



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

护 理 学 基 础

Z H O N G Y I H U L I J I N E N G



主编：阳爱云
主讲：阳爱云





护理学基础



第十一章

患者的清洁护理

第十一章 患者的清洁护理

目录

01

口腔护理

02

头发护理

03

皮肤护理

04

晨晚间护理

学习目标

知识 目标

- (1) 能陈述口腔护理、压疮的概念。
- (2) 能理解口腔护理常用溶液作用及使用范围。
- (3) 能陈述压疮发生的原因、好发部位、预防和临床分期及其护理要点。
- (4) 能说出列出清洁护理的操作步骤和注意事项以及晨晚间护理的护理内容。

能力 目标

具有为病人进行口腔健康指导、口腔护理、床上洗头、床上擦浴和压疮预防的能力。

素质 目标

具有爱伤观念，在清洁护理过程中尊重病人、关心病人。

学习重点

1. 口腔护理
2. 头发护理
3. 皮肤护理
4. 压疮好发部位、分期特点及护理

学习难点

1. 口腔护理
2. 压疮预防与护理

第十一章 患者的清洁护理

目录

01

口腔护理

02

头发护理

03

皮肤护理

04

晨晚间护理

> 第一节 口腔护理

第一节 口腔护理

概述

清洁是指清除身体表面微生物及其他污垢，防止细菌繁殖，促进血液循环，以防止感染与诱发各种并发症，促进个体生理与心理健康的清洁措施。清洁能维持良好的自我形象，使人感到愉悦、安全、舒适。

第一节 口腔护理

一、口腔健康指导

(一) 养成良好的口腔卫生习惯

口腔卫生对人的健康非常重要，俗话说：“病从口入”。应指导病人养成良好口腔卫生习惯。

(二) 选择正确的刷牙方法

1. 巴氏刷牙法 又称龈沟清扫法或水平颤动法是 一种有效去除龈缘附近及龈沟内菌斑的方法。

第一节 口腔护理

(二) 选择正确的刷牙方法

2. 竖刷牙 将牙刷刷毛末端置于牙冠与牙龈交界处，沿牙齿方向轻微加压并顺牙缝纵向刷洗。

(三) 正确使用牙线

牙线可清除食物残渣，去除牙齿间的牙菌斑，预防牙周病。尼龙线、丝线、涤纶线均可用作牙线剔牙。

二、义齿的清洁护理

1. 义齿的清洁 2. 义齿的保存

第一节 口腔护理

练习：

护士在给病人做口腔护理时，为病人取下活动性义齿后，应浸泡于

- A. 热水 B. 乙醇 C. 消毒液 D. 碘伏 E. 冷水

分析 答案为E：活动性义齿取下后应浸入冷水中备用，置于冷水中义齿上残留的少量细菌和菌斑不易生长，减少细菌和菌斑对口腔的危害。不可将义齿泡在热水或乙醇内，以免义齿变色、变形和老化(正确答案E， ABCD错)。

第一节 口腔护理

三、口腔护理技能（特殊口腔护理）

适用于高热、昏迷、禁食、危重、鼻饲、口腔疾患、大手术后等自理能力缺陷的病人。

练习：

特殊口腔护理的适应证不包括

A. 禁食 B. 高热 C. 鼻饲 D. 昏迷 E. 腹泻

分析 答案为E：腹泻病人虽有不适，但可生活自理，不是特殊口腔护理的适应症(E错,为本题正确答案)；禁食、高热、鼻饲、昏迷病人均需特殊口腔护理，一般每天 2~3次(ABCD对)。

第一节 口腔护理

实训：

【目的】

1. 保持口腔清洁、湿润，使病人舒适，预防口腔感染等并发症。
2. 去除口腔异味，防止口臭，增进食欲，保持口腔正常生理功能。
3. 观察口腔黏膜、舌苔的变化，以及有无特殊口腔气味，以提供病情观察的动态信息。

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

(1) 评估：病人的年龄、病情、意识、心理状态、自理能力、配合程度及查看口腔情况将口腔卫生状况分为好、一般和差，分别记为1分、2分和3分。总分为各项目之和，分值越高，表明病人口腔卫生状况越差，越需加强口腔卫生护理。



实训：

口腔状况评估

部位/分值	1	2	3
唇	湿润，质软，无裂口	干燥，有少量痂皮，有裂口，有出血倾向	干燥，有大量痂皮，有裂口，有分泌物，易出血
黏膜	湿润，完整	干燥，完整	干燥，黏膜破损或有溃疡面
牙龈	无出血及萎缩	轻微萎缩，出血	有萎缩，容易出血、肿胀
牙 / 义齿	无龋齿，义齿合适	无龋齿，义齿不合适	有许多空洞，有裂缝，义齿不合适，齿间流脓液
牙垢 / 牙石	无牙垢或有少许牙石	有少量至中量牙垢或中量牙石	大量牙垢或牙石
舌	湿润，少量舌苔	干燥，有中量舌苔	干燥，有大量舌苔或覆盖黄色舌苔
腭	湿润，无或有少量碎屑	干燥，有少量或中量碎屑	干燥，有大量碎屑
唾液	中量，透明	少量或过多量	半透明或黏稠
气味	无味或有味	有难闻气味	有刺鼻气味
损伤	无	唇有损伤	口腔内有损伤
自理能力	完全自理	部分依赖	完全依赖
健康知识	大部分知识来自于实践，刷牙有效，使用牙线清洁牙齿	有些错误观念，刷牙无效，未使用牙线清洁牙齿	有许多错误观念，很少清洁口腔，刷牙无效，未使用牙线清洁牙齿

> 第一节 口腔护理

实训练习：

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

(2) 准备：向病人及家属解释口腔护理的目的、方法、注意事项及配合要点，以取得病人的配合。

2. 环境评估与准备 环境安静、整洁、宽敞、明亮或光线充足适合操作。

3. 用物评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

第一节 口腔护理

实训练习：

【评估与准备】

4. 用物评估与准备

(1) 治疗车上层

①治疗盘内：备口腔护理包（内有治疗碗或弯盘盛棉球、弯盘、弯止血钳2把、压舌板）、水杯（内盛漱口溶液）、吸水管、棉签、液体石蜡（病人自备唇膏）、手电筒、纱布数块、治疗巾及口腔护理溶液。

第一节 口腔护理

实训练习：

【评估与准备】

漱口溶液的选择

口腔PH	选用漱口溶液	溶度	作用
中性	生理盐水		清洁口腔，预防感染
	氯己定溶液	0.02%	清洁口腔，广谱抗菌
	甲硝唑溶液	0.08%	适用于厌氧菌感染
偏酸性	过氧化氢溶液	1%~3%	防腐、防臭，适用于口腔感染有溃烂、坏死组织者
中性	复方硼酸溶液 (朵贝尔溶液)		轻度抑菌、除臭
偏酸性	碳酸氢钠溶液	1%~4%	属碱性溶液，适用于真菌感染
中性	呋喃西林溶液	0.02%	清洁口腔，广谱抗菌
偏酸性	醋酸溶液	0.1%	适用于铜绿假单胞菌感染
偏碱性	硼酸溶液	2%~3%	酸性防腐溶液，有抑制细菌的作用

第一节 口腔护理

实训：

【评估与准备】

4. 用物评估与准备

(1) 治疗车上层

②治疗盘外备手消毒液。必要时备开口器和口腔外用药（常用的有口腔溃疡膏、西瓜霜、维生素B2粉末等）。

(2) 治疗车下层：生活垃圾桶、医用垃圾桶。

第一节 口腔护理

【实施】

特殊口腔护理

操作流程	步骤	要点说明
1. 核对解释	用物准备齐全，携用物床旁，核对解释。	意识不清者，向病人家属，便于操作。
2. 体位	协助病人侧卧位、或半坐位，头偏向护士。	体位视情况而定，便于分泌物及多余水分从口腔内流出，防止反流造成误吸。
3. 铺巾置盘	(1) 铺治疗巾于病人颈下，置弯盘于病人口角旁。 (2) 倒漱口水，湿润并清点棉球数量。	防止床单、枕头及病人衣服被浸湿。
4. 湿润口唇	用棉签沾温水湿润病人口唇。	防张口时干裂处出血、疼痛。
5. 口腔评估	(1) 嘱病人张口（昏迷病人或牙关紧闭者可用开口器协助张口）。 (2) 护士一手用压舌板轻轻撑开颊部，另一手拿手电筒观察口腔情况。	开口器应从臼齿处放入 有活动义齿者取下义齿，并用冷水刷洗，浸泡于冷水中。 观察口腔有无出血、炎症、溃疡等。

