



实用临床 护理指南

张风英等◎主编

 吉林科学技术出版社

实用临床护理指南

张风英等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

实用临床护理指南 / 张风英等主编. -- 长春:
吉林科学技术出版社, 2018. 4
ISBN 978-7-5578-3700-6
I. ①实… II. ①张… ②郭… ③程… III. ①护理学
—指南 IV. ①R47-62

中国版本图书馆CIP数据核字 (2018) 第074060号

实用临床护理指南

主 编	张风英等
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚 陆海艳
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸	185mm×260mm
字 数	211千字
印 张	12
印 数	650册
版 次	2019年3月第2版
印 次	2019年3月第2版第1次印刷

出 版	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	0431-85651759
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-85677817
网 址	www.jlstp.net
印 刷	虎彩印艺股份有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-3700-6
定 价	50.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

目 录

第一篇 护理学基础	1
第一章 绪论	1
第一节 护理学发展史	1
第二节 护理人员的工作范围、工作方式和角色功能	3
第二章 生命体征的护理	6
第一节 体温	6
第二节 脉搏	10
第三节 呼吸	12
第四节 血压	14
第三章 给药法	19
第一节 口服给药法	19
第二节 注射给药法	20
第四章 静脉输液与输血	28
第一节 静脉输液法	28
第二节 静脉输血	34
第五章 危重病人的护理和抢救	38
第一节 病情观察	38
第二节 危重病人的抢救方法	41
第六章 医疗护理文件记录	50
第一节 医疗和护理文件的记录和管理	50
第二节 医疗和护理文件的书写	52
第二篇 护理学各论	58
第一章 内科疾病护理	58
第一节 呼吸系统疾病病人的护理	58
第二节 循环系统疾病病人的护理	69
第三节 消化系统疾病病人的护理	80
第四节 泌尿系统疾病病人的护理	94
第五节 内分泌代谢性疾病病人的护理	100
第二章 外科疾病护理	109
第一节 外科休克和感染病人的护理	109
第二节 外科麻醉的护理	114
第三节 烧伤病人的护理	117

第四节 颅脑及颈部疾病病人的护理.....	121
第五节 乳房及胸部疾病病人的护理.....	127
第六节 腹部疾病病人的护理.....	132
第七节 泌尿系统疾病病人的护理.....	144
第三章 妇科疾病护理.....	147
第一节 月经失调的护理.....	147
第二节 妊娠期妇女的护理.....	150
第三节 分娩期妇女的护理.....	167
第四节 产褥期妇女的护理.....	177
第四章 儿科疾病护理.....	184
第一节 呼吸系统疾病患儿的护理.....	184
第二节 循环系统疾病患儿的护理.....	186
第三节 造血系统疾病患儿的护理.....	188
第四节 泌尿系统疾病患儿的护理.....	191
第五章 皮肤科疾病护理.....	194
第一节 皮肤瘙痒的护理.....	194
第二节 带状疱疹的护理.....	196
第三节 银屑病的护理.....	198
第四节 白癜风的护理.....	200
第五节 痤疮的护理.....	202
第六节 玫瑰糠疹的护理.....	204
第七节 接触性皮炎的护理.....	206
第八节 日光性皮炎的护理.....	208
第九节 药物性皮炎的护理.....	210
第十节 过敏性皮炎的护理.....	212
第十一节 湿疹的护理.....	214
第十二节 荨麻疹的护理.....	216
第十三节 斑秃的护理.....	218
第十四节 脱发症的护理.....	220
第十五节 头皮屑的护理.....	222
第十六节 手足皲裂的护理.....	224
第十七节 冻疮的护理.....	226
第十八节 褥疮的护理.....	228
第十九节 压疮的护理.....	230
第二十节 烫伤的护理.....	232
第二十一节 烧伤的护理.....	234
第二十二节 化学性灼伤的护理.....	236
第二十三节 电击伤的护理.....	238
第二十四节 放射线损伤的护理.....	240
第二十五节 手术切口愈合不良的护理.....	242
第二十六节 术后切口感染的护理.....	244
第二十七节 术后切口裂开的护理.....	246
第二十八节 术后切口出血的护理.....	248
第二十九节 术后切口渗液的护理.....	250
第三十节 术后切口疼痛的护理.....	252
第三十一节 术后切口麻木的护理.....	254
第三十二节 术后切口瘙痒的护理.....	256
第三十三节 术后切口红肿的护理.....	258
第三十四节 术后切口发热的护理.....	260
第三十五节 术后切口发冷的护理.....	262
第三十六节 术后切口发紫的护理.....	264
第三十七节 术后切口发白的护理.....	266
第三十八节 术后切口发黑的护理.....	268
第三十九节 术后切口发绿的护理.....	270
第四十节 术后切口发黄的护理.....	272
第四十一节 术后切口发红的护理.....	274
第四十二节 术后切口发紫的护理.....	276
第四十三节 术后切口发白的护理.....	278
第四十四节 术后切口发黑的护理.....	280
第四十五节 术后切口发绿的护理.....	282
第四十六节 术后切口发黄的护理.....	284
第四十七节 术后切口发红的护理.....	286
第四十八节 术后切口发紫的护理.....	288
第四十九节 术后切口发白的护理.....	290
第五十节 术后切口发黑的护理.....	292
第五十一节 术后切口发绿的护理.....	294
第五十二节 术后切口发黄的护理.....	296
第五十三节 术后切口发红的护理.....	298
第五十四节 术后切口发紫的护理.....	300
第五十五节 术后切口发白的护理.....	302
第五十六节 术后切口发黑的护理.....	304
第五十七节 术后切口发绿的护理.....	306
第五十八节 术后切口发黄的护理.....	308
第五十九节 术后切口发红的护理.....	310
第六十节 术后切口发紫的护理.....	312
第六十一节 术后切口发白的护理.....	314
第六十二节 术后切口发黑的护理.....	316
第六十三节 术后切口发绿的护理.....	318
第六十四节 术后切口发黄的护理.....	320
第六十五节 术后切口发红的护理.....	322
第六十六节 术后切口发紫的护理.....	324
第六十七节 术后切口发白的护理.....	326
第六十八节 术后切口发黑的护理.....	328
第六十九节 术后切口发绿的护理.....	330
第七十节 术后切口发黄的护理.....	332
第七十一节 术后切口发红的护理.....	334
第七十二节 术后切口发紫的护理.....	336
第七十三节 术后切口发白的护理.....	338
第七十四节 术后切口发黑的护理.....	340
第七十五节 术后切口发绿的护理.....	342
第七十六节 术后切口发黄的护理.....	344
第七十七节 术后切口发红的护理.....	346
第七十八节 术后切口发紫的护理.....	348
第七十九节 术后切口发白的护理.....	350
第八十节 术后切口发黑的护理.....	352
第八十一节 术后切口发绿的护理.....	354
第八十二节 术后切口发黄的护理.....	356
第八十三节 术后切口发红的护理.....	358
第八十四节 术后切口发紫的护理.....	360
第八十五节 术后切口发白的护理.....	362
第八十六节 术后切口发黑的护理.....	364
第八十七节 术后切口发绿的护理.....	366
第八十八节 术后切口发黄的护理.....	368
第八十九节 术后切口发红的护理.....	370
第九十节 术后切口发紫的护理.....	372
第九十一节 术后切口发白的护理.....	374
第九十二节 术后切口发黑的护理.....	376
第九十三节 术后切口发绿的护理.....	378
第九十四节 术后切口发黄的护理.....	380
第九十五节 术后切口发红的护理.....	382
第九十六节 术后切口发紫的护理.....	384
第九十七节 术后切口发白的护理.....	386
第九十八节 术后切口发黑的护理.....	388
第九十九节 术后切口发绿的护理.....	390
第一百节 术后切口发黄的护理.....	392

