

消化内科护理查房 消化内科护理工作计划 (实用5篇)

在日常学习、工作或生活中，大家总少不了接触作文或者范文吧，通过文章可以把我们那些零零散散的思想，聚集在一块。范文怎么写才能发挥它最大的作用呢？下面我给大家整理了一些优秀范文，希望能够帮助到大家，我们一起来看看吧。

消化内科护理查房篇一

- 1、重点加强对新入院护士、聘用护士、低年资护士的考核，强化她们的学习意识，护理部计划上半年以强化基础护理知识为主，增加考核次数，直至达标。
- 2、加强专科技能的培训：各科制定出周期内专科理论与技能的培训与考核计划，每年组织考试、考核2—3次，理论考试要有试卷并由护士长组织进行闭卷考试，要求讲究实效，不流于形式，为培养专科护士打下扎实的基础。
- 3、基本技能考核：属于规范化培训对象的护士，在年内16项基本技能必须全部达标，考核要求在实际工作中抽考。其他层次的护士计划安排操作考试一次，理论考试二次。
- 4、强化相关知识的学习掌握，组织进行一次规章制度的实际考核，理论考试与临床应用相结合，检查遵章守规的执行情况。

(二)、加强人文知识的学习，提高护士的整体素养

- 1、组织学习医院服务礼仪文化，强化护士的现代护理文化意识，先在护士长层次内进行讨论，达成共识后在全院范围内开展提升素养活动，制定训练方案及具体的实施计划。

2、安排全院性的讲座和争取派出去、请进来的方式学习护士社交礼仪及职业服务礼仪。开展护士礼仪竞赛活动，利用“5.12”护士节期间掀起学礼仪、讲素养的活动月，组织寓教于乐的节日晚会。

（三）、更新专业理论知识，提高专科护理技术水平。随着护理水平与医疗技术发展不平衡的现状，各科室护士长组织学习专科知识，如遇开展新技术项目及特殊疑难病种，可通过请医生授课、检索文献资料、护理部组织护理查房及护理会诊讨论等形式更新知识和技能。同时，有计划的选送部分护士外出进修、学习，提高学术水平。

二、加强护理管理，提高护士长管理水平

（一）、年初举办一期院内护士长管理学习班，主要是更新管理理念、管理技巧及护理服务中人文精神的培养，当今社会人群对护理的服务需求，新的一年护理工作展望以及护士长感情沟通交流等。

（二）、加强护士长目标管理考核，月考评与年终考评相结合，科室护理质量与护士长考评挂钩等管理指标。

（三）、促进护士长间及科室间的学习交流，每季组织护理质量交叉大检查，并召开护士长工作经验交流会，借鉴提高护理管理水平。

三、加强护理质量过程控制，确保护理工作安全、有效

（一）、继续实行护理质量二级管理体系，尤其是需开发提高护士长发现问题，解决问题的能力，同时又要发挥科室质控小组的质管作用，明确各自的质控点，增强全员参与质量管理的意识，提高护理质量。

（二）、建立检查、考评、反馈制度，设立可追溯机制，护

理部人员经常深入各科室检查、督促、考评。考评方式以现场考评护士及查看病人、查看记录、听取医生意见，发现护理工作中的问题，提出整改措施。

（三）、进一步规范护理文书书写，从细节上抓起，加强对每份护理文书采取质控员—护士长—护理部的三级考评制度，定期进行护理记录缺陷分析与改进，增加出院病历的缺陷扣分权重，强调不合格的护理文书不归档。年终护理文书评比评出集体第一、二、三名。

（四）加强护理过程中的安全管理：

1、继续加强护理安全三级监控管理，科室和护理部每月进行护理安全隐患查摆及做好护理差错缺陷、护理投诉的归因分析，多从自身及科室的角度进行分析，分析发生的原因，应吸取的教训，提出防范与改进措施。对同样问题反复出现的科室及个人，追究护士长管理及个人的有关责任。

