
临床护理实践指南 (2011 版)

中华人民共和国卫生部
中国人民解放军总后勤部卫生部

目 录

第一章 清洁与舒适管理

- 一、病室环境管理
- 二、床单位管理
- 三、晨晚间护理
- 四、口腔护理
- 五、会阴护理
- 六、协助沐浴和床上擦浴
- 七、床上洗头

第二章 营养与排泄护理

- 一、协助进食和饮水
- 二、肠内营养支持
- 三、肠外营养支持
- 四、排尿异常的护理
- 五、排便异常的护理
- 六、导尿
- 七、灌肠
- 八、持续膀胱冲洗

第三章 身体活动管理

- 一、卧位护理
- 二、制动护理
- 三、体位转换

四、轮椅与平车使用

第四章 常见症状护理

一、呼吸困难的护理

二、咳嗽、咳痰的护理

三、咯血的护理

四、恶心、呕吐的护理

五、呕血、便血的护理

六、腹胀的护理

七、心悸的护理

八、头晕的护理

九、抽搐的护理

十、疼痛的护理

十一、水肿的护理

十二、发热的护理

第五章 皮肤、伤口、造口护理

一、压疮预防

二、压疮护理

三、伤口护理

四、造口护理

五、静脉炎预防及护理

六、烧伤创面护理

七、供皮区皮肤护理

- 八、植皮区皮肤护理
- 九、糖尿病足的预防
- 十、糖尿病足的护理
- 十一、截肢护理

第六章 气道护理

- 一、吸氧
- 二、有效排痰
- 三、口咽通气道（管）放置
- 四、气管插管
- 五、人工气道固定
- 六、气管导管气囊压力监测
- 七、人工气道湿化
- 八、气道内吸引
- 九、气管导管气囊上滞留物清除
- 十、经口气管插管患者口腔护理
- 十一、拔除气管插管
- 十二、气管切开伤口换药
- 十三、气管切开套管内套管更换及清洗
- 十四、无创正压通气
- 十五、有创机械通气

第七章 引流护理

- 一、胃肠减压的护理

- 二、腹腔引流的护理
- 三、“T”管引流的护理
- 四、经皮肝穿刺置管引流术(PTCD)的护理
- 五、伤口负压引流的护理
- 六、胸腔闭式引流的护理
- 七、心包、纵隔引流的护理
- 八、脑室、硬膜外、硬膜下引流的护理

第八章 围手术期护理

- 一、术前护理
- 二、术中护理
- 三、术后护理

第九章 常用监测技术与身体评估

- 一、体温测量
- 二、脉搏、呼吸测量
- 三、无创血压测量
- 四、有创血压监测
- 五、心电监测
- 六、血糖监测
- 七、血氧饱和度(SPO₂)监测
- 八、中心静脉压监测
- 九、Swan-Ganz 导管监测
- 十、容量监测仪 (pulse induced contour cardiac

output, PiCCO) 监测

十一、二氧化碳分压监测

十二、活化部分凝血活酶时间 (APTT) 监测

十三、一般状态评估

十四、循环系统评估

十五、呼吸系统评估

十六、消化系统评估

十七、神经系统评估

第十章 急救技术

一、心肺复苏 (成人, 使用简易呼吸器)

二、环甲膜穿刺

三、膈下腹部冲击法 (Heimlich 手法)

四、胸外心脏非同步直流电除颤 (成年人)

五、洗胃

六、止血

第十一章 常用标本采集

一、血标本采集

二、血培养标本采集

三、血气分析标本采集

四、尿标本采集

五、便标本采集

六、呼吸道标本采集

七、导管培养标本采集

第十二章 给药治疗与护理

一、护理单元药品管理

二、口服给药

三、抽吸药液

四、皮内注射

五、皮下注射

六、肌肉注射

七、静脉注射

八、密闭式静脉输液

九、经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）输液

十、中心静脉导管（CVC）维护

十一、置入式静脉输液港（PORT）维护

十二、静脉给药辅助装置应用

十三、密闭式静脉输血

十四、局部给药

第十三章 化学治疗、生物治疗及放射治疗的护理

一、化学治疗穿刺静脉的选择

二、化学治疗药物静脉外渗的预防与护理

三、化学治疗引起口腔炎的护理

四、脱发的护理

五、骨髓抑制的护理

- 六、生物治疗过敏反应的护理
- 七、生物治疗皮肤反应的护理
- 八、生物治疗流感样症状的护理
- 九、放射治疗性皮肤反应的护理
- 十、放射性口腔黏膜反应的护理

第十四章 孕产期护理

- 一、子宫底高度和腹围的测量
- 二、四步触诊
- 三、胎心音听诊
- 四、胎心电子监测
- 五、胎动计数
- 六、分娩期护理
- 七、外阴部消毒
- 八、会阴保护
- 九、会阴切开缝合
- 十、会阴护理
- 十一、子宫复旧护理
- 十二、母乳喂养
- 十三、乳头皲裂护理
- 十四、乳房按摩
- 十五、产褥期保健操
- 十六、引产术护理

第十五章 新生儿及婴幼儿护理

- 一、眼部护理
- 二、脐部护理
- 三、臀部护理
- 四、沐浴
- 五、奶瓶喂养
- 六、非营养性吸吮
- 七、经胃、十二指肠管饲喂养
- 八、经皮氧饱和度 (TcSO₂) 监测
- 九、吸氧
- 十、暖箱护理
- 十一、光照疗法
- 十二、气管插管内吸痰
- 十三、脐静脉插管换血疗法护理
- 十四、脐静脉置管术后护理
- 十五、外周动、静脉同步换血疗法
- 十六、新生儿复苏
- 十七、体重测量
- 十八、身高测量
- 十九、头围、胸围、腹围测量
- 二十、婴幼儿喂养
- 二十一、口服给药

第十六章 血液净化专科护理操作

- 一、血液透析
- 二、血液灌流
- 三、血浆置换
- 四、血液滤过
- 五、持续不卧床腹膜透析换液（CAPD）
- 六、自动化腹膜透析（APD）
- 七、更换腹膜透析短管
- 八、腹膜透析导管外出口处换药及护理
- 九、腹膜平衡试验（PET）
- 十、腹膜透析新患者培训

第十七章 心理护理

- 一、收集心理社会资料
- 二、护患沟通
- 三、患者情绪调节
- 四、压力与应对
- 五、尊重患者权利
- 六、利用社会支持系统
- 七、疼痛评估与控制
- 八、临终关怀

- 附录: 1. Waterlow 压疮危险因素评估表 (2005 年)
2. Norton 压疮危险因素评估表
 3. Braden 压疮危险因素评估表
 4. 美国国家压疮咨询委员会 (NPUAP) 2007 年压疮分期
 5. 静脉炎分级标准
 6. 糖尿病足的 Wagner 分级法
 7. 儿童气管插管型号选择标准
 8. 皮肤急性放射损伤分级标准

第一章 清洁与舒适管理

环境清洁是指清除环境中物体表面的污垢。患者清洁是指采取包括口腔护理、头发护理、皮肤护理、会阴护理及晨晚间护理等操作，使患者清洁与舒适，预防感染及并发症。

一、病室环境管理

（一）评估和观察要点。

1. 评估病室环境的空间、光线、温度、湿度、卫生。
2. 评估病室的安全保障设施。

（二）操作要点。

1. 病床间距 $\geq 1\text{m}$ 。
2. 室内温度、湿度适宜。
3. 保持空气清新、光线适宜。
4. 病室物体表面清洁，地面不湿滑，安全标识醒目。
5. 保持病室安静。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属遵守病室管理制度。
2. 指导患者了解防跌倒、防坠床、防烫伤等安全措施。

（四）注意事项。

1. 病室布局合理，符合医院感染管理要求。
2. 通风时注意保暖。

3. 工作人员应做到说话轻、走路轻、操作轻、关门轻。

二、床单位管理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、合作程度、自理程度、皮肤情况、管路情况。

2. 评估床单位安全、方便、整洁程度。

（二）操作要点。

1. 备用床和暂空床。

（1）移开床旁桌椅于适宜位置，将铺床用物放于床旁椅上。

（2）从床头至床尾铺平床褥后，铺上床单或床罩。

（3）将棉胎或毛毯套入被套内。

（4）两侧内折后与床内沿平齐，尾端内折后与床垫尾端平齐。

（5）暂空床的盖被上端内折 1/4，再扇形三折于床尾并使之平齐。

（6）套枕套，将枕头平放于床头正中。

（7）移回床旁桌、椅。

（8）处理用物。

2. 麻醉床。

（1）同“备用床和暂空床”步骤的（1）（2）。

（2）根据患者手术麻醉情况和手术部位铺单。

- (3) 盖被放置应方便患者搬运。
- (4) 套枕套后，将枕头横立于床头正中。
- (5) 移回床旁桌、椅。
- (6) 处理用物。

3. 卧床患者更换被单。

- (1) 与患者沟通，取得配合。
- (2) 移开床旁桌、椅。
- (3) 将枕头及患者移向对侧，使患者侧卧。
- (4) 松开近侧各层床单，将其上卷于中线处塞于患者身下，清扫整理近侧床褥；依次铺近侧各层床单。
- (5) 将患者及枕头移至近侧，患者侧卧。
- (6) 松开对侧各层床单，将其内卷后取出，同法清扫和铺单。
- (7) 患者平卧，更换清洁被套及枕套。
- (8) 移回床旁桌、椅。
- (9) 根据病情协助患者取舒适体位。
- (10) 处理用物。

(三) 指导要点。

- 1. 告知患者床单位管理的目的及配合方法。
- 2. 指导患者及家属正确使用床单位辅助设施。

(四) 注意事项。

- 1. 评估操作难易程度，运用人体力学原理，防止职业损

伤。

2. 操作过程中观察患者生命体征、病情变化、皮肤情况，注意保暖，保护患者隐私，避免牵拉管路。

3. 操作中合理使用床档保护患者，避免坠床。

4. 使用橡胶单或防水布时，避免其直接接触患者皮肤。

5. 避免在室内同时进行无菌操作。

三、晨晚间护理

（一）评估和观察要点。

1. 了解患者的护理级别、病情、意识、自理程度等，评估患者清洁卫生及皮肤受压情况。

2. 评估病室环境及床单位的清洁程度。

3. 操作中倾听患者需求，观察患者的病情变化。

（二）操作要点。

1. 根据需要准备用物。

2. 整理床单位，必要时更换被服。

3. 根据患者病情和自理程度协助患者洗漱、清洁。

（三）指导要点。

告知患者晨晚间护理的目的和配合方法。

（四）注意事项。

1. 操作时注意保暖，保护隐私。

2. 维护管路安全。

3. 眼睑不能闭合的患者应保持角膜湿润，防止角膜感染。

4. 发现皮肤黏膜异常，及时处理并上报。
5. 实施湿式扫床，预防交叉感染。
6. 注意患者体位舒适与安全。

四、口腔护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识、配合程度。
2. 观察口唇、口腔黏膜、牙龈、舌苔有无异常；口腔有无异味；牙齿有无松动，有无活动性义齿。

（二）操作要点。

1. 核对患者，向患者解释口腔护理的目的、配合要点及注意事项，准备用物。
2. 选择口腔护理液，必要时遵医嘱选择药物。
3. 协助患者取舒适恰当的体位。
4. 颌下垫治疗巾，放置弯盘。
5. 擦洗牙齿表面、颊部、舌面、舌下及硬腭部，遵医嘱处理口腔黏膜异常。
6. 操作前后认真清点棉球，温水漱口。
7. 协助患者取舒适体位，处理用物。

（三）指导要点。

1. 告知患者口腔护理的目的和配合方法。
2. 指导患者正确的漱口方法。

（四）注意事项。

1. 操作时避免弯钳触及牙龈或口腔黏膜。
2. 昏迷或意识模糊的患者棉球不能过湿，操作中注意夹紧棉球，防止遗留在口腔内，禁止漱口。
3. 有活动性义齿的患者协助清洗义齿。
4. 使用开口器时从磨牙处放入。

五、会阴护理

（一）评估和观察要点。

1. 了解患者的病情、意识、配合程度，有无失禁及留置导尿管。
2. 评估病室温度及遮蔽程度。
3. 评估患者会阴清洁程度，会阴皮肤黏膜情况，会阴部有无伤口，阴道流血、流液情况。

（二）操作要点。

1. 向患者解释会阴护理的目的和配合要点，准备用物。
2. 协助患者取仰卧位，屈膝，两腿略外展。
3. 臀下垫防水单。
4. 用棉球由内向、自上而下外擦洗会阴，先清洁尿道口周围，后清洁肛门。
5. 留置尿管者，由尿道口处向远端依次用消毒棉球擦洗。
6. 擦洗完后擦干皮肤，皮肤黏膜有红肿、破溃或分泌物异常时需及时给予处理。
7. 协助患者恢复舒适体位并穿好衣裤，整理床单位，处

理用物。

（三）指导要点。

1. 告知患者会阴护理的目的及配合方法。
2. 告知女性患者观察阴道分泌物的性状和有无异味等。

（四）注意事项。

1. 水温适宜。
2. 女性患者月经期宜采用会阴冲洗。
3. 为患者保暖，保护隐私。
4. 避免牵拉引流管、尿管。

六、协助沐浴和床上擦浴

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、自理能力、沐浴习惯及合作程度。
2. 评估病室或浴室环境。
3. 评估患者皮肤状况。
4. 观察患者在沐浴中及沐浴后的反应。

（二）操作要点。

1. 协助沐浴。
 - （1）向患者解释沐浴的目的及注意事项，取得配合。
 - （2）调节室温和水温。
 - （3）必要时护理人员护送进入浴室，协助穿脱衣裤。
 - （4）观察病情变化及沐浴时间。
2. 床上擦浴。

(1) 向患者解释床上擦浴的目的及配合要点。

(2) 调节室温和水温。

(3) 保护患者隐私，给予遮蔽。

(4) 由上至下，由前到后顺序擦洗。

(5) 协助患者更换清洁衣服。

(6) 整理床单位，整理用物。

(三) 指导要点。

1. 协助沐浴时，指导患者使用浴室的呼叫器。

2. 告知患者沐浴时不应用湿手接触电源开关，不要反锁浴室门。

3. 告知患者沐浴时预防意外跌倒和晕厥的方法。

(四) 注意事项。

1. 浴室内应配备防跌倒设施（防滑垫、浴凳、扶手等）。

2. 床上擦浴时随时观察病情，注意与患者沟通。

3. 妊娠7个月以上孕妇不适宜盆浴。

4. 床上擦浴时注意保暖，保护隐私。

5. 保护伤口和管路，避免伤口受压、管路打折扭曲。

七、床上洗头

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者病情、配合程度、头发卫生情况及头皮状况。

2. 评估操作环境。

3. 观察患者在操作中、操作后有无病情变化。

（二）操作要点。

1. 调节适宜的室温、水温。
2. 协助患者取舒适、方便的体位。
3. 患者颈下垫毛巾，放置马蹄形防水布垫或洗头设施，开始清洗。
4. 洗发后用温水冲洗。
5. 擦干面部及头发。
6. 协助患者取舒适卧位，整理床单位，处理用物。

（三）指导要点。

1. 告知患者床上洗头目的和配合要点。
2. 告知患者操作中如有不适及时通知护士。

（四）注意事项。

1. 为患者保暖，观察患者病情变化，有异常情况应及时处理。
2. 操作中保持患者体位舒适，保护伤口及各种管路，防止水流入耳、眼。
3. 应用洗头车时，按使用说明书或指导手册操作。

第二章 营养与排泄护理

患者营养与排泄护理的主要目的是满足患者营养成分摄入与排泄的需要，预防和发现由于营养摄入与排泄障碍导

致的相关并发症。护理中，应遵循安全和标准预防的原则，评估患者的病情和营养状况，满足患者自理需求，协助诊断和治疗，避免或减轻并发症，促进患者康复。

一、协助进食和饮水

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度。
2. 评估患者饮食类型、吞咽功能、咀嚼能力、口腔疾患、营养状况、进食情况。
3. 了解有无餐前、餐中用药，有无特殊治疗或检查。

（二）操作要点。

1. 协助患者洗手，对视力障碍、行动不便的患者，协助将食物、餐具等置于容易取放的位置，必要时协助进餐。
2. 注意食物温度、软硬度。
3. 进餐完毕，协助患者漱口，整理用物及床单位。
4. 观察进食中和进食后的反应，做好记录。
5. 需要记录出入量的患者，记录进食和饮水时间、种类、食物含水量和饮水量等。

（三）指导要点。

根据患者的疾病特点，对患者或家属进行饮食指导。

（四）注意事项。

1. 特殊饮食的患者，在进食前应仔细查对。
2. 与患者及家属沟通，给予饮食指导。

3. 患者进食和饮水延迟时，做好交接班。

二、肠内营养支持

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、营养状况、合作程度。
2. 评估管饲通路情况、输注方式，有无误吸风险。
3. 观察营养液输注中、输注后的反应。

（二）操作要点。

1. 核对患者，准备营养液，温度以接近正常体温为宜。
2. 病情允许，协助患者取半卧位。
3. 输注前，检查并确认喂养管位置，抽吸并估计胃内残留量，如有异常及时报告。
4. 输注前、后约 30ml 温水冲洗喂养管。
5. 输注速度均匀。
6. 输注完毕包裹、固定喂养管。
7. 观察并记录输注量以及输注中、输注后的反应。
8. 病情允许输注后 30min 保持半卧位，避免搬动患者或可能引起误吸的操作。

（三）指导要点。

1. 携带喂养管出院的患者，告知患者及家属妥善固定喂养管，输注营养液或特殊用药前后，应用温开水冲洗喂养管。
2. 告知患者喂养管应定期更换。

（四）注意事项。

1. 营养液现配现用，粉剂应搅拌均匀，配制后的营养液放置在冰箱冷藏，24h 内用完。

2. 长期留置鼻胃管或鼻肠管者，每天用油膏涂拭鼻腔黏膜，轻轻转动鼻胃管或鼻肠管，每日进行口腔护理，定期（或按照说明书）更换喂养管，对胃造口、空肠造口者，保持造口周围皮肤干燥、清洁。

3. 特殊用药前后用约 30ml 温水冲洗喂养管，药片或药丸经研碎、溶解后注入喂养管。

4. 避免空气入胃，引起胀气。

5. 注意放置恰当的管路标识。

三、肠外营养支持

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识、合作程度、营养状况。

2. 评估输液通路情况、穿刺点及其周围皮肤状况。

（二）操作要点。

1. 核对患者，准备营养液。

2. 输注时建议使用输液泵，在规定时间内匀速输完。

3. 固定管道，避免过度牵拉。

4. 巡视、观察患者输注过程中的反应。

5. 记录营养液使用的时间、量、滴速及输注过程中的反应。

（三）指导要点。

1. 告知患者输注过程中如有不适及时通知护士。
2. 告知患者翻身、活动时保护管路及穿刺点局部清洁干燥的方法。

（四）注意事项。

1. 营养液配制后若暂时不输注，冰箱冷藏，输注前室温下复温后再输，保存时间不超过 24h。
2. 等渗或稍高渗溶液可经周围静脉输入，高渗溶液应从中心静脉输入，明确标识。
3. 如果选择中心静脉导管输注，参照第十二章进行管路维护。
4. 不宜从营养液输入的管路输血、采血。

四、排尿异常的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识、自理能力、合作程度，了解患者治疗及用药情况。
2. 了解患者饮水习惯、饮水量，评估排尿次数、量、伴随症状，观察尿液的性状、颜色、透明度等。
3. 评估膀胱充盈度、有无腹痛、腹胀及会阴部皮肤情况；了解患者有无尿管、尿路造口等。
4. 了解尿常规、血电解质检验结果等。

（二）操作要点。

1. 尿量异常的护理。

(1) 记录 24h 出入液量和尿比重，监测酸碱平衡和电解质变化，监测体重变化。

(2) 根据尿量异常的情况监测相关并发症的发生，有无脱水、休克、水肿、心力衰竭、高血钾或低血钾、高血钠或低血钠表现等。

(3) 遵医嘱补充水、电解质。

2. 尿失禁的护理。

(1) 保持床单清洁、平整、干燥。

(2) 及时清洁会阴部皮肤，保持清洁干爽，必要时涂皮肤保护膜。

(3) 根据病情采取相应的保护措施，男性患者可采用尿套，女性患者可采用尿垫、集尿器或留置尿管。

3. 尿潴留的护理。

(1) 诱导排尿，如维持有利排尿的姿势、听流水声、温水冲洗会阴部、按摩或叩击耻骨上区等，保护隐私。

(2) 留置导尿管定时开放，定期更换。

(三) 指导要点。

1. 告知患者尿管夹闭训练及盆底肌训练的意义和方法。

2. 指导患者养成定时排尿的习惯。

(四) 注意事项。

1. 留置尿管期间，注意尿道口清洁。

2. 尿失禁时注意局部皮肤的护理。

五、排便异常的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情，有无高血压、心脏病、肠道病变等。
2. 了解患者排便习惯、次数、量，粪便的颜色、性状，有无排便费力、便意不尽等。
3. 了解患者饮食习惯、治疗和检查、用药情况。

（二）操作要点。

1. 便秘的护理。

- （1）指导患者增加粗纤维食物摄入，适当增加饮水量。
- （2）指导患者环形按摩腹部，鼓励适当运动。
- （3）指导患者每天训练定时排便。
- （4）遵医嘱给予缓泻药或灌肠。

2. 腹泻的护理。

- （1）观察记录生命体征、出入量等。
- （2）保持会阴部及肛周皮肤清洁干燥，评估肛周皮肤有无破溃、湿疹等，必要时涂皮肤保护剂。
- （3）合理饮食，协助患者餐前、便前、便后洗手。
- （4）遵医嘱给药，补充水、电解质等。
- （5）记录排便的次数和粪便性状，必要时留取标本送

检。

3. 大便失禁的护理。

- （1）评估大便失禁的原因，观察粪便的性状。

(2) 必要时观察记录生命体征、出入量等。

(3) 做好会阴及肛周皮肤护理，评估肛周皮肤有无破溃、湿疹等，必要时涂皮肤保护剂。

(4) 合理膳食。

(5) 指导患者根据病情和以往排便习惯，定时排便，进行肛门括约肌及盆底肌肉收缩训练。

(三) 指导要点。

1. 指导患者合理膳食。

2. 指导患者养成定时排便的习惯，适当运动。

(四) 注意事项。

1. 心脏病、高血压等患者，避免用力排便，必要时使用缓泻药。

2. 大便失禁、腹泻患者，应注意观察肛周皮肤情况。

3. 腹泻者注意观察有无脱水、电解质紊乱的表现。

六、导尿

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者自理能力、合作程度及耐受力。

2. 评估患者病情、意识、膀胱充盈度、会阴部皮肤黏膜状况，了解男性患者有无前列腺疾病等引起尿路梗阻的情况。

(二) 操作要点。

1. 准备温度适宜、隐蔽的操作环境。

2. 摆好体位，按照无菌原则清洁并消毒外阴及尿道口。
3. 戴无菌手套，铺孔巾。
4. 检查尿管气囊有无漏气，润滑尿管前端至气囊后 4~6cm（男患者至气囊后 20~22cm）。
5. 再次按无菌原则消毒尿道口。
6. 插入尿道内 4~6cm（男性患者，提起阴茎与腹壁呈 60° 角，插入约 20~22cm），见尿后再插入 5~7cm，夹闭尿管开口。
7. 按照导尿管标明的气囊容积向气囊内缓慢注入无菌生理盐水，轻拉尿管有阻力后，连接引流袋。
8. 固定引流管及尿袋，尿袋的位置低于膀胱，尿管应有标识并注明置管日期。
9. 安置患者，整理用物。
10. 记录置管日期，尿液的量、性质、颜色等。
11. 留置导尿管期间，应该做到：①保持引流通畅，避免导管受压、扭曲、牵拉、堵塞等；②应每日给予会阴擦洗；③定期更换引流装置、更换尿管；④拔管前采用间歇式夹闭引流管方式；⑤拔管后注意观察小便自解情况。

（三）指导要点。

1. 告知患者导尿的目的及配合方法。
2. 告知患者防止尿管受压、脱出的注意事项。
3. 告知患者离床活动时的注意事项。

（四）注意事项。

1. 导尿过程中,若尿管触及尿道口以外区域,应重新更换尿管。

2. 膀胱过度膨胀且衰弱的患者第一次放尿不宜超过 1000ml。

3. 男性患者包皮和冠状沟易藏污垢,导尿前要彻底清洁,导尿管插入前建议使用润滑止痛胶,插管遇阻力时切忌强行插入,必要时请专科医师插管。

七、灌肠

（一）评估和观察要点。

1. 了解患者病情,评估意识、自理情况、合作及耐受程度。

2. 了解患者排便情况,评估肛门周围皮肤黏膜状况。

（二）操作要点。

1. 大量不保留灌肠。

（1）核对医嘱及患者,注意操作环境隐蔽,室温适宜。

（2）配制灌肠液,温度 39~41℃,用止血钳夹闭排液管。

（3）患者取左侧卧位,臀部垫防水布,屈膝。

（4）灌肠筒挂于输液架上,液面比肛门高 40~60cm。

（5）将肛管与灌肠筒的排液管连接,润滑肛管,排除管道气体,将肛管缓缓插入肛门 7~10cm。

(6) 固定肛管，松开止血钳，观察液体流入及患者耐受情况；根据患者耐受程度，适当调整灌肠筒高度。

(7) 灌毕，夹闭并反折排液管，再将肛管拔出，擦净肛门。

(8) 嘱患者尽量于 5~10min 后排便。

(9) 了解患者排便情况，安置患者，整理用物。

2. 甘油灌肠。

(1) 核对医嘱及患者，准备环境和物品。

(2) 患者取左侧卧位，臀部靠近床沿，屈膝，臀部垫高。

(3) 打开甘油灌肠剂，挤出少许液体润滑管口，将灌肠剂管缓缓插入肛门 7~10cm。

(4) 固定灌肠剂，轻轻挤压，观察液体流入及患者耐受情况。

(5) 灌毕，反折灌肠剂管口同时拔出，擦净肛门。

(6) 嘱患者尽量 10min 后排便。

(7) 安置患者，整理用物，记录排便情况。

3. 保留灌肠。

(1) 核对医嘱和患者，嘱患者先排便，准备环境及灌肠药液，灌肠液量不宜超过 200ml。

(2) 根据病情和病变部位取合适卧位，臀部垫高约 10cm，必要时准备便盆。

(3) 润滑并插入肛管 15~20cm, 液面至肛门的高度应 < 30cm, 缓慢注入药液。

(4) 药液注入完毕后, 反折肛管并拔出, 擦净肛门, 嘱患者尽可能忍耐, 药液保留 20~30min。

(5) 安置患者, 整理用物。

(6) 观察用药后的效果并记录。

(三) 指导要点。

告知患者灌肠的目的及配合方法。

(四) 注意事项。

1. 妊娠、急腹症、消化道出血、严重心脏病等患者不宜灌肠; 直肠、结肠和肛门等手术后及大便失禁的患者不宜灌肠。

2. 伤寒患者灌肠时溶液不超过 500ml, 液面不高于肛门 30cm, 肝性脑病患者禁用肥皂水灌肠。

3. 灌肠过程中发现患者脉搏细速、面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、心慌等, 应立即停止灌肠, 并报告医生。

4. 保留灌肠时, 肛管宜细, 插入宜深, 速度宜慢, 量宜少, 防止气体进入肠道。

八、持续膀胱冲洗

(一) 评估和观察要点。

1. 评估病情、意识状态、自理及合作程度。

2. 观察尿液性质、出血情况、排尿不适症状等。

3. 注意患者反应，观察冲洗液出入量、颜色及有无不适主诉。

（二）操作要点。

1. 遵医嘱准备冲洗液。

2. 在留置无菌三腔导尿管后，排空膀胱。

3. 将膀胱冲洗液悬挂在输液架上，液面高于床面约60cm，连接前对各个连接部进行消毒。

4. 将冲洗管与冲洗液连接，三腔尿管一头连接冲洗管，另一头连接尿袋。夹闭尿袋，打开冲洗管，使溶液滴入膀胱，速度80~100滴/min；待患者有尿意或滴入200~300ml后，夹闭冲洗管，打开尿袋，排出冲洗液，遵医嘱如此反复进行。

5. 冲洗完毕，取下冲洗管，消毒导尿管远端管口并与尿袋连接。

6. 固定尿袋，位置低于膀胱。

7. 安置患者，整理用物并记录。

（三）指导要点。

1. 告知患者冲洗的目的和配合方法。

2. 告知患者冲洗过程中如有不适及时通知护士。

（四）注意事项。

1. 根据患者反应及症状调整冲洗速度和冲洗液用量，必要时停止，并通知医生。

2. 冲洗过程中观察病情变化及引流管是否通畅。

第三章 身体活动管理

根据患者病情和舒适度的要求，协助采取主动体位或被动体位，以减轻身体不适和疼痛，预防并发症；遵医嘱为患者安置牵引体位或肢体制动，以达到不同治疗的目的。

一、卧位护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度。
2. 了解诊断、治疗和护理要求，选择体位。
3. 评估自主活动能力、卧位习惯。

（二）操作要点。

1. 薄枕平卧位。

（1）垫薄枕，头偏向一侧。

（2）患者腰椎麻醉或脊髓腔穿刺后，取此卧位。

（3）昏迷患者注意观察神志变化，谵妄、全麻尚未清醒患者，应预防发生坠床，必要时使用约束带，并按约束带使用原则护理。

（4）做好呕吐患者的护理，防止窒息，保持舒适。

2. 仰卧中凹位（休克卧位）。

（1）抬高头胸部 $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ，抬高下肢 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

（2）保持呼吸道畅通，按休克患者观察要点护理。

3. 头低足高位。

(1) 仰卧，头偏向一侧，枕头横立于床头，床尾抬高 15 ~ 30cm。

(2) 观察患者耐受情况，颅内高压患者禁用此体位。

4. 侧卧位。

(1) 侧卧，两臂屈肘，一手放于胸前，一手放于枕旁，下腿稍伸直，上腿弯曲。

(2) 必要时在两膝之间、后背和胸、腹前各放置软枕。

5. 俯卧位。

(1) 俯卧，两臂屈肘放于头部两侧，两腿伸直，胸下、髋部及踝部各放一软枕，头偏向一侧。

(2) 气管切开、颈部伤、呼吸困难者不宜采取此体位。

6. 半坐卧位。

(1) 仰卧，床头支架或靠背架抬高 $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ ，下肢屈曲。

(2) 放平时，先放平下肢，后放床头。

7. 端坐卧位。

(1) 坐起，床上放一跨床小桌，桌上放软枕，患者伏桌休息；必要时可使用软枕、靠背架等支持物辅助坐姿。

(2) 防止坠床，必要时加床档，做好背部保暖。

8. 屈膝仰卧位。

(1) 仰卧，两膝屈起并稍向外分开。

(2) 注意保暖，保护隐私，保证患者安全，必要时加

床档。

9. 膝胸卧位。

(1) 跪卧，两腿稍分开，胸及膝部贴床面，腹部悬空，臀部抬起，头转向一侧，两臂屈肘放于头的两侧，应注意保暖和遮盖。

(2) 女患者在胸部下放一软枕，注意保护膝盖皮肤；心、肾疾病的孕妇禁用此体位。

10. 截石位。

(1) 仰卧，两腿分开放在支腿架上，臀部齐床边，两手放在胸前或身体两侧。

(2) 臀下垫治疗巾，支腿架上放软垫。

(3) 注意保暖，减少暴露时间，保护患者隐私。

(三) 指导要点。

1. 协助并指导患者按要求采用不同体位，更换体位时保护各种管路的方法。

2. 告知患者调整体位的意义和方法，注意适时调整和更换体位，如局部感觉不适，应及时通知医务人员。

(四) 注意事项。

1. 注意各种体位承重处的皮肤情况，预防压疮。

2. 注意各种体位的舒适度，及时调整。

3. 注意各种体位的安全，必要时使用床档或约束物。

二、制动护理

制动是让患者身体的某一部分处于不动的状态。制动可以控制肿胀和炎症，避免再损伤。

（一）评估和观察要点。

1. 评估病情、身体状况、肌肉和关节活动情况。
2. 了解患者的诊断和治疗，评估制动原因。
3. 评估患者自理能力、非制动部位的活动能力、制动部位及其皮肤情况等。

