

### 第三章舒适与安全

1. 说出影响患者舒适的因素。
2. 能够识别和观察引起患者不舒适的原因及影响因素并提供恰当的护理措施。
3. 准确叙述各种卧位的适用范围及卧姿要求。
4. 正确解释：舒适、被动卧位、主动卧位、被迫卧位、疼痛。
5. 熟练完成常用卧位的安置，确保患者安全、舒适。
6. 能够正确协助患者改变卧位。
7. 阐述疼痛的常见原因和影响疼痛的因素。
8. 能够根据患者的情况选择适合的保护措施并正确应用。

#### 案例

高先生，男，82岁，咳嗽反复发作30余年，近一个月以来病情加重，昨日开始咳痰且痰液黏稠。目前患者咳喘加重，夜间不能平卧，活动量明显减少，行走30m以内即出现喘憋，以“慢性支气管炎急性发作、肺心病”由门诊收入院进一步治疗。

#### 问题：

1. 为促进患者舒适，应为其安置哪种卧位？
2. 为什么采取此种卧位？
3. 安置卧位时应该注意什么问题？

舒适与安全是人类的基本需要，其范围涉及生理、心理、精神、道德以及社会、环境等各个方面。个体处于最佳的健康状态时，会通过自身的调节来满足其舒适与安全的需要。一旦患病，个体正常状态受到破坏，舒适与安全受到威胁，就会处于不舒适状态。因此，护士应密切观察患者有无不舒适的感觉，及时分析影响患者舒适与安全的因素，提供恰当的护理措施，满足患者的舒适与安全的需要。

### 第一节舒适

#### 一、舒适的概念

##### (一) 舒适

**舒适 (comfort)是指个体身心处于轻松、自在、满意、无焦虑、无疼痛的健康、安宁状态时的一种自我感觉。**

舒适是自我满足的一种主观感觉，每个人因生理、心理、社会、文化背景等诸多因素的影响，对舒适的感受会有所不同。人处于舒适状态下，不仅有利于疲劳的恢复，同时更有利于疾病的痊愈。个体的舒适包括四个方面：

1. **生理舒适** 指个体身体上的舒适感觉，如充足的睡眠、疼痛的解除等。

2. **心理舒适** 指信仰、信念、自尊、自我实现、生命价值等精神需求的满足，如顺利的升学、手术的成功等。

3. **环境舒适** 指环境中适宜的声音、光线、颜色、温湿度等使个体产生舒适的感觉，如安静整洁的环境、适宜的温度和湿度等。

4. **社会舒适** 包括人际关系、家庭和社会关系的和谐，如护患关系和谐、家庭关系和谐等。

## **(二) 不舒适**

是指个体身心不健全或有缺陷、周围环境不适宜或有不良刺激时，机体出现病理现象、身心负荷过重时的一种自我感觉。

不舒适 (discomfort) 的表现有烦躁不安、紧张焦虑、精神不振、疲乏、失眠、疼痛以及身体无力，难以坚持日常的工作和生活等。其中疼痛是不舒适中最为严重的表现形式。

舒适与不舒适之间没有截然的分界线，每个人每时每刻都处在舒适与不舒适之间，这种感觉呈动态变化。同时这种感觉也受生理、心理、社会、精神等因素的影响而存在差异。因此，在日常护理工作中，护士应密切观察患者的表情和行为，认真倾听患者的表述和家属提供的信息，收集各种主观和客观资料，用动态的观点评估患者舒适与不舒适的程度，为患者创造一个舒适的环境。

## **二、影响舒适的因素**

### **(一) 身体因素**

1. 个人卫生由于疾病原因导致长期卧床，日常活动受限，生活不能自理，个人卫生状况不佳，如口臭、汗臭、皮肤污秽、瘙痒等会引起不适。

2. 疾病影响疾病导致的疼痛、恶心、呕吐、咳嗽、腹胀、发热等造成机体不舒适。

3. 体位不当关节过度屈曲或伸张、肌肉过度紧张或牵拉、身体某些部位长期受压，以及疾病所致的强迫体位等原因致使局部肌肉和关节疲劳、麻木、疼痛而引起不适。

4. 活动受限使用石膏、夹板、约束带等限制患者活动时可造成不适。

### **(二) 心理因素**

1. 焦虑恐惧疾病除给患者带来身体不适外，还给患者带来心理上的压力，患者通常担心疾病造成的伤害及不能忍受治疗过程中的痛苦，对疾病和死亡充满恐惧。

2. 不被尊重担心被医护人员疏忽、冷落，得不到护士的照顾与关心、身体隐私部位被暴露，引起不被尊重的感觉，自尊心受到损害等。

3. 面对压力对必须面对的手术与治疗感到担心,对疾病的康复缺乏信心。

### **(三) 社会因素**

1. 缺乏支持系统与家人隔离或被亲朋好友忽视,缺乏经济支持等。

2. 角色适应不良担心家庭、孩子或工作等,出现角色行为冲突、角色行为紊乱,而不能安心休养,影响疾病的康复。

3. 人际关系陌生在医院特定的人际环境下,与医护人员之间的沟通障碍,会处于极度不舒适状态。

### **(四) 环境因素**

1. 不适宜的社会环境新入院患者对医院环境、病室环境不适应,缺乏安全感。

2. 不适宜的物理环境住院环境中包括病室内的温度、湿度、光线、颜色、音响等,如室内空气不新鲜、有异味、噪音过强或干扰过多、被褥不整洁、床垫硬度不当等,均可使患者感到不舒适。

## **三、促进患者舒适的方法**

### **(一) 预防为主促进舒适**

护士应及时分析和判断导致患者不舒适的因素,并对患者进行身心整体的评估,做到预防为主,积极促进患者舒适。如定时协助长期卧床患者更换卧位,为危重患者进行口腔护理,创设整洁、舒适的病室环境。

### **(二) 加强观察去除诱因**

不舒适属于自我感觉,客观估计较为困难,尤其是危重患者,若出现语言沟通障碍,则很难表述自己的感受。因此,需要护士的细心观察,通过患者的非语言行为,如面部表情、手势、体态姿势、活动能力、饮食、睡眠、皮肤颜色、有无出汗等,判断患者不舒适的程度,并找出影响舒适的因素。

### **(三) 采取措施减轻不适**

对身体不舒适的患者,可针对诱因采取有效措施。如采取适当的方法诱导尿潴留患者排尿,可解除膀胱高度膨胀引起的不适;对腹部手术后的患者,给予半坐卧位可以缓解手术切口的疼痛,减轻不适,促进康复。

### **(四) 相互信任心理支持**

护士与患者及家属建立相互信任的关系是心理护理的基础。对心理社会因素引起不舒适的患者,护士应进行积极的心理护理,利用有效的沟通技巧,倾听患者的陈述,正确指导患者调节不良情绪,使患者苦闷、抑郁、焦虑的情绪得到宣泄,取得患者及家属的信赖,共

同创造和谐、温馨、舒适的心理环境。

## 第二节卧位

卧位是指患者休息、检查及治疗时所采取的卧床姿势。采取舒适、安全的卧位能促进患者身心舒适，增加安全感；还能减轻症状，协助诊断和治疗。适时为患者更换卧位，加强受压部位的皮肤护理，可以预防压疮等并发症的发生。

