

全国卫生职业院校规划教材

供高职高专护理、助产专业使用

临床护理实践技能

主编 张朝鸿 江领群



科学出版社

全国卫生职业院校规划教材

供高职高专护理、助产专业使用

临床护理实践技能

主 编 张朝鸿 江领群
副主编 黄吉春 蒋 莉 李红莉 彭 奇
编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

重庆医药高等专科学校护理学院

蔡佩璇 曹红丹 董志甫 黄吉春
贾 佳 江领群 蒋 莉 雷 宁
李红莉 李燕燕 刘 永 刘春江
刘善丽 刘晓青 彭 奇 唐雪雁
王梁平 张 懿 张朝鸿 张小娟

重庆医药高等专科学校临床学院

陈 懿 陈华容 桂 琛 肖 娟

重庆璧山区人民医院 张洪敬

重庆市第五人民医院 林 筠

重庆江津区中心医院 李原莉 吴元勇

编写秘书 李燕燕

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本教材是根据高职高专护理专业的培养目标,在深入研究护理专业核心课程的课程标准,以临床护理岗位需求为标准,结合多年的教学改革经验的基础上编写的。本教材将临床常用的专科护理技术整合为六大项目、61个工作任务。教材内容实用,针对性强,每个任务均由案例引入,力求与临床工作岗位紧密接轨;每项任务的操作目的明确、步骤清晰,并配有清晰的图片。

本书可供高职高专护理、助产专业使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床护理实践技能 / 张朝鸿,江领群主编. —北京:科学出版社,2015.8

全国卫生职业院校规划教材

ISBN 978-7-03-045507-9

I. 临… II. ①张… ②江… III. 护理学-高等职业教育-教材 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 195894 号

责任编辑:张映桥 / 责任校对:胡小洁

责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京厚诚则铭印刷科技有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

2015 年 8 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2015 年 8 月第一次印刷 印张:9 3/4

字数:228 000

POD 定价:32.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

为了适应高职高专护理教学改革需要,充分体现职业教育基于工作过程的“项目引领、任务驱动”课程建设和“教学做一体化”的教学模式改革特点,开发紧密结合医疗卫生服务实际的实训教材已成为当务之急。重庆医药高等专科学校借市级示范校建设之机,充分利用重庆市医药职集团平台和行业办学优势,创新开展了“1+2”院校融合、人才共育的人才培养模式改革,构建了与临床护理岗位接轨的课程体系,在课程建设方面取得了一定成绩,由我校临床护理各教研室与具有丰富临床护理经验的行业专家共同开发编写的《临床护理实践技能》即为示范校建设的成果之一。

本教材是根据高职高专护理专业的培养目标,深入研究护理专业核心课程《健康评估》、《内科护理》、《外科护理》、《妇产科护理》、《儿科护理》、《急救护理》的课程标准,以临床护理岗位需求为标准,结合多年的教学改革经验的基础编写的。本教材将临床常用的专科护理技术整合为六大项目、61个工作任务。教材内容实用,针对性强,每个任务均由案例引入,力求与临床工作岗位紧密接轨;每项任务的操作目的明确,步骤清晰,并配有清晰的图片。适合高职高专护理、助产专业使用。

本教材所涉及任务的目的、适用范围、方法与操作步骤、注意事项等都与专业课程理论教学息息相关。作为护理专业核心课程的实训教材,书中尽可能避免了与课程教材的重复叙述,故在实际教学过程中应注意参考相关教材。由于校内与各院校结合点的教学模式和实际情况有一定区别,技能实训教学的组织和运行状态不同,故在使用过程中应结合实际,灵活应用,以取得指导学生临床护理基本技能实训的良好效果,为培养高素质技术技能型护理人才打下坚实基础。

鉴于编者的学识水平和专业能力有限,加之时间仓促,书中难免有疏漏、错误之处,诚恳希望使用本教材的师生及同仁指正。

本教材在编写过程中得到了参编医院领导和同仁的大力支持与帮助,各编者参考了有关教材及专著,同时基础护理教研室王瑞敏教授给予了具体指导,在此一并致谢!

