

专科护理技能模块

一、胃肠减压技术

二、换药技术

三、血糖监测

四、“T”管引流护理

五、造口护理技术

六、膀胱冲洗的护理

七、脑室引流的护理

八、胸腔闭式引流的护理

九、一般状态、皮肤、淋巴结和头颈部评估

十、胸廓、胸壁、肺及心脏评估

十一、腹部、脊柱、四肢及神经系统评估

十二、心电图描记

十三、心电图的测量、分析

十四、手术室基本环境和布局

十五、手术病人术前护理

十六、常用器械、引流管的识别

十七、常用手术体位安置训练

十八、手术人员无菌准备

十九、手术物品准备

二十、病人手术区皮肤的准备

二十一、手术护理配合训练

二十二、清创术及术中配合训练

二十三、伤口换药及拆线

二十四、外伤止血法、包扎法

二十五、初期心肺复苏术

二十六、泌尿外科引流管的护理

二十七、牵引、石膏、搬运、拐杖的护理

一、胃肠减压技术

(一) 目的

1. 解除或者缓解肠梗阻所致的症状。
2. 进行胃肠道手术的术前准备，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，促进伤口愈合，改善胃肠壁血液循环，促进消化功能的恢复。
4. 通过对胃肠减压吸出物的判断，可观察病情变化和协助诊断

(二) 实施要点

1. 评估患者：
 - (1) 询问、了解患者身体状况。
 - (2) 向患者解释，取得患者配合。
2. 操作要点：
 - (1) 核对患者，准备用物。
 - (2) 携物品至患者旁，为患者选择适当体位。
 - (3) 检查胃管是否通畅，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否在胃内。
 - (5) 调整减压装置，将胃管与负压装置连接，妥善固定于床旁。
3. 指导患者：
 - (1) 告知患者胃肠减压的目的、方法及注意事项。
 - (2) 告知患者留置胃肠减压管期间禁止饮水和进食，保持口腔清洁。

(三) 注意事项

1. 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，以及受压、脱出影响减压效果。

2. 观察引流物的颜色、性质、量，并记录 24 小时引流总量。

3. 留置胃管期间应当加强患者的口腔护理。

4. 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。

一、胃肠减压 技术评价标准

姓名：_____

总得分_____

评价内容	分值	技术实施要点	评分等级					存在问题
			I	II	III	IV	V	
1、操作前评估 (15分)	8	询问、了解患者身体状况	8	6	4	3	2	
	7	向患者解释，取得患者配合	7	6	5	3	1	
2、操作步骤 (65分)	10	核对患者，准备用物	10	8	6	4	2	
	10	携物品至患者旁，为患者选择适当体位	10	8	6	4	2	
	10	检查胃管是否通畅，测量胃管放置长度	10	8	6	4	2	
	20	为患者进行插管操作，插入适当深度并检查胃管是否在胃内	20	16	12	8	4	
	15	调整减压装置，将胃管与负压装置连接，妥善固定于床旁	15	12	9	6	3	
3、指导患者 (10分)	5	告知患者胃肠减压的目的、方法及注意事项	5	4	3	2	1	
	5	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	5	4	3	2	1	
4、提问(1~2个问题)	10		10	8	6	4	2	
5、总分	100		100	80	60	40	20	

注释：评分等级：**I**级表示操作熟练、规范、无缺项，与病人沟通自然，语言通俗易懂；**II**级表示操作熟练、规范、有1~2处缺项，与病人沟通不够自然；**III**级表示操作欠熟练、规范、有2~3处缺项，与病人沟通较少；**IV**级表示操作欠熟练、有4处以上缺项，与病人没有沟通；**V**级表示操作混乱、无序。

二、换药技术

（一）目的

为患者更换伤口敷料，保持伤口清洁，预防、控制伤口感染，促进伤口愈合。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者的身体状况。
- (2) 观察、了解伤口局部情况。

2. 操作要点：

- (1) 核对医嘱。
- (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法。
- (5) 正确处理伤口并固定。

3. 指导患者：

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

（三）注意事项

1. 严格执行无菌操作原则。
2. 包扎伤口时要保持良好血液循环，不可固定太紧，包扎肢体时应从身体远端到近端，促进静脉回流。

二、换药 技术评价标准

姓名：_____

总得分_____

评价内容	分值	技术实施要点	评分等级					存在问题
			I	II	III	IV	V	
1、操作前评估 (10分)	5	询问、了解患者的身体状况	5	4	3	2	1	
	5	观察、了解伤口局部情况	5	4	3	2	1	
2、操作步骤 (65分)	10	核对医嘱	10	8	6	4	2	
	5	协助患者取得舒适的体位	5	4	3	2	1	
	10	正确暴露伤口	10	8	6	4	2	
	20	区分伤口类型并采取相应的换药方法	20	16	12	8	4	
	20	正确处理伤口并固定	20	16	12	8	4	
3、指导患者 (15分)	10	告知患者换药的目的及配合事项	10	8	6	4	2	
	5	告知患者注意保持伤口敷料清洁干燥，敷料潮湿时应当及时更换	5	4	3	2	1	
4、提问 (1~2个问题 (10分))	5		5	4	3	2	1	
	5		5	4	3	2	1	
5、总分	100		100	80	60	40	20	

