



第1篇

绪论

一、护理临床教学的概念

现代医学模式不断从生物模式向生物—心理—社会医学模式转变。这就要求临床护理人员在病人实施护理时要考虑到人的各方面需求，护理人员不但要有广博的人文、社会学科知识，还要具备人际沟通、思维分析和管理组织等能力。护士的职责范围和护理服务场所都在不断扩大，护士不仅是照顾者角色，还是教育者、咨询者、协调者、组织者等多种角色。专业的发展对护士的知识、能力和情感等各方面都提出了更新、更高的要求。

临床教学是以现代教育理念为指导，为达到特定的教育教学目标，在医院及社区各种卫生保健机构中实施的教育教学活动。临床教学是护理教育的重要组成部分，包括临床见习和临床实习两个部分，是培养护理人才的关键阶段。临床教学质量的高低，直接影响着护理教育的整体质量和所培养人才的素质。在临床学习中，护理学生自觉或不自觉地检验、修正和发展牢固的护理专业价值观甚至人生观、世界观。与学校教学一样，临床教学也有其自身的教育哲理、教学组织结构和教学计划等。临床教学通过充分的准备及有计划、有步骤的合理安排，使护理学生做到理论与实践相结合，并在实践中不断提高。

临床是为病人或服务对象提供健康服务的任何场所，由于护理实践范围的不断扩大，临床教学的场所不仅包括医院，也包括家庭、社区各类医疗卫生预防保健康复机构。护理临床教学过程由五个步骤组成：①确立学习目标；②评估学习需求；③计划临床教学活动；④指导学生；⑤评价临床学习。

二、护理临床教学的指导思想

1. 护理临床教学的重要性 由于护理是一门实践性很强的专业，护理学生的临床实践较课堂学习更为重要。临床学习提供了将各种理论知识转换到实际情境中的机会。

2. 护理临床教学应能反映护理专业实践的本质 护理临床教学将护理学生置于教科书所无法提供的专业实践的现实情境中。绝大多数专业实践的场合是复杂、不稳定和独特的。因此，护理临床教学活动的安排应将学生暴露于这些无法用已有知识和技术来解决的问题中。

3. 护理临床教学应注重必需的知识、技能和态度 建立一种相互信任、相互尊重的环境对于支持学生的学习和成长非常重要，教师是建立这种关系的主要责任人。护理学生在这种融洽的学习环境中通过与病人接触来运用知识、验证理论和学习技能，并通过教师的示范作用习得相应的价值观和职业态度。

4. 护理临床教学应注重发展学生在课堂上无法获得的知识 护理学生在临床学习中，主要将课堂所学的知识转化到真实的护理场景中，即将理论转化为实践。另一方面，通过观察、参与临床实践，学生将进一步扩展知识，学到书本上所没有的知识，或是更新知识。为了更有效

地利用资源, 护理临床教学应注意发展学生在课堂或其他场景无法获得的知识。

三、护理临床教学的目标

护理临床教学的目标是让护理学生在知识、技能、情感三个领域内得到发展, 将来成为称职的护理工作者。

(一) 护理临床教学的总目标

1. 知识 包括关于具体事实、信息的知识; 以及关于如何将理论运用于实践的知识, 如问题解决、批判性思维和决策制定等认知技能。

(1) 基本理论知识: 如护理理论、临床护理、护理伦理等理论知识。在临床学习活动中, 护理学生将这些知识运用于实践, 并在实践中验证和巩固这些知识。同时, 在临床学习中, 护理学生将接触到大量书本上没有的知识, 例如各专科治疗和护理的新理论、新概念、新方法等, 这些知识是护理学生应该努力去获得的, 需不断充实和更新的知识体系。

(2) 问题解决: 临床学习活动给护理学生提供了大量有待解决的真实问题, 其中很多问题均比较复杂、独特、模糊, 解决这些问题常需要新的推理方法和策略。护理临床教学应注重培养学生解决这些临床问题的能力。

(3) 批判性思维: 批判性思维是护理教育的一个重要目标。目前多数教育者不只将批判性思维划分为认知领域, 而是认为批判性思维是态度、知识和技能的结合。它包含个体以开放的心态、自信、成熟和探究的态度对真理的寻求和系统的分析; 批判性思维是做出决定的一系列过程, 包括收集合适的资料、分析信息的真实性和用来评价多种推理的结果, 并得出有效的结论。护理临床教学应通过使护理学生在不断增加的复杂性、不确定性的健康保健环境中不断观察、参与和评价护理活动来达到发展护理学生批判性思维能力的目标。

(4) 决策制定: 护理专业实践常要求护理人员做出有关病人及临床环境的决策。决策制定过程包括收集、分析、权衡、判断资料的价值以及在若干可行的方案中选出最佳的一种。在护理临床实践中, 决策制定通常是双向的过程, 需要病人和其他工作人员的参与。护理临床教学应促使护理学生参与到真实决策制定的过程中来, 以培养学生的决策制定能力。

2. 技能 护理学生应具备熟练的操作技能, 还应具备一定的人际关系能力和组织能力。

(1) 操作技能: 操作技能是护理临床实践中非常重要的一部分, 是指在不同条件下, 以恰当的速度熟练、平稳、持续进行某种操作的能力。护理临床教学应提供给学生大量实践操作的机会并给予有效的反馈。

(2) 人际关系能力: 在实施护理程序的整个过程中都需要人际关系能力。包括言语行为, 如说、写和肢体语言行为, 如面部表情、身体姿势、触摸等。护理临床教学应提供机会培养学生与病人建立起治疗性关系, 与其他专业人员建立起相互协作关系的能力。

(3) 组织能力: 护理临床实践工作任务量大, 时间有限。护理临床教学应提供机会, 培养学生一定的统筹、组织能力和时间管理能力。

3. 态度和价值观 信念、价值观、态度和气质是护理专业实践必要的组成部分, 体现了护理专业人道主义的本质。护理临床教学应通过教师言传身教的示范和角色榜样作用, 培养学生尊重病人的权益、体现对病人的关怀、忠于职守、团队协作、乐于奉献等专业价值观及专业态度, 并使学生不断修正、巩固和发展新的价值观。

(二) 护理临床教学各专科目标

护理临床教学各专科目标是根据总的教学目标和各专科的特点而制定。包括知识目标, 如掌握各专科的管理特点及各种制度; 掌握各专科典型病、多发病的临床特点、护理要点、健康教

育、出院指导等；技能目标，如配合医师对危重病人进行抢救、心电监护的应用等。

四、护理临床学习对学生的要求

1. 心理准备 学生对临床学习普遍存在着一种焦虑感。在护理临床教学的准备过程中，教师应首先确定学生的紧张及焦虑程度，并通过一些活动或学习来降低学生进入临床的焦虑感。另外，学生应消除重理论轻实践、期望值过高、不敢提问太多或不用提问太多、失落与无奈、应付与听之任之等负性心理。

2. 强化护理操作技术 在学生进入临床，真实地在病人身上进行各项护理操作之前，应首先对学生集中强化护理操作技术数周，以增强学生的自信，巩固技能，从而使学生尽快适应临床学习环境。

3. 具备各种社会技能 护理学生将在一个开放的病房环境里学习，要与各类护理人员、医师、病人及其他相关人员接触，会遇到各类情境。因此护理学生要有意识锻炼自己的语言和非语言交流技巧，提高自己的人际沟通能力；提高自己对挫折的心理承受能力，遇到挫折，要积极调节、化解，善于保持心理平衡，以保证工作、学习不被不良情绪干扰。

