



普通高等教育“十三五”规划教材  
全国高等医药院校规划教材

供中医学、中西医临床医学专业五年制、八年制及九年制用

# 中西医结合护理操作学

第3版

张广清 林美珍 主编



科学出版社

普通高等教育“十三五”规划教材  
全国高等医药院校规划教材

供中医学、中西医临床医学专业五年制、八年制及九年制用

# 中西医结合护理操作学

第3版

张广清 林美珍 主编

科学出版社

北京

## 内 容 简 介

本书是普通高等教育“十三五”规划教材之一，是第3版教材。中西医结合护理技术操作是在临床实践中不断摸索总结而创建起来的一门系统性、操作性很强的学科，编者综合运用中医、西医护理理论及护理程序，精选与临床实践和科学研究关系密切的专题，具有一定的创新性和实用性。全书共分10章，内容包括：绪论、基础评估、医院感染防控技术、给药法、饮食与营养、管道护理技术、中医适宜技术、标本采集法、急救操作技术等。

本书主要供全国高等中、西医学院校中医学、中西医临床医学专业五年制、八年制及九年制学生及中西医结合规培医师、临床医务人员使用。

### 图书在版编目(CIP)数据

中西医结合护理操作学/张广清, 林美珍主编. —3版. —北京: 科学出版社, 2017.11

普通高等教育“十三五”规划教材 全国高等医药院校规划教材

ISBN 978-7-03-054957-0

I. ①中… II. ①张… ②林… III. ①中西医结合-护理学-医学院校-教材 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第258920号

责任编辑: 郭海燕 曹丽英 / 责任校对: 郭瑞芝

责任印制: 张欣秀 / 封面设计: 陈 敬

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

北京京华虎彩印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2003年9月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2008年2月第 二 版 印张: 15 1/2

2018年1月第 三 版 字数: 437 000

2018年1月第三次印刷

定价: 49.80 元

(如有印刷质量问题, 我社负责调换)

# 《中西医结合护理操作学》（第3版）

## 编委会

主 编 张广清 林美珍  
副主编 罗尧岳 秦元梅 蓝宇涛 韩丽琳  
编 委 （以下按姓氏笔画排序）

丁美祝	马 越	邓丽丽	龙洁儿
叶 红	叶丹丹	朱 晶	朱乐英
庄 平	刘杨晨	李 聪	吴巧媚
邱定荣	邹 涛	张广清	张丽玲
陈惠超	林美珍	林燕凤	林静霞
罗尧岳 <sup>①</sup>	罗丽霞	周春姣	练柳兰
赵亚星	秦元梅 <sup>②</sup>	黄绮华	萧 蕙
龚小珍	韩丽琳	谢阳春	蓝宇涛 <sup>③</sup>
雷丽芳	魏 琳		

注：①湖南中医药大学护理学院

②河南中医药大学护理学院

③广东药科大学护理学院

其余编委单位均为广州中医药大学第二临床医学院

# 总 序

在国家大力推进医药卫生体制改革,发展中医药事业和高等中医药教育教学改革的新形势下,为了更好地贯彻落实《国家中医药发展战略规划纲要(2016—2030年)》和《医药卫生中长期人才发展规划(2011—2020年)》,培养推进中西医资源整合、创新中西医结合事业的复合型高等中医药专业人才,广州中医药大学第二临床医学院与科学出版社再次合作,第三次修订“中西医结合系列教材”共10个分册,该系列教材入选第一批科学出版社普通高等教育“十三五”规划教材立项项目。

本套教材的编写遵循高等中医药院校教材建设的一般原则,注意教学内容的思想性、科学性、先进性、启发性和适应性。根据教学大纲的要求,坚持体现“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)的教学内容,并在相关学科专业的教学内容上进行了拓宽,增加了病种,引用了中西医结合研究的最新成果;注重立足专业教学要求和中西医结合临床工作的实际需要,构筑中西医结合人才必须具备的知识与能力素质结构,强调学生临床思维、实践能力与创新精神的培养。在编写体例方面,注意基本体例保持一致,各学科根据自身不同的特点,有所侧重,加大图表的比例,增加数字化教材元素,使学生更加容易理解与掌握教学内容;在教学内容的有机组合方面,教材既注意中西医内容方面分别阐述,又尽量保持中西医理论各自的完整性;同时,在提供适宜知识素材的基础上,注意进一步拓展专业知识的深度与广度,采用辨病与辨证相结合,力图使中西医临床思维模式达到协调统一。

教材建设是一项长期而艰巨的系统工程,此次修订还需要接受教学实践的检验,恳请有关专家与同行给予指正。本套教材也将会定期修订,以不断适应中医药学术的发展和人才培养的需求。

