

全国卫生系统护士职位技术训练和竞赛活动
护理技术项目考核要点

目 录

一、手卫生	1
二、无菌技术	3
三、生命体征监测技术	7
四、口腔护理技术	11
五、鼻饲技术	13
六、导尿技术及护理	14
七、胃肠减压技术	16
八、灌肠技术	18
九、氧气吸入技术	19
十、换药技术	20
十一、雾化吸入疗法	21
十二、血糖监测	22
十三、口服给药法	23
十四、密闭式输液技术	25
十五、密闭式静脉输血技术	26
十六、静脉留置针技术	28
十七、静脉采血技术	29
十八、静脉注射法	30
十九、经外周插管的中心静脉导管（ PICC ）护理技术	31
二十、动脉血标本的搜集技术	35
二十一、肌肉注射技术	37
二十二、皮内注射技术	38
二十三、皮下注射技术	39

二十四、物理降温法	40
二十五、心肺苏醒大体生命支持术	42
二十六、经鼻/口腔吸痰法	44
二十七、经气管插管/气管切开吸痰法	45
二十八、心电监测技术	47
二十九、血氧饱和度监测技术	49
三十、输液泵 / 微量输注泵的利用技术	50
三十一、除颤技术	51
三十二、轴线翻身法	52
三十三、患者搬运法	54
三十四、患者约束法	58
三十五、痰标本搜集法	60
三十六、咽拭子标本搜集法	61
三十七、洗胃技术	62
三十八、“T”管引流护理	63
三十九、造口护理技术	65
四十、膀胱冲洗护理	67
四十一、脑室引流的护理	68
四十二、胸腔闭式引流的护理	70
四十三、会阴消毒技术	71
四十四、早产儿暖箱的应用	73
四十五、光照疗法	74
四十六、新生儿脐部护理技术	75
四十七、听诊胎心音技术	76
四十八、患者入/出院护理	77
四十九、患者摔倒的预防	79
五十、压疮的预防及护理	80

一、手卫生

一样洗手

（一）目的

去除手部皮肤污垢、碎屑和部份致病菌。

（二）实施要点

1. 洗手指征：

- (1) 直接接触患者前后。
- (2) 无菌操作前后。
- (3) 处置清洁或无菌物品之前。
- (4) 穿脱隔离衣前后，摘手套后。
- (5) 接触不同患者之间或从患者躯体的污染部位移动到清洁部位时。
- (6) 处置污染物品后。

(7) 接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、粘膜皮肤或伤口敷料后。

2. 洗手要点：

- (1) 正确应用六步洗手法，清洗双手，也能够将洗手分为七步，即增加清洗手腕。
- (2) 流动水下完全冲洗，然后用一次性纸巾/毛巾完全擦干，或用干电话干燥双手。
- (3) 如水龙头为手拧式开关，那么应采纳避免手部再污染的方式关闭水龙头。

（三）注意事项

1. 认真清洗指甲、指尖、指缝和指关节等易污染的部位。
2. 手部不佩带戒指等饰物。
3. 应当利用一次性纸巾或干净的小毛巾擦干双手，毛巾应当一用一消毒。
4. 手未受到患者血液、体液等物质明显污染时，能够利用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。

外科手消毒

（一）目的

1. 清除指甲、手、前臂的污物和暂居菌。
2. 将常居菌减少到最低程度。
3. 抑制微生物的快速再生。

（二）实施要点

1. 外科手消毒指征：

进行外科手术或其他按外科手术洗手要求的操作之前。

2. 操作要点：

- (1) 修剪指甲、锉平甲缘，清除指甲下的污垢。
- (2) 流动水冲洗双手、前臂和上臂下1/3。
- (3) 取适量皂液或其他清洗剂按六步洗手法清洗双手、前臂和上臂下1/3，用无菌巾擦干。
- (4) 取适量手消毒剂按六步洗手法揉搓双手、前臂和上臂下1/3，至消毒剂干燥。

（三）注意事项

1. 冲洗双手时，幸免水溅湿衣裤。
2. 维持手指朝上，将双手悬空举在胸前，使水由指尖流向肘部，幸免倒流。
3. 利用后的海棉、刷子等，应当放到指定的容器中，一用一消毒。
4. 手部皮肤无破损。
5. 手部不佩带戒指、手镯等饰物。

二、无菌技术

无菌持物钳的利用法

（一）目的

取用或传递无菌的敷料、器械等。

（二）实施要点

1. 评估操作环境是不是符合要求。
2. 检查无菌持物钳包有无破损、潮湿、消毒指示胶带是不是变色及其有效期。
3. 打开无菌钳包，掏出镊子罐置于医治台面上。
4. 取放无菌钳时，钳端闭合向下，不可触及容器口边缘，用后当即放回容器内。
5. 标明打开日期及时刻。

（三）注意事项

1. 无菌持物钳不能夹取未灭菌的物品，也不能夹取油纱布。
2. 取远处物品时，应当连同容器一路搬移到物品旁利用。
3. 利用无菌钳时不能低于腰部。
4. 打开包后的干镊子罐、持物钳应当4小时改换。

戴无菌手套法

（一）目的

执行无菌操作或接触无菌物品时戴无菌手套，以爱惜患者，预防感染。

（二）实施要点

1. 评估操作环境是不是符合要求。
2. 选择尺码适合的无菌手套，检查有无破损、潮湿及其有效期。
3. 取下腕表，洗手。
4. 依照无菌技术原那么和方式戴无菌手套。
5. 双手对合交叉调整手套位置，将手套翻边扣套在工作服衣袖外面。

