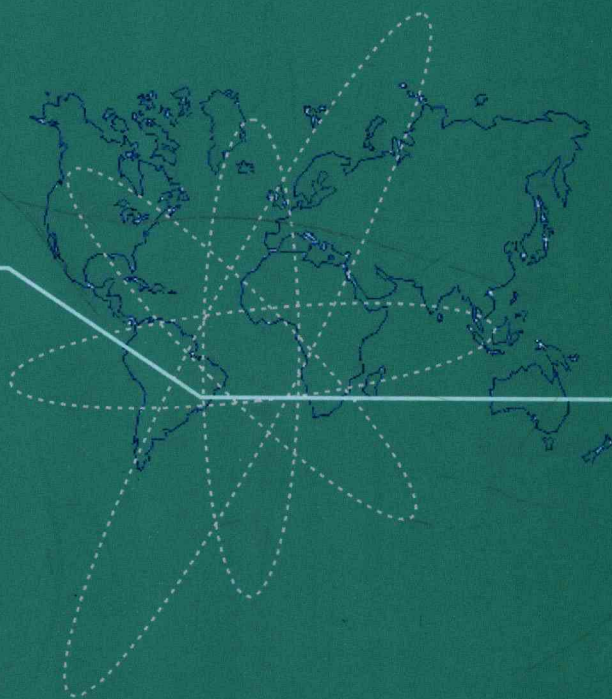


石景洋 徐国昌 李 丽 主编

护理学概论



中国科学技术出版社

《中西医结合标准化病人培训》教材（下册）

护理学概论

主编 石景洋 徐国昌 李 丽

中国科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合标准化病人培训 / 石景洋 徐国昌 李丽主编. ——北京: 中国科学技术出版社, 2012.9

(医疗技术与信息管理)

ISBN 978-7-5046-6121-0

I. ①中… II. ①石… ②徐… ③李… III. ①中西医结合疗法 IV. ①R45

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 140842 号

责任编辑	黄爱群
封面设计	李春利
出版发行	中国科学技术出版社
社 址	北京市海淀区中关村南大街 16 号
印 刷	廊坊市天宇星空印刷有限公司
开 本	787mm × 1092mm 1 / 16
印 张	23.5
字 数	598 千字
版 次	2012 年 9 月第 1 版 2012 年 9 月第 1 次印刷
印 数	0001~5000 册
书 号	ISBN 978-7-5046-6121-0
定 价	45.00 元

《中西医结合标准化病人培训》教材（下册）

护理学概论

主 编 石景洋 徐国昌 李 丽

副主编 刘付敏 程 琳 郭晓娟 王 霞 党永霞

编 委 （按姓氏笔画排序）

王 霞（南阳市中心医院）

刘付敏（南阳市第四人民医院）

李 丽（南阳理工学院）

李建丰（南阳市第四人民医院）

党永霞（南阳市中心医院）

范冀源（南阳医学高等专科学校）

郭晓娟（南阳理工学院）

程 琳（南阳理工学院）

中国科学技术出版社

序 言

作为医学教学和评鉴的重要内容与环节，标准化病人（Standard Patients, SP）在病史问诊、体格检查、医疗交流沟通、职业行为能力和临床诊疗思维的培养或考核中发挥了重要的教学辅助作用，许多医科院校都成立了相关机构，以推进“标准化病人项目”（Standard Patients Program, SPP）的开展工作。2001年，标准化病人教学管理者协会（Association of Standardized Patient Educators, ASPE）在美国成立，标志着SPP迈入了学术规范化的发展轨道。2004年，NBME（美国全国医师资格考试团）联合ECFMG，为全美医学毕业生实行了第一个SP考试。近年来，我国医学院校也积极开展SP工作，取得阶段性的进展。

SP的训练采用了实际病人的病历及各种技术，以使学员尽可能模拟出病人的真实状况。通常培训一个SP需要经过设计病历、训练受训者表演、受训者进行评估和提供反馈、实际模拟几个阶段，以达到相应要求。

SP的培训，严格遵守《执业医师法》，尊重人权，克服了以往临床教学或测验中难以找到具有针对性的病例的问题，SP可以根据需要使用，提高了测验的有效性和针对性，同时提高了评估结果的可靠性。SP可以使评价者对受试对象做出更加合理的评判，这是以往任何测验手段所不能做到的。

SP是“模拟教学”的最重要的内容之一，“模拟教学”绝对是当今医学教学的大方向，以后不但会有“SP”、“模拟人”、还会有模拟病房、模拟医院。我国发展“模拟教学”还有相当长的路要走。我国的医学教学也必然向“模拟教学”迈进。

