

神  
经  
内  
科  
规  
培  
护  
士  
培  
训  
手  
册

## 目 录

1. 神经内科规培护士培训方案
2. 神经内科规培护士岗前培训安排表（1个月）
3. 神经内科规培护士一年内培训计划表
4. 护理查对制度
5. 交接班制度
6. 入院流程
7. 出院流程
8. 脑出血的护理常规
9. 脑梗死的护理常规
10. 蛛网膜下腔出血的护理常规
11. 重症肌无力急救流程
12. 脑疝的急救流程
13. 专科常用药物（脱水药、降压药、营养脑神经药、抗凝药、降脂药）
14. 气管插管、气管套管等专科管道护理常规
15. 拔管的防范及意外拔出的应急流程
16. 吞咽功能的评估
17. 专科检查如腰穿、DSA、支架植入技术等术前、术后的护理要点
18. 危重病人各种风险评估
19. 监护仪、微量泵、呼吸机、除颤仪的使用、保养及故障的排除
20. 格林巴利护理常规
21. 脊髓炎护理常规
22. 低钾护理常规
23. 脑膜炎护理常规
24. 帕金森护理常规
25. 多发性硬化护理常规
26. 运动神经元病护理常规

## 神内一新入职护士规范化培训方案

### 一、培训对象

院校毕业后进入神内一新入职护士

### 二、培训目标

根据《护士条例》等，结合推进优质护理服务工作要求，开展新入职护士的规范化培训。通过培训，使新入职护士掌握从事临床护理工作的基础理论、基本知识和基本技能；具备良好的职业道德素养、沟通交流能力和落实责任制整体护理所需的专业照顾、病情观察、协助治疗、心理护理、健康教育、康复指导等护理服务能力；增强人文关怀和责任意识，能够独立、规范地为患者提供护理服务。

### 三、培训方式、方法

#### （一）培训方式

培训采取理论知识培训和临床实践能力培训相结合的方式。

#### （二）培训方法

可采用课堂讲授、讨论、临床查房、情景模拟、个案护理等教学方法。

### 四、培训时间

基本理论知识及常见临床护理操作技术集中培训 个月，专科培训 个月。

具体培训时间分配见附件 。

### 五、培训内容

#### （一）基本理论知识培训

法律法规规章：熟悉《护士条例》、《侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《传染病防治法》、《医疗废物管理条例》、《医院感染管理办法》等相关法律法规规章。

规范标准：掌握《临床护理实践指南》、《静脉输液操作技术规范》、《分级护理》、《临床输血操作技术规范》等规范标准。

规章制度：掌握护理工作相关规章制度、护理岗位职责及工作流程。如患者出入院管理制度、查对制度、分级护理制度、医嘱执行制度、交接班制度、危急值报告及处置制度、病历书写制度、药品管理制度、消毒隔离制度、职业防护制度、不良事件报告制度等。

安全管理：掌握患者风险（如压疮、跌倒 坠床、非计划拔管等）的评估观察要点及防范护理措施、特殊药物的管理与应用、各类应急风险预案、护患纠纷预防

与处理、护理不良事件的预防与处理等。

护理文书：掌握体温单、医嘱单、护理记录单等护理文书的书写规范。

健康教育：掌握患者入院介绍要点、出院指导内容、疾病康复知识、常用药物的作用与注意事项、常见检验检查的准备与配合要点、常用临床护理操作技术的告知与配合要点、合理膳食、功能锻炼、起居安全、心理疏导等。

心理护理：掌握患者心理特点、常见心理问题如应激反应、焦虑、情感障碍等识别和干预措施，不同年龄阶段患者及特殊患者的心理护理。护士的角色心理和角色适应、护士的工作应激和心理保健等。

沟通技巧：掌握沟通的方式、基本原则和沟通技巧，与患者、家属及其他医务人员之间的有效沟通。

职业素养：熟悉护理职业精神、医学伦理、护士职业道德和职业礼仪、医德医风、医学人文等。

## （二）常见临床护理操作技术培训

掌握并熟练运用常用临床护理操作技术（具体名称见附件）。

## （三）专业理论与实践能力培训。

掌握并熟练运用专业理论知识与技能，具体内容见附件 和附件 。

## 六、考核方式和内容

考核分为培训过程考核与培训结业考核。

（一）培训过程考核。对培训对象在接受规范化培训过程中各种表现的综合考评。考核内容主要包括医德医风、职业素养、人文关怀、沟通技巧、理论学习和临床实践能力的日常表现和各专科轮转结束后的考核等。

