

传染病诊疗护理常规及操作标准

传染病一样护理常规

- 一、执行内科疾病一样护理常规。
- 二、严格执行隔离、消毒制度，防止院内感染。
- 三、病室环境要求简单，便于消毒。一切设备最好是金属、陶瓷、塑料或木材制成。室内要空气新鲜，维持安静、整洁、阳光充沛。
- 四、尽早地填写传染病卡片，上报防疫部门。
- 五、向新病人详细介绍有关制度，如污染区、半污染区、清洁区的划分，活动范围、消毒隔离制度、探视制度等。
- 六、病人入院后按不同病种安置病室，并执行不同的隔离方法（呼吸道隔离、消化道隔离、昆虫隔离、严密隔离），立即测体温、脉搏、呼吸、血压。
- 七、急性期卧床休息。恢复期及轻症者可适当活动。谵妄及有精神症状者，加放床挡以防坠床。
- 八、密切观察意识、瞳孔、体温、脉搏、呼吸、血压变化、每次记录大便次数。如有突然改变或出现惊厥、面色苍白，紫绀、严重呕吐或腹泻、大出血等情况，立即通知医师。
- 九、按医嘱给饮食，呕吐、腹泻者鼓励多饮水与补充电解质。家属送来的食物经检查后方可食用。
- 十、高热、昏迷病人，执行高热、昏迷护理常规。对外感风寒、发

疹性热病正在出疹时的病人，一般不用冷敷或冷水擦浴，可行针刺治疗。体温过低或四肢发冷用热水袋保暖。

十一、熟悉各种传染病的并发症，密切观察其先兆症状，及时通知医师，做好相应的护理。

十二、做好心理护理，消除病人顾虑和急躁情绪，积极配合治疗。

十三、观察药物疗效和副作用。

十四、做好卫生宣教，按不同病种，向病人讲解预防传染病的卫生知识。

病毒性肝炎护理常规

一、执行传染病一样护理常规

二、按不同类型的病毒性肝炎分室收容，重症病人住单人病室。

甲型、戊型肝炎执行肠道传染病隔离，隔离期自发病日起不小于 30 天。乙型、丙型和丁型肝炎应杜绝血源性传播，并避免病人之间的紧密接触。

三、急性肝炎和慢性肝炎活动期需严格卧床休息。病症明显改善、肝功恢复正常后可慢慢下床活动，以不感疲劳为度。对病情反复波动的慢性肝炎病人，需增强心理护理。帮忙病人解除长期或多次住院产生的焦虑情绪，重症病人预防自杀行为。

四、急性肝炎初期给予易消化、富含维生素的清淡饮食。进食量少者，可静脉滴注葡萄糖液。病情及食欲好转后，适当增加蛋白饮

食，幸免过量含糖高的饮食。慢性肝炎可给病人乐于同意的高蛋白、高维生素、低脂肪饮食，有浮肿者适当限制水和钠盐。

五、病情重，有肝性脑病、腹水、消化道出血或肾功能障碍者，应严格限制钠盐、蛋白质、粗纤维食物和水分的摄入。恢复期病人，给适量高蛋白、高维生素、低脂肪饮食。

六、病情观看

1. 注意病情变化：密切观察病人的饮食、恶心、呕吐、腹胀、乏力、黄疸消长、排便情况、发热、浮肿及出血倾向等。
2. 重症病人加强巡视，日夜监护，注意观察并记录体温、脉搏、呼吸、肝臭、瞳孔、神志、精神、智能、性格、扑翼样震颤、胃肠症状、大小便、黄疸及腹水等情况。意识不清、谵妄、烦躁者，应有专人护理，加床档或适当约束，防止发生意外。
3. 注意有无出血倾向，如皮下淤斑、口腔黏膜渗血、鼻衄及柏油样大便等。遇有消化道大出血，立即通知医师，并稳定病人情绪，记录出血量，观察血压、脉搏变化，消除口腔积血，给氧，建立静脉通道，准备输血和急救药品器材。
4. 若病人意识状态急剧恶化，伴有血压升高、肌张力增强、抽搐或瞳孔大小不等征象，提示严重脑水肿或脑疝形成。应迅速通知医师，做好脱水治疗准备。

