



医药卫生类专业工学结合精品教材
“互联网+教育”新形态一体化教材

基础护理

(第二版)

JICHU HULI

主 编 杨玉梅 余 虹

基础护理
(第二版)

主 编 杨玉梅 余 虹

北京出版集团
北京出版社



扫描二维码
共享立体资源

北京出版集团
北京出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

基础护理 / 杨玉梅, 余虹主编. —2 版. —北京:
北京出版社, 2020.8

ISBN 978-7-200-15810-6

I. ①基… II. ①杨… ②余… III. ①护理学—高等
学校—教材 IV. ① R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2020) 第 149902 号

基础护理 (第二版)

JICHU HULI (DI-ER BAN)

主 编: 杨玉梅 余 虹

出 版: 北京出版集团

北 京 出 版 社

地 址: 北京北三环中路 6 号

邮 编: 100120

网 址: www.bph.com.cn

总 发 行: 北京出版集团

经 销: 新华书店

印 刷: 定州启航印刷有限公司

版 印 次: 2020 年 8 月第 2 版 2020 年 8 月第 1 次印刷

成品尺寸: 185 毫米 × 260 毫米

印 张: 20.5

字 数: 461 千字

书 号: ISBN 978-7-200-15810-6

定 价: 65.00 元

教材意见建议接收方式: 010-58572162 邮箱: jiaocai@bphg.com.cn

如有印装质量问题, 由本社负责调换

质量监督电话: 010-82685218 010-58572162 010-58572393

目 录

单元一 入院护理	1
任务一 患者入院前护理	2
任务二 铺床法	7
任务三 搬运术	15
任务四 各种卧位	21
任务五 生命体征的观察与护理	29
任务六 医疗与护理文件的记录	53
单元二 安全的护理	70
任务一 医院环境	71
任务二 医院内感染与预防	76
任务三 护士职业安全与防护	106
单元三 生活护理	116
任务一 口腔护理	117
任务二 头发护理	121
任务三 皮肤护理	128
任务四 压疮的预防及处理	134
任务五 晨晚间护理	139
任务六 保护具应用	141
任务七 冷热疗法	147
单元四 用药的护理	166
任务一 给药的基本知识	167
任务二 口服给药法	171
任务三 吸入给药法	174
任务四 注射用药	179

任务五 药物过敏试验法	199
任务六 静脉输液	209
任务七 输血法	223
单元五 管道护理	234
任务一 呼吸道护理	235
任务二 消化道护理	251
任务三 泌尿道护理	287
单元六 患者出院的护理	305
任务一 一般患者出院的护理	306
任务二 临终患者护理	307
参考文献	320

■ 单元一 入院护理

学习目标

» 知识目标

1. 掌握患者进入病区的初步护理内容及分级护理的对象与内容；铺床法、搬运术、常用卧位的要求及适用对象；异常生命体征的常见类型、表现及护理；体温单、长期医嘱、临时医嘱、备用医嘱的相关知识。
2. 熟悉住院处、门诊、急诊的护理工作；床单位的设备及准备要求；正常人体的生命体征及其生理性变化、异常生命体征的原因及病理机制；入院病历、出院病历的排列及病案管理要求。
3. 了解门诊和急诊科的布局 and 设施；人体力学原理在护理工作中的应用；医疗护理文件管理的要求、原则和意义。

» 能力目标

1. 能对门诊患者实施门诊护理工作，并能熟练铺备用床、暂空床和麻醉床。
2. 能够使用平车、轮椅、挪动法、一人或多人搬运法运送患者。
3. 能为患者安置舒适、安全、有利于治疗的卧位。
4. 能够熟练测量体温、脉搏、呼吸、血压；正确绘制体温单及正确处理各种医嘱。

» 素质目标

1. 养成良好的护理操作风范：认真、仔细、熟练、省力的行为。
2. 能体谅患者的病痛，动作轻、态度和蔼。
3. 具备严谨、认真负责、和蔼、耐心、实事求是的工作态度。

护理情境

患者,男性,70岁。两天前因阵发性腹痛、恶心呕吐急诊入院。查体:体温 38°C ,脉搏100次/分,呼吸28次/分,血压15/10 kPa,面容痛苦,低声呻吟,强迫体位。腹部稍膨隆,可见肠型及蠕动波,肠鸣音亢进,可闻及气过水声,腹肌稍紧张,右侧腹部触及有压痛包块。X线检查可见右侧肠腔充气并有2~3个液平面,立即在硬膜外麻下手术。现患者术后7天持续发热,自述腹部胀痛,腹壁切口处出现红肿,而后从切口处流出带粪臭味液体约300 mL。遵医嘱给予完全胃肠外营养支持。

情境思考

1. 作为门诊护士应如何接待和护理?
2. 根据患者目前的状况,应给患者采取哪种最佳体位?
3. 所采取的体位对患者的治疗有何意义?

入院护理是每一个住院患者必经的初步住院护理工作:患者入院时须经过门诊或急诊医务人员的诊断和治疗护理后,再进行住院处入院登记和卫生处置等护理工作,再进入病区。病区护士通过热情的接待、准备床单位、采取合适的体位、通知医生、为患者测量生命体征并记录、根据医嘱实施分级护理等工作,为患者进一步治疗和护理做好准备。

任务一 患者入院前护理

患者入院前的护理工作是指患者在门诊或急诊就诊时,住院处办理住院登记手续时或患者刚进入病区时,护理人员对其进行的一系列护理活动。进行入院前护理,可使患者及家属感到被关怀、受欢迎,缓解其焦虑心理,促进患者适应医院的环境,同时按照护理程序的方法,为患者提供个别化、人性化的整体护理,满足患者的需要。

一、门诊部

门诊部是医院面向社会的窗口,是医疗工作的第一线,是直接对人民群众进行诊断、治疗和预防保健的场所。做好门诊工作,能反映医院的医疗、护理质量以及医院的综合管理水平。

(一)门诊部的设置与布局

门诊具有患者聚集、病种复杂、季节随机性强、交叉感染的机会大、工作人员流动性大和就诊时间短等特点。根据门诊的特点,门诊部的候诊、就诊环境要求光线明亮、空气流通、整洁安静、舒适,布局合理,标志和路标醒目,以方便患者就诊。同时保持



预习案例

环境的安静、整洁、美观，使患者感到舒适、亲切，从而建立对医院的信任感，易于主动合作。

门诊部设有导医处、挂号处、收费处、化验室、药房、综合治疗室与分科诊察室等。诊察室内备有诊察床，床前有遮隔设备，室内设有洗手池，有条件的医院备电子计算机，综合治疗室内备有必要的急救设备，如氧气、急救药品等。

门诊、急诊及住院部是医院的主要业务部门，与辅助诊疗部门共同组成医院的医疗组织结构，并相互协调，共同完成医疗、教学、科研、预防和指导基层的技术工作（图 1-1）。

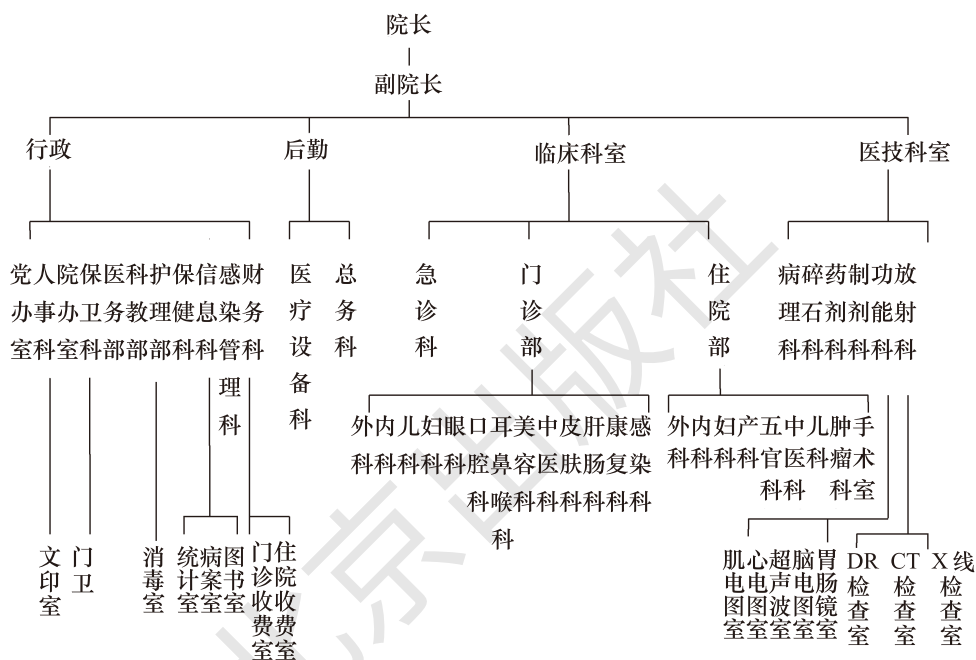


图 1-1 医疗组织结构图

（二）门诊部的护理工作

1. 预检分诊 预检分诊由经验丰富的护士担任。应热情、主动地接待就诊的患者，在扼要询问病史，观察病情的基础上做出初步诊断，给予合理的分诊指导和传染病管理，做到先预检分诊，后挂号诊疗。

2. 安排候诊与就诊 患者挂号后，分别到各科候诊室依次就诊，护士应做好就诊患者的护理工作。

- （1）开诊前准备好各种检查器械和用物，保持良好的诊疗环境和候诊环境。
- （2）分理初诊和复诊病案，收集整理化验单、检查报告等。
- （3）根据病情测量体温、脉搏、呼吸等，并记录在门诊病案上。
- （4）按先后次序叫号就诊，主动配合医生进行诊察工作。每位医生一个诊室，诊察床边有隔帘。一名医生一次只为一位患者检查，以示尊重患者并保护患者的隐私。
- （5）随时观察候诊患者的病情，遇到高热、剧痛、呼吸困难、出血、休克等患者，立

即安排提前就诊或送急诊科处理。对病情较重或年老体弱者,可适当调整就诊顺序。

3. 利用候诊时间开展健康教育 可采用口头、画廊、图片、录音、电视录像或赠送有关方面宣传的小册子等不同形式。同时热情、耐心地解答患者提出的询问。

4. 治疗工作 需在门诊部进行的治疗护理工作(如注射、换药、导尿、灌肠及穿刺等)应在门诊治疗室进行,工作中必须严格执行操作规程,确保操作安全有效。

5. 消毒隔离 门诊人群流动量大且集中,易发生交叉感染,因此要认真做好消毒隔离工作。传染病或疑似传染病的患者,应分诊到隔离门诊就诊,并做好疫情报告。门诊部的空气、地面、墙面、桌椅、诊察床、推车及担架等,应定期进行清洁、消毒处理。

二、急诊科

急诊科是医院接收和诊治危急症患者的场所,是抢救生命的第一线。急诊工作是指对危及生命的患者和意外伤害事件,立即组织人力、物力,按照急救程序进行抢救。急诊科患者病情急、周转快、时间性强,急诊科护理工作范围广、任务繁重而复杂,因此急诊科护士要求有高度的、良好的职业素质、严格的时间观念、娴熟的抢救技术,才能胜任高质量、高效能的急诊患者的抢救工作。



(职业技能)

医疗急救网络运用

医院急诊室能够在最短的时间内调集各科急救医生,得益于快速而有效的医疗急救网络运用。“120”与医院急诊室全部联网,医院急诊室事先已接到通报,即可安排相关医生急速到急诊室,这样患者一送到急救中心,相关的急救医生已等候在旁。同时,急诊室的预检护士将担当起分诊的重任,患者一到急救中心,护士就马上送其至相应的急救科室抢救,为抢救患者赢得宝贵时间。

(一) 急诊科的设置和布局

急诊科要设有专用通道和宽敞的出入口、标志和路标醒目、夜间有明显的灯光、室内光线充足,空气流通,整洁安静,布局合理、物品放置有序并保持其性能良好,以方便急诊患者就诊和争取抢救时间。

急诊科一般设有预检处、诊疗室、治疗室、抢救室、监护室及扩创室等。此外,急诊科还配有药房、X线检查室、心电图室、挂号室及收费室等,形成一个相对独立的单元。

(二) 急诊护理工作

1. 预检分诊 预检护士要掌握急诊患者就诊的标准,做到一问、二看、三检查、四分诊。遇到危重患者立即通知值班医生和抢救室护士;遇到意外灾害事件,立即通知护士长和相关科室;遇到法律纠纷、刑事案件、交通事故等事件,应迅速向医院保卫部门或与公安部门取得联系,并请家属或陪送者留下。

2. 急救物品的准备 要备好各种急救药品和抢救设备。一切抢救物品要做到“五定”，即定数量、定点放置、定人保管、定期消毒和灭菌、定期检查维修，使抢救物品完好率达 100%，以最大限度地缩短就诊时间，确保抢救成功。

常用的急救物品准备：①一般诊疗及护理物品。②无菌物品及各类无菌急救包。要有注射器、输液器、输血器、静脉切开包、气管插管包、导尿包等。③抢救器械：中心供氧系统、吸引器、除颤器、心脏起搏器、心电监护仪、呼吸机、洗胃机等，条件许可可备有 X 线机、手术床、多功能抢救床。④抢救药品：中枢神经兴奋剂、镇静剂、镇痛药、抗休克药、抗心力衰竭药、抗心律失常药、抗过敏药、止血药、激素、解毒药、止喘药、纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调药物、各种静脉制剂、局部麻醉药及抗生素等，并备用简明扼要的说明卡片。⑤通信设备：设有自动传呼系统、对讲机、电话等。

3. 配合抢救工作 医生未到抢救现场之前，护士应根据病情做出初步判断，并给予紧急处理，如测血压、吸痰、给氧、止血、配血、建立静脉通道、实施人工呼吸、胸外心脏按压；医生到达后，立即报告病情及处理情况，正确执行医嘱，积极配合抢救，严密观察病情变化，为医生提供抢救资料。

(1) 严格执行抢救程序，做到分秒必争。

(2) 做好抢救记录，严格查对制度，要求抢救记录字迹清晰、及时、准确；必须注明时间，包括患者和医生到达时间、抢救措施实施及停止时间；记录执行医嘱的内容及病情的动态变化。

(3) 抢救中执行口头医嘱时必须向医生复述一遍，经医生确认后执行。抢救完毕后，请医生及时补写医嘱和处方。抢救中使用的药品、空安瓿瓶、空液体瓶、输血空袋等应集中放置，需经两人核对是否与医嘱相符后方可丢弃。

4. 病情观察 急诊科设有留观室，又称急诊观察室。设有一定数量的观察床，收治已明确诊断或暂不确诊以及病情危重但暂时住院困难的患者，留观时间一般是 7 天。留观室护理工作包括：

(1) 入室登记，建立病案，认真填写各项记录，书写病情报告。

(2) 主动巡视与观察病情，及时完成医嘱，加强生活及心理护理。

(3) 做好出入室患者及家属的管理。

三、住院处的护理工作

(一) 办理入院手续

患者经初步诊断需住院时，患者或家属须持医生签发的住院证到住院处办理入院登记、填写住院病历首页，缴纳住院金等手续。住院处接收患者后立即通知病区值班护士做好接收新患者的准备。

急、危重患者多从急诊科直接送入病区，或由急诊科送手术室，手术后再送入病区，其入院手续由家属或工作人员补办。

(二) 实施卫生处置

患者入病室前，根据医院的条件、患者的病情及身体状况，应在卫生处置室进行卫

生处置,如给患者理发、沐浴、更衣、剪指甲等。有虱虬者,应先灭虱再做卫生处置。危、急、重症患者或即将分娩者可酌情免浴。传染病或疑似传染病者按消毒隔离原则处理。患者的衣服或不需用的物品可交家属带回或按手续暂时存放于住院处。

(三) 护送患者入病区

由住院处护士携带病历护送患者入病区。根据病情,可步行或用轮椅、平车或担架护送。护送过程中采取合适的体位,注意安全并保暖,保证必要的治疗,如输液、吸氧等。护送患者至病区后,住院处护士应与病区护士对患者的病情、诊治经过、护理措施、卫生情况及物品等进行交接。

四、患者进入病区后的初步护理

(一) 一般患者进入病区后的初步护理

1. 准备床单位 病区护士接到住院处通知后,应立即准备合适的床单位。将备用床改为暂空床,准备患者所需用物,如脸盆、痰杯、热水瓶等。

2. 迎接新患者 护理人员应以热情的态度迎接新患者至指定的病室床位,并妥善安置患者。向患者作自我介绍,说明护理人员将为患者提供的服务及护理人员的工作职责,为患者介绍邻床病友、扶助患者上床休息等。在接触患者的过程中,以自己的行动和语言消除患者的不安情绪,增强患者的安全感和对护理人员的信任感。

3. 通知负责医生诊查患者 必要时,协助医生为患者进行体检、治疗。

4. 为患者测量体温、脉搏、呼吸、血压和体重 必要时测量身高。

5. 填写住院病历和有关护理表格

(1) 用蓝黑钢笔逐项填写住院病历及各种表格眉栏项目。

(2) 用红钢笔将患者入院或转入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(一览表卡)、床头(尾)卡。

6. 介绍与指导 向患者及家属介绍病区环境、有关规章制度、床单位及相关设备的使用方法,指导常规标本的留取方法、时间及注意事项。

7. 执行入院医嘱 按医嘱执行各项治疗,并给予护理措施。通知营养室为患者准备膳食。

8. 入院护理评估 按护理程序收集患者的健康资料。对患者的健康状况进行评估,了解患者的身体情况、心理需要及健康问题,制订护理计划、填写入院记录评估单。

(二) 急诊患者的入院护理

1. 准备床单位 护士接到入院通知后,应尽快为危重患者准备抢救室或重危病房,床上加铺橡胶单、中单或一次中单,急诊手术患者,须铺好麻醉床。

2. 做好急救准备 准备好急救器材及药品(如急救车、氧气、吸引器、输液器具等)。

3. 安置患者 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 密切观察患者病情变化,积极配合医生进行抢救,并做好护理记录。

5. 暂留陪护人员询问病史 对于不能正确叙述病情和需求的患者(如语言障碍、听力障碍)、意识不清的患者、婴幼儿等,须留陪护人员,以便询问患者病史。

五、分级护理

分级护理是指根据患者病情的轻重缓急以及自理能力的评估结果,给予不同级别的护理,有利于护理质量的提高。通常将护理级别分为四个级别,即特别护理、一级护理、二级护理及三级护理。各级护理级别的适用对象及护理内容见表 1-1。

表 1-1 各级护理级别的适用对象及护理内容

护理级别	适用对象	护理内容
特别护理	病情危重,需随时观察、进行抢救的患者。如严重创伤、各种复杂疑难的大手术后、器官移植术、大面积烧伤和心、肺、肾、肝衰竭等	1. 专人 24 h 护理,严密观察病情及生命体征 2. 制订护理计划,严格执行各项诊疗及护理措施,及时填写特别护理记录单 3. 准备好急救器材和药品,以便随时急用 4. 做好各项基础护理,严防并发症,保证患者安全
一级护理	病情危重,需绝对卧床休息的患者。如各种大手术后、高热、昏迷、中毒、肝肾功能衰竭的患者和早产婴儿等	1. 每 1 h 巡视一次,观察病情及生命体征 2. 制订护理计划,严格执行各项诊疗及护理措施,及时填写特别护理记录单 3. 做好各项基础护理,严防并发症,满足患者身心两方面的需要
二级护理	病情较重,生活不能自理的患者。如大手术后病情稳定者、年老体弱、慢性病不宜多活动者、幼儿等	1. 每 1~2 h 巡视一次,观察病情 2. 按护理常规实施护理 3. 生活上给予必要的协助,了解患者病情动态,满足身心两方面的需要
三级护理	轻症、生活基本能自理的患者,如一般慢性病、疾病恢复期及择期手术前准备阶段等	1. 每日巡视患者 2 次,观察病情 2. 执行护理常规 3. 卫生保健指导,督促患者遵守医院规章制度,了解患者的病情动态及心态,满足其身心两方面的需要

在临床工作中,为了更直观地了解患者的护理级别,及时观察患者的病情和生命体征变化,做好基础护理及完成护理常规,以满足患者身心需要,通常需在护理站患者一览表上的诊断卡和患者床头(尾)卡上,采用不同颜色的标志来表示患者的护理级别。特级和一级护理采用红色标志,二级护理采用黄色标志,三级护理采用绿色标志。

任务二 铺床法

床是患者休息与治疗等最基本的生活单位。尤其是卧床患者,饮食、排泄、活动等都在床上,所以患者床单位的设备及管理要以患者的舒适、安全和有利于疾病康复为前提。医院常用的铺床法有



预习案例

铺备用床、暂空床、麻醉床三种。床单位要保持整洁,床上用物需定期更换。

一、床单位及设备

病房设有数量不等的病床单位,病床之间的距离应为 0.9~1.0 m。病床单位的固定设备有:床、床垫、床褥、棉胎或毛毯、枕芯、大单、被套、枕套、橡胶中单和中单(必要时)、床旁桌、床旁椅及床上桌、床头墙壁上有照明灯、呼叫装置、供氧和负压吸引管道等。有条件的医院每个房间还应设有卫生间和储物的衣橱(图 1-2)。

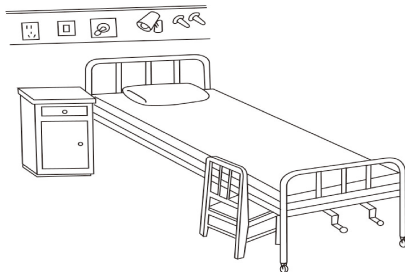


图 1-2 床单位的设施

(一) 患者床单位的设备

1. 病床 床是生活环境中最主要的设备之一,医院常用的设备有:

(1) 钢丝床(图 1-3-A):一般病床的规格长 200 cm、宽 90 cm、高 60 cm,可分别摇起床头、床尾或膝下支架,以调节体位;床脚装有小轮,以方便移动;床的两侧设有护栏,防止患者坠床。

