

高等学校教材
供护理学类专业用

综合临床护理技术 操作常规

主编 邢凤梅 李建民

卫生部规划教材
全国高等医药院校教材

综合临床护理技术 操作常规

主编 廖卫华 副主编 廖建斌

人民卫生出版社

高等学校教材
供护理学类专业用

图书在版编目 (CIP) 数据

综合临床护理技术操作常规/邢凤梅等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2010. 4

ISBN 978-7-117-12630-4

I. ①综… II. ①邢… III. ①护理学—技术操作规程
—高等学校—教材 IV. ①R47-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 022338 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

综合临床护理技术操作常规

主 编: 邢凤梅 李建民

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 9.5

字 数: 224 千字

版 次: 2010 年 4 月第 1 版 2010 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-12630-4/R · 12631

定 价: 19.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

前 言

随着医学护理技术的飞速发展,对护理人才的培养提出了更高的要求。为了培养高素质、具有创新能力的护理人才,构建具有护理专业特色、以能力培养为核心的实验教学体系,充分体现“以学生为主体”的实验教学理念,我们综合了内科护理学、外科护理学、妇产科护理学、儿科护理学、急救护理学等学科基本诊疗护理技术,按照护理程序编写了此书。该书注重培养学生灵活运用护理程序的思维方法,注重实践教学与临床需要的接轨,旨在缩小学生由学校到岗位的跨距,减少临床课实践内容的重复。在护理实施项中,把整个操作过程分步列出,清晰明了,对学习者的指导性很强。本书不仅适用于在校护理专业学生学习使用,也可作为临床护理人员从事临床工作的参考书。

文中的一些改革做法希望能起到抛砖引玉的作用,让我们护理教育界的同仁一起努力,为培养适合临床工作的护理人才做出贡献。

本书编写人员有多年护理教学经验,编写过程中反复斟酌,博采众长,为提高本书的质量做出了大量辛苦的工作,在此表示感谢。尽管如此,本书难免会有不足之处,敬请广大读者批评指正。

邢凤梅 李建民

2010年2月1日

目 录

第一篇 内科护理学	1
一、动脉采血护理技术	1
二、股静脉穿刺护理技术	4
三、心电图机的使用	6
四、血糖监测护理技术	8
五、三腔两囊管压迫止血护理技术	10
六、胸腔穿刺护理技术	14
七、腹腔穿刺护理技术	17
八、骨髓穿刺护理技术	20
九、纤维胃镜护理技术	23
十、经外周插管的中心静脉导管护理技术	27
十一、透析护理技术	30
第二篇 急救护理学	33
一、电复律的护理技术	33
二、多功能监护仪的护理技术	36
三、加压面罩吸氧的护理技术	39
四、气管插管术的护理技术	41
第三篇 妇产科护理学	45
一、四步触诊法	45
二、测宫高、腹围	47
三、骨盆外测量	49
四、枕先露分娩机制	51
五、产时会阴消毒技术	53
六、铺产台	55
七、接生术	57
八、听诊胎心音技术	60
九、会阴切开缝合术	62
十、会阴擦洗/冲洗	64
十一、子宫按摩术	66
十二、胎心外监护	67
十三、挤奶技术	68

十四、剖宫产时新生儿护理	70
十五、新生儿复苏	72
十六、新生儿脐部护理技术	74
十七、乙肝疫苗接种	75
十八、卡介苗接种	76
十九、臀部护理	78
二十、鹅口疮护理	79
二十一、新生儿沐浴	80
二十二、新生儿抚触	82
二十三、母乳喂养	84
二十四、坐浴	86
二十五、阴道灌洗	88
二十六、阴道、宫颈上药	90
二十七、会阴湿热敷	92
第四篇 儿科护理学	95
一、更换尿布法	95
二、婴儿沐浴法	97
三、全身约束法	99
四、头皮静脉输液法	101
五、股静脉穿刺法	103
六、给药法	105
七、温箱使用法	106
八、光照疗法	109
第五篇 外科护理学	113
一、手术区皮肤准备	113
二、手术人员无菌准备	115
三、医护手术配合基本操作	117
四、换药法	119
五、“T”形引流管的护理	121
六、胸腔闭式引流管的护理	123
七、膀胱冲洗的护理	125
第六篇 健康评估	127
一、颈部淋巴结、甲状腺检查	127
二、肺部触诊	129
三、肺部叩诊	131
四、心脏叩诊	132
五、心肺部听诊	134



