湖南科学技术出版社
Hunan Science & Technology Press

常用护理技术

操作程序与考核评分标准

阳爱云 方立珍 主编



Changyong Huli Jishu Caozuo Chengxu yu Kaohe Pingfen Biaozhun

Changyong Huli Jishu

主　编　阳爱云　方立珍　副主编　李乐之　谌永毅　主　审　易新斌　周娴君

常用护理技术

操作程序与考核评分标准

编委

阳爱云　方立珍　李乐之　谌永毅

周娴君　王爱连　姚小玲　阳根云

李映兰　李秀英　郑建文　李校国

王红红



湖南科学技术出版社

常用护理技术操作程序与考核评分标准

主　　编：阳爱云　方立珍

责任编辑：黄翠云

出版发行：湖南科学技术出版社

社　　址：长沙市湘雅路280号

http://www.hnstp.com

印　　刷：长沙海德印务有限公司

（印装质量问题直接与本厂联系）

厂　　址：长沙市小林子冲21号

邮　　编：410007

出版日期：2002年9月第1版第1次

开　　本：850mm×1168mm　1/32

印　　张：7.5

字　　数：184000

书　　号：ISBN7-5357-3533-9/R·787

定　　价：10.00元

（版权所有　翻印必究）

常用护理技术操作程序（VCD）配套教材

常用护理技术操作程序与考核评分标准

主　编：阳爱云　方立珍

副主编：李乐之　谌永毅

主　审：易新娥　周娴君

编　委：阳爱云　方立珍　李乐之　谌永毅
周娴君　王爱连　姚小玲　阳根云
李映兰　李秀英　郑建文　李枝国
王红红

湖南科学技术出版社

编 写 说 明

随着护理学科的发展和护理模式的转变，护理改革不断深化，护理理论、知识、技术和方法不断更新和拓展。为使护理人员及时了解和掌握护理专业的新知识和新技能，提高护理人员的专业素质和技能水平，规范临床护理技术操作程序，湖南省卫生厅组织资深护理专家和技术操作能手摄制了《护理技术操作程序》VCD，以期用形象、直观的方式指导临床护理工作和护理教学。

为配合 VCD 的使用，特组织编写了《护理技术操作程序》VCD 配套教材《常用护理技术操作程序与考核评分标准》一书。

该书详细阐述了护理程序在 27 项常用护理技术操作中的综合运用，重点介绍了与操作有关的基本知识、基本理论、基本技能和健康教育等内容。在编写过程中我们力求融科学性和实用性为一体，寓健康教育于护理人员一言一行之中，展现护患间的有效沟通，体现护理人员的主动服务理念等。配套教材是对 VCD 的补充和完善，两者是相互配合，缺一不可。

为使 VCD 和配套教材发挥应有的作用，特作以下几点说明：

一、护理程序在护理技术操作中的应用 在 VCD 和配套教材中按照护理程序“评估、计划、实施、评价”四个步骤规范操作，其宗旨是应用护理程序指导临床护理工作，但在实际运用的过程中，四个步骤并不是机械地应用，而是有机地结合，综合地运用。如在评估患者的过程中，就可以针对患者的生理、心理问题，做好患者心身准备。在评估环境的过程中可同时进行环境的准备，用物的评

估可在准备用物时评估用物是否符合要求，是否适应等；有的操作并不都是先评估，再计划，然后实施、评价，如徒手心肺复苏术，当发现患者意识异常，评估确定心跳、呼吸停止后，立即进行人工呼吸和胸外心脏按压。因此，护理程序是一个整体，各个步骤不是截然分开的，而是相互重叠、相互影响、密切相连的。

二、贯彻“以人为本”的护理理念，重视环境对人的影响，注重护患之间的沟通，实施“以病人为中心”的整体护理 本套VCD和配套教材，打破了以往每项操作规定时限的传统方式，以满足患者需要、确保护理服务质量为原则，力求操作熟练、轻稳、快捷、省时、省力，使患者满意。

三、寓健康教育于护理人员一言一行之中 健康教育的开展体现了护理人员主动服务意识，在VCD中由于篇幅有限，健康教育的内容从简，但在配套教材中对健康教育作了比较详细的介绍，健康教育的内容主要针对所进行的操作及患者所患疾病两方面进行。

