

张爱莲 赵振平 张洪娟 主编

中医 护 理 文 书

书写指南

ZHONGYIHULIWENSHU
SHUXIEZHINAN



济南出版社



中医护理文书书写指南

主编 张爱莲 赵振平 张洪娟

济南出版社

图书在版编目(CIP)数据

中医护理文书书写指南/张爱莲,赵振平,张洪娟主编.
—济南:济南出版社,2008.6

ISBN 978-7-80710-617-3

I. 中… II. ①张…②赵…③张… III. 中医学:护
理学—病案—书写规则 IV. R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 090954 号

责任编辑 张所建

封面设计 侯文英

出版发行 济南出版社

地 址 济南市经七路 251 号

邮 编 250001

印 刷 山东省恒兴实业总公司印刷厂

版 次 2008 年 9 月第 1 版

印 次 2008 年 9 月第 1 次印刷

开 本 850×1168 毫米 1/32

印 张 17.875

字 数 445 千

定 价 35.00 元

(济南版图书,如有印装错误,可随时调换)

编委会

主 编 张爱莲 赵振平 张洪娟

副主编(按姓氏笔画排序)

甘召华 卢秀叶 齐新兰

孙晓霞 李晓云 吴九云

张秀英 赵晓珍

编 委(按姓氏笔画排序)

丁玉华 万 莹 孔祥亮

朱传英 殷 佳 刘胜华

刘 志 孙 娟 李海平

张俊芳 张晨晨 曹学芬

内 容 简 介

护理记录是护理人员客观、及时、准确、连续记录患者病情的一种方法。患者出院后,其作为病历的重要组成部分,随病历存放于病案室保存。它是护理教学、护理管理、护理科研的资料来源,也是在遇到医疗纠纷时保护护理人员的重要法律依据,是护理人员日常工作中非常重要的一项工作。

本书以模板的形式,根据山东省中医药管理局[2004]9号关于印发《山东省中医护理文书书写基本规范(试行)》通知的精神而编写。主要有三种形式的模板。包括:问题类模板、操作类模板、用药类模板。根据每个科室可能遇到的护理问题、护理操作、所用药物、医护合作性的操作,制作成具有专科特色的护理记录模板。其内容包括:发生的时间、处理措施、操作要点、医嘱内容、医嘱要求、健康教育的措施。模板中有关的记录方法,均是根据人民卫生出版社高等护理教育教材编写,具有规范性及实用性。本书不仅可为中医护理人员提供临床护理记录的书写方法,而且可以提供专业知识。

前 言

中医护理记录书写规范化是医学发展的客观要求和必然趋势,是培养中医护理人员科学思维方式,提高护理专业技术水平,考核实际工作能力的有效途径,又是广大中医护理人员依法行医的具体体现。中医护理文书不仅可以反映患者的病情,还能体现中医医疗机构护理专业技术、护理质量、护理管理水平,为临床护理、护理科研、护理教育提供信息资料,是处理医疗事故争议的法律依据,也是保护患者和护理人员的重要文书,因此,书写规范的护理文书是每个护理人员必须掌握的一项基本功。根据山东省中医管理局[2004]9号关于印发《山东省中医护理文书书写基本规范(试行)》通知的精神,结合3年来的工作经验,我们编写了这本书。本书适用于一般护理记录的书写,其中的护理措施、操作要点、健康教育方法均是根据高校的教科书编写的,对临床护理人员书写护理记录有一定的指导作用,同时对护生及新护士尽快掌握一般护理记录的书写方法有较大的帮助作用。全书共7章,分基础护理篇、内科篇、外科篇、儿科篇、妇科篇、五官科篇、针灸推拿科篇和中医各证的一般护理记录篇,从问题方面的记录及操作方面的记录两方面来写,都是在临床护理工作中经常遇到的问题及操作,具有较强的实用性。

由于我们的水平有限,加之时间仓促,不妥之处在所难免,敬请同道批评指正。

编 者

2008年8月20日

目 录

第一章 基础护理篇	(1)
第一节 排泄方面的记录	(1)
第二节 注射方面的记录	(15)
第三节 护患关系方面的记录	(30)
第四节 中医传统疗法的记录	(32)
第五节 检验方面的记录	(37)
第六节 清洁与皮肤护理记录	(39)
第七节 生命体征方面的记录	(50)
第八节 冷热敷应用的记录	(53)
第九节 饮食方面的记录	(56)
第十节 出入院及安全方面的记录	(65)
第十一节 用药方面的记录	(70)
第二章 内科护理篇	(90)
第一节 心血管科记录	(90)
第二节 呼吸科记录	(102)
第三节 血液科记录	(114)
第四节 泌尿科记录	(127)
第五节 风湿免疫科记录	(137)
第六节 神经内科记录	(146)
第七节 内分泌科记录	(162)
第八节 消化科记录	(169)
第三章 外科护理篇	(179)