六、腹部触诊	136
七、腹部叩诊和听诊	138
八、神经反射检查	140
九、病理反射检查	142
十、脑膜刺激征	143
参考文献	145



第一篇

内科护理学

← 一、动脉采血护理技术 →

(一) 护理评估

1. 评估患者身体状况、吸氧状况或者呼吸机参数的设置。
2. 评估患者穿刺部位皮肤及动脉搏动情况。
3. 评估患者的心理状况。

(二) 护理计划

预期目标：

1. 顺利、正确采集动脉血。
2. 为疾病的诊断和治疗提供依据。

(三) 护理实施

1. 流程简图 准备→携用物至床旁→核对、解释→垫起手腕→消毒皮肤→肝素湿润针管→穿刺抽血→按压→针头立即插入软木塞→即刻送验→绷带加压包扎→处理用物→洗手、记录

2. 操作步骤 以桡动脉取血为例。

项目	内 容	分值	评分标准	扣分
准备 质量 标准 (15分)	1. 操作者准备 着装整洁(衣、帽、鞋),洗手,戴口罩	3	服装、鞋帽不整洁 未洗手 未戴口罩	1 1 1
	2. 用物准备 无菌治疗盘1个,无菌洞巾1块,无菌纱布1块,手套1副,一次性注射器2支,肝素1支,软木塞1个,专用试管,消毒用物1套,绷带1卷,胶布或敷贴。若为肢体动脉,应备小操作台(口述)	10	用物多或少一项 未口述	2 2
	3. 环境准备 调节室温至患者适宜	2	未准备	2
实施 质量 标准 (68分)	1. 备齐用物,携至患者床旁,核对患者,向患者和家属讲解操作的目的、过程及配合方法,消除患者恐惧心理,取得患者的合作	4	未核对 未解释	2 2
	2. 取舒适体位,暴露穿刺部位	2	体位不合理	2
	3. 检查穿刺部位皮肤有无损伤、感染,并局部消毒	4	未检查 未清洁	2 2



续表

项目	内 容	分值	评分标准	扣分
实施 质量 标准 (68 分)	4. 先用手指摸清动脉的搏动、走向、深度、协助定位、手背处垫高 10cm, 常规消毒, 铺洞巾, 戴手套	12	未定位 未垫高 未消毒 未铺洞巾 未戴手套	3 2 3 2 2
	5. 先抽取少量肝素, 来回推动活塞, 然后针尖向上, 湿润注射器后排尽(或者使用专用血气针)	6	未湿润注射器 湿润方法有误 未排尽	2 2 2
	6. 戴手套的左手食指和中指固定动脉, 右手持注射器, 刺入动脉, 血液借助动脉压推动活塞上移, 采取 1ml 动脉血	10	未固定 固定不好 未成功穿刺 未留取标本	3 2 3 2
	7. 按压拔针, 立即将针头刺入软木塞, 与空气隔绝, 用手旋转注射器, 使血液与肝素充分混合, 并立即送检	6	针头未刺入软木塞 未混合	4 2
	8. 用消毒棉签或棉球按压穿刺点 5~10 分钟	8	未按压 穿刺点出血	4 4
	9. 再次碘酒消毒穿刺部位, 无菌纱布敷盖、固定。有凝血功能障碍者加压包扎(口述)	7	未消毒 未处理 未口述	3 2 2
	10. 安置好患者, 整理床单位及处理用物	5	未安置患者 未处理	3 2
	11. 洗手、记录	4	未洗手 未记录	2 2
评价 质量 标准 (17 分)	1. 操作熟练, 动作轻柔	2	操作不熟练	2
	2. 成功穿刺	2	未成功	2
	3. 操作无失误	4	失误一次	2
	4. 时间: 5 分钟	4	每超时 1 分钟	2
	5. 提问: 注意事项及相关理论知识	5	一条错误或不完整	1

