

卫生部规划教材

全国中等卫生学校教材

供社区医学 妇幼卫生医学专业用

常用护理技术

主编 梁嘉定



四川科学技术出版社

全国中等卫生学校教材

供社区医学 妇幼卫生医学专业用

常用护理技术

主编 梁嘉定
主审 刘静慰
编者 黄剑琴 罗碧云

四川科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

常用护理技术/梁嘉定主编. - 成都:四川科学技术出版社,1997.6(2005.7重印)

ISBN 7-5364-3616-5

I. 常… II. 梁… III. 护理-技术 IV. R472

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 62906 号

**全国中等卫生学校教材
常用护理技术**

出版发行 四川科学技术出版社
成都盐道街3号 邮政编码 610012
成品尺寸 260mm × 185mm
印张 6 字数 110 千
印 刷 成都石室中学印刷厂
版 次 1997 年 6 月成都第一版
印 次 2005 年 7 月成都第二十二次印刷
印 数 366 001 - 376 000 册
定 价 5.40 元
ISBN 7-5364-3616-5/R·776

■ 版权所有·翻印必究 ■

■ 本书如有缺页、破损、装订错误,请寄回印刷厂调换。
■ 如需购本书,请与本社邮购组联系。
地址/成都盐道街3号
邮政编码/610012

全国中等医学教材编审委员会

主任委员：姜寿葆

副主任委员：陈咨夔 殷冬生

委员：（以姓氏笔画为序）

马惠玲	王同明	方茵英	王德尚	延 民	那功伟
朱国光	吕树林	李绍华	李振宗	李振林	陈心铭
吴忠礼	杨华章	洪启中	洪思劬	郭常安	张冠玉
张审恭	殷善堂	董品泸	谭筱芳		

第三轮中等医学教材出版说明

卫生部曾于 1983 年组织编写、陆续出版全国中等卫生学校 11 个专业使用的 77 种教材。1992 年又组织小修订，出版第二轮教材。为我国的中等医学教育作出了积极贡献。

为适应中等医学教育改革形势的需要和医学模式的转变，1993 年 11 月，卫生部审定、颁发了全国中等卫生学校新的教学计划及教学大纲。在卫生部科教司领导下，我们组织编写（修订）出版第三轮全国中等医学 12 个专业 96 种规划教材，供各地教学使用。

这轮教材以培养中级实用型卫技人才为目标，以新的教学计划及大纲为依据，体现“思想性、科学性、先进性、启发性、适用性”，强调“基本理论知识、基本实践技能、基本态度方法”。教材所用的医学名词、药物、检验项目、计量单位，注意规范化，符合国家要求。

编写教材仍实行主编负责制；编审委员会在教材编审及组织管理中，起参谋、助手、纽带作用；部分初版教材和新任主编，请主审协助质量把关。第三轮中等医学教材由人民卫生、河北教育、山东科技、江苏科技、浙江科技、安徽科技、广东科技、四川科技和陕西科技九家出版社出版。

希望各校师生在使用规划教材的过程中，提出宝贵意见，以便教材质量能不断提高。

卫生部教材办公室

1995 年 10 月

前 言

本教材是根据卫生部“关于编写中等医学第三轮规划教材”的精神，以新的教学计划和教学大纲为依据进行编写的，供社区医学和妇幼卫生医学专业使用。根据本课程在社区医学和妇幼卫生医学专业中的地位 and 作用，从提高医务人员的业务水平，造就和培养实用型人才为目标，以适应改革开放后城乡医疗卫生事业对中等卫生技术人才的需求。

本教材为本专业首版教材，全书共分十章，分别介绍了护理学的概论，护理学的形成和发展，学习常用护理技术的目的、任务和方法，着重阐述了医学生所必须掌握的常用护理技术的基本理论、基本知识和基本技能，并把对学生良好职业素质的培养渗透于操作过程中。根据专业特点，本教材注重理论联系实际，操作方法采用纲目式，以能更好地指导学生掌握操作要领，方便学生自学预习和复习巩固。

在编写过程中，得到广东省卫生厅科教处及解放军北京医学高等专科学校方茵英老师的帮助和指导，以及广州军区医学高等专科学校刘岱、中建总公司吴鸣为本书绘图，在此表示衷心感谢！

