

常见诊疗技术护理常规

一、动脉血气分析采集护理常规

一、护理评估

- 1、询问、了解患者身体状况,了解患者吸氧状况或者呼吸机参数的设置。
- 2、向患者说明动脉采血的目的及穿刺方法,取得患者配合。
- 3、评估患者穿刺部位及动脉搏动情形。

二、护理措施

- 1、评估患者,依据患者的情形选择适宜的采血部位。
- 2、洗手、戴口罩,备齐用物携至患者床旁。
- 3、核对患者,向其说明采血的目的及本卷须知。
- 4、协助患者取舒适的体位,暴露采血部位,评估动脉血管的情形,必要时应用屏风挡挡患者。
- 5、消毒穿刺局部皮肤,并消毒打算触摸穿刺部位的指腹(动脉血气检查多项选择用梯动脉、股动脉、足背动脉)。
- 6、核对患者无误后,取出动脉血气专用针,取下针帽,左手触摸穿刺部位,右手持针和血管纵轴 30-45 度进针(依据所选动脉情形而定),并调节穿刺深度,待血液流入注射器内,至所需血液量。
- 7、拔针后止血 5 分钟,预防局部出血。
- 8、迅速将血气针针头插入橡皮塞中,隔绝空气。
- 9、再次核对患者,将标本马上送检。
- 10、整理用物,洗手,记录。

三、健康指导要点

- 1、指导患者抽取血气时尽量放松,安静呼吸,幸免影响血气分析结果。
- 2、告知患者正确按压穿刺点,并保持穿刺点清洁、枯燥。

四、本卷须知

- 1、消毒面积应较静脉穿刺大,严格执行无菌操作技术,预防感染。
- 2、患者穿刺部位应当压迫止血至不出血为止。
- 3、假设患者喝水、洗澡、运动,需休息 30 分钟后再取血,幸免影响检查结果。
- 4、做血气分析时注射器内勿有空气。
- 5、标本应当马上送检,以免影响结果。
- 6、有出血倾向的患者慎用。

二、痰标本搜集护理常规

一、护理评估

- 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非常和咽部情形,向患者做好说明,取得患者合作。

二、护理措施

- 1、按医嘱要求打算痰标本容器,将化验单条码粘贴于容器上。
- 2、备齐用物携至患者床旁。
- 3、核对患者,说明留取痰标本的目的及方法,取得患者配合。
- 4、评估患者咳痰能力,协助患者有效咳嗽。
- 5、嘱患者晨起后用清水漱口,清洁口腔数次深呼吸后,在呼气时用力咳出气管深部的痰液于痰标本容器内,盖好标本容器盖子。
- 6、不能自行留取痰标本者,护士应协助留取。
- 7、协助患者漱口。
- 8、查看标本质量,将符合要求的标本送检。
- 9、洗手,记录。

三、健康指导要点

1、告知患者检查目的、采集方法、采集时间。早晨起床后的第一口痰标本,痰内细菌、脱落细胞较多,能提高检查的阳性率。痰标本采集时间一样以早晨较好。

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,减少口腔常存菌或杂物污染,提高痰标本的阳性检出率。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。

四、本卷须知

1、护士在采集中要注意依据检查目的选择正确的容器。于送检前检查痰标本质量是否符合要求,幸免痰标本中混有唾液。

2、患者做痰培养及痰液找瘤细胞检查时,痰标本取后准时送检。痰液室温下搁置 2 小时会降低肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌和葡萄球菌的检出率,而定植于上呼吸道的非致病菌和革兰阴性杆菌会过度生长。痰脱落细胞学检查痰标本应于 2 小时内送化实验室。

3、留取 24 小时痰液时,要注明起止时间。

三、胸腔穿刺术术前术后护理常规

一、护理评估

1、评估患者心理,推断其能否配合穿刺。

2、穿刺过程中紧密观察患者的呼吸、脉搏、面色等的改变,以推断其是否本领受穿刺。

3、观察抽液、抽气量,第一次排液不宜超过 700ml,抽气量不宜超过 1000ml

○

二、护理措施

1、提供安静洁净、温湿度适宜的环境。

2、实施私密性操作,患者取适宜体位,抽液者可取坐位或仰卧位,抽气者

可取半卧位。

3、配合医生常规消毒皮肤,做好手术配合。

4、确保引流管及引流瓶无裂缝、无漏气,保持引流管通畅,并妥当固定,长度适宜,预防意外脱管。紧密观察引流管内水柱是否随呼吸上下波动及有无气体自引流液面逸出。正常情形下,水柱波动幅度为 4cm 以上,引流瓶液平面应低于引流管胸腔出口平面 60cm,引流液粘稠或引流血液时,应依据病情定时挤捏引流管(由胸腔端向引流瓶端的方向挤压)。

