



基础护理 技术操作规程

云南省卫生厅医政处 编



云南科技出版社

责任编辑：沈 洪
封面设计：江春光

基础护理技术操作规程
云南省卫生厅医政处编

云南科技出版社出版发行 （昆明市书林街100号）

云南省地质矿产局测绘队印装

开本：787×1092 1/32 印张：4.625 字数：101,000

1989年2月第1版

1989年2月第1次印刷

印数：28,000册

ISBN 7-5416-0177-2/R·41 定价：1.70元

编写人员名单（按姓氏笔划排列）

丛玉芬 任永真 吴 芹 犹品素 陆伟黔

张 萍 胡松谋 常简若



前 言

护理学是一门独立的学科，是整个医疗工作的重要组成部分。熟练的护理技术操作可以减轻病人的痛苦，提高治疗效果。为了统一全省的护理技术操作规程，以提高护理质量，云南省卫生厅1982年7月曾组织编写了《基础护理技术操作规程》，作为全省护理人员的技术操作规范。

为了适应护理学科的发展，根据6年多来的实践和《基础护理技术操作规程》在执行中存在的问题，省卫生厅和中华护理学会云南分会，重新组织人员对原该书进行了修订。除对原有的章节进行必要的增删外，还增加了质量标准、医学常用外文缩写等一些新的内容，供大家在工作中参考和应用。

本书在修订过程中得到了昆明地区省、市级医院部分护理骨干的大力支持，提出了宝贵的意见，在此特向参与此项工作的同志表示感谢！

希望广大护理人员在实践中进一步提出修改和补充意见，以便使此书更完善，质量更高。

云南省卫生厅
中华护理学会云南分会

1988年9月

目 录

第一章 病区设备及管理	1
第一节 病区设备	1
第二节 病区管理	1
第三节 分级护理	4
第二章 出入院护理	5
第一节 入院处接诊护理	5
第二节 入院护理	5
第三节 出院护理	5
第三章 护理表格的应用	7
第一节 表格记录书写的原则	7
第二节 体温表	8
第三节 医嘱处理	9
第四节 特别护理记录单	11
第五节 交班报告	12
第四章 铺床法	14
第一节 备用床	14
第二节 暂空床	15
第三节 麻醉床	15
第五章 临床护理	16
第一节 晨、晚间护理	16
第二节 口腔护理	18
第三节 头发护理	19

第四节	床上擦浴	22
附	卧床病人更换床单法	23
第五节	协助病人更换卧位法	24
第六节	会阴冲洗	26
第六章	褥疮的预防及护理	27
第七章	换药法	29
第八章	体温、脉搏、呼吸、血压测量法	31
第一节	体温测量法	31
第二节	脉搏测量法	33
第三节	呼吸测量法	34
第四节	血压测量法	34
第九章	冷热疗法	36
第一节	冷疗法	36
第二节	热疗法	38
第十章	无菌技术	44
第十一章	隔离技术	15
附	医院内常用消毒方法一览表及溶液配制计算法	52
第十二章	注射法	57
第一节	注射原则	57
第二节	用物准备	58
第三节	常用注射法	59
第十三章	常用药物过敏试验	65
第一节	青霉素过敏试验	65
第二节	链霉素过敏试验	67
第三节	破伤风抗毒素过敏试验及脱敏注射法	68
第四节	普鲁卡因过敏试验	69
第五节	细胞色素C过敏试验	69

第六节 碘过敏试验	70
第七节 结核菌素试验	70
第十四章 静脉输液及输血	73
第一节 静脉输液	73
第二节 静脉输血	77
第十五章 药物的管理及口服给药法	79
第一节 药物管理	79
第二节 口服给药法	81
第十六章 洗胃法	82
第十七章 鼻饲法	85
第十八章 胃肠减压法	86
第十九章 灌肠、肛管排气	87
第一节 不保留灌肠	87
第二节 保留灌肠	89
第三节 肛管排气	90
第二十章 吸痰法	91
第二十一章 氧气吸入法	92
第二十二章 吸入法	95
第一节 蒸气吸入法	95
第二节 超声雾化吸入法	96
第二十三章 导尿、留置尿管及膀胱冲洗	97
第一节 导尿术	97
第二节 留置尿管	99
第三节 膀胱冲洗	101
第二十四章 各种备皮	103
第二十五章 标本的采集	105
第一节 血标本的采集	105

