



第3章

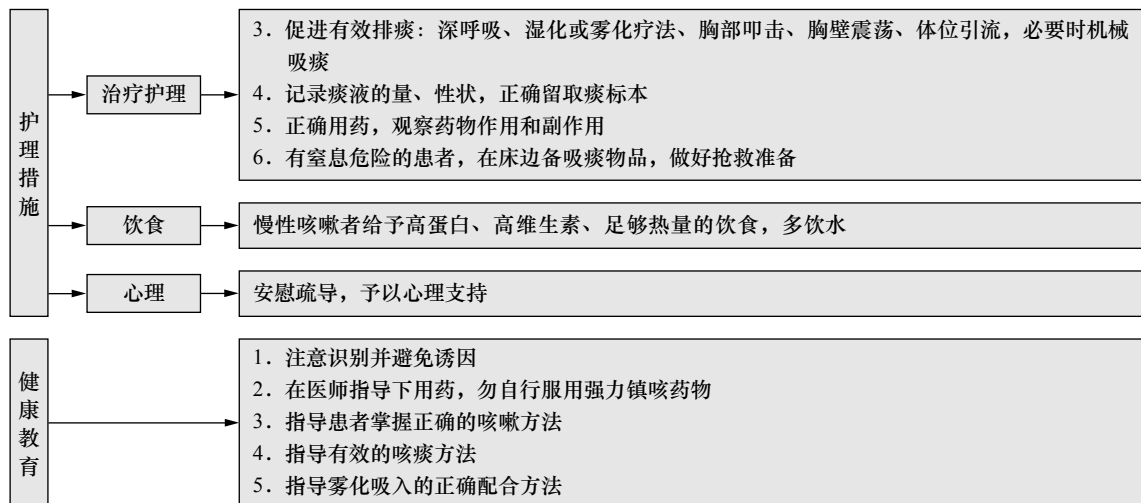
症状护理

第1节 呼吸困难

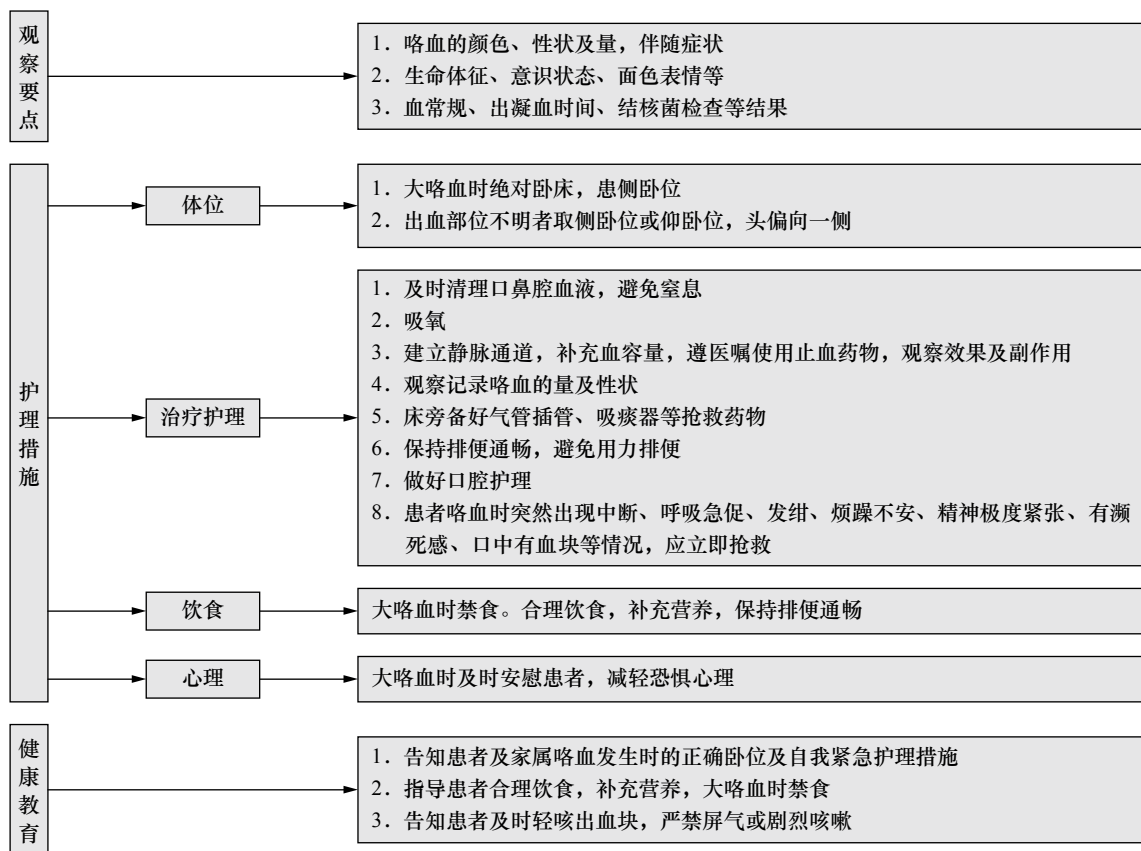
观察要点	1. 呼吸困难发生时间、诱因、起病缓急、活动情况、伴随症状 2. 心理、用药及其他治疗情况 3. 呼吸频率、节律、深浅，发病时的体位、心率、心律、胸部情况 4. 相关检查结果：血氧饱和度、血气分析、胸部X线片、CT、肺功能等
护理措施	体位 坐位或半卧位，以患者自觉舒适为原则
	治疗护理 1. 提供舒适、安静、洁净、温湿度适宜的病房环境 2. 保持呼吸道通畅，咳痰不畅者可采用辅助排痰法 3. 根据患者病情选择合理的氧疗或机械通气 4. 遵医嘱用药：支气管舒张剂、抗菌药物、呼吸兴奋剂等，观察药物的作用与副作用 5. 根据病情调节输液速度：心源性呼吸困难者控制输液速度为20~30滴/分 6. 呼吸功能训练 7. 指导患者的休息与活动
	饮食 保证足够的热量，避免刺激性强及产气食物
	心理 呼吸困难发生时适时的心理安慰，增强患者安全感
健康教育	1. 告知呼吸困难的常见诱因，指导识别并尽量避免 2. 指导正确有效的呼吸肌功能训练 3. 指导合理的休息与活动，调整日常生活方式 4. 指导配合氧疗或机械通气的方法

第2节 咳嗽、咳痰

