复。

## 七、食管癌手术病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 疼痛部位及性质。
  - (3) 吞咽困难程度。
  - (4) 营养状况, 有无体重下降、贫血、脱水。
2. 对食管癌的认知程度及心理承受能力。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按胸部外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 评估营养、水及电解质状况, 对已有胃造瘘或空肠造瘘管的病人, 了解营养食物的配制及灌注方法。

(2) 鼓励病人进高蛋白、高热量、高维生素的饮食; 进食困难者根据病情给予静脉营养支持, 并准确记录出入量。

(3) 合并慢性口腔疾患者, 及时给予治疗, 保持口腔清洁及卫生。

(4) 有吸烟或饮酒嗜好者, 劝其戒烟、戒酒, 并讲明重要性。

(5) 指导并教会病人深呼吸、有效咳嗽、咳痰及腹式呼吸的方法。合并呼吸道感染者, 协助留取痰液进行培养及药敏试验。定时给予雾化吸入, 必要时进行体位引流。

(6) 肠道准备

1) 食管癌可导致不同程度的梗阻和炎症, 术前 1 周遵医嘱给予抗生素治疗。

2) 术前 3 天开始进流食, 术前 1 天禁食, 静脉补充营养。

3) 对进食后滞留或进食后反流者, 术前 3~4 天用温盐水清洁食管, 以减轻水肿。睡眠时注意体位, 预防吸入性肺炎的发生。

4) 结肠代食管手术的病人, 术前 3~5 天口服肠道抗生素及维生素 K; 术前 2 天进无渣流食; 术前 1 天晚清洁灌肠或全肠道灌洗。

5) 术日晨留置胃管, 梗阻部位不能进入时, 可暂置于梗阻上端, 待术中直视下再置于胃中。

(7) 向病人讲解术后留置胃管、胸腔引流管的意义及重要性。

(8) 向病人讲解术后禁食的目的及进食原则。

(9) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点, 完全清醒后抬高床头 45°。

(2) 持续心电监测, 观察血压、脉搏、呼吸节律、速率的变化及血氧饱和度的变化, 每小时记录一次。

(3) 持续低流量吸氧, 鼓励病人深呼吸及有效咳嗽, 促进呼吸道分泌物的排出, 保持口腔卫生。

(4) 妥善固定胃管, 持续低负压吸引, 定时冲洗保持通畅, 观察胃液量、颜色及性状。大量胃液吸出时注意了解电解质的变化。

(5) 留置十二指肠营养管的病人, 遵医嘱注入药物或营养液。

(6) 保持胸腔引流通畅 (按胸腔闭式引流护理要点), 若持续 3 小时引流液每小时超过 100ml, 同时伴有血压下降、心率加快等, 及时通知医生。

(7) 胃肠功能恢复, 拔除胃管后, 定量给病人喂糖水、米汤或牛奶, 进食后观察病人有无体温升高、胸闷、心慌等不良反应。若发现吻合口瘘, 应立即停止进食, 遵医嘱给予静脉高营养及抗感染治疗。

(8) 引流管内若出现浑浊或咖啡色引流液时, 观察有无食管瘘或胸腔感染; 若引流管内出现大量的血清样液体, 应考虑有无乳糜胸, 发现异常及时通知医生 (按胸腔闭式引流护理要点)。

(9) 做好肠道外营养的护理, 了解病人有无低钠、低氯、低钾的症状, 观察有无电解质紊乱的征象。

(10) 留置尿管的病人, 每 2 小时开放一次, 准确记录尿量。

(11) 卧床期间指导病人进行患肢功能锻炼, 鼓励尽早下床活动, 预防静脉血栓的形成。

### 【健康指导】

1. 戒烟、戒酒, 养成良好的卫生习惯。



2. 进软且易消化的食物，以少量多餐为宜；进食不可过快；避免进刺激性的食物和含有碳酸的饮料；进食后不应立即平卧，以防反流或引起吸入性肺炎。

3. 保持健康心态，促进康复。

4. 若出现进食后发噎症状及时就诊。

## 八、纵隔肿瘤手术病人护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 循环、呼吸系统情况。

(3) 有无胸骨后闷胀、疼痛、咳嗽、气短、心悸等。

(4) 营养状况。

2. 对纵隔肿瘤的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按胸部外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 观察病人有无胸骨后闷胀、胸痛、咳嗽、气短、心悸等症状，遵医嘱给予对症处理。

(2) 针对病人异常心态，及时给予疏导，使其建立治疗信心。

(3) 鼓励病人进营养丰富，易消化的饮食，必要时给予营养支持。

(4) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点，清醒后半卧位，床头抬高 45°。

(2) 给予持续低流量氧气吸入。

(3) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸的变化，发现异常立即通知医生。

(4) 保持呼吸道通畅，观察呼吸的频率，听诊双侧呼吸音，术后一日拍床旁胸片。

(5) 及时清除呼吸道分泌物，对咳痰无力的病人协助咳痰，鼓励其深呼吸及有效咳嗽，必要时给予雾化吸入。

(6) 保持纵隔引流通畅，观察引流量、颜色及性状，准确记录 24 小时引流量。

(7) 维持体液平衡，遵医嘱静脉补液，注意电解质、酸碱平衡，记录 24

小时出入量。

- (8) 遵医嘱持续镇痛泵止痛或注射镇痛药物。
- (9) 鼓励病人进营养丰富，易消化的饮食。
- (10) 鼓励并协助病人早期下床活动，预防静脉血栓的形成。

#### 【健康指导】

- 1. 合理搭配饮食，少量多餐，保证营养的摄入。
- 2. 遵医嘱及病情，循序渐进的增加运动量。
- 3. 保持良好心态，促进康复。

### 九、胸腔镜手术病人护理要点

#### 【评估】

- 1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 有无疼痛。
  - (3) 有无体重下降、脱水及贫血。
  - (4) 营养状况。
- 2. 对疾病的认知程度及心理承受能力。
- 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

- 1. 按胸部外科病人一般护理要点。
- 2. 术前护理

- (1) 根据病情，遵医嘱给予营养支持。
  - (2) 指导并教会病人进行有效咳嗽、咳痰及腹式呼吸的方法。
  - (3) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

- 3. 术后护理

- (1) 按全身麻醉病人护理要点，清醒后半卧位，以利于引流。
  - (2) 给予持续低流量氧气吸入。
  - (3) 持续心电监测，观察血压、脉搏、呼吸、体温的变化，发现异常及时通知医生。

(4) 带气管插管时随时吸痰，拔管后指导并协助病人咳嗽、咳痰，痰液黏稠时定时给予雾化吸入、拍背等促进痰液的排出，必要时行气管镜吸痰或气管切开。

- (5) 保持胸腔引流通畅（按胸腔闭式引流护理要点）。
  - (6) 根据疼痛强度，遵医嘱给予镇痛药物。

- (7) 遵医嘱静脉补充营养、注意水、电解质平衡。
- (8) 遵医嘱给予抗生素，预防感染的发生。
- (9) 鼓励病人进营养丰富、易消化的饮食。
- (10) 鼓励病人进行患侧上肢锻炼，早期下床活动，预防合并症的发生。
- (11) 术后需化疗的病人，讲解化疗的注意事项。

#### 【健康指导】

1. 戒烟，预防呼吸道感染的发生。
2. 继续进行患侧上肢功能锻炼，促进肺功能恢复。
3. 合理搭配饮食，保证摄入足量的营养。
4. 化疗病人保持良好心态，促进康复。

## 第十一节 心脏血管外科疾病病人护理指南

### 一、心脏、血管外科手术病人一般护理要点

#### (一) 术前护理

1. 了解病人心脏及循环情况、既往治疗过程、用药及有无药物过敏反应等。
2. 协助自理能力较差的病人完成心肺功能、心电图、心导管、超声心动、磁共振、胸部影像及生化等检查。
3. 减轻心脏负荷
  - (1) 适度安排病人的活动与休息，对不能独立完成的活动，给予适当的协助。保证充足的睡眠。
  - (2) 对呼吸困难、肺动脉高压、发绀的病人及时给予氧气吸入。
  - (3) 半卧位，减轻呼吸困难，减少回心血量，以减轻心脏负荷。
  - (4) 鼓励病人多食粗纤维食物，保持大便通畅。
  - (5) 避免激动，保持良好心态。
4. 长期应用利尿剂的病人，鼓励多食动物蛋白及含钾高的食物。
5. 合并上呼吸道感染病人，遵医嘱给予抗生素。
6. 水肿明显者，遵医嘱给予低盐饮食。
7. 服用洋地黄及利尿剂者，注意副作用的观察及护理。
8. 指导并教会病人深呼吸、有效咳嗽、咳痰及腹式呼吸的方法。
9. 指导病人缓慢深吸气后缩唇吸气，可将气管内的分泌物由下往上推，使下呼吸道的分泌物上移而咳出，利于肺扩张，预防肺不张。
10. 术后由于留置各种管道，活动受限，为预防并发症，向病人讲解翻身

及肢体活动的重要性。

## （二）术后护理

1. 入住监护病房，按全身麻醉护理要点

2. 定时监测血压、心率、中心静脉压、呼吸、心电图及体温的变化，发现异常立即通知医生。

3. 持续心电监测，观察有无传导阻滞，心房纤颤、室性心动过速等症状，术后常规做全导联心电图。

4. 使用呼吸机辅助呼吸者，观察病人是否存在与呼吸机对抗，呼吸机工作是否正常等。拔除气管插管后，血气值应保持在正常范围。

5. 带气管插管的病人，定时吸痰，拔管后每 1~2 小时协助深呼吸及咳嗽 1 次，定时给予雾化吸入；无法自行咳痰者，协助咳痰并观察痰液的颜色。

6. 定时观察尿量的变化，是否存在因循环血量不足而造成的少尿或无尿，发现异常立即通知医生。

7. 在心电监护下指导病人进行活动，术后第 1 天，协助病人床上坐起；第 2 天可在床旁椅上坐数分钟；第 3 天扶助病人床边走动，一旦出现疲乏、气急、脉率过快等症状应立即停止。

## 二、体外循环围手术期病人护理要点

### （一）术前护理

1. 术前责任护士参加病历讨论，了解病情并制定护理计划。

2. 协助病人完成心、肝、肾功能、血清电解质、胸部 X 线、心电图、超声心动等项检查。

3. 心力衰竭的病人，遵医嘱应用多巴胺、洋地黄、利尿剂及血管扩张药物进行治疗，待好转后接受手术治疗，术前一天复查心电图与血清电解质。

4. 严重肺动脉高压的病人，遵医嘱持续静脉滴注硝普钠，同时间歇或持续给予氧气吸入。

5. 有明显贫血或低蛋白血症者，遵医嘱给予输血。

6. 发绀严重的病人，遵医嘱术前静脉滴注生理盐水和碳酸氢钠溶液，以稀释血浆和纠正酸中毒。术前一周开始间断吸氧，并保证休息。

7. 冠心病病人术前 3~5 天，停用抗凝剂、洋地黄、奎尼丁、利尿剂等药物，给予氯化钾口服。

8. 合并高血压、高血脂、糖尿病的病人，观察血压、血脂及血糖的变化。

### （二）术后护理

1. 体外循环术后，待病情稳定后送入监护室。运送途中应用轻便式呼吸

机做人工呼吸。

2. 病人至监护室后，立即监测心电图或心电示波、动脉压、连接呼吸机辅助呼吸，接通静脉压测压管和各种输液通道。并观察尿量、心包和纵隔引流管是否通畅等。

3. 定时监测神志、瞳孔大小及对光反应。

4. 监测动脉压、中心静脉压、肺动脉压、心排量和体、肺循环阻力、周围循环状况等。

5. 监测心包纵隔引流量、波动情况及尿量等。

6. 听诊双肺呼吸音。

7. 监测动脉血气、血清电解质和红细胞比容等。

8. 观察肺部变化及气管插管的位置。

9. 维持循环稳定，根据病情遵医嘱补充血容量，加用或加大正性肌力药用量。

10. 术后常规用呼吸机辅助呼吸，根据动脉血气分析，调整呼吸机参数。及时清除呼吸道痰液和分泌物，保持气道通畅和湿化。

11. 停止辅助呼吸时病人应神志清楚、循环稳定、无室性心律失常、无继发性出血、无肾衰竭等并发症。

12. 长时间辅助呼吸者（ $>72$  小时），定时放松气管插管气囊，长时间机械辅助者氧浓度不宜超过 40%。

13. 拔除气管插管后，协助病人咳嗽排痰，必要时行鼻导管吸痰，每天定时行雾化吸入，持续鼻导管或面罩吸氧。

14. 持续监测心电变化，遵医嘱处理心律紊乱、维持心率在 80~100 次/分。

15. 遵医嘱利尿、补钾，维持电解质在正常范围。

16. 保持心包和纵隔引流管通畅，观察引流量和性质。引流量少于 100ml/d 时可拔除引流管。

17. 遵医嘱应用广谱抗生素，定时观察体温和血常规的变化。

18. 其他同胸部手术后护理要点。

### 三、先天性心脏病手术病人护理要点

#### （一）动脉导管未闭手术病人护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

##### （1）生命体征。

(2) 是否有青紫,何时发生、与活动、哭闹的关系,是暂时的还是持续的。

(3) 有无反复呼吸道感染史。

(4) 活动后有无呼吸困难、乏力、气促、易出汗、发绀等。

2. 生长发育状况。

3. 家长对动脉导管未闭的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按心血管外科手术病人一般护理要点。

2. 术前护理按心脏、血管外科手术病人术前护理要点

3. 术后护理

(1) 呼吸机辅助呼吸,待病人完全清醒后可拔除气管插管,改用口罩雾化氧吸入。但合并肺动脉高压,或肺动脉高压下降不满意时,需延长呼吸机辅助时间。

(2) 拔除气管插管后,定时协助病人翻身,并配合有效的胸部体疗,鼓励其深呼吸、咳痰,防止肺不张。

(3) 早期常出现暂时性血压升高,为防止输入胶体后血容量增大,原则上不输血或血浆等胶体制品。

(4) 观察病人有无高血压脑病、视力损害、左心衰竭及肾脏损害等症状。术后血压应维持在正常或偏低水平。血压高时用微量泵输入硝普钠,输注过程中检查局部皮肤有无药液外渗。并根据血压状况调整微量泵输入速度,更换时要迅速准确,避免操作不当引起血压波动。

(5) 血压偏高,遵医嘱给予处理。

(6) 重度肺动脉高压的病人,遵医嘱持续给予镇静剂,防止高血压危象。

(7) 定时挤压胸腔闭式引流管,观察引流液的量、颜色、性状及温度,若引流速度过快,管壁发热,立即通知医生,并做好二次开胸止血的准备。

(8) 拔除气管插管后嘱病人发声,若有声音嘶哑、饮水呛咳等遵医嘱给予药物治疗,防止病人因饮水误吸,继发肺部感染。饮食以普食、米糊等黏稠食物。

4. 动脉导管未闭的介入治疗(封堵术)护理要点

(1) 术后平卧24小时,穿刺部位砂袋压迫12小时。

(2) 观察穿刺部位出血、渗血及足背动脉波动情况。

(3) 定时听诊心脏杂音,尤其注意是否已消或重新出现的杂音。

(4) 观察尿液颜色及睑结膜颜色的变化,发现溶血迹象,及时通知医生。

**【健康指导】**

1. 术后1个月内禁止剧烈体力活动。
2. 遵医嘱按时服药。
3. 结合病情, 适量安排活动。
4. 按时进行预防接种, 预防感染。

**(二) 房间隔缺损修补术病人护理要点****【评估】****1. 病情评估**

- (1) 生命体征。
- (2) 有无反复呼吸道感染史。
- (3) 有无口唇、甲床发绀, 心跳加快、呼吸困难等心衰表现。

**2. 病人对疾病的认知程度及心理承受能力。****3. 自理能力。****【护理要点】****1. 按心脏、血管手术病人一般护理要点。****2. 术前护理**

- (1) 注意保温, 预防感冒。
- (2) 对房间隔缺损伴肺动脉高压者, 吸氧2~3次/天, 每次30分钟。
- (3) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

**3. 术后护理**

(1) 术后早期控制液体的速度及总量, 定时听诊呼吸音, 发现病情变化, 及时通知医生。

(2) 低心排综合征多见于术前心功能差、年龄大或伴有重度肺动脉高压者, 保证血管活性药物准确、及时的输入, 并连续监测血压、心率、尿量及末梢循环状况。

(3) 房间隔缺损修补术后, 可出现各种心律失常, 常见为房性或室性期前收缩、结性心律、房颤和房室传导阻滞。密切观察病人心率、心律的变化, 配合医生做相应的处理。

(4) 结合病情给予高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

(5) 对活动不便的病人, 及时给予生活上的协助。

**4. 房间隔缺损的介入治疗(封堵术)护理要点**

(1) 封堵术前至少2天开始服用阿司匹林等抗血小板药物, 封堵术前应进行核实。

(2) 术中随时清除口腔分泌物, 保持呼吸道通畅, 预防感染, 并监测血氧



饱和度的变化。

(3) 由于封堵器的导管从右心房进入,易诱发心律失常,常有房性早搏,室性早搏和心房颤动等,定时监测心率、心律的变化,发现异常立即通知医生。

(4) 若病人突然出现胸痛,发绀、气急、呼吸困难等肺动脉栓塞症状,立即通知医生,并配合抢救。

(5) 手术多在房内操作,气栓、血栓或其他栓子有可能经右房进入循环引起偏瘫、失语、末梢动脉搏动减弱或消失,应注意病人瞳孔的变化,对刺激的反应及肢体活动情况。

(6) 术后卧床 24 小时,局部伤口砂袋压迫 6~8 小时。

(7) 遵医嘱应用抗生素预防感染。

(8) 做好抗凝治疗与护理。

#### 【健康指导】

1. 了解自己心功能情况,所用药物的作用、剂量、服用时间、注意事项、副作用等。

2. 避免剧烈的体育活动,活动量以不引起疲劳为度。

3. 注意保暖,预防感冒。

4. 食营养丰富的易消化食物,适当控制盐的摄入。

(三) 室间隔缺损修补术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征

(2) 有无心跳加快、乏力的表现。

(3) 有无口唇或甲床发绀、呼吸急促等表现。

(4) 营养状况。

2. 病人对疾病的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按心脏、血管外科手术病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 帮助病人尽快适应病房环境,减少恐惧、焦虑。

(2) 注意保温,预防呼吸道感染。

(3) 遵医嘱对呼吸急促的病人,给予低流量氧气吸入。

(4) 指导病人进高蛋白、高维生素、易消化的少盐饮食。

(5) 向病人及家长讲解术后进行有效呼吸、咳嗽和排痰的重要性,并教会其配合的方法。

(6) 测量体温、脉搏、呼吸、血压及体重。

(7) 保证充足睡眠,稳定情绪。

(8) 术前1天晚灌肠,术日晨禁食、水,留置胃管。

### 3. 术后护理

(1) 按麻醉、手术方法不同,按常温或体外循环术后护理要点。

(2) 出现房室传导阻滞或心率减慢时,静脉输入异丙肾上腺素及心肌营养物质。如术中已安置临时起搏导线,应启动起搏器,并进行监护。

(3) 术后出现室性早搏 $>6$ 次/分,遵医嘱静脉给利多卡因,必要时可重复3次,然后用2:1或3:1的利多卡因维持静脉点滴。

(4) 肺动脉高压病人,密切观察病情变化,预防肺高压危象的发生。

(5) 术后早期应控制静脉输入晶体液量,以 $1\text{ml}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 为宜,并注意观察LAP不能高于CVP。

(6) 室间隔缺损合并其他心脏畸形护理。

1) 室缺合并动脉导管未闭的病人,做好肺动脉高压的护理。

2) 室缺合并二尖瓣关闭不全的病人,严密观察LAP、CVP、心排出量(CO)、尿量等,使LAP、CVP维持在保证有效心排出量的低水平,严格控制入量,遵医嘱应用利尿剂。

3) 室缺合并主动脉瓣关闭不全者,血压平稳,防止修补处瓣叶的撕裂。

### 【健康指导】

1. 减少剧烈活动,如快跑、打球、打闹等,活动量以不引起疲乏、呼吸困难、胸闷等不适为宜。

2. 避免久留于过冷、过热或可增加心脏负担的环境中。

3. 注意保暖,预防感冒,如有感冒症状,及时就诊。

4. 进少盐食物,避免过饱及饮水量过多。

5. 多食水果、蔬菜等纤维饮食,促进肠蠕动。

6. 遵医嘱服用地高辛,服药前数脉搏1分钟,正常后服用。利尿剂最好白天服用,以免影响休息。

### (四) 法洛四联症根治手术病人护理要点

#### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 出生时有无缺氧、发绀、心脏杂音。

(3) 出生后有无喂养困难、气喘、口唇、甲床青紫等及与活动的关系，有无蹲踞气促，突发昏厥或抽搐。

(4) 有无反复呼吸道感染史。

(5) 营养状况。

2. 患儿及家长对疾病的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按围手术期及心脏、血管外科手术病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 根据患儿缺氧状况，制定适度的活动量，病情严重者，避免情绪激动及剧烈哭闹。当缺氧发作时，立即吸氧。

(2) 做好保护性隔离，避免与呼吸道感染者接触。

(3) 多饮水，防止血液过于浓缩导致血液黏稠度增加而诱发缺氧发作。

(4) 对大龄的患儿，采用其能理解的方式进行必要的健康指导，如活动发生气促时，应蹲下或卧床休息，减少突发缺氧性昏厥或抽搐的发生。

(5) 鼓励进高蛋白、高维生素、高热量少盐的饮食，可少量多餐。多吃蔬菜、粗纤维食物，保持大便通畅。对重症患儿喂养要特别细心、耐心，少量多次。

(6) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉护理要点，呼吸机辅助呼吸并给予呼气末正压 (PEEP)，PEEP 从 0.55kPa (4mmHg) 开始，每 2 小时增加 0.27kPa (2mmHg)，切忌瞬间加大 PEEP 值，以免出现气胸。

(2) 监测呼吸机的各项参数 (每分钟通气量、气道压力、吸入氧浓度、肺的顺应性等)，特别注意气道压力的变化。

(3) 保持呼吸道通畅，及时吸出呼吸道分泌物，观察血痰的性质及量的变化。吸痰次数不要过频，防止躁动，必要时给予镇静药物。

(4) 严格限制入量，经常监测血浆胶体渗透压，在急性渗出期，根据血浆渗透压的变化，遵医嘱及时补充血浆及白蛋白。

(5) 观察引流液的量及性质，每小时记录引流液的量及性质，当出现血性引流量大于 4ml/(kg·h)，或胸腔引流突然中止等，及时通知医生并做好二次开胸急症手术的准备。

(6) 带有临时起搏器的患儿应固定好起搏导线，密切监测心率 (律) 的变化。

(7), 调整药液输入速度的同时注意补充容量, 使病人的动脉压、中心静脉压维持在一个最佳状态, 注意用药效果的观察。

(8) 定时测定血浆胶体渗透压, 维持在 17~20mmHg, 术中使用超滤的患儿, 术后应适当补充晶体液, 以降低血液黏稠度。

#### 【健康指导】

1. 避免剧烈的活动, 活动量以不引起疲乏、呼吸困难、胸闷等不适为宜。
2. 合理安排患儿的饮食与生活, 做到劳逸结合。
3. 避免患儿久留于过冷、过热的环境中, 防止感冒的发生。
4. 遵医嘱给患儿服药。
5. 患儿出院一年内, 尽量平卧位, 不宜侧卧, 以免影响胸骨的正常愈合。

### 四、人造心脏瓣膜置换手术病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 了解以前治疗过程及用药情况。
  - (3) 心功能状况。
  - (4) 有无心悸、气短、疲乏无力、呼吸困难等症状。
  - (5) 营养状况。
- ##### 2. 病人对手术的认知程度及心理承受能力。
- ##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按心脏、血管外科手术病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

(1) 协助病人进行各血、尿便常规检查、心电图、胸部 X 片、超声心动及心导管的一般检查。

(2) 遵医嘱给予氧气吸入。

(3) 遵医嘱给予药物治疗, 缓解症状, 预防并发症的发生。

(4) 鼓励病人进高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食; 心衰者限制食盐的摄入; 饮食以少量多餐为宜。

(5) 教会深呼吸及有效咳嗽的方法。

(6) 讲解手术前、后注意事项, 注意保暖, 防止感冒。

(7) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

##### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 观察意识。注意瞳孔大小及对光反射情况。

(3) 维护心功能，预防低心排的发生：

1) 严密监测血压及血流动力学的各项指标 血压在  $90 \sim 120/60 \sim 90\text{mmHg}$ ，左房压 (LAP)  $12 \sim 15\text{mmHg}$ ，中心静脉压 (CVP) 维持在  $8 \sim 12\text{cmH}_2\text{O}$ 。

2) 根据血流动力学监测指标，补充血容量，注意单位时间内液体入量不可过多，准确记录出入量。

3) 遵医嘱应用血管活性药、强心利尿药物进行治疗，并注意疗效的观察。

4) 严重低心排者可用主动脉内球囊反搏 (IABP)。

(4) 观察心率、心律变化：

1) 术后维持心率在  $60 \sim 120$  次/分。

2) 术后常见的心律失常有室性早搏、房性早搏、室上性心动过速、心房纤颤、室性心动过速、窦性心动过缓等。

3) 应用起搏器的病人，注意起搏器的性能。准确记录起搏频率、输出电压及灵敏度等。

(5) 呼吸道护理

1) 带气管插管病人，根据呼吸音情况及时吸痰；拔管后，协助深呼吸及有效的咳嗽；无法自行咳出或咳痰困难者，协助吸痰。

2) 观察痰液的颜色，性质和量，发现异常及时通知医生。

3) 每  $2 \sim 3$  小时翻身、拍背一次，预防肺部并发症的发生。

(6) 维持水、电解质平衡：血清钾一般维持在  $4.5 \sim 4.8\text{mmol/L}$ 。

(7) 心房纤颤的病人，观察肢体活动情况，鼓励病人在床上进行肢体锻炼或尽早下床活动，预防血栓性静脉炎或肺栓塞的发生。

(8) 术后  $1 \sim 2$  天内每小时测尿量，正常的尿量不少于  $30\text{ml/h}$ 。

(9) 保持胸腔引流管通畅（按胸腔闭式引流护理要点）。

(10) 加强营养，鼓励病人多进高蛋白、高维生素、易消化饮食。

(11) 瓣膜置换术后第 2 天遵医嘱进行抗凝治疗，观察有无皮下出血点、牙龈出血、鼻出血、血痰、血尿等出血现象。

#### 【健康指导】

1. 更换机械瓣术后必须终身抗凝，注意预防血栓栓塞和出血。

2. 按时口服抗凝药，根据 PTT+PAT 调整抗凝药物，并将服药的量详细记录在《保健手册》上。若漏服，次日及时补上。

3. 固定医院复查凝血酶原时间，前半年每  $1 \sim 2$  周复查一次，连续两次稳

定,可延长每月复查一次,半年后改为2~3个月复查一次,1年后可6个月复查一次。

4. 慎用对抗凝有干扰作用的药物。

(1) 增加抗凝作用的药物有苯巴比妥类、阿司匹林、双嘧达莫、氯霉素、新霉素等。

(2) 降低抗凝作用的药物有维生素K及止血药。

(3) 如需使用上述药物,必须经医生指导后应用,并注意及时复查PTT+PAT,调整抗凝药物的剂量。

(4) 肝炎、充血性心力衰竭、发热、甲亢等可导致口服抗凝药物敏感性增加;腹泻时药物吸收较差,须及时治疗以上疾患。

(5) 若黑便、尿血、咯血、头晕、晕厥、胸闷、偏瘫等,应携带抗凝治疗手册,立即诊治。

5. 生活有规律,预防感冒,避免劳累,防止受伤。

6. 一般术后6~8个月恢复半日工作,再逐步过渡到全日工作。心功能Ⅰ级者可做轻至中度体力工作;心功能Ⅱ级者,可做一般家务劳动或较轻工作;心功能Ⅲ级以上者,心功能改善后再恢复工作。

7. 已婚育龄妇女应服用避孕药3年,3年后欲怀孕者应在医生的指导下,以保母婴平安。

8. 服抗凝药后,妇女月经量一般不会增多;放环者可稍多些,如月经量异常增多,可减量 $1/8 \sim 1/4$ ,但不可停药,待月经过后立即恢复原剂量。

9. 心功能Ⅱ级以上,遵医嘱服用地高辛0.5~1年,若心跳小于60次/分,应自行停药并立即就医。

10. 服用排钾利尿药者(如呋塞米、氢氯噻嗪),饭后服用氯化钾片剂,并多食富含钾的食品,如豆类、玉兰片、菌类、海藻类(紫菜、干贝、海带等)、莲子、辣椒及萝卜干等。

## 五、冠状动脉搭桥(CABG)手术病人护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无高血压、糖尿病史,是否接受过介入治疗。

(3) 心绞痛发作的诱因、疼痛性质、时间及伴随症状。

2. 病人对疾病的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按心脏、血管外科手术病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 保持病室安静，注意休息，避免不良刺激，必要时吸氧。

(2) 随时观察病情变化，病人主诉不适或心绞痛发作，生活上给予照顾，嘱病人平卧、吸氧，及时通知医生。

(3) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 严密监测心电图：

1) 心电监测选择固定一个 R 波向上的导联，每 12 小时描记 18 导联心电图一次，观察有无 ST-T 弓背上抬、T 波改变和心肌缺血情况，发现围手术期心梗、冠状动脉痉挛以及血运重建不完全等症状，立即通知医生。

2) 观察有室性心律失常、室上性心律失常、心房纤颤等症状，立即通知医生。

(3) 保持血压平稳：对 CABG 术前合并高血压的病人术后血压控制在不低于术前血压的 20~30mmHg。术后早期遵医嘱充分镇静及合理应用血管扩张剂以控制高血压。

(4) 监测血流动力学和血氧饱和度变化，持续有创动脉血压监测并进行记录。定时测量肺动脉压 (PAP)、肺毛嵌顿压 (PCWP)、心排血量 (CO)、动脉血气等。

(5) 维持正常的体温，使末梢循环尽快恢复。术后早期积极复温，注意保暖，体温升高于 38℃ 时及时给予冰袋、酒精擦浴或药物降温。

(6) 呼吸功能的维护：

1) 充分供氧。

2) 保证通气，保持呼吸道通畅，加强体疗。

3) 如  $PO_2$  低，可采用鼻塞和面罩同时供氧，重者可采用呼吸机间断加压给氧。

(7) 维持水、电解质及酸碱平衡

1) 根据胸液量、血红蛋白 (Hb)、红细胞比积 (HCT)、血压 (Bp)、中心静脉压 (CVP)、尿量、末梢循环、心率等判断血容量是否补足及应补充的内容，维持 Hb10g/dl、HCT35% 左右。

2) 注意电解质变化，维持血清钾在 4.5mmol/L 左右。

3) 定时监测血气，避免因人为因素导致呼吸性酸中毒或呼吸性碱中毒。



## (8) 观察胸腔或心包腔出血

1) 保持引流管通畅, 观察引流液的量及性质并准确记录。

2) 出血的部位多在胸壁组织或内乳动脉分支血管以及吻合口, 发现异常立即通知医生并做好二次开胸止血准备。

## (9) 肾功能的维护

1) 观察尿量、尿色、尿蛋白、尿比重、血清钾等判断肾功能, 每天查尿素氮 (BUN)、肌酐 (Cr) 一次。

2) 术前合并肾功能损害, 遵医嘱补钾, 每天监测血 BUN、Cr 2~3 次。

## (10) 合并糖尿病的护理

1) 每天监测血糖, 使血糖维持在 200mg/dl 左右。

2) 遵医嘱静脉应用 1:1 的胰岛素, 根据病情定时监测血糖次数。

(11) 术后病人根据需要应用抗凝药物, 并观察用药后的反应。

## (12) 患肢的护理

1) 观察患肢末梢的温度、颜色和动脉搏动, 抬高患肢  $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 。

2) 间断或被动活动患肢, 防止血栓形成。术后 6 小时松解弹力绷带。

(13) 结合病情变化及时给予心理上疏导, 解除焦虑。

(14) 拔除胃管后 4 小时可进食 (先进流食、半流食, 再给普食), 鼓励病人进富含维生素、纤维素且易消化的食物。注意保持大便通畅。

## 【健康指导】

1. 低盐低脂饮食, 切忌暴饮暴食。

2. 保持大便通畅, 必要时应用缓泻剂。

3. 随身携带硝酸甘油片以备急用, 注意药物的有效期。

4. 取静脉的肢体, 需继续穿弹力袜 4~6 周。

5. 遵医生制定的抗凝计划, 按时服药。如服用阿司匹林, 应选用肠溶剂型, 并在饭后服用, 以减少对胃肠道黏膜的刺激。

6. 适当参加体育锻炼, 勿劳累, 肥胖者应减肥。

7. 保持良好心态, 控制情绪激动, 促进康复。

## 六、心脏、心肺联合移植病人护理要点

## 【评估】

## 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无咳嗽、咽部疼痛、体温升高等。

(3) 有无呼吸急促、发绀等。

- (4) 有无不可逆的肝、肾功能受损症状。
- (5) 有无严重的脑血管、周围血管病症状。
- (6) 有无近期肺梗死症状。
- (7) 有无药物成瘾、酒精中毒的临床表现。
- (8) 有无癫痫病史。
- (9) 有无消化道溃疡史。
- (10) 了解肺功能及呼吸状况。
- (11) 了解肾功能、肝功能化验结果。
- (12) 了解近期抗凝剂、抗生素、利尿剂、糖皮质激素、抗高血压药、抗心律失常药及强心药物使用情况。

2. 营养状况。

3. 病人对疾病的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按围手术期及体外循环围手术期病人护理要点

2. 术前护理

(1) 遵医嘱对病人进行强心、利尿、扩血管的药物治疗，记录血流动力学监测数据。

(2) 定时观察有无心律失常。

(3) 遵医嘱治疗感染灶，并注意治疗效果的观察。

(4) 低流量持续吸氧。

(5) 保证病人营养的摄入，维持水电平衡。

(6) 留置导尿管。

(7) 遵医嘱术前协助病人口服环孢霉素或硫唑嘌呤免疫抑制剂。

(8) 护理单元及所需物品的准备均需在术前 6~8 小时完成，房间消毒后即予封闭，任何人不得进入或滞留。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉及心脏血管手术、体外循环围手术期病人护理要点。

1) 记录病人转入监护病房的时间，连接监护仪，监测血流动力学、心电图的变化。

2) 连接呼吸机，听诊双肺呼吸音。

3) 观察尿量、颜色及性质，并记录。

4) 遵医嘱调整静脉输液滴速、核准溶液种类并做标记。

5) 遵医嘱进行动力学支持的药物、血浆及全血的维持治疗。

(2) 维持良好心功能和稳定的血流动力学, 正常的 CVP、无心律失常、无周围水肿、无神经系统并发症。

1) 定时监测心率、血压、呼吸(初始每 15 分钟一次、而后 30 分钟一次, 平稳后 1 小时一次)、CVP/h、引流量/h、肛温并记录, 复温后每 4 小时复查一次。

2) 观察病人有无因体温复升而引起的周围血管扩张所致的相对容量不足的临床症状。

3) 观察病人有无引流量骤然减少、CVP 上升、血压下降、尿量减少、奇脉、皮肤湿冷、花斑等心包填塞症状。

4) 观察心率的变化, 遵医嘱调节异丙肾上腺素的用量, 根据血压的变化, 调节多巴胺、多巴酚丁胺等正性肌力药物的滴速。

5) 记录 24 小时出入量。遵医嘱每天测体重(或每周测 2 次)

6) 观察病人有无颈静脉怒张、X 线有无肺部充血等, 液体超负荷的症状。

7) 定时听诊肺部有无水泡音, 检查有无周围水肿。

8) 遵医嘱每天测体重(或每周测 2 次)。

(3) 维持良好的通气功能, 双肺呼吸音清晰, 血气正常, X 线胸片正常。

1) 根据病情可采用常规通气或单侧通气。并遵医嘱设定阈值。

2) 观察呼吸状态、监测血氧饱和度, 每侧呼吸机阈值, 每调节一次呼吸机后 30 分钟复查血气。

3) 听诊双肺呼吸音, 注意有无水泡音, X 线有无肺水肿, 颈部、胸部压之有无捻发音, 观察有无气泡从引流管排出。

4) 吸痰时严格无菌操作, 动作轻柔不宜过深, 应用软管, 吸力不宜过大。

5) 气管插管套囊压力 20~25cmH<sub>2</sub>O, 每班监测一次。

6) 气管插管拔除后, 给予导管或面罩湿化吸氧(流量 4~6L)。

7) 鼓励病人深呼吸及有效咳嗽。

8) 遵医嘱应用支气管舒张、解痉药物, 并记录支气管痉挛发作次数。

9) 肺移植出入量在维持容量的前提下, 遵医嘱入量呈负平衡并及时遵医嘱给予药物纠正代谢性碱中毒。

(4) 无感染, X 线胸片两肺清晰、体温正常、血培养正常。

1) 保护性隔离, 定时监测体温, 37.5℃ 以上及时协助拍 X 线胸片, 做痰培养。

2) 听诊呼吸音, 观察痰的性质。

3) 观察伤口有无红肿疼痛及分泌物, 并更换敷料。

4) 观察口腔黏膜及皮肤有无异常。

5) 每 72 小时更换动脉、静脉延伸管, 每 5 天更换尿袋 1 次。

6) 遵医嘱采集血尿标本进行细菌培养。

7) 提供足够热量、水分及维生素。

8) 任何花卉、未经消毒的水果不放置在病室内。

(5) 应用免疫抑制剂, 控制血压  $<140/90\text{mmHg}$ , 维持肾功能。

1) 遵医嘱监测尿素氮、肌酐、肝功能。

2) 遵医嘱监测硫酸软骨素 A 或他克莫司血药浓度。

3) 观察病人有无头痛及震颤、癫痫状态。

4) 应用硫唑嘌呤或骁悉, 监测白细胞、血小板, 白细胞  $<4\ 000/\text{mm}^3$ , 血小板  $<5\ \text{万}/\text{mm}^3$  告之医生。

5) 应用糖皮质激素的病人观察有无应激性溃疡, 胃液  $\text{pH}<4$  遵医嘱给予抗酸剂, 皮肤护理每 2 小时一次, 采用低盐饮食, 避免水钠潴留。

6) 应用多克隆抗体或单克隆抗体时, 定时观察体温的变化及有无腹泻症状。

7) 应用抗病毒药物如阿昔洛韦应注意观察有无骨髓抑制征象, 监测白细胞。

(6) 心内膜活检、肺活检术后护理要点。

1) 回病房后卧床 5~6 小时, 并经鼻导管或面罩吸氧。

2) 监测心电、血压、呼吸, 听诊双肺呼吸音, 观察有无呼吸困难征象。

3) 观察痰的颜色, 观察有无气胸或血胸。

4) 观察有无心包填塞。

5) 每日测 4 次体温, 持续 3 天。

#### 【健康指导】

1. 针对病人出院所带免疫抑制剂、抗生素等药物, 讲明副作用、减少不良反应。

2. 教会病人测量血压的方法, 定时测量血压, 发现异常及时就诊。

3. 向病人讲解排斥过程中机体免疫功能下降, 预防感染的发生。

4. 进低盐、低胆固醇饮食, 控制血脂及体重的升高。

5. 遵医嘱进行自我锻炼, 促进康复。

## 第十二节 神经外科疾病病人护理指南

### 一、神经外科病人一般护理要点

#### (一) 术前护理

1. 偏瘫及癫痫病人入院后加床挡, 防止坠床; 做好生活护理, 防止进食

时咬伤舌头或食物误入气道等意外的发生。

2. 颅内压增高呕吐频繁者,遵医嘱常规补充营养,应用脱水药物后注意观察水电解质平衡状况。

3. 昏迷或已行气管切开的病人,及时清除呼吸道分泌物,保持气道通畅。

4. 语言障碍的病人,耐心揣测其需求;视力、听力出现障碍时,在服药、进食、如厕等活动时应给予协助。

5. 指导病人练习床上大小便,特别是颅压增高的病人,减少或避免术后尿潴留及便秘的发生。

6. 脑室引流的病人,定时观察引流液的颜色、量及性状,保持引流通畅。

7. 向病人及家属讲解手术前后注意事项及术后麻醉清醒前禁食、禁水的重要性,以取得配合。

8. 遵医嘱准备手术区域皮肤(剃头)、检查头皮有无毛囊炎,洗澡、更衣等。需植皮、整形手术者,手术区域皮肤用75%酒精消毒,再用无菌巾包扎。

9. 术前行脑室引流者,去手术室前夹闭引流管。

## (二) 术后护理

1. 术后搬运应轻稳,用双手固定病人头部。

2. 全麻未清醒前专人护理,去枕平卧,头偏向一侧,以防分泌及呕吐物误入气道,引起窒息或吸入性肺炎。清醒血压平稳后,床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 斜坡卧位,以利于颅内静脉回流,降低颅内压力。

3. 定时监测意识、瞳孔、血压、呼吸的变化及肢体活动状况,必要时监测血氧饱和度,发现异常立即通知医生,并进行记录。

4. 保持呼吸道通畅,及时清理呼吸道分泌物,术后常规给予氧气吸入。发现异常立即通知医生,并做好抢救的准备。

5. 防止颅内压增高,术后3天内避免用力排痰、排便。

6. 做好各引流管的护理,观察引流量、颜色及性状,发现异常及时通知医生。保持引流管通畅,防止堵塞、扭曲、打折及脱落。

7. 观察伤口渗血、渗液情况,发现异常及时通知医生,保持伤口敷料清洁与干燥。

8. 躁动或有精神症状的病人可用约束带或加床档,防止抓脱伤口敷料或坠床。

9. 根据病人疼痛程度,遵医嘱给予镇痛药物(不能使用吗啡、哌替啶)。

10. 遵医嘱给予抗生素,预防感染的发生。

11. 一般颅脑手术后,术后第1天可进流质饮食,第2、3天半流食。吞咽困难、饮水呛咳者,术后禁食、禁饮水,禁食期间给予鼻饲或静脉高营养,

注意维持水电解质平衡。

12. 禁食期间定时给予口腔护理, 预防口腔并发症的发生。

13. 肢体功能障碍者, 定时协助翻身并保持肢体的功能位置, 预防褥疮的发生。

14. 在病情允许的情况下, 卧床期间鼓励病人进行肢体运动及早期离床活动, 预防深静脉血栓的形成。

15. 遵医嘱指导病人进行功能锻炼。

16. 做好并发症的观察与护理。

## 二、脑室引流病人护理要点

### 【评估】

1. 了解脑室引流的病因。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 精神、意识状态。

(3) 头部皮肤状况。

3. 对脑室引流治疗的认识程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按神经外科病人一般护理要点。

2. 病人回病房后, 取平卧位, 立即在严格无菌条件下连接引流瓶, 并将引流瓶悬挂于床头, 引流管最高处距侧脑室 10~15cm, 以维持正常颅压。

3. 烦躁不安的病人, 适当给予约束, 专人护理。

4. 脑室引流早期, 引流速度禁忌过快。

5. 对于后颅凹占位性病变者, 术后早期可将引流瓶挂高, 待颅内各部位的压力取得平衡后, 再将引流瓶置于正常高度。

6. 保持引流通畅, 引流管内脑脊液水平有波动; 如将引流管放低有脑脊液流出; 压迫颈静脉时, 脑脊液水平升高或涌出。

7. 控制脑脊液量 每 3 分钟分泌 1ml, 每天不超过 500ml。如感染、脑脊液分泌增多, 注意水盐平衡的观察, 如电解质紊乱, 遵医嘱适量补液。同时将引流瓶提高距侧脑室 20cm。

8. 观察脑脊液的性状 术后 1~2 天脑脊髓液略带血性, 以后转为橙黄色, 若为鲜血, 提示脑室内出血, 立即通知医生, 紧急手术; 若脑脊液混浊, 提示颅内感染, 此时应放低引流管距侧脑室 7cm, 持续引流感染脑脊液, 及时



留取标本并送检，遵医嘱给予抗生素控制感染。

9. 若需搬动病人，搬动前及时夹管，以防逆流引起颅内感染或引流过快引起脑室出血。

10. 术后 3~4 天夹管，拔管前 2 天观察引流情况，无高颅压指征时方可拔管。

11. 更换引流管、引流瓶（袋）注意事项

(1) 更换引流管前准备好全部换管所需的消毒药液、无菌敷料、胶布等。

(2) 操作前严格洗净并消毒双手。

(3) 更换引流瓶（袋）前夹闭引流管，以免引流管内脑脊液逆流。

(4) 引流管接头处用无菌纱布包裹，以保持无菌，然后再进行换管。

(5) 更换引流瓶（袋）时记录引流量及脑脊液的性质。

#### 【健康指导】

1. 若需带脑室引流管出院的病人，向家属讲解引流管距侧脑室的高度；每天应更换引流袋及无菌操作的方法及其注意事项。

2. 若出现发烧、引流管堵塞、引流液异常等特殊情况及及时就诊。

### 三、颅底骨折病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征、意识状态及瞳孔。

(2) 是否在无外伤的情况下耳、鼻、口腔等处有血水流出。

(3) 有无眶周、乳突下广泛的淤血斑。

(4) 有无脑脊液漏和视神经损伤症状。

2. 对颅底骨折的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按围手术期及神经外科病人一般护理要点。

2. 定时监测病人意识状态、瞳孔、血压、脉搏及呼吸的变化，发现异常立即通知医生，并进行记录。

3. 有脑脊液漏者（耳漏、鼻漏），嘱病人绝对卧床休息，协助其生活护理。

4. 向病人讲解正确卧位的重要性，防止脑脊液逆流，预防颅内感染的发生。

5. 有脑脊液漏者，按无菌伤口处理，头部垫无菌治疗巾和无菌棉垫。



6. 嘱病人禁止用手掏鼻腔或耳道, 尽量减少用力咳嗽、打喷嚏, 防止颅内感染或颅内积气的发生。

7. 有脑脊液漏者, 禁止鼻饲和经鼻腔吸痰。

8. 遵医嘱给予抗生素, 预防颅内感染的发生。

#### 【健康指导】

禁止剧烈运动, 防止再次发生脑脊液漏。

### 四、颅内血肿病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征及意识状态。
- (2) 瞳孔是否等大、对光反应是否灵敏。
- (3) 头痛、呕吐的程度。
- (4) 有无肢体偏瘫症状。

2. 对颅内血肿的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按神经外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

(1) 遵医嘱定时观察病人意识状态、瞳孔、血压、呼吸的变化及肢体活动状况, 发现异常立即通知医生, 防止脑疝的发生, 并进行记录。

(2) 遵医嘱给予抗生素、止血等药物。

(3) 病人出现剧烈头痛、频繁呕吐、烦躁不安等症状时, 立即通知医生, 并遵医嘱给予处理。

(4) 及时清除呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅。

(5) 对意识不清、躁动的病人, 适当给予约束或加床档, 防止坠床等意外的发生。

(6) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。

##### 3. 术后护理

(1) 按全麻病人术后护理要点。

(2) 定时监测并记录意识状态、瞳孔、血压、心率、脉搏及呼吸的变化, 发现异常立即通知医生。

(3) 遵医嘱给予抗生素及其他药物。

(4) 做好气管切开病人的护理 (按气管切开病人护理要点)。

- (5) 指导病人进行深呼吸、有效咳嗽咳痰，预防肺部感染的发生。
- (6) 定时协助病人翻身及按摩骨突处，预防褥疮的发生。
- (7) 在病情允许的情况下鼓励病人多饮水，预防泌尿系感染的发生。
- (8) 指导病人进行瘫痪肢体功能锻炼。

#### 【健康指导】

教会偏瘫病人进行肢体功能锻炼的方法。

### 五、硬膜下血肿病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征及意识状态。
- (2) 有无头痛、恶心、呕吐等颅内压增高的症状。
- (3) 肢体感觉和活动状况。
- (4) 有无老年痴呆、精神异常、失语等。

##### 2. 对硬膜下血肿的认知程度及心理承受能力。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按神经外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

- (1) 头痛、恶心、呕吐的病人，遵医嘱给予对症处理。
- (2) 对肢体感觉障碍、活动无力或力弱者，加强安全防护，防止摔伤。
- (3) 向病人及家属讲解手术方法和注意事项，以取得病人合作。
- (4) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

##### 3. 术后护理

- (1) 按全麻病人术后护理要点。
- (2) 定时监测病人意识状态、瞳孔、血压、脉搏、呼吸的变化及肢体活动状况，必要时测颅压和血氧饱和度，发现异常立即通知医生。
- (3) 病人取头低脚高位（床尾抬高 $30^{\circ}$ ），便于引流。
- (4) 观察并记录引流量、颜色及性状的变化，保持引流管通畅，发现异常及时通知医生。
- (5) 枕头上垫无菌治疗巾，每天定时更换，污染时随时更换。
- (6) 观察肢体恢复情况。

#### 【健康指导】

##### 1. 肢体瘫痪者出院前教会病人及家属功能锻炼的方法。

2. 合理搭配饮食, 保证营养的摄入, 促进机体的康复。

## 六、颅内肿瘤病人护理要点

### (一) 脑膜瘤手术病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征及意识状态。
  - (2) 有无偏瘫, 视野缺失、失语等。
  - (3) 有无癫痫的症状。
2. 对脑膜瘤的认知程度及心理承受能力。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按神经外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

- (1) 自理能力较差的病人, 协助其进行术前常规检查。
- (2) 观察病人有无头痛、呕吐等症状, 预防脑疝的发生, 发现异常立即通知医生。
- (3) 癫痫的病人, 观察有无癫痫发作的先兆症状, 做好安全的防护, 防止摔伤等意外的发生。
- (4) 大脑凸面脑膜瘤受压明显时可出现精神症状, 要加强巡视, 必要时设专人护理。
- (5) 位于左侧半球凸面脑膜瘤的病人, 及时了解失语性质及程度, 采取与病人有效沟通方式。
- (6) 肿瘤位于矢状窦旁、中部、额顶的病人观察肢体活动情况, 偏瘫、力弱者协助生活护理。
- (7) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。

##### 3. 术后护理

- (1) 按全麻病人术后护理要点。
- (2) 定时监测意识状态、瞳孔、血压、脉搏、呼吸的变化及肢体活动状况, 观察有无脑水肿及脑出血的征象, 发现异常立即通知医生。
- (3) 对术前有癫痫发作史的病人, 观察其有无癫痫发作的征象, 遵医嘱给予抗癫痫药物, 并做好病人安全的防护。
- (4) 颅前窝底或颅中窝脑膜瘤术后的病人, 如出现脑脊液鼻漏或耳漏, 按颅底骨折脑脊液漏护理要点。

- (5) 观察病人的视力, 肢体运动、感觉恢复情况。
- (6) 做好失语病人的精神、心理及生活护理。
- (7) 做好偏瘫、昏迷、气管切开病人的护理, 预防术后并发症的发生。

#### 【健康指导】

- 1. 出院 1 个月后再洗头, 以预防伤口感染。
- 2. 讲解按时服抗癫痫药物的重要性, 不可骤然停药或换药。
- 3. 保证充足睡眠, 每天连续睡眠 8~10 小时。
- 4. 合理搭配饮食, 促进机体的康复。
- 5. 应逐渐增加肢体活动量和语言训练的力度。
- 6. 遵医嘱定期进行放疗和化疗, 预防肿瘤的复发。
- 7. 若出现头痛、呕吐等症状, 及时就诊。

#### (二) 胶质瘤手术病人护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 有无颅压高的症状和体征。
- (3) 有无偏瘫、失语和视力改变等。
- (4) 有无癫痫发作史。
- (5) 有无食欲亢进、嗜睡及指端肥大症状。

##### 2. 对胶质瘤的认知程度和心理承受能力。

##### 3. 自理能力。

##### 【护理要点】

##### 1. 按神经外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

- (1) 遵医嘱定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化。
- (2) 做好昏迷、偏瘫、失语和视力改变病人的生活护理及安全防护。
- (3) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。

##### 3. 术后护理

##### (1) 按全麻病人术后护理要点。

(2) 定时监测病人意识状态、瞳孔、血压、脉搏、呼吸的变化及肢体活动状况, 发现异常立即通知医生。

(3) 观察伤口有无渗血、渗液及渗出液量、性状, 发现异常及时通知医生。

##### (4) 做好脑室引流的护理 (按脑室引流护理要点)。

- (5) 躁动的病人可进行适当约束,防止坠床及拔管。
- (6) 若病人出现癫痫发作的先兆,遵医嘱给予抗癫痫药物,并注意安全防护。
- (7) 昏迷病人按昏迷护理要点。
- (8) 偏瘫者定时翻身、叩背,预防褥疮及肺部并发症的发生。
- (9) 鼓励病人进营养丰富的饮食。
- (10) 术后3天内协助病人床上活动,3天后根据病情指导病人离床活动。

#### 【健康指导】

- 1. 术后1个月内不要洗头,头皮发痒可用酒精棉擦拭,不要用手搔抓伤口。
- 2. 遵医嘱按时服用抗癫痫药,不可随意减量和停药。
- 3. 合理搭配饮食,保证营养的摄入。
- 4. 遵医嘱及时进行放疗和化疗,预防肿瘤复发。

#### (三) 垂体瘤手术病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征及意识状态。
  - (2) 有无颅压升高、嗜睡、记忆力减退、智能障碍及精神错乱等症状。
  - (3) 有无脑膜刺激征的表现。
  - (4) 有无皮质醇增多症的症状。
  - (5) 有无垂体功能低下的症状。
- 2. 对垂体瘤的认知程度及心理承受能力。
  - 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按神经外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

- (1) 遵医嘱留取激素血标本及与手术有关的标本并及时送检。
- (2) 自理能力较差的病人,协助其完成术前常规检查。
- (3) 多饮、多尿的病人,准确记录出入量。
- (4) 观察病人有无突然剧烈头痛、复视、视力减退或失明、意识障碍等症状,发现异常立即通知医生,并做好抢救或手术的准备。
- (5) 经口鼻蝶切除肿瘤的病人,术前剪鼻毛,清理鼻腔,用氯麻滴鼻液滴鼻及朵贝尔液漱口,并指导病人术前练习张口呼吸。
- (6) 向病人讲解术后注意事项。

(7) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按全麻病人术后护理要点。

(2) 定时监测病人意识状态、瞳孔、眼球活动及位置、血压、脉搏、呼吸的变化及肢体活动状况,发现异常及时通知医生。

(3) 术后低颅压者,观察有无恶心、呕吐等症状,必要时给予头低脚高卧位及止吐药物。

(4) 遵医嘱静脉补充液体,尿崩者准确记出入量,注意水、电解质平衡的观察。

(5) 观察伤口有无渗血、渗液及渗出液的量、颜色及性状,发现异常及时通知医生。

(6) 经口鼻蝶手术病人若口腔内有引流条不可自行拽出,及时通知医生给予处理。

(7) 保持呼吸道通畅,及时吸出口腔内的分泌物。

(8) 遵医嘱继续用氯麻滴鼻液滴鼻,观察病人有无脑脊液鼻漏现象,发现异常及时通知医生。

(9) 瞩鼻漏病人禁止堵鼻。

(10) 禁止经鼻漏侧孔插鼻管或吸痰。

(11) 定时进行口腔护理,指导病人用朵贝尔液漱口,预防口腔感染的发生。

(12) 病情允许的情况下,可抬高床头  $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ ,以使脑组织移向颅底封闭漏口。

### 【健康指导】

1. 遵医嘱应用激素和癫痫药物治疗者,嘱病人不得任意停药、加量或减量。

2. 经蝶手术的病人,保持大便通畅,预防感冒、尽量不打喷嚏等。出院1个月内用盐水漱口,不要刷牙。

3. 遵医嘱选择最佳的放疗时间。

4. 进食低糖、低脂、高蛋白、高维生素的饮食。

5. 活动要适度,若感觉异常应随时就诊。

### (四) 脑干肿瘤手术病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 肿瘤的部位及性质。

(3) 有无脑神经损害、顽固性呕吐、眩晕、吞咽障碍等症状。

2. 对脑干肿瘤的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按神经外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 自理能力较差者，协助完成术前常规检查。

(2) 观察病人血压、脉搏、呼吸的变化，发现异常立即通知医生，并做好抢救的准备。

(3) 遵医嘱指导病人进食，吞咽困难者，进食前应检查吞咽功能及喉反射情况。

(4) 教会病人进行深呼吸、有效咳嗽咳痰的方法。

(5) 协助病人做好生活护理及安全防护。

(6) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

3. 术后护理

(1) 按全麻病人术后护理要点。

(2) 定时监测病人神志、血压、脉搏、呼吸的变化及肢体活动状况，发现异常立即通知医生，并做好抢救的准备。

(3) 保持呼吸道通畅，及时吸出口腔内的分泌物。

(4) 眼睑闭合不全的病人，遵医嘱滴眼药水或眼药膏，并用纱布覆盖，或用蝶形胶布将上下眼睑粘合。

(5) 胃肠道出血的病人，随时观察胃液、大便的颜色及有无腹胀等症状，发现异常立即通知医生，并做好抢救的准备。

(6) 术后禁食期间，遵医嘱给予静脉高营养或经鼻饲管给予营养饮食，观察水电解质平衡状况。

(7) 遵医嘱定时进行雾化吸入、拍背、协助排痰。

(8) 保持引流管通畅，观察引流液量、颜色及性状，发现异常及时通知医生。

(9) 若病人体温  $38.5^{\circ}\text{C}$  以上时，及时给予降温处理。

(10) 卧床期间加强基础护理，定时协助翻身、叩背，预防褥疮及肺部并发症的发生。

(11) 卧床期间鼓励病人进行肢体活动，预防静脉血栓的形成。

### 【健康指导】

1. 遵医嘱按时服药，不得停药或随意减量。

2. 带胃管出院的病人，嘱家属定时给予鼻饲饮食；一般病人合理搭配饮



食，保证营养的摄入，促进康复。

3. 偏瘫、面神经麻痹的病人，鼓励其接受现实，建立自信心。

4. 继续进行功能锻炼，促进肢体功能恢复。

#### （五）颅底肿瘤手术病人护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

（1）生命体征。

（2）有无颅压增高的症状与体征。

（3）有无剧烈头痛、恶心、呕吐等症状。

（4）视力状况。

2. 对颅底肿瘤的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按神经外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

（1）定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化。

（2）颅压增高，剧烈头痛的病人，嘱其绝对卧床休息；肿瘤巨大者，嘱病人翻身时应缓慢，不能骤然卧向患侧，以防脑干外移，引起突然死亡。

（3）视力下降、复视者，协助病人做好生活护理及安全防护。

（4）遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

##### 3. 术后护理

（1）按全麻病人术后护理要点。

（2）定时监测病人意识状态、瞳孔、血压、脉搏、呼吸及肢体活动状况，发现异常立即通知医生。

（3）观察伤口渗血、渗液量、颜色及性状，发现异常及时通知医生。

（4）做好脑室引流的护理（见脑室引流护理要点）。

（5）定时吸痰，保持引流通畅，防止因缺氧而导致颅压增高的发生。

（6）周围性面瘫的病人，若眼睑闭合不全，定时滴眼药，并用凡士林油纱或金霉素眼药膏保护角膜；若眼睑长期不能闭合，可给予缝合。

（7）定时协助病人翻身，预防褥疮及肺部并发症的发生。

（8）鼓励病人进营养丰富、易消化的饮食。

##### 【健康指导】

1. 遵医嘱按时服药，不得停药或随意减量。

2. 合理搭配饮食，保证营养的摄入。

3. 继续进行功能锻炼,促进肢体功能恢复。

#### (六) 听神经瘤手术病人护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

(1) 生命体征及意识状态。

(2) 有无头昏、眩晕、恶心、呕吐等颅压高的症状。

(3) 耳聋程度。

(4) 有无吞咽困难。

(5) 了解病人听力试验、前庭功能试验、影像学检查、脑干听觉诱发电位、面神经功能试验及脑脊液检查结果。

2. 对听神经瘤的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按神经外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

(1) 自理能力较差的病人,协助完成术前常规检查。

(2) 观察吞咽困难病人进食状况,必要时遵医嘱留置鼻饲管,定时给予高蛋白、高维生素的流质饮食,预防因营养不良而造成的低蛋白血症。

(3) 共济失调的病人应有家属陪伴,做好安全防护。

(4) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

##### 3. 术后护理

(1) 按全麻病人术后护理要点。

(2) 定时监测病人意识状态、血压、脉搏、呼吸的变化,发现异常立即通知医生。

(3) 面神经及三叉神经损伤、眼睑闭合不全者,遵医嘱定时给病人滴眼药,以保护角膜。

(4) 有精神症状的病人,加床档或适当约束,防止意外的发生。

(5) 三叉神经损伤者因面部感觉减退,进食时注意食物温度,防止烫伤。

(6) 后组脑神经损伤饮食呛咳者,遵医嘱禁食,静脉补充营养;3天后遵医嘱给予流质饮食,必要时经鼻饲管给予流质饮食。

(7) 清理呼吸道能力低下的病人,定时给予雾化吸入、拍背等促进痰液的排出;必要时给予吸痰,预防肺部并发症的发生。

(8) 面部出现带状疱疹时,遵医嘱用药,预防继发感染。

(9) 根据病人的听力状况,采取适当的交流方式,满足病人的需求。

(10) 术后卧床期间指导病人进行肢体活动, 3 天后根据病情可协助病人离床活动, 预防静脉血栓的形成。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱按时服用抗癫痫药物, 不得随意加、减或停药。
2. 合理搭配饮食, 保证营养摄入, 促进机体康复。

### 七、脑脓肿手术病人的护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 意识状态及瞳孔的状态。
  - (3) 有无头痛、恶心、呕吐等颅压高的症状。
  - (4) 有无其他感染病灶。
2. 对脑脓肿的认知程度和心理承受能力。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按神经外科病人一般护理要点。
2. 术前护理
  - (1) 自理能力较差者, 协助完成术前常规检查。
  - (2) 观察病人意识、血压、脉搏及呼吸的变化, 发现异常及时通知医生。
  - (3) 观察病人局部与全身的感染症状及临床表现。
  - (4) 遵医嘱给予抗感染药物, 注意药物副作用及疗效的观察。
  - (5) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。
3. 术后护理
  - (1) 按全麻病人术后护理要点。
  - (2) 定时监测病人意识状态、血压、脉搏、呼吸及体温的变化, 发现异常立即通知医生。
  - (3) 体温在  $38.5^{\circ}\text{C}$  以上者, 及时给予物理或遵医嘱给予药物降温, 注意降温效果的观察, 并鼓励病人多饮水。
  - (4) 保持引流通畅, 做好引流管护理。
  - (5) 遵医嘱进行腔内注射药物及冲洗, 观察引流液的颜色、量及性状, 发现异常及时通知医生。
  - (6) 鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。
  - (7) 卧床期间指导病人进行肢体活动, 病情允许的情况下鼓励早期离床活

动,预防血栓的形成。

#### 【健康指导】

1. 讲解治疗原发病的重要性,遵医嘱继续治疗原发病。
2. 遵医嘱按时服药,并注意治疗效果观察。
3. 合理搭配饮食,注意营养的摄入,促进机体的康复。

### 八、颅内血管病变手术病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征、意识及瞳孔状态。
- (2) 出血的诱发因素及出血次数。
- (3) 有无癫痫病史。
- (4) 有无高血压病史。
- (5) 头痛程度,有无恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗等症状。
- (6) 有无谵妄、木僵、定向障碍等精神症状。
- (7) 有无短暂意识模糊甚至昏迷等意识障碍的临床表现。

##### 2. 对颅内血管病变的认知程度及心理承受能力。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按神经外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

