

临床常用护理技术

操作规程与考核标准

LINCHUANG CHANGYONG HULI JISHU CAOZUO GUICHENG YU KAOHE BIAOZHUN

主编 王峻



山西科学技术出版社

SHANXI SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

责任编辑 张延河

助理编辑 郝志岗

封面设计 杨宇光



ISBN 7-5377-2766-X



9 787537 727662 >

ISBN 7-5377-2766-X

R·1018 定价: 46.00元

临床常用护理技术 操作规程与考核标准

主 编 王 峻

山西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床常用护理技术操作规程与考核标准/王峻

主编. —太原: 山西科学技术出版社, 2006. 6

ISBN 7—5377—2766—X

I. 山... II. 王... III. ①护理—技术操作规程—山西省

②护理—考核—标准—山西省 IV. R47—65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 050954 号

临床常用护理技术 操作规程与考核标准

主 编 王峻

*

出版发行: 山西科学技术出版社

社 址: 太原市建设南路 21 号

编辑部电话: 0351—4922135

发行部电话: 0351—4922121

印 刷: 太原红星印刷厂

开 本: 787 × 1092 1/16

字 数: 485 千字

印 张: 21

版 次: 2006 年 6 月第一版

印 次: 2006 年 6 月第一次印刷

印 数: 1—1 000 册

书 号: ISBN 7—5377—2766—X / R · 1018

定 价: 46.00 元

如发现印、装质量问题, 影响阅读, 请与发行部联系调换。

前 言

规范临床护理技术操作是提高护理质量和保障护理安全的重要举措。规范化的护理技术操作是每位护理工作者应该掌握的基本技能，也是护理管理的重点。

随着医学科学技术的飞速发展与医学模式的转变，以病人为中心的整体护理以及新技术、新方法、新仪器在临床的广泛应用，要求临床护理技术操作不仅要达到标准化、规范化，更要体现科学化、人性化。所以，全面修订和完善临床护理技术操作规程就成为适应医疗卫生事业发展的必然。为此，我们组织省内有关护理专家，在我省 1999 年编写的《护理技术操作规程》的基础上，结合当前临床护理实际，编写了《临床护理技术操作规程》一书，作为我省各级各类医疗机构在临床护理技术操作中应遵循的规程。

本书紧密跟踪现代医学新理论和先进操作技术，以临床实践和经典护理操作为基础，参考近年来国内外有关文献编写而成。全书分为基础护理操作规程和专科护理技术操作规程两部分，包含了 118 项护理操作项目，并且对每项操作从仪表、评估、操作前准备、操作过程、操作后处理、效果评价等六个方面提出了明确的要求，指导护理人员用护理程序的思维和工作方法实施护理操作。该书简明扼要，重点突出，既具有科学性与原则性，又具有先进性与可操作性。

本书的出版为各级医疗机构进行护理质量评价、培训在职护士、带教实习护生和医院评审考核提供了依据。对我省规范护理操作、提高护理质量、保障病人安全、促进人性化服务必将发挥积极作用。

在本书编写过程中得到长治医学院附属和平医院院长魏武博士、山西省眼科医院范雪定教授等众多专家和领导的悉心指导与支持，谨致诚挚谢意。

由于编者水平所限，不足之处在所难免，希望广大护理人员在临床护理实践中提出宝贵意见。

编者

2006 年 3 月

《临床常用护理技术操作规程与考核标准》

编 委 会

主 编 王 峻

副 主 编 李和平 李 梅 陈玉枝

编 委 (按姓氏笔画排序)

石贞仙 李 红 李玉翠 杨 辉 贺明珍
赵香萍 姚雅红 薛 燕

编审人员 (按姓氏笔画排序)

卫秀兰 王玉红 王菊子 王清馨 王翠玲
王 蕊 尹建红 史秀山 田益民 刘 丽
李 萍 刘丽君 李建萍 杨三花 张兰娥
杜 玲 张晓红 张娟芳 张晓霞 张彩云
苏富荣 郎雪飞 范慧芳 郭九玲 郭丽霞
赵俊丽 郝素梅 高俊萍 秦素芳 梁 新
常淑娟 喻 英 童宇萍 程红萍 路清蒲
雷建华 燕美琴

校 对 (按姓氏笔画排序)

