



专科护理技术 操作考评指南

ZHUANKE HULI JISHU
CAOZUO KAOPING ZHINAN

主编 王 平 董玲玲 王秀菊



山东科学技术出版社
www.lkj.com.cn



专科护理技术 操作考评指南

ZHUANKE HULI JISHU
CAOZUO KAOPING ZHINAN

主编 王 平 董玲玲 王秀菊



山东科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

专科护理技术操作考评指南/王平等主编. — 济南:山东科学技术出版社, 2009
ISBN 978-7-5331-5469-1

I. 专… II. 王… III. 护理—技术操作规程—指南
IV. R472-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 210470 号

专科护理技术操作考评指南

主编 王 平 董玲玲 王秀菊

出版者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路 16 号

邮编: 250002 电话: (0531) 82098088

网址: www.lkj.com.cn

电子邮件: sdkj@sdpress.com.cn

发行者: 山东科学技术出版社

地址: 济南市玉函路 16 号

邮编: 250002 电话: (0531) 82098071

印刷者: 济南华东彩印有限公司

地址: 济南商河彩虹路

邮编: 251600 电话: (0531) 84872167

开本: 720mm×1020mm 1/16

印张: 15

版次: 2009 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-5331-5469-1

定价: 26.00 元

主 审:娄凤兰

顾 问:王国礼 郭志勇 战志勇 高孝忠

主 编:王 平 董玲玲 王秀菊

副主编:刘秀兰 张积平 曲淑英

编 委:(以汉语拼音字母为序)

陈雁敏	陈福梅	慈慧敏	丛秀玲	迟立巍
董礼枫	高海娥	贺淑梅	刘爱梅	刘秀兰
刘凤敏	刘永芳	刘艳萍	刘春燕	李 杰
李仲巧	林 秀	黄慧选	黄建波	洪焕波
吕淑红	林贤慧	林桂仁	马海燕	马鲁燕
马艳玲	牟风萍	乔华玲	齐宝琴	曲锦莲
曲 静	曲明苓	隋红娜	孙杏云	宋文红
赛小珍	唐翠卿	田红梅	陶晓燕	王海燕
王捍华	王艳萍	王向丽	王素菊	王彩红
王晓丽	王可玲	辛爱菱	殷积芳	姚仲莉
于海宁	于 铭	张新枝	张建平	张丽霞
张晓燕	张喜清	赵 霞	周立敏	邹晓霞

序

近年来,随着医学科学的纵深发展,新技术和新业务如雨后春笋般层出不穷。为了适应临床需要,我们急需培养专科化护理人才,加强医护配合,为患者提供更加专业的医疗护理服务。

本书的主编和编者们均长期从事临床护理、护理管理、护理教学工作。她们将多年的实践经验与理论知识相结合,参考大量的国内外权威护理书籍,将卫生部下发的全国卫生系统护士岗位技能训练和竞赛活动50项护理技术操作以外的常用专科技术操作加以总结、完善,编写了具体的操作步骤和考核指南,以便于各级护理人员的学习、培训和考核。

本书内容具有很强的专业性,共分三大部分,包括专科护理操作技术要点及考核评分标准,相关的理论知识和操作模拟场景。独特的模拟场景使操作更加贴近临床,实用性强。该书既有理论,又有实践,内容涉及面广,包括内、外、妇、儿、五官等专科常用的技术操作项目。该书的出版将有助于规范专科护理技术操作,提高医护协作能力,对专科护士的培训有重要的参考价值。我愿为之作序,并将此书推荐给广大护理界同仁们。

山东大学护理学院院长、教授

全国医学教育学会护理教育分会副理事长 姜凤兰

2009年11月

前 言

专科护理操作是体现各专科临床要求的重要环节之一,是各专科临床护士必须掌握的护理技术。为了提高临床护士专科护理操作水平,规范专科护理技术,统一考评标准,我们组织编写了《专科护理技术操作考评指南》。本书包括内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、五官科等 103 项专科护理技术操作的考核要点、具体操作步骤、评分细则,以及相关理论知识及临床模拟场景,成为《临床 50 项护理技术操作考评指南》的姊妹篇。重点强调了以病人为中心的护理理念,突出了护理程序在专科护理技术操作中的运用,可作为专科护士在职培训和护理专业学生技术操作的教学指导书,也可作为临床教师进行实习考评的标准,还可作为质量控制人员在护理操作质量检查时的参照依据。本书具有很强的科学性、实用性与针对性,对各专科临床护理操作有高度的指导性。

