

现代护理 技术与要点

张旭光等◎主编



现代护理技术与要点

张旭光等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

现代护理技术与要点 / 张旭光等主编. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2018.5
ISBN 978-7-5578-3760-0

I. ①现… II. ①张… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字 (2018) 第075125号

现代护理技术与要点

主 编 张旭光等
出 版 人 李 梁
责任编辑 许晶刚 王凤丽 米庆红
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸 185mm×260mm
字 数 224千字
印 张 13
印 数 650册
版 次 2019年3月第2版
印 次 2019年3月第2版第1次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85651759
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-85677817
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-3760-0
定 价 60.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前言

现代护理是在南丁格尔创建的科学护理专业的基础上发展起来的。从以疾病为中心的护理阶段，到以患者为中心的护理阶段，再发展到现在以人的健康为中心的护理阶段，护理学逐渐形成了科学的知识理论体系，建立了特有的教育模式，其任务也从关注疾病发展到对所有人群、对生命周期所有阶段的全面关注。为适应卫生改革和新形势下护理模式改革的需求，根据医院分层级管理、三级综合医院评审标准实施细则提出的要求，医院狠抓护理内涵建设，严格进行三基训练，作为护理人员提高业务水平和素质的重要途径和环节。在临床教学和培训中，需要分层培训和施教这对加强专科护士培养，提高护士执业能力及水平，提高护理质量都有积极意义。

本书由长期工作在临床一线的护理专家和护理骨干结合多年的临床实践和教学经验编写而成，本书分上、下两篇。上篇规范了外科常用护理技术操作流程，并讲解了护理技术操作常见并发症的预防和处理，方便广大护理人员对护理技术操作进行学习、演练。对护理技术操作常见并发症的预防、观察和处理方法进行了系统科学的总结，提供了得当的护理措施。下篇总结了外科疾病相关的护理知识，内容包括外科各类疾病的病因、临床症状、常规检查、用药知识、治疗方法、护理措施、心理护理、康复指导等医学知识。本书内容新颖，深入浅出，重点明确，简单易懂，适合广大基层临床护理人员和医学院校护理专业学员使用。具有一定的实用性、指导性和可参照性，促进了临床护理工作的人性化和科学化发展。

希望临床广大护理人员在阅读本书后，能快速掌握外科护理技术操作和常见疾病的相关护理知识，熟练运用于实践，进一步丰富自己的理论知识，提高自己的专业护理水平，更好地为每一位患者提供高品质的优质服务。

由于护理学科的发展日新月异，加之书中涉及内容广泛，难免有疏漏和不足之处，敬请各位专家及同仁批评指正，以求改进和完善。

编者

2018年5月

目 录

上 篇

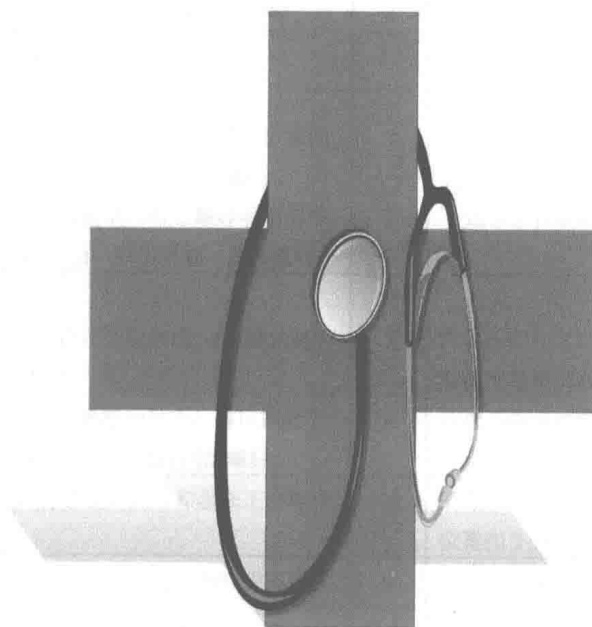
第一章 护理操作技术规范	3
第一节 戴、脱无菌手套的方法	3
第二节 静脉留置针输液技术	4
第三节 密闭式静脉输血技术	5
第四节 胃肠减压技术	7
第五节 鼻饲技术	8
第六节 女患者留置导尿技术	10
第七节 男患者留置导尿技术	12
第八节 密闭式膀胱冲洗技术	14
第九节 大量不保留灌肠技术	15
第十节 肛管排气法	16
第十一节 胸腔闭式引流的维护方法	18
第十二节 “T”管引流的维护方法	19
第十三节 脑室引流的维护方法	20
第十四节 人工肛门的护理技术	21
第十五节 备皮法	22
第十六节 换药技术	23
第十七节 PICC置管（三向瓣膜式）技术	24
第二章 护理技术操作常见并发症的预防和处理	27
第一节 胃肠减压操作的常见并发症预防及处理	27
第二节 鼻饲技术操作的常见并发症预防及处理	33
第三节 静脉留置针操作的常见并发症预防及处理	38
第四节 静脉输血操作得并发症预防及处理	41
第五节 留置导尿术操作的常见并发症预防及处理	47
第六节 大量不保留灌肠操作的常见并发症预防及处理	50
第七节 PICC置管常见并发症的预防与处理	52

