

内科护理

操作规程及评分标准

NEIKE HULI CAOZUO GUICHENG JI PINGFEN BIAOZHUN

熊莉娟 杨慧敏 罗 健◎主编

护理操作规程及评分标准丛书

HULI CAOZUO
GUICHENG JI
PINGFEN BIAOZHUN CONGSHU

丛书主编◎刘义兰

护理操作规程及评分标准丛书

HULI CAOZUO

GUICHENG JI

PINGFEN BIAOZHUN CONGSHU

丛书主编◎刘义兰

内科护理

操作规程及评分标准

NEIKE HULI CAOZUO GUICHENG JI PINGFEN BIAOZHUN

主 编	熊莉娟	杨慧敏	罗 健	
副主编	徐玉兰	杨 柳	汪艳珍	薛 晶
编 委	熊莉娟	罗 健	杨 霞	杨 丹
	许 娟	杨慧敏	薛 晶	黄金定
	方 云	李 维	杨 英	高 磊
	胡丽丽	杨 柳	汪艳珍	熊 宇
	李燕玲	程亚平	徐玉兰	胡 慧
	潘 娟	万 青	肖 菲	付文芳
	刘兴红	张 艳	陈剑苹	

图书在版编目(CIP)数据

内科护理操作规程及评分标准 / 熊莉娟等主编. — 武汉:
湖北科学技术出版社, 2015. 6

(护理操作规程及评分标准丛书)

ISBN 978-7-5352-7338-3

I. ①内… II. ①熊… III. ①内科学—护理学—技术
操作规程 IV. ①R473.5—65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 290791 号

责任编辑:高雅琪 冯友仁

封面设计:戴 旻

出版发行:湖北科学技术出版社

电话:027—87679486

地 址:武汉市雄楚大街 268 号

邮编:430070

(湖北出版文化城 B 座 13—14 层)

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

印 刷:武汉江城印务有限公司

邮编:430013

850×1168

1/32

17.5 印张

471 千字

2015 年 6 月第 1 版

2015 年 6 月第 1 次印刷

定价:35.00 元

本书如有印装质量问题 可找承印厂更换

前 言

近年来,随着医学科学的迅猛发展,护理新技术和新业务如雨后天春笋般层出不穷。目前较多临床护士在执行专科护理操作时不能很好适应临床各专科护理新技术、新方法的发展速度,故迫切需要一本内容全面、新颖、实用性强,便于查阅及参考的专科护理操作规程方面的书籍。为了适应临床需要,培养专科化护理人才,加强医护配合,为患者提供更加专业的专科护理服务,故编写这本《内科护理操作规程及评分标准》。

本书的主编和编者均为华中科技大学同济医学院附属协和医院长期从事临床护理、护理管理、护理教学工作的专家。她们将多年的实践经验与理论知识相结合,参考大量的国内外权威护理书籍,将常用专科技术操作加以总结、完善,编写了具体的操作步骤和考核指南,以便于各级护理人员的学习、培训和考核。

本书内容具有很强的专业性,包括专科护理操作技术要点及考核评分标准。该书既有理论,又有实践,内容涉及面广,共八章,包括专科常用的技术操作项目。该书的出版将有助于规范专科护理技术操作,提高医护协作能力,对专科护士的培训有重要的参考价值。

本书是各编者共同努力的结果,期待本书能够规范内科护理技术操作,提高临床护理专科操作水平,从而造福于广大患者。虽然力求完美,但由于时间有限,编者的能力和水平,书中可能存在一些遗憾和不足,希望广大读者多提宝贵意见,将发现的问题及时反馈于我们,以便做进一步的修改,在此深表谢意!



