

目 录

第一章、外科常见症状护理常规	1
一、头痛	1
二、咳嗽、咳痰	2
三、恶心、呕吐	3
四、咽痛	4
五、声音嘶哑	5
六、腹痛	6
七、腹泻	7
八、疼痛	8
九、高热	9
十、抽搐	10
十一、呼吸困难	11
十二、昏迷	12
十三、膀胱刺激征（尿频、尿急、尿痛）	13
十四、血尿	14
十五、尿潴留	15
十六、尿失禁	16
十七、水肿	18
十八、压疮	19
第二章、外科一般护理常规	20
一、普通外科入院护理常规	20
二、外科一般护理常规	21
（一）术前一般护理常规	21
（二）术后一般护理常规	22
三、全身麻醉后护理常规	23
四、普通外科出院护理常规	24
第三章、外科危重病及重症监护护理常规	25
一、危重病人护理常规	25
二、急性心衰护理常规	26
三、急性左心衰护理常规	28
四、慢性心力衰竭护理常规	29
五、心脏骤停的急救护理常规	32
（一）心肺复苏基本生命支持术护理常规	32
（二）心肺复苏高级和延续生命支持护理常规	34
六、急性肾功能衰竭护理常规	35
七、慢性肾功能衰竭护理常规	35
八、呼吸衰竭护理常规	39
九、肝衰竭护理常规	35
十、脑疝护理常规	43
十一、心律失常护理常规	45

十二、休克护理常规	46
十三、过敏性休克护理常规	49
十四、弥散性血管内凝血护理常规	50
十五、急性呼吸窘迫综合征护理常规	51
十六、窒息紧急处理常规	54
十七、肺栓塞护理常规	56
十八、脂肪栓塞综合征护理常规	58
十九、持续心电监护常规	60
二十、持续脉搏血氧含量监测常规	61
二十一、电复律护理常规	62
二十二、电除颤护理常规	63
二十三、中心静脉压（CVP）监测常规	64
二十四、无创机械通气护理常规	65
二十五、有创机械通气护理常规	66
二十六、气管插管护理常规	68
二十七、气管切开护理常规	69
第四章、外科常见检查与治疗护理常规	70
一、肠内营养护理常规	70
二、全胃肠外营养护理常规	72
三、胃肠减压护理常规	73
四、中心静脉导管置入术护理常规	74
五、经外周插管的中心静脉导管（PICC）护理常规	75
六、PICC 换药护理常规	76
七、体位引流护理常规	77
八、肺叩打护理常规	78
九、CT 检查护理常规	79
第五章、外科护理急救流程	80
一、急性肺栓塞急救流程	80
二、脂肪栓塞综合征急救流程	81
三、呼吸困难急救流程	82
（一）II型呼吸衰竭急救流程	83
（二）I型呼吸衰竭急救流程	84
四、急性呼吸窘迫综合征急救流程	85
五、气管插管非计划性拔管急救流程	86
六、气管套管滑脱急救流程	87
七、急性左心衰竭护理流程	88
八、心肺复苏流程图	89
九、除颤仪操作流程	90
十、高钾血症急救流程	91
十一、低钙血症处理流程	92
十二、低血糖护理流程	93
十三、低血容量性休克护理流程	94

十四、感染性休克护理流程	95
十五、过敏性休克护理流程	96
十六、输液反应—急性肺水肿急救流程	97
十七、输液反应—发热反应急救流程	98
十八、病区应对火灾应急流程图	99
十九、贵重仪器损坏及缺药处理流程	100
二十、常用辅助检查护理流程	101
(一) B超检查流程	101
(二) CT检查流程	102
(三) 磁共振检查流程	103
(四) 纤维胃镜检查流程	104
第六章、普外科护理常规	105
第一节、普外科一般护理常规	105
一、肝胆外科疾病手术一般护理常规	105
二、门脉高压症护理常规	106
三、原发性肝癌护理常规	109
四、胆囊炎、胆石症护理常规	110
五、腹腔镜胆囊切除术护理常规	112
六、急性梗阻性化脓性胆管炎护理常规	114
七、急性胰腺炎护理常规	116
八、胃、肠疾病手术护理常规	117
九、胃、十二指肠疾病护理常规	119
十、阑尾炎护理常规	123
十一、肠梗阻护理常规	124
十二、肠痿护理常规	126
十三、结、直肠癌护理常规	128
十四、肛管疾病护理常规	131
十五、腹股沟疝的护理常规	133
十六、腹部复合伤护理常规	135
十七、血管疾病手术一般护理常规	137
十八、下肢静脉曲张护理常规	138
十九、下肢深静脉血栓形成护理常规	140
二十、下肢动脉硬化闭塞症护理常规	142
二十一、血栓闭塞性脉管炎护理常规	144
二十二、甲状腺功能亢进症手术护理常规	146
二十三、甲状腺瘤手术护理常规	149
二十四、甲状腺癌手术护理常规	150
二十五、乳房癌手术护理常规	152
二十六、肿瘤化学治疗(化疗)护理常规	154
二十七、甲状腺危象急救护理常规	158
二十八、糖尿病护理常规	159
二十九、原发性高血压护理常规	162

三十、应激性溃疡护理常规	164
第二节、普外科专科检查与治疗护理常规	167
一、腹腔引流管护理常规	167
二、T管引流护理常规	168
三、胃镜检查护理常规	169
四、肠镜检查护理常规	170
五、胶囊内镜检查护理常规	171
六、ERCP术护理常规	172
七、介入检查治疗护理常规	174
八、腹（胸腔）主动脉瘤覆膜大动脉支架植入护理常规	175
九、胃造瘘管护理常规	177
十、结肠造瘘或回肠造瘘护理常规	178
十一、下肢静脉造影术护理常规	179
第三节、普外科护理急救流程	180
一、门脉高压伴大出血护理流程	180
二、腹腔引流管脱出处理流程	181
三、胃管意外滑出处理流程	182
四、T管意外滑出处理流程	183
五、甲状腺术后窒息急救流程	184
六、甲亢危象急救流程	185
第七章、心胸外科护理常规	186
第一节、心胸外科一般护理常规	186
一、胸外科一般护理常规	186
二、心脏外科疾病手术一般护理常规	187
三、体外循环心内直视术护理常规	189
四、动脉导管未闭手术护理常规	190
五、房间隔缺损修补术护理常规	192
六、室间隔缺损修补护理常规	194
七、法洛四联症手术护理常规	196
八、心脏瓣膜置换手术护理常规	199
（一）风湿性二尖瓣狭窄	199
（二）风湿性二尖瓣关闭不全	200
九、冠状动脉搭桥手术护理常规	202
十、心脏黏液瘤手术护理常规	204
十一、心脏移植手术护理常规	206
十二、食管癌护理常规	209
十三、胸部损伤护理常规	213
十四、脓胸手术护理常规	218
十五、肺叶切除手术护理常规	220
十六、肺大疱病人护理常规	224
十七、缩窄性心包炎手术护理常规	227
十八、纵隔肿瘤手术护理常规	229

第二节、心胸外科危重病及重症监护护理常规	232
一、复张性肺水肿护理常规	232
二、慢性肺源性心脏病护理常规	235
第三节、心胸外科专科检查与治疗护理常规	237
一、胸腔闭式引流护理常规	237
二、安置人工心脏起搏器护理常规	238
三、心包穿刺术护理常规	243
四、经桡动脉冠状动脉造影术护理常规	244
五、先天性心脏病介入治疗护理常规	245
六、心导管检查及心血管造影术护理常规	246
七、纤维支气管镜检查护理常规	247
八、胸腔穿刺术护理常规	248
第四节、心胸外科护理急救流程	249
一、心包填塞急救流程	249
二、胸膜反应急救流程	250
三、胸腔闭式引流管脱出处理流程	251
四、低心排综合征护理流程	252
第八章、神经外科护理常规	253
第一节、神经外科一般护理常规	253
一、神经外科疾病一般护理常规	253
二、神经外科手术前后一般护理常规	254
三、脑挫伤护理常规	256
四、颅内血肿护理常规	259
五、颅底骨折护理常规	261
六、脑垂体腺瘤护理常规	263
七、听神经瘤护理常规	265
八、脑出血护理常规	267
九、颅骨缺损护理常规	270
第二节、神经外科危重病及重症监护护理常规	272
一、颅内高压护理常规	272
二、颅内动脉瘤护理常规	274
三、重型颅脑损伤护理常规	277
四、颅内压监护护理常规	279
五、低温疗法护理常规	280
第三节、神经外科专科检查及治疗护理常规	281
一、腰椎穿刺术护理常规	281
二、脑室穿刺术护理常规	282
三、脑血管造影护理常规	283
四、颅脑外科介入治疗护理常规	284
五、脑室引流护理常规	285
六、高压氧治疗护理常规	286
第四节、神经外科护理急救流程	288

一、抽搐急救流程	288
二、脑疝急救流程	289
第九章、骨科护理常规	290
第一节、创伤外科一般护理常规	290
一、创伤外科疾病一般护理常规	290
二、肢体骨折内固定护理常规	291
三、开放性骨折护理常规	293
四、骨盆骨折护理常规	295
五、手外伤护理常规	298
六、断肢（指）再植术护理常规	300
七、关节镜手术护理常规	303
八、髋关节置换术护理常规	305
九、膝关节置换术护理常规	308
十、脊柱骨折护理常规	310
十一、腰椎间盘突出手术护理常规	313
十二、脊柱矫形术护理常规	315
十三、颈椎手术护理常规	317
十四、脊柱肿瘤护理常规	319
十五、骨与骨关节结核护理常规	320
十六、脊柱结核护理常规	322
十七、化脓性骨髓炎护理常规	324
十八、创伤性高位截瘫护理常规	326
十九、截肢手术护理常规	329
二十、下肢深静脉血栓形成（DVT）护理常规	331
二十一、骨肿瘤手术护理常规	333
二十二、气性坏疽护理常规	335
二十三、骨筋膜室综合征护理常规	338
第二节、骨科专科检查及治疗护理常规	340
一、石膏固定护理常规	340
二、关节镜检查护理常规	342
三、外固定支具固定护理常规	343
四、皮牵引护理常规	344
五、骨牵引护理常规	345
第三节、骨科护理急救流程	347
一、骨筋膜室综合征急救流程	347
二、骨科大出血急救流程	348
三、颈椎术后窒息急救流程	349
四、胸椎骨折伴血气胸急救流程	350
第十章、烧伤科护理常规	351
第一节、烧伤科一般护理常规	351
一、烧伤科一般护理常规	351
二、烧伤病区消毒隔离制度及常用物品消毒方法	352

三、烧伤病人营养护理常规	354
四、烧伤病人创面护理常规	360
五、烧伤各期护理常规	363
六、烧伤科围手术期护理常规	368
七、电烧伤护理常规	370
八、热挤压伤护理常规	372
九、化学烧伤护理常规	373
十、吸入性损伤护理常规	374
十一、头面部烧伤护理常规	376
十二、手部烧伤护理常规	379
十三、骨、关节烧伤护理常规	380
十四、会阴烧伤护理常规	382
十五、小儿烧伤护理常规	383
十六、老年烧伤的护理常规	385
第二节、烧伤科危重病及重症监护护理常规	387
一、烧伤脓毒症护理常规	387
二、创面大出血护理常规	389
三、肢体血液循环障碍护理常规	390
第三节、烧伤科常见专科检查与治疗护理常规	391
一、烧伤专用翻身床护理常规	391
二、烧伤专用悬浮床护理常规	392
三、烧伤专用红外线治疗仪护理常规	394
四、护架应用护理常规	396
第十一章、泌尿外科护理常规	397
第一节、泌尿外科疾病一般护理常规	397
一、泌尿外科一般护理常规	397
二、前列腺增生症护理常规	399
三、前列腺癌护理常规	402
四、膀胱结石护理常规	404
五、膀胱肿瘤护理常规	406
六、肾损伤护理常规	406
七、肾囊肿护理常规	412
八、肾肿瘤护理常规	414
九、肾结核护理常规	416
十、肾、输尿管结石护理常规	418
十一、肾盂输尿管连接部梗阻护理常规	421
十二、肾盂、输尿管肿瘤护理常规	423
十三、隐睾护理常规	425
十四、睾丸肿瘤护理常规	427
十五、嗜铬细胞瘤护理常规	429
十六、原发性醛固酮增多症护理常规	431
十七、皮质醇增多综合症护理常规	433

十八、精索静脉曲张护理常规	435
十九、鞘膜积液护理常规	437
二十、压力性尿失禁护理常规	438
二十一、阴茎癌护理常规	440
二十二、包茎、包皮过长护理常规	442
二十三、尿道损伤护理常规	406
二十四、尿道下裂护理常规	446
二十五、尖锐湿疣护理常规	448
二十六、尿道肉阜护理常规	450
二十七、阴囊 Paget 病护理常规	452
第二节、泌尿外科专科检查与治疗护理常规	453
一、尿动力学检查护理常规	453
二、肾穿刺检查术护理常规	454
三、前列腺穿刺活检护理常规	456
四、静脉肾盂造影 (IVP) 护理常规	457
五、逆行肾盂造影 (RGP) 护理常规	458
六、腹部平片 (KUB) 护理常规	459
七、膀胱镜护理常规	460
八、体外震波碎石 (ESWL) 护理常规	461
九、肾动脉栓塞术护理常规	462
第三节、泌尿外科护理急救流程	463
一、电切综合症急救流程	463
二、TURP 术后大出血急救流程	464
三、肾上腺危象急救流程	465
四、肾实质切开术后出血性休克急救流程	466
五、经皮肾镜术后出血性休克急救流程	467
六、经皮肾镜术后感染性休克急救流程	468
第十二章、口、眼、耳、鼻护理常规	469
第一节、口、眼、耳、鼻一般护理常规	469
一、眼科手术围手术期护理常规	469
二、眼部疾病护理常规	470
(一) 年龄相关性白内障护理常规	470
(二) 急性闭角型青光眼手术护理常规	472
(三) 视网膜脱离手术护理常规	475
(四) 玻璃体切割手术护理常规	477
(五) 眼球化学烧伤护理常规	478
(六) 眼球穿通伤护理常规	480
(七) 眼内异物手术护理常规	482
(八) 角膜移植手术护理常规	484
(九) 准分子激光治疗近视护理常规	485
(十) 共同性斜视手术护理常规	486
(十一) 翼状胬肉病人护理常规	488

(十二) 慢性泪囊炎护理常规	489
三、口腔疾病护理常规	490
(一) 先天性唇裂修补术护理常规	490
(二) 先天性腭裂修补术护理常规	491
(三) 颌面部骨折复位固定术护理常规	492
(四) 舌癌切除术护理常规	494
(五) 腮腺肿瘤切除术护理常规	496
(六) 淋巴结清扫术护理常规	497
四、耳鼻咽喉科疾病一般护理常规	498
五、耳鼻喉科手术一般护理常规	499
六、耳部疾病护理常规	500
(一) 慢性化脓性中耳炎护理常规	500
(二) 先天性耳前瘻管护理常规	503
(三) 乳突根治术与鼓室成形术护理常规	504
(四) 突发性耳聋护理常规	505
七、鼻部疾病护理常规	506
(一) 慢性鼻窦炎、鼻息肉护理常规	506
(二) 鼻中隔偏曲护理常规	509
(三) 鼻窦内镜手术护理常规	510
(四) 鼻出血护理常规	510
八、咽喉部疾病护理常规	513
(一) 声带息肉	513
(二) 腺样体肥大、慢性扁桃体炎手术护理常规	515
(三) 急性扁桃体炎护理常规	517
(四) 扁桃体周围脓肿护理常规	518
(五) 急性会厌炎护理常规	518
(六) 喉癌护理常规	520
(七) 喉肿瘤及喉发音重建手术护理常规	522
第二节、口、眼、耳、鼻专科检查与治疗护理常规	524
一、滴眼药法护理常规	524
二、涂眼药膏法护理常规	525
三、泪道冲洗法护理常规	526
四、眼部冲洗法护理常规	527
五、结膜下注射护理常规	528
六、上颌窦穿刺法护理常规	529
七、外耳道冲洗护理常规	530
八、咽鼓管吹张术护理常规	531
第四节、口、眼、耳、鼻护理急救流程	532
一、眼压升高护理流程	532
二、颌面部外伤窒息护理流程	533
三、鼻腔大出血急救流程	534
参考文献	535

第一章 外科常见症状护理常规

一、头痛护理常规

【护理评估】

- 1、评估头痛的部位，性质，程度，规律。
- 2、评估是否与病情变化有关。评估是否与体位、时间有关
- 3、观察有无发热等生命体征变化

【护理措施】

- 1、保持环境安静，绝对卧床休息。
- 2、严密观察神志，瞳孔，精神状态，注意生命体征变化，注意头部有无外伤，颈项强直。
- 3、了解病人头痛的部位，性质，程度，规律，减轻或诱发因素，伴随症状，指导病人避免诱因。
- 4、指导病人按医嘱服药，告知药物作用，不良反应，让病人了解道药物依赖性和成隐性的特点。
- 5、给以心理支持。

二、咳嗽、咳痰护理常规

【护理评估】

- 1、评估咳嗽的性质、音色、持续时间、发作程度及频率。观察痰的性状和量。
- 2、询问患者既往健康状况，评估有无长期大量吸烟和有害粉尘、有害气体吸入史。
- 3、评估咳嗽、咳痰是否与体位、气候变化有关。
- 4、观察有无发热、胸痛、呼吸困难、发绀、体重减轻等情况。

【护理措施】

- 1、咳嗽剧烈者，宜取坐位或半坐位休息。
- 2、无心、肺、肾功能障碍者，鼓励每日饮水量 $>1500\text{ml}$ 。
- 3、指导患者深呼吸、有效咳嗽方法。
- 4、雾化吸入。
- 5、进行肺叩打、体位引流。
- 6、机械吸痰。
- 7、及时采集痰标本送检。

三、恶心、呕吐护理常规

【护理评估】

- 1、评估呕吐的时间、性质、呕吐物的性状和量，以往有无同样发作史，与进食、饮酒、药物或毒物、精神因素等的关系。
- 2、观察有无腹痛、腹泻或便秘、头痛、眩晕等伴随症状。
- 3、评估腹部体征，如胃肠蠕动波、腹部压痛、反跳痛、肌紧张、腹部包块、肠鸣音、振水音等。
- 4、对于频繁、剧烈呕吐者，评估血压、尿量、皮肤弹性及有无水、电解质平衡紊乱等症状。

【护理措施】

- 1、患者呕吐时，给予身体支持和心理安抚。对于意识清醒者，扶住患者的前额或给予身体支撑，防止因头晕、乏力、虚弱等发生跌倒；对于意识障碍者，保持呼吸道通畅，防止呕吐物误入呼吸道而造成窒息。
- 2、观察呕吐物颜色、性状和量，必要是采集标本送检。
- 3、患者呕吐后，及时帮助患者漱口，保持口腔清洁和舒适。更换因呕吐污染的衣、被，整理周围环境，避免不良刺激。
- 4、频繁呕吐者，防止呕吐物污染衣、被。
- 5、针对引起呕吐的不同原因实施针对性护理。妊娠呕吐者，鼓励孕妇少食多餐；精神因素或条件反射引起呕吐者，应尽量避免引起呕吐因素。呕吐较轻者，可进食清淡食物，鼓励口服补液；呕吐剧烈者，宜卧床休息。避免食用刺激性大的食物，如咖啡、浓茶、过冷、过热、油炸、辛辣等食物。

四、咽痛护理常规

【护理评估】

- 1、评估咽痛的性质，程度，规律。
- 2、评估是否与病情变化有关。
- 3、观察有无发热等生命体征变化

【护理措施】

- 1、注意休息，预防感冒，保持口腔清洁，可以参加日常活动。
- 2、加强营养，合理饮食，易清淡，忌烟酒，避免油炸、辛辣、腌制、刺激性及不易消化的食物。
- 3、严密观察咽痛的程度，规律，减轻或诱发因素，伴随症状，指导病人避免诱因。
- 4、指导病人按医嘱服药，告知药物作用，不良反应。
- 5、给以心理支持，积极寻找病因，治疗原发病。

五、声音嘶哑护理常规

【护理评估】

- 1、评估声音嘶哑的部位，性质，程度，规律。
- 2、评估是否与病情变化有关。
- 3、观察有无咽痛等伴随症状的出现。

【护理措施】

- 1、注意休息，预防感冒，保持口腔清洁，可以参加日常活动。
- 2、加强营养，合理饮食，易清淡，忌烟酒，避免油炸、辛辣、腌制、刺激性及不易消化的食物。
- 3、严密观察声音嘶哑的程度，规律，减轻或诱发因素，伴随症状，指导病人避免过度用声。
- 4、指导病人按医嘱服药，告知药物作用，不良反应。
- 5、给以心理支持，积极寻找病因，治疗原发病。

六、腹痛护理常规

临床上一般将腹痛按起病急缓、病程长短分为急性与慢性腹痛。急性腹痛多由腹腔脏器的急性炎症、扭转或破裂，空腔脏器梗阻或扩张，腹腔内血管阻塞等引起；慢性腹痛的原因常为腹腔脏器的慢性炎症、腹腔脏器包膜的张力增加、消化性溃疡、胃肠神经功能紊乱、肿瘤压迫及浸润等。

【护理评估】

- 1、评估腹痛发生的原因或诱因，起病急骤或缓慢、持续时间，腹痛的部位、性质和程度。
- 2、评估腹痛与进食、活动、体位等因素的关系以及有关疾病的相应体征。
- 3、观察有无恶心、呕吐、腹泻、呕血、便血、血尿、发热等伴随症状。
- 4、评估患者有无缓解疼痛的方法，及有无精神紧张、焦虑不安等心理反应。

【护理措施】

- 1、患者腹痛时，给予心理安抚，稳定情绪，有利于增强患者对疼痛的耐受性。
- 2、观察并记录病人腹痛的部位、性质及程度，发作的时间、频率，持续时间，以及相关疾病的其他临床表现。如果疼痛突然加重、性质改变，且经一般对症处理疼痛不能减轻，需警惕某些并发症的出现，如消化性溃疡穿孔引起弥漫性腹膜炎等。
- 3、应根据病情、疼痛性质和程度选择性给药；癌性疼痛应遵循按需给药的原则，有效控制病人的疼痛。
- 4、观察非药物性和（或）药物止痛治疗的效果。
- 5、观察药物不良反应，如口干、恶心、呕吐、便秘和用药后的镇静状态。
- 6、急性剧烈腹痛诊断未明时，不可随意使用镇痛药物，以免掩盖症状，延误病情。
- 7、急性剧烈腹痛病人应卧床休息，要加强巡视，随时了解和满足病人所需，做好生活护理。应协助病人取适当的体位，以减轻疼痛感并有利于休息，从而减少疲劳感和体力消耗。烦躁不安者应采取防护措施，防止坠床等意外发生。

【备注】

非药物性缓解疼痛的方法：是对疼痛，特别是慢性疼痛的主要处理方法，能减轻病人的焦虑、紧张，提高其疼痛阈值和对疼痛的控制感。具体方法如：①行为疗法：指导式想象（利用一个人对某种特定事物的想象而达到特定的正向效果，如回忆一些有趣的往事可转移对疼痛的注意）、深呼吸、冥想、音乐疗法、生物反馈等。②局部热疗法：除急腹症外，对疼痛局部可应用热水袋进行热敷，从而解除肌肉痉挛而达到止痛效果。③针灸止痛：根据不同疾病和疼痛部位选择针疗穴位。

七、腹泻护理常规

按系统专科疾病一般护理常规。

【护理评估】

- 1、对于急性腹泻者，注意流行病学调查评估，鉴别是否为病毒性肠炎、急性细菌性痢疾、细菌性食物中毒、伤寒或副伤寒、霍乱或副霍乱等。对于慢性腹泻者，询问既往史、诊断及治疗经过。
- 2、询问腹泻是否与摄入可能致敏食物、长期应用抗生素或糖皮质激素、大手术后及其他疾病有关。
- 3、评估每天排便次数、量及性状。
- 4、测量体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征。评估患者有无发热、脱水、营养不良、贫血、皮疹、黄疸、关节肿胀、手足搐搦等。

【护理措施】

- 1、确诊为传染病者，按传染病疫情管理办法进行报告及隔离。
- 2、鼓励口服补充营养和水分。饮食宜清淡、易消化、无刺激性。严重腹泻者应暂时禁食。
- 3、便后，及时用温水清洗或毛巾擦净肛门周围。腹泻次数过多者，可涂蓖麻油保护肛门周围皮肤。
- 4、保护床单位清洁、干燥。
- 5、及时、准确采集大便标本。

八、疼痛护理常规

【护理评估】

- 1、评估疼痛的部位、发作的特点、性质与强度、有无牵涉痛等。
- 2、了解诱发疼痛或加重疼痛的因素。
- 3、观察疼痛时有无伴随症状，如发热、寒战、呕吐、吞咽困难、咳嗽、皮疹、血尿、视力障碍、呼吸困难等。
- 4、监测生命体征。
- 5、询问疼痛史或疾病史，如脑部疾病、腹部化脓性感染、手术、心脏病史等。
- 6、检查疼痛部位有无红、肿、热，有无外伤，有无颈、锁骨上、腋窝淋巴结肿大。评估腹痛者有无包块、压痛、反跳痛；有无机体活动受限、关节功能障碍等。
- 7、评估患者精神心理状态，有无紧张、焦虑、睡眠障碍等。

【护理措施】

- 1、保持病室安静，帮助患者采取舒适体位，减轻疼痛。
- 2、积极作好心理疏导，知道患者分散注意力、自我放松，给予心理支持，缓解疼痛。
- 3、给予任何有创性检查或治疗之前，应评估患者的耐受程度，向者说明检查或治疗目的、操作过程及配合要求等，提高患者对疼痛的耐受力，增强患者的安全感。
- 4、遵医嘱给予缓解疼痛药物，并及时评估疼痛缓解的程度。

九、高热护理常规

【护理评估】

- 1、评估体温、脉搏、呼吸、血压。注意发热的特点及伴随症状，观察皮肤有无皮疹、出血点、麻疹、淤斑、黄染等。
- 2、评估患者的意识状态。
- 3、评估患者皮肤的温度、湿度及弹性。

【护理措施】

- 1、患者绝对卧床休息。对于烦躁不安、神志不清、谵妄、惊厥者，加床栏防止坠床，必要时使用约束带。
- 2、给予高蛋白、高热量、丰富维生素的易消化食物，少食多餐。鼓励患者多饮水，出汗多时注意补充含盐饮料。
- 3、对体温在 39℃ 以上者，可施行物理降温。在头部、腋下与腹股沟等大血管处置冰袋，或采用 32~36℃ 的温水擦浴（血液病患者除外）。
- 4、经物理降温无效者，遵医嘱给予药物降温。但对原因不明的高热，慎用药物降温。对年老、体弱及婴幼儿应注意药物剂量。
- 5、高热期间，监测体温、脉搏、呼吸、每 4 小时 1 次，必要时随时测量。物理降温后半小时内，及时测量体温并记录。
- 6、保持衣着及盖被适中。大量出汗时，及时更换衣服。体温骤降时，应给予保温，避免直接吹风，防止着凉。
- 7、保持口腔和皮肤清洁。
- 8、及时采集各种标本。

十、抽搐护理常规

【护理评估】

- 1、意识状态、抽搐范围、持续时间。
- 2、呼吸及生命体征。
- 3、异常心态。

【护理措施】

- 1、密切观察抽搐发作情况，并详细记录全过程，应特别注意神志与瞳孔的变化，以及抽搐部位和持续时间、间隔时间等，并及时与医师联系。
- 2、抽搐发作时应有人守护，迅速解开衣扣、裤带，用包好的压舌板放入口腔内，以防舌咬伤，必要时加用床挡，防止坠床。
- 3、抽搐时减少对病人任何刺激，一切动作要轻，保持安静，避免强光刺激等。备好急救用品，如吸引器、张力器、拉舌钳等。
- 4、抽搐后应让病人安静休息，室内光线偏暗、安静。
- 5、保持呼吸道通畅，将患者头偏一侧。如有呕吐物要及时清理，抽搐时要禁食。
- 6、做好患者的心理护理，保持情绪稳定，安心接受治疗。

十一、呼吸困难护理常规

【护理评估】

- 1、观察呼吸困难发作的情况，有无伴随症状，如咳嗽、咯血、胸痛、心悸、发热、喘鸣、下肢水肿等。
- 2、评估呼吸的频率、深度及节律，观察面色、神志等变化。
- 3、对重度呼吸困难者，评估有无焦虑和恐惧。

【护理措施】

- 1、患者宜解松衣、被，取舒适坐位或半坐位休息。
- 2、遵医嘱给予吸氧。
- 3、保持呼吸道通畅，指导病人深呼吸、有效咳嗽咳痰方法；进行肺叩打或体位引流，必要时机械吸痰。
- 4、遵医嘱使用支气管扩张剂。
- 5、遵医嘱做好机械通气。

十二、昏迷护理常规

按系统专科疾病一般护理常规

【护理评估】

- 1、询问患者家属或知情人发病前状况，有无急性感染、高血压、冠心病、糖尿病、肝病、肺源性心脏病、肾炎，以及是否使用麻醉性药物等。
- 2、评估患者的体温、脉搏、呼吸、血压，注意呼气中是否有异味。
- 3、检查瞳孔大小、对光反射，以及两侧是否对称，检查眼底有无改变、皮肤色泽、肢体温度等。
- 4、检查有无颅脑外伤，有无耳、鼻出血、舌咬伤等。
- 5、检查有无深、浅反射异常，有无瘫痪、脑膜刺激征等。
- 6、观察呕吐物、排泄物、引流物的性状。

【护理措施】

- 1、患者取平卧，头偏向一侧，取下活动义齿，保持呼吸道通畅。
- 2、病床使用床栏。对于躁动不安、谵妄患者，必要时使用约束带；对于痉挛或抽搐者，可用开口器或牙垫置于两白齿之间，防舌咬伤；对于舌后坠者，应用舌钳将舌拉出，以免舌根后坠阻碍呼吸。去除发夹、修剪指甲，防止自伤。
- 3、保持床单平整、清洁、干燥，每 2 小时 1 次更换体位或翻身，有条件者睡气垫床。床上擦浴每天 1 次，保持全身皮肤清洁。病情许可的情况下，给予肢体被动活动，防肢体萎缩和足下垂。
- 4、对于眼睑不能闭合者，涂四环素眼膏，每日 2~3 次，并用湿盐水纱布盖眼，防止角膜损伤。
- 5、口腔护理 3 次/日，酌情选用漱口水。对于口唇干裂者，涂润滑油膏；张口呼吸者，以湿盐水纱布敷盖口鼻。
- 6、保持大小便通畅。对于留置导尿管者，用碘伏棉球消毒尿道口 2 次/日，及时倾倒尿液和更换尿引流袋。
- 7、记录 24 小时出入量，做好床头交接。
- 8、配备抢救药品和器械。

十三、膀胱刺激征（尿频、尿急、尿痛）护理常规

刺激征是指尿频、尿急、尿痛，也称尿道刺激征。正常人白天平均排尿 4~6 次，夜间 0 ~2 次，如果每日排尿次数>8 次称为尿频；尿急是指尿意一来就有要立即排尿的感觉；尿痛是指排尿时膀胱区及尿道口产生的疼痛，疼痛性质为烧灼感或刺痛。

【护理评估】

1. 了解患者健康史，有无高血压及其他疾病及其治疗经过，
2. 了解引起膀胱刺激症状的原因，了解相关辅助检查结果，如尿常规、血常规、B 超等。
3. 评估患者排尿次数、每次尿量，能否自主排尿，尿痛程度。
4. 评估患者的心理状况，有无焦虑、恐惧等情绪。

【护理措施】

1. 泌尿外科一般护理常规
2. 积极治疗原发病。
3. 遵医嘱给予解痉，止痛，抗感染治疗
4. 做好心理护理，减轻或消除焦虑、紧张情绪。

【健康指导】

1. 注意卫生。性生活后最好是排一次尿，要勤换内裤，经常清洗。
2. 膀胱炎一般都是由于感染所引发的，在日常生活中一定要注意个人卫生，特别是下身的卫生。膀胱炎患者平时要多喝水，若是慢性膀胱炎的病人要根据医生的嘱咐用抗菌药物，坚持治疗四到六周。
3. 多饮开水，每日>2000ml，以起到内冲洗的作用,预防感染。
4. 积极治疗原发病。

十四、血尿护理常规

血尿是指尿液中红细胞 ≥ 3 个/HP，离心尿红细胞 > 5 个/HP，或 12 小时尿 Addis 计数 > 50 万个，是常见的泌尿系统症状。原因有泌尿系炎症、结核、结石或肿瘤、外伤、药物等。

【护理评估】

- 1、了解患者健康史，有无高血压及其他疾病及其治疗经过，评估患者面色，生命体征，神志等变化。
- 2、了解引起血尿的原因，了解相关辅助检查结果，如尿常规、血常规、B 超等
- 3、评估患者血尿程度、持续时间，有无伴随症状如尿痛等。
- 4、评估患者的心理状况，有无焦虑、恐惧等情绪。

【护理措施】

- 1、泌尿外科一般护理常规
- 2、积极治疗原发病。
- 3、卧床休息，注意安全。减少剧烈活动。
- 4、遵医嘱给予止血药治疗
- 5、做好心理护理，减轻或消除焦虑、紧张情绪。

【健康指导】

- 1、平时养成多饮水习惯。在平时生活工作中，不能经常使膀胱高度充盈。感觉到尿意，即要去排尿，以减少尿液在膀胱存留时间过长。
- 2、少抽烟或不抽烟，少吃刺激性食物。忌服：腥辣、水产品（虾、蟹）、辣椒、蒜、生葱、香菜、狗肉、马肉、驴肉。
- 4、积极治疗泌尿系统的炎症、结石等疾病。
- 5、做好染料、橡胶、塑料等工具生产中的防护保健工作。
- 6、注意劳逸结合，避免剧烈运动。发现血尿，及早检查、确诊、及时治疗；一时难以确诊的，要到医院定期复查。

十五、尿潴留护理常规

膀胱内积有大量尿液而不能排出，称为尿潴留。引起尿潴留的原因很多，一般可分为阻塞性和非阻塞性两类。

阻塞性尿潴留有前列腺肥大、尿道狭窄、膀胱或尿道结石、肿瘤等疾病、阻塞了膀胱颈或尿道而发生尿潴留。

非阻塞性尿潴留即膀胱和尿道并无器质性病变，尿潴留是由排尿功能障碍引起的。如脑肿瘤、脑外伤、脊髓肿瘤、脊髓损伤、周围神经疾病以及手术和麻醉等均可引起尿潴留。

【护理评估】

- 1、患者健康史，有无高血压及其他疾病及其治疗经过，
- 2、评估患者腹部体征，腹胀程度
- 3、评估患者的心理状况，有无焦虑、恐惧等情绪。

【护理措施】

- 1、外科一般护理常规
- 2、除尿潴留：（1）解除原因。（2）促进排尿，对手术后病人给予诱导排尿，必要时给予导尿，并做好导尿管及尿道口护理
- 3、在无法插入导尿管情况下，行耻骨上膀胱穿刺或耻骨上膀胱造瘘术，做好膀胱造瘘管的护理并保持通畅。
- 4、避免膀胱出血，留置尿管者一次放尿不可>1000ml。
- 5、做好心理护理，减轻或消除焦虑、紧张情绪。

【健康指导】

- 1、术后患者 4-6 小时内，无论有无尿意，应主动排尿。
- 2、不习惯卧位排尿的患者，在病情允许的情况下，可以坐起来或下床小便。
- 3、少抽烟或不抽烟，少饮酒，少吃刺激性食物。
- 4、积极治疗前列腺增生、结石等疾病。
- 5、留置尿管者，多饮开水，每日>2000ml，预防感染，保持尿道口清洁。

十六、尿失禁护理常规

尿失禁，是由于膀胱括约肌损伤或神经功能障碍而丧失排尿自控能力，使尿液不自主地流出。尿失禁按照症状可分为充溢性尿失禁、真性尿失禁、急迫性尿失禁及压力性尿失禁4类。

【护理评估】

- 1、了解有无、脑卒中、脊髓损伤和其他中枢或外周神经系统疾病等与尿失禁相关的体征，了解有无心力衰竭、四肢水肿等。
- 2、通过病史和体检，了解尿失禁的类型和病因。。
- 3、评估患者的心理状况，有无焦虑情绪。

【护理措施】

- 1、泌尿外科一般护理常规
- 2、心理护理
- 3、摄入适量的液体 预防泌尿道感染，入睡前限制饮水，以减少夜间尿量。
- 4、持续进行膀胱功能训练
- 5、锻炼肌肉力量 指导患者进行骨盆底部肌肉的锻炼，以增强控制排尿的能力。具体方法：患者取立位、坐位或卧位，试作排尿动作，先慢慢收缩肛门，再收缩阴道、尿道，产生盆底肌上提的感觉，在肛门、阴道、尿道收缩时，大腿和腹部肌肉保持放松，每次缩紧不少于3s，然后缓慢放松，每次10s左右，连续10遍，以不觉疲乏为宜，每日进行5~10次。
- 6、皮肤护理 保持皮肤清洁干燥，经常清洗会阴部皮肤，勤换衣裤、床单、衬垫等。
- 7、外部引流 必要时应用接尿装置接取尿液。
- 8、留置导尿 对长期尿失禁的患者，可采用留置导尿管。
- 9、减轻造成尿失禁的诱因。

【健康指导】

- 1、要有乐观、豁达的心情，以积极平和的心态，笑对生活和工作中的成功、失败、压力和烦恼，学会自己调节心境和情绪。
- 2、防止尿道感染，摄入适量的液体 向患者解释多饮水能够促进排尿反射，并可预防泌

尿道感染。

- 3、加强体育锻炼，积极治疗各种慢性疾病。肺气肿、哮喘、支气管炎、肥胖、腹腔内巨大肿瘤等，都可引起腹压增高而导致尿失禁，应积极治疗该类慢性疾病，改善全身营养状况。同时要适当的体育锻炼和盆底肌群锻炼。最简便的方法是每天晨醒下床前和晚上就寝平卧后，各做 45~100 次紧缩肛门和上提肛门活动，可以明显改善尿失禁症状。。
- 4、饮食要清淡，多食含纤维素丰富的食物，防止因便秘而引起的腹压增高。

十七、水肿护理常规

按系统专科疾病一般护理常规。

【护理评估】

- 1、询问水肿发生的时间、最初出现的部位，发展速度及性质。
- 2、评估有无伴随症状和体征，如高血压、蛋白尿、血尿、心脏增大、心脏杂音、肝大等。
- 3、评估水肿与药物、饮食、月经、活动、体位等的关系。
- 4、测量患者的生命体征、体重、腹围等。
- 5、观察有无呼吸困难、发绀等。

【护理措施】

- 1、给予清淡、易消化的食物，少量多餐，同时避免摄入产气食物。营养不良性水肿患者，鼓励摄入高蛋白、富含维生素的食物。
- 2、限制钠盐及水分的摄入。轻度水肿者，钠盐摄入量一般限制为 $<5\text{g/d}$ ；重度水肿者，限制为 $<1\text{g/d}$ 。水肿消失后，宜维持低盐饮食，即 $<2\text{g/d}$ 。心源性水肿者，应限制水分的摄入，一般患者摄入量为 $1.5\sim 2.0\text{L/d}$ ，夏季可增加至 $2\sim 3\text{L/d}$ 。
- 3、轻度水肿患者应适当限制活动，重度水肿者应卧床休息。
- 4、注意更换体位，避免局部长期受压。必要时用气垫床，并给以适当按摩，避免皮肤破溃。
- 5、保持患者床单位清洁、干燥、平整、松软，宜穿质地柔软、吸汗性强的衣服。
- 6、保持皮肤、黏膜的清洁，特别是口腔、眼睑、会阴等部位的清洁。
- 7、水肿与药物有关者，遵医嘱停用药物；水肿并有呼吸困难者，给予氧气吸入。

十八、压疮护理常规

按系统专科疾病一般护理常规。

【护理评估】

- 1、评估患者有无长期卧床、肥胖、营养不良、水肿、大小便失禁、活动受限、感觉障碍、意识障碍等压疮发生的高危因素。
- 2、观察患者局部有无红、肿、热、触痛，特别是压疮易发部位，如骶尾部、股骨大转子、髌部、肩胛部、肘部、内外踝部、足跟部、耳廓、枕部，或是否已有皮肤完整性受损的情况。
- 3、评估患者压疮预防措施的应用情况，如更换体位、使用气垫床等。
- 4、根据压疮的分明，科学评估压疮的病变程度。

【护理措施】

- 1、改善营养状况，纠正低蛋白血症，给予高热量、高蛋白、高维生素饮食。对进食困难者，采取胃肠外营养、深静脉营养等措施。
- 2、避免局部长时间受压
 - (1) 对于长期卧床、大手术后、年老等不便翻身的患者应睡气垫床，以缓解局部压力。
 - (2) 定时变换部位，每 2 小时 1 次翻身，避免骨隆突处长时间受压。
 - (3) 促进局部血液循环，给予温水擦浴和局部按摩。
- 3、避免皮肤受潮湿、摩擦等不良刺激
 - (1) 保持床单位平整、干燥、无屑。
 - (2) 翻身时，动作应轻巧，避免推、拉、拖等动作产生摩擦力和剪切力。
 - (3) 即使擦干汗液、尿液，更换潮湿衣服。
- 4、根据压疮的分期给予护理
 - (1) I 期，以缓解局部压力和保持皮肤清洁、干燥为主，切勿按摩。
 - (2) II 期，用生理盐水清创后，保持创面无菌、湿润，避免受压。
 - (3) III 期，以清除坏死组织，促进组织生长为主。
 - (4) IV 期，护理的关键是清除坏死组织，保持瘻管内渗出物引流通畅。

第二章 外科一般护理常规

一、普通外科入院护理常规

- 1、病员入院后，接待安置，介绍入院须知，介绍主管医生及主管护士。
- 2、全面收集资料，评估病人情绪状态，测体温、脉搏、呼吸、血压、体重，按病历书写规范及时完成首次护理记录。
- 3、通知医师，及时处理医嘱。
- 4、落实普通外科疾病护理常规，分级护理，饮食护理、健康宣教及心理护理。
- 5、正确评估 **Braden** 评分及跌倒评分，按要求落实皮肤护理，落实跌倒防范措施。
- 6、禁食、昏迷、高热、鼻饲、全身衰竭等病人，按要求做好口腔护理。
- 7、失聪、失明、活动障碍、老年体弱病人需留陪护人员。

二、外科一般护理常规

（一）术前一般护理常规

1、护理评估：

- （1）评估病人健康史和相关因素，包括一般情况、既往健康状况、过敏史、手术史以及用药史等。
- （2）了解病人身体状况，评估生命体征和主要体征，了解心、肺、肝、肾等主要器官的功能情况。了解各项检验、检查结果。
- （3）评估心理和社会支持情况。

2、实施术前健康教育计划，评价落实执行情况。

3、动态监测病人病情，及时完成各项护理记录。

4、术前一日，遵医嘱做好药物过敏试验，备皮、备血。做好肠道准备，术前一晚通知病人禁食，禁饮。

5、术日晨取下义齿、眼镜、手表及发夹、耳环、项链、戒指、手镯等饰物，遵医嘱给与术前用药，消毒手术区皮肤，留置胃管及尿管。

6、送手术前正确填写腕带信息，佩戴于右手腕并告知目的及注意事项。

7、填写手术交接记录单，核对手术标识与手术室交接。填写手术核查单、手术风险评估单基本信息。

8、按手术要求准备麻醉床、氧气、监护仪等用物。

9、停止术前所有医嘱。

（二）术后一般护理常规

1、护理评估：

- （1）与麻醉师和（或）手术室护士做好床边交接。评估手术类型和麻醉方式，了解手术和麻醉情况，手术进程、术中出血、输血及补液等。
- （2）评估生命体征、切口状况、引流物、疼痛及肢体功能等情况。
- （3）评估有无术后出血、感染、切口裂开及深静脉血栓形成等并发症的发生，判断预后。
- （4）评估心理和社会支持状况。

2、体位 按麻醉要求、手术部位和各疾病特点决定术后病人卧位。

3、病情观察

- （1）生命体征 观察病人意识、体温、脉搏、呼吸、血压变化，持续心电监护，每30-60分钟监测1次。观察下肢感觉、运动的恢复情况及远端动脉搏动情况。
- （2）观察出血情况 查看敷料及引流液颜色、性质、量，及时更换并做好记录，必要时备齐抢救物品。
- （3）静脉补液和药物治疗 维持水、电解质、酸碱平衡。
- （4）观察术后不适及并发症的发生 如恶心呕吐、腹胀、尿潴留、切口疼痛、切口裂开、切口感染、肺炎、肺不张，并做好相应处理。
- （5）评估肠蠕动恢复情况。

4、实施术后健康教育计划，评价落实执行情况。

5、心理护理 对各种不同的情绪反应，护士应鼓励病人树立信心，战胜疾病。

6、管道护理 保持胃管、引流管、尿管通畅有效，观察记录引流液颜色、性质、量。

7、伤口疼痛护理 评估伤口疼痛的性质、程度、持续时间，运用有效方法，减轻或解除病人疼痛。

8、加强基础护理，预防护理并发症 保持床单元的清洁干燥，落实皮肤、口腔护理，教会病人深呼吸、有效咳嗽、翻身和肢体运动方法，必要时拍背，雾化吸入。

9、营养支持 加强营养，纠正贫血，注意休息，提高病人抵抗力。

10、活动 卧床病人经常将双下肢抬起，踝、肘关节作屈曲伸展和旋转动作，防止肿胀和栓塞，协助病人床上翻身，鼓励早期下床活动。

三、全身麻醉后护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者的生命体征是否平稳、意识是否清醒、有无躁动，检查呼吸道是否通畅、有无分泌物。
- 2、观察患者有无呕吐。
- 3、检查各种管道固定是否妥当、通畅。
- 4、查看患者皮肤是否完整。

【护理措施】

- 1、对于麻醉未完全清醒的患者，取去枕仰卧位，头偏向一侧或侧卧位。
- 2、对于麻醉未完全清醒或躁动的患者，加床栏。必要时应用约束带，以免坠床，发生跌伤。
- 3、保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道内分泌物，防止舌根下坠或呕吐物堵塞呼吸道。
- 4、妥善固定好各类插管及引流管，防止扭曲、折叠和非正常拔管。
- 5、密切观察病情变化，每 30~60 分钟监测血压、脉搏、呼吸 1 次，直到患者清醒和血压平稳，并做好记录。
- 6、患者清醒后遵医嘱变更体位，鼓励患者深呼吸、有效咳嗽和排痰，预防并发症。
- 7、观察排尿情况及尿量，避免发生尿潴留。
- 8、一般术后禁食 6 小时，清醒后按医嘱给予饮食。

四、普通外科出院护理常规

- 1、主班护士接到患者的出院医嘱后，通知责任护士告知患者出院日期及出院结算流程。
- 2、注销各种治疗护理卡，核对好住院费用，做好出院标记。
- 3、做好健康教育，包括健康状况、带药使用注意事项、营养、休息、功能锻炼、定期复诊等事项。
- 4、办理出院手续后，协助患者整理物品，收回医院用物。
- 5、核实所带药物及资料交给患者，诚恳征求患者意见和建议，微笑将患者送出病房。
不能行动的患者用平车或轮椅送至大门口。
- 6、按要求进行床单位终末消毒。
- 7、整理病历，首席护士进行病历终末质量监控，并在病历首页上签名。

第三章 外科危重病及重症监护护理常规

一、危重病人护理常规

- 1、专科疾病参照专科的护理常规进行护理。
- 2、病室环境干净整洁，温度、湿度适宜，定时给予通风换气，加强对病人的保温。
- 3、根据病情给予卧位，使病人舒适，便于休息，对昏迷神志不清，烦躁不安的病人，应采用保护性措施，给予床档、压疮防治垫等，经家属知情同意后予以约束具保。
- 4、严密观察病情：予心电监护，监测意识、瞳孔、CVP、各项生命体征、SPO₂、尿量、末梢循环、疼痛、专科症状及体征情况，遵嘱记录出入量，观察排泄物的性状，发现异常及时通知医生，详细记录。
- 5、安全护理：确保仪器设备正常使用和安全，评估使用中的仪器设备运行状态，监护仪、呼吸机等设备报警设置合理并处于打开状态，备好急救药品和物品，配合医生进行治疗和抢救。
- 6、保持呼吸通畅，及时清除口腔、气道分泌物，避免误吸，防止舌后坠。有活动假牙者应取下，有舌头后坠时，可用舌钳将舌头固定，必要时行气管切开或气管插管术。经常为病人翻身、叩背，防止坠积性肺炎。
- 7、建立有效静脉通路，首选中心静脉，保持静脉通道通畅，严格执行医嘱准确给药，保证治疗，保持水电解质平衡，观察药物的作用及不良反应。
- 8、根据管道专科要求执行管道护理，标识管道风险等级。保持各管道通畅，妥善固定、防脱落、扭曲、堵塞，同时注意无菌技术操作，防逆行感染。留置尿管病人保持引流通畅，早晚用 PVP—I 消毒尿道口，保持局部清洁干燥。
- 9、做好危重病病人的营养护理：视病情给予饮食指导，摄入高蛋白、低脂肪、含维生素高的易消化食物。必要时可用鼻饲，并记录每次饮食量，做好管饲护理。
- 10、加强基础护理，做到病人卫生三短九洁，即头发、胡须、指甲短；眼、口、鼻、手、足、会阴、肛门、皮肤、头发、身洁。每日为病人清洁口腔 2 次，清醒病人饭后协助其漱口，每 2 小时翻身，注意保暖，评估压疮、跌倒/坠床风险，落实各项防范措施，预防坠积性肺炎、压疮、坠床的发生。
- 11、心理护理：关心病人，多与病人交流沟通，消除病人恐惧、焦虑等不良情绪，以树立病人战胜疾病的信心。

二、急性心衰护理常规

急性心脏病变引起心排血量显著、急骤降低导致急性淤血、组织器官严重供血不足综合症。

【临床症状】

突发极度呼吸困难，强迫坐位，面色灰白、发绀、大汗、恐惧表情，烦躁不安、频繁咳嗽，咯大量白色或血性泡沫状痰液，两肺满布湿罗音，严重者可出现心源性休克。

【治疗原则】

- 1、镇静。吗啡 5-10mg 静脉缓慢注射。
- 2、吸氧：可用 50%酒精湿化。
- 3、端坐位，两腿下垂，减少静脉回流。
- 4、利尿。
- 5、血管扩张剂。
- 6、强心。
- 7、氨茶碱应慎用。

【护理评估】

- 1、评估可能引起患者急性心力衰竭的原因，了解既往病史。
- 2、监测患者的血压、心率、呼吸频率及深度、有无气促及肺部罗音等。
- 3、观察患者是否咳粉红色泡沫痰，评估患者的出入水量是否平衡等。
- 4、评估患者缺氧程度，如有无烦躁不安等意识障碍、皮肤黏膜颜色有无发绀等。
- 5、评估患者对疾病的认知程度和心理状态，有无紧张、恐惧、害怕等情绪。

【护理措施】按内科及循环系统疾病一般护理常规。

- 1、协助患者取端坐位，双腿下垂，以利于呼吸和减少静脉回心血量。紧急情况下可行四肢结扎法减少静脉回流。
- 2、急性心衰期暂进食；病情好转并稳定后，宜低盐、清淡饮食。
- 3、给予高流量氧气吸入。在湿化瓶内加入 30%~50%乙醇抗泡沫剂，保证足够的血氧分压。

- 4、迅速建立静脉通道，遵医嘱给药，如硫酸吗啡、硝酸酯类、利尿药、氨茶碱等，严格控制输液速度。
- 5、持续心电监测，严密观察血压、心率、呼吸、神志、尿量等，准确记录出入水量。
- 6、给予心理支持，安慰患者，避免精神过度紧张。

【健康指导】

- 1、针对患者可能发生心力衰竭的诱因，给予针对性预防指导。
- 2、指导患者在药物治疗的过程中，如有头痛、恶心、出汗等应及时报告医护人员。嘱咐患者遵医嘱服药，定期复查。

三、急性左心衰护理常规

按内科及心血管疾病一般护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者的神志、血压，了解脑灌注、脑组织氧合情况。
- 2、观察患者的呼吸改变，有无端坐呼吸和咳粉红色泡沫痰，预防肺水肿发生。
- 3、评估患者有无发绀，是否缺氧，评价微循环灌注及水电解质平衡情况。

【护理措施】

- 1、协助患者取半坐卧位或端坐位，限制体力活动，绝对卧床休息。
- 2、高流量面罩吸氧，流量为 5~6L/min、浓度为 40%~60%，用 50%酒精作湿化吸氧。必要时，间歇或连续面罩下加压给氧或正压呼吸。
- 3、立即建立静脉输液通路，遵医嘱予以药物对症治疗。
- 4、持续进行心电监护，了解患者心率和心律变化，及时发现潜在的致命性心律失常。
- 5、加强口腔和皮肤护理，维持皮肤黏膜的完整性。
- 6、准确记录 24 小时出入水量，根据水电解质平衡情况遵医嘱调整输液种类及总量。
- 7、做好患者安全护理，防止坠床。
- 8、供给低脂、低盐、低热量、富含维生素及易消化的饮食。

【健康指导】

- 1、保持乐观、开朗，避免心理压力。
- 2、鼓励患者锻炼身体，增强抵抗力。
- 3、注意防寒保暖，防止过度疲劳。
- 4、早期预防和控制基础疾病。

四、慢性心力衰竭护理常规

慢性心肌病变和心室长期负荷过重，使心肌收缩力减弱，心排血量不能满足机体代谢的需要，组织器官血液灌注不足，同时出现肺循环和（或）体循环淤血的表现。

【临床表现】

（一）左心衰竭症状：

- 1、程度不同的呼吸困难：劳力性呼吸困难、端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难，急性肺水肿是左心衰呼吸困难最严重的形式。
- 2、咳嗽、咳痰、咯血
- 3、乏力、疲倦、头昏、心慌：为器官、组织灌注不足及代偿性心率加快所致的主要症状。
- 4、少尿及肾功能损害症状

体征：肺部湿性罗音

（二）右心衰竭症状：

- 1、消化道症状如腹胀、食欲不振、恶心、呕吐等是右心衰最常见的症状。
- 2、劳力性呼吸困难继发于左心衰的右心衰呼吸困难业已存在。单纯性右心衰为分流性先天性心脏病或肺部疾患所致，也均有明显的呼吸困难。

体征：

- A、水肿：首先出现于身体最低垂的部位，常为对称性可压陷性。胸腔积液多见于全心衰。
- B、颈静脉征：颈静脉搏动增强、充盈、怒张，是右心衰时的主要体征，肝颈静脉反流征阳性则更具特征性。
- C、肝大：肝因淤血肿大常伴压痛。

【治疗原则】

- 1、病因、诱因治疗：积极治疗高血压、冠心病、心瓣膜病等原发病。消除呼吸道感染、心律失常等心衰诱因。
- 2、一般治疗：①休息；②控制钠盐摄入。

- 3、药物治疗：①利尿剂；②抗肾素—血管紧张素系统相关药物的应用：ACEI 或 ARB；③正性肌力药：洋地黄类及非洋地黄类；④ β 受体阻滞剂的应用；⑤抗醛固酮制剂的应用螺内酯。

【护理评估】

- 1、评估可能导致患者慢性心力衰竭的原因，了解既往基础疾病。
- 2、评估患者的血压、心率、呼吸、脉搏、脉搏及脉压的变化。
- 3、评估患者有无周围血管灌注不良的症状，如出汗、脉细速、皮肤发凉、失眠、头晕、毛细血管充盈度差等。
- 4、评估患者有无体静脉淤血的表现，如恶心、呕吐、腹胀、颈静脉怒张、水肿、肝大等。
- 5、评估患者有无肾灌注不足的表现，如尿少、体重增加、水肿等。
- 6、评估患者有无电解质混乱症状，如头晕、乏力、口渴、心电图改变。
- 7、观察应用洋地黄后有无毒性反应，如恶心、呕吐、视力模糊、黄绿视及心律失常等。
- 8、评估患者对疾病的认知程度及心理状态，有无紧张、恐惧、害怕等情绪。

【护理措施】按内科及循环系统疾病一般护理常规。

根据心功能情况合理安排休息，限制活动。心功能四级者绝对卧床休息。

- 1、给予低盐、低脂肪、富含维生素和优质蛋白、易消化的饮食。严格控制液体摄入量。
- 2、给予氧气吸入，根据缺氧的程度调节流量。
- 3、严密监测生命体征及其他病情变化，发现任何病情变化及时报告医师及处理。
- 4、遵医嘱给予药物，注意观察药物的疗效和不良反应。使用血管扩张剂，静脉使用时应控制滴速，致意监测血压变化；使用利尿剂时，给药以清晨或上午为宜，防止夜尿过多影响睡眠，并注意监测电解质，严防低钾、低钠等发生；使用洋地黄时，注意脉搏和心电图变化，如出现脉搏 <60 次/分钟、恶心、呕吐、视力模糊、黄绿视、心律失常等，应立即报告医师并停用。
- 5、准确记录出入水量，定期测量体重。
- 6、做好水肿患者的皮肤护理，预防皮肤并发症。
- 7、做好心理护理，减轻焦虑情绪。

【并发症观察与处理】

- 1、**呼吸道感染**：较常见。由于心力衰竭时肺部瘀血，易继发支气管炎和肺炎，必要时可给予抗菌素。
- 2、**血栓形成和栓塞**：长期卧床可导致下肢静脉血栓形成，脱落后可引起肺栓塞。大的肺栓塞可表现为突发呼吸急促、胸痛、心悸、咯血和血压下降，巨大的肺动脉栓塞可在数分钟内导致心源性休克和猝死。心力衰竭伴有心房颤动者，易发生心房内血栓，栓子脱落而引起脑、肾、四肢或肠系膜动脉栓塞。长期卧床的病人应注意及时翻身按摩肢体作被动活动，预防血栓形成，对有栓子脱落引起肢体动脉栓塞者，轻症者可用尿激酶或链激酶进行溶栓治疗，肢体缺血严重者应作外科治疗。
- 3、**电解质紊乱**：长期使用利尿剂最容易出现的副作用，应随时检测。以低血钾最为多见。轻者全身乏力，重者可出现严重的心律失常，加重洋地黄毒性，必须及时补充钾盐。
- 4、**心源性肝硬化**：表现为大量腹水、脾脏增大和肝硬化。处理：经强心利尿等治疗，腹水仍不减退，大量腹水影响心肺功能者，可行穿刺适量放液。

【健康指导】

- 1、积极治疗原发病，避免诱因，如呼吸道感染、情绪波动、劳累、饮食过咸等。
- 2、合理安排休息，恢复期活动以不引起心慌、气促为宜。
- 3、嘱咐患者严格按医嘱服药，定期复查。

教会患者观察药物的副作用，预防并发症。缓慢更换体位预防直立性低血压；学会监测脉搏，服洋地黄类药物前必须数脉搏，如脉搏 <60 次/分钟或有恶心、呕吐、视力模糊、黄绿视等，不得服药，并立即赴医院就医。

五、心脏骤停的急救护理常规

(一)心肺复苏基本生命支持术护理常规

【护理评估】

- 1、迅速判断患者意识：呼叫患者姓名，轻拍患者肩部，观察其对刺激有无反应，判断意识是否丧失，判断时间不超过 10 秒。确认患者意识丧失，立即呼救，寻求他人帮助。
- 2、判断呼吸看：患者胸部有无起伏；感觉：面部贴近患者的口鼻，感觉有无气体呼出；听：耳听患者呼吸道内有无气流逸出的声音，判断有无呼吸，判断时间内不超过 10 秒。无反应表示呼吸停止，应立即给予人工呼吸。
- 3、判断患者颈动脉搏动：术者用食指和中指指尖触及患者气管正中（相当于喉结部位），旁开两指，至胸锁乳头肌前缘凹陷处，判断时间不超过 10 秒。如无颈动脉搏动，应立即行胸外心脏按压。

【护理措施】按急诊抢救患者护理常规

- 1、一旦确诊心脏骤停，立即向周围人员呼救并紧急呼叫值班医师，积极地抢救，立即进行徒手心肺复苏术（CPR）。
- 2、紧急实施徒手心肺复苏术，建立呼吸通道
 - (1) 将患者置于硬板床或背部坚实的平面（木板、地板、水泥等），取仰卧位，双腿伸直，解开上衣，放松裤带。
 - (2) 开放气道，清除呼吸道内异物：开放气道采用仰头抬颏法：患者仰卧，急救者一手放在患者前额，使头部后仰，另一手的食指与中指置于下颌骨外向上抬颏。若呼吸道内有分泌物，应当及时清理呼吸道，取下活动义齿，再开放气道。
 - (3) 人工呼吸：
 - ①人工呼吸采用口对口呼吸法：抢救者深吸气后，用口唇把患者的口全罩住呈密封状，缓慢吹气持续 2 秒，确保胸廓隆起。送气时，用一手拇指与食指捏住患者鼻子防漏气；呼气时，两手指松开。通气频率为 10~20 次/分钟，每次吹气量为 700~1000ml。
 - ②应用简易呼吸器法：将简易呼吸器连接氧气，氧流量 8~10L/min，一手以“EC”

手法固定面罩，另一手挤压简易呼吸器，每次送气 400~600ml，频率 10~20 次/分钟。

③送气同时观察人工呼吸的有效指征，即见患者胸廓起伏。

(4) 胸外心脏按压：抢救者跪于患者的右侧，快速确定按压部位为胸骨中下 1/3 处。按压手法：以一手掌根部放于按压的准确部位，另一手平行重叠于此手背上，手指并拢，只以掌根部接触按压部位双臂位于患者胸骨正上方，双肘关节伸直，利用上身重量垂直下压。按压幅度：使患者胸骨下陷成人为 4~5cm；5~13 岁儿童为 3cm；婴幼儿为 2cm。按压频率：100 次/分钟。胸外按压与人工呼吸比例为 30：2。操作 5 个循环后再次判断颈动脉搏动及自主呼吸 10 秒，如已恢复，进行进一步生命支持；如自主呼吸未恢复，继续上述操作 5 个循环再次判断，直至高级生命支持人员及仪器设备的到达。

(5) 心肺复苏的过程中密切观察有效指征：

- ①能摸到大动脉搏动，收缩压在 8kPa(60mmHg)以上；
- ②发绀减退，面色、口唇、甲床及皮肤等色泽由灰转红；
- ③散大的瞳孔缩小；
- ④呼吸改善或出现自主呼吸；
- ⑤昏迷变浅或出现反射或挣扎；
- ⑥可以排尿；
- ⑦心电图波形改善。

以上只要出现前 2 项指标，说明有效，应继续行 CPR。胸外心脏按压的同时，可用面罩呼吸囊加压给氧，必要时立即行气管内插管或人工呼吸机辅助呼吸。

4、迅速建立有效的静脉给药通道，遵医嘱及时准确给予各种抢救药物，纠正水、电解质和酸碱平衡失调，并密切观察药物的效果。

5、进行心电监护。如出现室颤，经药物治疗无效，应尽快进行电除颤术。

【健康指导】

- 1、安抚患者，保持患者情绪稳定，使患者配合治疗。
- 2、与家属沟通，获得理解和支持。

(二)心肺复苏高级和延续生命支持护理常规

【护理评估】

- 1、严密检测生命体征、意识状态等变化。
- 2、评估患者的皮肤是否完好。
- 3、准确评估尿量，尤其是每小时的尿量。
- 4、评估患者的心理反应，有无恐惧、害怕等。

【护理措施】按急诊抢救患者护理常规

- 1、进行连续心电监护，每 15~30 分钟监测 1 次生命体征，严密观察意识、瞳孔等变化，出现异常立即通知医师处理。
- 2、持续吸氧，密切观察呼吸频率、节律的变化。行气管插管术和使用呼吸机者，严密监测呼吸频率、深度、皮肤色泽、血气分析、血氧饱和度等。
- 3、保持呼吸道通畅。气管插管者定时湿化气道和气管，及时抽吸气道及口腔内分泌物，防止呼吸道阻塞。吸引过程中严格无菌操作，气管切开者按气管切开护理常规护理。
- 4、高热者按高热护理常规。
- 5、保护脑组织，及早使用冰帽。遵医嘱给予脱水剂、激素、促进脑细胞代谢等药物，从而减轻脑缺氧，降低颅内压，防止脑水肿。
- 6、记录 24 小时出入水量，注意每小时尿量变化。
- 7、做好各项基础护理，预防压疮、肺部感染等并发症，做好各项记录。
- 8、备好各种抢救用物，作好心脏骤停复发的抢救。

【健康指导】

- 1、安抚和鼓励患者，使其树立战胜疾病的信心。
- 2、与家属沟通，取得家属理解和配合。

六、急性肾功能衰竭护理常规

急性肾功能衰竭由各种病因引起的肾功能在短时间（数小时或数天）内突然急剧地进行性下降而出现的临床综合征。表现为血肌酐和尿素氮迅速升高，尿量明显减少，或出现其他有关肾功能急性减退症状，水、电解质和酸碱平衡紊乱，及全身各系统并发症。

【临床表现】

急性肾功能衰竭典型的临床病程分为三个阶段：

- (1) 少尿期：尿量明显减少，每日 $<400\text{ml}$ 为少尿， $<100\text{ml}$ 为无尿。食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、腹泻等，严重者可发生消化道出血。呼吸系统症状出现容量过多和感染的症状、循环系统因体内水分积聚严重过多，出现气促、端坐呼吸、肺部湿罗音等心力衰竭表现。神经系统表现为性格改变、神志模糊、定向障碍甚至昏迷。出现生化、电解质异常，肌酐、尿素氮升高，酸中毒，高钾血症，低钠血症等。
- (2) 多尿期：从少尿逐渐尿量增多并超过正常范围，尿量可每日达 $3000-5000\text{ml}$ ，而肌酐和尿素氮仍可上升。由于尿量过多，少部分病人尿比重下降，可出现脱水、血压下降等症状。多系统症状减轻。
- (3) 恢复期：肾功能恢复，容量正常或正常偏高。

【治疗原则】

- 1、起始期治疗：纠正可逆病因，预防额外损伤
- 2、维持期治疗：调节水、电解质和酸碱平衡、控制水钠潴留、供给足够营养和治疗原发病。
- 3、多尿期治疗：防治各种并发症。
- 4、恢复期治疗：定期复查肾功能，避免肾毒性药物的使用。

【护理评估】

- 1、了解患者有无心、肺、肝、肾严重疾病，有无感染以及使用对肾有损害的药物等诱因。2、评估患者体温、心率、呼吸、血压、尿量、神志及水、电解质和酸碱平衡紊乱程度等，判断急性肾衰竭程度。
- 2、评估患者的心理状况，有无焦虑、恐惧等情绪。

【护理措施】按泌尿系统疾病一般护理常规。

- 1、患者应卧床休息，协调生活护理。

- 2、给予高热量、优质低蛋白饮食，对于高分解代谢或透析患者可适当放宽蛋白质入量，尽量减少钠、钾、氯的摄入量。对于不能口服补充营养的患者，可采用鼻饲和胃肠外营养疗法。血钾升高者，严格限制含钾药物和食物的摄入。
- 3、迅速纠正一切可逆的病因，停用影响肾脏血流灌注的药物和（或）肾毒性药物，如氨基糖苷类抗生素、某些第一代头孢菌素、黄胺类药、非甾体抗炎药
- 4、造影剂、重金属以及顺铂等。
- 5、密切观察生命体征变化特别是血压、尿量变化。评估患者有无定向力障碍抽搐等电解质紊乱表现，有无尿毒症症状如持续呕吐、烦躁、嗜睡等。一旦发现严重高钾血症、代谢性酸中毒、急性肺水肿、心力衰竭等立即做好紧急透析治疗等准备。
- 6、准确记录 24 小时出水量，维持体液平衡。少尿期应按“量入为出”的原则补充入液量，而尿多期入水量比出水量少 500~1000ml。
- 7、遵医嘱执行，注意观察药物疗效和不良反应。
- 8、做好心理护理，减轻或消除焦虑、恐惧等。

【并发症观察及预防】

（一）高钾血症

病情观察：监测血清电解质的变化；密切观察有无高钾血症的征象，如脉率不齐、肌无力、心电图改变等。

护理措施：遵医嘱用降钾利尿药；密切观察心电图及生命体征变化；必要时行透析治疗。

（二）代谢性酸中毒

病情观察：密切观察血化验结果，有无低钙血症的征象，如手指麻木、易激惹、腱反射亢进、抽搐；有无出现水中毒或稀释性低钠血症的症状，如头痛、嗜睡、意识障碍、共济失调、昏迷等。

护理措施：遵医嘱纠正酸中毒，要随时监测电解质变化。

【健康指导】

- 1、积极治疗原发病，及时去除导致急性肾衰竭的危险因素，避免应用影响肾血流灌注和肾毒性药物。
- 2、指导患者观察尿量，如发现 24 小时尿量少于 400ml，应赴医院就医。
- 3、定期门诊复查肾功能。

七、慢性肾功能衰竭护理常规

慢性肾功能衰竭(简称慢性肾衰)又称慢性肾功能不全,是指各种原因造成的慢性进行性肾实质损害,致使肾脏明显萎缩,不能维持其基本功能,临床出现以代谢产物潴留,水、电解质、酸碱平衡失调,全身各系统受累为主要表现的临床综合征,也称为尿毒症。

【护理评估】

- 1、了解患者有无原发性和继发性肾病,如慢性肾炎、梗阻性肾病、糖尿病肾病、狼疮肾炎、高血压肾病、多囊肾等,均可引起慢性肾衰竭。
- 2、评估患者有无水、电解质和酸碱平衡失调的症状,如钠、水潴留,高钾血症、酸中毒、低钙高磷及高镁血症的症状。
- 3、评估各系统症状,如心血管和呼吸系统有高血压、心力衰竭、心包炎、动脉粥样硬化、肺水肿;如血液系统表现有贫血、出血倾向;神经肌肉系统症状有疲乏、失眠、注意力不集中等;胃肠道症状如食欲不振、消化道出血;皮肤症状,如瘙痒;肾性骨营养不良症,如纤维性骨炎、肾性骨软化症、骨质疏松症和肾性骨硬化症;内分泌及代谢失调等。
- 4、评估患者对疾病的认知程度和心理状况,有无悲观、消极情绪等。

【护理措施】

- 1、患者应停止体力劳动,避免劳累。症状明显时应卧床休息。
- 2、给予高热量、低磷、优质低蛋白及丰富维生素的饮食。蛋白质摄入每天宜 0.6g/kg 且其中 60%以上必须是高生物效价优质蛋白,如鸡蛋、鱼、瘦肉和牛奶等,尽可能少食富含植物蛋白的物质,如花生、黄豆及其制品等。透析患者予以优质高蛋白饮食;水肿、高血压和少尿要限制食盐 $< 3\text{g/d}$;少尿、水肿、心力衰竭者应严格限制进水量;尿量 $> 1000\text{ml}$ 而又无水肿者,则不宜限制水的摄入。
- 3、遵医嘱给予药物治疗,忌用可能对肾有损害的药物,注意观察药物的疗效及可能出现的不良反应。
- 4、密切观察生命体征、神志等病情变化。严重水肿者每日测体重 1 次,准确记录出入水量。对于病情严重、长期卧床者要定时翻身,防止压疮。
- 5、对于血液透析和腹膜透析患者按相应护理常规。对于考虑肾移植者,做好相关指导。

- 6、做好心理护理，耐心开导患者，使其树立战胜疾病的信心。
- 7、定期进行空气消毒，预防感染。

【健康指导】

- 1、积极祛除导致慢性肾衰竭的诱因，如感染、妊娠、劳累、肾毒性药物、外伤、手术等。
- 2、强调合理饮食的重要性，严格遵守饮食治疗原则，延缓肾衰进程。
- 3、指导患者和家属正确面对疾病，积极接受治疗，提高生活质量。
- 4、指导血液透析或腹膜透析者患者保护内瘘或腹透管术后操作有关知识，避免堵塞、出血和感染。
- 5、嘱咐患者 3 个月复查 1 次。

八、呼吸衰竭护理常规

呼吸衰竭简称呼衰，是指各种原因引起的肺通气和（或）换气功能严重障碍，以致在静息状态下亦不能维持足够的气体交换，导致低氧血症伴（或不伴）高碳酸血症，进而引起一系列病理生理改变和相应临床表现的综合征。

【临床表现】

呼吸困难、紫绀，呼吸节律和频率改变，早期有头痛、烦躁、恶心呕吐、视力、记忆力和判断力减退，有时白天嗜睡、夜间睡眠差，后期可出现神志恍惚、谵语、无意识动作和抽搐；心血管早期可出现血压升高，晚期周围循环衰竭，心率及血压下降，右心衰竭时出现心悸、气急加重，并有体循环淤血体征。缺氧而无CO₂潴留 [PaO₂ < 8.00Kpa (60mmHg), PacO₂ 降低或正常] 为 I 型呼吸衰竭，缺氧伴CO₂潴留 [PaO₂ < 8.00Kpa (60mmHg), PacO₂ > 6.67Kpa (50mmHg)]，为 II 型呼吸衰竭。

【治疗原则】

治疗原发病，保持气道畅通，合理氧疗。

【护理评估】

- 1、评估患者既往基础疾病的情况，有无慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、慢性阻塞性肺心病等病史。
- 2、评估患者的神志、血压、呼吸、脉搏、体温、皮肤颜色、尿量和粪便颜色等，有无休克、肺性脑病、消化道出血等。
- 3、观察各类药物作用和副作用（尤其是呼吸兴奋剂）。
- 4、评估机械通气患者的缺氧程度和通气效果；监测动脉血气分析和各项化验指标变化。
- 5、评估患者的心理状态及社会支持情况。

【护理措施】按内科及呼吸系统疾病一般护理常规。

- 1、患者绝对卧床休息，严格控制陪护和探视，保证患者充分休息。
- 2、能进食者，鼓励进食高蛋白、丰富维生素、易消化、无刺激的流质或半流质饮食。病情危重者给予鼻饲。
- 3、保持呼吸道通畅。鼓励患者咳嗽、咳痰，更换体位和多饮水。危重患者每 2~3 小时翻身拍背 1 次，帮助排痰。如建立人工气道患者或使用机械通气者，按相应护理常

规护理。神志清醒者可行雾化吸入，2~3次/日，每次10~20分钟。

- 4、合理氧疗。根据血气分析和临床情况而定。II型呼吸衰竭注意给予持续低浓度低流量吸氧。
- 5、严密观察病情变化，警惕休克、肺性脑病及消化道出血等并发症。一旦发现，及时报告和处理，做好特护记录。
- 6、遵医嘱给予治疗，注意观察药物作用和副作用。使用呼吸兴奋剂时，必须保持呼吸道畅通；对烦躁不安、失眠者，慎用镇静剂，以防呼吸抑制。
- 7、做好皮肤护理，预防压疮发生。
- 8、给予心理支持，安慰患者，缓解或消除患者的害怕、紧张和恐惧情绪。

【护理并发症观察及预防】

（一）肺性脑病

病情观察：观察有无头痛、烦躁不安、表情淡漠、神志恍惚、嗜睡和昏迷等症状；及时查看血气分析结果。

护理：绝对卧床休息；呼吸困难者取半卧位；有意识障碍者予床栏及约束；合理氧疗；做好机械通气护理。

（二）消化道出血

病情观察：观察呕血黑粪情况；心率、血压、呼吸、尿量及神志变化；皮肤色泽。

护理：饮食护理，少量出血无呕血者进温凉、清淡流质，出血量大伴呕血者禁食；卧床休息；遵医嘱使用护胃止血药物；做好安全护理；大量出血按出血性休克护理常规进行护理。

【健康指导】

- 1、指导患者腹式和缩唇呼吸训练及家庭氧疗，改善通气。
- 2、注意防寒保暖，戒烟，尽量少去公共场所，积极预防上呼吸道感染。
- 3、鼓励患者根据病情适当活动。
- 4 鼓励家属多给予关心和照顾。

九、肝衰竭护理常规

肝衰竭(hepatic failure)肝细胞受到广泛、严重损害,机体代谢功能发生严重紊乱而出现的临床综合征。肝衰竭可被分为四类:急性肝衰竭、亚急性肝衰竭、慢加急性(亚急性)肝衰竭和慢性肝衰竭。

【临床表现】

极度乏力、严重消化道症状(厌食、恶心、腹胀、呃逆)、神经、精神症状(嗜睡、性格行为改变、烦躁不安、昏迷)、明显出血现象(鼻衄、瘀斑、呕血、便血)凝血时间显著延长(PT)、胆酶分离,黄疸进行性加深;肝浊音界缩小,出现肝臭等。

【治疗原则】

一般支持治疗;促肝细胞再生;预防和控制感染,防治并发症,人工肝治疗、免疫增强及免疫调节、肝脏移植手术、中医中药治疗。

【护理评估】

- 1、病史:护士必须了解病人既往史及此次发病情况,如发病缓急、病程长短、诱发因素。既往有无类似症状发作,有无精神病史。
- 2、症状与体征:①意识状况:通过病人的语言和非语言性行为来判断其性格、行为和精神的变化,有无定向力和理解力障碍,有无幻觉及意识混乱。②体检:病人的生命体征、营养状况,有无黄疸、出血、肝臭,肝脾大小及其质地,有无腹水征,肌张力及病理反射情况,有无扑翼样震颤。

【护理措施】 按传染科疾病一般护理常规

- 1、休息与活动:急性期绝对卧床休息、肝功能改善后逐渐增加活动、以不疲乏为度。
- 2、做好基础护理
- 3、合理的饮食调配:高热量、优质蛋白、高维生素、低脂的食物。有腹水控制钠盐的摄入量。禁食腌制高钠饮食。长期使用利尿剂的患者,补充含钾高的食品,如橘汁等。有肝昏迷前驱症状给低蛋白饮食,上消化道出血的患者应禁食。
- 4、遵医嘱抗病毒、对症及支持治疗,及时发现和处理药物的不良反应。
- 5、观察病情变化,注意有无肝性脑病、上消化道出血、肝肾综合症、感染等并发症发生。
- 6、实施各项对症护理。按昏迷、上消化道出血、人工肝护理常规护理。
- 7、遵医嘱给予患者用药治疗,及时观察药物的疗效和不良反应。

8、关心和鼓励患者，消除紧张、忧虑心理状态。

【并发症观察护理】

1、**肝性脑病** 又称肝昏迷，

病情观察：有无行为和性格改变，定向力和计算能力测定，有无扑翼样震颤、甚至昏迷。

护理措施：(1)限制蛋白质摄入量（ <0.5 克/公斤）、食醋保留灌肠；禁用含氮药物。(2)按医嘱用降血氨、降颅内压等药物（3）做好护理安全。（4）避免镇静剂、大剂量利尿剂、大量放腹水。

2、上消化道出血

病情观察：呕血便血量、性状、次数及神志、生命体征、末梢循环、肠鸣音、有无胸闷等表现。

护理措施：绝对卧床、禁食、吸氧、心电监护、备血、建立两条静脉通路；备好三腔二囊管、抢救用品吸引器、并给病人心理安慰；按医嘱用药。

3、肝肾综合征

病情观察：有无腹胀、水肿、少尿无尿、氮质血症、电解质平衡失调。

护理措施：低盐饮食、禁易胀产气食物、补充白蛋白、利尿护肾药物应用、做好皮肤护理。

4、继发性感染

病情观察：观察有无腹膜炎、肺炎、尿路感染等征象。

护理措施：保持病房空气清新、减少陪护，指导病人个人卫生。

【健康指导】

1、不嗜烟酗酒，疲劳过度，服用损肝药物等是常见的诱发加重因素。

2、注意个人卫生：常剪指甲，防止抓伤皮肤。注意皮肤、会阴部清洁、注意口腔卫生，用软牙刷刷牙，以防损伤口腔粘膜。

定期检查肝功能等（半年内 1-2 月/次、半年后 3 月/次；持续 1-2 年）；不随便中断在抗病毒治疗。

十、脑疝护理常规

当颅腔内某一分腔有占位性病变时，该分腔的压力比邻近分腔的压力高，脑组织从高压区向低压区移位，导致脑组织、血管及神经等重要结构受压和移位，有时被挤入硬脑膜的间隙或孔道中，从而引起一系列严重临床症状和体征，称为脑疝。幕上的脑组织(颞叶的海马回、钩回)通过小脑幕切迹被挤向幕下，称为小脑幕切迹疝或颞叶疝。幕下的小脑扁桃体及延髓经枕骨大孔被挤向椎管内，称为枕骨大孔疝或小脑扁桃体疝。一侧大脑半球的扣带回经镰下孔被挤入对侧分腔，称为大脑镰下疝或扣带回疝。

【临床表现】

1、小脑幕切迹疝（颞叶海马沟回疝）

- (1) 颅内压增高症状：剧烈头痛、喷射性呕吐、视神经乳头水肿。
- (2) 生命体征改变：“两慢一高”变化即心率减慢、呼吸减慢、血压升高。
- (3) 进行性意识障碍、患侧瞳孔散大。

2、枕骨大孔疝（小脑扁桃体疝）

- (1) 颅内压增高症状：剧烈头痛、频繁呕吐、颈项强直或强迫头位。
- (2) 生命体征紊乱出现较早，意识障碍出现较晚。病人可突发呼吸骤停而死亡。

【治疗原则】

- 1、难以确诊或病变无法切除者，可进行脑脊液分流术、侧脑室引流或病变侧颞肌减压等降低颅内压；
- 2、尽快脱水治疗以缓解病情，确诊后尽快手术，去除病因。

【护理评估】

- 1、评估病史，了解导致患者脑疝的原因。
- 2、观察患者生命体征、意识、瞳孔、对光反射等情况；评估呼吸道是否通畅；评估有无剧烈头痛、喷射性呕吐等颅高压症状。
- 3、结合CT、MRI、腰穿结果综合评估病情。

【护理措施】

- 1、发生意识障碍时，立即取平卧位，头偏向一侧，防止舌后坠，利于分泌物流出。
- 2、立即建立静脉通道，遵医嘱快速给予脱水剂如 20%甘露醇 250~500ml 静滴，降低颅内压。
- 3、保持呼吸道畅通，持续吸氧。及时清除呼吸道分泌物，必要时准备气管切开。
- 4、密切观察神志、瞳孔、生命体征等变化。
- 5、脑疝诊断未明确或一般情况不佳不宜大手术时，协助脑室穿刺。
- 6、对拟行手术患者做好术前准备，以便及时手术。

【健康指导】

- 1、出现偏瘫、失语者，坚持肢体功能锻炼和语言训练。
- 2、保持良好的生活习惯，戒烟酒，加强营养，饮食宜清淡。
- 3、交代患者及家属出院 1 个月后复查 CT。

十一、心律失常护理常规

心脏冲动的起源部位、频率与节律以及冲动传导等异常。

【护理评估】

- 1、询问患者既往有无器质性心脏病，有无类似发作病史。
- 2、评估患者血压、心律、心率、神志等，评估心律失常发生的时间、频率和类型，了解抗心律失常药物的效果。
- 3、评估心律失常发作时有无伴随症状，如脉搏加快或细弱、血压下降、头晕、黑蒙、晕厥、气短、胸痛等。注意严重的心律失常可引发心搏骤停。
- 4、评估患者对疾病的认知程度和心理状态，有无紧张、焦虑情绪。

【护理措施】按内科及循环系统疾病一般护理常规。

- 1、根据心律失常的程度和特点合理安排休息和活动。严重心律失常者，应卧床休息；心动过度者，应限制活动；心动过缓者，避免兴奋迷走神经的活动，如避免排便时屏气；室性心动过度者，指导患者尝试频繁用力咳嗽，促进心律复律。
- 2、饮食宜清淡无刺激，避免进食刺激性食物和饮用兴奋性饮料。戒烟、酒。低钾时，给予含钾高的食物，如橙子、香蕉等。
- 3、遵医嘱给予氧气吸入。
- 4、监测血压、心率、呼吸、神志等变化。
- 5、急性心律失常给予持续心电监护。评估心律失常发生的时间、频率和类型。对于室颤等严重的心律失常，及时做好急救准备，立即给予复律和心肺复苏，并遵医嘱给予生命支持疗法。
- 6、遵医嘱给予抗心律失常药物治疗，观察药物的作用及副作用。
- 7、给予患者安抚和心理支持，稳定患者情绪，缓解紧张和焦虑。

【健康指导】

- 1、指导患者避免诱发心律失常的诱因。保持心情舒畅，注意劳逸结合；建立健康的生活方式，戒烟酒、控制体重；保持大便通畅；及时治疗腹泻、脱水等引起电解质紊乱的疾病；避免从事高空作业、驾驶等紧张工作。
- 2、严格遵医嘱服药，定期复查。
- 3、教会患者及家属观察脉搏变化、如发现异常，及时就医。

十二、休克护理常规

休克是机体受到强烈的致病因素侵袭后，导致有效循环血量锐减、组织血液灌注不足所引起的以微循环障碍、代谢障碍和细胞受损为特征的病理性症候群，是严重的全身性应激反应。

【临床表现】

- 1、休克早期：病人烦躁不安，面色苍白，皮肤湿冷，脉搏细速，脉压变小，尿量减少，每小时少于 20ml。
- 2、休克中期：表情淡漠，感觉迟钝，口唇和肢端发绀、四肢厥冷，脉搏细速，血压下降，收缩压小于 10.5KPa，尿量更少，并出现酸中毒。
- 3、休克晚期：病情继续恶化，可出现无脉搏，无血压，无尿，体温不升，神志不清及弥散性血管内凝血，常可继发多器官脏器功能衰竭。

【处理原则】

- 1、急救处理原发伤、病；保持呼吸道通畅；取休克体位等。
- 2、补充血容量。
- 3、积极处理原发病。
- 4、纠正酸碱平衡失调。
- 5、应用血管活性药物。
- 6、改善微循环。
- 7、控制感染。
- 8、应用皮质类固醇。

【护理评估】

- 1、健康史与相关因素，了解引起休克的原因。
- 2、评估患者全身情况和辅助检查结果，了解休克的严重程度和判断重要器官功能。
 - (1) 全身情况：
 - ①意识和表情；
 - ②生命体征（休克指数 = 脉率 / 收缩压，0.5 为无休克、>1.0~1.5 表示休克、>2.0 为严重休克）；
 - ③皮肤色泽及温度；
 - ④尿量；

(2) 局部情况有无骨骼、肌肉和皮肤损伤，有无出血及出血量。腹部损伤者有无腹膜刺激征和移动性浊音等。

(3) 辅助检查：了解各项实验室相关检查和血流动力学监测的结果，评估重要脏器的功能。

3、心理、社会支持状况。

【护理措施】

1、备齐抢救药品及急救物品。

2、迅速补充容量，维持体液平衡。

(1) 快速建立静脉通路（二路）监测 CVP，必要时配血、输血。

(2) 合理补液。

(3) 观察病情变化，心电监护严密监测各项生命体征。

(4) 准确记录出入量。

(5) 动态监测尿量与尿比重

3、改善组织灌注，促进气体正常交换

(1) 取休克体位：取中凹位，头部和下肢适当抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

(2) 使用抗休克裤。

(3) 用药护理：

①注意药物的浓度和速度，从低浓度、慢速度开始，血压稳定后逐步减量；

②监测：根据血压调节药物浓度和滴速；

③严防药液外渗；

④观察药物作用和副作用。

(4) 维持有效气体交换：

①改善缺氧状况----吸氧；

②监测呼吸功能；

③避免误吸、窒息；

④保持呼吸道通畅，及时吸痰、拍背，预防吸入性肺炎。

4、观察和防治感染 严格执行各项护理操作规程；按医嘱合理应用有效抗菌药；做好各导管护理；及时更换敷料。

- 5、维持正常体温：监测体温 q4h；注意保暖，避免烫伤；高热者及时降温。
- 6、预防皮肤受损和意外伤害：时翻身，预防压疮；适当约束，防止坠床。
- 7、其它原因导致的休克，配合医生积极治疗原发病并做好相应的专科护理。

【并发症观察及处理】

由于持续缺血、缺氧，细胞可发生变性坏死，导致内脏器官功能障碍、甚至衰竭，若 2 个或 3 个以上重要器官或系统同时或序贯发生功能衰竭，称为多系统器官功能衰竭（MSOF），是休克病人的主要死因。

肺：急性呼吸窘迫综合征（ARDS）。进行性呼吸困难和顽固性低氧血症为主要特征。肾：急性肾衰竭（ARF）。尿少甚至无尿，血尿素氮、肌酐呈进行性升高。

心：急性心力衰竭。心率加快 > 100 次/分，心律失常。

肝：急性肝衰竭。黄疸，转氨酶升高，肝性脑病。

脑：急性脑功能衰竭。脑水肿，颅内高压症状。

胃肠道：应激性溃疡或上消化道出血。呕血、黑便、腹胀、肠麻痹。

处理：见各相关专病护理常规。

【健康指导】

- 1、加强自我保护，避免损伤或其它意外伤害。
- 2、了解和掌握意外损伤后的初步处理和自救知识。如伤处加压包扎止血等。
- 3、发生高热或感染时应及时到医院就诊。

中心静脉压与补液的关系

中心静脉压	血压	原因	处理原则
低	低	血容量严重不足	充分补液
低	正常	血容量不足	适当补液
高	低	心功能不全或血容量相对过多	强心，纠酸，舒张血管
高	正常	容量血管过度收缩	舒张血管
正常	低	心功能不全或血容量不足	补液试验*

补液试验*：取等渗盐水 250ml，于 5-10 分钟内经静脉输入，若血压升高而 CVP 不变，提示血容量不足；若血压不变而 CVP 升高 3-5cmH₂O，则提示心功能不全。

十三、过敏性休克护理常规

按内科疾病及急诊抢救患者护理常规

【护理评估】

- 1、仔细评估患者的生命体征、神志、尿量。
- 2、评估患者精神状况，皮肤的色泽、温度和湿度，了解微循环灌注的情况。
- 3、观察有无支气管痉挛、脑水肿、肺水肿等。

【护理措施】

- 1、一旦确认患者发生过敏性休克，立即停用或消除引起过敏反应的物质。
- 2、就地抢救，将患者平卧
- 3、立即皮下或肌内注射 0.1%肾上腺素 0.5~1mg。症状不缓解，遵医嘱隔 20~30 分钟再皮下或静脉注射 0.5mg。
- 4、建立静脉输液通道。保暖，防止寒冷加重循环衰竭。
- 5、吸氧，改善缺氧状况。呼吸抑制时，遵医嘱注射尼可刹米、洛贝林；如呼吸停止，行人工呼吸；喉头水肿或明显呼吸困难者可行气管切开。
- 6、遵医嘱予以地塞米松 5~10mg 静脉注射或氢化可的松 100~200mg 加入 500ml 葡萄糖溶液中静脉滴注；抗组胺类药物如异丙嗪、苯海拉明；血管活性药物，如多巴胺、间羟胺等。
- 7、心脏骤停者，应立即给予心肺复苏术。
- 8、评估患者生命体征、尿量，并记录。

【健康指导】

- 1、避免接触过敏源。
- 2、给予心理疏导，减轻紧张压力。

十四、弥散性血管内凝血护理常规

按系统专科疾病一般护理常规

【护理评估】

- 1、评估是否存在易引起弥散性血管内凝血（DIC）的基础疾病。
- 2、评估出血倾向，如患者出现自发性、多发性出血，部位遍及全身，皮肤、黏膜、伤口及穿刺部位；或出现内脏出血、颅内出血等。
- 3、评估休克或微循环衰竭的表现，如血压下降、四肢厥冷、少尿、呼吸困难、发绀及神志改变等。
- 4、评估微血管栓塞表现，如浅层栓塞，表现为皮肤发绀，进而坏死、脱落；深部器官栓塞，可出现急性肾衰竭、呼吸衰竭、意识障碍、颅内高压综合征等。
- 5、评估微血管病性溶血表现，如呈进行性贫血。

【护理措施】

- 1、患者绝对卧床休息，使用床栏，防止坠床。
- 2、给予高蛋白、丰富维生素、易消化的流质、半流质饮食。消化道出血时，应禁食；昏迷患者给予鼻饲。
- 3、做好口腔、皮肤护理。
- 4、有广泛性出血倾向时，延长穿刺部位压迫的时间；鼻出血时，可用 0.1% 盐酸肾上腺素棉球或碘仿纱布填塞鼻腔；高热时，禁用酒精物理降温。
- 5、应用抗凝剂期间，密切观察出血症状，及时采集血标本。同时备好鱼精蛋白，以便对抗肝素使用过量。
- 6、备齐抢救药物和器械，随时准备抢救患者。

十五、急性呼吸窘迫综合征护理常规

急性呼吸窘迫综合征（ARDS）是一种以进行性呼吸困难和顽固性低氧血症为特征的急性呼吸衰竭。临床上病人原有心肺功能正常，由于严重感染、创伤、烧伤及休克等肺内、外疾病袭击后，出现的以肺泡毛细血管弥散性损伤为主要表现的临床综合征。烧伤后发生 ARDS 主要与吸入性损伤或创面脓毒症时，其 ARDS 发病率明显增高。

【护理评估】

- 1、评估病人是否有神志、生命体征及皮肤黏膜颜色等变化 在严重烧伤后，特别是发生休克、全身感染或大手术后，病人出现呼吸急促，呼吸频率增快或在血液循环稳定的情况下发生呼吸困难，并进行性加重，如出现三凹征、口唇黏膜发绀等表现，应警惕 ARDS。
- 2、评估是否有吸入性损伤
- 3、了解病人既往史、个人史及家族史 询问是否有慢性肺部疾病，有无药物过敏史。
- 4、了解病人心理状态、家庭经济情况及医疗费用的支付情况。
- 5、了解检验检查结果

【治疗原则】

- 1、纠正低氧血症
- 2、治疗原发病，防治感染
- 3、限制输液量，维持水电解质平衡
- 4、药物治疗 烧伤后呼吸衰竭可出现多种症状，应根据不同症状应用不同药物，如发生支气管痉挛，可用氨茶碱、地塞米松等扩张支气管药物；出现肺高压时，可用山莨菪碱等胆碱能阻滞药，或酚妥拉明（变胺唑啉）类受体阻滞药。呼吸衰竭病人多伴有全身或肺部感染，不宜长期应用糖皮质激素，只能短期应用，用量偏大，对并发有急性肾衰竭、心力衰竭、胃肠衰竭及脑衰竭等 MODS 者应给予及时相应的治疗。

【护理措施】

- 1、心理护理
- 2、饮食 提供高蛋白、高热量，易消化食物。机械通气者，机体能量消耗较大，尤注意营养的补给，可采用鼻饲，同时结合胃肠外营养。

- 3、体位 卧床休息。
- 4、严密观察皮肤、黏膜、指甲颜色的变化，监测呼吸频率、节律、深度和动脉血气分析结果，观察痰液的颜色、性质、量及呼吸音的改变，并详细记录。
- 5、低氧血症的护理 病人表现出进行性的呼吸困难，口唇发绀，血氧分压顽固性不升，给氧是重要的治疗措施。应向病人说明氧疗的重要性和必要性。早期可用鼻导管或面罩给氧，氧流量可达 4~6L/min,吸氧浓度一般不宜超过 40%，长期吸入高浓度氧可发生氧中毒。若吸入氧浓度（ FiO_2 ） >0.6 时， PaO_2 仍 <60 mmHg(8kPa)， $SaO_2<90\%$ 时，显示未能纠正低氧血症，即应及时改用机械通气。使用机械通气的参考指标：①呼吸过快， >35 次/min，出现明显的急性呼吸性碱中毒。② PaO_2 （鼻导管给氧） <60 mmHg(7.98kPa)。③吸纯氧 15 分钟后， $PaO_2<100$ mmHg(13.3kPa)。④吸入纯氧 15 分钟后， $(A-a) DO_2>200$ mmHg(26.6kPa)。
- 6、并发症的护理
 - (1) 肺部感染 应加强呼吸道护理。①鼓励深呼吸和咳嗽；及时清除口、鼻分泌物；定时协助翻身，昏迷病人每 1~2 小时应翻身 1 次，一般病人 4 小时 1 次；定时拍背，以促进体位引流和痰液排出。②有呼吸道梗阻表现，或需长期使用呼吸机者，均应果断建立人工呼吸道。③有人工呼吸道者，要加强湿化、超声雾化和灌洗。方法参见“气管切开术”。经常检查吸入气体的温度和湿度，使其保持生理状态。及时评估气管内抽吸物的性质、黏稠度，以及时调整补液量和对呼吸道湿化或雾化等措施。④严格遵守无菌操作原则。每 3 日做 1 次支气管分泌物培养及药物敏感性试验，以便指导抗生素的选择。呼气管道和呼吸活瓣应清洁消毒 1 次/d，及时排除呼气管道内积水，防止医院内感染。
 - (2) MODS 护理参见“多器官功能障碍综合征”。
- 7、机械通气的护理
 - (1) 选择正确的通气模式，调节呼吸机参数。
 - (2) 注意监测病人生命体征、神志及皮肤黏膜颜色的变化 开始每 5~30 分钟记录 1 次，以后可延长间隔时间。
 - (3) 动态观察血气分析结果

- (4) 记录所用呼吸机的名称、型号、选择的通气方式，吸入气体的氧浓度、潮气量(V_T)、分钟通气量(V_E)及呼吸道压力，有条件时应同时记录呼气末二氧化碳浓度及顺应性变化，以指导治疗，便于总结。一般吸入 40%的氧较安全，要避免长期用高浓度给氧，以防氧中毒。
- (5) 注意呼吸机的运转情况
- (6) 呼气管道和呼吸活瓣应清洁消毒 1 次/d，及时排除呼气管道内积水。经常检查吸入气体的温度和湿度，使其保持生理状态。气囊充气要合适，以免气管损伤及胃内容物误吸，气管套定期放气前要先抽吸口咽部分泌物。
- (7) 及时停用呼吸机。当呼吸频率及 PaO_2 改善后可以考虑递减 PEEP 值，每次减少 2~3cmH₂O (0.2~0.3kPa)，最后终止 PEEP。撤机前可改成 SIMV 通气方式，有利于病人呼吸肌功能的维持和锻炼，避免呼吸肌萎缩。停用前应向病人讲明停机理由，停机时必须有医护人员在场，使病人有安全感，让病人有安全感，让病人主动配合停机。

十六、窒息紧急处理常规

窒息是指喉或气管的骤然梗阻，造成的吸气性呼吸困难。如抢救不及时很快发生低氧、高碳酸血症和脑损伤，最后导致心动过缓、心脏搏动骤停而死亡。烧伤窒息常见于：

①全身大面积烧伤早期（伤后 3~5 日），组织液回吸收致全身水肿，俯卧位时面颈部处于相对低位，由于重力的作用，原有的水肿未消退又加上新的体位性水肿，易出现上呼吸道梗阻。

②头面部血液、淋巴循环丰富，软组织较松弛，烧伤后咽、口、鼻腔水肿和肌肉水肿明显，且持续时间较长，咽腔变窄，病人不能顺利地排出口、鼻、咽分泌物，以致在水肿的高峰期出现上呼吸道不畅，导致呼吸道梗阻、缺氧，严重者心脏搏动可突然停止。小儿头面部所占的体表面积相对较成人大，烧伤后较成人更易发生梗阻，应引起重视。

③颈部深度烧伤发生在小儿和脖子粗短的成人身上，易导致水肿向颈深层、口底、舌根扩展，造成通气不畅以致窒息。此外，颈部Ⅲ度烧伤的环行焦痂减压不及时可产生压迫气管、颈外静脉、颈内静脉等，病人出现呼吸困难，面部、口腔肿胀加剧，脑组织缺氧，可出现昏睡，严重时窒息。

④吸入性损伤时，由于燃烧环境缺氧，机体吸入大量的干热空气、蒸气、火焰及有毒烟雾或化学毒剂，损伤了鼻腔、咽喉、气管、支气管，甚至肺组织，加上痰液、呼吸道坏死黏膜的脱落，极易引起呼吸道梗阻，产生窒息。

⑤昏迷或气管切开术后病人，粘稠的痰液或脱落的黏膜上皮未及时抽吸，也可堵塞呼吸道导致窒息。

【紧急处理】

- 1、判断神志是否丧失，呼救，请求帮助。
- 2、立即使病人取头低足高侧卧位，以利体位引流。小儿病人可倒提双脚，拍背促使堵塞物咳出。
- 3、病人神志丧失、颈项强直，立即用力按压“人中”穴，刺激病人恢复神志；同时用压舌板撬开病人口腔，插在上、下臼齿之间，或开口器撑开口腔。神志未恢复者，上开口器困难，应当机立断从鼻腔插入吸痰管，立即负压抽吸清理口腔、鼻腔、喉部的分泌物和异物。助手同时辅以有效、正确的扣击拍背：由下向上，护士手掌与病人胸壁之间叩住空气，使每次扣击产生空响，促使粘稠分泌物或阻塞物松动，促进呼吸道、口腔的分泌物排出，以保持呼吸道通畅。

4、其他人员立即通知科主任、总住院医师及负责床位的上级医师到位，通知耳鼻喉科医师或麻醉科医师做好气管插管的准备。

5、吸氧 氧流量 4~6L / min。

【预防措施】

- 1、加强呼吸道护理，保持呼吸道通畅。鼓励深呼吸，用力咳嗽，清除口、鼻腔分泌物，定期翻身拍背等，年老体弱及有呼吸道烧伤的病人常规准备气管切开包、负压抽吸器及其护理盘于床旁。
- 2、密切观察病情变化。发现病人声音嘶哑，明显呼吸困难及呼吸道梗阻者，或病人过于衰弱、咳嗽排痰困难，或呼吸道内分泌物很多、有坏死脱落黏膜时应及时报告医师，施行气管切开术或气管插管。头、面、颈部深度烧伤有可能发生呼吸道梗阻者，或有可能发生重度吸入性损伤者，应建议医师进行预防性气管切开术以防窒息。
- 3、大面积头面部烧伤后 3 日内严禁睡翻身床翻身。睡翻身床的病人，起初几次翻身护士应守护床旁，严密观察病人的生命体征，尤其是神志、呼吸和缺氧的情况。烧伤早期上翻身床的病人应采取预防性措施：如床旁备负压吸引器，头部适当抬高以利水肿消退，翻身俯卧时间不宜过长（第 1 次一般不超过 30 分钟或根据病人情况酌情调整），俯卧期间监测血氧饱和度。
- 4、小儿头面部烧伤往往水肿严重，甚至可因肿胀压迫气管引起呼吸困难。火焰烧伤时，患儿常因恐惧大声呼喊而吸入烟雾；或在密闭环境中烧伤，即使无头面部损伤，均可能发生吸入性损伤，病人往往言语表达不清或根本不会表达，常表现为烦躁不安、呼吸增快，同时伴有呼吸困难。护士应严密观察呼吸系统情况，发现异常情况应立即报告医师，并做好气管切开的准备。吸入性损伤和有人工呼吸道者，应做好气管切开术及术后护理。

十七、肺栓塞护理常规

肺栓塞（PE）：是指各种栓子阻塞肺动脉系统时所引起的一组以肺循环和呼吸功能障碍为主要临床和病理生理特征的临床综合征，当栓子为血栓时，称为肺血栓栓塞症。

【临床表现】

不明原因的呼吸困难，多于栓塞后即刻出现不明原因的呼吸困难及气促，呼吸频率 ≥ 20 次/分；胸痛；晕厥，表现为突然发作的一过性意识丧失；烦躁不安、惊恐甚至濒死感；咯血，常为少量咯血；咳嗽。

【治疗原则】

- 1、一般处理与呼吸循环支持治疗。
- 2、溶栓治疗。
- 3、抗凝治疗。
- 4、肺动脉血栓摘除术。
- 5、肺动脉导管碎解和抽吸血栓。
- 6、放置腔静脉滤器。
- 7、肺动脉血栓内膜剥脱术。

【护理评估】

- 1、评估病人有无长期卧床、长途旅行、吸烟、心血管疾病病史。
- 2、评估病人有无不明原因呼吸困难、气促和胸痛等。
- 3、评估病人意识、发绀、干咳、咯血等。
- 4、观察病人意识、呼吸频率、节律及深度，血压、脉率等，观察下肢周径。

【护理要点】

- 1、绝对卧床休息，抬高床头，避免下肢过度弯曲。
- 2、保持病室安静，减少探视；保持大便通畅，勿用力排便。
- 3、做好心理护理，提供心理支持，减轻恐惧心理。
- 4、病情监测：生命体征、动脉血气、血氧饱和度、意识状态、凝血功能状况。
- 5、吸氧：根据动脉血气进行氧疗，一般采用较高流量吸氧。
- 6、遵医嘱使用抗凝药物，观察药物的疗效及副作用。

【并发症观察及护理】

（一）出血

观察：皮肤黏膜有无瘀斑，口腔黏膜有无出血，大便颜色，凝血酶原时间，穿刺局部有无出血过多，神志改变，有无头痛。

护理：

- 1、遵医嘱及时监测凝血酶原时间、国际标准化比值
- 2、严密观察，及早发现出血征象，如皮肤大块淤斑、黑便、穿刺局部出血过多，及时报告医生
- 3、穿刺局部延长压迫时间
- 4、避免粗糙食物，进细软食物
- 5、卧床休息，减少活动，碰撞肢体避免

（二）再栓塞

观察：呼吸、血氧饱和度、动脉血气、心率、血压、脉搏、意识状况

护理：

- 1、急性期绝对卧床休息，避免下肢过度屈曲。一般在充分抗凝的前提下卧床休息 2—3 周。
- 2、保持大便通畅，勿用力排便
- 3、遵医嘱准确使用抗凝药物

【健康指导】

- 1、防止血液瘀滞 对有深静脉血栓形成危险因素的病人，劝其勿长时间坐位，特别是架腿而坐，勿穿束膝长筒袜，避免长时间站立不活动；卧床病人床上肢体活动
- 2、降低血液凝固度 适当增加液体摄入，遵医嘱使用抗凝剂
- 3、如突然出现胸痛、呼吸困难、咯血，需及时就医。

十八、脂肪栓塞综合征护理常规

脂肪栓塞综合征(fat embolism syndromes, FES)是外伤、骨折等严重伤的并发症。由于脂肪栓子进入血流阻塞小血管,尤其是阻塞肺内毛细血管,使其发生一系列的病理改变和临床表现。由于脂肪栓子归属不同,其临床表现各异。

【临床表现】

- 1、暴发型 伤后短期清醒,又很快发生昏迷,谵妄,有时出现痉挛,手足搐动等脑症状,可于1~3天内死亡,由于出血点及肺部X线病变等典型症状不完全,临床诊断困难,很多病例尸检时才能确诊。
- 2、完全型(典型症状群) 伤后经12~24h清醒期后,开始发热,体温突然升高,出现脉快、呼吸系统症状(呼吸快、啰音、咳脂痰)和脑症状(意识障碍、嗜睡、朦胧或昏迷),以及周身乏力,症状迅速加重,可出现抽搐或瘫痪。呼吸中枢受累时,可有呼吸不规则、潮式呼吸,严重者可呼吸骤停,皮肤有出血斑。
- 3、不完全型(部分症状群) 缺乏典型症状或无症状,不注意时易被忽略。这类病人如处理不当,可突然变成暴发型或成为典型症状群,尤其在搬动病人或伤肢活动时可以诱发。多数脂肪栓塞属于不完全型(部分症状群),仅有部分症状,病情轻微,又可分为以下四型:
 - (1)无呼吸症状者:脑症状较轻微,病人仅有发热、心动过速及皮肤出血点,可有动脉氧分压下降。
 - (2)无脑及神经系统症状者:主要为呼吸困难、低氧血症、发热、心动过速及皮肤出血点等。
 - (3)无明显脑及呼吸症状者:主要表现为皮肤出血点、发热、心动过速,其中出血点可能是引起注意的要点。
 - (4)无皮肤出血点者:最不易确诊。

【治疗原则】

1、纠正休克,补充有效循环血容量。2、呼吸支持。3、减轻脑损害。4、抗脂栓的药物治:①右旋糖酐40(低分子右旋糖酐);②肾上腺皮质激素;③抑肽酶;④白蛋白。

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史，了解既往有无疾病、手术等诱因。
- 2、了解有无突然胸痛、气短、咳嗽、咯血等肺栓塞的症状和体征，了解有无意识障碍、嗜睡、朦胧或昏迷。
- 3、了解患者血常规、凝血功能、肝功能等结果。
- 4、评估患者对疾病的认识及心理状态。

【护理措施】

- 1、严密观察，呼吸功能障碍常早期出现呼吸急促，呼吸困难，发绀，伴有氧分压下降和二氧化碳分压升高，应引起高度重视，FES 的发生率可高达 75%。
- 2、认真做好术前准备
- 3、注意骨折的固定：应首先对损伤肢体加以及时妥善的固定，减少不必要的搬动，防止局部脂肪滴不断和再次进入血流，因此要对骨折肢体进行正确固定和牵引，尤其在搬运、翻身及进行皮肤护理时，动作要起轻柔、稳妥，一般以 2-3 人同时操作为宜，避免患者旋转性动作，保持有效牵引，抬高患肢置于功能位，经常观察患肢血运情况。
- 4、保持体温的稳定：对发生高热患者予乙醇擦浴，冰块冷敷等物理降温，必要时可应用冬眠药物，保护脑细胞，降低脑组织对缺氧的耐受力，降低脑组织代谢及耗氧量。使用冬眠药物半小时内不要翻身或搬动患者，以免造成体位性低血压。

【并发症的观察及预防】

- 1、加强基础护理，防止褥疮及肺部感染

骨折患者由于长期卧床及被动体位，易发生褥疮，因此，需定时按摩皮肤受压部位，保持床单平整、干燥，协助患者翻身拍背，防止褥疮及肺部感染等并发症。

- 2、预防泌尿系感染

经常查看并保持各引流管的通畅，要准确记录尿量及观察尿液性质的改变（FES 病人尿液中有脂肪滴），也是休克时最为敏感的监测指标。留置尿管的无菌操作及引流的通畅是预防感染的重要环节。可鼓励患者饮水，起到机械性冲洗作用。

【健康指导】

- 1、强调早发现，早诊断，早救治的原则。
- 2、要对骨折肢体进行正确固定和牵引。

十九、持续心电监护常规

【护理评估】

- 1、评估患者心律、心率，有无心悸，有无胸闷、胸痛；了解水、电解质平衡情况；对心电监护的认识，有无紧张、焦虑。
- 2、了解患者的心电图情况。
- 3、评估心电监护仪是否完好。

【护理措施】

- 1、向患者解释持续心电监护的目的、方法和配合要求。
- 2、确定电极片安放部位及清洁相应部位的皮肤。
- 3、安放电极片，连接心电监护仪。
- 4、根据心电监护所采取的参数，合理设置报警值。
- 5、观察心电监护的动态变化，包括心律、心率等，定时或按需要记录。对威胁生命繁荣心律失常及时报告医师和处理。
- 6、结合心电示波评估患者的临床边县，如胸闷、心绞痛等，了解病情变化特点。
- 7、监护过程中，注意检查电极片是否松动、移位、脱落等，以免影响监护的参数。

【健康指导】

向患者说明在监护过程中，仪器报警等可能产生躁声及需要卧床造成患者生活不便，以消除患者的心理紧张；不得随意调节参数；仪器旁边不要放置水杯等物资

二十、持续脉搏血氧含量监测常规

【护理评估】

- 1、评估患者目前病情、生命体征、缺氧程度。
- 2、评估脉搏感应器探头型号是否合适。

【操作步骤】

- 1、向患者及家属说明持续脉搏血氧监测目的、监测方法和注意事项。
- 2、选择合适型号的感应器。
- 3、将感应器置于有足够血流灌注的指、趾端或耳廓边缘。
- 4、观察波形，识别人为干扰或过低灌注状态。
- 5、准确记录动脉血氧含量读数。读数异常时及时报告医师，并观察患者的脉搏、呼吸、面色及神志等改变。

二十一、电复律护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者的心率，心律失常的类型，如心房扑动，心房颤动，阵发性室上性心动过速，室性心动过速或预激综合征等，或是否为洋地黄中毒引起的心动过速。
- 2、评估患者对疾病的认识，是否有恐惧，焦虑等。
- 3、评估除颤仪，心电监护仪等抢救设备及药物是否齐全，并置患者床旁。
- 4、评估患者胸前区皮肤是否清洁，干燥；有无心脏起搏器或金属饰物。电复律前应摘除患者身体上所有金属饰物。
- 5、评估室内氧气是否关闭，有无易燃，易燃物品。

【护理措施】

- 1、向患者或家属说明病情，电复律的目的和交待注意事项，解除思想顾虑，并需家属签字。
- 2、治疗前遵医嘱应用镇静剂，观察药物对呼吸是否有抑制作用。
- 3、提醒除患者以外的所有人员离开病床。
- 4、协助患者取平卧位。安放电极，分别为胸骨右缘第二肋间，心尖部，贴紧胸壁皮肤。
- 5、配合医师实行电复律。在除颤器放电前，电极板上均匀涂摸导电糊，选定合适的能量，按放电按钮。放电完毕，患者如果装有起搏器，电极板应距脉冲发生器 10cm 以上，电复律后应进行起搏器测试。
- 6、电复律施行后，观察心电示波的变化，如未复律可增加电量再次转复。
- 7、复律后，观察患者是否发生低血压，高血钾，肺水肿，周围动脉栓塞，皮肤伤等并发症，以便及时处理。
- 8、持续心电监护。按持续心电监护常规。

【健康指导】

- 1、向患者说明施行电复律后，如出现头昏，胸闷，胸痛，呼吸困难等，及时报告医院人员。
- 2、注意电复律 4 小时后，无不适可下床活动。

二十二、电除颤护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者的脉搏，心律，意识状态等，了解心律失常的类型。如心室颤动。心室扑动。心房扑动或无脉性心动过速。
- 2、评估患者年龄，心前区皮肤是否完整，身体上是否有金属饰物，心脏起搏器。
- 3、评估除颤器，心电监护仪等抢救设备剂药物是否齐全，并置患者床旁。除颤前应摘掉身体上的金属饰物。
- 4、评估室内氧气是否关闭，有无易燃，易燃物品。

【操作步骤】

- 1、向患者家属说明病情，电除颤的目的和可能出现的并发症。
- 2、连接除颤器电源，打开除颤器。
- 3、提醒除患者以外的所有人员离开病床。
- 4、协助患者取平卧位。安放电极，分别为胸骨右缘第二肋间，心尖部，贴紧胸壁皮肤。电极板上均匀涂电凝胶或胸部敷盖湿盐水纱布。
- 5、按年龄选择除颤能量，充电，按心律失常类型选择同步或非同步除颤。
- 6、仪器充电后放电除颤。
- 7、除颤后立即行心肺复苏 2 分钟，观察心电图是否复律，未复律的可再次适当增加除颤能量再次除颤。
- 8、除颤后，观察患者是否发生低血压、高血钾、肺水肿、周围动脉栓塞、皮肤灼伤等并发症，以便及时处理。
- 9、持续心电监护，按持续心电监护常规。

【健康指导】

- 1、向患者说明施行电除颤后，如出现头昏、胸闷、胸痛、呼吸困难等，及时报告医护人员。
- 2 电除颤后，应卧床休息。

二十三、中心静脉压（CVP）监测常规

【护理评估】

- 1、评估患者的生命体征、24小时出水量。
- 2、评估患者全身有无水肿、脱水、颈静脉怒张等。
- 3、评估中心静脉导管是否通畅，换能器连接是否密闭、有无气泡。
- 4、使用呼吸机时，了解PEEP的参数。

【操作步骤】

- 1、向患者解释测压的目的、意义及配合要求。
- 2、在患者安静的状态下，帮助患者取平卧位，准备测量CVP。
- 3、连接测压泵和中心静脉导管，确保换能器与测压管相通、整个系统密闭无气泡。
- 4、将换能器与患者右心房置于同一水平，换能器归零。
- 5、测量CVP，观察CVP波形，作好记录。
- 6、保持导管畅通，持续进行压力冲洗。
- 7、保持导管置入处及周围皮肤清洁和干燥。

【健康指导】

交代患者在测量时，保持平卧位和情绪稳定。

二十四、无创机械通气护理常规

【护理评估】

- 1、患者的全身情况，包括目前病情、生命体征、意识与精神状态、缺氧的程度与原因；评估局部病情，包括口唇、鼻尖、耳廓、甲床等皮肤黏膜的颜色、发绀程度；
- 2、呼吸时有无张口、抬肩、鼻翼扇动、“三凹征”；评估呼吸的频率、节律和深浅度变化。
- 3、机器性能是否完好，鼻面罩大小是否合适，供氧及负压装置是否完好。

【护理措施】

- 1、向患者及家属说明使用呼吸机的目的，讲解无创机械通气的原理，以取得合作。
- 2、协助患者取合适卧位，保持头、颈、肩在同一平面上。
- 3、选择合适的鼻面罩型号。固定头套时，位置应端正，保持两侧压力对称，松紧度适当，以患者舒适与不漏气为宜。
- 4、根据病情调节呼吸机的参数及模式，并做好记录。
- 5、设置好各种报警参数，发现问题及时查找原因并处理。
- 6、寻找呼吸机报警原因，及时处理呼吸机报警。
- 7、评估呼吸机的运转情况，压力调节是否符合要求，观察面罩与面部接触是否漏气。
- 8、观察患者胸廓的起伏幅度，听诊双肺呼吸音是否对称、清晰、有无干湿啰音等。
- 9、观察呼吸机监测的各项指标以及患者的缺氧改善情况，定时采血，作血气分析，以调整呼吸机参数。
- 10、呼吸机的管理：
 - (1) 螺纹管和鼻面罩一人一使用一消毒。长期使用者，螺纹管应每周更换。
 - (2) 湿化器内液体每天更换1次。
 - (3) 终末消毒：拆卸呼吸道管道、湿化装置、呼吸机接口、出入气阀门和连接部，按规范的消毒灭菌程序处理。

二十五、有创机械通气护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者目前病情、生命体征、意识与精神状态；缺氧的表现及程度，包括观察口唇、鼻尖、耳廓、甲床等皮肤黏膜的颜色、发绀程度，呼吸时有无张口呼吸、抬肩、鼻翼煽动、三凹征，呼吸的频率、节律和深浅度变化
- 2、评估呼吸机性能，使用前用模拟肺检测呼吸机的性能是否良好，评估供氧、负压装置、抢救车、抢救药物是否安全
- 3、评估病房环境是否清洁，有无烟火、易燃品等

【护理措施】

- 1、向患者和家属说明使用呼吸机的必要性，以取得合作。
- 2、将呼吸机与患者连接。根据患者病情调节呼吸机的参数和呼吸机模式，设置各种报警值并记录。
- 3、严密观察病情变化，及时掌握呼吸机监测的各项指标和血气分析结果，了解缺氧的改善情况，合理调整呼吸机的参数。评估患者胸廓的起伏程度，听诊双肺呼吸音是否对称、清晰、有无干湿啰音等。
- 4、评估呼吸机的运行状态，了解常见的报警及其原因，及时报告及处理。
 - (1) 每分通气量报警。
 - ①上限报警：常表现为病情变化。呼吸频率增加、患者躁动、过度通气所致。
 - ②下限报警：常见于呼吸机和患者之间的管路松脱或湿化器加水后松动漏气、气管套管上的气囊破裂或囊内充气不足导致气管套管与气管插管壁之间漏气。还可见于患者憋气，使用辅助呼吸模式使患者呼吸量不足等原因。
 - (2) 气道压力上限报警：见于呼吸道分泌物阻塞、呼吸道痉挛、气管插管位置不当、螺纹管扭曲，患者咳嗽或体位改变、气管或肺塌陷、气胸等。
 - (3) 气道压力下限报警：见于螺纹管与患者断开、螺纹管漏气等。
 - (4) 氧浓度报警：常见于氧气供应故障，氧电池不足。
 - (5) 电源报警：断电。迅速接人工呼吸囊辅助呼吸，专人守护，并迅速与配电室联系，查找断电原因，以便迅速恢复电源。

5、做好患者脱机的护理。

- (1) 自主呼吸恢复，呼吸机持续治疗已由控制呼吸转为辅助呼吸，且有脱机指征者，先向患者解释脱机的目的和配合方法，做好安慰工作，减轻患者的恐惧感。
- (2) 脱机时放松套管上气囊，予以氧气吸入。
- (3) 询问患者的感觉，有无气促、憋气和呼吸困难，观察口唇有无发绀，并记录。
- (4) 密切观察呼吸、心率、心律、血压、经皮动脉血氧饱和度的变化，并专人守护
- (5) 拔管前注意保护气管插管，防止脱管，以备患者病情变化时接用呼吸机。
- (6) 脱机宜在日间，脱机困难者晚间继续接机。白天首先试脱机半小时，其后逐渐增加脱机时间至完全脱离呼吸机。
- (7) 注意观察患者脱机后病情变化，保持呼吸道通畅。气管插管和套管的通气道口用无菌湿纱布覆盖。一旦发现患者气促、呼吸困难、口唇发绀等，立即通知医生并及时处理。

6、呼吸机的管理。

- (1) 螺纹管一人一使用一消毒灭菌。长期使用者，螺纹管每周更换。
- (2) 终末消毒：拆卸呼吸机管道、湿化装置、呼吸机接口、出入气阀和链接部，按规范的消毒灭菌程序，最后进行高压蒸汽消毒。

二十六、气管插管护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者目前病情、生命体征、意识与精神状态，特别注意听诊双肺呼吸音、有无痰鸣音。评估患者对自身疾病及气管插管的认知；有无紧张、焦虑、恐惧等。
- 2、察看患者是否有活动的义齿，如有插管前应取下。
- 3、评估导管的型号大小是否合适，抢救车、负压吸引装置是否完备，镇静剂、肌松剂、局部麻醉剂等抢救用物是否齐全。

