

第一章 绪 论

护理学：是一门在自然科学，社会科学理论指导下的综合性应用学科，是研究有关预防保健与疾病防治过程中的护理理论与技术的科学。

第二章 环 境

教学目的：能正确说出环境因素对健康的影响
能正确描述良好的医院环境所具备的特点
能正确解释环境的含义
能正确理解环境、健康与护理的关系
* 能举例说明如何通过调控医院环境（物理环境、社会环境）以满足患者的需要

第一节 环境与健康

- 一、**环境**：是影响人类生命和生长的全部机体内部因素和外界条件的总和。
（环境是人类进行生产和生活活动的场所，是人类生存和发展的基础。）
分类：内环境（生理环境、心理环境）、外环境（自然环境、社会环境）

二、环境因素对健康的影响

- （一）自然环境因素对健康的影响
- 1、自然气候的影响：持续的高温环境可导致中暑，并没有导致肾脏、循环系统疾病及脑卒中的危险；极冷的环境有增加呼吸道疾病和发生冻伤的可能。
 - 2、地形地质的影响：如环境中缺碘会导致地方性甲状腺肿；环境中氟过量会导致氟骨症；地方性砷中毒、克山病等都与当地地质物质成分的含量有关。
 - 3、环境污染的影响：（1）空气污染 、（2）水污染、（3）土壤污染、（4）噪声污染、（5）辐射
 - 大气污染：毒物由呼吸道进入机体是危害最大
 - 大气中有刺激作用的有害物（如烟尘、二氧化硫、硫化物、氯气、臭氧等），会诱发慢性支气管炎等疾病。大气中无刺激作用的有害气体由于不能为人体器官所察觉，危害性比刺激性气体还要大。
 - 水污染：引起急性中毒、致癌至畸致突变、以水为媒介的传染病
 - 5月21日世界无烟日

- （二）社会环境因素对健康的影响
- 影响因素： 1、社会经济 2、社会阶层 3、社会关系 4、文化因素 5、生活方式 6、卫生服务

三、护理与环境的关系

南丁格尔在护理工作中就已注意到环境对健康的影响，她曾说过：“症状和痛苦一般认为是不可避免的，并且发生疾病常常不是疾病本身的症状而是其它的症状——全部或部分需要空气、光线、温暖、安静、清洁、合适的饮食等”。

护理的基本任务：减轻痛苦、预防疾病、恢复健康、促进健康 。

第二节 医院环境

一、医院环境的特点及其分类

医院：是对特定的人群进行治病防病的场所，是专业人员在以治疗为目的的前提下创造的一个适合患者恢复身心健康的环境。

良好的医院环境应具备的特点（※）：1）医学专业化、2）安全舒适性、3）管理统一性

医院环境的分类（※）

- （1）物理环境
- （2）社会环境
 - 医疗服务环境：指以医疗技术、人际关系、精神面貌及服务态度等为主的人文社会环境。属软环境，是深层次的，抽象的，无形的。
 - 医院管理环境：属软环境。

二、医院环境的调控

（一）医院物理环境的调控（※）

- （1）空间：病床之间的距离不得少于 1 米。
- （2）温度：一般室温保持在 18～22℃较为适宜。新生儿及老年病人，室温以保持在 22～24℃为佳。
- （3）湿度

相对湿度：在单位体积的空气中，一定温度的条件下，所含水蒸气的量与其达到饱和时含量的百分比。
病室湿度以 50% ～60% 为宜。

(4) 通风：一般通风 30 分钟即可达到换置室内空气的目的。

(5) 噪声

噪声的单位是分贝 (dB)世界卫生组织规定噪声的标准，白天病室较理想的强度是 35～40 分贝。噪声强度在 50～60 分贝时，即能产生相当的干扰。

长时间处于 90 分贝以上高音量环境中，能导致耳鸣、血压升高、血管收缩、肌肉紧张，以及出现焦躁、易怒、头痛、失眠等症状。

工作人员在说话、行动与工作时应特别注意四轻（※）：说话轻 走路轻 操作轻 关门轻

(6) 光线：病室采光一般采用自然光源和人工光源

(7) 装饰：优美的环境让人感觉舒适愉快。病室应布置简单，整洁美观，并注意优美与悦目。\\

(二) 医院社会环境的调控

(1) 人际关系

护患关系：在护理工作中，护理人员与患者之间产生和发展的一种工作性、专业性和帮助性的人际关系

影响因素：语言、行为举止、情绪、工作态度

病友关系：病友中的每个人都构成社会环境中的一员，在共同的治疗康复生活中相互影响。

- (2) 医院规则：
- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1、耐心解释，取得理解 | 2、让病人对其周围的环境具有一定的自主权 |
| 3、满足病人需求、尊重探视人员 | 4、提供有关信息与健康教育 |
| 5、尊重病人的隐私权 | 6、鼓励病人自我照顾 |

第三章 患者出入院的护理

第一节 患者入院的护理

入院治疗：是指患者经门诊或急诊医生诊查后，因病情需要住院进一步观察、检查和治疗时，诊查医生建议、并签发住院证后，由护理人员为患者提供的一系列护理工作。

一、入院程序：1、办理入院手续 2、实施卫生处置 3、护送患者进入病室

二、患者进入病区后的初步护理

(一) 一般患者的入院护理

- | | | | |
|-------------------|------------------------|-------------|----------------|
| 1、迎接新患者 | 2、通知负责医生诊查患者 | 3、为患者测量生命体征 | 4、通知营养室为患者准备膳食 |
| 5、填写住院病历和有关护理表格 | 6、向患者及家属介绍病区环境、有关规章制度等 | | |
| 7、执行入院医嘱及给予紧急护理措施 | 8、入院护理评估 | | |

填写住院病历和有关护理表格

- | |
|--|
| 1、用蓝水钢笔逐项填写住院病历眉栏项目及各种表格 |
| 2、用红水钢笔将患者入院时间纵行填写在当日体温单相应时间的 40~42℃横线之间 |
| 3、记录首次体温、脉搏、呼吸、血压、体重和身高值 |
| 4、填写患者入院登记本、诊断卡(一览表)、床头(尾)卡 |

(二) 急诊患者的入院护理：1.通知医生 2.准备急救器材及药品 3.将患者安置在已经备好床单位的危重病室或抢救室
4.配合抢救 5.询问病史

三、患者单位的准备

患者单位 是指医疗机构提供给患者使用的家具与设备

四、分级护理（※）

护理级别	适用对象	护理要点
特级护理	患者病情危重，需随时观察，以便进行抢救。	安排专人 24h 护理，严密观察病情及生命体征变化
一级护理	患者病情危急，需绝对卧床休息	每小时巡视患者，观察患者病情及生命体征变化
二级护理	患者病情较重，生活不能自理	每 2 小时巡视患者，观察患者病情及生命体征变化
三级护理	患者病情较轻，生活基本自理	每 3 小时巡视患者，观察患者病情及生命体征变化

标识：一级及以上护理——红色；二级护理——黄色；三级护理——绿色

(☆) 第二节 患者的卧位与舒适

二、卧位的分类

(※) 根据卧位的自主性分为

主动卧位：患者根据自己的意愿和习惯采取最舒适、最随意的卧位，并能随意改变卧床姿势，称之为主动卧位。
(见于轻症患者、术前及恢复期患者)

被动卧位：患者自身无力变换卧位，躺卧于他人安置的卧位，称之为被动卧位。(常见于昏迷、极度衰弱的患者)