### 一、概述

#### (一) 卧位的性质

1. 根据患者的活动能力，通常将卧位分为主动、被动和被迫三种卧位。

(1) 主动卧位 (active lying position)：指患者身体活动自如，能根据自己的意愿主动采取的卧位称主动卧位。如病情较轻的患者自主采取的卧位。

(2) 被动卧位 (passive lying position)：指患者自身无变换卧位的能力，躺卧在被安置的卧位称被动卧位。如昏迷、极度衰弱及瘫痪的患者所采取的卧位。

(3) 被迫卧位 (compelled lying position)：指患者意识清晰，也有变换卧位能力，但由于疾病和治疗的原因而被迫采取的卧位，称被迫卧位。如肺心病、哮喘发作的患者，由于呼吸困难而被迫采取端坐卧位。

2. 根据卧位的平衡稳定性，将卧位分为稳定性卧位和不稳定性卧位。

(1) 稳定性卧位：卧位的支撑面大、重心低、平衡稳定，患者感到舒适、安全，如仰卧位。

(2) 不稳定性卧位：卧位的支撑面小、重心较高、平衡差，易造成患者肌肉紧张、疲劳、不舒适，如侧卧位。应避免或减少安置患者采取此种卧位。

#### (二) 舒适卧位的基本要求

舒适卧位是指患者卧床时，身体各部位处于合适的位置，感到轻松、自在，达到完全放松的目的。维持舒适卧位的基本要求包括：

1. 卧位姿势尽量符合人体力学的要求，体重平均分布于身体的各个部位，关节处于正常的功能位置，避免关节僵硬。

2. 体位变化长期卧床患者应经常变换体位，至少每 2h 变换一次，以促进局部的血液循环。

3. 身体活动在无禁忌证的情况下，患者身体各部位每天均应活动，改变卧位时应该进行关节活动练习。

4. 减少受压应加强皮肤护理，减少局部组织受压，预防压疮的发生。

5. 保护隐私当患者卧床或护士对其进行护理操作时,应根据需要适当遮盖患者的身体,注意保护患者的隐私,促进患者身心舒适。

## 二、常用卧位

### (一) 仰卧位

仰卧位的基本姿势为患者仰卧,头下置一软枕,两臂放于身体两侧,两腿自然放置。根据病情、治疗或检查等需要,仰卧位又分为:

#### 1. 去枕仰卧位

##### (1) 适用范围

1) 昏迷或全身麻醉未清醒的患者,可防止呕吐物误入气道而引起窒息或肺部感染。

2) 椎管内麻醉或脊髓腔穿刺后的患者,可预防颅内压降低而引起的头痛。

(2) 卧姿要求:协助患者去枕仰卧,两臂置于身体两侧,两腿自然放平,并将枕头横立于床头。对昏迷或全身麻醉未清醒的患者,头偏向一侧。

#### 2. 中凹卧位

(1) 适用范围:休克患者。抬高头胸部,使气道通畅,有利于通气,改善缺氧症状;抬高下肢,有利于静脉血液回流,增加回心血量而缓解休克症状。

(2) 卧姿要求:抬高患者头胸部约  $10^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ,抬高下肢约  $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。

#### 3. 屈膝仰卧位

(1) 适用范围:腹部检查或实施导尿术、会阴冲洗的患者。腹部检查时,可使腹肌放松,有利于检查;导尿及会阴冲洗时,便于暴露会阴部。

(2) 卧姿要求:患者仰卧于床上,头下垫枕,两臂置于身体两侧,两膝屈曲,并稍向外分开。

### (二) 侧卧位

#### 1. 适用范围

(1) 进行灌肠、肛门检查及配合胃镜、肠镜检查等。

(2) 预防压疮。侧卧位与仰卧位交替使用,便于减轻局部组织长期受压。

(3) 臀部肌内注射(上腿伸直,下腿弯曲)。

2. 卧姿要求患者侧卧,两臂屈肘,一手放在枕旁,一手放在胸前,上腿弯曲,下腿伸直。可在两膝之间、胸腹部、背部放置软枕,以扩大支撑面,稳定卧位,增进患者的舒适和安全。如臀部肌内注射时,患者侧卧,须上腿伸直,下腿弯曲,以便肌肉放松。

### (三) 半坐卧位

## 1. 适用范围

(1) 心肺疾患引起呼吸困难的患者:采取半坐卧位,可利用重力作用使膈肌位置下降,胸腔容积扩大,同时可减轻腹腔内脏器对心肺的压力,使呼吸困难得到改善。

(2) 急性左心衰竭的患者:采取半坐卧位,利用重力作用将部分血液滞留在下肢和盆腔,静脉回心血量减少,从而减轻肺部淤血和心脏负担。

(3) 腹腔、盆腔手术后或有炎症的患者:半坐卧位可以使腹腔渗出液流入盆腔,使感染局限;并且盆腔腹膜抗感染的能力较强,吸收性差,可以减少炎症的扩散和毒物的吸收,既可减轻中毒反应,又可防止感染向上蔓延引起膈下脓肿;半坐卧位还可以减轻腹部切口缝合处的张力,缓解切口疼痛,有利于愈合。

(4) 某些头面部及颈部手术后患者:采取半坐卧位,可减少局部出血。

(5) 疾病恢复期体质虚弱的患者:采取半坐卧位,有利于逐渐向站立位过渡。

## 2. 卧姿要求

(1) 摇床法:患者仰卧,先摇起床头支架  $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$ ,再摇起床尾膝下支架,防止身体下滑。床尾置一软枕,增进舒适,避免患者足底触及床栏。放平卧位时,先摇平床尾支架,再摇平床头支架。

(2) 靠背架法:抬高患者上半身,在床头垫褥下置一靠背架,下肢屈膝,膝下垫一中单包裹的软枕,中单两端的带子固定于两侧床缘,以防止患者身体下滑。床尾置一软枕,以免患者足底触及床栏。放平卧位时,先放平床尾,再放平床头部。

## (四) 端坐位

1. 适用范围心力衰竭、心包积液及支气管哮喘发作的患者。由于极度呼吸困难,患者被迫日夜端坐。

2. 卧姿要求扶患者坐于床上,身体稍向前倾,放一跨床小桌,桌上垫一软枕,并摇高床头支架或使用靠背架抬高床头  $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$ ,患者既可以伏桌休息,又能向后倚靠,防止过于疲劳;同时床尾摇高  $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ,以防身体下滑。必要时加床档,以保证患者的安全。

## (五) 俯卧位

### 1. 适用范围

(1) 脊椎手术后,腰、背、臀部检查或有伤口,不能平卧或侧卧的患者。

(2) 腰背部检查或配合胰、胆管造影检查。

(3) 胃肠胀气引起腹痛时采取俯卧位,能使腹腔容积增大,可以缓解胃肠胀气引起的腹痛。

2. 卧姿要求患者俯卧，头偏向一侧，两臂屈曲置于头的两侧，两腿伸直，胸部、髋部、踝部各放一软枕。

#### (六) 头低足高位

##### 1. 适用范围

- (1) 胃十二指肠引流术，有利于胆汁引流排出。
- (2) 肺部分泌物引流，有利于痰液排出。
- (3) 产妇胎膜早破时，防止脐带脱垂。
- (4) 跟骨、胫骨结节、骨盆骨折牵引时，利用人体重力作为反牵引力。