在编写过程中,我们参考了大量权威性的书籍和资料,并反复应用于临床实践中,在实践中又不断充实、完善,力求精确、科学、实用。

本书的编写得到山东大学护理学院领导、老师和威海市立医院各位领导的大力支持和帮助,在此对她们和各位编委表示衷心的感谢!

由于时间仓促,加之水平有限,书中难免有疏漏和不足之处,敬请广大读者批评指正。

编者

2009 年 11 月

目 录

第一章 内科护理专科技术操作要点

及考核评分标准 1

- § 1.1 腹腔穿刺术 1
- § 1.2 肝脏穿刺术 2
- § 1.3 肾穿刺活检术 4
- § 1.4 胸腔穿刺术 6
- § 1.5 心包穿刺术 9
- § 1.6 膀胱穿刺造瘘术 11
- § 1.7 骨髓穿刺术 13
- § 1.8 腰椎穿刺术 14
- § 1.9 脑室穿刺术 16
- § 1.10 胃镜检查 18
- § 1.11 肠镜检查 21
- § 1.12 ERCP 检查 23
- § 1.13 双囊三腔管的使用 26
- § 1.14 胸膜穿刺活检术 28
- § 1.15 自体腹水浓缩回输术
..... 31
- § 1.16 体位引流治疗 33
- § 1.17 腹膜透析术 35
- § 1.18 血液透析术 38
- § 1.19 膀胱灌注 40
- § 1.20 肺通气功能检查 41
- § 1.21 经皮肺穿刺术 43
- § 1.22 电子支气管镜检查 45

第二章 外科护理专科技术操作

要点及考核评分标准 48

- § 2.1 备皮法 48
- § 2.2 铺备用床法 49
- § 2.3 铺暂空床法 51
- § 2.4 铺麻醉床法 53
- § 2.5 床单位的终末消毒处理
..... 54