被迫卧位：患者意识清晰，也有变换卧位的能力，但为了减轻疾病所致的痛苦或因治疗需要而被迫采取的卧位，称之为被迫卧位。(肺心病患者必须采取端坐卧位)

三、常用卧位(※)

仰卧位

去枕仰卧位：适用范围：昏迷或全身麻醉未清醒的患者，可防止呕吐物误入气管而引起窒息或肺部并发症。

椎管内麻醉或脊髓腔穿刺后的患者，可预防颅内压减低而引起的头痛。

中凹卧位：适用范围：休克患者。抬高头胸部，有利于保持气道通畅，改善通气功能，从而改善缺氧症状；抬高下肢，有利于静脉血回流，增加心输出量而使休克症状得到缓解。

屈膝仰卧位：适用范围：腹部检查或接受导尿、会阴冲洗等。

侧卧位：姿势：患者侧卧，两臂曲肘，一手放在枕旁，一手放在胸前，下腿曲直，上腿弯曲

适用范围：1、灌肠、肛门检查及配合胃镜、肠镜检查等 2、预防压疮 3、臀部肌肉注射

半坐卧位：适用范围：1、某些面部及颈部手术后患者。采取半坐卧位可减少局部出血。

2、心肺疾病引起呼吸困难的患者。

3、腹腔、盆腔手术后或有炎症的患者。

4、疾病恢复期体质虚弱的患者。采取半坐卧位，使患者逐渐适应体位改变，有利于向站、立位过渡。

心肺疾病引起呼吸困难者采取半坐卧位的机理(※)

采取半坐卧位，由于重力作用，部分血液滞留于下肢和盆腔，使回心血量减少，从而减轻肺瘀血和心脏负担。同时可使膈肌位置下降，胸腔容量扩大，减轻腹腔内脏器对心肺的压力，肺活量增加，有利于气体交换，使呼吸困难的症状得到改善。

腹腔、盆腔术后或有炎症者采取半坐卧位的机理(※)

采取半坐卧位，可使腹腔渗出液流入盆腔，促使感染局限。由于盆腔腹膜抗感染性较强，而吸收较弱，故可减少炎症扩散和毒素吸收，减轻中毒反应。同时还可防止感染向上蔓延引起膈下脓肿。

腹部手术后患者，取半坐卧位，还可减轻腹部切口缝合处的张力，缓解疼痛，促进舒适，并有利于切口愈合。

端坐位：适用范围：心力衰竭、心包积液、支气管哮喘发作的患者，患者由于极度呼吸困难而被迫日夜端坐。

俯卧位：适用范围：1、腰背部检查或配合胰、胆管造影检查时。

2、脊椎手术后或腰、背、臀部有伤口，不能平卧或侧卧的患者。

3、胃肠胀气导致腹痛时。采取俯卧位，使腹腔容积增大，可缓解胃肠胀气所致的腹痛。

头低足高位：适用范围：1、肺部分泌物引流，使痰易于咳出

2、十二指肠引流术，有利于胆汁引流

3、妊娠时胎膜早破，防止脐带脱垂

4、跟骨或胫骨结节牵引时，利用人体重力作为反牵引力

头高足低位：适用范围：1.颈椎骨折患者作颅骨牵引时，用作反牵引力 2.减轻颅内压，预防脑水肿 3.颅脑手术后的患者

膝胸卧位：适用范围：1、肛门、直肠、乙状结肠镜检查及治疗 2、矫正胎位不正或子宫后倾 3、促进产后子宫复原。

截石位：适用范围：1、会阴、肛门部位的检查、治疗或手术，如膀胱镜、妇产科检查、阴道灌洗等 2、产妇分娩

四、变换卧位法【注意事项】(※)

1、协助患者更换卧位时，应注意省力原则；

2、协助患者翻身时，应将患者身体稍抬起再行翻身，切忌拖、拉、推等动作，以免擦伤皮肤；

3、协助患者更换卧位时，应注意观察病情与受压部位情况；

4、为有特殊情况的患者更换卧位时，应特殊对待。

(1) 有导管和输液装置者，先将导管安置妥当

(2) 颈椎和颅骨牵引者，翻身时不可放松牵引

(3) 颅脑手术者，应取健侧位或平卧位

(4) 石膏固定者，应注意翻身后患处位置及局部肢体的血运情况。防止受压

(5) 一般手术者，翻身时先检查敷料是否干燥，有无脱落

第四节 患者出院的护理

患者出院护理的目的

1、进行出院指导，协助其尽快适应原工作和生活，并能遵照医嘱按时接受治疗或定期复诊

2、者办理出院手续

3、整理床单位

一、患者出院前的护理

医生根据患者康复情况，决定出院日期，开写出院医嘱

1、通知患者及家属 2、进行健康教育 3、注意患者的情绪变化

4、征求患者对医院医疗、护理等各项工作的意见，以便不断提高医疗护理质量

二、患者出院当日的护理

执行出院医嘱

1、停止一切医嘱，用红笔在各种执行卡片（服药卡、治疗卡、饮食卡、护理卡等）或有关表格单上填写“出院”字样，注明日期并签名

2、撤去“患者一览表”上诊断卡及床头（尾）卡

3、填写出院患者登记本

4、患者出院后续继续服药时，按医嘱处方到药房领服药物，交换者或家属带回，并给予用药知识指导

5、在体温单 40~42℃横线之间，相应出院日期和时间栏内，用红钢笔纵行填写出院时间

三、出院后的处理

1、处理出院患者床单位

（1）撤去病床上污被服，放入污衣袋。根据出院患者疾病种类决定清洗、消毒方法

（2）用消毒液擦拭床旁桌、床旁椅及床

（3）非一次性使用的痰杯、脸盆，须用消毒液浸泡

（4）床垫、床褥、棉胎、枕芯等放在日光下曝晒、紫外线灯照射消毒或使用臭氧机消毒

（5）病室开窗通风

（6）患传染性疾病患者离院后，需按传染病终末消毒法进行处理

2、铺好备用床

3、按要求整理病历，交病案室保存

第五节 人体力学与护理操作

人体力学：是运用力学原理研究维持和掌握身体的平衡，以及人体由一种姿势转换为另一种姿势时身体如何有效协调的一门科学。

一、常用的力学原理

（一）**杠杆作用**：利用直杆或曲杆在外力作用下能绕杆上一固定点转动的一种简单机械

平衡杠杆：支点在动力点和阻力点之间的杠杆称平衡杠杆（头部低头和仰头的动作）

省力杠杆：阻力点在动力点和支点之间的杠杆称省力杠杆（人用脚尖站立时）

速度杠杆：动力点在阻力点和支点之间的杠杆称速度杠杆（肘关节运动）

（二）**摩擦力**：相互接触的两物体在接触面上发生的阻碍相对滑动的力为摩擦力

（三）平衡与稳定

物体的重量与稳定度成正比

支撑面的大小与稳定度成正比

物体的重心高度与稳定度成反比（重心越低越稳定）

重力线必须通过支撑面才能保持人或物体的稳定

二、人体力学的应用：1、利用杠杆作用 2、扩大支撑面 3、降低重心 4、减少身体重力线的偏移

5、尽量使用大肌肉或多肌群 6、使用最小肌力作功

第四章 预防与控制医院感染

教学目的：能正确说出医院感染的形成条件（3个）

能简述常用消毒灭菌方法的种类及注意事项

能正确描述无菌技操作原则和隔离原则

概念-医院感染，清洁，消毒，灭菌

能遵循隔离原则完成隔离技术基本操作，种类，措施，标识，N个区

世界卫生组织（WHO）提出有效控制医院感染的※关键措施※：

清洁、消毒、灭菌、无菌技术、隔离、合理使用抗生素、消毒和灭菌的效果监视

第一节 医院感染

医院感染：(※)是指住院病人在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得而出院后发生的感染，不包括入院前已开始或入院时已处于潜伏期的感染。