目 录

第一章 呼吸系统护理技术	1
第一节 体位引流术	1
第二节 人工气道吸痰技术	4
第三节 有效排痰技术	8
第四节 呼吸肌功能锻炼术	13
第五节 振动排痰仪的使用	17
第六节 口咽通气道的放置	20
第七节 经皮动脉穿刺采集血气标本	23
第八节 痰标本的采集法	27
(一)可自行留痰者痰标本采集术	27
(二)无力咳痰或不合作者痰标本采集术	29
第九节 人工气道痰标本采集法	32
第十节 氧气雾化吸入疗法	37
第十一节 气管插管术的护理配合	40
第十二节 胸腔穿刺术的护理配合	44
第十三节 纤维支气管镜术的护理配合	49
第十四节 胸腔镜术的护理配合	54
第二章 循环系统护理技术	61



内科护理操作规程及评分标准

第一节	成人心肺复苏术	61
第二节	团队复苏技术	66
第三节	电除颤操作技术	69
第四节	简易呼吸囊的使用	73
第五节	微量注射泵的使用	76
第六节	无创呼吸机的使用	80
第七节	有创呼吸机的使用	83
第八节	床边心电图机的使用	87
第九节	心肺复苏机的使用	90
第十节	心电血压监测	95
第十一节	经皮血氧饱和度监测	98
第十二节	无创心排量监测	101
第十三节	有创动脉血压监测	105
第十四节	中心静脉压监测	108
	(一)换能器法	108
	(二)中心静脉压监测(水注法)的护理操作技术	111
第十五节	脉搏指示持续心排量监测(PICCO)	115
第十六节	中心静脉导管的维护	119
第十七节	心包穿刺术的护理配合	122
第十八节	心脏电复律术的护理配合	126
第十九节	漂浮导管血流动力学监测的护理配合	130
第二十节	主动脉内球囊反搏术的护理配合	133
第二十一节	安装临时心脏起搏器的护理配合	139
第二十二节	心导管常见介入术的护理配合	142



(一) 冠状动脉造影	142
(二) 经皮冠状动脉介入治疗	146
(三) 电生理射频消融术	150
(四) 永久起搏器植入术	154
第三章 消化系统护理技术	158
第一节 胃肠减压术	158
第二节 更换胃肠减压器	162
第三节 鼻胆管引流冲洗术	165
第四节 经口全消化道清洁洗肠法	169
第五节 炎症性肠病改良式保留灌肠法	172
第六节 特殊肛周皮肤护理	178
第七节 腹围测量术	182
第八节 腹带的使用	185
第九节 皮褶厚度测量法	188
第十节 上臂肌围测量法	191
第十一节 肠内营养输注泵的使用	194
第十二节 静脉放血术	199
第十三节 肝穿刺活组织检查术及抽脓术配合	202
第十四节 腹腔穿刺术配合	206
第十五节 腹水超滤浓缩腹腔回输术配合	211
第十六节 上消化道内镜检查术配合	216
第十七节 下消化道内镜检查术配合	220
第十八节 胶囊内镜检查术配合	224
第十九节 内镜下逆行胰胆管造影术配合	228



内科护理操作规程及评分标准

第二十节 消化内镜治疗术配合	234
第四章 肾脏(泌尿)系统护理技术	240
第一节 腹透换液操作	240
第二节 更换腹透九寸短管操作	243
第三节 24 小时尿蛋白定量标本的采集	246
第四节 血液透析透析器、血管路预冲术	248
第五节 血液透析/血液透析滤过(上机、下机)术	251
第六节 血液灌流/免疫吸附+血液透析术	257
第七节 深静脉置管维护术	261
第八节 动静脉内瘘穿刺的护理技术	265
第九节 床边 CRRT 治疗术	268
第五章 血液系统护理技术	272
第一节 PICC 置管术	272
(一)改良塞丁格 PICC 置管技术(三向瓣膜式)	272
(二)改良塞丁格 PICC 置管技术(前端开口式)	278
(三)B 超引导下改良塞丁格 PICC 置管技术(三向瓣膜式) ...	...
.....	283
(四)B 超引导下改良塞丁格 PICC 置管技术(前端开口式) ...	...
.....	289
第二节 PICC 维护技术	294
(一)换 PICC 贴膜操作技术	294
(二)PICC 冲管操作技术	297
(三)更换正压接头操作技术	299
第三节 PICC 常见并发症的护理技术	300