【护理措施】

- 1、向患者说明气管插管的必要性及配合事项，向家属说明气管插管的必要性及危险性，并征得家属同意并签字。
- 2、患者取平卧位，充分暴露咽喉部。协助气管插管，并及时观察患者耐受情况和病情变化。
- 3、妥善固定气管插管，保持固定胶布清洁，及时更换污染胶布。一般情况下，每日更换胶布 1 次。
- 4、插管完毕，听诊双肺呼吸音，记录插管的长度，防止插管过深或脱出。
- 5、保持呼吸道通畅，及时吸出口腔和气管内分泌物。
- 6、遵医嘱湿化，做好口腔护理，保持口腔清洁。
- 7、每班检查气囊压力，气囊充盈时，囊内压维持在 18~20mmHg，根据气管导管进行放气，每次放气前应充分吸净口腔和鼻咽部分泌物。

二十七、气管切开护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者目前病情、生命体征、意识和精神状态，特别是双肺呼吸音是否清晰、有无痰鸣音；对自身疾病及气管切开的认识；有无紧张、焦虑、恐惧等。
- 2、评估气管切开用物是否齐全，包括气管切开包、型号大小合适的导管、急救车、负压吸引装置、镇静剂、肌松剂、局部麻醉剂等抢救药物。
- 3、床旁备气管切开护理盘。

【护理措施】

- 1、讲解气管切开是一项有创性的紧急抢救措施，患者意识清楚时必须征得患者知情书面同意后进行。
- 2、帮助患者取仰卧位，两肩部间垫一沙袋或被服等，以便于气管切开。
- 3、配合医师进行气管切开，并了解患者耐受情况。及时吸痰，保持气道通畅。
- 4、气管切开后，检查系带是否合适，套管周围敷料应保持清洁、干燥，及时更换潮湿、污染敷料，消毒伤口及周围组织，将无菌纱布剪成“Y”字形，垫于气管套管下。
- 5、对于呼吸机辅助呼吸患者，应整理好呼吸机的管道，观察患者呼吸情况，核对参数；未使用呼吸机患者用生理盐水纱布盖于气管套管上。
- 6、外套管固定应打死结，松紧度以通过一指为宜，金属内套管应每班清洗、消毒1次。
- 7、鼓励和指导患者有效咳嗽、排痰。痰液黏稠时，及时湿化。
- 8、注意伤口出血及切口周围有无皮下气肿、纵膈气肿、气胸等并发症。一旦发现，应及时配合医师处理。
- 9、切巡视患者，一旦发现脱管，立即报告医生。
- 10、做好拔管前后病情观察。拔管前，应先试行堵管1-2天，如患者发音良好，呼吸、排痰功能正常，自觉呼吸通畅，即可考虑拔管。拔管后，继续观察呼吸情况，一旦出现呼吸困难，应及时报告和处理。

第四章 外科常见检查与治疗护理常规

一、肠内营养护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者的病情，包括既往史、手术创伤史、有无严重感染和消耗性疾病等。
- 2、了解患者的饮食习惯，近期饮食摄入情况。
- 3、评估患者胃肠道功能，有无消化道梗阻、出血、严重腹泻或不能经胃肠道摄食的疾病。
- 4、了解患者及家属对营养支持的态度和看法，了解患者对营养支持的经济承受能力。

【护理措施】

- 1、给予肠内营养之前，向患者及家属说明肠内营养的目的、操作步骤和注意事项，给予心理支持，取得理解和配合。
- 2、根据患者的具体情况，合理配制肠内营养液。
 - (1) 一般患者宜给予高蛋白、高热量、含丰富维生素、无刺激的流质饮食。腹泻患者宜选择低脂制剂加收敛药物。便秘患者宜选择含丰富维生素的食物，并保证摄入足够的水分。
 - (2) 按要求配制营养液。选定制剂后，仔细阅读产品说明书、有效期。配制液宜现配现用，常温下放置不宜超过 24 小时。
- 3、规范实施肠内营养操作。
 - (1) 选择合适的体位。对于老年体弱、卧床、意识障碍、胃排空延迟、经鼻胃管或胃造瘘管输注营养液者取半卧位，以防反流和误吸。对于经鼻胃管或空肠造瘘管滴注者可取随意卧位。
 - (2) 调节营养液的温度以接近体温为宜一般在 37 - 40℃。
 - (3) 使用营养液前充分摇匀，正确连接管道。
 - (4) 控制输注量和速度，应从低浓度、慢速度、小剂量开始。浓度从 8% - 12% 开始，一般不超过 25%；速度以 20ml / h - 40 ml / h 至维持滴速为 100ml / h - 120ml / h，有条件者用输液泵控制为佳；控制总量为 250ml / d - 500ml / d，在 5 - 7 天内逐渐

达到全量。

- (5) 对于经鼻饲或胃造瘘管给予营养液者，注意估计胃内残余量每 4 小时一次。若残余量 $>100 - 150\text{ml}$ ，应延迟或暂停输注，必要时加胃动力药。
- (6) 在输注过程中，观察病情变化。若患者突然出现呼吸急促。呛咳、咳出物类似营养液时，考虑有喂养管移位致误吸的可能，应立即停止输注，鼓励并刺激患者咳嗽，并及时报告医生。

4、保持喂养管通畅。

- (1) 妥善固定喂养管，避免扭曲、折叠和受压。
- (2) 每日跟换输液管。
- (3) 药丸经碾碎、溶解后直接注入喂养管，以免药丸在营养液中不能溶解而粘附于管壁或堵塞管腔。
- (4) 输注营养液前后及特殊用药前后，均应用 20-30ml 温开水或温生理盐水冲洗喂养管。
- (5) 对于持续输注时，需用生理盐水 30-40ml 冲洗喂养管，每 4 小时一次。

5、注意评估疗效和预防并发症。注意监测血糖、尿量变化。观察有无发热、咳嗽等。定期查血常规、血生化、尿素氮等。

6、对于造瘘口患者，按造瘘口护理常规。

【健康指导】

- 1、交代患者在输注过程中出现任何不适，及时报告医护人员。
- 2、对于居家给予肠内营养的患者，指导家属进行肠内营养护理。

二、全胃肠外营养护理常规

全胃肠外营养(Total Parenteral Nutrition, TPN)是指通过周围静脉或中心静脉供给病人每日所需要的全部营养物质,以维持机体的正常代谢与生存,也称“人工胃肠”。

【护理评估】

- 1、评估患者的病情,包括既往史、手术史、有无严重感染和消耗性疾病等。
- 2、评估患者体温、体重、出入水量等情况。
- 3、了解患者及家属对 TPN 的认识和实施 TPN 的经济承受能力。

【护理要点】

- 1、TPN 溶液配制时要严格无菌操作,配制最好能在净化台内操作,按一定顺序混合营养液,并注意有无配伍禁忌。
- 2、TPN 溶液应当日输完,如不用 3L 袋输液者,要求氨基酸必须与供能物质同步输注,但最后一瓶应为 10%或 5%葡萄糖,不能将高渗葡萄糖放在最后输注,以免引起低血糖。
- 3、中心静脉置管病人穿刺当日观察血压、脉搏、呼吸变化,有无局部血肿,及时发现气胸、血胸、心脏及大血管、神经损伤等并发症。
- 4、密切观察病情变化,有无代谢方面并发症,如低血钾、高渗性非酮性昏迷、代谢性酸中毒、微量元素缺乏、肝功能损害等。
- 5、置管处每周更换敷料 2 次,并以碘酊、酒精涂擦,如出现不明原因的发热及感染时,应拔除导管,并行细菌培养。
- 6、输液器每日更换,输液时宜保持密闭状态,一般不任意拆除作抽血或注射药物用。
- 7、根据医嘱抽取血生化标本:电解质、肝、肾功能、血糖、血气分析,测尿糖、收集 24 小时尿标本,测尿素氮、计算病人每日的氮平衡。
- 8、TPN 支持治疗前常规测量身高、体重以及有关人体测量,如三头肌皮肤折褶厚度、上臂中点围径,进行营养状况评估。
- 9、拔管时常规消毒穿刺点,用敷料轻按数分钟,以防气栓,并剪下一段导管送培养。

【健康指导】

- 1、指导患者保护导管局部清洁、干燥,避免穿刺侧的剧烈活动,禁止提重物,避免弄湿和污染。
- 2、交待患者若发现任何的不适及时报告医护人员。
- 3、病情允许,则鼓励患者尽可能经口进食,恢复肠内营养,维护肠道结构与功能,避免肠源性感染。

三、胃肠减压护理常规

- 1、使用胃肠减压前应向病人说明意义、取得合作。选择合适的胃管，成人一般插入长度为 55~65cm。确定在胃内后，接上有效的胃肠减压器。
- 2、观察引流物的色和量，尤应注意是否有出血情况，常规记录吸出量，及时倾倒引流物。
- 3、保持胃管通畅和持续负压，负压一般为 6~8Kpa，胃管如有阻塞，可用注射器吸少量温盐水冲洗使胃管通畅。
- 4、胃肠减压期间禁止进食和饮水。必须口服给药时，如片剂要碾碎调水，胃管内注入后夹管 30min，以免将药物吸出。
- 5、应加强口腔、鼻腔护理，每日口腔护理、雾化吸入 2 次。
- 6、病人病情好转，无明显腹胀，肠蠕动恢复，肛门排气可拔除胃管。

四、中心静脉导管置入术护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者生命体征及 24 小时出入量的变化。
- 2、评估患者的全身情况，是否有水肿、眼凹陷等情况。
- 3、评估穿刺处（颈部）皮肤是否完好，有无瘢痕等。
- 4、评估患者是否了解中心静脉置管，是否紧张等。
- 5、评估用物是否准备齐全，环境是否清洁、光线充足等是否符合要求。

【护理措施】

- 1、向患者解释中心静脉导管置入的目的和意义，消除患者的思想顾虑。
- 2、将用物带至患者床边。
- 3、帮助患者摆放体位。肩下垫小枕，头部偏向穿刺处的对侧。
- 4、协助穿刺，遵守无菌技术操作原则。消毒穿刺处皮肤，直径 $> 10\text{ cm}$ 。铺无菌孔巾，准备局部麻醉用药等。
- 5、导管置入过程中，密切观察患者的呼吸血压、心率等变化。
- 6、置管后定时听诊呼吸音，防止术后并发症，如血气胸。
- 7、保持导管通畅，指导患者取合适的体位，避免过度牵拉，一面导管扭曲、受压或脱出。定时用肝素盐水冲洗导管，如导管堵塞，切不可强行冲洗，避免将血栓冲入血管。
- 8、保持穿刺部位清洁、干燥，穿刺处每天更换无菌敷料。

【健康指导】

- 1、告诉患者置管后保持合适体位的重要性。
- 2、注意保持导管置入处干燥和周围皮肤清洁，切勿弄湿局部。

五、经外周插管的中心静脉导管（PICC）护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者的一般情况，有无上腔静脉压迫综合征。
- 2、评估患者的血管，选择适当的静脉穿刺导管。
- 3、了解患者对 PICC 的认识，有无紧张、害怕的心理。
- 4、检查 PICC 插管用物是否齐全。

【护理措施】

- 1、插管前向患者介绍 PICC 插管的目的、优点、插管步骤及可能出现的并发症，并要求患者在充分认识 PICC 后签署知情同意书。
- 2、严格按操作规程进行插管，执行无菌操作技术。
- 3、置管后用手压迫置管处 5~10 分钟，防止出血。交待患者限制和减少穿刺侧肢体活动，插管次日按无菌技术操作更换敷贴，严格观察置管局部有无渗血、出血、肿胀等异常情况。
- 4、使用 PICC 输液期间，注意观察插管局部有无渗血、红肿、感染及导管有无脱出等。输液完毕后，根据具体情况封管。
- 5、加强 PICC 留置期间维护。每日询问患者有无疼痛等不适，查看插管局部情况，每周生理盐水充管 1 次，以确保管腔的通畅。换药 1 次/周，有异常及时更换敷贴，肝素帽更换 1 次/周，预防感染的发生。
- 6、一旦发现穿刺点上方局部发硬、红肿、肿痛等不适，可采用硫酸镁湿热敷，外涂喜疗妥霜等，禁用微波治疗。

【健康指导】

- 1、交待患者穿刺侧肢体避免剧烈活动，禁止提重物，穿脱衣服时宜小心，以免导管脱出。
- 2、交待患者保持穿刺处清洁、干燥，洗澡时避免弄湿。
- 3、指导带管出院患者进行门诊维护。

六、PICC 换药护理常规

用物准备：换药弯盘 1 套、无菌小棉球 6 个、5% 碘伏、75% 酒精、碘伏消毒棉签、灭菌敷贴 1 张（IV3000）、肝素帽 1 只、头皮针头 1 个、无菌注射器 30ml 一付、生理盐水 20ml、静推盒，污物桶。

- 1、素质要求（仪表、态度）
- 2、规范洗手，戴口罩。
- 3、用物准备（注射器抽好生理盐水放静推盒内，换药弯盘内放三颗碘伏、三颗酒精棉球）
- 4、向病人解释，取合适体位（卧位或坐位），暴露导管，观察置管长度，换药肢体下方垫无菌巾。
- 5、更换肝素帽：将注射器连接肝素帽预冲。取下肝素帽，取酒精棉球反复擦拭消毒肝素帽后连接肝素帽。
- 6、冲管：进行脉冲式冲管，最后 0.5-1.0ml 边冲边退，保持正压封管。
- 7、消毒：左手固定 PICC 导管，右手从下往上撕去胶布，勿拉出导管，观察穿刺点周围皮肤有无发红、肿胀。左手提起导管，右手夹酒精棉球消毒 3 遍，离穿刺点 1cm，从内向外，以穿刺点为中心上下各 10cm，左右到臂缘（注意：酒精棉球不能接触导管，防硬化）。再用 5% 碘伏棉球消毒，第一个从穿刺点始由内向外消毒皮肤，第二个消毒管子及皮肤，第三个消毒管子及皮肤。
- 8、消毒后待自然干燥，肝素帽处固定 1 条胶布，体外导管摆放呈 S 型，粘贴敷贴。由内向外轻轻按压，注意勿有气泡，小心撕去外壳。肝素帽处用胶布交叉固定。
- 9、注明换药时间及签名。
- 10、宣教，整理用物，做好记录（局部情况、导管留置或外露长度）。

七、体位引流护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者生命体征，了解有无呼吸困难。
- 2、评估患者咳痰的性质、量，是否痰中带血。
- 3、评估痰液或脓液的积聚部位，确定引流体位。
- 4、评估患者对体位引流的了解程度和心理状态。

【操作步骤】

- 1、向病人解释体位引流的目的、过程和注意事项。重点交代患者一旦摆定体位，需维持该姿势 5 分钟以上。如维持该姿势困难或出现发绀、呼吸困难等应立即停止治疗。
- 2、根据病变部位，协助患者取适当的卧位，以利引流。引流体位的选择取决于分泌物潴留的部位和病人耐受程度，原则上抬高患部位置，引流支气管开口向下，有利于潴留的分泌物随重力作用流入支气管和气管排出。
- 3、引流时间：根据病变部位、病情和病人状况，每天 1~3 次，每次 15~20min。一般于饭前 1h，饭后或鼻饲后 1~3h 进行。
- 4、引流的观察：引流时应有护士或家人协助，观察病人有无出汗、脉搏细弱、头晕、疲劳、面色苍白等症状，评估病人对体位引流的耐受程度。如病人出现心率超过 120 次/分、心率失常、高血压、低血压、眩晕或发绀，应立即停止引流并通知医生。
- 5、在体位引流过程中，鼓励并指导病人做腹式深呼吸，辅以胸部叩击或震荡等措施。协助病人保持引流体位进行咳嗽，也可取坐位以产生足够的气流促使分泌物排出，提高引流效果。
- 6、引流后护理：体位引流结束后，帮助病人采取舒适体位，弃掉污物。给予清水或漱口剂漱口，保持口腔清洁，减少呼吸道感染的机会。观察病人咳痰的情况，如性质、量及颜色，并记录。听诊肺部呼吸音的改变，评价体位引流的效果。

八、肺叩打护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者咳痰的性质、量，是否痰中带血。
- 2、评估患者生命体征。
- 3、听诊肺部有无呼吸音异常及干、湿啰音，明确病变部位。

【操作步骤】

- 1、病人侧卧位或在他人协助下取坐位。
- 2、叩击部位用单层薄布保护。
- 3、叩击者两手手指弯曲并拢，使掌侧呈杯状，以手腕力量，从肺底自下而上、由外向内、迅速而有节律的叩击胸壁，震动气道，每一肺叶叩击 1~3min，每分钟 120~180 次，叩击时发出一种空而深的拍击音则表明手法正确。
- 4、叩击时询问病人感受，密切观察病人的反应。叩击力量以病人不感到疼痛为宜。
- 5、每次叩击时间以 5~15min 为宜，应安排在餐后 2h 至餐前 30min 完成，以避免治疗中发生呕吐。
- 6、操作后病人休息，协助做好口腔护理，去除痰液气味；观察痰液情况，复查生命体征、肺部呼吸音及啰音变化。

九、CT 检查护理常规

【护理评估】

- 1、了解患者对 CT 扫描的认识和心理准备。
- 2、评估患者是否做好 CT 扫描前准备：①需增强扫描者，做好碘过敏试验；②检查半小时排空大小便；③检查前如有医嘱，遵医嘱用药。

【护理措施】

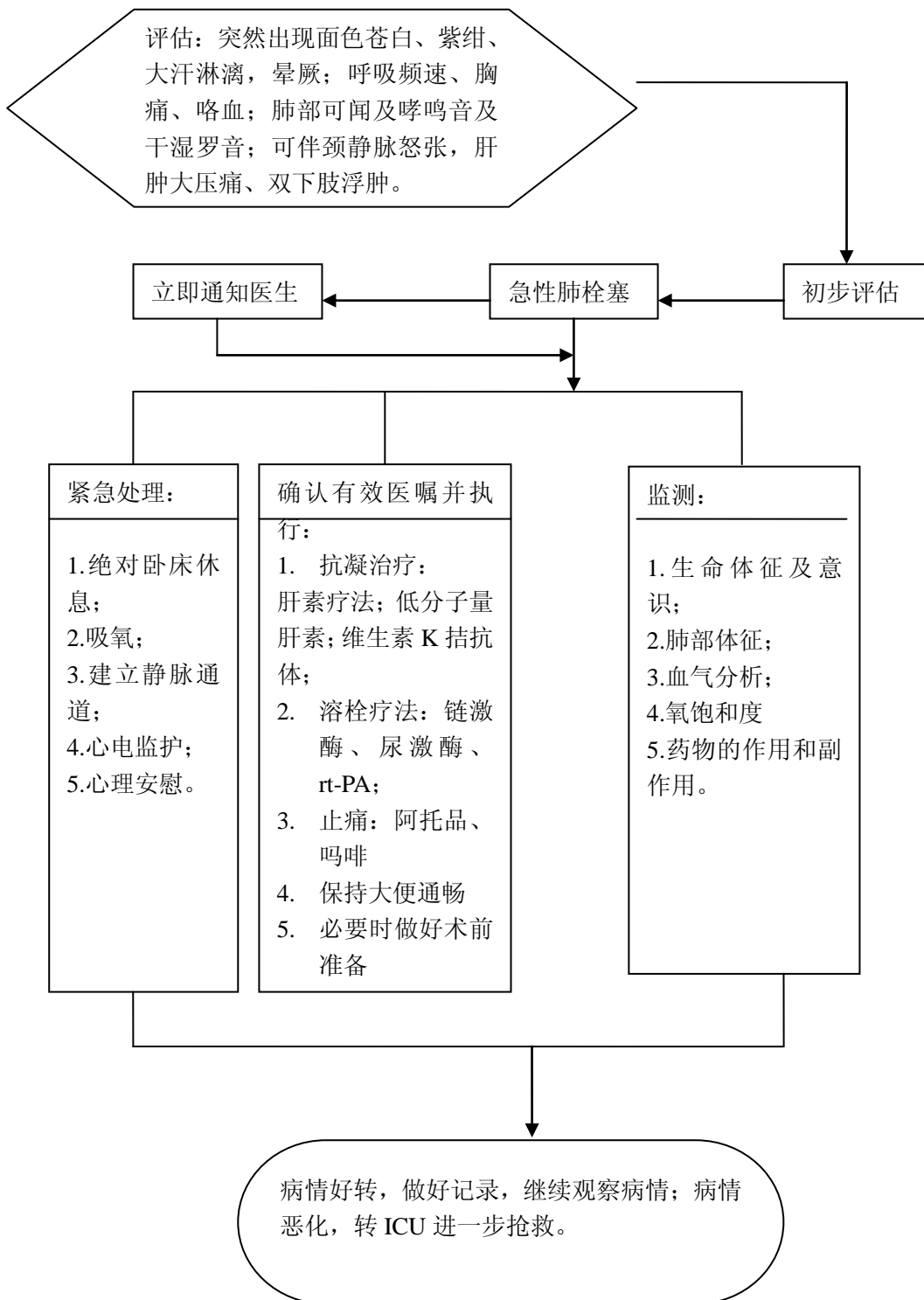
- 1、检查前向患者及家属解释其目的及注意事项，消除心理紧张，取得患者的配合。
- 2、护送患者检查途中防止过度震动，保持患者头部平稳，防加重病情。
- 3、CT 扫描完后，注意观察穿刺部位有无渗血、肿胀、以便及时处理。

【健康指导】

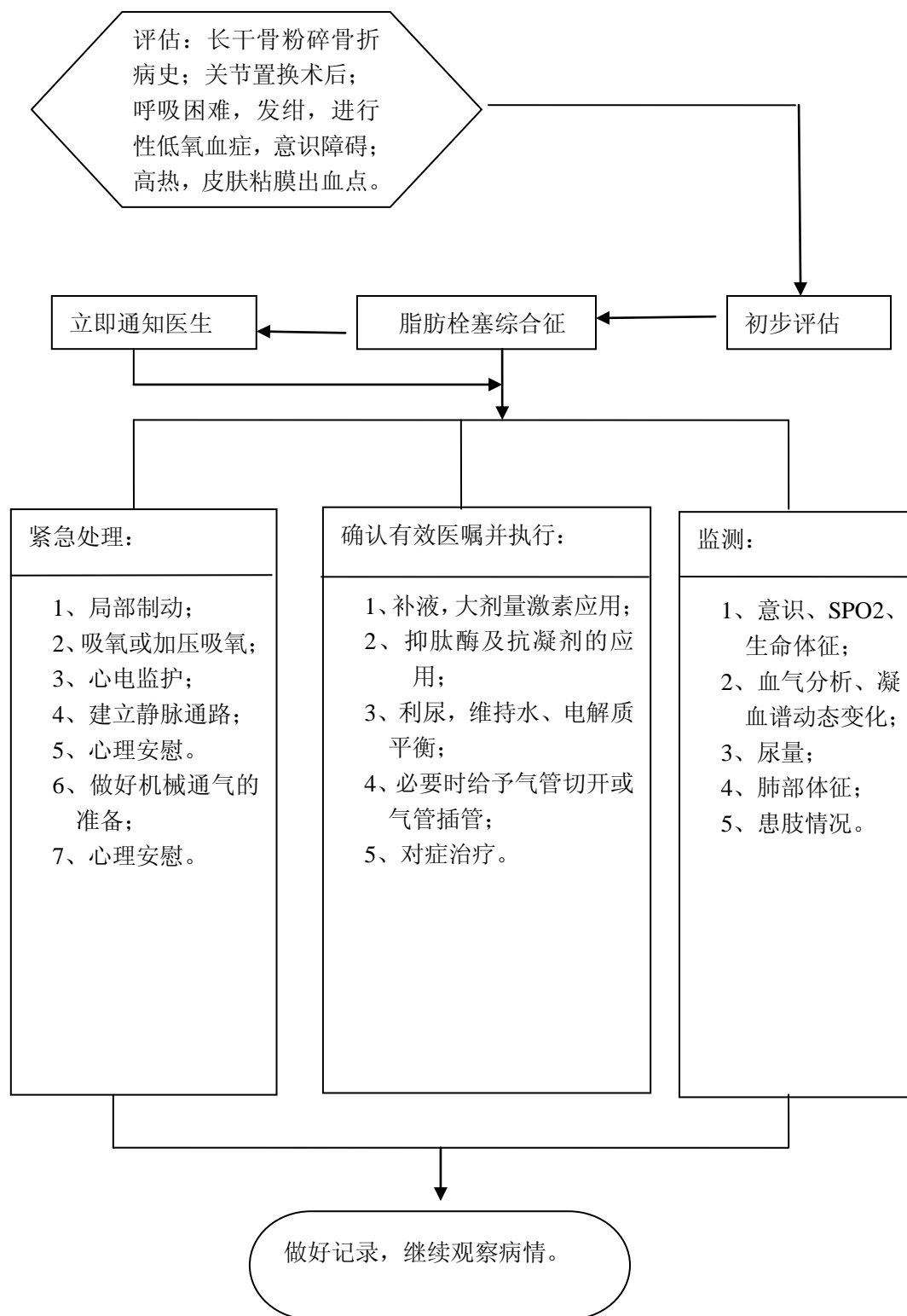
- 1、指导患者在造影中如出现恶心、呕吐、皮肤瘙痒、呼吸困难等及时告诉医护人员或举手示意。
- 2、嘱咐患者在造影时勿动头部，以保持造影图象清晰。

第五章 外科护理急救流程

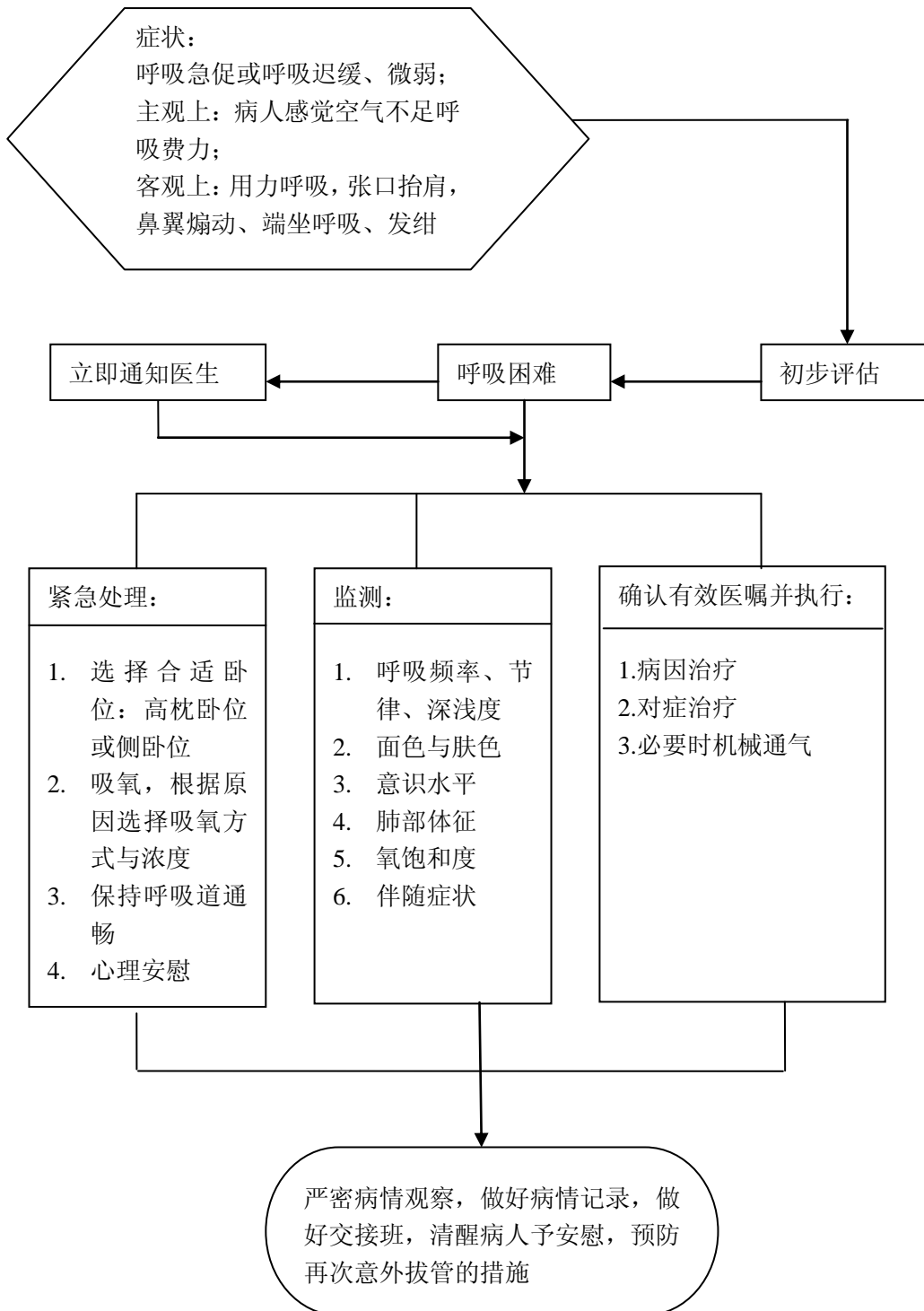
一、急性肺栓塞急救流程



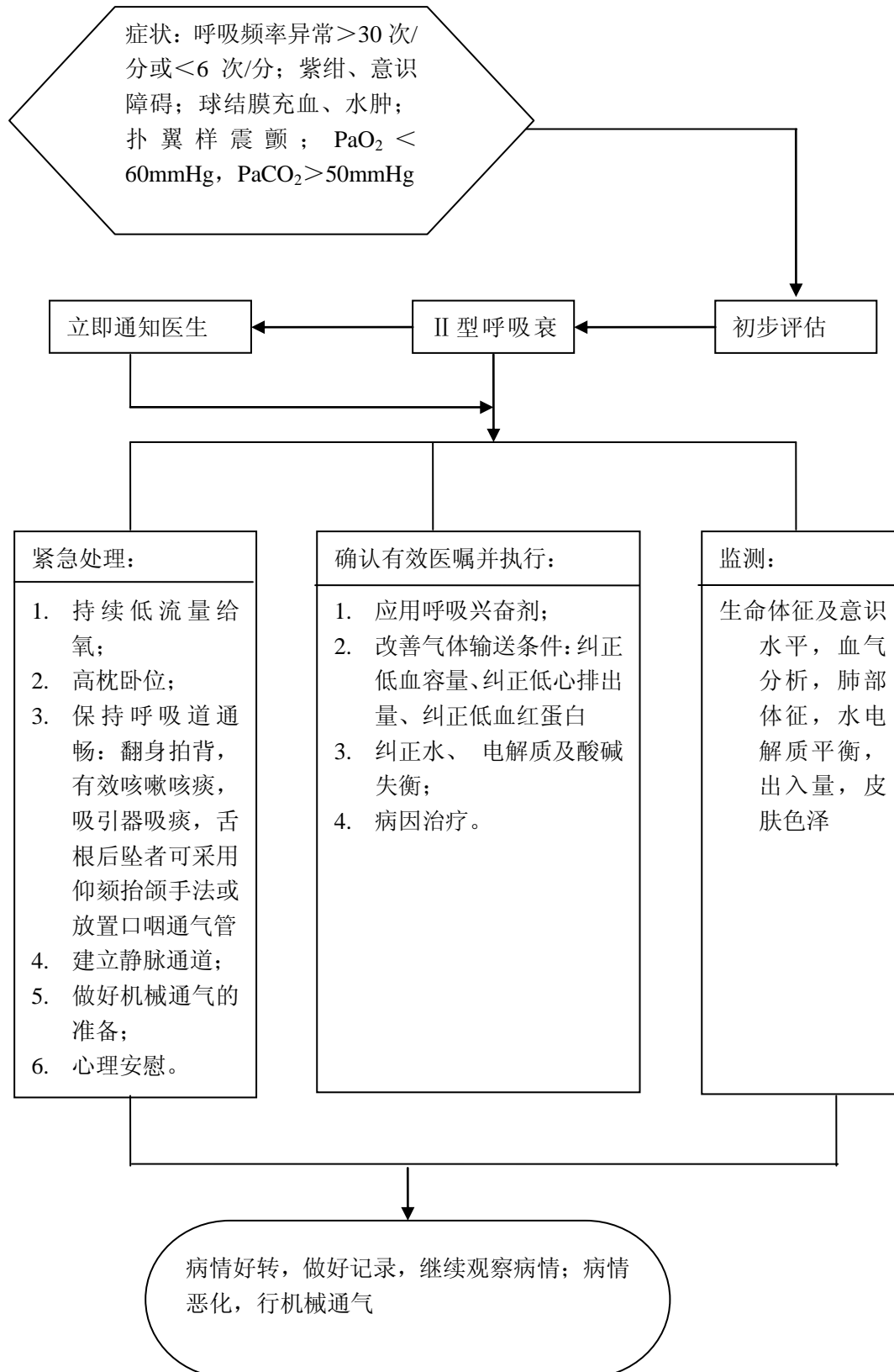
二、脂肪栓塞综合征急救流程



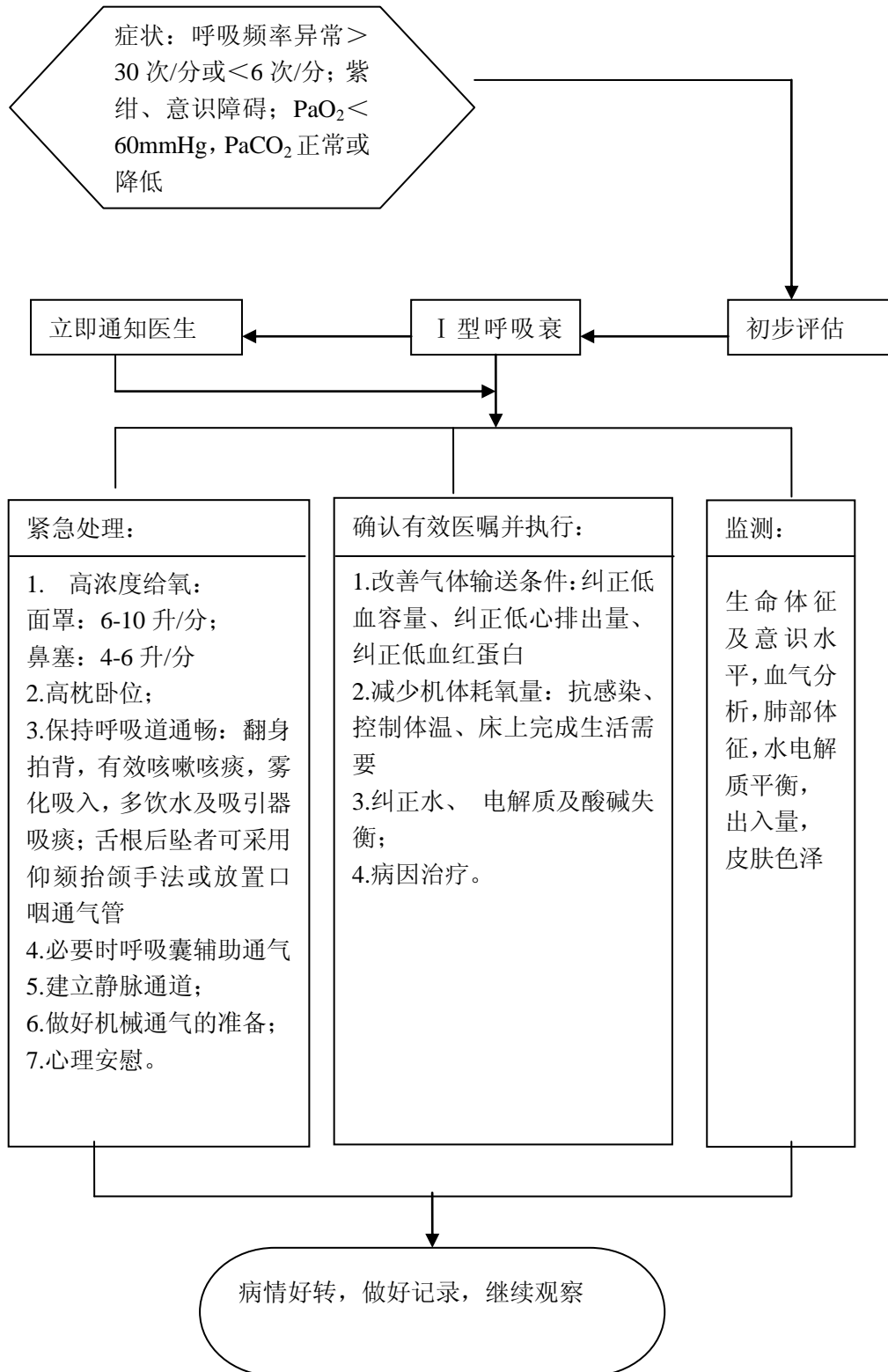
三、呼吸困难急救流程



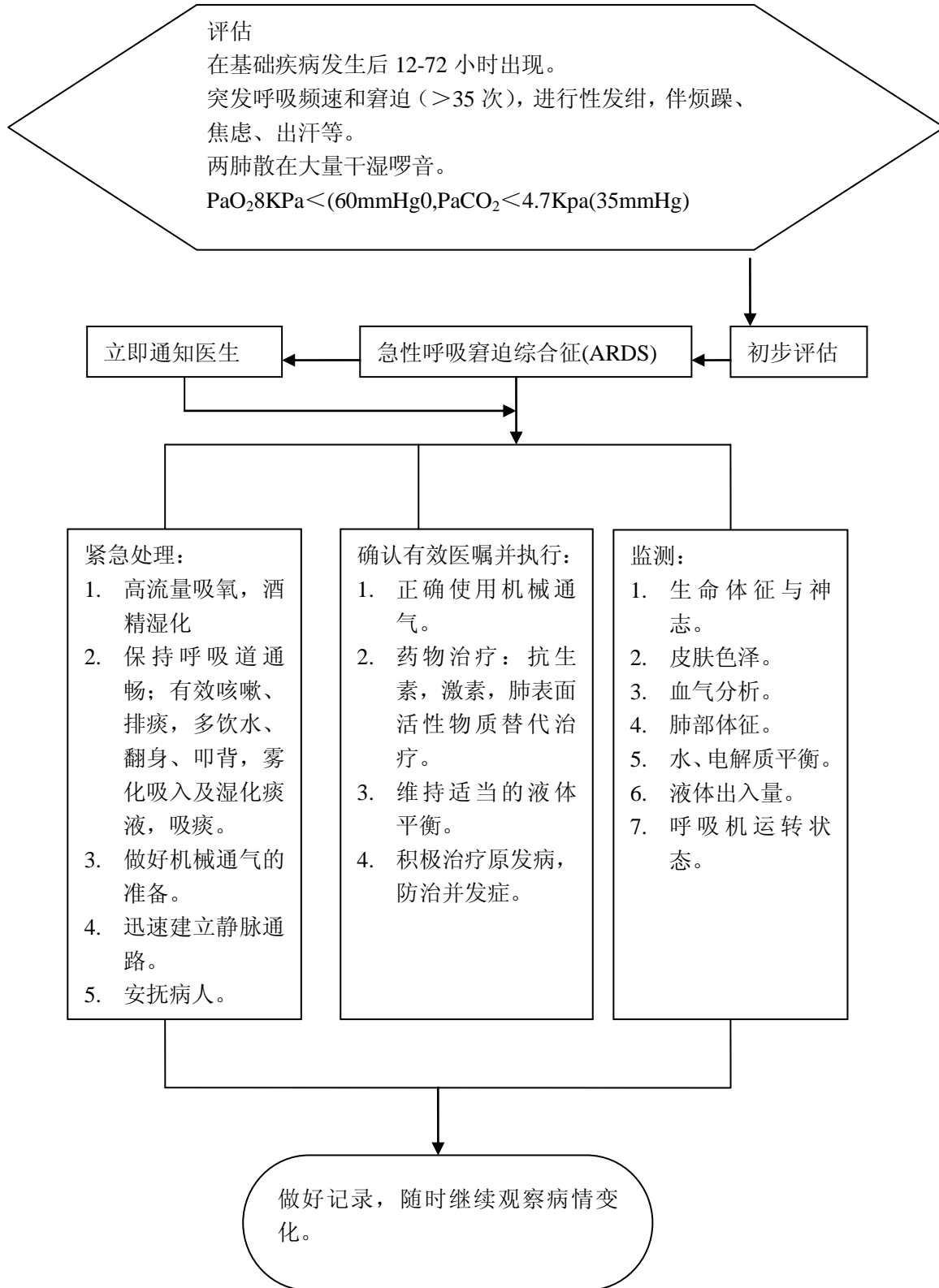
(一) II型呼吸衰竭急救流程



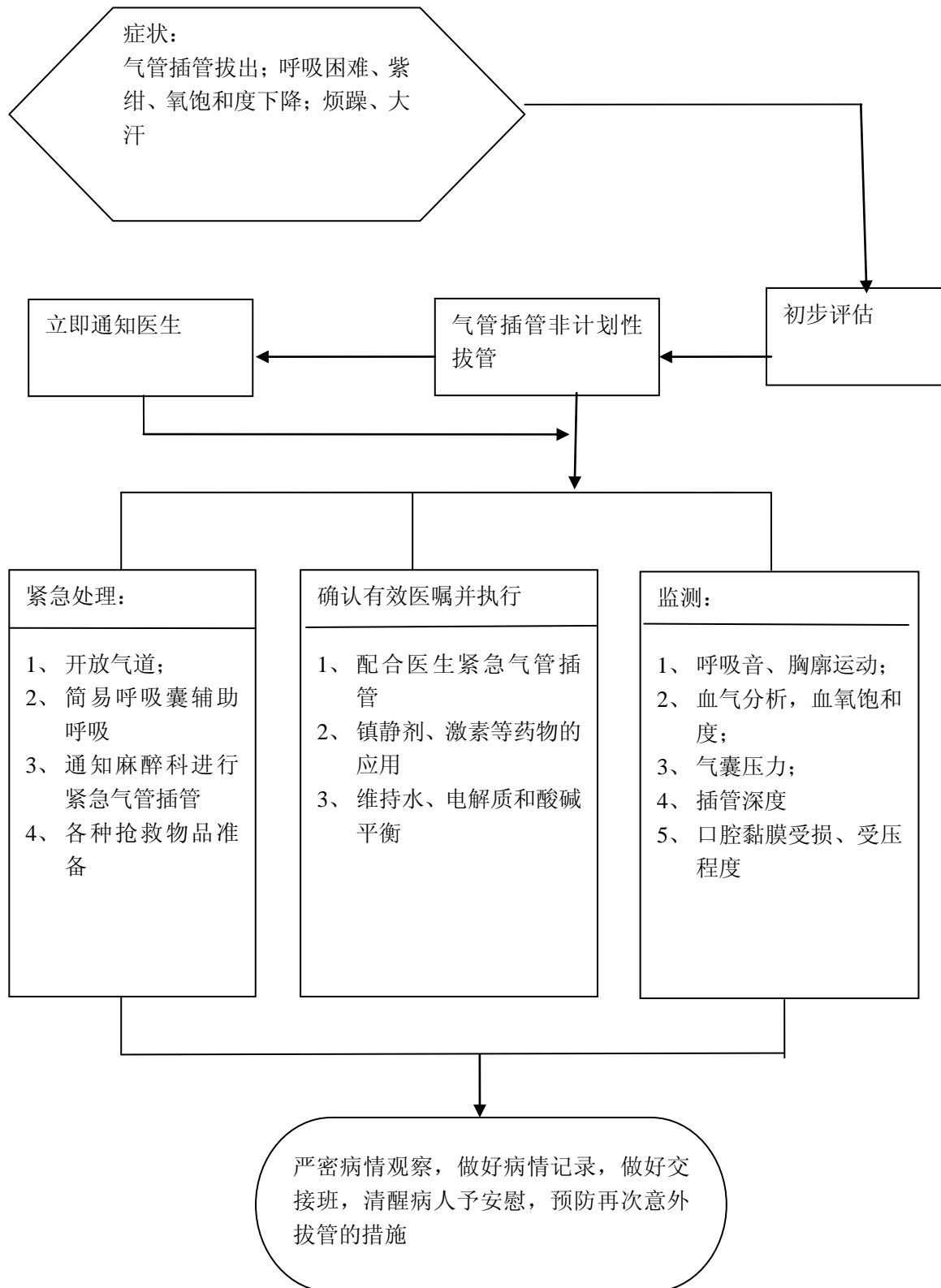
(二) I 型呼吸衰竭急救流程



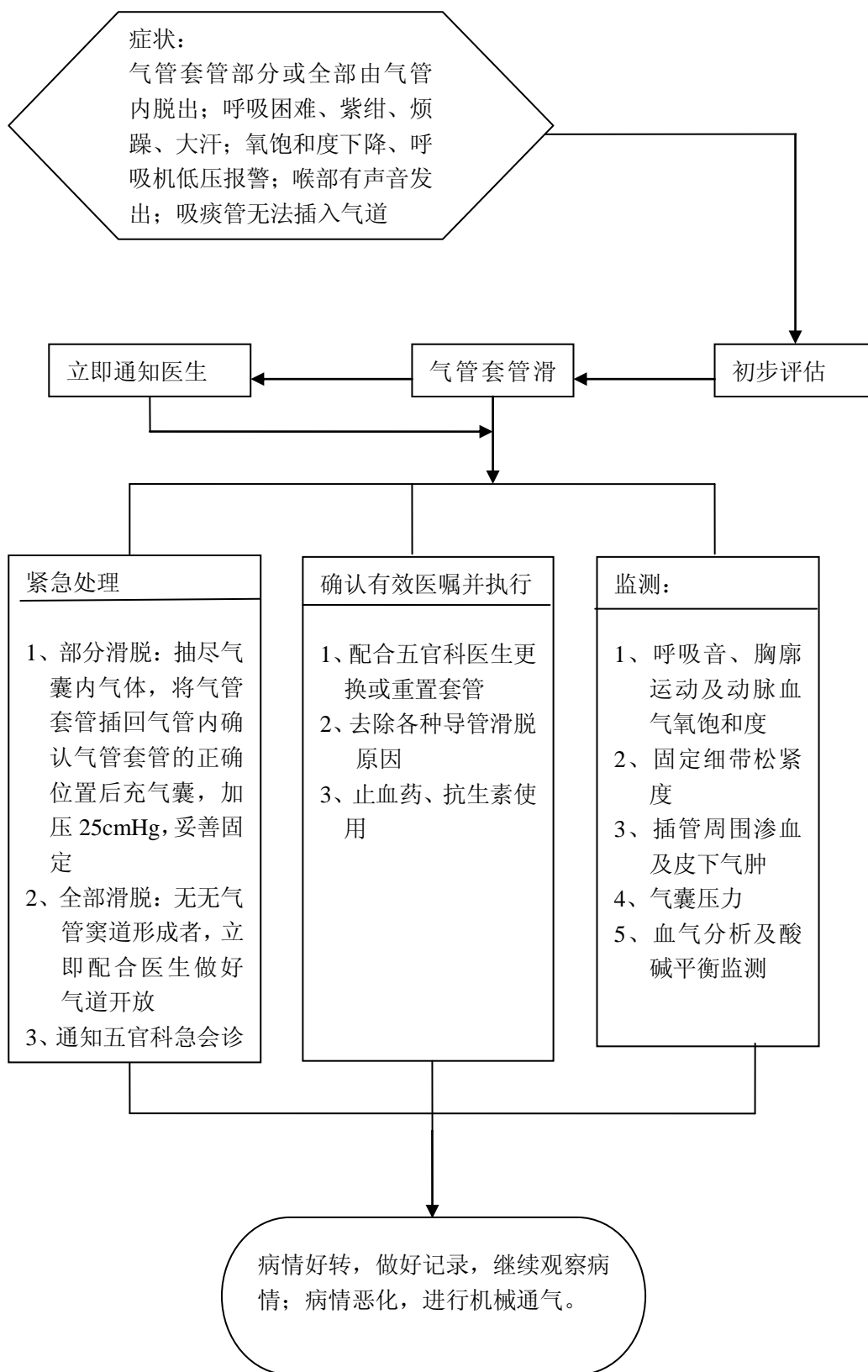
四、急性呼吸窘迫综合征急救流程



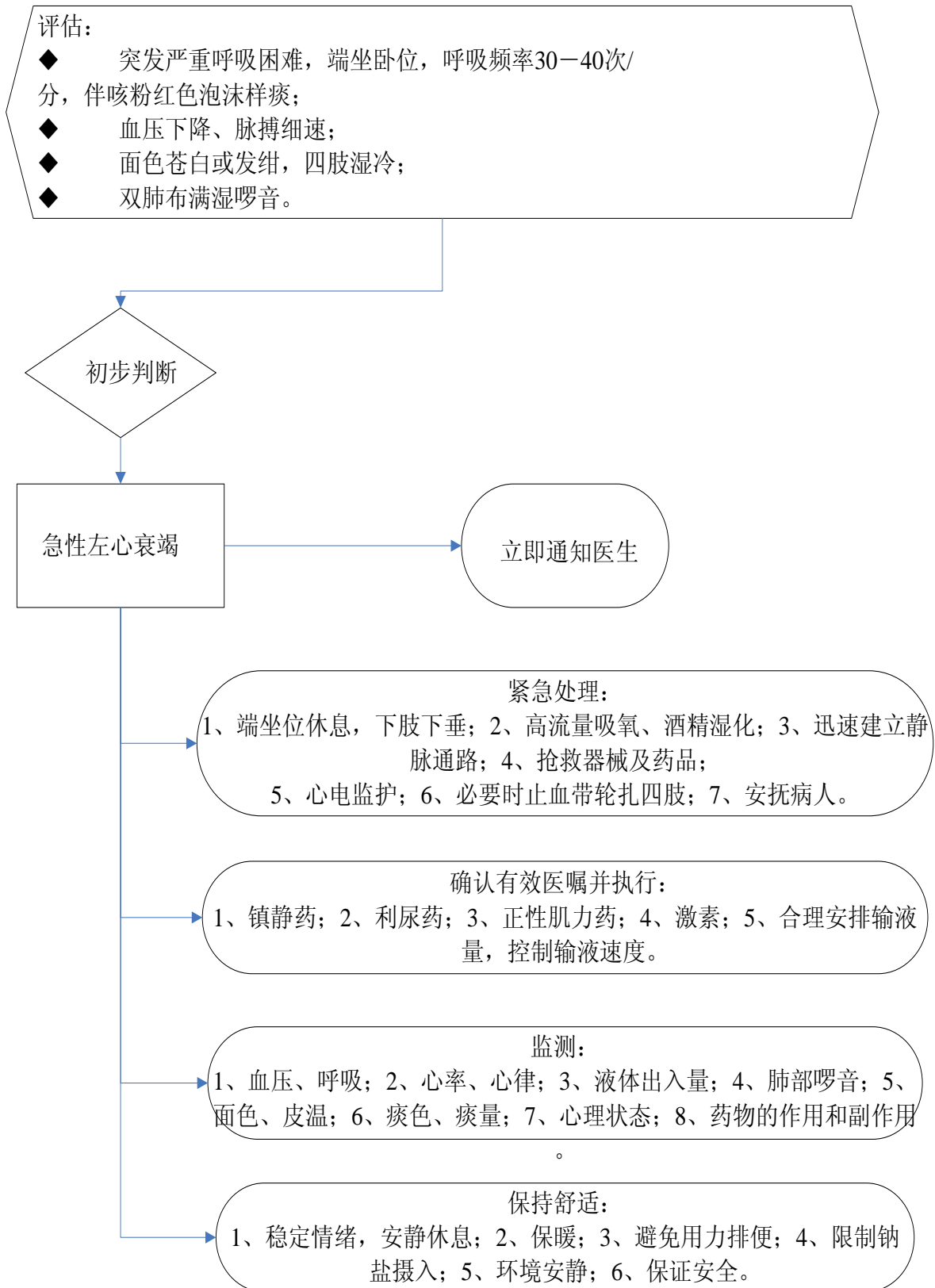
五、气管插管非计划性拔管急救流程



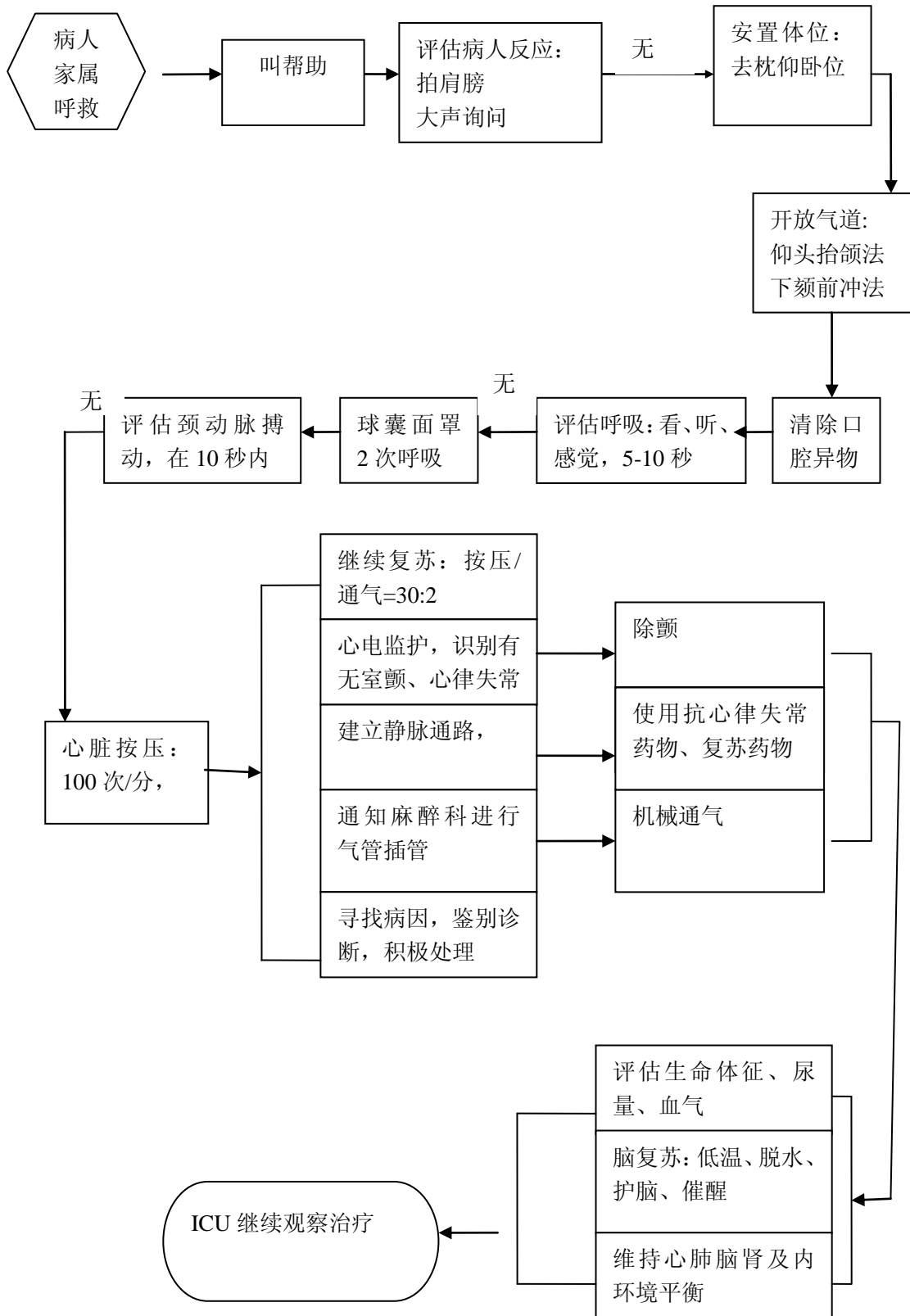
六、气管套管滑脱急救流程



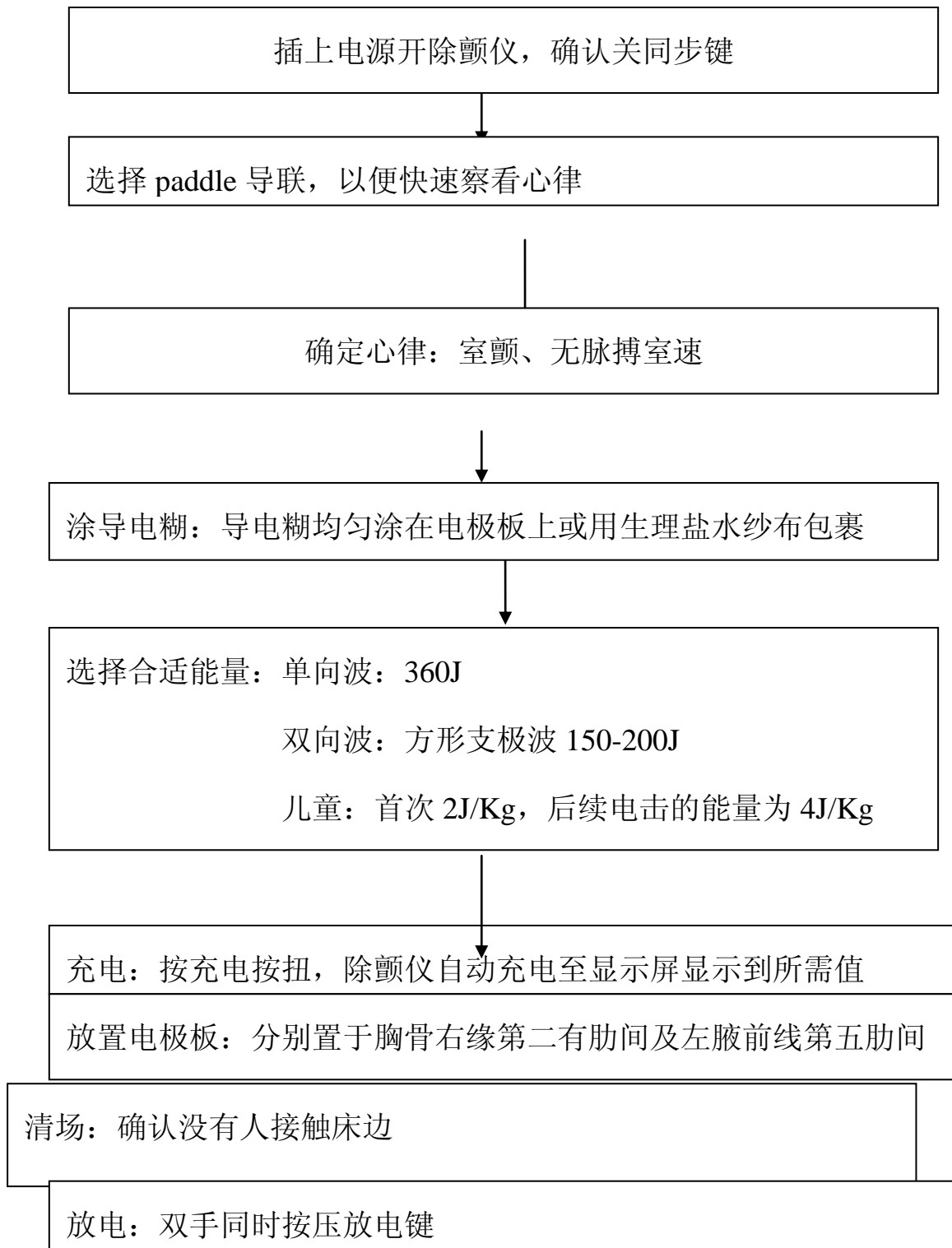
七、急性左心衰竭护理流程



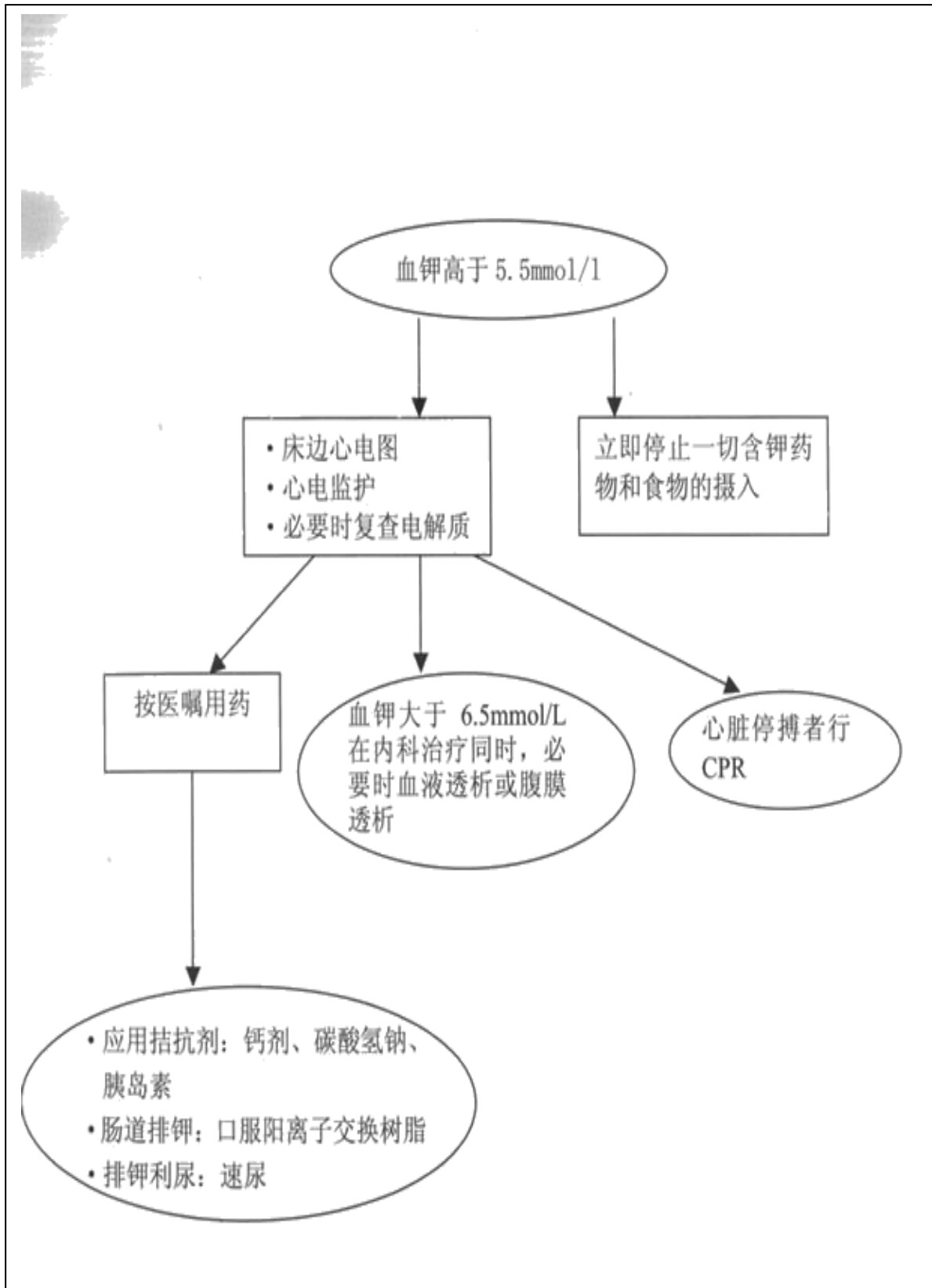
八、心肺复苏流程图



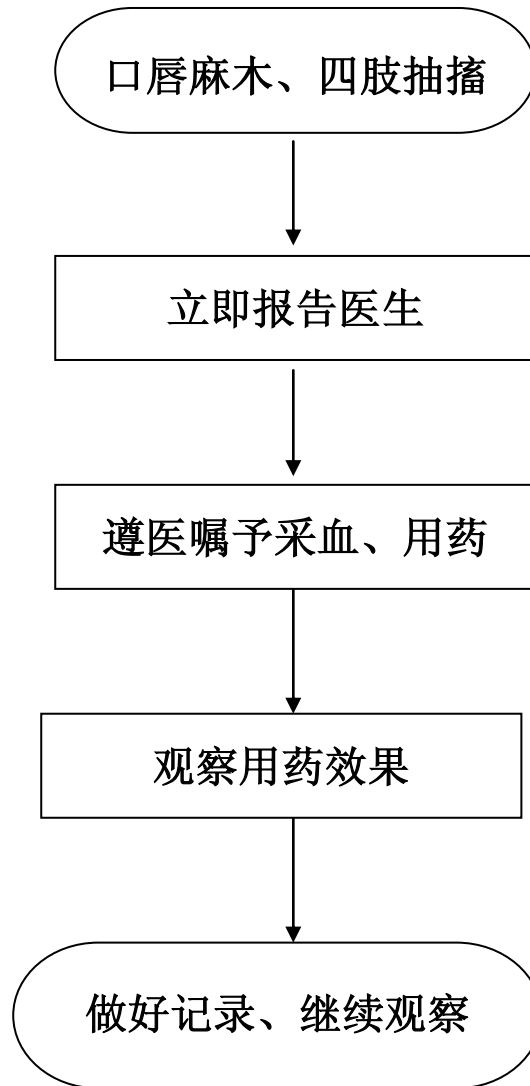
九、除颤仪操作流程



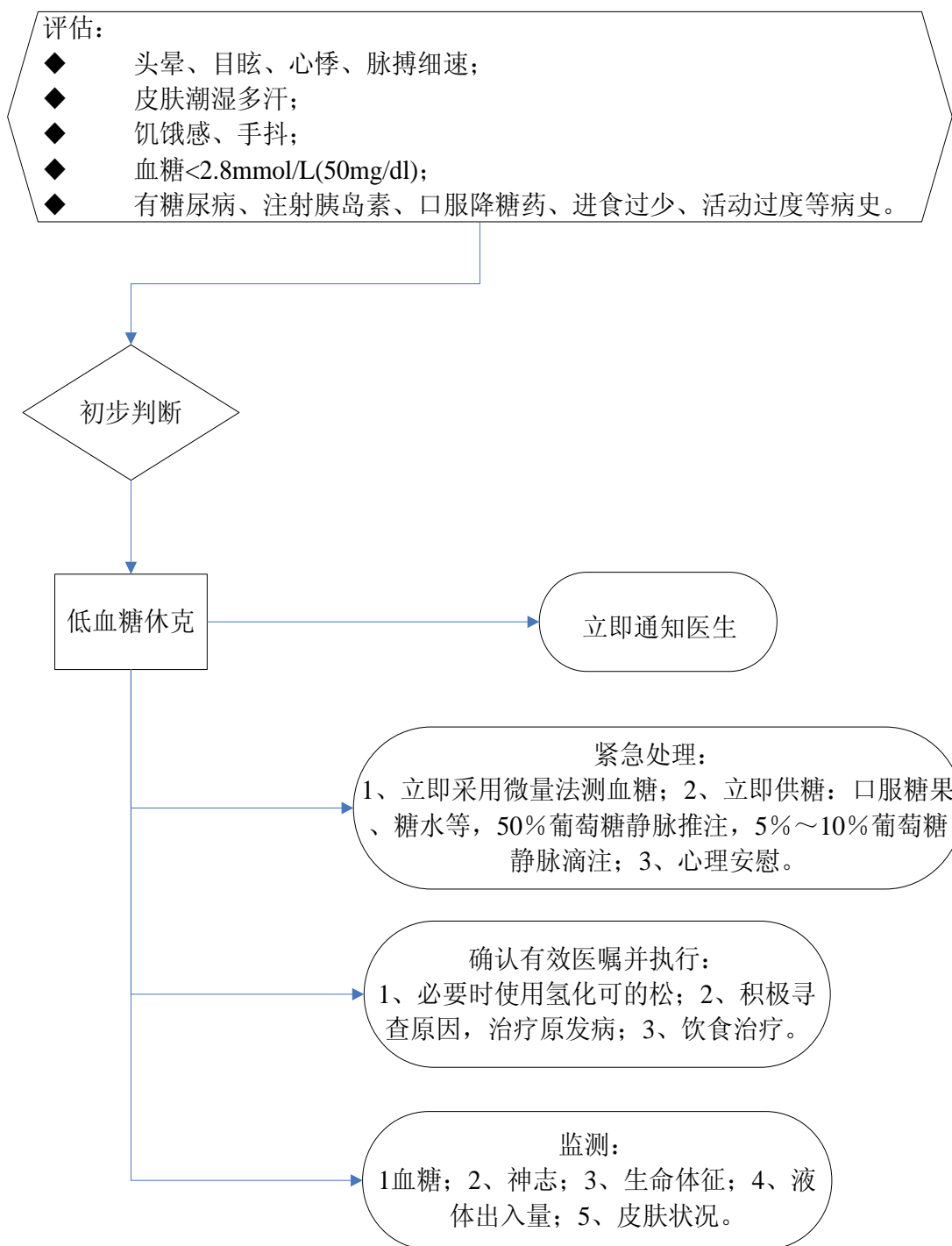
十、高钾血症急救流程



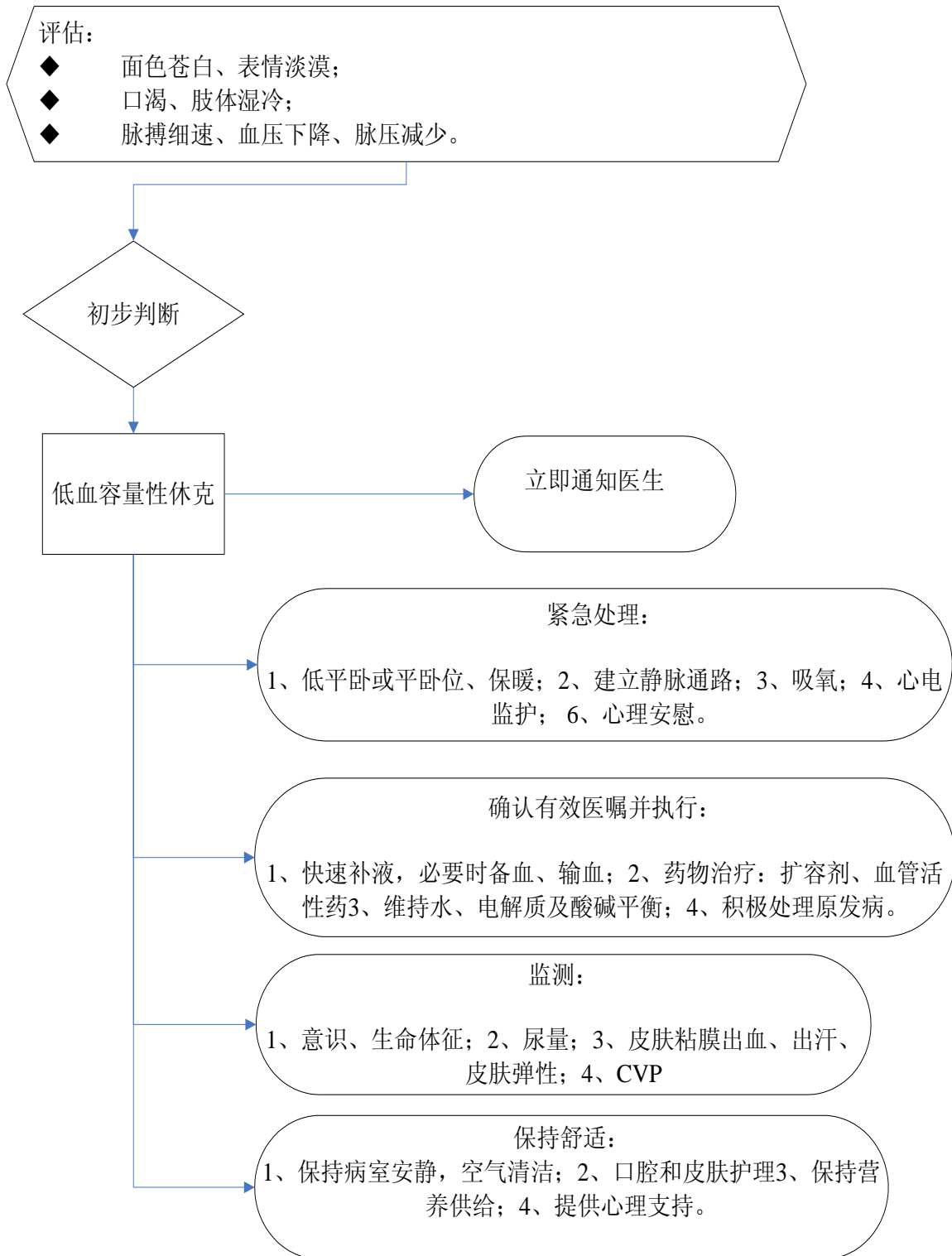
十一、低钙血症处理流程



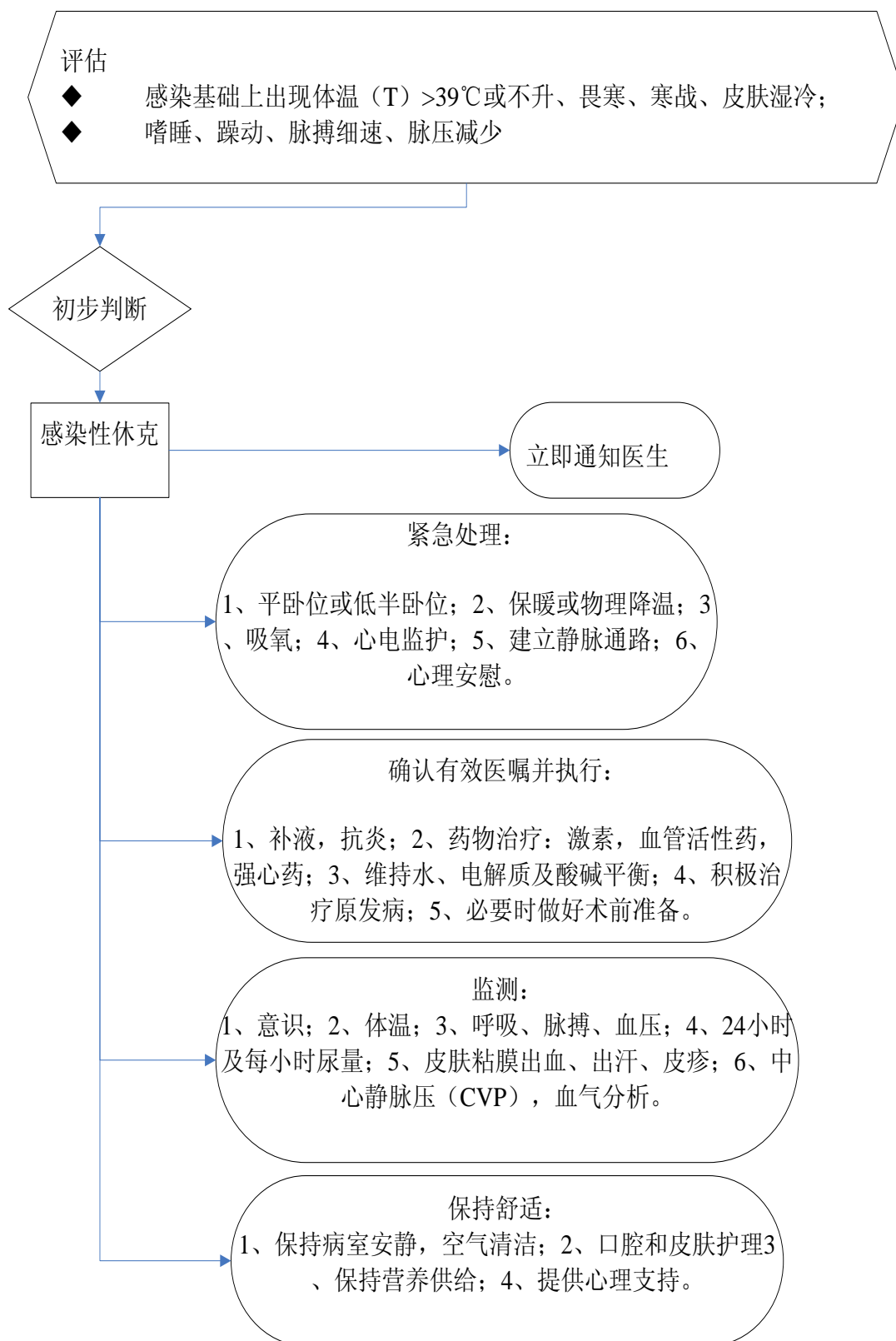
十二、低血糖护理流程



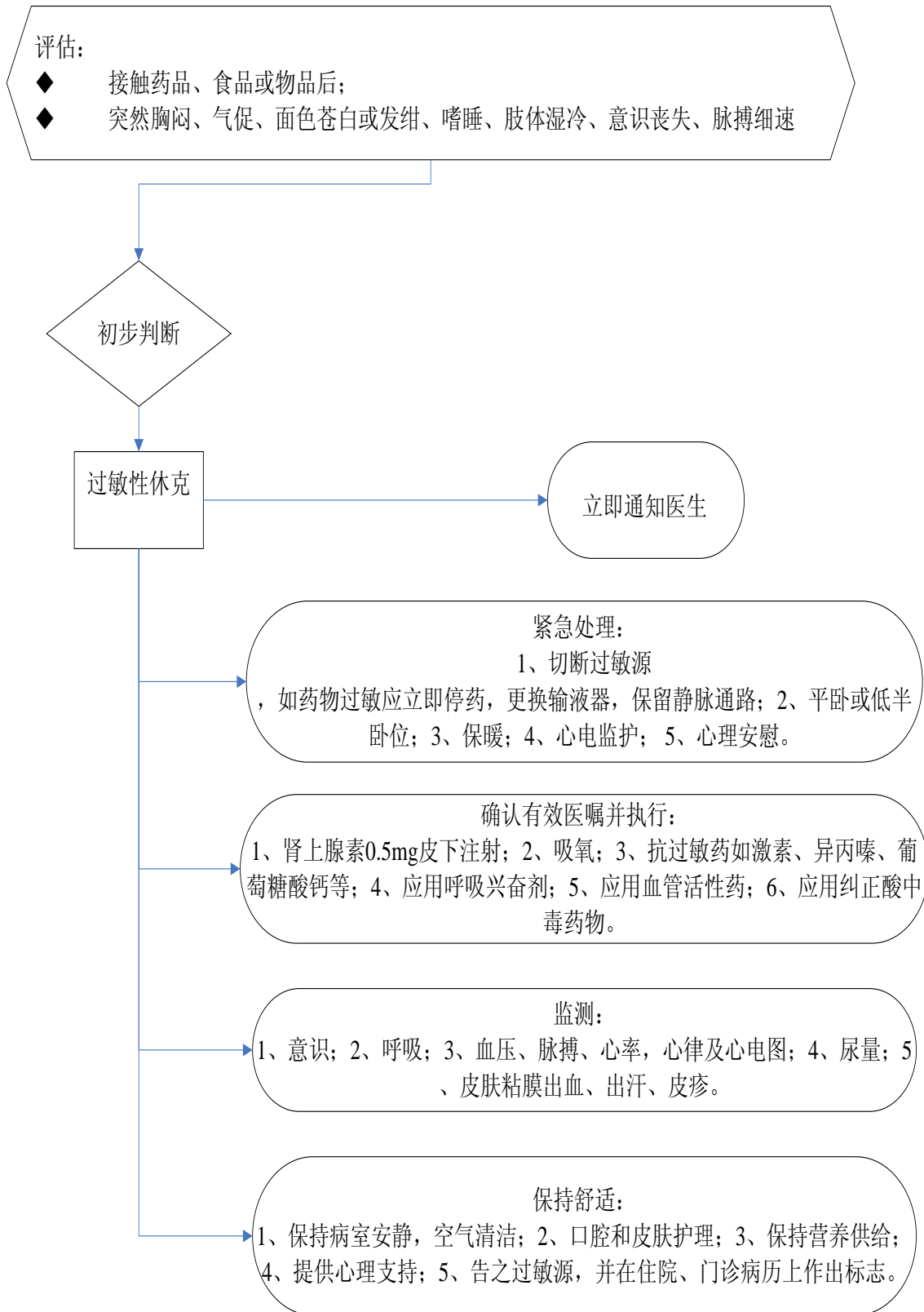
十三、低血容量性休克护理流程



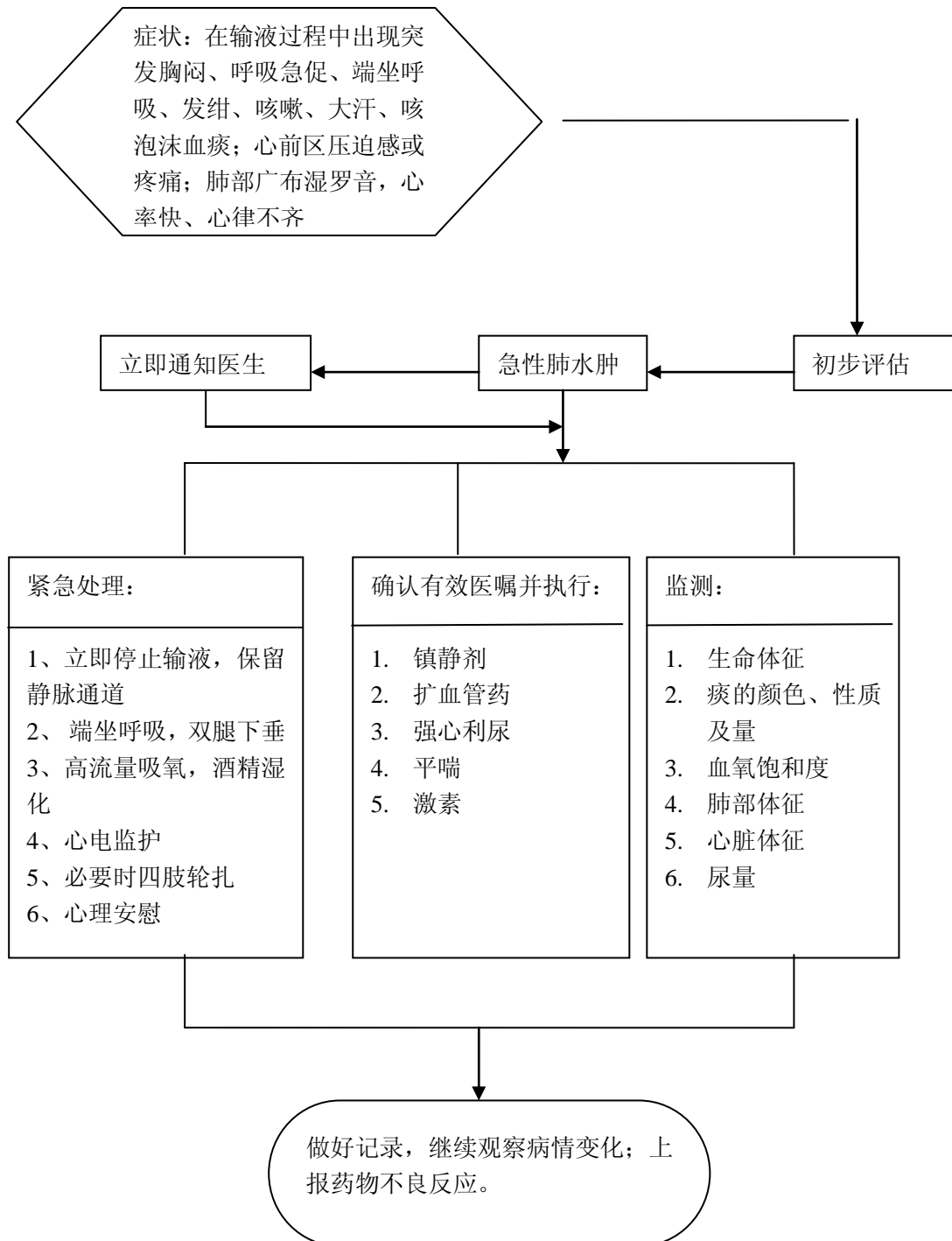
十四、感染性休克护理流程



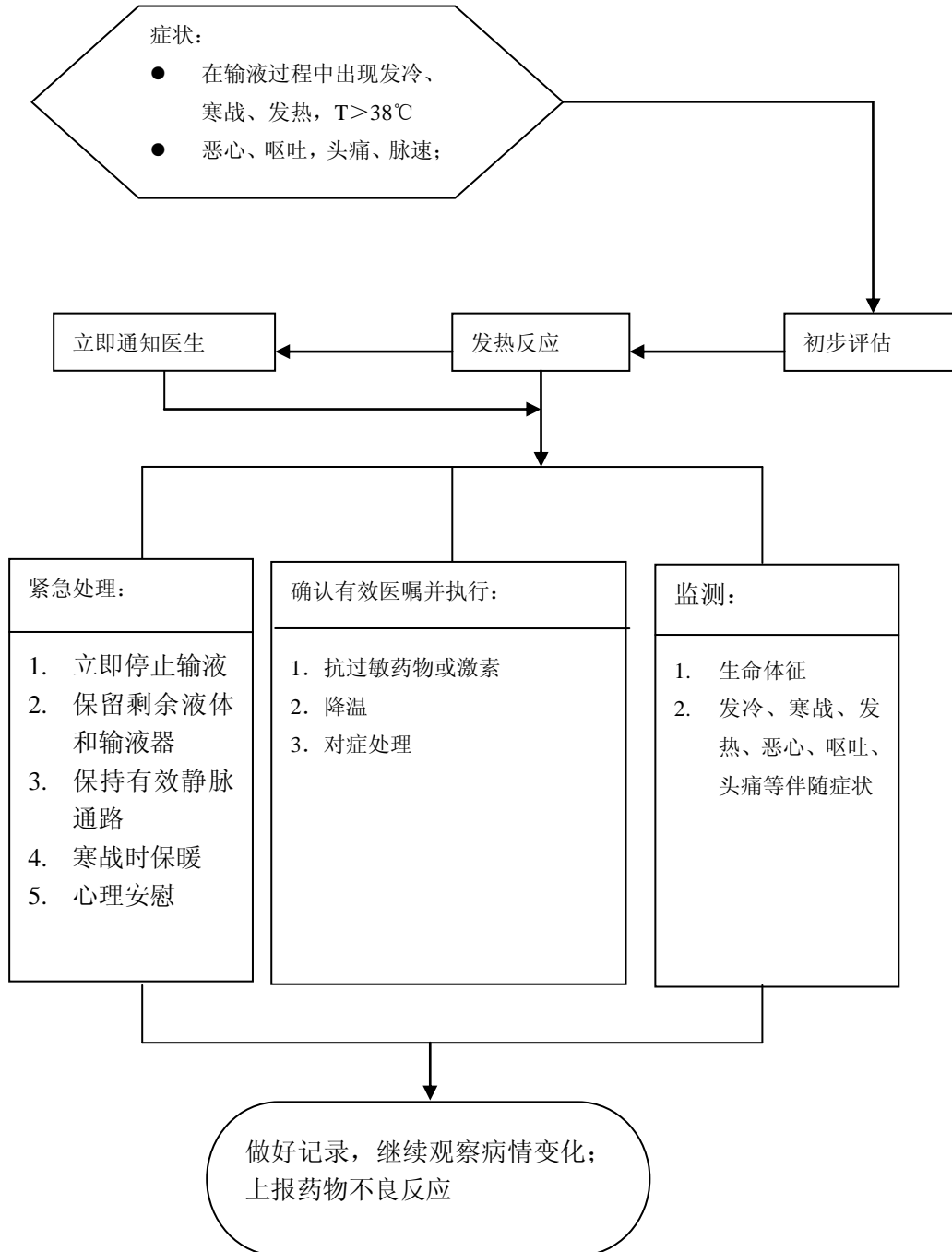
十五、过敏性休克护理流程



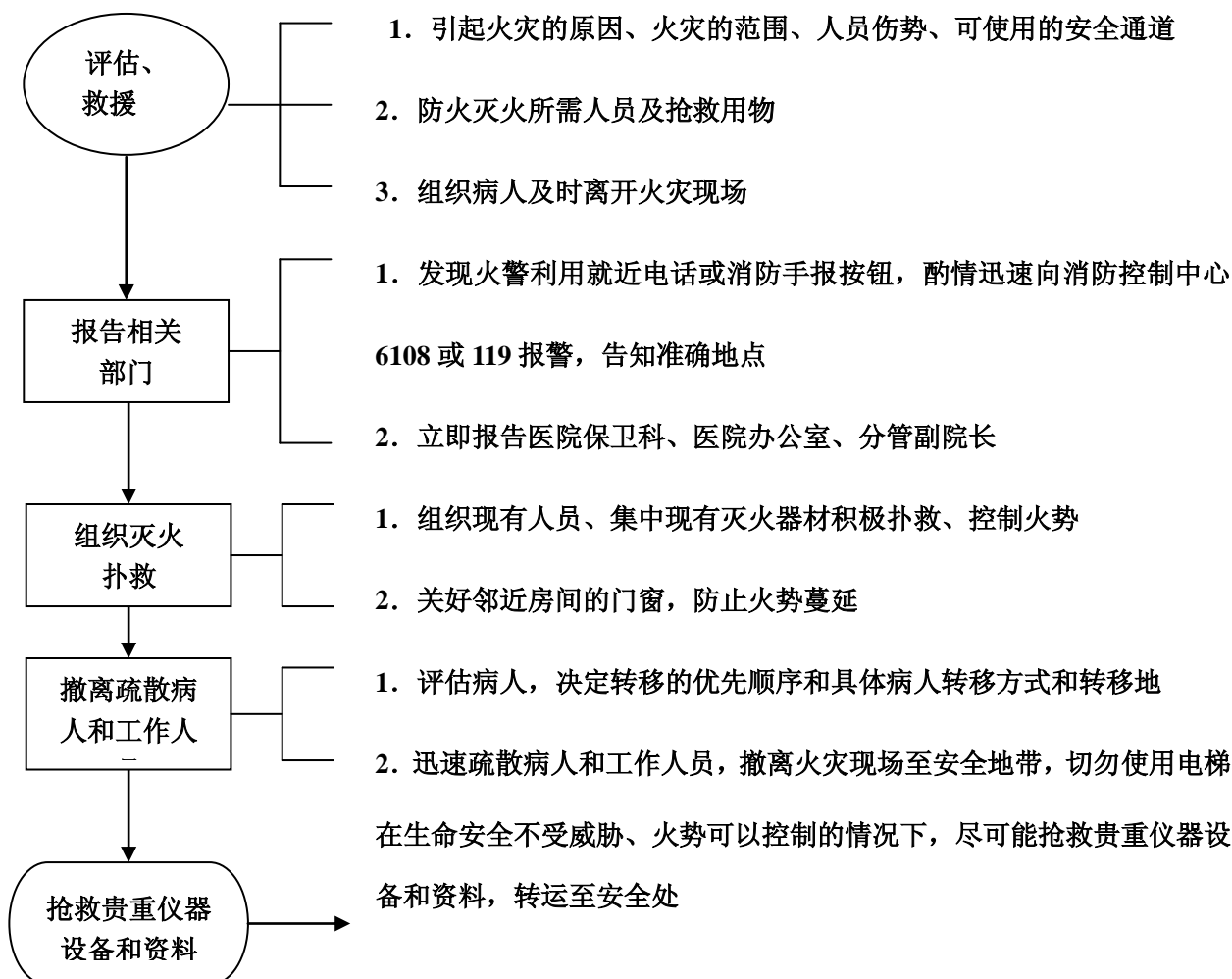
十六、输液反应—急性肺水肿急救流程



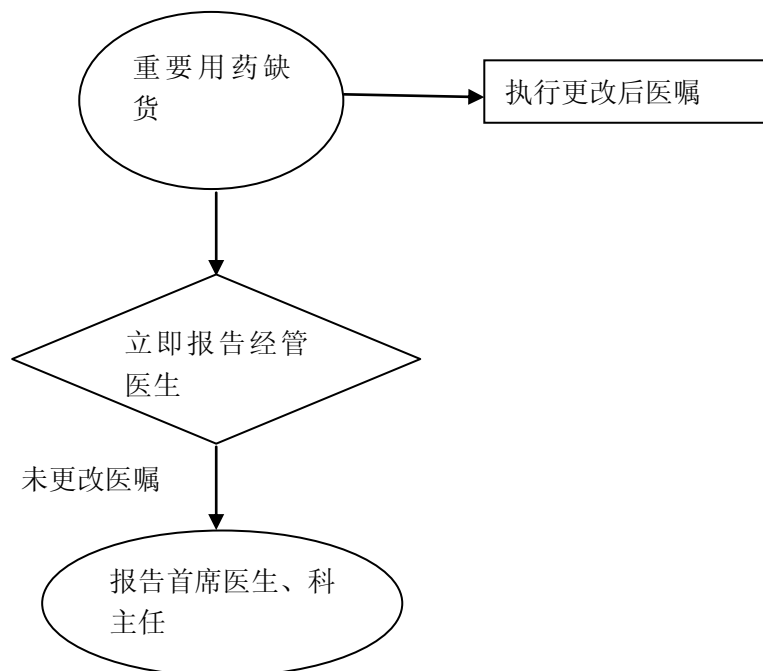
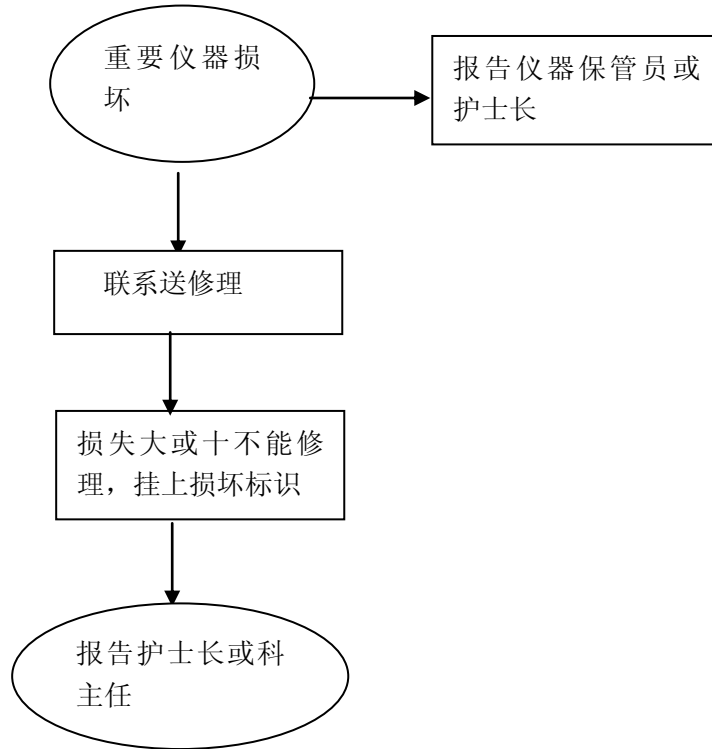
十七、输液反应—发热反应急救流程



十八、病区应对火灾应急流程图

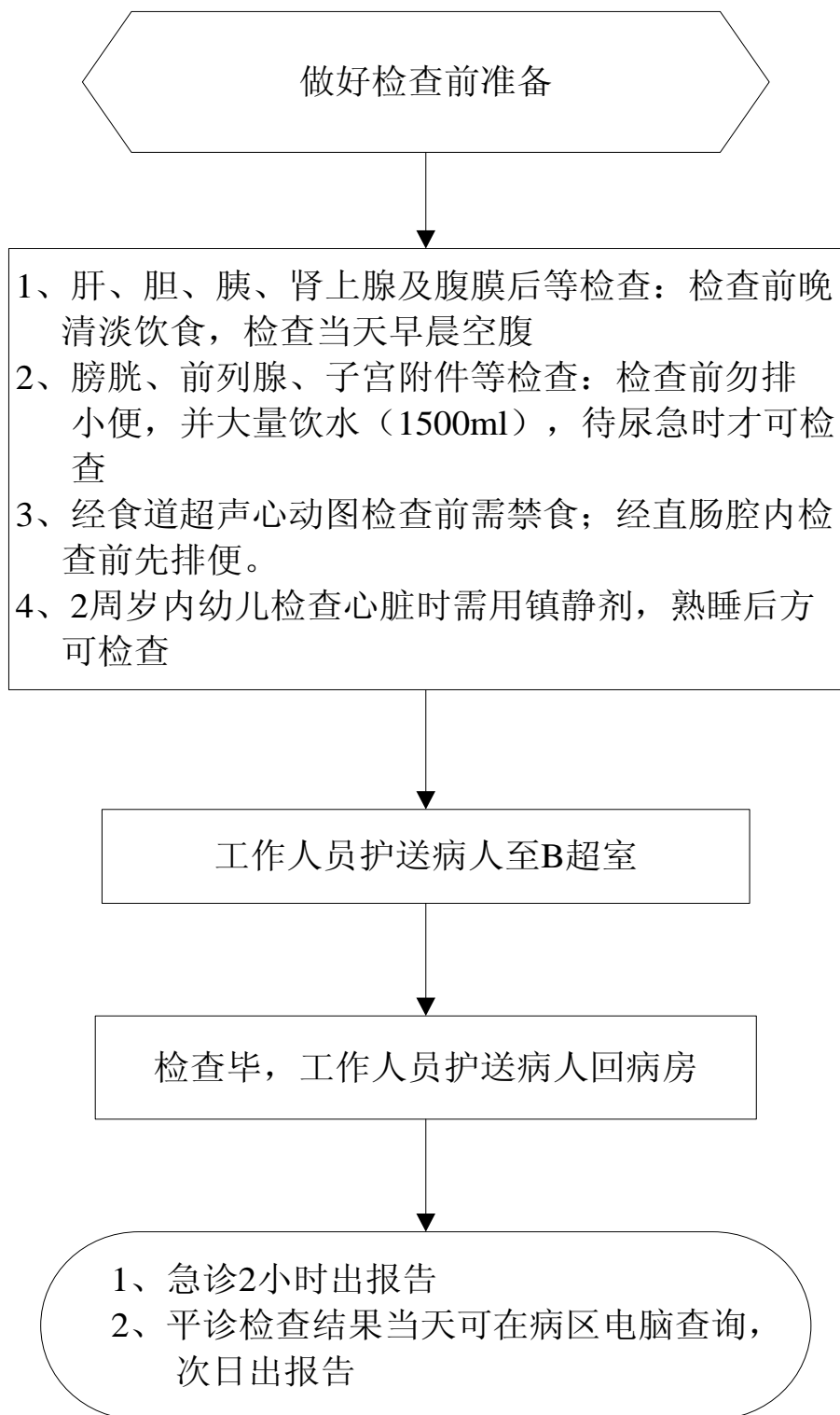


十九、贵重仪器损坏及缺药处理流程

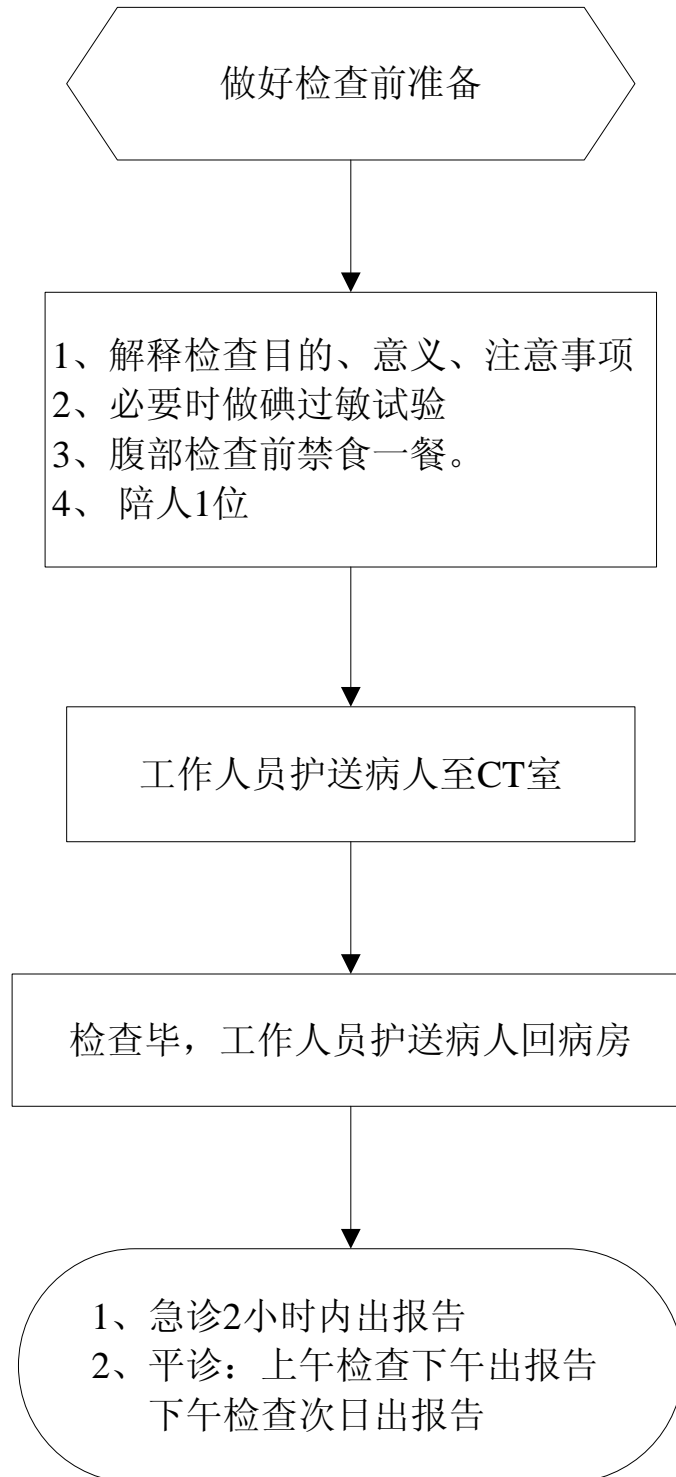


二十、常用辅助检查护理流程

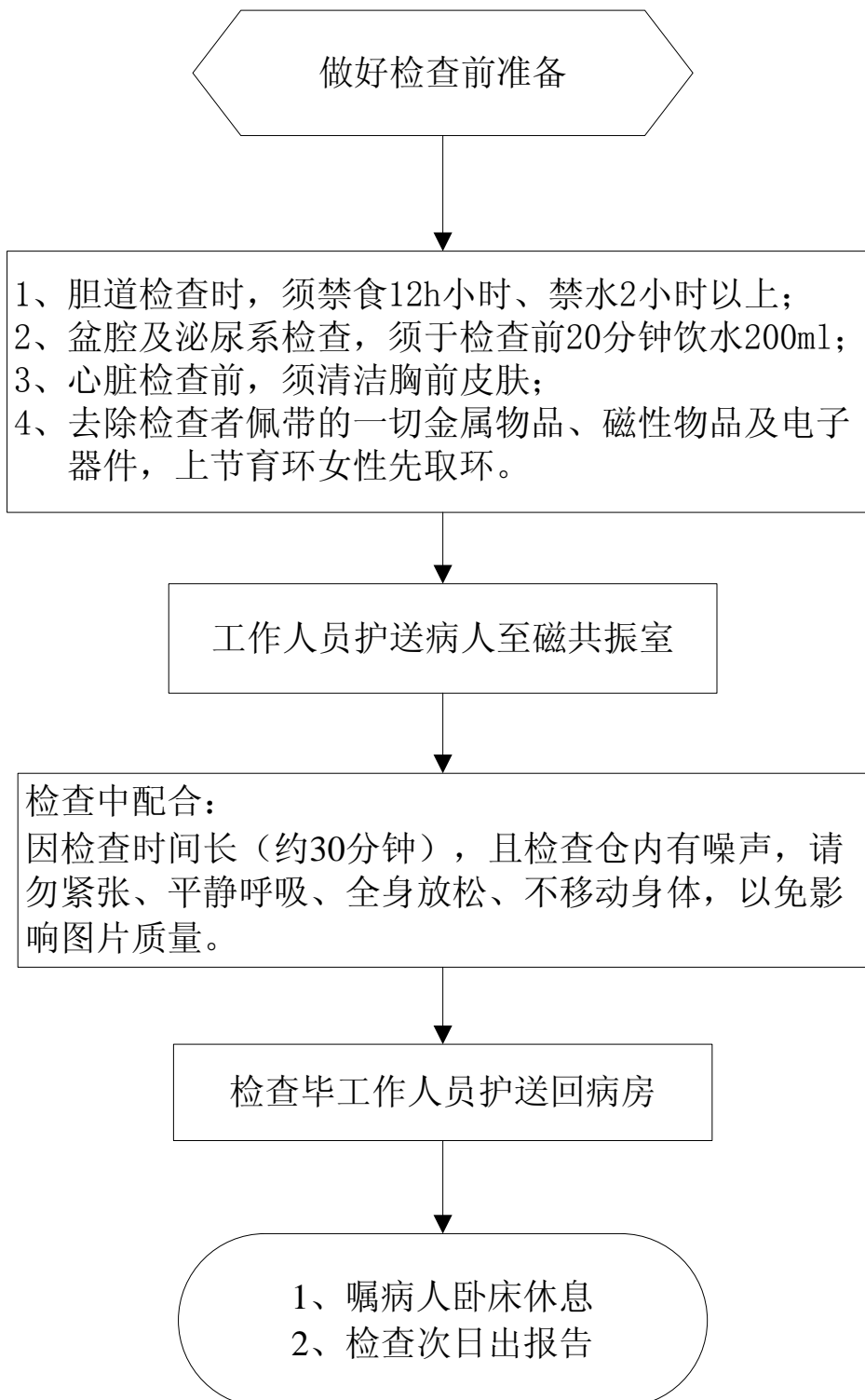
(一) B超检查流程



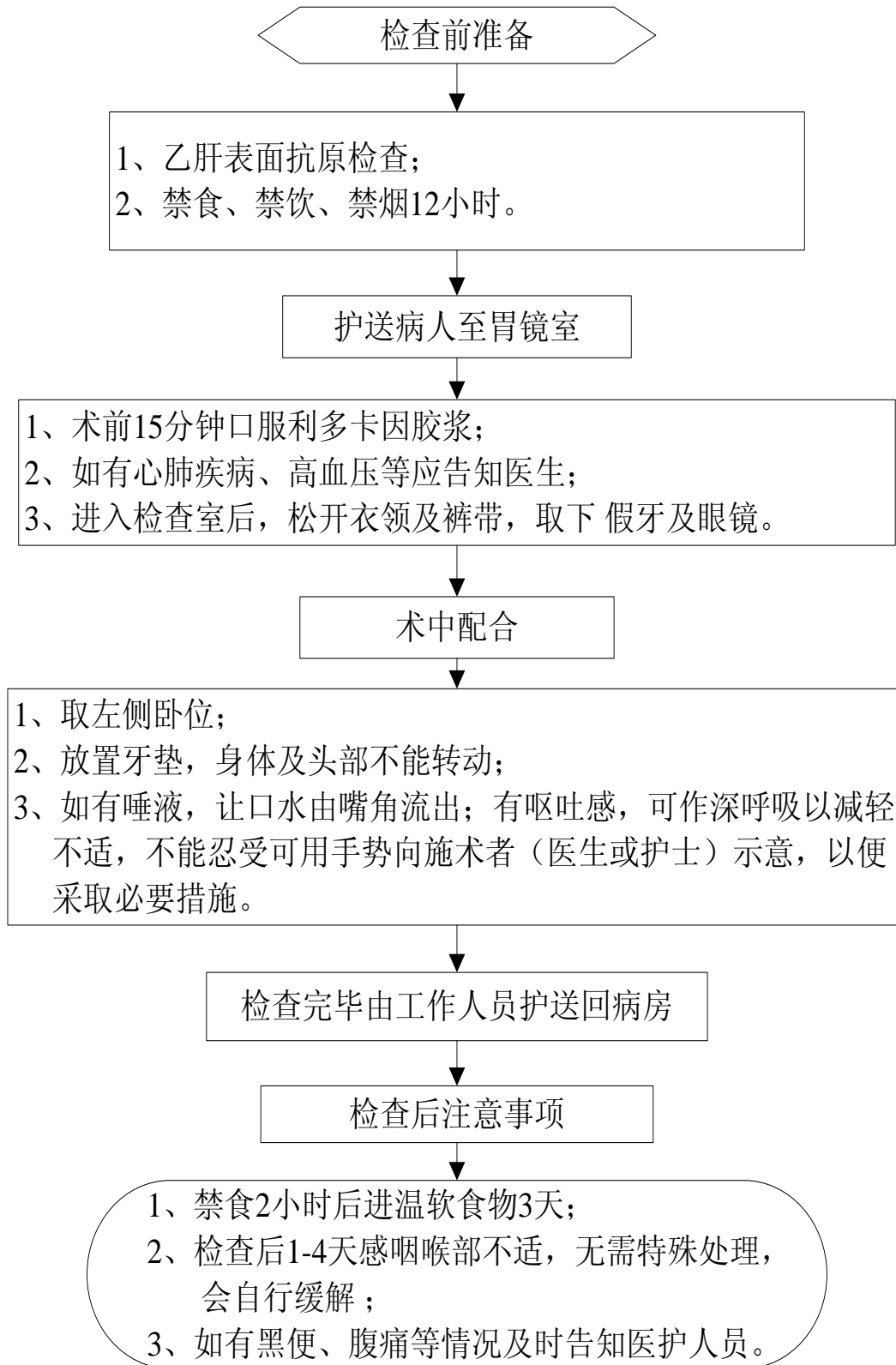
(二) CT 检查流程



(三) 磁共振检查流程



(四) 纤维胃镜检查流程



第六章 普外科护理常规

第一节 普外科一般护理常规

一、肝胆外科疾病手术一般护理常规

按外科疾病手术一般护理常规。

【术前护理】

- 1、高蛋白、高热量、易消化饮食，肥胖、动脉硬化性疾病者低脂饮食。禁烟、烈性酒。
- 2、病情危重时绝对卧床休息，恢复期可下床活动。
- 3、完善术前检查，如三大常规及心、肺、肾、肝功能、凝血功能测定。
- 4、积极做好术前准备：备皮、备血；术前禁食 12 小时，禁饮 6 小时。
- 5、术中有累及消化道可能者，术前 3 天全流饮食，术前晚、术晨清洁洗肠，置胃管。
- 6、向患者说明手术方法、可能发生的情况、注意事项等，增加心理适应能力；训练患者卧床大、小便。

【术后护理】

- 1、一般手术患者术后平卧、观察生命体征 6 小时；
- 2、头颈部、胸部手术取半坐卧位；腹部手术取平卧位；四肢静脉或截肢手术患肢抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ；血管置换手术患者平卧或低半坐卧位，避免关节过曲、挤压、扭曲血管及剧烈运动。
- 3、大手术后给予心电监护、吸氧，密切观察生命体征等病情变化，了解切口有无出血、渗血；观察血管手术肢体远端血运情况。
- 4、伤口疼痛剧烈时，遵医嘱使用止痛药物。
- 5、观察切口情况，观察引流液质、色及量，了解有无活动性出血；记 24 小时尿量。
- 6、预防并发症：鼓励深呼吸、翻身、拍背，预防肺部并发症；鼓励早期下床活动，预防 DVT 发生。
- 7、使用抗凝剂时，观察用药反应。
- 8、保持急救药品、物品的完好。

二、门脉高压症护理常规

门脉高压症是指门静脉血流受阻、血流瘀滞、门静脉系统压力增高，继而引起脾大及脾功能亢进、食管和胃底黏膜下静脉曲张及破裂出血、腹水等一系列症状的临床病症。

【临床表现】

- 1、脾大及脾功能亢进：病人表现为容易发生感染，黏膜及皮下出血，逐渐出血贫血。
- 2、呕血及黑便：主要由于食管胃底静脉曲张破裂引起，是门脉高压病人常见的危及生命的并发症。
- 3、腹水：是肝功能损害的主要表现，病人常伴腹胀及食欲减退。
- 4、其他：全身和消化道症状。

【治疗原则】

- 1、保守治疗：预防和控制急性食管、胃底曲张静脉破裂引起的上消化道出血；治疗顽固性腹水
- 2、手术治疗：进行脾切除，断流，分流术。

【护理评估】

- 1、了解患者健康状况、既往病史、家族史、饮食习惯等。
- 2、评估目前的临床表现：有无慢性肝炎、黄疸、呕血、腹水、黑便病史，呕血和黑便的特点；出血的缓急，呕吐物及排泄物性状、量及次数。
- 3、评估病人的生命体征、意识、面色、皮肤温度、弹性及色泽、尿量变化。
- 4、评估腹部体征、腹壁静脉曲张情况。

【护理措施】

术前

- 1、按外科术前护理常规护理。
- 2、提供心理和社会支持。
- 3、注意休息，避免剧烈活动，保持大便通畅，避免剧烈咳嗽、用力排便增加腹压因素。
- 4、监测白细胞及血小板计数情况，观察皮肤黏膜有无瘀点瘀斑。
- 5、改善营养状况，纠正贫血和低蛋白血症。
- 6、限制水钠摄入，避免进食粗糙、干硬、带骨、渣的食物或鱼刺、油炸及辛辣食物。

- 7、有腹水者做好皮肤护理，使用利尿药，观察腹水消退情况，观察有无低钾低钠血症。
- 8、遵医嘱使用护肝、改善凝血功能的药物。
- 9、肠道准备：术前晚清洁灌肠，忌用肥皂水。
- 10、术晨置胃管时动作应轻柔，避免出血。
- 11、食道胃底静脉破裂出血护理：
 - (1) 卧床休息，保持呼吸道通畅。
 - (2) 稳定患者情绪。
 - (3) 恢复血容量，纠正电解质紊乱：建立双路静脉通路，及时备血输血。
 - (4) 病情观察：严密观察神志、意识、生命体征，监测 CVP 和尿量，准确观察和记录呕血黑便的量及次数。
 - (5) 吸氧，禁食，纠正水电解质紊乱，注意保暖。
 - (6) 止血药物的应用，并观察不良反应。
 - (7) 三腔二囊管的应用，保持舒适。

术后

- 1、按外科术后护理常规护理
- 2、体位：血压平稳后取低半卧位
- 3、饮食：早期禁食，胃肠减压，肠蠕动恢复胃管拔除后给予低脂流质，逐渐过渡到低脂软食，加强营养支持。
- 4、病情观察：神志、意识、生命体征、腹部体征、皮肤黏膜有无瘀点瘀斑；观察引流液情况及尿量变化。
- 5、遵医嘱使用抗血小板聚集药物，注意药物的疗效及副反应，定期监测血小板计数及凝血时间的变化
- 6、活动指导：鼓励患者早期床上活动，病情许可后可逐渐下床活动。
- 7、加强基础护理：卧床期间协助翻身叩背，禁食期间注意口腔护理；鼓励深呼吸、咳嗽、咳痰，给以超声雾化吸入，防止肺部并发症。
- 8、减轻或有效缓解疼痛：评估疼痛评分，指导病人控制疼痛和分散注意力的方法，必

要时给予止痛治疗。

【并发症观察及护理】

（一）出血

病情观察：神志、面唇、生命体征、腹部体征、皮肤温湿度及肢端血循情况，严密观察各引流管量、色、性质变化，尤其是肝断面皮管，监测尿量及 CVP 情况。

护理：建立双路静脉通路，快速补液扩容，配血输血；卧床休息；遵医嘱使用止血药物，必要时做好急诊术前准备。

（二）肝性脑病

病情观察：神志、意识、计算力、定向力及有无扑翼样震颤、性格行为改变等情况。

护理：吸氧，遵医嘱使用降血氨药物；限制蛋白质摄入；可给予米醋灌肠；保持大便通畅；加强安全护理。

（三）血栓形成

病情观察：观察有无肠系膜血栓形成的迹象，如有无腹痛、腹胀和便血；定期监测血小板计数和凝血时间变化

护理：卧床休息，疼痛者给予止痛治疗，遵医嘱使用抗凝治疗

【健康指导】

- 1、饮食：进食高热量、丰富维生素饮食，肝功能损害较轻者摄取优质高蛋白饮食；肝功能严重受损及分流术后病人，限制蛋白质的摄入；有腹水病人限制水和钠的摄入，避免粗糙、干硬及刺激性食物。
- 2、活动：避免劳累和过度活动，保证充分休息。
- 3、避免引起腹内压增高的因素：如咳嗽、打喷嚏，用力大便，提举重物等，以免诱发曲张静脉破裂出血。
- 4、保持乐观、稳定的心理状态，避免精神紧张、抑郁等不良情绪。
- 5、注意自身防护：用软毛牙刷刷牙，避免牙龈出血，防止外伤。
- 6、定时复诊：指导病人及家属掌握出血先兆、基本观察方法和主要急救措施。

三、原发性肝癌护理常规

是指发生于肝细胞和肝内胆管上皮细胞的癌。

【临床表现】

- 1、肝区疼痛：多呈间歇性或持续性钝痛或刺痛，主要是由于肿瘤迅速生长，使肝包膜张力增加所致。
- 2、消化道和全身症状：常表现为食欲减退、腹胀、恶心、呕吐或腹泻等，早期，病人消瘦、乏力不明显；晚期，体重呈进行性下降，可伴有贫血、出血、浮肿等恶病质表现。
- 3、肝大：为中晚期肝癌的主要临床体征。肝呈进行性肿大、质地较硬、表面高低不平、有明显结节或肿块。
- 4、可有癌旁综合症的表现，如低血糖、红细胞增多症等；如发生肺、骨、脑等肝外转移，还可呈现相应部位的临床症状。

【治疗原则】

- 1、手术治疗
- 2、非手术治疗：
 - (1) 局部治疗：现采用较多的是 B 超引导下经皮穿刺肿瘤内注射无水酒精、微波加热、射频治疗等。
 - (2) 肝动脉栓塞化疗（TACE）
 - (3) 放射治疗
 - (4) 免疫治疗
 - (5) 中医中药治疗
 - (6) 基因治疗

【护理评估】

- 1、健康史及相关因素：
 - (1) 一般情况：病人的年龄、性别、婚姻和职业；是否居住于肝癌高发区。
 - (2) 病因和相关因素：有无肝炎、肝硬化病史；饮食生活习惯；有无家族史等。
 - (3) 疼痛发生的情况：发生的时间、部位、性质、诱因和程度。

四、胆囊炎、胆石症护理常规

胆囊内结石阻塞胆囊管，胆汁排出不畅，损伤胆囊粘膜，继发感染或由于胆囊收缩功能降低，胆总管口括约肌紧张性升高，胆汁滞留和胆囊粘膜对细菌抵抗力下降而继发炎症，前者为结石性胆囊炎，后者称为非结石性胆囊炎。

【临床表现】

右上腹疼痛，向右肩背部放射，常伴恶心、呕吐、发热、墨菲氏征（+）。胆总管结石其典型临床表现为夏柯氏三联症：即腹痛、寒战高热、黄疸。当胆道急性完全性梗阻性感染发展成急性梗阻性化脓性胆管炎时，除夏柯氏三联症外，可发生意识障碍和感染性休克。

【护理评估】

- 1、了解患者健康状况、既往病史、家族史、饮食习惯等。
- 2、评估目前的临床表现：①局部：右上腹疼痛的诱因、部位、性质及有无放射痛；②全身：有无神志淡漠、烦躁、谵妄、昏迷等意识障碍，有无黄疸、发热、寒战等表现。
- 3、了解腹部B超、腹部X线等检查情况。
- 4、了解患者的心理和社会支持情况。

【治疗原则】

- 1、手术治疗 经腹或腹腔镜下胆囊切除术；
- 2、非手术治疗 对合并严重心血管疾病不能耐受手术的老年病人，可采取溶石或排石疗法。

【护理措施】

术前

- 1、按外科术前护理常规。
- 2、密切注意胆道“三联症”的变化，观察腹痛部位、性质、程度、腹部体征及体温、脉搏、血压的变化，如化脓性胆管炎出现高热、脉搏细速、血压下降等休克症状，应立即通知医生，做好手术准备。
- 3、按医嘱给高蛋白、高碳水化合物、低脂饮食，并补充足量维生素C、B等。

- 4、禁食者按医嘱及时补液，注意水、电解质及酸碱平衡。
- 5、协助做好各项检查，如胆囊造影、十二直肠引流、PTC 和 PTCD、ERCP 等。
- 6、胆绞痛发作时，按医嘱及时应用解痉止痛药。
- 7、有黄疸者，注意皮肤护理，有瘙痒时可用止痒剂涂擦，劝告病人勿搔抓。

术后

- 1、按外科术后护理常规。
- 2、密切观察神志、血压、脉搏、体温及腹部体征的变化，有黄疸者观察黄疸消退情况。
- 3、肠蠕动恢复后，按医嘱给低脂饮食，注意病人进食后有无因食物逆流入胆道而引起
的右上腹部胀痛不适，甚至发热等情况。
- 4、有胃肠减压、腹腔引流管、T 管者按常规护理。
- 5、观察有无胆汁性腹膜炎、胸膜炎、腹内出血、腹腔脓肿等并发症。

【并发症的观察和护理】

胆瘘

症状：病人术后出现发热、腹胀、腹痛或引流管引流出胆汁样液体等情况。

预防：加强观察生命体征、腹部体征及引流液情况。一旦出现胆瘘征象，及时报告医生处理。

【健康指导】

- 1、忌进高脂、油腻食物，如感上腹部饱胀、消化不良者，服消炎利胆片、多酶片等。
- 2、勿暴饮暴食、忌烟酒等刺激性食物。
- 3、如大便不成形或腹泻者，注意调整饮食，一般术后 1 个月此症状会慢慢消失。
- 4、全休 1 个月，一般 3 个月后恢复正常工作。
- 5、指导拟带“T”管出院患者，教会其“T”管自我护理和注意事项。
- 6、交待患者赴医院拔除“T”管的时间和指征。如有不适，立即就医。

五、腹腔镜胆囊切除术护理常规

腹腔镜胆囊切除术指在病人中上腹做4个直径0.5~1cm的小切口，置入腹腔镜的器械，在电视监视下进行胆囊切除。

【护理评估】

- 1、了解患者健康状况、既往病史、家族史、饮食习惯等。
- 2、评估目前临床表现：①局部：右上腹疼痛的诱因、部位、性质及有无放射痛；②全身：有无神志淡漠、烦躁、谵妄、昏迷等意识障碍，有无黄疸、发热、寒战等表现。
- 3、了解腹部B超、腹部X线等检查情况。
- 4、了解患者的心理和社会支持情况。

