常用护理技术操作指南

主　审　李武平
主　编　付菊芳
副主编　周　静　张美霞
编　者　按姓氏笔画排序
王　宇　王雅丽　田英然　付菊芳
任　宁　刘建华　孙　静　张永琴
张美霞　张　敏　张慧杰　李敬霞
杨秀玲　杨省利　周　静　侯小娟
姚菊峰　柏亚玲　赵京霞　钱皎月
康复霞　黄　颖　路　伟　薛卫斌

第四军医大学出版社 · 西安

图书在版编目(CIP)数据

常用护理技术操作指南 /付菊芳编著 . —西安　第四军医大学出版社,2008. 4
ISBN 978 - 7 - 81086 - 366 - 7

Ⅰ. **常…**　Ⅱ. **付…**　Ⅲ. **护理 - 技术 - 指南**　Ⅳ. R472 - 62

中国版本图书馆 CIP **数据核字** 2008 **第** 059882 **号**

常用护理技术操作指南

编　　著　**付菊芳**
责任编辑　**马元怡**　**徐文丽**
出版发行　**第四军医大学出版社**
地　　址　**西安市长乐西路** 17 **号(邮编 :**710032**)**
电　　话　029 - 84776765
传　　真　029 - 84776764
网　　址　http　/ / press. fmmu. sn. cn
印　　刷　**人民日报社西安印务中心**
版　　次　2008 **年** 4 **月第** 1 **版**　2008 **年** 4 **月第** 1 **次印刷**
开　　本　850 × 1168　1 /32
印　　张　9. 5
字　　数　230 **千字**
书　　号　ISBN 978 - 7 - 81086 - 366 - 7 / R · 382
定　　价　20. 00 **元**

(版权所有　盗版必究)

目　　录

第一章　生命体征的测量 …… 1
1. 体温测量法 …… 2
2. 脉搏测量法 …… 6
3. 呼吸测量法 …… 8
4. 血压测量法 …… 11

第二章　物理疗法 …… 17
5. 酒精拭浴法 …… 18
6. 降温毯、降温帽使用法 …… 21
7. 冰袋使用法 …… 24
8. 热水袋使用法 …… 27
9. 关节被动运动法 …… 30
10. 尸体护理 …… 39
11. 保护具的应用 …… 42

第三章　治疗及护理技术 …… 47
12. 听诊胎心音 …… 48
13. 新生儿脐部护理技术 …… 51
14. 早产儿暖箱的应用 …… 54
15. 光照疗法 …… 58
16. 口服给药法 …… 62
17. 皮内注射法 …… 67
18. 皮下注射法 …… 72
19. 肌内注射法 …… 76

20. 静脉穿刺采血术 …… 80
21. 动脉穿刺采血术 …… 84
22. 静脉注射法 …… 88
23. 静脉输液法 …… 92
24. 输血法 …… 97
25. 浅静脉留置针置管术 …… 102
26. PICC 置管术 …… 108
27. 口腔护理 …… 113
28. 背部护理 …… 117
29. 会阴部护理 …… 120
30. 铺床法 …… 123
31. 为卧床患者更换床单法 …… 133
32. 协助患者更换卧位法 …… 137
33. 轮椅移乘法 …… 145
34. 平车运送法 …… 149
35. 心肺复苏术 CPR …… 154
36. 吸氧法 …… 159
37. 吸痰法 …… 165
38. 鼻饲法 …… 173
39. 大量不保留灌肠法 …… 178
40. 备皮法 …… 182
41. 导尿术 …… 185
42. 留置尿管的护理 …… 190
43. 尿路造口的护理 …… 193
44. T 型引流管的护理 …… 196
45. 胃肠减压管的护理 …… 199
46. 肠造口的护理 …… 202
47. 胸腔闭式引流的护理 …… 205
48. 脑室引流的护理 …… 209

第四章 无菌与隔离技术 …… 213
49. 无菌技术操作原则 …… 214
50. 洗手法 …… 216
51. 手消毒法 …… 220
52. 床单位终末消毒法 …… 225
53. 无菌持物钳使用法 …… 228
54. 无菌包使用法 …… 231
55. 铺无菌盘法 …… 233
56. 无菌容器使用法 …… 235
57. 取无菌溶液法 …… 237
58. 戴无菌手套法 …… 239
59. 铺无菌器械台法 …… 242
60. 穿脱隔离衣法 …… 246

第五章 常用仪器的使用 …… 251
61. 微量泵使用法 …… 252
62. 输液泵使用法 …… 256
63. 镇痛泵使用法 …… 260
64. 血糖测试仪使用法 …… 267
65. 心电图机使用法 …… 270
66. 洗胃机洗胃法 …… 273
67. 除颤仪使用法 …… 276
68. 血气机使用法 …… 280
69. 呼吸机使用法 …… 284
70. 多参数监护仪使用法 …… 289
参考文献 …… 293

前　言

《常用护理技术操作指南》是以西京医院 2000 年内部编印的 22 项《护理技术操作规范》为基础，参照中华医学会《临床技术操作规范》· 护理学分册进行重新修订，由西京医院护理部组织长期从事临床一线工作、经验丰富的护理骨干们编写而成。编者在结合临床实践经验的基础上，参考了大量文献与指南，并吸收了近年来的研究进展。

