



国家卫生健康委员会“十三五”规划教材  
全国高等职业教育教材

供护理、助产专业用


# 基础护理学

第4版

主 编 张连辉 邓翠珍

副主编 陈荣凤 马国平 付能荣 李宗花 赵国琴



 人民卫生出版社



三、隔离技术基本操作法	100
四、职业防护	107
附 4-1 N95 口罩、护目镜或防护面罩的使用	110
<b>第五章 清洁护理</b>	111
<b>第一节 口腔护理</b>	111
一、一般口腔护理	112
二、特殊口腔护理	113
<b>第二节 头发护理</b>	115
一、床上梳发	115
二、床上洗发	116
三、头虱、虮除灭法	119
<b>第三节 皮肤护理</b>	120
一、皮肤清洁护理	120
二、压疮的预防及护理	126
<b>第四节 卧有病人床整理及更换床单法</b>	133
<b>第五节 晨晚间护理</b>	136
一、晨间护理	137
二、晚间护理	137
附 5-1 给便盆法	137
<b>第六章 生命体征的观察与护理</b>	139
<b>第一节 体温的观察与护理</b>	139
一、体温的产生与调节	140
二、正常体温及其生理性变化	140
三、异常体温的观察及护理	141
四、体温的测量	144
<b>第二节 脉搏的观察与护理</b>	147
一、脉搏的产生	147
二、正常脉搏及其生理性变化	147
三、异常脉搏的观察及护理	148
四、脉搏的测量	149
<b>第三节 呼吸的观察与护理</b>	150
一、正常呼吸及其生理性变化	150
二、异常呼吸的观察及护理	151
三、呼吸的测量	153
四、吸痰法	154
五、氧气吸入法	156
<b>第四节 血压的观察与护理</b>	160
一、正常血压及其生理性变化	160
二、异常血压的观察及护理	162
三、血压的测量	163
<b>第七章 饮食护理</b>	167
<b>第一节 医院饮食</b>	167
一、基本饮食	168
二、治疗饮食	168

## 目 录

三、试验饮食	169
第二节 一般饮食护理	170
一、营养的评估	170
二、一般饮食护理	172
第三节 特殊饮食护理	173
一、胃肠内营养	174
二、胃肠外营养	178
附 7-1 胃管种类	179
第八章 排泄护理	180
第一节 排尿护理	180
一、排尿活动的评估	181
二、排尿活动异常病人的护理	184
三、协助排尿的护理技术	185
第二节 排便护理	192
一、排便活动的评估	193
二、排便活动异常病人的护理	195
三、协助排便的护理技术	198
第九章 药物疗法与过敏试验法	208
第一节 给药的基本知识	208
一、药物的种类、领取和保管原则	208
二、药疗原则	209
三、给药途径	210
四、给药次数和时间间隔	210
五、影响药物疗效的因素	211
第二节 口服给药法	212
一、安全有效用药指导	213
二、口服给药法	213
第三节 雾化吸入法	215
一、雾化吸入法的目的	215
二、雾化吸入法常用药物	215
三、常用雾化吸入法	215
第四节 注射给药法	220
一、注射原则	220
二、注射用物	220
三、药液抽吸法	221
四、常用注射法	222
第五节 局部给药法	223
一、滴药法	235
二、插入给药法	235
三、皮肤给药法	235
四、舌下给药法	236
第六节 药物过敏试验及过敏反应的处理	237
一、青霉素过敏试验与过敏反应的处理	237
二、头孢菌素过敏试验与过敏反应的处理	240

三、破伤风抗毒素过敏试验与过敏反应的处理	241
四、碘过敏试验与过敏反应的处理	242
五、链霉素过敏试验与过敏反应的处理	243
<b>第十章 静脉输液和输血</b>	<b>245</b>
<b>第一节 静脉输液</b>	<b>245</b>
一、静脉输液的原理及目的	246
二、静脉输液常用溶液的种类及作用	246
三、常用输液部位	247
四、常用静脉输液法	247
五、输液速度与时间的计算	257
六、常见输液故障及排除法	257
七、常见输液反应及防护	258
八、输液微粒污染	261
<b>第二节 静脉输血</b>	<b>262</b>
一、静脉输血的目的及原则	262
二、血液制品的种类及适应证	263
三、血型和交叉配血试验	264
四、静脉输血法	265
五、成分输血和自体输血	268
六、常见输血反应及防护	269
附 10-1 颈外静脉穿刺置管输液法	272
附 10-2 锁骨下静脉穿刺置管输液法	273
<b>第十一章 冷热疗法</b>	<b>277</b>
<b>第一节 概述</b>	<b>277</b>
一、冷热疗法的目的	277
二、应用冷热疗法的禁忌	278
三、冷热疗法的效应	279
四、影响冷热疗法效果的因素	279
<b>第二节 冷疗法的应用</b>	<b>280</b>
一、局部冷疗法	281
二、全身冷疗法	285
<b>第三节 热疗法的应用</b>	<b>286</b>
一、干热疗法	287
二、湿热疗法	290
<b>第十二章 标本采集</b>	<b>295</b>
<b>第一节 标本采集的意义和原则</b>	<b>295</b>
一、标本采集的意义	295
二、标本采集的原则	296
<b>第二节 常用标本采集法</b>	<b>296</b>
一、血液标本采集法	297
二、尿标本采集法	301
三、粪便标本采集法	303
四、痰标本采集法	305
五、咽拭子标本采集法	306

## 第二节 脉搏的观察与护理

### 一、脉搏的产生

在每个心动周期中,随着心脏的收缩与舒张,动脉内压力和容积发生周期性变化而导致动脉管壁发生周期性搏动,称为动脉脉搏,简称脉搏(pulse,P)。脉搏搏动沿着动脉管壁向小动脉传播,可用手指在体表触及。

### 二、正常脉搏及其生理性变化

#### (一) 脉率

脉率指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/min。正常情况下,脉率和心率是一致的。脉率的生理性波动受多种因素影响,当脉率微弱到难以测定时,应测心率。

1. 年龄 一般新生儿、幼儿的脉率较快,随年龄增长而逐渐减慢,到老年时稍有增快(表6-3)。

表6-3 各年龄段的平均脉率

年龄组	正常范围		平均脉率(次/分)	
生~1个月	70~170		120	
1~12个月	80~160		120	
1~3岁	80~120		100	
3~6岁	75~115		100	
6~12岁	70~110		90	
	男	女	男	女
12~14岁	65~105	70~110	85	90
14~16岁	60~100	65~105	80	85
16~18岁	55~95	60~100	75	80
18~66岁	60~100		72	
65岁以上	70~100		75	

2. 性别 同龄的女性脉率比男性稍快,一般每分钟快5次左右。

3. 体型 体表面积越大,脉率越慢,故身材细高者比矮胖者稍慢。

4. 活动与情绪 运动、兴奋、恐惧、激动、焦虑等使脉率稍快,休息、睡眠时稍慢。

5. 药物和食物影响 进食、使用兴奋剂、饮浓茶或咖啡时可使脉率增快,禁食、使用镇静剂、洋地黄类药物可使脉率减慢。

#### (二) 脉律

脉律指脉搏的节律性,是左心室收缩情况的反映。正常脉律跳动均匀、规则,间隔时间相等。但正常小儿、青年和一部分成年人中,可出现吸气时增快,呼气时减慢,为窦性心律不齐,一般无临床意义。

#### (三) 脉搏的强弱

脉搏的强弱指触诊时血流冲击血管壁所产生的主观感觉。正常情况下脉搏强弱相同。脉搏的强弱取决于每搏输出量、脉压和外周血管阻力,也与动脉壁的弹性有关。

#### (四) 动脉壁的情况

动脉壁的情况指触诊时主观感觉到的动脉壁情况。正常动脉管壁柔软、光滑、有弹性。



### 三、异常脉搏的观察及护理

#### (一) 常见的异常脉搏

##### 1. 脉率异常

(1) 心动过速 (tachycardia): 成人在安静状态下脉率超过 100 次/min, 称为心动过速或速脉。常见于发热、甲状腺功能亢进、心力衰竭、血容量不足、疼痛等病人。心动过速是机体的一种代偿机制, 以增加心排出量、满足机体新陈代谢的需要。一般体温每升高 1℃, 成人脉率增加约 10 次/min, 儿童增加约 15 次/min。

