



# 常用临床护理技术服务规范

# 一、患者入院护理



## (一) 工作目标。

热情接待患者，帮助其尽快熟悉环境；观察和评估患者病情和护理需求；满足患者安全、舒适的需要。

## (二) 工作规范要点。

1. **备好床单位。** 根据患者病情做好准备工作，并**通知医师。**
2. **向患者进行自我介绍，妥善安置患者于病床。**
3. **测量患者生命体征，了解患者的主诉、症状、自理能力、心理状况，填写患者入院相关资料。**
4. **入院告知：**向患者/家属介绍**主管医师、护士、病区护士长**。介绍**病区环境、呼叫铃使用、作息时间、探视制度及有关管理规定等**。鼓励患者/家属表达自己的需要及顾虑。

# 一、患者入院护理



5.完成入院护理评估，与医师沟通确定护理级别，**遵医嘱实施相关治疗及护理。**

6.完成患者清洁护理，协助更换病员服，**完成患者身高、体重、生命体征的测量**（危重患者直接进入病房）。

（三）结果标准。

1.物品准备符合患者需要，急、危、重患者得到及时救治。

2.患者/家属知晓护士告知的事项，对护理服务满意。

## 二、患者出院护理



### (一) 工作目标。

患者/家属知晓出院指导的内容，掌握必要的康复知识。

### (二) 工作规范要点。

- 1.告知患者。针对患者病情及恢复情况进行出院指导，包括办理出院结账手续、出院后注意事项、带药指导、饮食及功能锻炼、遵医嘱通知患者复诊时间及地点、联系方式等。
- 2.听取患者住院期间的意见和建议。
- 3.做好出院登记，整理出院病历。
- 4.对患者床单位进行常规清洁消毒，特殊感染病人按院内感染要求进行终末消毒。

## 二、患者出院护理



(三) 结果标准。

- 1.患者/家属能够知晓护士告知的事项，对护理服务满意。
- 2.床单位清洁消毒符合要求。

## 三、生命体征监测技术



### (一) 工作目标。

安全、准确、及时测量患者的**体温、脉搏、呼吸、血压**，为疾病诊疗和制定护理措施提供依据。

### (二) 工作规范要点。

1.告知患者，做好准备。**测量生命体征前30分钟避免进食、冷热饮、冷热敷、洗澡、运动、灌肠、坐浴等影响生命体征的相关因素。**

2.对婴幼儿、老年痴呆、精神异常、意识不清、烦躁和不合作者，护士应采取恰当的体温测量方法或在床旁协助患者测量体温。

3.**测腋温时应当擦干腋下**，将体温计放于患者腋窝深处并贴紧皮肤，防止脱落。**测量5-10分钟后取出。**

### 三、生命体征监测技术



- 4.测口温时应当将体温计斜放于患者舌下热窝，用鼻呼吸，闭口3分钟后取出。
- 5.测肛温时应当先在肛表前端涂润滑剂，将肛温计轻轻插入肛门3-4厘米，3分钟后取出。用消毒纱布擦拭体温计。
- 6.发现体温和病情不相符时，应当复测体温。
- 7.体温计消毒方法符合要求。
- 8.评估测量脉搏部位的皮肤情况，避免在偏瘫侧、形成动静脉瘘侧肢体、术肢等部位测量脉搏。
- 9.测脉搏时协助患者采取舒适的姿势，以食指、中指、无名指的指腹按压桡动脉或其他浅表大动脉处，力度适中，以能触及到脉搏搏动为宜。
- 10.一般患者可以测量30秒，脉搏异常的患者，测量1分钟。

### 三、生命体征监测技术



- 11.发现有脉搏短绌，应两人同时测量，分别测心率和脉搏。
- 12.测量呼吸时患者取自然体位，护士保持诊脉手势，观察患者胸部或腹部起伏，测量30秒。危重患者、呼吸困难、婴幼儿、呼吸不规则者测量1分钟。
- 13.观察患者呼吸频率、节律、幅度和类型等情况。
- 14.危重患者呼吸微弱不易观察时，可用棉花少许置鼻孔前，观察棉絮吹动情况，并计数。
- 15.测量血压时，协助患者采取坐位或者卧位，保持血压计零点、肱动脉与心脏同一水平。
- 16.选择宽窄度适宜的袖带，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2-3厘米。