第一篇 护理学基础

第一章 绪论

第一节 护理学发展史

护理是人类在与自然斗争中进行自我保护的产物。护理学属于自然科学范畴，是医学科学的一个组成部分，护士是为人类健康服务的科技工作者。

一、护理的概念

护理的内涵随着医学科学的日益发展而不断拓展，狭义的护理是指护理工作者所从事的以照料病人为主的医疗、护理技术工作，如对老幼病残者的照顾，维护患者的身心健康，满足人类生、老、病、死的护理需求等。广义的护理，是指一项为人类健康服务的专业。

二、护理的起源

自有人类以来就有护理，护理是人们谋求生存的本能和需要。远古人在与自然的搏斗中，经受了猛兽的伤害和恶劣自然环境的摧残，自我保护成为第一需要。北京猿人在火的应用中，逐步认识到烧热的石块、砂土不仅可以给局部供热，还可以消除疼痛。原始人创造了“砭石”，以之作为解除病痛的工具。当人类社会发展到母系氏族公社时代，氏族内部分工，男子狩猎，妇女负责管理氏族内部事务，采集野生植物，照顾老、幼、病、残者，家庭的雏形由此产生。护理象征着母爱，初始的家庭或自我护理意识成为抚育生命成长的摇篮，它伴随着人类的存在和人类对自然的认识而发展。

三、古代护理

医护一体是古代护理的特点之一，19 世纪之前，世界各国都没有护理专业。被古希腊誉为“医学之父”的希波克拉底就很重视护理，他教患者漱洗口腔，指导精神病人欣赏音乐，调节心脏病、肾脏病患者的饮食，从现代观点看，这些都是有益于病人康复的护理。我国传统医学专著中并无“护理”两字，但中医治病的一个重要原则是“三分治，七分养”。它包括改善病人的休养环境和心态，加强营养调理，注重动、静结合的体质锻炼等，这些都是中医辨证施护的精华。历代名医如华佗，他擅长外科，医术高明，且医护兼任。明代中药学巨著《本草纲目》的作者李时珍，他是著名的药学家，为病人煎药、喂药，被传为佳话。我国最早的医学经典著作《黄帝内经》中记载着“不治已病，治未病”的保健思想，以及“闭户塞牖系之病者，数问其性，以从其意”，强调了解、关心病人疾苦，进行针对性疏导的整体观点。

古代护理的另一个特点是受宗教影响至深。在东方佛教、西方基督教支配下，救护病残者成为宗教的慈善事业。僧人、修女治疗、护理病人，主要以怜悯、施恩的人道主义精

神照顾患者,应用科学技术是有限的。正由于历史的局限性所决定,15世纪以前的护理只能是以一种劳务的方式存在,处于家庭护理、经验护理阶段。

四、近代护理

近代护理是在中世纪之后生物学发展的基础上起步的。比利时人维萨里(1514 ~ 1561年)医生解剖尸体,用直接观察法写出了第一部人体解剖学;英国医生维廉哈维(1578 ~ 1675年)以实验法发现了血液循环;随之,细菌学、消毒法、麻醉术等一系列的医学发明和重大突破,为建立近代护理学奠定了理论基础,提供了实践发展的条件。

