

目录

- 危重病人基础护理常规
- 昏迷患者护理常规
- 休克患者护理常规
- 脑疝护理常规
- 气管切开患者护理常规
- 气管插管患者护理常规
- 使用呼吸机患者护理常规
- 深静脉置管患者护理常规
- 胸腔闭式引流护理常规
- （血）气胸护理常规
- 腹部外伤性多脏器损伤护理常规
- 癫痫持续状态护理常规
- 上消化道大出血护理常规
- 呼吸衰竭护理常规
- 心力衰竭护理常规
- 急性肾衰竭护理常规

一、危重病人基础护理常规

1. 热情接待病人，将病人安置于抢救室或重症病房，保持室内空气新鲜，温、湿度适宜；做好病人及家属的入院（科）宣教。
2. 及时评估：包括基本情况、主要症状、皮肤情况，阳性辅助检查，各种管道，药物治疗情况等。
3. 急救护理措施：快速建立静脉通道（视病情及药物性质调整滴速），吸氧（视病情调整用氧流量），心电监护，留置导尿管，保暖，做好各种标本采集，协助相应检查，必要时行极术前准备等。

4. 卧位与安全

- ① 根据病情采取合适体位。
- ② 保持呼吸道通畅，对昏迷病人应及时吸出口鼻及气管内分泌物，予以氧气吸入。
- ③ 牙关紧闭、抽搐的病人可用牙垫、开口器，防止舌咬伤、舌后缀。
- ④ 高热、昏迷、谵妄、烦躁不安、年老体弱及婴幼儿应加用护栏，必要时给予约束带，防止坠床，确保病人安全。

一、危重病人基础护理常规

5. 严密观察病情：专人护理，对病人生命体征、神志、瞳孔、出血情况、SpO₂、CVP、末梢循环及大小便等情况进行动态观察；配合医生积极进行抢救，做好护理记录。
6. 遵医嘱给药，实行口头医嘱时，需复述无误方可使用。
7. 保持各种管道通畅，妥善固定，安全放置，防止脱落、扭曲、堵塞；严格无菌技术，防止逆行感染。
8. 保持大小便通畅：有尿潴留者采取诱导方法以助排尿；必要时导尿；便秘者视病情予以灌肠。
9. 视病情予以饮食护理：保持水、电解质平衡及满足机体对营养的基本需求；禁食病人可予以外周静脉营养。

11.心理护理：及时巡视、关心病人，据情作好与家属沟通，建立良好护患关系，以取得病人信任、家属的配合和理解。

10.基础护理

- ① 做好三短九洁、五到床头（三短：头发、胡须、指甲短；九洁：头发、眼、身、口、鼻、手足、会阴、肛门、皮肤清洁；五到床头：医、护、饭、药、水到病人床头）。
- ② 晨、晚间护理每日2次；尿道口护理每日2次；气管切开护理每日2次；注意眼的保护。(3)保持肢体功能，加强肢体被动活动或协助主动活动。
- ③ 做好呼吸咳嗽训练，每2h协助病员翻身、拍背、指导作深呼吸，以助分泌物排出。
- ④ 加强皮肤护理，预防压疮。

二、昏迷患者护理常规

(一)观察要点

1. 严密观察生命体征（T、P、R、BP）、瞳孔大小、对光反应。
2. 评估GCS意识障碍指数及反应程度，了解昏迷程度，发现变化立即报告医生。
3. 观察患者水、电解质的平衡，记录24h出入量，为指导补液提供依据。
4. 注意检查患者粪便，观察有无潜反应。