(2) 木板床:供骨科患者使用,有的则在钢丝床上放一木板。

(3) 自动控制的多功能床(图 1-3-B):患者可以通过按钮控制升降或更换体位。

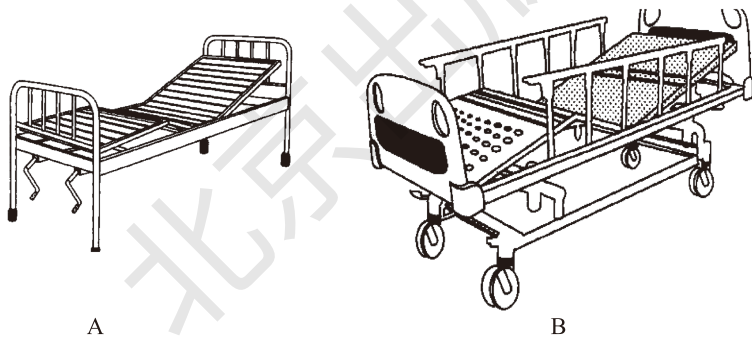


图 1-3 钢丝床与多功能床

A. 钢丝床 B. 电动控制的多功能床

2. 床上用品 床上用品包括床垫、床褥、大单、棉胎或毛毯、被套、枕芯、枕套、橡胶中单和中单(需要时)。

(1) 床垫:长宽与床同规格,厚 10 cm。可用棕丝、海绵、马鬃或木棉作垫芯,包布应选用牢固的布料制作,以免承受重力发生凹陷。

(2) 床褥:长宽与床垫相同,一般以棉花作褥芯,并可防止床单滑动。

(3) 棉胎:长 230 cm,宽 160 cm,多用棉花胎,也可用人造棉胎或羽绒胎。

(4) 枕芯:长 60 cm,宽 40 cm,内装木棉、蒲绒、羽绒或人造棉。

(5) 大单:长 250 cm,宽 180 cm,用棉布制作。

(6) 被套:长 250 cm,宽 170 cm,用棉布制作,开口应在尾端,并钉有布带或

纽扣。

(7) 枕套：长 65 cm，宽 45 cm，用棉布制作。

(8) 中单：长 170 cm，宽 85 cm，用棉布制作。

(9) 橡胶中单：长 85 cm，宽 65 cm，长的两端各加棉布 40 cm。

3. 床旁桌 放置在病床旁的小桌，供患者放置日常生活的物品。上层是抽屉，下层是柜子。两侧或后面设金属杆晾挂毛巾。床旁桌应坚固，桌面光滑，方便清洁，不易被化学物质损坏。床旁桌的桌脚应装有固定的橡胶轮，方便移动。

4. 床旁椅 椅子供患者或来访者使用。椅子有两种，一种为垂直靠背椅，另一种为有扶手坐垫的休闲椅。

5. 床上桌 供患者在床上进食、写字、阅读使用。也可以暂时放置医务人员所需的物品。床上桌由杆轴托立，可调整合适的高度。用毕放还原处。

6. 床头墙壁上的装置

(1) 床头灯：可调节灯的亮度。用于患者阅读或医护人员治疗护理时使用。

(2) 呼叫系统：当患者需要帮助时，所发出的求援信息。因此按钮或拉绳必须放在患者方便触及处。当患者寻求帮助时，护理人员应立即给予回应。

(3) 其他装置：中央供氧、中央负压吸引管道等设备，一般在患者需要时使用。

(二) 各单的折叠方法

在铺床前应大单、被套、棉胎等按正确的方法折叠，既可节省时间，又可节省体力。具体方法如下：

1. 大单 正面在内，纵向对折 2 次后，边向中线对齐，中线在外，再横向对折 2 次或 3 次。

2. 橡胶中单 正面朝内，横向对折 2 次后，边向上与中线对齐，再横折 1 次。

3. 中单 同橡胶中单。

4. 被套 正面在外，纵向对折 2 次后，边与中线对齐，再将两端分别纵向向中线对折。

5. 棉胎或毛毯 纵向 3 折后，再横向 S 形折叠。

6. 床褥 横向 S 形 3 折后，再纵向对折 1 次。

各单的折叠方法很多，可根据实际情况选择折叠方法。

二、铺床法

铺床 (bed making) 是为了保持病床单位整齐，满足患者休息的需要。铺床要符合实用、安全、舒适、耐用的原则。常用的铺床法有铺备用床、铺暂空床、铺麻醉床。

(一) 铺备用床 (closed bed) (图 1-4)

【目的】

(1) 保持病室整洁、舒适、美观。

(2) 准备接收新患者。

【评估】

- (1) 病室内患者有无进餐或接受治疗。
- (2) 病床及床垫是否完好、安全,床单、被套是否符合床、棉胎尺寸,盖被是否符合季节需要。
- (3) 床旁设施如呼叫系统、照明灯是否完好,供氧和负压吸引管道是否通畅,有无漏气。

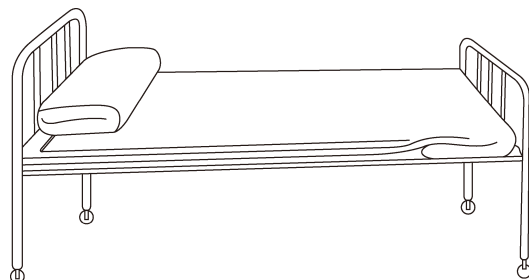


图 1-4 铺备用床

【计划】

- (1) 操作者准备: 洗手、戴口罩、着装整齐,熟悉铺备用床的操作方法。
- (2) 用物准备: 枕芯、枕套、棉胎、被套、大单、床褥。
- (3) 环境准备: 病室内无患者进餐或治疗。

【实施】

- (1) 操作步骤(被套式,表 1-2)。

表 1-2 铺备用床法

操作步骤	要点与说明
1. 按使用顺序备齐用物,携至床旁	• 避免多次来回走动,提高工作效率
2. 移开床旁桌离床约 20 cm,移床旁椅至床尾正中,距床尾约 15 cm	• 留有空间,方便操作
3. 固定床的脚轮,调整高度	• 避免床移动,方便操作,节省体力
4. 检查床垫有无凹陷,根据需要翻转或更换床垫	• 避免床垫局部长期受压而凹陷
5. 将所有用物放在床旁椅上	• 方便拿取用物
6. 将床褥齐床头平铺于床垫上	
7. 铺大单 (1) 取大单放于床褥上,将大单的横、纵中线与床褥的横、纵中线对齐,同时向床头、床尾展开。再将靠近护士侧(近侧)大单向近侧下拉展开,将远离护士侧(远侧)大单向远侧展开 (2) 先铺近侧床头大单:一手托起床垫一角,一手伸过床头中线将大单折在床垫下,在距床头约 30 cm 处,向上提起大单边缘,使其同床边垂直,呈三角形,以床沿为界,将三角形分为两半,上半三角形暂时放在床上,先将下三角平整的塞入床垫下,再将上半三角翻下塞入床垫下(图 1-5) (3) 至床尾将大单向对侧展平,对齐床中线,前后拉紧,同上述方法铺好床尾大单 (4) 两手将大单中部边缘托紧,平塞入床垫下 (5) 护士转至对侧,同法铺好对侧大单	• 护士站在床头一侧,减少来回走动 • 正确运用人体力学原理 • 使用肘部力量,双脚分开两膝并稍弯曲,确保身体平稳 • 铺大单应遵循先床头后床尾再中部;先近侧后对侧的原则 • 保证大单平整、美观,患者睡卧舒适

续表

操作步骤	要点与说明
8. 铺盖被(被套式) ◆ “S”形式 (1) 取正面向外已折好的被套, 齐床头、纵中线与床纵中线对齐, 开口端向床尾, 放于铺好的大单上 (2) 展开铺平被套, 将尾部开口端的上层倒转向上翻约 1/3 (3) 将“S”形折叠的棉胎放入被套开口处, 底边与被套开口边缘平齐 (4) 将棉胎上缘中点向上托至被套封口端, 对好两上角, 棉胎向两侧展开, 平铺于被套内(图 1-6), 盖被上端与床头平齐 (5) 至床尾逐层拉平盖被, 系带 (6) 两侧边缘向内折叠与床沿平齐, 尾端内折或塞于床垫下, 与床尾平齐 ◆ 卷筒式 (1) 将被套反面向外, 平铺于大单上, 开口端向床尾 (2) 将棉胎(毛毯)平铺在被套上, 将上缘与被套封口边对齐 (3) 将棉胎与被套一并从床头卷至床尾或从床尾卷至床头, 从开口处翻转, 至床尾展平各层, 系带 (4) 其余同“S”形式折成被筒	- 方便棉胎放入被套 - 棉胎上端与被套封口处紧贴 - 保持被头充实 - 床面整齐、美观
9. 套枕套 (1) 在床尾处将枕套套于枕芯上, 四角充实, 系带 (2) 轻拍松枕头并整理, 平放于床头盖被上, 开口处背门	- 枕头充实平整, 患者睡卧舒适 - 开口侧背门放置, 使病室整齐、美观
10. 移回床旁桌、椅	病室物品统一放置, 保持病室的整齐
11. 整理用物, 洗手	防止交叉感染

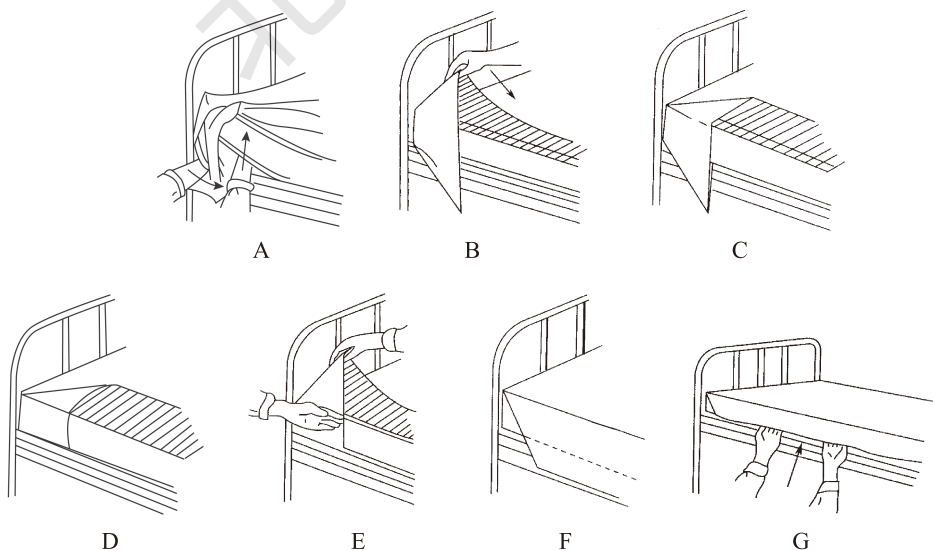


图 1-5 铺床角法



图 1-6 “S”形式套被套法

(2) 注意事项。

①避免发生交叉感染：铺床前洗手。病室内有患者进餐或治疗时，应暂缓铺床。操作中动作要轻稳，不宜有过大、抖动、拍打等动作，避免尘埃飞扬。

②保护患者的皮肤免受刺激：选用清洁干燥的床褥、被套、床单；铺好的床应平紧、安全、实用、耐用、整齐、无皱褶。

③操作中注意事项：用物准备要齐全，并按使用顺序放置，减少走动的次数。能升降的床，应将床升至方便的高度，避免腰部过度弯曲或伸展。铺床时身体应靠近床边，上身保持直立，膝稍弯曲，两腿分开与肩同宽，两脚根据情况前后或左右分开，以扩大支撑面，降低重心，增加身体的稳定性。操作时尽量使用肘部力量，动作平稳有节律，连续进行，避免无效动作。

【评价】

- (1) 病床符合实用、耐用、舒适、安全的原则。
- (2) 大单表面平紧、无皱褶，中缝对齐，四角平整、紧扎。
- (3) 被头充实、盖被平整、两缘内折对称。
- (4) 枕头平整，四角充实，开口端背门放置。
- (5) 操作流畅，注意节省体力。
- (6) 病室、病床单位环境整洁、美观。

(二) 铺暂空床(unoccupied bed) (图 1-7)

【目的】

- (1) 迎接新患者入院。
- (2) 供暂离床活动的患者使用。
- (3) 保持病室的整洁、美观。

【评估】

- (1) 入院患者的病情、诊断。
- (2) 住院患者的病情，是否可以暂时离开病床。

【计划】

- (1) 操作者准备：洗手、戴口罩、着装整齐，熟悉铺暂空床的操作方法。
- (2) 用物准备：床褥、大单、被套、棉胎、枕套、枕芯，必要时准备橡胶中单、中单。
- (3) 环境准备：病室内无患者进餐或接受治疗。

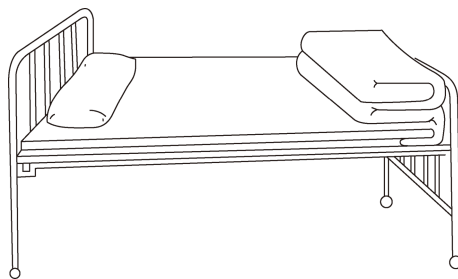


图 1-7 铺暂空床

【实施】

(1) 操作步骤(表 1-3)。

表 1-3 铺暂空床法

操作步骤	要点与说明
1. 备齐用物携至床旁	
2. 整理盖被(被套式, 备用床改为暂空床): 将备用床盖被上段呈扇形三折于床尾, 并使之平齐	· 方便患者上床, 保持病室整齐美观
3. 必要时, 铺橡胶中单和中单至床的中段, 将橡胶中单上缘距床头 45~50 cm, 中线和床中线对齐, 中单以同样的方法铺在橡胶中单上, 橡胶中单和中单边缘下垂部分一起平整地塞入床垫下, 转至对侧, 同法拉紧铺好橡胶中单和中单	· 根据病情决定铺放橡胶中单和中单的位置 · 避免污染床单和床褥
4. 整理用物, 洗手	

(2) 注意事项: 同铺备用床。

【评价】

- (1) 患者上、下床方便, 躺卧时感觉舒适。
- (2) 病床符合实用、耐用、舒适、安全的原则。
- (3) 操作方法正确, 符合节省体力的原则。
- (4) 用物准备符合病情的需要。

(三) 铺麻醉床(anesthetic bed)(图 1-8)

【目的】

- (1) 便于接收和护理麻醉手术后患者。
- (2) 使患者安全、舒适, 预防并发症。
- (3) 保护床上用物不被血液或呕吐物等污染, 便于更换。

【评估】

(1) 患者的病情、诊断、手术名称和麻醉方式、术后需要的抢救和治疗物品等。

- (2) 呼叫系统是否完好, 供氧管道、负压吸引管道是否通畅。
- (3) 病室环境是否符合铺床操作的进行。

【计划】

(1) 操作者准备。

洗手、戴口罩、着装整齐, 熟悉铺麻醉床的操作方法和护理的准备。

(2) 用物准备。

①床上用品: 同备用床, 另备床刷及套、中单和橡胶中单(各 2 张)、污衣袋。

②麻醉护理盘: 无菌巾内放置开口器、压舌板、舌钳、牙垫、治疗碗(内盛 0.9% 氯

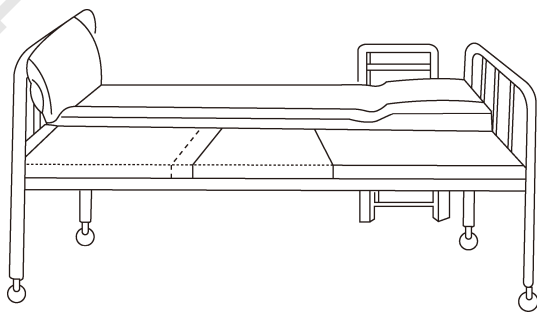


图 1-8 铺麻醉床

化钠液)、输氧气导管、吸痰导管、镊子、棉签、纱布。无菌巾外放置电筒、血压计、听诊器、治疗巾、弯盘、胶布、护理记录单、笔。有条件的准备心电监护仪。

③其他:输液架,必要时准备氧气筒、吸痰器、胃肠减压器,冬天按需要准备热水袋及套、毛毯等。

(3)环境准备。

病室内无患者进餐或接受治疗。

【实施】

(1)操作步骤(表1-4)。

表 1-4 铺麻醉床法

操作步骤	要点与说明
1. 按使用顺序备齐用物,携至床旁	· 节省时间和精力
2. 移开床旁桌离床约 20 cm,移开床旁椅于床尾正中,离床尾约 15 cm。固定床的脚轮,调整高度	· 留有空间,方便操作
3. 撤下床上原有的各单,放于污衣袋内,洗手	· 降低手术后患者受感染的危险性,使患者舒适
4. 检查翻转床垫,必要时更换。床褥对齐床头,扫净床褥上的渣屑	
5. 用物放置于床旁椅上	
6. 按备用床程序铺近侧大单	· 节省时间,方便操作
7. 根据患者的手术部位和麻醉方式,按需铺好橡胶中单和中单 (1) 将一张橡胶中单和中单分别对好床中线。铺在床中部,边缘平整地塞入床垫下 (2) 另一张橡胶中单和中单铺于床头或床尾。橡胶中单和中单边缘应平齐床头或床尾放置,另一边压在中部的橡胶中单和中单上,边缘平整的塞入床垫下	· 颈胸部手术可铺在床头;腹部手术铺在床中部;下肢手术可铺在床尾,橡胶中单和中单的上端应距床头 45~50 cm · 橡胶中单保护床褥,防止呕吐物、分泌物或伤口渗液污染病床 · 非全麻手术患者只需在手术部位下方铺橡胶中单和中单即可
8. 转至对侧用同样的方法铺好大单、橡胶中单和中单	
9. 按铺备用床法套好盖被。盖被上端与床头平齐,两侧内折,与床边沿对齐,被尾内折与床尾平齐	· 方便手术后的患者由平车移至床上
10. 将盖被呈扇形三折叠于一侧床边,开口向着门	· 天冷时可加热水袋,热水袋加套放于床中部或尾部盖被内,使患者温暖、舒适
11. 套好枕套并拍松整理枕头,将枕头横立放置于床头,开口侧背门	· 枕头横立于床头,防止患者因躁动撞伤头部
12. 移回床旁桌,床旁椅放在接收患者对侧的床尾	· 便于患者移至床上
13. 麻醉护理盘放于床旁桌上,其他物品按需要放置	· 便于抢救、护理患者时,及时取用
14. 整理用物,洗手	

(2)注意事项。

①~③同铺备用床。

④避免感染的发生：铺麻醉床时应更换清洁的被单、保证术后患者舒适，防止交叉感染。拆床单时动作不宜过大，避免抖动、拍打等动作，以免致病菌随空气流动传播。

⑤中单要完全遮盖橡胶中单，避免橡胶中单与患者皮肤直接接触，引起患者的不适。

⑥麻醉未醒的患者应去枕平卧，头偏向一侧，避免呕吐物或分泌物误吸入气管，引起吸入性肺炎或窒息。

【评价】

(1) 术后患者能及时得到抢救和护理，护理物品齐全。

(2) 患者感觉舒适、安全。

(3) 病床符合实用、耐用、舒适、安全的原则。



拆床单法



添加毛毯及罩单法

任务三 搬运术

患者入院、出院、住院期间需要暂离病室到辅助性科室进行检查，如做B超、X线检查或者到室外活动，但由于病情影响，行动不便，护士应采用运送患者的方法为患者提供帮助，以满足患者的需要。常用的方法有轮椅运送法、平车运送法和担架运送法。

一、人体力学在护理工作中的应用

人体力学 (body mechanics) 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。正确的姿势有利于维持人体正常的生理功能，并且只需消耗较少的能量，就能发挥较大的工作效能。不正确的姿势易使人体肌肉产生紧张和疲劳，影响人体健康。

护理人员在执行各项护理操作时，正确运用人体力学原理，维持良好的姿势，可减轻自身肌肉紧张及疲劳，提高工作效率。同时，运用人体力学原理协助患者维持正确的姿势和体位，避免肌肉过度紧张，可增进患者的舒适感，促进康复。

(一) 利用杠杆作用

护理人员操作时，应靠近操作物体；两臂持物时，两肘紧靠身体两侧，上臂下垂，前臂和所持物体靠近身体，使阻力臂缩短，从而省力。必须提拿重物时，最好把重物分成相等的两部分，分别由两手提拿。若重物由一手提拿，另一手应向外伸展，以保持平衡。

(二) 扩大支撑面

护理人员在操作时，应该根据实际需要两脚前后或左右分开，以扩大支撑面。例如，护理人员协助患者移动体位时，两脚应前后或左右分开，尽量扩大支撑面；协助患者侧卧位时，应使患者两臂屈肘，一手放于枕旁，一手放于胸前，两腿前后分开，上腿屈膝屈髋在前，下腿稍伸直，以扩大支撑面，增加患者的稳定性。

(三)降低重心

护理人员在提取位置较低的物体或进行低平面的护理操作时,双下肢应随身体动作的方向前后或左右分开,以增加支撑面,同时屈膝屈髋,使身体呈下蹲姿势,降低重心,重力线在支撑面内,保持身体的稳定性。

(四)减少身体重力线的偏移

护理人员在提取物品时,应尽量将物品靠近身体;抱起或抬起患者移动时,应将患者靠近自己的身体,以使重力线落在支撑面内。

(五)尽量使用大肌肉或多肌群

护理人员进行护理操作时,能使用整只手时,避免只用手指进行操作;能使用躯干部和下肢肌肉的力量时,尽量避免使用上肢的力量。例如,端持治疗盘时,应五指分开,托住治疗盘并与手臂一起用力,使用多肌群用力,不易疲劳。

(六)使用最小肌力做功

护理人员移动重物时,应注意平衡、有节律,并计划好重物移动的位置和方向。护理人员应掌握以直线方向移动重物,尽可能遵循推或拉代替提取的原则。

将人体力学的原理正确地运用到护理操作中,可有效地减少护理人员工作中不必要的力的付出,起到省力省力的作用,提高工作效率;同时,运用力学原理保持患者良好的姿势和体位,可以增进患者的舒适感,促进其康复。

二、轮椅运送患者法

【目的】

- (1)护送不能行走但能坐起患者入院、出院、检查、治疗或室外活动。
- (2)帮助患者活动,促进血液循环及体力恢复。

【评估】

- (1)患者的病情、体重、意识状态、活动能力、心理合作程度。
- (2)轮椅各部件是否完好,功能是否正常。
- (3)室外温度情况。

【计划】

- (1)患者准备:评估患者病情,给患者及家属做好解释,以取得配合。
- (2)操作者准备:着装整齐、规范,操作前洗手。了解轮椅运送的目的,熟悉轮椅运送法的操作程序,向患者解释操作的目的及注意事项。
- (3)用物准备:轮椅,根据季节备毛毯和保暖手套、别针,必要时备软枕。
- (4)环境准备:地面整洁、环境宽敞,便于轮椅出行。