第一节	普通外科记录	(179)
第二节	胸外科记录	(198)
第三节	泌尿外科记录	(210)
第四节	周围血管记录	(218)
第五节	甲状腺及乳腺科记录	(231)
第六节	骨科记录	(248)
第四章	儿科护理篇	(271)
第一节	呼吸科记录	(271)
第二节	消化科记录	(273)
第三节	心血管记录	(275)
第四节	免疫科记录	(277)
第五节	血液科记录	(280)
第六节	泌尿科记录	(283)
第七节	内分泌科记录	(286)
第八节	神经内科记录	(288)
第九节	小儿寄生虫疾病记录	(290)
第十节	中毒性菌痢记录	(293)
第十一节	小儿传染病记录	(295)
第五章	五官科护理篇	(301)
第六章	妇科护理篇	(319)
第七章	针推科护理篇	(335)
第八章	中医各证的一般护理记录篇	(345)
第一节	内科各证	(345)
第二节	外科各证	(447)
第三节	妇科各证	(500)
第四节	儿科各证	(522)
第五节	肛肠科各证	(551)

第一章 基础护理篇

第一节 排泄方面的记录

尿量多的记录

记录发现尿量多的时间,为累积多少时间的尿量(一般 12 h 或 24 h),记录具体的量、色、质。采取的措施:如指导患者补液,尿崩症和糖尿病患者补液量为前一日尿量加 500 ml;急性肾功能衰竭患者补液量为前一日尿量减 500 ml;并补充电解质,教会患者记出入量的方法。反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如抽血查电解质。之后的另一时间记录尿量的变化情况,并记录查电解质的结果。

尿少(或无尿)的记录

有两种记录:

1. 记录出现尿少的时间,为累积多少时间的尿量(一般 12 h 或 24 h 内)。记录具体的数值、尿色以及质的描述。即刻采取的措施:如经腹部检查,膀胱明显膨胀,给予缓慢按压膀胱 5 min;同时给予患者听流水声,温水冲洗会阴部,或者给予热水袋下腹部热敷 20 min。之后的另一时间(一般 30 min 内),记录上述措施的效果,如:未排小便,或排除尿量某毫升;如为前者继续记录。反馈某医生,并记录执行医嘱的情况。如:导尿管,记录导出的小便量,要

有色、质的描述,并按照导尿的方法记录,最后记录患者的反应。

2. 记录出现尿少的时间,为累积多少时间内的尿量(一般为12 h或24 h)。记录具体的数值、尿色以及质的描述。即刻采取的措施:如经检查腹部膀胱不充盈,询问患者进食的情况,观察有无口干等脱水的情况。反馈某医生,记录执行医嘱的情况:如速尿20 mg iv或补液医嘱,并记录指导的内容。如果是因为脱水引起,指导患者进饮食并记录具体的指导方法,如果是因为正常进食的无尿,应指导患者限制水分及盐的摄入。之后的另一时间记录小便量的情况。

尿失禁的记录

记录出现尿失禁的时间(如为首次出现要记录并反馈某医生)。即刻采取的措施,如:更换被尿液浸湿的床单及内衣,以温水(50℃左右)清洗会阴部,涂以少量凡士林保护皮肤。并记录指导的内容,如:根据原发病的情况,指导患者多饮水,每日训练盆底肌肉的功能,并记录具体的指导方法;每次便后及时清洗会阴部,记录患者的反应。之后的另一时间记录尿失禁的改善情况。

盆底肌肉训练的记录

于某时某分给予患者实施训练盆底肌肉的功能,向患者讲明目的,取得患者的配合。协助患者取坐位(或立位或卧位),指导其缓慢收缩盆底肌,再缓慢地放松,于某时某分结束,共做10遍。记录患者的反应,如:已掌握了训练的方法(或未掌握),是否有乏力感。并记录指导的内容:每天坚持锻炼4次左右,每次10遍,在不影响原发病的情况下,配合做抬腿运动。之后的另一时间(1周左右),记录指导措施的落实情况,及尿失禁的改善情况。

指导患者床上排便的记录

分两次记录:

1. 于某时某分,向患者讲明训练床上排便的目的,取得患者的配合。嘱患者有便意时不要去厕所排便,及时通知护士。

2. 于某时某分患者出现便意,随即协助患者仰卧位,遮挡患者。将便盆置于臀下,嘱患者放松肛门括约肌或盆底肌,用力排便,同时辅助按压下腹部,记录患者的反应:顺利排便,或未排出(要记录继续重复训练)。

尿潴留的记录

记录发现尿潴留的原因(如:患者自述膀胱区胀痛,经检查腹部时发现;或因无尿检查腹部发现)。即刻采取的措施,如:采用诱导排尿法。反馈某医生,并记录执行医嘱的情况,如:新斯的明 1 mg 足三里穴位注射。之后的另一时间记录上述措施的效果,如:排出尿量某毫升,或未排尿。如果是后者要记录继续采取的措施,如:导尿术。

膀胱刺激征的记录

记录发现尿急、尿频、尿痛的时间。即刻采取的措施,如:指导患者大量饮水或以竹叶、双花代茶饮;注意会阴部卫生,经常以温水清洗;以卧床休息为主,加强营养;留取小便常规送检,通知某医生,并记录执行医嘱的情况,如:三金片 3 片, tid。之后的另一时间,记录症状的变化情况,及测尿常规的检查情况。

尿色浓茶样的记录

于某时某分发现患者尿为浓茶样。即刻采取的措施,如:留取小便常规送检,指导患者多饮水,每天以温水清洗外阴部;反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:抽血查血常规。之后的另一时间记录血常规及尿常规的检查结果。之后多次记录小便颜色的变化情况。

尿色深黄(或黄褐)的记录

记录出现深黄色尿的时间。即刻采取的措施,如:协助患者卧床休息,记录所观察角膜及患者的皮肤颜色,留取小便查尿胆色素,指导患者多饮水(在疾病允许的情况下)。反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:抽血查血胆红素测定值。之后的另一时间记录尿色的改变情况及血尿检查的结果,并记录指导内容:指导患者

每次小便后以温水清洗会阴部。

泡沫尿的记录

记录出现泡沫尿的时间、量。即刻采取的措施,如:协助患者卧床休息,留取小便送检,查尿蛋白。指导患者进食富含高蛋白的饮食如鱼、肉、蛋、奶、豆制品,并指导清洁皮肤。反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:抽血查血生化。之后的另一时间记录血尿的检查结果,泡沫尿的改变情况。

血尿的记录

记录出现血尿的时间。即刻采取的措施,如:协助患者卧床休息,留取小便查 OB,已嘱患者多饮水。反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:止血敏 0.25 g im bid。之后的另一时间记录上述措施的效果,如:血尿消失,并记录复查尿 OB 的情况。

浑浊尿的记录

记录出现尿浑浊的时间,混悬物的情况,尿量。即刻采取的措施,如:协助卧床休息;留取小便标本送检;指导患者多饮水,每日 3 000 ml 左右;进富于营养的饮食;勤换内衣;反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:PPA 0.5 g tid。之后的另一时间记录尿色的变化情况,复查小便常规的情况。

尿有氨味的记录

记录出现小便氨味的时间。即刻采取的措施,如:观察患者的行为有否改变,肌张力的情况,指导患者进低蛋白饮食,减少动物性蛋白的摄入。反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:抽血查血氨,33% MgSO₄ 50 ml 导泻。之后的另一时间记录观察小便氨味的消失情况。

小便有酮味的记录

记录出现小便酮味的时间,小便的量是否增加。即刻采取措施,如:留取小便查尿酮,卧床休息,测微量血糖,观察是否有头痛,呼吸的气味及深浅度。反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:

0.9% NS 500 ml, RI 10 u, ivgtt。之后的另一时间记录尿酮味的变化情况,复测血糖、尿酮的值。

导尿术的记录

于某时某分给患者实施导尿术。向患者讲明目的,已取得了患者的配合,遮挡患者,协助患者取屈膝仰卧位。在无菌操作下,选用某型号单腔导尿管插入尿道,共插入某厘米(要求男性 21 ~ 23 cm,女性 5 ~ 7 cm),放出某色尿液约某毫升(要求首次放尿在 1 000 ml 以下),于某时某分拔出尿管,协助患者卧床休息,询问患者的反应。并记录指导的内容,如:多喝水,每天以温水清洗会阴部。