第二节	尿标本的采集	106
第三节	粪便标本的收集	108
第四节	痰标本的收集	109
第五节	咽拭子培养	110
第六节	呕吐物标本的收集	110
第二十六章	尸体料理	111
附一	省卫生厅《关于加强无菌观念,严格 无菌技术操作的通知》	113
附二	表格书写示范	116
	病历排列顺序	116
	体温表	119
	特别护理记录	121
	护士交班记录	122
	医嘱联系簿	123
	长期医嘱	124
附三	医学常用外文缩写	125

第一章 病区设备及管理

第一节 病区设备

病室是治疗、抢救病人的场所，也是伤病员休养的地方。病室环境的好坏对于病人的精神状态、治疗效果、健康恢复都有着重要的意义，要做到光线充足、通风良好、温度适宜，整洁、安静、舒适、安全。

1. 病室陈设力求简单，统一布局，整齐划一，床与床之间相距1米。

2. 室内的一切设备应便于移动，有防止噪音的装置，有传呼系统装置，有节力车。

3. 室内的一切物品应做到五定（定数量、定品种、定位置、定专人管理、定期清点）。

4. 室内除规定物品外，禁放其它杂物。

5. 病室必须挂窗帘，色泽柔和协调一致。

第二节 病区管理

一、病区管理五化要求

管理制度化、工作程序化、操作常规化、物品放置规范化、质量检查标准化。

病房要做到四固定、五条线、六统一。

“四固定”——一切物品固定放置房间，固定摆放位置，固定数量，固定管理人员。

“五条线”——床头柜摆成线，暖水瓶摆成线，陪护凳摆成线，被褥叠放成线，病床前后左右一条线。

“六统一”——医生办公室、护士办公室、值班室、抢救室、治疗室、配餐室等六个房间，各科都要做到家具物品放置统一。

二、病区管理“八字”标准

整洁、安静、舒适、安全。

1. 整洁：

(1) 病室：室内地面、门窗、四周墙壁洁净，无积灰死角；病床、床头柜、椅或凳放置分别呈一条线；病床平整干燥；床头柜台面和柜内整洁，病员毛巾、面盆、热水瓶、小茶壶定点放置；床下无杂物，室内不得留置便器。

(2) 走廊：墙壁不乱张贴，地面清洁无杂物。

(3) 治疗室：室内整洁。药柜有专人管理，药品定量、定位、定时清点，标签完整明确（内服用药蓝标签，外用药用红标签），内服和外用药品分别放置；严格区分有菌与无菌物品，并做到分别放置；治疗盘定点放置，各种盛器洁净。室内禁放私人用物。

(4) 抢救室：设备齐全（药物、器械），抢救物品有专人管理，急救药品按卫生厅统一编号排列。室内物品处于应急状态。

(5) 办公室：室内整洁，物品定点放置，设有护患联系信号装置及医护联系栏，使病人动态一目了然。室内禁放私人用物。

(6) 配餐室：室内整洁，桌面、水池无污垢；食具消毒；开饭时洗手、戴口罩、帽子，工作服整洁。

(7) 厕所清洁无臭味，便器及时清洗、消毒备用。

(8) 医护人员仪表端庄，着装整洁，穿软底鞋。

2. 安静：保持病区安静，无噪音。工作人员一切活动必须做到动作轻、说话轻、走路轻、开关门窗轻。

3. 舒适：病床单元配备齐全，床铺干燥平整，病室定时通风换气，室内光线充足明亮，病人睡眠或光线过强时应放窗帘，夜间巡视病人应开地灯或用手电筒，避免强光直接刺激病人。