2. 卧姿要求患者仰卧，将软枕横立于床头，以免碰伤头部；床尾用支托物垫高 15~30cm。此种体位容易引起患者不适，使用时间不宜过长；颅内压增高患者禁用。

#### (七) 头高足低位

##### 1. 适用范围

- (1) 颅脑损伤、颅脑手术后的患者，减轻颅内压，预防脑水肿。
- (2) 颈椎骨折的患者进行颅骨牵引时，可利用人体重力作为反牵引力。

2. 卧姿要求患者仰卧，床头用支托物垫高 15~30cm 或根据病情而定，床尾横立一软枕，以免足底触及床栏。

#### (八) 膝胸卧位

##### 1. 适用范围

- (1) 用于矫正子宫后倾或胎位不正。
- (2) 肛门、直肠及乙状结肠患者的检查和治疗。
- (3) 促进产妇产后子宫复原。

2. 卧姿要求患者跪卧，小腿平放在床上并稍分开，大腿与床面垂直，胸部贴于床面，腹部悬空，臀部抬起，头偏向一侧，两臂屈肘，置于头的两侧。采取此种卧位，应注意保暖并观察患者有无不适。若为孕妇安置此种卧位，持续时间不宜超过 15 分钟。

#### (九) 截石位

##### 1. 适用范围

- (1) 会阴、肛门部位检查、治疗或手术，如膀胱镜检查、妇科检查、阴道冲洗等。
- (2) 产妇分娩。

2. 卧姿要求患者仰卧在检查台上，两腿分开，分别放于或踩于支腿架上，臀部齐检查台边缘，两手置于身体两侧或胸前。采取此卧位时应保护患者隐私，并注意保暖。

### 三、卧位的变换

长期卧床患者，局部组织长时间受压，血液循环速度减慢，肌肉松弛，容易导致呼吸道分泌物不易咳出，而引起坠积性肺炎、压疮、消化不良、便秘、肌肉萎缩等并发症。因此，护士应定时为患者变换卧位，以预防并发症的发生。

#### （一）协助患者翻身侧卧

##### 【目的】

1. 协助不能自行翻身的患者变换体位，增进其舒适。
2. 预防并发症，如压疮、坠积性肺炎等。
3. 适应治疗、护理的需要，如背部按摩、肌内注射、灌肠等。

##### 【告知】

1. 告知患者翻身的目的主要是预防并发症，增进其舒适，以取得患者理解。
2. 告知患者翻身时会采取相应的保护措施，需主动配合护士，以免发生以下情况，如坠床、皮肤破溃、各种管道脱出、伤口渗血等情况。
3. 征得家属的理解和支持。

##### 【准备】

1. 护士准备着装整洁，根据患者情况决定护士人数。
2. 患者准备了解翻身侧卧的目的、操作过程等相关知识，取得配合。
3. 用物准备按需备若干软枕。
4. 环境准备安静、安全、整洁、舒适，必要时床边拉上挂帘或用屏风遮挡。

##### 【操作规程】

##### 【注意事项】

1. 护士应运用节力原则，如翻身时让患者尽量靠近护士，做到动作轻稳、协调一致。
2. 移动患者时，应将患者身体抬离床面，再行翻身，防止拖、拉、推等动作，以免擦伤皮肤。
3. 注意保暖，防止坠床。
4. 根据患者病情及皮肤受压部位情况，确定翻身间隔时间。如患者皮肤有红肿或破损时，应及时变换体位或增加翻身次数，同时做好记录。

#### 5. 为各种特殊情况的患者翻身时应注意

- (1) 患者体内置有导管时，应先将导管安置妥当后再行翻身，翻身后注意保持导管通畅。

(2) 为手术后患者翻身时，应先检查敷料是否脱落或潮湿，如有脱落或潮湿现象，应先换药再翻身。

(3) 为颅脑手术后的患者翻身时，应采取健侧卧位或平卧位；翻身时，不能剧烈翻动头部，以免引起脑疝，压迫脑干，导致患者突然死亡。

(4) 颈椎骨折、颅骨牵引等患者应采用轴线翻身法，翻身时不可放松牵引。

(5) 石膏固定和伤口较大的患者，翻身后将患处置于适当位置，并防止受压。

## (二) 协助患者移向床头

### 【目的】

协助已经滑向床尾而自己不能移动的患者移向床头，恢复正确而舒适的卧位，使其舒适安全。

### 【告知】

1. 告知患者移向床头的目的和方法，以取得患者的配合。告知移动时护士与患者合力，可达到省力的目的，并减少由摩擦而引起皮肤破损。

2. 告知患者移向床头过程中，护士会采取相应保护措施，避免头部撞伤、各种管道脱出、伤口渗血等情况发生。

3. 征得家属的理解和支持。

### 【准备】

1. 护士准备着装整洁，洗手，根据患者情况决定护士人数。

2. 患者准备了解移向床头的目的、操作过程等相关知识，取得配合。

3. 用物准备按需准备软枕。

4. 环境准备安静、安全、整洁、舒适，必要时床边拉上挂帘或用屏风遮挡。

### 【操作规程】

表 3-1 协助患者翻身操作规程

操作流程	操作步骤	要点说明
核对解释	•核对床号、姓名、医嘱 •向患者解释操作的目的是、过程及方法	•确认患者
评估患者	•评估患者一般情况、身体状况、认知情况等	•解除患者紧张情绪，取得合作

翻身准备	<ul style="list-style-type: none"> <li>•洗手，备齐用物，携至床旁，必要时屏风遮挡或床边挂帘</li> <li>•固定床脚轮，并拉起一侧床档。将各种导管及输液装置等安置妥当，必要时将盖被折叠至床尾或床的一侧</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•保护患者隐私</li> <li>•防止病床移动，确保安全</li> </ul>
患者准备	<ul style="list-style-type: none"> <li>•患者仰卧位，两手放于腹部，双腿屈曲</li> </ul>	
▲ 一人协助患者翻身法	适用于患儿或体重较轻的患者	
移动患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>•先将患者肩部、臀部向护士侧移动，再将双下肢移向靠近护士侧的床沿</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•使患者靠近护士侧，以缩短重力臂、省力</li> </ul>
翻身侧卧	<ul style="list-style-type: none"> <li>•护士一手托肩，一手扶膝，轻轻将患者转向对侧，使其背向护士，按侧卧位法安置好患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•防止患者坠床，确保安全</li> </ul>
▲ 两人协助患者翻身法	适用于体重较重或病情较重的患者	
移动患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>两护士站在床同侧，甲护士托住患者头颈、肩、腰部，乙护士托住患者臀部和腘窝部，两人同时抬起患者移向近侧</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•动作协调一致</li> </ul>
翻身侧卧	<ul style="list-style-type: none"> <li>两人分别扶托患者的肩、腰、臀和膝部轻推患者转向对侧</li> </ul>	
▲ 轴线翻身法	适用于脊椎损伤和脊椎手术后的患者，保持脊椎平直，预防脊椎再损伤	
移动患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>•三位护士立于患者同侧，将患者平移至操作者同侧床旁</li> </ul>	
翻转患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>•甲护士固定其头部，沿纵轴向上略加牵引，使头、颈随躯干一起缓慢移动</li> <li>•乙护士将双手分别置于肩部、背部</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•翻身时勿让患者身体屈曲，以免脊柱错位</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>•丙护士将双手分别置于腰部、臀部，使头、颈、肩、腰、髋保持在同一水平线上，翻转至侧卧位</li> </ul>	
放置软枕	<ul style="list-style-type: none"> <li>•在患者的背部、胸前及两膝间放置软枕，必要时使用床档，使患者安全、舒适</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•扩大支撑面确保卧位安全、稳定、舒适</li> </ul>
整理记录	<ul style="list-style-type: none"> <li>•整理床位，洗手、记录翻身时间和皮肤状况，做好交接班</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>记录要准确、及时</li> </ul>