医院感染的分类：(※)

1、**根据感染发生部位**：呼吸、消化、泌尿、神经、循环、生殖、皮肤和软组织、手术部位、中耳炎、口腔脓肿

2、**根据病原体的来源**：内源性感染、外源性感染

(※) **外源性感染**：又称交叉感染，是指各种原因引起的患者在医院遭受非自身固有病原体侵袭而发生的医院感染。

(※) **内源性感染**：又称自身感染，是指各种原因引起的患者在医院遭受自身固有病原体侵袭而发生的医院感染。

常见的医院感染：肺部感染、尿路感染、伤口感染、病毒性肝炎、皮肤及其他部位感染

三、**医院感染发生的条件** (※)：感染源、传播途径、易感宿主（三者同时存在并相互联系，就构成了感染链）

1、**感染源**：又称病原微生物贮源，指病原微生物自然生存、繁殖并排出的宿主或场所，是导致感染的来源

主要感染源：已感染的病人及病原携带者、自身感染患者、动物感染源、医院环境

2、**传播途径**：是指微生物从感染源排出后侵入易感宿主的途径和方式

内源性感染：移位

外源性感染：接触传播：直接接触传播、间接接触传播

空气传播：飞沫传播、飞沫核传播、菌尘传播

消化道传播：水和食物可导致医院感染爆发流行

注射、输液、输血传播：污染的血液、血制品，输液制品

3、**易感宿主**：是指对感染性疾病缺乏免疫力而易感染的人。

病原体传播到宿主后是否引起感染主要取决于病原体的毒性和宿主的易感性

四、**医院感染的预防和控制**：1、建立医院感染管理机构，加强三级监控

2、健全各项规章制度，依法管理医院感染

3、落实医院感染管理措施，阻断感染链

4、加强医院感染知识的教育，督促各级人员自觉采取行动预防与控制医院感染

第二节 清洁、消毒、灭菌

清洁：是指用物理方法清除物体表面的污垢、尘埃和有机物，其作用是去除和减少微生物而非杀灭微生物

消毒：是指用物理或化学方法清除或杀灭传播媒介上除芽孢以外的所有病原微生物，使其达到无害化的处理

灭菌：是指用物理或化学的方法清除和杀灭全部微生物，包括致病和非致病微生物以及细菌芽孢和真菌孢子

一、消毒灭菌的方法

(一) 物理消毒灭菌法：热力消毒灭菌、光照消毒法、电离辐射灭菌法、微波消毒灭菌法、机械除菌法

热力消毒灭菌法：利用热力破坏微生物的蛋白质、核酸、酶、细胞壁和细胞膜等，从而杀灭微生物的方法

分为干热法（燃烧、干烤）和湿热法（压力蒸汽、低温蒸汽、流通蒸汽）

辐射消毒法：日光曝晒（6h）、紫外线消毒法、臭氧灭菌灯消毒法

(二) 化学消毒灭菌法：浸泡法、喷雾法、擦拭法、熏蒸法

常用消毒法

干烤法：利用专业密闭烤箱进行灭菌

适用：耐高温，不耐湿的物品。如油剂、粉剂、玻璃器皿和金属制品

温度：160℃，2h；170℃，1h；180℃，半小时

干烤法注意事项 (※)

1、干热灭菌前，先将物品刷洗干净，玻璃器皿需干燥

2、物品包装不宜过大，高度不要超过烤箱的 2/3

3、有机物灭菌时，温度不超过 170℃，以防炭化

煮沸消毒法：

煮沸消毒法注意事项

1、消毒前：物品洗净，全部浸没水中

2、消毒中：根据物品性质决定放入时间及消毒时间；水沸计时、加物重计；海拔每增高 300m，需延长消毒时间 2min

3、消毒后：无菌取物、取出即用、过时重煮（4h）

压力蒸汽灭菌法：热力消毒法中效果最好的方法

灭菌器类型	压力（kPa）	温度（℃）	时间（min ）
下排气式	102.97～137.30	121～126	15～30
预真空式	205.8	132℃	5～10

紫外线消毒法：紫外线空气消毒器、紫外线表面消毒器、紫外线消毒箱

使用紫外线灯管消毒时注意事项

- 1、保持灯管清洁：定期擦拭以除去灰尘和污垢
- 2、消毒条件：温度 20～40℃，湿度 40% ～60%
- 3、消毒时间：从灯亮 5～7 分钟后开始计时，关灯后，如需再次开启，应间歇 3～4 分钟，
- 4、加强防护：保护眼和皮肤，照射后应通风

化学消毒灭菌法：是利用化学药物使微生物的蛋白凝固变性，酶蛋白失去活性，抑制微生物的代谢、生长和繁殖，或杀灭微生物的消毒方法。（※）

分类	定义	消毒剂举例
灭菌剂	能杀灭一切微生物使其达到灭菌效果	戊二醛、过氧乙酸、环氧乙烷
高效消毒剂	杀灭一切细菌繁殖体（包括分枝杆菌）、病毒、真菌及其孢子，并对细菌芽孢有显著杀灭作用	过氧化氢、过氧乙酸、部分含氯类
中效消毒剂	杀灭细菌繁殖体、真菌、病毒等除细菌芽孢以外的其他微生物	乙醇、碘伏、部分含氯类
低效消毒剂	只能杀灭细菌繁殖体、亲脂病毒和某些真菌	新洁尔灭、氯己定

化学消毒剂的使用原则（※）

- 1、坚持合理使用原则，尽量少用
- 2、根据物品性能和病原体特性选用合适的消毒剂
- 3、严格掌握消毒剂的有效浓度、消毒时间及使用方法
- 4、消毒剂应定期更换，易挥发的要加盖并定期测比重调整浓度，性质不稳定者应现配现用
- 5、物品应先清洁、干燥，后需全部浸入
- 6、消毒后的物品使用前需用无菌蒸馏水或无菌生理盐水冲洗

