

共性护理常规

入院护理

1. 病房接到入院患者通知后，及时接待入院患者，主动热情，妥善合理安排患者，立即通知经管医师和责任护士。2. 责任护士向患者主动作自我介绍，并认真核查新入院患者的住院信息，做好入院介绍，内容包括：病房环境、设施，经管医师及护士，作息时间、膳食服务、探视陪伴、安全管理等规章制度。同时，了解患者住院期间的需求，积极解答患者疑问，并给予帮助。3. 责任护士负责测量新入院患者的生命体征，对新入院患者进行入院护理评估，并及时记录。评估内容包括患者生命体征、意识状态、自理能力、皮肤、饮食、睡眠、清洁情况、潜在护理风险及心理、社会状况等。4. 根据评估情况为患者制订护理计划，提供必要的清洁、照护和心理支持等护理措施，并与医师沟通患者有关情况。5. 遵照医嘱，及时、有效为患者实施各项治疗措施，按照分级护理要求对患者进行观察及护理。6. 新生儿等特殊患者入院，护理服务按照相应专科的护理工作制度及流程执行。

出院护理

1. 根据出院医嘱，责任护士提前通知患者及家属，审核住院费用，打印出院费用清单，告知出院流程及注意事项。2. 患者出院前，责任护士做好出院指导和健康教育工作，主要内容包括：饮食、用药指导，运动和康复锻炼，复诊时间及流程，居家自我护理及注意事项等，必要时提供书面健康教育材料。3. 主动征求患者及家属对就医各方面的意见及建议。4. 为出院患者提供必要的帮助和支持，确保患者安全离院。5. 通过电话、短信、上门服务等多种形式，为出院患者提供随访等延续性护理服务。6. 完成出院患者床单位的清洁消毒等工作。7. 整理出院病历。

内科疾病一般护理常规

1. 病室保持清洁、整齐、安静、舒适,室内空气保持清新,室温 $18\sim 22^{\circ}\text{C}$,湿度 $50\%\sim 60\%$ 。
2. 患者入院时测体重、血压、体温、脉搏、呼吸。测体温、脉搏、呼吸每日2次,连续3天;发热患者每日测体温3次(高热患者按要求测量),直至连续三天体温正常改为每日1次。每日询问患者大便次数。
3. 按病情及等级护理要求,定时巡视病房,严密观察患者生命体征;注意观察分泌物、排泄物、治疗效果及药物的不良反应等,发现异常,及时通知医生。
4. 遵医嘱安排患者饮食,并做标记。
5. 及时准确执行医嘱,认真制订护理计划,按病情及护理问题认真实施护理措施,及时评价护理效果,有针对性地进行健康教育。
6. 根据内科各专科特点备好抢救物品,做好抢救护理。
7. 了解患者心理需求,做好各阶段心理护理。
8. 患者出院前,做好出院指导。

外科疾病一般护理常规

一、术前护理

1. 保证患者充足的休息和睡眠。
2. 改善或纠正营养不良，提高患者对手术的耐受力。
3. 消除恐惧心理，告知患者与疾病、手术、麻醉相关的知识，消除恐惧、焦虑情绪。
4. 了解患者的健康状况，协助完善各项辅助检查。
5. 做好与手术、麻醉及患者配合所需的健康教育和准备。如皮肤准备（手术区皮肤的清洁与准备）、呼吸道准备（有效咳嗽及深呼吸）、消化道准备（术前禁食禁饮、灌肠等）、术前适应性训练（床上排尿、排便训练）、心血管准备（控制血压）等。
6. 遵医嘱定血型、备血，完成药物过敏试验。

7. 手术日晨护理 (1) 认真检查、落实各项准备工作。(2) 测量生命体征，询问女性患者有无月经来潮，若异常及时通知医生并记录。(3) 遵医嘱留置尿管或胃管。(4) 协助更换手术衣，佩戴手术腕带，取下活动性义齿、首饰等个人物品，交家属保管，遵医嘱执行术前用药。(5) 备好术中用物：病历、术中用药、影像资料等，与手术室护士做好交接，并正确填写手术患者交接记录单。(6) 整理床单位，铺麻醉床，备好氧疗装置、负压吸引及各种监护设备等。

二、术后护理

1. 执行各种麻醉术后护理常规。
2. 与麻醉医师或麻醉复苏室护士床旁交接班，知晓术中情况及其术后注意事项。
3. 做好各管路护理：正确连接，妥善固定，保持通畅，预防感染。
4. 注意观察伤口敷料有无渗血、渗液及引流液的颜色、性质及量。
5. 严密观察患者神志、生命体征、血氧饱和度、尿量、切口渗血渗液和引流液的情况，遵医嘱记录24小时出、入量。
6. 及时、正确执行术后医嘱。
7. 遵医嘱处理术后不适，如疼痛、发热、恶心、呕吐、腹胀、呃逆、尿潴留等，增进患者舒适度。
8. 做好饮食和营养指导。