(1) 动脉瘤病人嘱其绝对卧床休息,视病情决定卧床时间,防止因血块溶解而发生二次出血。

(2) 定时监测病人意识状态、瞳孔、血压、心率、脉搏、呼吸的变化及肢体活动状况,发现异常立即通知医生,并做好抢救的准备。

(3) 针对病人头痛、恶心、呕吐等症状,遵医嘱给予对症处理。

(4) 癫痫、昏迷、谵妄的病人专人护理,加床档给予保护,防止坠床等意外的发生。

(5) 应用脱水药物时,遵医嘱在规定时间内滴完。

(6) 嘱病人避免不良刺激,勿用力咳嗽。

(7) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

##### 3. 术后护理

(1) 按全麻病人术后护理要点。

(2) 卧位

1) 后组脑神经损伤吞咽困难时, 只能取侧卧位, 以免口腔咽部分泌物误入气管。

2) 幕上开颅术后取仰卧位或卧向健侧, 避免切口受压。

3) 幕下开颅术后, 早期不宜垫枕仰卧, 取侧卧或侧俯卧位, 此卧位在给病人翻身时应两人进行, 一人扶头, 避免扭转。

(3) 定时监测病人意识状态、瞳孔、血压、脉搏、呼吸的变化, 肢体活动状况及有无出血征象, 发现异常立即通知医生, 并做好抢救的准备。

(4) 昏迷病人专人护理。

(5) 气管切开病人专人护理(按气管切开护理要点)。

(6) 偏瘫病人定时协助翻身、拍背, 按摩骨突部位, 鼓励病人深呼吸, 有效咳嗽咳痰, 预防褥疮及肺部并发症的发生。

(7) 营养与补液

1) 病情平稳, 术后第1天即可进流质饮食, 第2、3天可进半流食, 以后改为软食; 较大手术或病人有恶心、呕吐或消化功能紊乱时, 术后禁食2天, 静脉补充营养, 病情稳定后改为流质饮食、半流食。

2) 后颅凹术后, 因吞咽、迷走神经瘫痪导致饮水呛咳、吞咽困难, 应禁食、禁饮, 经鼻饲管给予高蛋白、高维生素流质饮食, 少量多餐。

3) 脑部手术后, 都要经过脑水肿期, 术后3~4天内, 成人输液控制在1500~2000ml/d, 其中含盐液体500ml。脑水肿需使用脱水药物, 观察水电解质平衡情况。特别是气管切开、脑室引流、呕吐、高热、大量出汗等, 因水电解质丢失较多, 更应注意观察。

(8) 颅内压增高引起的头痛, 多发生在术后24~72小时脑水肿高潮期, 为搏动性头痛, 遵医嘱给予脱水剂及激素降低颅压, 缓解头痛。

(9) 切口脑脊液漏时协助病人半卧位, 以减少漏液, 为防止颅内感染, 切口上垫无菌纱垫并用消毒绷带包扎。

(10) 并发症的观察及护理

1) 出血: 一般在术后24~48小时, 病人常表现为剧烈头痛、频繁呕吐、对光反射迟钝或消失, 有时伴有肢体瘫痪和失语, 血压增高、脉搏变缓。可导致脑疝的发生, 立即通知医生。遵医嘱定时监测血压、脉搏、呼吸、意识、瞳孔的变化及肢体活动状况, 并做好病情记录。

2) 感染: 多在术后3~5天, 外科热退后再次出现持续性高热、头痛、呕吐、意识障碍, 伤口再次疼痛, 局部红肿、压痛、有脓性分泌物, 头皮所属的淋巴结肿大。密切观察症状及体征, 遵医嘱给予抗生素。

3) 肺部感染: 观察呼吸频率及深浅度, 给予氧气吸入。

4) 中枢高热:多发生在术后 48 小时内,伴有意识障碍、瞳孔缩小、脉搏快速、呼吸急促等自主神经紊乱症状,遵医嘱采取冬眠疗法。

5) 胃出血:病人呕吐大量咖啡色胃内容物,并伴有呃逆、腹胀、黑便等症状。抽尽胃内容物,并用冰水洗胃,遵医嘱输血及应用止血药物,防止休克的发生。

6) 顽固性呃逆:若术后胃胀气与胃潴留,遵医嘱插胃管,抽空胃内容物。压迫眼球、眶上神经、捏鼻及刺激咳嗽等,均不能制止呃逆时,遵医嘱给予药物治疗。

7) 癫痫发作:多在术后 2~4 天脑水肿高潮期,遵医嘱给予抗癫痫药物加以预防。嘱病人卧床休息、保证充足睡眠、避免情绪激动,癫痫发作时注意病人安全、给予氧气吸入,并做好记录。

(11) 卧床期间协助病人进行肢体活动,病情允许的情况下鼓励其早期离床活动,防止深静脉血栓的形成。

#### 【健康指导】

1. 教会病人家属测量血压的方法,每天定时测量并记录,发现异常随时就诊。
2. 遵医嘱按时服药,不可任意停药或更改药物剂量。
3. 合理搭配饮食,保证营养的摄入,促进机体康复。
4. 根据病情适当活动,注意安全。

### 九、脊髓疾患手术病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征、意识及瞳孔状态。
- (2) 病人对温、痛、触觉的感觉。
- (3) 肢体活动状况。
- (4) 能否自主排尿。

##### 2. 对脊椎手术的认知程度及心理承受能力。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按神经外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

##### (1) 协助病人生活护理,减少其精神压力。

##### (2) 不能自主排尿者,留置尿管,注意尿量、颜色及性状的观察,保持引

流通畅。

- (3) 温、痛、触觉障碍者，及时给予健康指导，预防烫伤等意外的发生。
- (4) 肢体瘫痪者，做好被动活动及皮肤的护理，预防压疮的发生。
- (5) 肢体活动障碍者，做好安全防护，预防摔伤。
- (6) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

- (1) 按全麻病人术后护理要点。
- (2) 将病人安置于硬板床上，床上放置气垫或海绵垫，预防压疮的发生。
- (3) 定时监测病人意识状态、瞳孔、血压、脉搏、呼吸的变化及肢体活动状况，发现异常立即通知医生，并做好抢救的准备。
- (4) 给病人翻身时应用双手固定其头部，采取“轴式”翻身，防止脊髓的损伤。
- (5) 高位颈髓肿瘤的病人，定时监测呼吸频率及深浅度，保持呼吸道通畅，发现异常立即通知医生，做好气管插管的准备。
- (6) 病人禁食期间遵医嘱静脉补充营养，观察有无电解质紊乱的征象。
- (7) 观察病人排便、排尿情况，排尿困难者留置尿管，保持引流通畅，观察尿量、颜色及性状的变化。
- (8) 观察肢体活动及感觉状况，发现异常及时通知医生。
- (9) 指导病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。
- (10) 卧床期间鼓励病人进行肢体活动，预防深静脉血栓的形成。
- (11) 颈椎或腰椎术后康复期的病人，遵医嘱为其选择合适的颈托或腰围，并指导使用的方法及注意事项。

### 【健康指导】

1. 注意观察肢体肌力、感觉以及排泄情况，发现异常随时就诊。
2. 出院时仍不能自主排尿者，教会家属尿管护理的方法。
3. 教会病人及家属进行肢体功能锻炼的方法。
4. 教会病人佩戴腰围的方法，佩带时间遵医嘱。
5. 教会病人佩戴颈托的方法，佩带时间遵医嘱。
6. 合理搭配饮食，保证营养的摄入。
7. 保持良好心态，促进机体的康复。

## 十、帕金森病手术病人护理要点

### 【评估】

1. 病情评估



- (1) 生命体征。
- (2) 肌肉震颤程度。
- (3) 有无吞咽困难。

2. 对帕金森病的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按神经外科病人一般护理常规要点。

2. 术前护理

- (1) 嘱病人穿透气性较好的衣服及平底鞋。
- (2) 防护设施良好，确保病人安全。
- (3) 自理能力较差者，及时提供生活护理。
- (4) 遵医嘱指导病人进行肢体功能锻炼。

3. 术后护理

- (1) 按全麻病人术后护理要点。
- (2) 定时监测病人意识、血压、脉搏、呼吸的变化及肢体活动状况，发现异常立即通知医生。
- (3) 观察病人吞咽功能恢复情况。
- (4) 遵医嘱按时、按量给予病人药物治疗。
- (5) 做好安全防护，避免外伤的发生。
- (6) 观察病情的缓解程度及有无复发。
- (7) 指导病人进行肢体康复训练。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱按时、按量服药。
2. 嘱病人远离磁场，如电脑、磁共振等。
3. 注意皮下接受器的保护。
4. 教会病人肢体功能锻炼的方法，每天坚持锻炼。

### 十一、介入手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 有无严重出血倾向。
- (3) 有无严重动脉硬化及高血压。
- (4) 有无严重肝、肾、心、肺功能障碍。

- (5) 穿刺部位有无感染。
- (6) 了解病人对造影剂是否过敏。
- (7) 了解血常规、出凝血时间、凝血功能、胸片、肝、肾功能等检查结果。

2. 对自身疾病的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按神经外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

- (1) 嘱病人尽可能卧床休息，避免剧烈活动。
- (2) 保持大便通畅，必要时遵医嘱给予缓泻剂。
- (3) 有癫痫的病人遵医嘱给予抗癫痫药物，并注意病人安全的防护。
- (4) 准备双侧腹股沟皮肤并检查股动脉搏动情况。
- (5) 术前一天晚保证充足睡眠，稳定情绪，术前 6 小时禁食。
- (6) 术前 0.5 小时遵医嘱给予苯巴比妥钠 0.2g 肌肉注射。

3. 术后护理

(1) 一般病人给予浸润麻醉，儿童、急诊及动脉瘤腔栓塞的病人给予全麻，遵医嘱取平卧位。

(2) 手术结束后穿刺部位充分压迫止血 5~15 分钟，肝素化的病人，血止后局部加压包扎 24 小时。

(3) 穿刺侧下肢制动，定时监测病人血压、下肢皮肤颜色及足背动脉搏动情况，发现异常立即通知医生。

(4) 遵医嘱给予病人地塞米松、抗生素、低分子右旋糖酐等药物治疗。

(5) 术后仍需肝素化的病人，定时监测出凝血功能。

(6) 遵医嘱做好并发症的观察与治疗。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱按时、按量服药，不得随意减药或停药。

2. 避免重体力劳动、注意休息。

3. 教会病人进行肢体功能锻炼的方法，每天坚持锻炼。

## 十二、伽玛刀治疗病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

- (2) 头部皮肤情况。
- 2. 病人及家属对伽玛刀治疗知识的认知程度及心理承受能力。
- 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

- 1. 按神经外科病人一般护理要点。
- 2. 治疗前护理

(1) 向病人及家属讲解有关伽玛刀治疗的相关知识,解除顾虑,建立治疗信心。

(2) 嘱病人注意休息,保证充足的睡眠。

(3) 术前一天下午及术日晨分别洗头一次并进行消毒,注意保暖,预防感冒。

#### 3. 治疗后护理

(1) 在局麻下通过特制金属螺钉,将 Leksell 定位架固定于颅骨上。

(2) 嘱病人卧床休息,尽量减少活动。

(3) 定时观察病人血压、脉搏及体温的变化,发现异常及时通知医生。

(4) 治疗后病人头部用绷带包扎,倾听病人主诉,定时观察病人头部皮肤情况,2天后遵医嘱取下头部绷带。

(5) 遵医嘱静脉给予抗生素及脱水药物进行治疗。

(6) 鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

#### 【健康指导】

- 1. 遵医嘱按时服药。
- 2. 避免重体力劳动,注意休息。
- 3. 合理搭配饮食,保证营养的摄入,促进机体康复。

### 十三、癫痫手术病人护理要点

#### 【评估】

- 1. 询问病人癫痫病史,了解癫痫的病因。
- 2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 癫痫发作类型。
  - (3) 癫痫发作的诱因。
  - (4) 用药史及药物治疗效果。
  - (4) 了解脑电图、诱发电位、CT、MRI 等检查结果。
- 3. 评估病人对癫痫的认知程度及心理承受能力。

## 4. 自理能力。

**【护理要点】**

## 1. 按神经外科病人一般护理要点。

## 2. 术前护理

(1) 嘱病人起居规律，避免诱发癫痫发作的不良刺激。

(2) 备好癫痫发作时的抢救药品、物品。

(3) 观察癫痫发作前的先兆，若出现症状立即采取应急措施，防止意外的发生。

(4) 向病人讲解脑电监测的方法及注意事项。

(5) 讲解进行视频脑电检查的注意事项。

(6) 术前3天遵医嘱减少抗癫痫药物剂量，使脑电图中的改变易显示。术前24小时开始服地塞米松或可的松。

## 3. 术后护理

(1) 儿童采用静脉麻醉；其他人采用局部麻醉。

(2) 定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化，发现异常立即通知医生。

(3) 术后继续应用抗癫痫药物治疗者，最初3~4天经静脉或肌肉注射，以后改为口服，剂量根据药物血浓度测定而调节。

(4) 保持环境整洁，光线柔和，避免诱发癫痫发作的不良诱因。

(5) 向病人讲解预防癫痫发作的有关知识，减轻其心理负担。

(6) 鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

**【健康指导】**

1. 遵医嘱按时、按量服药，不能随意减药或停药。

2. 生活规律、保持良好心态，避免癫痫发作的诱因。

3. 注意癫痫发作前的诱因，主动采取措施，避免意外的发生。

4. 合理搭配饮食，注意营养的摄入，促进机体的康复。

## 第十三节 骨科疾病病人护理指南

### 一、骨科病人一般护理要点

#### (一) 骨折病人护理要点

1. 针对病人异常心理状态，及时进行疏导。

2. 骨折病人先固定，后搬动。头颈及躯干损伤的病人必须搬动时，应保持头颈与躯干保持一致，防止脊柱屈曲及扭转。

3. 如伴有休克发生, 先行抗休克治疗, 再处理骨折。
4. 四肢损伤, 抬高患肢, 并注意观察神经损伤的症状、患肢远端动脉搏动、血管充盈度、皮肤颜色及温度、疼痛及肿胀等。
5. 因骨折而造成病人的剧烈疼痛, 遵医嘱尽快给予镇痛药物。
6. 保守治疗的病人, 应注重骨折部位固定效果的观察。

## (二) 手术护理

### 1. 术前护理

- (1) 脊柱及腰以下各关节手术的病人, 术前训练床上排大、小便。
- (2) 手术区域的皮肤应在术前 24 小时开始准备, 皮肤不甚干净者, 酌情提前准备。

### (3) 皮肤准备注意事项

- 1) 用肥皂、清水擦洗皮肤, 不可用力过猛, 以免损伤皮肤。
- 2) 手掌及足部皮肤, 应在术前 1 周开始彻底泡洗, 指(趾)甲应修短并除去污垢。皮肤纹理较深的部位, 应按皮纹的方向洗刷。
- 3) 术前 24 小时备皮, 再用乙醇消毒, 并用无菌巾包扎, 术日晨再次消毒。

### 2. 术后护理

- (1) 按不同的麻醉方式, 实施病情观察及护理。
- (2) 密切观察病人生命体征的变化。
- (3) 石膏固定的病人, 执行石膏病人护理要点。
- (4) 观察病人伤口渗血、渗液情况, 及时更换外层敷料, 渗出严重时及时通知医生。
- (5) 病人出现尿潴留时, 应先行诱导排尿, 无效时再行导尿。
- (6) 脊柱术后的病人, 翻身时进行轴向翻身, 观察四肢感觉、运动情况。
- (7) 四肢手术的病人抬高患肢, 并注意末梢血液循环的观察。
- (8) 对危重病人做好预防合并症的护理, 注意营养及水分的补充, 必要时遵医嘱给予静脉营养。
- (9) 骨肿瘤化疗的病人, 注意化疗药物的准确使用及毒副反应的观察。
- (10) 根据病人的精神状况, 有针对性地做好心理护理。
- (11) 根据手术部位的不同, 协助、指导病人进行功能锻炼, 以促进康复。

## 二、石膏固定病人护理要点

### 【评估】

1. 受伤过程及有无其他并发症。
2. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 石膏固定部位皮肤状况。
  - (3) 患肢石膏固定的病人, 评估皮肤的颜色、温度、肢体肿胀、肢端感觉及活动等。
  - (4) 躯干部石膏固定的病人, 评估呼吸有无异常、腹部有无不适等。
  - (5) 石膏固定后评估局部皮肤有无疼痛, 石膏内有无异常气味。
  - (6) 石膏的干固程度、松紧度、清洁度及石膏表面有无渗血、渗液等。
3. 对石膏固定的认知程度及心理承受能力。
  4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。
2. 石膏未干时暴露, 以促其速干。冬天可用支被架支起盖被, 在温度低、湿度大时可用红外线照射或用电风扇吹干。
3. 石膏未干时, 搬运病人应用手掌平托石膏, 不可用手指抓捏, 避免在石膏上压出凹陷, 形成压迫点。在搬运、翻身或改变体位时, 应注意保护石膏, 防止折断。
4. 观察患肢末端是否存在血循环或神经感觉障碍。
5. 检查石膏边缘皮肤有无早期压疮, 对石膏边缘皮肤及邻近石膏的骨突处进行按摩。肢体固定的病人用枕垫抬高患肢, 以利肿胀的消除; 下肢石膏在足跟部垫软枕。如石膏内有明显的局限性压痛和腐臭气味, 应查找原因并及时通知医生。
6. 石膏内有出血时, 可渗透到石膏表面, 为了明确出血是否继续, 可沿血迹的边界用铅笔圈划并注明记录时间, 并继续观察, 如圈划的血迹边界不断加大, 及时通知医生。
7. 保持石膏清洁、干燥, 防止食物、尿、便等污染。
8. 石膏背心固定的病人, 观察有无呼吸困难、腹痛、呕吐等症状。在上石膏背心时, 心前区不易过紧, 女病人注意乳房不要受压, 嘱病人进食不要过饱, 以少量多餐为宜。
9. 指导病人进行主动的肌肉舒张、收缩锻炼, 未被固定的关节应早期活动, 以促进肢体消肿。预防肌肉萎缩、关节僵直等。病情允许时鼓励病人尽早下床活动。
10. 肢体肿胀消退易使石膏松动, 及时通知医生更换石膏。

#### 【健康指导】

1. 告知病人石膏固定的时间及意义。

2. 向病人说明石膏的成分及固定原理,防止石膏浸水软化,避免粪便污染。

3. 嘱病人在石膏固定期间下床活动时应扶拐行走,避免摔倒或使石膏断裂而影响治疗效果。

4. 石膏固定期间,可进行固定范围内的肌肉舒缩活动及固定范围以外的关节伸屈活动。

### 三、牵引病人护理要点

#### (一) 皮牵引病人护理要点

##### 【评估】

1. 骨折过程及有无并发症。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无糖尿病、高血压、心脏病等。

(3) 年龄、体重、皮肤完整性及对胶布有无过敏史。

(4) 体位、肢体活动度,是否使牵引能维持在有效状态。

(5) 肢体骨折病人肢端血运、感觉、运动及关节活动情况。

3. 对皮牵引的认知程度及心理承受能力。

4. 家属对皮牵引治疗的认知程度及支持力度。

5. 自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

2. 皮牵引前护理

(1) 将病人患肢清洗干净。

(2) 向病人及家属讲解皮牵引治疗的重要性及注意事项。

(3) 认真做好病人的心理护理,取得其配合。

3. 皮牵引后护理

(1) 病人卧硬板床,一般将床头或床尾抬高 15~30cm,利用体重与牵引方向形成反牵引力。

(2) 牵引病人进行床头交接班。

(3) 保持有效牵引:

1) 将患肢置于功能位,下肢保持外展位。

2) 扩展板与滑轮应形成阻力。

3) 牵引线与牵引骨骼的纵轴线保持一致。



- 4) 牵引重物保持悬空位。
- 5) 牵引重量遵医嘱而定,不可任意加减重量或放松牵引线。
- 6) 做晨、晚间护理时,不可将被子压在牵引绳上,以免影响牵引力。
- 7) 观察病人牵引效果,出现问题及时给予调整。

(4) 观察患肢血液循环状况,患肢肢端可因牵引带缠绕过紧而压迫血管、神经,引起青紫、肿胀、发冷、麻木、疼痛、运动障碍及脉搏减弱或测不到,遇有上述情况,及时通知医生。

(5) 观察皮牵引肢体皮肤有无红肿、过敏,发现异常及时处理。

(6) 小儿悬吊牵引,观察重量大小是否适当,以使臀部稍离床面为宜。

(7) 使用枕颌吊带时,须随时观察吊带是否牢稳、舒适、安全,吊带是否因移动位置压迫颈部而影响呼吸。

(8) 防止病人肌肉萎缩与关节僵硬,牵引后即刻指导病人进行手指、足趾、踝关节及股四头肌的运动;病人可用床架上的拉手练习上肢肌肉及起卧运动;可给病人穿上“丁”字鞋,以防止足下垂,注意勿使盖被压在足背上。

(9) 预防坠积性肺炎,指导病人进行深呼吸,有效咳嗽咳痰。

(10) 做好基础护理,预防压疮、肺部及泌尿系感染等并发症的发生。

(11) 预防便秘,合理搭配饮食,多给蔬菜和水果,多饮水,必要时给予缓泻剂。

### 【健康指导】

1. 继续进行患肢关节功能锻炼,防止肌肉萎缩,遵循循序渐进的原则。
2. 注意营养的摄入,合理搭配饮食,促进骨骼的愈合。
3. 多食粗纤维的食物,预防便秘。

### (二) 骨牵引病人护理要点

#### 【评估】

1. 骨折过程及有无并发症。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 有无糖尿病、高血压、心脏病等。
  - (3) 年龄、体重、皮肤的完整性。
  - (4) 体位、肢体活动度,是否使牵引能维持在有效状态。
  - (5) 肢体骨折病人肢端血运、感觉、运动及关节活动情况。
3. 对骨牵引的认知程度及心理承受能力。
4. 家属对骨牵引治疗的认知程度及支持力度。
5. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按骨科病人一般护理要点。

2. 骨牵引前护理

(1) 将病人患肢穿刺部位皮肤清洗干净并备皮。

(2) 向病人及家属讲解骨牵引治疗的重要性及注意事项。

(3) 做好病人的心理护理，取得配合。

3. 骨牵引后护理

(1) 病人卧硬板床，根据骨折部位可将床头或床尾抬高 15~30cm，以利用体重与牵引方向形成反牵引力。

(2) 牵引针口周围的皮肤每日用碘伏擦拭并清理分泌物，用无菌纱布覆盖。

(3) 骨牵引重量遵医嘱及病情而定，不可随意加减或移去。

(4) 下肢骨牵引应保持下肢外展位，重量悬空，牵引绳牢固、光滑、牵引力线应与股骨轴心线一致。

(5) 颅骨牵引病人枕骨粗隆处放置海绵或纱布垫，减轻对骨突部位的压迫。翻身过程中保持牵引方向正确，勿扭曲头颈，以防意外的发生。

(6) 牵引治疗过程中指导病人进行股四头肌锻炼，以防肌肉萎缩及关节僵直。指导病人主动进行足背伸曲运动，防止腓总神经受压而造成足下垂。

(7) 鼓励病人利用拉手架经常抬起上身及臀部，预防压疮。

(8) 指导病人进行深呼吸，有效咳嗽、咳痰，预防坠积肺炎。

(9) 鼓励病人多饮水，预防泌尿系结石的发生。

(10) 鼓励病人多食粗纤维的食物，预防便秘。

(11) 定期进行床上擦浴，保持病人清洁卫生，冬季注意保暖，可用特制的牵引被。

**【健康指导】**

1. 继续进行患肢关节功能锻炼，防止肌肉萎缩，应遵循循序渐进的原则。

2. 注意骨牵引穿插部位的清洁，预防感染的发生。

3. 注意营养的摄入，合理搭配饮食，促进骨骼的愈合。

4. 多食粗纤维的食物，预防便秘。

## 四、四肢骨折病人护理要点

(一) 肱骨髁上骨折病人护理要点

**【评估】**

1. 了解骨折过程及有无并发症。

## 2. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 年龄及配合状况。
- (3) 疼痛耐受程度。
- (4) 患肢肿胀、桡动脉搏动、皮肤温度及手指活动等。

3. 对骨折的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

#### 2. 术前护理

(1) 观察患肢肿胀程度、有无剧烈疼痛、桡动脉搏动、指端毛细血管充盈状况、皮肤温度、手指主动活动及指端被动牵拉痛等。

(2) 观察患肢有无桡神经、尺神经、正中神经损伤的症状。

(3) 行牵引治疗者，骨折时因肘部肿胀明显，牵引时又要屈肘  $45^{\circ}$ ，易发生血液循环障碍，注意观察患肢的感觉、血运、肿胀等情况，发现异常应及时通知医生。

(4) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

#### 3. 术后护理

(1) 麻醉恢复期定时监测血压、脉搏、呼吸的变化，并进行记录。

(2) 观察患肢血运及手的感觉、运动等情况，若皮肤青紫、发冷，毛细血管充盈迟缓，桡动脉搏动异常，及时通知医生。

(3) 观察伤口渗血情况，出血多时立即通知医生。

(4) 用气垫或软枕将患肢垫高，使患肢高于心脏水平，促进肿胀消退。

(5) 患儿对疼痛的耐受力差，正确评估疼痛程度，遵医嘱使用镇痛药物。

(6) 指导病人进高蛋白、高维生素、高热量、易消化的饮食，促进骨折的愈合。

(7) 遵医嘱指导病人进行手指及腕关节的屈伸活动，逐步进行肘关节的屈伸练习，不锻炼时患肢用吊带或三角巾制动。

### 【健康指导】

1. 观察伤口、体温的变化，若出现体温增高，伤口红、肿、热、痛或有液体渗出时及时就诊。

2. 告知家长有计划地安排病人进行功能锻炼，应遵守循序渐进的原则。

3. 注意营养的摄入，合理搭配饮食，促进骨折愈合。

## （二）尺、桡骨骨折病人护理要点

### 【评估】

1. 骨折过程及有无并发症。
2. 病情评估
  - （1）生命体征。
  - （2）患肢肿胀、感觉、血运及运动情况。
  - （3）疼痛耐受程度。
  - （4）患肢有无神经损伤。
3. 对骨折的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

#### 2. 术前护理

（1）观察患肢的疼痛、肿胀、手指感觉、运动及血运等情况，发现异常及时通知医生。

（2）观察患肢有无神经损伤症状。

（3）骨折复位石膏固定者，一般将患肢固定于中立位，观察石膏的松紧度、患肢的位置，手指血运、感觉、活动等情况。石膏干固后鼓励其进行手指的屈伸及肩部的活动，以促进肿胀的消退。

（4）夹板固定的病人，除应观察手指的血运、感觉、活动外，还应注意及时调整夹板的松紧度，观察是否有褥疮形成。并用三角巾或吊带，悬吊患肢于90°角的位置。

（5）遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

#### 3. 术后护理

（1）麻醉恢复期观察病人血压、脉搏、呼吸的变化。

（2）观察手指血运、感觉、活动情况及患肢肿胀程度，警惕骨筋膜综合征的发生。

（3）观察引流液的颜色及量，保持引流通畅。

（4）无论是手法复位外固定或切开复位内固定，术后均应抬高患肢。

（5）加强营养，多食高蛋白、高维生素、高热量、易消化的食物。

（6）遵医嘱指导病人进行功能锻炼，开始时先练习手指屈伸和腕关节活动，逐步练习肘、肩关节活动，待拍片证实骨折愈合后方可进行前臂旋转练习。

### 【健康指导】

1. 继续观察体温、伤口的变化，如出现体温增高，伤口红、肿、热、痛

或有渗出液，及时就诊。

2. 带石膏、夹板固定出院者，向病人及家属交代石膏及夹板应保持清洁、干燥，避免损伤。

3. 继续进行功能锻炼，并遵守循序渐进的原则。

4. 注意营养的摄入，合理搭配饮食，促进骨折的愈合。

### （三）桡骨下端骨折病人护理要点

#### 【评估】

1. 骨折过程及有无并发症。

2. 病情评估

（1）生命体征。

（2）年龄及对治疗的配合程度。

（3）患肢血运、感觉、运动及肿胀情况。

（4）疼痛耐受程度。

3. 对骨折的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点

2. 术前护理

（1）观察患肢血运、感觉、运动及肿胀情况，如出现患肢肿胀明显，指端发青、发冷等，及时通知医生。

（2）观察患肢有无神经损伤症状，Colles 骨折可有正中神经受压症状，如在骨折复位完善后，症状仍未消失，及时通知医生。

（3）石膏外固定病人做好石膏护理，防止石膏内压疮形成。老年病人对疼痛的感受差，更应细致观察。

（4）遵医嘱给予镇痛药物。

（5）加强老年人的生活护理，增加营养，减少合并症的发生。

（6）遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

3. 术后护理

（1）麻醉恢复期定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化。

（2）观察患肢血运、感觉、活动及肿胀等，发现异常及时通知医生。

（3）指导病人进高蛋白、高维生素、高热量、易消化的饮食，除可促进伤口愈合外，对预防 Sudeck 骨萎缩的发生也有一定的作用。

（4）根据病情鼓励老年人早期下床活动，防止长期卧床而引起的便秘、肺炎等并发症的发生。

(5) 鼓励老年病人积极进行指、肩、肘的功能锻炼, 预防 Sudeck 骨萎缩的发生。

(6) 石膏固定的病人, 按石膏固定病人护理要点。

#### 【健康指导】

1. 继续观察体温、伤口的变化, 若出现体温增高, 伤口红、肿、热、痛或有渗出液, 及时就诊。

2. 腕关节取下石膏后, 遵医嘱进行功能锻炼, 以免影响关节功能。

3. 带石膏或夹板出院者, 向病人及家属交代石膏应保持清洁、干燥, 避免损伤等。

4. 抬高患肢时, 应高于心脏水平。患肢功能锻炼, 应遵循循序渐进的原则。

5. 为减少合并症, 老年人应尽可能多下床活动, 促进机体的康复。

6. 注意营养的摄入, 合理搭配饮食, 促进骨折的愈合。

#### (四) 股骨颈骨折病人护理要点

##### 【评估】

1. 骨折过程及有无并发症。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 患肢活动状况。

(3) 髋部疼痛状况。

3. 对骨折的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 皮牵引治疗的病人 (按皮牵引病人护理要点)。

(2) 病人平卧位时尽量少搬动, 以免影响治疗效果。卧床期间, 做好基础护理, 预防褥疮、肺炎、泌尿系感染及心脑血管疾病的发生。

(3) 保守治疗的病人, 指导病人早期进行股四头肌的锻炼。

(4) 需手术治疗的病人, 针对异常心态及时给予疏导。

(5) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。

3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化, 发现异常及时通知医生。

(3) 术后疼痛的病人,除给予镇痛药物,也可采用无创伤性镇痛措施,如松弛、按摩、分散注意力等,以加强镇痛药物的疗效。

(4) 随时观察患肢的位置,防止患肢内收,外旋,保持患肢呈外展中立位。

(5) 卧床期间做好骨突部位的护理,防止褥疮的发生。

(6) 术后第2天可协助病人坐起,以减少合并症的发生。

(7) 遵医嘱尽量早期协助病人坐轮椅下床活动,患肢免负重。

(8) 人工髋关节置换术后掌握正确的翻身方法,结合术前髋关节病变程度,假体类型,手术过程和病人全身情况,安排康复锻炼。

(9) 保持骨折部位固定不动,并用支持物支持,穿矫形鞋。

#### 【健康指导】

1. 尽量保持患肢的功能位置,坐位时患肢不能盘腿。

2. 翻身时尽量向患侧翻。

3. 继续进行患肢的功能锻炼,应遵循循序渐进的原则。

4. 术后3~4周,可在家属的协助下扶双拐下地,患肢免负重,6个月可完全去掉双拐,患肢负重行走。

5. 注意营养的摄入,合理搭配饮食,促进骨折的愈合及机体的康复。

#### (五) 股骨干骨折病人护理要点

#### 【评估】

1. 骨折过程及有无并发症。

2. 病情评估

(1) 生命体征及有无出血性休克的先兆。

(2) 对疼痛的耐受程度。

(3) 患肢的肿胀程度。

(4) 骨折的部位、类型及肢体移动情况。

3. 对骨折的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

#### 2 术前护理

(1) 观察病人生命体征及是否合并颅脑、内脏的损伤及出血性休克的发生。

(2) 尽快开放静脉通路,遵医嘱进行输血、输液等治疗。

(3) 记录病情变化、治疗项目及出入量。



- (4) 遵医嘱及病情给予镇痛药物。
- (5) 保守治疗的病人应保持患肢外展位，抬高患肢，做好骨牵引的护理。
- (6) 疼痛减轻后，即可进行股四头肌及关节屈曲的功能锻炼。
- (7) 准备手术的病人，遵医嘱及手术要求做好常规准备。

### 3. 术后护理

- (1) 按椎管内麻醉病人护理要点。
- (2) 定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化，发现异常及时通知医生。
- (3) 患肢伤口放置引流的病人，观察引流的颜色、量及性状，保持外层敷料干燥。活动时防止引流管打折，受压，扭曲，脱出等。
- (4) 术后抬高患肢，以利于静脉及淋巴的回流，防止或减轻患肢的肿胀。
- (5) 病人卧床期间做好骨突部位皮肤的护理，防止压疮的发生。
- (6) 遵医嘱指导病人进行股四头肌及关节屈曲的功能锻炼。

### 【健康指导】

1. 抬高患肢，继续进行患肢股四头肌及关节屈曲的功能锻炼。
2. 注意营养的摄入，合理搭配饮食，促进骨折的愈合。
3. 扶拐行走时，注意安全。

### (六) 胫、腓骨骨折病人护理要点

#### 【评估】

1. 骨折过程及有无并发症。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征及一般状况。
  - (2) 骨折部位肿胀及疼痛状况。
  - (3) 开放性骨折的病人评估皮肤完整性及足背动脉搏动状况。
3. 对骨折的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。
2. 术前护理
  - (1) 定时观察病人血压、脉搏、呼吸及患肢足背动脉搏动、趾端活动及皮肤的颜色及温度的变化。
  - (2) 手法复位夹板固定的病人，如肢体伴有持续性的疼痛，并进行性加重，立即通知医生。
  - (3) 疼痛明显者及时给予镇痛药物，必要时给予冷敷。
  - (4) 遵医嘱及病情进行髌骨的被动活动及跖趾关节和趾间关节的活动。

(5) 需切开整复内固定的病人, 遵医嘱及手术要求做好常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化, 并进行记录。

(3) 观察患肢伤口渗血、渗液情况, 保持外层敷料清洁、干燥。

(4) 抬高患肢, 减轻患肢肿胀。

(5) 遵医嘱协助病人进行髌骨的被动活动及跖趾关节的活动。

### 【健康指导】

1. 继续进行患肢髌骨及关节的功能锻炼。

2. 卧床时抬高患肢, 活动时正确使用辅助设备并注意安全。

3. 注意营养的摄入, 合理搭配饮食, 促进骨折的愈合。

## 五、脊椎骨折与脊髓损伤病人护理要点

### (一) 脊椎骨折病人护理要点

#### 【评估】

1. 受伤时间、原因、部位及体位, 搬运和运送的方式及有无并发症。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 脊椎受伤的部位及程度。

(3) 疼痛的程度。

(4) 四肢感觉及运动状况。

3. 对脊椎损伤的认知程度及心理承受能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 病人卧硬板床, 取仰卧位或侧卧位。

(2) 合并颅脑、胸、腹腔脏器损伤的病人, 定时监测血压、脉搏、呼吸及神志的变化, 并做好抢救的准备。

(3) 胸、腰部骨折或脱位的病人, 在保守治疗期间, 骨折部位加枕垫, 观察下肢疼痛、感觉和运动障碍等情况, 发现异常及时通知医生。

(4) 颈椎骨折或脱位的病人, 轻者进行牵引复位; 有明显压缩移位时, 持续颅骨牵引复位; 颈椎骨折伴有神经损伤时, 定时进行动脉血气分析、血氧饱和度的测定, 观察四肢肿胀、麻木、发冷、疼痛、感觉及运动障碍等, 发现异常立即通知医生。

(5) 根据损伤部位的不同,采取不同的护理措施,预防压疮、肺部及泌尿系感染的发生。

(6) 遵医嘱指导病人进行功能锻炼。

(7) 协助医生为病人选择合适的颈托、腰围等支具,胸椎及胸腰段骨折的病人可使用特制的背心,并教会病人佩戴的方法及预防可能出现的合并症。

(8) 不能保守治疗的病人,遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按全身或椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化,听取病人主诉,如出现心悸、心前区疼痛等异常情况,及时通知医生。

(3) 颈椎病人术后6小时取平卧位,颈部垫颈椎枕,头两侧放置沙袋以保持头部制动位。帮助病人选择最佳的睡眠姿势,并教会病人起卧及自我保护的方法。

(4) 观察四肢的感觉及运动情况,并与术前进行比较。

(5) 对使用止痛泵的病人定时评估疼痛状况,必要时遵医嘱追加镇痛药物。

(6) 观察伤口引流液的颜色、量及性状,当有脑脊液引出时,及时通知医生。

(7) 协助病人定时进行轴线翻身,并做好骨凸起处皮肤的护理。

(8) 指导病人正确使用支具,如使用腰围、特制背心的病人,卧床时不能使用,当坐起或站立时,再协助病人佩戴。

(9) 指导并协助病人在床上进行功能锻炼,预防下肢血栓的形成。遵医嘱鼓励病人下床活动。

### 【健康指导】

1. 继续配戴颈托或腰围及背心等支具的重要意义、时间长短,应遵医嘱而定。

2. 颈椎术后的病人,应有自我保护意识,尤其在行走过程中注意躲避其他人的碰撞。

3. 使用腰围、背心时,应在清凉、干燥时,避免因出汗过多内部浸湿而造成皮肤的溃烂。

4. 继续进行功能锻炼,并应遵循循序渐进的原则。

5. 注意营养的摄入,合理搭配饮食,促进骨折的愈合。

### (二) 脊髓损伤病人护理要点

#### 【评估】

1. 受伤时间、原因、部位及体位,搬运和运送的方式及有无并发症。

## 2. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 脊髓损伤的程度及有无合并症。
- (3) 疼痛程度。
- (4) 四肢感觉及运动状况。

## 3. 对脊髓损伤的认知程度及心理承受能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按骨科病人一般护理要点。

#### 2. 术前护理

(1) 搬动病人时应轻稳协调，平抬平放，避免扭曲或转动；采用无弹性担架，防止过曲或过伸。

(2) 病人卧硬板床，取仰卧位或侧卧位，头颈、躯干应保持一致。

(3) 定时监测血压、脉搏、呼吸及神志的变化，并做好抢救的准备。

(4) 保持呼吸道通畅，遵医嘱给予氧气吸入，必要时协助医生进行气管插管或气管切开。

(5) 开放静脉通道，维持有效血液循环。

(6) 观察病人有无心血管、肺栓塞、消化道出血等并发症，发现异常及时通知医生。

(7) 脊髓休克期的病人，留置尿管，保持引流通畅，预防尿路感染的发生；截瘫病人，早期持续引流尿液，3周后为了预防泌尿系感染及膀胱萎缩的发生，每4~6小时开放引流尿液1次，同时鼓励病人多饮水。

(8) 观察早期瘫痪病人肢体的位置，避免屈曲性痉挛的发生。

(9) 指导病人深呼吸，进行有效咳嗽咳痰，定时给予雾化吸入、肺部叩击，促进痰液的排出，预防肺部感染的发生。

(10) 定时改变体位，做好骨突部位皮肤的护理，预防褥疮的发生。

(11) 用颈托、沙袋、腰围等支具做好损伤部位的有效制动。

(12) 遵医嘱应用抗生素、甘露醇等药物对病人进行治疗。

(13) 高热的病人遵医嘱给予降温处理；低体温时，给予物理复温。

(14) 指导病人多食粗纤维食物，防止大便干燥，必要时给予缓泻药物。

(15) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

#### 3. 术后护理 同脊柱损伤病人术后护理要点。

### 【健康指导】

同脊柱损伤病人健康指导。

### （三）创伤性高位截瘫病人护理要点

#### 【评估】

1. 受伤时间、原因、部位及体位，急救情况，搬运和运送的方式。
2. 病情评估
  - （1）生命体征。
  - （2）对痛、温、触及位置感觉的丧失平面及程度。
  - （3）手指、足趾及各关节的运动、感觉情况。
  - （4）有无肠鸣音降低、腹胀及大便失禁等。
  - （5）肛门括约肌能否自主收缩，有无尿潴留或溢出性尿失禁等情况。
3. 对功能失调的认知程度及心理承受能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。
2. 术前护理

（1）预防肺部并发症，指导病人深呼吸、有效咳嗽咳痰，定时进行雾化吸入及胸部叩击，促进肺部膨胀及痰液的排出。必要时行机械吸引，保持气道通畅，减少呼吸道梗阻和肺部感染的发生。

（2）观察肢体运动，感觉的变化，保持关节于功能位，防止关节屈曲，过伸和过展，定时协助病人进行被动活动及按摩，鼓励病人进行自主运动。

（3）观察病人是否对周围环境的温度丧失了调节能力，如发现高热或低温，可实施物理降温或升温。

（4）留置尿管期间做好引流管的护理，定时开放尿管，进行膀胱功能的训练。

（5）做好骨突部位皮肤的护理，预防压疮的发生。

（6）观察病人有无心、脑血管并发症，发现异常及时通知医生。

（7）鼓励病人多食高蛋白、粗纤维的食物，多饮水，防止大便干燥。必要时可服缓泻药物或使用润滑剂促进排便。

（8）根据病人异常心理变化，及时给予疏导。

（9）需手术的病人，遵医嘱及手术要求做好术前常规准备。

3. 术后护理 同脊柱损伤术后护理要点。

#### 【健康指导】

1. 向病人和家属讲解医学知识，介绍有关的治疗、护理、康复的方法和意义。

2. 继续进行功能训练，使残存功能得到最大限度的发挥，不断增强日常生活自理能力，预防合并症的发生。

3. 合理搭配饮食，保持大便通畅，促进康复。

## 六、手外伤病人护理要点

### 【评估】

1. 受伤的过程及有无其他并发症。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 是否存在肌腱、血管、神经的损伤及损伤程度。
  - (3) 手部关节活动状况。
  - (4) 疼痛状况。
3. 对手部损伤的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

#### 2 术前护理

- (1) 急诊病人应进行破伤风抗毒素、普鲁卡因，相关抗生素的过敏试验，术前肌内注射破伤风抗毒素。
- (2) 观察病人血压、脉搏、呼吸的变化。
- (3) 对出血较多的病人，遵医嘱输液扩容，测定血型，必要时及时补充血容量。
- (4) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

#### 3. 术后护理

- (1) 按全身麻醉病人护理要点。
- (2) 定时监测病人血压、脉搏的变化，平稳后协助其半卧位。
- (3) 观察手部血液循环状况，如指端皮肤的颜色、温度、弹性等，定时监测桡动脉的搏动。
- (4) 抬高患肢，利于静脉回流，减轻肿胀，如发现皮肤苍白或发绀、皮温降低及时通知医生。
- (5) 保持有效固定，伤手一般保持在功能位，即腕关节背伸  $30^{\circ}$ ，掌指关节屈曲  $45^{\circ}$ ，指间关节稍屈和拇指对掌位（特殊情况例外）。
- (6) 腹部皮瓣的病人除腹带固定外，还应用软枕垫起患肢，避免侧卧位。
- (7) 观察体温变化，倾听病人主诉，判断有无感染的迹象。
- (8) 鼓励病人进营养丰富，易消化的饮食。
- (9) 指导病人进行手部关节的功能锻炼。

**【健康指导】**

1. 继续进行手部的功能锻炼，应遵循循序渐进的原则。肌腱吻合术后的病人，以主动锻炼为主，被动锻炼应在理疗师辅助下进行。
2. 神经损伤、皮瓣及植皮术后的病人，应注意预防冻、烫伤或皮肤擦伤。
3. 减少对家属的依赖，尽可能从事日常家务及轻体力劳动。
4. 若出现切口感染、疼痛、体温高时，应及时就诊。

## 七、骨与关节感染病人护理要点

### （一）化脓性骨髓炎病人护理要点

**【评估】**

1. 化脓性骨髓炎的感染途径。
2. 病情评估
  - （1）生命体征。
  - （2）体温、神志，判断是否存在感染中毒症状。
  - （3）患肢疼痛程度，皮肤的温度、有无局限性压痛及局部肿胀情况。
  - （4）患肢活动状况。
  - （5）白细胞计数。
  - （6）营养状况。
3. 对化脓性骨髓炎的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按骨科病人一般护理要点。
2. 非手术护理
  - （1）遵医嘱联合抗生素治疗，注意用药反应及疗效的观察。
  - （2）观察体温的变化，体温高时及时给予物理降温，出汗多时观察血压、脉搏的变化。
  - （3）遵医嘱静脉补充液体，维持水、电解质和酸碱平衡，补充营养，必要时少量多次输新鲜血。
  - （4）了解患肢骨骼破坏状况，病人可持续牵引或石膏托固定，局部制动，以利于患肢的休息，防止畸形；骨骼破坏较严重的病人，搬动患肢时应注意防止病理性骨折的发生。
  - （5）鼓励病人进高蛋白、高维生素，易消化的饮食。
3. 术后护理
  - （1）按椎管内麻醉病人护理要点。



- (2) 定时监测血压、脉搏、呼吸的变化。
- (3) 遵医嘱给予镇痛药物。
- (4) 遵医嘱联合应用抗生素治疗, 注意用药反应及疗效的观察。
- (5) 观察体温的变化, 体温高时及时给予降温处理。
- (6) 遵医嘱对伤口进行抗生素滴注冲洗, 保持均匀的滴速, 观察引流液的颜色及量。发现滴注管不通、引流不畅等, 及时给予处理。
- (7) 炎症控制后遵医嘱进行功能锻炼, 预防肌肉萎缩, 促进血液循环。
- (8) 鼓励病人进高蛋白、高维生素, 易消化的饮食。

#### 【健康指导】

1. 骨髓炎的病人, 因患肢血运增加可致患肢过长; 骺板受炎症破坏可致肢体短缩; 炎症早期疼痛造成屈曲或发生各种畸形; 也可发生慢性骨髓炎, 告知病人及家属, 要做好长期治疗的心理准备。
2. 遵医嘱继续应用抗生素进行治疗。
3. 注意观察全身症状及体温的变化, 出现异常时及时就诊。
4. 继续进行患肢功能锻炼, 防止肌肉萎缩。患肢遵医嘱负重, 防止病理性骨折的发生。
5. 注意营养的摄入及休息, 预防感冒, 适量活动, 不断增强机体抗病的能力。

#### (二) 化脓性关节炎病人护理要点

##### 【评估】

1. 化脓性关节炎感染的原因。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 体温、神志, 判断有无感染中毒症状。
  - (3) 关节局部红、肿、热、痛, 髌上囊隆起及活动情况。
  - (4) 营养状况。
  - (5) 白细胞计数。
3. 对化脓性关节炎的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。
2. 非手术护理
  - (1) 早期卧床休息, 用石膏、夹板或牵引限制患肢的活动, 以减轻疼痛。
  - (2) 遵医嘱静脉输入抗生素治疗, 注意药物副作用及疗效的观察。

(3) 配合医生进行关节腔内抗生素的注射或关节腔灌洗, 注意引流的通畅及防止逆行感染的发生。

(4) 观察病人全身症状及局部的表现, 高热期遵医嘱补液, 维持水、电解质和酸碱平衡, 高热时及时给予物理降温。

(5) 鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

(6) 遵医嘱指导病人进行患肢股四头肌的等张收缩运动, 防止肌肉萎缩和关节粘连。急性炎症消退后, 指导病人进行关节自主及轻度的被动活动。

(7) 需行关节切开引流的病人, 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

### 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测血压、脉搏呼吸的变化。

(3) 遵医嘱给予镇痛及抗生素等药物。

(4) 观察关节腔引流液的量、颜色及性状的变化。

(5) 保持伤口敷料的清洁、干燥。

(6) 遵医嘱指导病人进行患肢功能锻炼。

### 【健康指导】

1. 遵医嘱继续应用抗生素进行治疗。

2. 继续进行关节的自主运动, 以防关节粘连, 尽快恢复关节的功能。

3. 关节无明显破坏者, 体温平稳 2 周后即可逐步进行关节伸屈功能的练习, 同时辅助理疗。

4. 注意营养的摄入, 合理搭配饮食, 促进机体的康复。

## 八、断肢（指）再植手术病人护理要点

### 【评估】

1. 受伤时间、原因、具体部位及现场的环境。

2. 病情评估

(1) 生命体征、神志及有无失血性休克的表现。

(2) 伤肢（指）的活动情况。

(3) 疼痛程度。

3. 对断肢（指）的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

2. 术前护理

- (1) 按椎管内麻醉病人护理要点。
- (2) 定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化。
- (3) 观察患肢(指)有无继续出血的征象,发现异常及时通知医生。
- (4) 观察受伤部位疼痛状况,遵医嘱及时给予镇痛药物。
- (5) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

- (1) 抬高患肢,使之处于心脏水平位置,卧床 10~14 天。
- (2) 定时观察再植肢体血循环状况,如:皮肤颜色、温度,一般 48 小时内易发生血管危象,应与健侧对比并做好记录。
- (3) 严禁寒冷刺激,室温保持在 20~25℃。局部用落地灯照射,以利于血循环的观察并起到局部加温的作用,一般是 60W 侧照灯,照射距离为 30~40cm,过近有灼伤的危险。
- (4) 高位断肢,特别是缺血时间较长者,除观察肢体血循环状况外,还应观察有无因心、肾、脑中毒而出现的持续高热,烦躁不安等症状,发现异常立即通知医生。
- (5) 使用抗凝药物期间,观察伤口有无渗血或出血,必要时遵医嘱减少抗凝药物的剂量。
- (6) 严禁吸烟及他人在室内吸烟,防止血管痉挛的发生。
- (7) 遵医嘱协助及指导病人进行患肢(指)功能锻炼。

### 【健康指导】

1. 继续进行患肢(指)的功能锻炼,使其尽快恢复到功能位。
2. 保持良好的心态,接受创伤所造成的现实。
3. 做好患肢(指)皮肤的清洁与护理,并注意保温,发现异常及时就诊。

## 九、人工关节置换手术病人护理要点

### (一) 人工髋关节置换手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 髋关节活动状况。
  - (3) 是否存在疼痛或其他不适等症状。
2. 对髋关节置换术的认知程度及心理承受能力。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按骨科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 髋关节置换术对病人创伤较大，有针对性地做好宣教，为术后的功能锻炼创造良好的条件。

(2) 对年龄较大，自理能力较差的病人，及时给予生活上的协助。

(3) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏及呼吸的变化，发现异常及时通知医生。

(3) 行人工髋关节置换术后的病人，患肢保持外展中立位，髋关节不能外旋和内收，可在双腿之间放置外展垫，以防髋关节脱位。

(4) 观察伤口引流液的量，颜色及性状，并进行记录。

(5) 遵医嘱应用抗生素，预防感染的发生。

(6) 病人卧床期间，协助保持正确舒适的体位，预防褥疮、肺炎及尿路感染等并发症。

(7) 鼓励病人进高蛋白，高维生素，易消化的饮食。

(8) 鼓励病人多食蔬菜、水果，预防便秘。

(9) 给病人放置便盆时，应防止患侧髋关节外旋和内收。

(10) 遵医嘱指导病人进行活动患肢，屈膝、髋不得超过  $45^{\circ}$ ，术后第 1~2 天进行踝关节及股四头肌等长收缩，防止血栓的形成；术后第 4~6 天，床边坐起，脚踩小凳，屈髋  $90^{\circ}$ ；第 7 天，扶双拐下床活动，患肢不能负重。

**【健康指导】**

1. 继续进行患肢肌肉功能锻炼，防止关节僵直及肌肉萎缩。

2. 遵医嘱进行患肢负重行走，注意安全。

3. 非骨水泥固定者，2 个月不能负重。

4. 术后半年内不能跷“二郎腿”、下蹲、盘腿、侧卧、坐矮椅子。

(二) 人工膝关节置换术病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 膝关节活动状况。

(3) 膝关节是否存在疼痛或其他不适等症状。

2. 对膝关节置换术的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 协助膝关节活动困难者，完成术前相关项目的检查。

(2) 指导病人进行患肢股四头肌静力收缩的练习，每次静力收缩 10s，休息 10s，每 10 次为 1 组，每天完成 5~10 组。同时进行绳肌的静力收缩练习，踝关节屈伸肌的主动收缩。

(3) 向病人介绍术后康复训练的方法和程序。

(4) 教会病人正确使用拐杖行走的方法，为术后使用拐杖行走做好准备。

(5) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 弹力绷带包扎患肢，用软枕抬高 30°，以利静脉回流，减少肿胀，防止静脉血栓的发生。

(3) 保持关节引流通畅，观察引流液的量、颜色和性状。

(4) 关节冷敷，可减少疼痛和关节内出血。

(5) 手术当天指导病人用力伸直膝关节，踝关节背屈，再收缩的锻炼，以达到股四头肌等长收缩，防止肌肉萎缩。

(6) 术后第 2 天指导病人进行按压关节，使患肢尽量伸直，每次维持 5 分钟。

(7) 术后第 3 天拔除关节引流管，复查假体位置后，进行持续被动运动(CPM)，股四头肌、绳肌肌力得到一定恢复。

(8) 借助习步架进行直腿抬高的屈伸关节的练习。

(9) 术后第 3 天，指导病人进行弯腿练习。

#### 【健康指导】

1. 继续进行患肢膝关节的屈伸运动。

2. 遵医嘱进行患肢负重行走，注意安全。

### 十、膝关节镜手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

- (2) 膝关节活动状况。
- (3) 膝关节是否存在疼痛或其他不适等症状。
- 2. 对膝关节镜手术的认知程度及心理承受能力。
- 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

- 1. 按骨科病人一般护理要点。
- 2. 术前护理
  - (1) 向病人讲解术后股四头肌等长收缩锻炼的重要性。
  - (2) 针对病人紧张、焦虑的心态，及时给予疏导。
  - (3) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。
- 3. 术后护理 基本同人工膝关节置换术。

#### 【健康指导】

交叉韧带重建术后 6 周内使用支具；6 周后带支具扶拐，保持伸膝位，负重 1/4 力量；8 周后完全负重。

### 十一、骨肿瘤手术及化疗病人护理要点

#### (一) 骨肉瘤手术病人护理要点

##### 【评估】

- 1. 病情评估
  - (1) 评估病人生命体征。
  - (2) 疼痛的部位、时间、性质、强度及影响疼痛的因素。
  - (3) 关节活动情况。
  - (4) 患肢皮肤的颜色及外周动脉搏动情况。
  - (5) 肉瘤的大小，有无因肉瘤导致对血管、神经、肌肉的压迫症状。
  - (6) 有无全身衰竭和恶病质等情况。
  - (7) 是否发生过病理性骨折。
  - (8) 营养状况。
- 2. 对骨肉瘤的认知程度及心理承受能力。
- 3. 自理能力。

##### 【护理要点】

- 1. 按骨科病人一般护理要点。
- 2. 术前护理
  - (1) 针对病人紧张、焦虑的心理状态，及时给予安慰及疏导，使其情绪稳定，积极配合治疗。

(2) 遵医嘱及病情及时给予镇痛药物。

(3) 指导病人进高蛋白、高维生素、清淡、易消化的饮食。必要时遵医嘱给予胃肠外营养。

(4) 结合病情，及时协助生活护理。

(5) 为病人安排舒适体位，指导其作肌肉放松活动以缓解疼痛。

(6) 遵医嘱及手术要求做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 观察血压、脉搏、呼吸的变化。

(3) 遵医嘱给予低流量吸氧。

(4) 引流管保持通畅，观察引流液的颜色、量及性状。

(5) 化疗期间观察病人有无消化道功能紊乱的症状，维持水、电解质平衡。

(6) 保留肢体，肿瘤灭活再植术后的病人，抬高患肢，适当制动。

(7) 观察伤口引流液量、颜色及性状。

(8) 观察局部灭活后组织的反应、肿胀程度，表面皮肤的血运、温度及全身反应等。

(9) 观察是否因包扎过紧，而导致的远端肢体肿胀的发生。

#### (10) 截肢病人护理

1) 床头备止血带。观察创口引流液的量及性质，渗血多时用棉垫和弹力绷带加压包扎（加压不应在残端近侧）。如出血量较大，配合医生用止血带止血。

2) 观察残端有无水肿、发红、水疱、皮肤坏死及并发感染等，发现异常立即通知医生。

3) 残肢或患肢疼痛时，遵医嘱给予镇痛药物。

4) 鼓励病人尽早摄取营养和水分，给予高蛋白、高维生素的饮食。

5) 大腿截肢者，防止髋关节屈曲、外展挛缩。

6) 小腿截肢者，避免膝关节屈曲挛缩。

7) 指导病人进行残肢锻炼，以增加肌力，保持关节的活动范围。为缓解病人的精神压力，指导病人可用衣服掩盖其残肢的缺陷。

8) 鼓励病人使用辅助设备，早期下床活动，反复进行肌肉强度和平衡功能的锻炼，为安装假肢做好充分的准备。

### 【健康指导】

1. 教会病人残肢护理的相关知识，如：残端包扎，皮肤护理等。



2. 大腿截肢的病人遵医嘱继续进行残端功能的锻炼：如髋关节后伸、内收、外展；残端肌肉收缩，拍打等。
3. 截肢后行走中要注意保持平衡，以防摔倒。
4. 遵医嘱继续进行放射或化学治疗。
5. 合理搭配饮食，保证足够营养的摄入。
6. 保持良好心态，促进康复。

## （二）髌骨肿瘤手术病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- （1）生命体征。
  - （2）是否存在大小便排泄不畅或失禁等症状。
  - （3）疼痛状况。
  - （4）是否因肿瘤压迫而造成坐、行走不便等。
- #### 2. 对疾病的认知程度及心理承受能力。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按骨科病人一般护理要点。

#### 2. 术前护理

- （1）遵医嘱及病情给予镇痛药物。
- （2）对大小便排泄不畅的病人，遵医嘱及时给予处理。
- （3）对行动不便、尿、便失禁的病人，及时给予协助及护理。
- （4）鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。
- （5）遵医嘱及手术要求做好术前准备。

#### 3. 术后护理

- （1）按全身麻醉病人护理要点。
- （2）定时监测血压、脉搏、呼吸的变化。血压平稳后，定时给予翻身。
- （3）观察伤口渗血情况，保持敷料干燥，如渗血量较多及时通知医生。
- （4）遵医嘱给予静脉输液及抗生素等药物。
- （5）遵医嘱给予镇痛药物。
- （6）病人大小便失禁时，保持局部清洁干燥，防止大便污染伤口。
- （7）术后1周视病情协助病人进行床上或离床活动。

### 【健康指导】

1. 注意营养的摄入，促进机体的康复。
2. 注意排尿、排便是否存在困难或失禁等情况，有异常时及时就诊。

### (三) 大剂量化疗病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人需要化疗的病因。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 体重, 肝、肾功能, 血、尿常规等。
  - (3) 营养状况。
3. 对化疗的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。
2. 化疗前护理
  - (1) 测量病人的体重, 遵医嘱抽血查 CBC、肝、肾功能等。
  - (2) 向病人讲解术前大剂量化疗的重要性, 手术只进行了局部肿瘤的切除, 更重要的全身的治疗。
  - (3) 了解化疗药物的作用及毒副反应, 向病人讲解化疗药物可能会引起消化、造血、泌尿系统及皮肤等的不良反应, 使其能正确面对, 并积极配合治疗。
3. 化疗期间的护理
  - (1) 观察病人是否出现骨髓抑制、肾衰竭、嗜睡等严重并发症, 出现异常立即配合医生进行抢救。
  - (2) 为加速化疗药物的排泄, 减轻药物对泌尿系统的损伤, 鼓励病人每天摄水量大于 2 000ml, 24 小时尿量保持在 3 000ml 以上。
  - (3) 因为 MTX 需在碱性环境中才能很好发挥作用, 故用药前后给予水化碱化, 避免进酸性食物, 以免影响疗效。
  - (4) 氨甲蝶呤对黏膜有一定的损伤, 一般用甲酰四氢叶酸钙融入生理盐水中配成漱口水, 使用软毛刷刷牙, 防止牙龈出血, 预防口腔溃疡。
  - (5) 准确执行输液计划, 使用 MTX 时应避光, 以防药物分解, 输液时间控制在 4~6 小时以内。
  - (6) 应用 MTX 化疗时记录 24 小时尿量, 测尿比重及尿 pH 值; 应用顺铂化疗时记录 24 小时尿量。
  - (7) 在化疗过程中遵医嘱应用 PICC 导管, 注意保护静脉, 如发现药物外渗, 立即停止用药, 并更换注射部位, 渗液部位根据不同的化疗药物, 采取不同的药物进行皮下封闭, 渗液局部可冷敷或硫酸镁湿敷。

(8) 向病人讲解药物作用原理及用药注意事项,在输液过程中,不得自行调节输液速度,以免影响药物疗效。

(9) 在输液过程中,注意穿刺点疼痛或肿胀等不适症状的观察,发现异常及时对症处理。

(10) 贫血严重的病人,遵医嘱输新鲜血液,注意输血反应的观察。

(11) 白细胞降低的病人,预防交叉感染,必要时实施保护性隔离。

(12) 血小板减少的病人,观察有无皮下淤斑、牙龈出血、鼻出血等,必要时遵医嘱输入血小板。

(13) 鼓励进高蛋白、高维生素、易消化的食物。消化道功能紊乱时,观察水、电解质的平衡。

(14) 皮肤弹性差、脱水、体重减轻的病人,鼓励尽量摄取营养及水分,必要时给予静脉高营养。

(15) 脱发的病人,向其讲明只是暂时的现象,以后头发可以再生。

(16) 鼓励家庭成员参与护理,支持型的家庭环境可增强病人的抗病能力。

#### 【健康指导】

1. 出院后仍需继续化疗的病人,注意事项同住院期间。
2. 化疗期间注意保暖,预防感冒。
3. 根据自己的口味,调节饮食,保证足够营养及水分的摄入。
4. 禁止与易感人群相接触,防止交叉感染。

## 十二、脊柱疾病手术病人护理要点

### (一) 颈椎病手术病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 肢体活动及运动情况。
- (3) 行走状况。
- (4) 排尿、排便的功能是否正常。
- (5) 对疼痛耐受情况。

##### 2. 对疾病的认知程度及心理承受能力。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。
2. 术前护理

(1) 向病人讲解手术方法, 术后注意事项, 减轻紧张心理, 增强其治疗的信心。

(2) 指导病人进行平卧及侧卧位的进食或饮水; 轴向体位的变换及床上排大、小便的训练等。

(3) 讲解术后颈部制动配合要点及重要性。

(4) 帮助病人选择合适的颈托, 为术后颈部获得外在稳定及恢复做好准备。

(5) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 颈部制动, 因前路手术行植骨固定椎体融合, 故制动很重要。术后搬运过程中, 用围领固定颈部, 专人护送至病房。

(3) 术后平卧位, 专人看护。

(4) 维持颈部稍前屈位置, 沙袋放置两侧颈肩部, 保持头制动位置。咳嗽、打喷嚏时用手轻按颈前部。

(5) 定时监测血压、脉搏、呼吸的变化, 观察清理呼吸道分泌物的能力, 有无因咽后壁水肿而导致的呼吸困难症状, 发现异常立即通知医生。

(6) 根据病情术后第一天可将病人的床头抬高  $15^{\circ}$ , 以后每日逐渐增加至  $60^{\circ}$ 。遵医嘱帮助病人侧卧位时, 用棉垫将病人头部与肩部之间垫平, 防止颈部弯曲。每 2~3 小时为病人轴向翻身一次。

(7) 观察颈部引流管是否通畅, 有无脱出, 随时询问病人是否有憋气感, 注意颈部有无肿胀, 如发现渗血量较大时, 立即通知医生 (术前床旁已备好: 气管切开包及无菌手套)。

(8) 严重喉头水肿与痉挛常发生于术后 3~5 天, 发现异常立即通知医生。声音嘶哑, 一般不需处理, 可自行恢复。

(9) 注意保温, 以免因受凉而诱发呼吸道感染。鼓励病人深呼吸及有效咳嗽咳痰。

(10) 观察伤口渗出液的量、颜色及性状, 保持引流通畅。

(11) 保持尿管通畅, 观察尿液的量、颜色及性状。

(12) 卧床期间做好皮肤的护理, 预防褥疮的发生。

(13) 术后第一天开始进行肢体训练, 预防下肢静脉血栓的形成。

(14) 鼓励病人进营养丰富、易消化的饮食, 多吃水果、蔬菜, 保持大便通畅。

(15) 早期主动和被动的关节功能锻炼, 可促进肌容量和肌力的提高。

(16) 术后 1 周用颈托固定颈部，摇高床头协助病人坐起。

(17) 病人下床行走时需佩带颈托，专人陪护，观察是否存在头晕、面色苍白等直立性低血压症状。指导病人在行走中避免过度低头、仰头、颈部旋转动作，需转动头时，应连同身体一起转动。必要时给予头颈胸石膏或支架固定（在石膏干固前，做好石膏护理）。