- § 2.6 肛管排气法 56

- § 2.7 空肠营养 57

- § 2.8 皮肤牵引术 59

- § 2.9 骨骼牵引术 60

- § 2.10 关节持续被动运动器
操作 62

- § 2.11 关节腔闭合式连续冲洗
术 64

第三章 妇产科护理专科技术操作

要点及考核评分标准 66

- § 3.1 测宫高、腹围 66

- § 3.2 骨盆外测量 67

- § 3.3 子宫按摩术 69

- § 3.4 产时会阴冲洗 70

- § 3.5 挤奶技术 72

- § 3.6 铺产台 74

- § 3.7 胎心外监护 75

- § 3.8 剖宫产时新生儿的护理
..... 77

- § 3.9 接生 78

- § 3.10 会阴切开缝合术 83

- § 3.11 新生儿复苏 86

- § 3.12 新生儿脐部护理技术
..... 89

- § 3.13 新生儿臀部护理 90

- § 3.14 新生儿鹅口疮护理 91

- § 3.15 新生儿沐浴 93

- § 3.16 新生儿抚触 94

- § 3.17 母乳喂养 96

- § 3.18 外阴冲洗术 98

- § 3.19 阴道灌洗术 99

- § 3.20 阴道及宫颈上药 101

- § 3.21 坐浴 103

§ 3.22	外阴湿热敷	104	§ 7.2	玻璃离子水门汀充填材料 调和技术	149
§ 3.23	听诊胎心音技术	106	§ 7.3	根管充填技术	150
第四章 儿科护理专科技技术操作			§ 7.4	光固化树脂修复技术	152
要点及考核评分标准 ..		108	§ 7.5	印模材料调和技术	153
§ 4.1	约束法	108	第八章 ICU 护理专科技技术操作		
§ 4.2	早产儿暖箱的应用	109	要点及考核评分标准 ..		155
§ 4.3	光照疗法	111	§ 8.1	约束带的使用	155
§ 4.4	婴幼儿服药法	113	§ 8.2	背部护理法	157
§ 4.5	婴幼儿灌肠法	115	§ 8.3	床上洗头法	158
§ 4.6	先天性巨结肠根治术前 的清洁灌肠法	117	§ 8.4	协助病人更衣法	160
§ 4.7	臀部烤灯法	119	§ 8.5	协助病人进食法	161
§ 4.8	股静脉采血	120	§ 8.6	冰袋、冰囊使用法	163
第五章 耳鼻喉科护理专科技技术			§ 8.7	冰枕、冰帽使用法	165
操作要点及考核评分			§ 8.8	电子颅脑降温仪使用法	167
标准		123	§ 8.9	温水擦浴法	169
§ 5.1	鼻窦负压置换疗法	123	§ 8.10	冷湿敷法	170
§ 5.2	耳部滴药法	125	§ 8.11	冰毯降温法	172
§ 5.3	耳道冲洗法	126	§ 8.12	热水袋使用法	174
§ 5.4	鼻腔冲洗法	128	§ 8.13	协助病人移向床头法	175
§ 5.5	鼻腔滴药法	130	§ 8.14	协助病人翻身侧卧法	177
第六章 眼科护理专科技技术操作			§ 8.15	协助病人由床上移至 平车法	178
要点及考核评分标准 ..		132	§ 8.16	口罩的使用法	181
§ 6.1	眼部涂眼药膏法	132	§ 8.17	尸体料理法	183
§ 6.2	眼药水滴用法	133	第九章 急诊科护理专科技技术操作		
§ 6.3	眼压测量法	135	要点及考核评分标准 ..		185
§ 6.4	外眼手术后换药法	136	§ 9.1	噎食的急救术	185
§ 6.5	泪道冲洗术	138	§ 9.2	小儿洗胃术	187
§ 6.6	结膜囊冲洗法	140	第十章 专科护理技术操作问答		
§ 6.7	结膜下注射法	141	提纲		189
§ 6.8	结膜结石剔除术	143	第十一章 专科护理技术操作模拟		
§ 6.9	倒睫电解术	144	场景		224
§ 6.10	角膜异物取出术	146			
第七章 口腔科护理专科技技术操作					
要点及考核评分标准 ..		148			
§ 7.1	磷酸锌黏固粉调和技术	148			

第一章 内科护理专科技术操作 要点及考核评分标准

§ 1.1 腹腔穿刺术

(一)目的

1. 抽取腹水化验检查,明确腹水性质。
2. 适量放腹水缓解压迫症状,腹腔内注射药物及腹水浓缩回输等。

(二)实施要点

1. 评估患者

- (1)了解病人的病情及合作程度,向患者解释,取得患者的配合。
- (2)倾听病人的要求,鼓励安慰病人。
- (3)签署知情同意书。

2. 操作要点

- (1)核对医嘱,做好准备。
- (2)根据医嘱的穿刺要求,协助患者取合适卧位。
- (3)放液前测腹围、脉搏、血压,观察腹部体征及病情变化。
- (4)协助术者定位,常规消毒皮肤,铺无菌孔巾,配合局部麻醉。
- (5)操作方法见《内科临床技术操作规范》。
- (6)术中协助留取标本,注意观察病人生命体征。
- (7)操作完毕,术者取出穿刺针,按压穿刺点。用无菌纱布覆盖后固定,测腹围,束腹带。

- (8)协助患者取穿刺点对侧卧位,如有不适及时报告医生。

3. 患者指导

- (1)向病人解释操作目的、配合方法及操作中可能出现的不适,以减少顾虑,取得病人合作。
- (2)如放液流出不畅,可嘱病人变换体位。
- (3)腹腔穿刺放液术后,嘱病人卧床休息。

(三)注意事项

1. 严格无菌操作,防止腹腔感染。
2. 放液速度不宜过快,放液量不宜过多,肝硬化患者一次放腹水不宜超过 3 000 ml,过多放液可诱发肝性脑病和电解质紊乱,但在补充输注大量白蛋白的基