4. 仪容仪表 护理学生进入临床学习时，要着装整齐，穿统一的护士服，戴护士帽，配备胸牌，穿护士鞋。



第2篇

外科护理学

临床见习实习内容

容

第1章 体液失衡、麻醉和手术中病人的护理

一、水、电解质、酸碱失衡病人的护理

【学习目的和要求】

(1) 通过床边教学和病例讨论,学会运用护理程序方法对水、电解质、酸碱失衡病人进行护理评估,并对收集的资料进行分析、整理,列出护理诊断,制订相应的护理计划,实施护理措施。

(2) 熟悉外科临床常见的体液失衡类型——等渗性脱水、代谢性酸中毒、低钾血症的临床表现、诊断和治疗原则及注意事项,并能拟定补液方案,熟悉各种液体的组成及作用。

(3) 实践过程中能够体现出关心、爱护病人的良好医德和团结协作精神。

【学习地点】 医院外科病房、示教室和实验室。

【学习方法】

1. 选择病例 由临床带教教师选择水、电解质、酸碱失衡病例,教师对病例进行集中讲解后,指定4~7人一组询问病史和检查病人,再由教师补充病例的相关资料,若无合适病例,可由教师介绍典型病案。

2. 在示教室进行病例讨论与情景教学

(1) 小组讨论:学生分组对病例的诊断、治疗及护理措施进行讨论后,各组派代表汇报讨论结果,由带教教师给予指导及评价;各组为病人制定24小时补液方案。带教教师应通过临床具体病例教学,培养学生的临床思维和独立思考的能力,注意引导学生抓住问题的实质,纠正不正确的观点,提出正确的观点。

(2) 角色扮演:学生分别扮演护士和病人,模拟护患交流、对体液失衡病人进行查体以及对病人或家属进行健康指导等,最后由临床带教教师总结和评价。

【学习内容】

(一) 指导学生练习

以低钾血症病例为例,指导学生应用护理程序的内容和方法为病人提供护理。

1. 护理评估

(1) 收集病史:低钾血症的发病与钾摄入不足、钾丢失过多、发生钾转移等有关,急性肠梗阻、肠痿病人多出现等渗性缺水,幽门梗阻多引起代谢性碱中毒。评估原发疾病的性质和具体情况,询问病人首次发病的时间、水和食物的摄入情况、摄入食物的质和量,有无长期禁食、呕吐和腹泻,呕吐量、胃肠减压量、消化道外痿排出消化液量、胆汁引流量、腹泻量及

尿量（注意尿量减少或增多）；曾做过何种检查和治疗，结果如何，有无长期使用排钾性利尿剂等；有无焦虑或恐惧心理；了解病人家庭经济状况和社会支持情况，所能得到的社区保健资源如何。

（2）身体评估：病人有无疲倦昏睡，四肢软弱无力；有无腹胀、恶心、厌食；有无夜尿多；有无心律不齐等表现。

（3）辅助检查：血生化检查有无血清钾离子浓度下降，尿液检查有无尿比重下降，心电图检查有无ST段降低、T波倒置及U波出现等。

2. 护理诊断

（1）学会应用PES公式^①提出护理诊断，用简单确切的术语阐述或描述病人的主要健康问题。例如，活动无耐力 与低钾血症导致肌无力有关。

（2）潜在并发症是各种原因造成的并发症。例如，潜在并发症：心律不齐。

3. 护理目标 根据护理诊断提出护理目标，期望能达到的结果。例如，恢复血清钾情况；病人生命体征保持平稳，没有出现并发症等。

4. 护理措施

（1）对于低钾血症病人，按医嘱处理原发病，予以止吐、止泻等治疗；鼓励并帮助病人多进食肉类、牛奶、香蕉、橘子等含钾丰富的食物。

（2）加强对血清钾动态变化的监测。

（3）遵医嘱静脉补钾，遵循补钾原则。

（4）为病人制订循序渐进的活动计划，协助和鼓励病人实施活动计划并逐渐调整活动内容、时间、形式和幅度，使之逐渐增加活动耐力。

（5）进行心理护理，消除病人的焦虑情绪和恐惧心理。

（6）严密监测心电图，如病人一旦出现心律失常应立即配合治疗。

（7）健康指导：向病人介绍低钾血症知识，给予饮食生活指导；如病人有长时间禁食或呕吐、腹泻、肾功能减退和长时间使用排钾利尿剂等情况，应注意及时补钾；预防造成低血钾的诱发因素、进行用药指导，告知病人做好自我监测，有变化应随时就诊。

（二）临床病例讨论及情景教学

1. 病例讨论 一学生收集的病例如下。

病史：病人，男，25岁，因腹泻、呕吐2天入院。自发病以来，病人每天腹泻6~8次，水样便，呕吐4次，不能进食、进饮，尿量减少，腹胀。护理查体：病人精神萎靡，体温37℃，脉搏速弱，110次/分，血压100/60mmHg^②，皮肤弹性减退，两眼凹陷，腹胀，肠鸣音减弱，四肢凉。实验室检查：血清Na⁺135mmol/L，血清K⁺3.2mmol/L。

请讨论：

（1）该病人的诊断及诊断依据是什么？

（2）进一步检查应包括哪些项目？

（3）应如何护理该病人？

2. 情景教学

（1）角色扮演：学生分别扮演护士、病人及家属，模拟病人入院、收集资料、查体时的护患沟通与交流，模拟向病人及家属进行健康指导时的沟通与交流。

① PES公式：P（problem）-问题即护理诊断的名称，E（etiology）-病因即相关因素，S（symptoms or signs）-症状和体征。

② 全书病例讨论血压以mmHg表示，1mmHg=0.133kPa。

(2) 查体及操作：学生间相互练习皮肤弹性、湿度、水肿的检查方法。为病人制定 24 小时补液、补钾方案。

(三) 护理计划的书写

以上述护理病例为例，书写护理计划单（表 2-1）：

表 2-1 护理计划单

护理诊断	护理目标	护理措施	护理评价
体液不足 与呕吐、腹泻导致体液丢失过多或体液摄入不足有关	病人体液平衡恢复正常，无缺水的症状和体征	- 按医嘱予以止吐、止泻等措施，以减少体液及钾的继续丧失 - 遵医嘱严格执行补液计划	缺水的症状体征消失，体液平衡恢复正常
活动无耐力 与低钾血症导致肌无力有关	血清钾恢复正常水平，腹胀减轻或消失，活动耐力增强，满足基本生活需要	- 鼓励病人多食肉类、牛奶、香蕉、橘子等含钾丰富的食物 - 严格按照补钾原则进行静脉补钾 - 依据病人的耐受程度，为其制定循序渐进的活动计划，并协助病人实施活动计划，以逐渐增加病人的活动耐力和活动量	病人的活动能力增强，保证了基本生活需要

二、麻醉病人的护理

【学习目的和要求】

(1) 通过床边教学和病例讨论，学会运用护理程序方法对各种麻醉病人进行护理评估，并对收集的资料进行分析、整理，列出护理诊断，制订相应的护理计划，实施护理措施。

(2) 了解常用的吸入全麻药、静脉麻醉药和肌肉松弛药的特性；熟悉全身麻醉、椎管内麻醉的定义；掌握各种麻醉病人麻醉前和麻醉后的观察及护理，认识气管内插管术常用的器械以及拔除气管的指征。

(3) 实践过程中能够体现出关心、爱护病人的良好医德和团结协作精神。

【学习地点】 医院麻醉科、外科病房、示教室和手术室。

【学习方法】

1. 选择病例 由外科带教教师选择全麻手术病例，教师对病例进行集中讲解后，指定 4~7 人一组询问病史和检查病人，再由教师补充病例的有关资料，若无合适病例，可由教师介绍典型病案。

2. 在示教室进行病例讨论与情景教学

(1) 小组讨论：学生分组对病例的手术耐受情况、麻醉方法、麻醉后护理进行讨论后，各组派代表汇报讨论结果，由带教教师给予指导及评价。带教教师应通过临床具体病例教学，培养学生的临床思维和独立思考的能力，注意引导学生抓住问题的实质，纠正不正确的观点，提出正确的观点。