2、严格执行查对制度，强调二次核对的执行到位，加强对护生的管理，明确带教老师的安全管理责任，杜绝严重差错及事故的发生。

3、强化护士长对科室硬件设施的常规检查意识，平时加强对性能及安全性的检查，及时发现问题及时维修，保持设备的完好。

四、深化亲情服务，提高服务质量

（一）、在培养护士日常礼仪的基础上，进一步规范护理操作用语，护患沟通技能。培养护士树立良好的职业形象。

（二）、注重收集护理服务需求信息，护理部通过了解回访卡意见、与门诊和住院病人的交谈，发放满意度调查表等，获取病人的需求及反馈信息，及时的提出改进措施，同时对

护士工作给予激励，调动她们的工作积极性。

五、做好教学、科研工作

（一）、指定具有护师以上职称的护士负责实习生的带教工作，定期召开评学评教会，听取带教教师及实习生的意见。

（二）、各科护士长为总带教老师，重视带教工作，经常检查带教老师的带教态度、责任心及业务水平，安排小讲课，了解实习计划的完成情况，做好出科理论及操作考试。

（三）、护理部做好实习生的岗前培训工作，不定期下科室检查带教质量，每届实习生实习结束前，组织进行一次优秀带教老师评选活动。

（四）、增强科研意识，力争年内引进或开展新技术项目1—2项。

（五）、计划制作护理园地网，上传我院消化内科护理动态，及时传递护理学习资料，发挥局域网的空间优势，丰富护士的学习生活。

消化内科护理查房篇二

（一）病情观察

（1）观察有无恶心、呕吐、暖气、反酸、腹痛、腹胀、腹泻、便秘、便血、巩膜及皮肤黄染等症状。

（2）根据病情观察血压、体温、脉搏、呼吸、神志的变化。

（3）观察疼痛的部位、性质、持续时间、诱因、缓解因素。

（二）落实治疗

(1) 遵医嘱落实各项常规及特殊检查。

(2) 特殊用药，如使用生长抑素、奥曲肽时严格按医嘱匀速泵入。

(3) 特殊准备行胃镜检查前禁食、水。肠镜检查前两日进食无渣食物，避免食用蔬菜、水果。18:00后勿进食，20:00左右，服用泻药一盒，次日晨空腹8点再服用两盒，直至解3次清水样便为止。

(三) 护理措施

1. 用药护理

(1) 增强黏膜防御力的口服药(如达喜)、促进胃动力药物(如吗叮啉)、抗胆碱能药(如阿托品，胃溃疡者不宜服用，禁用于幽门梗阻患者)宜饭前及睡前服用。

(2) 对胃有刺激、破坏胃黏膜屏障的口服药(如阿司匹林)宜饭后服用。

(3) 制酸剂(如奥美拉唑)、降低胃蛋白酶活性的药物应在饭后0.5~1 h后服用。

(4) 急性胰腺炎患者在剧烈腹痛时，不可单独使用。镇静剂禁用于肝昏迷前期患者。

(5) 肝硬化食管静脉曲张患者口服药要研碎后服用，溃疡病患者抑酸药宜饭前或空腹服等。

2. 对症护理

(1) 腹痛

测量、记录生命体征，按医嘱应用解痉剂。急腹症应禁食，不用腹部热敷和灌肠，禁用麻醉止痛剂。

(2) 腹胀

宜进食无渣、易消化、不产气的食物，必要时肛门排气或灌肠，胃肠减压。

(3) 腹泻

及时留取标本送检，腹部保暖，肛周护理。

(4) 呕血

准确记录呕血、黑粪的量及生命体征，准备急救药品、物品和备血、输血。卧床休息。

(5) 黄疸

瘙痒患者可给止痒剂或镇静剂，必要时立即隔离。

(6) 便秘

摄入足够的液体(2 000ml/d)给多纤维食物，勿滥用缓泻剂，严重便秘者可用开塞露，必要时灌肠。

3. 特殊治疗护理

当需要进行腹腔穿刺术、肝穿刺活检、电子内镜、经皮肤肝穿刺介入疗法等检查时，应做好术前准备、术中配合、术后护理。

4. 心理护理

进行心理疏导，消除患者紧张恐惧心理，使患者精神放松，

情绪稳定。做好患者及家属的安慰工作，使患者保持乐观情绪，避免不良因素的刺激。

5. 皮肤护理

有瘙痒(血中胆酸盐增高)时，剪短指甲，防止抓破皮肤。

6. 管道护理

对于使用胃管患者按胃管操作规程进行护理;对于使用三腔二囊管的患者，按相关操作规程进行护理。妥善固定、防管道滑脱。

7. 并发症预防

长期卧床的患者应预防坠积性肺炎、肺栓塞、下肢静脉血栓(可采取翻身、拍背、深呼吸、有效咳嗽、按摩下肢、避免在下肢输液等措施)、压疮(要保持皮肤的清洁干燥，定时翻身、按摩)和便秘(多吃多纤维素食物，经常顺时针按摩腹部)。