由于我们水平有限，书中可能存在不妥之处，恳切希望读者指正。

梁嘉定

1996年4月

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 护理学的形成与发展	(1)
第二节 学习常用护理技术的目的、内容与方法	(2)
第二章 生命体征的观察与测量	(3)
第一节 体温的观察与测量	(3)
一、体温的正常值	(3)
二、体温的生理性变化	(3)
三、异常体温的观察及处理	(3)
四、测量体温的方法	(6)
五、体温曲线的绘制	(7)
第二节 脉搏的观察与测量	(7)
一、脉搏的生理及其变化	(7)
二、异常脉搏的观察	(7)
三、脉搏的测量方法	(8)
四、脉搏曲线的绘制	(8)
第三节 呼吸的观察与测量	(8)
一、呼吸的生理及其变化	(8)
二、异常呼吸的观察	(8)
三、呼吸困难的处理	(9)
四、呼吸的测量方法	(10)
五、呼吸曲线的绘制	(10)
第四节 血压的观察与测量	(10)
一、血压的生理及其变化	(10)
二、异常血压的观察	(10)
三、血压的测量方法	(11)
第三章 医院内感染的预防和控制	(13)
第一节 概述	(13)
第二节 清洁、消毒和灭菌的概念	(13)
第三节 消毒、灭菌的方法	(14)
一、物理消毒灭菌法	(14)
二、化学消毒灭菌法	(17)
三、常用物品的清洁、消毒、灭菌方法及保养	(20)
第四节 无菌技术基本操作	(21)

一、无菌技术的概念	(21)
二、无菌技术操作原则	(21)
三、无菌技术基本操作法	(21)
第五节 隔离技术	(24)
一、隔离的概念	(24)
二、传染病区的设置及病区内清洁区、半污染区、污染区的划分	(25)
三、隔离消毒原则	(25)
四、隔离的种类	(26)
五、隔离技术	(28)
第四章 注射法	(33)
第一节 注射原则	(33)
第二节 药液抽吸法	(33)
一、安瓿内药液抽吸法	(33)
二、密封瓶内药液抽吸法	(34)
三、结晶或粉剂药物溶解抽吸法	(34)
第三节 常用注射法	(35)
一、皮内注射法 (ID)	(35)
二、皮下注射法 (H)	(35)
三、肌肉注射法 (IM 或 im)	(36)
四、静脉注射法 (IV 或 iv)	(38)
五、股静脉穿刺法	(40)
第五章 药物过敏试验法	(42)
第一节 青霉素过敏试验法	(42)
一、过敏反应的原因	(42)
二、皮内试验液的配制及试验方法	(42)
三、皮内试验结果的判断	(43)
四、注意事项	(43)
五、过敏反应的临床表现	(43)
六、过敏性休克的抢救措施	(44)
第二节 链霉素过敏试验法	(44)
一、皮内试验药液的配制	(44)
二、试验方法	(45)
三、试验结果的判断及注意事项	(45)
四、过敏反应的临床表现	(45)
五、过敏反应的急救措施	(45)
第三节 破伤风抗毒素 (TAT) 过敏试验及脱敏注射法	(45)
一、过敏反应的原因	(45)
二、皮内试验液的配制	(45)
三、试验方法	(45)

四、皮内试验结果的判断	(45)
五、阳性病人脱敏注射法	(46)
六、过敏反应的急救处理	(46)
第四节 普鲁卡因过敏试验法	(46)
一、试验方法	(46)
二、反应的观察与处理	(46)
第五节 碘过敏试验法	(46)
一、皮内试验法与反应观察	(47)
二、口含试验法与反应观察	(47)
三、口服试验法与反应观察	(47)
四、静脉注射法与反应观察	(47)
第六节 细胞色素 C 过敏试验法	(47)
一、试验方法	(47)
二、反应观察	(47)
第六章 静脉输液与输血法	(48)
第一节 静脉输液法	(48)
一、输液目的	(48)
二、常用溶液	(48)
三、常用静脉	(48)
四、输液方法	(49)
五、输液故障的排除法	(53)
六、输液反应与防治	(53)
第二节 静脉输血法	(55)
一、输血目的	(55)
二、输血前的准备	(55)
三、输血方法	(55)
四、注意事项	(56)
五、输血反应及并发症的防治	(57)
第七章 胃插管术与灌肠法	(59)
第一节 胃插管术	(59)
一、鼻饲法	(59)
二、洗胃法	(60)
第二节 灌肠法	(64)
一、不保留灌肠	(65)
二、保留灌肠	(66)
三、简易通便法	(67)
四、肛管排气法	(67)
第八章 导尿术与导尿管留置法	(68)
第一节 导尿术	(68)