《中西医结合标准化病人培训》教材为适应这一需要而制定编写。此教材是南阳理工学院教学改革系列教材，由张仲景国医学院石景洋、徐国昌、李丽共同编写而成，内容广泛，视野开阔，有理论深度又有应用价值，可供医学、护理、中医、中西医结合等标准化病人培训使用。

希望此教材的出版，能对我国“标准化病人”培训、整个医学发展与建设中发挥有益的作用。



2012年6月于南阳

前言

标准化病人是北美地区多年来临床医学教育改革实践的成果,1968年美国的Barrow首先提出了“医学教育中模拟人”的概念。标准化病人(standardized patient),又称模拟病人(simulated patient),或者病人指导者(patient instructor),是从事非医技工作的正常人或病人,经过培训后能扮演病人,可以根据自己感受在专门设计的表格上记录并评估医生操作技能,充当评估者和教师。自20世纪70年代开始,标准化病人作为教学媒介进入医学教学领域,在美、日、德、法等国的医学院校普遍应用。

目前,大多数北美医学教育家认为较好的临床综合能力考试方法是应用标准化病人进行临床多站考试。Kansas医院在见习过程中已经应用标准化病人作为临床技能考评的一部分,Colorado大学医学中心在临床教学中也普遍使用了标准化病人且效果良好。在临床教学中,以色列海法医院儿科系的Hardoff和Schonmann教授为提高初级保健医生同青少年患者进行有效沟通的能力,利用青少年演员模拟病人的方法,实施沟通技能继续教育项目,并已证实是富有成效的。1991年,Stillman把这项技术引入我国,并于1993年在华西医科大学、浙江大学医学院及九江医学专科学校培养了中国第一批标准化病人。近年来,我国的北京协和医院、沈阳医科大学、复旦大学医学院、华中科技大学同济医学院等多所医院和高校开始在临床综合考试中使用标准化病人,并已证实其评价医学生临床能力的有效性和可靠性,但由于经济、师资、思想观念等瓶颈的制约,未能全面推广应用。

教育部、卫生部关于加强医学教育工作提高医学教育质量的若干意见明确指出,实践教学是保证和提高医学人才培养质量的重要环节和必要手段。高等学校要积极创新医学实践教学体系,加强实践能力培养平台的建设。积极推进实验内容和实验模式的改革,提高学生分析问题和解决问题的能力,是整个医学教育和发展的主要目的和目标。

同时,随着高等医学教育规模的不断扩大,1999年我国高等教育开始扩招以来,高等医学院校招生人数迅速增长。尽管国家对医学教育进行了较多投入,但面对快速增长的学生人数,仍使得教学资源紧缺,对临床教学提出了严峻挑战。由于学生人数的增加,临床教学中往往是带教教师对病人进行病史的收集,学生一旁观察和倾听,然而知识的更新、人际沟通能力的培养以及临床经验的积累都离不开与病人的接触。不能保证每名患者都能与病人沟通,导致学生临床能力的下降。

患者及家属自我保护意识的日益提高。随着社会的进步,人们法律意识的增强,再者,越来越多的患者不愿意被医生当作活教材,拒绝配合教学工作,使临床教学陷入两难境地。由真实病人进行教学引起的医疗纠纷也有不少报道,使医学院校在临床实习带教非常慎重。能不接触病人的就尽量避免,这使学生直接接触病人的机会越来越少,与

病人的沟通能力，分析解决问题的能力受到限制。同时，随着我国法律的日渐健全，一系列医疗法规的颁布，提倡尊重并保护病人的健康和权益，标准化病人的再次受到重视是大势所趋，更是一种人文关怀的体现。

《中西医结合标准化病人培训》教材为适应这一需要而制定编写。此教材是一门沟通基础医学与临床医学之间的重要桥梁，在整个医学教育体系中具有十分重要的作用和地位。

本教材在教学内容上特别根据具有一定医学基础学习者特殊身份的特点，力求密切结合临床，强调理论与实践相结合、基础与临床相结合的原则，各章首先展示了“培训要点”，目的是以“临床任务”引领“教学目标”，使“教”与“学”紧密相关。使学习者掌握最基本的知识、概念和技能，从而在实践中灵活运用。

本教材是南阳理工学院教学改革系列教材，由南阳理工学院统一规划，张仲景国医学院具体负责编写的中西医结合培训教材。本教材可供医学、护理、中医、中西医结合等标准化病人培训使用。建议各科标准化病人挑选章节培训 40-50 学时，由各学校和医疗单位根据专业及层次特点酌情安排。

