

基层 JICENG HULISHIYONGZHINAN 护理实用指南

孙启云 滕兴玲 提文萍 赵娜 主编



中国科学技术出版社

基层护理实用指南

孙启云 滕兴玲 主编
提文萍 赵娜

中国科学技术出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

基础护理实用指南/孙启云等主编. —北京: 中国科学技术出版社, 2008. 7

ISBN 978 - 7 - 5046 - 5221 - 8

I. 基... II. 孙... III. 护理学 - 指南 IV. R47 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 103010 号

自 2006 年 4 月起本社图书封面均贴有防伪标志, 未贴防伪标志的为盗版图书。

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码: 100081

电话: 010 - 62103210 传真: 010 - 62183872

<http://www.kjpbooks.com.cn>

科学普及出版社发行部发行

北京迪鑫印刷厂印刷

*

开本: 850 毫米 × 1168 毫米 1/32 印张: 13 字数: 300 千字

2008 年 7 月第 1 版 2008 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5046 - 5221 - 8/R · 1340

印数: 1 - 1000 册 定价: 41.00 元

(凡购买本社的图书, 如有缺页、倒页、
脱页者, 本社发行部负责调换)

随着人们对健康的认识水平和法律意识的提高,对基层护理人员的执业提出了更高的要求,它既要求护理人员按照规章制度、护理常规和操作规程执业,又要求护理人员及时掌握护理前沿知识和技术,对可预测和不可预测的突发事件有思想准备;为便于基层护理人员更好地掌握这些知识,我们组织了一批护理专家和部分优秀护理工作编写了这部《基层护理实用指南》供广大基层护理人员参考学习。

该书将护理规章制度、各级护理人员岗位职责、常用的护理常规、护理操作规范和基层医院护理常用的应急预案集中编写,其宗旨是为了让基层护理人员在实际工作中能便捷翻阅和实际运用,对可能发生的突发事件有前瞻性防范措施。

该书共分三篇,第一篇是护理规章制度和护理岗位职责;第二篇是护理常规和护理操作规范;第三篇是护理应急预案及流程。该书在编写过程中注重与临床实际相结合,强调其实用性,故可作为基层护理人员的指导用书。

由于我们的知识水平有限,书中难免存在不足之处,敬请广大读者批评指正。

在编写过程中参考了相关的护理教科书,谨此一并感谢!

编 者

2008年4月10日

《基层护理实用指南》编委会

主 编 孙启云 滕兴玲 提文萍 赵 娜

副主编 (按姓氏笔画排序)

龙 利	孙中侠	孙中英	孙中霞	刘玉珍
李冬梅	李红梅	李淑贞	吴 然	宋庆红
沈卫莉	张宪娥	张桂英	苑 会	林 鹏
杨兰俊	杨瑞芳	姜 静	赵成云	胡安慧
姚 超	梁 娟	晁永梅	龚晓梅	提 辉
韩晓慧	葛明艳	颜 瑞		

责任编辑 马 延

责任校对 韩 玲

责任印制 安利平

目 录

第一篇 护理规章制度与护理人员岗位职责

第一章 护理规章制度	(3)
第一节 护理管理	(3)
第二节 病房管理	(6)
第三节 护理质量、安全管理	(20)
第四节 护理岗位工作制度	(27)
第五节 护理继续教育	(39)
第二章 护理人员岗位职责	(45)

第二篇 护理常规 护理操作规范

第一章 护理常规	(69)
第一节 基础护理常规	(69)
第二节 内科常见疾病护理常规	(91)
第三节 外科常见疾病护理常规	(154)
第四节 妇产科疾病护理	(197)
第五节 儿科常见疾病护理常规	(213)
第六节 五官科常见疾病护理常规	(242)
第七节 急救护理	(260)
第二章 护理操作规范	(273)
第一节 患者入院和出院的护理	(273)
第二节 口腔护理	(274)

第三节	鼻饲法	(276)
第四节	无菌技术	(278)
第五节	灌肠技术	(283)
第六节	导尿术	(288)
第七节	生命体征监测技术	(293)
第八节	物理降温法	(300)
第九节	给药技术	(301)
第十节	氧气吸入技术	(316)
第十一节	洗胃技术	(318)
第十二节	外科护理技术操作规范	(320)
第十三节	妇产科护理技术操作规范	(324)
第十四节	儿科护理技术操作规范	(326)
第十五节	急诊科护理技术操作规范	(329)