### 三、生命体征监测技术



- 17.正确判断收缩压与舒张压。如血压听不清或有异常时，应间隔1-2分钟后重新测量。
- 18.测量完毕，排尽袖带余气，关闭血压计。
- 19.长期观察血压的患者，做到四定：定时间、定部位、定体位、定血压计。
- 20.结果准确记录在护理记录单或绘制在体温单上。
- 21.将测量结果告诉患者/家属。如果测量结果异常，观察伴随的症状和体征，及时与医师沟通并处理。

#### （三）结果标准。

- 1.护士测量方法正确，测量结果准确。
- 2.记录准确，对异常情况沟通及时。

## 四、导尿技术



(一) 工作目标。

遵医嘱为患者导尿，患者能够知晓导尿的目的并配合。

(二) 工作规范要点。

1. 遵循查对制度，符合无菌技术、标准预防原则。
2. 告知患者/家属留置尿管的目的、注意事项，取得患者的配合。
3. 评估患者的年龄、性别、病情、合作程度、膀胱充盈度、局部皮肤等。根据评估结果，选择合适的导尿管，**男性16F,女性18F**。
4. 导尿过程中严格遵循无菌技术操作原则，避免污染，保护患者隐私。
5. 为**男性患者插尿管时**,遇有阻力，特别是尿管经**尿道内口、膜部、尿道外口的狭窄部、耻骨联合下方和前下方处的弯曲部时**，嘱患者缓慢深呼吸，慢慢插入尿管。
6. 插入气囊导尿管后向气囊内注入**10-15毫升**无菌生理盐水，轻拉尿管以证实尿管固定稳妥。
7. **尿潴留患者一次导出尿量不超过1000毫升**，以防出现虚脱和血尿。

## 四、导尿技术



- 8.指导患者在留置尿管期间保证充足液体入量，预防发生结晶和感染。
- 9.指导患者在留置尿管期间防止尿管打折、弯曲、受压、脱出等情况发生，保持通畅。
- 10.指导患者保持尿袋高度低于耻骨联合水平，防止逆行感染。
- 11.指导长期留置尿管的患者进行膀胱功能训练及骨盆底肌的锻炼，以增强控制排尿的能力。患者留置尿管期间，尿管要定时夹闭。

### （三）结果标准。

- 1.患者/家属知晓护士告知的事项，对操作满意。
- 2.操作规范、安全，未给患者造成不必要的损伤。
- 3.尿管与尿袋连接紧密，引流通畅，固定稳妥。

## 五、胃肠减压技术



### (一) 工作目标。

遵医嘱为患者留置胃管，持续抽出胃内容物，达到减压。患者能够了解有关知识并配合。

### (二) 工作规范要点。

1. 遵循查对制度，符合无菌技术、标准预防原则。
2. 告知患者/家属留置胃管的目的、注意事项，取得患者的配合。
3. 评估患者病情、意识状态、合作程度、患者鼻腔是否通畅，有无消化道狭窄或食道静脉曲张等，患者是否有以往插管的经验，根据评估结果选择合适的胃管。
4. 准确测量并标识胃管插入的长度，鼻尖—耳垂—剑突，前额发髻至剑突，约45—55cm。
5. 插管过程中指导患者配合技巧，安全顺利地插入胃管。
6. 昏迷患者应先将其头向后仰，插至咽喉部(约15厘米)，再用一手托起头部，使下颌靠近胸骨柄，插至需要的长度。如插入不畅，应检查胃管是否盘曲在口腔中。插管过程中如发现剧烈呛咳、呼吸困难、紫绀等情况，应

## 五、胃肠减压技术



立即拔出，休息片刻后重插。

- 7.检查胃管是否在胃内。
- 8.调整减压装置，将胃管与负压装置连接，妥善固定于床旁。
- 9.告知患者留置胃肠减压管期间禁止饮水和进食，保持口腔清洁。
- 10.妥善固定胃肠减压装置，防止变换体位时加重对咽部的刺激，以及胃管受压、脱出等，保持有效减压状态。
- 11.观察引流物的颜色、性质、量，并记录24小时引流总量。
- 12.留置胃管期间应当加强患者的口腔护理。
- 13.胃肠减压期间，注意观察患者水电解质及胃肠功能恢复情况。
- 14.及时发现并积极预防和处理与引流相关的问题。

