



第九章 患者的清洁护理



学习目标

通过本章内容的学习，学生应能：

◆ 识记

1. 列举常用漱口溶液的种类及作用。
2. 说出压疮的定义、高危人群及好发部位。

◆ 理解

1. 总结口腔护理的目的、操作方法和注意事项。
2. 总结卧床患者床上擦浴的操作方法及注意事项。
3. 概括压疮的预防措施。

◆ 运用

1. 评估患者的清洁护理需要，为其制订清洁护理措施。
2. 评估压疮的病理分期，为其制订治疗及护理措施。

清洁是指清除身体的污垢、排泄物、分泌物及微生物等，防止细菌繁殖，促进血液循环，增强皮肤的抵抗能力，减少感染的机会。同时，清洁还可以改善自我形象和精神面貌，增强自尊与自信，使人感觉舒适，心情愉快。健康人具有保持身体清洁的能力，能满足自身清洁的需要。患病时，一方面患者自我照顾能力降低，往往无法满足自身清洁的需要，另一方面由于大量出汗、大小便失禁等原因，对清洁的需要比健康人更为强烈。机体卫生不洁，对患者生理和心理都会产生影响。做好患者的清洁卫生工作是护士的重要职责。患者的清洁卫生包括口腔护理、头发护理、皮肤护理、晨晚间护理等。护士要熟练掌握各项清洁护理技术，根据患者的病情，对其清洁卫生习惯、清洁状况和清洁能力进行评估，制订合理、有效的清洁护理计划并实施，以满足患者清洁的需要，促进其身心健康。

案例 9-1A

患者，刘某，女，76岁，以“脑梗死合并脑出血”收住院。查体：神志不清，处于昏迷状态。T 38.6℃，BP 186/120mmHg，P 106次/分，R 24次/分，右侧面部及肢体偏瘫，大小便失禁，右侧肺部感染。医嘱：一级护理，平卧，限制头部抬高，低流量持续吸氧，静脉输入脱水、降压、营养脑细胞、抗生素等药物。

问题与思考：

住院期间如何满足该患者清洁卫生的需要？





第一节 患者的日常清洁卫生护理

一、口腔护理

口腔具有摄食、咀嚼、消化、吞咽、代替鼻腔保持呼吸、协助语言及发音等功能。良好的口腔卫生对个体维护自尊、保持正常沟通、预防疾病及促进疾病的康复有着重要的作用。口腔是病原微生物侵入人体的重要途径之一，口腔卫生对预防疾病及促进患者的康复有着重要意义。口腔内常存有大量致病菌和非致病菌，口腔的温度、湿度及食物残渣适宜微生物的生长繁殖。机体处于健康状态时，唾液中溶菌酶的杀菌作用，加之饮水、进食、刷牙、漱口等活动起到减少和清除细菌的作用，一般不会引起口腔疾病。当机体抵抗力降低，进食和饮水减少甚至障碍，口腔内的温度、湿度、食物残渣适宜微生物生长，为细菌在口腔内迅速繁殖创造了条件，可引起口腔局部炎症、溃疡、口臭及其他并发症，导致食欲下降、消化功能减退等。口腔护理是保持口腔清洁、预防疾病的手段之一。护理人员必须认真地评估和判断患者的口腔卫生状况，及时给予相应的护理措施和必要的卫生指导。

(一) 口腔护理评估

1. 口腔卫生及清洁状况

- (1) 口唇：色泽、湿润度，有无肿块、水肿、出血、疱疹。
- (2) 口腔黏膜：颜色、完整性、湿润度，有无结节、溃疡、出血、疱疹。
- (3) 牙：数量、有无松动、龋齿、牙结石、牙垢；有无义齿、义齿佩戴是否合适、有无破损、碎裂等。
- (4) 牙龈：颜色，有无出血、萎缩、肿胀等。
- (5) 舌：颜色、舌苔、湿润度，有无舌面积垢、溃疡及肿胀。
- (6) 腭、悬雍垂、扁桃体：颜色，有无肿胀、分泌物等。
- (7) 口腔气味：有无异常气味，例如氨臭味、烂苹果味、肝臭味、大蒜样臭味等。
- (8) 患者日常口腔清洁情况及习惯，如刷牙、漱口或义齿清洁的方法、次数及清洁的程度等。

2. 自理能力 评估患者口腔清洁过程中的自理程度。

3. 对口腔卫生保健知识的了解程度 评估患者对保持口腔卫生重要性的认识程度和预防口腔疾患等知识的了解程度。

4. 口腔特殊问题评估 如是否佩戴义齿、义齿佩戴是否合适、口腔是否有手术及治疗等。

(二) 口腔的清洁护理技术

1. 口腔卫生健康教育与指导 护理人员必须重视对患者口腔卫生的指导和教育，提高患者口腔自护意识和能力。与患者讨论口腔卫生的重要性，定时检查口腔卫生情况。教导患者为减少口腔疾患的发生，每天应在晨起、晚上临睡前刷牙，餐后漱口，每天刷洗舌面和使用牙线剔牙。睡前不进食对牙齿有刺激性或腐蚀性的食物，减少饮食中精制糖类及碳水化合物的含量。当口腔出现过度干燥时，鼓励患者多饮水。

(1) 口腔清洁用具的选择：①清洁口腔的用具：牙刷、牙膏、漱口杯、漱口溶液等。②牙刷：尽量选用外形较小、表面平滑、刷毛软硬适中的牙刷。由于已经磨损或刷毛过硬的牙刷不仅清洁效果欠佳，而且容易导致牙齿的磨损及牙龈的损伤，因此不建议使用。牙刷一般每3个月更换1次，最好每月更换1次。③牙膏：应选择无腐蚀性的牙膏，以防损伤牙齿。药物牙膏一般能抑制细菌的生长、预防龋齿和治疗牙齿过敏，可根据需要选择使用。不宜长期使用一种牙膏，建议轮换使用多个品种。





(2) 刷牙方法的指导：刷牙的时间一般是在早晨起床后或晚上临睡前，有人在进食后也有刷牙的习惯。常用的刷牙方法为环形刷牙法，其操作步骤如下：刷牙时将牙刷的毛面轻放于牙齿及牙龈沟上，刷毛面与牙齿成 45° ，快速环形来回刷动，每次只刷2~3颗牙齿，刷完一个部位后再刷邻近部位，牙齿的内侧面及上下咬合面，可用牙刷毛面的顶端以环形震颤方式刷洗（图9-1）。刷完牙齿后，再刷舌面，由里向外刷，可减少舌面上微生物的数量并清除食物残屑。每次刷牙时间不少于3min。

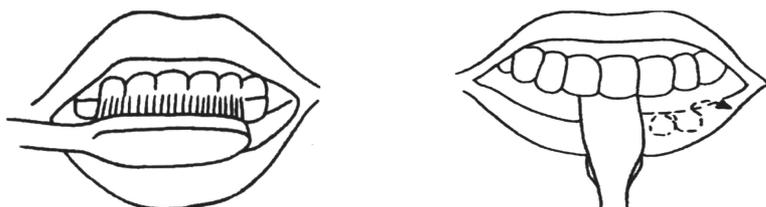


图9-1 环形刷牙法

另一种刷牙方法为上下竖刷牙法，也称纵向刷牙法，即沿牙齿齿缝纵向上下刷洗，牙齿的内、外、咬合面都应刷洗干净。之后，再由里向外刷洗舌面。

当护理人员协助患者刷牙时，可嘱其将舌头伸出，将牙刷的刷面与舌头呈直角，以极小的力量，由里向外刷向舌面尖端，再刷舌面两侧，并漱口，重复以上步骤，直到口腔完全清洁。

(3) 义齿的清洁与护理：义齿和真牙一样，也会积有食物残渣和碎屑，有牙菌斑和牙结石。故同样需要每天进行清洁护理。使用义齿者应白天持续配戴，对增进咀嚼的功能、说话与保持面部形象均有利；晚间应卸下，可以减少对软组织与骨质的压力。不能自理的患者，护士应每天至少协助患者清洁义齿2次，取下义齿时，一般先取上面的义齿，后取下下面的义齿，按正确的刷牙方法将用牙膏或义齿清洁剂刷洗，然后用清水冲洗干净，患者漱口后再戴上。将义齿冲洗刷净后应浸泡于有标记的冷水中保存，以防丢失和损坏，清水应每日更换。义齿不可浸于热水或乙醇等消毒溶液中，以免变色、变形及老化。如遇义齿松动、脱落、破裂、折断，但未变形时，应将损坏的部件保存好。另外，每次取下义齿后，应清洁口腔各处。

(4) 牙线的使用指导：牙线剔牙可清除牙齿间的牙菌斑，预防牙周病，减少口腔的食物碎屑。丝线、尼龙线、涤纶线均可做牙线材料，每日剔牙1~2次，餐后2~3min内进行剔牙更好。牙线剔牙的方法具体如下：取牙线40cm，两端绕于两手中指，指间约留15cm牙线，两手拇指、示指配合并控制牙线，拉锯式轻轻将牙线越过相邻牙接触点，压入牙缝，然后将线用力弹出，每个牙缝反复数次（图9-2）。

总之，护理人员应向患者解释口腔卫生的重要性，介绍口腔护理的有关知识，教会患者选择刷牙用具，正确刷牙及使用牙线剔牙，义齿的清洁与护理方法，保持口腔卫生，预防各种口腔并发症的发生。

2. 特殊口腔护理技术 对于禁食、昏迷、高热、危重、鼻饲、大手术后、口腔疾患及生活不能自理的患者，应由护理人员提供特殊的口腔护理（special oral care），一般每日2~3次，并根据病情酌情增加口腔护理的次数。

【目的】

- (1) 保持口腔的清洁、湿润、舒适，预防口腔感染等并发症。
- (2) 防止口臭、牙垢，增进食欲，使患者口腔舒适。
- (3) 观察口腔黏膜及舌苔的变化，有无特殊的口腔气味，提供病情变化的信息。