【实施】

- (1)操作步骤(表1-5)。

表 1-5 轮椅运送患者法

操作步骤	要点与说明
1. 向患者解释操作的目的、方法及配合要求, 据季节穿好外套、备好毛毯	- 取得患者配合 - 保护患者以免受凉
2. 检查轮椅性能, 推轮椅至床旁, 使椅背与床尾平齐, 面向床头, 翻起脚踏板, 将闸制动	保证患者安全, 方便患者入座, 防止滑动跌伤
3. 协助患者坐于床缘, 嘱患者用手掌撑在床面维持坐姿, 协助患者穿上外衣及鞋袜, 观察并询问患者有无不适	确保患者安全, 询问患者有无眩晕等不适
4. 协助患者坐于轮椅上。请患者双手置于护士肩上, 护士双手抱住患者腰部, 协助患者下床; 告知患者用其近轮椅之手扶住轮椅外侧把手, 转身坐入轮椅中; 或由护士环抱患者, 协助患者坐于椅中 (图 1-9-A)	- 病情允许时, 护士可站在轮椅背后 - 固定轮椅, 患者自行坐入轮椅
5. 需用毛毯保暖时, 可将毛毯单层两边直铺在轮椅上, 使毛毯上端高出椅背约 15 cm。将毛毯上端边缘向外 10 cm, 围在患者颈部, 用别针固定, 并用毛毯围包双臂做成两个袖筒, 各用别针固定在腕部, 再用毛毯围好上身, 将双下肢和脚包裹, 翻下脚踏板, 脱鞋后让患者双脚置于其上 (图 1-9-B)	- 注意患者保暖, 以免受凉 - 使足部获得支托 - 如有下肢水肿、溃疡或关节疼痛, 可在脚踏板上垫上软枕, 抬高双脚
6. 整理床单位, 铺成暂空床	保持床单位整洁
7. 观察病情, 嘱患者扶住扶手, 尽量靠后坐, 勿前倾、勿自行站起或下轮椅, 松闸, 推患者至目的地	确保患者安全, 身体不能平衡者应系安全带。运送中观察和询问病情。下坡时应减速, 有门槛时, 翘起前轮, 避免过大震动
8. 下轮椅时, 将轮椅推至床尾, 将闸制动, 翻起脚踏板	
9. 护士立于患者身前, 两腿稍分开, 屈膝曲髋, 两手置于患者腰部, 患者双手放于护士肩上, 协助站立, 慢慢坐回床缘, 协助脱去外套	也可借助轮椅扶手、床缘, 协助患者站立
10. 协助患者取舒适卧位, 盖好盖被	寒冷季节注意保暖
11. 整理床单位, 观察病情, 将轮椅放回原处, 洗手, 记录	

(2) 注意事项。

①经常检查轮椅性能, 确保正常使用。

②轮椅运送过程中, 嘱患者尽量向后靠; 身体不平衡时, 应系安全带, 以免发生意外。

③随时观察患者病情, 发现头晕、面色苍白、呼吸加快等不适时及时处理。

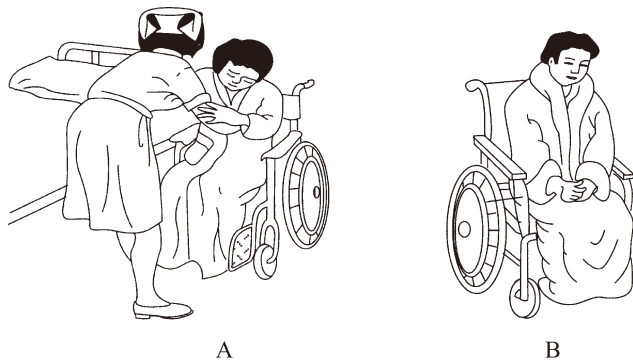


图 1-9 协助患者坐轮椅

【评价】

- (1) 患者感觉舒适,无疲劳,配合良好,病情无改变。
- (2) 护士动作轻稳、协调,搬运患者安全、顺利。
- (3) 护患沟通交流有效,患者满意。

三、平车运送法

【目的】

运送不能起床的患者入院,做各种特殊检查、治疗、手术或转病房使用。

【评估】

- (1) 患者的体重、意识状态、病情及躯体活动能力。
- (2) 平车的性能是否完好。

【计划】

- (1) 患者准备:评估患者病情,给患者做好解释,以取得配合。
- (2) 操作者准备:衣帽整洁,修剪指甲,洗手,戴口罩。
- (3) 用物准备:平车(各部件性能良好,车上置以被单和橡胶单包好的垫子和枕头),带套的毛毯或棉被。如为骨折患者,应有木板垫于平车之上,并将骨折部位固定稳妥;如为颈椎、腰椎骨折患者或病情较重的患者,应备有帆布中单或布中单。
- (4) 环境准备:环境宽敞,便于操作。

【实施】

- (1) 操作步骤(表 1-6)。

表 1-6 平车运送法

操作步骤	要点与说明
1. 检查与核对 检查平车性能,推平车至患者床旁,核对患者姓名、床号	• 确认本人,取得配合
2. 安置好患者身上的导管	• 避免导管脱落、受压或液体逆流
3. 检查平车性能,按需备好车上用物	• 确保患者安全,保证病情需要
4. 搬运患者 ◆ 挪动法 (1) 移开床旁桌、床旁椅,松开盖被,嘱患者自行移至床边 (2) 将平车推至床旁与床平行,大轮靠近床头,将制动闸制动 (3) 协助患者将上身、臀部、下肢依次向平车移动 (4) 协助患者在平车上躺好,用被单或盖被包裹患者,先足部,再两侧和头部	• 根据其病情及体重确定搬运方法 • 适用于能在床上配合的患者 • 平车贴近床缘便于搬运 • 患者头部枕于大轮端减少头部震动 • 协助患者离开平车回床时,应协助患者先移动下肢,再移动上肢 • 患者保暖、舒适、包裹整齐、美观

操作步骤	要点与说明
◆一人搬运法 (1) 推平车至患者床旁, 大轮端靠近床尾, 使平车与床成钝角, 将制动闸制动 (2) 移床旁椅至对侧床尾, 松开盖被 (3) 搬运者一臂由患者腋下伸至对侧肩部, 另一臂伸入患者臀下; 患者双臂过搬运者肩部, 双手交叉于搬运者颈后, 搬运者抱起患者(图 1-10), 稳步移动将患者放于平车中央, 盖好盖被	• 适用于上肢活动自如, 体重较轻者 • 缩短搬运距离, 节力 • 搬运者制动平车, 防止平车滑动 • 搬运者双脚前后分开, 扩大支撑面, 略屈膝屈髋, 降低重心, 便于转身
◆二人搬运法 (1) 同“一人搬运法”步骤(1)~(2) (2) 搬运者甲、乙二人站在患者同侧床旁, 协助患者将上肢交叉于胸前 (3) 搬运者甲一手伸至患者头、颈、肩下方, 另一手伸至患者腰部下方, 搬运者乙一手伸至患者臀部下方, 另一手伸至患者膝部下方, 两人同时抬起患者至近侧床缘, 再同时抬起患者稳步向平车处移动(图 1-10), 将患者放于平车中央, 盖好盖被	• 适用于不能活动, 体重较重的患者 • 缩短搬运距离, 节力 • 搬运者甲应使患者头部处于较高位置, 减轻不适 • 抬起患者时, 应尽量使患者靠近搬运者身体, 节力
◆三人搬运法 (1) 同“一人搬运法”步骤(1)~(2) (2) 搬运者甲、乙、丙三人站在患者床旁, 协助患者将上肢交叉于腹前 (3) 搬运者甲双手托住患者头、颈、肩及胸背部, 搬运者乙双手托住患者背、腰、臀部, 搬运者丙双手托住患者膝部及双足, 三人同时抬起患者至床缘, 再同时抬起患者稳步向平车处移动(图 1-11), 将患者放于平车中央, 盖好盖被	• 适用于不能活动, 体重超重的患者 • 搬运者甲应使患者头部处于较高位置, 减轻不适 • 三人同时抬起患者, 应保持平稳移动, 减少意外伤害
◆四人搬运法 (1) 同“挪动法”步骤(1)~(2) (2) 搬运者甲、乙分别站在床头和床尾; 搬运者丙、丁分别站于病床和平车的一边 (3) 将帆布兜或中单放于患者臀部下方 (4) 搬运者甲抬起患者头、颈、肩, 搬运者乙抬起患者的双足, 搬运者丙、丁分别抓住帆布兜或中单四角 (5) 由一人喊口令, 四人同时抬起患者向平车处移动, 将患者放于平车中央, 盖好盖被(图 1-12)	• 适用于颈椎、腰椎骨折或病情较重的患者 • 搬运骨折患者, 平车上应放置木板, 固定好骨折部位 • 帆布兜或中单能承受患者的体重 • 搬运者应协调一致, 搬运者甲应随时观察患者的病情变化
5. 根据病情安置患者合适的卧位, 用盖被包裹	• 患者平卧于平车中央, 避免碰撞
6. 整理床单位, 铺暂空床	• 保持病室整齐、美观
7. 松开平车制动闸, 推患者至目的地	

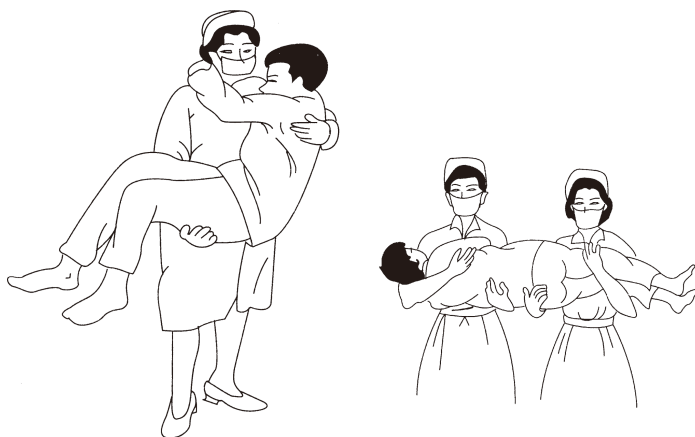


图 1-10 单人、二人搬运法



图 1-11 三人搬运法

图 1-12 四人搬运法



课程思政

在护理工作中,经常有一些需要护士们合作完成的任务。这就很考验护士的协作能力。21 世纪是一个团队至上的时代。所有的事业都离不开团队的分工协作,护理事业亦然。所以,在提高自身专业素质的同时,也要努力培养自身的协作能力。

(2) 注意事项。

- ①搬运时注意动作轻稳、准确,确保患者安全、舒适。
- ②搬运过程中,注意观察患者的病情变化,避免造成损伤等并发症。
- ③推送患者时,护士应位于患者头部位置,速度适宜,上、下坡时,患者头部应位于高处,随时注意患者病情变化。

④保证患者的持续性治疗不受影响。

(3) 健康教育。

- ①向患者及家属解释搬运的过程、配合方法及注意事项。
- ②告知患者在搬运过程中,如感不适立刻向护理人员说明,防止意外发生。

典型案例

王某，男性，30岁，于当日11时急诊入院，因下楼不慎摔倒导致颈椎骨折伴创伤性休克，遵医嘱给予鼻导管吸氧、静脉输液。医嘱：该患者需立即手术。护士应选用何种方式运送患者去手术室？运送过程中护士应注意什么？

评析：凡不能自行移动的患者均需护理人员根据患者病情选用不同的运送工具，如平车、轮椅、多人搬运或担架等运送患者。此案例中患者颈椎骨折伴创伤性休克，为避免骨折端损伤颈部神经和血管，应采取四人搬运法。在运送患者过程中护理人员应将人体力学原理正确地运用于操作中，以避免发生损伤，并注意运输中的注意事项，以保证安全有效地运送患者。

任务四 各种卧位

卧位是指患者休息和适应医疗卫生护理需要所采取的卧床姿势。合适的卧位能促进患者的舒适度。正确的卧位有利于患者疾病的康复，并能预防卧床所引起的并发症。护士应根据患者的面色、表情、姿势、语言和活动能力，评估患者不舒适的原因，并根据患者的病情和需要及时调整体位，并有计划地帮助患者翻身或活动。

一、卧位的性质

（一）主动卧位

患者自己在床上采取的最舒适的卧位。

（二）被动卧位

患者卧于他人安置的卧位，自身无变换卧位的能力，由护士安置合适卧位。

（三）被迫卧位

患者为了减轻疾病所致的痛苦或因治疗所需而被迫采用的卧位。此时患者意识清晰，也有变换卧位的能力，只是迫于疾病的影响而采用的卧位。

二、常用的各种体位

（一）仰卧位（supine position）

1. 去枕仰卧位

【适用范围】

- （1）昏迷和全身麻醉未清醒的患者，防止呕吐物流入气管，引起窒息及肺部并发症。
- （2）椎管麻醉及脊髓腔穿刺的患者，预防颅内压减低引起的头痛。

【操作方法】

昏迷和麻醉未清醒患者头偏向一侧,枕头横置于床头(图 1-13)。

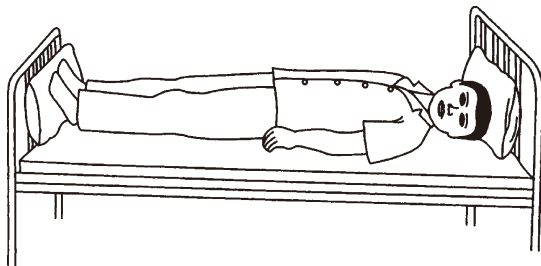


图 1-13 去枕仰卧位

2. 仰卧中凹位 (休克卧位)

【适用范围】

适用于休克患者。抬高头胸部,膈肌下降胸腔容积扩大,利于呼吸;抬高下肢,促进下肢静脉回流,增加回心血量和心输出量。

【操作方法】

要求抬高头胸部 $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$, 以利于呼吸;抬高下肢 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$, 以利于静脉血液回流,增加回心血量(图 1-14)。

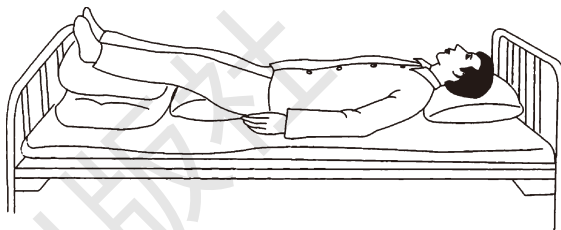


图 1-14 仰卧中凹位

3. 屈膝仰卧位

【适用范围】

- (1) 适用于腹部检查的患者,可使腹肌放松便于检查。
- (2) 实施女患者导尿、会阴冲洗等。

【操作方法】

要求仰卧,两臂放于身体两侧,双膝屈起,并稍向外分开。检查或操作时注意保暖及保护患者(图 1-15)。

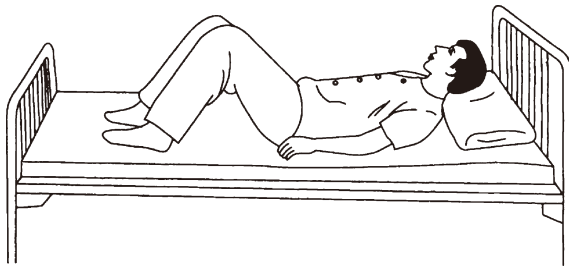


图 1-15 屈膝仰卧位

（二）侧卧位 (side-lying position)

【适用范围】

- (1) 灌肠术、肛门检查和配合胃镜检查、肠镜检查等。
- (2) 臀部肌内注射。
- (3) 预防压疮。长期卧床的患者，侧卧位与平卧位交替使用，可避免局部皮肤长期受压，便于按摩和护理受压部位。

【操作方法】

要求患者侧卧，臀部后移，两臂屈肘，一手放于胸前，一手放于枕旁。下腿稍伸直，上腿屈曲，两膝间置软枕。臀部肌内注射应下腿屈曲，上腿略伸直，以使臀部肌肉放松，必要时后背和胸前各置一软枕以支持侧卧位，增进患者舒适感和安全性（图 1-16）。



图 1-16 侧卧位

（三）半坐卧位 (semi-sitting position)

【适用范围】

- (1) 颜面及颈部手术后，采取半坐卧位，可减轻局部的出血和水肿。
- (2) 腹部手术后，半卧位可减轻腹部切口缝合处的张力，减轻疼痛，利于切口愈合。
- (3) 盆腔术后及盆腔或腹腔有炎症者，采取半坐卧位，以有利于减少毒素吸收，减轻中毒反应，促进炎症局限化，同时还可防止感染向上蔓延引起膈下脓肿。
- (4) 心肺疾患引起呼吸困难者。一方面使膈肌下降，利于呼吸；另一方面减少回心血量，有利于减轻肺部淤血和心脏负担。

【操作方法】

(1) 摇床法：摇起床头支架 $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$ ，再摇起膝下支架以防身体下滑，必要时床尾置一软枕，增进舒适感，以免患者足底触及床挡。放平时，先摇平膝下支架，再摇平床头支架（图 1-17）。

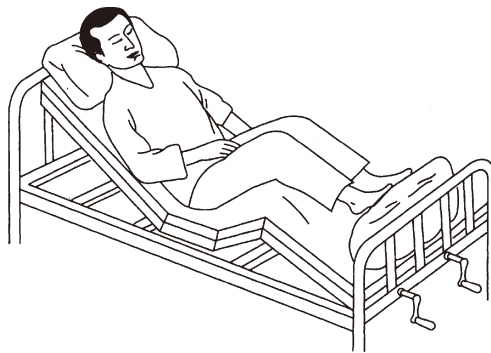


图 1-17 半坐卧位

(2) 靠背架法：若无摇床，可在床褥下放一靠背架，支起靠背架将患者上半身抬高，下肢屈膝，用中单包裹膝枕，垫在膝下，中单两端的带子固定于床缘以防患者下滑，放平时与摇床法一致。

（四）端坐卧位 (orthopneic position)

【适用范围】

心包积液、心力衰竭、支气管哮喘发作的患者。由于极度呼吸困难，患者被迫

端坐。

【操作方法】

强迫体位患者容易疲劳,患者坐起,将靠背架摇起呈 $70^{\circ}\sim 80^{\circ}$,以支持后背向后依靠;胸前放跨床小桌,置软枕供患者俯前休息(图1-18)。

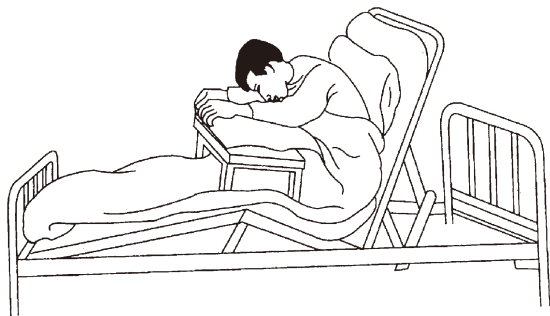


图1-18 端坐卧位

(五) 俯卧位(prone position)

【适用范围】

- (1) 腰背部检查或配合胰、胆管造影检查。
- (2) 脊柱手术及腰背部、臀部有伤口,不能平卧和侧卧的患者。
- (3) 预防压疮,与平卧位交替使用。
- (4) 胃肠胀气所致的腹痛,俯卧位可使腹腔容积增大,以缓解疼痛。注意:呼吸困难、气管切开、颈部受伤的患者不适合采用这种姿势。

【操作方法】

患者俯卧,头偏向一侧,两臂屈肘放于头两侧,两腿伸直,胸下、髋部及踝部各放一枕,头偏向一侧(图1-19)。

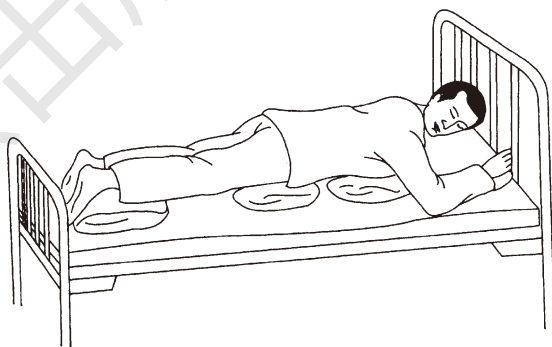


图1-19 俯卧位

(六) 头低脚高位(trendelenburg position)

【适用范围】

- (1) 肺部体位引流的患者,利于肺底部的分泌物向外流,易于咳出。
- (2) 十二指肠引流及胆汁引流的患者,利于胆汁流出。
- (3) 妊娠胎膜早破,防止脐带脱垂。
- (4) 跟骨、胫骨关节牵引时,利用人体的重力进行反牵引。
- (5) 严重失血性休克的患者,促进静脉血回流。

【操作方法】

患者仰卧,头转向一侧,枕头横放于床头,以防损伤头部。将床尾处的床脚用木墩

或其他支托物垫高 15~30 cm, 此种体位使患者感到不适, 不可长时间使用, 颅内高压者禁用(图 1-20)。

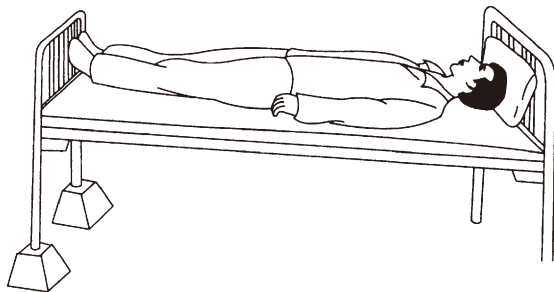


图 1-20 头低脚高位

(七) 头高脚低位 (dorsal elevated position)

【适用范围】

- (1) 脑水肿的患者, 降低颅内压, 预防或减轻脑水肿。
- (2) 颅脑手术后或头部外伤的患者, 减少颅内出血。
- (3) 颈椎骨折行颅骨牵引术的患者, 利用人体重力作为反牵引力。

【操作方法】

患者仰卧, 将床头处的床脚用木墩或其他支托物垫高 15~30 cm 或根据具体情况酌情抬高。另用一枕横立于床尾(图 1-21)。

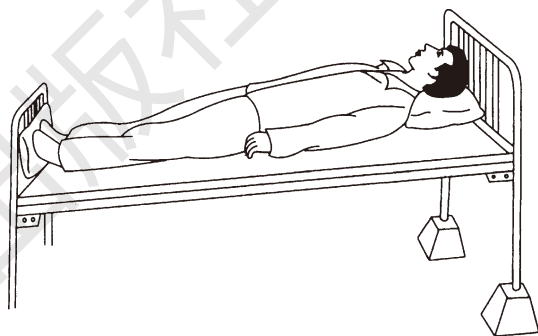


图 1-21 头高脚低位

(八) 膝胸卧位 (kneechest position)

【适用范围】

- (1) 肛门、直肠、乙状结肠镜检查及治疗的患者。
- (2) 矫正胎位不正及子宫后倾患者。
- (3) 促进产后子宫复原。注意有心、肾疾病的孕妇禁用此法。

【操作方法】

患者跪卧, 两小腿平放在床上稍分开, 大腿与床面垂直, 胸部贴床面, 臀部抬高, 腹部悬空, 头转向一侧, 手放头两侧(图 1-22)。

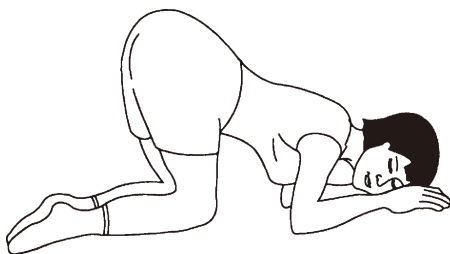


图 1-22 膝胸卧位

(九) 截石位(lithotomy position)