（三）注意事项

1. 戴手套时应当注意未戴手套的手不可触及手套的外面，戴手套的手不可触及未戴手套的手或另一手套的里面。
2. 戴手套后如发觉有破洞，应当当即改换。
3. 出手套时，应翻转脱下。

取用无菌溶液法

（一）目的

维持无菌溶液的无菌状态。

（二）实施要点

1. 评估操作环境是不是符合要求。
2. 对所利用的无菌溶液进行检查、查对。
3. 依照无菌技术要求掏出无菌液体。
4. 手握标签面，先倒少量溶液于弯盘内，再由原处倒所需液量于无菌容器内，盖好医治巾。
5. 取用后当即塞上橡胶塞，消毒瓶塞边缘。

6. 记录开瓶日期、时刻，已打开的溶液有效利用时刻是 24 小时。

（三）注意事项

1. 不能够将无菌物品或非无菌物品伸入无菌溶液内蘸取或直接接触瓶口倒液。
2. 已倒出的溶液不可再倒回瓶内。

无菌容器利用法

（一）目的

维持已经灭菌的物品处于无菌状态。

（二）实施要点

1. 评估操作环境是不是符合要求。
2. 打开无菌容器时，应当将容器盖内面朝上置于稳妥处，或拿在手中。
3. 用毕即将容器盖严。
4. 手持无菌容器时，应当托住底部。
5. 从中取物品时，应将盖子全数打开，幸免物品触碰边缘而污染。

（三）注意事项

1. 利用无菌容器时，不可污染盖内面、容器边缘及内面。
2. 无菌容器打开后，记录开启的日期、时刻，有效利用时刻为 24 小时。

铺无菌盘法

（一）目的

将无菌巾铺在清洁干燥的医治盘内，形成无菌区，放置无菌物品，以供实施医治时利用。

（二）实施要点

1. 评估操作环境是不是符合要求。
2. 检查无菌包有无破损、潮湿、消毒指示胶带是不是变色及其有效期。
3. 打开无菌包，用无菌钳掏出 1 块医治巾，放于医治盘内。
4. 双手捏住无菌巾上层两角的外面，轻轻抖开，双折铺于医治盘内，上层向远端呈扇形折叠，开口边向外。
5. 放入无菌物品后，将上层盖于物品上，上基层边缘对齐，开口处向上翻折两次，双侧边缘向下翻折一次。

（三）注意事项

1. 铺无菌盘区域必需清洁干燥，无菌巾幸免潮湿。
2. 非无菌物品不可触及无菌面。
3. 注明铺无菌盘的日期、时刻，无菌盘有效期为 4 小时。

三、生命体征监测技术

体温的测量

（一）目的

1. 测量、记录患者体温。
2. 监测体温转变，分析热型及伴随病症。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者的躯体状况，向患者说明测量体温的目的，取得患者的配合。
- (2) 评估患者适宜的测温方式。

2. 操作要点：

- (1) 洗手，检查体温计是不是完好，将水银柱甩至 35 度以下。
- (2) 依照患者病情、年龄等因素选择测量方式。
- (3) 测腋温时应当擦干腋下的汗液，将体温计水银端放于患者腋窝深处并贴紧皮肤，避免脱落。测量 5—10 分钟后掏出。
- (4) 测口温时应当将水银端斜放于患者舌下，闭口 3 分钟后掏出。
- (5) 测肛温时应当先在肛表前端涂润滑剂，将肛温计的水银端轻轻插入肛门 3-4 厘米，3 分钟后掏出。用消毒纱布擦拭体温计。
- (6) 读取体温数，消毒体温计。

3. 指导患者：

- (1) 告知患者测口温前 15-30 分钟勿进食过冷、过热食物，测口温时闭口用鼻呼吸，勿用牙咬体温计。
- (2) 依照患者实际情形，能够指导患者学会正确测量体温的方式。

（三）注意事项

1. 婴幼儿、意识不清或不合作的患者测体温时，护理人员应当守候在患者身旁。

2. 如有阻碍测量体温的因素时，应当推延 30 分钟测量。
3. 发觉体温和病情不符时，应当复测体温。
4. 极度消瘦的患者不宜测腋温。
5. 如患者不慎咬破汞温度计，应当当即清除口腔内玻璃碎片，再口服蛋清或牛奶延缓汞的吸收。假设病情许诺，服富含纤维食物以促进汞的排泄。

脉搏的测量

（一）目的

1. 测量患者的脉搏，判定有无异样情形。
2. 监测脉搏转变，间接了解心脏的情形。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者的躯体状况。
- (2) 向患者讲解测量脉搏的目的，取得患者的配合。

2. 操作要点：

- (1) 协助患者采取舒适的姿势，手臂轻松置于床上或桌面。
- (2) 以食指、中指、无名指的指端按压桡动脉，力度适中，以能感觉到脉搏搏动为宜。
- (3) 一样患者能够测量 30 秒，脉搏异样的患者，测量 1 分钟，核实后，报告医师。

