



目 录

一、手卫生技术操作规范	1
二、无菌技术操作规范	2
(一)无菌巾半铺半盖铺盘技术操作规范	2
(二)无菌巾一手一钳铺盘技术操作规范	3
(三)取用无菌溶液技术操作规范	4
(四)戴无菌手套技术操作规范	5
三、铺床技术操作规范	7
(一)铺备用床技术操作规范	7
(二)铺麻醉床技术操作规范	8
(三)卧床病人整理床铺技术操作规范	9
(四)卧床病人更换床单技术操作规范	11
四、安全与护理技术操作规范	13
(一)入院护理技术操作规范	13
(二)出院护理技术操作规范	14
(三)患者制动技术操作规范	15
(四)搬运法—协助患者床上移动技术操作规范	16
(五)搬运法—协助患者由床上移至平车技术操作规范	17
(六)搬运法—床椅转移技术规范	19
(七)翻身训练技术操作规范	20
(八)轴线翻身技术操作规范	21
五、护理评估技术规范	24
(一)意识状态的评估技术规范	24
(二)瞳孔评估技术规范	24
(三)营养状态的评估技术规范	25
1、进食功能评估技术规范	25
2、鼻饲技术操作规范	26
3、消化、吸收和排泄功能评估技术规范	28
4、体重评估技术规范	29



(四) 皮肤黏膜的评估规范	30
1、皮肤的评估技术规范	30
2、口腔黏膜的评估技术规范	31
3、会阴部、肛周皮肤黏膜的评估技术规范	32
(五) 疾病功能体位评估技术规范	33
1、半坐卧位的功能位置评估技术规范	33
2、端坐卧位的功能位置评估技术规范	34
3、颅脑疾病患者的功能位置评估技术规范	34
4、偏瘫患者功能体位位置评估技术规范	35
六、生命体征监测技术操作规范	37
(一) 生命体监测技术操作规范	37
(二) 体温监测技术操作规范	39
(三) 脉搏监测技术操作规范	40
(四) 呼吸测量技术操作规范	41
(五) 血压监测技术操作规范	42
(六) 血氧饱和度监测技术操作规范	44
(七) 心电监护技术操作规范	45
七、患者清洁与舒适操作规范	47
(一) 面部清洁操作规范	47
(二) 沐浴技术操作规范	48
(三) 床上擦浴操作规范	49
(四) 头发清洁与床上洗头操作规范	50
(五) 床上梳头操作规范	51
(六) 足部清洁操作规范	51
(七) 会阴消毒技术操作规范	52
(八) 会阴擦洗技术操作规范	54
(九) 更衣技术操作规范	55
(十) 口腔护理技术操作规范	56
(十一) 疼痛评估规范	58
(十二) 压疮的预防及护理技术操作规范	59
(十三) 换药技术操作规范	61
(十四) 造口护理技术操作规范	62
八、给药治疗与护理技术操作规范	64
(一) 口服给药技术操作规范	64
(二) 肌内注射技术操作规范	65



(三)皮下注射技术操作规范	66
(四)皮内注射技术操作规范	68
(五)静脉注射技术操作规范	69
(六)密闭式静脉输液技术操作规范	70
(七)密闭式静脉输血技术操作规范	72
(八)静脉留置针输液技术操作规范	74
(九)输液泵 / 微量输注泵使用技术操作规范	76
(十)PICC 维护技术操作规范	77
九、标本采集技术操作规范	80
(一)静脉血标本采集技术操作规范	80
(二)动脉采血技术操作规范	81
(三)交叉配血标本采集技术规范	82
(四)血培养采集技术操作规范	83
(五)手指血糖测定技术操作规范	84
(六)咽试子标本采集技术操作规范	85
(七)痰标本采集技术操作规范	86
(八)尿常规标本采集技术规范	87
(九)尿培养标本采集技术规范	88
(十)24h、12h、3h、尿标本采集技术规范	89
十、营养与排泄护理技术规范	90
(一)协助患者进食 / 水护理技术操作规范	90
(二)肠内营养技术规范 (滴注法)	91
(三)肠外营养输注技术规范 (经中心静脉)	92
(四)排便功能训练护理规范	93
(五)肛管排气护理规范	94
(六)简易通便技术护理规范	94
(七)导尿技术操作规范	95
(八)大量不保留灌肠技术操作规范	97
(九)小量不保留灌肠技术操作规范	98
(十)保留灌肠技术操作规范	100
十一、气道护理技术操作技术规范	102
(一)体位引流技术规范	102
(二)叩击震颤排痰技术操作规范	103
(三)有效咳痰技术规范	104
(四)经鼻 / 口腔吸痰法技术操作规范	104
(五)经气管插管 / 气管切开吸痰技术操作规范	106



(六)气管切开护理技术操作规范	107
(七)氧气瓶供氧氧气吸入技术操作规范	109
(八)中心供氧氧气吸入技术操作规范	110
(九)雾化吸入技术操作规范	112
十二、引流护理技术操作规范	114
(一)更换引流技术操作规范	114
(二)胃肠减压技术操作规范	115
(三)脑室引流护理技术操作规范	117
(四)胸腔闭式引流护理技术操作规范	118
(五)“T”管引流护理技术操作规范	120
(六)间断性膀胱冲洗技术操作规范	121
十三、急救护理及技术	124
(一)心肺复苏基本生命体征支持技术操作规范	124
(二)除颤(非同步方法)技术操作规范	125
(三)止血技术及护理规范	126
(四)包扎技术及护理规范	127
(五)固定技术及护理规范	129
(六)搬运技术及护理规范	130
(七)自动洗胃机洗胃技术操作规范	131
十四、冷热疗技术规范	133
(一)物理降温技术操作规范	133
(二)冰袋使用的技术规范	134
(三)冰帽使用技术规范	135
(四)冰毯(降温毯)使用技术规范	136
(五)热水袋使用技术规范	137
(六)烤灯(红外线灯)使用技术规范	138



手卫生技术规范

手卫生是使手保持清洁卫生的方法，是洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。

一、操作目的

去除手部皮肤的污垢、碎屑和部分致病菌。

二、评估要点

1. 环境清洁、宽敞、布局合理。
2. 水池设计合理，水花飞溅少。
3. 干手物放置在不易被水花溅湿的地方。

三、物品准备

1) 洗手池设施；2) 清洁剂（通常为肥皂或含杀菌成分等洗手液）；3) 擦手纸或毛巾或干手机；4) 盛放擦手纸或毛巾的容器；5) 必要时备指甲剪。

四、操作要点

1. 评估环境：清洁、宽敞。
2. 修剪指甲，取下手部饰物及手表。
3. 打开水龙头，调节合适水流和水温。
4. 湿润双手，关上水龙头并取适量清洁剂，均匀涂抹至整个手掌、手背、手指和指缝。
5. 按六步洗手法或七步洗手法充分揉搓双手至少 15 秒：
①掌心相对，手指并拢相互揉搓；
②掌心对手背沿指缝相互揉搓，两手交替进行；
③掌心相对，双手交叉沿指缝相互揉搓。
④弯曲各指关节，在另一掌心旋转揉搓，两手交替；
⑤一手握另一手大拇指旋转揉搓，两手交替进行；
⑥指尖在掌心中转动揉搓，两手交替；
⑦必要时，手掌握住手腕旋转揉搓，两手交替。
6. 打开水龙头，流水冲净。
7. 关闭水龙头，以擦手纸或毛巾擦干双手或在于手机下烘干双手。
8. 操作速度：完成时间不少于 40 秒。

五、注意事项

1. 手部不佩戴戒指等饰物。
2. 认真清洗指甲、指缝和指关节等易污染的部位。
3. 应当使用一次性纸巾或干净的小毛巾擦干双手，也可以用干手机干燥双手，毛巾一用一消毒，避免手部再污染。
4. 手未受到患者血液、体液等物质明显污染时，可以使用免洗手消毒剂消毒双手代替洗手。
5. 禁止使用不沥水的容器放置肥皂；禁止向未使用完和未清洁处理的取液器中添加洗手液。



无菌技术操作规范

无菌巾半铺半盖铺盘技术操作规范

一、操作目的

将无菌巾铺在干燥的治疗盘内，形成无菌区，放置无菌物品，以供实施治疗时使用。

二、评估要点。

环境清洁、宽敞、布局合理。

三、物品准备

1) 治疗盘 2 个；2) 无菌持物钳及罐；3) 无菌物品 4) 无菌包（内有无菌巾数块、灭菌指示卡、包外贴化学指示胶带）；5) 记录卡；6) 弯盘；7) 清洁抹布、手消毒剂。

四、操作要点

1. 评估环境。
2. 备清洁干净的治疗盘和治疗台，治疗盘放于适当处。
3. 洗手，戴口罩
4. 检查无菌包的名称、有效期、消毒指示胶带是否变色，无菌包有无潮湿、松散、破损。
5. 打开无菌包。
 - (1) 撕开无菌包粘贴胶带。
 - (2) 用手依次打开无菌包外层包布的外、左、右角。
 - (3) 取无菌持物钳，用手打开外层包布的内角，用无菌钳依次打开内层包布的外、左、右、内角。
 - (4) 检查灭菌指示卡有无变色。
6. 用无菌持物钳取无菌巾一块，放于治疗盘内。
7. 用无菌持物钳依次还原内层包布的内、右、左、外角，无菌持物钳放回无菌容器内。
8. 用手还原无菌包外层包布的内、右、左、外角，用原消毒指示胶带按“一”字型黏贴好无菌包。
9. 双手捏住无菌巾上层两角的外面，轻轻抖开，双折铺于治疗盘内。
10. 将无菌巾上半层向远端呈扇形折叠，开口边向外，无菌面向上，备无菌盘内物品。
11. 双手捏住无菌巾上半层两角外面，上下边缘对齐盖好无菌物品。
12. 折叠无菌巾边缘（将开口处向上翻折两次，两侧向下翻折一次）。
13. 记录备盘日期、时间、内容物、责任人以及开包日期、时间、剩余物品、责任人。
14. 将无菌包放于同类物品的最前面，优先使用，有效期为 24 小时。
15. 处理用物。
16. 洗手、取口罩。
17. 操作速度：完成时间 3 分钟以内。



五、注意事项

1. 铺无菌巾的区域必须清洁干燥。
2. 避免无菌巾潮湿，污染。
3. 手及其他有菌物品不可触及无菌巾内面。
4. 注明铺无菌盘的日期和时间，无菌盘有效期不超过 4 小时。

无菌巾一手一钳铺盘技术规范

一、操作目的

将无菌巾铺在干燥的治疗盘内，形成无菌区放置无菌物品，以供实施治疗时使用。

二、评估要点

环境清洁、宽敞、布局合理。

三、物品准备

1) 治疗盘 2 个；2) 无菌持物钳及罐；3) 无菌物品 4) 无菌包（内有无菌巾数块、灭菌指示卡、包外贴化学指示胶带）；5) 记录卡；6) 弯盘；7) 清洁抹布。

四、操作要点

1. 评估环境。
2. 备清洁干净的治疗盘和治疗台，治疗盘放于适当处。
3. 洗手，戴口罩。
4. 检查无菌包的名称、有效期、消毒指示胶带是否变色，无菌包有无潮湿、松散、破损。
5. 打开无菌包
 - (1) 撕开无菌包粘贴胶带。
 - (2) 用手依次打开无菌包外层包布的外、左、右角。
 - (3) 取无菌持物钳，用手打开外层包布的内角，用无菌钳依次打开内层包布的外、左、右、内角。
 - (4) 检查灭菌指示卡有无变色。
6. 用无菌持物钳夹取一个无菌巾放于内层包布边缘，以一手一钳轻轻打开无菌巾，由对侧向近侧平铺于治疗盘上。
7. 用无菌持物钳依次还原无菌包内层包布的内、右、左、外角，用手还原无菌包外层包布内角。
8. 取无菌物品放于无菌巾内。
9. 按无菌原则再次打开无菌包，同法取另一无菌巾由近侧向对侧覆盖第一张无菌巾，四边对齐，错位不超过 2 cm。
10. 同法还原无菌包，用原消毒指示胶带按“一”字型黏贴好无菌包。
11. 接近、左、远、右顺序依次向上折叠无菌巾边缘，与治疗盘内侧边缘平齐。
12. 记录备盘日期、时间、内容物、责任人以及开包日期、时间、剩余物品、责任人。
13. 将无菌包放于同类物品的最前面，优先使用，有效期为 24 小时。



14. 处理用物。
15. 洗手、取口罩。
16. 操作速度：完成时间 5 分钟以内。

五、注意事项

1. 铺无菌巾的区域必须清洁干燥。
2. 避免无菌巾潮湿，污染。
3. 手及其他有菌物品不可触及无菌巾的内面。
4. 注明铺无菌盘的日期和时间，无菌盘有效期不超过 4 小时。

取用无菌溶液技术规范

一、操作目的

保持无菌溶液取用时不被污染。

二、评估要点

环境清洁、宽敞、布局合理。

三、物品准备

- 1) 治疗盘；2) 无菌溶液；3) 无菌治疗碗；4) 无菌持物钳；5) 无菌纱布；6) 一次性无菌治疗巾；7) 无菌棉签；8) 消毒剂；9) 启瓶器；10) 弯盘；11) 医嘱卡；12) 笔；13) 清洁抹布。

四、操作要点

1. 评估环境。
2. 备清洁干燥的治疗盘和治疗台，治疗盘放于适当处。
3. 核对医嘱，遵医嘱取药。
4. 擦净瓶外灰尘。
5. 双人核对瓶签上药名、浓度、剂量、有效期。
6. 检查瓶盖有无松动，瓶体有无裂缝，对光检查无菌溶液有无沉淀、混浊、变色及絮状物。
7. 洗手，戴口罩。
8. 开启瓶盖。
9. 铺半铺半盖无菌盘，上层呈扇形打开。
10. 取出无菌治疗碗，放于无菌盘内。
11. 消毒瓶塞及一手的拇指、示指、中指。
12. 再次核对。
13. 揭开瓶塞。
14. 另一手拿溶液瓶，瓶签朝向掌心，倒出少许溶液冲洗瓶口，再由原处倒出所需溶液至无菌治疗碗内。
15. 将瓶塞塞好。
16. 折叠无菌巾边缘，记录铺盘日期、时间、并签名。



17. 消毒瓶塞，用无菌纱布包盖瓶塞。
18. 再次核对药名、浓度、剂量、有效期。
19. 记录开瓶日期、时间、用途、并签名。
20. 将开启后的无菌溶液放于治疗室固定处。
21. 处理用物。
22. 洗手，取口罩。
23. 操作速度：完成时间限 5 分钟以内。

五、注意事项

1. 无菌溶液倒出后，不可再倒回瓶中。
2. 不可将无菌敷料堵塞瓶口倾倒无菌溶液，也不可将物品直接伸入无菌溶液内蘸取。
3. 已开启的瓶内溶液，可保存 24 小时，所取溶液有效期为 4 小时。

戴无菌手套技术规范

一、操作目的

执行无菌操作时，确保无菌效果。

二、评估要点

环境清洁、宽敞。

三、物品准备

1) 一次性无菌手套；2) 指甲剪；3) 治疗盘；4) 弯盘；5) 洗手设备；6) 清洁抹布。

四、操作要点

1. 评估环境。
2. 修剪指甲，取下手表。
3. 备清洁干燥的治疗台。
4. 洗手，戴口罩。
5. 核对无菌手套袋外的号码。
6. 检查无菌手套外包装有无潮湿、破损，是否在有效期内。
7. 沿开口指示方向撕开无菌手套外包装，摊开内层。
8. 两手分别捏住两只手套的翻折部分同时取出一双手套（未戴手套的手不可触及手套的外面）。
9. 将两手套的五指对准，先戴一只手。
10. 用已戴无菌手套的手指插入另一手套的反折内面，同法将手套戴好（戴了手套的手不可触及手套的内面及未戴手套的手）。
11. 将手套翻边扣套在工作服衣袖外面，双手对合交叉调整手套位置，戴手套后如发现破洞应当立即更换。
12. 脱手套：一手捏住另一手套腕部外面，翻转脱下；再以脱下手套的手插入另一手套内，将其往下翻转脱下。



13. 将用过的手套放入医用垃圾袋内按医疗废物处理。

14. 洗手，取口罩。

15. 操作速度：完成时间限 3 分钟内。

五、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内面。

2. 戴手套后如发现有破洞，应当立即更换。

3. 脱手套时，应翻转脱下。



铺床技术操作规范

铺备用床技术操作规范

一、操作目的

1. 保持病室整洁。
2. 准备接收新患者。

二、评估要点

1. 床单位是否清洁、牢固、有无破损，床垫是否符合病床要求。
2. 病室内无患者进行治疗或进餐。

三、物品准备

- 1) 大单；2) 被套；3) 枕套；4) 棉絮；5) 枕芯。

四、操作要点

1. 评估病床及床垫，必要时翻转床垫。
2. 洗手，戴口罩，备齐用物携至患者床旁。
3. 移开床旁桌距床 20cm，移椅至床尾正中，离床尾约 15cm。
4. 将用物放于床尾椅上。
5. 铺大单。
 - ①将大单放于床垫上，大单的中线对齐床中线。分别向床头、床尾打开。
 - ②先铺近侧床头大单：一手托起床垫一角，一手伸过床头中线将大单折入床垫下，在距床头约 30cm 处，向上提起大单边缘使大单头端呈等边三角形，然后再将两底角分别塞于床垫下。
 - ③至床尾拉紧大单，同法铺好床角。
 - ④两手将大单中部边缘拉紧，塞入床垫下。
 - ⑤转至对侧，同法铺好对侧大单。
6. 套被套。
 - ①将被套齐床头放置，开口端向床尾，中线与床中线对齐，正面向上平铺在床上，将被套尾部开口端的上层打开至中下 1/3 处。
 - ②将“S”形折叠的棉絮放入被套尾端的开口处，底边与被套开口边缘平齐。
 - ③拉棉胎上缘至被套封口端，对好两上角，先对侧后近侧展开棉絮，平铺于被套内。
 - ④至床尾逐层拉平被套，并拉被头距床头约 10cm，系好系带。
 - ⑤将盖被边缘向内折叠与床沿平齐，尾端向下折叠与床垫平齐。
 - ⑥转至对侧，同法折叠另一侧盖被。
7. 套枕套，四角充实，平放于床头正中，开口端向下或背门。
8. 还原床旁桌椅。



9. 处理用物。洗手，取口罩。
10. 操作速度：完成时间 5 分钟以内。

五、注意事项

1. 病床符合铺床的实用、耐用、舒适、安全原则。
2. 大单中缝对齐，四角平整、扎紧。
3. 枕头平整、充实，开口背门或向下。
4. 操作省时、节力。
5. 病室及病人单位环境整洁、美观。
6. 避免在室内同时进行无菌操作，病人进餐或进行治疗时暂停铺床。

铺麻醉床技术操作规范

一、操作目的

1. 便于接收和护理麻醉手术后患者，使患者安全、舒适。
2. 避免床上用物被污染，便于更换。

二、评估要点

1. 床单位是否清洁，床垫是否符合病床要求。
2. 了解患者诊断、病情、手术部位、麻醉种类、手术后需要的抢救或治疗物品等。

三、物品准备

1) 中单及橡胶单各 2 套、大单、被套、枕套、棉絮、枕芯；2) 麻醉护理盘：开口器、压舌板、舌钳、牙垫、通气导管、输氧管、吸痰管 2 根、无菌纱布、血压计、听诊器、弯盘、手电筒；3) 输液架、吸痰器、吸氧装置。

四、操作要点

1. 按对患者手术信息。评估床单位。
2. 洗手，戴口罩，备齐用物携至床旁。
3. 移开床旁桌距床 20cm，移椅于床边适当处，护理车放于床尾正中。
4. 撤去原有枕套、被套、大单等，放于护理车下层。
5. 铺大单。
 - ①将大单放于床垫上，大单的中线对齐床中线。分别向床头、床尾打开。
 - ②先铺近侧床头大单：一手托起床垫一角，一手伸过床头中线将大单折入床垫下，在距床头约 30cm 处，向上提起大单边缘使大单头端呈等边三角形，然后再将两底角分别塞于床垫下。
 - ③至床尾拉紧大单，同法铺好床角。
 - ④两手将大单中部边缘拉紧，塞入床垫下。
 - ⑤转至对侧，同法铺好对侧大单。
6. 根据麻醉方式和手术部位按需要铺橡胶单和中单。若需要铺床中部和床头，则将一块橡胶单和中单铺于床中部，上缘距床头 45 ~ 55cm，中线与床中线对齐；另一橡胶单和中



单铺于床头，使上缘与床头平齐，下缘压在中部橡胶单和中单上，中线对齐，下垂边缘一并塞于床垫下。

7. 转至对侧，依上法逐层拉紧并铺好橡胶单和中单。

8. 套被套。

①将被套齐床头放置，开口端向床尾，中线与床中线对齐，正面向上平铺在床上，将被套尾部开口端的上层打开至中下 1/3 处。

②将“S”形折叠的棉胎放入被套尾端的开口处，底边与被套开口边缘平齐。

③拉棉胎上缘至被套封中端，对好两上角，先对侧后近侧展开棉胎，平铺于被套内。

④至床尾逐层拉平被套，系好系带。

⑤将盖被边缘向内折叠与床沿平齐，尾端向下折叠与床垫平齐。

⑤转至对侧，同法折叠另一侧盖被，再将盖被三折叠于一侧床边，盖被放置应方便患者搬运。

9. 套枕套，使四角充实，横立于床头，开口向下或背门。

10. 还原床旁桌，床旁椅放于盖被折叠侧。

11. 麻醉护理盘放于床旁桌上，其他物品妥善放于床边适当处。

12. 处理用物。

13. 洗手，取下口罩。

14. 操作速度：完成时间 7 分钟以内。

五、注意事项

1. 操作熟练、无小动作，手法正确。

2. 大单中缝对齐，四角平整、扎紧。

3. 枕头平整、充实，开口背门或向下。

4. 操作省时、节力。

5. 病室及患者单位环境整洁、美观。

卧床病人整理床铺技术规范

一、操作目的

1. 保持床单元清洁干燥，促进患者舒适。
2. 及时观察受压部位皮肤异常情况，预防压疮形成。

二、评估要点

1. 评估患者的病情、意识状态、自理能力、配合程度、皮肤及管道情况等。
2. 向患者解释整理床单位的目的、方法、注意事项和配合要点。
3. 评估病室内环境是否安全，温度是否适宜。

三、物品准备

- 1) 治疗盘；2) 扫床刷及扫床巾；3) 弯盘；4) 必要时备清洁衣裤。

四、操作要点



1. 评估患者。酌情关好门窗，必要时协助排便。
2. 洗手，戴口罩，备齐用物携至患者床旁。
3. 移开床旁桌距床 20cm，移椅于床边适当处，护理车放于床尾正中。酌情放平床头及床尾支架，拉起对侧床档。
4. 松开床尾盖被，移枕至对侧。协助患者移向对侧并侧卧，背向护士。观察皮肤受压情况。
5. 由床头至床尾松开近侧各层床单。
6. 依次扫净中单、橡胶中单上的渣屑，搭于患者身上。
7. 扫净大单，按铺备用床法铺好大单。
8. 拉平橡胶中单及中单，一起塞入床垫下。
9. 移枕至近侧，请患者平卧，拉起近侧床档。转至对侧，协助患者侧卧，背向护士。
10. 同上法逐层扫净各单，拉平，铺好。
11. 协助患者平卧，移枕至患者头下。拉平衣裤。
12. 整理盖被。将棉胎与被套头端对齐，逐层拉平。放下床档。将盖被边缘向内折叠与床沿平齐，尾端向下折叠与床垫平齐。
13. 整理枕头。在床边椅上整理，使四角充实，放于患者头下，开口端向下或背门。
14. 还原床旁桌、椅。酌情摇起床头、床尾支架，协助患者取舒适卧位。
15. 酌情开窗通风，询问患者需要，行相关知识宣教。
16. 处理用物。
17. 洗手，取下口罩。
18. 操作速度：完成时间 10 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者在操作过程中，如感觉不适应立刻向护理人员说明，防止意外发生。
2. 告知患者被服一旦被伤口渗出液、尿液、粪便等污染，应及时通知护理人员，以便及时更换。
3. 告知患者床单元管理的目的及配合方法。
4. 指导患者及家属使用床单位辅助设施。

六、注意事项

1. 评估操作难易程度，运用人体力学原理，防止职业损伤。
2. 符合铺床的实用、耐用、舒适、安全的原则。
3. 床单的中缝与床中线对齐，四角平、紧；被头充实，盖被平整、两边内折对称；枕头平整、充实，开口向下或背门。使用橡胶单或防水布时，避免直接接触患者皮肤。
4. 病室及患者单位环境整洁、美观。
5. 操作中合理使用床档保护患者，使患者感觉舒适、安全。
6. 与患者进行有效沟通，满足患者身心需要。



卧床病人更换床单技术操作规范

一、操作目的

1. 保持床单元清洁干燥，促进患者舒适。
2. 及时观察受压部位皮肤异常情况，预防压疮发生。

二、评估要点

1. 评估患者的病情、意识状态、自理能力、配合程度、皮肤及管道情况。
2. 向患者解释整理床单元的目的、方法、注意事项和配合要点。
3. 评估环境是否安全，温度是否适宜。

三、物品准备

1) 大单；2) 中单；3) 被套；4) 枕套；5) 治疗盘；6) 扫床刷及扫床巾；7) 弯盘；8) 医用垃圾桶；9) 生活垃圾筒；10) 必要时备清洁衣裤。

四、操作要点

1. 评估患者。酌情关好门窗，必要时协助排便。
2. 洗手，戴口罩，备齐用物携至患者床旁。
3. 移开床旁桌距床 20cm，移椅于床边适当处，护理车放于床尾正中。酌情放平床头及床尾支架，拉起对侧床档。
4. 松开床尾盖被，移枕至对侧。协助患者移向对侧并侧卧，背向护士。观察皮肤受压情况。
5. 由床头至床尾松开近侧各层床单。
6. 将中单污染面向内翻卷塞于病人身下，扫净橡胶单，搭于病人身上。同法将大单塞于病人身下，扫净床褥。
7. 铺清洁大单，对齐中线，将对侧大单清洁面向内翻卷塞于病人身下，近侧大单按铺备用床法铺好。
8. 放平橡胶单，取中单铺于橡胶单上，同法卷中单塞于病人身下，将近侧橡胶单和中单一起拉平塞于床垫下。
9. 移枕至近侧，请患者平卧，拉起近侧床档。转至对侧，协助患者侧卧，背向护士。
10. 同法松开各层床单，撤污中单，置于护理车下层。
11. 扫净橡胶单搭于病人身上，撤污大单，置于护理车下层，扫净床褥，将床刷套取下，放入垃圾桶内。
12. 同法铺好大单，逐层拉平橡胶单、中单，塞于床垫下。
13. 协助病人取舒适卧位，拉平衣裤。
14. 更换被套。
 - ①解开系带，将棉胎近侧 1/3 纵形向上折叠，同法折叠对侧棉胎，手持棉胎前端，呈“S”形折叠拉出，放于床尾。将清洁被套正面向上铺于污被套上，被套开口端上层向上翻卷 1/3。
 - ②同铺备用床法套好被套。



- ③撤去污被套置于护理车下层。
- ④拉平被套，系好系带，边缘向内折叠与床沿平齐，尾端向下折叠与床垫平齐。
- ⑤同法折叠另一侧盖被。
15. 更换枕套。撤去污枕套置于护理车下层，套清洁枕套，使四角充实，放于病人头下。
16. 还原床旁桌、椅。酌情摇起床头、床尾支架，根据病情协助患者取舒适卧位。
17. 酌情开窗通风，询问患者需要，行相关知识宣教。
18. 处理用物。
19. 洗手，脱口罩。
20. 操作速度：完成时间 15 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者在操作过程中，如感觉不适应立刻向护理人员说明，防止意外发生。
2. 告知患者被服一旦被伤口渗出液、尿液、粪便等污染，应及时通知护理人员，以便及时更换。
3. 告知患者床单元管理的目的及配合方法。
4. 指导患者及家属使用床单位辅助设施。

六、注意事项

1. 评估操作难易程度，运用人体力学原理，防止职业损伤。
2. 符合铺床的实用、耐用、舒适、安全的原则
3. 床单的中缝与床中线对齐，四角平、紧；被头充实，盖被平整、两边内折对称；枕头平整、充实，开口向下或背门。使用橡胶单或防水布时，避免直接接触患者皮肤。
4. 病室及患者单位环境整洁、美观。
5. 操作中合理使用床档保护患者，使患者感觉舒适、安全。
6. 与患者进行有效沟通，满足患者身心需要。



安全与护理技术操作规范

入院护理技术操作规范

一、操作目的

1. 协助患者了解和熟悉环境，消除紧张、焦虑等不良心理情绪，尽快适应医院生活。
2. 观察评估患者的基本情况。
3. 满足患者的各种合理要求，做好健康教育。

二、评估要点

1. 了解患者入院原因，并观察目前的疾病情况。
2. 评估患者意识状态、饮食、皮肤、睡眠及大小便情况等。
3. 询问患者有无过敏史。

三、物品准备

1) 治疗盘内（体温计、听诊器、血压计、弯盘、消毒棉签、纱布；2）病员服一套；3）酌情备指甲剪、剃须刀、气垫床、中单或看护垫等。

四、操作要点

1. 准备好床单位，根据病情准备急救物品和药品，酌情添加气垫床、中单或看护垫等。
2. 接触患者前洗手，酌情戴口罩。
3. 热情接待患者，并进行自我介绍，核对患者的姓名、住院号、收住科室等入院证上的相关信息。
4. 填写患者入院相关资料：病历、一览表卡、床头卡、手腕带，将患者信息录入电脑系统。
5. 妥善安置患者于病床，为患者系上手腕带。
6. 对患者进行入院评估，了解患者身心需要及健康问题，填写入院患者护理记录。
7. 测量患者的生命体征、体重等。
8. 向患者进行入院介绍（具体包括：管床医生及护士、查房制度、探视制度、病区环境、设施使用方法、微波炉使用方法、疾病相关知识、休息指导、饮食指导等）。
9. 完成患者的清洁等生活护理，协助更换病员服。
10. 通知医生接诊患者，必要时协助体检、抢救及治疗。
11. 完成各类护理记录。
12. 洗手，取口罩。
13. 操作速度，完成时间 15 分钟以内。

五、指导要点

1. 向患者介绍主管医师、护士、病区护士长。
2. 介绍病区环境、作息时间、陪伴及探视制度。
3. 介绍优质护理工作相关情况。
4. 介绍床单位、其他设备使用方法及注意事项。



出院护理技术操作规范

一、操作目的

1. 指导患者遵医嘱继续按时接受治疗或定期复诊。
2. 为患者提供心理支持，促进尽快重返社会。
3. 指导患者办理出院手续。
4. 清洁、整理、消毒床单位，准备迎接新患者。

二、评估要点

1. 评估患者疾病恢复状况。
2. 评估患者的心理状况。
3. 评估患者的家庭及社会支持系统。

三、物品准备

- 1) 出院病人联系卡；2) 终末处理：小桶内装 84 消毒液及抹布；3) 铺备用床用物一套。

四、操作要点

1. 核对医嘱，确认患者出院日期及时间。
2. 通知患者及家属，协助其做好出院准备。
3. 注意患者情绪变化并予以安慰及鼓励以增强信心，减轻因离开医院所产生的恐惧和焦虑。
4. 根据患者的康复状况，进行出院指导：指导患者出院后的饮食、服药、休息、功能锻炼及遵医嘱按时接受治疗或定期复诊方面的注意事项，必要时可为患者或家属提供书面资料。指导患者及家属有关的护理知识和技能。
5. 发放并收回满意度调查表，诚恳听取患者住院期间的意见和建议，以便不断提高工作质量。

6. 执行出院医嘱，终止各种治疗和护理，做好出院登记。
7. 指导患者办理出院手续。
8. 协助患者清理用物，提醒患者及家属不要遗漏物品，如有遗漏，交由护士长保管。
9. 护送患者离开病房。
10. 整理出院病历，完成出院护理记录。
11. 患者床单位按出院常规行终末处理。
12. 操作速度：完成时间 5 分钟以内。

五、指导要点

1. 指导患者出院后的饮食、服药、休息、功能锻炼及遵医嘱按时接受治疗或定期复诊方面的注意事项，必要时可为患者或家属提供书面资料。
2. 指导患者及家属有关的护理知识和技能。
3. 告知患者复诊的时间和地点。



患者制动技术操作规范

一、操作目的

1. 对自伤、可能伤及他人的患者限制其身体或肢体活动，确保患者安全，保证治疗、护理顺利进行。

2. 防止患儿过度活动，以利于诊疗操作顺利进行或者防止损伤肢体。

二、评估要点

1. 评估患者病情、意识状态、肢体活动度、制动部位皮肤色泽、温度及完整性，非制动部位的活动能力。

2. 评估需要使用保护具的种类和时间。

3. 向患者和家属解释制动的必要性，保护具作用及使用方法，取得配合。

三、物品准备

1) 根据患者情况酌情备棉垫、宽绷带若干、大单两床；2) 必要时备垫圈、软枕。

四、操作要点

1. 核对医嘱。

2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及手腕带），评估患者。

3. 洗手，戴口罩。

4. 遵医嘱备齐制动用物，携至患者床旁，再次核对，松开床尾盖被。

5. 头部制动法：采用多种工具（头部固定器、支架、沙袋等）或手法使患者头部处于固定状态；头部制动睡眠时，可在颈部两侧放置沙袋；新生儿可采用凹式枕头制动，2岁以上患者可使用头部固定器，并可与颈椎和头部固定装置一起使用，不宜与真空夹板一起使用。

肢体制动法：暴露患者腕部或者踝部；用棉垫包裹腕部或者踝部；将保护带打成双套结在棉垫外，稍拉紧，使之不松脱；将保护带系于两侧床缘；

肩部制动法：暴露患者双肩；将患者双侧腋下垫棉垫；将保护带置于患者双肩下，双侧分别穿过患者腋下，在背部交叉后分别固定于床头；

全身制动法：多用于患儿的制动。具体方法是：将大单折成由患儿肩部至踝部的长度，将患儿放于中间；用靠近护士一侧的大单紧紧包裹同侧患儿的手足至对侧，自患儿腋窝下腋于身下，再将大单的另一侧包裹手臂及身体后，紧腋于靠护士一侧身下；如患儿过分活动，可用绷带系好。…夹板固定法：选择合适的夹板长度、宽度及固定的方式；两块夹板置于患肢的内、外侧，并跨越上、下两关节，夹板下加垫并用绷带或布袋固定；观察患者血供情况、夹板固定松紧度及疼痛情况等；可抬高患肢，使其略高于心脏平面。

6. 将患者肢体处于功能位，约束带松紧适宜，以能伸进一、二手指为原则。

7. 密切观察制动部位的皮肤状况。

8. 酌情垫防压器具。

9. 整理床单位，行相关知识宣教。

10. 处理用物。



11. 洗手，取口罩，做好记录。
12. 操作速度：完成时间 7 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者及家属实施制动的目的、方法、持续时间，使之理解使用保护具的重要性、安全性，征得同意方可使用。
2. 告知患者和家属实施制动中，护士将随时观察制动局部皮肤有无损伤、皮肤颜色、温度、制动肢体末梢循环状况，定时松解。
3. 指导患者和家属在制动期间保证肢体处于功能位，保持适当的活动度，如有不适及时告诉医务人员。

六、注意事项

1. 实施制动时，将患者肢体处于功能位，约束带松紧适宜，以能伸进一、二手指为原则。
2. 密切观察制动部位的皮肤及血液循环状况。
3. 保护性制动属制动措施，使用时间不宜过长，病情稳定或治疗结束后，应及时解除制动。需较长时间制动者，每 15 分钟观察 1 次制动肢体的末梢循环情况，每 2 小时松解约束带 1 次，活动肢体，并协助患者翻身。
4. 准确记录并交接班，包括制动的原因、时间、约束带的数目、制动部位、制动部位皮肤状况、解除制动时间。

搬运法—协助患者床上移动技术规范

一、操作目的

帮助患者移向床头，调整卧位，促使舒适。

二、评估要点

1. 了解患者病情、意识状态、自理能力、肢体肌力、配合程度。
2. 评估患者体位是否舒适，肢体、关节是否处于功能位；了解有无约束、管路、牵引及夹板等，身体有无移动障碍。
3. 对清醒患者，解释操作目的，以取得配合。

三、操作要点

1. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
2. 洗手，戴口罩。
3. 根据患者实际情况，选择不同的搬运方法：

