



医药卫生类专业工学结合精品教材
“互联网+教育”新形态一体化教材

护理技能综合实训

主 编 齐秀桂 董项慧 金 花

北京出版集团
北京出版社

护理技能综合实训

HULI JINENG ZONGHE SHIXUN

主 编 齐秀桂 董项慧 金 花



扫描二维码
共享立体资源



北京出版集团
北京出版社

图书在版编目(CIP)数据

护理技能综合实训 / 齐秀桂, 董项慧, 金花主编.
北京: 北京出版社, 2024.8 -- ISBN 978-7-200-
-18911-7

I. R47

中国国家版本馆 CIP 数据核字第 2024XN9946 号

护理技能综合实训

HULI JINENG ZONGHE SHIXUN

主 编: 齐秀桂 董项慧 金 花
出 版: 北京出版集团
北 京 出 版 社
地 址: 北京北三环中路 6 号
邮 编: 100120
网 址: www.bph.com.cn
总 发 行: 北京出版集团
经 销: 新华书店
印 刷: 定州启航印刷有限公司
版 印 次: 2024 年 8 月第 1 版 2024 年 8 月第 1 次印刷
成品尺寸: 185 毫米 × 260 毫米
印 张: 11
字 数: 247 千字
书 号: ISBN 978-7-200-18911-7
定 价: 35.00 元

如有印装质量问题, 由本社负责调换

质量监督电话: 010-82685218 010-58572393

目 录

模块一 入院护理

项目一 认识医院	1
项目二 常见疾病患者的入院流程	6

模块二 院内护理

项目三 呼吸系统典型疾病的护理	40
项目四 内分泌典型疾病的护理	56
项目五 循环系统典型疾病的护理	72
项目六 消化系统典型疾病的护理	89
项目七 神经内科典型疾病的护理	104
项目八 普通外科典型疾病的护理	122
项目九 骨折患者的护理	137

模块三 出院护理

项目十 泌尿系统典型疾病的出院护理	154
附录	162
参考文献	167

模块二 院内护理

项目三 呼吸系统典型疾病的护理

通过对“慢性阻塞性肺疾病”患者的护理，熟练掌握吸氧技术、吸痰技术、雾化吸入技术。

一、概述

（一）一般资料

姓名：王×义 床号：3床 年龄：67岁 性别：男 职业：农民
婚姻：已婚 民族：汉族 籍贯：内蒙古 文化程度：小学 信仰：无

（二）基本情况

（1）现病史：4天前因受凉后咳嗽、咳痰加重，咳黄色黏稠痰液，咳痰不畅，有明显胸闷、气促，不能入睡，食欲明显减退。自行吸入“布地奈德、特布他林”及口服“肺宝三效”等治疗后效果差。遂于今日就诊我院急诊科，后经呼吸与危重症医学科医师会诊，以“慢性阻塞性肺疾病伴有急性加重”收入院。进行血气分析、急诊生化、N末端—B型脑利钠肽前体、心脏彩超、胸部CT等检查，并予以“氢化可的松、多索茶碱、依诺肝素”等对症治疗。

（2）既往史：患者吸烟45年，慢性咳嗽、咳痰近20年，近1年来渐感呼吸急促、胸闷，活动时尤甚；30余年前因刀伤导致肺、胃、脾损伤行外科手术治疗，术中及术后有输血史。

（3）查体：T 36.7℃、P 105次/分、R 20次/分、BP 144/91 mmHg、指脉氧85%（鼻导管吸氧1~2 L/min），慢性病容，口唇发绀，咽部红肿，颈软，颈静脉充盈，桶状胸，双肺呼吸音弱，双肺可闻及少量干湿性啰音，心音低钝，心率105次/分，律齐，P2亢进，未闻及早搏，双下肢无浮肿。