(2) 角色扮演：学生分别扮演护士和病人，模拟护患交流、查体及对病人或家属进行健康指导等，最后由临床带教教师总结和评价。

【学习内容】

(一) 指导学生练习

以全麻手术病人为例，指导学生应用护理程序方法为病人提供护理。

1. 护理评估

(1) 收集病史：麻醉前详细收集病史，包括现病史、既往史、个人史、各项常规化验和特殊检查，如 X 线检查，心脏功能、呼吸功能、肝肾功能检查等及各科会诊意见，手术前讨论等；

麻醉后详细了解麻醉方式、麻醉药种类和用量、术中出血情况和补液量情况。

(2) 身体评估：麻醉前测量病人的身高和体重，根据病人的精神面貌、活动情况、结合病情和实验室检查结果全面评估病人的营养状况及对手术的耐受力，病人对手术的耐受力包括耐受良好和耐受不良两种情况；麻醉后监测病人的意识、血压、心率等，记录病人感觉和意识的恢复情况，有无麻醉后并发症征象。

(3) 辅助检查：包括血、尿、粪常规，出凝血时间、血清电解质、肝肾功能、血糖等检查有无异常；胸部 X 线检查有无异常。

2. 护理诊断

(1) 学会应用 PES 公式提出护理诊断，用简单确切的术语阐述或描述病人的主要健康问题。例如，有受伤的危险：与麻醉未完全清醒或感觉未完全恢复有关。

(2) 潜在并发症是各种原因造成的并发症。例如，潜在并发症：呼吸道梗阻和窒息，通气不足，低氧血症。

3. 护理目标 根据护理诊断提出护理目标，期望能达到的结果。例如，病人未发生并发症或并发症被及时发现和处理。

4. 护理措施

(1) 麻醉前护理：术前禁食禁饮，病人术前 12 小时开始禁食，4 小时开始禁水；根据手术需要进行肠道准备，术前晚常规行 0.1%~0.2% 肥皂水灌肠；胃肠道手术病人术前当日晨给予留置鼻胃管，防止术中呕吐和误吸；病人术前常规应用地西洋、阿托品等麻醉前用药；术前对病人进行心理护理，缓解病人的焦虑和恐惧。

(2) 麻醉后护理：病人全麻未清醒时应取去枕平卧位，头偏向一侧，防止发生误吸和窒息，一旦发生呕吐，立即清理口腔等处的呕吐物；发生误吸后，应使病人处于头低足高位和右侧卧位，迅速在明视下吸引气管异物；嘱病人放松情绪、深呼吸以减轻恶心和呕吐；在麻醉药物未完全代谢之前，密切监测循环、呼吸的异常，及时发现有无发生舌后坠、喉痉挛、呼吸道黏液堵塞等情况，给予相应处理；病人血压过低常因血容量不足引起，应检查输液是否顺利，有无内出血等；如发生心律失常，应以心电图连续监测，随时报告医师；病人全麻苏醒过程中常会出现躁动，应注意保护，防止病人发生意外。

(3) 健康指导：麻醉前向病人及家属解释麻醉方法和手术进程，讲述麻醉操作的配合要点及麻醉后注意事项；对术后带自控镇痛泵出院的病人，教会其对镇痛泵的管理，若出现镇痛泵脱落、断裂或阻塞者应及时就诊。

(二) 临床病例讨论及情景教学

1. 病例讨论 一学生收集的病例如下。

病史：病人，男，60 岁，因咳嗽、痰中带血丝于当地医院就诊，病人咳嗽、咳痰，晨起痰多，黄绿色。有慢性支气管炎病史 5 年，否认结核病史，吸烟史 40 年，每日 1~2 包。胸部 CT 示右肺上叶后段周围型结节，直径 1.5cm，毛刺征，纵隔淋巴结阴性。当地医院考虑“结核（陈旧性）”，未做进一步检查，单纯抗炎治疗后病人回家，未嘱其复查。其后咳嗽症状反复，7 个月后复查胸部 CT 示病变增大至直径 4cm，局部侵犯壁层胸膜。手术探查为右肺上叶鳞状细胞癌，行根治术。

护理查体：体温 37.9℃，脉搏 80 次/分，呼吸 20 次/分，血压 120/80mmHg，病人查体合作，四肢末端略发绀，颈静脉无怒张、双肺呼吸音粗，散布湿性啰音，腹软、无压痛。

请讨论：

(1) 该病人选择何种麻醉方法比较合适？

(2) 麻醉前应做好哪些准备？

- (3) 在全麻手术期间和麻醉后易发生哪些并发症？
- (4) 如何预防和处理这些并发症？

2. 情景教学

(1) 角色扮演：学生分别扮演护士、病人及家属，模拟麻醉前后的护患沟通与交流，模拟向病人及家属进行心理护理的场景，如讲解麻醉方式、麻醉用药及可能发生的并发症等以减少病人及家属的焦虑和恐惧。

(2) 查体及操作：观看经口或经鼻气管内插管术录像，结合气管内插管人体模型，引导学生思考气管插管后引起呼吸道梗阻的原因，如舌后坠、喉痉挛、呼吸道黏液堵塞、呕吐物窒息等，并阐述相应的护理措施；或在麻醉科观摩气管内插管术的全过程，包括诱导、置入气管导管等，了解气管内插管术的常用器械，观看麻醉机的基本结构。

(三) 护理计划的书写

以上述护理病例为例，书写护理计划单（表 2-2）：

表 2-2 护理计划单

护理诊断	护理目标	护理措施	护理评价
有受伤的危险 与麻醉未完全清醒或感觉未完全恢复有关	病人未发生意外伤害	• 病人全麻清醒过程中容易发生意外伤害，应注意适当防护，必要时加以约束，防止病人坠床、碰撞等	病人未发生意外伤害
潜在并发症：呼吸道梗阻	病人未发生并发症或并发症被及时发现和处理	• 病人全麻未清醒时应取去枕平卧位，头偏向一侧，病人发生呕吐后，立即清理口腔等处的呕吐物 • 一旦发生呼吸道梗阻，迅速将下颌托起，放入口咽或鼻咽通气道，清除咽喉分泌物和异物 • 喉头水肿需用地塞米松静脉注射	病人未发生呼吸道梗阻或病人发生呼吸道梗阻后能及时处理

三、手术中病人的护理

【学习目的和要求】

- (1) 通过临床学习，学会运用护理程序方法对手术中病人进行护理评估、进行手术体位的摆放；执行器械护士、巡回护士的工作职责；配合医师进行手术。
- (2) 了解手术室的布局与设备；熟悉外科常用的手术器械及正确使用方法；掌握手术室护理工作的职责，手术室无菌操作方法，手术病人体位的摆放及手术配合技术。
- (3) 实践过程中能够体现出关心、爱护病人的良好医德和团结协作精神。

【学习地点】 医院手术室、示教室和实验室。

【学习方法】

1. 选择病例 手术室带教教师首先介绍手术室的布局与设备，由教师选择手术病例，讲解病人手术体位的摆放，外科常用手术器械的辨识及正确使用方法，器械护士和巡回护士的职责，手术室无菌操作方法及手术配合技术。

2. 情景教学

- (1) 小组讨论：学生分组对器械护士、巡回护士的职责，手术室各种物品消毒灭菌的方法进行讨论，各组派代表汇报讨论结果，由带教教师给予指导及评价。
- (2) 角色扮演：学生分别扮演巡回护士、器械护士、病人和医师，模拟巡回护士和病人的沟通与交流，器械护士和巡回护士清点、核查手术物品，医师和护士进行手术配合等场景。

