

常用专科护理技术

—— 操作程序与考核标准

主编 吴小桂 吴丽文
主审 蒋冬梅 王曙红

CHANGYONGZHUANKE
HULIJISHU



中南大学出版社

常用专科护理技术

——操作程序与考核标准

主 编 吴小桂 吴丽文

副主编 方萍萍 邹玉莲
吴炎玲 彭兰地

主 审 蒋冬梅 王曙红

中南大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

常用专科护理技术:操作程序与考核标准/吴小桂主编. —长沙:
中南大学出版社, 2008. 3

ISBN 978-7-81105-638-9

I. 常... II. 吴... III. 护理 - 技术 IV. R472

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 019876 号

常用专科护理技术 ——操作程序与考核标准

主编 吴小桂 吴丽文

☐ 责任编辑 谢新元

☐ 责任印制 汤庶平

☐ 出版发行 中南大学出版社

社址:长沙市麓山南路

邮编:410083

发行科电话:0731-8876770

传真:0731-8710482

☐ 印 装 中南大学湘雅印刷厂

☐ 开 本 850 × 1168 1/32 ☐ 印张 6.5 ☐ 字数 160 千字

☐ 版 次 2008 年 3 月第 1 版 ☐ 2008 年 3 月第 1 次印刷

☐ 书 号 ISBN 978 - 7 - 81105 - 638 - 9

☐ 定 价 14.00 元

图书出现印装问题,请与经销商调换

前 言

随着医学科学的迅速发展, 护理新技术、新方法不断涌现, 为了进一步规范专科护理技术操作程序, 提高护理人员实际操作能力, 保障护理安全, 同时为护理管理者提供考核标准, 我们组织编写了《常用专科护理技术——操作程序与考核标准》。本书详细阐述了 29 项常用专科护理技术在临床医疗中的操作运用, 重点介绍了与操作有关的基本知识、基本技能和健康教育等内容, 寓健康教育于护理人员一言一行之中, 展现了护患之间的有效沟通, 体现了护理人员的主动服务理念, 是广大护理人员护理技能训练及护理管理者教学、考评必备的工具用书。

本书在编写过程中, 参考了大量权威性的书籍和资料, 力求精确、实用。但由于时间仓促, 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

2007 年 12 月

目 录

第一章 一般专科护理技术	(1)
第一节 患者入院、出院的护理	(1)
第二节 患者跌倒的预防技术	(10)
第三节 压疮的预防及护理技术	(16)
第四节 物理降温——酒精拭浴技术	(23)
第五节 患者约束技术	(29)
第六节 输液泵/微量输注泵的使用技术	(35)
第二章 重症专科护理技术	(50)
第一节 多功能检测——心电监测技术	(50)
第二节 血氧饱和度监测技术	(58)
第三节 动脉血标本的采集技术	(65)
第四节 除颤技术	(72)
第五节 心肺复苏基本生命支持技术	(78)
第三章 内科常用护理技术	(83)
第一节 血糖监测技术	(83)
第二节 痰标本采集技术	(88)
第三节 咽拭子标本采样技术	(93)
第四节 超声雾化吸入治疗技术	(99)

第四章 外科常用护理技术	(105)
第一节 换药技术	(105)
第二节 脑室引流的护理技术	(112)
第三节 胸腔闭式引流的护理技术	(113)
第四节 “T”形管引流的护理技术	(124)
第五节 膀胱冲洗的护理技术	(130)
第六节 造口护理技术	(141)
第七节 胃肠减压技术	(149)
第八节 患者搬运技术	(155)
第九节 轴线翻身技术	(164)
第五章 产科常用护理技术	(169)
第一节 听诊胎心音技术	(169)
第二节 产时会阴消毒技术	(175)
第三节 新生儿脐部护理技术	(180)
第六章 儿科常用护理技术	(185)
第一节 早产儿暖箱的使用技术	(185)
第二节 光照治疗技术	(191)
参考文献	(199)

第一章 一般专科护理技术

第一节 患者入院、出院的护理

患者入院、出院护理是指对刚入院和即将出院的患者所做的一系列护理工作。其目的是满足患者身心需要,有利于组织、指导患者适应医院环境,积极配合治疗,以及患者出院时所需护理程序、注意事项等,利于建立和谐的医患关系。

