

实用临床护理“三基”

— 操作篇

目 录

基本技能

第一章 基础护理操作

第一节 无菌技术	2
第二节 铺床	6
第三节 口腔护理	9
第四节 床上擦浴	10
第五节 床上洗头	11
第六节 鼻饲	12
第七节 氧气吸入	13
第八节 雾化吸入	14
第九节 生命体征测量	15
第十节 口服给药	17
第十一节 注射法	18
第十二节 静脉输液	20
第十三节 灌肠	22
第十四节 病人搬运	25
第十五节 女病人导尿	27
第十六节 穿、脱隔离衣（传染病隔离）	28
第十七节 吸痰	29
第十八节 洗胃	30
第十九节 书、尸体料理	31
第二十节 保护带的应用	32
第二十一节 心肺复苏（成人）	33

第二章 专科护理基本操作

第一节 呼吸机的使用	34
第二节 心电监护仪的使用	35
第三节 电除颤	36
第四节 输液泵的使用	37
第五节 注射泵的使用	38
第六节 备皮	39
第七节 换药	40
第八节 会阴擦洗	41
第九节 婴儿抚触	42
第十节 新生儿沐浴	43
第十一节 血糖监测	44
第十二节 滴眼药	45
第十三节 口腔常用调拌材料操作	46
第十四节 口腔冲洗	50
第十五节 中医传统技术	51

基本技能

第一章基础护理操作

第一节 无菌技术

1. 无菌持物钳及无菌容器的使用

目的 (5分)	1. 无菌持物钳用于取放和传递无菌物品。 2. 无菌容器用于盛放无菌物品并保持其无菌状态。
评估 (10分)	1. 操作目的。 2. 需要夹取的物品种类。 3. 操作环境是否整洁、宽敞。
准备 (5分)	1. 护士：见无菌技术操作原则。 2. 环境：见无菌技术操作原则。 3. 用物：放置于有盖的无菌干燥罐内的无菌持物钳、无菌容器、放置无菌物品的容器（必要时）。
流程 (60分)	1. 检查有效期、无菌容器的密封性及内装物品名称。（10分） 2. 取出无菌持物钳：（15分） 打开无菌罐的上半盖；钳端闭合，垂直取出。 3. 取出无菌物品：（20分） 打开容器盖，无菌面向上；取出无菌物品。 4. 盖好容器盖。（5分） 5. 放回无菌持物钳：（10分） 钳端闭合，垂直放入无菌罐内；盖好罐盖。
注意事项 (5分)	1. 无菌持物钳不能用于换药、消毒皮肤及夹取纱布。 2. 远处取物时，将无菌持物钳及无菌罐一起移至取物处使用。 3. 打开或关闭容器盖时，手不可触及容器边缘及内面。 4. 手持无菌容器时，应托住容器底部，不可触及容器边缘及内面。 5. 无菌持物钳及无菌罐定期更换，无菌容器定期消毒。
评价 (15分)	1. 遵守无菌技术操作原则。 2. 无菌持物钳、无菌容器及无菌物品未被污染。

2.取无菌溶液

评估 (10分)	1. 无菌溶液的种类、使用目的及瓶身的清洁度。 2. 操作环境是否整洁、宽敞。
准备 (5分)	1. 护士：见无菌技术操作原则。 2. 环境：见无菌技术操作原则。 3. 用物：无菌溶液、开瓶器、弯盘、盛无菌溶液的无菌容器、棉签、消毒溶液、笔、纱布。
流程 (60分)	1. 检查无菌溶液：(20分) 检查瓶签：溶液名称、剂量、浓度、有效期； 检查瓶盖有无松动； 检查瓶身有无裂痕； 检查溶液有无沉淀、浑浊、变质、变色。 2. 准备无菌容器。(5分) 3. 倾倒无菌溶液：(30分) • 撬开铝盖； • 打开瓶塞； • 手持溶液瓶，瓶签向手心； • 旋转冲洗瓶口； • 由冲洗处倒出溶液； • 塞进瓶塞； • 自瓶口分别向上、向下消毒瓶塞上翻部分和瓶口； • 盖好瓶塞。 4. 注明开瓶日期和时间。(5分)
注意事项 (5分)	1. 瓶口不可触及手或其他物品。 2. 不可将物品伸入无菌溶液瓶内蘸取溶液，已倒出的溶液不可再倒回瓶内。
评价 (15分)	1. 遵守无菌技术操作原则。 2. 无菌溶液未被污染，取液量准确。 3. 瓶签未浸湿，液体未溅湿桌面。

3. 打开一次行无菌包

目的 (5分)	取出并使用无菌物品。
评估 (10分)	1. 无菌包内物品名称及使用目的。 2. 操作环境是否整洁、宽敞；操作台面是否干燥。
准备 (5分)	1. 护士：见无菌技术操作原则。 2. 环境：见无菌技术操作原则。 3. 用物：无菌包、无菌持物钳、无菌容器或区域、纸、笔。
流程 (60分)	1. 检查无菌包名称、有效期、是否包裹完好、有无潮湿或破损。(15分) 2. 打开无菌包：(30分) 解开系带卷起；一手托住无菌包，在包布外抓住包内物品，系带夹于指缝中；另一手逐层打开无菌包，并抓住布包四角。 3. 递送无菌物品：(15分) 双手将无菌物品递送至无菌区；包布折叠放妥。
注意事项 (5分)	1. 手不可触及包布内面。 2. 无菌物品递送时，无菌面应朝向无菌区域。
评价 (15分)	1. 遵守无菌技术操作原则。 2. 无菌物品及无菌包布的内面被污染。

4. 铺无菌盘

目的 (5分)	提供无菌区, 放置无菌物品。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 操作目的。 2. 操作环境是否整洁、宽敞; 操作台面是否干燥。 3. 治疗盘和无菌巾大小是否合适, 治疗盘是否干燥、清洁。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士: 见无菌技术操作原则。 2. 环境: 见无菌技术操作原则。 3. 用物: 治疗盘、无菌巾包、无菌持物钳、无菌物品、纸、笔。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 检查无菌巾包有效期, 是否包裹完好、有无潮湿或破损。(10分) 2. 打开无菌巾包: (10分) <ul style="list-style-type: none"> • 解开系带, 卷放于包下; • 逐层打开无菌巾包。 3. 取出无菌包: (5分) 4. 关闭无菌巾包: (10分) <ul style="list-style-type: none"> • 按原折痕包好无菌巾包, 系带横形缠绕; • 注明开包时间。 5. 铺盘: (20分) <ul style="list-style-type: none"> • 双手持无菌巾上层两角外面抖开 (横折法双手持无菌巾横中线外面); • 对折铺于治疗盘上; • 折叠上层无菌巾, 边缘对齐; • 开口处向上两折, 两侧边缘向下一折。 6. 注明铺盘时间: (5分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 手不可触及包布内面。 2. 如包内物品被污染或包布受潮, 须重新灭菌。 3. 无菌巾无菌面不可触及衣袖和其他有菌物品。 4. 无菌盘在 4 小时内有效。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 遵守无菌技术操作原则。 2. 无菌物品、无菌巾包布的内面及无菌巾的无菌面未被污染。 3. 无菌巾内的物品放置合理, 无菌巾折叠的大小适宜。

5. 戴、脱无菌手套

评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 操作目的。 2. 无菌手套的大小。 3. 是否需要修剪指甲。 4. 操作环境是否整洁、宽敞; 操作台面是否干燥
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士: 见无菌技术操作原则。 2. 环境: 见无菌技术操作原则。 3. 用物: 无菌手套包 (内有无菌滑石粉)、弯盘。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 检查无菌手套有效期及手套尺码。(10分) 2. 打开手套袋, 滑石粉润滑双手。(5分) 3. 戴手套: (30分)

