

# 基础护理技术 操作标准及流程

第2版

主编 石贞仙 张晓红



 人民卫生出版社

第2版

# 基础护理技术 操作标准及流程

## 编委会名单

名誉主编 张汉伟

主 编 石贞仙、张晓红

副主编 朱 红 徐建萍 商临萍

编 委 (以姓氏笔画为序)

石贞仙 朱 红 张晓红 徐建萍 商临萍

编写人员 (以姓氏笔画为序)

王菊子 王鸿纪 石贞仙 冯爱爱 朱 红

刘丽萍 杜 巧 李亚兰 吴丽娟 张占香

张晓红 张淑兰 张翠玲 孟艳亭 赵翠香

咎红艳 徐建萍 郭天媛 商临萍 尉小芳

谢仙萍 雷建华 廖 涛

摄 影 张 强 张晓红

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

基础护理技术操作标准及流程/石贞仙等主编. —2  
版. —北京: 人民卫生出版社, 2012. 9

ISBN 978-7-117-16245-6

I. ①基… II. ①石… III. ①护理—技术操作  
规程 IV. ①R 472-65

中国版本图书馆CIP数据核字 (2012) 第174920号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a> 出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a> 护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

基础护理技术操作标准及流程

第2版

主 编: 石贞仙 张晓红

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 11

字 数: 275千字

版 次: 2011年4月第1版 2012年9月第2版第2次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16245-6/R·16246

定 价: 53.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

# 目录

一、整理床单位 .....	1
二、卧床患者更换床单法 .....	4
三、协助患者进食/水 .....	9
四、鼻饲 .....	13
五、清醒患者的口腔护理 .....	17
六、昏迷患者的口腔护理 .....	21
七、气管插管患者的口腔护理 .....	25
八、戴义齿患者的口腔护理 .....	30
九、面部清洁和梳头 .....	34
十、协助患者剃须 .....	39
十一、床上洗头 .....	42
十二、温水擦浴 .....	47
十三、协助患者更衣 .....	52
十四、足部清洁 .....	57
十五、指/趾甲护理 .....	61
十六、协助患者床上移动 .....	64
十七、协助患者坐起 .....	69
十八、协助患者站立 .....	72
十九、协助患者行走 .....	76
二十、协助患者坐轮椅 .....	79
二十一、协助患者上平车 .....	83
二十二、协助患者翻身及有效咳嗽 .....	90
二十三、轴线翻身法 .....	95
二十四、约束带的使用 .....	100
二十五、压疮预防及护理 .....	105
二十六、男患者会阴护理 .....	111
二十七、女患者会阴护理 .....	115

二十八、会阴冲洗 .....	118
二十九、男患者更换尿布 .....	121
三十、女患者更换尿布 .....	126
三十一、床上使用尿壶 .....	131
三十二、床上使用便盆 .....	135
三十三、男患者留置尿管护理 .....	139
三十四、女患者留置尿管护理 .....	143
三十五、协助患者如厕 .....	147
三十六、结肠造瘘患者护理 .....	150
附录1 基础护理服务工作规范 .....	154
附录2 患者安全管理 .....	161
附录3 常见的各种卧位 .....	165
参考文献.....	168