A 一人帮助患者移向床头法：

- ①视病情放平床头，拉起对侧床栏，将枕头横立于床头，避免撞伤患者。
- ②协助患者仰卧、屈膝、双手握住床头板、双脚蹬床面。
- ③护士用手稳住患者双脚，同时在臀部提供助力，使其上移。
- ④放回枕头，按需要抬高床头，取舒适体位，将肢体置于功能位，整理床单位。
- ⑤搬运过程中注意观察患者病情变化。



B 两人帮助患者移向床头法:

①视病情放平床头, 将枕头横立于床头, 避免撞伤患者。

②协助患者取仰卧屈膝位, 双手放于胸前。

③方法一: 护士两人分别站在床的两侧, 交叉托起患者颈、肩及腰臀部, 两人同时用力, 协调地抬起患者移向床头。方法二: 两人同侧, 一人托住患者颈、肩及腰部, 另一人托住臀部及腘窝, 同时抬起患者移向床头。

④放回枕头, 按需要抬高床头, 取舒适体位, 将肢体置于功能位, 整理床单位。

⑤搬运过程中注意观察患者病情变化。

4. 询问患者需求。

5. 洗手, 取口罩。

6. 操作速度: 完成时间 5 分钟以内。

四、要点指导

1. 告知患者操作目的、方法, 取得配合。

2. 指导患者同时用力。

五、注意事项

1. 注意遵循节力原则。

2. 护士动作轻稳, 避免对患者拉、拽等动作, 防止关节脱位, 使患者舒适、安全。

搬运法—协助患者由床上移至平车技术规范

一、操作目的

运送不能下床的患者

二、评估要点

1. 了解患者病情、意识状态、自理能力、肢体肌力、配合程度。

2. 了解患者有无约束, 各种管路情况。

3. 对清醒患者, 解释操作目的, 以取得配合。

三、物品准备

1) 平车; 2) 毛毯或棉被; 3) 必要时备中单、过床易。

四、操作要点

1. 检查平车性能, 清洁平车。

2. 核对床号、姓名、住院号(呼唤患者、核对床头卡及腕带), 评估患者。

3. 洗手, 戴口罩。推平车至患者身旁。

4. 挪动法: (适用于能在床上活动的患者)

①移开床旁桌、椅, 松开盖被, 协助患者穿好患服后帮其移向床边。

②推平车至患者床旁并紧靠床边与床平行, 固定平车以防止平车移动。

③将平车与床调至同样高度, 将盖被平铺于平车上。

④护士抵住平车, 协助患者按上身、臀部、下肢的顺序向平车挪动(从平车移回床上时,



先协助患者移动下肢、臀部，再移动上身）。

⑤为患者盖好盖被，使患者舒适。

⑥拉起平车护栏。

5. 一人法：（适用于儿科患者或体重较轻的患者）

①移开床旁椅，推平车至患者床尾，使平车头端与床尾成钝角，固定平车。

②松开盖被，协助患者穿好衣服。

③将盖被平铺于平车上，患者移至床边。

④协助患者屈膝，搬运者一臂至患者腋下伸至对侧肩部外侧，一臂伸入患者大腿下。

⑤将患者双臂交叉于搬运者颈后并双手用力握住搬运者。

⑥将患者托起，移步转身，将患者轻放于平车上，为患者盖好盖被。

⑦拉起平车护栏。

6. 两人法：（适用于不能自行活动或体重较重者）

①移开床旁椅，推平车至患者床尾，使平车头端与床尾成钝角，固定平车。

②松开盖被，协助患者穿好衣服。

③将盖被平铺于平车上。

④二人立于床同侧，将患者移至床边。

⑤一名护士一手托住患者颈肩部，另一手托住患者腰部。

⑥另一名护士一手托住患者臀部，另一手托住患者腘窝处使患者身体稍向护士倾斜。

⑦两名护士同时合力抬起患者，移向平车，将患者轻放于平车上。

⑧为患者盖好盖被。

⑨拉起平车护栏。

7. 三人法：（适用于不能自行活动或体重较重者）

①移开床旁椅，推平车至患者床尾，使平车头端与床尾成钝角，固定平车。

②松开盖被，协助患者穿好衣服。

③将盖被平铺于平车上。

④三人立于床同侧，将患者移至床边。

⑤一名护士托住患者头颈、肩胛部。

⑥另一名护士托住患者背部、臀部。

⑦第三名护士托住患者腘窝、小腿部位。

⑧三人同时抬起，使患者身体稍向护士倾斜，同时移步转向平车，将患者轻放于平车上。

⑨为患者盖好盖被。

⑩拉起平车护栏。

8. 四人法：（适用于病情危重或经腰椎骨折患者）

①移开床旁椅，推平车至患者床尾，使平车头端与床尾成钝角，固定平车。

②在患者腰、臀下铺中单。

③松开盖被，协助患者穿好衣服。

④将盖被平铺于平车上。

⑤一名护士立于床头，托起患者头及颈肩部。



- ⑥第二名护士站于床尾，托住患者两腿。
 - ⑦第三名护士和第四名护士分别站于床及平车两侧，紧握中单四角。
 - ⑧四人合力同时抬起患者，将患者轻放于平车上。
 - ⑨为患者盖好盖被。
 - ⑩拉起平车护栏。
9. “过床易”使用法：适用于不能自行活动的患者
- ①移开床旁桌、椅，推平车于床平行并紧靠床边。
 - ②平车与床的平面处于同一水平，并固定平车。
 - ③护士分别站于平车与床的两侧并抵住。
 - ④站于床侧护士协助患者向床侧翻身。
 - ⑤将“过床易”平放在患者身下三分之一或四分之一处，向斜上方 45° 轻推患者。
 - ⑥站于车侧的护士，向斜上方 45° 轻拉协助患者移向平车。
 - ⑦待患者上平车后，协助患者向车侧翻身。
 - ⑧将过床易从患者身下取出。
 - ⑨为患者盖好盖被。
 - ⑩拉起平车护栏。

10. 询问患者需求，行相关知识宣教。

11. 整理床单位，还原床旁桌椅。

12. 洗手，取口罩。

13. 操作速度：完成时间 5 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者在使用平车时的安全要点及配合方法。
2. 告知患者感觉不适时，及时通知医务人员。

六、注意事项

1. 搬动患者时动作轻稳，协调一致，确保患者安全、舒适。
2. 尽量使患者靠近搬运者，已达到节力。
3. 将患者的头部置于平车的大轮端，以减轻颠簸与不适。
4. 推车时车速适宜，小轮在前。护士站于患者头侧，以观察病情，上下坡时应使患者头部在高处一端。
5. 对骨折的患者，应酌情在平车上垫木板，并固定好骨折部位再搬运。
6. 在搬运患者过程中保证输液和引流的通畅，特殊引流管可先行夹闭，防止牵拉脱出。

搬运法—床椅转移技术规范

一、操作目的

通过床椅转移训练提高患者自主转移能力，促使患者功能恢复。

二、评估要点



1. 评估患者的患肢关节活动度、肌张力、平衡能力。
2. 评估患肢的配合程度及皮肤情况。
3. 评估患者有无体位性低血压。

三、物品准备：轮椅。

四、操作要点

1. 评估患者：了解病情以及患肢情况，查看皮肤情况。
2. 核对医嘱及患者信息。
3. 护士准备：着装整齐，洗手。备物，检查轮椅的刹车性能，大小是否合适患者。
4. 将轮椅推至患者患侧方向的床尾 1/3 处，与床尾呈 45° 角，固定刹车。
5. 再次核对，询问患者是否发生过体位性低血压。
6. 护士站在患者患侧，协助患者坐起，护士在其身旁保护患者：协助患者向患侧翻身：患者仰卧位，双手呈 Bobath 式握手，向上伸展上肢，健侧下肢屈曲。双上肢左右侧方摆动，当摆向患侧时，顺势将身体翻向患侧；协助患者由侧卧位转为坐位，嘱患者将健腿插至患腿下方，用健腿将患腿移至床边外，患膝自然屈曲，然后头向上抬，健手横过身体，在患侧用手推床，把自己推至坐位，同时摆动健腿下床。

7. 床椅转移方法：方法一：患者健手扶在轮椅远端的扶手，患手搭在护士肩上，护士双手置于患者双髋部，双膝合拢与患者患侧膝盖对立，同时使力，帮助患者站立，协助转至轮椅坐下，在转移过程中患移动的双下肢始终要保持在护士双膝范围内，确保稳定；方法二：患者健手扶在轮椅远端的扶手上，以健腿为支撑，旋转身体，转移至轮椅上。

8. 帮助患者把双腿分别放于轮椅的踏板上，松刹车。
9. 整理床单位，询问患者需要。
10. 整理用物，洗手。

五、指导要点

1. 告知转移的方法，取得配合。
2. 指导患者正确的 Bobath 式握手。

六、注意事项

1. 保护患肢避免受伤。
2. 转移后保持肢体良好位，预防痉挛。
3. 注意保暖。

翻身训练技术操作规范

一、操作目的

通过床上转移提高患者的主动转移能力，促使患者功能恢复。

二、评估要点

1. 评估患者的患肢关节活动度、肌张力、平衡能力。
2. 评估患肢的配合程度及皮肤情况。



三、操作要点

1. 评估患者，了解病人情况，按需给予便盆，病情观察，看此时是否可行床上翻身训练。
2. 注意周围环境：视季节、病情关好门窗，穿好衣服，揭去被子等。
3. 护士准备：着装整齐，洗手。
4. 核对手腕带信息：床号、姓名、住院号，解释取得信任。
5. 床上翻身训练：伸肘摆动翻身法（患侧——健侧）：先让患者学会掌对掌，十指交叉地握手，并上举上肢的运用，然后肘关节伸展 90° 位，向健侧翻身时，由双上肢连同躯干先翻向健侧，然后旋转骨盆，湖水对患侧下肢给予最小限度的辅助。
6. 给病人讲明要点：1) 掌对掌，十指交叉地握手（患指在上），称 Bobath 握手。并上举上肢，然后肘关节伸展 90 度，放下，再上举，这样一日两次，每次做十个，对病人的手及上肢的恢复很有利。2) 伸肘摆动时，如果是向健侧翻向则先向患侧摆动，再向健侧，利用惯性力量，带动躯干及下肢。训练完毕，护士应协助病人整理衣裤，盖好被子等。

7. 整理用物，洗手。

四、指导要点

1. 告知患者 Bobath 握手及伸肘及摆动翻身法。
2. 指导患者自觉运用及贯穿 ADL 训练中。
3. 指导患者掌握自我翻身技术和注意事项。

五、注意事项

1. 翻身过程中注意保持患肢良好位状态。
2. 避免损伤患肢。

轴线翻身技术操作规范

一、操作目的

1. 协助颅骨牵引、脊椎损伤、脊椎手术、髋关节术后的患者在床上翻身。
2. 预防脊椎再损伤及关节脱位。
3. 预防压疮，增加患者舒适感。

二、评估要点

1. 评估患者病情、生命体征、意识状态、损伤部位、肢体肌力、配合能力。
2. 评估患者体位是否舒适，肢体、关节是否处于合理位置；了解有无约束、管路、牵引及夹板，身体有无移动障碍。
3. 对清醒患者，解释操作目的，以取得合作。
4. 告知患者轴线翻身目的和方法，取得患者配合。

三、物品准备

- 1) 治疗车；2) 翻身软枕两个。

四、操作要点

1. 核对医嘱。



2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。
5. 酌情关门窗，拉隔帘。
6. 移开床边椅至适当处。
7. 协助患者移去枕头，松开被尾，拉起对侧床栏。
8. 具体操作方法：

无颈椎损伤者：

- ①三名操作者立于患者同侧；
- ②护士 A 双手分别托住患者头、颈部；
- ③护士 B 双手分别平托与患者肩部、背部；
- ④护士 C 双手分别平托与患者腰部、臀部；
- ⑤由护士 A 发出口令，三人同时用力将患者平移至操作者同侧床旁。

疑有颈椎损伤者：

- ①由三名护士共同完成；
- ②护士 A 立于患者床头，一手固定患者头颈部，移去头颈外固定物，另一手沿纵轴向上略加牵引，使头颈随躯干仪器缓慢移动。
- ③护士 B 将双手伸至患者对侧，分别托扶患者肩部、背部；
- ④护士 C 将双手伸至患者对侧，分别托扶患者腰部、臀部；
- ⑤由护士 A 发出口令，三人同时用力将患者平移至操作者同侧床旁。

9. 使头、颈、肩、髌保持同一水平线，三人同时用力翻转至侧卧位；翻身时注意观察患者病情变化。

10. 依次观察患者身体骨突出部位（耳郭、肩、腕、指关节、髌、膝、踝、足跟、趾关节）皮肤情况。

11. 将一软枕放于患者背部支持身体，另一软枕放于两膝之间并使双膝呈自然弯曲状。
12. 整理床单位，保持混着肢体各关节处于功能位。
13. 询问患者需求，酌情开门窗及拉开隔帘，行相关知识宣教。
14. 处理用物。
15. 洗手，取口罩。
16. 记录翻身时间及皮肤情况。
17. 操作速度：完成时间 8 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者翻身的目的、方法和注意事项，以取得患者的配合。
2. 告知患者及家属不要自行更换卧位的方式。

六、注意事项

1. 翻转患者时，应注意保持脊椎平直，以维持脊柱的正确生理弯度，避免由于躯干扭曲，及加重脊柱骨折、脊髓损伤和关节脱位。翻身角度不可超过 60 度，避免由于脊柱负重增大而引起关节突骨折。



2. 患者有脊椎损伤时，勿扭曲或旋转病人的头部，以免加重神经损伤引起呼吸肌麻痹而死亡。
3. 颈椎或颅骨牵引患者，翻身时不可放松牵引。
4. 翻身时注意为患者保暖并防止坠床。
5. 翻身过程中注意病情、生命体征变化，准确记录翻身时间、卧位、皮肤受压情况。



护理评估技术规范

意识状态的评估技术规范

一、操作目的

1. 评估患者对周围环境和自身状态的认知和察觉能力。
2. 及时发现意识障碍，为治疗和护理提供可靠的依据。

二、评估要点

1. 评估患者的意识障碍或昏迷程度。
2. 评估患者的意识状态。

三、物品准备

- 1) 手电筒；2) 测量尺；3) GCS(Glasgow coma scale) 计分表。

四、操作要点

1. 核对床号、姓名。

2. 使用 GCS 记分标准评估患者的意识障碍或昏迷程度：1) 评估患者的睁眼反应，可压迫眶上切迹（眉弓处）或捏挤上臂或大腿内侧，观察患者有无睁眼或能用语言表达的痛苦表情，如失语、气管切开、语言不通等患者，观察其身体语言。2) 评估患者的语言反应，可呼唤患者姓名或摇动患者，观察有无睁眼甚至言语，询问其近期生活事件，判断患者是否能正确回答问题。3) 评估患者的运动反应，可指令患者动作，观察患者能否按吩咐进行动作。

3. 评估患者意识状态，观察患者是否意识清醒，有无嗜睡、昏睡、浅昏迷或深昏迷、有无意识模糊、谵妄等，发现患者意识改变，同时观察患者生命体征、瞳孔大小对光反应、眼球运动等中枢神经功能情况。

4. 记录，评估结果准确记录在评估单和护理记录单上。

五、指导要点

1. 向患者或家属解释意识状态观察方法及其必要性，获得患者家属的配合。
2. 向患者或家属解释所用的刺激方法，每次刺激的强度和部位固定。

六、注意事项

1. 一般患者入院时评估，对颅脑损伤、颅内压增高、脑血管疾病、心肺复苏后、中毒、术后、病情变化以及使用麻醉镇静类等特殊药物者，应随时评估。

2. 每次刺激应选择健康肢体，避免在偏瘫肢体进行，上肢的反应比下肢反应可靠。

瞳孔评估技术规范

一、操作目的



1. 了解患者中枢神经系统、中毒性疾病、眼睛疾患的情况。
2. 正确评估患者的瞳孔变化，为治疗和护理提供可靠的依据。

二、评估要点

1. 评估瞳孔的大小、双侧瞳孔的形状。
2. 评估瞳孔光反射的情况。

三、物品准备

- 1) 手电筒；2) 测量尺。

四、操作要点

1. 核对床号、姓名。
2. 评估瞳孔的大小：评估者一手拇指、食指拨开患者上下眼睑，另一手持瞳孔测量尺，患者瞳孔与测量尺的黑远点数值对比。
3. 评估瞳孔光反射的情况：将光源移向一侧瞳孔中央并迅速移开，瞳孔感光后迅速缩小为直接对光反射灵敏，同样的方法观察另一侧瞳孔的对光反射，未被直接照射的另一侧瞳孔同时也缩小为间接对光反射灵敏。
4. 注意观察瞳孔变化提供的病情信息：1) 发现突然意识丧失，一侧瞳孔散大，伴有烦躁不安、呕吐、呼吸深慢、脉搏慢、血压高，提示有脑疝形成，需要立即降颅压处理。2) 发现双侧瞳孔缩小，考虑有蛛网膜下腔出血、有机磷农药中毒或使用吗啡类及冬眠类药物。3) 发现针尖样瞳孔，考虑脑桥损伤、冬眠类药物中毒。动眼神经麻痹或损害时，直接对光反射、间接对光反射均消失；视神经完全性损害时，直接光反射消失，间接光反射存在。
5. 记录：在护理记录单上准确记录瞳孔的大小、形状、对光反射等情况。

五、指导要点

1. 向患者或家属解释观察瞳孔的目的及意义。
2. 告知患者或家属操作方法，指导患者配合。

六、注意事项

1. 眼科疾病、中枢神经系统疾病、心肺复苏、大手术后、中毒、病情变化、使用麻醉镇静类或阿托品等特殊药物者，随时评估。
2. 听取患者主诉，有无视物模糊，有无使用影响瞳孔的药物，如吗啡、氯丙嗪、阿托品、颠茄等药物、有无白内障、人工晶体植入等情况。

营养状态的评估技术规范

● 进食功能评估技术规范

一、操作目的

1. 正确评估患者的进食功能。
2. 为判断患者的营养状况提供依据。

二、评估要点



1. 评估患者的饮食习惯、喜好、食欲。
2. 评估患者的进食方式和自行进食的能力。
3. 评估进食的安全性及食物的安全性。
4. 评估是否需要特殊治疗、检查饮食。

三、物品准备

- 1) 餐具，如饭盒、筷子、勺子等；
- 2) 餐巾纸；
- 3) 桌椅。

四、操作要点

1. 核对床号、姓名。
2. 评估患者的饮食习惯：每日进餐的次数、用餐时间的长短、摄入食物的种类、量，进食是否规律。
3. 评估患者的饮食喜好：对酸甜苦辣的喜好程度，有无偏食，有无烟酒嗜好，是否进食补品，种类和量如何，服用时间，有无食物禁忌等。
4. 评估患者的食欲：观察有无影响食欲的因素，食物的色、香、味是否符合患者的个人喜好。
5. 评估患者的进食方式：是否能自行进食，是否留置鼻胃管、鼻肠管、造瘘管等。
6. 评估患者的进食能力：进食自理能力、咀嚼能力、吞咽能力。
7. 评估患者进食的安全性：食物有无过期、变质、受污染，食物的软硬度，有无食物过敏和不耐受，有无对婴幼儿、儿童、老年人及食道狭窄患者不宜的食物。
8. 评估是否需要特殊治疗、检查饮食，指导患者掌握与疾病有关的治疗、检查、康复饮食知识。
9. 记录：准确记录评估结果。

五、指导要点

1. 向患者或家属解释进食功能评估必要性，获得患者或家属的配合。

六、注意事项

1. 对自理能力缺陷的患者，护士应在旁协助进食。
2. 鼻饲管患者容易发生食物反流，加强管道护理。
3. 脑血管意外球麻痹患者易发生吞咽困难，引起误吸，应注意防范。
4. 注意长期的治疗饮食对食欲的影响。

● 鼻饲技术操作规范

一、操作目的

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、评估要点

1. 评估患者病情、意识状态、营养状况、合作程度。
2. 评估管饲通道情况、输注方式，有无误吸风险。
3. 向鼻饲者解释鼻饲的目的，取得患者配合。

三、物品准备



1) 治疗盘内: ①无菌治疗巾内: 一次性 50ML 灌注器 2 支、无菌纱布 3-4 块、治疗碗一个内放石蜡油纱布 1 块, 无菌镊一把; ②无菌治疗巾外: 鼻饲液、温开水、小水杯、(必要时)、一次性无菌手套、一次性胃管、一次性治疗巾、棉签、胶布、剪刀、别针、听诊器(必要时)、水温计、手电筒、弯盘、胃管标识; 2) 其他: 医嘱单、治疗卡、手消毒液、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号(呼唤患者、核对床头卡及腕带), 评估患者, 检查鼻腔, 有义齿者取下并妥善放置。
3. 洗手, 戴口罩。准备用物。
4. 备齐用物携至患者床旁, 再次核对。备胶带。
5. 协助患者取半卧位或坐位, 昏迷患者取去枕平卧位, 头向后仰。
6. 将一次性治疗巾围于患者颌下, 清洁鼻腔。
7. 打开无菌盘, 检查并打开胃管包装。
8. 戴手套, 检查胃管是否通畅, 测量胃管插入长度(一般为前额发际到胸骨剑突处或有耳垂经鼻尖至胸骨剑突的距离, 成人约 45~55cm, 婴幼儿 14~18cm)。
9. 用石蜡油纱布润滑胃管前端, 一手持纱布托住胃管, 另一手将胃管选定侧鼻腔轻巧插入至 10~15cm 时, 根据患者具体情况进行插管: ①清醒患者: 嘱患者吞咽, 顺势将胃管向前推进, 直至预定长度; ②昏迷患者: 左手将患者头部托起, 使下颌靠近胸骨柄, 增大咽部通道的弧度, 使管段沿后壁滑行, 插入胃管至 长度。初步固定。
10. 插胃管过程中, 观察患者病情变化, 若出现恶心、呕吐, 应暂停插入, 嘱患者深呼吸; 插入不畅时, 检查胃管是否盘曲口中或将胃管抽出少许, 再小心插入; 呛咳、呼吸困难、紫绀时, 应立即拔管。
11. 证实胃管在胃内: ①在胃管末端连接注射器抽吸, 有胃液被抽出; ②置听诊器于患者胃部, 快速经胃管向胃内用注射器迅速注入 10ml 空气, 听到气过水声; ③将胃管末端置于盛水的治疗碗内, 无气泡溢出。
12. 确认胃管在胃内后, 用胶布将胃管固定于颊部。
13. 测量鼻饲液温度, 先注入少量温开水, 再缓慢注入鼻饲液或药液等。
14. 鼻饲完毕后, 再注入少量温开水冲洗胃管。
15. 将胃管末端塞紧或反折, 用纱布包好, 用别针固定于合适处。
16. 协助患者清洁颜面部, 撤去弯盘和治疗巾。
17. 清洗灌注器, 放于鼻饲盘内备用, 将鼻饲盘放于床旁桌上。
18. 脱手套。整理床单位, 协助患者取舒适卧位。询问患者需要, 行相关知识宣教。
19. 处理用物。
20. 洗手, 取口罩。
21. 记录插管时间、鼻饲液种类及量、病人有无反应等。
22. 操作速度: 完成时间 10 分钟以内。

五、指导要点



1. 告知患者插胃管和鼻饲不良反应。
2. 告知患者插胃管和鼻饲操作中不适及配合方法。
3. 指导患者在恶心时做深呼吸或吞咽动作。
4. 带管患者注意胃管脱出。

六、注意事项

1. 插管过程中患者出现呛咳，呼吸困难，紫绀等，表示误吸气管，应立即拔出，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 15 厘米），左手托起头部，是下颌靠近胸骨柄，加大咽部通道的弧度，使管端沿后壁滑行。插至所需长度。
3. 每天检查胃管插入的深度，鼻饲前检查胃管是否在胃内，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，防止管道堵塞。
5. 鼻饲混合流食，应当间接加温，以免蛋白凝固。
6. 对长期鼻饲的患者，每天用油膏涂试鼻腔粘膜，轻轻转动鼻胃管，每天进行两次口腔护理，并当定期更换胃管。

● 消化、吸收和排泄功能评估技术规范

一、操作目的

1. 正确评估患者的消化、吸收和排泄功能。
2. 为判断患者的营养状况提供依据。

二、评估内容

1. 评估患者的巩膜、皮肤色泽、体型。
2. 评估患者有无恶心呕吐、腹痛、腹胀。
3. 评估患者排尿、排便情况。

三、物品准备

- 1) 听诊器；2) 血压计；3) 手表等

四、操作要点

1. 核对床号、姓名。
2. 评估患者的巩膜、皮肤色泽，有无苍白、黄染、晦暗，有无腹水、水肿、脱水、发热等。
3. 观察患者体型是否正常，有无过度肥胖或消瘦。
4. 评估患者有无恶心、呕吐，观察是否与体位、进食、药物、运动、情绪有关，观察呕吐物的性质、量、频率、持续时间。
5. 评估患者有无腹痛、腹胀的部位、程度、性质、发作时间、持续时间。腹部叩诊鼓音范围有无增大，腹部触诊腹壁紧张程度、抵触感、压痛、反跳痛。
6. 评估有无呕血、便血，观察呕血、便血的量、颜色、形状、频率及持续时间，是否伴有面色苍白、心率增快、血压降低等症状。
7. 评估肠蠕动的频率及程度，在脐部听诊 1min，评估肠鸣音是否活跃、亢进、减弱或消失。
8. 评估患者每日大便的次数、量、颜色、性质，是否存在便秘或腹泻及其诱发因素，



是否使用影响消化吸收的药物，有无肠痿、人工造瘘口。

10. 记录：将评估结果准确地记录在护理评估单和护理记录单上。

五、指导要点

1. 向患者或家属解释评估的重要性，指导其配合。

六、注意事项

1. 注意辅助检查结果，有无血红蛋白、红细胞、白细胞、X线、B超等。

2. 喷射性呕吐常见于颅内压增高的患者，幽门梗阻的呕吐物多为宿食，有酸臭味，低位肠梗阻者呕吐常有粪臭味。

3. 肠鸣音活跃 >10次/min；肠鸣音亢进；次数多而响亮、高亢的金属音；肠鸣音减弱 <4次/min，甚至数分钟才听到一次。肠蠕动增强见于腹泻、肠炎、甲亢患者；肠蠕动减弱见于便秘、低血钾、胃肠功能低下的患者、肠蠕动消失见于急性腹膜炎、腹部大手术后或各种原因所致的麻痹性肠梗阻。

● 体重评估技术规范

一、操作目的

1. 准确获取患者的体重。

2. 为评估患者营养状况、计算体重指数、判断质量效果和进展提供依据。

二、评估要点

评估患者的活动能力

三、物品准备

1) 磅秤；2) 电池

四、操作要点

1. 核对患者床号、姓名。

2. 评估患者的活动能力，能否自行下床测量体重。必要时准备磅秤到患者床旁，辅助路上磅秤。危重患者使用卧位称重法。

3. 调校磅秤指针为“0”，准确读数。

4. 测量完毕，助患者上床休息。

5. 准确记录，单位用 kg 表示。

五、指导要点

1. 向患者或家属解释测量体重的必要性及配合方法。

2. 新入院、术前一天患者应常规测量体重，妊娠期妇女、住院患者每周测一次体重，新生儿、腹水、水肿、透析患者每日测一次体重。

3. 发现肥胖及消瘦者，给予健康指导，注意过度肥胖及消瘦者的各项辅助检查结果，同时观察其有无伴随心脑血管疾病的症状及体征。

六、注意事项

1. 测量体重时，需调校磅秤指证为“0”，查看电子体重计的电量是否充足。

2. 固定测量时间，一般在患者早餐前测量，每次用相同的磅秤，穿重量相等的衣物测量。

3. 评估患者能否站稳，谨防跌倒



皮肤黏膜的评估规范

● 皮肤的评估技术规范

一、操作目的

1. 正确评估患者皮肤的清洁度、颜色、温度、湿度、弹性等状况。
2. 为预防皮肤感染及并发症的发生提供依据。

二、评估要点

1. 评估皮肤的颜色、清洁度、温度、湿度、弹性等情况。
2. 评估毛发及指甲的情况。
3. 评估皮肤是否存在水肿。
4. 评估皮肤的冷热感觉的情况。
5. 评估受压皮肤的情况。

三、物品准备

1) 评估者：检查者双手应暖和；2) 环境：光线充足、私密，室温 24 ~ 26℃；3) 患者：充分暴露检查部位，采用自然体位。

四、操作要点

1. 核对患者的床号、姓名。
2. 评估患者皮肤颜色，有无发绀、苍白、发红、黄染、色素沉着，有无皮疹、丘疹、水疱、破损、伤口、出血点、瘀斑和硬结等异常情况，了解其分布特点、形态大小、范围和性质。
3. 询问患者皮肤有无瘙痒、疼痛或不适感，其持续时间及消失时间、发展顺度，加重原因，用药史等，对日常活动有无影响。
4. 评估皮肤的清洁度、湿度、温度，是否干燥或潮湿，有无污垢，有无发热或发冷。
5. 评估皮肤的弹性，用食指和拇指将手背内侧皮肤捏起，检查皮肤的弹性。
6. 评估患者毛发的光泽、清洁情况，观察指甲颜色、光泽、清洁情况，有无斑点、发绀。
7. 评估患者是否存在水肿，观察眼睑、颜面有无浮肿，腹部、四肢有无水肿，腹部叩诊有无移动性浊音，用手指压胫前或踝部皮肤，判断水肿的性质。
8. 用冷或温暖的物品接触手背或足背皮肤，检查皮肤的冷热感觉。
9. 评估受压皮肤的情况，患者活动能力、肢体活动度，有无被动体位，观察受压皮肤的颜色，有无红肿热痛、水疱、破溃，有无大小便失禁、皮肤受潮等。
10. 记录评估的阳性结果及潜在危险因素。

五、指导要点

1. 告知患者或家属进行皮肤评估的目的。
2. 向患者或家属解释操作方法，取得患者的配合。
3. 对儿童进行皮肤评估时，给予适当的玩具和书籍吸引，以便配合检查。
4. 主要观察部位：病变局部、面部、巩膜、结膜、口唇、四肢、指甲、手指、足趾、乳头、



乳晕、外生殖器等。

六、注意事项

1. 皮肤皱褶平复缓慢为皮肤弹性减弱，常见于消耗性疾病、营养不良、严重脱水等患者。
2. 评估皮肤的冷热感觉时，偏瘫、糖尿病患者易发生感觉异常，注意防止冻伤和烫伤。
3. 长期卧床、危重、大小便失禁、营养状况差、活动受限的患者易发生压疮，注意受压和骨突部位的评估。

● 口腔黏膜的评估技术规范

一、操作目的

1. 正确评估口腔黏膜，了解患者的自理能力。
2. 了解患者口腔卫生、口腔疾病及全身疾病等状况。
3. 为制定护理计划提供依据。

二、评估要点

1. 评估患者的自理能力及对口腔卫生与口腔疾病相关知识的了解程度。
2. 评估口腔气味、口唇色泽、口腔黏膜、牙齿、牙龈、舌及咽喉等情况。

三、物品准备

- 1) 环境：病室内光线充足；2) 压舌板、手电筒、手套，必要时准备开口器。

四、操作要点

1. 核对床号、姓名。
2. 洗手、戴口罩及手套。
3. 协助患者采用坐位、仰卧位或侧卧位，头稍后仰，轻轻张开嘴巴，评估者一手持压舌板轻轻压在患者舌面，另一手持手电筒查看口腔。
4. 评估口腔有无异味，如烂苹果味、氨臭味、大蒜味等。
5. 评估口腔色泽、温湿度，有无苍白、发绀及口唇干燥等。
6. 评估口腔黏膜是否完整，有无溃疡、出血、白斑等。
7. 牙齿数量是否齐全，有无义齿，义齿是否合适，有无龋齿、牙结石等。
8. 评估牙龈有无出血、红肿，是否萎缩、溢脓，观察有无出血性疾病、牙周炎、维生素C缺乏症等。
9. 评估舌面的颜色、温湿度，舌苔的厚薄，舌头有无溃疡、肿胀及伸舌是否居中、活动自如。观察腭部、悬雍垂、扁桃体的颜色，有无充血、红肿、分泌物，观察扁桃体的大小等。
10. 准确地在护理记录单上记录评估结果。

五、指导要点

1. 告知患者或家属进行口腔粘膜评估的目的。
2. 现患者或家属解释操作方法，指导患者配合。

六、注意事项

1. 昏迷患者必要时使用开口器。
2. 烂苹果味见于酮症酸中毒，氨臭味见于肝昏迷，大蒜味见于有机磷中毒。
3. 口唇发绀见于心肺功能不全，口唇樱桃红色见于一氧化碳中毒。



4. 长期大量应用抗生素和危重患者容易出现白斑。

● 会阴部、肛周皮肤黏膜的评估技术规范

一、操作目的

1. 了解患者会阴部、肛周皮肤黏膜的情况。
2. 为定制护理措施提供依据。

二、评估要点

1. 评估会阴部皮肤黏膜的情况。
2. 评估肛周皮肤黏膜的情况。

三、物品准备

- 1) 环境：私密，光线充足；2) 手套；3) 必要时备屏风。

四、操作要点

1. 核对床号、姓名。
2. 洗手、戴口罩，用屏风遮挡或拉上窗帘。
3. 协助患者采取仰卧位，双下肢外展，暴露会阴部，戴手套。
4. 评估会阴部皮肤黏膜：1) 男性患者腹股沟有无潮湿、潮红，有无腹股沟疝，尿道口有无分泌物及污垢，阴囊有无水肿、湿疹，如有水肿，阴囊皮肤是否透亮、完整。2) 女性患者外阴部皮肤有无骚痒、潮红、湿疹，大小阴唇黏膜有无污垢，尿道口、阴道口有无分泌物，阴道口黏膜有无破损，阴毛有无缺如，有无子宫脱垂等。
5. 评估肛周皮肤黏膜：协助患者侧卧位，评估肛门周围皮肤颜色有无潮湿、潮红，有无脱肛，
有无外痔或脱出来的内痔；有无肛裂、挤压肛周皮肤，观察是否有肛瘘；评估臀部皮肤有无潮湿、潮红、破损等。
6. 注意观察患者大小便情况，大小便失禁、大便次数增多的患者，会阴部及肛周的皮肤容易发生湿疹、破损、压疮。
7. 将观察的阳性结果及存在的危险因素准确地记录在护理记录单。

五、指导要点

1. 告知患者或家属检查会阴部、肛周皮肤黏膜的目的及意义。
2. 向患者或家属解释操作方法，指导患者配合。

六、注意事项

1. 注意保护患者隐私。
2. 评估过程中注意为患者保暖，检查完毕后，协助患者采取舒适体位。



疾病功能体位评估技术规范

● 半坐卧位的功能位置评估技术规范

一、操作目的

1. 指导患者掌握正确的半坐卧功能位置。
2. 改善患者呼吸、保持腹腔引流通畅、减轻手术疼痛及局部出血。

二、评估要点

1. 评估患者的基本情况，能否自动保持半坐卧位及持续时间等。
2. 评估患者配合能力、身体移动能力、局部皮肤状况等。
3. 评估患者的半坐卧位是否准确、对半坐卧位的感受及皮肤受压情况。

三、物品准备

- 1) 软枕、小枕；2) 气圈，必要时备气垫床。

四、操作要点

1. 核对床号、姓名。
2. 评估患者的主诉、意识及呼吸状况、腹腔引流、腹部术后伤口以及动静脉留置管等，是否需要半坐卧位。
3. 评估患者配合能力、身体移动能力、局部皮肤状况及半坐卧位的能力。
4. 评估患者的半坐卧位是否准确：床头摇高 $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ ，床脚摇高，两膝下垫小枕并呈半屈状态，患者上半身自然抬高，双膝抬高呈自然弯曲状，也可根据患者的耐受情况调整床头的高度，头颈部下垫一软枕，缓解颈部肌肉的紧张度，减少疲劳。用小的软枕，轮换垫腰背部，间歇性改变支撑点。
5. 询问患者对半坐卧位的感受，患者是否舒适。
6. 评估骶尾部皮肤有无潮红或破溃及肢体血液循环情况，有无引流挂脱落、折叠、扭曲等现象。
7. 评估患者对半坐卧位的感受、持续时间、能否自动翻身。
8. 评估患者半坐卧位后是否达到医疗或护理的目的，观察呼吸、血压是否正常，腹腔引流是否通畅，腹部伤口愈合情况等。
9. 准确将评估结果记录在护理文书上。