【适用范围】

- (1) 会阴、肛门部位的检查、治疗及手术等,如膀胱镜、妇产科检查、阴道灌洗等。
- (2) 产妇分娩者。

【操作方法】

患者仰卧于检查台上,两腿屈曲分开放于支腿架上,臀部齐床边,双手放胸前或放身体两侧。应注意保暖和遮挡(图 1-23)。

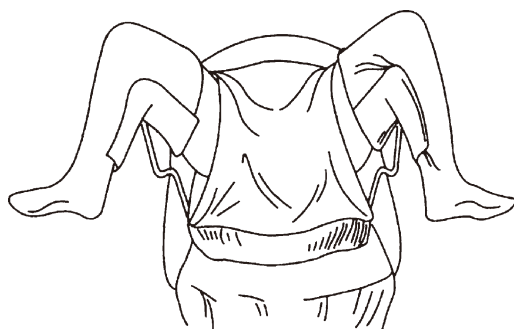


图 1-23 截石位

三、扶助患者更换卧位法

患者长期卧床,易出现精神萎靡、食欲不振、便秘、肌肉萎缩、关节僵硬、褥疮、坠积性肺炎、下肢静脉血栓等并发症,护理时不仅应注意保持正确的体位,还应定时翻身,鼓励和帮助患者进行肢体功能锻炼。帮助患者翻身时,应先评估患者自理合作能力、体重,是否有管道和需要固定的伤肢等,以便决定需要几个人帮助,并向患者解释变换体位的原因以及如何配合。

(一) 协助患者翻身侧卧法

【目的】

- (1) 协助不能起床的患者更换卧位,增进舒适感。
- (2) 预防并发症,如坠积性肺炎。
- (3) 适应检查、治疗和护理的需要。

【评估】

- (1) 患者的病情、意识状态。
- (2) 患者的心理状况及合作程度。
- (3) 患者的体重、肢体活动能力、皮肤完整性及治疗情况。

【计划】

(1) 患者准备:患者和家属了解翻身的目的、方法和注意事项,并了解如何配合操作。

(2) 操作者准备:着装整齐,洗手。了解翻身的目的,向患者解释翻身的目的及注意事项。指导或帮助患者翻身,以预防并发症的发生。

(3) 用物准备:备软枕等。

(4) 环境准备:安静、安全,室温适宜。

【实施】

- (1) 操作步骤(表 1-7)。

表 1-7 协助患者翻身侧卧法

操作步骤	要点与说明
1. 携用物至床旁，核对并向患者解释	• 确认患者，取得合作
2. 松开床尾盖被，协助患者取屈膝仰卧位，双手放在腹部	
3. 将导管及输液装置等安置妥当，必要时将盖被折叠至床尾或一侧	• 防止翻身致导管扭曲和脱落
4. 根据病情、体重选择翻身方法 ◆一人协助患者翻身侧卧法 (1) 护士采用分段移位法将患者移向操作者一侧的床边，即先将患者头、肩和臀部移向床边，再将双下肢移向床边 (2) 护士一手托患者肩部，一手托膝部，两脚前后分开，利用自身体重，轻推患者转向对侧，使其背向护士（图 1-24） ◆二人协助患者翻身侧卧法 (1) 护士两人站立于床同一侧，一人托肩腰部，另一人托臀部和膝部，同时将患者抬起并移向自己一边 (2) 护士分别扶肩、腰、臀和膝部，轻推使患者转向对侧，使之背向护士（图 1-25） ◆轴式翻身法 (1) 护士将大单铺于患者身体下 (2) 两名护士立于病床同侧，分别抓紧靠近肩、腰、髋及下肢等处的大单，保持在同一水平线上，移至近侧，拉起床挡 (3) 护士绕至病床另一侧，将患者近侧手臂放在头侧，另一手放胸前 (4) 护士双脚前后分开，两人双手抓紧患者肩、腰、背、髋部、大腿等远处的大单，由其中一人发口令，两人动作一致将患者整个身体以圆滚轴式移至头侧，保持脊柱平直翻转至侧卧位，面向护士，必要时使用床挡 (5) 按照侧卧位要求使患者体位舒适，放好软枕，处于功能位置 (6) 整理床单位，洗手 (7) 记录翻身时间及皮肤情况，做好交接班	• 适用于体重较轻的患者 • 不可拖、拉，以免擦伤皮肤 • 注意省力原则 • 适用于重症或体重较重的患者 • 两人协助翻身时，注意动作协调平稳 • 适用于脊柱受伤或手术的患者 • 动作应协调一致 • 扩大支撑面，降低重心，翻转时，勿让患者身体屈曲，以免脊柱错位 • 确保患者卧位稳定、安全、舒适 • 询问患者有无不适 • 翻身时间根据病情及皮肤受压情况而定

(2) 注意事项。

①帮助患者翻身时，不可拖拉，以免擦伤皮肤，移动体位后，需用软枕垫好后背及膝下，以维持舒适体位；两人协助翻身时，注意动作协调轻稳。

②若患者身上置有多种管道，翻身时须安置妥当，翻身后检查有无扭曲，保持通畅。

③为手术后的患者翻身时，应先检查敷料是否脱落，如分泌物浸湿敷料，应先更换敷料再行翻身。

④为颅脑手术患者翻身应取健侧卧位或仰卧位，头部不可剧烈翻动，以防引起脑疝压迫脑干，导致猝死；颈椎和颅骨牵引的患者，翻身时不可放松牵引；石膏固定和有伤口的患者，翻身后将患肢放于适当位置，防止受压。

⑤操作时注意节力原则,两脚分开,扩大支撑面;面向移动方向,利用自身体重,尽量靠近患者,以减小阻力臂。

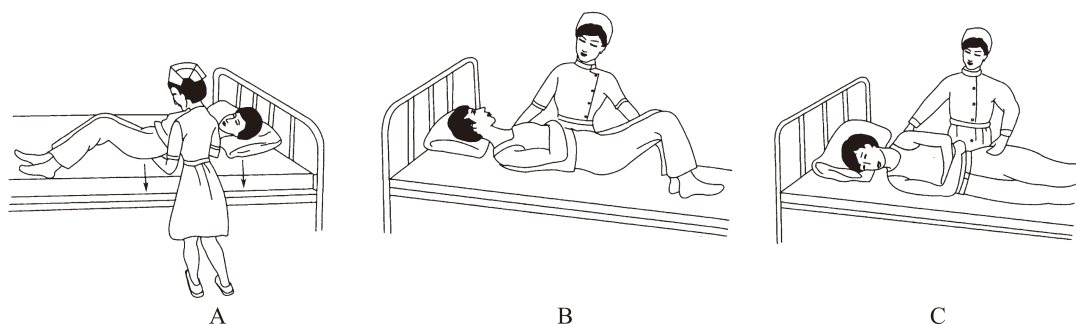


图 1-24 一人扶助患者翻身侧卧法

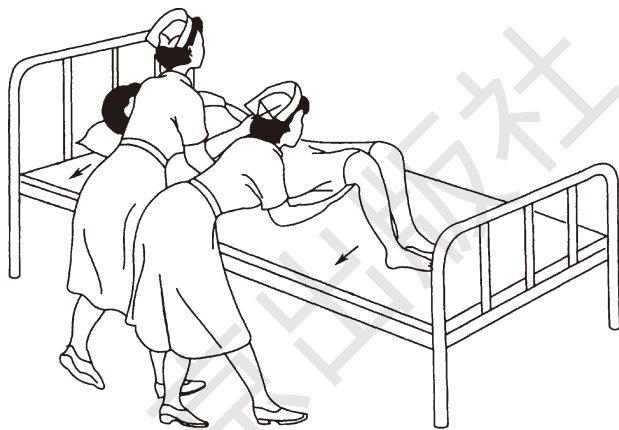


图 1-25 二人扶助患者翻身侧卧法

【评价】

- (1) 患者能积极配合操作,舒适、安全。
- (2) 护士动作轻稳,无并发症的发生。

(二) 协助患者移向床头法

【目的】

协助滑向床尾而自己不能移动的患者移向床头,恢复安全而舒适的卧位。

【评估】

- (1) 患者的病情、意识状态。
- (2) 患者的心理状况及合作程度。
- (3) 患者的体重、肢体活动能力、治疗情况。

【计划】

- (1) 患者准备:患者和家属了解操作的目的、方法,并了解如何配合操作。
- (2) 操作者准备:着装整齐,洗手,根据患者情况决定需要护士人数。

- (3) 用物准备: 备软枕等。
 (4) 环境准备: 安静、安全, 室温适宜。

【实施】

- (1) 操作步骤 (表 1-8)。

表 1-8 协助患者移向床头法

操作步骤	要点与说明
1. 核对: 携用物至床旁, 核对并向患者解释	· 确认患者, 取得合作
2. 准备: 患者根据病情摇平床头支架, 将枕头横立于床头	· 避免碰伤头部
3. 安置导管: 将导管及输液装置等安置妥当, 必要时将盖被折叠至床尾或一侧	· 防止翻身致导管扭曲受压脱落
4. 根据病情、体重, 合作程度选择移动方法 ◆一人协助患者移向床头法 (1) 嘱患者仰卧屈膝, 双手握住床头栏杆, 双脚平放于床面 (2) 护士靠近床侧, 两腿适当分开, 一手托住患者肩, 一手托住臀部 (3) 护士在抬起患者的同时, 嘱患者脚蹬床面, 挺身上移 (图 1-26) ◆两人协助患者移向床头法 (1) 患者仰卧屈膝 (2) 护士两人分别站在床的两侧, 交叉托住患者颈肩部和臀部, 或一人托住颈肩部和腰部, 另一人托住臀部和腘窝, 两人同时抬起患者移向床头	· 适用于生活部分自理的患者 · 不可拖、拉, 以免擦伤皮肤 · 适用于重症或体重较重的患者 · 注意节力原则
5. 整理: 放回枕头, 视病情需要支起靠背架, 协助患者取卧位, 整理床单位	· 询问患者有无不适及需要

- (2) 注意事项。

- ① 护士应用人体力学原理, 操作轻稳、节力、安全, 两人操作时, 动作应协调一致。
 ② 移动患者时不可有拖、拉、推等动作, 避免擦伤皮肤及关节脱位。
 ③ 枕头横立于床头, 避免撞伤头部。

【评价】

- (1) 患者能积极配合操作, 舒适、安全。
 (2) 护士动作轻稳, 无并发症的发生。

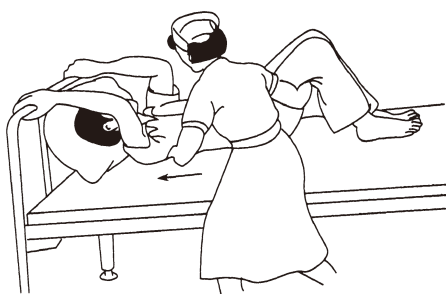


图 1-26 一人协助患者移向床头法

任务五 生命体征的观察与护理

生命体征是体温、脉搏、呼吸、血压的总称, 是机体内在活动的客观反映, 是衡

量机体状况的指标,也是护士评估患者身心状态的基本资料。正常人的生命体征相对稳定,当机体患病后,会出现不同程度的改变。生命体征是护理人员经常收集的、最基本的也是最重要的相对稳定资料,具有极重要的临床意义。

一、体温的观察与护理

(一) 正常体温及生理性的变化

体温(body temperature)通常是指身体内部温度,又称为体核温度,在正常情况下相对稳定且较皮肤温度高。皮肤温度也称体表温度,可受环境和衣着情况的影响,且低于体核温度。体温是糖、脂肪、蛋白质氧化分解而产生的,大量营养物质在体内氧化时所释放的能量,一部分迅速转化为热能以维持体温,其余能量贮存于三磷酸腺苷(ATP)内,供机体使用,最终大部分仍转化为热能散发到体外。

1. 产热和散热

(1)产热过程:体内一切组织器官在进行分解代谢时放出能量。人体的主要产热器官是肝脏和骨骼肌。安静时机体的能量主要来自于身体内脏器官,而劳动或运动时,机体产热的主要器官为肌肉。在寒冷环境中,通过寒战可以提高产热量,防止体温下降。产热的主要方式有:食物氧化、骨骼肌运动、交感神经兴奋、甲状腺素分泌增多等。

(2)散热过程:人体各组织器官所产生的热量,随血液循环带到体表,通过皮肤表面将热量散发到周围环境中去,因此,皮肤是主要的散热器官。此外,呼吸、排尿、排便也散发部分热量。散热的方式有辐射、传导、对流、蒸发。

辐射(radiation)是指机体表面以电磁波的形式不需介质就可以把体热散发给外界较冷物体的一种散热方式。在外界温度较低和机体处于安静状态时,辐射成为主要散热方式。辐射散热量与皮肤温度、环境温度、机体有效辐射面积等因素有关。温度差越大,或是机体的有效辐射面积越大,辐射散热量就越大。

传导(conduction)是将体热直接传给与皮肤接触的较冷物体(如空气、衣着、家具等)的一种散热方式。与皮肤接触的物体的导热性能越好,传导散热量越大。临床上对高热患者用冰袋、冰帽等降温的措施,就是用来加速传导散热。

对流(convection)是传导散热的一种特殊形式,是指通过气体或液体的流动来交换热量的一种散热方式。对流热量与气体或液体流动速度成正比关系。衣服覆盖的皮肤表面,空气不易对流,加上空气的不良导热性能,形成一个包围体表的稳定空气层,因而可以御寒。开窗通风换气也是对流的一种形式。

蒸发(evaporation)是指液态转变为气态,同时带走大量热量的一种散热方式。当外界温度等于或超过机体皮肤温度时,此时蒸发成为机体主要的散热方式。蒸发散热有不显性出汗和发汗两种形式。临床上对发热患者采用乙醇拭浴方法,是通过乙醇蒸发散热而达到降温的目的。

2. 体温的调节 机体具有两种体温调节系统,包括生理性(自主性)体温调节和行为性体温调节。生理性体温调节是指在下丘脑体温调节中枢控制下,通过调节产热与散热过程,使体温保持在一个相对恒定的水平。行为性体温调节是指人类通过有意识的行

为活动，如在不同的环境温度中增减衣服，创设人工气候环境，去暑御寒等。所以，行为性体温调节是以生理性体温调节为基础，是对生理性体温调节的补充。通常意义上的体温调节是指生理性体温调节，包括：

(1) 温度感受器：包括外周温度感受器及中枢温度感受器。

外周温度感受器分布于皮肤、黏膜和内脏中的游离神经末梢，包括温觉感受器和冷觉感受器，它们分别将热或冷的刺激传向中枢。中枢温度感受器分布于下丘脑、脑干网状结构、脊髓等部位，包括热敏神经元和冷敏神经元，可将热或冷的刺激传入中枢。

(2) 体温调节中枢：体温调节中枢位于下丘脑。

下丘脑前部为散热中枢。散热中枢兴奋，加速机体散热。下丘脑后部为产热中枢。产热中枢兴奋，加速机体的产热。正常人通过大脑皮质和下丘脑体温调节中枢的调节以及神经-体液的作用，使产热和散热保持动态平衡，调节机体体温的相对恒定。

3. 正常体温及生理性变化 温度以摄氏度(℃)和华氏温度(°F)来表示，换算公式为：

$$^{\circ}\text{C} = (^{\circ}\text{F} - 32) \times 5/9$$

$$^{\circ}\text{F} = ^{\circ}\text{C} \times 9/5 + 32$$

(1) 正常体温：临床上常以口温、肛温、腋温来代表体温，常用摄氏度(℃)来表示，直肠温度最接近机体内部温度，腋温的测量更为方便。体温的正常值不是一个具体的点，而是一个温度范围(表 1-9)。

表 1-9 健康成人体温平均值及正常范围

部位	平均温度	正常范围
腋温	36.5℃(97.7°F)	36~37℃(96.8~98.6°F)
口温	37℃(98.6°F)	36.3~37.2℃(97~99°F)
肛温	37.5℃(99.5°F)	36.5~37.7℃(97.7~99.9°F)

(2) 生理变化：体温受许多因素影响，并在一定范围内波动，波动幅度很小，一般不超过 0.5~1℃。

①昼夜变化：一般清晨 2~6 时活动量少，体温最低；午后 13~18 时活动量大，体温最高。

②年龄差异：新生儿尤其早产儿，因体温调节功能不完善，其体温易受环境温度的影响而随之波动；儿童由于新陈代谢旺盛，体温略高于成年人，另外老年人由于代谢率低，体温略低于成年人。

③性别差异：女性体温平均比男性高 0.3℃。而且女性的基础体温随月经周期出现规律性变化，即排卵后体温升高，这与体内孕激素水平周期性变化有关。

④肌肉活动：肌肉剧烈活动时，可使骨骼肌紧张并强烈收缩，产热增加，体温升高。所以，临床上测量体温前应让患者安静休息。

⑤药物作用：麻醉药物可抑制体温调节中枢，使体温调节发生障碍，并能扩张血管、增加散热、降低机体对寒冷环境的适应能力。因此对于手术患者术中、术后应注意保暖。

此外，受情绪激动、精神紧张、沐浴、进食等因素的影响均可出现体温一时性增

高,睡眠、饥饿、服用镇静剂后可使体温下降。

(二) 异常体温的观察与护理

1. 体温过高 体温过高(hyperthermia)又称发热,是指机体在致热源作用下,使体温调节中枢的调定点上移而引起体温升高。产热增加而散热减少,导致体温超过正常范围。发热是临床常见症状,发热的原因大致可分为两类:感染性发热和非感染性发热。各种病原微生物感染引起的发热,称为感染性发热。感染性发热较为常见;无菌性坏死组织吸收引起的吸收热为非感染性发热;体温调节中枢功能失常引起的发热称为中枢性发热。

(1) 发热的临床分级(以口腔温度为标准)。

- ①低热: $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ ($99.1 \sim 100.4^{\circ}\text{F}$)。
- ②中度热: $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$ ($100.6 \sim 102.2^{\circ}\text{F}$)。
- ③高热: $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$ ($102.4 \sim 105.8^{\circ}\text{F}$)。
- ④超高热: 41°C (105.8°F) 以上。

(2) 发热过程及症状。

①体温上升期:其特点是产热大于散热。主要表现为畏寒、无汗、皮肤苍白、寒战,伴全身疲乏不适、肌肉酸痛。体温上升的方式有骤升和渐升,骤升是体温突然升高,在数小时内升至高峰,如肺炎球菌性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎、流行性感、输液反应等;渐升是体温逐渐升高,数日内达高峰,一般不伴有寒战,如伤寒、结核病等。

②高热持续期:其特点是产热和散热在较高水平上趋于平衡。主要表现为颜面潮红、皮肤灼热、口唇干燥、呼吸深快、心率加快、头痛、头晕。伴有食欲不振、全身不适、软弱无力、尿量减少;甚至出现谵妄、幻觉、昏迷、小儿惊厥。

③退热期:其特点是散热增加而产热趋于正常,体温恢复至正常的调节水平。主要表现为大量出汗、皮肤潮湿。退热方式有骤退和渐退。骤退是指体温在数小时内降至正常,如肺炎球菌性肺炎、疟疾等。骤退者由于大量出汗,丧失过多水分,易出现血压下降、脉搏细速、四肢厥冷等循环衰竭的症状;渐退是指体温在数天内降至正常,如伤寒、风湿热等。发热在2周内为急性发热;体温在 38°C 以上,持续2周或更长时间称为长期中、高热;低热持续一个月以上者称为长期低热。

(3) 发热的伴随症状。

- ①寒战:多数患者发热前有明显寒战,常见于化脓性细菌感染等。
- ②淋巴结肿大:局部淋巴结肿大提示局部有急性炎症;而全身性的淋巴结肿大应考虑排除淋巴瘤、急性淋巴细胞性白血病等。
- ③出血现象:常见于流行性出血热、败血症、白血病、急性再生障碍性贫血等重症感染及血液病等。此外,发热患者在发热的同时还可能伴有意识障碍、关节肿痛、结膜充血等症状。

(4) 热型。

即不同形态的体温曲线,称为热型。不同的发热性疾病可表现不同的热型,观察热



案例思考

型有助于对疾病的诊断，但由于目前抗生素的广泛使用及解热药、肾上腺皮质激素等药物的应用，使热型变得不典型或成不规则热型。常见的热型见图 1-27。

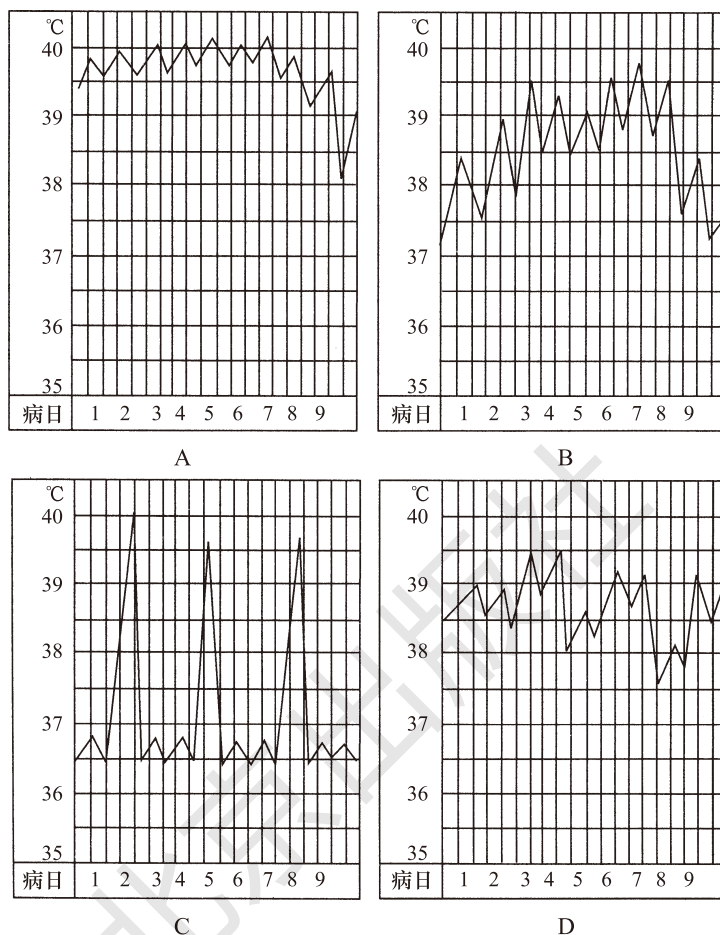


图 1-27 体温热型

A. 稽留热 B. 弛张热 C. 间歇热 D. 不规则热

①稽留热 (continuous fever): 体温持续在 39~40℃，达数天或数周，24 h 波动范围不超过 1℃ (图 1-27-A)。多见于肺炎球菌性肺炎、伤寒等。

②弛张热 (remittent fever): 体温在 39℃以上，且波动幅度大，24 h 体温差在 1℃以上，但最低体温仍高于正常水平 (图 1-27-B)。常见于败血症、风湿热、化脓性疾病等。

③间歇热 (intermittent fever): 高热与正常体温交替且有规律地反复出现。发热时体温骤升达 39℃以上，持续数小时或更长，然后很快下降至正常水平，经过数小时、数天的间歇后，又再次发作 (图 1-27-C)。常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