(四) 康复指导

1. 用药指导

遵医嘱坚持按时按量服药，不随意停药。

2. 饮食指导

对溃疡病、肝硬化腹水、急性胰腺炎、溃疡性结肠炎等患者，指导食用易消化、高蛋白、低盐或无盐、低脂肪、无渣的治疗膳食。出血期应禁食，恢复期给予营养丰富、易消化、无刺激的饮食。

3. 休息活动

危重及进行特殊治疗的患者，如上消化道出血、肝硬化晚期、肝昏迷、急性胰腺炎等，应绝对卧床休息。轻症及重症恢复期患者可适当活动。

(1) 病情观察及时，护理记录真实、完整。

(2) 正确执行医嘱，落实各项治疗。

消化内科护理查房篇三

20xx年是新世纪的第一年，是全国卫生系统继续深化改革的一年，全体护理人员在院长重视及直接领导下，本着“一切以病人为中心，一切为病人”的服务宗旨，较好的完成了院领导布置的各项护理工作，完成了20xx年护理计划xx%以上，现将工作情况总结如下：

严格执行规章制度是提高护理质量，确保安全医疗的根本保证。

1. 护理部重申了各级护理人员职责，明确了各类岗位责任制和护理工作制度，如责任护士、巡回护士各尽其职，杜绝了病人自换吊瓶，自拔针的不良现象。

2. 坚持了查对制度：

(1) 要求医嘱班班查对，每周护士长参加总核对1-2次，并有记录。

(2) 护理操作时要求三查七对。

(3) 坚持填写输液卡，一年来未发生大的护理差错。

3. 认真落实骨科护理常规及显微外科护理常规，坚持填写了各种信息数据登记本，配备五种操作处置盘。

4. 坚持床头交接班制度及晨间护理，预防了并发症的发生。

1. 坚持了护士长手册的记录与考核：要求护士长手册每月5日前交护理部进行考核，并根据护士长订出的适合科室的年计划、季安排、月计划重点进行督促实施，并监测实施效果，要求护士长把每月工作做一小结，以利于总结经验，开展工作。

2. 坚持了护士长例会制度：按等级医院要求每周召开护士长例会一次，内容为：安排本周工作重点，总结上周工作中存在的优缺点，并提出相应的整改措施，向各护士长反馈护理质控检查情况，并学习护士长管理相关资料。

3. 每月对护理质量进行检查，并及时反馈，不断提高护士长的管理水平。

4. 组织护士长外出学习、参观，吸取兄弟单位先进经验，扩大知识面。x月底派三病区护士长参加了国际护理新进展学习班，学习结束后，向全体护士进行了汇报。

1. 继续落实护士行为规范，在日常工作中落实护士文明用语xx句。

2. 分别于x月份、xx月份组织全体护士参加温岭宾馆、万昌宾馆的礼仪培训。

3. 继续开展健康教育，对住院病人发放满意度调查表，（定期或不定期测评）满意度调查结果均在xx%以上，并对满意度调查中存在的问题提出了整改措施，评选出了最佳护士。

4. 每月科室定期召开工休座谈会一次，征求病人意见，对病人提出的要求给予最大程度的满足。

5. 对新分配的护士进行岗前职业道德教育、规章制度、护士

行为规范教育及护理基础知识、专科知识、护理技术操作考核，合格者给予上岗。

消化内科护理查房篇四

姓名:何晓玲学校:西南医科大学

基本信息:郑一,女,80岁,重庆人,汉族,丧偶,医保,芒种时节发病,育有3个子女,子女体健。个人史,家族史,过敏史无特殊。家庭和睦,社会支持系统良好。对疾病部分了解,认知能力中上。2016年6月7日11时14分入院。