下 篇

第一章 普通外科疾病患者护理	59
第一节 营养支持患者护理	59
第二节 围手术期患者护理	61
第三节 甲状腺疾病患者护理	67
第四节 急腹症患者护理	71
第五节 急性消化道出血患者护理	73
第六节 腹外疝患者护理	74
第七节 胃十二指肠疾病患者护理	78
第八节 小肠疾病患者的护理	84
第九节 大肠、肛管疾病患者的护理	88
第十节 化脓性腹膜炎疾病患者的护理	94
第十一节 外科感染疾病患者的护理	96
第二章 肝疾病患者的护理	100
第一节 肝脓肿病人的护理	100
第二节 门静脉高压患者的护理	102
第三节 肝癌患者的护理	105
第三章 胆疾病病人的护理	112
第一节 概 述	112
第二节 胆石症病人的护理	114
第四章 周围血管疾病患者的护理	122
第一节 下肢静脉曲张疾病病人的护理	122
第二节 下肢静脉血栓疾病病人的护理	125
第三节 血栓闭塞性脉管炎病人的护理	128
第五章 乳腺外科疾病患者护理	131
第一节 概 述	131
第二节 乳房炎及乳腺囊性增生的护理	133
第三节 乳房癌疾病病人的护理	137
第四节 乳房良性肿瘤病人的护理	146

第六章 心胸外科疾病患者的护理	148
第一节 心脏疾病病人的护理	148
第二节 脓胸疾病病人的护理	156
第三节 肺部疾病病人的护理	162
第四节 胸部疾病病人的护理	167
第七章 泌尿外科疾病患者的护理	174
第一节 泌尿系统疾病的主要症状	174
第二节 泌尿系统疾病的常用检查和护理	177
第三节 肾脏疾病病人的护理	182
第四节 尿石症疾病病人的护理	188
第五节 泌尿系统肿瘤疾病的护理	193
第六节 泌尿系统梗阻疾病病人的护理	198
第七节 泌尿系统损伤疾病病人的护理	201
参考文献	206