一、目的	(68)
二、导尿管的种类	(68)
三、操作方法	(68)
四、注意事项	(70)
第二节 导尿管留置法	(70)
一、用物	(71)
二、操作方法	(71)
三、注意事项	(72)
第三节 留中段尿法	(72)
一、用物	(72)
二、操作方法	(72)
三、注意事项	(72)
第九章 吸入疗法	(73)
第一节 氧气吸入疗法	(73)
一、氧气吸入的适应证	(73)
二、吸氧的方法	(73)
三、氧浓度和氧流量的换算法	(77)
第二节 超声波雾化吸入疗法	(78)
一、超声波雾化器的结构、原理	(78)
二、目的	(78)
三、用物	(79)
四、操作方法	(79)
五、注意事项	(80)
第三节 蒸汽吸入疗法	(80)
一、原理	(80)
二、目的	(80)
三、用物	(80)
四、操作方法	(80)
五、注意事项	(81)
第十章 吸痰法	(82)
一、适应证	(82)
二、吸痰的方法	(82)

第一章 绪 论

护理学是一门具有自然科学和社会科学双重属性，以增进或恢复人类健康为目标的综合性应用科学。它与医学、心理学、社会学关系密切，构成了其自身独立的理论和艺术。护理学包括基础护理、专科护理、护理管理、护理教育、护理科研、预防保健等内容，随着护理学的发展，其范围和内涵亦随之延伸。常用护理技术是基础护理的重要组成部分，是以基本护理技术为主要内容的一门应用技术课程。通过本课程的学习，掌握防治疾病过程中的基本护理诊疗技术，达到解除病人痛苦，满足病人的基本诊疗护理需要的目的。

第一节 护理学的形成与发展

护理是人类生存的需要，它经历了漫长的历史过程，随着科学技术和社会的发展，护理服务的目标、对象、场所和内容在不断地变化。

早期护理意识起源于人们的生活实践，人类为谋求生存，在向自然界作斗争的过程中，积累了丰富的生活经验，他们以自我保护式、互助式等手段与疾病作斗争，出现诸如按摩、伤口包扎、拔火罐、冷水降温等护理的萌芽，唐代孙思邈用细葱叶去尖插入尿道以泄尿液，可谓最早的导尿术。但当时的护理仅限于简单的生活上的照料，并带有浓厚的宗教色彩。

19世纪中叶，弗洛伦斯·南丁格尔首创科学的护理专业，护理学理论才逐步形成和发展，国际上称这个时期为“南丁格尔时代”，也是近代护理学的开始，使护理专业经历了从一门技术发展到一门学科的阶段。护理教育逐步系统化，护理人才迅速成长，护理理论逐渐自成体系，并形成了独立学科。护理学的业务范围有了明确的为人类健康服务的职责，并日益被确认在整个生命科学中的重要地位。在此阶段由于生物学的兴起，生物医学模式替代了经验医学模式，并把医学科学纳入生物医学范畴。生物医学模式认为“人是生物”，疾病是器官的变化，而忽视了人的整体性，忽略了社会和心理因素对人的健康和疾病的影响。因此，这个阶段的护理是以疾病为中心的护理。

现代护理学起源于20世纪70年代后，随着科学技术和社会的进步，人们发现，导致疾病的因素除生物因素外，还与社会和人的心理因素密切相关，人不仅是独立的生物体，还是构成家庭、社会以及生物圈的生态大系统的重要成分，在此基础上产生了“生物、心理、社会”医学模式。正是这个转变给护理学提出了新的挑战，促使护理学的性质、任务发生了重大的变化。护理的目标是帮助病人恢复健康和不断提高人们的健康水平。因此，首先要正确认识健康这个概念，世界卫生组织认为：健康，不但是没有躯体疾病，还要有完整的生理、心理状态和社会适应能力。对健康的重新认识，要求医护人员在工作中把人作为一个整体来看待，既是一个生物的人，也是一个社会的人；对疾病的发生和认识，既要了解生理和心理的因素，也要重视社会环境对人的影响。因此，这一时期的护理应是以病人为中心的护理，并要使护理走向社区，实施以人为中心的整体

