



中国科学院教材建设专家委员会规划教材


全国高等医药院校规划教材

供五年制、七年制学生及研究生使用

中西医结合护理操作学

第2版

张广清 主编

 科学出版社
www.sciencep.com

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

供五年制、七年制学生及研究生使用

中西医结合护理操作学

第2版

张广清 主编

ISBN 978-7-03-025237-7
I. 中... II. 张... III. 中西医结合—护理学—医学院—教材 IV. R47
中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第008252号
责任编辑: 张广清、李... 封面设计: 黄...
印刷: 北京... 装订: 北京...

版权所有，侵权必究。未经许可，不得转载。

科学出版社
北京
2008年8月第1版
2008年1月第2次印刷
16开
850×1188 1/16
元 00.00 定价
北京

中国中医药学会会员委员会... 中国科学院教材建设专家委员会规划教材、全国高等医药院校规划教材

内 容 简 介

本书是在原“面向 21 世纪高等医学院校教材”中西医结合系列教材基础上充实完善而成的第 2 版教材,已被批准纳入“中国科学院教材建设专家委员会规划教材、全国高等医药院校规划教材”。本书为该套教材之一。

作者在系统总结中西医护理学基本理论和操作技能的基础上,精选与临床实践和科学研究关系密切的专题,以中西医基本理论为纲进行编写。全书共分 10 章,内容包括:绪论、生命体征的测量、预防与控制医院内感染、给药、标本采集法、饮食与营养等。在编写形式及内容上突出了系统性、新颖性、创新性及开拓性。

本书主要供高等中、西医院校五年制、七年制学生及研究生使用。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合护理操作学/张广清主编. —2 版. —北京:科学出版社,2008
中国科学院教材建设专家委员会规划教材. 全国高等医药院校规划教材.
供五年制、七年制学生及研究生使用

ISBN 978-7-03-020537-7

I. 中… II. 张… III. 中西医结合—护理学—医学院校—教材 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 000855 号

责任编辑:邹梦娜 李 君 / 责任校对:陈玉凤

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

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>

铭浩彩色印装有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2003 年 8 月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2008 年 1 月第 二 版 印张:12 1/2

2008 年 1 月第二次印刷 字数:391 000

印数:4 001—7 000

定价:29.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈长虹〉)

中国科学院教材建设专家委员会规划教材

全国高等医药院校规划教材

供五年制、七年制学生及研究生使用

第2版

顾问委员会名单

(按姓氏笔画排序)

干祖望	王永炎	王建华	邓铁涛	石仰山	吉良辰
朱良春	任继学	刘仕昌	李国桥	吴咸中	张琪
张学文	陆广莘	陈可冀	欧明	罗金官	周仲瑛
洪广祥	晁恩祥	唐由之	焦树德	靳瑞	路志正
颜德馨					

编审委员会名单

主任委员 邓铁涛 余靖

副主任委员 徐志伟 吕玉波 罗云坚

委员(按姓氏笔画排序)

邓晋丰	邓铁涛	司徒仪	吕玉波	刘玉珍	刘伟胜
刘茂才	刘金文	李云英	李丽芸	吴伟康	余靖
余绍源	张梅芳	陈群	陈全新	陈志强	林毅
罗云坚	罗荣敬	罗笑容	徐志伟	黄春林	黄宪章
黄培新	梁冰	彭胜权	赖世隆	蔡炳勤	熊曼琪
禩国维					

《中西医结合护理操作学》(第2版) 编委会名单

主 编 张广清

副 主 编 邱瑞娟 萧 蕙

编 者 (按姓氏笔画排序)

马 驰 叶建红 李俊苗 邱瑞娟

张广清 张晓君 萧 蕙

第2版总序

中医学博大精深,历史悠久,其独特的理论体系和临床疗效为中华民族的繁衍昌盛及人类文明作出了巨大贡献;其辨证论治体系充分体现了中医认识人体健康与疾病的整体观,体现了重视人体自身功能调节以及对环境适应能力个性化治疗的科学内涵。近代中西医结合研究在发展中医的探索过程中,积累了丰富的学术资源,展现了该学科发展的特色与优势,也对中医药学的学术发展产生了深远的影响。

随着中医药教育事业的发展,国家教育部和中医药管理局已把中西医结合教育重点定位在高层次教育。为了适应这一发展的需要,弘扬中医药事业,发挥我国的中西医结合优势,培养高层次及复合型的中西医结合人才,根据教育部《关于“十五”期间普通高等教育教材建设与改革的意见》文件精神,编者于2000年组织了一批具有丰富中西医结合临床实践和教学经验的专家教授,编撰了一套中西医结合内部教材,供校内中西医结合方向本科生及研究生使用。在此基础上,2003年应科学出版社之邀,编者组织相关专家对这套教材进行完善补充,正式出版,套书名为“面向21世纪高等医学院校教材”,并向全国发行,主要供中医院校五年制、七年制学生及研究生使用,同时也面向临床医师继续教育。此套系列教材包括:《中西医结合内科学》、《中西医结合外科学》、《中西医结合妇产科学》、《中西医结合儿科学》、《中西医结合骨伤科学》、《中西医结合耳鼻咽喉口齿科学》、《中西医结合眼科学》、《中西医结合护理学》、《中西医结合生理学》、《中西医结合病理生理学》、《中西医结合诊断学》、《中西医结合临床科研方法学》12本分册。教材一经推出,就因其体例新颖、特色鲜明、内容丰富、资料翔实、重点突出、临床实用而受到广泛欢迎,成为中医和中西医结合的品牌图书之一。