（二）操作要点。

1. 头部制动。

（1）采用多种方法（头部固定器、支架、沙袋等）或手法（双手或双膝）使患者头部处于固定不动状态。

（2）观察受压处皮肤情况。

（3）头部制动睡眠时，可在颈部两侧放置沙袋。

（4）新生儿可采用凹式枕头部制动，2 岁以上患者可使用头部固定器，并可与颈椎和头部固定装置一起使用，不宜与真空夹板一起使用。

2. 肢体制动。

（1）暴露患者腕部或踝部，用棉垫或保护垫包裹腕部或踝部，将保护带或加压带等将腕或踝固定于床缘两侧。

（2）根据制动目的和制动部位选择合适的制动工具。

3. 躯干制动。

(1) 选择合适的方法固定患者躯干，如筒式约束带、大单、支具等。

(2) 搬动时勿使伤处移位、扭曲、震动。

4. 全身制动。

(1) 遵医嘱使用约束物，紧紧包裹躯干及四肢，必要时用约束带。

(2) 约束时松紧适宜，手腕及足踝等骨突处，用棉垫保护；约束胸、腹部时，保持其正常的呼吸功能。

(3) 制动时维持患者身体各部位的功能位。

(4) 每 15min 观察 1 次约束肢体的末梢循环情况，约 2h 解开约束带放松 1 次，并协助翻身、局部皮肤护理及全关节运动。

5. 石膏固定。

(1) 石膏固定后注意观察患肢末梢的温度、皮肤颜色及活动情况，评估患肢是否肿胀，观察其表面的渗血情况。

(2) 四肢石膏固定，抬高患肢；髌人字石膏用软枕垫起腰凹，悬空臀部。

(3) 石膏未干前，不可在石膏上覆盖被毯；保持石膏清洁，避免水、分泌物、排泄物等刺激皮肤。

(4) 防止石膏断裂，尽量避免搬动。在石膏未干前搬动患者，须用手掌托住石膏，忌用手指捏压；石膏干固后有脆性，采用滚动法翻身，勿对关节处实施成角应力。

(5) 保持石膏末端暴露的指(趾)及指(趾)甲的清洁、保暖。

6. 夹板固定。

(1) 选择合适的夹板长度、宽度及固定的方式。

(2) 两块夹板置于患肢的内外侧，并跨越上下两关节，夹板下加垫并用绷带或布带固定。

(3) 观察患肢血供情况、夹板固定松紧度及疼痛等；可抬高患肢，使其略高于心脏平面。

7. 牵引。

(1) 观察肢端皮肤颜色、温度、桡动脉或足背动脉搏动、毛细血管充盈情况、指(趾)活动情况。

(2) 下肢牵引抬高床尾，颅骨牵引则抬高床头。

(3) 小儿行双腿悬吊牵引时，注意皮牵引是否向牵引方向移动。

(4) 邓乐普(Dunlop)牵引治疗肱骨髁上骨折时，牵引时要屈肘 45° ，肩部离床。

(5) 枕颌带牵引时，颈部两侧放置沙袋制动，避免颈部无意识的摆动，颌下垫小毛巾，经常观察颌下、耳廓及枕后皮肤情况，防止压疮；颈下垫小软枕，减轻不适感。

(6) 股骨颈骨折、转子间骨折时摆正骨盆，患肢外展，足部置中立位，可穿丁字鞋，防止外旋。

(7) 骨牵引者，每天消毒针孔处。

(8) 牵引须保持一定的牵引力，持续牵引并保持牵引有效。

(9) 对于下肢牵引的患者，注意防止压迫腓总神经，根据病情，每天主动或被动做足背伸活动，防止关节僵硬和跟腱挛缩。

(三) 指导要点。

1. 向患者及家属说明使用约束物的原因及目的，取得理解与合作。

2. 指导患者进行功能锻炼。

3. 告知患者及家属不可改变牵引装置、不得去除石膏内棉和夹板，如有不适及时通知医务人员。

(四) 注意事项。

1. 根据不同的制动方法，观察患者局部和全身的情况。

2. 协助患者采用舒适体位，减轻疼痛；每 2~3h 协助翻身 1 次，观察皮肤受压情况。

3. 观察局部皮肤的完整性、血液循环情况。

三、体位转换

(一) 评估和观察要点。

1. 评估病情、意识状态、皮肤情况，活动耐力及配合程度。

2. 评估自理能力，有无导管、牵引、夹板固定，身体有无移动障碍。

3. 评估患者体位是否舒适；了解肢体和各关节是否处于合理的位置。

4. 翻身或体位改变后，检查各导管是否扭曲、受压、牵拉。

（二）操作要点。

1. 协助患者翻身。

（1）检查并确认病床处于固定状态。

（2）妥善安置各种管路，翻身检查管路是否通畅，根据需要为患者叩背。

（3）检查并安置患者肢体、使各关节处于合理位置。

（4）轴线翻身时，保持整个脊椎平直，翻身角度不可超过 60° ，有颈椎损伤时，勿扭曲或旋转患者的头部、保护颈部。

（5）记录翻身时间。

2. 协助患者体位转换。

（1）卧位到坐位的转换，长期卧床患者注意循序渐进，先半坐卧位，再延长时间逐步改为坐位。

（2）协助患者从床尾移向床头时，根据患者病情放平床头，将枕头横立于床头，向床头移动患者。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属体位转换的目的、过程及配合方法。

2. 告知患者及家属体位转换时和转换后的注意事项。

（四）注意事项。

1. 注意各种体位转换间的患者安全，保护管路。
2. 注意体位转换后患者的舒适；观察病情、生命体征的变化，记录体位维持时间。
3. 协助患者体位转换时，不可拖拉，注意节力。
4. 被动体位患者翻身后，应使用辅助用具支撑体位保持稳定，确保肢体和关节处于功能位。
5. 注意各种体位受压处的皮肤情况，做好预防压疮的护理。
6. 颅脑手术后，不可剧烈翻转头部，应取健侧卧位或平卧位。
7. 颈椎或颅骨牵引患者，翻身时不可放松牵引。
8. 石膏固定和伤口较大患者翻身后应使用软垫支撑，防止局部受压。

四、轮椅与平车使用

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者生命体征、病情变化、意识状态、活动耐力及合作程度。
2. 评估自理能力、治疗以及各种管路情况等。

（二）操作要点。

1. 轮椅。

(1) 患者与轮椅间的移动：①使用前，检查轮椅性能，从床上向轮椅移动时，在床尾处备轮椅，轮椅应放在患者健侧，固定轮椅。护士协助患者下床、转身，坐入轮椅后，放好足踏板；②从轮椅向床上移动时，推轮椅至床尾，轮椅朝向床头，并固定轮椅。护士协助患者站起、转身、坐至床边，选择正确卧位；③从轮椅向座便器移动时，轮椅斜放，使患者的健侧靠近座便器，固定轮椅。协助患者足部离开足踏板，健侧手按到轮椅的扶手，护士协助其站立、转身，坐在座便器上；④从座便器上转移到轮椅上时，按从轮椅向座便器移动的程序反向进行。

(2) 轮椅的使用：①患者坐不稳或轮椅下斜坡时，用束腰带保护患者；②下坡时，倒转轮椅，使轮椅缓慢下行，患者头及背部应向后靠；③如有下肢水肿、溃疡或关节疼痛，可将足踏板抬起，并垫软枕。

2. 平车。

(1) 患者与平车间的移动：①能在床上配合移动者采用挪动法；儿童或体重较轻者可采用 1 人搬运法；不能自行活动或体重较重者采用 2~3 人搬运法；病情危重或颈、胸、腰椎骨折患者采用 4 人以上搬运法；②使用前，检查平车性能，清洁平车；③借助搬运器具进行搬运；④挪动时，将平车推至与床平行，并紧靠床边，固定平车，将盖被平铺于平车上，协助患者移动到平车上，注意安全和保暖；⑤搬运时，

应先将平车推至床尾，使平车头端与床尾成钝角，固定平车，1人或以上人员将患者搬运至平车上，注意安全和保暖；⑥拉起护栏。

(2) 平车的使用：①头部置于平车的大轮端；②推车时小轮在前，车速适宜，拉起护栏，护士立于患者头侧，上下坡时应使患者头部在高位一端；③在运送过程中保证输液和引流的通畅，特殊引流管可先行夹闭，防止牵拉脱出。

(三) 指导要点。

1. 告知患者在使用轮椅或平车时的安全要点以及配合方法。

2. 告知患者感觉不适时，及时通知医务人员。

(四) 注意事项。

1. 使用前应先检查轮椅和平车，保证完好无损方可使用；轮椅、平车放置位置合理，移动前应先固定。

2. 轮椅、平车使用中注意观察病情变化，确保安全。

3. 保护患者安全、舒适，注意保暖，骨折患者应固定好骨折部位再搬运。

4. 遵循节力原则，速度适宜。

5. 搬运过程中，妥善安置各种管路，避免牵拉。

第四章 常见症状护理

症状是疾病过程中机体内的一系列功能、代谢和形态结

构异常变化所引起的患者主观上的异常感觉，包括患者自身的各种异常感觉和医务人员感知的各种异常表现。临床护理人员在工作中，应早期识别症状，及时、准确地判断病情，发现问题，及时告知医生或采取相应的护理措施改善患者的症状，预防并发症的发生。

一、呼吸困难的护理

（一）评估和观察要点。

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

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

3. 评估血氧饱和度、动脉血气分析、胸部 X 线检查、CT、肺功能检查等。

（二）操作要点。

1. 提供安静、舒适、洁净、温湿度适宜的环境。

2. 每日摄入足够的热量，避免刺激性强、易于产气的食物，做好口腔护理。

3. 保持呼吸道通畅，痰液不易咳出者采用辅助排痰法，协助患者有效排痰。

4. 根据病情取坐位或半卧位，改善通气，以患者自觉舒适为原则。

5. 根据不同疾病、严重程度及患者实际情况选择合理的氧疗或机械通气。

6. 遵医嘱应用支气管舒张剂、抗菌药物、呼吸兴奋药等，观察药物疗效和副作用。

7. 呼吸功能训练。

8. 指导患者有计划地进行休息和活动，循序渐进地增加活动量和改变运动方式。

（三）指导要点。

1. 告知患者呼吸困难的常见诱因，指导患者识别并尽量避免。

2. 指导患者进行正确、有效的呼吸肌功能训练。

3. 指导患者合理安排休息和活动，调整日常生活方式。

4. 指导患者配合氧疗或机械通气的方法。

（四）注意事项。

1. 评估判断呼吸困难的诱因。

2. 安慰患者，增强患者安全感。

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

4. 心源性呼吸困难应严格控制输液速度，20～30滴/min。

二、咳嗽、咳痰的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估咳嗽的发生时间、诱因、性质、节律、与体位的关系、伴随症状、睡眠等。

2. 评估咳痰的难易程度，观察痰液的颜色、性质、量、气味和有无肉眼可见的异常物质等。

3. 必要时评估生命体征、意识状态、心理状态等，评估有无发绀。

4. 了解痰液直接涂片和染色镜检（细胞学、细菌学、寄生虫学检查）、痰培养和药物敏感试验等检验结果。

（二）操作要点。

1. 提供整洁、舒适的环境，温湿度适宜，减少不良刺激。

2. 保持舒适体位，避免诱因，注意保暖。

3. 对于慢性咳嗽者，给予高蛋白、高维生素、足够热量的饮食，嘱患者多饮水。

4. 促进有效排痰，包括深呼吸和有效咳嗽、湿化和雾化疗法、胸部叩击与胸壁震荡、体位引流以及机械吸痰等（具体操作见第六章）。

5. 记录痰液的颜色、性质、量，正确留取痰标本并送检。

6. 按医嘱指导患者正确用药，观察药物疗效和副作用。

（三）指导要点。

1. 指导患者识别并避免诱因。

2. 告知患者养成正确的饮食、饮水习惯。

3. 指导患者掌握正确的咳嗽方法。

4. 教会患者有效的咳痰方法。
5. 指导患者正确配合雾化吸入或蒸汽吸入。

(四) 注意事项。

1. 患儿、老年体弱者慎用强镇咳药。
2. 患儿、老年体弱者取侧卧位，防止痰堵窒息。
3. 保持口腔清洁，必要时行口腔护理。
4. 有窒息危险的患者，备好吸痰物品，做好抢救准备。
5. 对于过敏性咳嗽患者，避免接触过敏原。

三、咯血的护理

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者咯血的颜色、性状及量，伴随症状，治疗情况，心理反应，既往史及个人史。
2. 评估患者生命体征、意识状态、面容与表情等。
3. 了解血常规、出凝血时间、结核菌检查等检查结果。

(二) 操作要点。

1. 大咯血患者绝对卧床，取患侧卧位，出血部位不明患者取仰卧位，头偏向一侧。
2. 及时清理患者口鼻腔血液，安慰患者。
3. 吸氧。
4. 建立静脉通道，及时补充血容量及遵医嘱用止血药物，观察疗效及副作用。
5. 观察、记录咯血量和性状。

6. 床旁备好气管插管、吸痰器等抢救用物。

7. 保持大便通畅，避免用力排便。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属咯血发生时的正确卧位及自我紧急护理措施。

2. 指导患者合理饮食，补充营养，保持大便通畅，大咯血时禁食。

3. 告知患者及时轻咳出血块，严禁屏气或剧烈咳嗽。

（四）注意事项。

1. 注意鉴别咯血、呕血及口腔内出血。

2. 咯血量的估计应考虑患者吞咽、呼吸道残留的血液及混合的唾液、痰等因素。

3. 及时清除口腔及气道血液，避免窒息。

4. 做好口腔护理。

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

四、恶心、呕吐的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者恶心与呕吐发生的时间、频率、原因或诱因，呕吐的特点及呕吐物的颜色、性质、量、气味，伴随的症状等。

2. 评估患者生命体征、神志、营养状况，有无脱水表现，

腹部体征。

3. 了解患者呕吐物、毒物分析或细菌培养等检查结果。
4. 呕吐量大者注意有无水电解质紊乱、酸碱平衡失调。

（二）操作要点。

1. 出现前驱症状时协助患者取坐位或侧卧位，预防误吸。
2. 清理呕吐物，更换清洁床单。
3. 必要时监测生命体征。
4. 测量和记录每日的出入量、尿比重、体重及电解质平衡情况等。

5. 剧烈呕吐时暂禁食，遵医嘱补充水分和电解质。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属恶心及呕吐发生的危险因素及紧急护理措施。
2. 告知患者避免体位性低血压、头晕、心悸的方法。
3. 呕吐停止后进食少量清淡、易消化的食物，少食多餐，逐渐增加进食量。

（四）注意事项。

1. 呕吐发生时应将患者头偏向一侧或取坐位。
2. 呕吐后及时清理呕吐物，协助漱口，开窗通风。
3. 口服补液时，应少量多次饮用。
4. 注意观察生命体征、意识状态、电解质和酸碱平衡情况及有无低血钾表现。

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

五、呕血、便血的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者呕血、便血的原因、诱因、出血的颜色、量、性状及伴随症状，治疗情况，心理反应，既往史及个人史。

2. 评估患者生命体征、精神和意识状态、周围循环状况、腹部体征等。

3. 了解患者血常规、凝血功能、便潜血、腹部超声、内窥镜检查等结果。

（二）操作要点。

1. 卧床，呕血患者床头抬高 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 或头偏向一侧。

2. 及时清理呕吐物，做好口腔护理。

3. 建立有效静脉输液通道，遵医嘱输血、输液及其他止血治疗等抢救措施。

4. 监测患者神志及生命体征变化，记录出入量。

5. 根据病情及医嘱，给予相应饮食及指导。

6. 判断有无再次出血的症状与体征。

（三）指导要点。

1. 教会患者及家属识别早期出血征象、再出血征象及应急措施。

2. 指导患者合理饮食，避免诱发呕血或便血。

3. 告知患者缓解症状的方法，避免误吸。

（四）注意事项。

1. 输液开始宜快，必要时测定中心静脉压作为调整输液量和速度的依据。

2. 注意保持患者口腔清洁，注意肛周皮肤清洁保护。

3. 辨别便血与食物或药物因素引起的黑粪。

4. 必要时留置胃管观察出血量，做好内镜止血的准备。

六、腹胀的护理

（一）评估和观察要点。

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

2. 了解患者相关检查结果。

（二）操作要点。

1. 根据病情协助患者采取舒适体位或行腹部按摩、肛管排气、补充电解质等方法减轻腹胀。

2. 遵医嘱用药或给予相应治疗措施，观察疗效和副作用。

3. 合理饮食，适当活动。

4. 做好相关检查的准备工作。

（三）指导要点。

1. 指导患者减轻腹胀的方法。

2. 告知患者及家属腹胀的诱因和预防措施。

（四）注意事项。

患者腹胀症状持续不缓解应严密观察，配合医生实施相关检查。

七、心悸的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估心悸发作诱因、伴随症状、患者的用药史、既往病史等。

2. 评估患者生命体征，意识状况等。

3. 了解患者血红蛋白、血糖、心电图、甲状腺功能、电解质水平等的检查结果。

（二）操作要点。

1. 保持环境安静。

2. 卧床休息，取舒适卧位，伴呼吸困难时可吸氧。

3. 测量生命体征，准确测量心（脉）率（律），必要时行心电图检查或心电监测。

4. 指导患者深呼吸或听音乐等放松方法。

5. 遵医嘱给予相应治疗措施并观察效果，做好记录。

（三）指导要点。

1. 指导患者自测脉搏的方法及注意事项。

2. 指导患者识别并避免产生心悸的诱因。

（四）注意事项。

1. 帮助患者减轻恐惧、紧张心理，增加安全感。

2. 房颤患者需同时测量心率和脉率。

八、头晕的护理

（一）评估和观察要点。

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

2. 评估生命体征，意识状况等。

3. 了解患者相关检查结果。

（二）操作要点。

1. 保持病室安静，操作轻柔。

2. 卧床休息。

3. 监测生命体征变化。

4. 遵医嘱使用药物，并观察药物疗效与副作用。

5. 保持周围环境中无障碍物，注意地面防滑。

6. 将患者经常使用的物品放在患者容易拿取的地方。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属头晕的诱因。

2. 告知患者及家属头晕发生时应注意的事项。

（四）注意事项。

1. 指导患者改变体位时，尤其转动头部时，应缓慢。

2. 患者活动时需有人陪伴，症状严重需卧床休息。

3. 教会患者使用辅助设施，如扶手、护栏等。

4. 对于精神紧张、焦虑不安的患者，给予心理安慰和支持。

九、抽搐的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估抽搐发生的时间、持续时间、次数、诱因、过程、部位、性质及既往史等。

2. 评估患者生命体征、意识状态，有无舌咬伤、尿失禁等。

3. 了解患者头颅影像、电解质、脑电图检查结果等。

（二）操作要点。

1. 立即移除可能损伤患者的物品，放入开口器，如有义齿取出，解开衣扣、裤带。

2. 取侧卧位，头偏向一侧，打开气道，备好负压吸引器，及时清除口鼻腔分泌物与呕吐物。

3. 加床档，必要时约束保护，吸氧。

4. 遵医嘱注射镇静药物，观察并记录用药效果。

5. 抽搐时勿按压肢体，观察患者抽搐发作时的病情及生命体征变化，并做好记录。

6. 避免强光、声音刺激，保持安静。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属抽搐的相关知识，寻找并避免诱因。

2. 告知患者及家属抽搐发作时应采取的安全措施。

3. 告知患者避免危险的活动或职业。
4. 告知患者单独外出，随身携带注明病情及家人联系方式的卡片。
5. 告知患者和家属切勿自行停药或减药。

（四）注意事项。

1. 开口器上应缠纱布，从磨牙处放入。
2. 提高患者服药的依从性。

十、疼痛的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者疼痛的部位、性质、程度、发生及持续的时间，疼痛的诱发因素、伴随症状，既往史及患者的心理反应；应用疼痛评估量表评估疼痛的严重程度。

2. 评估生命体征的变化。
3. 了解相关的检查化验结果。

（二）操作要点。

1. 根据疼痛的部位协助患者采取舒适的体位。
2. 给予患者安静、舒适环境。
3. 遵医嘱给予治疗或药物，并观察效果和副作用。
4. 合理饮食，避免便秘。

（三）指导要点。

告知患者及家属疼痛的原因或诱因及减轻和避免疼痛的方法，包括听音乐、分散注意力等放松技巧。

（四）注意事项。

遵医嘱给予止痛药缓解疼痛症状时应注意观察药物疗效和副作用。

十一、水肿的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估水肿的部位、时间、范围、程度、发展速度，与饮食、体位及活动的关系，患者的心理状态，伴随症状，治疗情况，既往史及个人史。

2. 观察生命体征、体重、颈静脉充盈程度，有无胸水征、腹水征，患者的营养状况、皮肤血供、张力变化及是否有移动性浊音等。

3. 了解相关检查结果。

（二）操作要点。

1. 轻度水肿患者限制活动，严重水肿患者取适宜体位卧床休息。

2. 监测体重和病情变化，必要时记录 24h 液体出入量。

3. 限制钠盐和水分的摄入，根据病情摄入适当蛋白质。

4. 遵医嘱使用利尿药或其他药物，观察药物疗效及副作用。

5. 观察皮肤完整性，发生压疮及时处理。

（三）指导要点。

1. 告知患者水肿发生的原因及治疗护理措施。

2. 指导患者合理限盐限水。

（四）注意事项。

1. 晨起餐前、排尿后测量体重。
2. 保持病床柔软、干燥、无皱褶。
3. 操作时，避免拖、拉、拽，保护皮肤。
4. 严重水肿患者穿刺后延长按压时间。

十二、发热的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者发热的时间、程度及诱因、伴随症状等。
2. 评估患者意识状态、生命体征的变化。
3. 了解患者相关检查结果。

（二）操作要点。

1. 监测体温变化，观察热型。
2. 卧床休息，减少机体消耗。
3. 高热患者给予物理降温或遵医嘱药物降温。
4. 降温过程中出汗时及时擦干皮肤，随时更换衣物，保持皮肤和床单清洁、干燥；注意降温后的反应，避免虚脱。
5. 降温处理 30min 后测量体温。
6. 补充水分防止脱水，鼓励患者进食高热量、高维生素、营养丰富的半流质或软食。
7. 做好口腔护理。

（三）指导要点。

1. 鼓励患者多饮水。
2. 告知患者穿透气、棉质衣服，寒战时应给予保暖。
3. 告知患者及家属限制探视的重要性。

(四) 注意事项。

1. 冰袋降温时注意避免冻伤。
2. 发热伴大量出汗者应记录 24h 液体出入量。
3. 对原因不明的发热慎用药物降温法，以免影响对热型及临床症状的观察。
4. 有高热惊厥史的患儿，要及早遵医嘱给予药物降温。
5. 必要时留取血培养标本。

第五章 皮肤、伤口、造口护理

皮肤、伤口、造口患者的护理内容包括准确评估皮肤、伤口、造口状况，为患者实施恰当的护理措施，从而减少或去除危险因素，预防相关并发症，增加患者舒适度，促进其愈合。

一、压疮预防

(一) 评估和观察要点。

1. 评估发生压疮的危险因素（附录 1 至附录 3），包括患者病情、意识状态、营养状况、肢体活动能力、自理能力、排泄情况及合作程度等。

2. 评估患者压疮易患部位。

（二）操作要点。

1. 根据病情使用压疮危险因素评估表评估患者。

2. 对活动能力受限或长期卧床患者，定时变换体位或使用充气床垫或者采取局部减压措施。

3. 保持患者皮肤清洁无汗液，衣服和床单位清洁干燥、无皱褶。

4. 大小便失禁患者及时清洁局部皮肤，肛周可涂皮肤保护剂。

5. 高危人群的骨突处皮肤，可使用半透膜敷料或者水胶体敷料保护，皮肤脆薄者慎用。

6. 病情需要限制体位的患者，采取可行的压疮预防措施。

7. 每班严密观察并严格交接患者皮肤状况。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属发生压疮的危险因素和预防措施。

2. 指导患者加强营养，增加皮肤抵抗力，保持皮肤干燥清洁。

3. 指导患者功能锻炼。

（四）注意事项。

1. 感觉障碍的患者避免使用热水袋或冰袋，防止烫伤或冻伤。

2. 受压部位在解除压力 30min 后，压红不消退者，缩短变换体位时间，禁止按摩压红部位皮肤。

3. 正确使用压疮预防器具，不宜使用橡胶类圈状物。

二、压疮护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识、活动能力及合作程度。

2. 评估患者营养及皮肤状况，有无大小便失禁。

3. 辨别压疮分期（附录 4），观察压疮的部位、大小（长、宽、深）、创面组织形态、潜行、窦道、渗出液等。

4. 了解患者接受的治疗和护理措施及效果。

（二）操作要点。

1. 避免压疮局部受压。

2. 长期卧床患者可使用充气床垫或者采取局部减压措施，定期变换体位，避免压疮加重或出现新的压疮。

3. 压疮 I 期患者局部使用半透膜敷料或者水胶体敷料加以保护。

4. 压疮 II ~ IV 期患者采取针对性的治疗和护理措施，定时换药，清除坏死组织，选择合适的敷料，皮肤脆薄者禁用半透膜敷料或者水胶体敷料。

5. 对无法判断的压疮和怀疑深层组织损伤的压疮需进一步全面评估，采取必要的清创措施，根据组织损伤程度选择相应的护理方法。

6. 根据患者情况加强营养。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属发生压疮的相关因素、预防措施和
处理方法。

2. 指导患者加强营养，增加创面愈合能力。

（四）注意事项。

1. 压疮 I 期患者禁止局部皮肤按摩，不宜使用橡胶类圈
状物。

2. 病情危重者，根据病情变换体位，保证护理安全。

三、伤口护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识、自理能力、合作程度。

2. 了解伤口形成的原因及持续时间。

3. 了解患者曾经接受的治疗护理情况。

4. 观察伤口的部位、大小（长、宽、深）、潜行、组织
形态、渗出液、颜色、感染情况及伤口周围皮肤或组织状况。

（二）操作要点。

1. 协助患者取舒适卧位，暴露换药部位，保护患者隐私。

2. 依次取下伤口敷料，若敷料粘在伤口上，用生理盐水
浸湿软化后缓慢取下。

3. 选择合适的伤口清洗剂清洁伤口，去除异物、坏死组
织等。

4. 根据伤口类型选择合适的伤口敷料。
5. 胶布固定时，粘贴方向应与患者肢体或躯体长轴垂直，伤口包扎不可固定太紧。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属保持伤口敷料及周围皮肤清洁的方法。
2. 指导患者沐浴、翻身、咳嗽及活动时保护伤口的办法。

（四）注意事项。

1. 定期对伤口进行观察、测量和记录。
2. 根据伤口渗出情况确定伤口换药频率。
3. 伤口清洗一般选用生理盐水或对人体组织没有毒性的消毒液。
4. 如有多处伤口需换药，应先换清洁伤口，后换感染伤口；清洁伤口换药时，应从伤口中间向外消毒；感染伤口换药时，应从伤口外向中间消毒；有引流管时，先清洁伤口，再清洁引流管。
5. 换药过程中密切观察病情，出现异常情况及时报告医生。

四、造口护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识、自理能力、合作程度、心理状态、家庭支持程度、经济状况。

2. 了解患者或家属对造口护理方法和知识的掌握程度。
3. 辨别造口类型、功能状况及有无并发症，评估周围皮肤情况。

（二）操作要点。

1. 每日观察造口处血供及周围皮肤情况。
2. 每日观察排出物的颜色、量、性状及气味。
3. 根据需要更换造口底盘及造口袋。
 - （1）更换时保护患者隐私，注意保暖。
 - （2）一手固定造口底盘周围皮肤，一手由上向下移除造口袋，观察排泄物的性状。
 - （3）温水清洁造口及周围皮肤。
 - （4）测量造口大小。
 - （5）修剪造口袋底盘，剪裁的开口与造口黏膜之间保持适当空隙（1~2mm）。
 - （6）按照造口位置自下而上粘贴造口袋，必要时可涂皮肤保护剂、防漏膏等，用手按压底盘1~3min。
 - （7）夹闭造口袋下端开口。

（三）指导要点。

1. 引导患者参与造口的自我管理，告知患者及家属更换造口袋的详细操作步骤，小肠造口者选择空腹时更换。
2. 告知患者和家属造口及其周围皮肤并发症的预防和处理方法。

3. 指导患者合理膳食，训练排便功能。

（四）注意事项。

1. 使用造口辅助用品前阅读产品说明书或咨询造口治疗师。

2. 移除造口袋时注意保护皮肤；粘贴造口袋前保证造口周围皮肤清洁干燥。

3. 保持造口袋底盘与造口之间的空隙在合适的范围。

4. 避免做增加腹压的运动，以免形成造口旁疝。

5. 定期扩张造口，防止狭窄。

五、静脉炎预防及护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者年龄、血管，选择合适的导管型号、材质。

2. 评估穿刺部位皮肤状况、血管弹性及肢体活动度。

3. 了解药物的性质、治疗疗程及输液速度对血管通路的影响。

4. 根据静脉炎分级标准（附录5）评估静脉炎状况。

（二）操作要点。

1. 根据治疗要求，选择最细管径和最短长度的穿刺导管；置管部位宜覆盖无菌透明敷料，并注明置管及换药时间。

2. 输注前应评估穿刺点及静脉情况，确认导管通畅。

3. 直接接触中心静脉穿刺的导管时应戴灭菌无粉手套。

4. 输入高浓度、刺激性强的药物时宜选择中心静脉。

5. 多种药物输注时，合理安排输注顺序，在两种药物之间用等渗液体冲洗管路后再输注另一种药物。

6. 出现沿血管部位疼痛、肿胀或条索样改变时，应停止输液，及时通知医生，采取必要的物理治疗或局部药物外敷等处理。

7. 根据静脉炎的处理原则实施护理，必要时拔除导管进行导管尖端培养。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属保持穿刺部位皮肤清洁、干燥，避免穿刺侧肢体负重。

2. 告知患者穿刺部位敷料松动、潮湿或感觉不适时，及时通知医护人员。

（四）注意事项。

1. 选择粗直、弹性好、易于固定的血管，尽量避开关节部位，不宜在同一部位反复多次穿刺。

2. 合理选择血管通路器材，及时评估、处理静脉炎。

3. 湿热敷时，避开血管穿刺点，防烫伤。

六、烧伤创面护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识、受伤时间、原因、性质、疼痛程度、心理状况等。

2. 评估烧伤面积、深度、部位、渗出液的气味、量及性

质、有无污染、感染等。

3. 严重烧伤患者应观察生命体征。

4. 肢体包扎或肢体环形焦痂患者应观察肢体远端血供情况，如皮肤温度及颜色、动脉搏动、肿胀等。

（二）操作要点。

1. 病室环境清洁，温湿度适宜，实施暴露疗法时室温保持在 28 ~ 32℃，相对湿度 50% ~ 60%，床单位每日用消毒液擦拭。

2. 遵医嘱给予止痛剂、抗生素及补液，观察用药反应。

3. 抬高患肢，观察患肢末梢皮肤温度、颜色、动脉搏动、肿胀、感觉等情况。

4. 术前应剃除烧伤创面周围的毛发，大面积烧伤患者，应保持创面清洁干燥，定时翻身。

5. 术后观察切、削痂及取、植皮部位敷料渗出情况，有渗出、异味及时更换。

6. 出现高热、寒战，创面出现脓性分泌物、坏死、臭味等，及时报告医生。

7. 特殊部位烧伤的护理

（1）呼吸道烧伤：给予鼻导管或面罩吸氧，必要时给予呼吸机辅助呼吸，充分湿化气道，观察有无喉头水肿的表现，保持呼吸道通畅。

（2）眼部烧伤：化学烧伤者早期反复彻底冲洗眼部，

一般选用清水或生理盐水；分泌物较多者，及时用无菌棉签清除分泌物，白天用眼药水滴眼，晚间用眼药膏涂在眼部；眼睑闭合不全者，用无菌油纱布覆盖以保护眼球。

（3）耳部烧伤：保持外耳道清洁干燥，及时清理分泌物，在外耳道入口处放置无菌干棉球，定时更换；耳周部位烧伤用无菌纱布铺垫。

（4）鼻烧伤：保持鼻腔清洁、湿润、通畅，及时清理分泌物及痂皮，防止鼻腔干燥出血。

（5）口腔烧伤：保持口腔清洁，早期用湿棉签湿润口腔黏膜，拭去脱落的黏膜组织。能进流食者进食后应保持口腔创面清洁。

（6）会阴部烧伤：采用湿润暴露疗法，剃净阴毛清创后，留置尿管，每日会阴擦洗；及时清理创面分泌物；女性患者用油纱布隔开阴唇，男性患者兜起阴囊；排便时避免污染创面，便后冲洗消毒创面后再涂药。

（7）指（趾）烧伤：指（趾）与指（趾）之间用油纱布分开包扎，观察甲床的颜色、温度、敷料包扎松紧，注意抬高患肢促进循环，减少疼痛。

8. 维持关节功能位，制定并实施个体化康复训练计划。

（三）指导要点。

1. 告知患者创面愈合、治疗过程。
2. 告知患者避免对瘢痕性创面的机械性刺激。

3. 指导患者进行患肢功能锻炼的方法及注意事项。

（四）注意事项。

1. 使用吸水性、透气性敷料进行包扎且松紧度适宜。
2. 烦躁或意识障碍的患者，适当约束肢体。
3. 注意变换体位，避免创面长时间受压。
4. 半暴露疗法应尽量避免敷料移动，暴露创面不宜覆盖敷料或被单。

七、供皮区皮肤护理

（一）评估和观察要点。

评估患者病情、吸烟史及供皮区皮肤情况。

（二）操作要点。

1. 观察伤口及敷料固定和渗出情况，有渗液或渗血时，及时更换敷料。
2. 伤口加压包扎时，观察肢端血供。
3. 伤口有臭味、分泌物多、疼痛等异常征象，及时报告医生。

（三）指导要点。

1. 告知患者供皮区域勿暴露于高温、强日光下，避免损伤。
2. 告知患者局部伤口保持干燥。

（四）注意事项。

1. 在愈合期应注意制动，卧床休息，避免供皮区敷料受

到污染。

2. 加压包扎供皮区时，松紧度适宜；避免供皮区受到机械性刺激。

八、植皮区皮肤护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识、自理能力、合作程度。
2. 观察植皮区皮瓣色泽、温度、指压反应、血供及疼痛程度。

（二）操作要点。

1. 观察伤口及敷料有无渗血、渗液、有无异味。
2. 使用烤灯照射时，烤灯的功率、距离适宜，防止烫伤。
3. 监测皮瓣温度，并与健侧作对照，出现异常及时报告医生。
4. 使用抗凝药物和扩血管药物期间，观察局部血供，有无出血倾向。
5. 患肢制动，采取相应措施预防压疮和手术后并发症。

（三）指导要点。

1. 告知患者戒烟的重要性。
2. 告知患者避免皮瓣机械性刺激的重要性。
3. 告知患者植皮区域的护理方法和注意事项。

（四）注意事项。

1. 避免使用血管收缩药物。

2. 避免在强光下观察皮瓣情况。
3. 避免患肢在制动期间牵拉皮瓣或皮管。
4. 植皮区域勿暴露于高温、强日光下，避免损伤。
5. 植皮区皮肤成活后，创面完全愈合，应立即佩戴弹力套持续压迫6个月，预防创面出现瘢痕增生。
6. 植皮区皮肤瘙痒，切忌用手抓，以免破溃出血感染。

九、糖尿病足的预防

（一）评估和观察要点。

1. 评估发生糖尿病足的危险因素。
2. 了解患者自理程度及依从性。
3. 了解患者对糖尿病足预防方法和知识的掌握程度。

（二）操作要点。

1. 询问患者足部感觉，检查足部有无畸形、皮肤颜色、温度、足背动脉搏动、皮肤的完整性及局部受压情况。
2. 测试足部感觉：振动觉、痛觉、温度觉、触觉和压力觉。

（三）指导要点。

1. 告知患者糖尿病足的危险性、早期临床表现及预防的重要性，指导患者做好定期足部筛查。
2. 教会患者促进肢体血液循环的方法。
3. 告知患者足部检查的方法，引导其主动参与糖尿病足的自我防护。