	<p>(1) 一次性提取法</p> <ul style="list-style-type: none"> • 两只手套同时取出； • 对准五指戴上一只手套； • 戴手套的手指插入另一只手套的反折部内面； • 戴上另一只手套； • 将手套的反折部翻套在工作服衣袖外面。 <p>(2) 分次提取法</p> <ul style="list-style-type: none"> • 一手拎起手套袋开口处，另一手取出手套； • 对准五指戴上； • 掀开另一只手套袋口，戴好手套的手指插入另一只手套的反折面，取出手套； • 戴上另一只手套； • 将手套的反折部翻套在工作服衣袖外面。 <p>4. 脱手套：（10分）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 手套翻转脱下。 <p>5. 终末处理：（5分）</p>
注意事项 （5分）	<p>1. 手套袋系带及滑石粉不能污染手套袋内面。</p> <p>2. 未戴手套的手不可触及手套外面；戴手套的手不可触及未戴手套的手或另一手套的内面。</p> <p>3. 脱手套时，不可用力强拉手套边缘或手指部分。</p>
评价 （15分）	<p>1. 遵守无菌技术操作原则。</p> <p>2. 系带、滑石粉未污染手套及无菌区。</p> <p>3. 手套未被污染或破损。</p>

附：无菌技术操作原则：

1. 环境准备：无菌操作室及操作台面清洁、宽敞、定期消毒，台面保持干燥、平坦；操作前半小时停止清扫工作，减少人员走动，避免尘埃飞扬；物品布局合理。

2. 个人准备：戴好帽子和口罩，洗手，必要时修剪指甲，取下手表，穿无菌衣，戴无菌手套。

3. 明确无菌物品及非无菌物品：无菌物品必须与非无菌物品分开放置，并且有明显标志；无菌物品不可暴露于空气中，应保存于无菌包或无菌容器中，无菌包外需标明物品名称、灭菌日期，并按失效期先后顺序摆放；无菌包的有效期一般为7天，过期或受潮应重新灭菌；无菌物品一经取出，即使未用，也不可放回无菌容器内；如用物疑有污染或已被污染，应予更换并重新灭菌。

4. 明确无菌区及非无菌区：进行无菌操作时，操作者身体应与无菌区保持一定距离；取放无菌物品时，应面向无菌区；手臂应保持在腰部或治疗台面以上，不可跨越无菌区，手不可接触无菌物品；避免面对无菌区谈笑、咳嗽、打喷嚏；非无菌物品应远离无菌区。

第二节 铺床

一、铺床

1. 备用床

目的(5分)	保持病室整洁、美观，准备接收新病人。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 检查床部件有无损坏、松动。 2. 选择大小合适的床单、被套。 3. 根据季节增减被褥。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 环境：病室内无病人进行治疗或进餐。 2. 用物：床垫、棉胎或毛毯、枕芯、大单、被套、枕套、护理车。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 移开床旁桌、床旁椅，必要时翻转床垫。(3分) 2. 铺床基：(25分) <ul style="list-style-type: none"> • 将大单中缝对齐床中线后散开； • 铺近侧床头、床尾大单； • 中部拉紧塞于床垫下； • 同法铺对侧床基。 3. 套被套(“S”形)：(25分) <ul style="list-style-type: none"> • 将被套中缝对齐床中线后散开； • 打开被套上层至1/3处； • 放入“S”形折叠的棉胎； • 展开棉胎，平铺于被套内； • 盖被上缘平床头，两侧边缘内折平床沿，尾端塞于床垫下或内折平床尾。 4. 套枕套：(5分) <ul style="list-style-type: none"> • 拍松枕芯，套上枕套； • 放置于床头。 5. 移回床旁桌、椅：(2分)
注意事项 (5分)	操作中要注意节力原则
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 床单平紧 2. 棉胎与被套吻合好，被头充实，盖被平整，两边内折对称。 3. 枕头平整充实。 4. 注意节力原则。

2. 麻醉床

目的 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 便于接收手术后的病人。 2. 病人安全、舒适，预防并发症。 3. 避免床上用物被污染，便于更换。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、手术部位和麻醉方式。 2. 术后可能需要的抢救或治疗物品等。 3. 检查床部件有无损坏、松动；床单、被套大小是否合适；是否需要增减被褥或调节室温。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 环境：病室内无病人进行治疗或进餐；拆除原有大单、被套、枕套。 2. 用物 <ol style="list-style-type: none"> (1)同备用床，另加橡胶单、中单、别针、热水袋(必要时)。 (2)麻醉护理盘：无菌巾内放开口器、压舌板、舌钳、牙垫、通气导管、治疗碗、镊子、氧气导管或鼻塞管、吸痰管、纱布数块，无菌巾外放血压计、听诊器、护理记录单、笔、治疗巾、弯盘、胶布、剪刀、棉签、电筒等。 (3)床边用物：输液架、吸痰器、氧气筒或中心供氧装置、胃肠减压器等。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 移开床旁桌、床旁椅，必要时翻转床垫。(3分) 2. 铺床基：(25分) <ul style="list-style-type: none"> • 按铺备用床法铺好近侧床基； • 铺橡胶单及中单，边缘塞入床垫下； • 齐床头铺另一块橡胶单和中单； • 同法铺好对侧床基、橡胶单和中单。 3. 套被套(“S形”)：(20分) <ul style="list-style-type: none"> • 同铺备用床法套被套，但尾端向内或向外反折平床尾； • 盖被扇形三折于一侧床沿，开口对门。 4. 套枕套：(5分) <ul style="list-style-type: none"> • 套上枕套； • 立于床头，别针固定。 5. 移回床旁桌，床旁椅放于背门床侧。(2分) 6. 放妥麻醉护理盘及床边用物。(3分) 7. 终末处理。(2分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 操作中要注意节力原则。 2. 第一块橡胶单和中单应根据病人的麻醉方式和手术部位放置。 3. 中单要遮盖橡胶单，避免橡胶单与病人皮肤直接接触。 4. 视季节及室温增减盖被或调节室温，必要时给予热水袋。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 备用床。 2. 床单元舒适、安全。 3. 麻醉护理盘用物齐全。

3. 卧有病人床更换床单

目的 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保持病床清洁、干燥；保持病房整洁、美观。 2. 促进病人舒适，预防压疮等并发症。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情，有无活动限制，是否需要便器及更换衣裤。 2. 床单元的清洁程度，床支架是否支撑，环境是否安全以及室内温度等。 3. 评估病人的心理反应及理解程度，解释操作目的。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士：必要时戴手套。 2. 病人：必要时协助排便。 3. 环境：病室内无病人进行治疗或进餐；酌情关门窗、调节室温；必要时遮挡病人。 4. 用物：大单、中单、被套、枕套、床刷及套、衣裤(必要时)、护理车。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 移开床旁桌椅，放平床头、床尾支架。(2分) 2. 铺近侧床基：(13) <ul style="list-style-type: none"> • 移枕于对侧，协助病人翻身，背对护士； • 松近侧各单； • 中单卷起塞入病人身下，橡胶单去尘后搭在病人身上； • 大单卷起塞入病人身下，床垫去尘； • 清洁大单中线与床中线对齐，对侧 1 / 2 塞于污大单下； • 铺近侧床基； • 放平橡胶单，铺中单，对侧 1 / 2 塞于病人身下。 3. 铺对侧床基：(12分) <ul style="list-style-type: none"> • 移枕于近侧，协助病人翻身，面对护士； • 撤污中单，橡胶单去尘后搭在病人身上，撤污大单，床垫去尘； • 依次将大单、橡胶单、中单拉平铺好。 4. 套被套：(22分) <ul style="list-style-type: none"> • 移枕至床头中央，帮助病人仰卧； • 清洁被套正面在外铺于盖被上，打开下 1 / 3； • 棉胎在污被套内折成“S”形； • 取出棉胎置于清洁被套下 1 / 3 处； • 棉胎与被套吻合； • 撤出污被套； • 盖被折成被筒，尾端塞于床垫下或内折平床尾。 5. 套枕套：(5分) <ul style="list-style-type: none"> • 一手托起病人头颈部，另一手取出枕头； • 撤去污枕套，套上清洁枕套 • 枕头置于病人头下。 6. 安置病人。(2分) 7. 移回床旁桌椅，开窗通风。(2分) 8. 终末处理。(2分)
注意事项(5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 协助病人翻身时，不得有拖、拉、推等动作，应运用力学原理。 2. 操作中要注意节力原则；动作轻柔、幅度小，避免灰尘飞扬。 3. 中单要遮盖橡胶单，避免橡胶单与病人皮肤直接接触。 4. 操作中注意观察病人病情、保暖以及保护病人隐私。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 注意病人保暖、安全、舒适，观察病人病情变化。 2. 病人理解操作目的，配合操作。 3. 同备用床。

