

全国高等院校数字化课程规划教材



供护理、助产专业使用

护理专业 技术实训

邢爱红 主编



科学出版社

全国高等院校数字化课程规划教材

供护理、助产专业使用

护理专业技术实训

主 编 邢爱红

副主编 彭月娥 余 雪 丁春阳

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

丁春阳(镇江市高等专科学校)

董玉洁(乐山职业技术学院)

刘 睿(上海健康医学院)

彭月娥(长沙卫生职业学院)

王晓冰(许昌学院)

邢爱红(山东医学高等专科学校)

余 雪(南阳医学高等专科学校)

张丽芳(河套学院)

赵 茜(山东医学高等专科学校)

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话: 010-64030229; 010-64034315; 13501151303 (打假办)

内 容 简 介

全书共分六大模块,分别为基础护理核心技术、外科护理核心技术、急救护理核心技术、内科护理核心技术、妇产科护理核心技术和儿科护理核心技术。每一模块又根据临床护理实践岗位常用的护理技术分为若干个项目,共38个项目,内容基本涵盖了护理工作岗位中最核心的技能。全书以案例导入引领技能点,以问题讨论培养学生评判性思维能力,以操作评分评价学生自身技能掌握程度,以综合案例分析培养学生分析问题、解决问题和适应实际工作的能力。本书图文并茂,构思新颖,增加了数字化教学资源点,为学生学习提供了多媒体资源,是一本很好的实训教材。

本书可供护理、助产专业学生使用。

图书在版编目(CIP)数据

护理专业技术实训 / 邢爱红主编. — 北京: 科学出版社, 2018.1

全国高等院校数字化课程规划教材

ISBN 978-7-03-055450-5

I. 护… II. 邢… III. 护理学—高等学校—教材 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 282656 号

责任编辑: 张 茵 丁晓魏 / 责任校对: 张凤琴

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 张佩战

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

北京汇瑞嘉合文化发展有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018 年 1 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2018 年 1 月第 一 版 印张: 8

字数: 204 800

定价: 38.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

全国高等院校数字化课程规划教材 评审委员会名单

主任委员

单伟颖 屈 刚 孙国兵

副主任委员

梁 勇 刘更新 马 莉
黎 梅 夏金华 吴丽文
司 毅

委 员（按姓氏汉语拼音排序）

范 真 高云山 韩新荣
李希科 刘 琳 武新雅
叶宝华 张彩霞 周恒忠

前言

为适应高等卫生职业教育、教学的发展趋势，体现“以就业为导向，以能力为本位，以发展技能为核心”的职业教育培养理念，科学出版社组织编写了本套全国高等院校数字化课程规划教材，本教材为该轮新增加的教材，目的是体现强化技能培养的教学理念，满足护理类专业实践教学改革的需要。

本教材具备以下特色：①深化工学结合，体现职教内涵。教材所涉及的操作项目均来自临床护理实践岗位中的核心技能，每一项目的内容均以临床真实案例为导引，以解决实际工作问题为基础，以“自我评价—改进—提高—达标”为目标进行学习，做到了“专业与职业岗位对接，专业课程内容与职业标准对接，教学过程与生产过程对接，学历证书与职业资格证书对接，职业教育与终身学习对接”。②增加综合案例，便于教师教学。除在每一项目前面的案例外，在教材的最后还增加了许多综合性案例，每一个综合性案例均涵盖2项以上的操作项目，为教师开展教学提供了方便。③增加数字化教学资源，便于学生自学。多数项目后面均配套数字化教学资源，学生在课前或课中、课后均可反复观看与对照练习，为学生自学提供了方便。④增加“软技能”训练内容。在每项技能操作流程和评分标准中，均增加了“软技能”内容，以期达到“软硬双技能”的训练目的。⑤教材内容精选，文字简练，能够满足多数学校教学的需要。

本教材在编写过程中，得到了各参与单位领导及护理界同仁的热忱鼓励与帮助，同时也得到了临床医院护理专家的支持和指导，在此一并表示诚挚的感谢。

限于编者的水平，疏漏之处在所难免，恳请广大读者谅解惠正。

邢爱红

2017年7月

目录

CONTENTS

模块一 基础护理核心技术 / 1

- 项目一 卫生洗手法 / 1
- 项目二 无菌技术 / 3
- 项目三 生命体征监测 / 6
- 项目四 鼻饲法 / 9
- 项目五 皮内注射法 / 12
- 项目六 皮下注射法 / 14
- 项目七 肌肉注射法 / 17
- 项目八 密闭式周围静脉输液法 / 20
- 项目九 雾化吸入法 / 27
- 项目十 灌肠法 / 30
- 项目十一 导尿术 / 34
- 项目十二 吸痰术 / 38
- 项目十三 氧气吸入法 / 40
- 项目十四 血液标本采集法 / 44
- 项目十五 保护具的应用 / 49