（二）培训结业考核。对培训对象在培训结束后实施的专业考核，包括理论知识考核、临床实践能力考核。

理论知识考核内容：包括法律法规、规范标准、规章制度、安全管理、护理文书、健康教育、沟通技巧、医学人文、职业素养等一般理论知识和神经内科危重症护理及一般疾病护理等专业理论知识。

临床实践能力考核内容：以标准化病人或个案护理的形式，抽取科室常见病种的 份病例（脑出血和脑梗死各 例），根据患者的病情及一般情况，要求新护士对患者进行专业评估，提出主要的护理问题，从病情观察、协助治疗、心理护理、人文沟通及教育等方面提出有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性，考核其中

项常见临床护理操作技术及科室常见急危重症的急救处理流程并进行现场指点和答疑。

## 附件

神内一新护士理论培训时间分配表

项目	内容		时间	要求
基本理论知识		法律法规	个月	采取集中培训方式，医院可根据实际，进行具体安排。
		规范标准		
		规章制度		
		安全管理		
		护理文书		
		沟通技巧		
		医学人文		
		职业素养		
常用临床护理操作技术				
基本理论知识及常见专科护理护理理论培训  专业理论与培训	月次及周次	主讲人	内容	
	第1月1-2周	杨诗卉	各班职责、工作流程、查对及交接班制度的具体落实、各班次岗位说明书	
	第1月3-4周	左叶萍	专科护理文书的书写、出入院病人的护理流程、护理查房及业务	
		杨诗卉	护理查房、业务学习考核以上相关培训内容	
	第2月1-2周	鲁婷	科室常见疾病脑出血及脑梗死、蛛网膜下腔出血的临床表现、治疗、护理及健康教育	
	第2月3-4周	杨诗卉	本科常见辅助检查（CT、MRA、MRI、脑电图等）的目的、注意事项及配合要点	
		杨诗卉	护理查房及业务学习，考核以上培训内容	
	第3月1-2周	鲁婷	专科危重症癫痫、重症肌无力、脑疝及呼吸心跳骤停的急救流程	
	第3月3-4周	左叶萍	专科常用药物（脱水药、降压药、营养脑神经药、抗凝药、降脂药等）的用药机制、作用及注意事项	
		杨诗卉	护理查房、业务学习，考核以上培训内容，并开展一个脑出血护理病例床边查房	
	第4月1-2周	龚清源	危重患者的气道管理，气管插管、气管套管等专科管道护理常规、拔管的防范及意外拔出的应急流程	
	第4月3-4周	龚清源	吞咽功能的评估及误吸的预防与护理	
		龚清源	护理查房、业务学习，考核以上相关培训	
	第5月1-2周	范闻君	面神经及吞咽理疗仪、神经--肌肉理疗仪的使用方法及故障排除	

## 实用文案

	第 5 月 304 周	谭慧	专科检查如腰穿、DSA、支架植入技术等术前、术后的 护理要点
		谭慧	护理查房、业务学习，考核以上相关培训
	第 6 月 102 周	鲁婷	危重病人各种风险评估，另加专科风险评估，如误吸的 评估、营养的评估、DVT 的评估
	第 6 月 304 周	胡志军	偏瘫患者良肢位的摆放、功能锻炼
		鲁婷	护理查房、业务学习，考核以上相关培训
	第 7 月 102 周	龚清源	监护仪、微量泵、呼吸机、除颤仪的使用、保养及故障 的排除
	第 7 月 304 周	鲁婷	危重病人肠内营养相关知识及新进展
		龚清源	护理查房、业务学习，考核以上相关培训
	第 8 月 102 周	鲁婷	院感相关知识及医院感染暴发流行的控制管理
	第 8 月 304 周	龚清源	重症肌无力患者发生肌无力危象后的抢救流程情景模 拟
		龚清源	护理查房、业务学习，考核以上相关培训
	第 9 月 102 周	张蓓蓓	科室其他疾病如格林巴利、脊髓炎、低钾、等疾病护理 常规
	第 9 月 304 周	鲁婷	深静脉血栓及肺栓塞的评估、预防及护理
		张蓓蓓	护理查房、业务学习，考核以上相关培训，并开展一次 脑梗死病例床边查房
	第 10 月 102 周	鲁婷	科室专科质量标准及专科质量指标的控制
	第 10 月 304 周	杨诗卉	火灾及停电应急预案演练(血常规、血生化、脑脊液常规、 脑脊液生化等) 结果的意义。
		杨诗卉	护理查房、业务学习，考核以上相关培训
	第 11 月 102 周	杨诗卉	SBAR 交班情景模拟演练、保护性约束的管理
	第 11 月 304 周	左叶萍	溶栓治疗相关知识及护理
	第 12 月 102 周	范闻君	脑膜炎、帕金森、多发性硬化、运动神经元病等疾病相 关知识及护理、健康教育
	第 12 月 304 周	高早琼	呼吸机相关性肺炎的预防、导管相关血行感染的预防
		高早琼	出科考核