第一节 口腔护理

【实施】

特殊口腔护理

- | | | |
|----------|--|---|
| 6. 协助漱口 | 协助病人用吸水管吸温水漱口，昏迷者禁忌漱口。 | 嘱病人勿将漱口水咽下。 |
| 7. 擦洗口腔 | <p>(1) 牙外侧：嘱病人咬合上、下齿，一手用压舌板轻轻撑开左侧颊部，另一手用弯血管钳夹取含漱口液的棉球擦洗左外侧面，由内齿向门齿纵向擦洗。同法擦洗右外侧面。</p> <p>(2) 牙内侧和咬合面：嘱病人张口，依次擦洗左侧牙齿的上内侧面→上咬合面→下内侧面→下咬合面→弧形擦洗一侧颊部（图5-3）。同法擦洗右侧。</p> <p>(3) 上腭及舌面舌下：由内向外横向擦洗上腭、舌面及舌下。</p> <p>(4) 擦洗完毕，清点棉球数量。</p> | <p>每个部位用1~2个棉球，一个棉球擦洗一个部位。</p> <p>棉球拧至不滴水为宜，防止水分过多造成误吸。</p> <p>擦洗过程动作轻柔。</p> <p>擦拭过程密切观察病人有无不适。</p> <p>勿触及咽部，以免引起恶心。</p> <p>防止棉球遗留口腔。</p> |
| 8. 协助漱口 | 协助病人漱口，纱布擦净口唇。 | 昏迷者禁忌漱口。 |
| 9. 观察涂药 | 再次观察口腔情况，酌情涂药，口唇涂液体石蜡或唇膏。 | 根据口腔情况酌情用药 |
| 10. 整理记录 | 撤去弯盘、治疗巾，协助病人取舒适卧位，整理床单位、清理用物，垃圾分类处理。 | 防止口唇干燥，破裂。 |
| | 洗手，取下口罩，记录口腔护理时间。 | 保持病人舒适，预防医院感染。 |

第一节 口腔护理

实训：

【评价】

1. 病人口唇润泽，口腔清洁、无异味。
2. 口腔有感染、溃疡、出血等情况时及时处理。
3. 护士操作规范，擦拭动作轻柔，无口腔黏膜损伤。
4. 护患沟通有效，病人和家属同时获得口腔卫生保健的知识与技能。

第一节 口腔护理

实训：

【注意事项】

1. 根据病情准备合适口腔护理溶液。
2. 擦洗时动作要轻柔，要避免误伤口腔黏膜。
3. 昏迷病人禁止漱口，使用开口器应从臼齿处放入，牙关紧闭者不可用暴力使其开口。
4. 用棉球擦洗时，棉球要拧至不滴水，以免造成误吸；操作时棉球要挟紧，防止掉入口腔，导致窒息。
5. 传染病病人必须按消毒隔离原则处理。

第一节 口腔护理

实训：

【健康教育】

1. 指导病人早晚刷牙，每次刷牙应该持续3分钟。
2. 佩戴义齿者要勤洗义齿，应每天至少清洗一次义牙，以抑制细菌滋生和传播，确保口腔健康。
3. 控制糖分和碳水化合物的摄入，有助于减少对牙齿的损害，同时应增加富含钙质和维生素的食物的摄入，以维护牙齿和口腔健康。

第十一章 患者的清洁护理

目录

01

口腔护理

02

头发护理

03

皮肤护理

04

晨晚间护理

> 第二节 头发护理

第二节 头发护理

概述

头发护理是维持病人舒适和清洁的日常护理重要内容之一。有效的头发护理可以清除头皮屑与灰尘，维持个人良好外观、增强自信及预防感染。对于自行完成头发护理受限的病人，需要护士协助其梳理和清洁头发，及时清除头皮污垢，促进头部血液循环，预防细菌感染或滋生寄生虫。

第二节 头发护理

一、头发健康指导

头发的生长与脱落受个体营养状况、自理能力、内分泌状况、遗传因素、心理压力及使用药物等因素的影响。

健康的头发

清洁、柔顺有光泽、
疏密适度、分布均匀

健康的头皮

清洁、无头皮屑、无
抓痕及皮疹等

> 第二节 头发护理

二、头发护理技术

(一)

床上梳头

床上洗头

(二)

(三)

灭头虱、虮卵

第二节 头发护理

实训：（一）床上梳头

适用于长期卧床、自理能力受限、关节活动受限、肌张力降低或共济失调的病人。
护士应根据病人需求及头发清洁度协助进行床上梳头。

【目的】

1. 除去头发的灰尘、头皮屑及脱落的头发，使病人清洁、舒适、美观。
2. 按摩头皮，促进头部血液循环，提高头发生长和代谢。
3. 促进病人舒适，维护病人自尊，增进护患沟通，建立良好护患关系。

第二节 头发护理

实训练习：（一）床上梳头

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

（1）评估：病人年龄、病情、意识状态、自理能力、梳发习惯、心理反应、配合程度、有无虱、头发及头皮状态：如头发长度、清洁度、尾端是否有分叉、打结成团、头皮有无皮屑、瘙痒、损伤、感染等。

> 第二节 头发护理

实训练习：（一）床上梳头

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

（2）准备：向病人及家属解释梳头的目的、操作方法、配合要点、注意事项，病人能采取合适体位配合操作。

2. 环境评估与准备 环境安静整洁、光线充足适合操作。

3. 护士评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，必要时戴口罩。

> 第二节 头发护理

实训练习：（一）床上梳头

【评估与准备】

4. 用物评估与准备

（1）治疗车上层：①治疗盘内：梳子（自备）、治疗巾、纸袋（包脱落头发）、30%乙醇溶液；②治疗盘外：手消毒剂。

（2）治疗车下层：生活垃圾桶、医用垃圾桶。

第二节 头发护理

【实施】

床上梳头

操作流程	步骤	要点说明
1. 核对解释	备齐用物携至病人床旁，核对病人信息无误后解释操作目的。	确认病人，取得合作。
2. 安置体位	根据病情协助病人取仰卧位、坐位或半坐位卧位，头偏向一侧。	便于操作。
3. 铺巾	治疗巾放于病人枕上或肩上。	保护床单位，避免碎发或头屑落于床单位上。
4. 梳发	(1) 将头发从中间梳向两边分成两股，一手握住一股头发，由发根梳向发梢。 (2) 长发或遇有打结不易梳理时，沿发梢梳向发根，将头发绕于示指上，用30%乙醇湿润打结处后，小心梳顺，避免强行梳拉。同法梳另一边。 (3) 根据病人喜好编辫或扎成束。	尽量使用圆钝齿梳，避免损伤头皮。 动作轻柔，梳发过程中询问病人有无不适，避免强行梳拉。 编扎不宜过紧，避免造成病人疼痛。
5. 整理记录	(1) 清理用物，将脱落头发放于纸袋中，撤治疗巾。 (2) 整理床单位协助病人取舒适卧位。 (3) 洗手，记录操作时间与病人反应。	纸袋放于生活垃圾桶内，有头虱的将脱落头发焚烧，传染病病人按消毒隔离原则进行。

第二节 头发护理

(一) 床上梳头练习：

病人，女，65岁，因脑出血致右侧肢体瘫痪。护士为其梳发，错误的操作是

- A. 协助病人抬头，将治疗巾铺于枕头上
- B. 将头发从中间分为两股，分股梳理
- C. 梳发时由发梢一段段梳到发根
- D. 脱落的头发置于纸袋中
- E. 打结的头发用甘油湿润后慢慢梳理