模块二 外科护理核心技术 / 54

- 项目一 备皮 / 54
- 项目二 外科洗手、手消毒、穿无菌手术衣 / 56
- 项目三 器械台管理 / 58
- 项目四 造口护理 / 60
- 项目五 胸腔闭式引流护理 / 62
- 项目六 胃肠减压术 / 65
- 项目七 T管护理 / 67

模块三 急救护理核心技术 / 70

- 项目一 止血与包扎基本技术 / 70
- 项目二 基本生命支持术 / 72

模块四 内科护理核心技术 / 76

- 项目一 心电图监测 / 76
- 项目二 尿糖监测 / 78
- 项目三 末梢血糖监测 / 80

模块五 妇产科护理核心技术 / 82

- 项目一 骨盆外测量 / 82
- 项目二 阴道冲洗 / 84
- 项目三 会阴擦洗 / 87

模块六 儿科护理核心技术 / 91

- 项目一 小儿身高(长)、体重的测量 / 91
- 项目二 小儿尿布更换 / 93
- 项目三 新生儿沐浴 / 96
- 项目四 新生儿抚触 / 99
- 项目五 婴儿口服喂药 / 102
- 项目六 婴儿乳瓶喂乳 / 104
- 项目七 新生儿光照护理 / 106
- 项目八 早产儿暖箱应用 / 108

综合案例 / 111

参考文献 / 115

教学基本要求 / 116

模块一 基础护理核心技术

项目一 卫生洗手法

卫生洗手可彻底去除手部皮肤污垢、减少病原微生物数量，有效控制感染的发生。

● 案例 1-1

患者王某，男，58岁。胰腺癌切除术后2d，需为患者进行静脉输液治疗，操作前卫生洗手。

讨论：

1. 除了给该患者进行静脉输液前需要卫生洗手外，在给该患者进行其他护理操作前后还需要进行卫生洗手吗？请举例说明。

2. 卫生洗手时需要注意什么？

【目的】

除去手上的污垢、碎屑和部分病原微生物，控制感染和交叉感染的发生。

【操作流程】

操作前准备

1. 评估 患者病情，对静脉输液的认知合作程度；操作者手污染程度
2. 护士准备 衣帽整洁，修剪指甲
3. 用物准备 肥皂液或洗手液、毛巾或纸巾或暖风吹手设备、流动自来水及水池设备、污物桶
4. 环境准备 清洁、宽敞，洗手设施齐全

操作流程

1. 湿润双手 取下手表及手上饰物，调节适当的水流及水温，指尖向下浸湿双手，关闭水开关
2. 取洗手液 取肥皂液或洗手液适量于手心
3. 揉搓双手（七步洗手法）（图 1-1-1）
 - （1）洗手掌：掌心相对，手指并拢相互搓擦
 - （2）洗背侧指缝：掌心对手背，手指交错，沿指缝相互搓擦，交替进行
 - （3）洗掌侧指缝：掌心相对，双手交叉沿指缝相互搓擦
 - （4）洗指背：两手互握搓指背，双手交替
 - （5）洗拇指：一手握另一手大拇指旋转搓擦，交换进行
 - （6）洗指尖：指尖在掌心中转动搓洗，交替进行
 - （7）洗手腕：揉搓手腕，双手交替以上步骤不少于 15s，整个过程持续 15～30s
4. 冲洗双手 打开水龙头，肘关节高于腕关节，从上至下彻底冲洗双手
5. 擦干双手 关闭水龙头，取毛巾或纸巾擦干或烘干双手