## 附件

神内一新护士操作培训考核时间分配表

时间	项目		责任人	考核
	基础护理操作	专科护理操作		
第 1 月 1-2 周	面部清洁	心电监测技术	杨诗卉	
第 1 月 3-4 周	温水擦浴	经口鼻吸痰	谭慧	
第 2 月 1-2 周	床上移动	输液泵的使用	鲁婷	
第 2 月 3-4 周	床上洗头	物理降温法	龚清源	
第 3 月 1-2 周	足部护理	鼻饲技术	杨诗卉	
第 3 月 3-4 周	指甲护理	失禁护理	鲁婷	
第 4 月 1-2 周	床上使用便器	导尿技术	张蓓蓓	
第 4 月 3-4 周	协助进食水	氧气吸入技术	刘祯	
第 5 月 1-2 周	皮下注射技术	血糖监测技术	张蓓蓓	
第 5 月 3-4 周	皮内注射技术	灌肠技术	陈兰	
第 6 月 1-2 周	静脉留置针技术	口服给药技术	谭慧	
第 6 月 3-4 周	血标本的采集	呼吸机的使用	龚清源	
第 7 月 1-2 周	肌肉注射	电除颤	刘祯	
第 7 月 3-4 周	口腔护理	尿管护理	杨诗卉	



## 实用文案

时间	项目		责任人	考核
	基础护理操作	专科护理操作		
第 8 月 1-2 周	整理床单位	气管切开护理	谭慧	
第 8 月 3-4 周	协助更衣	磁治疗	左叶萍	
第 9 月 1-2 周	协助床上移动	吞咽功能治疗	王成	
第 9 月 3-4 周	压疮护理	体外振动排痰	鲁婷	
第 10 月 1-2 周	入院护理	痰标本采集	陈本立	
第 10 月 3-4 周	出院护理	胃肠减压技术	鲁婷	
第 11 月 1-2 周	无菌技术	生命体征监测	陈兰	
第 11 月 3-4 周	手卫生	雾化吸入技术	杨诗卉	
第 12 月 1-2 周	约束法	心肺复苏	刘祯	
第 12 月 3-4 周	患者搬运技术	咽拭子采集	谭慧	
出科考核	压疮护理	吸痰技术（口鼻和气管插管 切开）	高早琼	

## 护理查对制度★

### （一）医嘱查对制度

- 1、所有医嘱（长期、临时、重整、术后、转抄等医嘱）、各类执行单及标签必须经双人查对无误方可执行。
- 2、每日上午必须对病区所有患者的医嘱进行查对；下午、中夜班护士对本班新入院、转入、转床、术后患者等医嘱进行双人查对，查对时有疑问的医嘱必须询问清楚，及时纠正，并在《医嘱查对登记本》上签全名。
- 3、抢救患者时，医师下达口头医嘱，执行者大声复述一遍，待医生确认无误后，方可执行。保留用过的空安瓿，两人核对后再弃去，抢救结束 6 小时内督促医生据实补齐医嘱并签字。
- 4、护士长每周总查对医嘱不少于二次。