(2) 心动过缓 (bradycardia): 成人在安静状态下脉率低于 60 次/min, 称为心动过缓或缓脉。常见于颅内压增高、房室传导阻滞、甲状腺功能减退症、阻塞性黄疸或服用某些药物 (如地高辛) 等病人。脉率小于 40 次/min 时, 应注意观察有无房室传导阻滞。

##### 2. 节律异常

(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, 其后有一较正常延长的间歇 (代偿间歇), 称间歇脉。如每隔一个正常脉搏出现一次期前收缩, 称为二联律; 如每隔两个正常搏动后出现一次过早搏动, 或每个正常搏动后连续出现两个过早搏动, 称为三联律。发生机制是心脏异位起搏点过早发出冲动而引起心脏搏动提前出现。常见于各种器质性心脏病, 如心肌病、心肌梗死等, 也可见于洋地黄中毒的病人。正常人在过度疲劳、精神兴奋、体位改变时也会偶尔出现间歇脉。

(2) 脉搏短绌 (deficient pulse): 在单位时间内脉率少于心率, 称为脉搏短绌, 简称绌脉。触诊时可感知脉搏细数, 极不规则; 听诊时心率快慢不一, 心律完全不规则, 心音强弱不等。发生机制是由于心肌收缩力强弱不等, 有些心排血量少的心脏搏动可产生心音, 但不能引起周围血管的搏动, 导致脉率少于心率。常见于心房纤颤病人。绌脉越多, 心律失常越严重, 病情好转后绌脉可消失。

##### 3. 强弱异常

(1) 洪脉 (full pulse): 当心排血量增加、外周阻力小、动脉充盈度和脉压较大时, 脉搏搏动强大有力, 称洪脉。常见于高热、甲状腺功能亢进症、主动脉瓣关闭不全等病人。

(2) 细脉 (small pulse): 当心排血量减少, 周围动脉阻力较大, 动脉充盈度降低, 脉压较小时, 脉搏细弱无力, 触之如细丝, 称细脉, 也可称丝脉 (thready pulse)。常见于大出血、主动脉瓣狭窄、休克、全身衰竭的病人, 是一种危险的脉象。

(3) 交替脉 (alternating pulse): 指节律正常而强弱交替出现的脉搏。主要由于心室收缩强弱交替出现所致, 是心肌受损的一种表现, 为左心室衰竭的重要体征。常见于高血压性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病等病人。

(4) 水冲脉 (water hammer pulse): 指脉搏骤起骤落, 犹如潮水涨落, 急促而有力。主要由于心排血量, 收缩压偏高, 舒张压偏低使脉压增大所致。常见于主动脉瓣关闭不全、先天性动脉导管未闭、甲状腺功能亢进症等病人。触诊时, 将病人手臂抬高过头, 检查者用手紧握其手腕掌面, 可明显感到急促有力的冲击。

(5) 奇脉 (paradoxical pulse): 指在平静吸气时脉搏明显减弱或消失。主要是由于吸气时左心室的搏出量减少, 是心脏压塞的重要体征之一。常见于心包积液和缩窄性心包炎病人。

(6) 重搏脉 (dicrotic pulse): 正常脉搏波在其下降支中有个重复的脉搏波 (降中波), 但比脉搏波的上升支低, 不能触及。有些病理情况下, 此波增高可以触及。发生机制可能与血管紧张度降低有关。常见于伤寒、一些长期热性病、肥厚性梗阻性心脏病等。

4. 动脉壁异常 正常脉搏用手指按压时, 远端动脉管不能触及, 若仍能触及, 则提示动脉硬化。早期硬化时可触及动脉壁弹性消失, 呈条索状; 晚期时动脉迂曲呈结节状。其原因为动脉壁的弹性纤维减少, 胶原纤维增多, 使动脉管壁变硬。

#### (二) 异常脉搏的护理

1. 加强观察 观察病人的脉搏情况及其他生命体征值, 指导病人按时服药, 并观察疗效和不良反应。

2. 充分休息 嘱病人增加卧床休息的时间,减少心肌的耗氧量。
3. 给予氧气 根据病情,可适当给予氧气吸入。
4. 急救准备 危重病人需备好急救设备及药品。
5. 心理护理 进行有针对性的心理护理,以缓解病人的紧张、恐惧情绪。
6. 健康教育 指导病人要保持情绪稳定,戒烟限酒,饮食宜清淡;教会病人及家属自我监测脉搏的方法,掌握简单的自救技巧等。

#### 四、脉搏的测量

##### (一) 脉搏测量的部位

凡是靠近骨骼的表浅大动脉均可作为测量脉搏的部位(图 6-8),临床上最常选择的诊脉部位是桡动脉。

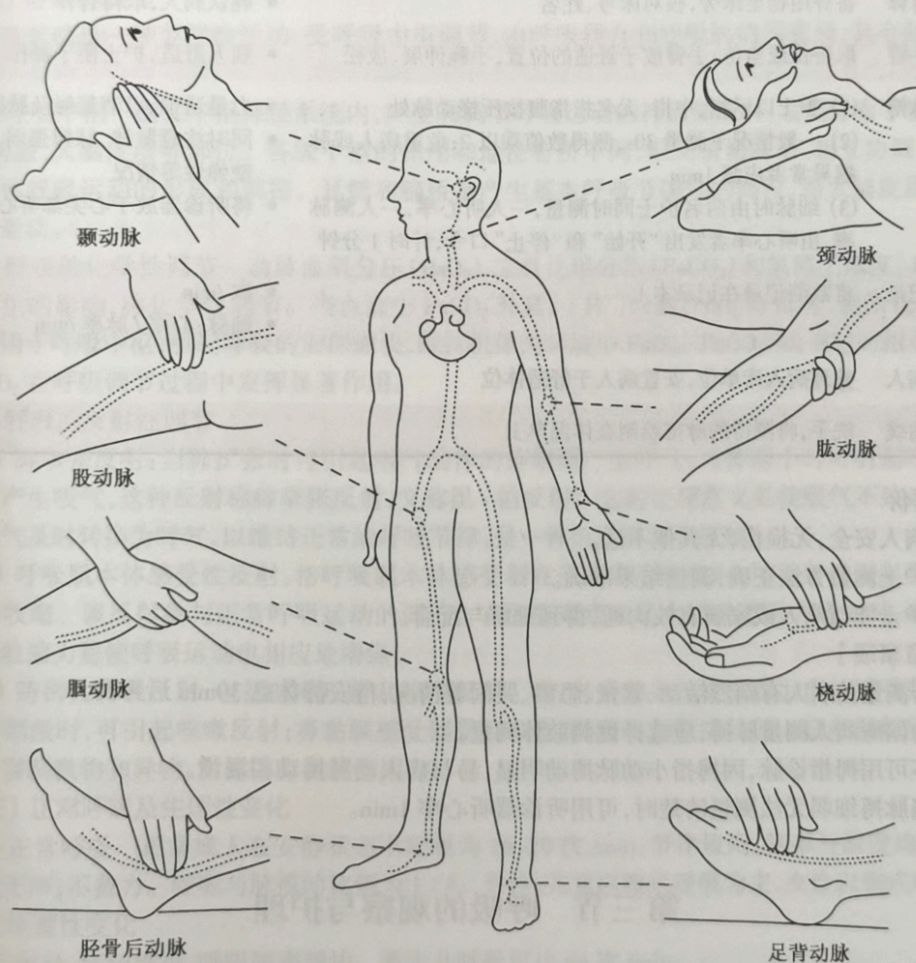


图 6-8 常用诊脉部位

##### (二) 脉搏测量的方法

###### 【目的】

判断脉搏有无异常,并观察伴随症状。为预防、诊断、治疗和护理提供依据。

###### 【操作程序】

###### 1. 评估

- (1) 病人年龄、病情、治疗等情况,测量部位的皮肤状况及肢体的活动度。
- (2) 病人在 30min 内有无影响脉搏测量准确性的因素存在。



组图:常用  
诊脉部位



(3) 病人的心理状态、合作程度。

(4) 有无安装起搏器。

2. 计划

(1) 病人准备:了解脉搏测量的目的、方法、注意事项及配合要点;体位舒适,情绪稳定。

(2) 护士准备:着装整洁,洗手,戴口罩。

(3) 用物准备:治疗盘内备秒表,记录本、笔,必要时备听诊器。

(4) 环境准备:整洁、安静、安全。

3. 实施 见表 6-4

表 6-4 脉搏测量法(以桡动脉为例)