【护理措施】

术前

- 1、按外科术前护理常规。
- 2、对病人进行耐心细致的解释，说明腹腔镜的具体操作方法及其优越性，以取得病人的理解和配合。
- 3、术前做B超及口服胆囊造影剂，以了解胆囊病变状况，常规检查心、肺、肾、肝及凝血功能。有高血压、糖尿病等慢性疾病，应先控制症状，再行手术。
- 4、术前1天晚餐给不产气的流质饮食。
- 5、除常规备皮外，尤其要注意脐部清洁。

术后

- 1、按外科术后护理常规。
- 2、观察血压、脉搏、呼吸及腹部体征变化。
- 3、麻醉清醒，血压平稳改半卧位。
- 4、术后卧床休息24小时，肠蠕动恢复早，术后1~2天恢复流质或半流质饮食。
- 5、吸氧，以防由于二氧化碳气腹造成高碳酸血症的危险。
- 6、注意观察有无出血、胆瘘、皮下气肿、气胸等并发症。
- 7、做好出院指导，避免油腻、刺激性饮食，保持局部皮肤清洁，防止切口感染。如有腹部疼痛等异常及时就诊。

【并发症的观察和护理】

胆瘘

病情观察：观察腹部体征，有无腹痛腹胀；观察切口敷料及各引流液的色泽和性质。

护理：保持引流通畅，腹痛剧烈者给予止痛治疗，保持引流管周围皮肤干燥，必要时涂氧化锌软膏。

【健康指导】

- 1、忌进高脂、油腻食物，如感上腹部饱胀、消化不良者，服消炎利胆片、多酶片等。
- 2、勿暴饮暴食、忌烟酒等刺激性食物。
- 3、如大便不成形或腹泻者，注意调整饮食，一般术后1个月此症状会慢慢消失。
- 4、全休1个月，一般3个月后恢复正常工作。

六、急性梗阻性化脓性胆管炎护理常规

又称急性重症胆管炎，是在胆管梗阻基础上并发的急性化脓性细菌感染，急性胆管炎和急性梗阻性化脓性胆管炎是同一疾病的不同发展阶段。

【临床表现】

- 1、腹痛：表现为突发的剑突下或右上腹持续性疼痛，可阵发性加重，并向右肩胛下及腰背部放射，有时伴恶心、呕吐。
- 2、寒战、高热：体温呈持续升高达 39~40 度或更高，呈弛张热型。
- 3、黄疸：多数病人可出现不同程度的黄疸。
- 4、神志改变：主要表现为神志淡漠、烦躁、谵妄、嗜睡、神志不清、甚至昏迷。
- 5、休克症状。
- 6、有腹部压痛或腹膜刺激征。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗：禁食；抗休克治疗；抗感染治疗；胆管减压如 PTCD、ERCP。
- 2、手术治疗。

【护理评估】：

- 1、评估是否为突然发病，有无表现为起病急、症状重、进展快等特点。
- 2、评估神志、生命体征、黄疸，腹痛情况。
- 3、评估有无胆道手术史。
- 4、评估病人心理及社会支持情况。

【护理措施】：

术前：

- 1、卧床休息，注意保暖。
- 2、禁食，吸氧，动态监测血氧饱和度变化及血气分析报告，适时调节氧浓度。
- 3、加强观察：严密监护病人的生命体征和循环功能，如脉搏、血压、CVP 和每小时尿量等；及时准确记录出入量。
- 4、补液扩容：迅速建立输液通路，补液扩容，尽快恢复血容量；必要时应用血管活性药物。
- 5、纠正水电解质及酸碱平衡紊乱：合理安排输液的顺序和速度。
- 6、降低体温：可用物理降温、药物降温，并遵医嘱联合应用足量有效地抗生素。

- 7、营养支持：可从静脉补充能量，以维持和改善营养状况。
- 8、心理护理。
- 9、加强基础护理，保持舒适。
- 10、若行 PTCD 或 ERCP 进行减压引流的病人应做好相应的护理。

术后：

- 1、全麻清醒，血压平稳后取低半卧位。
- 2、提供心理支持。
- 3、病情观察：严密观察病人的神志、意识、生命体征、腹部体征；准确记录 24 小时尿量和引流液情况。
- 4、营养支持：禁食，胃肠减压，禁食期间补充水、电解质；观察病人营养状况，遵医嘱给予营养支持。肠蠕动恢复后从清淡流质饮食逐步转化为低脂高蛋白、高维生素、高碳水化合物饮食。
- 5、留置 T 管者做好 T 管护理。
- 6、鼓励病人早期床上活动，卧床期间协助翻身叩背，做好口腔会阴等护理。

【并发症观察及护理】

（一）胆瘘：

病情观察：观察腹部体征，有无腹痛腹胀；观察切口敷料及各引流液的色泽和性质。

护理：保持引流通畅，使用抑制消化液分泌药物，保持引流管周围皮肤干燥，必要时涂氧化锌软膏，防止胆汁对皮肤的腐蚀。同时要加强营养。

（二）胆道出血：

病情观察：神志、面唇、生命体征、腹部体征、皮肤温湿度及肢端血循情况，严密观察各引流管量、色、性质变化，尤其是 T 管胆汁的情况。

护理：建立双路静脉通路，快速补液扩容，配血输血；卧床休息；遵医嘱使用止血药物，必要时做好急诊术前准备。

【健康指导】

- 1、合理饮食：指导病人选择低脂肪、高蛋白、高维生素易消化的食物，规律进食。
- 2、T 管护理：告知病人留置 T 管引流的目的，拔管时间，指导其进行自我护理，并保持引流管口周围皮肤清洁。

七、急性胰腺炎护理常规

急性胰腺炎是常见的急腹症之一，是由胰腺分泌的胰酶在胰腺内被激活，对胰腺组织自身“消化”而引起的急性化学性炎症。可分为单纯水肿性和出血坏死性胰腺炎。

【临床表现】

- 1、腹痛：是主要症状，常于饱餐和饮酒后突然发作，腹痛剧烈，呈持续性、刀割样。位于上腹正中或偏左，放射至腰背部，有时呈束带状。
- 2、腹胀、恶心、呕吐：与腹痛同时存在。呕吐物为十二指肠内容物，呕吐后腹痛不缓解，有时会出现麻痹性肠梗阻表现。
- 3、其他：合并胆道感染时常伴寒战高热，部分病人以突然休克为主要表现。
- 4、体征：有腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张、肠鸣音减弱或消失。
- 5、皮下出血：在腰部、季肋部和腹部皮肤出现大片青紫色瘀斑，称 Grey-Turner 征；脐周围皮肤出现的蓝色改变，称 Cullen 征。
- 6、水电解紊乱：病人可有不同程度的脱水、代谢性酸中毒、代谢性碱中毒及低血钙。
- 7、黄疸：胆道结石或胰头肿大压迫胆总管可引起。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗：禁食与胃肠减压、补液、防治休克、营养支持、镇痛和解痉、抑制胰腺分泌及抗胰酶治疗、抗菌药的应用、中药治疗。
- 2、手术治疗：清除坏死胰腺组织，进行腹腔灌洗引流。

【护理评估】

- 1、健康史和相关因素：评估病人的饮食习惯，有无暴饮暴食和酗酒史；既往有无胆道疾病和慢性胰腺炎病史。
- 2、评估病人的生命体征，皮肤黏膜色泽，皮肤温度、尿量。
- 3、评估腹痛性质、程度、时间及部位，呕吐次数、呕吐物性状及量；腹胀程度。
- 4、评估病人的营养状况及血尿淀粉酶值有无异常。
- 5、评估患者的心理状况及社会支持情况。

八、胃、肠疾病手术护理常规

【术前护理】

- 1、心理护理 关心、了解病人，告知有关疾病和手术的知识、术前和术后的配合、解释病人的各种疑问。
- 2、完善术前检查 如五大常规及心、肺、肾、肝功能、凝血功能测定。及时做好专科检查：胃十二指肠镜检查，腹部 CT 等。
- 3、饮食和营养 择期手术病人饮食应少量多餐，给予高蛋白、高热量、富含维生素、易消化饮食，无刺激的食物。禁烟、烈性酒。
- 4、积极做好术前准备 备皮、备血等术前常规准备。向患者说明手术方法、可能发生的情况、注意事项等，增加心理适应能力；训练患者卧床大、小便。
- 5、胃肠道准备 术前晚、清洁洗肠，术前禁食 12 小时，禁水 4 小时。术晨置胃管。（肠道：术前 3 天全流饮食，并口服肠道不吸收抗生素。）

【术后护理】

- 1、病情观察 给予心电监护、吸氧，密切观察生命体征等病情变化，同时观察病人的神志、肤色、尿量、切口渗液情况。
- 2、体位 术后取平卧位，血压平稳后去低半卧位，可减轻腹部切口张力，减轻疼痛，还有利于呼吸和循环。
- 3、禁食、胃肠减压 可减轻胃肠道张力，促进吻合口的愈合。
 - (1) 妥善固定胃肠减压管，防止松动和脱出；更换固定胶布时，应确保胃管固定在规定的位置。
 - (2) 保持胃肠减压通畅，使之持续处于负压引流状态，可用少量生理盐水冲洗胃管，防止胃管堵塞。
 - (3) 观察引流液的性质和量。术后 24 小时内可由胃管引流出少量血性或咖啡样液 100-300ml。若有较多鲜血，应警惕有吻合口出血，需及时与医生联系并处理。
 - (4) 注意口腔护理，给予超声雾化吸入，每日 2 次，减轻病人咽喉疼痛并使痰液易于咳出。
 - (5) 术后 3-4 天，胃肠引流液量减少，肠蠕动恢复后即可拔除胃管。
- 4、镇痛 术后病人有不同程度的疼痛，适当应用止痛药物。应用静脉镇痛泵或硬膜外

镇痛泵时，注意预防可能发生的并发症：尿潴留、恶心、呕吐等。

- 5、输液、应用抗生素 禁食期间静脉补充液体，提供病人所需的水、电解质和营养素，并应用抗生素预防感染。记录 24 小时出入水量，为合理输液提供依据，必要时输血浆或全血，以改善病人的营养状况或贫血，有利于吻合口和切口的愈合。
- 6、饮食 拔除胃管后当日可少量饮水或米汤，第 2 日进半量流质饮食，第 3 日进全量流质，若进食后无腹痛、腹胀等不适，第 4 日可进半流质饮食，以稀饭为好，第 10 到 14 日可进软食。少食牛奶、豆类等产气食物，忌生、冷、硬和刺激性食物。注意少量多餐，开始时每日 5-6 餐，以后逐渐减少进餐次数并增加进餐量，逐渐恢复正常饮食。
- 7、活动 鼓励病人术后早期活动。早期活动可促进肠蠕动，预防肠粘连，促进呼吸和血液循环，减少术后并发症。卧床期间，每 2 小时翻身 1 次。除年老体弱或病情较重者，一般术后第 1 日可协助病人坐起并做轻微的床上活动，第 2 日下地，床边活动；第 3 日可在室内活动。活动量应根据病人个体差异而定。
- 8、术后并发症的观察和护理
- 9、保持急救药品、物品的完好。

【健康指导】

- 1、向病人解释并强调疾病的治愈须靠术后长期的配合。
- 2、指导病人自我调节情绪，强调保持乐观的重要性的方法。
- 3、劝导病人避免工作过于劳累，不熬夜，注意劳逸结合。
- 4、告知并强调喝酒、抽烟对其疾病的危害性。
- 5、与病人讨论并计划其治疗饮食。宜少量多餐，进食营养丰富的饮食，以后逐步过渡到均衡饮食，饮食宜定时定量，少食腌、熏食品，避免过冷、过烫、过辣及油煎炸食物。
- 6、教导药物的服用时间、方式、剂量，说明药物的副作用。避免服用对胃粘膜有损害的药物，如阿司匹林、消炎痛、皮质类固醇等
- 7、讲解术后并发症的表现和防止方法。

九、胃、十二指肠疾病护理常规

胃、十二指肠疾病是胃、十二指肠黏膜发生“自身消化”形成局限性圆形或椭圆形的溃疡，并可出现急性溃疡穿孔、溃疡大出血、瘢痕性幽门梗阻、癌变等并发症。

【临床表现】

主要为典型的节律性、周期性上腹部疼痛。

- 1、剑突下节律性疼痛：胃溃疡餐后 0.5~1 小时疼痛，进食或抗酸药物不能缓解，压痛点常位于剑突与脐间的正中线或略偏左；十二指肠溃疡餐后 3~4 小时疼痛，进食抗酸药物能止痛，压痛点常位于脐部偏右上方。
- 2、呕吐，幽门梗阻时呕吐隔夜食物。
- 3、溃疡侵犯血管时可出现呕吐、柏油样黑便。

【治疗原则】

- 1、外科治疗适应症：胃、十二指肠急性穿孔；胃、十二指肠大出血；胃、十二指肠瘢痕狭窄性幽门梗阻；胃溃疡恶变。
- 2、手术方式：胃大部切除术（毕 I 式胃大部切除术、毕 II 式胃大部切除术），迷走神经切断术（迷走神经干切断术、选择性迷走神经切断术、高选择性迷走神经切断术）

【护理评估】

- 1、了解患者健康史，既往疾病史，了解其职业、饮食习惯和用药史。
- 2、评估疾病相关症状及腹部体征。溃疡并发穿孔者，注意观察有无感染或休克。
- 3、了解患者胃镜、消化道钡餐、血常规等检查结果。
- 4、患者对手术的接受、认知程度和心理状况。

【护理要点】

术前

- 1、按外科术前护理常规。
- 2、观察体温、脉搏、呼吸变化，必要时测血压。
- 3、进易消化、营养丰富的半流质，少量多餐，合并溃疡出血或幽门梗阻者进流质或禁食。
- 4、对幽门梗阻需禁食者，记录出入量，随时抽血送检血钾、钠、氯，并及时补液，纠

正水、电解质失衡、低氯低钾性碱中毒。

- 5、幽门梗阻者术前胃肠减压，应观察胃内容物的性质和量。术前 3 天每晚用温等渗盐水洗胃，以减轻胃壁水肿。
- 6、协助完成胃镜检查或胃肠钡餐造影以明确诊断。
- 7、密切观察病人有无上腹突然剧烈疼痛、腹肌紧张呈板状、出冷汗、脉细速、呕血或接柏油样便等溃疡穿孔或大出血症状，发现是上述情况应及时报告医生，需急诊手术者做好手术前准备工作。

术后

- 1、按外科术后护理常规。
- 2、保持胃肠减压通畅，观察吸出液的性质和量并记录。伤口腹带包扎，观察有无渗出，尤其是慢性支气管炎、肝功能差、血浆蛋白低下或老年人，防止伤口裂开。
- 3、保持口腔清洁，防止腮腺炎和口腔炎发生。
- 4、观察有无出血、梗阻、吻合口瘘、倾倒综合征等并发症。
- 5、胃癌根治术后化疗时，应观察药物副反应。
- 6、观察腹痛、腹胀及肠蠕动恢复情况，鼓励病人早期下床活动。
- 7、肠蠕动恢复后根据医嘱给予流质饮食，2~3 天后改半流质，进食后应注意观察有无腹痛、腹胀、呕吐及进食量。

【并发症的观察和护理】

（一）胃、十二指肠疾病的主要并发症

- 1、胃、十二指肠急性穿孔

观察：注意病人有无突发性上腹部呈刀割样或烧灼样剧痛、伴恶心呕吐、面色苍白、出冷汗、脉搏细速血压下降、四肢厥冷等。腹部有无压痛、反跳痛和腹肌紧张呈“木板样”强直、肝浊音缩小或消失。

护理：

- （1）缓解疼痛：禁饮食、持续胃肠减压；无休克者取半卧位可减轻腹壁张力和疼痛。
- （2）维持体液平衡：观察和记录出入水量；静脉输液以维持水电解质和酸碱平衡。
- （3）预防腹腔内残余脓肿：取半卧位，以利于漏出的消化液积聚于盆腔最低位和引流，

并减少毒素吸收。

(4) 按医嘱应用抗生素。

2、胃、十二指肠大出血

观察：注意病人有无呕血、排柏油样黑便或休克表现。

护理：

(1) 维持体液平衡，快速静脉输液、输血；遵医嘱应用止血药物或给予冰盐水洗胃。

(2) 平卧、休息，有呕血者，头偏向一侧；予心理护理，缓解焦虑与恐惧。

(3) 严密观察血压、尿量、脉搏、中心静脉压、周围循环情况和止血效果。

(4) 暂禁食，出血停止后，可进流质或无渣半流质饮食。

3、胃、十二指肠瘢痕狭窄性幽门梗阻

观察：注意病人有无呕吐宿食。

护理：

(1) 禁食、胃肠减压；术前 3 天每晚以温生理盐水洗胃，直至洗出澄清液，以减轻胃粘膜水肿。

(2) 静脉输液以维持体液平衡，并提供营养支持。

4 胃癌

观察：症状，上腹不适；早期胃癌无明显症状；晚期上腹隐痛、恶心、呕吐、进食哽咽感；呕血和黑便；贫血、消瘦。体征，早期无明显体征，可仅有上腹部深压痛；晚期，可扪及上腹部肿块，多呈结节状、质硬，略有压痛。

护理：早期发现，早期诊断和早期治疗是提高胃癌疗效的关键。手术治疗仍是首选的方法。对中晚期胃癌，辅以化疗、放疗及免疫治疗等以提高疗效。

(二) 胃、十二指肠疾病术后的并发症

早期并发症：术后出血、十二指肠残端破裂、胃肠吻合口破裂或瘘、残胃蠕动无力（胃排空延迟）、吻合口梗阻、输入襻梗阻和输出襻梗阻等。

远期并发症：碱性反流性胃炎、倾倒综合征和营养障碍等。

1、术后出血：观察，若术后短期内从胃管不断引流出新鲜血液，甚至出现呕血和黑便等。护理，可通过禁食、维持有效的胃肠减压、严密观察病情等措施预防和及时发

现术后出血；一旦发生出血，应采取有效的止血措施，若经非手术治疗不能有效止血或出血量 $>500\text{ml/h}$ 时。应积极完善术前准备。

- 2、胃肠吻合口破裂或瘘：观察，体温是否升高，是否存在上腹部疼痛和腹膜刺激征，有无胃管引流量突然减少而腹腔引流管的引流量突然增加，引流管周围的辅料是否被胆汁浸湿。护理，可通过严密观察病情，充分的术前胃肠道准备，维持有效的胃肠减压等措施来观察和预防其发生；一旦发生瘘，应做好相应的护理。
- 3、消化道梗阻：①输入襻梗阻：可分为急、慢性两类。急性完全性输入襻梗阻表现为上腹部剧烈疼痛、频繁呕吐，量少、多不含胆汁，呕吐后症状不缓解，上腹有压痛性肿块；该类属于闭袢性肠梗阻，易发生肠绞窄。慢性不完全性输入襻梗阻表现为进食后出现右上腹胀痛，呈喷射状大量呕吐，呕吐物不含食物，仅为胆汁。②输出襻梗阻：表现为上腹饱胀，呕吐食物和胆汁。③吻合口梗阻：表现为进食后出现上腹饱胀和呕吐，呕吐物为食物且不含胆汁。应按消化道梗阻做好相应护理。
- 4、倾倒综合征：分为早期与晚期两种。以循环系统症状（心悸、心动过速、出汗、全身无力、面色苍白和头晕等）和胃肠道症状（腹部绞痛、恶心呕吐和腹泻等）为主要表现。早期倾倒综合征多发生在进食半小时内，主要指导病人调整饮食，包括少食多餐，避免过甜、过咸、过浓的流质饮食；宜进低碳水化合物、高蛋白饮食；餐时限制饮水喝汤；进食后平躺 $10\sim 20\text{min}$ 。晚期倾倒综合征发生在餐后 $2\sim 4\text{h}$ ，指导病人饮食中减少碳水化合物量，增加高蛋白比例，少量多餐可防止其发生。

【健康指导】

- 1、告之病人及家属疾病相关知识，使之配合术后长期治疗和自我护理。
- 2、指导自我调节情绪，保持乐观情绪。
- 3、避免工作劳累，不熬夜，注意劳逸结合。
- 4、戒烟酒。
- 5、术后一年饮食宜少食多餐，避免刺激性食物。
- 6、避免服用对胃有刺激性的药物如阿斯匹林、吲哚美辛等。
- 7、定期门诊随访，不适及时就诊。

十、阑尾炎护理常规

阑尾炎是由于各种原因，如阑尾腔阻塞、细菌感染、胃肠道疾病影响等引起的阑尾炎症。

【临床表现】

- 1、急性阑尾炎：转移性右下腹痛，多伴有恶心、呕吐、腹泻、便秘等胃肠道症状。右下腹麦氏点压痛，腹肌紧张，反跳痛。婴幼儿表现为不明原因的哭吵。
- 2、慢性阑尾炎：反复发作的右下腹隐痛，稍剧烈活动或饱食后易诱发，行走时右下腹牵引痛和不适感，偶有其他消化道症状，如排便次数增多等。右下腹压痛，位置较固定。

【治疗原则】

- 1、手术治疗 开腹方法；腹腔镜阑尾切除术。
- 2、非手术疗法 适用于诊断不明确，症状轻者。

【护理评估】

- 1、评估患者发生腹痛的时间、部位、性质、程度及范围，有无转移性右下腹痛。
- 2、评估患者全身情况，了解是否有乏力、脉速、寒战、高热及感染性休克。
- 3、了解患者血常规，有无白细胞计数增高。
- 4、了解患者对急性阑尾炎和治疗知晓情况，评估患者的焦虑和恐惧心理。

【护理措施】

术前

- 1、按外科术前护理常规。
- 2、按医嘱给予半流质，急性期 24~48 小时内禁食。
- 3、观察体温、脉搏、呼吸变化，病人出现寒战、高热、黄疸应考虑阑尾已发生坏疽或合并门静脉炎。
- 4、观察腹部体征，腹痛性质、部位。
- 5、注意白细胞分类、计数报告，做好术前准备。

十一、肠梗阻护理常规

任何原因造成肠腔内容物正常运行发生障碍，不能顺利通过肠道的病变称肠梗阻。

【临床表现】

肠梗阻的典型症状为持续性腹痛、呕吐、腹胀、排便排气停止。腹部体征可见腹胀、肠型或蠕动波。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗 禁食、胃肠减压；纠正水及电解质失衡；防治感染和中毒；支持治疗；病因治疗。
- 2、手术治疗 手术方法包括粘连松解术、肠切开取出异物、肠切除术、肠扭转或套叠复位术、肠造口术等。

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史、手术史及外伤史，发病前有无感染、饮食不当等诱因。
- 2、了解腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排气排便症状出现的时间及动态变化；评估呕吐物、肛门排出物、胃液色、质及量；评估生命体征，了解有无脱水征象及休克表现。
- 3、了解血常规、电解质、腹部B超等检查结果。
- 4、评估术前的心理、社会支持情况及对疾病的了解程度。

【护理措施】

术前

- 1、按外科术前护理常规。
- 2、测血压、脉搏、呼吸，观察有无休克表现。
- 3、无休克者取半卧位。
- 4、按医嘱输液，纠正脱水，保持水电解质、酸碱平衡，脱水严重者按医嘱记录出入量。
- 5、禁食，保持胃肠减压通畅，注意胃肠减压引出液的量、颜色。如吸出暗红色液体，应疑有肠绞窄可能。在确定无绞窄性肠梗阻后，如腹痛为持续性剧痛、腹肌紧张、腹部压痛并可及肿块，呕吐剧烈，面色苍白，烦躁不安等应及时报告医生，做好术前准备。

术后

- 1、按外科术后护理常规。
- 2、测血压、脉搏、呼吸，观察腹部体征的变化。
- 3、血压平稳取半卧位，鼓励并协助病人早期下床活动，防止肠粘连。
- 4、按胃肠减压、腹腔引流管护理常规做好引流管护理。
- 5、禁食至肠鸣音恢复，肛门排气，根据医嘱进流质，进食后注意有无腹痛、腹胀、恶心呕吐等情况，以后逐步过渡到半流质、软食。
- 6、保持水、电解质、酸碱平衡，按医嘱正确记录出入量。
- 7、注意切口有无感染，保持敷料干燥。
- 8、注意有无腹内出血、肠痿、吸入性肺炎、腹腔残余感染等并发症发生。

【并发症的观察和护理】

（一）腹腔内出血

观察：神志、面唇、生命体征、腹部体征、皮肤温湿度及肢端血循情况，严密观察各引流管量、色、性质变化，监测尿量及 CVP 情况。

护理：建立双路静脉通路，快速补液扩容，配血输血；卧床休息；遵医嘱使用止血药物，必要时做好急诊术前准备。

（二）肠痿

观察：观察腹部体征，有无腹痛腹胀；观察切口敷料及各引流液的色泽和性质。

护理：保持引流通畅，腹痛剧烈者给予止痛治疗，保持引流管周围皮肤干燥，必要时涂氧化锌软膏，防止渗出液对皮肤的腐蚀。

（三）吸入性肺炎

预防：病人呕吐时，应协助其坐起或将头偏向一侧，呕吐后及时清洁口腔，并记录呕吐物的量及颜色、性状。

观察：观察病人是否发生呛咳、有无咳嗽、咳痰、胸痛、寒颤、发热等全身感染的症状。

护理：若发生吸入性肺炎，按医嘱及时使用抗菌素，协助病人翻身、

【健康指导】

- 1、指导注意饮食和个人卫生，减少肠道寄生虫。进易消化食物，少食辛辣刺激性食物。避免饭后忌剧烈运动，宜暴饮暴食。
- 2、保持大便通畅，有腹痛等情况及时就诊。

十二、肠痿护理常规

因各种原因形成胃肠道内两段肠道之间、肠管及其他器官之间或一段肠管与体表之间的病理通道称肠痿。

【临床表现】

消化液丢失导致脱水、电解质丧失及酸碱平衡紊乱多伴有营养不良、腹腔内感染、败血症及多系统器官衰竭等临床症状。

【治疗原则】

1、腹膜炎期及腹腔内脓肿形成期

纠正水、电解质及酸碱失衡、控制感染、有效冲洗、营养支持、抑制肠道引流液的分泌、回输引流的消化液。

2、痿管形成期 加强营养、堵塞痿管。

3、手术治疗

【护理评估】

1、评估健康史，了解有无腹部外伤史和手术史。

2、评估全身营养状况，有无消瘦、乏力、水肿等表现。了解有无外痿和痿口周围皮肤受损程度。

3、了解血常规、电解质、腹部B超等检查结果。

4、评估患者对疾病的认识、心理和社会支持情况。

【护理措施】

1、按外科一般护理常规。

2、观察生命体征、皮肤黏膜有无干燥，有无口渴、倦怠等。

3、给予营养支持，全胃肠外营养时，按全胃肠外营养护理常规。肠内营养在滴入高营养时应注意温度和滴速，应用要素饮食时注意观察胃肠道症状。

4、做好心理护理。肠痿病人因病程长，病情复杂反复，病人易出现焦虑、恐惧、担心费用等不同程度的心理问题。需给予鼓励、解释、关心、帮助，树立其对治疗的信心，使机体处于最佳心理状态。

5、妥善固定各引流管，保持通畅，观察引流管及痿口排出液的量、性状、气味、颜色，

正确记录，并观察肠功能改变情况。

- 6、保持周围皮肤及瘘口清洁，及时清除流出的肠液、粪便，瘘口周围皮肤可涂氧化锌软膏，避免皮肤发生湿疹和糜烂。
- 7、保持床单位干燥、整洁、平整、无臭味。
- 8、按医嘱记录 24 小时进出量，观察尿量变化，及时送检血生化，保持水、电解质、酸碱平衡。

【并发症的观察和护理】

1、肝、肾功能衰竭

观察：有无出现肝、肾功能衰竭的表现如腹痛、腹胀、黄疸、意识改变、少尿、无尿、水肿等。

护理：(1) 及时纠正酸碱失衡、有效控制感染、改善组织灌注、慎用损害肝肾功能的药物。(2) 加强监测：定期查肝、肾功能。(3) 合理补充氮量和热量。

2、胃肠道和瘘口出血

观察：伤口有渗血、渗液、引流液量多伴血性。

护理：严密观察生命体征的变化，观察伤口有无渗血、渗液，引流量的色、量、性状等；保持有效引流；应用止血药物。

【健康指导】

- 1、指导患者进食低脂肪、适量蛋白质、高碳水化合物、低渣饮食为主。
- 2、交待患者定期复查。如出现腹痛、腹胀、发热等不适，及时就诊。

十三、结、直肠癌护理常规

结肠癌好发于乙状结肠；直肠癌则好发于腹膜返折以下的直肠壶腹部，约占大肠癌的60%。

【临床表现】

- 1、结肠癌：右半结肠癌以贫血、消瘦、乏力、低热等全身表现为主；左半结肠癌则以肠梗阻为主。
- 2、直肠癌：早期仅表现为大便形态和性状的变化；晚期可出现直肠刺激症状和各种转移症状，如尿道刺激征、血尿、排尿困难、直肠阴道瘘等症状。

【治疗原则】

1、手术治疗

(1) 结、直肠癌根治术：局部结、直肠切除术，腹会阴联合直肠癌根治术（Miles术），经腹腔直肠癌切除术（Dixon术），经腹直肠癌切除，近端造口、远端封闭术。

(2) 姑息性手术

2、非手术治疗：放疗，化疗，中医治疗，局部介入等。

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解饮食及排便习惯。
- 2、了解直肠、肛管周围红、肿、热、痛等情况，观察有无脓肿形成。了解有无排便困难、便血、排便时剧痛等现象。
- 3、了解患者肠道窥镜、肛门指检、腹部B超等检查结果。
- 4、评估患者对疾病的认识、心理和社会支持情况。

【护理措施】

术前

- 1、按外科术前护理常规。
- 2、观察病人有无急性腹痛、呕吐、停止排气、排便或便频、黏液血便。
- 3、高蛋白、低渣、丰富维生素饮食，术前1天流质饮食。
- 4、术前2~3天按医嘱口服肠道抗生素。
- 5、全胃肠道灌洗：术前1天口服20%甘露醇250ml 林格液1500ml 或离子泻剂6小包冲

服 3000ml，2 小时内服完。

- 6、肿瘤位于直肠前壁的女病人，术前 3 天每晚冲洗阴道。
- 7、保持水、电解质平衡，观察病人有无头痛、易倦、思睡、恶心、厌食、肌肉挛痛等失平衡现象。
- 8、有肠梗阻者按肠梗阻护理常规。

术后

- 1、按外科术后护理常规。
- 2、观察腹部及会阴部伤口伤口渗血及出血情况，如有异常，及时报告医生。
- 3、术后 12 小时内宜取半卧位，以减轻腹内脏器对盆底缝合处压力；12 小时后改低坡半卧位，使内脏下坠，有利于骶前引流与创口愈合。
- 4、术后 3~4 天，肛门排气或结肠造口开放后，可进流质；术后 1 周半流质或软食，2 周进普食，以选择易消化的少渣食物为宜，施行结肠造口术的病人可较早进食半流质与普食。
- 5、及时更换污湿敷料。人工肛门者按人工肛门护理常规。
- 6、保持引流管通畅，行直肠托出术应严密观察肠段色泽，可用温水或 1%的高锰酸钾溶液湿敷，直至伤口愈合。留置导尿管拔管前先试夹管，以训练膀胱功能。
- 7、直肠上段癌保留肛门者，术后 10 天内禁止灌肠、肛管排气，如排便不畅，可用液体石蜡等缓泻剂通便。

【并发症的预防及护理】

观察：有无出血、吻合口瘘、腹腔感染、肠梗阻等并发症发生。

- 1、预防切口感染：术前做好术区清洗，女性行阴道冲洗；术后保护腹壁切口，及时更换敷料，保持引流通畅及会阴部清洁。
- 2、预防吻合口瘘：术前做好充分的肠道准备。
- 3、泌尿系损伤及感染：术前留置导尿，术后做好会阴护理，保持尿道口清洁，保持尿管通畅，嘱多饮水。
- 4、预防肠粘连：鼓励早期活动，促进肠蠕动、减轻腹胀。活动时保护伤口，避免牵拉。

【健康指导】

- 1、定期检查，积极治疗直肠各类慢性炎症及癌前病变。注意个人卫生；多进食高纤维素、高维生素饮食，减少食物中脂肪的摄入。
- 2、行永久造口的病人，告知其在出院后 2-3 个月内应每 1-2 周扩张造口一次，若发现腹痛、腹胀、排便困难等造口狭窄的征象应及时就诊。
- 3、保肛手术者多食新鲜蔬菜、多饮水等。人工肛门者注意控制过多纤维食物及过稀产气食物。
- 4、参加适量体育锻炼，规律生活，保持心情舒畅。
- 5、向病人介绍造口护理方法及护理用品。
- 6、每 3-6 个月定期门诊复查。

十四、肛肠疾病护理常规

【临床表现】

- 1、直肠肛管周围脓肿：肛周脓肿、坐骨肛周间隙脓肿、骨盆直肠间隙脓肿，直肠指诊可触及疼痛性包块
- 2、肛瘘：肛周外口反流，脓肿刺激肛周皮肤，有瘙痒感。
- 3、肛裂：疼痛、便秘和出血。
- 4、痔：便血、痔块脱出、瘙痒和疼痛。

【治疗原则】

手术治疗

【术前护理】

见普外科一般护理

【术中护理】

- 1、麻醉：蛛网膜下隙阻滞麻醉、硬膜外隙阻滞麻醉。
- 2、体位：折刀位或膀胱截石位。
- 3、术中配合
 - (1) 见普外科一般护理之术中护理。
 - (2) 肛周使用牵拉特殊胶布；放置体位用物(长圆枕 3 只、方枕 1 只、头圈 1 只)；液体石蜡、凡士林纱布、短橡皮管、别针；肛瘘切除术者备亚甲蓝（美蓝）；痔疮做根治性环切时，备特殊的管状吻合器。
 - (3) 翻身时，注意保护会阴部，避免受压。
 - (4) 用橡皮管牵开肛门并妥善固定，保证手术部位暴露。
 - (5) 脓肿手术按感染手术处理。

【术后护理】

- 1、见普外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、术后侧卧位。女性患者抬高臀部后排尿或卧位排尿，必要时留置导尿管。
- 3、观察伤口有无渗血或出血，外观敷料渗出不多，但可能大量出血积聚在直肠内，故注意观察生命体征。肛周皮肤较敏感，遵医嘱给予镇痛剂以减轻伤口疼痛，保证睡

眠，见疼痛护理。

- 4、术后 48h 内服用阿片酞以减少肠蠕动，尽量避免术后 3d 内解大便。大便后伤口又污染，及时换药。便后用温水清洁肛周皮肤，以防伤口感染。

【健康教育】

- 1、保持肛周皮肤清洁，每天坐浴 2 次。
- 2、保持良好的饮食习惯，多吃蔬菜，养成定时排便习惯。
- 3、如有伤口疼痛、红肿等不适，及时就诊。

十五、腹股沟疝的护理常规

疝囊通过腹股沟管或直疝三角到体表所形成的肿块称腹股沟疝（斜疝、直疝）。

【临床表现】

1、腹股沟斜疝

- (1) 易复性斜疝：腹股沟区或阴囊有可复性肿块，偶有腹胀。
- (2) 难复性斜疝：疝内容物不能完全回纳，局部胀痛，可有上腹不适、纳差、便秘。
- (3) 嵌顿性斜疝：疝块突然增大伴明显疼痛，平卧或手推疝块不能回纳，肿块紧张、发硬，压痛明显，还可伴有机械性肠梗阻表现。
- (4) 绞窄性疝：在疝块嵌顿的基础上，局部出现急性蜂窝织炎，甚至形成阴囊肠痿，全身可有脱水，电解质、酸碱平衡失调，甚至出现脓毒血症。

2、腹股沟直疝

站立时腹股沟内侧耻骨联合结节外上方出现一半球状肿块，平卧时自行回纳。

【护理评估】

- 1、了解患者健康史，评估患者是否吸烟，有无咳嗽、便秘、手术等病史，腹外疝是否反复发作。
- 2、评估疝的大小、质地、有无压痛、能否回纳、有无肠梗阻或肠绞窄征象。
- 3、评估患者对腹外疝的知识掌握程度，有无焦虑等心理。

【治疗原则】

腹股沟疝一般均应尽早施行手术治疗。

- 1、非手术治疗 局部用医用疝带压迫或托起。
- 2、手术治疗 基本原则是高位结扎疝囊、加强或修补腹股沟管管壁。手术方术：（1）传统疝修补术：疝囊高位结扎术、疝修补术（2）无张力疝修补术（3）经腹腔镜疝修补术。

【护理措施】

术前

- 1、按外科术前护理常规。
- 2、注意休息，保暖，防止感冒，劝告戒烟。

- 3、保持大便通畅，避免加大腹压，防止疝嵌顿。
- 4、术前嘱病人排空尿液，以免损伤膀胱。

术后

- 1、按外科术后护理常规。
- 2、术后平卧位，膝部垫枕，使髋部微屈，以减轻切口部不适、疼痛。
- 3、腹股沟区用沙袋压迫 24 小时，并用提睾带托起阴囊，以防水肿或血肿形成。
- 4、注意保持伤口清洁、干燥。
- 5、保持大小便通畅，注意保暖，避免咳嗽等增加腹压的因素，防止疝复发。如有咳嗽时用手按压伤口，并立即用药。
- 6、如为嵌顿性疝或绞窄性疝作肠切除术者，按肠切除术后护理常规。
- 7、鼓励并协助病人早期床上活动，以防肺部并发症，但要避免增加腹压的活动；术后一周离床活动。作无张力修补术者，术后 6 小时可下床活动。

【并发症的观察及护理】

- (一) **阴囊水肿** 术后可用丁字带将阴囊托起，并密切观察阴囊肿胀情况。
- (二) **切口感染** 应用抗菌素，保持切口敷料清洁和干燥，避免大小便污染；发现敷料污染或脱落，及时更换；注意观察体温变化及切口有无红肿痛等症状，发现异常，及时处理。

【健康指导】

- 1、出院后继续休息 1 个月，轻便工作 3 个月半年内避免重体力劳动，如提重物抬重物及持久站立等。
- 2、多食粗纤维食物，如：芹菜、笋等，保持大便通畅。
- 3、避免受凉感冒，防止咳嗽、打喷嚏致腹压升高导致病复发。
- 4、若疝复发，及时来院诊治。

十六、腹部复合伤护理常规

机体同时受到不同原因所致的腹部多脏器多处闭合性或开放性损伤称腹部复合伤。

【临床表现】

腹痛，在内脏破裂部位最明显。恶心呕吐，往往有内脏损伤。腹膜刺激征，即腹部有压痛、肌紧张、反跳痛，提示有急性腹膜炎。出血症：呕血或黑便、血尿、腹部移动性浊音，严重出血者可发生休克。

【治疗原则】

- 1、现场急救
- 2、非手术治疗：防治休克、抗感染、禁食胃肠减压、镇痛、做好术前准备。
- 3、手术治疗

【护理评估】

- 1、术前评估：健康史及相关因素；包括病人的一般情况、受伤史、既往史等。
- 2、身体情况 局部有无压痛、反跳痛和肌紧张，其程度和范围。评估病人的神志、意识、有无面色苍白、出冷汗等早期休克的征象。
- 3、辅助检查：血常规、血尿淀粉酶；影像学检查等
- 4、评估心理和社会支持状况。

【护理措施】

- 1、协助早期诊断，充分做好检查所需物品器械等的准备工作。向病人做好解释工作。
- 2、掌握伤情，观察病人全身体表有无挫伤及擦伤，分析受伤着力部位与损伤脏器关系，向病人及家属了解关于受伤情况。
- 3、严密观察病情变化。判断意识有无障碍，有无面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、脉快细弱、表情淡漠等休克前驱症状的表现。
- 4、观察腹部体征变化、疼痛性质、部位，有无肠鸣音、排便及排气等，有无恶心呕吐；注意呕吐物的性状、数量及气味，同时观察尿的颜色、量。
- 5、观察期间禁用镇静剂。禁止灌肠，禁食、禁水，留置胃管者按胃肠减压护理常规。
- 6、做好心理护理，解除或减轻病人的不良情绪。
- 7、绝对卧床，血压平稳者取半卧位。

- 8、吸氧，保持呼吸道通畅，禁食期间做好口腔护理。
- 9、维持水、电解质、酸碱平衡，保证输液顺利，一般以两路输液为宜。输液、输血速度及量参照血压、脉搏、尿量及中心静脉压等指标进行控制和调整。
- 10、做好皮肤护理，预防压疮。
- 11、需急诊手术者，迅速做好术前准备。
- 12、术后按相关疾病术后护理常规。

【并发症的观察和护理】

（一）内出血

观察：病人有无出现休克的征象。

护理：取平卧位，严密观察生命体征及腹部症状的变化，查血常规、迅速扩充血容量及抗休克。必要时抗休克的同时进行手术止血。

（二）腹腔脓肿

观察：术后数日，若病人体温持续不退或下降后又升高，伴腹痛、腹胀、呃逆、直肠或膀胱刺激征，同时白细胞计数与中性粒细胞比例明显升高或有异味等。

护理：生命体征平稳后取半卧位，以促使腹腔渗液积聚于盆腔。

【健康指导】

- 1、加强对劳动保护、安全生产、安全行车知识宣传，避免意外损伤的发生。
- 2、了解和掌握各种急救知识。
- 3、发生腹部外伤后一定要去医院进行全面的检查。
- 4、出院后要适当休息，加强锻炼，增加营养。如不适，及时就诊。

十七、血管疾病手术一般护理常规

按外科疾病手术一般护理常规。

【术前护理】

- 1、高蛋白、高热量、易消化饮食，肥胖、动脉硬化性疾病者低脂饮食。禁烟、烈性酒。
- 2、病情危重时绝对卧床休息，恢复期可下床活动。动脉疾病时患肢低于心脏水平；静脉疾病患肢抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。
- 3、完善术前检查，如三大常规及心、肺、肾、肝功能、凝血功能测定。及时做好专科检查：静脉疾病行静脉造影，动脉疾病行动脉造影（DSA）检查，造影前做好碘过敏试验。深静脉血栓形成患者测量患肢周径。
- 4、积极做好术前准备：备皮、备血；术前禁食 12 小时，禁饮 6 小时。
- 5、术中累及消化道可能者，术前 3 天全流饮食，术前一晚、术晨清洗肠，置胃管。
- 6、向患者说明手术方法、可能发生的情况、注意事项等，增加心理适应能力；训练患者卧床大、小便。

【术后护理】

- 1、一般手术患者术后平卧、观察生命体征 6 小时；DSA 造影及腔内治疗的患者绝对伸直患肢 24 小时；静脉血管置换手术者卧床一周，动脉置换术者绝对卧床 10 天。
- 2、头颈部、胸部手术取半坐卧位；腹部手术取平卧位；四肢静脉或截肢手术患肢抬高 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ；血管置换手术患者平卧或低半坐卧位，避免关节过曲、挤压、扭曲血管及剧烈运动。
- 3、大手术后给予心电监护、吸氧，密切观察生命体征等病情变化，了解切口有无出血、渗血；观察血管手术肢体远端血运情况。
- 4、伤口疼痛剧烈时，遵医嘱使用止痛药物。动脉疾病不可过分限制使用止痛剂，主动脉夹层疼痛遵医嘱及时使用强止痛剂。
- 5、观察切口情况，观察引流液质、色及量，了解活动性出血；记 24 小时尿量。
- 6、预防并发症：鼓励深呼吸、翻身、拍背，预防肺部并发症；鼓励早期下床活动，预防 DVT 发生。
- 7、使用抗凝剂时，观察用药反应。
- 8、保持急救药品、物品的完好。

十八、下肢静脉曲张护理常规

下肢静脉曲张是一种以下肢浅静脉扩张、迂曲为主要表现的常见病，多见于从事重体力劳动、长期站立工作者。

【临床表现】

下肢静脉扩张、隆起，弯曲成团，有下肢沉重、发胀感，晚期小腿皮肤色素沉着、瘙痒、湿疹形成，严重时出现小腿溃疡或癌变。

【治疗原则】

1、非手术治疗 适用于：①病变局限，症状较轻。②妊娠期间发病；③症状虽然明显，但不能耐受手术者。

(1) 促进静脉回流：避免久站、久坐，间歇性抬高患肢，穿弹力袜。

(2) 注射硬化剂和压迫疗法。

(3) 处理并发症

A、血栓性静脉炎：给予抗菌药及局部热敷治疗。

B、湿疹和溃疡：抬高患肢并给予创面湿敷。

C、曲张静脉破裂出血：抬高患肢或加压止血，必要时缝扎止血。

2、手术疗法

(1) 传统手术：高位结扎大隐或小隐静脉；剥离大隐或小隐静脉主干及曲张静脉；结扎功能不全的交通静脉。

(2) 微创疗法

【护理评估】

1、询问患者的健康史，了解患者的生活习惯及职业特点等。

2、评估生命体征，了解患肢是否有水肿、胀痛；评估曲张静脉的程度、范围；评估下肢小腿皮肤的颜色，有无皮炎、溃疡等。

3、了解患者血管检查、血常规、凝血功能等结果。

4、评估患者对疾病治疗和手术的认知程度及心理状态。

【护理措施】

术前

1、按外科术前护理常规。

2、观察局部有无出血、渗血。一般予抬高患肢用纱布压迫包扎即可止血，必要时缝扎

破裂的静脉。

- 3、症状明显，伴有小腿溃疡者宜卧床休息并抬高患肢，每日换药一次，局部用抗生素。如有湿疹性皮炎，保持皮肤清洁干燥，局部涂擦湿疹软膏，嘱病人勿搔抓皮肤，避免皮肤破损，继发感染。
- 4、并发血栓性静脉炎或静脉周围炎时，病人应卧床休息，使用抗生素或涂碘伏。
- 5、严格备皮，除常规沐浴、更换清洁内衣外，应重点清洗会阴、肛门等部位。如需植皮者，准备好供皮区。
- 6、术前常规作凝血功能测定，包括血小板计数、出凝血时间、凝血酶原时间、深静脉造影等，并了解病人有无出血倾向、血液病史及深静脉阻塞程度。

术后

- 1、按外科术后护理常规。
- 2、注意观察患肢血液循环，绷带包扎松紧度，有无妨碍关节活动，以判断是否包扎过紧或有无其他并发症。
- 3、抬高下肢 30°，且局部垫枕，以利于下肢静脉血回流。
- 4、注意有无切口及皮下渗血，尤其应用抗凝药物的作用和使用方法，有无全身出血倾向。
- 5、鼓励早期下床活动，对于单纯性大隐静脉高位结扎+抽剥术者，24~48 小时后应下地行走；对于有静脉功能障碍行下肢静脉环缩及血管重建术者，术后应卧床 1~2 周，但应在床上做足关节伸屈活动，防止血栓形成，促进侧支循环建立。

【并发症的观察和护理】

- 1、预防深静脉血栓形成：术后早期活动，术后 24 小时鼓励下床活动。
- 2、保护患肢：活动时避免外伤引起曲张静脉破裂出血。

【健康指导】

- 1、指导病人进行适当的体育锻炼，增强血管壁弹性。
- 2、非手术治疗病人应坚持长期使用弹力袜或弹力绷带，术后宜继续使用 1-3 个月。
- 3、3 个月避免重体力劳动及过久站立，坐时避免双膝交叉过久，休息时抬高患肢。
- 4、避免用过紧的腰带和紧身衣物；保持大便通畅。
- 5、有溃疡者继续换药至痊愈。

十九、下肢深静脉血栓形成护理常规

深静脉血栓形成是指血液在深静脉不正常的凝结，好发于下肢。下肢深静脉血栓形成在临床上并不少见，有周围型、中心型和混合型。

【临床表现】

- 1、周围型：主要表现为小腿疼痛和轻度肿胀、活动受限。主要体征为：足背屈时牵拉腓肠肌疼痛，腓肠肌压痛。
- 2、中央型：左侧多见，表现为臀部以下肿胀，下肢、腹股沟及患侧腹壁浅静脉怒张，皮温升高，深静脉走向压痛。血栓脱落可导致肺动脉栓塞，威胁病人生命。
- 3、混合型：全下肢深静脉及肌肉纵内均有血栓形成。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗：包括一般处理、溶栓、抗凝、祛聚疗法。
- 2、手术治疗：常用于下肢深静脉，尤其髂一股静脉血栓形成不超过 48 小时。对已出现股青肿征象，即使病程较长，也应行手术取栓以挽救肢体。

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史，了解既往有无疾病、手术等诱因。
- 2、评估患肢大、小腿周径并动态比较，了解患肢色泽、温度、感觉、脉搏强度，了解有无突然胸痛、气短、咳嗽、咯血等肺栓塞的症状和体征。
- 3、了解患者血管检查、血常规、凝血功能、肝功能等结果。
- 4、评估患者对疾病的认识及心理状态。

【护理措施】

- 1、安抚患者，保持患者情绪。
- 2、绝对卧床休息 2 周，抬高患肢 20~30 度，避免下肢垫枕，过度屈髋。急性期患肢严禁热敷按摩。做好皮肤护理，注意保暖，防止抓破。
- 3、给予易消化、无刺激、丰富纤维、低脂饮食，鼓励多饮水，保持大便通畅，减少用力排力。严禁吸烟。
- 4、每日测量并记录患肢不同平面的周径（踝上 10cm，膝下 10cm），以判断疗效。
- 5、加强生活护理和基础护理，满足卧床病人生理需求。

- 6、按医嘱做好药物治疗法，观察药物的疗效及副作用。
- 7、对频繁血栓脱落者，可行手术安装过滤网预防肺栓塞。术后鼓励早期下床活动，预防肺栓塞。

【并发症的观察与护理】

（一）预防出血

- 1、观察抗凝状况：根据抗凝药物的作用时间，观察抗凝状况。
 - A、肝素：静脉注射后 10 分钟即产生抗凝作用，一般维持 3-6 小时。维持凝血时间超过正常值约 2 倍为宜。若测得凝血时间为 20—25 分钟，应请示医生调整剂量。
 - B、香豆素类药物：一般在用药后 20—48 小时才开始起效。停药后 4—10 天药物作用才消失。用药期间应每日测定凝血酶原时间，测定结果应控制在正常值的 20%—30%。
- 2、观察出血倾向：在抗凝期间应严密观察全身有无出血倾向和切口渗血情况。
- 3、紧急处理出血：若因肝素、香豆素类药物用量过多引起凝血时间延长或出血，应及时报告医生并协助处理，包括立即停用抗凝药物、遵医嘱使用硫酸鱼精蛋白作为拮抗剂或静脉注射维生素 K，必要时输新鲜血。

（二）预防栓塞

应绝对卧床休息 2 周，避免患肢活动，严禁挤压下肢。如患者突然出现胸痛、呼吸困难、血压下降等异常情况，提示可能发生肺动脉栓塞，应立即嘱患者平卧、避免做深呼吸、咳嗽、剧烈翻动，同时避免高浓度氧气吸入，并报告医生，配合抢救。

【健康指导】

- 1、戒烟 告知病人要绝对禁烟，防止烟草中的尼古丁刺激引起血管收缩。
- 2、饮食 进食低脂、高纤维素的饮食；保持大便通畅。
- 3、适当运动，促进静脉回流 鼓励病人加强日常锻炼，促进静脉回流。对于长期卧床病人和制动的病人应同时指导其家属，加强病人床上运动，如定期翻身，协助病人做四肢的主动或被动运动。避免在下膝垫硬枕，过度屈髋，用过紧的腰带和紧身衣物而影响静脉回流。
- 4、保护静脉 长期静脉输液者，应尽量保护静脉，避免在同一部位反复穿刺。

二十、下肢动脉硬化闭塞症护理常规

下肢动脉硬化闭塞症是指由于腹主动脉的末端至下肢动脉发生粥样硬化引起管腔不同程度的狭窄而造成肢体急慢性缺血的一组临床症候群。

【临床表现】

- 1、间歇性跛行。
- 2、静息痛和组织坏死。
- 3、缺血性神经病变。
- 4、废用性肌肉萎缩及关节僵硬。
- 5、阳痿。

【治疗原则】

（一）药物治疗

- 1、降血脂药物，同时治疗高血压
- 2、应用血管扩张药物
- 3、中草药制剂

（二）手术治疗

- 1、如无症状或症状轻微，动脉轻度狭窄，则可暂不手术。出现间歇性跛行并经 动脉造影证实有下肢动脉严重狭窄（管径小于正常管径的 50%）时则需手术治疗。当伴有严重静息痛或足趾溃疡及坏疽时，更需手术治疗，但手术效果较差。
- 2、主要采用人造血管或自体大隐静脉作旁路移植术，在闭塞动脉的近远端作桥式端-侧吻合，以重建动脉血流。

【护理评估】

- 1、评估患者健康史，既往疾病史、手术史等。
- 2、评估患者全身情况，如生命体征、面色、神志、心功能及尿量。
- 3、评估闭塞动脉的部位、范围、程度、有无侧支循环建立以及病变发展的速度了解患肢的动脉搏动、皮温及肢体循环情况，对照测量两侧肢体血压。
- 4、评估患肢疼痛的性质，据患肢疼痛的性质来判断疾病分期：早期轻度发凉麻木；继之下肢供血不全至间歇性跛行；晚期出现静息痛，即休息时患肢也感觉疼痛麻木或异样感觉；最后出现肢体坏疽。评估有无废用性肌肉萎缩。
- 5、了解血管检查、凝血功能等检查结果。

6、评估患者的心理状况及对疾病和手术的认知程度。

【护理措施】

术前

- 1、卧床休息，避免肢体受压、过度屈髋、屈膝。注意保暖，禁热敷。
- 2、给予高蛋白、高维生素、低脂饮食，对糖尿病病人给予糖尿病饮食，并注意监测尿糖、血糖变化。劝病人戒烟，
- 3、预防感染，溃烂处要及时换药，给予保护。
- 4、拟行手术者做好术前准备。拟行动脉球囊扩张和/或动脉支架植入术者，做好介入术前准备：行碘过敏试验，备皮等。
- 5、做好心理护理。

术后

- 1、体位：术后取平卧位或床头抬高 15 度的斜坡位，防止髋关节膝关节过度屈曲，避免人工血管受压及吻合口的扭曲撕裂，不宜过早离床活动。术后 1 周绝对卧床，7~10 天床上活动，10 天后进行床边活动。
- 2、给予心电监护、吸氧、严密观察生命体征、神志变化。
- 3、注意肢体血运。做好足部护理，坚持下肢锻炼，促进侧支循环建立，防止血栓形成。
- 4、防止感染，保持敷料干燥清洁，加强切口的无菌换药技术。
- 5、遵医嘱使用药物及观察药物疗效和副作用。患者心功能不全时，应控制输液的速度和量。扩张血管、抗凝药物时，观察出血倾向，拔针后宜久压针眼。患者剧烈疼痛时，遵医嘱使用止痛药。
- 6、行动脉球囊扩张和/或行动脉支架植入术的病人，按介入常规做好护理。

【并发症的观察和护理】

血管再通综合症 注意观察全身情况、精神状态、呼吸和尿量情况，注意监测病人的电解质、肾功能和尿常规。如有异常情况，及时报告医生。

【健康指导】

- 1、指导患者坚持低脂饮食，及时治疗糖尿病等疾病。戒烟。
- 2、坚持运动，促进侧支循环。指导患者进行关节活动，避免关节僵硬。
- 3、交待患者遵医嘱服用抗血小板凝集药物，定期复查。如出现牙龈出血、皮肤黏膜出血等现象，及时就医。

二十一、血栓闭塞性脉管炎护理常规

血栓闭塞性脉管炎是一种以周围血管炎和闭塞为特点的疾病，主要累及四肢中小动静脉的慢性、进行性、非化脓性炎症和闭塞性病变。

【临床表现】

早期因动脉痉挛出现足趾发凉、麻木、疼痛，后期因血栓形成缺血加重，主要表现为间歇性跛行，随着动脉闭塞缺血程度的加重表现为静息痛，当患肢血压循环严重障碍，发生坏疽或溃疡。

【治疗原则】

1、非手术治疗

(1) 一般处理：坚持戒烟，避免寒冷、潮湿、外伤，注意患肢保暖，但不宜热敷，以免增加组织氧耗量，造成患肢缺血坏疽。疼痛严重者，使用止痛药。

(2) 患肢运动练习（Buerger 运动） 有助于促进患肢侧支循环建立，增加患肢血供。
方法：平卧位，患肢抬高 45°，维持 1~2 分钟。然后坐起，患肢下垂床边 2~5 分钟，并作足部旋转、伸屈运动 10 次。最后将患肢放平休息 2 分钟。每次重复练习 5 回，每日练习数次。

(3) 药物治疗

①扩张血管和抑制血小板凝集。凯时、妥拉唑啉、硫酸镁溶液湿液、低分子右旋糖酐。

②预防和控制感染。

③其他疗法：中医中药、高压氧疗法。

2、手术治疗 动脉重建术、分期动静脉转流术、腰交感神经切除术等。

【护理措施】

术前

1、按外科术前护理常规。

2、禁烟，注意休息，保暖防湿，避免血管痉挛加剧肢体缺血。肢体病变部位不宜热敷，以免增加组织耗氧量。

3、避免局部按摩、挤压引起肢端溃疡或坏疽，鞋袜不宜过紧。

- 4、观察患肢皮肤色泽、温度及动脉搏动情况，抬高患肢 30°。
- 5、鼓励病人在床上做肢体功能锻炼，避免长时间维持同一姿势影响血压循环。
- 6、疼痛剧烈者应防止坠床，适当给予镇痛镇静药物。必要时可试用普鲁卡因股动脉注射或作连续硬膜外阻滞止痛。
- 7、做血管重建术的病人术前尤应测定病人血小板计数、凝血酶原时间。

术后

- 1、按外科术后护理常规。
- 2、观察生命体征及伤口渗血出血情况，熟悉抗凝药物的作用和使用方法。注意有无全身出血，以防发生严重并发症。
- 3、血管重建术后应平卧位，患肢抬高 30°，卧床 1-2 周，可在床上做足关节伸屈活动，同时观察患肢肢端的皮温、色泽、感觉和动脉搏动强度，如出现肢端疼痛、皮肤苍白或淤紫、皮温降低、动脉搏动减弱或消失，有可能血管重建部位发生痉挛或继发性血栓形成，应及时予抗痉挛、抗血栓等对症处理。
- 4、腰交感神经切除术后应观察有无恶心、呕吐、心悸、头晕等反应。如并发腹胀等功能紊乱，可给予胃肠减压、肛管排气。

【并发症的预防和护理】

体位：血管造影术后病人应平卧位，患肢制动 6-8 小时，患侧髋关节伸直、避免弯曲。静脉术后抬高患肢 30 度，制动 1 周。动脉手术后患肢平放，制动 2 周。病人卧床期间应做足部运动，促进局部血液循环。

【健康指导】

- 2、体位 病人睡觉或休息时头高脚低位。告知病人避免长时间维持同一姿势（站或座）不变，以免影响血液循环。坐时应避免将腿搁于另一腿膝盖上。以防腘窝动、静脉受压和血流受阻。
- 3、保护患肢 切勿赤足行走，避免外伤；注意患肢保暖，避免受寒；鞋子必须合适，不穿高跟鞋；穿棉袜子，勤换裤子。
- 4、指导患者进行患肢功能锻炼。劝告病人戒烟。
- 5、合理使用止痛药。

二十二、甲状腺功能亢进症手术护理常规

甲状腺功能亢进简称甲亢，系各种原因所致正常甲状腺素分泌的反馈控制机制丧失，引起甲状腺素异常增多，出现以全身代谢亢进为主要特征的疾病总称。

【临床表现】

轻重不一，典型表现有高代谢综合症、甲状腺肿大及眼征三大主要症状。

- (1) 高代谢综合症：由 T₃、T₄ 分泌过多和交感神经兴奋性增高引起，主要表现为性情急躁、易激怒、失眠、双手颤动、怕热、多汗、皮肤潮湿、无力、易疲劳等，食欲亢进却体重减轻，肠鸣音亢进和腹泻，心悸、脉快（心律>100次/min）。
- (2) 甲状腺肿大：有不同程度的弥漫性、对称性甲状腺肿大，多无局部压迫症状。左、右、上、下极可扪及震颤音及血管杂音。
- (3) 眼征：突眼为眼征中重要且较特异的体征之一。典型者双眼眼球突出，睑裂增宽。个别突出严重者，上、下眼睑难以闭合。
- (4) 基础代谢率增高：基础代谢率(%)=(脉率+脉压)-111，以±10%为正常，+20%~+30%为轻度甲亢，+30%~+60%为中度甲亢，60%以上为重度甲亢。测定前必须在清晨空腹静卧时反复进行。

【治疗原则】 手术治疗

【护理评估】

- 1、了解患者健康史、患甲状腺功能亢进症病程、治疗用药情况，有无吸烟。
- 2、评估患者目前的症状与体征，如甲状腺肿大程度、情绪、性格变化情况，是否有怕热、多汗、食欲亢进、消瘦等。测定基础代谢率。
- 3、了解患者术前准备情况、T₃、T₄ 值和服碘的时间。
- 4、了解患者及家属对疾病治疗和预后的认识以及配合程度。

【护理措施】

1、术前准备

- (1) 完善各项检查，做好心理护理，避免不良刺激。戒烟。
- (2) 给予高蛋白、高碳水化合物及丰富维生素饮食，鼓励多饮水，忌浓茶、咖啡及辛辣刺激性食物。
- (3) 指导患者按时按量正确服碘剂，做好术前准备，有利于减少甲状腺充血和预防甲状腺危象。

(4) 对于突眼的患者，卧床时垫高头部，保护突眼。

(5) 指导患者练习术中体位，即头、颈部过伸体位。

2、术后护理

(1) 术后麻醉清醒后取半卧位，床旁备气管切开包，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压等，必要时心电监护。

(2) 鼓励患者早期下床活动，注意保护头颈部，避免剧烈活动。

(3) 观察伤口渗血、发音情况以及饮水后有无呛咳现象；保持伤口引流通畅。

(4) 按医嘱准确服用碘剂。

(5) 对眼睑不能闭合者保护角膜和结膜，经常点眼药水或涂抗生素眼膏，防止干燥、外伤及感染。

【术后并发症观察及护理】

(一) 甲亢危象

是甲亢术后严重并发症之一。临床表现为术后 12~36 小时内患者出现高热($>39^{\circ}\text{C}$)、脉快而弱(>120 次/min)、大汗、烦躁不安、谵妄，甚至昏迷，常伴有呕吐、水泻。

预防：①术前稳定患者情绪，提供安静轻松的环境，督促患者按时按量服用碘剂。②术后 48 h 内应密切观察患者的体温与脉搏；注意患者情绪变化，对于脉搏快者应提高警惕，及时应用氢化可的松拮抗应激反应；麻醉清醒后及时给患者服用碘剂。

急救处理：立即报告医生，给氧、降温、迅速建立静脉通路，遵医嘱予碘剂和激素治疗，协助医生抢救，治疗护理同时做好心理护理。(见专科急救流程)

(二) 呼吸困难和窒息

是最危急的并发症，多发生在术后 48 小时内。临床表现为进行性呼吸困难、烦躁、发绀，甚至窒息；可有颈部肿胀，切口渗出鲜血等。常见原因：①切口内出血压迫气管；②喉头水肿；③气管塌陷；④双侧喉返神经。

预防：①床头备气切包，全麻术后常规护理，待血压平稳或全麻清醒后取半卧位，以利呼吸和引流。②心电监护及低流量吸氧 4~6 h，鼓励病人深呼吸，行有效咳痰、咳嗽。③密切观察病人的呼吸、面色、口唇、意识、生命体征及颈部有无肿胀。④观察引流液的性质及量等。

急救处理：①对因血肿压迫所致呼吸困难或窒息者，须立即配合进行床边抢救，即剪开缝线，敞开伤口，迅速除去血肿，结扎出血的血管。若患者呼吸仍无改善则需行气管切开、吸氧；待病情好转，再送手术室作进一步检查、止血和其他处理。②对喉头水肿所致呼吸困难或窒息者，立即遵医嘱应用大剂量激素，若呼吸困难无好转，行气管切开。③由于气管塌陷所致呼吸困难或窒息者，立即行气管切开。（见专科急救流程）

（三）喉返和喉上神经损伤

单侧喉返神经损伤，大都引起声音嘶哑；双侧喉返神经损伤依损伤平面的不同，可因双侧声带麻痹致失声、严重者发生呼吸困难，甚至窒息。

喉上神经外支（运动支）受损可使环甲肌瘫痪，引起声带松弛和声调降低；喉上神经内支（感觉支）受损会使喉部粘膜感觉丧失，在进食、特别是饮水时，患者因喉部反射性咳嗽的丧失而易发生误吸或呛咳。

护理：鼓励术后患者发音，注意有无声调降低或声音嘶哑；若喉返神经严重损伤所致呼吸困难或窒息者多需立即行气管切开。喉上神经内支受损，患者在进食、尤其饮水时，易发生误吸和呛咳，要加强对这类患者在饮食过程中的观察和护理，鼓励患者多进食固体类食物，一般经治疗后可自行恢复。

（四）手足抽搐（甲状旁腺损伤）

常在术后 1~2 天出现面部、唇或手足部的针刺、麻木或强直感；少数严重者可出现面肌和手足伴有疼痛的持续性痉挛；每天发作多次，每次持续 10~20 分钟或更长，甚至可发生喉、膈肌痉挛和窒息。

护理：术后注意观察患者颜面部及手足有无抽搐，嘱其禁食含磷较高的食物（肉类、乳品和蛋类），轻者可适量口服钙剂，发生抽搐时应遵医嘱静脉滴注葡萄糖酸钙。

【健康指导】

- 1、指导患者保持情绪稳定，避免加重病情。
- 2、指导声音嘶哑患者发音训练。
- 3、交待患者术后严格按医嘱服药，勿增减或停药，以免病情恶化。
- 4、嘱患者定期门诊复查，以及了解甲状腺的功能。如出现心悸、手足震颤、抽搐等及时就诊。

二十三、甲状腺瘤手术护理常规

甲状腺瘤系最常见的甲状腺良性肿瘤，腺瘤周围有完整包膜。按形态学可分为：滤泡状腺瘤和乳头状性腺瘤，临床以前者多见。

【临床表现】

以 40 岁以下女性多见，多数无不适症状，常在无意间或体检时发现颈部有圆形或椭圆形结节。

【治疗原则】 手术治疗

【护理评估】

- 1、了解患者健康史、既往有无甲状腺疾病及治疗情况。询问患者饮食习惯，有无食欲亢进，有无吸烟。
- 2、评估甲状腺肿块的大小、形状、质地、活动度，了解有无甲亢的全身表现。
- 3、了解患者术前准备情况、T3、T4 值和服碘的时间。
- 4、了解患者及家属对疾病治疗和预后的认识及配合程度，有无吸烟，家庭和社会支持情况。

【护理措施】

1、术前护理

- (1) 完善术前各项检查，做好心理护理。
- (2) 嘱患者戒烟。
- (3) 指导患者练习头颈过伸体位、深呼吸、有效咳嗽。

2、术后护理

一般护理：取半卧位；床旁备气管切开包；定时测量体温、脉搏、呼吸、血压；观察伤口渗血、发音和吞咽情况；保持伤口引流通畅。术后 6 小时无呕吐不适，可进冷、温流质，并注意有无呛咳。术后第 1 天进软食。

【术后并发症观察及护理】

见甲状腺功能亢进症手术护理常规中并发症观察及护理。

【健康指导】

- 1、指导患者自我控制情绪，保持精神愉快、心境平和。
- 2、指导患者术后早期下床活动。注意保护头颈部；指导声嘶者作发音训练。
- 3、说明术后继续服药的重要性，强调按时按量正确服药。
- 4、定期复查监测甲状腺功能，嘱医嘱减药或停药。

二十四、甲状腺癌手术护理常规

甲状腺癌是头颈部较常见的恶性肿瘤，约占全身恶性肿瘤的 1%，女性发病率高于男性。除髓样癌外，对数甲状腺癌起源于滤泡上皮细胞。

【临床表现】

- (1) 早期：多无明显症状，仅在颈部出现单个质地硬而固定、表面高低不平、随吞咽上下移动的肿块。
- (2) 晚期：除伴颈部淋巴结肿大外，常因喉返神经、气管或食管受压而出现声音嘶哑，呼吸困难或吞咽困难等；若颈交感神经受压可引起 Horner 综合症，即颈交感神经麻痹综合症，是由于交感神经中枢至眼部的通路上受到任何压迫和破坏，引起瞳孔缩小、眼球内陷、上睑下垂及患侧面部无汗的综合症。

【治疗原则】

1. 手术治疗
2. 内分泌治疗
3. 放射性核素治疗
4. 放射性照射治疗

【护理评估】

1. 询问患者健康史、发现甲状腺肿块的时间；评估肿块的大小、形状、质地、活动度及颈部或其他部位有无淋巴结肿大，有无甲亢的全身表现。
2. 了解患者术前准备情况、T3、T4 值等检查结果。
3. 了解患者及家属对疾病治疗和预后的认识及配合程度，家庭和社会支持情况，有无吸烟史。

【护理措施】

1. 术前护理
 - (1) 完善术前各项检查，做好心理护理。
 - (2) 嘱患者戒烟。
 - (3) 指导患者练习头颈过伸体位、深呼吸、有效咳嗽。
 - (4) 剔除其耳后毛发，以便行颈淋巴结清扫术。必要时术前晚予以镇静安眠类药物，

保证充分睡眠和休息。

2. 术后护理

- (1) 全麻者按全麻术后护理常规，麻醉清醒后取半卧位，以利呼吸和引流。
- (2) 床旁备气管切开包；定时测量体温、脉搏、呼吸、血压；观察伤口渗血、发音和吞咽情况；保持伤口引流通畅，观察引流液的量、颜色变化。发现异常，立即通知医师并处理。
- (3) 病情平稳或全麻清醒后，给少量饮水；若无不适，术后第 1 天进少量流质，术后第 2 天进半流。
- (4) 行颈淋巴结清扫术的患者，疼痛难忍时可给予镇静止痛药，以利休息。注意水、电解质的补充。发生窒息时。应立即行气管切开及床旁抢救。

【术后并发症观察及护理】

见甲状腺功能亢进症手术护理常规中并发症观察及护理。

【健康指导】

1. 指导患者功能锻炼。鼓励患者床上活动，促进血液循环和切口愈合，逐步进行颈部活动练习。行颈部淋巴结清扫术者，切口愈合后应开始肩关节和颈部的功能锻炼，坚持至出院后 3 个月。
2. 指导患者调整心态，配合后续治疗，遵医嘱终身服用甲状腺素制剂。
3. 定期复诊。指导患者自我检查颈部，若发现结节、肿块，及时就医。

二十五、乳房癌手术护理常规

乳房癌是女性最常见的恶性肿瘤之一。在我国占全身各种恶性肿瘤的7%~10%，仅次于宫颈癌，但近年来乳房癌的发病率呈上升趋势，有超过宫颈癌的倾向。部分大城市报告乳房癌占女性恶性肿瘤之首位。

【临床表现】

1. 早期患侧乳房出现无痛、单发小肿块，肿块质硬、表面不光滑，与周围组织分界不清楚，在乳房内不易推动。
2. 累及 Coopers 韧带致肿瘤表面皮肤凹陷，即“酒窝征”。侵及乳管出现乳头扁平、凹陷、回缩。癌块继续增大，癌细胞堵塞皮下淋巴管，引起淋巴回流障碍，出现真皮水肿，呈橘皮样改变。乳房发育较差或萎缩时，若癌块较大，局部明显突出。
3. 乳房癌发展至晚期，侵及胸筋膜、胸肌，以致癌肿固定于胸壁而不易推动。有时皮肤溃破而形成溃疡，常有恶臭。癌细胞浸润，癌块表面大片皮肤出现多个坚硬的结节或条索，围绕原发灶，即卫星结节。
4. 乳房癌淋巴转移最初多见于腋窝。转移至肺、骨、肝时，可出现局部疼痛、气急、肝大、黄疸等相应症状。

【治疗原则】

1. 手术治疗
2. 化学药物治疗
3. 内分泌治疗
4. 放射治疗
5. 生物治疗

【护理评估】

- 1、询问患者健康史 了解起病时间、肿块大小，腋窝或其他部位有无淋巴结肿大。
- 2、了解乳腺 B 超、钼靶扫描等检查结果。
- 3、了解患者及家属对疾病治疗和预后的认识及配合程度，家庭和社会支持情况，有无吸烟史。

【护理措施】

1. 术前完善各项检查，做好心理护理和皮肤准备。
2. 术后护理

- (1) 按全麻术后护理常规，术后 6 小时后取半卧位，以利呼吸和引流。
- (2) 麻醉完全清醒后，可正常饮食，保证足够热量和维生素，以利康复。
- (3) 伤口护理：①观察伤口渗血及愈合情况并记录；手术部位用胸带加压包扎，松紧适宜，观察患侧上肢远端血液循环，及时调整胸带的松紧度；②妥善固定引流管，保证有效的负压吸引；③当引流量 $<10\text{ml}/\text{天}$ 、连续 3 天即可停止引流。
- (4) 忌在患者患侧上肢测血压、采血、静脉或皮下注射，预防患侧上肢肿胀。
- (5) 功能锻炼：术后 3 天内患侧上肢限制活动，避免外展上臂；术后 1~2 天开始手指的主动和被动活动；术后 3~5 天开始活动肘部；术后 1 周可活动肩部、手指作爬墙运动，直至患侧手能高举过头、自行梳头（拔除引流管后）。
- (6) 给予患者及家属心理上的支持，增加战胜疾病的信心。护理操作中避免过度暴露手术部位，以保护患者隐私。

【术后并发症观察及护理】

（一）皮瓣坏死

观察：皮瓣坏死一般术后 24 小时可见，缺血的皮肤变苍白，逐步呈青紫色，水肿表面有小水泡；3~7 日后坏死区域的界限逐步清楚，皮肤逐渐呈黑色硬痂状。

预防护理：手术部位用弹力绷带包扎，松紧度以能容纳一手指、能维持正常血运、不影响患者呼吸为宜；观察患侧上肢远端血循环情况，有血管受压时及时调整绷带的松紧度；绷带松脱及时重新加压包扎；观察皮瓣颜色及创面愈合情况。妥善固定引流管，保持负压引流通畅，观察引流液的颜色和量并做好记录。

（二）化疗并发症

化疗并发症观察及护理见肿瘤化学治疗护理常规。

【健康指导】

1. 术后避免患侧上肢搬动、提取重物，继续进行功能锻炼。避免患肢损伤。
2. 术后 2 年内避免妊娠，以防乳腺癌复发。
3. 术后 5 年内每 3~6 个月随访 1 次，2 年后半年或 1 年随访 1 次至每年随访。
4. 放疗或化疗期间，注意保护皮肤，定期复查肝功能、血常规，出现骨髓抑制现象应暂停放疗或化疗。
5. 指导术后患者乳房自查 1 次/月。健侧乳房每年体检 1 次，发现异常及时赴医院就诊。

二十六、肿瘤化学治疗（化疗）护理常规

【护理评估】

1. 了解患者肿瘤原发部位、手术方式、有无转移、各脏器的功能、血象等。
2. 评估患者对化疗的认识和心理反应。了解正接受化疗患者有无化疗毒性反应。
3. 准确核实医嘱，包括化疗药物的名称、剂量、给药方法。
4. 评估患者化疗给药局部血管或肌肉情况，选择穿刺或注射部位。

【护理措施】

1. 化疗药物给药途径

（1）全身给药

- 1) 口服给药：宜于餐后或睡前给药，降低消化道反应。
- 2) 静脉给药：①根据抗肿瘤药物的作用机理选择静脉冲入或滴注，一般不宜从头皮针直接注射；②化疗药物需现配现用，一般用生理盐水或葡萄糖溶液溶解。注入一种化疗药物后，必须迅速冲入生理盐水或葡萄糖溶液；③某些化疗药物遇光分解，保存或使用时需避光。
- 3) 皮下或肌内注射给药：必须深部组织交替注射以利于吸收，避免臀部形成硬结。

（2）局部给药

- 1) 动脉给药：注意保持管道通畅，防止动脉血回流，预防空气栓塞、血栓、缺血性坏死和感染。
- 2) 脑室内给药、鞘膜内给药。
- 3) 腔内注射：确保注入腔内，注药后协助患者更换体位。

治疗前向患者讲解化疗的目的、给药途径和注意事项，消除紧张、恐惧情绪。

2. 使用静脉输注化疗药物护理

- （1）化疗药物由细胞毒药物配制中心配制，明确剂量、浓度，配好药液贴醒目化疗标识，转送过程中用红色塑料袋盛装。药液配制要新鲜，剂量、浓度及使用方法要准确无误，以免影响药效。化疗药的输液瓶要保证安全。
- （2）保护血管以备长期用药，外周注射部位每次更换，计划使用，穿刺时要求使用留置针；提倡腐蚀性化疗药深静脉留置。对需长期化疗的病人建议使用 PICC 导管。

- (3) 化疗前遵医嘱给与抗过敏、止吐等药物。
- (4) 输液过程中加强巡视，强腐蚀性药物：开始 10 分钟严密监测，之后每半小时巡视一次，2 小时后每小时 1 次；中等腐蚀性药物：化疗开始后每 15 分钟巡视一次，1 小时后每小时 1 次；弱腐蚀性药物：开始每 30 分钟巡视一次，1 小时后每小时巡视一次。严格执行床头交接班制度。
- (5) 化疗药物输注前后，用 0.9%氯化钠注射液或 5%葡萄糖注射液冲洗输液管。患者同时使用两种以上化疗药物时，两药之间要用 0.9%氯化钠注射液或 5%葡萄糖注射液冲洗隔开。废弃物放入化疗专用密闭容器内。
- (6) 静脉推注化疗药物时需戴手套，在针筒连接处下方放一次性纸巾，推注药液前要确认静脉通畅，推注时注意控制速度。
- (7) 经皮下泵使用化疗药时，穿刺前核实管子的型号及尖端的位置，检查局部有无液体漏出及红肿迹象；再进行泵内穿刺，妥善固定；经确认通畅后，方可接上化疗药物。

3. 口服化疗药物护理

- (1) 发口服化疗药物时，护士与病人均不要用手接触药物。
- (2) 保持胶囊药丸完整，不应开启。
- (3) 如要将药丸分一半，护士必须戴手套，所有用具用后必须以大量清水冲洗。

4. 经腹腔灌注化疗药物护理

- (1) 核对医嘱，确保足够的腹腔灌入量。
- (2) 检查腹腔留置针的位置，确保通畅。
- (3) 液体输入前须加温。
- (4) 输注时多改变体位。
- (5) 密切观察副反应。
- (6) 做好腹腔留置针的护理。

【并发症观察及护理】

(一) 胃肠道反应

恶心、呕吐、食欲不振是最常见的胃肠道不良反应。

护理：①化疗前遵医嘱给予镇静、止吐剂。②对严重胃肠道反应的患者，注意保持水、电解质及酸碱平衡。③化疗间歇期鼓励患者摄取足够营养。

（二）骨髓抑制

60%~80%的患者可出现白细胞、血小板减少，其中白细胞减少于用药后约10~14日下降至最低点，约3周可恢复至正常水平。

护理：应用化疗药物后，每周复查血象1次。如出现乏力、 $WBC < 3 \times 10^9 / L$ 应报告医生暂停化疗，对症处理。

（三）过敏反应

紫杉类药物可引起过敏反应，表现为患者烦躁不安，胸闷气促等症状或表情淡漠、面色苍白、皮肤湿冷，血压下降等症状，常发生于首次或第二次给药时。

护理：用药前遵医嘱给予预防过敏的药物。在输注时应先慢滴，尤其在首次，以了解患者对药物的敏感程度。在化疗过程中应密切观察患者的生命体征，并要准备常规抗过敏药物及抢救设备。

（四）脱发

与应用蒽环类化疗药有关，约90%患者可能发生，主要为I-II度。

护理：脱发为一过性，一般无需处理，耐心向患者解释即可；发生脱发后，保持患者情绪稳定、充足睡眠、补充营养等，有利于头皮再生，也可以外用生发剂。还可以通过头部低温冷却法来预防脱发。

（五）膀胱炎

主要为环磷酰胺所致，表现为尿频、尿急、尿痛以及血尿等症状。

护理：化疗期间宜多补液，鼓励多饮水；有出血性膀胱炎时，须停用环磷酰胺。

（六）心脏毒性

蒽环类化疗药物可引起心脏毒性，引起心律失常和传导阻滞、急性心力衰竭、心肌病等临床表现。

护理：首先应严格限定在规定剂量范围内用药，使用化疗药物过程中严密观察。

（七）神经毒性

随着化疗周期的增加，几乎所有的患者均有不同程度的神经毒性出现，主要表现在

感觉异常或感觉迟钝，遇冷加重，大约 10% 患者可以出现功能障碍，停药后一般 3~6 个月缓解，但少部分患者长期存在，偶尔可见到可逆性咽喉感觉障碍，进食冷物可以诱发。

护理：必须严密观察用药后的反应，及时发现中毒症状，立即通知医师停药。

（八）手足综合症

主要表现是手掌和足底的触痛性红斑或肢端红斑，分三级，一级：手足感觉异常，发红，无疼痛；二级：手足皮肤肿胀，发红，伴有疼痛；三级：手足皮肤脱屑、水疱、溃疡，伴有严重疼痛。

护理：用药期间注意观察，出现一级症状时，报告医生给予剂量调整；到达二级甚至三级症状时，必须马上停药。

（九）化疗药物外渗：

护理：药液滴注出现外渗及外漏时应立即停止注入，吸出针头内残留液体，拔出针头，重新穿刺。局部可用冷、湿敷(奥沙利铂、长春新碱、VP-16 可热敷)，之后局部用硫酸镁湿热敷或用土豆片、芦荟外敷，或喜疗妥霜外涂。抬高患肢 24 小时。记录化疗药物外渗的部位、范围、药物名称和浓度、病人症状。

【健康指导】

1. 饮食有规律，选择清淡、易消化、富含蛋白质及维生素的半流质；忌刺激食物；烹调多样化，以增进食欲。
2. 多休息，适当保护性隔离。
3. 保持情绪稳定，避免劳累、感染、情绪波动、受孕。
4. 在病情稳定期可适当活动，如散步、打拳、静坐、看书，避免过劳。
5. 注意防寒保暖，易感染季节避免进入公共场所，减少暴晒。
6. 定期门诊复诊及化疗。

二十七、甲状腺危象急救护理常规

【临床症状】

甲亢术后 12~36 小时内，患者出现高热（ $>39^{\circ}\text{C}$ ）、脉快而弱（ >120 次/min）、大汗、烦躁不安、谵妄，甚至昏迷，常伴有呕吐、水泻。若处理不及时或不当，患者常迅速死亡。其原因和诱因可能与术前准备不充分使甲亢症状未能很好控制、长期甲亢所致肾上腺皮质激素的合成和分泌亢进使肾上腺皮质功能减退，以及手术创伤致甲状腺素过量释放等有关。

【治疗原则】

- 1、肾上腺素能阻滞剂：可选用利血平 1~2mg 肌注或胍已啶 10~20mg 口服，还可用普萘洛尔 5mg 加 5%~10% 葡萄糖溶液 100ml 静脉滴注。
- 2、碘剂：口服复方碘化剂溶液。
- 3、氢化可的松：每日 200~400mg，分次静脉滴注。
- 4、镇静剂常用苯巴比妥钠 100mg 或冬眠合剂 II 号半量，肌肉注射 6~8 小时 1 次。
- 5、降温：用退热剂冬眠药物和物理降温等综合方法，保持患者体温在 37°C 左右。
- 6、静脉输入大量葡萄糖溶液补充能量，吸氧，以减轻组织的缺氧。
- 7、有心力衰竭者，加用洋地黄制剂。

【护理措施】

预防：

- 1、术前稳定患者情绪，避免各种诱因；提供安静轻松的环境，确保患者得到充分的休息和睡眠；指导、督促患者按时按量服用碘剂，降低基础代谢率，控制甲亢症状以便进行手术。
- 2、术后 48 h 内密切观察患者的体温与脉搏；注意患者情绪变化，对脉搏快者提高警惕，及时用氢化可的松拮抗应激反应；麻醉清醒后及时给患者服用碘剂。

急救处理：

- 1、一旦发生甲亢危象，立即报告医生。
- 2、卧床休息，给予氧气吸入，减轻组织缺氧。
- 3、稳定患者情绪，严密观察生命体征变化。
- 4、迅速建立静脉通路，遵医嘱给予葡萄糖、碘剂和激素治疗。
- 5、遵医嘱给予降温，使患者体温尽量维持在 37°C 左右。

【健康指导】同甲状腺功能亢进症。

二十八、糖尿病护理常规

糖尿病是由遗传和环境因素相互作用而引起的一组以慢性高血糖为共同特征的代谢异常综合征。

【临床表现】

多尿、多饮、多食和体重减轻；皮肤瘙痒；其他症状：有四肢麻酸痛、麻木、腰痛、性欲减退、月经失调、便秘等。

【治疗原则】

早期、长期、综合治疗及治疗方法个体化的原则。综合治疗的 2 个含义：①包括糖尿病教育、饮食控制、运动锻炼、药物治疗和自我监测 5 个方面；②包括降糖、降压、调脂和改变不良生活习惯 4 项措施。

【护理评估】

1. 了解患者生活方式、饮食习惯、有无糖尿病家族史等，了解可能的病因。
2. 评估患者的临床表现，如有无多饮水、多食、多尿、体重减轻的典型症状，有无乏力、头晕、头痛、视力障碍，有无皮肤干燥和瘙痒、皮肤疖和溃疡等感染灶等。
3. 了解患者实验室检查结果，如空腹血糖、餐后血糖、糖耐量试验、糖化血红蛋白等，以便了解病情。
4. 评估患者对糖尿病认知的了解程度及心理状态。

【护理措施】按内科及内分泌系统疾病一般护理常规。

1. 患者血糖控制基本平稳的情况下可进行日常活动和工作，避免过度疲劳。如果出现任何症状加重或感觉不适，应适当休息。
2. 严格饮食管理，给予糖尿病饮食。
3. 遵医嘱糖尿病治疗，观察降糖药物的副作用，及时处理低血糖。如出现心慌、脉速、出冷汗、饥饿感，甚至昏迷等低血糖反应时，及时报告医师并抢救处理。其处理：一旦确诊低血糖发生，立即口服能快速升高血糖的食物。如一杯饮料（雪碧）、糖果。若 10 分钟仍无改善，考虑静脉输注葡萄糖溶液。切不可用低热量饮料或甜味剂食品治疗低血糖。
4. 评估病情变化，注意监测生命体征、血糖、血酮、尿酮、电解质及体重等情况，预

防糖尿病并发症，若出现异常，及时报告医师并处理。

5. 指导患者进行运动疗法，注意运动安全。
6. 协助口腔及皮肤护理。注意保护足部，避免穿过紧的鞋、袜，防外伤致足部感染。
7. 向患者及家属提供系统规范化的糖尿病的健康教育。

【并发症的观察及预防】

（一）糖尿病酮症酸中毒

病情观察：“三多一少”症状加重，乏力，呼吸深快，呼气中有烂苹果味。随病情进一步发展，出现严重失水，尿量减少，皮肤弹性差，眼球下陷，脉细速，血压下降。甚至嗜睡、昏迷。

护理：绝对卧床休息，注意保暖；快速建立静脉通路，小剂量胰岛素及时输入，纠正水、电解质紊乱和调节酸碱平衡；吸氧；心理护理；密切观察病情变化，观察生命体征、神志、瞳孔、尿量等，监测血糖变化。

（二）非酮症高渗性糖尿病昏迷

病情观察：起病时常多尿、多饮，多食不明显，反而食欲减退，失水随病程进展逐渐加重，出现神经—精神症状，表现为嗜睡、幻觉、定向障碍、偏盲、偏瘫等，最后陷入昏迷。

护理：绝对卧床休息，防止坠床；糖尿病饮食；积极补液，尽快纠正休克，输液同时予小剂量胰岛素治疗；吸氧；心电监护；密切观察病情变化，监测血糖、电解质等变化。

（三）感染

病情观察：疖、痈等皮肤化脓性感染多见。

护理：做好皮肤护理。

（四）慢性并发症

1. 糖尿病大血管病变

观察有无冠心病、缺血性或出血性脑血管病、肾动脉硬化、肢体动脉硬化等表现。

2. 糖尿病微血管病变

（1）**糖尿病肾病：**观察有无浮肿、高血压、蛋白尿、肾功能减退等症状。

（2）**糖尿病视网膜病变：**观察有无视物模糊、失明等症状

3. 糖尿病神经病变

病情观察：以周围神经病变最常见，通常为对称性、下肢较上肢严重，先出现肢端感觉异常，伴麻木、烧灼、针刺感。

护理：予营养神经药物治疗，指导肢体按摩。

4. 糖尿病足

病情观察：足部、下肢各关节发生感染、溃疡和深部组织破坏。

护理：强调注意预防，防止外伤、感染，积极治疗末梢神经病变。

（五）潜在并发症：低血糖

病情观察：肌肉颤抖、心悸、出汗、饥饿感、软弱无力，紧张、焦虑、性格改变、神志改变、认知障碍，严重时发生抽搐、昏迷。

护理：卧床休息，注意安全；心理护理；尽快给予糖分补充，神志清醒者，给予糖水、含糖饮料或饼干等，神志不清者，立即给予葡萄糖液静注。

【健康指导】

1. 向患者及家属讲解糖尿病知识，提高遵医行为。
2. 引导患者生活规律，戒烟酒，避免过度劳累，保持情绪稳定。
3. 向患者讲解运动疗法的方法及注意事项。外出随身携带识别卡，以便发生紧急情况时及时处理。
4. 指导患者糖尿病自我照顾，包括口服降糖药的服用和不良反应观察、胰岛素注射、低血糖反应防治、足部护理及血糖监测等。
5. 交待患者赴医院定期复查和体检。告诉患者如出现任何症状加重或特殊不适，及时就医。

二十九、原发性高血压护理常规

高血压病因不明，以血压升高为主要临床表现的综合征。我国采用国际上统一标准，即收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 即诊断为高血压。根据血压增高水平，可进一步分为高血压第1、2、3级。上述高血压的诊断必须以非服用药物状态下2次或2次以上非同日多次重复血压测定所得的平均值为依据。

【临床表现】

起病缓慢，早期常无症状，可以多年自觉良好而偶于体格检查时发现血压升高，少数患者则在发生心、脑、肾等并发症后才被发现。高血压患者可有头痛、眩晕、疲劳、心悸、耳鸣等症状，但并不一定与血压水平相关。

【治疗原则】

1. 改善生活行为：适用于所有高血压患者。
 - (1) 减轻体重：尽量将体重指数(BMI)控制在 <25 。
 - (2) 减少钠盐摄入：每人每日食盐量以不超过6g为宜。
 - (3) 补充钙和钾盐。
 - (4) 减少脂肪摄入。
 - (5) 戒烟、限制饮酒。
 - (6) 增加运动：一般每周3~5次，每次20~60分钟。
2. 降压药治疗对象：高危和极高危患者必须使用降压药物强化治疗。
3. 血压控制目标值：则上应将血压降到患者能最大耐受的水平，目前一般主张血压控制目标值至少 $<140 / 90\text{mmHg}$ 。糖尿病或慢性肾脏病合并高血压患者，血压控制目标值 $<130 / 80\text{mmHg}$ 。
4. 降压药物种类 目前常用降压药物可归纳为五大类，即利尿剂、 β 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂(CCB)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)和血管紧张素II受体阻滞剂(ARB)。

【护理评估】

1. 询问患者有无原发性高血压的危险因素。
2. 评估患者的血压、脉搏、心率、呼吸等，了解血压的波动范围。
3. 询问患者有无头痛、胸闷、恶心等症状。

4. 评估患者对疾病的认识、用药史及对治疗的依赖性。

【护理措施】按内科及循环系统疾病一般护理常规。

1. 根据患者血压合理安排休息和活动，保证充足睡眠。血压控制不理想，波动大时，应避免剧烈活动；严重高血压或出现有头痛、胸闷、恶心等症状时卧床休息。服药后注意预防直立性低血压，如避免突然改变体位，动作宜缓慢。
2. 饮食以低盐、低脂、低胆固醇、优质蛋白质、含钾高、清淡为宜。戒烟忌酒。
3. 密切观察患者生命体征，观察有无头痛、胸闷、恶心等症状，严防高血压危象发生。
4. 遵医嘱给予降压等治疗，观察降压疗效及副作用。
5. 保持大便通畅，忌用力大便。
6. 并发心衰、肾功能不全、高血压脑病者按相关疾病护理常规护理。
7. 给予心理护理，引导患者严格遵医嘱服药，增强战胜疾病的信心。

【并发症观察与护理】

（一）高血压危象

出现头痛、烦躁、眩晕、恶心、呕吐、心悸、气急及视力模糊等严重症状，以及伴有动脉痉挛(椎基动脉、颈内动脉、视网膜动脉、冠状动脉等)累及相应的靶器官缺血症状。

（二）高血压脑病

临床表现为弥漫性严重头痛、呕吐、意识障碍、精神错乱，甚至昏迷、局灶性或全身抽搐。

护理：出现上述两种情况，应绝对卧床休息，抬高床头，避免一切不良刺激，保持呼吸道通畅，吸氧，安定病人情绪，心电监护，密切监测血压呼吸，迅速建立静脉通路，遵医嘱尽早应用降压药物，用药过程注意监测血压变化，避免出现血压骤降。

【健康指导】

1. 指导患者调整和纠正不良生活方式。如避免高脂肪、高胆固醇、高盐饮食；避免剧烈活动；避免便秘；控制情绪，避免过度激动和精神高度紧张；戒烟酒等。
2. 向患者强调遵医嘱服药的重要性，坚持服药，定期复查。
3. 教会患者及家属测量血压。交代患者如出现血压急剧上升、头痛、胸闷、恶心等不适，须立即就地休息，尽快到医院就诊。

三十、应激性溃疡护理常规

【护理评估】

- 1、询问病人是否有上腹不适、腹胀、暖气、上腹疼痛；是否曾经呕血、解黑色大便。出血常发生在伤后 3 周内，以 1 周左右最多见。
- 2、评估病人有无休克
- 3、观察有无神志改变
- 4、观察瞳孔是否等大等圆，对光反射是否灵敏
- 5、了解病人过去是否有胃炎、胃溃疡等病史，有无药物过敏史，用药史。
- 6、了解病人恐惧、担忧、烦恼等心理反应。
- 7、了解检验、检查结果。

【治疗原则】

- 1、应激性溃疡的预防
 - (1) 尽快纠正休克 维持胃肠良好的血液灌流，减轻缺氧性损害；纠正水电解质及酸碱平衡紊乱。
 - (2) 保护胃黏膜 早期肠道营养，能增加胃肠道血流量；加用谷氨酰胺，能促进上皮增殖，有一定预防作用。其次加强胃黏膜屏障功能，可应用硫糖铝，它能与胃蛋白酶络合，抑制其分解蛋白质，并与胃黏膜蛋白质络合形成保护膜，阻止胃酸、消化酶和胆汁侵蚀。可用前列腺 E 或依前列醇（前列环素）改善微循环和抑制血小板聚集。应用谷胱甘肽、维生素 E、维生素 C 等抗氧化剂，减轻氧自由基损害。
- 2、胃出血治疗 多数胃出血病人出血量不大，可采用非手术治疗，但有 5%~20%的病人出现大出血，并发休克，甚至死亡，则应果断采用手术疗法。
 - (1) 非手术治疗 ①纠正血容量不足②胃内灌入去甲肾上腺素冰盐水。③止血，静脉滴注氨甲环酸或氨甲苯酸、垂体后叶素、奥美拉唑（洛赛克）等；亦可通过胃管局部使用凝血酶、云南白药、纤维蛋白胶和硬化剂局部止血。④抑制胃酸分泌，如生长抑素为天然生长抑素的类似物，有抑制促胃液素、促胰液素、胰岛素、高血糖素分泌的作用；H₂受体阻滞剂，如雷尼替丁或法莫替丁静脉滴注。
 - (2) 手术治疗

A、手术指征 ①胃肠道应激性溃疡大出血经非手术方法未能控制者。②在 12 小时内需要输血 2500mm1 以上者。③反复大出血者。④大出血合并休克者。⑤小儿应激性溃疡合并长时间出血，预计输血总量为总血容量的 60%以上者。⑥出血合并穿孔者。

B、手术方式 应根据溃疡及出血情况而定，不宜采用单纯缝扎止血。可采用胃窦切除及迷走神经切除术，或胃大部分切除术。如果腹部皮肤为深度烧伤创面，缝合腹膜及前鞘，皮肤及皮下组织不予缝合，或者将深度烧伤切除达深筋膜平面，无生机的皮肤（戊二醛处理猪皮或辐照猪皮）或同种异体皮覆盖创面，以减低手术后创面感染率。

3、胃穿孔的治疗 应立即手术治疗。

【护理措施】

1、心理护理

2、禁食，置胃管，遵医嘱按时予药物胃管内注入，注药后应夹管 1 小时。

3、体位 头低足高侧卧位，保证大出血时头部血液供应及防止呕吐时呕吐物引起窒息。

4、严密观察生命体征及神志变化

5、药物护理 按医嘱准确使用各类止血药，严密观察止血药物的不良反应及止血效果。

(1) 去甲肾上腺素冰盐水 通常是从胃管注入，注意注射前先抽尽胃液，以便使药物与出血区充分接触，促使血管收缩而达到止血的目的。去甲肾上腺素经胃黏膜吸收而进入门静脉系统，在肝脏灭活，不会造成全身循环紊乱，因此可重复用。

(2) 氨甲环酸或氨甲苯酸（PAMBA、止血芳酸） 前者对纤溶酶有竞争性抑制作用，后者能抑制纤溶酶激活。氨甲环酸每次用量 250mg，静脉推注 1~2 次/d；氨甲苯酸 100~300mg/d，静脉推注或静脉滴注剂量不超过 600mg/d。肾衰竭者禁用。

(3) 垂体后叶素 垂体后叶素能收缩内脏血管（特别是毛细血管和小动脉），升高血压，兴奋胃肠平滑肌，发挥止血作用。常用垂体后叶素加入 5%葡萄糖注射液中静脉滴注，有条件者用微电脑输液泵控制速度，同时监测生命体征变化及时调整滴注速度，避免滴注速度过快，血压骤然升高。亦可以皮下注射或肌肉注射，但在抢救情况下，静脉滴注比肌肉注射能更好调节药物剂量。

(4) 生长抑素 有抑制促胃液素、促胰液素、胰岛素、高血糖素分泌的作用。如果应用 H_2 受体阻滞药或质子泵抑制剂后胃液 PH 值 >7.0 仍出血不止者, 可选用生长抑素, 缓慢静脉滴注。当滴速 $>50 \mu g/min$ 时, 可出现恶心、呕吐。治疗初期会有短暂的血糖降低。

6、并发症的护理

(1) 窒息 急救处理和预防参见“窒息”。

(2) 低血容量性休克 ①建立双路或多路静脉输液、输血通道, 全开放快速输液、输血, 必要时采用加压泵加压输液、输血, 用微电脑输液泵调节升压药输入速度。

②10~15 分钟后, 测量 1 次生命体征, 根据血压上升情况调节升压药滴注速度, 有条件者上心电监护仪。注意防止因升压药输注过快, 导致血压骤升, 造成意外。

③准确记录生命体征、神志情况及 24 小时液体出入量、每小时尿量和各种引流管引流物的性状、颜色和量, 为合理调节输液量和输液速度, 为治疗提供依据。

7、做好口腔护理。

8、手术病人手术前要做好细致的解释工作, 如手术的必要性, 手术和麻醉的方式, 术中、术后注意事项与配合, 使病人及家属以良好的心态接受手术。做好手术前常规准备, 如禁食、备皮、配血及重要脏器的功能检查。

【健康指导】

1、注意避免刺激性强的食物, 不吸烟、饮酒, 进食有规律。

2、适当休息, 避免过度疲劳和重体力劳动, 以免胃溃疡复发, 再次出血。

第二节 普外科专科检查与治疗护理常规

一、腹腔引流管护理常规

【护理评估】

- 1、评估腹腔引流管引流是否通畅，观察患者腹部敷料有无渗出液、引流液性状及量有无异常。
- 2、询问患者有无发热、腹痛等。
- 3、了解患者对腹腔引流管引流的目的及护理措施掌握程度。

【护理措施】

- 1、根据病情腹腔内可能安置几种和数根引流管，病人转入病房需清点，根据作用或名称作好标志，并接引流瓶(袋)，妥善固定。
- 2、分别观察记录引流物的性状和量。外层敷料湿透及时更换并估计液体量，引流管如无液体流出可能管道被堵塞。如引流液为血性且流速快或量多，应通知医生处理。
- 3、保持引流管通畅，定时挤压，病人翻身下床等活动时应防止引流管脱出或折断划入腹腔，滑出者应根据病情换新管插入。
- 4、引流瓶(袋)每日更换，更换时注意无菌操作。
- 5、需负压引流者应注意维持负压状态，用封闭式负压引流时，负压可达 20kpa，可减少腹腔内腔隙和清除积液。
- 6、如用引流管注入抗生素等药物或作管腔冲洗，应严格执行无菌操作。
- 7、观察引流物可能引起的并发症，如压迫组织坏死出血、继发感染、疼痛等应及时与医生联系，及时拔管或换管。
- 8、预防性应用的引流管应在 48—72 小时内拔除。

【健康指导】

- 1、指导出院患者携带腹腔引流管的注意事项，包括衣着宜宽松、柔软，以防引流管受压；沐浴采用淋浴，用塑料膜覆盖引流管出口处，避免造成引流管及腹壁引流出口处潮湿，增加感染的机会。
- 2、若发现引流管异常或身体不适，及时就诊。

二、T 管引流护理常规

【护理评估】

- 1、评估 T 管引流是否通畅，观察患者有无黄疸、引流液性状有无异常。
- 2、询问患者有无发热、腹痛等。
- 3、了解患者对 T 管引流的目 的及护理措施掌握程度。

【护理措施】

- 1、妥善固定 T 管，严防病人活动时拉出或误拔，造成胆汁性腹膜炎。一旦脱出立即与医生联系，并做好重置准备。如有急性腹膜炎体征，需做好术前准备。
- 2、观察引流出胆汁的性状、颜色及量。记录 24 小时总量，正常情况下每日从 T 管中排出的胆汁约 500ml，色泽为黄绿色或棕色，较稠厚，但清而无渣。若发现胆汁引流量过多、过少，颜色过浓、过于稀薄，呈血性或脓性，有混浊、泥沙细渣均属异常。
- 3、保持引流通畅，引流袋(瓶)避免高于管口，以防引起胆道逆行感染。术后 10~16h 可酌情进行胆道低压冲洗。
- 4、每日更换引流袋(瓶)，注意无菌操作，观察引流管口有无胆汁渗出，若有大量渗出，应立即更换敷料，必要时用氧化锌软膏保护皮肤。
- 5、T 管放置两周者，如体温正常、食欲增加、大便颜色正常、黄疸消退，说明胆道炎症消退、下端通畅，可以拔管。但拔管前必须夹管 1~2 天，并观察有无腹痛、发热、黄疸等情况出现，若有上述现象出现，应重新开放引流。
- 6、有条件者拔管前应经 T 管作胆道造影，如显示胆道通畅无狭窄和 残余结石，继续开放引流 1~2 天，再行拔管。
- 7、拔管后需观察病人食欲、大便颜色、黄疸消退情况，有无腹痛、发热等。

【健康指导】

- 1、指导出院患者携带 T 管的注意事项，包括衣着宜宽松、柔软，以防引流管受压；沐浴采用淋浴，用塑料膜覆盖引流管出口处，避免造成引流管及腹壁引流出口处潮湿，增加感染的机会。
- 2、若发现引流管异常或身体不适，及时就诊。

三、胃镜检查护理常规

【护理评估】

- 1、检查前，询问患者是否做好检查前准备，包括禁食 12 小时、禁饮 6 小时；有幽门梗阻者检查前 2 日、1 日晚上分别洗胃；曾做胃肠 X 线钡餐造影者，3 日内不宜作胃镜检查；有活动性义齿者应将其取下，以免检查中误吸；了解药物过敏史。
- 2、评估患者的心理状况，有无恐惧、害怕。
- 3、检查仪器的工作性能是否完好。

【护理配合措施】

- 1、检查前，向患者简要解释检查目的、过程及配合要点。说明检查过程中，可能会出现恶心、腹胀等不适。
- 2、安抚患者，消除患者紧张和恐惧。
- 3、在明确患者无药物过敏的前提下，检查前 10 分钟给患者含服咽部麻醉剂和祛泡剂。
- 4、扶助患者躺于诊查床，取左侧卧位，枕头与肩同高，头微曲、下肢屈曲，解开衣领，放松裤带。
- 5、指导患者配合检查。检查开始，教患者咬好口圈，镜前端涂润滑剂后从口腔插入咽喉，嘱患者作吞咽动作，以便胃镜顺势送入食管。若患者出现恶心呕吐，嘱深呼吸。
- 6、检查中，观察患者口圈有无脱落，避免咬坏镜子。同时，如遇胃内黏液、血迹量多等影响视野清晰度时，用 20ml 注射器吸水经钳道管注水冲洗。
- 7、必要时配合医生进行活检术。
- 8、检查过程中注意患者病情变化，以防意外。

【健康指导】

- 1、检查完后，嘱患者不要吞唾液，以免呛咳。告知患者不要反复用力咳嗽，以免损伤咽喉部黏膜。
- 2、检查后 2 小时能饮水、进流质，4 小时后可正常进食。如果患者行活检后，咽喉部擦伤，疼痛明显时，宜当天进食清淡半流或软食，且温度不宜过热。
- 3、交代患者检查后短时间内可能会有咽部不适或疼痛，或声音嘶哑，不必紧张。
- 4、叮嘱患者检查后，注意大便颜色，若出现呕吐、腹痛、发热等不适，应及时就医。

四、肠镜检查护理常规

【护理评估】

- 1、检查前，询问患者肠道是否按要求进行准备，临检前是否禁食。钡餐或钡灌肠检查后3天内不宜行肠镜检查。
- 2、评估患者对肠镜检查的了解程度，有无恐惧、害怕等心理
- 3、检查仪器功能是否完好。

【护理配合措施】

- 1、检查前，向患者简要说明检查目的、过程及注意事项，以便取得患者配合。
- 2、安抚患者，消除患者紧张和恐惧情绪。
- 3、协助患者躺于诊查床，取左侧卧位，放松裤带，暴露臀部。
- 4、协助检查医生插镜，指导患者放松腹部，密切观察患者病情变化。
- 5、配合医生完成活检、息肉摘除，止血等。
- 6、检查后询问患者是否腹胀、腹痛及排便异常情况。

【健康指导】

- 1、指导患者进食。一般患者检查后可进食，行内镜下治疗者，以无渣食物为宜。
- 2、告知患者检查后，注意大便颜色，若出现腹痛、发热等不适，应及时就医。

五、胶囊内镜检查护理常规

【护理评估】

1、检查前，询问患者是否做好检查准备：

(1) 饮食要求：检查前一天中餐进流质，晚餐后不再进食饮水（禁食、禁水 10 - 12 小时），检查前 2 小时不得服药。

(2) 检查前 24 小时内戒烟，男性检查前 1 天胸部备皮。

(3) 肠道准备：检查前一晚 20:00 - 21:00 口服导泻药，至最后一次大便无粪渣、无纤维，清水样便。检查前 3 天内未做过钡餐或钡灌肠检查

2、评估患者对胶囊内镜了解程度，是否有心理顾虑。

3、检查前评估胶囊内镜及电极品质是否完好，如电池充电、数据记录仪初始化。

【护理配合措施】

1、检查前，向患者简单说明仪器的性能、检查目的、过程及注意事项，以取得患者配合。

2、吞服胶囊后 2 小时内不能进食、进水，4 小时后进少量软食，检查结束后可正常进食。

3、指导患者检查过程中，不能剧烈运动，更不能撞击腰带上的数据记录仪，避免接近强磁源区域。同时，随时检查闪烁指示灯，出现异常情况应立即查找原因。

4、检查过程中，观察有无腹痛、恶心、呕吐等不适。

【健康指导】

1、交代患者吞服胶囊后进食进水要求以及避免接近强磁源区域。

2、指导患者观察胶囊排出的情况。通常胶囊在胃肠道内停留 8 - 27 小时后随粪便排出体外。

]

六、ERCP 术护理常规

内镜逆行胰胆管造影（ERCP）是将纤维内镜插至十二指肠主乳头后，由活检孔道插一塑料造影导管入乳头开口部，注入造影剂，作 X 线胰胆管造影，为胰腺、胆道及肝脏疾病的诊断提供了一个新的重要手段。

【适应症】

- 1、原因不明的梗阻性黄疸。
- 2、疑有胆石症而 X 线未能证实者。
- 3、肝胆、胰系统的恶性肿瘤。
- 4、X 线或内镜检查有来自胃或十二指肠外部压迫者。
- 5、疑有各种胰腺囊肿者。
- 6、疑有慢性胰腺炎或胰腺癌引起的糖尿病患者。
- 7、有症状的十二指肠乳头旁憩室。
- 8、疑有胃癌胰腺转移者或原发不明的转移性腺癌、疑及来自胰腺、胆道者。
- 9、有上腹部症状，但常规检查未能证实有胃、十二指肠、肝脏病变而疑似胰腺病变者。

【禁忌症】

- 1、急性胰腺炎或慢性胰腺炎急性发作。
- 2、严重胆道感染。
- 3、碘过敏者。
- 4、有心肺功能不全及其他内镜检查禁忌症者。

术前准备

- 1、术前向病人做好解释工作，以消除顾虑，争取积极配合。
- 2、术前常规准备如：血常规、凝血系列、血生化、血尿淀粉酶、心电图等。
- 3、常规右手浅静脉置管。
- 4、上午检查者，前日晚餐后禁食；下午检查者，上午 8 时后禁食（空腹 6 小时以上）。
- 5、术前用药准备：杜冷丁 50mg、东莨菪碱 0.3mg、复方泛影葡胺 60ml。
- 6、咽喉部麻醉与普通胃镜检查相同。

术中护理：

1、告知患者术中应俯卧位，有偏向右侧，解开领口、领带及腰带，对精神紧张者用镇静剂；

2、教会患者学会造影前屏气，造影后嘱患者呼气，如有不适，也不能咬牙垫。

术后护理：

1、术后密切观察神志、意识、生命体征及腹部体征变化，嘱绝对卧床休息 24h。

2、术后常规禁食，做好口腔护理。常规禁食 24h 后可进低脂流质，逐步过渡为正常饮食。；

3、造影后可引起胰腺炎、血清淀粉酶增高、出血、穿孔等并发症，因此应注意观察患者的血尿淀粉酶及有无腹痛、发热、黄疸、大便等情况，

4、胰胆管有病变时，极易引起继发感染，必要时术后应用抗生素 3-7 天；

七、介入检查治疗护理常规

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史，了解患者的生活习惯及职业特点等。
- 2、评估全身情况；评估生命体征，了解患肢是否有水肿、胀痛；评估曲张静脉的程度、范围；评估下肢小腿皮肤的颜色，有无皮炎、溃疡、坏死等。
- 3、了解患者血管检查、血常规、凝血功能等结果。
- 4、评估患者对疾病治疗和手术的认知程度及心理状态。

【护理常规】

术前

- 1、向患者及家属解释检查的目的、方法、注意事项。
- 2、完善各项检查。
- 3、备皮：了解穿刺部位，做好该部位皮肤的清洁，注意穿刺部位有无感染。
- 4、排便练习：术前指导病人练习床上大小便。
- 5、饮食准备：检查前一餐进半饱，不可过饱。
- 6、检查前做碘过敏试验，以所有造影剂作过敏试验。
- 7、术前常规左手留置针，穿病号衣裤，带尿壶或便盆。
- 8、动静脉支架植入病人需填写：手术交接单、手术风险评估表、手术安全核查表。

术后

- 1、卧床休息 24 小时，穿刺肢体勿外展，保持患肢髋关节的平直不能屈曲。
- 2、观察穿刺部位有无渗血及血肿，观察下肢血运、皮肤颜色、温度情况，有无肿胀与健侧相比较，检查足背动脉搏动。
- 3、沙袋压迫穿刺点：动脉 24 小时；静脉 6-8 小时。
- 4、监测生命体变化。
- 5、嘱病人多饮水，促进造影剂排出体外。
- 6、24 小时后穿刺部位正常可下床活动。

八、腹（胸腔）主动脉瘤覆膜大动脉支架植入护理常规

腹主动脉瘤是腹主动脉壁的扩张膨出。腹主动脉瘤发生后可逐渐增大，最后破裂出血，导致病人死亡。

【临床表现】

- 1、多数患者无症状，典型的腹主动脉瘤是一个向侧面和前后搏动的膨胀性肿块，约 50% 患者伴有血管杂音。
- 2、疼痛：为破裂前的常见症状。腹部包块：最重要的体征是脐周或上中腹部有膨胀性搏动的包块，有压痛及细震颤，还可听到收缩期杂音。股动脉或足背动脉搏动减弱或消失。
- 3、破裂：可为致命性并发症的初发症状。
- 4、其他严重并发症：瘤内偶可形成急性血栓。腹主动脉瘤血栓或动脉粥样硬化碎片可造成下肢栓塞。十二指肠受压可发生肠梗阻，下腔静脉阻塞可引起周围水肿。

【治疗原则】

- 1、手术方法有动脉瘤切除术、动脉瘤旷置术和动脉瘤切开人工血管移植术。目前以第三种术式最为常用。
- 2、腹主动脉覆膜大动脉支架植入术。

【护理评估】

- 1、评估患者的健康史，了解既往病史及是否有并发症。
- 2、评估患者的生命体征、面色、神志、末梢温度及尿量。评估患者双下肢血运，了解有无血栓脱落的急性缺血症状。
- 3、了解患者 DSA、MRI、凝血功能等检查情况。
- 4、评估患者的心理状况及对手术的了解程度。

【护理措施】

按外科及血管外科一般护理常规。

1、支架植入术前护理

- (1) 卧床休息，避免突然增加腹压的运动，避免情绪波动。
- (2) 给予高蛋白、高热量、丰富维生素、低脂、易消化饮食。保持大便通畅，避免用

力大便。严禁吸烟、饮酒。

- (3) 做好心理护理，向患者介绍手术方法，消除恐惧心理。
- (4) 做碘过敏试验。

2、术后护理

- (1) 术后 24 小时内平卧，穿刺点沙袋 24 小时，观察穿刺点有无出血。卧床休息 2-3 天。
- (2) 术后给氧，保持呼吸道通畅，避免剧烈咳嗽。
- (3) 密切观察病情，监测生命体征的变化，及时发现和处理病情变化。
 - ① 评估肢体血液供应情况，包括双下肢股动脉、足背动脉搏动，评估皮肤温度、颜色及下肢感觉、运动等。
 - ② 观察有无血栓脱落的急性缺血症状，如下肢疼痛、皮肤苍白、体温下降、感觉减弱、运动障碍和末梢搏动等。
 - ③ 有无动脉瘤破裂的表现，如疼痛突然加剧、范围扩大、面色苍白、出冷汗、血压下降、脉搏增快等。
 - ④ 观察肠蠕动恢复情况及有无便血腹胀、腹痛及腹膜刺激征等。
- (4) 遵医嘱用药及评估药物疗效。使用抗凝药物预防血栓形成，注意出血倾向，拔针后应久压针眼。使用抗生素，预防感染。
- (5) 做好基础护理和生活护理。

【并发症的观察及护理】

动脉瘤破裂大出血

病情观察：观察是否出现疼痛突然加剧、范围扩大、面色苍白、出冷汗、血压下降、脉搏增快等症状。

护理：按出血性休克护理常规护理。

【健康指导】

- 1、交待患者术后 3 个月内床上起卧时不用力牵拉，6 个月内禁止剧烈运动、防止跌倒。
- 2、坚持低脂饮食，不吃动物内脏，戒烟。
- 3、遵医嘱服药，定期复查，随访 2 年。如出现腹痛、皮肤黏膜出现等不适，及时就医。

九、胃造瘘管护理常规

- 1、造瘘管应妥善固定，勿滑脱。术后 2~3 天内开放减压引流，待肠蠕动恢复方可逐渐灌注饮食。
- 2、开始滴注营养液时宜低浓度、适宜温度、慢速、小剂量逐渐增加，避免肠道不适并出现腹泻。若有腹泻可经造瘘管注入止泻药物。
- 3、滴注瓶，输注管道每日更换，导管适当冲洗保持通畅。记录 24 小时滴入量。
- 4、保持造瘘管口周围皮肤清洁干燥，可用氧化锌软膏涂于管口周围皮肤或用凡士林纱布保护。
- 5、如为永久性管饲，应教会病人或家属进行自我护理或协助护理。

十、结肠造瘘或回肠造瘘护理常规

【护理评估】

- 1、术前评估：①疾病诊断、手术方式、目前病情；②拟造瘘部位皮肤是否完整、有无瘢痕等；③对造瘘的认识和心理接受程度。
- 2、术后评估：①造瘘口的类型及颜色，外观是否湿润、水肿；②观察造瘘口周围皮肤有无红斑、糜烂、皮疹、水泡、感染；③评估造瘘口有无并发症，如造瘘口平坦、回缩、突出或脱垂等现象；④评估患者自我保护肠造瘘口能力。

【护理要点】

- 1、结肠造瘘后将给病人带来很重精神负担和生活不便，故术前应做好充分的解释说服工作，使病人消除顾虑，配合手术。
- 2、造瘘口 3 天内注意造口处血运情况，若发现粘膜发紫变色，应及时与医生联系。观察人工肛门有无出血、脱垂、萎陷、粘膜颜色是否正常。
- 3、结肠造口作插管减压者，术后连接引流管或作间歇负压吸引，并经常用生理盐水冲洗，以防粪便堵塞受阻。保持造瘘口清洁干燥，每次排便后及时清除，周围皮肤用氧化锌或凡士林纱布保护。若有水肿可用高渗盐水湿敷。永久性人工肛门者，应教会病人用肛门袋，养成定时排便规律，保持瘘口周围清洁卫生；调整饮食，使粪便成形，少产气。
- 4、如造瘘口缩小狭窄，致排便不畅，需每日用手指（套指套）扩张瘘口。
- 5、回肠末端造瘘时，肠内容物稀薄，可插管将其引流出来，定时冲洗。
- 6、人工肛门未开放前应禁食。进食高蛋白、少渣、富含维生素饮食，避免使用洋葱、番薯等易产气食物，并注意饮食卫生，防止腹泻。

【健康指导】

- 1、向患者介绍造口产品的特点，指导选择合适的造口袋。
- 2、指导患者合理饮食，包括少量多餐，均衡膳食；避免产气、难消化、易产生异味、容易导致腹泻或阻塞造口食物；增加水分的摄入。
- 3、指导如何保护造瘘口，包括避免衣服和皮带过紧压迫造瘘口；避免长期慢性咳嗽、提举重物；避免近距离接触性运动；游泳或沐浴时用防水胶布保护造瘘口；避免弄湿、摩擦、碰撞造口部位。
- 4、鼓励患者参加社交活动，做一些力所能及的家务。外出时准备足够的造口用品。
- 5、交待患者定期门诊复查，注意观察造口情况。如果发现造口及周围皮肤任何不适和异常，及时来院就诊。

十一、下肢静脉造影术护理常规

下肢静脉造影术是指应用顺行性造影术，顺血流生理途径充盈下肢静脉，能使静脉直接显像，以问判断有无血栓，血栓的位置、范围、形态、侧枝循环；而且可以鉴定其他检测方法的诊断价值。

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史，了解患者的生活习惯及职业特点等。
- 2、评估全身情况；评估生命体征，了解患肢是否有水肿、胀痛；评估曲张静脉的程度、范围；评估下肢小腿皮肤的颜色，有无皮炎、溃疡、坏死等。
- 3、了解患者血管检查、血常规、凝血功能等结果。
- 4、评估患者对疾病治疗和手术的认知程度及心理状态。

