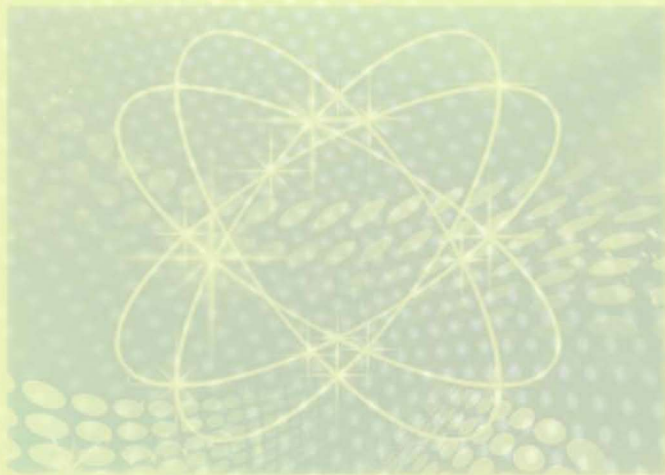


护理技术操作规范

部凤英 主编



内蒙古科学技术出版社

护理技术操作规范

部凤英 主编

内蒙古出版集团
内蒙古科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

护理技术操作规范 / 部凤英主编. — 赤峰: 内蒙古科学技术出版社, 2012. 7

ISBN 978 - 7 - 5380 - 2176 - 9

I. ①护… II. ①部… III. ①护理—技术操作规程
IV. ①R472 - 65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 154070 号

出版发行: 内蒙古出版集团

内蒙古科学技术出版社

地 址: 赤峰市红山区哈达街南一段 4 号

邮 编: 024000

电 话: (0476) 8231924 8224848

网 址: www.nm-kj.com

组织策划: 张继武

责任编辑: 高晓丽

封面设计: 永 胜

印 刷: 赤峰地质宏达印刷有限责任公司

字 数: 110 千

开 本: 700 × 1010 1/16

印 张: 7.75

版 次: 2012 年 7 月第 1 版

印 次: 2012 年 7 月第 1 次印刷

定 价: 20.00 元

编委会

主 编 部凤英

副主编 王艳华 韩纪平

编 者(以姓氏笔画为序)

于海玲	马淑玲	王秀莲	王晓燕	王文慧	王艳华
冯玉新	刘丽茹	李秀华	吴 艳	杨秀梅	杨玉霞
陈立飞	尚瑞玲	郑桂茹	郑 华	姜海燕	郭志军
部凤英	唐素红	徐凤茹	袁景华	韩纪平	韩欣欣

前 言

2007年卫生部下发了《全国卫生系统护理岗位技能训练和竞赛活动护理技术项目考核要点》，为护理技术机械化操作画上了句号，揭开了以人为本，注重操作前、中、后的有效指导和温馨沟通的序幕。2010年“优质护理示范工程”启动后，卫生部相继下发了《基础护理服务工作规范》和《常用临床护理技术操作规范》，这些对护理理念的更新、操作的规范起到了积极的指导意义。但是，在指导护士，特别是年轻护士进行技术操作训练时，仍存在与患者的沟通不切题意，语言生硬，不能正确理解规范真正内涵，操作步骤颠倒、不流畅、费时费力等问题，为此，我们在卫生部《基础护理服务工作规范》和《常用临床护理技术操作规范》的基础上进行了细化，编写了《护理技术操作规范》。该书将沟通及指导内容巧妙地贯穿在整个操作中，使整个操作过程流畅、规范、人性化。

该书分为四个部分，即基础护理技术操作规范、常用临床护理技术操作规范、专科护理技术操作规范和护理技术操作相关知识。它涵盖了护理技术操作的主要内容，具有很强的实用性、创新性和可操作性。每项操作均按目的、评估、指导要点、注意事项、操作流程的顺序，引导护士有条不紊地完成操作内容，是护理管理者考核的标准，是护士操作训练的教材。

