

临床 护理 技能



主 编 曹允芳 许翠萍 邢爱红
LINCHUANG HULI JINENG



LINCHUANG HULI JINENG



军事医学科学出版社

临床护理技能

主 编	曹允芳	许翠萍	邢爱红
副主编	刘 峰	秦 松	逯传凤
	王丽丽	王 华	吕玉玲
	韩 梅	王春秀	杨志远
编 委	徐 雁	陶俊荣	石穗岩
	刘立霞	刘 波	李春红
	冯瑞娟	张艳红	王海英
	张 磊	王 玲	刘淑萍
	孟令霞	秦 蕾	张凤霞
	倪江雯	张 云	王 莉
	李红芸	赵学梅	操晓红

军事医学科学出版社

·北 京·

图书在版编目(CIP)数据

临床护理技能/曹允芳,许翠萍,邢爱红主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2006

ISBN 7-80121-619-9

I. 临… II. ①曹… ②许… ③邢… III. 护理技术

IV. R472

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 132146 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)63801284

63800294

编辑部:(010)66884418;66884402 转 6210,6213,6216

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:廊坊市金盛源印务有限公司

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:9.75

字 数:246 千字

版 次:2006 年 8 月第 1 版

印 次:2006 年 8 月第 1 次

定 价:18.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内容提要

本书共分十一章,涵盖了 82 项常用的护理操作技能,分述了临床各科常用的基础和专科护理技能。内容新颖、言简意赅、实用性强,并增加了评判性思维技能和护士小贴士等新内容。在编写框架上突破原有的系统模式,在编写内容上增加新知识、新技术、新进展,不仅为读者提供各项操作要点,更重要的是可以启发读者对临床常见问题的思维技能和通过本书提供的一些护理小窍门儿,达到操作程序规范、操作方法灵活、服务对象容易接受等目的,充分体现了科学性、创新性和实用性的特点。本书适合临床护理工作者、护理专业的学生以及社区医院和老人院的医务工作者等阅读。

前 言

当今护理工作的对象正在发生着急剧的变化,主要表现为老龄化人口所带来的慢性疾病和后遗症的增多、多元文化病人的增加等。我们在参阅大量国内外相关文献的基础上,并结合本学科的实际工作,把临床上常用的护理操作技能编写成书,内容新颖、言简意赅、实用性强,并增加了评判性思维技能和护士小贴士等新内容,在编写框架上突破原有的系统模式,在编写内容上增加新知识、新技术、新进展,不仅为读者提供各项操作要点,更重要的是可以启发读者对临床常见问题的思维技能和通过本书提供的一些护理小窍门儿,达到操作程序规范、操作方法灵活、服务对象容易接受等目的,充分体现了科学性、创新性和实用性的特点。本书的适用对象主要包括:临床护理工作者、护理专业的学生以及社区医院和老人院的医务工作者等。

《临床护理技能》共分十一章,涵盖了 82 项常用的护理操作技能,分述临床各科常用的基础和专科护理技能。

本书在编写、审定和出版过程中,得到了许多专业人士的指导和帮助,在此深表谢意!

限于时间和水平,难免有疏漏和不当之处,敬请读者和护理界同仁谅解并惠予指正。



2005 年 9 月

目 录

第一章 体格评估	(1)
第一节 生命体征的测量	(1)
第二节 出入液量记录	(8)
第三节 体表取血	(10)
第四节 乳房自查	(14)
第五节 收集中段尿标本	(16)
第六节 测血糖	(19)
第七节 测尿糖	(22)
第八节 收集鼻、咽拭子标本及痰标本	(25)
第九节 大便潜血试验标本采集	(29)
第二章 安全和感染控制	(32)
第一节 洗手技术	(32)
第二节 搬运病人技术	(34)
第三节 协助病人活动	(40)
第四节 穿脱隔离衣及手套技术	(46)
第五节 口罩和帽子的使用	(51)
第六节 应用约束装置	(52)
第七节 污染物品的处理	(56)
第八节 急诊呼吸道开放法	(57)
第九节 心肺复苏技术	(59)
第十节 气管套管脱出的紧急处理	(62)
第十一节 意外中毒的处理	(64)