【护理常规】

1、造影前的准备

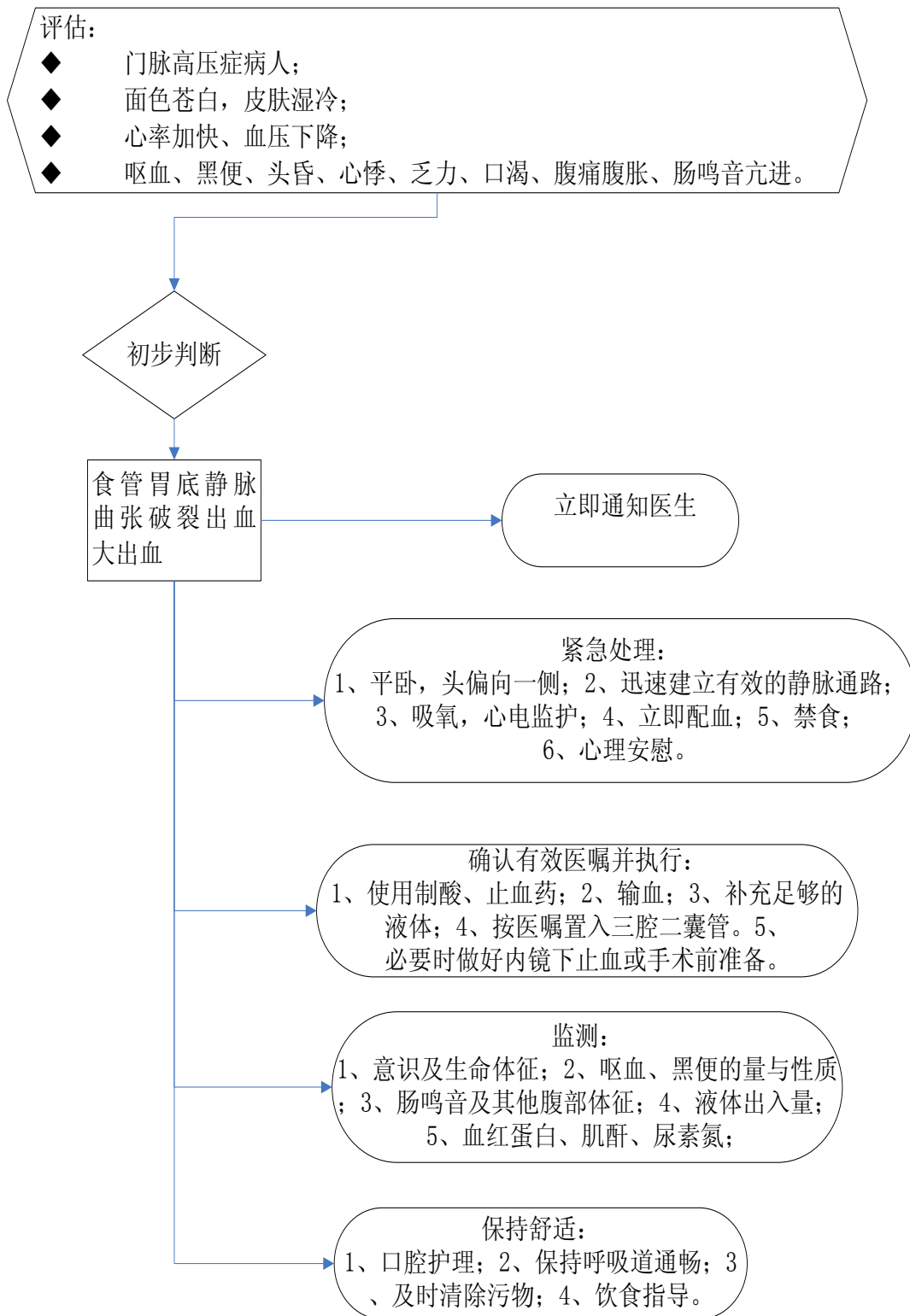
- (1) 作碘过敏试验，以所用造影液做试验，并观察有无不良反应，如有恶心、咳嗽、喷嚏流涕、胸闷、心悸、荨麻疹等反应，则为造影剂禁忌证。
- (2) 造影术前病人进食半饱，防止造影时发生剧烈呕吐，影响造影效果。
- (3) 必要时术前 0.5h 肌注地塞米松 5mg，并准备好急救用品。

2、造影术后

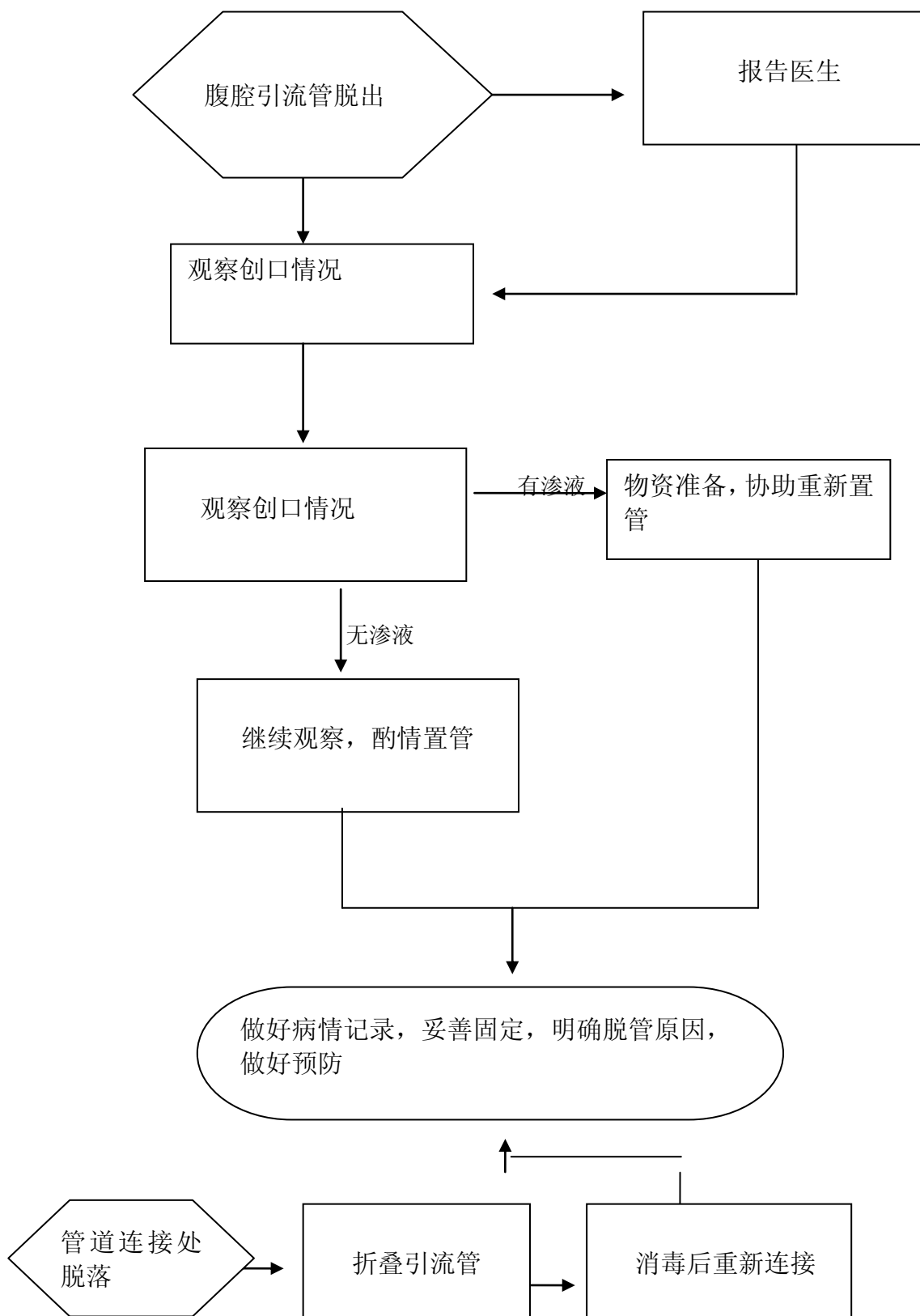
- (1) 观察穿刺部位有无渗血及血肿，观察下肢血运、皮肤颜色、温度情况，有无肿胀与健侧相比较，检查足背动脉搏动。
- (2) 多饮水，促进造影剂排泄。

第三节 普外科护理急救流程

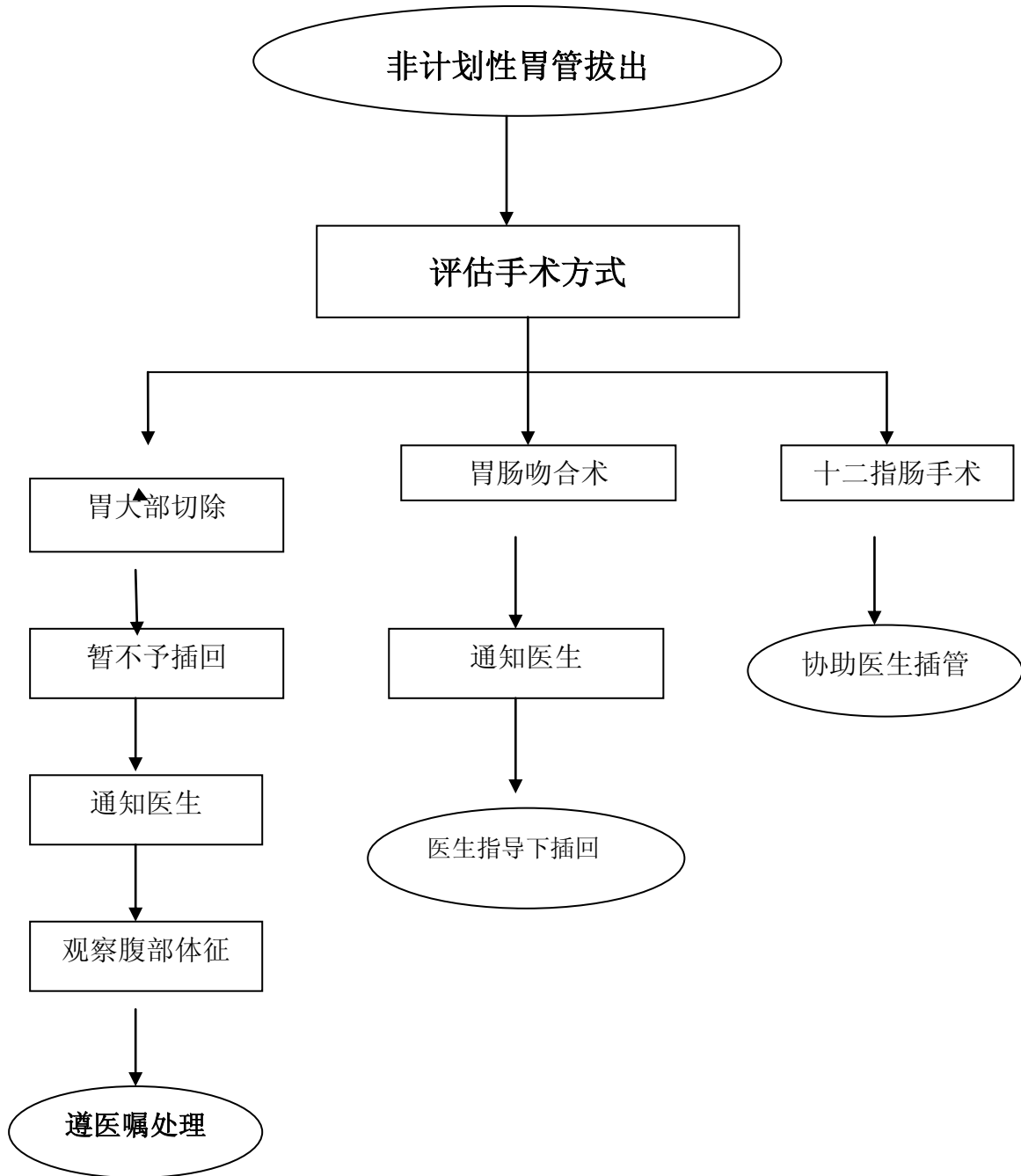
一、门脉高压伴大出血护理流程



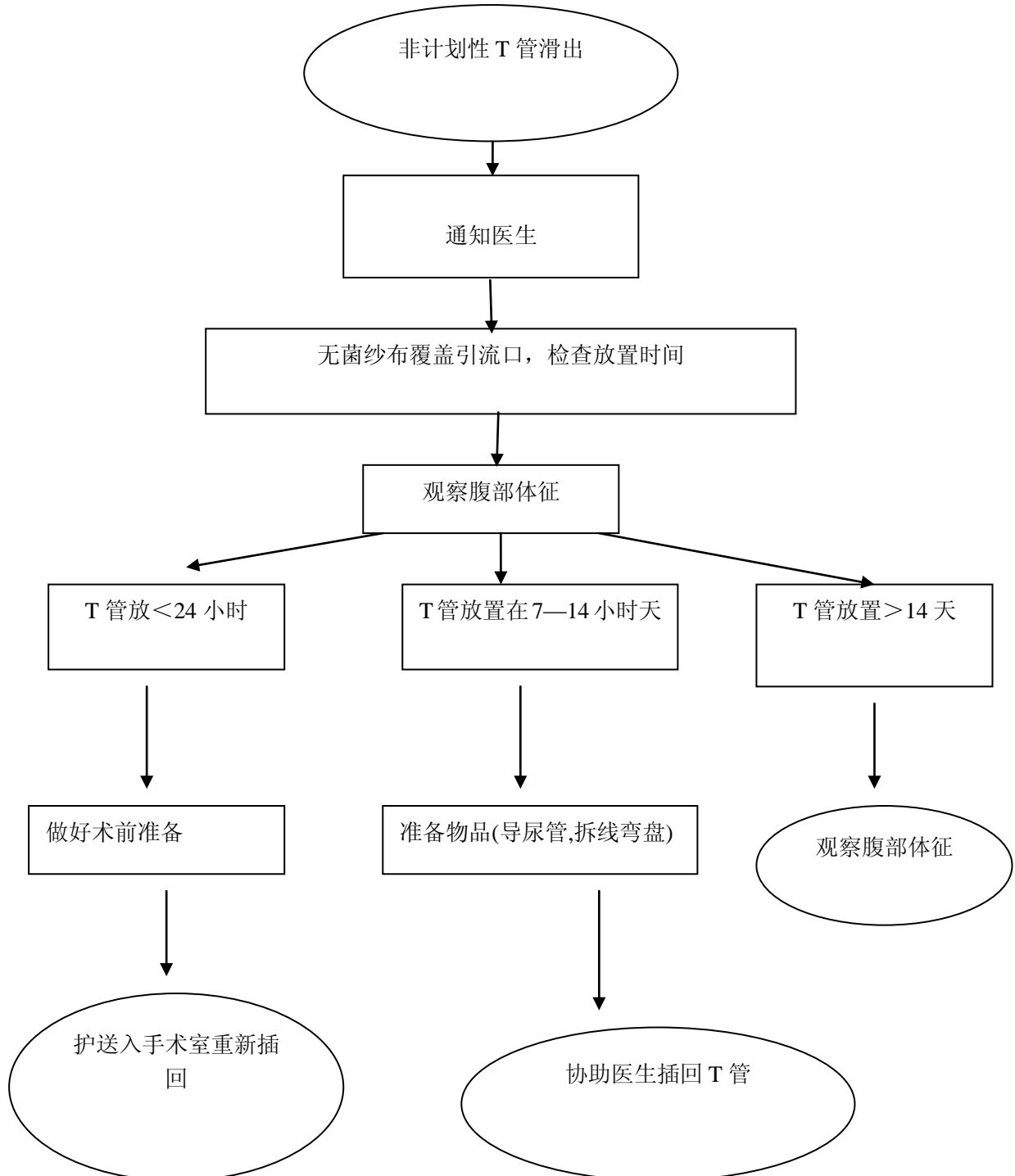
二、腹腔引流管脱出处理流程



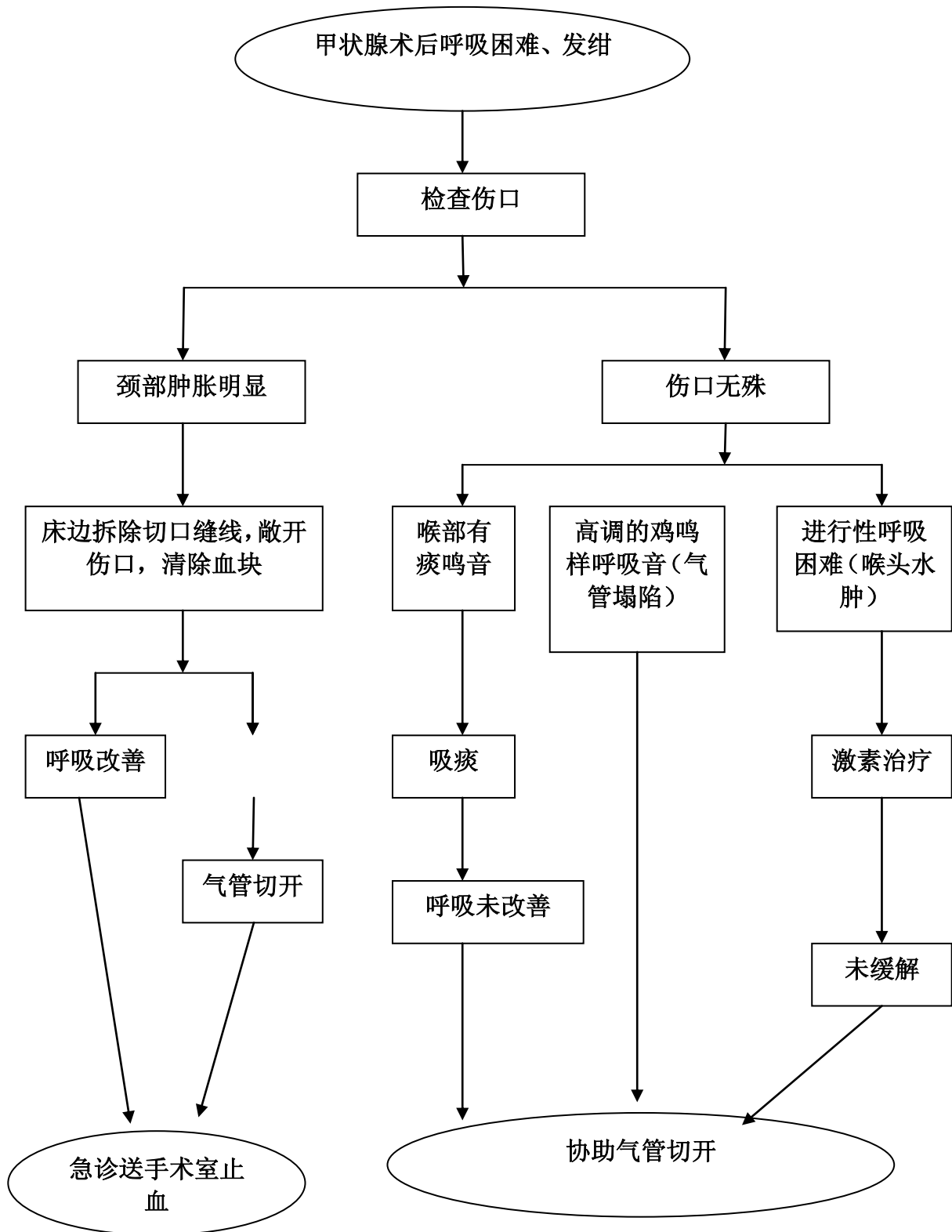
三、胃管意外滑出处理流程



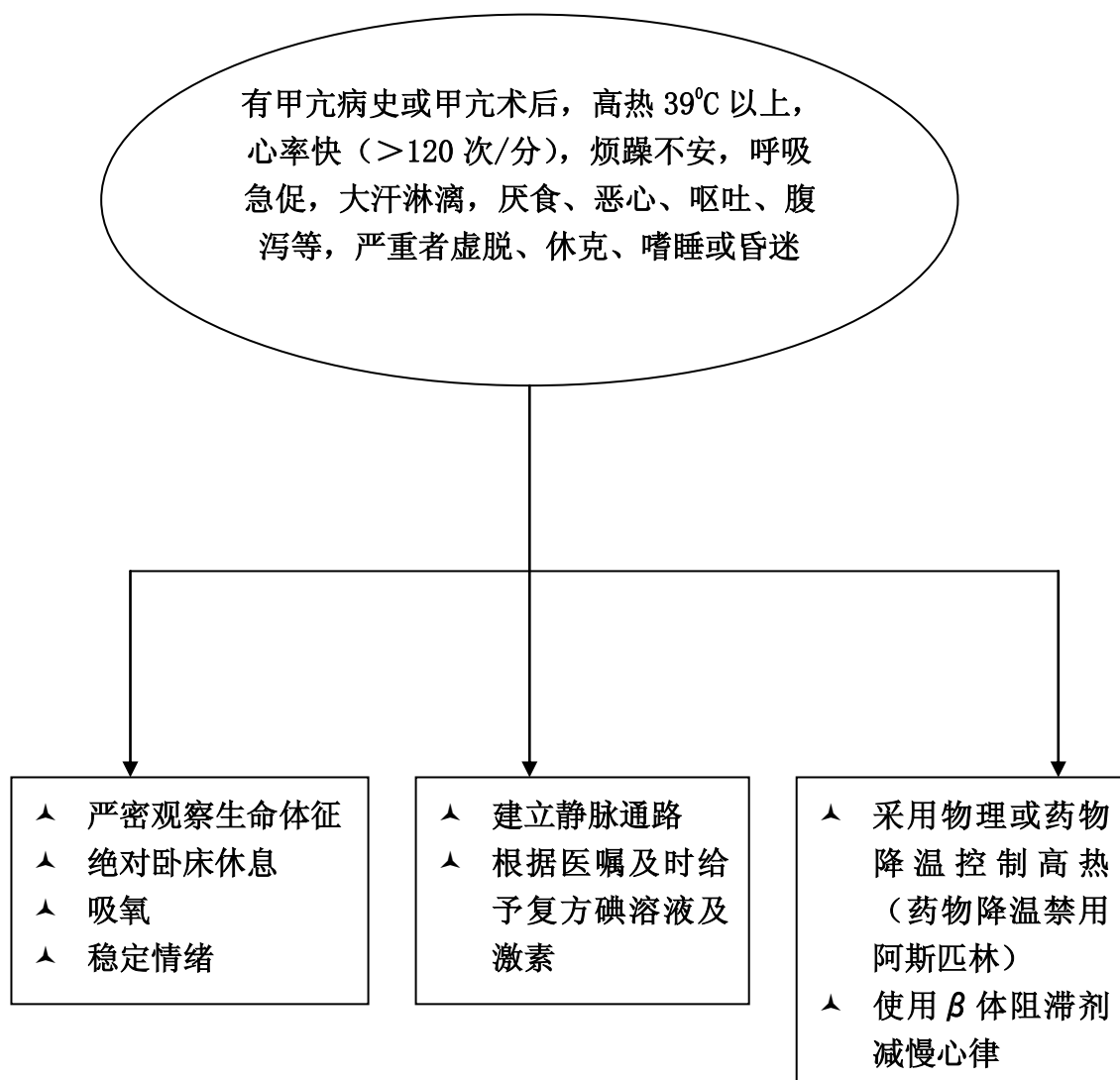
四、T 管意外滑出处理流程



五、甲状腺术后窒息急救流程



六、甲亢危象急救流程



第七章 心胸外科护理常规

第一节 心胸外科一般护理常规

一、胸外科一般护理常规

- 1、按外科一般常规护理，测体温、脉搏、呼吸、血压、体重。
- 2、观察病情，熟悉胸部外科疾病的生理、病理，如有无咳嗽、咳痰、发热、咯血、胸痛、吞咽困难、呼吸困难、心律失常等。
- 3、保持呼吸道通畅，预防肺部感染。术前戒烟、戒酒 2 周以上。鼓励患者咳嗽、排痰，给予翻身、拍背，必要时吸痰及雾化吸入。
- 4、重病者需卧床休息，给予半卧位或半坐位。
- 5、加强营养，维持水、电解质平衡，有吞咽困难者根据病情给予半流质、流质或禁食，进量不足给予补液。
- 6、缺氧者，及时给予吸氧，做好呼吸道管理。
- 7、做好心理护理。

二、心脏外科疾病手术一般护理常规

1、术前护理

(1) 重度心力衰竭、夹层动脉瘤、心脏黏液瘤患者术前绝对卧床休息。一般患者多卧床休息，限制活动。心慌、气短或呼吸困难者协助取半坐位并吸氧。

(2) 给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食；心衰、水肿患者予以低盐饮食。

(3) 作好术前准备和指导。

A、术前戒烟、戒酒 2 周以上。

B、冠脉搭桥患者术前一周停用抗凝药；服洋地黄类药物者心率低于 60 次/分钟时停药。

C、指导患者练习深呼吸、有效咳嗽、排痰、高半坐卧位等，体验拍背的感受。

D、指导患者术前禁食、沐浴、更衣。

E、测量身高及体重；备好胸片、胸腔引流瓶及术中用药。

F、清洁口腔，取下活动义齿及首饰，遵医嘱给术前用药。

2、术后护理

(1) 行体外循环的患者术后按体外循环心内直视术护理常规。

(2) 全麻术后患者未清理前取平卧位，头偏向一侧。麻醉醒后，可采取高半坐卧位，有利呼吸和引流。

(3) 根据患者的耐受程度，鼓励术后早期活动，逐渐增加活动量。麻醉清醒后，鼓励患者床上活动，如深呼吸、四肢主动活动及间歇翻身等。手术后第 2~3 天开始，尝试下床活动。先坐床沿片刻，作深呼吸和咳嗽；再床旁站立，并稍走动或椅子上略坐片刻，再逐渐增加活动量。

(4) 患者术后全身麻醉清醒及恶心、呕吐消失后，可逐步进食。其他术后 6 小时可逐渐恢复饮食。

(5) 保持呼吸道通畅，预防肺部感染。鼓励患者咳嗽、排痰，给予翻身、拍背，雾化吸入每 4 小时 1 次。呼吸机辅助呼吸者，给予定时吸痰。

(6) 密切观察患者生命体征及神志、尿量、中心静脉压、左房压、氧饱和度、引流量、

皮肤温度及湿度的变化。

(7) 遵医嘱予以补液、输血、抗感染等治疗，严格掌握输液、输血的速度。用微量泵输入正性肌力、血管扩张等特殊药物，并观察药物疗效及不良反应。

(8) 注意手术切口敷料清洁、干燥，观察有无渗血、渗液，预防切口感染。一般胸部切口 7~9 天拆除缝线。

(9) 保持各引流管通畅，注意引流液的性质和量。安置胸腔闭式引流装置者按其护理常规。禁食及留置胃管患者做好口腔护理；留置导尿管的患者做好会阴部护理。

(10) 保持急救物品、药品的完好。

三、体外循环心内直视术护理常规

- 1、按全身麻醉后护理常规。
- 2、了解患者手术、麻醉、术毕恢复心脏循环等情况，妥善固定各种管道，给予患者保暖。
- 3、严密监测患者生命体征、神志、尿量、中心静脉压、左心房压、血气分析、凝血功能等，注意低心排血症、酸碱平衡失衡和电解质紊乱、低体温、代谢性酸中毒、代谢性碱中毒、低血钾、肾功能减退、呼吸功能障碍等。
- 4、密切观察呼吸机辅助呼吸的情况，及时吸痰，保持呼吸道通畅和有效呼吸。
- 5、观察胸腔引流液的量和性状，评估渗血量。
- 6、根据患者中心静脉压、左心房压及渗血量，补充血容量。如血容量补足后，仍有低心排血症，需及时报告医师，遵医嘱滴注正性肌力药物，如多巴胺、肾上腺素、多巴酚丁胺等。必要时，应用降低后负荷扩容药物，如硝普钠、安妥拉明、硝酸甘油等。
- 7、及时纠正酸碱平衡失调和电解质紊乱。

四、动脉导管未闭手术护理常规

【定义】

动脉导管是胎儿时期的生理性血流通道，生后4周内形成组织学闭塞——动脉韧带。各种原因造成婴儿时期的动脉导管未能正常闭塞，称为动脉导管未闭。

【临床表现】

症状轻重由导管的粗细，分流的大小及肺循环阻力而不同。分流量小，症状轻微或根本无症状。分流量大者，有心悸、气短、乏力反复呼吸道感染以致心力衰竭。合并严重肺动脉高压者，有紫绀、咯血及腹胀、下肢浮肿等右心功能不全的表现。

【治疗原则】

手术方法：常温手术直接结扎术或切断缝合术。左侧切口。

【并发症治疗与护理】

- 1、高血压：动脉导管闭合后体循环血量增加、疼痛反射、术后输液过多等造成血压升高。
 - (1) 术后1岁以内控制收缩压100mmHg左右，1岁以上收缩压110mmHg左右。
 - (2) 高血压易造成吻合口出血。必要时静脉泵入硝普钠，拔除气管插管后口服开博通。
 - (3) 术后不输血或血浆制品（未转体外循环、高血压）。
- 2、喉返神经损伤：术中损伤喉返神经。
 - (1) 术后呼吸机辅助呼吸，清醒后即可拔除气管插管。
 - (2) 治疗上可给予激素，喂养上应注意防止误吸，继发肺部感染。
- 3、乳糜胸：术中损伤胸导管。

安装胸腔引流管、禁食。饮食上给予低脂肪、高蛋白饮食。
- 4、肺动脉高压危象：是由于肺动脉压力急剧升高，达到或超过主动脉水平，导致严重的低血压及低氧血症。
 - (1) 延长呼吸机辅助时间，持续镇静，降低应急反应。降低氧耗保证供氧。
 - (2) 加强呼吸道护理，保证气道通畅。保证呼吸机湿化，防止痰痂形成。
 - (3) 维持一定的碱血症状态，降低肺循环阻力。

(4) 拔除气管插管后，充分吸氧，根据血气指标按需吸痰，维护肺功能，防止肺部并发症。

【护理评估】

- 1、评估患者的生长发育及营养状况、健康史，了解既往病史及治疗经过。
- 2、评估患者活动后心悸、气促、疲乏的程度，有无左心衰竭。了解有无感冒或呼吸道感染等，有无呼吸困难、咳嗽、肺部干湿啰音等表现。
- 3、了解患者心脏检查、心电图、X线、超声心动图等检查结果。
- 4、了解患者及家属对疾病和手术的认识，有无恐惧、害怕等心理表现。

【护理措施】按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

术前护理

- (1) 注意保暖，防止呼吸道感染。
- (2) 心慌、气短或呼吸困难者协助取半坐位并吸氧。
- (3) 给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食。有心衰者予以低盐饮食。

术后护理

- (1) 术后病情许可后帮助患者取半坐卧位。
- (2) 监测生命体征及病情变化，预防并发症。密切观察患者的呼吸频率、节律、幅度及听诊两肺呼吸音。术后出现声音嘶哑等喉返神经损伤症状时，早期禁水、禁食，以防误吸，同时遵医嘱使用激素及B族维生素等神经营养药。
- (3) 保持呼吸道通畅，定时为患者翻身、拍背并行雾化吸入。给予麻醉未醒或咳嗽无力的患者吸痰，防止呼吸道感染。
- (4) 保持手术切口清洁干燥，防止感染。
- (5) 遵医嘱使用镇静、镇痛药物，保持患者情绪稳定。严格控制液体入量，遵医嘱予药物控制血压。
- (6) 保持胸腔引流管的通畅，间断挤压引流管，注意观察引流液的量及性状。

【健康指导】

- 1、交待患者出院后，术后半年内避免剧烈运动。
- 2、出院后3个月复查。如有倦怠、发热等不适，随时就诊。

五、房间隔缺损修补术护理常规

【定义】

在胚胎期由于房间隔的发育异常，左右心房间残留未闭的房间孔，造成心房之间左向右分流的先天性心脏病，称为房间隔缺损。

【临床表现】

- 1、小儿患者：常表现为肺充血或反复呼吸道感染。
- 2、儿童患者：常无明显症状，少数只是易患感冒，但生长发育、活动能力不受限制。
- 3、成人患者：多数右心负荷加重，出现劳累后心悸气短、易疲劳、以及心率失常等症，症状持续加重，演变成右向左分流为主，紫绀、杵状指、活动能力下降、咯血等症，以及腹胀，下肢浮肿等右心衰竭的症状。少数无明显症状，主要表现为心律失常。

【治疗原则】

- 1、内科介入治疗（封堵术）：四周边缘完整的中央型房缺效果最好。
- 2、外科手术：全麻、低温体外循环经胸正中切口进行。根据位置及缺损大小采取直接缝合或涤纶片修补。

【并发症治疗与护理】

- 1、肺水肿：房缺大，左心发育差，单位时间内容量补充过多。
 - (1) 维护左心功能，严格控制单位时间内液体入量。
 - (2) 大房缺常应用血管扩张剂降低后负荷，改善心功能。
- 2、心律失常：术中机械损伤、心脏传导系统局部组织水肿等。
- 3、密切观察病人心率、心律变化及时通知医生。

【护理评估】

- 1、评估患者生长发育、营养状况及健康史，了解既往病史，有无反复出现上呼吸道感染。
- 2、评估患者有无劳累后气促、心悸、心房颤动，有无右心衰竭、呼吸道感染等。
- 3、了解患者心脏检查、X线、心功能检查、心电图等检查结果。
- 4、评估患者对疾病和手术的了解程度及心理状态。

【护理措施】按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

1、术前护理

- (1) 注意保暖，防止呼吸道感染。
- (2) 气促、心悸者协助取半坐位并吸氧。
- (3) 给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食。
- (4) 按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

1. 术后护理

- (1) 术后病情许可后帮助患者取半坐卧位。
- (2) 术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。
- (3) 严密观察病情，监测心率、心律，有无心律失常。听诊有无残余分流的心脏杂音。
- (4) 保持呼吸道通畅，定时为患者翻身、拍背并行雾化吸入。对于麻醉未醒或咳嗽无力的患者给予吸痰，防止呼吸道感染。
- (5) 保持手术切口清洁干燥，防止感染。
- (6) 遵医嘱给予抗心律失常药物，观察药物的疗效。
- (7) 保持胸腔引流管的通畅，间断挤压引流管，注意观察引流液的量及性状。

【健康指导】

- 1、交待患者及家属半年内患者避免剧烈运动。
- 2、保持手术切口清洁干燥，以免感染。
- 3、出院后 3 个月复查。如有不适，随时就医。

六、室间隔缺损修补护理常规

【定义】

胚胎期间室间隔发育不全而形成的单个或多个缺损，由此产生左右两心室异常交通。

【临床表现】

患者症状的轻重，取决于分流量的大小、肺动脉高压的程度。

- 1、小型 VSD：低阻力，小分流的患者，可无症状。
- 2、中型 VSD：中-大量分流者，常于婴幼儿期即出现喂养困难。发育不良、反复发生肺部感染及充血性心力衰竭。较大分流量的儿童或青少年患者，则表现心悸、乏力、不同程度的生长发育迟缓及活动耐力下降。
- 3、巨大 VSD：左向右分流无主阻力，肺动脉高压会进一步造成双向分流或右向左分流，将出现明显的紫绀、杵状指、活动耐力下降、咯血等症状，以及腹胀、下肢浮肿等右心衰竭的症状。

【治疗原则】

手术方法：全麻低温体外循环下，经胸骨正中切口。根据 VSD 的大小直接缝合或涤纶片修补。

【并发症治疗与护理】

- 1、心律失常：术中机械损伤、心脏传导系统局部组织水肿、电解质紊乱。II 度房室传导阻滞、III 度房室传导阻滞。
 - (1) 密切观察病人心率、心律变化及时通知医生。出现房室传导阻滞或心率减慢时，遵医嘱可静脉输入异丙肾上腺素，同时给予激素治疗。
 - (2) 维持内环境稳定，维持电解质在正常范围。
 - (3) 临时起搏器应用。
- 2、肺不张
 - (1) 加强呼吸道护理，定时翻身体疗、必要时气管内吸痰。
 - (2) 保证气道湿化。

【护理评估】

- 1、了解患者既往病史，有无发育不良、反复呼吸道感染、右心衰竭、肺动脉高压等。
- 2、评估有无劳累后气促、心悸，有无心前区隆起，有无心脏杂音。
- 3、了解患者心电图、X线、超声心动图等检查结果。
- 4、评估患者对疾病和手术的了解程度及心理状况。

【护理措施】按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

1、术前护理

- (1) 注意保暖，防止呼吸道感染。
- (2) 气促、心悸者协助取半坐位并吸氧。
- (3) 给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食。
- (4) 按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

2、术后护理

- (1) 术后麻醉清醒后，根据病情许可帮助患者取半坐卧位。
- (2) 术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。
- (3) 严密监测心率、心律的变化，及时处理心理失常。
- (4) 保持呼吸道通畅，定时为患者翻身、拍背并行雾化吸入。对于麻醉未醒或咳嗽无力的患者给予吸痰，防止呼吸道感染。
- (5) 术后早期应控制静脉输入晶体溶液，以 $1\text{ml}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 为宜。
- (6) 注意听诊有无残余分流的杂音，观察是否有影响心脏功能或康复的危险因素。评估是否存在残余分流，如术后血流动力学不稳定、心功能差等。
- (7) 预防肺高压危象发生。术前有肺高压的患者，术后延长呼吸机辅助呼吸的时间，尽可能减少镇静、吸痰及体疗次数；延长吸氧时间。

【健康指导】

- 1、半年内避免剧烈运动。
- 2、保护手术切口清洁、干燥，防止感染。
- 3、出院后3个月复查。如出现气促、发绀等不适时，立即就医。

七、法洛四联症手术护理常规

【定义】

最常见的复杂紫绀型先心病，由法洛阐明是有四种不同的病变：肺动脉狭窄，室间隔缺损，主动脉骑跨，右心室肥厚组成的心脏畸形，故此病称之为法洛氏四联症。

【临床表现】

- 1、紫绀：多生后 6 个月出现。
- 2、蹲距：F4 特征性姿势。
- 3、乏力：不善活动，好安静。
- 4、呼吸困难：缺氧发作，昏厥，死亡。
- 5、杵状指（趾）。
- 6、X-ray：靴型心。

【治疗原则】

手术方法：全麻低温体外循环经胸骨正中切口进行。

- 1、姑息手术（体-肺动脉转流术）。
- 2、根治手术。

【并发症治疗与护理】

- 1、灌注肺：烦躁不安、进行性呼吸困难、发绀、听诊湿罗音、血痰或血水痰，难以纠正的低氧血症。
 - （1）延长呼吸机辅助时间，逐渐加大 PEEP 值，减少肺表面渗出、防止肺泡萎谢，纠正缺氧。
 - （2）充分镇静，保持呼吸道通畅，及时清除呼吸道分泌物。
 - （3）严格限制入量，监测血浆胶体渗透压，及时补充胶体，加强利尿。
- 2、低心排：心率增快、低血压、中心温度高末梢潮凉、中心静脉压高、尿少。
 - （1）持续镇静延长呼吸机辅助时间，减少心脏做功。
 - （2）增强心肌收缩力应用血管活性药物多巴胺、多巴酚丁胺、肾上腺素等。
 - （3）调整前负荷、减轻后负荷；维持有效的组织灌注。维持电解质正常。
 - （4）尿少利尿剂效果差可进行透析治疗。

3、心律失常 房室传导阻滞、室上性心动过速

- (1) 术中安装临时起搏器。带起搏器的病人应固定好起搏导线、记录起搏数值。
- (2) 维持电解质正常范围。
- (3) 应用药物。

4、出血 由于侧支循环丰富，凝血机制障碍，体外循环时间长，破坏凝血因子，术后易渗血。

观察引流液颜色、性质、量的变化，及时给予止血药，如引流液突然减少，应警惕心包填塞。

【护理评估】

- 1、评估患者的健康史，了解既往病史，有无发育不良等。
- 2、评估缺氧程度，如是否有发绀、杵状指、活动受限等。
- 3、了解患者心脏检查、心电图、X线、超声心动图等检查结果。
- 4、评估患者的心理反应，如有无社会适应能力差、对父母过分依赖、焦虑、恐惧、易激惹哭闹等。

【护理措施】按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

1、术前护理

- (1) 嘱患者多卧床休息；每天予以吸氧。
- (2) 给予高蛋白、高能量、含丰富维生素、易消化饮食。鼓励患者多饮水，每 3~4 小时 1 次，每次 200ml，必要时静脉补液。
- (3) 作好心理护理及术前指导，避免哭闹、用力排便、感染、贫血、寒冷及创伤等加重缺氧的因素。
- (4) 按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

2、术后护理

- (1) 术后麻醉清醒后，根据病情许可帮助患者取半坐卧位。
- (2) 术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。
- (3) 严密监测心率、心律的变化。带有临时起搏器的患者应固定好起搏导线，按安装心脏起搏器护理常规。

(4) 保持呼吸道通畅，定时为患者翻身、拍背并行雾化吸入。术后减少不必要的气管插管及辅助通气，特别注意呼吸道护理，防止呼吸道并发症，如肺部感染、灌注肺等的发生。

(5) 术后每小时记录引流液的量及性质，保证引流管通畅；及时发现并处理急性出血，防止出现心包压塞。

【健康指导】

- 1、指导患者及家属出院后视病情逐渐增加活动量，避免剧烈运动。注意保暖，以免受凉感冒。
- 2、交待家属出院 3 个月后复查 B 超、胸部 X 片及 ECG。发现发绀、气促、水肿等异常时，立即就医。
- 3、指导和鼓励家属加强小儿早期心理和智力教育，尽力减少疾病对小儿的影响。

八、心脏瓣膜置换手术护理常规

（一）风湿性二尖瓣狭窄

【定义】

风湿性二尖瓣狭窄是最常见的风湿性瓣膜病，是急性风湿热侵犯心脏后所遗留的慢性心脏病变，极少数是病毒感染所引起的瓣膜交界粘连、瓣膜增厚或挛缩，导致瓣口面积减少到 $2.0-2.5\text{cm}^2$ 以下。

【临床表现】

典型表现：出现气急，活动后出现呼吸困难，是突出的症状，稍严重后会出现夜间阵发性呼吸困难，端坐呼吸、肺水肿及咯血，如有肺动脉高压可出现浮肿、肝肿大，二尖瓣面容。

【治疗原则】

二尖瓣狭窄的治疗是包括内、外两科密切协作基础上的非手术治疗和手术治疗。

内科：风湿热治疗，纠正心力衰竭，改善心功能。

手术：闭式二尖瓣扩张术；直视下二尖瓣切开和扩张术；人工瓣膜置换术

【并发症治疗与护理】

体循环栓塞：左房血栓或钙化组织脱落是主要来源。如怀疑有血栓或发现有大片和外露钙化应放弃闭式手术。

心力衰竭：强心利尿，狭窄解除不满意或关闭不全者，内科治疗无效，应考虑再次手术换瓣。

心律失常：常发生心房颤动，可自行消除，或用复律治疗。

（二）风湿性二尖瓣关闭不全

【定义】

风湿性二尖瓣关闭不全是风湿热侵犯心脏后所遗留的慢性心脏瓣膜病变。主要病理改变是瓣叶和腱束增厚、挛缩、瓣膜面积缩小、瓣叶活动度受限制以及二尖瓣环扩大等。

【临床表现】

轻度二尖瓣关闭不全，大多无自觉临床症状，仅体格检查时听到心脏杂音。病程历时较久、返流量较多的病例，由于左心室搏出量虽然增大但排送入体循环的血流量减少，可呈现乏力、易倦、活动耐量减低、劳累后气急等症状。但静息时呼吸困难、端坐呼吸等则很少见。

晚期二尖瓣关闭不全病例可呈现左心衰竭和右心衰竭症状。

【治疗原则】

轻度二尖瓣关闭不全、心功能 I~II 级左心房未见明显增大者，可暂缓手术，定期随诊复查。而临床出现症状、心功能 II 级以上者，除禁忌证外，都应施行手术治疗。

【并发症治疗与护理】

- 1、低心排出量血征：这是瓣膜手术早期死亡的主要原因，采取输血补液，心脏起搏增加心率，应用强心利尿及血管扩张剂，改善通气，纠正酸中毒等措施。如仍不能纠正，应用主动脉内气囊反搏。
- 2、左心室破裂出血 这是仅见于二尖瓣替换的严重并发症。临床表现是，心脏复苏后不久，有大量鲜血从心包腔溢出，或术后数小时内突然胸引流管有大量血涌出。一旦发现应尽快建立体外循环，在心脏停跳下修补。
- 3、血栓栓塞：与巨大左心房、心房颤动和抗凝不当有关。人工瓣膜血栓引起瓣口狭窄、发生肺水肿急诊手术。脑栓塞和冠状动脉栓塞为常见，应用溶栓治疗。
- 4、瓣周漏：目前少见。这与缝置人造瓣的技术不妥有关，如缝合房室环不够紧密，缝线打结未能拉紧或缝线断裂，也有因心内膜炎发生局部瓣环组织继发性溃烂而造成瓣周漏。严重者，可引起急性心力衰竭和心内膜炎、贫血等。轻度瓣周漏可不予处理，重度者需迅速明确诊断，再度手术。在瓣周漏处加添缝合，修补漏洞，或拆除人造瓣，重新替换新的瓣膜。

【护理评估】

- 1、评估患者健康史，了解既往病史及治疗经过。
- 2、评估患者血压、体温、心率、心律及呼吸。观察面色、神志、水肿、尿量的变化，有无劳累后气促、阵发性呼吸困难、端坐呼吸，有无心衰等表现。
- 3、了解患者心脏检查、心脏 B 超、凝血功能等检查结果。
- 4、评估患者对手术在接受程度及心理状况。

【护理措施】按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

1、术前护理

- (1) 进食高蛋白、清淡及易消化的食物。
- (2) 卧床休息，减少活动，必要时氧气吸入。
- (3) 按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。

2、术后护理

- (1) 术后麻醉清醒后，根据病情许可帮助患者取半坐卧位。
- (2) 术后麻醉清醒无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。饮食宜高蛋白、低盐、丰富维生素（不宜进食含维生素 K 的食物，如菠菜、猪肝、等）的饮食，保持大便通畅。
- (3) 遵医嘱给药和注意药物副作用。机械瓣置换者定时口服抗凝药，仔细观察牙龈、眼结膜、皮下、鼻有无出血征象，询问女患者是否存在月经量过多等抗凝药过量的现象，出现异常及时处理。每日清晨测心率，如心率少于 60 次/分钟，立即报告医师且停止给服地高辛。服利尿药时，注意观察有无血钾、钠异常表现，维持电解质平衡。
- (4) 预防肺部感染、压疮等并发症。指导有效咳嗽、排痰，定时拍背，雾化吸入。保持皮肤清洁干燥，预防压疮。
- (5) 严密观察病情，注意监听瓣膜音质，发现心脏杂音及时通知医师。
- (6) 给予心理安抚，鼓励患者学会自我护理。

【健康指导】

- 1、指导患者出院后适当活动劳动，以不感觉心慌、气促为宜。忌烟酒，避免暴饮暴食。
- 2、交待患者严格遵医嘱服药，学会自我监测出血倾向和测心率。服用抗凝药者定期复查 PT，服用地高辛前自查心率，服利尿药时同时补钾等。

九、冠状动脉搭桥手术护理常规

【定义】

冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠心病）是由于冠状动脉内形成粥样斑块，引起管腔狭窄、导致心肌缺血、甚至坏死的疾病。

【临床表现】

劳力型心绞痛：在活动或情绪激动时出现心前区压榨性疼痛，部分患者向左肩部或/和左上臂部放散，一般持续 5~10 分钟，休息或含服硝基甘油等药物可缓解。部分伴有胸闷或以胸闷为主，严重者疼痛较重，持续时间延长，休息或睡眠时也可以发作。病史提问要注意诱因、疼痛的部位、持续时间，有无放射，伴随症状及缓解方式。

【治疗原则】

增加冠状动脉血供和减少心肌氧耗使心肌供氧和耗氧达到新的平衡，尽最大努力挽救缺血心肌减低病死率。

主要是消除诱发因素，如戒烟、控制高血压、减轻体重、治疗高脂血症，并服用抗心绞痛药物、降低心耗氧量药物等。

病变严重，内科治疗无效的病人施行冠状动脉搭桥手术，以改善心肌缺血状况和心功能。

【并发症治疗与护理】

- 1、高血压 若血压偏高，应用镇静及血管扩张药如硝普钠 $(0.5 \sim 1.0 \mu\text{g}) / (\text{kg} \cdot \text{min})$
- 2、低血压 由低血容量、心包填塞或心功能不全造成。若中心静脉压及左房压均低、心率快，考虑血容量不足，应输血或血浆。若左房压升高，心指数下降【小于 $2\text{L} / (\text{m}^2 \cdot \text{min})$ 】，给予多巴胺 $(2 \sim 10 \mu\text{g}) / (\text{kg} \cdot \text{min})$ ，肾上腺素 $(0.01 \sim 0.1 \mu\text{g}) / (\text{kg} \cdot \text{min})$ 。心缩无力给予氯化钙 0.5g，静脉注射。
- 3、心律失常 频繁发作房性早搏，静脉注射或口服心律平。
- 4、心肌梗死 因手术期发生率为 2%~3%，表现为心电图出现 Q 波、顽固性心律失常、低排出及血清肌酸磷酸激酶同工酶 MB 升高。应降低心肌耗氧、避免血管痉挛。

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史及生活、饮食习惯。
- 2、评估患者体温、脉搏、呼吸、面色及神志等情况；评估心绞痛的程度、发作时间的长短及频率。
- 3、了解患者心脏检查、凝血功能、冠状动脉血管造影等检查结果。
- 4、了解患者的心理状况，如有无焦虑、恐惧、悲观等不良情绪。

【护理措施】

（一）术前护理

- 1、患者宜选择低脂肪、低胆固醇及足量蛋白质、维生素、粗纤维等饮食。
- 2、遵医嘱控制心绞痛发作，必要时给予硝酸甘油持续静脉泵入。
- 3、按心脏外科疾病手术一般护理常规做好术前准备。
- 4、给予心理护理，消除患者焦虑、恐惧等不良情绪。

（二）术后护理

- 1、术后麻醉清醒后，根据病情许可帮助患者取半坐卧位。
- 2、术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。饮食宜选择低脂肪、低胆固醇及足量蛋白质、维生素、粗纤维等食物，保持大便通畅。
- 3、观察患者术后病情改善情况，有无胸痛、胸闷、心绞痛等。
- 4、保持切口敷料清洁、干燥，观察取大隐静脉处及胸部切口有无出血、渗液等。
- 5、抬高取大隐静脉的肢体，减轻水肿，评估肢端温度、血运、感觉及运动情况等。发现异常，及时报告医师。
- 6、遵医嘱给药抗凝等药物，并观察药物的疗效及副作用。

【健康指导】

- 1、交待患者出院后逐渐增加活动量，坚持低脂肪、低胆固醇及含丰富粗纤维的饮食，养成定时排便的习惯，防止便秘。禁烟酒。
- 2、定期复查。如果出现胸痛、胸闷、心绞痛等不适，及时赴医院就诊。

十、心脏黏液瘤手术护理常规

【定义】

心脏粘液瘤是临床上最常见的心脏原发性肿瘤，多属良性，恶性者少见。粘液瘤可发生于所有心脏的心内膜面，左心房粘液肿瘤常发生于卵圆窝附近，临床上常因瘤体堵塞二尖瓣口，导致二尖瓣口狭窄或关闭不全。

【临床表现】

（一）梗阻症状

早期常有心悸、气短、运动耐力减低，左心房粘液瘤如梗阻肺静脉或二尖瓣口可产生酷似二尖瓣病变的肺瘀血症状；阵发性夜间呼吸困难、咯血丝痰，重者可有颈静脉怒张，肝肿大及下肢浮肿。右房粘液瘤如梗阻腔静脉、三尖瓣口可出现与心包积液相似的症状；颈静脉怒张，肝肿大及水肿。本病的梗阻症状有随体位变动而发作的特点，如有与体位相关的发作性眩晕及呼吸困难，肿瘤突然堵塞房室瓣口引起心搏量显著降低，可发生突然昏厥或心脏骤停。

（二）栓塞

粘液瘤碎片或瘤体表面血栓脱落可发生体、肺循环的栓塞。左房粘液瘤约有 40% 发生栓塞，右房粘液瘤者栓塞少见。

（三）全身症状

主要有发热、血沉增快，贫血、体重减轻及血清 α_2 、 β 球蛋白异常增高，此可能与肿瘤内有出血坏死及炎症细胞浸润有关。

【治疗原则】

一旦确诊，应力争短时间内改善心肺复苏，纠正水电解质紊乱，控制已并发的感染而尽早手术，对有昏厥或栓塞症状发作史者，更应是强制性外科手术的指征。

【并发症治疗与护理】

见风湿性心脏病二尖瓣狭窄并发症与护理。

按心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

【护理评估】

1、评估健康史及心理状况，了解既往病史及治疗经过。

- 2、评估患者有无动脉栓塞的表现，如偏瘫、失语、肢体疼痛等；评估有无二尖瓣狭窄的表现，如心悸、气促、端坐呼吸、晕厥、咯血等；评估有无发热、消瘦、食欲不振、乏力、贫血等全身反应。
- 3、了解患者心脏检查、X线胸片、凝血功能等检查结果。
- 4、评估患者对心脏黏液瘤疾病及手术的认知程度，了解患者的心理状态。

【护理措施】

1、术前护理

- (1) 患者给予绝对卧床休息，限制活动，以防瘤体嵌塞房室瓣口导致猝死。
- (2) 对于贫血、心悸、呼吸困难者，给予氧气吸入。
- (3) 严密检查病情变化，一旦发现病情变化，立即报告医师，随时作好急救准备。
- (4) 及时作好术前准备，以便急症手术。
- (5) 给予患者心理安抚及疏导，缓解患者紧张情绪。

2、术后护理

- (1) 术后麻醉清醒后，根据病情许可帮助患者取半坐卧位。
- (2) 术后麻醉清醒及无恶心、呕吐后逐渐恢复饮食及活动。
- (3) 遵医嘱给予药物治疗，严格控制液体的输入量和速度，防止容量负荷过重，发生心衰。
- (4) 严密观察病情变化，观察切口有无出血、渗液，保持切口敷料清洁、干燥和引流通畅。

【健康指导】

- 1、指导病患者出院后视病情适当活动，逐渐增加活动量，避免过度劳累。
- 2、交待患者及家属如出现神志改变、肢体活动受限等异常情况及时就医。

十一、心脏移植手术护理常规

【适应症】

心脏移植手术是终末期心脏病的一种治疗方法。

适合于心脏移植的主要病种有：

1、冠心病

心力衰竭型冠心病，为缺血性心肌病的一种，约占心脏移植的 40%，国内实施例数很少。本病多因严重的多支冠状动脉病变或者广泛性心肌梗死引起。临床上以顽固的充血性心力衰竭和心律失常为主要特征，可同时出现心绞痛。

2、心肌病

原因不明的心肌病包括扩张型心肌病、慢性克山病及限制型心肌病等。前两者在临床上多出现进行性加重的心力衰竭、心脏扩大及恶性室性心律失常，扩张型心肌病约占心脏移植的 50%。

3、先天性心脏病

如先天性左心室发育不良综合征、严重的三尖瓣下移畸形、复杂的单心室伴有主动脉瓣下狭窄等，可以在婴儿期或者儿童期施行心脏移植，其预后比矫正术更好。

4、心肌炎

占心脏移植患者的极少部分。各种病因的心肌炎在晚期可以发展为严重的充血性心力衰竭和心律失常，但在心肌炎的急性期不能施行心脏移植，避免手术后再发心肌炎。

5、心脏瓣膜病

仅占心脏移植的极少部分。心脏瓣膜病在晚期出现严重的充血性心力衰竭时，因为多种原因不能进行换瓣术，可以考虑心脏移植。但是由于心脏瓣膜病在晚期多出现肺动脉高压，心脏移植后易于发生供者心急性右心衰竭，导致患者死亡。此时可以考虑施行心肺联合移植或者单肺移植与换瓣膜手术。

6、特殊类型的心肌病

如肌营养不良性心肌病、药物中毒性心肌病或者放射性心肌病。对此类患者进行心脏移植的病例极少，预后有待于进一步观察。

7、心脏移植术后再移植

下述病变可以考虑再次心脏移植：严重的急性或者超急性排斥反应使移植的供者心脏严重受损，心脏移植后再发原先患有的严重心脏病（比如巨细胞性心肌炎），手术后

发生急性右心功能衰竭、严重低心排综合征威胁患者生命，长期存活的心脏移植受者的心脏发生严重冠状动脉增殖性病变，不能施行血管再通术。再次心脏移植死亡率比较高。

另外对终末期心脏病，为避免其他器官（肾、肝、肺等）发生不可逆的严重损害，应当及早行心脏移植手术。

按移植术、心脏外科疾病手术一般护理常规及体外循环心内直视术护理常规。

【护理评估】

- 1、了解患者既往疾病、手术、创伤、过敏等史，有无烟、酒嗜好。
- 2、评估心脏疾病症状和体征、心脏衰竭的程度。
- 3、了解生命体征，实验室心、肝、肺、肾功能检查及 X 线、CT、MRI 等影像学检查情况，供、受体移植配型及其他脏器的功能等。
- 4、了解患者的家属和社会经济情况，患者对手术的认识和心理反应。

【护理措施】

1、术前护理

- (1) 给予高蛋白、高碳水化合物、丰富维生素、低脂易消化饮食。
- (2) 遵医嘱使用强心、利尿、血管扩张、免疫抑制剂等；纠正酸碱及电解质紊乱，注意补镁；应用极化液等。
- (3) 改善肺功能，每日吸氧 3 次，每次 30 分钟；术前用地塞米松、抗生素及透明质酸酶溶液行雾化吸入；指导患者呼吸训练，如深呼吸、腹式呼吸、咳嗽训练等。
- (4) 术前对睡眠不佳者，遵医嘱给予适当镇静药物。
- (5) 做好肠道准备。术前 1 天备皮，全身用氯己定溶液擦浴。
- (6) 术前除准备心脏外科常用药外，还应准备免疫抑制剂，如环孢素 A(CSA)、甲泼尼龙、泼尼龙、硫唑嘌呤等。
- (7) 准备严格消毒的无菌室及隔离病房，并备有监护仪、呼吸机、输液泵以及抢救药品和设备等。
- (8) 做好术前指导和心理护理，消除患者的焦虑和紧张心理。

2 术后护理

- (1) 评估手术、麻醉方式及术中情况。患者术后置于移植专用隔离病房，给予特级护理，严格执行消毒隔离制度，防止感染。
- (2) 根据麻醉方式取卧位，鼓励咳嗽，协助翻身、拍背。给予吸氧。

- (3) 严密观察体温、脉搏、呼吸、血压等病情变化。
- (4) 严密监测循环功能和血流动力学变化，及时掌握多功能监测仪、经皮脉搏氧饱和度测量、动脉持续测压、漂浮导管（6腔）动态测压、持续心排血量及混合静脉血氧饱和度监测、血流动力学等指标变化，尽早发现移植术后有无早期心脏衰竭，特别注意是否发生右心衰竭及肺动脉高压。
- (5) 术后根据胃肠功能恢复情况逐渐恢复饮食，注意饮食卫生。宜选择高热量、高蛋白、丰富维生素和富含膳食纤维的食物。
- (6) 维持 2~3 条有效静脉通路，保证各种药液顺利输注。定时、定量准确给药，尤其是免疫抑制剂。强调免疫抑制剂使用的个体化，即根据血药浓度水平、急性排斥反应的发生频率、肝肾功能状态等及时调整各时期的用药量，避免用量不足诱发排斥和用量过多易促发感染。
- (7) 监护移植术后心脏排斥反应：①超急性排斥反应多发生于术中早期，立即出现供心复跳困难；②急性排斥反应多发生于术后 1~20 周；③慢性排斥反应多发生在心脏移植 1 年以后。患者康复期如出现乏力、周身不适、食欲不振、活动后心悸、气短等症状时，应高度怀疑排斥反应。
- (8) 预防感染，最大限度降低感染的风险。做到：①操作前后严格洗手，出入移植病房更衣、换鞋、戴帽、口罩及严格限制入室人数；②病室内勿摆花卉及植物；③定时测量体温并记录；④观察身体穿刺置管部位的皮肤；⑤观察口腔有无真菌感染迹象；⑥及时听诊肺部呼吸音，观察呼吸道分泌物有无异常；⑦监测血象，及时采集痰、尿及口腔、伤口表面分泌物标本进行细菌培养。必要时协助进行床旁 X 线胸片检查等。
- (9) 评估切口及引流情况。妥善固定引流管，保持引流通畅；观察、记录引流液的颜色、质、量；准确记录 24 小时出入水量。
- (10) 给予患者心理支持和鼓励，保持心情愉快和情绪稳定。

【健康指导】

- 1、交待患者严格按医嘱服用免疫抑制剂，不可随意自行停药或减量。
- 2、加强营养，注意饮食卫生；养成良好的生活习惯，避免过度劳累。
- 3、定期复查肝功能及血药浓度。如有不适，及时就诊。

十二、食管癌护理常规

【定义】

食管癌是指发生在食管粘膜上皮的恶性肿瘤。

【临床表现】

（一）早期症状

- 1、梗噎感
- 2、胸骨后烧灼感
- 3、异物感
- 4、可无症状

（二）进展期症状

- 1、进行性吞咽困难（典型症状）。
- 2、常吐粘液样痰。
- 3、逐渐消瘦、脱水、乏力。

（三）晚期症状

- 1、侵犯外周：持续疼痛、气管瘘、呛咳。
- 2、神经受累：声音嘶哑、Horner 综合症。
- 3、恶病质：消瘦、贫血、低蛋白。
- 4、远处转移：黄疸、腹水、昏迷等。

【治疗原则】

早中期食管癌确诊后身体条件允许，尽早手术，术后行放疗、化疗等综合治疗。

【并发症观察及护理】

（一）颈部吻合口瘘

病情观察：多发生在术后 3~5 天，严密观察病人的体温、精神状态，情绪，颈部切口局部有无红肿、压痛、皮下气肿、渗液、流脓或进食后有食物流出等症状。

护理：

- 1、禁食，胃肠减压，加强营养；
- 2、颈部伤口充分引流，进行伤口冲洗，及时更换敷料，保持伤口清洁；

- 3、静脉输入敏感抗生素；
- 4、辅以红外线照射伤口。

（二）胸部吻合口瘘

病情观察：多发生于术后 5-10 天，观察有无呼吸困难、胸腔积液和全身中毒症状，如高热、寒战、甚至休克等情况。

护理：

- 1、禁食，胃肠减压，加强营养，抗感染治疗；
- 2、协助行胸腔闭式引流并常规护理；
- 3、持续吸氧，改善组织缺氧状况；
- 4、严密观察生命体征，若出现休克症状，应积极抗休克治疗；
- 5、需再次手术者，应积极配合医生完善术前准备；
- 6、心理护理

（三）乳糜胸

病情观察：多发生于术后 2-10 天，观察胸腔引流量及性质，胸闷、气急、心悸等心肺受压症状，胸腔引流量及性质，从胸腔引流管流出或穿刺抽出大量液体，早期是黄色或血性液体，如患者进食含蛋白质及脂肪量高的食物后至典型的白争乳糜液体。乳糜液每天 200~300ml 时可观察 2~3 天，如果量逐渐减少可保守治疗，如果每天在 500ml 以上，需手术治疗。

护理：

- 1、保持胸腔引流管通畅，及时排出胸腔积存乳糜液，认真观察并记录引流的量、颜色、性质。
- 2、肠内及肠外营养。
- 3、按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

【护理评估】

- 1、询问患者既往病史、饮食习惯和特殊嗜好、吸烟史等，起病时间及病情进展等。
- 2、评估患者营养情况，有无体重下降、消瘦、贫血、脱水或衰竭等；了解食管梗阻情况，有无吞咽困难或呕吐，能否正常进食等。

- 3、了解患者的心、肺等重要脏器功能及血气分析和血电解质检测结果，有无糖尿病、高血压、冠心病等，评估患者对手术的耐受程度。
- 4、评估患者对疾病的认识和心理状态，有无焦虑、抑郁及程度如何。

【护理措施】

1、术前护理:根据患者具体情况调整饮食，改善营养状况。对能进食者给予高蛋白流质饮食，对食管高度梗阻不能进食者按医嘱静脉补充营养。遵医嘱做好术前准备:

(1) 积极治疗口腔疾病，保持口腔卫生。

(2) 呼吸道准备:劝患者戒烟，训练有效咳嗽、咳痰或腹式深呼吸，加强排痰。遵医嘱使用抗生素，控制呼吸道感染。

(3) 胃肠道准备:①术前3日进流质饮食，术前1晚禁食。②进食后滞留或进食后反流者，术前3日留置胃管，并用生理盐水经鼻胃管冲洗食管和胃，以减轻局部充血水肿，减少术中污染，防止吻合口瘘。③结肠代食管手术患者，术前行肠道准备。④术晨常规留置胃管。如遇梗阻部位，切不可强行进入，以免食管穿孔，可将胃管置于梗阻部位上端，待手术中直视下再继续置于胃中。

(4) 给予术前指导和心理护理，稳定患者情绪，争取亲属在心理和经济上的积极支持配合，解除患者的后顾之忧。

2、术后护理

(1) 了解手术及麻醉情况，加强呼吸道管理。及时清除呼吸道分泌物，促进肺扩张。

(2) 饮食护理:①术后3~6日吻合口处于充血水肿期，应严格禁食;②禁食期间持续胃肠减压，给予静脉营养支持。停止胃肠减压24小时后，若无吻合口瘘症状，开始进食。自少量饮水开始，依次为少量流质、第8日进全量流质饮食、第10~12日进半流质饮食，3~4周进普食;③以高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化食物为宜，避免刺激性食物;④宜少食多餐、由稀到干、细嚼慢咽，防止进食过多及速度过快，防止术后吻合口瘘;⑤注意观察进食后的反应，如梗阻、疼痛、呕吐、腹泻等。进食后2小时内避免平卧、低头弯腰等，以免食物反流。睡眠时宜高枕卧位。

(3) 严密观察生命体征等病情变化，及时发现和处理并发症。其术后可能的并发症:

①术后吻合口瘘:如出现发热、呼吸困难等，应警惕。一旦确诊，立即禁食，行胸腔

闭式引流术，遵医嘱抗感染及营养支持；②乳糜胸：若术后血清样胸液过多，或粉红色中伴有脂肪滴，应警惕乳糜胸。

(4) 维持有效的胃肠减压。①保持胃管通畅，抽吸胃液每 2 小时 1 次。若胃管不通畅，可用少量生理盐水冲洗并及时回抽，避免胃扩张增加吻合口张力，并发吻合口瘘；②妥善固定胃管，防止脱出。如胃管脱出，应严密观察病情，不应再盲目插入，以免穿破吻合口，造成吻合口瘘；③严密观察引流液量及性状并记录。术后 6~12 小时内从胃管内可吸出少量血性液或咖啡色液，以后引流液颜色将逐步变淡。若引流出大量血性液体，患者出现烦躁、血压下降、脉搏增快等血容量不足的表现应考虑有活动性出血，立即报告医师处理。

(5) 禁食期间加强口腔护理，每日早、中、晚三次，保持口腔清洁。

(6) 安抚和关心患者，使患者保持良好的心理状态，树立战胜疾病的信心。

【健康指导】

- 1、指导患者进行适当活动，注意休息，避免劳累。
- 2、告知患者术后饮食要求，指导患者自我观察进食后的反应。若进食后出现梗阻、疼痛、呕吐、腹泻等不适，应暂停进食，及时报告医护人员。若术后 3 至 4 周再次出现吞咽困难，考虑吻合口狭窄，立即就诊或告诉医护人员。

十三、胸部损伤护理常规

【定义】

胸部损伤是指由车祸、挤压伤、摔伤和锐器伤所致，包括胸壁挫伤、裂伤、肋骨骨折、气胸、血胸、肺挫伤。有时合并腹部损伤。胸部损伤，一般根据是否穿破全层胸壁包括胸膜，造成胸膜腔与外界沟通，而分为闭合性和开放性两大类。

（一）闭合性损伤：指胸部损伤未造成胸膜腔与外界相通。多因暴力挤压、冲撞、钝器碰击胸部所致。

（二）开放性损伤：指胸部损伤造成胸膜腔与外界相通。多由于利器、刀、锥、战时的火器、弹片穿破胸壁所致。

【临床表现】

（一）症状

- 1、胸痛 是主要症状，多位于受伤部位，呼吸时加重。
- 2、呼吸困难 。
- 3、咯血 肺、支气管损伤者可表现为痰中带血或咯血。
- 4、休克。

（二）体征

- 1、望：胸壁表面、运动情况；
- 2、触：压痛、捻发音、骨摩擦音、气管移位等；
- 3、叩：积气鼓音、积液浊音；
- 4、听：呼吸音减弱或消失。

【治疗原则】关键是纠正循环和呼吸功能紊乱，恢复呼吸生理功能，预防感染和并发症。

（一）非手术治疗

- 1、镇痛，抗感染。
- 2、保持呼吸道通畅。胸穿、闭式引流、封闭伤口等。
- 3、抗休克等治疗。

（二）手术治疗：主要为剖胸探查术

手术指征：持续出血、大量漏气、心脏压塞、胸腹联合伤、存有异物、存在胸壁缺损。

【并发症观察及护理】

（一）闭合性肋骨骨折：

- 1、固定胸廓：限制活动，减轻疼痛。可用多条或弹力胸带或宽胶布叠瓦式固定、止痛。
- 2、处理并发症：处理反常呼吸。主要是牵引固定，即在伤侧胸壁放置牵引架，或用厚棉垫加压包扎以减轻或消除胸壁的反常呼吸运动。可经电视胸腔下导入钢丝的方法固定连枷胸。
- 3、建立人工气道。
- 4、应用抗生素。

（二）开放性肋骨骨折：

- 1、清创缝合，包扎固定。
- 2、合并气胸、血胸者行胸膜腔闭式引流。
- 3、应用抗生素，预防感染。

（三）创伤性血气胸：以抢救生命为首要原则。处理包括封闭胸壁开放性伤口，通过胸膜腔闭式引流排除胸腔内积气和防治感染。

- 1、闭合性气胸：空气经肺或胸壁的伤道进入胸膜腔，伤道迅速闭合，不再有气体进入胸膜腔，胸膜腔与大气不相通。

（1）小量气胸（肺萎缩在 30%以下）：无明显症状。无需处理，一般可在 1~2 周内自行吸收。

（2）大量气胸（肺萎缩在 50%以上）：胸闷、胸痛、气促、气管移位、伤侧叩诊呈鼓音、听诊呼吸音减弱。胸穿、胸膜腔闭式引流促进肺复张。

- 2、开放性气胸：胸壁有开放性伤口，胸膜腔与外界大气相通，呼吸时空气可经伤口自由出入胸膜腔，引起纵隔摆动，甚至出现呼吸、循环功能严重障碍。

（1）症状：胸闷、胸痛、气促、明显呼吸困难、口唇发绀、重者伴有休克症状。

（2）体征：胸壁见到一个吮吸性伤口而在呼吸时发出“嘶嘶”声。胸部及颈部皮下可触及捻发音，气管、心脏向健侧移位。伤侧叩诊呈鼓音，听诊呼吸音减弱或消失。

（3）胸部 X 线检查：伤侧肺萎陷、气管及心脏向健侧移位。

（4）紧急处理：

- A、紧急封闭伤口。
 - B、抽气减压或胸膜腔闭式引流。
 - C、清创缝合。
 - D、剖胸探查，对疑有胸腔内器官损伤或进行性出血者经手术止血或清除异物。
 - E、预防及处理并发症：给氧、输血补液抗休克，应用抗生素。
- 3、张力性气胸：又称高压性气胸，伤后伤口与胸膜腔相通，且形成活瓣，致吸气时空气从裂口进入胸膜腔内，呼气时活瓣关闭，空气只能进入而不能排出，腔内随着空气的不断增多，压力越来越大，病人出现进行性呼吸困难，大汗淋漓，休克等。
- (1) 临床表现：
- A、症状 严重或极度呼吸困难、大汗淋漓、发绀、烦躁不安、昏迷、休克甚至窒息。
 - B、体征 气管和心影向健侧偏移，伤侧胸部饱满，呼吸幅度减小，皮下气肿，叩诊呈鼓音，听诊呼吸音消失。
 - C、胸部 x 线检查 肺萎缩、大量积气、气管和心脏移向健侧。
 - D、穿刺：高压气体向外冲—症状好转又加重。
- (2) 紧急处理：
- A、急救处理：立即排气减压，危急时可在患侧锁骨中线与第 2 肋间连线处，用粗针头穿刺胸膜腔排气减压，并外接单向活瓣装置。
 - B、胸膜腔闭式引流术
 - C、剖胸探查
 - D、应用抗生素
- 4、血胸：指胸部损伤后导致的胸膜腔内积血。
- (1) 临床表现和诊断
- A、小量血胸（成人在 500ml 以下） 可无明显症状，胸片显示肋隔角变钝。
 - B、中量（500ml—1000ml）和大量血胸（1000ml 以上） 低血容量性休克症状，伴有胸腔积液的表现，如呼吸困难、肋间隙饱满、气管向健侧移位等。
 - C、血胸并发感染 感染症状。
 - D、胸部 x 线检查 胸腔积液、纵隔移位，合并气胸显示液平面。

E、胸穿抽得血液可确诊。

(2) 处理原则

A、非进行性血胸：小量自然吸收；胸穿，胸膜腔闭式引流。

B、进行性血胸：抗休克，同时手术探查。

具备以下征象则提示存在进行性血胸：①持续脉搏加快、血压降低，或虽经补充血容量血压仍不稳定；②胸腔闭式引流量每小时超过 200ml，持续 3 小时；③Hb、RBC 计数和 Ht 进行性降低；④引流胸腔积血的 Hb 和 RBC 计数与周围血相接近，且迅速凝固。

C、凝固性血胸：出血停止后手术，对已感染者按脓胸处理。

(四) 心脏损伤：心脏损伤包括心脏挫伤和心脏破裂。

1、心脏挫伤：是由于胸部受到撞击、减速、挤压、冲击等暴力后导致的钝性心脏损伤。多发生于右心室。

(1) 临床表现

A、症状 轻者症状不明显，中重度可出现心前区疼痛，伴心悸、气促、呼吸困难等。

B、体征 偶可闻及心包摩擦音。

(2) 处理原则

A、卧床休息。

B、密切观察病情，持续心电监护。

C、补充血容量，注意速度不能过快，以防心力衰竭。

D、吸氧。

E、镇痛。

F、控制可能致死的并发症：如心律失常和心力衰竭。

2、心脏破裂：是一种穿透性心脏损伤，大多数是由锐器伤及心脏所致。

(1) 临床表现：胸壁伤口出血，可见伤口不断涌出鲜血。休克，病人面色苍白、脉搏细速、呼吸浅快、血压下降等。颈静脉怒张和心脏压塞症，出现 Beck 三联征。心律失常和心力衰竭。

Beck 三联征：①静脉压增高，大于 15cmH₂O。②心音遥远、脉搏微弱。③脉压小，动脉压降低甚至很难测出。

(2) 处理原则

A、立即抗休克和手术抢救。

B、非手术治疗：①立即行心包腔穿刺。②抗休克，输血和输液，维持有效循环。③抗感染。

C、手术治疗：在非手术治疗的基础上，争取时间行开胸手术探查和止血。

【护理评估】

- 1、评估患者受伤经过、暴力大小、受伤部位与时间，有无昏迷、恶心、呕吐史等。
- 2、评估生命体征，了解有无呼吸困难、发绀、休克及意识障碍、肢体活动障碍。
- 3、评估疼痛的部位与性质，骨折的部位与性质，有无开放性伤口，气管位置有无偏移，有无反常呼吸运动，有无咳嗽、咳痰、咯血，了解痰量与性质，咯血量与次数。
- 4、了解患者的心理状态，有无恐惧、害怕等。

【护理措施】按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

- 1、帮助患者取半坐卧位，合并休克者取平卧位。
- 2、给予高热量、高蛋白、丰富维生素饮食。病情危重、诊断不明确或须手术者暂禁食。
- 3、吸氧，一般流量 2~4L/min。根据氧饱和度调节氧流量，观察患者缺氧情况是否改善。
- 4、密切观察病情变化，及时发现和预防休克、心包压塞等。
- 5、病情不稳定时每 15~30 分钟测量生命体征 1 次，稳定后改每 1 小时测量一次并记录。
- 6、观察缺氧的表现，如呼吸频率、节律、有无反常呼吸及氧饱和度等。
- 7、减轻疼痛。对于多发性肋骨骨折患者，应用胸带加压包扎胸部，以减轻疼痛和抑制反常呼吸。
- 8、保持呼吸道通畅，纠正反常呼吸，加强肺部理疗及雾化吸入。必要时施行吸痰或气管切开。
- 9、放置胸腔引流管者按胸腔引流护理常规。
- 10、根据病情备好抢救药品及器材。如需手术，积极作好术前准备和术后护理。

【健康指导】

- 1、指导患者进食高热量、高蛋白、丰富维生素饮食，促进损伤恢复。
- 2、交代肋骨骨折患者 3 个月后复查 X 片，以了解骨折愈合情况。

十四、脓胸手术护理常规

【定义】

胸膜腔受化脓性病原体感染，产生脓性渗出液积聚，称为脓胸。按病变范围分为全脓胸和局限性脓胸。全脓胸是指脓液占据整个胸膜腔，局限脓胸是指脓液积存于肺与胸壁或横膈或纵膈之间，或肺叶与肺叶之间，也称包裹性脓胸。

【临床表现】

- 1、急性脓胸：(1)高热、胸痛、气促、咳嗽、伴支气管胸膜瘘者有体位性咳痰；(2)患侧胸部呼吸受限，胸廓饱满，气管移向对侧，肋间隙增宽，叩诊浊音或实音(脓气胸叩诊上部鼓音，下部浊音)，听诊呼吸音减弱或消失。
- 2、慢性脓胸：(1)反复发热(低热)、食欲不振、胸部隐痛，气促、咳嗽、伴支气管胸膜瘘者咳大量脓痰；(2)慢性消耗性病容、消瘦、贫血、营养不良(血浆蛋白降低)，患侧胸壁塌陷，气管向患侧移位，肋间隙变窄，呼吸运动受限，叩诊实音，呼吸音减弱或消失，脊柱侧弯，杵状指(趾)。

【治疗原则】

- 1、根据脓液细菌培养及药物敏感性试验选用有效抗生素控制感染。
- 2、排尽脓液促使肺早日扩张。
- 3、全身支持治疗包括加强营养、补充能量和蛋白，必要时可多次间断给予输血。
- 4、根据具体情况调整改进脓腔引流，以利于控制感染和改善全身情况。
- 5、手术治疗：消除致病原因，消灭脓腔和恢复肺功能。

【并发症观察与护理】

- 1、呼吸衰竭及心律失常：合理的术式选择对防止术后呼衰，避免围术期死亡有重要作用。因此必须早期识别，如肺内广泛哮鸣音，呼吸频率 >30 次/min，伴有辅助呼吸运动， $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ 或 $PaCO_2 > 60\text{mmHg}$ ，以及有肺性脑病症状时，早期气管切开，辅助呼吸。术后心律失常除原有心脏疾患外低氧血症是主要原因。
- 2、术中术后出血：由于脓胸泛围广泛，同时常合并较复杂的肺内病变，使手术剥离面广，易造成术中术后大出血。防止术后出血的关键除术中仔细止血，肺血管可靠结扎，切莫忽视肋间血管的缝扎，在胸改术中不能因为加压包扎而忽略彻底止血。另外术前凝血功能的检查也至关重要。

- 3、自溃性脓胸：本病是结核性脓胸常见的并发症。结核性脓胸的壁层胸膜破裂，自发排出其内容物，可进入许多部位，最常见的是胸壁皮下组织。CT 可同时显示胸腔内外的病变，均呈厚壁的包裹性积液，且可显示两者之间的瘻。
- 4、胸膜恶性肿瘤：并发胸膜恶性肿瘤相对罕见，虽然其发病机理不明，但慢性炎症是最重要的因素，其病理学类型较多。诊断也相对较难。
- 5、除以上并发症外，慢性脓胸术后并发残腔积液、胸膜全肺切除术后残端瘻、顽固性窦道等。

【护理评估】

- 1、评估患者有无急慢性感染病史。
- 2、评估患者营养状况，有无全身乏力、长期低热、消瘦、贫血、低蛋白血症病史、有无杵状指、咳浓痰等，有无胸痛、胸闷、气促、咳嗽、咳痰、呼吸急促等。
- 3、了解患者血常规、白细胞计数及中性粒细胞是否增高等。
- 4、了解患者对疾病和手术的认识，有无不良的心理反应。

【护理措施】按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

- 1、术前患者取患侧卧位。行脓胸清除手术后，常规生理盐水胸腔冲洗，根据引流液的颜色调节冲洗速度，一般每天冲洗 2000-3000ml，每冲洗 500ml 后观察进出是否平衡。
- 2、提供高蛋白、高热量和丰富维生素饮食。
- 3、术后严密观察生命体征，有无胸痛、胸闷、气促、咳嗽、咳痰、呼吸急促等。一旦发现术后有出血的表现，立即通知医师，遵医嘱做好快速止血、输血等处理。必要时作好再次开胸止血术准备。
- 4、有呼吸困难者，给予吸氧。
- 5、胸腔闭式引流者按胸腔闭式引流护理常规。
- 6、指导患者术后进行康复功能锻炼。鼓励患者咳嗽、深呼吸（有支气管胸腔瘻者除外），恢复肺功能。坚持采取上直立姿势，练习头部前后左右回转运动、上半身前屈运动及左右弯曲运动。
- 7、做好心理护理，尤其是对反复胸腔穿刺者，应给予精神支持，做好解释。

【健康指导】

- 1、指导患者进食高蛋白、高热量和丰富维生素饮食，促进早日康复。
- 2、指导患者出院后继续进行术后康复锻炼。

十五、肺叶切除手术护理常规

【定义】

肺癌是最常见的肺原发性恶性肿瘤，绝大多数肺癌起源于支气管粘膜上皮，故亦称支气管肺癌。

【临床表现】

（一）早期症状

肺癌在早期并没有什么特殊症状，仅为一般呼吸系统疾病所共有的症状，如咳嗽、痰血、低热、胸痛、气闷等，很容易忽略。肺癌早期常见症状的具体表现：

- 1、咳嗽。肺癌因长在支气管肺组织上，通常会产生产呼吸道刺激症状而发生刺激性咳嗽。
- 2、低热。肿瘤堵住支气管后往往有阻塞性肺叶存在，程度不一，轻者仅有低热，重者则有高热，用药后可暂时好转，但很快又会复发。
- 3、胸部胀痛。肺癌早期胸痛较轻，主要表现为闷痛、隐痛、部位不一定，与呼吸的关系也不确定。如胀痛持续发生则说明癌症有累及胸膜的可能。
- 4、痰血。肿瘤炎症致坏死、毛细血管破损时会有少量出血，往往与痰混合在一起，呈间歇或断续出现。很多肺癌病人就是因痰血而就诊的。

（二）晚期症状

- 1、面、颈部水肿。在纵隔右侧有上腔静脉，它将来自上肢及头颈部的静脉血输回心脏。若肿瘤侵及纵隔右侧压迫上腔静脉，最初会使颈静脉因回流不畅而怒张，最后还会导致面、颈部水肿，这需要得以及时诊断和处理；
- 2、声嘶是最常见症状。控制左侧发音功能的喉返神经由颈部下行至胸部，绕过心脏的大血管返行向上至喉，从而支配发音器官的左侧。
- 3、气促 发生区域性扩散的肺癌患者几乎都有不同程度的气促。由肺和心肌产生的正常组织液由胸正中的淋巴结回液。若这些淋巴结被肿瘤阻塞，这些组织液将积聚在心包内形成心包积液或积聚在胸腔内形成胸腔积液。以上两种情况均可导致气促。然而，因许多吸烟患者合并不同程度的慢性肺病，这给气促的鉴别带来一定困难。此外，由于一部分肺组织因长有肿瘤而丧失呼吸功能，从而使正个呼吸功能受损而产生呼吸不适，这种不适感起初只在运动时产生，最终连休息时也可感觉到。

【体征】

- 1、局限性哮鸣音为局限性哮鸣音，多为吸气阶段出现，咳嗽后并不消失。
- 2、声音嘶哑 淋巴结转移压迫或侵犯喉返神经时出现。
- 3、上腔静脉综合症 肿瘤压迫或侵犯上腔静脉，静脉回流受阻，产生头面、颈、上肢水肿，上胸部静脉曲张并水肿，伴头晕、胸闷、气急等症状。
- 4、Horner's 综合征肺尖癌压迫或侵犯颈交感神经节时，出现患侧眼球凹陷，上睑下垂、瞳孔缩小、眼裂狭窄、患侧上半胸部皮肤温度升高、无汗等。
- 5、肩臂疼痛 肺尖癌压迫或侵犯臂丛神经时，出现该侧肩部及上肢放射状灼热疼痛。
- 6、膈神经麻痹 膈神经受侵时出现气急胸闷
- 7、吞咽困难 纵隔淋巴结肿大压迫食管所致，压迫气管可致呼吸困难。
- 8、心包受侵 心包受侵时出现心包积液，气急，心律失常，心功能不全等。
- 9、胸膜转移 可见胸痛，癌性胸水等。
- 10、肺癌转移 肺癌的血行转移常见部位依次是骨、肝、脑、肾、肾上腺、皮下组织等，另外肺癌内转移也较常见。临床随转移部位不同而有相应的症状、体征。
- 11、肺外体征 常见有四肢关节疼痛或肥大、杵状指，多发性神经炎，重症肌无力，库欣病、男性乳房增生肥大、高钙血症、精神异常等。

【治疗原则】肺癌的治疗方法分三大类：

- 1、化学治疗 化疗对小细胞肺癌的疗效无论早期或晚期较肯定，甚至有根治的少数报告；对非小细胞肺癌也有一定疗效，但仅为姑息，作用有待进一步提高
- 2、放射治疗 放疗对小细胞癌最佳，鳞状细胞癌次之，腺癌最差。
- 3、肺癌的外科治疗 肺癌治疗方法中除Ⅲb 及Ⅳ期外应以手术治疗或争取手术治疗为主，依据不同期别和病理组织类型酌加放射治疗、化学治疗和免疫治疗的综合治疗。

【护理评估】

- 1、评估患者有无吸烟史、吸烟事件和数量；家族中是否有类似病史。
- 2、评估患者全身营养状况，有无体重减轻、贫血、低蛋白血症；肺部疾病表现，如发热、咳嗽、咳痰及痰的量和形状；有无咯血、咯血量和次数；有无放射痛、牵涉痛；有无呼吸困难、发绀、杵状指等。

3、了解患者 X 线胸片、CT、MRI 等检查结果。

4、评估患者对疾病和手术的认识以及心理状态。

【护理措施】按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

1、术前护理

(1) 给予患者高蛋白、高热量和丰富维生素饮食，纠正营养不良和水、电解质紊乱。

(2) 评估患者病情变化，观察有无发热、咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、发绀等。

(3) 遵医嘱给予支气管扩张剂、祛痰剂等药物，以改善呼吸状况。若痰液粘稠不易咳出者，可行雾化吸入。

(4) 遵医嘱做好术前准备。劝告患者戒烟，保持呼吸道通畅。

(5) 指导患者术后康复训练。

2、术后护理

(1) 了解手术、麻醉等术中情况，测血压、脉搏、呼吸并记录。

(2) 患者取去枕平卧位。麻醉清醒、血压平稳后改半坐卧位至胸腔引流管拔除。

(3) 术后禁食 6 小时后改进流质饮食，而后根据患者情况逐步改为普食。

(4) 持续吸氧 48 小时，氧流量 2~4L/min 或呼吸机辅助呼吸。老年人及肺功能差者，48 小时后给予间断吸氧。

(5) 采用多功能监护仪监护心率、心律、呼吸、血压、血氧饱和度等观察病情变化，及早发现心律失常、出血、感染、支气管胸腔瘘等并发症。一般监护 24~48 小时，病情需要时延长监护时间。

(6) 保持呼吸道通畅。鼓励腹式呼吸，增强健侧肺功能；协助患者取坐位，做有效咳嗽排痰；观察呼吸音及肺膨胀情况；排痰困难者，行气管吸痰或纤维支气管镜下吸痰。

(7) 全肺切除手术后护理：①术后尽量避免搬动，更换体位时应轻、缓。②视病情取半坐卧位 2~4 周，每 2~4 小时更换 1 次体位。不宜完全平卧，以 1/4 侧卧为宜，平卧时尽量偏向患侧，以防压迫健侧肺致反常呼吸。③钳闭胸腔引流管，遵医嘱定时开放，每次放液 500~700ml，以防纵隔摆动。④准确记录 24 小时出入水量。遵医嘱控制输液量及速度，输液总量每日不超过 2500ml，滴速以 30~40 滴/分钟为宜，防止心力衰竭。⑤如发现患者体温高、脉速、气急、咳痰多等，提示支气管胸膜瘘，应立即报告医师

及时处理，并协助患者侧向手术侧，避免剧烈咳嗽。

(8) 胸腔闭式引流者按护理常规。

【健康指导】

- 1、指导患者作深呼吸、吹气球等，促进肺膨胀。
- 2、指导患者进行抬肩、抬臂、手达对侧肩部、举手过头或拉床带活动，以预防术侧肩关节强直。
- 3、定期复查，若有伤口疼痛、剧烈咳嗽等症状，或出现进行性倦怠情形，应立即就诊。

【并发症治疗与护理】常见的肺癌手术后并发症及防治方法如下：

- 1、呼吸道并发症：如痰液潴留、肺不张、肺炎、呼吸功能不全等。尤以年老体弱者、原有慢性支气管炎、肺气肿者发病率较高。因手术后伤口疼痛，患者不能做有效咳嗽，痰液留积造成气道阻塞、肺不张、呼吸功能不全。预防在于病员能充分了解和配合，积极做好手术前准备工作，手术后鼓励督促其作深呼吸及用力咳嗽以有效地排痰，必要时可行鼻导管吸痰或支气管镜吸痰。并发肺炎者应积极抗炎治疗，出现呼吸衰竭时，常需机械辅助呼吸。
- 2、手术后血胸、脓胸及支气管胸膜瘘：其发病率很低。手术后血胸是一种后果严重的并发症，须紧急救治，必要时应及时再次剖胸止血。肺部手术时，支气管或肺内分泌物污染胸腔而至脓胸。此时除选择有效抗生素治疗外，及时而彻底的胸腔穿刺抽脓极为重要。效果欠佳者可考虑胸腔闭式引流。肺切除术后支气管残端癌存留，低蛋白血症及手术操作不当等可致手术后支气管残端愈合不良或形成瘘管。近年来此类并发症的发生已大为减少。
- 3、心血管系统并发症：年老体弱、手术中纵隔与肺门的牵拉刺激、低钾、低氧及大出血常成为诱因。常见的心血管系统并发症有手术后低血压、心律失常、心包填塞等。对于老年病员，手术前已有心脏疾患，心功能低下者手术指征应从严掌握。手术者注意操作轻柔。手术后保持呼吸道通畅及充分给氧，密切观察血压脉搏变化，及时补充血容量。手术后输液速度应慢速均衡，防止过快过量诱发肺水肿。同时作心电监护，一旦发现异常，根据病情及时处理。老年病员常伴有隐性冠心病，手术创伤的多种刺激可促使其急性发作，在临床师严密监护和及时处理下是可以转危为安的。

十六、肺大疱病人护理常规

【定义】

肺大疱指大疱性肺气肿，是一种局限性肺气肿。肺泡高度膨胀，肺泡壁破裂并相互融合而形成，一般是由小支气管的活瓣性阻塞所引起肺大疱有先天性和后天性两种。

【临床表现】

小的肺大疱本身不引起症状，单纯肺大疱的患者也常没有症状，有些肺大疱可经多年无改变，部分肺大疱可逐渐增大。肺大疱的增大或在其他部位又出现新的肺大疱，可使肺功能发生障碍并逐渐出现症状。巨大肺大疱可使患者感到胸闷、气短。肺大疱突然增大破裂，可产生自发性气胸，而引起严重呼吸困难，也可出现类似心绞痛的胸痛。

肺大疱患者常合并有慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿，临床症状也主要由这些疾病引起，只是在肺大疱形成后，临床症状进一步加重。肺大疱继发感染，可引起咳嗽、咳痰、寒战和发热，严重时出现发绀。如果引流支气管阻塞，肺大疱腔被炎性物质充满，可使空腔消失。临床上可能出现经治疗后感染症状消失，而胸片上肺大疱阴影持续数周或数月不消退的情况。

【治疗原则】

无症状的肺大疱不需治疗，伴有慢性支气管炎或肺气肿的患者，主要治疗原发病变。继发感染时，应用抗生素。

肺大疱体积大，占据一侧胸腔的70%~100%，临床上有症状，而肺部无其它病变的患者，手术切除肺大疱可以使受压肺组织复张，呼吸面积增加，肺内分流消失，动脉血氧分压提高，气道阻力减低，通气量增加，患者胸闷、气短等呼吸困难症状可以改善。

肺大疱破裂引起的自发性气胸，可以经胸穿、胸腔闭式引流等非手术疗法治愈，但反复多次发生的自发性气胸应采取手术方法治疗。手术中结扎或缝扎肺大疱，同时可使用四环素或2%碘酒涂抹胸腔以使胸膜粘连固定，防止气胸复发。

合并血气胸的患者临床症状有时很重，常有胸痛、呼吸困难，同时也会有内出血的一系列表现，临床上应密切观察病情变化，在短时间内采取非手术措施，如输血、胸穿等，症状无明显改善时，应果断地行开胸探查。此时往往有较大的活动出血，非手术治疗观察时间过长常常延误病情，预后不如手术止血好。

【护理措施】

- 1、饮食虽无特殊要求，但应增加营养，多食优质蛋白、多食富含维生素的食物，少食刺激性食物、饮料，忌烟酒，避免感染。
- 2、患者及家属常常担心费用，手术疗效，甚至恐惧手术，故围手术期进行细致的心理护理可缓解患者紧张情绪，减少应激反应。
- 3、术前戒烟、深呼吸训练、有效咳嗽排痰等呼吸道准备可改善分泌物的清除能力，解除支气管痉挛，减少呼吸道分泌物。

预防并发症时，呼吸道的护理尤为重要：术后应给持续吸氧，鼓励深呼吸，每2小时翻身拍背1次；做好心理护理，避免因疼痛或担心管子脱落而拒绝咳嗽咳痰；患者应学会正确的排痰方法，如：在深吸气后屏气，轻咳数次，将痰咳至咽部，同时按压胸部，最后用力咳嗽把痰咳出；若痰液粘稠者，应多喝水，以稀释痰液，便于痰液排出。

【并发症治疗与护理】

自发性气胸是肺大疱最常见的并发症，其次是感染和自发性血气胸。

- 1、自发性气胸 肺大疱可以没有任何症状。在突然用力，如剧烈咳嗽、提重物或体育运动时压力突然增加，肺大疱破裂，气体自肺内进入胸膜腔，形成自发性气胸时，可能出现呼吸困难，气急、心慌，脉搏加快等，气胸使胸膜腔负压消失，气体压缩肺组织使其向肺门部萎陷，萎陷的程度取决于进入胸腔的气体的多少，以及肺及胸膜原有病变的病理情况，进入胸腔的气体量大，肺组织原有病变轻，顺应性尚好的，肺萎陷较多，有时可达到一侧胸腔的90%，气体迅速进入胸腔，肺组织急速萎缩，则症状严重，甚至有发绀。如果患者除肺大疱以外，尚合并有肺气肿、肺纤维化、肺组织长期慢性感染等病变，肺大疱破裂时虽然有一部分气体进入胸腔，而肺组织萎陷程度可以较轻，但因为患者原有肺功能已减退，症状也较重。X线可见被压缩的肺形成的气胸线，如果有粘连存在，则气胸线不规则。肺大疱破裂后，其中一小部分裂口较小，肺组织萎缩后裂口自行闭合，漏气停止，胸腔积气逐渐吸收，胸腔负压恢复，肺复张痊愈。
- 2、张力性气胸 若肺大疱破裂后形成活瓣，吸气时胸腔负压增高，气体进入胸腔，呼气时活瓣关闭，气体不能排出，尤其是咳嗽时，声门关闭气道压力增高，气体进入

胸腔，声门开放后，气道压力减低，裂口又闭合，每一次呼吸和咳嗽都使胸腔内气体量增加，就形成张力性气胸。张力性气胸时患侧肺组织完全萎缩，纵隔被推向健侧，在健侧肺组织亦被压缩的同时心脏大血管移位，大静脉扭曲变形，影响血液回流，造成呼吸循环严重障碍，患者可出现呼吸困难、脉快、血压下降，甚至窒息、休克。患侧胸廓隆起，多伴有患侧皮下气肿，气管明显向健侧移位，病情危重，常需要急诊处理。

- 3、自发性血胸 肺大疱引起的自发性血胸，多数由肺尖部的大疱或大疱周围的肺组织与胸顶粘连及粘连撕裂活动出血。粘连带中的小动脉直径可达 0.2cm，血管起源于体循环，压力较高，同时胸腔内是负压，更增加了出血的倾向。另外，由于肺、心脏、膈肌运动的去纤维化作用，胸腔内的血液不凝固，因此出血很难自动停止。临床症状可因出血的快慢而不同，出血缓慢时，患者可表现为逐渐加重的胸闷，呼吸困难，X 线可见膈角变钝，或胸腔积液的抛物线影像。出血迅速时，短期内可以有休克表现。
- 4、自发性血气胸 肺大疱及周围肺组织与胸壁的粘连被撕裂时，如果粘连带中有血管破裂，同时肺组织也被损伤，就形成自发性血气胸。
- 5、肺大疱继发感染 多数情况下，肺大疱均发生在八级以上支气管远端，绝大多数是不感染的，但如果引流支气管堵塞，肺大疱支气管内充满炎性分泌物，患者可出现发热、咳嗽、咳痰等感染症状，有时经抗感染治疗后，临床症状好转，而胸片上感染的征象仍可持续较长一段时间。

十七、缩窄性心包炎手术护理常规

【定义】

缩窄性心包炎是各种原因引起心包脏壁层炎症、纤维素性渗出物沉积，并逐渐机化增厚挛缩甚至钙化，压迫心脏和大血管根部，致心脏舒张期充盈受限从而导致右心房、腔静脉压增高及心排出量降低等一系列循环功能障碍。导致这方面炎症最多见的原因是结核和化脓性感染其次为霉菌或病毒感染等。

【临床表现】

急性期为高热、寒战、出汗、虚弱、贫血、白细胞增高，心悸、脉搏细速、呼吸急促，不能平卧、血压下降、脉压差减少、奇脉、颈静脉怒张、肝肿大、腹水。

【治疗原则】

原则上需采用外科治疗的手段，切除大部分心包，使心脏压迫得到解除。如心包切开引流术、心包部分切除术、心包剥脱切除术。术前需改善病人的营养状况，纠正电解质紊乱、低蛋白血症和贫血，给予低盐饮食和利尿药物，有较大量腹水或胸水者，术前1、2日应予以抽除，以改善呼吸和循环功能。

【并发症治疗与护理】

心包切开术后综合症，心功能不全，冠状动脉损伤，心肌破裂（大出血和低心排）等，一旦出现这些并发症要及时处理

- 1、由于慢性缩窄的心包长期束缚心脏，导致心肌萎缩，易出现低心排，术后早期应充分利尿，避免心包剥脱后，外周淤积液体大量涌入心脏，加重心脏负荷；适当限制液体尤其是晶体入量严格限制短时间内的快速补液，防止因容量负荷过度而导致的低心排。
- 2、术后的中心静脉压检测，在维持循环的前提下，尽量使CVP处于低水平由于大量利尿，要高度警惕低钾低镁，注意及时补充电解质，防止心律失常。
- 3、本病有并发急性肾功能衰竭的危险故适当应用血管扩张剂，可以起到减轻心脏负荷的目的，尤其在术后早期更为重要。
- 4、本病容易并发肺部并发症，故适当的呼吸机辅助，对于中重症患者和有肺部并发症者尤为重要。

【护理评估】

- 1、询问患者发病前有无呼吸道感染、既往病史、吸烟史等。

- 2、评估患者全身营养状况、饮食状况、胃肠吸收功能、水肿及腹水程度，评估生命体征、中心静脉压、末梢循环情况等。
- 3、了解患者的心搏出量、尿量、血气分析和血电解质检测结果。
- 4、评估患者对疾病的认识和心理状态。

【护理措施】按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

1、术前护理

- (1) 给予低盐、高热量、高蛋白、丰富维生素饮食。
- (2) 限制活动量。嘱患者多卧床休息。病情重者取半坐卧位。
- (3) 吸氧，保持呼吸道通畅。
- (4) 严密观察心率、心律、血压、中心静脉压，测量尿量、腹围等，记录 24 小时出入水量，了解病情变化。使用强心剂及利尿剂者应警惕洋地黄中毒反应及低血钾表现。
- (5) 给予术前指导和协助患者作好术前准备。

2、术后护理

- (1) 病情允许后提供低盐、高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化饮食。
- (2) 根据心功能情况逐渐增加活动量，注意劳逸结合。
- (3) 严密监测心功能指标，如血压、中心静脉压、心搏出量、心脏排血指数，了解心脏功能。监测末梢循环。
- (4) 遵医嘱积极改善心功能，使用微电脑输液泵泵入多巴胺、多巴酚酞胺等正性肌力药物，避免药物剂量不足或过量引起的血压波动，确保血压稳定。使用强心、利尿剂时，注意监测血清钾，预防洋地黄中毒及低血钾发生。
 - A、严格控制液体入量，滴速不超过 20 滴/分钟，防止短时间输入过量液体增加心脏负荷。记录 24 小时出入水量，保持出入水量平衡。
 - B、给予皮肤护理，预防压疮。
 - C、鼓励患者积极治疗，保持乐观心态。

【健康指导】

- 1、指导患者出院后进食低盐、高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化饮食。
- 2、对于结核性或细菌性心包炎者，交代患者遵医嘱继续服用抗结核或抗炎药物治疗 3~6 个月。
- 3、指导患者自我测量每日尿量并记录，发现异常，及时就医。定期检查。

十八、纵隔肿瘤手术护理常规

【定义】

纵隔肿瘤是一组起源于纵隔的肿瘤，包括胸腺瘤、胸内甲状腺肿、支气管囊肿、皮样囊肿、畸胎瘤、淋巴肉瘤、恶性淋巴瘤、心包囊肿、脂肪瘤、神经源性肿瘤、食管囊肿等，以良性者居多。畸胎瘤多见于30岁以下，其余均多发生在40岁以上。本病除淋巴瘤和恶性淋巴瘤多数预后良好。

【临床表现】

- 1、呼吸道症状：胸闷、胸痛一般发生于胸骨后或病侧胸部。大多数恶性肿瘤侵入骨骼或神经时，疼痛剧烈。咳嗽常为气管或肺组织受压所致，咯血较少见。
- 2、神经系统症状：由于肿瘤压迫或侵蚀神经产生各种症状：如肿瘤侵及膈神经可引起呃逆及膈肌运动麻痹；如肿瘤侵犯喉返神经，可引起声音嘶哑；如交感神经受累，可产生霍纳氏综合症；肋间神经侵蚀时，可产生胸痛或感觉异常。如压迫脊神经引起肢体瘫痪。
- 3、感染症状：如囊肿破溃或肿瘤感染影响到支气管或肺组织时。
- 4、压迫症状：上腔静脉受压，常见于上纵隔肿瘤，多见于恶性胸腺瘤及淋巴性恶性肿瘤。食管，气管受压，可出现气急或下咽梗阻等症状。
- 5、特殊症状：畸胎瘤破入支气管，患者咳出皮脂物及毛发。支气管囊肿破裂与支气管相通，表现有支气管胸膜瘘症状。极少数胸内甲状腺肿瘤的病人，有甲状腺机能亢进症状。胸腺瘤的病人，有时伴有重症肌无力症状。

【治疗原则】

手术为主要治疗方法。原发性纵隔肿瘤，无论良性、恶性，一经发现，应尽早行手术切除。其他的治疗方法有化疗、放疗、中医中药治疗、生物治疗等。

- 1、手术治疗为主，恶性变可能者、转移者，辅以化疗、放疗。
- 2、恶性淋巴瘤可放疗、化疗相结合。

【并发症观察与护理】

并发呼吸困难和吞咽困难，恶性者可发生转移。胸腺瘤可合并重症肌无力症和红斑性狼疮。

预后方面，良性的当然效果好，与其他脏器的癌症相比，即使是恶性的胸腺瘤，预后也较好。

由于化学疗法和放疗的进步，恶性淋巴瘤和恶性胚细胞性肿瘤的预后已有所改善。

由于纵膈肿瘤种类的不同，在疗养上的注意点也不相同。

在良性肿瘤，如果摘除了肿瘤，这以后不会留下任何问题。

在恶性肿瘤，特别是恶性淋巴瘤、恶性胚细胞性肿瘤、胸腺癌等，需进行较长时间的辅助治疗(化学疗法)。

【护理评估】

- 1、了解有无周围脏器受压症状：①肺脏和支气管受压出现的胸闷、胸痛、前胸部不适、咳嗽、呼吸困难、吞咽困难等；②心脏、大血管受压出现的心悸，以及上腔静脉梗阻出现的上肢、颈部、面部水肿等表现；③压迫喉返神经导致声嘶。
- 2、了解有无肿瘤侵犯胸膜腔和心包、肺而出现的胸腔积液、心包积液及相应的症状。
如胸内甲状腺肿时，是否合并有甲状腺功能亢进症状。评估有无合并重症肌无力症状等。
- 3、了解 X 线胸片、CT、MRI 等检查结果。
- 4、了解患者及家属对疾病和手术的认识及心理反应。

【护理措施】按普通胸外科疾病手术一般护理常规。

1、术前护理

- (1) 保持呼吸道通畅，必要时负压吸痰。
- (2) 胸腺瘤合并重症肌无力者，需观察呼吸情况，并督促患者按时服用溴吡斯的明，注意观察有无药物过量的症状。
- (3) 做好术前准备和术前指导。

2、术后护理

- (1) 了解手术中及麻醉情况，按相应护理常规。
- (2) 保持呼吸道通畅，鼓励咳嗽、排痰。病情严重者术后呼吸机辅助呼吸，保持呼吸道通畅与良好的气体交换，维持动脉血气正常。对行气管切开者，协助医师完成气管切开术，护理按气管切开术后护理常规。

- (3) 合并重症肌无力者，密切观察呼吸情况，警惕肌无力危象和胆碱能危象。
- (4) 术后继续遵医嘱服用溴吡斯的明者，注意药物反应。
- (5) 对于行纵隔肿瘤切除，同时又行左（右）无名静脉结扎术者，避免患侧上肢输液；同时行血管置换术者，服用华法林等抗凝剂时，注意监测凝血酶原时间（PT）。
- (6) 给予心理支持，鼓励患者战胜疾病的信心。

【健康指导】

- 1、指导需长期服用华法林等抗凝剂者遵医嘱服药，定期复查 PT。
- 2、交待患者如有任何不适，及时就医。

第二节 心胸外科危重病及重症监护护理常规

一、复张性肺水肿护理常规

【定义】

复张性肺水肿是因气胸、胸腔积液、胸腔内巨大肿瘤造成病侧肺萎陷，经胸腔闭式引流或肿瘤切除术，解除对肺的压迫，使萎陷肺得以复张，患侧肺或双肺在短时间内（数分钟至数小时内）发生急性肺水肿，称为复张性肺水肿，病死率为 20%左右。

【临床表现】

复张性肺水肿临床表现与心源性肺水肿十分相似。诊断依据如下：

- (1) 有胸腔积液、积气等肺受压萎陷病史；
- (2) 有胸腔引流或手术肺急性复张诱发；
- (3) 肺复张后短时间出现呼吸困难的临床表现，如剧烈咳嗽、咳出或吸出大量白色或粉红色泡沫样痰或液体，呼吸急促浅表；
- (4) 患者单侧或双侧肺有细小水泡音、心率增快；
- (5) 若麻醉恢复期则表现自主呼吸浅快，气管导管咳出或吸出泡沫样痰或粉红色液体；
- (6) SpO₂ 早期不稳定，继而持续下降；
- (7) 影像学检查患肺遍布点状、片状模糊阴影；
- (8) 特殊检查有血液浓缩，肺内分流，低氧血症，代谢性酸中毒等。

【治疗原则】

复张性肺水肿的诊疗重点在于维持病人有足够的氧合和血流动力学的稳定。

主要措施有：

- (1) 保持呼吸道通畅，采用患侧向上的侧卧位，以利于排痰，对病情不同者分别采用吸引器吸痰，纤维支气管镜吸痰，气管插管或气管切开吸痰等方法；
- (2) 给氧及呼吸支持治疗，对轻度低氧血症者吸氧后即可纠正，鼻导管及面罩给氧时，吸氧浓度 $\geq 50\%$ ，同时加入祛泡剂，如 50%酒精。若病情较严重，已行气管插管和气管切开者，选用呼吸末压正压机械通气，压力为 5.0cmH₂O (0.49kPa)，以维持肺泡开放，

降低由于肺泡表面活性物质不足所致的肺泡表面张力过大，改善通气/血流比例失衡，并减少肺内分流，减少肺毛细血管跨膜压和血流成分漏出，提高氧分压到临床可以接受的水平；

(3) 维持血容量。深静脉置管，监测中心静脉压(CVP)，有效控制输液量和输液速度；

(4) 应用肾上腺皮质激素，增加肺毛细血管膜的稳定性，同时应用利尿剂(速尿、双氢克尿噻)、强心(西地兰)、氨茶碱等药物，并纠正水电解质和酸碱失衡。

【预防】

复张性肺水肿应以预防为主，并做到早发现、早诊治、早治疗、降低复张性肺水肿的发病率和死亡率，关键在于正确认识本病，尤其一些年老体弱，恶性肿瘤，慢性重症脓肿等病人，多有低蛋白血症和低氧血症，一旦发生复张性肺水肿易导致多器官功能衰竭造成死亡。为预防复张性肺水肿，在临床工作应注意以下诸点：

(1) 对于胸腔积液、积气，尤其大量积液、积气，肺长时间受压萎陷者，抽积液、积气和胸腔闭式引流的速度要慢，并间断夹闭引流管或用输液夹调控引流量，首日排液量 $\leq 1000\text{ml}$ 。有人提出肺被压缩7天以上，首次排液量 $\leq 1000\text{ml}$ ，首次抽液在500ml左右，首次排气量 $\leq 3/4$ 压缩容积，第2天排液量 $\leq 2000\text{ml}$ ，排气是可以随意的；

(2) 严格掌握胸腔闭式引流负压吸引的适应证，若需负压吸引，其压力不超过 $20\text{cmH}_2\text{O}$ (1.96kPa)；

(3) 开胸手术双腔管麻醉时，要间歇性双肺通气，避免术侧肺长时间萎陷。麻醉苏醒过程中，最好手控气囊复张肺，速度要慢，潮气量适中；

(4) 大量排气、排液、引流气体、液体时或术后，要密切观察病人，凡短时间内发生胸闷、气短、心悸、持续或频繁咳嗽，要高度警惕复张性肺水肿的发生，立即停止有关操作，并可向胸内注入200ml左右的气体或液体；

(5) 控制输液量和输液速度，密切观察尿量，必要时做中心静脉压监测及床头X线胸片。

【护理评估】

1、评估有无慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、胸廓脊柱畸形、原发性肺动脉高压症等病史。

- 2、评估患者生命体征、神志、有无肺性脑病。
- 3、评估咳嗽、咳痰、呼吸困难、发绀等，观察痰的量及性状。
- 4、评估患者的营养状况，皮肤和粘膜，查看水肿部位及程度。
- 5、评估患者的心理状态及社会支持情况。

【护理措施】

- 1、急性肺水肿病情发作时，取半坐位，双腿下垂，使静脉回心血量减少。
- 2、迅速安置好心电监护仪，严密监测生命体征变化。
- 3、加入 30%浓度的酒精于湿化瓶中，高流量吸氧，氧流量 6~8L/分，以减少肺泡内泡沫的表面张力，使泡沫破裂消除，改善缺氧症状和通气功能。
- 4、由于急性肺水肿发病急，患者无心理准备，均表现极度烦躁，紧张和恐惧，有濒死感。
- 5、抢救时正确迅速执行医嘱，给予强心利尿扩血管及激素类药物治疗，记录用药前后体征变化，观察症状是否缓解。

【健康指导】

- 1、嘱患者绝对卧床休息，避免不良刺激，减少探视，保证充足的睡眠和休息，避免过多劳累。
- 2、指导腹式和缩唇呼吸训练，改善通气。
- 3、指导患者合理饮食，饮食少量易消化食物，多食含纤维丰富的蔬菜和水果，保持大便通畅，适当控制钠盐摄入。
- 4、避免呼吸道感染，继续按时服药。

二、慢性肺源性心脏病护理常规

慢性肺源性心脏病简称肺心病，是由于肺组织、肺血管或胸廓的慢性病变引起肺组织结构和（或）功能异常，产生肺血管阻力增加，肺动脉压力增高，使右心室扩张和（或）肥厚，伴或不伴右心功能衰竭的心脏病，并排除先天性心脏病和左心病变引起者。

【临床表现】

- 1、肺、心功能代偿期：咳嗽、咳痰、气促；活动后心悸、乏力；
- 2、肺、心功能失代偿期，出现呼吸衰竭、右心衰竭的症状。呼吸衰竭表现为呼吸困难加重，头痛、失眠、食欲下降、白天嗜睡，出现表情淡漠、神志恍惚、谵妄等肺性脑病表现；右心衰竭表现为明显气促、心悸、食欲不振、腹胀、恶心等

【治疗原则】

控制感染；合理氧疗；控制心衰；控制心律失常；抗凝治疗。

【护理评估】

- 1、询问患者发病前有无明显的诱因，有无慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、胸廓脊柱畸形、原发性肺动脉高压症等病史。
- 2、评估患者生命体征、神志、有无肺性脑病。
- 3、评估咳嗽、咳痰、呼吸困难、发绀等，观察痰的量及性状。
- 4、评估患者的营养状况，皮肤和粘膜，查看水肿部位及程度。
- 5、评估患者的心理状态及社会支持情况。

【护理措施】按内科及呼吸系统疾病一般护理常规。

- 1、急性期卧床休息 心肺功能衰竭时应绝对卧床休息；呼吸困难时取半坐卧位或高枕卧位；下肢水肿者应抬高下肢；恢复期适度活动，以能耐受为度。
- 2、进食高蛋白、高热量、低脂肪、丰富维生素、易消化、无刺激的饮食。病情严重者给予半流质或鼻饲饮食。水肿者，宜限制水和盐的摄入。
- 3、持续低流量吸氧，使用呼吸机的患者按机械通气护理常规护理。
- 4、保持和呼吸道通畅，指导和鼓励有效咳嗽和排痰。
- 5、严密观察生命体征、神志等病情变化。患者烦躁不安时，警惕呼吸衰竭、电解质紊乱，未建立人工气道者慎用镇静剂，以免诱或加重肺性脑病。给予床栏，防坠床。

6、水肿患者，做好皮肤护理，预防皮肤完整性受损。

7、有心力衰竭、呼吸衰竭、消化道出血者分别按其相应护理常规护理。

8、给予心理疏导和支持，帮助患者克服多疑、敏感、依赖等心理。

【并发症观察及护理】

肺性脑病

病情观察：观察有无头痛、烦躁不安、表情淡漠、神志恍惚、嗜睡和昏迷等症状；及时查看血气分析结果。

护理：绝对卧床休息；呼吸困难者取半卧位；有意识障碍者予床栏及约束；合理氧疗；做好机械通气护理。

【健康指导】

- 1、指导腹式和缩唇呼吸训练，改善通气。
- 2、注意防寒保暖，戒烟酒，积极预防上呼吸道感染。
- 3、指导患者合理饮食。

第三节 心胸外科专科检查与治疗护理常规

一、胸腔闭式引流护理常规

- 1、病人取半卧位或半坐位。
- 2、严格执行无菌操作原则，各类物品均要严格消毒灭菌，预防感染。
- 3、正确连接各管道，水封瓶用护架保护置于床旁，连接胸腔引流管的长玻璃管必须在水平面下 3—4cm。
- 4、牢固固定引流管，防止脱落。常挤压引流管，保持通畅。避免因导管扭曲，受压而造成阻塞。引流瓶的液面应低于胸腔 60 -100cm。
- 5、密切观察记录引流液的性状、颜色、量及气体排出、水柱波动等情况，并详细记录。如有两条引流管，应分别记录。如每小时引流量达 100 毫升以上，应报告医生。
- 6、每周更换 1-2 次引流瓶及连接管，更换时注意无菌操作，先用两把血管钳夹闭引流管，然后换管，防止气体进入胸腔。按需要更换胸壁引流口的敷料。
- 7、嘱病人离床活动时，防止引流管移位脱出或打破引流瓶，勿使引流瓶和连接管高于胸壁引流口水平，以防引流液逆流进入胸腔。

二、安置人工心脏起搏器护理常规

人工心脏起搏器是应用电子仪器模拟窦房结的功能按一定的频率直接刺激心脏，有节律地控制和调节心脏活动的自律性，维持必要的循环功能的方法，安装人工心脏起搏器是某些心血管疾病有效的抢救措施和治疗手段。

一、起搏器植入术前护理

- 1、心理护理：首先向患者和家属介绍起搏器的功能及临床应用效果和治疗意义。手术前一晚向患者家属及本人详细交待病情，并安慰患者，必要时睡前口服安定片，争取安静入睡，减轻患者恐惧感。
- 2、根据安置起搏器所选的部位备皮，病情许可时洗澡更衣。
- 3、遵医嘱进行抗生素皮试。
- 4、训练病人床上排便，防止术后尿潴留。
- 5、术前可少量进食、饮水，以防止术中小便过多。
- 6、特别紧张的患者，术前遵医嘱肌注安定 10mg，防止术中病人烦躁不安及恐惧。

二、起搏器植入术后护理

- 1、与手术医生床边交接病人，测量生命体征，严密观察，检查伤口有无渗血、血肿，遵医嘱予以沙袋压迫 2-6 小时，记录床边心电图。
- 2、严密心电监护，观察起搏器发放信号是否正常，有无起搏和感知障碍，必要时重新测试、调整。
- 3、术后遵医嘱平卧 6-12 小时后，可将床头适当摇高，术后 3 天尽量保持平卧位或左侧卧位。术侧肢体不宜过度活动，防止电极脱位。
- 4、保持大小便通畅，卧床期间认真做好生活护理和心理护理。
- 5、术后遵医嘱使用抗生素 5-7 天，防止伤口感染。
- 6、给予高蛋白、高维生素饮食，促进伤口愈合。

三、出院宣教

- 1、安装起搏器后可正常工作，但必须注意休息，术肢避免提重物，避免高强度的活动或在人群中拥挤，避免撞击心前区。
- 2、淋浴时，避免用力搓揉植入起搏器的皮肤处。

- 3、远离强磁场、电场，不宜接近高压电线、电瓶车等。雷雨天不在户外活动或逗留，以免干扰起搏功能。
- 4、起搏器植入卡应随身携带，就医时应告知医生。
- 5、定期随访：出院后 1-3 个月随访一次，病情稳定后每半年一次，以便及时发现电极故障和电池耗竭，有异常情况时（如自测脉搏 < 60 次 / 分）应随时就诊。特别当出现呼吸困难、胸痛、头昏、黑矇、手脚浮肿、不停打嗝或感到异常发热时应及时与负责医生联系进行检查。

四、临时起搏器护理

（一）临时起搏的方法

1、经静脉心内膜起搏

所有的静脉穿刺点（颈内、颈外、锁骨下、正中、股静脉）均有其特别的问题，包括：导联固定的稳定性、感染、出血、气胸、病人的不适等。根据临时起搏器放置时间长短和放置形式进行选择，英国心脏学会推荐右侧颈内静脉途径对没有经验的操作者来说是最好的选择；它提供至右室的最直接的途径，有较高的成功率和较低的并发症。在接受或可能接受溶栓治疗的病人中，颈外、正中、股静脉是常规的选择途径。如果可能需要永久起搏最好避免左锁骨下静脉途径，因为这是永久起搏最常用的穿刺点。

安置临时起搏器的定位结合满意的解剖和电信号的数据。不同的经静脉途径需要不同的技术，也许最重要的区别在于进入右房的途径是在下腔静脉还是上腔静脉途径。操作过程需要有关的设备，消毒的环境，培训过的操作人员，高质量的放射设备。

（1）临时经静脉心室起搏

导联进入右房后穿过三尖瓣，置于右心室室尖。用漂浮电极导联临时起搏，置入更容易、定位更理想。

（2）临时经静脉心房起搏

临时心房起搏导联有一个预塑的 J 型曲线，使导联附着在右心房。这个必需从上腔静脉进入，定位需要侧面的 X 线屏幕辅助。

目前，大部分临时经静脉起搏电极有一个光滑的、国际标准化直径和外形，没有固定作用，这样容易撤除，但更容易掉线。较新的有很好固定作用的临时起搏导线是加一

个螺旋装置，直径较小(3.5F)。用漂浮导管传送导联线容易固定，可保留到1~2周后撤除。

2、心包起搏

这种起搏方式用于心脏手术过程中，它需要直接进入心肌的外表面。导线电极置于心包侧的心肌内。这些电极在不需要时能够轻巧拔除；它们的电活动信号随着时间的推移迅速减退，常常在5~10天内失去起搏能力，尤其是用于心房起搏时。

3、经皮起搏

1952年由Zoll首次报道，以后，得到进一步的改良。英国复苏学会将它作为高级心脏生命支持的一部分，操作者简单培训就能掌握，而且不需要搬动病人。已有临床研究报告Zoll型无创起搏器可有效维持心脏起搏达14小时，其成功率为78%~94%，尽管许多意识清醒病人需要镇静。在病人不能搬动或暂时没有有经验的经静脉起搏的医护人员在场的情况下，这种起搏方法给经静脉起搏提供了一个桥梁作用。放置经皮起搏电极通常置于前胸和后背，但如果不成功，可能需要体外除颤，如果电极处在心脏停搏状态，应考虑前、侧位。

4、经食道起搏

经食道起搏或经胃-食道起搏已提倡用于急诊心室起搏，因为它在意识清醒病人有更好的耐受性，成功率大约在90%，用一个可弯曲的电极置于胃底部通过膈肌刺激心室起搏。经食道心房起搏，将电极置于食管的中、低部获得心房捕获，但这种方法很少在急诊室使用，因为电极稳定性难以达到，并对房室传导阻滞没有保护作用。

(二) 临时起搏的并发症

关临时起搏的并发症可以与多种因素相关，包括静脉穿刺损伤、心脏内导联的机械刺激作用、起搏器导联的电活动、血肿、感染或血栓形成、起搏失败。并发症发生率大约在14~36%，其中大部分是穿孔的形成、由电极机械刺激或感染引起的室性心律失常。

1、静脉穿刺

除了静脉穿刺失败，气胸和血胸是锁骨下穿刺常见的并发症。尤其是没有经验的操作者，可以选择另一种穿刺途径；锁骨下静脉的解剖是很容易改变的，没有一种可靠的方法可以避免气胸或穿入动脉。