福网准

2017年11月

# 前 言

“十一五”期间我们在《中西医结合护理操作学》(第1版)的基础上修改出版了《中西医结合护理操作学》(第2版),并且广东省中医和中西医结合医院从事临床和学习的医务工作者和医学生以此作为临床基本技能的教材之一,在临床和学校使用,同时得到了广大医学生、临床医务工作者的好评。“十三五”期间国家和省医政部门、教育部门分别出台了力推改革的大量文件,为了配合五年制、“5+3”长学制中医、中西医结合医学教育改革和发展的需要,更为了更好地满足住院医师规范化培训各项临床考核技能的要求,使院校教育一致和同质化,我们组织省内外各高校和医学院的知名医疗护理专家在之前的基础上再次精心编写了《中西医结合护理操作学》(第3版)。

在重新修订本书时我们删除了一些不用赘述的理论,并新增了医疗护理规范化培训文件里要求的内容。规范化培训是医学生毕业后再教育的重要组成部分,对于培训临床高层次人才、提高医疗质量极为重要。2013年12月,国务院七部委联合发布了《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》,从而全面推进和改革住院医师规范化培训制度。2014年12月国家中医药管理局、国家卫生和计划生育委员会、教育部联合发布了《中医住院医师规范化培训实施办法(试行)》的通知,其中要求中医住院医师在规范化培训期间必须接受临床操作考核;2016年2月国家卫生和计划生育委员会又发布了《新入职护士培训大纲(试行)》,其中要求新入职护士必须掌握并熟练运用常用临床护理操作技术共27项。在上述背景下,我们充实完善了《中西医结合护理操作学(第3版)》,本书可以帮助医学生更快、更好地适应规范化培训。

中西医结合护理操作学是综合运用中医、西医护理理论及程序,并在护理实践中不断摸索总结而创建起来的一门系统性、操作性很强的学科,具有一定的创新性。本书内容实用性强,操作流程清晰,便于学习与应用;在遵循中医整体观念和辨证论治的原则下融汇了护理程序,使学生能结合患者的具体情况,运用相应操作解决或缓解患者的症状和体征,掌握提高诊疗、护理疾病、预防保健能力及舒适相关的健康服务的方法,且重在培养学生的实际动手能力,更快地衔接临床工作。通过利用本书的教学,要求学生能初步运用本书相关知识,以护理程序的方法对患者进行整体护理,帮助患者康复,正确进行常用的中西医护理操作,力求体现中西医结合的优势。

本书课程的教学可通过课堂讲授、多媒体教学、实际操作、自学讨论等形式进行。在教学中注意加强与其他课程的配合,加强理论联系实际,加强基本技能训练,培养学生的实际工作能力。本书附有约40项常用中西医结合护理操作的演示视频,通过手机扫描二维码观看,以增强学生直观的感官认识,帮助学生理解和记忆,提高学习效率。

医疗工作与护理工作既有分工又有合作,具有相互交叉的特点。在临床工作中,医疗与护理在促进患者康复这一共同目标上紧密结合,因此,不仅护理方面的学生需要熟练掌握相关护理技术,医疗方面的学生打好护理理论和护理操作基础也是十分必要的,相信本书会是一本很好的教学指南。在此对前两版教材中全体编委致以衷心的感谢。

鉴于编写时间相对仓促,难免会有不足之处,希望广大读者在使用过程中提出宝贵意见,以便进一步修改提高。

《中西医结合护理操作学》(第3版)编委会

2017年10月

# 目 录

第一章 绪论	1	第一节 手卫生	49
一、中西医结合护理操作学的理论指导	1	一、有关概念	49
二、中西医结合护理操作学的发展源流	2	二、手卫生操作基本原则	50
三、中西医结合护理操作学的特点	2	三、手卫生操作法	50
第二章 基础评估	4	第二节 无菌技术	52
第一节 生命体征评估	4	一、有关概念	53
一、体温测量与评估	4	二、无菌技术操作原则	53
二、脉搏测量与评估	7	三、无菌技术基本操作法	53
三、呼吸测量与评估	9	第三节 标准预防	57
四、血压测量及评估	11	一、有关概念	57
附：生命体征的测量	15	二、标准预防的主要内容	58
一、评估要点	16	第四节 隔离技术	65
二、操作步骤	16	一、有关概念	65
三、注意事项	16	二、隔离技术的基本原则	65
第二节 疼痛评估	17	三、穿、脱隔离衣	66
疼痛强度判断主要方法	17	第五节 消毒灭菌技术	70
第三节 神经功能评估	19	一、有关概念	70
一、瞳孔评估	19	二、消毒、灭菌技术基本原则	71
二、意识状态评估	20	三、消毒技术	71
三、吞咽状态评估	21	四、灭菌技术	74
四、神经状态监测与评估	23	五、环境卫生学监测	75
第四节 进食功能及营养状态评估	24	第六节 医疗废物分类、放置与处理	77
一、进食功能评估	24	一、有关概念	77
二、消化吸收功能评估	25	二、医疗废物管理的基本原则	78
三、体重评估	27	三、医疗废物管理方法	78
四、体质指数评估	28	第四章 给药法	80
五、营养状态评估	29	第一节 给药的基本知识	80
第五节 生活自理能力评估	30	一、西药的给药原则	80
一、基本生活活动能力评估	31	二、中药的给药原则	81
二、辅助生活活动能力评估	32	第二节 给药途径	82
第六节 安全评估	33	一、口服给药法	82
一、压力性损伤的风险评估	33	二、注射给药法	83
二、烫伤的风险评估	37	附：药物过敏试验	84
三、跌倒的风险评估	38	一、青霉素过敏试验法	84
四、药物外渗的风险评估	42	二、链霉素过敏试验法	85
五、误吸的风险评估	43	三、破伤风抗毒素过敏试验法	86
六、约束的风险评估	46	三、黏膜给药法	91
第三章 医院感染防控技术	49	四、透皮给药法	95

