

Xiandai Linchuang Huli xue Xinbian

现代临床护理学 新编

主 编： 孙茜 夏瑾 钟泉萍



 吉林出版集团
 吉林科学技术出版社

X [redacted] ang Hulixue Xinbian

现代临床护理学 新编

主 编： 孙茜 夏瑾 钟泉萍

 吉林出版集团
 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

现代临床护理学新编 / 孙茜等主编.

— 长春: 吉林科学技术出版社, 2013. 7

ISBN 978-7-5384-6966-0

I. ①现… II. ①孙… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 160646 号

现代临床护理学新编 Xiandai Linchuang Hulixue Xinbian

主 编 孙 茜 夏 瑾 钟泉萍 聂玉香
林庆春 胡远玲 王玉梅 史爱兰

出 版 人 李 梁

责任编辑 孟 波 杨晓蔓

封面设计 许建华

制 版 霄云阁图书

开 本 880mm×1230mm 1/16

字 数 750 千字

印 张 42

印 数 1—1000 册

版 次 2013 年 7 月第 1 版

印 次 2013 年 7 月第 1 次印刷

出 版 吉林出版集团
吉林科学技术出版社

发 行 吉林科学技术出版社

地 址 长春市人民大街 4646 号

邮 编 130021

发行部电话 / 传真 0431-85677817 85635177 85651759
85651628 85600611 85670016

储运部电话 0431-84612872

编辑部电话 0431-85630195

网 址 www.jlstp.net

印 刷 山东天马旅游印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5384-6966-0

定 价 88.00 元

如有印装质量问题可寄出版社调换

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85635185

编 委 会

主 编: 孙 茜 夏 瑾 钟泉萍 聂玉香

林庆春 胡远玲 王玉梅 史爱兰

副主编: 陈春梅 王 红 刘红菊 杨 琛

张爱平 刘会娟 王红梅 唐丽璠

编 委: (按姓氏笔画)

王玉梅 东营市残疾人康复培训中心

王 红 山东省东营市胜利石油管理局胜利医院

王红梅 河南省开封市中医院

王 炜 河北省邯郸市第一医院

史爱兰 开封结核病医院

刘会娟 井陘县中医院

刘红菊 聊城市人民医院

孙 茜 山东省莱芜市人民医院

杨 琛 济南军区第 401 医院崂山分院

张爱平 烟台经济技术开发区医院

陈春梅 山东省泰安市东平县第一人民医院

林庆春 荣成市第二人民医院

赵旭红 荣成市港湾街道卫生院

胡远玲 威海市复退军人康宁医院

钟泉萍 甘肃省嘉峪关市第一人民医院

聂玉香 东营人民医院

夏 瑾 甘肃省第二人民医院

唐丽璠 井陘县中医医院



孙茜

女，1983年06月出生，2005年07月毕业于滨州医学院护理系，大学本科。职称：主管护师。2005.11月至2007年1月在莱芜市人民医院骨二科工作，专业技能扎实，2012年度荣获莱芜市人民医院“优秀护士”、2013年度再度莱芜市人民医院“优秀护士”，个人服务理念：严于律己、诚以待人。平常协助护士长完成科室的各项工作，负责产科的带教任务，担任孕妇学校的授课老师。



夏瑾

女，1993年开始从事临床护理工作，历任甘肃省第二人民医院儿科护士长、护理部副主任、医疗保险与物价办公室主任。自2007年至今担任西部民族大学护理系外聘讲师。曾多次在中国核心期刊发表文章，2011年7月刊《卫生职业教育》中发表了《微笑列车与唇腭裂患者的整体护理》；2013年1月第3期《中华现代护理杂志》中发表了《兰州市某高校本科护生健康素养现状调查》



钟泉萍

女，党员，毕业于甘肃省卫生学校。1981年——1993年在甘肃省嘉峪关市第一人民医院手术室护理组长。1993年——2004年在甘肃省嘉峪关市第一人民医院外科任护士长。2004年——2009年在甘肃省嘉峪关市第一人民医院心血管科任护士。2009年至今负责医院感染管理工作。而且参加了全省感控的各种培训班和2010—2012年省举办的全国医院感染管理学习班的学习，5年来主持负责科研项目3项，编写独著多部，撰写论文多篇，均在国家级刊物发表。