2、心脏内导联的机械刺激作用

在许多病人，尤其是急性心梗后，在右室放置一个起搏导联会促进心室异位节律和偶发长时间的室性心律失常。这些常常在停止导联的操作后解除；偶尔，需要撤除或重置导联线。更多发生的是病人在放置起搏导联后会变得依赖起搏，使重置导联难以实现。起搏导联相对较硬和较细（一般为5~6F），通常不会穿孔或偶尔穿孔右室壁。这个常常通过起搏阈值的提高和偶尔的心包疼痛和心包摩擦发现。通常将导联退回心室和重置来解决问题。很少因为出血引起心包填塞而需要急诊处理。这种情况下，重置可用心超进行评价。

3、起搏器导联的电活动

根据起搏病人不同的病理改变，起搏阈值有所变化。也可受药物治疗的影响。应该记录起始阈值，此后，由专业人员至少每天一次进行检查并记录。对病人起搏时至少使用电压或电流阈值的2倍，如果需要的起搏输出达5.0伏或10.0毫安培，应考虑重新安置导联。如果起搏突然失败，多数应检查与外部起搏器的连接是否有脱落，起搏器电池，和可能的过度敏感（VOO，固定率起搏）。如果起搏信号可以看到而没有捕获发生，应增加输出电压或电流、考虑重置或替换电极。临时心包起搏线的连接器尤其易损和易折断。在临时经静脉起搏的研究中，由于感知和捕获失败的占37%，而且常发生在48小时后。

4、感染和血栓形成

注意穿刺部位的清洁，一般不需要常规使用抗生素。但一旦出现提示感染的任何体征，需要更换导联线。在大多数常规途径长时间经静脉临时起搏的病人中或选用股静脉途径的起搏，应考虑使用合适的抗生素预防。大多数的感染是由表皮葡萄球菌引起，但当选择股静脉途径时，应考虑大肠杆菌；在免疫缺陷的病人，应尽可能避免这条途径。当选择股静脉途径时，容易发生血栓形成。

（三）护理措施

- 1、进行连续的心电监测，了解起搏器的工作情况。
- 2、起搏器应固定于合适的位置，起搏导线及起搏器要连接紧，防止脱开发生意外。
- 3、经常观察起搏器的工作状况如：电池电量是否不足，起搏、感知功能是否良好。

- 4、要准备好备用电池，更换电池时要有医生在场。
- 5、临时起搏器电池耗尽，更换电池的方法：选择患者自主心率较快的时机更换。如有起搏依赖现象，应先将起搏器频率逐渐减慢，观察患者的自主心率能否出现，再迅速更换，或用其他起搏器替代后再行更换。
- 6、保持起搏导线部位皮肤无菌，每日用碘伏局部消毒换药 1 次。
- 7、观察生命体征、电解质水平及有无打嗝、腹肌抽动现象。
- 8、为避免电极脱位，要绝对卧床，对采用锁骨下静脉或颈内静脉穿刺的患者可适当抬高床头。
- 9、对采用股静脉穿刺者，每 2 小时要做下肢被动按摩以防止下肢静脉血栓形成。
- 10、心律或心率恢复早期，不应立即停用起搏器，而是逐渐减慢起搏频率，以防异常情况发生。
- 11、每班观察起搏器电压、灵敏度、起搏频率。
- 12、使用起搏器的病人在出现室颤时，应立即进行心肺复苏，而不应盲目寻找起搏器的本身原因而延误抢救时机。

三、心包穿刺术护理常规

【护理评估】

- 1、术前评估患者的心率，心律和血压，了解患者的耐受力。
- 2、检查操作用物及抢救器械是否完好（如留取标本的试管、心脏除颤器等）。
- 3、评估环境是否符合无菌操作要求。
- 4、评估患者对穿刺术的了解程度及其心理状态。
- 5、术后评估患者的生命体征是否平衡、引流液的性状有何特点。

【护理配合措施】

- 1、简要向患者及其家属说明心包穿刺的目的、过程及配合要点，安慰患者，消除恐惧、焦虑情绪。
- 2、帮助患者取合适体位，准备穿刺部位。
- 3、配合穿刺者进行无菌操作，采集标本，并及时送检。
- 4、密切观察患者病情变化，如出现心律失常、呼吸困难等，及时处理，并做好抢救准备。
- 5、准确记录穿刺液量，必要时连接引流装置，按引流护理常规。
- 6、患者术后卧床休息 4~6 小时，心电监测不少于 6 小时，严密观察患者生命体征的变化。

【健康指导】

- 1、交待患者术后卧床休息，如有不适，及时通知医务人员。
- 2、保持穿刺部位清洁、干燥，避免因潮湿而引起感染。

四、经桡动脉冠状动脉造影术护理常规

【护理评估】

- 1、术前评估患者侧肢循环试验（allen test），了解桡、尺动脉之间侧肢循环情况。
- 2、询问患者是否做好术前准备，包括少量进食；遵医嘱给予抗小板药物；完成碘过敏试验及抗生素皮试。
- 3、手术区已备皮且符合要求，包括选择桡动脉搏动好的区域，以及为防止因桡动脉穿刺失败而改行股动脉穿刺的腹股沟区。
- 4、检查急救用物是否备好，如心电监护仪、除颤器、抗心律失常及升压药物等。

【护理措施】

- 1、术前简要向患者及家属说明手术的目的、简单的操作过程及配合要点，安抚患者，消除恐惧、焦虑情绪。
- 2、建立静脉通路，遵医嘱给予药物。
- 3、协助医师进行无菌操作，完成经桡动脉冠状造影术。
- 4、术后卧床休息，体位可根据患者病情需要决定。如平卧，穿刺侧上肢应适当抬高（45°~60°）于身体平面，勿下垂；术侧腕关节制动，勿握拳；如取坐位，上肢前臂抬高至胸部以上。加压包扎穿刺处，术后6小时左右松解绷带以利静脉回流。
- 5、严密观察血压、心率、心律及有无胸闷胸痛等症状。
- 6、仔细评估穿刺处有无渗血、血肿，注意观察穿刺肢端皮肤的颜色、温度、感觉、桡动脉搏动等，判断远端血液循环状况。一旦发现异常，及时报告和处理。
- 7、鼓励患者饮水，加快造影剂排泄。
- 8、遵医嘱使用抗生素，预防感染。

【健康指导】

- 1、交待患者术后注意事项。
- 2、告知患者如感觉肢体疼痛难忍或发现伤口渗血，及时通知医护人员。

五、先天性心脏病介入治疗护理常规

【护理评估】

- 1、查询术前常规检查是否完成，了解脏器各功能。
- 2、评估术前准备是否做好，包括术前少食、常规手术区备皮；练习床上排便；

【护理措施】

- 1、术前常规准备介入器械，准备好抢救物品与药品，并检查各种介入设施是否良好。
- 2、了解药物过敏史，做青霉素、碘过敏试验。进行双腹股沟区备皮。术前少量进食、饮水，需全麻者禁食 6~8 小时，减少呕吐物误吸的危险，确保麻醉安全。进入介入手术室前建立良好的静脉通路，常规选上肢静脉。
- 3、术后监测心律、心率、呼吸、血压、体温、血氧饱和度等，及早发现心律失常。全麻者术后去枕平卧头偏向一侧，吸氧至麻醉清醒。
- 4、局部用 0.5kg 沙袋压迫 6h，术侧制动 12~24h，24 小时注意局部穿刺处有无出血或血肿，足背动脉搏动情况，穿刺肢体皮肤颜色、温度。
- 5、常规给予静脉应用抗生素 3 天，如有发热应继续用药至体温恢复正常。按医嘱应用抗血小板药物，出院前复查心脏彩超。
- 6、术后并发症观察及护理 介入术后可能出现溶血，应严密观察尿量及其颜色，并查尿常规；术后封堵器脱落，是先心病封堵术的严重并发症之一，嘱患者术后 3 个月内避免剧烈运动；栓塞：ASD 患者封堵器周围内皮细胞未完全覆盖之前易导致血栓形成，栓子脱落后产生栓塞，因此术后要遵医嘱及时给予抗凝和抗血小板治疗，并鼓励患者第二天下床活动。

【健康指导】

- 1、交待患者术后注意事项。
- 2、术后 3 个月内勿剧烈运动及重体力劳动，防止封堵器脱落，并嘱患者口服阿司匹林 3~6 个月。

六、心导管检查及心血管造影术护理常规

【术前准备】

- 1、做好病人准备，向病人及家属做好解释工作，解释检查的目的及容易发生的问
题，消除病人紧张情绪，必要时手术前一天晚给予镇静剂，以保证充分的休息。
- 2、完善术前各项检查、皮肤准备、碘过敏试验、青霉素过敏试验。
- 3、指导病人练习床上大小便。
- 4、术前 4-6 小时禁食，送导管室前嘱病人排空膀胱。
- 5、签署手术同意书，术前送病历、X 线片及药物到导管室

【术后护理】

- 1、注意观察生命体征，及时发现各种并发症并报告医生。
注意观察穿刺。

七、纤维支气管镜检查护理常规

【护理评估】

- 1、评估病人的生命体征，了解有无气胸等。
- 2、评估患者对该项检查的了解程度及耐受力。
- 3、评估患者的心理状况，消除焦虑、紧张情绪。
- 4、询问患者是否做好准备，检查前 3—4 小时禁食、禁饮，以防操作时呕吐。
- 5、对经口插管者，检查有无义齿。如有则应取下，妥善保管，以防误吸。

【护理措施】

- 1、检查术后 2 小时，待麻醉作用消失后方可进食。
- 2、尽量少说话，使声带得到休息。
- 3、有咯血者取平卧位，头偏向一侧。
- 4、行肺活检术后，应观察有无气胸出现。
- 5、检查后可有暂时性少量血痰、轻微咳嗽等症状，无需特殊处理。若出现呼吸困难、咯血量多、发热及其他不适症状，应及时处理。

八、胸腔穿刺术护理常规

【护理评估】

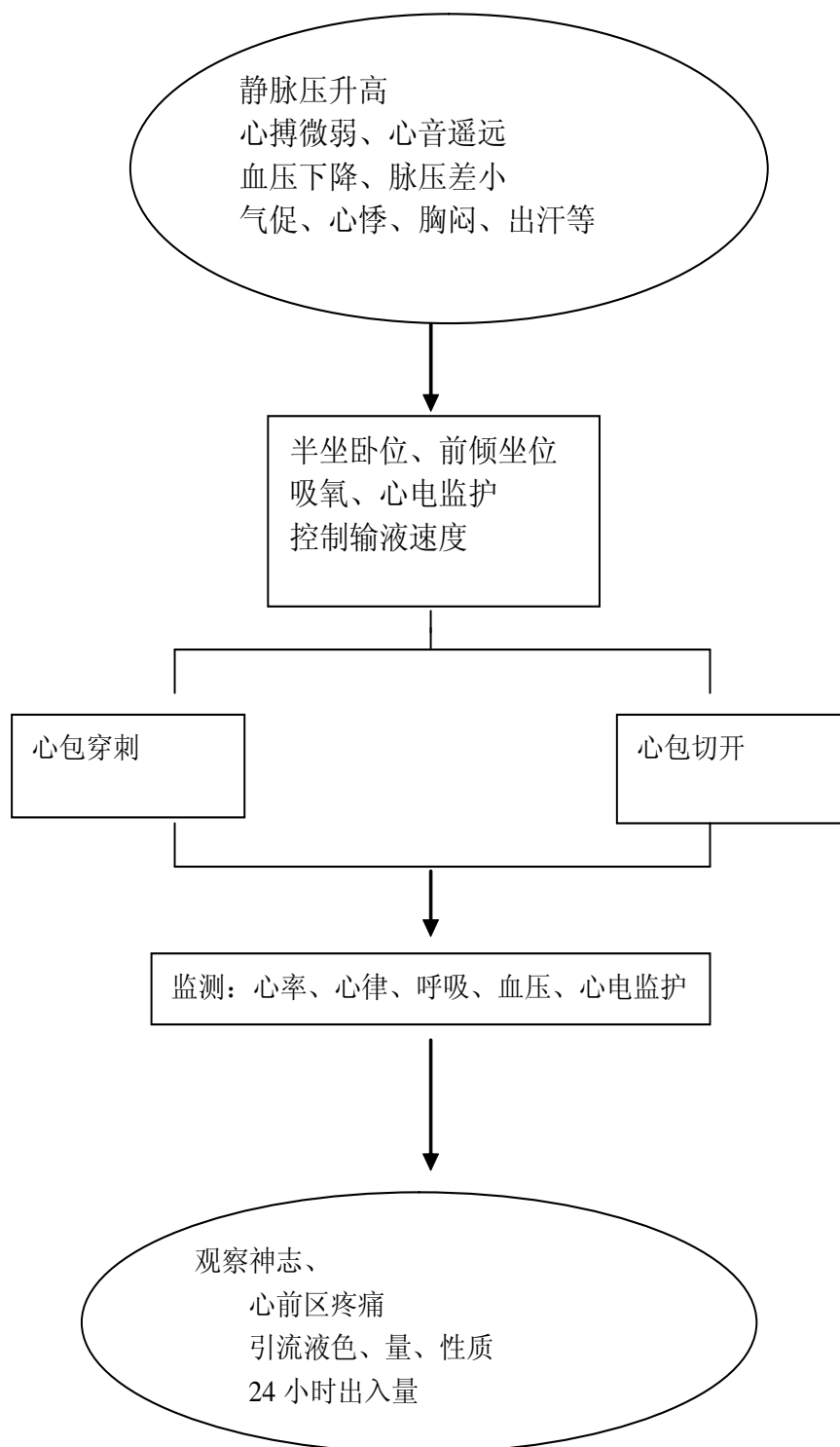
- 1、评估患者生命体征，了解患者有无气胸等。
- 2、评估患者是否有疼痛以及疼痛的原因、部位、性质、程度等。
- 3、评估患者对穿刺的了解程度，是否紧张。
- 4、评估患者对穿刺的耐受力，避免空腹穿刺。

【护理配合措施】

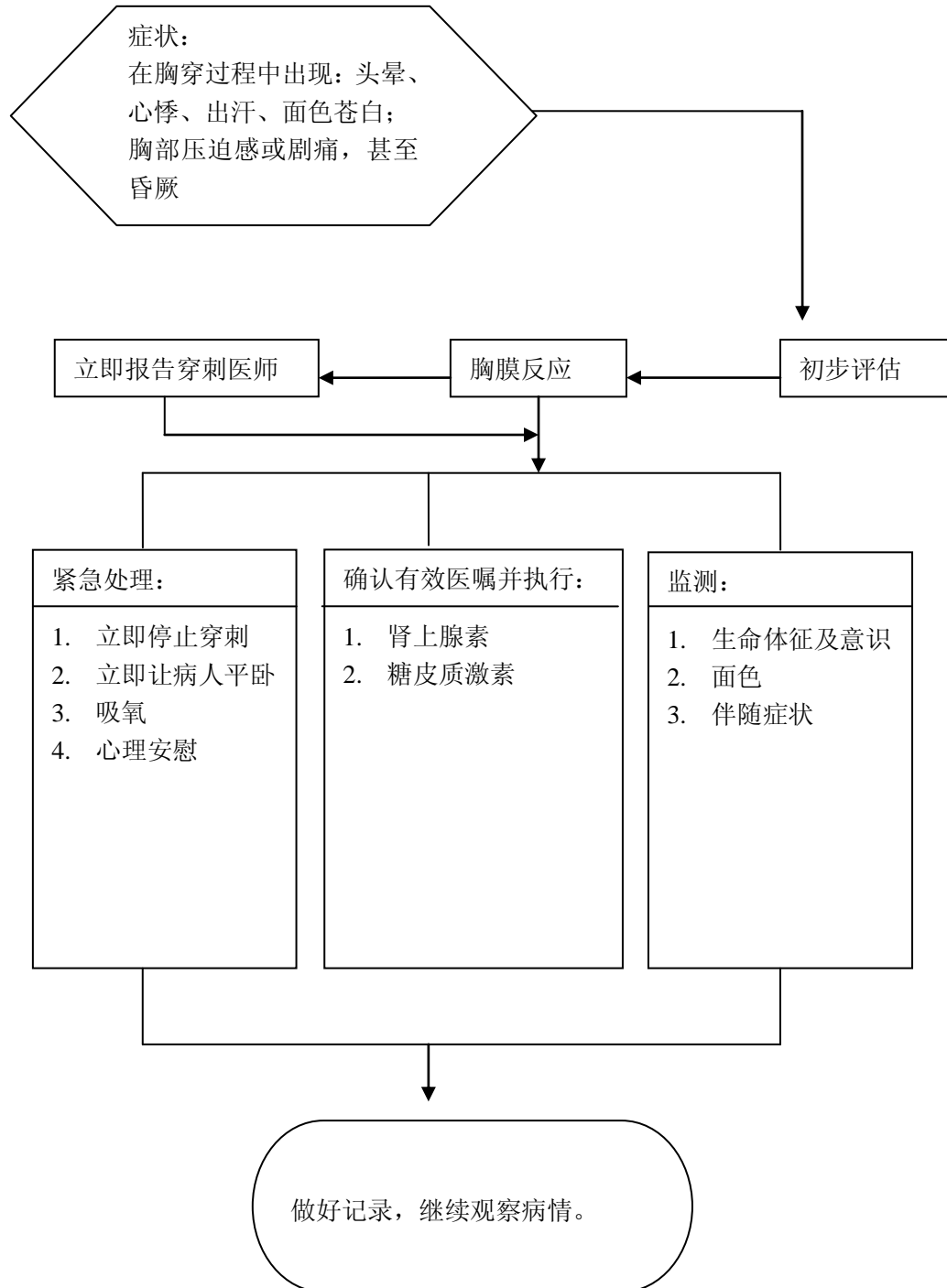
- 1、操作前向患者解释胸腔穿刺的目的、穿刺过程及注意事项，重点交代在穿刺过程中不得更换体位，同时应避免深呼吸及咳嗽，防止针头移位而刺破肺泡。
- 2、术前半小时。遵医嘱给予安定或可待因以镇静止痛。
- 3、协助患者体位。
- 4、协助医生穿刺。
- 5、穿刺过程中观察病情变化，如有头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸部压迫感或剧痛等胸膜反应。如出现连续性咳嗽，气短、咯泡沫痰等现象时，应停止操作，让患者休息并皮下注射肾上腺素针或给予其他处理。
- 6、操作完毕，嘱患者静卧休息。

第四节 心胸外科护理急救流程

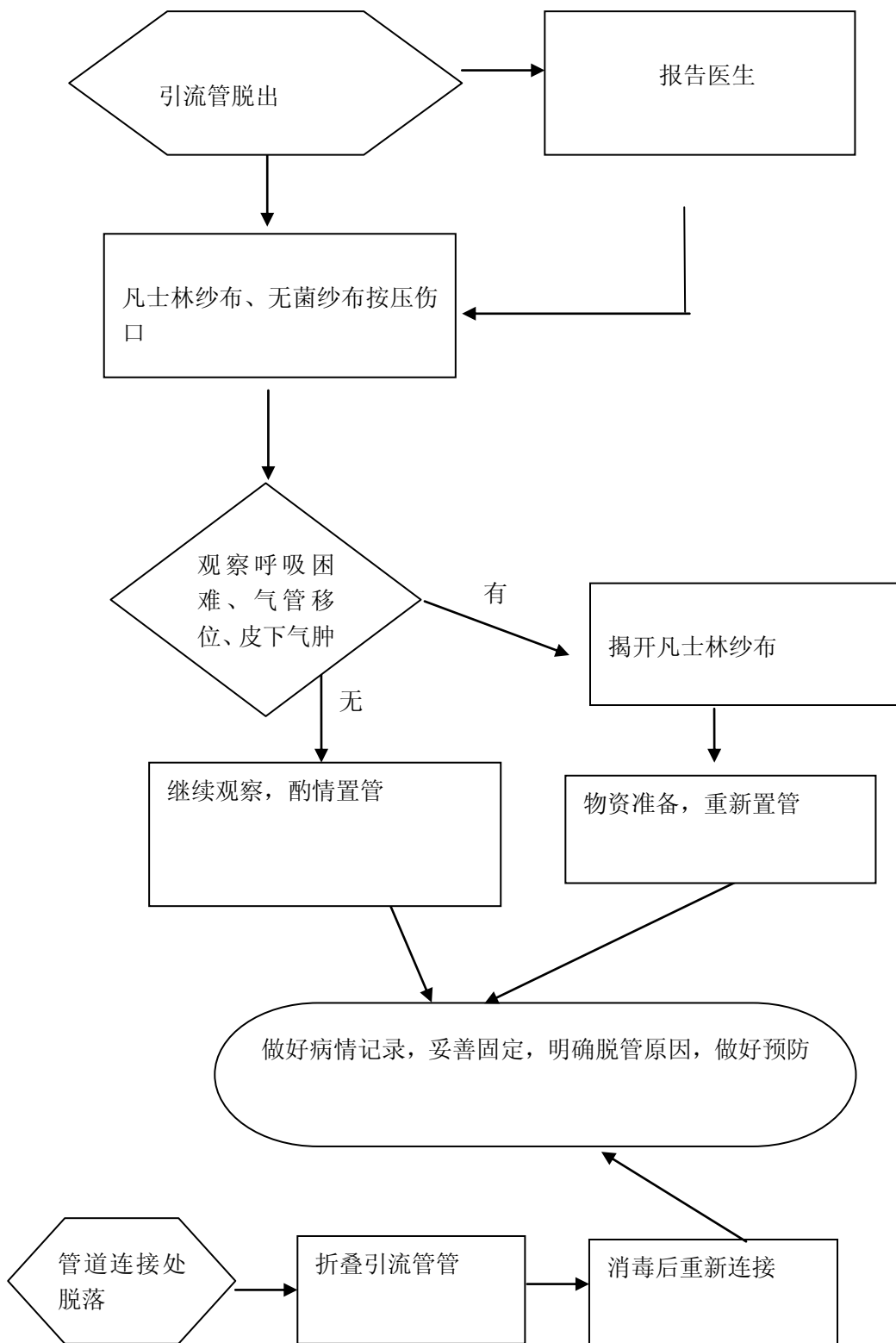
一、心包填塞急救流程



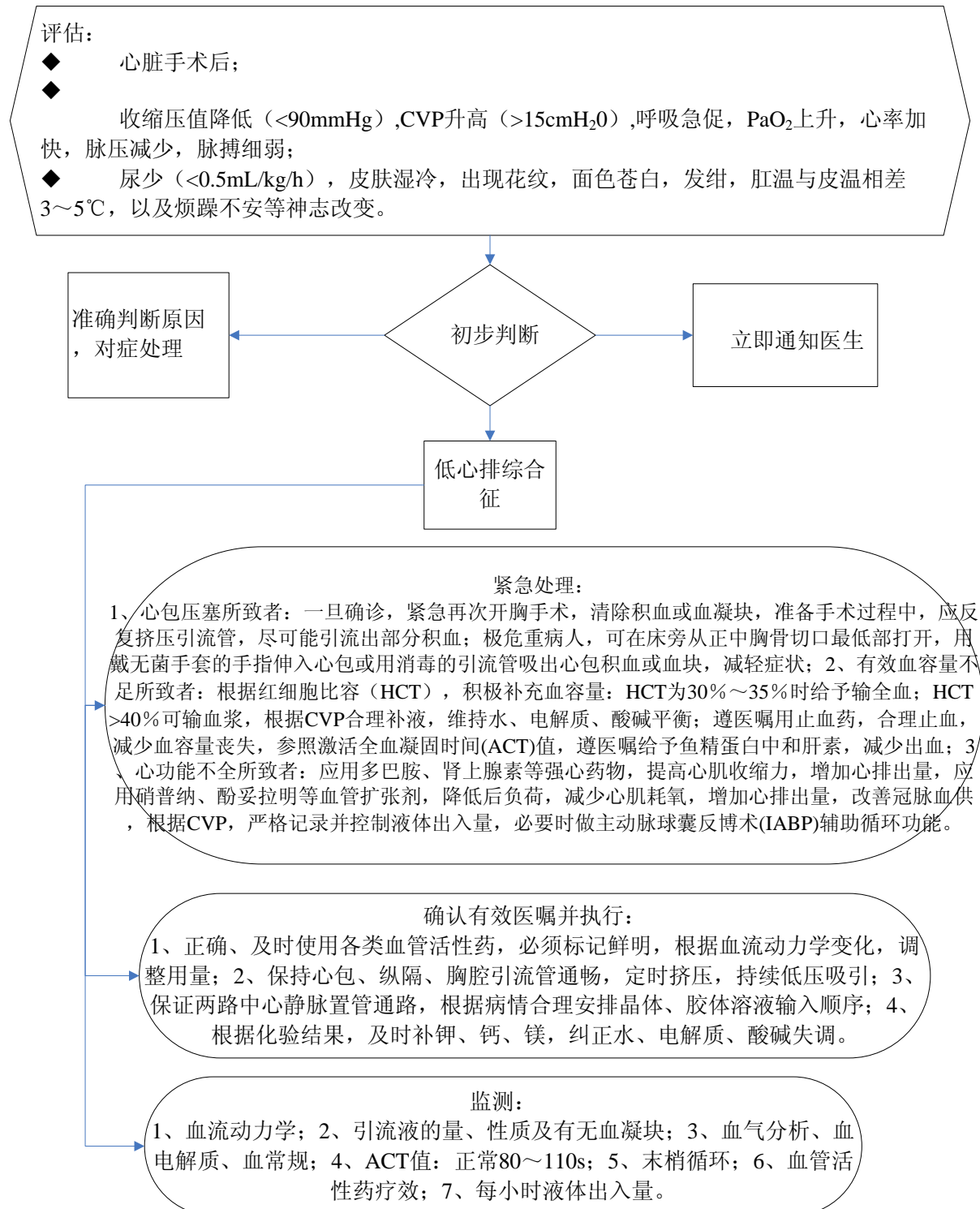
二、胸膜反应急救流程



三、胸腔闭式引流管脱出处理流程



四、低心排综合征护理流程



第八章 神经外科护理常规

第一节 神经外科一般护理常规

一、神经外科疾病一般护理常规

- 1、按外科疾病一般护理常规，定时测血压、脉搏、呼吸、尿量等
- 2、颅内压增高清醒及手术后清醒者取头高位(15~30度)，昏迷者偏向一侧，休克者平卧位。
- 3、有意识不清、走路不稳、视物不清、失明、定向障碍，精神症状、幻觉、复视及癫痫病史者，应用床栏、约束带固定，防止坠床。
- 4、严密观察意识、瞳孔、血压、脉搏、呼吸、体温变化及肢体活动情况；严密观察颅内压增高等临床表现，发现病情变化及时通知医生处理。
- 4、加强呼吸道管理，认真做好基础护理、预防褥疮及肺部并发症。
- 5、在使用脱水剂期间，注意水、电解质平衡，配合医生根据病情变化及时调整药物。
- 6、开放性颅脑损伤，保持局部清洁，密切观察，及时处理。
- 7、严重颅脑损伤。有昏迷高热者，头部置冰袋或冰帽。
- 8、保持大小便通畅，三天以上无大便者，根据医嘱给予缓泻剂，以免颅内压增高。
- 9、危重病人做好呼吸机、心电监护等抢救有关的治疗护理工作。
- 10、保持瘫痪肢体功能位置，根据病情作适当功能锻炼，防止足下垂等各种并发症。

二、神经外科手术前后一般护理常规

【手术前护理常规】

- 1、做好病人的心理护理，减轻病人焦虑、恐惧的心理。
- 2、遵医嘱监测生命体征，及时发现病情变化。
- 3、讲解相关的疾病知识及术后注意事项。
- 4、完善各项检查：肝、肾、呼吸、循环功能、血液系统、血管造影、断层扫描、腰椎穿刺等检查。
- 5、呼吸道准备：劝告吸烟患者戒烟，减少对呼吸道的刺激。指导深呼吸和有效咳嗽。
- 6、指导患者床上使用便器，使其在卧床期间适应排便方式的改变。
- 7、告知患者及家属进入监护室的注意事项及配合方法，消除紧张情绪，积极配合治疗。
- 8、手术前准备
 - (1) 遵医嘱进行术前药物皮试、配血、备皮(剃头)等，按麻醉方式准备禁食。
 - (2) 术前一日，病人因手术紧张而睡眠不佳时，遵医嘱给予安眠药。
- 9、手术晨准备
 - (1) 术日晨测量体温、脉搏、呼吸、血压，并记录在护理记录单上，询问病人有无不适，如病人有体温发热或女病人月经来潮等情况应及时通知医生。
 - (2) 术日晨协助病人更衣，有假牙者取下假牙，贵重物品交家属保管。
 - (3) 备好病历，C T、MRI 片等以便带入手术室。
 - (4) 填写手术交接记录单，护送病人到手术室并与手术室护士交接核对病人床号、姓名。

【手术后护理常规】

- 1、按全麻护理常规。
- 2、手术室护士与病房护士交接病人治疗、皮肤、各种引流及病情，测量生命体征，填写手术交接记录单。
- 3、根据手术部位，采取不同卧位。
- 4、保持呼吸道通畅，给予吸氧。
- 5、遵医嘱行心电监护，监测神志、瞳孔、体温、呼吸、血压、脉搏变化。发现异常及

时报告医生并记录。

- 6、观察手术伤口，有无渗血、渗液，保持头枕治疗巾的清洁干燥。
- 7、遵医嘱及时准确执行术后治疗。
- 8、每日测体温四次，连续监测三天。如有异常应继续监测三天。
- 9、做好基础护理，每 2h 翻身一次，防止发生压疮。
- 10、术后气管切开、留置尿管、留置引流管、留置深静脉穿刺管、鼻饲管者均按相应的护理常规执行。
- 11、遵医嘱给予营养丰富、易消化饮食。
- 12、躁动不安者遵医嘱给予保护性约束，并加以床栏保护。
- 13、病人神志清楚，精神好时向病人讲解术后康复知识。
- 14、术后 24~48 小时易发生颅内出血，应严密观察意识、血压等变化。
- 15、术后 3~5 天为脑水肿的高峰期，控制输液量，同时正确使用脱水剂，维持水电解质平衡。

三、脑挫伤护理常规

脑挫裂伤是常见的原发性脑损伤。包括脑挫伤及脑裂伤，前者指脑组织遭受破坏较轻，软脑膜完整；后者指软脑膜、血管和脑组织同时破裂，伴有外伤性蛛网膜下腔出血。两者常同时存在，合称为脑挫裂伤。

【临床表现】

头痛、恶心、呕吐、可有不同程度的意识障碍、癫痫、尿潴留、尿失禁等。

【治疗原则】

- 1、保守治疗，防治脑水肿，促进脑功能恢复。
- 2、保守治疗无效应作脑减压术或局部病灶清除术。

【护理评估】

- 1、详细了解受伤过程及现场情况
- 2、了解病人既往健康情况
- 3、评估病人意识状况、瞳孔、肢体活动情况，了解相关辅助检查情况
- 4、评估患者的心理状况，有无紧张、焦虑、烦躁不安等及其社会支持情况

【护理措施】按外科和神经外科系统疾病一般护理常规。

- 1、严密观察病人的意识变化，必要时专人监护。
- 2、病人宜采取侧卧位，保持气道通畅，可间断给氧。
- 3、若病人呈现昏迷状态且呼吸道分泌物较多，宜及早气管切开，及时吸痰，减少气道阻力及死腔。
- 4、抬高床头 15°~30°，以利颅内静脉回流，降低颅压。
- 5、瘫痪病人应定时翻身和更换体位，按摩受压部位，以改善血液循环。
- 6、不能进食者，可给予鼻饲饮食，满足机体的营养需要。
- 7、注意观察病人有无癫痫的发生。
- 8、对失语的病人应进行有效的沟通，及时满足病人的生活需要，帮助病人语言功能的锻炼。
- 9、视野缺损的病人加强生活护理，外出时有专人陪伴，防止摔伤。
- 10、观察病人的头痛性质及程度，如头痛一度好转后又重复加重，提示颅内可能有血肿

发生，及时报告医生给予对症处理。

11、严重脑挫伤病人常因躁动、四肢强直、高热、抽搐而病情加重，应查明原因给予及时有效的对症处理。

12、注意观察病人生命体征的变化，有无复合伤的发生。

13、对出现脑膜刺激征的病人，应安置在避光的病室，避免外界刺激，使病人情绪稳定。

14、严重脑挫裂伤者可采用冬眠疗法、亚低温治疗及巴比妥疗法。

【并发症观察及护理】

1、疾病相关并发症

颅内压增高、脑疝、蛛网膜下腔出血、癫痫（见相关章节护理常规）

2、长期卧床并发症

（一）压疮

病情观察：观察骶尾部、足跟、耳廓等骨隆突部位及受压处皮肤有无发红等。

护理：保持皮肤清洁干燥，定时翻身，尤应注意骶尾部、足跟、耳廓等骨隆突部位，不可忽视敷料覆盖部位。消瘦者伤后初期及高热者常需每小时翻身，长期昏迷、一般情况较好者每2小时翻身一次。

（二）泌尿系感染

病情观察：有无尿频、尿急、尿痛，留置导尿的病人观察尿色有无浑浊。

护理：保持引流管通畅，无菌操作定时更换引流袋及导尿管，做好会阴护理。

（三）肺部感染

病情观察：有无咳嗽、咳痰、心悸、胸闷等现象；观察生命体征及意识状态；观察发绀和呼吸困难程度。

护理：定时翻身拍背，保持呼吸道通畅，防止呕吐物误吸引起窒息和呼吸道感染。

（四）暴露性角膜炎

病情观察：有无眼痛、畏光、流泪、眼睑痉挛等；有无睫状体充血、角膜浸润、角膜溃疡等。

护理：对眼睑闭合不全者，给予眼药膏保护；无需随时观察瞳孔时，可用纱布遮盖眼睑，甚至行眼睑缝合术。

（五）废用综合征

病情观察：意识不清或肢体功能障碍者有无出现关节痉挛、肌肉萎缩、肢体挛缩、畸形及足下垂等。

护理：对意识不清或肢体功能障碍者，应保持病人肢体处于功能位，每日做四肢关节被动活动及肌按摩 2-3 次。

【健康指导】

- 1、饮食以高蛋白、高维生素、低脂肪易消化的食物(如鱼、瘦肉、鸡蛋、蔬菜、水等)为宜。
- 2、注意劳逸结合，保证睡眠，可适当的进行户外活动(颅骨缺损者要戴好帽子外出，并有家属陪护、防止发生意外)。
- 3、告之患者颅骨缺损的修补，一般需在脑外伤术后的半年后。
- 4、按医嘱服药，不得擅自停药，出院后一个月门诊随访。
- 5、加强功能锻炼，必要时可行一些辅助治疗，如高压氧等。

四、颅内血肿护理常规

颅内出血积聚于颅腔内某一部位，达到相当体积造成脑受压而引起临床症状时，称为颅内血肿。根据血肿的部位又分为硬膜外血肿、硬膜下血肿、颅内血肿。

【临床表现】

- 1、各型颅内血肿均可出现头痛、呕吐等颅高压症状，慢性血肿可有视乳头水肿。
- 2、意识障碍可有不同的特点
 - (1) 硬膜外血肿：原发昏迷—中间清醒期—继发昏迷。
 - (2) 硬膜下或脑内血肿：原发昏迷并可逐渐加重，多无中间清醒期。
 - (3) 迟发血肿：血肿常在伤后 24—72 小时发生，意识障碍逐渐加重，或意识障碍由清醒转为昏迷。
 - (4) 慢性硬膜下血肿：多无意识障碍，以慢性颅内压增高为主要表现，可出现精神异常。
- 3、可出现相应的神经系统定位体征，较为表浅的脑内血肿可因伴有蛛网膜下腔出血而有脑膜刺激征。

【治疗原则】

根据血肿大小选择保守或手术治疗，通常以手术清除血肿。

【护理评估】

- 1、评估病史，了解患者颅内血肿发生的原因。
- 2、评估患者生命体征、神志、瞳孔，准确判断病情。评估是否有颅高压症状及神经系统定位体征。
- 3、了解实验室及特殊检查结果，结合 CT 结果判断血肿大小。
- 4、评估患者的心理及社会支持状况。

【护理措施】按外科及神经系统疾病一般护理常规。

术前准备：同神经外科术前准备

术后护理

- (1) 根据麻醉情况选择合适体位。拔除引流管后抬高床头(15~30度)。
- (2) 术日禁食，以后遵医嘱给予饮食。

- (3) 严密观察神志、瞳孔及生命体征变化及颅高压征象，预防脑疝发生。
- (4) 保持引流管通畅观察引流量及颜色。
- (5) 做好心理护理，减轻患者的紧张、焦虑情绪。
- (6) 指导患者床上活动和适当的功能锻炼。
- (7) 保持液体出入平衡，控制输液速度，记录出入量。

【并发症的观察及预防】

颅内压增高、脑疝（见脑挫伤护理常规）

【健康指导】

- 1、保持情绪稳定，自发性出血者将血压控制在正常范围内。忌烟酒。
- 2、注意休息，1个月后复查CT。

五、颅底骨折护理常规

由强烈的间接暴力作用所引起的骨折，称为颅底骨折。按解剖部位可有颅前窝骨折、颅中窝骨折、颅后窝骨折。

【临床表现】

- 1、颅前窝颅底骨折：眼睑乌青，鼻孔流血，因其中混有脑脊液，血较淡而不易凝结。
- 2、颅中窝颅底骨折：常有鼓膜破裂，耳道流出血性脑脊液，有的可出现患侧三叉神经损伤症及体征。如面部神经麻痹，耳聋、耳鸣等。
- 3、颅后窝颅底骨折：咽后壁出血后枕部乳突区皮肤青紫淤血斑等，一般勿需手术，以卧床休息，头高位，应用抗生素预防感染为主。

【治疗原则】

- 1、保守治疗 使用抗生素控制感染。
- 2、手术治疗

【护理评估】

- 1、评估病人受伤情况
- 2、评估病人症状及体征
- 3、了解相关辅助检查结果

【护理措施】按外科及神经系统疾病一般护理常规。

- 1、体位：嘱病人采取半坐卧位，头偏向患侧，头部垫无菌巾。维持特定体位至停止漏液后 3-5 日，借重力作用使组织移至颅底硬脑膜裂缝，促使局部粘连而封闭漏口。
- 2、保持局部清洁：每日 2 次清洁、消毒外耳道、鼻腔或口腔，注意棉球不可过湿，以免液体逆流入颅。劝告病人勿挖鼻、抠耳。注意不可堵塞鼻腔。
- 3、避免颅内压骤升：嘱病人勿用力屏气排便、咳嗽、擤鼻涕或打喷嚏等，以免颅内压骤然升降导致气颅或脑脊液逆流。
- 4、对于脑脊液鼻漏者，不可经鼻腔进行护理操作：严禁从鼻腔吸痰或放置鼻胃管，禁止耳、鼻滴药、冲洗和堵塞，禁忌作腰穿。
- 5、注意有无颅内感染迹象，如头痛、发热等。
- 6、遵医嘱应用抗菌药及 TAT 或破伤风类毒素。

7、观察药物不良反应，遵医嘱检查电解质，给予合理的饮食指导，预防水电解质紊乱，保持出入液量平衡。

8、做好基础护理,如尿道口、皮肤的护理，防止泌尿系统的感染、压疮等并发症。

【并发症观察及预防】

（一）颅内感染

病情观察：神志、瞳孔及生命体征变化，特别是头痛、发热等。

护理：密切观察生命体征等变化，保持口鼻腔及外耳道干洁，按医嘱应用抗菌药物并观察药物作用。

（二）颅内低压综合征

病情观察：头痛剧烈，眩晕、呕吐、厌食、反应迟钝、脉搏细弱、血压偏低。

护理：

- 1、卧位与安全 患者一般采取头低足高位,将床尾抬高,减轻低压性头痛。
- 2、饮食及补液 鼓励患者多饮水或菜汤。酌情每日补充低渗或等渗溶液 2500~3000ml。
- 3、用药护理

【健康指导】

- 1、休息增强体质，预防感冒及上呼吸道感染。
- 2、保持外耳道及鼻腔卫生。避免用力咳嗽、擤鼻涕、打喷嚏、屏气动作及增加腹腔压力的活动，以免引起脑脊液漏。
- 3、保持大便通畅，多食粗纤维食物。
- 4、定时门诊随访，鼻腔内有液体流出应及时来院就诊。

六、脑垂体腺瘤护理常规

脑垂体腺瘤为垂体前叶的良性肿瘤，可分为生长激素瘤，催乳素腺瘤，促肾上腺皮质激素瘤等。

【临床表现】

- 1、颅内神经功能障碍：头痛，视神经受压症状。
- 2、肢端肥大，皮肤粗糙，向心性肥胖，满月脸，闭经，溢乳。

【治疗原则】

- 1、手术治疗。

【护理评估】

- 1、询问患者健康史、既往史，本病起病时间及进展。
- 2、了解实验室及特殊检查结果，如激素水平、出入水量、视力、视野等，根据影像学资料评估肿瘤大小。
- 3、评估患者的心理及社会支持状况。

【护理措施】按外科及神经系统疾病一般护理常规。

术前护理

- 1、皮肤准备，剪除双侧鼻毛，无需剃头。
- 2、垂体或鞍区病变者，作垂体功能测定。
- 3、手术前3天双侧鼻腔滴诺氟沙星滴鼻液。
- 4、做好心理护理，减轻患者的紧张、焦虑情绪，增强其战胜疾病的信心。

术后护理

- 1、取头高位或半坐卧位。
- 2、术日禁食，24小时后进流质饮食或根据医嘱给予适当饮食；保持口腔清洁。
- 3、密切观察神志，瞳孔，血压，脉搏，呼吸，同时观察口腔内，鼻腔内有无活动性出血，对头痛剧烈的病人可根据医嘱使用脱水剂。对突然视力下降，有头痛的病人要注意垂体窝内有无出血或血肿形成。
- 4、避免剧烈咳嗽和用力擤鼻涕，以防脑脊液鼻漏。
- 5、一般48小时后拔除鼻腔内填塞纱条，观察有无脑脊液漏，同时告知病人尽量避免擤

鼻涕、打喷嚏、咳嗽等增高颅内压的动作。

- 6、严密监测每小时尿量和 24 小时尿量，保持水电解质平衡。
- 7、术后第 10 天复查垂体功能。

【并发症观察及预防】

(一) 颅内压增高、脑疝(见相关章节护理常规)

(二) 尿崩症

病情观察：观察有无多饮、多尿、口渴；每小时尿量及 24 小时出入量，监测尿比重及血电解质变化。

护理：

- 1、遵医嘱观察及记录每小时尿量及 24 小时出入液量
- 2、当尿量增多尿比重明显改变及尿色变浅，警惕尿崩症发生，根据医嘱使用药物控制，使用过程中观察尿量变化、药物疗效和不良反应。
- 3、排除引起多尿的因素，如脱水剂的应用，大量饮食，过快过量补液时导致的尿量增多。
- 4、指导口服补液。
- 5、按医嘱监测电解质，血、尿渗透压，标本及时送检，
- 6、注意患者出现脱水症状，一旦发现及早补液

【健康指导】

- 1、交代患者遵医嘱服激素代替药。坚持测量尿量，如尿量多于 4000ml/d 及时复诊。
- 2、术后 1 个月左右进行放疗。每年 CT 复查 1 次。

七、听神经瘤护理常规

听神经瘤指发生于第八对颅神经的神经鞘瘤，好发于听神经的前庭支。

【临床表现】

早期有耳鸣、耳部刺痛、听力减退、语音辨别力下降，并有头晕或摇晃等症状，晚期压迫脑干、小脑时，出现颅高压征及邻近颅神经损害，严重时肢体运动障碍、视力下降、心跳呼吸混乱等。

【治疗原则】

- 1、手术治疗
- 2、伽马刀治疗。

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史及是否伴有其他疾病。
- 2、评估临床症状及体征，了解有无明显的进行性颅内压增高及脑疝的表现；有无神经功能障碍表现；术前准备完成情况。
- 3、评估患者及家属对疾病的认识和精神、心理状况。

【护理措施】按外科及神经系统疾病一般护理常规。

术前准备：同开颅术前准备

术后护理：

- 1、严格按照轴线翻身给患者翻身。体积较大的肿瘤术后 72 小时内严禁采取患侧卧位，以防脑干移位。
- 2、保证营养供给，吞咽反射恢复后可试行喂食，进食前喂少量的温开水，注意有无呛咳。
- 3、严密观察神志、瞳孔、生命体征变化，观察有无头痛、呕吐。
- 4、保持引流通畅，注意观察和记录引流量及颜色。
- 5、观察有无眼睑闭合不全、口角歪斜和吞咽困难。眼睑闭合不全者用湿盐水纱布覆盖眼睑，保护角膜。
- 6、给予口腔护理和呼吸道管理，预防肺部并发症。
- 7、预防中枢性高热：术后当天头枕冰袋，控制体温在 37℃ 以下；体温持续升高达 38.5℃

以上者行冬眠治疗。

8、术后遗留面瘫、吞咽障碍、步态不稳者给予功能锻炼。

9、给予心理护理，减轻患者的紧张、焦虑情绪。

【并发症观察及护理】

（一）面瘫

病情观察：患侧前额皱纹变浅或消失、眼裂扩大、鼻唇沟平坦、口角下垂，露齿时口角向健侧偏歪。患侧不能作皱额、蹙眉、闭目、鼓气和噘嘴等动作。

护理：及时采取措施保护角膜，必要时行眼睑缝合术，患侧保暖、按摩，必要时针灸治疗。

（二）声音嘶哑/饮水呛咳

病情观察：观察发音及进食情况

护理：进食呛咳者，予胃管留置，做好管饲护理。同时做好心理护理。

（三）小脑共济失调

病情观察：出现行走不稳，手指不灵活等。

护理：需康复锻炼，大部分会有不同程度的好转。同时做好防跌倒宣教。

【健康指导】

- 1、指导面瘫、吞咽障碍、步态不稳者，配合针灸治疗。
- 2、交代患者及家属，患者外出需有人陪伴，以保证安全。
- 3、出院3个月后复查CT。

八、脑出血护理常规

由于高血压和动脉硬化引起实质内的自发性出血，常因剧烈活动或情绪激动而发病。

【临床表现】

- 1、头痛头晕：头痛是脑出血的首发症状，常常位于出血一侧的头部；有颅内压力增高时，疼痛可以发展到整个头部。头晕常与头痛伴发，特别是在小脑和脑干出血时。
- 2、呕吐：大约一半的脑胶膜病人发生呕吐，可能与脑出血时颅内压增高、眩晕发作、脑膜受到血液刺激有关。
- 3、意识障碍：表现为嗜睡或昏迷，程度与脑出血的部位、出血量和速度有关。在脑较深部位的短时间内大量出血，大多会出现意识障碍。
- 4、运动和语言障碍：运动障碍以偏瘫较为多见；言语障碍主要表现为失语和言语含糊不清。
- 5、眼部症状：瞳孔不等大常发生于颅内压增高的胞疝病人；还可以有偏盲和眼球活动障碍，如脑出血病人在急性期常常两眼凝视大脑的出血侧。
- 6、其他：颈项强直、癫痫发作、大小便失禁等。若病人出现深昏迷、高热、瞳孔改变以及合并消化道出血等，则表明病情危重，预后较差。

【治疗原则】

- 1、一般治疗：卧床休息，保持呼吸道通畅，吸氧。
- 2、控制血压
- 3、控制脑水肿
- 4、止血药及凝血药
- 5、手术治疗

【护理评估】

- 1、评估既往病史，是否有高血压、动脉粥样硬化、脑动静脉病变等疾病。了解起病前有无情绪激动、过度兴奋、劳累、用力排便等。
- 2、评估有无头痛、呕吐、应激性溃疡，失语及吞咽困难等症状和体征。评估呕吐的性状，有无喷射性呕吐，了解头痛的程度。

- 3、了解实验室等检查结果，如血糖、血脂、CT、MRI等。
- 4、评估患者对疾病的认识和心理状态。

【护理措施】

- 1、按神经科疾病一般护理常规。
- 2、急性期应绝对卧床休息，头部抬高 15-30°，可放置冰袋，减少不必要的搬动，以免加重出血。
- 3、保持呼吸道通畅，头偏向一侧，随时吸出口腔分泌物或呕吐物。吸氧，必要时气管切开并按气管切开护理。
- 4、密切观察血压、呼吸、脉搏、神志、瞳孔的变化，以便及时了解病情变化，直到病情稳定为止，如昏迷加深，说明病情加重；如出现一侧瞳孔散大，血压升高，呼吸脉搏变慢，提示脑疝发生；如呼吸由深而慢变为快而不规则或是双吸气、叹息样、潮式呼吸，提示呼吸中枢受到严重损坏。
- 5、根据医嘱给降压药是防止进一步出血的重要措施，但不宜降的过低，以防供血不足，一般主张维持在 20.1~21.3 / 12.0~13.3kPa（150~160 / 90~100mmHg）为宜。
- 6、根据医嘱给脱水剂，是控制脑水肿以及防止脑疝的一个重要环节，快速静脉滴注 20%甘露醇，也可用 50%葡萄糖等。注意水、电解质和酸碱平衡，注意心肾功能，准确记录出入量。
- 7、每 4 小时测量体温 1 次，如体温超过 38℃，考虑中枢性或感染性高热，可头部、腋下放冰袋，降低脑代谢和颅内压。
- 8、病情危重者，发病 24~48 小时内禁食，按医嘱静脉补液，每日 2000~2500ml，3 日后神志仍不清楚、无呕吐及胃出血者，可鼻饲流汁饮食，并做好口腔护理。
- 9、如胃内有咖啡样液体或出现柏油样大便，提示消化道出血，按医嘱给止血药和凝血药，或经胃管注入云南白药、三七粉、氢氧化铝凝胶、冰牛奶、冰盐水等。
- 10、昏迷病人执行昏迷护理常规。
- 11、做好皮肤护理，按时翻身，预防褥疮。
- 12、小便失禁者，及时更换尿布；小便滞留者，留置导尿管，按时膀胱冲洗。
- 13、恢复期要进行瘫痪肢体的被动运动、按摩针灸等，并进行语言训练，促进早日康复。

【并发症观察及护理】

脑疝（见相关章节护理常规）

【健康指导】

- 1、告之家属合理安排陪护和探视，保持病室安静，减少一切不良刺激。
- 2、急性期应绝对卧床休息4-6周，减少不必要的搬动，以免加重出血、头部抬高15°-30°，减少脑部的血流量，减轻脑水肿，生命体征平稳后，应尽早进行被动或主动地床上、床边及床下活动。
- 3、使用脱水剂是降低颅内压、减轻脑水肿、防止脑疝的一个重要环节，常用20%的甘露醇250ml静滴，速度要快（20-30分钟内滴完），每6-8小时一次，必要时加利尿剂及激素类药物。如用药后4小时内尿量少于250ml，要慎重或停用，并注意检查肾功能。告之病人输液肢体不要乱动，以免针头脱出，液体外漏，造成组织肿胀坏死。
- 4、合理营养，少食含胆固醇高的食物，如动物内脏等等，食量适度，不进食过饱，多吃新鲜蔬菜，水果及富含粗纤维、清淡、易消化饮食，防止便秘。
- 5、积极康复治疗，避免过度疲劳及劳累，加强功能锻炼，有利于恢复肢体，语言功能，恢复体质。
- 6、注意稳定情绪，避免过于激动，导致交感神经兴奋引起小动脉痉挛，导致血致血压升高，诱发脑出血。
- 7、坚持在医生指导下服用降压药，使血压稳定在一定的安全水平上，不可随便改药或停药。
- 8、戒烟酒，因烟草中尼古丁可引起血管痉挛，造成血管壁损伤，长期饮酒可导致血压升高，诱发脑出血。
- 9、定期到医院复查。

九、颅骨缺损护理常规

颅骨缺损大都因开放性颅脑损伤或火器性穿透伤所致，部分病人是因手术减压或有病颅骨切除而残留骨缺损。

【临床表现】

- 1、头痛、眩晕、记忆力下降等
- 2、颅骨缺损处皮肤下陷，可随体位变化而变化

【治疗原则】

手术修补

【护理评估】

术前评估

- 1、根据骨窗部位皮肤张力高低了解颅内压变化。
- 2、了解病人健康史及使颅内压增高的相关因素
- 3、评估病人症状及体征，了解相关辅助检查
- 4、评估病人心理及社会支持情况

术后评估

- 1、了解手术情况，注意病人意识、生命体征、瞳孔及神经系统症状和体征，肢体有无瘫痪、血压情况。
- 2、观察伤口及引流情况，若发现有皮下积液及时通知医生，判断有无并发症发生。
- 3、术后观察有无癫痫发作

【护理措施】按外科及神经系统疾病一般护理常规。

- 1、严密观察意识、瞳孔的变化。观察过程中有异常发现（瞳孔大小，意识改变，肢体瘫痪，血压不稳定等）要及时通知医生。
- 2、观察伤口局部情况，若发现皮下积液及时通知医生。
- 3、手术当日应禁食，第二天酌情给流质，以后逐渐改半流质或普食。
- 4、癫痫的观察：术后应观察癫痫发作情况，床栏保护，禁测口温、禁止强行约束，按时按量给抗癫痫药物。

【并发症观察及护理】

癫痫

病情观察：癫痫发作的类型、频率、时间、地点，有无前驱症状。检查患者有无因发作伴发的舌咬伤、跌伤、尿失禁等。了解脑电图等检查结果。评估患者及家属对疾病的认识和心理状态。

护理：

- 1、保持环境安全，避免强光刺激。癫痫发作时应有专人护理，使用床栏，给患者上约束带，以免坠床及碰伤，保持呼吸道通畅，并备开口器和压舌板于床旁。
- 2、饮食以清淡为宜，避免过饱，戒烟酒。癫痫持续状态时，留置胃管鼻饲。
- 3、密切观察体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔等变化。注意发作类型、持续时间、频率以及伴随症状、体征，并记录。
- 4、抽搐发作时，应立即将患者平卧，取下活动性义齿，解松衣领、衣扣、裤带，头偏向一侧，保持呼吸道通畅。吸氧，用压舌板置于患者口腔的一侧白齿之间，以防咬伤舌和颊部。对抽搐肢体切勿暴力按压，以免骨折、脱臼等。
- 5、严格遵医嘱使用抗癫痫药物，注意观察药物的作用和副作用，用药期间协助做好血药浓度监测。
- 6、给予心理安抚和支持，鼓励积极治疗。

【健康指导】

- 1、术后一个月内不能洗头，可以用温水毛巾擦拭。一个月后可以洗头。忌用手抓挠头皮，以防伤口破损发生感染。
- 2、饮食应清淡，不吃辛辣食物，戒烟、酒。保持大便通畅。
- 3、按医嘱根据病情服药，如术前有癫痫应长期服用抗癫痫的药物，不可自行减量或停药。注意检测药物的血浓度。
- 4、注意保暖，保持环境清洁，定时通风，预防感冒。适度运动，增强体质。注意劳逸结合。
- 5、根据病情，术后1~3月门诊随访。

第二节 神经外科危重病及重症监护护理常规

一、颅内高压护理常规

颅内高压是由于各种原因导致颅腔内的容积（或空间）代偿失调引起的颅内压大于200mmH₂O（1.96kpa）而产生的头痛、呕吐、视神经乳头水肿等一系列临床症候群。

【临床表现】

头痛、呕吐、视神经乳头水肿、复视、头晕、血压升高、脉搏变慢、意识障碍。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗：脱水治疗、激素治疗、抗感染、过度换气、冬眠低温治疗
- 2、手术治疗。

【护理评估】

术前评估

- 1、了解病人健康史及使颅内压增高的相关因素
- 2、评估病人症状及体征，了解相关辅助检查
- 3、评估病人心理及社会支持情况

术后评估

- 1、了解手术类型，注意病人意识、生命体征、瞳孔及神经系统症状和体征，判断颅内压变化情况。
- 2、观察伤口及引流情况，判断有无并发症发生

【护理措施】按外科及神经系统疾病一般护理常规。

- 1、严密观察意识、瞳孔的变化。意识障碍程度加重是颅内压增高、病情加重的主要症状之一；一侧瞳孔改变（散大），对光反应迟钝或消失，是诊断小脑幕切迹疝的重要标志之一；剧烈头痛伴呕吐，有强迫性头位颈部抵抗等症状，排除其它疾病外，应考虑早期枕骨大孔疝的可能。如出现上述症状，应立即通知医生，紧急脱水，快速静滴20%甘露醇，并做好抢救治疗、手术等准备工作。
- 2、生命体征的观察。按时测量和记录血压、脉搏、呼吸、体温。如出现血压升高，脉搏慢而有力，呼吸不规则等生命体征变化，是颅内压增高加重和发生脑疝的先兆症

状，应及时汇报医生处理。

- 3、控制液体摄入量和速度。成人一般每日输液 1500-2000ml，输液速度不宜过快（脱水剂除外）。
- 4、绝对卧床休息和加强生活护理。协助翻身以防压疮，同时防止碰伤、跌倒和烫伤等意外。
- 5、保持大小便通畅。如有便秘者应每日给予缓泻剂，避免排便时用力屏气，禁忌大剂量高位灌肠。如有排尿困难或尿潴留者，应予以留置导尿，忌用腹部加压。
- 6、呕吐剧烈者，应取头高 30 度侧卧位，防止呕吐物吸入呼吸道。

【并发症观察及护理】

脑疝（见相关章节护理常规）

【健康指导】

- 1、避免有可能导致颅内压增高的因素，如脑外伤、颅内炎症、脑肿瘤及高血压、脑动脉硬化；
- 2、经常头痛、恶心呕吐的病人应及时就医，排除相关疾病。

二、颅内动脉瘤护理常规

颅内动脉瘤是指动脉壁中层和外层软弱或缺损形成的囊性膨出。颅内动脉的分叉是动脉瘤好发的部位。

【临床表现】

- 1、出血性的症状：动脉瘤出血前常有诱因，起病急，头痛，呕吐，意识障碍，脑膜刺激症等。可有癫痫发作，意识障碍视病情轻重而不同。
- 2、局灶症状：压迫不同部位出现相应症状，如海绵窦动脉瘤可出现患侧眼球突出，大脑中动脉可引起偏瘫、失语、视野缺损等症状。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗：主要是防止出血或再出血以及控制动脉痉挛。
- 2、手术治疗：开颅夹闭动脉瘤蒂或动脉瘤栓塞治疗，若已发生破裂出血，在等待手术期间应实施非手术治疗措施。

【护理评估】

- 1、询问患者发病前有无明显的诱因，有无吸烟史、家族类似病例。
- 2、评估患者的生命体征、意识状况、肢体活动情况。
- 3、评估患者的心理状况，有无紧张、焦虑、烦躁不安等。

【护理措施】按神经外科系统疾病一般护理常规。

术前护理

- (1) 对神志清醒者讲解手术的必要性及手术中需要患者配合的事项，消除其恐惧心理，对有意识障碍者，术前做好家属的心理护理，使他们了解手术的目的和意义，了解术前准备的内容，以达到配合好手术的目的。
- (2) 保持患者绝对卧床，避免一切外来的刺激，防止因躁动不安而使血压升高，增加再出血的可能。随时观察生命体征及意识变化，及早发现出血情况。
- (3) 给予合理饮食，勿食用易导致便秘的食物，必要时给予缓泻剂，保持大便通畅。保持室内通风适宜，防止因着凉而引起患者用力打喷嚏或咳嗽，以免增加腹压及反射性的增加颅内压而引起颅内动脉瘤破裂。
- (4) 对于伴有癫痫者注意保证其安全，防止发作时受伤，保持呼吸道通畅，给予吸氧，

并记录其抽搐时间，按医嘱给予抗癫痫药。

(5) 对尿失禁患者留置导尿管，并做好护理。

术后护理（栓塞术）

- (1) 一般护理：抬高床头 15~30°，以利静脉回流、减轻脑水肿、降低颅内压；术后绝对卧床 2 天，限制体力活动 3~4 周，以防弹簧栓子移位；给予下肢尤其是腓肠肌处环状按摩，以防止下肢深静脉血栓形成；保持呼吸道通畅，头偏向一侧，吸尽分泌物，定时翻身、拍背，以利痰液排出；给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化饮食，保持大便通畅；做好口腔皮肤护理，按时翻身，按摩受压部位；留置导尿管者应保持其通畅，按时进行膀胱冲洗和尿道口消毒，防止并发症发生。
- (2) 病情观察：观察生命体征，尽量使血压维持在一个稳定水平；避免一切可以引起颅内压增高的因素，如情绪激动、精神紧张、剧烈运动、用力排便或咳嗽等；注意观察病人瞳孔的大小、对光反射情况，动态观察意识的变化，并做好记录。
- (3) 穿刺点的护理：术后穿刺部位加压包扎后予以沙袋压迫 8h，严密观察穿刺肢足动脉搏动情况及下肢温度、颜色和末梢血运情况，观察穿刺局部有无渗血及血肿、瘀斑形成。
- (4) 癫痫的护理：减少刺激，防止癫痫发作，安装好床档，备好抢救用药，防止意外发生，尽量将癫痫发作时的损伤减少到最小。
- (5) 介入栓塞治疗并发症的预防及护理：术后予尼莫通 2 周，以防止 TIA 的发生，并注意观察血压的变化；注意观察肢体活动、感觉情况及神经功能缺失症状。

【并发症观察及护理】

颅内出血、颅内压增高、脑疝（见相关章节）脑血管痉挛

脑血管痉挛

病情观察：旋转性眩晕，严重时伴恶心，剧烈呕吐，或者伴随耳鸣、头鸣，烦躁焦虑，胸闷，心慌，气短或呼吸紧迫感。

护理：

- 1、药物治疗：解痉剂尼莫地平静脉维持
- 2、保证脑血管的灌注压，提升血压、扩容；

- 3、改善血液流变学，降低血液黏滞度；
- 4、调节吸氧浓度，维持血氧饱和度 95%以上，同时不能吸入高浓度的氧，以防加重脑血管收缩。

【健康指导】

- 1、避免诱因：注意休息，保持情绪稳定，以平和的心态对待疾病；生活要有规律，避免剧烈运动及咳嗽；保持大小便通畅，必要时使用缓泻剂；控制血压于稳定状态。
- 2、注意安全：尽量不单独外出活动或锁门洗澡，以免发生意外时影响抢救；
- 3、要定期接受随访，若有病情变化，立即到医院检查治疗。

三、重型颅脑损伤护理常规

颅脑在暴力作用下，在冲击点处颅骨变形或发生骨折，以及脑在颅腔内大块的运动，造成脑的冲击点、对冲伤和脑深部的结构损伤伴出血，水肿。

【临床表现】

- (1) 意识障碍：表现为嗜睡、朦胧、浅昏迷和昏迷。
- (2) 局灶症状和体征：可出现失语，肢体抽搐，偏瘫等
- (3) 颅高压症状：头痛、呕吐、视神经乳头水肿，颅内压增高脑疝
- (4) 锥体束征
- (5) 脑干损伤可出现严重的生命体征紊乱，双侧瞳孔时大时小，眼球位置歪斜或凝视，四肢肌张力增高，高热，消化道出血等。
- (6) 水、电解质紊乱
- (7) 脑性肺水肿
- (8) 脑死亡

【治疗原则】

- 1、保守治疗：卧床，止血、护脑、脱水等治疗。
- 2、手术治疗：颅内压增高明显甚至出现脑疝迹象时应作脑减压术或病灶清除术。

【护理评估】

- 1、详细了解受伤过程及现场情况
- 2、了解病人既往健康情况
- 3、评估病人意识状况、瞳孔、肢体活动及生命体征，评估是否有颅高压症状及神经系统定位体征。
- 4、了解相关实验室检查及辅助检查情况
- 5、评估患者的心理及社会支持状况。

【护理措施】按外科及神经外科疾病一般护理常规。

- 1、严密观察患者病情，监测神志、瞳孔及生命体征等变化；
- 2、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施，必要时备血。
- 3、根据医嘱，准确测量记录出入量。
- 4、保持呼吸道通畅，遵医嘱给予吸氧，气管插管或气管切开，吸除呼吸道分泌物，确

- 保呼吸道通畅。必要时遵医嘱给予呼吸机辅助呼吸。
- 5、安置适当体位，在病情允许的情况下检查患者全身受伤情况，并注意肢体活动度。
 - 6、对意识障碍者加用床栏以防坠床，躁动者遵医嘱给予适当的镇静药或冬眠药物，可适当予以约束带，实施安全措施。
 - 7、根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、会阴护理、压疮护理、气道护理及管道护理等。
 - 8、癫痫的护理：减少刺激，防止癫痫发作，安装好床档，备好抢救用药，防止意外发生，尽量将癫痫发作时的损伤减少到最小。
 - 9、昏迷高热者应头部放置冰袋，冰帽或用其他降温措施。
 - 10、长期昏迷不进食者，给鼻饲流质或作胃肠外营养。
 - 11、保持患者的舒适和功能体位；
 - 12、做好呼吸机，心电监护等抢救有关的治疗护理工作。
 - 13、发现病人病情如意识，瞳孔等变化时，应及时通知医生处理。
 - 14、实施床旁交接班。

【并发症观察及护理】

颅内高压、外伤性癫痫、脑疝（见相关章节护理常规）

【健康指导】

- 1、饮食以高蛋白、高维生素、低脂肪易消化食物(如鱼、瘦肉、鸡蛋、蔬菜、水等)为宜。
- 2、注意劳逸结合，保证睡眠，可适当地进行户外活动(颅骨缺损者要戴好帽子外出，并有家属陪护、防止发生意外)。
- 3、外伤性癫痫病人定期服用抗癫痫药物，症状完全控制后，坚持服药1～2年，逐步减药后才能停药。
- 4、心理指导：安慰病人使其保持稳定情绪。对于恢复期患者出现头痛、耳鸣、记忆力减退的病人药给予解释和宽慰，使其树立信心。
- 5、告之患者颅骨缺损的修补，一般需在脑外伤术后的半年后。出院后一个月门诊随访。
- 6、加强功能锻炼，必要时可行一些辅助治疗，如高压氧等。
- 7、自理功能丧失者应做好生活护理，定时翻身拍背等防止压疮、肺炎、尿路感染等发生。家属掌握各种管道的护理方法。

四、颅内压监护护理常规

【护理评估】

- 1、患者的全身情况，包括目前病情、意识、瞳孔、肢体活动、生命体征、头痛及恶心呕吐情况。
- 2、评估患者及家属对自身疾病及颅内压监护仪的认识；有无紧张、焦虑、恐惧等。
- 3、评估颅内压监护仪是否完好。

【护理措施】

- 1、向患者解释颅内压监护仪使用的目的、方法和配合要求。
- 2、保持正常体位，头部不宜前屈、倒转，翻身时注意导管勿扭曲或拉脱。
- 3、密切观察生命体征、意识、瞳孔与颅内压的关系，避免高血压和呼吸不畅、高温对颅内压的影响。
- 4、颅内压每小时测量记录一次，一般颅内压应控制在 2.0kpa 以下，如超过 2.0kpa 以上应及时给予脱水剂治疗。

五、低温疗法护理常规

【护理评估】

- 1、患者的全身情况，包括目前病情、意识、瞳孔、肢体活动、生命体征、头痛及恶心呕吐情况。
- 2、评估患者及家属对疾病及使用冰毯降温的认识；有无紧张、焦虑、恐惧等。
- 4、评估降温毯仪器性能是否良好。

【护理措施】

- 1、做好使用前的准备工作，将控温仪放置在床头，各种管道衔接正确，电源符合要求，一定要连接地线，防止意外的发生。
- 2、根据医嘱设置水毯的温度，不能随便调节温度，以保证病人的安全。
- 3、做好皮肤护理。密切观察水毯接触部位皮肤的情况，应将水毯垫在床单下，避免病人皮肤直接接触水毯，每 30min 查看 1 次控制面板上水温的度数，为防止烫伤或冻伤，每 20min 观察皮肤 1 次，特别是低温状态尤应注意。每小时翻身拍背 1 次。如发现皮肤潮红，应立即增加翻身次数，按摩受压部位，避免压疮和冻伤的发生。
- 4、严密观察体温变化，0.5~1h 记录体温 1 次，使病人体温保持在 32℃~37℃。
- 5、在亚低温治疗结束前，应使温度逐渐回升并保持在 36.5℃~37.0℃，复温应逐步进行，以 5d 为宜，再撤除冰帽和控温仪，以达到保护脑细胞、防止复温性脑水肿的目的。
- 6、保护水毯功能，及时处理大小便及呕吐物，如有污染，应用清水擦拭干净，勿用乙醇等刺激性液体，以免造成水毯老化。终末处理可用紫外线照射消毒。
- 7、为了保证水毯的功能，必须保持水毯连接管的通畅，勿折叠、扭曲，以免阻碍毯内水的循环。
- 8、在进行控温疗法的同时还应注意密切观察神志、瞳孔及生命体征的变化，每 15~30min 记录体温、脉搏、呼吸、血压 1 次。
- 9、提供舒适的环境，保持室温在 18° C~22° C，保持床单干燥、平整，预防压疮和冻伤的发生。

第三节 神经外科专科检查及治疗护理常规

一、腰椎穿刺术护理常规

【护理评估】

- 1、了解患者对腰椎穿刺术的认识和心理准备。
- 2、评估腰椎穿刺环境是否符合要求，查看所需用物是否完备。

【护理配合措施】

- 1、操作前向患者解释腰椎穿刺的目的、穿刺过程及注意事项，重点交代在穿刺过程中不得更换体位，同时应避免深呼吸及咳嗽，防止针头移位而刺破肺泡。
- 2、术前半小时。遵医嘱给予安定或可待因以镇静止痛。
- 3、帮助患者取合适的体位。穿刺时患者侧卧于床上，头向胸部弯曲，双手抱膝贴近腹部，使脊柱尽量后弓，便于穿刺进针。
- 4、协助医生穿刺。
- 5、穿刺过程中观察病情变化，如有头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸部压迫感或剧痛等胸膜反应。如出现连续性咳嗽，气短、咯泡沫痰等现象时，应停止操作，让患者休息并皮下注射肾上腺素针或给予其他处理。
- 6、操作完毕，嘱患者去枕平卧4—6小时，防止颅内压降低所致头痛。
- 7、观察穿刺有无血肿、渗液，保持穿刺处清洁和干燥。

【健康指导】

- 1、叮嘱患者穿刺后按要求去枕平卧。
- 2、交代患者保持穿刺处清洁和干燥。

二、脑室穿刺术护理常规

【护理评估】

- 1、了解患者对脑室穿刺术的认识和心理转被。
- 2、评估穿刺环境是否符合要求，查看所需用物是否完备。

【护理配合措施】

- 1、穿刺前向患者及家属说明目的和注意事项，消除心理紧张，取得配合。
- 2、帮助患者取合适的体位。额入法患者仰卧位；枕入法患者取侧卧位；前囟穿刺患儿取仰卧位。
- 3、应用无菌技术配合穿刺操作者。密切观察生命体征、神志、瞳孔、面色等变化，并协助采集脑脊液标本送检。
- 4、术后患者取头高足低位，宜保持穿刺部位于高处。
- 5、术后观察生命体征变化，注意穿刺部位有无渗血、渗液，保持穿刺处清洁和干燥，发现异常即刻通知医师。

【健康指导】

- 1、叮嘱患者穿刺后取头高足低位。
- 2、嘱咐患者保持穿刺处清洁和干燥。

三、脑血管造影护理常规

【护理评估】

- 1、了解患者对脑血管造影的认识和心理反应。
- 2、评估患者是否做好造影前准备：①碘过敏试验；②禁食 4—6 小时；③备皮：双侧腹股沟、会阴部、大腿上 1/3；④备皮后沐浴；⑤术前半小时排空大小便；⑥去除头部饰物；⑦遵医嘱术前用药。

【护理措施】

- 1、治疗前向患者解释介入治疗的目的和注意事项，消除患者的紧张心理，以取得患者配合。
- 2、造影完毕，拔除导管，压迫穿刺点 10—15 分钟，并予沙袋加包扎 6 小时。
- 3、造影后嘱患者平卧 12—24 小时，穿刺侧肢体制动 4 小时，沙袋压迫 4 小时。
- 4、观察穿刺部位有无渗血、局部血肿及足背动脉搏动和远端皮肤颜色、温度等。
- 5、鼓励多饮水，以促进造影剂排泄。

【健康指导】

- 1、指导患者在造影中如出现恶心、呕吐、皮肤瘙痒、呼吸困难等及时告诉医护人员或举手示意。
- 2、交代患者造影后保持规定体位，以免出血。
- 3、叮嘱患者多饮水。

四、颅脑外科介入治疗护理常规

【护理评估】

- 1、了解患者对介入治疗的认识和心理反应。
- 2、评估患者是否做好介入治疗的准备：①碘过敏试验；②造影术前禁食 8 小时；③备皮：双侧腹股沟、会阴部、大腿上 1/3；④备皮后沐浴；⑤术前半小时内排空大便；⑥去除头部饰物；⑦遵医嘱治疗前用药。

【护理措施】

- 1、治疗前向患者解释介入治疗的目的和注意事项，消除患者的紧张心理，以取得患者配合。
- 2、术后密切观察患者生命体征，注意血压、脉搏等变化。如采用全身麻醉，按全麻术后护理常规。
- 3、术后嘱患者平卧 12—24 小时，穿刺侧肢体制动 4 小时，沙袋压迫 4 小时。
- 4、观察穿刺部位有无渗血、局部血肿及患侧足背动脉搏动情况。
- 5、遵医嘱用药，保持大便通畅。对应用抗凝治疗者，注意伤口出血。

【健康指导】

- 1、指导患者在造影中，如出现恶心、呕吐、皮肤瘙痒、咽喉不适、呼吸困难等即使告诉医护人员或举手示意。
- 2、交代患者在造影时勿扭动头部，以保持造影图像清晰。
- 3、术后保持规定体位，以免出血。

五、脑室引流护理常规

【护理评估】

- 1、了解患者和家属对脑室引流的认识和心理准备。
- 2、评估患者是否做好脑室引流前备皮准备。

【护理措施】

- 1、脑室引流前向患者和家属说明引流目的、配合要点及注意事项，保持情绪稳定，配合治疗。
- 2、妥善固定脑室引流装置，引流瓶或袋液体排出口应放置高于患者侧脑室角 10—15cm 水平。评估有无头昏、呕吐、虚脱等可能因引流袋位置过低，致脑脊液大量流出所致的颅内压低综合征。患者如需要搬动或变换体位，应事先夹闭引流管，事后调整引流瓶或袋高度适宜后开放引流。
- 3、保持脑室引流管畅通，观察引流管内有无波动，避免引流管弯曲折叠，防止受压、阻塞、脱落和磨损。
- 4、观察脑脊液引流液性状，每日记录引流量和颜色，发现异常及时通知医师。
- 5、保持引流管周围敷料清洁、干燥，如有外渗或切口处皮下肿胀，及时通知医师。脑室引流一般维持 2—4 天，引流瓶或引流袋更换 1 次/日；引流管与引流瓶或引流袋之间的接管每天更换无菌纱布，严格无菌操作。
- 6、仔细评估生命体征、意识、瞳孔、头痛、肢体活动等情况，观察有无颅内血肿掌握病情动态变化。
- 7、拔管前先夹管观察一日，如无颅内压增高，次日可考虑拔管。如有颅内压增高症状，则行间断夹管，待患者适应颅内压变动后，再考虑拔管。

【健康指导】

- 1、嘱咐患者及家属切勿擅自调节引流高度。
- 2、保持引流管周围敷料清洁、干燥。

六、高压氧治疗护理常规

高压氧治疗是一种间歇性、短期性的高剂量吸氧治疗法。在高压氧舱内给予患者 $>1\text{atm}$ (101kpa) 的纯氧，通过人体血液循环将更多的氧输送到病损组织和器官，以促进病损组织修复和功能恢复。

【护理配合措施】

治疗前护理

- 1、了解患者病情，告知进高压氧疗的目的、操作方法和注意事项，消除患者恐惧和疑虑，取得配合。
- 2、指导患者做好中耳调压动作，在舱内有不适时及时告知陪舱人员。
- 3、建立静脉通路，维持正常输液。输液瓶插上一根长针，针尖露出液面，使输液瓶内外压力平衡，保证输液安全。

治疗中护理

- 1、观察意识、瞳孔、GCS、 SpO_2 、生命体征及病情变化。
- 2、保持呼吸道畅通。昏迷或气管切开患者，进舱前应吸净气道分泌物，进舱后酌情吸痰。
- 3、高压氧治疗中，可能出现中耳气压伤和鼻旁窦气压伤，对首次入舱者给予1%呋喃西林滴鼻液滴鼻，指导患者咽鼓管开张动作，如吞咽、捏鼻鼓气等。若发生耳不适或轻度耳痛，应停止加压或适当减压，并嘱患者立即做吞咽动作和捏鼻鼓气。
- 4、在稳压吸氧时若出现面部肌肉抽搐、出冷汗或突然干咳、气急等症状，或主诉四肢麻木、头晕、恶心、无力等时，警惕氧中毒，立即通知医师。遵医嘱摘除面罩，改吸舱内空气。若出现抽搐见抽搐护理。
- 5、观察静脉输液及导管或引流管是否通畅，防止空气栓塞症发生。

治疗后护理

- 1、观察病情变化，观察意识、瞳孔、GCS评分、 SpO_2 情况、生命体征。如有异常，及时通知医生。
- 2、及时清除呼吸道分泌物，保持呼吸道畅通。
- 3、采取综合保护脑细胞治疗措施，如低温、脱水、激素、预防和治疗感染、营养神经

药物、针灸、推拿等。

- 4、治疗后及时与患者取得沟通，了解治疗过程中遇到的问题，有针对性的采取应对措施，使患者消除紧张心理，配合治疗。

【健康指导】

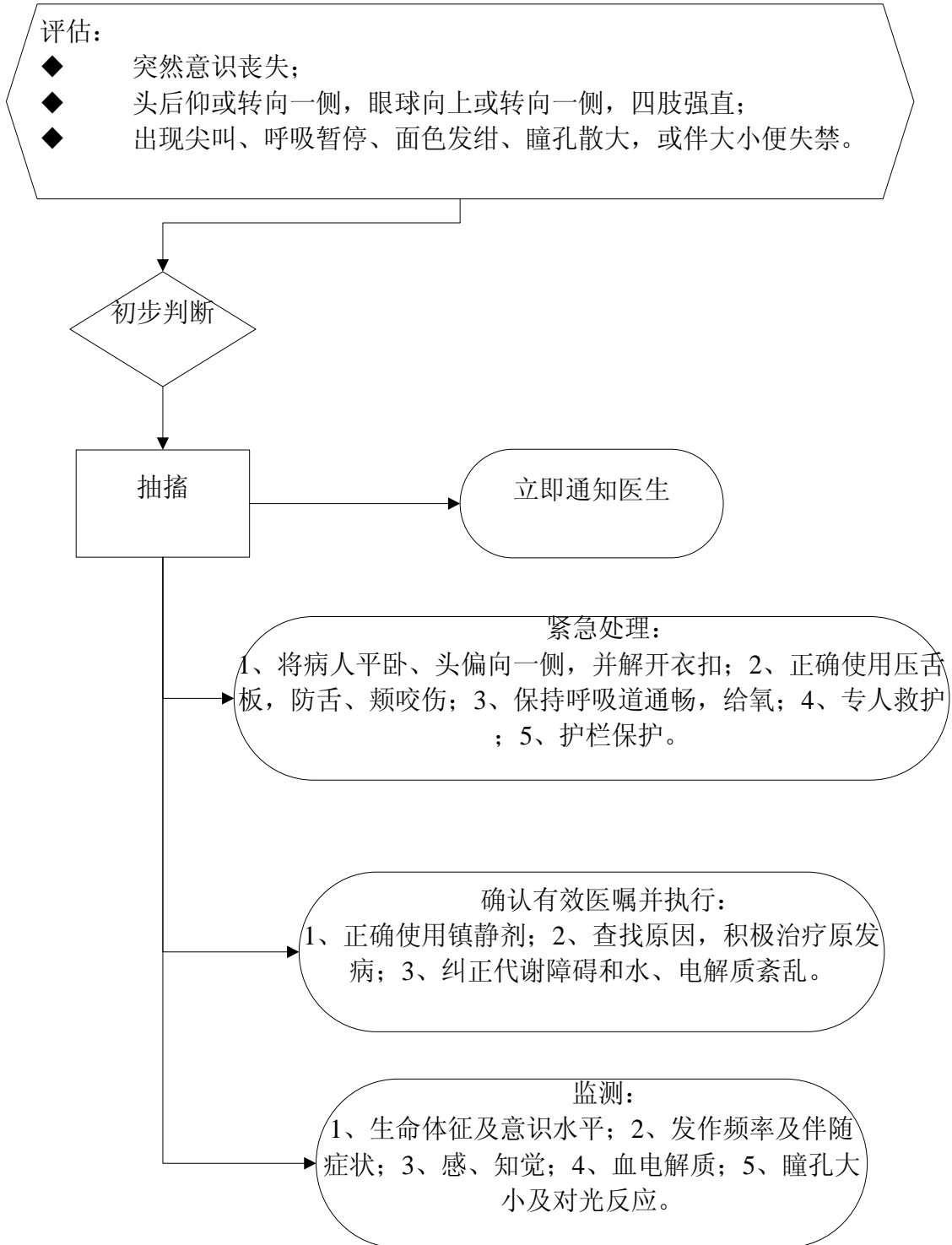
- 1、告知患者及家属须遵循相关制度。

- (1) 严禁带入火柴、打火机、移动电话、电动玩具、半导体收音机等易发生明火或火花的“火种”，一切易燃、易爆的物品，以确保患者安全。
- (2) 不穿尼龙、化纤类能引起静电火花的服装进舱，以穿着全棉织品服装为宜。
- (3) 不携带手表、助听器、钢笔等物品，以防损坏。

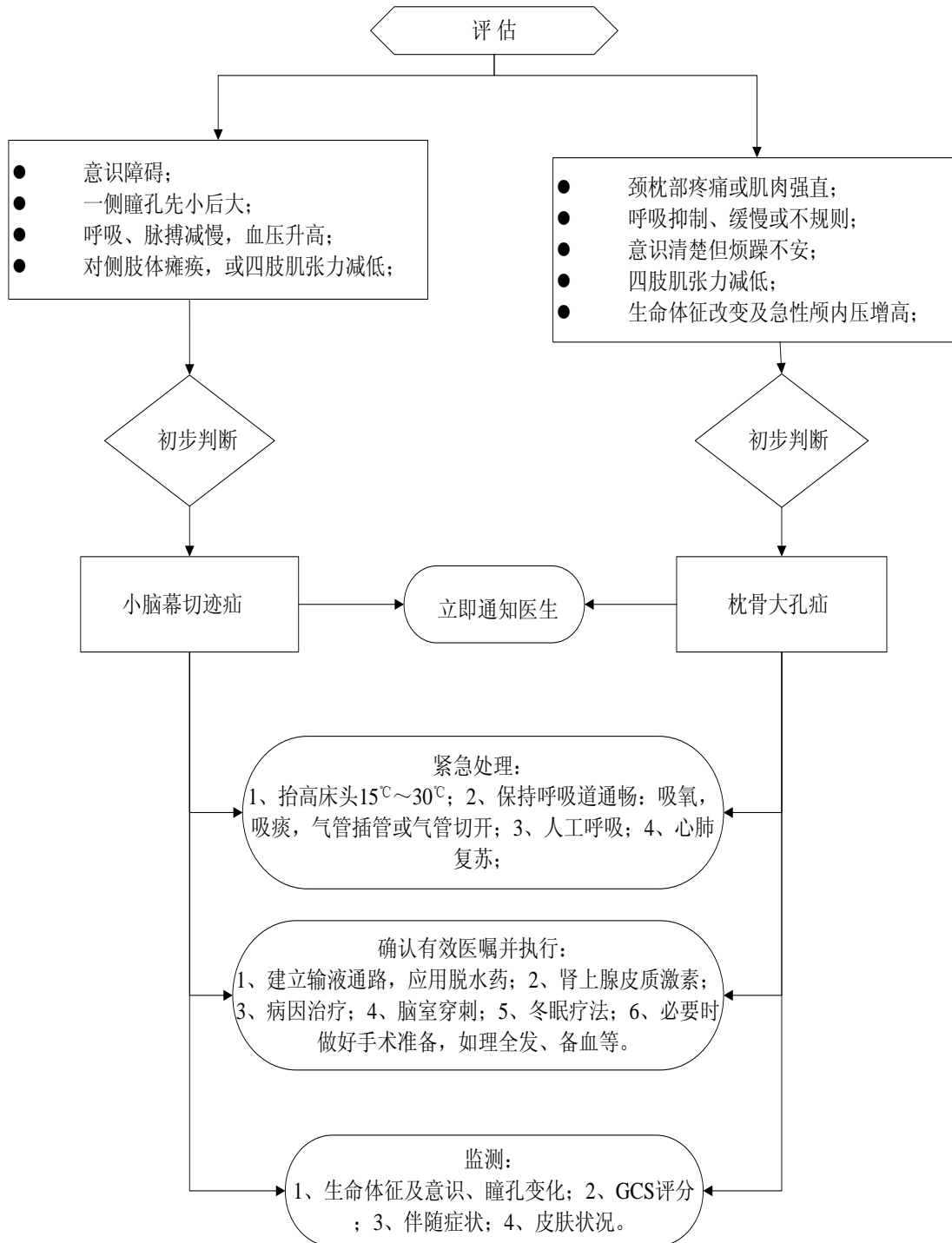
- 2、脑损伤修复比较慢，高压氧治疗需要较长时间才能达到康复目的。所以对于前期治疗效果不佳者，鼓励坚持进行疗程治疗，不可过早放弃，以尽可能取得较好的效果。

第四节 神经外科护理急救流程

一、抽搐急救流程



二、脑疝急救流程



第九章 骨科护理常规

第一节 创伤外科一般护理常规

一、创伤外科疾病一般护理常规

- 1、按外科一般护理常规。
- 2、除急诊手术禁食禁饮外，其他患者给予高钙、高蛋白、丰富维生素、易消化食物，鼓励患者多饮水。
- 3、根据病情正确安置体位，抬高患肢（高于心脏水平），卧硬板床或气垫床硬档，保持关节功能位。
- 4、密切观察病情变化，监测生命体征、意识状态、出入量以及患肢末梢血液循环、感觉、运动情况，发现异常及时报告医生。采取适当的护理措施，准确、及时做好记录。
- 5、主动协助或指导搬动安置老年和严重外伤患者；检查全身，查清受伤部位；排除大出血、内脏损伤及休克等严重问题；协助诊断有否多发伤。
- 6、骨折患者注意固定骨折部位，限制局部活动，根据骨折及固定情况适时地协助或指导患者进行被动或主动的功能锻炼。
- 7、活动受限、卧床时间长的患者，注意预防压疮、坠积性肺炎、泌尿系感染和深静脉栓塞、肌肉萎缩及关节僵直等并发症。
- 8、了解患者的心理状态，做好心理护理。
- 9、按照各种疾病的健康指导计划做好健康指导。大体内容包括：
 - ① 加强营养；
 - ② 保持良好心境；
 - ③ 预防再次外伤；
 - ④ 加强功能锻炼；
 - ⑤ 定期复查。

二、肢体骨折内固定护理常规

骨的完整性或连续性中断称为骨折，包括明显的皮质骨断裂及骨小梁的中断。

【临床表现】

一般表现：

- 1、局部肿胀、淤斑或出血：局部可见软组织出血、肿胀，甚至出现张力性水泡；水肿浅表时，皮下出现淤斑；开放性骨折时，可见骨折部位出血。
- 2、疼痛或压痛：骨折处可感到明显疼痛，局部一般有固定压痛。
- 3、功能障碍：肢体丧失部分或全部活动功能。

特有体征：

- 1、畸形
- 2、反常活动
- 3、骨擦音或骨擦感

【治疗原则】

肢体骨折的治疗原则是复位，固定和功能锻炼

（一）复位 是为了尽量恢复骨折部位的正常解剖，方法有闭合手法复位和开放手术复位。

（二）固定 是为了给骨折部位提供稳定的愈合环境，并维持复位的结果。固定的方法主要有外固定和内固定，外固定常用的有小夹板固定，石膏固定，外固定架固定。要注意观察患肢的末梢血运及感觉运动情况。内固定常用的有钢板，螺钉，钢丝，髓内针，动力髌，动力髁等，对于有缺损的骨折，往往还需给予自体骨或异体骨移植，这样有助于骨折的愈合。

（三）功能锻炼 是为了避免长期的固定尤其是外固定导致的关节粘连，肌肉挛缩等一系列并发症，使肢体功能获得良好的恢复。

【护理评估】

- 1、了解受伤史、年龄、既往健康状况；明确外力的方式、性质、程度，评估伤情。
- 2、评估生命体征、意识状态、尿量等，估计出血量。评估伤肢有无畸形、末梢血运、
- 3、感觉和运动情况；判断是否并发血管、神经损伤。

- 4、了解伤肢 X 线摄片等结果。
- 5、了解患者对骨折治疗的认识及心理反应。

【护理措施】按外科及骨科疾病一般护理常规。

1、术前护理

- (1) 给予高蛋白、高钙、丰富维生素饮食。拟急症手术者禁食。
- (2) 评估伤情，首先协助处理威胁生命安全的并发症。
- (3) 行牵引者要保持牵引的正确方式和有效效能，不能随意增减重量。
- (4) 遵医嘱完成各项术前检查，做好抗生素皮试、备血等术前准备。

2、术后护理

- (1) 了解术中及麻醉情况，监测生命体征等。
- (2) 术后注意抬高患肢，并观察患肢血运。肢体骨折内固定，大多数是坚强内固定，一般不需要外固定辅助，但若骨折极不稳定可辅以皮牵引 2~4 周或石膏固定 4~6 周。行皮牵引或石膏固定者，按相应护理常规。
- (3) 麻醉清醒且无恶心、呕吐后，患者可恢复高蛋白、高钙饮食，如牛奶、鸡蛋等。
- (4) 观察伤口渗血、渗液及引流情况，术后 3~5 天或敷料渗湿时更换敷料。24 小时后引流液少于 50~100ml 时可考虑拔除引流管。
- (5) 根据病变部位，指导患者进行功能锻炼、

【并发症观察与护理】

常见的并发症有骨筋膜室综合征，脂肪栓塞综合征，缺血性骨坏死和缺血性肌挛缩，急性骨萎缩，关节僵硬，损伤性骨化，创伤性关节炎等。特别需关注骨筋膜室综合征及脂肪栓塞综合征等，具体观察及护理见相应专病护理常规。

【健康指导】

- 1、指导患者进行康复锻炼。
- 2、定期门诊复查以了解病情变化及转归。术后 1 周内 X 线摄片，了解复位以及内固定情况。骨折牢固愈合后取出内固定。

三、开放性骨折护理常规

开放性骨折就是骨折部位的皮肤及皮下软组织损伤破裂，使骨折断端和外界相通者临床上称开放性骨折。

【临床表现】

1、全身表现：

(1) 休克：对于多发性骨折、骨盆骨折、股骨骨折、脊柱骨折及严重的开放性骨折。

患者常因广泛的软组织损伤、大量出血、剧烈疼痛或并发内脏损伤等而引起休克。

(2) 发热：骨折处有大量内出血，血肿吸收时，体温略有升高，但一般不超过 38.5℃，开放性骨折体温过高时，应考虑感染的可能。

2、局部表现：

(1) 畸形：骨折段移位可使患肢外形发生改变，主要表现为短缩。

(2) 异常活动：正常情况下肢体不能活动的部位，骨折后出现不正常的活动。

(3) 骨擦音或骨擦感：骨折后，两骨折端相互摩擦时，可产生骨擦音或骨擦感

【治疗原则】

1、正确辨认开放骨折的皮肤损伤。

2、彻底清创。

3、采取可靠的手段固定骨折端。

4、采取有效的方法闭合伤口，消灭创面。

5、合理使用抗生素。

【护理评估】

1、评估伤口及肢体运动、感觉、动脉搏动和末梢血运、温度情况，了解受伤和污染程度。

2、评估生命体征，严密观察面色、神志、尿量，是否有失血性休克征象等。评估有无其他危及生命的重要脏器损伤。

3、了解受伤经过及伤口急救处理情况。

4、评估患者的心理状况。

【护理措施】按外科及骨科疾病一般护理常规。

1、术前护理

- (1) 生命体征不平稳者，首先抢救生命，尽早建立静脉通路，给予高流量吸氧。
- (2) 初步固定骨折部位，保护创面。开放性骨折、骨折端外露者，切勿随意复位。用无菌敷料保护创面，夹板固定。
- (3) 防止进一步加重损伤。搬动患者时注意稳、准、轻。尽量减少不必要的搬动，交代患者少动，避免加重损伤。
- (4) 遵医嘱注射 TAT 和使用抗生素。
- (5) 用止血带止血时，每 2 小时更换缚扎部位，密切观察血液循环情况。更换部位时至少比原缚扎部位高 2~3cm。
- (6) 积极做好术前准备。①患者受伤后即开始禁食、禁饮，争取手术最佳时机；②配合医师进行各项术前检查；③给予心理疏导，稳定患者情绪，积极配合治疗。

2、术后护理

- (1) 了解术中及麻醉情况，患肢适当抬高并固定于功能位。
- (2) 麻醉清醒后鼓励患者进食，加强营养，促进愈合。
- (3) 严密观察伤口渗血及患肢末梢血运情况，根据病情特点指导患者进行功能锻炼。
- (4) 安装外固定架者，防感染、防松动。
- (5) 长期卧床者按时翻身、拍背，鼓励多饮水，预防压疮、坠积性肺炎、泌尿道感染等。

【并发症观察与护理】

感染

病情观察：局部会出现红、肿、热、痛、体温持续升高，严重者引起全身中毒症状，以及白细胞计数和中性粒细胞增多，血沉明显加快。

护理：加强现场急救与保护，避免细菌污染和防止污染增加。局部妥善固定，防止加重损伤，尽早就医。观察创口有无红肿及渗液，及时更换敷料，保持切口干燥，换药时严格无菌操作，防止交叉感染。合理应用抗生素。加强营养，提高机体的抵抗力。

【健康指导】

- 1、交待患者外固定架使用时间：成人 10~14 周，儿童 6~8 周，每月门诊复查。
- 2、指导和鼓励患者进行患肢功能锻炼。

四、骨盆骨折护理常规

骨盆骨折是指骨盆壁的一处或多处连续性中断。多由直接暴力骨盆挤压所致，半数以上伴有合并症或多发伤。

【临床表现】

- 1、血压下降或休克 严重的骨盆骨折伴大量出血时，常合并休克。
- 2、局部肿胀、压痛、畸形、骨盆反常活动、会阴部瘀斑及下肢肢体不对称。
- 3、骨盆分离试验与挤压试验阳性，有时在作上两项检查时偶尔会感到骨擦音。
- 4、可合并腹膜后血肿和腹内器官损伤，若膀胱和尿道损伤可出现血尿；腹内器官损伤可出现急腹症症状和休克症状。直肠损伤少见。

【治疗原则】首先处理休克和各种危及生命的合并症，再处理骨折。

1、手术治疗

- (1) 卧床休息：骨盆边缘骨折、骶尾骨骨折应根据损伤程度卧硬板床休息 3~4 周,以保持骨盆的稳定。
- (2) 复位与固定：不稳定性骨折可用骨盆兜悬吊牵引、髋人字石膏、骨牵引等方法达到复位与固定的目的。

2、手术治疗

- (1) 骨外固定架固定术：适用于骨盆环双处骨折病人。
- (2) 切开复位钢板内固定术：适用于骨盆环两处以上骨折病人，以保持骨盆的稳定。

【护理评估】

- 1、了解受伤史、急救处理经过和搬运方式，了解生命体征是否平稳，有无创伤和失血性休克。
- 2、评估患者是否存在腹内脏器、膀胱、后尿道、直肠、腰骶神经、坐骨神经损伤及腹膜后血肿。
- 3、了解 X 线摄片、CT 等检查情况。
- 4、膀胱患者及家属对伤情的认识和心理反应。

【护理措施】按外科及骨科疾病一般护理常规。

1、术前或非手术治疗护理

- (1) 受伤 24~48 小时内，严密观察生命体征、神志、尿量等。若患者出现休克表现，应立即报告医师，及时给予休克护理。
- (2) 密切观察患者有无腹痛、腹痛加剧及急性腹膜炎症状；了解肛门有无触痛、疼痛或出血现象，发现异常应及时报告医师。
- (3) 注意观察皮下有无出血及出血进展。
- (4) 遵医嘱留置导尿管，保持其通畅；观察并记录尿液性质、量及颜色。
- (5) 防止再骨折或再移位。切勿随意搬动患者及更换体位以防骨折移位，视病情至少卧床休息 2~6 周，同时注意预防压疮发生。
- (6) 骨盆悬吊牵引者，保持吊带平坦、干燥、完整。骨突部位用棉垫保护，预防压疮。
- (7) 鼓励患者多饮水，多食水果、蔬菜，保持大便通畅，预防便秘，必要时给予缓泻剂。
- (8) 拟手术者，积极完善各项术前检查、备血、备皮、导尿、清洁灌肠等。
- (9) 给予患者心理安抚，稳定情绪，减轻紧张、害怕、焦虑等不良情绪。

2、术后护理

- (1) 了解手术及麻醉情况，按麻醉后护理常规。
- (2) 给予心电监护、吸氧，严密观察生命体征变化、神志、尿量等，预防大出血。
- (3) 麻醉清醒无恶心、呕吐后，逐渐恢复高蛋白、富含粗纤维、果胶的食物，鼓励多饮水。
- (4) 观察切口渗血情况，保持引流畅通，防止感染。
- (5) 术后睡气垫床，平卧和健侧卧位交替更换，以预防压疮。
- (6) 术后 7~10 周下床运动，并逐步加强患肢的功能锻炼。

【并发症观察与护理】

常见的并发症有休克，腹膜后血肿，尿道与膀胱损伤，直肠损伤等。

(一) 休克（见相应护理常规）

(二) 尿道与膀胱损伤

病情观察：当骨盆被压或者外力作用于人的会阴部时，很可能使尿道损伤，造成排尿功能障碍，临床表现为排尿困难或无尿、尿道口滴血和血尿、腹肌紧张、会阴部及下腹胀

痛等。这时唯一的办法是导尿，如果导尿失败，说明尿道断裂，马上采用尿道修补或耻骨上膀胱造瘘术。

护理：

- 1、手术护理措施：准备好各种引流袋（管）和冲洗液，待术毕立即接好。术后迅速冲洗血尿、血块等，确保引流畅通。
- 2、全天观察和记录病人的体温、血压、脉搏、尿液颜色（数量）和精神状况，发现异常及时报告，并配合医生做好相应处置。
- 3、做好导尿管的护理是问题的关键，要求引流管和导尿管固定好，预防病人翻身时滑落。
- 4、鼓励病人多喝水，多吃蔬菜、水果等，以利于排尿防止尿路感染。
- 5、根据病情选择冲洗液，定期清洗尿道口分泌物。
- 6、适当进行变换体位等补助手段，预防压疮发生。

【健康指导】

- 1、指导患者适当功能锻炼。
- 2、交待患者出院后 1 个月、3 个月复查，了解内固定有无移位及骨折愈合等情况。

五、手外伤护理常规

手外伤为综合伤，常同时伴有皮肤、骨、关节、肌腱、神经和血管损伤，完全或不完全性断指、断掌和断腕等也有发生。

【临床表现】

表现为局部疼痛、出血、畸形、活动障碍伴有感觉麻木、色淤、肿胀、骨折等，严重者可引起全身症状。

【治疗原则】

- 1、现场急救：止血、包扎、局部固定。
- 2、早期彻底清创，正确处理深部组织损伤。
- 3、一期闭合伤口，骨折固定。
- 4、正确的术后护理。

【护理评估】

- 1、评估受伤手的血运情况，了解扎或松止血带的时间。
- 2、了解创口的部位及性质，注意患肢有无骨折、脱位，有无神经、血管、肌腱损伤等，判断伤情。
- 3、观察伤口疼痛程度、全身情况，评估有无疼痛、失血所致的休克。
- 4、了解受伤史、既往史、心理状况，掌握用药情况。

【护理措施】按外科及骨科疾病一般护理常规。

1、术前护理

- (1) 急诊手外伤者出血较多时，立即通知医师进行简单包扎止血。
- (2) 积极做好术前准备。患者受伤后即开始禁食、禁饮，争取手术最佳时机。协助完成术前各项检查。给予心理疏导，稳定患者情绪，积极配合治疗。

2、术后护理

- (1) 了解术中麻醉情况，术后取平卧位，抬高患肢，以利静脉回流，减轻肿胀。
给予高蛋白、含丰富维生素、营养丰富的饮食，促进神经、血管的修复。
- (3) 严密观察伤口疼痛、渗液、出血等，保持伤口敷料清洁干燥。
- (4) 行血管吻合术者参照断指再植术护理常规（局部保温、使用解痉抗凝药物等。）
- (5) 神经吻合者注意观察神经功能恢复情况，了解指端是否有麻木感、感觉恢复的情况等，注意避免损伤、烫伤及冻伤。

(6) 指导患者进行康复锻炼。

①指导患者早期活动，术后 3 日开始进行手指功能锻炼。

②肌腱吻合术后 3 天视病情指导患者开始作轻度伸屈肌腱活动，防止肌腱粘连。

【并发症观察与护理】

(一) 感染

病情观察：局部出现红、肿、热、痛、体温持续升高，严重者引起全身中毒症状，以及白细胞计数和中性粒细胞增多，血沉明显加快。

护理：

- 1、手部开放性损伤应加强现场急救与保护，避免细菌污染和防止污染增加。局部妥善固定，防止加重损伤，尽早就医。
- 2、及时彻底清创是控制感染的最主要措施。
- 3、观察创口有无红肿及渗液，应及时更换敷料，保持切口干燥，换药时严格无菌操作，防止交叉感染。
- 4、合理应用抗生素。
- 5、加强营养，提高机体的抵抗力。

(二) 神经损伤

病情观察：观察有无神经损伤的症状如患肢感觉麻木、活动障碍，及神经吻合术后神经恢复情况。

护理：

- 1、感觉丧失后注意保护患手避免烫伤、擦伤和冻伤。
- 2、如发生灼伤性神经痛，除进行适当的保护外，还应用封闭法治疗。
- 3、预防畸形,指导被动活动。
- 4、应用一些辅助血管扩张和促神经恢复的药、理疗。
- 5、做好健康教育，增加病人的信心。

【健康指导】

- 1、告知患者注意安全，避免再次损伤（碰伤、冻烧伤）。
- 2、告知患者复诊要求：①神经损伤者，3 周时进行肌电图检查，以后每 3 个月复查 1 次，观察神经功能恢复情况；②肌腱损伤者出院后 3 周复查，此后于 1.5 个月、3 个月、6 个月复查。

六、断肢（指）再植术护理常规

断肢（指）或不完全离断的肢体，在光学放大镜的注视下，采取清创，血管吻合，骨骼固定，肌腱和神经修复等一系列外科手术，将肢体重新接回原位恢复血液循环，加之术后各方面的综合处理，使之成活并最大程度恢复功能的高精细度手术。

【临床表现】

出血，疼痛，功能障碍，肢体感觉麻木，离断部位的近端和远端无任何连接或只有部分连接，常伴有多发性骨折或严重软组织损伤。严重者可有休克等全身性创伤的表现。

【治疗原则】

- 1、现场急救：止血、包扎、保存断肢（指）、迅速运送、积极做好术前准备。
- 2、术中：彻底清创、重建骨的连续性、恢复其支架作用、缝合肌腱、重建血循环、缝合神经、闭合创口、包扎。

【护理评估】

- 1、评估肢（指）体离断的程度、时间和损伤的性质，了解创缘是否整齐、创面污染程度和组织损伤范围。
- 2、评估离断肢（指）体的处理与存放是否恰当；是否有再植条件。
- 3、了解患者的心理和社会支持状况。

【护理措施】按外科及骨科疾病一般护理常规。

1、术前护理

- (1) 按骨科术前护理及骨科一般护理常规。
- (2) 配合医师迅速做好术前准备。
- (3) 妥当保护离断肢体。离断肢体一般不冲洗，用清洁布类包裹，置入 2~4℃ 的冰箱内。
- (4) 严密观察生命体征变化，补充血容量。失血性休克者慎用血管收缩剂，并按休克护理常规护理。
- (5) 禁用止血带止血，以防血栓形成。
- (6) 给予心理安慰，消除患者的恐惧、焦虑情绪。

2、术后护理

- (1) 术后将患者安置在安静、舒适、清洁、保暖，室温在 25℃ 左右通风的病房。
- (2) 抬高再植肢体，高于心脏水平 10cm 左右，以利静脉回流，减轻肿胀。

- (3) 给予高蛋白、高营养的食物，促进再植愈合。
- (4) 每 1~2 小时测皮温 1 次，观察患肢（指）的颜色、温度，了解指腹饱满程度及甲床毛细血管充盈及循环情况。
- (5) 预防血管痉挛发生：①绝对卧床 1 周，限制再植肢（指）活动；②给予再植肢体保暖，局部可用烤灯照射，距离 30~40cm；③禁止主、被动吸烟；④遵医嘱使用解痉、止痛剂；⑤补充足够血容量；⑥遵医嘱使用扩血管药物。
- (6) 遵医嘱给予抗炎、抗凝治疗。

【并发症观察与护理】

（一）血管痉挛

病情观察：血管痉挛一般指动脉痉挛，表现为指端苍白或淡灰色、指温下降、指腹瘪塌、毛细血管反应减慢，伴有剧烈的疼痛。

护理：

- 1、室温保持在 25° 左右，并注意患肢的保暖，可用 40~60W 的灯泡照射，照射 7~10 天。
- 2、取舒适体位，保持情绪稳定，并抬高患肢，禁主动被动吸烟，保持大便通畅。
- 3、早期止痛处理，应用解痉药，扩血管药。
- 4、及时输血输液，纠正血容量不足。

（二）血管危象

病情观察：血管危象一般发生在术后 72 小时内，术后 24 小时内尤其多见。

- 1、动脉血管危象表现：患侧肢体皮肤苍白、灰暗、皮肤皱纹加深、指腹瘪塌、皮温降低、患肢抬高时出现花斑；腹张力降低瘪塌、毛细血管充盈时间延长、脉搏减弱或消失；指端侧方切开不出血或缓慢渗出暗红色血液。
- 2、静脉危象表现：患肢皮肤暗紫、皮纹变浅或消失、皮温下降、患肢抬高时无花斑；指腹张力增加、饱满、膨胀、毛细血管充盈时间缩短、脉搏存在；指端侧方切开出血活跃，初呈淡紫色，继之为鲜红色。

护理：

- 1、防止血管痉挛和栓塞。
- 2、一旦出现血管危象的表现，应立即排除血管外压迫因素，如去除敷料、清除积血、拆除过紧的缝线等，并加强保暖，使用抗凝、解痉药物，并补充血容量。1 小时后如

不能缓解应进行手术探查。

（三）再植肢（指）肿胀

病情观察：静脉或淋巴管回流受阻使患肢（指）肿胀张力增高、出现张力性水泡、血肿、感染。

护理：抬高患肢，避免受压，及时松解过紧的包扎，严重者可切开减压，配合高压氧及药物治疗。

（四）感染

病情观察：局部会出现红、肿、热、痛，疼痛加剧，体温持续升高，以及白细胞计数和中性粒细胞增多，血沉明显加快。敷料见脓性渗出物，有恶臭味，严重者出现气性坏疽，可引起败血症。

护理：

- 1、手术前后进行妥善的包扎，尽量在伤后 6 小时内清创将污染和失去活力的组织彻底清除。早期应用抗生素。
- 2、严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。
- 3、对渗出物常规做细菌培养药敏试验，选用有效抗生素。
- 4、浅表部位的感染，可拆除部分的缝线，保持引流通畅或进行坏死组织的切除。

（五）关节僵硬

病情观察：断肢（指）关节僵硬失去了原有的功能。

护理：

- 1、早期：术后 3 周内主要是预防和控制感染感染为软组织愈合创造条件，可做适当的按摩，理疗，轻微伸屈未制动的关节。
- 2、中期：4~6 周以主动活动为主，可作关节伸屈，握拳等活动，被动活宜轻柔。
- 3、后期：6~8 周以促进神经功能恢复，瘢痕软化为主，可加强受累关节各方位的主动活动，配合使用理疗，中药熏洗，体疗如应用握力器，矫形器，作业练习如捏球，捡玻璃球等。

【健康指导】

- 1、指导功能锻炼，恢复肢（指）体功能。
- 2、遵医嘱服药，定期复查。

七、关节镜手术护理常规

关节镜是一种观察关节内部结构的直径 5mm 左右的棒状光学器械，是用于诊治关节疾患的内窥镜，可以直接观察到关节内部的结构。关节镜不仅用于疾病的诊断，而且已经广泛用于关节疾病的诊断和治疗。

【适应症】

- 1、用于诊断：①非感染性关节炎的鉴别。②了解膝关节半月板损伤的部位、程度和形态。③膝关节交叉韧带及腓肌腱止点损伤情况。④了解关节内软骨损害情况，有无关节内游离体。⑤分析慢性滑膜炎的病因。⑥膝关节滑膜皱襞综合征及脂肪垫病变的诊断。⑦肩袖破裂的部位、程度及肱二头肌腱粘连情况。⑧关节滑膜活检。
- 2、用于研究关节内病变的变化。
- 3、用于治疗：对膝、肩关节的一些病变，例如关节灌洗清创术、膝关节撕裂半月板部份或全部切除术。

【护理评估】

- 1、评估病变关节局部是否有疼痛，肿胀，评估皮肤颜色改变，有无瘢痕及活动障碍。
- 2、术后观察伤口渗血及关节肿胀情况。
- 3、了解患者对关节镜手术的认识和心理状态。

【护理措施】按骨科疾病护理常规

1、术前护理

- (1) 做好术前准备。
- (2) 行关节近端肌肉收缩训练。

2、术后护理

- (1) 术后卧床 1~3 天，抬高患肢 15~30℃，床上行关节近端肌肉收缩；3 天后行直腿抬高运动，每天 2 次，每次 15~20 分钟；一周以后开始关节活动，防关节僵硬。
- (2) 术后观察患肢远端血运是否良好，防止绷带包扎过紧影响肢体血运。
- (3) 局部肿胀明显者，术后 24 小时内行冰敷，预防局部血肿。

【健康指导】指导患者肢体行关节近端肌肉收缩，告知直腿抬高的角度和方法。

【并发症观察及护理】

- 1、关节积液、积血和短期的关节肿胀 放置硅胶引流管，可以减少发生这种并发症的机会，但仍然不能完全避免。有时要通过关节穿刺抽吸积液，才能消肿。
- 2、感染 一般术后要常规使用抗生素。
- 3、小腿肿胀、静脉炎和血栓 与肥胖、血液粘稠以及在膝关节局部为了止血而进行的加压包扎使血液回流不畅等因素有关。术后采用抬高患肢和使用弹力绷带从远到近包扎下肢的方法可以大大减少这种并发症的发生率。
- 4、关节镜的器械都很纤细，有可能断裂，但很少发生。

八、髋关节置换术护理常规

髋关节置换术是将髋部已磨损破坏的部分切除，植入设计好的人工关节组件，切除病灶，减除疼痛，恢复关节的活动和原有的功能。

【适应症】

- 1、陈旧性股骨颈骨折不愈合或老年股骨颈头下型骨折愈合困难的。
- 2、股骨头无菌性坏死晚期。
- 3、类风湿性关节炎及强直性脊柱炎。
- 4、骨性关节炎或退行性关节炎晚期。
- 5、先天性髋关节脱位所致的髋关节疼痛或腰痛。
- 6、陈旧性的髋关节感染或结核所致髋关节畸形和融合。
- 7、髋关节部位的骨肿瘤。
- 8、其他治疗失败后为挽救髋关节的功能。

【护理评估】

- 1、股骨头缺血性坏死、髋关节肿瘤及陈旧性股骨颈骨折。
- 2、评估心、肝、肾等重要器官功能是否正常，是否有行走疼痛、关节僵硬、短缩畸形、局部肿块、髋部屈曲畸形、关节功能障碍等。
- 3、了解 X 线摄片、CT 等检查情况。
- 4、评估患者对髋关节置换术的认识和心理准备。

【护理措施】按骨科疾病护理常规

1、术前护理

- (1) 进食蛋白、丰富维生素、清淡的食物。忌吸烟。
- (2) 做好术前准备，术晨留置导尿管。
- (3) 给予术前心理护理及术前指导，消除患者的紧张、焦虑。

2、术后护理

- (1) 了解术中及麻醉情况，严密监测生命体征、神志、尿量等病情变化。
- (2) 卧床休息 2~3 天，两腿间置梯形枕，保持髋外展 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，可穿丁字鞋或皮牵引保持足部中立位。

- (3) 给予易消化、富含钙、锌的饮食，补充足够的蛋白质、维生素、纤维素，以促进伤口愈合，防止便秘。
- (4) 观察切口愈合情况及伤口引流液量、颜色，有无伤口渗血，患肢肿胀、感觉及运动障碍等。
- (5) 术后伤口渗血多、引流出大量血性液体时，及时止血（如使用止血药、局部加压包扎、夹闭引流管）。
- (6) 预防深静脉血栓形成：术后 1~3 天开始行患肢肌肉按摩、肌肉舒缩活动；术后 1~2 天起可做肢体气压治疗。
- (7) 逐渐增加活动。术后 3~4 天内卧床休息，2~3 天左右可坐起，X 线结果示关节位置良好者可 3~4 天后扶助步器下地行走，1 月后可弃拐行走并注意安全。
- (8) 预防压疮：可睡气垫床；臀部两侧 2~4 小时交替垫软枕；足跟避免受压。

【并发症观察与护理】

（一）感染

病情观察：局部会出现红、肿、热、痛，患肢活动时疼痛加剧，体温持续升高，严重着引起全身中毒症状，以及白细胞计数和中性粒细胞增多，血沉明显加快。X 线检查、关节穿刺和细菌培养提示感染。

护理：

- 1、做好术前准备，局部皮肤有破损或有感染病灶者，需治愈后方可手术。
- 2、术后充分引流，以免局部血液瘀滞引起感染。
- 3、有渗血渗液时应及时更换，保持切口干燥，换药时严格无菌操作，防止交叉感染。
- 4、合理应用抗生素。
- 5、防治身体的其他部位的感染，如扁桃体炎，加强营养。

（二）关节脱位

病情观察：剧烈疼痛，局部畸形，患侧肢体短缩，屈曲内旋，活动障碍。X 线提示人工关节移位。

护理： 做好解释工作，提高防范意识。术后两腿间放置梯形枕，保持患肢外展 30° 中立位，避免屈曲内收，患侧可穿防外旋鞋。术后曲髁不宜超过 90°。正确搬运病人。一

且发生脱位立即制动，以减轻疼痛，防止损伤血管和神经。

（三）血栓形成

病情观察：患肢肿痛，感觉麻木，活动障碍，严重者会出现肺栓塞，表现为胸闷，呼吸急促，心率加快，烦躁不安或表情淡漠，甚至昏迷，呼吸衰竭。

护理：

- 1、术后注意观察生命体征，意识状态和皮肤粘膜情况。
- 2、早期应用抗凝药，如低分子肝素、右旋糖酐、阿司匹林、小剂量华法林。
- 3、配合气压治疗，局部冰敷，患肢穿弹力袜。
- 4、早期进行功能锻炼，指导主动被动活动，X线提示人工关节在位后，鼓励早期下床行走。
- 5、一旦发生血管栓塞，立即制动，严禁患肢按摩，通知医生积极治疗。

【健康指导】

- 1、指导患者功能锻炼：早期行患肢肌肉收缩锻炼可防止血栓形成，加强肌力；2周后行髋关节的屈伸、外展活动，防止髋关节内收，以免关节脱位。
- 2、交待患者出院后：
①避免重体力劳动，以免股骨骨折、关节过度磨损和关节松动；
②两年内避免坐矮凳、下蹲，以防止关节脱位；
③防止下肢过度负重和过度使用关节，控制体重，以免增加关节的负重，导致关节松动或骨折。

九、膝关节置换术护理常规

膝关节置换术是将膝部已磨损破坏的部分切除，植入设计好的人工关节组件，切除病灶，减除疼痛，恢复关节的活动和原有的功能。

【适应症】

- 1、年龄在 50 岁以上，经其他方法治疗无效或复发者，如有多发性关节损伤不能进行剧烈活动年龄较轻者亦可考虑。
- 2、膝部各种炎症性关节炎如类风湿性关节炎、骨性关节炎、血友病性关节炎，严重影响生活，工作和学习者。
- 3、股骨下端或胫骨上端良性肿瘤或低度恶性肿瘤，曾行病骨切除者也可应用特制的人工膝关节进行置行。
- 4、部分创伤性关节炎和部分老年人的髌骨关节炎。
- 5、其他，根据病人的特殊需要及病人的全身情况权衡利弊而定。

【护理评估】

- 1、评估患者是否曾患有膝关节炎、股骨下端或胫骨 肿瘤，是否有关节破坏、功能障碍等。
- 2、评估关节周围皮肤，了解肌肉紧张状况；关节是否疼痛，活动是否受限；是否有体温升高、血沉加快。
- 3、了解膝关节置换术相关检查情况。
- 4、评估患者对膝关节置换术的认识和心理准备。

【护理措施】按骨科疾病护理常规

1、术前护理

- (1) 进食高蛋白、丰富维生素、清淡的食物。忌吸烟。
- (2) 术前 2 周行股四头肌锻炼。方法是将下肢反复抬高 45° 以上，每天 2~3 次，每次 20 分钟。
- (3) 做好术前指导和术前准备，给予心理安抚和鼓励，缓解患者心理压力。

2、术后护理

- (1) 了解术中情况。

- (2) 抬高患肢，膝关节屈曲 30° 固定，膝下垫软枕。
- (3) 进食高蛋白、丰富维生素、清淡、易消化饮食。
- (4) 防止引流管折叠、脱落；术后 2~3 天若引流量不多时考虑拔管。
- (5) 防止绷带包扎过紧，影响血运；术后 24 小时内可冰敷止血。
- (6) 观察有无腓总神经受损或患肢包扎过紧、过度肿胀压迫腓总神经表现。观察伤口渗血情况，引流液的颜色、量及关节肿胀。
- (7) 积极行功能锻炼，防止关节僵硬。

【并发症观察与护理】

(一) 感染（参考髋关节置换术）

(二) 栓塞形成（参考髋关节置换术）

【健康指导】

- 1、指导患者进行功能锻炼。采用循序渐进的原则，术后 1 天开始患肢肌肉等长收缩运动；可使用专用仪器辅助锻炼，从 0°~30° 开始，至 0°~90°，每次 30~60 分钟，每天 2~3 次；术后 2 周扶床头行蹲起运动。
- 2、定期复查。如出现关节疼痛、功能障碍等不适，及时就医。

十、脊柱骨折护理常规

脊柱骨折(fracture of the spine)又称脊椎骨折,是一种较严重且复杂的创伤性疾病,其发病率约占全身骨折的5%—6%。

【临床表现】

受伤局部疼痛、肿胀、畸形、棘突间隙加宽及局部有明显触痛、压痛和叩击痛,脊柱活动受限。胸腰段损伤时,有后突畸形。合并脊髓损伤时,有脊髓损伤的症状和体征。可伴有四肢的感觉、运动、肌张力、腱反射及括约肌功能异常等。

【治疗原则】

1、伴有其他严重多发伤,如颅脑、胸腹腔器官损伤或休克时,应优先处理以挽救生命。

2、胸腰椎骨折

(1) 单纯压缩型骨折: ①椎体压缩不到 1/3 或年老体弱不能耐受复位及固定者,可仰卧于硬板床上,骨折部位垫厚枕,使脊柱过伸,3 天后开始锻炼腰背肌,第 3 个月开始可稍下地活动,但以卧床休息为主,3 个月后将开始逐渐增加下地活动时间。②椎体压缩超过 1/3 的青少年和中年受伤者,可采用两桌法或双踝悬吊法复位,复位后包石膏背心,固定 3 个月。

(2) 爆破型骨折: ①无神经症状且证实无骨折片挤入椎管者,可采用双踝悬吊法复位。②有神经症状和有骨折片挤入椎管者,不宜复位,需手术去除突入椎管的骨折片及椎间盘组织,再做植骨和内固定。

3、颈椎骨折

(1) 稳定型颈椎骨折: 轻者可用枕颌带悬吊卧位牵引复位,有明显压缩脱位者,采用持续颅骨牵引复位。

(2) 爆破型骨折有神经症状者: 原则上应早期手术切除碎骨片、减压、植骨、内固定。但若有严重并发症,需待病情稳定后手术。

【护理评估】

- 1、评估健康史,了解受伤的部位和搬运方式;有无脊柱的病变如肿瘤、骨质疏松等。
- 2、评估肢端血液循环情况,如有无剧烈疼痛、肿胀、麻木感、皮肤温度有无降低。
- 3、评估脊髓受压情况,有无神经损伤以及双上下肢的感觉运动功能是否正常。评估有

无合并脱位及全身性并发症。

- 4、了解脊柱检查情况，了解病变的性质和程度。
- 5、评估患者的心理状况，对相关疾病及手术知识的了解程度。

【护理措施】

1、术前护理

- (1) 进食高蛋白、丰富维生素、清淡的食物。忌吸烟。
- (2) 拟手术治疗时，积极做好术前准备和术前指导。
- (3) 防止脊柱再骨折或骨折移位，患者需绝对卧床，睡硬板床。根据脊髓受压情况，将肢体按功能位放置防止肌肉萎缩、关节畸形。必须移动和翻身，均应严格按 2—3 人轴线翻身法。移动时要由 2—3 人用手同时将患者平托至硬板床上，或者由 2—3 人扶患者躯干，使身体成整体滚动至硬板床上。
- (4) 牵引患者按牵引护理常规。
- (5) 有针对性地对患者进行心理疏导，协助患者进行生活护理。