【评估】

- (1) 患者的病情、口腔卫生习惯及自理能力。
- (2) 患者的心理反应及合作程度。



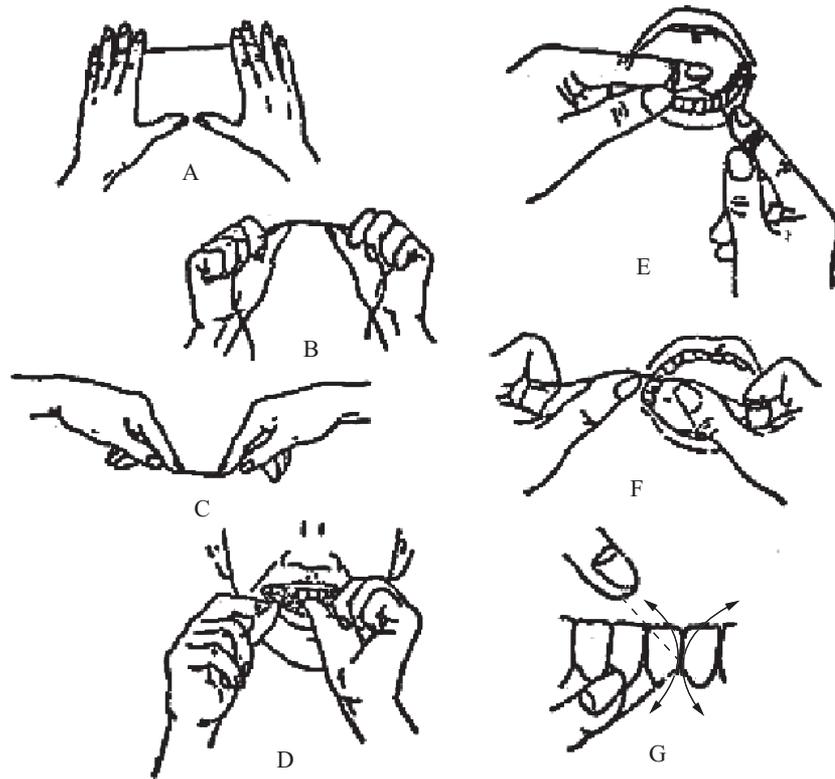


图 9-2 牙线剔牙法

(3) 患者的口腔情况：口唇、口腔黏膜、牙、牙龈、舌、腭、悬雍垂、扁桃体、口腔气味等。

【操作前准备】

(1) 用物准备：①治疗盘内备：治疗碗（内盛漱口溶液浸湿的棉球、弯血管钳、镊子）、压舌板、治疗巾、弯盘、水杯（内盛温开水）、吸水管、手电筒、棉签，必要时备开口器。或选用一次性口腔护理包。②口腔外用药：按需准备，常用的有液状石蜡、龙胆紫、西瓜霜、冰硼散、锡类散、制霉菌素甘油、金霉素甘油等。③漱口液：需要根据患者口腔 pH 与药物的药理作用，正确选用漱口液，常见的漱口溶液见表 9-1。

表 9-1 口腔护理常用溶液及作用

| 溶液名称 | 作用 |
|----------------|----------------------|
| 0.9% 氯化钠溶液 | 清洁口腔，预防感染 |
| 朵贝尔氏溶液（复方硼酸溶液） | 轻度抑菌、除臭 |
| 0.02% 呋喃西林溶液 | 清洁口腔，广谱抗菌 |
| 1% ~ 3% 过氧化氢溶液 | 抗菌除臭，用于口腔感染有溃烂、坏死组织者 |
| 1% ~ 4% 碳酸氢钠溶液 | 碱性溶液，用于真菌感染 |
| 2% ~ 3% 硼酸溶液 | 清洁口腔，酸性防腐剂，抑菌 |
| 0.08% 的甲硝唑溶液 | 用于厌氧菌感染 |
| 0.1% 醋酸溶液 | 用于铜绿假单胞菌感染 |

(2) 患者准备：了解口腔护理的目的、配合要点及注意事项，取舒适的体位。

(3) 护士准备：着装整洁，修剪指甲，洗手、戴口罩。





(4) 环境准备：宽敞、明亮，床旁桌上无多余物品，便于放置口腔护理盘。

【操作要点】

(1) 核对解释：携用物至患者床边，核对患者（床头卡、腕带），解释操作目的，取得合作。

(2) 安置体位：协助患者侧卧或仰卧，头侧向护士。

(3) 铺巾置盘：铺治疗巾于患者颌下及枕上，置弯盘于口角旁。

(4) 协助漱口：棉签蘸温开水湿润口唇、口角，协助患者用吸水管吸温开水漱口（昏迷患者禁忌漱口）。

(5) 检查口腔：嘱患者张口，护士一手持压舌板撑开颊部，一手打开手电筒，检查口腔有无出血、溃疡及活动义齿。昏迷或牙关紧闭患者使用张口器协助张口。有活动义齿者，协助取出，用冷水刷洗后置冷水中备用。

(6) 按顺序擦洗口腔：①擦洗牙齿外侧面：嘱患者咬合上下齿，用压舌板轻轻撑开一侧颊部，用弯血管钳夹含有漱口液的棉球由内向外门齿纵向擦洗，同法擦洗对侧；②擦洗牙齿内侧面、咬合面、颊部：嘱患者张口，依次擦洗一侧牙齿上内侧面、上咬合面、下内侧面、下咬合面，弧形擦洗颊部，同法擦洗对侧；③擦洗硬腭及舌部：由内向外弧形擦洗硬腭部，由内向外纵向擦洗舌面，嘱患者抬起舌尖，擦洗舌下。

(7) 漱口涂药：协助患者用温开水漱口（昏迷患者禁忌漱口），撤去弯盘，擦干面颊部。再次检查口腔，根据口腔情况，酌情涂药于患处。

(8) 润唇：口唇干燥者涂石蜡油或润唇膏。

(9) 操作后整理：撤去治疗巾，协助患者取舒适卧位，整理床单位，清理用物。

(10) 洗手、记录。

【注意事项】

(1) 操作时应动作轻柔，避免金属钳端碰及牙齿，损伤黏膜及牙龈，尤其对凝血功能差的患者应当特别注意。

(2) 昏迷患者禁忌漱口及注洗，擦洗时棉球不宜过湿，防止引起误吸或呛咳。发现患者喉部痰多时，要及时吸出。

(3) 使用开口器时应当从臼齿处放入（牙关紧闭者不可用暴力助其张口）。

(4) 擦洗时必须用止血钳夹紧棉球，每次1个，防止棉球留在口腔内。护士操作前后应当清点棉球数量。

(5) 对长期应用抗生素者应观察口腔黏膜膜有无真菌感染。

(6) 传染病患者的用物须按消毒隔离原则处理。1套无菌物品只供1位患者使用，以防发生交叉感染。

二、头发、皮肤的清洁护理

保持头发、皮肤的清洁是人类日常清洁卫生的一项重要内容。皮肤是由表皮、真皮、皮下组织组成，还包括由表皮衍生而来的附属器，如毛发、皮脂腺、汗腺和指（趾）甲等。皮肤的新陈代谢迅速，其代谢产物如皮脂、汗液及表皮碎屑等与外界细菌和尘埃结合形成污垢，黏附于皮肤表面，如不及时清除，可刺激皮肤，降低皮肤抵抗力，容易导致各种感染。而头面部是人体皮脂腺分布最多的部位。皮脂、汗液以及灰尘常黏附于头发和头皮形成污垢，散发出难闻的气味，还易诱发脱发及其他皮肤疾患。皮肤护理可满足患者身体清洁的需要，维护患者自身形象，增进生理和心理的舒适，预防皮肤感染和压疮等并发症的发生。

（一）头发、皮肤的护理评估

皮肤状况可反应患者的健康状态，护士可通过视诊、触诊等评估患者皮肤，作为患者一般





资料和清洁护理的依据。可从以下几个方面进行头发、皮肤的评估：

1. 皮肤的评估

(1) 颜色：肤色有无苍白、发绀、发红、黄染、色素沉着等异常表现。

(2) 温度：皮肤温度的变化可提示有无感染及循环障碍，评估皮肤温度时应注意室温的影响。

(3) 柔软性和厚度：影响皮肤柔软性的因素有皮肤含水量、皮下脂肪量、质地、饱满性、真皮层纤维的弹性以及皮肤水肿，皮肤的厚度受身体不同部位、年龄、性别等因素影响。

(4) 弹性：检查皮肤弹性可从前臂内侧提起少量皮肤，放松时如果皮肤很快复原，表明弹性良好。一般老年人、脱水患者皮肤弹性较差。

(5) 完整性：皮肤有无破损、出血、皮疹、水疱等，注意损伤的部位及范围。

(6) 感觉：是否对温度、压力及触摸等存在感觉障碍，有无瘙痒感、过敏等。

(7) 清洁度：是否存在异常体味，有无污垢，尤其注意皮肤的隐匿部位如女性乳房及会阴部、男性阴囊部位的清洁状况。

2. 头发及头部皮肤 评估头发的分布、颜色、长度、光泽度、干湿度、脆性与韧性、清洁状况、有无头虱等。头皮有无瘙痒、破损、皮疹、病变等情况。

3. 患者的自理能力 患者平时清洁皮肤、梳发或洗发的习惯与需要，能否自行完成，对相关知识的了解程度。

4. 患者的病情及治疗情况 是否存在因疾病或治疗影响患者头发、皮肤清洁的因素。

(二) 头发的清洁护理技术

1. 床上梳发

生活不能自理的患者，需要护士协助梳发，保持患者美观整洁，促进舒适。

【目的】

(1) 去除头屑和脱落的头发，保持头发整齐、清洁，减少感染机会。

(2) 按摩头皮，刺激头部血液循环，促进头发的代谢。

(3) 增加美观，维护患者的自尊和自信。

【评估】

(1) 患者的年龄、病情、自理能力及合作程度。

(2) 患者头发的分布、颜色、密度、长度、干湿度、光泽度、清洁状况等，头皮有无瘙痒、抓痕、病变等情况。

(3) 患者梳发习惯、发型喜好。

【操作前准备】

(1) 用物准备：治疗巾、梳子、纸袋或纸张（包脱落的头发用）、手消毒剂，必要时准备发夹、橡皮圈或线绳、30%乙醇。

(2) 患者准备：了解床上梳发的目的、配合要点及注意事项。病情允许，患者可坐起或摇起床头，取半坐卧位。

(3) 护士准备：着装整洁，修剪指甲，洗手、戴口罩。

(4) 环境准备：室内宽敞、明亮、温度适宜，酌情关闭门、窗，备屏风（或拉上床帘）。

【操作要点】

(1) 核对解释：携用物至患者床边，核对患者（床头卡、腕带），解释操作目的，取得合作。

(2) 安置体位和铺巾：根据病情协助患者取适当体位。坐位或半坐卧位患者，治疗巾铺于患者肩上；卧床患者，协助患者抬头，将治疗巾铺于枕头上，将头偏向一侧。

(3) 梳头：取下发夹，将头发从中间分为两股，左手握住一股头发，由发梢梳至发根，长发或遇有发结时，可将头发绕在示指上。如头发已纠结成团，可用30%乙醇湿润后再慢慢