操作后整理

按医用垃圾分类处理用物

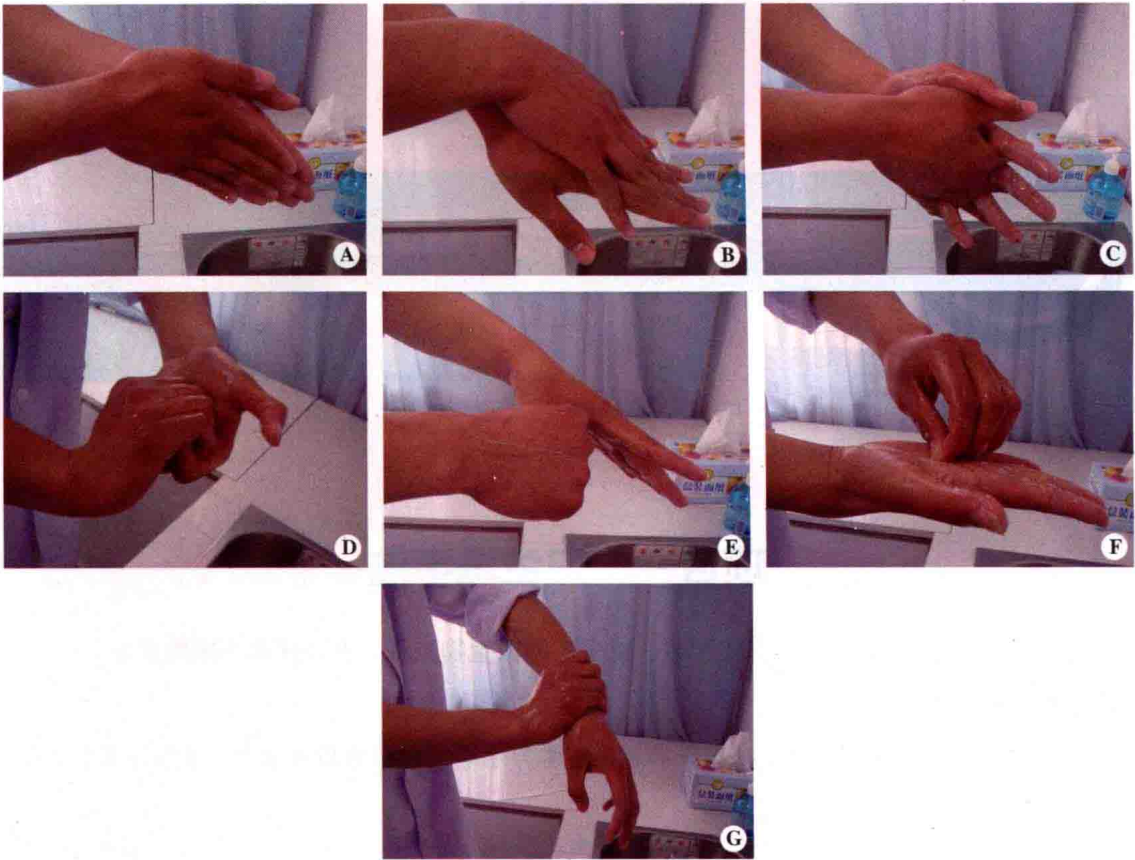


图 1-1-1 卫生洗手法（七步洗手法）

【实训评价】

- 1. 操作熟练、规范，符合《医务人员手卫生规范》（WS/T 313-2009）。
- 2. 工作服未被溅湿。

【注意事项】

- 1. 洗手程序正确，手的各部位洗到位、冲净。
- 2. 流水冲洗时，腕部应低于肘部，使污水流向指尖，防止水流入衣袖，并避免工作服被溅湿。

【实训作业】

- 1. 写出卫生洗手的关键步骤。
- 2. 分析自己操作成功或失败的原因。

【操作评分】

项目		分值	评分观测点	评分级别			得分
				I	II	III	
操作前准备	评估	5	患者病情，对静脉输液治疗的认知合作程度	5	3	1	
	护士准备	6	衣帽整洁，举止端庄，语言合适	6	5	4	
	用物准备	2	用物齐全、正确	2	1	0	
	环境准备	3	环境清洁、宽敞，洗手设施齐全	3	2	1	

续表

项目		分值	评分观测点	评分级别			得分
				I	II	III	
操作过程	湿润双手	6	湿润双手方法正确	6	5	4	
	取洗手液	6	方法正确，肥皂液或洗手液用量合适	6	5	4	
	揉搓双手	42	(1) 七步揉搓双手方法正确，效果良好	30	25	20	
			(2) 整个过程用时适当	12	10	8	
	冲洗双手	6	(1) 肘关节高于腕关节	3	2	1	
			(2) 从上至下彻底冲洗双手	3	2	1	
	擦干双手	6	擦手方法正确	6	4	2	
操作后处理		8	用物处理恰当	8	6	4	
总评	10	动作轻巧、稳重、准确、安全 操作时间< 3min	7	5	3		
			3	2	1		
总分		100					