患者入院护理

一、操作程序

以急性肾盂肾炎患者为例:患者张萍,女,35岁,尿频、尿急、眼睑浮肿1周而入院。

〔评估〕

1. 评估环境

评估同室病友是否适合患者的安排,病室应清洁、安静。

2. 评估用物

(1)床单位完好备用。

(2)备用病历及各种登记卡齐全。

3. 操作者自我评估

着装、仪表符合护士规范要求。

〔计划〕

1. 预期目标

(1) 使患者感到温馨, 方便且舒适。

(2) 满足患者的身心需要, 减轻痛苦, 积极配合治疗, 缩短病程, 促进康复。

2. 准备

(1) 操作者自身准备: 衣帽整齐, 洗手。

(2) 用物准备: 一览表、病历、病历夹、床头卡、体温表、血压计、听诊器、大小便容器、指甲剪、评估单、病号服、卫生纸、计时表、入院告知书。

(3) 环境准备: 清洁、安静、舒适的环境。

〔实施〕

(1) 接住院通知单后, 值班护士应根据病情安排床位。

护士: “请问您是住院的吗? 我是护士李晓英。请把您的病历资料给我。”

患者: “是的, 这是我的病历资料。”

护士: “我会根据您的病情给您安排床位的, 麻烦您先称一下体重好吗?”

患者: “好的。”

护士: “您的体重为 52 公斤。这是您的责任护士王晓丹。现在请您随她去病房。”

患者: “好的。”

(2) 向患者介绍病区环境、科室人员、住院规则及有关制度。

护士: “张萍, 这是您的床位 17 床, 我科的护士长是吴欣, 科主任是徐康华, 您的主治医生是黄勇, 您在住院过程中有什么困难需要帮助尽管找我们, 我们会尽力而为的, 我给您介绍一下病室环境……请您随时保持病室的整洁和安静, 为了您的健康, 请

不要在病房吸烟；为了您的安全，住院期间请不要外出，如有特殊情况，请履行好请假手续，我们的探视时间安排在每天上午10点，下午3点，请您遵守好。”

患者：“好的。”

护士：“请您先休息一会儿，我去通知您的主治医生来对您进行诊治。”

(3) 报告医生，必要时协助体格检查。

护士：“黄医生，来了一位新病人，安排在17床，入院诊断为急性肾盂肾炎，请问您需要我的帮助吗？”

黄医生：“不需要。”

(4) 护士回到护士站，填写住院病历和有关护理表格。

(5) 准备测量体温、脉搏、呼吸、血压(简称生命体征)的用物，以及大小便容器、床头卡、指甲剪、病号服、卫生纸、入院评估单、入院告知书、计时表。

(6) 将用物带到床旁，挂放床头卡，查看衣服是否清洁，更换病号服，修剪指甲。监测生命体征，并将结果告诉患者，做好记录。

(7) 入院护理评估：①了解患者入院病因并观察患者的疾病情况；②评估患者意识状态和饮食、睡眠、皮肤、生活自理情况；③询问有无过敏史，是否有跌倒的危险，有跌倒危险的患者应当介绍注意事项，并做好记录。

护士：“请您先休息一会儿，我去准备药物给您进行治疗，感谢您的配合。”

(8) 回护士站，遵医嘱及时执行治疗和分级护理，完成好入院护理记录，必要时制订护理计划。

[评价]

(1) 床铺平整，适合安排新病人。

(2) 患者熟悉科室环境、科室人员及有关制度。

(3) 操作流程符合要求。

二、注意事项

(1) 病室是否符合患者安排的原则, 男女不混放, 危重症患者应放入抢救室, 传染病患者要隔离。

(2) 热情接待, 语气温和, 微笑服务。

(3) 操作规范, 入院护理记录准确、及时、真实、字迹工整。

三、基本知识

1. 分级护理的适应对象与护理要求

分级护理的适应对象与护理要求

护理级别	适 应 对 象	护 理 要 求
特级护理	患者的病情危重, 需随时观察, 以便进行抢救, 如严重创伤, 复杂疑难的大手术后, 器官移植、大面积烧伤以及某些严重的内科疾患等	①安排专人 24 小时护理, 严密观察病情及生命体征; ②制订护理计划, 严格执行各项诊疗及护理措施, 及时准备填写特别护理记录单; ③备好急救所需的药品和用物; ④认真细致做好各项基础护理, 严防并发症, 确保患者安全
一级护理	患者病情危重, 须绝对卧床休息, 如各种大手术后、休克、昏迷、瘫痪、高热、大出血、肝衰竭、肾衰竭和早产儿等	①每 15 ~ 30 分钟巡视患者 1 次, 观察病情及生命体征变化; ②制订护理计划, 严格执行各项诊疗及护理措施, 及时准确填写特别护理记录; ③做好基础护理, 严防并发症, 满足患者身心需要