观察要点	1. 咳嗽的发生时间、诱因、特点、伴随症状 2. 咳痰的难易程度，痰液的颜色、性状、量、气味等 3. 生命体征、意识、有无发绀 4. 痰液的相关检查结果
护理措施	体位 1. 小儿、老年体弱者尽量侧卧位，防止痰液堵塞 2. 体位引流者根据病变位置采取相应体位
	治疗护理 1. 温湿度适宜的病房环境，避免不良刺激 2. 避免诱因，注意患者保暖



第3节 咯 血



第4节 恶心、呕吐

观察要点		1. 恶心与呕吐发生的时间、频率、原因或诱因 2. 呕吐的特点及呕吐物的颜色、性质、量、气味 3. 恶心、呕吐伴随症状 4. 生命体征、神志、营养状况
护理措施	体位	出现呕吐前驱症状时协助患者取坐位或侧卧位，预防误吸
	治疗护理	1. 及时清理呕吐物，协助漱口，更换被污染衣被、床单 2. 昏迷患者吸净口腔呕吐物 3. 根据医嘱测量和记录每日的出入量、尿比重、体重 4. 监测生命体征、意识状态、电解质和酸碱平衡情况 5. 观察和记录呕吐物的颜色、性质、量、气味及有无低血钾表现等
	饮食	1. 剧烈呕吐时暂禁食，遵医嘱补充水分和电解质 2. 呕吐停止后，病情允许可少食多餐，予以清淡、易消化饮食
	心理	安慰、疏导，予以心理支持
健康教育		1. 讲解引起恶心、呕吐的原因及预防的方法 2. 饮食宜清淡易消化，忌油腻，少量多餐 3. 卧床患者发生呕吐时，应侧卧预防误吸，及时清除呕吐物