护理。

学习了护理发展史及健康概念，使医学生明确医、护工作虽然分工不同，但在防病治病的过程中，目标一致，需要密切配合，才能更好地为人类的健康服务。

第二节 学习《常用护理技术》的目的、内容与方法

医学生今后的工作在救死扶伤的第一线，担负着医疗、预防、保健、康复等工作，随着医学科学的发展及为实现世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”这一全球性的战略目标，医学生的任务和工作内容日益充实和深化，其工作范围也逐渐在扩大。为了适应农村，基层医疗卫生工作的实际需要，在社区医学等医学专业中开设了《常用护理技术》这门课程，使医学生通过这门课程的学习，能掌握临床必需的常用护理技术操作，获得防治疾病过程中所必需的最基本和最重要的护理基本理论、基本技能，并为培养良好的职业素质奠定基础。而精湛的医疗、护理技术可为抢救赢得时机，挽救垂危病人的生命，促使病人保持健康和恢复健康。例如：呼吸困难的病人急需吸入氧气，失血病人急需输血，服毒中毒病人急需洗胃，必须及时、迅速运用护理技术才能解除病人的痛苦。所以，要求达到正确操作、熟练地掌握。

常用护理技术的内容包括：生命体征的测量与观察；医院内感染的预防与控制；注射与输液、输血法；吸入疗法；吸痰法及胃插管术、尿道插管术等。通过各章节的学习，要求学生能够简述常用护理技术的基本概念，会正确进行各项护理操作，操作中关心爱护病人，培养严谨的工作作风和实事求是的工作态度。

常用护理技术是医学领域中实践性很强的学科，必须讲究学习方法。根据社区医学等专业的特点，在教学过程中，理论基础方面的知识可采取以自学为主的学习方法。学习常用护理技术，应刻苦进行练习，增强动手能力，以适应“实用型”人才培养目标的需要，使自己成为具有良好素质的新一代医务工作者。

(罗碧云 广东肇庆卫生学校)

第二章 生命体征的观察与测量

体温、脉搏、呼吸及血压是机体内在活动的一种客观反映，是衡量机体状况的重要指标，临床上称为“生命体征”。它能灵敏地显示身体机能微小的变异，通过观察其变化及对其记录的分析，可以了解疾病发生和发展的规律，及某种疾病的不同阶段。为医务人员作出正确诊断，制定预防、治疗计划提供依据，因此，必须正确测量，认真观察。

第一节 体温的观察与测量

人体内部的温度称为体温。人体的温度是物质代谢的产物，三大营养物质在代谢氧化过程中释放的能量，一部分变为体热，维持体温，并以热能的形式散发体外。另一部分贮存在三磷酸腺苷（ATP）的高能磷酸键中，供机体利用。机体利用的结果仍转化为热能而散发体外。

一、体温的正常值

体温常以口腔，直肠或腋下温度为标准，这三个部位所测温度值和深部体温相近。所谓正常体温不是一个具体的温度点，而是一个温度范围。正常时口腔舌下温度为 $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ ，直肠温度较口腔温度高 $0.3^{\circ}\text{C} \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，腋下温度较口腔温度低 $0.3^{\circ}\text{C} \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。

二、体温的生理性变化

正常人的体温保持在相对恒定的状态，这是在大脑皮质和下丘脑体温调节中枢的调节下，通过神经和体液的作用，使产热和散热过程保持动态平衡。正常体温可随年龄、性别、昼夜、气温、运动、进食和情绪的变化而发生波动。

三、异常体温的观察及处理

（一）发热

机体在致热源的作用下，致体温调节中枢发生功能性变化，使产热增加或散热减少，导致体温升高称为发热。引起发热的疾病很多，可分为感染性和非感染性两大类。

1. 发热程度的划分

- （1）低热：口腔温度不超过 38°C ，如结核病。
- （2）中等热：口腔温度波动在 $38^{\circ}\text{C} \sim 38.9^{\circ}\text{C}$ 。如一般感染性疾病。
- （3）高热：口腔温度达 39°C 以上。如急性感染、中暑。