为了适应社会发展的需求,与时俱进地反映中西医结合领域的最新进展,在科学出版社的大力支持下,2007年广州中医药大学第二临床医学院(广东省中医院)牵头,编者再次组织一批优秀的中西医结合临床实践和教学专家,开始了这套教材第2版修订工作。经过半年多的精心组织,艰苦努力,充实内容,查漏补缺,补充新进展等,使此书的修订工作得以圆满完成。

本套第2版修订教材因其鲜明的特色和较高的学术水平被批准纳入“中国科学院教材建设专家委员会规划教材、全国高等医学院校规划教材”。因此套书名称随之做了相应改动。为了适应形势的变化、临床教学的需要,去掉了第1版教材中的《中西医结合生理学》、《中西医结合病理生理学》、《中西医结合诊断学》,增加了《中西医结合急诊内科学》、《中西医结合皮肤性病学》。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,坚持体现“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)教学,以适应高层次人才教育的需要。根据教学大纲的要求,在五年制教材的基础上突出“更高、更新、更深”的特点,在相关学科专业的教学内容上进行了拓宽,增加了病种,提高了要求;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,包括定义与概述、病因病理、临床表现与诊断、治疗与调理、预后与转归等部分;各学科根据自身不同的特点,有所侧重,加大教案、例图的比例,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。

在这次教材再版的修订过程中,编者借鉴了国内外最新的统编与规划教材,参考了大量文献以及最新疾病诊断标准、治疗指南等,补充完善了中西医结合研究的最新成果,从而使本套教材的教学内容与学术观点能跟上中西医结合研究的进展,反映当前中西医结合的临床和教学水平。

本套教材虽然几经修改,但由于编者水平与经验有限,中西医结合研究进展迅速,难免存在错漏之处,恳请有关专家与同行给予指正。随着临床医疗水平的不断提高,本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。

编审委员会

2007.12

第2版前言

为了适应五年制、七年制中西医结合教育改革和发展的需要,四年前我们编写了《中西医结合护理学》,作为医学生临床基本技能的教材之一,经过四年多的教学实践,我们在此基础上再次编写《中西医结合护理操作学》。《中西医结合护理操作学》是综合运用中医、西医两方面护理理论在护理实践中不断探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,操作流程清晰,便于操作者使用;按照中医整体观念和辨证论治的原则编写,结合病人的具体情况,以解决病人症状和体征问题为主要目标,提供与诊疗、消除疾病、预防保健以及舒适相关的健康服务,重在培养学生的实际动手能力。通过本课程的教学,要求学生能初步运用上述有关知识,以护理程序的方法对病人进行整体护理,帮助病人康复,正确进行常用的中西医结合护理操作,力求体现中西医结合的优势。

本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,并安排临床见习、实习。教学中注意加强与其他课程的配合和衔接,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。

护理工作与医疗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,医疗与护理在促进病人康复这一共同目标上紧密结合,因此,医疗学生打好护理理论和护理操作基础是十分必要的,相信广大医疗学生对本教材会有浓厚的兴趣。

由于编写时间较为仓促,尚存许多不足之处,希望在使用过程中提出宝贵意见,以便进一步提高。

《中西医结合护理操作学》编写小组

2007年6月11日

第1版前言

为了适应五年制、七年制中西医结合教育改革和发展的需要,我们编写了《中西医结合护理学》,作为五年制、七年制中西医结合医学生临床基本技能的教材之一。本教材以培养实用型中西医结合医疗人才为目标,注重教学的实际需要,既系统描述了基础护理的基本理论,又融合了传统中医常用操作技能。经过两年的教学实践,编排上具有一定的创新性,其内容具有较好的实用性,受到读者的好评。为此,在原来的基础上,对本教材内容进行了调整和进一步充实,力求充分体现中西医结合的优势。

护理工作与医疗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,医疗与护理在促进病人康复这一共同目标上紧密结合,因此,医疗学生打好护理理论和护理操作基础是十分必要的,相信广大医疗学生对本教材会有浓厚兴趣。