常用化学消毒剂：戊二醛、环氧乙烷、过氧乙酸、含氯消毒剂、乙醇、碘伏、新洁尔灭

环氧乙烷

适用范围：电子仪器、光学仪器、书籍、皮毛、棉、化纤、塑料制品、木制品、金属、陶瓷、橡胶制品、透析器、一次性诊疗用品等

注意事项：1、易燃易爆具毒性，密闭使用，环境通风； 2、储存于阴凉通风、远离火源、静电处；
3、物品灭菌前不可用生理盐水清洗； 4、不可用于食品类、油脂类的灭菌

过氧乙酸

适用范围：耐腐蚀物品、皮肤及环境等 常用浓度：0.2%溶液用于皮肤消毒，作用 1～2min；0.02%用于粘膜清洗消毒

常用方法：浸泡、擦拭、喷洒 注意事项：现配现用，配制时忌与碱或有机物相混合；

含氯消毒剂

适用范围：餐（茶）具、环境、水、疫源地等 常用方法：浸泡、擦拭、喷洒及干粉消毒等

注意事项：1、密闭保存，置于阴凉、干燥、通风处； 2、不宜用于金属制品、有色织物等的消毒；
乙 醇

适用范围：皮肤、物品表面及医疗器械等 常用浓度：70% ～75% 溶液作为消毒液，多用于皮肤消毒

常用方法：涂擦、浸泡 注意事项：易挥发，密闭保存于避火处；

※碘 伏※：2.5%：创伤、手术、注射部位皮肤消毒；作用一分钟后用 70% ～75% 乙醇脱碘

第三节 无菌技术

一、☆概念☆

（一）、无菌技术：指在医疗、护理操作过程中，防止一切微生物侵入人体或防止无菌物品、无菌区域被污染的技术。

（二）、无菌技术操作原则

- 1、操作环境清洁、宽敞
- 2、工作人员仪表符合规范
- 3、明确基本概念

- 无菌区

：指经灭菌处理且未被污染的区域
- 非无菌区

：指未经灭菌处理，或虽经灭菌处理但又被污染的区域
- 无菌物品

：指通过物理或化学方法灭菌后保持无菌状态的物品

- 4、物品放置有序，标志明显
- a) 无菌物品必须与非无菌物品分开放置，标志明显；
- b) 无菌物品不可暴露于空气中；
- c) 无菌包外需标明物品名称、灭菌日期；
- d) 无菌包的有效期一般为 7 天，过期或受潮应重新灭菌；
- e) 一套无菌物品只供一位患者使用一次。
- 5、操作中的无菌观念
- a) 操作者身体应与无菌区保持一定距离；
- b) 取放无菌物品时，应面向无菌区；
- c) 取用无菌物品时应使用无菌持物钳；
- d) 手臂应保持在腰部或治疗台面以上，不可跨越无菌区；
- e) 非无菌物品应远离无菌区；
- f) 无菌物品一经取出，即使未用，也不可放回无菌容器；
- g) 避免面对无菌区谈笑、咳嗽、打喷嚏；
- h) 如用物疑有污染或已被污染，应予更换并重新灭菌。

第四节 隔离技术

隔离（※）：是采用各种方法、技术，防止病原体从患者及携带者传播给他人的措施。

一、工作区的划分

- 清洁区：凡病人不进入、未被病原体污染的区域，如治疗室
- 半污染区：有可能污染的区域，如医护办公室
- 污染区：病人直接或间接接触的区域，如病房、患者洗手间

二、隔离原则（※）

1. 隔离标志明确，卫生设施齐全（蓝色标识-接触传播，黄色标识-空气传播，粉色标识-飞沫传播）
2. 医院建筑布局合理，卫生设施齐全
3. 严格执行服务流程，加强三区管理
4. 隔离病室环境定期消毒
5. 实施隔离教育，加强隔离患者心理护理
6. 掌握解除隔离的标准，实施终末消毒处理：病人、个人用物、病室单位（终末消毒处理，患者的终末消毒处理，病室及物品的终末处理）

三、隔离种类及措施

- 严密隔离：适用于经飞沫、分泌物、排泄物直接或间接传播的烈性传染病。（霍乱、鼠疫、SARS 、禽流感）
- 接触隔离：适用于经伤口或体表直接或间接接触。（破伤风、气性坏疽；新生儿带状疱疹、脓疱病）

隔离措施	严密隔离	接触隔离	呼吸道隔离	肠道隔离	血液-体液隔离	引流物-分泌物隔离
代表病种	霍乱、鼠疫	破伤风	肺结核、流脑	伤寒、脊髓灰质炎	破伤风	肺结核、流脑
隔离室	单间，关门窗	单间/同病原	同病原，关门窗	床边隔离	单间/同病原	单间/同病原
隔离衣	必须	必要时	必要时	必要时	必要时	必要时

保护性隔离：（※）也称反向隔离，适用于抵抗力低下或极易感染患者

第五章 患者的安全与护士的职业防护

二、医院常见的不安全因素及防范

（一）物理性损伤：1、机械性损伤 2、温度性损伤 3、压力性损伤 4、放射性损伤

机械性损伤的防范措施：（※）

- 1、躁动不安、意识不清及婴幼儿：应根据情况使用床档或其他保护具
- 2、年老虚弱、偏瘫或长期卧床者：初次下床时应给予协助，并可用辅助器具或扶助行走
- 3、患者常用物品应放于容易获取处
- 4、预防跌倒：地面应保持整洁、干燥，移开障碍物

- 5、病室的走廊、浴室、厕所应设置扶手
- 6、浴室和厕所应设置呼叫系统
- 7、精神科病房：应注意将剪刀等器械收藏好

温度性损伤的防范措施：（※）

- 1、冷、热疗法的应用：严格按操作规程进行，注意听取患者主诉及观察局部皮肤的变化
- 2、易燃易爆品：强化管理，并加强防火教育，制定防火措施，护士应熟练掌握各类灭火器的使用方法
- 3、医院内的电路及各种电器设备：定期检查维修。对患者自带的电器设备，使用前应进行安全检查，并进行安全用电的知识教育

（二）化学性损伤及防范

- 防范措施：1、护理人员应具备一定的药理知识，严格执行药物管理制度
- 2、进行药疗时，严格执行“三查七对”，注意药物的配伍禁忌，观察患者用药后的反应
 - 3、向患者及家属讲解安全用药的有关知识

（三）生物性损伤及防范：包括微生物及昆虫对人体的伤害

防范措施：护士应严格执行消毒隔离制度，严格遵守无菌技术操作原则

（四）心理性损伤及防范

（五）医源性损伤及防范

三、保护患者安全的措施

（一）**保护具**是用来限制患者身体或身体某部位的活动，以达到维护患者安全与治疗效果的各种器具。

【适用范围】1、坠床机率高的患者 如麻醉后未清醒者，意识不清、躁动不安、失明、痉挛或年老者。

- 2、儿科病人 凡未满6岁的儿童，因认知及自我保护能力尚未发育完善，无法完全了解护理人员及家属的解说，易致坠床、撞伤、抓伤等意外或不配合治疗等行为。
- 3、精神病病人 如躁狂症者、自我伤害者。
- 4、实施某些眼科特殊手术者 如白内障摘除术后患者
- 5、易发生压疮者 如长期卧床、极度消瘦、虚弱者
- 6、皮肤瘙痒者 包括全身或局部瘙痒难忍者

常用保护具

- 1、床档：主要用于预防患者坠床。（多功能床档、半自动床档、围栏式床档）
- 2、约束带：用于保护躁动患者，限制身体或肢体活动，防止患者自伤或坠床。
（宽绷带、肩部约束带、膝部约束带、尼龙搭扣约束带）（每种的作用）
- 3、支被架

应用保护具的注意事项（※）

- 1、严格掌握保护具应用的适应证，维护患者的自尊。
- 2、保护具只宜短期使用。
- 3、使用时，约束带下须垫衬垫，固定松紧要适宜，并定时松解。
- 4、记录使用保护具的原因、时间、观察结果、相应的护理措施及解除约束的时间。
- 5、随时评价保护具使用情况。