第三章 舒适的护理	(66)
第一节 床上擦浴	(66)
第二节 冷疗技术	(70)
第三节 热疗技术	(75)
第四节 治疗性按摩	(83)
第四章 基础护理	(87)
第一节 铺床法	(87)
第二节 口腔护理	(99)
第三节 头发护理	(104)
第四节 背部按摩	(109)
第五节 尸体护理	(112)
第五章 给药	(115)
第一节 口服给药法	(115)
第二节 皮肤给药法	(119)
第三节 眼耳鼻给药法	(122)
第四节 直肠给药法	(130)
第五节 阴道给药法	(134)
第六节 雾化吸入给药法	(136)
第七节 药物抽吸技术	(141)
第八节 皮内注射法	(145)
第九节 皮下注射法	(147)
第十节 肌内注射法	(151)
第十一节 静脉注射	(155)
第十二节 微量输液泵的使用方法	(159)
第十三节 止痛泵的使用方法	(164)
第六章 营养和排泄护理	(167)
第一节 胃管技术与鼻饲法	(167)

第二节	肠内全营养治疗法	(171)
第三节	留置导尿术	(175)
第四节	膀胱冲洗	(182)
第五节	灌肠技术	(186)
第六节	肛管排气法	(192)
第七章	氧疗	(195)
第八章	循环	(200)
第一节	密闭式静脉输液法	(200)
第二节	静脉留置针(套管针)穿刺法	(205)
第三节	头皮式套管针(Intima - II)的穿刺法	(208)
第四节	肝素帽的连接、冲洗、给药	(210)
第五节	静脉输血技术	(213)
第六节	经外周中心静脉置管术	(218)
第七节	测量中心静脉压	(224)
第八节	动脉血液气体分析标本采集术	(227)
第九章	皮肤完整性和伤口护理	(231)
第一节	绷带包扎	(231)
第二节	更换敷料	(247)
第三节	伤口冲洗	(251)
第四节	采集伤口标本技术	(255)
第五节	拆线	(258)
第六节	压疮护理	(261)
第十章	卧床病人的护理	(267)
第一节	夹板的应用	(267)
第二节	牵引的应用	(270)
第三节	石膏的应用	(282)

第十一章	特殊检查的护理	(288)
第一节	膀胱镜检查的护理	(288)
第二节	纤维支气管镜检查的护理	(290)
第三节	纤维胃镜检查的护理	(293)
第四节	肝脏活组织检查的护理	(297)
第五节	胸腔穿刺术的护理	(299)

第一章 体格评估

第一节 生命体征的测量

【概述】

生命体征是指体温、脉搏、呼吸、血压,是对人体疾病的应激反应和身体功能障碍的反应,是人体内活动的客观反映,是衡量机体状况的可靠指标。在正常情况下,人体的体温、脉搏、呼吸、血压的变化很小,但在患病以后,会出现不同程度的改变。通过人体“生命体征”的变化可以判断病人病情的轻、重、缓、急程度,了解病人各器官功能活动的情况及某些疾病发展的阶段等等。因此,在整个护理病人的过程中,按时评估病人体温、脉搏、呼吸、血压的变化具有极其重要意义。

【护理评估】

1. 病人的一般情况 年龄、病情、诊断、呼吸状态、意识状态及焦虑程度、被测肢体功能情况和测量部位的皮肤黏膜状况。
2. 病人的认知反应 对生命体征测量的认识、心理状态及合作程度。

【操作准备】

1. 病人准备 体位舒适,情绪稳定,测量前 30 分钟安静休息。
2. 环境准备 安静、整洁、光线充足、通风良好,必要时拉上窗帘或遮挡屏风。
3. 用物准备 治疗盘内置清洁干燥的容器内备已消毒的体温计、另备 1 个盛有消毒液的容器内放测温后污体温计、血压计、

听诊器、秒表、浸泡消毒液的纱布、记录本、笔,如测肛温可另备液状石蜡、棉签、卫生纸、清洁手套。

4. 护士准备 着装整洁、洗手、戴口罩。

【操作要点和注意事项】

见表 1-1-1。

表 1-1-1 操作要点和注意事项

操作要点	注意事项
1. 备齐并检查用物无破损,清点体温表数目,携至床前,核对解释,选择合适体位	
2. 测体温(图 1-1-1): (1)口温:将口表水银端斜放于舌下热窝(舌系带两侧)3 分钟,嘱病人闭唇含住口表,用鼻呼吸,勿用牙咬(图 1-1-2) (2)腋温:擦干腋窝汗液,将体温计水银端放于腋窝深处紧贴皮肤,屈臂过胸 10 分钟,必要时托扶病人手臂(图 1-1-3) (3)肛温:病人侧卧、屈膝仰卧或俯卧位,露出臀部,润滑肛表水银端,轻轻插入肛门 3~4 cm,测量 3 分钟(图 1-1-4) (4)取出体温计,消毒纱布擦拭、读数后,浸泡于消毒液容器中。若测肛温,协助病人用卫生纸擦净肛门,整理衣服,取舒适体位	适用于成人,清醒、合作状态下,无口鼻疾患者。精神异常、昏迷、婴幼儿、口鼻手术或呼吸困难不能合作者不宜测口温;刚进食和面部颊热数后,应间隔 30 分钟后测量 常用于昏迷、口鼻手术、不能合作的病人和肛门手术者、腹泻婴幼儿。腋下出汗较多或有创伤、手术、炎症者,肩关节受伤或极度消瘦夹不紧体温计者不宜测腋温 常用于不能用口腔或腋下测温者。腹泻、直肠或肛门手术、心肌梗死病人不宜使用,后者因肛表刺激肛门后,可使迷走神经兴奋,导致心动过缓;坐浴或灌肠者 30 分钟后方可测肛温