(一) 南丁格尔

南丁格尔(1820 ~ 1910年)南丁格尔出身于贵族之家,受过良好的高等教育,懂德、法、意大利等国语言,富有同情心,性格坚毅,具有开拓精神。1851年,她不顾家人阻挠,有目的的学习护理、卫生及伦理学课程,并毅然决定献身于护理事业。1854 ~ 1856年,英、俄、土耳其等国在克里米亚交战,英军伤亡惨重。英政府选定南丁格尔,由她率领38名训练不足的“护士”奔赴战地医院,负责救护工作。她克服重重困难,以忘我的工作精神、精湛的护理技术和科学的工作方法,经过半年的艰苦努力,使伤员的死亡率由原来的50%降至2.2%(《英国百科全书》1979年版)。南丁格尔的创造性劳动,证明了护理的永恒价值和科学意义,改变了人们对护理工作的看法,震动了全英国。南丁格尔在克里米亚战争中救护伤员的卓越成就和牺牲精神,被国际红十字会确认为是红十字会工作的开端,为表彰她的功绩,1883年英国皇室授予她勋章;1912年,国际红十字会决定设立南丁格尔奖章,作为奖励世界各国有突出贡献的优秀护士的最高荣誉。人们为了纪念她将她的生日5月12日定为国际护士节。南丁格尔以其为护理事业奋斗不息的献身精神,成为全世界护士的楷模。她是近代护理学的奠基人。

(二) 我国近代护理概述

我国近代护理学是随西医的传入而起始的。1935年,在广东省建立的第一所西医医院,外国人为了利用中国的廉价劳动力,以短训班形式培训护理人员。1887年,美国护士在上海妇孺医院开办护士训练班。1888年,在福州开办我国第一所护士学校,首届只招收了3名女生。那时医院的护理领导和护校校长、教师等多由外国人担任,护士教材、护理技术操作规程、护士的培训方法等都承袭了西方的观点和习惯,形成欧美式的中国护理专业。

1912年中华护士会成立护士教育委员会,并对全国护校注册。1914年6月在上海召开第一次全国护士代表大会。在这次会议上,钟茂芳是第一位被选为学会副理事长中国护士。钟茂芳认为从事护理事业的人是学识的人,应称之为“士”,故将“nurse”创译为“护士”,被沿用至今。那时的理事长由外国人担任,直至1924年才由我国护士伍哲英接任理事长。1922年,我国参加国际护士会。1925年,中华护士会第一次派代表出席在芬兰召开的国际护士会会员国代表大会。

1921年,北京协和医院联合燕京、金陵、东吴、岭南大学创办高等护理教育,学制4 ~ 5年,并授予学士学位。1932年在南京创立我国第一所国立中央高级护士职业学校。1934年,教育部成立护士教育委员会。然而,在半封建半殖民地的旧中国,经过60年的漫长岁月,正式注册的护校只有180所,总计培养护士3万多人,远不能满足亿万人民对卫生保健事业的实际需要。

(三) 人民革命战争中的护理事业

中国人民解放军的护理工作始于土地革命战争年代。早在 1928 年井冈山的红军医院, 就附设有看护训练班。1931 年底创立的我军第一所医校—中国工农红军军医学校, 在长征之前培训看护 300 人; 抗日战争、解放战争期间, 为保障部队的战斗力, 护理教育趋向正规、普及、培养了大批优秀护理人才。1941 年、1942 年护士节, 毛泽东同志亲笔题词“护士工作有很大的政治重要性”、“尊重护士, 爱护护士”。党和革命领袖对护理工作的重视和关怀, 极大地鼓舞了我军的广大护理工作, 他们浴血奋战, 艰苦创业, 默默奉献, 谱写了永载史册的业绩, 在我国近代护理史上留下了光辉的一页。

五、我国现代护理的发展

我国现代护理的进程, 大致经历了三个阶段。

1949 年 10 月至 1966 年 5 月, 是中国成立后护理工作的规划、整顿、发展期。1950 年 8 月召开的第一届全国卫生工作会议, 提出了发展护理专业的规划, 护士教育被定为中专, 并纳入正规教育系统, 由卫生教材编审委员会编护理教材。同年 8 月, 召开中国护士学会第十七届全国理事会, 改选理事, 特聘中央卫生部部长李德全和全国妇联主席邓颖超同志为名誉理事长, 学会工作从此进入了新阶段。

1966 年至 1976 年 10 月的“文化大革命”期间, 护理事业遭受挫折, 医院规章制度被废除, 管理混乱; 护校停办, 人才培养断层; 学会工作中止, 专业发展受到严重干扰。但广大护士坚守岗位, 积极参加医疗队, 开展中西医结合疗法, 为改善广大农村和社区群众的医疗保健工作做出了成绩。

1976 年 10 月以后, 迎来了建设我国现代护理的春天。国家卫生部于 1979 年先后颁发了《加强护理工作的意见》和《关于加强护理教育工作的意见》, 从宏观上强化了对护理专业的管理, 加速了现代护理学的发展进程。1982 年卫生部医政司成立城市护理处; 各医院重建护理部; 狠抓人才培养, 充实护理队伍, 至 1990 年, 我国护士增至 100 万人左右; 进一步建立、健全护理规章制度及护理质量标准; 中等护理教育得到加强。据 1984 年统计, 全国有独立护校及设有护理专业的卫生学校共 439 所。1984 年 1 月, 教育部、卫生部联合召开了全国高等护理专业教育座谈会, 提出积极开展多层次、多规格的护理教育要求; 1985 年批准北京医科大学等 11 所医科大学设置护理本科专业, 学制 5 年, 毕业生授予学士学位。同时, 大专护理、护理继续教育应运而生, 一个中专、大专、本科齐全的护理教育体系已初具规模。