（二）辅助器的使用

辅助器是为患者提供保持身体平衡与身体支持物的器材，是维护患者安全的护理措施之一。

常用辅助器：拐杖、手杖

四、护士的职业防护

（一）职业防护的相关概念（名解最后）

（二）标准防护：即视所有患者的血液、体液、分泌物及排泄物等都具有潜在的传染性，接触时均应采取防护措施，以防止血源性传播疾病和非血源性传播疾病。

第六章 患者的清洁卫生

第一节 口腔护理

二、口腔的清洁卫生

义齿的清洁护理（※）

义齿（denture）或假牙也会积聚一些食物碎屑、牙菌斑和牙石等，同样需要清洁护理

其刷牙方法与真牙的刷牙法相同

特殊口腔护理（※）

对于高热、昏迷、危重、禁食、鼻饲、口腔疾患、术后、生活不能自理的患者，护士应给予特殊口腔护理，一般每日 2~3 次。如病情需要，应酌情增加次数

口腔护理常用溶液：（考研，护资，平考）

- | | |
|--|----------------|
| (1) 0.9% 氯化钠溶液：清洁口腔，预防感染。 | 口腔 pH 值为中性时适用。 |
| (2) 0.02% 呋喃西林溶液；清洁口腔，有广谱抗菌作用。 | 口腔 pH 值为中性时适用。 |
| (3) 1% ~3% 过氧化氢溶液：遇有机物时放出新生氧，有抗菌、防臭作用。 | 口腔 pH 值偏酸性时适用。 |
| (4) 1% ~4% 碳酸氢钠溶液：属碱性药剂，用于真菌感染。 | 口腔 pH 值偏酸性时适用。 |
| (5) 2% ~3% 硼酸溶液：属酸性防腐剂，可改变细菌的酸碱平衡，起抑菌作用。 | 口腔 pH 值偏碱性时适用。 |
| (6) 0.1% 醋酸溶液：用于铜绿假单胞菌感染时。 | 口腔 pH 值偏碱性时适用。 |
| (7) 0.08% 甲硝唑溶液：适用于厌氧菌感染 | |

口腔护理注意事项：（※）

- 1、行口腔护理时，对于昏迷患者禁止漱口，以免引起误吸
- 2、观察口腔时，对长期使用抗生素的患者，应注意观察其口腔内有无真菌感染
- 3、擦拭过程中，应注意使用的棉球不能过湿，防止因水分太多造成误吸，注意勿将棉球遗留在口腔内

第二节 头发护理

头发及头皮状况：观察头发的分布、浓密程度、长度、卫生状况，注意头发有无光泽、发质是否粗糙、尾端有无分叉；头皮有无瘙痒、抓痕；有无头皮屑、擦伤等情况

床上洗头水温 43-45℃

灭头虱、虱法的方法：30% 的含酸百部酊剂或 30% 的百部含酸煎剂。（百部草有杀虫止痒灭虱的功能）温度 35℃ 时

第三节 皮肤护理

一、皮肤的评估：颜色、温度、柔软性和厚度、弹性、完整性和损伤、感觉、清洁
颜色

苍白：常见于休克或贫血患者，由于血红蛋白减少所致

发绀：常见于口唇、耳廓、面颊、肢端

发红：由于毛细血管扩张充血，血流速度加快及红细胞含量增多所致

黄疸：皮肤、粘膜发黄，由于血中胆红素浓度增高所致，多见于胆道阻塞等疾病

色素沉着：由于皮肤基底层黑色素增多而致部分或全身皮肤色泽加深

温度

护士用手指的背部触摸患者皮肤，评估患者的皮肤温度

休克时，末梢循环差，皮温降低

皮肤苍白表明环境较冷或有循环障碍；皮肤发红表明环境较热或有炎症存在

二、皮肤的清洁护理：室温 22℃ 以上，水温保持 41-46℃，沐浴应在进食一个小时后进行。

三、（※※）压疮的预防与护理（※※）

压疮：是身体局部组织长期受压，血液循环障碍，局部组织持续缺血、缺氧，营养缺乏，致使皮肤失去正常功能，而引起的组织破损和坏死。又称压力性溃疡。

压疮发生的原因：

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1、压力因素（垂直压力、摩擦力、剪切力） | 2、皮肤受潮湿或排泄物的刺激 |
| 3、营养状况 | 4、年龄 |
| 5、体温升高 | 6、矫形器械使用不当 |

压疮的预防：（六勤：勤观察、勤翻身、勤按摩、勤擦洗、勤整理。勤更换）

1、评估（昏迷、自主活动能力消失、长期卧床、身体局部组织长期受压）

2、危险因素

Braden 评分法：评分 ≤12 分，属于高危患者，应积极采取相应的护理措施

Norton 评分法：评分 ≤14 分，提示易发生压疮

3、易发部位

(1) 压疮多发生于受压及缺乏脂肪组织保护、无肌肉包裹或肌层较薄的骨隆突处

(2) 卧位不同，受压点不同，好发部位亦不同

预防压疮的关键在于消除诱发因素：避免局部组织长期受压

1、定时翻身，间歇性解除局部组织承受的压力（2h 翻身一次，必要时 30min 翻身一次）

2、保护骨隆突处和支持身体空隙处

3、正确使用石膏、绷带及夹板固定
避免摩擦力剪切力的作用

- 1、患者平卧位时，如需抬高床头，一般不应高于 30°
- 2、协助患者翻身、变换体位或搬运患者时，应将患者的身体抬离床面，避免拖、拉、推等动作，以免形成摩擦力而损伤皮肤

保护患者皮肤（保持患者皮肤和床单的清洁干燥是预防压疮的重要措施。凡士林软膏，破溃皮肤禁用）
促进皮肤血液循环
增进全身营养

- 1、合理的膳食是改进患者营养状况、促进创面愈合的重要条件
- 2、对易出现压疮的患者应给予高蛋白、高热量、高维生素的饮食，保证正氮平衡，促进创面愈合
- 3、水肿病人限制水和盐的摄入，脱水患者应及时补充水和电解质

健康教育

使患者及家属有效地参与或独立地采取预防压疮的措施，使其了解压疮发生、发展及预防和护理知识

压疮的分期

- 1、Ⅰ期：瘀血红润期（此期为压疮初期）
皮肤出现红、肿、热、痛或麻木，解除压力 30 分钟后，皮肤颜色不能恢复正常，为可逆性改变
- 2、Ⅱ期：炎性浸润期
皮肤的表皮层、真皮层或两者发生损伤或坏死
受压部位呈紫红色，皮下产生硬结，常有水泡形成，极易破溃，患者有疼痛感。
- 3、Ⅲ期：浅度溃疡期
全层皮肤破坏，可深及皮下组织和深层组织
表皮水泡逐渐扩大、破溃，真皮层疮面有黄色渗出液，形成溃疡,疼痛感加重
- 4、Ⅳ期：坏死溃疡期（为压疮严重期）
坏死组织侵入真皮下层和肌肉层
感染可向周边及深部扩展，可深达骨面。脓液较多，坏死组织发黑，脓性分泌物增多，有臭味
严重者细菌入血易引起脓毒败血症，造成全身感染，危及生命

压疮的治疗与护理 （局部伤口护理+全身治疗）

- 1、全身治疗
 - 1、应积极治疗原发病，增加营养和全身抗感染治疗等
 - 2、良好的营养是疮面愈合的重要条件
 - 3、应予以平衡饮食，增加蛋白质、维生素和微量元素的摄取
 - 4、遵医嘱抗感染治疗，预防败血症发生，同时坚强心理护理