第三篇 常用应急预案及告知程序

第一章	常用应急预案程序	(337)
第一节	住院患者意外情况的应急预案及处理程序 ..	(337)
第二节	突发意外事件的应急预案及处理程序	(350)
第三节	常见疾病的应急预案及处理程序	(357)
第二章	重要护理操作告知程序	(389)
第一节	护理操作告知	(389)
第二节	护理工作流程	(398)

第一篇

护理规章制度与 护理人员岗位职责

第一章 护理规章制度

第一节 护理管理

一、护理执业人员准入制度

1. 从事临床护理工作的人员，必须遵守《中华人民共和国护士管理办法》。
2. 护理人员必须持有效护士执业注册证上岗。
3. 护理人员必须按规定注册，不得中断注册，每年继续医学教育学分不得低于 25 分（其中 I 类学分不少于 5 分）。
4. 凡无注册证者，不允许从事临床护理工作。

二、急诊科及 ICU 护理人员准入及培训制度

（一）准入制度

1. 具有中专以上正规护理专业毕业，取得护士执业证的护理人员。
2. 热爱护理工作，能吃苦耐劳，爱岗敬业，具有良好职业道德和职业素质。
3. 有 3~5 年以上的临床护理工作经验，在临床科室中理论业务知识及技术操作优秀者可确定为急诊科及 ICU 固定护士。
4. 身体健康，仪表端正。
5. 具有较扎实的基础理论知识、急救技术和技能。

（二）培训制度

1. 所有急诊科/ICU 护理人员需经急诊专科培训（市级），分批分期到上级医院急诊科/ICU 培训 3 个月。

2. 定期参加省急诊医学质控中心举办的短期培训或专题学习班。

3. 积极开展自学和考试督导学习,进一步熟练掌握基本理论知识、急救技术和技能;具体要求:①熟悉解剖学、生理学、病理生理学、生物化学、临床药理学、微生物学、免疫学、急诊医学和预防医学等基本理论;②经常阅读专业期刊,了解本专业的国内外现状和进展以及临床情况;③掌握心肺复苏术、昏迷、各种休克的抢救以及各种急症创伤的处理原则等;④熟练使用洗胃机、呼吸机、心电监护仪等。

三、护理人员紧急替代制度

1. 因工作繁忙而人员紧缺时,护士长在本科内进行调配,及时替代。

2. 若本科内不能解决,由护士长汇报护理部进行全院调配,及时替代。

3. 所调人员应具备一定的工作能力,并完成替代科室的各项工作任务,保证护理质量。

4. 在夜间或节假日值班时,值班人员因特殊原因不能继续工作,或遇有疑难操作不能完成时,要立即向护士长或护理部汇报,及时顶替完成工作任务。

四、护理人员请示报告制度

凡遇到下列情况,必须逐级上报护士长及护理部。

1. 遇到严重工伤、重大交通事故、大批人员中毒、烧伤、甲类传染病及必须动员全院力量抢救等情况,立即报科护士长及护理部,同时报院值班或院相关职能科室。

2. 发生护理差错等,按纠纷及事故、差错、缺点登记和报告制度执行。

3. 病房发生不安全情况,如被盗及患者逃跑、失踪、伤人、自杀、受伤以及有自杀迹象,报院值班或院相关职能科室。

4. 科室开展护理管理改革及创新、护理新业务新技术, 报护士长及护理部。

五、护理人员会议制度

1. 护士长会议: 护理部总护士长定期召开护士长会议, 每月召开 1 次工作讨论会, 小结上个月工作, 提出下个月的工作重点。特殊情况下, 可临时召开会议。

2. 全体护士会议: 定期召开全院护士大会, 每半年召开 1 ~ 2 次, 由分管领导或护理部总护士长主持, 请院领导参加, 进行半年或全年工作总结, 弘扬成绩, 指出存在的问题, 布置今后的护理工作任务和要求。

3. 护理晨会: 各科室护士长每天组织晨会, 由护士长主持, 夜班护士汇报前一天的护理工作情况, 护士长传达上级会议精神, 总结和安排护理工作, 进行护理业务及教学提问等, 时间不超过半小时。

4. 各科护士会议: 每月 1 次, 由护士长或副护士长主持, 传达上级会议精神, 总结上月护理工作, 公布量化分数、评比情况, 交流工作经验, 提出存在的问题, 讨论解决办法, 布置当月工作任务。