回顾护理发展史, 我们认识到护理是人类的一项崇高事业, 我们应该奋发进取, 做有追求、有学问、有创造精神的跨世纪的护理事业接班人, 为现代护理学的发展做贡献。

第二节 护理人员的工作范围、工作方式和角色功能

一、工作范围

(一) 临床护理 我国护士的主要工作场所是医院, 绝大多数护士从事临床护理工作。临床护士每日面对各种急、慢、重症或因意外事故伤残的病人, 在人生命的生、老、病、

死各个阶段,守候在病人的床边。观察病情变化,遵医嘱给药或治疗,照顾自理缺陷的病人,保证病人的安全和舒适,安慰并减轻心理负担,向病人及家属进行卫生宣教和健康咨询。

(二) 护理管理 在医院护理工作中,护士还承担大量的管理工作。医院护理管理实行护理部、科护士长和病区护士长三级管理,除日常行政管理和领导护理工作外,还负责协调病区与各部门以及各种不同医务人员之间的关系。护理管理水平是影响医院医疗质量的重要因素之一。

(三) 护理教育和护理科研 护理院校的专业课教师和有教学任务医院的护士承担着培养护士学生的任务。护理教学包括课堂教学,临床带教等教学工作。护理教育也包括在职护士的继续教育。

护理院校和医院都在积极开展护理科研工作,通过科学的调查和研究,不断提高和改进护理工作,完善和充实护理理论,有利于护理专业的更好发展。

(四) 公共卫生和地段保健 传统护理范围仅有很少一部分护士在医院地段保健科或防疫站,从事社区、学校、工厂等的预防保健工作,如对产妇和新生儿的访视,婴幼儿的计划免疫接种,传染病的家庭消毒,中老年妇女的防癌普查等。

目前为实现人人享有卫生保健的目标,社会对预防保健的需求在增强。护理的发展应打破传统,扩大工作范围,除了继续加强临床各专科护理外,还要走出医院,深入社区、家庭、幼儿园、学校、老人院和各基层单位,参加初级卫生保健,并与其他医务人员合作,开展社区治疗和护理工作。

二、临床护理工作方式

临床护理工作方式有功能制护理、个案护理、小组护理、责任制护理和整体护理模式等多种方式,每种方式各有利弊。各医院应根据自己的护理指导思想,病人病情需要,护理工作量,护理人员编制和工作能力等因素综合考虑,选择适合本病区的护理工作方式。常用的护理工作方式介绍如下:

(一) 功能制护理 最早受工业流水线影响,形成于二十世纪三十年代。

(二) 个案护理 由一位护士专门负责照顾1~2位病人,适用于各种监护病室或抢救危重病人时。这种护理方式可以对病人实施细致全面的护理,满足病人的各种需要,有较高的护理质量。但需要较多的护士和较多的费用,工作效率不高。

(三) 小组护理 二十世纪五十年代小组护理的方式开始在西方国家实行,具体方法为将病区护士分为2~3个小组,每护理小组负责照顾20名左右的病人,由一名学历较高,有经验的护士担任组长,领导小组工作。此方法虽然可以弥补功能制护理的不足,为病人提供连续性护理。同时也能建立相互合作的小组精神,有利于发挥每个护士的能力。但是仍然不能满足病人的整体需要。

(四) 责任制护理 责任制护理是二十世纪七十年代医学模式转变过程中发展起来的比较理想的护理方式,八十年代我国的一些大医院也开始试行,但受条件限制没有能够推广。

(五) 整体护理模式 近年来我国许多医院吸取责任制护理的优点,开展了整体护理模式。整体护理模式的宗旨是以病人为中心,以现代护理观为指导,以护理程序为方法,为病人提供身心整体护理。整体护理模式病区的建设主要内容包括:确定护理指导思想,制定护士职责和评价标准,合理配备护士人员编制,设计各种护理表格以及标准护理计划

和标准教育计划。同时建立健全医院的各种支持系统,为整体护理模式创造良好的工作环境,使护士从大量的非专业性工作中解脱出来,增加直接护理病人的时间,提高护理质量。整体护理模式是现阶段比较理想的护理工作方式,但也存在对护士要求高,护理表格书写烦琐等缺点。应用整体护理模式时主要应掌握整体护理的思想,具体工作方法可根据各自的条件灵活采用。

三、护理人员的角色功能

在护理发展的历史过程中,护士的角色曾被认为类似于母亲、修女、保姆、医生的助手等,这些观点至今仍影响着人们对护士的认识和理解。随着社会文明的进步,科学技术、医学和护理学的发展,护理教育水平的提高,护士的角色不断扩展并发生根本的变化。护士的专业角色可概括如下:

(一)照顾者 在临床工作中,照顾病人,为病人提供直接的护理服务,满足病人生理、心理和社会各方面的需要,是护士的首要职责。

(二)管理者 每个护士都有管理的职责。护理领导者管理人力资源和物资资源,组织护理工作的实施,管理的目的是提高护理的质量和效率;普通护士管理病人和病区环境,促进病人早日康复。

(三)教育者 护士在许多场合行使教育者的职能。在医院,对病人和家属进行卫生宣教,讲解有关疾病的治疗护理和预防知识,同时有带教护生的任务;在社区,向居民宣传预防疾病,保持健康的知识和方法;在护理学校,向护理学生传授专业知识和技能。