编 者

2015年6月

目 录

项目一 护理评估技术	(1)
任务一 健康史采集	(1)
任务二 身体评估基本方法	(2)
任务三 生命体征评估	(5)
任务四 呼吸系统评估	(7)
任务五 循环系统评估	(10)
任务六 消化系统评估	(12)
任务七 神经系统评估	(16)
项目二 内科疾病常用护理技术	(20)
任务一 X线普通检查准备技术、造影检查准备技术	(20)
任务二 胸腔穿刺术的护理	(24)
任务三 体位引流法	(26)
任务四 呼吸功能锻炼	(27)
任务五 简易呼吸器的应用护理	(29)
任务六 哮喘患者药物吸入技术的护理	(31)
任务七 心电图机的使用	(32)
任务八 心电监护仪的使用	(34)
任务九 特殊用药护理技术	(37)
任务十 心脏电复律操作护理	(40)
任务十一 人工心脏起搏器的护理	(42)
任务十二 胃镜检查护理技术	(45)
任务十三 超声检查护理技术	(46)
任务十四 腹腔穿刺术护理	(48)
任务十五 尿标本采集	(50)
任务十六 血液透析护理	(52)
任务十七 骨髓穿刺护理技术	(53)
任务十八 造血干细胞移植的护理	(55)
任务十九 血糖、尿糖监测技术 & 治疗	(57)
任务二十 腰椎穿刺术护理	(62)
任务二十一 面部按摩护理	(63)
任务二十二 运动障碍(急性期、恢复期)护理	(65)
项目三 儿童护理技术	(67)
任务一 新生儿复苏	(67)
任务二 新生儿日常护理(沐浴、眼部、脐部、臀部护理)	(69)
任务三 温箱使用法	(72)
任务四 光照疗法	(74)

任务五 婴幼儿配乳及奶瓶喂养指导	(76)
任务六 小儿体格生长测量及评价	(78)
任务七 头皮静脉输液法	(81)
任务八 婴幼儿给药的护理	(82)
任务九 臀红护理法	(84)
项目四 外科常用护理技术	(86)
任务一 外科常用器械认识与传递	(86)
任务二 手术人员的无菌准备技术	(90)
任务三 常用外科手术体位的安置固定技术	(95)
任务四 无菌器械台准备和管理技术	(98)
任务五 手术区铺巾及巾单传递技术	(100)
任务六 常用手术包准备技术	(102)
任务七 手术区皮肤准备技术	(103)
任务八 清创术及换药术	(105)
任务九 胃肠减压护理技术	(109)
任务十 腹腔引流护理技术	(110)
任务十一 胸腔闭式引流的护理技术	(112)
项目五 急救护理技术	(115)
任务一 创伤急救止血技术	(115)
任务二 创伤急救包扎技术	(118)
任务三 骨折现场急救外固定术	(124)
任务四 创伤患者搬运技术	(128)
任务五 徒手心肺复苏术	(132)
项目六 妇产科护理技术	(135)
任务一 女性生殖系统解剖	(135)
任务二 妊娠生理:妊娠子宫及胎儿附属物	(137)
任务三 骨盆外测量、腹部四步触诊及宫高、腹围测量	(138)
任务四 胎心音听诊、胎动计数指导	(140)
任务五 产包准备、产程观察、外阴冲洗消毒	(141)
任务六 会阴切开缝合术护理	(143)
任务七 坐浴、会阴湿热敷、阴道灌洗、阴道上药	(144)
参考文献	(150)

项目一 护理评估技术

任务一 健康史采集

病例

患者,女性,48岁,自述咳嗽、胸痛来院就诊。

问题:1. 护士应如何收集病史资料?

2. 护士应收集哪些方面的资料?

【目的】

1. 通过与患者交谈,建立良好护患关系。
2. 通过收集患者疾病资料,找到患者存在的护理诊断,为实施护理提供依据。
3. 学会进行健康史资料收集,整理和分析。
4. 了解病情变化。

【适用范围】

各级医院的住院及门诊患者,收集患者病史资料。

【操作步骤】

(一) 准备

1. 环境准备 环境清洁,安静,温度适宜,必要时屏风遮挡。
2. 护士准备 衣帽整齐,符合要求,修剪指甲、洗手、戴口罩。
3. 用物准备 听诊器、记录本、笔。
4. 患者准备

