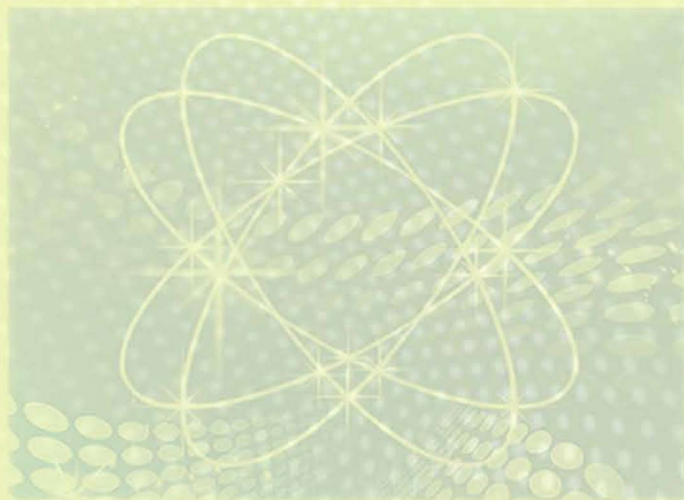


护理规范化操作培训教程

陈明瑶 于 兰 主编



第四军医大学出版社

护理规范化操作培训教程

主 编 陈明瑶 于 兰

副主编 吴佳秋 闫春晓 杨成华

编 委 (按姓氏笔画排序)

于 兰(达州职业技术学院)

闫春晓(达州职业技术学院)

李中琴(达县中医院)

李建波(达州职业技术学院)

李荣华(达州市第二人民医院)

李培彦(达县人民医院)

杨成华(达州职业技术学院)

吴佳秋(达州职业技术学院)

邹 晓(达州职业技术学院)

张浦芬(达县中医院)

陈明瑶(达州职业技术学院)

郑启秘(达州职业技术学院)

唐佳玉(达州市中心医院)

唐淑华(遂宁市第三人民医院)

章惠玲(达州职业技术学院附属医院)

糜建文(广安市中心医院)

图书在版编目 (CIP) 数据

护理规范化操作培训教程/陈明瑶, 于兰主编. —西安: 第四军医大学出版社, 2014.5
ISBN 978-7-5662-0547-6

I. ①护… II. ①陈…②于… 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 (2014) 第 109425 号

huli guifanhuacaozuo peixunjiaocheng

护理规范化操作培训教程

出版人: 富 明 责任编辑: 曹江涛 崔宝莹

出版发行: 第四军医大学出版社

地址: 西安市长乐西路 17 号 邮编: 710032

电话: 029-84776765 传真: 029-84776764

网址: <http://press.fmmu.edu.cn>

制版: 绝色设计

印刷: 成都市锦慧彩印有限公司

版次: 2014 年 6 月第 1 版 2014 年 6 月第 1 次印刷

开本: 787×1092 1/16 印张: 6.5 字数: 140 千字

书号: ISBN 978-7-5662-0547-6/R·1347

定价: 18.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

前 言

护理学是一门实践性、应用性很强的学科。护理操作技术是护理工作的基础,也是临床实践工作的保证。根据护理专业教育的目标和教学计划,为了切实加强实践性教学,使广大护生掌握护理专业的基本知识和技能,强化基本功训练,我们组织护理教师和临床护理专家编写了《护理规范化操作培训教程》,作为护生学习基础护理技术操作的指导用书。本书结合临床实际操作流程进行编写,既注重实用性,又注重理论性;既注重传统知识的继承,又注重新理论、新知识、新技术的运用。

全书几乎涵盖了所有基本护理技能操作,内容包含有出入院患者的护理、轴线翻身法、患者跌倒的预防、搬运法、约束带使用法等 40 项护理技术操作流程及评分标准,内容新颖,项目全面,力求反应护理临床和护理研究的最新成果,同时也注重了护理新用具在临床的广泛使用。操作流程采取程序化方式,步骤清晰,可操作性强,并采用图表,使学生一目了然。注重对学生总体素质的综合评价,从而给操作者重要的提示,也给考评者重要的依据。