## 一、整理床单位

### (一) 技术操作标准

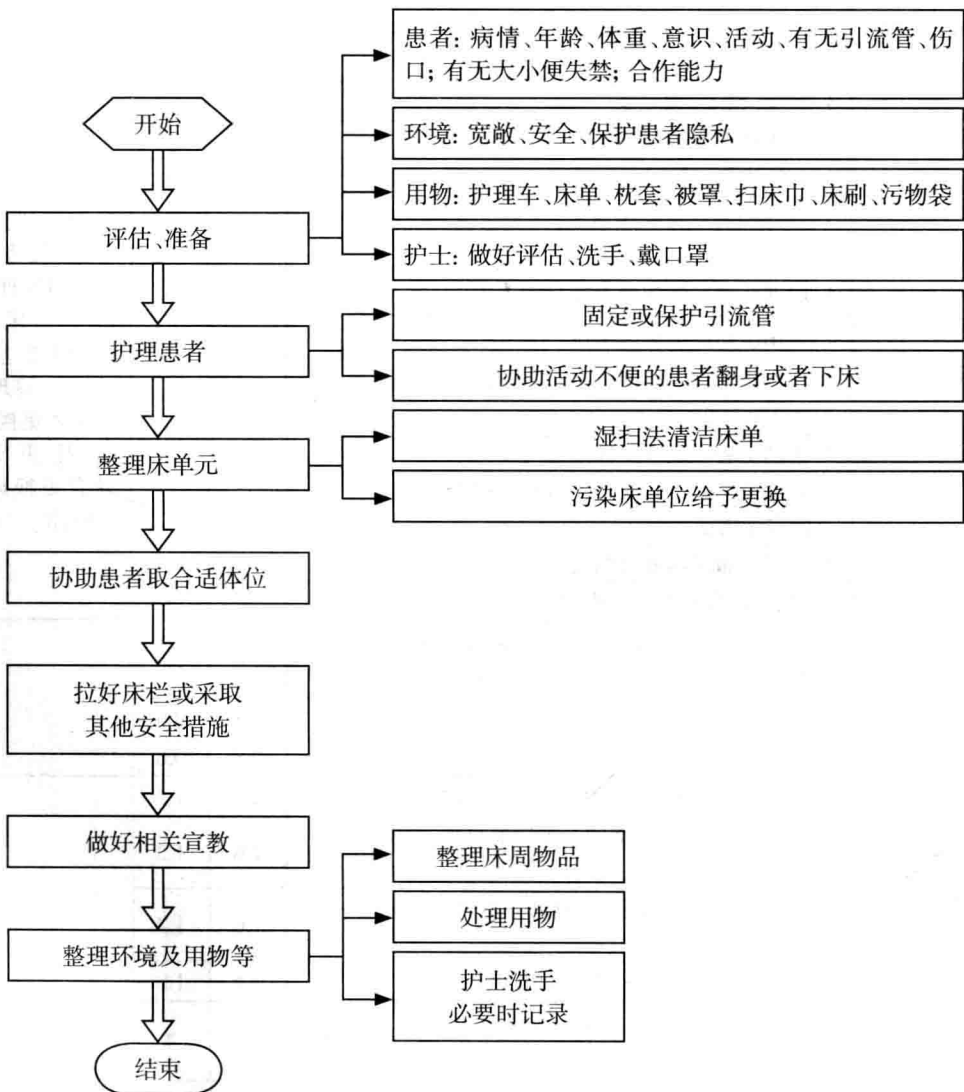
项目	分值	技术操作标准	评分等级			备注
			A	B	C	
仪表	2	仪表端庄, 着装整洁, 符合职业要求	2	1.6	1.2	
评估	10	1. 患者的病情、年龄、体重、意识、活动、有无引流管、伤口	5	4	3	
		2. 有无大小便失禁	3	2.4	1.8	
		3. 合作能力	2	1.6	1.2	
操作前	10	1. 告知患者, 做好准备	2	1.6	1.2	
		2. 环境: 宽敞、安全、保护患者隐私	2	1.6	1.2	
		3. 用物: 护理车、床单、枕套、被罩、扫床巾、床刷、污物袋	4	3.2	2.4	
		4. 护士: 洗手、戴口罩	2	1.6	1.2	
操作中	60	1. 携用物至床旁, 核对	3	2.4	1.8	1. 密切观察患者病情, 发现异常及时处理 2. 能下床者按照“铺暂空床”的要求整理; 卧床需要更换床单时, 按照“卧床患者更换床单”法操作
		2. 告知患者操作目的及注意事项	5	4	3	
		3. 妥善固定或保护引流管, 避免引流管脱出或牵拉	8	6.4	4.8	
		4. 协助活动不便的患者翻身或下床	10	8	6	
		5. 采用湿扫法清洁床单位	6	4.8	3.6	
		6. 按照要求整理床单位或按操作规程更换污染的床单位	10	8	6	
		7. 帮助患者采取合适体位	8	6.4	4.8	
		8. 对躁动、易发生坠床者, 拉好床栏或采取其他安全措施				
		9. 与患者做好沟通及相关宣教	5	4	3	
		10. 病床周围物品有序摆放	5	4	3	
操作后	3	1. 用物: 依据《消毒技术规范》和《医疗废物管理条例》做相应处理	1	0.8	0.6	
		2. 护士: 洗手	1	0.8	0.6	
		3. 记录: 必要时记录	1	0.8	0.6	
评价	10	1. 操作规范, 遵循标准预防、节力、安全的原则	3	2.4	1.8	
		2. 患者/家属能够知晓护士告知的事项, 对服务满意	2	1.6	1.2	
		3. 床单位整洁, 患者卧位舒适并符合病情要求, 患者安全	2	1.6	1.2	
		4. 患者出现异常情况, 护士处理及时	3	2.4	1.8	
理论提问	5		5	4	3	
总分	100					