操作流程	操作步骤	要点说明
1. 核对解释	备齐用物至床旁,核对床号、姓名	• 确认病人,取得合作
2. 安放手臂	取卧位或坐位,手臂放于舒适的位置,手腕伸展、放松	• 病人舒适,护士便于操作
3. 测量脉搏	(1) 护士以示指、中指、无名指指腹按压桡动脉处 (2) 一般情况下测量 30s,测得数值乘以 2;危重病人或脉搏异常者应测 1min (3) 绌脉时由两名护士同时测量,一人听心率,一人测脉率,由听心率者发出“开始”和“停止”口令,计时 1 分钟	• 力量适中,以清楚触及脉搏为度 • 同时注意脉律、脉搏强弱、动脉管壁弹性等情况 • 将听诊器放于心尖部听心率
4. 准确记录	将数值记录在记录本上	• 次 /min • 绌脉:心率 / 脉率 /min
5. 安置病人	整理病人床单位,安置病人于舒适体位	
6. 绘制曲线	洗手,将测得的脉搏绘制在体温单上	

4. 评价

(1) 病人安全,无损伤,无其他不适。

(2) 护士测量方法正确,测量结果准确。

(3) 护士能与病人或家属有效沟通,得到理解与配合。

【注意事项】

1. 若测量前病人有剧烈活动、紧张、恐惧、哭闹等情况,待安静休息 30min 后再测。

2. 为偏瘫病人测量脉搏,应选择健侧肢体测量。

3. 不可用拇指诊脉,因拇指小动脉搏动明显,易与病人动脉搏动相混淆。

4. 当脉搏细弱无法测量清楚时,可用听诊器听心率 1min。

### 第三节 呼吸的观察与护理

机体不断地从外界环境中摄取新陈代谢所需要的氧气,并排出自身产生的二氧化碳,这种机体与外界环境之间进行气体交换的过程,称为呼吸(respiration, R)。呼吸是维持机体生命活动所必需的基本生理活动之一,呼吸一旦停止,生命便将终结。

呼吸系统由呼吸道和肺两部分组成,呼吸道包括鼻、咽、喉、气管、支气管。

#### 一、正常呼吸及其生理性变化

##### (一) 呼吸过程

呼吸的全过程由三个相互关联的环节组成。

1. 外呼吸 即肺呼吸,是指外界环境与血液之间在肺部进行的气体交换,包括肺通气和肺换气两



2. 发药时注意倾听病人的意见 发药时如病人提出疑问,应虚心听取,重新核对,确认无误后再给病人服药。

3. 发药后观察药效和反应 发药后随时观察服药的治疗效果及不良反应,若发现异常,应及时和医生联系,酌情处理。

4. 严格执行查对制度 备药、发药时严格执行查对制度,防止差错事故发生,确保病人用药安全。



视频:全自动摆药机摆药法

### 第三节 雾化吸入法

雾化吸入法(nebulization)是用雾化装置将药液变成细微的气雾喷出,经口或鼻吸入,以达到湿化呼吸道、减轻局部炎症、祛痰、解除支气管痉挛等目的。雾化吸入时药物可直接作用于呼吸道局部,对呼吸道疾病疗效快,所以临床应用广泛。常用的方法有超声波雾化吸入法、氧气雾化吸入法、压缩雾化吸入法、手压式雾化吸入法。

#### 一、雾化吸入法的目的

1. 湿化呼吸道 常用于呼吸道湿化不足、痰液黏稠、气道不畅病人。
2. 预防呼吸道感染 常用于胸部手术前后的病人。
3. 改善通气功能 解除支气管痉挛,保持呼吸道通畅。常用于支气管哮喘等病人。
4. 控制呼吸道感染 消除炎症,减轻呼吸道黏膜水肿,稀释痰液,帮助祛痰。常用于咽喉炎、支气管扩张、肺炎、肺脓肿、肺结核等病人。
5. 治疗肺癌 间歇吸入抗癌药物治疗肺癌。

#### 二、雾化吸入法常用药物

1. 稀释痰液药物 常用 $\alpha$ -糜蛋白酶、乙酰半胱氨酸(痰易净)等,可稀释痰液,帮助祛痰。
2. 抗生素类药物 常用庆大霉素、卡那霉素,可控制呼吸道感染,消除炎症。
3. 解除支气管痉挛药物 常用氨茶碱、沙丁胺醇(舒喘灵)等,可使支气管扩张,解除支气管痉挛。
4. 减轻呼吸道黏膜水肿药物 常用地塞米松等,地塞米松与抗生素常同时使用,可增加抗炎效果,减轻呼吸道黏膜水肿。

#### 三、常用雾化吸入法

##### (一) 超声波雾化吸入法

超声波雾化吸入法(ultrasonic nebulization)是利用超声波声能,将药液变成细微的气雾,由呼吸道吸入,以达到改善呼吸道通气功能和防治呼吸道疾病的目的。

1. 基本结构 超声雾化吸入器(图9-1)是由超声波发生器、水槽、晶体换能器、雾化罐、透声膜、螺纹管和口含嘴(或面罩)组成。

2. 作用原理 超声波发生器通电后输出高频电能,电能通过水槽底部的晶体换能器转换为超声波声能,声能震动并透过雾化罐底部的透声膜作用于罐内的药液,使药液表面张力和惯性受到破坏,成为细微雾滴喷出,通过螺纹管随病人深而慢的吸气而进入呼吸道。

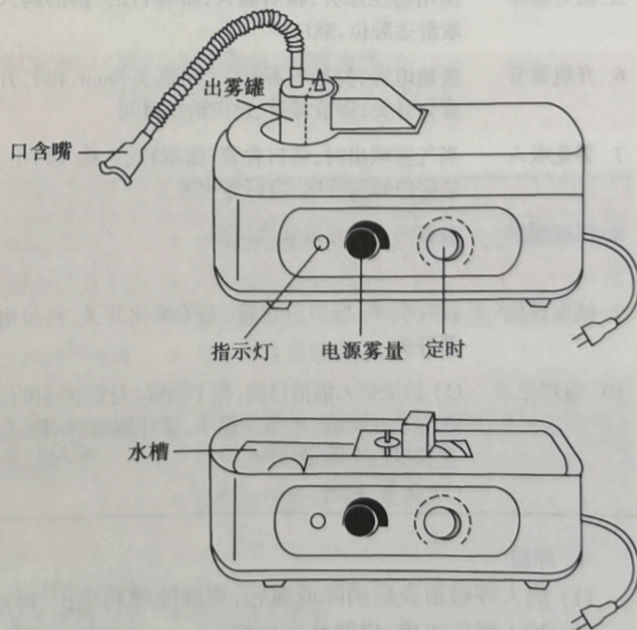


图 9-1 超声雾化吸入器



3. 作用特点 雾量大小可以调节,雾滴小而均匀(直径在  $5\mu\text{m}$  以下),药液随着深而慢的吸气可被吸入到终末支气管及肺泡。因雾化器电子部分产热,能对雾化液轻度加温,使病人吸入的气雾温暖、舒适。

#### 【目的】

同雾化吸入法的目的。

#### 【操作程序】

##### 1. 评估

- (1) 病人病情、治疗用药情况。
- (2) 病人呼吸道情况,如呼吸道是否感染、通畅,有无支气管痉挛、黏膜水肿、痰液等。
- (3) 病人面部及口腔黏膜状况,如有无感染、溃疡等。
- (4) 病人的意识状态、自理能力、心理状态及对雾化给药的认知及合作程度。