5、依据患者的情形,鼓舞患者深呼吸、咳嗽、吹气球练习等,以促进受压萎陷的肺扩张。

6、严格执行无菌操作原则,预防逆流。

7、胸腔闭式引流术前或更换引流瓶前,严格检查引流装置是否密封,引流瓶及引流管有无裂缝、漏气。引流瓶应始终保持直立,预防倾斜,幸免引流长管暴露出液面。

8、假设引流液过多,应准时更换引流瓶或更换引流瓶的液体,使引流瓶长管置于液面下 2cm,保持胸腔内压力在 1-2cmH₂O。

9、引流瓶及引流管始终低于置管切口,幸免引流液倒流。更换引流瓶时,各连接处两端应严格消毒。更换引流瓶或更换引流瓶的液体时,应严格遵守无菌操作原则,幸免人为污染,造成胸腔感染。

10、更换引流瓶前充分评估患者的一样情形及胸闷憋气情形,假设患者有明显呼吸困难,应延缓更换时间。更换前充分做好物品打算工作,再夹闭引流管;更换过程中应注意观察病情,询问患者的主观感受,操作应熟练,尽量缩短操作时间;更换后,鼓舞患者深呼吸及咳嗽,促进气体或液体的排解。

11、更换引流瓶时各连接处应牢固连接。捏挤引流管时,应一手在上固定引流管近心端,另一手由胸腔端的方向挤压,幸免引流管脱出。引流管长

度适宜,并妥当固定,幸免患者在翻身或活动时将引流管脱出。

三、健康指导要点

1、术前指导患者练习穿刺体位,并在穿刺过程中注意保持穿刺体位,不要随意活动,不要咳嗽或深呼吸。

2、指导患者术后静卧,24小时后方可洗澡,以免穿刺部位感染。

四、本卷须知

1、咳嗽剧烈者可给予镇咳药,以幸免术中剧咳造成穿刺针损害胸膜或肺组织。

2、记录穿刺的时间、抽液抽气量,胸水的颜色以及病人术中的状态。

3、穿刺过程中,如患者发生不适或胸膜反响,应马上停止抽吸,积极配合医生进行处理。

四、腰椎穿刺护理常规

一、按神经内科疾病一样护理常规。

二、护理评估

1、有无腰椎穿刺的禁忌。

2、评估患者心理状态及合作程度。

3、腰椎穿刺可能显现的并发症。

三、护理措施

术前护理:

1、穿刺前嘱患者排空大小便。

2、备齐穿刺包、无菌手套,所需药品,氧气等。

3、协助患者去枕侧卧,背齐床沿,曲颈抱膝,呈“虾米”状,使脊柱尽量前屈,以增加椎间隙宽度。

术中护理:

1、指导和协助病人保持腰椎穿刺的正确体位。

- 2、观察病人呼吸、脉搏及面色的改变,询问有无不适感。
- 3、协助医生留取所需的脑脊液标本,准时送检。

术后护理:

- 1、去枕平卧 4-6 小时,不可抬高头部。
- 2、观察穿刺处敷料有无渗液。
- 3、颅压高者不宜喝水。
- 4、常见并发症观察及护理:
 - ①腰穿后头痛:是最常见的并发症,大多在穿刺 24 小时后显现,以前额和后枕部为著,坐立时病症加重,平卧后病症可减轻,发生机制通常是脑脊液放出过多造成颅内压降低所致,嘱患者卧床休息,多喝水或盐水,必要时静脉输注生理盐水。
 - ②脑疝:是腰椎穿刺危险的并发症,易发生于颅内压高的患者,如颅内压高者肯定腰穿才能明确诊断时,在穿刺前可遵医嘱先用脱水剂。如术后患者显现剧烈头痛、一再呕吐,准时告知医生。
- 5、给予心理护理,向病人介绍穿刺的相关知识,减轻患者紧张焦虑情绪。