本书以简明的操作流程和评分标准详细地阐述了基础护理工作的方法,着眼于运用实际,临床实践,充分体现了基础护理的发展趋势,并把“质量、安全、服务、费用”的工作贯穿其中,为临床护理工作提供明确指引,充分体现护理工作的科学化、规范化、标准化以及护理服务的专业化、人性化,对保障护理安全、保证护理质量起到良好的指导作用。

本书既可以作为护理专业学生的辅导材料,也可以作为临床第一线护士的参考用书和护理操作考核指南。

由于编者水平有限,加之编写时间仓促,难免有不足之处,恳请师生和护理同仁们多提宝贵意见,以求更加完善。

编 者

2014 年 4 月

目 录

项目一 出入院患者的护理	(1)
项目二 轴线翻身法	(5)
项目三 患者跌倒的预防	(7)
项目四 搬运法	(10)
项目五 约束带使用法	(12)
项目六 生命体征监测技术	(14)
项目七 换药技术	(17)
项目八 毛细血管血糖监测	(19)
项目九 一般洗手技术	(21)
项目十 外科手消毒技术	(23)
项目十一 无菌技术	(25)
项目十二 口腔护理	(28)
项目十三 压疮的预防及护理	(30)
项目十四 鼻饲法	(32)
项目十五 物理降温法	(34)
项目十六 灌肠法	(37)
项目十七 导尿术	(39)
项目十八 口服给药	(45)
项目十九 静脉注射法	(47)
项目二十 动脉血标本采集	(49)
项目二十一 肌肉注射法	(51)
项目二十二 皮下注射法	(53)
项目二十三 皮内注射法	(55)

项目二十四	静脉留置针使用法	(58)
项目二十五	雾化吸入法	(60)
项目二十六	密闭式静脉输液	(62)
项目二十七	密闭式静脉输血	(65)
项目二十八	输液泵	(68)
项目二十九	静脉采血法	(70)
项目三十	吸痰法	(72)
项目三十一	洗胃法	(74)
项目三十二	氧气吸入	(77)
项目三十三	徒手心肺复苏技术(成人)	(79)
项目三十四	气管插管术(成人)	(81)
项目三十五	止血带止血法	(83)
项目三十六	绷带包扎法	(85)
项目三十七	三角巾包扎法	(87)
项目三十八	院外骨折固定法	(89)
项目三十九	多功能监护仪操作使用方法	(91)
项目四十	心脏电复律/除颤术	(93)
参考文献		(96)

项目一 入院护理操作流程及评分标准

【操作目的】

- 协助患者了解和熟悉医院环境制度,消除紧张、焦虑等不良心理情绪,满足患者合理要求,调动其积极性,做好健康教育,满足患者对疾病知识与保健的需求(5分)。
- 为危、急、重症患者开辟绿色通道,赢得抢救、治疗的有效时机(5分)。

【操作流程及评分标准】

操作流程及评分标准 (90 分)				考 评	得 分
操作流程 (30 分)		流程要点 (60 分)			
评估 (6 分)	评估患者 (3 分) 评估环境 (3 分)	1. 了解患者入院原因,观察患者目前的疾病情况,是否有治疗用药情况(2 分) 2. 评估患者意识状态、心理状态、皮肤、饮食、睡眠及大小便情况,个人卫生状态(2 分) 3. 了解患者对疾病及其相关知识的理解程度(2 分) 4. 询问患者有无过敏史(1 分) 5. 家属心理状态:了解家属对疾病的诊疗、护理、预后认知程度;对本次住院的理解与配合意愿(1 分) 6. 家庭经济承受情况(1 分) 7. 环境评估:病房环境保持室温、湿度适宜,明亮、整洁(1 分)	10 分		
准备 (4 分)	自身准备 (1 分) 用物准备 (1 分) 床单位准备 (2 分)	1. 操作者自身准备:仪表、意识、技术、知识的综合准备(2 分) 2. 铺好备用床,保持床单位舒适整洁(3 分) 3. 用物放置合理便于使用(2 分) 4. 体温表甩至 35℃ 以下,血压计归零,校正体重磅、手表,准备红笔,蓝笔,新病历,评估单及其他记录用纸(3 分)	10 分		
实施 (16 分)	平诊患者 入院护理 (6 分)	1. 迎接患者,介绍环境(病室布局与病房设施),作息时间,相关制度(安全、管理)及医护人员,妥善安置,通知医生接诊(3 分) 2. 测量体重及生命体征并记录,进行病情评估,初步了解病情、心理状态及家庭情况等(3 分) 3. 填写入院登记、诊断卡、床头卡、病历及相关资料,用蓝色钢笔逐项填写病历及表格的眉栏,在体温单相应时间内以红笔纵行填写入院时间,以蓝笔记录首次四测及体重结果(3 分) 4. 根据医嘱指导患者饮食(2 分) 5. 执行各项首要护理治疗措施(2 分) 6. 完成卫生处置(2 分)	15 分		