### （二）医嘱执行制度

- 1、执行医嘱必须双人核对，严格落实“三查七对”（“三查”即操作前查、操作中查、操作后查，“七对”即对姓名、床号、药名、剂量、浓度、时间、用法）。
- 2、护士应及时、准确、严格执行医嘱，不得擅自更改。
- 3、医嘱澄清
  - （1）如发现医嘱中有疑问或不明确处，应及时向医师反馈，核实后方可执行；
  - （2）当开具医嘱的医师不在场或拒绝核实有疑问的医嘱时，应向上级医师或科主任、护士长报告，协调核实后方可执行。
- 4、临时医嘱应及时通知责任护士根据病情执行，确保抢救治疗及时、准确落实。
- 5、需下一班执行的医嘱，要认真交接班，做好标本容器、特殊检查要求（如禁食、术前用药等）各项准备，必要时在交班报告中注明。
- 6、因某些特殊原因使一些医嘱无法执行时（如患者拒绝执行、临时离开医院等），要及时向主管医生报告，并向下一班护士交班。
- 7、严格执行口头医嘱相关规定。

### （三）医嘱执行流程

- 1、护士接到医生下达的医嘱后，认真阅读及查对。
- 2、查对医嘱无疑问后打印相应执行单。
- 3、医嘱执行单经两人认真查对无误后，严格按照医嘱的时间、内容等要求准确执行，不得擅自更改。
- 4、医嘱执行中，如患者提出疑问时，应询问查清后方可执行。
- 5、医嘱执行后，认真观察疗效与不良反应，必要时进行记录并及时向医生反馈。

### （四）口头医嘱执行制度与执行流程

- 1、非现场抢救情况下，护士不得执行口头医嘱。
- 2、在现场抢救时，医师下达口头医嘱，护士应清晰复述完整的医嘱内容，得到医师确认后立即执行，执行后向医生反馈，并作好记录。
- 3、保留安瓿备查。抢救结束后督促医生 6 小时内据实补开医嘱。

#### （五）医嘱澄清制度与流程

- 1、严格遵守医嘱查对、执行制度。
- 2、如发现医嘱中有疑问或不明确处，暂不予执行，应及时向医师反馈，核实后方可执行；
- 3、当开具医嘱的医师不在场或拒绝核实有疑问的医嘱时，应向上级医师或科主任、护士长报告，协调核实后方可执行。

#### （六）服药、注射、输液查对制度与流程

- 1、必须严格执行“三查七对”制度(“三查”即操作前查、操作中查、操作后查。“七对”即对姓名、床号、药名、剂量、浓度、时间、用法)。
- 2、落实双班双岗核对，白班备药前要检查药品质量，水剂、片剂注意有无变质，瓶体有无裂痕、有效期和批号。如不符合要求或标签不清者，不得使用；口服、静脉注射、肌肉注射等均需白班摆药，药卡上写明药名、剂量，中班再次核对签名，配药前须两人核对无误后实施配置。
- 3、易致过敏药物，给药前应询问有无过敏史。使用毒麻、精神类药物时，要经过反复核对，用后保留空安瓿。用多种药物时，要注意配伍禁忌。
- 4、操作时，患者如提出疑问，应及时查清，无误后方可执行。

#### （七）输血查对制度

- 1、采集血型、交叉配血标本时，护士必须双人核对医嘱、输血申请单、试管标签、患者腕带信息，清醒患者请患者陈述自己的姓名，确认各项信息无误后方可采血。两人及以上患者同时配血时，必须一人一次分别采集血标本，严禁一次采集两名或以上患者的血标本。
- 2、领血时，认真做好“三查十对”，三查：血袋标签是否完整清晰、血袋有无破损渗漏、血液有无凝块等异常；十对：患者床号、姓名、性别、病历号、血袋号、血型、血液种类、血量、血液有效期、交叉配血试验结果。
- 3、输血前，由两名医护人员再次查对输血医嘱及“三查十对”，准确无误，两人签全名于《输血登记本》上。
- 4、输血时，必须由两名医护人员带病历、血型单、发血单共同到患者床边，再次执行输血“三查十对”，确认一致后在发血单和《输血登记本》上签名，进行输血。
- 5、输血后，再次执行“十对”。

### （八）标本采集查对制度及流程

- 1、各临床科室处理医嘱后打印标本采集单，并核对患者信息、采集项目，备好采集容器、通知患者按要求做好采集前的准备等，中班护士再次核对，大夜班护士采集前核对。
- 2、采集标本时严格执行查对制度，保证正确的患者、正确的容器、正确的方法。严格执行无菌操作，严禁在输液或输血侧肢体采集血标本。
- 3、凝血功能障碍或经动脉采血患者，拔针后按压时间延长至 10min 左右。
- 4、血标本做到及时采集、血量准确、及时送检，并做好与检验部门交接；急查标本立即送检。
- 5、手术标本按相关规定执行。