分析 答案为E：为病人进行床上梳发时，备齐用物携至床旁，向病人解释，协助病人抬头，将治疗巾铺于枕头上，将头偏向一侧(A对)；将头发从中间分为两股，左手握住一股头发，长发可将头发绕在示指上，以免拉得太紧，使病人感到疼痛，由发梢一段段梳到发根，如遇有头发打结时，可用30%乙醇湿润后再小心梳顺(E错，BC对)；脱落的头发缠紧包于纸袋中，取下治疗巾，安置病人，整理床单位，清理用物(D对)。

第二节 头发护理

(一) 床上梳头

练习：

病人，女，32岁，因剖宫产后卧床多日造成长发打结且粘结成团，护士欲帮其湿润疏通头发宜选用

A. 清水 B. 油剂 C. 百部酊 D. 生理盐水 E. 30%乙醇

分析 答案为E：为病人洗头时用清水，灭虱时用百部酊，疏通头发用 30%的乙醇(E对 ABCD错)。

第二节 头发护理

实训：（一）床上梳头

【评价】

1. 病人感到舒适，增强自信心。
2. 护士动作轻柔，力度适当，操作方法正确。
3. 护患沟通有效，病人及家属了解头发护理知识与技能。

第二节 头发护理

实训：（一）床上梳头

【注意事项】

1. 护士为病人进行头发护理时应尊重病人习惯与喜好。
2. 梳发时动作轻柔，避免强行梳拉，损伤头皮。
3. 注意观察病人反应，及时做好护患沟通。
4. 若发现病人有头虱应立即行灭虱处理，避免传播。

第二节 头发护理

实训：（二）床上洗头

护士可根据病人病情、年龄和体力为生活自理能力部分或完全丧失而无法自行洗发的病人进行床上洗头，洗头频率以头发不油腻、不干燥为宜。

【目的】

1. 除去头发的灰尘、头皮屑及污垢，保持头发清洁，预防感染。
2. 按摩头皮，促进头部血液循环及头发生长和代谢。
3. 促进病人舒适，增强护患沟通，建立良好护患关系。
4. 预防和去除头虱，以防传播。

第二节 头发护理

实训练习：（二）床上洗头

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

（1）评估：病人年龄、病情、意识状态、自理能力、个人卫生习惯、心理反应、配合程度、有无虱、头发及头皮状态：如头发长度、清洁度、尾端是否有分叉、打结成团、头皮有无皮屑、瘙痒、损伤、感染等。

（2）准备：向病人及家属解释洗头的目的、操作方法、配合要点、注意事项，病人能采取适当体位配合操作，询问病人是否需要排便。

> 第二节 头发护理

实训练习：（二）床上洗头

【评估与准备】

2. 环境评估与准备 环境安静整洁、光线充足，冬季关好门窗，调节室温为22~26℃。
3. 护士评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，必要时戴口罩。

第二节 头发护理

实训练习：（二）床上洗头

【评估与准备】

4. 用物评估与准备

（1）治疗车上层：

①治疗盘内：小橡胶单、治疗巾、毛巾大、中号各1个、眼罩或纱布、别针或夹子、不吸水棉球或耳塞2个、弯盘、纸袋、洗发液、梳子（自备）、小镜子、量杯、膝枕；②治疗盘外：橡胶马蹄形垫或自制马蹄形垫或脸盆或洗头车、水壶（内盛40～45℃热水，水温略高于体温为宜）、电吹风、护肤霜、手消毒剂。

（2）治疗车下层：生活垃圾桶、医用垃圾桶、污水桶。

第二节 头发护理

【实施】

床上洗头

操作流程	步骤	要点说明
1. 核对解释	备齐用物携至病人床旁，核对病人信息无误后解释操作目的。	确认病人取得合作。 若意识不清向家属解释。
2. 调节室温	(1) 冬季关好门窗，调节室温为22~26℃，必要时使用屏风，按需予便盆。 (2) 移开床旁桌、椅，放平床头。	防止病人受凉。
3. 铺巾松领	(1) 将小橡胶单、大毛巾铺于枕上。 (2) 松开衣领并向内反折，将中毛巾围于病人颈部，用别针固定。	保护床单位。
4. 安置体位	(1) 协助病人斜角仰卧，将枕移至肩下，屈双膝，膝下垫膝枕。 (2) 取棉球或耳塞塞好双耳，眼罩或纱布遮盖双眼。	便于操作，使病人感到舒适。 防止操作中水流入耳部、眼部。
5. 置洗头器	马蹄形卷洗发法（图11-3）： 将马蹄形垫放于病人头下，使病人后颈部枕于突起处，头部在槽中，槽出口接污水桶。 扣杯式洗发法（图11-4）： 取一个脸盆，盆底放置一块毛巾，倒扣搪瓷杯于盆底，杯上垫一块折叠的毛巾，毛巾上裹一层薄膜固定，让病人头部枕在毛巾上，脸盆内放一橡胶管，下接污水桶。 洗头车式洗发法（图11-5）： 将洗头车放于床头侧边，协助病人斜角仰卧或侧卧，头部枕于洗头车的头托上或将接水盘置于病人头下。	利用虹吸原理，将污水引入污水桶内。

第二节 头发护理

【实施】

床上洗头

操作流程	步骤	要点说明
6. 试温洗发	(1) 松开头发，取少许热水于病人头部试温，将头发充分浸润。 (2) 取适量洗发液于手掌，均匀涂遍头发，沿发际向头顶至脑后揉搓头发，用指腹按摩头皮，询问病人感受。 (3) 用温水冲洗干净。	揉搓力度合适，避免损伤头皮。
7. 擦干头发	(1) 解下颈部毛巾包裹头发并擦干。 (2) 取下眼罩和耳内耳塞，擦干面部。	脱落头发置于纸袋。 避免病人受凉。
8. 整理记录	(1) 撤走用物，枕头移至病人头下。 (2) 解下包裹头发的毛巾，用电吹风吹干头发后梳顺成型。整理床单位，协助病人取舒适体位。 (3) 清理用物、洗手、记录。	记录操作时间、病人反应及效果。
5. 置洗头器	马蹄形卷洗发法： 将马蹄形垫放于病人头下，使病人后颈部枕于突起处，头部在槽中，槽出口接污水桶。 扣杯式洗发法：取一个脸盆，盆底放置一块毛巾，倒扣搪瓷杯于盆底，杯上垫一块折叠的毛巾，毛巾上裹一层薄膜固定，让病人头部枕在毛巾上，脸盆内放一橡胶管，下接污水桶。 洗头车式洗发法：将洗头车放于床头侧边，协助病人斜角仰卧或侧卧，头部枕于洗头车的头托上或将接水盘置于病人头下。	利用虹吸原理，将污水引入污水桶内。

第二节 头发护理

实训：（二）床上洗头

【评价】

1. 病人感到头发清洁、舒适、安全，增强自信心。
2. 护士动作轻柔，病人头皮无损伤。

> 第二节 头发护理

实训：（二）床上洗头

【注意事项】

1. 洗发过程中护士密切观察病人病情变化，若出现面色、脉搏、呼吸异常应立即停止操作。
2. 病情危重、极度衰弱病人不宜洗发。
3. 操作中保持病人舒适体位，保护伤口与各种管道。
4. 注意保暖，避免打湿衣物与床铺，及时擦干，避免病人受凉。

第二节 头发护理

实训：（三）灭头虱、虬卵

虱子是一种常见的体表寄生虫，其产生可与不良的卫生习惯、潮湿的环境、接触感染者有关。头发和头皮是头虱主要生长的地方，其卵（虬）可紧附于头发根部，不易去除，可通过床单、梳子等传播。寄生后可使病人局部皮肤瘙痒易引发感染，传播流行性斑疹伤寒、回归热等疾病。