### 【健康指导】

#### 1. 教会病人活动时保护颈部的方法

(1) 不要使颈部固定在任何一种姿势过长的时间，严禁用力转头。

(2) 睡眠时随时调整枕头的高度，平卧时不可使颈部过屈；侧卧时不可过低，枕高与一侧肩宽相平。

(3) 乘坐汽车时，不面对前方或后方。

(4) 日常生活中注意颈部肌肉的锻炼。

#### 2. 出院后继续佩带颈托 2~3 个月。

#### 3. 避免提重物，防止跌伤。

4. 继续肢体的功能锻炼，术后 1 个月可练习颈后部肌肉，加强颈背肌力量，防止鹅颈畸形，具体做法：双手交叉抱住头后部，头用力向后仰，于双手相抵抗，每次持续 15 秒，每天 20~30 次。

5. 颈椎病的康复过程，可持续数月甚至更长的时间，应做好充分的心理准备。

### (二) 腰椎间盘突出手术病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 腰间盘突出的病因。

#### 2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 双下肢感觉及运动情况。

(3) 疼痛程度。

#### 3. 对疾病的认知程度及心理承受能力。

#### 4. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按骨科病人一般护理要点。

#### 2. 非手术治疗护理

(1) 病人绝对卧床休息，初次发病或病程较短的卧床两周，使突出间盘和神经根的炎性水肿减轻或消退，从而缓解疼痛。

(2) 骨盆牵引可减轻椎间隙的压力，使早期突出的间盘部分还纳而改善症

状。牵引重量一般在 20kg 以内，可以持续或间断牵引。

(3) 热敷等理疗可促进局部血液循环，减轻肌肉痉挛，缓解疼痛。

(4) 疼痛明显的病人可口服非甾体类消炎镇痛药物。

(5) 急性期（2 周）后开始进行腰背肌锻炼，并带腰围下地活动。腰背肌锻炼可根据病人的年龄、体力而定。应由简及繁，由轻渐重。俯卧位抬头挺胸，可锻炼背肌，仰卧屈膝时，抬起臀部，使腹肌、背肌和臀肌都可得到锻炼。

### 3. 手术护理

#### (1) 术前护理

1) 术前配戴合适的腰围，教会并鼓励病人进行腰背肌锻炼。欲行植骨术者指导其在床上练习大小便。

2) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

#### (2) 术后护理

1) 按椎管内麻醉病人术后护理要点。

2) 定时监测血压、脉搏、呼吸的变化。

3) 术后平卧起到压迫止血的目的，6 小时后，每 2~3 小时帮助病人轴向翻身一次，翻身时保持脊柱平行，严防扭曲，并按摩受压部位。

4) 观察引流管是否通畅，预防逆行感染，术后 48~72 小时拔除引流管，若出现引流量过多且液体稀薄色淡时，立即通知医生。

5) 观察伤口疼痛程度，遵医嘱给予镇痛药物。

6) 鼓励病人进营养丰富、易消化的饮食，多吃水果、蔬菜，保持大便通畅。

7) 观察下肢感觉及运动恢复情况。

8) 术后第 1 天，指导病人进行直腿抬高动作，避免术后神经根粘连。单纯性间盘切除术后，24 小时可佩戴腰围下床活动；间盘切除加植骨融合术后，5~7 天后佩戴支具下床活动。

### 【健康指导】

1. 行走和外出时需佩戴腰围，注意安全。

2. 继续坚持腰背肌功能锻炼，防止肌萎缩。

3. 卧床时采取床头抬高 30°，同时轻屈膝位，有利于减少脊柱前凸，缓解背肌痉挛。

4. 增加自我保护意识，如拾物时屈膝下蹲，不要从仰卧位直接起床等。

### (三) 脊柱结核手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 脊柱结核的病因。

## 2. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 是否存在体温低热、脉搏快的临床表现。
- (3) 是否存在食欲减退，消瘦的情况。
- (4) 是否存在盗汗、疲乏无力等结核症状。
- (5) 疼痛状况，劳累、咳嗽、打喷嚏或持重物是否加重。
- (6) 是否存在寒性脓疡或窦道。
- (7) 肢体感觉及运动状况。
- (8) 了解血沉检查结果。

3. 对疾病的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

#### 2. 术前护理

- (1) 保持病房的清洁、安静、空气流通，有充足的阳光。
- (2) 一般病人可适当活动，患有脊柱结核和病情严重者应卧床休息，局部制动，防止病理性骨折或截瘫的发生。
- (3) 病人一般表现为多汗、活动困难，特别是脊柱结核伴有截瘫者，加强基础护理。
- (4) 鼓励病人多做深呼吸，有痰尽量咳出，预防肺部感染的发生。
- (5) 术前遵医嘱抗结核药物治疗 2~4 周，观察体温是否下降、食欲及体重是否增加、局部疼痛是否减轻及血沉是否正常等。若发现病人用药后出现眩晕、耳鸣、听力下降等副作用，及时通知医生。
- (6) 贫血的病人遵医嘱补充营养或输新鲜血液，促进血红蛋白的提高。
- (7) 鼓励病人进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。
- (8) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

#### 3. 术后护理

- (1) 按全身麻醉病人术后护理要点。
- (2) 脊柱结核行植骨融合术后的病人，搬动时遵医嘱制动，椎管麻醉术后平卧 4~6 小时。
- (3) 定时监测血压、脉搏、呼吸的变化。
- (4) 定时协助病人翻身，做好皮肤的护理。
- (5) 遵医嘱及病情给予镇痛药物。
- (6) 脊柱结核合并截瘫的病人，观察肢体的感觉、运动及括约肌功能有无



改变。

(7) 鼓励病人进高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

(8) 遵医嘱协助病人按时服药, 注意药物疗效及副作用的观察。

#### 【健康指导】

1. 支持疗法非常重要, 合理安排休息, 注意营养的摄入, 促进机体尽快康复。

2. 遵医嘱坚持抗结核药物治疗, 注意剂量、用法准确。脊柱结核, 髌、膝结核必须用药 2 年左右, 用药中如出现耳鸣、听力异常等改变, 及时就诊。

### 十三、骨盆骨折病人护理要点

#### 【评估】

1. 骨盆骨折的原因。

2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 是否合并失血性休克, 膀胱、尿道、直肠及神经损伤。

(3) 疼痛状况。

(4) 双下肢感觉及活动情况。

(5) 受伤部位皮肤的完整性。

3. 对骨盆骨折的认知程度及心理承受能力。

#### 【护理要点】

1. 按骨科病人一般护理要点。

2. 保守治疗期间的护理

(1) 定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化, 发现异常及时通知医生。

(2) 卧硬板床, 卧床期间做好基础护理, 预防呼吸道、泌尿系的感染; 做好皮肤的护理, 预防褥疮的发生。

(3) 遵医嘱指导病人进行肌肉及关节的功能锻炼。

3. 手术护理

(1) 术前护理

1) 观察血压、脉搏、呼吸的变化, 注意有无内出血的征象。

2) 观察病人排尿间隔时间及尿液性状等, 发现尿潴留及时留置尿管引流尿液。

3) 遵医嘱给予镇痛及抗生素等药物。

4) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。

(2) 术后护理

- 1) 按全身麻醉病人术后护理要点。
- 2) 术后病人取平卧位, 双下肢适当抬高。
- 3) 观察双下肢及足部的感觉、运动、末梢循环等情况。
- 4) 观察伤口有无渗血、渗液等, 发现异常及时通知医生。
- 5) 观察病人疼痛的强度、持续的时间, 遵医嘱给予镇痛药物。
- 6) 留置尿管的病人, 观察尿液的量、颜色及性状。
- 7) 做好骶尾部皮肤的护理, 预防褥疮的发生。
- 8) 鼓励病人深呼吸、咳嗽、咳痰, 预防肺部并发症的发生。
- 9) 鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。多吃水果、蔬菜, 保持大便通畅。
- 10) 卧床期间鼓励病人进行双下肢活动, 预防血栓的形成。遵医嘱指导病人进行双下肢股四头肌等长收缩的锻炼、踝关节的屈伸活动等。

#### 【健康指导】

1. 继续进行双下肢及踝关节屈伸锻炼, 遵医嘱下地行走, 注意安全。
2. 注意营养的摄入, 合理搭配膳食, 促进骨折的愈合。
3. 多饮水、多食水果、蔬菜及粗纤维食物, 保持大、小便通畅。

## 第十四节 泌尿外科疾病病人护理指南

### 一、泌尿外科疾病病人一般护理要点

#### (一) 术前护理

1. 嘱病人多饮水, 留置导尿管期间遵医嘱增加饮水量, 每天尿量保持在1 500ml以上。
2. 定时了解病人有无排尿异常, 并观察尿液的颜色及性状, 遵医嘱准确记录尿量。
3. 尿管及引流管的护理
  - (1) 留置导尿管的病人每天进行尿道口护理, 确保尿管及会阴部的清洁, 防止尿路逆行感染。
  - (2) 留置导尿管的病人, 每周进行尿液常规检查, 以便及时发现有无泌尿系感染。
  - (3) 长期留置导尿管的病人, 定期更换尿管及无菌尿袋或尿瓶。
  - (4) 各种引流管长短应适宜, 避免牵拉、打折, 将引流袋或引流瓶连接管固定于低于引流口水平的位置, 确保引流通畅, 防止引流液返流。

4. 遵医嘱及视病情, 给予相应的活动指导, 预防并发症的发生。
5. 肾肿瘤的病人, 入院后定时测量体温、血压, 以协助诊断。
6. 肾上腺肿瘤的病人, 入院后遵医嘱定时测量血压, 以了解病情的变化。
7. 泌尿系结核的病人, 遵医嘱连续留取 3 天清晨尿液并及时送检, 行结核杆菌涂片检查, 以协助诊断。
8. 尿道断裂合并骨盆骨折的病人, 卧硬板床, 定时翻身、拍背及按摩骨隆突处, 预防褥疮的发生。
9. 肾创伤的病人, 入院后将每次尿液分别保留在透明的容器内, 比较血尿颜色的变化, 血尿加重应及时通知医生。
10. 肾移植的病人, 入院后实施保护性隔离, 遵医嘱每天记录血压、体重、尿量等数值的变化, 并做好合并症的观察及护理。
11. 进行泌尿系统检查的病人, 检查后除了解排尿情况外, 还应观察有无其他异常反应, 鼓励病人多饮水, 遵医嘱给予抗生素治疗。
12. 术前准备
  - (1) 术前 1 天遵医嘱准备手术区域皮肤, 会阴及阴囊部手术注意皮肤皱褶处的清洁; 指导病人做好术前洗澡、更衣等清洁工作。
  - (2) 手术当天早晨给病人测体温、脉搏、呼吸, 如患感冒、发热或其他病情变化时, 及时通知医生; 进手术室前排空膀胱, 较大、时间较长的手术遵医嘱留置尿管, 并妥善固定; 腹部手术遵医嘱留置胃管; 进手术室前取下义齿、发卡、眼镜、手表、首饰等, 交予家属或专人保管; 遵医嘱术前 0.5 小时肌肉注射术前药物; 准备手术所需的病历、X 光片、CT 片、MRI 片、引流袋(引流瓶)、特殊药物及腹带等, 随同病人一起带入手术室; 输尿管结石行切开取石术的病人, 术前先推至放射科进行 X 线结石定位, 保持定位时的体位将病人推至手术室进行手术。
- (二) 术后护理
  1. 按全身麻醉病人护理要点(见第五节麻醉病人护理指南)全麻清醒后遵医嘱平卧或半卧位, 椎管麻醉术后去枕平卧 6 小时后, 遵医嘱平卧或半卧位。
  2. 观察生命体征
    - (1) 大手术因出血而出现循环、呼吸不稳定者, 遵医嘱定时监测血压、心率、脉搏、呼吸, 直至病情稳定后改为 1~2 小时一次, 发现异常及时通知医生。遵医嘱给予氧气吸入, 定时监测血氧饱和度, 并进行记录。
    - (2) 中、小手术的病人根据病情定时监测血压、脉搏、呼吸的变化, 发现异常及时通知医生。
  3. 伤口有少量渗血、渗液时, 及时更换敷料, 保持敷料的清洁、干燥,

伤口渗出较多时,及时通知医生,并观察病人血压、脉搏的变化。

4. 对烦躁不安、昏迷的病人安排专人护理,为保证病人的安全,可使用约束带以防坠床。

5. 保持引流通畅,防止引流管堵塞、扭曲、打折及脱落等,观察并记录引流液的颜色、性状及量,发现异常及时通知医生。

6. 根据病人疼痛程度,遵医嘱给予镇痛药物。

7. 定时观察病情变化,判断病人是否存在水、电解质紊乱、酸中毒、肠梗阻等并发症。

#### 8. 饮食与输液

(1) 非肠道手术:视手术大小、麻醉方式以及病人对麻醉的反应,决定饮食开始的时间。局麻或小手术的病人,术后可进普通饮食;椎管麻醉的病人,恶心、呕吐症状消失后先给予流质饮食,以后视病情改为半流或普通饮食。

(2) 肠道手术:一般术后禁食 24~48 小时,胃肠功能恢复后,开始进流质饮食、半流食、4~5 天可改为软食或普通饮食。

(3) 禁食期间遵医嘱给予静脉营养支持,减少并发症的发生。

9. 禁食期间定时给予口腔护理。

10. 在病情允许的情况下,鼓励病人多翻身及早期下床活动,防止褥疮及下肢静脉栓塞的发生。

11. 术后并发症的预防及护理,按围手术期病人一般护理要点。

## 二、前列腺增生手术病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 排尿困难及尿频情况,评估前列腺增生程度。

(3) 尿潴留发生的频率及肾脏功能受损害的程度。

(4) 心、肺及肝功能状况。

(5) 既往排尿困难进行治疗的经过及效果。

(6) 有无合并泌尿系感染或结石。

(7) 两周内是否服用抗凝药物,如华法令、阿司匹林等。

2. 对前列腺增生的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按泌尿外科病人一般护理要点。

## 2. 术前护理

(1) 协助病人进行心、肝、肾功能的检查，并在生活上给予必要的帮助。

(2) 定时询问病人排尿情况，若出现排尿困难或急性尿潴留，遵医嘱给予导尿或留置尿管引流尿液；必要时配合医生行耻骨上膀胱造瘘，引流尿液，并做好尿管或膀胱造瘘管的护理。

(3) 留置尿管或带有膀胱造瘘管的病人，鼓励其多饮水，保持引流通畅。

(4) 若病人出现寒战、发热等症状，及时通知医生，遵医嘱给予抗生素治疗。

(5) 嘱病人多食粗纤维、易消化的饮食，忌饮酒及辛辣食物，以防便秘。

(6) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

## 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测意识状态、血压、脉搏、呼吸的变化。因病人多为高龄老年人，常合并心血管疾病，麻醉、手术的刺激，易引起血压下降或诱发心肺并发症，发现异常立即通知医生。

(3) 经尿道前列腺电切术后，及时连接尿管及冲洗管，观察气囊导尿管固定及通畅情况。病人取平卧位，气囊导尿管牵拉并固定在病人一侧大腿内侧，压迫前列腺窝起到止血的作用，嘱其肢体伸直勿屈曲，直至解除牵引为止。观察膀胱冲洗引流液的颜色、量，根据引流液颜色变化及时调节冲洗速度，防止血凝块堵塞引流管。

(4) 准确记录单位时间尿量，判断有无血容量不足或肾功能障碍。

(5) 遵医嘱静脉补充液体及抗生素，根据病情及时调整输液速度，以免心力衰竭或肺水肿的发生。

(6) 注意倾听病人的主诉，观察有无腹胀等不适感，判断有无冲洗液外渗征象。

(7) 定时测量病人的体温，若体温明显升高，立即通知医生，判断有无菌血症的发生。

(8) 膀胱痉挛的病人遵医嘱给予解痉镇痛药物。

(9) 拔除尿管或造瘘管后观察病人排尿情况。

(10) 教会并指导尿失禁的病人进行肛提肌训练。

(11) 做好尿失禁或拔管后暂时排尿困难病人的生活及心理护理。

(12) 指导病人多饮水，多食粗纤维、易消化的食物，忌饮酒及辛辣食物，防止便秘。

(13) 术后 5 天内禁止灌肠或肛管排气。

**【健康指导】**

1. 多饮水, 进食粗纤维、易消化的食物, 忌食辛辣食物, 防止便秘。
2. 术后 3 个月内避免剧烈活动, 禁止骑车, 以防出血。
3. 出院时仍留置尿管者, 教会病人或家属正确护理尿管的方法。
4. 尿失禁的病人出院后继续进行肛提肌的训练。
5. 若有排尿异常等情况时, 应及时就诊。
6. 遵医嘱定期复查。

### 三、肾结核手术病人护理要点

**【评估】**

## 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 尿频、尿痛程度及排尿次数。
  - (3) 尿液的性质、颜色及每次排尿量。
  - (4) 腰部是否疼痛及有无肿块。
  - (5) 有无发热、盗汗、乏力、贫血等结核症状。
  - (6) 有无消瘦、食欲减退等临床表现。
  - (7) 抗结核药物治疗效果及有无毒副反应。
  - (8) 实验室、膀胱镜、影像学等检查结果。
2. 对肾结核的认知程度及心理承受能力。

## 3. 自理能力。

**【护理要点】**

## 1. 按泌尿外科病人一般护理要点。

## 2. 术前护理

- (1) 指导病人留取尿标本。
- (2) 入院后进行抗结核药物治疗的病人, 做好血尿、脓尿治疗效果的观察。
- (3) 病人夜间排尿次数多影响休息时, 遵医嘱留置尿管引流尿液。
- (4) 指导病人进高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。
- (5) 遵医嘱给予抗结核药物治疗。
- (6) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

## 3. 术后护理

- (1) 按椎管内麻醉病人护理要点, 血压平稳后协助病人取半卧位。
- (2) 定时监测病人血压、脉搏、呼吸及体温的变化。
- (3) 肾切除术后的病人, 观察伤口引流管的引流量, 保持引流通畅。若每

小时超过 100ml, 提示有出血的可能; 肾病灶清除或肾部分切除的病人, 术后初期可有轻度血尿, 若出现大量血尿, 应立即通知医生。

(4) 观察病人健侧肾功能情况, 遵医嘱准确记录 24 小时尿量。如术后 6 小时未排尿或 24 小时尿量较少时, 健侧肾功能可能有障碍, 应立即通知医生。

(5) 观察伤口渗出情况, 保持伤口敷料清洁、干燥。

(6) 胃肠功能恢复后, 鼓励病人进食高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

(7) 观察抗结核药物的治疗效果及毒副反应。

(8) 鼓励病人早期下床活动, 减少合并症的发生。

#### 【健康指导】

1. 讲解术后坚持抗结核药物治疗的意义及抗结核药物的毒副反应的观察。

2. 定期进行肝、肾功能检查。

3. 定期进行尿常规和尿结核杆菌的检查。

4. 观察并记录每次排尿间隔时间及尿量, 以了解肾功能恢复情况。

5. 慎用对肾功能有损害的药物。

6. 合理搭配饮食, 增加营养, 提高机体抵抗力。

7. 根据体力恢复情况, 适当增加户外活动量。

### 四、泌尿系结石病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 疼痛的部位及性质。

(3) 血尿出现的时间及血尿量。

(4) 有无尿频、尿痛、尿急等膀胱刺激症状。

(5) 有无发热、畏寒及结石引起的尿路梗阻症状。

(6) 实验室、影像学、B 超、CT、输尿管肾镜及疑有甲状旁腺功能亢进时骨骼 X 线摄影结果。

2. 对泌尿系结石的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按泌尿外科病人一般护理要点。

2. 非手术治疗与护理

(1) 药物排石治疗的病人, 嘱病人将每次尿液排在指定的容器内, 用纱布



过滤,了解结石排出情况,并送检进行结石成分分析。

(2) 根据结石成分分析结果,调整饮食结构。

(3) 结石合并感染者,根据细菌培养及药物敏感试验结果,遵医嘱应用抗生素,控制感染,注意病人排尿次数及疗效的观察。

(4) 肾绞痛的病人,遵医嘱输液及给予解痉镇痛药物,以缓解疼痛。

(5) 遵医嘱测量尿液 pH 值,对尿酸和胱氨酸结石的病人给予口服枸橼酸钾合剂,以碱化尿液;若需要酸化尿液,遵医嘱口服氯化铵。

(6) 在不增加病人心肺负荷及体力能承受的情况下,可适当进行跳跃等活动,促进结石的排出。

### 3. 体外冲击波碎石(ESWL)与护理

(1) 向病人讲解碎石的原理,讲明定位的重要性,告知病人在治疗过程中不得随意移动体位;治疗中有较大的响声及治疗后出现血尿属正常现象,以减少紧张心理,取得配合。

(2) 为避免腹部胀气,术前 3 天禁食易产气的食物,手术日早晨禁食、水。

(3) 术后取平卧位,定时监测血压、脉搏的变化,发现异常及时通知医生。

(4) 病人术后若出现头晕、恶心、呕吐等药物反应,嘱其卧床休息、禁食,遵医嘱静脉补充营养与水分;无药物反应者可正常进食。

(5) 观察并记录初次排尿时间、每次间隔时间,以了解有无尿路梗阻及急性尿潴留征象。

(6) 观察尿液的颜色、性质及量,术后多有血尿,记录血尿开始时间及终止时间,发现异常立即通知医生。

(7) 鼓励病人每天饮水 3 000ml 以上,嘱病人经常更换体位,增加输尿管的蠕动,促进碎石的排出。

(8) 嘱病人每次排出的尿液用纱布过滤,观察结石排出量,及时收集并送检进行结石成分分析。

(9) 碎石术后肾绞痛的病人,遵医嘱给予解痉镇痛药物。

(10) 碎石术后出现大量血尿应及时通知医生,遵医嘱给予止血药物,并观察排尿情况。

(11) 巨大结石碎石术后,有可能梗阻尿路,严重者可引起肾功能的变化,嘱病人卧床休息 48 小时,鼓励其多饮水、更换体位,促进结石的排出。

### 4. 手术治疗与护理

#### (1) 术前护理

- 1) 指导病人正确留取尿标本, 对自理能力较差者给予协助。
  - 2) 肾、肾盂、输尿管切开取石合并有一侧肾功能不全的病人, 应了解健侧肾功能情况, 遵医嘱记录 24 小时尿量。
  - 3) 结石合并感染的病人, 遵医嘱给予抗生素治疗。
  - 4) 输尿管切开取石的病人, 术前常规进行 X 线拍片定位, 送手术室时应保持定位时的体位。
  - 5) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。
- (2) 术后护理:
- 1) 按椎管内麻醉病人护理要点, 定时监测血压、脉搏及呼吸的变化。
  - 2) 术后 48 小时后取半卧位, 观察引流是否通畅及有无漏尿现象; 肾实质切开取石者, 绝对卧床 2 周, 以减轻肾脏的损伤, 防止再发出血; 输尿管切开取石术后, 第一次排尿为血性, 提示输尿管通畅; 耻骨上膀胱切开取石术后病人, 卧床休息 3 天。
  - 3) 内镜取石术后的病人, 观察有无腹痛及尿中结石排出情况。
  - 4) 遵医嘱给予镇痛、预防感染的药物。
  - 5) 鼓励病人多饮水, 起到尿路系统自动冲洗的作用。
  - 6) 保持引流管通畅, 肾造瘘者不宜进行冲洗, 以免引起感染, 必须冲洗时, 应严格无菌操作并在医生指导下进行。
  - 7) 保持造瘘口局部清洁、干燥, 尿液浸湿敷料应及时更换。
  - 8) 肠蠕动恢复后, 可进普通饮食。嘱病人每天饮水 2 500~3 000ml 并遵医嘱给予调整尿液酸碱度的药物, 以防结石复发。
  - 9) 术后进行结石成分的测定。

#### 【健康指导】

1. 向病人讲解尿石症的病因、症状及预防知识, 告知其从生活细节中注意, 防止结石复发。
2. 养成饮水的习惯, 每天饮水 2 000ml 以上。
3. 根据结石成分分析的结果, 遵医嘱调整食物种类, 减少或预防结石的复发。
4. 体外冲击波碎石术后的病人, 半个月后复查腹平片, 以观察碎石排出情况, 必要时需重复碎石。

### 五、肾癌手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 有无低热、血沉加快、高血压、贫血、消瘦、虚弱等症状。
- (3) 血尿特点、颜色及量。
- (4) 腰部疼痛的性质及程度。
- (5) 有无精索静脉曲张的表现。

2. 对肾癌的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按泌尿外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 自理能力较差的病人，协助其完成术前常规检查，并在生活上给予必要的帮助。

(2) 观察病人排尿情况，注意尿液颜色、性质及量的变化。

(3) 教会病人进行深呼吸、有效咳嗽、咳痰的方法。

(4) 鼓励病人进高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。

(5) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点，血压稳定后可半卧位。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏及呼吸的变化，若出现憋气等症状，立即通知医生。

(3) 巨大肾肿瘤切除术后，腹膜后可能有广泛渗血；左侧肾癌切除时有可能合并脾损伤，术后可能因内出血而导致休克的发生，密切观察病人有无休克的征象，发现异常立即通知医生。

(4) 术后 24 小时定时监测尿量及肾功能状况，及时判断有无肾衰竭的先兆，遵医嘱准确记录 24 小时尿量。

(5) 遵医嘱静脉输液及输血。

(6) 遵医嘱给予镇痛药物。

(7) 观察病人伤口渗出情况，保持敷料的清洁、干燥。

(8) 遵医嘱给予抗生素治疗，预防感染的发生。

(9) 鼓励病人深呼吸、有效咳嗽咳痰，必要时遵医嘱给予雾化吸入，预防肺部并发症的发生。

(10) 胃肠功能恢复后，鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

(11) 向病人讲解放疗、化疗或免疫治疗的意义及配合要点，使其建立治疗信心。

**【健康指导】**

1. 遵医嘱继续进行放疗、化疗或免疫治疗，在治疗过程中保持乐观情绪。
2. 遵医嘱用药，慎用对肾功能有损害的药物。
3. 合理搭配饮食，保证营养的摄入，促进机体康复。

## 六、膀胱肿瘤手术病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 血尿的性质及程度。
  - (3) 有无尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状。
  - (4) 有无下腹部肿块、贫血、水肿、消瘦、发热等。
  - (5) 有无下腹部及会阴部疼痛等。
  - (6) 肺、肾功能状况。
2. 对膀胱肿瘤的认知程度及心理承受能力。
3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按泌尿外科病人一般护理要点。
2. 术前护理
  - (1) 观察病人血尿程度，有无因大量血尿而引起急性贫血甚至休克的征象。观察尿液的颜色及性状，必要时遵医嘱给予输血，记录 24 小时尿量。
  - (2) 观察病人有无尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状，必要时遵医嘱给予抗生素治疗以缓解症状。
  - (3) 观察病人有无排尿困难症状，若因血块堵塞尿道内口及时通知医生。
  - (4) 因肿瘤本身或转移灶而引起的疼痛，遵医嘱给予镇痛药物。
  - (5) 鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。
  - (6) 尿流改道手术病人准备
    - 1) 术前 3 天进少渣半流食；术前 2 天流质饮食；术前 1 天禁食，给予静脉补液。
    - 2) 术前 3 天开始口服肠道消炎药物。
    - 3) 术前 1 天口服泻药、清洁灌肠，术日晨清洁灌肠。
    - 4) 术日晨留置胃管。
3. 术后护理
  - (1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测病人血压、心率、脉搏及呼吸的变化,发现异常及时通知医生。

### (3) 经尿道膀胱肿瘤电切术与护理

1) 观察膀胱冲洗引流液的量及颜色,根据颜色的变化,及时调节冲洗速度,保持冲洗引流通畅,防止血块堵塞。6 小时后鼓励病人多饮水,起到自家冲洗的作用。

2) 观察病人有无高热、腹痛、腹胀、膀胱痉挛等症状,遵医嘱给予对症处理。

3) 手术 6 小时后即可进食,以营养丰富、粗纤维食物为宜,忌食辛辣刺激性食物,防止便秘。

4) 尿管拔除后,观察病人排尿次数及每次排尿量。

(4) 膀胱部分切除术后的病人,妥善固定导尿管,保持引流通畅,若尿液血色较深,遵医嘱用生理盐水进行间断或持续冲洗。

### (5) 尿流改道术后护理:

1) 准确连接各引流管,分别进行标记,观察并记录引流液性质及量。

2) 血压平稳后协助病人半卧位,有利于膀胱死腔渗出液的引流。

3) 膀胱全切输尿管皮肤造口的病人,观察皮肤乳头的血运及有无回缩等,发现异常及时通知医生。

4) 保持胃肠减压通畅,观察胃液的颜色及量,定时进行口腔护理,预防口腔合并症的发生。拔除胃管后观察病人有无腹胀。

5) 遵医嘱静脉补充营养和水分,肠功能恢复后可进流质饮食、半流食或普通饮食,进食期间观察病人有无腹泻、腹胀、便秘及肠梗阻症状。

6) 保持造口周围皮肤的清洁、干燥,有感染征象时及时给予处理。

7) 尿流改道术后,教会病人佩戴造口袋、自家导尿及造口护理的方法。

(6) 遵医嘱给予镇痛药物。

(7) 遵医嘱给予抗生素治疗,预防感染的发生。

(8) 观察伤口敷料渗出情况,保持敷料清洁、干燥,出血多时及时通知医生。

(9) 定时协助病人翻身,指导病人进行深呼吸、有效咳嗽、咳痰,痰液黏稠时定时进行雾化吸入,预防肺部并发症的发生。

(10) 鼓励病人多饮水,每天 2 000ml 以上。

(11) 鼓励病人早期下床活动,预防下肢静脉血栓的形成。

(12) 遵医嘱做好病人放疗、化疗的护理。

### 【健康指导】

1. 告知病人尿流改道术后造口护理的重要性,教会病人造口的护理方法。

2. 进食高蛋白、高维生素、易消化的饮食，禁食辛辣食物，防止便秘。
3. 膀胱肿瘤电切术后有复发的可能，遵医嘱定期进行膀胱灌注治疗。
4. 应经常注意尿液的观察，发现异常及时就诊。
5. 遵医嘱定期进行膀胱镜等检查。

## 七、尿道下裂手术病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 尿道下裂的分型情况。
  - (3) 会阴部清洁的状况以及排尿情况。
  - (4) 既往是否进行过手术或其他治疗。
2. 据病人年龄评估其对尿道下裂的认知程度及心理承受能力。
3. 评估家庭支持力度。

### 【护理要点】

#### 1. 按泌尿外科病人一般护理要点。

#### 2. 术前护理

- (1) 遵医嘱协助病人用 1:5 000 高锰酸钾温开水溶液坐浴，2 次/天。
- (2) 向病人及家属讲解术后留置尿管的重要性，以取得治疗的配合。
- (3) 遵医嘱及手术要求做好术前准备，备皮时，注意皮肤皱褶处的清洁。

#### 3. 术后护理

- (1) 按椎管内麻醉病人护理要点。
- (2) 定时监测病人血压、脉搏、呼吸的变化。
- (3) 用支被架将盖被支起，防止伤口局部受压。
- (4) 观察阴茎有无肿胀和发绀，若伤口敷料包扎过紧应及时给予调整，以防止局部皮肤坏死。
- (5) 遵医嘱给予镇痛药物。
- (6) 做好引流管的护理，观察引流量及颜色的变化。
- (7) 观察尿道口分泌物的颜色和性状，做好尿道口护理，预防泌尿系感染的发生。
- (8) 遵医嘱给予抗生素治疗，预防感染的发生。
- (9) 当病人出现膀胱痉挛症状时，指导其进行深呼吸、局部放松，必要时可配合使用解痉镇痛药物。
- (10) 遵医嘱给病人口服己烯雌酚，防止因阴茎勃起而导致的继发出血或

疼痛。

(11) 会阴部尿道下裂术后的病人，常规进流食 3 天，避免过早排便污染伤口。

(12) 鼓励病人多饮水，多食粗纤维食物，预防便秘，如排便困难，可适当给予缓泻剂。

#### 【健康指导】

1. 经常观察排尿通畅情况，如出现异常及时就诊。
2. 少食刺激性食物、多食粗纤维食物及多饮水，保持大便通畅。排便困难时，不要过于用力，可服缓泻药物促进大便的排出。
3. 术后 1~2 个月限制剧烈活动。

### 八、皮质醇增多症手术病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 有无向心性肥胖、水牛背、紫纹、性征改变、失眠、多血质及易感染等异常体征及临床表现（女病人还应评估有无多毛、痤疮）。
- (2) 有无头晕、耳鸣等高血压症状并了解其高血压程度。
- (3) 肌无力及骨质疏松程度，判断是否容易受伤。
- (4) 低血钾的程度，了解有无心律失常及碱中毒。
- (5) 糖代谢紊乱程度，了解有无糖尿病或糖耐量减低。
- (6) 了解病人性功能障碍情况。
- (7) 精神异常的程度。
- (8) 了解尿 17 羟、17 酮，糖耐量试验及肾上腺 CT 扫描、B 超等检查结果。

2. 对皮质醇症的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力（行走、如厕等）。

#### 【护理要点】

1. 按泌尿外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

- (1) 观察病人血压、血糖、尿糖的变化，控制饮食中钠盐和糖的摄入。
- (2) 高血压、肌无力的病人嘱其卧床休息，下床活动、大小便时给予协助，防止摔倒，嘱其避免远行。
- (3) 协助病人完成术前常规检查，留取 24 小时尿液进行 17-羟皮质类固醇测定，讲明留尿的起止时间及注意事项。



- (4) 观察病人血压状况,遵医嘱每天定时测量血压。
- (5) 当病人出现糖尿病症状时,遵医嘱给予糖尿病饮食。
- (6) 观察病人有无疖肿、疏松结缔组织炎等感染灶,除遵医嘱给予抗感染治疗外,指导病人注意皮肤及床铺的清洁与卫生。
- (7) 遵医嘱补充肾上腺皮质激素。
- (8) 教会病人深呼吸、有效咳嗽、咳痰的方法。
- (9) 术中应用足量抗生素,预防感染的发生。
- (10) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

### 3. 术后护理

- (1) 按全身麻醉病人护理要点。
- (2) 定时监测病人血压、心率、脉搏及呼吸的变化,发现异常立即通知医生。
- (3) 观察病人有无肾上腺功能不足的表现,如出现周身无力、头晕、恶心、血压下降等症状,立即通知医生,遵医嘱及时补充肾上腺皮质激素。
- (4) 遵医嘱测量电解质、血糖的变化,出现异常时遵医嘱给予药物治疗。
- (5) 观察伤口的渗出情况,若渗血较多时,立即通知医生。
- (6) 遵医嘱应用糖皮质激素,口服或静脉均应按病情逐渐减量。
- (7) 双侧肾上腺切除大腿内侧肾上腺组织埋藏的病人,观察局部有无红肿等感染症状。
- (8) 保持引流管引流通畅,观察引流液的量、颜色及性状。
- (9) 遵医嘱应用抗生素治疗,预防感染的发生。
- (10) 做好肥胖、皮肤菲薄病人的护理,防止褥疮的发生。
- (11) 定时协助病人翻身、拍背、鼓励咳嗽、咳痰,防止肺部并发症的发生。
- (12) 胃肠功能恢复后根据病情,鼓励病人进食高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

### 【健康指导】

- 1. 告知病人糖皮质激素治疗及按时服药的重要性,需终身服药的病人,嘱其严格遵医嘱用药。
- 2. 教会病人自己监测血压的方法,随时对治疗效果进行评估。
- 3. 进高蛋白、高维生素、易消化的饮食,有糖尿病者遵医嘱给予饮食控制。
- 4. 遵医嘱适量活动并逐渐增加活动量。

## 九、原发性醛固酮增多症手术病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 高血压的进展过程、高血压程度及降压药的治疗效果。
- (3) 有无肌无力、心律失常及心电图改变等低血钾症状。
- (4) 有无酸碱平衡失调，出现碱中毒及肢体麻木、手足抽搐、肌肉痉挛等低钙、低镁的表现。
- (5) 有无多尿、烦渴、尿中出现蛋白和红细胞、白细胞等肾功能障碍的症状。
- (6) 了解钾代谢测定、肾素活性测定及影像学检查结果。

#### 2. 对醛固酮增多症的认知程度及心理承受能力。

#### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按泌尿外科病人一般护理要点。

#### 2. 术前护理

- (1) 遵医嘱及病情监测病人血压变化，血压高时遵医嘱给予降压药物。
- (2) 观察病人心动过速、早搏等症状，若出现低血钾时，遵医嘱静脉补钾，严格掌握钾的浓度及滴数，并随时监测钾离子浓度的变化，避免药液外渗。
- (3) 神经肌肉障碍的病人，嘱其不能离开病室，为防止跌倒可采取适当的保护性措施。
- (4) 低钙抽搐发作的病人，遵医嘱给予醛固酮拮抗剂（螺内酯），用药后监测血钠及血钾的变化，观察胃肠道有无不适症状。分别记录昼夜尿量，以了解病情变化及醛固酮拮抗剂治疗效果。

(5) 遵医嘱指导病人进低钠、高钾饮食，每天钠限制在 20mmol，钾 270mmol，并口服氯化钾每次 0.3g，3 次/天，约 5~10 天。

(6) 教会病人进行深呼吸、有效咳嗽咳痰的方法。

(7) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

#### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点。

(2) 遵医嘱术后 48 小时内每 2~4 小时监测血压、脉搏、呼吸各一次，发现异常立即通知医生。

(3) 观察病人有无腓肠肌疼痛、周身乏力、头晕、恶心、脉搏加快等肾上腺皮质不足的表现,异常时遵医嘱及时给予肾上腺皮质激素。

(4) 术后钾及钙离子紊乱,遵医嘱继续按术前低血钾、低血钙进行护理,以免意外的发生,术后以补钠盐为主,不需补钾。

(5) 定时观察伤口渗出情况,保持敷料清洁、干燥。

(6) 保持引流通畅,观察引流液的量、颜色及性状。

(7) 定时协助病人翻身、拍背、鼓励其进行深呼吸、有效咳嗽、咳痰,必要时给予雾化吸入,预防肺部并发症的发生。

(8) 准确记录 24 小时出入量。

(9) 胃肠功能恢复后,鼓励病人进食高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

#### 【健康指导】

1. 遵医嘱按时服药,并注意药物疗效的观察。

2. 教会病人自己监测血压的方法,发现异常及时就诊。

3. 合理搭配饮食保证营养的摄入,促进机体的康复。

4. 告知病人监测血钾的重要性,遵医嘱定期监测血钾的变化。

### 十、嗜铬细胞瘤手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无头晕、头痛、心悸、胸部压抑、出汗、恶心、呕吐、腹痛及视物模糊等症状。

(3) 高血压的程度及发作时持续时间。

(4) 有无发热、消瘦、甲状腺功能亢进等基础代谢紊乱等临床表现。

(5) 血糖状况。

(6) 了解葡萄糖耐量试验、基础代谢、儿茶酚胺、肾上腺素和去甲肾上腺素、影像学检查结果。

2. 对嗜铬细胞瘤的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按泌尿外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 稳定情绪、避免刺激,减少诱发血压升高的因素。

(2) 自理能力较差的病人,协助其完成术前常规检查。

(3) 遵医嘱每天测量血压 2 次, 血压高时遵医嘱给予降压药物。

(4) 病情突然变化时随时监测血压的变化, 并做好高血压危象的抢救准备。

(5) 高血压症状明显者嘱其卧床休息, 协助其活动, 防止意外的发生。

(6) 根据病人血糖情况遵医嘱, 给予糖尿病饮食; 血糖不高者, 鼓励其进食高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

(7) 教会病人进行深呼吸、有效咳嗽、咳痰的方法。

(8) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

### 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉病人护理要点, 清醒后平卧 24~48 小时, 避免不必要的翻动。

(2) 术后 24 小时内每 15 分钟监测血压、心率、脉搏、呼吸各一次; 平稳后酌情监测。发现异常立即通知医生, 并配合抢救。

(3) 根据血压的变化, 及时调节输液量及输液速度, 防止脑水肿、肺水肿及心功能不全的发生。

(4) 保持血压稳定, 血压低时遵医嘱应用升压药物。

(5) 观察肾周引流管的引流量、颜色及性状。

(6) 观察病人有无肾上腺皮质功能不足的表现, 若出现恶心、呕吐、腹泻、周身酸痛等症状, 遵医嘱给予激素进行治疗。

(7) 遵医嘱定时采血监测电解质、血糖的变化。

(8) 做好大隐静脉或下腔静脉插管的护理, 准确测量中心静脉压。

(9) 遵医嘱给予镇痛药物。

(10) 遵医嘱给予抗生素治疗, 预防感染的发生。

(11) 保持尿液引流通畅, 定时测量尿比重, 记录 24 小时尿量以了解肾功能状况。

(12) 观察伤口渗出情况, 发现异常及时通知医生。

(13) 定时协助病人翻身、进行骨隆突处皮肤的护理, 预防褥疮的发生。

(14) 鼓励病人深呼吸、进行有效咳嗽、咳痰, 预防肺部并发症的发生。

(15) 胃肠功能恢复后, 鼓励病人进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

(16) 卧床期间指导病人进行肢体伸屈活动; 在病情允许的情况下鼓励其早期下床活动, 预防下肢静脉血栓的形成。

### 【健康指导】

1. 遵医嘱及病情按时服药。

2. 每天定时监测血压的变化, 发现异常及时就诊。

3. 教会病人自测血糖的方法, 血糖高时及时进行治疗, 定期到医院进行电解质的测定。

4. 合理搭配饮食, 保证营养的摄入, 促进机体康复。

5. 遵医嘱适当进行活动, 逐渐增加活动量。

## 十一、肾移植手术病人护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 供、受体 ABO 血型是否匹配。

(3) 了解供、受体 HLA 配型结果。

(4) 了解供、受体淋巴毒交叉配型结果。

(5) 是否合并贫血、感染、肝炎、肿瘤、结核、消化道溃疡、心功能不全等并发症。

(6) 肾衰竭的程度。

(7) 心、肝、肺功能及造血系统状况。

(8) 水、钠潴留状况。

(9) 血液透析效果, 了解干体重情况。

(10) 营养状况。

(11) 了解超声心动、髂血管动脉多普勒检查, 咽、尿及痰培养结果。

2. 对肾移植的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按泌尿外科病人一般护理要点。

2. 术前准备与护理

(1) 受体准备

1) 讲解疾病的相关知识及进行肾移植的必要性; 介绍现代肾移植的成就及目前的医疗技术水平; 必要时可邀请肾移植术后恢复期的病人与其交谈, 增强其治疗信心。

2) 协助病人完成术前各项特殊及常规检查。

3) 遵医嘱每天测量血压并记录, 血压高者遵医嘱给予降压药物并及时观察降压效果。

4) 每天测量体重并记录, 以便及时了解血液透析的效果, 移植前 24 小时内须进行最后一次血液透析。

5) 注意保温, 定时测量体温的变化, 预防呼吸道感染等并发症的发生。

6) 鼓励病人进食优质蛋白、高糖类、高维生素、低盐饮食, 控制水的摄入, 预防心功能不全的发生。

7) 遵医嘱术前给予红细胞生成素治疗或输血, 改善病人贫血状况, 提高移植肾存活率。

8) 术前 1 天准备手术区域皮肤 (剑突至大腿上 1/3, 两侧至腋后线), 嘱病人洗澡、更换消毒衣裤并于手术前再次更换。

9) 遵医嘱预防性地经静脉给予抗生素。

10) 清洁灌肠一次、留置尿管, 测量体温、脉搏、呼吸及血压, 遵医嘱给病人口服免疫抑制剂。

### (2) 层流室 (隔离室) 的准备

1) 对病人采取保护性隔离, 病室采用自然通风及紫外线照射空气消毒 3 次/天; 有条件的医院可安装空气净化器或层流空气净化装置, 以确保空气洁净。病室地面、桌面等应用消毒液擦拭, 3 次/天。

2) 定期对空气、物体表面进行细菌学监测, 以确保病室各项细菌含量符合卫生学要求, 空气不超过  $200\text{cfu}/\text{m}^3$ ; 物体表面、医务人员的手不超过  $5\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。

3) 室内一切物品禁止与其他病房混用, 准备从外边带入的物品入室前需经严格的清洁或消毒。

4) 提倡使用一次性医疗、护理用品。

5) 病室配备多功能监护仪、呼吸机、吸引器、小型化验室、抢救设备及药品、免疫抑制剂、治疗及换药用物, 无菌隔离衣、帽子、口罩、病人衣裤、被服及清洁拖鞋, 备好留取各类标本的容器、消毒液及记录表格等。

6) 进行无菌操作前用 75% 的酒精或 0.5% 的洗必泰酒精消毒双手, 搓擦后待干。

7) 为保护病人及工作人员, 进行呼吸道处理、伤口换药、放置导尿管、灌肠等操作时均应戴无菌手套。

8) 工作人员患感冒、肠炎或皮肤炎症等感染性疾病时, 应暂时调离隔离病室。

9) 尽量减少人员流动, 原则上谢绝家属探视, 若需进入必须穿隔离衣、戴口罩。

10) 拟订详细的护理计划。

### (3) 供体准备

1) 亲属供肾: 完善术前各项检查, 充分了解双肾功能及双肾血管情况。



与病人同时进行手术，按泌尿外科病人一般手术前、后护理要点。

2) 尸体供肾：取肾场所符合消毒要求，供肾热缺血时间不得超过 10 分钟；供肾保存在  $0\sim 4^{\circ}\text{C}$  的肾保存液中，保存时间不得超过 30 小时；若热缺血时间为 30 分钟，低温保持不得超过 24 小时。

### 3. 术后护理

#### (1) 一般护理

1) 术后入隔离室，按全身麻醉病人护理要点。

2) 定时监测意识状态、血压、脉搏、呼吸及体温的变化，发现异常及时通知医生。

3) 遵医嘱根据病人的尿量变化及血液生化检查电解质的变化，及时调整液体入量，准确记录 24 小时出入量。

4) 肾移植后最初 12 小时尿量每小时为  $200\sim 1\,000\text{ml}$ ，记录每小时尿量，同时测量尿比重；利尿期注意水电解质的变化。

5) 观察尿液颜色及性质的变化，注意有无尿比重、尿蛋白及尿糖的变化，并做好尿管的护理。

6) 观察伤口有无渗血，保持敷料的清洁、干燥。

7) 如移植肾未完全恢复功能，Cr 过高，出现水肿，合并心衰及高血钾，常规进行血液透析，做好透析期间的护理。遵医嘱采集标本并及时送检，以便了解肾功能及水、电解质平衡状况，每天测量体重。

8) 静脉穿刺或测量血压，原则上不在术侧的下肢及血液透析动脉造瘘的上肢进行。

9) 注意病人体位，防止移植肾受压。

10) 密切观察病人有无移植肾区胀痛、尿少、发热、高血压等排异的征象，出现排异时遵医嘱及时给予抗排斥药物。

#### (2) 并发症护理

1) 排斥反应：①超急排异：可发生在术后  $24\sim 48$  小时，观察病人有无血尿、高热、寒战等症状，发现异常立即通知医生；②加速排异：可发生在术后  $2\sim 3$  天内，观察病人有无突然少尿或无尿、高热、移植肾肿胀及压痛、血压升高等症状，立即通知医生，遵医嘱给予大剂量甲泼尼龙静脉冲击治疗；③急性排异：可发生在术后  $6\sim 60$  天内，观察病人有无尿量减少、血压升高、发热、移植肾偶有肿胀及压痛等症状，尿液检查有淋巴、蛋白等，遵医嘱给予甲泼尼龙静脉冲击治疗， $3\sim 5$  天为一疗程。

2) 肺部并发症：卧床期间定时协助病人雾化吸入、翻身、拍背，病室内温度、湿度适当，严格执行保护性隔离制度。



3) 泌尿系感染: 留置尿管期间做好引流管的护理, 拔管后做好会阴部的清洁, 在病情允许的情况下, 鼓励病人多饮水。

4) 骨髓抑制: 当病人出现骨髓抑制症状时, 遵医嘱减少硫唑嘌呤的用量。白细胞过低时, 遵医嘱注射促白细胞生成素或少量多次输入新鲜血液或白细胞悬液, 严格执行保护性隔离制度。

5) 胃、十二指肠溃疡出血: 术前合并溃疡病灶时, 待溃疡治愈后再行移植手术, 术后遵医嘱使用  $H_2$  受体拮抗剂, 注意观察有无黑便。

6) 肝脏并发症: 硫唑嘌呤和环孢素 A 可引起中毒性肝炎, 遵医嘱减少药物用量, 并使用保肝药物。

#### 【健康指导】

1. 定期复查、体检。

2. 须终身服用免疫抑制药物, 做到按时、按量服用。不得擅自减量或停药。增加或减少任何药物均应在医生指导下进行, 禁止注射疫苗及使用肾毒性药物。

3. 做好自我保护, 与患传染病的病人隔离, 预防肝炎、上呼吸道及泌尿系的感染, 有感染症状时及时就诊。

4. 保护好移植肾脏, 免受外力伤害。

5. 经常保持大便通畅, 避免因腹压过大而造成移植肾的不适。

6. 教会病人自测血压、体重、尿量、尿比重, 自我检查移植肾的大小、软硬度及有无压痛, 掌握慢性排异的鉴别方法。

7. 经常注意尿色及尿液性状的观察, 遵医嘱定期进行尿蛋白、血红蛋白及肾功能的测定, 以了解有无慢性排异的征象。

8. 合理搭配饮食, 保证足够的营养, 注意饮食卫生, 少食或不食海产品。

9. 适当进行锻炼, 提高机体抗病能力, 为恢复正常工作创造条件。

## 第六章 妇产科疾病护理指南

---

### 第一节 妇科疾病护理指南

#### 一、妇科病人一般护理要点

##### (一) 术前护理

1. 了解病人年龄、职业、药物过敏史、末次月经时间及疾病史等。
2. 针对病人异常心态，及时给予疏导，使其建立治疗信心。
3. 了解病人辅助检查情况，如血、尿常规及心、肝、肾等重要器官的检查结果。
4. 一般病人术前为普通饮食，术后遵医嘱给予流质饮食或半流食；贫血、肿瘤病人需给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食；特殊病人需遵医嘱。
5. 全子宫切除术者术前3天遵医嘱用消毒液擦洗阴道1次/天，阴道手术日阴道灌洗，并擦干积液。
6. 一般病人可自由活动；贫血、宫外孕、先兆流产者需卧床休息；有合并症者活动需遵医嘱。
7. 遵医嘱定时观察病人血压、心率、脉搏、呼吸的变化，如发现阴道出血、下腹疼痛等异常情况，及时通知医生。阴道出血者应保留排出物及会阴垫，以便进一步观察。
8. 宫外孕及贫血的病人不能远离病房，外出检查应有专人陪伴。老年及术后恢复期的病人预防摔倒。
9. 术前1天交叉配血、准备手术区域皮肤，洗澡、更衣。
10. 术前1天进行肠道准备，给予口服泻药或灌肠。
11. 术前8小时禁食、4小时禁水，保证充足睡眠，必要时给予镇静安眠药物。
12. 术日晨常规消毒外阴，遵医嘱留置胃管或尿管。

##### (二) 术后护理

1. 根据麻醉方式的不同，采取不同的卧位（见第五章第五节麻醉病人护

理指南)

2. 定时监测病人生命体征的变化, 发现异常及时通知医生。

3. 观察阴道出血及伤口渗血量, 并进行记录, 发现异常及时通知医生。

4. 巨大卵巢肿瘤或大量腹水者, 术后放置在腹部的沙袋 12 小时后去除。

5. 留置尿管期间, 观察尿液的颜色、量及性质, 定时进行会阴冲洗或尿道口擦洗, 定期更换无菌引流袋。尿管拔除后协助病人离床活动, 督促自行排尿并记录尿量。

6. 肠道排气前, 不吃产气食物, 少量多餐流质饮食可促进肠蠕动。排气后给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。

7. 伤口疼痛的病人, 遵医嘱给予镇痛药物。

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸的变化。

8. 病人未下床前, 擦洗外阴 1~2 次/天。

9. 鼓励或协助病人勤翻身, 遵医嘱下床活动, 预防并发症的发生。

(三) 化疗病人护理要点

1. 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心理危险期。

2. 健康指导

(1) 鼓励病人进食高蛋白、高维生素、高热量、易消化的饮食; 鼓励病人吃自己喜欢的食物, 保证营养及液体的摄入。

(2) 饮食前后漱口, 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。

3. 用药观察及护理

(1) 正确溶解及稀释药液, 现用现配。一般常温下不超过 1 小时, 尤其是氮芥类药物。如联合用药应根据药物的性质进行排序。避光的药物, 使用中采取避光措施。

(2) 注意保护静脉, 从远端开始, 有计划地进行穿刺。

(3) 用药前先注入少量生理盐水, 确定针头在静脉后再注入化疗药物。

(4) 如发现药液外渗, 应立即停止输入, 根据药液对组织刺激强度的不同, 给予局部冷敷, 并用生理盐水或普鲁卡因进行局部封闭, 再用金黄散外敷。

(5) 用药过程中遵医嘱调节给药滴速,以减少对静脉的刺激,并加强巡视。

(6) 腹腔化疗者嘱其经常变动卧位,防止导管脱落,以保证疗效;动脉插管者嘱其绝对卧床休息,拔管后局部给予压迫止血。

#### 4. 病情观察与护理

(1) 定时监测病人生命体征的变化、发现异常及时通知医生。

(2) 观察牙龈有无出血、鼻出血、皮下淤血、阴道活动出血等。

(3) 观察病人腹痛、腹泻的次数及性质,及时收集大便标本并送检,警惕假膜性肠炎的发生。

(4) 观察病人有无肝脏损害、膀胱炎及神经系统副作用:如肢体麻木、肌肉软弱、偏瘫等,发现症状立即通知医生。

#### 5. 药物副反应的观察及护理

(1) 口腔溃疡者,保持口腔清洁,用软毛牙刷刷牙和漱口。进食前后用清洁溶液漱口,给予温凉流质饮食或软食,避免吃刺激性食物,进食前后遵医嘱进行溃疡面的治疗。

(2) 恶心、呕吐者,进可口的饮食、合理安排用药时间、分散注意力、创造良好的进餐环境,或遵医嘱给予镇吐药物。对不能进食者,遵医嘱补液,以防电解质紊乱。

(3) 遵医嘱定期测定白细胞计数,如白细胞低于  $3.0 \times 10^9/L$  时,应采取预防感染的措施;白细胞低于  $1.0 \times 10^9/L$  时,应对病人进行保护性隔离,减少探视,禁止带菌者入室,注意病室空气的净化。遵医嘱给予抗生素、输新鲜血或白细胞等。

## 二、卵巢恶性肿瘤病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 腹痛程度。

(3) 有无气急、心悸、尿频、便秘等肿瘤压迫症状。

(4) 腹水程度。

(5) 有无贫血及低蛋白血症等。

(6) 营养状况。

#### 2. 对卵巢恶性肿瘤的认知程度及心理承受能力。

#### 3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按妇科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 协助病人完成各项诊断性检查。

(2) 腹胀者遵医嘱给予对症处理。

(3) 肿瘤较大的病人，观察是否存在尿频、便秘、气急、心悸等症状，发现异常及时给予对症处理，必要时通知医生。

(4) 有腹水的病人，每天测量腹围，休息时嘱其半卧位，利于呼吸。必要时协助医生进行放腹水的治疗，放腹水时速度宜缓慢，每次放腹水应 $<3\,000\text{ml}$ ，并观察血压、心率、脉搏及呼吸的变化。放腹水后用腹带包扎腹部。

(5) 遵医嘱补液或输新鲜血液，纠正贫血、低蛋白血症，为手术做好准备。

(6) 因肿瘤组织浸润引起疼痛时，遵医嘱给予镇痛药物。

(7) 对于贫血、消瘦、食欲减退的病人，鼓励其进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食，少量多餐。

(8) 术前阴道准备 术前一天用 $0.2\%$ 碘伏行阴道灌洗及灭滴灵 $0.2\text{g}$ 后穹隆上药。术晨阴道冲洗后，用碘酒、酒精（或 $0.5\%$ 碘伏）消毒阴道，再用龙胆紫涂宫颈及穹隆（起标记作用，也可不涂）。

(9) 术前肠道准备 具体情况根据手术范围和种类遵医嘱执行。一般手术前一天灌肠或口服缓泻药物，术前8小时禁食、4小时禁水，术日晨禁食；若手术可能涉及到肠道时，术前3天进无渣半流饮食，遵医嘱给予肠道抑菌药物。术前1天上午口服甘露醇粉 $50\text{g}$ 导泻，年老体弱及糖尿病者，宜服用蕃泻叶茶饮，术前1天晚及次日术晨进行清洁灌肠，并禁食水。

3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸及血氧饱和度的变化，发现异常及时通知医生。

(3) 术后第1天可半卧位；腹腔镜手术术后6小时给予半卧位。观察伤口渗血、渗液情况；保持敷料清洁干燥。

(4) 妥善固定尿管，保持引流通畅，观察尿液颜色、量及性质，并进行记录。留置尿管期间鼓励病人多饮水，保持足够的尿量。

(5) 由于手术范围大，疼痛时遵医嘱给予镇痛药物或应用止痛泵定时给药（也可教会病人自己使用）。

(6) 腹胀时鼓励病人床上多活动，增加肠蠕动，促进气体的排出，必要时

遵医嘱给予药物或针刺足三里排气,观察是否存在低血钾、肠梗阻的症状。

(7) 肿瘤晚期切除部分肠管的病人,做好胃肠减压的护理,肠功能恢复后可拔除胃管。胃肠减压期间,遵医嘱补液,保持水、电解质及酸碱平衡。

(8) 一般病人术后第1天可进少量流质饮食;第2天进半流食;排气后可进普食。肠管部分切除的病人,胃管拔除后,可先饮水,进少量流质饮食、半流食直至普食,鼓励病人进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。

(9) 化疗期间遵医嘱给药,并做好药物副作用、疗效的观察。应用紫杉醇治疗时,观察病人用药过程中有无过敏反应,每15~30分钟监测血压、心率一次,逐步改为1~2小时一次,按药物剂量控制输液速度,防止药液外渗。

(10) 鼓励病人尽早下床活动,预防静脉血栓的发生。

#### 【健康指导】

1. 化疗期间免疫力低,易发生感染,尽量不出入公共场所。
2. 进食高蛋白、高热量、富含维生素的饮食,多吃水果、蔬菜。
3. 术后2个月避免提重物及长时间蹲坐。
4. 适当进行体育锻炼,不断增强机体抗病能力。
5. 注意个人卫生,勤换内裤,洗淋浴,禁坐浴,以免引起阴道伤口残端的感染。
6. 术后3个月以后,遵医嘱恢复性生活。
7. 卵巢癌易复发,遵医嘱按时服药。

### 三、子宫肌瘤病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 月经史、生育史,是否有不孕或自然流产史。
  - (3) 是否长期使用雌激素。
  - (4) 发病后月经变化情况。
  - (5) 有无贫血症状。
  - (6) 既往接受治疗的经过、疗效及用药后机体的反应。
  - (7) 有无因子宫肌瘤压迫而引起的不适等症状。
  - (8) 营养状况。
2. 对子宫肌瘤的认知程度及心理承受能力。
  3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按妇科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 出血多的病人，定时监测血压、心率、脉搏及呼吸的变化，及时给予必要的协助。

(2) 观察阴道出血的颜色、性质，收集会阴垫，评估出血量并进行记录。

(3) 遵医嘱给予止血及宫缩药物。

(4) 贫血者遵医嘱给予输血、补液。

(5) 巨大肌瘤因对局部组织的压迫，可导致尿、便不畅，必要时遵医嘱留置尿管引流尿液，服缓泻药物软化粪便。

(6) 鼓励病人进食高蛋白、高维生素及含铁高的食物。

(7) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。

3. 术后护理（子宫全切病人护理要点）

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏及呼吸的变化，直至平稳。

(3) 定时观察阴道出血量及颜色，发现异常立即通知医生。

(4) 保持引流管通畅，定时观察引流液的量、颜色及性状。

(5) 留置尿管 48 小时，观察尿液颜色，及早发现异常，会阴擦洗 2 次/天。

(6) 鼓励病人尽早下床活动，预防腹胀。

**【健康指导】**

1. 出院后继续药物治疗，注意药物副反应的观察，发现异常及时就诊。

2. 进食高蛋白、高热量、高维生素、富含铁的食物，改进贫血状况。

3. 适当增加活动量，不断提高机体抗病能力。

4. 遵医嘱恢复性生活。

#### 四、子宫内膜癌病人护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 是否存在不规则的阴道出血。

(3) 是否存在绝经后阴道出血。

(4) 阴道出血量及性质。

(5) 疼痛出现的时间、部位及性质等。

(6) 有无贫血、消瘦、发热等全身衰竭症状。



- (7) 了解有无其他合并症。
- (8) 营养状况。
- 2. 对子宫内膜癌的认知程度及心理承受能力。
- 3. 自理能力。

### 【护理要点】

- 1. 按妇科病人一般护理要点。
- 2. 术前护理
  - (1) 协助病人完成术前各项检查。
  - (2) 观察阴道出血量、性质及时间，并进行记录。
  - (3) 如阴道排液为脓血性，有臭味，嘱病人勤换会阴垫、内裤，防止感染，必要时遵医嘱进行阴道冲洗。嘱病人半卧位，有利于引流。
  - (4) 晚期病人因癌灶浸润及压迫神经而出现下腹及腰骶部疼痛，观察疼痛的时间及性质，尽量为病人提供安静，舒适的环境，必要时遵医嘱给予镇痛药物。
  - (5) 晚期病人常表现为消瘦、发热、贫血等全身衰竭症状，监测血压、脉搏、体温的变化，及时给予协助。
  - (6) 鼓励病人进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。
  - (7) 遵医嘱及手术要求做好术前准备。
- 3. 术后护理
  - (1) I 期病人按全子宫切除术后护理（见子宫肌瘤病人术后护理要点）。
  - (2) II、III 期因手术范围大，护理应注意以下几点：
    - 1) 定时监测血压、心率、脉搏、血氧饱和度的变化，发现异常及时通知医生。
    - 2) 保持尿管通畅，术后保留尿管 48~72 小时，注意尿色及尿量的观察，定时进行会阴擦洗，防止泌尿系感染。尿管拔除后观察病人排尿情况，记录尿量，当尿量小于 100ml/h，说明膀胱功能已恢复。
    - 3) 观察伤口有无红肿、渗血、渗液，保持伤口敷料清洁、干燥，合并糖尿病的病人，伤口一般愈合较差，发现异常及时通知医生。
    - 4) 术后 6~7 天，阴道残端羊肠线吸收或因感染而致残端出血，观察并记录出血情况，嘱病人减少活动。
    - 5) 化疗期间观察病人有无恶心、呕吐、腹泻、便秘等症状。阿霉素治疗时观察病人有无心脏不适，尿量及尿色的变化，发现异常立即通知医生。静脉给药过程中，定时检查回血，防止因药液外渗而造成局部皮肤坏死。
    - 6) 卧床期间鼓励病人进行肢体活动，指导病人尽量早期下床活动，减少并发症的发生。

**【健康指导】**

1. 遵医嘱坚持服用孕激素、雌激素治疗,服药后可能会出现潮热、烦躁等类似更年期症状。
2. 合理搭配饮食,进食高蛋白、高热量、高维生素、低脂肪的饮食,多吃水果、蔬菜,禁食辛辣刺激性食物。
3. 适当进行体育锻炼,如散步、打太极拳等,避免久蹲及激烈运动。术后3个月免提重物、久蹲等动作。
4. 化疗期间免疫力较低,尽量少出入公众场所,预防感冒。
5. 术后3个月复查,若阴道残端愈合良好可恢复性生活。
6. 出院后如伤口渗血、渗液、阴道出血、分泌物多等及时就诊。
7. 完成治疗后,定期随诊,术后2年内,每3~6个月1次;术后3~5年,每6个月1次。
8. 保持良好心态,促进康复。