础上,也可以大量放液。观察腹水颜色、性状和量并记录。

3. 术中密切观察生命体征,如出现面色苍白、心慌、头晕、出汗、气促、脉快、血压下降、腹痛等症状,应停止放液,安静平卧,并予输液、扩容等对症处理。

4. 如放液流出不畅,可将穿刺针稍作移动或嘱病人变换体位,以助液体流出。

5. 腹腔穿刺放液术后,嘱病人卧床休息。定期测量腹围,观察腹水消长情况。

6. 腹带不宜过紧,以防造成呼吸困难。

7. 密切观察穿刺处有无渗血、渗液,有无腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张等腹膜感染征象,及时更换敷料,防止感染。

表 1-1 腹腔穿刺术配合考核评分标准(100 分)

项目	分值	技术操作要求	扣分原则	扣分
仪表	5	仪表端庄,服装整洁,洗手、戴口罩	一项不符合要求	0.5
评估	10	1. 了解病人的合作程度及身体状况 2. 倾听病人的要求,关心鼓励病人 3. 解释清晰,准确,语言恰当,态度和蔼	一项不符合要求	3
操作前准备	15	物品准备:基础治疗盘 1 套、腹腔穿刺包、无菌手套、注射器(5 ml、20 ml、50 ml 各一支)、输液器、无菌培养瓶、试管、量杯、腹带及中单、卷尺、酒精灯、火柴等 按医嘱准备药物:2%普鲁卡因或 2%利多卡因	用物缺 1 件	1
操作方法 及配合	40	1. 查对床号、姓名,向病人解释操作目的、配合方法及操作中可能出现的不适,以减少顾虑,取得病人合作	未查对、未解释	各 2
		2. 放液前测腹围、脉搏、血压和腹部体征,以观察病情变化	未测量	2
		3. 协助病人排尿,垫中单,取半卧位或平卧位,腹水量少者取左侧卧位,腰背部铺腹带	未垫中单、体位不当、未铺腹带	各 2
		4. 协助术者定位,常规消毒皮肤,铺无菌孔巾,配合局部麻醉	消毒不规范、配合不协调	各 3
		5. 操作方法见《内科临床技术操作规范》		
		6. 术中协助留取标本,注意观察病人生命体征	未观察病人	3
		7. 操作完毕,术者取出穿刺针,按压穿刺点,用无菌纱布覆盖后固定,测腹围,束腹带	未测腹围、未束腹带	各 2
		8. 协助患者取穿刺点对侧卧位,如有不适及时报告医生	卧位不当	2
操作后	10	1. 协助取舒适卧位,关心爱护病人,交代注意事项 2. 整理床单位,清理用物 3. 如有标本,贴上标签后及时送检 4. 洗手,记录抽液的颜色、性质、量及病人的反应	一项不符合要求	2
评价	10	1. 操作熟练,动作轻柔 2. 操作过程中随时观察病人反应 3. 爱护体贴病人 4. 无菌观念强	一项不符合要求	5

§ 1.2 肝脏穿刺术

(一)目的

1. 肝脏疾病取活组织病理检查以明确诊断。

2. 确定肝组织损伤程度,观察肝病的发展与转归。
3. 为肝脓肿患者穿刺抽吸脓液和注射药物治疗。

(二)实施要点

1. 评估患者

- (1)了解病人病情及合作程度,向其作解释,取得配合。
- (2)倾听病人的要求,鼓励安慰病人。
- (3)签署知情同意书。

2. 操作配合要点

(1)查对床号、姓名,向患者解释穿刺目的、意义、方法,术中配合要点和术后注意事项,消除顾虑和紧张情绪,主动配合治疗。

(2)为患者测量血压、脉搏,并做好记录。

(3)遵医嘱给患者术前用药,嘱排小便,协助取平卧位,身体右侧靠近床沿,并将右手屈曲置于枕后。嘱患者保持固定的体位。

(4)暴露穿刺部位,腰背下铺多头腹带及一次性垫巾。

(5)协助术者定位,常规消毒穿刺部位皮肤,铺无菌孔巾,配合局部麻醉。

(6)操作方法见《内科临床技术操作规范》。

(7)穿刺完毕,术者立即以无菌纱布按压穿刺部位 5~10 分钟,用无菌敷料覆盖,协助术者取下孔巾,胶布固定后,协助术者用多头腹带扎紧,沙袋加压包扎 4~6 小时。