④不规则热 (irregular fever): 体温在 24 h 中变化不规则，持续时间不定 (图 1-27-D)。常见于流行性感、肿瘤性发热等。

(5) 高热患者的护理。

①观察病情：一般每日测体温 4 次，高热时应每 4 h 测 1 次，待体温恢复正常 3 天

后,改为每日1~2次,并观察其热型、患者的面色、发热程度、出汗情况、伴随症状、治疗效果等。高热患者有时会躁动不安、谵妄,应防止坠床、舌咬伤,必要时加床挡或用约束带固定患者。

②保暖:患者出现寒战,应通过调节室温、增加盖被和衣着等方式进行保暖。

③降温:可选用物理降温或化学降温的方法。若体温超过39℃,可用冰袋冷敷头部,体温超过39.5℃,给予乙醇拭浴或大动脉处冷敷,必要时药物降温。降温30 min后应测量体温,做好记录和交班。

④合理饮食:给予“三高一低”(高热量、高蛋白、高维生素、低脂肪)易消化的流质或半流质食物,要少量多餐,鼓励患者多饮水,每日2500~3000 mL,不能进食者按医嘱给予静脉输液或鼻饲,以补充高热消耗的大量水分,并促进毒素和代谢产物的排泄。

⑤加强口腔护理:发热时由于唾液分泌减少,口腔黏膜干燥,且抵抗力下降,有利于病原体生长、繁殖,易出现口腔感染,因此护士应在晨起、餐后、睡前协助患者漱口或用蘸有0.9%氯化钠注射液的棉球清洁口腔,口唇干裂者可涂液状石蜡。

⑥加强皮肤护理:高热患者在退热期大量出汗,要及时擦干汗液,更换衣服和床单位,保持皮肤清洁干燥,防止受凉。对于长期持续高热卧床者,应协助其改变体位,防止压疮和肺炎等并发症的发生。

⑦卧床休息:高热时由于摄入减少而消耗增多,患者体质比较虚弱,嘱其卧床休息,可减少能量的消耗,有利于机体的康复;并提供安静、室温适宜、空气流通的休养环境。

⑧心理护理:对高热患者进行有针对性的心理护理,对体温变化及伴随症状等给予耐心解答,尽量满足患者的需要,给予精神安慰,以缓解其紧张情绪。

2. 体温过低 由于各种原因引起的产热减少或散热增加,导致体温低于正常范围,称为体温过低(hypothermia)。当体温低于35℃时,称为体温不升。

(1) 原因。

①体温调节中枢发育不完善:如新生儿、早产儿,由于体温调节中枢发育不完善,产热不足,再加上体表面积相对较大,散热较多,而致体温不升。

②调节中枢受损:疾病或创伤,如失血性休克、颅脑外伤、脊髓受损等;药物中毒,如麻醉药、镇静药等。

③机体产热减少:重度营养不良、极度衰竭等,使机体产热减少。

(2) 临床表现。

患者发抖,皮肤苍白冰冷,口唇、耳垂呈青紫色,血压降低、心率和呼吸减慢、躁动不安、尿量减少、意识障碍,甚至昏迷等。

(3) 临床分度。

轻度:32~35℃(89.6~95.0°F)。

中度:30~32℃(86.0~89.6°F)。

重度:小于30℃(86.0°F),瞳孔散大、对光反射消失。

致死温度:23~25℃(73.4~77.0°F)。

(4) 护理。

①病情观察：密切观察生命体征和病情变化，至少 1 次 / 小时，直至体温恢复正常，同时注意呼吸、脉搏、血压的变化，随时做好抢救准备。

②环境温度：提高环境温度，维持室温在 $24 \sim 26^{\circ}\text{C}$ 。

③保暖措施：给予热饮料、毛毯、棉被、添加衣服，以提高机体温度。也可以使用电热毯、热水袋，但应注意防止烫伤。新生儿置温箱内。

④病因治疗：采取积极的治疗措施，去除引起体温过低的原因，使体温逐渐恢复至正常。

(三) 体温的测量

1. 体温计的种类和构造

(1) 水银体温计 (mercury thermometer): 又称玻璃体温计，为临床最常用的体温计。为口表、肛表、腋表三种 (图 1-28)。它是一根外表有刻度的真空毛细玻璃管，口表和腋表的玻管似三棱镜状，腋表的玻璃管呈扁平状。玻璃管末端为贮汞槽，口表和腋表的贮汞槽较细，有利于测体温时扩大接触面；肛表的贮汞槽较粗短，可防止插入肛门时折断或损伤直肠黏膜。

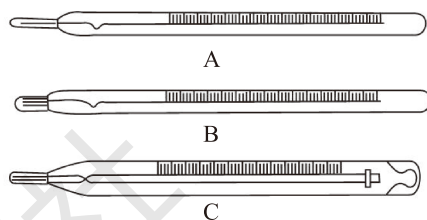


图 1-28 体温计的种类

A. 口表 B. 肛表 C. 腋表

毛细管的末端和贮汞槽之间有一凹陷处，可防止水银遇冷时下降，从而保证体温测量的正确性。体温计有摄氏体温计和华氏体温计两种。摄氏体温计的刻度是 $35 \sim 42^{\circ}\text{C}$ ，每 1°C 分为 10 小格，每小格为 0.1°C ；在 0.5°C 和 1°C 的刻度处用较粗的线标记，有的体温计在 37°C 刻度处以红线记，以示醒目。华氏体温计刻度为 $94 \sim 108^{\circ}\text{F}$ ，每 2°F 之间分成 10 小格，每小格为 0.2°F 。个人用电子体温计，其形状如笔，操作简单，携带方便。

(2) 电子体温计：采用电子感温探头来测温，读数直观，测温准确，灵敏度高。有医院用电子体温计和个人用电子体温计两种 (图 1-29)。医院用电子体温计只需将探头放入外套内，外套使用后按一次性用物处理，以防止交叉感染。

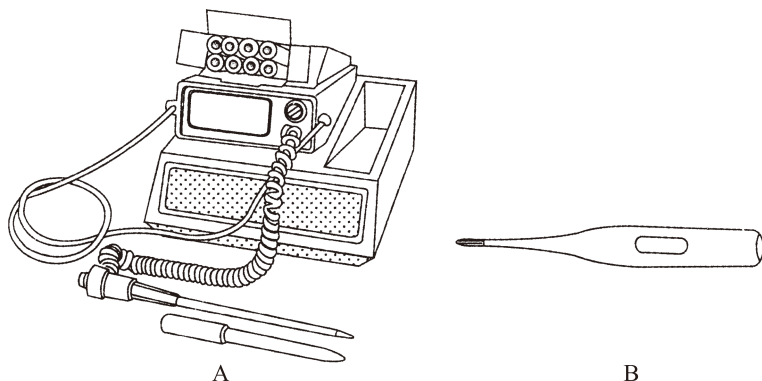


图 1-29 电子体温计

A. 医院用电子体温计 B. 个人用电子体温计

(3) 可弃式化学体温计(disposable thermometer): 为一次性使用的体温计。其构造为含有一对热敏感的化学指示点薄片, 该薄片可随机体的温度而变色, 当颜色从白色变成墨绿色或蓝色时, 即为所测得的温度(图 1-30)。可弃式化学体温计不能显示具体的温度数值, 只能用于判断体温是否在正常范围, 适用于新生儿和幼儿。



图 1-30 可弃式化学体温计

(4) 感温胶片(temperature sensitive tape): 为对温度敏感的胶片, 可贴在前额或腹部, 并根据胶片颜色改变而知道体温的变化。

(5) 远红外线快速测温仪: 利用远红外线的感应功能, 快速测试人的体温。常在需要快速检测体温的情况下使用, 如车站、机场等快速检测旅客的体温时。

(6) 报警体温计: 是一种能够连续监测患者体温的器械, 一般用于危重患者。体温计的探头与报警器相连, 当患者的体温变化超过一定限度时, 它就会报警。

2. 水银体温计的消毒 为防止交叉感染, 用过的体温计应进行消毒处理。常用的消毒液有 70% 乙醇溶液、1% 过氧乙酸溶液、0.5% 碘伏溶液等。消毒液每天更换一次, 容器、离心机等每周消毒一次, 门诊、急诊用量大的除每天更换消毒液外, 容器、离心机等每周至少消毒两次。

(1) 口表、腋表消毒法: 先将体温计浸泡于消毒液中, 30 min 后取出, 清水冲洗, 用手或离心机将汞柱甩至 35 °C 以下, 再放入另一消毒液中浸泡 30 min 取出, 用清水冲洗, 擦干后放入清洁容器中备用。

(2) 肛表消毒法: 肛表使用后先用消毒纱布擦净, 再按口表、腋表消毒法进行消毒。

3. 水银体温计的检查 在使用新体温计前或定期消毒体温计后, 应对体温计进行检查以保持其准确性。方法是将全部体温计的水银柱甩至 35 °C 以下, 于同一时间放入已测好的 40 °C 以下的水中(36~40 °C), 3 min 后取出检视, 如读数相差在 0.2 °C 以上、水银柱自动下降、玻璃管有裂缝则不能使用。合格体温计放入清洁容器内备用。

4. 测量体温的方法

【目的】

- (1) 判断体温有无异常。
- (2) 监测体温变化, 分析热型, 观察伴随症状。
- (3) 为诊断、预防、治疗、康复、护理提供依据。

【评估】

- (1) 患者的年龄、性别、病情、意识、治疗等情况。
- (2) 影响体温测量准确性的因素。
- (3) 患者对测量体温的认识、心理状态、合作程度。
- (4) 测量部位和肢体, 有无皮肤黏膜损伤及功能障碍。

【计划】

(1) 患者准备。

①体位舒适，情绪稳定，了解目的，愿意合作。

②测体温前 20～30 min 内，无运动、进食、洗澡、坐浴、灌肠等影响体温的因素。

(2) 操作者准备。

着装整洁，洗手，剪指甲，戴口罩、帽子，向患者解释监测体温的目的及注意事项。

(3) 用物准备。

治疗盘内备已消毒的体温计（检查是否完好、水银柱是否在 35℃ 以下），消毒液纱布，弯盘（内垫纱布），秒表，记录本，笔。若测肛温另备润滑油，棉签，卫生纸。

(4) 环境准备。

整洁、安静、安全、舒适、光线充足。

【实施】

(1) 操作步骤（表 1-10）。

表 1-10 体温测量法

操作步骤	要点与说明
1. 护士洗手、戴口罩、备齐用物携至床旁，核对、解释配合方法及注意事项	取得患者合作
2. 选择测量体温的方法 ◆测量口温（oral temperature） 将口表水银端斜放于患者舌下热窝，嘱患者闭口，用鼻呼吸，勿用牙咬体温计，3 min 后取出，看明度数并记录（图 1-31） ◆测量腋温（axillary temperature） 擦干腋下，水银端放于腋窝深处，曲臂过胸夹紧体温计，测量 10 min 后取出体温计，看明度数并记录，协助患者穿好衣服（图 1-32） ◆测量肛温（rectal temperature） 嘱咐或协助患者在侧卧、俯卧、屈膝仰卧位，露出臀部，润滑肛表水银端，插入肛门 3～4 cm（相当于肛表的 1/2），3 min 后取出，用卫生纸擦拭肛表，看明度数并记录（图 1-33）	- 尊重患者的选择，防止引起交叉感染 - 舌下热窝靠近舌动脉，是口腔中温度最高的部位 - 读数要准确 - 避免汗液影响所测体温的准确性，体温计紧贴皮肤，不能合作者，应协助完成 - 读数要准确 - 不可过多暴露患者，必要时用屏风遮挡 - 防止擦伤或损伤肛门及直肠黏膜 - 读数要准确
3. 协助患者取舒适体位，整理用物及床单位	使患者舒适整洁
4. 绘制在体温单上	体温曲线绘制要正确
5. 消毒体温计	防止交叉感染

(2) 注意事项。

①检查清点：测量体温前认真清点体温计的数量，并检查有无破损及水银柱是否在 35℃ 以下。

②腋下出汗较多者，肩关节受伤或消瘦者因夹不紧体温计不宜测量腋温。

③婴幼儿、昏迷、精神异常、口腔疾患、口鼻手术、呼吸困难的患者不宜测口温。饮水或面颊部热敷应间隔 30 min 后才可测量口温。直肠或肛门疾患及手术、腹泻、心肌梗死患者不宜测肛温。坐浴或灌肠者应间隔 30 min 后才可测量直肠温度。

④测口温时,嘱患者勿用牙咬体温计,若不慎咬破应立即清除口腔内玻璃碎屑,以免损伤唇、舌、口腔、食管、胃肠道黏膜;口服蛋清或牛奶,以缓解汞的吸收;若病情允许,可服粗纤维食物,以加速汞的排泄。

⑤对小儿、危重患者、躁动者测量体温时,护士应在旁监测。发现体温与病情不符时,应守在床旁重新监测,必要时做肛温和口温对照复查。

⑥甩体温计用腕部力量,避免触及它物,以防破损。

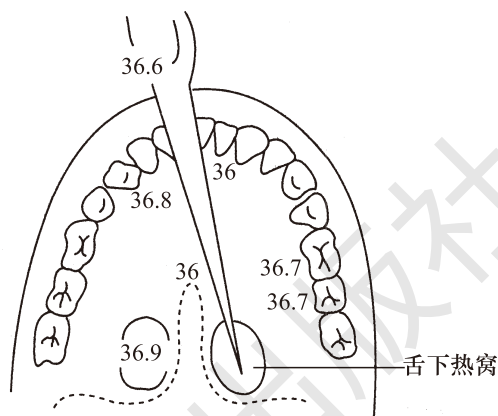


图 1-31 口温测量法

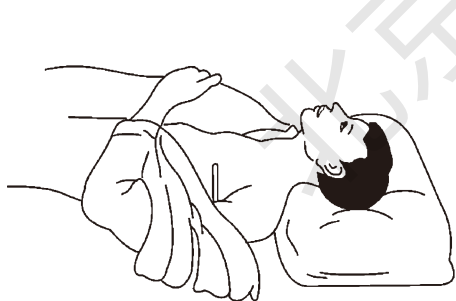


图 1-32 腋温测量法



图 1-33 肛温测量法

(3) 健康指导。

①患者学会体温的正确测量方法和异常体温的护理,增强自我护理意识。

②教会患者及家属物理降温的方法,了解体温的生理性变化以及发热程度的判断。

【评价】

(1) 患者理解测量体温的目的及相关知识。

(2) 护士操作方法正确,测量结果准确。

(3) 测量过程中患者安全、舒适,主动配合测量。

(4) 护士与患者沟通愉快,获得有关病情信息。

二、脉搏的观察与护理

在每个心动周期中,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(arterial pulse),简称脉搏(pulse)。正常情况下,脉率与呼吸的比例为4:1~5:1。脉率与心率是一致的,当脉搏微弱不易测量时,应测心率。

(一) 正常脉搏及生理性变化

1. 正常脉搏

(1) 脉率(pulse rate):即每分钟脉搏搏动的次数(频率)。正常成年人在安静状态下为60~100次/分。脉率受许多因素的影响,在一定范围内波动。

(2) 脉律(pulse rhythm):即脉搏的节律性。它在一定程度上反映了心脏的功能,正常脉搏搏动均匀规则,间隔时间相等。但在正常小儿、青年和一部分成年人中,可发生吸气时增快,呼气时减慢,称为窦性心律不齐,一般无临床意义。

(3) 脉搏的强弱:指血流冲击血管壁力量强度的大小。正常情况下每搏强弱相同。脉搏的强弱取决于动脉的充盈、程度和脉压的大小及动脉壁的弹性。

(4) 动脉壁的情况:正常动脉管壁光滑、柔软,且有弹性。

2. 脉搏的生理变化

(1) 年龄:新生儿的脉率较成年人快,随年龄的增长而逐渐减慢,部分老年人可因动脉血管粥样硬化而致脉率稍增快。各年龄组的平均脉率见表1-11。

(2) 性别:同龄女性比男性的脉搏可稍快,通常平均脉率相差5~7次/分。

(3) 活动:情绪运动、兴奋、恐惧、发怒、焦虑时脉率增快;忧郁、休息、睡眠时则脉率慢。

(4) 饮食药物:饮浓茶、咖啡、进食、使用兴奋剂等可使脉率增快;使用镇静剂、洋地黄类药物和禁食等可使脉率减慢。

表 1-11 各年龄组的平均脉率

年龄组	平均脉率(次/分)	年龄组	平均脉率(次/分)
1~11月	120	14岁	80
1~2岁	116	20~40岁	70
4~6岁	100	80岁~	75
8~10岁	90		

(二) 异常脉搏的观察与护理

1. 脉率异常

(1) 速脉:指在安静状态下成年人脉率大于100次/分,称为速脉或心动过速。多见于心力衰竭、甲状腺功能亢进、大出血、疼痛等患者。一般体温每升高1℃,成年人脉率增加10次/分,儿童约增加15次/分。

(2) 缓脉:指在安静状态下成年人脉率低于60次/分,称为缓脉或心动过缓。多见

于颅内压增高、房室传导阻滞、甲状腺功能减退或服用某些药物,如地高辛等。

2. 节律异常

(1) 间歇脉(intermittent pulse): 在一系列正常规则的脉搏中,出现一次提前而较弱的搏动,其后有一较正常延长的间歇(即代偿间歇),称为间歇脉,亦称过早搏动。间歇脉可见于各种器质性心脏病或洋地黄中毒患者;正常人在过度疲劳、精神兴奋、体位改变时也可有间歇脉。

(2) 二联律、三联律: 即每隔一个或两个正常搏动后出现一次过早搏动,前者称二联律,后者称三联律。常见于各种器质性心脏病,发生机制是心脏异位起搏点过早发出冲动而引起心脏搏动提早出现。

(3) 脉搏短绌(pulse deficit): 指在单位时间内脉率少于心率,称为脉搏短绌或绌脉,听诊时心率完全不规则,心率快慢不一,心音强弱不等,常见于心房纤颤的患者。发生机制是由于心肌收缩力强弱不等,心输出量少的搏动可产生心音,但不能引起周围血管的脉动而致脉率低于心率。

3. 强弱异常

(1) 洪脉(full pulse): 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,脉搏搏动强大而有力,称为洪脉。多见于高热、甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全等患者。

(2) 丝脉(thready pulse): 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,称丝脉(又称细脉)。常见于心功能不全、大出血、休克、主动脉瓣狭窄患者。

(3) 交替脉(alternans pulse): 指节律正常而强弱交替出现的脉搏。其产生主要由于心室收缩强弱交替出现,是左心衰竭的重要体征。常见高血压性心脏病、冠心病、主动脉瓣关闭不全等患者。

(4) 水冲脉(water hammer pulse): 指脉搏骤起骤落,急促而有力,如潮水涨落。其产生是由收缩压偏高,舒张压偏低使脉压增大所致。多见于主动脉瓣关闭不全、甲状腺功能亢进、先天性动脉导管未闭、严重贫血等患者。触诊时,应将患者手臂抬高过头并紧握其手腕掌面,就可感到急促有力的冲动。

(5) 奇脉(paradoxical pulse): 当平静吸气时脉搏明显减弱或消失,称为奇脉。其产生是由左心室排血量减少所致。多见于心包积液、缩窄性心包炎的患者。是心包填塞的重要体征之一。

4. 动脉壁异常 由于动脉管壁的弹性减弱,诊脉时呈条索状或迂曲状,如按在琴弦上,严重者出现动脉迂曲或结节,多见于动脉硬化的患者。

(三) 脉搏异常患者的护理

1. 心理护理 提供针对性心理护理,稳定情绪,缓解患者紧张的心理反应。

2. 观察病情 观察患者脉搏的脉率、节律、强弱及动脉壁情况,根据医嘱给药,观察药物疗效及不良反应,给予适当的解释和用药指导。

3. 卧床休息 指导患者增加卧床休息的时间,减少心肌耗氧量,必要时实施氧气

吸入。

4. 健康指导 指导患者戒烟限酒、饮食清淡易消化，勿用力排便，掌握正确监测脉搏的方法，学会自我护理。

（四）脉搏的测量

1. 脉搏的测量部位 凡浅表靠近骨骼的大动脉均可作为测量脉搏的部位。常选择桡动脉，其次为颞动脉、颈动脉、肱动脉、腘动脉、足背动脉、胫后动脉、股动脉等（图 1-34）。

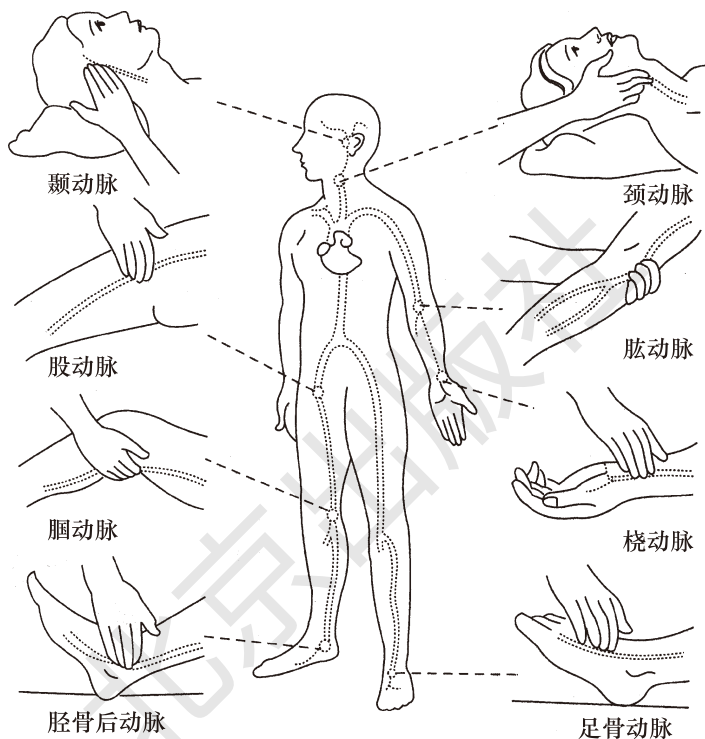


图 1-34 脉搏测量的部位

2. 测量脉搏的方法（以桡动脉为例）

【目的】

- (1) 判断脉搏有无异常。
- (2) 监测脉搏变化，间接了解心脏的功能状态。
- (3) 为诊断、预防、治疗、康复、护理提供依据。

【评估】

- (1) 患者病情、意识状态、年龄、健康及治疗状况。
- (2) 影响脉搏测量的因素。
- (3) 患者对脉搏测量的认识、心理状况及合作程度。
- (4) 测量部位和肢体，有无皮肤黏膜损伤及功能障碍。