第三节 口腔护理

目的 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保持口腔清洁、湿润，预防口腔感染。 2. 去除口臭，增进食欲。 3. 观察口腔病情变化。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、口腔卫生状况及自理能力。 2. 检查病人的黏膜、牙龈、舌苔、义齿、口腔酸碱度、口唇、气味等。 3. 评估病人的心理反应及理解程度，讲解操作目的。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士：戴手套(必要时)。 2. 病人：取出义齿。 3. 用物：治疗盘内放治疗碗、足量无菌棉球、漱口液、血管钳、弯盘、压舌板、纱布、治疗巾、pH试纸、手电筒，漱口杯内备温开水及吸水管，必要时备石蜡油、开口器、外用药、棉签、吸引器、吸痰管等。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 取侧卧或仰卧位、头偏向一侧，治疗巾围于颈下，弯盘置口角旁。(5分) 2. 清洁口腔：(46分) <ol style="list-style-type: none"> (1)漱口：协助病人自含或用吸水管吸水，含漱后，吐至弯盘，数次。 (2)棉签擦拭：清醒病人协助其用棉签清洗口腔各部位。 (3)擦洗： <ul style="list-style-type: none"> • 血管钳(镊)持棉球擦洗； • 顺序可为：外面、内面、咬合面、颊部、硬腭及舌面。 3. 观察口腔，遵医嘱使用外用药。(5分) 4. 安置病人。(2分) 5. 终末处理。(2分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 根据口腔情况选择合适的漱口液。 2. 义齿用冷开水刷净，佩带或放在清水中备用，每日更换清水一次。 3. 口唇干裂者，先用温水湿润，再张口检查，防止出血；擦洗后，涂上石蜡油。 4. 擦洗动作轻柔，勿损伤黏膜及牙龈；擦洗牙齿内、外面时，应纵向擦洗，由内而外；弧形擦洗颊黏膜；擦洗硬腭及舌面时勿伸入过深，以免引起恶心；每次擦洗只用一个棉球，且棉球不宜过湿。 5. 长期应用抗生素者应注意观察有无霉菌感染。 6. 昏迷病人禁忌漱口，开口器应从臼齿处放入；如痰液过多应及时吸出。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未损伤牙龈、黏膜，未引起恶心，棉球湿度适宜。 2. 病人口腔清洁、湿润、无异味，感觉舒适。 3. 掌握病人目前口腔病情。 4. 病人和家属获得口腔卫生知识及技能，病人理解、配合操作。

第四节 床上擦浴

目的 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 维持皮肤清洁。 2. 促进血液循环, 活动肢体, 预防并发症。 3. 观察病人的皮肤情况。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、自理能力、皮肤卫生状况等。 2. 病人的清洁习惯、水温、护肤用品等, 对清洁知识的了解程度。 3. 病人的心理反应及理解程度, 讲解操作的目的。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士: 戴手套(必要时)。 2. 病人: 必要时协助排便。 3. 环境: 关闭门窗, 调节室温, 遮挡病人。 4. 用物: 脸盆、水桶、热水、浴巾、毛巾、肥皂、梳子、护肤用品、清洁衣裤, 必要时备小剪刀、外用药、松节油、石蜡油、棉签、纱布、弯盘、被服、50%乙醇。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 洗脸及颈部: (4分) <ul style="list-style-type: none"> • 头颈下垫浴巾, 清水洗脸(先洗眼)及颈部。 2. 洗上身: (30分) <ul style="list-style-type: none"> • 脱近侧衣袖, 下垫浴巾, 擦洗上肢; • 同法擦洗对侧上肢; • 擦洗胸腹、后项、背等; • 必要时, 50%乙醇按摩受压部位; • 穿清洁上衣; • 浸泡双手并擦干。 3. 换水、盆及毛巾, 擦洗会阴或会阴冲洗。(5分) 4. 换水、盆及毛巾, 洗下肢: (15分) <ul style="list-style-type: none"> • 脱裤, 肢体下垫浴巾, 先近侧后对侧擦洗; • 穿清洁裤; • 浸泡双脚并擦干。 5. 梳头, 酌情修剪指甲, 更换床单及被套等。(2分) 6. 安置病人。(2分) 7. 终末处理。(2分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 掌握毛巾使用的步骤(湿毛巾→涂肥皂湿毛巾→湿毛巾→拧干毛巾→浴巾)和手法。 2. 注意观察病人病情、皮肤, 注意病人保暖, 擦洗动作敏捷、轻柔, 翻动和暴露病人少。如病人出现意外, 立即停止擦浴, 给予处理。 3. 注意耳后、皮肤皱褶处擦洗干净。 4. 四肢有外伤时, 先脱健侧衣裤后脱患侧, 穿时反之。 5. 操作中应用节力原则。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 擦洗干净, 注意病人保暖, 翻动和暴露病人少。 2. 注意观察病人病情变化及皮肤情况, 病人感觉舒适。 3. 未沾湿被褥。 4. 运用节力原则。

第五节 床上洗头

目的 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保持头发清洁。 2. 刺激头部血液循环。 3. 使病人舒适、美观，促进身心健康。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、自理能力、头发卫生状况，有无虱、虮及头皮损伤情况。 2. 病人习惯使用的水温、洗发液等。 3. 病人的心理反应及理解程度，讲解操作的目的。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士：修剪指甲。 2. 环境：移开床旁桌椅，关闭门窗，调节室温。 3. 用物：洗头车上热水桶中备热水、连接热水桶、橡皮管、莲蓬头，正确放置接水盘、污水桶，另备大毛巾、小毛巾、橡胶单、棉球、纱布、梳子、洗发液、别针、电吹风等。如无洗头车，可用马蹄形枕法或叩杯法，另备量杯。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 准备：(15分) <ul style="list-style-type: none"> • 解领扣，向内反折衣领，小毛巾围于颈部，别针固定； • 病人斜角卧于床上，铺橡胶单、大毛巾于枕头上，并置于肩颈下。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 洗头车法 <ul style="list-style-type: none"> • 头枕于头托上。 (2) 马蹄形枕法 <ul style="list-style-type: none"> • 将橡胶单包裹的马蹄形枕突起处置于病人颈部，下端置于污水桶中。 (3) 叩杯法 <ul style="list-style-type: none"> • 叩杯上置毛巾，头枕于毛巾上，橡皮管连接脸盆和污水桶。 2. 洗发：(20分) <ul style="list-style-type: none"> • 棉球塞两耳，纱布遮盖双眼； • 涂洗发液； • 湿润头发； • 反复揉搓； • 冲洗干净。 3. 洗发后处理：(16分) <ul style="list-style-type: none"> • 用颈部毛巾包裹头发，取出棉球，去掉纱布； • 移枕于床头，协助病人卧于床中央，擦干面部，吹干头发(如为马蹄形枕法，先撤去马蹄形枕)； • 撤橡胶单、大毛巾； • 梳理头发。 4. 安置病人。(5分) 5. 移回床旁桌椅。(2分) 6. 终末处理。(2分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 密切观察病情变化，出现异常立即停止；衰弱病人不宜洗发。 2. 注意室温和水温，及时擦干头发，防止受凉。 3. 洗发时，用指腹按摩头皮，避免指甲接触头皮。 4. 避免沾湿衣服和床铺。 5. 操作中应用节力原则，避免疲劳。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人安全，感觉舒适。 2. 未沾湿衣服和床铺。 3. 运用节力原则。