【目的】

1. 去除头虱、虬，增强病人舒适度。
2. 预防皮肤感染和头虱传播的疾病。

第二节 头发护理

实训练习：（三）灭头虱、虮卵

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

（1）评估：病人年龄、病情、头虱、虮的分布、心理状态、病人及家属对头虱相关知识的了解程度等。

（2）准备：向病人及家属解释操作目的、操作方法、注意事项，病人能采取合适体位配合操作。

2. 环境评估与准备 环境安静整洁、光线充足，屏风遮挡适合操作。

3. 护士评估与准备 着装整洁，剪指甲，洗手，戴口罩，戴手套，穿隔离衣。

第二节 头发护理

实训练习：（三）灭头虱、虬卵

【评估与准备】

4. 用物评估与准备

（1）治疗车上层：

①治疗盘内：篦子、手套、治疗碗（内装灭虱药）、隔离衣、纸袋、纱布、塑料帽子、清洁衣、裤、被服、布口袋。常用灭虱药：30%含酸百部酊（30g百部加50%乙醇100ml、纯乙酸1ml，盖严瓶盖，48h即可使用）；30%含酸百部煎剂（30g百部加水500ml煎煮30min，双层纱布过滤后挤出药液，取滤渣再加水500ml煎煮30min过滤后挤出药液，将两次药液合并再煎至100ml，冷却后加纯乙酸1ml即可使用）；②治疗盘外：手消毒剂。

（2）治疗车下层：生活垃圾桶、医用垃圾桶。

第二节 头发护理

【实施】

头虱、虬灭除法

操作流程	步骤	要点说明
1. 核对解释	(1) 备齐用物携至病人床旁，核对并解释操作目的。 (2) 用屏风遮挡。	护士应戴手套、穿隔离衣避免虱、虬传染。 维护病人自尊。
2. 剪发擦药	(1) 鼓励男病人或患儿剃头，女病人剪短头发。 (2) 按床上洗头法做好准备，将头发分成小股，用纱布蘸取灭虱药，按顺序擦遍头发并反复揉搓10min，取帽子包住头发24h。	剪下的头发用纸包裹焚烧以彻底灭虱。 用药后注意观察病人局部及全身情况。
3. 篦虱洗发	取下帽子，用缠绕棉花的篦子去除虱、虬，洗净头发。	若发现还有活虱须重复使用灭虱药。
4. 更换衣服	(1) 灭虱洗发后，为病人更换衣、裤、被单。 (2) 污衣、裤、被单、隔离衣分别放入布口袋内，扎紧袋口，按消毒隔离原则处理。	防止虱、虬传播。
5. 整理记录	(1) 整理好病人床单位，清理用物，篦子上除下的棉花用纸包好焚烧处理，梳子和篦子消毒后刷干净，协助病人取舒适体位。 (2) 脱手套，洗手，记录操作时间及效果。	彻底杀灭虱、虬，避免传播。

第二节 头发护理

实训：（三）灭头虱、虮卵

【评价】

1. 病人感到舒适，自尊心得到保护。
2. 病人无局部及全身反应。
3. 有效的护患沟通，灭虱效果好，病人及家属掌握灭虱方法。

第二节 头发护理

实训：（三）灭头虱、虬卵

【注意事项】

1. 操作中避免面部、眼部沾染灭虱药。
2. 注意观察用药后病人局部及全身反应。
3. 严格执行消毒隔离制度，防止虱、虬传播，护士做好自身防护。
4. 保护病人自尊，注意环境的隐蔽性，条件允许时可在处置室进行。

第十一章 患者的清洁护理

目录

01

口腔护理

02

头发护理

03

皮肤护理

04

晨晚间护理

第三节 皮肤护理

第三节 皮肤护理

概述

皮肤是人体面积最大的器官，由表皮、真皮、皮下组织和附属器组成。完整的皮肤是人体天然的屏障，具有保护机体、感觉、呼吸、分泌、吸收、排泄等功能，可防止病原微生物的入侵。皮肤新城代谢旺盛，可由汗腺和皮脂腺分泌汗液及皮脂，可与细菌和尘埃结合形成污垢，黏附在皮肤表面，刺激皮肤，给人体带来不适，容易引起各种感染及并发症等。皮肤护理有助于促进血液循环，保持皮肤的完整性，有效预防感染、压疮等并发症。

第三节 皮肤护理

一、皮肤健康指导

保护健康的皮肤需要从生活中的各个方面入手，包括保持心情舒畅、均衡饮食、适当运动、注意清洁卫生等方面。情绪波动和压力会对皮肤健康产生负面影响，因此，要尽量保持乐观的心态，避免情绪过度紧张或焦虑；饮食中摄入足够的营养素对于皮肤健康至关重要，要保持均衡的饮食，多吃水果、蔬菜、全谷类食品、蛋白质和脂肪等营养素，以促进皮肤的新陈代谢和保持皮肤的光泽和弹性；运动可以促进血液循环和新陈代谢，增强皮肤的营养供应和抵抗力；保持皮肤的清洁卫生可以预防皮肤感染和炎症。

> 第三节 皮肤护理

二、皮肤护理技术

(一)

沐浴与盆浴

(二)

背部按摩

(三)

床上擦浴

第三节 皮肤护理

实训：（一）沐浴与盆浴

适用于病情较轻、有自理能力、全身状况较好的病人。应根据病人的年龄、病情和需要选择合理的洗浴方式、时间，护士应给予适当协助。

【目的】

1. 去除皮肤污垢，保持皮肤清洁、舒适，增加病人舒适度。
2. 促进皮肤的血液循环，预防皮肤感染、压疮等并发症。
3. 观察全身皮肤情况，为临床诊疗提供依据。
4. 维护病人形象，增强自信心。

第三节 皮肤护理

实训：（一）沐浴与盆浴

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

（1）评估：病人年龄、病情、意识状态、能自行完成沐浴的自理能力、皮肤的清洁度、皮肤局部及全身受压状况、有无皮肤破损的危险、皮肤清洁习惯及对皮肤清洁卫生知识的了解程度。

（2）准备：向病人及家属解释沐浴的目的、操作过程、注意事项，协助病人排尿、排便。

第三节 皮肤护理

实训：（一）沐浴与盆浴

【评估与准备】

2. 环境评估与准备 浴室内环境清洁，光线充足，室温 22°C 以上，水温（ $40\sim 45^{\circ}\text{C}$ ）以皮肤温度为准，夏季可略低于体温，冬季可略高于体温。注意环境隐蔽性，配备有防滑垫、浴凳、扶手等防滑设施，不宜闭门，备有信号铃防止意外发生时可随时进入。
3. 护士评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

第三节 皮肤护理

实训：（一）沐浴与盆浴

【评估与准备】

4. 用物评估与准备

（1）治疗车上层：

①治疗盘内：毛巾、浴巾、浴皂；②治疗盘外：脸盆、清洁衣裤、拖鞋（防滑）、手消毒剂。

（2）治疗车下层：生活垃圾桶、医用垃圾桶。

第三节 皮肤护理

【实施】

沐浴与盆浴法

操作流程	步骤	要点说明
1. 核对解释	备齐用物携至病人床旁，核对病人并解释操作目的。	询问病人进食时间，应在用餐1h后沐浴以免病人虚脱或影响消化。
2. 洗浴 沐浴	关好门窗，室温调节22℃以上。 (1) 嘱病人保管好贵重物品，携用物送病人进浴室，勿插门闩，在门外挂示意牌。 (2) 交代信号铃使用方法，嘱病人不可用湿手接触电源开关。 (3) 协助病人调节合适水温，以免受凉或烫伤。 (4) 沐浴时间不宜过长，如时间过久应及时询问，以防意外发生。	衰弱、创伤、患心脏病需卧床病人不宜沐浴。
盆浴	(1) 扶病人腋下进出浴盆，以免滑倒。 (2) 盆浴水位不可超过心脏水平，以免引起胸闷。 (3) 浸泡时间不可超过10min，以防意外发生。	盆浴浸泡时间不宜超过10min，妊娠7个月以上的孕妇禁止使用盆浴。
3. 观察	洗浴过程中随时观察病人情况，若病人出现晕厥、烫伤、滑倒等现象，护士应立即救治、护理，必要时做好记录。	
4. 整理记录	安置病人，协助病人擦干皮肤，更换清洁衣裤，协助病人取舒适体位，交代注意事项，做好记录。	