五、呼吸道给药	96	三、预防感染原则	123
第三节 给药监测	97	四、严密观察原则	123
一、胰岛素泵	97	第二节 各种引流管护理	124
二、血糖监测	99	一、脑室引流管	124
三、输液泵/注射泵	99	二、腰椎引流管	125
第五章 饮食与营养	101	三、胸腔闭式引流管	126
第一节 饮食与营养	101	四、“T”形引流管	128
一、蛋白质	101	五、胃肠引流管	130
二、脂肪	101	六、腹腔双套管负压引流	136
三、碳水化合物	102	七、膀胱造瘘引流管	137
四、维生素	102	八、留置导尿管	139
五、矿物质	102	第七章 中医适宜技术	144
六、水	102	第一节 灸法	144
第二节 医院饮食和营养	103	一、艾条灸	144
一、基本饮食	103	二、艾炷灸	145
二、治疗饮食	103	三、热敏灸	147
三、试验饮食	104	四、雷火灸	148
第三节 中医的饮食原则	105	第二节 按摩法	149
一、饮食调护的整体观	105	一、开天门	150
二、食物的性能、种类及作用	106	二、腹部按摩	151
三、饮食有节, 荤素搭配	108	第三节 拔罐法	151
四、饮食宜忌	109	一、拔火罐	152
五、饮食调护的辨证应用	110	二、平衡火罐法	153
第四节 吞咽(摄食)障碍管理	111	第四节 水针	154
一、吞咽障碍筛查及评估	111	第五节 皮肤针	155
二、吞咽(摄食)障碍的康复护理	112	第六节 耳穴压豆	157
第五节 肠道管喂饮食	115	第七节 刮痧法	158
一、鼻饲法	115	第八节 熏洗法	159
二、胃造瘘管喂养	117	第九节 贴敷法	160
三、空肠造瘘管喂养	117	一、穴位贴敷	160
第六节 全胃肠外营养	119	二、发疱疗法	161
一、适应证	119	三、敷药法	162
二、禁忌证	119	第八章 标本采集技术	164
三、评估要点	119	第一节 标本采集的原则	164
四、操作准备	120	第二节 血液标本采集	165
五、操作步骤	120	一、毛细血管采血	166
六、注意事项	121	二、静脉采血	166
第七节 体重管理	121	三、动脉采血	168
一、体重判断方法	122	四、输(配)血标本	169
二、体重管理原则	122	五、血培养标本	169
第六章 管道护理技术	123	第三节 尿标本采集	170
第一节 管道护理原则	123	第四节 粪便标本采集	172
一、妥善固定原则	123	第五节 呼吸道培养标本采集	173
二、保持通畅原则	123	一、痰标本	173
		二、咽拭子标本	174





第六节 各种传染病检测标本采集	175	六、气管插管术	207
一、艾滋病检测标本	175	七、气管切开	209
二、重症急性呼吸综合征临床检测标本	176	八、氧气吸入法	210
三、登革热检测标本	177	九、吸痰术	216
四、禽流感标本	178	第七节 呼吸机的使用	217
第九章 急救操作技术	180	一、无创呼吸机的使用	217
第一节 急救护理原则	180	二、有创呼吸机的使用	220
一、院前急救护理原则	180	第八节 洗胃术	223
二、院内急救护理原则	181	一、插胃管洗胃	223
第二节 心肺复苏术	182	二、催吐	225
一、成人心肺复苏	182	三、活性炭吸附	226
二、儿童心肺复苏	183	四、导泻	226
三、新生儿心肺复苏	184	第十章 其他常用临床护理操作技术	228
第三节 心脏电除颤技术	186	第一节 物理降温法	228
一、除颤器的使用	186	一、冰袋(囊)、冰帽、冰毯的使用	228
二、自动体外除颤器的使用	187	二、冷湿敷	229
第四节 心电监测技术	188	三、温水擦浴或乙醇擦浴	230
第五节 创伤急救技术	190	四、其他冷敷法	231
一、止血	190	第二节 口腔护理	232
二、包扎	192	一、协助漱口	232
三、固定	196	二、刷牙	232
四、搬运	198	三、特殊患者的口腔护理	233
第六节 气道护理技术	200	四、常用中药漱口液	233
一、人工气道开放术	200	五、常用中成药漱口液	234
二、海姆利希手法	201	六、常用口腔消毒液	234
三、口咽通气管或鼻咽通气管置入	203	第三节 轴线翻身法	234
四、简易呼吸球囊使用技术	204	一、二人轴线翻身法	234
五、环甲膜穿刺术	206	二、三人轴线翻身法	235
		参考文献	236