【计划】

(1) 患者准备。

①体位舒适,情绪稳定、了解目的、愿意合作。

②测脉搏前 20~30 min 内,无剧烈运动、紧张、恐惧、哭闹等活动。

(2) 操作者准备。

着装整洁,洗手,戴口罩,向患者解释监测脉搏的目的及注意事项。

(3) 用物准备。

①治疗盘内备表(有秒针)、记录本、笔。

②必要时备听诊器。

(4) 环境准备。

整洁安静、安全,温度适宜。

【实施】

(1) 操作步骤(表 1-12)。

表 1-12 脉搏测量法

操作步骤	要点与说明
1. 护士洗手、戴口罩、备齐用物携至床旁,核对、解释	• 确认患者,取得合作
2. 取舒适体位,休息片刻,手臂放于舒适位置,护士以示指、中指、无名指的指端放在桡动脉处。按压力量适中,以能清楚测得脉搏搏动为宜	• 患者舒适,护士便于测量 • 压力太大阻断脉搏搏动,压力太小感觉不到脉搏,脉搏细弱摸不清时,可用听诊器测心率 1 min
3. 正常脉搏默数 30 s,乘 2;异常脉搏应测 1 min	• 注意正确地测量心率与脉率
4. 脉搏短绌者:应两名护士同时测量,一人听心率,一人测脉率,由听心率者发出“起”或“停”的口令,计时 1 min(图 1-35),以分数形式记录,书写形式为心率/脉率/分	• 心脏听诊部位可选择在左锁骨中线内侧第 5 肋间隙处
5. 记录并绘制在体温单上	• 绘制要正确

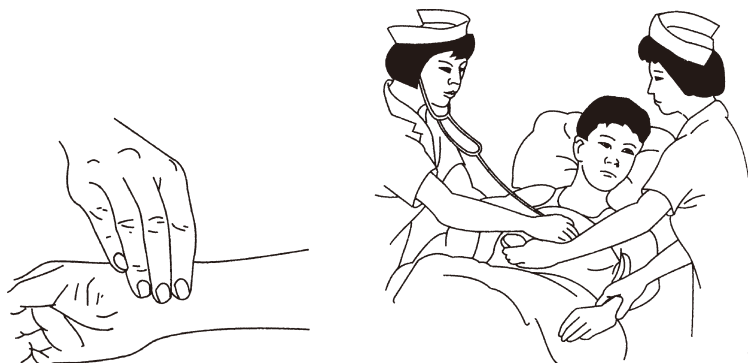


图 1-35 脉搏短绌测量法

(2) 注意事项。

①测前休息：测脉搏前如患者剧烈活动、紧张、恐惧、哭闹等，应安静休息 20～30 min 再测。

②勿用拇指：不可用拇指诊脉，因拇指小动脉搏动较强，易与患者的脉搏相混淆。

③测量健肢：偏瘫患者测脉搏，应选择健侧肢体，以免患侧肢体血液循环不良，影响测量结果的准确性。

④测脉率时，应注意脉搏节律、强弱、动脉壁的弹性等，发现异常及时报告医生，并详细记录。如脉搏细弱触摸不清时，可用听诊器测心率 1 min。

(3) 健康指导。

①讲解脉搏的正常值及监测脉搏的重要性。

②教会患者及家属正确测量脉搏的方法，测量脉搏前避免剧烈运动、情绪紧张等注意事项。

③指导患者及家属及时发现脉搏的异常情况，学会自我护理。

【评价】

(1) 患者理解测量脉搏的目的，能主动配合测量。

(2) 患者知道脉率的正常值及测量过程的注意事项。

(3) 护士操作方法正确，测量结果准确。

(4) 护士与患者沟通有效。

三、呼吸的观察及护理

(一) 正常呼吸及生理性变化

1. 呼吸过程 呼吸是指机体在新陈代谢过程中，不断地从外界环境中摄取氧气，排出二氧化碳，这种机体与环境之间进行气体交换的过程，称为呼吸(respiration)。呼吸运动是一种节律性的活动，由许多呼吸肌协同活动来完成。主要的呼吸肌是膈肌和肋间肌，腹肌和颈肌是呼吸的辅助肌。吸气是主动的，呼气是被动的，呼吸运动具有随意性和自主性。

2. 正常呼吸 正常成年人在安静状态下呼吸频率为 16～20 次/分，节律规则，呼吸运动均匀，无声且不费力。一般情况下，呼吸与脉搏的比例为 1：5～1：4。男性及儿童以腹式呼吸为主，女性以胸式呼吸为主。

3. 生理变化

(1) 年龄：年龄越小，呼吸频率越快，如新生儿的呼吸约为 44 次/分。

(2) 性别：同年龄的女性呼吸频率比男性稍快。

(3) 活动：由于剧烈的运动，机体代谢增加可引起呼吸加深加快，而休息和睡眠时呼吸减慢。

(4) 血压：血压大幅度变动时，可反射性地影响呼吸。如血压升高，可使呼吸减慢减弱；血压降低，可使呼吸加快加强。

(5) 情绪：强烈的情绪变化，如紧张、恐惧、愤怒、悲伤、害怕、兴奋可引起呼吸

加快。

(6) 其他: 如环境温度升高, 可使呼吸加深加快; 气压的变化也会影响呼吸。如在高山和飞机上的高海拔低气压环境中, 吸入的氧气不足以维持机体的耗氧量, 呼吸会代偿性地加深加快。

(二) 异常呼吸的观察

1. 频率异常

(1) 呼吸过速(tachypnea): 成年人在安静状态下呼吸频率超过 24 次/分, 称为呼吸过速。常见于发热、疼痛、缺氧、贫血、甲状腺功能亢进等患者。一般体温每升高 1℃, 呼吸频率增加 3~4 次/分。

(2) 呼吸过缓(bradypnea): 成年人在安静状态下呼吸频率低于 10 次/分, 称为呼吸过缓。常见于呼吸中枢抑制, 如颅脑疾病、巴比妥类药物中毒等患者。

2. 深度异常

(1) 深度呼吸: 称为库斯莫(Kussmauls)呼吸, 是一种深而规则的大呼吸, 可伴有鼾音。常见于糖尿病酮症酸中毒和尿毒症酸中毒等患者。

(2) 浅快呼吸: 是一种表浅而不规则的呼吸, 有时呈叹息样。常见于呼吸肌麻痹、肺与胸膜疾病、肋骨骨折、严重腹胀、腹腔积液者, 也可见于濒死的患者。

3. 节律异常

(1) 潮式呼吸(图 1-36-A): 又称陈-施(cheyne-stokes)呼吸, 是一种周期性的呼吸异常, 周期 30~120 s。其特点是开始呼吸浅慢, 以后逐渐加深加快, 达高潮后又逐渐变浅变慢, 继而呼吸暂停 5~30 s, 又开始重复以上的周期性变化, 呼吸运动如潮水起伏, 故称为潮式呼吸。

(2) 间断呼吸(图 1-36-B): 又称毕奥(Biots)呼吸, 表现为有规律的呼吸几次后, 突然停止呼吸, 间隔

一个短时间后又开始呼吸, 如此反复交替。即呼吸和呼吸暂停现象交替出现。其产生机制同潮式呼吸, 但比潮式呼吸更为严重, 预后更为不良, 常在临终前发生。

(3) 点头呼吸: 在呼吸时, 头随呼吸而上下移动, 患者已处于昏迷状态, 是呼吸中枢衰竭的表现。

(4) 叹息样呼吸(图 1-36-C): 间断一段时间后做一次呼吸, 伴叹气声。如反复发作为叹气样呼吸, 多为临终前表现。

4. 声响异常

(1) 蝉鸣样呼吸(strident respiration): 即吸气时有一种高调似蝉鸣样的音响, 常见于喉头水肿、痉挛、喉头异物等患者。

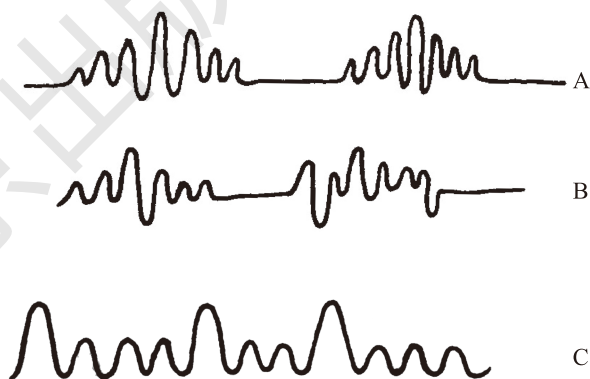


图 1-36 呼吸节律异常

A. 潮式呼吸 B. 间断呼吸 C. 叹息样呼吸

(2) 鼾声呼吸 (strtorous respiration): 即呼吸时发出一种粗大的鼾声, 由气管或大支气管较多的分泌物蓄积所致。常见于深昏迷患者, 也可见于睡眠呼吸暂停综合征患者。

5. 形态异常

(1) 胸式呼吸减弱, 腹式呼吸增强: 正常女性以胸式呼吸为主。当肺、胸膜或胸壁的疾病剧烈疼痛时, 均可使胸式呼吸减弱, 腹式呼吸增强。

(2) 腹式呼吸减弱, 胸式呼吸增强: 正常男性以腹式呼吸为主。当腹膜炎、大量腹腔积液、肝脾肿大、腹腔内的大肿瘤等使膈肌下降受限, 可出现腹式呼吸减弱, 胸式呼吸增强。

6. 呼吸困难 (dyspnea)

呼吸困难是指呼吸频率、节律和深浅度的异常, 导致气体交换不足, 机体缺氧。患者主观感觉空气不足、胸闷、不能平卧; 客观上表现为呼吸费力, 张口耸肩, 口唇指甲发绀, 鼻翼扇动等体征。根据临床表现可分为:

(1) 吸气性呼吸困难: 患者吸气费力, 吸气时间显著长于呼气, 辅助呼吸肌收缩增强。出现 (即吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙凹陷) 多由上呼吸道部分梗阻, 气流吸入不畅所致。常见于喉头水肿或气管、喉头异物等患者。

(2) 呼气性呼吸困难: 患者呼气费力, 呼气时间显著长于吸气。由下呼吸道部分梗阻, 气流呼出不畅所致。常见于支气管哮喘、阻塞性肺气肿等患者。



考点提示

吸气性呼吸困难常见于喉头水肿等上呼吸道梗阻, 吸气费力, 常有三凹征。

呼气性呼吸困难多见于阻塞性肺气肿等下呼吸道部分梗阻, 表现为呼气费力。

(3) 混合性呼吸困难: 患者表现为吸气和呼气均感费力, 呼吸频率快而表浅。由广泛性肺组织病变使呼吸面积减少, 影响换气功能所致。常见于重症肺炎、广泛性肺纤维化、大面积肺不张、大量胸腔积液等患者。

(三) 呼吸异常患者的护理措施

1. 监测呼吸 观察呼吸频率、节律的变化, 有无咳嗽、咳痰、咯血、发绀、呼吸困难等症状。

2. 改善环境 调节室内温度和湿度, 保持空气清新、湿润, 以减少呼吸道不适感。提供安静整洁的环境, 以利于患者休息, 减少耗氧量。

3. 保持呼吸道通畅 及时清除呼吸道分泌物, 指导患者有效咳嗽, 进行体位引流, 对痰液黏稠者给予雾化吸入以稀释痰液。必要时吸痰, 保持呼吸道通畅。

4. 协助治疗 根据医嘱给药; 给予氧气吸入或使用呼吸机, 提高动脉血中的氧含量, 促进气体交换, 以改善呼吸困难。

5. 心理护理 通过进行针对性的心理护理, 消除患者紧张、恐惧心理, 应细心安慰和呵护患者, 使患者情绪稳定, 主动配合治疗和护理。

6. 健康指导 指导患者戒烟限酒, 适当增加蛋白质与维生素, 进餐不宜过饱, 避免

食用产气食物,以免膈肌抬高,影响呼吸。学会自我护理,讲解呼吸监测的重要性,并能正确测量呼吸。

(四) 呼吸的测量

【目的】

观察、判断呼吸状态,为诊断、治疗和护理提供依据。

【评估】

- (1) 患者年龄、病情、意识状态、健康与治疗等情况。
- (2) 影响测量呼吸的因素。
- (3) 患者对测量呼吸的认识状态及合作程度。

【计划】

- (1) 患者准备。
 - ① 体位舒适,情绪稳定,了解测量呼吸的目的并愿意合作。
 - ② 保持自然呼吸状态,测量前 20~30 min 无剧烈运动、情绪激动等影响呼吸的因素。

- (2) 操作者准备。
着装整洁,洗手、戴口罩。向患者解释监测呼吸的目的、方法及注意事项。
- (3) 用物准备。
秒针,记录本、笔,必要时备少许棉花。
- (4) 环境准备。
舒适、整洁、安静、安全、光线充足。

【实施】

- (1) 操作步骤(表 1-13)。

表 1-13 呼吸测量法

操作步骤	要点与说明
1. 护士洗手、戴口罩、备齐用物携至床旁,核对、解释	• 取得患者合作,避免引起患者的紧张
2. 协助患者取舒适体位	
3. 测量脉搏后,护士仍保持诊脉手势,观察患者胸腹起伏情况(一起一伏为一次呼吸)(图 1-37-A)	• 女性以胸式呼吸为主,婴儿及男性以腹式呼吸为主
4. 一般测量 30 s; 异常呼吸或婴儿应测 1 min。危重患者呼吸微弱不易观察时,可将少许棉花置于患者鼻孔前,观察棉花被吹动的次数(图 1-37-B)	• 注意观察呼吸频率、节律、声音形态及有无呼吸系统困难
5. 记录并绘制在体温单上	• 绘制要正确



图 1-37 呼吸的测量

(2) 注意事项。

- ①测量呼吸前如有剧烈运动、情绪激动等应休息 20～30 min 后再测。
- ②测量呼吸时应转移患者的注意力，使其处于自然呼吸状态，以保持测量的准确性。
- ③婴幼儿应先测量呼吸再测量体温，测量体温时幼儿因哭闹不配合会影响到呼吸的测量。
- ④测量呼吸的同时应观察呼吸的深浅度、节律、有无异常声音等，准确无误评估患者的整体呼吸状况。

(3) 健康指导。

- ①给患者讲解保持呼吸道通畅是维持呼吸的主要条件。
- ②指导患者及家属正确测量呼吸，理解监测呼吸的重要性及影响测量呼吸的因素。
- ③指导患者及家属及时发现呼吸的异常情况。

【评价】

- (1) 患者及家属理解测量呼吸的目的、方法，并愿意配合。
- (2) 患者及家属了解呼吸的正常值及测量过程中的注意事项。
- (3) 护士与患者沟通愉快，护士能合理分散患者的注意力，测量结果准确。

四、血压的观察与护理

血压 (blood pressure) 是血液在血管内流动对血管壁的侧压力，一般指动脉血压，常用 BP 表示。当心脏收缩时，血液射入主动脉，此时动脉管壁所受的压力上升达到的最高值，称为收缩压 (systolic pressure)。当心脏舒张时，动脉管壁弹性回缩，此时动脉管壁所受的压力下降达到的最低值，称为舒张压 (diastolic pressure)。收缩压与舒张压之差称为脉压 (pulse pressure)。血压值能反映心脏泵血的效能、血容量、动脉壁的弹性、外周血管的阻力及血液黏滞度等情况，通过对血压的观察，为临床诊断、治疗和护理提供依据。

(一) 正常血压及生理性的变化

1. 正常血压 (一般以肱动脉为标准) 正常成年人安静状态下的血压范围为 90～139 mmHg (12～18.5 kPa)，舒张压 60～89 mmHg (8～11.8 kPa)，脉压 30～40 mmHg

(4~5.3 kPa)。

2. 生理变化

(1) 年龄：血压随年龄的增长，收缩压和舒张压均有逐渐增高的趋势，但收缩压的升高比舒张压的升高更为显著。各年龄组的平均血压见表 1-14。儿童血压的计算公式为：

$$\text{收缩压} = 80 + \text{年龄} \times 2$$

$$\text{舒张压} = \text{收缩压} \times 2/3$$

表 1-14 各年龄组的平均血压

年龄组	平均血压 mmHg (kPa)	年龄组	平均血压 mmHg (kPa)
1 个月	84/54 (11.2/7.2)	14~17 岁	120/70 (16/9.3)
1 岁	95/65 (12.7/8.7)	成年人	120/80 (16/10.7)
6 岁	105/65 (14/8.7)	老年人	(140~160)/(80~90) [(18.7~21.3)/(10.7~12)]
10~13 岁	110/65 (14.7/8.7)		

(2) 性别：青春期前的男女血压差别不明显，女性在更年期前血压低于男性，更年期后无明显差别。

(3) 昼夜和睡眠：一般清晨血压最低，以后逐渐升高，至傍晚血压最高。过度劳累或睡眠不佳时，收缩压可稍增高。

(4) 体位：立位血压高于坐位，坐位血压高于卧位，这与重力引起的代偿机制有关。对于长期卧床或使用某些降压药物的患者，由卧位改为立位时，可出现头晕、心慌、站立不稳、血压下降，甚至晕厥等体位性低血压的表现。

(5) 部位：一般右上肢高于左上肢 5~10 mmHg (0.65~1.33 kPa)。下肢血压高于上肢 20~40 mmHg (2.67~5.33 kPa)。



知识链接

部位对血压测量结果的影响

右侧肱动脉来自主动脉弓的第一大分支无名动脉，而左侧肱动脉来自主动脉弓的第三大分支左锁骨下动脉，由于右侧比左侧的能量消耗小，故右上肢血压比左上肢血压高。下肢血压高于上肢，与股动脉的管径较肱动脉粗、血流量较大有关。

(6) 环境：在寒冷环境中，由于末梢血管收缩，血压可略升高；高温环境中，由于皮肤血管扩张，血压可略下降。

(7) 其他：剧烈运动、情绪激动、紧张、恐惧、兴奋、吸烟均可导致收缩压升高，舒张压一般无变化。饮酒、摄盐过多、应用药物等对血压也有影响。

(二) 异常血压的观察与护理

1. 异常血压的观察 正常人的血压波动范围较小, 保持相对恒定状态。当血压超过了正常范围即为异常血压。

(1) 高血压 (hypertension)。

成人收缩压 ≥ 140 mmHg 和 (或) 舒张压 ≥ 90 mmHg 称为高血压。目前基本上采用 1999 年 2 月 WHO/ISH (世界卫生组织和国际高血压联盟) 制定的高血压标准 (表 1-15)。根据血压升高水平, 又进一步将高血压分为 1、2、3 级。当收缩压和舒张压分属于不同分级时, 以较高的级别作为标准。

表 1-15 异常血压的分级

分级	收缩压 mmHg		舒张压 mmHg
理想血压	<120	和	<80
正常血压	<130	和	<85
正常高值高血压	130 ~ 139	或	85 ~ 89
1 级 (轻度高血压)	140 ~ 159	或	90 ~ 99
亚组: 临界高血压	140 ~ 149	或	90 ~ 94
2 级 (中度高血压)	160 ~ 179	或	100 ~ 109
3 级 (重度高血压)	≥ 180	或	≥ 110
单纯性收缩期高血压	≥ 140	和	<90
亚组: 临界收缩期高血压	140 ~ 149	和	<90

(2) 低血压 (hypotension)。

成年人血压低于 $90/(50 \sim 60)$ mmHg [$12/(6.6 \sim 58)$ kPa] 称为低血压。当血压低于正常范围时有明显的血容量不足的表现, 如脉搏细速、心悸、头晕等。常见于大量失血、休克、急性心力衰竭、心肌梗死等患者。

(3) 脉压异常。

①脉压增大: 脉压大于 40 mmHg 称脉压增大, 常见于动脉硬化、主动脉瓣关闭不全、动静脉瘘、甲状腺功能亢进等患者。

②脉压减小: 脉压小于 30mmHg 称脉压减小, 常见于心包积液、缩窄性心包炎、心力衰竭、主动脉瓣狭窄等患者。

2. 血压异常患者的护理措施

(1) 监测血压: 判断血压有无异常, 观察药物的不良反应; 注意有无潜在并发症的发生。监测血压时要做到“四定”, 即定血压计、定体位、定部位、定时间。

(2) 生活规律: 良好的生活习惯是保持健康, 维持血压的条件。环境应安静、安全、舒适, 温湿度适宜, 注意保暖、避免冷热刺激等。

(3) 适当休息: 高血压初期不限制一般的体力活动, 但避免重体力活动。患者血压较高时应嘱其卧床休息, 减少活动, 保证充足的睡眠时间, 按医嘱给予降压药物。如血压过低, 应迅速安置患者平卧位, 并作应急处理。

(4) 心理护理：进行有针对性的心理护理，以消除患者的紧张、恐惧心理，主动配合治疗与护理。

(5) 健康指导：指导患者进食易消化、低脂肪、低胆固醇、高维生素、富含纤维素的食物。根据血压的高低适当限制盐的摄入，避免进食辛辣刺激性的食物，戒烟限酒。保持大便通畅，必要时给予通便剂。情绪稳定，坚持运动。学会自我监控血压与紧急情况的处理方法等。

3. 血压的测量 血压计是根据血液通过狭窄的动脉管道形成涡流时发出响声的原理而设计的，用于间接测量动脉压。测量血压时，是以血压和大气压做比较，当袖带内的压力等于或稍低于心脏收缩压时，随着心收缩射血，血液即可冲开被阻断的血管形成涡流，用听诊器便开始听到搏动的声音，此时血压计所指示的压力值即相当于收缩压。当袖带压力降低到等于或稍低于舒张压时，血流恢复畅通，伴随心跳所发出的声音便突然变弱或消失，此时血压计所指示的压力值即相当于舒张压。血压的计量单位有 mmHg 和 kPa。换算公式如下：

$$1 \text{ mmHg} = 0.133 \text{ kPa}$$

$$1 \text{ kPa} = 7.5 \text{ mmHg}$$

(1) 血压计的种类与构造。

① 血压计的种类主要分水银血压计、无液血压计、电子血压计 3 种(图 1-38)。水银血压计分台式和立式 2 种，立式血压计可随意调节高度。

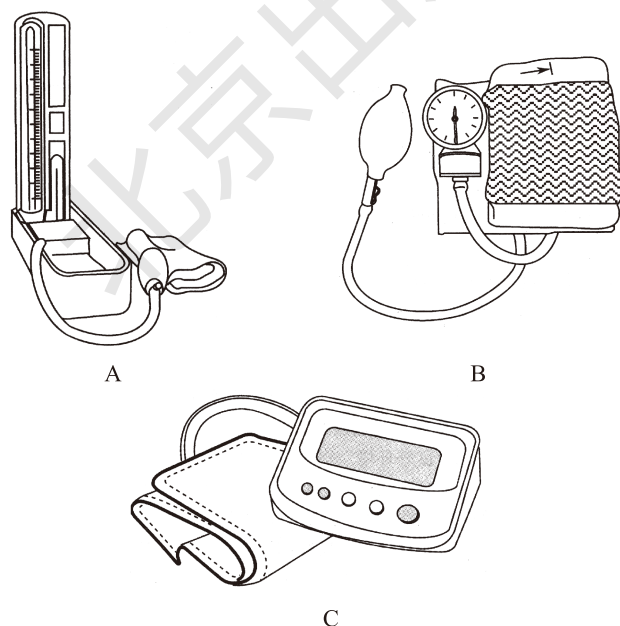


图 1-38 血压计类型

A. 水银血压计 B. 无液血压计 C. 电子血压计

② 血压计的构造主要由 3 个部分组成。

A. 输气球及调节空气的压力阀门。

B. 袖带：袖带为长方形扁平橡胶袋，袖带的长度和宽度应符合标准。袖带太窄，须加大力量才能阻断动脉血流，测得数值偏高；袖带太宽，大段血管受阻，测得数值偏低。一般常用的橡胶袋长 24 cm，宽 12 cm，外层套 48 cm 的布袋。小儿袖带宽度要求为：新生儿长 5~10 cm，宽 2.5~4 cm；婴儿袖带长 12~13.5 cm，宽 6~8 cm；儿童袖带长 17~22.5 cm，宽 9~10 cm。下肢袖带长约 135 cm，宽 14 cm。橡胶带上两根橡胶管，一根连接输气球，另一根与压力表相接。