上篇 外科常用护理技术



第一章 护理操作技术规范

第一节 戴、脱无菌手套的方法

操作标准	标分	评分细则
一、准备质量标准	18	
1.仪表端庄，着装整洁。	2	一项不符合要求扣 2 分。
2.评估 (1) 操作环境是否整洁 (2) 操作台清洁、宽敞、干燥。	4	未评估扣 4 分，少评估一项扣 2 分。
3.修剪指甲，取下手表，洗手、戴口罩。	4	一项不符合要求扣 1 分。
4.用物 无菌手套包、弯盘、集物桶、速干手消毒剂。	3	用物缺少一件扣 1 分。
5.检查无菌手套包（名称、灭菌日期、手套号码、包装有无破损及漏气）及其它用物。	5	未检查扣 5 分，少检查一项扣 1 分。
二、操作质量标准	62	
1.撕开手套的外包装上端的开口处，将外包装放入弯盘，将里面的手套包平放于操作台上。	4	一处不符合要求扣 2 分。
2.手持内包装的双层边缘处，轻轻将手套包展开。	4	一处不符合要求扣 2 分。
3.戴手套	15	
A:分次取手套法		
(1) 打开手套包开口处的包装纸，另一手持手套的翻折部分（即手套内面）取出，对准五指戴上。	7	污染一处扣 2 分，方法不正确扣 2 分，戴手套的手在腰部或操作台面以下扣 2 分，其它
(2) 同法掀起另一袋口包装纸，再以戴好手套的手指插入另一手套的翻折内面，取出手套，同法戴好。	8	一处不符合要求扣 2 分。
B:一次性提取法	15	
(1) 两手同时掀开手套袋口处包装纸，分别捏住两只手套的翻折部分取出手套。	7	污染一处扣 2 分，方法不正确扣 2 分，戴手套的手在腰部或操作台面以下扣 2 分，其它
(2) 将两手套五指对准，先戴一只手，再以戴好手套的手指插入另一手套的翻折内面，同法戴好。	8	一处不符合要求扣 2 分。
4.双手调整手套位置，将手套的翻边扣套在工作服衣袖外面。	10	手套未套在工作服袖外面扣 2 分，未调整好位置扣 2 分，污染一处扣 2 分。
5.脱手套时，一手捏住另一手套外面，翻转脱下。再以脱下手套的手插入另一手套内将其翻转脱下。	8	手套外面接触皮肤扣 2 分，其它一处不符合要求扣 2 分。
6.整理用物，将用过的手套放入医用垃圾袋内按医疗废物处理，洗手。	6	一处不符合要求扣 2 分。
三、终末质量标准	20	
1.操作熟练，动作敏捷。	6	操作不熟练、动作不敏捷各扣 3 分，
2.方法正确，无菌观念强。	8	方法不正确扣 3 分，无菌观念不强扣 5 分。
3.手套穿戴整齐、美观、无褶皱。	6	手套有褶皱、不美观、不整齐各扣 2 分。

第二节 静脉留置针输液技术

操作标准	标分	评分细则
一、准备质量标准	23	
1. 仪表端庄，着装整洁。	2	一项不符合要求扣 1 分。
2. 双人核对执行单与医嘱是否正确。	2	未核对接扣2分。
3. 评估 (1) 查对患者的床号、姓名、腕带，了解患者的病情、意识状况及合作程度。 (2) 向患者解释输液方法和使用留置针的原因。 (3) 评估患者的血管和皮肤情况。 (4) 嘱患者排大小便。	8	未评估扣8分，少评估一项扣2分。
4. 洗手、戴口罩。	2	一项不符合要求扣1分。
5. 用物 治疗盘、一次性输液器 2 个、静脉留置针 2 个、无菌透明敷贴 2 个、胶布、皮肤消毒液、无菌棉签、止血带、垫巾、药液、输液贴（床号、姓名、输液药物、剂量、日期、时间）、弯盘、执行单、笔、速干手消毒剂、集物桶、治疗车、输液架。	5	用物缺少一件扣 1 分。
6. 检查以上用物，将药液与执行卡核对，开启药液瓶塞，将输液贴贴于药液上。	4	未检查用物扣 2 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
二、操作质量标准	62	
1. 携用物至床旁，查对患者床号、姓名、腕带，向患者解释，备输液贴膜、胶布，在小胶贴上注明时间。	6	未核对患者扣 2 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
2. 消毒瓶口，插输液器，排气一次成功，检查有无气泡。	5	污染输液器扣 2 分，排气一次不成功扣 2 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
3. 打开留置针外包装，将头皮针插入肝素帽内，再次排气。	4	未再次排气扣 2 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
4. 帮助患者取舒适体位，穿刺部位下铺垫巾，选择静脉，消毒皮肤（直径大于 8cm），在穿刺点上方 10~15cm 扎止血带，再消毒皮肤一次，待干。	7	未取舒适体位、消毒方法不正确、消毒范围不正确各扣 2 分，其它一处不符合要求各扣 1 分。
5. 再次核对患者，并排气，左右旋转松动外套管，去除护针帽。	5	未再次核对患者扣 2 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
6. 嘱患者握拳，左手绷紧皮肤，右手拇指持针柄。针头与皮肤成 15~30° 角进针，观察回血室有回血后调整穿刺角度，顺静脉走向平行推进 0.2cm，一手固定针芯，另一手将外套管沿血管走向缓慢推入，抽出钢针芯至套管根	18	未嘱患者握拳、未绷紧皮肤、角度不合理、回血后未调整针头方向、外套管推入不畅、未固定针柄、套管针未全部送入静脉、未固定针芯即送外套管、未松