### 五、葡萄胎病人护理要点

**【评估】****1. 病情评估**

- (1) 生命体征。
  - (2) 葡萄胎清宫术后阴道出血的时间、出血量及性质。
  - (3) 腹痛的时间、性质及程度。
  - (4) 有无咳嗽、血痰及反复咯血、胸痛等肺转移症状。
  - (5) 有无一过性跌倒、失语、失明、头痛、呕吐、偏瘫及昏迷等症状。
  - (6) 营养状况。
2. 对恶性葡萄胎及合并症的认知程度及心理承受能力。
  3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按妇科病人一般护理要点。
2. 阴道出血的病人,嘱其卧床休息,减少活动量。出血量多时,定时监测血压、心率、脉搏及呼吸的变化。配合医生进行阴道填塞消毒纱条压迫止血、立即开发静脉,遵医嘱补液、输血,防止出血性休克的发生。
3. 遵医嘱做好化疗期间病人的护理。
4. 手术治疗者按腹部手术前后护理要点。
5. 鼓励病人进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。
6. 转移病灶的护理

(1) 阴道转移:

- 1) 遵医嘱尽早开始化疗, 以使结节尽快消失。
- 2) 阴道转移无溃破者, 绝对卧床休息, 活动时勿用力。
- 3) 减少增加腹压的因素, 如恶心、呕吐、咳嗽等, 经常保持大便通畅。
- 4) 转移灶溃破大出血时, 配合医生用消毒纱条填塞阴道压迫止血, 填塞纱条必须于 24~48 小时取出。如出血未止住, 则应重新填塞。同时给予输血、补液, 并遵医嘱给予抗生素。

(2) 肺转移:

- 1) 卧床休息, 呼吸困难者半卧位, 给予氧气吸入。
- 2) 遵医嘱给予镇静及化疗药物。
- 3) 大量咯血时有窒息的可能, 立即通知医生, 给予头低侧卧位, 保持呼吸道通畅, 轻击背部, 排除积血。

(3) 脑转移:

- 1) 定时观察病人神志、血压、脉搏、呼吸的变化, 呼吸困难者及时给予氧气吸入, 并进行记录。
- 2) 保持出入量平衡, 防止电解质及酸、碱失衡。
- 3) 遵医嘱给予静脉补液、止血、脱水药物等。
- 4) 观察病人有无头痛、呕吐、失语等, 并进行记录。
- 5) 病人绝对卧床休息, 加强基础护理, 防止跌倒、咬伤、吸入性肺炎、角膜炎、褥疮等。
- 6) 昏迷、偏瘫者实施相应护理要点。
- 7) 病人治疗主要以化疗为主, 手术为辅。

【健康指导】

1. 保持健康心态, 建立治疗信心。
2. 加强营养, 合理搭配膳食, 促进康复。
3. 注意个人卫生, 保持外阴清洁。
4. 遵医嘱及病情, 适当卧床休息及活动。
5. 节制性生活, 采取避孕措施。
6. 如有阴道出血及时就诊。

## 六、功能失调性子宫出血病人护理要点

【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 出血时间、量及性质。

(3) 有无心慌、气短、周身无力、食欲减退、轻度头晕、恶心等贫血症状。

(4) 是否存在感染症状。

(5) 了解以往止血治疗效果。

(6) 营养状况。

2. 对子宫出血的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按妇科病人一般护理要点。

2. 出血病人的观察及护理

(1) 一般病人卧床休息，防止体力消耗，减少出血量；大出血的病人绝对卧床休息，取平卧或仰卧位。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸及意识的变化。遵医嘱给予氧气吸入、补液、输血等。

(3) 观察出血情况，嘱病人保留会阴垫，准确估计及记录出血量。必要时配合医生采取止血措施，并做好手术刮宫的准备。

(4) 鼓励病人进食高蛋白、高维生素及富含铁的食物，根据病人的饮食习惯，协助制定饮食计划或食谱。

3. 性激素治疗病人的观察及护理

(1) 向病人讲明性激素治疗的原理及注意事项，指导其正确服药。

(2) 遵医嘱准时按剂量给药，治疗排卵型功能性出血时，应询问月经周期，了解黄体期长短，以便监护给药。

(3) 大剂量雌激素口服治疗时，部分病人可引起恶心、呕吐、头晕、乏力等副反应，指导其睡前服药。反应严重者同时加服维生素 B<sub>6</sub>、甲氧氯普胺（灭吐灵）或镇静剂。长期服药者，需定期监测肝功能。

(4) 使用促排卵药物治疗期间，定时监测基础体温，以了解排卵情况。

(5) 应用雄激素治疗时，每月总量不超过 300mg，以免引起男性化，青春期妇女避免使用。

4. 预防感染

(1) 定时观察病人体温、脉搏及子宫体有无压痛，如有感染征象，及时通知医生，遵医嘱给予抗生素治疗。

(2) 保持会阴清洁，勤换会阴垫及内裤，大便后外阴应及时冲洗或指导病人用 1:5 000 高锰酸钾溶液由外阴向肛门方向清洗。

(3) 禁止使用未经消毒的器械、手套进入阴道进行检查或治疗。

#### 5. 心理护理

(1) 向病人讲解有关月经的生理知识及治疗效果,使其对治疗建立信心。

(2) 向病人家属讲明月经调节是受多种因素影响的,使其能对病人的治疗给予支持。

#### 【健康指导】

1. 按时、按量服用激素,不得随意停药和漏服。
2. 遵医嘱减少激素剂量。
3. 禁止盆浴,可淋浴或擦浴,预防感染。
4. 保持会阴清洁,勤换会阴垫及内裤。
5. 在病情允许的情况下,遵医嘱恢复性生活。
6. 合理搭配饮食,促进康复。

### 七、绒毛膜癌病人护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 阴道不规则出血的时间、量及性质。
- (3) 腹痛的部位、程度、时间及性质。
- (4) 有无胸痛、咳嗽、咯血等肺转移症状。
- (5) 有无头疼、呕吐,一过性抽搐、偏瘫、昏迷的脑转移症状。
- (6) 有无黄疸、肝区疼痛的肝转移症状。
- (7) 营养状况。

2. 对绒毛膜癌的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按妇科病人一般护理要点。

2. 针对病人异常心理,及时提供有关药物治疗及护理的信息,以减少顾虑及无助感,使其建立治疗信心。

3. 及时观察病情变化,发现异常及时通知医生。

##### 4. 治疗护理

(1) 化疗者按化疗护理(见本章第一节化疗病人护理要点)。

(2) 手术治疗者按妇科手术前后护理要点。

### 5. 转移灶病情观察及护理

#### (1) 阴道转移

1) 观察阴道有无破溃出血，禁做不必要的检查（包括窥阴器检查）。

2) 遵医嘱进行交叉配血及准备好各种抢救器械及药物。

3) 发现转移灶溃破大出血时，立即通知医生并配合抢救，用消毒长纱条填塞阴道压迫止血。填塞的纱条必须于 24~48 小时内取出，如出血未能止住则再用纱条重新填塞。同时监测血压、心率、脉搏、呼吸的变化。

4) 遵医嘱给予输血、输液及抗生素。

5) 取出纱条未见继续出血者，仍须观察阴道出血情况及血压、脉搏的变化。

6) 定时监测病人体温的变化，倾听其主诉，观察有无感染及休克的征象。

#### (2) 肺转移

1) 嘱病人卧床休息，减轻消耗，呼吸困难者给予半卧位，并吸氧。

2) 遵医嘱给予镇静及化疗药物。

3) 大量咯血时有窒息、休克甚至死亡的危险，发现先兆立即通知医生，给予头低侧卧位，并保持呼吸道通畅，轻击背部，排除积血。

4) 在抢救的同时监测血压、心率、脉搏及呼吸的变化，准确记录病情变化及出血量。

#### (3) 脑转移

1) 定时监测意识、瞳孔、血压、脉搏及呼吸的变化，并做好病情观察及记录。

2) 遵医嘱给予静脉补液，止血、脱水、化疗药物等。

3) 根据病人缺氧状况及时给予氧气吸入。

4) 定时监测病情变化，及时采取必要的护理措施，病人突然头痛、头晕、视物模糊、呕吐、抽搐时，应置病人于平卧位，头偏向一侧，取下义齿，防止咬伤，并做好抢救的准备。

5) 做好基础护理，预防病人跌倒、吸入性肺炎、角膜炎、褥疮等合并症。

6) 配合医生进行 hCG 测定、腰穿、CT 等项目的检查。

7) 昏迷、偏瘫者按相应的护理要点实施。

#### (4) 肝转移

1) 观察肝区疼痛及内出血征象。

2) 观察病人有无呕血或便血等消化道出血征象，发现出血先兆，立即通知医生，积极配合抢救。

- 3) 定时监测病人血压、心率、脉搏及呼吸的变化, 并进行记录。
- 4) 协助病人做好 B 超、胸片、血 hCG、CT 等项检查。
- 5) 遵医嘱给予输液、输血, 止血及化疗药物等。

#### 【健康指导】

1. 合理搭配膳食, 保证营养的摄入, 禁食刺激性大、较硬的食物, 以防出血。
2. 注意个人卫生, 保持外阴清洁, 勤洗澡、更衣, 尤其应注意口腔卫生, 用软毛刷刷牙。
3. 有转移症状时, 应卧床休息, 待病情好转后可适当活动。
4. 发现阴道出血时, 及时就诊。
5. 节制性生活, 采取避孕措施。
6. 治愈出院后定期复查, 第 1 年每月 1 次; 2~3 年每 3 个月 1 次; 3 年以后每 2 年 1 次, 监测血 hCG、B 超、胸片等。
7. 保持良好心态, 促进康复。

### 八、子宫颈癌病人护理要点

#### 【评估】

1. 询问婚育史、性生活史、遗传等诱发因素。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 阴道出血特点及出血量。
  - (3) 阴道排液量、性质及有无异味等。
  - (4) 疼痛的部位、性质及程度。
  - (5) 排便, 排尿情况。
  - (6) 有无消瘦、发热等晚期衰竭症状。
  - (7) 营养状况。
3. 对宫颈癌的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按妇科病人一般护理要点。
2. 术前护理
  - (1) 针对病人异常心态, 利用挂图、实物、宣传资料等向病人讲解子宫颈癌的医学知识, 介绍治疗中可能出现的不适及有效的应对措施, 消除顾虑, 使其建立治疗信心。



(2) 观察阴道出血特点、出血量及性质,出血多时监测血压、脉搏、呼吸的变化,积极配合医生给予止血。

(3) 观察阴道分泌物的性质,有无臭味,嘱病人勤换会阴垫及内裤,注意外阴清洁,每天冲洗会阴 2 次,便后及时冲洗外阴。

(4) 晚期病人因癌灶浸润,可出现持续性腰骶部,坐骨神经痛。当盆腔病变广泛时,可造成静脉及淋巴回流受阻,观察下肢有无肿痛、尿少等症状,出现异常及时通知医生。

(5) 晚期病人因出血量多、贫血、感染、发热等恶病质现象,鼓励病人进食高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。必要时遵医嘱补液。

(6) 讲解术前注意事项(术日晨阴道准备,不涂龙胆紫,其他同卵巢癌手术)。

### 3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人术后护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏及呼吸的变化,直至平稳。

(3) 保持腹腔及阴道引流管通畅,观察引流液的颜色、量及性质,并做好阴道出血量的记录。

(4) 观察伤口有无渗血、渗液,保持敷料的清洁、干燥。

(5) 宫颈癌根治术范围较大,术后需保留尿管 7~14 天,做好尿色、尿量及尿液性质的观察。每天常规冲洗会阴 2 次。拔除尿管前 3 天开始做膀胱操,夹闭尿管,每 2~3 小时放尿 1 次,训练膀胱功能。拔管时留取尿标本,进行尿培养。拔管后嘱病人多饮水,勤排尿,排尿困难者协助病人入厕,必要时给予诱导性排尿。

(6) 卧床期间指导病人勤翻身,进行肢体活动,促进肠功能的恢复,预防并发症的发生。

(7) 术后需接受放疗、化疗者,按放疗、化疗护理要点。

### 【健康指导】

1. 保持良好心态,促进康复。

2. 多饮水,勤排尿,训练膀胱功能。

3. 注意个人卫生,勤换内裤,保持外阴清洁。

4. 子宫残端愈合良好,经医生允许方可恢复性生活。

5. 如有异常分泌物,阴道出血,伤口渗血,渗液等及时就诊。

6. 随访指导:初每月 1 次;连续 3 个月后改为每 3 个月 1 次;一年后每半年 1 次;坚持随访 5 年后,改为每年 1 次。

## 九、子宫脱垂病人护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 腰骶部酸痛及下坠感的程度。
  - (3) 阴道有无肿物脱出。
  - (4) 有无尿频、尿潴留、尿失禁及泌尿系感染等症状。
  - (5) 阴道分泌物有无增多、感染及出血等。
  - (6) 营养状况。
2. 对子宫脱垂的认知程度及心理承受能力。
  3. 个性特征及自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按妇科病人一般护理要点。

#### 2. 非手术病人护理

(1) 向病人讲解子宫脱垂的诱因,说明积极治疗便秘、慢性咳嗽等增加腹压疾病的重要性。避免重体力劳动。

(2) 指导病人加强营养,增强体质,减轻脱垂症状。

(3) 指导病人进行盆底肌锻炼及缩肛运动,2~3次/天,每次5~10分钟,不断增强肌肉的力度。

(4) 指导病人正确使用子宫托。

#### 3. 手术病人护理

##### (1) 术前护理:

1) 慢性咳嗽、便秘的病人,遵医嘱给予药物治疗。

2) 泌尿系感染的病人,遵医嘱给予抗生素治疗。

3) 尿潴留、尿失禁的病人留置尿管引流尿液。

4) 遵医嘱治疗局部糜烂或溃疡。

5) 术前5天,用1:5 000的高锰酸钾溶液坐浴。

6) 术前3天进无渣饮食。

7) 术前3天用0.02%碘伏液冲洗阴道,冲洗前用纱布将宫体轻推回纳至阴道。

8) 手术前1天清洁灌肠。

##### (2) 术后护理:

1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

- 2) 定时监测血压、脉搏、呼吸变化。
- 3) 术后平卧 5 天（禁止半卧位）。
- 4) 保留尿管 5 天，每天会阴擦洗 2 次，拔除尿管前测残余尿，训练膀胱，促进膀胱排尿功能的恢复。
- 5) 术后 6 小时取出阴道内填塞的纱布，并观察阴道伤口出血情况。
- 6) 术后当天禁食；第 2 天开始进无渣半流食 5 天；并遵医嘱给予鸦片酊 0.5ml，3 次/天，第 5 天以后遵医嘱给予石蜡油软化粪便，便后及时冲洗外阴。
- 7) 保持会阴清洁。
- 8) 术后 1 周鼓励病人下床活动。

#### 【健康指导】

1. 为避免腹压增加，术后半年内禁止重体力劳动。
2. 积极纠正便秘、慢性咳嗽、避免久站等致腹压增加因素。
3. 正确放置、取出子宫托。
4. 遵医嘱术后 3 个月恢复性生活。

### 十、外阴、阴道创伤病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 外阴有无局部血肿。
  - (3) 疼痛程度，是否影响日常生活。
  - (4) 出血量及性质。
  - (5) 有无头晕、乏力等贫血或失血性休克的全身症状。
  - (6) 有无感染征象。
  - (7) 营养状况。
2. 对生殖器损伤的认知程度及心理承受能力。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按妇科病人一般护理要点。
2. 保守治疗及护理
  - (1) 观察病人血压、心率、脉搏及呼吸的变化，发现异常及时通知医生，并进行记录。
  - (2) 嘱病人平卧位，避免血肿部位受压。

(3) 观察血肿的大小及出血情况,遵医嘱 24 小时内用冰袋给予冷敷,减少局部血流量;24 小时后给予热敷、超短波红外线等治疗,改善局部血循环,促进血肿的吸收。

(4) 嘱病人穿柔软棉质的内裤,避免对血肿的刺激,减轻其疼痛。

### 3. 手术护理

#### (1) 术前护理:

1) 配合医生迅速给予局部止血。

2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸、尿量及神志的变化,发现异常及时通知医生。

3) 开放静脉,遵医嘱给予静脉输液、输血,纠正休克。

4) 遵医嘱给予镇痛药物。

5) 术前备皮时注意保护血肿部位皮肤的完整性,以免增加病人疼痛及减少感染的机会。

#### (2) 术后护理:

1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

1) 遵医嘱给予镇静及镇痛药物,缓解疼痛等不适感。

2) 遵医嘱给予抗生素,预防感染的发生。

3) 留置尿管期间,保持尿路通畅,做好外阴护理,保持局部清洁、干燥。拔除尿管后鼓励病人多饮水,减少尿液对创面的刺激。

4) 注意保温,预防咳嗽。

5) 鼓励病人进食高蛋白、高热量、高维生素、富含铁及粗纤维的食物,促进机体的康复及保持大便通畅。

6) 鼓励病人早期下床活动,减少合并症的发生。

### 【健康指导】

1. 合理搭配饮食,多食水果、蔬菜,适量活动,预防便秘。

2. 避免重体力劳动。

3. 3 个月内禁止性生活。

## 十一、外阴癌病人护理要点

### 【评估】

1. 了解病人的年龄(多为 50~60 岁),外阴病史,性病史,高血压,糖尿病病史等。

#### 2. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 外阴瘙痒程度、皮肤有无破损、烧灼感、溃疡等。

(3) 外阴肿物的形状、大小、质地等。

(4) 疼痛程度，有无血性分泌物及异味等。

(5) 有无尿频，尿痛，排尿困难。

(6) 营养状况。

3. 对外阴癌的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按妇科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 外阴瘙痒时，嘱病人禁止抓挠，遵医嘱涂抹无刺激性的软膏，并注意用药后效果的观察。皮肤破损、溃疡、有血性分泌物者，保持外阴清洁，勤换内裤，每天擦洗会阴，大小便后进行冲洗。

(2) 溃疡型癌灶，预防继发感染，定时观察体温的变化。遵医嘱应用抗生素，配制 1:5 000 高锰酸钾溶液，指导病人坐浴，2 次/天，每次 20~30 分钟。

(3) 晚期病人出现疼痛时，观察疼痛的程度，必要时遵医嘱给予镇静、镇痛药物。

(4) 当病人出现尿频，尿痛，排尿困难症状时，遵医嘱对症处理。

(5) 合并高血压、心脏病的病人，定时观察血压、心率的变化；糖尿病病人遵医嘱定时测血糖，有条件时可教会病人自测血糖的方法，指导病人按时服药，防止因合并症而影响手术。

(6) 消化道准备：术前 3 天进无渣饮食，遵医嘱给予肠道抗生素。术前 1 天晚上及术日晨清洁洗肠。

(7) 会阴、阴道准备：术前 3 天，每天用 1:5 000 高锰酸钾溶液坐浴 1~2 次。术前 1 天用 0.2% 碘伏进行阴道灌洗及会阴冲洗。

3. 术后护理

(1) 按椎管内麻醉病人护理要点。

(2) 外阴及腹股沟处伤口用砂袋压迫 12~24 小时，并用丁字带固定，观察伤口有无渗血，协助病人翻身，预防褥疮的发生。撤除沙袋后，鼓励病人自行翻身，促进肠功能的恢复。

(3) 外阴癌根治术因手术范围大、血管神经较丰富，病人疼痛明显，术后带有麻醉镇痛泵的病人，可从泵管给予镇痛药物；病人体力得到恢复后，可教会其自行给药，并定时观察泵管是否通畅。未带镇痛泵者，遵医嘱给予镇痛

药物。

(4) 放置引流管的病人,保持引流通畅,观察引流量、颜色及性质,发现异常及时通知医生。

(5) 留置尿管的病人,术后需保留尿管 7~14 天,保持引流通畅,观察尿量及性质,每天用 0.2% 碘伏擦洗外阴,预防泌尿系感染。拔除尿管后嘱病人多饮水,并观察排尿情况。

(6) 保持会阴清洁、干燥,预防感染。

(7) 术后第 1 天进流食;第 2 天进无渣半流食;排气后进无渣饮食。鼓励病人进高蛋白,高维生素,低脂肪饮食,促进伤口愈合。

(8) 每次排便后,随时冲洗会阴及肛门,防止伤口感染。

(9) 需放疗的病人按放疗护理要点。

### 【健康指导】

1. 保持健康心态,促进康复。
2. 保持外阴清洁、干燥,勤换内裤、勤洗澡,大小便后及时冲洗外阴及肛门。
3. 合理搭配饮食,保证营养的摄入,多吃粗纤维食物,预防便秘。
4. 伤口出现红肿、渗液、渗血、异常分泌物等及时就诊。
5. 定期复查,第 1 年:1~6 个月每月 1 次;7~12 个月每 2 个月 1 次;第 2 年:每 3 个月 1 次;第 3~4 年:每半年 1 次;5 年以后每年 1 次。

## 第二节 孕产妇护理指南

### 一、产科一般护理要点

#### (一) 产前护理

1. 遵医嘱做好各项化验检查及胎心监护。
2. 嘱孕妇尽量左侧卧位,注意休息。
3. 指导孕妇进食富含高热量、高蛋白、高维生素,含铁、钙、纤维素的饮食,多吃新鲜水果及蔬菜。
4. 教会孕妇自数胎动,如有胎动过少或过多及时通知医师。
5. 指导孕妇做好产前乳房护理。
6. 若有胎膜早破、产前出血者,每天常规擦洗会阴及垫消毒卫生巾。
7. 观察有无产兆表现,临产时送待产室。若胎儿先露未入盆、臀位而胎膜已破者用平车推送至待产室。

8. 对要求无痛分娩的孕妇应了解是否符合适应证；并评估其是否自愿接受无痛分娩，并了解其家属支持度。

9. 向产妇讲解分娩是正常的生理过程，解除其顾虑，取得生产中的配合。

10. 对产妇进行妇幼、产褥期保健及母乳喂养知识的教育，针对异常心态，及时给予疏导。

11. 剖宫产者，遵医嘱常规进行术前准备。

## （二）产后护理

1. 了解分娩过程，评估产妇的身心状况，提供整洁、舒适、空气新鲜、温度适宜的母婴同室的休养环境。

2. 观察子宫复旧及阴道出血情况，如有异常及时报告医师并定时监测血压、脉搏、呼吸的变化。

3. 鼓励多饮水，产后 4~6 小时鼓励自行排尿，并及时评估膀胱排空情况。

4. 根据病情每天定时冲洗会阴，保持会阴清洁，注意恶露性质、量、味及有无组织样的物质排出。

5. 有侧切伤口的产妇嘱其向健侧卧位，并观察伤口愈合情况，发现异常及时通知医师。

6. 指导产妇摄入清淡、易消化、富含营养的食物，保证足够的营养。

7. 指导产妇正确哺乳及做好乳房的护理

（1）协助产妇早开奶、早吸吮、早接触。

（2）产后 2~3 天乳房开始充血肿胀，指导产妇轻轻按摩及用温湿毛巾敷，促进乳汁的分泌。

（3）产妇喂奶前洗净双手，喂奶期间勤换内衣，保持清洁。

（4）指导产妇以正确的姿势喂哺婴儿，婴儿含接姿势正确，按需哺乳，并预防乳头皲裂的发生。

（5）发现产妇局部乳管阻塞、乳汁排出困难时，帮助并指导产妇用正确方法按摩并挤出积奶。

8. 保持大便通畅，防止因直肠充盈影响子宫复旧。

9. 指导产妇做产褥期体操

（1）促进腹壁及盆底肌肉张力的增加，防止产后尿失禁。

（2）促进血循环，预防血栓性静脉炎。

（3）促进肠蠕动，增进食欲及预防便秘。

## （三）健康指导

1. 易进清淡、易消化、富含营养的食物，多饮汤类，可食蔬菜及水果，



少量多餐，每天 4~5 餐为宜。

2. 室温宜保持在 22~24℃，相对湿度 50%~70%，空气新鲜，定时通风，2 次/天，每次 30 分钟。

3. 产后适当活动，学会与婴儿同步睡眠，劳逸结合，1 周以后可行产后保健操。

4. 指导母乳喂养，提供母乳喂养知识。

5. 教会护理新生儿的方法及相关护理知识，如新生儿沐浴，新生儿抚触，脐带护理，新生儿生理性黄疸及新生儿生理性体重下降等。

6. 指导产妇心理调适，保持乐观，稳定情绪。

7. 保持外阴清洁及个人卫生，勤换内衣裤，产后可进行沐浴或擦澡。

8. 产后 42 天禁止性生活，42 天后采取避孕措施，尽量使用工具避孕。一般正常产后 3 个月，剖宫产后半年，可上环避孕。

9. 出院后产妇将孕期保健手册交社区保健医院，由保健医护人员进行产后访视，产妇及婴儿在产后 42~60 天应来医院进行产后复查。

10. 产妇在产褥期如有异常应及时到医院检查（如阴道出血超过月经量）。

11. 告知产妇母乳喂养热线电话，以便及时咨询。

## 二、剖宫产手术护理要点

### （一）术前护理

1. 按腹部手术术前护理要点。

2. 术前常规交叉配血，做好输血的准备。

3. 术前禁用呼吸抑制剂，如吗啡等，以防新生儿窒息。

4. 术前常规留置导尿管，术中持续引流尿液。

### （二）术中护理

1. 产妇取仰卧位，必要时稍倾斜手术台或侧卧位，防止或纠正产妇血压下降和胎儿窘迫。

2. 术中定时监测产妇血压、心率、脉搏、呼吸及胎心的变化，配合医生顺利完成手术。

### （三）术后护理

1. 按腹部手术术后护理要点。

2. 鼓励产妇深呼吸、勤翻身，防止肺部及脏器粘连等并发症的发生。

3. 观察宫缩及阴道出血情况，发现异常及时通知医生。

4. 遵医嘱给予镇痛药物。

5. 观察伤口愈合情况。
6. 按产科产后护理要点。

### 三、无痛分娩护理要点

#### (一) 分娩镇痛适应证

1. 无剖宫产适应证。
2. 无椎管内麻醉的禁忌证
  - (1) 无中枢神经系统疾患：小儿麻痹、隐性脊柱裂、严重腰椎间盘突出；
  - (2) 无穿刺部位（背部）皮肤感染。
  - (3) 无凝血功能障碍（血小板 $>100\times 10^9/L$ ）。
  - (4) 无低血容量休克者。
  - (5) 过度肥胖（体重 $>100\text{kg}$ ）慎用。
3. 产妇自愿，分娩前签定镇痛协议书。

#### (二) 护理要点

1. 按产科一般护理要点。
2. 术前护理

(1) 结合产妇对分娩镇痛知识的了解程度，有针对性地给予讲解，使其建立信心。

(2) 无痛分娩前护士和麻醉师共同核对产妇资料，并再次检查有无禁忌证。

- (3) 本着产妇自愿的原则，术前签定分娩镇痛协议书。
- (4) 准备好无痛分娩所需的药物、氧气、心电监护及胎心监护仪等。
- (5) 准备好喉镜、气管导管、牙垫、加压呼吸囊及吸痰管等。
- (6) 鼓励产妇进高蛋白、高维生素、易消化的饮食。
- (7) 麻醉前准备好抢救物品和药品。
- (8) 麻醉前嘱产妇排空膀胱。

(9) 用平车或轮椅将产妇推至分娩镇痛室。

(10) 置产妇于平卧位，定时进行胎心监护，观察无痛分娩前胎心有无异常。胎心良好，协助麻醉医生做心电监测。即刻开放静脉。

(11) 分娩镇痛操作过程中，协助麻醉医生摆好产妇体位，核对镇痛药物、固定硬膜外管，观察有无因交感神经阻滞而出现的低血压征象。

#### 3. 术后护理

(1) 分娩镇痛结束后置产妇于半卧位，进行胎心监护，观察胎心有无异常。胎心良好，将产妇送回病房休息，嘱其正常进食及饮水。

(2) 遵医嘱定时监测胎心。

(3) 遵医嘱定时摸宫缩，观察产程进展及有无镇痛影响宫缩而发生出血征象，立即通知医生。

(4) 教会产妇使用麻醉镇痛泵，若发现不良反应，及时通知麻醉医生。

(5) 第一产程末停止使用镇痛泵。

(6) 产后 4 小时督促产妇排尿，防止尿潴留的发生。

### (三) 健康指导

1. 无痛分娩可避免子宫胎盘血流量减少，改善胎儿氧气供应。

2. 无痛分娩可改善子宫收缩的失调，增加顺产几率。

3. 无痛分娩可避免因过度疼痛而导致的不必要的剖宫产。

4. 清醒状态下合作的母亲有百分百的参与感。

## 四、婴儿护理要点

### (一) 新生儿护理要点

1. 接生处理 新生儿出生后，迅速清除口、鼻分泌物，防止吸入性肺炎。即刻擦干新生儿皮肤给予保暖，胎脂过多可用消毒植物油轻轻擦除。

2. 生后保暖 新生儿出生后保暖观察 2 小时，2 小时后测体温，正常体温  $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。体温正常的新生儿可以进行洗浴。体温不升者用热水袋保温，水温为  $50^{\circ}\text{C}$ ，并做好保温期间体温的观察和护理，至体温恢复正常。

3. 脐带处理 接生时常规结扎脐带，出生 1 小时后检查脐带，如发现渗血，遵医嘱进行处理。12~24 小时后暴露脐带。

4. 病室环境 正常的新生儿与母亲同住母婴同室病房。病室清洁、每天定时通风，温度  $22\sim 24^{\circ}\text{C}$ ，湿度  $50\%\sim 70\%$  为宜。新生儿有独立的婴儿床，床面不宜过软。经常检查清理，避免随意将物品放置在新生儿口、鼻处或胸部，以免影响呼吸。

### 5. 喂养指导

(1) 提倡母乳喂养，实行早接触、早吸吮。自然分娩的新生儿产后立即进行皮肤接触，早吸吮；剖宫产分娩的新生儿术后回母婴病房后立即进行皮肤接触及早吸吮，鼓励母亲按需哺乳。

(2) 产后第 1~2 天，个别母亲泌乳量不足，可在充分吸吮母乳的情况下酌情采取人工补奶。

(3) 有医源性指征无法哺乳时，给予配方奶，每 3 小时喂一次，两顿奶之间喂水，水量为奶量的一半。异常儿可遵医嘱喂养。

(4) 换尿布、洗浴等工作应在喂奶前进行；喂奶后应直立抱起并拍背，减

少溢奶的发生。

(5) 喂奶遵守从小量逐渐增加的原则, 每日常规测量新生儿体重, 了解营养状况。

#### 6. 日常护理

(1) 每天测体温 2 次。

(2) 每天洗浴 1 次, 随时保持皮肤清洁。洗浴应在喂奶前进行, 可避免洗浴中发生新生儿溢乳。

(3) 每天洗浴前检查脐部, 洗浴后用 75% 酒精进行消毒脐带残端及脐周。注意保持脐部干燥, 避免大、小便的污染。

#### 7. 面部护理

(1) 眼部: 日常洗浴时温水清洁即可。如分泌物多、有感染发生时, 遵医嘱每天用抗生素眼药水给新生儿滴眼, 操作中预防交叉感染。

(2) 耳、鼻部: 不可挖鼻腔和耳道。

(3) 口腔: 喂乳后喂少许温开水洗净口腔, 每次喂乳后用温水清洗口周皮肤, 保持皮肤清洁干燥。

8. 大便后用温水清洗臀部, 保持皮肤清洁干燥。局部擦鞣酸软膏等, 预防臀红的发生。

#### 9. 预防接种

(1) 乙肝疫苗: 于新生儿出生后 1 天洗浴后肌内注射第 1 针 ( $10\mu\text{g}$ )。以后均在地段保健医院于 1 个月、6 个月再次接种。

(2) 卡介苗: 出生后 2~3 天接种, 预防肺结核。

(3) 母亲患乙型肝炎, 预防母婴传播, 婴儿出生后 24 小时内肌内注射乙肝免疫球蛋白 (HBIG) 200IU。

10. 新生儿筛查 某些先天性代谢性疾病如苯丙酮酸尿症 (PKU)、先天性甲状腺功能低下可在新生儿期进行筛查。如在新儿期开始治疗可取得良好效果, 否则治疗过晚对智力和体格发育影响严重。

#### (二) 早产儿护理要点

1. 早产儿应与足月儿分室居住, 根据早产儿的体重, 调节室温或温箱的温度、湿度。病室内配备婴儿培养箱、远红外线保暖床、微量输液泵、吸引器及复苏抢救设备。保持室内清洁、舒适及安全。

2. 病室用紫外线消毒 1~2 次/天, 每次 30 分钟。每月空气培养 1 次。根据情况实施保护性隔离。入室人员更衣、换鞋, 接触新生儿前洗手, 避免交叉感染。

3. 对患有呼吸道、消化道疾病的婴儿分室放置, 并定期对病室进行消毒

处理。

4. 根据早产儿体重及病情、采取不同的保暖措施,体重低于 2 000g 者,应尽早放置在婴儿培养箱保暖;体重大于 2 000g 者,放置在婴儿保暖箱外保暖,体温维持在 36.5~37.5℃之间。定时观察体重、体温的变化,发现异常及时通知医生。

5. 出生体重在 1 500g 以上而无青紫者,出生后 2~4 小时喂 10%的葡萄糖水 2ml/kg。无呕吐者,可于 6~8 小时喂奶。1 500g 以下或伴有青紫者,可适当延迟喂奶时间。喂乳量可根据婴儿消化及吸收功能而定,以不发生胃内潴留及呕吐为原则。最好母乳喂养,无法喂养者以配方奶为宜。吸吮无力或吞咽功能不良者,可用滴管或鼻饲喂养。必要时静脉输入营养液。喂奶后婴儿取右侧卧位,观察有无青紫、溢乳及呕吐现象。准确记录 24 小时出入量。测体重 1 次/天。

6. 早产儿有缺氧症状者给予氧气吸入,根据病情进行调节,若持续吸氧,吸氧时间原则上不超过 3 天,并在血气监测下吸氧。

7. 出生后补充维生素 K,预防出血症的发生。

8. 加强口腔、皮肤及脐部的护理,脐带未脱落者可采用分段沐浴。脐带脱落后每日沐浴 1~2 次。严格执行消毒隔离制度。

9. 出生后遵医嘱常规使用止血、维生素、激素等药物,必要时遵医嘱输血浆或全血,早产儿及时给予保暖,预防硬肿症的发生。

10. 极低体重儿遵医嘱免沐浴,可用消毒植物油进行擦拭。

## 五、妊娠期并发症孕妇护理要点

### (一) 妊娠剧吐护理要点

#### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 既往疾病及妊娠史。
- (3) 恶心、呕吐及进食的状况。
- (4) 精神状况。
- (5) 排尿情况及尿酮体检查结果。
- (6) 营养状况。
- (7) 体液不足程度。

#### 2. 对妊娠的认知程度及心理状态

#### 3. 评估患者的自理能力及活动耐力程度。

**【护理要点】**

1. 按产科病人一般护理要点。
2. 病情较重者嘱其卧床休息，保证充足的睡眠，提供生活护理，待病情改善后，鼓励病人下床活动，以助消化功能的恢复。
3. 协助病人留取尿标本，进行尿酮体的检查。
4. 呕吐严重时遵医嘱给予止吐药、镇静药、静脉补充能量及纠正酸中毒。定时观察病人血压、脉搏、皮肤的变化发现异常及时通知医生。
5. 消除可能引起呕吐的因素，及时倾倒呕吐物及排泄物、保持病室无异味、避免与其他呕吐病人同住等。
6. 观察呕吐次数及量，遵医嘱记录出入量。
7. 呕吐好转后给予清淡、易消化、富含营养和适合口味的饮食，少量多餐。
8. 保持良好的口腔卫生，呕吐后协助漱口。
9. 鼓励病人尽可能多下床活动，并逐渐增加活动量。

**【健康指导】**

1. 妊娠反应属生理现象，要安定情绪，树立信心，配合治疗。
2. 讲解尿酮体检查的重要性，遵医嘱定期进行检查。
3. 保持居室整洁、安静、空气新鲜，每天通风2次，每次30分钟。
4. 保持良好心态，起床前可吃一些干的食物，如饼干等。两餐之间可食酸奶、果汁等。好转后尽量多吃高蛋白、高维生素、高热量的饮食，以促进胎儿的发育。
5. 合理安排日常活动。
6. 深呼吸及主动吞咽，以抑制呕吐反射。
7. 保证睡眠，减少疲劳。
8. 注意安全，防止摔伤。

**(二) 妊娠期高血压疾病病人护理要点****【评估】****1. 病情评估**

- (1) 生命体征。
  - (2) 有无原发性高血压、有无头晕、头痛及有无抽搐症状。
  - (3) 水肿程度。
  - (4) 了解蛋白尿情况。
  - (5) 胎儿状况。
2. 对妊娠期高血压疾病的认知程度及心理承受能力。

### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

#### 1. 按产科病人一般护理要点。

#### 2. 妊娠期高血压及轻度先兆子痫

(1) 保证休息，睡眠时以左侧卧位为宜，必要时也可右侧卧位，避免平卧位。

(2) 精神放松、心情愉快，有助于抑制妊娠高血压的发展。

(3) 摄入足够的蛋白质、维生素、铁及钙剂，水肿时限制食盐量。

(4) 教会孕妇每天自数胎动。

(5) 隔天协助孕妇测体重。

#### 3. 重度先兆子痫、子痫

(1) 卧床休息，左侧卧位。保持病室安静，避免各种刺激。

(2) 加床档、备好呼叫器、吸引器、氧气、开口器、产包、急救药物如硫酸镁、葡萄糖酸钙等。

(3) 定时监测血压、脉搏、呼吸、膝腱反射的变化，随时询问孕妇有无头晕、头痛、视物不清、目眩等自觉症状，症状明显时及时通知医生。

(4) 观察胎动、胎心及子宫敏感性有无改变。

(5) 重症者限制食盐入量，每天测体重，记录出入量、测尿蛋白，必要时测 24 小时尿蛋白定量。

(6) 硫酸镁的应用：遵医嘱用药，严格掌握用量及滴速。并密切观察毒性反应。应用硫酸镁期间备好解毒的钙剂，如发生中毒现象，遵医嘱立即静脉推注 10% 的葡萄糖酸钙或 5% 的氯化钙。

(7) 子痫的孕妇专人护理，保持呼吸道通畅，及时给予氧气吸入，用舌钳固定舌头以防咬伤唇、舌或发生舌后坠。孕妇取头低侧卧位，以防黏液吸入呼吸道或舌头阻塞呼吸道。未清醒前禁止给予口服药，防止误入呼吸道而导致吸入性肺炎。

(8) 及时发现产兆，并做好母子抢救准备。如经治疗病情得以控制但仍未临产者，在孕妇清醒后 24~48 小时内给予引产。子痫经药物控制后 6~12 小时，终止妊娠。

#### 4. 妊娠期高血压疾病孕妇生产时及产后护理

##### (1) 生产时护理

1) 第一产程：监测孕妇的血压、脉搏、尿量、胎心及子宫收缩情况，以及有无自觉症状，血压升高及时通知医生。

2) 第二产程：尽量缩短产程，避免产妇用力，初产妇可行会阴侧切并用



产钳或胎吸助产。

3) 第三产程：预防产后出血，在胎儿娩出前肩后遵医嘱立即推注催产素，及时娩出胎盘并按摩宫底。随时观察血压变化，倾听产妇主诉。

(2) 产后护理：

1) 产褥期继续监测血压变化，产后 48 小时内定时监测血压的变化，并进行记录。

2) 为预防产后抽搐，产后 48 小时内遵医嘱继续给予硫酸镁治疗，观察用药后子宫复旧情况，必要时遵医嘱使用宫缩剂，预防产后出血。

3) 为产妇创造良好的休息环境。

4) 鼓励产妇进高蛋白、高维生素、富含铁及钙，低盐的饮食。

#### 【健康指导】

1. 定期产前检查，讲解妊娠高血压疾病的相关知识。

2. 向孕妇讲解保持良好心态和充足休息的重要性。

3. 遵医嘱合理安排膳食，控制过量盐分的摄入。

4. 讲明复查的重要性，如有不适及时就诊。

(三) 前置胎盘病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 了解孕产史及个人健康史。

(3) 阴道出血量。

(4) 胎儿情况。

2. 对前置胎盘的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按产科病人一般护理要点。

2. 保证休息，减少刺激。

3. 观察阴道出血量，及时监测血压、脉搏、呼吸的变化。

4. 出血量大，取去枕平卧位，开放静脉、配血，做好输血的准备。抢救休克的同时，做好母婴生命体征的监护，视病情给予终止妊娠。

5. 保守治疗的护理

(1) 绝对卧床休息，以左侧卧位为宜。定时给予间断吸氧，每天 2 次，每次 30 分钟，以提高胎儿血氧供应。

(2) 医护人员进行腹部检查时动作轻柔，禁做阴道检查及肛查，以减少出

血的机会。

(3) 观察并记录孕妇血压、脉搏, 阴道出血量、颜色、出血时间及一般状况, 监测胎儿宫内状态。

(4) 遵医嘱协助孕妇进行常规化验检查、交叉配血备用。

(5) 遵医嘱给予孕妇口服硫酸亚铁、输血等, 纠正贫血。

(6) 鼓励孕妇进高蛋白、高维生素及富含铁的饮食, 如动物肝脏、绿叶蔬菜及豆类等。

#### 6. 产后护理

(1) 定时观察血压、脉搏的变化及阴道出血情况, 发现异常及时通知医生。

(2) 及时更换会阴垫, 保持会阴清洁、干燥, 预防感染的发生。

(3) 胎儿娩出后, 遵医嘱使用宫缩剂, 预防产后大出血。

#### 【健康指导】

1. 讲解绝对卧床, 减少活动的重要意义。

2. 讲解前置胎盘出血的症状及自我观察的要点。

3. 遵医嘱随时监测胎儿情况, 发生异常及时就诊。

(四) 胎盘早期剥离病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 阴道出血量及颜色。

(3) 腹痛程度、性质, 子宫软硬度及宫底高度。

2. 胎儿状况。

3. 对胎盘早期剥离的认知程度及心理承受能力。

4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按产科病人一般护理要点。

2. 绝对卧床休息, 减少不必要的操作。

3. 持续监测孕妇血压、脉搏、呼吸的变化, 发现异常及时通知医生。

4. 观察孕妇病情变化, 及时发现并发症, 并做好抢救准备。

5. 迅速开放静脉通道, 及时补充血容量 (最好输入新鲜血液), 纠正休克, 改善孕妇一般状况。

6. 密切监测胎儿状况。

7. 一旦确诊, 及时终止妊娠, 并做好手术前的准备。

8. 胎盘早剥分娩后易发生产后出血，遵医嘱及时给予宫缩药物。
9. 预防产褥期感染，及时更换消毒会阴垫。
10. 产褥期鼓励产妇进食高蛋白、高维生素、富含铁的食物，纠正贫血。
11. 根据产妇具体情况，及时给予母乳喂养指导。

#### 【健康指导】

1. 向孕妇讲解胎盘早期剥离对于母婴的影响，使孕妇做好终止妊娠的心理准备。
2. 产褥期应进营养丰富易消化的饮食，积极纠正贫血。
3. 预防产褥期感染，保持会阴部清洁。
4. 告知乳房护理的重要性，指导母乳喂养。

### 六、妊娠期合并症孕、产妇护理要点

#### （一）妊娠合并心脏病病人护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

- （1）孕、产妇有无心脏病史及身体一般状况。
- （2）孕、产妇有无心衰症状和体征。
- （3）胎儿状况。
- （4）孕、产妇营养状况。

##### 2. 对心脏病的认知程度及心理承受能力。

##### 3. 自理能力。

##### 【护理要点】

##### 1. 按产科病人一般护理要点。

##### 2. 妊娠期护理

（1）从确定妊娠时即开始，定期进行产前检查，检查次数及间隔时间可按病情而定。

（2）评估孕妇心功能及胎儿情况，如心功能 $\geq$ Ⅲ级，有早期心衰表现应及时入院。无心衰者一般在预产期前2周入院待产。

（3）鼓励孕妇摄入高蛋白、高维生素、富含钙及铁的食物，严格记录出入量。

（4）多食新鲜蔬菜、水果，保持大便通畅。

（5）限制食盐入量，一般少于4~5g/d，防止水肿的发生。

（6）预防感冒，保持口腔卫生，避免继发感染。

（7）指导孕妇及家属掌握护理技巧

1) 如休息时心率 $>110$ 次/分,呼吸 $>20$ 次/分,同时伴有半夜胸痛、咳嗽、咳粉红色泡沫痰等异常情况,应立即就诊。

2) 观察胎动、胎心变化,发现异常及时就诊。

3) 孕28周,每周体重不超过 $0.5\text{kg}$ ,整个孕期增加体重 $<11\text{kg}$ 。

### 3. 分娩期护理

#### (1) 第一产程

1) 根据病情定时监测产妇血压、脉搏、呼吸的变化。

2) 嘱产妇左侧卧位,专人陪护。

3) 运用呼吸及放松的技巧,缓解宫缩时的不适,必要时遵医嘱注射镇静药物。

4) 观察产程进展情况及胎心的变化,发现异常立即通知医生,并做好剖宫产的准备。

#### (2) 第二产程

1) 专人陪护,给予精神上的支持与鼓励。

2) 嘱产妇不要用力屏气。宫口开全后应尽量缩短第二产程,在严密监测下做好阴道助产及新生儿急救的准备。

3) 给予产妇持续氧气吸入。

4) 持续监测血压、脉搏、呼吸的变化,并观察宫缩及胎心情况。

#### (3) 第三产程

1) 胎儿娩出后立即在产妇腹部压沙袋( $1\sim2\text{kg}$ )并包扎持续24小时,以防腹压骤减而诱发心力衰竭。

2) 若宫缩欠佳,遵医嘱注射催产素 $10\text{U}$ ,禁用麦角新碱。

3) 遵医嘱皮下注射吗啡 $10\text{mg}$ ,观察血压、脉搏、子宫收缩情况,防止心衰。

4) 预防产后出血,子宫收缩不良者可给予按摩或遵医嘱使用催产素。

5) 第三产程后,在产房观察4小时再回病房。

### 4. 产褥期护理

(1) 定时监测产妇血压、脉搏的变化,心功能Ⅲ~Ⅳ级者,遵医嘱进行监测。

(2) 24小时内绝对卧床休息,根据心功能恢复情况,制定休息与活动计划,预防血栓的发生。

(3) 遵医嘱使用抗生素,至产后1周。

(4) 合理饮食,预防便秘。

(5) 心功能Ⅰ~Ⅱ级者,指导产妇母乳喂养的方法。心功能Ⅲ~Ⅳ级者不

宜哺乳，应采取回奶措施。

#### 【健康指导】

1. 妊娠合并心脏病可继续妊娠者，应严格产前检查，如有不适应及时就诊。

2. 指导孕妇左侧卧位。

3. 遵医嘱调整饮食，防止便秘。

4. 保持心情愉快，防止情绪过度紧张或激动。

5. 讲解心脏病相关知识及产前、产后的保健措施。

6. 根据心功能状况，遵医嘱进行婴儿哺乳。

7. 遵医嘱严格避孕。

#### (二) 妊娠合并糖尿病病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 既往有无糖尿病家族史。

(2) 既往有无其他疾病。

(3) 血糖控制情况。

(4) 胎儿状况。

(5) 营养状况。

2. 对糖尿病的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按产科病人一般护理要点。

2. 妊娠期糖尿病护理

(1) 孕妇饮食热卡应控制在 30kcal/kg、蛋白质 100g、糖类 150~250g、脂肪 1g/kg，同时补充维生素、钙、铁，多食蔬菜及豆制品。

(2) 遵医嘱应用胰岛素，用药期间观察有无酮症酸中毒和血糖的异常变化。

(3) 定时监测胎儿状况。

(4) 注意个人卫生，预防感染。

(5) 协助孕妇做好血糖的监测。

(6) 针对不同类型糖尿病病人进行个体化的健康教育。

(7) 减少和预防远期 2 型糖尿病的发生。

3. 分娩期护理

(1) 专人陪伴分娩，提供心理支持，鼓励进食，保证热量供应，防止低血

糖的发生,促进产程进展。

(2) 定时监测产程进展及胎儿情况,若胎心异常或 CST 出现晚期减速,立即通知医生。

(3) 做好术前病人、助产器械及新生儿急救的准备。

(4) 当出现终止妊娠指征时,遵医嘱协助终止妊娠。

(5) 遵医嘱对剖宫产孕妇术前注射地塞米松,以促进胎儿肺泡表面活性物质的产生,促进胎肺成熟,减少新生儿呼吸窘迫综合征的发生。

#### 4. 产褥期护理

(1) 产后 24 小时遵医嘱应用调整后的胰岛素,并继续监测血糖变化,以防低血糖休克的发生。

(2) 保持腹部及会阴部伤口清洁,预防产褥期感染,遵医嘱使用抗生素。

(3) 重症糖尿病产妇不宜哺乳;轻者可母乳喂养。

#### 5. 糖尿病婴儿护理

(1) 按早产儿护理要点。

(2) 预防新生儿低血糖的发生。

(3) 出生后每 1 小时喂 10% 葡萄糖液每次 10ml,及时母乳喂养并监测 24 小时血糖变化,必要时静脉给予葡萄糖,防止低血糖的发生。

#### 【健康指导】

1. 鼓励轻型糖尿病的产妇母乳喂养。

2. 教会产妇加强产褥期保健的方法。

3. 遵医嘱食糖尿病饮食。

4. 做好婴儿的护理,发现异常及时就诊。

(三) 妊娠合并急性病毒性肝炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 有无乏力、食欲减退、厌油腻、恶心、呕吐、腹胀等消化道症状。

(2) 有无肝区疼痛的临床表现。

(3) 黄疸程度及有无肝性脑病的先兆。

(4) 有无肝臭气味。

(5) 营养状况。

2. 对合并病毒性肝炎的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按产科及肝炎病人一般护理要点。

## 2. 妊娠期护理

- (1) 注意休息，每日保证 9 小时的睡眠，避免劳累。
- (2) 鼓励孕妇加强营养，补充蛋白质、葡萄糖及维生素 B、C、K 等。
- (3) 多吃新鲜蔬菜、水果，保持大便通畅。
- (4) 遵医嘱应用保肝药物。避免使用对肝脏有损害的药物。
- (5) 定期产前检查。

(6) 向孕妇及家属讲解肝炎对母婴的影响及消毒隔离的重要性，解除孕妇的顾虑及自卑心理。

- (7) 对合并重症肝炎的孕妇，积极预防和治疗肝性脑病。

1) 限制蛋白质的摄入。

2) 减少和抑制肠道有毒物质的吸收，遵医嘱给予孕妇口服新霉素抑制肠道内的大肠杆菌。改变肠道内酸碱度，抑制肠道内氨的吸收，严禁肥皂水灌肠，必要时用醋灌肠。

3) 有昏迷前驱症状的孕妇，为改善大脑功能，遵医嘱给予降氨药物。

4) 观察重症孕妇有无凝血机制障碍或 DIC 的先兆。肝素治疗时，观察有无出血倾向。

## 3. 分娩期护理

(1) 产妇安置于隔离待产室，观察产程进展及生命体征的变化，为产妇提供心理支持。

(2) 观察孕妇出血及凝血情况，遵医嘱临产前 1 周开始服用维生素 K，临产前配新鲜血备用。

(3) 为减少孕妇的体力消耗，必要时给予阴道助产，缩短第二产程。

(4) 遵医嘱应用催产素，防止宫缩乏力及产后出血。

(5) 产程中及产后遵医嘱应用对肝脏损害小的抗生素，预防交叉感染，以免诱发肝性脑病。

(6) 接产时防止产道损伤及新生儿产伤、窒息、羊水吸入等，以减少母婴传染。

(7) 所用物品必须严格消毒。

## 4. 产褥期护理

(1) 遵医嘱选用对肝脏损害小的抗生素，预防和控制感染。

(2) 观察子宫收缩及恶露情况，预防产后出血。

(3) 根据产妇乙肝血清学检查结果，决定婴儿喂养方式，人工喂养的婴儿教会产妇喂养的知识及技能。

(4) 产后回奶不能用增加肝脏负担的雄激素，可冲服生麦芽或用芒硝外敷。



乳房回奶。

(5) 新生儿隔离 4 周, 注射乙肝疫苗或高效价乙肝免疫球蛋白。

#### 【健康指导】

1. 嘱产妇保证充足的营养, 避免疲劳。
2. 落实避孕措施, 以免再次怀孕。
3. 保持良好心态, 促进健康。

(四) 妊娠合并急、慢性肾盂肾炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 了解孕妇合并急、慢性肾盂肾炎的原因。
2. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 有无腰痛、下肢水肿、乏力等症状。
  - (3) 了解孕妇尿液检查结果。
  - (4) 营养状况。
  - (5) 胎儿状况。
3. 对肾盂肾炎的认知程度及心理承受能力。
4. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按产科病人一般护理要点。
2. 针对孕妇的异常心态, 及时给予疏导。
3. 嘱孕妇卧床休息, 孕中期多采取左侧卧位, 必要时在生活上给予协助。
4. 观察孕妇血压、脉搏、体温及病情的变化。
5. 保持外阴清洁, 预防泌尿系感染的发生。
6. 鼓励孕妇多饮水, 尿量宜保持在 2 000ml/d 以上, 并做好尿液性质及尿量的观察。
7. 协助孕妇正确留取尿标本(清洁中段尿)并及时送检。
8. 遵医嘱给予抗感染治疗。
9. 指导孕妇左右轮流侧卧, 减少子宫对输尿管的压迫, 保证尿液引流通畅。
10. 指导孕妇进高热量、高维生素、易消化、低盐的饮食。
11. 监测胎儿状况。

#### 【健康指导】

1. 嘱孕妇多饮水, 保证足够的排尿。
2. 遵医嘱继续抗感染治疗。

3. 指导进营养丰富的饮食，以保证机体的需要。

## 七、分娩期并发症孕妇护理要点

### (一) 胎膜早破孕妇护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 在胎膜早破前有无咳嗽等症状。
- (3) 破膜的时间。
- (4) 破膜时羊水自阴道流出的量及性状。
- (5) 胎儿状况。

##### 2. 对胎膜早破的认知程度及心理承受能力。

##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按产科病人一般护理要点。

##### 2. 嘱孕妇卧床休息，听胎心，观察宫缩，做好孕妇的心理护理。

3. 先露如臀或头位且未入盆者应抬高床尾，以免脐带脱出影响胎儿血液循环引起胎儿死亡。去产房时用平车推送。若胎儿头部已入盆，胎头固定者可下地活动。

4. 观察阴道流出液的形状、颜色、气味等，如混有胎粪的羊水流出，则是胎儿宫内缺氧的表现，应立即吸氧，胎心监护，通知医生，尽快终止妊娠。

5. 破水 12 小时仍未临产者，遵医嘱给予抗生素预防感染。若妊娠 36 周以上者，可积极终止妊娠；妊娠 36 周以下胎儿较小，孕妇全身情况较好者可在抗生素预防感染下采用期待疗法等待足月妊娠。

6. 监测感染征象 每天测体温、脉搏 4 次；查白细胞及分类、C-反应蛋白。

##### 7. 定时监测胎儿生命体征及有无感染症状。

##### 8. 鼓励孕妇进营养丰富的饮食。

##### 9. 定时冲洗外阴，预防产褥感染。

#### 【健康指导】

##### 1. 讲解体位的重要性，保证胎儿的安全。

##### 2. 讲解绝对卧床的意义。

##### 3. 讲解自数胎动的重要性。

##### 4. 保持乐观的情绪。

5. 保持外阴清洁, 预防感染的发生。

## (二) 产后出血护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征及有无休克先兆。
- (2) 阴道出血量、性质及颜色。
- (3) 有无难产产伤及产程延长等情况。
- (4) 了解产妇既往疾病史。
- (5) 了解既往有无产科疾病、人工流产及产后出血史。

2. 对产后出血认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按产科病人一般护理要点。

2. 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸的变化, 做好随时抢救的准备。

3. 观察产后阴道出血量, 子宫收缩及会阴伤口情况。若产后 2 小时出血量  $\geq 400\text{ml}$  或 24 小时出血量  $\geq 500\text{ml}$ , 立即通知医生。

4. 观察产妇有无休克早期征象 如口渴、心悸、打哈欠等征象。

5. 督促产妇及时排空膀胱, 必要时留置尿管, 以免影响宫缩而致产后出血。

6. 准确记录出血量, 如阴道出血较多, 子宫收缩乏力时, 遵医嘱给予宫缩药, 并按摩子宫, 促进宫腔积血的排出, 或用艾卷灸脐部, 针刺合谷、三阴交、促进子宫收缩。

7. 失血较多者, 遵医嘱及时补充血容量, 避免休克的发生。

8. 遵医嘱给予抗生素, 预防感染的发生。

9. 加强产妇会阴护理, 预防交叉感染。

10. 加强产后营养的补充, 积极纠正贫血。

11. 指导产妇早期开奶, 早哺乳, 有助于刺激子宫收缩, 减少出血量。

12. 鼓励产妇在病情允许的情况下, 适当增加活动量, 提高自理能力。

### 【健康指导】

1. 进高蛋白、高维生素、营养丰富的饮食, 积极纠正贫血。

2. 遵医嘱进行药物治疗。

3. 按需母乳喂养, 促进子宫的收缩。

4. 注意外阴部清洁, 预防交叉感染。

5. 遵医嘱制订活动计划, 促进机体的康复。

### （三）羊水栓塞孕妇护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- （1）生命体征。
  - （2）胎膜破裂后，有无突然出现呼吸困难、发绀等循环衰竭症状。
  - （3）是否存在阴道持续性出血。
  - （4）全身皮肤黏膜是否有出血点及淤斑。
  - （5）有无烦躁、寒战等。
- ##### 2. 对羊水栓塞的认知程度及心理承受能力。
- ##### 3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按产科病人的一般护理要点。
2. 疑有羊水栓塞时，立即取血。查 PLT、PT、FIB、3P 试验及血涂片找羊水有形成分。
3. 根据病情变化，及时备好抢救物品及药品。
4. 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸的变化，呼吸困难者协助半卧位，加压给氧并做好气管插管或气管切开的准备。
5. 积极抢救休克，纠正缺氧，补充血容量，维持体液平衡。
6. 开放静脉，遵医嘱给予药物治疗。
7. 观察子宫出血情况，准确记录出血量。如出血量大，立即通知医生；并遵医嘱及时补充血容量。
8. 持续心电监护，留置尿管记录尿量。注意心衰、肾衰症状的观察。
9. 预防感染。

#### 【健康指导】

1. 进高蛋白、高维生素、易消化的饮食，积极纠正贫血。
2. 为产妇制定产褥期的休养计划。
3. 母乳喂养并做好乳房护理。

### （四）胎儿窘迫及新生儿窒息护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- （1）生命体征。
- （2）产妇的年龄及生育史。
- （3）本次妊娠经过。
- （4）是否患有内科系统疾病。

(5) 通过 B 超了解胎儿、脐带、胎盘等状况。

2. 对胎儿窘迫及新生儿窒息的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按产科病人一般护理要点。

2. 定时监测胎心、胎动变化 如发现胎心大于 160 或小于 120 次/分, 胎心弱或胎动频繁时表示胎儿有明显缺氧, 嘱产妇左侧卧位, 给予氧气吸入, 并立即通知医生。

3. 若产妇高位破膜, 应抬高臀部, 防止脐带脱垂。

4. 宫口开全者应尽快结束分娩。

5. 及时观察阴道流出物的性质及量; 如发现羊水黄绿, 或混有胎粪短期内不能分娩即刻剖宫产终止妊娠。

6. 遵医嘱及病情, 尽快做好术前准备。

7. 做好抢救新生儿药品及物品、新生儿复苏的准备。

8. 积极配合医生纠正新生儿窘迫, 清理呼吸道、刺激呼吸、吸氧、纠正酸中毒、必要时体外心脏按压。

9. 在抢救的同时做好新生儿的保暖、遵医嘱补液、预防感染及颅内出血。

10. 当胎儿不能挽回时, 应做好产妇面对现实的心理准备。

#### 【健康指导】

1. 合理搭配饮食, 保证营养, 促进机体的康复。

2. 母乳喂养的方法。

3. 制定产后活动计划, 保持健康心态。

## 第七章 儿科疾病护理指南

### 第一节 新生儿疾病护理指南

#### 一、新生儿疾病一般护理要点

##### (一) 新生儿病室要求

新生儿病室应阳光充足，空气新鲜，室温保持在  $24\sim 26^{\circ}\text{C}$ ，相对湿度保持在  $50\%\sim 60\%$ ，每个新生儿应占  $2.5\text{m}^2$  的面积。每天用湿法进行清洁并用紫外线照射 30 分钟，定期进行清洁及彻底消毒。

##### (二) 日常护理

1. 入室护理 详细登记新生儿的姓名、性别、日龄、体重及入院时间、戴手圈，洗澡后更换统一服装及包单。

2. 皮肤护理 洗澡 1 次/天，室温控制在  $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ ，使用  $40\sim 43^{\circ}\text{C}$  的流动水为宜，使用无刺激的婴儿皂或婴儿浴液，轻轻揩去胎脂。洗澡后用柔软较大毛巾将水吸干，根据季节可在皮肤皱褶处撒少许爽身粉。有臀红者可涂鞣酸软膏或咪康唑。给新生儿洗澡时动作要轻柔、快，保护好新生儿。

3. 脐部护理 洗澡后检查脐部，用  $75\%$  乙醇棉签清洁处理，保持局部清洁干燥，防止大、小便、湿尿布污染脐部。脐带如有渗血，脐周红肿，有黏液或脓性分泌物，除局部清洁外，应给予抗生素治疗。

##### 4. 五官护理

(1) 眼：双眼有分泌物者，用无菌棉签轻轻擦去分泌物，再滴入眼药水。

(2) 耳：注意耳部清洁干燥，经常更换卧位，防止耳部受压时间过长，影响耳部血液循环。

(3) 鼻：有鼻垢可用棉签轻轻擦掉，保持呼吸道通畅。

(4) 口：口腔黏膜薄嫩，不易揩擦。有鹅口疮者可涂制霉菌素。

5. 臀部护理 定时更换尿布，观察大、小便的次数、性质及量，每次排便后温水清洗臀部，并吸干水分，涂鞣酸软膏预防臀红，如已出现臀红可涂咪康唑膏，或采用暴露及烤灯疗法。

6. 喂养 正常新生儿生后 2 小时可试喂糖水。所有奶具都应清洁消毒。喂奶前注意检查奶的质量。提倡母乳喂养。

7. 衣物 每次洗澡后, 所更换的衣服、包单应柔软、宽松, 外加包裹时松紧适宜。所用衣物不能接触樟脑。如有接触要洗晒后方可使用。

### (三) 保暖

1. 注意环境温度的变化, 及时对新生儿的包裹进行调整。

2. 给新生儿洗澡时调控好室温, 动作要迅速, 不要暴露时间太长, 洗澡时要关闭门窗, 防止空气对流。

3. 手术、换血等治疗时, 要注意保暖。

4. 注意头面部皮肤的保暖, 减少热量的失散。

5. 给氧治疗时应注意湿化与加温。

6. 室温过高或保暖过度, 会引起新生儿发热, 也可能是感染性疾病所引起的一种表现, 要注意鉴别。

## 二、新生儿重症监护要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 瞳孔、前囟张力、肌张力、皮肤等。

(3) 拥抱、吸吮、吞咽反射及哭声等。

(4) 了解血糖、血胆红素、血气分析等测定结果。

2. 家长对疾病的认知程度及心理承受能力。

3. 进食、吸吮能力。

### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 根据病情预热台辐射远红外或闭式暖箱, 呼吸困难者, 准备氧气, 连接好呼吸机管道, 检查负压吸引设备, 准备好心电监护仪等。

3. 根据病情及医嘱, 给予氧气吸入, 连接好心电监护、测定血氧饱和度, 持续监测心率、呼吸频率及节律, 设定报警值(包括呼吸暂停的报警)当监护仪报警时, 观察新生儿情况, 并及时给予处理。对非病情因素引起的报警, 检查新生儿活动情况, 若电极片松脱或连接不好时, 及时给予处理。

4. 用呼吸机辅助呼吸时, 设置呼吸机报警值, 注意机器工作状态的观察, 当呼吸机报警时, 及时检查呼吸机管道环路、机器、气源等情况有无异常, 出现异常及时处理, 每 1~2 小时记录呼吸机各种参数 1 次; 每 2~4 小时更换体