(二) 相关知识

1. 工作目标 保持床单位清洁,增进患者舒适。
2. 生命体征不平稳的患者、心肌梗死等患者避免剧烈搬动。
3. 带引流管的患者应先从无引流管的一侧开始扫床。
4. 协助活动不便的患者下床时,要评估患者是否可以下床。身体虚弱或下肢活动障碍的患者,要防止跌倒等不良事件的发生。
5. 禁食并卧床24小时以上,初次下床的患者,因其下床可能引起体位性低血压,应循序渐进地协助患者下床:先协助患者坐起,患者感觉头不晕再双腿下垂,下垂后无不适再踩地,协助患者先坐在床尾凳上,并且护士要一直陪伴在患者身边观察患者反应。

(三) 流程图

整理床单位流程



#### (四) 关键步骤图示

##### 1. 暂空床的整理要求



图1-1 松开床头大单,整理褥子,使其紧贴床头

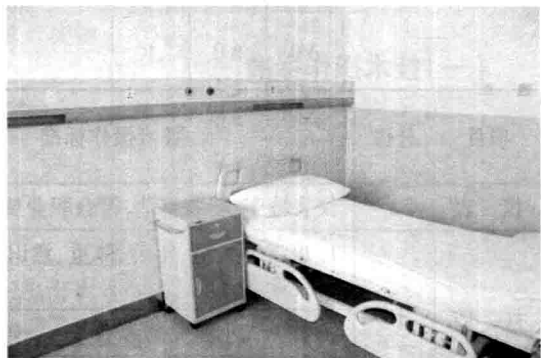


图1-2 大单中线对齐、四角平直,被子与床齐宽、扇形折叠于床尾

##### 2. 带引流管患者的扫床要求



图1-3 协助患者翻身,一手保护引流管,防止牵拉,另一手持裹湿巾的床刷由床头向床尾,扫净床单上的渣屑



图1-4 引流管较短的患者,一手将引流管折叠并提起,另一手持裹湿巾的床刷由床头向床尾,扫净床单上的渣屑

##### 3. 正确使用床栏



图1-5 对躁动、易发生坠床的患者,整理床单位后及时拉起床栏,防止发生意外



## 二、卧床患者更换床单法

### (一) 技术操作标准

项目	分值	技术操作标准	评分等级			备注
			A	B	C	
仪表	2	仪表端庄, 着装整洁, 符合职业要求	2	1.6	1.2	
评估	10	1. 患者的病情、年龄、体重、意识、活动、有无引流管、伤口	5	4	3	
		2. 有无大小便失禁	3	2.4	1.8	
		3. 合作能力	2	1.6	1.2	
操作前	10	1. 告知患者, 做好准备	2	1.6	1.2	
		2. 环境: 宽敞、安全、保护患者隐私	2	1.6	1.2	
		3. 用物: 护理车、床单、枕套、被罩、扫床巾、床刷、污物袋	4	3.2	2.4	
		4. 护士: 洗手、戴口罩	2	1.6	1.2	
操作中	60	1. 携用物至床旁, 核对	2	1.6	1.2	1. 密切观察患者病情, 发现异常及时处理 2. 与患者沟通, 了解其感受及需求 3. 操作中注意正确使用床栏
		2. 告知患者操作目的及注意事项	2	1.6	1.2	
		3. 妥善固定或保护引流管, 避免引流管脱出或牵拉	6	4.8	3.6	
		4. 协助患者翻身, 背对护士	5	4	3	
		5. 松开近侧污染床单, 将其塞入患者身下	3	2.4	1.8	
		6. 采用湿扫法清洁褥子	4	3.2	2.4	
		7. 铺好一侧清洁床单, 将另一半塞在患者身下	3	2.4	1.8	
		8. 协助患者翻身, 护士转至对侧	5	4	3	
		9. 将污染的床单卷好放在污物袋内	2	1.6	1.2	
		10. 采用湿扫法清洁褥子	4	3.2	2.4	
		11. 铺好床单	3	2.4	1.8	
		12. 取下污染的被套放入污物袋内, 更换被罩	5	4	3	
		13. 托起头去除枕头, 取下污染的枕套放入污物袋内, 更换枕套	3	2.4	1.8	
		14. 帮助患者采取合适体位	4	3.2	2.4	
		15. 对躁动、易发生坠床者拉好床栏或采取其他安全措施	5	4	3	
		16. 与患者做好沟通及相关宣教	2	1.6	1.2	
		17. 病床周围物品有序摆放	2	1.6	1.2	