五、指导要点

1. 告知患者或家属保持半坐卧位的意义。
2. 指导患者维持半坐卧位的方法。

六、注意事项

1. 注意给患者拉上床栏和保暖
2. 需要长期半坐卧位的患者，使用气垫床或在骶尾部上垫上气圈。



● 端坐卧位的功能位置评估技术规范

一、操作目的

1. 正确评估端坐卧位功能位置。
2. 改善左心衰竭、心包积液、支气管哮喘等患者的呼吸状况，降低不适感。

二、评估要点

- 1 评估患者的基本情况，能否自动保持半坐卧位持续时间等。
2. 评估患者配合能力、身体移动能力、局部皮肤状况等。
3. 评估患者的半坐卧位是否准确、对半坐卧位的感受及皮肤受压情况。

三、物品准备
1) 小桌；2) 软枕、水垫；3) 气圈，必要时备气垫床。

四、操作要点

1. 核对床号、姓名。
2. 评估患者的主诉、临床表现、生命体征、呼吸困难等情况，评估是否需要端坐卧位。
3. 评估患者的意识状态、身体移动能力及理解合作程度，评估患者能否自动保持端坐卧位，是否需要协助。
4. 评估患者的端坐卧位是否准确：穿透是否摇高 $70^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ，询问患者对端坐卧位的感受，观察受压皮肤的情况。
5. 评估患者保持端坐卧位的能力、持续时间、能否自动翻身。
6. 评估患者端坐卧位后是否达到医疗或护理的目的，观察左心衰竭、心包积液、支气管哮喘由于改善。
7. 准确将评估结果记录在护理文书上。

五、指导要点

1. 告知患者或结束保持端坐卧位的意义，指导患者维持端坐卧位的方法。
2. 端坐卧位可以在床上放一小桌，垫上小软枕，让患者可伏在小桌上休息。
3. 如果是肺水肿患者，吧患者双下肢放在床边使其下垂。

六、注意事项

1. 注意给患者上床栏和保暖。
2. 对于活动困难、处于强迫端坐卧位的患者，臀下垫水垫、软枕或气圈，观察受压皮肤有无潮红或破溃。

● 颅脑疾病患者的功能位置评估技术规范

一、操作目的

1. 保证患者在相应的功能位置。
2. 有利于改善脑水肿，减轻颅内压，达到协助治疗的作用。

二、评估要点

1. 评估患者的基本情况，是否能自动保持相应卧位，是否需要协助。
2. 评估各种颅脑功能体位是否正确，卧位保持时间等。

三、物品准备：软枕。



四、操作要点

1. 核对床号、姓名。
2. 评估患者临床表现、生命体征、颅脑术后伤口引流的情况。
3. 评估患者意识状况、配合能力、身体移动能力等。
4. 评估各种颅脑问题患者的功能体位是否正确：1) 颅内压增高患者、脑脊液分流术后：抬高床头 15° - 25° 。2) 耳漏患者：仰卧位或侧卧位，禁止健侧卧位。3) 重度颅脑外伤昏迷患者：仰卧头偏向一侧或侧卧；4) 脑脊液漏的患者：仰卧或抬高抬高床头 15° - 25° ；5) 慢性硬膜下血肿术后，低颅压综合征患者：头低脚高位；6) 颅脑手术后麻醉苏醒期的患者：仰卧位，头偏向健侧，口中放置口咽通气管患者，肩下垫一软枕，头向后仰；7) 垂体瘤术后患者：抬高床头 30° - 60° ；8) 体积较大的肿瘤切除术后：24h 内手术区应保持高位，以免突然翻动时发生脑干移位。
5. 评估卧位保持的时间、患者的生命体征、受压皮肤有无异常情况。
6. 记录：在护理记录单上记录功能体位摆放的时间、患者受压皮肤的情况。

五、指导要点

1. 告知患者或家属保持特殊体位的意义。
2. 指导患者维持特殊体位的方法。

六、注意事项

1. 必要时给患者拉上床栏和保暖。
2. 注意观察患者的呼吸、血压、脉搏、脑压检测情况，有无痰鸣音。
3. 留置脑室引流管的患者，变动体位时，注意调节相应引流管的高度，放置引流过度引起低颅压或引流不畅引起颅高压。同时观察引流管是否通畅、伤口敷料有无渗液等。

● 偏瘫患者功能体位位置评估技术规范

一、操作目的

通过良肢位摆放预防关节挛缩、变形、痉挛及关节的二次障碍。

二、评估要点

1. 了解患者病情、意识、四肢活动情况及配合能力。
2. 评估患肢的配合程度及皮肤情况。
3. 对清醒患者，结石操作目的和方法，获得患者的配合。

三、物品准备

治疗车上放翻身枕 2-3 个。

四、操作要点

1. 评估患者：了解病情以及患肢情况，解释取得合作，按需求给予便盆查看皮肤情况。
2. 视季节、病情关好门窗，松开床位被等。
3. 护士准备：着装整洁，洗手，戴口罩。
4. 将用物携至床旁，核对手腕带信息：床号，姓名，住院号。
5. 仰卧位：头部由枕头良好支撑，在环患侧臀部，大腿下面放置枕头，使骨盆向前。在患肩下放一枕头，使其前伸，手心向上从而使上肢处于正确抬高位置，使伸肘、腕背伸和



伸指。

健侧卧位：患侧上肢由枕头支持在患者的前面，上举约 100 度患侧下肢向前屈髋屈膝，并完全有枕头支持，注意不能内翻悬在枕头边缘。

6. 体位摆好后整理床单位。
7. 告知患者注意事项。
8. 整理用物，洗手。

五、指导要点

1. 告知患者良肢摆放目的，取得配合。
2. 指导患者掌握自我翻身技术和注意事项。

六、注意事项

1. 床应平放，床头不得抬高，任何时候避免半卧位。
2. 手中不应放置任何东西，不应再足底放置任何东西，试图以此避免跖屈畸形不可取。
3. 任何时候禁忌拖、拉患侧上肢，以防止肩关节半脱位。



生命体征监测技术操作规范

生命体监测技术操作规范

一、操作目的

1. 判断患者的体温、脉搏、呼吸、血压有无异常。
2. 动态监测体温、脉搏、呼吸、血压的变化：协助诊断，为预防、治疗、康复、护理提供依据。
3. 监测血压的变化，间接了解循环系统功能。

二、评估要点

1. 询问患者身体情况：1) 病情、营养状况、意识状态、年龄、合作程度。2) 患者30min内有无进食、冷热饮、行冷热敷、沐浴、剧烈活动、情绪激动、基础血压值、使用兴奋剂(如浓茶、咖啡)、使用镇静剂或洋地黄类药物等。3) 被测量部位有无创伤、手术、炎症、偏瘫、功能障碍。

2. 向患者解释测量体温、脉搏、呼吸、血压的目的，取得患者配合。

三、物品准备

1) 治疗盘内：血压计、听诊器、体温计、清洁容器(内备已消毒体温计一支)、另备一容器(放使用后的体温计)、含消毒液纱布或棉球、弯盘；2) 表(带有秒针)；3) 记录纸、笔；4) 测量肛温时另备润滑剂、棉签、卫生纸；5) 医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者姓名、床号、住院号、(呼唤患者，核对床头卡及手腕带)评估患者。
3. 洗手，戴口罩。检查血压计、听诊器、体温计是否完好，将体温计水银柱甩至35℃以下。
4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。
5. 根据患者病情、年龄等选择测量体温的方法。协助患者取坐位或者卧位。
6. 测量体温：按要求放置体温计，计时。
 - 1) 测腋温：擦干患者腋下的汗液，将体温计水银端放于患者腋窝深处并贴紧皮肤，协助患者屈臂过胸夹紧，防止滑脱。测量时间10min。
 - 2) 测口温：将水银端放于患者舌下热窝，闭紧口唇，用鼻呼吸，测量时间3min。
 - 3) 测肛温：先在肛表前端涂润滑剂，将肛温计的水银端轻轻插入肛门3~4cm，测量时间3min，并用卫生纸擦净肛门。
7. 测量脉搏：
 - 1) 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。
 - 2) 一般患者可以测量30秒，脉搏异常者，测量1min，核实后报告医生。
8. 测量呼吸：



1) 将手放置患者的诊脉部位似诊脉状, 观察患者的胸腹部, 一起一伏为一次呼吸, 测量 30 秒。

2) 危重患者呼吸不易观察时, 用少许棉花置于病人鼻孔前, 观察棉花吹动情况, 计数一分钟。

9. 测量血压,

1) 放置血压计, 保持血压计零点与肱动脉, 心脏同一水平处。取卧位时平腋中线; 坐位时平第四肋。

2) 卷袖露臂手掌向上, 肘部伸直。

3) 打开血压计, 开启水银槽开关。驱尽袖带内空气, 平整的缠于患者上臂膀中部, 下缘距肘窝 2~3cm, 缠袖带, 松紧以能插入一指为宜。

4) 听诊器置于肱动脉搏动最明显处, 一手固定, 另一手握加压气球, 关气门, 匀速向袖带内充气至肱动脉搏动消失后, 再升高 20~30mmHg。

5) 匀速缓慢放气, 速度以水银柱每秒下降 4mmHg 为宜, 注意水银柱刻度和肱动脉声音的变化。

6) 在听诊器中听到第一声搏动, 此时水银柱所指的刻度即为收缩压。当搏动声突然变弱或消失时, 此时水银柱所指的刻度为舒张压。(如果血压未听清或异常, 需要重测时, 应先将袖带内气体驱尽, 使汞柱降到“0”点之后再行测量)。

7) 测量完毕, 松袖带, 还原听诊器, 整理患者衣袖。

8) 排尽血压计袖带内余气, 整理后放入盒内。血压计盒盖向右倾斜 45 度, 使水银全部流回槽内, 关闭水银开关, 盖上盒盖, 平稳放置。

10. 按规定时间取出体温计, 并用含消毒液纱布擦拭后读取体温数。

11. 告知患者所有项目的测量结果。

12. 整理患者衣、被、协助患者取舒适体位。询问患者需要, 根据病情行相关的知识宣教。

13. 按要求分类处理用物。

14. 洗手, 取口罩。

15. 做好相应的记录, 并将测量结果绘制于体温单上。

16. 操作速度: 完成时间限 12min 以内。

五、指导要点

1. 告知患者测量结果。

2. 告知患者测量体温、脉搏、呼吸、血压的注意事项。

3. 告知患者测量口温前 15~30min 勿进食过冷、过热的食物, 测量口温时闭口用鼻呼吸, 勿用牙咬体温计。

4. 根据患者实际情况, 指导患者或家属正确测量体温、脉搏、呼吸、血压的方法。

六、注意事项

1. 婴幼儿、意识不清或不合作的患者测量体温时, 护理人员应当守护在患者身旁。

2. 如有影响测量体温的因素时, 应当推迟 30min 测量。

3. 发现体温和病情不符时, 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，应当立即清除口腔内玻璃碎片，再口服蛋清或牛奶延缓汞的吸收。若病情允许，服富含纤维素食物以促进汞的排泄。

6. 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。

7. 呼吸的速率会受到意识的影响，测量时不必告诉患者。

8. 呼吸不规律的患者及婴儿应当测量 1 分钟。

9. 测量血压时保持测量者视线与血压计刻度平行。

10. 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。

11. 按照要求选择袖带。

12. 若衣袖过紧或太多时，应当脱掉衣服，以免影响测量结果。

体温监测技术操作规范

一、操作目的

1. 判断患者的体温有无异常。

2. 动态监测体温变化，协助诊断，为预防、治疗、康复、护理提供依据。

二、评估要点

1. 评估患者病情、年龄、意识状况、合作程度。

2. 评估测量部位和皮肤情况。

3. 30min 内是否进行剧烈活动，有无进冷热饮、做冷热敷、洗澡及坐浴、灌肠等治疗。

三、物品准备

1) 治疗盘内：清洁容器（内备已消毒体温计 1 支）、另备一容器（放使用后的体温计）、含消毒液纱布或棉球、弯盘；2) 表；3) 记录纸、笔；4) 测量肛温时另备润滑剂、棉签、卫生纸；5) 测温时备清洁纱布 1 块；6) 快速手消毒剂；7) 医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。

2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者，核对床头卡及手腕带），评估患者。

3. 洗手，戴口罩。检查体温计是否完好，将体温计水银柱甩至 35℃ 以下。

4. 备齐用物携至床旁。再次核对。

5. 根据患者病情、年龄等选择测量体温的方法。协助患者取舒适卧位。

6. 测量体温：按要求放置体温计，计时。

①测腋温：擦干患者腋下的汗液，将体温计水银端放于患者腋窝深处并贴紧皮肤，协助患者屈臂过胸夹紧，防止滑脱。测量时间 10 分钟。

②测口温：将水银端斜放于患者舌下热窝，闭紧口唇，切勿用牙咬，用鼻呼吸，测量时间 3 分钟。

⑤测肛温：患者取侧位或屈膝仰卧位露出臀部，先在肛表前端涂润滑剂，将肛计的水银端轻轻插入肛门 3～4 厘米，测量时间 3 分钟，并用卫生纸擦净肛门。



7. 按规定时间取出体温计，并用含消毒液纱布擦拭后读取体温数。
8. 告知患者体温的测量结果，并记录。
9. 整理患者衣、被，协助患者取舒适体位。询问患者需要，根据病情行相关知识宣教。
10. 按要求分类处理用物。
11. 洗手，取口罩。
12. 做好相应记录。
13. 操作速度：完成时间限 5 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者测量结果。
2. 告知患者测量体温的必要性、配合方法及注意事项。
3. 告知患者测量口温前 15 ~ 30 分钟勿进食过冷、过热的食物，测口温时闭口用鼻呼吸，勿用牙咬体温计。
4. 根据患者实际情况，指导患者或家属学会正确测量体温的方法，并指导患者切忌把体温计放在热水中清洗或沸水中煮，以免引起爆炸。
5. 指导患者处理体温计意外损坏后，防止汞中毒的方法。

六、注意事项

1. 婴幼儿、意识不清或不合作的患者测量体温时，护理人员应当守护在患者身旁。
2. 如有影响测量体温的因素时，应当推迟 30 分钟测量。
3. 发现体温和病情不符时，应当复测体温，必要时可同时采取两种不同的测量方式作为对照。
4. 腋下有关节、手术、炎症、腋下出汗较多、极度消瘦的患者不宜测腋温。
5. 婴幼儿、精神异常、昏迷、不合作、口鼻手术或呼吸困难者，禁忌测量口温。
6. 如患者不慎咬破汞温度计，应当立即消除口腔内玻璃碎片，再口服蛋清或牛奶延缓汞的吸收。若病情允许，服富含纤维素食物以促进汞的排泄。

脉搏监测技术操作规范

一、操作目的

1. 测量患者脉搏，判断有无异常情况。
2. 监测脉搏变化，间接了解循环系统功能。

二、评估要点

1. 患者病情、意识和基础脉率值。
2. 意识配合程度。
3. 患者 30min 内有剧烈活动、情绪波动、进食、使用兴奋剂（如浓茶、咖啡）、使用镇静剂或洋地黄类药物。
4. 有无心血管疾病，被测量部位有无血管病变、皮肤有无损伤。

三、物品准备



- 1) 记录本、笔、表（带有秒针）；2) 必要时备听诊器

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者，核对床头卡及手腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩，备齐用物携至床旁，核对患者床号、姓名。
4. 协助患者取坐位或卧位。手臂轻松放置于床上或桌面上。
5. 以示指、中指、无名指的指腹按压桡动脉或其他表浅大动脉，力度适中，以能感觉到脉搏搏动为宜
6. 一般患者可以测量 30 秒，脉搏异常者，测量 1 分钟，核实后报告医师。
7. 告知患者脉搏次数，并记录。
8. 整理衣、被，询问患者需要，必要时行相关知识宣教。
9. 酌情处理用物。洗手拖口罩。
9. 按要求分类处理用物。
10. 做好相应记录。
11. 操作速度：完成时间限 3 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者测量结果。
2. 根据患者实际情况，指导患者或家属学会正确测量脉搏的方法，

六、注意事项

1. 脉搏短绌的患者，需一名护士测量脉搏，另一名护士听心率，同时测量 1 分钟。
2. 如患者有紧张、剧烈运动、哭闹等情况，需稳定后测量。
3. 脉搏细弱难以触诊时，可用听诊器听诊心率 1 分钟代替。
4. 除桡动脉外，可测量颞动脉、肱动脉、颈动脉、腘动脉、足背动脉等。
5. 切记不可用拇指诊脉。

呼吸测量技术操作规范

一、操作目的

测量患者的呼吸频率，监测呼吸变化。

二、评估要点

1. 患者病情、意识状态及年龄。
2. 患者 30min 内有无剧烈活动、情绪波动。
3. 胸腹部有无外伤、皮肤感染（如带状疱疹等）
4. 有无心、肺疾患等。

三、物品准备

- 1) 记录本、笔、表（带有秒针）；2) 必要时备棉花。

四、操作要点



1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者，核对床头卡及手腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩，备齐用物携至床旁，核对患者床号、姓名。
4. 协助患者取平卧位。手臂轻松放置于床上。
5. 视病情不同：（测量时，操作者应保持视线与患者胸廓水平平齐，婴幼儿及呼吸不规律者应测满 1 分钟）

①将手放至患者的诊脉部位似诊脉状，观察患者的胸腹部，一起一伏为一次呼吸，测量 30 秒。

②危重病人呼吸不易观察时，用少许棉花置于病人鼻孔前，观察棉花吹动情况，计数 1 分钟。

6. 告知患者呼吸次数，并记录。
7. 整理衣、被，询问患者需要。必要时性相关知识宣教。
8. 酌情处理用物。洗手，脱口罩。
9. 做好相关记录。
10. 操作速度：完成时间限 3 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者测量结果。
2. 根据患者实际情况，指导患者或家属学会正确测量呼吸的方法。

六、注意事项

1. 呼吸的速率会受到意识的影响，测量时不必告诉患者、
2. 呼吸不规律的患者及婴幼儿应当测量 1 分钟。

血压监测技术操作规范

一、操作目的

1. 测量和记录患者血压，判断有无异常情况。
2. 监测血压变化，间接了解循环系统功能。

二、评估要点

1. 患者病情、基础血压值和用药情况。
2. 意识状态及合作程度。
3. 患者 30min 内有无热敷、淋浴、活动、情绪波动。
4. 被测量肢体有无偏瘫、功能障碍，测量部位皮肤有无损伤。

三、物品准备

- 1) 治疗盘：血压计、听诊器、弯盘；2) 记录纸、笔。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者，核对床头卡及手腕带），评估患者。



3. 洗手，戴口罩。检查血压计、听诊器。
4. 备齐用物携至床旁。再次核对。
5. 根据患者病情、年龄等选择测量血压的方法。协助患者取坐位或卧位。
6. 测量血压：
 - ①放置血压计，保持血压计零点与肱动脉、心脏同一水平处。取卧位时平腋中线；坐位时平第四肋。
 - ②卷袖露臂手掌向上，肘部伸直。
 - ③打开血压计，开启水银槽开关。驱尽袖带内空气，平整地缠于患者上臂膀中部，下缘距肘窝 2~3cm，缠袖带，松紧以能插入一指为宜。
 - ④听诊器置肱动脉搏动最明显处，一手固定，另一手握加压气球，关气门，匀速向袖带内充气至肱动脉搏动消失后，再升高 20~30mmHg。
 - ⑤匀速缓慢放气，速度以水银柱每秒下降 4mmHg 为宜，注意水银柱刻度和肱动脉声音变化。
 - ⑥在听诊器中听到第一声搏动，此时水银柱所指的刻度即为收缩压。当搏动声突然变弱或消失，此时水银柱所指的刻度即为舒张压。（如果血压未听清或异常，需要重测时，应先将袖带内气体驱尽，使汞柱降至“0”点后再行整理）。
 - ⑦测量完毕，松袖带，还原听诊器，整理患者衣袖。
 - ⑧排尽血压计袖带内余气，整理后放入盒内。血压计盒盖右倾 45°，使水银全部流回槽内，关闭水银开关，盖上盒盖，平稳放置。
7. 告知患者测得的血压值，并记录。
8. 整理患者衣、被，协助患者取舒适卧位。询问患者需要，根据病情行相关知识宣教。
9. 按要求分类处理用物。
10. 洗手，取口罩。
11. 做好相应记录。
12. 操作速度：完成时间限 7 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者测量结果。
2. 告知患者测量血压的目的、意义、注意事项和配合方法。
3. 根据患者实际情况，指导患者或家属学会正确测量血压的方法，药物的作用和副作用。

六、注意事项

1. 保持测量者视线与血压计刻度平行。
2. 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。
3. 按照要求选择合适袖带。
4. 若衣袖过紧或过多时，应当脱掉衣服，以免影响测量结果。
5. 偏瘫患者选择健侧上臂测量血压。



血氧饱和度监测技术操作规范

一、操作目的

监测患者机体组织缺氧状况，为氧疗等治疗提供依据。

二、评估要点

1. 了解患者身体状况、意识状态、吸氧流量、自理能力、合作程度。
2. 向患者解释监测目的及方法，取得患者合作。
3. 评估指（趾）甲循环、皮肤完整性以及肢体活动情况。
4. 评估周围光照条件，是否有电磁干扰。

三、物品准备

无创血氧饱和度监测仪，或者将监测仪模块及导体与多功能监护仪连接。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼叫患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 检查仪器功能是否完好。
5. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。协助患者取舒适体位，清洁局部皮肤及指（趾）甲。
6. 接好电源，开启开关。
7. 将传感器正确安放于患者手指、足趾或者耳廓处（有红色指示灯一端放于患者甲床），使其光源透过局部组织，保证接触良好。
8. 根据患者病情调整波幅及报警界限。
9. 整理床单位，协助患者取舒适体位，询问需求。
10. 处理用物。洗手，取口罩。
11. 定时巡视，观察病情并做好记录。

五、指导要点

1. 告知监测目的、方法及注意事项。
2. 告知患者不可随意摘取传感器。
3. 告知患者和家属避免在监测仪附近使用手机，以免干扰监测波形。

六、注意事项

1. SpO₂ 监测报警下限设置为 90%，观察监测结果，发现异常及时报告医生。
2. 下列情况可以影响监测结果：患者发生休克、体温过低、使用血管活性药物及贫血等。周围环 3 境光照太强、电磁干扰及涂抹指甲油等也可以影响监测结果。
3. 注意为患者保暖，患者体温过低时，采取保暖措施。
4. 观察患者局部皮肤及指（趾）甲情况，定时更换传感器位置。
5. 怀疑 CO 中毒的患者不宜选用脉搏血氧监测仪。



心电监护技术操作规范

一、操作目的

监测患者心率、心律变化等生命体征参数变化，为病情诊断及治疗提供信息支持。

二、评估要点

1. 评估患者病情、意识状态。
2. 评估患者胸部皮肤状况。
3. 对清醒患者，告知监测目的及方法，取得患者合作。
4. 评估患者周围环境、有无电磁波干扰。

三、物品准备

- 心电监护仪（包括监护导联线）；2）电极 3-5 个；3）75% 的乙醇；4）棉签；5）纱布；6）弯盘；7）治疗卡；8）根据需要携带监测血氧饱和度；9）无创血压等的导联线。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼叫患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。检查监测仪功能及导线连接是否正常。
4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。
5. 根据患者病情，协助患者取平卧位或半卧位。
6. 连接电源线，然后打开监护仪开关。
7. 暴露患者胸部皮肤，酌情关闭窗备屏风。选择电极放置的位置：红色（F）置于左锁骨中线 4～5 肋间，黑色（L）置于左锁骨中线中点下缘或胸骨左缘第 2 肋间，白色（R）置于右锁骨中线中点下缘或胸骨右缘第 2 肋间。
8. 清洁患者皮肤，一般用 75% 的乙醇棉签清洁，必要时在电极安放处剃除体毛，保证电极与皮肤表面接触良好。
9. 将电极片连接至监测仪导连线上，按照监测仪标识要求贴于患者胸部正确位置，避开伤口，必要时应当避开除颤部位。
10. 按键调节导联、振幅、保证监测波形清晰、无干扰，设置相应合理的报警界限，但不能关闭报警声音，必要时走纸记录心电图情况。
11. 如需同时监测血压、血氧饱和度等，将监测模块或导联线插入多功能监护仪器上即可作相应监测。
12. 协助患者穿好衣服，取舒适卧位，整理床单位。
13. 根据病情行相关知识宣教。
14. 清理用物。
15. 洗手，取口罩，记录。
16. 操作速度：完成时间 20 分钟以内。

五、指导要点



告知患者心电监护的目的，配合事项，取得合作。

告知患者和家属避免在监测仪附近使用手机，以免干扰监测波形。

指导患者学会观察电极片周围皮肤情况，如有痒痛感及时告诉医护人员。

六、注意事项

1. 根据患者病情，协助患者取平卧位或者半卧位。

2. 密切观察心电图波形，及时处理干扰和电极脱落。带有起搏器的患者要区别正常心率与起搏心率。

3. 每日定时回顾患者 24 小时心电监测情况，必要时记录。

4. 正确设定报警界限，不能关闭报警声音。

5. 放置电极片时应避开伤口、瘢痕、中心静脉插管、起搏器及电除颤时电极板的位置。定期观察患者粘贴电极片处的皮肤，定时更换电极片和电极片位置。

6. 对躁动患者，应当固定好电极和导线，避免电极脱位以及导线打折缠绕。

7. 停机时，先向患者说明，取得合作后关机，断开电源。

8. 心电监护不具有诊断意义，如需更详细了解心电图的变化，需做常规导联心电图。



患者清洁与舒适操作规范

面部清洁操作规范

一、操作目的

帮助不能进行自我面部清洁的患者保持面部清洁与舒适。

二、评估要点

1. 根据患者的病情、意识、生活自理能力及个人卫生习惯。
2. 选择实施面部清洁的时间。

三、物品准备

- 1) 清洁的脸盆一个；2) 毛巾；3) 润肤乳

四、操作要点

2. 评估患者，向患者及家属解释操作的目的、步骤和必要的配合。
2. 洗手，准备用物。
3. 关闭门窗，围好屏风，调节室温至 24℃ 以上，水温 50-52℃。
4. 适宜的温水半盆和清洁的毛巾。
5. 将毛巾拧干至不滴水，清洁患者面部及颈部，顺序为：洗眼、额部、鼻翼、面部、耳后、直到颈部。
6. 强毛巾拧干，依次擦经患者面部各处的水。
7. 尊重患者的个人习惯，必要时涂润肤露。
8. 操作完毕，协助患者舒适卧位，整理床单位清洁、干燥。按需要更换床单，取合适卧位，开窗通风。
9. 清理用物，洗手后记录患者情况及效果。

五、指导要点

1. 防止患者受凉，保护患者隐私。
2. 注意水温，以免受凉。
3. 动作要敏捷，为取得按摩效果适当用力。
4. 注意洗净耳后、耳廓褶皱处。

六、注意事项

1. 擦洗过程中应更具情况更换热水、脸盆及毛巾。
2. 擦洗过程中注意观察患者皮肤有无异常及病情，若出现寒战、面色苍白等情况时，应立即停止擦洗，给予适当处理。



沐浴技术操作规范

一、操作目的

协助患者安全、舒适地进行沐浴。

二、评估要点

1. 患者的年龄、病情、意识状态、移动能力、皮肤感觉与完整性。
2. 沐浴环境的安全性。

三、物品准备

- 1) 沐浴床 / 椅；2) 坐凳；3) 清洁衣裤；4) 沐浴用品等

四、操作要点

1. 评估患者，告知患者操作目的、安全注意事项、贵重物品妥善存放。
2. 洗手，必要时穿防水围裙。
3. 检查门窗严密性和通风设施。必要时推患者至浴室。
4. 用防水膜或敷料覆盖留置针、伤口、引流管等。
5. 调室温至 22℃ 以上，水温 40-45℃。
6. 协助患者脱去衣物。
7. 按面颈、四肢、胸、腹、背及会阴顺序清洁，必要时与洗头同时进行。
8. 必要时用肥皂或沐浴露清洗。
9. 清水彻底冲洗。
10. 观察皮肤情况，擦干沐浴床或椅。
11. 协助患者穿衣。
12. 推患者回病房，根据意愿取舒适卧位。
13. 更换浸湿的敷料。

五、指导要点

1. 行动不便、较虚弱的患者可以选择坐位沐浴。
2. 对肢体活动受限、长期卧床、生活不能自理的患者选择擦浴或使用沐浴床 / 椅给予清洁。
3. 注意观察沐浴过程中及沐浴后患者的病情变化，必要时记录。

六、注意事项

1. 创伤及需要卧床休息的患者，不宜沐浴。
2. 饭后 1h 才能让进行沐浴，以免影响消化。
3. 糖尿病患者严禁空腹和在注射胰岛素后空腹沐浴。
4. 身体不适暂不进行沐浴。
5. 随时了解沐浴患者情况，注意防滑、防跌倒、防烫伤。
6. 沐浴中出现头晕、心慌的等不适时及时呼叫。
7. 自行沐浴者，嘱浴室不锁门，在门外挂牌示意。



床上擦浴操作规范

一、操作目的

1. 帮助不能进行沐浴的患者保持身体的清洁与舒适。
2. 促进皮肤的血液循环，增强其排泄功能，预防皮肤感染和压疮等并发症。

二、评估要点

1. 患者病情、生活自理能力、皮肤完整性。
2. 患者需要床上擦浴的需要、频率、持续时间等。

三、物品准备

1) 清洁衣裤；2) 毛巾；3) 水桶及脸盆；4) 屏风；5) 浴皂或淋浴液；6) 爽身粉；7) 必要时备便器和便巾。

四、操作要点

1. 评估患者，向患者及家属解释操作的目的、步骤和必要的配合。
2. 洗手、准备用物。
3. 关闭门窗，围好屏风，调节室温至 24℃ 以上，水温 50—52℃。
4. 脸盆置于合适处，倒入热水，将毛巾包在右手上，左手扶托患者头顶部，为患者洗脸及颈部。先擦眼，由内眦向外眦擦拭，然后擦洗一侧颈部、颊部、鼻翼、人中、耳后、下颌、直至颈部。同法擦另一侧，用较干毛巾依次擦洗一遍。
5. 脱下患者衣服，在擦洗部位下铺大毛巾，按顺序擦洗两上肢、胸、腹部；各部位先用浴皂的小毛巾擦洗，再用湿毛巾擦去皂液，清洗毛巾后在擦洗，最后用浴巾边按摩边擦干。1) 上肢由远心端向近心端擦洗；2) 擦洗乳房应环形用力；3) 腹部以脐为中心，顺结肠走向擦洗。
5. 协助患者侧卧，背向护士，依次擦洗后颈部、背臀部，擦洗后进行背部按摩，协助患者穿好上衣。
6. 嘱患者平卧，协助脱其裤，擦洗下肢、会阴、双足，擦干，穿好裤子。
7. 擦洗完毕可适当做按摩，根据需要给予爽身粉、修剪指（趾）甲，为患者梳头。
8. 整理床单位，按需更换床单，取合适卧位，开窗通风。
9. 清洗用物，洗手后纪录患者情况及效果。

五、指导要点

1. 防止患者受凉，保护患者隐私。
2. 尽量减少翻身和暴露，以免受凉。
3. 动作要敏捷，为取得按摩效果可适当用力。
4. 注意洗净耳后、耳廓、脐部、皮肤褶皱处、腹股沟、趾间。

六、注意事项

1. 饭后不宜马上擦浴。
2. 擦洗中应根据情况更换热水、脸盆及毛巾。
3. 擦洗过程中注意观察患者皮肤有无异常及病情，若出现寒战、面色苍白等情况时，应立即停止擦浴，给予适当处理。



头发清洁与床上洗头操作规范

一、操作目的

1. 维护头发整齐清洁，增进美观，促进舒适及维护自尊。
2. 去除头皮屑及污物，防止头发损伤，减少头发异味减少感染的机会。
3. 刺激局部的血液循环，促进头发的代谢和健康。

二、评估要点

1. 患者自理能力及个人卫生习惯。
2. 患者合作程度。
3. 头发和皮肤的清洁度。
4. 头皮有无感染、破损。

三、物品准备

- 1) 洗头用品；2) 洗头槽；3) 洗头器或者自制橡胶马蹄卷；4) 电吹风

四、操作要点

1. 评估患者，向患者及家属解释目的及过程。
2. 物品准备。
3. 协助患者排空大小便。调节室温在 22℃ 以上，水温 40-45℃。
4. 尽量按患者的洗头习惯选择洗头液或根据患者发质选择洗头液。
5. 患者取斜角卧位或取仰卧位，去除床头板。枕头移植患者肩下。垫橡胶单及大毛巾于枕上。
6. 用纱布遮双眼，非脱脂棉球塞两耳。
7. 确定合适水温后，充分润湿头发，洗发，直至洗净。
8. 吹干头发，梳理整齐。
9. 整理用物，必要时为患者更衣。协助患者取舒适卧位。

五、指导要点

1. 用指腹部揉搓头皮及头发，力量适中，避免抓伤头皮。
2. 洗发过程中保持衣服、床单位清洁、干燥。
3. 注意观察患者一般情况。

六、注意事项

1. 过于虚弱、头部伤口未愈合的患者不宜洗头。
2. 天冷时注意关门窗、风扇，防止风直接吹向患者。
3. 防止水流入眼睛及耳朵内。
4. 及时擦干活吹干头发，防止受凉。



床上梳头操作规范

一、操作目的

1. 刺激头部血液循环，促进头发的生长和代谢。
2. 使患者外表美观、感觉舒适。

二、评估要点

1. 患者病情、生活自理能力。
2. 患者对自身仪表的重视程度及合作程度。
3. 头发的长短、清洁度、头皮有无伤口、感染。
4. 头部皮肤情况。

三、物品准备

- 1) 梳子；2) 扫床用品；3) 30%酒精。

四、操作要点

1. 评估患者，解释梳头目的及过程。
2. 根据患者需要准备用物。患者取坐位或卧位。
3. 铺治疗巾于患者枕上或肩上。
4. 使用圆钝齿的梳子由发根到发梢梳头。
5. 询问患者的感受，观察病情变化。
6. 协助患者采取舒适卧位。
7. 整理床单位，清理用物。

五、指导要点

1. 避免强行梳拉，造成患者疼痛。若长头发或遇头发打结，可用30%酒精湿润后再梳顺。
2. 梳头时注意观察头皮情况和脱发情况。
3. 长发酌情编辫或扎成束，但不可太紧。

六、注意事项

1. 头部手术或有伤口的患者待头部伤口愈合后梳头，或在换药前进行梳头；梳头时注意避开伤口处。
2. 化疗脱发严重的患者，梳头时动作应轻柔。

足部清洁操作规范

一、操作目的

1. 帮助不能进行足部清洁的患者保持足部的清洁与舒适。
2. 促进足部血液循环

二、评估要点



1. 患者病情、生活自理能力 足部皮肤情况。
2. 患者足部清洁的需要、频率、持续时间等。
3. 患者适宜的清洁方法。

三、物品准备

1) 屏风; 2) 毛巾; 3) 水桶及脸盆内盛 50-52℃ 温水; 4) 屏风; 5) 浴皂或沐浴液; 6) 一次性看护垫; 7) 必要时备润肤乳

四、操作要点

1. 评估患者向患者及家属解释操作的目的步骤和必要的配合。
2. 洗手准备用物。
3. 关闭门窗, 围好屏风, 调节室温至 24℃ 以上, 水温 50-52℃。
4. 病情允许, 协助患者坐起, 戴上清洁手套, 将患者裤脚挽起至膝部, 双足放入温水盆中, 用毛巾擦使小腿, 内外踝, 足跟, 足底, 足趾。
5. 再拧干毛巾同法擦干各部位。(酌情涂擦润肤乳)
6. 操作过程中与患者沟通, 了解其感受及需求, 密切观察患者病情, 发现异常及时处理。
7. 为患者穿好衣裤, 根据情况更换清洁衣裤和床单被服。协助患者舒适卧位, 开窗通风。
8. 清理用物, 洗手后记录患者情况及效果。

五、指导要点

1. 防止患者受凉, 保护患者隐私。
2. 注意水温, 以免受凉。
3. 动作要敏捷, 为取得按摩效果可适当用力。
4. 注意洗净足趾间褶皱处。
5. 足部干燥时, 可根据需要用润肤乳。

六、注意事项

1. 擦洗中应根据情况更换热水、脸盆及毛巾。
2. 过程中注意观察患者皮肤有无异常及病情, 若出现寒战、面色苍白等情况时, 应立即停止擦洗, 给予适当处理。

会阴消毒技术操作规范

一、操作目的

为阴道操作、自然分娩、妇产科手术做准备。

二、评估要点

1. 询问了解患者身体状况、孕周、产程进展情况及有无阴道流血、流液, 意识状态、合作程度。
2. 检查会阴清洁度及外阴皮肤情况, 做好操作前的解释工作。
3. 评估环境温度及隐蔽程度。