项目二 无菌技术

无菌技术是指在医疗护理操作过程中，保持无菌物品及无菌区域不被污染，防止一切微生物侵入机体的操作技术。

案例 1-2

患者张某，女，76 岁。因跌倒致股骨颈骨折急诊入院，入院后经积极术前准备，行股骨头置换术，术后 3d 需要给患者伤口换药。

讨论：

- 1. 该患者的无菌换药盘内应该包括哪些用物？
- 2. 你在铺无菌换药盘前需要做哪些准备？

【目的】

保持无菌物品不被污染，防止一切微生物侵入或传播给他人。

【操作流程】

操作前准备	1. 评估 操作环境符合要求
	2. 护士准备 修剪指甲、洗手、戴口罩
	3. 用物准备 清洁盘、无菌持物钳包（内放持物钳罐及持物钳）、无菌巾包（内放 2 块无菌巾）、无菌手套 2 副、无菌储槽（内放治疗碗及弯盘）、无菌溶液、安尔碘、棉签、启瓶器、速干手消毒剂
	4. 环境准备 清洁、宽敞、定期消毒，操作前 30min 通风，停止清扫地面，符合无菌技术操作要求
操作流程	一、无菌持物钳使用法（图 1-2-1）
	1. 查对启用 检查无菌持物钳包的名称、消毒指示胶带颜色、有效灭菌日期，包布有无破损、潮湿；打开无菌钳包，检查指示卡是否变色，将无菌持物钳放于持物钳罐内，注明打开日期、时间并签名
	2. 取放钳 手持无菌持物钳上 1/3，钳端闭合向下，垂直取放，不可触及容器边缘，关闭容器盖
	3. 用钳 使用持物钳时保持钳端向下，不可低于腰部，到远处夹取无菌物品时，应连同无菌容器一起携至取物处

操作 流程	二、无菌包使用 1. 查对启用 检查无菌包名称，消毒指示胶带是否变色及其有效期，包布有无破损、潮湿；自包布外角、左角、右角、内角的顺序打开 2. 取巾 用无菌持物钳取出指示卡，检查指示卡是否变色，再取 1 块治疗巾，放于清洁盘内 3. 包无菌包 沿原折痕包好无菌巾包，注明开包日期、时间并签名 三、铺无菌盘法（图 1-2-2） 1. 铺巾 双手捏住无菌巾上层两角的外面，轻轻抖开，双折铺于治疗盘内，上层向远端呈扇形折叠，开口边向外 2. 铺盘 放入无菌物品后，将上层盖于物品上，上下层边缘对齐，开口处向上反折 2 次，左、右两侧边缘向下各反折 1 次 3. 标记 记录铺盘日期、时间，并签名 四、无菌容器使用法（图 1-2-3） 1. 查对 检查无菌容器名称、有效灭菌日期和化学指示胶带颜色 2. 开盖 打开无菌容器时，应当将容器盖内面向上置于稳妥处，或者容器盖内面向下拿在手中 3. 取物 用无菌持物钳取、放无菌物品时不可触及容器边缘，不可跨越无菌区，无菌物品取出后，即使未用，也不可再放回，用毕即将容器盖严 4. 记录 记录无菌容器打开日期、时间，并签名 五、取用无菌溶液法（图 1-2-4） 1. 查对 核对标签上药名、浓度、剂量和有效期等；检查瓶口有无松动、瓶身有无裂痕；对光倒置 10s 检查溶液有无变质、沉淀、变色或混浊 2. 启盖消毒 启开瓶盖，用 2 根棉签蘸消毒液以瓶签侧面位置为起点按照瓶口—瓶盖—瓶口—瓶颈的顺序旋转消毒，垫无菌纱布打开瓶盖 3. 倒液 标签朝向手心，倒出少量溶液旋转冲洗瓶口，再由冲口处倒出适量溶液至无菌容器内 4. 标记 取用后立即塞上瓶塞，记录开瓶日期、时间，并签名 六、无菌手套使用法（图 1-2-5） 1. 查对 检查手套号码、灭菌日期，包装是否完好、干燥 2. 取手套 打开手套封口，取出并展开手套内包装，一手掀起手套开口处，另一手分别捏住两只手套的反折部分（手套内面），取出手套 3. 戴手套 两只手套拇指相对，对准五指戴上一只手，再用戴好手套的手插入另一只手套的反折内面（手套外面），同法戴好，翻手套边扣套在衣袖外面，双手对合交叉调整手套位置 4. 脱手套 一手捏住另一手套外面，翻转脱下，再以脱下手套的大拇指插入另一手套内，将其翻转脱下
操作后 整理	1. 按医用垃圾分类处理用物 2. 洗手、记录