C. 血压计：

a. 水银血压计：由玻璃管、标尺、水银 3 部分组成。在血压计盒内面固定一根玻璃管，管面标有刻度（标尺）0~300 mmHg（0~40 kPa），采用双刻度，每一小格相当于 2 mmHg（0.26 kPa），玻璃管上端与大气相通，玻璃管下端和水银槽相通，汞槽内装有汞。水银血压计的优点是测得的数值准确可靠，但较笨重且玻璃管部分易破裂，水银溢出造成污染。

b. 无液血压计：又称弹簧式血压计、压力表式血压计。外形呈圆盘状，正面盘上标有刻度，盘中央有一指针提示血压数值。其优点是携带方便，但准确度差。

c. 电子血压计：袖带内有一换能器，有自动采样电脑控制数字运算，自动放气程序。数秒钟内可测得收缩压、舒张压、脉搏数值。其优点是操作方便，不用听诊器，省略放气，可排除人为操作干扰，但有误差，需定期校验。

（2）测量血压的方法（以水银血压计测量肱动脉血压方法为例）。

【目的】

- ①判断血压有无异常。
- ②监测血压变化，间接了解循环系统的功能状况。
- ③为诊断、预防、治疗、康复、护理提供依据。

【评估】

- ①患者年龄、病情、意识状态、健康状况、治疗等情况。
- ②影响血压变化的因素。
- ③患者对测量血压的认识、心理状态、合作程度。

【计划】

①患者准备：取舒适体位、稳定情绪、了解操作目的，并愿意配合。测量前休息 30 min，无吸烟、运动、情绪激动等活动。

②操作者准备：着装整洁，洗手，戴口罩，向患者解释监测血压的目的及注意事项。

③用物准备：血压计、听诊器、记录本（体温单）、笔。

④环境准备：舒适、整洁、安静、安全、光线充足。

【实施】

①操作步骤（表 1-16）。

表 1-16 血压测量法

操作步骤	要点与说明
1. 护士洗手,戴口罩,备齐用物携至床旁,核对、解释	• 取得患者合作
2. 选择测量部位,取坐位或仰卧位。坐位时肱动脉平第四肋软骨,仰卧位平腋中线	• 注意血压计的“0”点应与肱动脉、心脏处于同一水平,以免受血液重力作用影响结果
3. 卷袖露臂,手掌向上,肘部伸直	
4. 放平血压计,驱尽袖带内空气,袖带中部对中肘窝,袖带下缘距肘窝上 2~3 cm,将袖带缠于上臂中部,松紧以能容一指为宜	• 必要时脱袖,以免衣袖过紧影响血流 • 袖带松紧要适宜
5. 打开水银槽开关,连接输气球,戴好听诊器,胸件放于肱动脉搏动最明显处,一手固定听诊器胸件,另一手关紧输气球开关,均匀充气至肱动脉搏动音消失,再升高 20~30 mmHg	• 胸件勿塞入袖带内,充气不可过快、过猛,以免水银溢出、患者不适以影响结果的准确性
6. 缓慢均匀放气,下降速度 4 mmHg/s,眼睛视线与水银柱的凹面保持同一水平	• 此时袖带内压力大于心脏收缩压,血流阻断
7. 判断测值:听到第一声搏动声,此时水银柱所指的刻度即为收缩压;当搏动声突然变弱或消失,此时水银柱所指刻度即为舒张压	• 注意数值的准确性
8. 测量完毕解下袖带,驱尽袖带内空气,关紧气门,将血压计右倾 45°关闭水银槽开关,卷好袖带,放入血压计盒内固定位置,关闭血压计	• 水银全部返回水银槽,避免水银外溢 • 避免损坏玻璃管
9. 协助患者取舒适体位,整理床单位	• 使患者舒适
10. 记录。分数形式表示:收缩压/舒张压 mmHg	• 格式正确

②注意事项。

A. 定期检查:血压计要定期检查和校正,以保证其准确性,切勿倒置或震动。测量前应检查血压计玻璃管有无破损,玻璃管上端是否和大气压相通,汞柱是否保持在“0”点,橡胶管和输气球有无老化、漏气,听诊器是否完好等。

B. 安静测量:测量血压前如患者有运动、情绪激动、吸烟、进食等活动,应安静休息 20~30 min 再测。

C. 做到四定:密切监测血压者应定时间、定部位、定体位、定血压计。

D. 保护血压计:打气不可过猛、过高,如水银柱出现气泡,应调节或检修,不可带气泡测量,用毕应及时关闭水银槽开关。

E. 健肢测量:为偏瘫、肢体外伤、手术、一侧肢体正在输液的患者测量血压应选健侧肢体。因患侧肢体肌张力降低,血液循环障碍,不能真实反映血压的变化。

F. 降“0”重测:发现血压听不清或异常时应重测,注意使水银柱降至“0”点,休息片刻后再测,必要时双侧对照。

G. 影响因素:袖带过窄,可使测得血压偏高;袖带过宽、橡胶管过长、水银量不足

可使测得的血压值偏低。袖带缠得过松，测量者的眼睛视线低于水银柱凹面，可使测得的血压值偏高；反之，测得的血压值偏低。放气速度太慢，可使测得的舒张压偏高；放气速度过快，听不清声音的变化。患者手臂位置低于心脏，吸烟、进食、运动、膀胱充盈等，可使测得的血压偏高；手臂位置高于心脏，可使测得的血压偏低。

H. 记录测值：分数形式表示：收缩压 / 舒张压 mmHg，判断舒张压时，WHO 规定以动脉的消失音作为标准，当舒张压的变调音和消失音之间有差异时，可记录两个读数，即收缩压 / 变音 / 消失音 mmHg，如 140/90/40 mmHg。

③健康指导。

A. 给患者及家属讲解测量血压的目的、注意事项、配合方法。

B. 指导患者及家属正确使用血压计和测量血压。

C. 指导患者及家属正确判断血压测量结果及血压的正常值。

【评价】

①患者理解测量血压的目的，愿意配合。

②患者了解血压的正常值及测量过程中的注意事项。

③护士操作方法正确，测量结果准确。

④护患沟通有效，测量过程中患者有安全感、无不舒适感。

典型案例

患者，男性，32岁，持续发热一周，以发热待查于当日8 am入院，查体：体温39.8℃，脉搏112次/分，呼吸28次/分，血压120/80 mmHg，神志清楚，面色潮红，口唇干裂，食欲不振。9 am给予退热剂后，降至38.8℃，于2 pm又升至39.8℃。根据以上资料判断患者的发热程度及热型。如何观察和护理患者的生命体征？

评析：生命体征(vital signs)是体温、脉搏、呼吸、血压的总称。它是机体内在活动的一种客观反映，是评价身心状况的重要指标。正常情况下，人的生命体征在一定范围内相对稳定，变化很小，而在病理情况下，其变化极其敏感，护理人员通过对生命体征的观察，可以了解疾病的发生、发展及转归，为预防、诊断、治疗、护理提供依据。此患者以发热待查入院，脉搏及呼吸较快，体温至高热状态，患者呈急性病容状态，需根据生命体征相关知识实施严密的观察和护理。

任务六 医疗与护理文件的记录

医疗护理文件是医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像等资料的总和，我国原卫生部将其定名为“病案”。病案



预习案例

是患者在门诊、急诊就诊时和住院期间的各种检查、治疗与观察的真实、扼要的文字记录,也就是患者就医期间的全部医疗卫生、护理记录的重要档案,包括门诊病案和住院病案两部分组成。病案是医院和患者的重要档案资料,同时也为医学科研、医学教育和有关法律事务提供重要的原始资料,医疗文件正确记录了患者的病情变化、诊断治疗和护理全过程。

一、医疗与护理文件记录的要求、原则及意义

(一) 护理记录的基本规则和要求

- (1) 按要求使用蓝黑墨水、碳素墨水、红墨水书写。
- (2) 必须逐页填写:眉栏、页码,各项记录书写结束时应在右下角签全名。
- (3) 书写要用中文和医学术语:记录内容应客观、真实、准确、及时、完整、简明扼要、层次分明、与病程记录一致。
- (4) 字迹工整、清晰:标点符号正确;书写不超过格线、不得有空行、空格。
- (5) 凡药物过敏者,应在病历中用红笔注明过敏药物的名称。
- (6) 不得采用刀刮、胶粘、涂黑、剪贴等方法抹去原来的字迹:在书写过程中,若出现错字、错句,应在错字、错句上用双横线(同色)标示,双横线长度应是错字、错句的长度。
- (7) 各项记录采用24h制和国际记录方式:各项记录应注明年、月、日,急诊、抢救等记录应注明至时分。如2009年8月9日下午3点5分,应写成2009-08-09,15:05。

(二) 医疗护理文件的意义

1. 提供信息交流的资料 医疗与护理文件是对患者病情变化诊断、治疗、护理及疾病转归全过程客观真实、动态、全面的记录,是医护人员全面、动态地掌握患者病情及进行正确诊断、选择治疗方案和实施护理措施的重要依据。它有利于医护之间的沟通交流与合作,从而为患者提供正确、完整、连续的医疗护理服务。



考点提示

举证倒置

护理病案是作为病历的一部分,是严肃的法律性文件。在法庭上可作为判定医疗纠纷、保险索赔、犯罪刑案及遗嘱查验的证明。尤其是随着新的《医疗事故处理条例》和最高人民法院《关于民事诉讼证据的若干条规定》中“举证责任倒置”的实施,要求护士应及时、准确、完整地书写好护理病案,不得任意丢失、涂改、隐匿、伪造或销毁。

2. 提供评价依据 与医疗文件共同反映了医院管理、医疗质量和医疗业务水平,是临床教学、科研和信息管理的重要资料,也是医院对医务人员进行等级评定和业务考评的依据。

3. 提供教学与科研资料 提供教学与科研资料规范、完整的医疗与护理记录资料是医学教学的第一手资料和最好的教材,某些特殊病历还能个案教学提供素材和依据,也是开展医学科研的重要资料,尤其是在回顾性研究及流行病学调查研究方面具有重要参考价值。

4. 提供法律依据 医疗与护理记录资料是具有法律效力的重要合法文件,在法律上是解决医疗纠纷、伤残处理、保险索赔、犯罪刑事案件及遗嘱查验的重要举证材料。能为法律提供有效证据并保护医护人员自身和患者合法权益。

(三) 医疗与护理文件记录的原则

医疗与护理记录书写的基本原则是客观、准确、及时、完整、简要、清晰、规范。

1. 客观 记录患者主观资料时,应记录其主诉内容,并用引号标明;记录患者客观资料时,必须是医护人员通过观察和测量所获得的原始资料,医护人员不可有任何主观解释和臆断。

2. 准确 记录内容和时间必须真实、准确无误。各种记录应按规定的内容和格式认真书写,不可擅自更改项目或颠倒排列顺序。书写文字工整,字迹清晰,语句通顺,表达准确,标点正确。有书写错误时应用原书写钢笔在错误字词上画双线,并在上面签名或盖章。书写不得出格跨行,滥用简化字,不能采用刮、涂等方法掩盖或去除原来字迹。

3. 及时 医疗与护理文件记录必须及时完成,不能提前、延期或漏记,以保证提供患者最新资料及记录的时效性。因抢救危重患者未能及时记录时,应在抢救结束后 6 h 内据实补记,并注明抢救完成时间和补记时间。

4. 完整 医疗及护理记录应保证项目齐全,包括眉栏、页码,记录应严格按照要求逐页、逐项填写完整,避免遗漏;记录应连续,不可留有空行或空白;记录结束时签全名,字迹清晰易辨,以示负责。

5. 简要 记录应使用中文书写,内容简明扼要,重点突出,医学术语应用确切。应使用国家法定计量单位,通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。不可使用不恰当的简称,避免使用含混不清或过多修饰的语句表述,应使医护人员能以最少的时间获取准确、完整的信息。

6. 清晰 根据原卫生部《病历书写基本规范》及各地各部门制定的《医疗与护理文件记录规范》要求,按规定分别使用红、蓝墨水钢笔或红、蓝铅笔书写及绘制各项记录。

7. 规范 实习护士、试用期护士书写的护理文件,应经注册护士审阅、并用红钢笔修改并签名,注明修改日期方可生效。进修护士由接收进修的医院对其胜任本专业工作的实际情况进行考核认定后方可书写护理文件。考核不合格者应由指导老师审阅、修改并签名。上级护理人员有审查、修改下级护理人员书写各项护理文件的责任,修改时用红钢笔,注明修改日期,签全名,并保持原记录清楚、可辨。

二、医疗与护理文件的管理

医疗与护理文件是医院具有法律效力的重要档案资料。应制定严格的管理制度,医护人员在患者住院期间及出院后都应认真做好医疗与护理文件的管理,以保障医疗安全,维护患者、医务人员和医疗机构的合法权益。

(一) 病历排列顺序

1. 住院病历排列顺序

- (1) 体温单(按时间先后顺序倒排)。
- (2) 医嘱单(长期医嘱单在前,临时医嘱单在后,均按时间先后顺序倒排)。
- (3) 入院记录。
- (4) 完整入院记录。
- (5) 病程记录(包括查房记录、病情记录、抢救记录,按时间先后顺序倒排)。
- (6) 临床病例讨论记录(疑难病例讨论记录、教授查房记录)。
- (7) 手术记录(手术同意书、术前讨论记录、术前谈话记录、麻醉谈话记录及麻醉记录、手术及手术护理记录、输液记录、产科记录等)。
- (8) 会诊记录(申请会诊记录、会诊意见记录,按时间先后顺序排列)。
- (9) 知情同意告知书(入院告知书、病危通知单、各种申请单、输血同意书、特殊检查及治疗同意书等)。
- (10) 各种特殊检查报告单。
- (11) 粘贴各种化验检查报告单(常规化验在前,特殊化验在后,按时间先后顺序倒排)。
- (12) 护理记录单(一般患者护理记录单、危重患者护理记录单)。
- (13) 护理病历(入院患者护理评估表、住院患者护理评估表、护理计划单、PIO 护理记录单、出院患者护理评估表、健康教育计划单、出院指导)。
- (14) 住院病历首页。
- (15) 配血单。
- (16) 住院证。
- (17) 门诊和(或)急诊病历(首页、副页、各种检查报告单)。

2. 出院(转科、死亡)患者病历排列顺序

- (1) 住院病历首页。
- (2) 住院证(死亡患者加死亡报告单)。
- (3) 出院或死亡记录。
- (4) 入院记录。
- (5) 完整入院记录。
- (6) 病程记录(包括查房记录、病情记录、抢救记录,按时间先后顺序倒排)。
- (7) 临床病例讨论记录(疑难病例讨论记录、教授查房记录)。
- (8) 会诊记录(申请会诊记录、会诊意见记录)。
- (9) 知情同意告知书(入院告知书、病危告知、各种申请单、输血同意书、特殊检查及治疗同意书等)。
- (10) 手术记录(手术同意书、术前讨论记录、术前谈话记录、麻醉谈话记录及麻醉记录、手术及手术护理记录、输液记录、产科记录等)。
- (11) 各种特殊检查报告单。

(12) 粘贴各种化验检查报告单(常规化验在前,特殊化验在后,按时间先后顺序倒排)。

(13) 护理记录单(一般患者护理记录单、危重患者护理记录单)。

(14) 配血单。

(15) 医嘱单(长期医嘱单在前,临时医嘱单在后,均按时间先后顺序倒排)。

(16) 体温单(按时间先后顺序倒排)。

(17) 护理记录单(一般患者护理记录单、危重患者护理记录单)。

(18) 护理病历(入院患者护理评估表、住院患者护理评估表、护理计划单、PIO 护理记录单、出院患者护理评估表、健康教育计划单、出院指导)。

(19) 各种费用清单。

(20) 门诊和(或)急诊病历(首页、副页、各种检查报告单)随病历放置或交患者保管。

(二) 医疗与护理文件的管理要求

(1) 医疗与护理文件应按规定妥善放置。

(2) 医护人员必须保持医疗与护理文件的清洁、整齐、完整,防止玷污、破损、拆散、丢失;严禁任何人涂改、伪造、销毁和窃取。

(3) 不得随意翻阅医疗文件夹:患者及家属未经医护人员同意,不得随意翻阅医疗文件夹,更不可擅自带出病区;因教学、科研等需要参考查阅病历时,需经相关部门同意,完善借还手续,阅后及时归还。

(4) 需要查阅、复印病历资料时需要相关部门证件:患者或其代理人及其他机构的有关人员需要查阅、复印病历资料时,应根据当地有关证明材料提出申请,由医疗卫生机构专(兼)职人员在申请人在场的情况下负责复印、复制,并经申请人核对无误后,加盖医疗机构证明印记方可有效。

(5) 医疗文件应妥善保存:体温单、医嘱单、手术记录单、护理记录单、护理病历随病历放置,患者出院或死亡将病历整理后送病案室保存。根据卫生部有关规定,住院病案至少保存 30 年,特殊需要情况永久保存。病区交班报告放病区保存 5 年,以备查阅。设有门(急)诊病历档案保管机构的医院,患者的门(急)诊病历保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年。

三、医疗卫生与护理文件的书写

(一) 体温单的绘制

体温单用于记录患者的体温、脉搏、呼吸、血压及其他情况,如出入院、手术、分娩、转科或死亡时间、大便、小便、出入量、血压、体重等,住院期间排在病历最前面,以便于查阅。

1. 体温单眉栏的填写方法

(1) 用蓝笔填写患者姓名、性别、科别、病室、床号、诊断、住院号及日期、住院日数等项目。

(2) 填写“日期”栏时, 每页第1天应填写年、月、日, 其余6天只写日, 如在6天中遇到新的年度或月份开始, 则应填写年、月、日或月、日。

(3) “住院日数”从入院第1天开始填写, 直至出院。

(4) 用红笔填写“手术(分娩)后日数”, 以手术(分娩)次日为第1天, 连续填写7天。若在7天内进行第2次手术, 则将第1次手术日数作为分母, 第2次手术日数作为分子填写。

(5) 用红笔纵行在40~42℃之间相应时间格内填写入院、转入、手术、分娩、出院、死亡、外出等。按24小时制在相应的时间栏竖写, 如“入院+7时20分”。转入时间由转入病室填写。

2. 体温、脉搏、呼吸曲线的绘制

(1) 体温曲线的绘制。

①体温用蓝笔绘制于体温单35~42℃之间, 符号为口温蓝“●”、腋温蓝“×”, 肛温蓝以红圈“○”表示。相邻的温度用蓝线相连。

②体温不升, 于35℃线处用蓝笔画蓝“●”, 并与相邻温度相连, 在蓝点处向画箭头“↓”, 长度不超过两小格。重复测试后的体温, 应在原体温符号上方用蓝笔写上小写英文字母“v”, 表示“核实(verified)”。

③物理降温半小时后测量的体温以红“○”表示, 绘在物理降温前体温的同一纵格内, 并用红虚线与降温前温度相连, 下次测得的温度仍与降温前温度相连。

④擅自外出或拒绝测体温、脉搏、呼吸者, 体温单上不绘制, 相邻两次体温和脉搏不连线。自外出之日起, 每天在相应时间栏内填写“外出”。

(2) 脉搏曲线的绘制。

①脉搏用红笔绘制, 符号以红“●”表示, 相邻脉搏用红线相连。

②脉搏与体温重叠时, 先画体温符号, 再用红笔在体温符号外画“○”。

③脉搏短绌时, 心率以红“○”表示, 相邻心率用红线相连, 在脉搏与心率两曲线间用红笔画直线填满。

3. 呼吸曲线的绘制 呼吸用黑笔绘制, 符号以黑“●”表示, 相邻的呼吸用黑线相连或用蓝笔在体温单呼吸相应栏内填写患者的呼吸次数, 相邻两次上下错开填写。患者使用辅助呼吸时, 用“R”表示。

4. 体温单底栏填写项目及要 底栏的内容包括血压、体重、大小便次数、出入液量、药物过敏等, 用蓝笔填写。数据以阿拉伯数字记录, 不写计量单位。

①大便次数: 每24h记录一次, 记前一日的大便次数, 如未解大便记“0”, 大便失禁和假肛以“*”表示, 灌肠符号以“E”表示。例如, 1/E表示灌肠后大便一次, 0/E表示灌肠后无大便排出。1 $\frac{1}{E}$ 表示自行排便一次, 灌肠后又排便一次。

②尿量: 以毫升计算, 记录前一日24h的总尿量。

③出入液量: 以毫升计算, 记录前一日24h的出入总量。

④体重: 以千克计算。新入院患者记录体重, 住院患者应每周记录体重一次。入院时或住院期间因病情不能测体重时, 分别用“平车”或“卧床”表示。

⑤血压：以 mmHg 计算。新入院患者记录血压，住院患者每周至少记录血压一次。一日内连续测量血压者，则上午血压写在前半格内，下午血压写在后半格内，术前血压写在前面，术后血压写在后面。

⑥药物过敏：用蓝笔填写皮试阳性药物或发生过敏反应药物的名称，并用红笔在括号中标注阳性反应“（+）”，并于每次添加体温单时转抄过来。

⑦页码：用蓝笔逐页填写。

各地区体温单的绘制有所不同，应根据当地卫生行政部门的要求绘制。

（二）医嘱单

医嘱单是医生对患者住院期间制定的具体治疗方案即医嘱的书写记录（包括微机录入、医嘱记录）。分为长期医嘱单和临时医嘱单，护士对医嘱进行处理、执行和记录。医嘱单既是医护人员共同实施治疗和护理的重要依据，也是护士执行医嘱、完成治疗方案的核查依据。