护理级别	适 应 对 象	护 理 要 求
二级护理	病情较重,生活不能自理,如大手术后病情稳定者以及年老体弱、慢性病不宜多活动者、幼儿等	①每1~2小时巡视患者1次,观察病情;②按护理常规护理;③给予必要的生活及心理协助,满足患者身心需要
三级护理	病情较轻,生活能基本自理,如一般慢性病、疾病恢复期及择期手术的准备阶段等	①每日巡视患者2次,观察病情;②按护理常规护理;③给予卫生保健指导,督促患者遵守院规,满足患者身心需要

2. 体温、脉搏、呼吸、血压正确测量的方法

关于体温、脉搏、呼吸、血压的正确测量方法请参考《常用护理技术》。

四、健康教育

(1) 介绍病室工作人员,如科主任、护士长、主治医生、责任护士等,使患者对病室人员有所了解,产生亲密感、安全感和归属感。

(2) 介绍病区环境,使新入院的患者尽快熟悉病区环境,如厕所、开水房、配餐间、安全通道等。并告诉患者医护办公室、治疗室、换药室请勿随便进入。

(3) 介绍病室作息时间和制度,如病室空调开放时间、开水供应时间、餐饮时间、查房时间、护理工作程序、患者休息时间和亲友探视时间等,使患者住院后生活安排妥当,不因误时影响治疗和护理。

患者出院护理

一、操作程序

以急性肾盂肾炎患者出院为例：患者张萍，女，35岁，诊断：急性肾盂肾炎，于2008年2月10日出院。

[评估]

1. 核对医嘱

核对医嘱，核对出院患者床号、姓名、出院带药情况。

2. 评估患者

疾病恢复情况。

3. 评估环境

环境清洁、安静，空气良好，室温适宜。

4. 评估用物

用物是否齐全。

5. 操作者自身评估

操作者着装、仪表符合护士规范要求。

[计划]

1. 预期目标

(1) 服务态度满意。

(2) 医疗、护理质量满意。

2. 准备

(1) 操作者自身准备：衣、帽整齐，洗手。

(2) 患者准备：知道出院日期。

(3) 用物准备：宣教资料，出院病历。

(4) 环境准备：清洁、安静，适合进行出院护理。

[实施]

(1) 核对医嘱，确认出院日期。

(2) 终止各种治疗和护理,做好出院登记,通知有关部门。

(3) 诚恳听取患者住院期间的意见和建议。

护士:“张萍,您好。”

患者:“您好。”

护士:“医生通知您今天可以出院了,知道吗?”

患者:“知道。”

护士:“您在住院期间对我们有什么意见和建议吗?”

患者:“没有,非常感谢您们。”

护士:“谢谢您对我们工作的理解和支持,您的出院带药等一下送给您,好吗?”

患者:“好的。”

护士:“请您或您的家人到一住院部去办理出院手续。”

(4) 回到护士站,完成出院护理记录和整理出院病历。

(5) 完成健康指导:嘱咐患者出院注意事项,用药须知,生活、饮食注意事项等。

护士:“张萍,因您患的是急性肾盂肾炎,请您出院以后合理按时地继续服用药物,并多饮水,每天饮水量达 2000 mL 以上,这样会有利于疾病的康复。同时出院后一定要注意多休息,注意个人清洁卫生,以避免感染。定期到医院复查尿常规和尿培养,密切观察病情变化。”

患者:“好,谢谢。”

护士:“我这儿有一份急性肾盂肾炎的健康指导,上面有急性肾盂肾炎的治疗、用药、休息、活动及注意事项,请您好好看一下。”

患者:“好的。”

(6) 热情护送患者出院。

护士:“东西都收拾好了吗?”

患者:“收拾好了,住院期间感谢您们对我的照顾。”

护士：“没什么，那是我们应该做的，让我来帮您提东西，送送您。”

患者：“谢谢您。”

护士：“您走好，多保重。”

回到病房，对床单位进行终末处置后，铺备用床。

〔评价〕

- (1) 患者对住院期间医疗护理质量和服务态度均感满意。
- (2) 健康指导内容符合疾病的需要。

二、注意事项

- (1) 操作前了解患者的疾病治疗、护理及转归。
- (2) 健康教育内容与疾病相符。
- (3) 语气温和，微笑服务。

三、基本知识

(1) 床单位的终末处置：①将污被单、被套、枕套撤下送洗衣房清洗；②被褥在日光下曝晒6小时或用紫外线照射消毒；③病床、床旁桌、椅、地面以消毒液擦拭；④病室开窗通风或用紫外线照射消毒。