# 《中西医结合护理操作学》(第3版)

## 技术操作视频目录



技术 3-1	穿、脱隔离衣	66
技术 4-1	皮下注射	83
技术 4-2	皮内注射	84
技术 4-3	肌内注射	86
技术 4-4	静脉注射	88
技术 4-5	静脉输液	89
技术 4-6	大量不保留灌肠	94
技术 4-7	中药保留灌肠	94
技术 6-1	留置胃管	134
技术 6-2	导尿术	139
技术 7-1	艾条灸	144
技术 7-2	艾炷灸	145
技术 7-3	热敏灸	147
技术 7-4	雷火灸	148
技术 7-5	头部穴位按摩	150
技术 7-6	腹部穴位按摩	151
技术 7-7	拔罐法	151
技术 7-8	平衡火罐法	153
技术 7-9	水针	154
技术 7-10	皮肤针	155
技术 7-11	耳穴压豆	157
技术 7-12	刮痧法	158
技术 7-13	中药熏洗	159
技术 7-14	全身药浴	159
技术 7-15	穴位贴敷	160
技术 7-16	发疱疗法	161
技术 7-17	敷药法	162
技术 8-1	静脉采血	166
技术 9-1	心肺复苏	182
技术 9-2	外伤止血、包扎	190
技术 9-3	固定、搬运	190
技术 9-4	吸氧	211
技术 9-5	吸痰	216
技术 9-6	无创呼吸机的使用	217
技术 9-7	洗胃法	223

# 第一章 绪 论

护理学是人类为了解除或减轻自身的痛苦,在和疾病的抗争中逐渐产生的一门学科。护理学具有悠久的历史,它的发展经历了漫长的岁月,但直到19世纪中叶才逐渐形成成熟的体系。

中西医结合护理学来源于中医护理学和西医护理学,是在中医护理学和西医护理学的基础上,结合各自的优势逐步形成、发展起来的一门新学科。中西医结合护理操作学是在中西医结合护理学的基础上发展起来的一门以操作技术为主的新课程。

临床护理技术是医疗活动的重要组成部分,临床医务工作者只有熟知各项临床基础护理技术的应用目的和操作要求,才能确保各项医疗服务活动的安全和有效。临床护理技术不仅是护理专业主干课程的重点内容,也是医学生必须掌握的临床技能。

## 一、中西医结合护理操作学的理论指导

随着医学模式的转变及现代护理学的发展,护理学经历了以疾病为中心和以健康为中心两个阶段。现阶段的护理学是以人的健康为中心,重视整体护理。整体护理的核心是以现代护理观为指导,以护理程序为框架,以患者为中心,根据患者身、心、社会、文化的需要提供优质护理。护理程序是指导护理人员以满足护理对象的身心需要,恢复或增进健康为目标,科学地确认健康问题,运用系统方法实施计划性、连续性、全面整体性护理的一种理论与实践模式。护理程序围绕人、环境、健康、护理这四个基本概念,一般分为五个步骤,即评估、诊断、计划、实施和评价。

中医护理操作技术的理论指导始终秉承“整体观念”和“辨证施护”两大原则。中医护理理论从整体观念出发,把人体看成是一个以心为主宰,五脏为中心的整体;同时认为人和自然界及社会有密切的联系,是一个不可分割的整体。中医整体护理观,是指在中医基本理论指导下,以患者为中心,以满足患者的身心需要、恢复健康为目的,实施全面的辨证施护、辨证施术、辨证施膳的临床护理实践模式。这种模式既重视人体内在的病理生理特点,又重视自然与人体、邪气与正气的关系;既重视临床病症证候表现中的辨证施护,又重视针对疾病本身特有病因病机本质变化的辨证求因施护;既重视在施护的方法上的标本轻重缓急之别,又重视与治则治法紧密结合的辨证施护特点。

辨证施护,其中“辨证”就是运用中医的理论,对四诊所收集的有关病史、症状、体征加以分析、综合、概括和判断,对疾病进行证候定性;“施护”就是在辨证的基础上,既从疾病的定性中确立相应的施护原则和方法,又从辨证所确立的治则治法中制订相应的施护原则和方法。辨证施护是中医护理的精髓,是指以整体观念为指导思想,运用中医望、闻、问、切的诊断方法,对患者进行调查研究,采集患者的自觉症状和各种临床体征等资料;运用八纲、脏腑、六经、卫气营血等辨证方法,进行分析归纳、综合判断疾病属于何证,从而确定相应的护理方法及措施,并采用独特的中医护理技术进行护理,防止并发症和危重急症的发生。