续表

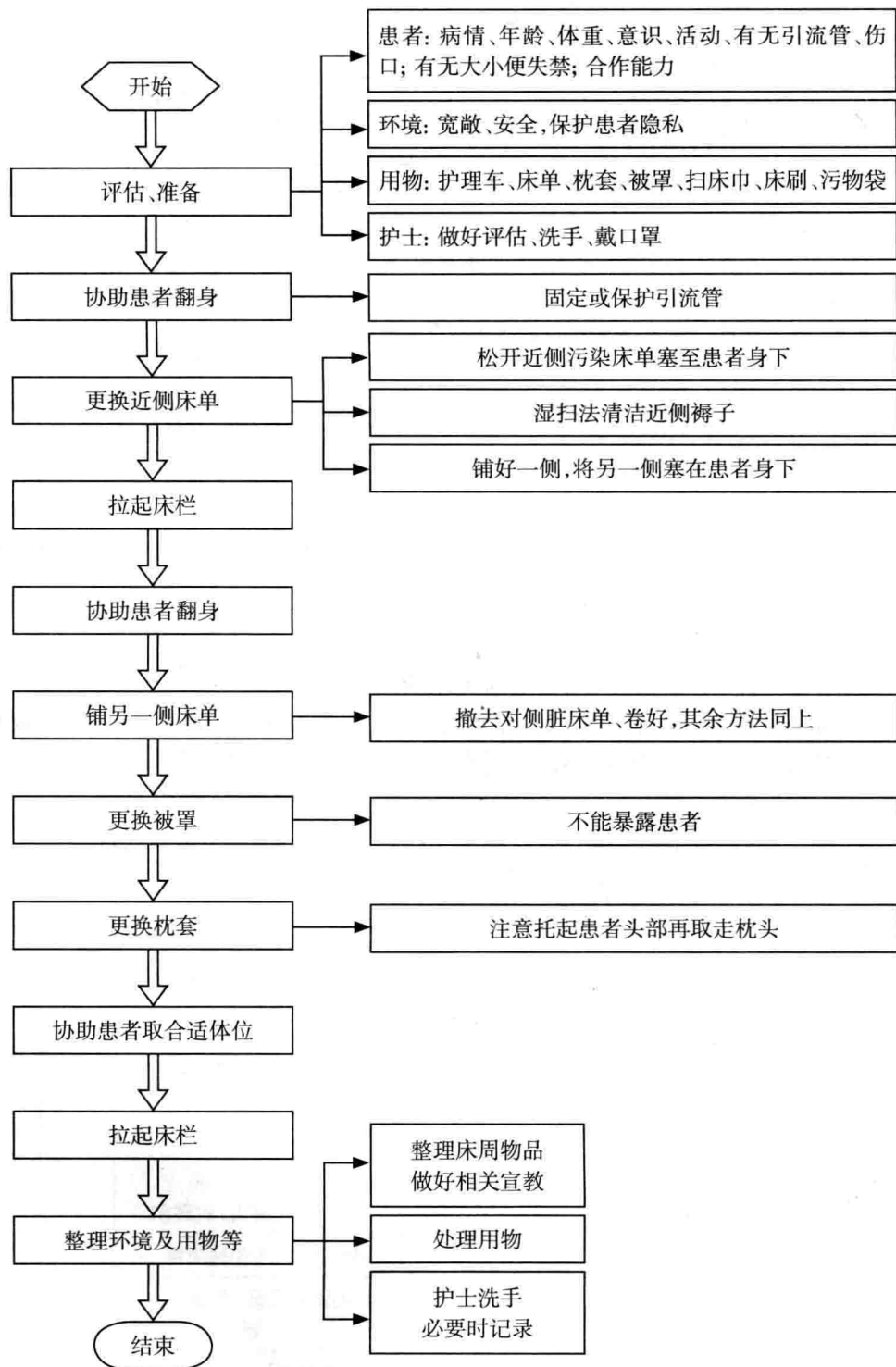
项目	分值	技术操作标准	评分等级			备注
			A	B	C	
操作后	3	1.用物: 依据《消毒技术规范》和《医疗废物管理条例》做相应处理	1	0.8	0.6	
		2.护士: 洗手	1	0.8	0.6	
		3.记录: 必要时记录	1	0.8	0.6	
评价	10	1.操作规范, 遵循标准预防、节力、安全的原则	3	2.4	1.8	
		2.患者/家属能够知晓护士告知的事项, 对服务满意	2	1.6	1.2	
		3.床单位整洁, 患者卧位舒适并符合病情要求, 患者安全	2	1.6	1.2	
		4.患者出现异常情况, 护士处理及时	3	2.4	1.8	
理论提问	5		5	4	3	
总分	100					