【学习内容】

（一）指导学生练习

1. 手术室的布局与设备 手术室应靠近手术科室、血库、病理诊断科等；手术间内必备的设施配备：万能手术台、无影灯、麻醉机、监护仪、高频电刀、X线观片灯、器械桌、托盘、操作台、中心吸引、中心吸氧、参观台等；手术室划分为洁净区、准洁净区和非洁净区，不同区域分开管理；洁净手术室分为Ⅰ级（特别洁净手术间）、Ⅱ级（标准洁净手术间）、Ⅲ级（一般洁净手术间）、Ⅳ级（准洁净手术间）四类。

2. 手术体位的摆放 手术体位是暴露手术视野，保证手术顺利进行的重要措施。对病人进行护理评估，根据手术部位摆放合适的手术体位，应用枕垫、沙袋等物件保持病人的位置，避免血管、神经、肌肉受压，保护病人的安全，充分暴露视野。常用的手术体位包括：仰卧位，适用于腹部、颈部、骨盆及下肢手术等；侧卧位，适用于胸部、腰部及肾手术；俯卧位，适用于脊柱及其他背部大手术；膀胱截石位，适用于会阴部、尿道及肛门手术；半坐卧位，适用于鼻及咽部手术；

3. 手术室无菌操作方法 刷手法，包括肥皂水刷手法、碘伏刷手法、灭菌王刷手法；穿手术衣法，包括开放式手术衣穿法、全遮盖式手术衣穿法；戴无菌手套法，包括闭合式和开放式。无菌器械台铺置法，台面须用6层无菌单，防止水及血渍渗透污染，须严格保持器械台上无菌要求，手术开始后，该无菌器械台仅对该病人是无菌的，而对其他手术病人属于污染的；手术区铺单法，须铺4块无菌巾遮盖切口周围，铺2块手术中单于切口的上、下方，将有孔洞的剖腹大单正对切口，手术区四周一般有4层无菌单，须注意，无菌单经水湿或血浸，无菌隔离作用即不再完整，应另加布单遮盖；手术区的消毒，消毒范围至少应距切口边缘15cm以上。

4. 手术配合技术 明确主刀以及第一、二、三助手和器械护士的位置及职责；手术开始前及关闭体腔或缝合切口前要清点器械和敷料，以免遗留在体腔内；器械、物品应由器械护士传递，以免造成混乱；应熟悉各种手术器械的名称、使用方法，各种缝线的选择及使用原则，熟悉外科各种引流物的放置及拔除；器械护士应做好手术刀、持针器、血管钳等手术器械的传递工作；对清醒病人注意保护性医疗制度，避免术中讨论病情，以免对病人造成不良影响。

5. 器械护士和巡回护士职责 器械护士职责：应提前半小时洗手、穿手术衣、戴手套，铺好无菌器械桌，并将手术器械按使用次序排列于器械桌上；与巡回护士清点物品，协助铺无菌手术单，按手术步骤准确传递器械，尽可能以手语表示；保护器械台及手术野清洁，已污染的器械用物应放入弯盘内隔离；妥善保管标本，缝合体腔及皮下深部组织前，应与巡回护士详细核对器械、敷料等，严防异物遗留；术毕，按消-洗-消的原则整理器械和手术间。巡回护士职责：术前访视病人，了解病情和所做手术，查看病人的静脉情况和全身状态；准备各种仪器、药物等手术物品；接病人进入手术室，协助病人摆放体位，并保证病人肢体安全舒适，防止挤压伤害；协助器械护士清点器械和纱布，及时供给所需物品，监督术中无菌技术执行情况，准确执行术中医嘱，认真书写护理记录单。

（二）临床病例讨论及情景教学

1. 病例讨论 一学生收集的病例如下。

病史：病人，男，54岁，1年前无明显诱因出现上腹不适，黑粪，每日一次，呈柏油样，无黏液、脓血，无腹泻，无发热、恶心、呕吐。病人自发病以来精神尚可，饮食不佳，睡眠良好，小便正常，大便色黑，体重明显减轻，近1年减轻约20kg，未曾接受治疗，近1个月黑粪加重而来我院就诊。护理查体：体温36.5℃，脉搏70次/分，呼吸20次/分，血压120/70mmHg，发育正常，消瘦，神清语利，查体合作，全身皮肤黏膜无黄染，腹平坦，未见胃肠型及蠕动波，无腹壁静脉曲张，腹软，无压痛、反跳痛及肌紧张，未扪及包块，肠鸣音正常存在。入院后胃镜

检查发现“胃内占位性病变”，病理示“胃腺癌”。确定在全麻下行胃癌根治术。

请讨论：

- (1) 该病人应选择何种类型的手术间？
- (2) 该病人应采取什么手术体位？巡回护士应给予哪些安全保护措施？
- (3) 该病人的器械护士的工作职责包括哪些？

2. 情景教学

(1) 角色扮演：学生分别扮演巡回护士、器械护士、病人和医师，模拟巡回护士和病人的沟通与交流，器械护士和巡回护士清点、核查手术物品，医师和护士进行手术配合等场景。

(2) 查体及操作：学生间相互练习外科刷手、穿手术衣、戴手套等操作技术，练习手术病人的体位摆放，由带教教师总结和评价；学生观看手术配合录像。

(三) 护理计划的书写

以上述护理病例为例，书写手术护理记录单（表 2-3）以及手术清点，记录单（2-4）：

表 2-3 手术护理记录单

姓名	_____	性别	☐ 男 ☐ 女	年龄	_____岁	体重	_____kg	手术类别：	☐ 择期 ☐ 急诊
术前意识	☐ 清醒 ☐ 嗜睡 ☐ 意识模糊 ☐ 昏睡 ☐ 浅昏迷 ☐ 深昏迷								
药物过敏史	☐ 无 ☐ 有_____								
感染性疾病情况	☐ 是 ☐ 否 处理： ☐ 常规 ☐ 标准预防 HBsAg： ☐ 阴性 ☐ 阳性 抗-HCV： ☐ 阴性 ☐ 阳性 抗 HIV： ☐ 阴性 ☐ 阳性 ☐ 结核 ☐ 梅毒 ☐ 其他：								
皮肤情况	手术前：疖肿： ☐ 有 ☐ 无 破溃： ☐ 有 ☐ 无 部位：								
健康教育	☐ 是 ☐ 否 心理状况： ☐ 平静 ☐ 焦虑 ☐ 恐惧 访视者签名：								
病人信息查对	麻醉前核对确认、无误→时间：_____；手术开始前核对确认、无误→时间：_____								
手术部位核对	巡回护士：_____ 麻醉医师：_____ 手术医师：_____								
静脉穿刺	种类： ☐ 留置针 ☐ 头皮针 ☐ 深静脉置管 部位：								
留置尿管	☐ 病房带来 ☐ 手术室 ☐ 无 留置胃管 ☐ 病房带来 ☐ 手术室 ☐ 无								
手术体位	☐ 平卧位 ☐ 侧卧位（左侧/右侧） ☐ 俯卧位 ☐ 截石位 ☐ 其他： 受压部位术中按摩： ☐ 无 ☐ 有								
止血带	☐ 驱血橡胶带 ☐ 气压止血仪 ☐ 无 部位：_____ 压力：_____ 充气时间：_____ 充气时间：_____ 充气时间：_____ 放松时间：_____ 放松时间：_____ 放松时间：_____								
置入物	☐ 有 ☐ 无 详细说明：								
使用电刀	负极板放置位置： ☐ 大腿（左侧/右侧） ☐ 小腿（左侧/右侧） ☐ 上臂（左侧/右侧） ☐ 是 ☐ 否 ☐ 前臂（左侧/右侧） ☐ 臀部（左侧/右侧） ☐ 背部（左侧/右侧） 其他： 术前负极板部位皮肤： ☐ 完好 ☐ 损伤 术后负极板部位皮肤： ☐ 完好 ☐ 损伤								
输入血液制品	☐ 有 ☐ 无 输血反应： ☐ 有 ☐ 无 全血_____ml 红细胞悬液_____U 血浆_____ml 血小板_____个治疗量 其他_____ 巡回护士：_____ 术中出入液量 术中输入总液量_____ml 手术出血量_____ml 术中尿量_____ml								
标本送检	☐ 有 ☐ 无 ☐ 常规病理检查 ☐ 冰冻切片 ☐ 细菌培养 ☐ 其他：								
切口以外皮肤状况	☐ 同术前 ☐ 有变化 部位：_____ 特征：_____ 面积：_____cm ²								
静脉通道	☐ 通畅 ☐ 带回液体_____ml ☐ 带回血液_____ml								
引流管放置情况	☐ 有 ☐ 腹腔管 ☐ T 型管 ☐ 尿管 ☐ 其他 ☐ 无 ☐ 胸腔管 ☐ 脑室引流管 ☐ 脑脑压不闭 总数：_____根								
物品交接	☐ 病历 ☐ 病人服 ☐ X 线片 ☐ 血液 ☐ 其他：								
手术室护士：					病房护士：				