部，松拳，松止血带，打开输液器开关，液体滴入顺利后，抽出钢针芯，置于包装盒内。		止血带、未开输液器开关即拔出针芯、钢针放置不合理各扣1分，一次穿刺不成功扣5分。
7. 以进针点为中心粘贴透明膜，固定套管针，胶布固定头皮针。	5	透明膜粘贴不当、套管针固定不当、未固定头皮针各扣2分。
8. 取走垫巾和止血带，调节输液速度，再次核对患者及药物。	4	未取走垫巾和止血带、未核对、未调速度、顺序错各扣1分。
9. 询问患者感觉，交代使用留置针的注意事项，协助患者取舒适卧位，整理病床单元。	5	未交待注意事项扣2分，其它一处不符合要求扣1分。
10. 整理用物，洗手，记录。	3	一处不符合要求扣1分。
三、终末质量标准	15	
1. 操作熟练，遵守无菌原则。	5	操作不熟练扣3分，无菌观念不强扣2分，
2. 穿刺一次成功。	5	穿刺一次不成功扣5分，爱伤观念不强扣
3. 爱护体贴患者，护患交流到位。	5	5分。

第三节 密闭式静脉输血技术

操作标准	标分	评分细则
一、准备质量标准	25	
1. 仪表端庄，着装整洁。	2	一项不符合要求扣1分。
2. 双人核对执行单与医嘱是否正确。	2	未核对扣2分。
3. 评估 (1) 查对患者的床号、姓名、腕带，了解患者的病情、意识状况及合作程度。 (2) 了解患者血型、有无输血史及不良反应，必要时，遵医嘱给予抗组胺或者类固醇药物。向患者解释输血的目的和方法。 (3) 评估患者的皮肤和血管情况。 (4) 嘱患者排大小便，准备输液架。	8	未评估扣8分，少评估一项扣2分。
4. 洗手、戴口罩。	2	一处不符合要求扣1分。
5. 用物 治疗盘、血袋、止血带、垫巾、胶布、生理盐水、皮肤消毒液、无菌棉签、弯盘、开瓶器、按医嘱备血（已核对）、输血器2个、执行单、笔、速干手消毒剂、集物桶、治疗车、输液架，必要时备小夹板及绷带。	5	用物缺少一件扣1分。
6. (1) 检查血袋四查： ①检查血袋或标签有无破损、漏血。	6	检查血液时一处不符合要求扣1分，未检查其它用物扣1分。

②血袋的有效期。 ③血液质量：有无血凝块，血浆呈乳糜状或灰暗色、明显气泡、絮状物或粗大颗粒，未摇动时血浆层呈暗红色。 ④采血日期及有效期，温度是否适宜。 六对：两人核对输血相容性监测报告单与血袋上的姓名、血袋号、血型、RH分型、血液品成分、剂量。 (2) 检查生理盐水，在标签上注明床号、姓名、用法。 (3) 再检查以上其它用物。		
二、操作质量标准	60	
1. 携用物至床旁，查对患者床号、姓名、腕带，向患者解释。	3	未查对患者扣 2 分，未解释扣 1 分。
2. 核对无菌生理盐水，开启瓶塞中心部分，消毒后，插入输血器针头，排气一次成功。	5	未核对无菌生理盐水、污染针头各扣 2 分，其它一项不符合要求扣 1 分。
3. 协助患者取合适体位，选择静脉，下面铺一次性垫巾	4	选择静脉不合适扣 2 分，其它一项不符合要求扣 1 分。
4. 消毒穿刺部位皮肤 6cm 以上，扎压脉带，再次消毒皮肤。	5	扎压脉带过早或过紧、棉签过饱和各扣 1 分，污染一处或消毒不符合要求各扣 2 分。
5. 再次核对患者信息与生理盐水，排尽针头内空气，穿刺一次成功。	8	未再次核对患者信息与生理盐水扣 2 分，未排尽空气扣 1 分，穿刺不成功扣 5 分。
6. 输液贴固定，调节滴速。	2	输液贴固定不牢固扣 1 分，未调滴速扣 1 分。
7. 两人再次核对输血相容性监测报告单与血袋上所有信息，并签名。	3	缺少两人再次核对扣 2 分，未签名扣 1 分。
8. 轻轻摇匀血液，拉开血袋导管消毒。从生理盐水瓶上拔出输血针头后插入血袋，将血袋挂于输液架上。	5	污染针头扣 3 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
9. 调节滴速：开始 15 分钟内，宜缓慢滴入，每分钟约 2ml (30 滴/min)，观察 10~15min 无反应后，根据病情、年龄、及血液制品的成分调节滴速（成人一般 40~60 滴/min）。血小板和冷沉淀制剂输注时限为 30 分钟；血浆输注时限 40 分钟；红细胞输注时限 4 小时。	5	滴速不符合要求扣 3 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
10. 向患者交代注意事项：重点交代输血反应及应对方法。	4	未交待输血反应及应对方法扣 4 分，少交代一项扣 1 分。
11. 洗手，记录。	2	一处不符合要求扣 1 分。
12. 输血过程中密切观察输血反应，当血袋内血液输完后，输入少量生理盐水，将输液管内血液冲净后拔针。	5	未观察扣 3 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
13. 再次核对患者信息及血袋信息，协助患者取舒适体位，整理床单元。	4	未再次核对患者信息及血袋信息扣 2 分，其它一处不符合要求扣 1 分。

