

# 目 录

第一章 社区常用基础护理技术操作流程与评分标准	1
第一节 生命体征测量与给药技术	3
一、体温测量	3
二、脉搏、呼吸测量	7
三、血压测量	10
四、皮内注射	14
五、皮下注射	18
六、肌肉注射	22
七、静脉注射	27
八、密闭式静脉输液	31
九、浅静脉置管术	35
十、静脉置管术后维护 (PICC)	39
十一、滴眼药	43
十二、滴耳药	47
十三、滴鼻药	51
第二节 清洁护理技术	54
一、协助穿脱衣裤法	54
二、床上擦浴	58
三、床上洗头	62
四、产后会阴护理	66
五、口腔护理	70

六、灭头虱法 .....	74
第三节 消毒隔离技术 .....	78
一、煮沸消毒法 .....	78
二、浸泡消毒法 .....	81
三、紫外线消毒法 .....	85
四、穿脱隔离衣 .....	88
五、穿脱无菌手套 .....	92
第四节 体位移动技术 .....	96
一、协助患者翻身 .....	96
二、协助患者移向床头 .....	100
三、轮椅使用 .....	104
四、手杖（拐杖）使用 .....	108
五、助步器使用 .....	111
第五节 其他常用护理技术 .....	114
一、热敷 .....	114
二、冷敷 .....	118
三、冰袋 .....	122
四、热水袋 .....	126
五、物理降温（温水擦浴） .....	130
六、尸体护理 .....	134
七、血标本采集 .....	138
八、尿标本采集 .....	142
九、粪便标本采集 .....	146
十、痰标本采集 .....	149
第二章 专科护理技术操作流程与评分标准 .....	153
第一节 内科常用护理技术 .....	155
一、雾化吸入 .....	155

二、吸痰·····	159
三、叩背·····	163
四、体位引流·····	167
五、家庭氧疗·····	170
六、呼吸功能锻炼·····	174
七、四肢徒手肌力测量·····	177
八、瘫痪患者肢体康复训练（急性期）·····	181
九、瘫痪患者肢体康复训练（恢复期）·····	185
十、留置导尿管（女患者）·····	189
十一、鼻饲术·····	193
十二、洗胃·····	197
十三、灌肠·····	201
十四、心电图操作·····	204
十五、腹围测量·····	208
十六、快速测血糖·····	211
十七、胰岛素笔的使用·····	215
十八、家庭腹膜透析的护理·····	219
第二节 外科常用护理技术·····	223
一、压疮伤口护理·····	223
二、更换引流袋·····	227
三、“T”形管引流护理·····	231
四、膀胱冲洗·····	235
五、人工肛门（结肠造口）护理·····	239
六、PTCD（经皮肝穿刺置管引流）换药·····	243
七、气管切开套管护理·····	247
八、石膏固定护理·····	251
第三节 其他常用专科护理技术·····	255
一、儿童身高测量·····	255

二、儿童体重测量	259
三、儿童头围测量	263
四、儿童胸围测量	266
五、儿童皮褶厚度测量	269
六、儿童肌围测量	272
七、新生儿沐浴	275
八、新生儿抚触	279
九、孕妇骨盆外测量	283
十、胎心音测量	286
十一、母乳喂养指导	290
十二、产后康复锻炼	293
十三、口服预防接种	296
十四、皮下预防接种	300
参考书目	305