3. 指导要点：

- (1) 告知患者测量脉搏时的注意事项。
- (2) 依照患者实际情形，能够指导患者学会正确测量脉搏的方式。

（三）注意事项

1. 如患者有紧张、猛烈运动、哭闹等情形，需稳固后测量。
2. 脉搏短绌的患者，按要求测量脉搏，即一名护士测脉搏，另一名护士听心率，同时测量 1 分钟。

呼吸的测量

（一）目的

1. 测量患者的呼吸频率。
2. 监测呼吸转变。

（二）实施要点

1. 评估患者：

询问、了解患者的躯体状况及一样情形。

2. 操作要点：

(1) 观看患者的胸腹部，一路一伏为一次呼吸，测量 30 秒。

(2) 危重患者呼吸不易观看时，用少量棉絮置于患者鼻孔前，观看棉花吹动情形，计数 1 分钟。

（三）注意事项

1. 呼吸的速度会受到意识的阻碍，测量时没必要告知患者。

2. 如患者有紧张、猛烈运动、哭闹等，需稳固后测量。

及婴儿应当测量 1 分钟。

血压的测量

（一）目的

1. 测量、记录患者的血压，判定有无异样情形。

2. 监测血压转变，间接了解循环系统的功能状况。

（二）实施要点

1. 评估患者：

(1) 询问、了解患者的躯体情形；

(2) 告知患者测量血压的目的，取得患者的配合。

2. 操作要点：

(1) 检查血压计。

(2) 协助患者采取坐位或卧位，维持血压计零点、肱动脉与心脏同一水平。

(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 2-3 厘米。

(4) 听诊器置于肱动脉位置。

(5) 依照要求测量血压，正确判定收缩压与舒张压。

(6) 测量完毕，排尽袖带余气，关闭血压计。

(7) 记录血压数值。

3. 指导患者：

告知患者测血压时的注意事项。

(2) 依照患者实际情形，能够指导患者或家眷学会正确测量血压的方式。

(三) 注意事项

1. 维持测量者视线与血压计刻度平行。
2. 长期观看血压的患者，做到“四定”：按时刻、定部位、定体位、定血压计。
3. 依照要求选择适合袖带。
4. 假设衣袖过紧或太多时，应当脱掉衣服，以避免阻碍测量结果。

四、口腔护理技术

(一) 目的

1. 维持口腔清洁，预防感染等并发症。
2. 观看口腔内的转变，提供病情转变的信息。
3. 保证患者舒适。

(二) 实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者躯体状况。
- (2) 向患者说明口腔护理的目的，取得患者的配合。

2. 操作要点：

- (1) 预备用物，依照患者病情选择口腔护理溶液。
- (2) 进行口腔护理操作时，幸免清洁、污染交叉混淆。
- (3) 询问患者感受，并协助患者取舒适卧位。

3. 指导要点：

- (1) 告知患者在操作进程中的配合事项。
- (2) 指导患者正确的漱口方式，幸免呛咳或误吸。

(三) 注意事项

1. 操作动作应当轻柔，幸免金属钳端碰着牙齿，损伤粘膜及牙龈，对凝血功能差的患者应当专门注意。
2. 对昏迷患者应当注意棉球干湿度，禁止漱口。
3. 利用开口器时，应从臼齿处放入。
4. 擦洗时须用止血钳夹紧棉球，每次一个，避免棉球遗留在口腔内。

如患者有活动的假牙，应先取下再进行操作。

6. 护士操作前后应当清点棉球数量。

五、鼻饲技术

（一）目的

对不能经口进食的患者，从胃管灌入流质食物，保证患者摄入足够的营养、水分和药物，以利早日康复。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问患者躯体状况，了解患者既往有无插管经历。
- (2) 向患者说明，取得患者合作。
- (3) 评估患者鼻腔状况，包括鼻腔粘膜有无肿胀、炎症、鼻中隔弯曲、息肉等，既往有无鼻部疾患。

2. 操作要点：

- (1) 查对医嘱，预备用物。
- (2) 依照医嘱预备鼻饲液。
- (3) 携物品至患者旁，为患者取适当体位。
- (4) 检查胃管是不是通畅，测量胃管放置长度。
- (5) 为患者进行插管操作，插入适当深度并检查胃管是不是在胃内。
- (6) 选择适合位置固定胃管。
- (7) 灌注鼻饲液。

3. 指导要点：

- (1) 告知患者插胃管和鼻饲可能造成的不良反映。
- (2) 告知患者鼻饲操作进程中的不适及配合方式。
- (3) 指导患者在恶心时做深呼吸或吞咽动作。
- (4) 指导患者在带管进程中的注意事项，幸免胃管脱出。

（三）注意事项

1. 插管进程中患者显现呛咳、呼吸困难、紫绀等，表示误入气管，应当即拔出，休息片刻重插。
2. 昏迷患者插管时，应将患者头向后仰，当胃管插入会厌部时约

厘米,左手托起头部,使下颌靠近胸骨柄,加大咽部通道的弧度,使管端沿后壁滑行,插至所需长度。

3. 天天检查胃管插入的深度,鼻饲前检查胃管是不是在胃内,并检查患者有无胃潴留,胃内容物超过 150 毫升时,应当通知医师减量或暂停鼻饲。
4. 鼻饲给药时应先研碎,溶解后注入,鼻饲前后均应用 20 毫升水冲洗导管,避免管道堵塞。
5. 鼻饲混合流食,应当间接加温,以避免蛋白凝固。
6. 对长期鼻饲的患者,应当按期改换胃管。