核对:核对床号、姓名。

告知:实施进行交谈的目的和注意事项,取得患者配合。

(二) 实施方法

交谈是建立良好护患关系的开始,可分为正式交谈(事先通知的、有目的、有计划的交谈,如采集护理病史)和非正式交谈(护士在与患者日常接触中如护理查房、护理操作中与患者的交谈,护士从交谈中取得关于病情的发展、心理反应等信息)。

1. 健康史采集方法

步骤1 准备阶段

安排环境:让患者感觉舒适,保护患者隐私。

选择时间:尽量方便患者或者知情人,不和医生问诊、查体时间重叠。

参阅资料:护士在交谈之前应查阅患者现有资料,复述健康史采集内容及注意事项。

明确目的:是进行完整健康史采集或是了解病情变化。

步骤2 开始阶段 自我介绍、医院环境介绍,了解患者对住院环境的看法,在平等的氛围中介绍病室的规章制度。

步骤3 深入探讨 护士根据交谈目的提出问题,从患者容易回答的问题入手,逐步深入。采用开放式提问、封闭式提问、直接选择式提问或澄清、复述、反问、质疑等交谈技巧。交谈对象如不善于主动陈述问题,护士应暂停提问,加以引导。如遇被评估者离题太远,护士可给予启发使之进入正题。

步骤4 结束阶段 复述谈话的重点内容,澄清患者存在的疑虑,如对医院环境的陌生、家属探视要求、治疗顾虑等。

2. 健康史采集内容 一般资料、主诉、现病史(起病情况、主要症状特点、病情的发展及演变、伴随表现、诊疗护理经过等)、既往健康史(曾患疾病、外伤手术史、预防接种史、过敏史)、用药史、生活史(生活嗜好、习惯)、生长发育史、家族健康史。生活状况、自理情况(饮食、睡眠、排泄、活动、健康感知)。

(三) 整理床单位及用物

协助患者取舒适体位,整理床单位及用物。

(四) 处置用物

按医院感染管理办法规定,分类进行用物处置。

(五) 记录

洗手,将所收集的病史资料记录,分类。

【注意事项】

1. 沟通原则 真诚、热情、同情、信任。
2. 语言应通俗易懂,避免诱问和逼问。
3. 尊重患者信仰及价值观,为患者隐私保密。
4. 其他医院转诊的资料不能代替亲自交谈。

【护患沟通】

1. 向患者表示感谢,谢谢配合
2. 护士会根据患者病情及需要提供护理。
3. 注意休息,多饮水,避免情绪激动、剧烈运动。
4. 告知患者护士会巡查病房,如需要请及时按铃呼叫。

(李原莉)

任务二 身体评估基本方法

病例

患者,男性,25岁,因上腹部疼痛5年、黑便2天入院,患者于入院前5年出现上腹疼痛,为饥饿不适感,在当地诊所诊断慢性胃炎,经治疗后症状缓解。以后每当饮食不规律或劳累后出现上腹疼痛,自服药缓解,近一周因工作多,饮食不规律,出现腹痛和黑便。

问题:1. 护士对患者进行身体评估应做哪些?

2. 身体评估的基本方法有哪些?如何实施?

【目的】

护士通过身体评估,了解患者生命体征及各系统的病理改变,以便了解病情变化和发现健康问题,为实施护理提供依据。



图 1-2 拳叩法

步骤 2 仔细听取叩击时产生的音响,进行上下左右对比,判断有无病变。

(3) 间接叩诊法(图 1-3)



图 1-3 指指叩诊法

步骤 1 护士用左手中指第二指节平放并紧贴于患者被检查部位的体表,在进行前胸部和侧胸部检查时,手指与肋骨平行,进行肩胛间区检查时,手指与脊柱平行。

步骤 2 护士用右手中指指端垂直叩击左手中指第二指节指骨的前端。

步骤 3 仔细听取叩击时产生的音响,进行上下左右对比,判断有无病变。

4. 听诊 用听觉听取人体内脏器在活动时所发出的声音,并判断其是否正常的检查方法。对心肺检查很有意义。

步骤 1 直接听诊法 用耳直接贴在被检者的体表上进行的听诊,仅用于某些特殊或紧急情况。

步骤 2 间接听诊法 借助于听诊器进行,广泛用于听诊心、肺、腹部等,以及听取血管音、骨擦音、胎心音等。

(1) 正确使用听诊器:检查听诊器是否完好,选择合适的体件。钟形体件多用于听取低调声音;膜形体件用于听取高调声音。用手心温暖体件,以免接触患者皮肤后引起患者不适。