因此,将中医的整体护理观与当代世界先进的整体护理理念有机地结合起来,科学地将护理程序与中医的辨证施护融合起来,贯穿于护理的各个环节,正是中西医结合护理操作学的指导理论。这种融合使护理方法、技术、程序更具科学性与特异性,上升到新的理论高度,更好地契合并指导中西医结合临床护理操作。

## 二、中西医结合护理操作学的发展源流

中西医结合护理操作学来源于西医护理学和中医护理学，结合了中西医护理的优点。中医学强调“三分治，七分养”，中医护理学的内容很大部分是研究“七分养”的科学。中医在发展过程中，医、药、护的分工一直是不明晰的。从浩如烟海的医学典籍到历代名医传记中，不乏护理知识和技术，有许多内容对现代护理仍有指导意义。《礼含文嘉》：“燧人氏始钻木取火，炮生而熟，令人无腹疾。”说明人类自发明“用火”手段后，开始食熟食。同时认识到饮食与胃肠疾病的关系。唐代孙思邈的《千金方》记载了以葱管作导尿器械治疗尿潴留的方法，这是世界上最先应用导尿术的记载。宋代《医说》一书中记有“早漱口，不若将卧而漱，去齿间所积，牙亦坚固”的口腔护理知识。宋代陈自明所著《妇人大全良方》提供了大量妊娠期和产后的护理知识。明清时期记载了蒸汽消毒衣物，焚烧艾叶、喷洒雄黄酒等方法消毒空气等消毒隔离理念。

除中国外，印度、埃及、希腊等国家早在纪元前就出现了泥敷、包扎、固定等骨折护理技术。例如，埃及，在制作木乃伊的过程中，他们学会了用各种草药、动物及矿物质制成丸、膏等制剂来治疗、护理疾病。在希腊，医学之父希波克拉底创造了“体液学说”，并教会人们用冷、热泥敷等法；罗马人则注意修建大型体育场以进行体育锻炼，从而促进健康、预防疾病等。

1860年，南丁格尔在英国圣托马斯医院创办南丁格尔护士学校，成为了护理学发展过程中的里程碑。南丁格尔以传授科学的护理专业知识和高尚的道德为主，培养了一批新型护士，使护理由学徒式教导成为正式的学校教育。其在护理学科的建立和护理专业形成过程中做出了开创性的贡献。

由此我们可以看到，中西医结合护理操作学有着深厚的基础，其理论及方法都经过许多实践的检验，是从日积月累的经验中得出来的。

## 三、中西医结合护理操作学的特点

**1. 中医护理操作学的特点** 中医护理操作技术作为中医护理学的一部分，具有独特的优势，主要可总结为“简、便、廉、验”。简，即操作简单，因时制宜，选择操作简便的方式；便，即取材方便，因地制宜，随地取材；廉，即价格低廉，因人制宜，不浪费人力和物力；验，即效果显著。

中医护理技术来源于民间，大部分不需要特殊的仪器设备，简便易行、直观安全、收费低廉、创伤小、见效快，体现了以“安全、优质、高效、低耗、创新、发展”为一体的护理模式。例如，针灸之于中风后遗症肢体瘫痪、拔罐法之于腰背痛、推拿术之于落枕、刮痧法之于中暑等治疗方法无一不是易学易行、价格低廉且效果显著，因此深受患者喜爱。

很多中医护理技术如针灸、推拿、拔罐、刮痧、导引、太极拳等不同于药物疗法，是通过调整机体的生理功能，激发机体固有的抵御疾病和自我修复的能力，以达到医疗和保健的目的。这种以生理机制为基础的作用特点，使其具有明显的安全和适用范围广泛的优势，广泛应用于内科、外科、妇产科、儿科、五官科等。

**2. 西医护理操作学的特点** 现代护理学除以自然科学、医学基础和临床知识为理论基础外，还包括心理学、伦理学、社会学和美学等方面的知识。在逐步的发展过程中西医护理操作学也继承了现代护理学的自身特色：①注重无菌技术。与西方医学理论一脉相承，在操作中注重无菌观念的培养。②突出可行性。这是一门应用科学，有专门的护理技术操作规范，强调各种规范、流程的可操作性。③重视人文关怀。注重对患者的人文关怀、灵性照顾，要求护理人员应做到耐心地聆听、有效温暖地沟通，要求医务人员应有亲切友善的态度、仁爱的情怀和无私奉献的精神。



**3. 中西医结合护理操作学的特点** 中西医结合护理操作同时兼具有西医护理操作和中医护理操作的特点。它将中医的整体护理观与当代世界先进的整体护理理念有机地结合起来，贯穿于护理操作的各个环节；并科学地将现代护理程序与中医的辨证施护融合起来。同时无论执行何种操作，都应以中西医结合护理学为理论指导，操作中应时刻注意无菌原则、人文关怀，整个护理过程都应体现整体护理。