5. 建立各会记录本, 将会议主要内容及时做好记录。

六、护士长管理制度

1. 护士长在护理部领导下, 服从医院及护理部各项工作安排, 按时完成各项工作任务。

2. 护士长要带领护理人员严格遵守医院及护理部各项规章制度, 认真履行岗位职责。

3. 按时出席医院及护理部召开的会议, 准确、及时传达会议精神, 按时落实工作任务, 做到令行禁止。

4. 及时与上级部门通报情况, 保证信息通畅。

5. 护士长非节假日休息、参加学术会议及其他原因离开本

市必须向科主任及护理部请假。

6. 护士长必须熟练掌握各项管理职能,具备扎实的专科理论知识 and 娴熟的操作技能。

第二节 病房管理

一、患者入院、出院、转科管理制度

(一) 入院管理

1. 患者住院须持本院门诊或急诊医师签发的住院证,办理入院手续。

2. 危重患者入院前由接诊科室电话通知病房或手术室,由医护人员护送,并与病房或手术室护士做好交接工作。

3. 护送危重患者时应保证安全,必要时注意保暖,输液患者或用氧者要防止途中中断,对外伤骨折患者注意保持体位,尽量减少患者痛苦。

4. 接通知后病房护士应准备床位及用物,并通知值班医生,对急诊手术或危重患者须立即做好手术及抢救的一切准备工作。

5. 患者进入病房,医护人员应主动热情接待患者,向患者进行入院宣教,做自我介绍,讲解住院规则和有关事项,协助患者熟悉环境,主动了解病情和患者的心理状态,生活习惯等,及时测体温、脉搏、呼吸、血压、体重。

6. 及时、准确地执行医嘱,进行护理评估、健康指导,做好记录。

(二) 出院管理

1. 护理人员根据医嘱整理出院患者病历、药品,注销各种卡片,填写住院患者结算单,并通知患者或家属办理出院手续。

2. 接到住院处出院结算凭证后,协助患者整理物品,清点医院用物。

3. 患者出院前由责任护士做好出院指导工作。

4. 征求患者对科室工作的意见和建议, 患者离开病房时, 护士要热情送出病房。

5. 清整病床单位用物, 并及时进行床单位终末消毒处理。

(三) 转科

1. 值班护士根据医嘱填写转科及时间, 终止本科一切治疗, 结清账目, 并电话通知转入科室做好接收患者准备。

2. 转出科室由当班护士及时完成护理记录, 并携带病历及所用药物等, 按时安全护送患者至所转入科室(家属最好同行)与该科室护士严格交接。

二、健康教育制度

1. 个别指导: 内容包括医院规章制度(如查房时间、探视制度、陪床制度、膳食制度、作息時間等)病室环境及设施使用, 贵重物品的保管及安全注意事项, 相关疾病知识宣教(相关检查、治疗、用药知识介绍指导, 术前宣教、术后指导、出院患者健康指导等), 一般卫生知识, 如个人卫生、公共卫生、饮食卫生、常见病、多发病、季节性传染病的防治知识, 简单的急救知识、妇幼卫生、婴儿保健、计划生育等。可在护理患者时, 结合病情, 家庭情况和生活条件作具体指导。

2. 集体讲解: 确定主题, 门诊利用患者候诊时间, 病房则根据工作情况与患者作息制度选定时间进行集体讲解, 还可结合示范, 配合幻灯、模型图片等, 以加深印象。