4. 安全：

(1) 麻醉、剧毒药品专柜上锁，专人保管，帐目清楚，制度完善；氧气瓶放置妥善。

(2) 严格执行“三查七对”制度，输血有2人核对并签名，床头标记清楚；有健全的差错事故登记、分析、讨论制度。

(3) 避免发生护理并发症。

(4) 对老、幼、昏迷、精神异常的病人要有相应的安全措施。

(5) 病室、抢救室、治疗室、过道应定期消毒，细菌培养菌落数合格，并有记录。

质量标准

1. 达到四固定、五条线、六统一。

2. 保证病人在整洁、安静、舒适、安全的环境中治疗休养。

3. 四分开：治疗室、配餐室、厕所、病室的扫帚、拖把、抹布分开使用。

第三节 分级护理

为了加强对病人的护理，护理人员应按病情轻重，有计划、有重点地施行分级护理。

特级护理：凡病情危重、需严密观察生命体征者。设专人护理，制定护理计划，严密观察病情，记录 24 小时出入量，做好特护记录。认真细致地做好各项基础护理，严防并发症发生。

一级护理：凡重症、生活不能自理或须严格卧床休息者。生活上给予周密照顾，每15~30分钟巡视一次，密切观察病情变化和治疗效果，及时准确填写护理记录。防止并发症发生。