## 第二章 基础评估

### 学习目标

- (1) 了解各项基础评估的评估要点。
- (2) 了解如何记录评估结果。
- (3) 了解如何选择和使用评估工具。
- (4) 熟悉不同疼痛评估量表的使用及评估方法。
- (5) 熟悉进食功能及营养状态评估方法及操作流程。
- (6) 熟悉生活自理能力评估工具及方法。
- (7) 掌握生命体征的评估方法及操作步骤。
- (8) 掌握神经功能的评估方法及操作流程。
- (9) 掌握患者安全评估的评估工具及操作流程。

护理评估(nursing assessment)是一个系统地、连续地收集、组织、核实和记录护理对象有关健康资料的过程,是护理程序的第一步,也是护理程序最基本的步骤。它贯穿于护理工作的始终,贯穿于护理程序的全过程。护理评估是一个连续的过程,从与患者的第一次见面时开始,直到患者出院或护理照顾结束时才终止,护士应随时收集有关患者反应和病情变化的资料,以便及时发现问题、确定诊断、修改和补充护理计划。本章介绍的基础评估内容包括生命体征评估、疼痛评估、神经功能评估、进食功能及营养状态评估、生活自理能力评估、安全评估。

### 第一节 生命体征评估

生命体征(vital signs)是指体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔和意识的总称。生命体征受大脑皮质控制,是机体内是否在活动的一种客观反映,是衡量机体身心状况的可靠指标。正常人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。通过认真仔细地观察生命体征,我们可了解机体重要脏器的功能活动情况和疾病的发生、发展及转归,为预防、诊断、治疗和护理提供依据。

#### 一、体温测量与评估

体温(body temperature, T),也称体核温度(core temperature),是指身体内部胸腔、腹腔和中枢神经的温度。其特点是相对稳定且较皮肤温度高。皮肤温度也称体表温度(shell temperature),可受环境温度和衣着情况影响且低于体核温度。

##### (一) 体温的正常值

腋下温度(axillary temperature)的正常范围为 $36\sim 37.4^{\circ}\text{C}$ ;口腔舌下温度的(sublingual temperature)正常范围为 $36.7\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ ;直肠温度(rectal temperature)的正常范围为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。温度以摄氏温度( $^{\circ}\text{C}$ )和华氏温度( $^{\circ}\text{F}$ )来表示。两者的换算公式: $^{\circ}\text{F} = ^{\circ}\text{C} \times 9/5 + 32$ 。

## (二) 体温的正常生理变化

健康人能在外界温度多变的情况下,保持相对稳定的体温,是在视前区下丘脑前部的体温调节中枢调节下实现的。

体温受运动、食物、情绪、年龄等影响而略有差异。变动的范围为 $0.3\sim 0.6^{\circ}\text{C}$ 。这种变动与人体代谢有昼夜周期变化有关。正常成年人一天之中凌晨 $4\sim 6$ 时体温最低,下午 $4\sim 8$ 时最高。而长期从事夜间工作者则相反。女性比男性略高;幼儿比成人高;老年人比成年人略低。女性排卵时至经期前、妊娠早期,体温会轻度升高。剧烈运动、大量摄入蛋白质食物、外界温度突然升高、进食热饮等也可使体温暂时轻度上升。

## (三) 体温异常及其程度

当腋下温度超过 $37.0^{\circ}\text{C}$ 或口腔温度超过 $37.5^{\circ}\text{C}$ ,一昼夜体温波动在 $1^{\circ}\text{C}$ 以上可称为发热。以口腔温度为例,发热程度可划分为低热: $37.3\sim 38.0^{\circ}\text{C}$ ( $99.1\sim 100.4^{\circ}\text{F}$ );中等热: $38.1\sim 39.0^{\circ}\text{C}$ ( $100.6\sim 102.2^{\circ}\text{F}$ ),也常见于急性感染;高热: $39.1\sim 41.0^{\circ}\text{C}$ ( $102.4\sim 105.8^{\circ}\text{F}$ ),也常见于急性感染;超高热: $41.0^{\circ}\text{C}$ 以上( $105.8^{\circ}\text{F}$ 以上),常见于中暑。

机体最高的耐受体温为 $40.6\sim 41.4^{\circ}\text{C}$ ( $105.0\sim 106.0^{\circ}\text{F}$ ),当人体温达到 $43^{\circ}\text{C}$ 时很少能存活。直肠温度持续升高且超过 $41.0^{\circ}\text{C}$ 时,可引起永久性脑损伤;高热 $42.0^{\circ}\text{C}$ 以上持续 $2\sim 4\text{h}$ 可导致休克及其他严重并发症。可将不同时间测得的体温绘制在体温单上,相互连接,就构成了体温曲线。各种体温曲线的形态称为热型,临床常见的热型有稽留热、弛张热、间歇热和不规则热。