(四) 注意事项

1. 消毒面积应较静脉穿刺大, 严格执行无菌操作, 预防感染。
2. 有出血倾向的患者慎用, 拔针后穿刺部位应压迫至不出血为止。
3. 若患者饮热水、洗澡、运动, 需休息 30 分钟后再抽血, 以免影响检查结果。
4. 做血气分析时注射器内不要有空气, 标本应立即送检, 以免影响结果。
5. 穿刺后注意患肢不要下垂, 保持水平位 30 分钟。
6. 观察穿刺部位有无肿胀、淋巴液渗漏, 如有异常, 立即通知医生, 及时处理。



(五) 理论知识

1. 采集动脉血进行血气分析,是客观反映呼吸衰竭的性质和程度,判断有无缺氧和二氧化碳潴留的最好方法,为治疗提供依据。
2. 指导氧疗、机械通气等各种参数的调节。
3. 急救时动脉给药。

(景丽伟 赵艾君)

二、股静脉穿刺护理技术

(一) 护理评估

1. 评估患者是否有穿刺的禁忌证。
2. 评估穿刺部位皮肤有无损伤、感染。
3. 评估患者的心理状态。

(二) 护理计划

预期目标:成功穿刺和(或)留取静脉血,为患者的诊断和治疗提供依据。

(三) 护理实施

1. 流程简图 准备→携用物至床旁→核对、解释→仰卧,下肢伸直略外展→消毒皮肤→戴无菌手套或消毒手指→在搏动明显处内缘进针→见回血后抽取标本或接输液器(加压输液用)→迅速拔针→局部加压按压→处理用物→洗手、记录

2. 操作步骤

项目	内 容	分值	评分标准	扣分
准备 质量 标准 (12分)	1. 操作者准备 着装整洁(衣、帽、鞋),洗手,戴口罩	6	着装不整洁 未洗手 未戴口罩	2 2 2
	2. 用物准备 5ml 空针(如输液、输血则选用套管针)、无菌手套、消毒用物一套、胶布或敷贴	4	用物多或少一项	1
	3. 环境准备 关闭门窗,调节室温,遮挡患者	2	未准备	2
实施 质量 标准 (70分)	1. 准备好用物,携至患者床旁。查对患者,向患者做好解释,说明目的,取得配合	8	未核对 未解释	4 4
	2. 患者仰卧,下肢伸直并略外展。局部常规消毒,待干	8	体位有误 未消毒	4 4
	3. 戴无菌手套或用碘酒、酒精消毒左手手指与股三角区,左手示指与中指触摸股动脉跳动最明显部位,并加以固定	16	未消毒 消毒位置错误 未触摸股动脉跳动最明显部位 未固定	4 4 4 4
	4. 右手持注射器,从股动脉的内缘垂直(图 1-2-1)或与股静脉走向成 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 斜行刺入股静脉,回抽针栓见注射器内有回血	12	穿刺位置错误 穿刺角度有误 回抽无回血	4 4 4
	5. 根据需要采标本或注射液体(口述)	4	未口述	4
	6. 拔出注射器,立即以敷料覆盖,加压固定 3~5 分钟	8	未覆盖敷料 未加压固定	4 4
	7. 安置好患者,处理用物	8	未安置患者 未处理用物	4 4
	8. 洗手、记录	6	未洗手 未记录	2 4

续表

项目	内 容	分值	评分标准	扣分
评价 质量 标准 (18分)	1. 操作熟练,指导到位,动作轻柔。顺利穿刺并成功	8	操作不熟练 未指导 动作粗暴	3 2 3
	2. 时间:5分钟	5	每超时1分钟	1
	3. 提问:注意事项	5	答错或少一项	1