位1次,及时给予拍背及吸痰,保持呼吸道通畅。

5. 定时监测体温的变化,注意保暖。应用远红外辐射台暖箱或闭式暖箱时,观察暖箱的工作情况,根据患儿体温及病情,及时调节暖箱的温度。

6. 定时观察精神反应、肌张力、瞳孔、前囟张力等状况,并及时记录。

7. 观察皮肤有无黄染、皮疹及脐部有无感染。

8. 遵医嘱监测血糖、尿量的变化,控制输液速度,必要时使用输液泵。

9. 观察排便情况,如出现血便、异味等,及时通知医生。

10. 药物治疗过程中注意药物疗效及副作用的观察。

11. 提倡母乳喂养;不能进食时遵医嘱给予鼻饲喂养(按鼻饲护理要点);无法从胃肠给予营养者,遵医嘱给予静脉高营养。保护血管,防止高渗液体渗漏,并根据高营养液的成分给予避光输液。

12. 进入新生儿病房时,工作人员更换衣裤、鞋帽;接触新生儿前后洗手;严格无菌操作,避免交叉感染。每天定时对空气、物品及地面进行消毒。

#### 【健康指导】

1. 介绍科学喂养知识(讲解母乳喂养的好处,及添加辅食的重要性)。

2. 讲解保暖、预防感染的重要性及应采取的措施。

3. 讲解疾病的相关知识,并指导其如何进行护理。

4. 保持室内清洁,室温保持在 $24\sim 26^{\circ}\text{C}$ ,湿度为 $50\%\sim 70\%$ 。

### 三、早产儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 瞳孔、前囟张力、肌张力、体重、皮肤、口唇等。

(3) 拥抱、吸吮、吞咽反射及哭声等。

2. 家长对早产的认知程度及心理承受能力。

3. 进食、吸吮能力,体温调节能力等。

#### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 体重小于 $2\,500\text{g}$ 的早产儿应置于暖箱中,箱温保持在 $32^{\circ}\text{C}$ 左右,湿度保持在 $55\%\sim 65\%$ 左右,体重小于 $1\,000\text{g}$ 者,箱温保持在 $34\sim 36^{\circ}\text{C}$ 左右。

3. 保持呼吸道通畅,及时清除呼吸道内的痰液,防止窒息。必要时给予氧气吸入,并观察呼吸改善情况。

4. 定时监测血压、心率、呼吸速率、节律的变化,有无鼻翼扇动,三凹

征及呼吸暂停等症状,发现异常立即通知医生,每4小时记录一次。

5. 观察精神状况、拥抱、吸吮、吞咽等反射等是否正常。

6. 观察皮肤有无黄染、皮疹及脐部有无感染等。

7. 观察进食状态,有无拒乳、吸吮无力等。

8. 根据体重及喂养情况,遵医嘱调节输液量及速度。

9. 遵医嘱给予药物治疗,并注意药物疗效及副作用的观察。

10. 接触早产儿前后应洗手,病室用紫外线照射30~60min/d,紫外线照射时,注意遮挡早产儿的眼部。每天沐浴2次,保持皮肤清洁干净,做好脐部护理。使用暖箱时,每天对暖箱进行擦拭消毒。

11. 提倡母乳喂养;对于无法进食的患儿可经鼻饲管喂养;无法从胃肠中给予营养的,遵医嘱给予胃肠外营养。给予静脉高营养时,保护血管防止液体外渗,并根据高营养液的成分给予避光输液。

#### 【健康指导】

1. 介绍早产儿的喂养知识(讲解母乳喂养的好处及添加辅食的重要性)。

2. 讲解保暖,预防感染的重要性、相应的措施及预防接种的知识。

3. 讲解早产儿疾病的相关知识,指导家长如何护理患儿,发现病情变化及时就诊。

4. 保持室内清洁,室温保持在24~26℃,湿度为50%~65%。

### 四、新生儿窒息护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 呼吸状况或窒息程度。

(3) 拥抱、吸吮、吞咽反射及哭声等。

2. 家长对新生儿窒息的认知程度及心理承受能力。

3. 吸吮、吞咽能力。

#### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 复苏处理

(1) 立即将新生儿置于远红外抢救台上,给予仰卧位,肩部垫高2~3cm,使颈部稍后伸。

(2) 清除鼻咽及气道分泌物,保持呼吸道通畅。

(3) 拍打足底给予刺激，建立自主呼吸并给予氧气吸入。

(4) 无呼吸或心率低于 100 次/分，给予人工面罩气囊复苏器进行复苏，必要时进行气管插管。

(5) 保持呼吸通畅。

(6) 当心率低于 60 次/分，立即进行胸外按压，人工呼吸与胸外按压的次数比为 1 : 3。

(7) 立即开放静脉通道，遵医嘱给予抢救药物。

### 3. 复苏后护理

(1) 持续低流量给氧，直至呼吸平稳，观察给氧流量及缺氧症状改善情况。

(2) 定时监测呼吸、心率的变化，发现异常立即通知医生，每 1~2 小时记录一次。

(3) 密切观察神经系统症状，如有脑水肿、颅压升高的表现，立即通知医生。

(4) 给予保暖，预防体温过低，观察皮肤颜色的变化。

(5) 观察及记录新生儿排尿时间及尿量。

(6) 遵医嘱静脉补充营养，观察呕吐、排泄量，有无脱水、水肿及有无酸碱失衡的临床症状。

(7) 遵医嘱给予纠正酸中毒、扩容等药物，注意药物疗效及副作用的观察。

(8) 中重度窒息恢复不佳者，适当推迟喂奶时间。无法进食者给予鼻饲，喂养时观察呼吸状况，发现异常及时处理。

(9) 无法经胃肠给予营养者，遵医嘱经静脉给予高营养。严格无菌操作，预防交叉感染；保护好血管防止液体外渗，根据营养液的成分必要时给予避光输注。

### 【健康指导】

1. 宣传育儿保健常识，介绍喂养的知识（讲解母乳喂养的好处及添加辅食的重要性）。

2. 讲解保暖、预防感染的重要性及预防接种的知识。

3. 讲解新生儿窒息的相关护理知识，发现病情变化及时就诊。

## 五、新生儿肺炎护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 呼吸困难程度，有无青紫、鼻翼扇动、三凹征、气促、喘息、咳嗽、

呛奶等症状。

(3) 营养状况。

(4) 了解精神反应和 Apgar 评分结果。

2. 家长对新生儿肺炎的认知程度及心理承受能力。

3. 新生儿吸吮、吞咽的能力。

#### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 观察精神、面色，呼吸快慢、深浅度及节律、缺氧程度，观察心率的变化，有无呼吸、心力衰竭、休克等征象，发现异常立即通知医生，并做好抢救的准备。

3. 及时清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，遵医嘱给予氧气吸入，室内温湿度适宜。

4. 定时给予翻身、拍背，痰液黏稠时，给予雾化吸入，促使痰液排出，必要时给予吸痰。

5. 定时观察体温，过高者及时给予物理降温；过低者采取保暖措施。

6. 遵医嘱给予抗生素控制感染，注意药物疗效及副作用的观察。

7. 遵医嘱给予足够的营养，喂奶以少量多次为宜。

8. 喂奶呛咳者，可侧卧位喂养，并观察新生儿呼吸状况，发现异常及时给予处理。

9. 无法经口喂养者给予鼻饲（按鼻饲护理要点）；无法经胃肠给予营养者，遵医嘱静脉给予高营养，注意保护血管防止液体外渗，根据营养液的成分必要时给予避光输注。

#### 【健康指导】

1. 讲解预防新生儿肺炎的相关知识。

2. 患有上呼吸道感染的亲属避免接触新生儿；不带新生儿出入公共场所，发现病情变化及时就诊。

3. 指导家长正确的喂奶姿势，防止呛奶。

4. 保持室内空气新鲜，定时通风换气，温、湿度适宜，注意保暖，防止受凉。

## 六、新生儿出血症护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

- (2) 出血部位及出血量。
- (3) 了解维生素 K<sub>1</sub> 使用情况。
- (4) 营养状况。
- (5) 了解血小板检测数值。
2. 家长对出血的认知程度及心理承受能力。
3. 吸吮能力。

#### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。
2. 严重出血者，遵医嘱立即采取止血措施，定时监测血压、脉搏、呼吸及面色的变化，准确记录出血量。
3. 观察皮肤有无出血点、出血点的多少、位置、性状及淤斑的大小等。
4. 观察呕吐、腹胀、排便的情况，发现出血征象立即通知医生。
5. 新生儿所用物品应柔软，富有弹性，无刺激，若发现皮肤有新的出血点或淤斑，及时通知医生。
6. 尽量减少穿刺的次数，采用股动脉、股静脉穿刺后，局部压迫止血 5 分钟以上。
7. 胃肠道出血者遵医嘱禁食，定时进行口腔护理。
8. 定时监测神志、瞳孔，观察前囟有无隆起，斜视及频繁呕吐等颅压增高等症状，发现异常立即通知医生，并做好抢救的准备。
9. 遵医嘱使用止血药物，注意药物疗效及副作用的观察。
10. 提倡母乳喂养，向家长讲解母乳喂养的好处及正确的喂养方法。

#### 【健康指导】

1. 讲解新生儿出血的相关知识，及维生素 K<sub>1</sub> 使用的意义。
2. 指导家长如何护理新生儿，避免外伤，教给其正确的止血方法，防止交叉感染，发现异常及时就诊。
3. 宣传育儿保健常识，介绍喂养的知识（讲解母乳喂养的好处及添加辅食的重要性）。
4. 讲解保暖、防感染的重要性及相应的措施。

### 七、新生儿黄疸护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 皮肤、尿液、大便情况。

(3) 了解胆红素检验结果。

2. 家长对新生儿黄疸的认知程度及心理承受能力。

3. 进食、吸吮能力。

### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 定时监测血压、脉搏、呼吸及体温的变化，每 4 小时记录一次。

3. 观察神志变化，有无嗜睡、尖叫、肌张力低下、惊厥等症状，发现异常立即通知医生。

4. 观察皮肤、巩膜黄染程度，根据黄染的变化及时了解血清胆红素数值。

5. 观察大小便的排出次数、量及性状，如存在胎粪延迟排出，及时给予灌肠，促进大便及胆红素的排出。

6. 提倡母乳喂养、供给充足的水分，促进胆红素的排泄。

7. 蓝光照射治疗与护理

(1) 清洁光疗箱，湿化器内加水，接通电源，检查线路及光管亮度，暖箱预热到适宜的温度。

(2) 将患儿裸露（带上眼罩及遮挡生殖器），放入暖箱内并记录时间。

(3) 光疗时应使新生儿受照均匀，单面光疗时，每隔 2 小时更换一次体位；双面或多面光疗时，勤巡视以防受伤。

(4) 定时监测体温及箱温的变化，冬天注意保暖，夏天注意防热，若体温超过  $38.5^{\circ}\text{C}$  时，遵医嘱暂停光疗，待体温恢复正常后，再继续治疗。

(5) 光疗期间勤喂水，观察有无皮肤过敏及黄疸消退情况。

(6) 观察有无发热、烦躁、皮疹、呕吐、腹泻等症状，遵医嘱及时给予处理。

(7) 光疗结束后，清洁暖箱。

8. 需换血的新生儿 见新生儿溶血症中的换血治疗与护理，并备好急救药物、氧气及吸痰器。

### 【健康指导】

1. 讲解新生儿黄疸的有关知识，宣传早开奶、早吸吮的好处。若母乳性黄疸可考虑暂时停止喂养，待黄疸消退后再恢复母乳喂养，并教会人工吸奶的方法。

2. 胆红素脑病有后遗症者，病情稳定后耐心训练吸吮及吞咽能力，教会家长给新生儿进行肢体被动锻炼及智力训练的方法。

3. 注意新生儿保暖、预防呼吸道感染。

## 八、新生儿溶血症护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 有无嗜睡、食欲减退、尖叫、足弓反张、惊厥等神经系统症状。
  - (3) 有无水肿、贫血、肝脾肿大及皮肤黄染等。
  - (4) 营养状况。
2. 家长对溶血的认知程度及心理承受能力。
  3. 进食、吸吮能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按新生儿疾病一般护理要点。

#### 2. 定时监测血压、脉搏及呼吸的变化,发现异常立即通知医生。

3. 观察患儿有无嗜睡、发热、腹胀、呕吐、惊厥,哭声有无异常,拥抱、吞咽、吸吮等反射状况,如发现异常及时通知医生。

4. 观察黄疸有无加重,若出现反应低下、肌张力降低、尖叫、抽搐、双眼凝视等表现,立即通知医生并进行抢救。

5. 遵医嘱进行退黄治疗,可采取蓝光治疗(按新生儿黄疸的蓝光治疗护理要点)。

#### 6. 换血治疗与护理

##### (1) 判断换血的指征:

- 1) 母婴 ABO 血型不和, RH 血型不和,产前确诊为溶血病。
- 2) 出生时胎儿水肿,明显贫血。
- 3) 血清胆红素足月儿  $>342\mu\text{mol/L}$  (12mg/dl)。
- 4) 有胆红素脑病早期症状者。

##### (2) 换血护理:

1) 换血前禁食 4 小时或抽空胃内容物,开放静脉输液,换血术前 0.5 小时肌肉注射苯巴比妥,新生儿放在辐射保暖床上,仰卧位,四肢固定。

2) 在心电监护下遵医嘱进行换血治疗。

3) 换血过程应注意新生儿保暖,观察皮肤颜色及生命体征的变化,详细记录出入量、静脉压及用药。

4) 术后伤口用消毒纱布覆盖并包扎,保持敷料的清洁、干燥。

7. 术后继续蓝光照射治疗,观察病情变化,6 小时后可试喂糖水,无不良反应可喂奶。



8. 遵医嘱应用抗生素预防感染, 观察体温的变化。
9. 预防继发感染, 采取保护性隔离。

#### 【健康指导】

1. 宣传育儿保健常识, 介绍喂养的知识(讲解母乳喂养的好处及添加辅食的重要性)。
2. 讲解新生儿溶血的有关知识, 若黄疸严重、一般情况较差, 可暂停母乳喂养, 病情恢复后再恢复母乳喂养。
3. 有胆红素脑病后遗症者, 病情稳定后耐心训练吸吮及吞咽能力, 并嘱家长出院后继续进行肢体被动锻炼及智力的训练。
4. 注意预防脐部及皮肤的感染。

### 九、新生儿缺血缺氧性脑病护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 肌张力、头围大小, 有无血肿, 前囟是否饱满或凹陷。
  - (3) 精神反应、Apgar 评分结果。
  - (4) 新生儿拥抱、吸吮、吞咽等反射状况。
2. 家长对缺氧缺血性脑病的认知程度及心理承受能力。
3. 吸吮、自主呼吸能力。

#### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。
2. 置患儿于侧卧位, 加强巡视。
3. 定时观察呼吸困难程度, 有无青紫、鼻翼扇动、三凹征、气促、喘息、咳嗽、呛奶等症状, 发现异常立即通知医生, 必要时采取急救措施。
4. 定时监测神志、瞳孔、血压、呼吸、体温、神经反射及肌肉张力的变化, 若发现脑疝的征象立即通知医生, 配合医生进行抢救并记录。
5. 遵医嘱使用镇静、止血或脱水药物, 并注意药物疗效及副作用的观察。
6. 及时清理呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅, 避免发生窒息。
7. 遵医嘱给予足够的液体及营养, 喂奶时选择小奶头少量喂养; 呛咳者给予体位喂养, 无青紫发生可逐渐增加奶量。

#### 【健康指导】

1. 讲解本病的严重性、预后及可能出现的后遗症, 并给予心理上的安

慰。

2. 建议家长尽早到医院进行新生儿行为神经测定,以便早期发现脑损伤引起的异常,并预测其后期的性格和中枢神经系统情况。

3. 讲明尽早对新生儿进行功能训练及智能开发可减轻后遗症的意义,为家长提供心理和社会支持,改变家庭的应对能力。

4. 尽早对有后遗症的新生儿进行智能开发、对瘫痪患儿进行皮肤护理和肢体运动功能进行训练的方法。

5. 继续遵医嘱进行药物治疗,促进脑细胞功能的恢复。

6. 宣传育儿保健常识,介绍喂养的知识(母乳喂养的好处及添加辅食的重要性)。

## 十、新生儿硬肿症护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 硬肿的范围和程度。

(3) 四肢肌张力及末梢循环。

(4) 肛温、腋温及两者温差。

(5) 新生儿营养状况。

2. 家长对硬肿症的认知程度及心理承受能力。

3. 进食、吸吮能力。

### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 定时监测血压、脉搏、呼吸、体温、精神反应、哭声、拥抱、吞咽及吸吮等,每4小时记录1次。

3. 观察硬肿的程度及范围,四肢肌张力及末梢循环状况。

4. 根据硬肿程度进行复温,切忌使体温骤升

(1) 轻度:体温正常,仅有硬肿不需特殊处理。表现为体温偏低,入院0.5小时后当体温上升 $0.5^{\circ}\text{C}$ ,给予热水袋保温,热水袋水温低于 $50^{\circ}\text{C}$ ,并用毛巾包裹以防烫伤,4~6小时体温可升至 $36^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 轻~中度:肛温大于 $30^{\circ}\text{C}$ ,一般状况良好,可直接放入 $30^{\circ}\text{C}$ 暖箱,随体温上升,温箱逐渐升至 $30\sim 33^{\circ}\text{C}$ ,6~12小时体温可达到正常。

(3) 重度:体温低于 $30^{\circ}\text{C}$ ,腋温、肛温为负值,将患儿置于高出体温 $1\sim 2^{\circ}\text{C}$ 的暖箱中,每小时提高箱温 $1^{\circ}\text{C}$ ,使体温每小时上升 $0.5\sim 1^{\circ}\text{C}$ ,12~24小

时恢复正常体温，体温可达到 36.2~37.2℃ 之间。

5. 观察有无出血倾向，肺出血时配合医生进行抢救，人工呼吸时不要挤压胸部，以免加重出血。

6. 对有窒息、感染、缺氧及休克的新生儿及时给予氧气吸入。

7. 准确记录 24 小时出入量，严格控制输液速度，监测血气、血糖、电解质及肾功能等。

8. 加强皮肤护理，及时更换体位，观察受压部位皮肤颜色，以防皮肤破损。

9. 病情较轻者可经口喂养，不能经口进食者可经鼻饲或静脉给予营养。

#### 【健康指导】

1. 介绍正确的喂养知识（母乳喂养的好处及添加辅食的重要性）。

2. 注意新生儿保暖，室温控制在 22~24℃ 之间，预防感染。

3. 做好新生儿皮肤护理的方法。

### 十一、新生儿败血症护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无体温不规则或高热，脉细速，抽搐等感染症状。

(3) 有无呼吸困难，烦躁不安，皮肤发花等中毒休克症状。

(4) 了解血常规、脑脊液、尿常规及血培养等检查结果。

2. 家长对新生儿败血症的认知程度及心理承受能力。

3. 进食、吸吮能力。

#### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 观察有无前囟饱满、张力增高、头颅骨缝增宽、双眼凝视、肌张力增高、尖叫、抽搐等化脓性脑膜炎的症状，发现异常立即通知医生。

3. 观察有无呼吸困难、烦躁、发绀、脉细速、皮肤发花等中毒性休克的表现，发现异常立即通知医生，给予氧气吸入，并配合医生进行抢救。

4. 观察有无新的感染灶，如局部发红、耳道流脓等，腹胀无肠型，大便次数减少或无大便的病儿，警惕腹膜炎的发生。

5. 定时测量体温，体温过高给予物理降温，多喂水；体温不升者可放入暖箱；重症者给予监护，并随时准备急救。

6. 清除局部感染灶，防止感染蔓延扩散；加强口腔、脐部、臀部的护理，

保持皮肤清洁、干燥、完整。

7. 鼓励母乳喂养，病情轻者，可经口喂养；不能经口进食者，遵医嘱经鼻饲或静脉给予营养。

8. 遵医嘱使用抗生素，注意药物疗效及副作用的观察。

9. 接触患儿前后要洗手，皮肤感染，腹泻者均应注意隔离。

#### 【健康指导】

1. 讲解新生儿败血症的有关知识，注意患儿精神及体温的变化，发现异常及时就诊。

2. 介绍新生儿的喂养知识（母乳喂养的好处及添加辅食的重要性）。

3. 注意新生儿保暖、保持臀部皮肤及脐部清洁，预防感染的发生。

## 十二、新生儿破伤风护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无哭闹、张口、吸吮困难程度。

(3) 有无牙关紧闭、面肌痉挛、苦笑面容、角弓反张等。

(4) 有无阵发性痉挛发作症状。

2. 家长对新生儿破伤风的认知程度及心理承受能力。

3. 进食、吸吮能力。

#### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 保持病室安静，将新生儿置于光线暗淡的单独病室，禁止一切不必要的刺激，必需的操作如测体温、翻身、换尿布等应尽量集中进行。

3. 定时监测血压、脉搏、呼吸的变化。

4. 观察痉挛发作的次数、持续时间，呼吸、心率、面色等改变情况，发现异常立即通知医生，并做好抢救的准备。

5. 遵医嘱按时给予镇静、解痉药物，并注意药物疗效及副作用的观察。

6. 加强脐部护理，用消毒剪刀剪去残留脐带的远端并重新进行结扎，近端用3%过氧化氢或1:4 000高锰酸钾清洗，再用2%碘酊涂抹脐部，保持脐布干燥、清洁。

7. 保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物，防止窒息，必要时给予氧气吸入。

8. 加强口腔护理，每日用3%苏打水漱口，合并鹅口疮者遵医嘱用制霉菌

素液擦涂创面。

9. 注意皮肤护理，勤翻身，防止褥疮及坠积性肺炎的发生。出汗多时用软毛巾吸干汗水，以防皮肤糜烂及脓疱疹。

10. 病情轻者，可经口喂养，鼓励母乳喂养；不能经口进食者，遵医嘱给予鼻饲或静脉营养。

#### 【健康指导】

1. 宣传母乳喂养的好处，必要时用配方奶，指导喂养方法。
2. 保持新生儿皮肤清洁、干燥，注意保暖，防止受凉。
3. 尽早对新生儿肢体进行按摩，促进功能恢复。

### 十三、新生儿呕吐护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 呕吐时间、方式及性质。
  - (3) 有无胎粪排出。
2. 家长对新生儿呕吐的认知程度及心理承受能力。
3. 吸吮能力。

#### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。
2. 定时监测血压、脉搏及呼吸的变化，发现异常及时通知医生。
3. 观察呕吐与喂养关系、呕吐时间、呕吐物的颜色、性状及量，发现异常及时通知医生，并进行记录。
4. 观察腹胀、排便、排气等情况及有无其他伴随症状。
5. 由于喂养不当而引起的呕吐，可改变喂养方法，如少量多次，喂奶后将新生儿竖抱起，轻拍背部使气体排出，再轻放于床上。人工喂养者，奶头开孔大小要适宜，喂养要合理。
6. 呕吐严重者遵医嘱禁食，静脉补充营养。
7. 腹胀严重者给予胃肠减压，观察并记录引流液的颜色、量及性状。准确记录 24 小时出入量。
8. 禁食期间做好口腔护理，保持清洁，防止口腔感染。

#### 【健康指导】

1. 讲解新生儿呕吐的有关知识。
2. 介绍喂养知识（讲解母乳喂养的好处及添加辅食的重要性，讲解正确

喂奶的方法)。

3. 掌握护理皮肤的方法, 注意保暖, 预防感冒。

#### 十四、新生儿腹泻护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

##### (1) 生命体征

(2) 有无拒奶、呕吐、腹胀、尿少、面色发灰、皮肤发紫等症状。

(3) 腹泻的次数、大便有无酸臭味、有无脓血便。

(4) 了解血气、血生化、心电图等检查结果。

2. 家长对腹泻的认知程度及心理承受能力。

3. 进食、吸吮能力。

##### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 采取隔离措施: 根据大便性质、气味、便培养结果做好隔离工作。

3. 定时观察神志、面色、呼吸、皮肤弹性、四肢张力等。

4. 重症患儿及时吸氧, 安装心电监测仪。

5. 危重患儿输液使用输液泵, 遵医嘱控制输液速度。并定时测体重。

6. 观察有无腹胀, 大便次数、性质、气味、水分的多少, 同时观察尿量的变化, 并进行记录。

7. 定时观察体温的变化, 对体温低、四肢凉的患儿给予保温。对于高热的患儿, 及时采取降温措施。

8. 禁食的患儿每天定时进行口腔护理。

9. 保持皮肤清洁, 每天洗澡, 腋下, 腹股沟两侧涂石蜡油保持湿润, 避免皮肤干裂。

10. 因腹泻而引起的臀红, 每次便后用温水冲洗并擦干, 再涂鞣酸软膏。

##### 【健康指导】

1. 讲解预防新生儿腹泻的重要性及预防措施, 提倡母乳喂养, 降低腹泻发生率。

2. 定时观察新生儿体温的变化。

3. 观察新生儿排便次数恢复情况。

## 十五、新生儿化脓性脑膜炎护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 早产儿有无精神萎靡，反应差、面色发灰、呼吸不规则或暂停、嗜睡、哭声减弱、体温不升等症状。
  - (3) 足月儿有无烦躁、易激惹、尖叫、发热、呕吐、眼球上翻、肌张力增高、抽搐等脑膜刺激征。
  - (4) 了解脑脊液涂片，细菌培养及药敏试验等情况。
- #### 2. 家长对化脓性脑膜炎的认知程度及心理承受能力。
- #### 3. 进食、吸吮能力。

### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。
2. 定时观察病儿的反应、面色、体温、呼吸、四肢肌张力的变化，如发现病儿惊厥、面色发青、呼吸不规则或暂停等颅内压增高时，立即通知医生，立即给予氧气吸入。准备镇静及脱水药物等，积极配合抢救。
3. 病儿颅压增高时，常呈喷射状呕吐，注意病儿体位，防止误吸，并记录呕吐次数及呕吐量。
4. 病儿腰穿检查后，去枕平卧 6 小时后，方可取其他卧位。
5. 保持病儿皮肤清洁、干燥。颅压高的病儿易哭闹，多汗，故应勤洗澡，勤换衣，对高热者及时采取降温措施，体温不升者注意保温。
6. 因抗生素用量大，时间长及药物的副作用可导致病儿体内菌群紊乱，如发生鹅口疮、厌食、腹泻等症状，可针对不同情况给予处理。鹅口疮者加强口腔护理，遵医嘱给予对症治疗，厌食者可少量多次喂养，腹泻者加强臀部护理。

### 【健康指导】

1. 讲解化脓性脑膜炎对病儿的危害性，恢复期继续加强对病儿神智、体温、四肢肌力等情况的观察，促进康复。
2. 母乳喂养，观察进食情况。

## 十六、新生儿脓疱疮护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估



(1) 生命体征。

(2) 头、面部、皮肤皱褶处，躯干、四肢皮肤有无糜烂或形成脓疱，疱周有无红晕等感染症状。

(3) 病儿有无发热、烦躁、哭闹等临床表现。

(4) 了解血培养及其他检查结果。

2. 家长对脓疱疮的认知程度及心理承受能力。

3. 进食、吸吮能力。

### 【护理要点】

1. 按新生儿疾病一般护理要点。

2. 为病儿洗澡、保持皮肤的清洁、干净，特别要注意颈下、腋下、耳后、手心、腹股沟等处皮肤皱褶处要洗净，擦干，用石蜡油除去胎脂。

3. 对病儿全身脓疱逐一用 75% 乙醇棉球消毒后，刺破并挤出脓汁，保持局部的干燥。

4. 病儿衣物应柔软、干燥、透气性好，不宜包裹过多、过紧。

5. 遵医嘱输入抗生素，并注意疗效的观察。

6. 若病儿全身感染严重，密切观察精神状态，呼吸、体温、皮肤黄染情况及神经系统症状，发现异常及时通知医生。

### 【健康指导】

1. 注意新生儿皮肤的清洁护理，勤洗澡、勤更衣、勤换尿布。

2. 新生儿不宜包裹太严，盖得过厚，防止因不舒适，而引起哭闹、多汗。

3. 一旦发现皮肤上有小水疱或小脓点应及时处理，防止水疱或脓点的发展、扩散。

4. 家庭成员中皮肤有化脓性病变者，不应与新生儿接触。

## 第二节 小儿内科护理指南

### 一、小儿内科疾病一般护理要点

1. 热情接待病儿及家长，主动介绍医院规章制度和病房环境，介绍主管医生、护士姓名和联系电话。为病儿安排床位、通知医生，配合治疗及抢救。

2. 评估病儿生命体征及一般状况，并制定护理计划。

3. 加强饮食管理，根据医嘱、病情及年龄选择适宜的饮食（配方奶、婴儿饭、普食、治疗饮食）、特殊饮食，核对正确后再执行。

4. 保持病室温、湿度适宜，做好晨晚间护理，室内通风 2 次/天，20 分

钟/次。

5. 保持患儿皮肤、衣服、床单位清洁、整齐。

6. 患儿入院测量体温 4 次，连续 3 天，体温正常改为 2 次/天。发热患儿测量体温 4 次/天；特级护理、危重患儿测体温、脉搏、呼吸各 1 次/4 小时，或根据病情随时测量生命体征。

7. 每天记录大便次数，3 天无大便者，遵医嘱给予通便处理。病重者遵医嘱准确记录 24 小时出入量。

8. 每周测体重 1 次，严重水肿患儿每天测体重。尿检查阳性者，每周 2 次尿常规检查。

9. 患儿每周更衣 2 次，必要时随时更换。每周给患儿剪指甲一次，酌情理发。

10. 针对疾病做好健康宣教，及时向家长和患儿介绍喂养及饮食知识、护理方法及注意事项。

11. 做好心理护理，缓解家长和患儿紧张及焦虑情绪，积极配合治疗。

12. 做好出院指导，如休息、饮食、活动、药物用法、疾病观察及护理等。

13. 患儿出院后，做好床单位的终末消毒。

## 二、小儿营养性疾病护理要点

### （一）维生素 A 缺乏症患儿护理要点

#### 【评估】

#### 1. 病情评估

（1）生命体征。

（2）暗适应差、夜盲症、干眼、角膜溃疡或失明等眼部症状。

（3）皮肤黏膜、呼吸道、消化道及泌尿道有无感染。

（4）智力发育有无迟缓。

2. 家长对维生素 A 缺乏的认知程度及心理承受能力。

3. 患儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 观察眼部及皮肤黏膜的变化。

3. 双眼滴入消毒鱼肝油，缓解干眼症；滴入 0.25% 氯霉素眼药水或涂 0.5% 的红霉素眼药膏，预防继发感染。做眼部护理时应动作轻柔，切勿压迫眼球，防止角膜溃疡穿孔，虹膜脱出而引起失明。

4. 保持皮肤清洁。

5. 合理喂养, 提倡母乳喂养, 避免单纯以淀粉类食物喂养病儿。及时添加辅食, 供给富含维生素 A 的食物。

6. 轻症给予维生素 A 口服; 重症给予维生素 A 水溶制剂口服或肌肉注射; 也可用维生素 AD 制剂深部肌肉注射, 病情好转后改口服, 并逐渐减量。

#### 【健康指导】

1. 讲解合理喂养知识, 注意给病儿补充富含维生素 A 的食物。
2. 遵医嘱应用维生素 A 的剂量, 避免维生素 A 中毒。
3. 早产儿宜早给浓缩鱼肝油或维生素 AD 口服制剂。

#### (二) 维生素 A 中毒病儿护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 有无头痛、呕吐等颅内压增高的急性中毒症状慢性中毒的骨骼及皮肤症状。

2. 家长对维生素 A 中毒的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 定时观察病儿意识、瞳孔、心率、呼吸频率、节律及血压的变化, 发现异常及时报告医生。
3. 保持病儿安静, 避免哭闹, 必要时遵医嘱给予镇静及降颅压药物。
4. 保持大便通畅, 减少用力, 避免颅内压增高。
5. 观察病儿有无因慢性中毒而致的骨骼系统及皮肤黏膜的改变。
6. 避免一次大量摄入鲨鱼、鳕鱼或大比目鱼的肝脏。避免摄入富含维生素 A 的食物。
7. 立即停服维生素 A 制剂。

##### 【健康指导】

1. 讲解合理喂养的知识。
2. 介绍治疗和预防维生素 A 缺乏症的相关知识及遵医嘱补充维生素 A 的重要性。

#### (三) 维生素 D 缺乏症病儿护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。

(2) 有无烦躁、夜啼、多汗、枕秃等神经兴奋性增高的表现；有无方颅、肋骨串珠、漏斗胸、郝氏沟、“O”形腿或“X”形腿等骨骼病变；有无乏力、肌张力降低、蛙腹征、运动功能发育落后；有无免疫力低下的表现。

(3) 有无无热惊厥；手足搐搦；喉痉挛、呼吸困难等临床表现。

2. 家长对维生素 D 缺乏的认知程度及心理承受能力。

3. 患儿反应能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 观察手足搐搦症患儿有无呼吸困难的症状，防止窒息的发生。免疫力低下者，应加强生命体征的观察。

3. 对有佝偻病临床表现的患儿，增加日光照射，避免长时间的坐、站、走，以免发生骨骼畸形。鼓励做俯卧、抬头、展胸动作，下肢可做肌肉按摩，以矫正畸形，动作轻柔，避免发生骨折。

4. 出现惊厥或喉痉挛的患儿应立即给予吸氧，保持呼吸道通畅，控制惊厥或喉痉挛：遵医嘱用 10% 水合氯醛保留灌肠或注射镇静药物。

5. 合理喂养，提倡母乳喂养，或喂哺维生素 D 强化牛奶或奶粉，及时添加辅食。乳母应加强营养，多晒太阳，加服维生素 D 和钙剂。

6. 维生素 D 缺乏的佝偻病者以口服维生素 D 为主，病情好转后改为维生素 D 预防量。有合并症的佝偻病儿或无法口服者可先肌肉注射维生素 D<sub>3</sub>，2~3 个月后再口服预防量。

7. 维生素 D 缺乏手足搐搦症者静脉补充钙剂时，稀释后缓慢静脉注射（10 分钟以上），避免血钙骤升，而发生呕吐，甚至心跳骤停；静脉注射时，勿漏出血管外，一旦漏出，局部可冷敷或用硫酸镁湿敷；钙剂不可皮下或肌肉注射，以免造成局部坏死。

8. 惊厥反复发作时可静脉注射至惊厥停止后改为口服钙剂。轻症手足搐搦病儿可用 10% 氯化钙加入糖水稀释服用。症状控制后可按维生素 D 缺乏性佝偻病补充维生素 D。

#### 【健康指导】

1. 乳母在哺乳期间应加强营养，多晒太阳，加服维生素 D 和钙剂。

2. 婴儿出生后 2 周，开始服用预防量维生素 D 400IU/d 至 2 周岁。早产儿头 3 个月内，预防量应加倍。

3. 钙剂口服应稀释，并注意勿与牛奶混用。

4. 将患儿带至户外多晒太阳，夏季可在阴凉处，尽量多暴露皮肤；冬季在室内活动时应开窗。日光照射时间从 10 分钟逐渐延长至 2 小时。

#### （四）维生素 D 中毒患儿护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

（1）生命体征。

（2）有无厌食、恶心、呕吐、倦怠、烦躁不安、低热等症状。

（3）有无惊厥、血压升高、心律不齐、烦渴、尿频、夜尿、脱水等中毒的临床表现。

（4）了解尿液检查有无蛋白、红细胞、管型等。

2. 家长对维生素 D 中毒的认知程度及心理承受能力。

3. 患儿自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 嘱患儿卧床休息，减少活动，定时观察神智、心律、血压的变化。

3. 重症患儿观察有无惊厥、血压升高、心律不齐、烦渴、尿频、夜尿或慢性肾衰竭的症状。

4. 避免摄入富含维生素 D 的饮食，血钙过高应限制钙盐的摄入。

5. 遵医嘱停药维生素 D。

6. 血钙过高者，遵医嘱给予药物加速其排泄。

##### 【健康指导】

嘱家长遵医嘱按剂量使用维生素 D。

#### （五）锌缺乏症患儿护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

（1）生命体征。

（2）有无厌食、异食癖等消化功能减退症状及生长发育落后现象。

（3）是否感染；有无智能发育延迟，或有无地图舌、反复口腔溃疡等症状。

2. 家长对锌缺乏的认知程度及心理承受能力。

3. 患儿反应能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 口服补锌最好在饭前 1~2 小时，促进吸收。若有恶心、呕吐、腹泻等胃肠道副作用，可在饭后服用。

3. 鼓励进食富含锌的动物性食物；全胃肠道外静脉营养遵医嘱补锌。

4. 保持口腔清洁，口腔护理 1~2 次/天，防止口腔溃疡的发生。

5. 每天定时进行户外活动, 增强机体抵抗力。

#### 【健康指导】

1. 每天遵医嘱剂量补锌, 预防锌中毒。
2. 提倡母乳喂养, 初乳含锌丰富, 人乳锌吸收率较牛乳高。
3. 平衡膳食, 多食蛋黄、瘦肉、鱼、坚果类食物含锌丰富。
4. 早产儿、人工喂养、营养不良、长期腹泻、大面积烧伤等, 应遵医嘱补锌。

#### (六) 锌中毒患儿护理要点

##### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 有无恶心、呕吐、胃部不适等消化道刺激征状及脱水、电解质紊乱、贫血、生长迟缓等。
2. 家长对锌中毒的认知程度及心理承受能力。
3. 患儿自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 定时测量各项生长发育的指标, 观察生长发育的情况。
3. 鼓励患儿少量多次饮水, 保证机体对水的需要量。
4. 给予高热量、高维生素、易消化的饮食; 少量多餐, 维持机体生长发育对营养的需求。
5. 遵医嘱停止补锌。
6. 遵医嘱给予对症处理的药物。

##### 【健康指导】

嘱家长遵医嘱按剂量补锌。

#### (七) 碘缺乏患儿护理要点

##### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 新生儿期有无甲状腺功能低下; 儿童和青春期有无地方性甲状腺肿、地方性甲状腺功能减低症及单纯性聋哑症状。
  - (3) 有无长期轻度缺碘所出现的亚临床型甲状腺功能减低症。
2. 家长对碘缺乏的认知程度及心理承受能力。
3. 患儿反应能力。

**【护理要点】**

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 甲状腺肿大者，呼吸困难时及时给予氧气吸入。
3. 观察病儿有无动作迟缓、智力低下、表情淡漠、反应迟钝、嗜睡、怕冷、声音低哑及不爱活动等。
4. 鼓励病儿多与其他人交谈，减少孤独感。
5. 避免做有危险的动作，防止受伤。
6. 鼓励病儿多活动，刺激肠蠕动，防止便秘的发生。
7. 烹饪时应采用碘化食盐，鼓励多吃富含碘的食物。
8. 由于缺碘而引起的弥漫型重度甲状腺肿大且病程短者，遵医嘱应用复方碘溶液或碘化钾（钠），长期大量应用者，注意有无甲亢的发生。
9. 甲状腺功能减低者，遵医嘱药物治疗，从小剂量开始，每1~2周增加剂量1次，直至临床症状改善，血清 $T_4$ 和TSH正常后作为维持量使用，需终生治疗。用量不足时，病儿身高增长及骨骼生长迟缓；用量过大则可引起烦躁、多汗、消瘦、腹痛和腹泻等症状。

**【健康指导】**

1. 讲解每天遵医嘱补碘的重要性。
2. 多食碘化食盐；鼓励多吃海带等富含碘的食物，避免食萝卜、大豆、甘蓝菜、卷心菜等阻碍甲状腺激素合成的食物。
3. 碘油肌内注射其作用大约维持5年。

### 三、消化系统疾病病儿护理要点

#### （一）消化性溃疡病儿护理要点

**【评估】**

1. 病情评估
  - （1）生命体征。
  - （2）腹痛的部位、性质及与进食的关系，有无暖气、泛酸、上腹饱胀、恶心、呕吐等症状。
2. 家长对消化性溃疡病的认知程度及心理承受能力。
3. 病儿自理能力。

**【护理要点】**

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 定时监测意识状态、血压、脉搏、呼吸的变化。
3. 观察腹痛的部位、性质、程度及与进食的关系，及是否伴随其他消化



系统的症状。

4. 新生儿及婴幼儿急性消化性溃疡，要注意呕血、便血量的观察，发现异常立即通知医生。

5. 腹痛症状严重，大便潜血阳性的溃疡活动期病人，嘱其卧床休息。

6. 节律性腹部疼痛的病儿，可在疼痛前服用抗酸性食物或嘱其深呼吸、听音乐等分散其注意力。

7. 根据病情遵医嘱给予药物治疗，注意药物疗效及副作用的观察。

8. 给予高蛋白、高维生素、高热量、易消化的饮食，禁食刺激性食物。

9. 急性大出血、上腹痛严重和呕吐者暂禁食；出血缓解时给予流质或半流质饮食，少量多餐，避免空腹，进餐有规律，维持正常消化活动的节律。

#### 【健康指导】

1. 讲解消化性溃疡的相关知识，养成规律的生活及饮食习惯，减少溃疡的诱因。

2. 遵医嘱服用抗酸制剂和相应胃黏膜保护性药物，禁用对胃肠道有刺激性的药物。

#### （二）婴幼儿腹泻病儿护理要点

##### 【评估】

1. 病情评估

（1）生命体征。

（2）有无发热、呕吐、腹胀、腹痛、里急后重等症状。

（3）腹泻开始时间，大便性状、颜色、次数、量、气味及化验检查结果。

2. 家长对婴幼儿腹泻的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 定时监测病儿意识状态、血压、心率、呼吸、体温，皮肤弹性、黏膜是否干燥、眼窝前囟凹陷程度、四肢末梢循环及尿量等。

3. 准确记录大小便及呕吐的次数、量、颜色及性状。

4. 对肠道感染性腹泻的病儿，做好床边隔离，防止交叉感染。

5. 对高热者给予降温处理，擦干汗液，及时更衣。

6. 加强口腔护理，预防鹅口疮的发生。

7. 加强臀部皮肤护理，防止臀红的发生。

8. 勤翻身变换体位，腹胀者给予腹部热敷或肛门排气。

9. 遵医嘱给予抗生素，调节消化道功能、收敛、止泻的药物，注意药物

疗效及副作用的观察。

10. 轻度脱水者遵医嘱给予口服补液，口服补液的盐用温开水溶解，4~6小时内少量、多次服完。

中、重度脱水者，迅速建立静脉通路，遵医嘱按计划补液，掌握补液原则；营养不良或合并心肺疾患的病儿，输液速度宜慢，静脉补钾前观察排尿情况。

11. 腹泻脱水病儿除严重呕吐者暂禁食4~6小时（不禁水）外，均应继续进食；母乳喂养者继续哺乳，暂停辅食；人工喂养者，可喂米汤，少量多次。腹泻停止后，给予营养丰富、易消化的饮食。

#### 【健康指导】

1. 讲解婴幼儿腹泻的相关知识，指导家长掌握正确喂养知识。
2. 注意饮食卫生及食具的消毒。
3. 教育病儿饭前、便后洗手。
4. 气候变化时注意防止受凉或过热，夏季多饮水。
5. 及时为病儿治疗营养不良、佝偻病等，适当进行户外活动。
6. 遵医嘱应用抗生素，避免长期口服广谱抗生素而引起肠道菌群失调。

### 四、呼吸系统疾病病儿护理要点

#### （一）急性上呼吸道感染病儿护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

##### （1）生命体征。

（2）有无鼻塞、气促、咳嗽，咽部有无充血和疱疹，扁桃体及颈部淋巴结是否肿大，有无皮疹、腹痛及支气管、肺组织受累的表现。

2. 家长对急性呼吸道感染的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 急性期嘱病儿卧床休息；恢复期可适当活动。

3. 定时监测体温，高热者，给予物理或药物降温。有高热惊厥史的病儿，体温超过38℃时，及时给予降温，降温后及时复测体温。

4. 保持呼吸道通畅，及时清除鼻腔及咽喉部分泌物。鼻塞严重时，遵医嘱给予滴鼻药物；鼓励病儿咳嗽、排痰，痰液黏稠者，遵医嘱给予雾化吸入。

5. 保证病儿摄入充足的水分，饮食给予高热量、高维生素、易消化的流食或半流食，必要时遵医嘱静脉补充营养和水分。

6. 摄入充足的水分以协助降温 and 排出毒素。饮食给予高热量、高维生素易消化的流食或半流食，必要时静脉补充营养和水分。

7. 注意药物疗效及副作用的观察。

8. 保持口腔清洁，温盐水漱口 2 次/天。

9. 保持皮肤清洁，及时更换汗湿衣服，促进舒适。

#### 【健康指导】

1. 讲解预防上呼吸道感染的知识及护理要点。

2. 鼓励母乳喂养，保证病儿充足水分的摄入。

3. 多进行户外活动，增强机体抵抗力，根据天气变化，及时增减衣服，避免过热或过冷。

4. 呼吸道疾病流行期间，避免出入公共场所，减少感染机会。

#### （二）肺炎病儿护理要点

##### 【评估】

1. 病情评估

（1）生命体征。

（2）有无发热、咳嗽、气促、端坐呼吸、鼻翼扇动、三凹征、唇周发绀及肺部啰音等症状和体征。

（3）胸部 X 线及外周血液检查结果。

2. 家长对肺炎的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 嘱病儿卧床休息，定时测量体温，高热者，给予物理或药物降温，防止高热惊厥的发生。

3. 观察咳嗽程度，以及有无气促、鼻翼扇动、三凹征和口周青紫症状，有低氧血症、呼吸困难者，给予氧气吸入。

4. 呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物。

5. 指导病儿有效咳嗽，协助患儿排痰，痰液黏稠或不易咳出者，给予雾化吸入。严重喘憋者取半卧位，遵医嘱给予支气管解痉药物。

6. 保持皮肤清洁，及时更换衣服。保持口腔清洁，用温水漱口。

7. 给予易消化、营养丰富的流质或半流质饮食，少食多餐，鼓励病儿多饮水，保证液体的摄入量。

8. 哺喂时应耐心，防止呛咳；呛咳明显者，可给予鼻饲或静脉营养。

9. 遵医嘱给予抗生素治疗，注意药物疗效及副作用的观察。

**【健康指导】**

1. 讲解肺炎的相关知识及护理要点，定时测量体温。
2. 根据病情适当进行户外活动，注意保暖，避免受凉，适当增减衣服。

**（三）支气管哮喘患儿护理要点****【评估】**

## 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 呼吸频率、节律、深浅度。
- (3) 患儿体位。
- (4) 胸部 X 线检查、肺功能测定及血气分析的结果。
- (5) 以往治疗史。

## 2. 家长对支气管哮喘的认知程度及心理承受能力。

## 3. 患儿自理能力。

**【护理要点】**

## 1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 定时监测呼吸频率、节律及深浅度的变化。若出现意识障碍、呼吸衰竭等，及时配合医生进行抢救。

3. 保持呼吸道通畅，取坐位或半卧位，缺氧者给予低流量氧气吸入，氧浓度不宜超过 40%。对痰多而无力咳出者，及时给予吸痰。

## 4. 哮喘症状明显者，遵医嘱给予支气管扩张剂和肾上腺皮质激素。

5. 观察  $\beta_2$  受体激动剂、氨茶碱、肾上腺皮质激素药物的疗效及副作用。

## 6. 遵医嘱给予抗生素，注意疗效及副作用的观察。

## 7. 保证患儿摄入足够的水分，给予高热量、高维生素、易消化的饮食。

**【健康指导】**

## 1. 讲解哮喘发作的诱因，避免接触过敏源，去除诱因。

2. 教会患儿及家长辨认哮喘发作的早期征象、发作表现及适当的处理方法。

## 3. 正确、安全用药。

## 4. 加强体育锻炼，增强体质，改善肺功能，减少呼吸道感染。

**五、心血管系统疾病患儿护理要点****（一）先天性心脏病患儿护理要点****【评估】**

## 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无乏力、气促、多汗、喂养困难，哭闹时是否出现暂时青紫或青紫加重等。

2. 家长对先天性心脏病的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 心功能不全的病儿，取半坐位，绝对卧床休息；恢复期，可逐渐增加活动量。

3. 定时监测病儿血压、呼吸、脉搏节律及强弱的变化，发现异常及时通知医生。

4. 呼吸困难者给予氧气吸入，鼻导管法吸氧 1~3L/min；面罩吸氧 5~8L/min。

5. 注意静脉输液控制在 10~15 滴/分，必要时使用输液泵控制滴速。

6. 服用洋地黄药物后，注意药物疗效及副作用的观察（见服用洋地黄护理要点），发现异常立即通知医生。

7. 准确记录 24 小时出入量，尿量小于 500ml 时，及时通知医生。水肿者每日清晨空腹测体重。

8. 给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食，少量多餐。出现青紫时，可休息片刻或给以吸氧治疗，必要时给予鼻饲。有水肿者限制水、钠的摄入量。

9. 保持大便通畅，3 天无大便者给以通便。

#### 【健康指导】

1. 讲解先天性心脏病的相关知识，遵医嘱服用洋地黄药物。

2. 合理安排作息時間，避免剧烈活动和哭闹，保证充足睡眠。

3. 注意天气变化，随时增减衣服，防止感染。

4. 合理喂养病儿，增强体质，为手术做准备。

#### （二）病毒性心肌炎病儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无头晕、心悸、乏力、胸闷、胸前区不适等症状。

2. 家长对病毒性心肌炎的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

**【护理要点】**

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 定时监测病儿心率、脉搏的变化，必要时实施心电监护（心功能不全者，按心功能不全护理要点）。
3. 嘱病儿卧床休息至热退后 3~4 周，病情基本平稳后，逐渐增加活动量。
4. 遵医嘱给以营养心肌药物，注意药物疗效及副作用的观察。
5. 需较长时间静脉输液时，可选用静脉留置针，以保证药物疗程。
6. 保持大小便通畅，防止便秘。
7. 给予高热量、高蛋白、高维生素、清淡、易消化的饮食，少量多餐，多食新鲜蔬菜及水果。

**【健康指导】**

1. 讲解心肌炎的相关知识，遵医嘱服药治疗。
2. 根据心功能情况，逐渐增加活动量，病初 6 个月内避免剧烈活动。
3. 合理安排作息时间，保证充足睡眠。
4. 增强机体抵抗力，预防上呼吸道感染。

**（三）服用洋地黄药物的护理要点**

1. 服用洋地黄药物前数脉搏 1 分钟，儿童低于 60 次/分或大于 100 次/分，婴儿低于 80 次/分或大于 160 次/分应停药，并通知医生。

2. 口服洋地黄药物时，剂量要准确，若为地高辛水剂药物时，可用 1ml 注射器抽取再吸少许空气去掉针头直接口服，避免与其他药物同时服用，若服用维生素 C 间隔时间应大于 30 分钟以免影响洋地黄的治疗效果。

3. 应用利尿药物时，应熟悉利尿药物的药理作用，注意水电解质的平衡，防止因低钾而引起药物的毒性反应。

4. 药物疗效的观察：观察病儿心音是否有力、脉搏是否减慢、脉搏搏动是否增强、呼吸是否平稳，口唇、指甲发绀是否有所好转等。

**5. 药物中毒反应的观察**

- (1) 胃肠道反应：食欲减退、恶心、呕吐、腹泻；
- (2) 神经反应：头晕、嗜睡、黄视、复视；
- (3) 心血管反应：房室传导阻滞、房性及室性早搏、室速、室颤等心律失常。

**六、泌尿系统疾病病儿护理要点****（一）急性肾小球肾炎病儿护理要点****【评估】****1. 病情评估**

- (1) 生命体征。
- (2) 尿液的颜色及尿量。
- (3) 体重及水肿程度。
- (4) 了解尿液及血液生化检查结果。
2. 家长对急性肾小球肾炎的认知程度及心理承受能力。
3. 病儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 每天定时测量血压，有症状者应给予降压药，以防止烦躁不安或惊厥，防止高血压脑病的发生。
3. 水肿严重者嘱其卧床休息，水肿消退、血压平稳、肉眼血尿消失后，可进行轻微活动或户外散步。
4. 观察水肿的部位及程度，每周测体重 2 次。
5. 水肿严重者每天测体重，遵医嘱给予利尿剂，并观察用药前后体重、尿量及水肿的变化并做好记录。
6. 准确记录 24 小时出入量。
7. 观察尿的颜色，每周留晨尿 2 次进行尿常规检查。
8. 饮食以低盐、高热量、高维生素、适量蛋白质为原则，在尿量增加、水肿消退、血压正常后，可恢复正常饮食。
9. 严重水肿及心力衰竭者，在利尿、镇静等措施无效时，遵医嘱应用强心药物，并注意药物疗效及副作用的观察。
10. 保持会阴清洁。

#### 【健康指导】

1. 讲解链球菌感染与本病的关系，预防链球菌感染。
2. 遵医嘱给病儿服药及饮食。
3. 遵医嘱安排病儿休息，避免剧烈活动。

#### (二) 肾病综合征病儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 体重、有无水肿及水肿的部位和程度。
  - (3) 尿液的颜色和量。
  - (4) 尿液及血液生化检查结果。
2. 家长对肾病综合征的认知程度及心理承受能力。



3. 病儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 严重水肿和高血压者嘱其卧床休息，一般患儿不需要过多限制活动。
3. 观察水肿的情况，准确记录 24 小时出入量，每天测量腹围、体重。
4. 观察尿的颜色及量，每周进行两次尿常规检查、定期送检 24 小时尿进行尿蛋白定量测定。
5. 水肿者保持皮肤清洁、干燥，及时更换内衣，保持被褥的清洁干燥及松软，避免擦伤和受压，定时翻身，有条件时可使用气垫床。
6. 激素治疗过程中应注意药物疗效及副作用的观察。
7. 应用利尿剂期间，注意观察尿量及水肿消退情况。
8. 严重水肿者避免肌肉注射药物，必须注射时，局部按压时间适当延长。
9. 水肿严重、尿少或无尿时，给予无盐饮食，限制水摄入量。水肿消退，尿量正常后，给予低盐饮食，不要过分限制食盐；食欲正常后，可适当多进优质蛋白，补充多种维生素。

#### 【健康指导】

1. 讲解激素治疗对本病的重要性，遵医嘱服药，不可擅自停药。
2. 感染是本病复发的主要因素，讲解预防感染的重要性及方法。
3. 恢复期根据病情合理安排病儿活动，避免剧烈运动。

#### （三）泌尿系感染病儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - （1）生命体征。
  - （2）有无发热、排尿时哭闹，年长病儿有无膀胱刺激征状。
  - （3）尿液常规化验结果。
2. 家长对泌尿系感染的认知程度及心理承受能力。
3. 病儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 急性期卧床休息，鼓励多饮水、多排尿。
3. 定时观察年长病儿体温变化，有无寒战、腹痛、呕吐、腰痛及膀胱刺激征。
4. 观察婴幼儿有无突然高热及胃肠道和神经系统症状，排尿时有无哭闹，

尿液有无恶臭味等。

5. 观察新生儿有无体温不升、皮肤苍白、拒奶、呕吐、腹泻、嗜睡和惊厥等症状。

6. 发热者给予物理降温或药物降温，及时擦干汗液并更衣。

7. 保持会阴清洁，便后冲洗会阴，小婴儿勤换尿布。

8. 应用抗生素前留取尿液进行尿常规检查及尿液培养，治疗后定期复查尿常规、尿培养，以了解病情的变化和治疗效果。

9. 遵医嘱给予抗菌药物，注意药物疗效及副作用的观察。

10. 服用磺胺类药物时，注意有无血尿、尿闭、药物热及药物疹等副作用，定时测定尿液的酸碱度。

11. 给予高营养、高热量、高维生素易消化的饮食。

#### 【健康指导】

1. 不要给幼儿穿开裆裤，勤换尿布，便后及时清洗会阴部，保持清洁，女孩清洗外阴时，要从前向后清洗并擦干。

2. 根治蛲虫病，避免尿道异物，减少局部刺激。包皮过长者需行外科手术。

3. 遵医嘱按时服药，防止复发与再感染。

### 七、血液系统疾病患儿护理要点

#### （一）营养缺铁性贫血患儿护理要点

##### 【评估】

1. 病情评估

（1）生命体征。

（2）贫血的程度，有无头晕、耳鸣、乏力等临产表现。

（3）了解血液检查结果。

2. 家长对营养性缺铁性贫血的认知程度及心理承受能力。

3. 患儿自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 监测患儿血压、心率的变化，观察有无头晕、耳鸣、活动后乏力等症状。

3. 观察患儿的面色、口腔黏膜及甲床苍白程度。

4. 重度贫血的患儿，若活动后出现心悸、气短，嘱其卧床休息。

5. 观察患儿有无食欲减退、异食癖及记忆力减退、智力低下等症状。

6. 口服铁剂, 最好安排在两餐之间服药, 从小剂量开始, 以减少对胃肠道的刺激, 可与稀盐酸和 (或) 维生素 C 同服以利吸收, 忌与抑制铁吸收的食品同服。口服铁剂药液时, 为预防牙齿发黑, 可用吸管服用。大便发黑属正常现象。

7. 肌内注射铁剂, 每次应更换注射部位, 以免引起组织坏死。

8. 对早产儿及低体重儿生后 2 个月左右, 即可给予铁剂进行预防性治疗。

9. 加强营养, 纠正不良的饮食习惯, 注意饮食搭配, 保证铁剂的摄入和吸收。避免咖啡、牛奶等食物与含铁多的食品同时服用。

10. 保持口腔清洁, 鼓励病儿多饮水, 预防和治疗口腔炎症。

### 【健康指导】

1. 讲解饮食平衡、不偏食的重要性, 加强营养, 合理安排饮食, 提供含铁食品及有关营养方面的资料。

2. 贫血纠正后, 仍需坚持合理搭配膳食。

### (二) 急性白血病病儿护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无发热、感染、出血及贫血程度。

(3) 有无头痛、呕吐、骨与关节疼痛等症状。

(4) 外周血象及骨髓的检查结果。

2. 家长对急性白血病的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 卧床休息, 避免剧烈活动, 与其他感染病儿分室居住, 病室定时进行紫外线消毒, 限制探视人数及次数。

3. 观察病情变化, 定时监测体温、脉搏、呼吸、血压。

4. 观察病儿有无出血症状、出血的部位、出血量。

5. 观察有无脑膜白血病并发症的发生。

6. 观察皮肤、黏膜有无感染症状。

7. 高热病儿降温时, 避免用乙醇擦浴或可引起白细胞减少的退热药物。

8. 保持病儿口腔清洁, 进食后用温开水或洗必泰液漱口; 选用柔软牙刷刷牙, 以免损伤口腔黏膜。有口腔溃疡或真菌感染时, 遵医嘱给予对症处理。

9. 勤换衣裤, 减少毛囊炎和皮肤疖肿的发生。
10. 保持大便通畅, 便后用温水或生理盐水清洁肛门, 保持会阴部清洁和干燥。
11. 加强出血症状的观察及护理, 警惕 DIC 的发生
  - (1) 鼻出血: 鼻部冷敷, 用 1:1 000 肾上腺素棉条填塞压迫止血, 严重时, 用油纱条进行后鼻道填塞止血。
  - (2) 消化道出血: 卧床休息, 禁食、禁水, 给予止血和补充血容量。
  - (3) 头面部出血: 眼眶周围淤斑、眼底出血嘱患儿卧床休息, 遵医嘱给予治疗。
  - (4) 颅内出血: 平卧位, 高流量吸氧, 头部可给予冰袋或冰帽, 严密观察病情变化并及时记录。
12. 疼痛护理 卧床休息, 给予局部按摩、变换体位、冷敷、穴位压迫或遵医嘱给予镇痛药物。
13. 静脉应用化疗药物注意问题及护理措施
  - (1) 根据化疗方案, 严格执行给药途径, 注意化疗药物的合理使用及毒副反应的观察。
  - (2) 化疗药物静脉滴注时, 其穿刺部位从远心端开始, 左、右肢体静脉交替使用。
  - (3) 避免经下肢静脉注射, 因血流缓慢, 易导致血栓形成。
  - (4) 注射化疗药物前后, 用生理盐水冲管, 防止因药物滞留, 而刺激血管内膜。
  - (5) 光照后易分解的药物, 应使用避光输液器, 以免影响药物疗效。
  - (6) 骨髓抑制 应实施保护性隔离, 避免交叉感染, 定时了解患儿外周血象的变化。
  - (7) 应用环磷酰胺、甲氨蝶呤药物前, 嘱患儿多饮水, 保证水的充足入量, 并给予碳酸氢钠碱化尿液, 防止或减轻副作用的发生。
  - (8) 应用抗肿瘤药物时, 若患儿出现食欲减退、恶心、呕吐时, 遵医嘱给予对症处理药物。
  - (9) 鞘内注射时应缓慢推入药液, 术后平卧 6 小时。
14. 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食, 禁食用过硬、过冷、刺激性强的食品, 以免损伤消化道黏膜。

#### 【健康指导】

1. 讲解白血病的相关知识, 宣传白血病的预后的新进展, 以增强战胜疾病的信心。

2. 讲解化疗药物的作用及毒副反应，定期进行血象、骨髓、肝、肾功能、脑脊液等化验检查的必要性，使其积极配合治疗。
3. 合理搭配饮食，保证患儿营养的摄入，促进康复。

## 八、神经系统疾病患儿护理要点

### （一）细菌性脑膜炎患儿护理要点

#### 【评估】

#### 1. 病情评估

- （1）生命体征。
- （2）有无发热、头疼、呕吐、烦躁不安、惊厥等表现及前囟隆起及脑膜刺激征。

2. 家长对细菌性脑膜炎的认知程度心理承受能力。

3. 患儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 绝对卧床休息，减少干扰。
3. 定时监测患儿意识状态、血压、瞳孔、脉搏、呼吸及体温的变化，发现异常立即通知医生，并做好抢救的准备。
4. 高热患儿给予物理或药物降温。
5. 遵医嘱定时给予抗生素。
6. 静脉推注降颅压药物时，随时监测血压的变化。
7. 昏迷患儿根据病情给予口腔护理。
8. 及时记录病情变化及出入液量。
9. 定时翻身，按摩受压部位，保持肢体功能位，防止足下垂的发生。
10. 给予高热量、高蛋白、高维生素、清淡、易消化的饮食，少量多餐。不能进食者，给予鼻饲或静脉高营养。
11. 遵医嘱协助患儿进行肢体主动、被动的功能锻炼。

#### 【健康指导】

1. 讲解细菌性脑膜炎的相关知识，教会护理患儿的方法。
2. 嘱家长定时协助患儿进行功能训练及康复治疗，促进肢体的恢复，减轻后遗症症状。

### （二）病毒性脑膜炎、脑炎患儿护理要点

#### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 有无高热头疼、恶心、呕吐，表情淡漠、嗜睡、意识障碍或神志不清、谵妄、昏迷等。

(3) 有无肢体运动功能障碍。

2. 家长对病毒性脑膜炎的认知程度及心理承受能力。

3. 患儿自理能力

#### 【护理要点】

1. 按小儿科内科疾病一般护理要点。

2. 定时监测患儿意识状态、血压、瞳孔、脉搏、呼吸及体温的变化，并进行记录，发现异常立即通知医生。

3. 高热患儿给予物理或药物降温。

4. 定时翻身拍背，痰液黏稠不易咳出时，给予雾化吸入、吸痰，保持呼吸道通畅。

5. 烦躁患儿，遵医嘱给予镇静药物。

6. 遵医嘱给予抗病毒药物。

7. 遵医嘱静脉推注降颅压药物，随时观察血压的变化。

8. 卧床期间协助患儿洗漱、进食、大小便及个人卫生等。

9. 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食，少量多餐。昏迷患儿给予鼻饲或给予静脉高营养。

10. 保持瘫痪肢体功能位，病情稳定后，进行肢体的主动和被动锻炼。

#### 【健康指导】

1. 讲解病毒性脑膜炎的相关知识，教会护理患儿的方法。

2. 定时协助患儿进行功能训练及康复治疗，减轻后遗症的症状。

#### (三) 癫痫患儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 抽搐部位、强度、持续时间、次数及间隔时间。

2. 家长对癫痫的认识程度及心理承受能力。

3. 患儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 随时观察患儿有无发作的先兆。

3. 发作时立即解开衣领和皮带，摘掉眼镜，去枕平卧，头偏向一侧，清

除口腔分泌物，保持呼吸道通畅，必要时吸氧，用牙垫防止咬伤舌头。

4. 观察患儿发作过程、间隔时间、神志、瞳孔、脉搏、呼吸、面色的变化、并记录。

5. 遵医嘱给予抗惊厥药物，并注意疗效的观察。

6. 给予高营养、高维生素饮食，多吃新鲜蔬菜和水果，不食辛辣食物，不暴饮暴食，不饮含兴奋剂饮料。多饮水、多活动，保持大便通畅。

#### 【健康指导】

1. 讲解癫痫的相关知识，指导家长和患儿对癫痫有正确的认识，防止各种诱发因素。

2. 教会家长癫痫发作时保护患儿的方法。

3. 遵医嘱坚持、按时给患儿服药。服药期间定期检查血象、肝肾功能及药物血浓度等。

4. 培养患儿良好的生活习惯，保证充足的休息和睡眠，情绪稳定，避免过度兴奋和疲劳；避免进行危险的活动。

#### （四）脑性瘫痪患儿护理要点

##### 【评估】

1. 病情评估

（1）生命体征。

（2）有无肌张力、姿势异常，有无异常反射，智力、语言障碍、认知和行为的改变。

2. 家长对脑性瘫痪的认识程度及心理承受能力。

3. 患儿自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 根据患儿年龄进行日常生活功能的训练。

3. 伴有听力、语言障碍的患儿，按正常小儿语言发育的规律进行训练，多给患儿丰富的语言刺激，鼓励其发声、矫正发声异常。

4. 肢体瘫痪的患儿保持肢体功能位，并尽早进行被动及主动的功能训练。

5. 保持皮肤清洁、干燥，预防褥疮及其他感染。

6. 提供进餐环境，挑选容易下咽的食品，鼓励患儿自己进食，进食不可过快，保证患儿有充分的咀嚼时间。吞咽困难者，遵医嘱给予鼻饲。保持口腔清洁，每次进餐前后，进行口腔护理。