全书分为中医学概论、西医学概论、护理学概论三部分，共约 1400 千字。

由于水平有限，时间短促，会有很多不尽如人意之处，敬请使用本教材的同仁和学员指正赐教，以便再版时纠正提高。

《中西医结合标准化病人培训》编委会

二零一二年五月二十日

编写说明

《护理学概论》重点突出护理学基础知识，重点讲述护理学相关的基本概念、基本知识和基本方法，并力求各知识点之间融会贯通，将课程之间的重复内容删除，省略了与西医学概论、中西医结合概论重复的内容等，重点讲述护理学基础、健康评估、内科护理学、外科护理学、心理护理等，并对上述各学科的内容进行了重组和优化，增补了培训要点，以便学者在有限的时间内了解基本的护理学基础知识、护理评估方法、护理技术操作与各疾病的护理诊断、护理措施和心理护理。本书共五章，包括护理学基础、健康评估、内科护理学、外科护理学与心理护理学，分系统疾病的临床表现及护理诊断、护理措施。

编写过程中，编者既注重教学需要，又注重遵循科学性、系统性、逻辑性和内容先进性的原则，力求内容少而精，概念准确清楚，语言简练易懂，便于学者学习和独立思考 and 评估。适用于医药学院、医疗单位培训“标准化病人”使用。

《中西医结合标准化病人培训》教材（下册）的《护理学概论》由李丽主编，刘付敏、程琳、郭晓娟、王霞、党永霞为副主编。第一章护理学基础，第一～八节由刘付敏编写，第一章第九～十节由李建丰编写；第二章第一、二、四、五节由党永霞编写；第二章第三节由范冀源编写；第三章第一～五节由李丽编写，第六～九节由王霞编写，第四章由郭晓娟编写，第五章由程琳编写。本书统稿审修由李丽完成。

《中西医结合标准化病人培训》编委会

二零一二年五月二十五日

目 录

第一章 护理学基础.....	1
第一节 舒适	1
第二节 休息与活动.....	7
第三节 饮食与营养.....	11
第四节 体温	17
第五节 呼吸	22
第六节 脉搏与血压.....	28
第七节 排泄	32
第八节 给药	43
第九节 静脉输液与输血.....	49
第十节 病情观察和危重患者的抢救和护理.....	58
第二章 健康评估	62
第一节 健康史的采集.....	62
第二节 常见症状评估.....	67
第三节 身体评估.....	86
第四节 心理与社会评估.....	131
第三章 内科护理学.....	156
第一节 呼吸系统疾病病人的护理	156
第二节 循环系统疾病病人的护理	172
第三节 消化系统疾病病人的护理	189
第四节 泌尿系统疾病病人的护理	213
第五节 血液系统疾病病人的护理	223
第六节 内分泌系统疾病病人的护理.....	237
第七节 风湿性疾病病人的护理	249
第八节 神经系统疾病常见症状体征的护理.....	255
第四章 外科护理学.....	272
第一节 水电解质及酸碱平衡病人的护理.....	272
第二节 外科休克病人的护理	276
第三节 麻醉	278
第四节 围手术期病人的护理	281

第五节 手术室的工作	283
第六节 外科感染病人的护理	287
第七节 创伤性疾病病人的护理	290
第八节 颈部疾病病人的护理	293
第九节 胸部疾病病人的护理	296
第十节 腹部疾病病人的护理	302
第十一节 颅脑疾病病人的护理	308
第十二节 骨折病人的护理	312
第十三节 周围血管疾病病人的护理	315
第五章 心理护理	317
第一节 心理护理概念	317
第二节 心理护理的基本程序	318
第三节 若干心理问题的程序	323
第四节 心身疾病与心理护理	328
第五节 心脑血管疾病病人心身问题和心理护理	330
第六节 消化性溃疡病人心身问题与心理护理	335
第七节 糖尿病病人心身问题和心理护理	337
第八节 传染病病人心身问题和心理护理	338
第九节 头疼病人心身问题和心理护理	340
第十节 外科病人心身问题与心理护理	341
第十一节 肿瘤病人心身问题与心理护理	344
第十二节 皮肤病病人心身问题和心理护理	348
第十三节 妇产科病人心身问题和心理护理	349
第十四节 儿科病人心身问题和心理护理	351
第十五节 眼耳鼻喉病人心身问题和心理护理	354
第十六节 口腔科病人心身问题和心理护理	355
第十七节 老年科病人心身问题与心理护理	356
第十八节 康复科病人心身问题与心理护理	358
参考文献	361