#### 附：标本采集错误的应急处理

- 1、发现采集标本错误，立即停止送检，重新采集，并做好解释。
- 2、发现标本有误或检验结果有疑问，通知医生，立即核查，做好解释，重新采集。
- 3、各类标本在采集、暂存与运送过程中发生撒漏、容器破损等，立即按医疗垃圾处理，重新采集。

#### 交接班制度

- 1、值班人员坚守岗位，履行职责，做好交接班。
- 2、接班者提前 15 分钟接班，阅读交接班记录及相关护理文书，床头交接患者、清点有关药品、医疗器械等，在接班者未接清楚之前，交班者不得离开岗位。
- 3、值班者在交班前完成本班工作，做好各项护理记录，写好交班报告。
- 4、交接班中如发现病情、治疗、器械物品等不符，应立即查问，接班时发现问题，应由交班者负责；接班后再发现问题，则由接班者负责。
- 5、交接班内容：

（1）整体交接：交清住院患者总人数，出入院、转科、转院、分娩、手术、死亡人数，以及新入院、危重患者、抢救患者、大手术前后或有特殊检查处置、病情变化及思想情绪波动的患者。

（2）床边交接：交接班者共同巡视病房，查看患者是否在病室，病情有无变化；查看昏迷等危重患者的生命体征、皮肤、补液及基础护理完成情况，各种导管固定和引流情况；环境是否清洁安静、安全舒适及各项制度落实情况。

（3）特殊事情交接：交清医嘱执行情况、重症护理记录、各种检查、标本采集及各种处置

完成情况，需进一步落实工作，向接班者交代清楚。

（4）药品仪器交接：交接贵重、毒麻、限制药品及抢救物品、器械、仪器等的数量与效能。交接班者均应签全名。

#### 6、交接方法：

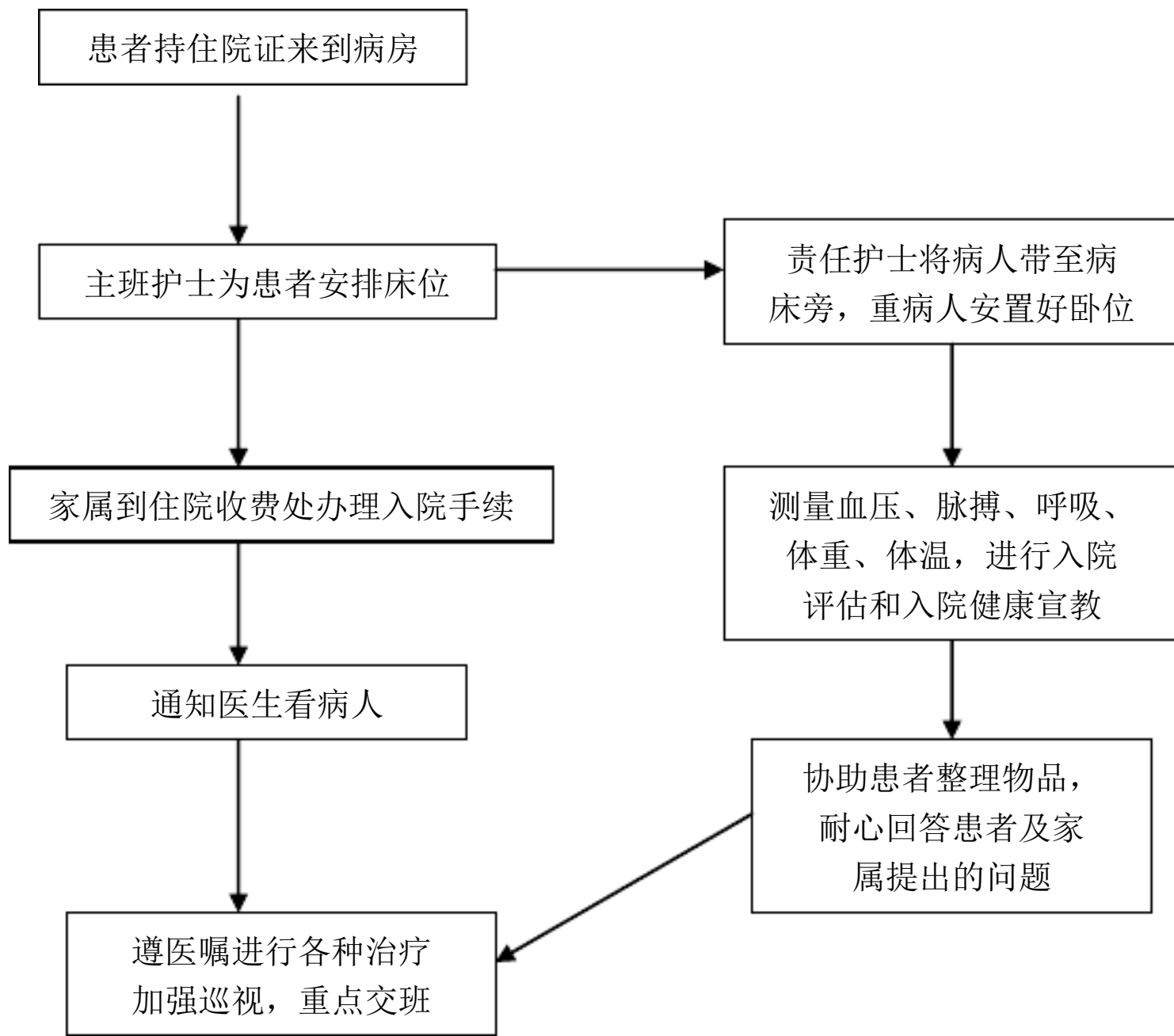
（1）站位：交班人员（医生、护士）并排站立在交班场所的醒目处，科主任及护士长分别立于交班人员的两旁，参与晨会交班人员按职称高低顺序依次站立。