前 言

随着医学科技的发展,临床护理学的基础与临床研究发展迅速,从事临床的护理工作者,无疑也必须随着现代科学技术的进步和医学科学的发展不断丰富和更新自己的知识,众多的变化对护理人员知识结构和能力结构都提出了新的要求。为了适应当前临床护理学发展的形势,我们组织了工作在临床第一线,具有丰富临床经验的护理专家,在广泛参阅国内外最新文献资料的基础上,结合各自的经验和业务专长编写了《现代临床护理学新编》。

全书共分上下2篇,共18章,内容丰富,论述全面。上篇总论篇,内容包括护理学的相关基本理论、基本知识及基本技术操作,具体包括生命体征的观察与测量、常用护理操作技术、健康教育护理技术、心理护理、临床常见症状护理与手术室护理。下篇临床护理技术篇以人体各系统为线索,结合临床科室分别详述了人体各系统常见疾病的临床诊治与护理。

编写过程中,查阅了大量相关国内外文献,在此对原作者表示衷心感谢。由于时间仓促,并且各人的写作风格不完全相同,每章节的内容难易程度和格式不尽相同,书中难免有不妥及错误之处,敬请广大读者批评指正。

《现代临床护理学新编》编委会

2013 年

目 录

上篇 总论	1
第一章 生命体征的观察与测量	(1)
第一节 体温的测量	(1)
第二节 脉搏的测量	(6)
第三节 呼吸的测量	(9)
第四节 血压的测量	(11)
第五节 体温单的使用	(14)
第二章 常用护理操作技术	(16)
第一节 给药途径和方法	(16)
第二节 静脉输液与输血法	(28)
第三节 药物过敏试验技术	(43)
第四节 各种标本采集法	(49)
第五节 冷、热疗法	(53)
第六节 心脏电复律术	(57)
第七节 中心静脉穿刺测压技术	(63)
第八节 呼吸机的应用技术	(64)
第九节 氧气吸入技术	(69)
第十节 吸痰技术	(72)
第十一节 洗胃术	(74)
第十二节 导尿技术	(75)
第十三节 灌肠技术	(79)
第三章 健康教育护理技术	(83)
第一节 概述	(83)
第二节 健康教育的理论基础和程序	(86)
第三节 健康教育的方法和技巧	(94)
第四章 心理护理	(98)
第一节 心理护理概述	(98)
第二节 一般患者的心理护理	(102)
第三节 心身疾病及心理护理	(113)
第五章 临床常见症状护理	(118)
第一节 发热患者护理	(118)
第二节 意识障碍患者护理	(120)
第三节 疼痛患者护理	(124)
第四节 吞咽困难的护理	(134)
第五节 皮肤瘙痒	(135)

第六节 睡眠障碍	(137)
第七节 压疮的护理	(139)
第八节 便秘的护理	(142)
第九节 腹泻患者护理	(143)
第十节 大便失禁的护理	(146)
第十一节 尿失禁的护理	(148)
第十二节 排尿困难	(150)
第六章 手术室护理	(153)
第一节 概述	(153)
第二节 手术室布局和净化	(153)
第三节 手术室规章制度	(156)
第四节 手术室护理人员的工作职责	(159)
第五节 手术前患者的护理	(162)
第六节 手术室工作和术中患者的护理	(165)
第七节 手术后患者的护理	(173)
下篇 分论	179
第七章 神经系统常见疾病的护理	(179)
第一节 脑血管疾病	(179)
第二节 阿尔茨海默病	(184)
第三节 帕金森病	(189)
第四节 三叉神经痛	(193)
第五节 面神经炎	(199)
第八章 呼吸系统常见疾病的护理	(202)
第一节 急性上呼吸道感染	(202)
第二节 肺部感染	(204)
第三节 支气管哮喘	(211)
第五节 慢性阻塞性肺部疾病	(218)
第六节 支气管扩张症	(222)
第七节 肺脓肿	(224)
第八节 肺结核	(227)
第九节 呼吸衰竭	(235)
第十节 急性呼吸窘迫综合征	(238)
第十一节 肺栓塞	(247)
第九章 循环系统常见疾病的护理	(256)
第一节 原发性高血压病	(256)
第二节 冠心病	(261)
第三节 心律失常	(264)
第四节 心力衰竭	(267)
第五节 病毒性心肌炎	(271)