第三节 皮肤护理

实训：（一）沐浴与盆浴

【评价】

1. 病人感到清洁、舒适、安全、身心愉悦。
2. 操作过程安全，无意外发生。
3. 良好的护患沟通，病人获得有关皮肤护理知识。

第三节 皮肤护理

实训：（一）沐浴与盆浴

【注意事项】

1. 须在进食1h后沐浴，以免病人虚弱或影响消化。
2. 盆浴浸泡时间不宜超过10min，妊娠7个月以上的孕妇禁止使用盆浴，衰弱、创伤、患心脏病需卧床病人不宜沐浴和盆浴。
3. 传染病病人沐浴时，应根据病种、病情按消毒隔离原则进行。
4. 沐浴时应密切观察病人情况，以防病人出现晕厥、烫伤、滑跌、受凉等情况。若病人突然晕厥，应立即将病人从浴室抬出，平卧、保暖，通知医生并配合处理。

第三节 皮肤护理

实训：（二）背部按摩

长期卧床会影响血液循环，可通过背部按摩预防皮肤感染、压疮等并发症的出现，护士应在为病人翻身及沐浴时给予适当背部按摩。

【目的】

1. 观察皮肤情况，促进皮肤血液循环，保持皮肤完整性，预防皮肤感染、压疮、肌肉挛缩等并发症。
2. 促进护患沟通，维护病人形象，促进病人舒适。

第三节 皮肤护理

实训：（二）背部按摩

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

（1）评估：病人年龄、病情、意识状态、皮肤的清洁度、皮肤局部及全身受压状况、有无皮肤破损的危险、皮肤清洁习惯及对皮肤清洁卫生知识的了解程度。

（2）准备：向病人及家属解释背部按摩的目的、操作过程、注意事项。

2. 环境评估与准备 浴室内环境清洁，光线充足，室温22℃以上，注意环境隐蔽性。

3. 护士评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

第三节 皮肤护理

实训：（二）背部按摩

【评估与准备】

4. 用物评估与准备

（1）治疗车上层：

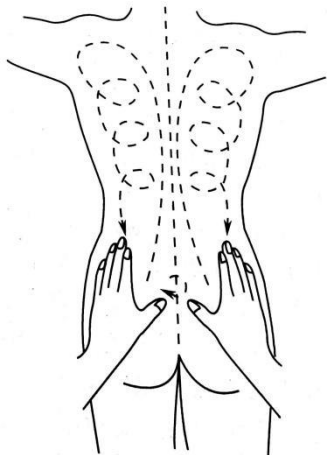
①治疗盘内：毛巾、浴巾、按摩油；②治疗盘外：脸盆（内盛温水）、手消毒剂。

（2）治疗车下层：生活垃圾桶、医用垃圾桶。

第三节 皮肤护理

【实施】

背部按摩

操作流程	步骤	要点说明
1. 核对解释	备齐用物携至病人床旁，核对病人并解释操作目的。	 检感及 压按凉 环，受
2. 检查皮肤	协助病人俯卧或侧卧位，检查背部、臀部及全身皮肤情况，将浴巾铺在病人身下。	
3. 全背按摩	(1) 用温水将后颈、背部、臀部皮肤擦洗干净，再取少许50%乙醇或润滑剂按摩。 (2) 用手掌大小鱼际从骶尾部开始沿脊柱两侧环形向上按摩，至肩部时用环状动作滑至尾骨处，多次反复。再用拇指指腹从骶尾部沿脊柱向上按摩至第7颈椎。	
4. 整理记录	安置病人，协助病人取舒适体位，交代注意事项，做好记录。	

> 第三节 皮肤护理

实训：（二）背部按摩

【评价】

1. 病人感到舒适、安全，保持皮肤完整性，无压疮发生。
2. 良好的护患沟通，病人及家属获得背部按摩预防压疮有关知识与技能。

【注意事项】

1. 操作中注意观察病人情况及皮肤状况。
2. 指导病人加强营养，保持皮肤干燥与整洁。

第三节 皮肤护理

实训：（三）床上擦浴

床上擦浴适用于病情较重、长期卧床、制动或活动受限、生活不能自理、身体过于衰弱的病人。有助于促进血液循环，保持病人皮肤清洁干燥。

【目的】

1. 去除皮肤污垢，保持皮肤清洁、干燥，增进病人健康。
2. 促进皮肤血液循环，增强皮肤排泄，预防感染、压疮等并发症产生。
3. 放松肌肉，增加病人活动机会。
4. 观察病人的一般情况，如精神状态、身体情况等。

第三节 皮肤护理

实训：（三）床上擦浴

【评估与准备】

1. 病人评估与准备

（1）评估：病人年龄、病情、意识状态、进食时间、皮肤的清洁度及完整度、皮肤局部及全身受压状况、有无皮肤破损的危险、皮肤清洁习惯及对皮肤清洁卫生知识的了解程度。

（2）准备：向病人及家属解释擦浴目的、操作过程、注意事项，协助病人排尿、排便。

2. 环境评估与准备 环境清洁，光线充足，调节室温 $22\sim 26^{\circ}\text{C}$ ，水温以皮肤温度⁶⁷为准，夏季可略低于体温，冬季可略高于体温。关闭门窗，拉好床帘或屏风遮挡。

第三节 皮肤护理

实训：（三）床上擦浴

【评估与准备】

3. 护士评估与准备 衣帽整洁，修剪指甲，洗手，戴口罩。

4. 用物评估与准备

（1）治疗车上层：

①治疗盘内：大毛巾一条、小毛巾两条、浴巾、沐浴液或浴皂、50%乙醇溶液、爽身粉、指甲剪、治疗巾、小橡胶单、治疗碗内备血管钳及碘伏棉球、一次性手套；②治疗盘外：弯盘、清洁衣裤、被服、脸盆两个、手消毒剂。

（2）治疗车下层：便盆、便盆巾、污水桶、生活垃圾桶、医用垃圾桶。

第三节 皮肤护理

【实施】

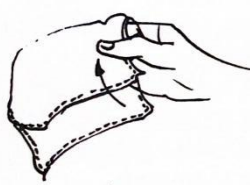
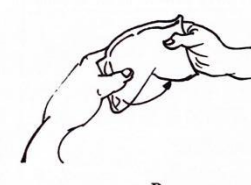
床上擦浴

操作流程	步骤	要点说明
1. 核对解释	备齐用物携至病人床旁，核对病人信息并解释操作目的。	
2. 安置体位	(1) 协助病人平卧，视病情放平床头、床尾支架，放下床档，松开床尾盖被。 (2) 将病人移向护士侧，将浴巾垫在擦浴部位下。	便于操作，注意保护病人伤口及管路。
3. 备水	将脸盆放在床旁桌上倒入热水至2/3满，调试水温（50~52℃）。	防止弄湿床单位。 水温可按照病人个人习惯适当调节，避免烫伤。
4. 擦洗面颈部	(1) 将小毛巾浸湿，拧至半干呈口袋状缠于手上（图11-7），由眼内眦至眼外眦擦洗眼部、前额、面颊、鼻部、耳后、下颚及颈部。 (2) 用拧干的毛巾再依次擦洗一遍。同法擦另一侧面颈部。	擦净耳廓、耳后及颈部皮肤褶皱处。
5. 脱衣垫巾	脱去近侧上肢及侧胸污衣，浴巾铺于擦拭部位下。	脱衣原则：先脱近侧，再脱对侧；肢体有疾患时，先脱健侧，后脱患侧。