- 2、局部伤口护理

瘀血红润期：重点是去除致病原因，防止压疮继续发展

增加翻身次数、保持床铺干净平整、避免摩擦等对皮肤的刺激

炎性浸润期：重点是保护皮肤，防止感染发生。

小水泡减少摩擦，防止破裂感染

大水泡在无菌操作下用注射器抽出泡内液体并进行消毒敷料

紫外线、红外线照射治疗

浅度溃疡期：此期应尽量保持局部疮面清洁、干燥

理想的保湿敷料透气性好，如透明膜、水胶体、水凝胶

坏死溃疡期

此期应清洁疮面，去除坏死组织，保持引流通畅，促进肉芽组织生长

采用清热解毒、活血化瘀、去腐生肌具有收敛作用的中草药治疗是目前最有效的方法之一

第七章 休息与活动

第一节 休息

一、休息概述

休息：是指通过改变当前的活动方式，使身心放松，处于一种没有紧张和焦虑的松弛状态。

1、休息的意义

休息可以减轻或消除疲劳，缓解精神紧张和压力。

休息可以维持机体生理调节的规律性。

休息可以促进机体正常的生长发育。

休息可以减少能量的消耗。

休息可以促进蛋白质的合成及组织修复。

2、协助患者休息的措施：（※）增加身体的舒适、促进心理的放松、保证环境的和谐、保证足够的睡眠

二、睡眠

1、睡眠的生理特点

睡眠的时相：慢波睡眠（正相睡眠或非快速眼球运动睡眠）、快波睡眠（异相睡眠或快速眼球运动睡眠）

慢波睡眠：入睡期、浅睡期、中度睡眠期、深度睡眠期（腺体分泌生长激素，人体组织愈合快）

快波睡眠：做梦是快波睡眠的特征之一。心绞痛、哮喘、阻塞性肺气肿缺氧发作与快波睡眠出现间断的阵发性有关

睡眠周期：在入睡最初的 20-30min，从慢波的入睡期→浅睡期→中度睡眠期→深度睡眠期→中度睡眠期→浅睡期→浅睡期→快波睡眠（大约持续 10min）→浅睡期。

2、睡眠的需要：幼儿 10h、学龄儿童 10-12h、青少年 8-9h、成人 7-8h、50 岁以上平均 7h

3、睡眠的评估：

影响因素：年龄因素、生理因素、病理因素、环境、药物、情绪、食物、睡前习惯、生活方式

睡眠障碍：是指睡眠量及质的异常，或在睡眠时发生某些临床症状，也包括影响入睡或保持正常睡眠能力的障碍，如睡眠减少或睡眠过多，以及异常的睡眠相关行为

分类：器质性睡眠障碍和非器质性睡眠障碍

非器质性睡眠障碍

（1）睡眠失调（失眠、嗜睡和睡眠觉醒节律障碍）

（2）睡眠失常（睡行症、睡惊和梦魇）

住院患者的睡眠特点（※）

1、睡眠节律改变：昼夜节律同步化

昼夜节律同步化：要维持机体处于最佳的功能状态，必须要将休息与活动的时间安排与其昼夜性节律相同

2、睡眠质量改变：睡眠质量是各睡眠时相持续时间、睡眠深度、睡眠效果三方面协调一致的综合体现

入睡时间延长，睡眠持续时间缩短、睡眠次数增多、总睡眠时数减少，尤其是快波睡眠减少。

睡眠中断、睡眠时相转换次数增多，不能保证睡眠的连续性。

诱发补偿现象：慢波 3、4 期和快波睡眠减少时，会在下一睡眠周期得到补偿，慢 4 期优先得到补偿，快睡不足更严重，患者出现人格方面的紊乱。

促进睡眠的护理措施（※）

1、满足患者身体舒适的需要 2、减轻患者的心理压力 3、创造良好的睡眠环境 4、合理使用药物

5、建立良好的睡眠习惯 6、做好晚间护理 7、睡眠障碍的护理

第二节 活动

活动的意义

1、适当的活动可以保持良好的肌张力，增强运动系统的强度和耐力，保持关节的弹性和灵活性，增强全身活动的协调性，控制体重，避免肥胖。

2、适当的运动可以加速血液循环，提高机体氧和能力，增强心肺功能，同时还可以促进消化、预防便秘。

3、活动还有助于缓解心理压力，促进身心放松，有助于睡眠，并能减慢老化过程和慢性疾病的发生。

一、活动受限的原因及对机体的影响【填空、多选、单选】

（一）、活动受限的原因：疼痛，运动、神经系统功能受损，运动系统结构改变，营养状态改变，损伤，精神心理因素，某些医护措施的执行

（二）、活动受限对机体的影响：皮肤、运动、心血管、呼吸、消化、泌尿、心理状态

对皮肤的影响：最主要影响是形成压疮

对运动系统的影响：体位性低血压（※）

体位性低血压：患者从卧位到坐位或直立位时，或长时间站立出现血压突然下降超过 20mmHg，并伴有头昏、头晕、视力模糊、乏力、恶心等表现

对呼吸系统的影响：坠积性肺炎的发生

二、患者活动的评估：

包括：患者一般资料、心肺功能、骨骼肌肉状态、关节功能、机体活动能力、目前患病情况、社会心理状况

骨骼肌肉状态：0 级完全瘫痪、 1 级肌肉轻微收缩无肢体活动、 2 级肢体可移动但不能抬起

3 级能抬起但不能对抗阻力、 4 级能对抗阻力但肌力减弱、 5 级肌力正常

机体活动能力：0 级可独立自由活动、1 级需借助设备和器械、2 级需他人帮助监护和教育

3 级既需要帮助也需要设备和器械、4 级完全不能独立，不能参加活动

三、协助患者活动：1、选择合适的卧位 2、保持脊柱生理弯曲 3、防止压疮形成、

4、维持关节的活动性（：关节活动范围） 5、肌肉的等长练习和等张练习

（※）需掌握的名词解释（※）

关节活动范围（ROM）：是指关节运动时所通过的运动弧，常以度数表示，又称关节活动度。

ROM 联系：关节活动度练习，是指根据每一特定关节可活动的范围，通过应用主动或被动的联系方法，维持关节的正常活动度，护肤和改善关节功能的联系方法。

等长练习：可增加肌肉张力而不改变肌肉长度的，因不伴明显的关节运动，又称静力练习。

优点：是不引起明显的关节运动，故可在肢体被固定的早期应用，以预防肌肉萎缩；也可在关节内损伤、积液、炎症时应用；并可利用较大负荷增强练习效果等。

缺点：是以增加静态肌力为主，并有关节角度的特异性，即因在某一关节角度下练习，只对增强关节处于该角度时的肌力有效。

等张练习：指对抗一定的负荷作关节的活动锻炼，同时也锻炼肌肉收缩。因伴有大幅度关节运动,又称动力练习。

优点：肌肉运动符合大多数日常活动的肌肉运动方式，同时有利于改善肌肉的神经控制。

等张练习可遵循大负荷、少重复次数、快速引起疲劳的原则进行，也可采用“渐进抗阻练习法”（简称 PRE）

进行肌肉锻炼时应注意：（※）

1、以患者的病情及运动需要为依据，制定适合患者的运动计划

2、肌肉锻炼前后应作充分的准备及放松运动，避免出现肌肉损伤。

3、严格掌握运动的量与频度，以达到肌肉适度疲劳而不出现明显疼痛为原则。

4、如锻炼中出现严重疼痛、不适，或伴有血压、脉搏、心律、呼吸、意识、情绪等方面的变化，应及时停止锻炼，并报告医生给予必要的处理。

5、注意肌肉等长收缩引起的升压反应及增加心血管负荷的作用，高血压、冠心病及其他心血管疾病的患者慎用肌力练习，严重者禁作肌力练习。