主诉:反复上腹胀痛4年余,再发伴纳差1周。

现病史:患者4年前无明显诱因出现上腹部胀痛不适,饭后明显,伴有反酸烧心,暖气,曾行胃镜检查提示:慢性胃炎。自诉期间曾出现黑便;经住院治疗好转,其后患者上腹部胀痛反复发作,长期服用保护胃粘膜药,症状可缓解。1周前患者因感冒受凉后腹部胀满加重,伴食纳减少,反酸烧心,为求进一步诊治,由门诊拟“纳差待查,糖尿病,高血压”收入我科。入院时:患者上腹部胀痛,饭后加重,伴有反酸烧心,暖气后觉胀满缓解,口干口苦,食纳差,无恶心呕吐,偶有咳嗽咳痰,右下肢疼痛不适,活动受限,夜寐差,大便干结,2-3日1行,小便色黄,夜尿频多。近期体重无明显变化。

既往史:原发性高血压病史20余年,口服硝苯地平缓释片1片□bid□血压控制可。冠心病病史,服用血栓通片、银杏叶片。20余年2型糖尿病史,皮下注射门冬胰岛素30r降糖,早26u□中18u□晚26u□血糖控制在正常范围内。曾患糖尿病足,现已治愈。重度骨质疏松症及右侧锁骨骨折病史,曾行右侧股骨置换术。

入院查体□t36.6oc

p78次/分

r19次/分bp160/82mmhg

发育正常，营养良好，神志清楚，检查合作，轮椅推入病房。全身皮肤黏膜无黄染，浅表淋巴结未扪及。眼睑结膜无苍白，巩膜无黄染，肺部叩诊清音，双肺呼吸音稍粗，双下肺可闻及吸气末湿罗音。心律齐，心率：78次/分，心脏各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹软，剑突下及上腹部轻压痛，无肌紧张及反跳痛，肝脾肋下未扪及，肝肾区无叩击痛，肠鸣音无亢进，移动性浊音阴性。右下肢可见长约10cm手术瘢痕，右下肢活动障碍，右侧锁骨错位，右上肢活动障碍，无明显疼痛。膝关节屈伸困难，无关节肿胀，双下肢足背动脉搏动减弱，生理反射存在。左侧第四足趾可见一小溃疡，表面黑色结痂，无流脓。

辅助检查：

胸片：

- 1、右侧锁骨中段、右侧肱骨外科颈骨折（未愈合）
- 2、心影增大
- 3、主动脉弓壁钙化。心电图为正常心电图。

查血：葡萄糖□11.5mmol/l□钾：3.49mmol/l□渗透压□310.8u/l□c反应蛋白□17.8mg/l,尿常规：葡萄糖+328mmol/l□酮体□+-0.5mmol/l□白细胞+-15cell/ul□隐血□+280cell/ul□红细胞□2-5/hp□血常规：白细胞□ $8.8 \times 10^9/l$ □中性粒细胞比率78.1%，中性粒细胞数 $6.9 \times 10^9/l$ □

脾胃湿热证

西医诊断：

1、慢性胃炎2、2型糖尿病

糖尿病足

3、原发性高血压3级

极高危

4、冠状动脉粥样硬化性心脏病

5、骨质疏松症

6、右侧股骨置换术后

7、右侧锁骨中段陈旧性骨折（未愈合）

8、右侧肱骨外科颈陈旧性骨折（未愈合）

诊疗过程：入院后遵医嘱予一级护理，低盐低脂糖尿病饮食。完善相关辅助检查，治疗上予降糖，降压□ppi抑酸护胃，氨基酸营养支持，活血化瘀，穴位贴敷调理脾胃，穴位注射通络止痛，脑电生物反馈改善头晕头痛。

6.8骨科会诊加用口服碳酸钙d31片，bid□阿法骨化醇0.5ugqd□依降钙10iu肌注2次/周。

6.12加用拜糖平控制餐后血糖。调整胰岛素用量为早18u中6u晚14u

6.15尿培养提示尿路感染，选用头孢西丁抗感染。

现患者诉食纳稍好转，饭后胀满减轻，伴反酸烧心，暖气，

口干口苦，头晕头痛减轻，自汗盗汗，五心烦热，右下肢疼痛不适，活动受限，咳嗽缓解，夜寐差，大便通畅，小便色黄，夜尿频多，无尿痛。6.19血常规钾 3.21mmol/l 加用氯化钾缓释片 1.0gtid 护理诊断及措施：