续表

操作流程及评分标准 (90 分)			考 评	得 分
操作流程 (30 分)		流程要点 (60 分)		
评估 (16 分)	急、危、重 患者入 院护理 (10 分)	1. 立即通知医生、监测生命体征,建立静脉通路,立即完成各项急诊检查(3 分) 2. 备急救药品及用物于床旁(3 分) 3. 必要时配合医生立即实施抢救(3 分) 4. 昏迷及婴幼儿或不能表述病情的患者嘱留陪人,以便询问病史与相关情况(1 分) 5. 其余参照平诊患者灵活处理(10 分)	20 分	
评价 (4 分)		1. 患者紧张不安情绪消除,能适应医院环境,积极配合治疗(3 分) 2. 患者对自己的疾病有了一定程度的了解(2 分)	5 分	

【注意事项】

- 详细介绍环境,消除紧张、焦虑等消极心理。
- 能正确评估患者,为制定准确的护理计划,提供依据。
- 传染患者或疑有传染患者应送隔离病房。
- 有跌倒危险的患者应进行防跌倒的预防宣教。
- 急危重病入院或检查,应专人陪护,不应停止必要的治疗如输液给氧。
- 外伤患者注意卧位。

(糜建文)

出院护理操作流程及评分标准

【操作目的】

• 帮助患者树立信心,协助其尽快适应原有生活和工作,提供健康指导,并能按时接受治疗或定期复诊(10分)。

【操作流程及评分标准】

操作流程及评分标准(90分)					考	得
操作流程(30分)		流程要点(60分)			评	分
评估 (6分)	核对医嘱 (2分) 评估患者 (4分)	1. 正确执行医嘱(2分) 2. 评估患者疾病恢复状况(5分) 3. 评估患者心理状态(3分) 4. 评估患者家庭经济情况及家属对患者的关心程度(3分) 5. 诚恳听取患者住院期间的意见和建议,以便改进工作(2分)	15分			
准备 (4分)	自身准备 (4分)	1. 护士衣着整洁,符合护士仪表规范(3分) 2. 通知患者或其家属(2分)	5分			
实施 (16分)	出院指导 (4分) 停止治疗 (4分) 协助结账 (2分) 处置用物 (4分) 整理病历 (2分)	1. 出院指导,包括休息、饮食、用药、活动与功能锻炼、心理状态的调整、定期复查、健康教育等(15分) 2. 处理相关文件,停止执行各项治疗护理措施(3分) 3. 协助或指导患者或其家属办理出院结账手续(2分) 4. 协助整理用物,护送患者出院。需要使用轮椅或平车的患者,及时提供、注意安全(4分) 5. 处理床单元,病室门窗通风,根据病情选择清洁和消毒方式(6分) 6. 铺好备用床,准备迎接新患者(3分) 7. 按要求整理病历(2分)	35分			
评价 (4分)		1. 患者出院后迅速以良好的身心状态回归社会(2分) 2. 学习健康的生活方式,力所能及地参与工作(2分) 3. 遵医嘱定期来院复诊(1分)	5分			



【注意事项】

- 传染患者按传染患者终末消毒法对病室及床单元进行处理。
- 根据患者体能与心理状态指导患者逐步参与适宜的家庭、社会活动,告诫患者不要勉为其难。
- 需继续巩固的特殊护理治疗如糖尿病患者的饮食护理与血糖监控、小儿肛门成形术后的扩肛等一定要患者和(或)家属掌握并坚持执行,避免因恢复期护理不当造成病情反复。

(糜建文)