2. 发热的过程 一般可分三个阶段。

（1）体温上升期：此期特点为产热大于散热。病人表现为寒战，皮肤苍白、干燥、无汗。此期要注意病人的保暖。体温上升的方式有骤升和渐升。骤升即在短小时内体温达

到高峰，如疟疾、肺炎球菌性肺炎。体温在数小时内逐渐上升称渐升，如伤寒等。

(2) 高热期：此期特点为产热和散热在较高水平上趋于平衡，体温较高。病人皮肤潮红、灼热，呼吸、脉搏加快，头痛乏力，食欲不振等。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。此期要做好病人高热时的处理。

(3) 退热期：其特点为散热增加而产热趋于正常，体温下降直到恢复正常。体温下降有两种形式，在数日内体温逐渐降至正常称为渐退；在数小时内体温迅速降到正常水平称为骤退。高热骤退时，由于大量出汗及血管扩张，造成循环血量不足，病人可发生虚脱，尤其是年老体弱、婴幼儿及心血管疾病的病人易发生，医务人员必须加强观察。应用退热药时，亦必须注意这一点。

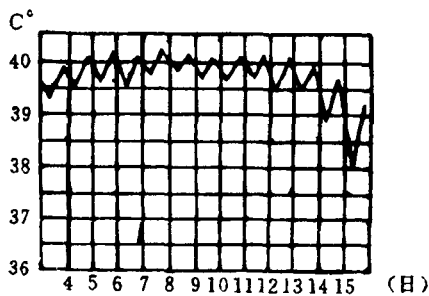
3. 热型 根据病人体温变动的特点，将发热分为各种类型（图2—1）。

(1) 稽留热：多为高热，体温高达 39°C 以上，持续数日或数周，日差不超过 1°C 。常见于急性传染病，如伤寒、肺炎球菌性肺炎。

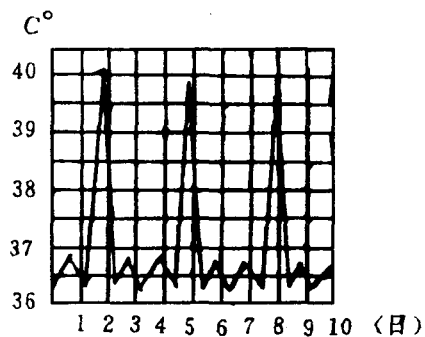
(2) 间歇热：体温骤然升高至 39°C 以上，持续数小时或更长时间，然后很快下降至正常或正常以下，再经过一个间歇时间后，又再次升高，如此反复发作。常见于疟疾等。

(3) 弛张热：体温高低不一，日差大于 1°C ，甚至可达 $2^{\circ}\text{C}\sim 3^{\circ}\text{C}$ ，但最低温度仍高于正常水平。常见于败血症、化脓性疾病等。

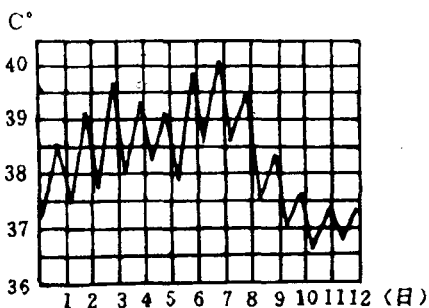
(4) 不规则热：体温在一日中的变化不规则，持续时间不定。常见于流行性感冒、肿瘤性发热等。