1. 医嘱的种类

（1）长期医嘱：是指有效时间在 24 h 以上，当医生注明停止时间后才失效的医嘱。如一级护理、流质饮食、维生素 C 0.2 g po tid。如果患者转科、手术、出院或死亡，其医嘱则自行停止（表 1-17）。

（2）临时医嘱：是指有效时间在 24 h 以内，应在规定时间内执行，一般只执行一次。包括需要立即执行的医嘱，如肾上腺素 0.5 mg IH st，需要制定执行时间的医嘱，如手术、会诊、特殊检查等。此外，出院、转科、死亡项目也列入临时医嘱（表 1-18）。

（3）备用医嘱：是指根据患者病情需要执行的医嘱，分长期备用医嘱和临时备用医嘱两种。

①长期备用医嘱（prn）：有效时间在 24 h 以上，必要时用，由医生注明停止时间方可失效。两次执行之间必须有时间间隔，如哌替啶 50 mg im q6h prn，可待因 30 mg po q8h prn。

②临时备用医嘱（sos）：仅在 12 h 内有效，必要时用，只执行一次，过期尚未执行则自动失效，如地西洋 5 mg po sos。

2. 医嘱的内容 医嘱的内容包括：床号、姓名、科别、病室、住院号、页码、起始日期及时间、护理常规、是否病危、护理级别、体位、饮食种类、药物（名称、剂量、浓度、给药途径及方法）、各种检查、治疗、各种临时用药、术前准备、停止日期和时间、执行时间、医生及执行护士签名。

3. 医嘱的处理

（1）医嘱的处理原则。

①先急后缓：处理医嘱时，先判断医嘱的轻重缓急，便于及时、合理地安排执行顺序。

②先临时，后长期：需即刻执行的临时医嘱，应安排立即执行，然后再执行长期医嘱。

③医嘱执行者须签全名：医嘱执行者须在医嘱单及执行单上签全名。

(2) 医嘱的处理方法。

①长期医嘱的处理：由医生直接开写在长期医嘱单上，注明日期和时间并签全名。护士将长期医嘱单上的医嘱分别转抄至各种长期医嘱执行单上（服药单、治疗单、注射单、输液单、饮食单等），执行后在长期医嘱单护士签名栏内签全名（表 1-17）。

表 1-17 长期医嘱单

姓名_____ 病区_____ 床号_____ 住院号_____

[illegible]

②临时医嘱的处理：由医生开写在临时医嘱单上，注明日期和时间并签全名。需立即执行的医嘱，护士及时执行后，须注明执行时间并签全名。对有限定执行时间的临时医嘱，护士应转抄于临时治疗本或交班记录本上，并严格在指定时间内执行（表1-18）。

表 1-18 临时医嘱单

姓名_____ 病区_____ 床号_____ 住院号_____ 第 1 页

[illegible]

③备用医嘱的处理：长期备用医嘱(prn)：医生开写在长期医嘱单上，须注明执行间隔时间。如哌替啶 50 mg im q6h prn。每次在必要时执行后，须由执行者在临时医嘱单上记录医嘱内容、执行时间并签全名，供下一班参考。每次执行前均须了解上一班的执行时间。临时备用医嘱(sos)：医生开写在临时医嘱单上。患者需要时执行后注明执行时间并签全名，过时未用的临时备用医嘱应由护士用红钢笔在该项医嘱执行时间栏内写“未用”两字，并在执行者栏内签全名。

(3) 停止医嘱的处理：医生在长期医嘱单上注明停止时间并签名，护士先在各种相应执行单或卡片上注销停止的医嘱，注明停止日期和时间，签全名，然后在长期医嘱单停止医嘱执行者栏内签全名。

(4) 重整医嘱的处理：长期医嘱单超过三页或医嘱调整项目较多时需重整医嘱。在最后一行医嘱下面用红笔画一横线，在红线下正中用红钢笔写上“重整医嘱”四字，再将需要继续执行的有效长期医嘱按原日期、时间排列顺序，抄录在重整医嘱下的医嘱单上，抄录完毕经两人核对无误后，重整者签名。医生继续开写新医嘱，护士按长期医嘱的处理方法执行。

(5) 手术、分娩、转科医嘱的处理：患者转科、手术、分娩后，在原长期医嘱最后一行下面用红笔画一横线，以示前面医嘱作废，并在红线下正中用红钢笔写上“转入医嘱”“手术后医嘱”“分娩后医嘱”，然后开写新医嘱，护士注销各执行单上原有医嘱，继续按长期医嘱的处理方法执行。

(6) 转院、出院、死亡医嘱的处理：转院、出院医嘱、医生开写在临时医嘱单上，死亡患者不开医嘱，均在原长期医嘱最后一行下面用红笔画一横线，以示全部长期医嘱停止。护士在临时医嘱单上注明执行时间并签全名。同时注销各执行单上原有的长期医嘱。

4. 注意事项

(1) 医嘱必须经医生签名后方可生效，一般情况下不执行口头医嘱，在抢救或手术过程中医生提出口头医嘱时，护士必须向医生复诵一遍，双方确认无误后方可执行，事后医生应及时据实补写医嘱和处方。

(2) 护士在处理和转抄医嘱时，必须做到认真、细致、准确、及时。要求字迹工整清晰，不得任意涂改。

(3) 严格执行查对制度，医嘱须每班、每日核对，每周总查对，每次查对后查对者须签全名，交班记录上注明。对有疑问的医嘱，必须查询清楚后方可执行。

(4) 需下一班执行的临时医嘱应做好交班，并在交班报告上注明。

(5) 药物过敏试验医嘱，执行后阳性用红笔填写(+)表示，阴性用蓝笔填写(-)表示。药物过敏试验阳性时，医嘱执行者将过敏药物名称填写在体温单相应栏内。



考点提示

护士接到医嘱，仔细核对无误后应准确、及时执行医嘱；如果护士对医嘱有疑问，应询问开写医嘱的医生并证实医嘱的准确性。发现医嘱有明显错误，护士有权拒绝执行医嘱。如果护士向医生指出医嘱中的错误，医生执意要求护士执行时，护士应报告护士长或上级主管部门。如果护士明知医嘱有错误而不提出质疑，或护士疏忽大意忽视了医嘱的错误，执行后造成严重后果者，护士和医生共同承担法律责任。

(6) 对已经开写在医嘱单上，因各种原因不能执行的医嘱需取消时不得粘贴、涂改，应由医生在该项医嘱的字面上用红笔书写“取消”，并在医嘱后用蓝钢笔签全名。



课程思政

医嘱是护士对病人实施治疗及护理的法律依据。错误医嘱的执行往往会造成严重的后果，所以，作为护士一定要提升自己对错误医嘱的辨别能力，增强自己的法律意识和社会责任心。

(三) 护理记录单

护理记录单是患者住院期间，护理人员全过程的客观、真实的记录。护理记录包括一般患者护理记录和危重患者护理记录。

1. 一般患者护理记录 (表 1-19)

表 1-19 一般患者护理记录

× × × × × 中医医院
一般患者护理记录单

姓名: 李胜利 科室: 骨伤 床号: 15 住院号: 111058 第 1 页

日期	时间	护理记录
2010-12-8	5 pm	患者因腰痛伴下肢疼痛半年，加重 1 月，于 3 pm 步行入院，现腰部疼痛，左下肢放射痛至足踝部，舌质红，苔薄白，脉弦。热情接待患者及家属，宣讲住院须知，介绍医院环境及护士长、护士组长、责任护士、主管医师，修剪指甲一次，双肾俞穴艾柱灸。嘱其明晨禁食抽血，并正确留取大小便标本，卧硬板床休息，忌过度弯腰动作。 刘小利
2010-12-9	3 pm	与患者交谈，对住院环境表示满意，讲解腰椎间盘突出症的基本知识，介绍用药注意事项。 刘小利
2010-12-10	10 am	指导患者床上大小便及术后腰背肌功能锻炼的方法，患者配合好。 刘小利

续表

日期	时间	护理记录
2010-12-10	5 pm	完善术前准备, 针对患者忧虑情绪, 讲解手术预后与情志关系及疏导方法。 刘小利
2010-12-11	11 am	患者 8 am 在连硬外麻下行 L4、L5 椎间盘髓核摘除术, 于 11 am 安全返回病房。现伤口敷料清洁干燥, 感左下肢轻度麻木, 运动正常。保留导尿管引出小便色质量正常, 舌质淡红, 苔薄白, 脉弦细。嘱术后暂禁食 6 h。 刘小利
2010-12-11	5 pm	患者伤口疼痛难忍, 遵医嘱肌注强痛定 100 mg, 并指导减轻疼痛的方法。 刘小利
2010-12-12	11 am	患者诉左下肢麻木较前减轻, 腰部未觉疼痛, 遵医嘱拔除导尿管。 刘小利
2010-12-12	5 pm	患者拔除导尿管后小便未解, 感下腹胀痛, 查: 膀胱膨隆, 予艾灸中极、关元、横骨, 按摩膀胱区, 经处理自行解出小便 980 mL, 色黄、质清, 嘱卧硬板床休息。 刘小利
2010-12-14	5 pm	红花酒精按摩骨突部, 予芳香漱口液行口腔护理, 讲解饮食宜忌, 进食清淡及补益肝肾之食物。 刘小利
2010-12-21	5 pm	患者双下肢运动、感觉正常, 今伤口已拆线, 愈合良好, 指导在床上用双上肢悬吊, 并做深呼吸。 刘小利
2010-12-28	5 pm	患者在腰围保护下床下行走, 行走平稳、自如, 能复述各种康复锻炼方法。 刘小利
2010-12-31	8 am	医嘱今日 10 am 出院, 患者病情已痊愈, 指导患者出院后半年仍用腰围保护腰部, 忌过度弯腰、负重, 饮食宜清淡、补益肝肾之物, 一月后复诊, 患者表示理解, 已协助其办理出院各种手续。 刘小利

(1) 记录内容。

①记录日期及时间、病情观察号、诊断、住院号或病案号、患者的姓名、科室、床号、诊断住院号或者病案号、页码、记录日期及时间、病情观察情况、护理措施和效果、入院患者的首次一般情况护理记录, 急诊入院患者的生命体征、病情变化、治疗、护理措施等记录。

②手术前后及特殊检查患者记录, 包括扼要病情、观察结果、生命体征、患者主诉、出入液量、进出手术室时间、麻醉清醒时间、术后体位、伤口及引流管情况、特殊检查项目、应注意及配合事项等。

③出院患者记录其好转或痊愈情况, 出院健康教育及指导内容, 如饮食、用药、休息、活动锻炼、复诊等。

(2) 书写要求。

①一般患者入院、转入、转出、分娩当日必须有记录。

②根据患者病情变化,一般患者护理记录单和危重患者护理记录单转换记录应紧密衔接,不可脱节或漏记。也不可重复记录。

③一级护理病情不稳定,病重患者每班要有病情小结,病情稳定的患者至少应在2 d内记录1次,病情稳定的慢性病患者至少5 d记录1次,病情发生变化随时记录。二级护理稳定患者至少每三天有病情小结1次,对病情稳定的慢性病患者至少每5 d记录1次,病情发生变化随时记录。护理患者至少每5 d记录1次。

④择期手术患者自入院之日起至手术前1 d至少记录2次。

⑤记录应连续,不留空行;并签全名,以示负责。

⑥患者出院后,一般患者护理记录单应归入病案保存。

2. 危重患者护理记录 危重患者护理记录是护士根据医嘱和病情对危重患者住院期间护理过程的客观记录。主要用于危重、抢救、大手术后、特殊治疗等需要严密观察病情、及时实施治疗及护理措施的患者。

(1) 记录内容(表1-20)。

①患者姓名、科室、床号、诊断、住院号或病案号、页码、记录日期、护士签名。

②应根据相应专科护理特点书写。

③患者主诉、意识状态、生命体征、血糖、出入液量、病情变化、各种特殊检查、治疗、抢救、护理措施及效果。

(2) 书写要求。

①按规定用蓝或红色钢笔填写。眉栏各项用蓝钢笔填写,白班用蓝钢笔记录(7 am~7 pm),夜班用红钢笔记录(7 pm~次日7 am)。

②日期首次记录和遇新的年份第一次记录应书写为“年-月-日”,其余应记录为“月-日”,时间具体到分钟。

③危重患者护理记录应每班记录,病情有变化或抢救时随时记录。

④手术患者应记录手术名称、麻醉方式、术中概况、麻醉清醒时间、术后病情、伤口引流等情况。

⑤危重患者护理记录应每班将患者的病情及出入液量进行小结,签全名。夜班护士于次晨7 am总结24 h出入液量,并用蓝钢笔记录于体温单相应栏内。

⑥抢救患者应记录病情变化情况,按抢救时间顺序记录采取的具体措施及实施的具体时间,停止抢救时间也应准确记录。抢救中未完成记录时在抢救结束后6 h内应及时补全。

⑦记录应连续,不留空行;记录多行时在开始和结束时签全名。

⑧患者出院或死亡后,危重患者护理记录单应归入病案保存。

表 1-20 危重病人护理单
× × × × × × 中医医院
危重患者护理记录

姓名 刘三			科别 内科			床号 32			住院病历号 10001								
日期	时间	生命体征				神志	瞳孔	入量		出量			其他		病情、护理措施及效果	签名	
		体温 ℃	脉搏 次 / 分	呼吸 次 / 分	血压 mmHg			项目	量 mL	大便 mL	小便 mL	呕吐 液 mL	卧位	皮肤			口腔 护理
2010-10-7	18:00	38	124	24	105/60	嗜睡	O'=O' 3mm	10%葡萄糖	500	100	200	100	平卧	完好	√	患者因呕血、便血两次于 18:00	李平
								普宁	3							抬送入院，医嘱下病重，一级护理	
								10%葡萄糖	500							给予止血、支持治疗。开通两条静脉	
								生脉	40							通道，绝对卧床，禁食，已行口腔	
																护理、肛周护理，疏导情志，严密观	
																察病情变化	李平
	19:00	38	128	24	100/60	嗜睡	O'=O' 3 mm	10%葡萄糖	200	50	100					停生脉组，接输血组。大便质稀色黑。温水擦浴肛周	李平
								0.9%氯化钠	50								
								A 型血	250								
								日间小结 (2 h)	1143			550					李平
	20:00		128	24	90/50	嗜睡	O'=O' 3 mm	林格氏液	500				左侧卧	完好	√	验血毕，无不良反应	李平
	20:20									100		200				大便质稀色黑，呕吐物色暗红	李平
	20:35		130	23	90/50					100	300	100		√		大便质稀色黑，呕吐物色鲜红	李平
																医嘱转外科治疗。已行术前准备	李平

(四) 出入液量记录

正常人体每日液体的摄入量与排出量保持着动态平衡,当患有某些疾病时,机体的体液调节功能发生紊乱,导致脱水或水肿,就应纠正脱水或限制水分摄入。因此,护理人员应在危重患者护理记录单上正确测量和记录患者 24 h 液体的摄入量与排出量,作为动态掌握患者病情、确定治疗方案的重要依据。用于大面积烧伤、休克、大手术后及患有心脏病、肾病、肝硬化腹腔积液等患者。

1. 记录内容和要求

(1) 每日摄入量:包括每日饮水量、食物中的含水量、输液量、输血量。患者饮水及进食,应使用已测过容量的固定容器,便于准确记录。固体食物除记录含水量外,还须记录单位数量或重量,如馒头 100 g,香蕉 100 g。

(2) 每日排出量:主要为尿量,其次包括大便量、呕吐量、呕血量、咳痰量、咯血量、出血量、胸腔抽液量、胃肠减压抽液量、各种引流液量及口渗液量等。液体以毫升为单位记录,大便记次数。为保证尿量记录的准确性,昏迷、尿失禁及需密切观察尿量的患者最好留置导尿;婴幼儿应先测干尿布重量,再测湿尿布重量,两者差值即为尿量;对不易收集的排除液量,可依据规定量液体浸润棉织物依状况进行估算。

2. 记录方法

(1) 按规定用蓝或红色钢笔填写。

(2) 记录同一时间的摄入量和排出量,应于同一横格开始;对于不同时间的摄入量或排出量应各自另起一行记录。

(3) 记录出入液量应 12 h 作小结,用蓝钢笔将小结的 12 h 出入液量记录于 7 pm 横线下;24 h 作总结,用红钢笔将总结的 24 h 出入液量记录于次日 7 am 横线下。必要时应分类总结,并将结果分别填写在体温单相应栏中。

(五) 病室交班报告

病室交班报告(交班记录)是值班护士对值班期间本病区患者的病情动态变化及需要向下一班交代的事项等所书写的书面交班索引。通过阅读病室交班报告,使下一班护士能了解病室工作动态和患者的身心状况,做到心中有数,使护理工作能够连续、有计划地进行(表 1-21)。

1. 交班内容

(1) 病室当日各班出院、转出、死亡、入院、转入、手术、分娩等患者的人数、床号、姓名、诊断、时间。

(2) 危重患者的人数、床号、姓名、诊断。

(3) 病员特殊情况。

2. 书写顺序

(1) 先填写眉栏及“病员总交班”各项,如病室、日期、时间、患者总数、出院、转出、死亡、入院、转入、手术、分娩、病危、外出、一级护理患者人数等。

(2) “病员动态”栏根据床号先后顺序先写离开病室的患者,即出院、转出、死亡

患者。

(3) 再写进入病室的患者，即新入院、转入的患者。

(4)最后填写病室内重点护理的患者，即手术、分娩、危重患者。同一类别的患者，按床号先后顺序书写。

表 1-21 病室交班报告

日期: 年 月 日

第 1 页

[illegible]

3. 书写要求

(1) 当班护士必须全面了解患者情况, 客观真实、认真书写。

(2) 按规定用蓝色或红色钢笔书写。书写应重点突出、简明扼要,不得随意涂改。

(3)“患者特殊情况交班”是值班护士为下一班护士交代有关事项的书面提示和嘱咐,应简明扼要。

(4) 各班次交班报告应在下班之前完成, 并签全名。

（六）护理病历

护理病历是护理人员在为患者实施病情观察、护理评估、各项治疗、护理措施、效果评价的书面记录资料，具有法律效力，是病案的一部分，随病案保存。各医院护理病历的设计不尽相同，一般包括入院患者护理评估表、住院患者护理评估表、护理计划单、PIO 护理记录单、出院患者护理评估表、健康教育计划单、出院指导。

1. 入院患者护理评估表 入院患者护理评估表是对患者入院后首次进行的初步护理评估记录。主要内容为患者的一般情况、简要病史、护理体检、生活状况、自理程度、心理、社会方面状态等。使用时在预留空白处填写、在符合的项目上打“√”即可。目的是了解患者身心状况，找出患者的健康问题，确立护理诊断。

2. 住院患者护理评估表 在患者住院期间,为及时、全面掌握患者病情的动态变化,从而及时发现、解决健康问题。护士应对其分管的患者视病情轻重进行间隔时间不等的评估,评估内容根据病种、疾病不同而有所不同。

3. 护理计划单 设定各自的预期护理目标,制定相应的护理措施,并及时评价(参见《护理学导论》)。

4. PIO 护理记录单 PIO 护理记录单是护理人员应用护理程序的方法解决患者健康问题的记录。主要内容包括护理问题(P)、护理措施(I)、效果评价(O)(参见《护理学导论》)。

5. 出院患者护理评估表 出院患者护理评估表是对准备出院的患者进行健康状态评估和出院指导,帮助患者出院后继续维持、促进健康。

(1) 健康教育计划是帮助患者获得自我护理能力、掌握健康知识的计划。包括入院介绍(病室环境、入院须知、主管护士、医生介绍、探视、陪护、作息制度),疾病知识介绍(疾病名称、发病原因、诱因、主要症状),检查项目介绍,所用药物知识介绍,主要医疗护理知识介绍,饮食、活动、休息、手术前后知识教育,专科知识教育等。用蓝色钢笔先填写眉栏各项,在相应项目空格内打“√”,请被教育者(患者或家属)签名,护士及教育效果评价者均签全名。

(2) 出院指导是患者出院前针对其现状,对患者出院后服药、饮食、休息、康复功能锻炼、定期复查等方面进行指导,可采用讲解、示范、模拟、提供书面或视听材料等教育和指导方式。

医疗与护理文件的记录原则上按原卫生部《病历书写基本规范》,各地区又有所不同,可按当地卫生行政部门的书写规范记录。

交班报告是护理文件的重要内容。是护理人员通过问诊、查体、实验室检查和诊断、治疗活动中获得有关资料后,进行归纳、分析、整理形成的临床工作原始记录。医疗与护理文件是临床护理工作的重要组成部分。此患者属新患者,其交班病情汇报符合新患者交班的顺序,从而使护理人员了解患者的病情、发病经过、治疗过程、治疗后效果和病情继续观察的要点,加强了下班人员动态的病情观察和疾病的护理。



计算机在医嘱处
理中的应用



诊疗一卡通的使用



直击护考



一、选择题

A 型题

- 对前来门诊就诊的患者,护士首先应该进行()。
 - 健康教育
 - 预检分诊
 - 查阅病案
 - 心理安慰
 - 配合医生进行检查
- 不属于候诊室护士工作范畴的是()。
 - 根据病情测量生命体征并记录于候诊卡上
 - 收集整理各种检验报告
 - 随时观察候诊者病情变化

D. 候诊者多时, 协助医生诊治

E. 按先后顺序叫号就诊

3. 管理急救物品应做到“五定”, 其内容不包括()。

A. 定数量品种

B. 定点安置、定人保管

C. 定期消毒、灭菌

D. 定期检查维修

E. 定时使用

B 型题

(1~3 题共用备选答案)

A. 按挂号顺序就诊

B. 立即送抢救室或 ICU 抢救

C. 送急诊室就诊

D. 安排到隔离门诊就诊

E. 作疫情报告

1. 李某, 女, 26 岁, 一侧下腹部剧烈疼痛, 并伴有恶心、呕吐, 门诊护士应()。

2. 王某, 女, 76 岁, 因心前区疼痛前来就诊, 门诊护士在巡视候诊患者时发现该患者皮肤苍白、四肢湿冷、紫绀, 前去询问无应答, 对该患者应()。

3. 张某, 6 岁, 因发热、皮疹前来就诊, 皮疹呈向心性分布, 该护士应()。

二、简答题

1. 患者的入院护理工作有哪些?

2. 急诊护理工作有哪些? 如何做好物品的“五定”保管?

3. 简述半卧位的适用对象及意义。

4. 某患者不慎咬破体温计如何护理?

5. 如何护理高热患者?

三、论述题

张某, 女, 10 岁, 患急性风湿热, 体温 40.5℃, 烦躁不安, 脉搏 125 次/分、R 25 次/分, 已进行乙醇擦浴, 并注射解热镇痛药, 约 2 h 后患者满头大汗, 皮肤湿冷, 体温 35℃以下, P 60 次/分, BP 84.8/64 mmHg, 立即保暖, 通知医生, 经积极抢救, 张某脱离危险, 此病例给我们什么启示?

(杨玉梅)



更多习题