三、物品准备



1) 治疗盘内: 消毒棉球、消毒纱布、一次性治疗碗 2 个、一次性手套、一次性剃刀、一次性无菌持物钳、一次性治疗巾、弯盘; 2) 10% 肥皂液; 3) 5% 活力碘棉球; 4) 0.9% 生理盐水; 5) 水壶、壶内盛温开水; 6) 快速手消毒剂; 7) 医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号(呼唤患者、核对床头卡及腕带)评估患者。
3. 洗手, 戴口罩。
4. 备齐用物携至产床旁。再次核对。
5. 注意保护患者隐私, 用屏风遮挡。
6. 铺一次性治疗巾, 协助患者取膀胱截石位或外展屈膝位, 露出外阴部。腹部及腿部注意保暖。
7. 戴手套, 清洁外阴: ①用无菌持物钳夹取消毒棉球蘸肥皂水擦洗外阴部, 顺序是小阴唇→大阴唇→阴阜→大腿内侧上 1/3 →会阴→肛门周围→肛门。②用一次性剃刀剃去阴毛。③更换无菌持物钳夹取消毒棉球用温开水依顺序冲去肥皂水。重复 1 遍。后夹取无菌纱布擦干。
8. 消毒: 第一遍消毒: 更换持物钳夹取 5% 活力碘棉球消毒小阴唇→大阴唇→阴阜→大腿内侧上 1/3 →会阴→肛门周围→肛门。根据需要第二遍消毒: 更换持物钳, 消毒步骤同上。
9. 撤去治疗巾。
10. 脱手套。
11. 整理床单位。
12. 处理用物。
13. 洗手, 取口罩。
14. 操作速度: 完成时间 8 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者操作目的及注意事项, 指导操作过程中臀部勿抬起, 以免冲洗水流入后背。
2. 嘱患者如果宫缩来临时身体不要左右翻动, 以免影响消毒效果。告知患者双手不能触碰消毒区域。

六、注意事项

1. 消毒原则: 从内向外, 自上而下。
2. 操作过程中注意遮挡产妇, 给予保暖, 避免受凉。
3. 进行第二遍外阴消毒时消毒范围不能超过第一遍范围。
4. 操作中注意遵守无菌原则。动作轻柔。
5. 使用消毒棉球前应擦净血渍及分泌物, 酌情增加肥皂水棉球擦洗次数。



会阴擦洗技术操作规范

一、操作目的

- 1 保持会阴及肛门部清洁。
2. 促进患者舒适和会阴伤口愈合。
3. 防止生殖系统、泌尿系统逆行感染。

二、评估要点

1. 询问了解患者身体情况，会阴部及会阴伤口愈合情况，分泌物及性质。
2. 留置尿管者，应注意导尿管是否通畅，避免滑脱，扭曲。
3. 向患者解释会阴擦洗的目的及配合事项，以取得配合。

三、物品准备

1. 留置尿管者：1) 治疗盘、无菌治疗碗1个内盛0.5%活力碘棉球9个无菌镊子1把、弯盘1个，一次性手套、一次性治疗巾；2) 浴巾；3) 生活垃圾桶，医用垃圾桶、快速手消毒剂。

2. 会阴有伤口者：1) 治疗盘、0.5%活力碘棉球15个、95%活力碘棉球9个、无菌镊子1把、弯盘1个、一次性手套、一次性治疗巾；2) 浴巾；3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、快速手消毒剂。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 协助排空膀胱，清洗外阴。
4. 洗手，戴口罩。
5. 备齐用物携至患者床边，再次核对。
6. 光门窗，拉窗帘，必要时用屏风遮挡。
7. 送开床尾盖被，协助患者脱去对侧裤腿盖于近侧腿上，并盖上浴巾，用盖被遮盖对侧腿。
8. 协助患者取外展屈膝位，露出会阴部。
9. 铺一次性治疗巾于臀下，将弯盘放于会阴处，治疗碗放于两腿之间。
10. 一手戴手套，另一手持镊子夹取消毒棉球进行擦洗。擦洗原则为由内向外，由上至下，由对侧到近侧。

①女病人留置尿管者以一手分开小阴唇，依次擦洗：尿道口→尿道→对侧小阴唇→近侧小阴唇→对侧阴唇沟→近侧阴唇沟→对侧大阴唇→近侧大阴唇→肛周及肛门。

②男病人留置尿管者一手用无菌纱布包裹住病人阴茎，将包皮向后推，依次旋转擦洗尿道口→尿管→龟头→冠状沟，弃去纱布，依次擦洗阴茎及阴囊。

③会阴有伤口患者擦洗方法：伤口→伤口上侧→伤口下侧→尿道口→对侧小阴唇→近侧小阴唇→对侧阴唇沟→近侧阴唇沟→对侧大阴唇→近侧大阴唇→肛周及肛门，将镊子放入弯



盘内，跟换另一镊子再次擦洗伤口→伤口上侧→伤口下侧，酌情取 95%酒精或 50%硫酸镁纱布湿敷伤口 15-20min。

11. 擦洗完毕，撤去治疗巾，脱手套。
12. 询问患者需要，整理病床单位，协助患者取舒适卧位，行相关知识指导。
13. 处理用物。
14. 洗手，取口罩。
15. 做好护理记录。
16. 操作速度：完成时间 8 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者会阴擦洗的目的及注意事项，操作前排空膀胱。
2. 有留置尿管者，指导活动时注意勿使尿管脱落。
3. 会阴有伤口者，嘱保持大便通畅，防止便秘，便后及时清洗，保持会阴部的清洁干燥。

六、注意事项

1. 擦洗时应注意观察会阴部及会阴伤口周围组织有无红肿、分泌物及其性质和伤口愈合情况。
2. 对有留置尿管者，应注意导尿管是否通畅，避免滑脱或扭曲。每日擦洗 1-2 次，并每日更换尿袋。
3. 注意保护患者隐私，应当关窗，拉窗帘。
4. 擦洗时每个棉球限用一次，勿反复涂擦。
5. 每次擦洗前后，护理人员均需洗净双手，注意无菌操作。

更衣技术操作规范

一、操作目的

协助不能自行更衣的患者更换清洁的衣服、满足安全、舒适的要求。

二、评估要求

1. 病情、意识状态、生活自理能力、沟通理解能力。
2. 肌肉张力、有无肢体强直和痉挛。
3. 有无偏袒、肢体损伤、骨折、手术和皮肤破损。
4. 年龄、身高、体重、心理状态的需求。

三、物品准备

1) 清洁、大小合适的衣服；2) 被服；3) 污衣车

四、操作要点

1. 评估患者。告知更衣目的、方法及配合操作的方法及注意事项。
2. 调节病房温度在 22℃ 以上，拉好围帘或者设置好屏风，更换患者尿布或让其排空大小便。
3. 协助患者取坐位。半卧位，妥善固定和处理各种引流管和导管。



4. 协助患者脱衣裤并观察患者全身皮肤情况。
5. 协助患者穿衣裤。
6. 整理用物和床单。
7. 协助患者取舒适卧位。
- 8 记录操作名称、时间、患者的反应及观察到的异常情况、给予的处理与结果。

五、指导要点

1. 脱衣服时无肢体活动障碍者，先近侧，后远侧；偏瘫或一侧肢体手术、创伤的患者，先健侧，后患侧。穿衣服时无肢体活动障碍者，先远侧，后近侧；偏瘫或一侧肢体手术、创伤的患者，先患侧，后健侧。

2. 对肌张力高或者关节挛缩的患者，不可强行拉开关节，应先行按摩，使肌肉放松后再进行更衣。

六、注意事项

1. 操作过程稳妥、安全、患者感到舒适
2. 及时发现异常并给予处理
3. 注意环境的私密性。

口腔护理技术操作规范

一、操作目的

1. 保持口腔清洁，预防感染等并发症。
2. 观察口腔内情况，提供病情变化的信息。
3. 促进患者舒适。

二、评估要点

1. 评估患者的病情、意识和配合程度。
2. 观察口唇、口腔黏膜、牙龈、舌头有无异常；口腔有无异味；牙齿有无松动，有无活动性义齿。
3. 向患者解释口腔护理的目的、方法、注意事项及配合要点，取得患者配合。

三、物品准备

1) 治疗盘、治疗碗 2 个（一个盛漱口水溶液，一个盛浸湿的无菌棉球）、弯止血钳、镊子、纱布、手电筒、棉签、深弯盘、治疗巾、吸水管、水杯内盛温开水、液体石蜡，根据病情选择口腔护理溶液，必要时备开口器。2) 其他：医嘱单、治疗卡、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者，有义齿者先取下。
3. 洗手，戴口罩，选择口腔护理溶液，清点棉球数量。



4. 备齐用物携至床边，再次核对。
5. 协助取合适体位：侧卧或者仰卧，头偏向操作者一侧。
6. 取治疗巾，围于患者颌下，置弯盘于口角旁。
7. 棉签湿润口唇。
8. 协助患者用吸水管吸水漱口，指导患者正确的漱口方法，避免呛咳或者误吸。必要时用治疗巾擦净口唇周围。
9. 嘱患者张口，操作者一手持手电筒，一手持压舌板观察口腔情况。对于昏迷患者，使用开口器时，应从白齿处放入。
10. 用弯止血钳夹取含有口腔护理液的棉球，拧干棉球，嘱患者咬合上、下齿，擦洗对侧牙齿外侧面 2 次；近侧牙齿外侧面 2 次（纵向擦洗到门齿），要求动作轻柔，避免金属钳端碰到牙齿，损伤粘膜及牙龈，对凝血功能差的患者应当特别注意。
11. 嘱患者张口，擦洗对侧上内侧面、上咬合面；下内侧面、下咬合面（由内向外，纵向擦洗到门齿），弧形擦洗对侧颊部。
12. 同法擦洗近侧。昏迷患者应当注意棉球干湿度，禁止漱口。
13. 擦洗硬腭、舌面及舌下（对侧、近侧）。
14. 协助患者漱口，用纱布擦净患者口唇。
15. 再次用电筒查看口腔情况，确定是否清洗干净。
16. 撤去弯盘及治疗巾。
17. 再次核对，清点棉球数量。询问患者感受，协助患者取舒适体位，整理床单位。
18. 处理用物。
19. 洗手、取口罩。
20. 记录。
21. 操作速度：完成时间限 10min 以内

五、指导要点

1. 告知患者在操作过程中的配合事项。
2. 指导患者正确的漱口方法，避免呛咳或误吸。

六、注意事项

1. 操作者动作轻柔，避免金属钳端碰到牙齿，损伤粘膜及牙龈，对凝血功能差的患者应当特别注意。
2. 对昏迷患者应当注意棉球干湿度，禁止漱口。
3. 使用开口器时，应从白齿处放入。
4. 擦洗时须用止血钳夹紧棉球，每次一个，防止棉球遗留在口腔内。
5. 如患者有活动的义齿应协助清洗义齿，取下后再进行操作。
6. 护士操作前后应当清点棉球数量。



疼痛评估规范

一、操作目的

1. 识别疼痛的存在，疼痛的强度。
2. 疼痛的部位、持续时间、疼痛程度及疼痛的性质。
3. 疼痛时伴随的症状及体征：生命体征、睡眠、饮食、活动等。
4. 对疼痛治疗和护理的效果进行评估。
5. 为疼痛控制、诊疗和护理提供可靠依据。

二、评估要点

1. 患者年龄、性别、基本病情。
2. 既往疼痛史、现疼痛情况，确定疼痛时机。
3. 患者的沟通、理解能力，对疼痛的自我描述。
4. 疼痛时伴随的症状及体征。

三、物品准备

- 1) 笔、纸；2) 疼痛脸谱示意图。

四、操作要点

1. 评估患者

2. 结合患者疼痛的情况选择评估疼痛的方法和工具。

1) 口诉言词分级法（VRS）：将疼痛分为四级：0级 无痛；I级（轻度）有疼痛但可忍受，能正常生活，睡眠不受干扰；II级（中度）疼痛明显，不能忍受，要求用止痛剂，睡眠受干扰；III级（重度）疼痛剧烈，不能忍受，睡眠受严重干扰，可伴有自主神经紊乱或被动体位。

2) 数字分级法（NRS）：用0—10的数字代表其不同程度的疼痛：0为无痛，10为最剧烈疼痛，让患者自己圈出一个最能代表其疼痛程度的数字。

3) 视觉模拟法（VAS—画线法）：划一横线（一般为10cm），一端代表无痛，另一端代表最剧烈疼痛，让患者在线段上自我感觉最能代表其疼痛程度之处画一交叉线。

4) 面部表情分级法（FPS—2R）：用快乐到悲伤及哭泣的6个不同表情的面孔表达疼痛的不同程度。其简单易懂，使用面较广，即使不能完全用语言表达清楚的幼儿也可运用。

5) 五指法：向患者展示五指，小指表示无痛，无名指为轻度痛，中指为中度痛，食指为重度痛，拇指为剧痛，让患者进行选择。

3. 使用疼痛控制效果评分法来观察镇痛效果：

1) 四级法：完全缓解，疼痛完全消失；部分缓解，部分明显减轻，睡眠基本不受干扰，能正常生活；轻度缓解，疼痛有些减轻，但仍感有明显疼痛，睡眠，生活仍受干扰；无效，疼痛无减轻感。

2) 疼痛缓解的百分量表：患者在一直线上标明疼痛减轻程度的百分数。

4. 正确记录疼痛评估的分级、使用何种疼痛评估工具、镇痛措施及效果、应继续观察的指标。



五、指导要点

1. 确定评估时机：发生疼痛随时评估，镇痛措施后评估，疼痛过程中至少每 30min 评估一次。
2. 听取患者的主诉，对疼痛的自我描述。
3. 观察患者疼痛的伴随症状和体征。
4. 结合患者的疼痛情况选择合适的疼痛评估方法与工具。
5. 与医生讨论选择合适的疼痛评估工具与镇痛方法。
6. 与患者共同制定舒适的目标。

六、注意事项

1. 要听取患者对疼痛的自我描述。
2. 选择合适恰当的疼痛评估工具。
3. 注意观察患者疼痛的伴随症状和体征：是否有血压升高，心率加快、呼吸浅快、伴有出汗、有无面色苍白、恶心、呕吐、被动或强迫体位、失眠等。

压疮的预防及护理技术操作规范

一、操作目的

1. 预防压疮的发生。
2. 患者和家属获得预防压疮的知识和技能。

二、评估要点

1. 根据患者的不同卧位观察骨突出和受压部位。
2. 皮肤营养状况：皮肤弹性、颜色、温度、感觉。
3. 受压皮肤状况：潮红、压红、压红消退时间、水泡、破溃、感染。
4. 活动能力：有无肢体活动障碍、意识状态。
5. 全身状态：高热、肥胖或消瘦、昏迷或躁动、疼痛、年老体弱、大小便失禁、水肿等高危因素。
6. 压疮的判断：於血红润期、炎性浸润期、溃疡期（浅度溃疡期和坏死溃疡期）。

三、物品的准备

- 1) 治疗车上：按摩液、浴巾、弯盘、翻身记录卡；2) 视患者病情备防压器具，如翻身枕、气圈及气圈套、透明贴、减压贴等；3) 快速手消毒剂；4) 医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者，核对床头卡及手腕带），评估患者。
2. 洗手、戴口罩。
3. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。
4. 移开床旁桌、椅至适当处，酌情关门窗，拉隔帘。
5. 松开床尾盖被，解开衣领，松裤带。酌情撤去翻身枕或防压用具，放于床边椅上。
6. 根据患者病情，协助其取适当卧位，观察患者身体各受压部位皮肤情况。



7. 倒取适量按摩油依次按摩各受压部位皮肤,每一部位按摩1—2次。根据患者不同卧位,具体按摩顺序依次为:

1) 仰卧位:枕骨粗隆—肩胛部—肘部—骶尾部—足跟。然后再取适量按摩油于掌心,用双手的大、小鱼际紧贴患者皮肤,自臀部上方开始沿脊柱两侧向上按摩至肩胛部,再从肩胛部按摩转向下至腰部止,反复按摩2—3次。再取适量按摩油,自患者骶尾部开始,沿脊柱作环形按摩至第七颈椎处,反复按摩2—3次。必要时先行温水擦浴后使用透明贴或减压贴。

2) 侧卧位:耳廓—肩峰—肋骨—肘部—髌部—膝关节内侧位—内外踝处。协助患者翻身,同法按摩另一侧。必要时先行温水擦洗后使用透明贴或减压贴。

3) 俯卧位:面颊部—耳廓—肩部—女性乳房/男性生殖器—髂嵴—膝部—足尖处。同法按摩另一侧。必要时先行温水擦洗后使用透明贴或减压贴。

4) 坐位:坐骨结节处。同法按摩另一侧。必要时先行温水擦洗后使用透明贴或减压贴。

8. 操作过程中注意观察患者受压部位皮肤的情况,为患者保暖,询问患者感受及不适。

9. 协助患者穿好衣裤,按翻身卡上的记录取合适体位,必要时给予翻身枕支持,两膝之间放一软枕。

10. 整理床单位。

11. 还原床旁桌椅。

12. 询问患者需要,行相关知识指导,酌情开门窗及拉开窗帘。

13. 处理用物。

14. 洗手,取口罩。

15. 记录。

16. 操作速度:完成时间十五分钟以内。

五、指导要点

1. 教会患者及家属预防压疮的措施。

2. 指导患者加强营养,增加皮肤抵抗力和溃疡创面的愈合能力。

3. 指导功能障碍的患者尽早开始功能锻炼。

4. 帮助患者选择适当的措施,预防压疮,促进愈合。

六、注意事项

1. 操作过程中注意观察病情的变化。

2. 长期卧床的患者可使用充气垫或采取局部减压措施。

3. 躁动患者有导致局部皮肤受伤的危险,可使用透明膜予以局部保护。

4. 感觉障碍的患者慎用热水袋或冰袋,以免烫伤或冻伤。

5. 受压皮肤在解除压力30分钟后,压红不消退者,应缩短翻身时间。

6. 操作中进行有效的护患沟通。

7. 对于因受压而出现反应性充血的皮肤组织不主张按摩,因此时软组织已经受到损伤,实施按摩可造成深部组织损伤。



换药技术操作规范

一、操作目的

1. 为患者更换伤口敷料，保持伤口清洁。
2. 预防、控制感染，促进伤口愈合。

二、评估要点

1. 评估患者病情、意识、自理能力、合作程度。
2. 评估伤口疼痛及敷料渗出等局部情况，了解伤口形成的原因、持续时间等。

三、物品准备

1) 半铺半盖无菌巾中放置（换药碗 2 个、无菌纱布数块、无菌镊 3 把、0.9% 生理盐水棉球若干）、一次性手套、胶布、剪刀、治疗巾、弯盘、根据伤口情况备消毒液棉球；2) 其他：医嘱单、治疗卡、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者，核对床头卡及腕带）。评估患者，了解患者身体情况，巩固患者伤口疼痛及敷料液等局部情况。取得患者配合。
3. 洗手，戴口罩。
4. 备齐物品携至患者床旁，再次核对。
5. 协助患者取舒适卧位，铺治疗巾于患者伤口下方，正确暴露伤口，置弯盘于适宜处。
6. 打开半铺半盖无菌布，戴手套。
7. 揭开伤口外层敷料，右手持镊子将内层敷料揭开放入弯盘，若敷料粘在伤口上，用生理盐水浸湿软化后缓慢取下。观察伤口情况。
8. 左手持镊子取生理盐水从上方传给右手镊子，从上至下清洗消毒伤口，在针眼处略加停顿，污染棉球放入弯盘内。
9. 同法，从上至下，从里至外清洗消毒伤口周围皮肤，去除异物、坏死组织等。
10. 根据伤口类型，选择适当的消毒液棉球，按上述方法消毒伤口及周围皮肤。
11. 取无菌纱布完全覆盖伤口，覆盖纱布厚度适中。
12. 取胶布妥善固定，方向与患者肢体或躯体长轴垂直。包扎伤口时注意保持良好的血液循环，不可固定太紧，包扎肢体时从身体远端到近端，促进静脉回流。
13. 撤去弯盘和治疗巾，脱手套。
14. 再次核对。协助患者取舒适卧位，整理床单位。询问患者需要。告知患者注意保持伤口敷料干燥，潮湿时应当及时给予更换。
15. 处理用物。
16. 洗手，戴口罩。
17. 记录。
18. 操作速度：完成时间 10 分钟以内。



五、指导要点

1. 告知患者换药目的及配合事项。
2. 告知患者注意保持伤口敷料清洁干燥，潮湿时应及时更换。
3. 指导患者沐浴、翻身、咳嗽及活动时保护伤口的的方法。

六、注意事项

1. 定期对伤口进行观察、测量和记录。
2. 包扎伤口时要保持良好血液循环，不可固定太紧，包扎肢体时从身体远端到近端，促进静脉回流。
3. 伤口清洗一般选用生理盐水或对人体组织没有毒性的消毒液。
4. 如有多处伤口需换药，应先换清洁伤口，后换感染伤口；清洁伤口换药时，应从伤口中间向外消毒，感染伤口换药时，应从伤口外向中间消毒；有引流管时，先清洁伤口，再清洁引流管。

造口护理技术操作规范

一、操作目的

1. 保持造口周围皮肤的清洁，观察并预防造口并发症的发生。
2. 指导患者掌握护理造口的方法。

二、评估要点

1. 评估患者病情、意识、合作程度、心理状态、家庭支持程度、经济状况。
2. 评估患者及家属对造口接受程度及造口护理知识的掌握程度。
3. 评估患者造口类型、功能状况及有无并发症，查看周围皮肤情况以及造口排泄的相关情况。
4. 评估患者自理程度，决定给与护理的方式、

三、物品准备

1) 治疗盘、温水、柔软纸巾、剪刀、造口量度表及笔、造口袋、一次性治疗巾、一次性手套、根据情况备皮肤保护膜、防漏膏，必要时备屏风；2) 其他：快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱、
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带）。评估患者。
3. 洗手，戴手套。
4. 备齐物品携至患者床旁，再次核对。
5. 协助患者取合适卧位，必要时使用屏风遮挡，注意保暖。
6. 戴手套。铺治疗巾于造口袋下方。自上向下撕离已用的造口袋，观察内容物，并放入医用垃圾桶内。
7. 温水清洗造口及周围皮肤并擦干，观察造口周围皮肤及造口情况。脱手套。



8. 用造口量度量表量造口大小、形状。
9. 在造口袋的底板上描绘剪裁，不规则造口绘线时，应注意与目测造口形状相反。
10. 沿绘线修剪造口袋底盘，保证边缘光滑，并使造口袋底盘与造口黏膜之间保持适当空隙（1-2mm）。
11. 撕去底盘粘贴纸，按照造口位置由上而下将造口贴上，用手按压底盘 1-3min，夹好便袋夹。
12. 撤去治疗巾，再次核对、
13. 协助患者取舒适卧位，整理床单位。询问患者需求。行相关知识宣教。
14. 处理用物。
15. 洗手，戴口罩。
16. 记录。
17. 操作速度：完成时间 15 分钟以内。

五、指导要点

1. 引导患者参与造口的自我管理，告知患者及家属更换造口袋的详细操作步骤，回肠造口者宜选择空腹时更换。
2. 告知患者及家属造口及周围皮肤并发症的预防和处理。
3. 指导患者合理膳食，训练排便。

六、注意事项

1. 护理过程中注意向患者详细讲解操作步骤。
2. 更换造口袋及排放袋内内容物时应当注意保护伤口，避免伤口感染。
3. 撕离造口袋时注意保护皮肤，防止皮肤损伤，
4. 教会患者定期用手指扩张造口、防止造口狭窄。
5. 贴造口袋前一定要保证造口周围皮肤干燥。
6. 控制体重过度增长，同时避免进行增加腹压的运动，以免形成造口旁疝，或导致造口脱垂。
7. 造口袋底盘与造口粘膜之间保持适当空隙（1-2min），缝隙过大粪便刺激皮肤容易引起皮炎，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餐产品说明书。



给药治疗与护理技术规范

口服给药技术规范

一、操作目的

按医嘱正确为患者实施口服给药，并观察药物作用。

二、评估要点

1. 评估病情、意识状态、自理能力、合作程度、用药史、过敏史、不良反应史。
2. 观察患者口咽部是否有溃疡、糜烂，有无吞咽困难等情况。
3. 了解药物的性质、服药方法、注意事项及药物之间的相互作用。

三、物品准备

1) 遵医嘱备药物、PDA、口服药单、剪刀、手电筒、口服药袋或小药杯、标签；2) 其他：快速手消毒剂、医疗垃圾筒、生活垃圾筒。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 双人核对口服药单及密封口服药袋上标签的药名、剂量及有效期，检查袋口、袋体、袋内药物。小剂量液体药物，应精确量取。
5. 备齐用物携至患者床旁。
6. 协助患者备温开水。
7. 再次核对，使用 PDA 扫描患者手腕带及口服药标签上的二维条码，确认一致后，协助患者服药并看服到口。必要时用手电筒检查口腔确保患者服下药物。鼻饲给药时，应将药物研碎，用水溶解后由胃管注入。
8. 再次核对，并在药单上签字。
9. 观察患者服药效果及不良反应。
10. 协助病人取舒适体位，将呼叫器置于易取处，询问病人需要。
11. 整理床单位。
12. 处理用物。
13. 洗手，取口罩。
14. 记录。
15. 操作速度：完成时间 5 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者所服用的药物名称、服用方法。
2. 告知患者特殊药物服用的注意事项。



3. 指导慢性病和出院后继续取药的患者按时、正确、安全服药。

六、注意事项

1. 严格执行查对制度。
2. 掌握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。
3. 对服用强心甙类药物的患者，服药前应当先测脉搏、心率、注意其节律变化，如脉率低于 60 次 / 分钟或者节律不齐时，应向医生报告，再决定是否服用。
4. 患者不在病房或者因故暂不能服药者，暂不发药，做好交接班。

肌内注射技术操作规范

一、操作目的

通过肌内注射给予患者实施药物治疗、

二、评估要点

1. 询问、了解患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。
2. 了解患者过敏史、用药史药物使用注意事项及患者注射部位的状况。

三、物品准备

1) 治疗盘内：碘伏、75%乙醇、砂轮、剪刀、棉签、弯盘、一次性注射器、无菌持物钳、无菌纱布、标签；2) 注射盘内：PDA/碘伏、棉签、弯盘、弯止血钳、一次性治疗巾；3) 遵医嘱准备药液；4) 其他：医嘱单、治疗卡、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒、治疗盘、清洁抹布。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带）。
3. 评估患者，向患者解释注射的目的及注意事项。
4. 洗手，戴口罩。
5. 取无菌治疗巾备一无菌区。
6. 按注射单取药，双人查对药名、浓度、剂量。有效期，检查药液质量。
7. 消毒安瓿颈瓶，用砂轮在安瓿颈部锯一齿痕，用 75%乙醇棉签擦去锯齿处屑末。用无菌纱布包裹安瓿并折断，检查药液内无碎屑。
8. 检查一次性注射器有效期，包装是否完好。
9. 核对药物无误，将针头斜面向下置入安瓿药液中，无菌操作原则吸取药液。
10. 抽取完毕，排尽空气，再次核对药物无误，按无菌原则，置入预先备好的无菌治疗巾内。
11. 整理治疗台，再次洗手。
12. 备齐用物携至患者床旁，再次核对，用 PDA 扫描患者手腕带及药物标签上的二维码，确认一致。
13. 为患者进行遮挡，协助患者取合适体位。根据患者情况选择并暴露注射部位。



14. 常规消毒皮肤，待干。

15. 再次核对。排尽空气，一手拇指和食指绷紧注射部位皮肤，一手持注射器，以中指或无名指固定针栓，将针头迅速垂直刺入，松开紧绷皮肤的手，抽动活塞，如无回血，缓慢注入药物。推注药物时观察患者反应。

16. 注射完毕，用干棉签按压进针处，快速拔针，按压片刻。

17. 再次核对。协助患者取舒适卧位，整理床单位。询问患者需要，行相关知识宣教。

18. 处理用物。

19. 洗手，取口罩。

20. 记录。

21. 操作完成时间 10 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者注射时配合事项，如侧卧时上腿伸直、下腿弯曲，俯卧时足尖相对、足跟分开，使肌肉放松，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。

六、注意事项

1. 遵医嘱及药品说明书使用药品。需要两种药物同时注射时，应注意配伍禁忌。

2. 选择合适的注射部位，避免刺伤神经和血管，无回血时方可注射。

3. 注射时应当避开炎症、硬结、瘢痕等部位注射。

4. 对经常注射的患者，应当更换注射部位，并选择细长枕头。

5. 注射时切勿将针梗全部刺入，以防针梗从根部折断。

6. 2 岁以下的婴幼儿不宜选用臀大肌注射，最好选择臀中肌和臀小肌注射

皮下注射技术操作规范

一、操作目的

1. 通过皮下注射给予药物。

2. 多用于预防接种、局部麻醉和胰岛素治疗。

二、评估要点

1. 询问和了解患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。

2. 了解患者药物过敏史、用药史及注射部位状况。

三、物品准备

1) 治疗盘内：碘伏、75%乙醇、砂轮、剪刀、棉签、弯盘、一次性注射器、无菌持物钳、无菌纱布、标签；2) 输液盘内：碘伏、棉签、弯盘、一次性治疗巾、PDA；3) 遵医嘱准备药液；4) 其他：医嘱单、治疗卡、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒、治疗盘、清洁抹布。

四、操作要点

1. 核对医嘱。



2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带）。
3. 评估患者，向患者解释注射的目的及注意事项。
4. 洗手，戴口罩。
5. 取无菌治疗巾备一无菌区。
6. 按注射单取药，双人查对药名、浓度、剂量、有效期，检查药液质量。
7. 消毒安瓿颈部，用砂轮在安瓿颈部锯一齿痕，用75%乙醇棉签擦去锯齿处屑末。用无菌纱布包裹安瓿并折断，检查药液内有无碎屑。
8. 检查一次性注射器有效期，包装是否完好。
9. 核对药物无误，将针头斜面向下置入安瓿药液中，按无菌操作原则吸取药液。
10. 抽吸完毕，排尽空气，再次核对药物无误，按无菌原则，置入预先备好的无菌治疗巾内。
11. 整理治疗台，再次洗手。
12. 备齐用物携至患者床边，再次核对，使用PDA扫描患者手腕带及药物标签上的二维条码，确认一致。
13. 协助患者取合适体位，选择并露注射部位。
14. 常规消毒皮肤，待干。
15. 再次核对。排尽空气，一手持注射器，以食指固定针栓，针头斜面向上，与皮肤呈30-40°角迅速将针梗的2/3刺入皮下。松开紧绷皮肤的手，抽动活塞，如无回血，缓慢注入药物时观察患者反应。过度消瘦者，捏起局部组织，减少穿刺角度。
16. 注射完毕，用干棉签按压进针处，快速拔针，按压片刻。
17. 再次核对。协助患者取舒适卧位，整理床单位。询问患者需要，行相关知识宣教。
18. 处理用物。
19. 洗手，取口罩。
20. 记录。
21. 操作完成时间10分钟内。

五、指导要点

1. 向患者解释操作目的及配合、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，以免因注射时间过长造成患者低血糖。

六、注意事项

1. 遵医嘱及药品说明书使用药品。
2. 尽量避免应用刺激性较药物做皮下注射。
3. 选择注射部位时应当避开炎症、破溃或者有肿块的部位。
4. 经常注射者应每次更换注射部位。



皮内注射技术操作规范

一、操作目的

由于药物的皮肤过敏实验。

二、评估要点

1. 询问和了解患者病情、意识状态、自理能力及合作程度。
2. 了解患者药物过敏史、用药史、不良反应史及局部皮肤状况，向患者解释注射的目的和注意事项。

三、物品准备

1) 治疗盘内：碘伏、75%乙醇、砂轮、剪刀、棉签、弯盘、一次性注射器、无菌持物钳、无菌纱布、标签；2) 输液盘内：酒精或其他适当的消毒液、棉签、弯盘、PDA、一次性治疗巾；做过敏试验时另备抢救盒（0.1%盐酸肾上腺素、地塞米松各1支，1ml-2ml一次性注射器。）3) 遵医嘱准备药液；4) 其他：医嘱单、治疗卡、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒、治疗盘、清洁抹布。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带）。
3. 评估患者。
4. 洗手，戴口罩。
5. 取无菌治疗巾备一无菌区。
6. 按注射单取药，双人查对药名、浓度、剂量、有效期，检查药液质量。
7. 消毒安瓿颈部，用砂轮在安瓿颈部锯一齿痕，用75%乙醇棉签擦去锯齿处屑末。用无菌纱布包裹安瓿并折断，检查药液内有无碎屑。
8. 检查一次性注射器有效期，包装是否完好。
9. 核对药物无误，将针头斜面向下置入安瓿药液中，按无菌操作原则吸取药液。
10. 抽吸完毕，排尽空气，再次核对药物无误，按无菌原则，置入预先备好的无菌治疗巾内。
11. 整理治疗台，再次洗手。
12. 备齐用物携至患者床边，再次核对，使用PDA扫描患者手腕带及药物标签上的二维条码，确认一致。
13. 选择合适注射部位，用75%乙醇消毒皮肤。
14. 再次核对。排尽注射器内空气，调整针尖斜面。
15. 一手绷紧前臂内侧的皮肤，一手持注射器，针头斜面向上，与皮肤呈 5° 角刺入。
16. 待针头斜面完全进入皮内后，放平注射器。一手的拇指固定针栓，另一手推注入药液0.1ml，使局部形成一皮丘，迅速拔出针头。
17. 再次核对。记录时间。



18. 向患者交待如有不适随时告知，协助患者取舒适卧位，整理床单位。询问患者需要。
19. 皮试 15-20min 后由两名护士观察结果。
20. 处理用物。
21. 洗手，取口罩
22. 记录。
23. 操作完成时间 10 分钟内。

五、指导要点

1. 告知患者皮内注射的目的、方法和配合要点。告知出现任何不适，立即通知医务人员。
2. 嘱患者勿按揉局部，以免影响结果的观察。

六、注意事项

1. 消毒皮肤时，避免反复用力涂擦局部皮肤，忌用含碘消毒剂。
2. 如患者对皮试药物有过敏史，禁止皮试。
3. 皮试药液要现配现用，剂量要准确，并备肾上腺素等急救药品及物品。
4. 皮试结果阳性，应告知医师、患者及家属，并予注明。

静脉注射技术操作规范

一、操作目的

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、评估要点

1. 评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度、药物性质、用药史、过敏史等。
2. 评估患者局部皮肤、血管状况，向患者解释注射的目的及注意事项。

三、物品准备

1) 治疗盘内：碘伏、75%乙醇、砂轮、剪刀、棉签、弯盘、一次性注射器、标签；2) 输液盘内：碘伏、棉签、止血带、头皮针、胶布、一次性治疗巾、弯盘、PDA；3) 遵医嘱准备药液；4) 其他：医嘱单、治疗卡、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒、治疗盘、清洁抹布。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带）。评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 取无菌治疗巾备一无菌区。
5. 按注射单取药，双人查对药名、浓度、剂量。有效期，检查药液质量。
6. 消毒安瓿颈瓶，用砂轮在安瓿颈部锯一齿痕，用 75%乙醇棉签擦去锯齿处屑末。用无菌纱布包裹安瓿并折断，检查药液内无碎屑。
7. 检查一次性注射器有效期，包装是否完好。



8. 核对药物无误，将针头斜面向下置入安瓿药液中，无菌操作原则吸取药液。
9. 抽取完毕，排尽空气，再次核对药物无误，按无菌原则，置入预先准备好的无菌治疗巾内。
10. 整理治疗台，再次洗手。
11. 备齐用物携至患者床旁，再次核对，用 PDA 扫描患者手腕带及药物标签上的二维码，确认一致。
12. 协助患者取舒适体位。
13. 选择合适的静脉，在穿刺部位的肢体下垫一次性治疗巾，在穿刺点上方 5-6 cm 处扎止血带，常规消毒皮肤，待干。
14. 再次核对。排尽空气。调节针尖斜面向上。嘱患者握拳。
15. 穿刺。以一手拇指紧绷静脉下方皮肤，使其固定。一手持注射器，食指固定针栓，与皮肤成 15-30° 自静脉上方或侧方刺入皮下，再沿静脉走向滑行刺入静脉，见回血，可再顺静脉进针少许。
16. 松开止血带，嘱患者松拳，固定针头，缓慢注入药液。
17. 注射过程中，观察患者局部及全身反应。
18. 注射完毕后迅速拔针，按压穿刺点 3-5min。
19. 再次核对。协助患者取舒适卧位，整理床单位。询问患者需要，行相关知识宣讲。
20. 处理用物。
21. 洗手，取口罩。
22. 记录。
23. 操作完成时间 8 分钟内。