二级护理：病情趋于稳定，部分生活不能自理或不宜多活动者。生活上可给予协助，每1~2小时巡视一次，做好基础护理。

三级护理：各种疾病恢复期和待术病人，生活可自理者。每日巡视2—3次，掌握病情，了解治疗效果，做好心理护理，进行卫生保健指导。

质量标准

特护和一级护理要求做到五包到床头，观察病情准确及时，做好记录。

二、三级护理要求了解患者病情及心理状态，做好保健指导，生活上予以协助。

第二章 出入院护理

第一节 入院处接诊护理

1.入院病人必须持有门诊医生签字的住院证或入院通知单，方可办理入院手续。

2.入院时应在住院处进行卫生处理，更换衣服，必要时工作人员协助进行。病人多余的衣物，交陪同者带回，不能带回者，留住院处保管。

3.通知病区准备接待病人。

4.根据病情，安全护送病人至指定病室，办好衣物病历交接手续。

5.凡病情严重或有特殊情况，不宜进行卫生处置时，应向病室接诊护士交待清楚。

6.紧急抢救病人，可先住院，后办入院手续。急诊科(室)应将病情及需做的特殊准备通知病房，以便及时抢救。

质量标准

接诊热情，有卫生处置。

第二节 入院护理

1.病区护士接到新病人入院证或入院通知单后，立即准备病床单位。

2.病区护理人员(责任护士)应热情接待病人，并护送

至病床上。交待病床单位用物。

3.立即通知负责医生，及时执行入院医嘱；遇危重病人则立即作好急救准备，并积极参加抢救。病情陈述不清者或医生未了解病情前，不得让家属离开。

4.向病人及家属介绍病区环境、住院规则、探访及陪住等规章制度；主管医生、责任护士及护士长姓名。

5.填写各种护理表格、小诊断卡、床头卡、标明护理级别及饮食类别，送饮食通知单，测量体温、脉搏、呼吸、血压、体重并记录，留送常规检验标本。

6.新病人入院，每日测体温4次，连续3日；若发烧，应每4小时测量一次。

7.及时采集护理病史进行护理体检，书写护理病历，制订护理计划，按级别进行护理。

质量标准

热情迎接，做好入院介绍，向病人交待清楚病床单位用品。对危重者及时做好急救准备并投入抢救。

第三节 出院护理

1.按医嘱，护士应提前通知病人或家属作好出院准备，结束一切治疗用药、注销饮食、治疗、注射、服药本或卡片上的姓名。填写出院登记本。

2.认真检查病人所用药品的剩余部分，及时退回药房。

3.值班护士接到出院许可证后，应在体温单40~42℃之间标记出院时间，按出院病历顺序整理病历。协助病人整理物品，同时清点医院用物。

4.出院携带的药品，必须向病人或家属交待清楚用法、

用量及用药的注意事项。

5.向病人宣传出院后的注意事项及健康咨询。

6.诚恳征求病人意见,改进医院工作,热情迎送病人出院。

7.撤去所用被服及床头卡,病床单位进行终末消毒。

8.铺好备用床,准备随时迎接新病人。

质量标准

出院手续完备,做好卫生指导,征求意见、热情欢送,病床单位终末处理。

第三章 护理表格的应用

各种护理记录,既是病历的重要组成部分,又是治疗、护理的依据和交接班的资料。

做好护理记录,对于正确诊断治疗疾病具有重要价值,也为医学科学研究、临床教学工作和总结医疗护理工作经验,提供可靠的资料。

第一节 表格记录书写的原则

1.记录认真、及时、准确、完善。

2.确切运用医学术语,内容简明扼要。

3.文理通顺,字迹清楚端正,不得涂改(涂改后要签名)、剪贴或滥用非规定简化字,楣栏、页码填写完整。

4.用红、蓝色墨水笔书写,记录者签全名。

第二节 体温表

1. 楣栏项目及页码用蓝墨水笔填写。

2. 在当天的40~42℃栏之间,用红墨水笔竖写以下各项:入院、出院、手术、分娩、转科、死亡时间(时、分)。

3. 体温绘制: 口温以蓝“·”表示, 肛温以蓝“○”表示, 腋温以蓝“×”表示, 相邻两次温度用蓝线相连。物理降温半小时后的温度以红“○”表示, 并用红色虚线与降温前的体温相连接。如降温处理后所测体温不变者, 则在原体温标记的外圈以红“○”表示。下一次体温应与降温前的体温相连。体温在35℃以下, 用蓝色在35℃线处竖写“不升”表示。

4. 脉搏绘制: 脉搏以红“·”表示, 相邻脉搏以红线相连。心率以红“○”表示。须记录脉搏短绌图时, 则于心率与脉搏之间以红色涂布。

5. 体温、脉搏重叠一点时, 先画体温, 再用红笔在其外画一圆圈, 如⊙⊗⊙。

6. 呼吸绘制: 呼吸以黑“·”表示, 相邻呼吸以黑线相连。

7. 在35℃线以下, 按表格项目用蓝墨水笔填写以下内容: 大便次数(“E”表示灌肠, 1/E表示灌肠后大便一次), 小便次数(“C”表示导尿或留置尿管), 大小便失禁以“※”表示。液体出入量(以ml为单位), 血压(mmHg), 体重(kg), 特殊药物或身高等。

质量标准

点圆等大、线直、准确、整洁、美观。

第三节 医嘱处理

一、医嘱种类

1. 长期医嘱。有效时间在24小时以上，当医生注明停止时间后失效。

2. 临时医嘱。有效时间在24小时以内，应在短期内执行，有的需立即执行，一般只执行一次。

3. 临时备用医嘱（S.O.S）。写在临时医嘱栏内，仅于12小时内有效，日间的备用医嘱仅于日间有效，夜间的备用医嘱仅于夜间有效。若到时未用，用红墨水笔写“未用”二字，自行失效。

4. 长期备用医嘱（p.r.n），写在长期医嘱栏内。每次执行后，在临时医嘱栏内记录执行时间，执行者签全名。

二、医嘱的处理

医嘱的处理原则，先急后缓，先临时后长期，先执行后转抄。

1. 每日晨由主班护士在医嘱联系本的最后一项医嘱下面划两条蓝线，两线之间用蓝墨水笔填写“日间医嘱”字样及日期；晚班护士接班后在最后一项医嘱下用红墨水笔划两条红线，两线之间用红墨水笔填写“夜间医嘱”字样及日期。

2. 医生将长期和临时医嘱直接写在长期或临时医嘱单上，并简单转记在医嘱联系本上，由护士转抄在治疗全册及临时执行单上。

（1）长期医嘱，转抄在治疗全册上。转抄完毕，在医嘱