(四)病人权益的保护者 护士有责任帮助病人理解来自各种途径的健康信息,补充必要信息,帮助病人作出正确的选择。保护病人的权益不受侵犯和损害。

(五)协调者和合作者 护士与护理对象、家庭和其他健康专业人员需要紧密合作,相互配合和支持,更好地满足护理对象的需要。

(六)示范者 护士应在预防保健,促进健康生活方式等方面起示范作用。如不吸烟,讲究卫生,加强体育锻炼等。

(七)咨询者 护士有责任为护理对象提供健康信息,给予预防保健等专业指导。

(八)研究者 开展护理研究,解决复杂的临床问题,以及在护理教育、护理管理等领域中遇到的有关问题,完善护理理论,推动护理专业的发展。

(九)改革者和创业者 护理应适应社会发展的需要,不断改革护理的服务方式,扩大护理工作范围和职责,推动护理事业的发展。

第二章 生命体征的护理

生命体征是体温、脉搏、呼吸和血压的总称。生命体征是机体内在活动的一种客观反应，是评价生命活动质量的重要指标。正常情况下，人的生命体征相对稳定，有一定范围，相互之间有内在联系。当机体出现异常时，生命体征可发生不同程度的变化。所以，护士通过对生命体征的观察，收集有关的资料，协助临床作出诊断和治疗，并为护理诊断、制订护理计划提供依据。观察、测量和记录生命体征是护理工作中主要的基本技能。

第一节 体温

体温(T)是指机体内部的温度，是人体新陈代谢和骨骼肌运动等过程中不断产生热能的结果，其中枢位于丘脑下部。正常人的体温保持在相对恒定的状态，当体温中枢受到致热源(如细菌、病毒等)的侵害、内分泌功能紊乱、脑外伤等因素影响时，体温可发生变化。

一、正常体温及生理性变化

(一) 正常体温

体温的正常值不是一个具体的温度点，而是一个范围。体温常以口腔、直肠或腋下温度为标准，其中直肠温度最接近于人体内部温度，但口腔、腋下温度的测量更为常见、方便。正常成人安静状态下，不同部位的温度值见表 1-2-1。

表 1-2-1 健康成人不同部位的温度

部位	温度范围	平均温度
口腔(舌下)	36.3 ~ 37.2℃	37.0℃
腋窝	36.0 ~ 37.0℃ (比口腔低 0.3 ~ 0.5℃)	36.7℃
直肠	36.5 ~ 37.7℃ (比口腔高 0.3 ~ 0.5℃)	37.5℃

(二) 生理变化

体温不是固定不变的，而是受许多生理因素的影响，在一定范围内波动。影响体温的因素有：年龄、性别、情绪、环境、运动、昼夜变化及药物等。

1. 昼夜变化 清晨 2 ~ 6 时体温最低，下午 2 ~ 8 时体温最高，波动范围一般不超过平均数上下 0.5℃。
2. 年龄 新生儿因体温调节功能不完善，体表面积相对较大，因此其体温易受环境温度的影响而变化；儿童由于新陈代谢率高，体温略高于成人；老人由于新陈代谢率低，体温在正常范围内的低值。
3. 性别 女性较男性体温高约 0.3℃。女性在经前期和妊娠早期，体温轻度升高，这与体内孕激素水平周期性变化有关。
4. 环境 受外界环境温度的影响，体温可略高或略低。如室内温度高或天气炎热，体温可升高约 1℃，这与机体散热受到加强或抑制有关。
5. 运动 运动后因机体代谢率增强，体温可升高约 1℃ ~ 2℃；安静、睡眠时，因机体

代谢率低, 体温可略降低。

6. 其他 日常生活中沐浴、饮食、药物、情绪等因素均可使体温发生变化。如饥饿、服用镇静剂后可使体温下降。

注意: 判断体温的正常与异常要综合病人的整体情况来判断。

二、异常体温的观察及护理

(一) 发热

由于致热原作用于体温调节中枢, 或体温调节中枢功能障碍等原因, 导致体温超出正常范围称为发热。

1. 发热程度的划分 以口腔温度为标准, 将发热程度划分为: ①低热: $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38.0^{\circ}\text{C}$; ②中度热: $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39.0^{\circ}\text{C}$; ③高热: $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41.0^{\circ}\text{C}$; ④超高热 41°C 以上。

2. 发热的过程

(1) 体温上升期: 此期特点为产热大于散热。病人表现为畏寒、皮肤苍白、无汗, 由于皮肤血管收缩, 使皮肤温度下降。部分病人有寒战, 寒战之后体温开始上升。体温上升的方式有骤升和渐升, 如体温在短时间内达到高峰称为骤升, 常见于肺炎球菌性肺炎、疟疾; 如体温逐渐上升, 数日内达到高峰, 称为渐升, 一般不伴有寒战, 常见于伤寒等。

(2) 高热持续期: 此期特点为产热和散热在较高水平上趋于平衡, 体温维持在较高水平。病人表现为颜面潮红、皮肤灼热、口唇干燥、呼吸、脉搏加快、尿量减少。高热持续时间可因病情及治疗效果而异, 持续数小时、数天, 甚至数周不等。

(3) 退热期: 此期特点为散热增加而产热趋于正常, 体温恢复到正常水平。病人表现为大量出汗和皮肤温度降低。退热方式有骤退和渐退。骤退型为体温急剧下降; 渐退型为体温逐渐下降。体温下降时, 由于大量出汗, 丧失大量体液, 年老体弱及心血管疾病者易出现血压下降、脉搏细速等循环衰竭的症状, 护士应严密观察并配合医生及时处理。