第一章 护理学基础

第一节 舒适

【培训要点】

患者不舒适的因素，常用卧位的应用，保护具的使用；患者的清洁护理：口腔护理、头发护理、皮肤护理及晨晚间护理；疼痛的原因、影响因素、疼痛患者的护理。

一、概述

舒适 是指处在轻松、安宁的环境状态下，个体所具有的身心健康、满意、没有疼痛、没有焦虑、轻松自在的自我感觉。

不舒适 是指个体身心不健全或有缺陷、周围环境有不良刺激、对生活不满、负荷极重的一种感觉。

（一）不舒适的原因

1. 病理因素

（1）恶心：想呕吐的感觉，多伴有腹胀或头晕等，常令患者很不舒适。

（2）呕吐：呕吐性物质不仅对食管、口腔等造成轻度腐蚀，而且常伴有难闻的气味，令患者感到不适。

（3）膨胀：一些炎症反应或体液、气体不能正常排出引起不适的膨胀感。

（4）饥饿：病理原因患者不能正常进食或需禁食，由此而引发的急切希望得到食物的不适常常是难以忍受的。

（5）口渴：手术后禁食或体液丢失过多，特别是高渗性脱水造成口干舌燥、口腔异味，可引起患者强烈的不适。

（6）咳嗽：剧烈持续的咳嗽会使患者疲乏，并引起胸痛等其他不适症状。

（7）呼吸困难：气道阻塞时需用力呼吸，可造成身体疲乏，或伴有窒息感而产生濒死的恐惧感。

（8）头晕：晕时常并发呕吐或定向力减弱，严重时可导致平衡功能下降，易发生跌倒、受伤等意外。

（9）肌肉紧张：正确的体位或疾病常造成肌肉紧张、挛缩或强直，使人疲乏、疼痛，甚至影响呼吸。

（10）疼痛：疼痛是一种与实际或潜在的组织损伤有关的不愉快的主观感觉或情绪体验，或是对这种损害的描述，是最常见、最严重的一种不适。

2. 心理因素

（1）害怕或焦虑 对疾病和死亡的恐惧使患者产生紧张、焦虑的情绪。

（2）改变环境或生活习惯 由于环境陌生和不适应患者出现不易入睡、易惊醒。

（3）面对压力 担心必须应对的事件，出现失眠、易激惹，情绪无法自控。

（4）不受关心与尊重 家属和医务人员的疏忽，关心少使患者心理不愉快。

3. 外部因素

（1）舒适的环境 病室环境不良，通风不好，会加重患者的不适感。

- (2) 不舒适的床铺 床铺不整洁会影响患者的休息与睡眠。
- (3) 不适当的姿势 关节过度屈曲或伸展，局部长期受压引起麻木和疼痛。
- (4) 不正确的约束 约束带过紧，影响局部血液循环可引起疼痛、肿胀等。
- (5) 不正确的移动 移动骨折、夹板患者，方法不正确可引起患者疼痛或意外。
- (6) 不清洁的身体 患者自理能力降低，常因皮肤污垢、汗臭、搔痒等引起不适。

(二) 观察与护理

1. 积极去除诱因 在护理患者过程中，发现引起不舒服的原因应及时采取护理措施去除诱因。

2. 心理支持 对因心理因素引起不舒服的患者，护士应及时进行沟通，使其内心压抑进行有效的宣泄，情绪的得到有效的调整。

3. 角色尊重 护士应不断地听取患者对治疗、护理的意见，鼓励其积极主动地参与护理活动，患者认为自己有责任、义务、有能力尽快得到恢复。

4. 加强生活护理 良好的生活护理和优良的环境能有效促进舒适的程度。

二、卧位与舒适

卧位 即患者卧床的姿势。临床上常根据患者的病情与治疗的需要为之调整相应的卧位。正确的卧位对增进患者舒适、预防并发症均能起到良好的作用。

(一) 舒适卧位的基本要求

1. 卧床姿势应尽量符合人体力学的要求，将体重平均分配到身体的负重部位，维持关节处于正常的功能位置。

2. 经常更换体位，至少每两小时 1 次，避免局部长期受压而导致压疮。

3. 患者身体各部位每天均应活动，改变卧位时做关节活动范围练习。但应除外禁忌证，如关节扭伤、骨折急性期等。

4. 适当地遮盖患者身体，保护患者隐私，促进患者身心舒适。

5. 加强受压部位的皮肤护理。

(二) 卧位的分类

1. 按卧位的平衡性可分为：稳定性卧位和不稳定性卧位。

2. 按卧位的自主性可分为：主动卧位、被动卧位和被迫卧位三种。

3. 按卧位时身体的姿势可分为：仰卧位、俯卧位、侧卧位、坐位等。

(三) 常用卧位

1. 仰卧位

(1) 去枕仰卧位

适用范围：昏迷或全身麻醉未清醒的患者；椎管内麻醉或脊髓腔穿刺后的患者。

姿势：去枕仰卧，头偏向一侧，两臂放于身体两侧，两腿自然放平，将枕头横置于床头。

(2) 中凹卧位（休克卧位）

适用范围：休克患者。

姿势：用垫枕抬高患者的头胸部约 $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ，抬高下肢约 30° 。