### （三）结果标准。

- 1.患者/家属能够知晓护士告知的事项，对服务满意。
- 2.护士操作过程规范、准确、动作轻巧，患者配合。
- 3.确保胃管于胃内，固定稳妥，保持有效胃肠减压。

## 六、鼻饲技术



### (一) 工作目标。

遵医嘱为不能经口进食的患者灌入流质液体，保证患者摄入足够的营养、水分和药物。

### (二) 工作规范要点。

- 1.遵循查对制度、标准预防、消毒隔离原则。
- 2.告知患者/家属鼻饲的目的、注意事项，取得患者的配合。
- 3.评估患者病情、意识状态、合作程度、鼻腔是否通畅、有无消化道狭窄或食道静脉曲张、以往是否有插胃管的经历;评估患者的消化、吸收、排泄功能和进食需求。根据评估结果选择合适的胃管和鼻饲时机。
- 4.如需插胃管先准确测量并标识胃管插入的长度。插管过程中指导患者配合技巧。昏迷患者应先将头向后仰，插至咽喉部(约15厘米)，再用一手托起头部，使下颌靠近胸骨柄，插至需要的长度。如插入不畅，应检查胃管是否盘曲在口腔中。插管过程中如发现剧烈呛咳、呼吸困难、紫绀等情况，应立即拔出，休息片刻后重插。插入适当深度并检查胃管是否在胃内。

## 六、鼻饲技术



- 5.鼻饲前了解上一次鼻饲时间、进食量，检查胃管是否在胃内以及有无胃潴留，胃内容物超过150毫升时，应当通知医师减量或者暂停鼻饲。
- 6.鼻饲前后用温开水20毫升冲洗管道，防止管道堵塞。
- 7.缓慢灌注鼻饲液，温度38°C-40°C。鼻饲混合流食，应当间接加温，以免蛋白凝固。
- 8.鼻饲给药时应先研碎，溶解后注入。
- 9.对长期鼻饲的患者，应当定期更换胃管。

### (三) 结果标准。

- 1.患者/家属能够知晓护士告知的事项，对服务满意。
- 2.护士操作过程规范、准确、动作轻巧，患者配合。
- 3.确保胃管于胃内，固定稳妥。

# 七、灌肠技术



## (一) 工作目标。

遵医嘱准确、安全地为患者实施不同治疗需要的灌肠；清洁肠道，解除便秘及肠胀气；降温；为诊断性检查及手术做准备。

## (二) 工作规范要点。

- 1.评估患者的年龄、意识、情绪及配合程度，有无灌肠禁忌症。对急腹症、妊娠早期、消化道出血的患者禁止灌肠；肝性脑病患者禁用肥皂水灌肠；伤寒患者灌肠量不能超过500毫升，液面距肛门不得超过30厘米。
- 2.告知患者及家属灌肠的目的及注意事项，指导患者配合。
- 3.核对医嘱，做好准备，保证灌肠溶液的浓度、剂量、温度适宜。
- 4.协助患者取仰卧位或左侧卧位，注意保暖，保护患者隐私。阿米巴痢疾患者取右侧卧位。
- 5.按照要求置入肛管，置入合适长度后固定肛管，使灌肠溶液缓慢流入并观察患者反应。



## 七、灌肠技术



- 6.灌肠过程中，患者有便意，指导患者做深呼吸，同时适当调低灌肠筒的高度，减慢流速；患者如有心慌、气促等不适症状，立即平卧，避免发生意外。
- 7.对患者进行降温灌肠时，灌肠后保留30分钟后再排便，排便后30分钟测体温。
- 8.清洁灌肠应反复多次，首先用肥皂水，再用生理盐水，直至排出液澄清、无粪便为止。
- 9.灌肠完毕，嘱患者平卧，根据灌肠目的保持适当时间再排便并观察大便性状。
- 10.操作结束后，做好肛周清洁，整理床单位。
- 11.观察排出大便的量、颜色、性质及排便次数并做好记录。