(2) 将听诊器体件直接放于患者体表的听诊部位,如听诊心脏时放在各瓣膜听诊区;听肺部时放在肋间;听腹部时放于脐周。

(3) 仔细听取,对比,判断有无病变。

5. 嗅诊 是护士用嗅觉辨别发自主患者的异常气味及其与疾病关系的检查方法。异常气味可来自患者皮肤、黏膜、呼吸道、胃肠道;可以是患者的呕吐物、排泄物、分泌物、脓液和血液等。

(1) 方法:护士用手将患者或分泌物等所散发的气味扇向自己的鼻部,判断气味的性质

和特点。

(2) 常见的异常气味:①呼吸气味:如蒜味见于有机磷农药中毒;烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒;氨味见于尿毒症;肝腥味见于肝性脑病。②痰液:如血腥味见于大咯血患者;恶臭味见于支气管扩张症或肺脓肿患者。③脓液:恶臭味可能是气性坏疽。④呕吐物:如酸臭味见于幽门梗阻;粪便味考虑低位性肠梗阻。⑤汗液:酸性汗味见于风湿热或长期服用阿司匹林的患者。⑥尿液:浓烈的氨味见于膀胱炎。⑦粪便:腐败臭味见于消化不良;腥臭味见于细菌性痢疾;肝腥味见于阿米巴痢疾。

(三) 整理床单位及用物

协助患者取舒适体位,整理床单位及用物。

(四) 处置用物

按医院感染管理办法规定,分类进行用物处置。

(五) 记录

洗手,将所检查的表现进行记录,签名。

【注意事项】

1. 关心患者,检查时协助患者放松及充分暴露被检查部位,对不必要暴露的部位给予适当覆盖。
2. 叩诊时动作应灵活、短促,用力均匀,每一部位可连续叩击2~3下,左右对比。
3. 听诊环境安静、体位适当、充分暴露听诊部位;听诊器体件要紧贴被检查部位。避免衣物碰触和摩擦听诊器;注意力集中,排除干扰。

【护患沟通】

1. 向患者表示感谢,谢谢配合。
2. 告知患者本次身体检查的结果。
3. 注意休息,多饮水,避免情绪激动、剧烈运动。
4. 告知患者护士会巡查病房,如需要请及时按铃呼叫。

附 胸部常见叩诊音

1. 清音 正常肺部叩诊音,提示肺组织的弹性、含气量正常。
2. 浊音 叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器时产生的音响,如心脏与肺重叠区。
3. 鼓音 叩击大量含有气体的空腔器官时产生的音响,见于左下胸胃泡区和腹部。
4. 实音 叩击不含气的实质脏器如心或肝时产生的音响。
5. 过清音 介于鼓音与清音之间的一种音响,见于肺气肿。

(吴元勇 李原莉)

任务三 生命体征评估

病例

患者,女性,40岁,因发热、咳嗽、胸痛2天,气促1天入院,入院诊断为右上肺炎,需严密监测体温、脉搏、呼吸、血压。

问题:护士应怎样进行生命体征测量?

【目的】

通过测量患者体温、脉搏、呼吸、血压,了解患者全身情况,为医疗诊断、治疗及护理提供依据。

【适用范围】

1. 病情观察
2. 健康人体检

【操作步骤】**(一) 准备**

1. 环境准备 环境清洁,安静,温度适宜,必要时屏风遮挡。
2. 护士准备 衣帽整齐,符合要求,修剪指甲、洗手、戴口罩。
3. 用物准备 体温计、秒表、血压计、听诊器、记录本、笔、小毛巾、医嘱执行单。
4. 患者准备