### 【注意事项】

1. 根据患者病情、意识状态、体重以及身体下移等情况，选择移动患者的方法。
2. 移动患者时应将患者抬高床面，不可有拖、拉、推等动作，避免擦伤皮肤及关节脱位。
3. 如患者身上带有各种导管，移动前应将各种导管安置妥当，移动后应检查导管是否脱落、移位、扭曲、受压，以保持通畅。

### (二) 协助患者移向床头

#### 【目的】

协助已经滑向床尾而自己不能移动的患者移向床头，恢复正确而舒适的卧位，使其舒适安全。

#### 【告知】

1. 告知患者移向床头的目的和方法，以取得患者的配合。告知移动时护士与患者合力，可达到省力的目的，并减少由摩擦而引起皮肤破损。
2. 告知患者移向床头过程中，护士会采取相应保护措施，避免头部撞伤、各种管道脱出、伤口渗血等情况发生。
3. 征得家属的理解和支持。

#### 【准备】

1. 护士准备着装整洁，洗手，根据患者情况决定护士人数。
2. 患者准备了解移向床头的目的、操作过程等相关知识，取得配合。
3. 用物准备按需准备软枕。
4. 环境准备安静、安全、整洁、舒适，必要时床边拉上挂帘或用屏风遮挡。

#### 【操作规程】

表 3-2 协助患者移向床头操作规程

操作流程	操作步骤	要点说明
核对解释	核对床号、姓名、医嘱 •向患者解释操作的目的、过程及方法	•确认患者 •解除患者紧张情绪，取得合作
评估患者	•评估患者一般情况、身体状况、认知情况等	
移动准备	•洗手，备齐用物，携至床旁，必要时屏风遮挡或床边挂帘 •固定床脚轮，将各种导管及输液装置等安置妥当，将枕头横立于床头，以免碰伤患者头部	•保护患者隐私 •防止病床移动，确保安全
患者准备	•患者取仰卧屈膝，两手握住床头栏杆	
<b>▲ 一人协助患者移向床头法</b>	•适用于能协助完成上移或体重较轻的患者	
移动患者	•护士靠近床缘，嘱患者双手握住床头栏杆，护士一手托在患者肩部，一手托臀部	
移向床头	护士将患者抬起，嘱患者两脚蹬床面，使其移向床头	
<b>▲ 两人协助患者移向床头法</b>	•适用于不能协助完成上移或体重较重的患者	
移动患者	•两护士分别站于床的两侧，交叉托住患者的颈肩和臀部(或两护士站在同侧，一人托住头颈、肩及腰部，一人托住臀部和腹窝部)	•防止患者坠床，确保安全
移向床头	•两护士同时将患者抬起，使其移向床头	
整理记录	•整理床单位，按需放置软枕垫高头部 •洗手、记录时间和皮肤状况，并做好交接班	•记录要准确、及时

#### 【注意事项】

1. 根据患者病情、意识状态、体重以及身体下移等情况，选择移动患者的方法。
2. 移动患者时应将患者抬离床面，不可有拖、拉、推等动作，避免擦伤皮肤及关节脱

位。

3. 如患者身上带有各种导管，移动前应将各种导管安置妥当，移动后应检查导管是否脱落、移位、扭曲、受压，以保持通畅。

### 第三节疼痛

疼痛(pain)是一种令人苦恼和痛苦的感觉，是患者不舒适的最高表现方式，与疾病的发生、发展和转归有着密切的关系。因此，护士应当掌握疼痛的相关知识，尽可能帮助患者避免、解除或缓解疼痛，促进患者身心轻松、舒适。

#### 一、疼痛概述

##### (一) 疼痛的概念

北美护理诊断协会(NANDA)1978年对疼痛的定义是：“**个体经受或叙述有严重不适或不舒适的感受。**”疼痛包含两重含义：**痛觉和痛反应**。痛觉是个体的主观反应，属于个人的主观知觉体验，很难加以确切形容；痛觉的特点是含有丰富的感情反应，很大程度上受个人心理、性格、经验、情绪和文化等因素的影响，患者常常可表现为痛苦、焦虑、紧张等。而痛反应是指机体对疼痛刺激产生的一系列变化，包括生理反应如面色苍白、血压升高、呼吸急促、出汗、肌肉收缩等；情绪反应如紧张、焦虑等；行为反应如烦躁不安、皱眉、咬唇、握拳、呻吟、苦恼等。

##### (二) 疼痛的特征

疼痛分为身体疼痛和心理疼痛，是个体在身体与心理两方面同时经历的感受，是因个体的防御功能被破坏所致。身体疼痛是指身体某一部位感觉不舒适，如手指切割伤所引起的手指疼痛，是由于局部皮肤表层组织的完整性被破坏，神经末梢受到刺激所致。心理疼痛是

指精神方面的防御功能被破坏，个体的情绪完整性受到损害。心理疼痛的不舒适感觉，往往很难确定疼痛的准确部位，如失去亲人引起忧郁和悲伤。身体与心理的痛觉都具有自我保护及对身体提供危险警告信号的作用。身体痛觉是警告身体有被伤害的危险，心理痛觉则

警告个体的心理因某些重要事件而受到了威胁，如不能采取有效的护理措施，将对患者的身体和心理造成不良的影响或严重后果。疼痛有以下三方面特征

1. 疼痛是一种身体和心理不舒适的感觉。
2. 疼痛是个体身心受到伤害的危险信号。
3. 疼痛常伴有生理、情绪和行为反应。

##### (三) 疼痛的发生机制

疼痛的发生机制是非常复杂的。有关研究认为,痛觉感受器是位于皮肤和其他组织内的游离神经末梢,当各种伤害性刺激作用于机体达到一定强度时,可引起受损部位的组织释某些致痛物质,如组胺、缓激肽、5-羟色胺、乙酰胆碱、前列腺素等,这些物质作用于痛觉感受器,产生痛觉冲动,并迅速经传人神经传导至脊髓,通过脊髓丘脑束和脊髓网状束上行传至丘脑,投射到大脑皮质的一定部位引起疼痛,不同部位的神经末梢对疼痛的敏感度不同。

#### (四) 疼痛的原因及影响因素

##### 1. 疼痛的原因

(1) **温度刺激**:过高或过低的温度,作用于体表后均可损伤组织,如烧伤、冻伤,使受伤的组织释放组胺等化学物质,刺激神经末梢引起疼痛。

(2) **物理损伤**:刀伤、碰撞伤、肌肉受压、挛缩等,可使局部组织受损,刺激神经末梢引起疼痛。

(3) **化学刺激**:强碱、强酸等化学物质,能直接刺激神经末梢,引起疼痛。化学灼伤还可以使受损组织细胞释放化学物质,再次作用于痛觉感受器,使疼痛加剧。

(4) **病理改变**:疾病造成的体内某些管腔堵塞,组织缺血、缺氧,平滑肌痉挛或过度收缩,空腔脏器过度扩张和局部炎性浸润等均可引起疼痛。

(5) **心理因素**:心理状态不佳如情绪过度紧张、低落、愤怒、悲痛、恐惧等,均可引起局血管过度收缩和扩张而导致疼痛。另外,疲劳、睡眠不足、用脑过度等也可导致功能性疼痛。