贫者因书而富，富者因书而贵。愿该书能成为你的良书益友，成为你进步的阶梯。

由于编写水平有限，错误之处在所难免，肯请同仁给予斧正，以便完善。

编者

2012年3月10日

目 录

第一章 基础护理技术操作规范

第一节	整理床单位	(1)
第二节	协助病人更衣	(2)
第三节	协助患者进食、饮水	(3)
第四节	协助患者翻身及有效咳痰	(4)
第五节	协助患者床上移动	(6)
第六节	床上擦浴	(7)
第七节	床上洗头	(9)
第八节	床上梳头	(10)
第九节	面部清洁	(11)
第十节	留置尿管的护理	(13)
第十一节	会阴护理	(14)
第十二节	失禁护理	(16)
第十三节	压疮预防及护理	(17)
第十四节	口腔护理	(20)
第十五节	鼻 饲	(22)

第二章 常用临床护理技术操作规范

第一节	生命体征监测技术	(25)
第二节	皮内注射技术	(27)
第三节	皮下注射技术	(29)
第四节	口服给药技术	(30)
第五节	导尿技术	(31)
第六节	胃肠减压技术	(33)

第七节	灌肠技术	.....	(35)
第八节	氧气吸入技术	.....	(37)
第九节	雾化吸入技术	.....	(39)
第十节	经气管插管、气管切开吸痰技术	.....	(40)
第十一节	经鼻、口腔吸痰技术	.....	(41)
第十二节	密闭式静脉输血技术	.....	(42)
第十三节	静脉留置针技术	.....	(46)
第十四节	血糖监测技术	.....	(48)
第十五节	心电监测技术	.....	(49)
第十六节	输液泵、微量输注泵使用技术	.....	(50)
第十七节	洗胃技术	.....	(52)
第十八节	心肺复苏技术(单人徒手心肺复苏)	.....	(54)
第十九节	双人使用简易呼吸器心肺复苏技术	.....	(55)
第二十节	无菌技术	.....	(56)
第二十一节	输液护理技术	.....	(58)

第三章 专科护理技术操作规范

第一节	手卫生(一般洗手)	.....	(61)
第二节	噎食的急救护理技术	.....	(62)
第三节	PICC 护理技术	.....	(63)
第四节	约束带的使用护理技术	.....	(65)
第五节	轴线翻身护理技术	.....	(67)
第六节	关节腔闭合式连续冲洗护理技术	.....	(68)
第七节	气管切开术护理技术	.....	(70)
第八节	张力性气胸紧急排气法的护理技术	.....	(71)
第九节	中心静脉压监测护理技术	.....	(73)
第十节	血液透析护理技术	.....	(74)
第十一节	穿无菌手术衣技术	.....	(77)
第十二节	各种手术体位摆放技术	.....	(78)
第十三节	胸腔闭式引流护理技术	.....	(79)
第十四节	结膜下注射护理技术	.....	(81)

第十五节	腹部四步触诊护理技术	(82)
第十六节	缩宫素引产护理技术	(83)
第十七节	新生儿复苏的护理技术	(84)
第十八节	新生儿脐部护理技术	(85)
第十九节	造口护理技术	(87)
第二十节	呼吸机使用护理技术	(88)
第二十一节	自体腹水浓缩回输术护理技术	(89)
第二十二节	偏瘫患者翻身护理技术	(91)
第二十三节	除颤技术	(92)

第四章 护理技术操作相关知识

第一节	生命体征监测技术	(94)
第二节	皮内注射技术	(97)
第三节	皮下注射技术	(98)
第四节	导尿技术	(100)
第五节	胃肠减压技术	(101)
第六节	灌肠技术	(102)
第七节	氧气吸入技术	(102)
第八节	雾化吸入技术	(103)
第九节	吸痰技术	(103)
第十节	密闭式静脉输血技术	(104)
第十一节	静脉留置针技术	(105)
第十二节	血糖监测技术	(106)
第十三节	心电监测技术	(106)
第十四节	输液泵、微量输注泵使用技术	(110)
第十五节	洗胃技术	(110)
第十六节	心肺复苏技术	(110)
第十七节	无菌操作技术	(111)
第十八节	鼻饲技术	(112)
第十九节	口腔护理技术	(112)
第二十节	压疮的预防及护理技术	(113)