五、指导要点

1. 向患者解释注射的目的、方法、药物的作用和副作用及配合要点等。
2. 告知患者可能发生的反应，如有不适及时告知医护人员。

六、注意事项

1. 对需要长时间静脉给药的患者，应当保护血管，由远心端至近心端选择血管穿刺。
2. 注射过程中间断回抽血液，确保药液安全注入血管内。
3. 静脉注射有强烈刺激性的药物时，须先用生理盐水引导穿刺，防止因药物外渗而发生组织坏死。
4. 根据患者年龄、病情及药物性质以适当速度注入药物，推药过程中要观察患者反应。
5. 凝血功能不良者应延长按压时间。

密闭式静脉输液技术操作规范

一、操作目的

1. 补充水分和电解质。
2. 增加循环血量。
3. 提供营养物质。



4. 输入药物，治疗疾病。

二、评估要点

1. 评估患者病情、年龄、意识、心肺功能、自理能力、药物性质、过敏史等。
2. 评估患者穿刺部位的皮肤、血管状况。
3. 向病人解释输液的目的并取得配合。

三、物品准备

1) 治疗盘内：碘伏、75%乙醇、砂轮（必要时备）、剪刀、棉签、弯盘、标签；2) 输液盘内：碘伏、棉签、止血带、敷贴，一次性治疗巾；3) 遵医嘱准备药液；4) 其他：医嘱单、输液卡、抹布、快速手消毒剂、输液架、医用垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头及腕带），评估患者。
3. 洗手。遵医嘱准备药物，擦去瓶身浮灰或去除输液软瓶（袋）外包装，两人核对药名、浓度、剂量及有效期，检查瓶（袋）口、瓶（袋）体、瓶（袋）内液体。
4. 填写输液瓶贴并签名。将输液瓶贴倒贴于瓶（袋）上。
5. 洗手、戴口罩，备胶布。
6. 启开药液瓶盖的中心部分，常规消毒输液瓶（袋）注药口。
7. 检查输液器后关闭调节器，取出输液管和通气管针头同时插入输液瓶注药口至针头根部（如为软袋则将输液管插入输液袋注药口至针头根部即可），再次核对。
8. 整理治疗台，再次洗手。
9. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。
10. 协助患者取舒适体位。
11. 挂输液瓶（袋），排尽空气，关闭调节器，检查输液管内有无空气。
12. 铺一次性治疗巾。选择合适静脉，扎好止血带，消毒皮肤。
13. 再次核对，排气，关闭调节器，对光检查确无气泡。
14. 嘱病人握紧拳头。头皮针与皮肤呈15-30度角斜行进针，见回血后，将针头再平行送入少许。穿刺成功后松止血带，嘱患者松拳，打开调节器，待液体滴入通畅后。用敷贴固定针头。
15. 根据患者年龄、病情、药物性质调节输液滴数，一般成人40-60滴/分钟，儿童20-40滴/分钟。
16. 再次核对，记录输液的时间、滴速、签名，挂于输液架上。
17. 协助病人取舒适体位，将呼叫器置于易取处，询问病人需要。
18. 整理床单位。
19. 处理用物。
20. 洗手，取口罩。
21. 记录。
22. 操作速度：完成时间8分钟以内。

五、指导要点



1. 告知患者操作目的、方法及配合要点。
2. 告知患者及家属不要随意调节滴数。
3. 告知患者穿刺部位的肢体避免用力过度或剧烈活动。
4. 出现异常时及时告知医护人员。

六、注意事项

1. 对长期输液的患者注意保护和合理使用静脉，下肢静脉不应作为成年人穿刺血管的常规部位。
2. 防止空气进入血管形成气栓，注意及时更换输液瓶，输液完毕后及时拔针。
3. 根据患者年龄、病情、药物性质调节滴数。
4. 患者发生输液反应时应当及时处理。
5. 输注 2 种以上药液时，注意药物间的配伍禁忌。
6. 不应在输液肢体上端使用血压袖带和止血带。

密闭式静脉输血技术操作规范

一、操作目的

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. 为患者补充各种凝血因子、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，增加机体抵抗力。

二、评估要点

1. 评估患者年龄、病情、意识状态、自理能力、合作程度。了解血型、输血史及不良反应史。
2. 评估患者血管状况，选择适宜的输注部位。
3. 向患者家属解释输血的目的，取得配合。

三、物品准备

- 1) 治疗盘内：输血器、碘伏、75%乙醇、砂轮（必要时）、剪刀、棉签、弯盘、标签；
- 2) 输液盘内：碘伏、棉签、止血带、敷贴、一次性治疗巾；
- 3) 输血盘：血液制品、血交叉配血回执单、血型单、血型牌；
- 4) 遵医嘱准备冲管用液；
- 5) 其他：一次性手套、医嘱单、输液卡、抹布、快速手消毒剂、输液架、医用垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒。

四、操作要点

1. 双人核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼叫患者、核对床头卡及手腕带），评估患者。
3. 洗手，遵医嘱准备药物，擦去瓶身浮灰或去除输液软瓶（袋）外包装，两人核对药名、浓度、剂量及有效期，检查瓶（袋）口、瓶（袋）体、瓶（袋）内液体。
4. 填写输液瓶贴并签名，将输液瓶贴倒贴于输液瓶（袋）上。双人行三查十对核对血液制品，根据血液制品的不同种类进行复温。
5. 洗手，戴口罩，备胶布。



6. 启开药液瓶盖的中心部分，常规消毒输液瓶（袋）注药口。
7. 检查输血器后关闭调节器，取出输血器和通气管针头同时插入输液瓶（袋）注药口至针头根部（如为软袋则将输血器插入输液袋注药口至针头根部即可），再次核对。
8. 整理治疗台，再次洗手。
9. 备齐用物携至患者床旁，再次两人核对。
10. 协助患者取舒适卧位。
11. 挂输液瓶（袋），排尽空气，关闭调节器，检查输血器内有无空气。
12. 铺一次性治疗巾，选择合适静脉，扎好止血带，消毒皮肤。
13. 再次核对。排尽空气，关闭调节器，对光检查确无气泡。
14. 嘱病人握紧拳头，按无菌技术原则进行穿刺，见回血后，将针头再平行送入少许。穿刺成功后松止血带，嘱患者松拳，打开调节器，待液体滴入畅通后，用敷贴固定针头。
15. 根据患者年龄、病情，初步调节滴速。
16. 再次核对，记录输液的时间、滴速、签名挂于输液架上。
17. 双人再次核对血液制品。
18. 双手端平血液制品，以手腕旋转来回八字轻轻摇匀，取出外包装袋，平放在输血盘中。
19. 戴手套，拉开血袋封口。
20. 常规消毒开口处，关闭输血器调节器，将输血器针头插入塑料管内，缓慢将储血袋倒挂于输液架上，脱手套。
21. 根据患者情况及输入血液成分初步调节滴速不超过 20gtt/min，再次核对。
22. 医嘱卡上签输血时间、滴速、签名。
23. 观察患者有无输血反应 15min。如无不良反应，根据病情等调节滴速。
24. 再次核对患者、药物、血液制品、血型等。
25. 医嘱卡上签更改后的滴速及签名。
26. 挂医嘱卡、血型单、血型牌、交叉配血结果回单。
27. 向患者和家属交待有关注意事项，协助病人取舒适体位，将呼叫器置于易取处，询问病人需要。
28. 整理床单位。
29. 处理用物。
30. 洗手，取口罩。
31. 输血完毕，用生理盐水冲管，做好输血记录。
32. 操作速度：完成时间 20 分钟以内。

五、指导要点

1. 向患者解释输血的目的地及所输入血液制品的种类。
2. 告知患者常见输血反应的临床表现，出现不适时及时告诉医护人员。

六、注意事项

1. 输血前必须经两人核对无误方可输入。
2. 血液从血库取回后 30min 内输注，勿震荡、加温，避免血液成分破坏引起不良反应。
3. 输入两个以上供血者的血液时，在两份血液之间输入 0.9%氯化钠溶液，防止发生反应。



4. 开始输血时速度宜慢，观察 15 分钟，无不良反应后，将流速调节至要求速度。
5. 1 个单位的全血或成分血应在 4h 内输完。
6. 出现输血反应应立即减慢或停止输血，更换输液器，用生理盐水维持静脉通道，通知医生做好抢救准备，保留余血，并记录。
7. 输血袋用后需低温保存 24 小时，之后按医疗废物处理。

静脉留置针输液技术操作规范

一、操作目的

1. 为患者建立静脉通路，便于抢救。
2. 适用于长期输液患者。

二、评估要点

1. 评估患者病情、年龄、意识、心肺功能、自理能力、合作程度、药物性质、过敏史等。
2. 评估患者局部皮肤状况、静脉充盈程度及血管弹性。
3. 向患者解释使用静脉留置针的目的，取得患者配合。

三、物品准备

1) 治疗盘内：碘伏、75%乙醇、砂轮（必要时）、剪刀、棉签、弯盘、标签；2) 输液盘内：碘伏、棉签、止血带、胶布、一次性手套、静脉留置针、透明贴膜、肝素帽（酌情备）、一次性输液器、一次性治疗巾、弯盘、PDA；3) 遵医嘱准备药液；4) 其他：医嘱单、治疗卡、快速手消毒剂、输液架、医用垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带）。评估患者。
3. 洗手，遵医嘱准备药物，打开输液软袋外包装，两人核对药名、浓度、剂量及有效期，检查输液软袋注药口、袋体、袋内液体。
4. 填写输液瓶贴并签名，将输液瓶贴倒贴于输液软袋上。
5. 洗手，戴口罩。
6. 启开输液软袋的注药口外盖，常规消毒注药口。
7. 检查输液器后关闭调节器，取出输液管插入输液软袋注药口至针头根部，再次核对。
8. 酌情整理治疗台，洗手。
9. 备齐用物携至患者床旁，再次核对，使用 PDA 扫面患者手腕带和药物标签上的二维条码，确认一致。协助患者取舒适体位。
10. 挂输液软袋，排尽空气，关闭调节器，检查输液管内有无空气。
11. 行静脉留置针穿刺（两种操作方法任选一种）：
密闭式静脉留置针：
①检查留置针型号及有效期，包装是否完好，取出留置针，将输液器上的针头插入留置针的肝素帽内，排尽空气。检查透明贴膜有效期及包装是否完好，打开备用。



②戴手套，铺一次性治疗巾，选择合适的穿刺部位，在穿刺点上方 10 cm 处扎止血带，消毒皮肤，直径 8 cm 以上，待干。

③再次核对。取留置针旋转松动外套管，密闭式留置针应排尽空气后关闭调节器。取下留置针外套管，一手紧绷皮肤固定静脉，另一手持留置针，嘱患者握拳，在血管上方使用针头与皮肤成 15-30° 角进针，见回血后，降低至 10° 左右平行在推进 0.1-0.2 cm（确保套管尖端进入血管），送外套管。穿刺成功，松开止血带，嘱患者松拳。

④打开调节器，待液体滴入畅通后，一手固定留置针翼，抽出针芯，用无菌透明贴膜作封闭式无张力固定。

⑤在无菌透明贴膜上注明穿刺日期、时间、负责任。

⑥取回止血带，撤去治疗巾，脱下手套。

开放式留置针：

①检查并打开肝素帽、透明贴膜备用，检查留置针型号及有效期，包装是否完好，打开备用。

②戴手套，铺一次性治疗巾，选择合适的穿刺部位，在穿刺点上方 10 cm 处扎止血带，消毒皮肤，直径 8 cm 以上，待干。

③再次核对。取留置针松动针芯，取下留置针外套管，一手紧绷皮肤固定静脉，另一手持留置针，嘱患者握拳，在血管上方使用针头与皮肤成 15-30° 角进针，见回血后，降低至 10° 左右平行在推进 0.1-0.2 cm（确保套管尖端进入血管），送外套管。穿刺成功，松开止血带，嘱患者松拳。

④用无菌透明贴膜作封闭式无张力固定，用左手中指按压套管尖端血管，食指固定针座（V 型手法），右手抽出针芯，连接无针输液装置。

⑤取回止血带，撤去治疗巾，脱下手套。

⑥消毒无针输液装置，待干。液体排气，检查输液导管有无气泡，再次核对后将输液器与无针装置连接。

⑦在无菌透明贴膜上注明穿刺日期、时间、负责人。

12. 根据病情、年龄和药物性质调节输液滴数，一般成人 40-60 滴 / 分钟，儿童 20-40 滴 / 分钟。

13. 再次核对，在输液卡上注明时间、滴数并签名。

14. 协助患者取舒适卧位，询问需要并将呼叫器置于可及的位置。随时观察病情变化。

15. 处理用物，洗手，取下口罩，记录。

16. 操作速度：完成时间 10 分钟以内。

五、指导要点

1. 向患者解释使用静脉留置针的目的和作用。

2. 告知患者注意保护使用留置针的肢体，不输液时，也尽量避免肢体下垂姿势，以免由于重力作用造成回血堵塞导管。

3. 告知患者及家属不可随意调节滴速，输液过程中出现异常是应及时告知医护人员。

六、注意事项

1. 选择粗直。弹性好。易于固定的静脉，避开关节和静脉瓣，下肢静脉不应作为成年



人穿刺血管的常规部位。

2. 在满足治疗前提下选用最小型号、最短的留置针。
3. 输注 2 种以上药液时注意药物间的配伍禁忌。
4. 不宜在输液侧肢上端用血压轴带和止血带。
5. 跟换透明贴膜后，也要记录当时穿刺日期。若出汗多局部有出血或渗血，可选用纱布敷料。
6. 静脉套管针保留时间可参照使用说明。
7. 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，询问患者有关情况，发现异常时及时拔出异管，给予处理。

输液泵 / 微量输注泵使用技术规范

一、操作目的

准确控制输液速度，使药物速度均匀、用量准确并安全地进入患者体内发生作用。

二、评估要点

评估患者病情、意识、过敏史、自理能力、合作程度等。

评估患者注射部位的皮肤及血管情况及输液泵功能状态。

了解药物作用、副作用及药物配伍禁忌。

三、物品准备

输液泵 / 微量泵 1 台；2) 静脉输液所需物品；3) 必要时备接线板，输液架。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼叫患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。
5. 备好静脉输液通路，输液管路排气后备用。将输液泵 / 微量泵固定在输液架上，连接电源。
6. ①打开输液泵泵门，自上而下安装输液管，关闭泵门，打开输液器流量夹。②如果使用微量输液泵应将配好药液的注射器连接输液泵泵管，注射器正确安装于微量输液泵上。（两种任选一种操作）。
7. 打开输液泵 / 微量泵开关，根据医嘱设置输液速度和输液量。
8. 与静脉通路相连，启动输液泵 / 微量泵开始输注。
9. 观察正常运行的指示灯是否开启，报警面板的报警灯有无闪亮，注意有无报警声，以明确输液泵 / 微量泵是否正常运行。
10. 再次核对，记录输液时间，输液速度，签全名。
11. 协助患者取舒适卧位，询问患者需要，整理床单位，行相关知识宣教。
12. 处理用物。



13. 洗手，取口罩。
14. 医嘱签字、记录。
15. 操作速度：完成时间限 8 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者使用输液泵的目的，输入药物的名称、输液速度。
2. 告知患者输液肢体不要进行剧烈活动。
3. 告知患者及家属不要随意搬动或者调节输液泵，以保证用药安全。
4. 告知患者有不适感觉或者机器报警时及时通知医护人员。

六、注意事项

1. 特殊用药需有特殊标志，避光药物需要避光输液管道。
2. 输液泵使用中需要更换输液速度时应先按停止键，重新设置后再按启动键；如需打开输液泵门，应先关闭输液泵管。
3. 持续使用时，应 24h 更换输液管道或微量泵管道及注射器。
4. 正确设定输液速度及其他必须参数，防止设定错误延误治疗。
5. 护士随时查看输液泵的工作状态，及时排除报警、故障，防止液体输入失控。
6. 注意观察穿刺部位皮肤情况，防止发生液体外渗，出现外渗及时给予相应处理。
7. 依据产品说明书制定输液泵、微量泵维护周期。

PICC 维护技术操作规范

一、操作目的

保持导管畅通，预防感染。

二、评估要点

1. 询问，了解患者身体状况。
2. 观察 PICC 置管处局部情况，查看维护记录单的内容。

三、物品准备

1) 治疗内容：1% 碘消毒液，75% 乙醇，0.5% 碘伏，10×12cm 透明贴膜，20ml 注射器。无菌接头，0.9% 生理盐水，导管固定器，卷尺、胶布、一次性治疗巾、棉签、弯盘；2) 无菌手套、PICC 维护包（无菌治疗巾 2 块，小药杯 2 个内各盛无菌棉球 10 个，弯血管钳，纱布 4 块、弯盘）；3) 其他：医嘱单、PICC 维护记录单、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶、说器盒。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手、戴口罩。
4. 备齐用物携至患者床边，再次核对。
5. 协助患者将身体移向床对侧，备胶布。



6. 观察导管刻度，正确测量双侧上臂臂围，与置管前对比并记录。
7. 从下向上（或由远心端向近心端）小心地拆除原有贴膜和胶布，避免牵拉导管。
8. 观察穿刺点及周围皮肤有无发红、肿胀、渗出物等异常情况。
9. 查看并打开 PICC 维护包。
10. 备无菌接头、10×12cm 透明贴膜，导管固定器。
11. 取一块铺无菌巾垫于患者置管侧臂下，另一块无菌巾铺于其旁适当处，使之形成一无菌区，备生理盐水，消毒液，预充无菌接头。
12. 取下导管固定器，观察该处皮肤情况。
13. 取无菌纱布包裹接头部分，将导管外露部分轻轻上提，注意勿牵拉。
14. 用 75% 乙醇棉球在距穿刺点 0.5cm 处由中心向外螺旋式消毒皮肤，消毒范围上下直径达 20cm，左右达臂边缘，顺时针逆时针消毒交替进行，消毒 3 遍，用 75% 乙醇棉球稍用力擦拭导管体外部分（不含蓝色导管）、连接器及接头 3 遍。
15. 用 1% 碘消毒液棉球消毒在穿刺点稍作停留后，由中心向外螺旋式消毒皮肤，消毒范围上下直径达 20cm，左右达臂边缘，顺时针逆时针消毒交替进行，消毒 3 遍。
16. 用 1% 碘消毒液棉球稍用力擦拭导管体外部分，连接器及接头 3 遍。
17. 取下原有接头，用 75% 乙醇棉球消毒连接器的螺旋头，至少 15 秒。
18. 用 10-20ml 生理盐水脉冲冲管并正压封管，连接新无菌接头。
19. 待消毒液干透后，将皮肤保护剂以穿刺为中心，向外螺旋式涂抹于消毒部位皮肤上。
20. 安装导管固定器，将导管体外部分摆放成“U”形或“S”形，将固定器粘贴在上臂合适位置。
21. 贴好透明贴膜：贴膜以穿刺点为中心，覆盖全部体外部分导管及导管固定器，排尽贴膜下空气，使贴膜、导管、皮肤三者合一。
22. 脱手套，碟形交叉固定连接器和接头，在固定胶布上记录导管类型、维护日期、时间、臂围、导管外露长度及负责人。
23. 再次核对，协助患者取舒适卧位，询问患者需要，行先关知识指导，整理床单元。
24. 处理用物。
25. 洗手、取口罩。记录。
26. 操作速度：完成时间 20 分钟以内。

五、指导要点

1. 指导留置 PICC 期间穿刺部位防水、防牵拉等注意事项。
2. 告知患者保持局部清洁干燥，不要擅自撕下贴膜，贴膜有卷曲、松动、贴膜下有汗液时及时更换，避免置管部位感染。
3. 告知患者避免使用 PICC 置管一侧手臂过度活动，避免提重物、拄拐杖，衣服袖口不可过紧，不可测量血压及静脉穿刺。

4. 告知患者避免盆浴和泡浴。

六、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，防止管腔堵塞，输入化疗药物前后均应使用无菌生理盐水冲管。



2. 可以使用 PICC 导管进行常规加压输液或输液泵给药，但是不能用于高压注射泵推注造影剂等。

3. 严禁使用小于 10ml 注射器，否则如遇导管阻塞可导致导管破裂。

4. 护士操作前应洗手，并严格无菌操作。

5. 尽量避免在置管侧肢体测量血压。

6. 禁止将导管体外部分人为的移入体内。

7. PICC 置管后 24h 内更换敷料，并根据使用敷料种类及贴膜使用情况决定更换频率；渗血、出汗等导致的敷料潮湿、卷边、松脱或破损时应立即更换。

8. 肘上穿刺者测量肘上 15cm 处臂围，肘下穿刺者测量肘上 10cm 处臂围，儿童测量肘上 8cm 处臂围。

9. 零角度去除贴膜，注意勿将导管拔出体外。

10. 固定导管时，采取无张力粘贴，减少皮肤损伤。

11. 导管体外部分须充分覆盖在透明贴膜下，以免引起感染。

12. 消毒皮肤及导管后应充分待干。



标本采集技术操作规范

静脉血标本采集技术操作规范

一、目的

为患者采集、留取静脉血标本。

二、评估要点

1. 询问、了解患者是否按要求进行采血前准备。
2. 是否空腹。
3. 病情、意识状态、合作程度。
4. 局部皮肤及血管情况。

三、物品准备

1) 治疗盘内: 碘伏、棉签、止血带、采血针、试管架、一次性治疗巾、一次性手套、弯盘、医嘱单; 2) 其他: 医疗垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒。

四、操作要求

1. 核对医嘱及试管条形码。
2. 核对患者床号、姓名、住院号(呼唤患者、核对床头卡及腕带), 评估患者。
3. 洗手, 戴口罩。
4. 备齐用物携至患者床旁, 再次核对。
5. 协助患者取舒适体位, 暴露采血部位。
6. 穿刺部位下方垫一次性治疗巾。
7. 选择适宜的静脉, 在穿刺部位上方(近心端)约6cm处扎止血带, 常规消毒皮肤, 待干。
8. 戴手套, 再次核对患者及试管条码信息。
9. 嘱患者握拳, 以一手拇指绷紧静脉下端皮肤, 使其固定。一手持采血针, 针头斜面向上, 与皮肤成 15° ~ 30° 角自静脉上方或者侧方刺入皮下, 再沿静脉走向滑行刺入静脉, 见回血, 再顺静脉进针少许。
10. 酌情固定采血针, 另一端插入试管, 使血液沿管壁缓慢注入试管。采集适量血液后, 松止血带, 嘱患者松拳, 反折采血针针管, 用干棉签轻压穿刺点上方快速拔出针头, 指导患者或家属正确按压。
11. 轻轻摇匀试管, 按压穿刺点至无出血。
12. 再次核对, 撤去治疗巾, 脱手套。
13. 协助病人取舒适体位, 将呼叫器置于易取处, 询问病人需要, 予相关知识宣教。
14. 整理床单位。
15. 处理用物。
16. 洗手, 取口罩, 记录。



17. 根据要求正确处理血标本。
18. 操作速度：完成时间 10 分钟以内。

五、指导要点

1. 采血的目的及送检的项目。
2. 告知患者采血前的准备，如空腹及采血后的按压方法。

六、注意事项

1. 若患者正在进行静脉输液，输血，不宜在同侧手臂采血。
2. 在安静状态下采集血标本。
3. 同时采集多种血标本时，根据要求依次采集血标本。
4. 在采血过程中，尽可能缩短止血带的结扎时间，避免导致溶血的因素。标本应尽快送检，避免过度震荡。
5. 需要抗凝的血标本，应将血液与抗凝剂混匀。

动脉采血技术操作规范

一、操作目的

采集动脉血，进行血气分析，判断患者氧合情况，为治疗提供依据。

二、评估要点

1. 评估患者的体温、凝血功能、吸氧状况或者呼吸机参数的设置。
2. 向患者解释动脉采血的目的及穿刺方法，取得患者配合。
3. 评估患者穿刺部位皮肤及动脉搏动情况。

三、物品准备

1) 治疗盘内：碘伏、棉签、剪刀、专用动脉采血针、一次性无菌手套、一次性治疗巾、弯盘；2) 其他：医嘱单、脉枕、动脉血气分析条形码标签。

四、操作要点

1. 核对医嘱及试管条形码。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及手腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。
5. 协助患者取舒适体位，暴露采血部位。
6. 垫脉枕及一次性治疗巾于穿刺部位下，正确摆放穿刺部位体位。
7. 皮肤消毒至少 8cm，待干。
8. 检查动脉采血针并剪开开口端，专用针头检查好撕开开口端，密封针套放在治疗巾上。
9. 戴无菌手套。
10. 右手持采血针针筒顶端将其取出，不可触及除顶端以外的部分，然后用左手大拇指和食指夹住，右手取下乳头上的保护接头，接上专用针头。保证左手食指和中指无菌。
11. 取一根干棉签夹在左手小拇指和无名指上，再次核对。



12. 取下针帽，左手示指和中指摸动脉搏动，右手持针沿动脉走向在搏动最强处垂直进针或在下方以 45° 角进针，见回血后停住，动脉会将血液顶入针筒内，采血 1ml。
13. 取到所需血量后左手用棉签按住穿刺点，右手拔针，指导患者或家属正确按压。
14. 立即将针头插入密封针套内，用手掌来回搓动标本，使之与抗凝剂混匀。
15. 注明采集时间及是否用氧。
16. 再次核对，标本核对无误后，贴条形码于采血针上，立即送检。
17. 协助按压穿刺部位 5-10 分钟至无出血。
18. 撤去治疗巾及脉枕，脱手套。
19. 协助患者取舒适卧位，询问患者需要。
20. 整理床单位。
21. 洗手，取口罩。
22. 记录。
23. 操作速度：完成时间 10 分钟以内

五、指导要点

1. 指导患者检查目的和配合方法。
2. 告知患者正确按压穿刺点，并保持穿刺点清洁、干燥。

六、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. 若患者饮热水、洗澡、运动，需休息 30 分钟后再取血，避免影响检查结果。
4. 做血气分析时注射器内勿有空气，避免混入静脉血。
5. 标本采集后 30min 内送检，以免影响结果。
6. 凝血功能差者穿刺后应延长按压时间至少 10min。

交叉配血标本采集技术规范

一、操作目的

遵循无菌操作原则，正确留取血标本，做交叉配血实验，为输血患者做好准备工作。

二、评估要点

1. 评估患者的病情、意识状态、生命体征、以及配合程度。
2. 穿刺部位的皮肤、血管情况、以及肢体的活动度。

三、物品准备

治疗盘、弯盘、碘伏、棉签、止血带、采血针、试管、手套、治疗巾、PDA。

四、操作要点

1. 核对医嘱和患者信息及标本容器信息。
2. 评估患者的病情及采血部位的皮肤、血管情况。
3. 告知患者及家属采血目的、方法及采血的注意事项和配合。



4. 按静脉采血的方法进行留取血标本。
5. 及时送检。

五、指导要点

1. 告知患者及家属采血目的、方法及注意事项。配合方法。
2. 告知患者按压穿刺部位的正确方法及按压时间。

六、注意事项

1. 若患者正在输液，应从非输液的一侧肢体采血。
2. 标本及时送检，在送检的过程中避免过度震荡。

血培养采集技术操作规范

一、操作目的

严格无菌操作要求，正确留取血标本，做微生物培养，协助诊断、治疗及护理。

二、评估要点

1. 评估病情、治疗、心理状态及配合程度。
2. 了解患者寒战或发热的高峰时间。
3. 了解患者的用药情况，若抗生素。
4. 评估患者穿刺部位皮肤、血管情况和肢体活动度。

三、物品准备

治疗盘、弯盘、碘伏、棉签、止血带、采血针、试管、手套、治疗巾、PDA。

四、操作要点

1. 核对医嘱及培养瓶条码。
2. 评估患者病情、抗生素的使用情况、以及血管等基本情况。
3. 告知患者及家属采血的目的、方法及如何采血、采血后的注意事项。
4. 根据要求准备用物。
5. 再次核对，用PDA扫描患者手腕带和培养瓶条码，确认统一后，按要求正确留取血标本。可选用静脉直接穿刺法或经外周穿刺的中心静脉导管进行采血。
6. 在申请单上准确记录采血量、时间及患者相关信息。
7. 及时送检。

五、指导要点

1. 告知患者检查的目的、方法、注意事项以及配合方法。
2. 告知患者正确的降温方法，促进舒适。

六、注意事项

1. 血培养瓶应在温室下保存。
2. 根据是否使用抗生素，准备合适的需氧瓶和厌氧瓶。
3. 间歇性寒战患者应在寒战或者体温高峰前取血；当预测寒战或高热时间有困难时，应在寒战或发热时尽快取血。



4. 已经用过抗生素治疗的患者，应在下次使用抗生素前采取血培养标本。
5. 血标本注入厌氧培养瓶时，注意不要将注射器中得空气注入瓶中。
6. 2次血培养标本采集时间至少间隔1小时。
7. 经外周穿刺的中心静脉导管采血留取血标本时，每次至少采集2套血培养，其中一套从独立外周血管采血，另一套则从导管采血。2套血培养的采血时间必须接近（ ≤ 5 cm），并做好标记。
8. 成人采血10-20ml，婴儿1-5ml。

手指血糖测定技术操作规范

一、操作目的

通过手指血糖检测结果来了解血糖波动情况，为治疗用药提供依据。

二、评估要点

1. 评估血糖仪的工作状态，检查试纸的有效期以及试纸和血糖仪的型号是否匹配。
2. 评估患者末梢循环以及皮肤情况、进食时间。

三、物品准备

1) 治疗盘内：血糖仪、血糖试纸、针头、75%乙醇、面巾、弯盘；2) 血糖监测记录单、治疗巾、清洁手套一双；3) 其他：快速手消毒剂、医疗垃圾桶、生活垃圾桶、锐器盒。

四、操作要点

1. 核对医嘱、血糖监测记录单。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。酌情清洁其双手。
3. 洗手，戴口罩。
4. 检查血糖仪性能、血糖试纸的有效期，检查血糖试纸与血糖仪显示编号是否一致。
5. 备齐用物携至患者床边，再次核对。
6. 协助患者取舒适卧位，铺一次性治疗巾在预检测手下。
7. 确定患者是否符合空腹或者餐后2小时血糖测定的要求。
8. 开机，确认血糖试纸的编号与血糖仪设置的编号一致。
9. 75%乙醇棉签消毒与检测手指，手指向上直立待干。
10. 戴手套，再次核对。
11. 将血糖试纸插入血糖仪内，捏紧手指，在消毒手指的指腹一侧扎针。
12. 将血糖试纸吸附区与血液充分接触，等待结果。
13. 棉签按压穿刺点至无出血。
14. 读取并告知患者检测结果，如有异常及时通知医生。
15. 撤除试纸，撤去治疗巾，取下手套。
16. 将检测结果填在血糖监测记录单上，注明日期及时间。
17. 询问患者需要，整理床单位，协助患者取舒适卧位，行相关知识宣教。
18. 处理用物，洗手，取口罩。



19. 操作速度：完成时间 10 分钟以内。

五、指导要点

1. 测血糖时应轮换采血部位。
2. 血糖仪应按生产商使用要求期进行校准液校正。
3. 避免试纸受潮、污染。
4. 异常结果应重复检测一次，必要时复检静脉生化血糖。

咽拭子标本采集技术操作规范

一、操作目的

取患者咽部及扁桃体分泌物做细菌培养。

二、评估要点

1. 了解患者病情、口腔黏膜和咽部感染情况。
2. 向患者皆是目的。取得配合。

三、物品准备

1) 治疗盘内无菌咽拭子培养管、化验单、压舌板、一次性手套、温开水、纱布、手电筒、弯盘、PDA；2) 其他：快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱及试管条码。
2. 核对床号、姓名、住院号、（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴手套。
4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对，使用 PDA 扫描患者手腕带及试管上条形码信息，确认一致。
5. 协助患者取合适体位，用清水漱口。
6. 戴手套，核对标本标签，让患者张口发“啊”音，必要时使用压舌板。
7. 取出培养管中得拭子轻柔、快速的擦拭两腭弓、咽及扁桃体的分泌物，避免咽拭子触及其他部位。
8. 迅速把咽拭子插入无菌试管内塞紧。
9. 再次核对，将条形码标签贴于痰收集器上，注明留取时间。
10. 用纱布擦净患者口唇，拖手套，整理床单位，协助患者取舒适体位，询问患者需要。
11. 处理用物。
12. 洗手，戴口罩。
13. 医嘱签字，并在电脑上确认采样时间。
14. 按要求将标本送检。
15. 记录。
16. 造作时间：完成时间限 6 分钟以内。

五、指导要点



1. 告知患者检查目的、采集方法、采集时间。

六、注意事项

1. 操作过程中，应注意瓶口消毒，保持容器无菌。
2. 最好咋使用抗菌药物治疗前采取标本。
3. 避免在进食后 2h 内留取咽试子标本，以防呕吐，棉签不要触及其他部位以免影响检查结果。

痰标本采集技术规范

一、操作目的

根据医嘱采集痰标本，进行临床检验，为诊断和治疗提供依据。

二、评估要点

1. 询问、了解患者身体状况，评估患者能否自行咳嗽咳痰。
2. 观察患者口腔粘膜有无异常和咽部情况，向患者作好解释，取得合作。

三、物品准备

1) 治疗盘内：痰液收集器、化验单、一次性无菌手套、温开水、纱布、手电筒、治疗巾、胶水和胶布、弯盘、PDA；2) 医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱及集痰器条形码。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对，使用 PDA 扫描患者手腕带及集痰器上的条形码信息，确认一致。
5. 协助患者清洁口腔，取合适体位。
6. 取治疗巾置于患者颌下。
7. 采集痰标本：
 - ①自行咳痰采集法：戴手套，指导患者用冷开水漱口，观察有无食物残渣，嘱患者深呼吸数次后再用力咳出呼吸道深部痰液于无菌痰液收集器内（标本量不少于 1ml）盖好瓶盖。
 - ②难于自然咳嗽、不合作或人工辅助呼吸者：先帮助患者拍背，戴无菌手套，将痰液收集器连接在负压吸引器上（方法同吸痰法）将导管插入咽喉深部，留取痰液标本 2～5ml 后加盖。
8. 再次核对，将条形码标签贴于痰液收集器上，注明留取时间。观察痰液的颜色、性质、量、气味、粘稠度和有无肉眼可见的异常物质等。
9. 用纱布擦净患者口唇，脱手套。
10. 整理床单位，协助患者取舒适体位，询问患者需要。
11. 处理用物。
12. 洗手，取口罩。
13. 医嘱签字，并在电脑上确认采样时间。



14. 按要求将痰标本送检。
15. 记录。
16. 操作时间：完成时间限 7 分计以内。

五、指导要点

1. 告知患者检查目的、采集方法、采集时间。
2. 指导患者正确留取痰标本，告知患者留取痰液前要先漱口，然后深吸气，用力咳出第一口痰，留于容器中。
3. 告知患者不可将唾液，漱口水，鼻涕等混入痰中。

六、注意事项

1. 除 24h 痰标本外，痰液收集时间宜选择在清晨。
2. 护士在采集过程中要注意根据检查目的选择正确的容器。
3. 患者做痰培养及痰找瘤细胞检查时，应及时送检。
4. 留取 24 小时痰液时，要注明起止时间。

尿常规标本采集技术规范

一、操作目的

正确留取尿液标本，为病情诊断及治疗护理提供依据。

二、评估要点

1. 患者病情，意识，生活自理能力，排尿情况以及配合程度。
2. 女性患者确认其是否在月经期间，如在月经期，则不宜留取尿标。

三、物品准备

尿常规标本容器、必要时备便盆（或尿壶）、屏风、纸巾及手套，PDA

四、操作要点

1. 核对医嘱及试管信息。
2. 评估患者排尿情况，膀胱充盈度，了解有无尿管及膀胱造瘘管。
3. 告知患者及家属尿标本的目的、方法及配合方法。
4. 按要求准备用物，再次核对，使用 PDA 扫描患者手腕带及试管上的信息，确认一致。
5. 可下床的患者，给予容器，告知留取清晨尿液约 10-50ml 于容器中送检；碎玉行动不便的患者，协助其在床上使用便器；昏迷或尿潴留患者必要时可通过导尿术留取尿标本。
6. 留置导尿的患者留取尿标本时，先放空尿袋中的尿，袋重新又尿排出后在打卡尿管下方的开关收集尿液。
7. 为女性患者留取尿标本时，医药是清洗外阴，用无菌干棉球堵塞阴道口后再留取尿标本。