丁霞云 尹庆兰 石美霞 李菊芳 杨 瑛
张淑兰 周 卫 袁丽蓉 原建青 徐建萍
冀 娟

目 录

基础护理技术操作规程

生命体征的测量	3
无菌技术操作	7
青霉素过敏试验	11
皮下注射法	14
臀部肌肉注射法	16
静脉注射法	19
股静脉穿刺法	22
密闭式静脉输液法	24
密闭式静脉输血法	28
体表静脉留置针输液法	31
微量注射泵操作法	35
输液泵操作法	38
氧疗法	40
电动吸引器吸痰法	43
超声波雾化吸入法	46
洗手法	48
约束带使用法	50
留置胃管法	52
鼻饲法	55
女病人导尿法	58
女病人导尿法（一次性导尿包）	62
男病人导尿法	65
男病人导尿法（一次性导尿包）	68
保留灌肠法	71
大量不保留灌肠法	73
口腔护理法	76
乙醇擦浴法	79
床上擦浴法	82
压疮预防法	86

铺备用床法·····	89
铺暂空床法·····	92
铺麻醉床法·····	95
卧床患者更换床单法·····	98
轮椅转运法·····	101
平车转运法·····	103
尸体料理法·····	106
血标本采集法·····	109
痰标本采集法·····	113
尿标本采集法·····	116
粪便标本采集法·····	119
咽拭子标本采集法·····	122

专科护理技术操作规程

内科护理技术操作规程

常规心电图检查·····	127
床旁心电监护仪的使用·····	130
腹膜透析术·····	132
体位引流法·····	135
双囊三腔管操作配合·····	137
漂浮导管插入术配合·····	140
口服葡萄糖耐量试验·····	143
外周静脉置入中心静脉导管（PICC）输液法·····	145

外科护理技术操作规程

备皮法（手术区皮肤准备）·····	151
换药法·····	153
胃肠减压术·····	155
T型管引流护理·····	158
胸膜腔闭式引流护理·····	160
密闭式膀胱冲洗法·····	162
皮温测量法·····	165
股四头肌功能锻炼法·····	167
腰背肌功能锻炼法·····	169

膝关节康复器 (CPM) 操作法	171
轴线翻身法	173
下肢牵引患者更换床单法	176
中心静脉压 (CVP) 测定	179
手术刷手法	182

妇产科护理技术操作规程

产时会阴冲洗消毒法	184
产后外阴冲洗法	186
会阴擦洗法	188
会阴切开缝合术	191
接生	194
铺产台	198
阴道冲洗上药法	201
坐浴	204
会阴湿热敷	206
新生儿游泳	208
新生儿抚触	210
新生儿沐浴	214

儿科护理技术操作规程

新生儿保温箱的使用	217
新生儿光照疗法	220
新生儿臀部护理法	223
新生儿脐部护理法	225
空气压缩雾化吸入法 (儿童)	227
婴幼儿吸痰法	230
婴幼儿灌肠法	233
小儿鼻饲法	237
小儿口腔护理	241
小儿洗胃法	243
小儿股静脉穿刺法	246
小儿颈外静脉穿刺法	249
小儿头皮静脉留置针输液法	251
小儿肛管排气法	254

五官科护理技术操作规程

远、近视力检查·····	256
眼压测量法（修兹氏眼压计）·····	259
结膜囊冲洗术·····	261
滴眼药、涂眼膏法·····	263
泪道冲洗术·····	266
球结膜下注射法·····	269
球后注射法·····	271
浅层角膜异物剔出术·····	274
眼科手术前准备·····	276
外耳道冲洗·····	278
外耳道滴药法·····	280
咽鼓管吹张法·····	282
咽喉部喷药法·····	284
鼻腔滴药法·····	286
剪鼻毛法·····	288
鼻腔冲洗法·····	290
鼻窦负压置换法·····	292
下鼻甲黏膜注射法·····	294
磷酸锌粘固粉调和和技术·····	296
玻璃离子水门汀调和和技术·····	298
印模材料调和和技术·····	300
光固化树脂修复技术及配合·····	302

急救科护理技术操作规程

急救止血法·····	305
急救包扎固定法·····	309
成人心肺复苏（CPR）·····	312
电动洗胃法·····	315
呼吸机的使用·····	318
简易呼吸器使用法·····	320
心脏电复律·····	322