四、健康指导要点

告知患者术后如显现剧烈头痛,一再呕吐,要准时告知医护人员。

五、本卷须知

- 1、术后注意卧床休息,幸免劳累。
- 2、保持穿刺部位的纱布枯燥,观察有无渗液、渗血,24 小时内不宜淋浴。

五、腹腔穿刺术护理常规

一、护理评估

- 1、评估患者心理,推断其能否配合穿刺。
- 2、穿刺过程中紧密观察患者生命体征的改变,以推断其是否本领受穿

刺。

3、观察引流液的颜色、性状、量。

二、护理措施

1、提供安静洁净、温湿度适宜的环境。

2、实施私密性操作,患者取适宜体位,可坐在靠背椅上或取斜坡卧位、半卧位。

3、配合医生常规消毒皮肤,做好手术配合。

4、保持引流管通畅,并妥当固定,长度适宜,预防意外脱管

5、严格执行无菌操作原则,预防逆流。

6、假设放腹水,速度宜慢。初次放腹水不宜超过 1000ml。

三、健康指导要点

1、术前指导患者练习穿刺体位,并在穿刺过程中注意保持穿刺体位,不要随意活动,不要咳嗽或深呼吸。

2、指导患者术后静卧,24 小时前方可洗澡,以免穿刺部位感染。

四、本卷须知

1、放液时要紧密观察患者面色、脉搏、呼吸和血压等,如有晕厥、休克,应停止放液,安静平卧,并予输液、扩充血容量等对症医治。

2、大量放腹水时可引起昏迷或休克、水和电解质紊乱、血浆蛋白丧失等严峻并发症。

3、腹水假设系血性,则在吸取标本后停止放液。

4、术后穿刺处要压紧,并缚腹带。卧床休息至少 12ho

六、胃肠减压护理常规

一、护理评估

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形;了解有无食道静脉曲张。

- 3、评估胃管的位置、固定情形及负压吸引装置工作情形。
- 4、观察引流液的颜色、性质和量。
- 5、评估腹部体征及胃肠功能恢复情形。

二、护理措施

- 1、协助患者取舒适卧位,清洁鼻腔,测量插管长度(从鼻尖经耳垂至胸骨剑突处的距离)。
- 2、润滑胃管前端,沿一侧鼻孔轻轻插入,到咽喉部(插入 14-15cm)时,嘱患者做吞咽动作,随后迅速将胃管插入。
- 3、证明胃管在胃内后,固定,并做好标记。
- 4、正确连接负压吸引装置,负压吸力不可过强,以免堵塞管口和损害胃黏膜。
- 5、保持胃管通畅,定时回抽胃液或向胃管内注入 10-20ml 生理盐水冲管。
- 6、固定管路,预防牵拉,并保证管路通畅。
- 7、记录 24h 引流量。
- 8、口服给药时,先将药片碾碎溶化后注入,并用温水冲洗胃管,夹管 30min。
- 9、给予口腔护理。
- 10、必要时雾化吸入,保持呼吸道的潮湿及通畅。
- 11、定时更换引流装置。
- 12、拔管时,先将吸引装置和胃管别离,捏紧胃管末端,嘱患者吸气并屏气,迅速拔出。

三、健康指导要点

- 1、告知患者胃肠减压的目的和配合方法。
- 2、告知患者及家属预防胃管脱出的措施。

四、本卷须知。

- 1、给昏迷患者插胃管时,应先撤去枕头,头向后仰,当胃管插入 15cm 时,将患者头部托起,使下颌靠近胸骨柄以增大咽喉部通道的弧度,便于胃管顺利通过会厌部。
- 2、插管时患者显现恶心,应休息片刻,嘱患者深呼吸再插入,显现呛咳、呼吸困难、发紺等情形,马上拔出,休息后重新插入。
- 3、食管和胃部手术后,冲洗胃管有阻力时不可强行冲洗,通知医生,采取相应措施。
- 4、长期胃肠减压者,每月更换胃管 1 次,从另一侧鼻孔插入。

七、灌肠护理常规

一、护理评估

- 1、了解患者病情,评估意识、自理情形、合作及耐受程度。
- 2、了解患者排便情形,评估肛门周围皮肤黏膜状况。

二、护理措施

1、大量不保存灌肠

- (1) 核对医嘱及患者,注意操作环境隐蔽,室温适宜。
- (2) 配制灌肠液,温度 39-41℃,用止血钳夹闭排液管。
- (3) 患者取左侧卧位,臀部垫防水布,屈膝。
- (4) 灌肠筒挂于输液架上,液面比肛门高 40-60cm。
- (5) 将肛管和灌肠筒的排液管连接,润滑肛管,排解管道气体,将肛管缓慢插入肛门 7-10cm。
- (6) 固定肛管,松开止血钳,观察液体流入及患者耐受情形;依据患者耐受程度,适当调整灌肠筒高度。
- (7) 灌毕,夹闭并反折排液管,再将肛管拔出,擦净肛门。
- (8) 嘱患者尽量于 5Toinin 后排便。

(9) 了解患者排便情形,安置患者,整理用物。

2、甘油灌肠

门)核对医嘱及患者,打算环境和物品。

(2)患者取左侧卧位,臀部靠近床沿,屈膝,臀部垫高。

(3)翻开甘油灌肠剂,挤出少许液体润滑管口,将灌肠剂管缓慢插入肛门

7Toem。

(4)固定灌肠剂,轻轻挤压,观察液体流入及患者耐受情形。

(5)灌毕,反折灌肠剂管口同时拔出,擦净肛门。

(6)嘱患者尽量 10min 后排便。

(7)安置患者,整理用物,记录排便情形。

3、保存灌肠

(1)核对医嘱和患者,嘱患者先排便,打算环境及灌肠药液,灌肠液量不宜超过 200ml ○

(2)依据病情和病变部位取适宜卧位,臀部垫高约 10cm,必要时打算便盆。

(3)润滑并插入肛管 15-20cm,液面至肛门的高度应 ≤ 30 cm,缓慢注入药液。

14)药液注入完毕后,反折肛管并拔出,擦净肛门,嘱患者尽可能忍耐,药液保存 20-30min。

(5)安置患者,整理用物。

(6)观察用药后的成效并记录。

三、健康指导要点

告知患者灌肠的目的及配合方法。

四、本卷须知

1、妊娠、急腹症、消化道出血、严峻心脏病等患者不宜灌肠;直肠、结肠和肛门等手术后及大便失禁的患者不宜灌肠。

2、伤寒患者灌肠时溶液不超过 500ml,液面不高于肛门 30cm,肝性脑病患

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/737020050134006036>