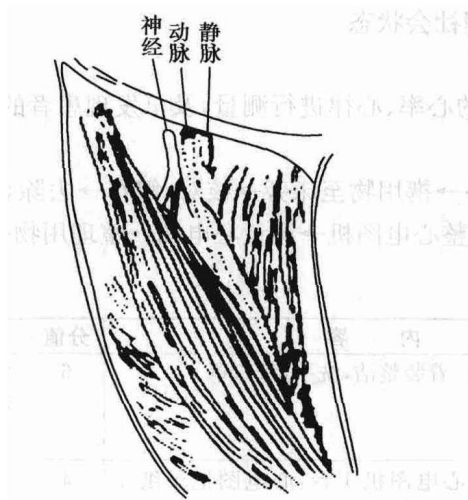


图 1-2-1 股动脉、股静脉、股神经解剖关系

(四) 注意事项

1. 抽血或注射完毕后,局部应加压止血。
2. 患者抽血侧下肢制动 0.5 小时。
3. 注意观察局部皮肤有无隆起及血肿形成,发现异常及时处理。
4. 保持敷料清洁干燥,预防感染。

(五) 理论知识

股静脉穿刺常用于急救时加压输液、输血或采集血液标本。

(景丽伟 赵艾君)

三、心电图机的使用

(一) 护理评估

1. 评估患者病情、意识状态。
2. 评估患者皮肤状况。
3. 评估患者周围环境、光照情况及有无电磁波干扰等。
4. 评估患者的心理社会状态。

(二) 护理计划

预期目标:对患者的心率、心律进行测量,及早发现患者的病情变化。

(三) 护理实施

1. 流程简图 准备→携用物至床旁→核对、解释→去除金属物→四肢涂传导胶或生理盐水→连接导线→调整心电图机→测量心电图→整理用物→洗手、记录

2. 操作步骤

项目	内 容	分值	评分标准	扣分
准备 质量 标准 (12分)	1. 操作者准备 着装整洁,洗手,戴口罩	6	着装不整洁 未洗手 未戴口罩	2 2 2
	2. 用物准备 心电图机 1 台,心电图记录纸 1 卷,传导胶或盐水少许	4	用物多或少一项	2
	3. 环境准备 关闭门窗,遮挡屏风	2	未准备	2
实施 质量 标准 (66分)	1. 备齐用物,携至患者床旁,核对患者,向患者说明检查目的及步骤	4	未核对 未解释	2 2
	2. 取下身上首饰、手表等金属物	4	未取下身上金属物	4
	3. 连接导线(边口述边操作)			
	(1) 四肢上传导胶或生理盐水,接上肢体导联线,分别是左手(LA)、右手(RA)、左脚(LL)、右脚(RL)	12	肢体导联线 1 项有误 未口述	2 2
	(2) 胸导联线吸球分别接于 V ₁ :右侧第 4 肋间 V ₂ :左侧第 4 肋间 V ₃ :V ₂ 与 V ₄ 连线中点 V ₄ :左锁骨中线与第 5 肋间交点 V ₅ :左腋前线与 V ₄ 平行处 V ₆ :左腋中线与 V ₄ 平行处,并涂上传导胶	12	胸导联线 1 项有误 未口述	2 4
	4. 心电图测量操作程序			
	(1) 插上插头,接地线	2	未接通电源	2
	(2) 打开心电图机开关“on”	4	未开机	4

续表

项目	内 容	分值	评分标准	扣分
实施 质量 标准 (66 分)	(3) 将指针归零并设定“速度”	4	未处理	4
	(4) 测量各导联心电图, 顺序 I、II、III、aVR、aVL、aVF、V ₁ 、V ₂ 、V ₃ 、V ₄ 、V ₅ 、V ₆	4	测量不符合要求	4
	(5) 移去各导线, 将传导胶拭净	4	未处理	4
	(6) 协助患者穿好衣物	2	未协助	2
	(7) 移去屏风	2	未移去屏风	2
	5. 整理导线, 整齐置于盒中, 将心电图机推回	4	未整理	4
	6. 洗手, 记录	4	未洗手 未记录	2 2
	7. 将心电图报告贴于病历上	4	未贴报告	4
评价 质量 标准 (22 分)	1. 操作熟练, 动作轻柔	4	操作不熟练 动作不轻柔	2 2
	2. 成功描记各导联心电图	4	失败	4
	3. 时间: 5 分钟	4	每超时 1 分钟	2
	4. 提问: 注意事项及相关理论知识	10	答错或少 1 项	2