(二) 护理要点

1. 呼唤患者：操作时，首先要呼唤其姓名，解释操作的目的及注意事项。
2. 建立并保持呼吸道通畅：取侧卧位头偏向一侧，随时清除气管内分泌物，备好吸痰用物，随时吸痰。
3. 保持静脉输液通畅：严格记录所用药物及量。
4. 保持肢体功能位，定期给予肢体被动活动与按摩，预防手足挛缩、变形及神经麻痹。
5. 促进脑功能恢复：抬高床头30~45度或给予半卧位姿势，遵医嘱给予药物治疗和氧气吸入。
6. 维持正常排泄功能：定时检查患者膀胱有无尿潴留，按时给予床上便器，协助按摩下腹部促进排尿，导尿者或更换尿袋时应注意无菌技术。
7. 维持清洁与舒适：取出义齿、发卡，修剪指（趾）甲；每日进行口腔护理两次，保持口腔清洁湿润，可涂石蜡油（唇膏）防止唇裂；定时进行床上擦浴和会阴冲洗，更换清洁衣服。
8. 注意安全：躁动者应加床档，若出现极度躁动不安者，适当给予约束；意识障碍伴高热抽搐、脑膜刺激征时，应给予有效降温并放置牙垫，防止咬伤舌颊部；固定各种管路，避免滑脱。
9. 预防肺部感染：定时翻身拍背，刺激患者咳嗽，及时吸痰；注意保暖，避免受凉，使用热水袋时水温不易超过50度，不能直接接触皮肤，防止烫伤。
10. 预防压疮：使用气垫床，骨突出部分加用海绵垫，保持床单位整洁、平整。每1~2h翻身一次。
11. 眼部护理：摘除隐形眼镜交家属保管。患者眼睑不能闭合时，定时用生理盐水擦洗眼部，用眼药膏或凡士林油纱保护角膜，预防角膜干燥及炎症。

(三)健康教育

1. 取得家属配合，指导家属对患者进行相应的意识恢复训练，帮助患者肢体被动活动与按摩。
2. 心理护理：关心鼓励患者，使患者认识到自己在家庭和社会中存在价值，以增加战胜疾病信心。

三、休克患者护理常规

1. 严密观察生命体征（T、P、R、BP）、心率、氧饱和度的变化，观察有无呼吸浅快、脉搏细速、心率增快、脉压减小（ 20mmHg 、SBP降至 90mmHg 以下或较前下降 $20\sim 30\text{mmHg}$ 、氧饱和度下降等表现。
2. 严密观察患者意识状态（意识状态反映大脑组织血液灌注情况），瞳孔大小和对光反射，是否有兴奋、烦躁不安或神志淡漠、反应迟钝、昏迷等表现。
3. 密切观察患者皮肤颜色、色泽，有无出汗、苍白、皮肤湿冷、花斑、紫绀等表现。

(一)观察要点

4. 观察中心静脉压（CVP）的变化。
5. 严密观察每小时尿量，是否 $< 30\text{ml/h}$ ；同时注意尿比重的变化，
6. 注意观察电解质、血常规、血气、凝血功能及肝肾功能等检查结果的变化，以了解患者其他重要脏器的功能。
7. 密切观察用药治疗后的效果及是否存在药物的不良反应。

(二) 护理要点

1. 取平卧位或休克卧位，保持病房安静。
2. 迅速建立静脉通道，保证及时用药。根据血压情况随时调整输液速度，给予扩容及血管活性药物后血压不升时作好配血、输血准备。
3. 做好一切抢救准备，严密观察病情变化，行心电、呼吸、血压、血氧等监护。
4. 需要时配合医生尽可能行深静脉穿刺术，以便抢救用药，随时监测CVP。若无条件做深静脉穿刺，应注意大剂量的血管活性药物对患者血管的影响，避免皮肤坏死。
5. 留置导尿，严密测量每小时尿量，准确记录24h出入量，注意电解质情况，做好护理记录。
6. 保持呼吸道通畅，采用面罩或麻醉机给予较高流量的氧气吸入，以改善组织器官的缺氧、缺血及细胞代谢障碍。当呼吸衰竭发生时，应立即准备行气管插管，给予呼吸机辅助呼吸。对实施机械辅助治疗的，按相关术后护理常规护理。
7. 保持床单位清洁、干燥，注意保暖，做好口腔护理，加强皮肤护理，预防压疮。
8. 做好各种管道的管理与护理，预防各种感染。
9. 病因护理：积极配合医生治疗原发病，按其不同病因进行护理。
10. 做好患者及家属的心理疏导。
11. 严格交接班制度：交接班时要将患者的基础疾病、诊治经过、药物准备情况、患者目前情况、特殊医嘱和注意事项等详细进行交接班，每班要详细记录护理记录。