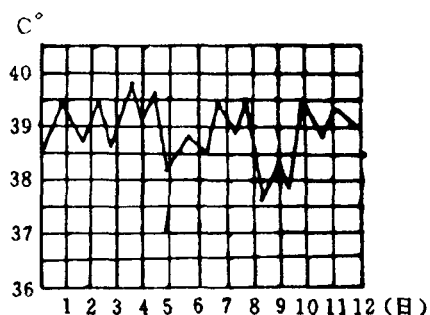
(1) 稽留热



(2) 间歇热



(3) 弛张热



(4) 不规则热

图2—1 常见发热类型

4. 高热病人的处理

(1) 每 4h 测量体温一次，同时密切观察病人的面色、脉搏、呼吸和血压。对小儿应注意有无出现惊厥的先兆。体温恢复正常 3 天后，可递减至每日测二次体温。

(2) 降温。如果热度高达或超过 39℃，且持续不退时，应采取降温措施，较好的方法是物理降温法。

体温在 39℃ 时可用冰袋、冰囊冷敷头部或体表大血管处（颈外侧、腋下、腹股沟等处），使用中应随时观察和更换冰袋，以保持冷效。

体温超过 39℃ 时，亦可用酒精擦浴、温水擦浴法降温。实施降温措施后，应注意观察体温下降情况。

(3) 卧床休息。高热时代谢率增快，进食少，消耗多，体质虚弱，应减少活动。

(4) 补充营养及水分。高热病人分解代谢增加，大量消耗糖、蛋白质、脂肪和维生素。由于呼吸加快，出汗多，使水分大量丢失。因此，应给病人营养丰富的流质或半流质饮，鼓励病人多喝水。不能进食者可用鼻饲，必要时通过静脉滴注补充营养、水分。

(5) 预防并发症。发热期间唾液分泌减少，口腔内食物残渣易发酵，有利于细菌的繁殖；降温期出汗多，皮肤污垢堆积增多，都易引起并发症，应加强口腔、皮肤护理，预防并发症的发生。

(6) 积极治疗原发病。

5. 酒精擦浴法 酒精擦浴为一种简易有效的降温法。酒精有挥发性，擦浴后在皮肤上迅速蒸发，带走大量体热，同时酒精能刺激皮肤血管扩张，使散热增加，以达到降温。但对年老体弱、高热恶寒、风湿病人及对冷敏感的病人不宜采用。

(1) 用物：治疗碗内盛 25%~35% 酒精 300ml~400ml，温度 30℃ 左右，小毛巾二条，大毛巾，冰袋及套，热水袋及套，屏风，便器，衣裤一套。

(2) 方法

1) 病人的准备：将用物携至床旁，向病人作好解释，以取得合作。关好门窗，调节室温至 21℃~24℃。用屏风遮挡，松开盖被，需要时给予便器。

2) 放置冰袋和热水袋：将冰袋置于头部，以助降温和防止擦浴时由于皮肤血管收缩而引起头部充血。热水袋放足底，可使病人舒适，并促使足底血管扩张，间接减少头部充血。

3) 擦上肢：脱上衣，松解腰带，露出一上肢，下垫大毛巾，操作者将浸有酒精的小毛巾拧半干缠在手上，以离心方向向边擦边按摩。自颈部侧面沿上臂外侧擦至手背，自侧胸经腋窝沿上臂内侧至手掌。同法擦对侧。

4) 擦背：使病人侧卧，露出背部，下垫大毛巾擦拭全背。

5) 擦下肢：脱裤，露出一下肢，下垫大毛巾，从髌骨沿大腿外侧擦至足背，再从腹股沟沿大腿内侧擦至内踝，然后从股下经大腿后侧、腘窝至足跟；同法擦对侧。

擦浴时，每个部位需擦 3min~5min，擦毕用大毛巾擦干并按摩皮肤。

6) 整理：穿好衣裤，移去热水袋，整理床单位及用物。

7) 观察效果：擦浴后 30min，再测量体温，以观察降温效果。

注意事项

1) 擦浴过程中要注意病人全身情况，如出现寒战、面色苍白、脉搏或呼吸异常时，

应立即停止操作。

2) 擦浴用力要均匀。在腋窝、腹股沟、腘窝等血管丰富处, 擦的时间适当延长, 以助散热。

3) 禁擦胸前区、腹部、后颈, 这些部位对冷的刺激较敏感, 可引起不良反应。

6. 温水擦浴法 用低于病人皮肤温度的温水(一般为 $32^{\circ}\text{C}\sim 34^{\circ}\text{C}$)进行擦浴, 可使体热通过传导散发, 擦浴初期皮肤血管收缩, 继而血管扩散, 以促进热的散发。

方法: 同酒精擦浴。

(二) 体温过低

体温在 35°C 以下称为体温过低。常见于早产儿以及全身衰竭的危重病人。

体温过低病人的处理: 首先设法提高室温, 保持在 $24^{\circ}\text{C}\sim 26^{\circ}\text{C}$ 为宜, 亦可用热水袋保暖, 但对老人、小儿及昏迷病人使用时要注意热水袋温度, 不可过高($<50^{\circ}\text{C}$), 以防烫伤。

四、测量体温的方法

(一) 水银体温计

可分为口表、肛表、腋表三种。体温计由一根有刻度的真空毛细管构成, 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。体温计的毛细管下端和水银槽之间有一凹陷处, 使水银柱遇冷不致下降, 以便检视温度。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, 相当于 0.5°C 和 1°C 的地方用较粗且长的线标示。在 37°C 处注有标记。