(一)机械性静脉炎	300
(二)穿刺点感染	303
(三)导管堵塞	305
(四)血栓性静脉炎	307
(五)导管破裂/断裂	309
第四节 PICC 拔管的操作技术	312
第五节 置入式静脉输液港的使用操作技术	315
第六节 置入式静脉输液港的维护操作技术	319
第七节 锁骨下静脉置管的护理技术	321
(一)锁骨下静脉置管的维护技术	322
(二)更换正压输液接头	325
第八节 细胞采集术和治疗性血浆置换术	328
(一)白细胞去除术	328
(二)红细胞去除术	334
(三)外周血干细胞采集术	339
(四)血小板去除术	345
(五)治疗性血浆置换术	350
第九节 血培养标本采集	356
第十节 导管培养标本采集	360
第十一节 静脉输血	363
第十二节 造血干细胞采集物的输注技术	367
(一)外周血干细胞的输注技术	367
(二)骨髓造血干细胞的输注技术	370
第十三节 血小板过滤器的使用技术	375



内科护理操作规程及评分标准

第十四节	骨髓穿刺与活检术的配合	378
第十五节	淋巴结穿刺与活检术的配合	382
第十六节	冷湿敷法	385
第六章	内分泌系统护理技术	388
第一节	胰岛素注射笔的使用	388
第二节	床边快速血糖监测	391
第三节	胰岛素泵的使用操作	394
第四节	连续动态血糖监测	398
第五节	糖尿病伤口评估技术	402
第六节	糖尿病伤口处置技术	406
第七节	口服葡萄糖耐量试验	409
第八节	腰围臀围测量技术	413
第九节	葡萄糖钳夹技术	416
第十节	振动觉、压力觉测定	421
第十一节	基础代谢率测定	423
第十二节	甲状腺穿刺术	427
第十三节	胰岛素低血糖兴奋试验	430
第十四节	过夜地塞米松抑制试验	434
第十五节	促性腺激素释放激素兴奋试验	437
第十六节	禁水加压素试验	440
第十七节	饥饿试验	443
第十八节	昼夜皮质醇节律测定	447
第七章	风湿免疫系统护理技术	450
第一节	生物制剂的输注	450



第二节	关节疼痛评估	457
第三节	关节功能评估	462
第四节	被动关节运动法	470
第五节	关节检查护理技术	475
第六节	中药灌肠法	478
第七节	中药熏洗法	482
第八节	中药电离子导入法	485
第九节	关节腔穿刺术的操作配合	490
第十节	关节腔灌洗术的操作配合	494
第八章	神经系统护理技术	499
第一节	翻身拍背良肢位	499
第二节	患者约束法	503
第三节	口咽通气管的使用	507
第四节	气管插管患者的口腔护理	510
第五节	床上移动技术	514
第六节	肠内营养的护理技术	517
第七节	意识评估技术	522
第八节	冰毯机的使用	526
第九节	营养泵的使用	530
第十节	气垫床的使用	533
第十一节	脑室引流管的护理	536
第十二节	腰椎穿刺术的配合及护理	540
第十三节	脑血管造影术患者的术后护理	542
参考文献		545

第一章 呼吸系统护理技术

第一节 体位引流术

将患者置于特殊的体位,使肺与支气管中所存积的分泌物,借助重力引流使其流入大气管并咳出体外,称体位引流。体位引流常配合其他排痰方法如雾化吸入、深呼吸咳嗽等。

【目的】

2

利用重力原理使滞留在肺内的分泌物引流至较大的支气管,达到清除痰液的目的,促进肺部炎症的康复。

【操作步骤及评分标准】

93

	操作步骤	操作要点	标准分
1. 操作前准备(5分)	(1)患者准备:病员服宽松、舒适,排空大小便		1
	(2)环境准备:安静,整洁,温湿度适宜	• 避免患者着凉 • 保护患者隐私,必要时屏风遮挡	1
	(3)用物准备:水杯、纸巾、听诊器、枕头数个	• 必要时备吸痰用物、压舌板、开口器、舌钳	4
	(4)护士准备:衣帽整洁,洗手、戴口罩	• 遵守医院感染控制要求	1