9. 保持病室安静，减少干扰，病情稳定后鼓励患者早期活动，如床上翻身、抬臀、屈曲伸展下肢等，以防深静脉血栓形成及促进胃肠蠕动。
10. 保持床单位清洁干燥，保证患者舒适，观察受压部位皮肤情况，定时更换体位，预防压疮，做好留置导尿护理。
11. 做好患者生活自理能力及各类护理评估，落实安全措施。
12. 做好拆线后局部皮肤护理，若带有开放性伤口出院者，交代其到门诊换药的时间、次数。
13. 嘱患者术后 1~3个月门诊随访，以了解康复过程及切口愈合情况。

一、全麻后护理常规

1. 与麻醉医师床旁交接班，了解术中情况及其术后注意点。2. 保持患者呼吸道通畅，遵医嘱吸氧、吸痰，患者未清醒前，取去枕平卧、头偏向一侧。3. 监测患者生命体征至平稳，神志清楚后，若发现有异常，立即报告医生。4. 各类导管妥善固定，保持通畅，做好相应标识。5. 加强安全防护，做好警示标识，若有烦躁者，注意约束，以防坠床。6. 密切观察患者尿液颜色、性质及量，避免发生尿潴留。7. 注意保暖。8. 患者常规全麻当天禁食，第二天可遵医嘱进食。

二、蛛网膜下隙阻滞（腰麻）后护理常规

1. 与麻醉医师床旁交接班，了解术中情况及其术后注意点。2. 观察患者麻醉穿刺点有无红肿、渗出。3. 患者去枕平卧6~8小时。4. 遵医嘱监测患者生命体征，必要时吸氧。5. 如留置腰穿置管者，应防止脱落、折叠等，并注意避免插管局部污染。6. 加强对患者的安全防护，做好警示标识，若有烦躁者，注意约束，以防坠床。7. 腰麻后重点观察有无头痛及尿潴留症状，并予以对症处理。8. 注意保暖。9. 患者术后禁食6小时后，可遵医嘱给予合适饮食。

三、硬脊膜外腔阻滞麻醉后护理常规

1. 与麻醉医师床旁交接班，了解术中情况及其术后注意点。2. 观察患者麻醉穿刺点有无红肿、渗出。3. 患者平卧(可不去枕)6小时。4. 遵医监测患者生命体征，必要时吸氧。5. 如留置硬膜外导管，应防止脱落、折叠等，并注意避免插管局部污6. 加强患者安全防护，做好警示标识，若有烦躁者，注意约束，以防坠床。7. 硬膜外麻后重点观察排尿情况，避免发生尿潴留。8. 注意保暖。9. 患者术后禁食6小时后，可遵医嘱给予合适饮食。

四、局部麻醉后护理常规

1. 与手术室护士床旁交接，了解术中情况及其术后注意点。
2. 观察患者麻醉穿刺点有无红肿、渗出。
3. 患者可自由卧位。
4. 遵医嘱监测生命体征。
5. 观察患者局麻药物的毒性反应及过敏反应，给予对症处理。
6. 术后遵医嘱给予合适饮食。

常见症状护理常规

一、呼吸困难护理常规

1. 提供安静、舒适、洁净，温湿度适宜的环境。2. 每日摄入足够的热量，避免刺激性强、易产气的食物，做好口腔护理。3. 观察患者神志、面容与表情、口唇、指(趾)端皮肤颜色，呼吸的频率、节律、深浅度。4. 保持患者呼吸道通畅，痰液不易咳出者采用辅助排痰法，协助患者有效排痰。5. 根据患者病情取坐位或半卧位，改善通气，以患者自觉舒适为原则。6. 根据不同疾病、严重程度及患者实际情况选择合理的氧疗或机械通气。7. 遵医嘱应用支气管舒张剂、抗菌药物、呼吸兴奋药等，观察药物疗效和副作用。