续表

操作要点	注意事项
3. 测血压(图 1-1-5): (1)将衣袖卷至肩部露出上臂,伸直肘部,手掌向上外展 15° (2)放平血压计,排尽袖带内空气,平整无折地缠于上臂中部,下缘距肘窝 2~3 cm,松紧以能放入一指为宜。打开水银槽开关 (3)戴好听诊器,将听诊器胸件紧贴肱动脉搏动明显处,一手固定胸件,另一手关闭气门螺旋帽,握住输气球打气至肱动脉搏动音消失,再上升 4 kPa(30 mmHg)。然后以每秒 0.5 kPa(3.75 mmHg)的速度慢慢放气,准确测量收缩压、舒张压的数值 (4)测量完毕,排尽袖带内余气,拧紧气门的螺旋帽,整理袖带放回盒内,将血压计的水银槽向右倾斜 45°时关闭水银槽开关 (5)口述血压值并记录在体温单上,记录方法为:收缩压/舒张压 mmHg(kPa)	袖口不可太紧,防止影响血流,必要时脱袖 肱动脉与血压计汞柱零点、心脏在同一水平 袖带勿过紧、过松。过紧致血管在袖带未充气前已受压,测得血压偏低;过松可使气袋呈气球状,导致有效测量面积变窄,测得血压偏高 胸件不宜塞在袖带内 此时袖带内的压力大于心脏收缩压,动脉血流被阻断,无血流通过。当袖带内压力下降至与心脏收缩力相等时,血液即能在心脏收缩时通过被压迫的血管,从听诊器中听到第一声搏动音,此时汞柱上所指刻度,即为收缩压,随后搏动声继续存在并增大,当袖带内压力逐渐降至与心脏舒张压力相等时,搏动音突然变弱或消失,此时汞柱所指刻度为舒张压 防止水银倒流

续表

操作要点	注意事项
4. 测脉搏:协助病人手腕伸展,食指、中指、无名指的指腹平放于桡动脉搏动处,轻压以能清晰触及脉搏搏动为宜;测量 30 秒钟,所得数值乘 2,即为脉率。准确记录脉搏值“次/分”,绌脉为“心率/脉率”(图 1-1-6)	偏瘫病人选择健侧肢体测量脉搏。不可用拇指,因拇指小动脉搏动较强,易与脉搏混淆。异常脉搏或危重病人应测 1 分钟 如发现病人绌脉,应一护士听心率,另一护士测脉率,听心率者发出“起”与“停”的口令,计数 1 分钟
5. 测呼吸:保持诊脉手势,观察病人胸部或腹部的起伏,测量 30 秒钟,数值乘 2 即为呼吸频率;如病人呼吸不规则或婴儿应测 1 分钟。危重病人呼吸微弱不宜观察者,可用少许棉花置于病人鼻孔前,观察其吹动情况,计数 1 分钟	转移病人注意力,保持其自然呼吸状态 一起一伏为一次呼吸
6. 协助病人取舒适体位,整理用物	爱护体贴病人