核对:核对床号、姓名。

告知:测量的目的、方法、注意事项,取得患者配合。

评估:了解有无影响生命体征测量值的因素,如喝热水、冷热敷、剧烈运动、情绪变化等。

(二) 实施方法**1. 体温**

步骤 1 取体温计,检查有无破损,完好者将水银柱甩至 35℃ 以下。

步骤 2 擦干患者腋窝汗液,将体温计水银端放在患者腋窝处,嘱患者夹紧体温计,10min 后取出。

步骤 3 取出体温计,正确读数,记录。

步骤 4 消毒体温计,用后的体温计放入装有消毒液的容器中浸泡,使用前清水冲洗、擦干即可。

2. 呼吸

步骤 1 测量呼吸前,应使患者安静,如有剧烈活动,应先休息 20min。

步骤 2 测量时不能与患者讲话,护士注意观察病员胸部或腹部的起伏,1 起 1 伏为 1 次,计数 1min。

步骤 3 危重患者气息微弱者用少许棉花,置患者鼻孔前,观察棉花被吹动次数,记数为 1 min。

步骤 4 将测量结果记录于记录本上。

3. 脉搏

步骤 1 患者取仰卧位,手臂自然置于躯体舒适位置,腕部伸直;如取坐位,病员应屈肘呈 90°。

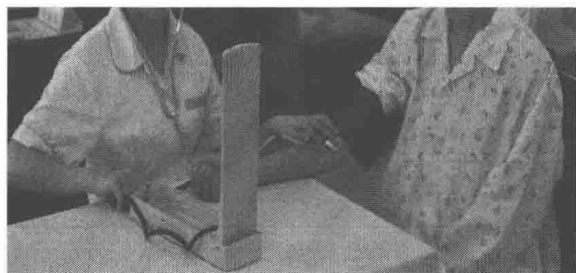


图 1-4 血压测量

步骤 2 检查者将食指、中指、无名指的指端按在病员桡动脉表面,以能清楚触到动脉波动为宜,计数 1min。

步骤 3 将测量结果记录于记录本上。

4. 血压(图 1-4)

步骤 1 检查血压计,打开血压计水银槽开关,保持血压计零点。

步骤2 协助患者采取坐位或者卧位,肱动脉与心脏同一水平。

步骤3 驱尽袖带内空气,平整地缠于患者上臂中部,松紧以能放入一指为宜,下缘距肘窝2~3cm。

步骤4 在肘窝内侧摸到肱动脉搏动点,用左手将听诊器胸件紧贴肘窝肱动脉处,轻轻加压。

步骤5 用右手食指和拇指关紧橡皮球的阀门,后手握橡皮球打气,至肱动脉搏动音消失后再充气,使汞柱再上升约20~30mmHg。

步骤6 逐渐放松橡皮球阀门,使汞柱缓慢下降,放气速度以每秒下降4mmHg为宜,仔细听取动脉搏动音的变化,同时注意观察汞柱所指的刻度,视线与汞柱上端保持水平。

步骤7 在放气过程中听到第一声动脉搏动音在血压计上的读数为收缩压,搏动音消失时的读数为舒张压,如无搏动音消失时则以音响变调的读数为舒张压。

步骤8 取下袖带,排尽空气,关闭血压计水银槽开关,合上血压计盖。

(三) 整理床单位及用物

协助患者取舒适体位,整理床单位及用物。

(四) 处置用物

按医院感染管理办法规定,分类进行用物处置。

(五) 记录

洗手,准确记录体温、脉搏、呼吸、血压值。

【注意事项】

1. 排除影响测量体温、呼吸、脉搏和血压的外界因素。
2. 测量脉搏和血压时,偏瘫者应选择健肢测量。
3. 测血压时,如发现血压听不清或异常时,应重测。先驱净袖带内空气,使汞柱降至“0”,稍休息片刻再行测量,必要时作对照复查。

【护患沟通】

1. 告知患者本次测量结果。
2. 注意休息,采取正确体位,避免情绪激动、剧烈运动。
3. 有告知患者护士会巡查病房,如需要请及时按铃呼叫。
4. 向患者表示感谢,谢谢配合。

(曹红丹)

任务四 呼吸系统评估

病例

某男,60岁,慢支阻塞性肺气肿病史20年,近2周来出现发热、咳嗽、咯大量黏液脓痰,伴心悸、气喘,须进行胸部和肺部评估。

问题:护士应怎样进行胸部和肺部视、触、叩、听诊评估?