七、做好口腔护理。

八、维持大便通畅，可口服乳果糖，也可用乳果糖溶液或酸性液体灌肠。腹胀严峻时，用肛管排气或松节油腹部热敷。

九、食具、用具、排泄物及血液污染物，均需严格消毒。采纳一次性注射器和输液器。

肝硬化的护理常规

一、执行病毒性肝炎护理常规

二、肝功能代偿期不能行重体力劳动；失代偿期应减少活动，睡眠充沛；感染或出血时，应卧床休息。

三、给高热量、高维生素、优质蛋白质、低脂、低盐软食，幸免粗糙食物，肝功能明显消退或有肝性脑病预兆应限制蛋白质的摄入（每日 20g/日），腹水严峻者应严格限制水、钠摄入（钠日），水〈500ml/日。

四、静脉或肌肉注射时，注意速度要慢，拔针后按压三分钟，避免皮下出血；门脉高压，食道胃底静脉曲张口服药应研碎服用，行口腔护理等操作应动作轻柔，以避免引发出血。

五、注意观看病情：

1. 肝性脑病先兆症状，如情绪，性格，行为等的改变
- 2、出血倾向：如呕血、黑便、皮下出血等。
- 3、利尿剂使用效果，保持水与电解质平衡，记 24 小时尿量，每日测量体重并记录。

六、健康教育

1. 病程长、症状复杂多变，常有悲观情绪。应经常与病人交谈，指

导有关保健知识，教会病人如何自我护理。

2. 指导病人合理饮食避免出血，注意饮食卫生和饮食的规律，进营养丰富、易消化的食物，避免暴饮暴食，避免粗糙、刺激性食物。

3. 帮助病人和家属掌握各种并发症的病因和诱因、预防、治疗知识，减少并发症的发生。

4. 出院时指导病人生活要有规律，饮食要有节制，防止便秘及增加腹压，避免对肝脏有害的药物。

细菌性痢疾护理常规

一、执行传染病护理常规

二、执行肠道传染病隔离。注意环境卫生，维持室内无蝇。给病人讲解隔离知识，取得合作，做到饭前便后洗手。隔日送 1 次大便培育，持续 2 次培育阴性方可解除隔离。

三、急性期卧床休息，高热时绝对卧床。慢性菌痢适当休息。

四、急性期给高热量易消化流质饮食，鼓舞病人多饮水，可给适量淡糖盐水或稀释的果汁水，维持尿量每日 1000—1500ml。病情好转后改成无渣或小渣半流质，不宜进刺激性食物。慢性菌痢应照顾病人的饮食适应，注意补充蛋白质和多种维生素。

五、观看并记录大便次数、颜色、性质及量。按时留取大便标本送常规检查及培育。注意必需搜集新鲜标本并及时送检。

六、对症护理：高热可用物理降温或给予退热剂。腹痛可用热

水袋置腹部、针刺或按医嘱给予镇痛药物。维持肛门及其周围皮肤清洁干燥，便后洗净。如有脱肛现象，可用温水坐浴，盖以消毒纱布，轻柔局部，使其还纳。

七、中毒性菌痢病人需设特护。周密观看体温、脉搏、呼吸、血压、意识、瞳孔、面色、皮肤、手足颜色及温度等转变，记录出入量。注意呼吸频率、深浅和节律，及时给氧，随时清除呼吸道分泌物，维持气道通畅。显现休克或脑水肿征象者，及时通知医师，并做好抢救预备。