**2. 影响疼痛的因素** 个体对疼痛的感受和耐受力有很大的差异,同样性质、强度的刺激可以引起不同的疼痛反应。人体能感觉到的最小疼痛称为疼痛阈,个体能忍受的疼痛强度和持续时间称为疼痛耐受力。疼痛阈和疼痛耐受力受年龄、疾病等生理病理因素的影响,也受个人经验、文化教养、情绪、个性及注意力等心理社会因素的影响。

(1) **年龄**:是影响疼痛的重要因素之一,个体对疼痛的敏感度随年龄的不同而改变。婴幼儿对疼痛的敏感性不如成年人,随着年龄的增长对疼痛的敏感性逐渐增加,老年人对疼痛的敏感性会逐步下降。

(2) **社会文化背景**:个体生活在不同的社会文化环境和文化背景下,由此产生不同的人生观、价值观,对疼痛的反应也会不同。当个体生活在鼓励、忍耐,推崇勇敢的文化氛围中,往往能够忍受更强烈的疼痛。此外,个体的文化教养也会影响其对疼痛的反应和表达方式。

(3) **个人经历**:包括个体以往疼痛的经验、对疼痛的态度及对疼痛的理解。疼痛经验是

个体自身对刺激体验所获得的感受，从行为中表现出来。如曾经历过小手术的患者，对再次手术的疼痛会格外敏感紧张。儿童对疼痛的体验很大程度上来源于父母和周围环境的影响。父母对孩子的轻微受伤表现为过于紧张或镇定自若，对儿童成年后的疼痛体验有不同的影响。

(4) 注意力：个体对疼痛的注意力会影响到对疼痛的感觉程度。当注意力高度集中在其他事件时，疼痛可以减轻甚至消失。如在赛场上脚踝扭伤，但比赛正在激烈的进行中，运动员注意力高度集中，疼痛可以减轻或消失。采取松弛疗法分散注意力，可以减轻疼痛，如看电视、听音乐、愉快的交谈等。

(5) 情绪：积极愉快的情绪可以减轻疼痛，消极焦虑的情绪可以使疼痛加剧。如焦虑可以使疼痛加剧，而疼痛也会增加焦虑情绪。

(6) 疲乏：身体疲乏、睡眠不佳时，对疼痛的感觉增强，耐受力下降。而睡眠充足、身体得到休息后，疼痛感觉可以减轻。

(7) 个体差异：对疼痛的耐受程度和表达方式因人而异。自控力及自尊心较强的人，常常能够忍受疼痛，主诉疼痛较少；耐受性较差，善于情感表达的人，主诉疼痛较多。

(8) 社会支持系统：患者疼痛时更加需要家属的支持、帮助、保护和陪伴，以减少患者的孤独和恐惧感，从而减轻疼痛。

## 二、护理评估

疼痛的影响因素较多，个体差异也很大，患者对疼痛的表达方法也不尽相同。因此，疼痛的评估是护理疼痛患者的关键步骤，一份详尽的评估资料是制订护理计划，采取护理措施，缓解患者疼痛的基础。

### (一) 评估内容

1. 疼痛部位了解疼痛发生的部位，是否明确而固定，是否局限在某一部位，疼痛范围有无扩大等。如有多处疼痛，应了解疼痛是否同时发生，是否对称，它们之间有无联系。

2. 疼痛时间了解疼痛的开始时间、停止时间、持续时间、有无周期或规律性。根据疼痛的持续时间，疼痛分为急性疼痛和慢性疼痛。**急性疼痛是指6个月以内可缓解的疼痛；慢性疼痛是指持续6个月以上的疼痛**，常表现为持续性、顽固性和反复性发作。

3. 疼痛性质可以分为刺痛、灼痛、酸痛、胀痛、压痛、钝痛、触痛、剧痛、绞痛等。

4. 疼痛程度疼痛可以分为轻度、中度和重度疼痛。

5. 疼痛表达方式通过观察患者的面部表情、身体动作可以判断患者对疼痛的感受、程度及疼痛的部位等。如儿童常用哭泣、面部表情和身体动作等来表达疼痛，成人多用语言

描述疼痛的程度等。疼痛患者常见的身体动作有：

(1) 静止不动：患者维持在某一种体位或姿势，如身体受伤时，不愿意他人移动其身体，以免疼痛加剧。

(2) 保护性动作：患者为了减轻疼痛的一种反射性防御动作。

(3) 无目的动作：患者在严重疼痛时常会出现无目的的乱动，以分散自己对疼痛的注意力。

(4) 规律性动作：患者为了减轻疼痛的程度和感受会做出规律性按摩动作，如感冒引起头痛时，会用手按摩太阳穴。

6. 影响疼痛的因素了解哪些因素可引起、加重或减轻疼痛，如温度、运动、姿势等。

7. 疼痛对疾病的影响疼痛是否伴有头晕、呕吐、发热、便秘、虚脱等症状，是否影响患者睡眠、食欲、活动等，是否出现愤怒、抑郁等情绪改变。 -

## (二) 评估方法

1. 询问病史护士认真倾听患者的主诉，让患者用自己的语言来描述疼痛，切忌根据自己对疼痛的理解和体验来主观判断患者的疼痛程度。当护士观察到患者的疼痛表现与患者的描述有差异时，应细心观察患者的非语言信息，分析差异原因，准确把握疼痛变化情况。

2. 观察及体格检查注意观察患者疼痛时的生理反应、情绪反应及行为反应，检查患者疼痛的部位，是否有牵涉痛。患者剧烈疼痛时，会出现面色苍白、大汗淋漓、皱眉、咬唇等痛苦表情，也会出现呻吟、哭闹、烦躁，或身体扭动、蜷曲、无法入睡等，这些均为评估疼痛的客观指标。

3. 阅读和回顾既往病史了解患者以往疼痛的规律以及使用止痛药物情况。

4. 使用疼痛评估工具用评估工具测量疼痛的程度，比询问患者对疼痛的感受更为客观。根据患者的认知水平和年龄来选择合适的评估工具。

### (1) 世界卫生组织（WHO）对疼痛程度的分级：

**0级：无疼痛。**

**1级（轻度疼痛）：有疼痛感但不严重，可忍受，睡眠不受影响。**

**2级（中度疼痛）：疼痛明显，不能忍受，睡眠受干扰，要求用镇痛药。**

**3级（重度疼痛）：疼痛剧烈，不能忍受，睡眠严重受干扰，需要用镇痛药。**

(2) 数字评分法(NRS)：用数字代替文字表示疼痛程度。将一条线段等分成10段，一端为“0”代表没有疼痛，另一端为“10”代表极度疼痛。患者选择一个能代表自己疼痛感受的数字表示疼痛程度。

(3)文字描述评分法(VDS):将一条直线分成5等份。每个点有描述疼痛程度的文字,即没有疼痛、轻痛疼痛、中度疼痛、重度疼痛、非常严重的疼痛、无法忍受的疼痛。患者选择一个能代表自己疼痛感受的描述文字。

(4)视觉模拟评分法(VAS):用一条直线,不作任何划分,在直线两端分别注明无痛和剧痛,患者根据自己对疼痛的感受在线上标记疼痛的程度。这种评分法较灵活且方便,患者选择较自由,不需要选择特定的数字或文字。