三、休克患者护理常规

1. 进行心理指导，使患者及家属克服对疾病的恐惧感。
2. 指导患者及家属对诱发休克出现的疾病进行预防。
3. 指导患者按时服药，定期随诊。

①指导要点

四、脑疝护理常规

⑧ **脑疝：**在脑血管病的急性期，由于颅内压的极度增高，脑组织被挤压到压力较小的硬脑膜间隙或颅骨的生理孔道，引起嵌顿时就叫做脑疝。最常见两种类型，一种叫天幕裂孔疝，又叫颞叶疝、海马沟回疝；另一种叫枕骨大孔疝，又称小脑扁桃体疝。

(一)观察要点

- 1 密切观察脑疝的前驱症状，及时早期发现颅内压增高：脑疝是颅内压增高所引起的一种危及患者生命的综合征，颅内压超过700cmH₂O持续1 h即可引起脑疝。颅内高压的临床表现：头痛、呕吐、视乳头水肿。一旦患者有剧烈头痛且呈进行性加重和频繁呕吐等颅内压增高症状，应警惕是脑疝前驱期。
- 2 意识观察：评估GCS意识障碍指数及反应程度；意识变化是脑疝出现之前的重要表现。

- 3 瞳孔的监测：根据脑疝的五期临床表现，一侧瞳孔散大，对光反射消失已属于脑疝中晚期。
- 4 生命体征的观察：血压进行性升高，脉搏慢且洪大，呼吸深而慢，提示脑疝前驱期。若脑疝发展迅速，呼吸可突然停止，急性后颅内凹血肿时呼吸变慢有提示枕骨大孔疝的意义。

四、脑疝护理常规

(二) 护理要点

⑧ 1. 急救护理

- ① 立即建立静脉通路，同时快速静脉滴注药，并配以激素应用。有时可合用速尿以加强脱水作用。
- ② 协助做好手术准备：根据医嘱立即备皮、备血，行试验，准备术前和术中用药等。
- ③ 消除引起颅内压增高的附加因素：
 - a) 迅速清除呕吐物及呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，保证氧气供给，防止窒息及吸人性等加重缺氧；
 - b) 保持正常稳定的血压，从而保证颅内的灌注；
 - c) 保持良好的抢救环境，解除紧张，使之配合抢救，同时采取适当的安全措施，以保证抢救措施的落实；
 - d. 高体温、水电解质紊乱和酸碱平衡失调等因素均可进一步促使颅内压升高，应予以重视。
- ④ 患者要保持呼吸道通畅，及时清除分泌物，必要时行气管切开，防止二氧化碳蓄积而加重颅内压增高。
- ⑤ 对呼吸骤停者，在迅速降颅压的基础上按脑复苏技术进行抢救：呼吸支持：气管插管或气管切开，加压给氧，予呼吸气囊或呼吸机支持呼吸；循环支持：如心跳停止立即行胸外心脏按压，保持心脏泵血功能；药物支持：遵医嘱给呼吸兴奋剂、升压药、肾上腺皮质激素等综合对症处理。
- ⑥ 严格记录出入液量，注意电解质平衡的情况。

四、脑疝护理常规

(二) 护理要点

2. 术后护理

- ① 与手术室护士进行认真交接，检查意识、瞳孔及生命体征变化，查看皮肤情况，查看手术记录，了解手术经过。
- ② 体位：术后6 h内去枕平卧，头偏向健侧或半侧卧位将床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ，每2 h更换体位1次。术后72 h内，取头高位半坡卧位，头部保持中位，避免前屈、过伸、侧转，以免影响脑部静脉回流，尽量避免过度刺激和连续性护理操作。
- ③ 准确执行脱水治疗，记录24 h出入量，保持水电解质平衡。