##### 2. 计划

- (1) 病人准备:明确操作目的,了解操作过程,能配合采取坐位、半坐卧位或侧卧位。
- (2) 护士准备:着装整洁,洗手,戴口罩。
- (3) 用物准备:治疗车上放超声波雾化吸入器一套,治疗盘内放置药液、冷蒸馏水、水温计、50ml注射器、弯盘、纸巾等。
- (4) 环境准备:整洁、安静、舒适、安全、室内温湿度适宜。

##### 3. 实施 见表 9-4。

表 9-4 超声波雾化吸入法

操作流程	操作步骤	要点说明
1. 检查设备	检查超声波雾化吸入器	• 确保设备功能正常
2. 连接装置	将雾化器主机与各附件连接,选择口含管	• 检查雾化器各部件完好,无松动脱落现象
3. 水槽加水	水槽内加入冷蒸馏水约 250ml,水量应浸没雾化罐底部的透声膜	• 水槽内不可加温水或热水,水槽无水时不可开机,以免损坏机器
4. 罐内加药	将药液稀释至 30~50ml 加入雾化罐内,将雾化罐放入水槽,盖紧水槽盖	• 检查无漏液
5. 核对解释	携用物至床旁,核对病人,解释目的,协助病人取舒适卧位,漱口	• 严格执行查对制度,防止差错
6. 开机调节	接通电源,打开电源开关,预热 3~5min,再打开雾化开关,调节雾量、设定治疗时间	• 根据需要调节雾量,一般雾化时间为 15~20min
7. 雾化吸入	当气雾喷出时,将口含管(面罩)放入病人口中,紧闭口唇深呼吸,进行雾化吸入	• 嘱病人做深而慢的呼吸,使气雾进入呼吸道深部
8. 巡视观察	观察病人治疗及装置情况	• 发现水槽内水温超过 $50^{\circ}\text{C}$ 或水量不足应关机更换或加入冷蒸馏水
9. 结束雾化	治疗完毕,取下口含管,先关雾化开关,再关电源开关	• 连续使用需间隔 30min
10. 整理记录	(1) 协助病人清洁口腔,擦干面部,安置舒适卧位 (2) 放掉水槽内的水并擦干,雾化罐、螺纹管、口含管浸泡于消毒液内 (3) 洗手,记录	• 防止交叉感染 • 浸泡 1h 后,再洗净晾干备用 • 记录执行时间和病人反应

#### 4. 评价

- (1) 病人呼吸道炎症消除或减轻;痰液能顺利咳出;呼吸困难缓解或消除。
- (2) 护士操作正确,机器性能良好。
- (3) 护患沟通有效,病人需要得到满足。



视频: 超声雾化吸入法



## 【注意事项】

1. 治疗前应检查机器各部件,确保性能良好,机器各部件型号一致,连接正确;使用雾化器后及时消毒雾化管道,防止交叉感染。
2. 在使用过程中,水槽内要始终维持有足够量的蒸馏水,水温不宜超过 50℃,否则应关机更换冷蒸馏水;需连续使用时,中间需间隔 30min;水槽内无水时不可开机,以免损坏机器。
3. 水槽底部的晶体换能器和雾化罐底部的透声膜薄而质脆、易损坏,在操作及清洗过程中应注意保护。
4. 治疗过程中如发现雾化罐内的药液过少需添加药液时,可直接从小孔中加入,不必关机。

## (二) 氧气雾化吸入法

氧气雾化吸入法(oxygen nebulization)是利用一定压力的氧气产生的高速气流,使药液形成雾状,随吸气进入病人呼吸道,以控制呼吸道感染和改善通气功能。临床上常用于咽喉炎、支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘、肺炎、肺脓肿、肺结核等病人。

氧气雾化吸入器(图 9-2)也称射流式雾化器,是借助高速氧气气流通过毛细管并在管口产生负压,将药液由邻近的小管吸出,所吸出的药液又被毛细管口的高速气流撞击成细微的雾滴喷出,随病人吸气而进入呼吸道。

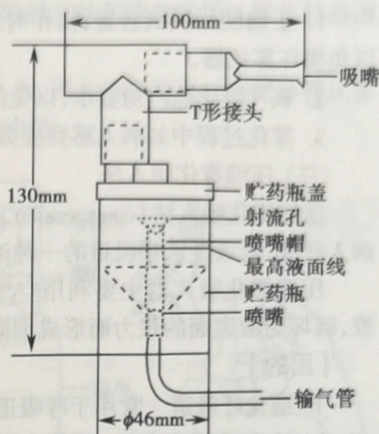


图 9-2 氧气雾化吸入器

## 【目的】

1. 解除支气管痉挛,使呼吸道通畅,改善通气功能。
2. 消除呼吸道炎症反应,稀释痰液,减轻黏膜水肿。

## 【操作程序】

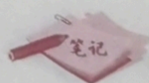
1. 评估 同超声波雾化吸入法。
2. 计划
  - (1) 病人准备:明确操作目的,了解操作过程,能配合采取坐位、半坐卧位或侧卧位。
  - (2) 护士准备:着装整洁,洗手,戴口罩。
  - (3) 用物准备:氧气雾化吸入器 1 个、供氧装置(湿化瓶内勿盛水)、根据医嘱备药液、弯盘、10ml 注射器、纸巾等。
  - (4) 环境准备:整洁、安静、舒适、室内温湿度适宜,氧气放置安全,远离火源。
3. 实施 见表 9-5。

表 9-5 氧气雾化吸入法

操作流程	操作步骤	要点说明
1. 准备用物	根据医嘱将药液稀释至 5ml 注入雾化器内	• 使用前要检查雾化吸入器、氧气装置是否完好
2. 核对解释	携用物至床旁,核对解释,嘱病人取坐位或半坐位,漱口	• 严格执行查对制度 • 教会病人正确使用氧气雾化吸入器
3. 连接氧气	将雾化器的进气口与氧气装置的输出口连接,调节氧流量 6~8L/min	• 各部件连接紧密,勿漏气
4. 雾化吸入	嘱病人手持雾化器,将吸嘴放入口中,紧闭嘴唇深吸气,用鼻呼气,如此反复直至药液吸完	• 雾化过程中,如病人感觉疲劳,可关闭氧气,休息片刻后再继续吸入
5. 巡视观察	观察病人治疗及装置情况	• 操作中严禁烟火和易燃品
6. 结束雾化	治疗毕,取下雾化器,再关氧气开关	
7. 整理记录	(1) 协助清洁口腔,擦干病人面部,安置舒适卧位 (2) 整理病人床单位,清理用物,温水冲洗雾化器,并浸泡消毒 (3) 洗手,记录	• 防止交叉感染 • 记录执行时间和病人反应



视频: 氧气雾化吸入法



## 4. 评价

- (1) 病人能正确配合,达到预期疗效,无不良反应。
- (2) 护士操作正确,用氧安全。
- (3) 护患沟通有效,病人需要得到满足。

## 【注意事项】

1. 正确使用供氧装置,操作时严禁接触烟火和易燃品,注意用氧安全。雾化时氧流量不可过大,以免损坏雾化器。
2. 氧气湿化瓶内勿盛水,以免湿化瓶内液体进入雾化器而使药液稀释影响疗效。
3. 雾化过程中如病人感到疲劳,可关闭氧气停止雾化,适时再行吸入。

## (三) 压缩雾化吸入法

压缩雾化吸入法(compression atomizing inhalation)是利用压缩空气,将药液变成细微的气雾,随着病人呼吸,药液进入呼吸道的一种治疗方法。

压缩雾化吸入器主要利用空气压缩机通电后,将空气压缩,压缩后的空气作用于雾化器内的药液,破坏药液表面的张力而形成细微的气雾,通过口含嘴随着病人的呼吸进入呼吸道。

## 【目的】

1. 湿化呼吸道 常用于呼吸道湿化不足所致的呼吸道痰液黏稠。
2. 治疗呼吸道感染 消除炎症,减轻呼吸道黏膜水肿。常用于咽喉炎、支气管扩张等病人。
3. 改善通气功能 解除支气管痉挛,保持呼吸道通畅。常用于支气管哮喘等病人。