图 1-2-1 无菌持物钳的使用



图 1-2-2 铺无菌盘

【实训评价】

1. 操作熟练、规范。



图 1-2-3 无菌容器使用



图 1-2-4 取用无菌溶液法

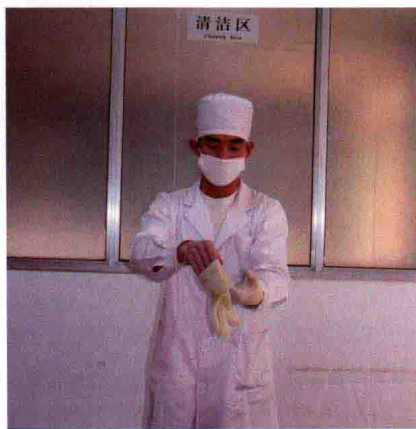


图 1-2-5 戴无菌手套

2. 整个操作过程无污染，无菌观念强。

【注意事项】

1. 无菌持物钳只能夹取无菌物品，不能夹取油纱布，干燥法保存时应 4h 更换一次。
2. 打开无菌包时手只能接触包布四角的外面，不可跨越无菌区。包内无菌物品未用完，应按原折包好，注明开包日期和时间，24h 内有效。
3. 铺无菌盘区域必须清洁干燥，无菌巾避免潮湿，铺好的无菌盘尽早使用，有效期不超过 4h。
4. 任何物品不可伸入无菌溶液瓶内蘸取或直接接触瓶口倒液，已倒出溶液不可再倒回瓶内，已开启的无菌溶液瓶内的溶液，只作清洁操作用，24h 内有效。
5. 戴无菌手套时应注意未戴手套的手不可触及手套的外面，戴手套的手不可触及另一手套的内面，戴手套后双手应保持在腰部或操作台面以上，始终在视线范围之内，如发现破损或可疑污染应立即更换。

【实训作业】

1. 写出无菌技术操作的关键点。
2. 分析自己操作成功或失败的原因。
3. 写出自己在今后的护理实训过程中需要改进的地方。

【操作评分】

项目		分值	评分观测点	评分级别			得分
				I	II	III	
操作前准备	评估	5	患者病情、伤口情况，对伤口换药的认知合作程度	5	4	3	
	护士准备	6	衣帽整洁，举止端庄，语言恰当	6	5	4	
	用物准备	2	用物齐全、正确	2	1	0	
	环境准备	3	环境清洁、宽敞，符合无菌技术操作要求	3	2	1	
操作过程	无菌持物钳使用	10	无菌持物钳使用方法正确，整个操作过程无污染	10	8	6	
	无菌包使用	10	(1) 查对规范、无误	3	2	1	
			(2) 启用、取巾无污染	4	3	2	
			(3) 包无菌包方法正确，标注无误	3	2	1	
	铺无菌盘	12	(1) 铺巾方法正确，无污染	6	5	4	
			(2) 铺盘方法正确，标注无误	6	5	4	
	无菌容器使用	10	(1) 查对正确	3	2	1	
			(2) 开盖规范，无污染	3	2	1	
			(3) 取物时未污染，未碰触容器边缘，未跨越无菌区	4	3	2	
	取用无菌溶液	12	(1) 查对正确、全面、规范	4	3	2	
			(2) 消毒瓶塞有效、规范	4	3	2	
			(3) 冲瓶口、倒液无液体滴溅到容器外，未污染	4	3	2	
	无菌手套使用	12	(1) 查对正确、规范	4	3	2	
			(2) 戴手套过程顺利，无污染	4	3	2	
			(3) 脱手套未污染双手和衣服	4	3	2	
操作后处理		8	用物处理恰当	8	6	4	
总评		10	动作轻稳、正确、无菌观念强 操作时间< 10min	7	5	3	
总分		100		3	2	1	

项目三 生命体征监测

生命体征是指体温、脉搏、呼吸、血压的总称，是评价生命活动质量的重要征象，也是机体内在活动的客观反映，是衡量机体状况的指标。

● 案例1-3

患者崔某，女，46岁。因原发性肝癌入院，患者于上午8:00在全麻下行肝癌切除术，手术顺利，于中午11:52返回病区。医嘱：监测生命体征，q2h。

讨论：

- 1. 患者的监测项目应该包括哪些内容？
- 2. 你在给该患者监测生命体征时需要注意哪些事项？

【目的】

判断生命体征有无异常，为患者病情变化提供依据。

【操作流程】

- 操作前准备**
1. 评估 患者年龄、病情、意识、治疗及合作程度等情况；患者 30min 内有无影响测量结果准确性的因素存在
 2. 护士准备 衣帽整洁、洗手、戴口罩
 3. 用物准备 治疗盘内备：消毒后的体温计（甩至 35℃ 以下）、有秒针的表、消毒纱布、干纱布、弯盘、血压计、听诊器、记录本、笔、速干手消毒剂，车下备盛消毒液的方盒，如测肛温另备液状石蜡、棉签、卫生纸、清洁手套
 4. 环境准备 安静、整洁、光线充足、通风良好，必要时遮挡患者