7. 提供高热量、高蛋白易消化的饮食。



**【健康指导】**

1. 讲解脑性瘫痪的相关知识及患儿护理要点。
2. 讲解患儿活动和训练的重要性，及早进行康复治疗。
3. 鼓励患儿多做治疗动作，锻炼肌肉的力量和耐力，协助肢体和语言恢复，达到自我照顾的目的。

## 九、内分泌系统疾病患儿护理要点

### （一）先天性肾上腺皮质增生症患儿护理要点

**【评估】**

#### 1. 病情评估

- （1）生命体征。
- （2）有无呕吐、腹泻、脱水、消瘦、呼吸困难和发绀等症状。

#### 2. 家长对肾上腺皮质增生的认知程度及心理承受能力。

#### 3. 患儿自理能力。

**【护理要点】**

#### 1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

#### 2. 观察患儿有无呕吐、腹泻、脱水、消瘦、呼吸困难和发绀等症状。

3. 若患儿出现呕吐、腹泻时，观察有无脱水症状，必要时遵医嘱及时补液。若出现呼吸衰竭症状时，立即通知医生，并做好抢救的准备。

4. 遵医嘱应用皮质醇类药物，注意药物疗效及副作用的观察，在治疗过程中监测血浆药物浓度，随时遵医嘱调节激素的用量。

5. 监测小儿生长发育指标，定期测量身高、体重，观察骨骼系统发育情况，并记录。

#### 6. 给予高蛋白、高热量、高维生素易消化的饮食，鼓励患儿多饮水。

**【健康指导】**

1. 讲解肾上腺皮质增生症的相关知识，使患儿正确看待自我形象的改变，鼓励患儿表达自己的情感和想法，帮助其适应社会活动和人际交往。

#### 2. 遵医嘱坚持、按剂量服药。

### （二）糖尿病患儿护理要点

**【评估】**

#### 1. 病情评估

##### （1）生命体征。

（2）有无多尿、多饮、多食、体重减轻、精神不振、倦怠、乏力等症状。

2. 家长对糖尿病的认知程度及心理承受能力。
3. 患儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 观察患儿有无多尿、烦渴、多饮、多食、疲乏等症状。
3. 观察患儿有无恶心、呕吐、腹痛、神志模糊、嗜睡、甚至昏迷等酮症酸中毒等症状，发现异常立即通知医生。
4. 观察患儿有无心悸、出汗、头晕等低血糖表现症状，发现异常及时对症处理。
5. 有计划地选择上臂、大腿和腹壁等不同部位按顺序轮换注射胰岛素，1个月内不要在同一部位注射2次。
6. 记录出入水量及进食量。
7. 因尿糖刺激会阴部可引起瘙痒，及时进行会阴部护理，预防尿路感染的发生，婴儿需及时更换尿布。
8. 对烦渴患儿提供足够的饮用水，以防脱水发生。
9. 预防交叉感染，避免与感染患儿接触。
10. 全天热量分为三餐，分别占1/5、2/5、2/5，并在每餐中留少量食物作为餐间点心，定时进食。
11. 每周测体重1次。

#### 【健康指导】

1. 讲解糖尿病的相关知识，教会患儿及家长识别低血糖的症状，一旦发生，立即平卧，进食糖水或糖块。
2. 教会家长血糖、尿糖的监测方法（包括年龄大的患儿）。
3. 教会家长正确抽吸和注射胰岛素的方法。
4. 坚持有规律的生活、遵医嘱进行饮食管理及治疗。
5. 注意加强体育锻炼，增强机体抵抗力，避免感染。

### 十、遗传代谢性疾病患儿护理要点

#### （一）遗传代谢性缺陷病患儿护理要点

##### 【评估】

1. 病情评估
  - （1）生命体征。
  - （2）有无特殊面容、智力、精神、神经症状及体征。
2. 家长对遗传代谢性缺陷病的认知程度及心理承受能力。

### 3. 患儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 合理安排患儿日常生活起居，减轻家长心理负担。
3. 观察患儿有无表情呆滞或烦躁、惊厥及喂养困难等。
4. 遵医嘱给予对症药物治疗，药物应按时服用，并注意药物疗效及副作用的观察。定时进行肝、肾功能的检查。

5. 根据遗传代谢疾病的病因给予饮食调节。如苯丙酮尿症者，应限制饮食中苯丙氨酸的含量，给予低苯丙氨酸食物。肝糖原累积症者，应给予口服生玉米淀粉（用温水调匀）75g/kg，2~4次/天，高维生素易消化的饮食，少量多餐，防止低血糖发生。酸中毒时，应控制脂肪的摄入。

#### 【健康指导】

1. 讲解遗传代谢性疾病的相关知识，减轻其精神及心理的压力。
2. 遵医嘱按时、按剂量服药，注意疗效及副作用的观察。
3. 遵医嘱安排患儿饮食。

### （二）苯丙酮尿症患儿护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- （1）生命体征。
  - （2）智力低下的状况及喂养困难的程度。
  - （3）毛发、皮肤情况。
  - （4）尿液和汗液是否有鼠尿味。
2. 家长对苯丙酮尿症的认知程度及心理承受能力。
  3. 患儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 定时观察患儿体温、呼吸、脉搏、血压的变化。
3. 观察头发、皮肤、神智、智力方面的改变。
4. 遵医嘱给予药物治疗，注意疗效和副作用的观察。
5. 保持衣服清洁、干燥，减少对皮肤的刺激。
6. 剪短指甲或带防护手套，预防抓伤皮肤。
7. 每次便后用温水冲洗，局部涂抹鞣酸软膏，瘙痒时给予对症处理。
8. 限制饮食中苯丙氨酸的含量，给予低苯丙氨酸蛋白饮食，监测血浆苯丙氨酸的水平。

**【健康指导】**

1. 讲解苯丙酮尿症相关知识,使家长了解本病的病因,按时、按剂量服药。
2. 讲解饮食治疗的重要性,鼓励家长及患儿坚持服用低苯丙氨酸蛋白饮食。鼓励患儿按照医生的要求进食,减少苯丙氨酸摄入。
3. 在医生指导下,根据年龄、体重所需营养成分及量,制定食谱。饮食治疗开始越早,对智力损害越小,随着年龄的增长,可选用大米、小米、白菜、土豆、菠菜等。既限制了苯丙氨酸的摄入,又能保证患儿的营养的需要。定期随访到学龄期,6~8岁后可放松饮食的限制,但低苯丙氨酸饮食至少需要持续到青春期后。

**十一、传染性疾病患儿护理要点****(一) 猩红热患儿护理要点****【评估】****1. 病情评估**

- (1) 生命体征。
  - (2) 有无发热、头痛、咽痛、咳嗽、流涕等症状及皮疹出现的时间、部位及形态。
2. 家长对猩红热的认识程度及心理承受能力。
  3. 患儿自理能力。

**【护理要点】**

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 定时监测患儿心率、脉搏、呼吸及体温的变化,发现异常及时通知医生。
3. 发热患儿及时给予物理或药物降温。
4. 遵医嘱定时给予抗生素。观察药物的疗效及副作用。
5. 保持皮肤清洁,禁用肥皂清洗皮肤。皮肤瘙痒时给予对症处理;皮肤有脱屑时及时给予清理;皮屑未完全脱落时,可用剪刀修去,切勿强行剥离,以免损害皮肤而导致继发感染。
6. 溶血性链球菌主要侵犯上呼吸道黏膜,注意保持口、鼻、咽部的清洁,定时用生理盐水含漱,唇部涂液状石蜡油,以防干裂。
7. 发病后2~3周遵医嘱留取尿液进行常规检查,以除外肾小球肾炎。
8. 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的流质或半流质饮食,多饮水,加快体内毒素的排泄。

**【健康指导】**

1. 教会家长为病儿进行皮肤护理的方法, 预防皮肤破溃感染的发生。
2. 发现病情变化及时就医。

**(二) 麻疹病儿护理要点****【评估】****1. 病情评估**

- (1) 生命体征。
- (2) 有无发热、咳嗽、流涕、流泪等呼吸道卡他症状。
- (3) 口腔有无麻疹黏膜斑、体表皮疹的形态、出疹的顺序等。

**2. 家长对麻疹的认知程度及心理承受能力。****3. 病儿自理能力。****【护理要点】****1. 按小儿内科疾病一般护理要点。**

2. 定时监测体温热型的变化, 高热出疹期, 可用物理降温; 若高热惊厥或超高热时, 及时通知医生。遵医嘱慎用退热药, 以免影响透疹, 导致并发症的发生。

3. 高热病儿嘱其卧床休息, 直至皮疹消退、体温恢复正常。室内光线柔和, 每天定时开窗通风。

4. 鼓励病儿多饮水, 必要时静脉补液, 加快体内毒素的排泄。

5. 遵医嘱定时给予抗生素。观察药物的疗效及副作用。

6. 保持床单整洁、干燥, 保持皮肤清洁与完整, 出汗后及时擦干并更换衣被。

7. 在保温情况下, 每天用温水擦浴更衣 (忌用肥皂), 腹泻病儿注意臀部清洁。

8. 勤为病儿剪指甲, 以防抓伤皮肤而造成感染, 脱屑时不能用手剥脱, 让其自然脱落。

9. 保持眼、耳、口的清洁, 遵医嘱给病儿口服维生素 A, 预防干眼病; 病儿烦躁、瘙痒剧烈时, 给予抗组胺药物。

10. 预防感染传播, 采取呼吸道隔离至出疹后 5 天; 有并发症时, 延至出疹后 10 天; 密切接触者应检疫观察 21 天。

11. 病儿衣被及玩具等在阳光下暴晒。

12. 发热期间给予清淡、易消化的流质饮食, 少量多餐, 多喂热水及热汤, 恢复期可添加高蛋白、高维生素的食物。

**【健康指导】**

1. 讲解麻疹的相关知识，指导其如何进行隔离消毒、皮肤护理及病情观察等，防止感染及并发症。

2. 病儿出院恢复期内，不宜出入公共场所，以免感染其他疾病。

**（三）水痘病儿护理要点****【评估】****1. 病情评估**

（1）生命体征。

（2）有无低热、厌食等症状、皮疹形态、分布部位及有无同时出现各期皮疹。

2. 家长对水痘的认识程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

**【护理要点】**

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 采取呼吸道隔离至疱疹全部结疤为止。

3. 定时观察体温、皮疹的变化，及时发现并发症。

4. 嘱病儿卧床休息至热退，中低度发热，可不作降温处理；高热病儿，给予物理或药物降温（避免应用水杨酸钠制剂）。

5. 有合并症者，遵医嘱给予对症治疗，注意药物疗效及副作用的观察。

6. 病儿衣服宽大柔软、被褥整洁，不宜过厚，以免引起不适。

7. 保持手的清洁，剪短指甲，婴幼儿可戴并指手套，以免抓伤皮肤、引起继发感染或留下瘢痕。皮肤瘙痒时，设法分散其注意力，或遵医嘱使用止痒镇静药物。皮肤感染者，局部用抗生素软膏，控制感染。

8. 口腔有黏膜疱疹时可用碱性液或生理盐水漱口。

9. 给予富含营养、清淡的饮食，多饮水。

**【健康指导】**

1. 讲解水痘的相关知识，教会其护理病儿皮肤的方法，预防皮肤感染。

2. 出院后仍需治疗者，遵医嘱用药，禁用肾上腺皮质激素类药物。

3. 病儿出院恢复期内，不宜出入公共场所，以免感染其他疾病。

**（四）流行性腮腺炎病儿护理要点****【评估】****1. 病情评估**

（1）生命体征。

（2）有无发热、头痛、恶心、呕吐及腮腺肿大程度。

2. 家长对流行性腮腺炎的认识程度及心理承受能力。
3. 患儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 采取呼吸道隔离直至腮腺肿大完全消退。
3. 定时监测体温的变化，高热患儿给予物理或药物降温。观察有无并发症的发生。
4. 伴有并发症的患儿，嘱其卧床休息直至热退，鼓励其多饮水。
5. 遵医嘱给予治疗，注意药物疗效及副作用的观察。
6. 用温生理盐水漱口，以减少口腔内残留食物，防止继发感染。
7. 腮腺局部可冷敷或用如意金黄散湿敷，减轻炎症充血及缓解疼痛。
8. 脑膜脑炎可与腮腺炎同时发生，也可在腮腺肿大后 10 天左右发生，观察患儿有无持续高热、剧烈头痛、呕吐、颈强直、嗜睡、烦躁或惊厥，发现异常，立即通知医生，及时给予治疗及护理。
9. 观察睾丸有无肿大、疼痛等，必要时局部冷敷，并用吊袋将睾丸托起。
10. 给予营养丰富、易消化的半流质或软食，避免酸、辣、硬而干的食物，以免引起唾液分泌增多，排出受阻，导致腺体肿痛加剧。

#### 【健康指导】

1. 讲解腮腺炎的相关知识，教会家长做好隔离及护理患儿的方法。
2. 遵医嘱用药，发现异常及时就诊。
3. 告知家长饮食的基本原则，以免引起患儿不适。

#### （五）中毒性细菌性痢疾病儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - （1）生命体征。
  - （2）大便次数、性状、颜色、量及皮肤温度及弹性变化等。
2. 家长对中毒性细菌性痢疾的认知程度及心理承受能力。
3. 患儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 定时监测患儿意识状态、血压、瞳孔、脉搏、呼吸、体温、皮肤温度及弹性等，并进行记录。
3. 绝对卧床休息，高热的患儿及时给予物理或药物降温。
4. 尽快建立静脉通路，维持水、电解质平衡，保证药物的输入，遵医嘱



调节输液速度，防止脱水或水中毒的发生。

5. 遵医嘱给予抗生素，并注意药物疗效及副作用的观察。
6. 观察并记录大便次数、性状及量，勤换尿布，便后及时清洗，预防臀红。
7. 准确记录输入液量及排泄量（尿量、呕吐量、大便量次及性状）。
8. 及时采集大便标本并送检。
9. 根据病情，给予无渣或少渣易消化的流质、半流质饮食，少量多餐。

#### 【健康指导】

1. 讲解中毒性细菌性痢疾的相关知识，教会家长护理病儿的方法。
2. 指导病儿及家长养成良好的卫生习惯。

#### （六）百日咳病儿护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

##### （1）生命体征。

（2）有无典型的阵咳及鸡鸣样咳声、流涕、咳嗽、发热，呼吸暂停、发绀、窒息等症状。

##### 2. 家长对百日咳的认知程度及心理承受能力。

##### 3. 病儿自理能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 定时观察病儿体温、呼吸、咳嗽、咳痰等情况。若出现反复抽搐、意识障碍、瞳孔和呼吸异常等脑病症状，立即通知医生，并配合抢救。

3. 保持病室空气新鲜，温湿度适宜，避免各种诱发痉咳的刺激，必要时遵医嘱给予镇静药物。

4. 痉挛性咳嗽发作时，协助病儿侧卧、坐起或抱起，轻拍背部，协助痰液排出；痰液黏稠不易咳出者，给予雾化吸入；痉挛性咳嗽频发并伴窒息或抽搐者，给予吸痰、吸氧、人工呼吸等抢救措施。

5. 遵医嘱给予抗生素，口服红霉素时，应在饭后服用，以减少对胃的刺激。

##### 6. 每天定时用生理盐水清洗口腔。

7. 给予营养丰富、易消化、无刺激的饮食，温度适宜、少量多餐；痉挛性咳嗽缓解后，以少量进食为宜，食后少动，以免引起呕吐；婴儿吃奶时不宜过急，哺喂后拍背，必要时用滴管喂奶。

#### 【健康指导】

1. 讲解百日咳的相关知识，使其了解预防接种时间及病儿护理方法。

2. 病儿出院恢复期内,居室每天定时进行通风换气。

3. 注意观察病儿病情变化,发现异常及时就诊。

#### (七) 幼儿急疹护理要点

##### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 皮疹透发程度、性状、颜色、部位、出疹及退疹时间、有无色素沉着及脱屑。

(3) 有无呼吸道及消化道症状。

2. 家属对婴幼儿急疹的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 定时观察体温的变化,体温超过  $38.5^{\circ}\text{C}$  时给予物理降温,必要时遵医嘱给予药物降温。

3. 观察病儿有无咽炎、扁桃体炎、鼻炎等呼吸道症状。

4. 观察病儿有无食欲差、腹泻、恶心、呕吐、便秘、腹痛等消化道症状。

5. 观察皮疹的透发程度、性质、颜色、出疹次序、消退次序、部位、消退时间、有无色素沉着及脱屑。

6. 保持皮肤清洁及床单位干燥;勤剪指甲,以防抓挠皮肤;勤换内衣,预防继发感染。

7. 保持眼、耳、口的清洁,做好口腔护理。

8. 遵医嘱给予清热解毒中成药。

9. 给予高热量、高维生素、易消化的流质或半流质饮食,保证足够水分的摄入。

##### 【健康指导】

1. 讲解婴幼儿急疹的相关知识,教会其做好消毒隔离、皮肤护理的方法,预防继发感染。

2. 婴幼儿急疹无预防方法,预后良好。

#### (八) 小儿风疹护理要点

##### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 皮疹的性质、部位、透发程度、颜色、出疹及退疹时间。

2. 家长对风疹的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 定时观察病儿体温的变化，体温超过  $38.5^{\circ}\text{C}$  时，给予物理降温，必要时给予药物降温。

3. 观察皮疹的透发程度、性质、部位、数量、颜色、皮疹出现及消退的时间和次序、有无色素沉着及脱屑。

4. 观察有无并发症的发生。

5. 遵医嘱给予对症及支持治疗，注意治疗效果的观察。

6. 保持皮肤清洁及床单位的干燥，勤剪指甲，以防抓伤皮肤，勤换内衣，预防继发感染。

7. 保持眼、耳、口的清洁，做好口腔护理。

8. 给予高蛋白、高维生素，易消化的流质或半流质饮食，保证足够水分的摄入。

#### 【健康指导】

1. 讲解小儿风疹的相关知识，教会其做好消毒隔离、皮肤护理的方法，预防继发感染。

2. 小儿风疹无预防方法，预后良好。

#### （九）脊髓灰质炎病儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

（1）生命体征。

（2）有无神经系统、呼吸道及消化道症状。

2. 家长对脊髓灰质炎的认知程度及心理承受能力。

3. 病儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 定时监测病儿意识状态、血压、呼吸、脉搏的变化，发现异常立即通知医生。

3. 前驱期及瘫痪前期 卧床休息至热退一周，观察病儿有无恶心、呕吐等消化道症状及有无躯体强直、反射改变等情况，限制活动 2 周。卧床期间，使用脚托板，使脚和小腿成一角度，定时协助进行轻微被动活动。

4. 瘫痪期护理

(1) 观察肌张力、中枢神经系统症状,卧床时身体成一直线,膝部稍弯曲,髋部及脊柱可用板或沙袋使之挺直,踝关节成 $90^{\circ}$ 角。

(2) 疼痛缓解后,及时协助进行主动和被动锻炼。

(3) 延髓型瘫痪者,保持呼吸道通畅,采取头低脚高位(床尾抬高 $20^{\circ}\sim 25^{\circ}$ )防止吸入性肺炎的发生。

(4) 定时测量血压,观察有无高血压脑病、声带麻痹,呼吸肌麻痹者,立即行气管切开,通气受损者给予机械性辅助呼吸。

5. 恢复期及后遗症期 体温降至正常,观察肌肉萎缩及肢体畸形等情况,肌肉疼痛缓解及瘫痪停止发展后,协助进行促进功能恢复的治疗。

6. 遵医嘱给予对症药物治疗及支持疗法,注意疗效及副作用的观察。

7. 给予高蛋白、高维生素、易消化的饮食,保证热量及水分的摄入。

#### 【健康指导】

1. 讲解脊髓灰质炎的相关知识,减轻家长紧张、焦虑的心理压力。

2. 讲解加强患儿功能锻炼的重要意义,每天定时协助患儿进行功能锻炼,以达到减轻后遗症的目的。

#### (十) 流行性乙型脑炎患儿护理要点

##### 【评估】

##### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 抽搐的性质、频繁程度及有无颈强直等症状。

2. 家长对流行性乙型脑炎的认识程度及心理承受能力。

3. 患儿自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

2. 定时观察患儿有无头痛、呕吐、烦躁不安、嗜睡、谵语、惊厥、昏迷、呼吸衰竭等症状,发现异常立即通知医生。

3. 绝对卧床,平卧位,头偏向一侧。

4. 体温超过 $38.5^{\circ}\text{C}$ 时,给予物理或遵医嘱药物降温,以防抽搐。

5. 保持呼吸道通畅,定时进行拍背、吸痰、雾化吸入、吸氧,有呼吸衰竭者,立即协助医生进行抢救。

6. 遵医嘱给予对症及支持治疗,注意药物疗效及副作用的观察。

7. 定时翻身、拍背,按摩骨隆突部位,预防褥疮的发生。

8. 恢复期后遗症者,加强吞咽、肢体活动、语言功能等训练。

9. 清醒者给予高蛋白、高热量、高维生素的流质或半流质饮食;昏迷者

可经鼻饲喂食。

#### 【健康指导】

1. 讲解流行性乙型脑炎的相关知识，减轻其紧张、焦虑的心态。
2. 讲解加强患儿功能锻炼的重要意义，每天定时协助患儿进行功能锻炼，以达到减轻后遗症的目的。
3. 讲解乙脑疫苗接种对预防发病的意义，生活环境要防蚊虫叮咬。

## 十二、寄生虫疾病患儿护理要点

### （一）蛔虫病患儿护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- （1）生命体征。
- （2）有无发热、呕吐、食欲减退、腹痛及腹痛部位、性质及特征。
- （3）血常规、大便常规检查结果及粪便中是否找到虫卵。

2. 患儿及家长对蛔虫病的认知程度及心理承受能力。

3. 患儿自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 观察患儿腹痛的性质、发作时间、程度、部位及患儿的面色、体位及有无压痛和肌紧张，合并急腹症时（按急腹症护理要点），立即通知医生。
3. 未发现急腹症症状者，局部给予轻揉，必要时，遵医嘱给予解痉镇痛药物。
4. 观察大便中有无蛔虫排出，并及时送检大便进行常规检查。
5. 服用驱蛔灵糖浆，服前须摇匀，因高浓度糖浆可引起消化道异常反应，有肝肾疾病或癫痫史忌服此药。
6. 服用肠虫清时注意观察患儿有无头晕、恶心、腹泻，2岁以下患儿禁用。
7. 服用驱虫药物后，观察大便中有无虫体排出。
8. 给予含蛋白质、热量高、维生素、易消化的饮食。

#### 【健康指导】

1. 讲解预防蛔虫病的相关知识，注意饮食卫生。
2. 若需继续服驱虫药者，遵医嘱服药，并注意大便中有无蛔虫排出。
3. 指导患儿养成良好的个人卫生习惯，饭前便后洗手，勤剪指甲，不吮手指，不吃不洁食物，不随地大小便。

## （二）蛲虫病护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- （1）生命体征。
- （2）有无消瘦、睡眠不安、夜惊、肛门及会阴奇痒等症状。

#### 2. 患儿及家长对蛲虫病的认知程度及心理承受能力。

#### 3. 患儿自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按小儿内科疾病一般护理要点。

#### 2. 观察患儿有无食欲减退、恶心、呕吐、腹痛和腹泻等症状。

3. 观察患儿有无肛门瘙痒而致睡眠不安，每晚睡前用温水洗净肛门及会阴部，遵医嘱给予杀虫止痒药物。

#### 4. 观察患儿皮肤有无因瘙痒而致皮炎及继发感染的症状。

5. 每天清晨用透明胶纸或棉拭子从肛门周围采集标本检查虫卵，直至虫卵消失后再查 7 天。

6. 遵医嘱给予扑蛲灵，观察患儿有无恶心、呕吐、腹痛及感觉过敏症状，服后 1~2 天内大便及呕吐物可呈红色（服药前给予说明）。

#### 7. 给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化的饮食。

### 【健康指导】

1. 教会家长检查大便有无成虫及正确收集虫卵的方法，一般在患儿夜间入睡后 1~3 小时，观察肛周、会阴部皮肤皱褶处，寻找乳白色线头状成虫。

2. 讲明个人卫生、饮食、环境卫生与蛲虫感染的关系，使患儿和家长了解蛲虫传染方式，养成良好的卫生习惯。做到饭前、便后洗手；勤剪指甲，防止虫卵经手指重复感染；不吮手指；勤换内衣，尽量给小儿穿死裆裤；玩具、图书、用品等经常消毒，也可在阳光下暴晒 6~8 小时。

## （三）钩虫病护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

##### （1）生命体征。

（2）有无头晕、面色苍黄、皮肤干燥、心悸、气短等贫血症状及有无异食癖。

#### 2. 患儿及家长对钩虫病的认知程度及心理承受能力。

#### 3. 患儿自理能力。

**【护理要点】**

1. 按小儿内科疾病一般护理要点。
2. 观察病儿有无烦躁不安、眩晕、心悸、气短等贫血症状。
3. 观察病儿有无食欲不振、上腹部不适、腹胀、腹痛、腹泻或便秘等状况。
4. 观察病儿皮肤有无因瘙痒而造成的皮炎及继发感染，可将手足发痒的部位浸泡在 50℃ 左右的热水中，约 30 分钟；或将毛巾浸泡于 50~60℃ 热水中，取出后呈半干状态，敷在皮炎部位，每 0.5 分钟更换一次，连续 10 分钟。
5. 重症贫血者嘱其卧床休息，输液或输血时，根据病情适当调节输注速度，以免引起心衰。
6. 贫血病儿遵医嘱补充铁剂，安排在两餐之间服用，以减轻胃肠道反应；并可与稀盐酸和维生素 C 合用，以促进铁剂吸收，不宜与牛奶和钙片同服。
7. 遵医嘱应用驱虫药物，观察有无恶心、呕吐等胃肠道反应，在服药期间不吃油腻食物。
8. 服用驱虫药物后，连续 3 天进行大便钩虫卵的检查。
9. 给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化饮食。

**【健康指导】**

1. 讲明个人、饮食、环境卫生与感染钩虫的关系，使病儿和家长了解钩虫传染方式，养成良好的卫生习惯，不赤脚玩土，不裸体嬉戏，尽量给小儿穿死裆裤，以减少钩虫侵入皮肤的机会。
2. 未愈病儿遵医嘱用药，注意药物疗效及副作用的观察，并定期进行复查。

### 第三节 小儿外科疾病护理指南

#### 一、小儿外科疾病一般护理要点

##### （一）术前护理

1. 定时观察病儿体温的变化，预防呼吸道感染，若发现患儿体温升高，有感染迹象时，及时通知医生。
2. 遵医嘱及手术要求准备皮肤，操作过程避免损伤皮肤；术前 1 天给病儿温水沐浴，清除手术野范围内的污垢。
3. 术前准确测量体重并记录。
4. 灌肠及更换尿布时，调节室内温度，尽量减少病儿皮肤裸露面积及时



间，夏季高温时避免空调直吹。

5. 肠道手术患儿，遵医嘱术前1天更改饮食，口服缓泻剂，术前1天晚及术晨进行清洁洗肠。

6. 手术前禁食水：婴幼儿术前4~6小时禁食，较大儿童术前8小时禁食。

7. 术晨测量体温、脉搏、呼吸，发现异常及时通知医生。

8. 去手术室前更换清洁衣裤，嘱患儿排尿。

9. 术前遵医嘱留置胃管、尿管，给予术前药物，注射术前针后禁止患儿下床活动。

10. 准备病历、X线片及手术所需物品，随患儿一同带至手术室。

11. 了解患儿手术名称、术式，并根据手术大小、麻醉方式准备麻醉床、氧气及吸痰物品等。

## （二）术后护理

1. 麻醉护理 全麻术后专人护理取去枕平卧，头偏向一侧至清醒，床旁备有负压吸引装置，以便及时吸出口腔及咽喉部的分泌物，保持呼吸道通畅；硬膜外麻醉或腰麻术后平卧6~12小时，嘱患儿或家长勿抬头和擅自下床活动。麻醉未清醒前患儿若出现躁动应采取适当约束，必要时遵医嘱给予镇静剂。

2. 定时监测神志、血压、心率、脉搏的变化并记录，迅速连接各引流管，了解术中情况及术中液体出入量，遵医嘱及病情调节静脉输液滴速。

3. 定时观察患儿末梢循环变化并记录，若体温过高或过低应及时给予处理。术后注意保暖，室温保持在18~20℃为宜，新生儿及未成熟儿术后易出现低体温，应放入暖箱或使用暖水袋保暖。

4. 禁食者遵医嘱及病情补液及调节输液速度，准确记录出入液量。

5. 婴幼儿手术后需采取适当的肢体固定，以免抓脱伤口敷料、拔除输液或引流管。

6. 观察患儿排尿情况，术后4~6小时仍未排尿者可采取诱导排尿法，必要时遵医嘱给予导尿。

7. 观察伤口有无出血及渗血，及时更换外层敷料或加压包扎止血，特殊情况及时通知医生；保持伤口敷料清洁、干燥，若敷料被尿液浸湿，应及时更换。

8. 牢固固定引流管保持引流管通畅，避免弯曲、打折定时观察引流液的颜色、性质及量并记录。

9. 观察患儿术后腹痛、腹胀等情况，发现异常及时采取相应的护理措施。

10. 根据手术、麻醉方式和清醒时间，遵医嘱决定患儿进食的时间及饮食

的种类。

11. 遵医嘱及病情，协助及鼓励病儿活动。

## 二、新生儿外科一般护理要点

1. 病室温度保持在  $24\sim 26^{\circ}\text{C}$ ，相对湿度  $55\%\sim 65\%$ ，定时通风，保持室内空气新鲜。

2. 根据病情合理喂养，指导母乳喂养，每周称体重 1 次。

3. 定时测量体温，体温过高时，勿将新生儿包裹太严，可用凉水袋、凉水毛巾降温；体温过低时，加盖棉被、用暖水袋（注意防止烫伤）或放入暖箱。

4. 禁食者遵医嘱静脉补液，根据病情随时调节输液滴速。

5. 保持皮肤清洁，每次大便后用温水清洗臀部；肛门手术的新生儿，做好肛门护理，防止臀红。

6. 密切观察生命体征，面色、呕吐、腹胀、黄疸、大小便等情况，当病情发生变化时立即通知医生。

7. 新生儿回病房前，调节好暖箱的温度、准备好麻醉床、氧气、负压吸引、吸痰器等用物。

8. 定时观察伤口敷料固定情况，不宜过紧，以免影响呼吸。

9. 加强基础护理，预防伤口感染。

## 三、急腹症病儿护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 腹痛的性质、部位、疼痛持续及间隔时间，有无诱发因素，有无肌紧张、压痛、反跳疼。

(3) 腹部有无包块、肠型，包块的位置及大小、硬度与腹痛、排便、排气的关系。

2. 家长对急腹症的认知程度及心理承受能力。

3. 进食，吸吮能力。

### 【护理要点】

1. 按小儿外科疾病一般护理要点。

2. 术前及保守治疗护理

(1) 定时监测血压、脉搏、呼吸及体温的变化，发现异常立即通知医生。

- (2) 遵医嘱禁食，准备手术或保守治疗。
- (3) 根据病情调节输液滴速，保证入量，纠正脱水及维持水电解质平衡。
- (4) 保持胃肠减压，引流通畅，观察并记录引流液及呕吐物的性质和量。
- (5) 观察腹痛的性质、部位，及有无其他合并症。
- (6) 定时测量体温，高热者给予物理或药物降温。
- (7) 未明确诊断前，禁止使用镇静、镇痛药物，以免掩盖病情观察。
- (8) 腹部有伤口或内脏脱出者，用无菌生理盐水纱布和油纱布覆盖，用无菌巾包裹并立即送往手术室。
- (9) 遵医嘱及手术要求做好术前常规准备。
- (10) 保守治疗期间，禁止腹部热敷，以免掩盖病情。

### 3. 术后护理

- (1) 按相关麻醉术后病人护理要点。
- (2) 禁食期间，定时进行口腔护理。
- (3) 遵医嘱给予静脉输液，记录出入量。
- (4) 保持引流管通畅，观察并记录引流液量、颜色及性状。
- (5) 观察腹痛、腹胀等情况，术后6小时未排尿者，给予相应的处理。
- (6) 观察患儿疼痛程度，必要时遵医嘱给予镇痛药物。
- (7) 观察排气、排便情况，必要时给予对症处理。
- (8) 保持伤口敷料清洁、干燥，若有渗血、渗液及时更换外层敷料或通知医生。
- (9) 肠造瘘手术者，按肠造瘘护理要点。
- (10) 遵医嘱及病情给予高蛋白、高维生素、易消化的流质或半流质饮食。
- (11) 鼓励及协助患儿早期下床活动，预防肠粘连性肠梗阻的发生，并结合耐受程度，逐渐增加活动量。

### 【健康指导】

1. 讲解急腹症的相关知识，预防急腹症的发生。
2. 教会家长患儿喂养、皮肤、口腔等护理的方法。
3. 注意患儿体温、排便及腹部有无不适症状的观察，发现异常及时就诊。

## 四、先天性胆道闭锁手术患儿护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 皮肤、黏膜、巩膜黄染程度及大便、尿液的颜色。

- (3) 营养状况。
- (4) 有无出血倾向。
- 2. 家长对先天性胆道闭锁的认知程度及心理承受能力。
- 3. 进食、吸吮的能力。

#### 【护理要点】

- 1. 按小儿外科疾病一般护理要点。

#### 2. 术前护理

- (1) 观察皮肤、黏膜、巩膜黄染程度，大便、尿液的颜色。
- (2) 观察泪液、唾液是否呈黄色。
- (3) 观察腹部肝脾肿大情况，是否出现腹水。
- (4) 观察患儿有无精神萎靡、嗜睡、发热、呕吐、生理反射减弱等症状，发现异常及时通知医生。

- (5) 观察皮肤有无淤斑、鼻出血等出血倾向。
- (6) 观察患儿吃奶时有无恶心、呕吐等消化道症状。
- (7) 提倡母乳喂养，患儿食欲差时，遵医嘱静脉补充机体所需营养物质。
- (8) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

#### 3. 术后护理

- (1) 按相关麻醉术后病人护理要点。
- (2) 定时监测血压、脉搏、心率、呼吸、血氧饱和度的变化，发现异常及时通知医生。
- (3) 观察皮肤、黏膜、巩膜黄染消退情况。
- (4) 观察大便颜色是否逐渐由白色转为黄色。
- (5) 保持腹腔引流管通畅，准确记录引流液的量、颜色及性状。
- (6) 禁食期间遵医嘱静脉补液，注意输液速度。
- (7) 观察腹痛、腹胀等情况，必要时遵医嘱给予镇痛药物。
- (8) 保持伤口敷料清洁、干燥，渗液多时及时更换外层敷料或通知医生。
- (9) 遵医嘱补充维生素 A 和维生素 D，促进患儿正常生长发育。
- (10) 给予高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

#### 【健康指导】

- 1. 讲解先天性胆道闭锁的相关知识，增强康复信心。
- 2. 教会家长如何进行黄疸消退的观察，若患儿突然发热及黄疸加重，应立即就诊。
- 3. 给予患儿高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

## 五、小肠闭锁手术病儿护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
- (2) 病儿呕吐、腹胀和排便情况。
2. 家长对小肠闭锁的认知程度及心理承受能力。
3. 进食、吸吮能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按小儿外科病儿一般护理要点。

#### 2. 术前护理

- (1) 定时观察心率、呼吸、血氧饱和度的变化,发现异常及时通知医生。
- (2) 观察病儿全身情况,有无烦躁不安,有无脱水中毒症状,观察皮肤、黏膜弹性及前囟、眼窝凹陷程度。
- (3) 观察腹部体征。
- (4) 观察病儿呕吐时间,是否进行性加重,呕吐量及呕吐物的性状。
- (5) 病儿频繁呕吐时,备齐吸痰用物,注意病儿体位,随时吸出口、鼻腔呕吐物,遵医嘱禁食、禁水,留置胃肠减压,定时抽胃液,防止吸入性肺炎。
- (6) 根据呕吐情况,遵医嘱静脉补液,预防脱水。
- (7) 观察腹胀的程度及部位,呕吐或胃内容物抽出后腹胀程度是否有所减轻。
- (8) 观察病儿是否有胎粪排出,了解排出物的颜色及性状。
- (9) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

#### 3. 术后护理

- (1) 按相关麻醉术后病人护理要点。
- (2) 定时监测意识状态、心率、呼吸、血氧饱和度,发现异常立即通知医生。
- (3) 观察腹胀是否有所减轻,以及排便情况。
- (4) 保持胃肠减压通畅,观察引流液的量、颜色及性状,并准确记录。
- (5) 禁食期间遵医嘱静脉补液,维持水、电解质平衡。
- (6) 保持伤口敷料清洁、干燥,若腹部敷料由绷带包裹固定时,注意绷带的松紧度,以免影响病儿呼吸。
- (7) 嘱家长不得随意给病儿喂哺,以免发生吻合口漏。
- (8) 肠功能恢复后可经口喂哺,嘱家长控制喂奶量及间隔时间,若病儿无

呕吐、腹胀时，可逐渐增加喂奶量直到正常。

(9) 遵医嘱每天给予开塞露肛注，促进肠功能的恢复。

(10) 了解患儿术中肠管切除情况，肠管切除较多者易出现短肠综合征而引起腹泻、营养不良，注意补液及营养的摄入。

#### 【健康指导】

1. 讲解小肠闭锁的相关知识，以便配合患儿恢复期的治疗与护理。
2. 掌握患儿营养的合理搭配，根据需求适时、适量、按原则添加辅食。
3. 注意患儿排便情况，若出现腹胀、呕吐等症状立即就诊。
4. 告知家长短肠综合征的患儿，在术后 1~2 年内遵医嘱对患儿实施营养疗法。

### 六、先天性直肠肛门畸形手术患儿护理要点

#### 【评估】

##### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 出生后排便情况，是否合并瘻道及异位排便。
  - (3) 有无肠梗阻症状。
  - (4) 会阴部皮肤、黏膜感染程度。
- ##### 2. 家长对直肠肛门畸形的认知程度及心理承受能力。
- ##### 3. 进食、吸吮能力。

#### 【护理要点】

##### 1. 按小儿外科病人一般护理要点。

##### 2. 术前护理

- (1) 观察患儿有无排便困难及出现的时间。
- (2) 观察患儿正常肛门位置是否有肛门，会阴部是否有大便从瘻口排出。
- (3) 观察排尿过程中粪便与尿液相混的程度。
- (4) 观察呕吐物的性质以及腹胀程度。
- (5) 直肠会阴瘻的患儿排便后用温水清洗，勤换尿布，防止会阴部皮肤破溃、感染或感染加重。
- (6) 会阴、泌尿系存在瘻道的患儿，遵医嘱给予清洁洗肠，并选择柔软、粗细适合的导管，以旋转的方式缓慢插入肠道。
- (7) 指导合理喂养，并观察营养状态。
- (8) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

##### 3. 术后护理

- (1) 按相关麻醉术后病人护理要点。
- (2) 定时监测血压、心率、呼吸、血氧饱和度的变化。
- (3) 保持胃肠减压通畅,观察病儿有无腹胀。
- (4) 抬高臀部固定肛管,保持肛管通畅,观察肛管内排出物的性状、颜色及量。
- (5) 将病儿双下肢分开固定暴露会阴部,加强会阴、肛门部的护理,保持伤口清洁、干燥,必要时局部烤灯,加强尿管护理,防止泌尿系感染。
- (6) 做会阴、肛门部的护理,随时排便随时清洗,防止伤口感染。

#### 【健康指导】

1. 讲解先天性直肠肛门畸形的相关知识,保持患儿肛门处皮肤清洁,勤换尿布的重要性。
2. 观察病儿排便的问题,若出现便秘、腹胀应及时就诊。
3. 教会家长使用扩肛器的方法,定期为病儿进行扩肛。
4. 给予病儿高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

### 七、肝母细胞瘤手术病儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 有无腹胀、呕吐、皮肤发黄等。
  - (3) 营养状况。
2. 家长对肝母细胞瘤的认知程度及心理承受能力。
3. 进食、吸吮能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿外科病儿一般护理要点。
2. 术前护理
  - (1) 观察有无进行性腹部膨胀的临床表现。
  - (2) 观察有无黄疸及黄疸的程度。
  - (3) 观察是否存在食欲减退、体重减轻、精神萎靡的症状,有无恶病质。
  - (4) 鼓励病儿进高蛋白、高维生素、低脂、易消化的饮食,必要时经静脉补充营养。
  - (5) 注意勿让病儿站立过久或活动时间太长,以免发生病理性骨折。
  - (6) 观察骨骼的改变及有无肺转移症状。
  - (7) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。



### 3. 术后护理

(1) 按相关麻醉术后病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、呼吸及血氧饱和度的变化,发现异常及时通知医生。

(3) 观察腹痛、腹胀情况。

(4) 观察伤口渗血、渗液情况,有无血压下降、脉搏细速、面色苍白等内出血的症状。

(5) 保持腹腔引流管通畅,观察引流液量、颜色及性状。

(6) 准确记录出入量,维持水、电解质平衡。

(7) 需辅助药物化疗的病儿,化疗期间注意药液输入的速度、防止药液渗漏及化疗药物的不良反应的观察。

(8) 实施保护性隔离,防止交叉感染。

#### 【健康指导】

1. 讲解肝母细胞瘤的相关知识,以便继续配合治疗。

2. 遵医嘱继续进行化学或放射治疗,治疗期间定期门诊复查。

3. 给予病儿高蛋白,高维生素、易消化的饮食。

4. 根据病儿体力恢复程度,适当进行户外活动。

5. 因病儿抵抗力较差,尽量少到公共场所,预防呼吸道感染的发生。

## 八、畸胎瘤手术病儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 畸胎瘤的部位、大小及有无压迫症状。

(3) 有无排尿、排便困难。

2. 家长对畸胎瘤的认知程度及心理承受能力。

3. 进食、吸吮能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿外科病儿一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 观察病儿属于显性畸胎瘤还是隐性畸胎瘤。

(2) 观察畸胎瘤是否破裂及有无感染等。

(3) 观察病儿有无排尿、排便困难,大便形状是否为扁带状。

(4) 腹膜后畸胎瘤观察腹部膨胀的程度,有无消化道压迫症状。

(5) 做好肛门部的护理,勤换尿布,防止臀红。

(6) 鼓励母乳喂养,增强患儿抵抗力。

(7) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按相关麻醉术后病人护理要点。

(2) 定时监测血压、脉搏、呼吸、体温及血氧饱和度的变化,发现异常及时通知医生。

(3) 加强肛门部护理,患儿取侧卧位,不可兜尿布,排尿、排便后及时用无菌盐水棉球擦拭干净,防止尿便污染伤口。

(4) 观察伤口渗血、渗液及有无红肿现象,发现异常及时更换外层敷料或通知医生。

(5) 观察下肢活动及排便情况。

(6) 遵医嘱静脉补液及给予抗生素,根据病情调节输液速度。

(7) 给予高蛋白、高维生素、易消化的饮食。

### 【健康指导】

1. 讲解畸胎瘤的相关知识,教会其患儿排尿、排便后局部处理的方法。

2. 告知家长患儿伤口痊愈后可适当参加轻微活动,并逐渐扩大活动范围并适当增加活动量。

3. 给予患儿营养丰富、易消化的饮食,促进机体的康复。

## 九、腹股沟疝手术患儿护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 哭闹、活动等与腹股沟部隆起及局部疼痛的关系。

(3) 腹股沟疝膨出后能否还纳,是否出现嵌顿。

2. 家长对腹股沟疝的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按小儿外科患儿一般护理要点。

#### 2. 术前护理

(1) 了解患儿平时是否经常剧烈哭闹、长期阵咳、有无便秘或排尿困难等。

(2) 观察腹股沟疝能否自行还纳。

(3) 当腹股沟局部隆起, 出现嵌顿并难以还纳时, 应抬高臀部, 及时通知医生, 并做好术前准备。

(4) 若需择期手术, 遵医嘱做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按相关麻醉术后病人护理要点。

(2) 定时监测血压、脉搏、呼吸及体温的变化。

(3) 根据病情指导患儿活动及卧位。

(4) 观察局部伤口有无渗血, 婴幼儿及时更换尿布, 较大幼儿或儿童及时使用便盆, 以免污染伤口。

(5) 患儿剧烈哭闹、出现躁动时, 遵医嘱及时给予镇静药物。

(6) 观察排便情况, 若出现便秘及时给予开塞露肛注, 以免引起腹内压增高。

(7) 嵌顿疝发生肠管绞窄坏死术后的患儿, 密切观察腹胀、排便等情况, 发现异常及时通知医生。

(8) 禁食期间维持患儿水、电解质平衡, 嘱家长不要擅自给患儿喂哺, 以免发生肠吻合口瘘。

(9) 肠功能恢复后, 给予营养丰富、易消化的饮食。

### 【健康指导】

1. 讲解腹股沟疝的相关知识, 使其掌握护理患儿的基本方法。

2. 做好患儿的保暖, 避免因咳嗽等而引起腹内压增高, 造成腹股沟疝的复发。

3. 给予患儿营养丰富、易消化的饮食, 多饮水, 防止便秘。

4. 根据病情适当安排活动, 避免剧烈运动。

5. 若腹股沟疝复发, 及时就诊。

## 十、肠套叠手术患儿护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 烦躁、哭闹与腹痛的关系。

(3) 腹胀、呕吐、便血等状况。

(4) 营养状况。

2. 家长对肠套叠的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按小儿外科病儿一般护理要点。

2. 术前及保守治疗护理

(1) 观察病儿是否为阵发性腹痛并有伴哭闹不安等症状。

(2) 观察呕吐出现的时间及呕吐物的性状。

(3) 观察病儿食欲，腹痛、呕吐后拒绝饮食程度，遵医嘱及时开放静脉给予补液，以免频繁呕吐引起脱水。

(4) 观察便血情况，是否为果酱色粘液便。

(5) 观察有无面色苍白、精神萎靡、嗜睡，严重脱水、中毒等症状。

(6) 空气灌肠复位的病儿，肠套叠复位后遵医嘱给予口服炭末并禁食水，静脉补液及输入抗生素，观察病儿炭末排出时间，以判断肠套叠复位及肠功能恢复情况。

(7) 晚期比较重或空气灌肠未能复位的病儿，遵医嘱做好术前常规准备。

3. 术后护理

(1) 按相关麻醉术后病儿护理要点。

(2) 定时监测血压、脉搏、呼吸及体温的变化。

(3) 观察腹胀、排便情况，注意排便量、次数、颜色及性状的变化。

(4) 肠坏死行肠切除肠吻合术后的病儿，遵医嘱进食，避免因腹胀而引起吻合口瘘。

(5) 保持胃肠减压的通畅，记录引流液量、颜色及性状。

(6) 保持腹腔引流的通畅，准确记录出入液量。

(7) 禁食期间静脉补液，纠正水、电解质平衡失调。

(8) 高热时及时给予降温处理，防止高热惊厥。

(9) 根据病情恢复程度，鼓励进营养丰富、易消化的饮食。

**【健康指导】**

1. 讲解肠套叠的相关知识，减轻其焦虑情绪。

2. 合理搭配病儿饮食，建立良好、规律的饮食习惯，少食过冷食物等。

3. 春季注意预防上呼吸道感染，避免肠炎、腹泻的发生。

4. 继续观察腹部情况，保持大便通畅，出现异常及时就诊。

## 十一、先天性巨结肠手术病儿护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

(1) 生命体征。

- (2) 出生后胎粪排出情况。
- (3) 腹部症状及便秘程度。
- (4) 是否存在并发症。
- (5) 营养状况。
2. 家长对先天性巨结肠的认知程度及心理承受能力。
3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿外科病儿一般护理要点。

#### 2. 术前护理

(1) 观察胎粪排出的时间及排便量，便秘时是否必须灌肠或采用其他方法才有较多胎粪排出。

(2) 观察腹胀程度，是否引起呼吸困难。

(3) 观察呕吐的次数，呕吐量及性状。

(4) 观察病儿有无食欲减退、贫血、水肿、消瘦、面色苍白等营养不良的症状。

(5) 观察病儿有无高热、腹泻、腹部异常膨胀、腹壁皮肤发红，洗肠时有大量奇臭的粪液或气体排出等。

(6) 常规清洁洗肠，清除肠道内长期积存的粪便，减轻腹胀，伴有肠炎的病儿洗肠后用灭滴灵保留灌肠，洗肠后观察腹胀缓解情况。

(7) 加强营养，给予少渣或无渣的高蛋白、高热量饮食。

(8) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

#### 3. 术后护理

(1) 按相关麻醉术后病儿护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸、体温及血氧饱和度的变化，发现异常及时通知医生。

(3) 观察腹胀缓解程度。

(4) 保持肛管通畅，观察病儿排便量、次数及性状。

(5) 做好肛门护理，每次排便后用无菌生理盐水擦净肛周粪便，防止感染，必要时可进行肛周烤灯。

(6) 给予营养丰富，易消化的饮食。

(7) 抬高病儿臀部，保持肛管水平位。

#### 【健康指导】

1. 讲解先天性巨结肠的相关知识，教会其掌握护理患儿的方法。

2. 合理搭配病儿饮食，不要吃生、冷、硬及产气多的食物。

3. 养成患儿良好的排便习惯。
4. 定时给患儿进行扩肛，指导患儿进行肛提肌锻炼，促进肛门括约肌的恢复。

## 十二、肠梗阻手术患儿护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

- (1) 生命体征。
  - (2) 腹痛性质及腹胀程度。
  - (3) 呕吐物的性状及排便、排气情况。
- #### 2. 家长对肠梗阻的认知程度及心理承受能力。
- #### 3. 自理能力。

### 【护理要点】

#### 1. 按小儿外科患儿一般护理要点。

#### 2. 术前及保守治疗护理

- (1) 定时观察血压、脉搏、呼吸及体温的变化。
- (2) 观察有无阵发性腹痛，疼痛程度及是否逐渐加重。
- (3) 观察呕吐量、次数及呕吐物的性状。
- (4) 观察有无腹胀，是否可见到胃肠型，有无排气、排便。
- (5) 观察患儿有无烦躁、眼窝凹陷、口渴等脱水症状。
- (6) 遵医嘱禁食水，给予胃肠减压，保持减压通畅，准确记录引流液量、颜色及性状。
- (7) 遵医嘱给予静脉补液，纠正脱水，维持电解质、酸碱平衡，准确记录出入液量。

#### (8) 遵医嘱及手术要求，做好术前常规准备。

#### (9) 保守治疗期间，禁止腹部热敷，以免掩盖病情。

#### 3. 术后护理

- (1) 按相关麻醉术后病人护理要点。
- (2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸、体温及血氧饱和度的变化，发现异常及时通知医生。
- (3) 禁食期间静脉补液，保证液体入量。
- (4) 观察腹胀是否缓解，若出现呕吐、腹胀时，及时冲洗胃管，保持胃肠减压的通畅，观察颜色、性质、量，并准确记录。
- (5) 观察排气、排便情况。

- (6) 观察腹部伤口渗血、渗液情况,保持伤口敷料的清洁及干燥。
- (7) 鼓励患儿早下地活动,促进肠功能的恢复。
- (8) 遵医嘱给予营养丰富、易消化的饮食。

#### 【健康指导】

- 1. 讲解肠梗阻的相关知识,合理搭配饮食,严禁暴饮暴食,保持大便通畅。
- 2. 患儿术后半年~1年内,生活有规律,注意勿着凉。
- 3. 注意观察患儿腹胀、腹痛、呕吐及排便情况,发现异常及时就诊。

### 十三、肝移植手术患儿护理要点

#### 【评估】

- 1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 供、受体 ABO 血型是否匹配。
  - (3) 了解供、受体淋巴细胞毒交叉配型结果。
  - (4) 了解供、受体 HLA 相合结果。
  - (5) 了解患儿是否合并其他疾病。
  - (6) 了解患儿心、肝、肾功能检查结果。
- 2. 家长对肝移植的认知程度及心理承受能力。
- 3. 自理能力。
- 4. 评估家庭经济状况及支持力度。

#### 【护理要点】

##### 1. 术前护理

##### (1) 受体准备

- 1) 观察患儿皮肤、巩膜黄染情况,腹胀程度及有无腹水。
- 2) 配合医生做好术前各项常规检查及组织配型,了解重要脏器的功能情况。
- 3) 改善患儿营养状况,给予高蛋白、高维生素、低脂饮食,必要时给予静脉支持疗法。
- 4) 配合医生积极治疗合并症,为移植手术做好充足的准备。
- 5) 观察患儿精神反应,有无精神萎靡、发热、呕吐等表现,发现异常及时通知医生。
- 6) 术前测量身高、体重,并监测体温变化。
- 7) 遵医嘱留置胃管及尿管。
- 8) 遵医嘱给患儿口服免疫抑制剂。
- 9) 对患儿及家长给予心理支持,使其处于接受手术治疗的最佳心理状态。



## (2) 备好层流室（隔离室）：

1) 室内备齐监护仪、呼吸机、吸引器、抢救药品、免疫抑制药物、治疗及换药用物，消毒隔离用品等。

2) 工作人员患感冒、肠炎或皮肤炎症等感染性疾病者，暂时调离隔离病室。

3) 尽量减少人员流动，严格控制入室人员，原则上限制家属探视，如须进入须穿隔离衣。

4) 拟订详细的护理计划。

## 3. 术后护理

(1) 按全身麻醉术后护理要点。

(2) 术后入层流室（隔离室），置患儿于平卧位，迅速连接气管插管、动静脉插管及各种引流管并妥善固定，四肢适当约束，以防意外。

(3) 病情监测：

1) 循环监测：定时监测血压、肺动脉压、肺动脉楔压、心排量、中心静脉压及每小时尿量等。

2) 呼吸监测：由于手术及免疫抑制剂的应用，易发生肺不张、肺部感染等合并症。视病情遵医嘱尽早恢复自主呼吸并确保患儿吸入足够的氧气。定时监测呼吸频率、节律、深浅度，气道内压、潮气量，血氧饱和度、血气分析，观察患儿咳嗽、咳痰情况，定时给患儿翻身、拍背、雾化吸入，及时清除呼吸道分泌物。

3) 凝血功能监测：观察引流液量及性状；膀胱有无出血；全身皮肤黏膜有无淤血斑、出血点等；尽量减少静脉穿刺；观察神志变化及肢体活动状况，判断有无颅内出血的征象。

4) 管道护理：肝移植术后一般留置气管插管、腹腔引流管、T管、导尿管、漂浮导管、动脉测压管等，保持各管道通畅，观察引流液量、颜色及性状，遵医嘱采集标本并及时送检。定时更换引流管口敷料。T管护理尤为重要，T管是反映肝移植排斥的窗口，防止脱落、扭曲或引流物堵塞等原因影响胆汁引流。

(4) 感染的预防：

1) 实施保护性隔离，保持室内空气新鲜，室温 20～24℃，相对湿度 60%～70%。定时进行紫外线照射；物体表面、地面定时用消毒液擦拭，每天进行空气细菌学监测。术后 2～4 周严格控制人员出入。

2) 进行无菌操作及接触患儿前均应戴手套、口罩、穿隔离衣，保持伤口干燥不受污染。

3) 定时进行口腔护理, 观察有无溃疡、真菌感染等。

(5) 注意术后排斥反应的观察, 若出现肝区胀痛、发热、食欲减退、黄疸加重、肝功能急剧上升, 立即通知医生。

(6) 正确使用免疫抑制剂, 注意免疫抑制剂治疗效果及副作用的观察。

(7) 观察移植肝功能恢复及黄疸消退情况。

(8) 遵医嘱积极治疗并发症, 做好并发症的观察及护理。

(9) 鼓励患儿进食高蛋白、高维生素、高糖类、低脂饮食。

(10) 病情平稳后, 遵医嘱及病情指导患儿下床活动。

(11) 耐心倾听患儿主诉, 排除不良情绪, 消除恐惧心理。

#### 【健康指导】

1. 讲解肝移植的相关知识, 使其了解康复期治疗、预防感染的重要性。

2. 告知家长服用免疫抑制剂的重要性, 遵医嘱终身服药, 切勿擅自更改药物剂量或停药。

3. 定期到院复查, 以了解肝功情况并及时调整免疫抑制剂的剂量。

4. 教会家长排斥反应症状的观察, 若出现排斥反应及时就诊, 以免耽误病情。

5. 尽量少带患儿去公共场所, 注意个人卫生和饮食卫生。

6. 合理搭配患儿饮食, 保证营养的摄入。

### 十四、肾盂积水手术患儿护理要点

#### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 腰、腹部疼痛程度。

(3) 了解患儿排尿的情况, 有无泌尿系感染症状。

2. 家长对肾盂积水的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按小儿外科患儿一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 观察腰、腹部疼痛的部位及程度。

(2) 观察排尿时是否出现膀胱刺激征状, 了解尿液检查是否有红、白细胞。

(3) 观察体温变化, 有无高热、寒战、败血症等严重尿路感染症状。

(4) 观察有无食欲减退、恶心、呕吐等消化道症状。

(5) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按相关麻醉术后病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸及体温的变化,发现异常及时通知医生。

(3) 遵医嘱静脉补液,维持水、电解质平衡。

(4) 保持肾盂引流和肾周引流管的通畅,观察引流液的量、颜色及性状。

(5) 每周定时更换引流袋,给病儿翻身时注意引流管的位置,防止逆行感染。

(6) 观察伤口敷料渗血、渗液情况,保持伤口敷料清洁、干燥。

(7) 肠功能恢复后,鼓励病儿进营养丰富、易消化的饮食,并嘱其多饮水,保证足够的尿量,预防泌尿系感染的发生。

(8) 拔管前经肾盂引流管注入美蓝,试行夹管后,观察美蓝排出情况,若尿液中美蓝颜色较深,可拔除肾盂引流管。

### 【健康指导】

1. 讲解肾盂积水的相关知识,注意病儿排尿情况及尿液性质的观察。

2. 合理搭配饮食,进营养丰富,易消化的饮食,鼓励病儿多饮水,保证充足的尿量,预防泌尿系感染的发生。

3. 术后3个月内遵医嘱进行活动。

## 十五、肾母细胞瘤手术病儿护理要点

### 【评估】

#### 1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 腹部状况及有无肿瘤压迫症状。

2. 家长对肾母细胞瘤的认知程度及心理承受能力。

#### 3. 自理能力

### 【护理要点】

1. 按小儿外科病儿一般护理要点。

#### 2. 术前护理

(1) 观察腹痛的部位和性质。

(2) 观察有无气促、食欲减退、消瘦、烦躁等症状。

(3) 留取尿常规,观察有无镜下血尿或肉眼血尿。

(4) 定时监测血压的变化, 并进行记录。

(5) 观察患儿有无低热、贫血、恶病质等临床表现, 必要时遵医嘱静脉补充营养物质。

(6) 观察有无肺转移或骨转移症状。

(7) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按相关麻醉术后病人护理要点。

(2) 定时监测血压、心率、脉搏、呼吸、体温及血氧饱和度的变化, 发现异常立即通知医生。

(3) 遵医嘱静脉补充营养及抗生素, 根据病情调节液体的流速。

(4) 观察伤口渗血、渗液情况, 保持敷料清洁、干燥。

(5) 保持引流管通畅, 观察引流液量、颜色及性状, 并记录。

(6) 化疗药物治疗时, 注意化疗药物疗效及副作用的观察, 必要时立即通知医生。

(7) 鼓励患儿进营养丰富, 易消化的饮食。

### 【健康指导】

1. 讲解肾母细胞瘤的相关知识, 以便减轻其心理压力, 配合康复期的治疗。

2. 给患儿进营养丰富、易消化的食物, 尽快促进其体力的恢复。

3. 患儿应用化疗药后, 抵抗力较差, 避免出入公共场所, 减少感染机会。

## 十六、尿道下裂手术患儿护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 尿道下裂的分型及阴茎下弯的程度。

(3) 排尿情况及会阴部清洁状况。

(4) 了解是否做过相关手术。

2. 家长对尿道下裂的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按小儿外科患儿一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 观察患儿尿道开口位置, 患儿排尿时能否站立排尿。

(2) 观察患儿有无性别异常及合并其他畸形。

(3) 讲解会阴部清洁的重要性, 每天定时用 3% 硼酸温水坐浴, 教会患儿(家长) 掌握正确的坐浴方法。

(4) 备皮时注意皮肤皱褶处的清洁, 减少术后感染的机会。

(5) 术晨嘱患儿排便或肛注甘油灌肠剂协助排便, 防止术后便秘。

(6) 向对待正常儿一样, 避免歧视, 减少其心理负担。

(7) 遵医嘱及手术要求, 做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

(1) 按相关麻醉术后病人护理要点。

(2) 定时监测血压、脉搏、呼吸及体温的变化。

(3) 连接好膀胱造瘘及尿道支架管, 保持尿液引流通畅, 观察尿液量、颜色及性状。

(4) 引流管上方放置支被架, 防止引流管及伤口局部受压。

(5) 观察阴茎伤口敷料渗血及阴茎头血运情况, 发现阴茎头肿胀或颜色发紫, 立即通知医生。

(6) 做好会阴部护理, 遵医嘱每日进行阴茎伤口的消毒, 预防感染。

(7) 预防便秘, 可适当给予缓泻剂, 防止因用力排便而致伤口裂开出血。

(8) 较大患儿遵医嘱给予口服己烯雌酚, 防止阴茎勃起而导致继发出血。

(9) 嘱患儿多饮水, 给予营养丰富、易消化、富含粗纤维的饮食。

### 【健康指导】

1. 讲解尿道下裂的相关知识, 使其减少心理负担。

2. 注意观察患儿排尿情况, 发现异常及时就诊。

3. 注意保持患儿会阴清洁、干燥, 认真清洁尿道口分泌物, 防止感染。

4. 合理搭配饮食, 少食刺激性食物, 多饮水, 预防便秘。

5. 患儿术后 1~2 个月避免剧烈运动。

## 十七、隐睾手术患儿护理要点

### 【评估】

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 阴囊的发育情况。

2. 家长对隐睾的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按小儿外科病儿一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 观察阴囊是否对称，有无阴囊空虚，睾丸缺如。