第六节	感染性心内膜炎	(273)
第七节	心肌病	(276)
第八节	慢性缩窄性心包炎	(277)
第十章	消化系统常见病的护理	(281)
第一节	急性胃炎	(281)
第二节	消化性溃疡	(283)
第三节	胃癌	(286)
第四节	肠梗阻	(290)
第五节	肝硬化	(297)
第六节	原发性肝癌	(301)
第七节	胆囊炎	(306)
第八节	急性胰腺炎	(309)
第九节	急性上消化道出血	(313)
第十节	结肠息肉	(316)
第十一章	内分泌系统疾病的护理	(318)
第一节	糖尿病	(318)
第二节	甲状腺功能亢进	(323)
第三节	甲状腺功能减退症	(329)
第四节	皮质醇增多症	(332)
第十二章	风湿免疫系统常见疾病的护理	(336)
第一节	类风湿关节炎	(336)
第二节	强直性脊柱炎	(338)
第三节	系统性红斑狼疮	(340)
第四节	结节性多动脉炎	(342)
第五节	白塞综合征	(343)
第六节	进行性系统性硬化症	(344)
第七节	多发性肌炎和皮肌炎	(346)
第八节	干燥综合征	(347)
第九节	骨关节病	(349)
第十三章	泌尿系统常见疾病的护理	(351)
第一节	肾盂肾炎	(351)
第二节	膀胱炎	(355)
第三节	肾小球肾炎	(356)
第四节	肾病综合征	(361)
第十四章	外科常见疾病的护理	(368)
第一节	急性阑尾炎	(368)
第二节	肠梗阻	(370)
第三节	烧伤	(373)
第四节	创伤	(378)

第六节	外科休克	(392)
第十五章	肿瘤患者的护理	(399)
第一节	癌症患者的心理护理	(399)
第二节	肿瘤手术患者的护理	(402)
第三节	肿瘤患者放疗的护理	(405)
第四节	肿瘤患者化疗的护理	(409)
第五节	肿瘤急症的护理	(414)
第十六章	口腔科常见疾病的护理	(417)
第一节	护理评估	(417)
第二节	口腔科手术患者常规护理	(421)
第三节	口腔科常用材料及诊疗技术护理配合	(422)
第四节	口腔科常见疾病的临床护理	(433)
第五节	常见护理并发症的防治	(443)
第十七章	妇科常见疾病的护理	(447)
第一节	女性生殖系统炎症的护理	(447)
第二节	月经不调的护理	(455)
第三节	妊娠晚期出血护理	(463)
第四节	妇科肿瘤的护理	(466)
第五节	妇产科手术患者的护理	(473)
第十八章	小儿常见疾病的护理	(478)
第一节	儿童营养与膳食要求	(478)
第二节	维生素 D 缺乏性佝偻病	(483)
第三节	营养性缺铁性贫血	(485)
第四节	支气管肺炎的护理	(487)
第五节	小儿腹泻的护理	(488)
第六节	充血性心力衰竭	(492)
第七节	小儿惊厥	(494)
参考文献		(498)

上篇 总论

第一章 生命体征的观察与测量

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,是衡量机体身心状态的指征,正常人的生命体征相对稳定,有一定范围相互之间也有内在联系。由于生命体征的变化受重要器官的控制,且极其灵敏地显示身体功能的微小变化,患病时,生命体征发生不同程度的变化,通过观察生命体征,可了解疾病的发生、发展及转归,发现患者存在或者潜在的健康问题,从而为诊断、治疗提供依据。

第一节 体温的测量

体温由三大营养物质氧化分解而产生。50%以上迅速转化为热能,50%贮存于 ATP 内,供机体利用,最终仍转化为热能散发到体外。正常人体的温度是由大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢所调节(下丘脑前区为散热中枢,下丘脑后区为产热中枢),并通过神经、体液因素调节产热和散热过程,保持产热与散热的动态平衡,所以正常人有相对恒定的体温。