操作流程 一、核对解释

携用物至床边，核对并向患者及家属解释监测生命体征的意义和配合方法，询问患者 30min 内有无进食、冷热饮、冷热敷、情绪激动等情况

二、监测体温

1. 检查 检查体温计是否完好，水银柱是否甩至 35℃ 以下

2. 选方法 选择测量体温的方法

(1) 测口温：将口表水银端斜放于舌下热窝（舌系带两侧）3min，嘱患者闭唇含住口表，用鼻呼吸，勿用牙咬体温计

(2) 测腋温：擦干腋下汗液，将体温计水银端放于腋窝深处并紧贴皮肤，屈臂过胸 10min，必要时托扶患者手臂（图 1-3-1）

(3) 测肛温：患者侧卧、屈膝仰卧或俯卧位，露出臀部，在肛表水银端涂润滑剂，将肛温计的水银端轻轻插入肛门 3~4cm，测量 3min

3. 取表 取出体温计，用消毒纱布擦净。若测肛温，用卫生纸擦净患者肛周皮肤

4. 读数 体温计平视线水平，读数并记录

5. 消毒 将体温计放在盛有消毒液的容器中浸泡消毒

三、监测脉搏

1. 体位舒适 根据患者病情协助患者采取舒适体位，手臂放松，手腕伸直

2. 监测方法 护士以示指、中指、环指指腹按压桡动脉处，力度适中，以清楚触及脉搏为宜（图 1-3-2）

3. 监测时间 一般患者测量 30s，测得数值乘以 2；脉搏异常患者，测量 1min；脉搏短绌者，由 2 名护士同时测量，一人听心率，另一人测脉率，由听心率者发出“起”或“停”口令，计时为 1min

四、监测呼吸

1. 监测方法 护士测脉搏后手仍然保持诊脉姿势，观察患者的胸部或腹部（女性以胸式呼吸为主；男性和儿童以腹式呼吸为主），一起一伏为一次呼吸（图 1-3-3）

2. 监测时间 测量 30s，测得数值乘以 2，同时观察患者呼吸的深浅度、节律、声音、形态及有无呼吸困难；危重患者呼吸不易观察时，用少许棉絮置于患者鼻孔前，观察棉花吹动情况，计数 1min

五、监测血压

1. 上肢血压测量法（图 1-3-4）

(1) 检查：检查血压计性能

(2) 体位正确：患者取坐位或仰卧位，坐位时手臂平第 4 肋，仰卧位时手臂平腋中线，卷袖露出上臂，肘部伸直，掌心向上

(3) 准备血压计：放妥血压计，开启水银槽开关

(4) 缠袖带：驱尽袖带内空气，平整地缠于上臂中部，下缘距肘窝 2~3cm，松紧以能容一指为宜

(5) 置听诊器：一手将听诊器胸件紧贴肱动脉搏动最明显处固定，另一手握住输气球，关闭压力活门

2. 下肢血压测量法

(1) 体位正确：协助患者取俯卧位或仰卧位或侧卧位，卷裤腿或脱去一侧裤腿，露出大腿部

(2) 准备血压计：放妥血压计，开启水银槽开关

(3) 缠袖带：驱尽袖带内空气，将袖带缠于大腿，下缘距腘窝 3~5cm，松紧以能放入一指为宜

(4) 置听诊器：一手将听诊器听件置于腘动脉搏动最明显处固定，另一手握住输气球，关闭压力活门

3. 输气 充气至动脉搏动音消失，再上升 20~30mmHg，然后以 4mmHg/s 的速度缓慢放气，汞柱缓慢下降，视线与汞柱面在同一水平线上

4. 读数 当听到第一声搏动音，此时水银柱对应的刻度即为收缩压；继续放气，搏动音突然变弱或消失，此时水银柱对应的刻度为舒张压 [世界卫生组织 (WHO) 规定以动脉搏动音的消失作为舒张压的判断标准]

5. 整理 测量完毕，解开袖带，驱尽袖带余气，将血压计右倾 45°，水银全部流回槽内，关闭水银槽开关，卷平袖带放入血压计盒内，盖上盒盖，平稳放置；帮助患者整理衣裤，取舒适卧位