第5节 呕 血

观察要点		1. 呕血的原因、诱因，出血的颜色、量、性状及伴随症状 2. 生命体征、精神和意识状态 3. 周围循环状况、腹部体征 4. 相关的检查结果
护理措施	体位	卧床休息，呕血时患者床头抬高 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 或头偏向一侧，防止窒息
	治疗护理	1. 建立静脉输液通道，遵医嘱输血、输液及其他止血治疗等抢救措施 2. 及时清理呕吐物，做好口腔护理。更换污染衣被、床单，注意保暖 3. 告知患者尽量将呕吐物吐出，避免误吸 4. 监测患者神志及生命体征，呕血的颜色、量、性状，遵医嘱记录出入量 5. 肝硬化食管胃底静脉曲张破裂大出血患者，备好三腔二囊管 6. 如需做急诊内镜下检查与治疗，应立即进行相关准备工作
	饮食	根据病情及医嘱，给予相应饮食及指导
	心理	呕血时安慰患者，告知患者尽量将呕吐物吐出，紧张时深呼吸，让患者放松心情，避免误吸
健康教育		1. 教会患者及家属识别早期出血征象、再出血征象及应急措施 2. 指导患者合理饮食，避免诱发呕血或便血 3. 告知患者缓解症状的方法，避免误吸

第6节 腹 泻

观察要点		1. 腹泻的次数, 排泄物的形状、气味、量 2. 腹泻时伴随症状 3. 肛周皮肤状况 4. 生命体征 (有无脱水、电解质紊乱症状)
护理措施	体位	舒适体位
	治疗护理	1. 记录生命体征, 必要时记录出入液量 2. 保持会阴部及肛周皮肤清洁干燥, 必要时涂保护剂 3. 遵医嘱给药, 补充水、电解质 4. 记录排便次数和粪便性状, 必要时留取标本送检
	饮食	1. 病情允许可进食营养丰富、易消化饮食 2. 适宜的饮食温度
	心理	安慰、疏导, 予以心理支持
健康教育		1. 注意进食前后的手卫生 2. 合理饮食, 保证食品卫生 3. 保持肛周皮肤的干燥清洁, 穿着柔软的棉质内衣

第7节 腹 胀

观察要点		1. 腹胀的程度、持续时间、原因、伴随症状 2. 排便、排气情况 3. 相关的检查结果
护理措施	体位	根据病情协助患者采取舒适体位或半坐卧位, 减轻因腹胀抬高膈肌引起的呼吸困难
	治疗护理	1. 评估腹胀原因 2. 给予腹部按摩、肛管排气、补充电解质等方法减轻腹胀 3. 病情允许, 嘱患者下床活动, 以促进肠蠕动, 增加肛门排气 4. 遵医嘱用药或给予相应治疗措施, 观察疗效和副作用 5. 进行胃肠减压时, 密切观察胃肠减压管是否通畅, 引流液的色、质、量, 并做好记录 6. 观察生命体征、腹痛、恶心呕吐及伴随的症状。观察腹水消长情况, 定时测量腹围、体重 7. 腹胀症状持续不缓解应严密观察, 配合医师实施相关检查 8. 卧床休息, 适当活动, 腹部保暖
	饮食	病情许可, 可进食清淡、易消化、富含纤维的食物, 避免甜食等易产气的食物
	心理	安慰患者, 减轻因腹胀不适造成的焦虑情绪
健康教育		1. 指导患者减轻腹胀的方法 2. 告知患者及家属腹胀的诱因和预防措施