六、导尿技术及护理

(一) 目的

1. 搜集患者尿标本做细菌培育。
2. 为尿潴留患者引流尿液,减轻痛楚。
3. 用于患者术前膀胱减压和下腹、盆腔器官手术中持续排空膀胱,幸免术中误伤。
4. 患者尿道损伤初期或手术后作为支架引流,经导尿管对膀胱进行药物灌注医治。
5. 患者昏迷、尿失禁或会阴部有损伤时,留置导尿管以维持局部干燥、清洁,幸免尿液的刺激。
6. 抢救休克或危重患者,准确记录尿量、比重,为病情转变提供依据。
7. 为患者测定膀胱容量、压力及残余尿量,向膀胱注入造影剂或气体等以协助诊断。

(二) 实施要点

1. 评估患者:
 - (1) 询问、了解患者的躯体状况。
 - (2) 向患者说明导尿的目的、注意事项,取得患者的配合。
 - (3) 了解患者膀胱充盈度及局部皮肤情形
2. 操作要点:
 - (1) 查对医嘱,做好预备。
 - (2) 携用物至患者旁,关闭门窗,为患者遮挡,协助患者做好预备。
 - (3) 依照无菌操作原那么实施导尿操作。
 - (4) 插入导尿管后注入 10-15 毫升无菌生理盐水,轻拉尿管以证明尿管固定稳妥。
3. 指导患者:
 - (1) 指导患者放松,在插管进程中和谐配合,幸免污染。

指导患者在留置尿管期间保证充沛入量，预防发生感染和结石。

(3) 告知患者在留置尿管期间避免尿管打折、弯曲、受压、脱出等情形发生，维持通畅。

(4) 告知患者维持尿袋高度低于耻骨联合水平，避免逆行感染。

(5) 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，以增强操纵排尿的能力。

(三) 注意事项

1. 患者留置尿管期间，尿管要按时夹闭。

2. 尿潴留患者一次导出尿量不超过 1000 毫升，以防显现虚脱和血尿。

3. 患者尿管拔除后，观看患者排尿时的异样病症。

4. 为男性患者插尿管时，遇有阻力，专门是尿管经尿道内口、膜部、尿道外口的狭小部、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。

七、胃肠减压技术

(一) 目的

1. 解除或减缓肠阻塞所致的病症。

2. 进行胃肠道手术的术前预备，以减少胃肠胀气。

3. 术后吸出胃肠内气体和胃内容物，减轻腹胀，减少缝线张力和伤口疼痛，增进伤口愈合，改善胃肠壁血液循环，增进消化功能的恢复。

4. 通过对胃肠减压吸出物的判定，可观看病情转变和协助诊断

(二) 实施要点

1. 评估患者：

(1) 询问、了解患者躯体状况。

(2) 向患者说明，取得患者配合。

2. 操作要点：

(1) 查对患者，预备用物。

(2) 携物品至患者旁，为患者选择适当体位。

(3) 检查胃管是不是通畅，测量胃管放置长度。

(4) 为患者进行插管操作，插入适当深度并检查胃管是不是在胃内。

(5) 调整减压装置，将胃管与负压装置连接，妥帖固定于床旁。

3. 指导患者：

告知患者胃肠减压的目的、方式及注意事项。

(2) 告知患者留置胃肠减压管期间禁止饮水和进食，维持口腔清洁。

(三) 注意事项

1. 妥帖固定胃肠减压装置，避免变换体位时加重对咽部的刺激，和受压、脱出阻碍减压成效。
2. 观看引流物的颜色、性质、量，并记录 24 小时引流总量。
3. 留置胃管期间应当增强患者的口腔护理。
4. 胃肠减压期间，注意观看患者水电解质及胃肠功能恢复情形。

八、灌肠技术

(一) 目的

1. 为手术、临盆或检查的患者进行肠道预备。
2. 刺激患者肠蠕动，软化粪便，解除便秘，排除肠内积气，减轻腹胀。
3. 稀释和清除肠道内有害物质，减轻中毒。
4. 灌入低温液体，为高热患者降温。

(二) 实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者的躯体状况、排便情形。
- (2) 向患者说明灌肠的目的，取得患者的配合。

2. 操作要点：

- (1) 查对医嘱，做好预备，保证灌肠溶液的温度适宜。
- (2) 携物品至患者旁，帮忙患者取左侧卧位，为患者遮挡。
- (3) 依照要求置入肛管，置入适合长度后固定肛管，使灌肠溶液缓慢流入并观看患者反映。
- (4) 待溶液将要灌完时，夹紧肛管，拔出肛管放入弯盘内。
- (5) 灌肠完毕，嘱患者平卧，忍耐 10—20 分钟后再排便并观看大便性状。

3. 指导患者：

- (1) 灌肠进程中，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。

指导患者如有心慌、气促等不适病症，当即平卧，幸免意外的发生。

（三）注意事项

1. 对急腹症、怀孕初期、消化道出血的患者禁止灌肠；肝性脑病患者禁用香皂水灌肠；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. 对患者进行降温灌肠，灌肠后保留 30 分钟后再排便，排便后 30 分钟测体温。

九、氧气吸入技术

（一）目的

提高患者血氧含量及动脉血氧饱和度，纠正缺氧。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者躯体状况，向患者说明，取得配合。
- (2) 评估患者鼻腔情形。

2. 操作要点：

- (1) 查对医嘱，做好预备。
- (2) 携用物至患者旁，协助患者取得舒适体位。
- (3) 用棉签清洁患者鼻孔。
- (4) 将氧气装置与供氧装置接通后，连接鼻导管，依照医嘱调剂氧流量。
- (5) 检查导管是不是通畅，然后将鼻导管轻轻插入患者鼻孔，并进行固定。