## 【操作程序】

1. 评估 同超声波雾化吸入法。
2. 计划
  - (1) 病人准备:明确操作目的,了解操作过程,能配合采取坐位、半坐卧位或侧卧位。
  - (2) 护士准备:着装整洁,洗手,戴口罩。
  - (3) 用物准备:压缩雾化吸入器一套;治疗盘内放置药液、10ml 注射器、弯盘、纸巾等。
  - (4) 环境准备:整洁、安静、舒适、安全、室内温湿度适宜。
3. 实施 见表 9-6。

表 9-6 压缩雾化吸入法

操作流程	操作步骤	要点说明
1. 连接装置	(1) 连接压缩机空气导管 (2) 取下喷雾器的上半部分和进气活瓣,注入药液(2~8ml)后再安装好 (3) 喷雾器与压缩机上空气导管相连接	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 使用前认真检查机器性能,正确连接</li> </ul>
2. 核对解释	携用物至床旁,核对解释,协助病人取舒适卧位	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 严格执行查对制度,防止差错</li> <li>• 教会病人使用压缩雾化器</li> </ul>
3. 雾化吸入	打开压缩机开关,指导病人手持雾化器,紧闭双唇含住口含管,进行呼吸	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 嘱病人进行深而慢的呼吸</li> <li>• 喷雾器冒出的雾气变得不规则时,立即停止治疗</li> </ul>
4. 巡视观察	观察病人治疗及装置情况	
5. 结束雾化	当听到指示信号响,表明药液雾化完毕,取下口含管,关电源开关,拔下空气导管	
6. 整理记录	(1) 协助清洁口腔,擦干病人面部,协助其取舒适体位 (2) 拆开压缩雾化器的所有部件,口含管放入消毒液内浸泡 (3) 洗手,记录	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 协助病人翻身叩背,促进痰液排出</li> <li>• 防止交叉感染</li> <li>• 浸泡 1h 后,再洗净晾干备用</li> <li>• 记录执行时间和病人反应</li> </ul>

## 4. 评价 同超声波雾化吸入法。

## 【注意事项】

1. 压缩雾化吸入器在使用时要放在平坦、光滑且稳定的平面上,切勿放置在地毯或粗糙的表面上,以免堵塞通风口;操作时不能覆盖压缩机表面。

2. 压缩雾化吸入器在使用时一定要连接牢固,导管一端连接压缩机,一端连接雾化器。

3. 每次治疗结束后,雾化器所有的配件都要进行清洁,彻底清除残留的药液和污垢。雾化器必须进行消毒、灭菌后,才能继续使用。

4. 有时在吸入过程中因温度变化,导管内会因冷凝作用出现水汽,因此治疗结束后应把导管从雾化器上拔下,打开压缩机开关,让压缩气流通过导管,直至吹干导管内壁。

5. 吸气时按住间断控制按钮,慢慢吸入药雾;呼气时,松开间断控制按钮,直接通过口含嘴将空气呼出。间断控制按钮的作用是控制药雾的输出,减少药雾浪费。

## (四) 手压式雾化吸入法

手压式雾化吸入法(hand pressure atomizing inhalation)是将药液预置于雾化器内的送雾器中,将雾化器倒置,利用其内腔形成的高压,用拇指按压雾化器顶部(图 9-3),药液便可从喷嘴射出,形成细微的气雾,作用于口腔及咽部气管、支气管黏膜,进而被局部吸收的治疗方法。适用于支气管哮喘和喘息性支气管炎的对症治疗。

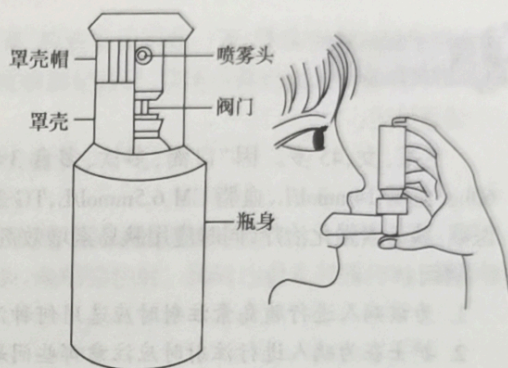


图 9-3 手压式雾化器

## 【目的】

主要适用于应用肾上腺素类药、氨茶碱或沙丁胺醇等支气管解痉药。

## 【操作程序】

1. 评估 同超声波雾化吸入法。

2. 计划

(1) 病人准备:明确操作目的,了解操作过程,能配合采取坐位、半坐卧位或侧卧位。

(2) 护士准备:着装整洁,洗手,戴口罩。

(3) 用物准备:手压式雾化器 1 个、弯盘、根据医嘱备药液。

(4) 环境准备:整洁、安静、舒适、安全、室内温湿度适宜。

3. 实施 见表 9-7。

表 9-7 手压式雾化吸入法

操作流程	操作步骤	要点说明
1. 准备用物	按医嘱准备手压式雾化吸入器(内含药物)	• 使用前要检查雾化吸入器是否完好
2. 核对解释	携用物至床旁,确认病人,解释,嘱病人取舒适体位	• 严格执行查对制度 • 教会病人使用手压式雾化吸入器
3. 雾化吸入	(1) 将雾化器倒置,接口端放入双唇间,平静呼气 (2) 吸气开始时按压气雾瓶顶部,使之喷药,深吸 气、屏气、呼气,反复 1~2 次	• 紧闭嘴唇 • 尽可能延长屏气时间(最好能维持 10s 左右),然后呼气
4. 结束雾化	治疗毕,取下雾化器	
5. 整理记录	(1) 协助清洁口腔,擦干病人面部,安置舒适卧位 (2) 洗手,记录	• 雾化器使用后放在阴凉处(30℃以下)保存。其塑料外壳应定期用温水清洁 • 记录执行时间和病人反应

4. 评价 同超声波雾化吸入法。

#### 【注意事项】

1. 使用雾化器之前应检查雾化器各部件是否完好,有无松动、脱落等异常情况。
2. 深吸气时药液经口腔吸入,尽量延长屏气时间,然后再呼气,提高治疗效果。
3. 每次进行 1~2 喷,两次之间的间隔时间不少于 3~4h。
4. 雾化器使用后应放置在阴凉处保存,塑料外壳要定期清洁。



组图: 各种雾化器

## 第四节 注射给药法

### 情景导入

#### 情景描述:

王某,女,45岁。因“口渴、多饮、多食3年,加重10d”入院。入院评估:身高160cm,体重60kg,血糖14mmol/L,血脂CM 6.5mmol/L,TG 2.4mmol/L,尿酮体(-)。经医生诊断为2型糖尿病,医嘱:胰岛素强化治疗,同时应用胰岛素增效剂,以改善胰岛素抵抗。

#### 请问:

1. 为该病人进行胰岛素注射时应选用何种注射方法?
2. 护士在为病人进行注射时应注意哪些问题?
3. 注射给药时应遵循的注射原则是什么?

注射法(injection)是将无菌的药液或生物制剂注入体内,达到预防、诊断、治疗疾病的一种给药方法。注射给药具有吸收快,血药浓度迅速升高,给药量准确的特点,适用于需要药物迅速发生作用,或因各种原因不能经口服给药的病人。但注射法是有创治疗,可引起疼痛或潜在并发症。常用注射法根据针头刺入的组织不同分为皮内注射、皮下注射、肌内注射、静脉注射及动脉注射,在进行各种注射时都必须遵循注射原则。

### 一、注射原则

#### (一) 严格遵守无菌操作原则

1. 环境清洁,符合无菌技术操作要求。
2. 注射前护士必须洗手,戴口罩,保持着装整洁。必要时戴手套。
3. 注射器空筒的内壁、活塞、乳头和针头的针梗、针尖必须保持无菌。
4. 注射部位皮肤按要求进行消毒,并保持无菌。皮肤常规消毒方法采用无菌棉签蘸取安尔碘原液或0.5%碘伏,以注射点为中心,由内向外螺旋式旋转涂擦2遍,直径应在5cm以上,待干后即可注射。还可用2%碘酊,同法涂擦1遍,待干(约20s)后,用75%乙醇棉签以同法脱碘2遍,待干后方可注射。