低体温是指各种原因引起的产热减少或散热增加导致体温低于正常的范围。当体温低于 $35.0^{\circ}\text{C}$ 时,称为体温不升,主要表现为发抖、血压降低、心搏呼吸减慢、皮肤苍白、四肢冰冷、口唇和耳垂发绀、躁动不安、嗜睡甚至昏迷。低体温的临床分期,轻度: $32.0\sim 35.0^{\circ}\text{C}$ ( $89.6\sim 95.0^{\circ}\text{F}$ );中度: $30.0\sim 32.0^{\circ}\text{C}$ ( $86.0\sim 89.6^{\circ}\text{F}$ );重度 $<30.0^{\circ}\text{C}$ ( $<86.0^{\circ}\text{F}$ 以下),会出现瞳孔散大、对光反射消失的表现;致死温度: $23.0\sim 25.0^{\circ}\text{C}$ ( $73.4\sim 77.0^{\circ}\text{F}$ )。

## (四) 发热的类型

### 1. 西医发热类型(图 2-1)

(1) 稽留热(continuous fever):特点是体温高达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ (不低于 $39^{\circ}\text{C}$ )持续数日或数周,日差不超过 $1^{\circ}\text{C}$ 。其常见于大叶性肺炎或伤寒的患者。

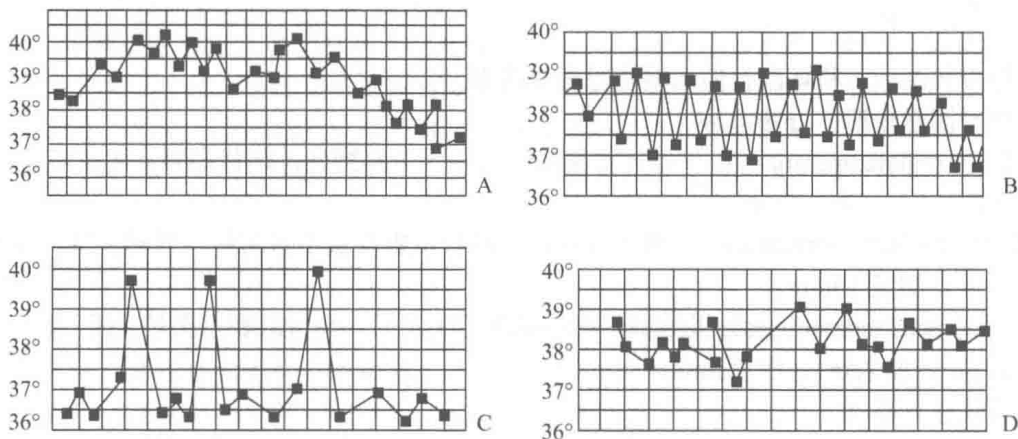


图 2-1 发热类型

A.稽留热; B.弛张热; C.间歇热; D.不规则热

(2) 弛张热 (remittent fever): 特点是体温高低不一, 幅度大, 日差超过  $1^{\circ}\text{C}$ , 但最低温度仍在正常体温以上。其常见于败血症及化脓性感染的患者。

(3) 间歇热 (intermittent fever): 特点是体温骤然升高到  $39^{\circ}\text{C}$  以上, 持续数小时后下降, 很快降至正常或以下, 再隔 1~3d 又突然升高反复一次。其常见于疟疾及肾盂肾炎的患者。

(4) 不规则热 (irregular fever): 体温波动的范围极不规则, 持续时间不定。常见于流行性感冒、风湿热的患者。

**2. 中医发热分型** 凡患者主观感觉怕冷, 虽加衣被或近火取暖仍觉寒冷者, 称为恶寒; 患者身寒怕冷, 加衣被或近火取暖即可缓解者, 称为畏寒。发热除包括体温高于正常者外, 还包括患者体温正常而自觉全身或局部发热的主观感觉。寒热有如下表现形式。

(1) 恶寒发热: 指恶寒与发热同时出现, 多为外感病的初期, 是表证的特征。若恶寒重发热轻, 为外感风寒; 发热重恶寒轻, 为外感风热; 发热轻而恶风, 多为外感伤风。

(2) 但寒不热: 患者只感怕冷而无发热, 多属里寒证。新病畏寒, 多为寒邪直中, 久病畏寒, 多为阳气虚衰。

(3) 但热不寒: 患者只发热而不恶寒反恶热, 多属里热证。高热不退为壮热, 多因里热炽盛; 轻微发热为微热, 多见于某些内伤病和温热病后期; 按时发热或按时热甚为潮热。潮热有不同的类型: 日晡潮热者, 多为阳明腑实证; 午后潮热, 入夜加重, 兼见五心烦热或骨蒸痲热者, 多为阴虚; 午后热盛, 身热不扬者, 可见于湿温病; 身热夜甚者, 也可见温热病热入营血。