八、医治进程中，紧密观看抗生素或抗菌药物的疗效和不良反映，急性期应完全治愈。

九、出院时对病人进行卫生宣教，不吃 F·B 或不洁饮食，养成饭前便后洗手的良好适应。

伤寒、副伤寒护理常规

一、执行传染病护理常规。

二、执行肠道传染病隔离。注意环境卫生，维持室内无蝇。待临床病症消失后第五天起，中断大便培育 2 次阴性，或体温正常 2 周后，可解除隔离。

三、绝对卧床休息。恢复期无并发症者可下床活动，并慢慢增加活动量。

四、发烧期给易消化、不易产气的高热量流质饮食，少食多餐，

鼓舞病人多饮水。热退 1 周后给少渣半流质饮食或软食，热退 2 周后慢慢改成一般饮食，恢复期食欲亢进者，需严格操纵饮食量，并讲明道理，取得合作。

五、注意口腔卫生，预防口腔并发症。

六、对重症及老年病人需做好皮肤护理。

七、发烧期每 4 小时测体温 1 次，高热者宜给物理降温，一样不用退热剂，以避免大量出汗而致虚脱。有神经病症、谵妄或躁动者，加用床档，按医嘱给予镇定剂。

八、腹胀时用松节油局部热敷和肛管排气，幸免按摩腹部。维持大便通畅。便秘者嘱病人勿使劲排便，可用盐水行低压灌肠，禁用泻药。腹泻时应适当调剂饮食，减少脂肪及乳糖类食物，按医嘱给予收敛剂。

九、假设显现便血，伴有体温骤降、面色惨白、呼吸急促、脉搏细速及血压下降，应迅速通知医师。嘱病人绝对安静，测量并记录血压和大便次数、量、性状，按医嘱留取标本送检。暂禁饮食，当即静脉输液，做好输血预备。

十、假设显现右下腹突然剧痛，体温骤降后复升，面色惨白、恶心、呕吐、脉搏细速等，提示肠穿孔。当即通知医师，停止饮食及一切口服药物，进行胃肠减压，做好手术前预备。

十一、有严峻毒血症时，注意心率、心律及脉搏转变，观看有无心肌炎发生。

十二、观看抗生素或抗菌药物的副作用，如恶心、呕吐、腹泻、

白细胞减少、药物热、药物疹及肝、肾功能障碍等。

十三、出院时做好卫生常识宣传，如不吃生冷不洁食物、养成饭前便后洗手的适应。

霍乱护理常规

一、执行传染病一样护理常规。

二、执行肠道传染病周密隔离。病人的泻吐物、食具、用具、污染的衣物等均需随时消毒处置，收容霍乱的病区不承诺探视和陪伴。待病人临床病症消失后，隔日送大便培育，持续 3 次培育阴性方可解除隔离。

三、绝对卧床休息，重症病人可卧于带排便孔的床，床下对孔处放置便盆，利于病人排便和处置。增强皮肤护理，维持肛门周围清洁。

四、给流质饮食，呕吐猛烈者暂禁食。呕吐停止、腹泻减缓后，可给口服补液或果汁、米汤等饮料。恢复期给半流质或软食。

五、于泄吐期至少每 2 小时测体温、脉搏、呼吸、血压 1 次。紧密观看水、电解质、酸碱平稳情形，按医嘱及时取血查血清钾、钠、氯、钙、二氧化碳结合率及尿素氮等。

六、观看并记录泻吐物的性状、颜色及量，及时留取标本送检。标本应放在密闭容器内，不得外溢。

七、轻型病人或重型病人病情好转后都可采纳口服补液。口服

补液的配方为每升水中含葡萄糖 20g, 氯化钠, 碳酸氢钠、氯化钾,。用量依照腹泻量而定。

八、重症病人必需迅速静脉补液, 输液种类、前后顺序及剂量、速度等均应严格按医嘱执行。大剂量快速补液者, 需将液体预先加温至 37℃。输液进程中应有专人护理, 紧密观看脉搏、心率、血压及尿量转变, 避免发生心力衰竭、肺水肿。