(2) 观察腹股沟区有无胀痛感。

(3) 观察有无其他泌尿系畸形。

(4) 手术前 1 天做好会阴部及阴囊部皮肤的清洁，特别注意皮肤皱褶处的清洁。

3. 术后护理

(1) 按相关麻醉术后病人护理要点。

(2) 定时监测血压、脉搏、体温的变化。

(3) 观察伤口渗血，渗液及阴囊水肿情况，发现异常及时通知医生。

(4) 定时观察病儿下肢保持伸直位，勿使牵引线弯曲，以保证牵引效果。

(5) 嘱病儿卧位时注意勿挤压睾丸。

(6) 嘱病儿多食粗纤维食物，以保大便通畅，必要时给予开塞露肛注。

**【健康指导】**

1. 讲解隐睾的相关知识，注意观察阴囊的变化。

2. 合理搭配饮食，多食粗纤维食物。

3. 病儿大便勿太用力，必要时可服缓泻药物。

4. 根据病情恢复程度适当活动，逐渐增加活动量。

## 十八、斜颈手术病儿护理要点

**【评估】**

1. 病情评估

(1) 生命体征。

(2) 颈部活动受限程度。

(3) 面部发育情况。

(4) 是否伴有脊柱发育畸形。

2. 家长对斜颈的认知程度及心理承受能力。

3. 自理能力。

**【护理要点】**

1. 按小儿外科病人一般护理要点。

2. 术前护理

(1) 观察头部偏向患侧的程度。

- (2) 观察面部发育是否对称。
- (3) 观察脊柱是否有代偿性弯曲。
- (4) 做好病儿的心理护理,以减轻其心理负担。
- (5) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。

### 3. 术后护理

- (1) 按相关麻醉术后病人护理要点。
- (2) 定时监测血压、心率、呼吸及体温的变化,若有呼吸困难、发绀、心率紊乱等,立即通知医生。
- (3) 观察肺部情况,保持呼吸道通畅,鼓励咳嗽、咳痰,痰液黏稠时及时给予雾化吸入,必要时给予吸痰。
- (4) 观察伤口敷料有无渗血、渗液,渗出多时及时更换敷料。
- (5) 鼓励病儿进营养丰富、易消化的饮食。
- (6) 遵医嘱指导病儿进行功能锻炼。

### 【健康指导】

1. 讲解斜颈的相关知识,以减轻其心理压力。
2. 认真做好病儿局部按摩,随时帮助病儿调整视线以改正斜颈的习惯。

## 十九、先天性髋关节脱位手术病儿护理要点

### 【评估】

1. 病情评估
  - (1) 生命体征。
  - (2) 下肢活动能力。
  - (3) 病儿行走的步态。
2. 家长对先天性髋关节脱位的认知程度及心理承受能力。
3. 自理能力。

### 【护理要点】

1. 按小儿外科病儿一般护理要点。
2. 术前护理
  - (1) 观察病儿大腿与小腿是否相称,双下肢长短是否等同。
  - (2) 观察股动脉搏动强弱,并进行双下肢的比较。
  - (3) 观察病儿行走的步态,是否存在跛行。
  - (4) 指导病儿练习床上排大小便。
  - (4) 遵医嘱及手术要求,做好术前常规准备。
3. 术后护理



(1) 按相关麻醉术后病人护理要点。

(2) 定时监测血压、脉搏、呼吸及体温的变化，发现异常及时通知医生。

(3) 髋人字石膏固定护理：

1) 病儿平卧位，保护患肢，使其处于功能位，下肢外展中立位。

2) 石膏未干透前搬动病儿时，须用手掌托住石膏，忌用手指捏压，以免形成压迫点。

3) 夏季可将石膏暴在空气中或用电风扇吹干。冬季可用烤灯烘烤，使用烤灯时专人看护，以免意外发生。

4) 石膏边缘易摩擦皮肤，可在背部及腰部两侧垫小毛巾，以减轻皮肤受压。

5) 定时观察骶部石膏绷带受压情况，发现异常及时处理。

6) 定时协助病儿翻身，石膏干固后可定时俯卧。

7) 定时观察患肢末端皮肤是否苍白或青紫，皮肤温度是否下降，有无水肿，疼痛或麻木，发现异常立即通知医生。

8) 定时观察切口创面有无血渍渗透至石膏表面，如发现渗血，可沿血迹边缘用笔画出出血范围的标记，并密切观察出血范围有无增大。

9) 观察病儿有无因石膏包扎过紧而出现的不在伤口或患处的压痛点，不可随意给予止痛药物，用原石膏片覆盖，并用绷带包扎。

10) 石膏固定后若发现肢体麻木、疼痛、足趾活动障碍，立即通知医生。

11) 帮助病儿翻转时，应将其托起悬空翻转，以利石膏型的保护。

12) 一旦石膏潮湿或被大小便污染，及时用清水擦净并烤干。

13) 遵医嘱协助病儿进行下肢功能锻炼。

14) 卧床期间多食新鲜水果及富含粗纤维的食物，多饮水，保持大小便通畅，必要时给予缓泻药物。

#### 【健康指导】

1. 讲解先天性髋脱位的相关知识，减轻其心理压力。

2. 教会家长护理髋人字石膏的方法，定时为病儿翻身，按摩骨突起处，以防褥疮的发生。

3. 合理搭配饮食，保证营养的摄入，多饮水，以保大便通畅。

4. 拆除石膏后，鼓励及指导病儿进行肢体功能锻炼。

## 第八章 眼科疾病护理指南

---

### 第一节 眼科疾病病人一般护理要点

#### （一）入院护理

1. 接诊病人并进行入院介绍。
2. 做好卫生处置。对生活不能自理者，协助做好晨晚间护理。
3. 观察病人眼部疾病状况及生命体征。
4. 做好饮食护理，遵医嘱给予适宜饮食。

#### （二）心理护理

1. 讲解疾病的相关知识，消除焦虑，减轻恐惧感，保持良好心态。
2. 鼓励病人战胜疾病的信心，积极配合手术及治疗。

#### （三）手术前护理

1. 术前遵医嘱用药及做好术前准备。
2. 全麻病人按全麻护理要点。
3. 指导病人行术前训练，注意饮食、保证休息。

#### （四）手术后护理

1. 术后遵医嘱用药。
2. 观察病人术后情况及眼部变化。
3. 发现病人有异常变化及时报告医生给予处置。

#### （五）生活护理

保持病室内安静、整洁、舒适。

#### （六）对症护理

遵医嘱给予治疗用药。

#### （七）健康指导

1. 注意眼睛休息，睡眠充足，合理饮食。
2. 介绍眼科疾病的相关知识，指导病人及家属进行自我监控，尽早发现疾病的变化，及时就诊。
3. 示范使用眼药的正确方法和注意事项。

4. 根据情况定期来院复诊。

## 第二节 眼外科手术病人护理要点

### 一、泪道手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人泪道堵塞情况及有否其他合并症。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科病人一般护理要点。
2. 预防感冒，女病人避开月经期。
3. 术前护理
  - (1) 做好心理护理，消除病人紧张、恐惧因素。
  - (2) 遵医嘱按时用药，按规范行眼部鼻部用药。
  - (3) 协助术前检查。
  - (4) 术前1日备皮、洗眼，冲洗泪道。
4. 术后护理要点
  - (1) 术毕包扎术眼，手术鼻侧塞棉球，防止鼻出血。
  - (2) 眼部及鼻部遵医嘱正确用药。
  - (3) 指导病人不要用力擤鼻涕和咳嗽。
  - (4) 术后防止外伤，保持伤口清洁，防止敷料潮湿或污染。

#### 【健康指导】

1. 与病人讲述复查的必要。
2. 指导病人术后预防感冒。
3. 指导病人遵医嘱用药，防止感染。
4. 发生鼻腔出血应及时就诊。

### 二、翼状胬肉手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人眼部病变及视力。
2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。

2. 预防感冒，避免发热。

3. 术前护理要点

(1) 手术眼按时遵医嘱用药。

(2) 备皮洗眼。

(3) 做好心理护理，指导病人术中如何配合医生。

4. 术后护理要点

(1) 遵医嘱按时用药，观察用药反应。

(2) 嘱病人勿揉术眼，保持眼部卫生。

(3) 眼部出现红肿热痛、分泌物多或其他异常应及时报告医生。

#### 【健康指导】

1. 配戴风镜以防护阳光、灰尘、风沙刺激。

2. 嘱患者 3~6 个月复诊一次。

3. 翼状胬肉单纯切除后复发率较高，指导病人术后联合  $\beta$  射线治疗降低复发率。

### 三、角膜移植手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人视力及角膜病变程度。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。

2. 注意保暖防止感冒及大便秘结。

3. 进行健康教育：

(1) 角膜移植手术的治疗方法、目的。

(2) 各种检查的目的及如何配合。

4. 术前护理要点

(1) 术前 1 日备皮、洗澡，更换衣服，术日晨洗眼。

(2) 访视病人，讲解手术注意事项及心理指导。

- (3) 介绍手术医生, 麻醉方式及注意事项。
- (4) 介绍术前用药目的及术后康复方法。
- (5) 糖尿病病人注意饮食控制, 观察血糖变化, 高血压病人注意血压的变化。

(6) 病人多食富含维生素 A 的食物, 以促进溃疡面的愈合。

(7) 术前晚保证充足睡眠, 稳定情绪。

#### 5. 术后护理要点

(1) 体位要求, 一般情况角膜移植术后病人采取平卧位, 不压迫术眼为宜。

(2) 观察眼部渗出液的颜色、量, 如有异常, 及时报告医生。

(3) 观察眼部疼痛的强度, 向病人讲解放松技巧, 以减轻疼痛, 必要时遵医嘱给予镇痛药。

(4) 密切注意眼压情况的变化, 避免升高眼压的诱因, 讲解眼压高的症状。

(5) 观察术眼有无排斥反应。密切观察角膜植片的透明度, 有无水肿、混浊等现象。

(6) 密切观察视力的变化。

(7) 遵医嘱按时用药并注意药物反应。

#### 【健康指导】

1. 嘱病人定时复查, 勿揉眼。

2. 强调各类用药不可随意停减, 讲解术后用药知识。

3. 教会病人自己点眼药及如何妥善保存眼药。

### 四、白内障摘除手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人视力及眼部病变程度。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。

2. 增强抵抗力, 预防感冒。

3. 术前护理要点

(1) 术前 1~3 天常规点抗生素眼药水 4~6 次/天。

(2) 术前晚保证充足睡眠, 稳定情绪。行全身麻醉者术前 8 小时禁食、禁水。

(3) 术前 1 小时充分散瞳。如行表面麻醉遵医嘱点表麻剂, 并嘱病人闭眼等待。

(4) 术前嘱咐病人精神放松, 克服紧张情绪。告诉病人尽量保持头、手、身体不动, 有不适随时向医生说明。如行表面麻醉, 根据医生的指引调整眼的位置。

#### 4. 术后护理要点

(1) 手术当日尽量多休息, 避免低头、咳嗽。

(2) 术后饮食无特殊要求, 一切日常生活不受影响。

(3) 术后保持大便通畅, 避免用力排便。

(4) 术后避免过度用力抬重物。

(5) 部分病人术后有眼花、轻度异物感、眼眶淤血属正常现象。如明显眼痛、恶心、呕吐时不要紧张, 报告医生或立即到医院就诊。

(6) 术后有眼红、畏光、流泪等不适时, 及时到医院检查, 早期处理。

(7) 术后 2 周至 1 个月内不要让脏水或肥皂水进入手术眼内。1 个月内不要对手术眼施加压力 (揉眼), 并预防外伤。

#### 【健康指导】

1. 术后定期复查, 若有不适及时就诊。

2. 配合医生检查, 并按医嘱坚持用药。

3. 术后 3 个月内视力不稳定, 待稳定后做屈光检查, 必要时佩戴框架眼镜。

4. 部分病人术后产生后发障需做 YAG 激光手术治疗。

5. 幼儿做白内障手术后无论植入人工晶体与否, 需及时配镜及做弱视训练, 定期复查。

### 五、抗青光眼手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人视力、视野、眼压及病眼情况。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。

2. 注意保暖, 预防感冒, 多食蔬菜水果, 防止大便秘结。

3. 进行健康教育

(1) 青光眼手术的治疗方法、目的。

(2) 各项检查的目的及配合。

4. 术前护理要点

(1) 术前一日洗澡、更换衣服, 术日晨洗眼。

(2) 术前访视病人, 讲解手术注意事项及心理指导:

1) 讲解术前用药的目的;

2) 讲解放松技巧, 减轻疼痛, 提高睡眠质量;

3) 介绍麻醉方式手术医生, 全麻病人按全麻常规准备;

4) 教会病人自己按摩眼球, 以降低眼压, 缓解疼痛。

5. 术后护理要点

(1) 体位要求: 不需绝对卧床, 可采取自由体位, 不压迫术眼为宜。

(2) 观察术眼敷料有无松动, 渗出液的颜色、量。如有异常及时报告医生。

(3) 密切观察病人眼压的变化, 嘱病人避免一些升高眼压的诱因。如出现头痛、眼痛、恶心呕吐, 应遵医嘱给予降眼压药物治疗。

(4) 评估病人疼痛强度, 必要时遵医嘱使用镇痛药。

(5) 减少活动, 注意休息。防止感冒。

(6) 术后便秘者需给予通便药物的治疗。

(7) 对高龄及高血压、心脏病的病人, 术后注意全身变化。

#### 【健康指导】

1. 病人即使手术也要终身定期复查。

2. 指导病人出院后正确用药及按摩眼球。

3. 出院后仍需防止感冒, 短期内避免剧烈运动。

4. 防止眼压升高, 如出现头疼、眼胀、恶心、呕吐等眼压升高症状, 需及时就诊。

### 六、玻璃体切除手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人视力及眼部病变程度。

2. 一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。



**【护理要点】**

1. 按眼科病人一般护理要点。
2. 注意保暖，预防感冒，多食蔬菜水果，防止大便秘结。
3. 进行健康教育

- (1) 讲解玻璃体切除手术的治疗方法、目的。
- (2) 讲解各项检查的目的及配合方法。

4. 术前护理要点

- (1) 术前访视病人。
- (2) 讲解术前用药的目的，充分散瞳。
- (3) 介绍手术医生、麻醉方式和注意事项。
- (4) 糖尿病病人要注意血糖的变化，高血压病人要注意血压的变化。
- (5) 术前1日备皮、洗澡、更换衣服，术日晨洗眼。
- (6) 术前晚保证睡眠充足，情绪稳定。

5. 术后护理要点

(1) 体位要求：根据玻璃体切除后是否有填充物而决定。有硅油或膨胀气体填充者，应使裂孔处于高位，需俯卧位或头低位，无填充物者可自由体位，以不压迫术眼为宜。

(2) 讲解俯卧位或头低位的目的及如何配合。

(3) 评估病人眼部疼痛的强度，必要时遵医嘱给予镇痛药。

(4) 监测术眼眼压情况，如出现头痛、眼痛、恶心呕吐，提示眼压升高，应遵医嘱给予降眼压药物治疗。

(5) 遵医嘱按时用药。

(6) 观察术眼敷料有无松脱、渗出，及时更换纱布。

(7) 减少活动，注意休息。

(8) 长期卧床病人应经常活动四肢。

(9) 术后有便秘者需给予通便药物治疗。

(10) 对高龄及高血压、心脏病的病人，术后必须注意全身状态，以便早期发现术后并发症。

**【健康指导】**

1. 指导病人出院后2周内复查。

2. 指导有填充物的病人出院后仍要坚持继续俯卧位或头低位，直到医生检查同意后方可改变体位，防止剧烈运动。

3. 指导病人出院后继续用药，使用含激素类眼药应注意眼压改变。

4. 糖尿病病人应注意治疗原发病，控制血糖。

## 七、视网膜脱离手术病人护理要点

### 【评估】

1. 病人视力及眼部病变程度。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。
2. 急诊病人应减少活动最好卧床，以防视网膜脱离范围增大。
3. 注意保暖，预防感冒，多食蔬菜水果，防止大便秘结。
4. 进行健康教育

- (1) 讲解视网膜脱离的病因，治疗方法。
- (2) 讲解各种检查的目的及配合方法。

#### 5. 术前护理要点

- (1) 术前访视病人。
- (2) 讲解术前用药的目的。
- (3) 介绍手术医生、麻醉方式及注意事项。
- (4) 糖尿病病人要注意血糖变化，高血压病人要注意血压变化。
- (5) 术前一备皮、洗澡、更换衣服，术晨洗眼。
- (6) 术前晚保证充足的睡眠，情绪稳定。

#### 6. 术后护理要点

(1) 体位要求：一般情况，单纯视网膜复位术后，病人可自由体位，以不压迫术眼为宜。如有填充物者，按玻璃体切除术后体位要求。

- (2) 减少活动，注意休息。
- (3) 评估病人眼部疼痛的强度，必要时遵医嘱给予镇痛药。
- (4) 遵医嘱按时上眼药和口服药物治疗。
- (5) 观察术眼敷料有无松脱、渗出，及时更换纱布。
- (6) 术后如有便秘者需给予通便药物治疗。

(7) 对高龄、高血压及心脏病的病人，术后必须注意全身情况，以便及早发现并发症。

### 【健康指导】

1. 指导病人出院后2周内复查。
2. 指导病人出院后继续用药，使用含激素类眼药应注意眼压改变。

3. 糖尿病病人应注意治疗原发病，控制血糖。
4. 指导病人不可剧烈运动。

## 八、眼球摘除手术病人护理要点

### 【评估】

1. 病人视力及外观。病人对手术的承受能力。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。
2. 注意保暖，预防感冒，多食水果蔬菜，预防大便秘结。
3. 进行健康宣教

- (1) 讲解眼球摘除手术的治疗方法、目的、注意事项。
- (2) 讲解各项检查的目的、意义。
- (3) 讲解手术中如何配合。

#### 4. 手术前护理要点

- (1) 术前访视病人。
- (2) 介绍手术医生、麻醉方式和注意事项。
- (3) 讲解术前用药的目的及用药后反应。

(4) 眼球摘除病人要注意眼部病情变化、病人主诉、对眼压增高、继发感染者及时报告医生。

(5) 术前一日备皮、洗澡、更换衣服，术日晨洗眼。

(6) 全麻手术病人，按全麻护理常规。

(7) 术前晚保证睡眠充足，情绪稳定。

#### 5. 手术后的护理要点

(1) 体位要求：全麻手术者手术后采取去枕平卧，头偏向一侧，局麻病人则遵医嘱或自由体位，以不压迫术眼为宜。

(2) 评估病人手术区域情况，有无渗血、渗液，敷料有无松脱。

(3) 评估病人眼部周围疼痛的强度，必要时遵医嘱给予镇痛药。

(4) 观察眶压升高症状，如出现头痛、眼痛、恶心、呕吐，及时报告医生。

(5) 减少活动，增加营养，注意休息。

(6) 评估病人伤口愈合情况。

(7) 对高龄及高血压、心脏病的病人,术后必须注意全身状况,以防并发症的发生。

#### 【健康指导】

1. 病人出院后 1 周复查,后定期复查。
2. 指导病人出院后继续用药。

### 九、义眼台植入手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人视力及外观。
2. 病人理解能力及对义眼的要求。
3. 病人一般情况及生命体征。
4. 病人的心理状况。
5. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。
2. 注意保暖,预防感冒,多食水果蔬菜,防止大便秘结。
3. 进行健康宣教
  - (1) 讲解义眼台植入手术的治疗方法、目的、注意事项。
  - (2) 讲解手术中如何配合。
4. 手术前护理要点
  - (1) 术前访视病人。
  - (2) 介绍手术医生、麻醉方式和注意事项。
  - (3) 讲解术前用药的目的及用药后反应。
  - (4) 术前一日备皮、洗澡、更换衣服,术日晨洗眼。
  - (5) 全麻手术病人,按全麻护理常规。
  - (6) 术前晚保证睡眠充足,情绪稳定。
5. 手术后护理要点

(1) 体位要求:全麻手术者手术后采取去枕平卧,头偏向一侧,局麻病人则遵医嘱或自由体位,以不压迫术眼为宜。

- (2) 评估病人手术区域情况,有无渗血、渗液,敷料有无松脱。
- (3) 评估病人眼周围疼痛的强度,必要时遵医嘱给予镇痛药。
- (4) 遵医嘱按时用药。
- (5) 减少活动,增加营养,注意休息。
- (6) 评估病人伤口愈合情况。

(7) 对高龄及高血压、心脏病的病人，术后必须注意全身状况，以防并发症的发生。

(8) 评估病人对手术后外观的满意程度。

**【健康指导】**

1. 告知病人出院后 1 周复查，并定期复查及配义眼片的时间。
2. 指导病人出院后继续用药。

## 十、眼眶内容物取出手术护理要点

**【评估】**

1. 病人视力及外观和对手术的承受能力。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

**【护理要点】**

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。
2. 注意保暖，预防感冒，多食水果蔬菜，防止大便秘结。
3. 进行健康宣教
  - (1) 讲解眼眶肿物取出手术的治疗方法、目的、注意事项。
  - (2) 讲解各项检查的目的、意义。
  - (3) 讲解手术中如何配合。
4. 手术前护理要点
  - (1) 术前访视病人。
  - (2) 介绍手术医生、麻醉方式和注意事项。
  - (3) 讲解术前用药的目的及用药后反应。
  - (4) 眼眶肿物病人要注意血红蛋白，出凝血时间，血小板值，高血压病人要注意血压变化。
  - (5) 术前 1 日备皮、洗澡、更换衣服，术日晨洗眼。
  - (6) 全麻手术病人，按全麻护理常规。
  - (7) 术前晚保证睡眠充足，情绪稳定。
5. 手术后护理要点
  - (1) 体位要求：全麻手术者按全麻护理常规，局麻病人则遵医嘱或自由体位，以不压迫术眼为宜。
  - (2) 观察病人手术区域情况，有无渗血、渗液，敷料有无松脱。
  - (3) 观察病人眼周围疼痛的强度，必要时遵医嘱给予镇痛药。

(4) 遵医嘱按时用药。

(5) 减少活动，增加营养，注意休息。评估病人伤口愈合情况。

(6) 对高龄及高血压、心脏病的病人，术后必须注意全身状况，以防并发症的发生。

(7) 评估病人对手术后外观的满意程度。

#### 【健康指导】

1. 告知病人出院后 1 周复查，及复查的目的。

2. 指导病人出院后继续用药。

3. 指导肿物取出后需要整形的病人如何进行下一步治疗。

### 十一、眼外伤手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人视力及外观。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人的心理状况。

4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。

2. 注意保暖，预防感冒，多食水果蔬菜，预防大便秘结。

3. 进行健康宣教

(1) 讲解眼外伤手术的治疗方法、目的、注意事项。

(2) 讲解各项检查的目的、意义。

(3) 讲解手术中如何配合。

4. 手术前护理要点

(1) 术前访视病人。

(2) 介绍手术医生、麻醉方式和注意事项。

(3) 讲解术前用药的目的及用药后反应。

(4) 眼外伤病人要注意眼部病情变化、病人主诉、对眼压增高、继发感染者及时报告、及时处理。

(5) 术前 1 日备皮、洗澡、更换衣服，术日晨洗眼。

(6) 全麻手术病人，按全麻护理常规。

(7) 术前晚保证睡眠充足，情绪稳定。

5. 手术后的护理要点

(1) 体位要求：全麻手术者按全麻护理常规，局麻病人则遵医嘱或自由体

位，以不压迫术眼为宜。

(2) 讲解各种卧位的目的、意义。

(3) 观察病人手术区域情况，有无渗血、渗液，敷料有无松脱。

(4) 观察病人眼部周围疼痛的强度，必要时遵医嘱给予镇痛药。

(5) 遵医嘱按时用药。

(6) 监测术眼眼压情况，如出现头痛、眼痛、恶心呕吐，应遵医嘱给予降眼压治疗。

(7) 减少活动，增加营养，注意休息。

(8) 评估病人伤口愈合情况。

(9) 对高龄及高血压、心脏病的病人，以防并发症的发生。

#### 【健康指导】

1. 告知病人出院后 1 周复查及复查的目的。

2. 指导病人出院后继续用药。

3. 指导病人用眼卫生，防止疲劳。

### 第三节 眼内科疾病病人护理要点

#### 一、青光眼病人护理要点

##### 【评估】

1. 病人视力、视野、眼压情况。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人的心理状况。

4. 病人的自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。

2. 进行健康宣教

(1) 讲解青光眼的原因。

(2) 讲解各种检查的目的、意义。

(3) 讲解定期测量眼压的重要性。

(4) 讲解指导病人避免一些引起眼压升高的诱因：

1) 避免一次性饮水超过 300ml。

2) 慎用浓茶、咖啡、烟、酒。

3) 不宜在光线过暗处停留过久。



- 4) 保持大便通畅, 避免用力排便。
- 5) 保证充分睡眠, 保持情绪稳定。
3. 严格遵医嘱用药。
4. 监测病人的眼压、视力及视野的变化。

#### 【健康指导】

1. 告之病人终身定期复查的意义。
2. 指导病人避免一些引起眼压升高的诱因。
3. 指导病人遵医嘱用药。

### 二、视网膜中央静脉阻塞病人的护理要点

#### 【评估】

1. 病人视力及对疾病的承受能力。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。
2. 进行健康教育
  - (1) 讲解视网膜中央静脉阻塞的原因。
  - (2) 讲解各种检查的目的、意义。
  - (3) 讲解视网膜中央静脉阻塞的治疗方法、目的。
  - (4) 介绍有关用药知识。
3. 遵医嘱按时用药。
4. 监测病人视力。
5. 糖尿病病人注意血糖变化, 高血压病人注意血压变化。

#### 【健康指导】

1. 告知病人定期复查和复查的意义。
2. 指导病人继续用药。

### 三、眼内出血病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人眼内出血的种类、原因、出血的情况。
2. 病人视力及全身其他疾病。
3. 病人一般情况及生命体征。

4. 病人的心理状况。

5. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。

2. 根据病情，检测视力、眼压等项检查。

前房出血者遵医嘱包扎出血眼，取半卧位。可戴保护眼罩。按医嘱应用止血药。密切观察眼睛疼痛及出血情况。

#### 3. 术前护理

(1) 按护理常规，做好术前准备。术眼滴入消炎药水，洗眼，剪睫毛等。

(2) 进行术前访视，说明手术注意事项，健康教育。讲解眼内出血的原因，手术的必要性，做好术前准备的意义，预防继续出血的护理措施，冬季防止感冒，保证术前睡眠充足。

(3) 必要时做全麻准备，请麻醉师会诊，术前禁食水等。

#### 4. 术后护理

(1) 遵医嘱安排好病人术后体位。

(2) 密切观察病人术眼伤口及眼痛情况，需要时测眼压。

(3) 评估病人眼痛强度，遵医嘱给镇痛药。

(4) 全麻者按全麻常规护理病人。

#### 【健康指导】

1. 说明术后眼部用药的次数，注意事项，换药时间。

2. 调节好术后饮食。

3. 出院后按时复诊。

### 四、视神经炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人视力及对疾病的了解。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人的心理状况。

4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。

2. 视神经炎与全身疾病有关，指导病人进行各项检查，视力、瞳孔、眼底、视野及其他等。

3. 视神经炎一般起病急骤，视力高度减退。病人情况不稳，多焦虑、急

躁，需进行疾病知识的讲解。

4. 遵医嘱眼部用药及全身用药，观察药物反应和副作用。
5. 给予合理饮食，保证睡眠。

**【健康指导】**

1. 全身用激素治疗，应遵医嘱逐渐停药。
2. 恢复期需做全面检查。
3. 遵医嘱定期到医院复查。

### 五、视神经萎缩病人护理要点

**【评估】**

1. 病人的视力及眼部情况。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

**【护理要点】**

1. 按眼科疾病病人一般护理要点。
2. 指导病人进行视力、眼底、视野及全身各项检查。
3. 遵医嘱给予口服药与注射药物并观察用药反应及副作用。
4. 对病人进行健康教育，说明疾病治疗预后。
5. 给予富含维生素的合理饮食。

**【健康指导】**

1. 定期复查视力、视野、眼底。
2. 注意保护视力和用眼卫生。

## 第九章 耳鼻咽喉科疾病护理指南

---

### 第一节 鼻部疾病病人护理要点

#### 一、鼻部疾病病人一般护理要点

##### （一）入院护理

1. 热情接待病人并进行入院介绍。
2. 做好卫生处置。对生活不能自理者、年老、体弱、行动不便者，协助做好晨晚间护理。
3. 观察病人外鼻及鼻腔的一般状况及生命体征。
4. 做好饮食护理，遵医嘱给予适宜饮食。

##### （二）心理护理

1. 讲解疾病的相关知识，使病人消除焦虑不安心理，减轻恐惧感，保持良好心态。
2. 鼓励病人战胜疾病的信心，积极配合手术及治疗。

##### （三）手术前护理

1. 手术前遵医嘱用药。
2. 全麻病人按全麻护理常规。
3. 术前准备做好各项检查及剪鼻毛。
4. 口腔保持清洁，含漱液漱口。
5. 预防上呼吸道感染。

##### （四）手术后护理

1. 手术后遵医嘱用药。
2. 观察病人术后情况及鼻部变化。
3. 发现病人有异常变化时及时报告医生给予处置。
4. 生活护理：保持病室内安静、整洁、舒适。
5. 对症护理：遵医嘱给予治疗用药。

### （五）健康指导

1. 注意睡眠充足，合理饮食。
2. 介绍疾病的相关知识，指导病人及家属进行自我监控，尽早发现疾病的变化，及时就诊。
3. 根据情况定期来院复诊。

## 二、急性化脓性鼻窦炎病人护理要点

### 【评估】

1. 病人头痛的性质、部位、鼻塞的特点、分泌物的量及性质。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

### 【护理要点】

1. 按鼻部疾病病人一般护理要点。
2. 卧床休息，多饮水，保持大便通畅。
3. 遵医嘱使用抗生素并观察用药反应及副作用。
4. 局部热敷，或遵医嘱理疗。
5. 遵医嘱 1% 麻黄素生理盐水滴鼻。
6. 超声雾化或蒸气吸入。
7. 观察病人体温及全身状况。
8. 口腔护理，保持口腔清洁。
9. 可进高营养流质饮食。

### 【健康指导】

1. 讲解鼻窦炎发病的原因，防止产生诱发因素。
2. 指导病人掌握正确鼻部滴药的方法。
3. 锻炼身体，避免过度疲劳、营养不良、感冒等疾病。
4. 积极治疗邻近组织的疾病。

## 三、鼻出血病人护理要点

### 【评估】

1. 病人鼻出血的原因、部位。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

**【护理要点】**

1. 按鼻部疾病病人一般护理要点。
2. 密切观察病人的血压、脉搏及有无头昏、口渴、乏力、面色苍白等状况。
3. 安慰、鼓励病人消除紧张情绪。必要时遵医嘱给予镇静剂。
4. 半卧位，休克病人应平卧，嘱病人不得咽下流入咽部的血液，将分泌物吐入痰杯，以利观察。
5. 协助医生进行局部止血。
6. 额部、颈部或枕部冷敷。
7. 口腔护理，漱口液漱口，保持口腔清洁。
8. 给予流质或半流质饮食，嘱病人多饮水，保持大便通畅。

**【健康指导】**

1. 讲解鼻出血发生的一般原因及预防措施。
2. 教会病人简易止血法。
3. 讲解卧床休息的目的。
4. 避免食刺激性食物，不要吸烟、饮酒。

#### 四、鼻部内镜手术病人护理要点

**【评估】**

1. 病人鼻部疾病情况及对内镜手术的承受能力。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

**【护理要点】**

1. 按鼻部疾病病人一般护理要点。
2. 注意保暖，防止感冒。
3. 术前准备
  - (1) 术前1日备皮、洗澡、更换衣服。
  - (2) 术前访视，讲解手术注意事项及健康教育
    - 1) 讲解术前术后防止感冒的意义；
    - 2) 讲解鼻腔冲洗的意义；
    - 3) 讲解鼻腔滴药的意义；
    - 4) 讲解内镜手术的优越性；
    - 5) 讲解术后复查的意义。

(3) 术前晚保证充足睡眠, 稳定情绪。

#### 4. 术后护理

(1) 术后半卧位。

(2) 密切观察鼻腔引流液的颜色、量, 嘱病人将流入口腔分泌物一定要吐出来, 不得咽下, 发现鲜血逐渐增多及时报告医生, 发现有清水样鼻涕流出应立即留取标本送检。

(3) 评估病人疼痛强度, 必要时遵医嘱使用镇痛药。

(4) 鼻部置冰袋 6 小时。

(5) 术后病人眼眶部肿胀, 要及时报告医生, 尽早拔出纱条进行处理。

(6) 观察患者的眼球运动及光反射是否正常, 有异常及时报告医生。

(7) 拔除纱条后, 遵医嘱指导病人冲洗鼻腔、雾化吸入、鼻腔内滴入抗生素。

#### 【健康指导】

1. 告之病人复查的意义, 并指导病人术后根据病情可在第 1 个月复查 1 次/周, 第 2 个月复查 1 次/2 周, 第 3 个月复查 1 次/月, 至半年。

2. 出院后仍要预防感冒。

3. 坚持每日冲洗鼻腔。

### 五、鼻咽癌病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人鼻部疾病状况及对疾病的认知程度。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人的心理状况。

4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按鼻部疾病病人一般护理要点。

2. 进行健康教育

(1) 讲解放疗的副反应及应对措施。

(2) 讲解口腔护理的意义及如何保护口腔黏膜。

(3) 嘱病人勿穿高领衣服, 内衣要柔软, 勿用肥皂清洗放疗过的皮肤, 勿外用刺激性药物, 勿用手抓痒。

(4) 放疗期间指导病人在颞颌关节处作轻揉按摩。

(5) 指导病人鼓腮、微笑, 运动局部、上、下牙相互咬合、撞击、练习舌、头颈运动。

3. 口腔护理, 保持口腔清洁, 有溃疡时遵医嘱涂抹药物。



4. 观察病人放疗期间的全身反应，胃肠反应较重遵医嘱补液。
5. 进高蛋白、高热量、高维生素饮食及多吃新鲜水果。

**【健康指导】**

1. 定期至医院复查。
2. 勿食用过冷、过热及辛辣刺激性食物，戒烟、酒。
3. 注意劳逸结合，生活要有规律。
4. 指导病人检查淋巴结。

## 六、鼻中隔偏曲手术病人护理要点

**【评估】**

1. 病人鼻部疾病状况，对手术的承受能力。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

**【护理要点】**

1. 按鼻部疾病病人一般护理要点。
2. 注意保暖，防止感冒。
3. 术前护理
  - (1) 术前一日剪鼻毛、剃胡须、洗澡、更换衣服。
  - (2) 术前访视，讲解手术注意事项及健康教育。
  - (3) 术前晚保证充足睡眠，稳定情绪。
  - (4) 术晨早餐进少量饮食。
4. 术后护理
  - (1) 术后取半卧位。
  - (2) 密切观察引流液的颜色、量。
  - (3) 评估病人疼痛强度，必要时遵医嘱使用镇痛药。
  - (4) 根据病人情况进半流食或普食。

**【健康指导】**

1. 定期至医院复查。
2. 勿用力擤鼻。

## 七、颅外进路脑脊液鼻漏修补术病人护理要点

**【评估】**

1. 病人脑脊液鼻漏的程度及原因。

2. 病人一般情况及生命特征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按鼻部疾病病人一般护理要点。
2. 半卧位或头高位  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。
3. 防止感冒、咳嗽。禁擤鼻，卧床休息，减少活动。
4. 保持大便通畅，不得用力，必要时给予缓泻剂。
5. 保持鼻前庭清洁，定时以无菌棉棍擦洗。
6. 注意观察病人体温变化。
7. 给予适宜饮食。

#### 【健康指导】

1. 讲解脑脊液鼻漏的注意事项及健康教育。
2. 定期至医院复查。
3. 短期内避免剧烈活动。

### 八、经鼻垂体瘤切除手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人垂体瘤引起听力损失程度及认知程度。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按鼻部疾病病人一般护理要点。
2. 保持口腔清洁，含漱液漱口。
3. 术前护理
  - (1) 术前 1 日备皮剪鼻毛、剃胡须、洗澡、更换衣服。
  - (2) 遵医嘱抗生素溶液滴鼻。
  - (3) 术前访视，讲解手术注意事项及健康教育。
  - (4) 术前晚保证充足睡眠，稳定情绪。
  - (5) 全麻术前 6 小时禁食、水。
4. 术后护理
  - (1) 全麻清醒后可半卧位。
  - (2) 禁止剧烈咳嗽，头部止动、防止头向下。

- (3) 口腔护理 用外用盐水或其他漱口液漱口,用湿纱布覆盖口腔。
- (4) 术后当日进流质饮食,术后一周内少食含糖量较高的食品。
- (5) 保持大便通畅,避免用力。

#### 【健康指导】

- 1. 坚持服药,定期复查。
- 2. 锻炼身体,增强体质。

## 第二节 耳部疾病病人护理要点

### 一、耳部疾病病人一般护理要点

#### (一) 入院护理

- 1. 热情接待病人并进行入院介绍。
- 2. 做好卫生处置。对生活不能自理者、年老、体弱、行动不便者,协助做好晨晚间护理。

3. 观察病人耳廓及外耳的一般状况及生命体征。

4. 做好饮食护理,遵医嘱给予适宜饮食。

#### (二) 心理护理

1. 讲解疾病的相关知识,使病人消除焦虑不安心理,减轻恐惧感,保持良好心态。

2. 鼓励病人战胜疾病的信心,积极配合手术及治疗。

#### (三) 手术前护理

- 1. 手术前遵医嘱用药。
- 2. 全麻病人按全麻护理常规。
- 3. 术前准备做好各项检查及听力检查。
- 4. 口腔保持清洁,含漱液漱口。
- 5. 预防上呼吸道感染。

#### (四) 手术后护理

- 1. 手术后遵医嘱用药。
- 2. 观察病人术后情况及耳部变化。
- 3. 发现病人有异常变化时及时报告医生给予处置。
- 4. 生活护理 保持病室内安静、整洁、舒适。
- 5. 对症护理 遵医嘱给予治疗用药。
- 6. 健康指导

- (1) 注意睡眠充足，合理饮食。
- (2) 介绍疾病的相关知识，指导病人及家属进行自我监控，尽早发现疾病的变化，及时就诊。
- (3) 根据情况定期来院复诊。

## 二、急性化脓性中耳炎病人护理要点

### 【评估】

1. 病人耳痛及听力损伤的程度。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

### 【护理要点】

1. 按耳部疾病病人一般护理要点。
2. 遵医嘱给予抗生素治疗。
3. 遵医嘱给予 1% 麻黄素生理盐水滴鼻，1% 酚甘油滴耳。避免使用耳毒性药物。
4. 卧床休息，保持大便通畅。
5. 保持外耳道清洁。
6. 必要时遵医嘱给予镇痛药。
7. 给予适宜饮食。

### 【健康指导】

1. 定期至医院复查。
2. 讲解引起化脓性中耳炎病因及预防措施。
3. 锻炼身体，提高身体素质，预防呼吸道感染。
4. 指导婴儿喂奶的正确姿势，防止呛咳。
5. 陈旧性鼓膜穿孔及鼓室置管者禁止游泳。
6. 洗澡时防止污水流入耳内。

## 三、乳突根治手术病人护理要点

### 【评估】

1. 病人听力损伤的程度。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

### 【护理要点】

1. 按耳部疾病病人一般护理要点。
2. 预防感冒。
3. 术前护理
  - (1) 术前1日备皮,清除耵聍,并以酒精消毒外耳道皮肤。
  - (2) 洗澡、更衣。
  - (3) 术前访视,讲解手术注意事项及健康教育。
  - (4) 术前晚保证充足睡眠,稳定情绪。
  - (5) 术晨长发女病人结发辫,短发者扣好发夹。
  - (6) 遵医嘱术前半小时给药。
4. 术后护理
  - (1) 平卧或侧卧,术耳朝上。
  - (2) 观察有无面瘫、眩晕、自发性眼震,耳鸣,以及头痛、意识障碍、昏迷等颅内并发症的表现。
  - (3) 观察出血,如敷料内血液浸湿应检查出血原因并予以更换。
  - (4) 不得用力擤鼻。
  - (5) 进半流质饮食3~5天可进软食,避免食用刺激性食物。

### 【健康指导】

1. 定期至医院复查。
2. 预防上呼吸道感染。
3. 根据耳内干燥程度,可允许患者洗澡,但要防止水进入耳内。

## 四、鼓室成形术病人护理要点

### 【评估】

1. 病人听力损失的程度及对手术的承受能力。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

### 【护理要点】

1. 按耳部疾病病人一般护理要点。
2. 预防感冒。
3. 术前护理
  - (1) 术前1日备皮,剪去术耳外耳道毛,清除耵聍,并以酒精消毒外耳道皮肤。

- (2) 理发、洗澡、洗头，特别是耳部周围。
- (3) 术前访视，讲解手术注意事项及健康教育。
- (4) 术前晚保证充足睡眠，稳定情绪。

#### 4. 术后护理

- (1) 术后平卧位。
- (2) 观察体温，注意有无面瘫、眩晕、自发性眼震、耳鸣以及头痛等。
- (3) 观察伤口敷料的颜色、出血量多要及时报告。
- (4) 进半流质 3~5 天后进软食。

#### 【健康指导】

- 1. 定期至医院复查。
- 2. 预防感冒。
- 3. 根据耳内干燥程度，可允许患者洗澡，洗澡时防止污水流入耳内。
- 4. 短期内避免剧烈活动。

### 五、镫骨手术病人护理要点

#### 【评估】

- 1. 病人听力损失程度及对手术的承受能力。
- 2. 病人一般情况及生命体征。
- 3. 病人的心理状况。
- 4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

- 1. 按耳部疾病病人一般护理要点。
- 2. 预防上呼吸道感染。
- 3. 术前护理
  - (1) 术前 1 日备皮、洗澡、更换衣服。
  - (2) 术前访视，讲解手术注意事项及健康教育。
  - (3) 术前保证充足的睡眠，稳定情绪。
  - (4) 全麻术前 6 小时禁食、禁水。
  - (5) 术前遵医嘱用药。
- 4. 术后护理
  - (1) 术后头部固定，卧床 3~5 天，如眩晕较重可延长卧床时间。
  - (2) 观察有无耳聋、眩晕、眼震、面瘫。
  - (3) 观察伤口有无渗血、引流物的颜色。
  - (4) 鼓励病人多做吞咽动作。

- (5) 保持大便通畅。
- (6) 半流质 3~5 天后可改为软食。

**【健康指导】**

- 1. 定期至医院复查。
- 2. 避免食刺激性食物。
- 3. 预防上呼吸道感染。
- 4. 根据耳内干燥程度,可允许患者洗澡,防止污水流入耳内。
- 5. 短期内避免剧烈活动。

## 六、电子耳蜗植入手术病人护理要点

**【评估】**

- 1. 病人听力损失程度及对手术要求。
- 2. 病人一般情况及生命体征。
- 3. 病人的心理状况。
- 4. 病人的自理能力。

**【护理要点】**

- 1. 按耳部疾病病人一般护理要点。
- 2. 术前护理
  - (1) 术前 1 日备皮、洗澡、更换衣服。
  - (2) 术前访视,讲解手术注意事项及健康教育。
  - (3) 术前晚保证充足睡眠,稳定情绪。
  - (4) 全麻术前 6 小时禁食、水。
- 3. 术后护理
  - (1) 术后平卧位,术后第 1 天可下地活动。
  - (2) 观察体温,有无面瘫、耳鸣、眩晕。
  - (3) 观察皮瓣的颜色、温度,注意保温。
  - (4) 观察外耳道有无清亮色液体流出,如有要立即报告。

**【健康指导】**

- 1. 告之病人听觉言语康复训练的目的。
- 2. 告之康复训练的地点、时间。

## 七、听神经瘤手术病人护理要点

**【评估】**

- 1. 病人听力减退的程度及对疾病的认知。



2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按耳部疾病病人一般护理要点。
2. 观察患者有无小脑共济失调行走不便、面部抽搐、面瘫、呛咳、吞咽困难、耳鸣耳聋及颅内压增高的症状。
3. 对行走不稳的患者，必要时须有人搀扶。
4. 对喝水呛咳的患者，要指导进食。
5. 对眼睑闭合不全患者，可用抗生素眼液滴眼。
6. 术前护理
  - (1) 术前1日备皮，剪鼻毛、剃胡须剃光头。洗澡、更换衣服。
  - (2) 术前访视，讲解手术注意事项及健康教育。
  - (3) 术前晚保证充足睡眠，稳定情绪。
  - (4) 术前6小时禁食、禁水。
  - (5) 术前遵医嘱给药。
7. 术后护理
  - (1) 术后取平卧位。
  - (2) 密切观察生命体征、神志、肢体活动情况。
  - (3) 观察鼻腔分泌物颜色、量有异常及时报告医生。
  - (4) 病人如出现眩晕、恶心等症状，要头部止动。
  - (5) 保持口腔清洁，除常规护理外，如口角出现疱疹，可涂抗生素软膏。

#### 【健康指导】

1. 定期复查。
2. 增加病人功能锻炼。
3. 食高蛋白、高维生素、低脂肪饮食。

### 八、梅尼埃病病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人眩晕状况及发病原因。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

### 【护理要点】

1. 按耳部疾病病人一般护理要点。
2. 观察病人眩晕的程度及持续时间。
3. 眩晕发作时静卧于暗室内。
4. 遵医嘱用镇静、止吐、抗眩晕及血管扩张剂等药物。
5. 低盐饮食。

### 【健康指导】

1. 告之本病发病原因及预后。
2. 鼓励病人于发作间歇加强锻炼，增强体质，劳逸适当。
3. 禁烟、酒和浓茶。

## 第三节 咽部疾病病人护理要点

### 一、咽部疾病病人一般护理要点

#### （一）入院护理

1. 热情接待病人并进行入院介绍。
2. 做好卫生处置。对生活不能自理者、年老、体弱、行动不便者，协助做好晨晚间护理。
3. 观察病人咽部一般状况及生命体征。
4. 做好饮食护理，遵医嘱给予适宜饮食。

#### （二）心理护理

1. 讲解疾病的相关知识，使病人消除焦虑不安心理，减轻恐惧感，保持良好心态。
2. 鼓励病人战胜疾病的信心，积极配合手术及治疗。

#### （三）手术前护理

1. 手术前遵医嘱用药。
2. 全麻病人按全麻护理常规。
3. 做好术前准备和各项检查。
4. 口腔保持清洁，含漱液漱口。
5. 预防上呼吸道感染。

#### （四）手术后护理

1. 手术后遵医嘱用药。
2. 观察病人咽部术后情况。

3. 发现病人有异常变化时及时报告医生给予处置。
4. 生活护理 保持病室内安静、整洁、舒适。
5. 对症护理 遵医嘱给予治疗用药。

#### 【健康指导】

1. 注意睡眠充足，合理饮食。
2. 介绍疾病的相关知识，指导病人及家属进行自我监控，尽早发现疾病的变化，及时就诊。
3. 根据情况定期复诊。

### 二、急性化脓性扁桃体炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人发病诱因及扁桃体炎程度。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按咽部疾病病人一般护理要点。
2. 遵医嘱使用抗生素并观察药物反应。
3. 嘱病人多饮水，注意休息。
4. 高热病人行物理降温，注意保护皮肤。
5. 口腔护理、含漱剂漱口。
6. 遵医嘱给予口含药物。
7. 保持大便通畅，必要时用缓泻剂。
8. 进高蛋白、高维生素流质饮食。

#### 【健康指导】

1. 讲解急性化脓性扁桃体炎发病的诱因及预防。
2. 锻炼身体、增强体质，预防上呼吸道感染。

### 三、扁桃体切除病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人疾病状况及对手术的承受能力。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

**【护理要点】**

1. 按咽部疾病病人一般护理要点。
2. 预防上呼吸道感染。
3. 术前护理
  - (1) 术前一日剃胡须、洗澡、更换衣服。
  - (2) 术前访视，讲解手术注意事项及健康教育。指导病人术后将分泌物吐出，术后不易吃水果及果汁及不易用水杨酸类止痛药。
  - (3) 用压舌板压舌练习张口。
  - (4) 术前晚保证充足睡眠，稳定情绪。
  - (5) 全麻术前 6 小时禁食、禁水。
  - (6) 术晨遵医嘱注射阿托品。
4. 术后护理
  - (1) 局麻术后半卧位，少说话、避免咳嗽。
  - (2) 嘱病人将口腔分泌物吐入痰杯，不得咽下。观察口腔分泌物颜色、量，出血多及时报告医生，立即进行处理。
  - (3) 颈部置冰袋 6 小时。
  - (4) 饮食护理：术后进冷流质，术后第 1 天进全流，以后视情况改为半流质和软食。7~10 天内不易吃硬食和油炸食物。
  - (5) 预防感冒、咳嗽。
  - (6) 术后第 2 天开始注意多讲话。
  - (7) 术后 3 小时无出血者，可用生理盐水或其他含漱液含漱。
  - (8) 术后无出血者，鼓励早期下床活动。

**【健康指导】**

1. 定期至医院复查。
2. 术后 7~10 天伤口疼痛以假膜脱落时间。
3. 手术 2 周以后，要加强体育锻炼。

## 第四节 喉部疾病病人护理要点

### 一、喉部疾病病人一般护理要点

#### (一) 入院护理

1. 热情接待病人并进行入院介绍。
2. 做好卫生处置。对生活不能自理者、年老、体弱、行动不便者，协助

做好晨晚间护理。

3. 观察病人喉部一般状况及呼吸、吞咽、生命体征。
4. 做好饮食护理，遵医嘱给予适宜饮食。

#### (二) 心理护理

1. 讲解疾病的相关知识，使病人消除焦虑不安心理，减轻恐惧感，保持良好心态。

2. 鼓励病人战胜疾病的信心，积极配合手术及治疗。

#### (三) 手术前护理

1. 手术前遵医嘱用药。
2. 全麻病人按全麻护理常规。
3. 做好术前准备和各项检查。
4. 口腔保持清洁，含漱液漱口。
5. 预防上呼吸道感染。

#### (四) 手术后护理

1. 手术后遵医嘱用药。
2. 观察病人喉部术后情况。
3. 发现病人有异常变化时及时报告医生给予处置。
4. 生活护理 保持病室内安静、整洁、舒适。
5. 对症护理 遵医嘱给予治疗用药。

#### 【健康指导】

- 1 注意睡眠充足，合理饮食。
2. 介绍疾病的相关知识，指导病人及家属进行自我监控，尽早发现疾病的变化，及时就诊。
3. 根据情况定期复查。

## 二、急性喉炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人发病原因及喉部状况。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按喉部疾病病人一般护理要点。
2. 声带休息，不发音或少发音。

3. 雾化吸入或蒸气吸入。
4. 遵医嘱使用抗生素、激素或抗病毒药物，并观察药物反应及副作用。
5. 保持室内空气流通，多饮热水。
6. 饮食为清淡易消化食物，避免刺激性食物，保持大便通畅。
7. 禁烟、酒。

**【健康指导】**

1. 锻炼身体，预防上呼吸道感染。
2. 避免吸入过多的粉类及有害气体。
3. 指导病人掌握正确的发音方法，避免声带疲劳。
4. 劳逸结合，避免过度疲劳。

### 三、急性会厌炎病人护理要点

**【评估】**

1. 病人呼吸梗阻的程度及吞咽困难的程度。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

**【护理要点】**

1. 按喉部疾病病人一般护理要点。
2. 遵医嘱立即给予抗生素、激素及观察药物反应。
3. 含漱液漱口，保持口腔清洁。
4. 氧气吸入，根据缺氧情况调节流量。
5. 严密观察病情变化、神态、面色、心率、血压、呼吸、血氧饱和度，如有异常变化及时报告医生。
6. 床头备气管切开包，必要时协助医生行气管切开。
7. 根据情况进流食或半流食。

**【健康指导】**

1. 锻炼身体，增加体质。
2. 预防上呼吸道感染。
3. 避免与过敏源接触。

### 四、喉癌手术病人护理要点

**【评估】**

1. 病人吞咽障碍的程度及对手术的承受能力。

2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按喉部疾病病人一般护理要点。

#### 2. 术前护理

- (1) 术前1日备皮，剃须、洗澡、更换衣服。
- (2) 术前访视，讲解手术注意事项及健康教育。
- (3) 给予含漱剂漱口，鼻部及口腔有炎症者，积极治疗。
- (4) 术前晚保证充足睡眠，稳定情绪。
- (5) 术前6小时禁食、禁水。
- (6) 根据病情插胃管，导尿。
- (7) 遵医嘱术晨用药。

#### 3. 术后护理

- (1) 术后平卧位，气管切开者保持颈屈位，头前倾 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ ，切勿后倾位。

- (2) 给予吸氧至病人清醒，血氧饱和度正常。

- (3) 严密监测生命体征变化。

- (4) 严密观察引流液颜色，并记录24小时引流量。

- (5) 观察颈部敷料有无渗血，渗血多时及时报告医生。

- (6) 吸痰时观察分泌物的颜色及量，血性分泌物量逐渐增多时要及时报告。

- (7) 保持呼吸道通畅，气管套管要定时清洗。

- (8) 术后口腔护理，保持口腔清洁。

- (9) 全麻清醒后给予半卧位，做好背部护理，术后第1天鼓励病人咳嗽。

- (10) 鼻饲高热量匀浆膳，通常情况下2周后拔除鼻饲管，逐渐由流质改为半流质以至软食。喉裂开病人，术后数小时可进流质，吞咽困难者，可用鼻饲法2~3天。

- (11) 术后第1天可协助病人下地，根据病人情况制定活动计划。

#### 【健康指导】

1. 出院后定期复查。

2. 指导病人食易消化、高能量、高蛋白、高维生素、无刺激性食物。

3. 指导病人自己对镜取套管，刷洗及安装套管。



4. 指导病人术后要劳逸结合, 根据本人情况逐渐增加活动量。
5. 指导病人在带气管套管状态下, 掌握人际交流的技巧。

### 五、睡眠呼吸暂停综合征病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人疾病类型、缺氧程度。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按喉部疾病病人一般护理要点。
2. 密切观察病人睡觉状况。
3. 术前护理
  - (1) 术前一日剃胡须、洗澡、更换衣服。
  - (2) 术前访视, 讲解手术注意事项及健康教育。
  - (3) 术前晚保证充足睡眠, 稳定情绪。
  - (4) 全麻术前 6 小时禁食、禁水。
  - (5) 遵医嘱术晨半小时给药。
4. 术后护理
  - (1) 全麻术后平卧, 清醒后可给予半卧位。
  - (2) 观察病人血压、脉搏、呼吸及血氧饱和度。
  - (3) 给予持续低流量吸氧, 至血氧饱和度正常, 病人皮肤颜色良好。
  - (4) 嘱病人将口腔分泌物吐出勿咽下, 观察其颜色、量, 有出血及时报告。
  - (5) 术后 3 小时鼓励病人进冷流食, 术后第 1 天鼓励病人进全流。以后根据情况可改为半流和软食。7~10 天内不易吃硬食及油炸食物。
  - (6) 术后第 2 天开始注意多讲话、多进食、多漱口。
  - (7) 病人伤口疼痛时, 慎用止痛剂, 可颈部冰敷。
  - (8) 根据情况行雾化吸入。

#### 【健康指导】

1. 指导病人减肥、戒烟、戒酒。
2. 并发高血压病人吃低盐饮食。
3. 防止感冒, 避免咳嗽。
4. 锻炼口咽部肌肉的活动度, 防止肌肉松弛。

## 六、气管插管病人护理要点

### 【评估】

1. 病人的呼吸形态、包括频率，节律，深度。
2. 病人呼吸困难的伴随症状及相关因素。
3. 病人一般情况及生命体征。
4. 病人的心理状况。
5. 病人的自理能力。

### 【护理要点】

1. 按喉部疾病病人一般护理要点。
2. 每日消毒液擦拭房间地面 2 次，通风保持空气新鲜，病室温度在 25℃，湿度在 55%~65%。
3. 密切观察病人的意识状态，呼吸，血压，脉搏，尿量，胸部体征，体温，皮肤，血气，痰等的变化。
4. 记录插管外露长度，固定摘管位置，外露长度每 8 小时测量一次并交班。
5. 讲明插管的意义及需病人注意的事项，防止病人自行拔管。
6. 套管脱出插入深度 15cm 以内时，吸净病人口鼻及气囊上的滞留物后，放出气囊内气体，将套管插回原深度，并拍胸片确定插管位置，若脱出超过插入深度 15cm 时，放开气囊，拔出气管插管位置，给予鼻导管或面罩吸氧，必要时重新插管。
7. 定时监测人工气道气囊压力，以减少气道损伤。每 6~8 小时放气囊一次，每次 5~10 分钟，放气囊时必须清除气囊上滞留物，吸净气道内分泌物。
8. 根据动脉血气分析结果，评估是否有痰潴留，根据胸片，听诊触诊。判断潴留部位，再进行吸痰。
9. 吸痰前进行雾化吸入并加大吸氧浓度，潮气量及压力支持参数。拍背，使痰液向中枢气道移动，再进行吸痰。吸痰后用简易呼吸器加压给氧或调节呼吸机给氧浓度至 100%。
10. 根据痰液的黏稠度调整气管滴药量及雾化吸入的次数。
11. 口腔护理 2 次/天。
12. 定时更换体位，防止褥疮。
13. 保证病人充足的饮食，进食时给予半卧位，将气囊充分充气，以免误吸或食物向气道内反流，不能自主进食者，遵医嘱给予鼻饲。

**【健康指导】**

1. 逐渐增加病人的活动量，增强体质。
2. 避免着凉，预防感冒。
3. 锻炼呼吸肌，增强自信。
4. 合理的营养支持。
5. 治疗原发病，并定期进行体检。

## 七、气管切开病人护理要点

**【评估】**

1. 病人缺氧程度、意识及伴随症状。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人的自理能力。

**【护理要点】**

1. 按喉部疾病病人一般护理要点。
2. 术前护理
  - (1) 注意保暖，防止感冒。
  - (2) 备皮，清洁皮肤。
  - (3) 指导清醒病人练习咳嗽、咳痰。
3. 术后护理
  - (1) 术后平卧位，保持颈屈位，头前倾  $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ ，切勿后倾位。
  - (2) 严密观察生命体征及颈部敷料有无渗血。
  - (3) 保持室温  $25^{\circ}\text{C}$ ，湿度在  $55\%\sim 65\%$ 。
  - (4) 口腔护理 4 次/天。
  - (5) 根据听诊，触诊判断痰潴留的部位并进行吸痰。吸痰时严格无菌操作，观察分泌物的颜色及量，血性分泌物增多时要立即采取措施。
  - (6) 根据病人痰黏稠度制定雾化吸入及气管内滴药的次数。
  - (7) 协助病人翻身，拍背，鼓励病人咳痰。
  - (8) 指导病人使用非语言交流方式，鼓励病人尽早下地活动。
  - (9) 清洁消毒内套管每 4 小时 1 次。更换剪口纱布 2 次/天，分泌物多者随时更换。
4. 饮食护理：鼻饲前彻底吸痰，鼻饲后 1 小时内尽量不吸痰。自主进食者鼓励病人进高蛋白，高维生素饮食。

**【健康指导】**

1. 教会病人清洗消毒安装内套管。
2. 教会病人更换剪口纱布。
3. 教会病人使用纱布掩饰伤口。
4. 教会病人非语言交流的方法。
5. 避免着凉，防止感冒。
6. 加强体育锻炼，增强体质。

## 第十章 口腔颌面外科疾病护理指南

---

### 第一节 口腔颌面外科病人一般护理要点

#### （一）入院护理

1. 接待病人并进行入院介绍。
2. 做好卫生处置。对生活不能自理者、年老、体弱、行动不便者，协助做好晨晚间护理。
3. 观察病人口腔颌面疾病状况及生命体征。
4. 保持室内空气清新，湿度适宜，经常开窗换气。
5. 做好饮食护理，对进食困难者遵医嘱给予适宜饮食。

#### （二）术前护理

1. 做好病人心理护理工作，尤其对颌面部手术的病人减轻不良情绪反应。
2. 口腔或面部如有慢性感染病灶，按医嘱作适当处理。
3. 口腔手术前 2~3 天应洁牙，遵医嘱液体含漱。
4. 术前 1~2 天应洗澡。
5. 皮肤准备
  - （1）头部手术须剃去头发。下颌骨切除、腮部手术等，须剃去耳后 6cm 的头发。
  - （2）鼻部手术应剪去鼻毛。眼部手术保留睫毛及眉毛，在术前清洗，用抗生素滴眼液点眼。
  - （3）植骨术前 2 天开始准备皮肤，取自体肋骨者应剃腋毛，取髂骨者应剃阴毛。
  - （4）自腹部及大腿内侧取皮者均应剃阴毛。
  - （5）皮管转移至腕部者应剪去指甲清除甲垢。
  - （6）其他同一般外科手术前护理。

#### （三）术后护理

1. 按一般外科病人手术后护理要点。

2. 全麻按全麻术后一般护理要点。
3. 注意包扎绷带松紧适度，创口渗血较多时报告医师，并协助处置。
4. 执行口腔颌面手术后饮食护理。
5. 每日清拭口腔 2~3 次。口唇干燥者应涂润滑剂。进食后漱口，保持口腔卫生。
6. 按医嘱给予镇痛药等。

## 第二节 口腔颌面部炎症病人护理要点

### 一、间隙感染切开引流病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人颌面部感染，及所在间隙的部位及肿胀情况。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按口腔颌面外科病人一般护理要点。
2. 全身支持疗法，对症治疗，遵医嘱静脉给予抗生素。
3. 注意休息，少说话。
4. 保持口腔清洁，定时漱口。
5. 给予病人高热量易消化的半流食或全流食。
6. 高热病人按高热病人一般护理要点。
7. 休克病人按休克病人一般护理要点。如出现呼吸困难者，及时通知医生行气管切开术，保持呼吸道通畅。
8. 术前护理
  - (1) 观察局部肿胀程度。
  - (2) 皮肤护理。
  - (3) 做好解释工作，告诉病人施行手术的目的、手术中如何配合，减轻病人的心理负担。
9. 术后护理
  - (1) 观察病情变化及用药反应，严密观察体温、脉搏、呼吸、血压变化，有无呼吸困难及并发症的发生，并进行记录。
  - (2) 观察伤口情况，定时更换引流条及敷料。补充液体，维持体内水、电

解质的平衡。

(3) 感染控制后, 及时去除病因, 如病灶牙的处理等。

#### 【健康指导】

1. 根据病人伤口愈合情况, 告诉病人定期来院换药, 直至伤口完全愈合。
2. 注意劳逸结合, 合理营养膳食, 禁食辛辣食物。
3. 保持口腔清洁, 发现龋齿及时治疗。
4. 加强体育锻炼, 增强抗病能力。

## 二、急性化脓性颌骨骨髓炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人颌面部的肿胀状况, 及进食情况。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状态。
4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按口腔颌面外科病人一般护理要点。
2. 全身支持疗法, 遵医嘱给予抗生素, 控制感染。
3. 注意休息, 向病人讲解休息对疾病恢复的重要性。
4. 合理膳食, 给予高蛋白、高维生素, 易消化吸收的流质或流质食物。
5. 注意口腔卫生, 保持口腔清洁。
6. 急性期过后, 可考虑进行手术治疗。

#### 7. 术前护理

- (1) 皮肤护理, 手术区常规备皮。
- (2) 心理护理, 向病人讲解施行手术的必要性及注意事项, 赢得病人的配合。

#### 8. 术后护理

- (1) 观察病人全身情况, 密切观察病人呼吸、血压、脉搏、血氧饱和度情况, 并进行记录。
- (2) 下颌骨缺失过多时, 将舌前 1/3 处牵出, 防止舌后坠引起的窒息死亡。
- (3) 观察伤口渗血、渗液情况, 定时更换敷料。
- (4) 如果病人张口困难, 向病人讲解怎样逐渐进行张闭口训练, 直至功能恢复正常。



**【健康指导】**

1. 定期到医院进行复查。
2. 注意休息，合理膳食。
3. 坚持开闭口训练。
4. 保持口腔清洁，发现牙周病、智齿冠周炎等要及早治疗。

### 三、放射性颌骨骨髓炎病人护理要点

**【评估】**

1. 病人颌骨病变的状态，及营养情况，消瘦贫血等。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

**【护理要点】**

1. 按口腔颌面外科病人一般护理要点。
2. 全身支持疗法，遵医嘱给予抗生素，控制感染。
3. 注意休息，向病人讲解休息对疾病恢复的重要性。
4. 合理膳食，给予高蛋白、高维生素，易消化吸收的流质或流质食物。
5. 注意口腔卫生，保持口腔清洁。
6. 术前护理
  - (1) 皮肤护理，手术区常规备皮。
  - (2) 心理护理，向病人讲解施行手术的必要性及注意事项，赢得病人的配合。
7. 术后护理
  - (1) 观察病人全身情况，密切观察病人呼吸、血压、脉搏、血氧饱和度情况，并进行记录。
  - (2) 下颌骨缺失过多时，将舌前 1/3 处牵出，防止舌后坠引起的窒息死亡。
  - (3) 观察伤口渗血、渗液情况，定时更换敷料。
  - (4) 如果病人张口困难，向病人讲解怎样逐渐进行张闭口训练，直至功能恢复正常。