四、注重创新，融合当前护理新知识和新技术

1.常用消毒隔离技术。根据卫生部2000年12月下发的《医院感染管理规范(试行)》要求，结合我省实际情况，对部分消毒隔离技术作出了具体的规定。如手的清洁与消毒，手套和口罩的应用，针刺部位皮肤的消毒，会阴部冲洗与消毒，医院垃圾的分类处理等(详细内容见附录消毒隔离技术)。

2.标准预防。标准预防是综合普遍预防和体内物质隔离的许多特点形成的。是针对所有在医院中治疗的患者，不考虑其诊断，认定患者的血液、体液、分泌物、排泄物均具有传染性，须进行隔离，不论是否有明显的血迹污染或是否接触非完整的皮肤与粘膜，接触上述物质者，必须采取防护措施，以降低医务人员和患者之间、患者与患者之间微生物传播的危险性。

3. 在VCD摄制中创新了部分护理用品，如垃圾分装容器，锐器回收盒，盛吸痰管玻璃接头(或平头管)的消毒液挂瓶，盛皮肤消毒剂容器和可以上锁的送药车等。

VCD 及其配套教材内容丰富，融合了当前许多护理新知识、新理论、新方法和新技能，具有较强的科学性、创新性、规范性、实用性和可操作性，既可作为临床护理技术操作质量评价标准、临床护士考试考核标准等，同时也可作为医学院校大、中专护理教育的教学教材。

VCD 配套教材在编写过程中得到了中南大学护理学院、湖南省儿童医院、中南大学湘雅医院、中南大学湘雅二医院、湖南省肿瘤医院等单位的大力支持和积极协助。本教材编写时还参阅了一些专家、学者的著述，部分引用了他们的论点和材料(见主要参考文献)。在此，谨一并致以诚挚的谢意!

由于编者的水平有限，书中难免存在不足和缺陷之处，为此，恳切希望护理界前辈、广大同仁和读者批评指正。

编　者

2002 年 6 月

目　　录

第一集　复苏、吸痰和给氧

第一节　徒手心肺复苏　1
一、操作程序　1
二、注意事项　3
三、基本知识　4
四、健康教育　5
五、考核评分标准　5
第二节　吸痰法　6
一、操作程序　6
中心吸引装置吸痰法　6
电动吸引器吸痰法　10
二、注意事项　12
三、基本知识　13
四、健康教育　16
五、考核评分标准　16
第三节　给氧法　20
一、操作程序　20
中心管道给氧法　20
氧气筒给氧法　23
二、注意事项　26
三、基本知识　27
四、健康教育　29
五、考核评分标准　29

第二集　铺床、换单和四测

第一节　铺备用床法　32
一、操作程序　32
二、注意事项　35
三、基本知识　35
四、健康教育　36
五、考核评分标准　37
第二节　铺麻醉床法　38
一、操作程序　38
二、注意事项　40
三、基本知识　40
四、健康教育　41
五、考核评分标准　43
第三节　卧床患者更换床单法　44
一、操作程序　44
二、注意事项　48
三、基本知识　48
四、健康教育　53
五、考核评分标准　53
第四节　体温、脉搏、呼吸、血压测量法　55
一、操作程序　55
二、注意事项　59
三、基本知识与健康教育　61
四、考核评分标准　68

第三集 无菌技术、鼻饲、口腔护理

第一节 无菌技术基本操作法 70
一、操作程序 70
二、无菌技术操作原则 73
三、考核评分标准 74
第二节 鼻饲法 75
一、操作程序 75
二、注意事项 80
三、基本知识 80
四、健康教育 81
五、考核评分标准 82
第三节 特殊口腔护理 84
一、操作程序 84
二、注意事项 87
三、基本知识 87
四、健康教育 88
五、考核评分标准 89

第四集 隔离、洗胃和口服给药法

第一节 穿脱已使用过的隔离衣及卫生手消毒 90
一、操作程序 90
二、注意事项 92
三、基本知识 92
四、健康教育 94
五、考核评分标准 94
第二节 洗胃法 96
一、操作程序 96
电动吸引器洗胃法 98
全自动洗胃机洗胃法 99
二、注意事项 100
三、基本知识 101
四、健康教育 105
五、考核评分标准 106
第三节 口服给药法 109
一、操作程序 109
二、注意事项 112
三、基本知识 113
四、健康教育 114
五、考核评分标准 116