第三节 皮肤护理

【实施】

床上擦浴

操作流程	步骤	要点说明
6. 擦洗上肢及胸腹部	(1) 拧至半干的小毛巾呈口袋状缠于手上，以离心方向擦拭。 (2) 擦拭顺序：自颈部侧面沿上臂外侧至手背，再自侧胸经腋窝沿上臂内 (3) 用清水和浴巾擦干。 (4) 同法擦对侧   	动作快捷，适当用力，不宜过重，上肢由远心端向近心端擦洗，促进血液循环。 注意擦净腋窝、肘窝等皮肤褶皱处，擦腋下时 下应垫浴巾以免打湿床单位。 三净、四干。 下污垢。
7. 清洗双手	将浴巾对折放在手浸泡于脸盆中，洗净开擦十。	
8. 擦洗胸腹部	倒掉污水，更换干净并调好温度的水，将大毛巾盖在胸腹部，先擦胸部，再擦腹部，腹部以肚脐为中心，顺着结肠走向擦洗。	注意保护病人隐私，尽量减少暴露，避免受凉。 注意擦净脐部及女病人乳房下的皮肤褶皱处。
9. 擦洗颈背部及臀部	(1) 协助病人侧卧翻身，背向护士，露出颈背部和臀部，浴巾纵向铺在病人身下。依次擦洗后颈、背、臀部。 (2) 擦干后取50%乙醇或按摩油按背部按摩法进行背部按摩。	注意保护病人安全。 促进血液循环。 或再受压部位涂爽身粉。
10. 更衣平卧	穿好清洁上衣，协助病人平卧。	穿衣原则：先穿对侧，再穿近侧；肢体有疾患时，先穿患侧，后穿健侧。

第三节 皮肤护理

【实施】

床上擦浴

操作流程	步骤	要点说明
11. 擦洗下肢	(1) 更换调好水温的净水，协助病人取仰卧位，脱下裤子并用毛巾覆盖，浴巾铺于擦拭部位下，将拧至半干的小毛巾呈口袋状缠于手上，按踝部、小腿、膝部、大腿顺序擦洗。 (2) 用清水和浴皂各擦一遍后再用清水擦净，并用浴巾擦干。 (3) 同法擦对侧下肢。	由远心端向近心端擦洗，促进静脉回流。 注意擦净腹股沟等皮肤褶皱处。
12. 清洗双足	协助病人屈膝仰卧，将盆移置足下，盆置于浴巾上，浸泡双脚片刻，清洗、按摩双脚及足趾，擦干。	擦干足趾间隙，若病人足部过于干燥，可使用润肤剂。 必要时再足跟、内外踝用50%乙醇按摩，再擦爽身粉。
13. 擦洗会阴部	(1) 更换浴盆、毛巾及清水，协助病人取仰卧位，双腿屈膝外展，臀下垫浴巾，护士戴手套，依次擦洗阴阜、大阴唇、小阴唇、尿道口、阴道口。 (2) 协助病人更换清洁裤子。	每擦一处更换毛巾不同部位。 女性月经期或留置尿管时用棉球清洁。
14. 观察、整理、记录	(1) 擦洗完毕，观察病人皮肤情况，必要时为病人修剪指甲。 (2) 整理床单位，协助病人取舒适卧位，交代注意事项。 (3) 开窗通风，整理用物，污染衣物送洗，洗手后记录。	必要时更换床单，传染病病人须按消毒隔离原则处理。 记录执行时间及病人反应。
11. 擦洗下肢	(1) 更换调好水温的净水，协助病人取仰卧位，脱下裤子并用毛巾覆盖，浴巾铺于擦拭部位下，将拧至半干的小毛巾呈口袋状缠于手上，按踝部、小腿、膝部、大腿顺序擦洗。 (2) 用清水和浴皂各擦一遍后再用清水擦净，并用浴巾擦干。 (3) 同法擦对侧下肢。	由远心端向近心端擦洗，促进静脉回流。 注意擦净腹股沟等皮肤褶皱处。

第三节 皮肤护理

(三) 床上擦浴练习：

病人,男,65岁,左下肢膝关节置换术后,护士给其擦浴,擦浴程序错误的是

- A. 关好门窗,调节室温
- B. 先擦上身再擦下身
- C. 脱衣时,先健侧再患侧
- D. 穿衣时,先健侧再患侧
- E. 保护自尊,注意遮挡

分析 答案为D:协助受伤病人穿脱衣物的原则为:先穿患肢,再穿健肢;先脱健肢,后脱患肢(D错,为本题正确答案)。

第三节 皮肤护理

实训：（三）床上擦浴

【评价】

1. 病人感到舒适、安全、清洁。
2. 良好的护患沟通，病人及家属获得床上沐浴有关知识与技能。

第三节 皮肤护理

实训：（三）床上擦浴

【注意事项】

1. 操作中注意密切观察病人情况，若出现寒战、速脉、面色苍白等，应立即停止擦洗，及时与病人沟通。
2. 注意维护病人自尊，保护病人隐私。
3. 注意保护伤口和管路，避免挤压伤口，管道扭曲、打折。
4. 动作应敏捷、轻柔，注意保暖，防止病人受凉。
5. 操作完毕观察皮肤情况，按需在骨突出用50%乙醇按摩。

第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

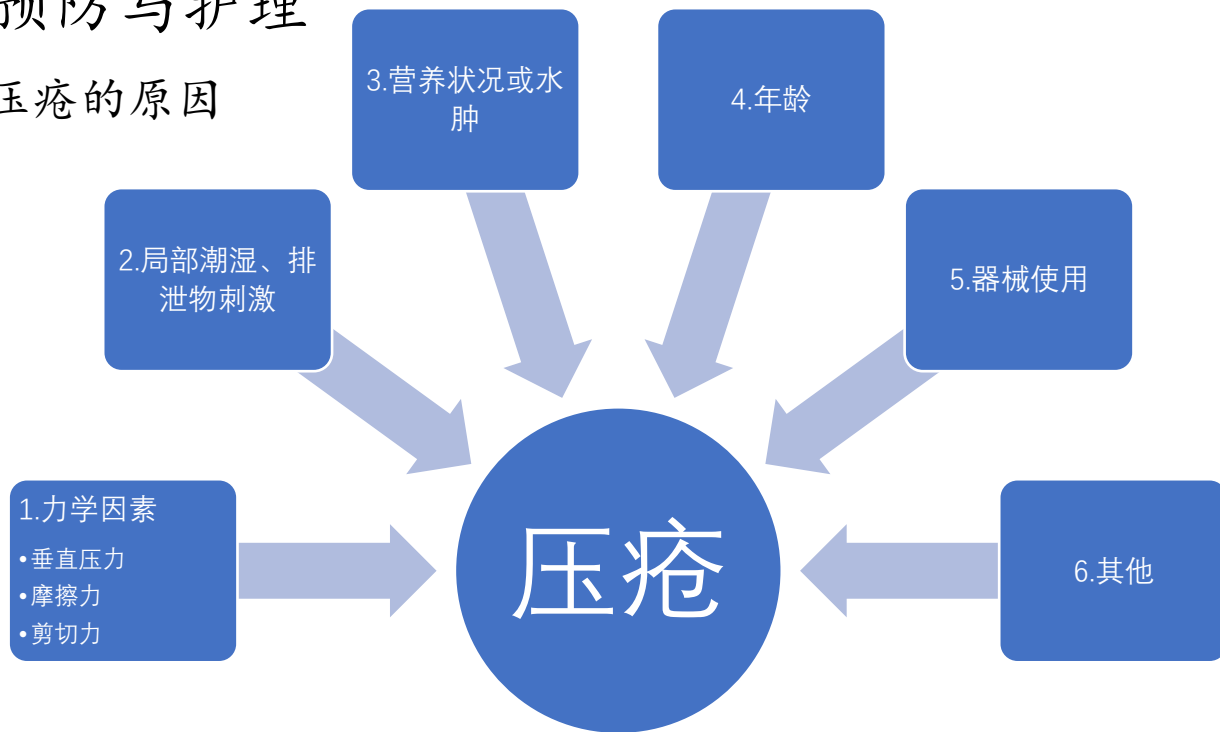
（一）压疮的概念

压疮又称压力性损伤，是指局部组织长时间受压，血液循环障碍，局部持续缺血、缺氧、营养不良而致的软组织溃烂和坏死。易发生于受压和缺乏脂肪组织保护、肌层较薄或无肌肉包裹的骨骼隆突处。如骶尾部、坐骨结节、股骨大转子、足跟部等，常见于脊髓损伤的截瘫病人和老年卧床病人。