(二) 体温测量方法

1. 用物 体温计, 纱布或软纸, 记录本, 笔, 润滑油, 另备有秒针的表。

2. 方法 测量前检查体温计是否完好无损, 将已消毒的体温计用纱布擦干, 甩水银柱至 35°C 以下, 向病人解释, 以取得合作, 并根据需要选择测量体温的方法。

(1) 口腔测温法: 将口表水银端斜放于舌下, 病人闭口用鼻呼吸, 勿用牙咬体温计, 3min后取出, 擦净, 检视记录。

(2) 腋下测温法: 解开上衣, 轻擦干腋下, 将体温计水银端放于腋窝深处紧贴皮肤, 屈臂过胸, 夹紧体温计, 10min后取出, 检视记录。

(3) 直肠测温法: 病人屈膝侧卧或仰卧, 露出臀部, 肛表水银端涂润滑油, 轻轻插入肛门 $3\text{cm}\sim 4\text{cm}$, 3min后取出, 擦净, 另用卫生纸擦净病人肛门部, 协助病人卧于舒适位置, 然后检视记录。

3. 注意事项

(1) 精神异常、小儿、昏迷、呼吸困难、口鼻手术及不合作的病人测体温时, 应守候在旁, 且不用口腔测量法。进食、饮水后及面颊部作冷、热敷者需隔30min后, 方可测口温。

(2) 腹泻、直肠或肛门手术病人不可由直肠测温; 坐浴或灌肠后, 须隔30min方可测直肠温度。

(3) 发现体温与病情不相符合时, 应重测, 必要时同时测直肠温度对照。

(4) 病人不慎咬破体温计, 吞下水银时, 立即口服大量蛋清或牛奶, 使蛋白质与汞

结合排出体外，病情许可亦可进食大量韭菜等粗纤维食物，使水银被包裹而减少吸收，并能增加肠蠕动，加速汞的排出。

(5) 为防止交叉感染，使用过的体温计应浸泡于消毒剂溶液中消毒，常用的消毒剂有1%过氧化乙酸、3%碘伏、70%酒精（均用有盖容器盛装）。

五、体温曲线的绘制

将所测体温用蓝笔绘于体温单上，符号为：口腔温度“●”，腋温“⊗”或“×”，肛温“⊙”，相邻两次温度用蓝线相连。物理降温30min后测得的温度绘在降温前温度的同一纵格内，用红圈表示，以红虚线与降温前的温度相连。

第二节 脉搏的观察与测量

随着心脏的收缩和舒张，在表浅动脉上可摸到一次搏动，称为脉搏。

一、脉搏的生理及其变化

成人在安静时，脉率每分钟为60次~100次，和心率一致，跳动均匀，且间隔时间相等。一般女性比男性稍快，老年人较慢，婴幼儿比成人快，运动和情绪激动时稍增快，休息睡眠时较慢。

二、异常脉搏的观察

(一) 频率异常

1. 速脉 成人安静时脉率每分钟超过100次称速脉。见于发热、大出血、心力衰竭、贫血、甲状腺功能亢进等病人。

2. 缓脉 成人脉率每分钟少于60次称缓脉。见于颅内压增高、房室传导阻滞等病人。

(二) 节律异常

当心脏冲动发生异常或传导障碍时，脉搏的节律不规则。

1. 间歇脉 即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），称间歇脉或期前收缩。可见于少数正常人，但更多见于心脏病患者。

2. 绌脉（脉搏短绌） 即在同一单位时间内脉率小于心率。诊脉时脉细数，极不规则，强弱不等，快慢不一。发生机制是由于心肌收缩力强弱不等，有些心输出量少的搏动可发生心音，但不能引起周围血管的搏动。常见于心房纤维颤动的病人。

3. 二联律、三联律 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。两种脉律均为有一定规律的不整脉。

(三) 强弱的改变

1. 洪脉 当心输出量增加，外周阻力小，动脉充盈度较高，脉搏强大有力称洪脉。见于高热病人。

2. 丝脉 当心输出量减少，动脉充盈度降低，脉搏细弱无力称丝脉。见于大出血、心力衰竭、休克的病人。