第六节 鼻 饲

目的 (5 分)	对不能由口进食或拒绝进食的病人补充营养、进行治疗。
评估 (10 分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、治疗及合作程度。 2. 解释操作目的及配合方法。 3. 鼻腔情况：鼻黏膜有无肿胀、炎症，有无鼻息肉及鼻中隔弯曲等。
准备 (5 分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人：取坐位或半坐位或根据病情安置体位。 2. 护士：洗手，戴口罩，必要时戴手套，查对、确认病人。 3. 用物：治疗盘内放治疗碗、消毒胃管、镊子、弯盘、50ml 注射器、纱布数块、石蜡油、汽油或乙醚、棉签、胶布、治疗巾、夹子、别针、压舌板、听诊器、温开水、鼻饲液(温度 38~40℃)。
流程 (60 分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 清洗鼻腔。(2 分) 2. 插胃管：(15 分) <ul style="list-style-type: none"> • 颌下铺治疗巾； • 润滑胃管前端； • 测量胃管插入的长度(自发际至剑突的距离)； • 自鼻孔轻轻插入； • 插入 10~15cm，嘱病人做吞咽，继续插入至预定长度； • 检查口腔内有无胃管盘曲。 3. 验证胃管是否在胃内，方法有三种：(9 分) <ul style="list-style-type: none"> • 用注射器抽吸，抽出胃液； • 注入 10ml 空气，用听诊器在胃部能听到气过水声； • 将胃管末端放入盛水的碗中，无气体逸出。 4. 固定胃管。(4 分) 5. 注入鼻饲液：(10 分) <ul style="list-style-type: none"> • 注入温开水→鼻饲液→温开水； • 纱布包好胃管末端、反折、夹紧、固定。 6. 安置病人。(2 分) 7. 清理用物。(2 分) 8. 拔管：(10 分) <ul style="list-style-type: none"> • 颌下置弯盘； • 夹紧胃管末端迅速拔出。 9. 安置病人。(2 分) 10. 终末处理。(2 分) 11. 记录。(2 分)
注意事项 (5 分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每次鼻饲前应检查胃管是否在胃内。 2. 鼻饲后保持半卧位 20~30 分钟。 3. 长期鼻饲者每日做口腔护理 2 次。 4. 昏迷病人插管时先将头后仰，插入 10~15 cm 后将头前倾，下颌尽量靠近胸骨，再插入胃管。 5. 拔管后注意观察病人进食情况。
评价 (15 分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人理解插管的目的，主动配合。 2. 操作达到预期的治疗目的，病人安全。

第七节 氧气吸入

目的(5分)	提高血氧含量及动脉血氧饱和度，纠正机体缺氧
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、意识状况、缺氧程度、鼻腔黏膜及有无分泌物堵塞等。 2. 病人的心理状态、合作程度。 3. 解释目的、过程及配合方法等。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 环境：周围无烟火及易燃品。 2. 氧气装置一套，湿化瓶内放湿化液。治疗盘内放盛水容器(内盛冷开水)、弯盘、橡胶管、玻璃接管、鼻导管(鼻塞或面罩)、纱布、棉签、胶布。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 装表：(10分) <ul style="list-style-type: none"> • 氧气筒供氧： • 检查氧气筒及各部件； • 打开总开关，清洁气门，迅速关好总开关； • 氧气表略后倾接于气门上，初步旋紧，扳手加固使表直立； • 接湿化瓶、橡胶管、玻璃接管； • 查流量表是否关好→开总开关→开流量表，检查各衔接部位是否漏气，氧气流出是否通畅； • 关总开关，关流量表，将氧气筒推至床边。 2. 给氧：(15分) <ol style="list-style-type: none"> (1) 鼻导管给氧 <ul style="list-style-type: none"> • 清洁鼻腔； • 连接鼻导管，打开氧气，调节氧流量； • 湿润鼻导管前端； • 将导管插入鼻腔，长度适宜； • 胶布将鼻导管固定于鼻翼及面颊部。 3. 观察、记录。(5分) 4. 停止用氧：(15分) <ul style="list-style-type: none"> • 用纱布包裹导管拔出； • 关氧气； • 分离鼻导管。 5. 安置病人。(3分) 6. 将氧气筒推至指定地点，“空”桶必须挂标志。(5分) 7. 终末处理。(5分) 8. 记录。(2分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 注意用氧安全，切实做好四防：防火、防油、防热、防震。 2. 使用及停用氧气时严格执行操作程序,使用氧气时，先调后用，停用氧气时，先拔后关。 3. 使用过程中，观察病人缺氧改善情况。排除影响用氧效果的因素，按需调节流量。 4. 氧气筒内氧气不可用尽，压力表降至 $5\text{kg}/\text{cm}^2$ 即不可再用。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 熟练安装、使用氧气表及各附件。 2. 湿化液配制及氧流量调节符合病情需要。 3. 插入鼻塞时病人无不适，鼻塞固定良好。 4. 用氧效果好，各缺氧症状有所改善。 5. 标准时间4分钟完成

第八节 雾化吸入

目的 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使药液吸入呼吸道，达到解痉、祛痰、消除炎症等治疗效果。 2. 湿化呼吸道。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、治疗情况、口腔黏膜及呼吸道通畅情况。 2. 病人的心理状态、合作程度。 3. 解释目的、时间及配合方法。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人：取舒适体位。 2. 环境：有电源。 3. 用物：超声雾化吸入器一套、水温计、弯盘、冷开水、治疗巾、药液。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安装雾化器、加药：(15分) <ul style="list-style-type: none"> • 水槽内加冷开水至所需刻度； • 配制药液，加入雾化罐内，加盖； • 连接雾化器主件及螺纹管。 2. 用物带至床边，治疗巾围病人颌下。(2分) 3. 接通电源，打开电源开关。(5分) 4. 调整定时开关，一般每次15~20分钟。(5分) 5. 打开雾化开关，调节雾量。(5分) 6. 将口含嘴放入病人口中，指导病人呼吸。(10分) 7. 治疗毕，取口含嘴，关雾化开关，再关电源开关。(5分) 8. 擦干病人面部，安置病人。(5分) 9. 终末处理。(5分) 10. 记录。(3分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用前检查雾化器性能。 2. 操作中注意不要损坏水槽底部的晶体换能器和雾化罐底部的透声膜。 3. 水槽内切忌加入热水，水槽内水温超过60℃或水量不足时，应关闭雾化器，调换或加冷开水。 4. 连续使用雾化器时，中间需间隔30分钟。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各部件及管道衔接好，无漏气。 2. 病人配合，了解目的。 3. 病人感觉舒适，达到治疗目的。