（4）辅助检查：全血细胞分析+C-反应蛋白示白细胞计数 $12.5 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比88%，红细胞数 $6.09 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白浓度205 g/L；血气分析示血氧饱和度88.9%， PaO_2 60 mmHg， $PaCO_2$ 58 mmHg；离子检查示血钠133.3 mmol/L，血氯93.4 mmol/L；葡萄糖12.84 mmol/L，血钾3.32 mmol/L；胸正位片示两肺野透亮度增加，横膈下移； FEV_1/FVC 62%， $FEV_1\%$ 预计值55；心脏彩超示右房增大，三尖瓣反流（轻度），肺动脉高压（中度），左室舒张功能降低。

（三）诊断依据及鉴别诊断

1. 初步诊断

- (1) 慢性阻塞性肺疾病伴有急性加重。
- (2) 呼吸衰竭。
- (3) 肺源性心脏病。
- (4) 心功能 II 级。
- (5) 低钾血症。

2. 诊断依据

- (1) 中老年男性，主因“反复气短、喘憋 1 余年，加重 4 天”入院。
- (2) 既往史：30 余年前因刀伤导致肺、胃、脾损伤行外科手术治疗，术中及术后有输血史；吸烟 45 年。

（四）诊疗计划

- (1) 诊断计划：尿液分析、便常规、一般细菌培养（痰）、呼吸道病原十一项、降钙素原、凝血五项、离子组合、血糖（空腹）、糖化血红蛋白、心电图、全腹超声（男）。
- (2) 治疗计划：休息，心电监护，吸氧。抗感染：头孢米诺钠静点。平喘：多索茶碱静点，布地奈德、硫酸特布他林雾化，复方异丙托溴铵雾化。控制心率：酒石酸美托洛尔片口服。抗凝：那屈肝素钙皮下注射。减轻心脏负荷：螺内酯片、托拉塞米片口服。补钾：枸橼酸钾颗粒口服。

（五）基础知识

- (1) 慢性阻塞性肺疾病的病因、临床表现及并发症。
- (2) 案例中患者的护理问题、首优问题，针对首优问题应采取的护理措施。
- (3) 吸氧的指征，缺氧程度的划分，吸氧浓度的计算。
- (4) 氧疗的副作用。
- (5) 动脉血气分析的正常值及临床意义。
- (6) 常用雾化吸入药物及其作用。
- (7) 吸痰技术操作要点及注意事项。

（六）基本技能

- (1) 请为该患者实施吸氧技术。
- (2) 请为该患者实施雾化吸入技术。
- (3) 请为该患者实施吸痰技术。
- (4) 请为该患者进行健康宣教。

(七) 医嘱

表 3-1 长期医嘱单

姓名：王 × 义

科别：呼吸与危重症医学科

床号：3

住院病历号：294×××

开始					停止			
日期	时间	医嘱	医师 签名	护士 签名	日期	时间	医师 签名	护士 签名
08.20	18:11	呼吸与危重症医学科护理常规	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:11	I 级护理	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:11	留陪人	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:11	持续心电监护	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:11	血氧饱和度 bid 测	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:11	低盐低脂普食	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:11	鼻导管吸氧 1 ~ 2 L/min 持续吸入	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:11	0.9% 氯化钠注射液 100 mL	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:11	多索茶碱注射液 0.3 g	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:11	ivgtt qd	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:15	0.9% 氯化钠注射液 100 mL	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:15	注射用泮托拉唑钠 40 mg	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:15	ivgtt qd	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:17	0.9% 氯化钠注射液 100 mL	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:17	注射用头孢米诺钠 2 g	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:17	ivgtt bid	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:18	吸入用布地奈德混悬液 2 mg	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:18	硫酸特布他林雾化吸入用溶液 2 mL	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:18	雾化吸入 tid	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:18	吸入用复方异丙托溴铵溶液 2.5 mL	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:18	雾化吸入 bid	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:20	酒石酸美托洛尔片 12.5 mg	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:20	po bid	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:20	枸橼酸莫沙必利片 5 mg	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:20	po tid	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:21	螺内酯片 20 mg	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:21	po qd	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:24	托拉塞米片 10 mg	苏 ×	蔡 ×				