3. 指导患者：

- (1) 依照患者病情，指导患者进行有效呼吸。
- (2) 告知患者不要自行摘除鼻导管或调剂氧流量。
- (3) 告知患者如感到鼻咽部干燥不适或胸闷憋气时，应当及时通知医护人员。
- (4) 告知患者有关用氧平安的知识。

（三）注意事项

1. 患者吸氧进程中，需要调剂氧流量时，应当先将患者鼻导管取下，调剂好氧流量后，再与患者连接。停止吸氧时，先取下鼻导管，再关流量表。
2. 持续吸氧的患者，应当维持管道通畅，必要时进行改换。

3. 观看、评估患者吸氧成效。

十、换药技术

（一）目的

为患者改换伤口敷料，维持伤口清洁，预防、操纵伤口感染，增进伤口愈合。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者的躯体状况。
- (2) 观看、了解伤口局部情形。

2. 操作要点：

- (1) 查对医嘱。
- (2) 协助患者取得舒适的体位。
- (3) 正确暴露伤口。
- (4) 区分伤口类型并采取相应的换药方式。
- (5) 正确处置伤口并固定。

3. 指导患者：

- (1) 告知患者换药的目的及配合事项。
- (2) 告知患者注意维持伤口敷料清洁干燥，敷料潮湿时应当及时改换。

（三）注意事项

- 1. 严格执行无菌操作原那么。
- 2. 包扎伤口时要维持良好血液循环，不可固定太紧，包扎肢体时应从躯体远端到近端，增进静脉回流。

十一、雾化吸入疗法

（一）目的

- 1. 协助患者消炎、镇咳、祛痰。
- 2. 帮忙患者解除支气管痉挛，改善通气功能。
- 3. 预防、医治患者发生呼吸道感染。

（二）实施要点

1. 评估患者:

询问、了解患者躯体状况, 向患者说明雾化吸入的目的, 取得患者合作。

2. 操作要点:

(1) 查对医嘱, 正确配置药液, 做好预备。

(2) 携物品至患者旁, 帮忙患者取适合体位。

(3) 打开雾化开关, 调剂雾量, 将面罩罩住患者口鼻。

(4) 把握正确的雾化方式和时刻。

3. 指导患者:

(1) 指导患者用口吸气、鼻呼气的方式。

(2) 告知患者如有不适时, 及时通知医护人员。

(三) 注意事项

1. 水槽和雾化罐中切忌加温水或热水。

60℃时, 应停机调换冷蒸馏水。

3. 水槽内无足够的冷水及雾化罐内无液体的情形下不能开机。

十二、血糖监测

(一) 目的

监测患者血糖水平, 评判代谢指标, 为临床医治提供依据。

(二) 实施要点

1. 评估患者:

(1) 询问、了解患者的躯体状况。

(2) 向患者说明血糖监测的配合事项, 取得患者配合。

2. 操作要点:

(1) 查对医嘱, 做好预备。

(2) 安装采血笔, 确认患者是不是符合空腹或餐后2小时血糖测定的要求。

(3) 依照无菌技术原那么采血。

(4) 读数记录, 数值异样时通知医师。

3. 指导患者:

(1) 告知患者血糖监测的目的。

(2) 指导患者穿刺后按压时刻1~2分钟。

(3)对需要长期监测血糖的患者，能够教会患者血糖监测的方式。

(三) 注意事项

1.测血糖前,确认血糖仪上的号码与试纸号码一致。

酒精干透后实施采血。

3.滴血量。应使试纸测试区完全变成红色。

4.幸免试纸发生污染。

十三、口服给药法

(一) 目的

依照医嘱正确为患者实施口服给药，并观看药物作用。

(二) 实施要点

1.评估患者：

(1)询问、了解患者的躯体状况、药物过敏史及药物利用情形。

(2)观看患者口咽部是不是有溃疡、糜烂等情形。

2.操作要点：

(1)发药前进行查对。

(2)按规按时刻送药至患者旁，查对床号、姓名无误后再发药。

(3)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。

(4)假设患者不在病房或因故暂不能服药者，暂不发药，并做好交班。

(5)观看患者服药成效及不良反映。

3.指导患者：

(1)告知患者所服的药物、服用方式。

(2)告知患者特殊药物服用的注意事项。

(三) 注意事项

1.严格执行查对制度。

2.把握患者所服药物的作用、不良反映和某些药物服用的特殊要求。

3.对服用强心甙类药物的患者,服药前应当先测脉搏、心率、

注意其节律转变，如脉率低于60次/分钟或节律不齐时，不能够服用。

十四、密闭式输液技术

（一）目的

依照医嘱正确地为患者实施输液医治。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者的躯体状况。
- (2) 评估患者穿刺部位的皮肤、血管状况。

2. 操作要点：

- (1) 查对医嘱，做好预备工作。
- (2) 携用物至患者旁，协助患者做好预备工作，取舒适体位。
- (3) 将药液及输液器备好待用，选择患者适宜的穿刺部位。
- (4) 穿刺部位下铺垫巾，在穿刺处上部系紧止血带，消毒注射部位皮肤，嘱患者握紧拳头，使静脉充盈。
- (5) 按无菌技术原那么进行穿刺，成功后松止血带，固定。
- (6) 调剂输液速度，一样成人 40～60 滴/分钟，儿童 20～40 滴/分钟。
- (7) 协助患者取舒适卧位，将呼唤器放置于患者可及位置。
- (8) 观看患者情形及有无输液反映。