### （三）结果标准。

- 1.患者/家属能够知晓护士告知的事项，对服务满意。
- 2.护士操作过程规范、准确。
- 3.达到各种灌肠治疗的效果，无并发症发生。

# 八、氧气吸入技术



## (一) 工作目标。

遵医嘱给予患者氧气治疗，改善患者缺氧状态，确保用氧安全。

## (二) 工作规范要点。

- 1.评估患者病情、呼吸状态、缺氧程度、鼻腔情况。
- 2.告知患者安全用氧目的及注意事项，强调不能自行调节氧流量，做好四防，即防震、防火、防热、防油。
- 3.遵医嘱，选择合适的氧疗方法。
- 4.遵医嘱根据病情调节合适的氧流量。
- 5.使用氧气时，应先调节氧流量后应用。停用氧气时，应先拔出导管或面罩，再关闭氧气开关。
- 6.密切观察患者氧气治疗的效果，发现异常及时报告医师处理。
- 7.严格遵守操作规程，注意用氧安全。

# 八、氧气吸入技术



(三) 结果标准。

- 1.患者/家属能够知晓护士告知的事项，对服务满意。
- 2.确保吸氧过程安全。

# 九、雾化吸入疗法



## （一）工作目标。

遵医嘱为患者提供剂量准确、安全、雾量适宜的雾化吸入。

## （二）工作规范要点。

- 1.遵循核对制度，符合标准预防、安全给药的原则。
- 2.遵医嘱准备药物和雾化装置，并检查装置性能。
- 3.了解患者过敏史、用药史、用药目的、患者呼吸状况及配合能力。
- 4.告知患者治疗目的、药物名称，指导患者配合。协助患者取合适体位。
- 5.调节适宜的雾量，给患者戴上面罩或口含嘴，指导患者吸入。气管切开的患者，可直接将面罩置于气管切开造口处。
- 6.观察患者吸入药物后的反应及效果,时间大约是15—20分钟。
- 7.雾化吸入的面罩、口含嘴一人一套，防止交叉感染。

## （三）结果标准。

- 1.患者/家属能够知晓护士告知的事项，对服务满意。
- 2.操作过程规范、安全，达到预期目的。

# 十、血糖监测



## (一) 工作目标。

遵医嘱准确测量患者血糖，为诊断和治疗提供依据。

## (二) 工作规范要点。

1. 遵循查对制度，符合无菌技术、标准预防原则。
2. 告知患者监测血糖的目的，做好准备。评估患者穿刺部位皮肤状况。
3. 确认血糖仪的型号与试纸型号一致，正确安装采血针，确认监测血糖的时间（如空腹、餐后2小时等）。
4. 确认患者手指消毒剂干透后实施采血，采血量充足，应使试纸试区完全变成红色。
5. 指导患者穿刺后按压1-2分钟。
6. 将结果告知患者/家属，做好记录并通知医师。
7. 需长期监测血糖的患者，穿刺部位应轮换，并指导患者血糖监测的方法。

## (三) 结果标准。

1. 患者/家属能够知晓护士告知的事项，对服务满意。
2. 操作过程规范，结果准确。

# 十一、口服给药技术



(一) 工作目标。

遵医嘱正确为患者实施口服给药，并观察药物作用。

(二) 工作规范要点。

1. 遵循标准预防、安全给药原则。

2. 评估患者病情、过敏史、用药史、不良反应史。如有疑问应核对无误后方可给药。

3. 告知患者/家属药物相关注意事项，取得患者配合。

4. 严格遵循查对制度，了解患者所服药物的作用、不良反应以及某些药物服用的特殊要求。

5. 协助患者服药，为鼻饲患者给药时，应当将药物研碎溶解后由胃管注入。

6. 若患者因故暂不能服药，暂不发药，并做好交班。

7. 对服用强心甙类药物的患者，服药前应当先测脉搏、心率，注意其节律变化，如脉率低于60次/分钟或者节律不齐时，暂不服用并及时通知医师。

8. 观察患者服药效果及不良反应。如有异常情况及时与医师沟通。

# 十一、口服给药技术



(三) 结果标准。

- 1.患者/家属知晓护士告知的事项，对服务满意。
- 2.帮助患者正确服用药物。
- 3.及时发现不良反应，采取适当措施。

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/448023040141006062>