#### (二) 严格执行查对制度

1. 严格执行“三查七对”,确保用药安全。
2. 认真检查药物质量,如发现药物有变质、变色、浑浊、沉淀、过期或安瓿有裂痕或密封瓶盖松动等现象,均不可使用。

#### (三) 严格执行消毒隔离制度

1. 注射时做到一人一套物品,包括注射器、针头、止血带、治疗巾等,避免交叉感染。
2. 所有物品须按消毒隔离制度和一次性用物处理原则进行处理,不可随意丢弃。
3. 注射前后护士须消毒双手,避免交叉感染。

#### (四) 做好注射前准备

1. 选择合适的注射器和针头 根据药液量、黏稠度和刺激性的强弱以及给药途径选择注射器和针头。注射器应完好无损、不漏气;针头锐利、无钩、无弯曲,型号合适;注射器和针头衔接必须紧密。

4. 温度 用冷的温度与体表的温度相差越大,机体对冷刺激的反应越强;反之则越弱。另外,环境温度也会影响冷疗效果,如室温过低,冷疗效果增强;室温过高,冷疗效果降低。

5. 部位 冷疗的部位不同,疗效也不相同。血管粗大、血流较丰富的体表部位,冷疗的效果较好。因此,为高热病人行物理降温时,将冰袋、冰囊放置在颈部、腋下、腹股沟等体表大血管处,以增加散热,增强降温效果。另外,皮肤较薄或不经常暴露的部位对冷刺激的反应明显,效果较好。

6. 个体差异 不同年龄、性别、身体状况、居住习惯、肤色的个体对冷疗法的反应不同。老年人因体温调节能力较差,对冷刺激的敏感性降低;婴幼儿体温调节中枢发育不完善,对冷刺激的适应能力有限。昏迷、瘫痪、血液循环不良、血管硬化、感觉迟钝等病人,对冷刺激的敏感性也降低;在为这些病人进行冷疗时应特别注意温度的选择,防止发生冻伤。

### (二) 影响热疗的因素

1. 方法 热疗分为干热和湿热两种。干热疗法以空气或媒介物传导温度,具有保温时间较长、不会浸湿皮肤、烫伤危险性较小及病人更易耐受等特点;湿热疗法通过水传导温度,具有穿透力强、不易使病人皮肤干燥、体液丢失较少且病人主观感觉较好。因水的传导性能比空气好,渗透力强,速度快,所以湿热疗法的效果优于干热疗法。相同状态下,干热 50~70℃ 可达到治疗效果,而湿热只需 40~60℃ 即可达到治疗效果。

2. 面积 热疗的效果与应用面积成正比,应用面积越大,疗效越强;反之则越弱。但热疗的面积越大,病人的耐受性也越差。在使用大面积热疗时,应密切观察病人局部及全身反应,以保证热疗安全、有效。

3. 时间 在一定的治疗时间内,机体的反应随热疗时间的增加而增强,但如果持续用热时间过长,已扩张的小动脉会收缩而出现继发效应。

4. 温度 用热疗法的温度与体表的温度相差越大,机体反应越强;反之则越弱。另外,环境温度也会影响热疗的效果,当环境温度高于或等于身体温度时,热疗效果增强。

5. 部位 血管粗大、血流较丰富的体表部位,热疗的效果较好;皮肤较薄或不经常暴露的部位对热刺激的反应较明显,效果较好。

6. 个体差异 老年人因体温调节能力较差,对热刺激的敏感性降低;婴幼儿体温调节中枢发育不完善,对热刺激的适应能力有限;昏迷、瘫痪、血液循环不良、血管硬化、感觉迟钝等病人,对热刺激的敏感性也降低。在为这些病人进行热疗时应特别注意温度的选择,防止烫伤。

## 第二节 冷疗法的应用



### 情景导入

情景描述:

护士小肖在值班时接收了一位“肺炎球菌肺炎”的 23 岁小伙子,期间发现病人呼吸急促, R 26 次 /min, P 128 次 /min, T 39.8℃, 遂汇报医生,医生开出医嘱让小肖为病人乙醇拭浴。

请问:

1. 乙醇拭浴的目的是什么?
2. 为该病人拭浴时为什么要在头部置冰袋和足部置热水袋? 何时可以取下冰袋?
3. 拭浴过程中在哪些部位应当适当延长拍拭时间? 哪些部位禁忌拍拭?

冷疗法(cryotherapy)是用低于人体温度的物质,作用于机体的局部或全身,以达到止血、止痛、消炎和退热的治疗方法。

冷疗法可分为局部冷疗法和全身冷疗法两种。常用的局部冷疗法有冰袋、冰囊、冰帽、冰槽、冷湿敷和化学致冷袋等;全身冷疗法有乙醇拭浴、温水拭浴等。

## 一、局部冷疗法

### (一) 冰袋(冰囊)的使用

#### 【目的】

降温、消炎、止血、镇痛。

#### 【操作程序】

##### 1. 评估

- (1) 病人的年龄、病情、体温、治疗情况、意识状态。
- (2) 病人局部皮肤状况、循环状况,对冷的耐受度,有无感觉障碍等。
- (3) 病人的心理状态、活动能力及配合程度。

##### 2. 计划

- (1) 病人准备:了解冰袋(冰囊)冷疗的目的、方法、注意事项及配合要点;排空大小便,取舒适卧位。
- (2) 护士准备:着装整洁,洗手,戴口罩。
- (3) 用物准备:治疗盘内备冰袋或冰囊(图 11-1)、布套、毛巾、帆布袋、木槌。治疗盘外备冰块、盆及冷水、漏勺,手消毒液。

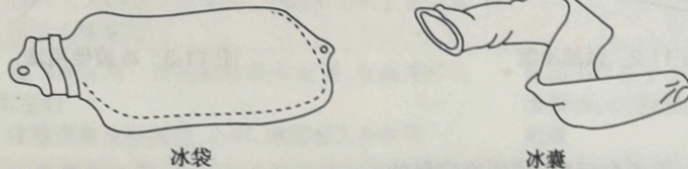


图 11-1 冰袋、冰囊

- (4) 环境准备:整洁、安静、舒适、安全。酌情关门窗,必要时用床帘或屏风遮挡病人。

##### 3. 实施 见表 11-2。

表 11-2 冰袋使用法

操作流程	操作步骤	要点说明
1. 核对解释	认真核对、评估病人并做好解释	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病人或家属理解使用冰袋的意义,愿意接受</li> </ul>
2. 备好用物	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 备齐所需用物,检查冰袋有无破损、漏气</li> <li>(2) 将冰块装入帆布袋,用木槌敲成小块,放入盆内用冷水冲去棱角</li> <li>(3) 将小冰块装入冰袋 1/2~2/3 满,驱出袋内空气,夹紧袋口</li> <li>(4) 用毛巾擦干冰袋,倒提抖动检查无漏水后套上布套</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 确保冰袋可正常使用</li> <li>• 防止冰块棱角损坏冰袋发生漏水</li> <li>• 空气可加速冰的融化,使冰袋与皮肤的接触面积减少,降低治疗效果</li> <li>• 防止冰袋漏水冻伤病人或引起不适感</li> </ul>
3. 再次核对	将冰袋携至病床旁,认真核对病人并做好解释	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 确认病人,取得合作</li> </ul>
4. 放置冰袋	<p>将冰袋置于冷敷部位(或将冰袋悬挂吊起,仅底部与治疗部位皮肤接触)</p> <p>高热病人降温时冰袋置于病人前额或头顶(冰囊可置于体表大血管分布处:颈部两侧、腋窝、腹股沟等);鼻出血者将冰囊置于鼻部;扁桃体摘除术后将冰囊置于颈前颌下(图 11-2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 避免压迫局部组织,阻碍血液循环</li> <li>• 冰块已融化应及时更换,以保证疗效</li> <li>• 冰袋置于前额时,为减轻局部的压力,需将冰袋悬吊于支架上,但要确保冰袋与前额皮肤的接触(图 11-3)</li> </ul>
5. 严密观察	注意观察皮肤及病人反应,冰袋有无异常,倾听病人主诉	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 防止发生血液循环障碍或冻伤</li> </ul>
6. 撤除冰袋	30min 后撤除冰袋,协助病人卧于舒适卧位,整理病人床单位	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 防止产生继发效应</li> </ul>