梳顺，梳好一侧头发再梳对侧头发。可根据患者喜好，将长发编成发辫，用橡皮圈结扎。

(4) 操作后整理：将脱落的头发放于纸袋中或包于纸中。取下治疗巾，协助患者取舒适卧位，整理用物。

(5) 洗手、记录。

【注意事项】

- (1) 护士操作时动作规范、轻柔，患者感觉舒适、心情愉快。
- (2) 护士在给患者梳发过程中要注意患者的个人喜好，尊重患者习惯。
- (3) 梳理头发过程中可用指腹按摩头皮，促进血液循环。
- (4) 若将头发编成发辫，应至少每天松开发辫一次，梳理好后再编。

2. 床上洗头 长期卧床的患者，应每周洗头一次。床上洗头的方法常见的有马蹄形垫法、扣杯法、洗头盆法和洗头车法等。在临床护理工作中，可根据医院现有条件、因地制宜采用合适的方法。洗头车因其结构集热水箱、污水箱、洗头盆、贮物架等于一体，能使操作用物、洗头水、污水排流等一次性到位。使用洗头车能为卧床患者提供快捷、方便的洗头操作，提高患者洗头时的舒适度，缩短洗头操作的时间，减轻了护理人员的劳动强度，目前临床应用较为广泛。对于能下床活动的患者还可协助采取坐位洗头法。总之，洗头应以患者安全、舒适、不影响治疗为原则。

【目的】

- (1) 按摩头皮，增进头皮血循环，促进头发的代谢。
- (2) 除去污秽和脱落的头屑，保持头发的清洁。
- (3) 消除痒感，使其舒适，促进身心健康。
- (4) 预防和灭除虱、虮。

【评估】

- (1) 患者的病情、生命体征，自理能力及合作程度，病情允许方可进行操作。
- (2) 患者的头发及头皮状况。

【操作前准备】

(1) 用物准备：①马蹄形垫法：治疗车上备橡胶马蹄形垫（图9-3）、水壶（内盛43～45℃温水）、水桶，治疗盘内备小橡胶单、大毛巾、毛巾、洗发液、冲洗壶或水杯、眼罩或纱布、别针、棉球2个、纸袋、梳子，需要时备电吹风、护肤霜。②扣杯法：另备橡胶单、治疗巾、橡胶管、止血钳，脸盆一只，毛巾一块，其上倒扣搪瓷杯，杯底部垫四折的毛巾（图9-4）。③洗头盆法：备洗头盆。④洗头车法：备洗头车。

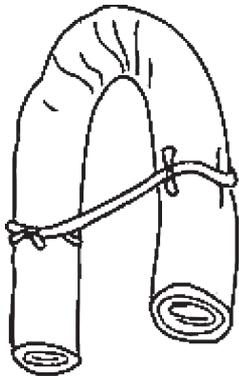


图 9-3 马蹄形垫

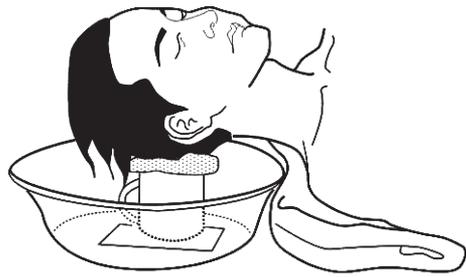


图 9-4 扣杯法

(2) 患者准备：了解床上洗头的目的、配合要点及注意事项。病情允许者可坐起或摇起床头，取半坐卧位。



- (3) 护士准备：着装整洁，修剪指甲，洗手、戴口罩。
 (4) 环境准备：室内宽敞、明亮、温度适宜，酌情关闭门、窗，备屏风或拉上床帘。

【操作要点】



图 9-5 洗头盆床上洗头法

(1) 核对解释：携用物至患者床边，核对患者（床头卡、腕带等），解释操作目的，取得合作。

(2) 铺单围巾：将橡皮单、大毛巾铺于枕头上，移枕头于患者肩下，松开衣领向内反折，将毛巾围于颈部，用别针固定。

(3) 安置体位：①马蹄形垫法：将患者头部和肩部移至床边，移枕于肩下，置马蹄形垫于患者后颈下，使颈部枕于突起处，头部置于水槽中。马蹄形垫开口处下方接污水桶。②扣杯法：铺橡胶单和治疗巾于患者头部床单上，头下放脸盆，使头部枕在扣杯上，盆内置一橡胶管，下接污水桶。③洗头盆法：洗头盆放患者头下，颈部置于洗头盆突起处，

排水管远端置污水桶内（图 9-5）。④洗头车法：将洗头车移至患者床旁，协助患者斜角仰卧，移枕于肩下，置洗头器于患者头颈部，使患者颈部枕于洗头器突起处，头部枕于洗头器槽中，洗头器下接污水桶（图 9-6）。

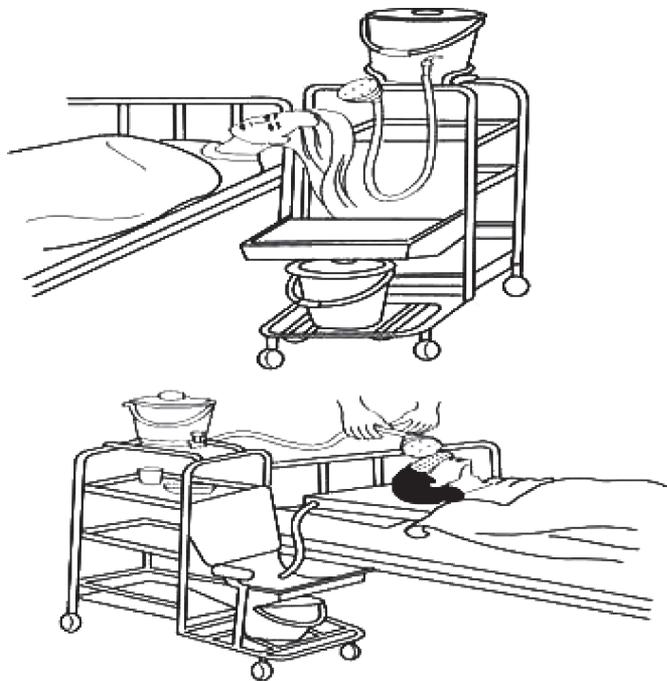


图 9-6 洗头车床上洗头法

(4) 保护眼耳：用棉球塞两耳，眼罩或纱布遮盖双眼或嘱患者闭上双眼。

(5) 洗发：取下发夹，梳通头发，试水温。用温水充分湿润头发，倒洗发液于手掌，涂遍头发。用手指指腹部揉搓头皮，从发际到头顶，到两侧，再轻轻将患者头部偏向一侧，揉搓后枕部。梳去脱落的头发置纸袋中。用热水冲洗头发，直到干净为止。

(6) 包发、撤物：洗发毕，解下颈部毛巾包住头发，除去耳内棉花及眼罩，一手托住头





部,一手撤出马蹄形垫,或取出脸盆、洗头盆,或移去洗头车。

(7) 擦干、梳理:将枕头、橡胶单、大毛巾一并从肩下移至床头,协助患者卧于床正中,用热毛巾擦干面部,用大毛巾轻揉头发、擦干,用梳子梳顺、散开。

(8) 操作后整理:清理用物(洗头车切断电源,放出污水并清洗擦干),整理床单位,协助患者取舒适卧位。

(9) 洗手、记录。

【注意事项】

(1) 护士为患者洗头时,身体尽量靠近床边,运用节力原则,避免疲劳。

(2) 洗头时,揉搓力量应适中,避免用指甲抓,以防抓伤头皮。

(3) 洗头过程中注意调节水温与室温,以免着凉。防止污水溅入眼、耳内。

(4) 洗头过程中注意保护伤口及各种导管,注意观察病情,如发现面色、脉搏、呼吸异常时应停止操作。

(5) 洗发时间不可过久,避免引起头部充血或疲劳等不适。

(6) 病情危重和身体极度虚弱者不宜进行床上洗头。

(三) 皮肤的清洁护理技术

1. 皮肤卫生清洁的指导

(1) 沐浴指导:皮肤上油脂积聚刺激皮肤,阻塞毛孔或形成污垢,护理人员应教导患者经常沐浴,保持皮肤清洁。对于易出汗者,常洗澡并保持皮肤干燥;皮肤干燥者,可酌情减少洗澡次数。月经期、妊娠7个月以上的孕妇禁用盆浴。夏季卧床的患者可采取床上沐浴法。病情较重、活动受限的患者可采用床上擦浴。传染病患者的沐浴应根据病情、病种按隔离原则进行。一般沐浴时间不宜过长,以防发生晕厥,饭后1h才可进行沐浴,以免影响消化。

(2) 皮肤清洁用品的使用指导:应根据患者皮肤的状况(如皮肤的干、油性特点、完整性如何等)、个人喜好及清洁用品的性质和目的来选择使用皮肤清洁用品。一般情况下,用物需要1~2种浴皂或溶液及润肤剂。对于油性皮肤者,可使用浴皂清洁皮肤;皮肤容易过敏者,应选用低过敏的浴皂;对于皮肤特别干燥或皮肤破损者,则不宜用浴皂,而用普通温水清洗即可。润肤剂可在体表形成一层油脂面,防止水分蒸发,起到软化皮肤的作用,常见的润肤剂有羊毛脂和凡士林类护肤品等。