基础护理技术操作规程

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

生命体征的测量

项目	技术操作程序	注意点及说明	分值
仪表	着装整洁、仪表符合要求		4分
评估	1. 病情、年龄、健康状况、意识状态 2. 测量部位和肢体：有无皮肤粘膜损伤及功能障碍 3. 心理状态：情绪反应、心理需求 4. 合作程度 (1) 对该项操作的知晓程度 (2) 接受程度 (3) 年龄及沟通能力	◆ 了解患者有无恐惧和焦虑以及特殊需求，并做出相应的处理 ◆ 根据合作程度的不同，选择不同的沟通方式，给予相应的处理	2分 1分 1分 1分 0.5分 0.5分
操作前准备	1. 护士：洗手、戴口罩 2. 用物：治疗盘内备清洁盒(内放体温计)、盛有消毒液的容器盒(放测温后的体温计用)、消毒液纱布、秒表、笔、记录本、听诊器、血压计，若测肛温，另备润滑剂、棉签、卫生纸 3. 环境：安静、整洁、温度适宜 4. 患者：舒适体位	◆ 先检查体温计数目及有无破损 ◆ 甩体温计水银至 35℃ 以下，放清洁盒内备用 ◆ 检查血压计袖带宽窄是否合适、水银是否充足、玻璃管和输气球有无漏气	2分 4分 2分 2分
操作过程	1. 将用物携带至床旁，查对 2. 告知 (1) 操作目的 (2) 嘱患者听从护士指导并及时向护士反映自己的感觉及不适 3. 根据病情选择合适的测温部位 (1) 测腋温：解开衣扣，用纱布擦干腋下汗液，将体温计的水银端放在腋窝深处，紧贴皮肤，嘱患者屈臂过胸夹紧体温计，10min 取	◆ 核对床头卡，确认患者，取得合作 ◆ 通过监测生命体征，及时了解病情变化，提供诊断、治疗依据 ◆ 测体温前 20~30min 应避免剧烈活动、进食、进冷热饮、做冷热敷、洗澡、坐浴、灌肠等 ◆ 为精神异常、婴幼儿、危重患	3分 4分 2分 3分

项目	技术操作程序	注意点及说明	分值
操作过程	出	者测量时, 应有人守护在旁	
	(2) 测口温: 嘱患者张口, 将口表水银端斜放于舌下嘱患者闭口用鼻呼吸, 勿用牙咬体温计, 测 3min 取出	◆ 腋下有关节、炎症或极度消瘦者不宜采用测腋温, 沐浴后待 20min 方可测腋温	3 分
	(3) 测肛温: 协助患者取侧卧或仰卧位, 暴露臀部, 用棉签蘸润滑剂润滑肛表汞端, 将水银端旋转缓慢轻轻插入肛门内 3~4cm, 测 3min 取出, 擦净肛门	◆ 婴幼儿、精神异常、昏迷、躁动、呼吸困难、口鼻手术后不可测量口温。进食、冷热饮和面部冷热敷后 30min 方可测口温	3 分
	(4) 取出体温计用消毒液纱布擦拭, 检视读数, 将体温表甩至 35℃ 以下, 放于消毒液容器中	◆ 腹泻、肛门或直肠手术后不做直肠测温, 坐浴或灌肠后 30min 方可测肛温	2 分
	(5) 记录	◆ 肛表用卫生纸擦拭	2 分
	(6) 整理床单位, 协助病人取舒适体位	◆ 发现病情与体温不符合时, 应在床旁再次监测	2 分
	4. 测量脉搏 (以测桡动脉为例)		
	(1) 协助患者取舒适体位, 安静片刻	◆ 剧烈运动后, 应先休息 20min 后再测量	2 分
	(2) 检查者食、中、无名指端放在患者前臂掌侧腕部桡动脉搏动处, 默数 30s, 将所测值乘以 2	◆ 异常脉搏、危重患者应测 1min	3 分
	(3) 当发现患者有绀脉, 应由两人同时测量, 一人听心率, 另一人测脉率, 由听心率者发出“始”“停”口令, 计数 1min, 记录方式: 心率/脉率/min	◆ 不可用拇指测脉	3 分
	5. 测量呼吸	◆ 当脉搏细弱而触摸不清时, 可用听诊器测心率 1min	3 分