4. 指导患者足部日常护理方法，温水洗脚不泡脚，保持皮肤清洁、湿润，洗脚后采取平剪方法修剪趾甲，有视力障碍者，请他人帮助修剪，按摩足部促进血液循环。

5. 指导患者选择鞋尖宽大、鞋面透气性好、系带、平跟厚鞋，穿鞋前检查鞋内干净无杂物，穿新鞋后检查足部受到挤压或摩擦处皮肤并逐步增加穿用时间。

6. 指导患者选择浅色、袜腰松、吸水性好、透气性好、松软暖和的袜子，不宜穿有破损或有补丁的袜子。

7. 不要赤脚或赤脚穿凉鞋、拖鞋行走。

8. 定期随诊，合理饮食，适量运动，控制血糖，积极戒烟。

（四）注意事项。

1. 不用化学药自行消除鸡眼或胼胝。

2. 尽可能不使用热水袋、电热毯或烤灯，谨防烫伤，同时应注意预防冻伤。

十、糖尿病足的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。

2. 根据 Wagner 分级标准（附录 6），评估患者足部情况。

3. 监测血糖变化。

（二）操作要点。

1. 根据不同的创面，选择换药方法。

2. 根据伤口选择换药敷料，敷料应具有透气、较好的吸

收能力，更换时避免再次损伤。

3. 伤口的换药次数根据伤口的情况而定。

4. 溃疡创面周围的皮肤可用温水、中性肥皂清洗，然后用棉球拭干，避免挤压伤口和损伤创面周围皮肤。

5. 每次换药时观察伤口的动态变化。

6. 观察足部血液循环情况，防止局部受压，必要时改变卧位或使用支被架。

7. 必要时，请手足外科专科医生协助清创处理。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属糖尿病足伤口定期换药及敷料观察的重要性。

2. 告知患者做好糖尿病的自我管理，教会患者采用多种方法减轻足部压力。

3. 新发生皮肤溃疡应及时就医。

（四）注意事项。

1. 避免在下肢进行静脉输液。

2. 严禁使用硬膏、鸡眼膏或有腐蚀性药物接触伤口。

3. 准确测量伤口面积并记录。

十一、截肢护理

（一）评估和观察要点。

评估患者病情、自理能力、合作程度、营养及心理状态。

（二）操作要点。

1. 根据病情需要选择卧位，必要时抬高残肢。
2. 观察截肢伤口有无出血、渗血以及肢体残端皮肤的颜色、温度、肿胀等，保持残端清洁、干燥。
3. 观察伤口引流液的颜色、性状、量。
4. 做好伤口疼痛和幻肢痛的护理，必要时遵医嘱给予止痛药，长期顽固性疼痛可行神经阻断手术。
5. 指导患者进行患肢功能锻炼，防止外伤。

（三）指导要点。

1. 教会患者保持残端清洁的方法。
2. 教会患者残肢锻炼的方法。
3. 教会患者使用辅助器材。

（四）注意事项。

1. 弹力绷带松紧度应适宜。
2. 维持残肢于功能位。
3. 使用辅助器材时做好安全防护，鼓励患者早期下床活动，进行肌肉强度和平衡锻炼，为安装假肢做准备。

第六章 气道护理

肺的呼吸功能是指机体与外环境之间进行气体交换的能力，对维持机体正常新陈代谢起着关键作用。保持通畅的气道，是呼吸的基本前提，丧失对气道的控制，数分钟内可

对机体造成严重后果。建立人工气道，及时、准确地应用机械通气，能迅速改善患者的缺氧状况，防止重要脏器的组织损害和功能障碍，是抢救呼吸衰竭患者的重要手段。气道护理的目的是维持气道的通畅，保证肺通气和换气过程的顺利进行，改善缺氧状况，预防并发症的发生。

一、吸氧

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识、呼吸状况、合作程度及缺氧程度。
2. 评估鼻腔状况：有无鼻息肉、鼻中隔偏曲或分泌物阻塞等。
3. 动态评估氧疗效果。

（二）操作要点。

1. 严格掌握吸氧指征，选择适合的吸氧方式。
2. 正确安装氧气装置，管道或面罩连接紧密。
3. 根据病情调节合适的氧流量。
4. 用氧的过程中密切观察患者呼吸、神志、氧饱和度及缺氧程度改善情况等。

（三）指导要点。

1. 向患者解释用氧目的，以取得合作。
2. 告知患者或家属勿擅自调节氧流量，注意用氧安全。
3. 根据用氧方式，指导有效呼吸。

（四）注意事项。

1. 保持呼吸道通畅，注意气道湿化。
2. 保持吸氧管路通畅，无打折、分泌物堵塞或扭曲。
3. 面罩吸氧时，检查面部、耳廓皮肤受压情况。
4. 吸氧时先调节好氧流量再与患者连接，停氧时先取下鼻导管或面罩，再关闭氧流量表。
5. 注意用氧安全，尤其是使用氧气筒给氧时注意防火、防油、防热、防震。
6. 新生儿吸氧应严格控制用氧浓度和用氧时间。

二、有效排痰

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识、咳痰能力、影响咳痰的因素、合作能力。
2. 观察痰液的颜色、性质、量、气味，与体位卧位的关系。
3. 评估肺部呼吸音情况。

（二）操作要点。

1. 有效咳嗽。
 - （1）协助患者取正确体位，上身微向前倾。
 - （2）缓慢深呼吸数次后，深吸气至膈肌完全下降，屏气数秒、然后进行 2~3 声短促有力的咳嗽，缩唇将余气尽量呼出，循环做 2~3 次，休息或正常呼吸几分钟后可再重

新开始。

2. 叩击或振颤法。

(1) 在餐前 30min 或餐后 2h 进行。

(2) 根据患者病变部位采取相应体位。

(3) 避开乳房、心脏和骨突（脊椎、胸骨、肩胛骨）部位。

(4) 叩击法：叩击时五指并拢成空杯状，利用腕力从肺底由下向上、由外向内，快速有节奏地叩击胸背部。

(5) 振颤法：双手交叉重叠，按在胸壁部，配合患者呼气时自下而上振颤、振动加压。

(6) 振动排痰仪：根据患者病情、年龄选择适当的振动的频率和时间，振动时由慢到快，由下向上、由外向内。

3. 体位引流。

(1) 餐前 1~2h 或餐后 2h 进行。

(2) 根据患者病灶部位和患者的耐受程度选择合适的体位。

(3) 引流顺序：先上叶，后下叶；若有二个以上炎性部位，应引流痰液较多的部位。

(4) 引流过程中密切观察病情变化，出现心律失常、血压异常等并发症时，立即停止引流，及时处理。

(5) 辅以有效咳嗽或胸部叩击或振颤，及时有效清除痰液。

（三）指导要点。

1. 告知患者操作的目的、方法及注意事项。
2. 告知患者操作过程中配合的方法。

（四）注意事项。

1. 注意保护胸、腹部伤口，合并气胸、肋骨骨折时禁做叩击。

2. 根据患者体型、营养状况、耐受能力，合理选择叩击方式、时间和频率。

3. 操作过程中密切观察患者意识及生命体征变化。

三、口咽通气道（管）放置

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、生命体征、意识及合作程度。
2. 评估患者的口腔、咽部及气道分泌物情况，有无活动的义齿。

（二）操作要点。

1. 选择合适的体位。
2. 吸净口腔及咽部分泌物。
3. 选择恰当的放置方法

（1）顺插法：在舌拉钩或压舌板的协助下，将口咽通气道放入口腔。

（2）反转法：口咽通气道的咽弯曲部朝上插入口腔，当其前端接近口咽部后壁时，将其旋转 180° 成正位，并用

双手拇指向下推送至合适的位置。

4. 测试人工气道是否通畅，防止舌或唇夹置于牙和口咽通气道之间。

（三）指导要点。

告知患者及家属放置口咽通气道的目的、方法，以取得配合。

（四）注意事项。

1. 根据患者门齿到耳垂或下颌角的距离选择适宜的口咽通气道型号。

2. 禁用于意识清楚、有牙齿折断或脱落危险和浅麻醉患者(短时间应用的除外)。

3. 牙齿松动者，插入及更换口咽通气道前后应观察有无牙齿脱落。

4. 口腔内及上下颌骨创伤、咽部气道占位性病变、咽部异物梗阻患者禁忌使用口咽通气道。

5. 定时检查口咽通气道是否保持通畅。

四、气管插管

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识、有无活动义齿、呼吸道通畅程度及既往病史。

2. 评估负压吸引装置是否处于备用状态，备齐插管用物及急救药物等。

3. 观察生命体征、血氧饱和度、双侧呼吸音及胸廓运动情况。

4. 评估口鼻腔状况，选择合适型号的导管。

（二）操作要点。

1. 取下活动义齿，观察牙齿是否松动并做妥善固定，清除口、鼻腔分泌物，经鼻插管还需检查鼻腔有无堵塞、感染、出血，鼻中隔是否偏曲。

2. 检查气管导管气囊是否漏气，润滑导管前半部。

3. 将患者置于正确体位，充分开放气道。

4. 插管成功后，迅速拔除管芯，向气囊内充气。

5. 放入牙垫或通气道，固定导管，听诊呼吸音，检查气道是否通畅，清理气道，连接呼吸机或简易呼吸气囊。

6. 观察导管外露长度，做标记，并记录。

7. 摆好患者体位，必要时约束患者双手。

8. 做胸部 X 线检查，确定插管位置，观察有无口腔、牙齿损伤。

（三）指导要点。

告知患者或家属气管插管的目的、过程和潜在并发症，取得其合作。

（四）注意事项。

1. 选择合适型号的气管导管，管芯内端短于导管口 1~1.5cm。儿童气管插管型号选择标准参见附录 7。

2. 选择合适的喉镜叶片，确保喉镜光源明亮。
3. 避免反复插管。
4. 严密观察患者生命体征及血氧饱和度、两侧胸廓起伏等变化。

五、人工气道固定

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识、生命体征及合作程度。
2. 评估管路位置、深度，气囊压力，固定部位的皮肤情况。

（二）操作要点。

1. 测量气管导管外露长度，经口插管者应测量距门齿处的长度，经鼻插管者应测量距外鼻孔的长度，记录并做标记。
2. 监测气管导管气囊的压力，吸净气管及口腔内分泌物。
3. 固定气管导管，将牙垫放置在导管的一侧嘱患者咬住；防止气管导管左右偏移，可在导管的两侧都放置牙垫。
4. 采用蝶形交叉固定法，先固定气管导管和牙垫，再交叉固定气管导管，胶布末端固定于面颊部；或选择其它适宜的固定方法，如固定器。
5. 气管切开导管固定时，在颈部一侧打死结或手术结，松紧度以能放入一指为宜，用棉垫保护颈部皮肤。
6. 操作后，测量气管导管的气囊压力，观察两侧胸部起

伏是否对称，听诊双肺呼吸音是否一致。

（三）指导要点。

1. 告知患者插管的意义及固定的重要性，取得患者的配合。

2. 嘱患者不要随意变换体位。

（四）注意事项。

1. 操作前，测量气囊压力，使其在正常范围。

2. 操作前后，检查气管导管深度和外露长度，避免气管导管的移位。

3. 躁动者给予适当约束或应用镇静药。

4. 更换胶布固定部位，避免皮肤损伤，采取皮肤保护措施；气管切开患者，注意系绳的松紧度，防止颈部皮肤受压或气切套管脱出。

5. 调整呼吸机管路的长度和位置，保持头颈部与气管导管活动的一致性。

六、气管导管气囊压力监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识及合作程度。

2. 评估气管导管或气切套管的型号、插管深度及气囊充盈情况。

3. 观察患者的生命体征、血氧饱和度及呼吸机参数。

（二）操作要点。

1. 将气囊压力监测表连接于气管导管或气切套管气囊充气口处，调整气囊压力在适当范围内。

2. 应用最小闭合容量技术，将听诊器放于气管处，向气囊内少量缓慢充气，直到吸气时听不到漏气声为止。

（三）指导要点。

1. 向清醒患者说明气囊压力测定的目的及意义。

2. 在监测过程中嘱患者平静呼吸，勿咳嗽。

（四）注意事项。

1. 定时监测气囊压力，禁忌在患者咳嗽时测量。

2. 避免过多、过快地抽出和充入气囊气体。

3. 患者出现烦躁不安、心率加快、血氧饱和度下降、呼吸机气道低压报警或低潮气量报警时，应重新检查气囊压力。

4. 呼吸机持续低压报警，在气管插管处可听到漏气声或者用注射器从气囊内无限抽出气体时，可能为气囊破裂，立即通知值班医师进行处理。

5. 放气前，先吸净气道内及气囊上滞留物。

七、人工气道湿化

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者意识、生命体征、血氧饱和度、双肺呼吸音及合作程度。

2. 评估患者痰液的黏稠度、颜色、性质、量及气道通畅

情况。

（二）操作要点。

1. 使用恒温湿化器，及时添加灭菌注射用水，调节适宜温度；湿化罐水位适宜，定期更换。

2. 使用温湿交换器（人工鼻）时，应与气管导管连接紧密。

3. 使用雾化加湿时，保持管路装置密闭。

4. 湿化后配合胸部物理治疗，及时清理呼吸道分泌物。

（三）指导要点。

1. 向患者解释人工气道湿化的目的、意义，以取得配合。

2. 指导患者有效咳嗽。

（四）注意事项。

1. 保证呼吸机湿化装置温度在合适的范围之内。

2. 及时倾倒管道内积水。

3. 定期更换人工鼻，若被痰液污染随时更换；气道分泌物多且黏稠、脱水、低温或肺部疾病引起的分泌物潴留患者应慎用人工鼻。

4. 不建议常规使用气道内滴注湿化液。

5. 恒温湿化器、雾化装置、呼吸机管路等应严格消毒。

八、气道内吸引

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识、生命体征、合作程度、双肺呼

吸音、口腔及鼻腔有无损伤。

2. 评估痰液的性质、量及颜色。

3. 评估呼吸机参数设置、负压吸引装置、操作环境及用物准备情况。

（二）操作要点。

1. 吸痰前后，听患者双肺呼吸音，给予纯氧吸入，观察血氧饱和度变化。

2. 调节负压吸引压力 0.02 ~ 0.04MPa。

3. 经口鼻腔吸痰：吸痰管经口或鼻进入气道，边旋转边向上提拉。

4. 人工气道内吸痰：正确开放气道，迅速将吸痰管插入至适宜深度，边旋转边向上提拉，每次吸痰时间不超过 15s。

5. 吸痰管到达适宜深度前避免负压，逐渐退出的过程中提供负压。

6. 观察患者生命体征和血氧饱和度变化，听诊呼吸音，记录痰液的性状、量及颜色。

（三）指导要点。

1. 告知患者气道内吸引的目的，取得配合。

2. 吸痰过程中，鼓励并指导患者深呼吸，进行有效咳嗽和咳痰。

（四）注意事项。

1. 观察患者生命体征及呼吸机参数变化。

2. 遵循无菌原则，每次吸痰时均须更换吸痰管，应先吸气管内，再吸口鼻处。

3. 吸痰前整理呼吸机管路，倾倒冷凝水。

4. 掌握适宜的吸痰时间。

5. 注意吸痰管插入是否顺利，遇有阻力时，应分析原因，不得粗暴操作。

6. 选择型号适宜的吸痰管，吸痰管外径应 \leq 气管插管内径的1/2。

九、气管导管气囊上滞留物清除

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、生命体征、意识及合作程度。

2. 评估呼吸机参数设置、负压吸引装置、操作环境、用物准备情况；了解患者所用气管导管的型号、插管深度及气囊充盈情况。

3. 评估患者痰液的性状、量及颜色。

（二）操作要点。

1. 协助患者取合适体位。

2. 吸尽口、鼻腔及气管内分泌物。

3. 在患者呼气初挤压简易呼吸器的同时将气囊放气。

4. 使用较大的潮气量，在塌陷的气囊周围形成正压，将滞留的分泌物“冲”到口咽部，于呼气末将气囊充气。

5. 立即清除口鼻腔内分泌物。

6. 连接呼吸机，吸纯氧 2min。

7. 使用有气囊上分泌物引流功能气管导管时，应用适宜负压持续或间断进行分泌物清除，或使用 Evac 泵。

（三）指导要点。

1. 告知患者操作的目的、步骤和配合方法。

2. 操作过程中，鼓励并指导患者深呼吸。

（四）注意事项。

1. 挤压简易呼吸器及气囊充气、放气的时机正确。

2. 反复操作时，可让患者休息 2~5min，酌情予以吸氧。

十、经口气管插管患者口腔护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、生命体征、意识和合作程度。

2. 评估操作环境和用物准备情况。

3. 观察口腔黏膜有无出血点、溃疡、异味及口腔内卫生情况。

（二）操作要点。

1. 根据患者的病情，协助患者摆好体位。

2. 保证气囊压力在适宜范围，吸净气管及口腔内的分泌物。

3. 记录气管导管与门齿咬合处的刻度，测量气管导管外露部分距门齿的长度。

4. 2 人配合，1 人固定导管，另 1 人进行口腔护理（口

腔护理具体要点见第一章)。

5. 操作过程观察患者病情变化，必要时停止操作。
6. 将牙垫置于导管的一侧并固定，定期更换牙垫位置。
7. 操作完毕后，再次测量气管导管外露长度和气囊压力，观察两侧胸部起伏是否对称，听诊双肺呼吸音是否一致。

(三) 指导要点。

1. 告知患者及家属口腔护理的目的、方法及可能造成的不适，以取得配合。
2. 指导清醒患者充分暴露口腔以利于操作。

(四) 注意事项。

1. 操作前测量气囊压力。
2. 操作前后认真清点棉球数量，禁止漱口，可采取口鼻腔冲洗。
3. 检查气管导管深度和外露长度，避免移位和脱出。
4. 躁动者适当约束或应用镇静药。

十一、拔除气管插管

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识、血氧饱和度和合作程度。
2. 评估拔管指征：撤离呼吸机成功，患者咳嗽和吞咽反射恢复，可自行有效排痰，上呼吸道通畅，无喉头水肿、喉痉挛等气道狭窄表现。
3. 评估呼吸功能、操作环境、用物准备情况。

（二）操作要点。

1. 拔管前给予充分吸氧，观察生命体征和血氧饱和度。
2. 吸净气道、口鼻内及气囊上的分泌物。
3. 2人配合，1人解除固定，1人将吸痰管置入气管插管腔内，另1人用注射器将气管导管气囊内气体缓慢抽出，然后边拔除气管导管边吸引气道内痰液。
4. 拔管后立即给予吸氧，观察患者生命体征、血氧饱和度、气道是否通畅等。
5. 协助患者排痰，必要时继续吸引口鼻内分泌物。

（三）指导要点。

1. 告知患者拔除气管导管的目的是、方法，以取得配合。
2. 指导患者进行有效咳嗽和咳痰。

（四）注意事项。

1. 拔管前吸净口鼻内分泌物。
2. 拔管后若发生喉痉挛或呼吸不畅，可用简易呼吸器加压给氧，必要时再行气管插管。

十二、气管切开伤口换药

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识及合作程度。
2. 评估操作环境，用物准备情况。
3. 评估气管切开伤口情况，套管有无脱出迹象，敷料污染情况，颈部皮肤情况。

（二）操作要点。

1. 协助患者取合适体位，暴露颈部。
2. 换药前充分吸痰，观察气道是否通畅，防止换药时痰液外溢污染。
3. 操作前后检查气管切开套管位置，气囊压力及固定带松紧度，防止操作过程中因牵拉使导管脱出。
4. 擦拭伤口顺序正确；无菌纱布敷料完全覆盖气管切开伤口。

（三）指导要点。

1. 告知患者气管切开伤口换药的目的及配合要点，取得配合。
2. 指导患者及家属气管切开伤口的护理方法和注意事项，预防并发症。

（四）注意事项。

1. 根据患者气管切开伤口情况选择敷料。
2. 每天换药至少一次，保持伤口敷料及固定带清洁、干燥。
3. 操作中防止牵拉。

十三、气管切开套管内套管更换及清洗

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识、呼吸型态、痰液、血氧饱和度和合作程度。

2. 评估患者的气管切开伤口，气管套管的种类、型号和气囊压力。

3. 评估气管切开套管内套管有无破损及异物。

（二）操作要点。

1. 协助患者取合适体位。

2. 取出气管切开内套管，避免牵拉。

3. 冲洗消毒内套管。

4. 戴无菌手套，将干净内套管放回气管切开套管内。

（三）指导要点。

告知患者操作目的及配合要点。

（四）注意事项。

操作中保持呼吸道通畅，取出和放回套管时动作轻柔。

十四、无创正压通气

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识、生命体征、呼吸道通畅程度、排痰情况及血氧饱和度。

2. 评估操作环境、设备仪器准备及运行情况。

3. 评估呼吸机参数、人机同步性及患者合作程度等。

（二）操作要点。

1. 正确连接呼吸机管路，湿化器中加无菌蒸馏水，接电源、氧源。

2. 患者取坐位或半卧位。

3. 选择合适的鼻罩或面罩，使患者佩戴舒适，漏气量最小。

4. 根据病情选择最佳通气模式及适宜参数。

5. 指导患者呼吸频率与呼吸机同步，从较低压力开始，逐渐增加到患者能够耐受的适宜压力，保证有效潮气量。

6. 观察有无并发症：恐惧或精神紧张、口咽部干燥、腹胀气、鼻面部压迫性损伤、气胸等。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属无创通气的目的、方法，可能出现的不适及如何避免，取得患者和家属的配合。

2. 教会患者正确使用头带，固定松紧适宜。

3. 指导患者有规律地放松呼吸，不要张口呼吸。

4. 指导患者有效排痰。

（四）注意事项。

1. 每次使用前检查呼吸机管路连接情况，避免破损漏气，保持呼气口通畅，使用过程中检查呼吸机管道及接头是否漏气。

2. 固定松紧适宜，避免张力过高引起不适。

3. 保护受压部位皮肤，必要时使用减压贴。

4. 在治疗前或治疗中协助患者翻身拍背，鼓励患者有效咳嗽、咳痰，适当间隙饮水。

5. 注意气道湿化。

6. 注意呼吸机管道的消毒及鼻罩或面罩的清洁，鼻罩或面罩专人专用。

7. 避免在饱餐后使用呼吸机，一般在餐后 1h 左右为宜。

8. 若使用后出现不适，如胸闷、气短、剧烈头痛、鼻或耳疼痛时，应停止使用呼吸机，并通知医生。

十五、有创机械通气

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、合作程度。

2. 评估人工气道类型、气道通畅程度、肺部情况、痰液性质及量。

3. 评估呼吸机参数设定，报警设定；观察自主呼吸与呼吸机是否同步，呼吸机运转情况。

4. 观察患者的氧合状况，包括血氧饱和度水平，血气分析的指标变化等。

（二）操作要点。

1. 连接好呼吸机，接模拟肺试机，试机正常方可与患者连接。

2. 调节呼吸机参数，设置报警限。

3. 加湿装置工作正常，温度适宜。

4. 监测患者生命体征、血氧饱和度及呼吸机实际监测值的变化。

5. 听诊双肺呼吸音，检查通气效果。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属机械通气的目的、方法、可能出现的不适，取得患者和家属的配合。
2. 指导患者正确使用肢体语言进行交流。
3. 指导患者进行呼吸功能锻炼及有效排痰。

（四）注意事项。

1. 执行标准预防，预防医院感染。
2. 无禁忌症患者保持床头抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 。
3. 间断进行脱机训练，避免患者产生呼吸机依赖。
4. 及时处理报警，如呼吸机发生故障或报警未能排除，应断开呼吸机给予简易呼吸器手动通气，待故障解除试机正常后再连接呼吸机。

第七章 引流护理

引流是指依靠吸引力或重力从体腔或伤口引出液体的行为、过程和办法。临床上应用的引流管种类很多，多用于导尿、伤口引流、胸腔、腹腔、脑室、胃肠道、胆道引流等。引流的目的是将人体组织间隙或体腔中积聚的液体引导至体外，引流的护理旨在保证引流的有效性，防止术后感染，促进伤口愈合。在引流护理的过程中要注意保证引流的通畅，妥善固定，详细记录引流的颜色、性质和量的变化，以

利于对患者病情的判断。

一、胃肠减压的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情，意识状态及合作程度。
2. 评估口腔黏膜、鼻腔及插管周围皮肤情况；了解有无食道静脉曲张。
3. 评估胃管的位置、固定情况及负压吸引装置工作情况。
4. 观察引流液的颜色、性质和量。
5. 评估腹部体征及胃肠功能恢复情况。

（二）操作要点。

1. 协助患者取舒适卧位，清洁鼻腔，测量插管长度（从鼻尖经耳垂至胸骨剑突处的距离）。
2. 润滑胃管前端，沿一侧鼻孔轻轻插入，到咽喉部（插入 14~15cm）时，嘱患者做吞咽动作，随后迅速将胃管插入。
3. 证实胃管在胃内后，固定，并做好标记。
4. 正确连接负压吸引装置，负压吸力不可过强，以免堵塞管口和损伤胃黏膜。
5. 保持胃管通畅，定时回抽胃液或向胃管内注入 10~20ml 生理盐水冲管。
6. 固定管路，防止牵拉，并保证管路通畅。
7. 记录 24h 引流量。

8. 口服给药时，先将药片碾碎溶解后注入，并用温水冲洗胃管，夹管 30min。

9. 给予口腔护理。

10. 必要时雾化吸入，保持呼吸道的湿润及通畅。

11. 定时更换引流装置。

12. 拔管时，先将吸引装置与胃管分离，捏紧胃管末端，嘱患者吸气并屏气，迅速拔出。

（三）指导要点。

1. 告知患者胃肠减压的目的和配合方法。

2. 告知患者及家属防止胃管脱出的措施。

（四）注意事项。

1. 给昏迷患者插胃管时，应先撤去枕头，头向后仰，当胃管插入 15cm 时，将患者头部托起，使下颌靠近胸骨柄以增大咽喉部通道的弧度，便于胃管顺利通过会厌部。

2. 插管时患者出现恶心，应休息片刻，嘱患者深呼吸再插入，出现呛咳、呼吸困难、发绀等情况，立即拔出，休息后重新插入。

3. 食管和胃部手术后，冲洗胃管有阻力时不可强行冲洗，通知医生，采取相应措施。

4. 长期胃肠减压者，每月更换胃管 1 次，从另一侧鼻孔插入。

二、腹腔引流的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情及腹部体征。
2. 观察引流是否通畅、引流液的颜色、性质和量。
3. 观察伤口敷料处有无渗出液。

（二）操作要点。

1. 引流管用胶布“S”形固定，防止滑脱，标识清楚。
2. 引流袋位置必须低于切口平面。
3. 定时挤捏引流管，保持引流通畅，防止引流管打折、扭曲、受压。
4. 观察引流液颜色、性质，发现引流量突然减少或增多、颜色性状改变，患者出现腹胀、发热、生命体征改变等异常情况应立即报告医生。
5. 准确记录 24h 引流量。
6. 定时更换引流袋。

（三）指导要点。

1. 告知患者更换体位或下床活动时保护引流管的措施。
2. 告知患者出现不适及时通知医护人员。

（四）注意事项。

1. 拔管后注意观察伤口渗出情况，渗出液较多应及时通知医生处理。
2. 观察有无感染、出血、慢性窦道等并发症。

三、“T”管引流的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、生命体征及腹部体征，如有无发热、腹痛、黄疸等。
2. 评估患者的皮肤、巩膜黄染消退情况及大便颜色；“T”管周围皮肤有无胆汁侵蚀。
3. 观察引流液的颜色、性质和量。

（二）操作要点。

1. 引流管用胶布“S”形固定，标识清楚。
2. 引流袋位置必须低于切口平面。
3. 保持引流通畅，避免打折成角、扭曲、受压。
4. “T”管周围皮肤有胆汁渗漏时，可用氧化锌软膏保护。
5. 观察胆汁颜色、性质，并准确记录 24h 引流量。
6. 定时更换引流袋。

（三）指导要点。

1. 告知患者更换体位或下床活动时保护“T”管的措施。
2. 告知患者出现不适及时通知医护人员。
3. 如患者需带“T”管回家，指导其管路护理及自我监测方法。
4. 指导患者进清淡饮食。

（四）注意事项。

1. 观察生命体征及腹部体征的变化，及早发现胆瘘、胆

汁性腹膜炎等并发症。

2. “T”管引流时间一般为 12~14 天，拔管之前遵医嘱夹闭“T”管 1~2 天，夹管期间和拔管后观察有无发热、腹痛、黄疸等情况。

四、经皮肝穿刺置管引流术（PTCD）的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估生命体征、腹部体征及病情变化，包括黄疸情况，如皮肤、巩膜颜色及大、小便颜色，肝功能恢复情况等。

2. 观察引流液的颜色、性质、量。

3. 观察 PTCD 引流管周围皮肤及伤口敷料情况。

（二）操作要点。

1. 妥善固定引流管，防止脱出；对躁动不安的患者，应有专人守护或适当约束。

2. 引流袋位置应低于切口平面。

3. 保持引流通畅，避免打折成角、扭曲。

4. 准确记录 24h 引流量。

5. 定时更换引流袋。

（三）指导要点。

1. 告知患者更换体位时防止引流管脱出或受压的措施。

2. 告知患者出现腹痛、腹胀情况时，及时通知医护人员。

3. 如患者需带 PTCD 引流管回家，指导其管路护理及自我监测方法。

4. 根据患者病情，给予饮食指导。

（四）注意事项。

1. PTC D 术后注意观察有无血性胆汁流出，术后 1~2 天胆汁呈混浊墨绿色，以后逐渐呈清黄色或黄绿色。若胆汁引流量突然减少，应检查引流管是否脱出，通知医生处理。

2. 重度梗阻性黄疸的患者不能开腹手术或择期手术时行 PTC D 术，将胆汁引出体外，减轻黄疸，改善肝脏功能；胆管恶性肿瘤行 PTC D 术后需长期保留引流管，指导患者及家属进行 PTC D 引流自我管理。

五、伤口负压引流的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情变化，生命体征。
2. 观察引流是否通畅、引流液颜色、性质、量。
3. 观察伤口敷料有无渗出液。

（二）操作要点。

1. 妥善固定引流管，防止脱出。
2. 遵医嘱调节压力，维持有效负压。
3. 保持引流通畅，避免打折成角、扭曲、受压。
4. 准确记录 24h 引流量。

（三）指导要点。

告知患者更换体位时防止引流管意外脱出或打折、受压的措施。

（四）注意事项。

拔管后注意观察局部伤口敷料，发现渗出，及时通知医生处置。

六、胸腔闭式引流的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者生命体征及病情变化。
2. 观察引流液颜色、性质、量。
3. 观察长管内水柱波动，正常为 4～6cm，咳嗽时有无气泡溢出。
4. 观察伤口敷料有无渗出液、有无皮下气肿。

（二）操作要点。

1. 连接引流装置，使用前检查引流装置的密闭性能，保持连接处紧密，防止滑脱。
2. 引流瓶低于胸壁引流口平面 60～100cm，水封瓶长管没入无菌生理盐水中 3～4cm，并保持直立。
3. 定时挤压引流管，引流液多或有血块则按需正确挤压，捏紧引流管的远端，向胸腔的方向挤压，再缓慢松开捏紧的引流管，防止引流瓶中液体倒吸；如接有负压装置，吸引压力适宜，过大的负压引起胸腔内出血及患者疼痛。
4. 根据病情尽可能采取半卧位。
5. 引流装置应保持密闭和无菌，保持胸壁引流口处的敷料清洁干燥，敷料渗出液较多应及时通知医生更换。

6. 根据病情需要定时准确记录引流量。

7. 引流瓶内无菌生理盐水每天更换，引流瓶每周更换，床旁备血管钳，更换时必须夹闭引流管，防止空气进入胸膜腔引起气胸。

（三）指导要点。

1. 告知患者胸腔引流的目的及配合方法。

2. 鼓励患者咳嗽，深呼吸及变换体位，并告知正确咳嗽、深呼吸、变换体位的方法。

（四）注意事项。

1. 出血量多于 100ml / h，呈鲜红色，有血凝块，同时伴有脉搏增快，提示有活动性出血的可能，及时通知医生。

2. 水封瓶打破或接头滑脱时，要立即夹闭或反折近胸端胸引管。

3. 引流管自胸壁伤口脱出，立即用手顺皮肤纹理方向捏紧引流口周围皮肤（注意不要直接接触伤口），并立即通知医生处理。

4. 患者下床活动时，引流瓶的位置应低于膝盖且保持平稳，保证长管没入液面下；外出检查前须将引流管夹闭，漏气明显的患者不可夹闭胸引管。

5. 拔管后注意观察患者有无胸闷、憋气，皮下气肿，伤口渗液及出血等症状，有异常及时通知医生。

七、心包、纵隔引流的护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者意识状态、生命体征及病情变化。
2. 观察引流液的颜色、性质、量。
3. 观察长玻璃管内水柱波动，正常为 4~6cm。

（二）操作要点。

1. 连接吸引装置，使用前检查吸引装置的密闭性能，保持连接处紧密，防止滑脱。
2. 保持引流管通畅，防止堵管，避免受压、扭曲或打折。
3. 引流瓶低于胸壁引流口平面 60~100cm，水封瓶长玻璃管没入水中 3~4cm。
4. 保持管道密闭无菌，防止逆行感染。
5. 患者清醒后可抬高床头 15°，循环稳定后取半卧位。
6. 记录单位时间内引流量及 24h 累积引流量。
7. 引流装置定时更换，保持胸壁引流口处的敷料清洁干燥，有外渗及时通知医生更换。
8. 床旁备血管钳。

（三）指导要点。

1. 告知患者心包、纵膈引流的目的、配合方法。
2. 告知患者更换体位时防止引流管意外脱出或打折、受压等措施。

（四）注意事项。

1. 术后当日每 30~60min 挤压引流管 1 次，若引流液多

或有血块则按需正确挤压，防止堵塞；如接有负压装置，吸引压力一般 1.5 ~ 2.0kPa。

2. 手术当日 2 ~ 3h 引流管内出现大量鲜红色的血性液体，如成人 > 300ml / h，小儿 > 4ml × 体重 (kg) / h，且无减少趋势，及时通知医生。