由于编写时间较仓促,尚存有许多不足之处,希望在使用过程中提出宝贵意见,以便进一步修改提高。

《中西医结合护理学》编审小组

2003年2月25日

目 录

第2版总序		
第2版前言		
第1版前言		
第1章 绪论	(1)	
第2章 生命体征的测量	(4)	
第一节 体温	(4)	
第二节 脉搏	(7)	
第三节 呼吸	(8)	
第四节 血压	(9)	
第五节 瞳孔	(11)	
第六节 意识状态	(11)	
第七节 有创动脉血压	(12)	
第八节 中心静脉压	(13)	
第3章 预防与控制医院感染	(16)	
第一节 医院感染	(16)	
第二节 医院感染的控制	(18)	
第三节 清洁、消毒、灭菌	(22)	
第四节 无菌技术	(27)	
第五节 隔离技术	(33)	
第4章 给药	(39)	
第一节 给药的基本知识	(39)	
第二节 口服给药法	(41)	
第三节 雾化吸入法	(42)	
第四节 局部给药法	(44)	
第五节 注射法	(46)	
第六节 药物过敏试验	(51)	
第七节 静脉输液法	(54)	
第八节 静脉输血法	(55)	
第九节 静脉留置导管的封管法	(56)	
第十节 输液泵/注射泵的应用	(56)	
第5章 标本采集法	(58)	
第一节 标本采集的意义和原则	(58)	
第二节 各种标本的采集方法	(58)	
第6章 饮食与营养	(66)	
第一节 医院饮食和营养	(66)	
第二节 中医的饮食原则	(67)	
第三节 营养评估	(73)	
第四节 管喂饮食	(75)	
第五节 要素饮食	(77)	
第六节 完全胃肠外营养	(79)	
第7章 排泄	(81)	
第一节 排尿的护理	(81)	
第二节 排便的护理	(89)	
第8章 经皮治疗法	(98)	
第一节 机体对冷、热应用的反应	(98)	
第二节 热疗	(99)	
第三节 冷疗	(104)	
第四节 针刺法	(108)	
第五节 灸法	(116)	
第六节 经皮给药法	(121)	
第七节 推拿法	(128)	
第八节 拔罐法	(133)	
第九节 其他	(135)	
第9章 急救	(140)	
第一节 急救四大技术	(140)	
第二节 维持呼吸功能及呼吸道通畅的护理	(154)	
第三节 机械通气的应用及护理	(156)	
第四节 人工通气的护理	(164)	
第10章 外伤与意外急救	(170)	
第一节 外伤止血、包扎、固定、搬运	(170)	
第二节 淹溺医疗急救	(178)	
第三节 电击医疗急救	(179)	
第四节 地震医疗急救	(180)	
第五节 火灾医疗急救	(181)	
第六节 道路交通事故医疗急救	(182)	
第七节 空难医疗急救	(183)	
第八节 海难医疗急救	(184)	
第九节 中医急救	(185)	
参考文献	(188)	
附 操作技术索引	(189)	

第 1 章

绪 论

[学习目标]

1. 了解中西医结合护理学的发展。
2. 了解中西医结合护理学的源流。
3. 熟悉中西医结合护理学的理论基础。
4. 熟悉学习中西医结合护理学的方法与要求。
5. 掌握中西医结合护理学的概念。
6. 掌握中西医结合护理学的特点。

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时期,但直到19世纪中叶才逐渐形成成熟的体系。1860年弗洛伦斯·南丁格尔在英国创办了世界第一所护士学校,这标志着近代西方护理学理论的正式形成。随着西医学的发展,西方护理学的理论及技术不断完善,并于鸦片战争后传入我国,对我国护理学的发展产生深刻影响,导致近代我国的护理主要运用西方护理学的模式。

传统中医学使用“侍疾”、“调护”等词描述护理活动,各类医书中有许多护理理论、技术及经验的记载。在很长一段时间里,中医护理学缺乏完整的理论体系,直至1958年我国的护理学者根据我国的特殊医疗、护理环境,在南京开办第一所中医护理学校,这才将中医护理理论及体系提升到一个新的高度。使中医护理发展有了一个新的阶段。

中医护理学与西医护理学都是研究人体护理的学科,其理论侧重点各有不同,近年来许多护理学者认识到应当融合两者的优点,建立符合我国需要的护理理论及技术,中西医结合护理学就是在这种背景下建立的一门以自然科学、社会科学及护理学理论为指导的新学科。

一、中西医结合护理学的概念

中西医结合护理学是在西医护理学、中医护理学的基础上,结合各自的优势逐步形成、发展起来的一门新学科。

随着医学模式的转变及现代护理学科的发展,护理学经历了以疾病为中心的阶段、以病人为中心的阶段以及以人的健康为中心的阶段。现阶段,护

理注重以人的健康为中心,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,以病人为中心,根据病人身、心、社会、文化需要提供优质护理。整体护理与中医护理的整体观念不谋而合。整体观念,即认为事物是一个整体,事物内部的各个部分是互相联系不可分割的,事物和事物之间也有密切的联系,整个宇宙也是一个大的整体。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以及社会有密切的联系,是一个不可分割的整体。中医护理理论认为护理过程中要以整体观念为指导,实施全面的辨证施护,辨证施护重视辨证及针对辨证的结果采取相应的措施。辨证施护在如何评价施护效果方面论述较少,护理程序中则有较为详细的评价护理方法措施的内容,而整体护理中收集资料等方法却不如中医护理辨证施护那样精炼。如中医护理过程具有以八纲辨证收集资料,以整体观念为基础,评估病人从整体、全面出发等特点。因此,把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,贯穿于护理的各个环节,并科学地将护理程序与中医的辨证施护融合起来,使护理方法、技术、程序更具科学性

与特异性,并上升到理论高度,创建中西医结合整体护理理论与方法,是护理学发展的新台阶,是一种创新与突破。中西医结合护理学就是在这种环境下产生的。中西医结合护理学是在现代护理学理论及中医护理理论的指导下形成的,既具有现代护理特色、先进的护理技术,又具有中医特色及简、便、验、廉的中医操作技术的一门学科。