第九节 生命体征测量

1. 体温、脉搏、呼吸测量

目的 (5分)	观察体温、脉搏、呼吸的变化，为疾病的诊断、治疗和护理提供依据。
评估 (10分)	1. 病人的年龄、病情、意识状况及治疗情况。 2. 病人的心理状态，合作程度。 3. 解释目的、注意事项及配合方法。
准备 (5分)	1. 病人：30分钟内无进食，活动，冷、热敷，洗澡，坐浴，灌肠及情绪激动等。 2. 用物：体温计、纱布、弯盘、秒表、听诊器。
流程 (60分)	<p>测体温</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 检查体温计刻度是否在 35℃ 以下。(5分) 2. 根据病情选择测量体温的方法。(10分) <ol style="list-style-type: none"> (1) 口腔测量 <ul style="list-style-type: none"> • 口表水银端斜放于舌下热窝处； • 嘱病人闭口，勿用牙咬体温表； • 3~5分钟取出。 (2) 腋下测量 <ul style="list-style-type: none"> • 解开衣袖，用纱布擦干一侧腋下； • 将体温表水银端放于腋窝深处，紧贴皮肤； • 曲臂过胸，夹紧体温表； • 8~10分钟取出。 (3) 直肠测量 <ul style="list-style-type: none"> • 暴露肛门； • 润滑肛表； • 将体温表水银端轻轻插入肛门 3-4cm 固定； • 3分钟取出，擦净肛门。 3. 擦净体温表。(2分) 4. 看明度数，体温表甩至 35℃ 以下。(3分) <p>测脉搏、呼吸</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人近侧手臂腕部伸展，置舒适位置。(5分) 2. 将食指、中指、无名指的指端按在病人桡动脉表面。(5分) 3. 计脉搏次数。(5分) 4. 手仍按在病人腕上，观察病人胸部或腹部起伏，计呼吸次数。(5分) 5. 记录。(5分) 6. 安置病人。(5分) 7. 终末处理。(5分) 8. 将测量结果绘制在体温单上。(5分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 根据病情选择合适的测量体温的方法。发现体温与病情不相符时，可重新测量，必要时肛温、口温对照。 2. 若不慎咬破体温计而吞下水银时，可立即口服大量蛋白水和牛奶，在不影响病情的情况下，给服大量韭菜等粗纤维食物。 3. 异常呼吸、脉搏需测 1 分钟，脉搏短绌的病人应由 2 名护士同时测量，一人听心率，一人测脉率，同时开始记数 1 分钟，记录方式：心率 / 脉率 / 分。 4. 给小儿及神志不清病人测体温时，要注意固定体温表，防止意外。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人配合，了解测量的注意事项。 2. 体温表放置位置正确，固定良好。 3. 测量结果正确。

2、测血压

目的(5分)	观察血压的变化，为疾病的诊断、治疗和护理提供依据。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、治疗情况、肢体活动度、功能障碍等。 1. 病人的心理状态、合作程度。 2. 解释目的、配合方法及血压的正常范围。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人：30分钟内无活动、情绪波动等。 2. 用物：治疗盘内备血压计、听诊器、笔、记录纸。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 检查血压计。(10分) 2. 测量血压：(30分) <ul style="list-style-type: none"> • 取合适体位，暴露一臂，手掌向上伸直肘部； • 袖带缠绕，使袖带下缘距肘窝上约2cm，松紧合适； • 血压计“0”点和肱动脉、心脏处于同一水平； • 听诊器置于肱动脉搏动处，一手稍加固定； • 打开水银槽开关，关闭输气球气门； • 打气至肱动脉搏动音消失，再升高20~30mmHg； • 缓慢放气，听到第一声搏动时汞柱所指刻度为收缩压； • 搏动声突然变弱或消失时汞柱所指刻度为舒张压； • 取下袖带，驱尽袖带内空气。 3. 安置病人。(3分) 4. 整理血压计：(10分) <ul style="list-style-type: none"> • 卷平袖带放入血压计盒内，右倾45度关闭水银槽开关，关闭血压计盒盖。 5. 记录。(2分) 6. 终末处理。(5分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 需密切观察或长期观察血压的病人应做到四定：定部位、定体位、定血压计、定时间。 2. 偏瘫病人应在健侧手臂测血压。 3. 发现血压听不清或异常时应重新测量，驱尽袖带内气体，汞柱降至“0”，稍待片刻再测量。 4. 血压计应定期检查。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人配合。 2. 上卷衣袖松紧适宜，注意病人保暖。 3. 放气均匀，测量结果正确。

第十节 口服给药

目的(5分)	协助病人安全、正确地服下药物，以达到用药效果。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的年龄、病情及治疗情况，是否适合口服给药等。 2. 病人的心理状态、合作程度。 3. 解释药物的名称、药理作用及注意事项。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士：洗手。 2. 病人：洗手。 3. 用物：发药车、药盘、服药本、小药卡、药杯、药匙、量杯、滴管、研钵、湿纱布、包药纸、饮水管、水壶、温开水。
流程 (60分)	<p>备药</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 核对药卡与服药本，按床号顺序将小药卡插入药盘内，放好药杯。(5分) 2. 对照服药本配药。(5分) 3. 根据药物剂型不同采取不同的取药方法。(10分) <ol style="list-style-type: none"> (1) 固体药 <ul style="list-style-type: none"> • 一手取药瓶，瓶签朝向自己；另一手用药匙取出所需药量，放入药杯。 (2) 液体药 <ul style="list-style-type: none"> • 摇匀药液； • 一手持量杯，拇指置于所需刻度，使其刻度与视线平；另一手将药瓶有瓶签的一面朝上，倒药液至所需刻度； • 将药液倒入药杯； • 用湿纱布擦净瓶口，放药瓶回原处； • 油剂、按滴计算的药液或药量不足 1 ml 时，于药杯内倒入少许温开水，用滴管吸取药液。 4. 摆药完毕，将物品归还原处。(5分) <p>发药</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 带服药本、发药车、水壶到病人床边。(3分) 2. 核对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、方法。(15分) 3. 协助病人取舒适体位，倒温开水，确认病人服下。(10分) 4. 收回药杯，清洁药盘。(2分) 5. 观察药物反应，作必要的记录。<5分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 为患儿喂药时，应将其抱起，用小匙盛药，从患儿嘴角徐徐喂人。 2. 病人暂时不在或因故未服药者取回药并交接。 3. 危重病人必须喂服。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 取药方法正确，剂量准确。 2. 严格执行查对制度。 3. 病人了解药物的作用及注意事项，能按时、按量正确服药。

附：口服用药注意事项

1. 健胃及增进食欲的药物宜饭前服，对胃黏膜有刺激的药物宜饭后服。
2. 对呼吸道黏膜起安抚作用的止咳糖浆，服后不宜立即饮水。
3. 对牙齿有腐蚀作用或染色的药物，如酸剂、铁剂可用吸水管吸服，以免药物与牙齿接触，服药后及时漱口。
4. 服用磺胺类药物后宜多饮水，以免因尿液不足而致磺胺结晶析出，引起肾小管堵塞。
5. 有相互作用的药物不宜同时或短时间内服用。
6. 服强心甙类药物前应先测脉率及心率，心率低于60次/分，应告知医师，遵医嘱发药。