3. 指导患者：

- (1) 告知患者所输药物。
- (2) 告知患者输液中的注意事项。

（三）注意事项

1. 对长期输液的患者，应当注意爱惜和合理利用静脉。
2. 避免空气进入血管形成气栓，及时改换输液瓶，输液完毕后及时拔针。
3. 依照患者年龄、病情、药物性质调剂滴速。
4. 患者发生输液反映时应当及时处置。

十五、密闭式静脉输血技术

（一）目的

1. 为患者补充血容量，改善血液循环。
2. 为患者补充红细胞，纠正贫血。
3. 为患者补充各类凝血因子、血小板，改善凝血功能。
4. 为患者输入新鲜血液，补充抗体及白细胞，增加机体抗击力。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者的躯体状况，了解患者有无输血史及不良反映，必要时，遵医嘱给予抗组胺或类固醇药物。
- (2) 评估患者血管情形，选择适宜的输注部位。

2. 操作要点：

- (1) 查对医嘱，依照医嘱采血样送血库做交叉配血实验。
- (2) 认真查对配血报告单上的各项信息。
- (3) 输血前再次双人查对血袋包装、血液性质，配血报告单上的各项信息，核实血型查验报告单，确信无误方可实施输血。
- (4) 携输血用物至患者旁，由两名医务人员一起查对患者姓名及血型。
- (5) 选择患者适宜的穿刺部位，依照无菌技术原那么进行穿刺。
- (6) 依照患者情形及输入血液成份调剂滴速。
- (7) 协助患者取舒适体位，将呼唤器放于患者可触及位置。
- (8) 再次查对血型，观看患者有无输血反映。

3. 指导患者：

- (1) 向患者说明输血的目的及所输入血液制品的种类。
- (2) 告知患者常见输血反映的临床表现，显现不适时及时告知医护人员。

（三）注意事项

1. 输血前必需经两人查对无误方可输入。
2. 血液取回后勿振荡、加温，幸免血液成份破坏引发不良反映。
3. 输入两个以上供血者的血液时，在两份血液之间输入%氯化钠溶液，避免发生反映。

4. 开始输血时速度宜慢，观看 15 分钟，无不良反映后，将流速调剂至要求速度。
5. 输血袋用后需低温保留 24 小时。

十六、静脉留置针技术

（一）目的

为患者成立静脉通路，便于抢救，适用于长期输液患者。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者的躯体状况，向患者说明并取得患者配合。
- (2) 评估患者局部皮肤及血管情形。

2. 操作要点：

- (1) 查对医嘱，做好预备。
 - (2) 携用物至患者旁，协助患者做好预备，取舒适体位。
 - (3) 选择患者适宜的穿刺部位进行穿刺，穿刺成功后，松开止血带，并压住导管前端处的静脉，抽出针芯，连接肝素帽或正压接头，用无菌透明膜作封锁式固定（平安留置针省略部份步骤）。
 - (4) 将输液器与肝素帽或正压接头连接。
 - (5) 依照患者病情调剂滴速。
 - (6) 在无菌透明膜上注明穿刺日期。
 - (7) 协助患者取舒适卧位，将呼唤器放置于患者可及位置。
 - (8) 观看患者情形。
 - (9) 封管时消毒肝素帽或正压接头，用 5-10 毫升肝素盐水正压封管。
- #### 3. 指导患者：
- (1) 向患者说明利用静脉留置针目的和作用。
 - (2) 告知患者注意爱惜利用留置针的肢体，不输液时，也尽可能幸免肢体下垂姿势，以避免由于重力作用造成回血堵塞导管。

（三）注意事项

1. 改换透明贴膜后，也要记录那时穿刺日期。
2. 静脉套管针保留时刻可参照利用说明。
3. 每次输液前后应当检查患者穿刺部位及静脉走向有无红、肿，询问患者有关情形，发觉异样时及时拔除导管，给予处置。

十七、静脉采血技术

（一）目的

为患者搜集、留取静脉血标本。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者是不是依照要求进行采血前预备，例如是不是空肚等。
- (2) 评估患者局部皮肤及血管情形。

2. 操作原那么：

- (1) 查对医嘱，做好预备。
- (2) 协助患者做好预备，取舒适体位。
- (3) 选择患者适宜的穿刺部位，依照无菌技术原那么进行穿刺。
- (4) 搜集适量血液后，松止血带。
- (5) 按要求正确处置血标本。

3. 指导患者：

- (1) 依照查验的要求，指导患者采血前做好预备。
- (2) 采血后，指导患者采取正确按压方式。

（三）注意事项

1. 假设患者正在进行静脉输液、输血，不宜在同侧手臂采血。
2. 在采血进程中，应当幸免致使溶血的因素。
3. 需要抗凝的血标本，应将血液与抗凝剂混匀。

十八、静脉注射法

（一）目的

1. 不宜口服及肌肉注射的药物，通过静脉注射迅速发挥药效。
2. 通过静脉注入用于诊断性检查的药物。

（二）实施要点

1. 评估患者：
 - (1) 询问患者的躯体状况，向患者说明，取得患者的配合。
 - (2) 评估患者局部皮肤、血管状况。
2. 操作要点：
 - (1) 查对医嘱，做好预备。
 - (2) 携用物至患者旁，帮忙患者做好预备，取舒适体位。
 - (3) 按无菌操作原那么抽取药液，排尽空气。
 - (4) 选择患者适合的血管，紧止血带，依照无菌技术原那么穿刺成功后，松止血带，缓慢注入药液。
 - (5) 注射进程中，观看患者局部和全身反映。
 - (6) 注射完毕后迅速拔针，按压穿刺点。
3. 指导患者：
 - (1) 向患者说明注射的目的及注意事项。
 - (2) 告知患者可能发生的反映，如有不适及时告知医护人员。