3. 引流量偏多，以后突然减少或引流不畅，患者血压下降、心率增快、呼吸困难、紫绀、面色苍白、出汗等症状，考虑心包填塞的可能，应及时通知医生。

4. 发现引流出大量血性液或引流管被较多的血块堵塞，应立即通知医生。

5. 患者下床活动时，须将引流管夹闭，以防导管脱落、漏气或液体返流。

6. 拔管后观察患者有无胸闷、憋气、心悸，伤口渗液及出血，有异常及时通知医生。

八、脑室、硬膜外、硬膜下引流的护理

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者意识、瞳孔、生命体征及头痛、呕吐等情况。
2. 观察引流管内液面有无波动，引流液的颜色、性状、量。
3. 观察伤口敷料有无渗出。

(二) 操作要点。

1. 保持引流管通畅，标识清楚，防止引流装置受压、打

折、扭曲。

2. 脑室引流瓶（袋）入口处应高于外耳道 10~15cm；硬膜外、硬膜下引流管根据颅内压情况置于床面或遵医嘱调整。

3. 留置脑室引流管期间，保持患者平卧位，如要摇高床头，需遵医嘱对应调整引流管高度。

4. 适当限制患者头部活动范围，患者躁动时，可酌情予以约束。

5. 记录 24h 引流量。

6. 定时更换引流装置。

（三）指导要点。

1. 告知患者及家属置脑室、硬膜外、硬膜下引流管的意义。

2. 告知患者及家属留置脑室、硬膜外、硬膜下引流管期间安全防范措施，如：不能随意移动引流袋位置，保持伤口敷料清洁，不可抓挠伤口等。

（四）注意事项。

1. 脑室引流管拔管前遵医嘱先夹闭引流管 24~48h，观察患者有无头痛、呕吐等颅内高压症状。

2. 引流早期（1~2h）特别注意引流速度，切忌引流过快、过多。

3. 观察脑室引流管波动情况，注意检查管路是否堵塞。

4.翻身时，避免引流管牵拉、滑脱、扭曲、受压；搬运患者时将引流管夹闭、妥善固定。

5.硬膜外、硬膜下引流管放置高度应遵医嘱。

6.硬膜外、硬膜下引流液量及颜色突然改变时，及时通知医生给予处理。

第八章 围手术期护理

围手术期是围绕手术的一个全过程，从决定接受手术治疗开始，直至基本康复，包括手术前、手术中及手术后的一段时间。手术能治疗疾病，但也可能导致并发症和后遗症。患者接受手术，要经历麻醉和手术创伤的刺激，机体处于应激状态。任何手术都会使患者产生心理和生理负担。因此，围手术期护理旨在为患者提供身心整体护理，增加患者的手术耐受性，使患者以最佳状态顺利度过围手术期，预防或减少术后并发症，促进患者早日康复。

一、术前护理

（一）评估和观察要点。

- 1.评估患者的病情、配合情况、自理能力、心理状况。
- 2.评估患者生命体征、饮食、睡眠、排便、原发病治疗用药情况、既往病史等。
- 3.了解女性患者是否在月经期。

4. 了解患者对疾病和手术的认知程度。

（二）操作要点。

1. 向患者及家属说明术前检查的目的及注意事项，协助完成各项辅助检查。

2. 帮助患者了解手术、麻醉相关知识：可利用图片资料、宣传手册、录音、录像或小讲课等多种形式介绍有关知识，手术方式，麻醉方式等。

3. 向患者说明手术的重要性，术前、术中、术后可能出现的情况及配合方法。

4. 做好术前常规准备，如个人卫生、手术区域的皮肤准备、呼吸道准备、胃肠道准备、体位训练等。

5. 根据手术需要，配合医生对手术部位进行标记。

6. 做好身份识别标志，以利于病房护士与手术室护士进行核对。

（三）指导要点。

1. 呼吸功能训练：根据手术方式，指导患者进行呼吸训练，教会患者有效咳痰，告知患者戒烟的重要性和必要性。

2. 床上排泄：根据病情，指导患者练习在床上使用便器排便。

3. 体位训练：教会患者自行调整卧位和床上翻身的方法，以适应术后体位的变化；根据手术要求训练患者特殊体位，以适应术中和术后特殊体位的要求。

4. 饮食指导：根据患者病情，指导患者饮食。
5. 肢体功能训练：针对手术部位和方式，指导患者进行功能训练。

（四）注意事项。

1. 指导患者及家属阅读手术须知。
2. 对教育效果需进行评价：患者能否正确复述术前准备相关配合要点，能否正确进行功能训练；护士应注意观察患者情绪变化，评估患者有无焦虑状态，焦虑是否减轻或消除。

二、术中护理

（一）评估和观察要点。

1. 根据不同的手术需要，选择合适的手术间进行手术，并评估手术间环境和各种仪器设备的情况。
2. 评估患者的病情、意识状态、自理能力、全身情况、配合程度、术前准备情况、物品带入情况等。
3. 术中注意评估患者的体位摆放情况、皮肤受压情况。
4. 评估手术需要的物品并将其合理放置。
5. 评估手术间的消毒隔离方法。

（二）操作要点。

1. 护士常规检查手术室环境，保证所有电源、仪器、接线板、吸引器等都处于正常工作状态，仪器设备按规范化布局放置到位。
2. 运用两种及以上的方法进行患者手术信息核对，同时

对患者意识和全身状况以及患者带入物品进行评估并记录；通过交谈缓解患者的紧张情绪。

3. 根据不同手术，评估并准备适合于患者的手术辅助设备、器械和敷料，按规范化布局进行各类仪器的摆放。

4. 连接各仪器，使其处于功能状态。建立静脉通路，在实施正确体位的同时，确保静脉通路、尿管等各类引流管的通畅以及电刀负极板的安全放置。

5. 手术医师、麻醉医师、手术室护士三方核对确认患者身份。

6. 手术体位的安置由手术医师、麻醉医师、手术室护士共同完成，注意做好患者隐私的保护。

7. 手术过程中要给予患者必要的保温措施。

8. 限制手术室内人员数量。

9. 巡回护士应密切观察患者的反应，及时发现患者的不适，配合麻醉医师和手术医师做好各种并发症及紧急情况的抢救工作。

10. 巡回护士与洗手护士按照物品清点制度要求，在手术开始前、关闭体腔前、关闭体腔后、术毕共同查对手术器械、敷料、缝针等物品数目无误并准确记录，术中如有添加及时记录。

11. 患者出手术室前需再次评估，保证各种引流管正确连接、固定牢固、引流通畅，伤口有无渗血、包扎是否妥当、

受压皮肤是否完好。

（三）指导要点。

指导患者熟悉手术间的环境，了解手术过程。

（四）注意事项。

1. 术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

2. 体位安置要安全合理，防止坠床或损伤；保护患者受压皮肤，预防压疮的发生，做好交班并记录。

三、术后护理

（一）评估和观察要点。

1. 了解麻醉方式、手术方式及术中情况。

2. 观察意识状态、生命体征及病情变化，观察伤口敷料有无渗出、引流管的类型、位置、是否通畅，观察引流液的颜色、性质、量，皮肤受压情况等。

3. 观察有无疼痛、发热、恶心呕吐、腹胀、呃逆以及尿潴留等常见的术后反应，并遵医嘱给予处理。

（二）操作要点。

1. 根据患者手术和麻醉方式，采取适当的卧位。

2. 观察有无舌后坠、痰液堵塞气道等情况。

3. 连接各种治疗性管路，妥善固定，保持通畅；引流管的护理见第七章。

4. 根据需要给予床档保护和保护性约束。
5. 观察并记录病情变化。
6. 遵医嘱给药控制疼痛，增进舒适。
7. 协助床上翻身、叩背。
8. 根据病情选择适当的饮食。
9. 根据患者的恢复情况进行术后康复指导，实施出院计划。

（三）指导要点。

1. 根据病情指导患者适量活动，合理膳食。
2. 告知患者严格按医嘱服用药物，如有疑问及时与医师取得联系。
3. 指导患者及家属保护伤口、造（瘘）口及各引流管的方法。
4. 根据患者病情及手术方式，指导患者进行功能锻炼。

（四）注意事项。

1. 从生理、心理、社会等方面为患者提供整体护理服务。
2. 可运用患者经验分享、专题讲座等多种教育手段讲解术后配合的相关知识并对教育效果进行评价。

第九章 常用监测技术与身体评估

患者对疾病的应激反应和对机体机能障碍的反应，表现

为症状与体征，护士可以据此评估患者的身体和情绪状况。体温、脉搏、呼吸和血压被视为人体的四大生命体征，血氧饱和度、中心静脉压、心输出量等则是监测重要器官功能的指标。它们是机体内在活动的一种客观反映，与病情、病程以及情绪变化等密切相关。由于这些体征及指标往往能够显示身体机能的微小变异，所以通过对患者生命体征、重要指标的监测以及身体评估，护士可以及时、准确地掌握患者的客观资料，发现病情变化，为患者的诊断、治疗提供依据，同时有效地为患者提供专业护理服务。

一、体温测量

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识及合作程度。
2. 评估测量部位和皮肤状况。
3. 观察患者发热状况，判断热型。

（二）操作要点。

1. 根据患者病情选择合适的体温测量方式（腋下、口腔、直肠）。

2. 腋下测温：需擦干腋窝，将体温计水银端放于腋窝深处并紧贴皮肤，10min后取出读数。

3. 口腔测温：将口表水银端斜放于患者舌下，让患者紧闭口唇，切勿用牙咬，用鼻呼吸，3min后取出读数。

4. 直肠测温：患者取侧卧或屈膝仰卧位露出臀部，润滑

肛表水银端，轻轻插入肛门 3~4cm，3min 后取出读数。

（三）指导要点。

1. 告知患者测量体温的必要性和配合方法。
2. 告知患者测量体温前 30min 应避免进食冷热饮、冷热敷、洗澡、运动、灌肠。
3. 指导患者处理体温表意外损坏后，防止汞中毒的方法。
4. 指导患者切忌把体温计放在热水中清洗或放在沸水中煮，以免引起爆破。

（四）注意事项。

1. 婴幼儿、意识不清或不合作患者测温时，护士不宜离开。
2. 婴幼儿、精神异常、昏迷、不合作、口鼻手术或呼吸困难患者，禁忌测量口温。
3. 进食、吸烟、面颊部做冷、热敷患者应推迟 30min 后测口腔温度。
4. 腋下有创伤、手术、炎症、腋下出汗较多、极度消瘦的患者，不宜腋下测温；沐浴后需待 20min 后再测腋下温度。
5. 腹泻、直肠或肛门手术，心肌梗死患者不宜用直肠测量法。
6. 体温和病情不相符合时重复测温，必要时可同时采取两种不同的测量方式作为对照。

二、脉搏、呼吸测量

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识及合作程度。
2. 了解患者用药情况。

（二）操作要点。

1. 用食指、中指、无名指的指腹按于患者桡动脉处或其他浅表大动脉处测量。

2. 脉率异常应测量 1min；如发现患者有心律不齐或脉搏短绌，应两人同时分别测量心率和脉率。

3. 保持测量脉搏姿势不动，观察患者胸部、腹部起伏，计数呼吸频次。

4. 危重患者呼吸不易被观察时，将少许棉絮置于患者鼻孔前，计数 1min 棉絮被吹动的次数。

（三）指导要点。

告知患者测量前如有剧烈活动或情绪激动，应先休息 15～20min 后再测量。

（四）注意事项。

1. 当脉搏细弱难以触诊时，可用听诊器听诊心率 1min 代替。

2. 偏瘫患者选择健侧肢体测量脉搏。

3. 除桡动脉外，可测颞动脉、肱动脉、颈动脉、股动脉、腘动脉、足背动脉等。

4. 测量呼吸时宜取仰卧位。

5. 不可用拇指诊脉。

三、无创血压测量

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、体位及合作程度。
2. 评估患者基础血压、治疗用药情况，观察患者血压变化。

（二）操作要点。

1. 取舒适卧位，协助患者露出手臂并伸直，排尽袖带内空气，袖带缠于上臂，下缘距肘窝 2~3cm，松紧以放进一指为宜。

2. 测量血压。

（1）使用台式血压计测量时，使水银柱“0”点与肱动脉、心脏处于同一水平，将听诊器胸件放在肱动脉搏动最强处固定，充气至动脉搏动音消失，再加压使压力升高 20~30mmHg（2.6~4kPa），缓慢放气，测得血压数值并记录。

（2）使用监测仪时，根据患者病情设置血压监测模式、间隔时间、报警上下限，监测血压值并记录。

（三）指导要点。

1. 告知患者无创血压测量的目的、意义、注意事项及配合方法。

2. 指导患者居家自我监测血压的方法，药物的作用和副作用。

（四）注意事项。

1. 血压监测应在患者平静时进行，遵循四定的原则：定时间、定体位、定部位、定血压计。

2. 测量肢体的肱动脉与心脏处于同一水平位置，卧位时平腋中线，坐位时平第四肋。

3. 偏瘫患者选择健侧上臂测量。

4. 测量前需检查血压计的有效性，定期检查、校对血压计。

5. 如发现血压听不清或异常时，应重测；先驱净袖带内空气，使汞柱降至“0”，稍休息片刻再行测量，必要时作对照复查。

四、有创血压监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、体位、自理能力及合作程度。

2. 评估动脉搏动情况及侧枝循环情况。

（二）操作要点。

1. 患者取舒适卧位，备齐用物，将配好的肝素盐水置于加压袋中，连接一次性压力套装，加压袋充气加压至 300 mmHg，排气备用。

2. 动脉置管成功后妥善固定，肝素盐水冲洗管路，调整监护仪至动脉血压监测。

3. 患者取平卧位，将传感器置于腋中线第四肋间（右心

房同一水平)平齐的位置,调整测压零点后开始持续监测。

4. 动态观察患者血压、压力波形并准确记录。

(三) 指导要点。

1. 告知患者监测有创动脉血压的目的及注意事项,取得患者的配合。

2. 指导患者保护动脉穿刺部位,防止导管移动或脱出。

(四) 注意事项。

1. 患者体位改变时,应重新调试零点,传感器的高度应平左心室水平。

2. 避免测压管路导管受压或扭曲,保持管路连接紧密、通畅。

3. 经测压管抽取动脉血后,应立即用肝素盐水进行快速冲洗,保持加压袋压力在 300 mmHg。

4. 常规每班调定零点,对监测数据、波形有异议时随时调零。

5. 在调整测压零点、取血等操作过程中严防气体进入动脉。

6. 观察并记录动脉置管远端肢体血运及皮温情况。

7. 监护仪波形显示异常时,及时查找原因并处理。

五、心电监测

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、合作程度及胸部皮肤情况。

2. 观察并记录心率和心律变化。
3. 观察心电图波形变化，及时处理异常情况。

（二）操作要点。

1. 根据患者病情，取平卧位或半卧位，将电极片贴于患者胸部正确位置。
2. 选择恰当导联，调节波幅，设置监测指标的报警界限。

（三）指导要点。

1. 告知患者心电监测目的，配合事项，取得合作。
2. 指导患者不要自行移动或者摘除电极片，皮肤出现瘙痒、疼痛等情况，应及时向医护人员说明。

（四）注意事项。

1. 放置电极片时，应避免伤口、瘢痕、中心静脉插管、起搏器及电除颤时电极板的放置部位。
2. 密切监测患者异常心电波形，排除各种干扰和电极脱落，及时通知医生处理；带有起搏器的患者要区别正常心律与起搏心律。
3. 定期更换电极片及其粘贴位置。
4. 心电监护不具有诊断意义，如需更详细了解心电图变化，需做常规导联心电图。

六、血糖监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估血糖仪的工作状态，检查试纸有效期。

2. 评估患者末梢循环及皮肤情况、进食时间。

（二）操作要点。

1. 清洁患者双手并取舒适体位。

2. 按照血糖仪操作说明使用。

3. 用 75%酒精消毒穿刺部位，待干后采血。

4. 采血宜选用指血自然流出法，采血后干棉签按压。

5. 告知患者血糖值并记录。

6. 异常结果应重复检测一次，通知医生采取不同的干预措施，必要时复检静脉生化血糖。

（三）指导要点。

1. 告知患者血糖监测目的，取得合作。

2. 指导末梢循环差的患者将手下垂摆动。

3. 指导患者掌握自我监测血糖的技术和注意事项。

（四）注意事项。

1. 测血糖时应轮换采血部位。

2. 血糖仪应按生产商使用要求定期进行标准液校正。

3. 避免试纸受潮、污染。

七、血氧饱和度（SPO₂）监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者目前意识状态、吸氧浓度、自理能力以及合作程度。

2. 评估患者指（趾）端循环、皮肤完整性以及肢体活动

情况。

3. 评估周围环境光照条件。

(二) 操作要点。

1. 准备脉搏血氧饱和度监测仪。

2. 协助患者取舒适体位，清洁患者局部皮肤及指（趾）甲。

3. 正确安放传感器于患者手指、足趾或耳廓处，接触良好，松紧度适宜。

4. 调整适当的报警界限。

(三) 指导要点。

1. 告知患者监测目的、方法及注意事项。

2. 告知患者及家属影响监测效果的因素。

(四) 注意事项。

1. SpO_2 监测报警低限设置为 90%，发现异常及时通知医生。

2. 注意休克、体温过低、低血压或使用血管收缩药物、贫血、偏瘫、指甲过长、同侧手臂测量血压、周围环境光照太强、电磁干扰及涂抹指甲油等对监测结果的影响。

3. 注意更换传感器的位置，以免皮肤受损或血液循环受阻。

4. 怀疑 CO 中毒的患者不宜选用脉搏血氧监测仪。

八、中心静脉压监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情，合作程度，体位及凝血状况。
2. 评估患者中心静脉是否通畅、置管深度、穿刺部位的皮肤情况。

（二）操作要点。

1. 备齐用物，配置肝素盐水，加压袋充气加压至 300 mmHg 左右，注意排尽管道内气体。
2. 操作前先连接测压系统，用压力导线连接压力套装与监护仪，设定 CVP 监测的数据与波形的参数。
3. 连接压力套装与中心静脉导管，与置入最远端的一腔（标有“distal”的一腔）相连接。
4. 患者取平卧位，将传感器置于腋中线第四肋间（右心房水平），校正零点，测压，记录。

（三）指导要点。

告知患者监测中心静脉压目的、方法和注意事项，取得患者配合。

（四）注意事项。

1. 避免打折扭曲，保持测压管道的通畅。
2. 每天检查穿刺部位皮肤有无红肿、脓性分泌物，定期更换敷料、管路、压力套装和冲洗液。
3. 选择标准的测压零点，传感器置于腋中线第四肋间与右心房同一水平，每次测压前均应校正压力传感器零点。

4. 中心静脉测压通路应避免输注血管活性药物，以防引起血压波动。

5. 注意影响中心静脉压数值的因素，如患者的体位、机械通气、腹内压等。

6. 观察有无心律失常、出血和血肿、气胸、血管损伤等并发症的发生，股静脉插管时，注意观察置管侧下肢有无肿胀、静脉回流受阻等下肢静脉栓塞的表现。

九、Swan-Ganz 导管监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情，体位及合作程度。
2. 观察穿刺处有无渗血；观察穿刺处周围皮肤有无皮下气肿。

（二）操作要点。

1. 每班记录导管插入长度，观察导管有无移位、打折，妥善固定。
2. 连接测压装置，加压袋压力在 300 mmHg。
3. 每次测压前需调整零点，压力换能器需与患者右心房保持同一水平。
4. 测量肺动脉楔压时，应将气囊缓慢充气（充气量 < 1.5ml），待出现嵌顿压图形后，记录数字并放掉气囊内气体；如气囊充气后不出现嵌顿压图形，多因导管退出肺动脉或气囊破裂；将气囊充气后放松注射器，如无弹性回缩说明气囊

已破裂，不可再将气囊充气。

5. 非测量肺动脉楔压时需抽尽气囊内气体并锁住气囊注射器。

6. 保持管道通畅，每小时用肝素生理盐水 3~5ml 冲洗测压导管及 Swan-Ganz 导管。

7. 记录测量数据，波形有变化时，及时查找原因并通知医生。

8. 拔除导管时，应在监测心率、心律的条件下进行，拔管后，穿刺的局部应压迫止血。

（三）指导要点。

1. 告知患者 Swan-Ganz 导管的作用、操作步骤和配合方法。

2. 指导患者保护导管的方法，改变体位时动作轻柔。

（四）注意事项。

1. 每次测量各项指标之前需调定零点。

2. 穿刺伤口定期换药，若渗出液较多应及时换药。

3. 保证测压装置严密畅通。

4. 及时了解影响压力测定的因素，观察有无相关并发症的发生。

十、容量监测仪 (pulse induced contour cardiac output, PiCCO) 监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态及合作程度。
2. 置管操作过程中密切观察患者面色、神志、生命体征的变化。
3. 观察监测过程中的异常情况，及时通知医生处理。

(二) 操作要点。

1. 选择大而粗的动脉置管，首选股动脉穿刺。
2. 置管成功后，将患者置于平卧位，校正零点，校正后即可开始测量动脉压力。
3. 测量心输出量之前，暂停中心静脉输液 30s 以上。
4. 正确连接压力测量导线于中心静脉上，从中心静脉内注入冰盐水 ($<8^{\circ}\text{C}$)，重复进行 3 次热稀释测量进行定标；在测量界面基线稳定状态下匀速注入冰盐水，注入量根据患者的体重和胸腔内液体量进行选择。
5. 注射完成后关闭连接旋阀，测量结果出现后方可触摸或移动患者导管。
6. 监测重症患者其它血流动力学参数，如全心舒张末期容积、外周血管阻力及血管外肺水等。

(三) 指导要点。

1. 告知患者 PiCCO 的监测目的和配合方法。
2. 指导患者正确保护穿刺部位，避免导管、导线的牵拉。

(四) 注意事项。

1. 测压、取血、校正零点等操作过程防止中空气进入测

压系统。

2. 使用 PiCCO 专用动脉导管和配套的压力套装。
3. 病情稳定后每 8h 用热稀释法校正 1 次；病情变化或测量参数变异较大时需重新校正。
4. 更换敷料时避免将导管拔出。
5. 观察留置导管穿刺处有无出血、血肿等并发症。

十一、二氧化碳分压监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、意识状态及合作程度。
2. 观察患者的呼吸型态、氧合情况及血气分析结果。

（二）操作要点。

1. 连接呼气末二氧化碳监测模块与监护仪，正确连接呼气末二氧化碳监测传感器与人工气道。
2. 校正零点，测压，记录。

（三）指导要点。

告知患者及家属二氧化碳分压监测的目的及配合方法。

（四）注意事项。

1. 每次使用前均要对仪器进行零点调定。
2. 采用旁流型二氧化碳监测仪时要用专用的硬质采样管。
3. 连续监测时间过长，需定时重新调零。
4. 应及时去除二氧化碳监测窗中的冷凝水。

5. 注意影响二氧化碳监测的因素如：二氧化碳产量、肺换气量、肺血流灌注及机械故障。

十二、活化部分凝血活酶时间（APTT）监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估测量仪工作状态。
2. 评估患者病情及穿刺部位皮肤的完整性。
3. 观察患者出凝血状况及测量数值。

（二）操作要点。

1. 采血 0.2ml 做标本。
2. 加入适宜血液标本到 APTT 测量仪上。
3. 记录测量数值。

（三）指导要点。

1. 告知患者监测的目的、配合方法和测量结果。
2. 指导患者用干棉签按压穿刺点约 3~5min，不出血后方可松开。

（四）注意事项。

1. 保持操作环境的清洁，避免局部环境受到血源污染。
2. 尽量采空腹血，检测时避免气泡进入，动作轻柔避免溶血。

十三、一般状态评估

（一）操作要点。

1. 患者剧烈活动后需待平静 30min 后方可进行生命体征

检查（第十章）。

2. 判断患者意识状态可采用问诊，通过交谈了解患者的思维、反应、情感、计算力及定向力等方面的情况。

3. 可通过外貌、皮肤、毛发、指甲、皮下脂肪、骨骼、肌肉发育、身高、体重等情况初步判断患者的营养状态。

4. 检查皮肤弹性常取手背或上臂内侧部位，用食指和拇指将皮肤捏起，再放松时如果皮肤很快复原，表明皮肤的弹性良好；注意检查皮肤颜色有无发红、苍白、黄染、发绀、色素沉着或色素脱失等，并观察异常部位及范围。

5. 压疮患者应记录压疮部位、范围及程度。

6. 检查水肿时用拇指压迫小腿胫骨前、内外踝、足背及腰骶部，按压后在该处呈现凹陷即为凹陷性水肿。

7. 淋巴结的检查顺序为颌下、颈部、锁骨上窝、腋窝、腹股沟等浅表淋巴结，并拢四指稍弯曲触诊检查，有肿大淋巴结，应注意其部位、大小、硬度，有无压痛、粘连及窦道。

（二）指导要点。

检查前告知患者操作目的、过程，取得合作。

（三）注意事项。

1. 检查过程中手法轻柔。

2. 检查不同部位时注意正确转换体位。

十四、循环系统评估

（一）操作要点。

1. 视诊内容包括心前区隆起、心尖搏动的位置及范围、心前区及其他部位有无异常搏动。
2. 触诊时先用右手全手掌置于心前区，然后逐渐缩小到用手掌尺侧（小鱼际）或食指和中指指腹并拢同时触诊心尖搏动，用手掌的尺侧紧贴心脏各瓣膜听诊区进行震颤的触诊。
3. 若有心包摩擦感可在心前区或胸骨左缘第三、四肋间触及，坐位前倾更易触及。
4. 采用间接叩诊法，顺序是由外向内，自下而上，移动距离每次不超过 1cm。
5. 对各肋间叩得的浊音界逐一作出标记，并测量其与胸骨中线间的垂直距离。
6. 听诊时通常按瓣膜病变好发部位的顺序进行，即二尖瓣区→主动脉瓣区→主动脉第二听诊区→肺动脉瓣区→三尖瓣区。
7. 视诊血管时观察颞浅动脉、肱动脉等浅表动脉有无迂曲。
8. 观察患者肝颈静脉回流征时用右手按压患者右上腹，同时观察颈静脉充盈是否更加明显。
9. 用手按压患者的甲床末端，如见到红、白交替的节律性血管舒缩现象即为毛细血管搏动征。

（二）指导要点。

1. 告知患者检查目的及步骤，取得配合。
2. 指导患者采取适当体位。

（三）注意事项。

1. 视诊与触诊同时进行。
2. 触诊震颤时切勿用力将手掌按压在胸壁上。
3. 在测量心脏大小时，如超过正常范围，采用直角测量法。
4. 测量数值以厘米为单位，保留小数点后一位数字（0或5）。

十五、呼吸系统评估

（一）操作要点。

1. 视诊时观察胸廓外形、呼吸运动的形态、呼吸频率及节律、有无呼吸困难等。
2. 触诊呼吸运动时将两手掌分别放于患者两侧肋下缘处，手指分开，并使两拇指在胸骨中线上接触，让患者作深呼吸，观察两侧呼吸运动是否一致。
3. 用两手掌或手掌尺侧缘轻放于两侧胸壁的对称部位，然后嘱患者用同等的强度重复发长音“一”，先前胸后背部，比较两侧相应部位语音震颤是否一致。
4. 将手掌轻轻平放在侧胸壁或腋下，嘱患者作深呼吸，进行触诊胸膜摩擦感。
5. 常用间接叩诊法，自肺尖开始，向下逐个肋间进行叩

诊，先叩前胸，再叩背部及两侧；自腋窝开始向下叩诊直至肋缘。

6. 听诊时一般从肺尖开始，自上而下，由前面到侧面，最后检查背部，两侧对比检查。

（二）指导要点。

1. 向患者讲解检查目的及步骤，取得合作。

2. 叩诊侧胸时指导患者上臂抱头；叩诊背部时，上身稍前倾，头稍低，双手交叉抱肘，使肩胛骨尽可能向外侧方移位。

（三）注意事项。

1. 触觉语颤应避免心脏位置。

2. 叩诊时板指应平贴于肋间隙并与肋骨平行，叩击力量要均匀，轻重适宜。

十六、消化系统评估

（一）操作要点。

1. 视诊腹部外形、呼吸运动、腹壁静脉、有无胃肠型和蠕动波及腹壁其他情况。

2. 可用右下腹作为肠鸣音听诊点，正常情况下，肠鸣音大约每分钟 4~5 次。

3. 主要采取间接叩诊法，叩诊肝脏上下界时，主要沿锁骨中线进行，如有胃泡鼓音可在左前下腹部叩得。

4. 触诊一般自左下腹开始逆时针方向环形触诊。

5. 触诊反跳痛时可先用深压触诊法检查压痛，在深压的基础上迅速将手松开；触诊腹部包块时多采用深部双手触诊法。

6. 触诊肝脏时，右手应从脐水平，或从髂前上棘水平自下而上，逐渐向右季肋下或剑突下移动，并与患者的呼吸运动密切配合。

7. 以单手滑行触诊法或钩指触诊法触诊胆囊。胆囊触痛检查以左手掌平放在患者的右肋缘部，将左手的大拇指放在腹直肌外缘与肋弓交界处。先用大拇指用力按压腹壁，然后嘱患者缓慢深吸气。

8. 脾脏触诊一般采用双手触诊法，将左手放在患者左下胸的后侧方肋缘以上的部位，并稍用力向前方压迫脾脏。

（二）指导要点。

1. 腹部检查前，告知患者排空膀胱，取低枕仰卧位。
2. 检查时指导患者两手自然置于身体两侧，两腿屈起并稍分开，做张口缓慢腹式呼吸。
3. 叩诊过程中，嘱患者按照要求变换体位。

（三）注意事项。

1. 检查次序为先左后右，自下而上，由浅入深，先健侧后患侧，注意患者的反应与表情。
2. 操作者位于患者右侧，面对患者，动作轻柔。
3. 触诊前先暖手，避免患者局部受冷刺激紧张。

十七、神经系统评估

（一）操作要点。

1. 通过观察患者对交流的反应和检查时的合作程度判断意识。

2. 脑神经的评估。

（1）视神经检查：包括视野、视力和眼底检查。

（2）动眼神经、滑车神经、外展神经检查，观察是否有上睑下垂，眼球运动情况，瞳孔对光反射和调节反射等。

（3）三叉神经检查：检查面部感觉和咀嚼肌力量、角膜反射等。

（4）面神经检查：观察是否有口角歪斜，做皱眉鼓腮、示齿等动作。

（5）听神经检查，检查听力等。

（6）舌咽神经、迷走神经检查：观察患者是否有声音嘶哑，测咽反射等。

（7）副神经检查：抵抗阻力耸肩和转头检查。

（8）舌下神经检查：观察患者是否有构音障碍，伸舌是否有偏斜。

3. 运动功能评估。

（1）随意运动与肌力的检查：肌力检查时嘱患者依次做有关肌肉收缩运动，检查者从相反方向以阻力抵抗，并注意两侧对比；肌张力检查，嘱患者肌肉放松，触摸感受肌肉紧

张度，并被动屈伸肢体以感知阻力。

(2) 不随意运动检查：观察有无手震颤、舞蹈症、手足徐动等。

(3) 共济运动检查：应用指鼻试验，指指试验，跟膝胫试验等检查。

4. 感觉功能检查。

(1) 浅感觉检查：包括浅表皮肤和黏膜的痛觉、触觉、温度觉检查。

(2) 深感觉检查：包括关节和肌肉的运动觉、位置觉和震动觉的检查。

(3) 复合感觉检查：包括皮肤定位觉、两点辨别觉、体表图形觉等检查。

5. 神经反射检查。

(1) 浅反射检查：包括角膜反射、腹壁反射、提睾反射等。

(2) 深反射检查：包括肱二头肌肌腱反射、肱三头肌肌腱反射、膝反射等。

(3) 病理反射：需进行巴宾斯基征、奥本海姆征、戈登征、霍夫曼征、脑膜刺激征检查颈强直及克匿格征检查。

(二) 指导要点。

告知患者检查过程中配合事宜。

(三) 注意事项。

1. 避免暗示性问话。
2. 对感觉过敏的患者尽量避免不必要的刺激；对于无言语表达能力患者，查体时需观察患者面部表情变化。

第十章 急救技术

急救技术是在患者危急状态下所采取的一种紧急救护措施。护士作为专业的医务人员，必须熟练掌握常见危急症的评估方法、处理流程及急救措施，以挽救患者生命、提高抢救成功率、减少伤残率、促进康复、提高生命质量。

一、心肺复苏（成人，使用简易呼吸器）

（一）评估和观察要点。

1. 确认现场环境安全。
2. 确认患者无意识、无运动、无呼吸（终末叹气应看做无呼吸）。

（二）操作要点。

1. 立即呼救，同时检查脉搏，时间 < 10s，寻求帮助，记录时间。
2. 患者仰卧在坚实表面（地面或垫板）。
3. 暴露胸腹部，松开腰带。
4. 开始胸外按压，术者将一手掌根部紧贴在患者双乳头联线的胸骨中心，另一手掌根部重叠放于其手背上，双臂伸

直，垂直接压，使胸骨下陷至少 5cm，每次按压后使胸廓完全反弹，放松时手掌不能离开胸壁，按压频率至少 100/min。

5. 采取仰头举颏法（医务人员对于创伤患者使用推举下颌法）开放气道，简易呼吸器连接氧气，调节氧流量至少 10~12L/min（有氧情况下）。使面罩与患者面部紧密衔接，挤压气囊 1s，使胸廓抬举，连续 2 次。通气频率 8~10/min。