二、中西医结合护理学的源流

中西医结合护理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,其源流与中医护理学密切相关。中医学强调“三分治,七分养”。“七分养”实质就是护理,中医护理学的内容很大部分是研究“七分养”的科学。中医在发生发展过程中,医、药、护分工一直是不明晰的。但是,从浩如烟海的医学典籍到历代名医传记中,不乏见到护理知识和技术,有许多内容对现代护理仍有指导意义。《礼记·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,开始熟食。同时认识到饮食与胃肠疾病的关系。《内经》积极提倡预防疾病,书中载有“圣人不治已病治未病”,要求做到防微杜渐,不要等到病人膏肓再治。所谓“上工救其萌芽”,即是早防早治的意思。《黄帝内经》阐述了不少护理理论。例如书中记载了引起疾病的多种因素,如精神、情志生活、自然环境、气候的剧烈变化以及饮食不节、五味失调、醉酒等。这些病因学的理论,与现代护理学提出应了解不同病人的不同致病因素,因人而异地进行心理护理、生活护理,注意自然环境和社会环境的影响而给予个别护理的观念相一致。唐代孙思邈的《千金方》记载的以葱管作导尿器械治疗尿潴留的方法,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。宋代陈自明著《妇人大全良方》提供了大量妊娠期和产后的护理知识。

除中国外,古印度、古埃及、古希腊等国家早在纪元前就出现了泥敷、包扎、固定、骨折等护理技术。如埃及,在制作木乃伊的过程中,他们学会用各种草药、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、热泥等敷法。罗马人则注意修建大型体育场以进行体育锻炼,促进健康,预防疾病等。

从各种医籍中我们看到,中西医结合护理学有着深厚的基础,其理论及操作技术、方法经过许多实践,从很多经验中得出。

三、中西医结合 护理学的发展

1. 中西医结合医学的发展促进了中西医结合护理学的发展

自从西方医学传入我国之后,一些医家认识到传统医学中的一些不足,开始接受西方医学的新知识、新经验、新技术、新论点,接受科学真知,取彼之长,补己之短。唐宗海、张锡纯等医家提出了“折衷归一”、“衷中参西”等中西医汇通互参之论点,这些观点在医学界刮起一股清新之风,开中西医结合医学的先河,在中西医结合漫长曲折的历史中迈出了第一步。其中不乏护理理论和护理技术,实为中西医结合护理学的尝试与先声。

随着中西医结合医学的发展,中西医结合护理也在不断地发展。由于受到西方护理学传入的影响,传统护理受到很大的冲击,许多从西医院校毕业的医护工作者,凭借着西医护理理论知识和技术

操作的丰厚功底,学习中医护理之所长,丰富了护理理论知识和技能,促进了中西医结合护理学的发展。建国后,在党中央的支持下,我国的护理事业不断发展,在众多的高等院校中开办了高级护理专业,培养了大批的护理人才,使护理理论、护理技术的教育与临床实践不断深入。许多护理专家运用现代科学理论和方法,结合我国的护理特点,进行中西医结合护理的探索与实践,使中西医结合护理理论和技术不断发展,并逐步发展成为一门具有其自身特色的学科。

2. 中西医结合护理发展的有利因素

(1) 新的医学模式与中医学的整体观念有着内在的联系,启发人们进行中西医结合护理模式和护理方法的实践。

(2) 长期的中医或中西医结合临床护理的实践中,积累了丰富的中医临床护理经验,使中医和西医方面的理论知识和临床技能不断丰富与发展。

(3) 边缘学科的兴起,丰富了护理的理论知识和临床技能,促进了中西医结合护理学的发展。

四、中西医结合护理学的 理论基础

中西医结合护理学是在西方护理学理论及中医护理理论的指导下形成的,具有现代护理特色和中医护理特色的操作技术的一门新兴学科。中西医结合护理学的理论基础包括:

1. 以系统为中心的护理理论

中西医结合护理学以系统的整体护理理论为指导。系统论认为,人是由不同的亚系统所组成的开放系统,这些系统有机的协作成为一个整体来满足人的需要。因此,对服务对象护理时要从整体的角度看待。

2. 以辨证论治理论为指导的施护理论

“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,判断,对疾病进行证候定性。中西医结合护理学在辨证论治理论的指导下结合现代护理程序对病人进行“辨证”,重视整体,实行辨证施护。

3. 以整体观念为指导的整体护理理论

整体观念是中医理论体系的基本特点之一。所谓整体观念,即认为事物是一个整体,事物内部的各个部分是互相联系不可分割的,事物和事物之间也有密切的联系,整个宇宙也是一个大的整体。中医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以及社会有密切的联系,也是一个不可分割的整体。中西医

结合护理学在整体观念的指导下认识到病人是一个整体,护理病人时要从病人的整体出发,以“病人为中心”,关心病人各方面的问题,注重病人心理、生理、社会的各方面要求,对病人实施整体护理。

五、中西医结合 护理学的特点

1. 中医护理学的特点

中医护理学是在中医理论指导下发展的一个独立的学科,它具有“整体观念”和“辨证施护”两大原则。整体观念即认为事物是一个整体,事物内部的各个部分是互相联系不可分割的,事物和事物之间也有密切的联系,整个宇宙也是一个大的整体。中医从整体观念出发,认为人和自然界以及社会有密切的联系,也是一个不可分割的整体。辨证施护,“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、判断,对疾病进行证候定性。“施护”就是在辨证的基础上,既从疾病的证候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定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、切的诊断方法对病人进行调查研究,采集病人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。

2. 西医护理学的特点

现代护理学作为一门学科,能反映自然、社会、思维等客观规律。现代护理学除以自然科学和医学的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。它具有以下特点:①科学性:具有广泛的科学理论基础,除上述列举的以外,还包括营养学、管理学和教育学等方面的知识。②技术性:是一门实用科学,有专门的护理技术操作。③社会性:受社会进步和变化的影响。④服务性:护理是一种服务,是帮助人的一种方式。