第一章 基础护理技术操作规范

第一节 整理床单位

【目的】

1. 保持病室和床单位整洁、美观。
2. 使患者舒适,预防压疮并发症。

【评估】

1. 评估患者病情、意识状态、合作程度、自理程度、皮肤情况、管路情况。
2. 评估床单位安全、方便、整洁程度。

【指导要点】

1. 告知患者床单位管理的目的及配合方法。
2. 指导患者及家属正确使用床单位辅助设施。

【注意事项】

1. 正确运用人体力学原理,避免多次走动,提高工作效率及节省体力,方便操作。
2. 告知患者做好准备。根据患者的病情、年龄、体重、意识、活动和合作能力,有无引流管、伤口、有无大小便失禁等,采用与病情相符的整理床单位的方法。
3. 防止患者受凉,注意保护隐私。
4. 协助活动不便的患者翻身或下床,采用湿扫法清洁并整理床单位。

【操作流程】

1. 操作准备:

- (1) 仪表端庄、服装整洁。
- (2) 洗手,戴口罩。

2. 用物: 床褥、棉胎或毛毯、枕芯、床单、被套、枕套。

3. 评估: 321-4床, ×××您好! 今天感觉怎么样? (很好) 手术后5天了是吧? (是的) 来看我一下切口。切口很好,没有引流。为了使您能有一个干净、舒适的环境,一会儿我为您更换一下床单,您能配合吗? (可以) 您能下床吗? (能) 检查一下床和被褥是否符合安全要求,环视四周没有其他病人治疗、进餐。好的,您稍等,我准备一下,一会儿就来。

4. 操作过程:

(1) 推备好物品的治疗车至病房。×××准备好了吗? (准备好了) 核对床尾卡。那我扶您下床。

(2) 移床头桌距床 20cm, 移床旁椅至床尾距床 15cm。

(3) 翻床垫, 与床头对齐, 铺棉褥。

(4) 铺大单, 先展床头, 后展床尾, 中缝对齐。床脚铺直角或斜角, 拉紧边缘。同法铺对侧。

(5) 被套正面向外, 平铺床上, 开口朝床尾, 开口打开 1/3, 将“S”形棉胎放入被套, 两边打开和被套平齐, 边缘内折成被筒与床沿平齐。

(6) 枕套反面向外, 抓住枕芯两角, 翻转枕套, 至于床头, 四角充实, 压在被上, 开口背门。

(7) 移回床头桌、椅, 检查病床单元。×××您的床单位已经更换好了, 请您放松、休息, 谢谢您的配合!

(8) 处理用物, 洗手。

第二节 协助病人更衣

【目的】

使病人清洁舒适, 满足其身心的需要。

【评估】

评估患者病情、意识、肌力、移动能力、有无肢体偏瘫、手术、引流管及合作能力等。

【指导要点】

告知患者及家属更衣的目的、过程及注意事项。

【注意事项】

1. 更衣过程中注意保护伤口和各种管道。
2. 操作过程中注意观察患者生命体征。
3. 注意保暖, 保护患者隐私。

【操作流程】

1. 评估: 321-4 床, ×××您好! 我是您的责任护士×××, 今天感觉怎么样? (很好) 为了使您舒适, 一会儿给您更换清洁的衣服。可以吗? (可以) 好, 我现在来检查一下你的肢体活动度和全身情况。掀开盖被, 露出一侧上肢, 用手捏前臂皮肤。请做一下肘关节的屈曲动作, 盖好盖被。同法查对侧上肢。掀开盖被, 露出一侧下肢。您平时大小便自己知道吗? (知道) 请做一下膝关节的屈曲和直腿抬高动作, 盖好盖被。同法查对侧下肢。有引流吗? (没有) 好的, 您稍等, 我准备一下, 一