1. 疼痛：腹痛与胃粘膜炎症性病变有关。

(1) 休息与活动：指导病人急性发作时应卧床休息，并可用转移注意力，做深呼吸等方法来减轻焦虑，缓解疼痛，病情缓解时，进行适当的锻炼，以增强机体抵抗力。

(2) 理疗：可穴位贴敷：双侧天枢、大横、大肠俞等穴位清利湿热，理气和胃止痛。穴位注射足三里等缓解疼痛。

(3) 遵医嘱予以抑酸护胃等药物，观察药物的疗效及不良反应。

2. 有皮肤完整性受损的危险

(1) 保持皮肤清洁干燥，定时翻身

(2) 加强营养

(3) 预防感染

3. 夜尿频多与泌尿系统感染有关

(1) 休息：保持心情愉快，休息宜取屈曲位，尽量勿站立或坐直。分散病人注意力，减轻焦虑。

(2) 保持皮肤黏膜清洁：加强个人卫生，增加会阴清洗次数，减少肠道细菌进入尿路感染机会。

(3) 用药护理：遵医嘱予头孢西丁抗感染治疗，观察疗效及

用药后的反应。

4. 水电解质紊乱与患者代谢障碍有关

(1) 遵医嘱用药，维持患者水电解质平衡，并注意观察患者用药后的反应

(2) 定期监测患者电解质情况

5. 躯体活动障碍：与骨质疏松及骨折有关

(1) 协助基础生活护理。

(2) 指导患者正确活动：进行患侧的功能锻炼，双上肢及健侧下肢的全范围关节活动。活动量以机体能耐受为宜。

6. 焦虑：与疾病反复发作，病程迁延有关

(1) 应耐心细致的回答病人及家属的问题，介绍本病的病因，发病机制，减轻病人及家属的紧张情绪。

(2) 应多与病人及家属沟通交流，主动介绍责任护士，主管医生病房环境及病室的病友，减轻紧张恐惧心理。

(3) 提供舒适的病房环境，减少不必要的环境刺激。

7. 知识缺乏：缺乏疾病相关知识。

(1) 疾病知识指导：向病人及家属介绍疾病的相关病因，避免诱发因素，指导病人保持良好的心理状态，注意劳逸结合，积极配合治疗。患者有糖尿病和高血压史，告知患者监测血糖和血压及按时服药的重要性和必要性。

(2) 饮食指导：指导患者加强饮食卫生和饮食营养，避免生冷刺激性食物及损伤胃黏膜。少食多餐，三餐定时定量。限

制食物中胆固醇及糖分、脂肪的含量。多食蔬菜，吃含糖少的水果：如小番茄，猕猴桃等。

(3) 用药指导：根据病人的病因，具体情况进行指导。教育病人遵医嘱正确服药，学会观察药效及不良反应。不随便停药及减量。

8. 潜在并发症：低血糖

(1) 评估诱因：即评估是反应性低血糖还是药物性低血糖。前者见于少数2型糖尿病病人的患病初期，因餐后胰岛素分泌的高峰延迟出现，大多数发生在餐后4-5小时。后者多见于胰岛素使用不当或过量。当从动物胰岛素改用为人胰岛素时，发生低血糖的危险性增加。

(2) 病情监测：一般血糖低于2.8mmol/l时出现低血糖症状，但因个体差异，有的病人血糖不低于此值也可出现低血糖症状。因此，观察低血糖的临床表现尤为重要：肌肉颤抖、心悸、出汗、饥饿感、软弱无力，紧张、焦虑、性格改变、认知障碍、严重时发生抽搐、昏迷。老年糖尿病病人应特别注意观察夜间低血糖症状的发生。

(3) 急救措施：一旦确定病人发生低血糖，应尽快给予糖分补充，解除脑细胞缺糖症状。

(4) 预防措施：护士应充分了解病人使用的降糖药物，并告知患者及家属不可随意更改和增加降糖药物及其剂量；老年糖尿病病人血糖不宜控制过严，一般空腹血糖不超过7.8mmol/l，餐后血糖不超过11.1mmol/l即可；普通胰岛素注射后应在30min内进餐；初用降糖药物从小剂量开始，然后根据血糖情况调整用量；指导病人了解低血糖的诱因、临床表现和处理；病人应随时携带一些糖块、饼干等食品，以便应急时食用。