3. 中西医结合护理学的特点

中西医结合具有现代护理学和中医护理学的特点。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,贯穿于护理的各个环节,并科学地将护理程序与中医的辨证施护融合起来。它所提倡的护理是中西医结合系统化整体护理。中西医结合系统化整体护理,是在中医整体观念、阴阳五行、脏腑经络、病因病机、辨证施护、护理程序、护理理论等基本理论上发展而成的,它是运用中医基本理论指导临床医疗、护理、预防、保健、康复等活动中的具体体现,是中西医结合护理学的一大特点。中西医结合护理学是结合了中西医护理理论的一门新的护理理论、护理技术。

六、学习中西医结合护理学的方法与要求

1. 必须重视基础理论的学习

中西医结合护理学是以现代护理理论和中医护理理论为指导,有着深厚的理论基础,其内容符合中国的国情。在学习中西医结合护理学时要重点掌握中西医结合护理学的理论知识,才能很好地用理论指导实践,为进一步掌握中西医结合护理技术、护理方法打下坚实的基础。

2. 必须重视实践

在学习中西医结合护理学过程中,我们要将所学的护理方法、护理技术运用到实际临床中,要重视在实践中学习,做到早临床、多临床、反复临床,并在临床见习、实习课中做到多动手、多思考、善于总结经验,进行归纳,这样才能更好地掌握并运用中西医结合护理技术、护理方法。

3. 必须认真思考

我们利用所学的中西医结合护理理论知识指导临床实践,又要从临床实践中总结经验。同时我们要在学习和实践中学会思考,及时发现中西医结合护理学的不足,将其改正。总结其特色,不断将其完善,进行发扬,并充分利用其方法和技术为病人服务。

4. 必须树立为人民服务的思想

努力学习中西医结合护理学,护士要具有高尚的情操和文化素养,要有爱心,注重人文关怀,以病人为中心。要有随时将自己所学知识为病人服务的准备,要树立为人民服务的思想。

(萧 蕙)

第 2 章

生命体征的测量

【学习目标】

1. 了解影响生命体征的内在和外在因素。
2. 了解中心静脉测压的装置及正常值。
3. 熟悉如何观察和记录生命体征。
4. 熟悉评估生命体征异常时的反应。
5. 掌握体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔大小的正常值,包括因年龄、性别、测量时间及活动不同的变化。
6. 掌握正确的测量体温、脉搏、呼吸、血压、中心静脉压的操作方法与步骤。
7. 掌握对意识的评估。

生命体征(vital sign)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的控制,是机体内在活动的一组客观反映,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,可了解机体重要脏器的功能活动情况,了解疾病的发生、发展及转归,为预防、诊断、治疗和护理提供依据。

第一节 体 温

体温(body temperature)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的影响且低于体核温度。

一、体温的正常值

腋下温度(axillary temperature)为 $36\sim 37.4^{\circ}\text{C}$,口腔舌下温度(sublingual temperature)为 $36.7\sim 37.7^{\circ}\text{C}$,直肠温度(rectal temperature)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: $F = C \times 9/5 + 32$

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,变动的范围在 $0.3\sim 0.6^{\circ}\text{C}$,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、对体温的观察

当外界环境变化超过了人体体温适应能力或体内的调节功能发生障碍时,体温出现变化。

(一) 体温过高

体温过高是指个体处于高于正常范围的状态。

1. 产生体温过高的原因

(1) 感染性发热:由病原微生物侵入机体而引起,相应的疾病同时伴随着发热。

(2) 非感染性发热:是由生物病原体以外的各种致热物质所引起的发热。常见如下情况:

1) 无菌性炎症:大面积烧伤、创伤、手术、化学因素等,由于组织、细胞坏死,组织蛋白分解产物所引起的无菌性炎症;恶性肿瘤反应;由于抗原-抗体复合物形成的免疫反应。

2) 类固醇物质在体内含量增高:体温升高是多种疾病的重要变化过程,也是机体抵抗致病因子侵袭的防卫反应之一。在一定范围内的发热是机体抵抗疾病的生理防御性反应,此时白细胞增加,抗体生成活跃,肝脏解毒功能增强,物质代谢速度加快,从而使机体抵抗力增加,有利于消灭致病因素,促使机体康复。但是高热或超高热持续不退,会使机体各种调节功能发生紊乱,而使神经系统、循环系统、呼吸系统、消化系统等各系统的功能及物质代谢发生变化,出现一系列的症状和体征。发

热严重者对脑细胞及酶的活性损害明显,并能导致严重的后遗症。

2. 体温升高的程度

以口腔舌下温度衡量:

低热为 $37.5\sim 37.9^{\circ}\text{C}$;

中等发热为 $38\sim 38.9^{\circ}\text{C}$;

高热为 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$;

超高热为 40°C 以上。

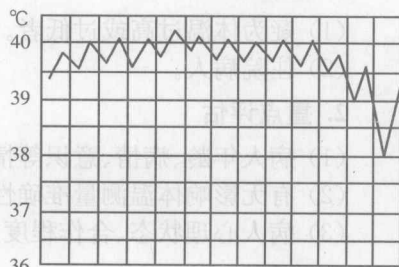
3. 体温升高的过程

分三个阶段:

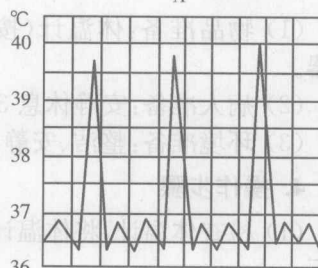
(1) 体温上升期:此期的特点是产热大于散热。产热明显增加,体温不断升高,病人出现畏寒、皮肤苍白、寒战、竖毛肌收缩等症状。

体温升高的方式:

骤升:体温在数小时内升到高峰。



A



C

渐升:体温在数小时内逐渐上升。

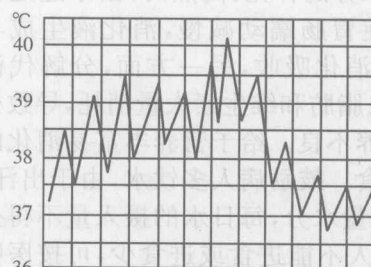
(2) 高热持续期:当体温上升至体温调节中枢新的调定点时,产热过程就保持在一定高度,不再继续增加,散热过程则相应有所增加,产热和散热在较高的水平上保持相对平衡。此期病人出现的症状是寒战停止,皮肤发红、干燥,呼吸、脉搏加快。

(3) 体温下降期:此期散热增加而产热趋于正常。病人体温开始下降。

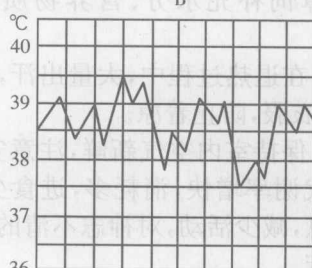
骤退:体温急剧下降,出现大量出汗、脉搏细弱、血压下降、四肢冰冷等虚脱或休克症状,此期要严密观察婴幼儿、老年人、体弱及心血管疾病等病人的病情变化。

渐退:体温在几日或更长时间内退至正常。

4. 发热的类型(图 2-1)



B



D

图 2-1 发热的类型

A. 稽留热; B. 弛张热; C. 间歇热; D. 不规则热

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

(2) 弛张热(remittent fever):特点是体温高低不一,幅度大,日差超过 1°C ,但最低温度仍在正常体温以上。常见于败血症及化脓性感染的病人。

(3) 间歇热(intermittent fever):特点是体温骤然升高到 39°C 以上,持续数小时后下降,很快降至正常或以下,隔 $1\sim 3$ 天突然再次升高。常见于疟疾及肾盂肾炎的病人。

(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、

风湿热的病人。

5. 护理措施

体温过高可增加氧的消耗,心跳加快,体温增加 1°C 脉搏增加 10 次,中枢神经系统抑制过程减弱,病人会出现头痛、头昏、烦躁不安等,又由于脑细胞缺氧以及毒素对脑细胞的刺激,病人会出现幻觉、谵妄、昏迷和惊厥(小儿更为突出,由于小儿的神经系统发育不完善),因此当病人高热时,除对病因治疗,还要及时采取护理措施降低病人体温。

(1) 降温:

1) 物理降温:

A. 通过传导降温:体温高于 39°C ,在病人头部、腋窝、腹股沟放置冰袋。

B. 通过传导和蒸发散热降温:体温高于 39°C ,可为病人做温水或酒精擦浴。

C. 冷盐水灌肠(详见第8章第三节)。

2) 针刺降温:可针刺大椎、合谷、曲池、尺泽、外关等穴位,强刺激不留针。

3) 药物降温:按医嘱给予降温药物,如柴胡、吲哚美辛栓剂等。

以上的物理降温 and 药物降温在降温后要密切观察降温情况,半小时后测体温一次,发热病人一日最少测四次体温,至正常三日后方可停止。

(2) 口腔护理:高热时病人的唾液减少,舌及口腔黏膜干燥,口腔内食物残渣发酵,有利于细菌的生长繁殖,而引起舌炎、牙龈炎等,应在晨起、睡前和饭后协助病人漱口,口唇干裂者涂油保护。

(3) 营养和水分的补充:高热时,由于迷走神经兴奋性降低,使胃肠蠕动减慢,消化液生成与分泌减少而影响消化吸收,另一方面,分解代谢增加,糖、蛋白质、脂肪和维生素大量消耗,导致机体消瘦衰弱和营养不良。给予营养丰富易消化的流质或半流质饮食。鼓励病人多喝水,由于出汗,呼吸加快,丢失大量水分,每日水的摄入量不得少于 3000ml 。如病人不能进食或进食少,可按医嘱给予静脉输液和鼻饲补充水分、营养物质和维生素。

(4) 皮肤护理:在退热过程中,大量出汗,要擦干汗液并及时更换衣服,防止着凉。

(5) 卧床休息,保持室内空气新鲜,注意安全:高热时,由于新陈代谢率增快,消耗多,进食少,体质虚弱,应卧床休息,减少活动,对神志不清的病人注意安全,防止坠床。

(6) 去除导致发热的原因。

(二) 体温过低

体温过低是指个体体温低于正常范围的状态。

1. 体温过低的原因

(1) 散热过多:暴露于低温环境时间较长,皮肤异常,如重症烧伤、红皮症等。为医疗上需要而诱发低体温,如低温麻醉。

(2) 产热减少:营养不良,内分泌疾病,如甲状腺功能低下、血糖过低、垂体功能不足。由于关节炎或瘫痪以至行动不良的病人。

(3) 体温调节中枢受损:中枢神经系统功能不良,如神经性厌食、脑病、头部外伤、脊柱受损、脑卒中等。因药物引起的中枢和末梢神经受损,如酒精中毒、应用麻醉剂、大量镇静剂。重症疾病,如败血症、大出血、肺炎、心肌梗死、尿毒症、一氧化碳中毒、肝硬化等。