(2) 如为传染病患者，则按传染病终末消毒进行处理。

(3) 病床之间相距1米。

四、健康教育

(1) 患者出院前，护士应帮助患者了解自己所患疾病的防治知识。

(2) 根据患者的病情，交代好注意事项，如饮食、服药、休息、病情的自我识别等，同时协助患者制订康复计划，确定复诊时间。

(3) 鼓励并指导患者学会自我护理,使身心健康达到更高的境界。

五、患者入院、出院护理考核评分标准

患者入院、出院护理考核评分标准

总分: 100 分

项目	内 容	分值	评分要求	得分	备注
评估 (10 分)	1. 查对医嘱 2. 评估患者(出院) 2. 评估用物 3. 评估环境 4. 操作者自身评估	4 1 1 2 2	1. 未评估不给分,评估不全酌情扣分 2. 评估用物可于准备用物时检查评估,准备时也未检查者扣除该项分		
计划 (20 分)	1. 预期目标 2. 准备 (1)操作者自身准备 (2)用物准备 (3)患者准备 (4)环境准备	2 3 10 2	1. 预期目标根据考核要求扣分,要求回答漏一项扣1分,未作要求者不扣分 2. 准备不符合要求者酌情扣分		
实施 (50 分)	1. 备用床要根据病情安排 2. 介绍病室环境,住院规则及有关制度(探视制度),人员介绍 3. 完成好入院护理评估 4. 完成好人、出院护理记录 5. 执行医嘱和分级护理 6. 核对医嘱,确认出院 7. 终止各种治疗和护理 8. 诚恳听取患者住院期间的意见和建议 9. 完成好健康指导 10. 热情护送患者	2 10 6 10 3 2 1 3 10 3	1. 床单位不符合要求扣分0.5~2 2. 操作不符合要求酌情扣分 3. 违背以下原则酌情扣分 (1)未以患者为中心,未与患者进行有效沟通 (2)查对制度不严 (3)无微笑服务,语气不温和 (4)健康指导适用性差 (5)护理文书记录不准确 4. 未听取患者住院期间的意见和建议扣3分		

项目	内 容	分值	评分要求	得分	备注
评价 (20 分)	1. 床铺平整, 适合安排患者	2	1. 患者安排不合理扣 0.5 ~ 2 分		
	2. 患者熟悉科室环境和科室人员, 遵守制度	3	2. 对科室环境、制度和科室人员不熟悉一项扣 1 分		
	3. 操作程序符合要求	5	3. 操作不符合护理要求, 不省力, 不连贯的酌情扣分		
	4. 患者对医疗护理质量和服务态度满意	5	4. 患者不满意, 投诉现象扣 5 分		
	5. 健康指导符合疾病需要	5	5. 健康指导不符扣 1~4 分		

第二节 患者跌倒的预防技术

应用人工的方法为患者创造安全、舒适的住院环境, 防止意外情况发生, 最大程度保证住院疗效。

一、操作程序

以低钾血症患者为例: 患者杨英, 女, 40 岁, 因乏力 3 天加重伴四肢不能活动 12 小时, 收入内科病房, 经一系列检查、治疗, 入院第 2 天, 病情好转, 肢体能活动, 但仍感乏力。查房时, 发现患者易跌倒, 需做跌倒的预防。

〔评估〕

1. 核对医嘱

查对床号、姓名, 了解患者病情。

2. 评估患者

(1) 全身情况: 目前病情、治疗、用药情况、意识状态, 有无跌倒的经历。

(2) 局部情况: 肢体活动情况, 肌力的评估。

(3) 心理状况：自理能力、有无恐惧、焦虑等，以及其合作程度。

(4) 健康知识：对疾病与防跌倒的认识程度。

评估患者举例：

护士：“杨英，您好，昨晚休息得好吗？洗脸、刷牙了吗？吃早餐了没有？”

患者：“睡得还好，已经洗脸、刷牙，吃了一些面条。”

护士：“今天感觉好些了吗？能单独下床活动吗？”

患者：“感觉比入院时好多了，但还是双脚没力，不能单独下床活动，上厕所都要人扶助。”

护士：“您不要急，疾病恢复需要一个过程，您要安心配合医生治疗，保持良好的心态，开朗的心情。”

患者：“好的，我知道了。”

护士：“让我检查一下您的肢体活动情况，您以前有没有跌倒过。”

患者：“以前在家跌倒过一次。”

护士：“哦！那您要注意安全。根据您现在的情况，您下床易跌倒，等下我准备一些物品来帮助您，以防止意外情况发生，好吗？”

患者：“好的，谢谢您。”

护士：“您先休息，我等下就来！”

3. 评估环境

环境清洁、安静、安全，地面无水迹，室内无杂物，病室过道通畅无障碍物，灯光明亮，各种标识清晰，病房安全设施，如床头灯、呼叫仪齐全、有效。

4. 评估用物

用物齐全，性能良好。