6. 按压和通气比 30:2。

7. 反复 5 个循环后，进行复苏效果评估，如未成功则继续进行 CPR，评估时间不超过 10s。

（三）注意事项。

1. 按压应确保足够的速度与深度，尽量减少中断，如需安插人工气道或除颤时，中断不应超过 10s。

2. 成人使用 1~2L 的简易呼吸器，如气道开放，无漏气，1L 简易呼吸器挤压 1/2~2/3，2L 简易呼吸器挤压 1/3。

3. 人工通气时，避免过度通气。

4. 如患者没有人工气道，吹气时稍停按压；如患者插有
人工气道，吹气时可不暂停按压。

二、环甲膜穿刺

（一）评估和观察要点。

确认患者咽喉部有异物阻塞。

（二）操作要点。

1. 患者去枕仰卧，肩背部垫起，头后仰。不能耐受者，

可取半卧位。

2. 甲状软骨下缘与环状软骨弓上缘之间与颈部正中线交界处即为环甲膜穿刺点。

3. 常规消毒穿刺部位，戴无菌手套。

4. 术者左手以食、中指固定环甲膜两侧，右手持粗针头从环甲膜垂直刺入。

5. 接注射器，回抽有空气，确定无疑后，垂直固定穿刺针。

（三）注意事项。

1. 勿用力过猛，出现落空感即表示针尖已进入喉腔。

2. 穿刺过程中，出现心跳骤停应立即行心肺复苏。

3. 如遇血凝块或分泌物堵塞针头，可用注射器注入空气，或用少许生理盐水冲洗。

4. 若穿刺部位皮肤出血较多，应注意止血，以免血液返流入气管内。

5. 穿刺针留置时间不宜过长。

6. 下呼吸道阻塞患者不用环甲膜穿刺。

三、膈下腹部冲击法（Heimlich 手法）

（一）评估和观察要点。

评估患者气道梗阻程度：患者抓住颈部，出现进行性呼吸困难，如干咳、发绀、不能说话或呼吸，提示哽噎；进一步询问患者：“您是噎住了吗？”并得到确认，患者如不能

说话、咳嗽逐渐无声、呼吸困难加重并伴有喉鸣或患者无反应，提示严重气道梗阻。

（二）操作要点。

1. 意识清醒患者。

（1）取立位或坐位。

（2）术者立于患者身后，双臂环抱患者腰部，一只手握成拳、大拇指侧放在患者腹部中线，脐部上方，剑突下，再用另一只手握住此拳，迅速向内上方连续冲击。

2. 昏迷患者。

（1）仰卧头转向一侧并后仰。

（2）术者骑跨于患者髋部或跪于患者一侧，一手掌跟置于患者腹部，位于脐与剑突之间，另一手置于其上，迅速有力向内上方冲击。

3. 必要时冲击可重复 7~8 次，每次冲击动作应分开和独立。

（三）指导要点。

1. 告知患者进食前将食物切成细块，充分咀嚼。

2. 告知患者口中含有食物时，应避免大笑、讲话或活动。

（四）注意事项。

1. 如呼吸道部分梗阻，气体交换良好，鼓励用力咳嗽。

2. 用力要适当，防止暴力冲击。

3. 在使用本法后检查患者有无并发症发生。

4. 肥胖、妊娠后期及应用 Heimlich 手法无效者，可使用胸部推击法。

四、胸外心脏非同步直流电除颤（成年人）

（一）评估和观察要点。

1. 评估是否突然发生意识丧失、抽搐、发绀、大动脉搏动消失。

2. 了解心电图示波为室颤、室速图形。

（二）操作要点。

1. 呼叫寻求帮助，记录时间。

2. 患者取仰卧位。

3. 开启除颤仪调至监护位置（开机默认监护导联为 PADDLES 导联，即心电导联 II），手柄电极涂导电膏或将生理盐水纱布放于除颤部位：负极（STERNUM）手柄电极放于右锁骨中线第二肋间；正极（APEX）手柄电极应放于左腋中线平第五肋间。两电极板之间相距 10cm 以上。

4. 选择除颤能量，使用制造商为其对应波形建议的能量剂量，一般单相波除颤用 200 ~ 360 焦耳，直线双相波用 120 ~ 200 焦耳，双相指数截断（BTE）波用 150 ~ 200 焦耳。确认电复律状态为非同步方式。

5. 术者双臂伸直，使电极板紧贴胸壁，垂直下压，充电，确认周围无人员直接或间接与患者接触，同时术者身体离开患者床单位。

6. 双手同时按压放电按钮除颤。
7. 观察心电示波，了解除颤效果和并发症。

(三) 注意事项。

1. 除颤时远离水及导电材料。
2. 清洁并擦干皮肤，不能使用酒精、含有苯基的酞剂或止汗剂。
3. 手持电极板时，两极不能相对，不能面向自己。
4. 放置电极板部位应避免瘢痕、伤口。
5. 如电极板部位安放有医疗器械，除颤时电极板应远离医疗器械至少 2.5cm 以上。
6. 患者右侧卧位时，STERNUM 手柄电极，置于左肩胛下区与心脏同高处；APEX 手柄电极，置于心前区。
7. 安装有起搏器的患者除颤时，电极板距起搏器至少 10cm。
8. 如果一次除颤后不能消除室颤，移开电极板后应立即进行胸外按压。
9. 操作后应保留并标记除颤时自动描记的心电图。
10. 使用后将电极板充分清洁，及时充电备用；定期充电并检查性能。

五、洗胃

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者生命体征、意识状态、合作程度、有无洗胃

禁忌证。

2. 评估患者为口服毒物中毒，分析摄入毒物的种类、剂量、时间，询问是否曾经呕吐以及入院前是否采取其他处理措施，并询问既往是否有胃部疾病史及心脏病史。

（二）操作要点。

1. 备齐用物，配置洗胃液，温度为 35 ~ 38℃。
2. 患者平卧，头偏向一侧或取左侧卧位。
3. 测量应插入的胃管长度，经口腔或鼻腔将胃管缓慢送入胃内，确认胃管在胃内，固定胃管。
4. 吸尽胃内容物，必要时留取标本送检。
5. 使用洗胃机洗胃时，按照使用说明操作；每次灌洗胃液 300 ~ 500ml，抽吸，反复冲洗直至洗净为止。
6. 遵医嘱拔管并记录，拔管时先将胃管反折或将其前端夹住，以免管内液体误入气管。

（三）注意事项。

1. 呼吸心跳骤停者，应先复苏，后洗胃。
2. 洗胃前应检查生命体征，如有呼吸道分泌物增多或缺氧，应先吸痰，再插胃管洗胃。
3. 尽早开放静脉通道，遵医嘱给药。
4. 当中毒性质不明时，抽出胃内容物送检，洗胃液可选用温开水或等渗盐水，待毒物性质明确后，再使用拮抗药。
5. 洗胃时，注意观察灌入液与排出液是否相等，排出液

的颜色、气味、性质，一旦排出液呈血性或患者感觉腹痛，血压下降，应立即停止洗胃，及时通知医生予以处理。

6. 洗胃完毕，胃管宜保留一定时间，以利再次洗胃，尤其是有机磷中毒者，胃管应保留 24h 以上，便于反复洗胃。

7. 强酸、强碱及腐蚀性药物中毒时禁忌洗胃，胃癌、食道阻塞、胃底食道静脉曲张及消化性溃疡患者慎洗胃。

六、止血

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者意识状态、合作能力。
2. 了解判断出血部位、性质、出血量。
3. 评估现场适合止血的物品及条件。

（二）操作要点。

1. 四肢小动脉、中小静脉或毛细血管出血应采用加压包扎止血法，将无菌敷料加压覆盖于伤口上控制出血，同时抬高患肢以避免因静脉回流受阻而增加出血，观察血供情况。

2. 头、面、颈部和四肢的外伤出血应采用按压止血法，将手指或拳头压迫伤口近心端的表浅动脉，用力将动脉压向深部的骨骼上。

3. 四肢大动脉出血或采用加压包扎后不能有效控制的大出血应采用止血带止血法；在伤口的近心端将止血带与皮肤之间加衬垫后进行结扎，上臂结扎止血带在 1/2 处，下肢

大出血应扎在股骨中下 1/3 交界处，大腿结扎在大腿根处，标记结扎日期、时间和部位。

4. 血管断端喷血应采用结扎止血法，用止血钳直接夹闭血管的断端。

（三）指导要点。

1. 告知患者止血的目的、方法、操作可能出现的不适及并发症。

2. 指导患者配合的方法。

（四）注意事项。

1. 条件允许前提下，必须使用无菌敷料；在紧急状态下，现场任何清洁而合适的物品都可临时作为止血用物。

2. 使用加压包扎止血法时，敷料要厚，压力要适当，包扎范围应大，若伤口内有碎骨或异物存在时，不得应用此法。

3. 止血带松紧度以出血停止、远端摸不到动脉搏动为宜；止血带要做出显著标记（如红色布条），并注明扎止血带的时间；结扎时间 > 1h，应每 30min 放松 1 次，每次 30 ~ 60s；松解时，可用按压法止血。

4. 止血带止血法不适用于前臂及小腿部位的止血。在紧急情况下可用绷带、布带等代替，但不应用绳索、电线或铁丝等物代替。

5. 按压止血法属于应急措施，应根据现场情况及时改用其他止血方法。

第十一章 常用标本采集

正确的检验结果对疾病的诊断、治疗和预后判断具有非常重要的意义，而正确的检验结果与正确采集标本关系密切。作为标本采集者，护士应了解各种检验的目的，掌握正确采集标本的方法，采集过程中严格执行查对制度、遵守无菌技术操作原则及标准预防措施，以保证检验结果的准确性。

一、血标本采集

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识及配合程度，需空腹取血者了解是否空腹。
2. 评估穿刺部位皮肤、血管状况和肢体活动度。

（二）操作要点。

1. 真空采血法：根据标本类型选择合适的真空采血管，将采血针与持针套连接，按无菌技术操作规程进行穿刺，见回血后，按顺序依次插入真空采血管。

2. 注射器直接穿刺采血法：根据采集血标本的种类准确计算采血量，选择合适的注射器，按无菌技术操作规程进行穿刺。采集完成后，取下注射器针头，根据不同标本所需血量，分别将血标本沿管壁缓慢注入相应的容器内，轻轻混匀，勿用力震荡。

3. 经血管通路采血法：外周血管通路仅在置入时可用于采血，短期使用或预期使用时间不超过 48h 的外周导管可专门用于采血，但不能给药。采血后，血管通路要用足够量的生理盐水冲净导管中的残余血液。

（三）指导要点。

1. 告知患者血标本采集的目的及配合方法，如需空腹采血应提前告知。

2. 告知患者按压穿刺部位及按压时间。

（四）注意事项。

1. 在安静状态下采集血标本。
2. 若患者正在进行输液治疗，应从非输液侧肢体采集。
3. 同时采集多种血标本时，根据采血管说明书要求依次采集血标本。

4. 采血时尽可能缩短止血带的结扎时间。

5. 标本采集后尽快送检，送检过程中避免过度震荡。

二、血培养标本采集

（一）评估和观察要点。

1. 评估病情、治疗、心理状态及配合程度。
2. 了解寒颤或发热的高峰时间。
3. 了解抗生素使用情况。
4. 评估穿刺部位皮肤、血管状况和肢体活动度。

（二）操作要点。

1. 注射器直接穿刺采血法（同血标本采集）。
2. 经血管通路采血法（同血标本采集）。
3. 经外周穿刺的中心静脉导管取血法：取 1 支注射器抽生理盐水 20ml 备用，另备 2 支注射器。取下肝素帽，连接 1 支空注射器，抽出 5ml 血液弃去；如正在静脉输液中，先停止输液 20s，再抽出 5ml 血液弃去。另接 1 支注射器抽取足量血标本。然后以生理盐水 20ml 用注射器以脉冲式冲洗导管。消毒导管接口，清除残留血迹。连接肝素帽或三通管（或正压接头），如有静脉输液可打开输液通道。
4. 成人每次采集 10～20ml，婴儿和儿童 1～5ml。
5. 用 75%乙醇消毒培养瓶瓶塞，待干，将血标本分别注入需氧瓶和厌氧瓶内，迅速轻摇，混合均匀。

（三）指导要点。

告知患者检查目的、方法、注意事项和配合方法。

（四）注意事项。

1. 血培养瓶应在室温下避光保存。
2. 根据是否使用过抗生素，准备合适的需氧瓶和厌氧瓶。
3. 间歇性寒战患者应在寒战或体温高峰前取血；当预测寒战或高热时间有困难时，应在寒战或发热时尽快采集血培养标本。
4. 已使用过抗生素治疗的患者，应在下次使用抗生素前采集血培养标本。

5. 血标本注入厌氧菌培养瓶时，注意勿将注射器中空气注入瓶内。

6. 2 次血培养标本采集时间至少间隔 1h。

7. 经外周穿刺的中心静脉导管采取血培养标本时，每次至少采集 2 套血培养，其中一套从独立外周静脉采集，另外一套则从导管采集。两套血培养的采血时间必须接近（ $\leq 5\text{min}$ ），并做标记。

三、血气分析标本采集

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的体温、吸氧状况或者呼吸机参数的设置。
2. 评估穿刺部位皮肤及动脉搏动情况。

（二）操作要点。

1. 患者取卧位或坐位，暴露穿刺部位（成人常选择桡动脉或股动脉，新生儿宜选择桡动脉）。

2. 宜选用血气专用注射器采集血标本。若使用常规注射器，应在穿刺前先抽取肝素钠 0.2ml，转动注射器针栓使整个注射器内均匀附着肝素钠，针尖向上推出多余液体和注射器内残留的气泡。

3. 选择并消毒患者穿刺部位和操作者的食、中指，以两指固定动脉搏动最明显处，持注射器在两指间垂直或与动脉走向呈 40° 角刺入动脉。若穿刺成功，可见血液自动流入注射器内，采血 1ml。

4. 拔针后立即将针尖斜面刺入无菌橡皮塞或专用凝胶针帽，压迫穿刺点 5~10min。

5. 轻轻转动血气针，使血液与抗凝剂充分混匀，以防止凝血。

6. 经动脉测压管取血法：先用注射器抽出冲洗用肝素盐水并丢弃，缓缓抽出约 5ml 血液，换 2ml 肝素化的注射器抽取标本 1ml。

（三）指导要点。

1. 告知患者检查的目的及配合方法。
2. 告知患者按压穿刺部位及按压时间。

（四）注意事项。

1. 洗澡、运动后，应休息 30min 再采血。
2. 标本应隔绝空气，避免混入气泡或静脉血。
3. 凝血功能障碍者穿刺后应延长按压时间至少 10min。
4. 采集标本后 30min 内送检。

四、尿标本采集

（一）评估和观察要点。

1. 排尿情况及配合程度。
2. 女性患者是否在月经期，若在月经期，则不宜留取尿标本。

（二）操作要点。

1. 晨尿：留取晨起后第一次尿液的中段尿放入清洁容器

送检。

2. 餐后尿：留取进餐后 2h 的尿液。

3. 尿定量检查：将规定时间内的尿液装入含有防腐剂的洁净容器内，混匀后记录总量，取 100 ~ 200ml 送检。

4. 尿胆原检测：以留取 14:00 ~ 16:00 时间段的尿液为宜。

5. 尿培养标本检测

(1) 中段尿采集法：一般要求在膀胱内存留 4 ~ 6h 或以上的尿液为佳；用清水充分清洗会阴部，再用灭菌水冲洗尿道口。若男性患者包皮过长，应将包皮翻开冲洗。排尿，将前段尿弃去，留取中段尿 10ml，置于灭菌容器内。

(2) 尿管尿液采集法：尿潴留者用导尿管弃去前段后，留取 10 ~ 15ml 尿液置于灭菌容器内送检；留置导尿患者应先夹闭尿管 30s，消毒导尿管外部及尿管口，用注射器通过导尿管抽取尿液，防止带入消毒剂；长期留置尿管者，应在更换新导尿管后留取尿标本。

(三) 指导要点。

1. 告知患者正确留取尿标本对检验结果的重要性。

2. 告知患者留取尿标本的目的、方法、注意事项及配合要点。

(四) 注意事项。

1. 会阴部分泌物过多时，应先清洁或冲洗会阴后再留取。

2. 避免经血、白带、精液、粪便或其他异物混入标本。
3. 选择在抗生素应用前留取尿培养标本。
4. 不能留取尿袋中的尿液标本送检。
5. 留取尿标本前不宜过多饮水。
6. 尿标本留取后要及时送检。

五、便标本采集

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、治疗、排便情况及配合程度。
2. 了解女性患者是否在月经期。

（二）操作要点。

1. 自然排便采集法：自然排便后，留取便标本。
2. 无法排便者：将肛拭子前端用甘油或生理盐水湿润，插入肛门 4~5cm（幼儿 2~3cm）处，轻轻在直肠内旋转，沾取直肠内粘液后取出，置于容器内。
3. 采集标本时，应选取中央部分或含有黏液、脓血等部分。
4. 检查蛲虫卵：取透明薄膜纸于夜晚 12 点左右或清晨排便前由肛门口周围拭取，立即镜检。
5. 找寄生虫体或虫卵计数：采集 24h 便。
6. 便隐血试验：检查前 3 天内禁食肉类、肝类、血类食物，并禁服铁剂，按要求采集标本。
7. 检查阿米巴原虫，应在采集前将容器用热水加温，便

后连同容器立即送检。

8. 服驱虫剂或做血吸虫孵化检查时，应留取全部粪便及时送检。

（三）指导要点。

1. 告知患者正确留取标本对检验结果的重要性。
2. 告知患者粪便标本留取的方法及注意事项。

（四）注意事项。

1. 灌肠后的粪便、粪便过稀及混有油滴等不宜作为检查标本。

2. 便标本应新鲜，不可混入尿液及其他杂物。

六、呼吸道标本采集

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的年龄、病情、治疗、排痰情况及配合程度。
2. 评估患者口腔黏膜有无异常。
3. 观察痰液的颜色、性质、量、分层、气味、粘稠度和有无肉眼可见的异常物质等。

（二）操作要点。

1. 自行咳痰采集法：晨痰为佳，用冷开水漱口，深吸气后用力咳出呼吸道深部痰液，标本量不少于 1ml，痰量少或无痰患者可采用 10% 盐水加温至 45℃ 左右雾化吸入后，将痰液咳出。

2. 难于自然咳嗽、不合作或人工辅助呼吸患者的痰液采

集法：患者取适当卧位，先叩击患者背部，然后将集痰器与吸引器连接，抽吸痰液 2~5ml 于集痰器内。

3. 气管镜采集法：协助医生在气管镜引导下，直接采集标本。

4. 咽拭子采集法：患者用清水漱口，取出无菌拭子蘸取少量无菌生理盐水；用压舌板轻压舌部，迅速擦拭患者口腔两侧腭弓及咽、扁桃体的分泌物，避免咽拭子触及其他部位；迅速把咽拭子插入无菌试管内塞紧。

5. 24h 痰标本采集法：在广口集痰瓶内加少量清水。患者起床后进食前漱口后第一口痰开始留取，至次日晨进食前漱口后最后一口痰结束，全部痰液留入集痰瓶内，记录痰标本总量、外观和性状。

（三）指导要点。

1. 告知患者正确留取标本对检验结果的重要性。
2. 告知患者痰标本留取的方法及注意事项。
3. 告知患者避免将唾液、漱口水、鼻涕等混入痰中。

（四）注意事项。

1. 除 24h 痰标本外，痰液收集时间宜选择在清晨。
2. 查痰培养及肿瘤细胞的标本应立即送检。
3. 避免在进食后 2h 内留取咽拭子标本，以防呕吐，棉签不要触及其他部位以免影响检验结果。

七、导管培养标本采集

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情和导管局部皮肤情况。
2. 了解导管留置时间。
3. 评估穿刺部位皮肤状况和肢体活动度。

（二）操作要点。

1. 采集血培养标本两套，一套从可疑感染的导管采集，另一套从独立外周静脉采集（方法同血标本采集）。
2. 协助患者摆放体位，使导管穿刺点位置低于心脏水平。
3. 缓慢移出导管，迅速按压穿刺点，检查导管尖端是否完整。
4. 用灭菌剪刀剪取导管尖端和皮下部分，分别置于无菌试管内塞紧，注明留取时间。

（三）指导要点。

1. 告知患者留取标本的重要性。
2. 告知患者标本留取的方法及配合方法。
3. 告知患者按压穿刺部位及按压时间。

（四）注意事项。

1. 采集标本的时机尽可能选在使用抗生素之前。
2. 留取导管标本应与采集血培养标本同时进行，采集时间宜在 5min 内完成。

第十二章 给药治疗与护理

药物的作用是预防、诊断和治疗疾病。护士不仅是给药的直接执行者，还是药物作用的观察者和患者合理用药的指导者。护士需掌握各类药物的相关知识，在临床用药中，必须严格执行查对制度，准确、安全给药，并依法、安全、认真地做好各类药物的管理工作，同时，掌握正确的用药护理技术，注意患者的个体差异，观察和了解患者用药后反应，确保患者的用药安全。

一、护理单元药品管理

（一）一般药品管理。

1. 药品存放、使用、管理应有相应规范。
2. 专人管理，专柜保存，保持药品柜整洁。
3. 储存药品容器的标签清晰。
4. 各类药品必须分开放置，保存方法符合说明书要求。
5. 高危药品必须单独存放，有醒目标识。
6. 按照有效期限的先后顺序有计划地使用药品，使用后及时补充。

（二）毒麻药品及精神药品的管理。

1. 按照《麻醉药品和精神药品管理条例》进行管理。
2. 麻醉药品需专柜加锁保存，使用专用处方，专本登记，专人管理，每班清点交接。
3. 按照具备麻醉处方权的医生开具的医嘱和麻醉处方

为本护理单元患者使用麻醉药品。

4. 对未用完的最小包装剩余药进行销毁，销毁应有 2 人在场并签字。

二、口服给药

（一）评估和观察要点。

1. 评估病情、意识状态、自理能力、合作程度、用药史、过敏史、不良反应史。

2. 评估有无口腔、食管疾病，吞咽困难等。

3. 了解药物的性质、服药方法、注意事项及药物之间的相互作用。

4. 了解用药效果及不良反应。

（二）操作要点。

1. 小剂量液体药物，应精确量取，确保剂量准确。

2. 所有药物应一次取离药盘，不同患者的药物不可同时取出。

3. 协助患者服药，确认服下后方可离开，对危重和不能自行服药的患者应予喂药。

4. 鼻饲给药时，应将药物研碎，用水溶解后由胃管注入。

（三）指导要点。

1. 告知患者口服给药的方法、配合要点、服用特殊要求、注意事项。

2. 指导慢性病和出院后继续服药的患者按时、正确、安

全服药。

（四）注意事项。

1. 遵医嘱及药品使用说明书服药。
2. 观察服药后不良反应。
3. 患者不在病房或者因故暂不能服药者，暂不发药，做好交班。

三、抽吸药液

（一）评估和观察要点。

1. 评估操作环境是否符合无菌操作要求。
2. 评估药液及注射器是否符合要求。
3. 观察抽吸的粉剂药是否完全溶解。
4. 了解所配药液的配伍要求。

（二）操作要点。

1. 抽吸药液前应严格查对。
2. 自安瓿内吸取药液：将安瓿顶端药液弹至体部；消毒安瓿颈部后划一锯痕，再次消毒后折断；将注射器针头斜面向下置入液面以下，抽动活塞，吸取药液。
3. 自密封瓶内吸取药液：消毒后，用注射器吸入与所需药液等量的空气注入瓶内，倒转药瓶，使针尖在液面以下吸取所需药液，固定针栓，拔出针头。
4. 粉剂药的吸取：用无菌生理盐水或注射用水或专用溶媒将结晶或粉剂药充分溶解后吸取。

（三）注意事项。

1. 抽吸药液时，遵循无菌操作原则和药品配伍要求。
2. 混悬剂摇匀后立即吸取，油剂可稍加温或双手对搓药瓶（药液遇热易破坏者除外）后用稍粗针头吸取。
3. 抽吸完药液应在标签上注明患者及药液的信息，并贴于注射器上。

四、皮内注射

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。
2. 了解患者过敏史、用药史、不良反应史。
3. 评估注射部位的皮肤状况。
4. 了解用药反应及皮试结果。

（二）操作要点。

1. 核对药物和患者，协助患者采取适当体位，暴露注射部位。
2. 消毒皮肤。
3. 绷紧皮肤，注射器针头斜面向上与皮肤呈 5° 角刺入皮内，注入 0.1ml 药液，使局部呈半球状皮丘，皮肤变白并显露毛孔。
4. 迅速拔出针头，勿按压注射部位。
5. 对做皮试的患者，按规定时间由 2 名护士观察结果。

（三）指导要点。

1. 告知患者皮内注射的目的、方法及配合要点。
2. 告知患者出现任何不适，立即通知医护人员。

（四）注意事项。

1. 消毒皮肤时，避免反复用力涂擦局部皮肤，忌用含碘消毒剂。
2. 不应抽回血。
3. 判断、记录皮试结果，告知医生、患者及家属并标注。
4. 备好相应抢救药物与设备，及时处理过敏反应。
5. 特殊药物的皮试，按要求观察结果。

五、皮下注射

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。
2. 了解过敏史、用药史。
3. 评估注射部位皮肤和皮下组织状况。
4. 了解患者用药效果及不良反应。

（二）操作要点。

1. 核对药物和患者，协助患者采取适当体位，暴露注射部位。
2. 消毒皮肤。
3. 根据注射部位选择正确的注射方法。
4. 过度消瘦者，捏起局部组织，减小穿刺角度。
5. 抽回血，如无回血，缓慢推注药液。

6. 快速拔针，轻压进针处片刻。

(三) 指导要点。

1. 告知患者药物的作用、注意事项及配合要点。
2. 指导患者勿揉搓注射部位，出现异常及时通知医护人员。

(四) 注意事项。

1. 遵医嘱及药品说明书使用药品。
2. 观察注射后不良反应。
3. 需长期注射者，有计划地更换注射部位。

六、肌肉注射

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。
2. 了解过敏史、用药史。
3. 评估注射部位的皮肤和肌肉组织状况。
4. 了解用药效果及不良反应。

(二) 操作要点。

1. 核对药物和患者，协助采取适当体位，暴露注射部位，注意保护患者隐私。
2. 消毒皮肤。
3. 一手绷紧皮肤，一手持注射器垂直快速刺入肌内。
4. 抽回血，如无回血，缓慢注入药液。
5. 快速拔针，轻压进针处片刻。

（三）指导要点。

1. 告知患者注射时配合事项，如侧卧位时上腿伸直、下腿稍弯曲，俯卧位时足尖相对、足跟分开。
2. 告知患者药物作用和注意事项。

（四）注意事项。

1. 遵医嘱及药品说明书使用药品。
2. 观察注射后疗效和不良反应。
3. 切勿将针头全部刺入，以防针梗从根部折断。
4. 2 岁以下婴幼儿不宜选用臀大肌注射，最好选择臀中肌和臀小肌注射。
5. 出现局部硬结，可采用热敷、理疗等方法。
6. 长期注射者，有计划地更换注射部位，并选择细长针头。

七、静脉注射

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度、药物性质、用药史、过敏史等。
2. 评估穿刺部位的皮肤状况、静脉充盈度和管壁弹性。
3. 评估注射过程中局部组织有无肿胀。
4. 了解用药效果及不良反应。

（二）操作要点。

1. 核对药物和患者，取舒适体位，暴露注射部位。

2. 穿刺部位上方约 5 ~ 6cm 适宜处扎止血带。
3. 消毒皮肤。
4. 一手绷紧皮肤，一手持注射器，针头与皮肤呈 15° ~ 30° 角刺入静脉。
5. 见回血后，可再顺静脉进针少许，松开止血带后缓慢注入药液。
6. 拔针，轻压进针部位 3 ~ 5min。

（三）指导要点。

1. 告知患者静脉注射的目的、方法、药物的作用和副作用及配合要点。
2. 告知患者注射过程及注射后若有不适，及时通知护士。

（四）注意事项。

1. 选择粗直、弹性好、易于固定的静脉，避开关节和静脉瓣。
2. 推注刺激性药物时，须先用生理盐水引导穿刺。
3. 注射过程中，间断回抽血液，确保药液安全注入血管内。
4. 根据患者年龄、病情及药物性质以适当速度注入药物，推药过程中要观察患者反应。
5. 凝血功能不良者应延长按压时间。

八、密闭式静脉输液

（一）评估和观察要点。

1. 评估病情、年龄、意识、心肺功能、自理能力、合作程度、药物性质、过敏史等。
2. 评估穿刺点皮肤、血管的状况。

（二）操作要点。

1. 患者取舒适体位，选择血管。
2. 头皮针穿刺：消毒皮肤，头皮针与皮肤呈 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 角斜行进针，见回血后再进入少许，妥善固定。
3. 留置针穿刺：消毒皮肤，留置针与皮肤呈 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 角刺入血管，见回血后再进入少许，保证外套管在静脉内，将针尖退入套管内，连针带管送入血管内，松开止血带，撤出针芯，连接无针输液装置，用透明敷料妥善固定，注明置管时间。
4. 根据药物及病情调节滴速。

（三）指导要点。

1. 告知患者操作目的、方法及配合要点。
2. 告知患者或家属不可随意调节滴速。
3. 告知患者穿刺部位的肢体避免用力过度或剧烈活动。
4. 出现异常及时告知医护人员。

（四）注意事项。

1. 选择粗直、弹性好、易于固定的静脉，避开关节和静脉瓣，下肢静脉不应作为成年人穿刺血管的常规部位。

2. 在满足治疗前提下选用最小型号、最短的留置针。
3. 输注 2 种以上药液时，注意药物间的配伍禁忌。
4. 不应在输液侧肢体上端使用血压袖带和止血带。
5. 定期换药，如果患者出汗多，或局部有出血或渗血，可选用纱布敷料。
6. 敷料、无针接头或肝素帽的更换及固定均应以不影响观察为基础。
7. 发生留置针相关并发症，应拔管重新穿刺，留置针保留时间根据产品使用说明书而定。

九、经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）输液

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、年龄、血管条件、意识状态、治疗需求、心理反应及合作程度。
2. 了解既往静脉穿刺史、有无相应静脉的损伤及穿刺侧肢体功能状况。
3. 评估是否需要借助影像技术帮助辨认和选择血管。
4. 了解过敏史、用药史、凝血功能及是否安装起搏器。
5. 置管期间，定期评估穿刺点局部情况、导管位置、导管内回血情况，测量双侧上臂臂围。

（二）操作要点。

1. PICC 置入。

- （1）确认已签知情同意书。

(2) 摆放体位，充分暴露穿刺部位，手臂外展与躯干呈 90° 角。

(3) 测量预置导管长度及上臂臂围，并记录。

(4) 按照无菌操作原则，使用无菌隔离衣、无菌的无粉手套、帽子、口罩、无菌大单。

(5) 消毒范围以穿刺点为中心直径 20cm，两侧至臂缘；先用乙醇清洁脱脂，待干后，再用碘伏消毒 3 遍，或选择取得国务院卫生行政部门卫生许可批件的消毒剂进行消毒。

(6) 置管前检查导管的完整性，导管及连接管内注入生理盐水，并用生理盐水湿润导管。

(7) 扎止血带，15° ~ 30° 实施穿刺，确定回血后，降低角度进 0.5cm 再送导入鞘，确保导入鞘进入静脉内；放松止血带，拔出穿刺针芯，再送入导管；到相当深度后拔出导入鞘；固定导管，移去导丝，并安装输液接头。

(8) 将体外导管放置呈“S”状或“L”型弯曲，用免缝胶带及透明敷料固定。

(9) 透明敷料上注明导管的种类、规格、置管深度，日期和时间，操作者姓名。

(10) X 线确定导管尖端位置，做好记录。

2. 成人 PICC 维护。

(1) 记录导管刻度、贴膜更换时间、置管时间，测量双侧上臂臂围并与置管前对照。

(2) 输液接头每周更换 1 次，如输注血液或胃肠外营养液，需 24h 更换 1 次。

(3) 冲、封管遵循 SASH 原则：S-生理盐水；A-药物注射；S-生理盐水；H-肝素盐水（若禁用肝素者，则实施 SAS 原则），根据药液选择适当的溶液脉冲式冲洗导管，每 8h 冲管 1 次；输注脂肪乳、输血等粘稠液体后，用生理盐水 10~20ml 脉冲正压冲管后，再输其他液体；封管时使用 10~100U/ml 肝素盐水脉冲式正压封管，封管液量应 2 倍于导管+附加装置容积。

(4) 更换敷料时，由导管远心端向近心端除去无菌透明敷料，戴无菌手套，以穿刺点为中心消毒，先用乙醇清洁，待干后，再用碘伏消毒 3 遍，或选择取得国务院卫生行政部门卫生许可批件的消毒剂进行消毒，消毒面积应大于敷料面积。