表 2-4 手术清点记录单

姓名_____ 性别 ☐ 男 ☐ 女 年龄_____岁 体重_____kg 手术间_____手术类别： ☐ 择期 ☐ 急诊							
术前诊断_____ 手术名称_____							
手术日期_____年_____月_____日 麻醉方式：_____ 主刀医师_____							
手术开始时间_____ 手术结束时间_____ 手术器械物品灭菌是否达标 ☐ 是 ☐ 否							
病人出室时间_____ 去向： ☐ 麻醉恢复室 ☐ 重症医学科 ☐ 病房							
器械物品查对登记							
物品名称	器械物品数目			物品名称	器械物品数目		
	术前	关体腔前	关体腔后		术前	关体腔前	关体腔后
布巾钳				缝针			
卵圆钳				刀片			
持针器				大纱布垫			
直血管钳				小纱布垫			
弯血管钳				纱布			
蚊式钳				棉片			
组织钳				电刀头			
鼠齿钳				血管夹			
刀柄				穿刺针			
镊子				纱布剥离球			
剪刀				钻头			
拉钩				针头			
吸引器头				阻断管			
长血管钳				阻断带			
压肠板				头皮夹			
加器械							
	术前	关体腔前	关体腔后	备注			
器械护士							
巡回护士							

(孙玉倩)

第2章 休克、外科感染和肿瘤病人的护理

一、休克病人的护理

【学习目的和要求】

(1) 通过床边教学和病例讨论,学会运用护理程序方法对休克病人进行护理评估,并对收集的资料进行分析、整理,列出护理诊断,制订相应的护理计划,实施护理措施。

(2) 熟悉休克的概念,认识外科常见的休克类型,掌握休克病人的护理评估、治疗原则及护理措施。

(3) 实践过程中能够体现出关心、爱护病人的良好医德和团结协作精神。

【学习地点】 医院外科病房、示教室和实验室。

【学习方法】

1. 选择病例 由临床带教教师选择低血容量性休克或感染性休克病例,如上消化道大出血、大面积烧伤、绞窄性肠梗阻、化脓性胆管炎或胃肠道穿孔等合并休克的病例。教师对病例进行集中讲解后,指定4~7人一组询问病史和检查病人,再由教师补充病例的有关资料,若无合适病例,可由教师介绍典型病案。

2. 在示教室进行病例讨论与情景教学

(1) 小组讨论:学生分组对病例的护理评估、治疗原则及护理措施进行讨论后,各组派代表汇报讨论结果,由带教教师给予指导及评价。带教教师应通过临床具体病例教学,培养学生的临床思维和独立思考的能力,注意引导学生抓住问题的实质,纠正不正确的观点,提出正确的观点。

(2) 角色扮演:学生分别扮演护士和病人,模拟护患交流,休克病人的查体以及对病人或家属进行健康指导等相关内容,最后由临床带教教师总结和评价。

【学习内容】

(一) 指导学生练习

1. 护理评估

(1) 收集病史:了解病人有无导致休克的原发疾病,休克的发病多与外伤失血、胃肠道出血、凝血疾病等有关,评估病人有无肝、脾破裂,血小板减少等情况,首次发病的时间,是否伴有医源性问题;病人有无呼吸衰竭、心力衰竭以及肾衰竭等并发症的表现;曾做过何种检查和治疗,结果如何;病人及家属有无焦虑或恐惧心理,了解病人家庭经济状况和社会支持情况,所能得到的社区保健资源如何。

(2) 身体评估:对病人的一般情况及休克的严重程度做出初步的评估。精神状态情况:在休克早期,病人多烦躁或精神紧张,随病情严重后转为淡漠、迟钝、意识模糊,甚至昏迷;肢体温度和色泽:四肢皮肤苍白、湿冷、弹性差,黏膜及甲床灰白或发绀,黏膜干燥,手、足背浅静脉萎陷;血压:一般认为上肢收缩压低于90mmHg,脉压差小于20mmHg是休克的一种表现,但在休克早期或代偿期,由于交感神经兴奋,儿茶酚胺释放,舒张压升高,收缩压未明显降低,因此应特别注意脉压差的减少,应尽可能了解病人的平时血压,有些病人平时血压就在80~90mmHg之间,此种病人不能仅凭血压而贸然诊断休克。有些病人平时有高血压,发生休克后收缩压仍可能在120mmHg以上,而组织灌流已不足。一般发病后收缩压降低20%以上时,应警惕休克的出现;脉率:脉搏细速常出现在血压下降之前,若无其他因素的影响,心率随缺氧的

程度增加而递增；尿量：观察每小时尿量的变化，平时肾功能无异常的病人，休克时尿量少于30ml，情况紧急时可观察10~15分钟（每分钟尿量少于0.5ml）。

（3）辅助检查：血常规有无红细胞及血红蛋白下降；动脉血气分析有无改变；中心静脉压有无下降，休克病人如中心静脉压（central venous pressure, CVP）小于6cmH₂O^①往往表示血容量不足；CVP大于6cmH₂O可能有心功能不全或肺血管阻力增高。

2. 护理诊断

（1）学会应用PES公式提出护理诊断，用简单确切的术语阐述或描述病人的主要健康问题。例如，体液不足 与大量失血、失液有关；气体交换受损 与微循环障碍、缺氧和呼吸型态改变有关。

（2）潜在并发症、休克时间长者，应密切注意有无肾、脑、肺部并发症及弥散性血管内凝血（disseminated intravascular coagulation, DIC）的发生。例如，潜在并发症：呼吸衰竭。

3. 护理目标 根据护理诊断提出护理目标。例如，病人体液维持平衡，表现为生命体征平稳、面色红润、肢体温暖、尿量正常等；病人呼吸道通畅，呼吸平稳，血气分析结果维持在正常范围。

4. 护理措施

（1）一般护理：包括环境、饮食、睡眠、大小便、采取休克体位、应用休克裤等。

（2）病情观察：密切观察病人的神志情况、生命体征、皮肤的色泽和肢端的温度，准确记录出入量，监测中心静脉压的变化等。

（3）对症护理：迅速扩充血容量，建立有效的补液通道（中心静脉穿刺、静脉切开或粗针头静脉穿刺）是抗休克的基本措施；不管哪型休克（除大部分心源性休克外）或同一型休克的不同阶段，都有程度不同的血容量不足，因此应首先扩充血容量，迅速恢复循环血量。

（4）用药护理：扩容开始常用等渗盐水或平衡盐溶液，随后选用胶体液，选用胶体液应根据失血、失液以及休克的其他病因、病理情况而定；在充分扩充血容量的前提下使用血管活性药，以保证重要脏器的灌注压，要根据病人的血流动力学指标选择相应的血管活性药物；用药开始的剂量应较小，速度要慢，密切观察用药后的实际效应，逐步加大剂量，停药的过程也应是逐渐的。