会儿就来。

2. 操作准备: 环境安静、整洁, 室温适宜。

(1) 仪表端庄、服装整洁。

(2) 洗手, 戴口罩。

3. 用物: 清洁、合身衣服 1 套, 一次性手套。

4. 操作过程:

(1) 推备好物品的治疗车至病房。321-4 床, ×××准备好了吗? (准备好了) 核对床尾卡。关闭门窗, 用屏风遮挡, 戴手套。(污染严重)

(2) 现在为您更换衣服, 协助患者取坐位。这样的体位舒适吗? (可以) 那 we 们开始。

(3) 为患者脱上衣。原则: 先近侧, 后对侧; 若肢体有疼痛或伤口, 先健侧后患侧。(脱患者裤同上衣) ×××如果您有什么不适, 请及时告诉我。(好的)

(4) 为患者穿上衣。原则: 先对侧, 后近侧; 若肢体有疼痛或伤口, 先患侧后健侧。(穿患者裤同上衣)

(5) 整理患者衣领、后背, 盖好被子, 整理床单位。

(6) 操作过程中注意观察患者生命体征的变化, 保护患者伤口及各种管路。注意保暖。

(7) 将污染衣物放置护理车上, 脱手套。×××衣服已经给您换好了, 如果您有什么需要帮助的, 请按呼叫器, 我也会随时来看您, 谢谢您的配合!

(8) 处理用物, 洗手。

第三节 协助患者进食、饮水

【目的】

1. 协助不能自理或部分不能自理患者进食、饮水。

2. 保证患者机体需要, 维持机体水、电解质平衡。

【评估】

1. 评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度。

2. 评估患者饮食类型、吞咽功能、咀嚼能力、口腔疾患、营养状况、进食情况。

3. 了解有无餐前、餐中用药, 有无特殊治疗或检查。

【指导要点】

根据患者的疾病特点, 对患者或家属进行饮食指导。

【注意事项】

1. 协助进食过程中, 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。

2. 需要记录出入量的患者,准确记录患者的进食、饮水时间、种类、食物含水量等。

3. 患者进食、饮水延迟时,护士进行交接班。

4. 患者进食、饮水时出现异常情况,护士应及时处理。

【操作流程】

1. 执行医嘱: 321-4 床, × × × 11 时 50 分进半流食。

2. 评估: 是 321-4 床, × × × 吗? (是的) 核对床尾卡。您好! 我是您的责任护士 × × ×, 今天感觉怎么样? (今天感觉还可以) 根据医嘱, 您可以进半流质饮食了。一会儿需要做检查吗? (不需要) 去厕所吗? (不去) 自己可以吃东西吗? (可以) 好的, 那您洗一下手, 漱漱口。我准备一下用物, 一会儿就来。回护办室后, 看一下重症护理记录单, 了解患者液体出入量情况。合理配餐, 温度适宜。

3. 操作准备: 准备整洁、安静、舒适的进食环境。

(1) 仪表端庄、服装整洁。

(2) 洗手, 戴口罩。

4. 用物: 汤勺(可由患者自备)、餐盒(可由患者自备)、水杯(可由患者自备)、纸巾等。按医嘱备饮食。

5. 操作过程:

(1) 推备好物品的治疗车至病房。321-4 床, × × × 准备好了吗? (准备好了) 核对床尾卡, 开窗通风。

(2) 协助患者半坐卧位, (卧床患者可抬高床头 30°, 平卧患者可协助侧卧) 胸前放小桌。× × × 这样舒适吗? (可以) 将餐巾围与患者颌下胸前, 保持衣服、被褥清洁。协助患者进食。

(3) 食量、速度适宜。食勺尽量送到舌根, 喂汤时从唇边送入。注意力集中, 进食时不和患者交谈。密切观察病情变化。进食后漱口, 清洁口腔。

(4) 整理餐具、床单位, 病情许可者保留坐位 30min。× × × 饭已经吃完了, 有什么不适吗? (没有) 请您暂时保持现在的卧位, 以免引起进餐后不适。如果您有什么需要帮助的, 请按呼叫器, 我也会随时来看您, 谢谢您的配合!