第八章 生命体征的评估与护理

生命体征：是体温、脉搏、呼吸、血压的总称

第一节 体温的评估与护理

体温（※）：又称体核温度，是指身体内部胸腔、腹腔和中枢神经的温度 （特点：稳定；较皮肤温度高）

皮肤温度：又称体表温度 （特点：稳定性差；低于体核温度）

一、正常体温及生理变化

（一）、体温的形成：糖、脂肪、蛋白质三大营养物质氧化分解而产生

（二）、产热与散热（※）

1、产热过程：化学方式产热，体液因素和神经因素参与产热调节

(1)成年人以战栗产热为主、(2)非战栗产热对新生儿尤为重要

产热部位：肝脏、骨骼肌

2、散热过程：物理方式散热

散热器官：皮肤（主要散热器官）、呼吸、排泄（尿、粪）

散热方式：辐射、传导、对流、蒸发

当外界温度低于人体皮肤温度时，机体大部分热量可通过辐射（主）、传导、对流等方式散热

当外界温度等于或高于人体皮肤温度时，蒸发就成为人体唯一的散热形式

（三）、体温调节：自主性体温调节、行为体温调节

自主体温调节：通常意义上的体温调节就是指自主体温调节

温度感受器

1、外周温度感受器：(1)热感受器、 (2)冷感受器

2、中枢温度感受器：(1)热敏神经元、(2)冷敏神经元

体温调节中枢：下丘脑视前区-下丘脑前部(P0/A0) 是体温调节中枢整合的关键部位

行为体温调节：

是人类有意识的行为活动

通过机体在不同环境中的姿势和行为改变而达到目的

以自主性体温调节为基础，是对自主性体温调节的补充

(四)、体温的生理变化

1、正常体温

※成人体温平均值及正常范围※

部位	平均温度	正常范围	
口温	37.0℃	36.3~37.2℃	97.3~99.0℉
肛温	37.5℃	36.5~37.7℃	97.7~99.0℉
腋温	36.5℃	36.0~37.0℃	96.8~98.6℉

- 2、生理变化：体温可随昼夜、年龄、性别、活动、药物等出现生理变化，一般不超过 0.5~1℃
- 昼夜：周期性波动，清晨 2~6 时最低，午后 1~6 时最高
- 年龄：儿童、青少年的体温高于成年人；老年人的体温低于青、壮年；
- 性别：成年女性的体温平均比男性高 0.3℃
- 肌肉活动：剧烈活动可增加产热

二、异常体温的评估及护理

(一)、**体温过高**（※）：一般而言，当腋下温度超过 37℃或口腔温度超过 37.5℃，一昼夜体温波动在 1℃以上可称为体温过高

2、临床分级：以口腔温度为例

低热	37.3~38.0℃	中等热	38.1~39.0℃
高热	39.1~41.0℃	超高热	41.0℃以上

3、发热过程：体温上升期、高热持续期、退热期

- 体温上升期：特点：产热 > 散热 表现：皮肤苍白、干燥无汗、畏寒、寒战
- 方式：骤升（数小时内升至高峰、见于肺炎球菌肺炎、疟疾等）
- 渐升（逐渐上升,在数天内升至高峰，见于伤寒等）
- 高热持续期：特点：产热和散热在较高水平趋于平衡
- 表现：面色潮红、皮肤灼热、口唇干燥、呼吸脉搏加快、头痛头晕、食欲不振、全身不适、软弱无力
- 退热期：特点：散热 > 产热 表现：大量出汗、皮肤潮湿 方式：骤退、渐退

4、常见热型：（※）

- 稽留热**：体温持续在 39~40℃，达数天或数周，24 小时波动范围不超过 1℃（见于肺炎球菌性肺炎、伤寒）
- 弛张热**：体温在 39℃以上, 24小时内温差达 1℃以上,体温最低时仍高于正常水平（见于败血症、风湿热、化脓性疾病）
- 间歇热**：体温骤然升高至 39℃以上，持续数小时或更长，然后下降至正常或正常以下，经过一个间歇，又反复发作，即高热期和无热期交替出现（见于疟疾）
- 不规则热**：发热无一定规则，且持续时间不定（见于流行性感冒、癌性发热）

5、体温过高的护理措施：（※）

- (1)、降温方法：物理降温，包括局部全身和药物降温。降温后 30 分钟测体温
- (2)、加强病情观察：生命体征；伴随症状；原因及诱因；治疗效果；出入量、体重
- (3)、补充营养和水份：流质或半流质（高热量、高蛋白、高维生素、易消化）；多饮水，每日 3000 ml
- (4)、促进患者舒适休息
- 高热者绝对卧床休息；低热者适当休息
- 口腔护理：晨起、餐后、睡前漱口、防止口腔感染
- 皮肤护理：保持皮肤清洁，及时更换衣服、床单，防止压疮等
- 室温适宜，环境安静，空气流通
- (5) 心理护理
- 体温上升期：了解心理反应，给予精神安慰
- 高热持续期：解除身心不适，满足合理要求

退热期：清洁卫生，补充营养

(二)、**体温过低**：体温低于正常范围称为体温过低。(体温低于 35℃称为体温不升)

1、原因：散热过多、产热减少、体温调节中枢受损

2、临床分度：轻度：32~35℃、中度：30~32℃、重度：<30℃瞳孔散大，对光反射消失、致死温度：23~25℃

3、临床表现：体温过低时病人常有体温不升、皮肤苍白、四肢冰冷、呼吸减慢、脉搏细弱、血压下降，感觉和反应迟钝、嗜睡、甚至昏迷等。

4、护理措施 (1) 环境温度 提供合适的环境温度，维持室温在 22-24℃左右。

(2) 保暖措施 给予毛毯、棉被、电热毯、热水袋，添加衣服，防止体热散失。

(3) 加强监测 观察生命体征，持续监测体温的变化，至少每小时测量一次，直至体温恢复至正常且稳定。
同时注意呼吸、脉搏、血压的变化。

(4) 病因治疗 去除引起体温过低的原因，使体温恢复正常。

三、体温测量技术

(一)体温计的种类 1、玻璃体温计 2、电子体温计

(二)体温计的消毒与检测 1、体温计消毒法：为了防止交叉感染，用后的体温计应进行消毒处理。消毒剂：70%乙醇、0.1%过氧乙酸，浸泡于消毒液中 30 分钟、再浸泡于另一容器中 30 分钟，清水冲净、擦干、置于清洁盒内

2、体温计检测法 将表甩至 35℃以下→同时放入 40℃温水中→3mm 后取出→读数相差 0.2℃以上不再使用

【注意事项】 1、测量体温前，应认真清点体温计的数量，并检查体温计是否完好，水银柱是否在 35℃以下。

2、精神异常、昏迷、婴幼儿、口腔疾患、口鼻手术或呼吸困难及不能合作者，不宜测口温；进食或面颊部冷、热敷后，应间隔 30min 后测量。

3、腋下出汗较多、腋下有创伤、手术、炎症者，肩关节受伤或极度消瘦夹不紧体温计者不宜测腋温。

4、腹泻、直肠或肛门手术者禁忌测肛温；心肌梗死患者不宜测肛温，以免刺激肛门引起迷走神经反射，导致心动过缓；坐浴或灌肠者须待 30min 后方可测直肠温度。

5、如患者不慎咬破体温计，应立即清除玻璃碎屑以免损伤唇、舌、口腔、食管和胃肠道黏膜，再口服蛋清或牛奶以延缓汞的吸收。若病情允许，可服用粗纤维食物，以促进汞的排出。