组图: 冰袋、冰囊



续表

操作流程	操作步骤	要点说明
7. 整理用物	整理用物,倒空冰袋,倒挂晾干,吹入少量空气后夹紧袋口,置阴凉处备用;布套清洁后晾干备用	• 防止冰袋内面相互粘连
8. 准确记录	洗手,记录	• 记录用冷部位、时间、效果、局部反应及病人反应



图 11-2 颈部冷敷

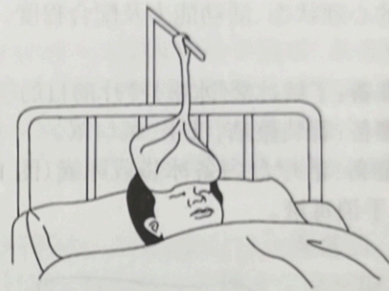


图 11-3 冰袋使用法

4. 评价

- (1) 病人无冻伤、无不良反应,达到冷疗目的。
- (2) 护士操作熟练,动作轻巧。
- (3) 护士能与病人或家属有效沟通,得到理解与配合。

【注意事项】

1. 注意观察病人局部皮肤变化,每 10min 查看一次局部皮肤颜色,如出现苍白、青紫、麻木等情况应立即停止用冷并给予相应处理。
2. 高热病人降温时,用冷 30min 后应测量体温并记录,当体温降至 39℃ 以下可停止用冷。
3. 用冷的时间正确,最长不超过 30min,需长时间用冷者应休息 1h 后再重复使用,以防发生不良反应。
4. 用冷过程中应随时观察并检查冰袋是否夹紧,有无发生漏水。冰块完全融化时,应立即更换并保持布袋的干燥。

(二) 冰帽(冰槽)的使用

【目的】

头部降温,预防脑水肿,减轻脑细胞损害。

【操作程序】

1. 评估
  - (1) 病人的年龄、病情、治疗情况、意识状态。
  - (2) 病人头部状况。
  - (3) 病人的心理状态、活动能力及配合程度。
2. 计划
  - (1) 病人准备:了解冰帽(冰槽)冷疗的目的、方法、注意事项及配合要点;排空大小便,取舒适卧位。
  - (2) 护士准备:着装整洁,洗手,戴口罩。
  - (3) 用物准备
    - 1) 治疗车上层:治疗盘内备帆布袋、木槌、海绵垫、不脱脂棉球、凡士林纱布、肛表。治疗盘外备冰帽或冰槽(图 11-4)、

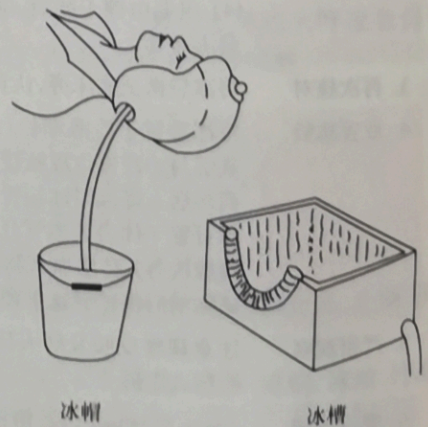


图 11-4 冰帽或冰槽



组图: 冰帽



冰块、盆及冷水、勺、手消毒液。

2. 治疗车下层:水桶、生活垃圾桶、医用垃圾桶。

(4) 环境准备:整洁、安静、舒适、安全。酌情关门窗,必要时用床帘或屏风遮挡病人。

3. 实施 见表 11-3。

表 11-3 冰帽的使用法

操作流程	操作步骤	要点说明
1. 核对解释	认真核对、评估病人并做好解释	<ul style="list-style-type: none"> <li>病人或家属理解使用冰帽的意义,愿意接受</li> </ul>
2. 备好用物	(1) 备齐所需用物,检查冰帽有无破损、漏水 (2) 将冰块敲成小块、冲去棱角(方法同冰袋) (3) 将小冰块装入冰帽约 2/3 满,驱出帽内空气,旋紧冰帽口,用毛巾擦干冰帽,检查无漏水	<ul style="list-style-type: none"> <li>确保冰帽可正常使用</li> <li>防止冰块棱角损坏冰帽发生漏水</li> <li>防止冰帽漏水冻伤病人或引起不适感</li> </ul>
3. 再次核对	将冰帽携至床旁,再次核对病人	<ul style="list-style-type: none"> <li>确认病人</li> </ul>
4. 放置冰帽	(1) 在病人后颈部、双耳外侧与冰帽接触的部位垫海绵(使用冰槽者需在耳内塞不脱脂棉球,双眼盖凡士林纱布) (2) 将病人头部置于冰帽中,冰帽的引水管置水桶中,注意水流情况	<ul style="list-style-type: none"> <li>防止病人的枕后及外耳发生冻伤</li> <li>防止冰水流入耳内;保护后颈及角膜</li> </ul>
5. 严密观察	(1) 每 30min 测一次生命体征并记录,肛温维持在 33℃ 左右 (2) 注意观察皮肤颜色、心率、冰帽有无异常等	<ul style="list-style-type: none"> <li>肛温不可低于 30℃,以防发生心房纤维颤动、心室纤维性颤动或房室传导阻滞</li> </ul>
6. 撤除冰帽	30min 后撤除冰帽,协助病人卧于舒适卧位,整理病人床单位	<ul style="list-style-type: none"> <li>防止继发效应</li> </ul>
7. 整理用物	整理用物,冰帽处理同冰袋,将冰水倒空,消毒备用	<ul style="list-style-type: none"> <li>防止粘连</li> </ul>
8. 准确记录	洗手,记录	<ul style="list-style-type: none"> <li>记录用冷部位、时间、效果、局部反应及病人反应</li> </ul>

#### 4. 评价

(1) 病人无冻伤、无不良反应,达到冷疗目的。

(2) 护士操作熟练,动作轻巧。

(3) 护士能与病人或家属有效沟通,得到理解与配合。

#### 【注意事项】

1. 密切观察病人病情、体温及心率变化,防止发生心房纤维性颤动、心室纤维性颤动或房室传导阻滞等。每 30min 测量生命体征一次,肛温不能低于 30℃。

2. 观察头部皮肤变化,每 10min 查看一次局部皮肤颜色,尤其注意病人耳廓部位有无发紫、麻木及冻伤发生。

3. 用冷时间不可超过 30min,如需再使用,应休息 1h,让局部组织复原后再重复使用,以防发生不良反应。

### 知识拓展

#### 冷疗敷料法

冷疗敷料,以水凝胶为基质,水凝胶中含有 96% 的水,由于水分和一些挥发性物质缓慢蒸发使局部皮肤冷却,冷却作用长达 6h。冷疗敷料以创伤伤口局部蒸发散热为其主要方式,在高温高湿条件下,冷疗敷料可阻止创面的余热以及对抗湿热因素所致热损伤的叠加作用,减轻创面病理损伤程度,有效地阻止创面损伤的进程,缩短愈合时间。早期应用冷疗还可以减少创面及周围组织的渗出,切断渗出、水肿、缺氧的恶性循环,对创面有保护作用。

笔记

(三) 冷湿敷法

【目的】

降温,早期扭伤、挫伤的消肿、止痛。

【操作程序】

1. 评估 同冰袋冷疗法,注意有无伤口。
2. 计划
  - (1) 病人准备:了解冷湿敷法的目的、方法、注意事项及配合要点;排空大小便,取舒适卧位。
  - (2) 护士准备:着装整洁,洗手,戴口罩。
  - (3) 用物准备
    - 1) 治疗车上层:治疗盘内备敷布2块、钳子2把、凡士林、纱布、棉签、弯盘、塑料薄膜、棉垫或毛巾、橡胶单、治疗巾。治疗盘外备小盆(内置冰水),手消毒液。必要时备换药用物。
    - 2) 治疗车下层:生活垃圾桶、医用垃圾桶。
  - (4) 环境准备:整洁、安静、舒适、安全。酌情关门窗,必要时用床帘或屏风遮挡病人。
3. 实施 见表 11-4。