一、正常体温及生理性变化

(一)正常体温

通常说的体温是指机体内部的温度,即胸腔、腹腔、中枢神经的温度,又称体核温度,较高且稳定。皮肤温度称体壳温度。临床上通常用口温、肛温、腋温来代替体温。在这三个部位测得的温度接近身体内部的温度,且测量较为方便。三个部位测得的温度略有不同,口腔温度居中,直肠温度较高,腋下温度较低。同时在三个部位进行测量,其温度差一般不超过去 1℃。这是由于血液在不断地流动,将热量很快地由温度较高处带往温度较低处,因而机体各部的温度一般差异不大。

体温的正常值不是一个具体的点,而是一个范围。机体各部位由于代谢率的不同,温度略有差异,常以口腔、直肠、腋下的平均温度为标准,个体体温可以较正常的平均温度增减 0.3~0.6℃,健康成人的平均温度波动范围见表 1-1。

表 1-1 健康成人不同部位温度的波动范围

部位	波动范围
口腔	36.2~37.0℃
直肠	36.5~37.5℃
腋窝	36.0~36.7℃

(二)生理性变化

人的体温在一些因素的影响下,会出现生理性的变化,但这种体温的变化,往往是在正常范围内或是一闪而过的。

1. 时间

人的体温 24h 内的变动大约在 $0.5\sim 1.5^{\circ}\text{C}$ 之间,一般清晨 2~6 时体温最低,下午 2~8 时体温最高。这种昼夜的节律波动,可能与人体活动代谢的相应周期性变化有关。如长期从事夜间工作的人员,可出现夜间体温上升,日间体温下降的现象。

2. 年龄

新生儿因体温调节中枢尚未发育完全,调节体温的能力差,体温易受环境温度影响而变化。儿童由于代谢率高,体温可略高于成人。老年人代谢率较低,血液循环变慢,加上活动量减少,因此体温偏低。

3. 性别

一般来说,女性比男性有较厚的皮下脂肪层,维持体热能力强,故女性体温较男性高约 0.3°C 。并且女性的基础体温随月经周期出现规律变化,即月经来潮后逐渐下降,至排卵后,体温又逐渐上升。这种体温的规律性变化与血中孕激素及其代谢产物的变化相吻合。

4. 环境温度

在寒冷或炎热的环境下,机体的散热受到明显的抑制或加强,体温可暂时性的降低或升高。另外,气流、个体暴露的范围大小亦影响个体的体温。

5. 活动

任何需要消耗力量的活动,都使肌肉代谢增强,产热增加,可以使体温暂时性上升 $1\sim 2^{\circ}\text{C}$ 。

6. 饮食

进食的冷热可以暂时性地影响口腔温度,进食后,由于食物的特殊动力作用,可以使体温暂时性地升高 0.3°C 左右。

另外,强烈的情绪反应、冷热的应用以及个体的体温调节机制都对体温有影响,在测量体温的过程中要加以注意并能够作出解释。

(三)产热与散热

1. 产热过程

机体产热过程是细胞新陈代谢的过程。人体通过化学方式产热,即食物氧化、骨骼肌运动、交感神经兴奋、甲状腺素分泌增多,以及体温升高均可提高新陈代谢率,而增加产热量。

2. 散热过程

机体通过物理方式进行散热。机体大部分的热量通过皮肤的辐射、传导、对流、蒸发来散热。一小部分的热量通过呼吸、尿、粪便而散发于体外。

当外界温度等于或高于皮肤温度时,蒸发就是人体唯一的散热形式。

辐射:是热由一个物体表面通过电磁波的形式传至另一个与它不接触物体表面的一种形式。在低温环境中,它是主要的散热方式,安静时的辐射散热所占的百分比比较大,可达总热量的 60%。其散热量的多少与所接触物质的导热性能、接触面积和温差大小有关。

传导:是机体的热量直接传给同它接触的温度较低的物体的一种散热方法。

对流:是传导散热的特殊形式。是指通过气体或液体的流动来交换热量的一种散热方法。

蒸发:由液态转变不气态,同时带走大量热量的一种散热方法。

二、异常体温的观察

人体最高的耐受热为 $40.6 \sim 41.4^{\circ}\text{C}$ ，低于 34°C 或高于 43°C ，则极少存活。升高超过 41°C ，可引起永久性的脑损伤。高热持续在 42°C 以上 24h 常导致休克及严重并发症。所以对于体温过高或过低者应密切观察病情变化，不能有丝毫的松懈。