第五集 注射法

第一节 皮内注射法 118
一、操作程序 118
二、注意事项 122
三、基本知识 122
四、健康教育 125
五、考核评分标准 126
第二节 皮下注射法 128
一、操作程序 128
二、注意事项 131
三、基本知识 132
四、健康教育 132
五、考核评分标准 134

第三节 肌内注射法 135
一、操作程序 135
二、注意事项 138
三、基本知识 139
四、健康教育 139
五、考核评分标准 140
第四节 静脉注射法 142
一、操作程序 142
二、注意事项 145
三、基本知识 145
四、健康教育 146
五、考核评分标准 146

第六集 静脉输液(血)法和采血法

第一节 密闭式静脉输液法 148
一、操作程序 148
二、注意事项 152
三、基本知识 152
四、健康教育 159
五、考核评分标准 160
第二节 静脉输血法 161
一、操作程序 162
二、注意事项 166
三、基本知识 167
四、健康教育 170
五、考核评分标准 171
第三节 外周静脉导管针留置法 173
一、操作程序 173
二、注意事项 177
三、基本知识 178
四、健康教育 180
五、考核评分标准 180
第四节 静脉血标本采集法 182
一、操作程序 182
二、注意事项 185
三、基本知识 186
四、健康教育 189
五、考核评分标准 190

第七集 导尿术和灌肠法

第一节 导尿术 192
一、操作程序 192
男患者导尿术 192
女患者导尿术留置导尿管法 196
二、注意事项 200
三、基本知识 201
四、健康教育 203
五、考核评分标准 204
第二节 大量不保留灌肠法 207
一、操作程序 207
二、注意事项 211
三、基本知识 212
四、健康教育 212
五、考核评分标准 213

附:常用的消毒隔离技术

一、卫生手消毒 215
二、手套和口罩的应用 218
三、避污纸的应用 219
四、隔离衣的应用 219
五、针刺部位的皮肤消毒 219
六、部分一般诊疗用品的消毒 220
七、医院污物的处理 220

第一集 复苏、吸痰和给氧

第一节 徒手心肺复苏

徒手心肺复苏(cardiopulmonary resuscitation)是利用人工的方法使患者迅速建立起有效的循环和呼吸，恢复全身的血氧供应，防止加重脑缺氧，促进脑功能恢复。

一、操作程序

【评估】

(一)评估患者

1.判断意识。轻摇患者肩膀，呼唤其姓名，压眼眶、掐人中，观察有无反应。

2.判断呼吸。观察有无胸廓起伏，并将面部贴近患者口鼻，感觉有无气体逸出。

3.判断心跳。触摸颈动脉或股动脉，有无搏动。

4.检查口腔、鼻腔和咽部有无异物，观察面色和瞳孔。

事实上一旦发现患者突然意识丧失和大动脉搏动消失，就应立即开始复苏。

(二)评估环境 评估病室空气是否新鲜，环境是否清洁，患者是否卧于硬板床上。在野外，评估患者是否躺卧于平坦的地上，周围是否人群聚集。

(三)操作者自我评估 对徒手心肺复苏操作的基本要求是否

熟悉。

【计划】

(一)预期目标

1.患者迅速恢复呼吸、循环和脑功能。

2.无并发症。

(二)准备

1.操作者准备。大声呼救,如在野外,请人帮忙打电话叫120急救车。

2.用物准备。徒手、有条件者准备纱布(手帕)、木板。

3.环境准备。开窗通风,保持室内空气新鲜。在野外则应疏散聚集的人群以保持通风。

【实施】

1.判断神志是否清醒,心跳及呼吸是否停止(确认呼吸停止,立即抢救)。

2.开通呼吸道。

(1)解开上衣,暴露胸部,松开腰带。

(2)操作者跪或站于患者身体左侧肩旁,颈部无损伤时,用仰头抬颈法或仰头抬颏法开通气道。

(3)清理口鼻异物,取下义齿。

(4)在疑有颈椎损伤时头不应后仰,单纯托起下颏打开气道。

3.人工呼吸(口对口或口对鼻)。

(1)急救者将按压前额手的拇指与食指,捏紧患者鼻翼两侧,另一手托起下颏,将患者口唇张开,盖上纱布或手帕。

(2)操作者作深吸气后,对准患者口腔快而深地进行吹气,吹气时间为1.5～2秒,吹气量为800～1200mL,看到患者胸廓升起后放松捏鼻翼的手指,让患者呼气(观看患者胸廓复原或感觉患者口鼻有气体呼出)。继续以12～16次/min的频率进行人工通气。连续做两次人工呼吸,以使患者肺部充分换气。