(5) 无菌透明敷料无张力粘贴固定；注明贴无菌敷料的日期、时间、置管深度和操作者。

(6) 记录穿刺部位情况及更换敷料的日期、时间。

3. 新生儿 PICC 维护。

(1) 输液前抽回血，见回血后再抽取生理盐水 2ml 脉冲式正压冲管，连接输液器。

(2) 输液结束给予生理盐水 2ml 脉冲式冲管后给予 10U/ml 肝素盐水 1~2ml 正压封管。

(3) 间断给药，每次给药后用 2ml 生理盐水冲管。

(4) 输注脂肪乳期间，每 6~8h 用生理盐水 1~2ml 正压冲管 1 次。

(三) 指导要点。

1. 告知患者置入 PICC 的目的、方法、配合要点。

2. 指导患者留置 PICC 期间穿刺部位防水、防牵拉等注意事项。

3. 指导患者观察穿刺点周围皮肤情况，有异常及时通知护士。

4. 指导患者置管手臂不可过度用力，避免提重物、拄拐杖，衣服袖口不可过紧，不可测血压及静脉穿刺。

5. 告知患者避免盆浴、泡浴。

(四) 注意事项。

1. 护士需要取得 PICC 操作的资质后，方可进行独立穿刺。

2. 置管部位皮肤有感染或损伤、有放疗史、血栓形成史、外伤史、血管外科手术史或接受乳腺癌根治术和腋下淋巴结清扫术后者，禁止在此置管。

3. 穿刺首选贵要静脉，次选肘正中静脉，最后选头静脉。肘部静脉穿刺条件差者可采用 B 超引导下 PICC 置管术。

4. 新生儿置管后体外导管固定牢固，必要时给予穿刺侧上肢适当约束。

5. 禁止使用 <10ml 注射器给药及冲、封管，使用脉冲式方法冲管。

6. 输入化疗药物、氨基酸、脂肪乳等高渗、强刺激性药物或输血前后，应及时冲管。

7. 常规 PICC 导管不能用于高压注射泵推注造影剂。

8. PICC 置管后 24h 内更换敷料，并根据使用敷料种类及贴膜使用情况决定更换频次；渗血、出汗等导致的敷料潮湿、卷曲、松脱或破损时立即更换。

9. 新生儿选用 1.9frPICC 导管，禁止在 PICC 导管处抽血、输血及血制品，严禁使用 10ml 以下注射器封管、给药。

10. 禁止将导管体外部分人为移入体内。

十、中心静脉导管（CVC）维护

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者中心静脉导管固定情况，导管是否通畅。

2. 评估穿刺点局部和敷料情况；查看贴膜更换时间、置管时间。

（二）操作要点。

1. 暴露穿刺部位，垫一次性治疗巾，将敷料水平方向松懈，脱离皮肤后自下而上去除敷料。

2. 打开换药包，戴无菌手套。

3. 垫治疗巾，消毒穿刺点及周围皮肤，更换敷料，妥善固定。

4. 先关闭 CVC 导管夹，用无菌纱布衬垫取下原有输液接头，消毒接口，更换输液接头。

5. 在透明敷料上注明换药者姓名、换药日期和时间。

6. 冲、封管应遵循生理盐水、药物注射、生理盐水、肝素盐水的顺序原则。

7. 输液结束，应用 20ml 生理盐水脉冲式冲洗导管，用肝素盐水正压封管，封管液量应 2 倍于导管加辅助装置容积。

（三）指导要点。

1. 告知患者保持穿刺部位的清洁干燥，如贴膜有卷曲、松动或贴膜下有汗液、渗血及时通知护士。

2. 告知患者妥善保护体外导管部分。

（四）注意事项。

1. 中心静脉导管的维护应由经过培训的医护人员进行。

2. 出现液体流速不畅，使用 10ml 注射器抽吸回血，不应正压推注液体。

3. 输入化疗药物、氨基酸、脂肪乳等高渗、强刺激性药物或输血前后，应及时冲管。

4. 无菌透明敷料每 3 天更换 1 次，纱布敷料常规每日更换 1 次；出现渗血、出汗等导致的敷料潮湿、卷曲、松脱或破损时应立即更换。

5. 注意观察中心静脉导管体外长度的变化，防止导管脱出。

十一、置入式静脉输液港（PORT）维护

（一）评估和观察要点。

1. 根据治疗要求选择最小规格的无损伤针。
2. 观察穿刺部位皮肤情况，轻触输液港，判断穿刺座有无移位、翻转。

（二）操作要点。

1. 戴无菌手套，以穿刺点为中心用消毒液进行皮肤消毒，消毒面积应大于敷料面积。
2. 穿刺：触诊定位穿刺隔，一手找到输液港注射座的位置，拇指与食指、中指呈三角形，将输液港拱起；另一手持无损伤针自三指中心处垂直刺入穿刺隔（不要过度绷紧皮肤），直达储液槽基座底部；有阻力时不可强行进针。
3. 穿刺成功后，抽回血，冲净无损伤针套件及输液港后，用无菌纱布垫在无损伤针针尾下方，可根据实际情况确定纱布垫的厚度，用透明敷料固定无损伤针。
4. 注明更换敷料和无损伤针的日期和时间。
5. 当注射液剩下最后 0.5ml 时，以两指固定泵体，边推注边撤出无损伤针，正压封管。

（三）指导要点。

1. 指导患者保持穿刺输液港的部位清洁干燥，贴膜有卷曲、松动、贴膜下有汗液等及时通知护士。
2. 指导患者妥善保护无损伤针方法。

（四）注意事项。

1. 静脉输液港的维护应由经过专门培训的医护人员进行。

2. 抽吸无回血时，应立即停止输液治疗，寻找原因，必要时行胸部 X 线检查，确认输液港的位置。

3. 敷料、无损伤针至少应每 7 天更换 1 次。

4. 不应在连接有植入式输液港的一侧肢体上进行血流动力学监测和静脉穿刺。

5. 冲、封导管和静脉注射给药时必须使用 10ml 以上注射器，防止小注射器的压强过大，损伤导管、瓣膜或导管与注射座连接处。

6. 输高粘性液体每 4h 生理盐水冲管 1 次，输血后应立即冲管，两种药物之间有配伍禁忌时应冲净输液港再输入，治疗间歇应每 4 周冲、封管一次。

7. 禁用于高压注射泵推注造影剂。

十二、静脉给药辅助装置应用

（一）肝素帽、输液接头、三通接头使用。

1. 评估和观察要点。

（1）评估肝素帽、输液接头、三通接头的更换时间、有效期及包装完整性。

（2）肝素帽、输液接头、三通接头与输液装置系统各部位吻合、紧密情况。

(3) 肝素帽、输液接头、三通接头内无血液残留、完整性良好。

2. 操作要点。

(1) 根据治疗及管路维护需要选择输液辅助装置。

(2) 将肝素帽、输液接头、三通接头与输液器无菌连接，常规排气。

(3) 连接输液通路。

(4) 使用肝素帽和输液接头输液结束后，脉冲正压式封管，当封管液剩余 0.5~1ml 时边推边关闭导管夹；使用三通接头时，输液完毕按需关闭或移除三通接头。

3. 指导要点。

(1) 指导患者避免用力过度或剧烈活动，防止导管滑脱。

(2) 指导患者不应随意触碰输液辅助装置，如有液体渗出立即通知护士。

4. 注意事项。

(1) 按照产品使用说明书的要求定期更换输液辅助装置。

(2) 保证输液辅助装置连接紧密。

(3) 妥善固定输液辅助装置，预防由于重力所致导管脱出。

(二) 输液泵。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估患者病情、意识、过敏史、自理能力、合作程度、穿刺肢体血供状况。

(2) 了解药物的作用、副作用及药物配伍禁忌，观察用药后反应。

(3) 评估输液泵功能状态。

2. 操作要点。

(1) 备好静脉输液通路。

(2) 输液管路排气后备用。

(3) 固定输液泵，接通电源。

(4) 打开输液泵门，固定输液管路，关闭输液泵门。

(5) 设置输液速度、预输液量。

(6) 启动输液泵，运行正常后将输液泵管与静脉通路连接。

3. 指导要点。

(1) 指导患者应用输液泵的目的、方法及注意事项。

(2) 告知患者发生任何异常情况及时通知护士。

4. 注意事项。

(1) 特殊用药需有特殊标记，避光药物需用避光输液泵管。

(2) 使用中，如需更改输液速度，则先按停止键，重新设置后再按启动键；如需打开输液泵门，应先夹闭输液泵

管。

(3) 根据产品说明使用相应的输液管路，持续使用时，每 24h 更换输液管道。

(4) 依据产品使用说明书制定输液泵维护周期。

(三) 微量注射泵。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估患者病情、意识、自理能力及合作程度。

(2) 了解患者过敏史、用药史、药物的作用和副作用及药物配伍禁忌，观察用药后反应。

(3) 评估微量注射泵功能。

2. 操作要点。

(1) 备好静脉输液通路。

(2) 核对医嘱和患者，准备药液，注明药名、浓度、剂量、速度。

(3) 连接微量泵的辅助导管，排气后安装到微量泵上。

(4) 固定微量泵。

(5) 遵医嘱设置输注速度、量。

(6) 连接静脉通路，启动微量泵，记录。

(7) 更换药液时，应先夹闭静脉通道，暂停微量泵输注，取出注射器，更换完毕后，放回微量泵，复查注射程序无误后，再启动微量泵开始注射。

3. 指导要点。

(1) 指导患者应用微量泵的目的、方法及注意事项。

(2) 告知患者微量泵使用过程中不可自行调节。

(3) 告知患者出现任何异常情况及时通知护士。

4. 注意事项。

(1) 需避光的药液，应用避光注射器抽取药液，并使用避光泵管。

(2) 使用中，如需更改输液速度，则先按停止键，重新设置后再按启动键；更换药液时，应暂停输注，更换完毕复查无误后，再按启动键。

(3) 持续使用时，每 24h 更换微量泵管道及注射器。

(4) 依据产品使用说明书制定输液泵预防性维护周期。

十三、密闭式静脉输血

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者年龄、病情、意识状态、自理能力、合作程度。

2. 了解血型、输血史及不良反应史。

3. 评估局部皮肤及血管情况。

4. 观察有无输血反应。

(二) 操作要点。

1. 按相关法规要求双人核对输血相关信息。

2. 建立静脉通路。

3. 输注生理盐水。

4. 床边双人再次核对。
5. 消毒血袋导管，插入输血器。
6. 调节滴速，输血起始速度宜慢，观察 15min 患者无不适后根据病情、年龄及输注血液制品的成分调节滴速。
7. 输血完毕，用生理盐水冲管，记录。

（三）指导要点。

1. 告知患者输血目的、方法，告知患者及家属输血中的注意事项。
2. 告知患者输血反应的表现，出现不适及时通知医护人员。

（四）注意事项。

1. 血制品不得加热，禁止随意加入其他药物，不得自行贮存，尽快应用。
2. 输注开始后的 15min 以及输血过程应定期对患者进行监测。
3. 1 个单位的全血或成分血应在 4h 内输完。
4. 全血、成分血和其他血液制品应从血库取出后 30min 内输注。
5. 连续输入不同供血者血液制品时，中间输入生理盐水。
6. 出现输血反应立即减慢或停止输血，更换输液器，用生理盐水维持静脉通畅，通知医生，做好抢救准备，保留余

血，并记录。

7. 空血袋低温保存 24h，之后按医疗废物处理。

十四、局部给药

（一）雾化吸入。

1. 评估和观察要点。

（1）评估患者病情、意识、自理能力、合作程度、呼吸道、面部及口腔情况。

（2）了解患者过敏史、用药史。

（3）检查雾化器各部件性能。

2. 操作要点。

（1）协助取舒适体位。

（2）配制药液，置入雾化容器内：①超声雾化吸入时，将药液倒入雾化罐内，检查无漏水后，将其放入水槽，预热机器；②空气压缩泵雾化吸入时，将药液倒入喷雾器药杯内；③氧气雾化吸入时，将药液倒入雾化器的药杯内。

（3）设定雾化时间、调节雾量；氧气雾化吸入时，连接雾化器与氧气装置，通过调节氧流量来调节雾量。

（4）放置口含嘴或面罩。

（5）雾化后，协助患者擦干面部，指导或协助患者排痰。

3. 指导要点。

（1）告知患者雾化吸入法的目的、方法、注意事项和

配合方法。

(2) 告知患者出现不适及时通知医护人员。

4. 注意事项

(1) 出现不良反应如呼吸困难、发绀等，应暂停雾化吸入，吸氧，及时通知医生。

(2) 使用激素类药物雾化后及时清洁口腔及面部。

(3) 更换药液前要清洗雾化罐，以免药液混淆。

(二) 皮肤给药。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估患者病情、意识、合作程度、皮损情况，观察有无新发皮疹。

(2) 了解患者对用药计划的了解、认知程度，过敏史、用药史等。

(3) 评估环境温度及隐蔽程度。

2. 操作要点。

(1) 取合适体位，充分暴露用药部位。

(2) 清洁局部皮损，清除原有药液、血迹、体液、分泌物等。

(3) 根据皮肤受损面积确定药量。

(4) 涂抹药物时，将药物涂于皮肤表面，沿毛发方向揉擦；湿敷药物时，将湿敷垫与皮肤紧密接触；涂抹药量稍多时，可采用封包法用保鲜膜将用药部位包裹两圈，用胶布

粘好。

3. 指导要点。

(1) 告知患者皮肤给药的目的、注意事项和配合方法。

(2) 告知患者出现不适及时通知医护人员。

4. 注意事项。

(1) 给药前应评估局部皮肤状况。

(2) 使用喷雾性药剂时，将患者头部转离喷雾器。如果病变在脸上，应遮盖患者的眼、口、鼻，嘱患者在喷药时做呼气运动，以免刺激或损伤呼吸道黏膜。

(三) 眼内给药。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估患者病情、意识状态、过敏史、自理能力、合作程度、药物性质。

(2) 评估眼睑、结膜、角膜有无异常、有无眼球穿通伤。

(3) 观察用药后反应。

2. 操作要点。

(1) 滴眼药水法：协助患者取坐位，头稍后仰或平卧位，操作者站在患者对面或头侧，一手拇指轻轻向下拉开下眼睑，一手持眼药瓶，先弃去 1~2 滴，嘱患者向上注视，距眼 2~3cm 处将眼药水滴入下穹窿 1~2 滴，以干棉签擦拭流出的药液，并嘱患者轻轻闭目 1~2min。

(2) 涂眼药膏法：①玻璃棒法：检查玻璃棒的完整和光滑度，一手分开患者上下眼睑，嘱患者眼球上转，一手持玻璃棒蘸眼膏并水平放入穹窿部，放开眼睑，告知患者轻闭眼睑，同时转动玻璃棒从水平方向抽出；②软管法：手持药膏软管，将药膏直接挤入患者下穹窿部结膜囊内，告知患者轻闭眼睑，轻轻按摩眼睑使眼膏均匀分布于结膜囊内。

3. 指导要点。

(1) 告知患者用药的方法、目的，以取得患者的合作。

(2) 告知患者用药后要闭眼休息，勿用手揉眼睛。

(3) 告知角膜溃疡、眼球穿通伤及手术后患者勿压迫眼球。

(4) 告知患者如有不适及时通知医护人员。

4. 注意事项。

(1) 给多位患者用药，操作中间应洗手或进行快速手消毒。

(2) 易沉淀的眼药水（如可的松）在使用前应充分摇匀。

(3) 眼药水不宜直接滴在角膜上，药瓶或滴管勿触及睑睫毛，以免污染或划伤。

(4) 同时滴用数种药物时，每种药物需间隔 2~3min。先滴眼药水，后涂眼药膏；先滴刺激性弱的药物，后滴刺激性强的药物；若双眼用药应先滴健眼，后滴患眼，先轻后重。

(5) 滴毒性药物后，应用棉球压迫泪囊部 2~3min。

(6) 用眼药膏宜在晚间睡前或于手术后使用。

(7) 眼药要保持无菌，放置在阴凉、干燥、避光的地方保存。

(四) 耳内给药。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估患者病情、意识状态、过敏史、自理能力、合作程度、药物性质。

(2) 评估耳部情况。

(3) 观察用药后反应。

2. 操作要点。

(1) 取坐位或仰卧位，头偏向健侧，患耳朝上，向外上轻拉耳廓，充分暴露耳道。

(2) 用棉签轻拭外耳道内的分泌物。

(3) 将药液滴入 2~3 滴后，轻压耳屏。

3. 指导要点。

(1) 告知患者耳内用药的方法、目的，取得合作。

(2) 告知患者滴药后保持原卧位 5~10min。

(3) 滴入耵聍软化液前，告知患者，滴入药液量比较多，滴药后可有耳塞、闷胀感。

4. 注意事项。

(1) 滴药时药液不宜过凉。

(2) 有鼓膜穿孔者禁止进行耳内滴药。

(3) 按照解剖特点，成人向后上方牵拉耳廓，小儿向后下方牵拉耳廓，使外耳道变直。

(4) 滴药时滴管口不可触及耳部，以免污染药液。

(五) 鼻腔给药。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估患者病情、意识状态、过敏史、自理能力、合作程度、药物性质。

(2) 评估鼻部情况。

(3) 观察用药后反应。

2. 操作要点。

(1) 鼻腔滴药法：患者取垂头仰卧位或者侧卧位，清洁鼻腔，充分暴露鼻腔，手持滴鼻剂距患者鼻孔约 2cm 处轻滴药液 2~3 滴，轻捏鼻翼。

(2) 鼻腔喷药法：患者取坐位，头稍前倾，手持喷鼻剂，将喷嘴平行稍伸入前鼻孔喷药。

3. 指导要点。

(1) 告知患者鼻内用药的方法、目的，以取得合作。

(2) 鼻腔喷药时告知患者轻吸气。

(3) 滴药后保持原卧位 2~3min。

4. 注意事项。

(1) 药瓶不要与患者鼻腔皮肤接触。

(2) 混悬剂在使用前应充分摇匀。

(六) 口腔给药。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估患者病情、意识状态、过敏史、自理能力、合作程度、药物性质。

(2) 评估口腔情况。

(3) 观察用药效果及不良反应。

2. 操作要点。

(1) 患者舒适卧位。

(2) 遵医嘱使用温水或漱口水漱口。

(3) 指导或协助患者正确放入药物。

3. 指导要点。

(1) 告知患者口腔给药的方法、配合要点。

(2) 告知患者如有难以接受的异物感、不适、异味、口干、流涎、刺激等症状或将药物误服等，及时通知医护人员。

4. 注意事项。

(1) 使用口腔崩解片期间严密观察患者用药反应。

(2) 不能配合口腔给药的患者不宜使用。

(七) 直肠给药。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。

(2) 评估肛周情况，有无直肠给药禁忌证。

(3) 评估环境温度及隐蔽程度。

(4) 观察用药后反应。

2. 操作要点。

(1) 患者取左侧卧位，膝部弯曲，暴露肛门。

(2) 戴上指套或手套，将栓剂沿直肠壁朝脐部方向送入 6~7cm。

3. 指导要点。

(1) 给药时告知患者放松，深呼吸。

(2) 告知患者用药后至少平卧 15min。

(3) 告知患者用药后不适及时通知医护人员。

4. 注意事项。

(1) 直肠活动性出血或腹泻患者不宜直肠给药。

(2) 确保药物放置在肛门括约肌以上。

(3) 自行使用栓剂的患者，护士应给予指导。

(4) 婴幼儿直肠给药，可轻抬臀部 5~10min。

(八) 阴道冲洗。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估病情、年龄、婚姻状况、合作程度及药物性质。

(2) 评估环境温度及隐蔽程度。

(3) 冲洗中观察阴道壁、宫口状况及分泌物性状。

(4) 观察用药后反应。

2. 操作要点。

(1) 患者取膀胱截石位，臀下垫治疗单。

(2) 冲洗筒高于床沿 60~70cm，排去管内空气。

(3) 窥阴器张开阴道。

(4) 边冲洗边轻轻旋转窥阴器。

(5) 冲洗液约剩 100ml 时，再次冲洗外阴部。

(6) 轻压窥阴器外端，使阴道内液体流出。

(7) 取出窥阴器，擦干外阴。

3. 指导要点。

(1) 告知患者阴道冲洗的目的及配合要点。

(2) 告知患者冲洗后注意阴道流出物的性状，有异常及时就医。

(3) 告知患者治疗期间禁止性生活。

4. 注意事项。

(1) 有活动性出血者，禁止冲洗。

(2) 产后或人工流产术后宫口未闭者，一般不做阴道冲洗。

(九) 阴道给药。

1. 评估和观察要点。

(1) 评估病情、年龄、婚姻状况、合作程度、药物性质。

- (2) 评估是否在月经期。
- (3) 评估环境温度及隐蔽程度。
- (4) 观察用药效果及不良反应。

2. 操作要点。

(1) 阴道后穹窿塞药：患者取仰卧屈膝位，臀下垫治疗垫，带手套，用纱布分开小阴唇，将药物放阴道内，并推入后穹窿。

(2) 宫颈上药：患者取仰卧屈膝位，臀下垫治疗垫，窥阴器张开阴道，暴露宫颈，有尾线的纱布蘸药物塞至宫颈处，线尾露于阴道口外，取出窥阴器。

3. 指导要点。

(1) 放置药物或窥阴器时告知患者放松。

(2) 药物放置后告知患者卧床 30min，12~24h 后取出纱布。

(3) 告知患者治疗期间禁止性生活。

(4) 指导患者自行用药的方法和注意事项。

4. 注意事项。

(1) 月经期或子宫出血者不宜从阴道给药。

(2) 睡前置入药物可延长药物作用时间，提高疗效。

第十三章 化学治疗、生物治疗及放射治疗的护理

接受化学治疗、生物治疗及放射治疗的患者，护理内容主要包括严格按照操作规程给药、密切观察放化疗及生物治疗不良反应，预防药物毒副反应的发生，做好患者和家属健康教育，使其了解各种治疗的作用、不良反应及预防措施，积极配合治疗，加强患者自我护理能力，减轻焦虑、恐惧心理。

一、化学治疗穿刺静脉的选择

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者病情、意识、合作程度、静脉状况，已有血管通路状况。

2. 了解药物的性质、剂量、给药方法、用药周期等。

（二）操作要点。

1. 选择静脉通路的原则

（1）按照先远后近、左右交替使用的原则，选择粗直、弹性好、无静脉弯曲及分叉的血管，避开手指、腕部等关节部位、静脉瓣以及肌腱、神经走行的部位。

（2）持续静脉给药选择中心静脉通路。

（3）输入发泡剂和刺激性强的药物选择中心静脉通路。

（4）不了解药物性质时选择中心静脉通路。

（5）非发泡类和非刺激性药物可选择外周静脉通路。

（6）经外周静脉留置针给予化疗药后，留置针不宜留置。

2. 建议选择的静脉通路。

(1) 深静脉 (PICC、锁骨下静脉、颈内静脉、输液港等)。

(2) 手臂大静脉。

(3) 若有上腔静脉压迫症选择股静脉。

3. 不宜选择穿刺的部位。

(1) 手术区域侧肢体, 如乳房切除术、截肢等。

(2) 24h 内有穿刺史的静脉及穿刺点以下的静脉。

(3) 肿瘤 (新生物) 侵犯的部位。

(4) 肘窝或其它有潜在肌腱或神经损伤可能的部位。

(5) 炎症、硬化、瘢痕部位。

(6) 下肢外周静脉。

二、化学治疗药物静脉外渗的预防与护理

(一) 评估和观察要点。

1. 了解药物性质、使用方法和注意事项。

2. 评估患者的血管、局部皮肤情况。

(二) 操作要点。

1. 用生理盐水建立静脉通路。

2. 确保静脉通路末端在血管内, 回血良好。

3. 静脉注射时边抽回血边输注, 静脉滴注时, 输注前后及滴注过程中均需观察回血及局部皮肤有无渗出情况, 输注后输入生理盐水或葡萄糖液。

4. 先输注等渗或刺激性弱的药物，后输注高渗或刺激性强的药物，两种药物之间应用生理盐水或 5%葡萄糖液冲洗管道。

5. 非发疱类和非刺激性药物的外渗处理。

(1) 停止输注，更换输液部位。

(2) 遵医嘱局部处理。

6. 发疱类和强刺激性药物外渗的处理。

(1) 停止输注，尽量回抽残留药物。

(2) 抬高患肢。

(3) 遵医嘱局部处理。

(4) 局部组织坏死，及时报告医生。

(三) 指导要点。

1. 告知患者输液部位出现不适及时报告医护人员。

2. 告知患者输液过程中尽量避免肢体活动，不要自行调节输液速度。

(四) 注意事项。

植物碱类化疗药物外渗，局部不能冷敷。

三、化学治疗引起口腔炎的护理

(一) 评估和观察要点。

1. 评估口腔黏膜损伤的部位及程度。

2. 了解患者有无进食困难，吞咽困难，味觉异常等。

(二) 操作要点。

1. 协助患者用软毛牙刷刷牙，必要时给予口腔护理。
2. 协助患者进食前后漱口，根据病情或遵医嘱选择合适的漱口液。
3. 口唇涂润滑剂。
4. 遵医嘱用药，给予营养支持。

（三）指导要点。

1. 告知患者口腔卫生的重要性。
2. 告知患者刷牙动作轻柔，勿用牙签剔牙。
3. 告知患者进食清淡易消化软食，忌食辛辣刺激性食物。

四、脱发的护理

（一）评估和观察要点。

1. 观察脱发程度。
2. 评估脱发后患者的心理感受。

（二）指导要点。

1. 使用温和的洗发用品和宽齿梳子。
2. 及时清理脱发，避免不良刺激。
3. 鼓励患者表达自己的感受。
4. 建议患者开始脱发时剪短或剃光头发。
5. 建议患者在脱发前选择合适的假发、帽子或者头巾。

五、骨髓抑制的护理

（一）评估和观察要点。

1. 了解化疗前后的血象、骨髓象。
2. 评估生命体征，活动耐力。
3. 评估口腔、会阴、肛周皮肤黏膜以及各种置管处的皮肤。
4. 观察有无出血倾向。

（二）操作要点。

1. 病室清洁，空气清新，定期消毒。
2. 根据病情适当实施保护性隔离。
3. 血小板低于 $50 \times 10^9/L$ 时应注意预防出血，有创操作后延长穿刺点压迫时间。
4. 病情严重者绝对卧床休息。
5. 观察患者用药反应。

（三）指导要点。

1. 多饮水，进食高蛋白、高热量、高维生素饮食，避免进食生、冷食物。
2. 适当活动、保持充足睡眠。
3. 预防感冒，加强个人卫生，保持口腔、会阴、肛周等处的清洁。
4. 血小板低于 $50 \times 10^9/L$ 时，卧床休息，减少活动，避免磕碰，进软食，保持大便通畅，避免抠鼻，剔牙、用力咳嗽、擤鼻涕等动作。
5. 血小板低于 $10 \times 10^9/L$ 时，绝对卧床休息，如出现恶

心、头痛等症状及时报告。

6. 血红蛋白低于或等于 60g/L 时，卧床休息，活动时动作要缓慢，避免突然体位改变。

7. 女性患者月经期间出血量及持续时间异常，及时报告。

（四）注意事项。

白细胞低于 $1 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞低于 $0.5 \times 10^9/L$ 时，宜采取保护性隔离，有条件者可安置于层流病房，严密监测体温。

六、生物治疗过敏反应的护理

（一）评估和观察要点。

1. 了解过敏史和既往用药史。
2. 了解药物性质、使用方法和注意事项。
3. 监测生命体征，观察用药后反应。

（二）操作要点。

1. 按照输注时间、配制方法、输注速度给药。
2. 首次生物治疗应缓慢静脉滴注，建议使用输液泵。
3. 备好抢救物品，输注过程观察病情变化，出现过敏反应立即停药，报告医生处理。

（三）指导要点。

告知患者输液过程中有不适立即报告。

（四）注意事项。

1. 首次用药缓慢静脉滴注，严密观察。
2. 根据药物使用说明书要求进行药物过敏试验。

七、生物治疗皮肤反应的护理

（一）评估和观察要点。

观察生物治疗后的皮肤反应程度。

（二）操作要点。

1. 丘疹脓疱样病灶。

（1）保持皮肤清洁，沐浴时避免水温过高及长时间沐浴，使用中性、温和且不含碱性皂液的洗浴用品。

（2）穿宽松柔软内衣，避免摩擦有丘疹、脓疱的部位。

（3）遵医嘱局部用药。

2. 皮肤干燥。

（1）选择不含酒精、香料、色素的保湿润肤剂涂抹全身，可依干燥程度增加涂抹次数。

（2）嘱患者减少日晒。

3. 甲沟炎。

（1）减少对手指及脚趾的摩擦和刺激，遵医嘱局部用药。

（2）修剪指（趾）甲时宜平剪，避免过短。

（3）接触水或清洁剂时要戴手套，穿宽松、透气鞋袜。

（三）指导要点。

1. 告知患者避免进食刺激性和可能致敏性食物。

2. 告知患者不要搔抓或自行挤破丘疹、脓疱。

(四) 注意事项。

进行护理操作时要注意无菌操作。

八、生物治疗流感样症状的护理

(一) 评估和观察要点。

观察体温，评估有无肢体乏力、困倦、打喷嚏、流涕、咽痛、头痛、关节痛等症状。

(二) 操作要点。

1. 遵医嘱提前给予解热镇痛药物。

2. 密切观察病情变化，出现寒战，体温异常时报告医生，给予相应处理。

(三) 指导要点。

指导患者注意休息，多饮水。

九、放射治疗性皮肤反应的护理

(一) 评估观察要点。

1. 了解放射治疗的部位、面积、放射源种类、照射剂量。

2. 依据急性放射损伤分级标准评估照射野皮肤（附录8）。

(二) 操作要点。

1. 充分暴露反应区皮肤，切勿覆盖或包扎，外出注意防晒。

2. 遵医嘱局部用药，勿用手抓挠。

（三）指导要点。

1. 穿柔软宽松、吸湿性强的纯棉内衣，颈部有照射野时穿质地柔软或低领开衫，避免阳光直射。

2. 照射野皮肤，可用温水软毛巾温和清洗，禁用碱性肥皂搓洗，不可涂酒精、碘酒及其他对皮肤有刺激性的药物，局部保持清洁干燥，特别是多汗区如腋窝、腹股沟、外阴等处。

3. 照射野皮肤局部禁贴胶布，禁用冰袋和暖具，禁止剃毛发，宜用电剃须刀，禁做注射点。

4. 禁止搔抓照射野局部皮肤，皮肤脱屑切忌用手撕剥。

十、放射性口腔黏膜反应的护理

（一）评估和观察要点。

1. 了解放射治疗的部位、面积、放射源种类、照射剂量。

2. 依据急性放射损伤分级标准评估口腔黏膜的损伤程度。

3. 了解患者进食、口咽疼痛、口干情况。

（二）操作要点。

1. 放疗前治疗或拔除龋齿，修复破损的牙齿或义齿。

2. 协助患者用软毛牙刷、含氟牙膏刷牙，必要时给予口腔护理。

3. 协助患者进食前后用生理盐水或醋酸氯己定或碳酸氢钠漱口水含漱，指导正确含漱方法。

4. 遵医嘱口腔冲洗上药、雾化吸入和营养支持。
5. 进食疼痛明显者，可协助患者于进食前 10~15min 含漱利多卡因或服用利多卡因胶浆。

（三）指导要点。

1. 指导患者保持口腔卫生，勤漱口，每日 5~6 次，刷牙动作轻柔，勿用牙签剔牙。
2. 指导患者进食清淡易消化温凉软食，忌食辛辣刺激性食物，多饮水。
3. 告知患者 3 年内禁止拔牙。

第十四章 孕产期护理

孕产期护理是孕产妇保健的重要组成部分。产科护士应以良好的护理技术，在孕期促进孕妇健康，预防并发现妊娠期并发症；在分娩期关心和支持产妇，及时发现产程异常，科学接生，避免分娩合并症，促进母婴安全；产褥期及时评估和观察产妇、新生儿状况，按照产科护理常规给予产妇和新生儿护理，实施母乳喂养，指导产妇康复和新生儿护理知识，促进母婴健康。

一、子宫底高度和腹围的测量

（一）评估和观察要点。

1. 评估孕周、是否为高危妊娠、腹形及腹壁张力。

2. 评估环境温度、光线、隐蔽程度。
3. 评估孕妇的反应。

(二) 操作要点。

1. 孕妇排空膀胱，取仰卧屈膝位。
2. 皮尺一端放在耻骨联合上缘中点，另一端贴腹壁沿子宫弧度到子宫底最高点为宫高。
3. 皮尺经脐绕腹 1 周为腹围。

(三) 指导要点。

告知孕妇测量宫高和腹围的意义和配合事项。

(四) 注意事项。

1. 以厘米为单位。
2. 注意子宫敏感度。
3. 皮尺应紧贴腹部。

二、四步触诊

(一) 评估和观察要点。

1. 评估孕周及是否为高危妊娠。
2. 评估环境温度、光线、隐蔽程度。
3. 评估孕妇的反应。

(二) 操作要点。

1. 仰卧屈膝位，暴露腹部。
2. 第一步：检查者面向孕妇，双手置于子宫底部，了解子宫外形、子宫底高度，估计胎儿大小与妊娠周数是否相符，

然后以双手指腹相对轻推，判断在宫底部的胎儿部分。

3. 第二步：两手分别置于腹部左右两侧，一手固定，另一手轻轻深按检查，两手交替，分辨胎背及胎儿四肢的位置。

4. 第三步：右手置于耻骨联合上方，拇指与其余4指分开，握住胎先露部，查清是胎头或胎臀，并左右推动。

5. 第四步：检查者面向孕妇足端，两手分别置于胎先露部的两侧，向骨盆入口方向下压再次判断，先露部的诊断是否正确，并确定先露部入盆程度。

（三）指导要点。

1. 告知孕妇四步触诊的意义及配合方法。
2. 告知孕妇检查前排尿。

（四）注意事项。

1. 动作轻柔，以取得配合。
2. 注意保暖，保护隐私。

三、胎心音听诊

（一）评估和观察要点。

1. 评估孕周、胎位及腹部形状。
2. 了解妊娠史及本次妊娠情况。

（二）操作要点。

1. 仰卧位，暴露腹部。
2. 用胎心听诊器或胎心多普勒在相应位置听诊胎心，记录。

（三）指导要点。

1. 告知孕妇听诊胎心音的意义和正常值范围。
2. 指导孕妇自我监测胎动。

（四）注意事项。

1. 与子宫杂音、腹主动脉音及脐带杂音相鉴别。
2. 胎心 $>160/\text{min}$ 或 $<120/\text{min}$ 立即吸氧并通知医生。
3. 临产产妇在宫缩间歇期听胎心。
4. 保持环境安静，注意保暖和遮挡。

四、胎心电子监测

（一）评估和观察要点。

1. 评估孕周、胎位及是否为高危妊娠。
2. 评估环境光线、温度及隐蔽程度。

（二）操作要点。

1. 孕妇取半卧位或坐位，暴露腹部。
2. 胎心探头涂耦合剂，固定于胎心音最强位置。
3. 宫腔压力探头固定于宫底下约两横指处。
4. 胎动记录器交给孕妇，指导其使用方法。
5. 启动监护仪，无宫缩时将宫腔压力归零。
6. 观察胎心音、宫缩、胎动显示及描记情况，注意有无不适主诉。