(一) 体温过高

体温过高又称发热，是由于各种原因使下丘脑体温调节中枢的调定点上移，产热增加而散热减少，导致体温升高超过正常范围。

1. 原因

(1) 感染性：如病毒、细菌、真菌、螺旋体、立克次体、支原体、寄生虫等感染引起的发热，最多见。

(2) 非感染性：无菌性坏死物质的吸收引起的吸收热、变态反应性发热等。

2. 分类

以口腔温度为例，按照发热的高低将发热分为：

低热： $37.5 \sim 37.9^{\circ}\text{C}$

中等热： $38.0 \sim 38.9^{\circ}\text{C}$

高热： $39.0 \sim 40.9^{\circ}\text{C}$

超高热： 41°C 及以上

3. 发热过程

发热的过程常依疾病在体内的发展情况而定，一般分为三个阶段：

(1) 体温上升期：特点是产热大于散热。主要表现：皮肤苍白、干燥无汗，患者畏寒、疲乏，体温升高，有时伴寒战。方式：骤升和渐升。骤升指体温在数小时内升至高热，如肺炎球菌导致的肺炎。渐升指体温在数小时内逐渐上升，数日内达高峰，如伤寒。

(2) 高热持续期：特点是产热和散热在较高水平上趋于平衡。主要表现：体温居高不下，皮肤潮红，呼吸加深加快，脉搏增快并有头痛、恶心、呕吐、口干、尿量减少等症状，甚至惊厥、谵妄。

(3) 体温下降期：特点是散热增加，产热趋于正常，体温逐渐恢复至正常水平。主要表现：大量出汗、皮肤潮湿、温度降低。老年人易出现血压下降、脉搏细速、四肢厥冷等循环衰竭的症状。方式：骤降和渐降。骤降指体温在数小时内降至正常，如大叶性肺炎、疟疾。渐降指体温在数天内降至正常，如伤寒、风湿热。

4. 热型

将不同的时间测得的体温绘制在体温单上，互相连接就构成体温曲线。各种体温曲线形状称为热型。有些发热性疾病有特殊的热型，通过观察体温曲线可协助诊断。但需注意，药物的应用可使热型变得不典型。常见的热型有：

(1) 稽留热：体温持续在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，达数日或数周，24h 波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、伤寒等急性感染性疾病的极期。

(2) 弛张热：体温多在 39°C 以上，24h 体温波动幅度可超过 2°C ，但最低温度仍高于正常水平。常见于化脓性感染、败血症、浸润性肺结核等疾病。

(3) 间歇热：体温骤然升高达高峰后，持续数小时又迅速降至正常，经过一天或数天间歇

后,体温又突然升高,如此有规律地反复发作,常见于疟疾。

(4)不规则热:发热不规律,持续时间不定。常见于流行性感、肿瘤等疾病引起的发热。

(二)体温过低

体温过低是指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。当体温低于 35°C 时,称为体温不升。

1. 原因

(1)体温调节中枢发育未成熟:如早产儿、新生儿。

(2)疾病或创伤:见于失血性休克、极度衰竭等患者。

(3)药物中毒。

三、体温异常的护理

(一)体温过高

降温措施有物理降温、药物降温及针刺降温

1. 观察病情

加强对生命体征的观察,定时测量体温,一般每日测温 4 次,高热患者应每 4h 测温一次,待体温恢复正常 3 天后,改为每日 1~2 次,同时观察脉搏、呼吸、血压、意识状态的变化。及时了解有关各种检查结果及治疗护理后病情好转还是恶化。

2. 饮食护理

(1)补充高蛋白、高热量、高维生素、易消化的流质或半流质饮食,如:粥、鸡蛋羹、面片汤、青菜、新鲜果汁等。

(2)多饮水,每日补充液量 3000ml,必要时给予静脉点滴,以保证入量。

由于高热时,热量消耗增加,全身代谢率加快,蛋白质、维生素的消耗量增加,水分丢失增多,同时消化液分泌减少,胃肠蠕动减弱,所以应及时补充水分和营养。

3. 使患者舒适

(1)安置舒适的体位让患者卧床休息,同时调整室温和避免噪声。

(2)口腔护理:每日早、晚刷牙,饭前、饭后漱口,不能自理者,可行特殊口腔护理。由于发热患者唾液分泌减少,口腔黏膜干燥,机体抵抗力下降,极易引起口腔炎、口腔溃疡,因此口腔护理可预防口腔及咽部细菌繁殖。