3. 呼吸道管理：

- ① 保持呼吸道通畅，定时更换体位，拍背协助排痰，及时清除口、鼻腔及气道内异
- ② 昏迷患者头偏向一侧，以免舌根后坠及呕吐时误吸；
- ③ 鼻饲者注射前抬高床头 15° ，以防食物返流入气管引起肺部感染；
- ④ 常规氧气吸入3~5天，氧流量2~4 L/min。
- ⑤ 人工气道管理：气管插管、气管切开护理2次/日，口鼻腔及气道用无菌镊和吸痰管严格分开，防止感染；
- ⑥ 气道湿化与促进排痰：予雾化吸入、气管内滴药等。
- ⑦ 加强营养，提高机体抵抗力，减少探试，避免外来呼吸道疾病的传播引起交叉感染。

四、脑疝护理常规

(二) 护理要点

4. 引流管的护理:

保持引流管通畅，留置脑室引流管的患者严格掌握引流管的高度和流量，引流管低于穿刺点15 cm为宜，密切观察引流物的颜色、性质，每日引流量以不超过500ml为宜，并做好记录。

5. 骨窗护理:

减压术患者一般行颅骨瓣去除或游离术，成为骨窗或游离骨瓣，骨瓣去除后脑组织只有头皮保护，易受压，应加金属保护；通过骨窗可观察到颅内压的变化情况。

6. 高热护理:

遵医嘱给予物理降温、药物降温或亚低温治疗（轻中度低温（30℃~35℃）能明显改善脑缺血后脑神经功能障碍，减轻脑组织损害程度）。用亚低温治疗，应注意监测体温，加强皮肤护理。

7. 饮食护理:

清醒患者术后第2天鼓励进食；吞咽困难和昏迷者术后第3天给予留置胃管，行胃肠外与胃肠内联合营养，保证患者营养的需要。

8. 做好基础护理:

病室定期通风换气，进行空气消毒；口腔护理2次/d，按时翻身叩背，及时吸痰，留置导尿管按尿管常规护理；康复期协助指导患者进行功能锻炼。

四、脑疝护理常规

(三)指导要点

1. 限制探视人员，保持病房安静。
2. 指导患者提高安全意识；告知运动时的注意事项，保证安全防止外伤。
。
3. 告知患者疾病治疗过程中的注意事项，做好心理护理，保持患者情绪稳定。
4. 避免剧烈咳嗽及用力排便。
5. 进行饮食指导。
6. 指导患者或家属继续进行肢体功能锻炼。
7. 对出院患者若带有留置尿管、鼻饲管予以相应的护理指导。

气管切开患者护理 常规

(一)观察
要点

(二)护理
要点

(三)指导
要点

1. 注意倾听患者主诉，严密观察患者生命体征、神志、瞳孔、SpO₂变化，特别是气管切开术后三天的患者应重点加强巡视，床旁应备气管切开包。
2. 观察气管分泌物的量及性状。
3. 观察缺氧症状有无改善
4. 严密监测有无并发症的发生：如出血、气胸、纵隔气肿、皮下气肿等。

(一)观察要点

3. 正确吸痰，防止感染：

1. 环境要求：病室空气新鲜，定时通风，保持室温22~24度左右，相对湿度60%。
2. 仪表要求：工作人员在护理患者时要严格无菌操作，洗手，带口罩、戴手套。

- ① 首先要掌握好恰当的吸痰时机，一般是在床旁听到患者咽喉部有痰鸣音；患者出现咳嗽或呼吸机气道压力升高有报警；发现氧饱和度突然下降等情况时给予吸痰。
- ② 先将吸痰管插入气道超过内套管1~2cm，再开启吸痰负压，左右旋转边退边吸，切忌在同一部位长时间反复提插式吸痰，吸痰负压不能过大，以防损伤患者气道粘膜；吸引时间一次不超过15秒。
- ③ 吸痰前后应充分给氧，吸痰管吸一次换一根，顺序为气道、口腔、鼻腔。
- ④ 遵医嘱配置气道湿化液，每24小时更换一次，气管内滴入水份约200ml/日左右，平均每小时约10ml，可在每次吸痰前后给予。