(3) 屈膝仰卧位

适用范围：胸腹部检查或行导尿术患者。

姿势：患者平卧，头下放枕，两臂放于身体两侧，两膝屈起，稍向外分开。

2. 侧卧位

适用范围：灌肠、肛门检查、臀部肌肉注射、配合胃肠镜检查等。

姿势：患者侧卧，臀部稍后移，两臂屈肘，一手放于胸前，一手放于枕旁，下腿稍伸直，上腿弯曲，必要时在两膝之间、后背和胸腹前放置软枕，扩大支撑面、稳定卧位，使患者舒适

3. 半坐卧位

适用范围：①胸腔疾病、胸部创伤或心脏病患者。②腹腔、盆腔手术后或有炎症的患者。③某些面部及颈部手术的患者。④恢复期体质虚弱的患者。

姿势：患者仰卧，床头支架或靠背架抬高 $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ ，摇高床尾支架或用大单裹住枕芯放于两膝下，将大单两端固定于床沿处，使下肢屈曲，以防患者下滑。放平时，先放平膝下支架，后放平床头支架。危重患者采取半坐卧位时，臀下应放置海绵软垫或使用气垫床，防止局部受压而发生压疮。

4. 坐位

适用范围：左心衰竭、心包积液、支气管哮喘发作的患者。

姿势：扶患者坐起，抬高床头支架。患者身体稍向前，床上放一跨床小桌，桌上放一软枕，让患者伏桌休息。必要时加床栏，保证患者安全。

5. 头低足高位

适用范围：①肺分泌物引流的患者。②十二指肠引流的患者。③跟骨牵引或胫骨结节牵引的患者。④妊娠时胎膜早破的患者。

姿势：患者仰卧，头偏向一侧，枕头横立于床头以防碰伤头部。床尾用支托物垫高 $15 \sim 30\text{cm}$ 。这种体位易使患者感到不适，不可长时间使用，颅内高压患者禁用。

6. 头高足低位

适用范围：①颈椎骨折作颅骨牵引。②预防脑水肿、降低颅内压。③开颅手术后。

姿势：患者仰卧，床头用支托物垫高 $15 \sim 30\text{cm}$ 或根据病情而定。

7. 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，不能仰卧或侧卧的患者。③缓解胃肠胀气所致的腹痛。

姿势：患者俯卧，两臂屈肘放于头部两侧，两腿伸直，胸下、髋部及踝部各放一软枕，头偏向一侧。

8. 膝胸卧位

适用范围：①肛门、直肠、乙状结肠镜检查或治疗。②矫正子宫后倾或胎位不正。

姿势：患者跪卧，两小腿平放床上，稍分开，大腿和床面垂直，胸贴床面，腹部悬空，臀部抬起，头转向一侧，两臂屈肘放于头的两侧。

9. 截石位

适用范围：会阴、肛门部位的检查、治疗或手术。

姿势：患者仰卧于检查台上，两腿分开，放在支腿架上，臀部齐床边，两手放在胸前或身体两侧。用此卧位时，应注意保暖和遮盖。

（四）保护具的应用

应用保护具是为了防止高热、谵妄、昏迷、躁动及危重患者因虚弱、意识不清而发生坠床、撞伤、抓伤等意外，约束患者身体全部或某部位的活动或为保护受压部位而采取的必要措施，以达到维护患者安全、舒适及疾病治疗的目的。

1. 适用范围 (1) 儿科患者。(2) 坠床机率高的患者。(3) 施行了某些手术的患者。(4) 皮肤瘙痒者。(5) 精神病患者。(6) 长期卧床、极度消瘦、虚弱及其他压疮易发者。

2. 使用原则 (1) 应向患者及家属说明使用保护具的原因、目的和方法, 取得同意及配合。(2) 使用时应保证肢体各关节处于功能位置, 保证患者安全、舒适。(3) 应预防被约束部位发生血液循环障碍或皮肤破损。(4) 确定患者可随时与医护人员联系。(5) 记录使用保护具的原因、目的、时间、每次观察结果、护理措施及解除约束的时间。

3. 常见保护具的使用方法 (1) 床档: 也称床栏, 主要预防患者坠床。(2) 约束带: 主要用于保护躁动的患者, 约束失控的肢体活动。①宽绑带约束: 常用于固定手腕及踝部。②肩部约束带: 常用于固定肩部, 限制患者坐起。③膝部约束带: 用于固定膝部, 限制患者下肢活动。(3) 支被架: 主要用于肢体瘫痪的患者, 防止盖被压迫肢体而造成足下垂、足尖压疮和不适等, 也可用于烧伤患者暴露疗法需保暖时。