2. 体温过低病人的反应

体温在 35°C 以下,轻度颤抖,皮肤发凉,脸色中度苍白。还有些病人会出现毛细血管充盈减慢、心动过速、甲床发紫、高血压、竖毛等。

3. 对体温过低的病人采取的护理措施

(1) 严密观察病人的病情变化。

(2) 提高室温至 $24\sim 26^{\circ}\text{C}$ 。

(3) 注意保暖。掩盖手、头、脚,脚部放置热水袋(水温为 50°C)。病情允许可给予病人热饮料。

(4) 准备好抢救物品。

四、体温的测量

1. 适应证

(1) 疑为体温过高或过低者。

(2) 住院病人。

2. 重点评估

(1) 病人年龄、病情、意识等情况。

(2) 有无影响体温测量准确性的因素。

(3) 病人心理状态、合作程度。

3. 准备

(1) 物品准备:体温计(按需要选择类型)、计时器。

(2) 病人准备:安静休息30分钟,舒适体位。

(3) 环境准备:整洁、安静、安全。

4. 操作步骤

(1) 检查体温计,将体温计的水银柱甩至 35°C 以下。

(2) 选择测量体温的方法:

1) 口温(oral temperature):口表水银端放于舌下热窝,闭紧口唇,用鼻呼吸,交待勿咬体温计(图2-2),测量3分钟。

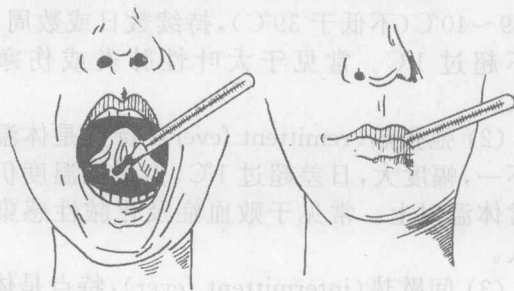


图2-2 口腔测温法

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10分钟。

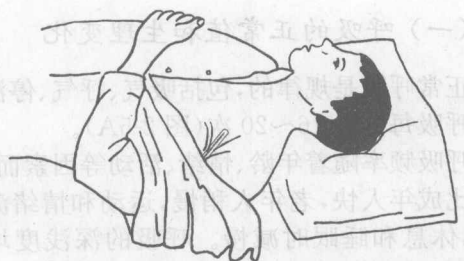


图 2-3 腋下测温法

3) 肛温(rectal temperature):病人可侧卧、俯卧、屈膝仰卧位等,暴露测温部位,润滑肛表水银端,插入肛门3~4cm,测量3分钟。

(3) 交待注意事项。

(4) 按时间取出体温计,读数。

(5) 记录在体温本上。

5. 注意事项

(1) 在用表时用腕部力量,不能触及他物,以防撞碎。

(2) 测温前病人若有下列活动,如运动、进食、冷热饮、冷热敷、洗澡、坐浴、灌肠等,应在活动停止30分钟后测量。

(3) 精神异常、昏迷、婴幼儿、口鼻腔手术或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30分钟方可测量。

(4) 腹泻、直肠或肛门手术、心肌梗死病人不宜直肠测温;坐浴或灌肠者须待30分钟后才可测直肠温度。

(5) 为婴幼儿、重病病人测温时,应有人守护在旁。

(6) 发现体温和病情不相符合时,应在病床旁监测,必要时做肛温和口温对照复查。

(7) 如病人不慎咬碎体温计,应立即清除玻璃碎屑,以免损伤唇、舌、口腔、食管和胃肠道的黏膜,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) 观察要点:在探热过程中,应注意病人的面色、神智等变化,特别是对疑有高热的病孩,要谨防抽搐的发生。

第二节 脉 搏

脉搏(pulse)是指随着心脏的收缩和舒张,在表浅动脉皮肤表面可摸到的搏动。在正常情况下,心率和脉率是一致的。

(一) 脉搏的正常值和生理变化

1. 脉率

脉率(pulse rate)即每分钟脉搏的次数。正常成年人在安静情况下是每分钟60~100次,它可随年龄、性别、活动、情绪等因素而变动。一般情况下女性比男性快,婴幼儿比成年人快,老年人较慢,活动或情绪激动时可暂时加快,休息和睡眠时减慢。

2. 脉律

脉搏的节律性称脉律(pulse rhythm)。正常脉律是有规律的,间隔时间相等,跳动力量均匀。

3. 强弱

脉搏的强弱能反映出心脏每搏输出量的强度。如果心每搏输出量减少,脉搏呈“微弱、丝样的”。如果心每搏输出量增加,如在运动、焦虑、饮酒后,脉压变大,脉搏出现洪大。观察脉搏性质可分三种强度,即洪大脉、正常脉搏、丝脉或细脉。这种评估是主观的,需要有一定的临床经验。

(二) 异常脉搏

1. 速率改变

成年人每分钟脉率多于100次称为心动过速。成年人每分钟脉率少于60次称为心动过缓。

2. 节律改变

脉搏搏动不规律,跳动的间隔时间长短不等,称为不等脉。

(1) 间歇脉(intermittent pulse):在一系列正常均匀的脉搏中,出现一次提前而较弱的脉搏,其后有一较正常的延长间歇,称为间歇脉或期前收缩(图2-4)。