4. 手术创面的护理：在贴皮肤面以油纱布覆盖，常规每日在严格无菌操作下更换敷料两次，并注意观察切口愈合情况，有无感染等征象及分泌物颜色，切口感染后分泌物多呈草绿色或铜绿色，一旦出现应及时进行分泌物培养，以便指导临床用药。
5. 使用带气囊的气管导管时，要随时注意气囊压力，防止漏气。
6. 每日检查套管固定是否牢靠，套管采用双带打手术结法固定，松紧以能容一指为度。随时调节呼吸机支架，妥善固定呼吸机管道，使气管套管承受最小牵拉，防止牵拉过度致导管脱出。
7. 保持内套管通畅（金属导管）：是术后护理的关键。取出内套管的方法是，左手按住外套管，右手转开管上开关后取出，以防将气管套管全部拔出。
8. 维持下呼吸道通畅：保持室内温度和湿度，有条件者可用蒸汽吸入疗法。
9. 保持口腔清洁、无异味，口腔护理每日两次。
10. 拔管：对于原发病以痊愈或减轻，喉梗已解除，作拔管准备工作——试行堵管，可先堵1/3—1/2，观察有无呼吸困难现象，观察24小时，呼吸通畅，可行完全性堵管，观察24~48小时后拔管。对于因非喉部疾病行气管切开者，如无气管插管等喉部可能损伤的病史者，可于呼吸功能衰竭纠正后，直接全堵管进行观察，并于24小时后拔管。拔管1~2天内应严密观察。

（二）护理要点

1. 吸痰前应 与患者进行有效的沟通，减少患者的焦虑和紧张。

2. 佩带气管套管出院者，应告之患者及家属：

① 不可取出外套管，注意固定带是否固定牢固，以防套管滑出发生意外。

② 沐浴时防止水渗入气管套管内，教会患者及其家属清洁消毒内套管的方法，告诉患者气管切开术迟发性并发症的症状和体征。

(三) 指导要点

六、气管插管患者护理常规

⑧ (一)观察要点

1. 严密观察患者生命体征、神志、瞳孔、SpO₂变化。
2. 注意观察导管插入的深度。
3. 观察气管分泌物的性质、颜色。
4. 拔管后的观察：(1)严密观察病情变化，监测心率、血压、血氧饱和度，观察呼吸道是否通畅，呼吸交换量是否足够，皮肤黏膜色泽是否红润，同时遵医嘱行血气分析；(2)观察有无喉头水肿、黏膜损伤等情况，发现异常及时通知医生处理。

(二)护理要点

1. 环境要求：病室空气新鲜，定时通风，保持室温22~24度左右，相对湿度60%。
2. 仪表要求：工作人员在护理患者时要严格无菌操作，洗手，戴口罩、戴手套。

3. 无论是经鼻腔或口腔插管均应注意固定牢固，做好标记；防止口腔插管时牙垫脱落；注意导管插入的深度及插管与头颈部的角度。
4. 气囊管理：定时监测气囊压力，在给气囊放气前或拔除导管前，必须清除气囊上滞留物。
5. 保持气管插管通畅，及时有效的进行气管内吸痰：吸痰管吸一次换一根，顺序为气道、口腔、鼻腔；吸痰前后应充分给氧；一次吸痰时间不超过15秒，吸痰过程中出现气管痉挛、紫绀、躁动不安等情况应停止吸痰，立即通知医生处理
6. 根据患者的病情，遵医嘱给予适量的止疼药或镇静药。

7. **气道湿化：人工气道建立后，上气道的湿化、温化功能缺失，易导致痰液滞留、结痂等并发症应加强气道湿化（遵医嘱配置气道湿化液，每24小时更换一次，气管内滴入水份约200ml/日左右，平均每小时约10ml，可在每次吸痰前后给予）。**

8. **保持气管插管局部清洁，固定气管插管的胶布如被污染应立即更换，每天做口腔护理两次。**

10.拔管后的护理：

- ① 以口鼻（面）罩吸氧，以保证安全；
- ② 4小时内禁食，因为此时声门关闭功能及气道反射功能不健全；
- ③ 禁止使用镇静剂，因在拔管后如有烦躁可能是缺氧的表现；
- ④