操作 6. 洗手记录 洗手后将所有测量结果记录在记录本上, 脉搏短绌者, 记录方式为心率 / 脉率 / 分; 监测下肢血压者,
流程 记录时要注明下肢血压

操作 1. 按医用垃圾分类处理用物

后整 2. 将所有监测结果转抄绘制到体温单上, 脉搏短绌者, 相邻脉率与心率用红线相连, 在脉率与心率之间用红线
理 填满



图 1-3-1 体温监测法



图 1-3-2 脉搏监测法



图 1-3-3 呼吸监测法



图 1-3-4 血压监测法

【实训评价】

1. 操作熟练、规范, 生命体征监测结果准确。
2. 整个操作过程沟通有效, 爱伤观念强。

【注意事项】

1. 婴幼儿、意识不清或不合作的患者监测生命体征时, 护理人员应当守候在患者身旁。
2. 患者若有进食冷热饮、剧烈活动、情绪剧烈波动等影响测量生命体征准确性的因素时, 应当安静休息 30min 后再监测。
3. 发现测得的生命体征数值和病情不符时, 应当复测。
4. 如果患者不慎咬破体温计, 应立即清除口腔内玻璃碎片, 再口服蛋清液或牛奶以延缓

- 汞的吸收；病情允许时可服用粗纤维食物以促进汞的排泄。
5. 长期观察血压的患者，应做到“四定”，即定时间、定部位、定体位、定血压计。
6. 勿用拇指诊脉，脉搏细弱难以触诊时，可用听诊器听心率 1min。

【实训作业】

1. 写出生命体征监测的关键点。
2. 分析自己操作成功或失败的原因。
3. 写出自己在今后的护理实训过程中需要改进的地方。

【操作评分】

项目		分值	评分观测点	评分级别			得分
				I	II	III	
操作前准备	评估	5	(1) 评估患者项目齐全，方法规范	3	2	1	
			(2) 礼貌称呼，沟通有效	2	1	0	
	护士准备	6	衣帽整洁，举止端庄，语言恰当	6	5	4	
	用物准备	2	用物齐全、正确	2	1	0	
	环境准备	3	环境清洁、宽敞、光线充足	3	2	1	
操作过程	核对解释	3	(1) 核对方法正确、规范	2	1	0	
			(2) 解释全面、有效，嘱配合方法	1	0.5	0	
	监测体温	15	(1) 监测方法正确、规范	5	4	2	
			(2) 监测时间正确	4	3	2	
			(3) 读取方法正确，结果准确	3	2	1	
			(4) 征求对监测部位的意见	3	2	1	
	监测脉搏	12	(1) 监测方法正确、规范	6	5	3	
			(2) 监测时间正确，结果准确	3	2	1	
			(3) 征求对监测部位的意见	3	2	1	
	监测呼吸	12	(1) 监测方法正确、规范	7	5	3	
			(2) 监测时间正确，结果准确	5	4	3	
	监测血压	20	(1) 监测方法正确、规范	10	8	5	
			(2) 监测结果准确	5	4	3	
			(3) 征求对监测部位的意见	3	2	1	
			(4) 暖胸件	2	1	0	
	整理记录	4	(1) 患者卧位舒适，询问感受	2	1	0	
			(2) 记录方法正确，数值准确	2	1	0	
	操作后处理	8	用物处理恰当	8	6	4	
	总评	10	动作轻稳、正确、无菌观念强	7	5	3	
			操作时间< 10min	3	2	1	
	总分	100					

项目四 鼻 饲 法

鼻饲法是指将导管经鼻腔插入胃内，从管内灌注流质食物、水和药物的方法。常用于不能经口进食者，如昏迷、口腔疾病、口腔手术后的患者；早产儿；病情危重的患者；拒绝进

食的患者。

● 案例 1-4

患者王某，女，76岁。因脑出血入院，入院3d一直处于昏迷状态，颅内压增高，生命体征尚可，心肾功能良好。需给予鼻饲饮食。

讨论：

1. 你在给患者王某插胃管前需要评估患者哪些情况？
2. 患者王某处于昏迷状态，给她插胃管和给清醒患者插胃管的不同之处是什么？
3. 保证胃管顺利插入胃内需要注意哪些情况？