五、指导要点

1. 留取尿标本前不宜过多喝水。
2. 清晨留取尿标本前不宜剧烈运动。。



1. 告知患者在收集尿液标本的过程中如有不适应及时告诉护士。
3. 女性患者月经期间不宜留取尿标本。
4. 留取尿比重标本时，尿液量需增加至 50ml。
5. 留取尿液标本过程中，避免污染。

六、注意事项

1. 注意保护隐私。
2. 指导患者正确留取标本。

尿培养标本采集技术规范

一、操作目的

遵循无菌原则，留取尿液标本，避免污染，做细菌培养，为病情诊断，治疗护理提供依据。

二、评估要点

1. 患者病情，意识，生活自理能力，排尿情况以及配合程度。
2. 女性患者确认其是否在月经期间，如在月经期，则不宜留取尿标。

三、物品准备

无菌导尿包、无菌试管、试管夹、酒精灯及火柴、便盆、屏风、纸巾及手套，PDA。

四、操作要点

1. 核对医嘱及尿培养瓶上的信息。
2. 评估患者心理状况，膀胱充盈情况。
3. 告知患者及家属尿培养标本采集的目的方法及配合事项。
4. 按要求准备用物，再次核对，使用PDA扫描患者手腕带及尿培养瓶上的信息，确认一致。
5. 严格按无菌操作要求留取尿标本。女患者留取中段尿法：患者取坐位或仰卧位，垫便盆，按留置导尿法清洁，消毒外阴部皮肤。然后用2%碘伏消毒尿道口，嘱患者自行排尿，弃去前段尿液，护士用试管夹夹住无菌试管，留取中段尿10ml左右，盖紧试管塞及时送检。对于男性患者应注意把尿道口周围及包皮彻底消毒，其余方法同上。

五、指导要点

告知患者正确配合收集尿液标本的方法。

1. 告知患者在收集尿液标本的过程中如有不适应及时告诉护士。
2. 留取尿液标本过程中，避免污染。
3. 女性患者月经期间不宜留取尿标本。

六、注意事项

1. 注意保护隐私。
2. 指导患者正确留取标本。



24h、12h、3h、尿标本采集技术规范

一、操作目的

收集待定时间段的尿液总量，用以监测其中特殊成分，协助诊断，为治疗护理提供依据。

二、评估要点

1. 患者病情、意识状态、生命体征等。
2. 患者的排尿情况。
3. 患者的心理状况、沟通、理解及合作能力。

三、物品准备

干燥清洁带盖的大口容器、相应的防腐剂、纸巾、治疗巾、手套、屏风、PDA 等。

四、操作要点

1. 核对医嘱及试管信息。
2. 评估患者的排尿情况，膀胱充盈度，了解有无尿管及膀胱造瘘管。
3. 告知患者及家属留取尿标本的目的、方法及配合方法。
4. 按要求备齐用物，再次核对，使用 PDA 扫描患者手腕带及试管信息，确认一致。收集标本的容器上需注明收集的起止时间、患者相关信息、标本项目等。
5. 嘱患者于收集尿液开始前排空膀胱。
6. 按要求正确留取尿液标本。留取 24 小时尿标本指从清晨 7 时至次日晨 7 时止；12 小时尿标本指从晚上 7 时至次日晨 7 时止；3 小时尿标本指从凌晨 5 时起至早上 8 时止。
7. 患者解第一次尿后即加入防腐剂，使之与尿液混合。
8. 留取的标本及时送检。

五、指导要点

1. 指导患者正确将每一次的尿液集中在事先准备好的统一的大容器中。
2. 指导患者及家属如有不适或疑问，请及时通知护士。

六、注意事项

1. 注意保护隐私。
2. 指导患者正确留取标本。



营养与排泄护理技术规范

协助患者进食 / 水护理技术规范

一、操作目的

协助自理能力缺陷的患者进食 / 水，保证营养供给及进食 / 水安全。

二、评估要点

1. 患者年龄、意识、活动能力的情况，了解患者自理能力。
2. 了解患者的疾病相关情况及相关检查指标、评估饮食种类、液体出入量、自行进食能力，有无偏瘫、吞咽困难、视力减退等。患者有无餐前、餐中用药。
3. 评估现场环境，确定是否适合进食。

三、物品准备

温度、种类、量等合适的食物 / 水、餐具。必要时备垫枕或靠垫等。

四、操作要点

1. 评估环境：保持进食 / 水环境清洁卫生，避免饭前进行引起患者不适的治疗等项目。
2. 评估患者自理能力：使用适当的评估量表，了解患者的自理能力和自行进食 / 水能力。
3. 评估病情：了解患者进食 / 水前是否需要餐前、餐中用药，暂停非紧急的治疗、检查和护理。
4. 评估食物 / 水：了解食物 / 水的种类、温度、软硬度等是否符合患者的饮食要求。
5. 协助患者下床进食 / 水，对不能下床的患者协助其坐卧或半卧位，放置好床上餐具或餐桌。需绝对卧床的患者协助侧卧或仰卧位头偏向一侧。
6. 患者进食 / 水的过程中，评估患者的咀嚼能力、吞咽能力、观察有无吞咽困难、呛咳、恶心、呕吐等。
7. 患者进食 / 水完毕，及时撤去餐具，清理用物及整理床单。
8. 行相关知识宣讲。
9. 处理相关用物。
10. 记录患者的进食 / 水情况，包括食物的量、种类、时间以及进食速度。

五、指导要点

1. 进食 / 水的过程中指导患者正确吞咽。
2. 对于生活能力部分自理的患者，指导患者适当运动，预防跌倒。

六、注意事项

1. 正确评估患者的自理能力。
2. 根据患者的病情及机体需要准备合适的食物。
3. 喂食的过程中动态观察患者的吞咽及咀嚼能力。
4. 喂食完毕，根据患者情况进行适当的健康宣教。



肠内营养技术规范（滴注法）

一、操作目的

通过鼻胃管、鼻肠管或空肠造瘘管滴注营养液，保证不能经口进食的患者的营养和水分的供给及提供治疗途径。

二、评估要点

1. 评估患者病情、意识状态、营养情况、合作程度。
2. 评估管饲通道情况，了解有无进食风险。
3. 观察营养液输注中、输注后的患者反应。

三、物品准备

1. 温度、种类、量、性状等合适的食物、灌注器、滴注器、必要时备加热器。

四、操作要点

1. 评估患者，了解患者情况。
2. 向患者及家属解释滴注营养液的目的。
3. 按要求准备适当的肠内营养液。
4. 确认鼻胃管、鼻肠管或空肠造瘘管等确实在肠胃内，并了解有无胃潴留、腹胀、腹痛等。
5. 根据患者情况，给予适当体位。一般可将患者床头抬高 30-45° 或取半卧位对于颈椎、胸椎、腰椎损伤患者不宜抬高床头。
6. 将配置好温度为 38-40℃ 的肠内营养液倒入有盖吊瓶内或将成品连接滴注管并排气。
7. 用 20ml 温开水冲洗管道，将滴注管与冲洗管道连接，根据患者对营养液的耐受、血糖值、营养液的性质以及胃残液量确定输注速度。
8. 营养液输注过程中观察患者有无呛咳、呼吸困难、恶心、呕吐等情况。
9. 每 3 小时回抽胃液一次，了解胃液残量，适时调整滴注速度。
10. 滴注完毕用 20-50ml（或根据患者需要定量）温开水冲洗管道。
11. 定时监测血糖、电解质的情况，观察意识变化，有无出汗、心悸等情况。
12. 准确记录患者的滴注量、出入量。每周称体重一次，如果发现患者的消耗和摄入不平衡及时与医生联系，及时调整治疗护理方案。

五、指导要点

1. 妥善固定喂养管，对于携带喂养管出院的患者，告知患者及家属喂养管的护理及使用方法。
2. 告知患者喂养管应定期跟换。

六、注意事项

1. 营养液现配现用，粉剂应搅拌均匀，配制后的营养液防止在冰箱内冷藏，24 小时内用完。
2. 长期留置喂养管的患者每日进行口腔护理，每日用油膏涂试鼻腔粘膜，轻轻转动喂养管或保持造瘘口周围皮肤的清洁干燥。
3. 对喂养管道进行醒目标记。



肠外营养输注技术规范（经中心静脉）

一、操作目的

通过静脉途径输注各种营养素，补充和维持患者的营养。

二、评估要点

1. 评估患者病情、意识、合作程度、营养状况。
2. 评估输液通道情况、穿刺点及周围皮肤状况。

三、物品准备

治疗盘、碘伏、棉签、生理盐水、输液器、营养液、输液泵、弯盘。

四、操作要点

1. 核对，评估患者的营养需要、意识状态以及合作程度。
2. 评估患者中心静脉管道情况：管道有否裂损、是否通畅固定是否牢固，局部皮肤有无红肿等。观察管道的外漏刻度并作好记录。
3. 告知患者及家属进行肠外营养的目的，指导其配合方法。
4. 核对营养液处方，按要求备好，检查营养液的质量。
5. 消毒中心静脉管道，用生理盐水 50-100ml 冲管。
6. 备好输液泵，连接营养液，按要求调节泵速，营养液应 24 小时内输注完毕。
7. 输注完毕，用生理盐水 50-100ml 冲管再用肝素钠稀释液 10ml 进行脉冲式正压封管。
8. 输注过程中密切监测患者的病情变化：意识状态、生命体征、尿量、血糖、电解质等，及时发现有无相关不适症状：恶心、出汗、胸闷、寒战、高热等。同时警惕高渗性非酮性昏迷。
9. 准确记录 24 小时出入液量，记录输注的开始时间、速度、结束时间以及输注过程中患者的反应。
10. 给与相关知识宣讲。

五、指导要点

1. 告知患者及家属输注的速度不要自行调节，以免引起不适。
2. 告知患者输注的过程中可能出现的不适，如有不适请及时通知护士。
3. 告知患者及家属在输注过程中，患者翻身、活动时妥善保护管路和保持穿刺点局部清洁干燥。
4. 告知患者穿刺部位如有红肿、疼痛、发痒等情况出现，应及时通知护士。

六、注意事项

1. 营养液一般在 24 小时内输注完毕，如有特殊情况输注不完，应在冰箱内冷藏，下次输注前在温室下复温后再输注，保存时间不超过 24 小时。
2. 等渗或稍高渗性溶液可从周围静脉输注，高渗性溶液须经中心静脉输注，并明确标识。
3. 输注速度的调节以葡萄糖不超过 $5\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 为宜或动态监测血糖水平维持在 8.5mmol/L 。
4. 输注营养液应专用通道，且单独使用，不可用于输血采血。



排便功能训练护理规范

一、操作目的

通过训练让患者形成有规律的排便习惯。

二、评估要点

1. 评估有无影响患者排便的因素：年龄、饮食习惯、个人习惯、日常生活情况、心理因素、社会文化因素、疾病情况、用药情况、治疗及检查情况。
2. 评估患者的病情、意识、自理能力、合作程度、了解患者治疗用药的情况。
3. 评估患者膀胱充盈度，有无腹痛、腹胀及会阴部皮肤情况。

三、物品准备

合适的排便器，必要时备防跌倒等器具。

四、操作要点

1. 充分评估患者，确定患者的情况事宜进行排便干的训练活动。
2. 环境准备，确保环境安静私密，避开进餐时间、查房时间以及治疗护理时间。
3. 指导患者养成定时排便习惯，在病情允许的情况下协助患者上洗手间排便，注意防跌倒和避免受凉。对于卧床的患者可根据情况给予适当便器。
4. 床上排便姿势训练：患者取坐位或抬高床头 45° 。床上使用便器者，应预防患者跌倒或坠床，询问患者感受，及时观察患者病情变化，如是否有面色苍白、出冷汗等不适。
5. 增强腹肌训练：患者取坐位或半卧位，嘱患者深吸气后屏气，往下腹部用力，做排便动作；
6. 指导患者进行盆底部肌肉运动：患者平卧双下肢并拢，双膝屈曲稍分开，轻抬臀部，缩肛、提肛10-20次，每天训练4-6次。
7. 腹部按摩：训练患者排便时用手掌的大小鱼际沿脐周顺时针方向做环形按摩。
8. 只带患者多饮水、多食富含膳食纤维的食物。
9. 观察患者排便训练效果并做好相关记录。

五、要点指导

1. 指导患者每天按时按量按照护士的要求主动进行各项功能锻炼。
2. 指导患者合理调整饮食结构及进食习惯。

六、注意事项

1. 正确评估患者病情，排除相关禁忌：腹部、肛门手术后3天内以及极度虚弱的患者避免进行排便功能训练；心肌梗塞、动脉瘤的患者进行排便功能训练时禁止用力排便。
2. 在进行腹肌、盆底部肌肉训练以及按摩时，加强对患者病情的观察，保证患者安全。



肛管排气护理规范

一、操作目的

排除肠腔内积气，缓解腹胀。

二、评估要点

1. 评估患者的意识、生命体征、生活自理能力以及合作配合程度。
2. 评估患者的腹部情况，了解腹胀的具体情况。

三、物品准备

治疗盘、弯盘、肛管、玻璃接管、引流管、玻璃瓶（内盛 3/4 水）、瓶口系带、润滑剂、棉签、胶布、治疗巾、纸巾。

四、操作要点

1. 评估患者，了解患者基本病情及生理、心理状况。重点是胀气的原因，伴随的症状和体征，直肠及肛门相关病史。
2. 告知患者及家属肛管排气的目的及具体方法，以及患者操作中的配合要点。
3. 环境准备：确定环境私密安静，保护患者隐私，避免外界干扰。
4. 协助患者取仰卧位或左侧卧位，润滑肛管前端后插入直肠 15-20cm，肛管另一端连接引流管，引流管插入玻璃瓶的液面下，观察有无气泡排出。
5. 肛管固定于臀部，连接引流管保持通畅。
6. 操作过程中询问患者感受，了解腹痛、腹胀情况的缓解情况。
7. 肛管保留 20 分钟后拔除，清洁肛门。
8. 指导患者合理饮食和运动，对卧床患者指导进行床上运动或变换体位。
9. 观察排气效果并认真记录。

五、指导要点

1. 在留置肛管及排气的过程中，如有不适及时告诉护士。
2. 平时注意饮食的调整，适量运动，促进胃肠蠕动。

六、注意事项

1. 留置肛管的过程中，护士的操作应动作轻柔，避免损伤。
2. 操作的过程中应注意观察患者的病情变化，及时询问患者的感受，了解腹痛、腹胀的缓解情况。

简易通便技术护理规范

一、操作目的

使用简易的通便方法，帮助患者排便，解除患者腹痛、腹胀。

二、评估要点



1. 评估患者的病情、意识、生活自理能力以及合作能力。
2. 了解患者的腹胀、便秘情况及是否有伴随症状。

三、物品准备

通便剂、纸巾、便盆及防水治疗巾。

四、操作要点

1. 评估患者情况，了解是否有肛肠疾病史。
2. 告知患者及家属简易通便的方法、目的及指导患者配合方法。
3. 环境准备：确保环境安静、私密、避免干扰。
4. 选择合适的通便剂，正确的将通便剂送入肠道。
5. 通便过程中询问患者感受，了解有无腹痛、腹胀及便意。
6. 协助患者排便，询问排便后腹痛、腹胀的缓解程度，观察大便性质、量及颜色。
7. 指导患者养成良好的排便习惯，多饮水，多食富含膳食纤维的食物。
8. 指导患者合理运动。
9. 记录通便情况，包括大便相关情况。

五、指导要点

1. 指导患者在药液送入肠道后尽量多保留一段时间，不要立即排出。
2. 指导患者合理膳食，适当运动。

六、注意事项

1. 注意保护隐私。
2. 操作中注意观察患者病情变化：腹痛、腹胀的情况。

导尿技术操作规范

一、操作目的

1. 采集患者尿标本做细菌培养。
2. 为尿潴留患者引流尿液，减轻痛苦。
3. 用于患者术前膀胱减压以及下腹、盆腔器官手术中持续排空膀胱，避免手术误伤。
4. 患者尿道损伤早期或者手术后作为支架引流，经导尿管对膀胱进行药物灌注治疗。
5. 患者昏迷。尿失禁或者会阴部有损伤时，留置导尿管以保持局部干燥、清洁、避免尿液的刺激。
6. 抢救休克或者危重患者，准确记录尿量、比重，为病情变化提供依据。
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者气体等以协助诊断。

二、评估要点

1. 询问患者身体状况：①病情、意识状态、生命体征、合作程度及耐受力；②生活自理能力；③膀胱充盈度及会阴部皮肤粘膜情况。男性患者有无前列腺疾病等引起尿路梗阻的情况。
2. 向患者解释导尿目的、注意事项，取得患者配合。



三、物品准备

1) 治疗盘内：一次性导尿包 1 个，一次洗防水治疗巾；2) 治疗卡、医嘱单；3) 便盆、浴巾；4) 医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手、戴口罩。
4. 备齐用物携至患者床边旁，再次核对。关闭门窗，调节温度，屏风遮挡，协助患者做好准备。
5. 检查一次性导尿包有效期，有无漏气、破损。
6. 松开床尾被。协助患者脱去对侧裤腿盖在近侧腿上，并盖上浴巾，用盖被遮盖对侧腿。
7. 协助患者取屈膝仰卧位，双腿略外展，暴露外阴。
8. 将一次性治疗巾垫于臀下，弯盘置于会阴处。
9. 打开一次性导尿包外层，取出一一次性治疗盘放于两腿之间。
10. 一手带手套，一手持镊子夹取消毒棉球初步消毒阴阜、对侧和近侧大阴唇，对侧大下阴唇之间、近侧大小阴唇之间。
11. 一手分开小阴唇，消毒对侧、近侧小阴唇、尿道口至肛门。污染棉球放于弯盘内。
12. 脱下手套置入弯盘内，将一次性治疗盘及弯盘移至床尾处。
13. 将一次性导尿包置于患者两腿之间，按无菌技术操作打开导尿包，戴无菌手套，铺洞巾。
14. 按操作顺序整理好用物，检查导尿管前端气囊有无漏气，连接一次性引流袋，旋紧引流袋底部开头，用石蜡油棉球润滑导尿管前端 4~6cm，男性患者 20~22cm，
15. 打开消毒棉球包装，一手分开并固定小阴唇，一手持镊夹取消毒棉球，分别消毒尿道口、对侧小阴唇、近侧小阴唇、尿道口。污棉球、镊子放于床尾弯盘内。
16. 将无菌弯盘置于洞巾口旁，嘱患者张口呼吸，用镊子夹持导尿管对准尿道口轻轻插入 4~6cm（男性患者，提起阴茎与腹壁呈 60° 角，插入 20~22cm），见尿液流出再插入 5~7cm 左右，松开固定小阴唇的手固定导尿管。将注射器接气囊注入 10~15ml 无菌生理盐水，轻拉尿管以证实尿管固定稳妥。
17. 将尿管夹夹闭，将尿袋悬挂于床边，打开尿管夹。撤去洞巾，擦净外阴，脱去手套于弯盘内。在尿管上贴标签，注明置管人的姓名及日期时间。撤去患者臀下垫巾和导尿包放于治疗车下层。
18. 协助患者穿好裤子。整理床单位，清理用物。
19. 询问患者需要，酌情开窗通风，撤去屏风。
20. 记录尿量、颜色，如有标本立即送检。
21. 处理用物，洗手，取口罩。
22. 操作速度：完成时间 25 分钟以内。

五、指导要点

1. 指导患者放松，在插管过程中协调配合，避免污染。
2. 指导患者在留置尿管期间保证充足入量，预防发生感染和结石。



3. 告知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。
4. 告知患者保持尿袋高度低于耻骨联合水平，防止逆行感染。
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，以增强控制排尿的能力。

六、注意事项

1. 导尿过程中，若导尿管触及口以外区域，应重新更换尿管。
2. 患者留置尿管期间，尿管要定时夹闭。
3. 尿潴留患者一次导出尿量不超过 1000 毫升，以防止出现虚脱和血尿。
4. 患者拔除尿管后，观察患者排尿时的异常状况。
5. 男性患者包皮和冠状沟易藏污垢，导尿前彻底清洗，导尿管插入前建议使用润滑止痛胶，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。必要时请专科医师插管。

大量不保留灌肠技术操作规范

一、操作目的

1. 解除便秘，排除肠胀气。
2. 灌入低温溶液为高热患者降温。
3. 清洁肠道，为肠道手术、检查或分娩做准备。
4. 稀释和清除肠道内有害物质，减轻中毒。

二、评估要点

1. 评估病人的病情、意识状态、合作及耐受程度。
2. 肛周皮肤黏膜情况。

三、物品准备

1) 治疗盘内：一次性灌肠袋、卵圆钳、弯盘、润滑剂、棉签、卫生纸或纱布、一次性防水垫单、水温计、量杯、量筒、一次性清洁手套；2) 灌肠溶液；3) 其他：输液架、屏风、医用垃圾桶、生活垃圾桶，酌情备便盆、便盆巾。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对、姓名、住院号(呼唤患者、核对床头卡及腕带)，评估患者及环境，保证室温适宜。
3. 洗手，戴口罩。
4. 根据医嘱取灌肠溶液进行配制，测量溶液温度 39-41℃。
5. 酌情整理治疗台，再次洗手。
6. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。
7. 松床尾盖被，协助患者取左侧卧位，双膝屈曲，退裤至膝部，臀部移至床沿。
8. 置垫单于臀下，置弯盘于臀边。
9. 戴手套，将灌肠袋挂于输液架上，卵圆钳夹紧肛管，灌肠袋内倒入灌肠溶液，液面高于肛门 40-60 cm，再次核对患者。



10. 润滑灌肠管前端 7-10 cm，排净灌肠袋及肛周内空气。
11. 按照要求置入肛管，指导患者作深呼吸，置入后固定肛管，使灌肠溶液缓慢流入并观察患者反应。根据患者的反应适当调整灌肠速度。
12. 待溶液即将灌完，卵圆钳夹紧肛管，拔出肛周同时用纱布或者卫生纸擦拭肛门。
13. 灌肠完毕，撤去弯盘及垫单，脱手套。
14. 协助患者平卧，嘱患者忍耐 5-10 分钟后再排便并观察大便性状，若降温灌肠，保留 30 分钟后排便，便后 30 分钟测体温。
15. 再次核对。
16. 协助病人取舒适体位，将呼叫器置于易取处，询问病人需要，行相关知识宣教。
17. 整理床单位。
18. 处理用物。
19. 洗手，戴口罩，在体温表及护理记录上记录排便情况。
20. 操作时间：完成时间 20 分钟以内。

五、指导要点

1. 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高度，减慢流速。
2. 指导患者如有心慌、气促等不适症状，立即平卧，避免意外发生。

六、注意事项

1. 对急腹症、妊娠早期、消化道出血的患者禁止灌肠；肝性脑病患者禁止用肥皂水灌肠；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。直肠、结肠合肛门等手术后及大便失禁的患者不宜灌肠。
2. 对患者进行降温灌肠，灌肠后保留 30 分钟后排便，排便后 30 分钟测量温度。
3. 灌肠过程中发现患者脉搏细速、面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、心慌等，应立即停止灌肠，并通知医生。

小量不保留灌肠技术操作规范

一、操作目的

软化粪便，解除便秘，排出积气，用于腹部或盆腔手术后患者、危重、年老体弱患者、小儿及孕妇等。

二、评估要点

1. 评估患者的病情、意识状态、心理状态、合作及耐受程度。
2. 排便情况、肛周皮肤黏膜情况。

三、物品准备

1) 治疗盘内：治疗巾内备注洗器或一次性灌肠袋、肛管（20 以下）、卵圆钳、弯盘、润滑剂、棉签、卫生纸或纱布、一次性防水垫单、水温计、一次性清洁手套、手消毒剂；2) 灌肠溶液：常用灌肠液：“1、2、3”溶液（50% 硫酸镁 30ml、甘油 60ml、温开水 90ml）；甘油 50ml 加等量温开水；各种植物油 120-180ml，另酌情备温开水 5-10ml；3) 其他：输液



架、屏风、医用垃圾桶、生活垃圾筒，酌情备便盆、便盆巾。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者，室温适宜。
3. 洗手、戴口罩。
4. 根据医嘱取灌肠溶液进行配置，测量溶液温度 39-41℃。
5. 酌情整理治疗台，再次洗手。
6. 备齐用物携至床旁，再次核对。
7. 松床尾盖被，协助患者取左侧卧位，双膝屈曲，退裤至膝部，臀部移至床沿。
8. 置垫单于臀下，置弯盘于臀边。

灌肠袋：

9. 戴手套，将灌肠袋挂于输液架上，卵圆钳夹紧肛管，灌肠袋内倒入灌肠溶液，液面不得高于肛门 30cm，再次核对患者。

10. 润滑灌肠管前端 7 ~ 10cm，排净灌肠袋及肛管内空气。

11. 按照要求置入肛管，指导患者作深呼吸，置入后固定肛管，松开卵圆钳使灌肠溶液缓慢流入并观察患者反应。

12. 待溶液即将灌完，卵圆钳夹紧肛管，拔出肛管同时用纱布或者卫生纸擦拭肛门。

注洗器：

13. 戴手套，用注洗器抽吸灌肠溶液，连接肛管，排气后夹管。

14. 润滑灌肠管前端 7 ~ 10cm。

15. 按照要求置入肛管，指导患者作深呼吸，置入后固定肛管，将灌肠溶液缓慢注入患者体内并观察反应。注入完毕后再注入温开水 5-10ml。

16. 抬高肛管尾端，待液体全部注入后，拔出肛管，清洁肛门。

17. 灌肠完毕，撤出弯盘及垫单，脱手套。

18. 协助患者取舒适卧位，嘱其尽量忍耐 10-20 分钟后再排便并观察大便性状。

19. 再次核对。

20. 处理用物。

21. 洗手，取口罩，在体温单大便栏及护理记录上记录结果。

22. 操作速度：完成时间 20 分钟以内。

五、指导要点

1. 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。
2. 指导患者如有心慌、气促等不适症状，立即平卧，避免意外的发生。

六、注意事项

1. 灌肠时插管深度为 7-10cm，压力宜低，灌肠液注入的速度不宜过快。
2. 如为使用注洗器，在每次抽吸灌肠液时应反折肛管尾端，防止空气进入肠道，引起腹胀。
3. 为保胎孕妇解除便秘，以油剂为宜。
4. 灌肠过程中发现患者脉搏细速、面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、心慌等，应立即停止灌肠，并通知医生。



保留灌肠技术规范

一、操作目的

1. 镇静、催眠。
2. 治疗肠道感染。

二、评估要点

1. 评估病人的病情、意识状态、合作及耐受程度。
2. 肛周皮肤黏膜情况。

三、物品准备

1) 治疗盘内：治疗巾内备注洗器及肛管（20 以下）、卵圆钳、弯盘、润滑剂、棉签、卫生纸或纱布、一次性防水垫单、水温计、一次性清洁手套、小垫枕、手消毒剂；2) 灌肠溶液：10%水合氯醛或者其他抗生素溶液 200ml 以内、温开水 5-10ml；3) 其他：输液架、屏风、医用垃圾桶、生活垃圾桶，酌情备便盆、便盆巾。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者及环境，嘱患者先排便。
3. 洗手，戴口罩。
4. 根据医嘱取灌肠溶液进行配制，测量溶液温度 38℃。
5. 酌情整理治疗台，再次洗手。
6. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。
7. 松床尾盖被，根据患者病情和病变部位取合适体位，将小垫枕垫于患者臀下，使臀部抬高 10 cm。
8. 置垫单于臀下，置弯盘于臀边。
9. 戴手套，注洗器抽吸药液，连接肛管，排气夹管。
10. 润滑灌肠管前端 15-20 cm。
11. 按照要求置入肛管，指导患者作深呼吸，置入后固定肛管，液面至肛门的高度 < 30 cm。缓慢注入药液。注入完毕后再注入温开水 5-10ml。
12. 抬高肛管尾端，待液体全部注入后，拔出肛管，清理肛门。
13. 撤去弯盘、治疗巾及小垫枕，脱去手套。
14. 协助患者平卧，嘱患者尽量忍耐保留药液在 1 小时以上，行相关知识宣教。
15. 再次核对。
16. 洗手，取口罩，记录。
17. 操作速度：完成时间 20 分钟以内。

五、指导要点

1. 灌肠过程中，患者有便意，指导患者做深呼吸，同时适当调低灌肠液的高度，减慢流速。
2. 嘱患者至少保留药液 1 小时以上。

六、注意事项



1. 肛门、直肠、结肠等手术后病人、排便失禁者均不宜做保留灌肠。
2. 肠道病患者在晚间睡眠前灌入为宜。
3. 慢性菌痢取左侧卧位；阿米巴痢疾取右侧卧位。
4. 保留灌肠时，肛管易细，插入宜深，速度宜慢，量宜少，防止气体进入肠道。



气道护理技术操作技术规范

体位引流技术规范

一、操作目的

1. 促进痰液引流，保持呼吸通畅。
2. 促进患者安全舒适。

二、评估要点

1. 患者的病情、耐受能力、合作程度。
2. 湿啰音集中的部位。
3. X光胸片提示的炎性灶所在的肺叶或肺段。

三、物品准备

1) 痰杯、漱口水、纱布、纸巾、枕头、听诊器；2) 软垫等协助体位摆放的用具；3) 必要时备吸引器及吸痰用物。

四、操作要点

1. 选择有效体位：坐位或半坐卧位促进肺上叶引流；由一侧卧位转为仰卧位，再转为另一侧卧位，以利于肺中叶引流；头低足高位、俯卧位有利于肺下叶引流。
2. 患者间歇深呼吸并用力咳嗽。
3. 患者面部清洁，体位舒适。

五、指导要点

1. 告知患者体位引流的目的、步骤。
2. 告知患者配合操作的方法。
3. 解释操作中可能出现的不适和风险。

六、注意事项

1. 引流应在饭前进行，一般在早晚进行，因饭后易致呕吐。
2. 说服病人配合引流治疗，引流时鼓励病人适当咳嗽。
3. 引流过程中注意观察病人，有无咯血、发绀、头晕、出汗、疲劳等情况，如有上述症状应随时终止体位引流。
4. 引流体位不宜刻板执行，必须采用病人既能接受，又易于排痰的体位。
5. 患者年迈及一般情况极度虚弱、无法耐受所需的体位、无力排除分泌物时不宜进行体位引流。
6. 胸廓或脊柱骨折、近期大咯血和严重骨质疏松患者禁用。



叩击震颤排痰技术操作规范

一、操作目的

促进痰液引流，保持呼吸通畅，促进患者安全舒适。

二、评估要点

1. 患者病情、意识、耐受能力、咳嗽反射、呼吸带分泌物情况、口腔鼻腔情况。
2. 听诊双肺呼吸音和痰鸣音、阅读 X 光胸片，以确定肺部叩击位置。
3. 患者的心理状态、沟通理解及合作能力。

三、物品准备

- 1) 听诊器；2) 医疗垃圾袋；3) 必要时备吸痰用物、压舌板、开口器、舌钳、

四、操作要点

1. 摆体位，取侧卧位，符合翻身要求。

2. 叩击，叩击者两手的手指指腹并拢。掌关节屈曲呈 120 度角左右。使掌侧呈杯状利用腕关节活动，用腕力轻柔迅速叩击。叩击时按支气管走向由外周向中央叩击，从下往上或从上往下，背部从第十肋间隙、胸部从第六间隙。感染部位着重叩击，每一肺叶叩击 1-3 分钟，每分钟 120-180 次，总叩击时间以 5-15 分钟为宜。叩击力量适中，以病人不感到疼痛为宜，变口技便鼓励患者有效咳嗽。

3. 震颤，呼气时手掌紧贴胸壁，用双臂等长收缩的力量岁胸壁施加一定压力病作轻柔的上下抖动，每个部位重复 6-7 个呼吸周期。

4. 鼓励有效咳嗽。
5. 排痰后再次听诊肺部。
6. 患者面部清洁。体位舒适。

五、指导要点

1. 告知患者体位引流的目的、步骤。
2. 告知患者配合操作的方法。

六、注意事项

1. 体位的摆放要在患者的病情和能耐受情况下进行，并充分暴露患者肺部。
2. 叩击原则：按支气管走向由外周向中央叩击，从下往上或从上往下，避开乳房和心脏，勿在脊柱、骨突部位进行。
3. 震颤紧跟叩击后进行，并只在呼气时震颤，不适宜骨质疏松患者。
4. 叩击加震颤时间 15-20 分钟为宜，在餐后 2 小时至餐前 30 分钟或雾化后进行。拍打的频率、力度视患者的年龄、体质、病情而定。
5. 操作过程中应密切观察病情、呼吸情况。如出现呼吸困难及紫绀，立即停止并采取相应措施。



有效咳痰技术规范

一、操作目的

1. 指导病人掌握有效咳嗽的正确方法，有助于气道远端分泌物的排出。
2. 对不能有效咳嗽的患者进行叩背，促进痰液排出，保持呼吸道通畅。

二、评估要点

1. 患者的病情、意识，咳痰是否有效，对咳痰的耐受的程 度，学习能力，肺部湿罗音等情况。
2. 评估患者有无气胸、咯血、肋骨骨折、病理性骨折、低血压、肺水肿等。
3. 评估患者进餐时间。

三、物品准备

- 1) 听诊器、痰杯、漱口水、纸巾；2) 视需要备枕头和口护包。

四、操作要点

1. 听诊肺部有无异常呼吸音及干湿啰音。
2. 协助取坐位。
3. 指导患者先进行深而慢呼吸 5-6 次，深吸气后屏气 3-5 秒，继而缩唇缓慢呼气，胸廓下部和腹部应该下陷，再深吸一口气后屏气 3-5 秒，身体前倾，从胸腔进行 2-3 次短促而有力的咳嗽，咳嗽同时收缩腹肌，或用手按压上腹部。
4. 取痰杯给患者，帮助痰液咳出，观察痰液的颜色、性质和量。
5. 听诊肺部无异常呼吸音。
6. 协助漱口或口腔护理，协助取舒适卧位，整理床单位。
7. 终末处理。

五、指导要点

1. 告知患者有效咳嗽的目的和方法。

六、注意事项

1. 指导有效咳嗽时，如患者胸部有伤口，可用双手轻压伤口两侧，以免咳嗽时胸廓扩展牵拉伤口而引起疼痛。
2. 叩背时要有单衣保护，避免直接叩击皮肤发红。
3. 叩击时避开衣服拉链和纽扣。

经鼻 / 口腔吸痰法技术规范

一、操作目的

清除患者呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。

二、评估要点



1. 评估患者病情、意识状态、生命体征、合作程度、双肺呼吸音、吸氧流量，口腔及鼻腔有无损伤。

2. 患者呼吸道分泌物的量、粘稠度、部位。

3. 对清醒患者应当进行解释，取得患者配合。

三、物品准备

1) 中心/电动吸痰装置；2) 治疗盘内：治疗碗两个（内盛无菌生理盐水、分别用于吸痰前预吸以及吸痰后冲洗导管），一次性吸痰管数根（内含无菌手套），听诊器，清洁纱布数块，手电筒，弯盘，必要时备一次性治疗巾及无菌手套）；3) 必要时备压舌板，口咽气道，插电板；4) 其他：医嘱单、治疗卡、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。

2. 核对床号、姓名、住院号（呼叫患者、核对床头卡及腕带），评估患者，检查患者口、鼻腔，取下活动义齿。听诊患者双肺呼吸音。

3. 洗手。检查吸引器储液瓶内消毒液（200ml）有效期，拧紧瓶塞。连接导管，接通电源，打开开关，调节合适的负压，将吸引器放于床边适当处。接负压吸引器电源或中心负压吸引装置，调节合适压力（成人 300—400mmHg 或 0.04—0.053Mpa；小儿 150—200mmHg 或 0.02—0.04 Mpa）。

4. 洗手，戴口罩。

5. 备齐用物携至患者床旁，再次核对、解释，以取得合作。

6. 协助患者头偏向一侧，略向后仰。

7. 吸痰前给予高流量吸氧。

8. 检查并打开吸痰管，戴无菌手套于右手，连接吸痰管，打开吸引器开关，试吸少量生理盐水，检查吸引器是否通畅，湿润导管前端。

9. 如果经口腔吸痰，告诉患者张口，安抚患者不要紧张，指导其自主咳嗽。对昏迷患者用压舌板或口咽气道帮助其张口，吸痰完毕后取出压舌板或口咽气道。

10. 左手反折吸痰管末端，右手保持无菌，持吸痰管前端，轻柔地插入口咽部，然后放松导管末端。

11. 先吸口咽部分泌物，再吸气管内分泌物，将吸痰管水平旋转缓缓上提吸净痰液。每次吸痰时间不超过 15 秒；如痰液较多，需要再次吸引，应间隔 3~5 分钟，患者耐受后再进行。一根吸痰管只能使用一次。吸痰过程中密切观察患者，如出现缺氧症状如紫绀、心率下降等应立即停止吸痰，休息后再吸。