第8节 急性左心衰竭

观察要点	1. 生命体征、神志的改变 2. 患者呼吸的改变，有无端坐呼吸和咳粉红色泡沫痰 3. 有无发绀，是否缺氧，评价微循环灌注								
护理措施	<table border="1"> <tr> <td>体位</td><td>协助患者取半坐卧位或端坐位，双下肢下垂，绝对卧床休息</td></tr> <tr> <td>治疗护理</td><td> 1. 高浓度吸氧（6~8L/min），必要时使用辅助呼吸装置 2. 建立静脉通路，遵医嘱给予强心、利尿、扩血管、平喘、镇静药，急查血常规、肾功能、电解质 3. 心电监护，密切观察病情变化，及时发现潜在的致命性的心律失常 4. 准确记录24小时出入量，根据水、电解质平衡情况遵医嘱调节输液种类及总量 5. 加强心理护理和基础护理，做好患者的安全护理 </td></tr> <tr> <td>饮食</td><td>饮食：宜低盐（<5g/d）、低脂、易消化、富营养，少量多餐、避免刺激性食物。心功能Ⅲ~Ⅳ级患者应限制钠盐摄入（<2g/d），液体量摄入限制在1.5L/d之内。保持每天负平衡约500mL</td></tr> <tr> <td>心理</td><td>做好心理护理，帮助患者树立信心，保持情绪稳定</td></tr> </table>	体位	协助患者取半坐卧位或端坐位，双下肢下垂，绝对卧床休息	治疗护理	1. 高浓度吸氧（6~8L/min），必要时使用辅助呼吸装置 2. 建立静脉通路，遵医嘱给予强心、利尿、扩血管、平喘、镇静药，急查血常规、肾功能、电解质 3. 心电监护，密切观察病情变化，及时发现潜在的致命性的心律失常 4. 准确记录24小时出入量，根据水、电解质平衡情况遵医嘱调节输液种类及总量 5. 加强心理护理和基础护理，做好患者的安全护理	饮食	饮食：宜低盐（<5g/d）、低脂、易消化、富营养，少量多餐、避免刺激性食物。心功能Ⅲ~Ⅳ级患者应限制钠盐摄入（<2g/d），液体量摄入限制在1.5L/d之内。保持每天负平衡约500mL	心理	做好心理护理，帮助患者树立信心，保持情绪稳定
体位	协助患者取半坐卧位或端坐位，双下肢下垂，绝对卧床休息								
治疗护理	1. 高浓度吸氧（6~8L/min），必要时使用辅助呼吸装置 2. 建立静脉通路，遵医嘱给予强心、利尿、扩血管、平喘、镇静药，急查血常规、肾功能、电解质 3. 心电监护，密切观察病情变化，及时发现潜在的致命性的心律失常 4. 准确记录24小时出入量，根据水、电解质平衡情况遵医嘱调节输液种类及总量 5. 加强心理护理和基础护理，做好患者的安全护理								
饮食	饮食：宜低盐（<5g/d）、低脂、易消化、富营养，少量多餐、避免刺激性食物。心功能Ⅲ~Ⅳ级患者应限制钠盐摄入（<2g/d），液体量摄入限制在1.5L/d之内。保持每天负平衡约500mL								
心理	做好心理护理，帮助患者树立信心，保持情绪稳定								
健康教育	1. 告知患者心衰常见的诱因：如过于劳累、情绪激动、随意停药等 2. 合理的活动与休息，保持充足的睡眠 3. 按医嘱及时服药，定期复查。教会患者自我监测，如体重监测、注意足踝部水肿等								