【目的】

保证患者摄入热能和蛋白质等多种营养素，促进患者早日康复。

【操作流程】

操作前准备	1. 查对 两名护士核对医嘱单、执行单，签名 2. 评估患者 (1) 患者病情、年龄、意识状态、心理状态、自理能力及合作程度 (2) 患者既往有无插胃管经历 (3) 患者鼻腔状况：黏膜有无肿胀、炎症、鼻中隔偏曲、息肉等 (4) 告知患者操作方法、目的，指导患者配合 3. 护士准备 洗手，戴口罩 4. 用物准备 (1) 插管用物：治疗车上层放置治疗盘，治疗巾（内置：治疗碗2个，分别盛有温开水、纱布、止血钳或镊子1把，治疗巾1块，无菌干棉签，一次性胃管，小药杯内置1块纱布，50ml注射器，压舌板），治疗巾外置：弯盘、鼻饲液、温度计、胶布或导管固定装置、别针、液状石蜡、听诊器、记录单、笔、速干手消毒液、手套。治疗车下层放置医疗垃圾桶 (2) 拔管用物：治疗车上层放置治疗盘、治疗巾、弯盘、手套、纱布、松节油、棉签。治疗车下层放置医疗垃圾桶 5. 环境准备 操作环境整洁、安静、光线充足 6. 测温 测量温开水及鼻饲液温度
操作流程	1. 核对解释 携用物至床旁，核对患者腕带信息，向患者（昏迷患者向家属）解释操作目的，取得配合 2. 安置卧位，清洁鼻腔 取坐位或半坐卧位或仰卧位，找到剑突位置，颌下铺治疗巾，放弯盘于便于取用处，备好胃管固定用物，选择通畅一侧鼻腔并清洁鼻腔 3. 插管 将液状石蜡倒于小药杯中的纱布上，戴上手套，取出并检查胃管是否通畅，测量插入长度，润滑胃管前段，由一侧鼻腔缓缓插入至咽喉部（14~16cm）时，嘱患者做吞咽动作，迅速将胃管插入至所需长度 昏迷患者插管前让患者去枕头向后仰，当胃管插入15cm时，使下颌靠近胸骨柄，缓缓插至预定长度 4. 检查固定 检查胃管是否在胃内（①“抽”：用注射器连接胃管回抽有胃液；②“听”：将听诊器放于胃部，用注射器经胃管快速向胃内注入10ml空气，听到气过水声；③将胃管末端放入水中无气泡逸出），固定胃管，标注置管时间 5. 灌注 先灌注少量温开水，再注入流质饮食或药物，再注入少量温开水（图1-4-1） 6. 整理 灌注完毕，将胃管末端抬高关闭，用无菌纱布包好固定于衣领或枕旁，脱手套，安置患者于舒适卧位，交代注意事项，整理用物 7. 洗手记录 洗手后记录患者鼻饲饮食的种类、量、温度及患者反应
拔管	1. 核对解释 携用物至床旁，核对患者腕带信息，解释拔管原因和拔管配合方法 2. 拔管 除去固定胃管用物，铺治疗巾于患者颌下，戴手套，用纱布包裹鼻孔处胃管，嘱患者做深呼吸，患者呼气时拔管，至咽喉处时嘱患者屏气，快速拔出胃管，将胃管放于弯盘中（图1-4-2） 3. 整理 清洗患者口鼻及面部，擦去固定痕迹，协助患者取舒适卧位，整理床单位

操作	1. 按医用垃圾分类处理用物
后整	2. 洗手、记录
理	3. 交代注意事项



图 1-4-1 灌注鼻饲饮食



图 1-4-2 拔胃管

【实训评价】

- 1. 清醒患者理解插管的目的，能主动配合，插管顺利；昏迷患者无损伤等并发症发生，插管顺利。
- 2. 患者通过鼻饲获得营养、水及药物。
- 3. 护士操作熟练、规范，无损伤及并发症出现。

【注意事项】

- 1. 插管过程中若患者出现呛咳、呼吸困难、发绀等表现，说明胃管误入气管，应立即拔出，待患者休息片刻后重新插入。
- 2. 每天检查胃管插入的深度，鼻饲前检查胃管是否在胃内，并检查患者有无胃滞留。
- 3. 鼻饲给药时应先研碎，溶解后注入，鼻饲前后均应注入适量温开水冲洗导管，防止管道堵塞。
- 4. 对长期鼻饲的患者，应当定期更换胃管。

【实训作业】

- 1. 找出鼻饲法的关键点。
- 2. 分析自己操作成功或失败的原因。

【操作评分】

项目	分值	评分观测点	评分级别			得分
			I	II	III	
操作前准备	评估	5	(1) 评估患者项目齐全，方法规范	3	2	1
			(2) 礼貌称呼，沟通有效	2	1	0
	护士准备	6	衣帽整洁，举止端庄，语言恰当	6	5	4
	用物准备	2	用物齐全、正确	2	1	0
环境准备	3	环境清洁、宽敞、光线充足	3	2	1	