4.胸外心脏按压。

(1)如心搏停止在60秒以内,则操作者快速以拳捶击胸骨下

段 1~2 次，若无效，立即行人工呼吸和胸外心脏按压。

(2)确定按压部位：胸骨中 1/3 与下 1/3 交界处。

(3)胸部按压：术者以食指及中指沿肋弓处向中间滑移，在找到剑突后，再向上移动两横指，双手掌根部重叠放在其上，手指翘起并相互交叉互握，离开胸壁，肘关节伸直，利用体重和肩臂力量垂直向下用力，有节奏地挤压 (不能冲击式)，使胸骨下陷成人 4~5 cm，儿童 2.5~4cm，婴儿 1~2cm。小儿单手按压，新生儿两个指头按压。略作停顿后在原位放松，手掌根部不离开胸部定位点，连续做 15次。

(4)再口对口人工呼吸 2 次，胸外心脏按压 15 次，如此反复。直至患者恢复自主呼吸和心跳。

(5)单人抢救法人工呼吸与心脏按压的比例为 2:15，双人抢救法为 1:5。

(6)复苏成功后，将患者就近送入医院，接受进一步的检查与治疗。

【评价】

1.患者出现有效的复苏征象：大动脉搏动出现，恢复自主呼吸，紫绀减退。

2.患者无并发症发生。

3.操作熟练，手法正确，程序规范，动作迅速。

二、注意事项

1.心脏按压部位要正确，用力要均匀，不宜过轻或用力过猛，以免造成无效按压或发生肋骨骨折、气胸、内脏损伤，胃内容物返流等。

2.心脏按压与放松时间为 1:2。按压的频率：成人 80~100 次/min，婴幼儿为 100~120 次/min，新生儿为 140 次/min。按压深度：成人为 4~5cm，儿童为 2.5~4cm，新生儿为 1~2cm。

3.呼吸复苏时，注意充分开放气道，吹气时口对口接触应严密。

4.如为二人配合进行心肺复苏时，人工呼吸与心脏按压的比

例为 1:5,即人工吹气 1 次,心脏按压 5 次,二人配合默契。

三、基本知识

(一)呼吸、心跳停止的常见原因

1.意外事故。如交通事故、淹溺、电击、自缢、塌方、窒息等。

2.休克。各种类型的休克。

3.电解质紊乱。如高血钾、低血钾、高血钙等。

4.中枢神经系统疾病。如颅内肿瘤、脑血管意外、脑疝、脑水肿等。

5.器质性心脏病。各种类型的心脏病、心肌炎、心力衰竭等。

6.手术及麻醉意外。

7.药物及毒物中毒。如洋地黄、奎尼丁、锑剂、镇静安眠药、有机磷农药、一氧化碳、氰化物等中毒。

(二)心肺复苏的原则

1.就地抢救,避免因搬动而延误抢救时机。

2.发现患者呼吸、心跳停止,立即进行(在 15~30 秒内)心肺复苏,因为人脑耐受循环停止的临界时限为 4~6 分,而且大脑缺氧造成的损害是不可逆的,超过时限可造成终身残废或复苏失败。