九、腹痛者可局部热敷、按摩, 剧吐者可按医嘱给予阿托品或氯丙嗪等。肌肉痉挛者可行按摩、热敷或针刺。如有腹胀、肌肉无力、腱反射减弱或低钾血症现象, 及时通知医师处置。恢复期发烧者可给予物理降温。

十、并发急性肾功能衰竭者, 应严格操纵液体摄入, 禁食蛋白质。增强口腔及皮肤护理, 必要时协助医师进行透析医治。

流行性出血热护理常规

一、执行传染病一样护理常规。

二、执行体表传染病和肠道传染病隔离, 室内防鼠、防螨灭螨。病人的血液、排泄物及其污染的用具, 需消毒处置。护理人员如皮肤破损, 应加以防护或戴手套操作。

三、卧床休息, 病情较重者绝对卧床休息, 至恢复期可许诺病人下床活动。

四、发烧期的护理

1. 给予营养丰富、清淡可口、易消化饮食。
2. 密切观察体温、血压、皮肤粘膜出血现象及尿蛋白等。
3. 高热者头部和体表大血管处冷敷或放置冰袋，不易用酒精擦浴，也不易给予退热剂，以免大汗虚脱。
4. 液体疗法是本期的主要治疗措施。备好常用平衡盐液、5%小苏打、20%甘露醇、低分子右旋糖酐、新鲜血浆及白蛋白等，液体种类、数量、使用的先后次序和速度，都要按医嘱要求准确输入。加强输液护理，严防液体外漏、输液反应和肺水肿等。

5、遇有皮肤、粘膜或腔道出血，及时汇报医师，并进行止血、抗凝等治疗。

五、低血压休克期护理

- 1、绝对卧床，取平卧位，切忌搬动，注意保暖。
- 2、设专人护理，记特别护理单，每 30 分钟测 1 次血压、脉搏及心率，观察并记录尿量。
- 3、缺氧征象者，给氧气吸入。
- 4、备好扩容药、纠正酸中毒药、血管活性药及强心药物。按医嘱给药，保证输液通畅，速度准确。年老体弱及心肾功能不全者，输液速度应适当放慢。

六、少尿期护理

- 1、24 小时尿量不足 500ml 者为少尿，不足 50ml 者为无尿。严格限制进水量。准确记录出入量，作为次日入量的依据。输液速度要缓慢，当日的液体总入量应在 24 小时内均匀供给。

- 2、限制摄入含蛋白质和钾盐丰富的食物，热量主要经补充葡萄糖供给。
- 3、加强口腔护理，去除口内氨味，防止口腔炎和口腔溃疡的发生。
- 4、配合医师做好利尿或导泄的治疗，观察并记录治疗反应。注意有无抽搐、出血、高血容量综合症、肺水肿及急性心力衰竭等。
- 5、及时采集尿液及血液标本，了解肾功能、电解质及酸碱平衡情况。
- 6、严重肾功能衰竭者，做好腹膜透析或血液透析准备。

七、多尿期护理

- 1、多尿初期需继续观察有无出血、感染及电解质紊乱现象。至多尿后期可根据体力及饮食情况，逐渐下床活动。
- 2、据尿量逐渐增加液体入量，同时增加蛋白质及钾盐含量高的饮食。液体和钾盐以口服补充为宜，必要时静脉供给。

八、恢复期仍以休息为主，逐渐增加活动量。给予高热、高蛋白、高维生素饮食，至症状消失，血、尿常规及血液生化检查均正常时允许出院。

流行性乙型脑炎护理常规

- 一、执行传染病一样护理常规，昏迷病人执行昏迷病人护理常规。
- 二、按虫媒传染病隔离，病室应有防蚊设备和灭蚊措施。隔离期限至病人的体温正常为止。

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/206210210201010043>