(5) 处理用物, 洗手, 准确记录出入量。对进食情况进行交接班。

第四节 协助患者翻身及有效咳痰

【目的】

1. 协助患者翻身, 减轻局部组织压力, 预防并发症。

2. 对不能有效咳痰的患者进行拍背, 促进痰液咳出。

3. 保持呼吸道通畅, 避免坠积性肺炎发生。

【评估】

1. 评估患者的年龄、体重、病情、皮肤情况及配合程度,肢体活动能力、心功能状况,有无手术、引流管、骨折、牵引等。有活动性内出血、咯血、气胸、肋骨骨折、肺水肿、低血压等,禁止背部叩击。
2. 评估咳痰的难易程度,观察痰液的颜色、性质、量、气味和有无肉眼可见的异常物质等。
3. 必要时评估生命体征、意识状态、心理状态等,评估有无发绀。
4. 了解痰液直接涂片和染色镜检(细胞学、细菌学、寄生虫学检查)、痰培养和药物敏感试验等检验结果。
5. 评估患者体位是否舒适,了解肢体和各关节是否处于合理位置。

【指导要点】

1. 告知患者及家属翻身的目的、过程及配合方法。
2. 告知患者及家属翻身时和翻身后的注意事项。
3. 告知患者养成正确的饮食、饮水习惯。
4. 教会患者有效的咳痰方法。
5. 指导患者正确配合雾化吸入或蒸气吸入。

【注意事项】

1. 有活动内出血、咯血、气胸、肋骨骨折、肺水肿、低血压等,禁止背部叩击。
2. 护理过程中,密切观察病情变化,有异常及时通知医师并处理。

【操作流程】

1. 评估:321-4床,×××您好!我是您的责任护士×××,今天感觉怎么样?(有点憋气、有痰咳不出)您多大年纪了?(60岁)体重多少?(50kg)有引流、骨折吗?(没有)有咯血的情况吗?(没有)来我看一下您的皮肤,(皮肤无破损)我再听一下您的肺部。(确定痰液明显区域)×××您不用紧张,一会儿我帮助您翻身、咳痰,这样您就会舒服多了,您能接受吗?(可以)掀开盖被,露出一侧上肢,用手捏前臂皮肤。请做一下肘关节的屈曲动作,盖好盖被。同法查对侧上肢。掀开盖被,露出一侧下肢,请做一下膝关节的屈曲和直腿抬高动作,盖好盖被。同法查对侧下肢。您平时大小便自己知道吗?(知道)去厕所吗?(不去)好的,您稍等,我准备一下,一会儿就来。

2. 操作准备:环境安静、整洁,室温适宜。

(1) 仪表端庄、服装整洁。

(2) 洗手,戴口罩。

3. 用物:听诊器、垫枕。

4. 操作过程:

(1) 推备好物品的治疗车至病房。321-4床,×××准备好了吗?(准备好

了)核对床尾卡,关闭门窗。现在为您翻身可以吗?(可以)

(2)一人协助翻身:病人仰卧,两手放于腹部,两腿屈曲;先将病人两下肢移向护士一侧的床缘,再将病人的肩部外移;一手扶肩,一手扶膝,将病人推向对侧,使病人背向护士,用枕头将病人背部及肢体垫好。两人协助翻身:病人仰卧,两手放于腹部,两腿屈曲;两护士站在床的同一侧,一手托住病人的颈肩及腰部,另一手托住病人的臀部和腘窝,两人同时将病人抬起移向自己;分别托扶肩、腰、臀和膝部,轻推病人转向对侧,用枕头将病人背部及肢体垫好。叩背:从下至上、从外向内,背部从第10肋间隙、胸部从第6肋间隙开始向上叩击至肩部,注意避开乳房及心前区,频率及手法正确、力度适宜;叩背前充分进行雾化吸入。×××这样可以吗?有什么不适吗?(没有)

(3)协助患者排痰,听诊咳痰效果。×××您觉得好些了吗?(好多了)

(4)清理用物,整理床单位。×××如果您有什么需要帮助的,请按呼叫器,我也会随时来看您,谢谢您的配合!