8. 心源性呼吸困难应严格控制输液速度，为每分钟 20~30 滴。

9. 做好患者的心理护理，增强患者安全感。

10. 告知患者呼吸困难的常见诱因，指导患者进行呼吸功能训练(缩唇呼吸和腹式呼吸)。

11. 指导患者合理安排休息和活动，循序渐进地增加活动量和改变运动方式。

二、咳嗽、咳痰护理常规

1. 评估患者的病情、咳嗽、咳痰的性质和程度。
2. 提供整洁、舒适的环境，温湿度适宜，减少不良刺激。
3. 嘱患者保持舒适体位，避免诱因，注意保暖。
4. 嘱患者多饮水，给予高蛋白、高维生素、足够热量的饮食。
5. 促进患者有效排痰，包括深呼吸和有效咳嗽、湿化和雾化疗法、胸部叩击与胸壁震荡、体位引流以及机械吸痰等。
6. 观察、记录患者痰液的颜色、性质、量，正确留取痰标本并送检。
7. 有窒息危险的患者，备好吸痰物品，做好抢救准备。
8. 保持患者口腔清洁，必要时行口腔护理。
9. 遵医嘱指导患者正确用药，观察药物疗效和副作用。

三、休克护理常规

1. 补充血容量，恢复有效循环血量：迅速建立 1-2 条静脉输液通道，必要时行中心静脉置管。一般先快速输入晶体液后输胶体液。2. 取休克体位：将患者头和躯干抬高 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ，下肢抬高 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ ，以增加回心血量及减轻呼吸困难。3. 保持患者呼吸道通畅；(1) 观察呼吸形态、监测动脉血气、了解缺氧程度。(2) 避免误吸、窒息：昏迷患者，头应偏向一侧或置入通气管，以免舌后坠或呕吐物误吸，有气道分泌物时及时清除。(3) 协助患者咳嗽、咳痰：痰液及分泌物堵塞呼吸道时，及时清除，必要时给予雾化吸入。4. 遵医嘱使用血管活性及增强心肌功能药物。

5. 严密观察患者病情变化：每 15~30分钟测体温、脉搏、呼吸、血压1次。观察患者的意识表情、面唇色泽、皮肤肢端温度、瞳孔及尿量。6. 严格执行无菌技术操作规程，遵医嘱应用抗生素。7. 详细记录24小时出、入量。8. 注意保暖：一般室温以20℃左右为宜，切忌使用热水袋、电热毯等进行体表加温。9. 预防意外损伤：对于烦躁或神志不清的患者，应加床旁护栏以防坠床；必要时，四肢以约束带固定于床旁。

四、咯血护理常规

1. 大量咯血患者绝对卧床，取患侧卧位；出血部位不明患者取仰卧位，头偏向一侧。
2. 及时清理患者口鼻腔血液，保持呼吸道通畅，防止窒息。
3. 立即吸氧。
4. 建立静脉通道，及时补充血容量及遵医嘱用止血药物，观察药物疗效及副作用。
5. 咯血过程突然中断，出现呼吸急促、发绀、烦躁不安、精神极度紧张、濒死感、口中有血块等情况时，立即抢救，严禁屏气。
6. 观察、记录患者咯血量、颜色、性状及伴随症状。
7. 做好患者口腔护理，保持口腔清洁。
8. 床旁备好气管插管、吸痰器等抢救用物。
9. 做好患者的心理安慰，消除紧张、恐惧情绪
10. 指导患者合理饮食，补充营养保持大便通畅，大量咯血时禁食。

五、意识障碍护理常规

1. 严密监测并记录患者生命体征及意识、瞳孔变化，观察有无恶心、呕吐及呕吐物的性质及量，准确记录出入量，预防消化道出血和脑疝发生。2. 保持呼吸道通畅：平卧头侧位或侧卧位，开放气道，取下活动性义齿，及时清除口鼻分泌物和吸痰，防止舌根后坠，窒息、误吸或肺部感染。3. 谵妄躁动者加床栏，必要时作适当的约束，防止坠床和自伤、伤人；慎用热水袋，防止烫伤。4. 注意患者口腔卫生，不能自口进食者应每天口腔护理2~3次，防止口腔感染。5. 卧气垫床或减压床垫，保持床单整洁、干燥，减少皮肤的机械性刺激，定时给予翻身、拍背，按摩骨突受压处，预防压疮。6. 做好患者大小便的护理，保持其外阴部皮肤清洁，预防尿路感染。7. 遵医嘱鼻饲留置饮食者应定时喂食、喂水，保证足够的营养、水分供给；喂养前后抬高床头防止食物反流。

六、恶心、呕吐护理常规

1. 呕吐发生时应将患者头偏向一侧或取坐位，防止窒息。2. 呕吐后及时清理呕吐物，更换清洁床单，协助漱口，开窗通风。3. 剧烈呕吐时暂禁食，遵医嘱补充水分和电解质，呕吐减轻时可给予流质或半流质饮食，少量多餐，并鼓励多饮水。4. 做好患者口腔护理，保持口腔清洁。5. 测量和记录每日的出、入量，体重等情况。6. 观察、记录呕吐物的颜色、性质和量。7. 注意观察患者生命体征、意识状态、电解质和酸碱平衡情况及有无低血钾表现。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/517035113061006062>