全书内容除基础护理技术外，还涵盖了内科、外科、儿科、妇产科、康复等专科技术。本书主要特点有：内容全面，各项操作流程引入最佳证据，体现“以人为本”的理念，以简洁、易懂的文字进行描述，具有较强的指导性与操作性，有利于医务人员在医疗实践中参考使用。

本书适合临床各级护理人员及护理相关专业学生参考使用。

本书得以顺利出版，要感谢两年来为本书撰写辛勤耕耘的各位作者；感谢著名护理专家、研究生导师、陕西省护理学会理事长李武平主任为本书编写具体指导并审稿；感谢西京医院郭明华院长的大力支持；感谢第四军医大学出版社全体编辑同志在出版过程中的认真审校。

由于编者水平所限，本书不足之处在所难免，殷切期望读者批评指正，以便再版时修改提高。

编者

2007. 11

第一章

生命体征的测量

1 体温测量法

【目的】

监测患者的体温变化，为预防、治疗、护理提供依据。

【操作前准备】

1. 评估

1 患者的一般情况，了解患者的自理能力与合作程度。

2 查看测温部位有无破损、出汗等情况。

3 询问患者测温前有无运动、进食、喝水、冷热敷、洗澡、坐浴及灌肠等活动，为消除影响，应停止此类活动 30min 后进行测量。

2. 用物准备　体温计篮、体温计、消毒纱布、有秒针的表、记录本、笔。如测肛温，另备润滑油、棉签、卫生纸。

【操作步骤】

操作步骤	要点与说明
1 按要求着装，洗手。	
2 备体温测量本：填写眉栏及患者信息。	日期与时间清楚、准确；患者床号、姓名须认真核对。
3 备体温计：根据测量人数备。查有无破损；是否甩至 35　以下；逐一放于体温计篮。	
4 备齐用物携至床旁，查对、解释。	
5 根据病情选择测温部位：	

续表

操作步骤	要点与说明
▲口腔测温	（正常范围 36.3 ~37.2 ，平均 37.0 ）
①协助取舒适卧位。	婴幼儿、昏迷、精神异常、口腔疾患、口鼻手术、张口呼吸患者禁忌。
②口表水银端斜放于舌下热窝。	舌下热窝在舌系带两侧，由舌动脉供血，左右各一，是口腔中温度最高的部位。
③嘱患者紧闭口唇，用鼻呼吸，切勿咬体温计。	若患者不慎咬破体温计时，首先及时清除玻璃碎屑，以免损伤唇、口腔、食管、胃肠道黏膜。再口服蛋清或牛奶，以延缓汞的吸收。若病情允许，可食用粗纤维食物，加速汞的排出。
④ 测量时间：3min。	可利用此时间测量脉搏、呼吸、询问大便次数。 询问大便次数法：每 24h 记录一次，问自前一日记录大便后至本次记录期间大便的次数。
▲腋下测温	（正常范围 36.0 ~37.0 ，平均 36.5 ）
① 协助取舒适卧位。	腋下有创伤、手术、炎症、腋下出汗较多者，肩关节受伤、或消瘦夹不紧体温计者禁忌。
② 解开衣服，擦干腋下，放体温计水银端于腋窝正中紧贴皮肤，嘱患者屈臂过胸夹紧。	勿走动防滑落，不能自理者应协助完成。
③ 测量时间：10 min。	

续表

操作步骤	要点与说明
▲直肠测温	（正常范围 36.5 ~37.7 ，平均 37.1 ） 用于婴幼儿、昏迷、精神异常者。 腹泻、直肠或肛门手术、心肌梗死患者禁忌。
①卧位：侧卧或俯卧或屈膝仰卧位，暴露肛门。婴儿可取仰卧位。	成人患者应遮挡好屏风。
② 润滑肛表水银端（用石蜡油或 20% 肥皂液等），插入肛门。成人 3 ~ 4cm，幼儿 2.5cm，婴儿 1.25cm。	避免损伤肛门及直肠黏膜。
③ 测量时间 3 min。	小儿、躁动及神志不清的患者应由家属或护士协助扶持体温计，不得离开，以防折断、脱落或滑入直肠内等意外。
6 取出体温计。	直肠测温后 用卫生纸擦净患者肛门处 用纱布擦拭体温计。
7 读数后将水银柱甩至 35 以下。读表时手不接触水银端。	评估体温是否正常，若与病情不符应重复测量，确有异常及时处理。
8 记录体温值。	
9 协助患者穿好衣、裤，取舒适体位。	

续表

操作步骤	要点与说明
10 待全部测完毕，检查体温计总数及有无遗漏记录。	
11 消毒体温计先泡入500mg/L含氯消毒液中，15～30min后取出用冷水冲洗，纱布擦干，放于消毒的清洁容器内备用。	防止交叉感染。
12 整理用物，洗手。	