第十一节 注射法

1. 皮内、皮下、肌内注射法

目的 (5分)	<p>将药液注入人体内，达到全身疗效。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 皮内注射法：用于各种药物过敏试验、预防接种、局部麻醉的先驱步骤等。 2. 皮下注射法：用于预防接种；注入小剂量药物，需在一定时间内发生药效，而不宜口服给药时。 3. 肌内注射法：用于不能或不宜口服的药物；不能或不宜作静脉注射，而需迅速发生疗效或药量大的药物。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、意识状况、用药史、药物过敏史、局部皮肤情况。 2. 病人的心理状态，合作程度。 3. 解释目的、注意事项。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士：洗手，戴口罩、帽子，必要时戴手套。 2. 病人：取舒适体位。 3. 环境：清洁，遮挡病人 4. 用物：治疗盘内放置注射器、药液、砂轮、弯盘、纱布、棉签、消毒液、治疗本，做过敏试验须备 0.1%盐酸肾上腺素。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抽吸药液：(15分) <ul style="list-style-type: none"> • 查对药液，检查注射器、针头； 吸药，排气，放妥 2. 选择注射部位。(5分) 3. 消毒皮肤。(5分) 4. 注射：(25分) 一手固定注射皮肤，另一手持注射器进针。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 皮内注射 <ul style="list-style-type: none"> • 5° 刺入，针头斜面完全进入皮内； • 固定针栓，推药液 0.1ml，形成皮丘； • 拔针；按规定时间观察反应结果。 (2) 皮下注射 30° ~40°，针头斜面向上，快速将针梗的 1/3—2/3 刺入皮下；固定针栓，抽动活塞无回血；缓慢注入药液；注射毕，用干棉签按针眼，迅速拔针，按压片刻。 (3) 肌内注射 90° 将针头迅速刺入针梗的 2/3 左右；固定针栓，抽动活塞无回血；缓慢注入药液，观察病人反应；注射毕，用干棉签按针眼，迅速拔针，按压片刻。 5. 安置病人。(3分) 6. 终末处理。(5分) 7. 记录。(2分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 皮试前，仔细询问病人的药物过敏史。 2. 皮试不用碘酊消毒，拔出针头后勿按揉，以免影响观察。 3. 对长期皮下或肌内注射者，应建立轮流交替注射部位的计划，以减少硬结发生，促进药物充分吸收。 4. 对于过于消瘦或腹部皮下注射时，可捏起局部组织进针。 5. 2岁以下婴幼儿不宜选用臀大肌肌内注射。 6. 两种药物同时注射时，注意配伍禁忌。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 严格执行注射原则。 2. 体现以病人为中心，注意保暖和无痛注射。 3. 注射器型号选择合适，注射部位定位正确，注射剂量准确。

2、静脉注射法

项目	考核标准
目的 (5分)	1. 药物不宜口服、皮下注射、肌肉注射或需迅速发生药效时。 2. 做诊断性检查。
评估 (10分)	1. 病人的病情、意识状况、局部皮肤及血管情况。 2. 病人的心理状态、合作程度。 3. 解释目的、注意事项。
准备 (5分)	1. 护士：洗手，戴口罩、帽子，必要时戴手套。 2. 病人：取合适体位，局部保暖，使静脉充盈。 3. 环境：清洁，温度适宜。 4. 用物：治疗盘内放置注射器、药液、砂轮或启盖器、针头或头皮针，止血带、胶布、棉签、消毒液、小垫枕、治疗本。
流程 (60分)	1. 抽吸药液：(10分) 查对药液，检查注射器、针头；吸药，排气，放妥。 2. 选择静脉：(10分) 穿刺部位肢体下垫小枕；距穿刺点上方 6cm 左右处扎止血带；嘱病人握拳。 3. 消毒皮肤。(5分) 4. 进针：(12分) 一手固定皮肤，另一手持针；针头斜面向上与皮肤成 15 度~30 度进针；见回血再进针少许；松止血带，嘱病人松拳。 5. 固定针头。(5分) 6. 注入药液。(3分) 7. 注射毕，干棉签放于穿刺点上方，拔出针头，按压片刻。(5分) 8. 安置病人。(3分) 9. 终末处理。(5分) 10. 记录。(2分)
注意事项 (5分)	1. 选择静脉时，避开静脉瓣、关节。 2. 长期注射者要有计划地使用血管，一般先四肢远端后近端，充分保护静脉。 3. 根据病情及药物性质，掌握注药速度并随时听取病人主诉。 4. 对刺激性强或特殊药物，需确认针头在血管内方可推药。
评价 (15分)	1. 严格执行无菌技术及查对制度。 2. 体现以病人为中心，注意保暖和减轻病痛。 3. 正确掌握注入药液的速度。

第十二节 静脉输液

目的 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 纠正水、电解质失衡，维持酸碱平衡。 2. 补充营养，维持热量。 3. 输入药物，达到治疗疾病的目的。 4. 增加循环血量，改善微循环，维持血压。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的年龄、病情、营养状况、穿刺部位的皮肤、血管状况及肢体活动度。 2. 病人的心理状态及合作程度。 3. 解释目的、注意事项。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士：洗手，戴口罩、帽子，必要时戴手套。 2. 病人：排尿，穿刺肢体保暖。 3. 环境：清洁，温度适宜。 4. 用物：治疗盘内放置止血带、棉签、消毒液、一次性输液器、血管钳、胶布、弯盘、液体及药物，输液卡、输液架、可备静脉留置针1套。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 根据医嘱，抄输液卡。(2分) 2. 核对药液，贴上输液卡。(8分) 3. 加入药液，连接输液器。(10分) <ol style="list-style-type: none"> (1) 瓶装输液 <ul style="list-style-type: none"> • 启开铝盖中心部； • 消毒瓶盖 • 加入药物 • 检查并连接输液器。 (2) 袋装输液 <ul style="list-style-type: none"> • 拉开外层包装袋； • 消毒加药管封口 • 加入药物； • 检查输液器； • 关闭调节器，拉开输液袋上的输液管封口，将输液器针头螺旋式插入。 4. 用物带至床旁，再次确认病人，输液瓶(袋)挂在输液架上，备好胶布。(3分) 5. 排气。(5分) <ol style="list-style-type: none"> (1) 瓶装药液 <ul style="list-style-type: none"> • 倒置茂菲氏滴管，打开调节器，液体流入滴管内液面达 $1/2 \sim 2/3$ 时，折叠滴管根部的输液管，迅速转正，使液体缓慢排出，至排尽导管和针头内的空气，关闭调节器。 6. 检查输液器无气泡，妥善放置。(2分) 7. 选择静脉，扎止血带。(2分) 8. 消毒皮肤。(3分) 9. 进针、固定。(10分) <ol style="list-style-type: none"> (1) 普通输液针 <ul style="list-style-type: none"> • 取下护针帽，确定无气泡，夹闭输液管； • 一手固定皮肤，一手持针，穿刺见回血，再进针少许；

	<ul style="list-style-type: none"> • 松开止血带，放开输液管，观察溶液点滴是否通畅； • 固定针柄，覆盖针眼，头皮针软管盘曲固定。 <p>(2) 静脉留置针</p> <ul style="list-style-type: none"> • 取出静脉留置针，去除针套，旋转松动外套管； • 一手固定皮肤，一手持针，穿刺见回血后，将针芯退出少许，以针芯为支撑，将针顺静脉方向推进，直至将外套管送入静脉内，按住针柄，抽出针芯，末端无肝素帽的留置针在抽出针芯时，应以一手小指按压导管尖端静脉，一手迅速将肝素帽插入导管内。 • 用透明肤贴覆盖针眼的同时固定留置针； • 消毒留置针肝素帽的橡胶塞，将已备好的输液器针头插入，观察溶液点滴是否通畅，固定头皮针。 <p>10. 调节滴速，观察，记录。(5分)</p> <p>11. 安置病人。(2分)</p> <p>12. 输液完毕，拔针。(3分)</p> <p>(1)普通输液针轻揭胶布，用干棉签轻压穿刺点上方，快速拔针，按压片刻。</p> <p>(2)静脉留置针</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用注射器抽稀释肝素适量，接输液针头，向留置针导管内推注，并以边摔倒注边拔针的方法，退出针头，使留置针内充满肝素。再次输液时，消毒留置针的肝素帽，将静脉输液针插入肝素帽内便可进行输液。 <p>13. 终末处理。(3分)</p> <p>14. 记录。(2分)</p>
<p>注意事项 (5分)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 皮试前，仔细询问病人的药物过敏史。 2. 皮试不用碘酊消毒，拔出针头后勿按揉，以免影响观察。 3. 对长期皮下或肌内注射者，应建立轮流交替注射部位的计划，以减少硬结发生，促进药物充分吸收。 4. 对于过于消瘦或腹部皮下注射时，可捏起局部组织进针。 2. 对小儿、昏迷或不合作者，输液时穿刺处应加强固定。 3. 要根据病情、年龄及药液性质调节滴速，输液时应加强巡视，局部有肿胀、渗漏或其他故障应立即排除。 4. 针穿刺要选择弹性好、走向直的静脉，留置针一般留置3~5天，如穿刺部位及静脉走向出现红、肿、热、痛等现象应立即拔管，及时处理。
<p>评价 (15分)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 严格执行无菌技术操作原则和查对制度。 2. 体现以病人为中心，注意保暖和减轻疼痛。 3. 正确掌握输液速度。 4. 标准时间4分钟