2、术后护理

- (1) 了解麻醉和手术方式、术中补液和输血情况。
- (2) 术后监测生命体征及病情变化，观察引流和功能恢复程度。颈胸椎骨折的患者密切观察呼吸情况，出现呼吸困难及时处理。
- (3) 肢体血液循环不良时，略抬高患肢，高于心脏水平。
- (4) 留置伤口引流管的患者，按引流管护理常规。

【并发症观察及预防】

(一) 压疮

病情观察：定时观察患者全身皮肤情况，尤其是身体的骨隆突处。

护理：每 2 小时翻身一次，有条件时可使用翻身床或者气垫床，保持床单清洁、整齐、无折叠，保持皮肤干燥并定期按摩。对已形成压疮且面积较大、组织坏死较深时，应按外科原则处理创面。

(二) 泌尿系感染

病情观察：观察小便的量、色、性状。

护理：①保持会阴部清洁。②尿潴留或者尿失禁的病人，留置导尿时应严格无菌操作。③保持尿管引流通畅。④损伤早期，留置导尿持续开放，使膀胱排空，减少感染发生的机会；2—3周后，应夹闭尿管，每4—6小时开放一次，使膀胱充盈，以训练膀胱的自主节律性，避免膀胱萎缩。⑤长期留置尿管者，定期更换引流袋及导尿管。⑥膀胱冲洗⑦体外按摩膀胱排尿⑧鼓励患者多饮水，每日争取饮水3000ml，使排尿每日在1500ml以上。

（三）肺部感染

病情观察：观察咳嗽咳痰情况，痰液的颜色、量、性质，观察呼吸频率、节律，生命体征。

护理：鼓励患者定时进行深呼吸及有效咳嗽训练，定时翻身、拍背，痰液粘稠时可给予超声雾化吸入，注意保暖避免受凉，对年龄较大、分泌物多且不易排出者应早期行气管切开术。

【健康指导】

- 1、注意休息，活动时注意安全，防止再次损伤。
- 2、根据损伤部位指导患者术后3—6个月内下床活动时带颈围、腰围或支架，半年内避免从事重体力劳动。
- 3、行内固定术后1个月、3个月、6个月后复查，检查内固定有无松动移位，观察骨折愈合及神经恢复情况，并指导后期康复锻炼。

十一、腰椎间盘突出手术护理常规

腰椎间盘突出症（herniation of lumbar intervertebral disk）是腰椎间盘突出性、纤维环破裂，髓核组织突出，刺激或压迫神经根所引起的一种综合症。

【临床表现】

- 1、腰痛 在患者弯腰、咳嗽、排便等用力时可使疼痛加剧。
- 2、坐骨神经痛 从下腰部向臀部再向下肢、足背或足外侧放射，可伴有麻木感。
- 3、马尾神经受压，双侧大小腿、足跟后侧及会阴部感觉迟钝，大小便功能障碍。
- 4、腰椎侧突
- 5、腰部活动受限，以前屈受限最明显。
- 6、病变椎间隙的棘突间、棘突旁侧 1cm 处有深压痛、叩痛，并伴有向下肢放射痛。
- 7、直腿抬高试验及加强实验阳性。
- 8、神经系统表现：感觉减退，肌力下降，腱反射改变。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗 ①绝对卧床休息。②持续牵引。③硬膜外注射皮质激素。④理疗、推拿和按摩。
- 2、手术治疗 可采取椎间盘突出物摘除术或经皮穿刺髓核摘除术等。

【护理评估】

- 1、评估腰部有无外伤、慢性劳损及手术史。
- 2、评估腰部及肢体疼痛性质，了解诱发及加重因素。
- 3、对比评估双下肢感觉、运动、反射，评估有无肢体麻木、疼痛、强迫体位、大小便功能障碍及马鞍区感觉障碍等马尾神经受压征象。
- 4、评估患者的心理状况，了解是否存在焦虑和恐惧心理。

【护理措施】

1、术前护理

- （1）腰腿疼痛严重的患者，遵医嘱应用止痛剂。
- （2）术前绝对卧硬板床，抬高床头 20°，膝关节屈曲以放松背部肌肉。

2、术后护理

- (1) 监测生命体征及病情变化，观察大小便及神经功能恢复情况，观察有无并发症发生的征象。
- (2) 术后尿潴留的患者，可用听流水声、热敷或按摩膀胱区等诱导排尿，必要时行留置导尿。
- (3) 功能锻炼：①术后第3天鼓励患者行主动直腿抬高和双下肢踩单车式的蹬腿锻炼，协助患者屈膝屈髋等被动活动，以避免术后神经根粘连。②术后1周进行腰背肌锻炼：取仰卧位，用头、双肘及双足跟着床，使臀部离床，腰背部离床，腰部前突如拱桥，稍倾放下，重复进行。运动量循序渐进，以不引起腰腿痛加重为宜。

【并发症的观察及预防】

神经根粘连和肌萎缩

病情观察：定时评估患者下肢肌力及感觉情况。

护理：根据病情，协助患者作直腿抬高锻炼，以防神经根粘连；术后一周左右指导患者进行腰肌、臀肌的等长收缩活动，以防肌萎缩。

【健康指导】

- 1、指导患者避免再损伤。避免弯腰、长期站立或上举中等动作，保持正确坐姿，佩戴腰围3个月，利用人体力学原理节省体力，避免损伤。
- 2、卧床3~4个周后下地活动；在保持正确坐姿的前提下，恢复一般轻体力工作，半年内禁止重体力活动。
- 3、出院后3~6个月复查，出现异常及时就诊。

十二、脊柱矫形术护理常规

正常人的脊柱从后面看是直的，在枕骨中点至骶骨棘的连线上，如果脊柱向左或向右偏离了这条中线，称为脊柱侧弯。

【临床表现】

先天性的脊柱侧弯 是指脊柱结构发生异常，即出生后有三角形半椎体、蝶形椎、融合椎，还有肋骨发育的异常，导致脊柱发生倾斜，导致侧弯或后凸畸形。临床较少见，多需要手术矫正。

特发性的脊柱侧弯 是指脊柱结构基本没有异常，由于神经肌肉力量的不平衡，导致脊柱原来应有生理弯曲变成了病理弯曲，即原有的胸椎后凸变成了侧凸等。临床常见，多由于长期不良姿势，不良生活习惯引起，多数可以通过保守治疗取得理想效果。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗
- 2、手术治疗

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解患者的既往病史。
- 2、评估脊柱侧弯的程度，是否有压迫脊髓及神经功能减退的表现。
- 3、了解脊柱检查情况，了解病变的程度。
- 4、评估患者的心理状态以及对手术的认知程度。

【护理措施】

1、术前护理

- (1) 告知患者手术目的是为了**避免侧弯加重影响心肺功能**，手术并不能使畸形完全消失，让患者做好思想准备。
- (2) 牵引的患者按照牵引护理常规。
- (3) 侧弯严重、压迫脊髓致不全瘫的患者，限制活动范围并有专人陪护，以防外伤。
- (4) 加强肺功能锻炼，减少术后并发症，如术前嘱患者吹气球、进行深呼吸训练等。
- (5) 加强营养，多食含蛋白质、维生素丰富的食物；多吃富含粗纤维的食物，防止便秘。

(6) 给与心理安抚和支持，鼓励患者树立战胜疾病的信心。

2、术后护理

- (1) 了解术中及麻醉情况，术后严密观察生命体征变化，麻醉完全恢复后，观察双下肢的感觉运动功能。
- (2) 麻醉完全恢复后，逐渐恢复饮食。
- (3) 保持脊柱矫形术后修复的稳定性，每 2—3 小时给与脊柱轴线翻身，预防压疮。
- (4) 评估伤口是否疼痛，严重者遵医嘱给予止痛剂。
- (5) 有各种引流管者，按各种引流管护理常规。
- (6) 据病情及手术方式制订锻炼计划。术后 2 周内可在床上做适当的四肢活动和深呼吸运动；3—4 周后可戴支架由坐位逐渐过渡到床旁站立及离床活动；活动范围及强度循序渐进。

【并发症的观察及预防】

（一）肠系膜上动脉综合症

临床表现为恶心腹胀上腹部疼痛及间歇性呕吐等。

护理：一般禁食、输液、胃肠减压改变体位。严重者行手术探查。

（二）肺部并发症

常见的呼吸体统并发症有肺不张、肺炎、气胸、血胸和乳糜胸。

护理：术后 24 小时内肺部状态评估至少应每 1~2 小时一次，如有气短、胸痛、体温升高状态时，应继续进行肺部评估。术后进行连贯有效的胸部物理治疗。

（三）胃肠道并发症

前路术后易引起腹胀。术后应随时注意腹部情况，指导病人自我腹部按摩。

【健康指导】

- 1、告知患者出院后需穿石膏背心或支具至少半年。
- 2、坚持四肢功能锻炼，避免剧烈体育运动、负重和脊柱过度弯曲，旋转等动作，防止发生脱钩、断棒等并发症。
- 3、出院后半年复诊，出现异常情况及时就诊。

十三、颈椎手术护理常规

颈椎病（cervical spondylosis）是因颈椎间盘退行性变本身及其继发性改变，刺激或压迫临近组织，如脊髓、神经根、椎动脉、交感神经，并引起各种症状和体征。

【临床表现】

- 1、神经根型颈椎病 颈椎间盘侧后突出，先出现颈痛及颈部僵硬，短期内加重并向肩部及上肢放射。
- 2、脊髓型颈椎病 上肢、手部麻木、活动不灵，尤其是精细活动失调，握力下降，下肢麻木、行走不稳，有踩棉花样感觉。
- 3、椎动脉型颈椎病 眩晕、头痛、视物障碍、猝倒等。
- 4、交感神经型颈椎病 头痛或者偏头痛、头晕、恶心、视物模糊、心跳加快、心律不齐、血压升高等。
- 5、上肢牵拉试验阳性
- 6、压头试验阳性

【治疗原则】

- 1、非手术疗法 包括颈部牵引、颈托和围领限制颈椎活动、推拿按摩、理疗、药物治疗。
- 2、手术治疗 非手术治疗无效、反复发作或脊髓型压迫症状进行性加重者，可采用手术治疗。

【护理评估】

- 1、评估四肢感觉运动状况，了解肢体麻木、疼痛以及活动受限的程度。
- 2、询问有无头痛、头晕、恶心、呕吐、耳鸣、视物模糊、摔倒及外伤史。
- 3、了解颈椎检查结果及损伤的程度。
- 4、评估患者的心理状况以及对疾病相关知识的垃圾程度，是否存在焦虑和恐惧。

【护理措施】

1、术前护理

- （1）颈部制动，两侧沙袋固定。
- （2）术前1周行气管食管左侧左推训练，以避免术中不适影响手术。

- (3) 手术区域皮肤准备：颈椎前路手术患者须剃胡须；颈椎后路备皮上至耳廓上缘平行线，下至肩胛下缘。

2、术后护理

- (1) 术后去枕卧位 6 小时，后睡婴儿枕。颈部制动的期间应尽早进行四肢的功能锻炼。
- (2) 术后 6 小时后进食流质，逐步过渡到半流质、普食。
- (3) 严密观察病情变化：伤口局部有无肿胀，有无喉上神经及喉返神经损伤表现，观察四肢活动及感觉情况、大小便情况等。
- (4) 鼓励咳嗽排痰，每日行氧气雾化 2 次。
- (5) 术后卧床 1 周，每 2—3 小时轴线翻身 1 次，预防压疮。
- (6) 留置伤口引流管的患者按引流管护理常规。

【并发症的观察及预防】

(一) 术后出血

病情观察：观察敷料有无渗血，引流液的量、色、性状，生命体征等。

护理：报告医生，必要时输血；做好心理护理，减少焦虑；出血量达到一定量时局部肿胀压力增高而气管受压致使呼吸困难时，协助医生打开颈部切口缝线，清除血肿，必要时行气管切开。

(二) 窒息

病情观察：观察颈部有无肿胀，引流管是否通畅，观察及询问病人是否感到憋气、呼吸困难，生命体征。

护理：通知医生，立即敞开敷料，剪开颈部切口缝线，以利于积血外溢，解除气管压迫；经血肿清除后呼吸仍无改善者，协助医生行气管插管；做好心理护理，减少紧张情绪。

【健康指导】

- 1、术后一周引流管拔除后，在戴颈围前提下开始坐起以及逐步离床活动。做好运动保护，避免颈部剧烈运动。
- 2、术后颈部制动，使用颈围或者支架固定 3 个月，3 个月后逐步解除颈围或支架，循序渐进进行功能锻炼，如左右侧屈、左右回旋等，以锻炼颈部肌肉，加强颈椎稳定性。
- 3、按时复诊，如有异常及时就诊。

十四、脊柱肿瘤护理常规

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史及是否伴有其他疾病。
- 2、评估临床表现，了解全身重要脏器功能状态、疼痛程度，有无转移压迫症状。
- 3、了解营养状况、心理承受能力及手术耐受程度。

【护理措施】

1、术前护理

- (1) 局部制动：肿瘤部位垫枕，维持脊柱生理弯曲；翻身时保护局部，防止扭转；注意安全，预防跌倒致病理性骨折。
- (2) 遵医嘱进行三阶梯止痛。
- (3) 注意生命体征的变化，如出现血压下降等血容量不足的表现时，加快输液速度或遵医嘱输血。
- (4) 加强营养，做好术前准备。
- (5) 协助完成各项术前检查。
- (6) 给予患者安慰和心理支持，讲解手术和化疗的重要性。

2. 术后护理

- (1) 了解手术及麻醉方式。出现脑脊液漏者给予去枕、抬高床尾 8~10cm 的头低脚高位，以防脑脊液继续流失；同时给予静脉补液，及时复查血电解质。
- (2) 麻醉完全恢复后，可逐渐恢复饮食。
- (3) 密切观察患者的意识、瞳孔、引流液颜色、性质及量，判断术后有无脑脊液漏的发生。如引流量多，为淡红色或清凉、透明液体，切口敷料表面有粉红色粘性物质渗出，患者出现低血压、体位性头痛等提示有脑脊液漏。出现异常及时通知医师。
- (4) 拔管前 1 天夹闭引流管，密切观察有无头痛、呕吐等表现，出现异常立即开放引流管并报告医师。
- (5) 拔管后，如切口处有脑脊液漏，协助医师缝接管口，以免引起颅内感染。
- (6) 化疗者按化疗护理常规。

【健康指导】

- 1、安抚和鼓励患者保持积极的心态，乐观的面对生活。
- 2、指导患者坚持功能锻炼，提高自理能力。
- 3、定期复查和化疗。

十五、骨与骨关节结核护理常规

由结核杆菌侵入骨或关节而引起的一种继发性病变。原发病灶多在肺部，少数情况下可发生在淋巴结和消化道。

【临床表现】

可出现全身乏力，午后低热，盗汗，体重减轻，食欲不振，贫血等；局部可表现为发病关节疼痛、肿胀，肌肉痉挛、功能障碍等；儿童常有夜啼。后期可出现关节畸形、窦道、瘻管形成等为主要表现的慢性化脓性疾病。

【治疗原则】

早期治疗、全身治疗和局部治疗相结合，酌情采用手术疗法，目的是预防关节畸形，尽量恢复关节功能，减少残疾。

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解患者年龄及一般状况，有无呼吸系统、消化或淋巴结核病史及治疗经过。
- 2、评估临床症状及体征，了解关节活动度及病程长短，有无咳嗽、咳痰症状，是否有午后低热、盗汗、食欲减退、局部疼痛等表现。
- 3、了解辅助检查如红细胞沉降率、X线、CT、关节镜等检查结果。
- 4、评估患者的心理和社会支持状况。

【护理措施】按骨科疾病护理常规

- 1、卧床休息，患处局部固定并制动，以减轻疼痛，防止病理性骨折。
- 2、给予高蛋白、高热量、含丰富维生素饮食。贫血时，宜进食含铁高的食物；盗汗多时，增加饮水量。
- 3、严密观察病情变化，观察是否有消瘦、贫血、患处肿胀、流脓、截瘫或肌力减弱、大小便障碍、关节僵硬、强直、行走障碍等。
- 4、皮肤有窦道流脓者，伤口应每天换药。
- 5、行石膏固定、牵引术者，按石膏固定、牵引术护理常规。
- 6、截瘫者，按截瘫护理常规。
- 7、拟手术治疗者，积极做好术前准备。

(1) 术前抗结核治疗 2~4 周，抗结核药宜早晨空腹服。注意观察抗结核药的副作用，如出现耳鸣、耳聋、口唇麻木、手足麻木、小便减少、血尿、恶心呕吐时，及时报告医护人员，复查肝、肾功能，调整药物。

(2) 术前用抗生素 2~3 天，预防继发感染。

8、行骨关节术后按相应护理常规，注意术后尽早进行肌肉收缩、远端关节活动。

9、给予心理护理，鼓励患者积极治疗疾病。

【健康指导】

1、指导患者加强营养，增强抵抗力。避免重体力劳动，劳逸结合；避免寒冷、潮湿的环境。

2、指导患者术后遵医嘱坚持抗结核治疗半年以上，自我观察药物的副作用，如出现耳鸣、耳聋、口唇麻木、手足麻木、小便减少、血尿、恶心呕吐时，及时到医院复查肝、肾功能，调整药物。

十六、脊柱结核护理常规

脊柱结核是一种继发性病变，来自肺、淋巴结等原发病灶。结核菌进入血循环，再入侵到骨及关节，发生结核性病变。严重者可造成瘫痪。

【临床表现】

- 1、发病缓慢，一般不明显，可有低热、脉快、食欲减退、盗汗、消瘦、乏力、贫血等全身慢性结核中毒症状。
- 2、早期病变部位有轻度疼痛，随病情发展逐渐加重，活动时疼痛更明显。多为钝痛，咳嗽、打喷嚏、持重物时疼痛加重，局部有压痛和叩击痛。
- 3、脊柱生理弯曲改变，以胸段后突畸形明显，由于干酪样物质、死骨和坏死的椎间盘压迫脊髓，出现肢体感觉、运动和括约肌功能障碍，甚至完全性截瘫。

【治疗原则】

加强支持疗法，提高机体抵抗力；局部适当休息或限制活动；合理应用抗结核药物；非手术治疗不能控制病变发展，死骨明显形成，脓肿较大，经久不愈的窦道，或合并截瘫等，应在积极的术前准备下行结核病灶清除术。

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史，既往有无呼吸系统、消化道或淋巴结核病史及治疗经过。
- 2、评估临床症状及体征，了解疼痛的性质、部位，有无低热、盗汗、脉速、疲乏、食欲不振、消瘦、贫血、压痛及波动感等表现；了解有无局部溃疡及窦道，有无脊柱受限、跛行以及脊髓受压引起的截瘫症状和体征。
- 3、了解辅助检查结果如血沉、X线检查等。
- 4、评估患者对疾病的认知程度及态度。

【护理措施】

1、术前护理

- (1) 绝对卧硬板床休息，以减轻椎体压力，防止脊髓变形和神经受损。
- (2) 给予高蛋白、高热量及维生素饮食。
- (3) 讲解手术相关知识及内固定植骨的意义，增强患者治疗疾病的信心。
- (4) 遵医嘱应用抗结核药物，密切观察有无肝脏受损、多发性神经炎及听神经损害的

表现，发现异常及时采取措施。

(5) 给予心理护理，缓解患者心理压力。

2、术后护理

(1) 了解术中及麻醉情况，严密观察生命体征、神志等变化。

(2) 麻醉完全清醒后逐渐恢复饮食。腹前入路手术者，待肛门排气后开始进食。

(3) 保持呼吸道通畅，防止呼吸道感染。每天雾化吸入 3 次；有胸闷、呼吸困难时立即报告医师处理。

(4) 保持伤口敷料清洁干燥，渗湿及时更换。

(5) 有胸腔闭式引流者按胸腔闭式引流护理常规。

(6) 预防便秘，指导患者自我腹部按摩。

【并发症的观察及预防】

(一) **呼吸道并发症**：术后常规雾化吸入，促进排痰，指导有效咳嗽，深呼吸。

(二) **压疮**：一般术后平卧 6 小时，6 小时后开始轴线翻身，每 2 小时翻身一次，并加强营养。

(三) **胃肠道并发症**：术后常有腹胀，因此，术后要求禁食，直到肠蠕动恢复正常，肛门排气后可逐渐流质—半流—普食，必要时可提供静脉营养支持。

(四) **乳糜胸**：一旦发现引流物为浑浊白色，每日引流量 $>200\text{ml}$ ，应视为乳糜胸，应立即禁食，维持水电解质平衡，经 1~2 周不愈者，可考虑开胸手术结扎胸导管。

【健康指导】

1、指导患者遵医嘱抗结核治疗 12—18 个月。注意观察毒性反应，定时检查肝肾功能、血沉、血常规。

2、坚持肢体功能锻炼。行内固定术后 1 个月、3 个月、6 个月复查。

十七、化脓性骨髓炎护理常规

化脓性骨髓炎(suppurative osteomyelitis)是一种常见病，病因为化脓性细菌感染，它涉及骨膜、骨密质、骨松质与骨髓组织。儿童多见，胫骨上段和股骨下段最多见，其次为肱骨与髌骨。发病前常有外伤史。

【临床表现】

起病急骤，有寒战，继而出现高热至 39℃ 以上，有明显的毒血症症状。儿童可有烦躁不安、呕吐与惊厥，严重者可发生昏迷或感染性休克。早期患区剧痛，肢体半屈曲状，周围肌肉痉挛，数天后可出现局部水肿，压痛更加明显，急性骨髓炎的自然病程可以维持 3~4 周，脓肿穿破后疼痛即刻缓解，体温逐渐下降。

【治疗原则】

早期诊断，早期治疗，控制并防止炎症扩散是治疗成功的关键。

- 1、全身支持及对症治疗。
- 2、足量应用抗生素。
- 3、患肢抬高和制动。
- 4、必要时行手术治疗，包括骨膜切开、钻孔或开窗等。

【护理评估】

- 1、评估患者的健康史，了解既往病史、外伤、手术史，本病起病时间及治疗经过。
- 2、评估局部及全身情况，了解患者红、肿、热、痛以及功能障碍的程度，注意有无渗液、流脓等情况；患肢与健肢是否等长；皮肤有无波动感、窦道口、溃烂、流脓。
- 3、了解辅助检查结果，如血常规、尿常规、细菌培养及药敏试验、X 线片等结果。
- 4、了解患者心理状况，如对疾病的认识，对治疗有无信心等。

【护理措施】按外科及骨科疾病一般护理常规。

- 1、与患者交谈，给予心理支持与鼓励，帮助患者树立战胜疾病的信心，配合治疗。
- 2、给予高蛋白、高热量、丰富维生素饮食。必要时遵医嘱输白蛋白或血浆。
- 3、密切观察生命体征及病情变化，注意有无中毒性休克、中毒性心肌炎、转移性脓肿等并发症发生。
- 4、患肢护理：①减轻患肢疼痛；②尽量减少患肢搬动次数，给予患肢足够的牵引重量，

防止感染扩散、病理性骨折、关节畸形；③早期患肢制动于功能位，适当保持关节活动度；当炎症消退或伤口愈合时，应开始关节的自主或轻度被动活动。

5、开窗引流、关节冲洗术后的护理：①正确连接术后冲洗管及引流管。注意将高位管接冲洗管，低位管接引流管；②保持导管冲洗或引流通畅，防止导管堵塞。第一个24小时冲洗期间，每2~3小时快速冲洗30秒，防止浓液、凝血块堵塞；以后冲洗过程中管道如有堵塞，应轻轻挤压、旋转两管，快速滴入30秒~2分钟；③冲洗液每天2000~3000ml，根据医嘱调节滴速均匀滴入，观察引流液的颜色、性质；④冲洗时间一般为1~2周；⑤拔管时应先拔冲洗管，观察1~2天无渗出物后再拔引流管。

6、高热患者按高热护理常规。

7、需手术的患者按骨科术前术后护理常规

【并发症观察与护理】

（一）贫血、低蛋白血症

病情观察：观察患肢的创面情况，有无低热和窦道内脓性分泌物的排出等。

护理：做好创面冲洗时的管道护理，观察营养状况，给予高蛋白、高热量、丰富维生素饮食。加强对血常规、血生化的检查，及时纠正贫血和治疗低蛋白血症。

（二）病理性骨折

病情观察：观察患肢局部有无疼痛、畸形或反常活动等表现。

护理：早期患肢应制动，用石膏固定或牵引治疗，以防止骨折。待骨包壳完全形成且牢固后，可撤除固定，并逐步加强患肢的功能训练。

【健康指导】

- 1、告知患者遵医嘱出院后继续服用抗生素，以利彻底治愈疾病。
- 2、保持患肢功能位，指导功能锻炼，告知患者避免过早负重致病理性骨折。

十八、创伤性高位截瘫护理常规

【临床表现】

截瘫分为完全性截瘫和不完全性截瘫。由于椎体骨折脱位或附件骨折，移动的椎体向后或骨片脱入椎管，可压迫脊髓或马尾神经，产生不同程度的损伤。受伤平面以下的感觉、运动、反射完全消失，括约肌功能完全消失，称完全性截瘫，部分丧失时称不完全截瘫。

【治疗原则】

- 1、病因治疗。从造成截瘫的病因入手，在医学上称为病因治疗。造成截瘫的常见因素主要有外伤和内伤。外伤是指受到意外伤害，造成对脊神经的损伤；内伤主要包括脊髓炎症、脊髓结核、脊髓肿瘤、严重的椎间盘脱出等。治疗原则和方法主要是解除压迫，解除造成对脊髓损伤的原因，比如必须及时纠正脊椎的骨折、压缩、错位等。
- 2、早期治疗。神经脊髓的损伤，应尽量做到抢救、治疗及时，由于损伤时间短，神经损伤程度轻，康复的可能性更大，康复的程度就会好些。一般损伤三个月为早期，一年时间内为康复期，更长时间则为后遗症治疗期。早期康复治疗一般为手术治疗并施以药物。
- 3、全面治疗。世界公认截瘫治疗必须是全面治疗，这包括全方位治疗和综合治疗，要尽力采取可能的一切治疗方法。首先是使用促神经细胞生长的药物，可以使用介入方法。还可以配合中医治疗，有许多有一定疗效的中*方剂可供选择，特别还有针灸、推拿、理疗等方法。另外，由于截瘫治疗时间长，半年为一疗程，而且需要多个疗程方可见效，病人一定要坚持治疗，不可自觉效果不明显而放弃。
- 4、加强锻炼。截瘫病人的锻炼原则是，能坐比躺着好，能站比坐着好，能走比站着好。注意功能恢复性锻炼，锻炼截瘫部位，也注意健肢的锻炼。锻炼可以促进截瘫部位的功能恢复，增强体能和体质，减少并发症，增加病患部位血循，有利于康复。

【护理评估】

- 1、评估受伤的时间、原因、部位和搬运方式等。
- 2、评估有无高热、大小便失禁、便秘、压疮、坠积性肺炎等并发症的表现。

- 3、了解 CT、MRI 等检查结果，了解截瘫平面和程度，以便与术后对比。
- 4、评估患者对功能残疾的认识、承受力及心理状态。

【护理措施】

- 1、受伤现场急救及搬运患者时注意保护局部，妥善固定，防止加重损伤。
- 2、帮助患者平卧硬板床，有条件者垫气垫床，2—3 小时翻身 1 次，防止压疮。出现压疮者按压疮护理常规。对已形成的面积较大、组织坏死较深的压疮，按外科原则处理创面。
- 3、鼓励患者深呼吸、用力咳嗽；助其勤翻身、轻叩胸背部，促进肺膨胀和排痰；遵医嘱予雾化吸入，必要时吸痰。
- 4、严密观察呼吸情况，出现呼吸困难者，备气管切开包于床旁，必要时行气管切开。
- 5、高热患者首选物理降温，按高热护理常规。低温患者注意保暖，适当调高室温，必要时采用物理升温，使用热水袋、电热毯时注意防烫伤。
- 6、截瘫早期留置导尿管，持续引流尿液，2~3 周后改为每 4~6 小时开放一次，以训练膀胱反射或自律收缩功能；余按留置导尿护理常规。
- 7、每天做肌肉按摩和活动关节 4 次，预防肌肉萎缩和关节固定畸形发生；足部用软枕支垫或穿丁字鞋使踝关节保持 90° 位置，预防足下垂畸形。
- 8、给予心里支持，注意多与患者交流，鼓励患者树立战胜疾病的信心。
- 9、做好口腔护理等基础护理和日常生活护理。

【并发症的观察及预防】

（一）压疮

病情观察：定时观察患者全身皮肤情况，尤其是身体的骨隆突处。

护理：每 2 小时翻身一次，有条件时可使用翻身床或者气垫床，保持床单清洁、整齐、无折叠，保持皮肤干燥并定期按摩。对已形成压疮且面积较大、组织坏死较深时，应按外科原则处理创面。

（二）泌尿系感染

病情观察：观察小便的量、色、性状。

护理：①保持会阴部清洁。②尿潴留或者尿失禁的病人，留置导尿时应严格无菌操作。

③保持尿管引流通畅。④损伤早期，留置导尿持续开放，使膀胱排空，减少感染发生的机会；2—3周后，应夹闭尿管，每4—6小时开放一次，使膀胱充盈，以训练膀胱的自主节律性，避免膀胱萎缩。⑤长期留置尿管者，定期更换引流袋及导尿管。⑥膀胱冲洗⑦体外按摩膀胱排尿⑧鼓励患者多饮水，每日争取饮水3000ml，使排尿每日在1500ml以上。

（三）肺部感染

病情观察：观察咳嗽咳痰情况，痰液的颜色、量、性质，观察呼吸频率、节律，生命体征。

护理：鼓励患者定时进行深呼吸及有效咳嗽训练，定时翻身、拍背，痰液粘稠时可给予超声雾化吸入，注意保暖避免受凉，对年龄较大、分泌物多且不易排出者应早期行气管切开术。

【健康指导】

- 1、指导患者生活护理，预防烫伤。慎用热水袋，床上擦浴、洗脚等水温应低于正常人，病情需要热敷时将温度控制在50℃。
- 2、指导患者进行四肢瘫痪者的功能锻炼，有助于预防关节僵硬及肌肉萎缩。双上肢进行抓握、上举等功能锻炼，双下肢行主动或被动的关节伸屈活动及肌肉按摩，逐步训练翻身、坐床、平衡、转移、坐轮椅、站立和行走等功能锻炼。

十九、截肢手术护理常规

截肢技术是指去除带有一个或多个骨、关节肢体部分的外科手术。

【适应症】

- 1、严重创伤。
- 2、肢体的严重感染。
- 3、恶性肿瘤。
- 4、肢体严重畸形，影响功能和美观且无法整形者。
- 5、肢体坏死。

【护理评估】

- 1、询问患者健康史、既往史与家族史，以便判断病情。
- 2、评估疾病的临床表现，了解目前需要截肢的主要原因，检查截肢部位。
- 3、评估 X 线检查等结果。
- 4、评估患者对目前伤情或疾病危害性的认识和截肢手术的心理承受情况。

【护理措施】按外科及骨科疾病一般护理常规。

1、术前护理

- (1) 严重外伤患者应首先抢救生命。
- (2) 及时有效地与患者及家属沟通。了解患者心理状态，做好解释、劝慰工作，消除其恐惧心理；说明截肢的必要性，提高患者对截肢的认识，已取得理解与配合。
- (3) 严重的肢体外伤及感染者及时作细菌培养和药敏试验。
- (4) 长期慢性消耗性疾病、贫血、低蛋白血症、恶病质等患者，术前给予高热量、高蛋白、丰富维生素饮食，必要时遵医嘱输血或静脉营养，以利于术后伤口愈合。
- (5) 履行术前告知程序，征得患者和家属同意并签字，报院领导审批签字后方可施行截肢手术。
- (6) 行半骨盆切除术者作肠道准备。
- (7) 截下肢者训练床上使用大、小便器。

2、术后护理

- (1) 了解手术及麻醉情况，按麻醉后护理常规，严密观察生命体征、神志等，防止严

重创伤或感染、高龄和小儿患者病情恶化。

- (2) 麻醉清醒无恶心、呕吐后，逐渐恢复高蛋白、丰富营养的饮食。
- (3) 严密观察被截肢体残端的渗血情况，床旁常备止血带，以防残端血管结扎线脱落导致大出血而危及生命。
- (4) 评估肢体残端有无水肿、水疱、炎症、皮肤坏死等征象，及时报告医师和处理。
- (5) 评估患者有无残肢疼痛和幻肢痛，给予心理疏导，减轻幻肢痛。
- (6) 指导患者进行残肢锻炼，防止关节挛缩。

【并发症观察与护理】

（一）出血和血肿

病情观察：病人可忽然感到疼痛并有肿胀感，此时病人血压可不下降，敷料可不渗血，检查见残端肿胀有波动感，如有引流物，可有大量血液流出。

护理：床旁备止血带，以备及时止血，可备足够的砂袋，以及时压迫止血。观察敷料渗血情况，保持静脉通畅，根据医嘱全面治疗。

（二）残端感染、窦道、溃疡

病情观察：残端局部血循环差，皮肤破溃形成溃疡。伤口深部异物可致经久不愈的窦道。

护理：早期加强残端护理，促进血液循环，并留意残端皮肤的摩擦，保持残端清洁，发现四周皮肤发黑、异味通知医生。

（三）幻肢痛

病情观察：在术后相当长一段时间已切除部分的肢体存在一种虚幻感觉，尤其是术前曾有长期严重疼痛史的病人易发生。幻肢痛多为持续性，以夜间为甚，其特点程度不一，但可能剧痛，原因不肯定，缺乏有效治疗。

护理：术前做好解释工作，使其有充分思想预备，术后引导病人注视残肢加强对肢体截除事实的心理感受，心理治疗是预防幻肢痛的有效方法。

【健康指导】

- 1、指导患者进行残肢锻炼，防止关节挛缩。
- 2、指导患者生活自理技能训练，给予安装假肢信息和帮助。

二十、下肢深静脉血栓形成（DVT）护理常规

下肢深静脉血栓形成在临床上并不少见，有周围型、中心型和混合型。血栓形成有时可威胁病人的生命，而其后遗症则严重影响病人的工作能力，甚至致残。

【临床表现】

- 1、周围型：主要表现为小腿疼痛和轻度肿胀、活动受限。主要体征为：足背屈时牵拉腓肠肌疼痛，腓肠肌压痛。
- 2、中央型：左侧多见，表现为臀部以下肿胀，下肢、腹股沟及患侧腹壁浅静脉怒张，皮温升高，深静脉走向压痛。血栓脱落可导致肺动脉栓塞，威胁病人生命。
- 3、混合型：全下肢深静脉及肌肉纵内均有血栓形成。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗：包括一般处理、溶栓、抗凝、祛聚疗法。
- 2、手术治疗：常用于下肢深静脉，尤其髂—股静脉血栓形成不超 48 小时。对已出现股青肿征象，即使病程较长，也应行手术取栓以挽救肢体。

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史，了解既往有无疾病、手术等诱因。
- 2、评估患肢大、小腿周径并动态比较，了解患肢色泽、温度、感觉、脉搏强度，了解有无突然胸痛、气短、咳嗽、咯血等肺栓塞的症状和体征。
- 3、了解患者血管检查、血常规、凝血功能、肝功能等结果。
- 4、评估患者对疾病的认识及心理状态。

【护理措施】

- 1、安抚患者，保持患者情绪。
- 2、绝对卧床休息 2 周，抬高患肢 20~30 度，避免下肢垫枕，过度屈髋。急性期患肢严禁热敷按摩。做好皮肤护理，注意保暖，防止抓破。
- 3、给予易消化、无刺激、丰富纤维、低脂饮食，鼓励多饮水，保持大便通畅，减少用力排力。严禁吸烟。
- 4、每日测量并记录患肢不同平面的周径（踝上 10cm，膝下 10cm），以判断疗效。
- 5、加强生活护理和基础护理，满足卧床病人生理需求。

6、对频繁血栓脱落者，可行手术安装过滤网预防肺栓塞。术后鼓励早期下床活动，预防肺栓塞。

【并发症的预防与护理】

（一）预防出血

1、观察抗凝状况：根据抗凝药物的作用时间，观察抗凝状况。

（1）肝素：静脉注射后 10 分钟即产生抗凝作用，一般维持 3-6 小时。维持凝血时间超过正常值约 2 倍为宜。若测得凝血时间为 20—25 分钟，应请示医生调整剂量。

（2）香豆素类药物：一般在用药后 20—48 小时才开始起效。停药后 4—10 天药物作用才消失。用药期间应每日测定凝血酶原时间，测定结果应控制在正常值的 20%--30%。

2、观察出血倾向：在抗凝期间应严密观察全身有无出血倾向和切口渗血情况。

3、紧急处理出血：若因肝素、香豆素类药物用量过多引起凝血时间延长或出血，应及时报告医生并协助处理，包括立即停用抗凝药物、遵医嘱使用硫酸鱼精蛋白作为拮抗剂或静脉注射维生素 K，必要时输新鲜血。

（二）预防栓塞：应绝对卧床休息 2 周，避免患肢活动，严禁挤压下肢。如患者突然出现胸痛、呼吸困难、血压下降等异常情况，提示可能发生肺动脉栓塞，应立即嘱患者平卧、避免做深呼吸、咳嗽、剧烈翻动，同时避免高浓度氧气吸入，并报告医生，配合抢救。

【健康指导】

1、戒烟 告知病人要绝对禁烟，防止烟草中的尼古丁刺激引起血管收缩。

2、饮食 进食低脂、高纤维素的饮食；保持大便通畅。

3、适当运动，促进静脉回流 鼓励病人加强日常锻炼，促进静脉回流。对于长期卧床病人和制动的病人应同时指导其家属，加强病人床上运动，如定期翻身，协助病人做四肢的主动或被动运动。避免在下膝垫硬枕，过度屈髋，用过紧的腰带和紧身衣物而影响静脉回流。

4、保护静脉 长期静脉输液者，应尽量保护静脉，避免在同一部位反复穿刺。

二十一、骨肿瘤手术护理常规

骨肿瘤是指骨组织（骨膜、骨和软骨）及骨附属组织（骨的血管、神经、脂肪、纤维组织等）所发生的肿瘤。

【临床表现】

- 1、骨软骨瘤 早期无症状，肿瘤生长到一定大小时可因压迫周围组织而感到隐痛而影响功能。
- 2、骨巨细胞瘤 局部疼痛，随肿瘤生长疼痛加重。
- 3、骨肉瘤 进行性加重的疼痛，病变局部肿胀，皮温增高，静脉怒张。

【治疗原则】

- 1、骨软骨瘤 有恶变可能，早期手术切除。
- 2、骨巨细胞瘤 以手术治疗为主，化疗无效，放疗虽有效，但易发生照射后肉瘤变。
- 3、骨肉瘤 术前进行化疗3—8周，然后作瘤段切除后假体植入等保肢术或截肢术，术后再继续进行化疗的综合治疗。

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史、家族史、肿块发现的时间以及受伤是否有诱因。
- 2、评估临床症状及体征，了解局部是否有红肿、压痛、皮温增高，了解疼痛的程度、时间，有无夜间痛，是否有相应神经血管受压迫症状。
- 3、了解辅助检查结果如血钙、X线检查等。
- 4、是否有恐惧、紧张、焦虑，对疾病的知情情况。

【护理措施】

1、术前护理

- (1) 下肢肿瘤避免下肢负重；脊柱肿瘤者需卧硬板床，防止躯干扭转屈曲。截肢术者，术前训练使用拐杖。
- (2) 给予患者安慰及心理支持，消除其恐惧及焦虑情绪，使其积极配合治疗。
- (3) 术前3天每日用肥皂水清洗局部，术前1天用肥皂水清洗后局部备皮，清洗擦干后用碘伏消毒，并以无菌巾包扎。
- (4) 化疗者按化疗护理常规。

2、术后护理

- (1) 行肿瘤切除术者，患肢抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 并制动；行截肢术者保持关节功能位，床旁备用止血带。
- (2) 密切观察患者的生命体征，观察患肢疼痛的程度及局部灭活后的组织反应、肿胀程度。
- (3) 妥善固定引流管，保持引流通畅，观察创口有无渗液、渗血及渗出物的性状、量。
- (4) 肿胀及疼痛护理：给予精神安慰，尽量避免用吗啡类镇痛药，可用抗肿瘤中药外敷；禁止按摩、热敷、理疗，以防肿瘤扩散。
- (5) 行大剂量化疗药物治疗者，观察药物的毒副作用。如出现恶心、呕吐、出血、贫血、发热、过敏、脱发等不良反应，及时报告医护人员。及时采集血标本查血常规及肝肾功能。

【健康指导】

- 1、指导患者保护肿瘤部位，防止负重致病理性骨折。
- 2、术后定期复查。恶性肿瘤者按时化疗。

二十二、气性坏疽护理常规

气性坏疽是由气性坏疽病原菌侵入伤口造成的严重急性感染，以组织坏死、水气肿、全身中毒为特征。常见于大面积开放性骨折及软组织损伤，伤口污染、局部缺血缺氧，肌肉组织坏死和坏死组织自溶产生的物质均可刺激芽孢发芽及细菌生长繁殖。

【临床表现】

1、全身症状 早期病人表情淡漠，有头晕、头痛、恶心、呕吐、出冷汗、烦躁不安、高热、脉搏快速（100~120次/min），呼吸迫促，并有进行性贫血。晚期有严重中毒症状，血压下降，最后出现黄疸、谵妄和昏迷。

2、局部表现

- (1) 病人自觉患部沉重，有包扎过紧感。以后，突然出现患部“胀裂样”剧痛，不能用一般止痛剂缓解。
- (2) 患部肿胀明显，压痛剧烈。伤口周围皮肤水肿、紧张，苍白、发亮，很快变为紫色，进而变为紫黑色，并出现大小不等的水泡。
- (3) 伤口内肌肉由于坏死，呈暗红色或土灰色，失去弹性，刀割时不收缩，也不出血，犹如煮熟的肉。
- (4) 伤口周围常扪到捻发音，表示组织间有气体存在。轻轻挤压患部，常有气泡从伤口逸出，并有稀薄、恶臭的浆液样血性分泌物流出。

【治疗原则】

一旦确诊，应立即积极治疗，严格隔离，加强护理，严防交叉感染，以挽救病人生命及降低截肢率。

- (1) 紧急清创，伤口彻底开放。肢体广泛坏死者应行截肢术，以挽救生命。
- (2) 大量应用抗生素，首选大剂量青霉素
- (3) 高压氧治疗。
- (4) 全身支持治疗，少量多次输血、纠正水和电解质失调；给予高蛋白、高能量饮食。
- (5) 对症处理，包括解热、镇痛等，以改善病人情况。
- (6) 中药治疗

【护理评估】

- 1、评估既往病史、受伤史及手术史，了解受伤的环境及治疗过程。
- 2、评估全身情况，包括生命体征、意识及尿量等。了解伤口局部情况，包括疼痛的性质、程度、持续时间以及止痛剂能否奏效。
- 3、了解辅助检查结果，如血常规、伤口渗液涂片检查、细菌培养、X线检查。
- 4、评估患者对疾病的认识和心理状态，了解其对预后的期望和承受能力。

【护理措施】按外科及骨科疾病一般护理常规。

- 1、按严密隔离护理常规，预防医院交叉感染。
- 2、给予高热量、高蛋白、丰富维生素饮食。鼓励患者大量饮水，使尿量 $\geq 3000\text{ml/h}$ ，以利于毒素排除。不能进食者，遵医嘱鼻饲流质或静脉补充营养。
- 3、绝对卧床休息。保持床单位干燥、整洁，定时翻身，按摩骨突处，保护好皮肤。
- 4、密切观察生命体征及尿量，警惕感染性休克。
- 5、遵医嘱大剂量使用敏感抗生素。尽量敞开伤口，用3%过氧化氢溶液或1:5000高锰酸钾溶液冲洗伤口；持续湿敷，使患处局部形成有氧环境。
- 6、协助进行分泌物常规检查、细菌培养及药敏试验。一旦确诊，做好紧急手术准备，以减轻患者痛苦。
- 7、给予患者心理安抚和支持，鼓励患者树立战胜疾病的信心。
- 8、高热、昏迷患者按照高热、昏迷护理常规。
- 9、高压氧治疗者，按高压氧护理常规。
- 10、截肢者，按截肢者手术护理常规。

【并发症观察与护理】

感染性休克：密切观察生命体征变化及尿量，如有高热、气促、脉速、烦躁不安、皮肤苍白、谵妄甚至昏迷应及时报告医生，警惕是否感染扩展为败血症或感染性休克，应大剂量应用抗生素，做好紧急抗休克处理。

急性肾功能衰竭：患者在早期因失液过多而引起功能性急性肾衰的发生，此期应大量补液。补液速度可稍快，以利尿尽早纠正急性肾衰。常规进行血常规、血气分析和肾功能、电解质检测，监测生命体征变化，准确记录24h出入量，监测尿比重，以间接动态监测肾功能变化。

多器官功能障碍综合征 (MODS): 由于受到创伤和持续存在的感染的刺激产生的炎症反应过于强烈以至于失控, 主要表现为心、脑、肾等重要器官的损害。

肺部感染: 对气性坏疽术后截肢呼吸机应用的患者, 加强气道管理。保持呼吸道通畅, 吸痰时要严格无菌操作。气管插管或气管切开套管固定要牢靠, 避免导管上、下滑动, 损伤气管黏膜。加强翻身、叩背。机械通气期间积极、适当补充营养。病室要空气清新, 室温保持在 18 ℃~22 ℃, 湿度在 50%~70%为宜。

【健康指导】

- 1、指导患者生活自理, 提高自理能力。
- 2、向家庭、社会做好尊重、关爱患者的宣传。

二十三、骨筋膜室综合征护理常规

骨筋膜室综合征是四肢骨筋膜室内的肌肉和神经组织因急性严重缺血而发生的一系列病理改变，好发于前臂掌侧和小腿。骨筋膜室综合征发展较快，常在伤后 24 小时出现。

【临床表现】

1、症状

(1) 局部 创伤后肢体持续性剧烈疼痛且进行性加剧，是最早的症状；患肢麻木、手指或足趾呈屈曲状态，肌力减退，被动牵伸可引起剧痛。

(2) 全身 当肌肉广泛坏死，可出现体温升高，脉搏加快，血压下降等现象，严重者可出现休克、肾功能衰竭、甚至死亡。

2、体征 局部皮肤表面有红、肿、热、痛征象；肢体远端毛细血管充盈时间延长、动脉搏动减弱，甚至消失。

【治疗原则】

一旦确诊，切开减压。同时防止失水、酸中毒、高钾血症、肾功能衰竭、心律不齐、休克等严重并发症，必要时应行截肢挽救生命。

【护理评估】

1、评估受伤经过；了解患处局部皮肤有无水疱、肢体疼痛是否进行性加重；评估组织张力、肢体远端感觉、动脉搏动、肢体挛缩情况及有无功能障碍。

2、评估是否有血压降低、心率加快、心律失常、尿量减少等。

3、了解电解质、肾功能等检查情况。

4、评估患者的心理状况，了解其对疾病的认知程度和承受能力。

【护理措施】按骨科疾病护理常规

1、术前护理

(1) 卧床休息，患肢平放、制动、保暖，防止局部组织大量快速进入血液循环导致肾功能的损害。

(2) 给予清淡、易消化饮食。

(3) 需立即行切开减压术时，应禁食。

2、术后护理

- (1) 了解术中及麻醉情况，按麻醉后护理常规，做好生命体征监测。
- (2) 肾功能正常者，给予高蛋白、高热量饮食；肾功能不全者，限制蛋白质摄入。
- (3) 严密观察病情变化，注意观察患处局部平放有无水疱、肢体疼痛是否进行性加重。
评估组织张力、肢体远端感觉、动脉搏动、肢体挛缩情况及有无功能障碍。观察尿液量及性状，记录 24 小时尿量。
- (4) 局部切开减压后，及时更换敷料，保持敷料干燥无异味，预防感染。
- (5) 遵医嘱给予抗生素、脱水、利尿剂。
- (6) 及时采取血标本查电解质、肾功能等，尽早防治休克、肾衰、高血钾、电解质紊乱等并发症。
- (7) 发生肾衰、休克时按相应的护理常规。
- (8) 给予患者心理安抚，缓解患者紧张、焦虑等情绪。

【并发症观察与护理】

并发症：酸碱失衡、电解质紊乱、休克、心律失常和急性肾功能衰竭

病情观察及护理：完善各项术前检查和化验。入院后常规记录各项血、尿标本的检验时间和结果。因缺血时间超过 12~36h，出现肌肉广泛坏死和神经功能障碍，血中可见肌酸磷酸激酶、乳酸脱氢酶、谷草转氨酶均上升，尿中出现肌球蛋白、尿隐血阳性。注意密切观察生命体征变化，及时记录病情动态细微变化出现的时间，并及时报告医师，及早发现，及早处理。床旁备心电监护，每小时测量血压、观察脉搏、呼吸、神志、口唇、面色以及尿量等情况。

【健康指导】

- 1、交待患者住院期间坚持绝对卧床，患肢制动、平放。
- 2、指导患者病情恢复期康复锻炼。

第二节 骨科专科检查及治疗护理常规

一、石膏固定护理常规

【护理评估】

- 1、石膏固定前评估：①患者血液循环，包括肿胀、皮肤温度、感觉、动脉搏动等情况；②有无活动及功能障碍；③患者对固定的认识和心理反应；④石膏固定所用物。
- 2、石膏固定期间评价：①石膏松紧度是否适宜；②患者血液循环，包括肿胀、皮肤温度、感觉、脉搏搏动等情况；③有无疼痛及活动功能障碍；④有无骨筋膜综合症，如坠积性肺炎、关节僵硬、肌肉萎缩、石膏综合症。

【护理措施】

1、石膏固定前护理措施

- (1) 向患者及家属说明石膏固定的目的及意义，并说明操作过程及注意事项。
- (2) 清洁局部皮肤，如有伤口更换敷料。

2、石膏固定期间护理措施

- (1) 打石膏时的护理：松紧度适宜，患肢如有苍白、厥冷、发绀、疼痛、感觉减退或麻木，行石膏背心者发生腹痛、呕吐等，应及时将石膏松解或拆除。

(2) 石膏干燥过程中护理

- ①移动未干的石膏部位时，用手掌平托石膏固定的肢体，不可用手抓捏。
- ②尽量不要搬动患者，如要变换体位，应予以适当扶持。
- ③切勿牵拉、压迫和活动石膏，也不可可在石膏上放置重物，以免引起石膏移位、变形、折断和石膏凹陷处压迫血管、神经及软组织，导致肢体因缺血性坏死而形成溃疡。
- ④不宜覆盖过严，以免阻碍水分蒸发。温度过低或湿度过大时，可间歇性的使用灯烤或者电吹风加速石膏干燥，但须待患者全麻清醒后才能使用，防止烫伤或触电。

(3) 石膏干后护理

- ①保持石膏干燥和完整，避免石膏受潮和弄湿，防止石膏碎裂。搬动时应托起，切勿加压，翻身或改变体位时应加以保护。

- ②预防石膏损伤皮肤。石膏干燥后，及时修理边缘，保持整齐，光滑和舒适，避免卡压和摩擦肢体。
- ③密切观察伤口有无渗血、渗液和异味。①伤口少量出血时，可用记号笔标记每次观察到出血渗入石膏的印迹，以便动态评估出血程度；②大量出血时，切不可忽视，出血往往积聚于石膏的最低处。③闻及腐臭味时，及时通知医师。
- ④预防或减轻石膏固定的肢体肿胀。将患者抬高，上肢可用枕垫垫起，保持患肢高于心脏水平 15~20cm；抬高下肢可用枕垫或悬吊法。
- ⑤注意评估肢端皮肤颜色、温度、肿胀、感觉及运动情况。一旦发现血液循环障碍，立即报告医师，并协助处理。
- ⑥预防压疮。保持床单干燥，每日用手指蘸酒精伸入石膏边缘按摩一次。
- ⑦预防关节僵直和肌肉萎缩。在石膏固定当日，指导患者进行石膏内肌肉舒缩活动；逐渐进行石膏外的关节、肌肉运动、以及下床站立和行走。

3、拆除或更换石膏护理

拆除石膏后的肢体可辅以中医药治疗，如中药湿敷、浸泡、熏蒸或按摩、推拿，促进肢体血液循环和功能恢复。

【健康指导】

- 1、指导患者进食高蛋白、高热量、高含钙及易消化的食物，鼓励多饮水、多食蔬菜和水果。
- 2、指导患者石膏固定的肢体功能锻炼方法。

二、关节镜检查护理常规

【护理评估】

- 1、检查前评估患者病变部位、症状和体征。
- 2、评估患者检查前准备是否充分：洗澡；检查部位备皮，皮肤无破溃；完成药物过敏试验；做好禁食禁饮准备；遵医嘱术前用药。
- 3、了解患者对关节镜检查的认知程度，有无恐惧、紧张心理。

【护理措施】

- 1、检查前向患者说明关节镜检查的目的、过程及注意事项，消除患者恐惧、紧张心理，取得配合。
- 2、检查日晨手术区域碘伏消毒，并用消毒巾包裹好将患者送关节镜检查室。
- 3、检查后去枕平卧 6 小时，密切观察并记录体温、脉搏、呼吸、血压。
- 4、检查后行关节镜部位用棉垫加压包扎，抬高患肢约 20cm，以减轻肿胀。
- 5、手术后伤口处立即以冰袋降温，以减少出血、肿胀及疼痛。一般行降温 24 小时。
- 6、密切观察伤口渗血、末梢血液循环及患肢肿胀程度。评估伤口局部有无红、肿、热、痛等感染征象。
- 7、加强术后肢体功能锻炼，避免负重。术后第一天即开始股四头肌锻炼，4 次/日，每次 30 分钟，起始角度为 0° ，终止角度根据患者疼痛耐受情况由小逐渐增大。平卧位练习直腿抬高，俯卧位及站立位练习矛盾肌收缩，以锻炼肌力和下肢稳定度。

【健康指导】

- 1、检查前，指导患者进行股四头肌收缩训练，指导交叉韧带重建术患者正确佩戴膝关节活动控制支架。
- 2、叮嘱患者检查后，注意关节保暖，夜间抬高患肢；按要求进行患肢的功能锻炼，直至关节的疼痛消失、活动正常为止；定期随访。

三、外固定支具固定护理常规

【护理评估】

- 1、外固定支具固定前评估：①患处血液循环，包括肿胀、皮肤温度、感觉、动脉搏动等情况；②有无活动及功能障碍；③患者对固定的认识和心理反应；④固定所需用物。
- 2、外固定支具固定期间评估：①固定松紧度是否适宜；②患处血液循环，包括肿胀、皮肤温度、感觉、动脉搏动等情况；③有无疼痛及活动障碍。

【护理措施】

- 1、外固定支具固定前向患者说明固定的目的和注意事项，已取得患者的主动配合。
- 2、协助医师固定。
- 3、维持有效固定。搬动患者时，应平移或平托固定部位，严防骨折断端移位。
- 4、及时评估和调整固定的松紧度，以保持 1cm 移动度为宜。
- 5、预防固定部位皮肤受压和受损。保持外固定支具的清洁和皮肤卫生，检查压垫的放置位置是否合适，避免支具压迫形成压疮。
- 6、预防或减轻患肢肿胀。抬高患肢，以利于肢体消肿。
- 7、密切观察患肢末梢血液循环、感觉及运动功能。
- 8、指导并协助患者进行功能锻炼。

【健康指导】

- 1、指导患者进食高蛋白、高热量、富含钙及易消化的食物，鼓励多饮水、多食蔬菜和水果。
- 2、指导患者外固定支具固定的肢体功能锻炼。

四、皮牵引护理常规

【护理评估】

- 1、皮牵引前评估：①患处血液循环，包括肿胀、皮肤温度、感觉、动脉搏动等情况；②有无活动及功能障碍；③患者对皮牵引的认识和心理反应；④牵引基本用物完备（多功能牵引架、垫高床支垫、牵引绳、牵引法码，大小合适的皮牵引套或胶布、小棉垫、绷带）。
- 2、皮牵引期间评估：①皮牵引强度是否合适；②皮牵引部位有无感染；③牵引肢体功能体位；④患肢有无疼痛。

【护理措施】

- 1、皮牵引前清洁患肢，向患者或家属解释皮牵引的目的和注意事项，消除患者顾虑，取得患者配合。
- 2、遵医嘱规范实施皮牵引。①将皮牵引套按要求固定于患者，在易受压部位棉垫加以保护，用牵引绳连接砝码于皮牵引套；②牵引重量一般不超过 5kg，过重易损伤皮肤或引起水疱，影响继续牵引治疗。
- 3、维持有效牵引。①每班检查牵引装置是否恒定，若有松脱随时调整；②维持牵引体位，不随意增减牵引重量；③每班测量伤肢长度，及时调整牵引重量和体位，防止过度牵引。
- 4、仔细观察牵引力直接与皮肤着力点处皮肤有无感染及患肢末梢血液循环、活动、感觉等情况，冬季注意牵引肢体保暖。若发现局部感染、疼痛、麻木等异常，及时报告和协助处理。
- 5、保持牵引皮肤完整性。保持患肢清洁，定时按摩骨突部位。
- 6、保持患肢功能并指导患者进行功能锻炼，防止并发症。

【健康指导】

- 1、指导患者进食高蛋白、高热量、富含钙及易消化的食物，鼓励多饮水、多食蔬菜和水果。
- 2、指导患者患肢功能锻炼。

五、骨牵引护理常规

【护理评估】

- 1、骨牵引前评估：①患肢活动及血液循环情况，包括有无肿胀、皮肤温度、感觉、动脉搏动、活动障碍等情况；②询问药物过敏史，查看患肢是否清洁；③了解患者对骨牵引的认识和心理反应，有无恐惧、害怕；④评估牵引装置及相关用物是否完备，包括牵引床、骨牵引器包(内含骨圆针)、局部麻醉药、皮肤消毒液、无菌小瓶、无菌手套和注射器等。
- 2、骨牵引期间评估：①固定松紧度是否适度；②患处血液循环，包括肿胀、皮肤温度、感觉、动脉搏动等情况；③有无疼痛及活动功能障碍。

【护理措施】

- 1、骨牵引前清洁患肢皮肤，向患者及家属解释骨牵引的目的、方法和注意事项，消除患者心理顾虑，已取得配合。
- 2、帮助患者取合适的体位，配合医师进行骨牵引。
- 3、维持骨牵引的效能 ①每班检查患者体位及牵引装置是否合适，不得随意改变体位；②保持牵引锤悬空、滑轮灵活，牵引绳与患者长轴平行；③牵引绳不能受压，不得承受任何物品；④牵引重量依患者的体重及牵引部位而定，不可随意增减，否则造成牵引失败；⑤牵引时间一般为6~8周，不得擅自终止。
- 4、预防骨牵引针眼感染。针眼处应用无菌纱布或碘仿纱条缠绕，保持周围皮肤清洁，切忌用手触摸针孔，防钢针左右偏移。一旦发现针眼处敷料被血迹等污染，应及时更换。
- 5、严密观察牵引肢体血液循环和活动情况。观察包括肢端皮肤颜色、皮肤温度、桡动脉或足背动脉搏动、毛细血管充盈情况、指（趾）活动。询问患者有无患肢疼痛、麻木、感觉障碍等。一旦发现异常，应及时报告医师。
- 6、预防并发症 ①指导患者深呼吸、用力咳嗽、定时拍背，用拉手练习起坐等，改善呼吸功能，预防坠积性肺炎。②保持床单位平整、清洁和干燥，定时按摩骨突部位，避免拖、拉、久压局部，预防压疮。③鼓励多饮水，多食含丰富粗纤维食物，按摩腹部，防止便秘。④注意牵引肢体保暖，协助功能锻炼。早期主要进行肌肉的等长

收缩, 2 周后练习关节活动, 逐渐增加活动度和范围, 以活动后不感疼痛和疲劳为宜, 防止肌肉萎缩。必要时应用足底托板或穿钉子鞋或用沙袋垫起足底, 保持踝关节于功能位, 指导患者主动伸屈踝关节或行被动足背伸活动, 防足下垂和关节僵硬。⑤牵引期间, 宜进软食, 且禁食时应缓慢, 以防窒息。

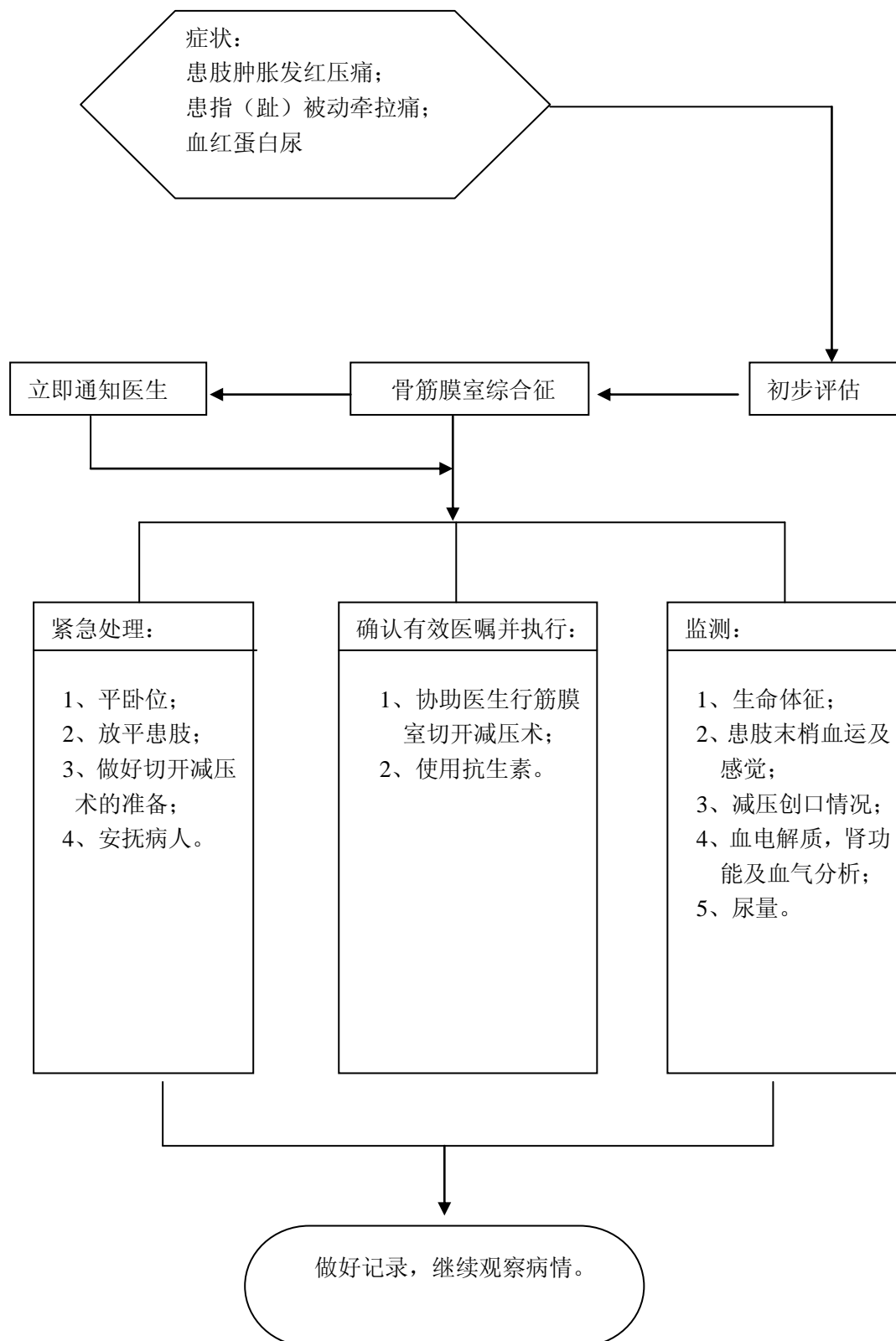
- 7、协助生活护理和给予心理支持。保持个人卫生, 如帮助患者洗头、擦浴。病情许可, 教会患者床上使用便盆大小便。指导患者保持良好心境。

【健康指导】

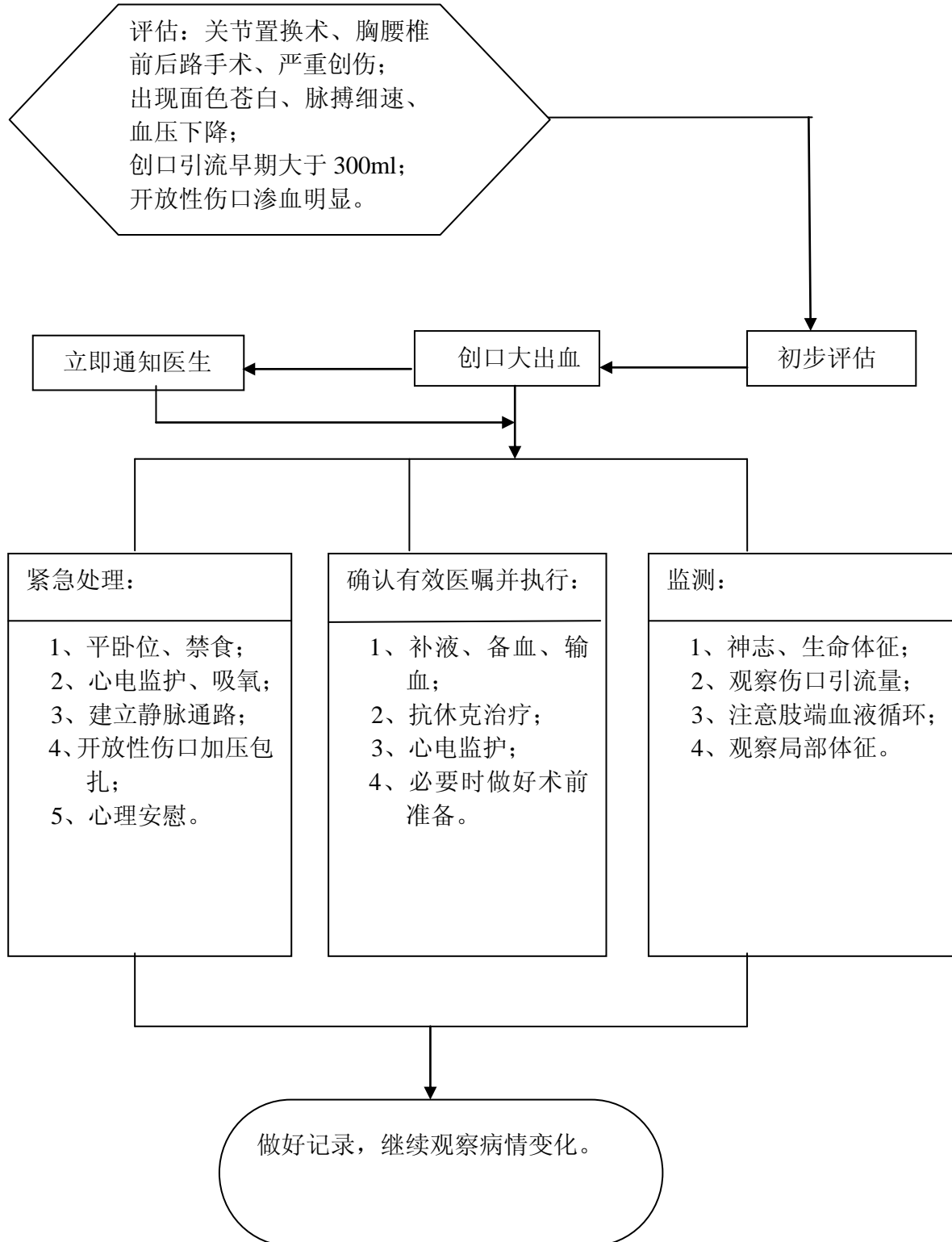
- 1、嘱咐患者牵引期间应维持牵引体位, 切勿自行增减牵引重量。
- 2、指导患者功能锻炼。
- 3、告知患者若出现牵引肢体局部疼痛、麻木等, 应及时向医务人员反应。

第三节 骨科护理急救流程

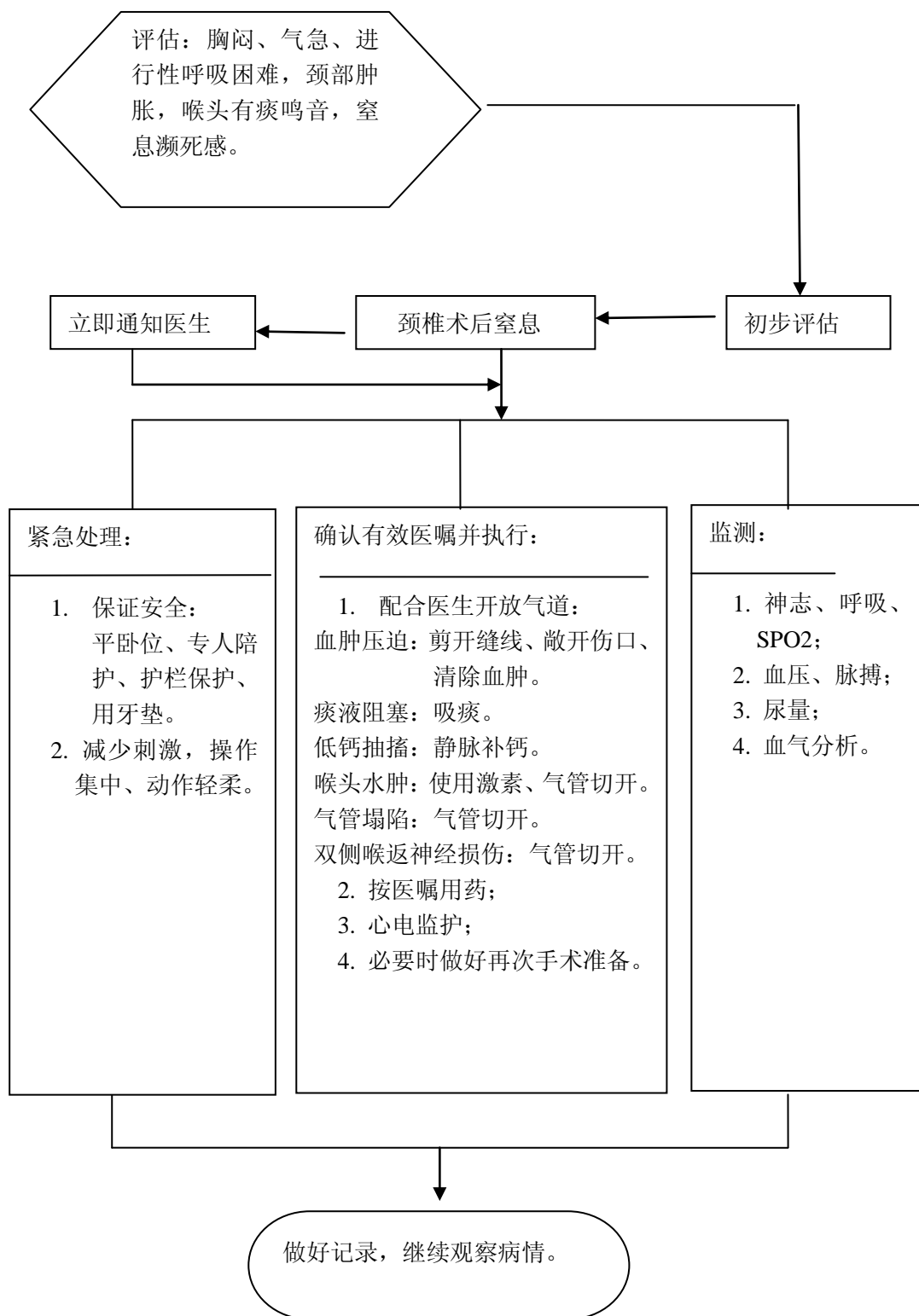
一、骨筋膜室综合征急救流程



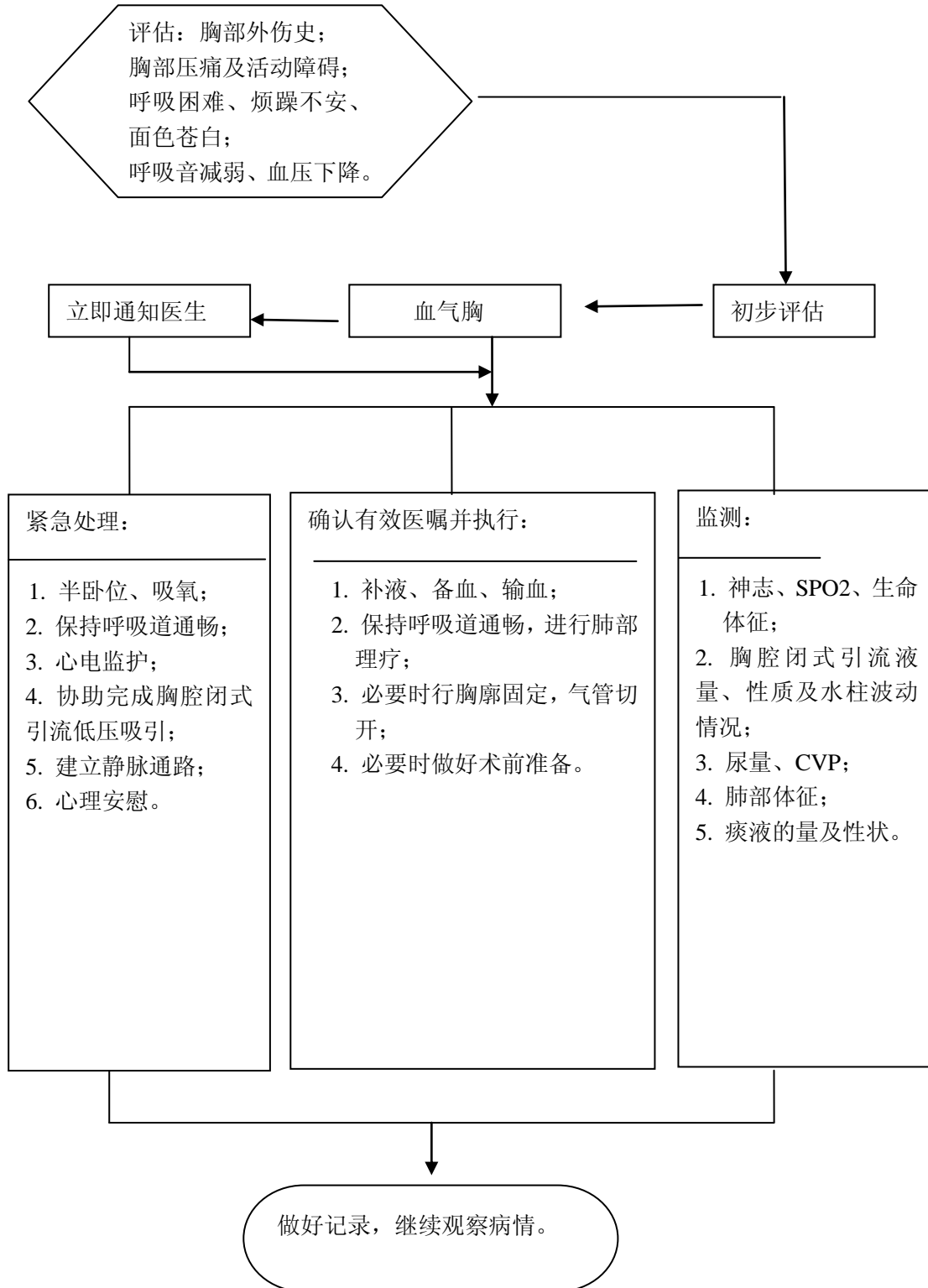
二、骨科大出血急救流程



三、颈椎术后窒息急救流程



四、胸椎骨折伴血气胸急救流程



第十章 烧伤科护理常规

第一节 烧伤科一般护理常规

一、烧伤科一般护理常规

- 1、病室要求 病室保持清洁、舒适，布局合理，便于抢救，减少交叉感染，室温 28~32℃，湿度 60%~70%。重症烧伤，暴露疗法除外，每天中午紫外线消毒 1 次，时间为 30min。
- 2、病情评估 烧伤面积、深度和严重程度的判断。
- 3、病情观察 严密观察体温、脉搏、呼吸，并注意热型变化，心率、心律变化和呼吸频率、深度、呼吸形态。发现异常，及时通知医师，配合抢救。
- 4、预防感染 入室应戴口罩、帽子，接触患者前应洗手。医务人员以穿短袖衫、套裤为宜。接触大面积烧伤患者时，须严格执行无菌操作以防感染。
- 5、静脉穿刺、输液护理 注意保护静脉，并按要求做好静脉切开、套管针穿刺、深静脉导管的护理。
- 6、康复护理 尽早指导与协助患者进行功能锻炼，减少因瘢痕增生引起功能障碍。
- 7、晨、晚间护理 严重烧伤患者做好晨、晚间的口腔护理；对头面部无烧伤的患者，协助其漱口、刷牙。健康皮肤清洁每天 1 次，衣服宽松、柔软。
- 8、压疮护理 重视压疮的预防，按时翻身，骨突处避免受压。保持床单位干燥、平整，注意潮湿度并及时更换。
- 9、营养护理 鼓励及协助患者进食，根据各阶段病情需要合理调节饮食。
- 10、心理护理 针对烧伤患者不同时期病情特点及心理状态、思想活动，积极做好心理护理，并协助患者做好出院后重返社会的思想准备。
- 11、护理记录 正确及时记录病情变化、生命体征、出入液量、神志、情绪、食欲、大便、小便及创面情况。

二、烧伤病区消毒隔离制度及常用物品消毒方法

【烧伤病房消毒隔离制度】

- 1、工作人员进入病房必须穿戴工作衣、帽，戴口罩，换鞋，着装整洁。
- 2、诊疗工作前后、接触不同病人均应洗手，无菌操作时，应戴口罩并严格遵守无菌操作规程。每月对医护人员的手进行一次细菌学调查。
- 3、严格探视制度 重病区（严密隔离区）禁止病人家属入室探视。轻病区（一般隔离区）限制入室探视的人员数，探视人员入室时需要套鞋套，戴口罩、帽子，以减少人员流动，降低空气中细菌量，减少污染。
- 4、重病区地面、台面消毒 每日用消毒液及清水早晚各拖地 1 次，轻病区每日用消毒液及清水各拖地 1 次；物品表面每日用消毒液擦拭一次。
- 5、各治疗室、换药室管理：地面、台面消毒 每日用消毒液及清水早中晚各拖地 1 次，治疗车一用一消毒（500mg /L 消毒灵擦拭）。
- 6、房间消毒 重病区留一备用房间作为消毒轮换间，房间的熏蒸消毒应每周 1 次。空气消毒用过氧乙酸，具体方法如下：将房间密闭，用过氧乙酸溶液加热蒸发进行熏蒸。对细菌繁殖体用药量为 $1\text{g} / \text{m}^3$ ，熏蒸 60 分钟；对细菌芽孢为 $3\text{g} / \text{m}^3$ ，熏蒸 90 分钟。熏蒸时，室温保持在 18°C 以上，相对湿度 70%~90%。
- 7、浸浴缸消毒 干热消毒法：病人浸浴前先用 5% 含氯制剂刷洗 3~5 分钟，然后使用化学消毒液浸泡消毒。

【常用物品消毒方法】

- 1、病区运送物品流程 清洁消毒物品从内走道进入病室，污染物品收入污物桶。
- 2、病人常用物品的消毒
 - (1) 大纱布、棉垫、翻身套洗净，高压消毒。
 - (2) 翻身床、海绵垫，每位病人使用完后，翻身床用 500mg /L 消毒灵刷洗，海绵垫用 500mg /L 消毒灵浸泡 30 分钟后清水冲洗，晾干后放入病房，随房间一起空气熏蒸消毒。
 - (3) 大小便器使用一次性便器。
- 3、体温计清洁消毒方法 用有盖盒 2 个（盛 500mg /L-1000 mg /L 消毒灵）。将体温计

- 浸泡于第一盒消毒灵溶液 30 分钟后，再取出放入第 2 盒浸泡 30 分钟后，凉水中洗净擦干待用。浸泡液每日更换 1 次。浸泡用容器每周浸泡消毒 1 次。体温计每月校正一次（38℃水中放置 15 分钟）。
- 4、各种管道（如氧气湿化瓶、雾化器、呼吸机的管道等器材）应专人专用，连续使用时，必须每日消毒。用毕终末消毒，干燥保存。湿化瓶应用灭菌水。
 - 5、使用后的非一次性物品。如换药弯盘应进行初步处理，清洗后浸泡于 500mg/L 消毒灵溶液中，由供应室回收后清洗高压灭菌。消毒液定期更换。
 - 6、无菌物品一人一用一灭菌。
 - 7、抽出的药液、开启的静脉输入用无菌液体需注明时间，启封抽吸的各种溶酶超过 24 小时不得使用，最好采用小包装。
 - 8、碘酒、酒精应密闭保存，每周更换 2 次，容器每周灭菌 2 次。常用无菌敷料应每天更换并灭菌。置于无菌储槽中的灭菌物品（棉球、纱布等）一经打开，使用时间最长不得超过 24 小时，提倡使用小包装。
 - 9、治疗车上物品应排放有序，上层为清洁区，下层为污染区；进入病室的治疗车、换药车应配有快速手清洁剂。
 - 10、血压计袖带每周在消毒柜内消毒一次，消毒前后用肥皂液清洗干净。
 - 11、各种注射前后用快速手清洁剂洗手。止血带一人一根，用后浸泡于 500mg/L 消毒灵溶液中，半小时后取出晾干。消毒液定期更换。
 - 12、坚持一床一巾一抹布。病床应湿式清扫，床头柜用含氯制剂擦拭。出院、转科或死亡后的床单位必须进行终末消毒处理。
 - 13、无菌容器、器械、敷料应定期消毒、灭菌。消毒液定期更换，每季度送细菌学培养一次。
 - 14、拖把专用。治疗室、配餐室、病室、卫生间等应分别设置专用拖布，标记明确，拖洗工具使用后应分开消毒、洗净，再悬挂晾干。
 - 15、厌氧菌、绿脓杆菌等特殊感染的病人应严密隔离，用过的器械、被服，住过的房间，应进行严格终末消毒处理；用过的敷料、棉球等不得进入换药室。应单独收集并焚烧。

三、烧伤病人营养护理常规

烧伤后，机体呈高代谢状态，营养储备大量消耗，加之营养摄入、吸收和利用均有不同程度的障碍，病人可在短时间内出现严重的营养不良、免疫功能下降、对感染的易感性增高、创面愈合迟缓，严重者危及生命。对于严重烧伤病人来说，烧伤营养的目的不再被认为只是饱腹的手段，单纯的补充或维持营养，更重要的是作为治疗措施，成为综合治疗方案的重要组成部分，以达到迅速封闭创面，保护各组织与器官的结构与功能，维护细胞代谢，改善免疫功能，参与调控机体的生理活动，促进病人康复的目的。

【营养评估】

烧伤病人的营养需要量，应根据病人的年龄、性别、身高、体重、烧伤面积、创面情况，伤前的营养状态，以及病人有无合并伤和全身感染而定。在计算营养素的需要量时，应先估算供应总量，再考虑蛋白质、糖类、脂肪的比例，以及电解质、微量元素、维生素的量。常用的营养物质包括蛋白质、糖类、脂肪、无机盐、维生素以及微量元素等。

（一）营养需要量

1、热量计算公式：成人每天 $\text{kJ}=104.6\text{kJ} (25\text{kcal}) \times \text{体重} (\text{kg}) + 167.4\text{kJ} (40\text{kcal}) \times \text{烧伤面积}\%$ 。大面积烧伤患者 ($>50\%$) 按 50% 计算。

(1) 糖类 每日摄入糖类应占摄入总热量的 50%~55%。

(2) 脂肪 每日摄入的脂肪应占每日摄入总热量的 25%~30%。

(3) 蛋白质 正常人 每日需要蛋白质 $0.8\sim 1.0\text{g} / \text{kg}$ 。烧伤病人每日需补充蛋白质 $2.5\sim 3\text{g} / \text{kg}$ ，蛋白质在总热量中应占 25% 左右。

(4) 无机盐 根据缺多少补多少的原则进行补充。

(5) 维生素 烧伤面积 40% 以上的病人，各种维生素的需要量比正常人多 6~10 倍。

(6) 微量元素 严重烧伤病人在不能进食时需补充一定量的微量元素，以补锌离子更为重要。

（二）营养物的种类

1、胃肠内营养制剂：

胃肠内营养制剂主要为要素饮食，其特性如下：①高热量、高蛋白和各种氨基酸溶

液，含有最佳的热量和氮的比例，一般为 627LJ: 1g。②消化后蛋白，不需肠道消化，在小肠上段可完全吸收，因此胃液、胰液、胆汁、肠液分泌可减少。③不含蛋白质和长链肽，抗原性小，很少发生过敏反应。

(1) 种类：百普素 能全素 能全力

(2) 护理注意事项 要素饮食使用方法应按说明书从低浓度开始，先增加容量，再增加浓度。这样既减轻静脉营养的负担，又避免开始即用高浓度可能并发的腹泻、胃潴留，甚至倾倒综合征。营养液应按无菌操作的原则配制，当日配制，即时冷藏，当日用完。

2、胃肠外营养制剂

(1) 种类 糖类 脂肪 氨基酸溶液 清蛋白 电解质 维生素 微量元素 烧伤病人全胃肠外营养液 又名 3 升袋

(2) 护理注意事项

①输注糖类 由于烧伤后糖异生作用增强，葡萄糖生成增加，而胰岛素相对不足，出现胰岛素抵抗，细胞不能充分利用葡萄糖，为促进葡萄糖的利用，在补充葡萄糖的同时应补充胰岛素，并且要限制输糖速度，控制在 $5\sim 6\text{mg}/(\text{kg min})$ ，过快则细胞不能充分利用。

②输注脂肪 A、休克和严重脂质代谢紊乱病人禁用。B、脂肪代谢功能减退的病人诸如肾衰竭、失代偿性糖尿病、胰腺炎、肝功能不全、甲状腺功能低下（伴有高甘油三酯血症）以及败血症者慎用。这些病人输注本品时，应密切观察血清甘油三酯浓度。C、应用时可产生急性反应如发热、冷、热感、寒战、恶心、呕吐、呼吸困难，颈、背、胸、腰痛及周身骨骼痛。如有上述症状出现，应立即停止输注脂肪乳剂。此外可出现脂肪摄入过多综合征，其表现为：高脂血症、凝血机制障碍，黄疸或无黄疸性肝、脾大，贫血，血小板、白细胞减少、出血及肝功能异常。因此在应用时应注意检查病人的血糖、中性脂肪、胆固醇、丙三醇、血象、凝血状况、肝功能及水电解质平衡等。为了避免高脂血症或其他情况发生，应测血清澄清度。D、不可将电解质直接加入脂肪乳剂，以防乳剂破坏而使凝聚脂肪进入血液。E、采血时，如药液还没有从血流中完全清除，则将干扰其他实验室检测项目

(如胆红素、乳酸脱氢酶、氧饱和度、血红蛋白等)。绝大多数病人本品输注后 5~6 小时,即可被完全清除。F、开瓶后 1 次未使用完的药液应予丢弃,不得再次使用。G、储存于 25℃ 以下,一旦冷冻则不能应用。

- (3) 输注氨基酸溶液 ①开瓶后 1 次未使用完的药液不得再次使用。②严重酸中毒、充血性心力衰竭及肝、肾衰竭者慎用。③由于氨基酸的代谢可使血氨升高,如肝功能不正常将引起氨中毒,故肝性脑病和无条件透析的尿毒症病人禁用。④少数病人可出现恶心、呕吐、胸闷、心悸、发冷、发热、头痛及过敏反应等。此时注意严密观察,反应轻者减慢输注速度;反应重者立即停药。⑤大剂量应用时应测定血清电解质。
- (4) 输注清蛋白 ①药液开启后,应 1 次输注完毕,不得分次或给第 2 人输用。②输注过程中如发现病人有不适反应,应立即停止输入。③有明显脱水的病人应同时补液。④不宜与血管收缩药蛋白水解酶或含乙醇溶剂的注射液混合使用。⑤2℃~8℃ 避光保存,运输及储存过程中严禁冻结。⑥对清蛋白有严重过敏者禁用;由于清蛋白有较强的扩容作用,原发性高血压、急性心脏病、正常血容量及高血容量的心力衰竭者禁用;严重贫血病人、肾衰竭者禁用,以免加重肾脏负担。⑦不宜过量使用,以免引起循环血量过大和组织脱水。
- (5) 输注烧伤病人全胃肠外营养液 ①营养液现配现用,4℃ 环境保存时间为 24 小时,在营养液配制、输注、插管、导管外口护理等各个环节均严格按无菌操作进行,配液室的无菌物品每周消毒 2 次。②静脉营养输液的导管应用高质量硅胶导管及高分子材料,以提高抗凝性及组织聚合性。③尽可能不在创面插管,在特大面积烧伤只能由创面插管时,置管以 2~3 日为限。经创面插管时,其插管部位应立即用自体薄皮片移植覆盖,以防止感染。所有插管后置管时间不超过 5 日。④在配制人工胃肠营养液时需保证各种药物相溶性。

【营养途径及注意事项】

胃肠内和胃肠外两种途径供给。

(一) 胃肠内营养

胃肠内营养的优越性: ①获得营养全面,符合生理需要。②方法简便,无需特殊的

监测。③有助于消化。④保护胃肠道黏膜，促进黏膜代谢与生长，维持肠道组织结构与屏障功能，预防菌群失调，防止菌群移位，减少肠源性感染的机会。⑤减少应激性溃疡的发生率。

1、方法

(1) 口服 经口进食是最好途径，不仅经济、方便、营养完全，而且还是一种享受。

通过咀嚼吞咽既增强肌肉活动，又促进涎腺分泌，起到清洁口腔作用，防止腮腺炎等并发症。

(2) 鼻饲 凡有严重头面部烧伤、吸入性损伤以及烧伤面积 50%以上者，或因张口和吞咽困难、因气管插管伴吞咽时食物反流，均应采取鼻饲饮食。

2、护理注意事项

(1) 口服注意事项

①尽早开始进食，如果没有恶心、呕吐，烧伤当日即可进流食 500~1000mL。早期肠道喂养对保护胃肠黏膜，增强肠黏膜的屏障功能，改善吸收功能、预防消化道出血，减轻高代谢反应，防止肠道内细菌移位等很有好处。

②先清淡试餐，若无不良反应再逐渐增加进食量。

③高蛋白饮食，忌过于油腻，以优质易消化食物为主。

④荤素兼顾，干稀搭配，花样多变。

⑤少量多餐，不要过饱，以免影响下一餐进食。

(2) 鼻饲注意事项

①选择细、软、型号相符的胃管，最好选用硅胶管；要证实胃管在胃内方可鼻饲；鼻饲营养液的温度以 40℃为宜，在鼻饲过程中维持恒温。

②输入的方式 ①间歇分次投给：每次 200 mL，6~8 次 / d。②间歇重力滴注（如采用吊瓶经胃管滴入）：每次 250~500 mL，4~6 次 / d，滴注速度为 30mL / min。③连续输注（如输液泵输入）：100~120mL/h，12~24 小时连续输入。但注意后两种输入方式速度不宜过快，由 40~60mL / h 开始，渐增至 80mL / h，3~5 日后达 100~125mL / h，以减少恶性腹胀或腹泻等不良反应，促进胃肠功能的适应。

③防治并发症

A、腹泻 是最常见的并发症，通常发生于鼻饲开始及使用高渗性饮食时，当高渗的营养液进入胃肠道时，胃肠道组织中大量水分被吸入肠道稀释溶液的浓度。大量水进入胃肠道时，刺激肠蠕动加速，而产生腹泻。

预防：a、可用接近等渗浓度的溶液可减少腹泻。b、对于较高渗浓度的溶液，可采用逐步适应的方法，配合加入抗痉挛和收敛药物可控制腹泻。c、鼻饲溶液配制过程中应防止污染，每日配制当日量，放置于 4℃冰箱内存放；容器应每日煮沸灭菌后使用，避免人为引起肠道感染致腹泻。

B、胃扩张 大面积烧伤病人常有不同程度缺氧，胃肠道黏膜也出现缺氧、水肿，影响胃肠道正常消化，胃肠蠕动减慢，输入的营养液潴留于胃肠内引起胃扩张。

预防：a、喂养开始第 1 周使用胃肠动力药，如甲氧氯普胺（灭吐灵）、多潘立酮（吗丁啉）等。b、喂养期间密切观察胃潴留量，每 3~4 小时检查 1 次胃潴留量，若残留量 > 100mL，提示有胃潴留，需行胃负压引流，或暂停输注 2~4 小时以使胃排空。

C、高血糖症 烧伤病人的高血糖症与大量鼻饲高渗糖及烧伤的应激反应有关。一方面，过于强调烧伤后营养和能量补充，使其配方中呈高糖成分；另一方面，机体由于应激反应，肾上腺素水平增高，代谢加快，血糖增高。

预防：a、在输注早期测尿糖 1~2 次 / d，测血糖每周 2~3 次。如果出现高血糖，可按医嘱补给胰岛素或改用低糖饮食或口服降糖药。b、降低输液速度与溶液浓度。

D、误吸 是较严重的并发症之一，由于病人胃肠功能低下，胃肠蠕动缓慢，造成胃潴留，或突然增加输注速度而引起腹胀，加上要素饮食中的氨基酸 PH 值较低，对支气管黏膜刺激性较强，容易发生呕吐、误吸。

预防：a、护理中应抬高床头 30°，病情允许时可采用半卧位，注意鼻饲管的位置及输注速度，输注完毕后维持半卧体位 30 分钟。b、密切监测胃潴留量，当 > 150mL 时，应暂停输入 2 小时。c、痰时动作应轻柔，尽量减少刺激。d、如发生误吸，病人出现呼吸困难等，应立即停止鼻饲，取右侧卧位，头部放低，吸除呼吸道内吸入物，并抽吸胃内容物，防止进一步反流，造成严重后果。

（二）全胃肠外营养

1、输注途径 常用的输注途径可经中心静脉输注或经周围静脉输注。输注的方法有持续输注法与循环输注法两种。

- (1) 持续输注法 将 1 日的营养液在 24 小时内均匀输入，由于各种营养物质同时等量输入，对机体营养物质的供应处于持续均匀状态，胰岛素的分泌较为稳定。有较多额外丢失的病人，经中心静脉持续输注，可以保证机体对热量及代谢机体物质的需要，同时还能减少病人遭受反复穿刺的痛苦。
- (2) 循环输注法 将 1 日的营养液在 12~18 小时内输注，其余时间可恢复活动，使病人充分休息好。在循环输注前，要计算热量、蛋白质和液体需要量及输注的时间，输注的速度应逐渐增加或减少，以防高血糖发生。如高血糖持续存在，则应延长输注时间，小剂量胰岛素可加入营养液中以控制快速输注所致的高血糖，如以上处理无效，则仍应使用持续输注法。

2、护理注意事项

- (1) 中心静脉输注时应严格无菌操作规程，输注时要严密观察病人生命体征与局部情况，了解病人有无胸闷、呼吸困难等，及时发现，及时做出处理。
- (2) 注意有无空气栓塞、静脉炎、败血症等并发症的发生，输注时加强巡视。更换管道时，一定要捏紧静脉导管，防止空气进入血管；发现静脉导管周围红、肿、热、痛，有分泌物时，要及时拔除静脉导，并取其远端做微生物培养。
- (3) 更换输液管道 1 次 / d，静脉导管与输液管连接处用碘酊、乙醇溶液涂擦。静脉导管入口处周围，每日用碘酊、乙醇溶液消毒，并更换消毒敷料 1 次，发现敷料潮湿及时更换。
- (4) 根据计划应用持续输注或循环输注，按时按量均匀完成每日输液量，不能过快。
- (5) 定期进行残液培养，定期查血糖、肝和肾功能、体重等，有利于掌握输注效果。

【健康教育】

- 1、向患者及家属说明烧伤后人体代谢活动经历的抑制期和高涨期，使患者及家属有充分的心理准备，积极应对。
- 2、向患者及家属说明营养支持对创面恢复的重要性，使其积极配合治疗。
- 3、鼓励患者及早、合理进食，促进创面愈合。

四、烧伤病人创面护理常规

【创面护理】

1、早期创面

- (1) 烧伤患者入院清创前，如果外周循环充盈不良，应实施液体复苏；如呼吸浅快或有通气障碍，必须改善通气和维持呼吸。
- (2) 剃除烧伤部位及附近毛发（头发、胡须、腋毛、阴毛等），手或脚有烧伤者应剪短指（趾）甲。
- (3) 用肥皂水及清水将创面周围皮肤洗净；对于陷入创面的砂屑、煤渣等，轻轻移除；面部皮内异物，应在清创时尽量除去，以免将来遗留难以清除的痕迹。
- (4) I 度创面应保持清洁；浅 II 度创面应尽量保留未游离的泡皮；III 度和深 II 度创面的水泡和腐皮应及时、全部清除，以防感染。
- (5) 清创顺序为头部→四肢→前胸腹→背部→会阴。
- (6) 清创时注意保暖，室温宜保持在 28~30℃；严密监护生命体征，计出入量，如有变化应先处理危及生命的征象。

2、包扎疗法

- (1) 抬高患肢以减轻水肿：注意观察肢端血液循环情况，如因包扎过紧出现肢端发凉、青紫、麻木或疼痛等症状时，应及时通知医师。
- (2) 保持敷料完整、清洁、干燥，防止污染：①经常变换受压部位，防止创面受压、潮湿；②注意观察敷料有无渗出、松散，如敷料被浸湿，应及时更换；③大腿内侧敷料注意保持清洁，防止尿、粪便污染。
- (3) 患者出现体温突然升高、创面疼痛加剧、创面渗出液增加并有恶臭时，应及时通知医师，检查创面是否感染。

3、暴露疗法

- (1) 注意室温和相对湿度：室温冬天为 32~34℃，夏天为 28~30℃，相对湿度为 18%~28%。
- (2) 暴露必须充分、彻底：如颈部烧伤应垫高肩部，头向后仰；腋窝烧伤上肢应外展 90°；会阴部烧伤，双下肢应尽量外展。床面上部不应覆盖任何敷料或被单，以

免潮湿感染。

(3) 头面部、臀部、会阴部烧伤应做好颜面及会阴部护理。

(4) 为防止受压部位创面潮湿，应用翻身床定时翻身，每 4~6h 翻身 1 次。

(5) 为保持受压创面干燥，如确无条件翻身的患者，局部用热吹风，但应保持一定距离，以防发生意外。

(6) 躯干部及四肢环形深度烧伤，如发现呼吸运动受限、呼吸困难、肢端血供差等压迫症状，应立即进行焦痂切开减压术。切口创面用碘伏纱布或磺胺嘧啶银霜填塞保护

4、半暴露疗法 纱布和创面必须紧贴无空隙，以免脓液积聚于间隙中。如有积脓，用尖头剪刀在纱布上剪数个小孔探查。有脓液时，应更换纱布或改用其他方法。

5、湿敷疗法

(1) 换药次数：根据感染程度，决定换药次数，感染严重、脓液多时，每天应更换 2~4 次；感染控制、脓液减少时，可减少换药次数。

(2) 身体护理：肢体或头面部湿敷时，应用绷带包扎固定，以免湿敷纱布移动滑脱。应使湿敷纱布紧贴创面，以利引流。

6、浸泡疗法

(1) 浸泡治疗前要做好患者及家属的解释工作，尽量争取他们配合。

(2) 若为包扎创面，浸泡前应先移除外层敷料，仅留最里面一层；待浸泡一定时间后，敷料松动，即可进行换药；同时，应剪除已软化松动的痂皮。

(3) 使用约为 1% 的盐水或根据医嘱及患者烧伤部位使用相应溶液，调节水温到合适温度（一般溶液的温度高于体温 1° 为宜）。浸泡的水温以 5~20℃ 为宜，持续时间 30~60min，以去除水源后不痛为佳。

(4) 全身浸泡要注意观察全身情况，如有脉搏、呼吸增快，颜面苍白，出现虚脱等现象，应立即终止浸泡。严重烧伤患者浸泡后，通常有体温升高、脉搏加快、自觉疲乏等，数小时后可恢复。

(5) 浸泡次数及每次浸泡间隔时间可根据病情和浸泡后反应决定。植皮手术后，植皮区在术后 48~72h 即可浸泡，供皮区愈合前不要浸泡。

(6) 出水时，注意保温，以防受凉；注意浸泡器具消毒，以防交叉感染。

7、手术后创面

- (1) 防止皮片或生物敷料下积液或积血：手术后一般 2~3d 行第 1 次换药。如有积血或积液，处理时应低位开窗，用浸湿生理盐水的消毒纱布，由四周向开窗处轻轻按压，驱除积液和积血。在处理积血或积液后，创面须加压包扎，以防再次出现凝块或积血、积液。
- (2) 防止移植物或生物敷料移位：换药时创面需先彻底浸湿，最好等待敷料和创面较好分离后再去除内敷料。
- (3) 防护生物敷料或移植皮片下感染：全身营养支持、积极创面处理和合理应用抗生素。

【健康教育】

- 1、向患者讲明清洁和保护创面的重要性及防治尿、粪便污染的方法。
- 2、鼓励患者适量活动，促进创面愈合。
- 3、向患者讲明按时翻身对防止创面受压、潮湿的重要性。
- 4、创面愈合后，尽早进行功能锻炼；禁用对皮肤刺激性强的护肤品及肥皂；应用弹力绷带或压力衣，减轻瘢痕增生。

五、烧伤各期护理常规

（一）休克期护理

【临床表现】

- 1、烧伤创面大量液体渗出，烧伤局部反应性水肿。
- 2、心率增快，血压、脉压改变。
- 3、尿量减少、口渴、烦躁不安、末梢循环差。

【专科护理】

- 1、见烧伤一般护理。
- 2、病室保持安静，治疗、护理集中进行，减少对患者刺激。因休克期患者水分从创面蒸发，大量热量丧失，大多数畏寒，必须做好保暖，室温保持在 32~34℃。
- 3、严密观察体温、脉搏、呼吸、神志、尿量、尿色变化，观察末梢循环、烦躁症状有无改善。
- 4、有头、面、颈烧伤，吸入性损伤未行气管切开者需密切观察呼吸，准备好气管切开的一切用物。
- 5、迅速建立静脉通道，如因静脉不充盈穿刺失败，应立即行深静脉穿刺插管或作静脉切开，快速输入液体，补充血容量，确保输液通畅。根据 24h 总量及病情需要，安排补液，做到晶体、胶体交替输入，水分平均输入。
- 6、留置导尿，准确记录每小时出入水量。观察尿的色、质、量，如有血红蛋白尿和沉淀出现，应通知医师，及时处理，防止急性肾小管坏死。在导尿管通畅的情况下，成人尿量应高于 30ml / h，儿童 15 ml / h，婴幼儿以 1 ml / kg 来计算尿量，可根据尿量调节输液速度和种类。发现少尿或无尿时，应先检查导尿管位置，有否堵塞、脱出。检查时需注意无菌操作。
- 7、患者出现烦躁，表明血容量不足。此类烦躁并不因喝水而减轻，因此不应满足患者不断喝水的要求，否则可造成体液低渗，引起脑水肿或胃肠道功能紊乱，如呕吐、急性胃扩张等。
- 8、注意保护创面，四肢适当约束，保持创面干燥，避免污染。
- 9、对烦躁患者，应检查原因。如为呼吸道梗阻、缺氧引起，检查有无呼吸道吸入性损

伤或异物阻塞；如为供血容量不足、脑组织缺氧引起，应加快补液速度；如为疼痛引起，在血容量充足的情况下应用冬眠药物。密切观察呼吸、心率，禁忌翻身和搬动，并由医师在旁监护。

- 10、对心力衰竭、呼吸道烧伤、老年人或小儿，在补液时须特别注意速度，勿过快。必要时用输液泵控制滴速，防止短时期内大量水分输入。口、鼻腔或气管套管内有大量泡沫样痰和呼吸困难，要警惕肺水肿。
- 11、高热、昏迷、抽搐多见于小儿，尤其有头面部深度烧伤者，要加强观察，及时处理。
- 12、需要手术治疗患者，见围手术期护理。

【健康教育】

- 1、向患者及家属解释烧伤后 48h 内为休克期，体液渗出较多，水肿严重。医务人员在休克期主要监测生命体征，缓解患者及家属的紧张、焦虑情绪，取得配合。
- 2、向患者及家属说明虽然休克期口渴，但必须禁饮水，以取得他们的理解，从而更好地配合治疗与护理。必要时可根据烧伤面积（成人 $<15\%$ ，小儿 $<10\%$ ，非头面部 II 度烧伤可少量、多次口服饮料（以乳酸类饮料和电解质液体为主），也可口服补液。若过多、过急，可诱发呕吐、腹泻及出血等不良反应。

（二）感染期护理

【临床表现】

- 1、创面出现明显的脓毒血症表现。
- 2、精神萎靡、体温升高、食欲减退。
- 3、可出现腹泻、出血，甚至感染性休克等。

【专科护理】

- 1、见烧伤一般护理。
- 2、严重烧伤患者休克期过后，即 48h 后进入感染期。
- 3、严密观察体温、心率、呼吸、尿量色泽、意识、食欲、腹胀、腹泻、出血倾向、水肿消退等情况。
- 4、做好心理护理、营养护理、基础护理，创造良好的治疗环境，增加机体抵抗力及免疫能力，促进尽早康复。

- 5、认真执行医嘱，确保抗感染治疗措施落实，并观察疗效结果。
- 6、保持创面清洁、干燥，包扎敷料平整、完好。
- 7、严格执行无菌操作，截断细菌的入侵途径。
- 8、观察精神症状，对有严重意识障碍患者应予以约束，以防坠床及其他意外事故发生。

【健康教育】

- 1、向家属及患者介绍病房探视要求和隔离的重要性，取得合作。
- 2、加强营养：由于感染期病程长，体温常较正常体温高（38℃左右），身体消耗大，要鼓励患者多进高蛋白质、高糖类、高维生素、高热量饮食，以提高机体抵抗力，促进创面修复。

（三）康复期护理

【护理目的】

- 1、恢复病人功能，减少瘢痕增生。
- 2、软化瘢痕、减少色素沉着。
- 3、让病人身心健康出院。

【康复评定】

- 1、关节活动范围（ROM）评定
- 2、肌力评定
- 3、日常生活能力（ADL）评定
- 4、心理评定
- 5、肥厚性瘢痕的评定 根据临床评定和相应的评定。

【康复治疗】

“预防为主”：①保护烧伤创面，避免和减轻感染，杜绝医源性因素使创面加深，尽量使创面不出现肉芽组织；②卧床期间各关节保持在功能位和抗挛缩位，必要时用可塑性夹板固定和牵引；③早期主动和被动锻炼；④创面愈合即开始弹力压迫等。

“好处”：早期实施非手术预防措施，可以使后期①整形手术次数减少；②手术范围缩小；③降低手术难度；④术后效果更好；⑤甚至可以免除后期整形手术。

1、物理治疗

- (1) 水疗：用 1: 5000 高锰酸钾，水温为 37~39 ℃为宜，利用水温软化瘢痕，还可利用水的浮力做主动和被动运动，15~20min / 次，1 次 / d 或隔日。
- (2) 超短波治疗：只能用于小面积烧伤。采用并置法或对置法，微热量有消炎消肿的作用，1~2 次 / d，15 min / 次。
- (3) 蜡疗：适于面部、躯干、四肢，能加速组织修复生长，软化瘢痕及润滑皮肤，20~30 min / 次，20~30 次为一疗程。
- (4) 超声波疗法：中小剂量有改善皮肤营养，加速真皮生长，也有镇痛的作用。
- (5) 紫外线疗法：松解粘连，减轻瘢痕挛缩。10~15 min / 次，1 次 / d，15~20 次为一疗程。

2、加压疗法 由弹性织物对烧伤愈合部位持续压迫达到预防和减轻瘢痕增生的方法。

- (1) 加压疗法的意义：适用于大范围瘢痕增生的防治。通常浅Ⅱ度 2 周内愈合，一般不会产生增生性瘢痕；而经 2~3 周愈合的偏浅的深Ⅱ度创面就有可能产生瘢痕，最好早期尽早行加压疗法，而 2 周以上愈合的创面往往会不同的瘢痕增生，必须进行加压疗法。
- (2) 加压疗法的实施：弹力材料有弹力绷带、弹力服、弹力套，肢体包扎自远心端向近心端包扎，重叠 2~3 层可增加压力，开始不宜过久，压力不宜过大，待患者适应后再逐渐增加压力。
- (3) 加压应坚持“一早二紧三持久”原则。早：即在瘢痕未隆起前开始加压；紧：在不影响远端血运的前提下愈紧愈好，一般认为压力为 1.33~2.0kpa（10~15mmHg）为宜；持久：即 24 小时持续加压，除洗澡外不要解开，压迫半年至一年。

3、瘢痕内激素注射法。

4、可塑性夹板的应用

目的：①抗挛缩畸形，白天功能锻炼，夜间固定；②植皮后固定，连续 24 小时，免皮片移动；③制成牵引加，白天持续牵引（表 25-2）。

5、功能锻炼 病人主动运动，卧床时练习闭眼、张口、双臂上举、上展；屈伸时，腕前臂旋前旋后、握举伸指；双下肢练习静力肌肉收缩、外展、直腿抬高、屈伸髋、

膝、踝，尤其注意练习足背屈；防止眼睑外翻和口形变小，面部待消肿后，即开始训练病人睁眼、闭眼及转动眼球、微笑抬眉等运动预防眼睑外翻。用张大口或龇牙等动作预防口形缩小，必要时用口腔撑开器。

6、减少瘢痕及减少色素沉着

- (1) 烧伤瘢痕的预防应尽早进行，深Ⅱ度烧伤病人在创面愈合后，即开始软化瘢痕的治疗，可选用瘢痕治疗药贴创面，或用药物离子喷雾剂加按摩。按摩时手法要轻，若出现皮肤破溃或有痤疮等时应中断治疗，给予换药，待创面愈合后再行上述治疗。
- (2) 烧伤后皮肤色素沉着（尤其是面部）的护理近年来越来越受到人们的重视，可采用离子喷雾加药物祛斑面膜护理，从而达到去除色素的目的。
- (3) 烧伤后皮肤黑色素多，维生素 C 能有效地抑制黑色素的形成，治疗中配合使用维生素 C 对防止黑色素沉着有一定的辅助作用。
- (4) 色素沉着以创面愈合后 2 周最为明显，因此首次治疗时间以创面愈合后 1 周内最佳。治疗时间一般以 10 天为 1 个疗程，浅Ⅱ度烧伤色素沉着浅，皮肤多呈褐色，治疗 2 个疗程即可恢复正常；深Ⅱ度烧伤，恢复较慢，一般 3~4 个疗程。

7、心理护理

- (1) 加强健康教育：护士应教会病人正确的功能锻炼方法，增强患者生活自理能力，指导患者学习自我护理所必须的医学知识。
- (2) 增进沟通，帮助解决生活、工作问题，了解患者思想状况，找患者家属及单位交谈，要求他们安慰患者，出院后让患者做些力所能及的事，不要歧视他们。
- (3) 其他：了解家庭情况，做好心理疏导。定期随访病人，从多角度关心他们。

【注意事项】

- 1、功能锻炼的时间及方法。
- 2、心理护理。

六、烧伤科围手术期护理常规

【术前护理】

- 1、见烧伤一般护理。
- 2、术前一天向患者或家属讲解有关疾病和治疗的知识、手术的必要性、手术和麻醉方式，以及禁食、禁水等要求，减轻患者焦虑、恐惧心理，取得配合。
- 3、术前患者应保证充分睡眠，必要时遵医嘱给予镇静剂或止痛剂。
- 4、常规部位备皮法与一般外科相同。特殊部位烧伤皮肤的准备范围：面部，修脸，不剃眉毛，剪短头发；鼻部，剪去鼻毛；耳部，环耳 5cm；颈部，剃除后发迹头发及颈部皮肤准备；下颏，除面部外，还要剃胸、颈部（锁骨上）的汗毛；头部，剃除头发；会阴部、肛门，剃除耻骨联合、会阴、肛门阴毛；交叉皮瓣，准备手术两侧的皮肤；皮管转移，皮管及周围 10cm；臂丛麻醉时剃除腋毛。
- 5、特殊部位的皮肤准备
 - (1) 头皮供皮区的准备：剃除毛发时，应防止破损、出血；如反复取皮的头皮或头皮烧伤刚愈合，可用剪刀将头发尽量剪短，洗净即可。
 - (2) 足底供皮区的准备：先将足底洗净，然后用温水浸泡，或做热湿敷；待局部皮肤松软后，用刀片刮除老化的角质层。如此反复多次，刮净为止
 - (3) 睑外翻术前护理：每天 3~4 次用 0.25% 氯霉素眼药水滴眼，睡前涂 0.5% 金霉素眼膏保护眼球。
 - (4) 面颌部、口唇外翻术前护理：注意口腔卫生，经常刷牙漱口。小口畸形者，可用生理盐水棉球、棉签擦洗清洁口腔；耳或鼻部手术的患者，应经常用棉签擦洗外耳道或鼻腔，保持局部清洁。
 - (5) 四肢、手足整形术前护理：应经常浸泡刷洗，剪除指（趾）甲。术日晨应以 1：1000 苯扎溴铵溶液或 1：2000 氯己定溶液局部浸泡消毒 20min。
 - (6) 会阴部、肛周术前护理：每晚清洗；术前手术野用肥皂水洗净，术前 3 天给予少渣饮食，术前一天给予流质；术前 3d 用肠道抑菌剂，术前晚做肥皂水清洁灌肠，术晨清水灌肠、排尿。
 - (7) 瘢痕凹凸不平处、皱褶处或有瘻管形成时，术前用乙醚擦洗，然后用肥皂水洗净。
- 6、术晨认真执行术前医嘱，如静注抗生素等，监测生命体征；如有发热、女性患者月

经来潮、药物反应等，立即通知医师，必要时推迟手术。

- 7、按手术需要，将病历、X线片、CT片、术中带药等带入手术室；如手术需翻身者，可将翻身床所需用物一并带入手术室。
- 8、患者离床后按麻醉和手术需要准备氧气、监护仪、吸引装置等用物。

【术后护理】

- 1、根据患者麻醉方式、手术部位等安置适当卧位。
- 2、了解术中情况，如手术方式、出血、插管等；了解疼痛原因，如包扎过紧、局部有血运障碍等，确系手术后疼痛时，遵医嘱给予止痛剂。
- 3、观察伤口有无渗血，如有渗血，将外层敷料做标记；如渗血范围加大，应及时通知医师进行处理，防止失血过多休克，并监测脉搏、血压，遵医嘱及时输血。
- 4、四肢手术后多包扎，应妥善固定，制动、抬高患肢，观察肢体血运；躯干手术，应注意包扎是否过紧，影响呼吸；口周、面颈部手术，垫高肩部，做好口腔护理，并严密观察呼吸情况。
- 5、保持包扎敷料清洁、干燥，术区敷料包扎至大腿根部时，可用凡士林纱布保护内侧，防止大、小便污染。
- 6、禁止在术区输血、输液、测血压，以免产生皮下血肿。
- 7、如为皮瓣手术，应观察皮瓣温度及颜色，并制动。
- 8、术后创面的护理和供皮区创面的护理见创面护理。
- 9、术后遵医嘱应用抗生素，给予患者适当饮食。

【健康教育】

- 1、术前向患者及家属解释手术和麻醉方式，手术必要性，术前禁食、水等常规准备，并保证良好睡眠，减轻患者心理压力。
- 2、术前向患者说明备皮是减轻伤口感染的有效途径，取得合作。
- 3、术前排尿，更换干净衣裤。有义齿应摘除，手表及贵重物品交家属保管。
- 4、术后全身麻醉、腰麻或硬外膜麻醉应去枕平卧 6h，禁食、禁水 6h 或遵医嘱。
- 5、术后患肢抬高，制动，减轻水肿；必要时遵医嘱给予镇痛药，减轻痛苦。
- 6、供皮区一般术后 2 周更换敷料。
- 7、根据不同时期患者的心理特点，做好相应的心理护理。

七、电烧伤护理常规

【临床表现】

电流强度和电压达到一定程度，造成人体触电。特别是电流通过头部时立即发生神志丧失，甚至呼吸、心跳停止，而处于“假死”状态。如及时抢救，多可恢复。继之可表现意识不清，抽搐躁动，瞳孔缩小，呼吸急促而不规律，血压升高，脉搏缓慢有力或稍快。电休克的症状可持续数分钟、数小时而自然恢复。如伴有大面积烧伤，可出现血容量不足的表现，甚至转入典型的烧伤休克。皮肤烧伤有入口与出口。

【专科护理】

- 1、见烧伤一般护理。
- 2、休克期护理观察见休克期护理。对严重电击伤患者，休克期尿量要求每小时 $>50\text{ml}$ ，并严密观察肌红蛋白、血红蛋白尿。发现尿量、尿色异常应及时通知医师处理，避免引起急性肾衰竭。
- 3、严密观察电击伤后继性出血。
- 4、床边备放止血带、手术止血包及消毒手套。
- 5、加强巡回，特别是在患者用力、哭叫、屏气时容易出血。夜间患者入睡后更应严密观察。
- 6、电击伤肢体必须制动，搬动患者时要平行移动，防止因外力引起出血。
- 7、出现大出血，应根据出血部位及时给予正确紧急止血后，尽快通知医师。
- 8、严密观察受伤肢体的远端的血液循环，并抬高患肢。如肢端冷、发绀、充盈差及肿胀严重，应通知医师早期行焦痂和筋膜切开术，恢复肢体的血液供应。切开后的创面可用碘仿或磺胺嘧啶银冷霜纱条覆盖。
- 9、严密观察神经系统并发症
 - (1) 对电击伤伴有短暂昏迷史患者，临床应严密观察生命体征，以及有无脑水肿、脑出血及脑膨出的征象。
 - (2) 观察有无周围神经（正中神经、桡神经、尺神经）损伤，以便通知医师及早诊断处理。
- 10、厌氧菌感染，受伤后应常规注射破伤风抗毒素和类毒素及长期大剂量青霉素应用（坏

死组织彻底清除干净后停用)。

- 11、清除坏死组织和截除坏死肢体，如需手术治疗，见围手术期护理。
- 12、电击伤有不同程度的伤残，要做好心理护理，鼓励患者增强战胜疾病的信心。
- 13、需要手术治疗患者，见围手术期护理。

【健康教育】

- 1、做好心理护理：让患者充分了解换药的性质、方法、可能发生的问题，以及换药中、换药后注意事项；换药后可通过护患沟通、暗示疗法、分散注意力等，减轻疼痛。
- 2、电击伤是人体接触电流引起的组织损伤，常导致严重的深部组织损伤，往往有生命危险及严重的功能障碍或器官损伤。
- 3、预防大出血：因创面较深，有些大血管受损易导致大出血。告知患者勿动床边所备止血用物。
- 4、电击伤后血管受损，输液时易造成液体外漏。

八、热挤压伤护理常规

【临床表现】

热挤压伤常见于热滚筒、热模具、热传递带和热金属等的挤压伤，因其兼有挤压伤、撕脱伤和热损伤的特点，故伤情重而复杂，往往合并肌肉、肌腱、神经、血管、骨关节损伤。热挤压伤的临床表现以主要损伤的种类不同而略有差别。热挤压伤患者应尽早住院治疗。

【专科护理】

- 1、见烧伤一般护理。
- 2、做好心理护理及向患者解释疾病的治疗康复过程，使其了解病情、受伤程度及相应的治疗方案和预后，以得到配合。
- 3、烧伤创面应暴露在干热的环境中，以便观察局部肿胀、渗出和肢端循环充盈情况。如肢端冷、充盈差、肿胀严重者，应切开减压。
- 4、抬高患肢、及时吸干创面渗液，保持创面干燥，防止感染。
- 5、遵医嘱正确使用血管扩张剂（如罂粟碱针）、抗凝剂（如肝素）和静滴右旋糖酐 40。
- 6、有条件可行高压氧治疗，见高压氧治疗的常规护理。
- 7、需手术治疗，见烧伤患期的护理。

【健康教育】

- 1、热挤压伤后及时详细询问患者受伤经过，如受伤机器类型、时间长短、温度高低、机器间距等。
- 2、告知患者肢体遭受热挤压伤后局部肿胀，造成筋膜腔内压力持续增加。如早期减压处理不及时，可导致深部组织进行性坏死。
- 3、由于关节、韧带、肌腱等组织损伤后长期浸泡在含有高蛋白水肿液中，可使组织变厚并发生粘连，导致僵硬、挛缩畸形等功能障碍。指导患者及家属进行功能锻炼。

九、化学烧伤护理常规

【临床表现】

- 1、致伤时间长，伤后化学物质继续在皮肤表面、深层水泡内发挥损害作用，对组织造成进行性损伤。
- 2、伤后外表肉眼观察似浅度烧伤，实际上已损伤皮肤全层或皮下组织。
- 3、酸烧伤组织蛋白凝固，碱烧伤则皂化脂肪组织。有的使细胞脱水或与组织蛋白结合，使损害组织成胶冻状态；有的因化学物质本身燃烧（磷），引起烧伤。
- 4、常引起眼、呼吸道、消化道损伤，甚至中毒。
- 5、化学烧伤有时烧伤创面少而轻，但全身中毒重而复杂化，治疗矛盾多。
- 6、肝、肾损害较多见。

【专科护理】见烧伤一般护理。

- 1、创面立即用大量流动水冲洗，水流量要大，时间要充足，以去处并稀释致伤的化学物质，防止化学物质继续对皮肤损伤（石灰灼烧除外）和经皮肤吸收引起中毒。冲洗时间可按具体情况而定，一般为30~60min。
- 2、头面部灼伤时要注意眼、耳、鼻、口腔内的冲洗。特别是眼，应首先冲洗，冲洗时必须注意有无化学物质溅入眼内。如有眼睑痉挛、流泪、结合膜充血、角膜上皮肿胀、角膜混浊、前房混浊等症状时，应持续用生理盐水冲洗，并按医嘱给予其他药物治疗（眼睛护理见头面部烧伤）。
- 3、严密观察生命体征，以及尿量、尿色、尿相对密度（比重）改变，特别是休克期患者更应加强观察，及时发现病情变化和继发性脏器损伤。
- 4、化学烧伤抗休克补液与普通烧伤有所不同，应严格根据医嘱输入补液。
- 5、根据不同化学物质灼伤的特点对症护理，加强中毒症状的观察。
- 6、需手术治疗，见围手术期护理。