项目二 轴线翻身法操作流程及评分标准

【操作目的】

- 协助颅骨牵引、脊椎损伤、脊椎手术后的患者在床上翻身(4分)。
- 预防脊椎再损伤及关节脱位(3分)。
- 预防压疮,增加患者舒适感(3分)。

【操作流程及评分标准】

操作流程及评分标准(90分)				考	得
操作流程(30分)		流程要点(60分)		评	分
评估 (8分)	评估患者 (4分) 评估环境 (4分)	1. 查看病历,了解病情,选择合适的翻身法(3分) 2. 检查患者损伤部位伤口情况和管路情况(3分) 3. 病房环境温度、湿度适宜,能保护患者隐私(4分)	10分		
准备 (4分)	自身准备 (2分) 用物准备 (1分)	1. 准备充分:仪表、意识、技术、知识准备妥当,修剪指甲(3分) 2. 用物准备齐全,放置合理,便于使用,两个枕芯、枕套、笔、翻身卡,必要时备50%酒精、屏风、床刷、毛巾、温水、床单等(4分)	7分		
实施 (14分)	翻身前 (2分)	核对床号、姓名,帮助患者移去枕头,松开被套(2分)	2分		
	翻身 (8分)	1. 护士立于病床一侧,双手托扶患者的肩部及臀部,将患者翻身转成侧卧位,面朝向护士(5分)。三人翻身时,患者有颈椎损伤时,一操作者固定患者头部,沿纵轴向上略加牵引,使头、颈随躯干一起缓慢移动,第二操作者将双手分别置于肩部、腰部,第三操作者将双手分别置于腰部、臀部,使头、颈、肩、腰、髋保持在同一水平线上,翻转至侧卧位(5分) 2. 一手扶住患者腰背部(3分) 3. 另一手拿枕垫于患者肩背部,使患者上身向后偏靠,下腿稍微屈膝,上腿屈髋屈膝位,两膝间夹一软枕(10分)	23分		
	翻身 后 (4分)	1. 如有引流管妥善固定(2分) 2. 必要时用50%酒精按摩骨隆突处(2分) 3. 必要时给予消毒针眼处(2分) 4. 整理床单位(2分)	8分		



续表

操作流程及评分标准(90 分)					考 评	得 分
操作流程(30 分)		流程要点(60 分)				
评估 (4 分)		1. 患者自我感觉舒适,符合病情需要(2 分) 2. 保持功能位(4 分) 3. 患者皮肤无发红情况,起到预防压疮的作用(4 分)	10 分			

【注意事项】

- 翻转患者时,应注意保持脊椎平直,以维持脊椎的正确生理弯曲度,避免由于躯干扭曲加重脊椎骨折,脊髓损伤和关节脱位,翻身角度以 60°为宜,不超过 90°,避免由脊柱负重增大而引起关节突骨折、和肩、肘部压疮、上肢麻木等。
- 颈椎损伤时勿扭曲或旋转患者的头部,以免损伤延髓引起死亡。
- 翻身时注意为患者保暖并防止坠床。
- 准确记录翻身时间。
- 保护患者的隐私,必要时用屏风遮挡。

(唐淑华)