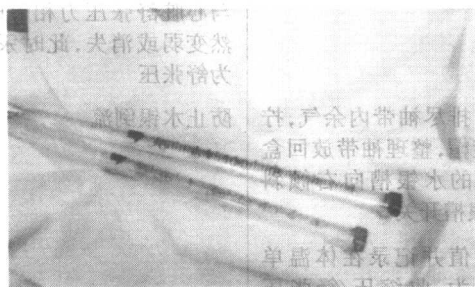


图 1-1-1 体温表



图 1-1-2 测口温

图 1-1-3 测腋温



图 1-1-4 测肛温

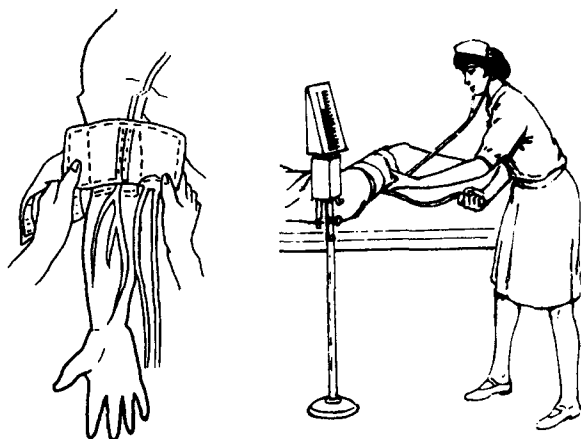


图 1-1-5 测血压

【护理记录】

体温单的绘制:将体温、脉搏绘制在体温单上,体温用蓝“×”,脉搏用红“·”,相邻两体温值或脉搏值之间用蓝色线或红色线相连,呼吸次数用蓝色笔上下交错记录在呼吸栏内,血压值用蓝色钢笔记录在血压栏内。

用药记录:根据病情应用降压药、降温药、抗心律失常药等的时间及用药前后生命体征的测量值。

护理记录:记录用药反应。

【思维技能】

评估病人生命体征的变化及可能影响,及时发现病人存在或潜在的健康问题。①体温:体温过高时大量出汗可导致体液和 Na^+ 丢失;体温低于正常可能为低血容量所致;②脉搏:脉搏增快是体液不足时人体的一种代偿;脉搏微弱可能为血容量不足;脉搏不规则可能与低钾或低镁血症相关;③呼吸:呼吸深而快且呼出气体有酮味,可能为代谢性酸中毒;呼吸短促或困难,可能为体液过

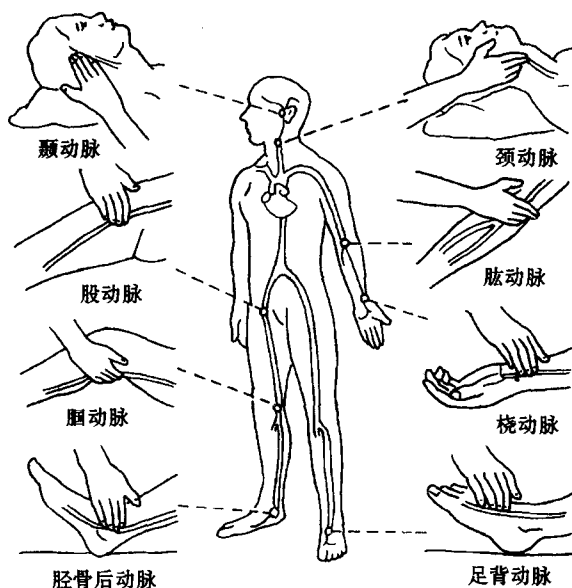


图 1-1-6 测脉搏

多所致肺水肿；④血压：血压下降多为体液不足的表现。

【护士小贴士】

1. 注意操作方法正确，测量结果准确。
2. 如病人不慎咬碎体温表，应立即清除玻璃碎屑以免损伤唇、舌、口腔、食管和胃肠道的黏膜，然后口服蛋清溶液或牛奶以延缓汞的吸收。病情允许者可服用膳食纤维丰富的食物促进汞的排泄。
3. 脉搏异常者按医嘱给药并给予适当的指导，同时应注意观察药物疗效和不良反应。
4. 测血压应做到“四定”：定时间、定部位、定体位、定血压计。

第二节 出入液量记录

【概述】

出入液量的监测是判断一个人健康状况的基本指标之一。正常人每天的液体摄入量和排出量保持动态平衡。当病人休克、大面积烧伤、大手术后或患有心脏病、肾脏病、肝硬化腹水等疾病时,记录昼夜摄入和排出液量,作为了解病情、协助诊断、决定治疗方案的重要依据。

【护理评估】

1. 病人的一般情况 年龄、病情、意识状态、饮食和排泄功能是否正常、手术、检查或诊断的要求。

2. 病人的认知反应 对记录出入液量认识、心理反应及合作程度。

【操作准备】

1. 病人准备 体位舒适。

2. 环境准备 安静、整洁、光线充足、通风良好。

3. 用物准备 出入液量床旁记录单、24 小时出入液量记录表、笔、量杯或量筒、便盆、水杯、清洁手套、一次性中单。

4. 护士准备 着装整洁、洗手。

【操作要点和注意事项】

见表 1-2-1。

表 1-2-1 出入液量记录操作要点和注意事项

操作要点	注意事项
1. 向病人解释相关的注意事项,洗手	取得病人的配合;减少微生物的传播