【目的】

通过对患者进行胸部和肺部视、触、叩、听诊评估,了解患者病情,为医疗诊断、治疗及护理提供依据。

【适用范围】

1. 病情观察
2. 健康人体检

【操作步骤】**(一) 准备**

1. 环境准备 环境清洁、安静,温度适宜,光线充足,必要时屏风遮挡(尤其患者为女性)。

2. 护士准备 衣帽整齐符合要求,修剪指甲、洗手、戴口罩。

3. 用物准备 直尺、听诊器、记录本、笔、入院评估记录表等。

4. 患者准备

核对:核对床号、姓名。

告知:评估的目的、方法、注意事项,取得患者配合。

评估:了解有无影响胸部与肺部评估的因素,如剧烈运动、情绪变化等。

(二) 实施方法

1. 胸部评估 视诊为主,结合触诊

步骤1 胸廓评估

(1) 胸廓形态:注意胸廓外形,前后径与左右径的比例,两侧是否对称,有无隆起或塌陷。

(2) 肋骨走行和肋间隙:注意肋骨走行是否水平,肋间隙有无增宽或缩窄。

步骤2 胸壁评估

(1) 胸壁静脉:视诊胸壁有无明显静脉充盈或怒张,注意血流方向。

(2) 胸壁皮下气肿:手指并拢自上而下顺次轻压胸壁,注意有无捻发感或握雪感,亦可用听诊器加压听诊有无捻发音。

(3) 胸壁压痛:手指并拢自上而下顺次轻压胸壁,用拇指按压胸骨柄及胸骨体中下段,并同时询问被评估者有无压痛。

2. 肺部评估

步骤1 肺部视诊

(1) 呼吸运动:注意呼吸强弱、类型(胸式呼吸或腹式呼吸)变化,两侧呼吸运动是否相等。

(2) 呼吸的频率、深度、节律:注意须在被评估者不察觉的情况下观察其呼吸频率、深度、节律的变化。

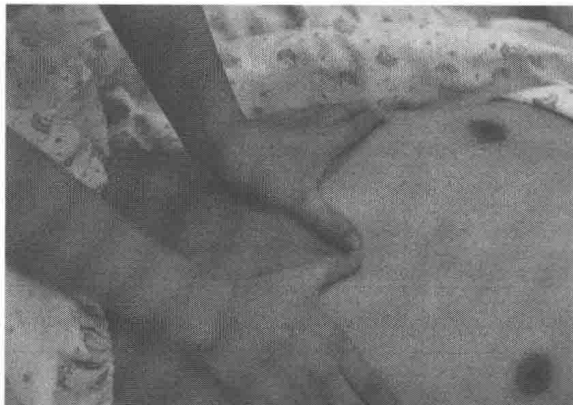


图 1-5 胸廓扩张度

步骤2 肺部触诊

(1) 胸廓扩张度:两手置于胸廓下面的前侧部,左右拇指分别沿两侧肋缘指向剑突,拇指尖在前正中线两侧对称部位,手掌和伸展的手指置于前侧胸壁;后胸廓扩张度测定时将两手平置于患者背部,约于第10肋骨水平,拇指与中线平行,并将两侧皮肤向中线轻推。嘱患者做深呼吸运动,观察比较两手的动度是否一致(图1-5)。

(2) 语音震颤:将左右手掌的尺侧缘

或掌面轻放于两侧胸壁的对称部位,然后嘱被检查者用同等的强度重复发“yi”长音,自上至下,从内到外比较两侧相应部位语音震颤的异同,注意有无增强或减弱。(图 1-6)