# 第一章

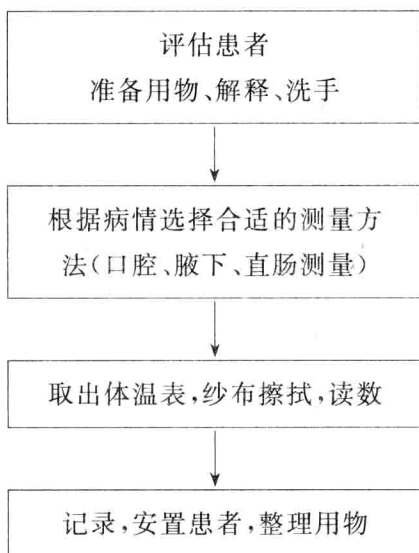
## 社区常用基础护理技术 操作流程与评分标准



## 第一节 生命体征测量与给药技术

### 一、体温测量

#### (一) 操作流程



## （二）操作要求与注意事项

1. 操作前评估患者病情、口腔情况、心理反应及配合程度。

2. 询问患者 30 分钟内有无进食、洗澡、冷（热）敷、剧烈运动、情绪激动等。

3. 发现体温与病情不相符时，可重新测量。

4. 若不慎咬破体温计而吞下水银时，可立即口服大量蛋清或牛奶，在不影响病情的情况下，进食大量韭菜等粗纤维食物。

5. 给小儿及神志不清患者测体温时，要注意固定体温表，防止意外。

6. 仪容、仪表整洁、大方，动作轻、稳、熟练，关爱患者，与患者有很好的沟通。



## (三) 操作要求与评分标准

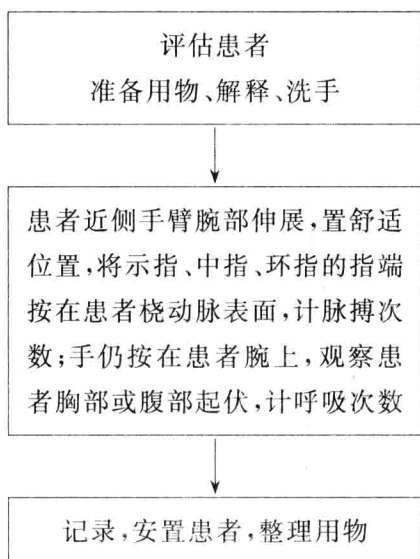
项目	分值	评分内容	评分等级				得分	备注
			A	B	C	D		
操作前准备	15	环境清洁、安静，光线明亮	5	4	3	2-0		
		仪容、仪表整洁、规范洗手、戴口罩	5	4	3	2-0		
		备齐物品：体温计、纱布、弯盘、笔、记录纸	5	4	3	2-0		
操作过程	45	向患者解释，征得同意，询问患者感受	5	4	3	2-0		
		检查体温表完好情况及体温计刻度在 35℃ 以下	5	4	3	2-0		
		根据病情选择合适的测量方法	10-9	8-7	6-5	4-0		
		口腔测量：口表水银端斜放于舌下热窝处，嘱患者闭口，勿用牙咬体温表，3~5 分钟取出	10-9	8-7	6-5	4-0		
		腋下测量：解开衣袖，出汗者擦干腋下，将体温表水银端放于腋窝深处，紧贴皮肤，曲臂过胸，夹紧体温表，8~10 分钟取出						
		直肠测量：暴露肛门，润滑肛表，将体温表水银端轻轻插入肛门 3~4cm 固定，3 分钟后取出擦净肛门						
擦净体温表，读数，体温表甩至 35℃ 以下，安置好患者	10-9	8-7	6-5	4-0				
整理用物，洗手，记录	5	4	3	2-0				
操作后评价	10	动作轻、稳、熟练	4	3	2	1-0		
		关爱患者，与患者有良好的沟通	3	2	1	0		
		灵活处理有关情况	3	2	1	0		

续表

项目	分值	评分内容	评分等级				得分	备注
			A	B	C	D		
注意事项	30	根据病情选择合适的测量方法	10-9	8-7	6-5	4-0		
		给小儿及神志不清患者测体温时，要注意固定体温表，防止意外	10-9	8-7	6-5	4-0		
		如有异常情况，及时与医生联系	10-9	8-7	6-5	4-0		
合计得分：								

## 二、脉搏、呼吸测量

### (一) 操作流程



## (二) 操作要求与注意事项

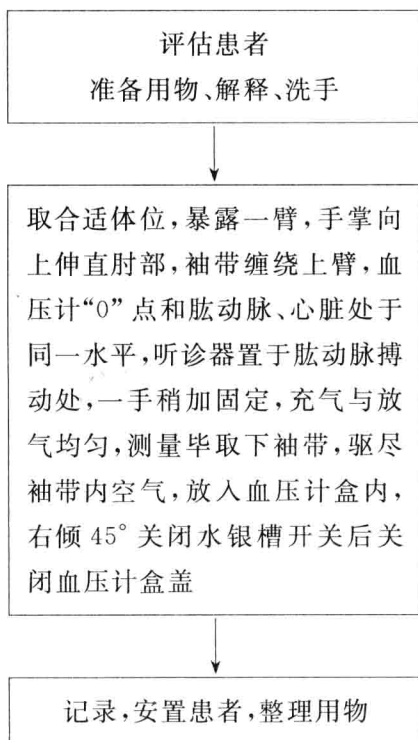
1. 操作前评估患者病情、心理反应及配合程度。
2. 了解患者肢体有无偏瘫，30 分钟内有无剧烈运动、情绪激动等。
3. 异常呼吸、脉搏需测 1 分钟，脉搏短绌的患者应由 2 名护士同时测量，一人听心率，一人测脉率，同时开始记数 1 分钟，记录方式：心率/脉率/分。
4. 仪容、仪表整洁、大方，动作轻、稳、熟练，关爱患者，与患者有很好的沟通。