留置导尿的记录

于某时某分给某患者实施留置导尿术。已向患者讲明目的,取得患者的配合,协助患者取屈膝仰卧位。在无菌操作下,选用某型号双腔导尿管(也可三腔导尿管)插入尿道,共插入某厘米(要求男性 21 ~ 23 cm,女性 5 ~ 7 cm),向气囊注入生理盐水某毫升(根据型号要求),共放出某色尿液约某毫升(要求首次放尿在 1 000 ml 以下),经检查尿管已固定于膀胱内,将导尿管口与集尿袋连接。于某时某分操作结束,询问并记录患者的反应,协助患者取仰卧位休息。记录向患者指导的内容,如:多喝水,并向患者讲明饮水的重要性,每日保证入量 2 000 ml 以上;注意保护尿管,防止扭曲、受压;勿将集尿袋超过膀胱高度,并向患者讲明这样做的目的,记录患者及家人的反应或反馈。之后的另一时间记录指导措施的落实情况,如:患者每天坚持饮水约 2 000 ml,尿管保持通畅等。

尿管口擦 先的记录

于某时某分给予患者擦洗尿道口。向患者讲明目的,取得患者配合,协助患者取屈膝仰卧位。采取无菌操作法,以碘伏棉球按由内向外由上向下的顺序(男患者按尿道口、龟头、包皮内),擦拭

共用7个棉球,于某时某分结束。协助患者仰卧位休息,并记录所观察的尿道口的情况,如:有少量分泌物或尿道口清洁。并记录指导的内容,如:行大便秘时手纸自前向后擦,勿污染尿道口,并向患者讲明以后每天擦洗两次;记录患者的反应,如:表示接受。

训练膀胱功能的记录

于某时某分,训练患者膀胱的功能。向患者讲明目的,取得家人及患者的配合,将膀胱排空,夹闭导尿管。并记录指导的内容,如:嘱患者勿随意松开夹子。之后的另一时间约3.5 h(要求3~4 h),记录松开夹子,排空膀胱及观察尿量的情况。

更换集尿袋的记录

于某时某分给予患者更换集尿袋。向患者及家人讲明目的,并取得配合。将膀胱排空,在无菌操作下更换无菌集尿袋一个,并向患者讲明以后每天更换一个。并记录指导的内容:保护好集尿袋,勿污染或以利器扎伤;记录患者的反应,如:表示接受。

开放式膀胱冲洗术的记录

1. 顺利时的记录:于某时某分给予患者实施膀胱冲洗,向患者及家人讲明目的,并取得配合。遵医嘱用0.9% NS 500 ml 作为冲洗液,加温至40℃(要求38~40℃)。将膀胱排空后,在无菌操作下,分3次灌入,共900 ml,流出900 ml左右澄清液体,于某时某分冲洗结束,过程顺利。

2. 不顺利时的记录:于某时某分,给予患者实施膀胱冲洗,向患者及家人讲明目的,并取得配合。遵医嘱用0.9% NS 500 ml 作为冲洗液,加温至40℃(要求38~40℃)。当冲洗进行至某时某分时,共灌入液体某毫升,患者自述腹痛,经观察患者面色无明显改变(或有改变,并记录发生的改变),遂停止冲洗,将膀胱排空,记录流出液量(应与冲入液量相等)及颜色,安慰患者,测血压、心率的值并记录。反馈某医生,记录执行医嘱的情况。之后的另一时间记录患者腹痛的改善情况。(也可能有其他不顺利的情况,

按发生的情况记录处理的措施和效果观察)

密闭式膀胱冲洗保留法记录

于某时某分给予患者实施膀胱冲洗,向患者及家人讲明目的,并取得配合。遵医嘱用 0.9% NS 500 ml 加入庆大霉素 8 万单位,已将冲洗液加温至 40℃ (要求 38 ~ 40℃)。将膀胱排空后,按无菌操作法冲洗,以 70 滴/min 的速度滴入。记录指导的内容,如:已嘱患者及家人不要随便调整滴速,活动时不要碰撞冲洗装置。另一时间,记录冲洗结束的时间,冲洗过程顺利否,已向患者讲明保留 30 min。再一时间记录放出冲洗液的情况,如:于某时某分共放出液体某毫升(要比灌入液量多),要有色、质的描述,并向患者讲明以后每天一次(或每周几次),询问患者的反应并记录。

肛门肿痛的记录

记录出现肛门肿痛的时间。即刻采取的措施,如:检查肛门的皮肤情况是否有痔栓脱出或肛裂。记录指导的内容,如:嘱患者勿进食辛辣、油炸食品。反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:花椒 150 g 泡水坐浴, qd。之后另一时间记录肛门疼痛的消长情况。