14. 整理用物（空血袋按血液管理制度放在指定位置，保留 24h），洗手，记录。	5	未整理用物、空血袋未按要求放置各扣 2 分，其它一项不符合要求扣 1 分。
三、终末质量标准	15	
1. 严格无菌操作和查对制度。	5	污染一处扣 2 分，少查对一项扣 2 分，穿
2. 输血一次成功，无血液浪费。	7	刺不成功扣 5 分，浪费血液扣 2 分，操作
3. 操作熟练，动作稳健。	3	不熟练扣 3 分。

第四节 胃肠减压技术

操作标准	标分	评分细则
一、准备质量标准	24	
1. 仪表端庄，着装整洁。	2	一项不符合要求扣 1 分。
2. 双人核对执行单与医嘱是否正确。	2	未核对扣 2 分。
3. 评估 (1) 查对患者的床号、姓名、腕带，了解患者的病情、意识状态及合作程度。 (2) 向患者解释插胃管的目的和方法，指导患者在插管中的配合方法。 (3) 询问患者有无插管经历、食管静脉曲张病史。 (4) 用手电筒检查患者的鼻腔状况（有无鼻中隔偏曲、息肉、肿胀、炎症）。	8	未评估扣 8 分，少评估一项扣 2 分。
4. 洗手、戴口罩。	2	一项不符合要求扣 1 分。
5. 用物 治疗盘、治疗碗（盛温开水）、胃包（镊子 1 把、血管钳 1 把、纱布 3 块、无菌石蜡油棉球）、胃管 2 根、无菌手套、治疗巾、弯盘、压舌板、20ml 注射器 1 个、无菌棉签、胶布、别针、夹子、听诊器、一次性负压吸引器、引流管标识、执行单、笔、速干手消毒剂、集物桶、治疗车。	8	用物缺少一件扣 1 分。
6. 检查以上用物。	2	未检查用物扣 2 分。
二、操作质量标准	61	
1. 携用物至床旁，查对床号、姓名、腕带，备胶布两条。	4	未查对患者、未备胶布各扣 2 分。
2. 患者取平卧位（或半坐位），昏迷患者头稍后仰，定一下剑突的位置。	4	卧位不符合要求、未定剑突位置各扣 2 分。
3. 颌下铺治疗巾，置弯盘于口角处，清洁鼻腔，打开胃包，将 20ml 注射器、压舌板放入胃管包内，戴手套。	6	在患者身上打胃包、污染手套各扣 2 分，顺序颠倒扣 1 分，其它一处不符合要求各扣 1 分。
4. 检查胃管是否通畅，测量插管长度（自耳垂至鼻尖再	6	未检查胃管是否通畅、测量长度不准确各