项目	技术操作程序	注意点及说明	分值
操作过程	(1)测完脉搏后仍保持诊脉手势测呼吸		2分
	(2)观察患者胸部或腹部的起伏,一吸一呼为1次,计数30s,将所测值乘以2	◆ 呼吸不规则或婴儿应测1min ◆ 患者呼吸微弱不易观察时,可少许棉花置于患者鼻孔前,观察棉花纤维被吹动次数,计数1min	3分
	(3)记录脉搏、呼吸次数	◆ 同时观察呼吸的节律、深浅度及呼吸困难的症状 ◆ 合理解释测量结果	3分
	6. 测量血压		
	(1)患者取坐位或仰卧位,协助其脱下一侧衣袖,肘臂伸直,掌心向上	◆ 选择健侧肢体 ◆ 衣袖宽大者亦可向上卷到肩部,但以不影响动脉血流为准	2分
	(2)放平血压计,打开水银槽开关,驱尽袖带内空气,将袖带平整缠于上臂中部,打开水银槽开关	◆ 血压计“0”点应与肱动脉与心脏位于同一水平,坐位肘平第四肋,卧位肘平腋中线	3分
	(3)戴听诊器,将胸件紧贴肘窝肱动脉处,轻轻加压,关闭橡皮球的阀门,充气至肱动脉搏动音消失再升高20~30mmHg,缓缓放气,使汞柱匀速缓慢下降,放气速度,以每秒下降3~5mmHg为宜。当闻及第一声搏动音时汞柱所指刻度为收缩压,直至声音突然减弱或消失,此时汞柱所指刻度为舒张压	◆ 袖带下缘距肘窝2~3cm,松紧以能放入一指为宜,避免过紧、过松 ◆ 汞柱所指的刻度,视线应与汞柱上端保持水平 ◆ 如所测血压异常或听不清时应重复测量,先将袖带内气体驱尽,使汞柱降至“0”点,稍等片刻再行第二次测量 ◆ 为小儿测量,应使用相应袖带进行测量 ◆ 须长期密切观察血压者应做到四定:定时间、定部位、定体位、定血压计	6分
	(4)测量毕,取下袖带,驱尽袖带内	◆ 合理解释测量结果	3分

项目	技术操作程序	注意点及说明	分值
操作过程	气体，将血压计向右手方向倾斜，关闭水银槽开关 (5) 记录血压值 7. 再次核对，整理用物，洗手 8. 如为电子测量仪，按相关规定操作		2分 2分 2分
操作后处理	1. 患者：根据病情协助患者取合适体位 2. 用物：依据《消毒技术规范》和《医疗废物管理条例》做相应处理 3. 护士：洗手 4. 绘制三测单并做相关记录		3分 2分 2分 3分
效果评价	1. 操作规范、安全、熟练，测量数值准确 2. 动作轻稳，患者配合有安全感 3. 护患沟通及时有效，无意外损伤及并发症		4分 3分 3分

【相关知识】

下肢血压测量法：操作方法与上肢血压测量法相同，不同之处为：①患者取俯卧位或侧卧位，露出大腿部；②袖带缠于大腿，下缘距腘窝 3~5cm，听诊器胸件置于腘动脉处；③记录时注明为下肢血压。

无菌技术操作

项目	技术操作程序	注意点及说明	分值
仪表	着装整洁、仪表符合要求		4分
评估	操作目的, 操作环境, 无菌物品包装是否清洁干燥, 是否在有效期内, 无菌物品是否放置合理		6分
操作前准备	1. 护士: 洗手、剪指甲、戴口罩		2分
	2. 用物: 治疗盘中放无菌持物钳(浸泡在盛有消毒液的大口带盖容器内)、无菌溶液、无菌巾包、无菌手套、无菌容器及物品、75%乙醇、棉签、笔、纸、启瓶器、弯盘内盛湿纱布、贮槽内放换药碗	◆ 检查无菌物品的灭菌日期包装有无破损及手套号码, 按操作顺序摆放用物	4分
	3. 环境: 安静、整洁、宽敞		2分
	4. 操作目的明确, 用物符合要求		2分
操作过程	1. 用物按顺序排列		4分
	2. 操作		
	(1) 无菌包使用		
	①查对无菌包名称、灭菌日期、灭菌效果	◆ 确认灭菌指示卡灭菌合格	3分
	②解开系带, 打一活结, 逐层打开	◆ 以双层包裹的灭菌包, 内层应用无菌持物钳打开	2分
	③夹取所需物品放入已准备好的区域内	◆ 无菌持物钳夹取无菌物品时, 钳端须闭合, 保持钳端向下, 用后立即放回, 关节打开	4分
	④未用完的无菌包, 按原折包好, 系带	◆ 不用无菌持物钳夹取油纱条	4分
	⑤注明开包日期及时间	◆ 如远处取物, 应连同容器一起搬移, 就地取出无菌物品	3分
	⑥若包内物品要一次用完时, 可将包托在手中打开, 另一手将包布四角抓住, 把包内物品投置于无菌区内	◆ 无菌包打开后有效期 24h	2分
	(2) 铺无菌盘、无菌容器的使用	◆ 无菌巾应双层布制作	
	①打开无菌包, 取一块治疗巾, 放	◆ 由近侧向对侧铺无菌巾	4分