项目三 患者跌倒的预防操作流程及评分标准

【操作目的及适应证】

• 目的：

创造安全的病室环境，增强患者及医护人员防跌倒意识，运用多学科综合知识采取措施避免患者跌倒(5分)。

• 适应证：

所有住院患者、门急诊患者，尤其是危重急症、活动自理能力降低的老人、儿童、残疾人士(5分)。

【操作流程及评分标准】

操作流程及评分标准 (90 分)					考 评	得 分
操作流程 (30 分)		流程要点 (60 分)				
评估 (10 分)	评估环境 (5 分) 评估患者 (5 分)	1. 地面、各种标识、灯光照明、病房设施(1 分) 2. 患者衣着、年龄、睡眠、自理能力、步态、感知觉、意识(2 分) 3. 患者有无过高估计自己的体能，不愿寻求别人的帮助(2 分) 4. 是否存在沮丧、焦虑、抑郁、恐惧的情绪(1 分) 5. 对住院环境有无陌生感(1 分) 6. 家属、亲友是否支持，关心(1 分) 7. 既往跌倒史(1 分) 8. 询问服药史，用药后是否存在不适反应，如乏力、头晕、朦胧、视物不清、反应迟钝等(2 分) 9. 目前所患疾病(2 分) 10. 治疗情况：禁食、输液、引流管、灌肠、手术等(2 分)	15 分			
准备 (3 分)	自身准备 (2 分) 用物准备 (1 分)	1. 仪表、意识、技术、知识的综合准备，对跌倒的预防与处理知识掌握全面。(1 分) 2. 住院患者跌倒危险因素评估(1 分)、笔(1 分)、高危易跌倒患者警示标牌(1 分)、根据需要备必要的护理用物：便器、轮椅、合适的约束器具等(1 分)	5 分			
实施 (15 分)	筛选高危 易跌倒患 者(3 分)	1. 详细介绍环境、设施(2 分) 2. 填写住院患者跌倒危险因素评估表，掌握易致跌倒的因素(2 分) 3. 高危易跌患者床头悬挂警示标牌，患者一览表处有明显标识(2 分)	6 分			
	创造安 全的环 境(3 分)	1. 病区宽敞、明亮，各种标识明显，有夜灯设施(1 分) 2. 地面干净、干燥，无积水、水迹，卫生间有防滑垫，地面水迹、污物及时清除(1 分) 3. 走廊、过道整洁、畅通，无障碍物，走廊、厕所及浴室设立扶手(1 分) 4. 呼叫器、眼镜、便器等需要物品放在患者随手易取处(1 分) 5. 病床调至最低位置，并固定好床脚刹车，必要时安置和固定好护栏(1 分) 6. 床、轮椅、平车等护理用物随时处于良好备用状况(1 分)	6 分			



续表

操作流程及评分标准 (90 分)			考 评	得 分
操作流程(30 分)		流程要点(60 分)		
实施 (15 分)	严密观察, 严格交接 (4 分)	1. 定期巡视患者,严密观察患者的生命体征、病情(2 分) 2. 嘱服用镇静催眠药患者,未清醒时不要下床活动(1 分) 3. 应用降糖、降压药物的患者,注意观察血糖血压变化(1 分) 4. 服利尿剂,缓泻药的患者,应经常观察其排泄需要(1 分) 5. 意识障碍或躁动者正确使用保护具如:床栏、约束带(3 分) 6. 详细记录,严格交接班(2 分)	10 分	
	健康宣教 (3 分)	1. 加强与患者及其家属的交流沟通,关注患者心理需求,认识跌倒的危害,合理安排陪护(1 分) 2. 服装、鞋尺码合适,穿防滑鞋(1 分) 3. 行动不便者正确使用助行设备如:拐杖、轮椅;平车搬运患者时先将平车固定,防止滑动,就位后拉好护栏,轮椅运送患者时须系好安全带(2 分) 4. 正确使用床档,下床前先放下床栏,切勿翻越;正确离床,头晕、血压不稳、服用镇静剂等药物时,下床活动前要先坐于床缘片刻再由照顾者扶下床(2 分) 5. 地面湿滑时,注意避开行走,通知工作人员及时清理,防止滑倒(1 分) 6. 如遇紧急情况需要协助而无照顾者时,请按呼叫器寻求护士帮助;照顾者离开病房时,安置好患者并告知护理人员(1 分)	8 分	
	跌倒后的 处理(2 分)	1. 评估病情(1 分) 2. 通知医生(1 分) 3. 予相应处理及护理措施(1 分) 4. 记录跌倒具体情况:如时间、地点、跌倒前兆、病情等(1 分) 5. 填写住院患者跌倒事件报告单(1 分)	5 分	
评价 (2 分)		1. 患者、家属、医务人员安全意识增强,防跌倒措施到位(2.5 分) 2. 不发生跌倒事件(2.5 分)	5 分	

【注意事项】

- 年龄小于 6 岁的儿童及大于 65 岁的老年人属于高危易跌人群。
- 易引起患者跌倒的疾病有:视力衰退或受损(如白内障、青光眼、视网膜脱离),心脑血管疾病,肌无力,关节炎,帕金森病,足部疾病,中风,内耳眩晕症,体位性低血压,癫痫,老年性痴呆,精神病及酗酒等疾病。
- 容易引起患者跌倒的药物有:镇静催眠药、抗焦虑药、抗抑郁药、降压药、强心药、降血糖药、缓泻药、肌肉松弛剂、血管扩张剂及任何影响平衡的药物。
- 患者正确上下轮椅方法:患者上轮椅时,先将轮椅移至床尾,使轮椅与床尾呈 45 度角或平行放置,固定轮椅刹车,收起脚踏板,协助患者慢慢移入轮椅上,放下脚踏板;下