至剑突，或者自前额发际至剑突的长度），用胶布作标记，想当于 45~55cm, 石蜡油润滑胃管前端。		扣 2 分，顺序颠倒扣 1 分，其它一处不符合要求各扣 1 分。
5. 左手以纱布托住胃管，右手持血管钳夹住胃管前端沿一侧鼻孔缓缓插入，到咽喉部时（约 15cm），嘱患者大口吞咽（协助昏迷患者头向前屈，使下颌靠近胸骨柄），同时将胃管送下至所需长度，（口述）如果患者出现恶心、呕吐反应，应暂停，嘱患者深呼吸；插入不畅时，嘱患者张口，查看胃管是否在口腔中盘曲；若患者出现呛咳发绀，则误入气管应立即拔出重插，待患者平稳后再继续插入。用血管钳夹住胃管前端，暂用胶布固定于鼻翼上。	20	插管方法不正确、未检查胃管是否在口中盘曲、未嘱患者做吞咽各扣 2 分，插管一次不成功扣 5 分，未口述插管中患者出现的各种情况扣 4 分，其它一处不符合要求各扣 1 分。
6. 用注射器抽吸有胃液抽出，证明胃管在胃内，用胶布固定在面颊部，撤去治疗巾与弯盘。	5	未验证胃管在胃内扣 3 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
7. 连接一次性负压吸引器，调整减压装置，将胃管与负压装置连接，妥善固定于患者的肩部、枕旁或床基单上。贴好胃管标识并注明置管日期、时间。	7	连接不符合要求、负压吸引器未处于负压状态、未贴好胃管标识（未注明置管日期和时间）各扣 2 分，别针固定不妥扣 1 分。
8. 再次核对患者，帮助患者取舒适卧位，整理床单元，交代注意事项（在留置胃管期间禁止饮水和进食，保持胃管通畅，使之持续处于负压状态，防止胃管脱出，记录引流液的性质和量）。	6	未再次核对患者、未交代注意事项各扣 2 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
9. 整理用物，洗手，记录。	3	一处不符合要求扣 1 分。
三、终末质量标准	15	
1. 操作熟练，动作轻柔。	5	操作不熟练、不轻柔扣 5 分。
2. 插管一次成功，固定牢固无脱出。	5	一次不成功或脱出扣 5 分。
3. 护患沟通好，爱护体贴患者。	5	爱伤观念不强扣 5 分。

第五节 鼻饲技术

操作标准	标分	评分细则
一、准备质量标准	25	
1. 仪表端庄，着装整洁。	2	一项不符合要求扣 1 分。
2. 双人核对执行单与医嘱是否正确。	2	未核对扣 2 分。
3. 评估 （1） 查对患者的床号、姓名、腕带，了解患者的病情、意识状态及合作程度。 （2） 向患者解释鼻饲的目的和方法，指导患者在插管中的配合方法。 （3） 了解患者有无插管经历、食管静脉曲张病史。	8	未评估扣 8 分，少评估一项扣 2 分。