肛门瘙痒的记录

记录出现肛门瘙痒的时间。即刻采取的措施,如:检查肛门皮肤情况并进行描述,给予 0.9% NS 清洗后,再以碘伏棉球擦拭。反馈某医生,记录执行医嘱的情况。如:肤轻松软膏外涂。之后的另一时间,观察上述措施的效果,如:瘙痒减轻。记录指导内容,如:指导患者或家人每次便后帮助患者及时清洗肛门,涂肤轻松软膏少许;饮食少吃生冷、油腻、辛辣食品,并向患者讲明这样做的目的,避免因腹泻或辛辣刺激肛门局部;记录患者的反应,如:表示接受。

便秘的记录

记录出现便秘的时间,累计未行大便的天数(要求超过 3 天)。即刻采取的措施,如:给予顺时针按摩下腹部 15 min。反馈

某医生,记录执行医嘱的情况,如:给予开塞露 40 ml 灌肛。之后的另一时间,约 30 min 后记录排大便的情况。记录指导内容,如:指导患者多食水果及粗纤维的蔬菜;每餐后 15 min 后开始自行按摩左下腹,顺时针方向 15 min。每天饮水量不低于 2 000 ml;并记录患者的反应,如:表示接受。

腹泻的记录

记录出现腹泻的时间。即刻采取的措施,如:观察大便的情况,留取标本送检。记录指导的内容,如:指导患者勿进生冷油腻及富含粗纤维的食物;每次便后及时清洗肛门及周围皮肤,涂少量凡士林。反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:5% GNS 500 ml 加庆大霉素 16 万单位 ivgtt qd。之后的另一时间,约 2 h 记录大便的排泄情况。

超过 1 周未行大便的记录

1. 第一次记录:发现连续未行大便超过 1 周的时间,具体未行大便的天数。即刻采取的措施(一般是新入院时出现):如反馈医生,记录执行医嘱的情况如番泻叶 120 g 代茶饮,开塞露 60 ml 灌肛。并记录具体的指导代茶饮的方法,及开塞露灌肛的方法。

2. 第二次记录(口服番泻叶 2 h 左右):记录上述措施的效果,如排大便一次;未排大便(一般情况不排)。记录进一步采取的措施,如:给予患者实施人工取便,并按照人工取便的方法记录。并记录指导的内容,向患者及家人讲明粪石的危害性,指导多进食水果、蔬菜及粗纤维饮食,增加植物油的摄入量;每餐后 15 min 开始以顺时针方向按摩下腹部;增加肢体活动时间。并记录患者的反应,如:表示接受。

大便失禁的记录

记录发生大便失禁的时间。即刻采取的措施,如:协助家人以温水清洗肛门及肛周皮肤,涂少量凡士林,更换污染的被服。并记录指导的内容:每天 3 次进行肛门括约肌及盆底肌的训练;每次便

后要以温水清洗肛门,涂以凡士林保护皮肤;并记录患者家人的反应。如为首次出现要反馈某医生,记录执行医嘱的情况:如 5% GS 250 ml 加入参麦注射液 60 ml ivgtt qd。

腹胀的记录

记录出现腹胀的时间。即刻采取的措施,如:检查腹部情况,要记录已排除尿潴留的情况(如:经检查患者尿量正常,故已排除尿潴留);下腹部顺时针按摩 10 min;热水袋热敷。反馈某医生,记录执行医嘱的情况,如:吗丁啉 10 mg 口服。之后的另一时间,记录上述措施的效果,如:肛门已排气,腹胀减轻。并记录指导的内容:减少易产气食物的摄入量。

白陶土色便的记录

记录出现白陶土色便的时间。即刻采取的措施,如:观察角膜及皮肤颜色是否发黄;留取大便常规送检。记录指导的内容:嘱患者多饮水,每日 2 000 ml 以上;多吃粗纤维食物,减少脂肪的摄入量;每次大小便后清洗肛门及会阴部。反馈某医生,记录执行医嘱的情况:抽血查血生化。之后的另一时间,记录大便颜色的变化情况。

黑便的记录

记录出现黑便的时间、量。即刻采取的措施,如:留取大便样本送检查潜血,协助卧床休息,记录所测血压及心率的值。记录指导的内容,如:以卧床休息为主,减少活动量;进温软易消化的饮食,如:面条、豆腐,不吃过烫辛辣的食物、动物的内脏、血制品及绿色蔬菜。反馈某医生,并记录执行医嘱的情况,如:0.9% NS 250 ml 加入西米替丁 0.6 mg ivgtt。之后的另一时间记录所观察的大便的颜色的变化。

暗红色便的记录

记录出现暗红色便的时间、大便量。即刻采取的措施,如:卧床休息,记录所测血压及心率的值,观察患者下腹痛的情况。记录