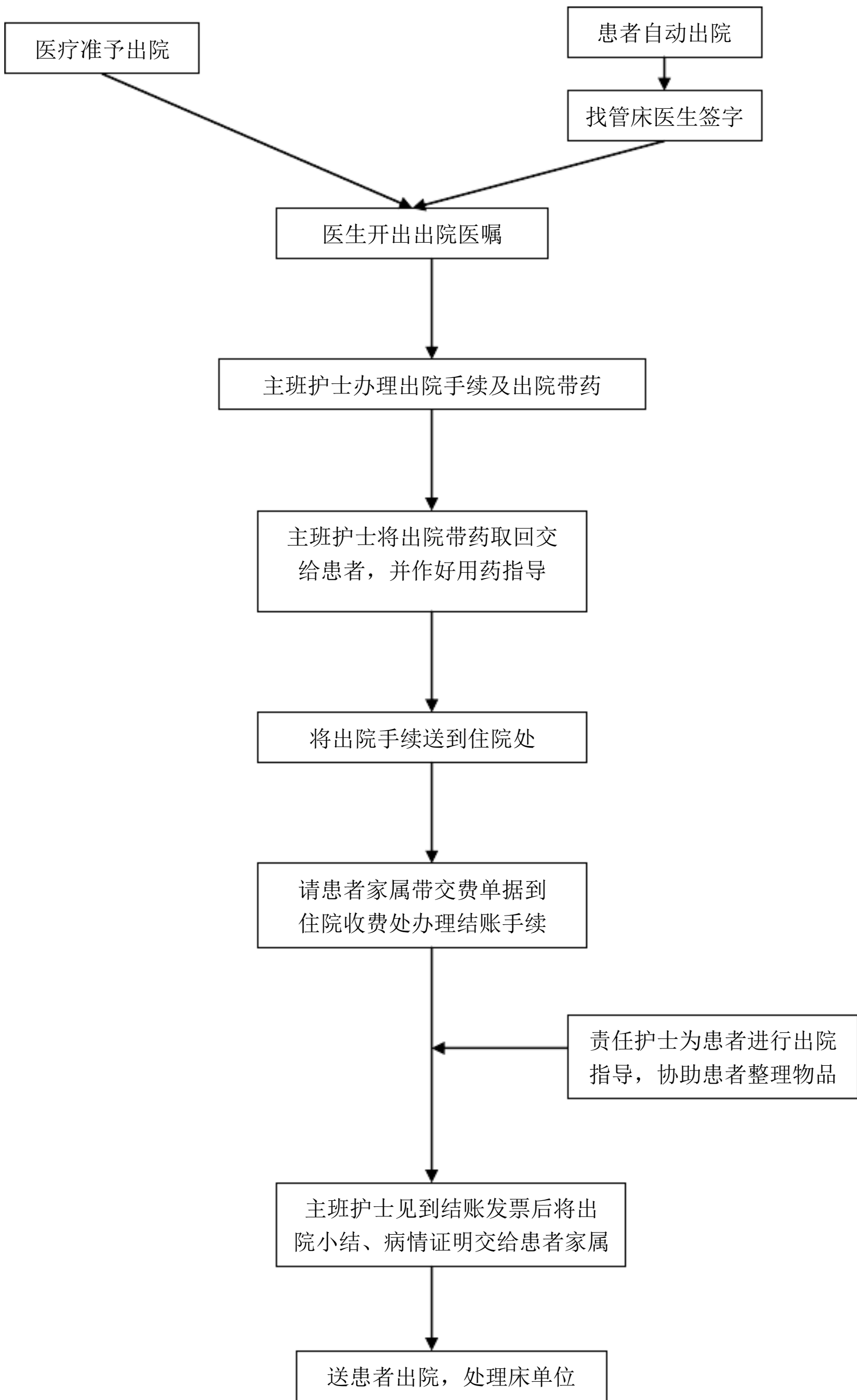
（2）模式：灵活运用 SBAR 沟通模式，训练评判性思维能力、提高工作效率。

（3）点评：交班结束后，科主任及护士长对交班情况进行点评，达到持续改进。

7、患者转科由转出科室主班护士或值班护士将病历和患者一起护送到转入科室，并与转入科室主班或值班护士交接病情、治疗、护理及皮肤完整情况，避免病历丢失或患者发生意外情况，遇有紧急情况或抢救时，先救治后交接班。

入院流程





## 脑出血护理

出血又称脑溢血，是指原发性非外伤性脑实质出血，可为多种原因引起，但临床上大多数患者多源于高血压、动脉硬化。此病发病急骤，常在活动中发病，与情绪激动、饮酒、过于劳累、用力排便等诱因有关。临床表现：重症脑出血表现为剧烈头痛、呕吐、面色潮红、昏迷、尿便失禁。

### 病情观察

( ) 急性期重点动态观察生命体征，包括意识、瞳孔、血压、脉搏、呼吸，每 分钟测 次，平稳后 ~ 测 次，并认真记录。如意识障碍加重或躁动不安，双瞳孔不等大，对光反应迟钝，脉搏缓慢，血压升高，呼吸不规则等 说明已有脑疝发生，应及时发现，立即进行抢救。

( ) 观察患者呕吐物和大便的颜色，及早发现消化道出血征象。

( ) 观察患者小便的量及颜色，警惕使用脱水剂后出现肾功能损害。

### 用药护理

( ) 使用 甘露醇脱水治疗时，要保证快速输注， 在 ~ 内快速滴完；注入过快会导致一过性头痛、眩晕、注射部位疼痛；使用前对光检查有无结晶及、沉淀、絮状物；同时保证静脉通道的通畅，防止血栓性静脉炎及外渗引起的组织水肿、皮肤坏死；同时注意观察电解质及肾功能的变化。