2. 盆浴和淋浴法 适用于全身情况良好、具有自理能力的患者。妊娠28周以上的孕妇禁用盆浴。

【目的】

(1) 去除皮肤污垢,保持皮肤清洁、干燥、使患者舒适。

(2) 促进皮肤的血液循环,增强其排泄功能,预防皮肤感染和压疮的发生。

(3) 促进患者身心放松,增加其活动机会。

【评估】

(1) 患者年龄、病情、自理状况、配合程度及皮肤卫生情况。

(2) 患者日常沐浴习惯。

【操作前准备】

(1) 用物准备:脸盆、肥皂、浴巾,毛巾2条,拖鞋,清洁衣裤。

(2) 患者准备:了解沐浴目的、方法及注意事项。根据需要沐浴前协助患者排便。

(3) 护士准备:着装整洁,修剪指甲,洗手、戴口罩。

(4) 环境准备:调节室温在22~26℃,水温40~45℃。

【操作要点】

(1) 检查浴室或浴盆:检查浴室或浴盆清洁度,放置防滑垫。协助患者准备沐浴用物,





用物放于患者易取处。

(2) 沐浴前指导：协助患者入浴室，向患者交待有关事项，如调节水温的方法、呼叫铃的应用、不宜用湿手接触电源开关等，嘱患者浴室不宜关门，以便发生意外时他人能及时入内。

(3) 沐浴：患者沐浴时，护士应在患者可以呼唤到的地方，以便在患者出现状况能及时处置。

(4) 沐浴后整理：根据患者情况，协助患者擦干皮肤及穿好清洁衣裤，清洁浴盆或浴室，用物放回原处。

(5) 洗手、记录。

【注意事项】

(1) 饭后须过 1h 才能进行沐浴，以免影响消化。

(2) 水温不宜太热，室温不宜太高，时间不宜过长，以免发生晕厥或烫伤等意外情况。

(3) 若遇患者发生晕厥，应立即抬出，平卧、保暖，并配合医生共同处理。

3. 床上擦浴法 适用于病情较重，生活不能自理的患者。

【目的】

观察患者肢体活动情况，防止肌肉挛缩和关节僵硬，其他同盆浴或淋浴。

【评估】同盆浴或淋浴。

【操作前准备】

(1) 用物准备：治疗盘内备浴皂、浴巾 2 条、毛巾 2 条、浴毯、梳子、小剪刀、50% 乙醇、护肤用品。治疗盘外备脸盆 2 个、水桶 2 个（一桶用于盛 50～52℃ 热水，并根据年龄、季节、生活习惯增减水温；另一桶接污水）、清洁衣裤、手消毒液。

(2) 患者准备：了解床上擦浴的目的、方法、注意事项及配合要点。根据需要擦浴前协助患者排便。

(3) 护士准备：着装整洁，修剪指甲，洗手、戴口罩。

(4) 环境准备：调节室温在 24℃ 以上，关好门窗，屏风遮挡。

【操作要点】

(1) 核对解释：携用物至患者床边，核对患者（床头卡、腕带等），解释操作目的，询问患者有无特殊用物需求。

(2) 安置用物：用物放于易取、稳妥处。关门窗，必要时屏风遮挡。

(3) 安置体位：协助患者移近护士，取舒适体位，保持身体平衡。用浴毯遮盖患者。

(4) 擦洗脸、颈部：一条浴巾铺于患者枕上，另一条浴巾铺于颈前，松开领扣，将毛巾缠于护士手上（图 9-7），先用温水擦洗眼部，由内眦向外眦擦洗。面部擦洗时询问患者是否用浴皂，依次擦洗前额、面颊部、鼻翼、嘴部、耳后、下颌直至前颈部。



图 9-7 包毛巾法





(5) 擦洗上肢、双手：协助患者脱下上衣（先脱近侧后远侧，如有外伤则先脱健肢后患肢），在擦洗部位下面铺上大毛巾，将毛巾涂上浴皂，由远心端向近心端擦洗上肢及腋窝后再清水擦净。置脸盆于床边浴巾上，协助患者手浸于盆中，洗净并擦干，根据情况修剪指甲。同法擦洗对侧上肢及手。

(6) 擦洗胸腹部：根据需要换水后擦洗胸腹部。浴巾盖于患者胸腹部，护士一手掀起浴巾一边，另一手进行擦洗。擦洗女性乳房时注意环形用力，擦净乳房下皮肤皱褶处。

(7) 擦洗背部：协助患者侧卧，背向护士，浴巾纵向铺于患者身下，依次擦洗后颈、背部至臀部。背部擦好后协助患者穿上清洁上衣（先穿对侧，后穿近侧；如有肢体外伤或活动障碍则先穿患侧，后穿健侧）。

(8) 擦洗下肢、足部：换水，协助患者平卧。浴巾铺于近侧腿下面，依次擦洗踝部、膝关节、大腿。移盆至足下，浸泡后擦洗足部，根据情况修剪趾甲。同法擦洗对侧腿部和足部。

(9) 擦洗会阴部：换水，暴露会阴部，洗净并擦干会阴部（见会阴部护理）。协助患者穿好清洁裤子。

(10) 梳头：协助患者取舒适卧位，为患者梳理头发。

(11) 操作后整理：按需更换床单并整理，用物放回原处。协助患者取舒适卧位。

(12) 洗手、记录。

【注意事项】

(1) 擦浴时动作要轻柔、敏捷，减少翻动次数，同时注意遵循节力原则。

(2) 注意控制室温及水温，防止患者受凉。

(3) 擦浴时注意保护患者隐私，尽量减少暴露。

(4) 注意洗净耳后、腋窝、腠窝、乳房、肛门等皮肤皱褶处。

(5) 擦浴过程中注意观察病情及全身皮肤情况，如出现寒战，面色苍白、脉速过快等，应立即停止操作。

(6) 擦浴过程中，注意保护伤口及各种管道。

(7) 掌握使用毛巾擦洗的步骤：先用涂浴皂的湿毛巾擦洗，再用湿毛巾擦净浴皂，最后用浴巾擦干，在擦洗过程中用力要适当，根据情况更换清水。

三、会阴部的清洁护理

由于会阴部特殊的生理结构和特点，易于致病菌的滋生和繁殖，所以保持会阴部清洁对预防感染及增进患者舒适十分必要。对于生殖系统及尿道炎症、大小便失禁、产后、会阴部分泌物过多、皮肤破损、有留置导尿管及各种会阴手术后等患者会阴部的护理尤为重要。有自理能力的患者可在沐浴时自行完成会阴部的清洁；自理能力受限的患者，护士应评估其会阴部卫生状况，及时给予相应的护理措施和必要的卫生指导。

（一）会阴部护理评估

1. 患者的病情及治疗情况 有无大小便失禁、留置尿管、泌尿生殖系统疾病或手术等。

2. 自理能力 是否需要他人协助完成会阴部清洁。

3. 会阴部状况 会阴部清洁状况，有无分泌物过多、异味、瘙痒等；会阴部皮肤有无破损、炎症、肿胀及触痛。

4. 会阴部卫生知识了解情况 是否了解会阴部清洁卫生的重要性，日常会阴部清洁情况及清洁习惯等。

（二）会阴部的清洁护理技术

1. 便器的使用 常用的便器包括便盆（bedpan）、尿壶，有搪瓷、塑料和金属三种，使用前便器应清洁、无破损，用便盆巾覆盖。临床上，便盆（图9-8）使用较为广泛，尿壶多用于





图 9-8 便盆

体如下。

【目的】

满足患者排便需要，促进患者舒适。

【评估】

(1) 患者病情、年龄、意识状态、配合程度、自理能力等。

(2) 患者日常排便习惯。

【操作前准备】

(1) 用物准备：便盆、便盆巾、一次性治疗巾、卫生纸、手消毒液。

(2) 患者准备：了解便盆的使用方法、注意事项及配合要点。

(3) 护士准备：着装整洁，修剪指甲，洗手、戴口罩。

(4) 环境准备：关闭门窗，屏风遮挡或拉上床帘。

【操作要点】

(1) 核对解释：携便盆至患者床旁，核对患者（床头卡、腕带等），解释操作目的，取得合作。

(2) 屏风遮挡或拉上床帘。

(3) 安置体位：铺一次性治疗巾于患者臀下，协助患者仰卧、退裤、屈膝。

(4) 放置便盆：一手托起患者腰和骶尾部，同时嘱患者抬高臀部，另一手将便盆置于臀下，使便盆阔边的一端向着患者的头部（图 9-9）。不能自主抬高臀部的患者，先帮助其侧卧，放置便盆后，一手扶住便盆，另一手帮助患者恢复平卧位。或两人协力抬起臀部，放置便盆，不可硬塞、硬拉，以免损伤患者皮肤。女性患者可用手纸折成长方形，放于耻骨联合上方，以防尿液溅出污染被褥。



图 9-9 便盆使用方法

(5) 协助排便：询问患者是否需要护士留在旁边协助，如不需要，将手纸及呼叫器放在患者手边，暂离病室，等待呼叫。

(6) 撤出便盆：排便完毕，嘱患者抬起臀部，护士一手抬高患者腰及骶尾部，一手取出便盆，盖上便盆巾，协助患者穿裤。

(7) 操作后整理：协助患者洗手，安置舒适卧位，撤去屏风或拉开床帘，开窗通风。及时倒掉排泄物（必要时留取标本送验），及时清洗消毒便盆，放回原处。

(8) 洗手、记录。

【注意事项】

(1) 尊重并保护患者隐私。

(2) 金属便盆使用前需倒入少量热水加温，避免太凉而导致患者不适。





(3) 如果患者不习惯躺卧姿势排便,在病情容许时,可以抬高床头。

2. 会阴部清洁护理技术 由于会阴部的各个孔道彼此很接近,所以容易发生交叉感染。会阴部尿道口是最清洁的孔道,肛门是相对最不清洁的部位。护理会阴部时,首先应清洁尿道口周围,最后擦洗肛门。