12. 吸痰管取出后，观察患者痰液性状、颜色、量。再吸生理盐水冲净痰液，以免堵塞。

13. 更换吸痰管经鼻腔吸引。吸痰完毕，关上吸引器开关，擦净患者面部分泌物，脱手套。

14. 吸痰后给予高流量吸氧。听诊双肺呼吸音。

15. 再次核对。整理床单位，协助患者取舒适卧位。询问患者需要。告知患者适当饮水，以利痰液排出。痰液粘稠，可以配合翻身扣背、蒸汽吸入或雾化吸入。

五、指导要点

1. 如果患者清醒，安抚患者不要紧张，指导其自主咳嗽。



2. 告知患者适当饮水，以利痰液排除。

六、注意事项

1. 按照无菌操作原则，插管动作轻柔，敏捷。

2. 吸痰前后应当给予高流量吸氧，吸痰时间不宜超过 15 秒，如痰液较多，需要再次吸引，应间隔 3-5 分钟，患者耐受后再进行。

3. 痰液粘稠，可以配合翻身扣背、雾化吸入，出现缺氧的症状如紫绀、心率下降等症状时，应立即停止吸痰，休息后再吸。

4. 注意吸痰管插入是否顺利，遇有阻力时，应分析原因，不得粗暴操作。

5. 观察患者痰液性状、颜色、量。

经气管插管 / 气管切开吸痰技术操作规范

一、操作目的

保持患者呼吸道通畅，保持有效的通气。

二、评估要点

1. 评估患者病情、意识状态、生命体征、合作程度、双肺呼吸音、吸氧流量及痰液情况。

2. 了解呼吸机参数设置情况，负压吸引装置、操作环境等。

3. 对清醒患者解释操作目的，取得患者合作。

三、物品准备

1) 电动吸引器或中心吸引器；2) 治疗盘内：无菌治疗碗两个（内盛无菌生理盐水、分别用于吸痰前预吸以及吸痰后冲洗导管）、一次性吸痰管数根（内含无菌手套）、清洁纱布数块、弯盘、听诊器，必要时备一次性治疗巾及无菌手套；3) 必要时备插电板；4) 其他：医嘱单、治疗卡、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。

2. 核对床号、姓名、住院号（呼叫患者、核对床头卡及腕带），评估患者，听诊患者双肺呼吸音。

3. 洗手。检查吸引器储液瓶内消毒液（200ml），有效期，拧紧瓶塞。连接导管，接通电源，打开开关，调节合适的负压，将吸引器放于床边适当处。接负压吸引器电源或中心负压吸引装置，调节合适压力（成人 300—400mmHg 或 0.04—0.053Mpa；小儿 150—200mmHg 或 0.02—0.04 Mpa）。

4. 洗手，戴口罩。

5. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。

6. 将呼吸机的氧浓度调至 100%，给予患者纯氧 2 分钟，以防止吸痰造成的低氧血症。

7. 使无菌治疗碗处于备用状态。

8. 检查并撕开吸痰管外包装前端，一只手戴无菌手套，将吸痰管抽出并盘绕在手中，并与负压管相连。试吸无菌生理盐水少许，预冲吸痰管。



9. 非无菌手断开呼吸机与气管导管，将呼吸机接头放在无菌区内。用带无菌手套的一只手迅速并轻柔地沿气管导管送入吸痰管，吸痰管遇阻力后加负压，边上提边水平旋转边吸引，避免在气管内上下提插。吸痰时间不超过 15 秒，连续吸痰不得超过 3 次，吸痰间隔予以纯氧吸入。

10. 吸痰过程中密切观察患者的病情变化，如心率、血压、呼吸、血氧饱和度明显改变时，应当立即停止吸痰，立即接呼吸机通气并给予纯氧吸入。

11. 吸痰结束后立即接呼吸机通气，给予患者 100% 纯氧 2 分钟，待血氧饱和度升至正常水平后再将氧浓度调至原来水平。

12. 吸痰管取出后，观察患者痰液性状、颜色、量。冲洗吸痰管和负压吸引管，脱手套。更换吸痰管，吸净口腔内分泌物，必要时吸鼻腔。

13. 听诊双肺呼吸音。再次核对。整理床单位，协助患者取安全、舒适体位，询问患者需要。指导清醒患者有分泌物时应及时清除。

处理用物。

洗手，取口罩。

记录。

操作速度：完成时间限 10 分钟以内。

五、指导要点

1. 如果患者清醒，安抚患者不要紧张。
2. 向清醒患者和家属讲解呼吸道疾病的预防保健知识。
3. 指导清醒患者有分泌物时应及时清除。

六、注意事项

1. 操作动作应轻柔准确快速，每次吸痰时间不宜超过 15 秒，连续吸痰不得超过 3 次，吸痰间隔予以纯氧吸入。先吸气管内，再吸口鼻处。
2. 吸痰前整理呼吸机管路，倾倒冷凝水。
3. 注意吸痰管插入是否顺利，遇有阻力时应分析原因，不得粗暴盲插。
4. 吸痰管最大外径不能超过气管导管内径 1/2，负压不可过大，进吸痰管时不可给予负压，以免损伤患者气道。
5. 遵循无菌原则，注意保持呼吸机接头不被污染，戴无菌手套持吸痰管的手不被污染。
6. 冲洗液应分别注明吸引气管插管、口鼻腔之用，不能混用。
7. 吸痰过程中应当密切观察患者的生命体征及呼吸机参数变化，如心率、血压、呼吸、血氧饱和度明显改变时，应当立即停止吸痰，立即接呼吸机通气并给予纯氧吸入。

气管切开护理技术操作规范

一、操作目的

1. 定时更换无菌内套管，预防呼吸道感染。
2. 及时清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅，避免呼吸困难和缺氧。



3. 及时更换气管切口处敷料，清除切口处分泌物，预防气管切口的感染。

二、评估要点

1. 评估患者的身体状况，了解病情（生命体征及用氧情况）。

2. 向患者、家属解释操作的目的，取得患者及家属的同意和配合。

3. 评估患者颈部的皮肤，有无潮湿、湿疹、破溃；气管切口处敷料有无渗血，渗液，切口有无红肿及异常分泌。

4. 评估患者呼吸道分泌物情况，使用套管的型号，系带的清洁度及松紧度，供氧面罩是否清洁，一次性套管应评估气囊压力。

三、物品准备

1) 评估盘：清洁手套，治疗碗（内放无菌镊1把），弯盘；2) 操作盘：治疗碗1：内放1%活力碘棉球14个以上、治疗碗2：内放无菌生理盐水棉球4个以上、治疗碗3：内放蝶形纱布1块，无菌镊4把，无菌内套管1副、治疗巾，清洁手套，弯盘；3) 必要时备供氧面罩或人工鼻、系带。注：使用一次性气管套管时需另备一治疗碗内盛生理盐水，无菌棉签若干。

四、操作要点

1. 核对医嘱。

2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者，核对床头卡及手腕带），评估患者。酌情吸痰。

3. 洗手，戴口罩。

4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。

5. 根据患者病情，协助患者取去枕平卧位，充分暴露气管切开处皮肤。

6. 铺治疗巾于适当处。

7. 戴手套，停氧，持无菌镊取出内套管及蝶形纱布一并放入弯盘内。

8. 更换无菌镊，取1%活力碘棉球依次消毒气管切口处、套管底座及其周围皮肤。（顺序：气管切口→套管底座→气管切口周围皮肤→气管切口，以洗干净为原则。）取生理盐水棉球擦拭套管底座。如使用一次性气管套管者，取生理盐水棉签，擦拭内侧面2次→管口1次→外侧面2次。注：消毒周围皮肤时，以切口中心，分为4个象限呈叠瓦状消毒，范围大于10cm）。

9. 更换无菌镊，一手持镊夹住内套管管颈，另一手持镊扶住底座，缓慢将内套管放入。一手持镊轻轻提起系带，用另一镊夹起蝶形纱布，进行放置，先对侧后近侧。

10. 调节氧流量，固定供氧面罩。

11. 操作过程中注意观察患者的生命体征变化，尤其是血氧饱和度，发现异常及时报告医生。

12. 撤去治疗巾，脱去手套。

13. 协助患者取舒适卧位，整理床单位。

14. 根据病情行相关知识宣教。

15. 清理用物。

16. 洗手，取口罩，记录。

17. 操作速度：完成时间20分钟以内。

五、指导要点



1. 告诉患者操作中勿紧张，保持平稳呼吸，使颈部肌肉放松，便于操作。
2. 询问病人的自我感受，采用语言或非语言的方式与病人沟通。
3. 长期使用呼吸机的病人指导加强自我呼吸锻炼，争取早日脱机，早日拔管。
4. 根据病情鼓励病人进食，做好口腔护理。

六、注意事项

1. 向患者解释操作的目的，消除紧张的情绪，取得配合。
2. 根据患者气管切开伤口情况选择敷料，操作过程中遵守无菌技术原则。
3. 每天换药至少1次，保持伤口敷料及固定带的清洁、干燥。系带应妥善固定，松紧适宜，系带与皮肤之间恰伸进一指为宜。
4. 经常翻身，叩背，促进排痰，同时防止气管套管脱出。
5. 操作时动作应尽量轻柔，防止牵拉，减少对病人的刺激。
6. 密切观察有无出血、皮下气肿、气胸、感染等并发症的发生。
7. 使用一次性气管套管者，应保证气囊的正常压力，定时放气，充气，监测压力。

氧气瓶供氧氧气吸入技术操作规范

一、操作目的

提高患者血氧含量及动脉血氧饱和度，纠正缺氧。

二、评估要点

1. 患者病情、呼吸状况和缺氧情况。
2. 意识状态及合作程度。
3. 患者鼻腔有无鼻痂、鼻中隔偏曲、损伤和出血。

三、物品准备

1) 氧气筒及架；2) 氧气表安装盘：氧气气压表装置一套，湿化瓶内盛 $1/3 \sim 1/2$ 冷开水或蒸馏水，扳手、弯盘；3) 输氧盘：一次性双鼻孔鼻氧管、小杯（内盛清水）、棉签、手电筒、笔、输氧单、弯盘；4) 快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者，协助患者取舒适体位。
3. 洗手。检查氧气筒是否处于备用状态（有“四防”及“满”的标记），氧气架是否牢固，系好安全带。
4. 打开总开关，使小量气体从气门流出，随即迅速关上。安装氧气表、连接通气导管，安装湿化瓶。
5. 关流量表开关，开总开关，再开流量表开关，检查氧气是否通畅，全套装置有无漏气，关闭流量开关。
6. 推氧气筒于患者床旁，放于妥善处。



7. 洗手，戴口罩。
8. 根据病情，选择合适的吸氧方式。备齐用物携至患者床边，再次核对。
9. 用湿棉签清洁患者鼻腔。
10. 连接一次性双鼻孔鼻氧管，打开流量表开关，检查氧气管有无漏气，根据医嘱及病情调节氧流量。
11. 检查氧气管是否通畅，将鼻氧管前端蘸冷开水湿润，轻轻插入鼻腔，妥善固定。
12. 记录用氧时间、流量，并签名。
13. 整理床单位，询问患者需要。
14. 处理用物。
15. 洗手，取口罩，记录。
16. 操作速度：完成时间7分钟以内。

五、指导要点

1. 根据患者用氧方式指导有效呼吸。
2. 告知患者勿自行摘除鼻导管或者调节氧流量。
3. 告知患者若感到鼻咽部干燥不适或者胸闷憋气时，应及时通知医护人员。
4. 告知患者有关用氧安全的知识。

六、注意事项

1. 用氧前，检查氧气装置有无漏气，是否通畅。
2. 注意用氧安全，切实做好“四防”，即防火、防震、防热、防油。
3. 使用氧气时，应先调节流量后应用，以免一旦开关出错，大量氧气进入呼吸道而损伤肺部组织。停用氧气时，应先拔出导管，再关闭氧气开关。中途改变流量，先分离鼻导管与湿化瓶连接处，调节好流量再连上。
4. 急性肺水肿患者湿化瓶内加20%~30%乙醇，以改善肺部气体交换，减轻缺氧症状。
5. 保持呼吸道通畅，注意气道湿化。持续吸氧的患者，应保持管道通畅，无打折、分泌物堵塞或扭曲。
6. 观察、评估患者吸氧效果。
7. 氧气筒内氧气勿尽，压力表至少保留0.5mPa，以免灰尘进入筒内，再充气时引起爆炸。
8. 对未用完或已用尽的氧气筒，应分别悬挂“满”或“空”的标志。
9. 新生儿吸氧应严格控制用氧浓度和用氧时间。
10. 面罩吸氧时，检查面部、耳廓皮肤受压情况。

中心供氧氧气吸入技术操作规范

一、操作目的

提高患者血氧含量及血氧饱和度，纠正缺氧。

二、评估要点

1. 患者病情、呼吸状况和缺氧情况。



2. 意识状态及合作程度。
3. 患者鼻腔有无鼻痂、鼻中隔偏曲、损伤和出血。

三、物品准备

1) 管道氧气装置 1 套、湿化瓶内盛 1/3-1/2 冷开水或蒸馏水、通气导管、输气导管；2) 治疗盘：一次性双鼻孔鼻氧管，小杯（内盛清水）、棉签、手电筒、笔、输氧单、弯盘；3) 快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者，协助患者取舒适体位。
3. 洗手、戴口罩。
4. 根据病情，选择合适的吸氧方法。备齐用物携至患者床边，再次核对。
5. 用棉签清洁并润湿患者鼻腔。
6. 连接氧气管道装置、通气导管、湿化瓶，检查氧气装置有无漏气。连接一次性双鼻孔鼻氧管。检查鼻氧管有无漏气。
7. 根据医嘱调节氧流量。
8. 检查氧气管是否通畅，将一次性鼻导管前端放于小药杯冷开水中湿润。
9. 将一次性氧气鼻塞或鼻导管轻轻插入患者鼻孔，并进行固定。
10. 再次核对患者床号、姓名、住院号。
11. 记录用氧时间、氧流量并签名。
12. 整理床单位，询问患者需要。指导患者有效呼吸及用氧安全，勿自行摘除鼻导管或者调节氧流量。若感到鼻咽部干燥不适或者胸闷憋气时，及时通知医护人员。
13. 清理用物。
14. 洗手，取口罩，纪录。
15. 操作速度：完成时间 7 分钟以内。

五、指导要点

1. 根据患者用氧方式指导有效呼吸。
2. 告知患者勿自行摘除鼻导管或者调节氧流量。
3. 告知患者若感到鼻咽部干燥不适或者胸闷憋气时，应及时通知医护人员。
4. 告知患者有关用氧安全知识。

六、注意事项

1. 患者吸氧过程中，需要调节氧流量时，应当将患者鼻导管取下，调节好氧流量后，再与患者连接。停止吸氧时，先取下鼻导管，再关流量表。
2. 保持呼吸道通畅，注意气道湿化。
3. 持续吸氧的患者，应当保持管道通畅，无打折、分泌物堵塞或扭曲。
4. 面罩吸氧时，检查面部、耳廓皮肤受压情况。
5. 新生儿吸氧应严格控制用氧浓度和用氧时间。
6. 观察、评估患者吸氧效果。



雾化吸入技术操作规范

一、操作目的

1. 协助患者消炎、镇咳、祛痰。
2. 帮助患者解除支气管痉挛，改善通气功能。
3. 预防、治疗呼吸道感染。

二、评估要点

1. 询问、了解患者身体状况。
2. 问患者解释雾化吸入的目的，取得患者合作

三、物品准备

1) 治疗盘内：碘伏、75%乙醇、砂轮、剪刀、棉签，一次性注射器；一次性无菌治疗巾；2) 治疗盘内：氧气装置（中心供氧、空湿化瓶、一次性雾化器、无菌纱布若干块；弯盘、PDA；3) 遵医嘱备药；4) 其他：快速手消毒剂、生活垃圾桶、医疗垃圾桶，医嘱卡、治疗盘、清洁抹布。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者，核对床头卡及腕带），评估患者，协助患者取舒适体位。
3. 洗手，戴口罩。
4. 取无菌治疗巾铺于无菌治疗盘内。
5. 遵医嘱准备雾化药物，两人核对核对药名、浓度、剂量及有效期，检查瓶（袋）口、瓶（袋）体、瓶（袋）内液体。
6. 取注射器，遵医嘱配置雾化液，再次核对药物无误，按无菌操作原则置于预先预备好的无菌治疗巾内。
7. 酌情清理治疗台，再次洗手。
8. 备齐用物携至患者床边，再次核对，使用 PDA 扫描患者手腕带及药物标签上的二维条码，确认一致。
9. 连接氧气装置湿化瓶，检查氧气装置有无漏气，关上氧气装置。
10. 检查并打开雾化器，将雾化药物注入雾化器药杯中，连接于雾化管道上，并连接口含嘴。
11. 将雾化器管道连于氧气装置上，打开流量开关，检查雾化装置有无漏气并调整雾量，协助患者正确含住口含嘴。
12. 计时，雾化时间为 15-20 分钟。
13. 雾化完毕，取出口含嘴，关闭流量开关，取纱布擦净患者口面部。
14. 分离各管道，取下氧气装置，整理用物，协助患者取舒适卧位，再次核对。
15. 洗手，取口罩，记录。
16. 操作速度：完成时间 10 分钟以内。



五、指导要点

1. 指导患者用口吸气、鼻吸气的方法。
2. 指导患者切勿自行调节氧流量。

六、注意事项

1. 了解雾化吸入的常用药物及其剂量。
2. 调节氧流量时须先分离雾化器。



引流护理技术操作规范

更换引流技术操作规范

一、操作目的

1. 防止患者发生逆行感染。
2. 通过日常护理保证引流的有效性。
3. 观察引流物的量、颜色、性质。

二、评估要点

1. 询问、了解患者病情，了解留置引流管的时间及目的。
2. 告知患者更换引流袋的目的，了解患者自理、合作程度及患者的反应。
3. 挤压引流管是否通畅，观察引流物的颜色、性质、量。

三、物品准备

1) 治疗盘内置棉签、弯盘、剪刀、碘伏、一次性引流袋、无菌换药碗内无菌纱布 2 块及无菌镊、卵园钳、治疗巾、一次性无菌手套；2) 医用垃圾袋，记录单。

四、操作要点

1. 核对医嘱，准备用物。
2. 评估患者：核对患者床号、姓名、住院号，了解患者病情、留置引流管时间及目的，告知患者更换引流袋的目的，协助患者取合适体位。
3. 护士准备：着装规范、整洁，洗手，戴口罩。
4. 携用物至患者床旁，再次核对。
5. 取合适体位，挤压引流管，观察是否通畅，暴露引流管及引流管接患者皮肤端，注意遮挡患者，垫治疗巾于引流管口处的下方，取卵园钳夹闭引流管近端适宜处。
6. 取一次性引流袋检查有效期及有无破损、漏气等，剪开引流袋外包装，检查引流袋出口处是否拧紧，并将引流袋挂于床边。
7. 再次核对床号、姓名、住院号，戴手套，取无菌纱布包裹引流管与引流袋的连接处，一手捏住引流管，一手捏住引流袋自接口处分离。
8. 将引流袋前端向上提起，使引流液全部流入引流袋内，将换下的引流袋放入医用垃圾袋内。
9. 消毒引流管连接口周围，并取无菌纱布包裹。
10. 取一次性无菌引流袋，去除连接端塑料帽，将新引流袋与引流管连接牢固。
11. 妥善固定引流袋于床边，松卵园钳，观察有无引流液引流出，引流袋应低于引流管引流口平面。
12. 撤治疗巾，观察旧引流袋中引流物的颜色、性质、量、脱手套。
13. 协助病人取舒适或半卧位，整理床单位，询问患者需要；保持有效引流，引流管勿



打折、勿弯曲，平卧时引流管应低于腋中线，站立或活动时不可高于皮肤端引流口平面，防止引流液逆流。

14. 处理用物。

15. 洗手、取口罩。

16. 记录。

五、指导要点

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引流管。

六、注意事项

1. 严格无菌操作，保持引流管通畅。

2. 妥善固定好管路，操作时防止牵拉，以防引流管脱落。

3. 保护患者引流口周围皮肤，防止引流液浸渍引起局部皮肤破溃和感染。

胃肠减压技术操作规范

一、操作目的

1. 解除或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、评估要点

1. 评估患者的病情。意识状态及合作程度。

2. 评估口腔黏膜、鼻腔及插管周围皮肤情况；了解有无食管静脉曲张；询问有无活动义齿。

3. 评估腹部体征及肠胃功能恢复情况

4. 向患者解释胃肠减压的目的，取得患者配合。

三、物品准备

1) 治疗盘内：无菌治疗巾：一次性 50ml 灌注器 1 支、无菌纱布若干、治疗碗一个内放石蜡纱布 1 块，无菌镊一把。无菌治疗巾外：一次性无菌手套、一次性胃管、负压引流盒、一次性治疗巾、棉签、胶布、剪刀、听诊器（必要时）、手电筒、弯盘、围观标识；2) 其他：医嘱单、治疗卡、手消毒液、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。

2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者，检查鼻腔，有义齿者取下并妥善放置。

3. 洗手，戴口罩。准备用物。



4. 携用物至患者床旁，再次核对。备胶布。
5. 协助患者取半卧位或坐位，昏迷患者取去枕平卧位，头向后仰。
6. 将一次性治疗巾围于患者颌下，清洁鼻腔。
7. 检查并打开胃管包装。
8. 戴手套，检查胃管是否通畅，测量胃管插入长度（一般为前额发际到胸骨剑突处或有耳垂经鼻尖至胸骨剑突的距离，成人约 45-55 cm，婴幼儿 14-18 cm）。
9. 用石蜡油纱布润滑胃管前端，一手持纱布托住胃管，另一手将胃管选定侧鼻腔轻轻插入至 10-15 cm 时，根据患者具体情况进行插管：①清醒患者：嘱患者吞咽，顺势将胃管向前推进，直至预定长度；②昏迷患者：左手将患者头部托起，将下颌靠近胸骨柄，增大咽部通道的弧度，使管端沿后壁滑行，插入胃管至预定长度。初步固定。
10. 插胃管过程中，观察患者病情变化，若出现恶心、呕吐，应暂时插入，嘱患者深呼吸；插入不畅时，检查胃管是否盘曲口中或将胃管抽出少许，再小心插入；呛咳、呼吸困难、紫绀时，应立即拔管。
11. 证实胃管在胃内：①在胃管末端连接注射器抽吸，有胃液被抽出；②置听诊器于患者胃部，快速经胃管向胃内注入 10ml 空气，听到气过水声；③将胃管末端置于盛水的治疗碗内，无气泡溢出。
12. 确认胃管在胃内后，用胶布将胃管固定于颊部。
13. 检查一次性负压盒，排出负压盒内气体，连接胃管，固定于床边适当处。
14. 观察引流管是否通畅及引流液的颜色、性质、量。
15. 协助患者清洁口腔，鼻部及面部，撤去弯盘和治疗巾。做好标记。
16. 脱手套。整理床单位，协助患者取舒适卧位。询问患者需要。
17. 处理用物。
18. 洗手，取口罩。
19. 记录。
20. 操作速度：完成时间 10 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者肠胃减压的目的，方法及注意事项。
2. 告知患者留置胃肠减压期间禁止饮水和进食，保持口腔清洁。
3. 告知患者及家属防止胃管脱出的措施。

六、注意事项

1. 插管过程中患者出现恶心，应休息片刻，嘱患者深呼吸再插入，出现呛咳，呼吸困难，紫绀等，表示误入气管，应立即拔出，休息片刻重插。
2. 昏迷患者插管时，应先撤去枕头，头向后仰，当胃管插入会厌部时（有 15 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. 食管和胃部手术后，冲洗胃管有助力时不可强行冲洗，通知医生，采取相应措施。
4. 长期胃肠减压者，每个月跟换胃管 1 次，从另一侧鼻腔插入。
5. 口服给药时，先将药片研碎溶解后注入，并用温水冲洗胃管，夹管 30min。
6. 观察引流的颜色、性质、量，并记录 24 小时引流量。



7. 留置胃肠期间应加强患者口腔护理，必要时雾化吸入，保持呼吸道的湿润及通畅。
8. 胃肠减压期间，注意观察水电解质及胃肠功能恢复情况。
9. 拔管时，先将吸引装置与胃管分离，捏紧胃管末端，嘱患者吸气并屏气，迅速拔出。

脑室引流护理技术操作规范

一、操作目的

1. 保持引流通畅，降低颅内压。
2. 减少脑膜刺激征及蛛网膜粘连。
3. 防止逆行感染。

二、评估要点

1. 患者意识、瞳孔、生命体征及头痛、呕吐等情况。
2. 引流管内液面有无波动，向引流袋方向缓慢挤压引流管检查是否通畅，观察引流液的颜色、性状、量及引流速度。
3. 伤口敷料有无渗出液。

三、物品准备

1) 治疗盘内：皮尺、碘伏、棉签、弯盘、剪刀、胶布、一次性无菌脑室引流装置（或无菌引流袋）、无菌换药碗（内放无菌纱布3块、无菌镊1把）、卵圆钳或血管钳1把；2) 一次性无菌治疗巾2块；3) 清洁手套、绷带

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者，核对床头卡及手腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。按要求备齐用物。
4. 携用物至患者床旁，再次核对。
5. 查看管道标识，用皮尺测量引流袋悬挂高度，并做好标记。
6. 根据患者病情，协助患者取合适体位。
7. 戴手套，垫治疗巾于脑室引流管与引流袋连接口下适宜处，取卵圆钳夹闭引流管连接口适宜处。
8. 取一次性无菌引流袋检查其有效期及有无破损、漏气等，剪开引流袋外包装，拧紧接口处塑料帽，将引流袋悬挂于已测定的高度（或与原高度一致），一般应高于脑平面10-20cm，以维持正常颅内压。
9. 取无菌纱布包裹引流袋与脑室引流管的连接处并分离。
10. 将引流袋连接管前段向上提起，使引流液全部流入引流袋内，观察引流液的颜色、性状和量。将换下的引流袋放入医用垃圾袋内。
11. 分别取3根无菌棉签蘸取碘伏后消毒脑室引流管内侧面、横截面及外侧面，并取无菌纱布包裹，待干。
12. 将一次性无菌引流袋与脑室引流管紧密连接。



13. 妥善固定引流袋，松卵圆钳，观察引流是否通畅，引流出的脑脊液的颜色、性状和量、速度。

14. 撤治疗巾，更换头部无菌治疗垫巾，脱手套。

15. 协助患者取舒适卧位，适当限制患者头部活动范围。整理床单位，询问患者需要。

16. 根据病情行相关知识宣教。

17. 清理由物。

18. 洗手，取口罩。记录 24h 引流量。

19. 操作速度：完成时间 12 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者及其家属操作的目的、注意事项，以取得患者配合。

2. 告知患者及其家属留置脑室引流管、硬膜外及硬膜下引流管期间的安全防范措施，如不能随意移动引流袋位置，保持伤口敷料清洁，不可抓挠伤口等。

3. 患者按要求取卧位。

六、注意事项

1. 引流早期（1～2h）特别注意引流速度，切忌引流过快、过多。正常脑脊液每日分泌 400～500ml，故每日引流量以不超过 500ml 为宜。特殊情况如颅内感染患者因脑脊液分泌过多，引流量可适当增加，但应注意水、电解质平衡。

2. 观察并记录脑脊液的颜色、量及性状：正常脑脊液无色透明，无沉淀，术后 1～2d 脑脊液可略成血性，以后转为橙黄色。脑室引流时间一般不宜超过 5～7d，时间过长有可能发生颅内感染。

3. 严格遵守无菌操作原则：每日定时更换引流袋时，应先夹闭引流管以免管内脑脊液逆流入脑室，注意保持整个装置无菌，必要时做脑脊液常规检查或细菌培养。

4. 脑室引流管一般放置 3～4d，拔管前先夹闭引流管 24～48h，如患者无头痛、呕吐等颅内压增高症状即可拔管。拔管时应夹闭引流管，以免液体逆流入脑室引起感染。拔管后应注意切口处是否有脑脊液漏出，发生异常应立即告知医师妥善处理，以免引起颅内感染。

5. 观察脑室引流管波动情况，注意检查管路是否堵塞。引流不畅时，告知医师。

6. 患者翻身时，避免引流管牵拉、滑脱、扭曲、受压。搬运患者时将引流管夹闭，妥善固定。

胸腔闭式引流护理技术操作规范

一、操作目的

1. 保持引流通畅，维持胸腔内压力。

2. 防止逆行感染。

3. 便于观察胸腔引流的性质、颜色、量。

二、评估要点

1. 评估患者病情及生命体征，询问患者有无呼吸困难、胸闷、咳嗽、咳痰及切口疼痛等情况。



2. 观察切口渗出情况，有无皮下气肿。
3. 观察引流液的颜色、性质、量，水柱波动情况。挤压引流管判断引流是否通畅。
4. 向患者解释更换胸腔引流管目的，取得患者配合。

三、物品准备

1) 基础盘内：75%乙醇、棉签、弯盘、启瓶器、剪刀、胶布、无菌生理盐水 500ml；2) 治疗盘内：碘伏、无菌换药碗内盛无菌纱布 2 块及无菌镊、卵圆钳 2 把、一次性治疗巾、一次性手套、弯盘；3) 其他：一次性无菌胸腔引流装置、抹布、医嘱单、护理记录单、快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 按要求备齐用物。核对一次性胸腔引流装置有效期，检查有无破损、漏气。
5. 打开胸腔引流装置包装，取出引流瓶连接管放置适当处。
6. 按取无菌溶液方法将 0.9%氯化钠 500ml 加入胸腔引流瓶内。
7. 将无菌引流瓶连接管与水封瓶长管紧密连接，长管没入液面 3-4 cm。平视观察胸腔引流瓶内液平面，用胶布作好标记，并注明日期及液体量。
8. 携用物至病人床旁，再次核对。
9. 协助患者取合适体位，捏紧引流管的远端，向胸腔方向挤压，再缓慢松开引流管，防止引流瓶中液体倒吸，观察是否通畅。
10. 将治疗巾垫于引流管下适当处，取 2 把卵圆钳双重夹闭引流接管适宜处。
11. 再次核对床号、姓名，戴手套。协助患者取半卧位。
12. 取无菌纱布包裹胸腔引流管与引流瓶接管的连接处，分离胸腔引流管。
13. 将胸腔引流瓶连接管前端向上提起，使引流液全部流入胸腔引流瓶内，观察引流液的颜色、性质、量，并将换下的引流瓶放入医用垃圾袋内。
14. 消毒胸腔引流管连接口（内壁、横截面及外壁），并取无菌纱布包裹。
15. 将胸腔引流管与水封瓶连接管紧密连接，将胸腔引流瓶置于安全处，送卵圆钳。
16. 挤压胸腔引流管，嘱病人深呼吸，观察引流瓶内水柱波动及有无气泡溢出等情况，保持引流瓶低于胸腔 60-100 厘米。
17. 撤治疗巾，脱手套。
18. 协助患者取半卧位，整理床单位，观察胸腔引流液量、颜色、性质，询问患者需要，行相关知识宣教。
19. 处理用物。
20. 洗手，取口罩。记录。
21. 操作速度：完成时间 15 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知胸腔引流的目的及配合方法，嘱患者不要拔出引流管及保持密封状态。
2. 鼓励患者咳嗽，深呼吸及变化体位，并告知正确的方法。



六、注意事项

1. 术后患者血压平稳，应取半卧位以利引流。
2. 水封瓶应位于胸部以下，不可倒转，维持引流系统密封，接头牢固固定；更换引流瓶时，应用卵圆钳夹闭引流管防止空气进入；保持引流管长度适宜，翻身活动防止受压、打折、扭曲、脱出。
3. 出血量 $\geq 100\text{ml/h}$ ，呈鲜红色。有血凝块，同时半脉搏增快，提示有活动性出血，须及时通知医生。
4. 保持引流管通畅，注意观察引流量、颜色、性质，并作好记录，如异常及时通知医师。
5. 引流瓶及生理盐水需每天更换，床旁备卵圆钳。引流管自胸壁伤口脱出，立即用手顺皮肤纹理方向捏紧引流口周围皮肤（注意勿直接接触伤口），并立即通知医生处理。
6. 患者下床活动，引流瓶的位置应低于膝盖且保持平稳，外出检查前须将引流管夹闭，漏气明显者不可夹闭引流管。
7. 拔除引流管后 24 小时内要密切观察患者有无胸闷、憋气、呼吸困难、气胸、皮下气肿等。观察局部有无渗血、渗液，如有变化，及时报告医师处理。

“T”管引流护理技术规范

一、操作目的

1. 防止患者发生胆道逆行感染，保证引流的有效性。
2. 观察胆汁的量、颜色、性质。

二、评估要点

1. 评估患者病情、生命体征及腹部体征，观察患者有无发热、腹痛黄疸等。
2. 评估患者的皮肤、巩膜黄染消退情况及大便颜色，引流管周围皮肤有无胆汁侵蚀。
3. 观察切口渗出情况，挤压引流管判断引流是否通畅，观察引流液的颜色性质、量。

三、物品准备

1) 治疗盘、棉签、弯盘、剪刀、碘伏、一次性引流袋、无菌换药碗内无菌纱布 2 块及无菌镊、卵圆钳、治疗巾、一次性无菌手套、快速手消毒剂；2) 其他：医嘱单、医用垃圾桶、生活垃圾桶。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名。住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带）。评估患者，了解患者病情，观察皮肤、巩膜焕然情况，告知目的，取得患者配合。
3. 洗手，戴口罩。
4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对。酌情拉隔帘，保护患者隐私。
5. 取合适体位，挤压“T”管，观察是否通畅，暴露“T”管及右腹部，注意遮挡患者，垫治疗巾于引流管处下方，取卵圆钳夹闭近端适宜处。
6. 取一次性引流袋，检查有效期及有无破损和漏气等，剪开引流袋外包装，检查引流



袋出口是否拧紧，并将引流袋挂于床边。

7. 再次核对。戴手套，取无菌纱布包裹腹壁外“T”管于引流袋连接管的连接处，一手捏住引流管，一手捏住引流袋自接口处分离。

8. 将引流袋连接管前端向上提起，使引流液全部流入引流袋内，观察引流袋内引流液的颜色、性状、量、并将换下的引流袋放入医用垃圾桶内。

9. 消毒腹壁外“T”管连接口周围，并取无菌纱布包裹。

10. 取一次性无菌引流袋，去除连接端塑料帽，将引流袋与腹壁外“T”管连接牢固。

11. 妥善固定引流袋于床旁，松卵圆钳，观察有无引流液引出，引流袋应低于“T”管引流口平面。

12. 撤去治疗巾。

13. 再次核对。协助患者取舒适或半卧位，整理床单位，询问患者需要，保持有效引流，引流管勿打折、勿弯曲、平卧时，引流管勿低于腋中线，站立活动时不可高于腹部引流口平面，防止引流液逆流。告知患者各项保护“T”管的注意事项。

14. 处理用物。

15. 洗手，取口罩。

16. 记录。

17. 操作速度：完成时间 12 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者更换体位或下床活动时保护“T”管的措施。

2. 告知患者出现不适及时通知医护人员。

3. 如患者需带“T”管回家，指导其管道护理及自我检测方法。

4. 指导患者进清淡饮食。

六、注意事项

1. 观察生命体征及腹部特征的变化，及早发现胆瘘、胆汁性腹膜炎等并发症。

2. 严格无菌操作，保持胆道引流管通畅。

3. 妥善固定好管路，操作时防止牵拉，以防“T”管脱落。

4. 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。

5. “T”管引流时间一般为 12-14 天，拔管之前嘱医嘱夹闭管道 1-2 天，夹闭期间和拔管后有无发热、腹痛、黄疸等情况。

6. “T”管拔出后，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。

间断性膀胱冲洗技术操作规范

一、操作目的

1. 使尿液引流通畅。



2. 治疗某些膀胱疾病。
3. 清除膀胱内的血凝块、粘液、细菌等异物，预防膀胱感染。

二、评估要点

1. 评估患者的病情、自理能力及合作情况等。
2. 评估患者尿液的性状、有无尿频、尿急、尿痛、膀胱憋尿感，是否排尽尿液及尿道通畅情况。
3. 向患者及家属解有关膀胱冲洗的目的、方法、注意事项和配合要点。