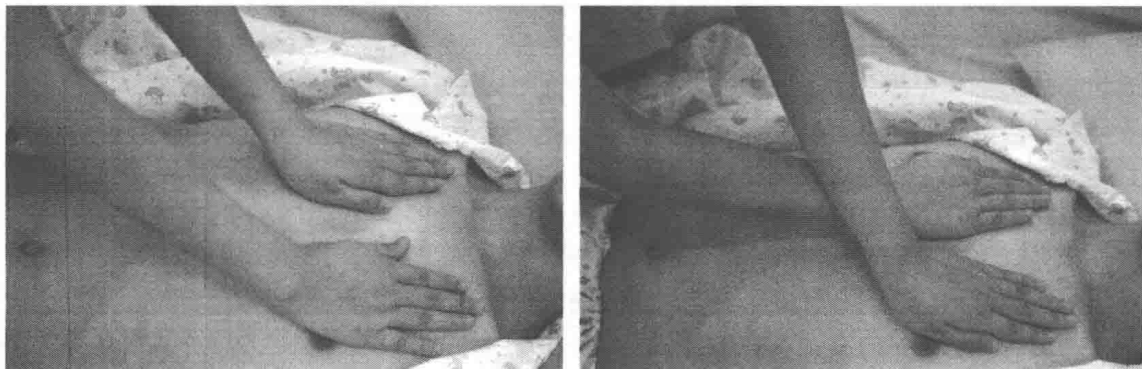


图 1-6 语颤评估

(3) 胸膜摩擦感:双手掌置于前下侧胸部,然后嘱被检查者深呼吸,体会有无皮革相互摩擦的感觉。

步骤 3 肺部叩诊

(1) 胸部叩诊音:检查前胸时,胸部稍前挺,检查侧胸时,双臂置于脑后,检查背部时,上身前倾,头稍低,双手交叉抱肘。按自上而下,先前胸后背部顺序,进行左右、上下对比;叩诊前胸及侧胸时板指贴于肋间隙并与肋骨平行,叩诊背部时,在肩胛区板指与脊柱平行,肩胛下区,板指仍保持与肋骨或肋间隙平行;叩击力量要均匀,轻重适宜,节奏灵活,短促富有弹性,在每个区域叩击 2~3 下。

(2) 肺界

肺上界:自斜方肌前缘中央部开始叩诊为清音,逐渐叩向外侧,当由清音变为浊音时,即为肺上界的外侧界。再由中央部叩向内侧,直至清音变为浊音时,即为肺上界的内侧界。

肺下界:于锁骨中线、腋中线、肩胛线上分别自上向下叩诊,清音变为浊音或鼓音即为肺下界。

(3) 肺下界移动度:在平静呼吸时,于肩胛下角线上叩出肺下界的位置,嘱被评估者作深呼吸后在屏住呼吸的同时,沿该线继续向下叩诊,当由清音变为浊音时,即为肩胛线上肺下界的最低点。当被评估者恢复平静呼吸后,同样先于肩胛线上叩出平静呼吸时的肺下界,再嘱作深呼吸并屏住呼吸,然后再由下向上叩诊,直至浊音变为清音时,即为肩胛线上肺下界的最高点。最高至最低两点间的距离即为肺下界的移动范围,双侧锁骨中线和腋中线的肺下界可由同样的方法。

步骤 4 肺部听诊

(1) 检查听诊器,并温暖听诊器体件。

(2) 嘱患者微张口做均匀呼吸,将听诊器体件紧贴于听诊部位,但不可过度用力。从肺尖开始听诊,按自上而下,先前胸后背部顺序,进行左右、上下对比。

(3) 仔细听取正常呼吸音、异常呼吸音、啰音。

(4) 胸膜摩擦音:听诊器置于前下侧胸部,然后嘱被评估者深呼吸。

(三) 整理床单位及用物

协助患者取舒适体位,整理床单位及用物。

(四) 处置用物

按医院感染管理办法规定,分类进行用物处置。

(五) 记录

洗手,将评估结果记录在入院评估记录表上,签名。

【注意事项】

1. 注意双手、听诊器要温暖,防止患者受凉。
2. 环境必须安静。
3. 肺部听诊时根据需要配合咳嗽、深呼吸、屏气等。
4. 对女性患者应注意保护隐私。

【护患沟通】

1. 告知患者本次评估结果。
2. 注意休息,采取正确体位,避免情绪激动、剧烈运动。
3. 有告知患者护士会巡查病房,如需要请及时按铃呼叫。
4. 向患者表示感谢,谢谢配合。

(刘 永)

任务五 循环系统评估

病例

某男,58岁,晨起突然出现胸骨后疼痛,伴大汗,持续2h不缓解,急诊抬入病室,入院诊断为急性心肌梗死,须进行心脏和血管评估。

问题:护士应怎样进行心脏和血管的评估?