第十三节 灌 肠

1. 保留灌肠

目的(5分)	镇静、催眠和治疗肠道感染。
评估 (10分)	1. 病人的病情、生命体征、肠道病变部位、临床诊断、肛周皮肤及黏膜情况。 2. 病人的意识状态、心理状况及理解程度，解释操作目的。 3. 灌肠药物的作用及不良反应。
准备 (5分)	1. 护士：戴手套。 2. 病人：排便，根据病情选择不同卧位。 3. 环境：关闭门窗，调节室温，遮挡病人。 4. 用物：治疗盘内放治疗碗、肛管、血管钳、注洗器、量杯盛灌肠药液(38℃，<200ml)、温开水、弯盘、橡胶单、治疗巾、小枕、卫生纸、石蜡油、棉签。
流程 (60分)	1. 插管前准备：(20分) • 脱裤露臀； • 垫小枕、橡胶单、治疗巾，抬高臀部10cm，弯盘置臀旁； • 抽吸药液，连接肛管，润滑肛管前端； • 排气、夹管。 2. 插管：(10分) • 显露肛门，插管15—20cm。 3. 灌肠：(20分) • 缓慢注入药液； • 注入温开水。 4. 拔管。(4分) 5. 安置病人，终末处理，记录。(6分)
注意事项 (5分)	1. 肛门、直肠、结肠等手术后的病人，排便失禁者不宜作保留灌肠。 2. 肠道抗感染药物以睡前灌入为宜。 3. 直肠、乙状结肠病变取左侧或仰卧位；回盲部病变取右侧卧位。 4. 灌肠液量要少，肛管要细，插入要深，压力要低。 5. 拔管后轻揉肛门，尽量保留药液1小时以上。
评价 (15分)	1. 剂量准确，达到预期目的。 2. 关心病人，注意病人保暖，维护病人隐私。 3. 病人理解操作的目的并积极配合操作。

2. 不保留灌肠(大量、少量)

目的(5分)	减轻腹胀, 清洁肠道, 清除毒物, 降温。
评估(10分)	1. 病人的病情、生命体征、临床诊断、灌肠的目的, 以及排便、肛周皮肤及黏膜情况, 腹部有无包块、胀气, 有无灌肠禁忌证。 2. 根据病人的意识状态、心理状况及理解程度, 讲解操作目的。
准备(5分)	1. 护士: 戴手套。 2. 病人: 排便; 左侧卧位, 双膝屈曲。 3. 环境: 关闭门窗, 调节室温, 遮挡病人。 4. 用物: 治疗盘内放灌肠筒、筒内盛灌肠溶液(39-41℃, <1000ml)、量杯、肛管、弯盘、橡胶单、治疗巾、卫生纸、石蜡油、棉签、血管钳、输液架; 少量灌肠可用注洗器, 另备温开水。
流程(60分)	1. 插管前准备: (20分) • 灌肠筒挂于输液架上, 液面距肛门 40-60cm(少量不保留灌肠用注洗器抽吸灌肠液); • 脱裤露臀移至床沿, 垫橡胶单、治疗巾, 弯盘置臀旁; • 润滑并连接肛管, 排气, 夹管。 2. 插管: (5分) • 显露肛门, 插管 7~10 cm。 3. 灌肠: (20分) • 去夹, 固定; • 观察病人反应及灌肠筒内液面下降情况。 4. 拔管。(5分) 5. 灌肠后处理: (4分) • 保留灌肠液 5—10 分钟(少量可保留 10—20 分钟); • 协助排便, 撤去橡胶单、治疗巾。 6. 安置病人, 开窗通风。(2分) 7. 终末处理。(2分) 8. 记录。(2分)
注意事项(5分)	1. 正确选用灌肠溶液, 掌握溶液的温度、浓度、量。肝昏迷病人禁用肥皂液灌肠; 充血性心力衰竭和水钠潴留病人禁用生理盐水灌肠; 降温用 28~32℃、中暑用 4℃等渗盐水灌肠, 保留 30 分钟后排出, 排便后 30 分钟测体温并记录。 2. 插管动作轻柔, 避免损伤肠黏膜。 3. 保持一定灌注压力和速度。灌肠中, 病人感觉腹胀或有便意, 嘱病人张口深呼吸, 以放松腹部肌肉, 并降低灌肠筒的高度或减慢流速; 如液面不降, 可转动肛管; 如出现脉速、面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、心慌气急等应立即停止灌肠, 给予处理。 4. 灌肠禁忌证: 急腹症、消化道出血、妊娠、严重心血管疾病。
评价(15分)	1. 执行查对制度, 无差错。 2. 关心病人, 注意病人保暖, 维护病人隐私。 3. 病人配合操作, 达到治疗目的。

3. 肛管排气法

目的 (5 分)	排出肠腔积气，减轻腹胀。
评估 (10 分)	1. 病人的病情、意识状态、生命体征、腹胀及肛周皮肤黏腠情况。 2. 根据病人的心理状况及理解程度，讲解操作目的。
准备 (5 分)	1. 护士：戴手套。 2. 病人：排便，左侧卧位或平卧位。 3. 环境：关闭门窗，调节室温，屏风遮挡；盛水 3 / 4 的无色玻璃瓶系于床旁。 4. 用物：治疗盘内放治疗碗、肛管、玻璃接管、橡胶管、弯盘、卫生纸、石蜡油、棉签、胶布、别针。
流程 (60 分)	1. 插管前准备：(14 分) • 脱裤露臀； • 连接肛管与橡胶管，橡胶管另一端插入水中。 2. 插管：(15 分) • 润滑肛管； • 显露肛门，插管 15~18cm，固定。 3. 保留肛管不超过 20 分钟，观察病人及排气情况。(20 分) 4. 拔管。(5 分) 5. 安置病人，开窗通风。(2 分) 6. 终末处理。(2 分) 7. 记录。(2 分)
注意事项 (5 分)	1. 橡胶管长度应足够长，便于病人更换体位。 2. 如排气不畅，可顺时针按摩腹部或帮助病人更换体位，促进排气。 3. 肛管保留时间不宜过长，如病情需要，2—3 小时后可再次肛管排气。
评价 (15 分)	1. 执行查对制度。 2. 病人感觉腹胀减轻。 3. 注意病人保暖，维护病人隐私。