续表

	操作步骤	操作要点	标准分
2. 操作过程 (86分)	(1)将用物携至患者床边,核对患者身份	• 按照操作流程进行核对	5
	(2)告知患者操作目的及注意事项,感觉不适时应及时向医务人员反映		10
	(3)听诊患者肺部情况,评估患者身体状况	• 确定痰液聚集部位	5
	(4)根据病变部位,协助患者采取相应的体位,并以枕头支撑	• 确定体位原则:应使痰液聚集部位在高处,引流支气管开口端向下 • 常见引流体位如下 ①肺左上叶后段病灶:右侧卧位或俯卧位,上半身向左上旋转 1/4,右臂后伸,头部及肩部以枕支撑抬起 ②肺下叶基底部病灶:仰卧,膝盖下垫枕,使腹肌松弛,床尾抬高 45~50 cm ③肺下叶尖端病灶:俯卧,腹部下垫枕 ④肺上叶前段病灶:仰卧,膝下垫枕,使腹肌松弛 ⑤肺右中叶病灶:右侧上位,床尾抬高 30 cm ⑥肺右上叶后段病灶:左侧卧位或俯卧位,上半身向上转 1/4,左臂向后方伸展,头部及腹侧用枕支撑 • 引流时间:10~15 分钟	20
	(5)鼓励患者进行深呼吸运动及咳嗽	• 选用呼气末咳嗽	10



续表

操作步骤	操作要点	标准分
(6) 护士协助叩背辅助排痰。如痰液黏稠,在体位引流前可先行雾化吸入	叩背时手心呈空心状,从患侧外侧向引流支气管开口处叩击,其音呈空洞声	12
(7) 协助患者及时清除痰液,观察患者病情变化及生命体征变化	- 记录痰液颜色、性状及量,必要时送检 - 听诊患者肺部呼吸音、罗音有无减少 - 如患者出现胸闷、呼吸困难、心悸、大汗淋漓时应停止引流	10
(8) 引流结束后协助患者漱口,卧床休息	必要时行口腔护理	6
(9) 整理用物	依据《消毒技术规范》和《医疗废物管理条例》做相应处理	4
(10) 洗手,记录护理记录单		4

评分依据

- 操作速度:30 分钟内完成本项操作。操作时间超过规定时间的 20% 扣 1 分;超过 30%~40% 时扣 2 分;超过 40% 时则扣 3 分;如超时达到规定时间 50% 仍未完成操作,应停止操作,尚未完成项及操作速度项得分全部扣除。
- 仪表:要求衣帽、鞋、头发整洁并符合要求,戴口罩,指甲长短适宜,不符合标准扣 2 分。
- 服务态度:操作中应注意保护患者隐私,违反扣 3 分。
- 操作程序缺项或不符合要求按各项实际分值扣分。
- 操作程序颠倒一处扣 1 分。
- 操作目的共 2 分,注意事项共 5 分。
- “临床应用”部分为附加分值,共 10 分,评价老师可根据情况自设临床实践问题进行考核,按照考生回答情况给予附加分,题量可设 1~3 题。



【注意事项】

5分

1. 生命体征不稳定、体质虚弱、严重心肺功能不全及大咳血者慎用。
2. 体位引流一般在餐前或睡前进行，餐后不宜马上进行。
3. 引流过程中注意观察患者反应，如出现头晕、面色苍白、出冷汗、血压下降等应立即停止引流；如痰液大量涌出，应防止窒息。

【临床应用】

附加分(10分)

体位引流过程中如患者出现胸膜反应，应如何处理？(10分)

(杨霞)