第9节 水 肿

观察要点	1. 水肿的部位、范围、程度、发展速度及伴随症状 2. 观察生命体征、体重、颈静脉充盈程度等 3. 全身皮肤状况 4. 相关检查结果								
护理措施	<table border="1"> <tr> <td>体位</td><td> 1. 卧床休息为主，水肿减轻后可适当活动 2. 下肢水肿严重者，适当抬高患肢并进行主动或被动运动 3. 眼睑及面部水肿时，可垫高枕 4. 阴囊水肿者，用提睾带托起或软毛巾垫起 </td></tr> <tr> <td>治疗护理</td><td> 1. 准确记录24小时液体出入量 2. 遵医嘱使用利尿药或其他药物，观察药物疗效及副作用 3. 观察生命体征、水肿消长情况、体重、颈静脉充盈程度、尿量及颜色 4. 监测尿常规、电解质、生化指标等 5. 长期卧床的患者，需经常变换体位，观察皮肤完整性 6. 严重水肿者穿刺或注射后延长按压时间 </td></tr> <tr> <td>饮食</td><td>限制钠盐和水分的摄入，给予低盐、高热量、丰富维生素饮食</td></tr> <tr> <td>心理</td><td>安慰疏导，予以心理支持</td></tr> </table>	体位	1. 卧床休息为主，水肿减轻后可适当活动 2. 下肢水肿严重者，适当抬高患肢并进行主动或被动运动 3. 眼睑及面部水肿时，可垫高枕 4. 阴囊水肿者，用提睾带托起或软毛巾垫起	治疗护理	1. 准确记录24小时液体出入量 2. 遵医嘱使用利尿药或其他药物，观察药物疗效及副作用 3. 观察生命体征、水肿消长情况、体重、颈静脉充盈程度、尿量及颜色 4. 监测尿常规、电解质、生化指标等 5. 长期卧床的患者，需经常变换体位，观察皮肤完整性 6. 严重水肿者穿刺或注射后延长按压时间	饮食	限制钠盐和水分的摄入，给予低盐、高热量、丰富维生素饮食	心理	安慰疏导，予以心理支持
体位	1. 卧床休息为主，水肿减轻后可适当活动 2. 下肢水肿严重者，适当抬高患肢并进行主动或被动运动 3. 眼睑及面部水肿时，可垫高枕 4. 阴囊水肿者，用提睾带托起或软毛巾垫起								
治疗护理	1. 准确记录24小时液体出入量 2. 遵医嘱使用利尿药或其他药物，观察药物疗效及副作用 3. 观察生命体征、水肿消长情况、体重、颈静脉充盈程度、尿量及颜色 4. 监测尿常规、电解质、生化指标等 5. 长期卧床的患者，需经常变换体位，观察皮肤完整性 6. 严重水肿者穿刺或注射后延长按压时间								
饮食	限制钠盐和水分的摄入，给予低盐、高热量、丰富维生素饮食								
心理	安慰疏导，予以心理支持								
健康教育	1. 告知患者水肿发生的原因及相关治疗护理措施 2. 指导患者合理限盐、限水								

第10节 休 克

观察要点		1. 神志及精神状态 2. 生命体征，尤其是血压与脉压差的变化 3. 皮肤黏膜色泽及温湿度 4. 尿量
	体位	根据病情给予适宜体位，注意保暖
	治疗护理	1. 根据不同的病因，做好急救处理。遵医嘱进行抗过敏、抗感染及止血处理 2. 建立静脉通路，补充血容量，维持体液平衡 3. 保持环境安静，避免不必要的搬动 4. 遵医嘱监测脉搏、呼吸、血压及中心静脉压变化并观察患者神志、面唇色泽、肢端皮肤颜色、温度，创伤患者观察伤口出血等情况 5. 保持呼吸道通畅，给予高流量氧气吸入 6. 合理安排输液顺序，正确调整补液速度，监测尿量，必要时测尿比重 7. 遵医嘱使用血管活性药物 8. 保持静脉通路畅通，长期使用血管活性药物者，防范静脉炎及静脉渗漏的发生。采用深静脉穿刺者按常规护理 9. 备齐抢救用品，病情变化及时报告医师予以立即处理
	饮食	根据病情给予适当饮食。不能自主进食者予以静脉营养或胃肠内营养
健康教育		1. 告知患者和家属休克的可能原因以及治疗护理措施的目的 2. 指导患者及家属配合治疗护理措施的方法