(8)将抽吸的肝组织标本放入 95%乙醇或 10%甲醛固定液中及时送检。

(9)整理用物,测量血压、脉搏并记录。

3. 指导患者

(1)告知患者术前测定肝功能,出、凝血时间,凝血酶原时间及血小板计数的目的。

(2)告知患者术前行胸部 X 线检查,备血,必要时输血的目的。

(3)指导患者练习屏息呼吸方法(深吸气、呼气,憋住气片刻),以利术中配合。

(三)注意事项

1. 术前做好解释工作,消除顾虑。过分紧张者可于术前 1 小时口服地西洋 5 mg。

2. 进针时嘱患者深吸气后屏气。穿刺过程中嘱患者抑制咳嗽与深呼吸,以免针头刺伤肝组织引起出血。

3. 穿刺过程中,注意观察患者面色、血压、脉搏的变化,如有异常立即通知医生停止操作。

4. 术后卧床休息 24 小时,每 15~30 分钟测血压、脉搏 1 次,连续观察 4 小时,并做好记录。如有脉搏细速、血压下降、烦躁不安、面色苍白、出冷汗等内出血征象,应立即通知医生紧急处理。

5. 穿刺后如患者主诉疼痛,应报告医生仔细查找原因。若为一般性组织创伤性疼痛,可遵医嘱给予止痛剂。若为气胸、胸膜休克或胆汁性腹膜炎,应及时处理。

6. 注意观察穿刺部位,有无渗血、红肿、疼痛,及时更换敷料,防止穿刺部位感染。

7. 如疑诊肝癌、肝脓肿者,应在 B 超定位下进行穿刺,并注意观察抽出液的颜色、气味。

表 1-2 肝脏穿刺术配合考核评分标准(100 分)

项目	分值	技术操作要求	扣分原则	扣分
仪表	5	仪表端庄,服装整洁,洗手、戴口罩	一项不符合要求	0.5
评估	10	1. 了解病人的合作程度及身体状况 2. 倾听病人的要求,关心鼓励病人 3. 解释清晰、准确,语言恰当,态度和蔼	一项不符合要求	3
操作前准备	15	物品准备:基础治疗盘 1 套、无菌肝脏穿刺包、肝脏穿刺针、无菌手套、注射器、95%乙醇或 10%甲醛溶液标本瓶、沙袋、多头腹带、无菌敷料、一次性垫巾等 药品准备:2%普鲁卡因或 2%利多卡因局部麻醉用药,遵医嘱准备治疗药物、生理盐水等	用物、药品缺 1 件	各 1
操作方法及配合	50	1. 核对床号、姓名,向患者解释穿刺目的、意义、方法,术中配合要点和术后注意事项,消除顾虑和紧张情绪,主动配合治疗	未核对、未解释、未交代注意事项	各 2
		2. 为患者测量血压、脉搏,并做好记录	未测血压、脉搏	各 1
		3. 遵医嘱给患者术前用药,嘱排小便,协助取平卧位,身体右侧靠近床沿,并将右手屈曲置于枕后,嘱患者保持固定的体位	体位不当	3
		4. 暴露穿刺部位,腰背下铺多头腹带及一次性垫巾	未铺腹带、垫巾	各 2
		5. 协助术者定位,常规消毒穿刺部位皮肤,铺无菌孔巾,配合局部麻醉	未铺孔巾,配合不协调	各 2
		6. 操作方法见《内科临床技术操作规范》		
		7. 穿刺完毕,术者立即以无菌纱布按压穿刺部位 5~10 分钟,用无菌敷料覆盖,协助术者取下孔巾,胶布固定后,用多头腹带扎紧,沙袋加压包扎 4~6 小时	未用沙袋	3
		8. 将抽吸的肝组织标本放入 95%乙醇或 10%甲醛固定液中及时送检	未及时送检	3
		9. 整理用物,测量血压、脉搏并记录	未测血压、脉搏	各 1
操作后	10	1. 协助病人取合适卧位,关心爱护病人,交代注意事项 2. 整理床单位,清理用物,对用物进行初步消毒处理 3. 标本贴上标签后及时送检 4. 洗手,记录抽液的颜色、性质、量及病人的反应	一项不符合要求	2
评价	10	1. 操作熟练,动作轻柔 2. 无菌观念强 3. 爱护体贴病人	一项不符合要求	2