( ) 使用甘油果糖注意调节滴速， 需滴注 ~ ， 需滴注 ~ ，滴注过快易发生溶血及血红蛋白尿。

### 专科护理

( ) 休息与活动：急性期须卧床休息，减少搬动，更换体位时应保护头部且避免震动。头部抬高 ~ 。

( ) 呼吸道护理：及时吸痰，保持呼吸道通畅。

( ) 血压的管理：高血压者的患者血压控制在 mmHg 左右为宜，过低会导致灌注不足，过高会有再出血的风险。

( ) 高热、瘫痪、便秘、脑室引流、意识障碍者分别按相关护理要点执行。

( ) 烦躁不安者做好安全防护。

( ) 不能进食者，按医嘱给予静脉补充液体及电解质或给予鼻饲饮食，鼻饲者按鼻饲护理常规执行。

( ) 避免各种刺激，防止引起颅内压增高的一切相关因素，如情绪激动、剧烈咳嗽、用力排便、声和光的刺激等。

( ) 预防并发症的护理

① 预防压疮 定时翻身和按摩受压部位 保持床单位清洁、干燥、平整、无碎屑 加强患者营养，增强皮肤抵抗力。



② 预防口腔感染 清醒的患者协助每日晨起、饭后、睡前漱口 昏迷者行口腔护理每日 次。

③ 预防肺部感染 定时翻身拍背，促进痰液排出 意识不清者给予吸痰。

④ 预防泌尿系感染 保持会阴部的清洁 持续导尿的患者定时夹管排放，多饮水，尿液引流袋的位置要低于尿道和膀胱。

心理护理 经常和患者交流，进行针对性心理疏导 多举康复好的病例，鼓励患者树立信心，并做好需长期康复的准备。

基础与生活护理 口腔护理 次，床上擦浴 次 翻身叩背一次，预防压疮及肺炎等并发症的发生。定期进行压疮及 指数评分。

#### 康复护理

对偏瘫肢体在发病 后即可进行被动活动，如按摩肢体，被动活动关节。患肢放置时注意保持其功能位置，预防关节畸形和足下垂。

恢复期的患者需行患肢的主动运动，反复训练。

对失语的患者需进行语言练习，由简单到复杂，要有耐心、信心和恒心。

#### 健康指导

坚持按时按量服药，积极控制高血压。

饮食清淡，戒烟限酒，每次饮酒不超过 两)。

生活规律，注意劳逸结合，避免情绪激动和不良刺激，不可突然用力过猛。并注意保持大便通畅。

坚持功能锻炼，持之以恒。

( ) 首次发病者应积极寻找病因，必要时行 检查等。

## 脑梗死护理

脑梗死又称缺血性脑卒中，是指由于脑部血液供应障碍、缺血、缺氧引起的局限性脑组织的缺血性坏死或脑软化。临床常见类型有脑血栓形成，腔隙性梗死和脑梗死等。发病原因为高血压，动脉粥样硬化。临床特点是起病较缓慢，常在夜间血流缓慢时和血压低时发病。一般患者意识清楚，可有偏瘫、失语、吞咽困难等症状，严重者可有脑水肿、颅内压增高、昏迷等。

### 病情观察

观察体温、脉搏、呼吸、血压变化及意识改变。

若头痛剧烈、呕吐频繁、烦躁不安、意识改变、两侧瞳孔不等大，血压升高者为脑疝症状，应立即通知医生。

观察有无神经功能缺损加重的表现，如偏瘫、失语等。

### 用药护理

按医嘱进行溶栓、抗脑水肿、改善微循环、抗凝及扩血管等药物治疗。正确掌握给药方法和观察药物的不良反应。

应用扩血管药物时，滴速稍慢，并注意血压的变化，用药后不宜即刻下床活动。

应用溶栓、抗凝药物时，观察有无出血倾向如牙龈出血、皮肤淤斑、针眼渗血等。

口服阿司匹林者应注意有无胃部不适及黑便情况，痛风者不宜选用。

### 专科护理

注意吸痰，保持呼吸道通畅，遵医嘱给予氧吸入。

(2) 血压的管理：急性一般不宜将血压降得过低。过度降压可导致神经功能缺损症状加重，当患者平均动脉压 $>130\text{mmHg}$  或收缩压 $>220\text{mmHg}$ ，可遵医嘱给予缓慢降压。

高热者、偏瘫者、意识障碍者分别按相关护理要点执行。

抽搐者应做好安全护理，防止受伤，并按医嘱给予处理。

准确记录 出入量。

### 基础与生活护理

休息 症状较轻者可适量活动 偏瘫的患者不宜强行下床活动，以免摔伤。

饮食护理 给予低盐低脂饮食，如有吞咽困难、饮水反呛时，可予糊状流质或半流质小口慢慢喂食，必要时给予鼻饲，防止误吸的发生。

做好口腔护理，保持口腔清洁无异味。

( ) 皮肤护理 定期进行压疮及 指数评分，偏瘫卧床者 翻身叩背一次，预防压疮及肺炎等并发症的发生。

( ) 大小便的护理 必要时留置尿管，做好会阴护理；保持大便通畅，预防便秘，必要时给予

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/368055005076006036>