(5)面部表情测量图:适用于3岁以上的儿童。采用六种面部表情来表达疼痛的程度,儿童从中选择一个面孔来代表自己疼痛的感觉。

### 三、护理措施

#### (一)减少或消除引起疼痛的原因

疼痛护理的首要措施是设法减少或消除引起疼痛的原因,如胸腹部手术后,患者因害怕非常严重无法忍受的疼痛的疼痛,伤口疼痛而不敢咳嗽和深呼吸,护士除了术前进行有效咳嗽的指导外,还可协助患者固定伤口,再鼓励其咳嗽和深呼吸。如外伤引起的疼痛,应酌情采取包扎、止血、固定、处理伤口等措施缓解或解除疼痛。

#### (二)缓解或解除疼痛的方法

1. 药物止痛 药物止痛是解除疼痛的重要措施之一。护士应掌握相关的药理知识,了解患者的身体状况和有关疼痛治疗的情况,正确使用镇痛药物。

护士应严格掌握用药的时间和剂量,并掌握患者疼痛发作的规律。对于慢性疼痛的患者,最好在疼痛发生前给药,此时给药疼痛容易控制,且用药剂量小、效果好;对于手术后患者,适当应用止痛药物,可促使患者早期离床活动,以减少并发症的发生。给药20~30分钟后须评估并记录使用镇痛药的效果及副作用,当疼痛缓解时应及时停药,防止药物的副作用、耐药性及成瘾性。值得注意的是,在疼痛原因未明确诊断前,不能随意使用任何镇痛药物,以免掩盖症状,延误病情。在用药过程中,护士应注意观察病情,把握好用药时机,正确用药。如麻醉性镇痛药具有成瘾性和耐受性,只应用于重度疼痛的患者;而轻度和中度疼痛的患者,应使用非麻醉性镇痛药。

对于癌性疼痛的药物治理,目前临床上普遍采用WHO所推荐的三阶梯疗法。三阶梯疗法的原则为:①按药效的强弱依阶梯顺序使用;②尽量使用口服药;③按时、联合服药;④用药剂量个体化。

三阶梯疗法的使用方法为:①第一阶段:选用非阿片类药物、解热镇痛药和抗炎类药,如阿司匹林、布洛芬、对乙酰氨基等。主要适用于轻度疼痛的患者。②第二阶段:选用弱

阿片类药，如氨酚待因、可待因、曲马多等。主要适用于中度疼痛的患者。③第三阶段：选用强阿片类药，如吗啡、呢替徒、美沙酮、二氢埃托啡等。主要用于重度和剧烈癌痛的患者。

在癌痛治疗中，常采取联合用药的方法，即加用一些辅助药物以减少主药的用量和副作用。常用辅助药物有：弱安定药，如艾司唑仑和地西洋等；强安定药，如氯丙嗪和氟哌啶醇等；抗抑郁药，如阿米替林等。

2. 患者自控镇痛泵（PCA） PCA 泵的工作过程是按照负反馈的控制技术原理设计的，即在患者疼痛时，通过计算机控制的微量泵主动向体内注射设定剂量的药物。优点是能最大限度地满足个体镇痛要求，并可记录患者的用药情况；配有多种报警装置，安全系数大。这种方法既减少了医护人员的操作，又减轻了患者的痛苦和心理负担，是疼痛的有效治疗方法，目前已广泛应用于临床。

3. 物理止痛可以应用冷、热疗法，如冰袋、冷湿敷或热湿敷、温水拭浴、热水袋等来缓解疼痛。此外，理疗、按摩及推拿也是临床上常用的物理止痛方法。

4. 针灸止痛一般认为，针刺止痛的机制是来自穴位的针刺信号和来自疼痛部位的痛觉信号，在中枢神经系统不同水平上相互作用、进行整合，在整合过程中，既有与镇痛有关的中枢神经的参与，又有包括内源性阿片肽和 5-羟色胺在内的各种中枢神经递质的参与。根据疼痛的部位，针刺相应的穴位，使人体经脉疏通、气血调和以达到止痛的目的。

5. 经皮神经电刺激疗法（TENS）主要用于慢性疼痛的患者。其原理是采用脉冲刺激仪，在疼痛部位或附近放置 2~4 个电极，用微量电流对皮肤进行温和的刺激，使患者感觉有颤动、刺痛和蜂鸣，以达到提高痛阈、缓解疼痛的目的。

### （三）恰当运用心理护理的方法

1. 分散注意力分散患者对疼痛的注意力，可减少其对疼痛的感受程度。常采用以下方法：

（1）活动疗法：针对患者的性格和爱好，组织患者参加有兴趣的活动，如看电视、做游戏、唱歌、愉快的交谈、下棋、绘画等。对患儿来说，护士的微笑、爱抚，讲故事、发玩具、做游戏、给糖果等能够有效转移其对疼痛的注意力。

（2）音乐疗法：用音乐分散患者对疼痛的注意力。根据患者的个性和喜好选择不同类型的音乐。优美的旋律对降低心率、减轻焦虑和抑郁，缓解疼痛，降低血压有很好的效果。

（3）深呼吸：指导患者有节律的用鼻深吸气，然后再慢慢用口呼气，反复进行。

（4）按摩：指导患者双眼凝视一个定点，同时在患者疼痛部位上做环形按摩。

(5) 指导想象：是将患者的注意力，诱导到对某特定事物的想象中，从而达到特定正向效果，以达到松弛和减轻疼痛的目的。如让患者回忆一次有趣的活动、一件愉快的事情等。

(6) 松弛疗法：先让患者保持一种舒适的体位，然后让其全身肌肉放松，同时让患者闭目凝神，平静呼吸。松弛可以减轻患者的疼痛强度，消除紧张情绪，促进睡眠。

**2. 减轻心理压力** 紧张、焦虑、忧郁、恐惧和对康复失去信心，都可以加重疼痛的程度，而疼痛的加剧反过来又会影响情绪，形成恶性循环。护士要以关心、同情、安慰、鼓励的态度支持患者，设法减轻患者的心理压力，协助患者保持情绪稳定、心境平和、精神放松。认真倾听患者有关疼痛的诉说，鼓励患者努力去适应疼痛，帮助患者接受疼痛的行为反应。协助患者学习疼痛的相关知识，如疼痛原因、影响疼痛的因素、如何面对疼痛、减轻或解除疼痛的方法和技巧等，有助于减轻患者对疼痛的焦虑和恐惧，增强其安全感。

#### **(四) 采取促进患者舒适的措施**

通过护理活动促进患者舒适，是减轻和解除疼痛的重要措施。如帮助患者采取正确姿势、经常变换体位、室内空气新鲜、温湿度适宜等均可使患者感到舒适，减轻疼痛。进行各项护理操作前，耐心解释，并将护理操作安排在镇痛药物显效明显的时限内，确保患者所需物品伸手可及，都可以减轻焦虑情绪，使患者身心舒适，有利于减轻疼痛。

#### **(五) 健康教育**

根据患者的情况，选择相应的健康教育内容，包括疼痛原因、影响疼痛的因素、如何面对疼痛、减轻或解除疼痛的方法和技巧等。

### **四、护理评价**

评价解除患者疼痛的措施是否有效，对于修改护理计划与促进更好执行护理措施都有重要意义。评价依据有以下几点：

1. 疼痛感觉减轻，身体状况和功能改善，自我感觉舒适，食欲增加，休息和睡眠质量较好。
2. 疼痛时的保护性动作、面色苍白、出汗等征象减轻或消失。
3. 能重新建立一种行为方式，轻松地参与日常活动，与他人正常交往。
4. 患者对疼痛的适应能力有所增强。