(4) 用手电筒检查患者的鼻腔状况 (有无鼻中隔偏曲、息肉、肿胀、炎症)。		
4. 洗手、戴口罩。	2	一项不符合要求扣 1 分。
5. 用物 治疗盘、流质饮食 200ml、治疗碗 2 个 (一个盛温开水, 另一个放置血管钳或镊子 2 把、纱布 3 块)、无菌石蜡油棉球、胃管 2 根、一次性无菌治疗巾、压舌板、无菌手套、弯盘、注射器 2 个 (20ml 注射器 1、50ml 注射器 1)、无菌棉签、胶布、橡皮筋 (或夹子)、别针、听诊器、水温计、引流管标识、执行单、笔、速干手消毒剂、集物桶、治疗车。	7	用物缺少一件扣 1 分。
6. 测量流质饮食的温度 (38~40℃), 水温计擦干, 检查以上用物。	4	未测量温度、未检查用物各扣 2 分。
二、操作质量标准	60	
1. 携用物至床旁, 查对床号、姓名、腕带, 向患者解释, 备胶布两条。	4	未查对扣 2 分, 未备胶布扣 2 分。
2. 协助患者取平卧位或半坐位 (昏迷患者头稍后仰), 定一下剑突的位置, 颌下铺一次性治疗巾, 置弯盘于口角处, 用棉签蘸温水清洁鼻腔。	5	一处不符合要求扣 1 分。
3. 打开胃管、注射器、压舌板并放于治疗巾上, 戴手套, 检查胃管是否通畅, 测量插管长度 (自耳垂至鼻尖再至剑突, 或者自前额发际至剑突的长度), 相当于 45~55cm, 用胶布作标记。	7	胃包放置不合理、未测量长度各扣 2 分, 其它一处不符合要求扣 1 分。
4. 石蜡油润滑胃管前端, 左手以纱布托住胃管, 右手持血管钳夹住胃管前端沿一侧鼻孔缓缓插入, 到咽喉部时 (约 15cm), 嘱患者大口吞咽 (协助昏迷患者头向前屈, 使下颌靠近胸骨柄), 同时将胃管送下至所需长度, (口述) 如果患者出现恶心、呕吐反应, 应暂停, 嘱患者深呼吸; 插入不畅时, 嘱患者张口, 查看胃管是否在口腔中盘曲; 若患者出现呛咳发绀, 则误入气管应立即拔出重插, 待患者平稳后再继续插入。用血管钳夹住胃管前端, 暂用胶布固定于鼻翼上。	16	插管一次不成功扣 5 分, 插入不畅、动作不轻柔、未指导患者、未检查各扣 2 分, 顺序错误扣 1 分, 其它一处不符合要求扣 1 分。
5. 用注射器抽吸有胃液抽出, 证明胃管在胃内, 用胶布固定在面颊部。	5	未验证胃管在胃内扣 3 分, 其它一处不符合要求扣 1 分。
6 先注入少量温开水, 再注入流质, 注毕以少量温开水冲洗胃管, 抬高胃管末端。	7	注入速度过快、未排气、未冲洗胃管各扣 2 分, 未抬高末端扣 1 分。
7. 反折胃管开口端, 用纱布包好, 用橡皮筋扎紧。脱去手套, 撤去弯盘与治疗巾, 再用别针固定在肩部, 贴好胃管	6	胃管开口端未包扎好、未贴好胃管标识 (注明置管日期和时间) 各扣 2 分,

标识并注明置管日期和时间。		其它一处不符合要求扣 1 分。
8. 再次核对患者信息，协助患者取舒适卧位，整理病床单元，交代注意事项（询问患者鼻饲后的反应、交代鼻饲后合适的卧位、管道的护理以及观察排泄物等）。	6	未再次核对患者、未交待注意事项各扣 2 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
9. 整理用物，洗手，记录（时间、鼻饲种类、鼻饲量以及患者的反应）。	4	未详细记录扣 2 分，其它一处不符合要求扣 1 分。
三、终末质量标准	15	
1. 操作熟练，动作轻柔。	5	操作不熟练扣 3 分，动作不轻柔扣 2
2. 插管一次成功，固定牢固无脱出。	5	分。插管一次不成功或脱出扣 5 分。
3. 护患沟通好，爱护体贴患者。	5	爱伤观念不强扣 5 分。

第六节 女患者留置导尿技术

操作标准	标分	评分细则
一、准备质量标准	20	
1.仪表端庄、着装整洁。	2	一项不符合要求扣 1 分。
2.双人核对执行单与医嘱是否正确。	2	未核对扣 2 分。
3.评估 (1) 查对患者的床号、姓名、腕带，了解患者的病情、意识状况及合作程度。 (2) 向患者及家属解释留置导尿的目的和方法，取得配合。 (3) 评估患者的膀胱充盈度、尿道口皮肤情况，判断使用导尿包的型号。 (4) 协助患者排便。	6	未评估扣 6 分，少评估一项扣 1.5 分。
4.洗手、戴口罩。	2	一项不符合要求扣 1 分。
5.用物 治疗盘、一次性无菌导尿包两个（导尿包型号分别为 18 号、16 号）、弯盘、一次性垫子、便盆、小便壶、引流管专用固定绷带（固定器）、引流管标识、执行单、笔、速干手消毒剂、集物桶、治疗车，备用无菌手套一副，必要时备屏风。	6	用物缺少一件扣 1 分。
6.检查以上用物。	2	未检查用物扣 3 分。
二、操作质量标准	65	
1.携用物至床旁，查对患者床号、姓名、腕带，向患者解释。	3	未查对患者扣 2 分，未解释扣 1 分。
2.关闭门窗，拉上床幔遮挡患者，放好便盆或小便壶。	3	一处不符合要求扣 1 分。
3.嘱患者平卧，操作者位于患者右侧拆同侧床尾盖被，	3	体位不符合要求扣 2 分，暴露时间长扣 1