三、清洁与舒适

(一) 清洁的概述

(1) 身体清洁的意义: ①满足患者对清洁的身心需要。②维持皮肤健康、减少感染机会。③促进舒适、睡眠及肌肉放松。④有利于维持关节、肌肉的功能。⑤维护患者的自尊及自我形象。⑥有利于建立良好的护患关系和进行健康教育。

(2) 评估内容: ①了解患者对清洁的知识、习惯和方法。②观察患者的皮肤、口腔与黏膜、指(趾)甲、毛发等部位的清洁与健康状况。③了解患者的一般状况、病情及目前的治疗方案。④判断患者的自我照顾能力及活动受限程度。⑤熟悉病区所能提供的清洁设施与器具。

(3) 实施原则: ①对一般患者应鼓励其早晚刷牙、梳理头发、经常沐浴或擦洗清洁身体。②由于疾病而卧床者, 可在床上刷牙、漱口, 协助患者完成头发梳理和身体的清洁。③对重症患者可为其进行口腔护理、头发护理及皮肤护理。④在护理过程中, 进一步了解和评估患者的口腔、皮肤的状况, 并给予相应的健康指导。

(二) 口腔护理

1. 评估

(1) 全身情况及自理能力评估: ①全身自主活动能力和口腔清洁自理能力, 判断需要完全协助还是部分协助。②所患疾病是否有传染性、是否需要相关隔离与防护措施。

(2) 口腔的评估: ①口唇的色泽、湿润度、有无干裂、出血及疱疹等。②牙的数量是否齐全, 有无义齿、龋齿、牙结石、牙垢等。③口腔黏膜的颜色、完整性, 是否有溃疡、疱疹, 是否有不正常的渗出液等。④牙龈的颜色, 是否有溃疡、肿胀、萎缩或出血等。⑤舌的颜色、湿润度, 有无溃疡、肿胀及舌面积垢等。⑥腭部、悬雍垂、扁桃体等的颜色, 是否肿胀, 有无不正常的分泌物等。⑦口腔气味: 有无异常气味, 如氨臭味、烂苹果味等。

(3) 健康指导需要的评估: ①个人对口腔卫生与口腔疾病、全身疾病的相关知识的了解情况。②个人对清洁口腔的正确方法的认识和掌握程度, 如刷牙的方法、合理的清洁次数等。

2. 一般口腔护理

(1) 指导刷牙: 一般在晨起或晚上临睡前进行。方法是: 上下颤动刷牙法、上下竖刷法。

(2) 牙线剔牙: 牙线多用丝线、尼龙线。

(3) 义齿的护理: 操作前洗净双手, 帮助患者取下上腭部分, 再取下面的义齿放在冷水中; 用牙刷刷洗义齿的各面, 用冷水冲洗干净, 让患者漱口后戴上义齿; 暂时不用的义齿, 可泡于冷水中加盖, 每日更换一次清水。

3. 特殊口腔护理

(1) 目的: 保持口腔清洁、湿润, 预防口腔感染等并发症; 去除口臭, 增进食欲, 保持

口腔正常功能；观察口腔黏膜、舌苔的变化及有无特殊口腔气味，了解病情的动态变化。

(2) 适应范围：危重、禁食、高热、昏迷、胃插管、大手术后、口腔疾患及血液病等口腔清洁自理能力存在缺陷的患者。

(三) 头发护理

1. 评估：(1) 头发及周围皮肤的评估。(2) 患者自理能力及健康指导需要的评估

2. 目的：(1) 维护头发整齐清洁，增进美观，促进舒适及维护自尊。(2) 去除头皮屑及污物，防止头发损伤，减少头发异味，减少感染的机会。(3) 刺激局部的血液循环，促进头发的代谢和健康。

梳发术

操作步骤：①核对床号、姓名，向患者及家属解释，评估患者头发状况。②备齐用物携至患者床旁，再次核对床号、姓名。③对卧床患者，铺治疗巾于枕头上，协助患者将头转向一侧。对可坐起的患者，协助患者坐起，铺治疗巾于肩上。将头发从中间梳向两边，左手握住一股头发，由发梢逐渐梳到发根。长发或遇有打结时，可将头发绕在食指上，慢慢梳理，如头发已纠集成团，可用 30%乙醇湿润后，再小心梳顺；同法梳理另一边。④根据患者需要编辫或扎成束。⑤将脱落头发置于纸袋中，撤下治疗巾。⑥协助患者采取舒适卧位，整理床单位，清理用物。⑦洗手后，记录执行时间、评估情况及护理后的效果。