⑧ 9.经鼻或经口插管拔管方法：

- ① 原发病治愈应适时拔管，并向患者做好解释，取得患者合作；
- ② 如无禁忌症，以床头抬高30度以上为宜，以减少返流和误吸；
- ③ 吸引气管插管以上及经口腔排出堆积在套囊以上的分泌物，因其在套囊放气后可被吸入到下呼吸道；
- ④ 吸入高浓度氧数分钟（每分4~6L），将套管内气体放出；
- ⑤ 将吸痰管放入气管插管略超过其长度，边吸痰边拔管，以防积存在气管内套管周围的分泌物被误吸；
- ⑥ 拔管时在呼气相将导管拔除，以便拔管后第一次呼吸是呼出气体，以免咽部分泌物吸入；(7)一旦导管拔除后，将患者头转向一侧，防止口腔内分泌物误吸入气道；
- ⑦ 拔管应尽量在白天进行，以便观察病情与及时处理拔管后发生的合并症。

5. 拔管后鼓励患者主动咳嗽、咯痰。

③ 指导要点

1. 做好患者及家属的心理护理，消除焦虑恐惧感。
2. 吸痰前应与患者做好有效的沟通交流，减少患者的焦虑和紧张。
3. 为减少气囊对气管壁的压力，在充气时可采用两种方法：最小漏气技术（MLT）*或最小闭合容积技术（MOV）*。
4. 拔除导管前必须使用气囊上滞留物清除技术。

① * 最小漏气技术：套囊充气后吸气时容许不超过50毫升的气体从套囊与气管壁间的空隙漏出。先把套囊注气至吸气时无气体漏出，然后以0.1毫升/次进行套囊放气，直到吸气时有少量气体漏出为止。

② * 最小闭合容积技术：套囊充气后刚好吸气时无气体漏出。先把套囊注气至吸气时无气体漏出，然后以0.1毫升/次进行套囊放气，听到漏气声后向套囊内注气0.1毫升/次，无漏气即可。

七、使用呼吸机患者护理常规

(一)观察要点

- 1.观察神志、瞳孔、心率、血压、SpO₂变化；
- 2.评估患者的面色，肢体活动，自主呼吸的力量；注意呼吸频率、节律、深浅度及自主呼吸与呼吸机辅助呼吸的配合情况。
- 3.观察呼吸机工作是否正常，了解呼吸机报警原因，及时通知医生处理。
- 4.每日行动脉血气分析，了解pH、PaO₂、PaCO₂的变化，根据变化调整呼吸机参数。发现酸、碱中毒时，及时对症处理。
- 5.观察痰量及性状，了解有无肺部感染或肺水肿等。

七、使用呼吸机患者护理常规

(二) 护理要点

- 1. 保持管道连接紧密，各种导线、传感线无松脱，确认呼吸机工作状态。预设潮气量 (VT) 6~8ml/kg，频率 (RR) 16~20次/分，吸/呼比 (I:E) 1: 1.5~2，吸入氧浓度 (FiO₂) : 40%~60%。
- 2. 向清醒患者及家属解释使用呼吸机的目的，取得合作，消除恐惧心理。
- 3. 保持气道通畅，及时吸痰，吸痰前后要予以3min纯氧吸入，以防止吸痰造成的低氧血症；并妥善固定气管内插管或气管套管；严格无菌操作。
- 4. 呼吸机通气过度可导致血压下降，未经医生同意护士不可任意调节呼吸机参数。
- 5. 保持湿化罐内无菌蒸馏水或注射用水于正常刻度范围内。保持吸入气体温度在32~34℃。

七、使用呼吸机患者护理常规

7. 呼吸机管道一人一换，长期带机患者应每周更换。每周冲洗呼吸机上的过滤网。
8. 呼吸机管道和人工气道加接螺纹管，以免牵拉刺激引起气道损伤和人工气道脱出。
9. 注意患者体位的舒适度，避免人工气道与患者气管成角，避免人工气道扭曲、折迭、滑出或接头松脱。
10. 有心血管功能不良、血容量不足、高龄、原有低血压、，易导致低血压，应采取相应措施，维持循环稳定。
11. 胸部物理治疗每4小时一次。
12. 遵医嘱使用镇静剂，并在护理记录上准确记录用法用量及患者用药后状况。