(3)皮肤护理:发热患者退热期出汗较多,此时应及时擦干汗液并更换衣裤和大单等,以保持皮肤的清洁和干燥,防止皮肤继发性感染。

4. 心理调护

注意患者的心理状态,对体温的变化给予合理的解释,以缓解患者紧张和焦虑的情绪。

(二)体温过低

1. 保暖

(1)给患者加盖衣被、毛毯、电热毯等或放置热水袋,注意小儿、老人、昏迷者,热水袋温度不宜过高,以防烫伤。

(2)暖箱:适用于体重小于 2500 克,胎龄不足 35 周的早产儿、低体重儿。

2. 给予热饮

3. 监测生命体征

每小时测体温 1 次,直至恢复正常且保持稳定,同时观察脉搏、呼吸、血压、意识的变化。

4. 设法提高室温

以 $22\sim 24^{\circ}\text{C}$ 为宜。

5. 积极宣教

教会患者避免导致体温过低的因素。

四、测量体温的技术

(一)体温计的种类及构造

1. 水银体温计

水银体温计又称玻璃体温计,是最常用的最普通的体温计。它是一种外标刻度以红线的真空玻璃毛细管。其刻度范围为 $35^{\circ}\text{C}\sim 42^{\circ}\text{C}$,每小格 0.1°C ,在 37°C 刻度处以红线标记,以示醒目。体温计一端贮存水银,当水银遇热膨胀后沿毛细管上升。因毛细管下端和水银槽之间有一凹陷,所以水银柱遇冷不致下降,以便检视温度。

根据测量部位的不同可将体温计分为口表、肛表、腋表。口表的水银端呈圆柱形,较细长。肛表的水银端呈梨形,较粗短,适合插入肛门。腋表的水银端呈扁平鸭嘴形。临床上口表可代替腋表使用。

2. 其他

如电子体温计、感温胶片、可弃式化学体温计等。

(二)测体温的方法

1. 目的

通过测量体温,了解患者的一般情况及疾病的发生,发展规律,为诊断、预防、治疗提供依据。

2. 用物准备

(1)测温盘内备体温计(水银柱甩至 35°C 以下)、秒表、纱布、笔、记录本。

(2)若测肛温,另备润滑油、棉签、手套、卫生纸、屏风。

3. 操作步骤

(1)洗手、戴口罩,备齐用物,携至床旁。

(2)核对患者并解释目的。

(3)协助患者取舒适卧位。

(4)测体温:根据病情选择合适的测温方法:

a. 测腋温:擦干汗液,将体温计放在患者腋窝,紧贴皮肤屈肘臂过胸,夹紧体温计。测量 10min 后,取出体温计用纱布擦拭。

b. 测口温法:嘱患者张口,将口表汞柱端放于舌下热窝。嘱患者闭嘴用鼻呼吸,勿用牙咬体温计。测量时间 $3\sim 5\text{min}$ 。嘱患者张口,取出口表,用纱布擦拭。

c. 测肛温法:协助患者取合适卧位,露出臀部。润滑肛表前端,戴手套用手垫卫生纸分开臀部,轻轻插入肛表 $3\sim 4\text{cm}$ 。测量时间 $3\sim 5\text{min}$ 。用卫生纸擦拭肛表。

(5)检视读数,放体温计盒内,记录。

(6)整理床单位。

(7)洗手,绘制体温于体温单上。

(8)消毒用过的体温计。

4. 注意事项

(1)测温前应注意有无影响体温波动的因素存在,如 30min 内有无进食、剧烈活动、冷热敷、坐浴等。

(2)体温值如与病情不符,应重复测量。

(3)腋下有创伤、手术或消瘦夹不紧体温计者不宜测腋温。腹泻、肛门手术、心肌梗死的患者禁测肛温。精神异常、昏迷、婴幼儿等到不能合作者及口鼻疾患或张口呼吸者禁测口温。进热食或面颊部热敷者,应间隔 30min 后再测口温。