【健康教育】

- 1、皮肤化学性烧伤现场尽早用大量清水长时间冲洗（流动清水更好），目的是稀释、冲洗化学物质，散热。
- 2、勤涂药、勤清理，根据创面情况及时调整用药。
- 3、告知化学性烧伤有可能合并全身中毒，让患者及家属做好心理准备。

十、吸入性损伤护理常规

【临床表现】

- 1、轻度吸入性损伤 指声门以上，包括口、鼻、咽和声门损伤。可见头面部烧伤，鼻毛烧焦；口腔及咽部黏膜充血、水肿或发白，黏膜糜烂或脱落，咽红、咽痛，喉部发痒、干燥、干咳，呼吸略快；无声音嘶哑和呼吸困难，肺部听诊呼吸音清晰。
- 2、中度吸入性损伤 指气管隆嵴以上，包括咽喉和气管损伤。表现为刺激性咳嗽、声音嘶哑、呼吸困难，痰中可见碳粒及脱落的气管黏膜；喉头水肿导致气道梗阻，出现吸气性喘鸣；肺部听诊呼吸音减弱或粗糙，偶可闻及哮鸣音及干性罗音；患者常并发气管炎和吸入性肺炎。
- 3、重度吸入性损伤 指支气管以下部位，包括支气管及肌实质损伤。表现为伤后立即或几小时内出现严重呼吸困难，切开气管不能缓解；进行性缺氧，口唇发绀，心率增快，躁动，谵妄或昏迷；咳嗽多痰，可早期出现肺水肿，咳血性泡沫样痰；坏死内膜脱落，可致肺不张或窒息；肺部听诊呼吸音低、粗糙，可闻及哮鸣音，之后出现干、湿性罗音；严重的肺实质损伤患者，伤后几小时内可因肺泡广泛损害和严重支气管痉挛导致急性呼吸功能衰竭而死亡。伴有轻度中毒者可出现剧烈头痛、眩晕、四肢无力、恶心、呕吐或意识不清、嗜睡、谵妄状态等，轻至中度的意识障碍，甚至短暂昏厥。

【专科护理】

- 1、见一般护理。
- 2、床旁被气管切开护理盘，每天消毒并更换一次用物，并保持室内空气的湿润和新鲜，定时通风。空气干燥时，可使用增湿器以增加湿度。
- 3、严密观察，防止窒息。气道黏膜脱落和感染问题一般在伤后1周出现，2周达高峰。轻度的呼吸道烧伤，保持鼻腔、口腔清洁，及时清洁口、鼻腔内的分泌物；中、重度呼吸道烧伤患者，需做气管切开术。对未行气管切开术的患者要严密观察有否呼吸费力、急促、声音嘶哑等一系列呼吸困难症状。
- 4、气管切开患者做好气管切开的术后护理（见气管切开护理），尤其要注意气道湿化程度判断和掌握，特别是在坏死黏膜脱落阶段。

- 5、做好患者心理护理，减少恐惧，解释病情，使其能配合治疗。鼓励咳嗽、深呼吸及帮助翻身。鼓励患者咳嗽和深呼吸，是治疗呼吸道烧伤的重要措施之一。
- 6、定时帮助患者改变卧位，左右侧卧、头低足高位。卧翻身床的患者，在翻身俯卧时，用掌心叩拍背部，做体位引流。
- 7、正确掌握补液量，防止肺水肿。应根据医嘱合理安排液体的输入量，力求输液速度均匀，尿量每小时维持在 20~30ml 即可。若发现患者有粉红色泡沫痰，两肺闻及干、湿性罗音以及哮鸣声，并有呼吸困难及缺痒表现，则表示可能发生肺水肿，应遵医嘱进一步控制输液量，适当增加胶体量。
- 8、减少氧耗量。重度呼吸道烧伤后，即使行气管切开，缺氧情况也不能完全改善。患者烦躁、躁动，会增加缺氧，形成恶性循环。这时可采用人工冬眠，结合物理降温，予以镇静，以减少耗氧量。冬眠药物的应用应注意使用方法及注意点，以防意外。
- 9、给氧一般可用鼻导管给氧，每分钟流量为 3~5L。在整个呼吸道烧伤护理工作中，要注意增加通气量，排除蓄积的二氧化碳。要注意观察缺氧及二氧化碳过多的临床表现，及时处理。
- 10、呼吸机的应用 使用呼吸机的患者，气囊需 4h 放气 1 次，15min 再充气。如气囊有漏气需在严密的气道监护下更换套管。备两只内套管，定时更换清洗消毒。
- 11、需手术治疗，见围手术期护理。

【健康教育】

- 1、向患者及家属了解致伤时的环境及情况（密闭空间、化学物质、大喊大叫），并告知吸入性损伤的危险性。
- 2、鼓励患者咳嗽，帮助翻身、拍背，预防肺部并发症。
- 3、告知患者烧伤 3~14d 常有坏死的气管内膜脱落，应注意呼吸情况，及时清除以免窒息。
- 4、气管切开患者，吸痰时会带来不适，应向患者解释并及时吸出坏死黏膜及分泌物的重要性。
- 5、一旦有坏死黏膜脱落堵塞，应及时行气管切开和纤维支气管镜检查，并做好相应的健康教育。

十一、头面部烧伤护理常规

【临床表现】

- 1、头面部区域血管、神经和淋巴丰富，休克期渗出较其他部位多，故水肿严重。
- 2、易并发休克（特别是小儿面部烧伤）、高热、脑水肿、急性胃扩张和抽搐；Ⅲ度烧伤因焦痂限制，易引起咽喉壁水肿，导致气道部分梗阻，严重者可发生窒息。
- 3、面部烧伤常伴有五官烧伤，分泌物常使创面潮湿软化而易发生感染，进而波及或加重五官，特别是眼、耳的感染。
- 4、头面部血液循环丰富，汗腺、皮脂腺和毛囊较多，故烧伤后愈合能力强。

【专科护理】

- 1、见烧伤一般护理。
- 2、头皮烧伤
 - (1) 剃净烧伤部位及其周围的头发，使之不与渗出物粘着。保持创面清洁、干燥。
 - (2) 烧伤部位应避免长期受压，特别是枕后，要定时改变头部位置或置放有孔海绵圈。
 - (3) 休克期过后可抬高床头 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ，避免因头部水肿、长时间受压而产生压疮。
 - (4) 头皮焦痂自溶或受压部位潮湿尚未成痂者，每天可用 1: 2000 氯己定（洗必泰）溶液清洗，以清除脓液，不使结成脓痂。
 - (5) 电击伤导致颅骨坏死、缺损的患者，除要求保持创面周围清洁、局部制动外，还须观察神经、精神症状。
- 3、面部烧伤
 - (1) 密观察生命体征，对严重头面部烧伤患者注意高热、呕吐、脑水肿、急性胃扩张等并发症的观察，在伤后 48h 内应禁食。
 - (2) 头面部烧伤合并吸入性损伤患者，应注意呼吸道通畅，床边应备气管切开包。48h 后在生命体征稳定情况下，可采用抬高床头或半坐卧位，以利水肿消退。
 - (3) 面部烧伤早期可做暴露疗法；同时有颈部烧伤时，颈部应予以过伸位，充分暴露颈部创面。
 - (4) 保持面部创面清洁、干燥，可用消毒棉签或纱布轻轻吸干渗出物。烧伤部位波及头发或接近发际者，头发应剃净。

(5) 眼部护理

- ①眼睑烧伤水肿严重使睑结膜水肿，轻度外翻不能回纳时，应予以保护，可用抗生素眼膏或生理盐水湿纱布覆盖保护，严重时应通知医师做早期眼睑焦痂切开减压。俯卧位时，眼部可暂时稍微加压包扎。
- ②经常清除眼周围创面的渗出物及眼分泌物，按医嘱正确使用各种抗生素眼药水、眼药膏，防止感染。
- ③眼睑烧伤角膜暴露者，除经常涂抗生素眼膏防止干燥外，并用小块双层油纱布遮盖，防止异物落入。
- ④结膜深度烧伤时，应注意防止睑球粘连，每天用消毒玻璃棒分离结膜囊 2~3 次。

(6) 外耳护理

- ①避免外耳受压：仰卧时脑后用小枕头，使耳郭悬空。侧卧时睡在有孔的枕头上。
- ②保持外耳创面清洁干燥，及时用菌干棉签清洁积聚在耳郭内的分泌物。
- ③外耳道烧伤时要保持外耳道引流通畅，每天可用 3% 过氧化氢溶液冲洗，轻轻拭干，必要时可置纱条引流。

(7) 口、鼻腔护理

- ①保持鼻腔清洁，去除鼻腔尘埃及痂皮。有分泌液流出时，应及时用棉签吸干，过多时可用吸引器轻轻吸出。
- ②面部烧伤同时伴有口唇及口腔黏膜烧伤，要保持唇周局部创面干燥及口唇湿润。进餐宜用小汤匙，防止损伤唇周创面及食物残渣污染创面。每次进食后需行口腔护理。
- ③经常观察口腔黏膜的情况，有溃疡、真菌生长时可遵医嘱局部涂药或做口腔喷雾。
- ④饮食以软食为主，面部植皮早期的患者应给予鼻饲流质。

4、需要手术治疗患者，见围手术期护理。

【健康教育】

- 1、向患者及家属解释剃除毛发对创面愈合的重要性，以取得合作。
- 2、告知患者治疗中创面避免用刺激性消毒剂和水洗；头皮Ⅱ度浅型烧伤应保持创面清洁、湿润、不结痂；头面部Ⅲ度烧伤注意患者的呼吸情况，避免水肿引起窒息；面

部水肿一般于伤后 48h 达到高峰，3~5d 肿胀逐渐消退。缓解患者及家属的紧张、焦虑情绪。

- 3、告知家属治疗中经常清洁五官分泌物重要性，及时清除创面液化物，尤其是鼻翼两侧、口角、眼睑、眼角处液化物，防止创面污染，影响病情。
- 4、告知患者创面愈合前后不宜搔抓皮肤，否则可引起瘢痕增生。瘙痒严重者可配合使用止痒霜。创面愈合后早期防止紫外线照射，炎热夏天避免强力日光暴晒。
- 5、告知患者伤后可能有色素沉着和（或）瘢痕遗留，让患者做好日后面对的心理准备。

十二、手部烧伤护理常规

【临床表现】

- 1、手部烧伤以手背、手指烧伤多见。
- 2、烧伤后毛细血管通透性迅速增加，加上制动，使淋巴回流受阻，肌腱、韧带及关节囊等结构浸渍在水肿液中，外加焦痂压迫作用造成淤血。
- 3、新的胶原纤维析出构成坚固的粘连，正常弹性消失，造成手部功能障碍。
- 4、根据烧伤程度的不同，局部可呈现不同深度组织烧伤的临床表现。

【专科护理】

- 1、见烧伤一般护理。
- 2、早期清创时，要把皮肤皱纹中的污物清除干净，修剪指甲，并同时洗清创面周围正常皮肤；尽量保护生态组织，最大限度减轻创面再损伤。
- 3、早期无论采用暴露或包扎疗法，应把手的姿势维持腕关节功能位置，掌指关节屈曲，指间关节伸直以及对掌的位置。
- 4、抬高患肢，一般手要高过肘，肘要高过肩。
- 5、前臂特别是腕部有环形缩窄性深度烧伤时，严密观察肢端血液循环。血运受影响时，应及时通知医师行焦痂切开减压。
- 6、需要手术治疗患者，见围手术期护理。

【健康教育】

- 1、向患者解释修剪指甲对预防伤后感染的重要性，以取得合作。
- 2、早期指导患者做自主的手功能活动，促进创面的修复、愈合，防止修复后发的皮肤挛缩和肌腱的粘连挛缩，影响功能。
- 3、指导患者动静结合，以动为主地保持功能位与适时的关节活动。
- 4、告知患者及家属，术后可能遗留瘢痕和（或）手部功能障碍，让其做好心理准备。
- 5、出院后定期门诊或电话随访，II度浅型为6个月、II度深型为12个月、III度为18~24个月，随访内容包括瘢痕情况和手部功能。

十三、骨、关节烧伤护理常规

【临床表现】

- 1、骨烧伤常见于皮下组织少、解剖突出的部位，即表浅骨骼；患者昏迷、煤气中毒或电击伤等特殊情况下引起深部骨骼烧伤。
- 2、烧伤后骨质外露但骨膜组织尚存活；软组织烧伤范围广泛，骨膜原发性或继发性坏死，软组织烧伤范围小且骨烧伤局限。
- 3、关节烧伤可直接发生变性、坏死而致功能丧失，也可继发性引起组织破坏、功能障碍。
- 4、骨、关节烧伤是指骨烧伤和关节烧伤，常合并存在。

【专科护理】

- 1、见烧伤一般护理。
- 2、耐心倾听患者诉说，理解、同情其感受，与其一起分析，尽可能消除引起不适因素。
- 3、将常用物品放置于骨关节烧伤患者床边，协助患者完成日常生活需要，提供温度为37~39℃的食物，软硬适中。
- 4、帮助患者放置有利于睡眠和休息体位，保持室内温度适宜，保持安静，夜间使用地灯，合理安排护理活动等。
- 5、指导患者使用放松术，晚餐后限制引水量，睡前排尿，必要时更换创面敷料。一般不给予镇静催眠药物，并观察疗效。
- 6、帮助患者建立正常排便习惯，注意保护隐私；协助患者建立食物形态，利用腹部环状按摩协助排便；协助医师积极消除引起便秘的直接因素，如创面疼痛、出血等。
- 7、使用气垫床、气圈等抗压力材料，定时翻身。观察有无肢体受压及外周血运情况，防止由于缺少活动引起的压疮并发症。
- 8、鼓励患者深呼吸和有效咳嗽，防止肺部感染。
- 9、保持肢体、关节功能位，防止肢体畸形。
- 10、为患者减轻或消除疼痛刺激，注意体温变化，防止感染发生。
- 11、需要手术治疗，见围手术期护理。

【健康教育】

- 1、对患者及家属提出问题给予明确、有效和积极的信息，建立良好的护患关系，使其能积极配合治疗和护理工作。
- 2、向患者及家属说明保持烧伤创面局部清洁、湿润、不受压对其恢复的重要性。
- 3、关节处烧伤创面需严格限制局部活动；治疗期间，减少对患者搬动，以免加重损伤。
- 4、创面愈合中皮肤痒感是正常现象，避免搔抓，以免加深创面遗留瘢痕。
- 5、指导家属在患者变换体位后，对受压部位辅以按摩；对因受压而出现反应性充血、皮肤变硬时则不主张按摩，而应局部悬空，避免受压。

十四、会阴烧伤护理常规

【临床表现】

- 1、会阴部烧伤有时为大面积烧伤的组成部分，也有部分为单纯性会阴部烧伤，偶尔可见III度会阴部烧伤。
- 2、会阴部外形弯曲起伏，烧伤后容易遗留瘢痕、挛缩、粘连；会阴部血管、神经丰富，烧伤后疼痛较剧，水肿较甚，容易感染，治疗比较复杂。
- 3、会阴部烧伤常伴有外生殖器烧伤，涉及大、小便功能和隐私，因此常带来一定程度的心理精神问题。

【专科护理】

- 1、见烧伤一般护理。
- 2、整个治疗、护理操作过程中，注意患者的心理状态变化，并注意保护隐私。
- 3、两大腿外展，充分暴露会阴部创面，必要时可留置导尿。早期保持干燥，避免感染，后期可防止臀沟两侧的粘连愈合。
- 4、每次便后，用温盐水冲洗清洁肛周后，用吸水纱布拭干以保持清洁、干燥，并及时更换污染的敷料。
- 5、大面积烧伤合并会阴烧伤患者最好采用翻身床（小儿可卧“人”字形床），使会阴暴露以便于大、小便护理。
- 6、会阴部烧伤伴有外生殖器烧伤时，男性患者早期阴茎及阴囊水肿严重，俯卧时应托起，必要时可用50%硫酸镁湿敷。女性患者注意分开阴唇，保持清洁及防止粘连。
- 7、需手术治疗，见围手术期护理。

【健康教育】

- 1、向患者说明充分暴露创面对愈合的重要性，做好心理辅导工作，争取其积极主动配合治疗和护理。
- 2、指导患者大、小便的方法，大、小便后应予冲洗，保持湿润；或向患者说明留置导尿的必要性，取得患者的配合。
- 3、告知患者伤后可能遗留瘢痕、挛缩、色素沉着等，做好心理护理，让其逐步接受伤后的改变。

十五、小儿烧伤护理常规

【临床表现】

- 1、精神状态 在观察精神状态时，不同年龄的临床表现也不同。1岁以内的患儿多表现嗜睡；1~4岁患儿开始躁动不安，以后转为反常安静；4岁以上者则异常兴奋，表现紧张、多话、烦渴。往往是休克的先兆症状，烧伤越重，烦渴越明显。
- 2、脉搏 细速，每分钟可达160~200次，桡动脉及足背动脉搏动微弱，不易测到。
- 3、毛细血管充盈不良，四肢厥冷，嘴唇苍白，发绀；严重者全身皮肤蜡黄，并间以青紫斑。
- 4、尿量 每小时尿量少于10ml或无尿。
- 5、高热、昏迷、抽搐 多见于头面部深度烧伤。

【专科护理】见烧伤一般护理。

- 1、补液护理注意点：患儿烧伤面积超过10%者就有可能发生休克，头面部烧伤的小儿烧伤面积<10%亦可能发生休克，而预防休克发生的重要措施是及时、有效、准确补充血容量。因此对疑有休克症状出现的患儿，在入院后必须迅速建立静脉通路。如穿刺困难，应立即做静脉切开或中心静脉插管。患儿在进行补液过程中，需注意如下几方面。
 - ①静脉切开或穿刺插管，固定要牢靠。正确方法是约束肢体，防止针头脱出或拉出。
 - ②严格遵医嘱按照输液计划进行输液，计算每小时输入量及每分钟需输入量，可应用电子输液泵或光电输液调速器，稳定补液滴速，保证液体均匀输入体内。
 - ③胶体液、电解质溶液以及水分必须交替输入，防止单一液体在短时间内大量输入发生意外。如大量胶体输入常可引起患儿心力衰竭，大量水分输入可导致体液低渗引起肺、脑水肿。
 - ④输入过程中，要结合输液临床指标的观察，判断输入速度和种类是否适当。根据患儿临床反应及时予以调整。
- 2、注意室温和保暖
 - (1)小儿体温调节中枢发育尚不完善，易受周围环境温度影响。要根据不同季节，灼伤的不同发展阶段，患儿的个体差异来调节室温。

- (2) 休克期中因体液大量渗出，带走大量热量，故室温应升高，要求维持在 32~34℃。
- (3) 冬季应特别注意保暖，尤其是创面暴露的大面积烧伤患儿，以免加重休克和引起肺部感染。
- (4) 夏季应注意降温，以免引起高热惊厥、缺氧而加重病情，或因出汗多而致水、电解质紊乱，取皮区潮湿等不良后果。
- (5) 出生儿烧伤时用婴儿暖箱，可起到保暖、隔离作用。

4、镇静止痛

- (1) 1 岁以内婴儿以及有呼吸道烧伤、颅脑损伤者，不宜用吗啡和哌替啶。
- (2) 头面部烧伤时，皮下及肌肉吸收不良，需用镇静剂应静注。
- (3) 在血容量不足情况下，不能静脉应用冬眠合剂药物，以防发生血压下降。
- (4) 应用镇静剂后患儿仍不能安静，应首先检查补液是否适当，是否系血容量不足引起躁动不安。绝不能盲目重复使用而致镇静剂过量和休克不能及时纠正。

5、注意保护创面，防止交叉感染。早期创面处理好坏是烧伤治疗和护理成败的关键，因此在休克期就应重视创面护理。

- (1) 做好消毒隔离工作，限制室内人员。对极度烦躁不安患儿，给予适当约束，以防止创面继续损伤和感染。
- (2) 及时更换潮湿敷料，保持创面干燥，注意大、小便护理，保持皮肤清洁、干燥。
- (3) 根据烧伤面积及部位给予“人”字形或平床，及时更换污染的床单和被套。移动患儿时动作要轻，避免发生体位性休克。

6、患者出现高热、昏迷、抽搐，见发热、意识障碍、抽搐护理。

7、需要手术治疗患者，见围手术期护理。

【健康教育】

- 1、安抚家长情绪，听取家长诉说，减轻其内疚、焦虑的心理压力，使其积极有效的配合治疗和护理。
- 2、加强急救知识教育，一旦被烧伤、烫伤，应尽快撤离致热源。
- 3、指导家属热烫伤后剪开或撕开衣服，或用冷水浇湿烫伤处，勿撕脱，以免加重损伤。
- 4、患儿烧伤创面修复的同时还有固有的生长发育需要，向患者家属解释营养支持的重要性，使其积极配合治疗。

十六、老年烧伤的护理常规

【临床表现】

- 1、烧伤后易并发休克，老年人烧伤死亡率高达 50%。
- 2、往往有肾功能改变，很容易发生酸中毒和电解质紊乱。
- 3、常因疼痛可诱发心房颤动。
- 4、易发生肺水肿，而且老年人烧伤合并肺炎的发病率高，这些因素均可能导致呼吸功能不全。因此，可出现呼吸频率、节律的改变。
- 5、消化系统：胃部不适、胃胀、胃痛，恶心、呕吐，可出现呕吐咖啡色胃液或解柏油状大便。
- 6、水电解质与酸碱平衡紊乱。
- 7、心率休克期度过后，一般病人的心率一般为 120~140 次 / min，脓毒血症时可加快到 140 次 / min 以上。
- 8、呼吸 脓毒血症早期呼吸多快而浅，呼吸音粗糙，有时出现不规则、屏气，进一步为呼气性呼吸费力，后期出现张口呼吸。
- 9、精神状态 脓毒血症时表现不同于一般成人，其体征不明显、不典型，一般体温不高，常表现为嗜睡，乃至昏迷
- 10、毛细血管充盈不良，四肢厥冷
- 11、血糖升高

【专科护理】

- 1、心理护理
- 2、保持呼吸道通畅
- 3、饮食 要给易消化、营养、清淡可口的食物为原则，如牛奶、豆制品、素肉类、鱼类、水果、蔬菜及含磷钙丰富的食物。
- 4、体位 休克期处休克体位，以后处舒适体位，定时协助病人更换体位，按摩受压部位，保持床铺平整、干燥、舒适，防止压疮发生，因老年人感觉功能减退，骨突部位血液循环情况较青少年差，活动少，长时间受压部位易发生压疮。
- 5、做好输液护理 注意速度，勿过快。

- 6、保持创面清洁、干燥，包扎敷料平整、完好。
- 7、严密观察体温、心率、呼吸、尿量色泽、意识、食欲
- 8、做好心理护理、营养护理、基础护理，创造良好的治疗环境，增加机体抵抗力及免疫能力，促进尽早康复。

【健康教育】

- 1、加强急救知识教育，一旦被烧伤、烫伤，应尽快撤离致热源。
- 2、对患者及家属提出问题给予明确、有效和积极的信息，建立良好的护患关系，使其能积极配合治疗和护理工作。
- 3、指导家属在患者变换体位后，对受压部位辅以按摩；对因受压而出现反应性充血、皮肤变硬时则不主张按摩，而应局部悬空，避免受压。

第二节 烧伤科危重病及重症监护护理常规

一、烧伤脓毒症护理常规

烧伤脓毒症是烧伤的严重感染性并发症，常因休克期渡过不平稳而发生，也是引发多器官功能障碍综合症（MODS）甚至导致病人死亡的严重原因之一，是临床救治的难点和重点。有效防治烧伤脓毒症是抢救大面积深度烧伤病人的关键环节之一。

【临床表现】

有高热或低体温；呼吸频率增加；精神状态异常；有明显的消化系统症状；白细胞计数明显增高或低于生理水平。以无生机创面的变化为特征：水肿，分泌物增多或呈虫蚀样，或创面干燥、局部有凹陷；创面出现坏死灶。随着病情发展，正常皮肤亦可见局灶性或大片坏死斑。

【防治原则】

预防：

- 1、保证预防休克质量。
- 2、大面积深度烧伤者早期切(削)痂消灭创面。
- 3、营养支持与调整。
- 4、保护器官功能。
- 5、合理使用抗生素。

治疗：

- 1、积极处理原发病，如系创面引起的，则在全身积极治疗的前提下，抢切创面并予以覆盖；如系导管引起的，则拔除导管并予以引流。
- 2、根据细菌培养、药敏试验结果，选定强而有效的抗生素。
- 3、加强心、脑、肺、肾、肝等器官功能的保护与支持，维持水、电、酸碱平衡或调整紊乱。
- 4、必要时进行血流动力学监测，作为液体入量的参考；必要时可使用血管活性药物等。
- 5、采取对抗和清除炎性介质、毒素的药物和措施，如使用乌司他丁和 CRRT。

【护理评估】

- 1、体温 $>39.0^{\circ}\text{C}$ 或 $<36.5^{\circ}\text{C}$ ，连续3天以上。
- 2、心律： >120 次/分。
- 3、呼吸频率： >28 次/分。
- 4、白细胞计数： $>12.0 \times 10^9/\text{L}$ ，或 $<4.0 \times 10^9/\text{L}$ ，其中中性粒细胞百分比 >0.8 或幼稚粒细胞百分比 >0.10 。
- 5、临床症状和体征：精神抑郁 烦躁或谵语；腹胀 腹泻或消化道出血；舌质绛红 毛刺，干而少津。
- 6、评估创面情况。

【护理措施】

- 1、严密观察体温、心率、呼吸、意识、食欲、腹胀、腹泻、出血倾向。
- 2、做好心理护理、营养护理、基础护理，创造良好的治疗环境，增加机体抵抗力及免疫能力，促进尽早康复。
- 3、认真执行医嘱，确保抗感染治疗措施落实，并观察疗效结果。
- 4、保持创面清洁、干燥，包扎敷料平整、完好。
- 5、严格执行无菌操作，截断细菌的入侵途径。
- 6、观察精神症状，对有严重意识障碍患者应予以约束，以防坠床及其他意外事故发生。

【并发症观察及处理】

见休克护理常规。

【健康指导】

- 1、向家属及患者介绍病房探视要求和隔离的重要性，取得合作。
- 2、加强营养：由于感染期病程长，身体消耗大，要鼓励患者多进高蛋白质、高糖类、高维生素、高热量饮食，以提高机体抵抗力，促进创面修复。

二、创面大出血护理常规

烧伤后由于热力和化学因素的直接作用，以及缺氧、酸中毒和细菌毒素等刺激，毛细血管内皮细胞受损，通透性增加，毛细血管收缩，烧伤局部小血管内进行性凝血而引起凝血因子大量消耗，机体出现低凝状态，可导致严重出血。出血量大时，病人可出现神志淡漠或烦躁不安、面色苍白、肢端发凉、脉搏细数、尿量减少、血压进行性下降等一系列表现，需立即紧急抢救。

【紧急处理】

- 1、立即请家属通知值班医师，护士不能离开病人。
- 2、快速将病人平卧。
- 3、紧急用止血带绑在出血部位的近心端或用手将纱布或烧伤敷料直接压迫出血点止血。直到值班医师赶到时仍然压迫无效者，马上准备缝线盒，配合医师结扎止血。对深部创面或截肢残端，医师可作预防性的近心段的血管结扎。
- 4、输氧，建立快速静脉通道，给予补液和输血，根据医嘱使用止血药物。
- 5、病人情绪紧张时，遵医嘱给予小剂量镇静药。
- 6、如果经过紧急处理后，病人血压、脉搏仍未恢复正常和稳定者或反复出血及出现休克症状、体征者，则应尽快完善术前准备，准备进手术室行血管探查止血术。

【预防措施】

- 1、严密观察病情变化，及时发现、处理危急情况。对可能发生出血的创面加强观察，并向病人和家属交代创面可能出血及出血时的应对措施。
- 2、保护创面：搬动病人时动作轻柔，防止深度烧伤创面外露的血管破裂出血。
- 3、床旁常规备止血带和缝线盒等抢救用物，并告之病人家属备有这些用物的目的和意义。

电烧伤后可造成大量肌肉组织和红细胞的破坏。早期液体复苏时，全血的补给总量不能少于胶体总量的 $1/3$ ；给予适量的右旋糖酐 40，并适当碱化尿液。通过改善微循环，防止肌肉中小血管内继发性血栓的形成。在清创过程中，应注意对已有损坏的血管结扎清创后，仍应在病人床旁或患肢的近心端放置止血带，防止继发性出血，尤其要注意夜间巡视，嘱陪人密切配合多观察。

三、肢体血液循环障碍护理常规

肢体血液循环障碍是由于烧伤或其他原因引起的肢体皮肤组织血管损伤，导致动脉供血不足，静脉血流障碍，表现出局部苍白、发凉、肿胀、青紫、淤斑等。皮片或皮瓣移植术后、肢体环行深Ⅱ度、Ⅲ度烧伤及电击伤后容易导致血液循环障碍。

【紧急处理】

- 1、环状焦痂一经出现压迫症状，立即将焦痂切除减压；
- 2、烧伤面积大，压迫症状出现早，伤情重而难以耐受大面积切痂时，可施行环状焦痂切开术，以解除焦痂的压力。

【预防措施】

- 1、密切观察病情变化及肢端血液循环、温度、颜色、肿胀、疼痛等。及时发现病情变化报告医师，并配合早期处理。
- 2、对环行Ⅲ度焦痂，应尽早做好焦痂切开减压术准备，不应等到影响血液循环时再施行切开减压手术。

第三节 烧伤科常见专科检查与治疗护理常规

一、烧伤专用翻身床护理常规

【适应症】

适应于大面积烧伤、背臀部烧伤为主的中小面积烧伤。

【禁忌症】

休克期、应用冬眠药物、危重和心力衰竭、精神异常等患者不可用翻身床翻身。

【操作前准备】

- 1、使用翻身床前检查床的性能是否良好，各部件是否灵活、牢固、安全。
- 2、向患者说明使用翻身床的目的及注意事项，取得配合

【操作步骤】

- 1、铺纱巾、铺纱垫、铺海绵垫、上翻身床片、拧紧螺丝帽、系安全带、去除床下杂物（便盆等）、放支撑架、拉开活塞、
- 2、翻身（一人在中间翻身，二人则在床尾翻身）。固定活塞、上支撑架、松开安全带、去掉螺丝帽、搬开翻身床片、揭海绵垫、纱垫、纱布。

【注意事项】

- 1、翻身床使用的海绵垫不能太薄，排便孔不能过大，以防骨突处直接接触钢丝而发生压疮。海绵垫外套翻身床套，污染后可及时更换。
- 2、有精神症状患者，上翻身床后要适当约束，以防坠床。必要时用镇静药物，注意体位性低血压。
- 3、初次翻身俯卧位时间不宜过长，一般不超过 1h，并密切观察呼吸、脉搏情况。
- 4、翻身前妥善安置好各种管道、仪器，各种管道应放在一侧。俯卧或仰卧位时均应注意保持踝关节和四肢的功能位；特别消瘦的患者，应悬空骶尾部、足跟、枕部、髋关节等骨突部位，以防压疮发生。
- 5、翻身时检查两床片松紧是否合适，如太松应将床尾侧海绵垫折叠，以防翻身中滑出。
- 6、翻身首先应检查活塞是否到位。支撑架是否固定好床片。然后将患者的四肢放于功能位，充分暴露创面。特别注意搁手架的位置应与床片在同一水平线上。最后检查各种管道是否通畅，仪器运转是否正常。

二、烧伤专用悬浮床护理常规

【适应症】

- 1、翻身有潜在危险的卧床病人。
- 2、大面积烧伤。
- 3、背臀部及双下肢屈侧烧伤病人。

【禁忌症】

患者高于 2.05m，体重超过 180kg 时禁用该床。

【操作前准备】

- 1、启动悬浮床，调节温度为 28~36℃，一般设定为 30~32℃。设置持续或间歇使用方式。
- 2、根据病员的需要铺置物品。
- 3、做好病人的思想解释工作

【操作步骤】

- 1、插上电源，打开总开关。
- 2、选择工作状态。
- 3、调节温度，一般 30~34℃。
- 4、温度升到所需后，踏临时开关，停止液化状态，铺上床单，纱垫，抬病人至床上。
- 5、再根据病人的舒适状态进行调温。
- 6、如果病人高热，可启动水冷却系统进行降温。
- 7、抢救时，应停止液化状态，再垫木板按压。
- 8、停用时，先停液化状态，再移开病人，关总开关，再拔电源。

【人员准备】

- 1、如为保持创面干燥，床上铺放物品应少，一般用大单、无菌中单即可。如只是防止创面受压，床上物品可适当增加。
- 2、最好留置尿管，以保持悬浮床干燥，防止石英沙凝结成块，影响悬浮效果。
- 3、将病员放置在悬浮床上后双下肢外展；双上肢如有创面应悬空。
- 4、病人在悬浮床上更换体位时，悬浮床处于启动状态较为方便。

【注意事项】

- 1、病人高于 2.05m，超过 180kg 重时禁用该床。
- 2、滤单上应铺床单，随脏随换，以免污染滤单。
- 3、更换患者时，必须筛过微粒后，再为下一个病人使用。
- 4、除为病人操作和上、下床外，应使床一直处于液化状态。
- 5、床的温度超过 42℃，经降温后，仍然报警，表示床已坏，应移开病人，联系厂家。
- 6、禁止放锐利的东西在滤单上，以免划破滤单。
- 7、定时检查空气入口、排水口，并保持除尘器的干净。
- 8、清洗滤单时，可以用肥皂、洗衣粉，禁止用力搓洗。

三、烧伤专用红外线治疗仪护理常规

使用烧伤专用红外线治疗仪的目的是利用红外线的热作用，使血管扩张充血，血流加快，加强组织的营养和代谢，加速组织的再生，促进局部渗出物的吸收和消散，同时起到保温作用；利用温热作用降低神经末梢的兴奋性，具有镇痛、解痉作用；使创面干燥结痂，预防创面感染，保护肉芽及促进上皮的再生。

【适应症】

适应于烧伤、冻伤、皮瓣移植病人的局部保温。

【禁忌症】

有出血倾向，高热，活动性肺结核，动脉硬化，代偿功能不全的心脏病病人禁用。

【操作前准备】

- 1、用物准备 烧伤专用红外线大型或小型治疗仪、多孔插板、围帐。检查红外线灯管、电线、开关是否完好无损，有无短路等现象。
- 2、病人准备 向病人及家属解释应用烧伤专用红外线治疗仪的目的、必要性、重要性，消除病人的顾虑，取得配合。

【操作步骤】

- 1、再次检查用物的完好性。
- 2、将用物推至病人床旁，核对病人，帮助病人取合适的体位。
- 3、根据治疗部位选择大小合适的烧伤专用红外线治疗仪。
- 4、局部照射时，先将烧伤专用红外线小型治疗仪预热，裸露治疗部位，烧伤专用红外线治疗仪与创面或治疗部位相距 30~70cm（根据灯头功率的大小来调节），也可用手背试温，以确定适当的距离，一般以局部有温热感为宜。照射时间一般为 20~30 分钟
- 5、全身照射者，先将烧伤专用红外线治疗仪接通电源，周围用围帐包绕加热 15 分钟左右，再将病人的创面暴露，移病人入烤架下，以防病人畏寒、感冒。全身照射时调节分组开关以增减开启的红外线灯管数来调节温度。

【注意事项】

- 1、严密观察，每 15~30 分钟 1 次，切不可将被褥或棉垫等紧贴覆盖于红外线灯管上，

以免起火。

- 2、应根据病情及创面情况调节适宜温度，皮瓣或皮片移植术后、瘢痕部位应适当加大照射距离宜相距 40 cm 以上。
- 3、面部和胸部照射时应给病人戴防护眼镜或用湿纱布敷于眼睑上，因红外线可被眼组织吸收，晶状体的血液循环很差，热不能很快消散，易引起晶体混浊造成白内障。
- 4、治疗中病人勿自行移动体位，以免触及红外线灯管发生烫伤。
- 5、病人出现高热时暂停使用或降低烧伤专用红外线治疗仪的使用功率。
- 6、灯架上应有照明灯便于治疗、护理。
- 7、病人离开病房（如手术）前先关闭电源，让病人适应 15 分钟左右再离去，并适当保温。

四、护架应用护理常规

使用护架的目的是防止创面受压，保护创面引流通畅，保护被褥免受污染；防止行皮片或皮瓣移植的肢体受被褥等的压迫而影响局部血液循环；方便使用烤灯、灯架保温。

【适应症】

适应于烧伤病人，整形病人皮片、皮瓣移植术后，断指、断肢再植术后；肢体溃疡；肢体开放性损伤如皮肤撕脱伤、开放性骨折等病人。

【操作前准备】

- 1、用物准备 护架 1~2 个，采用铁护架或不锈钢护架，护架用 1：400 的消毒灵消毒液抹洗后用清水抹干净，或用 75% 乙醇棉球擦洗。
- 2、病人准备 向病人解释使用护架的目的和必要性，取得合作。

【操作步骤】

- 1、先处理好病人的创面，摆放肢体于合适的位置。
- 2、床两边上护栏后，将护架合理放置，大面积烧伤病人需用 2 个护架。
- 3、盖被褥于护架上，整理床单位。

【注意事项】

- 1、注意专人专护架，防止医院内感染。
 - 2、病人使用护架之前、用后均需将护架清洁、消毒。
 - 3、护架必须光滑、无钩、无刺、无破损，以防挂伤病人或挂破被褥。
- 避免护架压迫伤口引流管、导尿管等，在护架内使用烤灯应加强观察。

第十一章 泌尿外科护理常规

第一节 泌尿外科疾病一般护理常规

一、泌尿外科一般护理常规

- 1、按外科一般护理常规。
- 2、熟悉掌握泌尿系统的解剖及其生理功能，并了解疾病史。
- 3、收集了解各种辅助检查及特殊检查的诊断情况。
- 4、注意病人的一般身体状况及主要脏器的功能状况。
- 5、正确及时收集尿液标本，留中断尿时做好会阴部清洁，留取 24h 尿液标本时加防腐剂。
- 6、尿路有引流管或感染者，要鼓励病人多饮水，每日不少于 2000ml。
- 7、尿路感染者运用抗生素要及时、合理正确给药，结核病人给抗生素药物治疗及必要的隔离。

二、泌尿外科手术前后一般护理常规

【术前护理】

- 1、术前做好心理护理，稳定病人情绪，尽力减轻病人由不同原因引起的心理障碍，使病人有良好的心情接受治疗。
- 2、术前一晚灌肠，手术涉及肠道者应术前 3 天即做好肠道准备。
- 3、应了解女病人有无妇科疾病，术前注意外阴清洁。

【术后护理】

- 1、按外科术后护理常规。
- 2、注意定时观察生命体征、尿的变化，及时记录。
- 3、了解各引流管的放置位置，并分别标记。
- 4、做好引流管的固定，防止滑脱，保持通畅，同时观察引流物的色、量、性质，正确及时做好记录。
- 5、注意观察引流管周围有无渗血、渗液、漏尿。引流管接密封引流袋时要注意无菌操作，定时更换。

- 6、膀胱冲洗者，尽量采取封闭式的冲洗引流。严格执行无菌操作，注意记录冲洗液的进出量，正确记录尿量。
- 7、有留置导尿管者要鼓励病人多饮水。每日做好会阴护理，每周留取尿液。发现尿液有异常时及时留取尿标本作必要的检查，有异常情况及时通知医生。
- 8、术后出现肠麻痹，腹胀明显者应禁食，必要时胃肠减压，按胃肠减压护理。
- 9、绝对卧床、高龄者要注意预防肺部感染和压疮。
- 10、心理护理。

二、前列腺增生症护理常规

前列腺增生是指前列腺围绕尿道的周围腺体的良性增生。是前列腺细胞增生导致泌尿系梗阻而出现的一系列临床表现及病理生理改变。

【临床表现】

- 1、储尿期膀胱刺激症状 尿频、尿急，常伴夜间尿频。
- 2、排尿期膀胱梗阻症状 进行性排尿困难，排尿踌躇，尿线无力、变细、中断、滴沥不尽，可伴有充盈性尿失禁。
- 3、并发症症状 急性尿潴留，反复血尿、尿路感染、尿结石及肾功能损害。其中急性尿潴留及肾功能损害为评价前列腺增生进展的主要指标。
- 4、肛门指检可扪及肿大的前列腺，常呈结节状、质中、中央沟变浅或消失。梗阻程度与前列腺之大小不一定成正比。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗
 - (1) 随访观察：无明显前列腺症状和无残余尿者需门诊随访，定期复查，每年至少一次。
 - (2) 药物治疗：适用于有轻临床症状、残余尿<50ml的病人。
 - (3) 其他疗法：适用于尿道梗阻较重而又不适宜手术者。
- 2、手术治疗 症状重的患者，手术治疗仍是最佳选着。经尿道前列腺电切术

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史及治疗经过，有无高血压、糖尿病及其他疾病。
- 2、评估患者的排尿情况，有无尿潴留及膀胱内感染征象。评估心、肺等重要脏器功能，了解手术耐受能力。
- 3、了解辅助检查结果如尿流率检查等。
- 4、评估患者对疾病手术的认识和心理状态，有无紧张、焦虑等。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规。

- 2、检查心、肺、肝功能，了解病人的全身状况，做好老年病人的特殊护理。
- 3、合并尿潴留，残余尿超过 80ml，有尿路感染或肾功能损害者，给留置导尿，充分引流，改善肾功能。也可作持续的膀胱生理盐水冲洗。有导尿管者要保持尿液引流通畅，导尿管周围清洁。
- 4、根据医嘱应用抗生素。
- 5、术前短期内服雌激素，减少术中出血。
- 6、行膀胱镜检查后要观察尿液的变化。
- 7、根据老年人的心态针对性做相应的心理护理。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、术后 48h 内严密观察神志、面色、有无手足抽搐等，警惕电切综合症。
- 3、行三腔导尿管压迫止血和持续膀胱冲洗，冲洗高度为 40~60cm。根据膀胱冲洗后尿液的颜色调节冲洗速度，颜色变清后，改为间断冲洗，直至停止膀胱冲洗。
- 4、膀胱痉挛时出现尿液外溢、膀胱胀痛、下腹痉挛性疼痛、冲洗液流入不畅、尿液颜色鲜红，应加快冲洗，以防血凝块堵塞引流管。发生堵塞时，挤压引流管或用注射器抽吸，直至尿管引流通畅。遵医嘱给予镇痛解痉剂。尿道口有溢血、溢尿时要及时做好尿道口清洁护理。
- 5、保持膀胱冲洗管道通畅，引流液颜色加深时，加快冲洗速度，适当调整并牵引导尿管。遵医嘱给予止血药物。
- 6、保持大便通畅，防止腹内压增高引起出血。
- 7、已拔出导尿管者出血严重时，应重新插入三腔导尿管压迫止血，进行持续膀胱冲洗。

【术后并发症的观察及预防】

（一）TURP 综合征：行 TURP 的病人因术中大量的冲洗液被吸收可致血容量急剧的增加，出现稀释性的低钠血症，病人可在几小时内出现烦躁、恶心、呕吐、抽搐、昏迷，严重者出现肺水肿、脑水肿、心力衰竭等。

病情观察：1、测意识、瞳孔、生命体征；2、血钠离子、氯离子浓度；3、血气分析；
4、中枢神经系统症状

护理：1、平卧位，头偏向一侧；2、吸氧；3、减慢冲洗速度，必要时停止冲洗；4、严密观察（意识、瞳孔、生命体征）并记录；5、心理安慰

（二）术后大出血

病情观察：导尿管内冲出液颜色加深或不畅；主诉腹胀，下腹膨隆，膀胱充盈；伴休克症状（面色苍白、BP↓）

护理：1、平卧位；迅速建立静脉通道；吸氧；2、引流通畅者加快冲洗，引流不畅者停止冲洗，行针筒抽吸；3、心理安慰；4、严密监测意识、生命体征；5、观察引流管的通畅度，引流液的性质、量；6、根据医嘱止血抗休克治疗

（三）尿频、尿失禁

病情观察：排尿次数，每次尿量；能否自主控制排尿。

护理：1、术后 2~3 天嘱病人练习收缩腹肌、臀肌及肛门括约肌；2、心理安慰；3、保持会阴部清洁。

【健康指导】

- 1、告知患者术后 1~3 个月内避免骑车、提重物等增加腹内压的活动。勿久坐、久蹲，做骑跨动作、坐软凳及沙发，以免前列腺窝出血。
- 2、注意，避免用力咳嗽。
- 3、术后 2 个月内避免性生活。
- 4、忌烟酒以及辛辣、刺激性食物，进易消化含维生素多的蔬菜、水果、蜂蜜等。预防便秘，避免用力大便引起继发出血。必要时口服缓泻剂。鼓励多饮水。
- 5、指导患者做好个人卫生，勤换内衣裤，保持尿道口清洁。预防呼吸道感染，以免咳嗽引起腹内压增高。
- 6、术后 2~3 周多数患者尿液中可能有絮状物，并出现淡血尿。告知患者保持排尿通畅，多饮水，可自行消失。
- 7、告知患者出现排尿异常，如尿急、尿频、尿痛、尿中带血、排尿困难应及时来院就诊。

三、前列腺癌护理常规

前列腺癌是男性生殖系最常见的恶性肿瘤，发病随年龄而增长，其发病率有明显的地区差异，欧美地区较高。据报道仅次于肺癌，在男性是癌症死亡的第二位。

【临床表现】

- 1、下尿路梗阻症状与前列腺增生相似。
- 2、转移症状：骨痛、消瘦、贫血、乏力。
- 3、肛门指检发现前列腺增大，有质硬结节，并可浸润周围组织。

【治疗原则】

- 1、局限性病灶 T1 期者观察，T2 期者行根治性手术治疗。
- 2、局部进展性前列腺癌 T3 期前的辅助激素治疗，然后外照射。
- 3、复发性前列腺癌 局部放疗或切除双侧睾丸。
- 4、转移性前列腺癌 雄激素阻断治疗（去势术和促黄体释放激素拟似剂）。

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史及治疗经过，有无高血压、糖尿病及其他疾病。
- 2、评估患者的排尿情况，有无尿潴留及膀胱内感染征象。评估心、肺等重要脏器功能，了解手术耐受能力。
- 3、了解辅助检查结果如 B 超、尿流率检查等。
- 4、评估患者对疾病手术的认识和心理状态，有无紧张、焦虑等。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规。
- 2、术前做骨扫描检查，了解有无骨转移。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、前列腺根治术患者行膀胱冲洗，并牵拉固定导尿管，以达到压迫止血的目的。拔出导尿管后，可能出现暂时性尿失禁，指导患者锻炼提肛肌运动。
- 3、加强管道护理，保持引流管通畅，尿道口有溢血、溢尿时及时做好尿道口清洁护理。

- 4、行双侧睾丸切除术患者，保持会阴部清洁干燥，防止大、小便污染。伤口愈合前禁止淋浴。
- 5、行前列腺内放疗患者，见放疗护理。

【术后并发症的观察及预防】

感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。观察切口敷料。

护理：1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、做好伤口及引流管护理，保持切口清洁、敷料有渗出时及时更换，保持引流管引流通畅且妥善固定；4、应用广谱抗生素预防感染；5、发现感染迹象时及时通知医生处理。

【健康指导】

- 1、多饮水，每天饮水>2000ml。
- 2、多吃鱼类、豆类和蔬菜，禁烟、酒及刺激性食物。
- 3、保持大便通畅。术后6周避免持重物、长途步行。
- 4、做好个人卫生，勤换内衣裤。
- 5、睾丸内放疗术后如出现尿潴留，及时到医院就诊。
- 6、定期门诊随访前列腺特异性抗原（PSA）、血清前列腺特异性抗原（FPSA）。

四、膀胱结石护理常规

膀胱结石可分为原发性和继发性两种，主要发生于男性。继发性膀胱结石常见于膀胱出口梗阻、膀胱憩室、神经源性膀胱、异物及长期留置导尿管者。

【临床表现】

- 1、排尿中断、困难、终末血尿及疼痛，继发尿路感染，尿频、尿急。
- 2、常伴有前列腺增生、尿道狭窄、神经源性膀胱等下尿路梗阻。
- 3、经直肠或阴道偶可扪及结石，尿道探杆可触及结石。
- 4、膀胱区 X 线平片及膀胱镜可以确诊。

【治疗原则】

一般采用手术治疗

- (1) 开放手术 耻骨上膀胱切开取石术
- (2) 非开放手术 经尿道膀胱镜碎石术

【护理评估】

- 1、评估病史，了解患者的既往病史及有无长期卧床史，了解结石起病时间及治疗经过等。
- 2、评估患者有无血尿、尿痛、排尿困难等表现；评估患者疼痛程度，有无尿潴留及膀胱内感染征象；评估患者膀胱痉挛及自主排尿情况。
- 3、了解辅助检查结果如 B 超、X 线检查、尿常规等。
- 4、评估患者心理和社会支持状况，了解患者对手术方式及疾病知识的认识程度。

【护理措施】

一、术前

按泌尿外科术前护理常规。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、指导患者多饮水，每天 >2500ml，尿量保持在每天 2000ml。
- 3、碎石后观察碎石排出情况，以及有无因机械性损伤引起的血尿。
- 4、耻骨上膀胱切开取石术后，导尿管引流应通畅，保持膀胱排空状态，以利于手术创

口的愈合。

【术后并发症的观察及预防】

（一）伤口漏尿、术后膀胱切口漏尿

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、做好伤口及引流管护理；3、遵医嘱应用抗菌药物；
4、发生切口漏尿后，要及时通知医生放置或调整导尿管，保持引流通畅，并引流干净膀胱外漏出的尿液。

（二）血尿 出血症状一般在膀胱切开取石术后，1~3天内有轻度的肉眼血尿

病情观察：尿色变化，生命体征（血压、脉搏）的变化。

护理：1、加强观察；2、发现膀胱大出血，要及时通知医生并尽量将血块吸出，并行持续膀胱冲洗；3、卧床休息，遵医嘱使用止血药；4、鼓励病人多饮水，保持排便通畅。

【健康指导】

- 1、避免食用含钙及含草酸量高的食物，如牛奶、浓茶、菠菜等。
- 2、保持精神愉快，心情开朗。多休息，注意劳逸结合。
- 3、多饮水，养成及时排尿习惯，减少尿液在膀胱内停留时间。
- 4、伤口拆线前禁止沐浴，保持伤口清洁、干燥。
- 5、出院后如发现排尿不畅，有血尿、发热等不适，应及时来院就诊。

五、膀胱肿瘤护理常规

膀胱肿瘤是泌尿系统中最常见的肿瘤。多数为移行上皮细胞癌。在膀胱侧壁及后壁最多，其次为三角区和顶部。男性发病率约为女性的 3-4 倍,年龄以 50-70 岁为多。

【临床表现】

- 1、全程性无痛性肉眼血尿。
- 2、血块阻塞及膀胱颈部的肿瘤可引起排尿困难。
- 3、肿瘤广泛浸润，继发感染时有膀胱刺激症状。

【治疗原则】

1、手术治疗

(1) 经尿道膀胱肿瘤切除术 (TURBt) 是所有膀胱肿瘤治疗的首选方法。

手术适用证：肿瘤只浸润粘膜或粘膜下层，恶性程度较低、基蒂较细的膀胱乳头状瘤。

(2) 膀胱部分切除术

手术适用证：适用于范围较局限的浸润性乳头状癌，位于远离膀胱三角区及颈部区域的肿瘤。

(3) 根治性膀胱全切除术

手术适应证：对于肿瘤范围较大，分散的多发性肿瘤，不宜作局部切除者；肿瘤位于膀胱三角区附近；或者位于膀胱颈部的浸润性肿瘤，均应采用全膀胱切除术。全膀胱切除术的术前必须改善病人的一般情况，使用肠道作尿路改道者，需作肠道准备、备血、术前灌肠，女性还需消毒阴道。

2、放射治疗

3、化学治疗

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解患者年龄、性别、职业、有无其他伴随疾病。
- 2、评估腹部肿块、血尿的程度及性状、有无尿痛及腹痛等。
- 3、了解辅助检查结果如尿细胞学、影像学及膀胱镜检查等。
- 4、评估患者心理和社会支持状况，了解患者对手术方式及疾病知识的认识程度。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规。
- 2、病情严重者，应卧床休息，观察和记录排尿情况及血尿程度
- 3、作好心理护理，给予相关指导，缓解患者紧张恐惧情绪。
- 4、全膀胱切除加回肠代膀胱术肠道准备
- 5、术前 2~3 天进食流质。
- 6、术前 2 天遵医嘱口服甲硝唑、庆大霉素等肠道抗生素。
- 7、术前晚、术晨给予清洁灌肠。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、经尿道膀胱肿瘤电切患者，应观察尿色变化。如颜色变红。予 0.9% 生理盐水进行持续膀胱冲洗，防止血块堵塞导尿管。导尿管拔除后指导患者多饮开水，每天 >2000ml。
- 3、留置气囊导尿管牵引压迫，检查导尿管位置是否合适。发生膀胱阵发性痉挛时应及时通知医生。
- 4、回肠代膀胱内肛管及双侧输尿管导管分别接集尿袋，观察引流液颜色变化，分别记录引流量及 24h 总尿量。
- 5、观察切口引流液体的色、量、性质，膀胱切除患者是否发生漏尿。
- 6、术后第 2 天，遵医嘱复查电解质、二氧化碳结合力、血气分析，了解有无电解质紊乱及酸碱失衡。
- 7、回肠代膀胱或乙状结肠代膀胱术后禁食 2d，待肛门排气后进食。
- 8、观察代膀胱乳头颜色。回肠代膀胱术后 2~3 周拔除，改用造口袋，观察有无渗漏，局部保持清洁干燥，并指导患者使用造口袋。
- 9、术后禁用促进肠蠕动恢复的药物，以防输尿管吻合口漏。
- 10、回肠代膀胱造漏口护理见肠造口护理。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。观察切口敷料有无渗出及渗出液的性质。

护理： 1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、做好伤口及引流管护理，保持切口清洁、敷料有渗出时及时更换，保持引流管引流通畅且妥善固定；4、应用广谱抗生素预防感染；5、发现感染迹象时及时通知医生处理。

（二）出血

病情观察：尿色变化，生命体征（血压、脉搏）的变化，切口引流液的量及性质变化。

护理： 1、平卧位；迅速建立静脉通道；吸氧； 2、心理安慰；3、严密监测意识、生命体征；4、观察引流管的通畅度，引流液的性质、量；5、根据医嘱止血抗休克治疗

【健康指导】

- 1、休息3个月，劳逸结合，避免重体力劳动。
- 2、进高热量、高蛋白质、高维生素、适量脂肪饮食。多饮水，每天饮水2000~2500ml。
- 3、如有血尿及排尿困难应及时来院就诊。
- 4、养成及时排尿的习惯，减少尿液对膀胱刺激。
- 5、告知保留膀胱的患者坚持膀胱灌注化疗，每周1次，共8次；以后每月1次，坚持2年。3个月复查膀胱镜1次，坚持2年。定期门诊随访全身情况。
- 6、指导患者使用造口袋，保持造口处清洁干燥，注意观察造口乳头有无缺血、红肿、回缩等情况。
- 7、指导全膀胱切除并回肠代膀胱患者口服碳酸氢钠以碱化尿液，如出现腰酸、发热、尿色浑浊等不适，应及时就诊。

六、肾损伤护理常规

肾脏深藏于肾窝，受到周围结构较好的保护。正常肾脏有 1~2cm 的活动度。故肾脏不易受损。肾损伤时常伴有颅脑、胸腹内脏器、骨折等严重损伤。

【临床表现】

- 1、肾区疼痛，局部有压痛。
- 2、休克 严重肾裂伤、肾蒂裂伤或合并其他脏器损伤患者，常因损伤和失血发生失血性休克。
- 3、血尿 肾挫伤时出现少量血尿，严重裂伤可见大量肉眼血尿，并有血块阻塞尿路。但血尿与损伤程度不一定成正比。
- 4、疼痛 肾包膜下血肿、肾周围软组织损伤、出血或尿外渗，引起患侧腰腹部疼痛。血液、尿液渗入腹腔或合并腹腔内脏器损伤时，出现全腹疼痛和腹膜刺激症状。血块通过输尿管时，引起肾绞痛。
- 5、腰部肿块 血液、尿液渗入肾周围组织，可使局部肿胀，形成肿块，腰腹部有明显的肿痛和肌强直。
- 6、发热 由于血块、尿液外渗，易继发感染，甚至导致肾周围脓肿或化脓性腹膜炎，引起发热等全身症状。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗 适用于肾挫伤、轻型肾裂伤及无其他脏器合并损伤的患者
 - (1) 紧急处理：密切观察生命体征。
 - (2) 卧床休息：绝对卧床休息 2~4 周
 - (3) 药物治疗：止血、补充血容量、抗感染

2、手术治疗

【护理评估】

- 1、询问病史，了解肾受伤的时间、地点、暴力性质、强度和作用部位。
- 2、评估生命体征、面色、神志、末梢温度及尿量；评估尿的颜色、血尿持续的时间和性状，重点了解肾挫伤的程度；了解患者有无因出血或尿外渗引起的腰腹部胀痛。
- 3、了解辅助检查结果如血、尿常规、肾功能、B 超、动脉及尿路造影等检查结果。

4、评估患者心理和社会支持状况，对手术方的认识程度。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规。
- 2、休克者见休克护理。
- 3、完善各项术前准备，了解对侧肾功能。
- 4、观察腹部情况，有无腹膜刺激症状。若病情加重及时通知医生。
- 5、危重患者遵医嘱制动。
- 6、遵医嘱补充血容量，维持血、电解质平衡，给予抗生素、止血、止痛药等。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、肾损伤修补、肾部分切除或肾周引流术，术后卧床休息 2~4 周。合并骨盆骨折卧硬板床休息 6~8 周。全肾切除术后 24h，指导起床活动。
- 3、保持手术切口清洁、干燥，观察引流液的量、色、质及气味。肾周引流管妥善固定，保持引流通畅。遵医嘱使用止血药。
- 4、定时测量体温，及时发现感染征象。遵医嘱使用广谱抗生素，预防感染。
- 5、密切观察生命体征及腹部情况，如有异常，及时通知医生。
- 6、密切观察排尿情况，遵医嘱准确记录 24h 出入液量。
- 7、观察肾周引流术后有无引流切口感染和瘘管形成、吻合口缺血坏死或穿孔、引流物缩回体腔或断裂等并发症。
- 8、观察肾修补或肾部分切除术后有无出血、尿漏等并发症。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。切口敷料及切口引流液色、量、性状及气味。

护理：1、取合适体位；2、加强观察，注意体温变化、伤口有无渗血，渗出物的量和性质；3、保持术后各引流管的通畅，并观察引流物的色、量和质；4、遵医嘱使用抗生素。

（二）出血

病情观察：尿色变化，生命体征（血压、脉搏）的变化，切口引流液的量及性质变化。

护理：卧床休息（肾部分切除患者绝对卧床休息 2 周），遵医嘱使用止血药。鼓励病人多饮水，保持排便通畅。

【健康指导】

- 1、半年内避免重体力劳动和剧烈活动。注意休息。如有血尿，立即卧床休息，及时就诊。
- 2、进高热量、高维生素及清淡、易消化饮食，戒烟、酒，多食蔬菜、水果，保持大便通畅。
- 3、指导肾切除患者观察尿量情况，肾修补、部分肾切除患者观察生命体征变化，如有不适及时就诊。
- 4、定期门诊随访肾功能和 B 超检查。

七、肾囊肿护理常规

肾囊肿（renal cyst, cyst of kidney）是肾脏内出现大小不等的与外界不相通的囊性肿块的总称，常见的肾囊肿可分为成人型多囊肾、单纯性肾囊肿和获得性肾囊肿。

【临床表现】

- 1、多无症状，偶有腰痛、镜下血尿。
- 2、B超检查偶然发现囊肿，大小不一，可与肾肿瘤鉴别。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗
 - （1）随访观察：小的肾囊肿（ $<4\text{cm}$ ），无症状时不需要做任何治疗，但要定期复查，观察囊肿是否继续增大
 - （2）穿刺抽吸和硬化剂注射
- 2、手术治疗 囊肿较大、继发感染、出血肾实质明显受压或疑有恶变。
 - （1）腹腔镜下囊肿去顶减压术
 - （2）肾切除

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史及治疗经过，有无高血压、糖尿病及其他疾病。
- 2、评估有无腰痛及血尿等。
- 3、评估肾脏检查结果，如CT、肾功能等，重点了解对侧肾功能情况，
- 4、评估患者心理和社会支持状况，了解患者对手术方式及疾病知识的认识程度。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规。
- 2、完善各项检查。静脉肾盂造影、CT检查。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、保持呼吸道通畅，给氧，观察生命体征，检测血氧饱和度，指导患者深呼吸和有效咳嗽。

3、观察引流管和腹部体征，切口和穿刺孔敷料渗血情况。保持引流管通畅，记录引流液的色、量、质。观察患者有无腹痛情况，警惕腹腔内出血和内脏损伤。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，监测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理： 1、加强观察；2、做好伤口及引流管护理；3、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

（二）术后出血

病情观察：生命体征（血压、脉搏）的变化，尿色变化，切口引流液的量及性质变化。

护理：卧床休息，遵医嘱使用止血药。出血量大、血容量不足的病人给予输液和输血；对经处理出血未能停止者，积极做好手术止血准备。鼓励病人多饮水，保持排便通畅。

（三）皮下气肿

病情观察：穿刺点周围有无肿胀、捻发感。

护理：一般在1d~2d自行吸收，如发现心率加快、血压升高和呼吸困难等症状要及时报告医生及早处理。

【健康指导】

- 1、忌辛辣、刺激性食物、过咸食物、烟、酒、腌制品；多食新鲜蔬菜、水果。
- 2、如有未切除或去顶减压的小囊肿，定期门诊随访B超复查。
- 3、定期门诊随访。

八、肾肿瘤护理常规

肾肿瘤约 95% 是恶性的，良性的很少见。恶性的肾肿瘤依据发病年龄和病理解剖学的特点，可分为二大类型：①幼儿的肾肿瘤：多称为肾胚胎瘤，大多发生在 3 岁以前。②成人的肾肿瘤：常见于 40 岁以上，男性多于女性。

【临床表现】

1、肾癌

- (1) 早期缺乏典型症状，常在体检时 B 超偶然发现
- (2) 晚期出现“肾癌三联症”（血尿、疼痛、肿块）。无痛性、间歇性全程血尿。
- (3) 全身毒性症状：发热、贫血、体重下降。

2、肾母细胞癌

- (1) 腹部肿块为主要表现。
- (2) 腹痛、血尿、发热、贫血、消瘦、高血压是常见症状。
- (3) 肿块巨大时可出现下肢水肿、腹壁静脉怒张等压迫症状。

3、肾血管平滑肌脂肪瘤（肾错构瘤）多数无症状，肿瘤内或肿瘤周围出血时可有腰痛。

【治疗原则】

1、肾癌根治术

2、放疗

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史及治疗经过，有无高血压、糖尿病及其他疾病。
- 2、评估生命体征、面色、神志、末梢温度及尿量，了解有无内出血和肾衰的表现。
- 3、评估肾脏检查结果，如 CT、MRI、肾功能等，重点了解对侧肾功能情况
- 4、评估患者对疾病手术的认识和心理状态，有无紧张、焦虑等。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规。
- 2、完善常规检查。了解患侧肾的病理变化及对侧肾功能（GFR）情况。协助做好腹部平片和静脉肾盂造影。
- 3、如有严重尿路感染者，术前遵医嘱应用抗生素。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、肾切除患者术后平卧位至清醒，生命体征平稳后半卧位。鼓励患侧卧位，利于肾窝愈合
- 3、肾部分切除患者绝对卧床 1 周，防止吻合口出血及肾下垂。
- 4、严密观察伤口处渗血、渗液的量及性质，及时更换敷料，保持局部清洁、干燥。
- 5、肾部分切除患者，观察生命体征及伤口引流液的色、质、量及尿液颜色。
- 6、检测肾功能变化，警惕一侧肾切除后引起急性肾衰竭。
- 7、遵医嘱准确记录 24h 出入液量，如术后 6h 无尿或排除大量血尿，应及时通知医生。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理： 1、加强观察，做好基础护理；2、做好伤口及引流管护理，保持切口清洁、敷料有渗出时及时更换，保持引流管引流通畅且妥善固定；3、应用广谱抗生素预防感染；4、发现感染迹象时及时通知医生处理。

（二）术后出血

病情观察：生命体征（血压、脉搏）的变化，尿色变化，切口引流液的量及性质变化。

护理：卧床休息（肾部分切除患者绝对卧床休息 1 周），遵医嘱使用止血药。出血量大、血容量不足的病人给予输液和输血；对经处理出血未能停止者，积极做好手术止血准备。鼓励病人多饮水，保持排便通畅。

【健康指导】

- 1、保持健康的生活习惯，树立战胜疾病的信心
- 2、多食新鲜鱼、肉、蛋、豆制品、蔬菜和水果，增加机体抵抗力。
- 3、肾癌术后生物治疗期间可能出现发热等不良反应。注意保暖。发热时应用物理降温或遵医嘱使用药物降温。定期检测血象变化。
- 4、肾母细胞瘤术后坚持化疗、放疗。
- 5、部分肾切除术后保持大便通畅，3 个月内禁止提重物、重体力劳动等增加腹内压的活动，防止肾出血，如出现血尿或腰酸、肾区肿块，及时到医院就诊。
- 6、肾切除患者出现血压升高、腰酸、尿量减少等情况，应及时到医院就诊。
- 7、定期门诊随访，复查肾功能。

九、肾结核护理常规

泌尿系结核是继发于全身其他部位的结核病灶，其中最主要的是肾结核。在泌尿系结核中肾结核是最为常见、最先发生，以后由肾脏蔓延至整个泌尿系统。因此肾结核实际上具有代表着泌尿系结核的意义。

【临床表现】

- 1、经久不愈的膀胱刺激症状。合并严重膀胱结核痉挛时出现尿失禁。
- 2、血尿、脓尿、腰痛和腰部肿块。
- 3、发热、盗汗、贫血、消瘦等全身症状。
- 4、严重者出现尿毒症。

【治疗原则】

1、非手术治疗

- (1) 支持疗法：加强营养，注意休息，保持生活规律，不过于劳累。
- (2) 药物治疗

2、手术治疗

- (1) 病灶清除术
- (2) 部分肾切除术
- (3) 肾切除术

【护理评估】

- 1、评估病史，了解患者的既往病史及有无结核病史及抗结核治疗、其效果等。
- 2、评估患者有无血尿、脓尿、膀胱刺激症状等表现；有无低热、盗汗、乏力、消瘦等。
- 3、了解辅助检查结果如尿结核杆菌，影像学相关检查，肾功能等。
- 4、评估患者心理和社会支持状况，了解患者对手术方式及疾病知识的认识程度。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规。
- 2、完善常规检查。了解患侧肾的病理变化及对侧肾功能（GFR）情况。协助做好腹部平片和静脉肾盂造影。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、肾切除患者术后平卧位至清醒，生命体征平稳后半卧位。肾部分切除患者绝对卧床 1 周，防止出血及肾下垂。
- 3、严密观察伤口处渗血、渗液的量及性质，及时更换敷料，保持局部清洁、干燥。
- 4、检测肾功能变化，警惕一侧肾切除后引起急性肾衰竭。遵医嘱准确记录 24h 出入液量，如术后 6h 无尿或排除大量血尿，应及时通知医生。
- 5、术后遵医嘱抗结核治疗。

【术后并发症的观察及预防】

继发性的细菌感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、取合适体位；2、加强观察，注意体温变化、伤口有无渗血，渗出物的量和性质；3、保持术后各引流管的通畅，并观察引流物的色、量和质。

【健康指导】

- 1、忌辛辣、刺激性食物、过咸食物、烟、酒、腌制品；多食新鲜蔬菜、水果。
- 2、术后抗结核治疗一年。
- 3、定期门诊随访。

十九、肾、输尿管结石护理常规

肾结石(calculus of kidney)指发生于肾盏、肾盂及肾盂与输尿管连接部的结石。肾是泌尿系形成结石的主要部位,其他任何部位的结石都可以原发于肾脏,根据结石成分的不同,肾结石可分草酸钙结石、磷酸钙结石、尿酸(尿酸盐)结石、磷酸铵镁结石、胱氨酸结石及嘌呤结石六类。

输尿管结石绝大多数来源于肾脏,包括肾结石或体外震波后结石碎块降落所致。有输尿管狭窄、憩室、异物等诱发因素时,尿液滞留和感染会促使发生输尿管结石。结石位于输尿管下段最多,约占50~60%。输尿管结石之上尿流均能引起梗阻和扩张积水,并危及患肾,严重时可使肾功能逐渐丧失。

【临床表现】

- 1、肾绞痛,突然发生,向同侧下腹、会阴、大腿内侧、生殖器放射,常伴恶心、呕吐。镜下或肉眼血尿。
- 2、输尿管下段结石或合并泌尿系统感染时出现尿频、尿痛。
- 3、尿闭见于孤立肾输尿管结石或双侧输尿管结石,也可见于一侧输尿管阻塞,放射性对侧肾分泌功能减退。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗 结石直径小于0.6cm,表面光滑,无尿路梗阻、无感染。
 - (1)大量饮水:每日1000~4000ml,保持每日尿量>2000ml。
 - (2)加强运动
 - (3)调整饮食
 - (4)药物治疗
 - (5)体外冲击波碎石(ESWL)
- 2、手术治疗
 - (1)开放手术
 - (2)非开放手术
 - ①输尿管镜取石或碎石术
 - ②经皮肾镜取石或碎石术

③腹腔镜输尿管取石

【护理评估】

- 1、评估健康史，有无既往病史、长期卧床、生活习惯等。了解结石起病时间及治疗经过等。
- 2、评估排尿是否通畅、尿痛的部位及程度、血尿的性状等。
- 3、了解辅助检查结果如 B 超、X 线检查、尿常规等。
- 4、评估患者心理和社会支持状况，了解患者对手术方式及疾病知识的认识程度。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规。
- 2、完善各项检查 肾—输尿管—膀胱（KUB）平片、静脉注射肾盂造影图（IVP）、CT 扫描、B 超等，了解结石位置、肾脏积水情况及对侧肾功能。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、留置双 J 管的护理及观察
 - （1）血尿：双 J 管上、下端盘曲且随体位改变而上下活动，易引起肾盂、膀胱粘膜轻度损伤出血。术后 3 天血尿逐渐减轻，活动后稍增加。若突然出现鲜红色尿液或肾区胀痛及腹部不适等症状，应及时通知医生，检查是否存在双 J 管滑脱、上下移动，或尿液中沉淀物、粘液、血块阻塞双 J 管。
 - （2）尿液反流：若出现尿液引流不畅，患者主诉置管一侧腰部胀痛不适，应警惕尿液通过双 J 管反流至肾脏，及时通知医生。
 - （3）术后腹部平片确定双 J 管位置。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、做好伤口及引流管护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

（二）出血

病情观察：尿色变化，生命体征（血压、脉搏）的变化，切口引流液的量及性质变化。

护理：卧床休息（肾实质切开取石患者绝对卧床休息 2 周），遵医嘱使用止血药。鼓励病人多饮水，保持排便通畅。

【健康指导】

- 1、避免食用含钙及含草酸量高的食物，如牛奶、浓茶、菠菜等
- 2、保持精神愉快，心情开朗。多休息，注意劳逸结合。
- 3、多饮水，养成及时排尿习惯。
- 4、避免四肢及腰部同时伸展、突然下蹲及重体力劳动。
- 5、术后一个月到医院复诊，拔除双 J 管。
- 6、遵医嘱按时服用抗生素。
- 7、出院后如发现排尿不畅，有血尿、发热等不适，应及时来院就诊。

十一、肾盂输尿管连接部梗阻护理常规

肾盂输尿管连接部梗阻是引起肾积水的一种常见的尿路梗阻性疾病。

【临床表现】

- 1、一般无症状，偶有腰部钝痛、轻微不适或输尿管区有压痛。
- 2、继发感染、结石或肿瘤有相应症状。
- 3、婴儿或者腹壁很薄患者可扪及积水肾脏。
- 4、大量饮水后，腰部疼痛。

【治疗原则】

肾盂输尿管连接部梗阻治疗的主要目的是解除梗阻、保护肾功能。

- 1、非手术治疗 对伴有轻微肾积水，肾盏无明显扩张者，暂无需手术，只需控制或预防感染发生，并定期随访观察。
- 2、手术治疗
 - (1) 开放性手术
 - (2) 腔内手术

【护理评估】

- 1、评估病史，了解患者的既往病史，有无高血压等其他病史。
- 2、评估患者有无血尿、疼痛等表现；评估患者疼痛程度，
- 3、了解辅助检查结果如 B 超、CT、尿路造影、肾功能、尿常规等。
- 4、评估患者心理和社会支持状况，了解患者对手术方式及疾病知识的认识程度。

【护理措施】

一、术前

- 1、见泌尿外科一般护理。
- 2、完善常规检查。做泌尿系统 X 线平片加静脉尿路造影(IVU)，了解狭窄部位和积水程度。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、避免腹压增高因素，如大便干结，必要时遵医嘱用缓泻剂。

- 3、拍腹部平片确定双 J 管位置。
- 4、术后 3d 可出现血尿。如突然出现鲜红尿液或肾区胀痛及腹部不适等症状，应及时通知医师，检查是否存在双 J 管滑脱，上下移动或尿液中沉淀物、黏液、血块阻塞双 J 管。
- 5、多饮水，每天饮水量 2500~3000 ml，达到自身冲洗的目的。观察尿量、尿色。
- 6、观察有无尿痿，如出现腰疼，腰酸，发热，负压球引流液量多、色黄，应及时通知医生。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、做好伤口及引流管护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

（二）尿痿

病情观察：引流管引流量、性状、颜色变化。

护理：卧床休息，鼓励病人多饮水，加强导管护理，加强营养。

【健康指导】

- 1、保持精神愉快，注意劳逸结合。
- 2、出现排尿不畅、血尿等不适，应及时来院就诊。
- 3、告知患者避免四肢及腰部同时伸展、突然下蹲及重体力劳动，防止双 J 管滑脱或上下移动。指导患者多饮水，防止尿盐沉淀阻塞双 J 管。1 个月后来院拔除双 J 管。
- 4、如出现腰疼、腰酸、发热等立即来院就诊。

十二、肾盂、输尿管肿瘤护理常规

肾盂肿瘤多数为移行上皮细胞乳头状瘤。亦有鳞状上皮细胞癌和腺癌。输尿管肿瘤按肿瘤性质可分为良性和恶性。

【临床表现】

- 1、间断性无痛性肉眼血尿。
- 2、血块或肿瘤碎片阻塞输尿管、肾盂时有肾绞痛。
- 3、发热、消瘦、嗜睡等全身症状。

【治疗原则】

1、手术治疗

(1) 根治性手术切除 首选（对侧肾功能良好的病例） 切除范围包括该侧肾、全长输尿管及输尿管开口周围的一小部分膀胱壁，尤其强调输尿管开口部位膀胱壁的切除

(2) 保守性手术治疗 切除病变范围

2、化学治疗及放射治疗

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史及治疗经过，有无高血压、糖尿病及其他疾病。
- 2、评估生命体征、面色、神志，血尿的程度及性状、有无尿痛及腹痛等。
- 3、评估肾脏检查结果，如 CT、MRI、肾功能等，重点了解对侧肾功能情况，了解辅助检查结果如尿细胞学、影像学及膀胱镜检查等。
- 4、评估患者心理和社会支持状况，了解患者对手术方式及疾病知识的认识程度。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规。
- 2、完善常规检查。了解患侧肾的病理变化及对侧肾功能（GFR）情况。协助做好腹部平片和静脉肾盂造影。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。

- 2、严密观察伤口处渗血、渗液的量及性质，及时更换敷料，保持局部清洁、干燥。
- 3、观察肾盂输尿管整形或输尿管端端吻合术后患者伤口引流液的色、质、量及是否有尿漏的发生。
- 4、检测肾功能变化，警惕一侧肾切除后引起急性肾衰竭。遵医嘱准确记录 24h 出入液量，如术后 6h 无尿或排除大量血尿，应及时通知医生。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、做好伤口及引流管护理；3、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

（二）术后出血

病情观察：生命体征（血压、脉搏）的变化，尿色变化，切口引流液的量及性质变化。

护理：卧床休息（肾部分切除患者绝对卧床休息 1 周），遵医嘱使用止血药。出血量大、血容量不足的病人给予输液和输血；对经处理出血未能停止者，积极做好手术止血准备。鼓励病人多饮水，保持排便通畅。

（三）尿瘘

病情观察：引流管引流量、性状、颜色变化。

护理：卧床休息，鼓励病人多饮水，加强导管护理，加强营养。

【健康指导】

- 1、保持健康的生活习惯，树立战胜疾病的信心
- 2、多食新鲜鱼、肉、蛋、豆制品、蔬菜和水果，增加机体抵抗力。
- 3、术后坚持化疗、告知患者化疗可能出现的不良反应，如胃肠道症状、肝功能异常、4、
- 4、骨髓抑制等。定期检测血象变化。化疗期间避免去公共场合。
- 5、定期门诊随访，复查肾功能、肝功能、血常规。

十三、隐睾护理常规

隐睾是泌尿外科常见的一种先天畸形,隐睾又称睾丸下降不全。

【临床表现】

- 1、一侧或两侧阴囊空虚,扪不到睾丸;
- 2、按睾丸位置可分为腹腔内隐睾、腹股沟管隐睾、阴囊高位隐睾、异位隐睾及可回睾。常伴腹股沟疝,应与提睾肌受凉痉挛及异位睾丸相鉴别。

【治疗原则】

- 1、内分泌治疗:无论单侧或双侧隐睾都应早期(10月龄)治疗,对不伴斜疝者应首选内分泌治疗;
- 2、手术治疗:内分泌治疗未下降者,最好于2岁周前手术,方法:
 - (1) 睾丸固定术;
 - (2) 睾丸切除术;
 - (3) 睾丸自体移植。

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史、家族史、遗传史。
- 2、评估患者尿道下裂的类型及排尿情况。
- 3、评估患者的心理和社会支持状况,了解心理承受能力。

【护理措施】

一、术前

- 1、见泌尿外科一般护理。
- 2、生理准备,保持外阴部清洁干燥。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、心理护理,保护患者隐私。
- 3、保证手术部位清洁,防止伤口感染

【术后并发症的观察及预防】

伤口感染

病情观察： 体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理： 1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、做好伤口及引流管护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

【健康指导】

- 1、避免进刺激性食物。
- 2、告知患者单侧睾丸切除不影响对侧睾丸功能，仍可以生育。

十四、睾丸肿瘤护理常规

睾丸肿瘤并不常见，仅占全身恶性肿瘤的 1%。但却是 20~40 岁男性最常见的实体肿瘤，几乎都属于恶性。

【临床表现】

- 1、睾丸实质性肿块，有下坠感、沉重感。
- 2、高热。

【治疗原则】

- 1、手术治疗
 - (1) 睾丸切除术
 - (2) 腹膜后淋巴结清除术
- 2、放疗
- 3、化疗
- 4、介入放射治疗
- 5、免疫治疗

【护理评估】

1. 评估健康史，了解既往病史、是否接受抗结核治疗。
2. 了解睾丸或附睾检查及其他辅助检查结果
3. 评估患者对疾病及手术的认识、手术耐受能力及有无紧张、焦虑等

【护理措施】

一、术前

按泌尿外科术前护理常规。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、心理护理，保护患者隐私。
- 3、保持会阴部清洁干燥，避免大、小便污染敷料。尿液浸湿敷料，应及时更换。
- 4、多饮水，每天饮水 2 000-2 500 ml，以达到自我冲洗的目的，进易消化、高纤维、高热量食物。

5、遵医嘱行放疗或化疗，见放疗或化疗护理。

6、体温过高者，见发热护理。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、做好伤口及引流管护理；3、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

（二）术后出血

病情观察：切口引流液的量及性质变化，伤口有无血肿，伤口敷料有无渗出

护理：卧床休息，伤口局部使用沙袋压迫止血，遵医嘱使用止血药。鼓励病人多饮水，保持排便通畅。心理护理。

【健康指导】

- 1、保持心情舒畅，避免劳累。
- 2、指导患者多食新鲜鱼肉、豆制品、蔬菜、水果，增强机体抵抗力。劳逸结合，避免提重物。
- 3、注意个人卫生；勤换内衣裤。保持伤口清洁干燥，防止大小便污染。
- 4、坚持放疗、化疗，化疗期间监测血象变化。
- 5、定期门诊随访甲胎蛋白及绒毛膜促性腺激素。

十五、嗜铬细胞瘤护理常规

嗜铬细胞瘤（pheochromocytoma）起源于嗜铬细胞（chromaffin cell）。绝大部分嗜铬细胞瘤发生于肾上腺髓质。肾上腺外的嗜铬细胞瘤可发生于自颈动脉体至盆腔的任何部位。

【临床表现】

- 1、高血压 阵发性发作，可因剧烈运动、体位改变、情绪波动、挤压等诱发。血压高，收缩压可达 300 mmHg，舒张压可达 180 mmHg，同时伴有头痛、心悸、恶心、呕吐、出汗等症状。
- 2、代谢紊乱综合征 基础代谢率升高、低热、多汗，血糖升高，糖耐量降低，可发四肢乏力，体重下降。

【治疗原则】

主要采取手术治疗

【护理评估】

- 1、评估患者的健康史，既往有无高血压及治疗经过，有无并发症。
- 2、评估临床症状及体征，了解有无糖暴病、电解质紊乱的临床表现。
- 3、了解辅助检查，如血儿茶酚胺测定、B 超、CT 等检查结果
- 4、评估患者术前有无紧张，焦虑等情绪反应及手术耐受性

【护理措施】

一、术前

- 1、见泌尿外科一般护理。
- 2、完善各项常规检查 检测 24 h 尿香草基扁桃酸（VMW）和血儿茶酚胺指标。
- 3、遵医嘱监测血压，严密观察神志和心、肺、脑功能：如患者如出现头晕、头痛面色潮红或苍白、四肢发冷、恶心呕吐、心悸、气急、视物模糊时，立即平卧并及时通知医师。
- 4、遵医嘱充分扩容，必要时遵医嘱输血。
- 5、遵医嘱术中备酚妥拉明（立其丁）10 mg/支、去甲肾上腺体素 2mg/支，各 10 支。
- 6、监测血糖变化，遵医嘱皮下注射胰岛素。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、监测血压每小时 4 次，以后 2h 测 1 次，共 24 h 。出现血压过高、过低或术后 24h 内持续性血压下降、四肢酸痛、腹痛、嗜睡等，及时通知医师。
- 3、术后 3d 应遵医嘱每天抽血查电解质、血气分析，了解电解质酸碱平衡
- 4、出现头晕、心悸、全身乏力等，及时通医师

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察，做好基础护理；2、做好伤口及引流管护理；3、遵医嘱预防性应用抗菌药物。

（二）肾上腺危象

病情观察：呼吸困难，血压下降，大汗淋漓，胸闷，心悸，恶心呕吐，高热

护理：平卧位，头偏向一侧；吸氧；建立静脉通道；心电监护；心理安慰；严密监测(意识、生命体征、血电解质、血皮质醇的动态变化)；观察伴随症状；确认有效医嘱并执行（糖皮质激素的应用、补充盐水和葡萄糖、抗休克，必要时使用血管活性药）

【健康指导】

- 1、积极合理进食，增强机体抵抗力，劳逸结合，避免提重物。
- 2、指导患者自我监控血压，定时间、定部位和定体位，准确记录血压变化。。
- 3、定期门诊随访，术后 3、6 个月复查尿 VMA 和血儿茶酚胺变化。

十六、原发性醛固酮增多症护理常规

原发性醛固酮增多症（原醛症），是由于肾上腺的皮质肿瘤或增生，醛固酮分泌增多所致。主要表现为特征性的高血压和低血钾。

【临床表现】

- 1、高血压，以舒张压升高为主，常伴头昏，头痛。
- 2、周期性肌无力，重者发生软瘫。
- 3、多饮、烦渴、尿多。
- 4、可有联有期前收缩（早搏）或阵发性室上性心动过速，严重者出现心室颤动

【治疗原则】

- 1、手术治疗 切除醛固酮腺瘤。
- 2、药物治疗 安体舒通

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解有无心脏病、高血压、糖尿病、内分泌功能失衡等。
- 2、评估患者血压波动情况，
- 3、了解辅助检查及实验室检查结果。 如 B 超、CT 等检查结果 及电解质
- 4、评估患者有无情绪不稳定及自杀倾向等精神症状

【护理措施】

一、术前

1. 见泌尿外科一般护理。
- 2、完善各项常规检查，检测血肾素、醛固酮，24 h 尿钾的指标：
- 3、遵医嘱监测电解质水平，及时补充钾，限制钠的摄入。
- 4、进低盐、高蛋白质饮食，以及含钾、钙丰富的食物。
- 5、术前晚禁服泻药。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、术后监测血压每小时 4 次，以后 2h1 次，测 24 h。
- 3、术后 3d 遵医嘱每天查电解质，以后每隔 2---3 d 复查。必要时遵医嘱查血气分析以了

解电解质酸碱平衡情况。

【术后并发症的观察及预防】

同嗜铬细胞瘤

【健康指导】

- 1、指导患者多食新鲜鱼肉、豆制品、蔬菜、水果，增强机体抵抗力。劳逸结合，避免提重物。
- 2、指导患者自我监控血压，定时间、定部位和定体位。准确记录血压变化。
- 3、定期门诊随访，术后 3、6 个月复查血醛固酮等。

十七、皮质醇增多综合症护理常规

是一种由于垂体或肾上腺病变导致肾上腺皮质分泌过量的糖皮质激素所致的疾病。临床表现大多以肥胖起病，有满月脸，向心性肥胖。下腹部及大腿内侧等处有紫纹。面容呈多血质，女性月经失调或闭经，男性性欲减退。

【临床表现】

- 1、典型体型（向心性肥胖） 满月脸、水牛背，多血质。
- 2、神经系统 情绪不稳、烦躁、失眠、精神病。
- 3、真菌感染。
- 4、轻度或中度高血压。
- 4、性腺功能紊乱 女性月经不调或者闭经、男性性功能减退。
- 6、血糖、尿糖增高。

【治疗原则】

- 1、手术疗法 肾上腺皮质肿瘤摘除
- 2、非手术疗法 药物治疗

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史、是否长期使用糖皮质激素
- 2、评估该病的临床症状及体征，了解是否有皮质醇增多症引起的高血压、低血钾等表现。有无肌肉萎缩无力、骨质疏松、伤口久治不愈等负氮平衡的表现。
- 3、了解辅助检查结果如血、尿皮质醇测定、B超、CT等影像学检查。
- 4、评估患者对疾病的认识，有无失眠、忧郁、自杀倾向等精神心理表现。

【护理措施】

一、术前

- 1、见泌尿外科一般护理。
- 2、完善各项常规检查，检测血促肾上腺激素释放激（ACTH）、血皮质醇、24h尿17-羟、24h 17-酮指标。
- 3、术前1天遵医嘱补充皮质激素。双侧或瘤体较大的库欣综合征患者术前遵医嘱肌注或静滴氢化可的松针。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理：
- 2、监测血压每小时 1 次，共 4 次；以后 2h 1 次，共 1 次监测 24h。出现血压过高、过低或术后 24 h 内持续性血压下降，四肢酸痛，腹痛，嗜睡等，应及时通知医生
- 3、遵医嘱及时补充皮质激素。

【术后并发症的观察及预防】

同嗜铬细胞瘤

【健康指导】

- 1、指导患者多食新鲜鱼肉、豆制品、蔬菜、水果，增强机体抵抗力。劳逸结合，避免提重物
- 2、指导患者坚持按医嘱服药，禁忌自行加减药量，也不可骤然停药
- 3、定期门诊随访，术后每间隔 3、6 个月复查血 ATCH、血皮质醇、24h 尿 17-羟、24h 17-酮指标。

十八、精索静脉曲张护理常规

精索静脉曲张是指精索里的静脉因回流受阻，而出现的盘曲扩张。是青壮年常见的疾病，是指因精索静脉血流淤积而造成精索蔓状丛（静脉血管丛）血管扩张，迂曲和变长。

【临床表现】

- 1、阴囊坠胀不适，行走、站立时加重。
- 2、站立屏气时可见阴囊内有蚯蚓状曲张静脉，但平卧时消失，以左侧多见。
- 3、重者有神经官能症表现。

【治疗原则】

精索静脉曲张一般预后良好，轻度或中度者不需手术治疗，但重度患者，可考虑手术治疗。

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史。
- 2、评估患者有无阴囊肿胀、疼痛。
- 3、评估患者的心理和社会支持状况，了解心理承受能力。

【护理措施】

一、术前

见泌尿外科一般护理。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、沙袋压迫腹股沟手术区 24h，用“丁”字带托起阴囊。
- 3、定期换药，观察切口有无渗血、渗液
- 4、保持伤口清洁、干燥，避免交叉感染。遵医嘱使用抗生素预防感染。
- 5、保持舒适卧位。
- 6、告知患者避免剧烈运动，防止伤口缝线断裂、脱落。

【术后并发症的观察及预防】

伤口感染

病情观察： 体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理： 1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、做好伤口护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

【健康指导】

- 1、保持心情舒畅，避免疲劳。
- 2、禁烟、酒，忌刺激性食物。多饮水。，多吃新鲜蔬菜、水果。
- 3、注意会阴部清洁卫生，勤换内裤，防止逆行感染。
- 4、精索静脉曲张术后 2 周内，避免抬举重物或激烈运动。如有鞘囊急速肿大、发紫或持融高热应立即就诊。

十九、鞘膜积液护理常规

鞘膜囊内积聚的液体增多而形成囊肿者，称为鞘膜积液，有睾丸鞘膜积液、精索鞘膜积液等。

【临床表现】

- 1、患侧阴囊肿大、下坠感。触诊肿物光滑、囊性感，睾丸在阴囊内或者扪不到睾丸。
- 2、交通性鞘膜积液时，患者站立后肿块增大，平卧后缩小。

【治疗原则】

手术治疗

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史、家族史、遗传史。
- 2、评估患者尿道下裂的类型及排尿情况。
- 3、评估患者的心理和社会支持状况，了解心理承受能力。

【护理措施】

一、术前

- 1、见泌尿外科一般护理。
- 2、术前做好个人卫生处理，保持外阴部清洁、干燥

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、鞘膜积液翻转术后 7d 内避免手术部位受湿。
- 3、保证手术部位清洁。如伤口有血痂或分泌物，用无菌盐水擦拭，防止伤口感染

【健康指导】

- 1、避免进食刺激性食物。
- 2、注意个人卫生，勤换内裤，防止感染。

二十、压力性尿失禁护理常规

女性压力性尿失禁是指腹内压的突然增加导致尿液不自主地从完整的膀胱尿道外溢。是女性的多发病。

【临床表现】

咳嗽、打喷嚏、大笑等腹压增加时不自主漏尿。

【治疗原则】

1、手术治疗

TVT 方法微创治疗

TVT-O 方法微创治疗

2、非手术治疗

盆底肌锻炼、膀胱锻炼

药物治疗

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史，有无高血压、糖尿病的其他疾病。
- 2、评估患者排尿情况。
- 3、评估患者的心理和社会支持状况，了解心理承受能力。

【护理措施】

一、术前

- 1、见泌尿外科一般护理。
- 2、指导患者穿宽松棉质内衣裤，尿湿后随时更换内裤。每天温水清洁会阴，避免使用刺激性肥皂。
- 3、指导患者避免咳嗽，保持大便通畅。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、观察阴道有无出血。术后 24 h 去除阴道填塞纱条，予以会阴护理，保持局部清洁、干燥，严禁阴道冲洗。
- 3、指导患者多吃蔬菜、水果，保持大便通畅，必要时遵医嘱给予缓泻剂。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、做好伤口及引流管护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

（二）出血

病情观察：尿色变化，生命体征（血压、脉搏）的变化。

护理：卧床休息，遵医嘱使用止血药。鼓励病人多饮水，保持排便通畅。

（三）排尿困难

病情观察：腹部膨隆、排尿次数、尿量变化。

护理：保持会阴部清洁，必要时导尿。

【健康指导】

- 1、手术2周后恢复一般活动，4周内禁止性生活。
- 2、术后6周门诊随访。
- 3、避免增加腹压的因素。
- 4、指导患者多吃粗纤维食物，保持大便通畅，避免酒精及咖啡类饮料。
- 5、保持会阴清洁干燥，每天更换内裤。
- 6、指导患者加强盆底肌肉锻炼，促进控尿能力恢复。适当参加体育锻炼，加强肌肉力量。
- 7、术后1个月避免长久站立及久蹲负重，避免重体力劳动。
- 8、指导患者观察排尿情况，有排尿困难或尿失禁复发要及时复诊。

二十一、阴茎癌护理常规

阴茎癌，泛指阴茎区域出现的恶性肿瘤，出现区域包括阴茎、副睾、精索、输精管、阴囊、贮精囊及睾丸鞘膜。阴茎癌为常见的男性生殖系统的恶性肿瘤之一。症状包括包皮过长、包茎、包皮龟头炎、阴茎溃疡。

【临床表现】

- 1、包皮过长者可以上翻包皮而发现肿瘤。早期有丘疹、疣或溃疡，增大成菜花状。肿瘤坏死、出血、继发感染，有脓性分泌物及恶臭。
- 2、腹股沟淋巴结肿大。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗
 - (1) 放射治疗
 - (2) 化学治疗
- 2、手术治疗 手术切除病变是主要治疗方法

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解有无糖尿病、高血压及其他疾病
- 2、评估阴茎癌的临床表现，有无排尿困难、排尿不畅等，生命体征是否平稳及有无远处转移。
- 3、了解辅助实验检查情况，了解疾病的恶性程度和手术条件。
- 4、评估患者对疾病的认识和手术耐受性，有无紧张、焦虑等不良情绪。

【护理措施】

一、术前

按泌尿外科术前护理常规。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、心理护理，保护患者隐私。
- 3、保持会阴部清洁干燥，避免大、小便污染敷料。尿液 I 浸湿敷料，应及时更换。
- 4、多饮水，每天饮水 2000-2500 ml，进易消化、高纤维、高热量食物。

- 5、遵医嘱行放疗或化疗，见放疗或化疗护理。
- 6、阴茎癌术后定期扩张尿道外口，防止尿路狭窄。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、做好伤口及引流管护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

（二）尿道狭窄

病情观察：能否自主排尿，有无排尿困难。

护理：通知医生及早行尿道扩张术。心理安慰。

【健康指导】

- 1、注意休息，保持心情舒畅，避免劳累。
- 2、3个月内避免性生活。
- 3、指导患者多食新鲜蔬菜、水果，忌辛辣、油腻饮食。
- 4、指导患者每天用药水或盐水清洗创面。
- 5、注意个人卫生，勤换内衣裤，保持伤口清洁、干燥，防止大、小便污染。
- 6、指导患者观察伤口局部情况和腹股沟有无不断增大淋巴结，定期进行复查。

二十二、包茎、包皮过长护理常规

正常男性在青春期发育后，龟头全部或大部分露出，如果不能露出龟头，包皮仍然包裹住全部或大部分龟头称为包茎；但用手能上翻包皮或勃起后包皮上翻能露出龟头，称之为包皮过长。

【临床表现】

- 1、包皮遮盖住龟头。
- 2、包皮口严重狭窄者排尿时包皮囊呈球状充盈，排尿困难并可继发上尿路积水。
- 3、继发包茎龟头炎时，局部充血、水肿、糜烂或者溃疡，有脓性分泌物。
- 4、发生嵌顿时，包皮龟头水肿、疼痛，绞窄处糜烂，甚至龟头坏死。

【治疗原则】

包皮环切手术

【护理评估】

- 1、询问患者个人卫生习惯。
- 2、评估有无排尿困难、局部疼痛、水肿、感染及溃疡。评估疼痛的程度及包皮水肿程度。
- 3、了解患者对手术的认识和心理状况度。

【护理措施】

一、术前

按泌尿外科术前护理常规。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、伤口保持清洁干燥，避免交叉感染。遵医嘱使用抗生素预防感染。
- 3、保持舒适卧位。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、

做好伤口护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

【健康指导】

- 1、注意休息，保持心情舒畅，避免疲劳，术后半年避免过度活动。
- 2、1个月内避免性生活。
- 3、禁烟、酒，忌刺激性食物。多饮水，多吃新鲜蔬菜、水果。
- 4、注意会阴部清洁卫生，勤换内衣裤，防止逆行感染。
- 5、包皮环切术后 2、3d 遵医嘱口服己烯雌酚，防止勃起障碍伤口愈合。
- 6、出院后定期复诊随访。

二十三、尿道损伤护理常规

尿道损伤在泌尿系损伤中最常见。多发生于男性尿道，尤其是较固定的球部或膜部。前者多因骑跨式下跌，会阴部撞击硬物（巨石、树木），使球部尿道受压于耻骨弓部而损伤；后者常由于骨盆骨折，断端碎片刺破或撕裂尿生膈所致。此外，也见于尿道器械使用不当、产钳或贯通伤等。

【临床表现】

- 1、休克 伴有骨盆骨折，可发生休克
- 2、尿道出血
- 3、疼痛
- 4、排尿困难 尿道断裂时，可发生尿潴留
- 5、血肿及尿外渗

【治疗原则】

1、非手术治疗

- (1) 急诊处理：损伤严重拌出血性休克者，给予输血，补液抗休克治疗。骨盆骨折者平卧，勿随意搬动。
- (2) 对症处理：尿道损伤排尿困难或不能排尿、插入导尿管后，留置尿管 1~2 周。

2、手术治疗

- (1) 前尿道裂伤导尿失败或尿道断裂：立即行经会阴尿道修补术或断端吻合术，并留置导尿管 2~3 周。病情严重、会阴或阴囊形成大血肿及尿外渗者，行耻骨上膀胱穿刺造瘘术，3 个月后在修补尿道。
- (2) 骨盆骨折至后尿道损伤：部分病情较轻、骨盆环稳定的病人，可施行尿道会师术，并留置尿管 3~4。病情严重者，经抗休克治疗病情稳定后，行膀胱造瘘术。

【护理评估】

- 1、询问病史，了解肾受伤的时间、地点、暴力性质、强度和作用部位。
- 2、评估疼痛的部位、程度及尿道滴血和血尿情况，了解有无排尿困难、尿潴留、尿外渗，是否出现发热、畏寒、虚弱等脓毒血症的症状及体征。
- 3、了解辅助检查结果如尿常规、X 线检查结果。

4、评估患者心理和社会支持状况，对疾病及手术方的认识程度。

【护理措施】

一、术前

- 1、按泌尿外科术前护理常规
- 2、卧床休息，安抚患者，消除紧张、恐惧等心理。
- 3、协助医生处理急性尿潴留，遵医嘱留置导尿管
- 4、遵医嘱给予镇静、止血、止痛药物，应用抗生素。预防感染。

二、术后

- 1、按泌尿外科术后护理常规及麻醉后护理。
- 2、伴有休克者要密切观察血压、脉搏的变化，注意升压药物的应用。
- 3、注意观察尿道伤口的渗血情况，保持敷料清洁干燥。
- 4、术后1周之内给流质或半流质，减少大便次数。
- 5、有骨盆骨折病人应卧硬板床，但要预防压疮的发生。
- 6、用导尿管牵引者应注意牵引的位置、重量，保持导管通畅，保持尿道口的清洁。
- 7、做好出院宣教，定期施行尿道扩张术。

【术后并发症的观察及预防】

（一）感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、做好伤口及引流管护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

（二）尿道狭窄

病情观察：拔除导尿管后能否自行排尿，排尿次数。

护理：1、心理护理；2、每日清洁尿道口外分泌物，减少尿道感染和分泌物。保持尿管通畅；3、预防尿道狭窄，拔除导尿管后，定期尿道扩张。

【健康指导】

- 1、交待患者留置尿管的注意事项，鼓励多饮水。
- 2、对有尿道狭窄的患者，指导患者定期进行尿道扩张。

二十四、尿道下裂护理常规

尿道下裂是男性泌尿生殖系最常见的先天畸形，发病率为 1/300。指尿道发育不健全，以致尿道开口于正常位置（龟头顶端中央）的下端，阴茎腹侧的任何部位。

【临床表现】

- 1、据尿道开口部位不同而分成阴茎头、冠状沟型，阴茎体型，阴茎阴囊型和会阴型。
- 2、典型的尿道下裂有 3 个特点：异位尿道口，尿道口出现在正常尿道口近端至会阴部的任何部位；阴茎下弯；包皮异常分布
- 3、其他畸形，如腹股沟斜疝、睾丸下降不全、前列腺囊。

【治疗原则】

手术治疗

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史、家族史、遗传史。
- 2、评估患者尿道下裂的类型及排尿情况。
- 3、评估患者的心理和社会支持状况，了解心理承受能力。

【护理措施】

一、术前

泌尿外科术前护理常规。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、保持会阴部清洁干燥，避免大、小便污染敷料。尿液浸湿敷料，应及时更换
- 3、保持导尿管通畅，防止扭曲、受压、脱落，如有堵塞应及时通知医生。
- 4、多饮水，每天饮水 2000-2500 ml，以达到自我冲洗的目的，进易消化、高纤维、高热量食物

【术后并发症的观察及预防】

（一）伤口感染

病情观察： 体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理： 1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、

做好伤口及引流管护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

（二）尿瘘

病情观察：排尿通畅度，排尿形式有无改变。

护理：卧床休息，鼓励病人多饮水，保持排便通畅，保持会阴部清洁。

（三）尿道狭窄

病情观察：能否自主排尿，有无排尿困难。

护理：通知医生及早行尿道扩张术。心理安慰。

【健康指导】

- 1、保持心情舒畅，避免劳累。
- 2、多食新鲜蔬菜、水果，忌食辛辣、油腻食品。
- 3、多饮水，每天2 500 ml，防止尿道感染。
- 4、每天用药水或盐水清洗创面，减少感染。
- 5、术后定期扩张尿道外口，防止狭窄。

二十五、尖锐湿疣护理常规

是由人类乳头瘤病毒（HPV）感染引起的一种性传播疾病。

【临床表现】

好发于包皮系带、冠状沟、包皮、尿道。病初为淡红或粉红色粟状大小赘生物，性质柔软，顶端稍尖，逐渐长大或增多。可发展成乳头状或囊状，基底稍宽或有带，表面有颗粒。

【治疗原则】

- 1、治疗诱因
- 2、提高机体免疫力
- 3、应用抗病药物
- 4、手术疗法

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史、性接触史，个人卫生习惯
- 2、评估患者的心理和社会支持状况，了解心理承受能力。

【护理措施】

一、术前

按泌尿外科术前护理常规。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、心理护理，保护患者隐私。
- 3、保持伤口清洁干燥，避免交叉感染，遵医嘱使用抗生素预防感染。
- 4、给予舒适体位。
- 5、遵医嘱使用干扰素。

【术后并发症的观察及预防】

伤口感染

病情观察：体温变化，检测生命体征，尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理：1、加强观察；2、鼓励病人多饮水，可起到内冲刷作用也有利于感染的控制；3、

做好伤口及引流管护理；4、有感染者：遵医嘱应用抗菌药物。

【健康指导】

- 1、保持心情舒畅，避免劳累。适当进行锻炼。
- 2、禁烟、酒，避免刺激性食物，多饮水，多吃新鲜蔬菜水果。
- 3、术后1个月内避免性生活。
- 4、指导患者做好性生活卫生，避免交叉感染。
- 5、注意会阴部清洁卫生，勤换内衣裤，防止逆行感染。
- 6、出院后定期门诊随访。

二十六、尿道肉阜护理常规

尿道肉阜多见于中老年女性,尿道肉阜多位于尿道一侧或周围,呈紫红色,一般在1cm以内,实质上是一种良性增生组织,一般不会发生癌变。

【临床表现】

- 1、排尿同,尿道口触到肿物,有时伴出血。少数有排尿困难。
- 2、尿道口可见色鲜红、易出血的息肉状、肉芽状或血管瘤状肿物。

【治疗原则】

- 1、无症状者不必处理,有症状的应行手术治疗。尿道肉阜切除后可留置导尿管 24~48 小时,拔除后多能自行排尿。
- 2、不愿手术者可用己烯雌酚粉末 0.5~1mg 涂抹局部,每晚 1 次,直至痊愈。

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史、。
- 2、评估患者排尿情况、有无尿痛,血尿、尿路刺激症状或排尿困难。
- 3、评估患者的心理和社会支持状况,了解心理承受能力。

【护理措施】

一、术前

- 1、见泌尿外科一般护理。
- 2、了解患者月经期,以便月经结束 3 d 后实施治疗。
- 3、手术前 2 d 保持外阴清洁干燥。每天用温开水清洗 1~2 次,更换内裤

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理。
- 2、拔除导尿管后 2d 用温开水清洗外阴,保持会阴部清洁、干燥

【术后并发症的观察及预防】

(一) 伤口感染

病情观察: 体温变化,检测生命体征,尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理: 1、加强观察; 2、鼓励病人多饮水,可起到内冲刷作用也有利于感染的控制; 3、做好伤口及引流管护理; 4、有感染者: 遵医嘱应用抗菌药物。

【健康指导】

- 1、保持心情舒畅，避免疲劳，术后半年避免过度活动。
- 2、1个月内禁止性生活。
- 3、禁烟、酒，忌刺激性食物。多饮水，多吃新鲜蔬菜、水果、鱼肉、豆制品。
- 4、注意会阴部清洁卫生，勤换内裤，防止逆行感染。
- 5、指导患者术后2周内勿剧烈运动，少用腹压，保持大便通畅。
- 6、定期泌尿科门诊随访。

二十七、阴囊 Paget 病护理常规

阴囊 Paget 病又称湿疹样癌,是一种少见的皮肤恶性肿瘤,位于阴囊部的 Paget 病属乳腺外 Paget 病的一种较常见类别,好发于老年男性。

【临床表现】

初起为小水疱状皮疹,搔痒溃破后扩散成湿疹状,经久不愈。有时呈菜花状隆起。严重者向深层扩散,少数有腹股沟淋巴结转移。

【治疗原则】

1、手术治疗首选 2、放疗 3、化疗

【护理评估】

- 1、询问患者的健康史、有无高血压的其他疾病。
- 2、评估患者局部皮肤情况,有无溃疡出血。
- 3、评估患者的心理和社会支持状况,了解心理承受能力。

【护理措施】

一、术前

按泌尿外科术前护理常规。

二、术后

- 1、见泌尿外科一般护理及麻醉后护理:
- 2、伤口保持清洁、干燥,遵医嘱合理使用抗生素预防感染。
- 3、给予舒适体位。

【术后并发症的观察及预防】

伤口感染

病情观察: 体温变化,检测生命体征,尿液颜色和性状及尿液检查结果。

护理: 1、加强观察;2、鼓励病人多饮水,可起到内冲刷作用也有利于感染的控制;3、做好伤口及引流管护理;4、有感染者:遵医嘱应用抗菌药物;5、保持会阴部清洁、干燥。

【健康指导】

- 1、注意休息,保持心情舒畅,避免疲劳。
- 2、避免刺激性食物,多饮水,多吃新鲜蔬菜、水果。
- 3、注意会阴部清洁,保持局部干燥,勤换内衣裤,防止逆行感染。
- 4、术后定期门诊随访。

第二节 泌尿外科专科检查与治疗护理常规

一、尿动力学检查护理常规

尿动力学检查是指利用流体力学及电生理学原理和方法研究尿液在肾盏、肾盂、输尿管、膀胱及尿道中输送、贮存及排出过程中的动态变化，以了解尿路各部分的功能状态。尿动力学检查可对早期的功能性改变提供比较客观精确的诊断依据。

目前临床上较常用的尿动力学检查方法有以下几种：

- 1、流率测定。多用作排尿障碍疾病的筛选性检查。
- 2、膀胱压力容积测定。是一项有关膀胱功能的检查方法。
- 3、尿道压力分布测定。主要用来了解尿道括约肌功能。

【护理评估】

- 1、评估患者是否适宜尿流率学检查，如有急性感染期、膀胱内严重出血不宜尿流率学检查。
- 2、评估患者是否做好检查准备：排空膀胱。
- 3、了解患者对尿流动力学检查的认识，有无恐惧、紧张心理。
- 4、检查尿流动力学检查的用物是否齐全，

【护理措施】

- 1、检查前向患者及家属说明尿流动力学检查的目的、步骤和注意事项，做好患者的心理护理，消除患者的紧张和恐惧。
- 2、协助患者做好检查准备，顺利完成尿流动力学检查。
- 3、检查后观察有无发热及血尿程度。

【健康指导】

- 1、向患者说明检查后排尿会有轻度不适，会有尿频、尿急、尿痛，无需特殊处理。症状严重，及时报告和处理。
- 2、向患者说明检查后会有轻度血尿，嘱患者检查后多饮开水，以增加尿量，起到冲洗的作用。如血尿严重，及时报告和处理。

二、肾穿刺检查术护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者术前检查是否完善，包括血常规、凝血全套、肝、肾功能及双肾 B 超结果，为严格掌握肾穿刺术的适应证与禁忌证提供参考。
- 2、询问患者术前准备是否充分，包括术前 3 天停用抗凝及活血化瘀的药物，如肝素、双嘧达莫等；有无感冒或剧烈咳嗽；女性处于非月经期；手术当日饮食不宜过饱，穿刺前排空膀胱；对肾穿刺术的了解和心理状态。
- 3、评估检查器械及用物是否完备，如 B 超仪、急救车、肾穿包、肾穿刺针、自动负压活检装置、皮肤消毒用物、注射器、利多卡因、生理盐水、硬枕等。

【护理配合措施】

- 1、术前向患者或家属简要解释肾穿刺术的目的、大致过程和注意事项，取得患者的配合。
- 2、协助患者在硬板检查床上取俯卧位，两肋下垫以 10cm 厚的硬枕，防止肾脏在穿刺时向下滑动。
- 3、建立静脉通路，遵医嘱给药，如抗生素、止血药等。
- 4、配合医师进行无菌技术操作，及时采集标本和送检。
- 5、穿刺过程中，指导患者屏气，对合作较差的患儿在穿刺瞬间捏住患儿鼻子，以保证穿刺成功。
- 6、穿刺后压迫穿刺部位 3~5 分钟，用 0.5% 络合碘消毒穿刺处，覆盖创可贴，用绷带加压包扎。将患者平移至平车送回病房。
- 7、术后绝对取平卧位休息 24 小时，6 小时后可协助轻微移动身体，1 周内限制于室内活动，不宜户外活动。
- 8、术后密切观察患者脉搏、呼吸、血压、尿量及尿的颜色等变化。
 - (1) 测量血压 1 次/30 分钟，持续 2 小时；然后改每 1 小时 1 次，持续 2 小时；2 小时后再测 1 次；观察有无出血。
 - (2) 观察有无肉眼血尿，肉眼血尿多发生在穿刺当天 24 小时内。对血尿颜色淡红者，无需特殊处理，嘱多饮水，以便冲洗尿路，防止凝血块阻塞尿路；如发现血尿颜

色鲜红且浓深，有腹胀、腹痛、腰痛、腹部包块等，及时报告医师，遵医嘱应用止血药或行 B 超检查。警惕术后并发症，如肾周围血肿、肾破裂发生。

(3) 观察有无尿潴留，早期发现并处理。

9、饮食宜给予营养丰富、易消化的食物，防止大便于结，避免增加腹内压而诱发出血。

饮水宜少量多次，避免 1 次性大量饮水引起胃不适，发生恶心、呕吐，诱发出血。

【健康指导】

- 1、术前训练患者屏气及床上排尿，防止术后尿潴留。
- 2、叮嘱患者术后平卧 6 小时，绝对卧床休息 24 小时。
- 3、交待患者如发现小便呈红色、肾区疼痛，及时报告医师处理。

三、前列腺穿刺活检护理常规

前列腺穿刺活检主要用于诊断前列腺癌。根据穿刺路径可分为经会阴和经直肠穿刺活检两种方法。最好在超声引导下进行。

【护理评估】

- 1、评估患者术前检查是否完善，包括血常规、凝血全套、肝结果，为严格掌握前列腺穿刺术的适应证与禁忌证提供参考。
- 2、询问患者术前准备是否充分，包括术前 3 天停用抗凝及活血化瘀的药物，如肝素、双嘧达莫等；有无感冒或剧烈咳嗽；手术当日饮食不宜过饱，穿刺前排空膀胱，做好肠道准备；对肾穿刺术的了解和心理状态。
- 3、评估检查器械及用物是否完备，如 B 超仪、急救车、前列腺穿刺穿刺针、自动负压活检装置、皮肤消毒用物、注射器、利多卡因、生理盐水、硬枕等。

【护理措施】

- 1、术前向患者或家属简要解释前列腺穿刺术的目的、大致过程和注意事项，取得患者的配合。
- 2、协助患者做好术前准备，顺利完成造影术。
- 3、术后卧位休息，观察有无血尿、及血便，发热等
- 4、术后鼓励患者多饮水，饮食宜给予营养丰富、易消化的食物，防止大便于结，避免增加腹内压而诱发出血。。
- 5、遵医嘱给予抗生素预防感染。

【健康指导】

- 1、向患者说明检查后排尿会有轻度不适，会有尿频、尿急、尿痛，无需特殊处理。症状严重，及时报告和处理。
- 2、向患者说明检查后会有轻度血尿，嘱患者检查后多饮开水，以增加尿量，起到冲洗的作用。如血尿严重，及时报告和处理。
- 3、卧床休息，保持大便通畅，避免用力排便，引起出血。

四、静脉肾盂造影（IVP）护理常规

通过静脉内注入含碘造影剂达到肾盂，输尿管、膀胱等泌尿系器官而显影的一种检查方法，是泌尿系统最常用的检查方法，能显示尿路器质性病变并且能观察肾功能变化，泌尿系统结核、肿瘤、慢性炎症。

【护理评估】

- 1、评估患者是否适宜静脉肾盂造影，如有高热、急性传染病、重度肾积水、尿闭、肾肿瘤、多发性骨髓瘤等不宜行 IVP。
- 2、评估患者是否做好造影术前准备：禁食、禁饮 3~6 小时；肠道准备；碘过敏试验。
- 3、了解患者对 IVP 的认识，有无紧张、害怕情绪。
- 4、检查 IVP 的用物是否齐全，包括 1ml 和 20ml 注射器、造影剂、抗过敏药、中枢神经兴奋剂等。

【护理措施】

- 1、造影术前向患者及家属说明造影的目的、步骤和注意事项，做好患者的心理护理，消除患者的紧张和恐惧。
- 2、协助患者做好术前准备，顺利完成造影术。
- 3、术后观察有无皮疹、荨麻疹等迟发碘过敏反应。
- 4、术后鼓励患者多饮水，促进造影剂排泄。

【健康指导】

指导患者术后如有皮疹、皮肤瘙痒等不适，应立即报告医护人员。

五、逆行肾盂造影（RGP）护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者是否适宜逆行肾盂造影，如有高热、急性传染病、尿频、尿急、尿痛等下尿路感染时不宜行逆行肾盂造影。
- 2、评估患者是否做好造影准备：禁食 3~6 小时，可饮水；肠道准备；碘过敏试验。
- 3、了解患者对逆行肾盂造影的认识，有无恐惧、紧张心理。
- 4、检查逆行肾盂造影的用物是否齐全，包括 12.5%碘化钠溶液、抗过敏药、中枢神经兴奋剂等。

【护理措施】

- 1、造影术前向患者及家属说明造影的目的、步骤和注意事项，做好患者的心理护理，消除患者的紧张和恐惧。
- 2、协助患者做好术前准备，顺利完成造影术。
- 3、术后观察有无皮疹、荨麻疹等迟发碘过敏反应。

【健康指导】

向患者说明检查后排尿会有轻度不适，无需特殊处理。如有尿频、尿急、尿痛等其他不适，及时报告和处理。

六、腹部平片（KUB）护理常规

kUB 即尿路 X 线平片检查，标准的 KUB 应包括的范围为：上至第 11 胸椎，下至耻骨联合下缘。主要观察的项目有：肾脏的大小、形态、位置；肾脏、输尿管及膀胱区有无不透光的阴影；腰大肌阴影是否存在；骨骼系统有无异常情况。主要用于尿石症的诊断。

【护理评估】

- 1、评估患者是否做好检查准备：禁食 3~6 小时，肠道准备,排空肠道内的气体及粪便；
- 2、了解患者对检查的认识，有无恐惧、紧张心理。
- 3、检查检查的用物是否齐全

【护理措施】

- 1、造影术前向患者及家属说明检查的目的、步骤和注意事项，做好患者的心理护理，消除患者的紧张和恐惧。
- 2、协助患者做好术前准备，顺利完成检查。

【健康指导】

向患者说明检查后一般无不适。

七、膀胱镜护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者的临床症状和体往，是否适宜膀胱镜检查，尿道狭窄，膀胱容量<50ml，急性炎症期，出血性疾病，一周内曾做检查者不宜做膀胱镜检查。
- 2、评估患者是否做好膀胱镜检查准备：排空膀胱，检查前应清洗会阴部。男性病人应将包皮翻起，洗净包皮垢。女性病人应避开月经期。
- 3、了解患者对膀胱镜检查影的认识，有无恐惧、紧张心理。
- 4、检查膀胱镜检查的用物是否齐全，

【护理措施】

- 1、造影术前向患者及家属说明膀胱镜检查的目的、步骤和注意事项，做好患者的心理护理，消除患者的紧张和恐惧。
- 2、协助患者做好膀胱镜检查准备，顺利完成膀胱镜检查。
- 3、术后观察有无血尿、发热等。

【健康指导】

- 1、向患者说明检查后排尿会有轻度不适，会有尿频、尿急、尿痛，无需特殊处理。症状严重，及时报告和处理。
- 2、向患者说明检查后会有轻度血尿，嘱患者检查后多饮开水，以增加尿量，起到冲洗的作用。如血尿严重，及时报告和处理。

八、体外震波碎石 (EWSL) 护理常规

【护理评估】

- 1、询问患者病史，了解心肺功能情况，评估有无手术禁忌征。
- 2、评估患者有无排尿困难、尿痛、血尿等表现及特点，有无合并泌尿系统感染。
- 3、了解 X 线、腹部平片等检查结果。
- 4、评估患者对体外冲击碎石的了解及心理状态，有无紧张、焦虑等情绪。

【术前护理】

- 1、见泌尿外科一般护理常规。
- 2、术前做好尿路平片，静脉造影检查，了解尿路系统有无狭窄梗阻及结石大小、位置。
- 3、术前做肾小球滤过率(GFR)检查了解肾功能情况
- 4、做体外震波碎石(EWSL)时，带好 X 线片
- 5、遵医嘱带哌替啶 100 mg。

【术后护理】

- 1、见泌尿外科一般护理常规。
- 2、测血压、脉搏、呼吸 1 次。
- 3、观察尿液的颜色、性质、量。血尿 1~2 d 消失。
- 4、观察腰痛程度、持续时间，见疼痛护理。
- 5、指导患者多饮水(>2 500 ml/d)，适当活动，以利碎石排出。注意观察碎石排出，收集石。
- 6、有不断碎石排出者，在 5~7 d 摄 X 线片；无排石者观察有无肾绞痛症状，警惕碎石嵌顿输尿管。
- 7、冲击波治疗对肺和消化道易产生损伤，观察有无咯血与便血。

【健康教育】

- 1、定期门诊随访，术后 1 个月做尿路平片检查。
- 2、避免食用含钙量高的食物，如牛奶、浓茶、菠菜等。
- 3、保持精神愉快，心情开朗。多休息，注意劳逸结合
- 4、出院后如发现腰酸、腰痛、排尿不畅、血尿等不适，及时来院就诊。

九、肾动脉栓塞术护理常规

肾动脉栓塞术是肾脏恶性肿瘤手术的良好辅助措施，也是姑息性治疗方法之一。对于肾外伤和肾肿瘤所致严重出血，可达到止血目的，并可减少瘤细胞扩散，减少术中出血和手术危险性，提高远期生存率。

【术前护理】

- 1、腹股沟区备皮。
- 2、术前禁水 4h。
- 3、触摸双下肢足背动脉波动情况，以便术后对照。
- 4、如为肾损伤患者，术前应监测生命体征变化，观察肾区以及胸腹部体征。建立静脉通路，给予抗休克护理。