3. 热型 热型是根据病人体温变动的特点分类的。某些疾病的热型具有特征性, 观察热型有助于疾病的诊断。常见的热型有四种。

(1) 稽留热: 体温持续在 $39.0^{\circ}\text{C} \sim 40.0^{\circ}\text{C}$ 左右, 达数日或数周, 波动幅度小, 24 小时波动范围不超过 1°C , 常见于伤寒、大叶性肺炎等。

(2) 弛张热: 体温在 39.0°C 以上, 波动幅度大, 24 小时波动范围超过 2°C , 最低体温仍高于正常水平。常见于败血症、化脓性疾病等。

(3) 间歇热: 高热与正常体温交替有规律地反复出现, 间歇数小时、1 天、2 天等。常见于疟疾等。

(4) 不规则热: 体温在 24 小时中的变化不规则, 持续时间不定, 常见于流行性感冒、肿瘤性发热等。

4. 发热病人的护理

(1) 保暖: 发热早期, 病人常伴畏寒, 皮肤苍白, 应调节室温, 注意保暖, 必要时给热饮料。

(2) 降温: 高热时给予降温, 较好的降温措施是物理降温。体温超过 39°C , 可用冰袋冷敷头部; 体温超过 39.5°C 时, 可用酒精擦浴、温水擦浴或作大动脉冷敷。也可遵医嘱给予药物降温。采取降温措施半小时后观测体温, 并做好记录及交班。

(3) 密切观察: 发热病人应每隔 4 小时测量体温一次, 同时注意观察病人的面色、脉搏、

呼吸、血压及出汗等体征。小儿高热易出现惊厥，如有异常应及时报告医生。体温恢复正常3天后，可递减为每日测2次体温。

(4) 卧床休息：高热时，代谢增快，进食少，消耗大，体质虚弱，故应卧床休息，减少活动，同时注意调节室内光线、温度及避免噪音。

(5) 补充营养水分：给病人营养丰富、易消化的流质或半流质饮食，鼓励少量多餐，多饮水。对不能进食者，遵医嘱予以静脉输液或鼻饲，以补充水分、电解质和营养物质。

(6) 口腔护理：高热病人唾液分泌减少，口腔黏膜干燥，当机体抵抗力下降时，极易引起口腔炎和黏膜溃疡，应在晨起、睡前、饭后协助病人漱口，或由护士进行口腔清洁护理，每日2次，防止口腔感染。口唇干裂者应涂油保护。

(7) 皮肤护理：在退热过程中病人大量出汗，应及时擦干汗液，更换衣服及床单、被套，以防着凉。

(8) 心理护理：病人高热时易产生焦虑和恐惧心理，护士应体贴、安慰病人，及时有效地解除躯体痛苦，以消除其不安心理。

(9) 健康教育：为病人讲解有关发热方面的自我护理知识，教会病人如何测量体温、如何进行物理降温、如何安排合理的饮食及休息等。

(二) 体温过低

体温在 35.0°C 以下称体温过低，常见于早产儿及全身衰竭的危重病人。前者由于体温调节中枢尚未发育成熟，对外界温度变化不能自行调节；后者则因末梢循环不良，特别是在低温环境中，机体散热大于产热，导致体温下降。

体温过低病人的护理：①若发现上述情况，除及时报告医生外，应设法提高室温($24^{\circ}\text{C} \sim 26^{\circ}\text{C}$ 为宜)，采取相应的保暖措施，如加盖被、足部放热水袋等；新生儿置温箱内。②密切观察生命体征的变化，做好抢救的准备。③做好心理护理，合理解释体温过低的原因。

三、体温测量技术

(一) 体温计的种类和构造

1. 玻璃水银柱式体温计 分口表、肛表和腋表三种，是由一根有刻度的真空玻璃毛细管构成。其末端有贮液槽，内盛水银。当水银槽受热后，水银膨胀而沿着毛细管上升，其高度和受热程度成正比。体温表的毛细管下端和水银槽之间有一凹缩处，可使水银柱遇冷不致下降，以便检视温度。口表的玻璃管似三棱镜状，盛水银的端较细长，可作口腔或腋下测量。肛表的玻璃管同口表，盛水银一端粗短，用于直肠测温。腋表的玻璃管呈扁平状，盛水银的端较细长，便于腋下测温。体温计的刻度为 $35^{\circ}\text{C} \sim 42^{\circ}\text{C}$ ，每 1°C 之间分成10小格，每一小格表示 0.1°C ，在相当于 0.5°C 和 1°C 的地方用较粗且长的线标示。在 37°C 处则染以红色。

2. 电子体温计 分集体用电脑数字体温计和个人用电脑数字体温计两种。其采用电子感温探头来测量温度，测得的温度直接由数字显示，读数直观，测温准确，灵敏度高。使用时只需将探头套上一次性塑料外套，置探头于病人的测量部位(酌情选作口腔、腋下、肛门部位)，当电子蜂鸣器发出蜂鸣音，再持续3秒钟后，即可读数字。测温后，一次性塑料外套丢弃，可避免交叉感染。