3.人工呼吸和胸外心脏按压同步进行。

(三)徒手心肺复苏常见的并发症

1.肋骨、胸骨骨折,血气胸。

2.吸入性肺炎,窒息。

3.心脏压塞。

4.心肌挫伤或裂伤。

5.膈神经受损。

6.肝脾裂伤。

7.肺挫伤。

(四)心肺复苏的有效指征

1.颈动脉出现搏动。

2.瞳孔由大缩小。

3.面色、口唇及皮肤颜色转红，紫绀减退。

4.收缩压在 8kPa(60mmHg)以上。

5.吹气时胸廓上抬，可听到肺泡音或有自主呼吸。

6.有尿。

7.心电图波形改变。

四、健康教育

1.患者心跳、呼吸恢复后，主动与患者进行沟通，轻轻呼唤患者姓名，告诉患者已渡过危险期，不要紧张，保持情绪稳定，将要进行进一步检查与治疗。

2.指导患者在病情尚未稳定前，需要绝对卧床休息，不可急躁。防止过度兴奋，导致病情加重。

3 如有家属在场应向家属讲清楚患者的病情，虽然现在已恢复心跳、呼吸，但还要进行进一步的检查与治疗，请家属配合。

五、考核评分标准

考核内容评分标准见表 1—1。

表 1—1　　考核评分标准项目内

项目	内　容	分值	评分要求
评估 10分	1.评估患者： （1）判断意识 （2）判断呼吸 （3）判断心跳 （4）检查口鼻、咽喉部 2.评估环境 3.自我评估	 2 2 2 2 1 1	1.未评估不给分，评估不完全酌情扣分 2.评估不到位酌情扣分
计划 20分	1.预期目标（2 点） 2.准备 （1）操作者自身准备 （2）手帕或者纱布 （3）环境准备	4 5 6 5	1. 预期目标根据考核要求扣分，要求回答，漏 1 项扣 2 分，未作要求者不扣分 2.准备不符合要求者酌情扣分 3.患者准备、环境准备可和评估一起进行

续上表

项目	内　容	分值	评分要求
实施 50分	1.确认心跳、呼吸停止，大声呼救 2.开通气道 3.人工呼吸 4.胸外心脏按压 5.检查复苏征象	6 10 12 16 6	1.急救意识不强酌情扣分 2.人工呼吸不合要求酌情扣分 3.胸外心脏按压，部位、按压频率和力度不合要求酌情扣分 4.人工呼吸与胸外心脏按压比例不合适酌情扣分 （双人复苏时，二人配合不协调酌情扣分）
评价 20分	1.患者出现有效的复苏征象：大动脉搏动出现，恢复自主呼吸，紫绀减退 2.患者无并发症发生 3.操作熟练，手法正确，程序规范，动作迅速	5 5 10	1.复苏无效全扣 2.发生并发症者全扣 3.急救意识不强，动作不迅速、操作不熟练、手法不准确等酌情扣分

第二节　吸痰法

吸痰法(sputum—suction)适用于危重、老年、昏迷及麻醉后等患者因咳嗽无力、咳嗽反射迟钝或会厌功能不全，不能自行清除呼吸道分泌物或误吸呕吐物而出现呼吸困难时。其目的是吸出呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，增加组织氧合作用。

一、操作程序

以一急性重症肺炎患者为例，患者，女，22岁，因患急性重症肺炎入院，体温 39℃，脉搏 110 次 /min，呼吸 38 次 /min，血压 16/12kPa(120/90mmHg)。患者咳嗽，痰多，呼吸急促，双肺及喉头痰鸣音，痰不易咳出，医嘱吸痰。

中心吸引装置吸痰法

Sputum-suction by central suction system

【评估】

(一)评估患者

1.全身情况。意识状态、生命体征，特别是呼吸状况，呼吸困难

和发绀情况。

2.局部情况。呼吸有无鼾声，双肺呼吸音情况，有无痰鸣音。评估口腔粘膜有无异常等。

3.心理状态。有无紧张、焦虑、恐惧感，对护理的要求与合作程度。

4.健康知识。对疾病与吸痰作用的认知程度。

5.评估患者举例。护士来到患者床旁

(1)查对患者床号、姓名。与患者交流。

护士："李某，您怎么啦?有哪里不舒服吗?"

患者："我喉咙里有痰咳不出来。"

护士："您侧过身来，我帮您拍一下背，我拍背时，请您跟着我的节奏咳嗽好吗?"

患者："好。"

(2)为患者拍背，帮助排痰。

护士："好，请您张开嘴，让我再帮您检查一下，好吗?"

(3)用手电筒检查患者口腔情况并用听诊器听诊肺部。

护士："您喉咙里确实有痰，所以呼吸困难，请您不用担心，只要将痰液吸净，您就会舒适一些。"

患者："好。"

护士："您不必紧张，我会在您身边帮助您。"

(二)评估环境 评估环境是否清洁、安静，能否保护患者隐私。

(三)评估用物 评估用物是否齐全，负压装置性能是否良好。

(四)操作者自我评估 评估操作者是否熟悉患者情况，对吸痰的基本知识和操作要求是否熟悉。

【计划】

(一)预期目标

1.患者呼吸道通畅，无窒息感。

2.患者喉头及双肺痰鸣音消失。

3.患者无气促、烦躁、发绀、呼吸困难等缺氧的症状。

4.患者自我感觉舒适。