（三）注意事项

1. 对需要长期静脉给药的患者，应当爱惜血管，由远心端至近心端选择血管穿刺。
2. 注射进程中随时观看患者的反映。
3. 静脉注射有强烈刺激性的药物时，应当避免因药物外渗而发生组织坏死。

十九、经外周插管的中心静脉导管（PICC）护理技术

（一）目的

1. 为患者提供中、长期的静脉输液医治。
2. 静脉输注高渗性、有刺激性的药物，如化疗、胃肠外营养（PN）等。

（二）实施要点

1. 评估患者：
 - (1) 询问、了解患者的躯体状况、出凝血情形。

(2) 评估患者局部皮肤组织及血管情形。

(3) 由医师负责与患者签署知情同意书。

置管操作要点：

(1) 做好预备，保证严格的无菌操作环境。

(2) 选择适合的静脉：①在预期穿刺部位以上扎止血带。②评估患者的血管状况，选择贵要静脉为最正确穿刺血管。③松开止血带。

(3) 测量定位：①测量导管尖端所在的位置，测量时手臂外展 90 度。②上腔静脉测量法：从预穿刺点沿静脉走向量至右胸锁关节再向下至第三肋间。③锁骨下静脉测量法：从预穿刺点沿静脉走向至胸骨切迹，再减去 2 厘米。④测量上臂中段周径（臂围基础值）：以供监测可能发生的并发症。新生儿及小儿应测量双臂围。

(4) 成立无菌区：①打开 PICC 无菌包，带手套。②应用无菌技术，预备肝素帽、抽吸生理盐水。③将第一块医治巾垫在患者手臂下。

(5) 消毒穿刺点：①依照无菌原那么消毒穿刺点，范围穿刺点上下 10 厘米双侧至臂缘。②先用酒精清洁脱脂，再用碘伏消毒。等待两种消毒剂自然干燥。③穿无菌手术衣，改换手套。④铺孔巾及医治巾，扩大无菌区。

(6) 预冲导管。

(7) 扎止血带，实施静脉穿刺：穿刺进针角度约为 15-30 度，直刺血管，一旦有回血当即放低穿刺角度，推入导入针，确保导入鞘管的尖端也处于静脉内，再送套管。

(8) 从导引套管内掏出穿刺针：①松开止血带。②左手食指固定导入鞘幸免移位。③中指轻压在套管尖端所处的血管上，减少血液流出。④从导入鞘管中抽出穿刺针。

(9) 置入 PICC 导管：将导管慢慢送入静脉，使劲要均匀缓慢。

(10) 退出导引套管：①当导管置入估量长度时，即可退出导入鞘。②指压套管端静脉稳固导管，从静脉内退出套管，使其远离穿刺部位。

(11) 撤出导引钢丝：一手固定导管，一手移去导丝，移去导丝时，动作要轻柔。

(12) 确信回血和封管：①用生理盐水注射器抽吸回血，并注入生理盐水，确信是不是通畅。②连接肝素帽或正压接头。③用肝素盐水正压封管。

(13) 清理穿刺点，固定导管，覆盖无菌敷料：①将体外导管放置呈“s”状弯曲。②在穿刺点上方放置一小块纱布吸收渗血，并注意不要盖住穿刺点。③覆盖透明贴膜在导管及穿刺部位，加压粘贴。④在衬纸上标明穿刺的日期。

(14) 通过 X 线拍片确信导管尖端位置。

置管后的护理要点：

- (1)置管术后 24 小时内改换贴膜，并观看局部出血情形，以后酌情每周改换 1-2 次。改换贴膜时，护士应当严格无菌操作技术。换药时沿导管方向由下向上揭去透明敷料。
- (2)按期检查导管位置、导管头部定位、流通性能及固定情形。
- (3)每次输液后，封管时不要抽回血，用 10 毫升以上注射器抽吸生理盐水 10-20 毫升以脉冲方式进行冲管，并正压封管。当导管发生堵塞时，可利用尿激酶边推边拉的方式溶解导管内的血凝块，严禁将血块推入血管。
- (4)医治间歇期每周对 PICC 导管进行冲洗，改换贴膜、正压接头。
- (5)紧密观看患者状况，发生感染时应当及时处置或拔管。

4. 指导患者：

- (1)向患者做好说明工作，使患者放松，确保穿刺时静脉的最正确状态。
- (2)告知患者维持局部清洁干燥，不要擅自撕下贴膜，贴膜有卷曲、松动、贴膜下有汗液时及时请护士改换。
- (3)告知患者幸免利用带有 PICC 一侧手臂过度活动，幸免置管部位污染。

(三) 注意事项

1. 穿刺时注意事项：

- (1)穿刺前应当了解患者静脉情形，幸免在疤痕及静脉瓣处穿刺。
- (2)注意幸免穿刺过深而损伤神经，幸免穿刺进入动脉，幸免损伤静脉内膜、外膜。
- (3)对有出血偏向的患者要进行加压止血。