【目的】

- (1) 保持会阴部清洁,消除异味,预防或减少感染。
- (2) 防止皮肤破损,促进伤口愈合。
- (3) 增进患者舒适,指导患者会阴部清洁护理的方法。

【评估】

- (1) 患者病情、年龄、意识、心理状态及配合程度。
- (2) 排尿时有无灼热感或疼痛等不适,有无大、小便失禁、留置导尿管等。
- (3) 会阴部清洁状况,有无分泌物过多,有无异味、瘙痒等。
- (4) 会阴部皮肤有无破损、炎症、肿胀及触痛等。

【操作前准备】

(1) 用物准备:治疗盘内置治疗碗(内置棉球、镊子)、大量杯、弯盘、一次性治疗巾、一次性手套、浴巾或绒毯、毛巾、按需备消毒液,必要时备消毒液棉球。治疗盘外备便盆、屏风、手消毒液、水壶(内盛50~52℃温水)。

(2) 患者准备:了解会阴部清洁护理的注意事项及配合要点,协助患者取仰卧位。

(3) 护士准备:着装整洁,修剪指甲,洗手、戴口罩。

(4) 环境准备:关好门窗,围好屏风或拉上床帘,保护患者隐私。操作时减少暴露。

【操作要点】

(1) 核对解释:携用物至患者床边,核对患者(床头卡、腕带等),解释操作目的,取得合作。

(2) 安置体位:放平床头及床尾支架,协助患者取仰卧位,退裤至大腿部,暴露会阴,铺一次性治疗巾于臀下。

(3) 清洗会阴:戴一次性手套操作,每擦洗一处均应更换棉球或变换毛巾的位置。

①男性(图9-10):依次擦洗大腿上部、阴茎头部(一手轻轻提起阴茎,一手持毛巾或用镊子夹消毒液棉球由尿道口向外环形擦洗阴茎头部)、阴茎体部(沿阴茎体由上向下擦洗)、阴囊。

②女性(图9-11):依次擦洗大腿上部、阴唇部位(一手轻轻合上阴唇,一手擦洗阴唇外黏膜部分,从会阴部向肛门方向擦洗)、尿道口和阴道口(一手分开阴唇,一手轻轻擦洗各个部位)。擦洗后置便盆于患者臀下进行会阴冲洗,护士一手持装有温水(按患者习惯调节水温)的大量杯,一手持镊子夹取棉球,边冲水边擦洗,从会阴部冲洗至肛门(从前向后),冲洗后擦干会阴部。

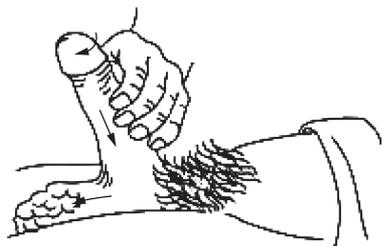


图 9-10 男性会阴部清洁护理



图 9-11 女性会阴部清洁护理

(4) 擦洗肛门:协助患者侧卧,擦洗肛门。大、小便失禁者,可在肛周和会阴部涂凡士林或氧化锌软膏。





(5) 操作后整理：撤去便盆、治疗巾，脱下手套。协助患者穿好衣裤，整理床单位，协助患者取舒适卧位，清理用物。

(6) 洗手、记录。

【注意事项】

(1) 会阴部或直肠手术后患者，须按无菌操作进行，并按换药法处理伤口。

(2) 留置导尿管者，会阴部清洁护理后，再用消毒液棉球擦拭尿道口及周围和近端导尿管，以防逆行感染。

(3) 操作中注意保暖，减少暴露，注意保护患者隐私。

案例 9-1B

该患者住院治疗后 2 周后，骶尾部皮肤出现紫红色，压之不褪色，此后，该处皮肤出现大小不等的水疱。

问题与思考：

刘女士骶尾部皮肤出现了什么并发症？引起该并发症的原因有哪些？目前应采取何种治疗和护理措施？

第二节 压疮的预防与护理

压疮 (pressure ulcer) 又称为压力性溃疡，是身体局部组织长期受压，血液循环障碍，局部持续缺血、缺氧、营养不良而形成的组织的破损和坏死。预防压疮是临床护理中的一项重要工作，是否发生压疮已经是护理质量的评价指标之一。一旦发生压疮，不仅给患者带来痛苦，加重病情，严重时可继发感染引起败血症而危及生命。因此，必须加强患者的皮肤护理，尤其是躯体移动障碍和长期卧床的患者更应进行认真细致的皮肤护理，预防和减少压疮的发生。

一、压疮的好发部位及高危人群

(一) 压疮的好发部位

压疮多发生于无肌肉包裹或肌肉层较薄、缺乏脂肪组织保护又经常受压的骨隆突处。易发部位与患者的卧位有关 (图 9-12)。

1. 仰卧位 好发于枕骨粗隆、肩胛骨、肘部、骶尾部及足跟处，尤其好发于骶尾部。
2. 侧卧位 好发于耳郭、肩峰、肋骨、髌部、膝关节的内外侧、内外踝。
3. 俯卧位 好发生于面颊、耳郭、肩峰、女性乳房、肋缘突出部、男性生殖器、髂前上棘、膝部和足趾等。
4. 坐位 好发于坐骨结节、肩胛骨、足跟等处。

(二) 压疮的高危人群

1. 老年人 因老化过程导致皮肤在解剖结构、生理功能及免疫功能等方面均出现衰退现象，如皮肤松弛、干燥，缺乏弹性，皮下脂肪萎缩、变薄，皮肤抵抗力下降，对外界环境反应迟钝、血管脆性增加等，最终导致皮肤易损性增加。

2. 神经系统疾病患者 如昏迷、瘫痪者，其自主活动能力降低及感觉障碍，长期卧床导致局部组织长期受压。

3. 肥胖患者 机体过重使承受部位的压力过大。



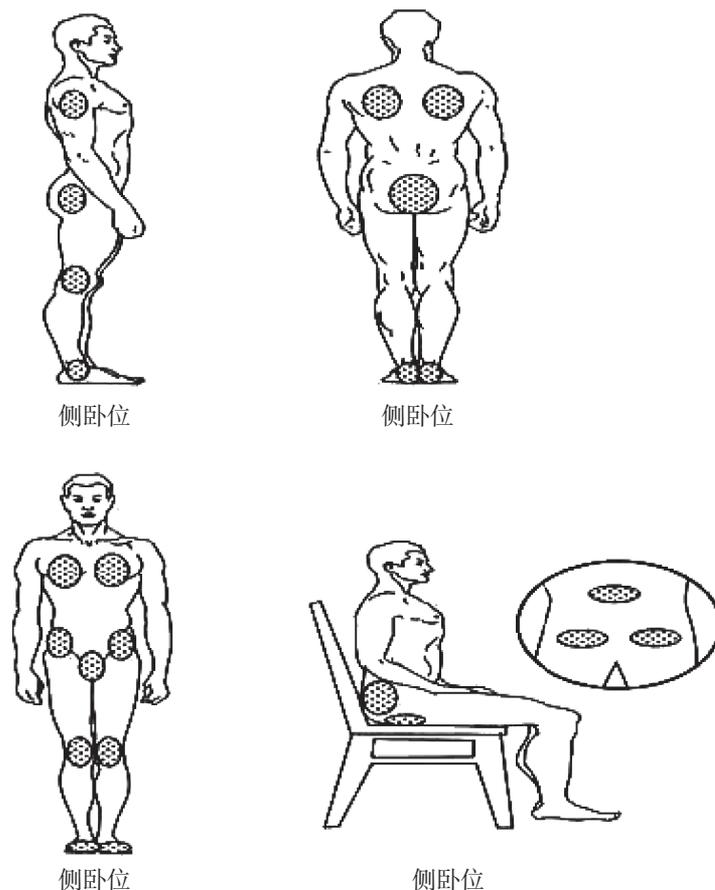


图 9-12 压疮的好发部位

4. 极度消瘦或营养不良、贫血及恶病质患者 受压处皮肤菲薄，缺乏肌肉、脂肪组织的保护，组织耐受力下降。
5. 胸、腹水或水肿患者 水肿降低皮肤的抵抗力，并增加承受部位的压力。
6. 大小便失禁、高热多汗、呕吐患者 皮肤经常受到潮湿污物的刺激。
7. 疼痛患者 为避免疼痛而处于强迫体位，机体活动减少。
8. 骨折患者 常因使用石膏托、石膏绷带固定、牵引固定或夹板等约束带固定及使用引流管等导致翻身和活动受限。
9. 使用镇静剂患者 自主活动减少。

二、预防压疮的护理措施

压疮并非原发疾病，大多是由于其他原发病未能很好地护理而造成的，绝大多数压疮是能够预防的，精心科学的护理可将压疮的发生率降到最低程度。预防压疮的关键在于消除诱发因素。护理工作应做到“六勤”：勤观察、勤翻身、勤擦洗、勤按摩、勤整理、勤更换。交接班时，护士要严格细致地交接患者受压局部皮肤情况及护理措施的落实情况。

1. 评估 综合、动态、客观、有效地评估是预防压疮的关键，评估的内容包括力学因素、局部皮肤状况、高危人群及危险因素等方面。

(1) 力学因素：造成压疮的主要力学因素是压力、摩擦力和剪切力，通常是几种力的联合作用所致。单位面积承受的压力越大，组织发生坏死的时间就越短。①垂直压力：持续性垂直压力作用于局部是引起压疮的最主要原因。压力越大，持续时间越长，发生压疮的概率越大。正常情况下，皮肤和皮下组织可在短时间内承受一定压强而不发生组织坏死。若外界施于





局部压强超过终末毛细血管压两倍,持续 1 ~ 2h,即可阻断血流,引起组织缺氧,但及时解除压力,对组织造成的影响小。若受压超过 2h 以上,组织会发生不可逆的损伤,而发生压疮。