(4)对小儿、重症患者测温时,护士应守护在旁。

(5)测口温时,如不慎咬破体温计,应:①立即清除玻璃碎屑,以免损伤口腔黏膜。②口服蛋清或牛奶,以保护消化道黏膜并延缓汞的吸收。③病情允许者,进粗纤维食物,以加快汞的排出。

(三)体温计的消毒与检查

1. 体温计的消毒

为防止测体温引起的交叉感染,保证体温计清洁,用过的体温计应消毒。

先将体温计分类浸泡于含氯消毒液内 30min 后取出,再用冷开水冲洗擦干,放入清洁容器中备用。(集体测温后的体温计,用后全部浸泡于消毒液中)。

(1)5min 后取出清水冲净,擦干后放入另一消毒液容器中进行第二次浸泡,半小时后取出清水冲净,擦干后放入清洁容器中备用。

(2)消毒液的容器及清洁体温计的容器每周进行 2 次高压蒸汽灭菌消毒,消毒液每天更换一次,若有污染随时消毒。

(3)传染病患者应设专人体温计,单独消毒。

2. 体温计的检查

在使用新的体温计前,或定期消毒体温计后,应对体温计进行校对,以检查其准确性。将全部体温计的水银柱甩至 35°C 以下,同一时间放入已测好的 40°C 水内,3min 后取出检视。若体温计之间相差 0.2°C 以上或体温计上有裂痕者,取出不用。

第二节 脉搏的测量

一、正常脉搏及生理性变化

(一)正常脉搏

随着心脏节律性收缩和舒张,动脉内的压力也发生周期性的波动,这种周期性的压力变化可引起动脉血管发生扩张与回缩的搏动,这种搏动在浅表的动脉可触摸到,临床简称为脉搏。正常人的脉搏节律均匀、规则,间隔时间相等,每搏强弱相同且有一定的弹性,每分钟搏动的次数为 60~100 次(即脉率)。脉搏通常与心率一致,是心率的指标。

(二)生理性变化

脉率受许多生理性因素影响而发生一定范围的波动。

1. 年龄

一般新生儿、幼儿的脉率较成人快。

2. 性别

同龄女性比男性快。

3. 情绪

兴奋、恐惧、发怒时脉率增快,忧郁时则慢。

4. 活动

一般人运动、进食后脉率会加快。休息、禁食则相反。

5. 药物

兴奋剂可使脉搏增快,镇静剂、洋地黄类药物可使脉搏减慢。

二、异常脉搏的观察

(一)脉率异常

1. 速脉

成人脉率在安静状态下大于 100 次/min。又称为心动过速。见于高热、甲状腺功能亢进(甲亢,由于代谢率增加而使脉率增快)、贫血或失血等患者。正常人可有窦性心动过速,为一过性的生理现象。

2. 缓脉

成人脉率在安静状态下低于 60 次/min。又称心动过缓。颅内压增高、病窦综合征、Ⅱ度以上房室传导阻滞,或服用某些药物如地高辛等可出现缓脉。正常人可有生理性窦性心动过缓,多见于运动员。

(二)脉律异常

脉搏的搏动不规则,间隔时间时长时短,称为脉律异常。

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),亦称期前收缩。见于各种心脏病或洋地黄中毒的患者。正常人在过度疲劳、精神兴奋、体位改变时也偶尔出现间歇脉。

2. 脉搏短绌

同一单位时间内脉率少于心率。绌脉是由于心肌收缩力强弱不等,有些心输出量少的搏动可发出心音,但不能引起周围血管搏动,导致脉率少于心率。特点:脉律完全不规则,心率快慢不一、心音强弱不等。多见于心房纤颤者。

(三)强弱异常

1. 洪脉

当心输出量增加,血管充盈度和脉压较大时,脉搏强大有力,称洪脉。见于高热,甲状腺功能亢进、主动脉关闭不全等患者。运动后、情绪激动时也常触到洪脉。

2. 细脉

当心输出量减少,动脉充盈度降低时,脉搏细弱无力,扪之如细丝,称细脉或丝脉。见于大出血、主动脉瓣狭窄和休克、全身衰竭的患者,是一种危险的脉象。