第十四节 病人搬运

1. 轮椅运送法

目的(5分)	护送不能行走的病人。
评估 (10分)	1. 病人病情、治疗、肢体活动情况，有无下肢溃疡、浮肿。 2. 病人的合作程度并做好解释。 3. 轮椅各部件的性能是否良好。
准备(5分)	轮椅，根据季节备保暖用品，必要时备软枕。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 协助病人下床：(5分) <ul style="list-style-type: none"> • 轮椅背与床尾平齐，面向床头； • 固定刹车； • 翻起脚踏板； • 需用毛毯时，将毛毯平铺在轮椅上，使毛毯上端高过病人肩部约 15 cm； • 扶病人坐起，穿衣，穿鞋。 2. 安置病人坐轮椅：(20分) <ul style="list-style-type: none"> • 协助病人坐入轮椅中，扶住椅子的扶手，尽量往后坐并靠椅背； • 翻下脚踏板，脱鞋后让病人双脚置于其上(必要时垫软枕)。 3. 包裹保暖。(5分) 4. 鞋子装入椅背袋内。(5分) 5. 整理床单元成暂空床。(5分) 6. 推病人去目的地。(10分) 7. 协助病人下轮椅：(10分) <ul style="list-style-type: none"> • 将轮椅推至床尾，制动，翻起脚踏板； • 协助病人上床，安置好病人。 8. 终末处理。
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 经常检查轮椅，保持各部件完好，随时取用。 2. 推轮椅下坡时速度要慢，妥善安置病人体位，保证安全。 3. 病人如有下肢浮肿、溃疡或关节疼痛，可在轮椅脚踏板上垫一软枕。 4. 注意观察病人面色和脉搏，有无疲劳、头晕等不适。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 搬运安全、顺利，病人主动配合。 2. 病人舒适，及时发现病情变化。

2. 平车运送法

目的 (5 分)	运送不能行走的病人。
评估 (10 分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、治疗、体重与躯体活动能力。 2. 病人的合作程度并做好解释。 3. 平车的性能。
准备 (5 分)	用物：平车(上置以被单和橡胶单包好的垫子和枕头)，带套的毛毯或棉被，必要时备氧气袋、输液架、木板和中单。
流程 (60 分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 移开床旁椅。(5 分) 2. 将各种导管妥善放置，避免移动中滑脱。(5 分) 3. 过床器移动病人：(30 分) <ul style="list-style-type: none"> • 平车移至床边，紧靠，调整平车高度与床同高或稍低； • 病人平移至床侧，靠近平车； • 向对侧翻转，将过床器边缘部分插入患者身下； • 移动病人，让其滑动至平车中央； • 撤去过床器，安置病人于合适、安全的卧位。 4. 重新检查各种导管。(5 分) 5. 盖好盖被。(5 分) 6. 整理床位。(5 分) 7. 松开平车刹车，推至指定地点。(5 分)
注意事项 (5 分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 搬运病人时妥善安置导管，避免脱落、受压或液体逆流。 2. 搬运过程中注意节力原则。 3. 上、下坡时病人保持头高位，以减少不适。 4. 搬运过程中注意观察病情变化，颅脑损伤、颌面部外伤及昏迷的病人，应将头偏向一侧。
评价 (15 分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 搬运轻、稳、准确，病人安全、舒适、无损伤。 2. 病人的持续性治疗未受影响。

第十五节 女病人导尿

目的 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 为尿潴留病人引流出尿液。 2. 协助临床诊断和治疗。 3. 病情需要保留导尿。
评估 (10分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人的病情、治疗、膀胱充盈度、会阴部情况及自理能力。 2. 病人的心理状态，并做好解释。
准备 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 护士：洗手，戴口罩，查对、确认病人。 2. 病人：清洗会阴。 3. 环境：关闭门窗，必要时遮挡病人。 4. 用物：治疗盘内备无菌导尿包(内装治疗碗和弯盘、导尿管、小药杯、内盛棉球、血管钳、镊子、润滑油棉球、标本瓶、洞巾)、治疗碗(内盛消毒液棉球、血管钳或镊子)、弯盘、手套或指套、无菌手套、无菌持物钳和容器、消毒溶液、尿袋、胶布、生理盐水，另备小橡胶单和治疗巾、浴巾、便盆及便盆布。
流程 (60分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 消毒外阴：(10分) <ul style="list-style-type: none"> • 充分暴露外阴； • 橡胶单、治疗巾垫于臀下； • 戴上手套或指套； • 用消毒液棉球分别擦洗以下部位，顺序为：阴部、对侧大阴唇、近侧大阴唇、对侧小阴唇、近侧小阴唇、尿道口、阴道口、肛门。 2. 插管前：(10分) <ul style="list-style-type: none"> • 导尿包置于病人两腿间打开； • 倒消毒液于小药杯内； • 戴无菌手套，铺洞巾； • 若为气囊导尿管，注入3~30ml生理盐水试充气囊，确保气囊无渗漏再抽出所有生理盐水； • 润滑导尿管前端，血管钳夹持导尿管置于治疗碗内。 3. 消毒尿道口：(5分) <ul style="list-style-type: none"> • 夹取小药杯内棉球消毒尿道口→对侧小阴唇→近侧小阴唇→尿道口。 4. 插尿管：(10分) <ul style="list-style-type: none"> • 一手暴露尿道口，一手持血管钳夹持尿管轻轻插入尿道4~6cm； • 见尿液流出再插入1cm； • 用无菌治疗碗接取尿液。 5. 必要时留取尿标本。(2分) 6. 保留导尿：固定导尿管(若为气囊导尿管，见尿后并确认气囊部分已进入膀胱，再插入2~3cm，根据导尿管上注明的气囊容积向气囊内注入等量的生理盐水，向外轻拉导尿管使之固定在尿道内口)。(8分) 7. 拔管。(2分) 8. 安置病人。(5分) 9. 终末处理。(5分) 10. 记录。(3分)
注意事项 (5分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 膀胱高度膨胀者第一次导尿量不应超过1000ml，以防腹压突然下降引起虚脱，膀胱黏膜充血，发生血尿。 2. 留置导尿时须妥善固定，尿管不扭曲，保持通畅，引流管低于膀胱位，保持会阴部清洁。采用间歇夹管方式训练膀胱反射功能，观察尿液情况，鼓励病人多饮水，每周复查尿常规。 3. 拔管后注意观察病人排尿情况。
评价 (15分)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人和家属了解导尿的目的，情绪稳定，主动配合。 2. 操作达到预期的诊疗目的，病人安全、舒适。 3. 保护病人隐私，操作过程注意保暖。 4. 严格执行无菌操作原则。

第十六节 穿、脱隔离衣(传染病隔离)

目的(5分)	保护工作人员和病人，避免交叉感染。
评估(10分)	1. 病人病情，目前采取的隔离种类及措施。 2. 病人及家属对所患疾病防治知识、消毒隔离知识的了解程度。 3. 隔离衣的大小、长短，有无破损、潮湿，放置的区域。
准备(5分)	1. 护士：取下手表，洗手，戴口罩，卷袖过肘。 2. 环境：宽敞。 3. 用物：衣架、隔离衣、刷手或泡手设备、操作物品。
流程(60分)	1. 穿隔离衣：(24分) <ul style="list-style-type: none"> • 手持衣领取下隔离衣，内面向自己； • 一手持衣领，另一手伸入袖内穿好衣袖；同法穿好另一衣袖； • 扣领扣； • 分别将两侧衣边捏住，在身后对齐叠紧； • 腰带背后交叉，回到前面打活结。 2. 脱隔离衣：(32分) <ul style="list-style-type: none"> • 松开腰带，在前面打活结； • 塞好衣袖，消毒手； • 解领口； • 一手伸入另一侧衣袖口内，拉衣袖过手； • 衣袖遮住的手拉下另一衣袖过手； • 双臂退出衣袖； • 持衣领对齐衣边。 3. 挂好备用。(4分)
注意事项(5分)	1. 传染病隔离时，隔离衣外面为污染面，内面为清洁面；保护性隔离时，内面为污染面，外面为清洁面。 2. 穿衣后，在规定的区域内活动。 3. 消毒手时，不能沾湿隔离衣，隔离衣也不能触及其他物品。 4. 隔离衣挂在半污染区或清洁区，清洁面朝外；挂在污染区，污染面朝外。 5. 隔离衣每日更换；如遇潮湿或污染，立即更换。
评价(15分)	1. 隔离衣未污染环境及清洁物品。 2. 衣领及清洁面未被污染。 3. 隔离衣保持干燥。 4. 挂隔离衣备用时衣边对齐，如内面朝外衣袖不能露出

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/425040114122011123>