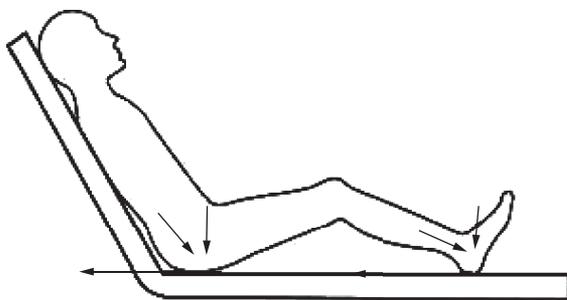


图 9-13 剪切力的形成图

常见于长期卧床或坐轮椅、使用石膏绷带、夹板等长时间不改变体位的患者。②摩擦力:摩擦力作用于皮肤,易损害皮肤的角质层。当患者在床上活动或坐轮椅时,皮肤随时都可受床单或轮椅垫表面的逆行阻力摩擦。皮肤擦伤后,如受到尿、汗等浸渍污染则更容易发生压疮。③剪切力:剪切力是由两层组织相邻表面间的滑行,产生进行性的相对移位所引起的,是摩擦力与压力形成的合力,与体位有密切关系(图 9-13)。如当患者半坐卧

位时,可使身体下滑,与臀部紧邻的组织跟着移动,但皮肤和床单间存在摩擦力,皮肤和皮下组织无法移动,从而导致剪切力的产生,使皮肤、皮下组织、肌肉发生错位,小血管扭曲、撕裂,引起局部血液循环障碍而发生压疮。

(2) 局部潮湿或排泄物刺激:皮肤经常受汗液、排泄物、分泌物、呕吐物等潮湿的刺激,可导致皮肤浸渍、松软,同时,尿液和粪便中化学物质的刺激作用,可使皮肤酸碱度改变,致使表皮角质层的保护能力下降,再加上摩擦力及剪切力的作用,局部皮肤组织极易受损而发生压疮。

(3) 营养状况:营养不良是导致压疮发生的内因,也是直接影响压疮愈合的因素。长期全身营养障碍,营养摄入不足,皮下脂肪变薄,肌肉萎缩,皮肤与骨骼间的充填组织减少,一旦受压,受压处缺乏肌肉和脂肪组织的保护,容易引起血液循环障碍,发生压疮。过度肥胖者由于卧床时体重对皮肤产生的压力大,也是发生压疮的危险因素。水肿患者血液循环不良,皮肤较薄,受压后易破损而发生压疮。

(4) 其他因素:如体温升高、全身缺氧、应用镇静剂、镇痛剂、血管收缩剂等药物,也可引起压疮。

(5) 压疮的高危人群及好发部位(见前述部分)。

(6) 危险因素:护理人员可通过评分的方式,对患者发生压疮的危险性进行评估,由此判断其发生压疮的危险程度,筛查压疮发生的高危人群,并根据评估结果采取有针对性的预防措施。常用的压疮危险因素评估表有 Braden 危险因素评估表(评估内容包括感觉、潮湿、活动力、移动力、营养及摩擦力和剪切力 6 个方面,总分范围为 6 ~ 23 分,分值越小,提示发生压疮的危险性越高,评分 ≤ 18 分,提示患者有发生压疮的危险,建议采取预防措施(表 9-2)。Waterlow 压疮风险评估量表、Norton 压疮风险评估量表等(包括身体状况、精神状态、活动能力、灵活程度及失禁情况 5 个方面,总分 5 ~ 20 分,分值越小,提示发生压疮的危险性越高。评分 ≤ 14 分,提示易发生压疮,该表较适用于老年患者(表 9-3)。

表9-2 Braden压疮危险因素评估表

| 项目 / 分值 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------|--------|-------|-------|------|
| 感觉:对压力不适的感受能力 | 完全受限 | 非常受限 | 轻度受限 | 未受损 |
| 潮湿:皮肤暴露于潮湿环境的程度 | 持续潮湿 | 潮湿 | 有时潮湿 | 很少潮湿 |
| 活动力:身体活动程度 | 限制卧床 | 可以坐起 | 偶尔行走 | 经常行走 |
| 移动力:改变和控制体位的能力 | 完全无法移动 | 严重受限 | 轻度受限 | 未受限 |
| 营养:日常食物摄取状态 | 非常差 | 可能缺乏 | 足够 | 非常好 |
| 摩擦力和剪切力 | 有问题 | 有潜在问题 | 无明显问题 | — |





表9-3 Norton压疮风险评估量表

| 项目 / 分值 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---------|------|------|------|------|
| 身体状况 | 良好 | 一般 | 不好 | 差 |
| 精神状态 | 思维敏捷 | 无动于衷 | 不合逻辑 | 昏迷 |
| 活动能力 | 可以走动 | 需要协助 | 坐轮椅 | 卧床 |
| 灵活程度 | 行动自如 | 轻微受限 | 非常受限 | 不能活动 |
| 失禁情况 | 无失禁 | 偶有失禁 | 经常失禁 | 二便失禁 |

2. 避免局部组织长期受压

(1) 定时翻身，间歇性解除局部压力：经常更换体位使骨骼突出部位交替地减轻压迫。因此，应鼓励和协助长期卧床的患者常翻身，每2h翻身一次，必要时每小时翻身一次，建立床头翻身记录卡。翻身时尽量将患者身体抬起，避免拖、拉、推，以防擦伤皮肤。有条件时，使用电动翻转床或旋转床帮助患者变换多种卧位，从而减轻护士的体力消耗。

(2) 保护骨隆突处和支持身体空隙处：患者体位安置妥当后，采用架格法减轻患者局部组织压力，即在身体骨隆突处上下部位分别垫以棉垫或软枕，使受压部位悬于空隙间。必要时可用支被架(图9-14)抬高被毯，以避免局部受压。坐位患者可使用泡沫塑料或硅胶垫，或使用可分解重力且透气性、透水性好、不产生摩擦力的糜子床垫，避免使用气垫圈以防影响局部血液循环。对于昏迷患者，可将其双下肢用软垫垫起，足跟处搁空，从而避免受自身重量的压迫。条件允许时，可使用喷气式气垫(图9-15)，其结构分气垫与气泵两部分，中间

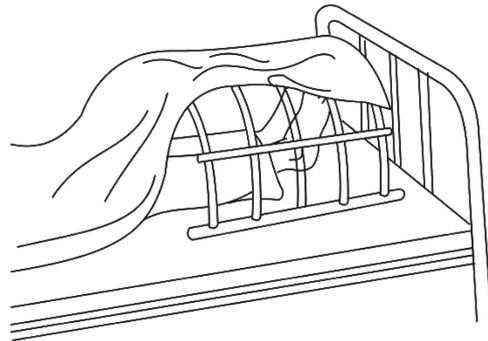


图9-14 支被架

由导管相连。气垫经气泵充气后，支撑患者身体，可分散体重，减轻对局部表面的压迫，防止血液循环障碍。使用时打开电源15min后，气垫膨胀，气垫表面有许多小孔，能自动喷出微风，使患者身体周围的床铺温度下降，保持皮肤干燥。流动的空气还可阻止化脓菌的繁殖，起到防止和治疗压疮的作用。另外，也可使用交替充气式床垫、水褥、翻身床等。须注意的是，即使使用这些器具，仍须经常为患者更换卧位，因压力虽减小，但受压时间过长，仍可阻断局部血液循环，导致组织损伤。

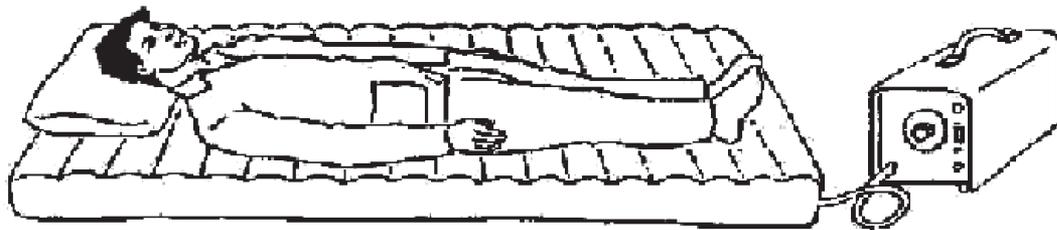


图9-15 喷气式气垫

(3) 正确使用石膏、绷带及夹板固定：患者使用石膏、绷带及夹板固定时，松紧应适宜(松则易移动，起不到固定作用；紧则影响血液循环)，衬垫应平整、柔软，尤其要注意骨隆突部位的衬垫，随时观察局部皮肤和肢端皮肤颜色、温度、感觉及运动情况，认真听取患者反应，如发现固定过紧或石膏、绷带凹凸不平，立即报告医师，给予适当调整。

3. 避免摩擦力和剪切力的影响 协助患者采取有效的体位，可以避免剪切力的影响。如对长期卧床的患者，取半卧位时，床头抬高不超过30°，注意防止身体下滑，可使患者屈髋





30°，腩窝下垫软枕，以减少剪切力的发生。为避免摩擦力对皮肤的损失，在协助患者翻身、更换床单及衣服或搬运患者时，须将患者身体抬高床面，切忌推、拉、拽；保持床单清洁、平整、无碎屑，以避免皮肤与碎屑及床单皱褶产生摩擦；使用便器时，应选择无破损便器，抬起患者腰骶部，不要强塞硬拉。必要时在便器边缘垫上纸布垫，以防擦伤皮肤。

4. 避免局部潮湿等不良刺激 保持患者皮肤和床单的清洁、干燥是预防压疮的重要措施。有大小便失禁、呕吐、出汗者，应及时擦洗干净，衣服、被单随湿随换；伤口若有分泌物，及时更换敷料，不可让患者直接卧于橡皮单上，因其透气性差，易对皮肤产生潮湿的刺激。婴儿要勤换尿布，保护皮肤免受刺激。

5. 促进皮肤血液循环 长期卧床的患者，应每日进行主动或被动全范围关节运动练习，以维持关节活动度和肌张力，促进机体的血液循环。经常进行温水擦浴，患者变换体位后对局部进行按摩，均可促进血液循环，改善局部营养状况，增强皮肤抵抗力，预防压疮的发生。