床上洗头

操作步骤：①核对床号、姓名，向患者及家属解释，评估患者头发及病情。②洗手并备齐用物携至患者床旁，再次核对。③调节室温至 $(24 \pm 2)^{\circ}\text{C}$ ，必要时使用屏风，按需给予便器。④摇平床头，移去枕头，将橡皮中单及大毛巾垫于患者头及肩下；松开患者衣领向内反折，将毛巾围于颈部，用别针固定。⑤协助患者仰卧，移枕于肩下，患者屈膝，可垫枕于两膝下。⑥将马蹄形卷或洗头机置于床头或床头侧边，马蹄形卷的开口下放一污桶或污盆盛接污水；协助患者将头置于马蹄形卷内，用眼罩或纱布盖于两眼上，不吸水棉球塞入耳道，梳通头发。⑦洗发用热水冲洗头发，直到洗净为止。⑧洗发后，协助患者取舒适卧位，整理床单位，清理用物，洗手后，记录执行时间及护理效果。

(四) 皮肤护理

1. 评估：(1) 皮肤的评估 (2) 患者的评估

2. 目的：(1) 清洁皮肤，预防皮肤感染。(2) 促进皮肤的血液循环，增强排泄功能，预防压疮等并发症。(3) 活动肢体，防止肌肉挛缩和关节僵硬等并发症。(4) 满足患者对舒适和清洁的需要。(5) 观察和了解患者的一般情况。

协助患者更衣术

操作步骤：①核对床号、姓名，向患者及家属解释，评估病情。②洗手，准备用物并携至患者床旁，再次核对床号、姓名。③围好屏风，关闭门窗，调节室温至 $(24 \pm 2)^{\circ}\text{C}$ 为宜，按需要给予便器；将大单盖于患者身上。协助患者脱上衣：④协助患者脱裤子：解开患者裤子的纽扣、系带或拉链；嘱患者抬高臀部，将内、外裤一起往下拉，脱下。⑤将脏衣、裤暂时放于床尾栏杆上或污衣袋内。⑥协助患者穿衣服：⑦协助患者穿裤子：将内、外裤的左、右腿分别套上，先拉上远侧或患侧的裤管，再拉近侧或健侧的裤管，最后将两侧一齐拉近患者臀部；协助患者抬高臀部，将裤子拉至腰部；扣上扣子或拉上拉链，系上带子。⑧为患者盖好被子，移去大单；协助患者取舒适卧位，整理床位。⑨取走换下的脏衣、裤或交还家属。⑩洗手后记录执行时间及患者状况

背部护理

操作步骤：①核对床号、姓名，向患者及家属解释，评估病情。②洗手，备齐用物并携至病床旁；再次核对床号、姓名；按需给予便器。③围好屏风，关闭门窗，调节室温至 21～26℃。④将盛有 1/2～2/3 温水的脸盆置于床旁桌或床旁椅上；移去枕头，将其立于床头或床尾，协助患者俯卧或侧卧，使背部靠近并朝向护士；大毛巾一半铺于患者身下，一半盖于患者上半身。⑤清洁背部：露出患者的背部及臀部，将小毛巾包裹于手上成手套状，将患者的颈部、肩部及背部、臀部依次擦拭干净。⑥按摩背部：全背按摩；受压处局部按摩；电动按摩器按摩。⑦按摩完毕，用大毛巾将皮肤上过多的乙醇或润滑油拭去；撤去大毛巾，协助患者穿衣并采取舒适卧位。⑧整理床单位及用物。⑨洗手后记录执行时间及护理效果。

（五）晨晚间护理

目的：（1）使患者清洁、舒适，预防压疮及肺炎等并发症。（2）观察和了解病情，满足其身心需要，促进护患沟通。（3）保持病床和病室整洁。

四、疼痛患者的护理

（一）疼痛的性质

1. 疼痛是一种主观感受，很难加以评估。
2. 疼痛常表示存在着组织损伤，可提示有治疗的必要。
3. 相同程度的疼痛，因个人对疼痛的耐受力不同，出现的反应也不同。
4. 疼痛的强度、持续时间、节律、性质。
5. 疼痛存在一个明确的强度界限，即存在最大限度。
6. 疼痛一般可以被治疗和治愈。
7. 疼痛是一种身体保护机制，是重要的危险警告信号。

（二）疼痛的原因及影响因素

1. 疼痛的原因（1）温度刺激：对人体感觉来说温度过高或过低都会引起疼痛。（2）化学刺激：如强酸、强碱等可直接刺激神经末梢引起疼痛。（3）物理刺激：如刀割伤、肌肉受到挤压等可直接刺激游离神经末梢，引起疼痛。（4）病理因素：某些疾病造成机体组织的缺血缺氧，空腔脏器的过度牵拉等。（5）心理因素：任何原因的负性心理活动往往首先产生情绪反应。