(5)整理用物,洗手,准确记录。特殊情况进行交接班。

第五节 协助患者床上移动

【目的】

1. 协助不能自行移动的患者床上移动,保持患者体位舒适。
2. 促进局部血液循环,保持肢体血运良好。
3. 预防压疮,减少并发症,适应治疗及护理需要。

【评估】

1. 评估患者病情及活动能力,合作程度。
2. 评估患者身高、体重。
3. 评估患者引流管、伤口情况,有无约束、骨折、牵引等。

【指导要点】

1. 告知患者及家属体位转换的目的、过程及配合方法。
2. 告知患者及家属体位转换时和转换后的注意事项。

【注意事项】

1. 注意患者安全,合理使用床档。
2. 保证患者的各种管道通畅,避免拖、拉,保护局部皮肤。
3. 术后患者应检查伤口敷料,防止脱落;保持各种骨科牵引及石膏固定功能位;颅脑手术患者头部只能卧于健侧或平卧。
4. 操作过程中,密切观察病情变化及皮肤情况,有异常及时通知医生并处理。
5. 在患者进餐或治疗时应暂停操作。

【操作流程】

1. 评估:321-4床,×××您好!我是您的责任护士×××,今天感觉怎么样?(可以,总是一个姿势躺着有点累,自己移动又不方便)没关系的,您不用紧张,一会儿我来帮助您换一个舒适的体位,您会感觉好一些。可以吗?(可以)来我看一下您的伤口,伤口很好,有引流。您身高多少?(160cm)体重多少?(65kg)去厕所吗?(不去)好的,您稍等,我准备一下,一会儿就来。

2. 操作准备:准备整洁、安静、舒适的环境。

(1) 仪表端庄、服装整洁。

(2) 洗手,戴口罩。

3. 操作过程:

(1) 321-4床,×××准备好了吗?(准备好了)核对床尾卡,固定床轮,松开盖被。现在我开始帮您变换体位可以吗?(可以)

(2) 视病情放平床头支架,将枕头横立于床头,避免撞伤患者。妥善处理引流管,移动患者需要位置。①左右移动:患者仰卧屈膝、双脚蹬床面,抬臀,并向一侧移动。然后患者将头、肩向同方向移动,最后将双腿侧移,使身体成直线。护士可在一侧协助。②向上移动:放平床头,将软枕横立于床头。(一人协助)患者仰卧屈膝,双手握住床头栏杆,脚蹬床面,护士用手稳住患者双脚,同时在臀部提供助力,使其上移。放回软枕,根据病情调节床头支架。查看患者皮肤情况。(二人协助)患者平卧,护士两人分别站在床的两侧,交叉拖住病人颈、肩及腰、臀部,同时用力,协调的将病人抬起,移向床头;亦可两人同侧,一人拖住病人的颈、肩及腰部,另一人拖住臀部及腘窝,同时抬起病人移向床头。放回软枕,根据病情调节床头支架。查看患者皮肤情况。

(3) 妥善处理引流管,整理床单。×××您觉得保持这样可以吗?有什么不适吗?(没有)如果您有什么需要帮助的,请按呼叫器,我也会随时来看您,谢谢您的配合!

(4) 洗手,准确记录,特殊情况进行交接班。

第六节 床上擦浴

【目的】

1. 保持皮肤清洁,使患者舒适。
2. 促进血液循环,增进皮脂腺、汗腺排泄功能,预防皮肤感染和褥疮等并发症的发生。
3. 观察病人的一般情况,满足其身心需要。

【评估】

1. 评估患者的病情、自理能力、沐浴习惯及合作程度。
2. 评估病室环境。
3. 评估患者皮肤状况。

【指导要点】

1. 告知患者及家属床上擦浴的目的、过程及配合方法。
2. 告知患者及家属床上擦浴的注意事项。

【注意事项】

1. 擦洗过程中,如患者出现寒战、面色苍白等病情变化,应立即停止擦浴,给予适当处理。
2. 擦浴时要保护患者自尊,动作敏捷、轻柔,减少翻动次数和暴露,防止受凉。
3. 操作中注意节力、安全的原则。