第11节 弥散性血管内凝血

观察要点		1. 皮肤黏膜及各脏器出血范围、出血量的变化 2. 有无脏器功能障碍症状，如呼吸困难、少尿无尿、恶心呕吐、疼痛、发热、黄疸、意识障碍等 3. 观察神志、瞳孔、生命体征，有无休克先兆 4. 监测外周血中破碎红细胞数量及血凝常规、弥散性血管内凝血（disseminated intravascular coagulation, DIC）筛选等实验室检查结果
	体位	绝对卧床休息，注意动作缓慢，避免碰撞
	治疗护理	1. 严密观察生命体征，注意神志的改变，皮肤、黏膜、内脏出血的范围、出血量的变化，以及痰、尿、便的颜色 2. 记录24小时出入量 3. 应用抗凝治疗时，定期测定凝血时间、血常规、血凝常规 4. 遵医嘱及时给予止血药物，血制品支持治疗
	饮食	给予清淡、易消化的高热量、高蛋白、丰富维生素的流质或半流质饮食
心理		加强心理护理，使患者保持平静，能够安静卧床休息

健康教育

1. 告知患者急性期绝对卧床休息的重要性
2. 解释药物的作用及副作用, 说明配合治疗、按医嘱用药、出院后定期复查的意义及重要性

第12节 高 热

观察要点

1. 发热的规律、特点
2. 生命体征、意识、伴随症状及体征
3. 采取降温措施后半小时观察疗效

护理措施

体位

高热时卧床休息为主, 舒适体位

治疗护理

1. 保持室内空气新鲜, 定时开窗通风, 注意勿着凉
2. 发热伴烦躁惊厥者应用床栏, 防止坠床, 及时遵医嘱给予处理
3. 监测体温、脉搏、呼吸变化, 根据病情监测血压与血、尿常规等
4. 体温超过 39°C 时, 遵医嘱物理降温和(或)药物降温。
5. 退热大量出汗时, 密切观察有无虚脱现象, 必要时记录24小时出入量
6. 皮肤护理

饮食

1. 发热期间给予高热量、易消化饮食
2. 鼓励多进食水果、多饮水, 保证每日液体摄入量达3000mL以上(成人)