2. 影响疼痛的因素（1）年龄：个体对疼痛的敏感程度随年龄不同而不同。（2）性别：通常男性和女性对疼痛的反应无明显差异。（3）文化背景：社会环境和多元文化的背景，在疼痛的忍受和意义认识上有很大的影响。（4）个人经历：个体对任何单一刺激产生的疼痛都会受到以往类似疼痛体验的影响。（5）注意力：个体对疼痛的注意力分散，疼痛的感觉就会减轻。（6）情绪及精神反应：疼痛常与焦虑、不安、恐惧等情绪相联系。（7）疼痛的意义：患者对疼痛意义的理解可影响其对疼痛的体验和适应程度。（8）个体差异：疼痛的程度和表达方式经常因个人性格的不同而不同。（9）疲劳：疲劳可提高对疼痛的感知，降低对疼痛的耐受力。（10）应对方式：应对方式可影响患者处理疼痛的能力。（11）患者的支持系统：有家属或亲人陪伴时可减少患者的孤独和恐惧感。（12）治疗及护理因素：许多治疗及护理操作因素可影响患者的疼痛。

（三）疼痛患者的护理

1. 疼痛的评估（1）一般状况的评估：患者过去疼痛的经历；身体运动情况；思维感知过程和社交行为改变情况；生理改变。（2）疼痛程度的评估：通过与患者的沟通和询问的问题，明确以下几点：您觉得是什么地方痛？什么时候开始痛？您是怎么痛的？尖锐的痛？还是钝痛？抽痛？还是规律的痛？您的痛有多严重或有多强烈等。

2. 疼痛的护理措施 (1) 寻找原因 对症处理应减少或消除引起疼痛的原因, 解除疼痛的刺激源。给予止痛措施。药物止痛、针灸止痛、物理止痛。(2) 采取认知行为疗法 松弛术; 引导想象; 分散注意力; 音乐疗法; 生物反馈。(3) 促进舒适 通过护理活动促进舒适是减轻和解除疼痛的重要措施。(4) 健康教育 根据患者的具体情况, 选择相应的健康教育内容。

3. 护理评价 (1) 在接受护理措施后能否重新参与正常的日常生活, 与他人正常交往。(2) 疼痛感觉是否减轻, 身体状态和功能是否改善, 自我感觉是否舒适。(3) 焦虑情绪是否减轻, 休息睡眠质量是否良好。(4) 一些疼痛的征象是否减轻或消失。(5) 经过护理后, 对疼痛的适应能力是否增强。

第二节 休息与活动

【培训要点】

影响休息与失眠的因素, 各种睡眠失调的临床表现、护理措施; 压疮发生的原因、危险因素及易发部位; 压疮各期的临床表现、特点、治疗及护理措施; 活动的意义、活动受限对机体的影响及关节活动范围的练习。

一、休息

(一) 休息的定义

休息 是指在一定时间内相对地减少活动, 使人从生理和心理上得到松弛, 消除或减轻疲劳, 恢复精力的过程。

(二) 休息的意义

1. 休息对健康人的意义 充足的休息是保障机体健康的必要条件。人的精力是有限的, 当经历了较长时间的脑力和体力劳动后会出现困乏、工作效率下降等, 机体未处于最佳的健康状态, 此时, 机体再受到外界因素的影响, 很容易导致疾病的发生。

2. 休息对患者的意义 在疾病出现时, 充分的休息是促进康复的有效措施。良好的休息有助于: ①消除疲劳, 促进体力和精力的恢复。②减少消耗, 促进机体蛋白质的合成及组织修复; ③提高治疗效果。④促进康复。

3. 休息的形式与条件

(1) 生理上的舒适 生理上的舒适, 对于促进放松有重要的意义。(2) 心理上的安宁, 个体的心理情绪状态直接影响的休息的质量。

(三) 睡眠的生理

睡眠 是与觉醒交替循环的生理过程。一个人在睡眠时, 并非绝对失去意识, 只是身体的活动、对周围环境的知觉及反应明显地减少而已。

(四) 影响休息与睡眠的因素

1. 生理性因素 (1) 年龄 随着年龄的增长睡眠会变少。(2) 内分泌变化 妇女月经期常有嗜睡的现象。(3) 疲劳 适度的疲劳有助于睡眠, 过度的疲劳导致无法入睡。(4) 食物和热量摄入 晚餐吃得过多, 过于油腻或辛辣会影响睡眠。(5) 寝前习惯 寝前习惯的改变有可能影响睡眠。(6) 身体疾患 任何的疼痛、身体不适或情绪问题都会影响睡眠质量。

2. 心理性因素 由于疾病压力造成的恐惧、焦虑、激动、紧张等情绪状态都会影响睡眠。