3. 文字宣传: 利用黑板报、宣传栏编写短文、图画或诗词等, 标题要醒目, 内容要通俗。

4. 卫生展览: 如图片或实物展览, 内容定期更换。

5. 视听宣教: 利用幻灯、录像、广播等视听设备在候诊大厅及住院患者活动区域进行宣教。

三、饮食管理制度

1. 住院患者饮食种类由医生决定, 并下达医嘱, 护士根据

医嘱向患者及家属做好饮食指导，按有关规定做好饮食标志用来吃什么食物标准的标志，如：流汁用大红三角做标志，半流汁用粉红三角做标志)。

2. 饭前协助患者洗手，采取舒适体位，开饭时停止一般治疗。

3. 患者家属送来的食物经护士检查同意后方可食用。

4. 观察患者进食情况，注意饮食卫生和习惯，并随时争取患者的意见。

5. 凡禁食者，床位设有醒目标志，并告诉患者禁食的原因及时限。

6. 严格执行饮食查对制度，避免差错，向患者说明治疗饮食的重要性，对禁忌或限制的食品要劝阻患者食用。

四、探视、陪护制度

(一) 探视制度

1. 探视病员要按规定时间，每次不得超过两人。

2. 学龄前儿童不得进入病房，传染病患者一般不得探视和陪伴。

3. 重症监护室谢绝探视。

4. 探视人员必须遵守医院和病房管理制度。

(二) 陪护制度

1. 陪护由主管医生根据病情决定。

2. 陪护人员应由有完全民事行为能力的人承担，负责患者医疗费用的交纳和安全防护，严防患者发生意外事件。

3. 查房及治疗时间，陪护人员应主动离开病房，如需了解病情，待查房结束后，向医护人员询问。

4. 陪护人员与医护人员密切配合，在医护人员指导下照顾患者。

5. 陪护人员有事外出时，要告知值班医护人员，取得同意后方可离开病房。

6. 陪护人员必须严格遵守各项规章制度，不随地吐痰，不

在室内吸烟，不乱串病房，不大声喧哗，不在患者床上睡觉或坐床，保持病房整洁安静和清洁卫生。

7. 未经允许不得私请院外医生会诊或给患者用药。

8. 陪护人员要爱护公物，节约水电，如损坏、丢失医院物品，应负责按价赔偿。

9. 陪护人员如违犯院规或影响医院治安，经说服教育无效者，可停止其陪护并与有关部门联系处理。

五、护理文书管理制度

1. 护理文书包括体温单、手术护理记录、护理记录（一般患者护理记录、危重患者护理记录、生命体征观察记录、健康教育计划单）、医嘱执行单等。

2. 文书记录应由本院合法执业的护士书写，要用蓝黑或红钢笔，红、蓝铅笔按规定要求填写，使用中文和医学术语，文字工整、简练，字迹清晰、表述准确，语句通顺，标点正确。记录应客观、真实、准确、及时、完整，记录、执行、核对者要签全名。

3. 实习、进修、试用期护士书写的护理文书，应经过本科室合法执业的护士审阅、修改并签名。

4. 若书写过程中出现错字时，用蓝黑钢笔在错字处画双横线，将正确的字顺写；若书写后发现错字将正确的字写在错字上方，并签全名及修改时间。如上级护理人员修改时，用红钢笔在错字处画双横线，将正确的字用红钢笔写在错字上方，并签全名及修改时间。

5. 保持原记录清晰、可辨，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

6. 各项护理记录应及时或在班内完成，病情变化时随时记录。封存病历时，按相关法律法规要求补记相关记录。

7. 护理文书按《山东省医疗护理文书书写规范》、《台儿庄区医院护理文书评价标准》要求书写。

六、住院病历管理制度

1. 由病房护士长负责医疗文件的管理，护士长不在时，由

主班护士负责管理, 各班人员均需按管理要求执行。

2. 住院期间的医疗文件要求存放有序, 病历中各种表格均应排列整齐, 不得撕毁、涂改或丢失, 病历用后必须归还原处。

3. 患者不得自行携带病历出科室, 外出会诊或转院时带病历摘要, 或医务部批准后患者可复印规定的病历部分。

4. 护士长必须定期检查体温单、护理记录单等的书写质量。

5. 患者出院或死亡后, 病历次序按规定排列, 及时送病案室保管。

6. 住院期间、出院后病历拟列。

住院期间病历排列:

体温单 (逆序)

医嘱单 (逆序)

住院病历 (大病历)

入院记录 (或再入院记录)

病程记录 (顺序)

病历讨论记录 (顺序)

会诊记录 (逆序)

手术记录、手术同意书

手术护理记录

麻醉记录、麻醉同意书

特殊治疗 (检查) 记录单
及同意书

其他知情同意书

化验粘贴单 (逆序)

其他辅助检查单

护理记录 (逆序)

出院记录

住院病历首页

出院后病历排列:

住院病历首页

出院记录或死亡记录

入院记录 (或再入院记录、入出院记录)

住院病历 (俗称大病历)

病程记录 (顺序)

病历讨论记录 (顺序)

会诊记录 (顺序)

手术记录、手术同意书、手术护理记录

麻醉记录、麻醉同意书

特殊治疗 (检查) 记录单及同意书

其他知情同意书

化验粘贴单

其他辅助检查单

医嘱单 (顺序)

体温单 (顺序)

护理记录 (顺序)

七、执行医嘱制度

1. 护士应遵医嘱为患者实施各种治疗和护理。

2. 值班护士必须认真阅读医嘱内容, 并确认患者姓名、床