（5）心理护理：注意消除病人的焦虑情绪和恐惧心理等。

（6）健康指导：指导病人及家属加强自我保护，避免损伤或发生意外伤害；向病人介绍休克知识，给予饮食生活指导、用药指导，指导病人做好自我监测，有病情变化随时就诊。

（二）临床病例讨论及情景教学

1. 病例讨论 一学生收集的病例如下。

病史：病人，男，28岁，被人用刀捅伤腹部，出血1小时到医院就诊。查体：一般情况尚可。病人诉口渴，皮肤苍白，肢体湿冷，表浅静脉塌陷，受伤后未解小便，保留尿管引流尿液35ml。护理查体：体温37.1℃，脉搏138次/分，血压80/52mmHg，腹部明显膨隆，叩诊有移动性浊音。辅助检查：中心静脉压（CVP）3cmH₂O，心肺未见异常，腹腔穿刺抽出不凝血。初步诊断为腹部闭合性损伤，创伤性休克。

请讨论：

（1）请结合病情，估计此病人大约的失血量为多少？

（2）此时最重要的抢救措施是什么？

（3）将对病人采取哪些护理措施？

① 1cmH₂O=0.098kPa。

2. 情景教学

- (1) 角色扮演：学生分别扮演护士、病人及家属，模拟病人入院、抢救前后的护患沟通与交流，模拟向病人及家属进行健康指导时的沟通与交流。
- (2) 查体及操作：学生相互间练习皮肤弹性，湿度、温度、肢体末梢循环的检查方法；观看中心静脉穿刺置管术和监测视频。

(三) 护理计划的书写

以上述护理病例为例，书写护理计划单（表 2-5）：

表 2-5 护理计划单

护理诊断	护理目标	护理措施	护理评价
体液不足 与大量失血、失液有关	病人体液维持平衡，表现为生命体征平稳、面色红润、肢体温暖、尿量正常	• 迅速建立 2 条以上静脉通道，根据 CVP 检测结果合理补液 • 准确记录 24 小时出入量，采取休克体位，必要时使用休克裤	病人体液维持平衡，生命体征平稳、尿量正常
气体交换受限 与微循环障碍、缺氧和呼吸型态改变有关	病人呼吸道通畅，呼吸平稳，血气分析维持在正常范围内	• 经鼻导管给氧，氧流量为 6~8L/min • 保持呼吸道通畅，鼓励有效咳嗽、排痰	病人微循环改善，呼吸平稳、血气分析正常

二、外科感染病人的护理

【学习目的和要求】

- (1) 通过床边教学和病例讨论，学会运用护理程序方法对外科感染病人进行护理评估，并对收集的资料进行分析、整理，列出护理诊断，制订相应的护理计划，实施护理措施。
- (2) 了解全身化脓性感染、破伤风的概念；熟悉外科感染常见疾病，如疖、痈、急性蜂窝织炎的临床表现及原则；掌握全身化脓性感染、破伤风的临床表现、治疗原则及护理措施。
- (3) 实践过程中能够体现出关心、爱护病人的良好医德和团结协作精神。

【学习地点】 医院外科病房、示教室和实验室。

【学习方法】

1. 选择病例 由外科临床带教教师选择全身性感染或破伤风病例，教师对病例进行集中讲解后，指定 4~7 人一组询问病史和检查病人，再由教师补充病例的有关资料，若无合适病例，可由教师介绍典型病案。
2. 在示教室进行病例讨论与情景教学
- (1) 小组讨论：学生分组对病例的诊断、治疗及护理措施进行讨论后，各组派代表汇报讨论结果，由带教教师给予指导及评价。带教教师应通过临床具体病例教学，培养学生的临床思维和独立思考的能力，注意引导学生抓住问题的实质，纠正不正确的观点，提出正确的观点。
- (2) 角色扮演：学生分别扮演护士和病人，模拟护患交流、查体及对病人或家属进行健康指导等，最后由临床带教教师总结和评价。

【学习内容】

以破伤风病人护理病例为例，指导学生应用护理程序方法为病人提供护理。

(一) 指导学生练习

1. 护理评估

- (1) 收集病史：了解病人的发病经过，不能忽视任何轻微的受伤史，尤其注意发病前的创伤

史、深部组织感染史、近期分娩史及预防接种史；询问病人发病的前驱症状、肌肉痉挛性收缩情况、发作持续时间、间隔时间及严重程度。

(2) 身体评估：评估病人身体各部位有无损伤、刺伤、骨折等，损伤的部位、范围、深度，有无污染、红肿等；评估病人的呼吸型态，有无呼吸困难、窒息等；了解病人肌肉痉挛状况，有无强直性收缩等；评估病人的排尿情况及其他脏器的功能状态等。

(3) 辅助检查：了解伤口渗出物的涂片检查结果；通过各项实验室及影像学检查判断病人重要脏器的功能和有无肺不张、骨折等。

2. 护理诊断

(1) 学会应用 PES 公式提出护理诊断，用简单确切的术语阐述或描述病人的主要健康问题。例如，体液不足 与水分摄入不足、大汗淋漓、体液丧失增多有关；营养失调低于机体需要量 与营养摄入不足、能量消耗增加有关。

(2) 潜在并发症：肺不张、肺部感染、尿潴留、循环衰竭等。

3. 护理目标 根据护理诊断提出护理目标。例如，病人体液维持平衡，生命体征及尿量正常；病人潜在并发症得到有效预防或被及时发现和处理。

4. 护理措施

(1) 一般护理：包括环境要求、减少声光等外界刺激、急救药品和物品准备齐全、保持静脉输液通畅、加强营养支持、严格执行消毒隔离等。

(2) 呼吸道管理：及时清理呼吸道，对抽搐频繁、药物不易控制的严重病人，应尽早行气管切开，以便改善通气，必要时进行人工辅助呼吸。

(3) 设专人护理，观察痉挛发作的征兆，记录抽搐发作的时间、次数与症状并及时报告和处理；保护病人，防止病人坠床，必要时使用约束带固定病人，关节部位放置软垫，必要时应用合适牙垫。

(4) 人工冬眠护理：应用人工冬眠过程中，做好各项监测，随时调整冬眠药物的用量，使病人处于浅睡眠状态，减少痉挛发作。

(5) 健康指导：加强宣传教育，指导病人凡有破损伤口，尤其是窄而深的伤口，如带有泥土的木刺、生锈的铁钉刺伤，均应去医院进行清创处理，常规注射破伤风抗毒素；加强劳动保护，防止外伤；指导农村妇女选择正规医疗机构生育、引产和刮宫；儿童应定期注射破伤风类毒素或白百破三联疫苗，以获得主动免疫。

(二) 临床病例讨论及情景教学

1. 病例讨论 一学生收集的病例如下。

病史：病人，男，43岁，因足底被钉子刺伤10天后，出现张口困难，全身肌肉强直性收缩，阵发性痉挛而入院。护理查体：体温36.8℃、脉搏80次/分、呼吸18次/分、血压110/70mmHg，病人神志清楚，张口困难，间断抽搐，苦笑面容，颈项强直，角弓反张，半握拳姿态。