三、物品准备

1) 治疗盘内：治疗碗（内盛消毒液棉球数个、镊子1把）、纱布2块、冲洗溶液、一次性输液器、血管钳1把、一次性治疗巾1块、无菌治疗巾1块、一次性手套、弯盘、PDA、标签；2) 快速手消毒剂、医用垃圾桶、生活垃圾桶；3) 酌情备输液架1个、治疗车下层置便器及便器巾、屏风等。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者，酌情排空膀胱。
3. 洗手，戴口罩。
4. 备齐用物携至床旁。再次核对，使用 PDA 扫描患者手腕带和药物标签上的二维条码，确认一致。垫一次性治疗巾于病人臀下，垫无菌巾于引流袋与尿管接头处。
5. 核对冲洗液并倒挂于输液架上（使瓶内液面距床面 60 cm），排气。
6. 戴手套，夹闭导尿管。将导尿管气囊腔反折，并用血管钳夹闭导尿管及气囊腔末端处，以导尿管和气囊腔交叉点以下 1.5 cm 处为穿刺点，消毒范围 5 cm。
7. 再次排气，核对后进行穿刺，并用无菌纱布进行包裹穿刺处。
8. 松开血管钳，打开输液器开关，调节输入速度（一般为 80-100 滴 / 分）。
9. 悬挂膀胱重洗牌及治疗卡。待患者有尿意或滴入 200-300ml 液体后，关闭活塞，保留冲洗液约 30min 后，开放引流管，放出引流液。
10. 在持续冲洗过程中，观察患者反应及冲洗液的量及颜色，评估冲洗液入量和出量，询问患者膀胱有无憋胀感。
11. 冲洗完毕，再次核对，取下冲洗管，妥善固定引流袋。位置低于膀胱，以利引流尿液。
12. 清洁外阴部，脱手套。
13. 协助病人取舒适体位，将呼叫器置于易取处，询问病人需要。
12. 整理床单位。
15. 处理用物。
16. 洗手，取口罩。
17. 记录（冲洗液名称、冲洗量、引流量、引流液性质、冲洗过程中患者反应）。
18. 操作速度：完成时间 10 分钟以内。

五、指导要点

1. 向患者及其家属解释膀胱冲洗的目的和护理方法，并鼓励其主动配合。
2. 向患者说明摄取足够水分的重要性，每天饮水应维持在 2000ml 左右，一产生足够的



尿量冲洗尿路，达到预防感染发生的目的。

3. 指导患者冲洗时深呼吸，尽量放松，以减少疼痛，若患者出现腹痛、腹胀、膀胱剧烈收缩等应及时告诉护士，暂停冲洗。

六、注意事项

1. 严格执行无菌操作，防止医源性感染。
2. 冲洗时若患者感觉不适，应减缓冲洗速度及量，必要时停止冲洗，密切观察，若患者感到剧痛或引流液中有鲜血时，应停止冲洗，通知医生。
3. 冲洗时，冲洗液瓶内液面距床面 60 厘米，以便产生一定的压力，利于液体流入，冲洗速度根据流出液的颜色进行调节。一般为 80-100 滴 / 分钟；如果滴入药液，须在膀胱内保留 15-30 分钟后再引流出体外，或根据需要延长保留时间。
4. 寒冷气候，冲洗液应加温至 35℃ 左右，以防冷水刺激膀胱，引起膀胱痉挛。
5. 冲洗过程中注意观察引流管是否通畅。



急救护理及技术

心肺复苏基本生命体征支持技术操作规范

一、操作目的

对任何原因所致心跳骤停现场急救，为进一步复苏创造条件。

二、评估要点

1. 评估现场环境安全。
2. 确认患者无意识、无运动、无呼吸（终末叹息应看作无呼吸）

三、物品准备

治疗盘内放置：纱布、简易呼吸器、手电筒、弯盘。

四、操作要点

1. 评估现场抢救环境的安全性。
2. 快速判断患者意识，呼吸，记录时间。
3. 使患者仰卧，身体无扭曲，注意保护颈椎、腰椎。暴露胸腹部，松开裤带。
4. 判断患者颈动脉搏动，时间 5-10s，同时判断患者呼吸状态。
5. 实施胸外心脏按压：

①按压部位：胸骨体中下 1/3 交界处。

②按压手法：一手掌根部放于按压部位，另一手平行重叠于此手背上，十指交扣离开胸壁，只以掌根部接触按压处；双臂位于患者胸骨的正上方，双肘关节伸直，使肩肘腕在一条直线上，并与患者身体垂直，利用上身重量垂直下压；手掌根不离开患者胸部。

③按压幅度：成人胸骨下陷至少 5 cm，不超过 6 cm；婴儿和儿童按压深度至少为胸部前后径尺寸的 1/3（婴儿约为 4 cm，儿童约为 5 cm）。

④按压时间：放松时间 =1:1。

⑤按压频率：至少 100 次 /min，不超过 120 次 /min。

⑥每次按压应让胸廓充分回弹，以保证心脏得到充分的血液回流。

⑦尽可能不中断胸外按压。

开放气道：1) 如有明确的呼吸道分泌物，清理呼吸道。如有义齿，则取下。2) 仰头抬颏法开放气道：

①操作者一手置于患者前额，手掌向后下方施力，使头充分后仰。

②另一手示指、中指将颈部向前抬起，使耳垂与下颌角连线与地面垂直。

应用简易呼吸器实施人工呼吸：

将呼吸器连接氧气，氧流量 8 ~ 10L/min。一手以“EC”法固定面罩，另一手挤压呼吸器。每次送气 400 ~ 600ml，频率 10 ~ 12/min。

胸外按压：人工呼吸 =30:2。



操作 2min（约 5 个循环）后，再次判断颈动脉搏动，如已恢复，进行进一步生命支持；如未恢复，继续上述操作，直至有条件进行高级生命支持。

判断有效指针：呼吸恢复；能触摸到大动脉搏动；瞳孔由大变小，对光反射存在；面色、口唇由紫绀转为红润；有眼球活动或睫毛反射。

复苏有效，操作完成后将患者头偏向一侧，进入下一步生命支持。

操作速度：完成时间 5 分钟以内。

五、注意事项

1. 人工呼吸时送气量不宜过大，以免引起患者胃部胀气。
2. 胸外按压时要确保足够的频率及深度，尽可能不中断胸外按压，每次胸外按压后要让胸廓充分的回弹，以保证心脏得到充分的血液回流。如需安装人工气道或插管时，中断不应超过 10 秒。
3. 成人使用 1～2L 的简易呼吸器，如气道开放，无漏气，1L 简易呼吸器挤压 1/2～2/3，2L 简易呼吸器挤压 1/3。
4. 胸外按压时肩、肘、腕在一条直线上，并与患者身体长轴垂直。按压时，手掌掌根不能离开胸壁。
5. 如患者没有人工气道，吹气时稍停按压，如患者插有人工气道，吹气时可不暂停按压。

除颤（非同步方法）技术操作规范

一、操作目的

纠正患者心律失常

二、操作要点

评估是否突然发生意识丧失、抽搐、发绀、大动脉搏动消失。

了解心电图示波为室颤、室速波形。

三、物品准备

1) 除颤仪；2) 导电糊或生理盐水纱布；3) 治疗盘内：纱布数块、弯盘。

四、操作要点

1. 评估患者，观察患者心率，心电监护提示室颤波。
2. 立即呼救，寻求他人帮助，记录时间。
3. 立即将患者去枕平卧位，且卧于硬板床上。
4. 松开盖被、衣扣，暴露胸部，立即给予胸外心脏按压。
5. 另一人接替按压后，迅速准备并携用物至患者床边。
6. 检查患者是否有植入性心脏起搏器，检查并去除金属及导电物质，确定患者除颤部位无潮湿、无敷料。
7. 接通电源，开启除颤仪选择除颤位置。
8. 将导电糊涂于电极板上或者用四层盐水纱布包裹电极板。
9. 选择除颤能量：（使用制造商为其对应波形建议的能量剂量），一般单向波



200 ~ 360J, 双向波 120 ~ 200J。确认电复律方式为非同步方式。

10. 电极板置于患者胸部正确部位(分别置于心尖部及心底部), 紧贴皮肤并稍施压力。

11. 如患者带有植入性起搏器, 应避开起搏器部位至少 10 厘米。

12. 环顾四周, 令所有人离开病床。

13. 充电至所需能量后再次观察心电图波, 确实需要除颤, 两手拇指同时按压电极板上“放电”按钮, 迅速放电除颤。

14. 立即行 2 分钟胸外按压。

15. 观察心电图波形是否恢复窦性心律, 有无并发症。并记录时间。

16. 用纱布擦净患者皮肤, 检查皮肤有无灼伤, 帮患者穿好衣裤并盖被保暖。

17. 操作完毕, 擦干电极板, 将能量开关回复至零位并充电备用。

18. 记录。

19. 做好除颤仪的清洁与维护。

20. 操作速度: 完成时间 5 分钟以内。

五、注意事项

1. 除颤时远离水及导电材料。

2. 清洁并擦干皮肤, 不能使用酒精、含有苯基的酊剂或止汗剂。

3. 手持电极板时, 两极不能相对, 不能面向自己。

4. 放置电极板部位应避开瘢痕、伤口。

5. 如电极板部位安放有医疗器械, 除颤时电极板应远离医疗器械至少 2.5cm 以上。

6. 患者右侧卧位时, STERNUM 手柄电极置于左肩胛下区与心脏同高处, APEX 电极置于心前区。

7. 除颤前确定患者除颤部位无潮湿、无敷料。如患者带有植入性起搏器, 应注意避开起搏器部位至少 10 厘米。

8. 操作后应保留并标记除颤时自动描记的心电图。

9. 使用后将电极板充分清洁, 及时充电备用并检查性能。

止血技术及护理规范

一、操作要点

快速有效地止血, 减少因出血引起的并发症。

二、评估要点

1. 评估患者出血的部位、性质、出血量。

2. 患者的病情、意识状态、合作能力及心理状态。

三、物品准备: 1) 止血、急救器材; 2) 药物和防护用物。

四、操作要点

1. 指压止血法: 仅用于短时间控制动脉出血。

1) 用手指、手掌、或拳头压迫伤口尽心端动脉。

2) 将动脉压向深部的骨骼上, 阻止血液流通。



2. 加压包扎法:

- 1) 以盐水冲洗局部伤口, 盖以无菌敷料。
- 2) 应纱布包扎。

3. 填塞止血法:

- 1) 应消毒的急救包、棉垫或消毒纱布填塞创口。
- 2) 用纱布、绷带、三角巾或四头带包扎。

4. 止血带止血法:

- 1) 抬高伤肢约 2min, 使血液回流。
- 2) 用衬垫包裹止血部位, 扎止血带。

五、指导要点

1. 告知患者止血的目的、方法、操作可能出现的不适合并发症。
2. 教会患者配合的方法和止血后的护理要点。

六、注意事项

1. 患者生命体征异常, 休克(感口渴及心慌、血压下降、脉搏增快)时立即建立静脉通道, 遵医嘱使用药物和补充血容量。
2. 密切观察患者病情、止血效果、肢体血液循环和神经功能情况。
3. 严格遵循“标准预防操作原则”。

包扎技术及护理规范

一、操作目的

1. 保护伤口, 减少污染。
2. 固定敷料、药物、骨折位置。
3. 压迫止血, 减轻疼痛等。

二、评估要点

1. 患者病情、沟通理解能力, 心里需求。
2. 受伤原因和场所, 创面部位、面积、深度、有无骨折及血管损伤。

三、物品准备

- 1) 无菌纱布; 2) 绷带、三角巾、四头带或多头带等。

四、操作要点

1. 绷带包扎:

- (1) 环形法: 将绷带做环状重叠缠绕。
- (2) 螺旋法: 绷带倾斜向上缠绕, 后圈覆盖前圈 1/3-1/2。
- (3) 螺旋反折法: 没圈在相同位置把绷带向下反折, 后圈覆盖前圈 1/3-1/2。
- (4) “8”字包扎法: 在完全关节的上下, 将绷带呈“8”字缠绕。

2. 三角巾包扎法: 三角巾的大小要符合规格。打结时应用外科结(方结), 具有结牢靠且解开迅速的优点。



(1) 头面部伤的包扎法：1) 头顶部包扎法：①将三角巾底边向上反折约 3 cm；②将其正中部放于伤员的前额，与眉齐平，顶角拉向头后；③三角巾的两底角经两耳上方，拉到枕后交叉，再绕到前额，打结固定；④将顶端上翻塞入。2) 风帽式包扎法：①将三角巾顶角和底边中央各打一结，即成风帽状；②将顶角结放于额前，底边结放于后脑勺下方；③抱住头部，两角往面部拉紧；④两角边向外反折包绕下颌；⑤拉到枕后，打结固定。3) 面部面具式包扎法：①将三角巾顶角打一结，放于下颌；②将三角巾罩于面部（可在鼻孔、眼睛、口腔处各剪一小口）；③将左右两角拉到枕后交叉；④再绕到前额打结。

(2) 眼部打结法：1) 单眼包扎法：①将三角巾折叠成四指宽的带状；②将其斜放在眼部；③将下侧较长的一端经枕后绕到额前压住上侧较短的一端后，再环绕头部到健侧颞部；④与翻下的另一端打结。2) 双眼包扎法：①将折叠成四指宽的带巾中央部先盖住一侧眼睛；②下端从耳下绕枕后，经对侧耳上至眉间上方压住上端，继续绕头部到对侧耳前；③将上端反折斜向下，盖住另一只眼；④再绕耳下与另一端在对侧耳上打结。

(3) 肩、胸、背部包扎的包扎法：1) 燕尾巾包扎单肩：①将三角巾折叠成燕尾状，大角在上，小角在下，②把燕尾巾夹角向颈，横放在伤侧肩上大角在后，小角在前；③燕尾底边包绕上臂部打结；④大角经背部小角经胸部拉到对侧腋下打结。2) 燕尾巾包扎双肩：将三角巾折叠成燕尾状，两燕尾角等大；②夹角朝上对准颈部，燕尾披在双肩；③两燕尾分别经过左、右肩，拉到腋下与燕尾底角打结。3) 三角巾包扎胸部：①将三角巾底边横放在胸部，高度约在肘窝上 3 cm；②顶角越过伤侧肩，垂向背部；③三角巾的中部盖在胸部的伤处，两端拉向背部打结；④顶角也和该角一起打结。4) 燕尾巾包扎胸部：①将三角巾折成燕尾状；②在底部反折一道边；③横放于胸部，两角向上，分放于两肩上并拉到颈后打结；④将底部顶角带子绕到对侧腋下与另一底角打结。

(4) 腹、臀部包扎法：1) 三角巾包扎腹部：①三角巾顶角朝下，底边横放于脐部；②拉紧底角至腰部打结；③顶角经会阴拉至臀上方，同底角余头打结。

(5) 四肢伤包扎法：1) 三角巾包扎上肢：①将三角巾一底角打结后套在伤侧手上，结之余头留长些备用；另一底角沿手臂后侧拉到对侧肩上；②顶角包裹伤肢；③前臂屈至胸前，拉紧两底角打结；2) 三角巾包扎手部：①手指对着三角巾的顶角，将手平放于三角巾中央，底边位于腕部；②将顶角提起放于手背上；③拉两底角在手背部交叉，再绕回腕部；④与掌侧或背侧打结。注：足的包扎与手相同。3) 三角巾包扎小腿和足部：将脚放在三角巾近一底边的一侧；②提起较长一侧的巾腰包裹小腿打结；③在用另一边底角包足，绕脚腕打结与踝关节处。

五、指导要点

1. 包扎目的、方法及可能带来的不适。
2. 合作的方法和包扎后的护理要点。

六、注意事项

1. 包扎伤口时，先简单清创再包扎。手及脏物不要触及伤口，不要用水冲洗伤口（除化学伤外），突出体腔外的内脏不要回纳，伤口内异物不要随意取出。

2. 包扎时要牢靠、松紧要适宜，要使病人舒适。用胸带要注意呼吸，包扎肢体要注意保持功能位。皮肤皱褶处骨隆突处应用棉垫或纱布等作衬垫，需要抬高肢体时，应给适当的扶托物。



3. 包扎方向从远心端向近心端包扎，要将指（趾）短外露，以便观察血运情况。绷带固定时结应放在肢体的外侧面，忌在伤口上、骨隆突处或易于受压的部位打结。

4. 解除绷带时，先解开固定结或取下胶布，然后以两手互相传递松懈。紧急时或绷带已被伤口分泌物浸透干涸时，可用剪刀剪开。

固定技术及护理规范

一、操作目的

1. 研制受伤部位活动，减轻疼痛和出血。
2. 避免二次损伤。

二、评估要点

1. 评估患者病情，受伤原因和场所。
2. 骨折部位、性质（开放性或闭合性）、程度（不完全骨折或完全骨折），有无神经及血管损伤。

三、物品准备

- 1) 夹板、衬垫、绷带、三角巾、沙袋；2) 急救药物和器材等。

四、操作要点

1. 颈椎骨折

- 1) 颈下垫软枕，颈旁两侧置沙袋。
- 2) 将头以绷带固定于担架或平车上或颈托固定。

2. 肱骨骨折

- 1) 将夹板放置在肱骨前、后两侧，固定。
- 2) 将固定后的手固定在前胸。

3. 前臂骨折

- 1) 在前后两侧放置夹板，固定。
- 2) 以三角巾将手托于功能位。

4. 股骨骨折

木板或托马斯固定。

5. 胫骨、腓骨骨折

将夹板分别放置在伤腿内外侧，固定。

五、指导要点

1. 告知患者 / 家属固定的目的、方法，操作可能带来的不适。
2. 合作的方法及固定后的护理要点。

六、注意事项

1. 严格遵守固定原则，正确固定。
2. 严密观察病情和固定肢体远端血液循环、神经功能情况。发现异常及时报告医生并协助处理。



搬运技术及护理规范

一、操作目的

将患者及时、迅速、安全地转运至安全地带，防止再次受伤。

二、评估要点

1. 患者的病情、活动能力、沟通、理解及合作能力，心理状态。
2. 受伤部位、程度、受伤原因和环境。
3. 搬运距离和搬运者的体力。

三、物品准备：根据患者情况准备相应的搬运工具。

四、操作要点

1. 担架搬运法

3-4 人为一组，将患者抬上担架。

2. 徒手搬运法

(1) 单人搬运法：

1) 扶持法：①救护者站在患者侧方；②患者一手臂搂住救护者肩膀；③救护者用外侧手牵患者的手腕；④救护者内侧手扶持患者腰部，扶其行走。

2) 抱持法：①救护者站在患者前面；②一手托患者背部，一手扶住大腿；③将患者抱起或背于肩上。

3) 背负法：①救护者站在患者前面，微弯背，将患者背起；②患者不能站立时，救护者躺在患者的一侧，一手握住患者的肩，另一手抱住腿，将患者背在背上，然后慢慢站起。

(2) 双人搬运法：

1) 椅托式：①两人分别以左膝和右膝跪地；②两人各以一手伸入患者大腿下，两人互握；③另一手彼此交替，支持患者背部，将患者抬起。

2) 拉车式：①救护者 1 人站在患者头部，两手插入患者腋下，将患者抱在怀中；②另 1 人站在患者两足之间；③ 2 人步调一致抬起患者，让患者卧式而行。

3) 平抱和平抬法：①救护者 2 人并排或一前一后、一左一右站立；②将患者平抱或平抬。

(3) 三人或多人搬运：

① 3 人并排，将患者抱起；②步调一致前进，也可多人面对面站立将患者抱起。

五、指导要点

1. 告知患者 / 家属搬运的目的、方法、可能出现的风险。
2. 必要时签《护理知情同意书》。

六、注意事项

1. 选择合适的搬运方法和工具。
2. 注意搬运过程中的病情观察，发生心跳停止应就地抢救。
3. 昏迷患者应取下活动假牙；痉挛者应使用牙垫防止舌咬伤。



自动洗胃机洗胃技术操作规范

一、操作目的

1. 通过实施洗胃抢救中毒患者，清除胃内容物，减少毒物吸收，利用不同的灌洗液中和解毒。

2. 减轻胃黏膜水肿，预防感染。

二、评估要点

评估患者生命体征、意识状态、合作程度、有无洗胃禁忌症。

对中毒患者，了解患者服用毒物的名称、剂量及时间，询问是否有呕吐及入院前是否采取其他处理措施等。

观察患者有无义齿、口鼻腔皮肤及粘膜有无损伤、炎症、胃部病史。

三、物品准备

治疗碗 2 个：胃管、开口器、舌钳、牙垫、石蜡油纱布、纱布数块、50ml 注射器；2) 标本盒、一次性治疗巾、无菌手套、手电筒、水温计、胶布、医嘱卡、弯盘；3) 自动洗胃机、水桶 2 个（一个内装配好的洗胃溶液，另一个盛污物）。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼叫患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 备齐用物，根据毒物性质配制相应的洗胃液，温度 35 ~ 38℃
5. 将患者取左侧卧位，昏迷者去枕平卧位，头偏向一侧。
6. 必要时脱去污染衣服，冲洗头发，取下患者活动性义齿，颌下垫一次性治疗巾。
7. 接电源，开通洗胃机开关，检查机器性能。
8. 关闭洗胃机开关，将进水管放于洗胃溶液中，出水管放于污水桶内。
9. 戴手套，测量胃管长度做标记（成人一般为 45 ~ 55cm），润滑胃管前段 15cm。
10. 持胃管前段向病人口腔或鼻腔缓缓插入。确定胃管在胃内：方法：①接注射器抽吸，有胃液被抽出；②用注射器从胃管注入 10ml 空气，然后置听诊器于上腹部，能听到气过水声；③将胃管末端放入盛水碗内，无气泡逸出。
11. 抽尽胃内容物，按医嘱留取毒物标本送检。
12. 连接洗胃机管道，调节参数，注入洗胃液，每一次进出量均为 300 ~ 500ml，反复冲洗直至洗出液澄清无味为止。
13. 密切观察患者病情、生命体征变化及洗胃情况，出入量的平衡、腹部有无膨隆、洗出液的颜色、气味。
14. 洗毕后分离胃管，按压胃底部排除胃内残留液，再反折末端，用纱布包裹拔出。
15. 清洁患者口鼻、面部，撤去治疗巾。
16. 脱手套。



17. 将患者妥善安置于病床，行进一步治疗。
18. 处理用物。
19. 洗手，取口罩，记录。
20. 操作速度：完成时间 20 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者及家属口服洗胃法的目的、方法、注意事项。
2. 指导患者正确配合。

六、注意事项

1. 呼吸心跳骤停者，应先复苏后洗胃。
2. 洗胃前应检查生命体征，如有呼吸道分泌物增多或缺氧，应先吸痰，再插胃管洗胃。
3. 尽早开放静脉通道，遵医嘱给药。
4. 患者中毒物质不明时，及时抽取胃内容物送检，应用温开水或者生理盐水洗胃。待毒物性质明确后，再使用拮抗药。
5. 洗胃时，注意观察灌入液与排出液是否相等，排出液的颜色、气味、性质，一旦出现血性液体或患者感腹痛、血压下降，立即停止洗胃，通知医生处理。
6. 幽门梗阻患者，洗胃宜在饭后 4-6 小时或者空腹时进行，并记录胃内潴留量，以了解梗阻情况，供补液参考。
7. 洗胃完毕，胃管宜保留一定时间，以利再次洗胃，尤其是有机磷中毒者，胃管应保留 24h 以上，便于反复洗胃。
8. 吞服强酸、强碱等腐蚀性毒物患者，切忌洗胃，以免造成胃穿孔。胃癌、食管阻塞、食管胃底静脉曲张及消化性溃疡者慎洗胃。
9. 及时准确记录灌注液的名称、液量，洗出液量及其颜色、气味等洗胃过程。
10. 保证洗胃机性能处于备用状态。



冷热疗技术规范

物理降温技术操作规范

一、操作目的

1. 为高热患者降温。
2. 为患者实施局部消肿，减轻充血和出血，限制炎症扩散，减轻疼痛。
3. 为患者实施头部降温，防止脑水肿，并可降低脑细胞的代谢，减少其需氧量，提高脑细胞对缺氧的耐受性。

二、评估要点

1. 询问、了解患者身体状况。
2. 了解患者局部组织状态，皮肤情况。
3. 向患者解释目的、方法及注意事项，取得配合。

三、物品准备

1) 治疗盘内：治疗碗（内盛 25%-35% 的乙醇 200-300ml）或者脸盆内盛放 32-34℃ 温水 2/3 满、浴巾 1、小毛巾 2、病员服 1 套、冰袋及套（内盛冰块）、热水袋及套（内盛热水一般成人 60℃ -70℃；昏迷、老人、婴幼儿、感觉迟钝、循环不良者，水温不超过 50℃）；2) 水温计；3) 医用垃圾桶、生活垃圾桶；4) 酌情备屏风。

四、操作要点

1. 核对医嘱。
2. 核对患者床号、姓名、住院号（呼唤患者、核对床头卡及腕带），评估患者。
3. 洗手，戴口罩。
4. 备齐用物携至患者床旁，再次核对、解释、取得配合。
5. 酌情关闭门窗，拉隔帘，调节室温。
6. 松床尾盖被，协助病人脱上衣、松解裤带。
7. 置冰袋于患者的头部，放热水袋于患者的足底。
8. 擦浴方法：患者取仰卧位，暴露擦拭部位，大浴巾垫擦拭部位下，小毛巾浸入温水或乙醇中，拧至半干，缠于手上成手套状，以离心方向边擦边按摩，每部位擦拭 2 遍，擦浴毕，用大浴巾擦干皮肤。擦拭顺序，先擦对侧上肢：双上肢：A 颈外侧→肩→肩上臂外侧→上臂外侧→手背；B. 对侧胸→腋窝→上臂内侧→前臂内侧→手心。
9. 依上法擦拭近侧上肢。
10. 协助病人翻身，背向操作者。
11. 腰背部：将浴巾搭于患者的背上，擦拭第七颈椎→骶尾部，右（左）肩胛→臀部。
12. 协助患者穿上衣、平卧。
13. 双下肢：协助患者脱去裤子，将浴巾搭于对侧下肢，下垫浴巾，外侧：擦拭髋部→



下肢外侧→足背；后侧：臀下→大腿后侧→腘窝→足跟；内侧：腹股沟→大腿内侧→内踝。

14. 同法擦拭近侧下肢。

15. 注意观察有无寒战、面色苍白、脉搏、呼吸异常及用冷局部皮肤情况。

16. 协助患者穿好裤子，取出热水袋。

17. 协助病人取舒适体位，将呼叫器置于易取处，询问病人需要。

18. 整理床单位。

19. 酌情开窗，拉隔帘。

20. 处理用物。

21. 洗手，取口罩。

22. 半小时后，复测体温，如体温降至 38.5℃，应取下头部冰袋。并记录于体温单和护理记录单上。

23. 操作速度：完成时间 15 分钟以内。

五、指导要点

1. 告知患者物理降温的目的及有关配合事项。

2. 告知患者在高热期间保证摄入足够的水分。

3. 指导患者在高热期间采取正确的通风散热方法，避免捂盖。

4. 告知患者在软组织扭伤、挫伤 48 小时内禁忌使用热疗。

六、注意事项

1. 随时观察患者病情变化及体温变化情况。

2. 随时检查冰袋、化学致冷袋有无破损漏水现象，布套潮湿后应当立即更换。冰融化后应当立即更换。

3. 观察患者皮肤状况，严格交接班制度，如患者发生局部皮肤苍白、青紫或者有麻木感时，应立即停止使用，防止冻伤发生。

4. 物理降温时，应当避开患者的枕后、耳廓、心前区、腹部、阴囊及足底部位。

5. 用冰帽时，应当保护患者耳部，防止发生冻伤。

6. 擦浴时，以拍拭或轻拍方式进行，避免用摩擦方式。

冰袋使用的技术规范

一、操作目的

为患者安全使用冰袋，达到冷疗目的。

二、评估要点

1. 患者年龄、意识、生命体征、活动能力、对冷的敏感性和耐受性，有无感觉迟钝、障碍等。

2. 放置冰袋(囊)部位情况。评估局部皮肤颜色、温度，有无淤血、硬节、疼痛和感觉障碍。

三、物品准备

1) 冰袋 / 冰囊、冰块；2) 毛巾 / 布套等。

四、操作要点



1. 患者取舒适体位 / 卧位。
2. 将冰袋放置于所需部位。

冰袋放置的位置：①高热降温时，冰袋置于前额、头顶、体表大血管处。②控制炎症扩散、减轻局部出血和止血、减轻组织肿胀和疼痛时，置于相应部位。③预防扁桃体摘除手术后出血。可以将冰块置于患者颈前、颌下。

3. 根据不同使用目的，掌握使用时间。用于治疗不超过 30min。需长时间使用者，间隔 1h 后再重复使用。用于降温，30min 后测量体温，体温低于 38℃时，取下冰袋 / 冰囊。

4. 密切观察患者的反应，有无寒战、皮肤苍白、青紫、有无麻木、疼痛等。
发现患者局部皮肤发紫，有麻木感，应立即取下冰块，防止冻伤。

五、指导要点

1. 告知患者 / 家属实施冰敷的目的、方法。禁止将冰袋 / 冰囊放置在患者的颈后、耳廓、心前区、腹部、阴囊和足底部等。

2. 告知操作方法中可能出现不适、并发症及注意事项。

六、注意事项

1. 注意冰块应打碎，用水去棱角后置冰袋中；冰袋装入容量为 2/3，夹紧袋口前先排尽空气。检查冰袋的方法为：夹紧袋口后，将冰袋倒置，观察有无漏水。

2. 冰袋外必须加套，严禁直接接触患者皮肤。

3. 观察患者的体温和一般情况。

4. 观察冰敷部位的皮肤情况。

5. 记录冰敷时间、部位、体温、局部皮肤情况。

6. 记录患者的反应、冰敷效果、异常情况及处理措施和效果。冰敷降温 30min 后应测量体温，并及时向医生反馈降温效果。不得在放置冰袋的腋下测量体温。

冰帽使用技术规范

一、操作目的

正确、安全的为患者使用冰帽，达到头部降温，防止脑水肿，降低脑细胞氧耗量的目的。

二、评估要点

1. 患者年龄、意识、生命体征、活动能力、对冷的敏感性和耐受性，有无感觉迟钝和障碍等。

2. 患者头部皮肤情况的完整情况。

三、物品准备

1) 冰帽、冰块；2) 毛巾 / 布套等。

四、操作要点

1. 去枕，铺胶单及中单与患者头下。

2. 铺治疗巾于冰帽内。将患者头部置于冰帽内。

3. 在患者两耳廓及枕、颈部放海绵垫。



4. 在患者肩下放小垫枕，排水管放于桶内。
5. 观察患者的反应和局部皮肤情况。
6. 用毕，将冰帽内冰水排空，倒挂，晾干，存放阴凉处备用。

五、指导要点

1. 告知患者操作过程中可能的不适、并发症及注意事项。
2. 应特别强调冰帽不得直接接触患者皮肤。

六、注意事项

1. 小垫枕放于患者肩下，有利于保持呼吸道通畅。
2. 为防止冰水流入耳道，用棉球塞住外耳道口。
3. 双眼不能闭合者，用凡士林纱布条覆盖眼睛，以保护角膜。
4. 保持肛温在 33℃，不低于 30℃，防止发生室颤。
5. 观察患者有无出现寒战，患者出现局部皮肤苍白、青紫、麻木时，需立即停止使用冰帽。
6. 注意观察患者的病情变化和生命体征。
7. 注意患者的体温，冰帽的使用时间，局部皮肤情况。降温 30min 后测量体温一次。及时向医生反馈患者的体温变化，使用冰帽后的反应。注意患者耳廓和枕部皮肤的变化。

冰毯（降温毯）使用技术规范

一、操作目的

安全、快速地为高热或危重患者降温。

二、评估要点

评估患者的年龄、生命体征、意识、活动能力及全身皮肤状况，决定患者是否需要使用冰毯。

三、物品准备

- 1) 冰毯机、冰毯；2) 温度传感器、中单等。

四、操作要点

1. 将室温恒定在 25℃，注意保护患者隐私。
2. 准备并检查冰毯机。向冰毯机注水达到水量刻度的红线处，检查水管有无漏水和温度传感器是否正常等。将冰毯机与冰毯连接。
3. 平铺冰毯与患者背下，使冰毯与患者背部最大限度地接触。
4. 置温度传感器与患者腋下或肛门内。传感器的放置：与腋下时，应与皮肤紧贴；于肛门时，应在肛门内 5-7cm。
5. 打开电源开关，设置水温和患者的预期体温。预期体温：高热降温时 36-37℃，亚低温治疗时 33-35℃。
6. 观察患者体温和调节水温。降温速度不可过快，宜 1-2h 降 1℃，防止患者发生心律失常。根据室温和患者的实际体温随时调节，高温降温时，当患者的实际体温达 36-37℃，应调高水温至 20℃或停机；亚低温治疗时，当患者体温 < 32℃可适当调高水温 3-5℃。



五、指导要点

1. 使用冰毯机降温的目的及操作过程。
2. 可能出现的不适、并发症及注意事项。

六、注意事项

1. 观察患者的意识、生命体征、背部皮肤情况和对冰毯降温的反应。
2. 记录冰毯机运转状况、开机和停机时间、水温。冰毯机缺水时应先关掉电源，注水至红线处再次启动。
3. 每 30-60min 观察并记录患者的实际体温和水温一次，随时调节水温以保持实际体温在预期的体温范围内。
4. 患者每 2h 翻身一次，观察背部皮肤有无苍白和青紫等。
5. 患者出现寒战、心律失常等并发症时及时报告医生给予相应的处理。

热水袋使用技术规范

一、操作目的

正确、安全地指导患者使用热水袋。

二、评估要点

1. 患者的病情、意识、年龄、活动能力、沟通合作能力。
2. 对热的敏感性和耐受性、有无感觉迟钝 / 障碍等。对具有高烫伤危险的患者，应谨慎使用热水袋。

3. 患者全身皮肤情况

三、物品准备

- 1) 温度计；2) 热水袋；3) 包布或布套等。

四、操作要点

1. 水温的选择：清醒合作者，60-70℃；意识 / 精神障碍、感觉迟钝、老年、婴幼儿、麻醉未清醒等患者，应谨慎使用热水袋，水温 < 50℃。热水灌至 1/2-2/3 容量，驱尽袋中空气，塞紧袋盖或袋塞，检查有无漏水。
2. 再次核对，确认患者。
3. 放热水袋至所需部位。
4. 每 15min 巡视患者一次，询问患者感受，观察患者的体温，四肢末梢循环及局部皮肤的颜色。发现皮肤潮红或感觉疼痛，立即停止使用。
5. 悬挂热水袋使用标志。
6. 整理用物。

五、指导要点

1. 使用热水袋的目的、方法、并发症。
2. 使用热水袋的注意事项，必要的配合。
3. 患者 / 家属不得自行调节热水袋水温。



4. 可在床头设标记，提醒注意。

六、注意事项

1. 热水袋用于解痉、镇痛时，不超过 30min；用于保暖时，应保持水温。
2. 热水袋应用毛巾包裹或置于两层毯 / 薄被之间，切不可直接接触患者皮肤。
3. 记录热水袋启用时间、水温、异常及处理措施和效果。
4. 热水袋用毕，应倒挂晾干后，阴凉处放置。

烤灯（红外线灯）使用技术规范

一、操作目的

正确、安全地使用烤灯。

二、评估要点

1. 患者的意识、年龄、活动能力、对热的敏感性和耐受性，感觉有无迟钝、障碍等。
2. 照射局部皮肤的情况。

三物品准备：功能完好的烤灯。

四、操作要点

1. 暴露治疗部位。室温应在 22℃ 以上，私密部位照射时应注意保护患者的隐私。
2. 烤灯放置在离照射部位 30-50cm 处。照射面、颈部及前胸部时，应以湿纱布遮盖患者眼睛或让患者戴有色眼镜保护眼睛。
3. 打开烤灯开关，试温。烤灯功率选择：照射胸、腹、腰、背部时，为 500-1000w；照射手、足部位 250w。曲颈灯功率为 40-60w。
4. 询问患者感受，观察局部皮肤情况和患者的反应。注意患者的保暖。用前臂内侧测试温度，至感觉温热为止。
5. 照射时间为 20-30min。烤灯的热应从斜上方或侧方辐射到照射部位。
6. 照射完毕，整理用物。

五、指导要点

1. 操作目的及方法。
2. 操作过程中可能会出现的不适、并发症及注意事项。
3. 嘱患者 / 家属不要随意移动烤灯。

六、注意事项

1. 移开或以隔热物品遮盖床旁吸热性强的物品。
2. 照射过程中，护士每 15min 巡视患者一次。专人负责，治疗结束方可离开。
3. 照射过程中严密观察局部皮肤反应并询问患者的感受。
4. 照射部位皮肤出现桃红的均匀红斑为合适剂量。若皮肤出现紫红色，应立即停止照射，并涂凡士林。
5. 如患者感觉过热、心慌、头晕等，及时处理。