## (三) 操作要求与评分标准

项目	分值	评分内容	评分等级				得分	备注
			A	B	C	D		
操作前准备	15	环境清洁、安静, 光线明亮	5	4	3	2-0		
		仪容、仪表整洁、规范洗手、戴口罩	5	4	3	2-0		
		备齐物品: 弯盘、秒表、笔、记录纸	5	4	3	2-0		
操作过程	45	向患者解释, 征得同意, 询问患者感受	5	4	3	2-0		
		患者近侧手臂腕部伸展, 置舒适位置, 将示指、中指、环指的指端按在患者桡动脉表面, 计脉搏次数	10-9	8-7	6-5	4-0		
		手仍按在患者腕上, 观察患者胸部或腹部起伏, 计呼吸次数	10-9	8-7	6-5	4-0		
		记录, 结果正确	10-9	8-7	6-5	4-0		
		安置患者舒适体位	5	4	3	2-0		
		整理用物, 洗手	5	4	3	2-0		
操作后评价	10	动作轻、稳、熟练	4	3	2	1-0		
		关爱患者, 与患者有很好的沟通	3	2	1	0		
		灵活处理有关情况	3	2	1	0		
注意事项	30	操作前评估患者病情, 了解患者有无剧烈运动、情绪激动等	10-9	8-7	6-5	4-0		
		异常呼吸、脉搏需测 1 分钟, 脉搏短绌的患者应由 2 名护士同时测量	10-9	8-7	6-5	4-0		
		如有异常情况, 及时与医生联系	10-9	8-7	6-5	4-0		
合计得分:								

### 三、血压测量

#### (一) 操作流程



## (二) 操作要求与注意事项

1. 操作前评估患者病情、心理反应及配合程度，了解患者肢体活动度、有无偏瘫等。
2. 了解基础血压及有无服用降压药等。
3. 询问患者 30 分钟内有无剧烈运动、情绪激动等。
4. 血压监测应做到四定：定部位、定体位、定血压计、定时间。
  5. 偏瘫患者应在健侧手臂测血压。
  6. 发现血压听不清或异常时应重新测量，驱尽袖带内气体，汞柱降至“0”，稍等片刻再测量。
  7. 血压计应定期检查。
  8. 测血压时，上卷衣袖松紧适宜，匀速充气和放气，注意保暖。

## (三) 操作要求与评分标准

项目	分值	评分内容	评分等级				得分	备注
			A	B	C	D		
操作前准备	15	环境清洁、安静，光线明亮	5	4	3	2-0		
		仪容、仪表整洁，洗手、戴口罩	5	4	3	2-0		
		备齐物品：血压计、听诊器、笔、记录纸	5	4	3	2-0		
操作过程	45	向患者解释，征得同意，询问患者感受	5	4	3	2-0		
		取合适体位	5	4	3	2-0		
		暴露一侧手臂，手掌向上伸直肘部，患者衣袖不影响测量	5	4	3	2-0		
		袖带缠绕上臂，袖带下缘距肘窝上约 2cm，松紧合适	5	4	3	2-0		
		血压计“0”点和肱动脉、心脏处于同一水平	5	4	3	2-0		
		听诊器置肱动脉搏动处，一手稍加固定，打开水银槽开关，关闭输气球气门，打气至肱动脉搏动音消失，再升高 20~30mmHg，缓慢放气，听到第一声搏动时汞柱所指刻度为收缩压，搏动声突然变弱或消失时汞柱所指刻度为舒张压	5	4	3	2-0		
		测量毕取下袖带，驱尽袖带内空气，卷平袖带放入血压计盒内，右倾 45°关闭水银槽开关后关闭血压计盒盖	5	4	3	2-0		
		安置患者于舒适体位，告之患者测量结果，必要时及时汇报医生	5	4	3	2-0		
		记录，洗手	5	4	3	2-0		



续表 ~

项目	分值	评分内容	评分等级				得分	备注
			A	B	C	D		
操作后评价	10	动作轻、稳、熟练，测值准确	4	3	2	1-0		
		关爱患者，与患者有很好的沟通	3	2	1	0		
		灵活处理有关情况	3	2	1	0		
注意事项	30	血压监测应做到四定	10-9	8-7	6-5	4-0		
		偏瘫患者应在健侧手臂测血压	10-9	8-7	6-5	4-0		
		发现血压异常时应重新测量，及时与医生联系	10-9	8-7	6-5	4-0		
合计得分：								