请讨论：

(1) 该病人最可能的诊断是什么？其依据是什么？

(2) 请列出病人的护理诊断。

(3) 护士应如何护理该病人？

2. 情景教学

(1) 角色扮演：学生分别扮演护士、病人及家属，模拟病人入院、抢救前后的护患沟通与交流，模拟向病人及家属进行健康指导时的沟通与交流。

(2) 查体及操作：学生间相互练习包扎、换药术、清创术等护理操作技术。

(三) 护理计划的书写

以上述护理病例为例，书写护理计划单（表2-6）：

表 2-6 护理计划单

护理诊断	护理目标	护理措施	护理评价
有窒息的危险 与持续性呼吸肌痉挛、误吸、痰液阻塞气道有关	病人呼吸道通畅，呼吸平稳	• 病人如频繁抽搐，无法咳痰或有窒息的危险，应尽早气管切开 • 协助病人定时翻身拍背，以利排痰，频繁抽搐者禁止经口进食，以免误吸	呼吸道通畅，无呼吸困难表现
有受伤的危险 与强烈的肌肉痉挛有关	病人未发生坠床、舌咬伤及骨折等意外伤害	• 使用带防护栏的病床，必要时加约束带 • 关节部位放置软垫保护，防止肌腱断裂和骨折，合理使用牙垫，防止舌咬伤	病人未发生坠床、舌咬伤及骨折等意外伤害

三、肿瘤病人的护理

【学习目的和要求】

- (1) 通过床边教学和病例讨论，学会运用护理程序方法对肿瘤病人进行护理评估，并对收集的资料进行分析、整理，列出护理诊断，制订相应的护理计划，实施护理措施。
- (2) 了解肿瘤病人的心理特点和心理变化的分期；熟悉癌症的三级预防措施；掌握肿瘤放疗和化疗病人的护理，癌痛的治疗和护理。
- (3) 实践过程中能够体现出关心、爱护病人的良好医德和团结协作精神。

【学习地点】 医院外科病房、示教室和实验室。

【学习方法】

1. 选择病例 由外科临床带教教师选择恶性肿瘤病例，教师对病例进行集中讲解后，指定4~7人一组询问病史和检查病人，再由教师补充病例的有关资料，若无合适病例，可由教师介绍典型病案。
2. 在示教室进行病例讨论与情景教学
- (1) 小组讨论：学生分组对病例的诊断、治疗及护理措施进行讨论后，各组派代表汇报讨论结果，由带教教师给予指导及评价。带教教师应通过临床具体病例教学，培养学生的临床思维和独立思考的能力，注意引导学生抓住问题的实质，纠正不正确的观点，提出正确的观点。
- (2) 角色扮演：学生分别扮演护士和病人，模拟护士对癌症病人进行心理疏导、消除病人负性心理情绪，对病人和家属进行健康指导时的沟通与交流，由临床带教教师总结和评价。

【学习内容】

以胃癌病人护理病例为例，指导学生应用护理程序方法为病人提供护理。

(一) 指导学生练习

1. 护理评估

- (1) 收集病史：询问病人的年龄、职业、发病情况、病程长短等；评估过去史、个人史、家族史、特殊嗜好；女性病人需询问月经史、婚育史，评估个人的生活习惯，有无吸烟、长期饮酒、不良饮食习惯等发病的相关因素；家族中是否有肿瘤病人，有无经历过大的精神刺激或抑郁等；了解发病情况、病程长短，有无伴随症状，有无其他部位肿瘤史或手术治疗史，评估病人对恶性肿瘤的认知程度、心理反应、经济情况和社会支持状况等。
- (2) 身体评估：早期胃癌多无明显症状，最常见的初发症状是嗝气、反酸、食欲减退等，病情发展后出现上腹疼痛、食欲不振、恶心呕吐、进食哽咽感、餐后饱胀感、消瘦、体重减轻，粪潜血试验阳性，癌肿破溃出血量多时可有黑粪；查体早期可有上腹部深压痛，晚期可能出现上腹部肿块、左锁骨上淋巴结肿大，直肠指诊检查在直肠前凹可摸到肿块，若出现肝脏等远处转移

时,出现肝肿大、腹水。

(3) 辅助检查:粪潜血试验阳性;胃镜检查可直接取病变组织作病理学检查确定诊断;X线钡餐检查通过黏膜相和充盈相观察做出诊断;腹部超声用于观察胃的邻近脏器受浸润及淋巴转移的情况。

2. 护理诊断

(1) 学会应用 PES 公式提出护理诊断,用简单确切的术语阐述或描述病人的主要健康问题。例如,营养失调:低于机体需要量 与恶性肿瘤高代谢及胃肠功能低下有关;活动无耐力 与手术创伤,体质虚弱,伤口疼痛有关。

(2) 潜在并发症:出血、感染、吻合口破裂或瘘、术后梗阻、倾倒综合征等。

3. 护理目标 根据护理诊断提出护理目标。例如,病人疼痛缓解或减轻;病人术后未发生并发症,或并发症得到及时发现和处理。

4. 护理措施

(1) 术前护理:缓解病人的焦虑和恐惧,手术前护士应主动与病人交谈,安慰病人,耐心解答病人的问题,消除病人的不良心理,增强对手术的信心,帮助病人尽快面对疾病,鼓励病人家属和朋友给予病人关心和支持,使其能很好地配合治疗和护理;改善营养状况,护士应根据病人的饮食和生活习惯,合理制定食谱,给予高蛋白、高热量、高维生素、低脂肪、易消化食物,对不能进食者,应给予静脉补液,补充足够的热量;疼痛管理,分散病人注意力,采取三级阶梯镇痛方案。

(2) 术后护理:全麻清醒后取半卧位,监测病人的生命体征,注意有无内出血、腹膜刺激征、腹腔脓肿等并发症的迹象,同时观察腹部及切口情况,注意有无腹痛、腹胀,伤口敷料有无渗血、渗液;术后暂禁食,给予肠外营养或肠内营养,肠蠕动恢复后循序渐进进食。

(3) 放射治疗(放疗)、化学药物治疗(化疗)的护理:骨髓抑制,化疗期间应每周检查血常规,注意有无皮肤瘀斑、牙龈出血及感染等表现;胃肠道反应,输注化疗药前应用止吐剂,进食前用温盐水漱口,必要时在晚餐后或入睡前给予镇静止吐剂;严密观察皮肤有无放射性炎症发生,进行皮肤护理,防止并发症的发生。

(4) 健康指导:向病人及家属讲解有关疾病康复知识,指导病人学会自我情绪调整,保持心情舒畅,坚持综合治疗;注意营养供给,应均衡饮食,指导病人应少量多餐,食富含营养素、易消化食品,少食腌、熏食品,避免进食过冷、过烫、过硬、过辣、浓茶及油煎炸食物,切勿酗酒、吸烟;向病人及家属讲解化疗的必要性和副作用以及每一个疗程的间隔时间,化疗期间病人应注意饮食,定期门诊随访,检查血常规、肝功能等,并注意预防感染;术后初期每3个月复查一次,以后每半年复查一次,至少复查5年。

(二) 临床病例讨论及情景教学

1. 病例讨论 一学生收集的病例如下。

病史:病人,女,48岁,1年前偶然发现左乳房外上方有1豆粒大小的肿物,无疼痛,无红肿,乳头无溢液,最近发现肿物增至拇指大小而就诊,以左乳腺癌收入院。护理查体:病人神志清楚,双侧乳头对称,左侧乳房外上象限可见局限性凹陷,呈酒窝征样外观,触及一直径2.5cm肿物,质地较硬,边界不清楚,左侧腋窝触及两个1.5cm×1.5cm肿大淋巴结,活动度差,颈部及锁骨上浅表淋巴结无肿大,病人出现悲伤、沉默寡言、不听劝告等表现。辅助检查:胸部X线检查异常;B超:腹腔未见异常。该病人定于1周后在全麻下行左乳腺癌根治术,术前化疗一次。

请讨论:

(1) 该病人目前的心理反应属于哪一期?应如何进行心理护理?