3. 红外线热像仪 其原理是通过红外线辐射迅速测出人体表面的温度，具有非接触、快速测温、减少传染的优点，但是这种仪器测量的是额头温度，它受体表下血液导热状况

的影响极大,与腋下试温相比,温差可达 $1^{\circ}\text{C} \sim 3^{\circ}\text{C}$ 。

(二) 体温测量的方法

1. 操作目的

- (1) 判断体温有无异常,动态监测体温变化,分析热型。
- (2) 协助诊断,为预防、治疗、康复、护理提供依据。

2. 操作准备

(1) 环境准备: ①环境整洁安静,必要时关闭门窗或遮挡屏风。②了解病人的年龄、性别、病情、情绪等影响准确测量体温的相关因素。

(2) 病人准备: 病人体位舒适,方便操作。

(3) 用物准备: 体温测量盘内备已消毒的体温计(检查体温计有无破损,水银柱是否在 35°C 以下),放入弯盘内(垫纱布)或清洁干燥容器内,消毒液纱布,消毒液容器,记录本、笔。若测肛温另备润滑油、棉签,卫生纸。

3. 操作方法 测量体温一般通过腋下,口腔、肛门来进行,成人以腋下测温最普遍。

腋下测温时,先将体温计水银甩至 35°C 以下,解开衣钮,揩干腋下,然后将水银端放于腋窝中央略靠前的部位,夹紧体温计,另一只手也可握住测量的手肘部帮助固定。腋下测温需 10 分钟,取出看明度数并作好记录。

口腔测温时,先要消毒体温计,将口表水银端斜放于舌下,嘱病人闭口用鼻呼吸,勿用牙咬体温计,3 分钟后取出。进食后间隔 30 分钟后方可测量。

肛门测温最准确。肛门测温需用专门的肛门测温计,使用时应在体温计头部涂些凡士林等润滑剂。测温时要让病人,曲膝侧躺或仰卧露出臀部,将水银头端轻轻插入肛门 2 ~ 3 厘米,并最好帮着手轻轻提着体温计的另一端。3 分钟后取出,擦净肛表并为病人擦净肛门,看清度数并作好记录。

4. 注意事项

(1) 根据病情选择合适的测温方法,婴幼儿、昏迷、精神异常、口腔疾患、口鼻手术、呼吸困难病人不宜测口温;腋下有创伤、手术或炎症,腋下出汗较多,肩关节受伤或消瘦夹不紧体温计者不宜测腋温;直肠或肛门疾患及手术、腹泻、心肌梗塞病人不宜测肛温。

(2) 测量体温前后,应清点体温计数目,并检查有无破损。用手甩表时,勿触及他物,以防破碎。用离心机甩体温计时,应先消毒后放于离心机内。切忌把体温计放于热水中清洗或放在沸水中煮,以免引起爆破。

(3) 凡给婴幼儿、精神异常、昏迷及危重病人测温时,应用手扶托体温计,防止失落或折断。

(4) 病人进冷热饮食、蒸汽吸入、面颊冷热敷等须隔 30 分钟后方可口腔测温;沐浴、酒精擦浴应隔 30 分钟后方可腋下测温;灌肠、坐浴后 30 分钟方可直肠测温。

(5) 发现体温与病情不相符合,应守护在病人身旁重测,必要时可同时测口温或肛温对照,予以复查。

(6) 当病人不慎咬破体温计吞下水银时,应立即清除口腔内玻璃碎屑,以免损伤唇、舌、口腔及食管和胃肠道黏膜,并口服牛奶或蛋清液,使水银和蛋白结合,以延缓水银的吸收,在不影响病情的情况下,可服大量粗纤维食物(如韭菜),加速水银的排出。

(7) 传染病病人的用物应做好消毒隔离，以防交叉感染。

(三) 水银体温计的消毒

常用消毒液有 1% 过氧乙酸、1% 消毒灵、70% 乙醇等，采用有盖的容器盛装消毒液浸泡体温计。消毒液每天更换一次，容器、离心机等视使用情况每周消毒 1 ~ 2 次。

1. 口表、腋表消毒方法 用后先浸泡于消毒液中，30 分钟后取出，用手或离心机甩至 35℃ 以下，然后放入另一消毒容器中浸泡 30 分钟后取出，用清水冲净，擦干，存放于清洁盒内备用。

2. 肛表消毒方法 用后用浸有消毒液的纱布擦净，再按上述方法单独消毒。

(四) 水银体温计的检查

定期检查体温计以保证其准确性。将所有体温计的水银柱甩至 35℃ 以下，同时放入测试过的 40℃ 以下的温水内，3 分钟后取出检视。若读数相差 0.2℃ 以上或玻璃管有裂隙的体温计不能再使用。

第二节 脉搏

随着心脏节律性的收缩和舒张，动脉血管壁相应的出现扩张和回缩的搏动，在表浅动脉上可摸到动脉搏动，简称脉搏 (P)。

一、正常脉搏及生理性变化

(一) 正常脉搏

1. 脉率 即每分钟脉搏搏动的次数。正常成人在安静状态下，脉率为 60 ~ 100 次 / 分，正常情况下，脉率和心率是一致的。

2. 脉律 即脉搏的节律性。正常脉搏的节律是有规则、均匀地搏动，间隔时间相等。

3. 脉搏的强弱 取决于动脉的充盈程度、动脉管壁的弹性和脉压大小。

4. 动脉壁的情况 正常的动脉管壁光滑柔软，有一定的弹性。

(二) 生理性变化

脉搏可随年龄、性别、情绪、运动、药物等因素而变化。一般女性比男性稍快，大约比男性每分钟快 7 ~ 8 次；幼儿比成人快，可随年龄的增长而逐渐减慢，到高龄时稍微增加 (表 1-2-2)；运动和情绪变化时可暂时增快，休息和睡眠时较慢；服用镇静剂、洋地黄类药物可使脉率减慢。