【术后护理】

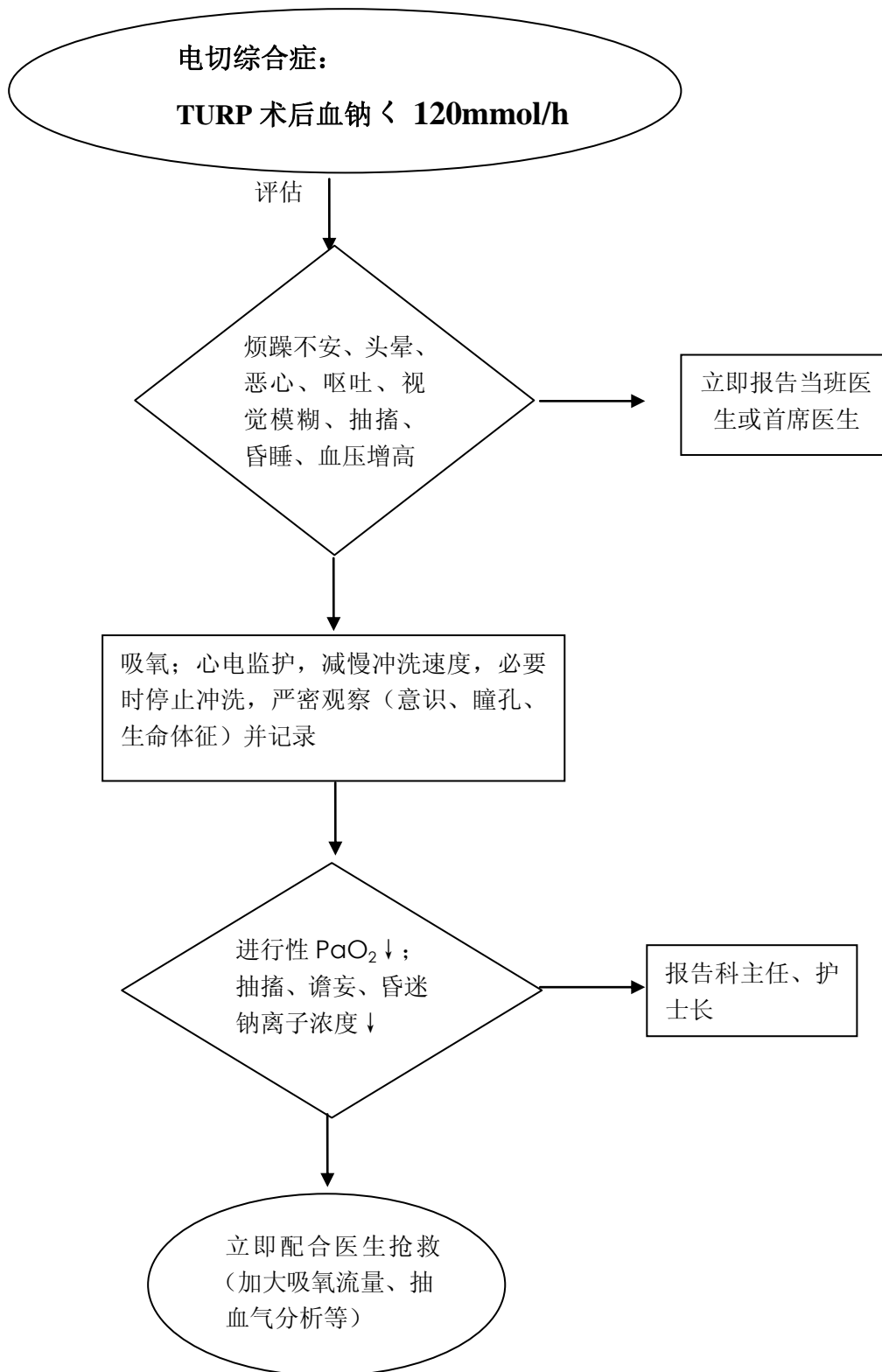
- 1、遵医嘱观察生命体征每小时 1 次，共 6 次。
- 2、穿刺处绷带加压包扎 24 h，沙袋压迫 6 h。观察股动脉穿刺处绷带有无渗血，穿刺同侧下肢足背动脉搏动，观察肢端温度、颜色，并与对侧进行对比。如有异常，及时通知医师。
- 3、绝对卧床 8~10 h。穿刺侧肢体平伸，制动 24h。
- 4、指导患者进高蛋白质、高纤维、易消化饮食，保持大便通畅。指导多饮水，以加快造影剂排泄。
- 5、栓塞综合征的观察：栓塞综合征是肾动脉栓塞术后常见的并发症，疼痛和发热为常见症状。见疼痛护理和发热护理。

【健康教育】

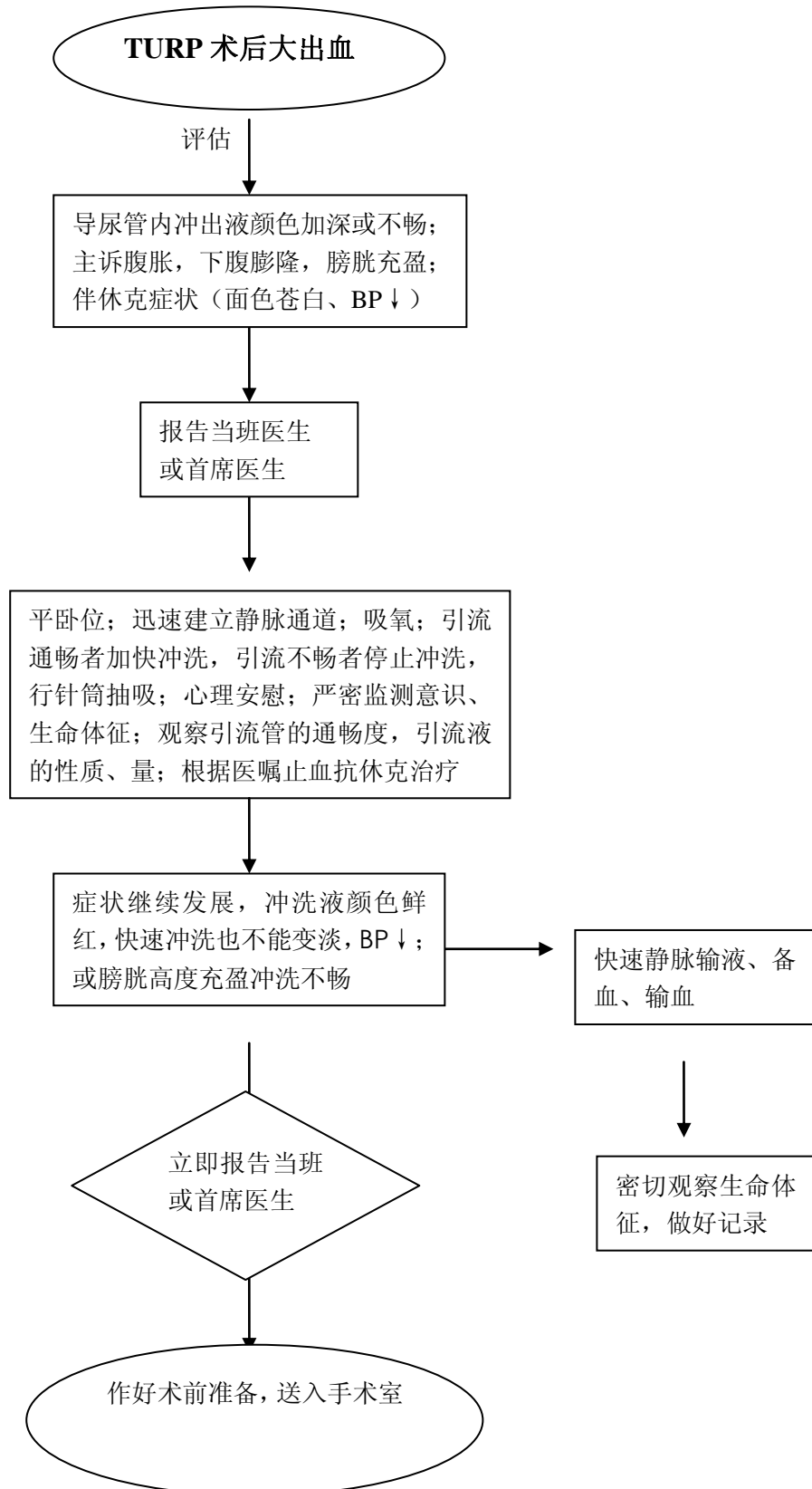
- 1、2~3 个月内避免参加体力劳动或竞技运动。
- 2、指导患者进高蛋白质、高纤维、易消化饮食，饮水>2 500 ml/d，保持大便通畅。
- 3、定期门诊随访，如有异常及时就诊。

第三节 泌尿外科护理急救流程

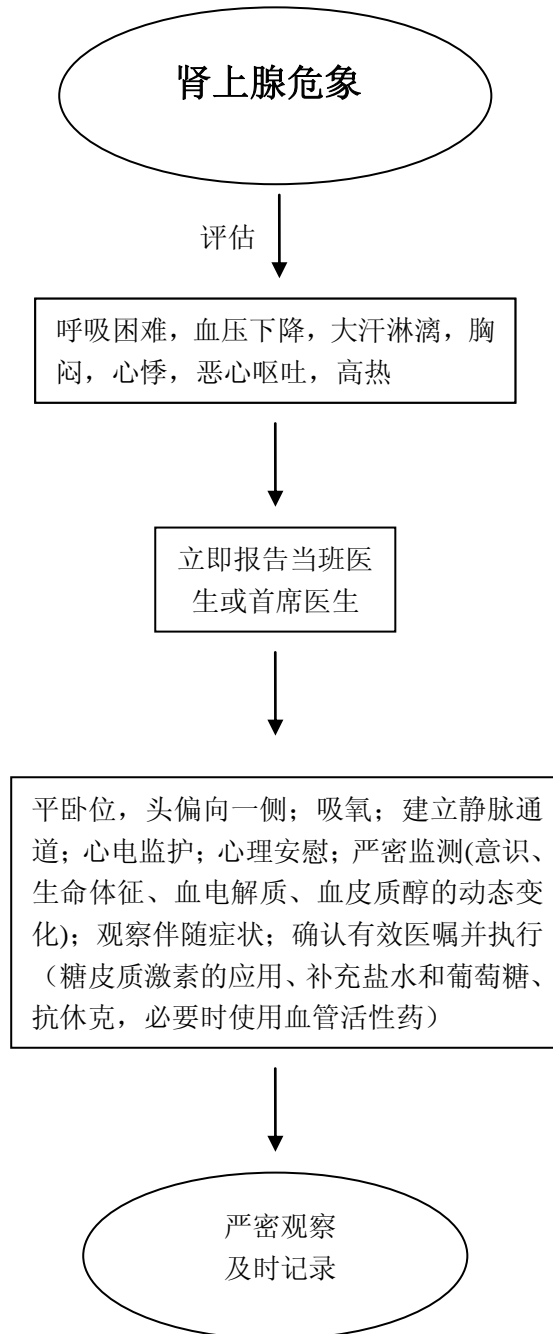
一、电切综合症急救流程



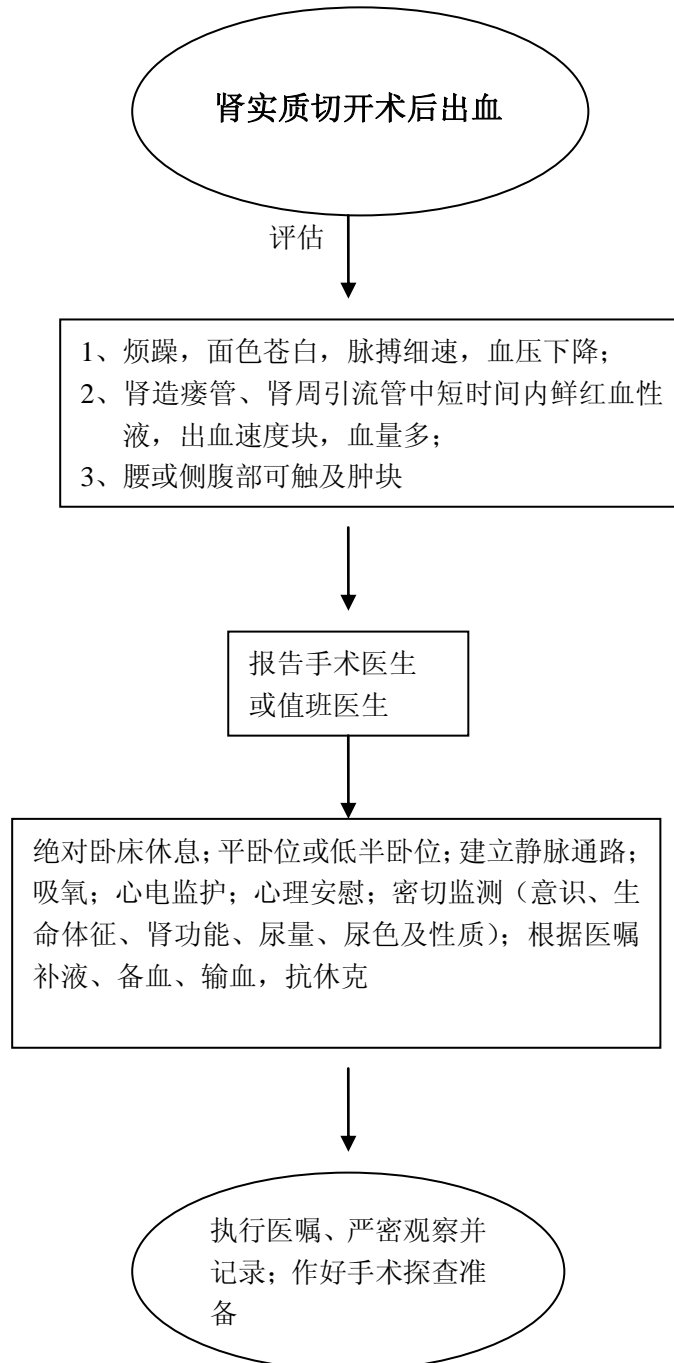
二、TURP 术后大出血急救流程



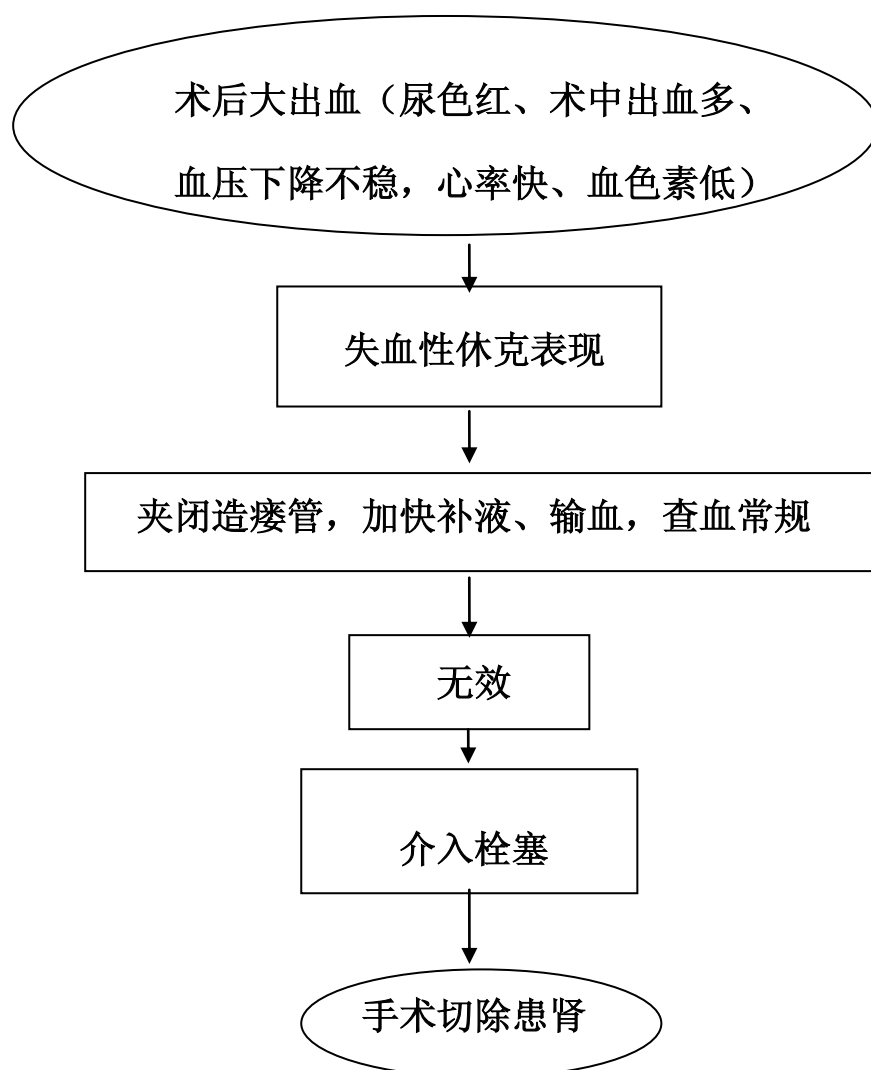
三、肾上腺危象急救流程



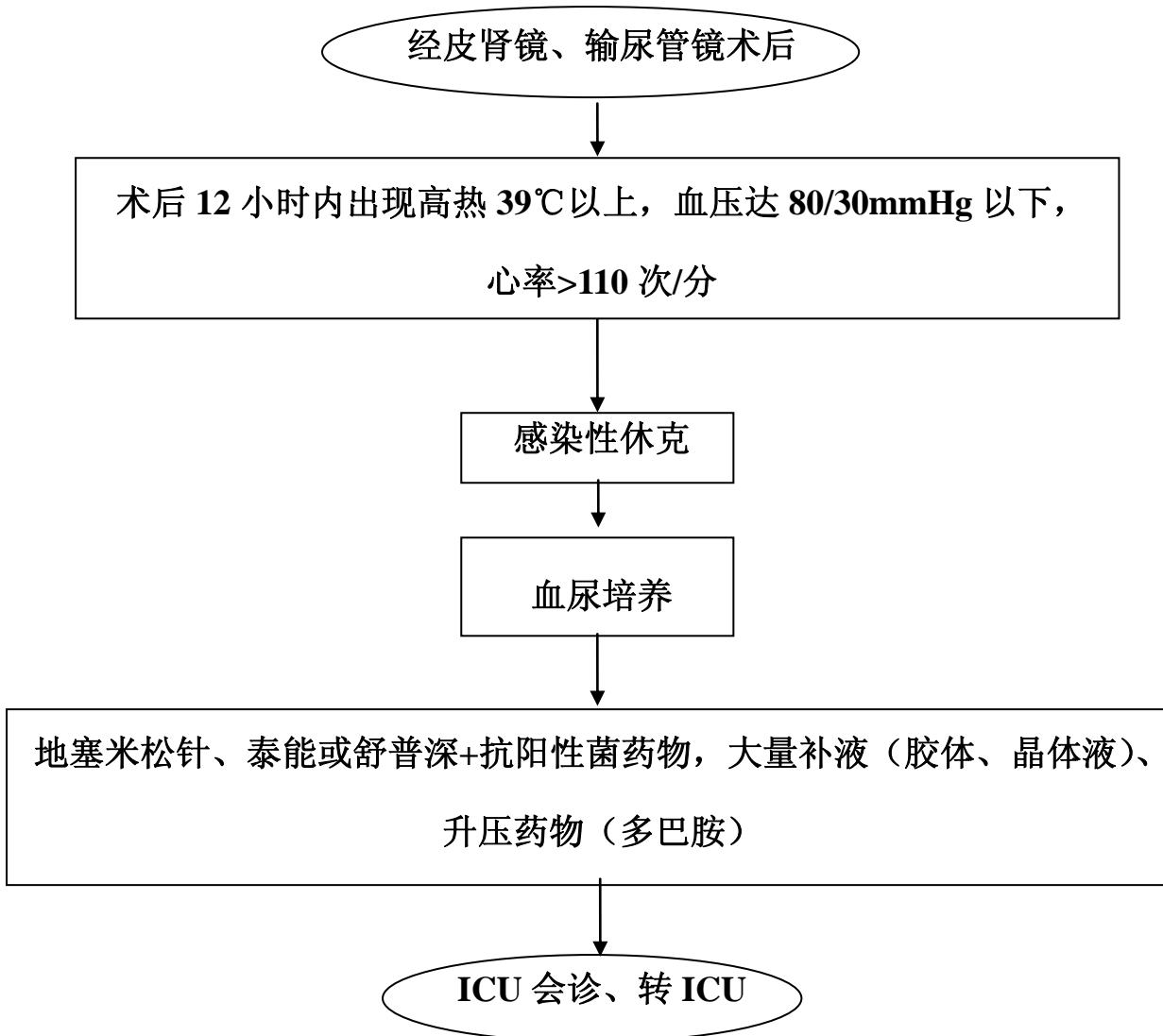
四、肾实质切开术后出血性休克急救流程



五、经皮肾镜术后出血性休克急救流程



六、经皮肾镜术后感染性休克急救流程



第十二章 口、眼、耳、鼻护理常规

第一节 口、眼、耳、鼻一般护理常规

一、眼科手术围手术期护理常规

(一) 术前

- 1、做好病人心理护理，消除其顾虑，主动配合。
- 2、训练病人眼球活动（视网膜剥离者例外），尤其是向下方固视。
- 3、告知病人预防咳嗽及打喷嚏的方法（用舌尖顶上腭或用手指压人中），训练病人床上大、小便、进食等。
- 4、白内障与视网膜剥离病人应充分散瞳。
- 5、准备皮肤，剪睫毛必要时剃眉毛，女病人长发应编成辫子、洗澡、换手术衣、裤。
- 6、做青霉素过敏试验。手术日晨用抗生素加生理盐水（生理盐水 500ml+庆大霉素 8 万 mi）作泪道及结膜囊冲洗，用无菌眼垫覆盖（视网膜剥离病人应避免用地卡因接触角膜）。
- 7、术前晚保证充足睡眠，必要时给予镇静剂。
- 8、术前排空大、小便，按医嘱给予术前用药、除去首饰、钱包、活动假牙等物，填写好手术病人交接单，送病人进手术室。
- 9、按手术及麻醉种类准备用物、整理床单位。

(二) 术后

- 1、全麻病人按全麻护理常规。
- 2、按医嘱分级护理，卧床休息，平卧或取一定卧位。
- 3、严密观察病情，术眼剧痛者，酌情给止痛、镇痛剂。如出现头痛、恶心、呕吐，应报告医生，予及时处理。
- 4、按医嘱给易消化饮食。
- 5、注意敷料、眼罩勿松脱、移位。病人勿大声说话。
- 6、避免感冒，保持大便通畅，3 天无大便者应给予通便处理。

二、眼部疾病护理常规

（一）年龄相关性白内障护理常规

晶状体混浊称为白内障，许多因素例如老化、遗传、代谢异常、外伤、辐射、中毒、局部营养障碍等，均可引起晶状体囊膜损伤，使其渗透性增加和丧失屏障作用，或导致晶状体代谢紊乱，使晶状体蛋白发生变形，形成混浊。年龄相关性白内障是在中老年开始发生的晶状体混浊。

【临床表现】

常常双眼患病，但发病有先后，严重程度也不一致，开始时，主要症状为随眼球转动的眼前黑影，以及渐进性、无痛性视力减退，直至眼前手动或仅有光感，注视灯光时有虹视现象，部分患者会出现畏光和眩光。

【治疗要点】

目前尚无疗效肯定的药物，主要以手术治疗为主。

- 1、手术时机：过去认为白内障成熟期为最佳手术时机。近年由于显微技术的快速发展，如果视力下降影响工作和生活质量，即主张手术。
- 2、手术方法的选择：①白内障囊内摘除②白内障囊外摘除③白内障超声乳化吸出术。
④激光乳化白内障吸出术。

【护理评估】

- 1、评估健康史及对手术的耐受性，了解发病年龄、职业、用药史、外伤史及家族史。
- 2、评估患者各项检查结果，了解患者视觉功能及是否合并有眼压增高、视神经萎缩等。
- 3、评估心理状况及社会支持情况。

【护理措施】

（一）术前护理

- （1）按内眼手术前护理常规。
- （2）年老体弱者观察患者的生命体征及全身情况，如有异常及时报告医师。糖尿病患者控制好血糖。
- （3）配合医师准备合适的人工晶状体，术前 1 小时遵医嘱给术眼滴散瞳眼药水。

(4) 给予心理护理，减轻患者的焦虑与恐惧，增强对手术的信心。

(二) 术后护理

(1) 按内眼手术后护理常规。

(2) 取仰卧位休息，限制头颈部活动，避免低头及头部震动，滴散瞳药后平卧 4 小时。

(3) 术眼遮盖眼垫，防止碰撞眼球，遵医嘱滴抗生素眼药水和散瞳药。

(4) 了解麻醉方式及手术情况，密切观察病情变化，发现术眼疼痛剧烈等异常通知医师及时处理。

(5) 协助做好患者生活护理及健康教育。

【健康指导】

1、术后避免重体力劳动 3~6 个月，避免剧烈运动和低头作业时间过久，定期门诊复查。

2、掌握正确的滴眼药水方法。保持大便通畅。

（二）急性闭角型青光眼手术护理常规

急性闭角型青光眼是一种以眼压急剧升高并伴有相应症状和眼前段组织病理改变为特征的眼病，多见于50岁以上老年人，女性更多见。

【临床表现】

典型的急性闭角型青光眼有几个不同的临床阶段：

- 1、临床前期 当一眼急性发作被确诊为本病，另一眼只要具有前房浅、虹膜膨隆、房角狭窄等表现，即使病人没有任何临床症状也可以诊断为临床前期；部分病人在急性发作前没有自觉症状，但具有上述的眼球解剖特征或青光眼家族史，尤其是在促发因素如暗室试验后房角关闭，眼压明显升高，也可诊断为本病的临床前期。
- 2、先兆期 表现为一过性或反复多次的小发作，多出现在傍晚时分。表现为轻度的眼痛伴同侧偏头痛视力减退、鼻根部酸胀和恶心，轻度睫状充血、角膜轻度雾状混浊、眼压略高，经睡眠或充分休息可处行缓解。
- 3、急性发作期
 - (1) 症状：表现不剧烈的头痛、眼痛，虹视、雾视，视力急剧下降，常降到指数或手动，可伴有恶心、呕吐等全身症状。
 - (2) 体征：①球结膜水肿，混合充血或睫状充血。②角膜水肿，呈雾状或毛玻璃状。③瞳孔中等散大，常呈竖椭圆形，对光反射迟钝或消失，有时可见局限性后粘连。④前房变浅，周边部前房几乎完全消失，房角镜检查可见房角完全关闭。⑤眼压升高，可突然高达50 mmhg 以上，小数病例可达100 mmhg 以上，指测眼压时眼球坚硬如石。⑥高眼压缓解后，眼前段常留下永久性组织损伤。如角膜后色素沉着、虹膜节段性萎缩及色素沉着、虹膜节段性前囊下点状或片状灰白色混浊（青光眼斑），临床上称为青光眼三联征。
- 4、间歇期 指小发作缓解后，房角重新开放，症状和体征减轻或消失，不用药或仅用少量缩瞳剂就能将眼压维持在正常范围内。但瞳孔阻滞的病理基础尚未解除，随时有再次发作的可能。
- 5、慢性期 急性大发作或多次小发作后，房角发生广泛粘连，小梁功能严重损害，表现为眼压中度增高，视图进行性下降，眼底可见青光眼性视盘凹陷，并有相应的视

野缺损。

- 6、绝对期 眼压持续升高，眼组织特别是视神经遭到严重破坏。视功能完全丧失，无光感，症状不明显或出现顽固性头痛、眼痛，瞳孔极度散大强直，角膜上皮水肿、知觉减退。

【治疗要点】

- 1、药物治疗：毛果云香碱滴眼液、噻吗咯尔滴眼液、布林佐胺滴眼液、20%甘露醇针等降眼压。
- 2、辅助治疗：局部滴用糖皮质激素有利于减轻充血及虹膜炎症反应。全身症状重者可给予止吐、镇静和安眠药物。
- 3、视神经保护性治疗：钙离子通道阻滞剂、谷氨酸拮抗剂、神经营养因子、抗氧化剂（维生素 C、维生素 E）及某些中药可起到一定的保护视神经的作用。
- 4、激光治疗
- 5、手术 原发性闭角型青光眼以手术治疗为主。

【护理评估】

- 1、询问患者健康史、既往史及家族史，有无远视眼、暴饮暴食、气候突变等诱发青光眼的因素。
- 2、评估有无头痛、眼胀、视物模糊等眼压高症状，了解视功能、眼压、视野检查结果。
- 3、评估心理状况及社会支持情况。

【护理措施】

一、术前护理

- (1) 按内眼手术前护理常规。
- (2) 睡眠时抬高枕部，宜衣服宽松，衣领不宜过紧，避免长时间低头弯腰。
- (3) 禁烟酒、浓茶。1次饮水量不超过 300ml。
- (4) 密切观察患者有无头痛、眼胀、虹视、雾视等高眼压先兆，协助完善各项专科检查，如视功能、眼压、视野检查等。
- (5) 遵医嘱给予降眼压类药物及观察用药后反应。闭角型青光眼者，禁用散瞳药及血

管扩张类药，以免瞳孔散大引起眼压升高。

- (6) 给患者讲解手术方式、过程、配合要点及术前注意事项，做好心理疏导，保持精神愉快，防止情绪过分紧张，以免诱发青光眼急性发作。
- (7) 术前需用药控制病情者，密切观察用药反应。静脉输入甘露醇必须快速滴入，年老体弱者要注意脉搏、呼吸的变化，以防发生意外；滴入缩瞳剂后压迫泪囊 2~3 分钟，以减少药物的全身吸收，防止中毒；出现眩晕、气喘、心率增快、多汗是毛果云香碱的中毒表现，此时应注意保暖、更衣，防止着凉；眼压高时，禁止擅自服止痛药，以免掩盖病情。

二、术后护理

- (1) 术后适当卧床休息，保持头部固定，仰卧或健侧卧位，避免过度低头、弯腰、咳嗽、打喷嚏等，以防眼内出血。
- (2) 宜进食清淡、易消化、营养均衡的饮食，保持大便通畅，防止便秘。
- (3) 严密观察病情变化，原发性青光眼术后，需注意非手术眼有无青光眼发作，如有症状，立即报告医生。
- (4) 遵医嘱手术眼滴扩瞳药，非手术眼滴缩瞳药以防青光眼急性发作。滴药时严格执行查对制度，分清手术眼和非手术眼，以免滴错眼药。

【健康指导】

- 1、嘱咐患者遵医嘱用药并告知用药注意事项。
- 2、保持大便通畅，保证充足的睡眠，避免长时间暗处工作及生活。
- 3、定期复查，保持愉悦心情。

（三）视网膜脱离手术护理常规

视网膜脱离是指视网膜的神经上皮层和色素上皮层之间的脱离。可分为孔源性、牵拉性及渗出性三类。

【临床表现】

初发时有“飞蚊症”、眼前闪光感和眼前黑影飘动，视力减退，视野缺损，多有眼压改变。眼底改变：散瞳检查眼底可见视网膜脱离区裂孔，脱离的视网膜呈青灰色，不透明，隆起。黄斑裂孔多为正圆形，但黄斑裂孔引起视网膜脱离的机会较少。

【治疗要点】

尽早手术封闭裂孔为原则。

【护理常规】按眼科疾病一般护理常规和内眼手术护理常规。

- 1、评估健康史、既往病史、家族史及眼外伤史，了解是否为高度近视眼。
- 2、评估有无视力突然下降等，了解各项检查结果。
- 3、评估心理及社会支持情况，了解患者是否有紧张、恐惧、悲观情绪。

【护理措施】

一、术前护理

- （1）卧床休息，尤其是黄斑部裂孔及巨大裂孔患者，根据裂孔位置决定卧位，使裂孔处于最低位。
- （2）充分扩瞳，协助完善各项术前检查。
- （3）保持大便通畅，防止便秘；防止头部碰撞及震动，避免跌倒；预防上呼吸道感染，防治咳嗽。
- （4）向患者讲解手术方式、过程、术中的配合及注意事项，做好心理护理，减轻其焦虑、恐惧情绪。

二、术后护理

- （1）卧床休息，根据视网膜裂孔的位置及手术情况选择卧位，注意术后裂孔处于最高位。
- （2）供给清淡、易消化、营养均衡饮食。
- （3）观察生命体征及术眼敷料有无松动、移位，伤口有无渗血、渗液等，发现异常及

时报告医师并处理。

- (4) 防止呕吐，教会患者预防呕吐的方法；保持大便通畅，防止便秘；嘱患者放松头部，勿用力挤眼，不剧烈运动。

【健康指导】

- 1、避免震动性活动及过重体力劳动，避免过度弯腰及低头运动，宜乘坐平稳的交通工具。
- 2、遵医嘱用药，定期复查。

（四）玻璃体切割手术护理常规

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往史记疾病的严重程度。
- 2、评估患者的视力及其他的症状与体征。
- 3、评估心理及社会支持情况。

【护理措施】按眼科疾病一般护理常规和内眼手术护理常规。

一、术前护理

- （1）卧床休息。
- （2）给予清淡、易消化、营养均衡的饮食；保持大便通畅，防止便秘。
- （3）协助完善各项术前检查。
- （4）遵医嘱给予术前用药，术前 1 小时给术眼滴眼药水，充分散大瞳孔。
- （5）玻璃体切割术手术难度大、费用高，做好患者及其家属解释工作，取得理解和配合。

二、术后护理

- （1）卧床休息，指导患者采合适体位；行硅油充填术取俯卧位，保持眼睛朝下。
- （2）观察病情尤其是眼压变化；出现眼部胀痛难忍、恶心、呕吐等及时报告医师。
- （3）术眼遮盖眼垫，保持敷料清洁干燥。
- （4）给予清淡、易消化、营养均衡的饮食；保持大便通畅，防止便秘。

【健康指导】

- 1、指导患者遵医嘱用药及用药注意事项。
- 2、术后 3 个月内避免剧烈运动和过重的体力劳动。
- 3、定期门诊复查。

（五）眼球化学烧伤护理常规

眼化学伤是佛化学物品的溶液、粉尘或气体接触眼部，引起损伤，也称化学性烧伤，包括酸性和碱性烧伤，临床上又以碱性化学伤更多见。眼化学伤属眼科危急重症，其病情的轻重和预后与化学物质的性质、浓度、量的多少，以及化学物质接触眼部时间的长短、急救措施是否恰当等因素密切相关。碱性化学伤较酸性化学伤后果更有为严重，严重者可导致视功能丧失和眼球萎缩，是致盲的重要原因。

【临床表现】

- 1、症状 可不同程度的畏光、流泪、眼睑痉挛、眼痛及视力下降。
- 2、体征
 - （1）轻度：表现为眼睑皮肤潮红，轻度结膜充血水肿，胸膜 上皮点状脱落，经合理治疗痊愈后不留瘢痕。
 - （2）中度：眼睑肿胀明显，皮肤起疱或糜烂，结膜水肿苍白，出现小片状缺血坏死。角膜明显混浊水肿，上皮大片脱落，前房可见渗出性反应，治愈后角膜遗留斑翳，视力下降。
 - （3）重度：多为强碱引起，结膜广泛缺血性坏死，角膜全层混浊甚至呈磁白色，可有持久性无菌性角膜溃疡，常可发生穿孔。可伴有虹膜睫状体炎、继发性青光眼及并发性白内障，晚期可致眼睑畸形、睑球粘连及结膜干燥症。

【治疗要点】

争分夺秒，就地取材，彻底冲洗是眼化学伤的急救原则。眼化学伤发生后，立即就地取水，现场急救，用大量清水反复冲洗眼部 1 5 分钟以上。送到医院后，继续用生理盐水冲洗眼部，特别是穹隆部与睑板下沟处。也可根据致伤物性质用中和冲洗液冲洗，酸性化学伤用 3 %碳酸氢钠溶液，碱性化学伤用 3 %硼酸溶液。

按眼科疾病一般护理常规和内眼手术护理常规。

【护理评估】

- 1、详细了解眼部受伤的时间，致伤物名称、性质、浓度、量以及与组织接触时间的长短。
- 2、评估症状与体征，了解角膜、结膜烧伤程度及全身情况。观察结膜囊有无残存的固

体化学物质。

3、了解心理及社会因素。

【护理措施】

- 1、急救处理 争分夺秒彻底冲洗结膜囊，选择具有中和性质的冲洗液持续冲洗结膜囊 30 分钟以上，以清除可能存留在结膜囊的固体化学物质。酸性眼化学伤球结膜下注射 1~2ml 的 5%磺胺嘧啶钠溶液；碱性眼化学伤者注射 1~2ml 维生素 C；严重碱化学伤者行前房穿刺术。
- 2、遵医嘱应用抗生素，预防继发感染。
- 3、每日换药时用玻璃棒分离结膜囊，并涂大量抗生素眼膏，以防睑球粘连。
- 4、伤眼滴 0.5%依地酸二钠及半胱氨酸以中和烧伤后产生的胶原酶，预防角膜穿孔。
- 5、晚期对并发症进行治疗，如手术矫正眼睑畸形，治疗继发性青光眼、并发性白内障及角膜白斑等。
- 6、做好患者的心理疏导，使患者更好的配合治疗。

【健康指导】

- 1、指导患者及家属正确的滴药方法。
- 2、告知晚期并发症的预防及处理方法，嘱定期复查。

（六）眼球穿通伤护理常规

眼球穿通伤是指眼球被锐利器刺破或异物击伤所致。

【临床表现】

不同部位的穿通伤都可有不同程度视力下降，还可伴有眼部疼痛、畏光流泪等症状。

【护理评估】

- 1、详细了解受伤的时间与程度，致伤物的性质及污染程度。
- 2、评估患者的健康史，了解目前有无眼部疼痛、视物模糊、头痛等症状与体征。
- 3、评估患者的心理状态。

【治疗要点】

- 1、眼球穿通伤为眼科急症，治疗原则是手术缝合伤口，防治感染和并发症。
- 2、角膜伤口处理 伤口小而整齐者（ $<2\text{mm}$ ），无虹膜组织嵌顿或脱出时，可不缝合，仅需加压包扎。伤口大（ $>2\text{mm}$ ）或有虹膜脱出时，需缝合伤口。
- 3、防治感染。
- 4、合并有眼内异物时应行异物取出术。
- 5、对伤后视功能及眼球外形恢复无望者，行眼球摘除术。

【护理措施】按眼科疾病一般护理常规和内眼手术护理常规。

一、术前护理

- （1）治疗原则是缝合伤口恢复眼球的完整性，防止感染和并发症。按眼内手术术前护理常规，做好急诊手术准备。
- （2）遵医嘱全身及局部应用抗生素、糖皮质激素、破伤风抗毒素及止血药物等。
- （3）感染性眼内炎者，行玻璃体注射抗生素及糖皮质激素或行玻璃体切割术。
- （4）视功能及眼球外形恢复无望需行眼球摘除术者，做好心理护理。
- （5）遵医嘱给予镇静剂，用无菌眼垫遮盖患眼。

二、术后护理

- （1）按眼内手术术后护理常规。
- （2）进营养丰富易消化饮食。
- （3）观察病情，观察有无眼痛等不适。伤口疼痛给予止痛药；头痛、术眼疼痛剧烈者

评估有无感染可能，以便及时处理。预防交感性眼炎的发生。

- (4) 保持大便通畅。术后 2 天无大便者给予通便处理。
- (5) 全身及局部应用抗生素，预防感染。
- (6) 角膜缝线者刺激症状较重时，术后 14 天后根据伤口愈合情况拆线。

【健康指导】

- 1、指导患者遵医嘱用药并告之用药注意事项。
- 2、定期门诊复查。

（七）眼内异物手术护理常规

眼内异物是指异物击穿眼球壁，存留于眼内，为眼球贯通伤的一种。当异物进入眼球时的机械性损伤不仅可以破坏眼内组织，同时，由于异物存留在眼内，增加了眼感染的危险，还增加了交感性眼炎发生的可能。异物的化学作用还可引起眼内组织的破坏。

【临床表现】

根据异物穿通入眼球的部位不同，以及异物存在眼内部位的不同，临床症状和体征可有不同。

- 1、多伴有眼球贯通伤的症状和体征。
- 2、病人有异物击伤史、眼球上可查到贯通伤痕或眼内组织有异物贯通伤损害痕迹。
- 3、眼球内异物也可引起外伤性虹膜睫状体炎、化脓性眼内炎及交感性眼炎。
- 4、铁质异物在眼内溶解氧化，对视网膜有明显的毒性作用，可产生铁质沉着症。铜质异物在眼内组织沉着可产生铜质沉着症。

【护理评估】

- 1、健康史及受伤的时间与方式，致伤物的性质及污染程度。
- 2、详细了解临床症状、体征，评估患者对手术的耐受性。
- 3、了解患者的心理状态，有无紧张、害怕等。

【护理措施】按眼科疾病一般护理常规和内眼手术护理常规。

1、术前护理

- (1) 按眼内手术前护理常规。
- (2) 观察眼球创口大小和部位，了解眼压的变化，观察有无虹膜脱出和嵌顿，以及瞳孔变形或偏位，检查视力的变化，发现异常及时报告医生处理。
- (3) 眼球内有铁质、铜质等异物及眼组织严重损害者，尽早取出异物。
- (4) 遵医嘱给予抗生素等药物以预防感染。
- (5) 作好心理护理，减轻焦虑及紧张情绪。

2、术后护理

- (1) 按眼内手术术后护理常规。
- (2) 观察病情，观察有无眼痛等不适。伤口疼痛给予止疼药；头痛、术眼疼痛剧烈者

评估有无感染可能，以便及时处理。

(3) 遵医嘱全身及局部应用抗生素，预防交感性眼炎的发生。

(4) 球壁及后极部异物或视网膜脱离者，按视网膜脱离术后护理。

【健康指导】

1、遵医嘱用药并告之用药注意事项。

2、定期门诊复查。

（八）角膜移植手术护理常规

【护理评估】

- 1、评估健康史、既往史、过敏史、手术史等。
- 2、评估患者角膜病变的症状、体征及各项临床检查结果。
- 3、了解角膜供体来源及新鲜程度。
- 4、了解患者的心理准备及社会支持状况。

【护理措施】按眼科疾病一般护理常规和移植术一般护理常规。

1、术前护理

- （1）按眼内手术术前护理常规。
- （2）遵医嘱给予抗生素眼药水滴眼。有感染症状者予以控制，做好消毒隔离。
- （3）术晨冲洗结膜囊，动作轻柔，防止角膜穿孔。
- （4）术前遵医嘱使用缩瞳剂和降眼压药物。
- （5）向患者讲解手术方式、过程、术中的配合要点及注意事项，做好心理护理，消除患者的紧张，焦虑情绪。

2、术后护理

- （1）保证充足的睡眠，避免强光刺激，避免剧烈活动。
- （2）禁烟酒，忌辛辣食物。给予易消化、营养丰富的软食，多吃水果、蔬菜和富含维生素 A 的食物。
- （3）观察病情变化，防止免疫排斥反应及术后感染。
- （4）遵医嘱全身应用糖皮质激素等免疫抑制药物，不可擅自停药。用药期间预防全身感染，避免妊娠。
- （5）保护手术眼，切勿揉眼。缝线外露引起眼部刺激症状者可视情况拆除缝线。

【健康指导】

- 1、遵医嘱用药并告之用药注意事项。
- 2、定期门诊复查。

（九）准分子激光治疗近视护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者眼部专科检查结果，如屈光度数等，以判断是否在适应证范围内。
- 2、评估患者对手术的认识和心理状况。

【护理措施】按眼科疾病一般护理常规。

一、术前护理

- （1）适当休息，进食清淡、易消营养均衡的食物，忌烟、酒，少吃刺激性食物。
- （2）术前3天滴用抗生素眼药水，每日3次。
- （3）术前1天洗头、沐浴、更衣，手术当日不化妆、不用香水。
- （4）向患者讲解手术方式、术中的配合要点及注意事项，做好心理护理，消除患者的紧张、焦虑情绪。

二、术后护理

- （1）术眼戴保护眼罩24小时，防止碰撞术眼。切勿揉眼，避免剧烈活动。
- （2）饮食清淡，勿食辛辣刺激性食物。
- （3）滴抗生素眼药水3天，激素眼药水1个月。
- （4）保持大便通畅，避免大使用力。

【健康指导】

- 1、遵医嘱用药并告之用药注意事项。
- 2、交代患者术后1周内不看电视、书报，1个月内不游泳。
- 3、定期门诊复查。

（十）共同性斜视手术护理常规

共同性斜视是指眼球呈偏斜位，两眼不能同时注视一个目标，而眼外肌及其神经支配无器质性病变的一类斜视，眼球运动无障碍，注视任何方向其偏斜度不变，无复视及代偿头位。

【临床表现】

共同性斜视：主要表现为一眼向一侧偏斜，眼球各方向运动正常，各个方向斜视度基本相等，无复视和代偿头位，多伴有屈光不正和弱视，第一斜视角等第二斜视角。

【护理评估】

- 1、评估患者弱视、屈光不正的程度及各项临床检查结果。
- 2、评估患者的年龄、配合程度及心理社会支持情况。

【治疗要点】

- 1、共同性内斜视（1）调节性内斜视病人多有较高度数远视，应采用阿托品充分麻痹睫状肌后验光，对远视完全矫正可使眼位正常。伴有弱视者应同时治疗弱视和训练双眼视功能。（2）部分调节性内斜视首先应矫正屈光不正，同时治疗弱视，由于部分斜视由解剖异常等非调节性因素引起，故矫正调节因素所致的斜视部分后，残留内斜视应手术矫正。（3）非调节性内斜视主要通过手术治疗，对伴有弱视者应先治疗弱视。
- 2、共同性外斜视（1）间歇性外斜视包括非手术治疗和手术治疗。（2）恒定性外斜视通常需要手术治疗，若一眼视力较低，有弱视时，应先治疗弱视。

【护理措施】

一、术前护理

- （1）按眼外手术术前护理常规。
- （2）术前滴抗生素眼药水，清洁结膜囊。
- （3）因牵拉眼肌术中常感觉不适，指导患者自我控制及配合方法，以利手术顺利进行。
- （4）全麻患者术前禁饮食；局麻患者术晨可进清淡饮食，不要过饱，以免加重术中术后恶心呕吐症状。
- （5）做好心理护理，向患者讲解手术方式、过程、术中配合及注意事项，消除患者的

紧张，焦虑情绪。

二、术后护理

- (1) 术后双眼包扎，闭目休息，尽量少转动眼球，以免加重术眼疼痛及影响伤口愈合。
解除包扎后，注意用眼卫生，不要过度用眼，保证充足睡眠。
- (2) 观察病情变化，疼痛剧烈者遵医嘱给予止痛药；恶心呕吐严重者行对症处理，遵医嘱如口服或肌内注射维生素 B₆ 或氯丙嗪。
- (3) 每天清洁术眼，遵医嘱使用抗生素、激素眼药水及眼膏。

【健康指导】

- 1、遵医嘱用药并告之用药注意事项。
- 2、弱视者在医师指导下行弱视训练；屈光不正者视力稳定后及时配镜治疗。
- 3、定期门诊复查。

（十一）翼状胬肉病人护理常规

翼状胬肉是常见的变性性结膜，为睑裂部球结膜及结膜下组织增殖而侵袭角膜上，呈三角形，形似翼状，多见于鼻侧。

【临床表现】

三角形总罢工状胬肉的尖端为头部，其角膜缘为颈部；其球结膜处为体部。小的翼状胬肉一般无症状，偶有异物感；若侵及瞳孔区则可影响视力。进行性翼状胬肉的头部前端虹膜灰色浸润，其颈部、体部肥厚、充血；静止性翼状胬肉的头部前方角膜透明，颈部及体部较薄而无充血。

【治疗要点】

如侵袭瞳孔区影响视力，或因外观容貌上需要，可手术治疗。

【护理措施】

- 1、小的胬肉而无需治疗者，应做好病情解释工作，并嘱病人定期复查。
- 2、手术治疗病人，参照外眼手术护理常规。
- 3、术后嘱病人注意用眼卫生，一般 7~10 天后拆除缝线。定期复查，观察是否有胬肉复发。
- 4、为预防术后复发，可应用 B 射线照射或局部短期滴用丝裂霉素 C。
- 5、健康指导：户外活动时戴上防风尘及防紫外线眼镜；避免风尘、阳光刺激，积极防治慢性结膜炎。

（十二）慢性泪囊炎护理常规

慢性泪囊炎是泪囊黏膜的慢性炎症，是常见的眼病，中老年女性占 70~80%，尤其是绝经期妇女；多为单侧发病。

【临床表现】

以溢泪为主要症状，检查发现结膜充血、内眦部位的皮肤浸渍、糜烂、粗糙肥厚及湿疹。泪囊区囊样隆起，用手指压迫或泪道冲洗，有大量粘液脓性分泌物自泪小点返流。由于分泌物大量潴留，泪囊扩张，可形成泪囊粘液囊肿。

【治疗要点】

- 1、药物治疗 滴用抗生素滴眼液。
- 2、手术治疗 常用手术方法是泪囊鼻腔吻合术。

【护理措施】

- 1、指导正确滴眼药，每日 4~6 次，每次滴抗生素眼药前，先用手指按压泪囊区或行泪道冲洗，以排空泪囊内的分泌物，利于药物吸收。
- 2、冲洗泪道 选用生理盐水加抗生素行泪道冲洗，每日 1 次。
- 3、手术护理 做好泪囊鼻腔吻合和鼻内镜下鼻腔泪囊造口术的护理。泪囊摘除术者，应向病人及家属说明，手术可以消除病灶，但仍可能有泪溢症状存在。
- 4、健康指导 告知病人及早治疗沙眼和鼻炎、鼻中隔偏曲等鼻部疾病，预防慢性泪囊炎的发生；积极治疗泪囊炎，可预防角膜炎和眼内炎等并发症的发生。

三、口腔疾病护理常规

(一) 先天性唇裂修补术护理常规

先天性唇裂是颌面部最常见的一种先天性畸形，除常与腭裂并发外，其中少数病人还有身体其他部位的畸形。唇裂可造成唇部外形缺陷和吸吮、咀嚼、语言、表情等功能障碍。

【治疗原则】

手术治疗是修复唇裂的惟一手段。

【护理评估】

- 1、评估年龄、生长发育及全身健康状况。
- 2、评估手术区皮肤，观察面部有无湿疹、疖疮、皮肤病。
- 3、评估患者心理和社会支持状况。

【护理措施】按口腔颌面外科疾病手术一般护理常规。

1、术前护理

- (1) 婴儿入院后停止母乳或奶瓶喂养，改用汤匙或滴管喂养。
- (2) 术前一日局部皮肤准备。清洗上下唇、鼻部及口腔。
- (3) 给予心理护理，消除患者自卑、紧张、恐惧心理。
- (4) 遵医嘱做好手术准备。成人单侧唇裂以局麻为主，婴幼儿多采用全麻，术前 4 小时静脉滴注或进食 10%葡萄糖溶液 100~15ml。

2、术后护理

- (1) 术后按全麻术后护理常规及口腔颌面外科疾病手术护理常规。
- (2) 全麻患儿清醒后 4 小时，用滴管或小汤匙喂饲少量流质或母乳。
- (3) 保护唇裂修补部位。对于幼儿，必要时约束双手，以免造成自伤或污染伤口。
- (4) 术后观察伤口愈合情况，每日以 75%酒精清洗伤口，保持伤口清洁。

【健康指导】

嘱咐家属防止患儿跌倒、自伤伤口，以免伤口裂开或感染。

（二）先天性腭裂修补术护理常规

腭裂可单独发生也可与唇裂同时伴发。腭裂不仅有软组织畸形，大部分腭裂病人还可伴有不同程度的骨组织缺损各畸形。他们在吸吮、进食及语言等生理功能障碍方面远比唇裂严重。由于颌骨生长发育障碍还常导致面中部塌陷，严重者呈蝶形脸，咬合错乱。

【治疗原则】

手术治疗

【护理评估】

- 1、评估患者面部、口周及耳鼻咽部有无炎症存在。
- 2、评估口腔及鼻腔的清洁程度。
- 3、评估患者的心理和社会支持情况。

【护理措施】按口腔颌面外科疾病手术一般护理常规。

1、术前护理

- （1）术前禁食 8 小时，禁饮 4 小时。
- （2）给予心理护理，消除患者的自卑和紧张、恐惧心理。

2、术后护理

- （1）术后按全麻术后护理常规及口腔颌面外科疾病手术护理常规护理。
- （2）全麻清醒后 4 小时，用滴管或小汤匙喂饲少量流质或母乳。术后进流质 10 天，后进半流质 1 周，逐渐过渡到普食。进食后多饮水，以保持口腔卫生和创口清洁。
- （3）术后观察伤口愈合情况及药物作用和副作用。
- （4）保持口腔清洁：每日口腔护理 2~3 次，每次进食后应多饮水或漱口。
- （5）保护伤口，安抚患儿避免大声哭叫，勿将手指、玩具等物纳入口中，防伤口感染和裂开。
- （6）指导康复训练，从单字开始加强语音训练。

【健康指导】

指导家属对患儿进行语言康复训练。

（三）颌面部骨折复位固定术护理常规

【临床表现】

出血，肿胀，疼痛，骨折移位，功能障碍，感觉异常，咬合错乱，下唇麻木，张口受限，骨折段异常动度，牙龈撕裂等。

【治疗原则】 复位：手法复位、牵引复位、手术复位。

【护理评估】

- 1、询问颌面部骨折发生的原因、骨折部位及程度，有无颅脑损伤、颈部伤、窒息、感染等并发症。
- 2、了解颌面部骨折检查情况。
- 3、评估患者的心理和社会支持情况。

【护理措施】按口腔颌面外科疾病手术一般护理常规。

1、术前护理

- （1）颌面部外伤可使面容发生很大变化，应做好心理护理，开导、安慰患者。
- （2）给予高热量、高蛋白质的流质饮食。
- （3）做好术前准备。

2、术后护理

- （1）术后 6 小时取半坐卧位，利于伤口引流和减轻局部肿胀；重症患者注意变换体位。
- （2）观察病情变化，注意生命体征、神志及瞳孔变化及有无脑损伤表现；观察视力变化及鼻腔出血情况。
- （3）遵医嘱给予镇静剂，合并颅脑或胸部损伤者，忌用吗啡。
- （4）及时吸出口鼻腔内分泌物，保持呼吸道通畅；舌后坠者将舌牵出口外固定。
- （5）做好口腔护理，保持口腔清洁。鼓励患者咳嗽排痰，防止坠积性肺炎的发生。
- （6）观察内固定装置是否有松脱、移位、压迫牙龈或刺伤唇颊黏膜的表现；术后 4~6 周拆除固定装置后，指导练习张口和饮食方法，逐渐恢复咀嚼功能。
- （7）颧骨及颧弓骨折术后注意张口恢复程度，术后 10 天内避免张口过度。
- （8）加强心理护理，充分调动积极性，坚定战胜疾病的信心。

【健康指导】

- 1、耳鼻脑脊液漏者，禁止冲洗鼻腔或外耳道，禁用棉球填塞，勿用力擤鼻涕，防止咳嗽及打喷嚏，以免引起颅内感染。
- 2、交代患者避免剧烈活动，防止挤压鼻部及用力擤鼻涕。

（四）舌癌切除术护理常规

舌癌是最常见的口腔癌，男性多于女性，男女这比为 1.5~2.23: 1，发病年龄在 40~60 岁居多，但近年来有女性增多及发病年龄更年轻化的趋势。舌癌多发于舌缘，其次为舌尖、舌背及舌要等处，常为溃疡型或浸润型，一般恶性程度较高、生长快、浸润性强，常波及舌肌，致舌运动受限。有时说话、进食及吞咽均发生困难。晚期舌癌可蔓延至口底及下颌骨，使全舌固定，向后发展可以侵犯腭舌弓及扁桃体。如有继发感染或侵犯舌根常发生剧烈疼痛，疼痛可反射至耳颞部及整个同侧的头面部。舌癌早期便可发生淋巴结转移，远处可转移至肺部。

【治疗要点】

手术治疗、化学药物治疗、放射治疗、冷冻治疗。

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解既往病史、过敏史、遗传史，是否合并其他疾病。
- 2、评估并记录患者的生命体征、伤口情况及主诉等。评估肿块部位、大小等专科情况。
- 3、了解实验室及特殊检查结果。
- 4、评估患者及家属的心理状况及家庭经济状况。

【护理措施】按口腔颌面外科疾病手术一般护理常规。

1. 术前护理

- (1) 进行有针对性的心理护理，消除恐惧心理，使患者处于接受治疗的最佳心理状态。
- (2) 保持口腔清洁。术前视情况作牙周洁治，治疗口鼻腔内炎症；复方替硝唑漱口液含漱，预防术后伤口感染。
- (3) 根据拟行手术备皮。病灶过大需作邻近组织瓣
- (4) 了解手术及麻醉情况，严密监测生命体征、神志等病情变化。
- (5) 游离组织瓣整复者采取平卧位，减少头颈部活转移或游离组织瓣整复者，用肥皂水或热水清洁供皮区，用 75%酒精消毒后包扎备用。

2. 术后护理。

- (1) 术后采用鼻饲喂食。给予高营养、高热量流质饮食。胃管内注入饮食时速度不宜过快，以免引起胃肠不适。

- (2) 注意伤口渗血情况，保持负压引流管通畅。观察口腔内外皮瓣有无发紫、肿胀等，发现异常及时通知医师。
- (3) 及时吸净口咽腔内的分泌物，保持呼吸道通畅，防止呕吐物或血液误吸入气管引起呼吸障碍或窒息。
- (4) 遵医嘱做好用药护理，观察药物的作用和副作用。

【健康指导】

- 1、保持口腔清洁。
- 2、保持乐观的心态，遵医嘱定期复查。

（五）腮腺肿瘤切除术护理常规

腮腺肿瘤是由于导管弯曲或其他原因造成部分阻塞，分泌物在局部潴留，导管呈囊状扩张，随着病程延长，囊肿体积不断增大。男性病人多见，约占77%。表现为腮腺区无痛性肿块，生长缓慢，无功能障碍，生长到相当体积后才被发现。

【治疗原则】手术治疗。

【护理评估】

- 1、评估患者健康史、既往史、过敏史、遗传史等，了解可能的病因。
- 2、评估患者的肿瘤部位，大小、性质等。
- 3、了解实验室及特殊检查结果。
- 4、评估心理状况、家庭经济状况并记录。

【护理措施】按口腔颌面外科疾病手术一般护理常规。

- 1、术前护理：主要是做好解释工作，向患者及家属说明术后有可能发生面神经瘫痪。
- 2、术后护理
 - （1）全麻清醒后，取半坐卧位以利于引流及减轻颌面部的充血、肿胀。
 - （2）术后1~2天内进半流质饮食；2~3天后改食软食；给予清淡的高蛋白、丰富维生素饮食，以利伤口愈合。避免进食刺激性食物，尤其是酸性食物，以免引起过多的唾液分泌。
 - （3）观察生命体征及病情变化，呼吸困难者协同医师妥善处理；观察患者术后有无面瘫，如有面瘫应及时报告医师。用特制帽或绷带加压包扎5~7天，以防手术区积液发生涎痿及感染；观察伤口引流物的颜色、量、性状。
 - （4）观察有无面神经麻痹。由于受到机械刺激，术后可能出现暂时性面神经麻痹，3个月左右可恢复。
 - （5）做好用药护理，观察药物作用和副作用。
 - （6）联合根治术者，按颈淋巴结清扫术护理常规。

【健康指导】

- 1、指导患者讲究口腔卫生，预防感染。
- 2、行整复手术者，术后早期加强功能锻炼。

（六）淋巴结清扫术护理常规

按口腔颌面外科疾病手术一般护理常规。

【护理评估】

- 1、评估患者病变淋巴结部位、有无疼痛、肿块大小及性质，病变区域皮肤是否清洁、有无破损等。
- 2、了解患者对手术的心理状态。

【护理措施】

1、术前护理，主要是给予术前指导和心理安抚，配合手术。

2、术后护理

- （1）全麻术后6小时半坐卧位，利于头部静脉回流。
- （2）保持呼吸道通畅，防止舌后坠，观察并记录伤口引流物的颜色、量、性质。如行气管切开者按气管切开术后护理常规。
- （3）观察生命体征及病情变化，发现异常及时报告医师并予以处理。
- （4）术后早期进食可预防应激性溃疡的发生。

【健康指导】

指导患者术后及早进行上臂及肩部功能锻炼，以减少肩部肌萎缩和不适。

四、耳鼻咽喉科疾病一般护理常规

- 1、按外科一般护理常规，定时监测生命体征。
- 2、保持病室清洁、整齐、安静、安全、舒适。
- 3、遵医嘱给予分级饮食护理，并做好饮食指导。
- 4、保证适当的活动和充分的休息。
- 5、准确执行医嘱，指导患者正确服药，观察药物疗效及副作用。
- 6、密切观察患者的生命体征与临床表现，观察分泌物、排泄物、呕吐物的性质、气味、颜色及量，发现异常及时报告医师。
- 7、严重鼻出血、耳源性颅内并发症、呼吸道异物、喉梗阻、严重耳鼻喉部外伤患者入院后，密切观察病情变化，备好急救药物及器械，协助医师抢救。

五、耳鼻喉科手术一般护理常规

【手术前护理常规】

- 1、术前做好心理护理，与患者沟通交流，介绍手术及麻醉方式、注意事项，过度紧张者，遵医嘱给予镇静药。
- 2、术前 6~8 小时禁食禁饮。
- 3、术前测量生命体征并记录，有异常报告医师。
- 4、做好术前准备：术前一日按手术要求备皮、剪鼻毛、剃须、洗头、剪指（趾）甲、沐浴及更换手术衣裤，植皮者行供皮区皮肤准备；遵医嘱术前用药，做药物过敏试验、备血；女患者询问月经史。
- 5、喉部手术者指导患者以手势代替语言或准备写字板、纸笔，以利交流。
- 6、指导患者预防咳嗽和打喷嚏的方法。
- 7、送手术室前核对腕带、手术部位，排空大、小便；取下义齿、牙托及个人饰物，备好病历、术前用药及影像资料随患者一同带入手术室。
- 8、根据麻醉及手术方式准备床单位及用物如氧气、心电监护、吸引器等。

【手术后护理常规】

- 1、根据手术几麻醉要求取不同体位：鼻部手术者取半坐卧位；耳部手术者取平卧位或健侧卧位；全身麻醉者按全麻术后护理。
- 2、了解手术情况，按时巡视患者，密切观察病情。出现呕吐、出血、呼吸困难等不适报告医师并协助处理。
- 3、做好伤口局部护理和口腔护理；指导并协助滴鼻剂滴鼻、喉片含服、含漱口剂含漱等；气管切开者按气切管切开术后护理常规，保持气管套管通畅。
- 4、动态了解病情，准确执行医嘱。
- 5、饮食与活动：鼻部手术者由进流质或半流质饮食逐渐过度到普食，禁辛辣、过烫食物；扁桃体手术 6 小时后可进冷流质，后视情况改半流质和软食，以后过度到普食，7~10 天内不宜吃硬食和油炸食物，术后第 2 天鼓励患者多说话、漱口、防止伤口粘连、瘢痕挛缩及后遗咽异感症等。

六、耳部疾病护理常规

（一）慢性化脓性中耳炎护理常规

慢性化脓性中耳炎是中耳黏膜、骨膜或深达骨质的慢性化脓性炎症。可分单纯型、骨疡型、胆脂瘤型。

【临床表现】

耳痛、耳鸣、听力减退、流脓，严重时可产生颅内并发症，会出现头痛、恶心、呕吐等不适。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗：抗感染、病因治疗
- 2、手术治疗：骨膜修补术、鼓室成形术

【护理评估】

- 1、估病史及中耳炎的疾病类型，了解手术方案。
- 2、估鼻部、口咽部是否有慢性炎性病灶及听力退减的程度，观察有无头痛、耳痛、眩晕等症状，耳内有无流脓以及特殊臭味。
- 3、了解试验室检查如血常规、凝血功能、X线摄片、CT、细菌培养及药敏试验等结果。
- 4、评估患者的心理和社会支持状况。

【护理措施】

术前护理：

- 1、前做好心理护理，使个、患者了解手术的目的、手术方式、术后注意事项。对因听力损害而导致语言交流障碍的患者，需加大说话声音，语言简洁明了，可配合手势及文字交流，以消除患者的紧张、焦虑情绪。
- 2、术前 6~8 小时禁食禁饮。
- 3、术前测量生命体征并记录，有异常报告医师。
- 4、做好术前准备：术前一日按手术要求备皮、剃须、洗头、剪指（趾）甲、沐浴及更换手术衣裤；遵医嘱术前用药，做药物过敏试验、备血；女患者询问月经史。
- 5、患者预防咳嗽和打喷嚏的方法。

- (1) 送手术室前核对腕带、手术部位，排空大、小便；取下义齿、牙托及个人饰物，备好病历、术前用药及影像资料随患者一同带入手术室。
- (2) 根据麻醉及手术方式准备床单位及用物如氧气、心电监护、吸引器等。

术后护理常规：

- 1、全麻病人按全麻术后护理常规护理至病人清醒。全麻清醒后取平卧或健侧卧位或半卧位。
- 2、观察伤口敷料是否干燥，有无渗湿、松脱或过紧，如渗血较多，及时通知医生处理。
- 3、饮食护理 如术后无恶心、呕吐全麻清醒 6 小时后可进流质或半流质饮食，3-5 天视病情逐渐改为普食，以高蛋白、高热量、丰富维生素、无刺激、易消化的。
- 4、完善各项专科检查，如内听道或头部 CT、纯音测听、ABR、冰水试验、眼震电图等。
- 5、观察生命体征、意识、瞳孔、肢体活动，观察有无面瘫、头痛、呕吐及伴随症状，内耳手术者有无眩晕、呕吐及眼球震颤，如出现头痛剧烈、喷射性呕吐、意识障碍和瞳孔改变者，提示颅内压增高，应及时报告医师处理，以防脑疝形成；
- 6、诊断不明时，尽量避免应用镇静、镇痛及扩缩瞳药物，以免掩盖症状影响诊断。
- 7、耳源性脑脓肿者保持大便通畅，便秘者用缓泻剂，防止用力排便致脑脓肿破裂或脑疝。
- 8、做好出院指导及健康教育，分泌性中耳炎鼓膜置管术后，耳内勿进水，半年内禁止游泳，定期复查，半年后取管。

【并发症观察及护理】

（一）颅内感染

病情观察：耳道分泌物的量、性质、气味等。注意耳后是否有红肿、压痛。如出现恶心、呕吐、头痛剧烈、烦躁不安等症状时，应警惕并发症的产生。

护理：密切观察病情变化，对有颅内并发症者，禁用镇静、镇痛类药物，应及时、准确使用降颅压药物，全身使用抗生素，保持大便通畅，以防脑疝的发生。

（二）面瘫

病情观察：面部肌肉有无随意运动，见额纹消失，不能表情，眼睑不能闭合，口角歪斜，吹气或鼓腮不能。

护理：严密观察病情变化；保持口腔清洁，做好眼部护理；加强面部肌肉功能锻炼。

【健康指导】

- 1、患者掌握正确的滴耳药和洗耳方法。沐浴或洗头时用干棉球填塞外耳道口以防耳内进水。
- 2、术后7天拆线，7~14天抽出耳道内填塞纱条。
- 3、鼓室成形术后短期内不可坐飞机，防止内耳压力变化引起鼓膜破裂。

（二）先天性耳前瘻管护理常规

先天性耳前瘻管是一种常见的先天性耳畸形。

【临床表现】

一般无症状，继发感染时可出血局部发红、肿胀、疼痛。

【治疗原则】

- 1、非手术治疗：抗感染治疗。
- 2、手术治疗：切口排脓或手术切除。

【护理评估】

- 1、病史及疾病的严重程度，了解手术方案。
- 2、评估听力情况，观察有无头痛、耳痛、眩晕等症状，耳内有无流脓以及特殊臭味。
- 3、了解实验室检查如血常规、凝血功能、X线摄片、细菌培养及药敏试验等结果。
- 4、评估患者的心理和社会支持状况。

【护理措施】按耳鼻喉科疾病一般护理常规护理。

1、感染时，可按医嘱指导病人使用抗生素。

2、脓肿需切开排脓时

- （1）操作前做好心理护理，向患者说明切开排脓的目的、方法、注意事项，取得配合，消除紧张心理。
- （2）配合医生穿刺抽脓，以减轻局部胀痛。
- （3）注意观察病人的局部出血的情况。

3、如需手术治疗，按专科要求做好术前准备（参考中耳炎术前护理）。

4、术后护理：

- （1）了解手术及麻醉情况，取平卧位或健侧卧位，避免剧烈运动。
- （2）麻醉清醒后无恶心、呕吐可逐渐恢复饮食，从流质逐渐到普食。
- （3）密切观察手术后局部出血情况
- （4）遵医嘱使用抗生素，观察药物疗效与副作用。

【健康指导】

- 1、病人及家属经常保持外耳清洁。
- 2、勿用手自行挤压瘻管，避免化脓感染。

（三）乳突根治术与鼓室成形术护理常规

【护理评估】

- 1、评估病史及慢性化脓性中耳炎的分型：单纯型、骨疡型、胆脂瘤型，了解手术方案。
- 2、评估鼻部、口咽部是否有慢性炎性病灶及听力减退的程度，观察有无头痛、耳痛、眩晕等症状，耳内有无流脓以及特殊臭味。
- 3、了解实验室检查如血常规、凝血功能、X线摄片、CT、细菌培养及药敏试验等结果。
- 4、评估患者的心理和社会支持状况。

【护理措施】按耳鼻喉科疾病及手术一般护理常规。

1、术前护理

- （1）术前做好心理护理，使个、患者了解手术的目的、手术方式、术后注意事项。对因听力损害而导致语言交流障碍的患者，需加大说话声音，语言简洁明了，可配合手势及文字交流，以消除患者的紧张、焦虑情绪。
- （2）给予高蛋白、高热量、丰富维生素、无刺激、易消化半流质饮食。
- （3）按专科要求做好术前准备。

2、术后护理

- （1）了解手术及麻醉情况
- （2）麻醉清醒后无恶心、呕吐可逐渐恢复饮食。
- （3）卧床休息，取健侧卧位，避免剧烈运动。
- （4）密切观察手术后有无面瘫、眩晕、步态不稳、恶心、呕吐等表现，发现异常及时报告医师。面瘫、眼睑闭合不全者用四环素软膏涂眼并覆盖纱布，以防暴露性角膜溃疡。
- （5）1%麻黄碱滴鼻以保持咽鼓管通畅。
- （6）遵医嘱使用抗生素，观察药物疗效与副作用。

【健康指导】

- 1、患者掌握正确的滴耳药和洗耳方法。沐浴或洗头时用干棉球填塞外耳道口以防耳内进水。
- 2、术后7天拆线，7~14天抽出耳道内填塞纱条。

（四）突发性耳聋护理常规

突发性耳聋指突然发生原因不明的听力在瞬间或几小时或几天内突然下降的感音神经性聋。

【临床表现】

其发病突然,可在数分钟至 2 天内出现不同程度的听力损失,多伴有耳鸣,近半数有不太严重的眩晕。

【治疗原则】

- 1、糖皮质激素抗炎和免疫抑制治疗。
- 2、血管扩张药、抗凝纤溶药,能使阻塞的血管及时疏通,改善微循环。
- 3、营养神经治疗。

【护理评估】

- 1、解有无过度紧张、疲劳、情绪波动,悲伤等诱发因素。
- 2、评估耳鸣耳聋程度以及有无眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤等。
- 3、评估耳部检查结果,如耳镜检查、纯音电测听、声导抗测试、ABR 等。

【护理措施】按耳鼻喉科疾病一般护理常规。

- (1) 保持环境安静,嘱患者卧床休息 7~10 天。禁止戴耳塞听音乐,避免噪音过大加重听力损害。禁烟、酒。
- (2) 给予心理安抚,减轻焦虑情绪。
- (3) 遵医嘱药物治疗,及时观察药物的作用及副作用,禁用耳毒性药物。
- (4) 及时评估患者听力和其他临床表现的改善情况,如眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤等是否减轻或消失。

【健康指导】

- 1、指导患者劳逸结合,避免过度疲劳和紧张,避免进入噪声过大场所。
- 2、禁用各种耳毒性药物。

七、鼻部疾病护理常规

（一）慢性鼻窦炎、鼻息肉护理常规

鼻息肉指发生于鼻腔内的赘生物。主要表现为鼻腔内有一个或多个赘生物，表面光滑，色淡白或淡红，触之柔软而不痛，伴有持续性鼻塞，嗅觉减退，鼻涕增多，头痛，头昏等。

【临床表现】

鼻塞、流涕、头痛、耳鸣、耳闷和听力减退。

【治疗原则】

- 1、小息肉以内科药物治疗为主。
- 2、药物治疗无效者行功能性内窥镜鼻腔鼻窦手术。
- 3、多发性或复发性息肉行手术治疗。

【护理评估】

- 1、解疾病种类及严重程度，是否合并其他疾病。
- 2、估患者临床表现，是否有流脓涕、鼻塞、头痛，评估鼻腔分泌物的量及性质，了解头痛特点。
- 3、估患者肝肾功能、血常规、凝血全套等实验室检查结果。
- 4、评估患者对手术的了解和心理状况。

【护理措施】

1、术前护理：

- (1) 与患者沟通交流，介绍手术及麻醉方式、注意事项，过度紧张者，遵医嘱给予镇静药。
- (2) 全身麻醉者，术前 6~8 小时禁食禁饮。
- (3) 手术前晚测体温、脉搏、呼吸，有异常报告医师。
- (4) 做好术前准备：术前一日按手术要求剪鼻毛、理发、剃须、洗头、剪指（趾）甲、沐浴及更换清洁衣裤，遵医嘱术前用药，做药物过敏试验、备血；女患者询问月经史。

- (5) 指导患者预防咳嗽和打喷嚏的方法。
- (6) 入手术室前排空大、小便；取下义齿、牙托及个人饰物，备好病历资料随患者一同带入手术室。
- (7) 根据麻醉及手术方式准备床单及用物如氧气、吸引器等。

2、术后护理：

- (1) 了解患者手术情况，监测生命体征。
- (2) 全身麻醉者按全麻术后护理，全麻清醒后取半坐卧位，
- (3) 术后 6 小时无恶心、呕吐后给予高蛋白、高热量、丰富维生素、无刺激、易消化半流食，避免进食过烫过硬食物。
- (4) 观察伤口渗血情况，观察填塞物有无松动或脱落到鼻咽部，发现异常及时报告医师；告知患者勿自行扯出鼻腔填塞纱条。观察鼻腔分泌物的性质、量，了解局部有无出血。
- (5) 注意观察有无出血及颅内感染的征象，了解止血及术中填塞效果，有无眶周淤血、一过性失明等异常。观察鼻腔内填塞物有无松动及脱落，术后 24~48 小时分次或 1 次取出鼻腔填塞物。纱条抽除后 2 小时内减少活动量，勿用力擤鼻涕或做剧烈运动，以防出血。
- (6) 防止口腔感染：每日口腔护理 2 次。进食后及睡觉前清洗口腔及牙刷；选择适当的漱口液漱口；少量多次饮水，防止口渴。
- (7) 指导患者预防咳嗽和打喷嚏的方法，必要时用抗敏药物。1%麻黄碱和糖皮质激素滴鼻或鼻腔喷雾，以收缩鼻黏膜，开放窦口，改善通气引流。

【并发症观察及护理】

（一）术后出血

病情观察：口腔分泌物的色、量、性质等。

护理：嘱卧床休息，避免剧烈活动；严密观察口腔内分泌物的色、量、性质等，如口腔内出现较多的血性分泌物时，及时报告医生处理。

（二）脑脊液漏

病情观察：口鼻腔有无澄清的液体流出

护理：取头高卧位；避免用力咳嗽和擤鼻，预防便秘；按医嘱使用抗生素；定时检测生命体征；观察有无颅内压增高的表现，病情变化时应及时通知医生。

【健康指导】

- 1、加强锻炼，增强体质，防止上呼吸道感染。
- 2、改正不良的卫生习惯，勿用手挖鼻，指导正确擤鼻。
- 3、指导正确鼻腔滴药，冲洗鼻腔，定期门诊复查。

（二）鼻中隔偏曲护理常规

鼻中隔偏曲是指鼻中隔偏向一侧或两侧，或局部形成突起，并引起鼻腔功能障碍和临床症状者。

【护理评估】

- 1、了解疾病严重程度，是否合并其他疾病。
- 2、评估患者临床表现，是否有无鼻塞、鼻出血、头痛、有无继发鼻窦炎和上呼吸道感染情况。
- 3、评估患者肝肾功能、血常规、凝血全套等实验室检查结果。
- 4、评估患者对手术的了解和心理状况。

【治疗原则】

手术矫正

【护理措施】同“慢性鼻窦炎鼻息肉手术护理常规”。

【并发症观察及护理】

伤口出血

观察：口腔内有无血性的分泌物流出。

护理：卧床休息，避免剧烈活动，保护鼻部勿受外力碰撞，严密观察病情变化。

【健康指导】

- 1、强锻炼，增强体质，防止上呼吸道感染。
- 2、改正不良的卫生习惯，勿用手挖鼻，指导正确擤鼻。
- 3、指导正确鼻腔滴药，冲洗鼻腔，定期门诊复查。
- 4、近期内避免剧烈运动，注意保护鼻部免受外伤。

（三）鼻窦内镜手术护理常规

【护理评估】

- 1、了解疾病种类及严重程度，是否合并其他疾病。
- 2、评估患者临床表现，是否有流脓涕、鼻塞、头痛，评估鼻腔分泌物的量及性质，了解头痛特点。
- 3、评估患者肝肾功能、血常规、凝血全套等实验室检查结果。
- 4、评估患者对鼻内窥镜手术的了解和心理状况。

【护理措施】按耳鼻喉科疾病及手术一般护理常规。

1、护理

- （1）向患者简介鼻窦内镜手术的目的和方法，取得患者配合和缓解紧张情绪。
- （2）做好专科术前准备（参考慢性鼻窦炎鼻息肉的术前准备）。

2、术后护理

- （1）了解患者手术情况，监测生命体征。
- （2）麻醉清醒后取半坐卧位。
- （3）术后无恶心、呕吐后给予高蛋白、高热量、丰富维生素、无刺激、易消化半流食，避免进食过烫过硬食物。
- （4）注意观察有无出血及颅内感染的征象，了解止血及术中填塞效果，有无眶周淤血、一过性失明等异常。观察鼻腔内填塞物有无松动及脱落，术后 24~48 小时分次或 1 次取出鼻腔填塞物。
- （5）防止口腔感染：每日口腔护理 2 次。进食后及睡觉前清洗口腔及牙刷；选择适当的漱口水漱口；少量多次饮水，防止口渴。
- （6）指导患者预防咳嗽和打喷嚏的方法，必要时用抗敏药物。1%麻黄碱和糖皮质激素滴鼻或鼻腔喷雾，以收缩鼻黏膜，开放窦口，改善通气引流。

【健康指导】

- 1、加强锻炼，增强体质，防止上呼吸道感染。
- 2、改正不良的卫生习惯，勿用手挖鼻，指导正确擤鼻。
- 3、指导正确鼻腔滴药，冲洗鼻腔，定期门诊复查。

（四）鼻出血护理常规

血从前鼻孔或后鼻孔流出,是鼻部疾病的常见症状,也可由全身疾病所致。小儿及青少年多发生于利特尔区(lit-tle area),中老年则多发生于鼻腔后部。

【治疗原则】

- 1、心理护理,消除紧张心理
- 2、填塞止血及使用止血药物
- 3、手术治疗

【护理评估】

- 1、评估患者健康史、既往史、过敏史等,了解出血的原因、部位、出血量及治疗经过。
- 2、评估患者的生命体征、面色、神志、末梢温度及尿量变化,及时发现贫血或休克。
- 3、了解血常规、凝血全套等检查结果。
- 4、评估患者的心理状况及社会支持状况。

【护理措施】按耳鼻喉科疾病及手术一般护理常规。

- 1、安抚患者,帮助患者稳定情绪,缓解恐惧和害怕情绪。
- 2、协助患者取半坐卧位。起卧床、大小便及其他运动时动作宜缓慢,以防加重或再次出血。休克者取平卧位,注意保暖。
- 3、呼吸道通畅,及时清除口腔内血液或血块,嘱患者如有血流入口腔及时吐出。
- 4、迅速配合医师给予药物和物理措施。遵医嘱给予止血剂、维生素 C、维生素 K 等药物。准备止血所需器械,药品及敷料,协助医师止血。
- 5、估患者生命体征、面色、头晕、乏力、末梢温度等,评估出血量。一旦出现休克症状,立即报告医师,积极做好合血、输血等抢救。
- 6、保持鼻腔填塞物有效止血。行鼻腔填塞者,观察其咽后壁有无血液流出及填塞物是否有松动脱落,并嘱咐患者切勿自行拔除。
- 7、给予高蛋白、高热量、丰富维生素、无刺激、易消化半流食,避免进食过烫过硬食物。
- 8、鼻出血原因明确者,积极治疗原发病。

【并发症观察及护理】

出血性休克（见休克护理常规）

【健康指导】

- 1、指导患者避免受凉感冒，不吃辛辣等刺激性食物。培养良好卫生习惯，勿用手或硬物挖鼻腔，忌用力捏鼻，以免诱发鼻出血；
- 2、鼻腔干燥时，滴复方薄荷油或用红霉素软膏润滑鼻腔，防止毛细血管破裂出血。
- 3、教会患者及家属局部止血方法，如冷敷、指压法。如出血自行压迫无效，立即赴医院就诊。

八、咽喉部疾病护理常规

（一）声带息肉

声带息肉好发于一侧声带的前、中 1/3 交界处边缘，为半透明、白色或粉红色表面光滑的肿物，多为单侧，也可为双侧，是常见的引起声音嘶哑的疾病之一。

【临床表现】

主要是声嘶，其程度视息肉大小和类型而异。小的局限性息肉仅有轻微的声音改变，基底广的息肉声嘶较重，音调低沉而单调，不能唱歌，甚至失音。大息肉可致喉鸣和呼吸困难。

【护理评估】

- 1、患者的心理及社会支持状况。
- 2、评估施行手术的原因及有无手术禁忌症
- 3、评估病人喉部不适和声音嘶哑发生和持续的时间，有无明显的诱因，有无上呼吸道感染史。

【治疗原则】

- 1、保守治疗：早期禁声休息，多饮开水
- 2、手术治疗：手术切除

【护理措施】

1、术前护理：

- （1）心理护理 与患者沟通交流，介绍手术及麻醉方式、注意事项，术中可能出现的不适以及如何与医生配合。
- （2）全身麻醉者，术前 6~8 小时禁食禁饮，防止术中引起呕吐。
- （3）手术前晚测体温、脉搏、呼吸，保持口腔清洁，有异常报告医师。
- （4）做好术前常规准备：术前一日按手术要求剃须、洗头、剪指（趾）甲、沐浴及更换清洁衣裤，遵医嘱术前用药，做药物过敏试验、备血；女患者询问月经史。
- （5）指导患者预防咳嗽和打喷嚏的方法。
- （6）入手术室前排空大、小便；取下义齿、牙托及个人饰物，备好病历资料随患者一

同带入手术室。

(7) 根据麻醉及手术方式准备床单及用物如氧气、吸引器等。

2、术后护理:

- (1) 全身麻醉者按全麻术后护理，全麻清醒后取半坐卧位，定时监测生命体征。
- (2) 手术6小时后无恶心、呕吐可给予流食饮食，3天后可给软食饮食在逐渐至普食。
- (3) 做好口腔护理，防止口腔感染：每日口腔护理2次。进食后及睡觉前清洗口腔及牙刷；选择适当的漱口液漱口；少量多次饮水，防止口渴。
- (4) 指导患者预防咳嗽和大喷嚏的方法，必要时用抗敏药物。1%麻黄碱和糖皮质激素滴鼻或鼻腔喷雾或雾化，以收缩鼻黏膜，开放窦口，改善通气引流。
- (5) 术后禁声2—4周保证声带充分休息，减轻声带充血水肿。

【并发症观察及护理】

窒息:

病情观察: 患者有无胸闷、伤口有无充血肿胀情况，生命体征、血氧饱和度的变化等。

护理: 严密观察伤口充血肿胀情况，保持声带充分休息，禁声2-4周，避免避免辛辣刺激性的食物。

【健康指导】

- 1、注意保护嗓音，指导正确发音方法。
- 2、戒烟酒，避免辛辣刺激性的食物。
- 3、预防上呼吸道感染，感冒期间尽量少说话，使声带休息，同时积极治疗。

（二）腺样体肥大、慢性扁桃体炎手术护理常规

腺样体肥大系咽扁桃体增生。鼻咽部及其毗邻部位或腺样体自身的炎症反复刺激，使腺样体发生病理性增生。

慢性扁桃体炎多由急性扁桃体炎反复发作或因扁桃体隐窝引流不畅，窝内细菌、病毒滋生感染而演变为慢性炎症。链球菌和葡萄球菌为本病的主要致病菌。

【临床表现】

慢性扁桃体炎为经常咽部不适，异物感，发干，痒，刺激性咳嗽，口臭等症状。儿童过度肥大的扁桃体可引起呼吸、吞咽、语言障碍。若伴有腺样体肥大可引起鼻塞、鼾声及止他性中耳炎症状。由于经常咽下分泌物及隐窝中的细菌毒素，可致消化不良，头痛，乏力、低热等症状。

【治疗原则】

手术切除腺样体，可在扁桃体手术时同时切除，或单独进行，不宜手术者可考虑放射疗法。

【护理评估】

- 1、评估患者的心理及社会支持状况。
- 2、评估施行手术的原因及有无手术禁忌症
- 3、扁桃体病变、腺样体肥大的临床表现及特征。

【护理措施】

1、术前护理：给予患者术前指导和心理支持。参考(声带息肉术前护理)。

2、术后护理：

- (1) 局部麻醉或全身麻醉清醒后取半坐卧位或侧俯卧位，轻轻吐出口内分泌物。手术当天不漱口，少说话，避免咳嗽。
- (2) 局部麻醉术后4小时或全身麻醉清醒后恢复吞咽，无出血者可进冷流食。
- (3) 观察生命体征及病情变化，早期发现并预防出血、感染等并发症。术后有出血倾向者，颈部冰敷止血，并遵医嘱使用止血剂。
- (4) 评估疼痛程度，必要时给予镇痛剂。
- (5) 预防创面感染：术前3天起含漱剂漱口，术后第2天白膜长出后开始漱口；遵医

嘱使用抗生素；术后出现白膜污秽、咽痛加剧、发热等感染征兆时及时通知医师。

【并发症观察及护理】

1、出血：

病情观察：口腔内有无血性的分泌物吐出。

护理：注意休息，少说话，避免咳嗽。严密观察口腔内的分泌物的颜色、量，如有出血及时通知医生处理。

2、感染：

病情观察：伤口有无充血肿胀，发热的情况。

护理：遵医嘱使用抗生素，术后次日开始漱口，扁桃体术后保护口腔内白膜，以免出血和感染。

【健康指导】

- 1、注意休息，生活规律，加强锻炼，增强体质，防止上呼吸道感染。
- 2、保持口腔清洁，饭前饭后漱口。饮食避免辛辣刺激性的食物。
- 3、扁桃体术后的病人饮食注意避免过硬、带刺食物，告知白膜从口中脱出是正常现象。

（三）急性扁桃体炎护理常规

急性扁桃体炎为腭扁桃体的急性非特异性炎症，伴有不同程度的咽粘膜和淋巴组织炎症，常继发于上呼吸道感染。

【临床表现】

自觉咽部发痒，发干，异物感，刺激性干咳，打鼾，咽痛，扁桃体充血，肿胀。

【治疗原则】

应用抗生素，首选青霉素。咽痛剧烈时、发热可使用解热镇痛治疗。必要时手术治疗。

【护理评估】

- 1、评估患者的心理及社会支持状况。
- 2、扁桃体病变的临床表现及特征。

【护理措施】

- 1、按耳鼻喉科疾病一般护理常规。
- 2、注意休息，预防感冒，保持口腔清洁，局部漱口
- 3、加强营养，易清淡，忌烟酒，避免油炸、辛辣、腌制、刺激性及不易消化的食物。
- 4、遵医嘱用药，观察药物的疗效及副作用。
- 5、观察病人的生命体征，咽痛及局部红肿消退等情况。如出现病情变化，及时通知医生处理。

【并发症观察及护理】

扁桃体周围脓肿（详见扁桃体周围脓肿护理常规）

【健康指导】

- 1、注意休息，加强锻炼，增强体质，防止上呼吸道感染。
- 2、戒烟酒，避免辛辣刺激性的食物，注意口腔卫生。
- 3、容易传染，适当隔离。对频繁反复发作或有并发症者建议在炎症消退 2—3 周后行扁桃体摘除手术。频繁发作是指 1 年内有 5 次或以上的急性发作或连续 3 年平均有 3 次或以上发作。

（四）扁桃体周围脓肿护理常规

扁桃体周围脓肿示指发生在扁桃体周围间隙内的化脓性炎症。

【临床表现】

咽痛，咽部梗阻感，同侧扁桃体肿大，张口困难，纳差，乏力等。

【治疗原则】

- 1、脓肿形成前按急性扁桃体炎处理。
- 2、脓肿形成后可行脓肿穿刺、脓肿切开排脓、手术切除。

【护理评估】

- 1、评估患者的心理及社会支持状况。
- 2、评估施行手术的原因及有无手术禁忌症
- 3、扁桃体病变的临床表现及特征。

【护理措施】按耳鼻喉科疾病及手术一般护理常规。

- 1、详见（按急性扁桃体炎护理常规）。
- 2、注意观察病人呼吸情况。
- 3、切开排脓术护理
 - （1）操作前做好心理护理，向患者说明切开排脓的目的、方法、注意事项，取得配合，消除紧张心理。
 - （2）配合医生穿刺抽脓，以减轻局部胀痛。
 - （3）注意观察病人的呼吸及局部出血的情况，保持口腔清洁。
- 4、手术切除护理见（扁桃体手术护理常规）。

【健康指导】

- 1、注意休息，预防感冒，保持口腔清洁，可以参加日常活动。
- 2、加强营养，合理饮食，易清淡，忌烟酒，避免油炸、辛辣、腌制、刺激性及不易消化的食物。

（五）急性会厌炎护理常规

急性会厌炎又称急性声门上喉炎，严重时可因会厌肿胀堵塞气道而引起窒息死亡。

【临床表现】

- 1、全身症状 多数病人起病急，有畏寒、乏力、发热等，体温多在 38-39
- 2、局部症状 多喉痛剧烈，吞咽时加重，严重唾液也难以咽下。讲话时含糊不清，呼吸困难。
- 3、体征 呈急性面容，严重者伴喉阻塞体征。

【治疗原则】

- 1、抗感染治疗
- 2、糖皮质激素治疗
- 3、喉阻塞程度较严重则按喉阻塞的处理原则。

【护理评估】

- 1、评估病史，了解有无细菌感染、超敏反应、外伤、异物、吸入有害气体或邻近器官急性炎症等。
- 2、评估呼吸困难程度。
- 3、评估患者对疾病的认识和心理状态。

【护理措施】按耳鼻喉科疾病一般护理常规。

- 1、协助患者取半坐卧位，忌平卧。
- 2、严密观察患者的呼吸频率、深度、节律及有无发绀等，呼吸困难者给予吸氧。备气管切开包、吸引器、急救车于床旁，随时准备行气管切开术。
- 3、体温过高者，采用物理降温措施，同时增加水的摄入量；进食困难者静脉补液，加强支持疗法，保持水、电解质及营养平衡。
- 4、遵医嘱抗感染、抗过敏等静脉给药、雾化吸入治疗，观察药物疗效与副作用。
- 5、给予高热量、营养丰富、易消化流质饮食，忌辛、辣、酸等刺激性食物，进食前后用含漱剂漱口，多饮水。
- 6、气管切开者按气管切开术后护理常规。

【并发症观察及护理】

窒息（见窒息护理常规）

【健康指导】指导患者预防感冒，防止复发。一旦复发，应立即到医院治疗。

（六）喉癌护理常规

喉癌是来源于喉粘膜上皮组织的恶性肿瘤，最常见的喉癌为喉鳞状细胞癌。多见于中老年男性。本癌的发生与吸烟、酗酒、长期吸入有害物质及乳头状瘤病毒感染等因素有关。好发年龄为 50~70 岁。男性较女性多见。

【临床表现】

按癌肿所在部位分成三个不同类型：（1）声门上型（2）声门型（3）声门下型。

喉癌的分期：Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期。

【治疗原则】

1、手术治疗：喉垂直部分切除术、喉水平部分切除术、全喉切除术依病人的情况进行功能性或根治术颈廓清术。

2、放射治疗：术后放疗：喉部分切除术或全喉切除术后 2~4 周放疗

【护理评估】

- 1、评估健康史，了解患者生活习惯、工作环境及既往病史，有无长期慢性喉炎或其他喉部疾病等。
- 2、评估施行手术的原因及有无手术禁忌症
- 3、评估喉癌的临床表现及特征。
- 4、了解患者的心理及社会支持状况。

【护理措施】

1、术前护理：

- （1）评估患者的焦虑程度，多关心病人，多与患者沟通交流，做好心理护理。教会以配合手势及文字交流，以消除患者的紧张、焦虑情绪。
- （2）介绍手术及麻醉方式、注意事项，过度紧张者，遵医嘱给予镇静药。
- （3）全身麻醉者，术前 6~8 小时禁食禁饮。
- （4）手术前晚测体温、脉搏、呼吸，有异常报告医师。
- （5）做好术前准备：术前一日按手术要求剪鼻毛、理发、剃须、洗头、剪指（趾）甲、沐浴及更换清洁衣裤，遵医嘱术前用药，做药物过敏试验、备血；女患者询问月经史。

(6) 入手术室前排空大、小便；取下义齿、牙托及个人饰物，备好病历资料随患者一同带入手术室。

(7) 根据麻醉及手术方式准备床单及用物如氧气、吸引器、心电监护、气管切开包等。

2、术后护理：参考喉肿瘤术后护理常规

【并发症观察及护理】

窒息：

病情观察：患者有无胸闷、伤口有无充血肿胀情况，生命体征、血氧饱和度的变化等。

护理：严密观察伤口充血肿胀情况，保持声带充分休息，禁声 2-4 周，避免避免辛辣刺激性的食物。

【健康指导】

1、指导带气管套管出院患者：

- (1) 套管口盖要以清洁湿纱布，防止异物吸入；
- (2) 沐浴时防止水溢入气管套管内；
- (3) 切不可自行取出外套管，及时检查和保持固定纱带牢固；
- (4) 自我清洗内套管的方法。

2、指导行喉再造术已拔除气管套管者进行吞咽、语言能力训练。

3、指导患者自我观察颈部肿块等，如有异常及时就诊。定期复查。

（七）喉肿瘤及喉发音重建手术护理常规

【护理评估】

- 1、询问患者健康史、既往病史及手术史，了解肿瘤部位及良恶性程度。
- 2、评估患者有无呼吸困难、吞咽困难；有无喉痛、咳嗽、咯血；有无颈部肿大淋巴结；是否累及邻近器官。
- 3、了解喉部及全身检查情况。
- 4、评估患者心理状况、社会支持及家庭经济状况。

【护理措施】按耳鼻喉科疾病及手术一般护理常规

1、术前护理

- （1）做好术前准备，包括备皮、剪鼻毛、理发、剃须、洗头、剪指（趾）甲、沐浴及更换清洁衣裤，术前 6~8 小时禁食禁饮；遵医嘱药物过敏试验、备血、术前用药等。
- （2）给予术前指导和心理护理，缓解患者焦虑、紧张、害怕等不良情绪。
- （3）指导患者用手势代替语言或准备写字板、纸笔、简单哑语等进行交流，指导有效预防咳嗽和打喷嚏的方法。

2、术后护理

- （1）全麻清醒 6 小时后，抬高床头 30° ~ 45° ，保持头颈部轻度前倾位，以减轻颈部皮肤切口缝合的张力。
- （2）密切观察生命体征，保持颈部伤口负压引流管通畅，观察其颜色、性质，准确记录引流量，发现异常及时报告医师。
- （3）妥善固定留置胃管，保持术后 24~48 小时内有效的胃肠减压。
- （4）术后根据患者的病情供给饮食。术后 24~48 小时后可利用留置胃管进行注入高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化流质食物；7~14 天后伤口愈合良好，拔除胃管，尝试经口进食，无咽瘘者改半流质饮食。拔除胃管后，加强吞咽训练，进食时取半坐卧位，防止误吸。
- （5）给予口腔护理，防止咽瘘发生，术后 10 天内勿做吞咽动作，及时吸净或吐出口中分泌物。

- (6) 按气管切开术护理常规。
- (7) 注意与患者交流和心理支持，消除患者的焦虑、恐惧情绪，鼓励患者树立战胜疾病的信心。
- (8) 行喉再造术已拔除气管套管者：
 - A.指导患者进行吞咽训练，少食多餐。避免进食过急、进食中谈笑，以免引起呛咳，忌食用过硬、过大的食物，以防窒息；
 - B.指导患者发音训练，从单字、单词、单句到整句，逐渐恢复语言能力。

【健康指导】

- 1、指导带气管套管出院患者：
 - (1) 套管口盖要以清洁湿纱布，防止异物吸入；
 - (2) 沐浴时防止水溢入气管套管内；
 - (3) 切不可自行取出外套管，及时检查和保持固定纱带牢固；
 - (4) 自我清洗内套管的方法。
- 2、指导行喉再造术已拔除气管套管者进行吞咽、语言能力训练。
- 3、指导患者自我观察颈部肿块等，如有异常及时就诊。定期复查。

第二节 口、眼、耳、鼻专科检查与治疗护理常规

一、滴眼药法护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者眼病状况，查看有无分泌物。询问患者药物过敏史。
- 2、评估有关用物是否准备齐全，如眼药水、消毒棉签或棉球等。核对药物名称、浓度等，检查药液有无沉淀与变色。
- 3、了解患者对滴眼药的心理反应，有无顾虑。

【护理措施】

- 1、向患者或家属解释滴眼药的目的及其注意事项，取得患者的合作。
- 2、操作者清洗双手。
- 3、用消毒棉签或棉球清洁患者的眼部分泌物。
- 4、协助患者取仰卧位或坐位，头稍后仰。操作者右手持眼药瓶，左手轻轻拉开下眼睑，将药液滴在下结膜囊内，然后用手指将上眼睑轻轻提起，使药液在结膜囊内充分弥散，嘱患者闭眼休息 1~2 分钟。
- 5、滴用阿托品等毒性药液时，需用棉花轻轻压迫泪囊，以免药液流入鼻腔引起中毒。
- 6、注意观察用药后反应。

【健康指导】

- 1、交待患者保持眼部清洁，不要用手揉擦双眼；如果滴入扩瞳药，滴药后会出现视力模糊，注意不宜走远或剧烈活动，以免意外受伤。
- 2、告诉患者滴眼药后如有疼痛、奇痒等不适，及时报告医护人员。

二、涂眼药膏法护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者眼病状况，确认患眼，查看有无分泌物。询问患者药物过敏史。
- 2、评估有关用物是否准备齐全，如眼药膏、消毒棉签或棉球，必要时备消毒玻璃棒。
查看药膏名称、有效期等。
- 3、了解患者对涂眼药膏的心理反应，有无顾虑。

【护理措施】

- 1、向患者或家属解释涂眼药膏的目的及注意事项。
- 2、用消毒棉签或棉球清洁眼部分泌物。
- 3、协助患者取仰卧位或坐位，头稍后仰。操作者右手持眼药膏瓶，左手轻轻拉开下眼睑嘱患者向上看，将眼药膏挤入下结膜囊内，交待患者闭合眼睑休息。
- 4、如果使用玻璃棒涂眼膏，则需检查玻璃棒两端是否完整光滑，以其尖端蘸取眼药膏少许，平放于下结膜囊内，闭合眼睑，将玻璃棒由眼睑外侧轻轻捻转抽出。
- 5、观察用药后反应。

【健康指导】

- 1、嘱咐患者保持眼部清洁，不要用手揉擦双眼。
- 2、告诉患者涂眼膏后如有疼痛、奇痒等不适，及时报告医护人员。

三、泪道冲洗法护理常规

【护理评估】

- 1、查看患者的双眼，有无分泌物，辨认患眼。
- 2、评估患者的泪道是否通畅。如有阻塞，判断阻塞的部位。
- 3、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。
- 4、检查冲洗所需用物是否齐全：包括泪道冲洗针头、灭菌注射器（5~10ml）、冲洗液（生理盐水、抗生素溶液等）、消毒棉球、受水器。必要时备泪点扩张器、0.5%~1%丁卡因眼液。

【护理措施】

- 1、冲洗前向患者及家属解释泪道冲洗的目的、方法及注意事项，消除紧张情绪，取得患者的配合。
- 2、协助患者取仰卧位或坐位。
- 3、实施泪道冲洗
 - （1）挤压泪囊部，检查有无分泌物。如有分泌物，需将分泌物挤出。
 - （2）操作者左手轻轻拉患者下睑，嘱患者向上看，右手持备好冲洗液的注射器，将针头垂直插入泪小点1~1.5mm，再水平向鼻侧插入泪小管，随后注入冲洗液。
 - （3）如果患者眼肌紧张，眼睛难以睁开或害怕疼痛，可以用0.5%~1%丁卡因溶液浸湿的棉球夹于上下泪小点之间，嘱患者闭眼休息3~5分钟后再行泪道冲洗。
 - （4）如果泪点较小者，可先用泪点扩张器扩张后，再行冲洗。
 - （5）冲洗过程中，仔细观察液体流出方向，判断泪道阻塞的原因。①泪道正常：冲洗液自鼻腔流出，或自后鼻孔流入口腔；②泪道狭窄：液体流出不畅或冲洗时有阻力；③泪总管阻塞：冲洗时阻力大，液体由原泪点逆流溢出；④鼻泪管阻塞：冲洗液逆流，鼻咽部无水；⑤慢性泪囊炎：可见脓性分泌物流出。

【健康指导】

- 1、交待患者保持眼部清洁，不要用手揉擦双眼。
- 2、指导患者遵医嘱滴眼药水或涂眼膏。

四、眼部冲洗法护理常规

【护理评估】

- 1、检查患者的双眼，查看结膜囊内有无分泌物、异物。
- 2、如果眼部外伤或遭化学物质伤害，询问化学物质名称、受伤原因、起始时间等。如果眼球穿通伤、角膜溃疡有穿孔危险者禁止冲洗。
- 3、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。
- 4、检查冲洗的所需用物是否准备齐全：包括洗眼壶、受水器、冲洗液、消毒棉签或棉球。

【护理措施】

- 1、冲洗前向患者及家属解释结膜囊冲洗的目的、操作方法及注意事项，消除紧张情绪，取得患者的配合。
- 2、协助患者取坐位或仰卧位，头稍倾向患侧，将受水器紧贴其颊部（坐位）或颞部（仰卧位）。
- 3、实施眼部冲洗。以左手拇指和食指翻转上睑并拨开下睑，右手持洗眼壶，先冲洗眼睑或颞侧皮肤，再冲洗结膜囊，同时嘱患者上、下、左、右转动眼球，充分清洗结膜囊各部。
- 4、冲洗后用消毒棉签或棉球擦干眼周围皮肤。

【健康指导】

- 1、嘱咐患者保持眼部清洁，不要用手揉擦双眼。
- 2、指导患者遵医嘱滴眼药水或涂眼膏。

五、结膜下注射护理常规

【护理评估】

- 1、评估患者有无视力障碍，了解眼底检查情况。
- 2、了解患者的心理反应，有无害怕、紧张等情绪。
- 3、检查冲洗所需用物是否齐全：包括皮肤消毒剂、1ml 注射器、注射药液、消毒棉签或棉球、0.5%~1%丁卡因、抗生素眼膏、无菌眼垫。

【护理措施】

- 1、注射前向患者或家属解释结膜下注射的目的和注意事项，缓解患者紧张情绪，取得患者的配合。
- 2、协助患者取坐位或仰卧位，固定好头部。
- 3、实施结膜下注射操作。
 - (1) 用 0.5%~1%丁卡因滴眼麻醉，1 次\分钟，共滴 2~3 次。
 - (2) 操作者用左手翻开眼睑（开睑困难者可用开睑器开睑），右手横持注射器，使针头与角膜缘平行，避开血管刺入结膜下，缓缓注入药液。
 - (3) 注射完毕嘱患者轻闭眼睛。
 - (4) 涂抗生素眼膏，盖眼垫。
- 4、注意观察注射药物后反应。

【健康指导】

- 1、嘱患者注意保持眼睛的而清洁卫生，预防感染。
- 2、指导患者遵医嘱涂抗生素眼膏。

六、上颌窦穿刺法护理常规

【护理评估】

- 3、了解患者对上颌窦穿刺法的认识和心理准备。
- 4、评估上颌窦穿刺法环境是否符合要求，查看所需用物是否完备。

【护理配合措施】

- 1、用物准备：弯盘，橡皮管及接头、装有生理盐水的治疗碗、额镜、扩鼻器、上颌窦穿刺针、20ml 注射器、卷棉子、消毒棉球、2%丁卡因、0.1%麻黄碱溶液。
- 2、准备：核对姓名、门诊卡号、医嘱，询问过敏史既往病史。
- 5、取坐位
- 6、操作前做好心理护理，向患者说明穿刺目的、方法、注意事项，取得配合，消除紧张心理。
- 7、用 0.1%的麻黄碱棉片置于鼻腔，使鼻腔黏膜与鼻甲部收缩，便于引流。
- 8、卷棉子上滴 0.2%丁卡因，置于下鼻道穿刺部位，进行黏膜表面麻醉 10min。此时观察有无过敏症状。
- 9、左手固定头部，右手将穿刺针针头斜面向鼻中隔方向经前鼻孔伸入下鼻道顶端，据下鼻甲前段 1~1.5cm 处向外眦方向稍用力（方向要准、持针要稳，用力不可过猛），即可穿入窦腔。此时有一种穿透与落空感，注意进针不宜过深。
- 10、抽出穿刺针芯，进行抽吸。若抽出脓液证明已进入窦腔内。嘱患者头向健侧倾斜、略底冲洗前将弯盘置于患者颌下，以接受冲出液。
- 11、如果针管内有黄色液体流出，提示上颌窦囊肿可能，不宜冲洗。
- 10、出穿刺针芯后，用 20ml 注射器抽吸温生理盐水，连接橡皮管使管内充满生理盐水再接上针、柄，回抽空气，证实在窦腔内，缓缓注入盐水，观察有无脓液流出；并嘱患者配合用手按压对侧鼻腔、轻轻擤鼻，反复冲洗至水清为止。拔针前可遵医嘱在窦腔内注入抗生素。
- 11、拔针，将消毒棉球塞于前鼻孔，告知患者 2h 后取出即可。

【健康指导】

- 1、穿刺后 3~5d 内鼻涕中会有少量血丝，为正常反应。
- 2、勿用力擤鼻涕，防止出血增多。若出血增多或异常反应立即复诊。
- 3、预防上呼吸道感染。

七、外耳道冲洗护理常规

【护理评估】

- 1、患者对外耳道冲洗的认识和心理准备。
- 2、评估外耳道冲洗环境是否符合要求，查看所需用物是否完备。

【护理配合措施】

- 1、用物准备：带有细塑料管的橡皮球或 20ml 注射器、温生理盐水、消毒棉签、弯盘。
- 2、患者准备：核对姓名、门诊卡号、左右侧、医嘱。
- 3、向患者说明治疗目的、方法、注意事项，取得配合。
- 4、取坐位，检查耳道有无损伤，了解耵聍或异物情况。
- 5、头偏向患耳侧，将弯盘置于患耳下方，以便接受冲出污水。
- 6、将带有细塑料管的橡皮球或 20ml 注射器盛上温生理盐水。左手向后上方轻拉患耳郭，右手持冲洗器，放置于外耳道的外 1/3 处。沿外耳道后壁轻轻加压推入冲洗液，借回流力量，将异物及耵聍冲洗出，观察冲洗液流出情况。

【健康指导】

- 1、指导患者注意用耳卫生，保持外耳道干燥，3d 内不能用耳勺挖耳。
- 2、指导患者如遇不适，及时就诊。

八、咽鼓管吹张术护理常规

【护理评估】

- 3、了解患者对咽鼓管吹张术的认识和心理准备。
- 4、评估咽鼓管吹张术环境是否符合要求，查看所需用物是否完备。

【护理配合措施】

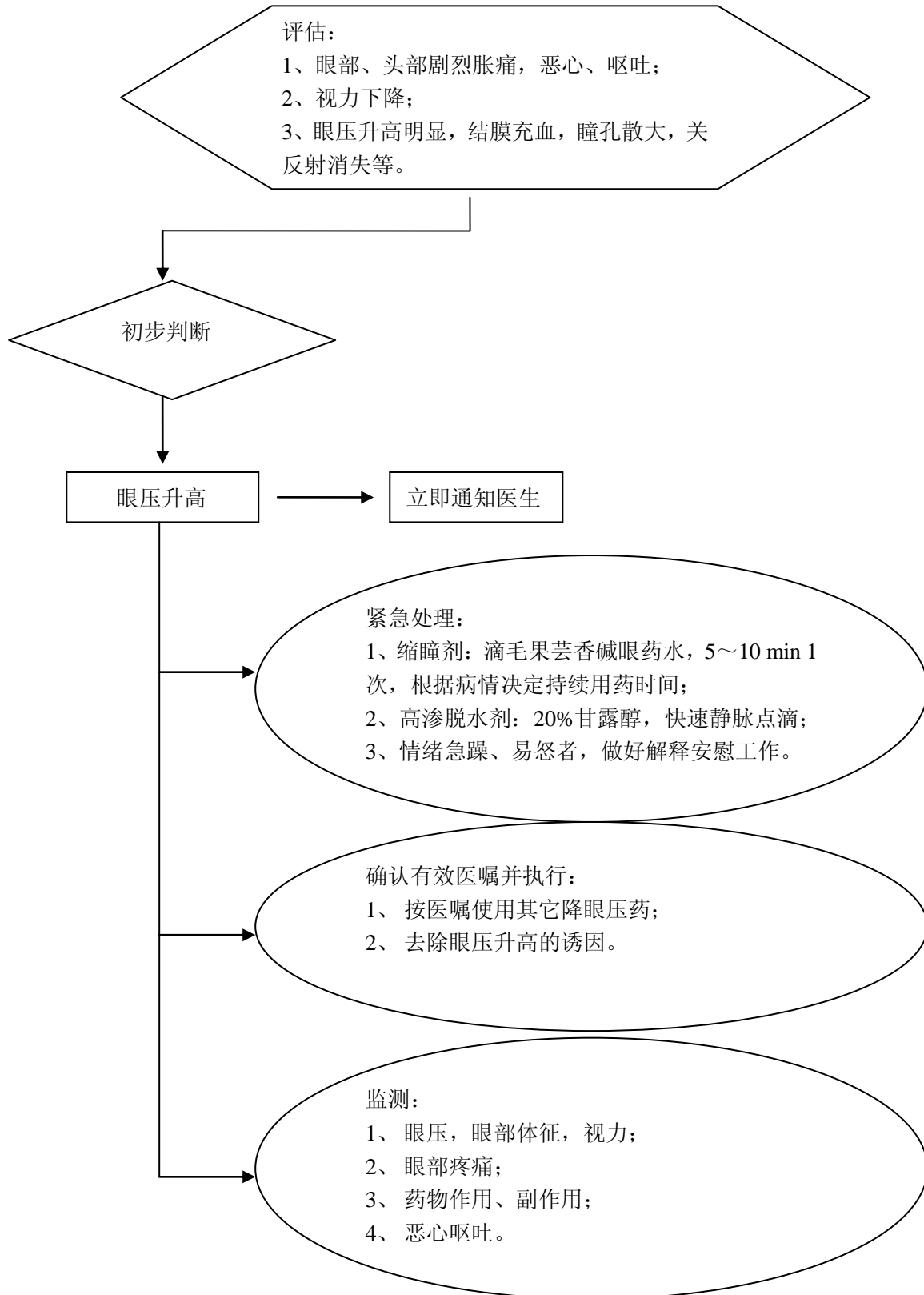
- 1、用物准备：咽鼓管导管、听诊橡皮条、橡皮球。
- 2、患者准备：核对姓名、门诊卡号、左右侧、医嘱。
- 3、向患者说明治疗目的、方法、注意事项，取得配合。
- 4、吹张前必须先检查鼓膜，视其厚薄程度决定用力轻重及操作次数。
- 5、排净鼻腔内或鼻咽部分泌物，患者端坐，头微向前，面对操作者。
- 6、将听诊橡皮条两端分别塞在患者及操作者之外耳道口。
- 7、将咽鼓管头侧从患者侧前鼻孔轻轻插入固定于咽鼓管开口处，用橡皮球将空气压入导管，从导管口移去橡皮球，使之充气后再反复操作。
- 8、吹张时避免用力过猛、过急，以防吹破鼓膜。
- 9、经听诊橡皮条听到“呼呼呼”声则表示咽鼓管通畅，“吱吱”声表示狭窄，水泡声表示中耳有积液。若完全堵塞，则听不见声音。
- 10、如感觉头晕、心慌，协助患者休息片刻，好转后方可离去。

【健康指导】

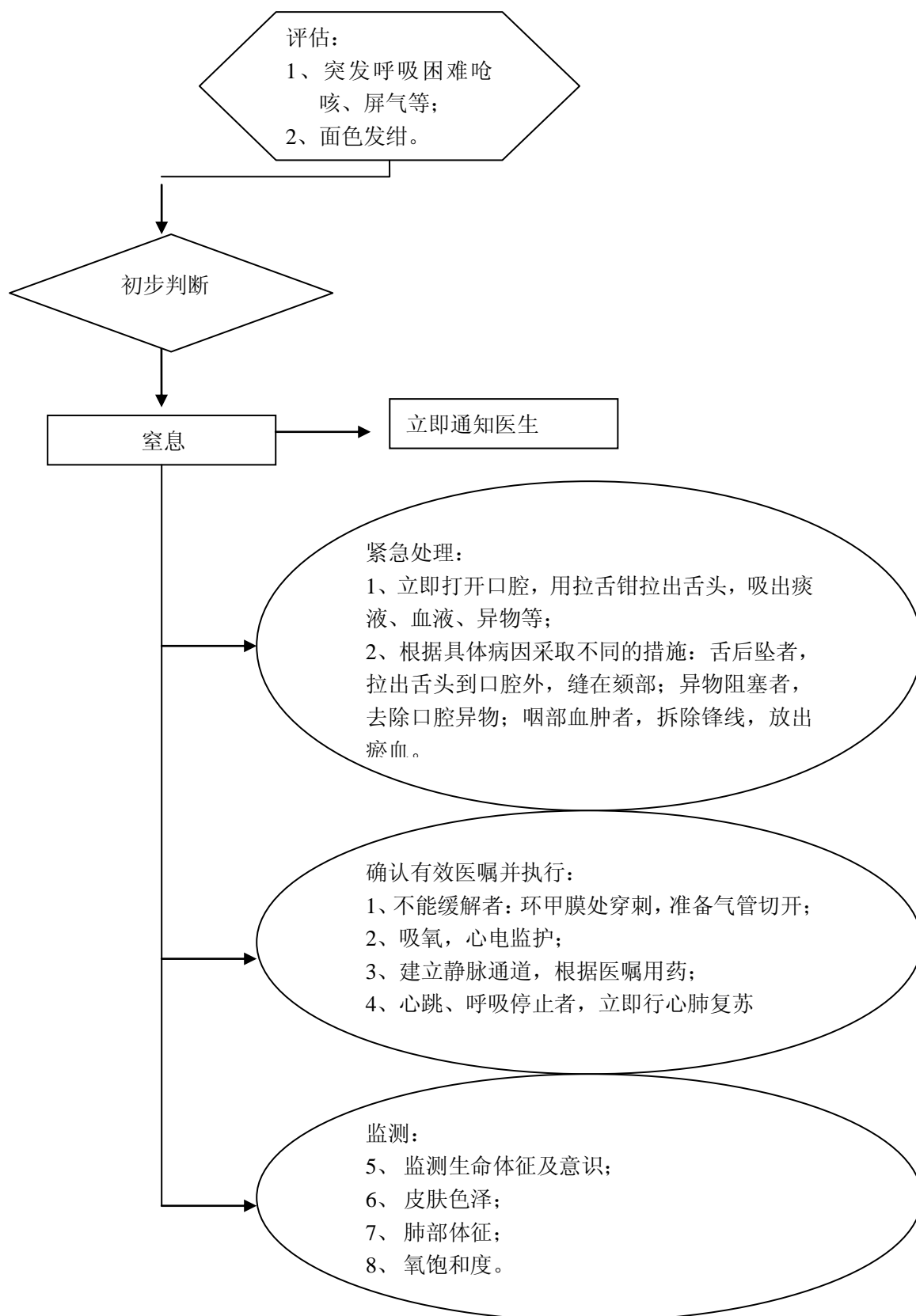
- 1、指导患者擤鼻涕与滴鼻药的正确方法。
- 2、指导患者预防上呼吸道感染。
- 3、指导患者鼻腔如有出血时要及时处理。如有不适，及时就诊。

第三节 口、眼、耳、鼻护理急救流程

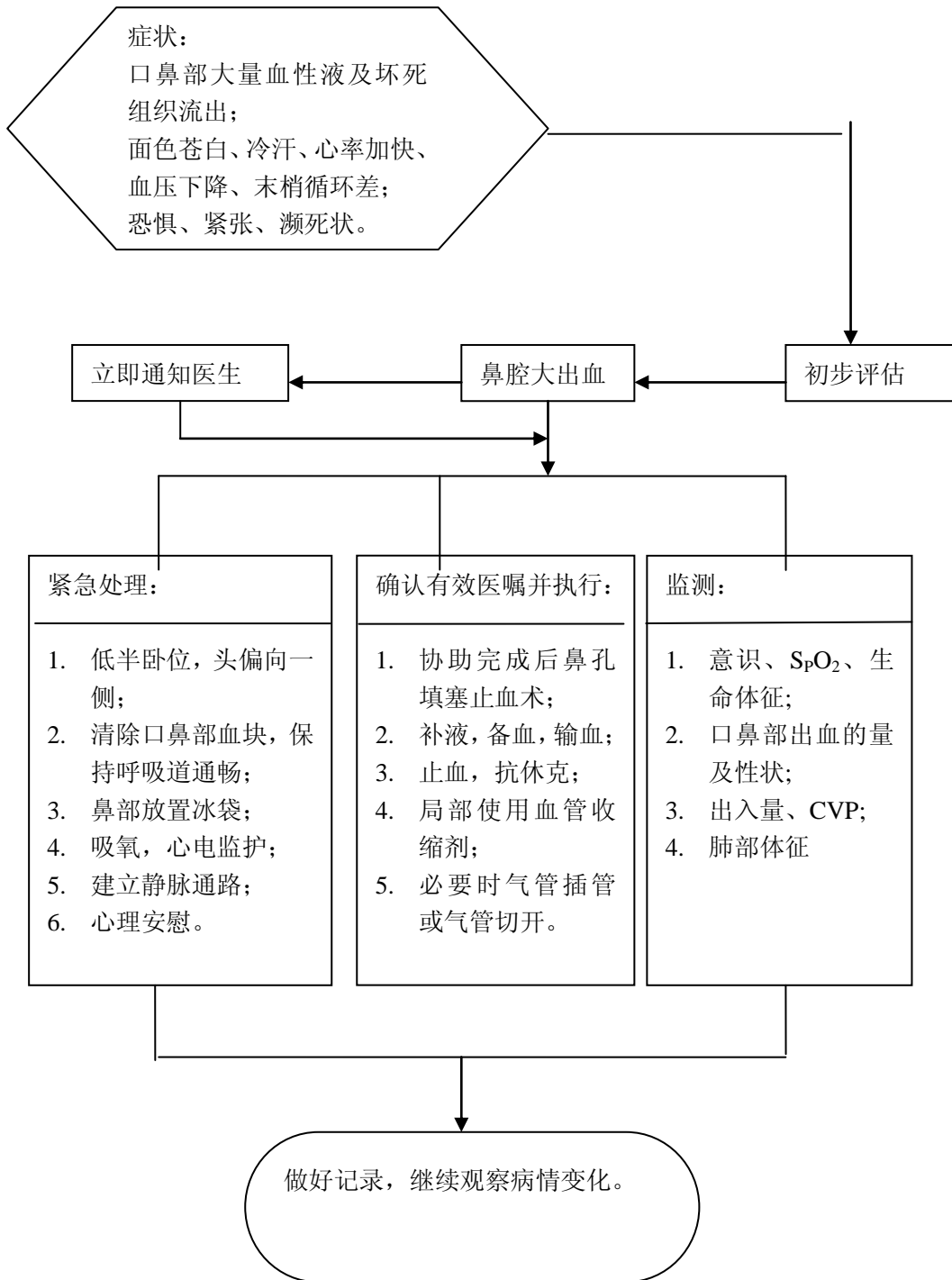
一、眼压升高护理流程



二、颌面部外伤窒息护理流程



三、鼻腔大出血急救流程



参考文献

- 1、曹伟新, 李乐之. 外科护理学. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 2008
- 2、吴在德, 吴肇汉. 外科学. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008
- 3、蒋红, 高秋韵. 临床护理常规. 上海: 复旦大学出版社, 2010
- 4、黄金, 姜冬九. 新编临床护理常规. 北京: 人民卫生出版社, 2008
- 5、姚蕴伍. 护理管理与临床护理技术规范. 杭州: 浙江大学出版社, 2004
- 6、曹伟新. 外科护理学. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2002
- 7、何国萍, 喻坚. 实用护理学. 北京: 人民卫生出版社, 2002
- 8、姜安丽. 新编护理学基础. 北京: 人民卫生出版社, 2006
- 9、梁晓坤. 临床护理学: 营养/排泄. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002
- 10、尤黎明, 吴瑛. 内科护理学. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 2008
- 11、陆再英, 钟南山. 内科学. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008
- 12、郭加强, 吴清玉. 心脏外科护理学. 北京: 人民卫生出版社, 2003
- 13、王吉甫. 胃肠外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2000
- 14、王培霞, 黄秀军. 骨科实用护理手册. 上海: 第二军医大学出版社, 2010
- 15、杨莘. 神经病学护理学. 北京: 人民卫生出版社, 2005
- 16、王耀辉, 徐德宝, 丁玉兰. 实用专科护士丛书: 神经内科、神经外科分册. 长沙: 湖南科技出版社, 2004
- 17、席淑新, 眼耳鼻咽喉口腔科护理学, 第2版, 北京: 人民卫生出版社, 2006