## (二) 相关知识

1. 工作目标 保持床单位清洁, 增进患者舒适。
2. 生命体征不平稳、心肌梗死等患者避免搬动。
3. 带引流管者应先从无引流管的一侧开始更换。必要时夹闭引流管, 防止引流液倒流。
4. 在操作过程中要正确使用床栏, 如果患者不能很好地配合或没有床栏时, 可以由两人操作。

(三)流程图

卧床患者更换床单流程



(四) 关键步骤图示

1. 单人为卧床患者更换床单



图2-1 拉起床栏,协助/嘱患者翻身,松开近侧污染的床单,将其污染面向内卷并塞入患者身下



图2-2 扫净裤子上的渣屑



图2-3 将干净的床单铺于扫净的裤子上,中线对齐,铺好一侧,将一半塞入患者身下



图2-4 拉起另侧床栏,患者翻身至对侧,护士转至对侧,将另一半污染的床单污染面向内卷好撤走



图2-5 扫净裤子上的渣屑

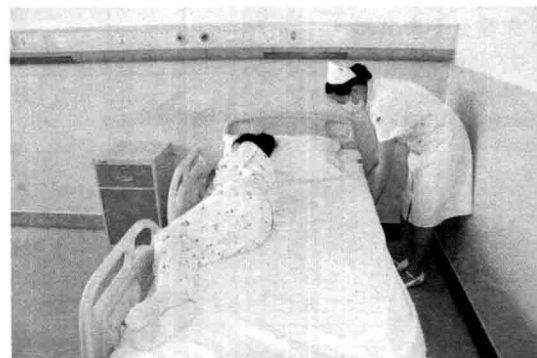


图2-6 铺好另一侧床单

## 2. 双人为卧床患者更换床单



图2-7 患者翻身,一名护士保护并观察患者,另一名护士松开近侧污染的床单,将其污染面向内卷并塞入患者身下



图2-8 扫净裤子上的渣屑



图2-9 将干净的床单铺于扫净的裤子上,中线对齐,铺好一侧,将一半塞入患者身下



图2-10 患者翻身至对侧,一名护士保护并观察患者,另一名护士将另一半污染的床单污染面向内卷好撤走



图2-11 扫净裤子上的渣屑



图2-12 铺好另一侧床单

### 三、协助患者进食/水

#### (一) 技术操作标准

项目	分值	技术操作标准	评分等级			备注
			A	B	C	
仪表	2	仪表端庄, 着装整洁, 符合职业要求	2	1.6	1.2	
评估	10	1. 患者的病情、意识、自行进食能力, 有无偏瘫、吞咽困难、视力减退等	5	4	3	应注意食物温度、软硬度及患者的咀嚼能力
		2. 饮食种类、液体出入量、餐前和餐中用药等	3	2.4	1.8	
		3. 合作能力	2	1.6	1.2	
操作前	10	1. 告知患者, 做好准备	2	1.6	1.2	
		2. 环境: 宽敞、整洁	2	1.6	1.2	
		3. 用物: 餐具、干毛巾、湿毛巾、餐巾纸、漱口用品/口腔护理用物	4	3.2	2.4	
		4. 护士: 洗手	2	1.6	1.2	
操作中	60	1. 携用物至床旁, 核对	3	2.4	1.8	1. 密切观察患者病情, 发现异常及时处理 2. 与患者沟通, 了解其感受及需求 3. 如有治疗饮食、特殊饮食按医嘱给予指导
		2. 告知患者操作目的及注意事项	3	2.4	1.8	
		3. 擦净患者双手	7	5.6	4.2	
		4. 为患者取合适体位, 围毛巾于颈部	3	2.4	1.8	
		5. 将食/水滴在护士前臂掌侧下端, 测试温度(没有恒温设备和温度计时)	3	2.4	1.8	
		6. 协助/取适量的水/食物送入患者舌面上	5	4	3	
		7. 注意患者的咀嚼能力, 观察有无吞咽困难、呛咳、恶心、呕吐等	7	5.6	4.2	
		8. 确认患者咽下后再次给予/协助患者进食/水	8	6.4	4.8	
		9. 指导/协助患者漱口(有义齿者按“戴义齿患者的口腔护理”操作)	5	4	3	
		10. 检查口腔内是否清洁干净	3	2.4	1.8	
		11. 撤去毛巾	2	1.6	1.2	
		12. 帮助患者采取合适体位	5	4	3	
		13. 与患者做好沟通及相关宣教	3	2.4	1.8	
		14. 病床周围物品有序摆放	3	2.4	1.8	
操作后	3	1. 用物: 依据《消毒技术规范》和《医疗废物管理条例》做相应处理	1	0.8	0.6	
		2. 护士: 洗手	1	0.8	0.6	
		3. 记录: 需记录出入量者, 准确记录进食/水时间、种类、食物含水量等, 进食/水延迟时, 应进行交接班	1	0.8	0.6	