心理

注意患者的心理变化及时疏导

健康教育

1. 鼓励患者多饮水
2. 指导患者穿透气、棉质衣服, 寒战时注意保暖

第13节 颅内高压

观察要点

1. 神志、瞳孔、生命体征的变化
2. 颅内压增高“三主征”: 头痛、呕吐、视神经盘水肿

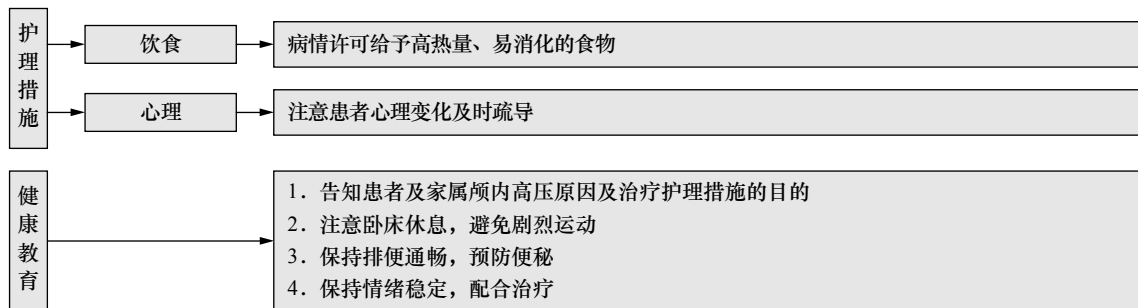
护理措施

体位

抬高床头 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$, 利于颅内静脉回流, 减轻脑水肿

治疗护理

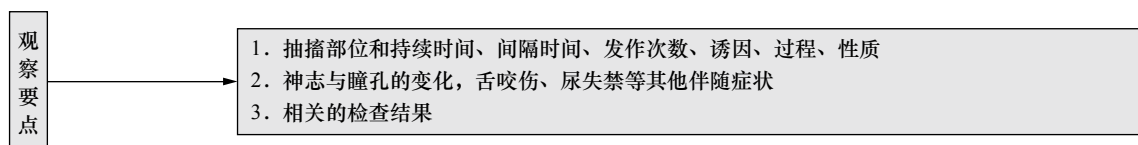
1. 卧床休息, 避免情绪激动, 以免血压骤升而增加颅内压
2. 及时清除呼吸道分泌物和呕吐物, 保持呼吸道通畅
3. 迅速建立静脉通路, 监测生命体征, 吸氧, 及时控制癫痫发作
4. 按医嘱正确给予脱水剂及激素治疗, 观察药物疗效及副作用, 监测电解质
5. 颅内压监测: 监测前调整记录仪与传感器的零点, 一般位于外耳道水平; 保持呼吸道通畅, 躁动时适当使用镇静剂; 防止管道阻塞、扭曲、打折及传感器脱出; 严格无菌操作, 预防感染
6. 冬眠低温治疗: 按亚低温治疗护理常规进行护理
7. 脑室引流: 按脑室外引流护理常规进行护理



第14节 昏 迷



第15节 抽 搐



护理措施	体位	抽搐时侧卧位，或平卧头偏向一侧
	治疗护理	1. 专人守护，迅速解开患者衣扣，用包好纱布的压舌板或牙垫放入口腔内，以防舌咬伤，防止坠床，必要时吸氧 2. 保持呼吸道通畅，及时清理口鼻腔分泌物或呕吐物 3. 减少刺激，操作轻柔，保持安静，避免强光、声刺激等 4. 遵医嘱使用镇静药物，观察并记录用药效果 5. 密切观察抽搐发作情况，详细记录全过程，并及时反馈 6. 备好急救用品 7. 抽搐停止后让患者安静休息，室内光线偏暗、安静 8. 伴高热、昏迷者，按昏迷常规护理进行护理
	饮食	抽搐时禁食
	心理	避免强光、声音刺激，避免患者的情绪激动等
健康教育		1. 告知患者及家属抽搐的相关知识，寻找并避免诱因 2. 告知家属及患者抽搐发作时应采取的安全措施 3. 告知患者避免危险的活动或职业 4. 指导患者独自外出时携带病情联系卡 5. 告知患者及家属切勿自行停药或改变药物剂量

第16节 瘫 痪

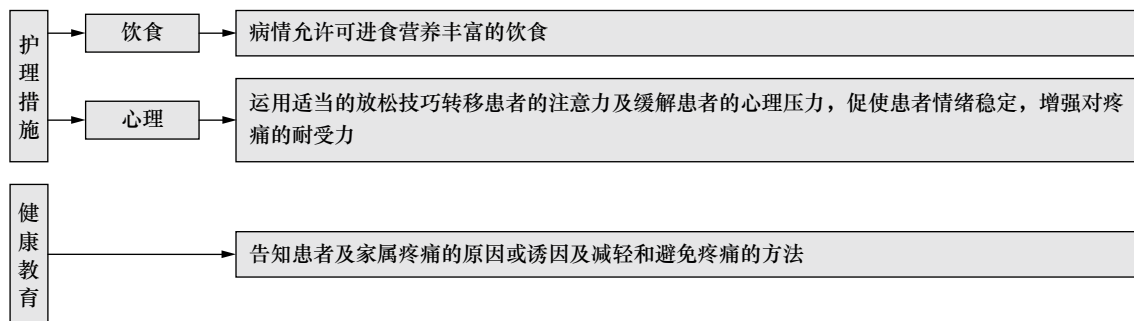
观察要点		1. 肢体感觉、运动受损的部位与程度 2. 受损部位皮肤及肢体的情况 3. 并发症的症状体征
护理措施	体位	定时帮助患者更换体位，保持肢体功能位
	治疗护理	1. 预防压疮 2. 预防泌尿道感染，必要时作留置导尿，清醒患者鼓励多饮水 3. 预防肺部感染 4. 预防跌伤、烫伤、冻伤：瘫痪伴神志不清者，加用床栏，寒冬季节及时采取保暖措施 5. 预防肢体畸形、挛缩：瘫痪肢体保持功能位置，可用护足架、丁字鞋或靠垫支撑足掌，防止足下垂。按摩肢体，协助做被动性功能锻炼，每日1~2次，循序渐进。鼓励、指导和协助早期肢体及躯干功能锻炼
	饮食	无吞咽困难者，保证营养及热量的摄入；伴吞咽困难者，管饲饮食
	心理	根据不同病期患者的不同心理因人施护，促使患者能保持良好心理，接受各种治疗和护理
健康教育		1. 指导患者及家属功能锻炼的重要性和方法 2. 指导患者及家属使用热水袋等治疗护理措施的注意事项，避免发生意外