**【健康指导】**

1. 定期到医院进行复查。
2. 注意休息，合理膳食。
3. 放射开始前，将口腔内能引起感染的病灶牙予以拔除，拆除口腔内固

定金属假牙，放疗期间禁戴活动假牙，以免造成黏膜损伤。

4. 坚持开闭口训练。
5. 保持口腔卫生，放射前应进行牙龈洁治术。

#### 四、唇面部疖痈病人护理要点

##### 【评估】

1. 病人唇面部疖痈感染的程度。
2. 病人一般情况及生命体征；是否有糖尿病病史。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

##### 【护理要点】

1. 按口腔颌面外科病人一般护理要点。
2. 密切观察病情变化，发现异常，及时通知医师。
3. 遵医嘱给予抗炎治疗，观察药物反应；补充液体，加速体内毒素的排泄。
4. 卧床休息，急性期限制说话，减少局部刺激。
5. 需切开引流时，按外科病人一般护理要点。
6. 加强营养，给予高蛋白、高维生素，易消化吸收的流质或流质食物，如有糖尿病的病人给予糖尿病饮食。
7. 做好病人的心理护理，讲解与本病相关的知识，局部禁热敷，禁挤压，防止炎症扩散。

##### 【健康指导】

1. 保持唇面部皮肤清洁，在疖初起时可用 2.5% 碘酒涂擦。
2. 切勿局部热敷、挤压，以免引起炎症扩散。
3. 一旦痈已形成，应引起高度重视，及时住院治疗，避免形成败血症。
4. 加强身体锻炼，提高抗病能力。

### 第三节 涎腺疾病病人护理要点

#### 一、急性颌下腺炎病人护理要点

##### 【评估】

1. 病人颌面部肿胀情况，有无呼吸困难。
2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按口腔颌面外科疾病病人一般护理要点。

2. 密切观察病情变化。

3. 遵医嘱给予抗生素，控制感染，注意病人的呼吸情况。

4. 合理膳食，多饮水，给予高营养易消化食物。

#### 【健康指导】

1. 保持口腔清洁，注意口腔卫生。

2. 加强体育锻炼，增加身体抵抗力。

## 二、涎腺结石病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人局部病变状况。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按口腔颌面外科病人一般护理要点。

2. 遵医嘱静脉给予抗生素，预防感染。

3. 保持口腔清洁，饭后漱口。

4. 合理膳食，给予高营养易消化食物。

5. 术前护理

(1) 术前1日备皮、洗澡、更衣。

(2) 术晨做口腔护理。

(3) 做好心理护理，讲解手术注意事项，稳定病人情绪，保证睡眠。

6. 术后护理

(1) 术后健侧卧位。

(2) 严密观察体温、脉搏、呼吸、血压变化。

(3) 密切观察口腔分泌物的颜色、有无活动性出血情况。

(4) 术后1周进流食或半流食。

#### 【健康指导】

1. 注意口腔卫生，保持口腔清洁。

2. 定期复查，注意饮食，禁吃酸、辣刺激性食物。

3. 术后出现反应性肿胀可导致吞咽困难，一般可很快恢复。

### 三、涎痿病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人颌面部肿胀及伤口感染情况。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按口腔颌面外科病人一般护理要点。
2. 遵医嘱全身支持疗法，静脉给予抗生素，控制感染。
3. 保持口腔清洁，注意口腔卫生。
4. 合理膳食，给予高营养、易消化半流食。
5. 术前护理
  - (1) 术前1天备皮、洗澡、更衣，口腔护理。
  - (2) 术前行心理护理，讲解手术注意事项。
  - (3) 术前给予适量的镇静剂，以保证睡眠。
6. 术后护理
  - (1) 观察生命体征。
  - (2) 密切观察伤口渗血情况，保持伤口敷料清洁。
  - (3) 遵医嘱静脉给予抗生素并适当给予止痛剂。
  - (4) 术后给予高营养流食或半流食。

#### 【健康指导】

1. 保持口腔卫生、注意口腔清洁。
2. 定期复查，禁食辛辣刺激性食物。
3. 加强体育锻炼，增强身体抵抗力。

## 第四节 口腔颌面部损伤病人护理要点

### 一、口腔颌面组织开放伤病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人的外伤程度。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

**【护理要点】**

1. 按口腔颌面外科疾病病人一般护理要点。

2. 注意保持伤口清洁，防止伤口感染。

3. 观察口鼻耳有无漏液及面部麻痹情况。

4. 术前护理

(1) 术前 1 天备皮、洗澡、更换衣服及肠道准备。

(2) 术前访视，讲解手术注意事项及心理指导。

(3) 术前晚保证充足睡眠，稳定情绪。

(4) 术前 6 小时禁食、禁水。

5. 术后护理

(1) 术后半卧位。

(2) 密切观察术前和术中所插入的各种导管位置，是否脱出。注意各种引流导管通畅及引流量、色、质，有变化时及时报告医师。

(3) 观察镇痛装置。

(4) 观察手术切口有无渗血及裂开。

(5) 术后指导病人加强营养。

(6) 术后指导病人雾化吸入。

(7) 术后给予病人口腔冲洗。

(8) 术后遵医嘱给抗生素，预防感染。

**【健康指导】**

1. 指导病人术后 1 个月复查，拍 X 光片对照。

2. 防止颌面部碰撞。

3. 注意口腔卫生。

4. 合理增加营养。

## 二、颌骨骨折内固定手术病人护理要点

**【评估】**

1. 病人的骨折部位及程度。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

**【护理要点】**

1. 按口腔颌面外科疾病病人一般护理要点。

2. 防止上呼吸道感染及口腔清洁。

3. 术前护理

(1) 术前 1 天备皮、洗澡、更换衣服及肠道准备。

(2) 术前访视, 讲解手术注意事项及心理指导。

(3) 术前晚保证充足睡眠, 稳定情绪。

(4) 术前 6 小时禁食、禁水。

4. 术后护理

(1) 术后半卧位。

(2) 密切观察术前和术中所插入的各种导管位置, 是否脱出。注意各种引流导管通畅及引流量、色、质, 有变化时及时报告医师。

(3) 观察镇痛装置。

(4) 观察手术切口, 有无渗血及裂开。

(5) 术后指导病人加强营养。

(6) 术后指导病人雾化吸入。

(7) 术后给予病人口腔冲洗。

(8) 术后遵医嘱给抗生素, 预防感染。

#### 【健康指导】

1. 防止颌面部碰撞。

2. 注意口腔卫生。

3. 合理增加营养。

4. 病人术后 1 个月复查, 拍 X 光片对照。

### 三、正颌外科手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人对面型的要求及期望程度。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按口腔颌面外科疾病病人一般护理要点。

2. 加强营养、戒烟酒。

3. 做口腔洁治、防止呼吸道感染。

4. 术前护理

(1) 术前 1 天备皮、洗澡、更换衣服及肠道准备。

(2) 术前访视, 讲解手术注意事项及心理指导, 讲解正颌外科术前准备工作, 如: 投影测量等。

(3) 术前晚保证充足睡眠, 稳定情绪。

(4) 术前 6 小时禁食、禁水。

#### 5. 术后护理

(1) 术后半卧位。

(2) 密切观察术前和术中所插入的各种导管位置, 是否脱出。注意各种引流导管通畅及引流量、色、质, 有变化时及时报告医师。

(3) 观察镇痛装置, 有变化时及时处理。

(4) 密切观察手术切口渗血情况, 发现渗血较多时报告医生处理。

(5) 术后指导病人加强营养, 遵循少食多餐原则。

(6) 术后指导病人雾化吸入。

(7) 术后给予病人口腔冲洗。

(8) 术后遵医嘱给抗生素, 预防感染。

(9) 术后出现颌面部及颈部麻木时, 指导病人避免过烫食物, 防止烫伤。

(10) 指导病人用抗生素软膏涂抹口角。

#### 【健康指导】

1. 指导病人术后 1 个月、3 个月、半年、1 年、2 年复查 1 次。

2. 防止颌面部碰撞。

3. 注意口腔卫生, 使用儿童牙刷刷牙。

4. 合理增加营养。

## 第五节 口腔颌面部畸形和肿瘤病人护理要点

### 一、先天性唇腭裂手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人对颌面部畸形及手术期 (唇裂手术、腭裂手术、齿槽嵴裂手术) 对畸形修复的期望值。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。



**【护理要点】**

1. 按口腔颌面外科疾病病人一般护理要点。
2. 注意口腔清洁,防止上呼吸道感染。
3. 术前护理
  - (1) 术前1天备皮、洗澡、更换衣服及肠道准备。
  - (2) 术前访视,讲解手术注意事项及心理指导。讲解唇腭裂序列治疗目的。
  - (3) 术前晚保证充足睡眠,稳定情绪。
  - (4) 术前6小时禁食、禁水。
4. 术后护理
  - (1) 术后半卧位。
  - (2) 密切观察术前和术中所插入的各种导管位置,是否脱出。注意各种引流导管通畅及引流量、色、质,有变化时及时报告医师。
  - (3) 腭裂术后要密切观察呼吸情况,床旁备环穿针、气管切开包。
  - (4) 观察镇痛装置。
  - (5) 观察手术切口,有无渗血及裂开和感染。
  - (6) 术后指导病人合理营养。
  - (7) 术后指导病人雾化吸入。
  - (8) 齿槽嵴裂术后病人口腔冲洗。
  - (9) 术后遵医嘱给抗生素,预防感染。

**【健康指导】**

1. 指导病人术后复查
  - (1) 唇裂术后半年复查。
  - (2) 腭裂术后视年龄而定并到进行语音训练。
  - (3) 齿槽嵴裂半年复查。
2. 注意口腔卫生。
3. 合理增加营养。

## 二、腮腺肿物切除术病人护理要点

**【评估】**

1. 病人肿物局部情况。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

**【护理要点】**

1. 按口腔颌面外科疾病病人一般护理要点。

2. 注意口腔清洁，防止上呼吸道感染。

3. 饮食禁用刺激性食物。

4. 术前护理

(1) 术前做好各项检查。

(2) 术前1天备皮、洗澡、更换衣服及皮试。

(3) 术前访视，讲解手术注意事项及心理指导。讲解局麻术中配合，及与医生交流不适或疼痛的方法。

(4) 术中如需要在腮腺导管内注射1%亚甲蓝，术后前几次尿液可呈蓝色，需提前告之病人，避免紧张。

(5) 术前晚保证充足睡眠，稳定情绪。

5. 术后护理

(1) 术后半卧位。

(2) 密切观察术中所插入的创口引流导管位置，是否脱出。注意引流导管通畅及引流量、色、质，有变化时及时报告医师。

(3) 如创口采用加压包扎的病人，要经常观察敷料的松紧程度，过松易出现积液或发生涎瘘及感染，过紧会影响病人的正常呼吸。加压包扎一般在术后1~2周拆除。

(4) 观察手术切口，有无渗血及裂开和感染。

(5) 对面神经出现暂时性损伤面瘫的病人，遵医嘱给予药物或理疗及功能训练。

(6) 因恶性肿瘤面神经不能保留，而引起睑裂闭合不全的病人，应注意保护眼睛，可用眼膏或戴眼罩，以防暴露性角、结膜炎。

(7) 术后指导病人合理营养。

**【健康指导】**

1. 指导病人术后1、3、6个月复查。

2. 术后3个月内禁食酸、辣等刺激性食物，以减少腺体分泌，避免涎液潴留。注意口腔卫生。

3. 术后进食时耳前区及颞部、鼻、上唇、耳后及上颈部可出汗或潮红，属术后并发症。

4. 对面神经损伤者，可进行功能训练或择期手术整复。

5. 合理增加营养。

### 三、舌癌、口底癌手术病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人肿瘤局部情况，有否全身转移及疼痛。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按口腔颌面外科疾病病人一般护理要点。
2. 注意口腔清洁，促进口腔创口愈合；防止上呼吸道感染。
3. 保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物，防止引起呼吸障碍或窒息。
4. 纠正营养不良及其他不正常现象。
5. 术前护理
  - (1) 术前做好各项检查；完成牙周洁治。
  - (2) 需做组织瓣修复时，注意保护供区。
  - (3) 补充足够的营养，由疼痛影响进食者，可在进食前用普鲁卡因溶液含漱。
  - (4) 胃肠道准备。
  - (5) 术前1天备皮、洗澡、更换衣服及皮试。
  - (6) 术前访视，讲解手术注意事项及心理指导。讲解术后表达方法，及气管切开在术后恢复的作用及表达配合，及与医生交流不适或疼痛的方法。
  - (7) 练习床上便器使用。
  - (8) 术前晚保证充足睡眠，稳定情绪。
6. 术后护理
  - (1) 按全麻术后护理要点。
  - (2) 按气管切开术后护理要点。
  - (3) 术中组织瓣修复者平卧，观察口内皮瓣颜色、肿胀程度、血管充盈度等，发现异常及时通知医生，采取必要措施。
  - (4) 全麻清醒后，平卧或半卧位。
  - (5) 保持呼吸道通畅，及时清除口内及呼吸道分泌物，防止呕吐物或血液吸入气管内，引起呼吸困难或窒息。每日雾化吸入2次或遵医嘱。
  - (6) 密切观察手术伤口，有无渗血及裂开和感染。做舌、颌、颈联合根治术，应注意引流导管通畅及引流量、色、质，详细记录；有变化时及时报告医师。

(7) 做颈淋巴清扫术后按其护理要点。

(8) 保持口腔清洁，每日口腔冲洗 2 次。

(9) 术后指导病人合理营养。给予高蛋白、高热量、高维生素的流质饮食或要素饮食。自胃管滴入时，速度不宜过快，以免胃肠不适。

**【健康指导】**

1. 指导病人术后 1、3、6 个月、1 年、3 年定时复查。有异常随时复查。

2. 进行组织修复者，半年后来院做“钛板取出术”。术后面部畸形可在 1 年后确定肿瘤未复发时来院修复。

3. 注意口腔卫生，餐后漱口。

4. 坚持体育锻炼，合理安排作息时间，增强抵抗力。

5. 合理增加营养。

# 第十一章 皮肤性病科疾病护理指南

---

## 第一节 常见皮肤性病科病人护理要点

### 一、皮肤性病病人一般护理要点

1. 接待入院病人做入院介绍，了解病人的皮肤损伤情况。
2. 保持病室整齐、清洁、注意通风、为防止交叉感染病室内应定期消毒。
3. 皮肤损伤泛发全身，伴有高热、关节痛等全身症状者，应严格卧床休息。病重期已过，而身体虚弱者，适当在室内活动。一般皮肤病或皮损虽广泛，但无明显全身症状者，各项生活可自理。
4. 光敏性皮炎病人，应注意避免阳光照射。
5. 协助病人剪短指（趾）甲，避免搔抓。急性渗出性或化脓感染性皮肤病，禁止洗浴。
6. 帮助病人正确使用外用药。大面积损害的病人换药时，注意保暖防止受凉。
7. 密切观察药物使用的不良反应，对长期使用激素或免疫抑制剂的病人，注意有无血压升高、精神异常、继发感染等。
8. 饮食护理 过敏性瘙痒性皮肤病病人，应避免烟、酒、浓茶、辛辣等刺激性食物。慎用牛奶、鱼、虾等食物。口腔黏膜损害严重，进食困难者，宜用流质或半流质饮食。全身明显皮损渗液或表皮剥脱者，应用含蛋白质和维生素丰富的食物。水肿明显者，应限制钠盐摄入。
9. 保持床铺清洁、柔软，衣服、被单、枕套等要定期更换。渗出液较多时，用无菌床单，每日根据病情勤换床单。
10. 具有传染性的皮损病人，应床旁隔离并对敷料进行灭菌处理。
11. 根据疾病的不同时期，做好心理护理及健康指导。

## 二、带状疱疹病人护理要点

### 【评估】

1. 病人皮损状况。
2. 病人一般情况、生命体征及有无其他病症。
3. 病人心理状态。
4. 病人自理能力。

### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 根据疱疹的不同部位，保护疱壁。疱壁破损时，可遵医嘱使用药物搽剂。渗出多处可行湿敷。
3. 当疱疹发生于头皮部位时，应剃去局部头发，保持创面清洁，预防感染。
4. 三叉神经受累者应加强眼部护理。可遵医嘱滴眼液，每日多次。鼓励病人多做眨眼运动，防止粘连。
5. 必要时给予物理治疗，使用红光，频谱等治疗仪照射治疗，加速水疱干燥，减轻疼痛。
6. 对免疫功能低下者，遵医嘱用药，以缩短病程。
7. 局部淋巴结肿大者注意观察体温，脉搏变化。必要时卧床休息并保护患侧皮损，取健侧卧位。
8. 穿着柔软干燥内衣，避免搔抓及摩擦。
9. 对神经痛较重者，遵医嘱给予止痛药。
10. 根据病人心理状况做好心理护理。

### 【健康指导】

1. 局部注意预防感染。
2. 给予高蛋白，高维生素饮食，增强机体抵抗力。
3. 注意与未出水痘的儿童隔离。

## 三、脓疱病病人的护理要点

### 【评估】

1. 皮损情况，有否局部化脓感染。
2. 病人一般情况、生命体征及全身症状、有无发热。
3. 是否缺钙及长期服用皮质类固醇等。
4. 病人心理状态。

5. 病人自理能力。

### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 皮肤损伤广泛伴有发热或淋巴结炎者，应注意观察体温及有无全身合并症。
3. 局部处理严格执行无菌操作，吸干脓液、再行换药。污染敷料应焚烧处理，应防止交叉感染。
4. 保护皮肤完整，即使有极细小的破损也应及时涂药处理。保持皮肤清洁。
5. 保护皮损创面，避免搔抓或用毛巾摩擦以免传播扩散。
6. 做好消毒隔离，病人用过的毛巾，面盆及衣物等应消毒处理。
7. 给予高蛋白饮食，以增强机体抵抗力。

### 【健康指导】

1. 指导病人勤洗澡，勤换衣，勤洗手，剪指甲，每晚睡前洗手，皮肤不要过多使用碱性肥皂，以免去脂过多，降低皮肤的保护作用。
2. 脓疱病未愈患者不宜进入公共浴室及游泳池。

## 四、剥脱性皮炎病人护理要点

### 【评估】

1. 病人的皮损情况及有否药物过敏史。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人的心理状况。
4. 病人自理能力。

### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 病情危重的病人做好抢救准备。
3. 禁用一切可能引起过敏的药物。将病人的致敏药物写在床头卡上。
4. 危重病人安置单人病室，注意室内安静、温暖、清洁。注意床单、被褥的清洁消毒。
5. 注意保护皮肤的完整性，酌情使用护被架；预防褥疮。
6. 避免沐浴或热水、肥皂擦澡；勿搔抓，以防感染。
7. 局部皮损，遵医嘱选用无刺激性的粉剂、洗剂、霜剂或软膏。糜烂渗出者可遵医嘱用药物湿敷。做好眼、耳、鼻、口腔、会阴等黏膜部位的护理。
8. 给予高蛋白，高热量、含多种维生素饮食。多饮水以利排泄。



9. 注意观察使用激素及免疫抑制剂的不良反应及并发症。

#### 【健康指导】

1. 药物过敏致病者，向病人及家属交代药物禁忌。
2. 对成人和老人应进行系统检查以排除肿瘤。
3. 积极治疗原发病。

### 五、接触性皮炎病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人皮损情况。
2. 病人一般情况及生命体征；有无过敏史、慢性疾病、感染灶等。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 急性期卧床休息，按医嘱用药，注意观察不良反应。
3. 寻找过敏原及可疑致敏病因，去除致敏原。清洗残留致敏物质，防止再接触。
4. 皮肤损害部位禁用肥皂水、碘酒、酒精等刺激物和搔抓。
5. 根据医嘱给予外用药剂并指导使用。冬季注意保暖，需湿敷时溶液可略加温，并分区擦药。
6. 进食清淡食物，禁食海鲜、酒、咖啡等辛辣食品及特殊蛋白质食物并戒烟。

#### 【健康指导】

1. 病人病愈后避免再接触致敏原。
2. 日光性过敏者应避免日晒。
3. 注意清洁，房间不宜放置花草，避免搔抓，防止继发感染。

### 六、银屑病病人的护理要点

#### 【评估】

1. 病人皮损情况。
2. 病人一般情况及生命体征，有无遗传、病毒细菌感染、神经内分泌改变、免疫功能偏低、季节性皮损、代谢性障碍等因素。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

**【护理要点】**

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 避免各种可能诱发因素，去除感染因素。
3. 遵医嘱局部用药并观察药物反应，特别是面部及外阴部更应该注意有无刺激性。
4. 需用皮质激素必须遵医嘱加减药量，使用免疫抑制剂时，注意观察肝肾功能。妊娠、严重贫血、白细胞减少、消化道溃疡、活动性感染者等禁用。
5. 皮肤损伤范围广泛应采取分片分次交替擦药，观察有无不良反应后，再扩大擦药的面积，出现皮肤疼痛红肿，起疱或糜烂时应立即停药，局部出现刺激症状也应停止擦药。
6. 擦头部的外用药时，男性宜剃光头，女性劝其剪短发，沐浴后擦药，以利于药物的充分吸收。
7. 勤沐浴，物理疗法时紫外线照射应保护双眼。
8. 饮食宜清淡，避免饮酒及食辛辣食物。
9. 保持平和的心理状态，避免急躁，保证充足睡眠。

**【健康指导】**

1. 积极预防诱发因素，避免接触致敏原。
2. 经常沐浴，去除鳞屑（急性期除外）。
3. 银屑病早期时常夏愈冬发，或夏轻冬重，指导病人提早预防。
4. 生活起居要有规律，避免精神紧张，加强体育锻炼，增强抵抗力。

## 七、光敏性皮炎病人护理要点

**【评估】**

1. 病人光敏皮损情况，有无红斑、水肿，甚至水疱。
2. 病人一般情况及生命体征；有无职业环境接触。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

**【护理要点】**

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 避免直接日晒及反射光线，玻璃窗仅能滤过中波紫外线。某些病对长波紫外线，甚至可见光包括普通的荧光灯均有敏感，需要绝对避光。尽可能找出光敏物，光敏物主要为外源性的，防止可致敏的外用及内服物，减轻光敏性皮损。
3. 饮食宜清淡，避免饮酒及鱼虾，辛辣食物。

4. 按医嘱给予消炎、止痒、止痛药物并观察用药反应。
5. 患者常反复发作，痒痛难忍，不敢外出，应抚慰病人，减轻心理负担。

#### 【健康指导】

1. 对光线敏感的人应尽量不接触和不应用光致敏物。在接触和应用光致敏物期间和之后应避免日光照晒皮肤。
2. 外出时使用伞、遮阳帽和防光剂，居室内使用遮光窗帘。
3. 不要进行去皮肤角质层美容护理，皮肤角质层去除后，皮肤晒斑阈会降低。
4. 日常生活和工作环境中避免再次接触或服用致敏药物等。

## 第二节 皮肤肿瘤病人护理要点

### 一、皮肤血管瘤病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人皮肤血管瘤部位、大小、有无破溃出血等。
2. 病人一般情况及生命体征；血管瘤为先天、出生时或出生后不久发生。
3. 病人心理状况；有无恐惧等。
4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 婴儿特别是草莓状血管瘤或海绵状血管瘤在早期可不予以治疗。观察数年，如不消退，或影响功能或美容时可选择适当的治疗。
3. 冷冻治疗后应保护好创面，以防挤压；避免压迫后出现出血情况。
4. 遵医嘱使用硬化剂适用于小血管瘤，将硬化剂注射于血管瘤的底部，每周或隔周一次，常需数次后见效。
5. 较大血管瘤适用于手术切除，术前做好准备；术后避免沾水，以防感染。
6. 使用激光治疗后，应避免沾水。
7. 遵医嘱小血管瘤采用电解，液氮冷冻治疗者，治疗后随时观察有无复发，再行继续治疗。
8. 小儿血管瘤如生长较快者，可遵医嘱用皮质激素治疗，注意观察药物反映。
9. 颜面部血管瘤，要做好病人心理护理，树立自信心。

### 【健康指导】

1. 病人定期复查，并观察治疗后效果，有否复发等。
2. 对暂时不需治疗的血管瘤要观察变化，防止外伤、挤压等。
3. 避免不良刺激，保持精神愉快。
4. 避免长期反复的机械性刺激。

## 二、皮肤原位癌病人护理要点

### 【评估】

1. 病人的皮损情况：部位、数量、形状、颜色、边界、角化程度、有无浸润。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人有否接触砷剂史、病毒感染史、日光暴晒史、虫咬史、包茎及龟头炎等。
4. 病人心理状况。
5. 病人自理能力。

### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 遵医嘱选用不同治疗方法：手术、液氮冷冻、二氧化碳激光、放射、化学疗法等。并根据不同疗法做好护理。
3. 保持皮肤清洁干燥。防避受凉，预防感染。
4. 给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。
5. 注意观察药物反应及化疗后的合并症。
6. 做好心理护理；进行安慰、解说，能正确对待疾病，配合治疗。

### 【健康指导】

1. 定期复查随诊。
2. 患有包茎、龟头炎者应积极治疗。
3. 避免强紫外线照射。
4. 提高机体免疫力。

## 三、恶性黑素瘤病人护理要点

### 【评估】

1. 病人皮损部位、面积、严重程度、有无区域淋巴转移等。
2. 病人一般情况及生命体征；有否遗传因素，家族史及其他因素等。
3. 病人心理状况。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。

2. 需手术切除治疗者，做好围手术期护理。

3. 手术前护理

(1) 术前遵医嘱用药及做好术前准备。

(2) 全麻病人按全麻护理常规。

(3) 介绍手术重要性及术后注意事项，进行必要的术前训练，如：床上大、小便；注意饮食、保证休息。

4. 手术后护理

(1) 术后遵医嘱用药。

(2) 观察病人术后情况及局部出血情况。

(3) 有异常变化时及时报告医生给予处置。

5. 对采用化学及放射疗法的患者，观察有无并发症发生：骨髓抑制、消化道反应、肝肾功能损害、感染等。

6. 注意加强基础护理，预防褥疮。保温，防止感冒。

7. 给予高热量，高维生素，高蛋白饮食。忌食刺激性食物。嘱病人戒烟、酒。

8. 做好心理护理，针对性地解除病人思想顾虑，积极配合治疗。

#### 【健康指导】

1. 对皮肤上出现黑色素损害，或原有黑痣色素增加、皮损增大迅速，或出现卫星痣。局部有瘙痒、烧灼、疼痛。表面出现溃疡、出血等情况者应积极检查治疗。

2. 术后病人定期复查、随诊。

3. 避免日光暴晒。

4. 增强免疫力，参加适度的体育运动及文娱活动。

### 第三节 性传播性皮肤病病人护理要点

#### 一、梅毒病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人皮损情况，有无痛性溃疡及生殖器软下疳、硬下疳等。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况，有无焦虑、恐惧。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。

2. 梅毒病人是主要传染源，要及早隔离，正规治疗。对性伴进行检查，双方共同检查治疗，防止再传播。

3. 对二期梅毒皮肤黏膜损伤者，注意创面清洁，脓疱疹处遵医嘱用药，并注意药物反映和疗效。

4. 严格消毒隔离制度，严禁使用不洁血液制品。

5. 对三期梅毒，病变累及各重要器官者，按各专科疾病护理要点护理。

6. 病人皮肤划破或碰破、出血，护士要戴手套处理，带血敷料一定要焚烧。

7. 针对病人心理状况，给予理解、开导，树立战胜疾病信心。

#### 【健康指导】

1. 对梅毒的传播途径、防治方法进行宣传，对传染源早隔离，防止性病扩散。

2. 注意个人卫生，做好婚前及产前检查。病人未治愈前，不允许结婚或怀孕。

3. 已确诊梅毒的病人，应停止性生活，到完全治愈为止。

## 二、淋病病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人皮肤损伤情况、有否全身症状及并发症等。

2. 病人一般情况及生命体征。

3. 病人心理状况，有否焦虑、恐惧及程度。

4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。

2. 做好消毒隔离工作，病人使用的毛巾、脸盆、内衣裤、寝具等应浸泡或者煮沸消毒，病人触摸过的用具要消毒。

3. 局部用药时要戴手套处理，敷料要焚烧。

4. 适当休息，多饮水，避免进食刺激性食物和烈性饮料，如酒、浓茶、咖啡等。

5. 做好心理护理，消除性病恐惧，树立信心，积极配合治疗。

6. 做好保护性治疗工作，尊重病人的人格。

#### 【健康指导】

1. 性伴侣及家中其他人应积极到医院检查，如有感染应同时治疗。
2. 淋病未治愈前禁止性生活；禁止与婴幼儿同床、同浴或衣物共洗。
3. 外出或家中要自用洗浴用品，沐浴时最好用淋浴，不使用盆浴。
4. 提倡使用安全套，以降低性传播疾病的发病率。

### 三、软下疳病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人局部皮损情况。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。
4. 病人自理能力。

#### 【护理要点】

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 因潜伏期较短 2~3 天或 1~6 天，当外生殖器部位出现疼痛炎性小丘疹及时治疗。
3. 因此病自身接种，大小便前后洗手，做好局部清洁消毒。
4. 针对合并症，未破溃的丘疹或结节，遵医嘱外用抗菌软膏，溃疡用过氧化氢溶液或 1:5 000 高锰酸钾冲洗。
5. 淋巴结脓肿者，穿刺时应从远处正常皮肤刺入脓腔，抽取脓液。
6. 做好消毒隔离工作，局部用药或皮肤破损、出血，要戴手套处理，敷料要焚烧。

#### 【健康指导】

1. 病人应早诊断、早治疗。
2. 杜绝不洁性行为，正确使用安全套。
3. 树立正确生活观，杜绝、拒绝不洁性行为，勤洗澡、勤换内衣裤，内衣单独洗涤。

### 四、尖锐湿疣病人护理要点

#### 【评估】

1. 病人皮损情况 大小、面积、表面状态及瘙痒、灼痛、分泌物等。
2. 病人一般情况及生命体征。
3. 病人心理状况。



4. 病人自理能力。

**【护理要点】**

1. 按皮肤性病病人一般护理要点。
2. 治疗以局部去除疣体为主。遵医嘱做好药物、冷冻、激光、电烧等护理。
3. 做好消毒隔离，病人的内衣裤、寝具等应单独洗涤，浸泡或煮沸消毒。
4. 治疗尖锐湿疣前，应先治疗局部其他炎症。观察疣体及伤口变化，防止出血、感染发生。
5. 合并其他性病，应及时检查治疗。
6. 尖锐湿疣较易复发，应彻底治疗。
7. 做好心理护理，树立信心，配合治疗。

**【健康指导】**

1. 患者的配偶、性伴侣应积极到医院检查治疗。
2. 提倡性生活使用安全套，以减少交叉感染。
3. 尖锐湿疣患者应积极治疗，定期随诊，以防继发肿瘤。
4. 做好保护性隔离，外出时自带洗涤用品，使用淋浴。

## 第十二章 急症急救病人护理指南

---

### 第一节 心搏骤停病人急救护理指南

#### 一、病情评估

##### 1. 确认心搏骤停和呼吸停止的症状和体征

- (1) 意识突然丧失。
- (2) 扪不到大动脉（颈动脉、股动脉）搏动，血压测不出。
- (3) 心音消失。
- (4) 呼吸断续，呈叹息样，随后呼吸停止。
- (5) 瞳孔散大。
- (6) 面色苍白、皮肤发绀。

##### 2. 出现意识突然丧失和大动脉搏动消失者，即可判断为心搏骤停。

#### 二、急救护理要点

对心搏骤停者，应立即协同医生进行下列心肺脑复苏。

##### （一）基础生命支持

##### 1. 通畅气道

- (1) 解开衣领和裤带。
- (2) 病人平卧位，头后仰，抬高颈部，使气道畅通。
- (3) 清除呼吸道异物。

##### 2. 进行人工呼吸 实施口对口人工呼吸或使用简易呼吸器通气。

##### 3. 建立人工循环

- (1) 行心前区捶击（最多不超过2次）。

(2) 行胸外心脏按压：胸外心脏按压与人工呼吸必须同时进行，两者之比为15：2。

##### （二）进一步生命支持

1. 协助医生作气管插管，行机械人工呼吸，尽早给予氧吸入。

2. 建立两条静脉通道。
3. 按医嘱给予复苏、纠正酸中毒、抗心律失常等药物。
4. 建立心电监护，尽早记录心电图并连续监测。
5. 对心室颤动者应协助医生行非同步直流电复律。

### (三) 脑复苏

1. 按医嘱尽早实行脑复苏的治疗措施。
2. 保证充分的氧吸入。
3. 采取有效方法进行头部、体表大血管处或全身性降温，维持直肠温度在  $33\sim 34^{\circ}\text{C}$ ，降温过程应防止体温过低。

## 三、复苏后护理要点

### (一) 加强循环功能监护

1. 持续心电监护，监测心率、心电图波形及节律。
2. 监测动脉压、中心静脉压及尿量。
3. 观察末梢循环改善情况。
4. 对血流动力学监测者，应按有关护理要点进行监护（见第十三章）。

### (二) 加强呼吸功能监护与呼吸道管理

1. 呼吸功能监护 参见第十三章第三节重症病人加强监护指南。
2. 呼吸道管理
  - (1) 及时吸痰，保持呼吸道通畅。
  - (2) 正确给予呼吸道湿化治疗。
  - (3) 应用呼吸机通气者，按机械通气病人护理要点执行（见第四章第二节）。

### (三) 加强脑缺氧监护

1. 继续给予氧吸入。
2. 严密观察意识状态、瞳孔大小和对光反应的变化，以及肢体活动情况。
3. 持续头部降温，病情稳定后即可按医嘱复温，一般以自然复温为主，应防止和观察降温停止后的急剧高热的发生。
4. 加强肾功能监护 参见第十三章第三节重症病人加强监护指南。
5. 观察有无酸中毒及水电解质紊乱的临床表现，并及时执行治疗措施。
6. 按时测量体温。
7. 加强无菌操作和基础护理，预防呼吸道感染、败血症、泌尿系感染等并发症和褥疮的发生。
8. 按医嘱做好饮食护理，给予足够的热量与营养素。

9. 填写特护记录单, 及时、准确记录 24 小时出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施, 并按时小结和总结。

10. 心搏骤停病人复苏后可出现不同的预后, 应根据个体病情和心理反应对病人和其家属进行相应的心理护理和健康指导。

## 第二节 常见急性中毒病人急救护理指南

### 一、有机磷杀虫药中毒病人急救护理要点

#### 【评估】

1. 血压、脉搏、呼吸及体温变化。
2. 病人的体表、呼吸和呕吐物有无特殊臭味。
3. 瞳孔大小及对光反应变化。
4. 流涎及出汗情况。
5. 有无恶心、呕吐、腹痛、腹泻等消化道症状。
6. 有无肌束颤动或痉挛、抽搐。
7. 意识状态。

#### 【护理要点】

1. 使接触中毒者立即撤离有毒环境, 脱去染毒衣服, 送往医院, 注意保暖。
2. 接触中毒者, 立即按医嘱冲洗皮肤、眼结膜和头发。口服中毒者, 反复洗胃, 直至洗出液体无有机磷气味并与清洗液的颜色相同。
3. 迅速建立两条静脉通道。
4. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
5. 按医嘱给予解毒剂和其他急救、对症处理, 正确掌握用法与用量, 观察药物疗效与不良反应, 防止解毒药中毒。
6. 及时吸除涎液及呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅, 必要时协助医生行气管插管后再洗胃。
7. 给予氧吸入。
8. 意识障碍者按意识障碍病人护理指南执行 (见第三章)。
9. 准确记录出入量。
10. 对意识清醒者应做好心理护理, 使之能配合治疗。并给予有关本病的预防等健康指导。

## 二、急性巴比妥类药物中毒病人急救护理要点

### 【评估】

1. 血压、脉搏、呼吸及体温变化。
2. 意识障碍的程度。
3. 瞳孔大小及对光反应的变化。
4. 尿量改变。

### 【护理要点】

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
2. 按医嘱给予洗胃、导泻、灌肠，迅速清除未被吸收的毒物。
3. 建立静脉通道，按医嘱输入药物及溶液，促进已吸收毒物的排出。
4. 及时吸除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，给予持续氧吸入。
5. 加强对呼吸衰竭和休克临床表现的监测，出现征兆时应及时向医生报告并协助处理。
6. 意识障碍者按意识障碍病人护理要点执行（见第三章）。
7. 对于病情严重实施血液净化治疗者，按有关护理要点监护（见第四章第五节）。
8. 准确记录病情变化、出入液量，必要时给予留置尿管。
9. 按医嘱给予对症处理，并注意观察药物疗效与不良反应。
10. 在病人苏醒过程中，应加强心理护理，避免一切不良刺激，防止发生意外。

## 三、一氧化碳中毒病人急救护理要点

### 【评估】

1. 呼吸、血压、脉搏及体温变化。
2. 头痛、眩晕等症状。
3. 面部与口唇颜色。
4. 意识状态。
5. 瞳孔大小及对光反应的变化。

### 【护理要点】

1. 立即打开门窗，迅速将病人移至空气新鲜处并送往医院，注意保暖。
2. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
3. 保持呼吸道通畅，立即按医嘱给予高浓度氧吸入，严重者可送至高压氧舱治疗。呼吸停止者，应及时协助医生作气管插管或气管切开，行人工加压

给氧。

4. 建立静脉通道，按医嘱给予输液和药物治疗，防治脑水肿。
5. 对昏迷时间较长、高热、抽搐者，应给予头部置冰袋等物理降温或按医嘱行冬眠疗法。
6. 对烦躁不安、抽搐者，应做好安全护理，防止坠床或自伤。
7. 昏迷病人按意识障碍病人护理要点执行（见第三章）。
8. 及时记录病情变化。
9. 病人意识恢复正常后应加强心理护理和给予有关本病的预防等健康指导。

#### 四、强酸、强碱中毒病人急救护理要点

##### 【评估】

1. 体温、脉搏、呼吸、血压变化。
2. 神志状态。
3. 皮肤、呼吸道、消化道及眼部受损的情况。
4. 尿量变化。

##### 【护理要点】

1. 迅速将病人撤离有毒环境并送往医院。
2. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
3. 协助医生进行紧急处理
  - (1) 毒物接触皮肤者，应立即脱去污染的衣服，用大量清水冲洗皮肤至少 10 分钟，再用中和剂继续冲洗。皮肤有损伤时按烧伤创面处理。
  - (2) 口服强酸、强碱中毒的病人，禁止用洗胃方法清除毒物，应选用适量胃黏膜保护剂或食用醋、1%醋酸经胃管缓慢注入胃内，不可用力过大和注入速度过快，防止造成胃穿孔。
  - (3) 口服强酸中毒者可服生蛋清水、牛奶等。
  - (4) 呼吸道受损时，应保持呼吸道通畅，给予氧吸入，严密观察有无肺水肿的发生。因喉头水肿致呼吸困难行气管切开者，按气管切开术后病人护理要点执行（见第九章有关内容）。
  - (5) 眼部受损时，应立即用清水或生理盐水冲洗至少 15 分钟，再以抗生素滴眼和涂眼。
4. 迅速建立静脉通道。
5. 中毒早期应禁食，按医嘱给予静脉补液。
6. 记录 24 小时出入液量。必要时留置尿管。

7. 多与病人沟通, 加强心理护理和健康指导。对自伤的病人应防止发生意外。

### 五、毒蕈中毒病人急救护理要点

#### 【评估】

1. 血压、脉搏、呼吸及体温变化。
2. 恶心、呕吐、腹痛、腹泻等胃肠炎症状。
3. 有无黄疸、出血等急性中毒性肝脏损害症状。
4. 精神症状与意识状态。
5. 瞳孔大小及对光反应的变化。

#### 【护理要点】

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
2. 按医嘱给予催吐、反复洗胃、导泻, 以促使毒物排除。
3. 按医嘱应用解毒药物及对症治疗。
4. 建立静脉通道, 以供静脉输液。
5. 对神经精神型中毒者, 应加强安全护理, 防止发生意外。
6. 对中毒性肝炎型病人, 在其病程的“假愈期”切勿放松警惕, 仍须继续观察病情变化。
7. 对意识障碍者, 按有关护理要点执行(见第三章)。
8. 记录 24 小时出入液量。

### 六、河豚中毒病人急救护理要点

#### 【评估】

1. 心率、心律、呼吸、血压及体温变化。
2. 恶心、呕吐、腹泻症状。
3. 神经麻痹症状的进展与变化。
4. 意识状态与瞳孔大小、对光反应的变化。

#### 【护理要点】

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
2. 按医嘱给予催吐、洗胃及导泻, 以及时清除毒物。
3. 按医嘱给予静脉输液和利尿剂, 加速毒素排泄。
4. 按医嘱给予对抗毒素及对症等治疗。
5. 保持呼吸道通畅, 给予氧吸入。
6. 对呼吸中枢麻痹者, 应加强呼吸功能监护(见第十三章第三节)。必要



时协助医生行气管插管或气管切开，应用呼吸机辅助呼吸。

7. 对血管运动中枢麻痹者，应加强心电及血压监护。
8. 意识障碍者，按有关护理要点执行（见第三章）。
9. 及时记录病情变化与出入液量。必要时留置尿管。

### 第三节 中暑病人急救护理指南

#### 【评估】

1. 体温、脉搏、呼吸及血压的变化。
2. 神志、瞳孔大小及对光反应。
3. 皮肤的颜色、温度及湿度。
4. 有无肌肉抽搐。

#### 【护理要点】

1. 立即将病人移至阴凉通风处，解开衣服，平卧休息。
2. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
3. 病室温度应保持在  $20\sim 25^{\circ}\text{C}$ 。
4. 按医嘱执行治疗
  - (1) 仅有先兆症状或轻症中暑者，应给予口服 0.1% 凉盐水或清凉含盐饮料。
  - (2) 对重症中暑者，应采用放置冰袋或冷水、冰水擦身等物理降温法，以及按医嘱给予药物降温。当肛温降至  $38.5^{\circ}\text{C}$  左右时应暂停降温措施。
  - (3) 静脉补液。
  - (4) 对症治疗。
5. 测量体温（肛温），每 5~10 分钟 1 次。
6. 按时测量血压，注意有无血压下降。并观察心率与心律变化。
7. 维持呼吸道通畅，给予氧吸入，必要时协助医生作气管插管以保证供氧。
8. 密切观察尿量变化和有无水电解质失衡、酸碱代谢紊乱的临床表现。
9. 意识障碍者按有关护理要点执行（见第三章）。
10. 准确记录出入液量。

### 第四节 淹溺病人急救护理指南

#### 【评估】

1. 脉搏、呼吸、血压及体温变化。

2. 意识状态。
3. 口、鼻、眼、耳内有无泥沙等异物堵塞。
4. 有无外伤。

#### 【护理要点】

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
2. 协助医生进行紧急处理
  - (1) 立即撬开口腔，清除口、鼻中的污泥、杂草等异物，将舌拉出口外，使气道畅通。
  - (2) 对尚有心跳与呼吸，但气道被水堵塞者，应立即将其呼吸道和胃内的积水排出。
  - (3) 对呼吸已停者，应立即行口对口人工呼吸，并尽快作气管插管行机械通气，充分供氧。
  - (4) 对心跳也已停止者，应立即按心脏复苏要求进行抢救。
  - (5) 给予静脉输液，正确控制输液速度。
  - (6) 留置胃管排除胃内容物，防止因误吸而引起窒息或肺炎。
3. 定时监测尿量、尿色，警惕急性肾衰竭的发生，必要时应留置尿管。
4. 出现肺水肿者，氧气湿化瓶内应改盛 20%~30% 酒精。
5. 加强基础护理，注意保暖。
6. 意识障碍者按有关护理要点执行（见第三章）。
7. 病人病情平稳后，应帮助其摆脱因淹溺所致的心理伤害，使其尽早恢复身心健康。

## 第五节 电击病人急救护理指南

#### 【评估】

1. 体温、脉搏、呼吸及血压变化。
2. 意识状态。
3. 烧伤部位、远端肢体及身体其他组织损伤情况。
4. 肢体活动情况。

#### 【护理要点】

1. 立即切断电源或用绝缘物如木棍、竹竿等使病人脱离电源。
2. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
3. 神志清醒的轻症病人，应予卧床休息数天，严密观察脉搏、呼吸及血压变化，并协助作心电图检查观察有无心律失常。

4. 对呼吸、心跳停止者，应协助医生进行抢救
  - (1) 立即进行心肺复苏，作气管内插管给予人工辅助呼吸，充分供氧。
  - (2) 迅速建立静脉通道，给予静脉输液和用药。
  - (3) 留置尿管，观察尿量及尿色，警惕急性肾衰竭的发生。
5. 协助医生对其他的严重损伤如骨折、软组织损伤、大出血等进行处理，并采取相应的护理措施。
6. 意识障碍者按有关护理要点执行（见第三章）。
7. 病情危重者应予填写护理记录单，及时记录生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施，以及 24 小时出入量。
8. 电击伤后的病人可出现恐惧等精神症状，应做好心理护理。

## 第六节 冻伤病人急救护理指南

### 【评估】

1. 体温、四肢皮温、脉搏、呼吸及血压变化。
2. 局部冻伤、全身冻伤的临床表现。

### 【护理要点】

1. 立即用棉被、毛毯或棉衣等保护受冻部位，迅速将病人转送至温暖的室内。
2. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
3. 衣服、鞋袜等连同肢体冻结者，不可勉强卸脱，应用 40℃ 左右的温水使冰冻融化后再脱下或剪开。
4. 协助医生进行急救和处理：
  - (1) 立即行局部或全身快速复温
    - 1) 用足量的温水（38～42℃）浸泡伤肢或浸浴全身，此过程中要维持水温恒定，至肢端红润、组织变软、皮温达 36℃ 左右为止。对已复温者，应立即停止浸泡。
    - 2) 复温后继续用毛毯、电热毯等保暖。
  - (2) 及时处理创面。
  - (3) 迅速建立静脉通道，执行治疗。
5. 复温过程中应密切监测体温（直肠温度）、肢体皮温、脉搏、呼吸、血压及尿量。
6. 心跳、呼吸停止者，应立即协助医生行心肺复苏，有室颤者，应给予电击除颤，作气管内插管行人工辅助呼吸以充分供氧。

7. 对昏迷病人应按有关护理要点执行（见第三章）。
8. 避免冻伤部位受压、擦伤、搔抓，保持皮肤清洁干燥，防止创面细菌感染。
9. 做好基础护理，室内保持适宜的温度，防止肺部并发症。
10. 根据病人的病情及其心理反应，做好心理护理。
11. 对病人进行防寒、防潮、在低温环境中避免肢体长期静止不动，以及增加抗寒能力的锻炼等防冻伤知识教育，防止冻伤的再次发生。

## 第七节 休克病人急救护理指南

### 【评估】

1. 血压、脉搏、呼吸及体温变化。
2. 神志及表情。
3. 皮肤的颜色、温度、湿度及肢端冷湿程度。
4. 口唇颜色。
5. 甲床的颜色及毛细血管再充盈情况。
6. 周围静脉及颈静脉有否塌陷。
7. 尿量。

### 【护理要点】

1. 体位 平卧位与头和下肢抬高  $30^{\circ}$  体位交替使用。心源性休克有呼吸困难者，床头抬高  $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 。
2. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
3. 迅速建立静脉通道，按医嘱给予输液、输血和用药。
4. 保持呼吸道通畅，给予氧吸入，必要时协助医生做气管内插管行机械通气。
5. 对创伤性、出血性休克者，应协助医生进行止血、包扎、固定与制动骨折部位等紧急处理。需手术者，应迅速做好术前准备。
6. 对过敏性休克者，应按医嘱立即注射肾上腺素。
7. 对感染性休克有高热者，宜采用物理降温法，并按高热病人护理指南执行（见第三章）。
8. 对心源性休克者，按急性心肌梗死病人护理要点中有关内容执行（见第四章）。
9. 按医嘱执行其他紧急处理、对症处理和治理。
10. 按时测量体温、血压、脉搏、呼吸、必要时协助医生测量中心静

脉压。

11. 按时测量尿量，必要时可留置尿管，随时监测。
12. 注意保暖，减少搬动，预防褥疮，加强安全护理。
13. 填写好护理记录单，包括生命体征、病情变化、临时治疗与护理、出入液量，并按时进行小结和总结。
14. 加强与病人的沟通，给予安慰，做好心理护理。

## 第八节 创伤病人急救护理指南

### 一、多发性创伤病人急救护理要点

#### 【评估】

1. 呼吸、脉搏、血压及体温变化。
2. 神志变化、瞳孔大小与对光反应。
3. 受伤部位、伤口大小及出血量。
4. 肤色与末梢循环状况。
5. 病人的体位。
6. 肢体活动情况。

#### 【护理要点】

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
2. 协助医生进行急救
  - (1) 及早清除气道内的阻塞物，确保呼吸道通畅，防止窒息，立即给予氧吸入，必要时建立人工气道，给予辅助呼吸。
  - (2) 建立静脉通道，按医嘱迅速静脉输液，补足有效的循环血量。
  - (3) 对呼吸、心跳骤停者应协助医生立即实施心肺复苏术。
  - (4) 对于昏迷病人，应立即留置尿管，观察尿量和尿色，并按有关护理要点执行（见第三章第三节）。
  - (5) 做好伤口早期处理，制止出血。如伤肢使用止血带应记录结扎时间。
  - (6) 进行胸部、颅脑、腹部内脏和骨科等有关器官损伤的处理。须手术者应做好术前准备，重症病人应按重症病人加强监护指南执行（见第十三章第三节）。
3. 做好各种引流管的护理，注意观察单位时间内引流液的量、性状和颜色的改变。
4. 根据病情及受伤部位采取适当卧位，并做好基础护理。

5. 填写好护理记录单, 及时记录出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施, 并按时进行小结和总结。

## 二、颅脑损伤病人急救护理要点

### 【评估】

1. 呼吸、脉搏、血压、及体温变化。
2. 意识状态、瞳孔大小与对光反应的变化。
3. 肢体活动情况。
4. 有无剧烈头痛、呕吐和视力障碍等颅内压增高症状。
5. 有无抽搐、癫痫发作。
6. 头部外伤处出血情况, 伤口及耳、鼻部有无脑脊液流出。

### 【护理要点】

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。严密监视有无出现脑疝的临床表现。

2. 保持呼吸道通畅, 及时给予氧吸入以纠正脑缺氧。病情严重者, 协助医生立即作气管切开或气管内插管行机械通气, 并按机械通气病人护理要点执行(见第四章第二节)。

3. 建立静脉通道, 迅速按医嘱给予输液和抗休克、脱水、利尿等药物的滴入。

4. 协助医生进行创口消毒、清创、缝合、止血、包扎等处理。

5. 需手术者应尽快做好术前准备, 术后送入ICU进行监护。

6. 对中枢性高热者, 应按医嘱执行治疗, 并按高热病人护理指南执行(见第三章)。

7. 对抽搐者, 按有关护理要点执行(见第四章第十一节)。

8. 对癫痫发作者, 应按医嘱执行治疗, 并按癫痫病人护理要点执行(见第四章第九节)。

9. 有脑脊液耳漏或鼻漏者, 应严禁填塞或冲洗鼻腔和外耳道, 避免擤鼻, 以防逆行感染; 保持鼻部和耳部清洁, 可用抗生素溶液滴鼻, 用酒精棉球清拭耳廓和外耳道。

10. 对昏迷病人应按意识障碍病人护理指南执行(见第三章)。

11. 对颅内压增高的病人, 应按其护理要点执行(见第五章有关内容)。

12. 填写好护理记录单, 及时记录出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施, 并按时小结和总结。

### 三、胸部损伤病人急救护理要点

#### 【评估】

1. 血压、脉搏、呼吸及体温变化。
2. 有无休克症状。
3. 有否出现反常呼吸运动。
4. 咳嗽情况及痰液性状。

#### 【护理要点】

1. 如病人窒息，应及时吸除呼吸道内的分泌物或异物。
2. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
3. 立即给予氧吸入。
4. 迅速建立静脉通道，按医嘱给予输液、输血等抗休克措施。对已出现肺水肿者，须按医嘱控制输液速度与液体量；吸入之氧气应经 20%~30% 酒精湿化。
5. 协助医生进行紧急处理，如处理开放性气胸、心包或胸腔穿刺、胸腔闭式引流术等；有明显胸壁浮动者，用胸带包扎固定，以减轻反常呼吸运动。
6. 血压平稳者应取半坐卧位。
7. 保持呼吸道通畅，清醒者协助其咳痰，并应仔细观察痰液的颜色与性状。不能咳痰者应协助医生早期行气管切开术，并按气管切开后病人护理要点执行（见第九章有关内容）。
8. 对置有胸腔闭式引流者，应确保引流通畅、严密观察引流液的颜色、量及引流瓶内水柱波动情况，必要时应定时记录胸液量，观察有无胸腔内活动性出血。同时协助病人做有效咳痰以促使肺膨胀。
9. 疑有食管或腹部脏器损伤者，应暂行禁食。
10. 需紧急手术者，应立即做好术前准备。
11. 填写好护理记录单，及时记录出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施，并按时小结和总结。

### 四、腹部损伤病人急救护理要点

#### 【评估】

1. 血压、脉搏、呼吸及体温变化。
2. 有无休克症状。
3. 腹痛部位、程度和性质，注意有无内出血。
4. 有无恶心、呕吐、呕血、便血、血尿。



5. 腹壁创口情况。

**【护理要点】**

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。

2. 迅速建立静脉通道，按医嘱输血、输液和应用抗生素。

3. 禁食与禁水。

4. 留置胃管，抽净胃内容物，观察有无出血，并持续胃肠减压。

5. 积极协助医生进行各种检查和处理，如腹腔穿刺、腹腔引流、止血、清创等。

6. 按医嘱给予止痛、镇静，但应注意凡诊断未明确者，禁用止痛剂或腹部热敷。

7. 置腹腔引流者，应观察引流液的颜色、量与性状。若病情平稳，宜采取半坐卧位，以利腹腔引流促使感染局限、吸收。

8. 如有内脏脱出，应先用无菌敷料适当包裹，待做手术，不可将其回纳腹腔内。

9. 对处于休克状态的伤情危重者，在护理操作中避免搬动病人，并应做好相关护理（见本章第七节）。

10. 需手术者，应迅速做好术前准备，禁忌灌肠。

11. 填写好护理记录单，及时记录出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与护理措施，并按时小结和总结。

## 五、泌尿系统损伤病人急救护理要点

**【评估】**

1. 血压、脉搏、呼吸及体温变化。

2. 受伤部位出血或淤血情况。

3. 排尿情况、血尿程度、尿道出血情况。

4. 尿外渗情况。

5. 有无休克症状。

**【护理要点】**

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。

2. 立即建立静脉通道，按医嘱给予输液、输血及应用抗生素等治疗。

3. 按病情所需，协助医生为病人导尿并留置尿管。导尿管及膀胱造口引流管应妥善固定严防脱落，并保持引流通畅。

4. 按医嘱正确冲洗导尿管和膀胱造口引流管，操作中应严格执行无菌技术，严防尿路的逆行感染。

5. 密切观察尿液的颜色、性状及量。严重血尿者，应按时分瓶收集每次尿液，对比血尿色泽的动态变化。
6. 需手术者应迅速做好术前准备。
7. 根据病情需要填写护理记录单，及时记录出入量、生命体征、病情变化、临时治疗与及护理措施，并按时小结和总结。

## 第九节 急腹症病人急救护理指南

### 【评估】

1. 体温、脉搏、呼吸及血压变化，结合神志、面色、末梢循环、皮肤弹性、尿量等变化，判断有无休克或脱水。
2. 腹痛的部位、性质、程度，肠鸣音变化，病人的姿态与体位。
3. 恶心、呕吐、排便改变等胃肠道症状。
4. 女性病人的月经史、婚姻和生育状况。
5. 尿色。

### 【护理要点】

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。
2. 病人在无休克情况下宜采取半坐卧位或斜坡卧位。
3. 在未确诊前，病人应禁食、禁水，不可应用热敷、灌肠、泻药和止痛剂。
4. 迅速建立静脉通道，按医嘱给予输液、用药、补充热量与营养。
5. 对伴有休克的病人，应及时留置尿管，监测尿量。
6. 对胃肠穿孔及肠麻痹者，应尽早放置胃管行持续胃肠减压。
7. 需手术者应迅速做好术前准备。
8. 帮助病人减轻恐惧、紧张等不良心理反应以安定情绪。

## 第十节 大量咯血病人急救护理指南

### 【评估】

1. 血压、脉搏、呼吸及体温变化，有无发绀。
2. 咯血的量、次数、颜色。
3. 伴随症状。

### 【护理要点】

1. 按上述病情评估中所列各项观察病情变化。

2. 卧床休息。病人应卧向患侧，对未确定出血部位者可取半坐卧位。护理中应减少对病人的翻动。

3. 保持病人安静。安慰病人，以减少恐惧等心理反应，稳定情绪。对精神紧张不安者，可按医嘱给予小量镇静剂。

4. 迅速建立静脉通道，按医嘱给予止血药物、补液及输血。

5. 保持呼吸道通畅。鼓励和帮助病人轻轻咳出呼吸道内的积血，防止因气道被阻塞而致窒息。必要时协助医生用支气管镜吸取积血。

6. 做好预防窒息的急救准备，包括备好气管插管、气管切开、吸引积血、机械通气等所需用物。

7. 按医嘱给予氧吸入。

8. 需行支气管动脉栓塞等止血疗法或手术者，应迅速做好术前准备。

9. 填写好护理记录单，及时记录生命体征、咯血量与颜色、出入量、病情变化、临时治疗与护理措施，并按时总结。

# 第十三章 加强监护病房 (ICU) 护理指南

---

## 第一节 ICU 一般护理指南

1. 保持病室环境清洁、整齐、安静、空气新鲜，室内温度以  $20\sim 28^{\circ}\text{C}$  为宜，相对湿度  $60\%\sim 70\%$ 。
2. 严格执行洗手、无菌技术操作、消毒、隔离等制度，加强感染监测，以减少污染和交叉感染的发生。
3. 各种急救药物、器械、监护设备，应常备不懈，有专人负责管理，护士应能熟练应用，或了解其操作规程并与医生密切配合。
4. 对于病人的任何病情变化、救治与监护措施、重要器官功能监测参数等，应随时详细记录，如有异常应及时向医生报告并协助处理。
5. 当监护仪或呼吸机工作状态发出警报信号时，必须立即检查警号发生的原因，迅速采取措施予以处理。
6. 监护仪、呼吸机、除颤器、主动脉内气囊反搏装置、微量输液泵等设备，应定期由医学工程技术人员进行检查与维修，以确保其性能安全和顺利使用。
7. 密切观察病人的心理反应和行为表现，根据不同病情采取相应的沟通方式，如口头语言、书面语言或非语言性沟通等，以了解与满足其需求，使之情绪稳定，逐渐克服惧怕和不安，减轻心理压力，积极配合治疗。
8. 准确执行医嘱。

## 第二节 重症病人基础监护指南

1. 根据诊断和病情采取适当卧位，确保舒适与安全。
2. 按时监测体温、脉搏、呼吸、血压的变化。
3. 观察面色、神志、瞳孔大小与对光反应的变化和肢体活动是否正常。
4. 建立  $1\sim 2$  条静脉通道，按医嘱给予输液、输血和注射药物。

5. 及时清除呼吸道内分泌物,保持气道通畅,给予气道湿化和适当吸氧。
6. 定时观察尿量变化。必要时给予留置尿管、监测每小时尿量。
7. 保持各种引流管的正确位置和引流通畅,观察引流液的颜色、性状及量。
8. 按医嘱给予饮食。
9. 按医嘱执行分级护理,做好基础护理(见第二章)。
10. 按医嘱及时、准确留送各种检验标本,了解测定结果并加强有关的病情观察。
11. 及时填写护理记录单,记录出入量、生命体征、病情变化、急救措施、临时治疗与护理措施,按时进行出入液量小结和总结。

### 第三节 重症病人加强监护指南

#### (一) 体温监护

1. 多选择在腋下或肛门内用水银体温表作间断测试。
2. 也可将床旁监护仪的温度传感器置于腋下或肛门内进行连续监测,体温数值即显示在监护仪的屏幕上。

#### (二) 循环功能监护

1. 心电监测 经床旁监护仪实施持续心电监测,直接监视心率、心电图波形及节律的动态变化,严密观察有无心律失常的发生。

#### 2. 血压监测

- (1) 间接动脉压监测:测压的间隔时间应根据病情需要而定。
- (2) 直接动脉压监测:即多经桡动脉或股动脉穿刺置管,连接测压装置,通过床旁监护仪进行动脉血压连续监测。监测要点如下:

- 1) 保持测压管道通畅。
- 2) 正确掌握测压方法。
- 3) 严密监视与准确记录监护仪屏幕上所显示的血压数值。
- 4) 必要时记录压力波形变化。

#### (3) 中心静脉压监测:根据病情所需按时监测。

3. 血流动力学监测 即经外周静脉穿刺插入气囊漂浮导管至心脏右心系统和肺动脉,连接测压装置,通过床旁监护仪进行血流动力学监测。监测要点如下:

- (1) 保持漂浮导管各监测管腔的通畅。
- (2) 协助医生及时测定和准确记录各项压力参数,包括中心静脉压

(CVP)、右心房压 (RAP)、右心室压 (RVP)、肺动脉压 (PAP)、肺毛细血管楔压 (PCWP), 以及测定和准确记录心排出量 (CO)。

4. 皮肤颜色、温湿度监测 外周灌注是否良好是反应心排出量的有效指标, 故应随时观察病人的四肢皮肤有无潮凉、苍白和出现花斑等症状。

### (三) 呼吸功能监护

1. 严密观察呼吸的频率、节律、幅度和呼吸状态。

2. 间断监测经皮脉搏血氧饱和度 ( $SpO_2$ )。

3. 机械通气过程中的监护

(1) 呼吸机的工作状况: 包括吸气压、潮气量、分钟通气量、呼吸频率和节律、吸入气氧浓度等。若与设置的参数有差异应及时向医生报告给予纠正。

(2) 血气监测: 按医嘱随时监测, 并根据测得数据和病情变化, 协助医生及时调整有关通气参数的设置。

(3) 通气效果监测: 病人安静、末梢循环良好、无大汗, 无鼻翼扇动、发绀、烦躁不安、出现三凹征等呼吸困难表现, 血压与心率平稳, 说明通气效果满意。若出现异常应及时向医生报告给予处理。

### (四) 神经系统功能监护

1. 意识状态监护

(1) 可采用格拉斯哥昏迷计分方法 (GCS), 即根据病人睁眼、言语、运动三方面对刺激的不同反应给予打分, 从而对其意识状态进行判断。计分范围为 3~15 分, 当格拉斯哥指数迅速下降时, 是意识障碍程度加重的征象。对于病人意识状态的任何微小改变都应随时记录。

(2) 随时监测瞳孔大小及对光反应。

(3) 严密观察肢体随意运动, 皮肤及黏膜的痛觉、温度觉及触觉, 以及角膜反射或腹壁反射等有无功能障碍或异常。

2. 按时监测体温、脉搏、呼吸及血压。

3. 颅内压监护

(1) 颅内压持续监测期间, 应保持接头的连接紧密和管道通畅。

(2) 防止由于导管破损、导管折叠或受压、脑脊液渗漏、监护仪零点漂移等因素所致压力参数的误差。

(3) 定时观察和记录床旁监护仪屏幕上所显示的颅内压力值、压力波的振幅和波形的变化, 若出现异常, 应及时向医生报告。

### (五) 肾功能监护

1. 监测每小时尿量并按时小结与总结, 注意观察尿色, 根据病情所需定时测定尿比重及尿 pH。

2. 及时留送检验肾功能的有关标本。

(六) 肝功能监护

1. 及时留送检验肝功能的有关标本。
2. 密切观察有无意识障碍、黄疸、出血等急性肝功能损害的临床表现。

(七) 胃肠功能监护

1. 密切观察有无腹胀、腹水、腹痛、肠鸣音亢进或减弱甚至消失等临床表现。
2. 按医嘱留取粪便标本送做潜血试验。
3. 必要时, 协助医生行胃肠黏膜内 pH (pHi) 监测。