6、发现体温与病情不相符合时，应在床边监测，必要时测口温和肛温作对照。

7、严格做好体温计的清洁消毒工作，防止交叉感染。传染患者的体温计应固定使用。

8、向患者及家属讲解监测体温的重要性，影响体温的因素；学会体温的正确测量方法和异常体温的护理；增强自我护理能力。

第二节 脉搏的评估及护理

在每一个心动周期中，随着心脏的节律性收缩和舒张，动脉内的压力发生周期性变化，导致动脉管壁产生有节律的搏动，称为动脉脉搏，简称脉搏。

一、正常脉搏及生理性变化

(一)正常脉搏

脉率：成人安静状态下 60—100 次 / min

脉律：跳动均匀、间隔时间相等

脉搏强弱：取决于动脉充盈程度、脉压大小

脉搏紧张度：动脉壁光滑柔软，有一定弹性

(二)脉搏的生理性变化

1、年龄 脉率随年龄的增长而逐渐减低，到老年时轻度增加。

2、性别 女性脉率比男性稍快，通常相差 5 次/分。

3、活动、情绪 运动、兴奋、恐惧、愤怒、焦虑使脉率增快；休息使脉率减慢。

4、药物、饮食 进食、使用兴奋剂、浓茶或咖啡能使脉率增快；禁食、使用镇静剂、洋地黄类药物能使脉率减慢。

二、异常脉搏的评估及护理

(一)异常脉搏

1、脉率异常 (1) 速脉：指在安静状态下成人脉率每分钟超过 100 次，又称心动过速。

(2) 缓脉：指在安静状态下成人脉率每分钟少于 60 次，又称心动过缓。

2、节律异常 (1) 间歇脉：在一系列正常均匀的脉搏中，出现一次提前而较弱的脉搏，其后有一较正常延长的间歇(即代偿性间歇)，称间歇脉，亦称过早搏动。

(2) 绀脉：在同一单位时间内脉率少于心率，称脉搏短绀或绀脉。

3、强弱异常 (1) 洪脉：当心输出量增加，周围动脉阻力较小，动脉充盈度和脉压较大时，脉搏搏动强大有力，称洪脉。

(2) 丝脉：当心输出量减少，周围动脉阻力较大，动脉充盈度降低时，脉搏搏动细弱无力，扪之如细丝，称

(3) 交替脉：指节律正常而强弱交替出现的脉搏。

(4) 奇脉：当平静吸气时脉搏明显减弱或消失称为奇脉。

(5) 水冲脉：脉搏骤起骤落，急促而有力，如潮水涨落样称水冲脉。

4、动脉壁异常 正常动脉用手指压迫时，其远端动脉管不能触及，若仍能触到者，提示动脉硬化。

(二) 异常脉搏的护理措施：1、休息与活动 2、密切观察病情 3、备齐急救物品和急救仪器 4、心理护理 5、健康教育

第四节 血压的评估及护理

血压是血管内流动着的血液对单位面积血管壁的侧压力（压强）。在不同血管内，血压被分为动脉血压、毛细血管压和静脉血压，而一般所说的血压是指动脉血压。

一、正常血压及生理性变化

(一) 正常血压

以肱动脉血压为标准，正常成人安静状态下的血压范围为收缩压 90-139mmHg（12、0-18、6kPa），舒张压 60-89mmHg（8、0-12、0kPa），脉压 30-40mmHg（4、0-5、3kPa）。

血压的计量单位有 kPa 和 mmHg 两种，kPa 和 mmHg 之间的换算关系是：1mmHg=0、133kPa 1kPa=7、5mmHg

(二) 生理变化：1、年龄 2、性别 3、昼夜和睡眠 4、环境温度 5、体位改变 6、测量部位 7、其他 情绪激动、紧张、恐惧、兴奋、剧烈运动、吸烟可使血压升高。

二、异常血压的评估及护理

(一) 异常血压 1、高血压 指正常状态下，成人收缩压 ≥ 140 mmHg，和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg。

2、低血压 指正常状态下，成人收缩压低于 90 mmHg，舒张压低于 60 mmHg，称为低血压。

3、脉压变化 (1) 脉压增大 常见于动脉硬化、主动脉瓣关闭不全、动静脉瘘、甲状腺功能亢进。

(2) 脉压减小 常见于心包积液、缩窄性心包炎、末梢循环衰竭。

(二) 异常血压的护理措施 1、监测血压 2、劳逸结合 3、心理护理 4、健康教育

三、血压测量技术

(一) 血压计的种类 常用的血压计主要有水银血压计、无液血压计和电子血压计三种。

(二) 血压计的构造 血压计主要由三个部分组成。 1、输气球及调节空气压力的阀门。 2、袖带 由内层长方形扁平的橡胶气囊和外层布套组成。 3、测压计

第三节 呼吸的评估及护理

为确保新陈代谢的正常进行和内环境的相对稳定，机体需要不断地从外界环境中摄取氧气，并把自身产生的二氧化碳排出体外，这种机体与环境之间进行气体交换的过程，称为呼吸。

一、正常呼吸及生理性变化

(一) 正常呼吸 成人安静状态下：16—20 次 / 分，节律规则，呼吸运动均匀平稳，无声且不费力。呼吸与脉搏的比例为 1:4~1:5。一般情况下，男性及儿童以腹式呼吸为主；女性以胸式呼吸为主。

(二) 生理性变化：1、年龄 2、性别 3、运动 4、情绪 5、血压 6、其他 如环境温度升高，可使呼吸加深加快。

二、异常呼吸的评估及护理

(一) 异常呼吸

1、频率异常 (1) 呼吸过速：也称气促，指成人在安静状态下呼吸频率超过 24 次/min。

(2) 呼吸过缓：成人在安静状态下呼吸频率低于 12 次/min，称为呼吸过缓。

2、深浅度异常 (1) 深度呼吸：又称库斯莫呼吸，是一种深而规则的大呼吸，可伴有鼾音。

(2) 浅快呼吸：是一种浅表而不规则的呼吸，有时呈叹息样。

3、节律异常 (1) 潮式呼吸：又称陈-施氏呼吸，是一种周期性的呼吸异常，其表现为呼吸由浅慢逐渐变为深快，再由深快转为浅慢，经过一段时间的呼吸暂停(约 5-30s)后，又开始重复以上的周期性变化。(2) 间断呼吸：又称毕奥呼吸。表现为有规律的呼吸几次后，突然停止，间隔一段时间后又开始呼吸，如此反复交替。

4、声音异常 (1) 蝉鸣样呼吸：即吸气时产生一种极高的音响，似蝉鸣样。产生机制是由于声带附近阻塞。(2) 鼾声呼吸：即呼吸时发出一种粗大的鼾声，是由于器官或支气管内有较多的分泌物积蓄所致。多见于昏迷患者。

5、呼吸困难 呼吸困难是指呼吸频率、节律和深浅度的异常。临床上可分为：(1) 吸气性呼吸困难：患者表现为吸气困难，吸气时间延长，伴有明显的三凹征(胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙凹陷)。(2) 呼气性呼吸困难：患者表现为呼气费力、呼气时间延长。(3) 混合性呼吸困难：患者表现为吸气、呼气均感费力、呼吸表浅、频率增加。

(二) 护理措施 1、保持呼吸道通畅，必要时给予氧气吸入。

2、改善环境 保持环境清洁、安静、舒适，室内空气流动、清新，温度、湿度适宜，有利于患者放松和休息。

3、加强观察 观察呼吸的频率、深度、节律、声音、形态有无异常。

4、心理护理 维持良好的护患关系，稳定患者情绪，保持良好心态。

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/897133146123010050>