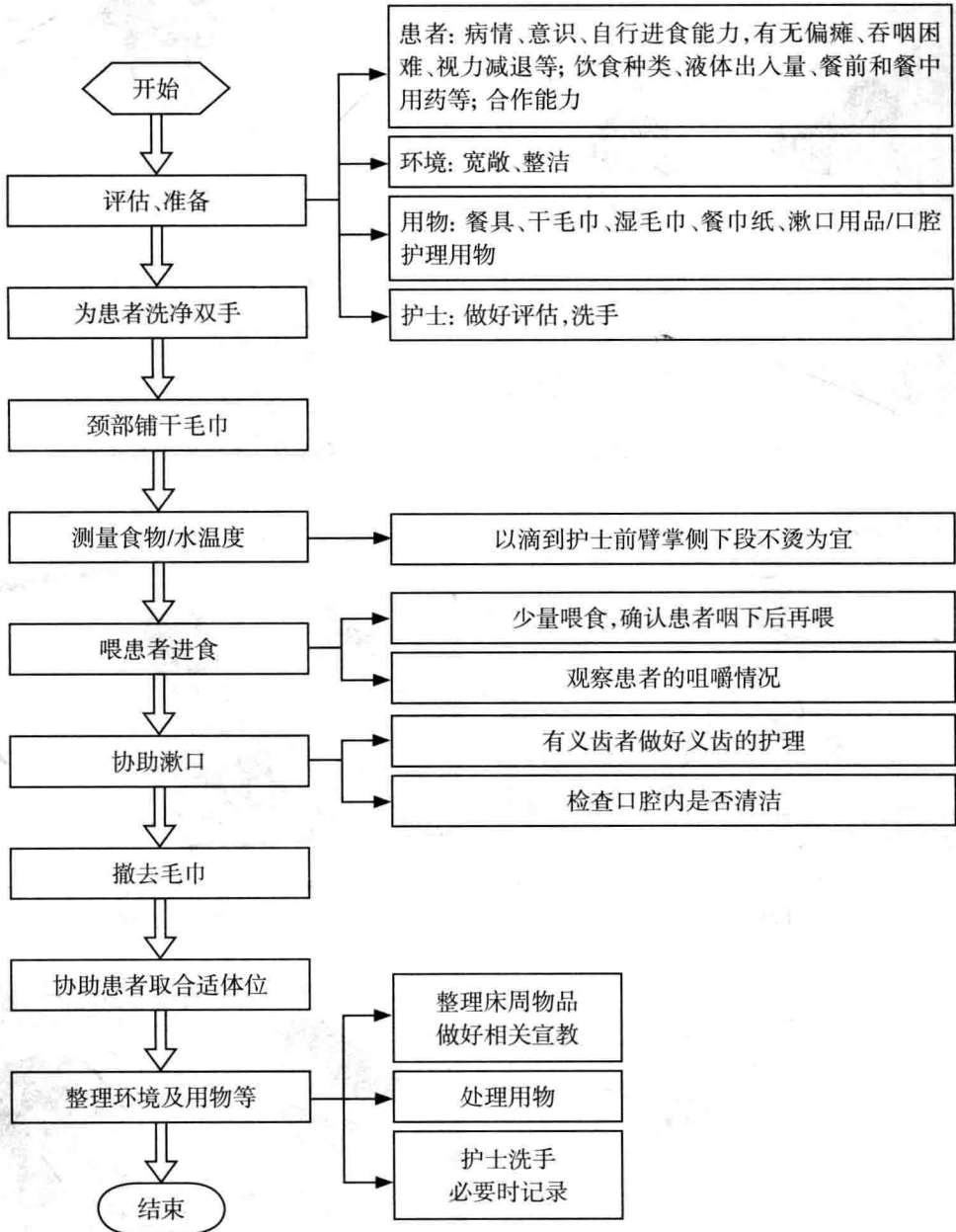
项目	分值	技术操作标准	评分等级			备注
			A	B	C	
评价	10	1. 操作规范,遵循安全的原则	3	2.4	1.8	
		2. 患者/家属能够知晓护士告知的事项,对服务满意	2	1.6	1.2	
		3. 患者床单位及衣服清洁干燥	2	1.6	1.2	
		4. 患者出现异常情况时,护士处理及时	3	2.4	1.8	
理论提问	5		5	4	3	
总分	100					

(二)相关知识

1. 工作目标 协助不能自理或部分自理的患者进食/水,保证进食/水及安全。
2. 协助患者进食过程中,护士应注意食物温度、软硬度及患者的咀嚼能力,观察有无吞咽困难、呛咳、恶心、呕吐等。
3. 为防止患者发生呛咳,在流食中可遵医嘱添加食物增稠剂。
4. 在患者咀嚼的过程中,不能与患者沟通,防止患者发生呛咳。
5. 食物/水的温度,如果没有恒温装置或温度计,将其滴在护士前臂掌侧下端不烫为宜。
6. 患者的嘴唇合上后再拔出筷子或勺子,防止将食物带出。
7. 患者头部的姿势与误吸有很大的关系,当患者颈部前屈时,咽部与气管之间呈一角度,不容易发生误吸,当患者头部后仰时,咽部与气管几乎在一条直线上,容易发生误吸。
8. 在协助进食的过程中,要按照主食-汤-副食的顺序进行。

(三) 流程图

协助患者进食/水流程





(四) 关键步骤图示



图3-1 帮助患者洗手或用温水毛巾擦手



图3-2 毛巾围于患者颈部



图3-3 将食/水滴在护士前臂掌侧下端,测试温度(没有恒温设备和温度计时)



图3-4 协助患者进食(颈部微前屈),这时咽部与气管之间呈一角度,不容易发生误吸



图3-5 该图为错误的进食方法:患者头部后仰时进食,这时咽部与气管几乎在一条直线上,容易发生误吸



图3-6 漱口后嘱患者张口,检查口腔内是否残留有食物残渣