9. 潜在并发症：糖尿病足；酮症酸中毒、高渗性昏迷；高血

压危象

消化内科护理查房篇五

1、安静卧床，避免不必要的搬动，保温、防止着凉或过热，一般不用热水袋保温，过热可使周围血管扩张，血压下降。呕血时应立即将病人头偏向一侧，以免血液呛入气管而造成窒息。

2、给予精神安慰，解除病人恐惧心理。

3、立即建立一条静脉通路，同时争取时间尽快用大针头进行输液。开始输液要快，一般用生理盐水，林格氏液加乳酸钠，低分子右旋糖酐或其他血浆代用品，同时做好配血，准备输血，输血量及速度，可依据出血的程度而定。如进行加压输血时，我们应密切守护，严防输血终了，空气随之进入血管造成栓塞。

4、止血措施：

(1)按医嘱给止血药，如6-氨基乙酸加入10%glucose中经静脉滴入等。

(2)食管曲张破裂出血，用垂体后叶素时，稀释后应缓慢静脉注射或静脉输入，速度不宜过快，以防出现副作用(对高血压、冠心病及孕妇忌用)。用三腔管压迫止血时，其护理参见三腔管的应用。

(3)冰盐水洗胃法：用特制有两个口的胃管插入胃内(无特制管可用普通胃管，肝硬化病人用三腔管即可)。用50ml注射器向胃管内缓慢注入0-4℃生理盐水，而从另一开口吸引，反复进行持续灌洗，用水量根据病情而定，一般用水量为10000ml左右，30分钟使胃内温度下降，起到止血作用。

(4) 在500ml生理盐水中，加去甲肾上腺素10-20mg经胃管缓慢滴入，如能口服者，可每2h口服50ml以降低门静脉压，从而对食管胃底静脉曲张破裂出血产生止血效果，但对有动脉硬化者应慎用。

(5) 如在紧急情况下，进行纤维胃镜检查者，应做好术前准备。

5、饮食护理，在呕血、恶心、呕吐和休克的情况下应禁食。待上述症状缓解后，溃疡病病人应给牛奶、蛋糕或豆浆等富于蛋白质的流质饮食，以后再改变饮食种类和增加食量，食管下端静脉曲张破裂出血病人的饮食，应根据其肝功障碍程度予以调节，下三腔管的病人，出血停止24h后从胃管内注入流质饮食，有意识障碍的病人，应给予无蛋白质饮食，有腹水者，应适当限制钠盐摄入。

6、做好口腔和皮肤的护理，因出血病人口腔有腥臭味，应每日三次清洗口腔。浮肿病人应加强皮肤护理，防止发生褥疮。

7、严密观察病情：

(1) 注意测量体温、脉搏、血压的变化，如发热者，可给物理降温，记录24h出入水量，尿比重。

(2) 注意呕吐物及粪便的性状，量及颜色，呕血及便血的颜色，取决于出血量的多少及血在消化道内停留的时间，如出血量多，停留的时间短，颜色新鲜或有血块，出血量少，停留时间长则颜色比较暗或黑色，伴有呕吐者，一般比单纯黑便者出血量大，当病人出现口渴、烦躁，出冷汗、黑朦、晕厥等症状时，应考虑有新鲜出血。

(3) 如出现出血性休克，可按休克病人常规护理。如出现意识朦胧或烦躁不安时，应置床档，防止坠床。

(4) 上消化道大量出血后，由于血液中蛋白的分解产物在肠内

吸收，易引起氮质血症。因此肝硬化病人应按医嘱认真做好灌肠清除内积血，以减少氨的产生和吸收。

(5) 门v高压引起的食道胃底静脉曲张破裂出血的病人，应密切观察昏迷的前驱症状，早期治疗是非常重要的，如出现肝昏迷，按昏迷病人常规护理。

出血临床表现：

呕血和黑粪是上消化道出血的特征性表现。一般上消化道出血的临床表现取决于出血病变的性质、部位、出血量与速度。

2、大量出血后，多数病人在24小时内常出现低热。发病的原因可能由于血容量减少、贫血、周围循环衰竭，血分解蛋白的吸收等因素导致体温调节中枢的功能障碍。

4、血象有所变化，一般网织红细24小时内可见增高，白细胞2-5小时内有所升高。