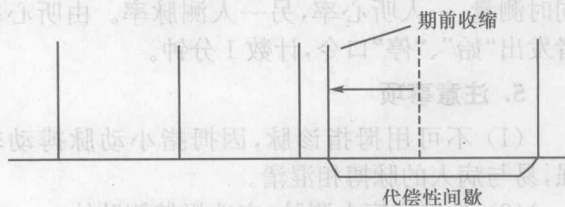


图 2-4 间歇脉(前期收缩)

(2) 二联律、三联律:

1) 二联律(coupled rhythm):每隔一个正常搏动出现一次过早的搏动。

2) 三联律(trigeminal rhythm):每隔两个正常搏动出现一次过早的搏动。

(3) 脉搏短绌:即病人心率快慢不一,心律完全不规律,心音强弱不等,在单位时间内脉率少于心率。多见于心房颤动病人。

3. 动脉管壁异常

随着年龄的增长,动脉管壁发生改变,变硬失去弹性,用手触摸时会感到有紧张条索感,如按在琴弦上。

(三) 脉搏的测量

1. 适应证

- (1) 判断脉搏有无异常。
- (2) 了解心脏的状况,动态监测脉搏变化。
- (3) 协助诊断。
- (4) 住院病人。

2. 重点评估

- (1) 病人年龄、病情、治疗情况。
- (2) 有无影响脉搏测量的因素,如剧烈运动。
- (3) 病人心理状态,合作程度。

3. 准备

- (1) 物品准备:有秒针的表、记录本和笔,必要时备听诊器。
- (2) 病人准备:体位舒适,情绪稳定,安静状态下休息有 20~30 分钟。
- (3) 环境准备:整洁,安静,安全。

4. 操作步骤

- (1) 向病人解释以取得合作。
- (2) 病人取卧位或半卧位,测量桡动脉时,将手臂放在舒适的位置,腕部伸展。
- (3) 用食指、中指、无名指的指腹按在病人动脉搏动处,压力大小以能清楚地触及脉搏为宜。一般情况下测 30 秒,将所测脉搏数值乘以 2,即为每分钟脉率。
- (4) 如发现病人脉搏短绌,应由两名医护人员同时测量,一人听心率,另一人测脉率。由听心率者发出“始”、“停”口令,计数 1 分钟。

5. 注意事项

- (1) 不可用拇指诊脉,因拇指小动脉搏动较强,易与病人的脉搏相混淆。
- (2) 为偏瘫病人测脉,应选择健侧肢体。
- (3) 异常脉搏、危重病人应测 1 分钟。当脉搏细弱而触摸不清时,可用听诊器测心率 1 分钟。
- (4) 观察要点:在测量脉搏的过程中,要注意观察脉搏的强弱、节律的变化,是否有脉搏短绌的现象,并且观察病情变化。

第三节 呼 吸

呼吸(respiration)是人体内、外环境之间的气体交换,主要是吸入氧气,呼出二氧化碳。

(一) 呼吸的正常值和生理变化

正常呼吸是规律的,包括吸气、呼气、停滞。成年人呼吸每分钟 16~20 次(图 2-5A)。

呼吸频率随着年龄、情绪、活动等因素而改变。儿童比成年人快,老年人稍慢,运动和情绪激动时加快,休息和睡眠时减慢。呼吸的深浅度均匀平稳,也可随各种因素而出现生理性变化。

(二) 异常呼吸

1. 频率改变

- (1) 成年人每分钟呼吸多于 24 次为呼吸增快。
- (2) 成年人每分钟呼吸少于 10 次为呼吸缓慢。

2. 节律异常

中枢性呼吸功能不全时,会发生呼吸节律改变。

(1) 潮式呼吸(陈-施呼吸, Cheyne-Stokes respiration):是呼吸速率和深度逐渐降低的一种周期性呼吸。一次呼吸约持续 30~45 秒,接着有 20 秒的呼吸暂停。此种呼吸常见于重度充血性心力衰竭(图 2-5B)。

(2) 毕欧呼吸(Biot respiration):也是一种周期性的呼吸,整个周期的呼吸深度均同,但每一周期的速率或长度则有所改变,可自 10 秒钟至 1 分钟不等。这种呼吸形态出现于脑炎、头部外伤、脑脓肿和中毒的病人(图 2-5C)。

(3) 库斯莫尔呼吸(Kussmaul respiration):呼吸特征是深度和速率增加,深大而规律呼吸。这种呼吸发生在代谢性酸中毒(糖尿病酮症酸中毒)和肾衰竭。

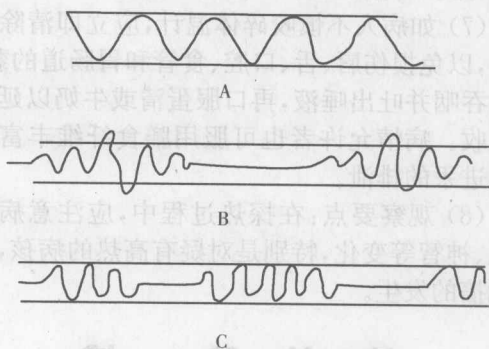


图 2-5 几种呼吸形态

A. 正常的呼吸形态; B. 潮式呼吸; C. 毕欧呼吸

(4) 浮浅呼吸(asthmoid respiration):是一种浅表不规律的呼吸,呈喘息样。这种呼吸常见于濒死病人。