(4) 寒热往来: 恶寒与发热交替发作, 为半表里证, 可见于少阳病和疟疾。

#### (五) 评估要点

(1) 掌握评估对象和时机。根据患者入院天数、年龄、病情、检查、手术、用药情况、合作程度、近期体温、体温曲线图及变化等, 决定测量时机、频率、工具和部位。

(2) 掌握测量频率。新入院的患者每日测量体温 4 次, 连续 3d。3d 后体温正常者改为每日 2 次; 手术患者术前 1d 20:00 测体温, 手术当日早晨 1 次, 术后每日 4 次, 连续 3d, 正常后每日 2 次; 高热患者应每 4h 测量 1 次体温, 体温降至  $38.5^{\circ}\text{C}$  以下每日 4 次, 降至正常水平 3 日后每日 2 次。危重病患者需密切观察体温变化, 采取降温措施后 30min 重测体温。

(3) 选择合适的测量部位。体温测量部位有口腔、腋窝、肛门 (直肠)、外耳道等。婴幼儿可选择颈动脉或腹股沟部位测量。婴幼儿、精神异常及意识不清的患者可测肛温。腹泻、直肠或肛门手术、心肌梗死的患者不宜测肛温。

#### (六) 操作步骤

(1) 检查体温计, 将体温计的水银柱甩至  $35^{\circ}\text{C}$  以下。

(2) 选择测量体温的方法

1) 口温 (oral temperature): 体温计水银端斜置于舌下热窝处, 闭紧口唇, 用鼻呼吸, 交代勿咬体温计 (图 2-2), 测量 3min。

2) 腋温 (axillary temperature): 擦干汗液, 体温计水银端放于腋窝处, 紧贴皮肤, 屈臂过胸, 夹紧 (图 2-3), 测量 10min。

3) 肛温 (rectal temperature): 取侧卧、俯卧或屈膝仰卧位, 润滑肛表水银端, 插入肛门 3~4cm (新生儿一般不超过 2cm), 测量 3min。

(3) 交代注意事项。

(4) 按时间取出体温计, 读数。

(5) 将读数记录在体温本上。





图 2-2 口腔测温法



图 2-3 腋下测温法

(6) 体温计使用后正确消毒。将体温计浸泡于消毒液中 30min 后取出，再浸泡入冷开水中，略等片刻取出，用消毒纱布擦净备用。

### (七) 注意事项

- (1) 在甩体温表时用腕部力量，不能触及他物，以防撞碎。
- (2) 测量体温前若有下列活动，如运动、进食、喝冷热饮、冷热敷、洗澡、坐浴、灌肠等，应在活动停止 30min 后测量。
- (3) 精神异常、昏迷、幼小、口鼻腔手术、呼吸困难及不能合作者，均不宜采用口腔测温。刚进食或面颊部热敷后，应间隔 30min 方可口腔测量。
- (4) 腹泻、直肠或肛门手术、心肌梗死的患者不宜直肠测温；坐浴或灌肠者须待 30min 后才可测直肠温度。
- (5) 对新生儿与老年智障、精神异常、意识不清、烦躁和不合作的患者，护士应在旁协助测量体温。
- (6) 发现体温和病情不相符合时，应在病床旁监测，必要时复查肛温和口温对照。
- (7) 如患者不慎咬碎体温计时，应立即清除玻璃碎屑以免损伤唇、舌、口腔、食管和胃肠道的黏膜，不要吞咽并吐出唾液，再口服蛋清或牛奶以延缓汞的吸收。病情允许者也可服用膳食纤维丰富的食物促进汞的排泄。
- (8) 在测体温过程中，应注意患者的面色、神志等变化，特别是对疑有高热的患儿，要谨防抽搐的发生。

## 二、脉搏测量与评估

在每个心动周期中，由于心脏的收缩和舒张，动脉内的压力发生周期性的变化，导致动脉血管发生有节律的扩张和弹性回缩，动脉管壁由此而产生有节律的搏动，称为动脉脉搏，简称脉搏 (pulse, P)。脉搏是左心室及主动脉搏动的延续。健康人的脉搏和心率是一致的，脉搏能反映心血管的功能和血容量的变化，通过测量脉搏可以了解心脏的动力状态、心率、心律、心输出量、动脉的可扩张性及外周阻力，因而测量脉搏是病情观察客观、传统的重要方法。健康成人安静状态下脉搏频率为 60~100 次/分，搏动规则、均匀、间隔时间相等。脉搏频率受年龄、性别、活动、情绪等生理性变化的影响。

### (一) 脉搏的正常值和生理变化

- (1) 脉率：即每分钟脉搏的次数。正常成年人其在安静情况下是每分钟 60~100 次，它可随年龄、性别、活动、情绪等因素变化而变化。一般情况下女性比男性快，婴幼儿比成年人快，老年人相对较慢，活动或情绪激动时可暂时加快，休息和睡眠时减慢。
- (2) 脉律：即脉搏的节律性。正常脉律是有规律、间隔时间相等、搏动力量均匀的。
- (3) 强弱：能反映出心输出量的多少。如果心输出量减少，脉搏呈“微弱”、“丝样”。如果心