2. 穿刺后护理注意事项：

- (1)输入全血、血浆、蛋白等粘性较大的液体后，应当以等渗液体冲管，避免管腔堵塞。输入化疗药物前后均应利用无菌生理盐水冲管。
- (2)能够利用 PICC 导管进行常规加压输液或输液泵给药，可是不能用于高压注射泵推注造影剂等。
- (3)严禁利用小于 10 毫升注射器，不然如遇导管阻塞能够致使导管破裂。
- (4)护士为 PICC 置管患者进行操作时，应当洗手并严格执行无菌操作技术。
- (5)尽可能幸免在置管侧肢体测量血压。

二十、动脉血标本的搜集技术

(一) 目的

搜集动脉血，进行血气分析，判定患者氧合情形，为医治提供依据。

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者躯体状况，了解患者吸氧状况或呼吸机参数的设置。
- (2) 向患者说明动脉采血的目的及穿刺方式，取得患者配合。
- (3) 评估患者穿刺部位皮肤及动脉搏动情形。

2. 操作要点：

- (1) 查对医嘱，做好预备。
- (2) 携用物至患者旁，查对后协助患者取舒适体位，暴露穿刺部位。
- (3) 先抽取少量肝素，湿润注射器后排尽。(或利用专用血气针)。
- (4) 消毒穿刺部位，确信动脉及走向后，迅速进针，动脉血自动顶入血气针内，一样需要1毫升左右。
- (5) 拔针后当即将针尖斜面刺入橡皮塞或专用凝胶针帽隔间空气。
- (6) 将血气针轻轻转动，使血液与肝素充分混匀，当即送检。
- (7) 使患者垂直按压穿刺部位5—10分钟。

3. 指导患者：

- (1) 指导患者抽取血气时尽可能放松，安静呼吸，幸免阻碍血气分析结果。
- (2) 告知患者正确按压穿刺点，并维持穿刺点清洁、干燥。

(三) 注意事项

1. 消毒面积应较静脉穿刺大，严格执行无菌操作技术，预防感染。
2. 患者穿刺部位应当压迫止血至不出血为止。
3. 假设患者饮热水、洗澡、运动，需休息 30 分钟后再取血，幸免阻碍检查结果。
4. 做血气分析时注射器内勿有空气。
5. 标本应当当即送检，以避免阻碍结果。
6. 有出血偏向的患者慎用。

二十一、肌肉注射技术

(一) 目的

通过肌肉注射给予患者实施药物医治。

1. 评估患者：

(1) 询问、了解患者躯体状况，向患者说明，取得患者配合。

(2) 了解药物利用注意事项及患者注射部位状况。

2. 操作要点：

(1) 查对医嘱，做好预备。

(2) 携用物至患者旁，帮忙患者做好预备，取适合体位，为患者进行遮挡，暴露注射部位。

(3) 依照无菌操作原那么抽取药液，排尽空气，消毒注射部位皮肤，进行注射。

(4) 推注药液时观看患者反映。

3. 指导患者：

(1) 告知患者注射时勿紧张，肌肉放松，使药液顺利进入肌组织，利于药液的吸收。

(2) 告知患者所注射的药物及注意事项。

（三）注意事项

1. 需要两种药物同时注射时，应注意配伍禁忌。

2. 选择适合的注射部位，幸免刺伤神经和血管，无回血时方可注射。

3. 注射部位应当躲开炎症、硬结、瘢痕等部位。

4. 对常常注射的患者，应当改换注射部位。

5. 注射时切勿将针梗全数刺入，以防针梗从根部折断。

二十二、皮内注射技术

（一）目的

用于药物的皮肤过敏实验、预防接种及局部麻醉的前驱步骤。

（二）实施要点

1. 评估患者：

(1) 询问、了解患者躯体状况，向患者说明，取得患者配合。

(2) 询问患者药物过敏史，观看患者局部皮肤状况。

2. 操作要点：

(1) 查对医嘱，做好预备。

携用物至患者旁，查对患者后，帮忙患者取舒适体位。

(3) 按无菌操作原那么抽取药液，选择适当注射部位，消毒注射部位皮肤，进行注射。

(4) 对做皮试的患者，按规按时刻由两名护士观看结果。

3. 指导患者：

向患者说明操作目的及配合、注意事项。

(三) 注意事项

1. 如患者对皮试药物有过敏史，禁止皮试。

2. 皮试药液要现用现配，剂量要准确，并备肾上腺素等抢救药品及物品。

3. 皮试结果阳性时，应告知医师、患者及家眷，并予注明。

二十三、皮下注射技术

(一) 目的

通过皮下注射给予药物，多用于局部麻醉和胰岛素医治。

(二) 实施要点

1. 评估患者：

(1) 询问、了解患者躯体状况，向患者说明，取得患者配合。

(2) 了解患者有无药物过敏史及注射部位状况。

2. 操作要点：

(1) 查对医嘱，做好预备。

(2) 携用物至患者旁，查对患者，帮忙患者取舒适体位。

(3) 选择并暴露适合的注射部位，按无菌操作原那么抽取药液，消毒注射部位皮肤，实施注射。

(4) 注射完毕以棉球轻压针刺处，快速拔针。

(5) 观看患者用药反映。

3. 指导患者：

(1) 向患者说明操作目的及配合、注意事项。

(2) 皮下注射胰岛素时，告知患者注射后 15 分钟开始进食，以避免因注射时刻太长而造成患者低血糖。

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/596230243010010154>