【目的】

通过对患者进行心脏和血管视、触、叩、听诊评估,了解患者病情,为医疗诊断、治疗及护理提供依据。

【适用范围】

1. 病情观察
2. 健康人体检

【操作步骤】

(一) 准备

1. 环境准备 环境清洁、安静,温度适宜,光线充足,必要时用屏风遮挡(尤其患者为女性)。
2. 护士准备 衣帽整齐符合要求,修剪指甲、洗手、戴口罩。
3. 用物准备 直尺、听诊器、记录本、笔、入院评估记录表等。
4. 患者准备

核对:核对床号、姓名。

告知:评估的目的、方法、注意事项,取得患者配合。

评估:了解有无影响心脏和血管评估的因素,如剧烈运动、情绪变化等。

(二) 实施方法

1. 心脏评估

步骤1 心脏视诊

- (1) 心前区外形:注意胸壁两侧相应部位是否对称,心前区有无隆起。

(2) 心尖搏动:评估者视线与被评估者胸壁呈切线,仔细观察心尖搏动位置、频率、强度有无异常。

(3) 心前区异常搏动:仔细观察心前区其他部位有无异常搏动。

步骤2 心脏触诊

(1) 心尖搏动及心前区搏动:先用右手全手掌置于心前区,然后逐渐缩小到用手掌尺侧(小鱼际)或示指和中指指腹并拢同时触诊,也可单指指腹触诊。注意心尖搏动位置、频率、强度有无异常,心前区其他部位有无异常搏动。

(2) 震颤:将手掌的尺侧缘或手指掌面轻放于各瓣膜听诊区,仔细体会有无一种细小震动感,注意确定部位、来源(瓣膜、大血管或间隔缺损)、其处于心动周期中的时相等。

(3) 心包摩擦感:手掌置于心前区或胸骨左缘第3、4肋间,认真感知有无粗糙摩擦感,必要时嘱被检者前倾或用力呼气。

步骤3 心脏叩诊

(1) 叩诊方法:左手中指作为板指平置于心前区拟叩诊的部位,以右手中作为叩指,运用右腕关节活动均匀叩击板指,并且由外向内逐渐移动板指,以听到声音由清变浊来确定心浊音界。测定左侧的心浊音界用轻叩诊而右侧叩诊使用较重的叩诊,板指每次移动距离不宜过大,并在发现声音由清变浊时,需进一步往返叩诊几次。

(2) 叩诊顺序:先叩左界,后叩右界。左侧在心尖搏动外2~3cm处开始,由外向内,逐个肋间向上,直至第2肋间。右界叩诊先叩出肝上界,然后于其上一肋间由外向内,逐一肋间向上叩诊,直至第2肋间。对各肋间叩得的浊音界逐一作出标记。

(3) 用直尺测量每一肋间心脏左右界距前正中线的距离,以及左锁骨中线与前正中线的距离。

步骤4 心脏听诊

(1) 检查听诊器:检查是否破损,导管是否通畅,并温暖听诊器体件。

(2) 听诊顺序:先听心尖区再听肺动脉瓣区,然后为主动脉瓣区、主动脉瓣第二听诊区,最后是三尖瓣区(图1-7)。

(3) 听诊内容:仔细听取心率、心律、心音(正常心音、心音改变、额外心音)、心脏杂音、心包摩擦音。

2. 血管评估 触诊为主,结合视诊和听诊。

步骤1 脉搏评估

(1) 触诊方法:用并拢的示指、中指、环指指腹平放于桡动脉,触诊脉率、脉律、脉搏紧张度和动脉壁弹性、脉搏强弱、脉搏波形以及两侧脉搏是否对称。

(2) 触诊时间:至少1min。

(3) 检查脉搏紧张度:将两个手指指腹置于桡动脉上,近心端手指用力按压阻断血流,使远心端手指触不到脉搏,通过施加压力的大小及感觉的血管壁弹性状态。

(4) 水冲脉:评估者以左手紧握被评估者右手腕掌面桡动脉处,将其前臂抬举过头。

步骤2 血管杂音

将听诊器置于血管丰富的肿物、动脉瘤、动脉狭窄等病变处。

步骤3 腹-颈静脉回流征

用手掌按压被检者腹部30~60s,观察其颈静脉充盈度是否更加明显。

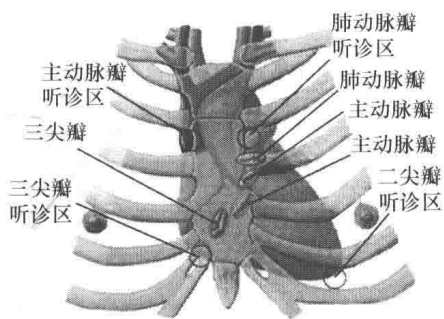


图1-7 心脏瓣膜听诊区