注释：评分等级：**I**级表示操作熟练、规范，无缺项，与病人沟通自然，语言通俗易懂；**II**级表示操作熟练、规范，有1~2处缺项，与病人沟通不够自然；**III**级表示操作欠熟练、规范，有2~3处缺项，与病人沟通较少；**IV**级表示操作欠熟练，有4处以上缺项，与病人没有沟通；**V**级表示操作混乱、无序。

三、血糖监测

(一) 目的

监测患者血糖水平，评价代谢指标，为临床治疗提供依据。

(二) 实施要点

1. 评估患者：

(1) 询问、了解患者的身体状况。

(2) 向患者解释血糖监测的配合事项，取得患者配合。

2. 操作要点：

(1) 核对医嘱，做好准备。

(2) 安装采血笔，确认患者是否符合空腹或者餐后 2 小时血糖测定的要求。

(3) 按照无菌技术原则采血。

(4) 读数记录，数值异常时通知医师。

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间 1~2 分钟。

(3) 对需要长期监测血糖的患者，可以教会患者血糖监测的方法。

(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。

2. 确认患者手指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. 避免试纸发生污染。

三、血糖监测 技术评价标准

姓名：_____

总得分_____

评价内容	分值	技术实施要点	评分等级					存在问题
			I	II	III	IV	V	
1、操作前评估 (10分)	5	询问、了解患者的身体状况	5	4	3	2	1	
	5	向患者解释血糖监测的配合事项，取得患者配合	5	4	3	2	1	
2、操作步骤 (65分)	10	核对医嘱，做好准备	10	8	6	4	2	
	20	安装采血笔，确认患者是否符合空腹或者餐后2小时血糖测定的要求	20	16	12	8	4	
	20	按照无菌技术原则采血	20	16	12	8	4	
	15	读数记录，数值异常时通知医师	15	12	9	6	3	
3、指导患者 (15分)	5	告知患者血糖监测的目的	5	4	3	2	1	
	5	指导患者穿刺后按压时间1~2分钟	5	4	3	2	1	
	5	对需要长期监测血糖的患者，可以教会患者血糖监测的方法	5	4	3	2	1	
4、提问 (1~2个问题 (10分))	5		5	4	3	2	1	
	5		5	4	3	2	1	
5、总分	100		100	80	60	40	20	

注释：评分等级：**I**级表示操作熟练、规范，无缺项，与病人沟通自然，语言通俗易懂；**II**级表示操作熟练、规范，有1~2处缺项，与病人沟通不够自然；**III**级表示操作欠熟练、规范，有2~3处缺项，与病人沟通较少；**IV**级表示操作欠熟练，有4处以上缺项，与病人没有沟通；**V**级表示操作混乱、无序。

四、“T”管引流护理

（一）目的

1. 防止患者发生胆道逆行感染。
2. 通过日常护理保证引流的有效性。
3. 观察胆汁的量、颜色、性质。

（二）实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者病情。
- (2) 评估患者“T”管引流情况。

2. 操作要点：

(1) 做好准备,协助患者摆好体位,暴露“T”管及右腹壁,注意遮挡患者。

(2) 将固定于腹壁外的“T”管,连接引流袋,引流袋应低于“T”管引流口平面。

(3) 维持有效引流,引流管勿打折、勿弯曲,嘱患者保持有效体位,即平卧时引流管应低于腋中线,站立或者活动时不可高于腹部引流口平面,防止引流液逆流。

(4) 观察胆汁颜色、性质、量,并记录。

(5) 根据患者情况每天或者

隔日更换引流袋一次,具体方法是:铺垫巾于所换引流管口处的下方,用止血钳夹住引流管近端,将新引流袋检查后挂于床边,出口处拧紧;一手捏住引流管,一手捏住引流袋自接口处断开,将旧引流袋放于医用垃圾袋中;消毒引流管口周围,将新的引流袋与引流管连接牢固,观察有无引流液引出并妥善固定。

(6)“T”管拔除后,局部伤口以凡士林纱布堵塞,1-2日会自行封闭,观察伤口渗出情况,体温变化、皮肤巩膜黄染、呕吐、腹痛、腹胀等情况。

3. 指导患者:

- (1)告知患者放置或者更换引流袋的注意事项;
- (2)指导患者在身体活动过程中保护“T”管。

(三) 注意事项

1. 严格执行无菌操作,保持胆道引流管通畅。
2. 妥善固定好管路,操作时防止牵拉,以防“T”管脱落。
3. 保护患者引流口周围皮肤,局部涂氧化锌软膏,防止胆汁浸渍引起局部皮肤破溃和感染。

四、“T”管引流 技术评价标准

姓名：_____

总得分_____

评价内容	分值	技术实施要点	评分等级				存在问题
			I	II	III	IV	
1、操作前评估 (10分)	5	询问、了解患者病情	5	4	3	2	
	5	评估患者“T”管引流情况	5	4	3	2	
2、操作步骤 (70分)	10	做好准备，协助患者摆好体位，暴露“T”管及右腹壁，注意遮挡患者	10	8	6	4	
	10	将固定于腹壁外的“T”管，连接引流袋，引流袋应低于“T”管引流口平面	10	8	6	4	
	10	维持有效引流，引流管勿打折、勿弯曲，嘱病人保持有效体位，即平卧位时引流管应低于腋中线，站立或活动时不可高于腹部引流口平面，防止引流液逆流	10	8	6	4	
	15	观察胆汁颜色、性质、量，并记录	15	12	9	6	
	15	根据患者情况每天或隔日更换引流袋一次，具体方法：铺垫巾于所换引流管口处下方，用止血钳夹注引流管近端，将新引流带检查后挂于床边，出口处拧紧；一手捏住引流管，一手捏住引流带自接口处断开，将旧引流带放于医用垃圾袋中；消毒引流管口周围，将新的引流袋与引流管连接牢固，观察有无引流液引出并妥善固定	15	12	9	6	
	10	“T”管拔除后，局部伤口以凡士林纱布堵塞，1~2日会自行封闭，观察伤口渗出情况、体温变化、皮肤巩膜黄染、呕吐、腹痛、腹胀等情况	10	8	6	4	
3、指导患者 (10分)	5	告知患者放置或者更换引流袋的注意事项	5	4	3	2	
	5	指导患者在身体活动过程中保护“T”管	5	4	3	2	
4、提问(1~2个问题) (10分)	5		5	4	3	2	
	5		5	4	3	2	
5、总分	100		100	80	60	40	

注释：评分等级请参照第三十七项“洗胃技术评价标准”。

五、造口护理技术

(一) 目的

1. 保持造口周围皮肤的清洁。
2. 帮助患者掌握正确护理造口的方法。

(二) 实施要点

1. 评估患者：

- (1) 询问、了解患者对护理造口方法和知识掌握程度。
- (2) 了解患者造口类型及造口情况。
- (3) 评估患者造口的功能状况。
- (4) 评估患者自理程度，以决定护理的方式。

2. 操作要点：

- (1) 协助患者取舒适卧位，必要时使用屏风遮挡。
- (2) 由上向下撕离已用的造口袋，并观察内容物。
- (3) 温水清洁造口及周围皮肤，并观察周围皮肤及造口的情况。
- (4) 用造口量度表量度造口的大小、形状。
- (5) 绘线，做记号。
- (6) 沿记号修剪造口袋底盘，必要时可涂防漏膏、保护膜。
- (7) 撕去粘贴面上的纸，按照造口位置由下而上将造口袋贴上，夹好便袋夹。

3. 指导患者：

- (1) 向患者解释利用造口袋进行造口管理的重要性，强调患者学会操作的必要性。

(2) 向患者介绍造口特点以减轻恐惧感，引导其尽快接受造口的现实而主动参与造口自我管理。

(三) 注意事项

1. 护理过程中注意向患者详细讲解操作步骤。
2. 更换造口袋时应当防止袋内容物排出污染伤口。
3. 撕离造口袋时注意保护皮肤，防止皮肤损伤。
4. 注意造口与伤口距离，保护伤口，防止污染伤口。
5. 贴造口袋前应当保证造口周围皮肤干燥。
6. 造口袋裁剪时与实际造口方向相反，不规则造口要注意裁剪方向。
7. 造口袋底盘与造口粘膜之间保持适当空隙（1-2 毫米），缝隙过大粪便刺激皮肤易引起皮炎，过小底盘边缘与粘膜摩擦将会导致不适甚至出血。
8. 如使用造口辅助用品应当在使用前认真阅读产品说明书，如使用防漏膏应当按压底盘 15-20 分钟。
9. 教会患者观察造口周围皮肤的血运情况，并定期手扩造口，防止造口狭窄。

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/826024151215010141>