§ 1.3 肾穿刺活检术

(一)目的

通过肾穿刺获取肾组织活体标本,以明确病理诊断。

(二)实施要点

1. 评估患者

(1)询问了解患者的身体状况。

(2)评估患者对肾穿刺目的、操作中配合方法的了解和掌握程度,紧张程度。

(3)操作前解大小便。

2. 操作配合要点

(1)核对医嘱,做好准备。

(2)协助患者摆好体位。

(3)配合医生常规消毒穿刺区域皮肤。

(4)超声引导下定位。

(5)术中注意观察患者的生命体征,协助留取标本。

(6)操作完毕,术者拔出穿刺针,按压穿刺点防止出血,局部加压包扎。

(7)整理用物,洗手,协助病人取平卧位,送病人回病房。

3. 指导患者

(1)告知患者应避免咳嗽、翻身。

(2)告知患者如有不适,及时通知医护人员。

(3)指导术后卧位、活动、留取标本的方法。

(三)注意事项

1. 有出血倾向、重度高血压未经纠正、孤立肾、肾萎缩、肾动脉瘤、妊娠晚期及不合作等禁忌证的病人不宜做此项检查。

2. 如发现明显出血(重度肉眼血尿、血压下降、明显腹痛、肾周围血肿等),应及时给予止血、补液等保守治疗,必要时输血。延长卧床时间至肉眼血尿消失或明显减轻。

3. 肾穿刺术后半年之内,原则上不能同侧肾重复穿刺。

表 1-3 肾穿刺活检术配合考核评分标准(100 分)

项目	分值	技术操作要求	扣分原则	扣分
仪表	5	仪表端庄,服装整洁,洗手、戴口罩	一项不符合要求	0.5
评估	10	1. 询问、了解患者的身体状况 2. 评估患者对肾穿目的、操作中配合方法的了解和掌握程度,紧张程度 3. 操作前解大小便	一项不符合要求	1.5
操作前准备	10	1. 物品准备:治疗盘 1 套、无菌纱布 5~10 块、治疗巾 4 块、穿刺器材、注射器 5 ml、20 ml 各 2 个,腹带、垫巾、无菌手套、胶布、硬板床、枕头、B 超机、B 超探头(已消毒) 2. 药品准备:局部麻醉药物、标本固定液、生理盐水 100 ml 1 袋,备齐急救药品 3. 其他:按要求进行病人及环境准备	用物少 1 件 药品少一项 一项不符合要求	0.5 0.5 0.5

(续表)

项目	分值	技术操作要求	扣分原则	扣分
操作过程	安全与舒适	10	1. 认真查对 2. 病人体位舒适、安全 3. 环境安静、整洁	一项不符合要求 2
	操作中	45	1. 核对解释:核对床号、姓名,向病人讲明穿刺的目的及配合事项	未解释 1 未核对 1
			2. 安置体位:协助病人取俯卧位,充分暴露穿刺区域皮肤	一项不符合要求 1
			3. 消毒:协助医生以 0.5% 安尔碘消毒穿刺区域的皮肤	消毒不规范 2
			4. 无菌操作铺治疗巾,暴露穿刺点	污染 3
			5. B 超定位	
			6. 局部麻醉:打开利多卡因溶液安瓿,协助医生抽吸药物	配合不协调 1 污染 4
			7. 医生穿刺,观察患者的生命体征,协助留取标本	未观察 3
			8. 拔针后按压穿刺点,局部腹带加压包扎	一项不符合要求 2
	操作后	10	1. 整理床单位,清理用物	未整理 1
			2. 协助病人翻身取平卧位,指导卧位、活动、留取尿标本等事项	未协助翻身 2 未指导 2
			3. 再次核对,肾穿标本贴标签后及时送检	一项不符合要求 2
			4. 送患者回病房,按要求进行术后观察	一项不符合要求 1
评价	10	1. 操作熟练,动作轻柔 2. 无菌观念强 3. 爱护体贴病人	一项不符合要求	2