## **第四节患者安全的护理**

### **一、常见不安全因素及防范措施**

#### **(一) 物理性损伤与防范**

1. 机械性损伤常见的机械性损伤有跌倒、坠床、撞伤等，跌倒和坠床是医院最常见的

机械性损伤。

主要防范措施:对婴幼儿、昏迷等患者应酌情使用床档或约束带,以防坠床;对年老、体质虚弱等患者在行走时应注意搀扶,以防摔倒;通道、病房地面、楼梯有防滑设备,并注意保持干燥、整洁;走廊、浴室、厕所等处应设扶手,浴室和厕所应放防滑垫并设呼叫系统,以方便患者使用。

**2. 温度性损伤** 常见的温度性损伤有热水袋、热水瓶所致的烫伤;易燃易爆物品(氧气、乙醇等)所致的烧伤;各种电器如烤灯、高频电刀等所致的灼伤;应用冰袋所造成的冻伤。

主要防范措施:护士在为患者进行冷、热疗法时,注意温度控制及保护局部皮肤,并应加强巡视,对患儿或昏迷患者等,应设专人陪护,避免烫伤及冻伤,并注意交班;易燃易爆物品应妥善保管,医院应设防火装置,护士应熟练掌握灭火器具的使用方法;医院的电器设备应定期检查、维修。此外,吸烟也是造成火灾的一个诱因,应该做好禁止吸烟的宣传教育活动。

**3. 压力性损伤** 常见的压力性损伤有局部组织长期受压、石膏或夹板固定不当造成的压疮,高压氧舱治疗不当所致气压伤等。

主要防范措施:在护理工作中,应加强对危重患者或长期卧床患者的护理,观察局部皮肤的变化,定时为患者翻身、按摩,保持床面平整,避免潮湿、摩擦的刺激,防止压疮的发生;应用高压氧船治疗时,应按操作规程正确使用,并注意观察患者有无不良反应。

**4. 放射性损伤** 常见于放射性诊疗过程中处理不当,导致的放射性皮炎、皮肤溃烂坏死等。

主要防范措施:在使用放射性物质进行诊疗时,正确掌握照射剂量及时间,在场人员应采取适当的保护措施,对接受诊疗的患者应减少不必要的暴露。指导患者保持接受放射诊疗部位的皮肤清洁干燥,避免搔抓、用力擦拭或用肥皂水擦洗皮肤等。

## (二) 化学性损伤与防范

化学性损伤通常是使用化学性药物剂量过大、浓度过高、用药次数过多、给药途径不准确、用药配伍不当或错用药物等引起的中毒和消毒剂使用不当引起的损伤。主要防范措施:护士要掌握常用药物的保管和药疗原则,在进行药疗时,应严格执行“三查八对”制度,注意药物的配伍禁忌,并注意观察患者用药后的反应。同时,还应该向患者及家属宣传用药安全知识。正确保管与使用消毒剂,以免造成损伤。

## (三) 生物性损伤与防范

生物性损伤包括微生物和昆虫对患者造成的损伤,各种病原体侵人人体的,可引起感染,

甚至危及生命。

**主要防范措施：**护士在进行各项护理操作时，应严格遵守无菌技术操作原则，执行消毒隔离制度，定期对病室及各种设施进行清洁、消毒、灭菌，加强对危重患者的护理，增强患者的抵抗力。同时，医院应采取必要的防虫措施，如喷洒杀虫剂等，避免生物性损伤。

#### （四）心理性损伤与防范

患者对疾病的认知错误、情感交流障碍、医护人员对患者的行为和态度不佳均可影响患者的心理，导致心理性损伤。

**主要防范措施：**护士应为患者提供良好的护理服务，以取得患者的信任，并建立良好的护患关系。同时协助患者与其他医务人员、病友之间建立和谐的人际关系。

#### （五）医源性损伤与防范

**由于医护人员言谈及行为上的不慎而造成患者生理或心理上的损伤，称为医源性损伤。**如个别医务人员对患者不尊重、侵犯患者隐私、责任心不强造成医疗差错事故等。

**主要防范措施：**医院应加强对医护人员的思想道德教育，提高医护人员的素质，制订并严格执行各项规章制度和操作规程，防止发生医源性损伤，保证患者的安全。

## 二、保护患者安全的措施

保护用具是用来限制患者身体或身体某部位的活动，以达到维护患者安全与治疗护理效果的各种器具。辅助器具是辅助患者暂时离床活动，以确保其安全。

### （一）保护用具的种类

#### 1. 约束带（restraint）

（1）**宽绷带：**常用于固定患者的手腕及踝部，以限制上肢和下肢活动范围。

（2）**肩部约束带：**用于固定患者的肩部，限制其坐起。肩部约束带一般用宽约8cm，长约120cm的宽布制成，且一端制成袖筒。

（3）**膝部约束带：**用于固定患者的膝关节，限制其下肢活动。膝部约束带是用宽约10cm，长约250cm的布制作宽带，宽带中部相距15cm处分别钉两条双头带。也可以使用大单来替代膝部约束带。

（4）**尼龙搭扣约束带：**约束带由宽布和尼龙搭扣制成。

#### 2. 床档（bedside restraint）：主要预防患者发生坠床意外。

（1）多功能床档

（2）半自动床档

（3）木栏床档

3. 支被架 (overbed cradle): 用于烧(烫)伤、肢体瘫痪或极度衰弱患者, 防止盖被压迫肢体而造成足尖压疮和不舒适; 也可用于灼伤患者的暴露疗法而需要保暖时。

## (二) 辅助器具的种类

1. 拐杖(crutch)是提供给下肢残障者离床活动时使用的一种支持性辅助用具。使用的拐杖应加垫腋垫和杖底橡胶垫, 拐杖底面应较宽并有较深的凹槽, 具有弹性。拐杖应该长度合适, 其长度的计算方法为, 使用者的身高减去 40cm。

2. 手杖(cane)是一种手握式的辅助用具, 常用于不能完全负重的残障者或老年人。手杖可以为木制或金属制, 木制手杖长短是固定的, 不能调整。金属手杖可依据身高来调整。手杖的底端为单脚或四脚型的, 四脚型的支持力和支撑面积大, 同时也比较稳定, 常用于步态不稳或地面不平时。手杖底端应加垫有吸力、弹性好、宽面、有凹槽的橡胶底垫, 能加强手杖的摩擦力和稳定性, 以防止跌倒。

## (三) 保护用具的应用

### 【目的】

1. 防止高热、谵妄、昏迷、躁动及危重患者及患儿, 因意识不清或其他原因而发生坠床、抓伤等意外。
2. 确保患者的安全, 保证治疗护理工作的顺利进行。

### 【告知】

1. 告知患者使用保护用具的目的是防止发生坠床、撞伤、抓伤等意外, 以确保治疗护理顺利进行。
2. 告知不配合的患者家属, 为防止如拔管、搔抓伤口等不安全问题发生, 护士需要给予肢体约束, 用绷带和棉垫束缚手腕和踝部, 绷带以双套结的形式套于腕部, 并垫一棉垫, 保护皮肤, 在操作过程中会注意松紧度。
3. 告知四肢剧烈躁动, 可能发生伤人、蹬踹、双腿跨越床档的患者家属, 为了安全护士会给予四肢约束, 用特制约束带束缚肩部、上肢、膝部, 并内衬棉垫, 以保护患者的安全。
4. 告知患者及家属在使用保护用具期间, 将患者肢体处于功能位置, 护士会经常观察约束部位的皮肤颜色、温度和感觉, 必要时进行局部按摩, 以促进血液循环, 增进患者的舒适。征得患者及家属的配合。