（三）指导要点。

告知孕妇胎心监护的意义及配合方法。

（四）注意事项。

1. 尽量避免仰卧位，避免空腹监护。
2. 固定带松紧适度，注意探头是否有滑脱现象，及时调整部位。
3. 每次监测 20min，如有异常可延长时间，并通知医生。

五、胎动计数

（一）评估和观察要点。

评估孕周及是否为高危妊娠。

（二）操作要点。

1. 孕妇取舒适卧位。
2. 每天早、中、晚平静状态下各 1h 计数胎动。
3. 3 次胎动数相加乘以 4，为 12h 胎动总数。

（三）指导要点。

1. 告知孕妇计数胎动的方法。
2. 告知孕妇胎动次数减少或在短时间内突然增加，立即就诊。

（四）注意事项。

孕 28 周到临产均应计数胎动，应坚持每日监测。

六、分娩期护理

（一）评估和观察要点。

1. 了解妊娠经过及既往分娩史、疾病史、心理状态。
2. 评估生命体征、胎心、子宫收缩、宫口扩张、胎头下

降、胎膜情况。

3. 观察胎盘剥离征象、软产道情况、子宫收缩及阴道出血情况。

4. 评估新生儿情况。

（二）操作要点。

1. 鼓励产妇进食及适当活动。

2. 协助产妇及时排便、排尿。

3. 严密观察产程进展，适时胎心监护，适时肛查。

4. 准备接生及新生儿所需物品。

5. 协助胎儿娩出，行新生儿 Apgar 评分。

6. 协助娩出胎盘并检查是否完整。

7. 胎儿娩出后及时给缩宫素。

8. 检查软产道是否有损伤，必要时缝合会阴伤口。

（三）指导要点。

1. 指导产妇配合呼吸减轻疼痛的方法。

2. 指导分娩时的配合要点。

（四）注意事项。

1. 重视产妇主诉，给予个性化、人性化的全面护理。

2. 胎儿娩出后 2h 内应密切观察子宫收缩和阴道出血情况，监测血压变化。

3. 鼓励产妇产后尽早自行排尿。

七、外阴部消毒

（一）评估和观察要点。

1. 评估孕、产妇合作程度及会阴部皮肤状况。
2. 评估环境温度及隐蔽程度。

（二）操作要点。

1. 孕妇仰卧外展屈膝位，臀下垫会阴垫。
2. 用肥皂水棉球擦拭外阴部，顺序是小阴唇、大阴唇、阴阜、大腿内上 1/3、会阴体及肛门，温水冲净，2 遍。
3. 消毒液棉球擦拭，顺序同上，2 遍。
4. 更换会阴垫。

（三）指导要点。

1. 告知孕、产妇外阴消毒的目的及配合要点。
2. 告知孕、产妇不要用手触碰已消毒部位。

（四）注意事项。

1. 保暖，动作轻柔。
2. 使用消毒棉球前应擦净血渍及分泌物，酌情增加肥皂水棉球擦洗次数。

八、会阴保护

（一）评估和观察要点。

1. 评估妊娠期及产程进展情况。
2. 观察胎儿大小、胎位及胎头拨露情况。
3. 观察会阴部状况。

（二）操作要点。

1. 会阴部铺消毒巾。
2. 宫缩时，胎头拨露后，会阴后联合紧张时，一手大鱼际紧贴会阴体，向上内方抬托，同时另一手轻轻下压胎头枕部，协助胎头俯屈控制胎头娩出速度。
3. 胎头枕部在耻骨弓下方露出时，协助胎头仰伸。
4. 胎肩娩出后，保护会阴的手方可放松。

（三）指导要点。

1. 告知产妇分娩过程的配合要点。
2. 根据宫缩指导产妇用力及放松的方法。

（四）注意事项。

1. 宫缩间歇期，保护会阴的手稍放松。
2. 保护会阴的手要向内上方托起，而非堵压。
3. 双手应协调配合，控制胎儿娩出速度。
4. 面部外露时先挤出口鼻腔内黏液。
5. 娩前肩时避免用力压迫会阴。

九、会阴切开缝合

（一）评估和观察要点。

1. 评估妊娠期及分娩期情况。
2. 观察胎儿大小及胎位。
3. 评估会阴部状况。

（二）操作要点。

1. 产妇取膀胱截石位，消毒会阴。

2. 阴部神经阻滞麻醉及局部皮下浸润麻醉。
3. 左手中指、食指伸进阴道内，撑起阴道壁，以指引切口方向和保护胎儿先露部，宫缩时行会阴侧斜切开（与后联合中线呈 45° 角）或会阴正中切开术。
4. 纱布压迫止血，必要时用止血钳止血。
5. 胎儿胎盘娩出后，查宫颈有无裂伤、切口有无延裂。
6. 阴道内塞一尾纱，尾线留阴道口外。
7. 从里向外逐层缝合。
8. 取出阴道内尾纱。
9. 肛查。

（三）指导要点。

1. 告知产妇会阴切开的目的和方法。
2. 指导产妇产后保持外阴清洁的方法。
3. 告知产妇如有不适及时报告医护人员。

（四）注意事项。

1. 根据产妇及胎儿情况选择切开方式及切口大小。
2. 缝合时从切口顶端上开始缝合，逐层对齐。
3. 术毕注意清点纱布和缝针。

十、会阴护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估病情、自理能力、合作程度。
2. 观察外阴部皮肤、黏膜及伤口情况。

3. 观察恶露性质和量。
4. 评估环境温度及隐蔽程度。

（二）操作要点。

1. 产妇取膀胱截石位，臀下垫防护垫、便盆。
2. 消毒液及棉球擦洗外阴，边擦边冲。

（三）指导要点。

1. 告知产妇会阴护理的目的及配合方法。
2. 勤换会阴垫。
3. 会阴有伤口应以健侧卧位为宜。

（四）注意事项。

会阴水肿、切口用红、肿、热、痛、硬结、愈合不良时遵医嘱给予局部治疗，观察治疗效果。

十一、子宫复旧护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估分娩方式、新生儿体重。
2. 评估子宫底高度、宫缩情况。
3. 观察恶露性质、量及气味。

（二）操作要点。

1. 按摩子宫底，观察宫底高度。
2. 倾听产妇主诉。

（三）指导要点。

1. 告知产妇观察宫缩及恶露的目的。

2. 告知产妇及时排空膀胱。
3. 告知产妇恶露异常及时报告医护人员。

(四) 注意事项。

1. 每天在同一时间观察子宫底高度。
2. 按摩子宫后再评估宫底高度。

十二、母乳喂养

(一) 评估和观察要点。

1. 评估分娩方式、身体状况及乳房情况。
2. 评估母乳喂养方法掌握的程度。
3. 评估新生儿状况。

(二) 操作要点。

1. 哺乳前，洗净双手，清洁乳房及乳头。
2. 选择舒适体位。
3. 新生儿与母亲胸贴胸、腹贴腹、下颌贴乳房。
4. 拇指在上，其余四指在下，轻托住乳房，将乳头和大部分乳晕放于新生儿口中。
5. 新生儿停止吸吮，张口后，抽出乳头。
6. 挤出少许乳汁涂在乳头上，自然干燥。

(三) 指导要点。

1. 告知产妇一侧乳房吸空后再吸吮另一侧，两侧交替吸吮。
2. 指导产妇哺乳后将新生儿抱起轻拍背部 1 ~ 2min。

3. 指导按需哺乳。

（四）注意事项。

1. 哺乳时能看到吸吮动作，听到吞咽声音。

2. 防止乳房堵住新生儿鼻腔。

3. 乳头凹陷者，每次哺乳前牵拉乳头。凹陷严重者，宜用吸奶器吸出后喂哺。

十三、乳头皲裂护理

（一）评估和观察要点。

1. 观察哺乳方法和姿势。

2. 评估乳头状况。

（二）操作要点。

1. 含接姿势正确。

2. 哺乳后挤出少许乳汁涂在乳头上，自然干燥。

（三）指导要点。

1. 告知产妇乳头皲裂的原因及纠正方法。

2. 指导产妇先喂哺皲裂较轻的一侧。

（四）注意事项。

1. 尽早指导产妇正确的哺乳姿势。

2. 勿用消毒剂擦拭乳头。

十四、乳房按摩

（一）评估和观察要点。

1. 评估母乳喂养知识及技能掌握程度。

2. 评估乳房及乳汁分泌情况。

(二) 操作要点。

1. 清洁乳房。

2. 一只手固定乳房一侧，另一只手用大小鱼际从乳房边缘向乳头中心做环形按摩。

(三) 指导要点。

1. 告知产妇母乳喂养相关知识、哺乳的方法。

2. 指导产妇配戴合适的乳罩。

3. 指导产妇自我按摩乳房的技巧。

(四) 注意事项。

按摩时，既要照顾产妇的感觉，又要达到按摩效果。

十五、产褥期保健操

(一) 评估与观察要点。

了解分娩方式，评估产妇身体状况。

(二) 操作要点。

1. 穿宽松及弹性好的衣裤。

2. 仰卧位，双手放于身体两侧。

3. 深吸气，腹肌收缩，呼气。

4. 进行缩肛与放松动作。

5. 双腿轮流上举与并举，与身体呈直角。

6. 髋、腿放松，膝稍屈，尽力抬高臀部及背部。

7. 跪姿，双膝分开，双手平放床上，肩肘垂直，做腰部

旋转。

8. 全身运动，跪姿，双臂支撑床上，左右腿向后交替高举。

(三) 指导要点。

1. 产后第2天开始。每1~2天增加1节，每节做8~16次。

2. 产后6周可选择其他锻炼方式。

(四) 注意事项。

1. 避免进食前后1h内运动。

2. 运动前排空大、小便。

十六、引产术护理

(一) 评估和观察要点。

1. 评估孕妇及胎儿情况。

2. 了解引产指征及引产方式。

3. 评估孕妇及家属心理状况。

(二) 操作要点。

1. 遵医嘱使用宫缩药。

2. 观察子宫收缩情况。

3. 观察产程进展及胎心变化，发现异常及时处理。

4. 做好剖宫产准备。

5. 做好产妇及新生儿抢救准备。

(三) 指导要点。

1. 告知产妇引产的目的及配合方法。
2. 给药前告知使用宫缩药可能出现的不适。
3. 指导产妇配合呼吸减轻疼痛的方法。

(四) 注意事项。

1. 密切观察宫缩、胎心及产程进展情况。
2. 根据原发病给予相应护理。

第十五章 新生儿及婴幼儿护理

新生儿、婴幼儿许多生理特点、病种、病理特点均不同于其他年龄组患者，因此，护理人员应严密观察患儿，客观评估患儿生长发育状况，根据患儿生理特点，实施安全准确的护理措施，同时与患儿家长沟通，共同促进患儿康复。

一、眼部护理

(一) 评估和观察要点。

观察眼部及评估身体状况。

(二) 操作要点。

1. 用生理盐水棉签从内眦到外眦清洁眼部。
2. 遵医嘱选择眼药水或眼药膏。

(三) 指导要点。

告知家属保持小儿眼部清洁、预防感染的方法。

(四) 注意事项。

1. 动作轻柔。
2. 1 根棉签只能擦拭 1 次。
3. 发现异常及时处理。

二、脐部护理

（一）评估和观察要点。

观察脐部及周围皮肤状况。

（二）操作要点。

1. 暴露脐部。
2. 环形消毒脐带根部。
3. 如脐轮红肿并有脓性分泌物，加强换药，必要时送分泌物做细菌培养。

（三）指导要点。

告知家属保持脐部干燥，勿强行剥落脐带，发现异常及时报告。

（四）注意事项。

1. 观察脐部及周围皮肤状况，如有异常及时报告，结扎线如有脱落应重新结扎。
2. 保持脐部的清洁、干燥，每日彻底清洁消毒脐部 1~2 次，直至脱落。
3. 沐浴时注意保护好脐部，沐浴后要及时擦干脐部。

三、臀部护理

（一）评估和观察要点。

观察臀部皮肤及评估身体状况。

（二）操作要点。

1. 撤掉尿布，温水冲洗臀部，用柔湿巾擦干净。
2. 根据臀红程度不同，采取相应护理措施。

（三）指导要点。

告知家属预防臀红的方法。

（四）注意事项。

1. 选择合适的尿布，勤换尿布，保持臀部清洁、干燥。
2. 采取暴露法要注意保暖，远红外线灯照射时要专人看护，避免烫伤。

四、沐浴

（一）评估和观察要点。

1. 评估环境温度。
2. 评估身体及皮肤情况。

（二）操作要点。

1. 调节室温 26 ~ 28℃，用手腕内测试水温。
2. 流动水洗浴顺序由头到脚，先正面后背部、会阴、臀部。
3. 洗毕，用毛巾包裹，擦干并给予相应护理。
4. 更换衣物。

（三）指导要点。

1. 告知家属避免在喂奶前后 1h 内沐浴。

2. 指导家属新生儿沐浴方法和注意事项，避免耳、眼、口、鼻进水。

3. 告知家属保持皮肤皱褶处清洁、干燥。

（四）注意事项。

1. 减少暴露时间，动作轻快。

2. 沐浴过程观察新生儿反应。

五、奶瓶喂养

（一）评估和观察要点。

评估日龄、体重、病情、发育及喂养情况。

（二）操作要点。

1. 配奶，用手腕内侧测试温度，注意奶嘴孔大小及流速。

2. 颌下垫小毛巾。

3. 将奶嘴送入患儿口中。

4. 喂奶后擦净口角。

5. 抱起患儿轻拍背部排出奶嗝，取右侧卧位。

（三）指导要点。

1. 告知家属喂奶过程中奶嘴应充满奶液，不能有空气。

2. 告知家长当奶嘴吸瘪时，稍转动奶瓶，负压即消失。

3. 指导家长选择奶嘴孔大小合适的奶嘴。

（四）注意事项。

1. 出现呛咳或发绀时，暂停喂奶，观察患儿面色及呼吸，待症状缓解后再继续喂奶。

2. 喂奶时持奶瓶呈斜位，使奶嘴充满乳汁，防止吸奶的同时吸入空气，哺喂完毕轻拍小儿背部，驱除胃内空气。

3. 奶具需经灭菌后使用，严禁混用。

六、非营养性吸吮

（一）评估和观察要点。

评估生命体征，吸吮能力。

（二）操作要点。

1. 将安慰奶嘴放入患儿口中。

2. 每次吸吮时间 5~10min。

（三）指导要点。

告知家属喂奶前、后均可使用，使用过程中观察患儿反应。

（四）注意事项。

1. 哭闹患儿使用安慰奶嘴前，应先查明哭闹原因。

2. 使用安慰奶嘴前要保证呼吸道通畅，必要时吸痰。

3. 安慰奶嘴应煮沸消毒，严禁混用。

七、经胃、十二指肠管饲喂养

（一）评估和观察要点。

1. 给奶或给药前查看喂养管位置、刻度。

2. 观察腹部情况，听诊肠鸣音。

（二）操作要点。

1. 遵医嘱确定给奶量。

2. 经胃管饲喂养

(1) 确认胃管在胃内。

(2) 抽取胃内残留液，胃内残留液超过管饲奶量的 1/4 时，报告医生酌情减量或禁食。

3. 经十二指肠管饲喂养

(1) 用 5ml 注射器抽取十二指肠残留液，检测 pH 在 6 ~ 9 之间，确认喂养管在十二指肠内。

(2) 十二指肠残留液超过 0.5ml，报告医生酌情减量或禁食。

4. 奶液的温度保持在 38 ~ 40℃，缓慢注入。

5. 管饲后，抽温开水 1 ~ 2ml，冲净喂养管。

6. 封闭喂养管末端。

(三) 指导要点。

告知家属肠内营养的重要性，以取得配合。

(四) 注意事项。

1. 使用一次性无菌注射器，严禁重复使用。

2. 每天口腔护理 2 次，每周更换胃管 1 次。

3. 必要时使用营养泵泵入奶液。

4. 观察患儿耐受情况。

八、经皮氧饱和度 (TcSO₂) 监测

(一) 评估和观察要点。

1. 评估缺氧程度、呼吸型态及频率。

2. 观察传感器探头接触部位皮肤完整性。
3. 观察光照条件，是否有电磁波干扰。

（二）操作要点。

1. 清洁传感器探头及其接触的局部皮肤。
2. 将传感器正确安放于患儿手、足、耳垂或手腕处，确保接触良好。
3. 根据患儿病情设置报警界限。

（三）指导要点。

告知家属监测的目的和意义，避免在监测仪附近使用手机或其他带有电磁干扰的设备。

（四）注意事项。

1. 下列情况影响监测结果：休克、体温过低、黄疸、皮肤色素，局部动脉受压以及周围环境光照太强、电磁波干扰等。
2. 患儿体温过低时，采取保暖措施。
3. 观察患儿局部皮肤情况，定时更换传感器探头位置，防止局部皮肤损伤。
4. 监测结果异常时及时报告。

九、吸氧

（一）评估和观察要点。

1. 评估病情、缺氧程度。
2. 观察呼吸型态及吸氧效果。

（二）操作要点。

1. 清理呼吸道。
2. 遵医嘱给予适宜的吸氧方式和流量。
3. 观察呼吸状况及吸氧效果。

（三）指导要点。

1. 告知家属不可随意摘除吸氧管或调节氧流量。
2. 告知家属用氧安全知识。

（四）注意事项。

1. 每天更换湿化液，保持吸氧管道通畅。
2. 在氧疗过程中，应密切监测吸入氧浓度（ FiO_2 ）、经皮氧饱和度（ $TcSO_2$ ）等并记录；早产儿在吸氧条件下，应以最低的氧浓度维持经皮氧饱和度在 85%~93%。

十、暖箱护理

（一）评估和观察要点。

评估胎龄、日龄、出生体重、生命体征。

（二）操作要点。

1. 调节暖箱温度及相对湿度。
2. 患儿穿单衣、裹尿布后放入暖箱。
3. 关好暖箱门。

（三）指导要点。

告知家属不可随意调节暖箱温度，不可随意开暖箱门。

（四）注意事项。

1. 暖箱应避免阳光直射，冬季避开热源及冷空气对流处。
2. 使用暖箱时室温不宜过低。
3. 每日清洁暖箱，更换蒸馏水。
4. 治疗、护理应集中进行，如需抱出患儿时，注意保暖。
5. 每周更换暖箱并进行彻底消毒，定期进行细菌学监测。
6. 经常检查，暖箱出现异常及时处理。

十一、光照疗法

（一）评估和观察要点。

1. 评估黄疸的范围及程度、黄疸消退情况。
2. 评估生命体征及胆红素检查结果。

（二）操作要点。

1. 清洁皮肤、戴护眼罩，除会阴部用纸尿裤遮盖外，其余均裸露，男婴注意保护阴囊。
2. 记录入箱时间及灯管开启时间。
3. 根据体温调节箱温，体温保持在 36 ~ 37℃ 为宜。
4. 单面光疗应定时翻身。
5. 严密观察患儿体温及箱温变化，若患儿体温超过 38.5℃ 要暂停光疗，待体温恢复正常后再继续。
6. 光疗后观察皮肤黄疸情况，仔细检查患儿皮肤有无破损，观察有无光疗不良反应，记录。

（三）指导要点。

告知家属患儿皮肤不要擦抹爽身粉或油剂。

（四）注意事项。

1. 光疗过程中随时观察患儿眼罩、会阴遮盖物完好，皮肤无破损。

2. 保证水分及营养供给。

3. 最好在空调病室中进行，冬天注意保暖，夏天防止过热。

4. 灯管应保持清洁并定时更换。

十二、气管插管内吸痰

（一）评估和观察要点。

1. 观察双侧呼吸音情况。

2. 评估生命体征、血氧饱和度、血气分析、呼吸机参数等。

3. 观察痰液的性状、量及患儿对吸引的耐受程度。

（二）操作要点。

1. 调节负压在 0.02 ~ 0.04Mpa。

2. 吸痰前给高浓度氧（基础氧浓度+10% ~ 20%）1min。

3. 戴无菌手套，连接吸痰管在负压吸引管上。

4. 一名护士从呼吸机上取下气管插管，另一名护士将吸痰管迅速插入气管插管内，遇到阻力后上提 1cm 后吸引，并螺旋快速拔出吸痰管。

5. 气管插管与呼吸机连接，冲洗管路关闭负压。
6. 观察血氧饱和度变化，调整吸入氧浓度（ FiO_2 ）到基础值并记录。

（三）指导要点。

告知家属吸痰的重要性。

（四）注意事项。

1. 需 2 人同时进行。
2. 吸引过程中出现发绀、心率减慢，应立即球囊加压给纯氧，病情稳定后再次行吸引。
3. 吸痰时间不超过 10 ~ 15s。
4. 吸痰时先清除气管插管内分泌物，再吸引口腔及鼻腔分泌物。
5. 吸痰管插入深度是气管插管深度加 0.5 ~ 1cm。

十三、脐静脉插管换血疗法护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估身体状况、黄疸的程度、进展等。
2. 观察脐带情况。

（二）操作要点。

1. 消毒腹部皮肤配合医生脐静脉插管。
2. 换血中密切监测心率、呼吸、血压、血氧饱和度及胆红素、血气、血糖变化。
3. 详细记录每次出量、入量、累积出入量及用药等。

4. 换血后配合医生拔管、结扎缝合、消毒，覆盖纱布，轻轻压迫固定。

5. 继续蓝光治疗，密切观察病情变化和伤口情况。

（三）指导要点。

告知家属脐静脉换血的目的。

（四）注意事项。

1. 换血过程中抽注速度均匀，注射器内不能有空气。

2. 注意保暖；输入的血液要预先加热。

3. 观察生命体征及全身反应。

4. 在换血前、中、后抽取血标本。

5. 观察伤口出血情况。

十四、脐静脉置管术后护理

（一）评估和观察要点。

1. 观察脐部有无渗血、渗液、脐部有无红肿及异味。

2. 观察有无腹胀、肠鸣音是否减弱。

3. 观察双下肢及会阴部有无水肿。

4. 观察脐静脉置管的深度、输液各接头是否完好。

（二）操作要点。

1. 观察病情变化，发现问题及时处理。

2. 妥善固定，防止牵拉导管，记录导管外露长度。

3. 每日更换输液器及输液接头。

4. 留置期间应连续输液，输液速度 $\geq 3\text{ml/h}$ 。

5. 观察有无脐炎、败血症、空气栓塞、静脉栓塞、急性肺水肿等并发症。

（三）指导要点。

告知家属导管保留 7 天左右，一旦出现感染、血栓、空气栓塞等异常情况应立即报告。

（四）注意事项。

1. 未证实导管进入下腔静脉前不能输液。
2. 不能从导管处取血。
3. 宜采用输液泵输入，严格控制输液速度。

十五、外周动、静脉同步换血疗法

（一）评估和观察要点。

1. 评估身体状况、黄疸的程度、进展等。
2. 观察外周动、静脉情况。

（二）操作要点。

1. 换血前暂停喂奶 1 次，保持患儿安静。
2. 外周动、静脉留置套管针，标识清楚。
3. 换血过程要匀速，密切监测心率、呼吸、血压、血氧饱和度及胆红素、血气、血糖变化。
4. 详细记录每次出量、入量、累积出入量及用药等。
5. 换血后继续光疗，密切观察病情变化。

（三）指导要点。

告知患儿家属观察换血后黄疸变化情况。

（四）注意事项。

1. 换入换出通道同步进行，观察患者生命体征及全身反应。
2. 注意保暖。
3. 在换血前、中、后抽取血标本。

十六、新生儿复苏

（一）评估和观察要点。

1. 了解产妇妊娠史、羊水性状。
2. 评估新生儿 Apgar 评分。

（二）操作要点。

1. 判断新生儿无自主呼吸，将新生儿置于远红外复苏台上保暖，头轻度向后仰，头部处于“鼻吸气位”。
2. 清理呼吸道分泌物，再次判断有无自主呼吸。
3. 快速擦干全身，必要时给予刺激（用手拍打或用手指轻弹新生儿足底或摩擦背部）诱发自主呼吸，如新生儿仍无呼吸或喘息样呼吸，给予正压通气。
4. 选择适宜面罩扣住口鼻，给予气囊面罩正压通气，按压频率 40~60 次/min，氧流量 5~10L/min，按压与放松气囊的持续时间比为 1:2。
5. 经 30s 气囊面罩正压通气后，如心率 < 60 次/min，开始胸外按压，操作者将一手拇指或食指、中指置于新生儿胸骨体下 1/3（两乳头连线下方），按压深度为胸廓前后径的

1/3; 同时进行正压通气, 胸外按压与正压呼吸的比例为 3 : 1 (胸外按压 90 次/min; 正压呼吸 30 次/min)。

6. 胸外按压和正压通气 30s 后应重新评估心率, 如心率仍 <60 次/min, 除继续胸外按压外遵医嘱使用肾上腺素。

(三) 注意事项。

1. 持续气囊面罩正压通气时间较长时可产生胃充气, 可插入新生儿胃管, 用 20ml 注射器抽吸胃内容物及气体。

2. 早产儿吸入氧浓度应 <40%。

3. 注意保暖, 动作轻柔, 复苏后密切监护。

十七、体重测量

(一) 评估和观察要点。

评估月龄、病情、意识状态、合作程度。

(二) 操作要点。

1. 清洁布垫于婴儿磅秤上, 调整零点。

2. 脱去患儿衣服、尿裤或尿布测量。

3. 待指针稳定后读数并记录。

(三) 指导要点。

1. 告知家长应空腹测量体重。

2. 告知家长测量时注意小儿安全, 保暖。

(四) 注意事项。

1. 测量前磅秤调至零点。

2. 1 个月后的婴儿测量单位为千克。

3. 两次体重相差较大时，应重新测量。

4. 年龄较大的患儿可用成人磅秤，先固定秤盘，待患儿站稳后，再测量体重。

5. 不合作的患儿，测量者可将患儿抱起一同测量，测量后再减去测量者的体重及患儿的衣服。

6. 体温低或病重患儿，可着衣物一同测量，测量后再减去衣物重量。

十八、身高测量

（一）评估和观察要点。

评估患儿年龄、病情、意识状态、合作程度。

（二）操作要点。

1. 选择合适的测量工具。

2. 身长测量法：3岁以内儿童使用仰卧位身长测量法。将清洁布铺在测量板上，协助患儿脱去帽、鞋，仰卧于测量板中线上，头顶部接触测量板顶端，双手自然放置于身体两侧，双脚并拢，测量者按住患儿双膝，右手推动滑板贴至双足底部。

3. 身高测量法：3岁以后可立位测量身高。脱去鞋、帽，立正姿势足跟靠拢，足尖分开，足跟、臀部和两肩胛同时靠在量杆上，将推板至头顶。

（三）指导要点。

告知幼儿测量时平视前方。

（四）注意事项。

1. 测量者应站立于婴儿一侧。
2. 测量者的眼睛要与滑测板同一水平。
3. 不宜选用塑料尺。

十九、头围、胸围、腹围测量

（一）评估和观察要点。

评估病情、意识状态、合作程度。

（二）操作要点。

1. 头围：软尺零点放于眉弓连线的中点，沿眉毛、枕骨粗隆绕回到眉弓连线中点读数。

2. 胸围：脱去衣服安静站立，两臂下垂，均匀呼吸，软尺上缘经背侧两肩胛骨下角下缘绕至胸前两乳头连线的中心点测量。

（1）呼气末吸气开始前为平静状态下胸围。

（2）深吸气末为吸气胸围。

（3）深呼气末为呼气胸围。

3. 腹围：解开上衣露出腹部，松开腰带，平脐将皮尺环绕腰部1周，待呼气末读数。

4. 以厘米为单位，记录到小数点后一位。

（三）指导要点。

告知患儿家属测量时的配合方法。

（四）注意事项。

1. 注意保暖，安静状态下测量。
2. 软尺贴紧皮肤，左右对称，不宜选用纯塑料尺。

二十、婴幼儿喂养

（一）评估和观察要点。

1. 评估月龄、病情、体重、进食情况。
2. 观察有无口腔溃疡、唇腭裂等。
3. 了解既往史、过敏史。
4. 评估并选择合适的进食餐具。

（二）操作要点。

1. 佩戴围嘴。
2. 根据患儿进食能力，选择喂食或自行进食。
3. 待充分咀嚼并吞咽后，方可递送下一口。
4. 擦净口角残留食物。

（三）指导要点。

1. 告知家长4个月时逐渐增加动物血、蛋黄等富含铁的食物。
2. 告知家长辅食添加应遵循从稀到稠、从细到粗、从少到多（每次添加一种）的原则。
3. 告知家长食物种类应多样化、合理搭配，不宜选用坚果类食物，烹调时注意切碎、煮烂。
4. 告知家长不可被动喂食或强迫进食，养成定时间、定场所进食的习惯。

（四）注意事项。

1. 餐具需消毒处理。
2. 婴儿患病期间不添加新的辅食。
3. 呛咳或发绀时，要暂停进食，排除气管内异物，观察患儿面色及呼吸，待症状缓解后，可继续进食。

二十一、口服给药

（一）评估和观察要点。

1. 评估年龄、体重、意识状态、疾病状况、合作程度及用药情况。
2. 评估吞咽能力，有无口腔或食管疾患、有无恶心、呕吐等。
3. 了解患儿及家长对所服药物相关知识的了解程度。

（二）操作要点。

1. 发药前，双人核对后执行。
2. 床前再次核对。
3. 必要时将药片捣碎加水调匀。
4. 年长儿：倒温开水协助患儿服药。
5. 婴幼儿：将患儿头部抬高，头侧位。用小毛巾围于患儿颈部。操作者左手固定前额并轻捏其双颊，右手拿药杯从患儿口角倒入口内，并停留片刻，直至其咽下药物，服药后服少许温开水或糖水。喂药完毕仍使患儿头侧位。也可将婴儿抱起放在两膝之间喂药。

（三）指导要点。

根据药物性能，指导患儿及家长合理用药，以提高疗效，减少不良反应。

（四）注意事项。

1. 根据药物及患儿的情况选择给药方式。
2. 婴儿喂药应在喂奶前或两次喂奶间进行。
3. 任何药物不得与食物混合喂服。
4. 婴儿哭闹时不可喂药，以免引起呕吐呛入气管。
5. 服药后不宜立即平卧，防止呕吐窒息。
6. 因故暂不能服药者，暂不发药，并做好交班。

第十六章 血液净化专科护理操作

自 20 世纪 60 年代血液透析操作技术问世以来，血液净化操作技术迅猛发展。治疗的指征也从单纯的肾脏替代治疗扩展到血液病、风湿病、自身免疫性疾病、药物或毒物中毒、重症肝炎以及危重患者抢救等多个领域。护士在血液净化治疗中发挥着重要作用。护士不仅需要掌握规范的操作流程，严格遵循无菌原则，准确、安全、熟练地进行技术操作；同时也需要严密监测患者的生命体征及各项指标的变化，预防和处理并发症；更要为长期透析的患者提供健康指导，促进他们自我管理和康复。

一、血液透析

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的临床症状、血压、体重等，合理设置脱水量和其他治疗参数。

2. 评估血管通路的状态，如动静脉内瘘局部的触诊和听诊，中心静脉置管的评估等，及时发现相关并发症，并确保通路的通畅。

3. 透析过程中，认真巡视，检查机器的运转情况，血管通路的情况，体外循环情况，定时测量生命体征，及时发现血液透析相关并发症并及时处理，如出血、溶血、肌肉痉挛、心律失常、低血压等。

（二）操作要点。

1. 透析前准备。

（1）备齐用物，核对患者姓名、透析器、透析管路的型号及有效期、透析机及透析方式。

（2）准备机器，开机，机器自检。

2. 检查血液透析器及透析管路有无破损，外包装是否完好，查看有效日期、型号，遵循无菌原则按照体外循环的血流方向依次安装管路和透析器。

3. 预冲。

（1）启动透析机血泵 80~100ml/min，用生理盐水先排净透析管路和透析器血室（膜内）气体，生理盐水流向为动

脉端→透析器→静脉端，不得逆向预冲。

(2) 将泵速调至 200~300ml/min，连接透析液接头与透析器旁路，排净透析器透析液室（膜外）气体。

(3) 生理盐水预冲量，应严格按照透析器说明书中的要求进行；进行闭式循环或肝素生理盐水预冲，应在生理盐水预冲量达到 500ml 后再进行。

(4) 推荐预冲生理盐水直接流入废液收集袋中，并将废液收集袋放于机器液体架上，不得低于操作者腰部以下；不建议预冲生理盐水直接流入开放式废液桶中。

(5) 冲洗完毕后再次核对，根据医嘱设置治疗参数。

4. 动静脉内瘘穿刺。

(1) 检查患者自身血管通路：有无红肿，渗血，硬结；并摸清血管走向和搏动。

(2) 选择好穿刺点，消毒穿刺部位。

(3) 根据血管的粗细和血流量要求等选择穿刺针。

(4) 采用阶梯式、钮扣式等方法，以合适的角度穿刺血管；先穿刺静脉，再穿刺动脉，以动脉端穿刺点距动静脉内瘘口 3cm 以上，动静脉穿刺点之间的距离在 10cm 以上为宜，固定穿刺针。

(5) 根据医嘱推注首剂量肝素（使用低分子肝素作为抗凝剂，应根据医嘱上机前静脉一次性注射）。

5. 穿刺针与透析管路连接，透析开始。

6. 检查是否固定好患者的内瘘针及管路，测患者血压、脉搏，再次核对各项参数，记录。

7. 处理用物。

8. 透析结束，回血。

(1) 调整血液流量至 100ml/min。

(2) 打开动脉端预冲侧管，用生理盐水将残留在动脉侧管内的血液回输到动脉壶。

(3) 关闭血泵，靠重力将动脉侧管近心侧的血液回输入患者体内。

(4) 夹闭动脉管路夹子和动脉穿刺针处夹子。

(5) 打开血泵，用生理盐水全程回血。回血过程中，可使用双手揉搓滤器，不应挤压静脉端管路。生理盐水回输至静脉壶、安全夹自动关闭后，停止继续回血。不宜将管路从安全夹中强制取出，将管路液体完全回输至患者体内。