(四) 注意事项

1. 描记心电图前, 让患者先休息数分钟, 对初次做心电图者应事先解释清楚, 消除患者的恐惧心理及精神紧张。
2. 描记心电图时一般取平卧位, 不能平卧者可取半坐位或坐位。
3. 患者应保持安静, 切勿谈话、移动体位及过度呼吸。
4. 描记心电图时, 应随时观察患者情况, 一旦病情突变, 应立即处理, 在不影响治疗的前提下, 尽可能描记一份完整的心电图, 供抢救治疗参考。

(五) 理论知识

1. 概念 心脏在机械性收缩之前, 首先发生电激动, 在激动过程中产生微弱的电流经组织传导到体表各部位。在体表连接一个具有放大和记录电流的仪器(即心电图机), 把心脏在每一心动周期内产生的电流变化描记下来, 呈现具有特种波组(含 P 波、QRS 波、T 波)连续曲线, 这种曲线称心电图。

2. 目的

- (1) 借各电极导联记录心脏搏动的电位变化, 以判断心脏状态。
- (2) 心律失常、冠心病等心脏疾病诊断。
- (3) 电解质异常诊断。
- (4) 药物副作用判断。

(景丽伟 赵艾君)



← 四、血糖监测护理技术 →

(一) 护理评估

1. 评估患者的身体状况。
2. 评估穿刺部位皮肤有无损伤、感染。
3. 评估患者的心理状况。

(二) 护理计划

预期目标:监测患者血糖水平,评价代谢指标,为治疗和护理提供依据。

(三) 护理实施

1. 流程简图 准备→携用物至床旁→核对、解释→选择穿刺点→消毒→穿刺→留取末梢血→试纸插入血糖仪→读数→处理用物→洗手、记录

2. 操作步骤

项目	内 容	分值	评分标准	扣分
准备 质量 标准 (14 分)	1. 操作者准备 着装整洁(衣、鞋、帽),洗手,戴口罩	6	着装不整洁 未洗手 未戴口罩	2 2 2
	2. 用物准备 血糖仪(图 1-4-1)、采血针、试纸、酒精、棉签	8	用物多或少 1 项	2
实施 质量 标准 (66 分)	1. 准备好用物,携至患者床旁。查对患者,说明目的,做好解释工作,给予心理安慰,取得患者合作	8	未核对 未解释	4 4
	2. 安装采血笔,确认患者是否符合空腹或者餐后 2 小时血糖测定的要求	8	未安装 未确认	4 4
	3. 选择采血部位	4	未选择	4
	4. 消毒采血点	4	未消毒	4
	5. 对穿刺点进行穿刺,用试纸条采集末梢血	12	穿刺位置有误 未出血 采集方法有误	4 4 4
	6. 干棉签按压穿刺点。指导患者穿刺后按压 1~2 分钟(口述)	8	未按压 未口述	4 4
	7. 试纸条插入血糖仪进行读数	4	未正确读数	4
	8. 数值异常时通知医师进行处理(口述)	4	未口述	4
	9. 安置患者,处理用物	6	未妥善安置患者 未处理	4 2
	10. 洗手、记录测量结果	8	未洗手 未记录	4 4

续表

项目	内 容	分值	评分标准	扣分
评价 质量 标准 (20 分)	1. 操作熟练,指导到位,动作轻柔。顺利穿出末梢血,协助疾病的诊断和治疗	10	操作不熟练	3
			未指导	2
			动作粗暴	3
			未成功留取末梢血	2
	2. 时间:5 分钟	5	每超时 1 分钟	1
	3. 提问:理论知识和注意事项	5	答错或少一项	1



图 1-4-1 血糖仪

(四) 注意事项

1. 测末梢血糖前,确认血糖仪上的号码与试纸号码一致。
2. 确认患者手指酒精干透后实施采血。
3. 收集的末梢血量应使试纸测试区完全变成红色。
4. 避免试纸发生污染。

(五) 理论知识

对需要长期监测血糖的患者,可以教会患者血糖自我监测的方法。

(景丽伟 邢凤梅 赵艾君)