表 1-2-2 各年龄组的平均脉率

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

二、异常脉搏的观察及护理

(一) 异常脉搏的观察

1. 频率异常

(1) 速脉: 成人安静状态下脉率每分钟超过 100 次, 称为速脉。常见于发热、甲状腺功能亢进、大出血等病人。

(2) 缓脉: 成人安静状态下脉率每分钟低于 60 次, 称为缓脉。常见于颅内压增高、房室传导阻滞、洋地黄中毒等病人。

2. 节律异常

(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搏动, 其后有一较正常延长的间歇 (即代偿性间歇), 亦称过早搏动或期前收缩。常见于心脏病或洋地黄中毒的病人。正常人在过度疲劳、兴奋、体位突然改变时也偶尔出现间歇脉。

(2) 二联律、三联律: 是有一定规律的不整脉。即每隔一个正常搏动出现一次过早搏动, 称二联律。每隔两个正常搏动出现一次过早搏动, 称三联律。

(3) 脉搏短绌: 即在同一单位时间内, 脉率少于心率。其特点为心律完全不规则, 心率快慢不一, 心音强弱不等。见于心房纤维颤动的病人, 脉搏短绌越多, 心律失常越严重, 当病情好转, “绌脉”可能消失。

3. 强弱异常

(1) 洪脉: 当心输出量增加, 动脉充盈度和脉压较大时, 脉搏强大有力, 称洪脉, 见于高热、甲状腺功能亢进等病人。

(2) 丝脉: 当心输出量减少, 动脉充盈度降低, 脉搏细弱无力, 扪之如细丝, 称丝脉, 见于大出血、休克、全身衰竭等病人。

4. 动脉管壁弹性异常 动脉硬化时, 管壁粗硬, 失去弹性, 且呈纡曲状, 用手触摸时, 有紧张条索感, 如同按在琴弦上, 中医称为弦脉, 见于动脉硬化病人。

(二) 异常脉搏的护理

1. 做好心理护理, 以缓解紧张、焦虑、恐惧心理。

2. 遵医嘱给药, 注意观察药物疗效和不良反应。

3. 协助进行有关的诊疗检查, 如心电图等, 必要时进行心电监护。

三、脉搏测量技术

(一) 脉搏的测量部位

凡浅表、靠近骨骼的大动脉, 均可用以诊脉。首选的是桡动脉, 其次有颞浅动脉、颈动脉、肱动脉、腘动脉、足背动脉、胫骨后动脉、股动脉等。

(二) 测量脉搏的方法

1. 操作目的

(1) 判断脉搏有无异常, 动态监测脉搏变化, 间接了解心脏状况。

(2) 协助诊断, 为预防、治疗、康复、护理提供依据。

2. 操作准备

(1) 环境准备: ①环境整洁安静, 安全; ②了解病人的年龄、病情、情绪、运动等影响准确测量脉搏的相关因素。

(2) 病人准备：病人体位舒适，方便操作。

(3) 用物准备：有秒针的表，记录本、笔，必要时备听诊器。

3. 操作方法

脉搏测量法（以测桡动脉为例）

(1) 诊脉前应使病人安静，将手臂放在舒适的位置。

(2) 用食指、中指、无名指的指端按动脉压力大小以清楚触到脉搏为宜。数半分钟，将测得的脉率乘 2，记录。异常脉搏应测 1 分钟。

(3) 不可用拇指诊脉，因拇指小动脉易与病人的脉搏混淆。

(4) 如发现有脉搏短绌，应有两人同时测量，一人听心率，另一人测脉搏，两人同时开始数 1 分钟，以分数式记录。记录方法为心率 / 脉率，如心率为 96 次，脉搏为 70 次，写成 96 / 70 / 分。

正常值：60 ~ 100 次 / 分，儿童较快，老人稍慢。

4. 注意事项

(1) 诊脉前应使病人安静，如有活动或情绪激动时，应休息 20 分钟后再测。

(2) 不可用拇指诊脉，以免拇指小动脉搏动与病人脉搏相混淆。

(3) 为偏瘫病人测脉搏，应选择健侧肢体。

第三节 呼吸

呼吸 (R) 是指机体在新陈代谢过程中，不断地从外界吸取氧气，排出二氧化碳的过程，即机体与环境之间的气体交换。那么正常情况下的呼吸有哪些表现；呼吸出现异时如何观察及护理；如何正确测量呼吸。

一、正常呼吸及生理性变化

正常呼吸表现为频率和深度均匀平稳，有节律的起伏，一吸一呼为一次呼吸。成人在安静时每分钟呼吸 16 ~ 20 次，呼吸频率与脉搏频率之比约为 1:4。

成人呼吸可随年龄、运动、情绪、环境等因素的影响而发生频率和深浅度的改变。年龄越小，呼吸越快；老人稍慢；活动和情绪激动时增快；休息和睡眠时较慢；环境温度升高或海拔增高会使呼吸加深加快。此外，呼吸的频率和深浅度还可受意识控制。

二、异常呼吸的观察及护理

(一) 异常呼吸的观察

1. 频率异常

(1) 呼吸增快：成人呼吸频率超过 24 次 / 分，称呼吸增快或气促。常见于高热、缺氧等病人。发热时体温每升高 1℃，呼吸每分钟增加约 4 次。

(2) 呼吸缓慢：成人呼吸频率少于 10 次 / 分，称呼吸缓慢。常见于颅内疾病、安眠药中毒等病人。

2. 节律异常

(1) 潮式呼吸：是一种周期性的呼吸异常，周期约 30 ~ 120 秒。其特点：开始呼吸浅慢，