第二节 人工气道患者吸痰技术

人工气道患者吸痰法是经过人工气道，利用负压吸引的原理，将呼吸道的分泌物吸出，保持呼吸道通畅的方法。

【目的】

2分

清除患者呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，保证有效的通气，预防并发症。

【操作步骤及评分标准】

93分

	操作步骤	操作要点	标准分
1. 操作前准备(10分)	(1) 患者准备：卧床休息	• 必要时行保护性约束	2
	(2) 环境准备：整洁、安静、舒适	• 避免患者着凉、保护患者隐私	2
	(3) 用物准备：电动吸引器或中心吸引装置；治疗盘内备治疗碗2个(内盛无菌生理盐水)并分别标注口腔和气道、一次性吸痰管数根、无菌手套、无菌治疗巾、听诊器、弯盘、医疗垃圾桶、可回收垃圾桶	• 遵循无菌原则，备齐用物	4
	(4) 护士准备：衣帽整洁，洗手、戴口罩	• 遵守医院感染控制要求	2



续表

	操作步骤	操作要点	标准分
2. 操作过程 (83分)	(1)核对医嘱,准备用物	• 双人核对	4
	(2)核对患者床号、姓名、住院号(1分);协助患者取正确体位(2分);向患者及家属解释吸痰目的及配合方法(2分)	• 自我介绍,核对床头卡及腕带 • 床头抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ • 抢救时无需解释	5
	(3)评估患者	• 评估患者生命体征、病情、意识状态、合作程度、氧疗情况、 SpO_2 、咳嗽能力、肺部呼吸音	5
	(4)检查吸引器性能,将吸引器放于床旁适当处	• 调节负压(至多少压力),检查储液瓶的密闭性、管道有无漏气	2
	(5)洗手,戴口罩	• 七步洗手法	2
	(6)携用物至患者床边,再次核对患者床号、姓名、住院号。做好解释沟通	• 核对床头卡及腕带	2
	(7)调节高流量、高浓度给氧2分钟	• 使用呼吸机的患者吸痰前纯氧吸入2分钟	4
	(8)铺无菌治疗巾于患者胸前,打开治疗碗盖	• 遵循无菌原则	2
	(9)检查一次性吸痰管,打开包装	• 选择合适的吸痰管 • 检查包装是否完好,有无破损漏气,是否在有效期内	4
	(10)戴无菌手套,将吸痰管抽出盘于右手	• 注意无菌操作	5
	(11)连接吸引器,打开开关,调节合适的负压水平	• 成人为 $< 60 \sim 120 \text{ mm-Hg}$	4



内科护理操作规程及评分标准

续表

操作步骤	操作要点	标准分
(12)检查吸引器是否通畅,同时润滑导管前端	• 试吸少许生理盐水	2
(13)先吸尽口咽部分泌物,用生理盐水冲洗导管	• 预防微量误吸 • 冲洗导管的盐水不可与吸气道盐水混淆	3
(14)更换手套及吸痰管,再次试吸少量生理盐水	• 预防感染	5
(15)左手分离呼吸机与人工气道,将呼吸机接头放于无菌治疗巾上	• 注意预防污染	2
(16)一手反折吸痰管末端,另一手持吸痰管前端,将吸痰管沿气管导管插入气道内(2分)。然后放松导管末端,旋转上提吸痰管,吸尽气管内分泌物(2分)。吸痰过程中应鼓励患者咳嗽(2分)	• 插管时不能有负压,以免损伤呼吸道黏膜。 • 导管插入深度以到达气管导管开口处为宜 • 动作轻柔、敏捷 • 痰液黏稠者,可增加叩胸背、雾化吸入等治疗,或加强气道湿化	6
(17)吸痰过程中密切观察病情变化(3分)和痰液的情况(2分)	• 当出现心率下降(心率通常会增快,但心率增快至多少时)或 SpO_2 低于 90% 时,立即停止吸痰,待心率和 SpO_2 恢复后再吸 • 注意观察痰液的颜色、性状及量	5
(18)吸痰完毕,立即接呼吸机,继续纯氧吸入 2 分钟	• 防止缺氧的发生 • 注意观察病情变化	4
(19)冲净吸引管,关闭吸引器,分离吸痰管		3