§ 1.4 胸腔穿刺术

(一)目的

1. 排出胸腔内积液或积气,减轻压迫症状。
2. 抽取胸腔积液送检,以明确胸水性质,协助诊断。
3. 胸腔内注射药物辅助治疗。

(二)实施要点

1. 评估患者

- (1)询问、了解患者身体状况。
- (2)向患者解释术中配合的方法及注意事项,以取得患者合作。

2. 操作要点

- (1)核对医嘱,做好准备。
- (2)帮助患者摆好体位,协助术者定位。
- (3)打开胸腔穿刺包,配合医生常规消毒穿刺部位,协助固定孔巾。
- (4)术中注意观察患者的生命体征,协助留取标本。

(5)操作完毕,术者拔出穿刺针,按压穿刺点防止出血,用无菌纱布覆盖穿刺点并用胶布固定。

(6)整理用物,洗手,记录抽吸的气量或液量及其性质。

3. 指导患者

(1)告知患者操作的目的。

(2)告知患者应避免咳嗽、深呼吸及转动身体。

(3)告知患者如有不适,及时通知医护人员。

(三)注意事项

1. 严格执行无菌技术操作,避免胸腔内继发感染,术中严防空气进入胸腔而引起气胸。

2. 维护病人的自尊,并注意保暖,避免受凉。

3. 术中严密观察病人有无头晕、面色苍白、出冷汗、心悸、胸部剧痛、刺激性咳嗽等情况。一旦发生立即停止抽液,并做相应处理(如协助患者平卧,遵医嘱吸氧,对症处理,必要时医嘱皮下注射 1 : 1 000 肾上腺素)。

4. 抽液、抽气时,不宜过快、过多,第一次抽液量不宜超过 800 ml,以防纵隔复位太快,引起循环障碍。

5. 术后协助病人卧床休息,继续观察病人呼吸、脉搏等情况,注意穿刺点有无渗血、渗液或气体逸出。注入药物者,嘱病人稍作活动,有利于药物在胸腔内混匀,并注意观察有无注入药物的不良反应,如发热、胸痛等,病情变化应及时通知医生。

6. 标本及时送检。

表 1-4 胸腔穿刺术配合考核评分标准(100 分)

项目	分值	技术操作要求	扣分原则	扣分
仪表	5	仪表端庄,服装整洁,剪指甲,洗手、戴口罩	一项不符合要求	0.5
评估	10	1. 病人对胸腔穿刺的认知水平、沟通能力、合作程度及心理反应(紧张、恐惧)等 2. 病人的病情、年龄、胸腔积液、积气等情况,以此选择穿刺体位及穿刺点 3. 病人胸腔穿刺部位局部皮肤情况,观察有无感染、瘢痕、皮肤病等 4. 嘱病人排大小便	一项不符合要求	2
操作前准备	10	1. 物品准备 (1)常规消毒治疗盘 1 套 (2)无菌胸腔穿刺包(针栓接带胶管的胸腔穿刺针、5 ml 和 50 ml 注射器、7 号注射针头、血管钳、孔巾、纱布等) (3)2%普鲁卡因或 2%利多卡因针剂,1 : 1 000 肾上腺素,必要时备抗生素或化疗药物 (4)无菌手套、无菌试管、量杯、靠背椅等,抽气时准备胸腔闭式引流瓶	用物缺 1 件	0.5
		2. 环境准备	药品少 1 件	0.5
		3. 病人准备	一项不符合要求	1

(续表)