【操作流程】

1. 评估:321-4床,×××您好!我是您的责任护士×××,今天感觉怎么样?(很好)为了保持您身体的清洁与舒适,一会儿要给您做温水擦浴,您能配合一下吗?(可以)来我看一下您的皮肤(皮肤很好,无破损)您需要便器吗?(不需要)好的,您稍等,我准备一下,一会儿就来。

2. 操作准备:整洁、安静、舒适的环境。

(1) 仪表端庄、服装整洁。

(2) 洗手,戴口罩。

3. 用物:便器(可由患者自备)、脸盆(2个)、水温计、浴巾(可由患者自备)毛巾(2条)、小毛巾(1条)、肥皂、温水、水桶、清洁衣裤。

4. 操作过程:

(1) 推备好物品的治疗车至病房。321-4床,×××准备好了吗?(准备好了)核对床尾卡,关闭门窗、用屏风遮挡。(房间温度适宜)您需要便器吗?(不需要)×××一会儿擦拭的过程中,如果您有什么不适,请及时告诉我。(好的)

(2) 调节一盆温水(41~46℃)倒入水盆2/3,放于床旁桌上,视病情放平床头及床尾支架,松床尾盖被。

(3) 患者取平卧位,取干毛巾围于患者颈下。

(4) 将毛巾在热水中浸湿,挤干后缠绕于右手上。擦洗眼部(由内眦到外眦),然后擦脸、颈及耳后。

(5) 脱上衣,浴巾铺与擦洗部位下面,擦洗上肢及双手,擦洗胸腹部。

(6) 患者取侧卧位,背向护士。擦洗颈、背、臀部,穿清洁上衣。

(7) 协助患者平卧,脱裤遮盖会阴部,擦洗下肢,洗脚。更换脸盆水及毛巾后清洗会阴部,穿清洁裤子。

(8) 擦洗方法,先用涂肥皂的毛巾擦洗,清洗毛巾后再擦洗,最后用干浴巾边擦边按摩。

(9) 撤去浴巾,整理用物及床单位。

(10) 协助患者取舒适卧位,盖好被子,开窗通风。

(11) ×××擦洗已经结束了,您感觉舒服吗?(很好)如果您有什么需要帮助的,请按呼叫器,我也会随时来看您,谢谢您的配合!

(12) 整理用物,洗手。

第七节 床上洗头

【目的】

1. 按摩头皮,刺激头皮血液循环,促进头发的生长和代谢。
2. 除去污垢和头屑,使病人头发清洁、舒适、美观,预防头虱及头皮感染。

【评估】

1. 评估患者病情、配合程度、头发卫生情况及头皮状况。
2. 评估操作环境。
3. 观察患者在操作中、操作后有无病情变化。

【指导要点】

1. 告知患者床上洗头目的和配合要点。
2. 告知患者操作中如有不适及时通知护士。

【注意事项】

1. 洗发时注意观察患者病情变化,有异常情况应停止操作。体质衰弱病人不宜洗发。
2. 注意水温、室温,及时擦干头发,防止患者受凉。
3. 防止水流入耳、眼内,避免沾湿衣服和床单。
4. 揉搓力量适中,不可用指甲抓洗,以防抓伤患者头皮。

【操作流程】

1. 评估:321-4床,×××您好!我是您的责任护士×××,今天感觉怎么样?(很好)为了使您更舒适,一会儿要给您洗头,您能配合一下吗?(可以)来我来看一下您头部的皮肤,头皮无破损,周围皮肤无异常。您需要便器吗?(不需要)好的,您稍等,我准备一下,一会儿就来。

2. 操作准备:

(1) 仪表端庄、服装整洁。

(2) 洗手,戴口罩。

3. 用物:洗头车、洗头器、水壶内盛温水(40~45℃)、水桶。治疗盘内放:毛巾、