> 第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(二) 形成压疮的原因

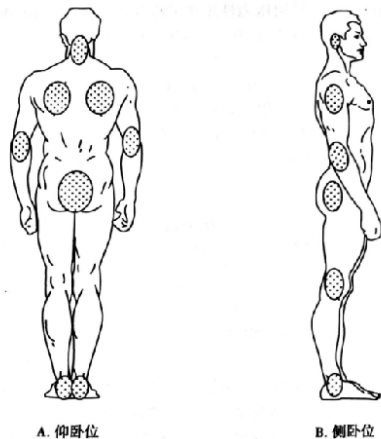


第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(三) 压疮的易发生部位

1. 仰卧位 肩胛部、肘部、骶尾部、足跟等，骶尾部好发。
2. 侧卧位 耳廓、肩峰、肋骨、肘部、髌部、膝关节内外侧、内外踝等。



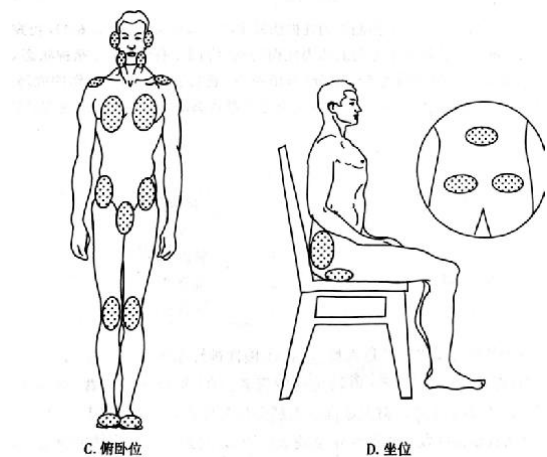
第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(三) 压疮的易发生部位

3. 俯卧位 耳廓、颊部、肩峰、女性乳房、肋缘突出部、男性生殖器、髂前上棘、膝部、足趾等。

4. 坐位 肩胛骨、坐骨结节、足跟等。



第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(四) 压疮的分期与临床表现

1. 淤血红润期 (Ⅰ期)

•为压疮初期。局部皮肤完整，由于局部受压导致循环受阻，表现为皮肤出现压之不变白的红斑，受压局部皮肤出现红、肿、热、麻木或触痛。常发生在骨隆突处等易受压部位，此期为可逆性改变，若能及时祛除病因，采取有效的护理措施可防止加重损伤。

2. 炎性浸润期 (Ⅱ期)

•红肿部位继续受压，血液循环仍未得到改善，局部静脉淤血，受压皮肤表面颜色转为紫红，产生皮下硬结。表皮和部分真皮层缺损，表现为完整的或破溃的充满浆液或血清液体性的水疱，水疱极易破溃，病人感觉疼痛。

3. 浅度溃疡期 (Ⅲ期)

•表皮水疱逐渐扩大、破溃，真皮层创面有黄色渗出液，感染后表面有脓液流出，可有坏死组织或腐肉，病人感觉疼痛加重。

4. 坏死溃疡期 (Ⅳ期)

•为压疮严重期，全层皮肤和组织缺损，伴有骨、肌腱或肌肉暴露，创面可布满坏死组织和焦痂覆盖，坏死组织发黑，脓性分泌物增多，有臭味。严重者细菌及毒素侵入血液循环，可引起败血症，危及病人生命。

第三节 皮肤护理

练习：

下列属于压疮炎性浸润期表现的是

A. 皮肤红肿麻木

B. 皮下有硬结产生

C. 皮肤破坏深达皮下组织和深层组织

D. 坏死组织有臭味

E. 皮肤微红，按之褪色

分析 答案为B：压疮的分期及表现：①淤血红润期（Ⅰ期）：为压疮初期，受压的局部皮肤出现红、肿、热、麻木或触痛，但皮肤表面无破损，为可逆性改变。②炎性浸润期（Ⅱ期）：红肿部位继续受压，血液循环仍旧得不到改善，静脉回流受阻，受压皮肤表面颜色转为紫红，皮下产生硬结，表皮出现水疱。水疱极易破溃，病人感觉疼痛（B对ACDE错）；③浅度溃疡期（Ⅲ期）：浅层组织感染脓液流出，溃疡形成，病人疼痛加重；④坏死溃疡期（Ⅳ期）：坏死组织发黑，脓性分泌物增多，有臭味。感染可向周围及深部扩展，常达骨骼，甚至造成败血症。

> 第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

（五）压疮的预防

◆ 预防压疮关键在于消除易发原因

◆ 做到“六勤一好”：

勤观察	勤翻身
勤擦洗	勤按摩
勤整理	勤更换
营养好	

第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(五) 压疮的预防

1. 避免局部组织长期受压

◆定时翻身：

每2h翻身一次，身体抬起，避免托、拉、推，身体空隙垫软枕、建立床头翻身记录卡

◆保护骨隆突处和支持身体空隙处

◆正确使用石膏、绷带及夹板

翻身登记卡

床号	姓名	性别	年龄	是否存在压疮及部位	
日期时间	卧位			皮肤情况及备注	签名
	左侧位	平卧	右侧位		

第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

（五）压疮的预防

2. 保持皮肤清洁干燥

◆保持皮肤清洁干燥

◆不可直接卧于橡胶单或塑料布上

◆被服污染要及时更换

◆避免摩擦力及剪切力的作用：半卧位时防身体下滑；翻身、更换被服时抬起身体；使用便器时不硬拉、硬塞

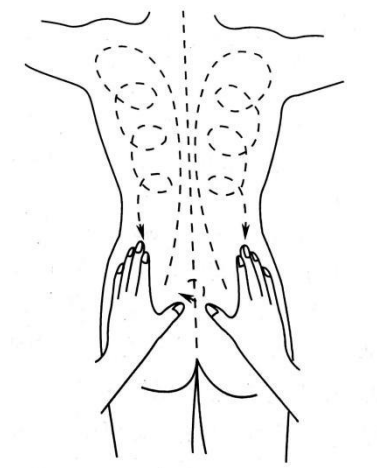
第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(五) 压疮的预防

3. 促进局部血液循环

- ◆手法按摩：全背 局部
- ◆电动按摩
- ◆全范围关节活动
- ◆使用压疮透明贴



第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

（五）压疮的预防

4. 改善机体的营养状况

◆维生素A、维生素C

◆病情许可的情况下应给予病人高蛋白、高维生素饮食

◆对于不能经口进食病人，可使用鼻饲或静脉营养

◆适当补充矿物质(如口服硫酸锌)，促进慢性溃疡的愈合

第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(六) 压疮的护理

- 创面局部处理
- 全身支持治疗
- 外科手术治疗

1.局部治疗为主、
全身治疗为辅综合
性治疗

2.对压疮的发展 动态监测

- 评估、测量并记录压疮的部位、大小(长、宽、深)创面组织的形态、渗出液、有无潜行或窦道、伤口边缘及周围皮肤状况等。

- I期：护理重点是去除致病因素，防止局部继续受压
- II期：保护皮肤,预防感染
- III期：重点是清洁创面
- IV期：重点是去腐生新

3.针对性治疗和 护理

第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(六) 压疮的护理

3. 针对性治疗和护理

(1) I 期：护理重点是去除致病因素，防止局部继续受压，增加翻身次数，避免摩擦、潮湿等刺激。局部皮肤用透明敷料贴或减压贴贴于局部或好发部位，起到减压保护，或用2%碘酊涂擦局部皮肤，简单易行效果好。不提倡局部皮肤按摩，防止造成进一步伤害。

第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(六) 压疮的护理

3. 针对性治疗和护理

(2) II期：水泡未破时，保护皮肤，预防感染。未破的小水泡可用无菌纱布包扎，并减少摩擦，防止破裂，让其自行吸收，大水泡应先消毒局部皮肤，再用无菌注射器抽出泡内液体(不可剪去表皮)后覆盖水胶体敷料(如透明贴)或表面涂以消毒液，并用无菌敷料包扎。如水泡已破溃，应消毒创面及其周围皮肤，再用无菌敷料包扎或使用藻酸盐敷料等。