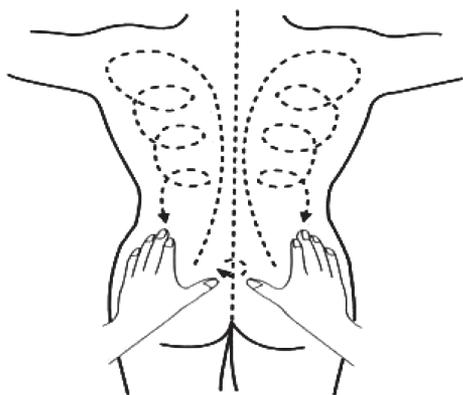


图 9-16 背部按摩

(1) 手法按摩：全背按摩时，协助患者俯卧或侧卧，露出背部，背向操作者，先以热水进行擦洗，再将 50% 乙醇或红花油少许倒入手掌内，以手掌大小鱼际肌部分紧贴皮肤，作压力均匀的环形方式按摩，由轻到重，由重到轻，每次 3 ~ 5min；先从患者骶尾部开始，沿脊柱旁向上按摩（力量要足够刺激肌肉组织），至肩部时，手法稍轻，转向下沿背部两侧按摩至髂嵴部位，如此反复有节奏地按摩数次。再用拇指指腹由骶尾部开始沿脊柱按摩至颈肩部，继而向下按摩至骶尾部（图 9-16）。需注意的是对于因受压而出现反应性充血的皮肤组织则不主张按摩，以免造成深部组织损伤。

(2) 电动按摩器按摩：电动按摩器是依靠电磁作用，引导治疗器按摩头振动，以代替各种手法按摩。操作者持按摩器，根据不同部位，选择适用的按摩头，紧贴皮肤，进行按摩。

6. 改善全身营养状况 营养不良既是导致压疮的原因之一，又可影响压疮的愈合。因此，长期卧床或病重者，应注意全身营养，根据病情给予高蛋白、高维生素膳食，维持正氮平衡，以增强机体抵抗力和组织修复能力，并补充矿物质，如可适量口服硫酸锌等，可促进慢性溃疡的愈合。不能进食者给予鼻饲，必要时需支持疗法，如补液、输血、静脉滴注高营养物质等，以增强抵抗力及组织修复能力。

7. 鼓励患者活动 在病情许可的情况下，避免给患者使用约束带，协助患者进行肢体功能练习，鼓励患者尽早下床活动，预防压疮发生。

8. 实施健康教育 向患者及家属介绍压疮发生、发展及治疗与护理的一般知识，如经常改变体位、保持皮肤干燥的重要性等；指导学会预防压疮的方法，如定时翻身，经常自行检查受压部位皮肤，保持身体和床褥的清洁卫生，利用简便可行的方法如软枕减轻局部受压程度，使患者及家属获得预防压疮的基本知识和技能，积极配合和参与预防压疮的护理活动。

三、压疮的治疗与护理

(一) 压疮的病理分期及临床表现

根据压疮的严重程度和侵害的深度，分为四期。

1. 淤血红润期（Ⅰ期）为压疮的初期。局部皮肤受压或受潮湿刺激后，出现红、肿、热、麻木或触痛，有的无肿热反应。解除压力 30min 后，皮肤颜色不能恢复正常。由于此期皮肤的完整性未破坏，因此为可逆性改变，若及时去除诱因，可阻止压疮的发展。





2. 炎性浸润期(Ⅱ期) 若红肿部位继续受压, 血液循环得不到改善, 局部红肿向外浸润、扩大、变硬, 受压表面皮色转为紫红, 皮肤因水肿变薄常出现水疱, 水疱极易破溃, 显露出潮湿、红润的创面, 患者有疼痛感。此期若及时解除压力, 改善血液循环, 及时清创, 仍可防止压疮进一步发展。

3. 浅度溃疡期(Ⅲ期) 静脉血液回流受到严重障碍, 局部淤血致血栓形成, 组织缺血缺氧。表皮水疱扩大、破溃, 真皮层疮面有黄色渗出液, 感染后表面有脓液覆盖, 致使浅层组织坏死, 溃疡形成, 患者疼痛加剧。

4. 坏死溃疡期(Ⅳ期) 坏死组织侵入真皮下层和肌肉层, 脓液较多, 坏死组织呈黑色, 有臭味。感染向周围及深部扩展, 可达骨骼, 严重者可引起败血症, 危及患者生命。

(二) 压疮的治疗与护理

压疮是全身和局部因素综合作用所引起的局部变性、坏死的病理过程。一旦发生, 应根据其发展过程及病变程度, 积极采取综合的治疗与护理措施。

1. 局部治疗与护理

(1) 淤血红润期: 护理原则是去除危险因素, 避免压疮继续发展。此期应采取积极措施, 防止局部继续受压, 使之悬空, 避免摩擦潮湿等刺激, 保持局部干燥, 增加翻身次数。可采用湿热敷、烤灯、红外线或紫外线照射等方法改善局部血液循环。由于此时皮肤已受损, 故不提倡局部按摩, 防止造成进一步的损害。

(2) 炎性浸润期: 护理原则是保护皮肤, 避免感染。除继续加强上述措施外, 对未破的小水疱应减少摩擦, 防感染, 让其自行吸收; 大水疱用无菌注射器抽出水疱内液体(不剪表皮)后, 表面涂以2%碘酊或用红外线照射, 每次15min, 保持创面干燥。若水疱破裂露出创面, 需消毒创面及其周围皮肤, 并选择合适的创口敷料包扎。

(3) 浅度溃疡期: 护理原则是清洁疮面, 清除坏死组织, 促进愈合, 预防和控制感染。避免局部组织继续受压, 保持局部清洁、干燥。可采用物理疗法, 如以60W鹅颈灯距疮面25cm进行照射, 每日1~2次, 每次10~15min, 照射后按外科无菌换药法处理疮面。无感染的疮面还可采用新鲜鸡蛋内膜、骨胶原膜、纤维蛋白膜等贴于疮面治疗。以新鲜鸡蛋内膜为例, 将其剪成邮票大小。平整贴于疮面。如内膜下有气泡, 以无菌棉球轻轻挤压使之排除, 再以无菌敷料覆盖, 1~2天更换1次, 直到疮面愈合。根据伤口类型选择伤口清洗液, 创面无感染时可选择生理盐水进行冲洗, 创面有感染时, 应根据创面细菌培养结果及药物敏感试验结果选择消毒液。如需进行清创处理, 应根据患者的病情、耐受能力、局部坏死情况及血液循环情况等选择合适的清创方式, 清创期间, 护士应动态观察伤口渗液、组织类型及面积的变化, 并根据渗液情况确定伤口换药频率。

(4) 坏死溃疡期: 除继续加强浅度溃疡期的治疗和护理外, 采取清创术清除焦痂和腐肉, 处理伤口潜行和窦道以减少无效腔, 保护暴露的骨骼、肌腱和肌肉。碘酊具有使组织脱水促进创面干燥、软化硬结构的作用。将碘酊涂于创面, 加烤灯照射10min(或电吹风吹干), 每日2次。多抗甲素能刺激机体的免疫细胞增强免疫功能, 促进创面组织修复。对创面较大者, 先用生理盐水清创, 然后用红外线灯照射20min, 创面干燥后用多抗甲素液湿敷, 再用红外线灯照射10min, 最后用灭菌紫草油纱布覆盖, 对渗出液多者, 每日换药3次。灭滴灵对杀灭厌氧菌有特效, 并能扩张血管, 增强血液循环。用此药冲洗后, 湿敷创面, 加红外线灯照射20min, 每日3~4次。

除了药物治疗之外, 一些物理疗法也被证明有其良好的疗效。由于白糖在高渗环境下可破坏细菌生长, 清创后, 将食用白糖散于创面上, 用无菌纱布敷盖, 可减轻伤口水肿, 有利于肉芽生长, 促进伤口愈合。也可利用纯氧抑制创面厌氧菌生长的特点, 应用氧疗法提高创面组织中氧的供应量, 改善局部组织代谢。氧气流吹干创面后, 形成薄痂, 利于愈合。具体方法如下: 用塑料袋罩住创面, 固定牢靠, 通过小孔向袋内吹氧, 氧流量为5~6L/min, 每





次 15min, 每日 2 次。治疗完毕, 创面盖以无菌纱布或暴露均可。对分泌物较多的创面, 可在湿化瓶内放 75% 乙醇, 使氧气通过湿化瓶时带出一部分乙醇, 起到抑制细菌生长, 减少分泌物, 加速创面愈合的作用。

采用清热解毒、活血化瘀、去腐生肌和收敛的中草药治疗压疮是目前有效的方法之一。将桉树叶制成的烧伤粉, 用生理盐水调成糊状, 加地塞米松 5mg 涂于压疮创面, 每日 2 次。另外, 电流刺激、激光治疗、超声波疗法等也逐渐用于压疮的治疗与护理过程中。

近年来, 国内外在压疮的局部治疗方面提出许多新概念、新方法, 特别是在压疮湿性愈合理论的研究和临床应用方面进展较快。在过去的 40 多年中, 大量研究报告证明, 运用湿性愈合理论治疗慢性伤口大大缩短了患者伤口愈合的时间, 降低患者潜在并发症发生的危险, 减少护理人员的工作时间, 显著提高临床经济效益。

对于大面积、深达骨质的压疮, 上述保守治疗不理想时, 可采用外科治疗加速愈合, 如手术修刮引流, 清除坏死组织, 植皮修补缺损等。外科手术修复亦适用于战伤并发大面积压疮, 因战伤患者失血多, 机体抵抗力差, 压疮迁延不愈, 易造成全身感染。采用手术修复可缩短压疮的病程, 减轻痛苦, 提高治愈率。



知识链接

2007 NPUAP 压疮新定义及新分期

2007 年, 美国压疮咨询委员会 (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP) 将压疮的定义更新为: 指皮肤或皮下组织由于压力, 或复合有剪切力或 / 和摩擦力作用而发生在骨隆突处的局限性损伤。此外, NPUAP 更新了更为详细的压疮分期标准, 分为 6 期:

1. 可疑的深部组织损伤 (Suspected Deep Tissue Injury) ①皮下软组织受到压力或剪切力的损害, 局部皮肤完整但可出现颜色改变如紫色或褐红色, 或导致充血的水疱。与周围组织比较, 这些受损区域的软组织可能有疼痛、硬块、有粘糊状的渗出、潮湿、发热或冰冷。②厚壁水疱覆盖的黑色伤口床进展可能更快。③足跟部是常见的部位。④这样的伤口恶化很快, 即使给予积极的处理, 病变可迅速发展, 致多层皮下组织暴露。需要谨慎处理。

2. I 期 (Stage I) ①在骨隆突处的皮肤完整, 但伴有压之不褪色的局限性红斑。②受损部位与周围相邻组织比较, 有疼痛、硬块、表面变软、发热或者冰凉。③表明处于“危险状态”。

3. II 期 (Stage II) ①真皮部分缺失; 表现为一个浅的开放性溃疡; 伴有粉红色的伤口床 (创面); 也可能表现为一个完整的或破裂的血清性水疱。②无腐肉或淤伤。

4. III 期 (Stage III) ①全层皮肤组织缺失, 可见皮下脂肪暴露, 但骨头、肌腱、肌肉未外露; 可有腐肉存在, 但组织缺失的深度不明确。②因解剖部位不同, 深浅表现也不同: 如鼻梁、耳朵、枕骨处、踝部因无皮下组织, 可能是表浅溃疡; 而脂肪较多的部位此阶段压疮可能形成非常深的溃疡。

5. IV 期 (Stage IV) ①全层组织缺失, 伴有骨、肌腱或肌肉外露, 伤口床的某些部位有腐肉或焦痂; 常有潜行或窦道。②有可能造成骨髓炎; 可以直接看见或触及骨头 / 肌腱。③因解剖部位不同, 深浅表现也不同: 如鼻梁、耳朵、枕骨处、踝部因无皮下组织, 可能是表浅溃疡; 而脂肪较多的部位此阶段压疮可能形成非常深的溃疡。





知识链接

6. 不明确分期 (Unstageable) ①全层组织缺失, 但是溃疡底部有腐肉覆盖, 或者伤口床有焦痂附着。②只有去除足够多的腐肉或焦痂, 暴露出伤口床的底部, 才能准确评估压疮的真正深度、确定分期。③足跟处稳定的焦痂 (干的、黏附紧密的、完整但没有发红或者波动感) 可以作为人体自然的 (生物学的) 覆盖而不被去除。

2. 全身治疗与护理 积极治疗原发疾病, 加强营养和抗感染治疗等。良好的营养是疮面愈合的重要条件, 应给予患者均衡的饮食, 增加蛋白质、维生素和微量元素的摄入; 按医嘱抗感染治疗以防止患者继发性全身感染; 加强心理护理和健康教育, 消除不良情绪对患者的影响。

第三节 晨晚间护理

晨晚间护理是为患者提供基础护理的一项主要内容, 护理人员根据患者的日常生活习惯, 通过定期观察和了解患者的病情、护理需求等, 为其诊断、治疗和调整护理计划提供依据, 同时及时发现患者存在的问题, 做好心理护理和卫生指导。尤其是对于昏迷、高热、大手术后、瘫痪及年老体弱等危重病患者, 更需要护理人员加强晨晚间护理与照顾。

一、晨间护理

患者经过一夜的睡眠后, 往往需要做必要的清洁护理, 使其身心舒适。晨间护理也可以促进睡眠过程中身体受压部位的血液循环, 预防压疮及肺炎等并发症的发生, 并可保持患者床单位和病室的整洁。晨间护理一般于清晨诊疗工作前完成。

1. 目的

- (1) 使患者清洁、舒适, 预防压疮及肺炎等并发症的发生。
- (2) 观察和了解患者病情, 满足患者的身心需要, 促进护患沟通。
- (3) 保持床单位和病室的清洁、美观。

2. 护理内容

- (1) 对于能离床活动的、病情较轻的患者, 应鼓励其自行洗漱, 既可使患者活动全身的肌肉、关节, 又可以使其增强疾病康复的信心。
- (2) 整理床铺, 采用湿式扫床法, 一床一巾, 根据清洁程度, 更换床单, 整理好床单位。
- (3) 对于病情较重, 不能离床活动的患者, 如昏迷、高热、大手术后、瘫痪或年老体弱者, 护理人员协助患者排便, 帮助其刷牙、漱口 (或口腔护理)、洗脸、洗手、梳头。
- (4) 协助翻身, 更换体位, 检查皮肤受压情况, 擦洗背部, 用 50% 乙醇按摩骨突处。
- (5) 观察病情, 了解睡眠情况, 进行心理护理和健康教育。
- (6) 整理床单位, 酌情开窗通风, 保持病室内空气新鲜。

二、晚间护理

1. 目的

- (1) 为患者提供良好的夜间睡眠条件, 保持病房内安静、清洁, 使患者能舒适入睡。
- (2) 了解患者的病情变化, 预防压疮等并发症的发生, 促进护患沟通。



2. 护理内容

(1) 协助患者刷牙、漱口，必要时给予患者口腔护理、洗脸、洗手、擦洗背部、臀部、用热水泡脚、为女性患者清洗会阴部。

(2) 检查患者身体受压部位，观察有无压疮早期现象，按摩背部及骨隆突部位，根据情况更换患者衣服和床单。

(3) 整理床单位，必要时给患者增加毛毯和盖被，就寝前鼓励或协助患者排尿。

(4) 保持病室安静、空气流通，减少噪音，调节光亮和室温。

(5) 通风换气后酌情关门窗，放下窗帘，关大灯，开地灯，使患者易于入睡。

(6) 夜班护士在执行各种护理操作时，动作应轻柔。巡视病房时，开关门要轻。

(7) 观察患者病情，了解睡眠情况，并酌情处理。

小结

1. 口腔评估的内容包括：口腔各个部位卫生及清洁状况、患者口腔清洁自理能力、口腔卫生保健知识的了解程度、口腔特殊问题评估等。

2. 特殊口腔护理适用于：禁食、昏迷、高热、危重、鼻饲、大手术后、口腔疾患及生活不能自理的患者，一般每日2~3次。

3. 特殊口腔护理擦洗顺序：牙齿外侧面-上内侧面-上咬合面-下内侧面-下咬合面-弧形擦洗颊部-硬腭及舌部。

4. 压疮的好发部位有：①仰卧位好发于枕骨粗隆、肩胛骨、肘部、骶尾部及足跟处。②侧卧位好发于耳郭、肩峰、肋骨、髌部、膝关节的内外侧、内外踝。③俯卧位好发生于面颊、耳郭、肩峰、女性乳房、肋缘突出部、男性生殖器、髂前上棘、膝部和足趾等。④坐位好发于坐骨结节、肩胛骨、足跟等处。

5. 压疮的高危人群有：老年人、神经系统疾病患者、肥胖患者、极度消瘦或营养不良、贫血及恶病质患者、胸、腹水或水肿患者、大小便失禁、高热多汗、呕吐患者、疼痛患者、骨折患者、使用镇静剂患者等。

6. 预防压疮的护理措施包括：积极评估、避免局部组织长期受压、避免摩擦力和剪切力、避免局部潮湿等不良刺激、促进皮肤血液循环、改善全身营养状况、鼓励患者活动、实施健康教育等。

7. 压疮的病理分期分为：淤血红润期、炎性浸润期、浅度溃疡期、坏死溃疡期四期。淤血红润期的护理原则是去除危险因素，避免压疮继续发展；炎性浸润期的护理原则是保护皮肤，避免感染；浅度溃疡期的护理原则是清洁疮面，促进愈合，预防和控制感染；坏死溃疡期注意处理伤口潜行和窦道以减少无效腔，保护暴露的骨骼、肌腱和肌肉。

自测题

一、单项选择题

1. 口腔有绿脓杆菌感染的患者应选用的漱口液是
- A. 0.02% 呋喃西林溶液 B. 1% ~ 3% 过氧化氢溶液
- C. 2% ~ 3% 硼酸溶液 D. 0.1% 醋酸溶液





- E. 1% ~ 4% 碳酸氢钠溶液
2. 压疮淤血红润期的主要特点有
- 局部皮肤出现红、肿、热、痛
 - 皮下产生硬结
 - 局部组织坏死
 - 表皮有水疱形成
 - 浅表组织有脓液流出
3. 为左侧偏瘫患者脱、穿衣服的顺序应是
- 先脱右肢，先穿右肢
 - 先脱右肢，先穿左肢
 - 先脱左肢，先穿右肢
 - 先脱左肢，先穿左肢
 - 可任意穿脱
4. 林某，女，75岁，因股骨骨折行牵引已2周。护士在为其床上擦浴，过程中患者突然感到寒战，心慌等，且面色苍白出冷汗，护士应
- 请家属协助擦浴
 - 加快速度边保暖边完成擦浴
 - 边擦洗边通知医生
 - 鼓励患者做张口呼吸
 - 立即停止操作让患者平卧
5. 给女性患者进行会阴部清洁护理时，下述选项中**不正确**的是
- 擦洗阴唇外黏膜时是从会阴部向肛门方向
 - 月经期不宜进行会阴冲洗
 - 合适的体位是患者平卧，两腿放平于床上
 - 如会阴部有手术应使用无菌棉球擦洗
 - 每擦洗一处应更换棉球

二、多项选择题

1. 以下为昏迷患者进行特殊口腔护理方法正确的是
- 禁忌漱口
 - 需用开口器时从门齿放入
 - 棉球夹紧，每次1个
 - 注意观察口腔的情况
 - 棉球不可过湿
2. 压疮的易发部位包括
- 坐位 - 坐骨结节
 - 仰卧位 - 骶尾部
 - 头高足低位 - 足跟部
 - 侧卧位 - 髋部
 - 俯卧位 - 腹部

三、案例题

患者，王某，男，73岁，因脑血管意外并发肺部感染，处于昏迷状态，连续应用抗生素达半个月。护士每日为其进行口腔护理，发现其口腔黏膜出现白色溃疡面，请问：

- 口腔护理目的是什么？
- 该患者口腔护理时应选用何溶液？
- 在给该患者进行口腔护理时应注意什么？

(汪凤兰)