(6) 夹闭静脉管路夹子和静脉穿刺针处夹子。

(7) 拔出动脉内瘘针后再拔静脉内瘘针，压迫穿刺部位 2 ~ 3min。

(8) 弹力绷带压迫止血，松紧要适度，压迫后能触及动脉搏动，嘱患者压迫 15 ~ 20min 后摘除止血带并观察有无出血，听诊内瘘杂音是否良好。

9. 整理用物，测量生命体征，记录。

(三) 指导要点。

1. 告知患者血液透析的原理、透析过程中可能发生的问题及如何预防和处理。

2. 告知患者血管通路的居家护理技巧。

3. 告知患者饮食、用药、运动、并发症管理等自我管理的知识和技巧。

（四）注意事项。

1. 中心静脉留置导管，应消毒后用注射器回抽导管内封管肝素，回抽量为动、静脉管各 2ml 左右，确认管路通畅后连接透析回路，禁止使用注射器用力推注导管腔。

2. 血液透析治疗过程中，询问患者自我感觉，测血压、脉搏，监测机器运转情况，观察穿刺部位有无渗血、穿刺针有无脱出移位，并记录。

二、血液灌流

（一）评估和观察要点。

同血液透析技术。

（二）操作要点。

1. 操作前准备。

（1）备齐用物，核对患者姓名、透析器、灌流器、管路的型号及有效期、透析机及透析方式。

（2）开机自动自检。

2. 安装透析器、灌流器及管路。

3. 预冲。

(1) 开启血泵调至 100ml/min, 开始预冲。

(2) 生理盐水冲至动脉除泡器(动脉小壶)向上的透析管路动脉端的末端处, 关闭血泵, 连接灌流器。

(3) 待透析器、灌流器、透析管路连接后, 继续生理盐水预冲, 排净灌流器、透析器中的气体, 用肝素生理盐水预冲, 预冲总量按照灌流器说明书要求执行。

(4) 最后一袋肝素盐水剩至 250ml 左右时关泵, 同时夹闭静脉管路末端, 夹闭废液袋, 等待患者上机。

4. 连接体外循环。

5. 治疗过程中, 观察机器的运转情况, 各项压力监测的情况, 患者的主诉和生命体征变化, 如有异常, 及时汇报和处理。

6. 灌流治疗一般为 2~2.5h, 灌流治疗结束后, 回生理盐水 200ml 左右, 取下灌流器, 继续血液透析治疗, 或者结束治疗, 回血。

(三) 指导要点。

1. 告知患者血液灌流的原理和目的, 治疗过程中配合的技巧。

2. 告知患者治疗过程中可能发生的并发症, 嘱患者有任何不适及时汇报。

(四) 注意事项。

1. 透析管路动脉端充满盐水后, 再停血泵连接血液灌流

器，按照灌流器上标注的血流方向连接管路。

2. 遵医嘱抗凝治疗并严密观察各项压力的变化，及时发现灌流器堵塞情况。

3. 血液灌流与血液透析并用时，为避免透析脱水后血液浓缩发生凝血，应将灌流器串联在透析器前。

三、血浆置换

（一）评估和观察要点。

1. 评估中心静脉留置导管管路通畅情况。

2. 观察患者生命体征的变化，记录血压、脉搏、血氧饱和度及各种治疗参数。

3. 观察患者的各项压力指标包括动脉压、静脉压、跨膜压、血浆压、血浆入口压等。

（二）操作要点。

血浆置换分为单重血浆置换和双重血浆置换。

1. 单重血浆置换。

（1）洗手，戴口罩、戴清洁手套，遵医嘱备齐用物。

（2）核对患者姓名、血浆分离器的型号及有效期、置换液及置换方式。

（3）开机自检，按照机器要求进行管路连接，预冲管路及血浆分离器。

（4）遵医嘱设置血浆置换参数、报警参数，连接体外循环。

(5) 血浆置换治疗开始时, 全血液速度宜慢, 观察2~5min, 无反应后再以正常速度运行。

(6) 观察患者生命体征和机器运行情况, 包括全血流速、血浆流速、动脉压、静脉压、跨膜压变化等。

(7) 置换量达到目标量后回血, 观察患者的生命体征, 记录病情变化及血浆置换治疗参数和结果。

2. 双重血浆置换。

(1) 洗手, 戴口罩、戴清洁手套, 遵医嘱备齐用物。

(2) 核对患者姓名、血浆分离器、血浆成分分离器的型号及有效期、置换液及置换方式。

(3) 开机自检, 按照机器指引进行血浆分离器、血浆成分分离器、管路、监控装置安装连接, 预冲。

(4) 遵医嘱设置血浆置换参数、各种报警参数: 如血浆置换目标量、各个泵的流速或血浆分离流量与血流量比率、弃浆量和分离血浆比率等。

(5) 血浆置换开始时, 全血液速度宜慢, 观察2~5min, 无反应后再以正常速度运行。通常血浆分离器的血流速度为80~120ml/min, 血浆成分分离器的速度为25~30ml/min左右。

(6) 密切观察患者生命体征和机器运行情况, 包括全血流速、血浆流速、动脉压、静脉压、跨膜压和膜内压变化等。

(7) 血浆置换达到目标量之后, 进入回收程序, 按照机

器指引进行回收，观察并记录患者的病情变化、治疗参数、治疗过程及结果。

（三）指导要点。

1. 告知患者血浆置换的原理和意义，以及如何配合的技巧。

2. 告知患者血浆置换过程中可能发生的并发症，嘱患者如有不适及时汇报。

（四）注意事项。

1. 置换中出现低血压，可将分浆速度减慢，加快补浆速度使血压回升，症状不缓解可停止分浆。

2. 操作过程中动作轻柔，及时调整各种参数。

3. 血浆等置换液应干式加温，经加温后输入。

4. 治疗完毕后测量生命体征，嘱咐患者卧床休息30min，下床时动作缓慢勿用力过猛。

四、血液滤过

（一）评估和观察要点。

同血液透析技术。

（二）操作要点。

1. 操作前准备。

（1）洗手，戴口罩、戴清洁手套。

（2）备齐用物，核对患者姓名、核对滤器、管路的型号及有效期、透析机及治疗方式。

(3) 开机自动自检。

2. 按照机器的指引正确安装滤器、透析管路、置换液管路、血滤管路。

3. 预冲。

(1) 启动透析机血泵80~100ml/min, 用生理盐水先排净管路和血液滤过器血室气体。生理盐水流向为动脉端→透析器→静脉端。

(2) 机器在线预冲: 通过置换液连接管, 使用机器在线产生的置换液按照体外循环血流方向密闭冲洗。

(3) 冲洗完毕后根据医嘱设置治疗参数。

4. 准备血液通路, 连接体外循环。

5. 治疗过程中, 观察机器运转、各项压力情况、患者主诉和生命体征变化, 有异常及时汇报和处理。

6. 治疗结束, 回血, 机器在线回血或生理盐水回血。

(三) 指导要点。

1. 告知患者血液滤过的原理和目的。

2. 告知患者治疗过程中可能出现的并发症, 如有不适及时汇报。

(四) 注意事项。

生理盐水预冲量应严格按照血液滤过器说明书中的要求; 需要进行闭式循环或肝素生理盐水预冲时, 应在生理盐水预冲量达到后再进行。

五、持续不卧床腹膜透析换液（CAPD）

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者既往病史、化验检查情况、生命体征、意识状况、有无水肿及消化道症状、有无腹膜透析禁忌证。
2. 评估外出口和伤口的情况。
3. 观察患者腹透液灌入和引流是否流畅、引流液有无絮状物及浑浊。

（二）操作要点。

1. 备齐用物，准备操作环境。
2. 检查透析液，检查透析管路有无破损。
3. 悬挂透析液，确认透析短管上的旋钮已关紧，将透析短管与透析液管路对接。
4. 打开透析短管开关，引流腹腔内液体，结束后关闭短管开关。
5. 入液管路排气，排气时慢数 5 下。
6. 打开透析短管开关，入液，结束后关闭透析短管开关。
7. 打开并检查碘伏帽，分离，戴碘伏帽。
8. 固定短管，将透析短管放入腰包中。
9. 整理用物，观察引流液的性状，测量计算超滤量并做记录。

（三）指导要点。

1. 指导患者清洁和固定腹膜透析导管的方法、合理使用

清洁或消毒剂清洁及消毒腹透管。

2. 告知患者保持大便通畅，放液时排空膀胱，保证引流畅通。

3. 指导并教会患者准备居家腹透环境，掌握洗手、腹透换液的操作方法。

4. 指导患者饮食、运动、用药、病情监测、并发症预防和处理等自我管理的知识和技巧。

（四）注意事项。

1. 禁止在导管附近使用剪刀或其他利器。

2. 临时停止腹透时，要每周进行腹透液冲管处理。

六、自动化腹膜透析（APD）

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者既往病史、化验检查情况、生命体征、意识状况、有无水肿及消化道症状、有无腹膜透析禁忌证。

2. 评估外出口和伤口的情况。

3. 观察机器是否正常运转，观察患者腹透液灌入和引流是否通畅，患者有无不适；观察引流液有无絮状物及浑浊。

（二）操作要点。

1. 准备操作环境，遵医嘱备齐用物；护士洗手，戴口罩。

2. 开机自检。

3. 遵医嘱设置治疗参数，包括治疗方式、总治疗量、末袋量、总治疗时间、循环数等。

4. 安装管路，连接透析液。
5. 按照机器的指引排气。
6. 连接患者端透析短管，开始治疗。
7. 固定短管和透析液连接管路，避免打折或扭曲。
8. 巡视，观察机器的运转情况，评估患者的生命体征和主诉，及时处理报警。
9. 腹膜透析治疗结束，评估患者的生命体征、超滤量及引流液的性状并记录。
10. 按照机器的指引分离患者，卸下管路，处理用物。

（三）指导要点。

1. 告知患者使用 APD 的目的及配合的技巧。
2. 必要时培训患者居家 APD 的操作技术和处理报警的技巧。
3. 告知患者可能发生的并发症，嘱患者如有不适及时通知护士进行处理。

（四）注意事项。

1. APD 管路每日更换。
2. 机器报警时需要仔细检查可能发生的原因并予以排除。

七、更换腹膜透析短管

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、体位、合作情况。

2. 评估外出口。
3. 评估腹透管腹壁外部分有无老化磨损，管路保护是否合理。

（二）操作要点。

1. 准备操作环境，备齐用物。
2. 夹闭近端腹膜透析管路，将一次性短管从钛接头处取下并丢弃，迅速将钛接头浸入 0.5%碘伏液中泡至 10~15min。
3. 检查新短管的有效期、有无裂隙、包装是否完好及开关灵活度。
4. 撕开短管及无菌纱布包装，戴无菌手套。
5. 取出外接短管，关闭短管开关。取无菌纱布包裹并保护钛接头部分，钛接头方向朝下，将无菌短管拉环取下并迅速与钛接头连接并拧紧。
6. 更换一次性碘伏帽，评估外出口并换药。
7. 整理用物，对产品的批号及换管日期进行登记。
8. 可进行一次腹膜透析换液操作。

（三）指导要点。

1. 指导患者更换外接短管的目的及配合方法。
2. 指导患者检查和正确保护管路，发现腹透管腹壁外部分或外接短管有破损及时通知医护人员。

（四）注意事项。

1. 定期检查腹透管及外接短管有无破损、老化，发现问

题及时更换处理。

2. 外接短管至少每半年更换一次。
3. 按照产品使用说明书消毒腹膜透析短管。

八、腹膜透析导管外出口处换药及护理

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者的病情、合作情况。
2. 评估伤口愈合情况。
3. 评估外出口，观察外出口皮肤颜色，有无肿胀或硬化、疼痛、分泌物流出。

（二）操作要点。

1. 准备操作环境，备齐用物。
2. 弃去旧敷料，评估伤口和外出口。
3. 擦拭导管，用棉签蘸取生理盐水由内向外擦洗外出口周围导管。
4. 用棉签蘸取生理盐水擦洗外出口周围，然后用无菌棉签轻轻吸干或晾干。
5. 消毒外出口周围皮肤，用棉签蘸取温和、无刺激的0.5%碘伏溶液，以出口处为圆心，距出口0.5cm由里向外环形擦洗周围皮肤，注意勿使碘伏溶液触及导管。
6. 顺应导管自然走向覆盖无菌敷料。

（三）指导要点。

1. 指导患者正确换药、护理及沐浴方法。

2. 指导患者使用清洁剂、消毒剂清洁消毒外出口的方法。

3. 指导患者如何观察外出口感染的相关知识。

（四）注意事项。

1. 手术后 1 周开始常规外出口护理，每日 1 次，6 周后根据外出口评估情况可酌情减少频率，淋浴后、出汗多、外出口损伤、敷料不洁时应立刻护理。

2. 拆除纱布或敷料时，勿牵拉导管外出口处。

3. 不应强行撕扯痂皮，可用无菌棉签沾取生理盐水或双氧水浸湿泡软后，慢慢取下。

4. 感染的外出口应加强换药，每日 2 次，留取分泌物培养，遵医嘱使用使用抗生素和外用药物。

九、腹膜平衡试验（PET）

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者灌入和引流腹透液的时间、引流液的性状及超滤量。

2. 观察患者有无不适，及时处理。

（二）操作要点。

1. 提前一天将 2.5%腹透液 2L 灌入腹腔内存腹。

2. 放出透析液，嘱咐患者仰卧，将 2.5%腹透液 2L 灌入腹腔内。每灌入 400ml 时，嘱患者左右翻身 1 次。

3. 腹透液全部灌入时开始计算时间，120min 时引流出

200ml 透析液，留取 10ml 标本，其余灌回腹腔内，分别检测葡萄糖、尿素氮和肌酐浓度。

4. 120min 时留取血标本，检测葡萄糖、尿素氮和肌酐浓度。

5. 4h 后，用 20min 排空腹腔，测定引流液量，计算超滤量，并留取 10ml 标本检测葡萄糖、尿素氮和肌酐浓度。

（三）指导要点。

1. 告知患者腹膜平衡试验的目的、意义及配合方法。
2. 指导患者按时灌入和放出腹透液，并留取标本，及时送检。

（四）注意事项。

1. 严格按照操作时间灌入和排出腹透液，留取标本必须准时，并及时送检。
2. 肌酐检测时应注意腹透液中葡萄糖浓度。

十、腹膜透析新患者培训

（一）评估及观察要点。

1. 评估患者病情、病史、年龄、视力和自理情况。
2. 了解患者教育背景及对疾病相关知识了解程度。
3. 了解患者居家环境和家庭支持情况。

（二）指导要点。

1. 根据评估的结果选择恰当的培训和教育方式，制定合理的培训计划。

2. 介绍肾脏的功能、腹膜透析的原理和基本知识，让患者了解为什么要透析，透析能解决什么问题，腹膜透析是怎么回事。

3. 腹膜透析换液操作技术培训，包括居家腹膜透析环境的准备，六步洗手法技术，无菌的概念，透析液加温和换液操作的步骤。

4. 腹膜透析其他相关操作技术的培训，包括出口处护理、淋浴技术等。

5. 腹膜炎相关知识培训，包括细菌的来源，腹膜炎的预防、症状、危害和处理方法等。

6. 如何保持容量平衡，包括容量出入平衡的概念，每日尿量、超滤量、体重、血压监测及记录，限盐的重要性等。

7. 营养和饮食知识教育，包括如何合理饮食摄入，如何做好饮食记录，如何限盐等。

8. 特殊药物的作用、副作用、保存方法和正确服用方法指导，包括促红细胞生成素皮下注射的指导，口服铁剂、磷结合剂等的正确服用方法等。

9. 出院指导：操作技术和腹透相关知识考核，介绍门诊随访的流程、相关注意事项、透析液的运输和保存方法等。

（三）注意事项。

1. 根据患者的病情、耐受程度和接受能力合理安排每次的培训时间和进度。

2. 培训结束考核合格后方可出院开始居家腹膜透析。
3. 培训时注意合理应用成人学习理论，尊重患者，鼓励患者参与和实践，增强培训效果。

第十七章 心理护理

患者心理护理的目的主要在于通过语言和非语言的交流方式与患者建立信任关系，安抚患者情绪，提供心理支持，促进患者的身心康复。在护理过程中，应当了解患者以往的心理社会健康状况及引发患者心理问题的相关因素，最大限度地维护患者尊严，预防和减轻患者精神心理问题，增进心理舒适度。

一、收集心理社会资料

（一）评估和观察要点。

评估患者的病情、意识情况，理解能力和表达能力。

（二）操作要点。

1. 收集患者的一般资料 年龄、性别、民族、文化程度、信仰、婚姻状况、职业环境、生活习惯、嗜好。
2. 收集患者的主观资料 患者对疾病的主观理解和态度，对疾病的应对能力，患者的认知能力、情绪状况及行为能力，社会支持系统及其利用。
3. 收集患者的客观资料 护士通过体检评估患者生理状

况，患者的睡眠、饮食及性功能方面有无改变，与心理负担的关系。

4. 记录有关资料。

(三) 注意事项。

1. 与患者交谈时确立明确的目标，获取有效信息。

2. 沟通时多采用开放式提问，鼓励患者主动叙述，交谈后简单小结，核对或再确认交谈的主要信息。

3. 交谈时与患者保持适度的目光接触。

4. 维护患者的隐私权与知情权。

5. 用通俗语言解释与疾病相关的专业名词。

二、护患沟通

(一) 评估和观察要点。

1. 患者的意识状态和沟通能力。

2. 患者对沟通的心理需求程度。

(二) 操作要点。

1. 患者候诊时，提供信息，介绍出诊医师、利用候诊时间，通过电视、录像、宣传栏等，介绍就医须知、宣传疾病防治及保健知识。

2. 入院介绍时，用通俗易懂的语言向患者及家属介绍护士、病房环境和病房制度。

3. 检查治疗过程中，向患者说明检查治疗的目的、检查治疗约定的时间、检查治疗的部位、治疗过程，需要患者配

合的具体事项。

4. 出院时，向患者及家属交代注意事项及有关锻炼的方法，介绍饮食、用药、复诊时间等。

5. 倾听时，注视对方眼睛，身体微微前倾，适当给予语言回应，必要时可重复患者语言。

6. 适时使用共情技术，尽量感受和理解患者的情绪和感受，并用语言和行为表达对患者情感的理解，表示愿意帮助患者。

7. 陪伴时，对患者使用耐心的、鼓励性的、指导性的话语，适时使用治疗性抚触。

（三）注意事项。

1. 言语沟通时，语速缓慢清晰，用词简单易理解，信息告知清晰简短，注意交流时机得当。

2. 非言语沟通时，衣着整洁、修饰得当，表情亲切、诚恳。

3. 技术操作轻柔、熟练。

三、患者情绪调节

（一）评估和观察要点。

1. 评估患者面部表情、体态姿势、言语表情等变化，判断情绪特点。

2. 通过语言表达方式评估患者的情绪状况。

3. 通过测量和观察心率、血压、神经系统、内分泌系统

的变化及食欲、睡眠状况等观察患者的情绪反应。

（二）操作要点。

1. 焦虑情绪的调节。

（1）应用陪伴技巧及非语言行为传达对患者的关怀（如：默默不语、触摸安抚、任其哭泣或诉说）。

（2）鼓励患者用语言来表达感受、感觉。

（3）提供能使患者转移注意力的活动以降低紧张程度。

（4）协助患者对即将发生的事件做出符合现实的描述。

（5）提供有关疾病诊断、治疗及预后的实际信息。

（6）指导使用放松方法减轻焦虑。

（7）帮助患者获得有力的社会支持，适时鼓励家属陪伴患者。

（8）遵医嘱适当地给予药物以减轻焦虑。

2. 抑郁情绪的调节。

（1）帮助患者制定能够获得快乐或树立信心的短期活动计划。

（2）鼓励患者放弃悲观和自我责备的想法。

（3）向患者保证在其痛苦时护士会随时给予支持。

（4）帮助患者寻求社会支持。

（5）在患者能耐受的情况下鼓励患者多与人交往。

（6）病情严重的患者考虑使用药物调节。

（7）评估有无自杀的可能，必要时进行严密的看护。

3. 恐惧情绪的调节。

(1) 对可能产生恐惧的原因进行评估。

(2) 采取有效措施减少或消除引起恐惧的有关因素。

(3) 去除有威胁性的刺激，避免突然的和可能引起疼痛的刺激。

(4) 鼓励患者表达自己的感觉。

(5) 对可能发生的情境进行预测，环境有变化尽可能提前通知患者。

(6) 向患者解释治疗、检查的程序，包括在过程中可能体验到的各种感受。

(7) 要求家属或其他亲人陪伴患者。

(8) 陪伴患者直到恐惧消失，倾听患者述说或保持安静。

(9) 介绍一些能增加舒适和松弛的方法（读书、听音乐、呼吸练习等）。

4. 愤怒情绪的调节。

(1) 与患者建立良好的信任关系。

(2) 根据患者认知和生理功能来确定表达愤怒的适当行为。

(3) 鼓励患者当感到压力增加时寻求护士或其他可信赖人员的帮助。

(4) 协助患者识别愤怒的来源。

- (5) 鼓励患者采取协作的态度解决问题。
- (6) 预测到可能发生的攻击行为并在发生前给予干预。
- (7) 教会患者能够让自己冷静下来的方法（如暂停活动、深呼吸）。
- (8) 支持患者使用控制愤怒的策略和适当表达愤怒。
- (9) 当患者用不适当的方式表达愤怒时，必要时用外部控制方法。

(10) 适时给予药物。

5. 情绪疏导。

- (1) 鼓励患者表达自己的情绪。
- (2) 告知患者调节情绪的重要性。
- (3) 帮助患者寻找调节情绪的途径。

6. 呼吸放松训练。

- (1) 请患者躺在床上，短暂休息。
- (2) 请患者将注意力集中在自己的呼吸上。
- (3) 恰当使用放松指导语。

7. 音乐放松。

- (1) 鼓励患者选择喜欢的音乐。
- (2) 帮助患者选择适宜的音乐活动方式，如听录音、看录像等。
- (3) 询问患者表达音乐欣赏后的情绪和想法。

(三) 注意事项。

1. 降低环境中的不良因素。
2. 尊重患者，维护患者的尊严。
3. 帮助患者认识焦虑、抑郁、恐惧和愤怒的情绪。
4. 确认患者情绪反应对患者产生的影响。
5. 鼓励患者倾诉以缓解情绪反应。
6. 使用表达支持或同情的语言。

四、压力与应对

（一）评估与观察要点。

1. 观察患者与压力相关的生理指标、面部表情以及行为表现。
2. 评估患者的情绪、行为表现以及受压力的影响程度。

（二）操作要点。

1. 心理支持。

- （1）建立良好的护患关系，与患者深入沟通交流。
- （2）分析应激产生的原因和经过，进行解释疏导。
- （3）指导患者如何应对应激、消除应激源。
- （4）鼓励家属对患者的支持，缓冲患者的应激反应，使其树立治疗和战胜疾病的信心。

2. 改善内外环境。

- （1）对患者所处的环境进行评估，如果是外环境导致的应激反应，需要指导帮助患者自己去改变或离开不利环境。

(2) 减少应激源体验，促使患者应激反应症状缓解。

3. 鼓励患者学习放松方法。

(1) 介绍放松的作用：可以消除焦虑、克服恐惧、安定情绪、调整心态、消除疲劳、促进睡眠、改善记忆力、增强反应灵敏度，长期训练可以改善性格。

(2) 介绍放松练习的四要素：一是环境要安静、二是身体姿势要舒适、三是引导言语声音要安详有节奏，如果自己意念引导，应缓缓默念放松等字句，四是全身肌肉要逐步彻底放松，全身心进入一种平和、安详的松弛状态，并且保持一段时间。

(三) 注意事项。

1. 应激反应评估时仔细分析刺激的性质和强度，刺激与疾病的时间关系及症状内容的联系，避免把疾病的发生归咎于与疾病无关的生活事件。

2. 注意评估沟通的效果。

3. 在护理的过程中，护士要进行阶段性的护理效果评价，不断根据患者情况和需求调整护理计划和方式。

五、尊重患者权利

(一) 评估和观察要点。

1. 评估患者是否由于族群、文化和信仰的差异而存在特殊的习俗。

2. 评估患者知情权和隐私权是否受到损害。

（二）操作要点。

1. 对入院患者进行入院需知的宣教。
2. 在创伤性操作、治疗和护理操作前，应告知患者或家属治疗目的和方案，药物的作用及可能出现的副作用。
3. 在护理工作中为患者提供医疗护理信息，包括治疗护理计划，允许患者及其家属参与医疗护理决策、医疗护理过程。
4. 尊重患者的价值观与信仰，对患者宗教信仰和精神支持的要求做出回应。
5. 诊疗过程中保护患者隐私。

（三）注意事项。

1. 站在患者的角度保护患者的利益，尊重患者的权利。
2. 在诊疗护理过程中能平等地对待患者，不仅要重视技能的提高，同时要重视对患者的关怀。

六、利用社会支持系统

（一）评估和观察要点。

1. 观察患者在医院的适应情况。
2. 评估患者的人际关系状况，家属的支持情况。

（二）操作要点。

1. 对患者家属进行教育，让家属了解治疗过程，参与其中一部分心理护理。
2. 鼓励病友之间的交流。让已经病愈的患者以自己的亲

身经历鼓励其他患者积极面对疾病，起到“现身说法”的作用。

3. 鼓励其亲朋好友在规定的探视时间内陪在患者身边，给以鼓励。

（三）注意事项。

1. 根据患者疾病的不同阶段选择不同的社会支持方式。

2. 指导患者要积极地寻求社会支持，充分发挥社会支持的作用。

七、疼痛评估与控制

（一）评估和观察要点。

1. 观察患者疼痛的程度、表现和变化情况。

2. 评估患者疼痛控制方法的有效性。

（二）操作要点。

1. 心理干预

（1）交流与沟通：与患者的沟通和交流，因势利导，调动患者积极的心理因素，帮助患者分析疼痛的反复性，解释与疼痛有关的问题，减轻患者的心理压力。

（2）松弛和意念干预：节律性呼吸或有规律地使肌肉紧张和松弛，减轻或减少环境刺激，放松全身和提高痛阈。

（3）社会支持：鼓励患者参加社会活动，争取亲属、朋友支持及社会的支持，使患者受到正性的影响，以积极的心理情感阻断疼痛的恶性循环。

（三）注意事项。

1. 介绍，解释诊疗计划。
2. 简述患者的话，以确定你理解了他的意思，对患者使用恰当的语言和术语。
3. 同情和关爱患者，尊重和信任患者的诉说，避免出现一种施救者的态度。
4. 结合药物、理疗等措施进行疼痛的综合照护。
5. 避免直接下结论。

八、临终关怀

（一）评估与观察要点。

1. 观察临终患者的情绪表现。
2. 评估临终患者的心理需要和生活质量。

（二）操作要点。

1. 营造温馨生活氛围

- （1）有意识、有计划地组织一些娱乐活动。
- （2）帮助临终患者与周围的亲朋保持联系，鼓励患者与亲友通过电话、信件、E-mail 联系。
- （3）认真做好生活护理，满足患者的基本生理需要。
- （4）了解患者的心理需求，对临终患者表达理解和关爱。
- （5）营造安详和谐的环境让患者和家人倾诉衷肠，有助于家属对患者的心理安慰。

(6) 倾听临终患者的诉求。

(7) 满足临终患者文化与信仰方面的需求。

(三) 注意事项。

1. 尊重患者的隐私。

2. 充分认识患者的个性化需求。

3. 以不同文化与信仰的患者为中心。

4. 将地方文化的信仰、仪式、习惯同医院的医疗救治相结合。

5. 从哲学、医学、法律、伦理和宗教的角度认识临终关怀，包括各年龄段对临终与死亡的态度、临终患者的心理状态、对不同年龄临终患者及家属的辅导技巧以及丧葬礼仪及习俗等。

附录 1 Waterlow 压疮危险因素评估表 (2005 年)

| 体质指数 (BMI) | | 皮肤类型 | 性别和年龄 | 营养状况评估工具 | | | |
|------------|--------|-------|-----------------------------|----------|---------------------------|-------|-------------------------------|
| 20 ~ 24.9 | 一般 | 0 健康 | 0 男 | 1 | A—近期体重下降 | | B—体重下降评分 |
| 25 ~ 29.9 | 高于一般 | 1 薄如纸 | 1 女 | 2 | 是 | 到 B | 0.5 ~ 5kg =1 |
| >30 | 肥胖 | 2 干燥 | 1 14 ~ 49 | 1 | 否 | 到 C | 5 ~ 10kg =2 |
| <20 | 低于一般 | 3 水肿 | 1 50 ~ 64 | 2 | 不确定 =2 并到 C | | 10 ~ 15kg =3 |
| | | 潮湿 | 1 65 ~ 74 | 3 | | | > 15kg =4 |
| | | 颜色异常 | 2 75 ~ 80 | 4 | | | 不确定 =2 |
| | | 破溃 | 3 >81 | 5 | C—病人进食少或食欲差 否=0 是=1 | | 营养评分 如果>2, 参考营养评估/ 干预措施 |
| 失禁 | | 运动能力 | 特殊因素 | | | | |
| 完全控制/导尿 | 0 完全 | 0 | 组织营养状况 | | 神经系统缺陷 | | 大手术或创伤 |
| 小便失禁 | 1 躁动不安 | 1 | 恶液质 | 8 | 糖尿病 | 4 ~ 6 | 骨/脊柱手术 |
| 大便失禁 | 2 冷漠的 | 2 | 多器官衰竭 | 8 | 运动/感觉异常 | 4 ~ 6 | 手术时间>2 小时 |
| 大小便失禁 | 3 限制的 | 3 | 单器官衰竭 (呼吸、肾脏、心脏) | 5 | 截瘫 | 4 ~ 6 | 手术时间>6 小时 |
| | 卧床 | 4 | 外周血管病 | 5 | | | |
| | 轮椅 | 5 | 贫血 (Hb<8) | 2 | | | |
| | | | 吸烟 | 1 | | | |
| | | | 药 物 | | | | |
| | | | 细胞毒性药物、长期大剂量服用类固醇、抗生素 最多为 4 | | | | |

如果评分 ≥ 10, 则患者有发生压疮的危险, 建议采取预防措施

附录2 Norton 压疮危险因素评估表

| 参数 | 身体状况 | | | | 精神状况 | | | | 活动能力 | | | | 灵活程度 | | | 失禁情况 | | | | |
|----|------|----|----|----|------|------|------|----|------|---------|-----|----|------|------|------|------|-----|------|------|---------|
| | 好 | 一般 | 不好 | 极差 | 思维敏捷 | 无动于衷 | 不合逻辑 | 昏迷 | 可以走动 | 帮助下可以走动 | 坐轮椅 | 卧床 | 行动自如 | 轻微受限 | 非常受限 | 不能活动 | 无失禁 | 偶有失禁 | 常常失禁 | 完全大小便失禁 |
| 结果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分数 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |

评分 ≤ 14 分，则病人有发生压疮的危险，建议采取预防措施

附录3 Braden 压疮危险因素评估表

| 项目 | 1分 | 2分 | 3分 | 4分 |
|---------|--------|-------|-------|------|
| 感觉 | 完全受限 | 非常受限 | 轻度受限 | 未受损 |
| 潮湿 | 持续潮湿 | 潮湿 | 有时潮湿 | 很少潮湿 |
| 活动力 | 限制卧床 | 可以坐椅子 | 偶尔行走 | 经常行走 |
| 移动力 | 完全无法移动 | 严重受限 | 轻度受限 | 未受限 |
| 营养 | 非常差 | 可能不足够 | 足够 | 非常好 |
| 摩擦力和剪切力 | 有问题 | 有潜在问题 | 无明显问题 | |

评分 ≤ 18 分，提示病人有发生压疮的危险，建议采取预防措施

附录4 美国国家压疮咨询委员会（NPUAP）2007年压疮分期

1. 可疑深部组织损伤 由于压力或剪力造成皮下软组织损伤引起的局部皮肤颜色的改变（如变紫、变红），但皮肤完整。
2. I期 皮肤完整、发红，与周围皮肤界限清楚，压之不退色，常局限于骨凸处。
3. II期 部分表皮缺损，皮肤表浅溃疡，基底红，无结痂，也可为完整或破溃的血泡。
4. III期 全层皮肤缺失，但肌肉、肌腱和骨骼尚未暴露，可有结痂、皮下隧道。
5. IV期 全层皮肤缺失伴有肌肉、肌腱和骨骼的暴露，常有结痂和皮下隧道。
6. 不能分期 全层皮肤缺失但溃疡基底部覆有腐痂和（或）痂皮。

附录5 静脉炎分级标准

美国静脉输液护理学会静脉治疗护理实践标准 2006版

| 级别 | 临床分级标准 |
|----|---|
| 0 | 没有症状 |
| 1 | 输液部位发红伴有或不伴有疼痛 |
| 2 | 输液部位疼痛伴有发红和（或）水肿 |
| 3 | 输液部位疼痛伴有发红和（或）水肿，条索状物形成，可触摸到条索状静脉 |
| 4 | 输液部位疼痛伴有发红和（或）水肿，条索状物形成，可触及的静脉条索状物长度>2.5cm（1英寸），有脓液流出 |

附录6 糖尿病足的 Wagner 分级法

| | |
|-----|------------------------------------|
| 分级 | 临床表现 |
| 0 级 | 有发生足溃疡的危险因素，目前无溃疡 |
| 1 级 | 表面溃疡，临床上无感染 |
| 2 级 | 较深的溃疡，常合并软组织炎（cellulitis），无脓肿或骨的感染 |
| 3 级 | 深度感染，伴有骨组织病变或脓肿 |
| 4 级 | 局限性坏疽（趾、足跟或前足背） |
| 5 级 | 全足坏疽 |

附录7 儿童气管插管型号选择标准

| 新生儿体重 (g) | 导管内径 (mm) |
|-----------|-----------|
| <750 | 2.0 |
| 1000 | 2.5 |
| 2000 | 3.0 |
| 3000 | 3.5 |
| 4000 | 4.0 |

经口气管插管的深度为体重 (kg) +6

附录 8 皮肤急性放射损伤分级标准

美国放射肿瘤协作组 (RTOG) 皮肤急性放射损伤分级标准

| 分级 | 皮肤反应 |
|-----|-----------------------------|
| 0 级 | 无变化 |
| 1 级 | 滤泡样暗红色红斑，干性脱皮或脱发，出汗减少 |
| 2 级 | 触痛性或鲜色红斑，皮肤皱褶处有片状湿性脱皮，或中度水肿 |
| 3 级 | 皮肤皱褶以外部位融合的湿性脱皮，凹陷性水肿 |
| 4 级 | 溃疡、出血、坏死 |