(二)护理要点

七、使用呼吸机患者护理常规

13. 13.呼吸机旁备简易人工呼吸器，如遇呼吸机功能丧失或停电，先将氧气管与简易人工呼吸器相连，按操作程序先用气囊通气，直至问题解决。
14. 14.心理护理
 - ① 呼吸机通气支持的患者，由于本身病情危重，加上环境的陌生及呼吸机带来的异常声响、交流障碍、舒适改变等，易出现焦虑、恐惧及不合作等心理问题；部分患者在呼吸机治疗过程中会出现呼吸机心理依赖问题。

(二)护理要点

- ② 重视患者的心理问题，理解与疏导，让患者熟悉病房环境，了解呼吸机治疗的目的及配合方法，建立护患之间有效的沟通交流方式，可备纸笔或写字板等非语言交流形式，鼓励患者主动加强自主呼吸，争取早日脱机。

七、使用呼吸机患者护理常规

(三)指导要点

1. 患者发生缺氧和呼吸困难时，如不能马上找到原因，应立即脱开呼吸机，用简易人工呼吸器辅助通气。
2. 注意保持湿化器中蒸馏水量，并及时清理呼吸机管道中的积水。
3. 吸痰前应 与患者进行有效的沟通，减少患者的焦虑和紧张。

八、深静脉置管患者护理常规

(一)观察要点

1. 观察置管的长度、时间，。
2. 观察局部皮肤有无红、肿、渗液、分泌物等感染征象。
3. 观察患者生命体征变化，注意有无寒战高热等全身感染征象。

八、深静脉置管患者护理常规

(二)护理要点

- ❖ 1.保持穿刺点皮肤的清洁、干燥，每日换药一次，疑有污染随时更换。
- ❖ 2.妥善固定导管，导管各连接处用无菌纱布包裹，防止脱落。
- ❖ 3.深静脉测压通道连接专用延长管和三通，禁止连接头皮针、肝素帽。输液通路连接处尽量少用头皮针和肝素帽，一个肝素帽最多插头皮针2~3根，肝素帽3~5天更换一次；每次输液完毕，不需维持通道者，用肝素液和生理盐水脉冲式正压封管。
- 4.及时更换液体，测压后及时打开输液通道，以避免血液回流引起导管堵塞。
- 5.血管活性药物应单通道泵入，连接专用微泵延长管在深静脉管近端；防止速度过快或过慢，影响药物疗效；如需快速输液、输血应直接连接三通，TPN、血液制品、普通液体不能在同一静脉通道输入。
- 6.拔除导管后按压穿刺点5分钟，防止出现局部血肿，用消毒液消毒局部，并用无菌敷料覆盖24小时以上。

八、深静脉置管患者护理常规

(三)指导要点

若深静脉导管被血凝块堵塞不通或呈半通状态，立即用空针向外抽吸，切勿将血凝块冲入血管内，否则易导致血栓栓塞；若回抽不通，应拔除导管。

九、胸腔闭式引流护理常规

(一)观察要点

- ❖ 1.严密观察生命体征的变化。
- ❖ 2.观察引流管是否通畅，引流液的量、颜色、性质及水柱波动范围。
- ❖ 3.观察引流管处伤口的情况。
- ❖ 4.拔管后观察：有无胸憋、呼吸困难、切口漏气、渗液、出血、皮下气肿等症状。

九、胸腔闭式引流护理常规

1. 保持管道的密闭和无菌：使用前注意引流装置是否密封，胸壁伤口引流管周围，用油纱布包盖严密，更换引流瓶时，必须先双重夹闭引流管，以防空气进入胸膜腔，严格执行无菌操作规程，防止感染。
2. 体位：胸腔闭式引流术后常置患者于半卧位，以利呼吸和引流。鼓励患者进行有效咳嗽和深呼吸运动，利于积液排出，恢复胸膜腔负压，使肺扩张。

(二)护理要点

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/726200025114010134>