### 【准备】

1. 护士准备衣帽整洁、态度和蔼、洗手。
2. 患者准备向患者和家属说明使用保护用具的重要性、安全性, 并给予配合。

3. 用物准备按需准备床档、约束带、支被架、棉垫等。
4. 环境准备安静、安全、整洁、舒适，必要时移开床旁桌椅。

**【操作规程】**

**表 3-3 保护用具使用操作规程**

操作流程	操作步骤	要点说明
核对解释	<ul style="list-style-type: none"> <li>•核对床号、姓名、医嘱</li> <li>•向患者解释使用保护用具的目的、时间、过程及方法并取得同意</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•确认患者</li> <li>•解除患者紧张情绪，取得合作</li> </ul>
评估患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>•评估患者一般情况、身体状况、意识情况等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•保护患者隐私</li> </ul>
使用准备	<ul style="list-style-type: none"> <li>•备齐用物，携至患者床旁，必要时屏风遮挡或床边挂帘</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•保护患者隐私</li> </ul>
<b>约束患者</b>		
<b>▲ 约束带</b>		
宽绷带	<ul style="list-style-type: none"> <li>•先用棉垫包裹手腕或踝部，再用宽绷带打成双套结，套在棉垫外，稍拉紧，使手或足不易脱出，然后将带尾固定于床缘</li> <li>•使用时患者两侧肩部套上袖筒，腋窝放置棉垫，两袖筒上的细带在胸前打结固定，把两条较宽的长带尾端系于床头，必要时将枕头横立于床头。也可用大单斜折成长条形进行固定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•以不影响肢体血液循环为度</li> <li>—肩部约束带</li> <li>•保护患者头部，避免撞伤</li> </ul>
膝部约束带	<ul style="list-style-type: none"> <li>•使用时两膝、腘窝放置棉垫，将约束带横放于两膝上，宽带下的双头带各固定一侧膝关节，再将宽带两端系于两侧床缘，也可用大单斜折成长方形进行固定</li> </ul>	
尼龙搭扣约束带	<ul style="list-style-type: none"> <li>•使用时在被约束部位放置棉垫，将约束带放于关节处(注意松紧度适宜)，对合约束带上的尼龙搭扣，然后将约束带宽布的带子系于两侧床缘</li> </ul>	

### ▲ 床档

多功能床档 •使用时插入两边床缘，不用时插入床尾。必要时还可垫于患者的背部，做胸外心脏按压时使用

半自动床档 •可按需升降，不用时可固定在床缘两侧

木栏床档 •床档的中间为活动门，使用时打开，用后即关闭

### ▲支被架

置支被架 •支被架置于所需部位，将被子盖于支被架上

整理记录 •整理床单位，记录约束时间和皮肤情况，并 •记录要准确、及时  
做好交接班

---

#### 【注意事项】

1. 严格掌握保护用具应用的适应证，能不用时尽量不用，注意维护患者自尊，使用前做好解释工作。

2. 正确选择保护用具的类型。各种保护用具只能短期使用，使用时患者肢体及关节处于功能位置，每2小时定时松解一次，并协助患者翻身，保证患者安全、舒适。

3. 使用约束带时，被约束的部位应放衬垫，约束带的松紧要适宜（能伸入1~2个手指为宜），注意观察受约束部位的血液循环（约每15~30分钟观察一次），包括皮肤的颜色、温度及感觉等，发现异常及时处理，定时按摩局部以促进血液循环。

4. 使用床档时，应加强巡视，及时满足患者需求。注意保护患者肢体，必要时可用软枕隔挡。

5. 使用支被架时，应注意保暖；局部有创面时，遵循无菌操作原则。

6. 记录使用保护用具的原因、时间、观察结果、护理措施和停止使用的时间。

#### （四）辅助器具的使用

##### 【目的】

身体因残障、疾病或高龄而导致的行动不便的患者，使用辅助器材辅助患者活动，保障患者的安全。

##### 【告知】

1. 告知患者正确使用辅助器具的方法。使用拐杖时，感觉腋窝有麻木疼痛等不适，可以使用爽身粉，防止皮肤磨损发炎，也可遵医嘱改用手杖。

2. 告知患者使用辅助器时，双手易发生疼痛或者疲劳，可以在拐杖、手杖上加厚衬垫。
3. 告知患者使用辅助器，应避免在湿滑的地面行走，尽量放慢脚步。平铺在地板上的地毯或者垫子容易滑倒，应尽量避免。
4. 告知患者使用辅助器，应穿着大小合适的鞋，不可穿拖鞋。此外，随身钱物应方便拿取。没有医生允许，不得用患肢站立支撑。
5. 征得患者及家属的配合。

#### 【准备】

1. 护士准备衣帽整洁、态度和蔼、洗手。
2. 患者准备向患者和家属说明使用拐杖、手杖的方法、安全性、意义，取得配合。
3. 用物准备按需准备拐杖或手杖等。
4. 环境准备周围环境宽敞、无障碍物。

#### 【操作规程】

#### 【注意事项】

1. 使用前要进行充分评估，身体状况不佳时，不能使用辅助器具。
2. 选择适合患者的辅助器。不适合的辅助器与错误的姿势可导致腋下受压造成神经损伤、腋下和手掌挫伤、跌倒，还会引起背部肌肉劳损、酸痛。
3. 患者的手臂、肩部或背部无伤痛，活动不受限制，以免影响辅助器的使用。
4. 使用辅助器时，患者的鞋要合适、防滑，衣服要宽松、合身。
5. 调整拐杖和手杖后，将全部的螺丝钉拧紧、橡胶垫钉牢固，并经常检查确定橡胶底垫

#### 【要点提示】

1. 在本章学习中应掌握舒适与不舒适的概念，通过学习熟知患者不舒适的原因及护理原则。
2. 正确区分三类卧位的性质，掌握各种卧位的适用范围和卧姿要求。为不同患者合理安置卧位，达到减轻患者的痛苦、促进康复的目的。
3. 本章护理技能操作的重点是各种卧位的安置、协助患者翻身、移向床头、各种保护用具和辅助器具的使用。要求在练习中准确掌握动作技能的操作要点，准确无误的为患者提供护理服务。
4. 疼痛患者的护理是本章应熟悉的知识点，应能正确评估患者的疼痛原因及程度，正确实施护理措施，以解决患者的疼痛，促进患者的舒适。

5. 掌握医院常见的不安全因素及防范措施, 合理使用保护用具及辅助器具, 严格遵守操作原则中的注意事项, 确保患者的安全。

6. 学习本章内容的同时, 应不断培养护士的职业素养, 以良好的道德情操满足患者的需要。

### 思考题

1. 举例说出影响舒适的因素有哪些方面?

2. 心肺疾患和急性左心衰竭导致呼吸困难的患者应采取什么卧位? 为什么?

3. 为了减轻患者的痛苦, 护士可以采取哪些措施缓解患者的疼痛?

4. 列举医院的不安全因素有哪些? 如何防范?

5. 使用保护具的注意事项有哪些?

6. 患者吴某, 女, 42岁, 腹部刀刺伤2小时后入院。查 T:35.2°C, P:120次/分, R:24次/分, BP:60/40mmHg。患者面色苍白, 皮肤湿冷, 烦躁不安, 脉搏细速, 无尿。在休克基本纠正后, 行下腔静脉修补术及肠系膜修补术, 术后返回病房。

(1) 护士应为该患者分别安置哪几种体位?

(2) 为什么采取这几种体位?