项目	分值	技术操作要求	扣分原则	扣分
安全与舒适	10	1. 环境清洁、安静,温度及湿度适宜 2. 屏风遮挡 3. 病人体位舒适	一项不符合要求	2
操作过程		1. 核对解释:核对病人的床号、姓名,向病人说明胸腔穿刺的目的及术中注意事项 2. 安置体位:协助病人反坐于靠背椅上,双臂平放于椅背上缘;不能下床的病人,可取床上端坐卧位;危重者取半坐卧位,穿刺侧上肢弯曲上举置于头颈部;抽气时可取坐位或半坐卧位,面向穿刺者,注意保暖,维护病人自尊 3. 确定穿刺点:一般胸腔积液的穿刺点取肩胛骨下第7~9肋间隙或腋中线第6~7肋间隙,气胸者取锁骨中线第2肋间隙进针 4. 常规消毒:协助医生以2%碘酊和75%乙醇常规消毒穿刺部位皮肤,消毒范围直径在15 cm以上 5. 铺孔巾:打开胸腔穿刺包,待医生戴好无菌手套、铺上孔巾后,护士用胶布固定孔巾两上角 6. 局部麻醉:打开2%普鲁卡因溶液安瓿供医生抽取,在穿刺点沿肋骨上缘自皮肤至胸膜逐层进行局部麻醉,与病人交谈,转移注意力,减轻疼痛 7. 穿刺:医生以左手示指、中指固定穿刺部位皮肤,右手持穿刺针(针栓接有胶管并用血管钳夹紧),在局部麻醉部位沿肋骨上缘缓慢穿刺入胸腔 8. 抽液或排气: (1)若使用针栓接有胶管的胸腔穿刺针,待医生将注射器与胶管连接后,护士松开血管钳并协助固定穿刺针和医生抽液。待抽满时,护士夹紧胶管,医生取下注射器排液,再接上注射器。如此反复。 (2)若使用三通活塞,医生接上抽液器注射后,转动三通活塞,使注射器与胸腔相通,并进行抽吸。抽液时护士用血管钳固定针头,液体抽满后,再转动三通活塞,使注射器与外界相通,排出注射器内液体。(3)给气胸病人抽气时,护士应配合医生使用人工气胸抽气箱,同时测量胸腔压力。穿刺过程中,嘱病人不能移动位置,勿深呼吸和咳嗽,防止穿刺针刺入过深,损伤肺组织,并核对测量抽液量 9. 留取标本:按需要留取胸液标本,注意无菌,防止标本被污染 10. 胸腔内用药:需向胸腔内注射药物时,抽液后接上准备好药物的注射器,抽胸液少许,与药液混合后再注入 11. 拔针:术毕拔出穿刺针,针孔处用2%碘酊和75%酒精消毒后覆盖无菌纱布,胶布固定	未核对、未解释 未显露穿刺部位、体位不正确 消毒不规范 孔巾滑脱污染无菌区 一项不符合要求	各2 各2 3 5 1
	45		一项不符合要求、未夹紧胶管、未核对测量抽液量 污染	各2 5

(续表)

项目	分值	技术操作要求	扣分原则	扣分
操作后	10	1. 整理床单位,清理用物 2. 将病人安置于平卧位或半卧位休息。对用物进行初步消毒处理 3. 标本贴上标签后及时送检 4. 记录抽液的颜色、性质、量及病人的反应	一项不符合要求	1
评价	10	1. 操作熟练、动作轻柔 2. 操作过程中随时观察病人反应 3. 爱护体贴病人 4. 无菌观念强	一项不符合要求	3

§ 1.5 心包穿刺术

(一)目的

1. 穿刺心包放液,解除心脏压塞。
2. 对心包液进行常规、生化、细菌及细胞学检查,以明确病因。
3. 心包内注入药物用于治疗。

(二)实施要点

1. 评估患者

- (1)询问、了解患者身体状况。
- (2)向患者解释,取得患者配合。

2. 操作要点

- (1)核对患者,准备用物。
- (2)协助患者取正确的体位。
- (3)心电监护,建立静脉通路。
- (4)协助术者选择穿刺部位常规消毒皮肤,进行穿刺。
- (5)妥善固定。

3. 指导患者

- (1)术前做好解释,解除顾虑并嘱其在穿刺过程中切勿咳嗽或深呼吸。
- (2)告知患者置管期间减少活动,避免导管脱落或扭曲。

(三)注意事项

1. 严格无菌操作。
2. 术中严密心电图、血压监护。
3. 抽液速度应缓慢,防止空气进入心包内。
4. 首次抽液量以 100 ml 左右为宜,以后每次抽液 300~500 ml,以免抽液过多引起心脏急性扩张。