第17节 压 疮

观察要点	1. 局部受压情况 2. 创面情况 3. 营养状态 4. 肢体活动及自理能力、排泄情况、合作程度及心理状态等
护理措施	体位 1. 定时变更体位 2. 因疾病原因限制性体位患者，采取减轻受压部位压力的相关措施
	治疗护理 1. 压疮预防 (1) 减压：定时翻身；使用气垫床或其他减压床垫；受压部位使用减压敷料 (2) 减少摩擦力和剪切力：床头抬高小于30°，半卧位小于30分钟；床单平整无碎屑；翻身时避免拖、拉、拽；局部使用敷料保护 (3) 避免潮湿和浸渍：大小便失禁者，用温水清洗待干，使用创面保护膜，妥善处理渗液 2. 压疮的分期处理 (1) I期压疮：勤翻身，禁止按摩受压部位。活动受限者每2小时翻身一次，必要时增加翻身次数；骨隆突处减压贴保护；增加营养摄入 (2) II期压疮：同I期处理；出现水泡或浅表溃疡皮肤可覆盖水胶体敷料，视伤口渗液情况更换 (3) III期压疮：同II期处理；清创处理，清除坏死组织，按时换药；遵医嘱使用抗感染药物 (4) IV期压疮：同III期压疮处理
	饮食 高蛋白、高热量、高维生素饮食，促进创面愈合
	心理 了解患者心理状态，有针对性的心理辅导
健康教育	1. 告知患者及家属发生压疮的危险因素和预防措施 2. 指导患者加强营养，增加皮肤抵抗力，保持皮肤干燥清洁 3. 指导患者功能锻炼 4. 指导患者正确使用预防压疮的方法及器具

第18节 疼 痛

观察要点	1. 疼痛部位、性质、程度、发生及持续时间，诱发因素及伴随症状（如恶心、呕吐、冷汗等） 2. 疼痛既往史及心理反应 3. 生命体征的变化 4. 用药后的作用及相关的检查化验结果
护理措施	体位 根据疼痛的部位协助患者采取舒适的体位
	治疗护理 1. 运用简明疼痛评估量表正确评估疼痛的等级 2. 通过问诊、触诊等方法评估疼痛发生的部位、性质及既往史、伴随症状 3. 遵医嘱使用止痛药物或按三阶梯止痛法，并观察疗效及副作用 4. 急腹症患者，未明确诊断前，慎用止痛剂并观察生命体征及伴随症状 5. 轻度疼痛可给予冰敷、热敷及按摩等处理。出血性疼痛禁用按摩，急性扭伤24小时内禁用热敷 6. 术后疼痛遵医嘱及早运用止痛剂以减轻患者的痛苦 7. 癌性疼痛遵循三级止痛原则，遵医嘱使用止痛药物 8. 及时评价使用止痛剂后的疗效并记录，必要时追加措施



(杨惠花 毛莉芬)