杨省利

2 脉搏测量法

【目的】

监测脉搏变化，间接了解心脏及其他病情变化，为预防、诊疗、护理等提供依据。

【操作前准备】

1. 评估

1 患者的一般情况　了解患者的自理能力、心理状态、合作程度。

2 对脉搏测量的认知水平及有无影响脉搏测量的因素。

3 测脉搏前有剧烈运动、紧张、恐惧、哭闹等，应休息 20～30min 后再测量。

2. 用物准备　表（有秒针）、记录本、笔，必要时备听诊器。

【操作步骤】

操作步骤	要点与说明
1 按要求着装，洗手。	
2 携用物至床旁。查对，解释。	
3 摆体位：协助患者卧位或坐位，手腕伸展，手臂放于舒适位置。	
4 诊脉：护士以示指、中指、无名指的指端按压桡动脉处。	勿用拇指诊脉，因拇指小动脉的搏动易与患者的脉搏相混淆。按压力量适中，以能清楚测得脉搏搏动为宜。

续表

操作步骤	要点与说明
5 计数：正常脉搏测 30s，乘以 2，异常脉搏应测 1min。脉搏细弱难以触诊时，应测心率 1min，脉搏短绌者，由两名护士同时测量，一人听心率，另一人测量脉率，由听心率者发出“开始”和“停止”的口令，计时 1min。	测量时须注意脉律、脉搏强弱等情况。 心脏听诊部位位于左锁骨中线内侧第 5 肋间处。 （正常成人：60～100 /min；儿童平均 90 /min；婴幼儿可达：130 /min。）
6 记录。	脉搏短绌：以分数式记录，记录方式为心率 / 脉率 / 分钟。如心率 100 次，脉率 60 次，应写成 100 /60 /min。
7 整理用物，洗手。	

3 呼吸测量法

【目的】

监测呼吸变化，了解患者呼吸功能，为预防、治疗、护理提供依据。

【操作前准备】

1. 评估

1 患者的一般情况　了解患者的自理能力、心理状态、合作程度。

2 对测量呼吸的认知水平及有无影响呼吸测量的因素。

2. 用物准备　表（有秒针）、记录本、笔、必要时准备棉花。

【操作步骤】

操作步骤	要点与说明
1 按要求着装，洗手。	确认患者，以取得合作；呼吸受意识控制，故呼吸测量时应不使患者察觉。
2 携用物至床旁。查对，解释。	
3 协助患者取舒适体位。	患者精神放松，保持自然呼吸状态。
4 测呼吸频率：护士将手放于患者诊脉部位似诊脉状，观察患者胸部或腹部的起伏。 以一起一伏为一次呼吸　同时观察呼吸深度、节律及有无呼吸困难。呼吸微弱或危重患者，可	避免引起患者的紧张。

续表

操作步骤	要点与说明
将少许棉花置于患者鼻孔前，观察棉花被吹动的次数。	
5 计数正常呼吸测量 30s 乘以 2。异常呼吸患者或婴儿应测 1min。	
6 记录先记录在记录本上，再转录到体温单。	
7 整理用物，洗手。	

体温、脉搏、呼吸测量操作流程与考核评分标准

科室 _____ 姓名 _____ 考核员 _____ 考核日期 _____

项目	总分	操作流程	技术操作要求	分值	实际得分	备注
操作前准备	20	护士准备	仪表端庄，服装整洁 洗手方法正确，无长指甲	2 3		
		评估	评估准确、全面 评估测量方法正确	5 3		
		用物准备	用物齐全，放置合理 检测体温计方法正确	5 2		
操作过程	45	查对、解释	查对患者、解释态度和蔼，取得信任	5		
		摆体位	体位适宜	3		
		测体温	放置体温计方法、部位正确 测量时间正确 读表方法正确	5 4 4		
		测脉搏	测量方法、部位正确 掌握异常脉搏测量要点 心律失常、短绌脉等 测量时间正确	5 4 4		
		测呼吸	测量方法正确 测量时间正确	4 4		
		测量结果	准确	3		
操作后处置	15	安置患者	卧位舒适、床单位整洁	2		
		用物整理	体温计清洁、消毒、保存方法正确	5		
		洗手	方法正确	3		
		记录	准确，并及时录入护士工作站	5		
总体评价	20	操作过程	动作轻稳，熟练 全程观察病情仔细	5 5		
		提问		10		
总分	100					

杨省利

4 血压测量法

【目的】

监测血压变化，间接了解循环系统功能，为预防、治疗、护理提供依据。

【操作前准备】

1. 评估

1 患者的一般情况 了解患者的基础血压、用药情况、自理能力、心理状态、合作程度。

2 被测肢体有无皮肤损伤及功能障碍、对血压测量的认知水平及有无影响血压测量的因素。

3 测量前有吸烟、运动、情绪变化等，应休息 20 ~ 30min 后测量。

2. 用物准备 血压计、听诊器、记录本、笔。

【操作步骤】

操作步骤	要点与说明
▲ 上肢血压测量法	
1 按要求着装，洗手。	
2 检查血压计：玻璃管有无裂痕，玻璃管上端是否和大气相通，水银有无漏出，加压气球、橡胶管有无老化、漏气，听诊器是否完好等。如水银柱内出现气泡，应调节或检修，不可带着气泡测量。	