第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

(六) 压疮的护理

3. 针对性治疗和护理

(3) III期：重点是清洁创面。消除坏死组织，处理伤口渗出液，促进肉芽组织生长，并预防和控制感染。创面无感染时可用生理盐水冲洗，根据创面细菌培养及药物敏感试验结果选用合适冲洗液，如0.02%呋喃西林溶液、3%过氧化氢溶液等。根据渗出液的特点，选择适当的湿性敷料，确定换药频率。创面有感染或严重感染的压疮，可使用藻酸盐或含银离子敷料填充死腔。可以选择冲洗、擦洗或涡流冲洗等方法清洁压疮创面，注意避免损伤伤口。

第三节 皮肤护理

三、压疮的预防与护理

（六）压疮的护理

3. 针对性治疗和护理

（4）IV期：重点是去腐生新。继续加强浅度溃疡期的治疗和护理措施外，采取清创术清除焦痂和腐肉，保护暴露的骨骼、肌腱和肌肉。对深度溃疡创面可在水胶体敷料下用藻酸盐等敷料填充死腔治疗。伤口基底部为黄色，渗出多或黑色伤口：伤口内有坏死组织，软、硬黑痂，需及时清创处理。用水胶体、酸制剂清创比生理盐水纱布清创效果佳；可多种清创法联合。

第三节 皮肤护理

练习：

病人,男,68岁,因股骨骨折、缺氧缺血性脑病、感染性休克入院治疗。病人长期卧床,极度消瘦,家属代述,入院前骶尾部皮肤呈紫红色、触之有硬结,表面有数个大小不等的水疱,入院后骶尾部周围组织感染化脓,有臭味且深达骨膜,病人意识模糊,血流动力学不稳定,大小便不能自主控制,家属抱着姑息治疗的态度入院。

1. 该病人的压疮属于

A. 淤血红润期 B. 炎性浸润期 C. 浅度溃疡期 D. 中度溃疡期 E. 坏死溃疡期

2. 护士遵医嘱为病人清创,宜选用的溶液是

A. 高渗盐水 B. 低渗盐水 C. 3%过氧化氢溶液
D. 2%碳酸氢钠溶液 E. 1:5000高锰酸钾

第三节 皮肤护理

练习：

分析 1. 答案为E：据题干可知该病人骶尾部皮肤呈紫红色、触之有硬结，表面有数个大小不等的水疱，入院后骶尾部周围组织感染化脓，有臭味且深达骨膜，与压疮坏死溃疡期的临床表现相符(E对D错)；根据压疮的发展过程及轻重程度不同可分为4期：①淤血红润期(I期)：为压疮初期，受压的局部皮肤出现红、肿、热、麻木或触痛，但皮肤表面无破损，为可逆性改变(A错)；②炎性浸润期(II期)：红肿部位继续受压，血液循环仍旧得不到改善，静脉回流受阻，受压皮肤表面颜色转为紫红，皮下产生硬结，表皮出现水疱。水疱极易破溃，显露出潮湿红润的创面，病人感觉疼痛(B错)；③浅度溃疡期(III期)：浅层组织感染，脓液流出，溃疡形成，病人感觉疼痛加重(C错)。

第三节 皮肤护理

练习：

分析 2. 答案为C：对于压疮的浅度溃疡期和坏死溃疡期应解除压迫，清洁创面，祛腐生新，促其愈合。根据伤口情况，按外科换药法给予相应处理。常用生理盐水、3%过氧化氢等溶液冲洗创面，去除坏死组织，再外敷抗生素，并用无菌敷料包扎。同时也可辅以物理疗法，如红外线灯照射、鸡蛋内膜覆盖、白糖覆盖、局部氧疗等，以促进创面愈合。对大面积、深达骨骼的压疮如上述治疗不理想时，可采用外科治疗，如手术修刮引流、清除坏死组织、植皮修补缺损组织等，加速压疮愈合，缩短病程，减轻痛苦，提高治愈率(C对 ABDE错)。

第十一章 患者的清洁护理

目录

01

口腔护理

02

头发护理

03

皮肤护理

04

晨晚间护理

▶ 第四节 晨晚间护理

一、晨间护理

【目的】

1. 满足病人清洁舒适需要，预防压疮、肺炎等并发症。
2. 保持病室整洁、美观。
3. 观察和了解病人病情，为诊疗及调整护理计划提供依据。
4. 增进护患交流，满足病人的身心需要。

▶ 第四节 晨晚间护理

一、晨间护理

【评估】

1. 病人的护理级别、病情、意识、自理程度及睡眠情况等。
2. 病人清洁卫生及皮肤受压情况。
3. 病室环境及床单位的清洁程度，酌情开窗通风。
4. 病人的心理状况及合作程度。

▶ 第四节 晨晚间护理

一、晨间护理

【护理措施】

一般在清晨诊疗工作前完成的护理

1. 协助病人排便，留取标本，更换引流瓶。
2. 协助病人进行口腔护理、洗脸、吸收，帮助病人梳头，协助病人翻身，并检查皮肤受压情况，擦洗并用50%乙醇按摩背部。
3. 整理床单位，注意观察病情。
4. 整理病室，酌情开窗通风，保持病室空气清新。

第四节 晨晚间护理

一、晨间护理

【护理措施】

- 1、了解晚间睡眠情况
- 2、鼓励或协助患者排便
- 3、协助患者洗漱
- 4、整理床单位
- 5、观察病情
- 6、整理病室

●刷牙(口腔护理)、洗脸、洗手、梳头、翻身和检查皮肤受压情况，擦洗背部，用50%乙醇按摩骨突处。

> 第四节 晨晚间护理

二、晚间护理

【目的】

1. 保持病室安静、整洁，创造良好的夜间睡眠条件，易于病人入睡。
2. 观察和了解病人病情变化，促进护患沟通与交流。
3. 预防压疮等并发症的发生。

> 第四节 晨晚间护理

二、晚间护理

【评估】

1. 病人的护理级别、病情、意识、自理程度等，评估病人清洁卫生及皮肤受压情况。
2. 病室环境及床单位的清洁程度。

第四节 晨晚间护理

二、晚间护理

【护理措施】

1. 根据病人病情和自理程度协助或鼓励病人漱口（口腔护理）、洗脸、洗手、梳头、擦洗背部、臀部、翻身并用热水泡脚，女病人协助其清洗会阴部。
2. 检查皮肤受压情况，擦洗背部后，用50%乙醇按摩骨隆突处。
3. 调整舒适体位，整理床单位。保持病室空气流通，调节室温，必要时给病人增加毛毯或盖被，就寝前协助病人排便。
4. 检查管道有无扭曲、打折或受压，妥善固定并保持管道通畅。

第四节 晨晚间护理

二、晚间护理

【护理措施】

5. 疼痛病人遵医嘱予以镇痛措施。
6. 保持病室安静，创造良好的入睡环境。保持病室光线适宜，危重病室保留廊灯，便于观察病人夜间情况。
7. 夜间巡视时，护士注意做到“四轻”，即走路轻、说话轻、操作轻及关门轻。了解病人睡眠情况，对睡眠欠佳病人予以相应护理，注意观察病情变化并酌情处理。

▶ 第四节 晨晚间护理

二、晚间护理

【注意事项】

1. 操作时注意保暖，保护隐私。
2. 注意患者体位舒适与安全。维护管路安全。
3. 眼睑不能闭合的患者应保持角膜湿润，防止角膜感染。
4. 发现皮肤黏膜异常，及时处理并上报。
5. 实施湿式扫床，预防交叉感染。
6. 操作中倾听患者需求，观察患者的病情变化。

课堂小结



作业

病人，女性，82岁。因脑出血已在家卧床2个月，大小便失禁，不能自行翻身。近日发现其骶尾部皮肤呈紫色，压之不褪色，皮下有硬结，表皮出现水疱。

请问：

1. 此时压疮处于什么期？
2. 此期的正确护理措施是？



谢谢观看