轮椅时先固定轮椅,收起脚踏板,协助患者站稳后再慢慢平稳的坐入床缘,再恢复舒适卧位。

• 患者使用保护具应注意:

1. 严格掌握保护具使用的适应证,维护患者自尊。
2. 保护具只能短期使用,使用时使肢体处于功能位置。
3. 使用约束带时,带下应垫衬垫,固定须松紧适宜,以进 1 ~ 2 手指为原则。注意观察受约束部位的皮肤状况,2 小时松解约束带 1 次,并活动肢体协助翻身。
4. 记录使用约束带的原因、时间、每次观察结果、相应的护理措施、解除约束的时间。

(唐淑华)

项目四 搬运法操作流程及评分标准

【操作目的】

- 帮助滑向床尾而自己不能移动的患者移向床头,使患者舒适(4分)。
- 运送不能下床的患者,做特殊检查或手术(3分)。
- 搬运过程中运用人体力学原理减轻双方疲劳,使患者舒适(3分)。

【操作流程及评分标准】

操作流程及评分标准 (90 分)				考 评	得 分
操作流程(30 分)		流程要点(60 分)			
评估 (3 分)	患者评估 (2 分) 环境评估 (1 分)	1. 患者的全身情况(2 分) 2. 局部情况(2 分) 3. 心理状况(2 分) 4. 健康知识(2 分) 5. 环境评估:病房环境宽敞,室温适宜(2 分)	10 分		
准备 (4 分)	自身准备 (2 分) 用物准备 (2 分)	1. 仪表、意识、技术、知识的综合准备(2 分) 2. 用物:平车、“过床易”及中单、木板(2 分)	4 分		
实施 (20 分)	协助患者 移向床头法 (8 分)	1. 一人法:视患者病情放平床头(2 分) 2. 将枕头横立于床头(2 分) 3. 助患者仰卧屈膝(2 分) 4. 双手握住床头板,双脚蹬床面(2 分) 5. 护士用手稳住患者双脚,同时在臀部提供助力,使其上移(2 分) 6. 放回枕头,抬高床头(2 分) 7. 整理床单位(2 分)	14 分		
	协助患者由床 上移至平车法 (8 分)	1. 挪动法:检查平车性能,保持平车清洁(2 分) 2. 调好室温,必要时穿好衣裤(2 分) 3. 移开床旁桌椅(2 分) 4. 松开盖被,帮助患者移向床边(2 分) 5. 将平车推至与床平行并紧靠床边(2 分) 6. 将盖被平铺于平车上(2 分) 7. 护士固定平车(2 分) 8. 帮助患者按上身-臀部-下肢的顺序向平车挪动(从平车移回床上时,先助患者移动下肢、臀部,再移动上身)(2 分) 9. 摆舒适体位,整理用物(2 分)	18 分		

续表

操作流程及评分标准 (90 分)				考 评	得 分
操作流程 (30 分)		流程要点 (60 分)			
实施 (20 分)	宣教 (4 分)	1. 告知患者搬运的重要性及安全性(2 分) 2. 协助患者穿好衣服,注意保暖,避免受凉感冒(2 分) 3. 搬运过程中尽量少用力,如有不适及时报告医务人员(2 分) 4. 特殊引流管可先行夹闭,防止牵拉脱出(2 分)	8 分		
评价 (3 分)		1. 动作轻柔,操作熟练,患者自感舒适(2 分) 2. 宣教得当,患者能积极配合(2 分) 3. 搬运时未影响病情(2 分)	6 分		

【注意事项】

- 搬运患者时, 动作轻稳, 协调一致, 确保患者安全、舒适。
- 尽量使患者靠近搬运者, 以达到节力。
- 将患者头部置于平车上的大轮端, 以减轻颠簸与不适。
- 推车时车速适宜, 护士立于患者头侧, 观察病情。下坡时应使患者头部在高处一侧, 冬季注意保暖。
- 对骨折患者, 应在平车上垫木板并固定好骨折部位再搬运。
- 在搬运过程中保证输液和引流的通畅。
- 经常检查平车性能, 使之处于完好状态。

(张浦芬)