表 11-4 冷湿敷法

操作流程	操作步骤	要点说明
1. 核解释释	认真核对、评估病人并做好解释	• 病人或家属理解冷湿敷的意义,愿意接受
2. 备好用品	根据病人局部情况备齐所需用品	• 伤口处冷敷应备无菌用品及换药用物
3. 再次核对	携用品至病床旁,再次核对病人	• 确认病人
4. 安置体位	协助病人取舒适卧位,暴露治疗部位	• 必要时用床帘或屏风遮挡,保护病人自尊
5. 湿敷患处	(1) 在治疗部位下垫橡胶单及治疗巾,涂凡士林于患处(范围略大于患处) (2) 将敷布浸入冰水盆中,并将敷布拧至不滴水 (3) 抖开敷布敷于患处,上盖塑料薄膜及棉垫或毛巾,为高热病人降温时敷于前额 (4) 每 3~5min 更换一次敷布,及时更换盆内冰水,治疗时间以 15~20min 为宜	• 凡士林能减缓冷传导,防止冻伤,保持冷疗效果 • 盖纱布可防凡士林粘在敷布上 • 敷布需浸透 • 塑料薄膜可防止棉垫或毛巾潮湿;棉垫或毛巾等可维持冷疗温度 • 确保冷敷效果,防止继发效应
6. 严密观察	注意观察局部皮肤及病人反应,倾听病人主诉	
7. 整理用品	(1) 治疗完毕,撤去用品,用纱布擦去凡士林,协助病人卧于舒适卧位,整理病人床单位 (2) 整理用品,按规定消毒处理后放回原处	
8. 准确记录	洗手,记录	• 记录冷湿敷的部位、时间、效果、局部反应及病人反应

4. 评价

- (1) 病人无冻伤、无不良反应,达到冷湿敷的目的。
- (2) 护士操作熟练,动作轻巧。
- (3) 护士能与病人或家属有效沟通,得到理解与配合。

【注意事项】

1. 注意观察局部皮肤变化,每 10min 查看一次局部皮肤颜色。
2. 使用过程中检查湿敷情况,及时更换敷布。如湿敷部位为开放性伤口,须按无菌技术操作处理伤口。
3. 若为高热病人降温时,则冷湿敷后 30min 应为病人测量体温,并将测量结果记录在体温单上。



## 二、全身冷疗法

全身冷疗法是利用乙醇或温水接触身体皮肤,通过乙醇或温水的蒸发和传导作用来增加机体的散热,达到降温目的。

### 【目的】

为高热病人降温。

### 【操作程序】

#### 1. 评估

- (1) 病人的年龄、病情、治疗情况、过敏史、意识状态。
- (2) 拭浴前体温及皮肤状况,循环状况,对冷的耐受度,有无感觉障碍等。
- (3) 病人的心理状态、活动能力及配合程度。

#### 2. 计划

(1) 病人准备:了解乙醇或温水拭浴法的目的、方法、注意事项及配合要点;排空大小便,取舒适卧位。

(2) 护士准备:着装整洁,洗手,戴口罩。

#### (3) 用物准备

1) 治疗车上层:治疗盘内备大毛巾、小毛巾、热水袋及套、冰袋及套;治疗盘外备脸盆(内盛放 32~34℃ 温水 2/3 满或盛放 30℃、25%~35% 乙醇 200~300ml),手消毒液。必要时备干净衣裤。

2) 治疗车下层:医疗垃圾桶、生活垃圾桶。必要时备便器。

(4) 环境准备:整洁、安静、舒适、安全。酌情关门窗,必要时用床帘或屏风遮挡病人。

3. 实施 见表 11-5。

表 11-5 乙醇或温水拭浴法

操作流程	操作步骤	要点说明
1. 核解释释	认真核对、评估病人并做好解释	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病人或家属理解乙醇或温水拭浴的意义,愿意接受</li> </ul>
2. 备好用物	备齐用物,按热水袋、冰袋使用法备好热水袋、冰袋	
3. 再次核对	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 携用物至床旁,再次核对病人</li> <li>(2) 用床帘或屏风遮挡,松开床尾盖被,按需给予便器,协助病人脱去上衣,松解裤带</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 确认病人</li> <li>• 注意保暖、保护病人自尊,尽量减少暴露</li> </ul>
4. 安置冰袋	置冰袋于头部	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 冰袋置头部有助降温并可防止拭浴时表皮血管收缩、头部充血</li> </ul>
5. 置热水袋	置热水袋于足底	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 热水袋置足底可促进足底血管扩张,减轻头部充血并使病人感觉舒适</li> </ul>
6. 拍拭上肢	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 协助病人脱去衣裤,将大浴巾垫于拭浴部位下,小毛巾浸入盛有乙醇或温水的小盆中,拧至半干,缠于手上成手套状,以离心方向拍拭,擦拭完毕用大毛巾擦干皮肤</li> <li>(2) 双上肢:病人取仰卧位,按以下顺序擦拭:颈外侧→肩→上臂外侧→前臂外侧→手背;侧胸→腋窝→上臂内侧→肘窝→前臂内侧→手心</li> <li>(3) 先擦洗近侧后对侧</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 拭浴时避免使用摩擦的方式,防止摩擦生热</li> <li>• 每拍拭一个部位更换一次小毛巾,以维持拭浴温度</li> <li>• 每侧肢体或背腰部拍拭 3min,拭浴全过程不宜超过 20min,防止发生继发效应</li> <li>• 擦拭至腋窝、肘窝、手心处可稍用力拍拭并适当延长拍拭时间,以促进散热</li> </ul>



视频:温水拭浴法



操作流程	操作步骤	要点说明
7. 拍拭背腰部	(1) 协助病人侧卧,分上、中、下三部分纵向拍拭背部 (2) 擦拭顺序:颈下肩部→臀部 (3) 协助病人穿衣	
8. 拍拭下肢	(1) 协助病人取仰卧位,脱去裤子 (2) 擦拭顺序:髌骨→下肢外侧→足背;腹股沟→下肢内侧→内踝;臀下→大腿后侧→腘窝→足跟 (3) 先擦洗近侧后对侧 (4) 协助病人穿好裤子,卧于舒适卧位	• 擦拭至腹股沟、腘窝处可稍用力拍拭并适当延长拍拭时间,以促进散热
9. 严密观察	注意观察局部皮肤及病人反应,倾听病人主诉	• 如有异常,停止拭浴,及时处理
10. 撤热水袋	拭浴毕,取下热水袋,根据需要为病人更换干净的衣裤,整理病人床单位	
11. 整理用物	整理用物,按规定消毒处理后放回原处	
12. 撤去冰袋	30min 后测体温,若体温降至 39℃ 以下,取下头部冰袋	• 取下冰袋后,可酌情给予热饮料,帮助降温,防止病人虚脱
13. 准确记录	洗手,记录	• 记录拭浴时间、效果、局部反应及病人反应

#### 4. 评价

- (1) 病人无畏冷、寒战、不适等不良反应。30min 后体温有所下降,达到乙醇或温水拭浴法的目的。
- (2) 护士操作熟练,动作轻巧。
- (3) 护士能与病人或家属有效沟通,得到理解与配合。

#### 【注意事项】

1. 擦浴过程中,注意观察局部皮肤情况及病人反应,重点观察皮肤表面有无发红、苍白、出血点,如病人出现寒战、面色苍白、脉搏及呼吸异常等应立即停止操作,报告医生给予处理。
2. 禁忌拍拭胸前区、腹部、后项、足心等部位,以免引起不良反应。
3. 乙醇刺激性较强,不可用于血液病病人及婴幼儿。
4. 拭浴时以拍拭(轻拍)方式进行,不能用摩擦方式,避免摩擦生热。

### 第三节 热疗法的应用



#### 情景导入

情景描述:

肛肠科病区一位“混合痔”的35岁女病人,于昨日上午9时手术,术后病人主诉切口轻度疼痛,切口敷料干燥,无渗血,并于今天16时自排大便一次,质软成形,便后准备用高锰酸钾坐浴。小张是这位病人的责任护士。

请问:

1. 该病人进行高锰酸钾坐浴的目的是什么?
2. 小张应该怎样指导病人进行坐浴?

热疗法(thermotherapy)是一种利用高于人体温度的物质,作用于机体的局部或全身,以达到促进血液循环、消炎、解痉和缓解疲劳的治疗方法。