- (2) 该病人术前应做哪些准备？术后应如何护理？
- (3) 肿瘤的三级预防措施包括哪些？

2. 情景教学

- (1) 角色扮演：学生分别扮演护士、病人及家属，模拟病人入院、护士对病人进行心理疏导、消除病人负性心理情绪，对病人和家属进行健康指导的护患沟通与交流。
- (2) 查体与操作：学生间相互练习乳房、腋窝和锁骨上淋巴结的检查方法，乳房的自我检查方法。

(三) 护理计划的书写

以上述护理病例为例，书写护理计划单（表 2-7）：

表 2-7 护理计划单

护理诊断	护理目标	护理措施	护理评价
焦虑与恐惧 与担忧疾病的治疗和预后、在家庭和社会的地位及经济状况有关	病人的焦虑、恐惧程度减轻	• 了解病人心理和情感的变化，有针对性地进行心理护理 • 介绍病人与其他乳腺癌病人沟通与交流，分享经历，借鉴经验，增强心理应对能力	病人能接受疾病，焦虑及恐惧减轻
潜在并发症：静脉炎、皮肤和黏膜受损	病人未发生静脉炎，皮肤黏膜未受损	• 化疗时合理选择静脉，掌握正确的给药方法，减少对血管壁的刺激 • 指导病人保持皮肤清洁、干燥，如有化疗药物外渗，应立即停药并给予相应处理	病人未发生静脉炎，皮肤黏膜保持完整

（孙玉倩）

第3章 普通外科病人的护理

一、颈部疾病病人的护理

【学习目的和要求】

(1) 通过床边教学和病例讨论,学会运用护理程序方法对颈部疾病病人进行护理评估,并对收集的资料进行分析、整理,列出护理诊断,制订相应的护理计划,实施护理措施。

(2) 了解甲状腺功能亢进症(简称甲亢)、甲状腺瘤的病因与发病机制;熟悉甲状腺功能亢进症、甲状腺瘤的概念、临床表现和治疗要点;掌握甲状腺功能亢进症、甲状腺瘤的术前、术后护理措施及健康指导。

(3) 实践过程中能够体现出关心、爱护病人的良好医德和团结协作精神。

【学习地点】 医院普通外科病房、示教室和实验室。

【学习方法】

1. 选择病例 由普外科临床带教教师选择甲状腺功能亢进或甲状腺肿瘤病例,教师对病例进行集中讲解后,指定4~7人一组询问病史和检查病人,再由教师补充病例的有关资料,若无合适病例,可由教师介绍典型病案。

2. 在示教室进行病例讨论与情景教学

(1) 小组讨论:学生分组对病例的诊断、治疗及护理措施进行讨论后,各组派代表汇报讨论结果,由带教教师给予指导及评价。带教教师应通过临床具体病例教学,培养学生的临床思维和独立思考的能力,注意引导学生抓住问题的实质,纠正不正确的观点,提出正确的观点。

(2) 角色扮演:学生分别扮演护士和病人,模拟护患交流、查体及对病人或家属进行健康指导等,最后由临床带教教师总结和评价。

【学习内容】

(一) 指导学生练习

以甲状腺功能亢进症护理病例为例,指导学生运用护理程序为病人提供护理。

1. 护理评估

(1) 收集病史:甲状腺功能亢进症的主要表现是由于分解代谢亢进而导致循环系统的一系列改变以及交感神经兴奋性增强等,所以心动过速、食欲亢进、消瘦、怕热多汗、疲乏无力以及情绪改变应是主要症状。向病人询问:第一次诊断是通过什么检查确定的,是否已服用抗甲亢药物,是间断不规则服药或连续规则服药,反应如何。起病时甲状腺是否肿大,甲状腺肿大发现的时间、部位、是单发或多发,有何自觉症状,曾做过何种检查和治疗,是否做过甲状腺或其他部位的手术,有无焦虑及恐惧心理,病人及家庭的经济状况和社会支持情况。

(2) 身体评估:检查甲状腺肿大的部位、程度,有无结节,腺体硬度,有无震颤和杂音,是否随吞咽上下移动,气管有无移位,是否出现压迫气管等症状;脉搏、血压、心律、心率、血压(特别注意脉压差)情况,有无突眼,均要详细记录。

(3) 辅助检查:包括各种常规检查、基础代谢率测定、甲状腺功能测定、甲状腺摄碘率测定、血清甲状腺激素测定、B超检查等。

2. 护理诊断

(1) 学会应用PES公式提出护理诊断,用简单确切的术语阐述或描述病人的主要健康问题。

例如,营养失调:低于机体需要量 与甲亢所致代谢需求显著增高有关。

(2) 潜在并发症是各种原因造成的并发症。例如,潜在并发症:呼吸困难和窒息。

3. 护理目标 根据护理诊断提出护理目标,期望能达到的结果。例如,病人恐惧逐渐减轻,情绪稳定;病人生命体征可以保持平稳,没有出现并发症等。

4. 护理措施

(1) 术前护理:提供安静的环境,病人应充分休息,避免劳累,避免病人精神过度刺激和过度兴奋,消除病人的顾虑和紧张心理,对精神过度紧张或失眠者,可给予镇静剂或安眠药物;药物准备,按时、按量服用碘剂,降低基础代谢率是术前准备的重要环节;饮食护理,应给予高蛋白、高热量、高维生素食,忌浓茶、咖啡、烟酒及辛辣等刺激性食物;眼部护理,突眼者可用抗生素眼药水滴眼;

(2) 术后护理:床边常规备气管切开包;病人血压平稳后取半卧位,以利于呼吸和引流,注意保护伤口,避免出血,鼓励病人深呼吸和有效咳嗽,保持呼吸道通畅,保持颈部引流通畅;饮食护理,术后 6 小时进少量温凉流质饮食,观察有无呛咳、误咽等表现;术后继续服用碘剂;术后预防呼吸困难和窒息、喉返神经损伤、喉上神经损伤、手足抽搐、甲状腺危象等并发症。

(3) 健康指导:适当休息,避免过多或剧烈活动,指导病人自我控制情绪;指导术后病人练习颈部活动,向上、下、左、右转动,促进功能恢复,指导声音嘶哑病人作发音训练;指导病人识别各种食物的成分,对影响治疗的食物应禁食,戒烟、戒酒;指导突眼者继续保护眼睛,避免用眼过度,外出戴镜,以防强光及灰尘刺激;指导病人术后继续正确服用碘剂;嘱病人定期复查,以了解甲状腺的功能,出现心悸、手足震颤、抽搐等情况时及时就诊。

(二) 临床病例讨论及情景教学

1. 病例讨论 一学生收集的病例如下。

病史:病人,女,35岁,烦躁不安、畏热、消瘦 2 个月余而入院。病人于 2 个月前常工作紧张、性子急,因小事与人争吵,难以自控,期间着衣不多仍感燥热多汗,发病以来饭量有所增加,体重却较前下降,睡眠不好,常需服用安眠药,成形大便每日增为 2 次,小便无改变,近 2 个月月经较前量少。既往体健、无结核或肝炎病史、家族中无精神病或高血压病人。护理查体:体温 37.2℃,脉搏 90 次/分,呼吸 20 次/分,血压 130/70mmHg。发育及营养尚可,神情稍激动,眼球突出,眼裂增宽,瞬目减少,眼睑不能闭合,两叶甲状腺可扪及、轻度肿大、均匀,未扪及结节,无震颤和杂音,心肺无异常,腹软,肝脾未扪及。辅助检查:甲状腺摄碘率测定超过 50%。

请讨论:

- (1) 该病人的诊断及诊断依据是什么?
- (2) 进一步检查应包括哪些项目?
- (3) 3 日后进行甲状腺次全切除术,术前和术后护理如何?

2. 情景教学

(1) 角色扮演:学生分别扮演护士、病人及家属,模拟病人入院、手术前后的护患沟通与交流,模拟向病人及家属进行健康指导时的沟通与交流。

(2) 查体及操作:学生间相互练习甲状腺的视诊和触诊,气管的检查方法,并用语言描述甲状腺肿大的分度。

(三) 护理计划的书写

以上述护理病例为例,书写护理计划单(表 2-8):