续表

开始					停止			
日期	时间	医嘱	医师 签名	护士 签名	日期	时间	医师 签名	护士 签名
08.20	18:24	po qd	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:24	枸橼酸钾颗粒 1.45 g	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:24	po tid	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:40	那屈肝素钙注射液 4 100 IU	苏 ×	蔡 ×				
08.20	18:40	ih qd	苏 ×	蔡 ×				

执行医师：

护士：

表 3-2 临时医嘱单

姓名：王 × 义

科别：呼吸与危重症医学科

床号：3

住院病历号：294×××

日期	时间	医嘱	医师签名	护士签名	时间	备注
08.20	18:25	尿液分析	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:25	便常规 (便 RT+OB)	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:25	一般细菌培养 (痰)	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:25	呼吸道病原十一项	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:27	降钙素原 (PCT)	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:27	凝血五项	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:27	离子组合 1 (K、Na、Cl、CO ₂ 、Ca)	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:34	心电图 (病房)	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:34	全腹超声 (男)	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:34	床旁彩色多普勒超声检查	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:35	0.9% 氯化钠注射液 100 mL	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:35	注射用头孢米诺钠 1 支	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:35	皮试 (-) 批号：826761	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:35	吸入用布地奈德混悬液 2 mg	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:35	硫酸特布他林雾化吸入用溶液 2 mL	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:35	雾化吸入 st	苏 ×	蔡 ×	18:35	
08.20	18:37	注射用甲泼尼龙琥珀酸钠 40 mg	苏 ×	蔡 ×	18:40	
08.20	18:37	灭菌注射用水 2 mL	苏 ×	蔡 ×	18:40	
08.20	18:37	iv st	苏 ×	蔡 ×	18:40	
08.20	18:37	0.9% 氯化钠注射液 100 mL	苏 ×	蔡 ×	18:40	
08.20	18:37	注射用头孢米诺钠 2 g	苏 ×	蔡 ×	18:40	

续表

日期	时间	医嘱	医师签名	护士签名	时间	备注
08.20	18:37	ivgtt st	苏 ×	蔡 ×	18:40	
08.20	18:45	0.9% 氯化钠注射液 100 mL	苏 ×	蔡 ×	18:49	
08.20	18:45	注射用泮托拉唑钠 40 mg	苏 ×	蔡 ×	18:49	
08.20	18:45	ivgtt st	苏 ×	蔡 ×	18:49	

执行医师:

护士:

二、慢性阻塞性肺疾病患者的护理

【疾病概述】

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD), 简称慢阻肺, 是一种具有气流受限特征的肺部疾病, 气流受限不完全可逆, 呈进行性发展。COPD 是呼吸系统的常见病和多发病, 患病率和病死率均高。COPD 的病理改变主要为慢性支气管炎 (简称慢支) 和肺气肿的病理变化。慢支是指支气管黏膜及其周围组织的慢性、非特异性炎症, 如患者每年咳嗽、咳痰达 3 个月以上, 连续 2 年或以上, 并排除其他已知原因的慢性咳嗽, 可诊断为慢支。肺气肿是指肺部终末细支气管远端的气道弹性减退、气道异常扩大, 或同时伴有气道壁破坏的病理状态。当慢支和 (或) 肺气肿患者的肺功能检查出现气流受限且不完全可逆时, 则诊断为 COPD。

1. 病因 吸烟、呼吸道感染、寒冷是 COPD 的主要病因。

2. 临床表现 起病缓慢, 病程长。

(1) 症状: 以咳嗽、咳痰、喘息为主要症状, 伴逐渐加重的呼气性呼吸困难, 随着病情发展, 患者甚至在静息时也感到呼吸困难。全身症状有疲劳、食欲缺乏和体重减轻等。

(2) 体征: 慢支急性发作时, 肺啰音增多, 喘息性慢支发作时, 可闻及哮鸣音。典型的肺气肿体征为: ①桶状胸, 胸部呼吸活动减弱; ②触诊语颤减弱; ③叩诊过清音、心浊音界缩小、肝上界下移; ④听诊呼吸音减弱、呼气延长、心音遥远。晚期患者因呼吸困难, 可表现为身体前倾, 常呈缩唇呼吸。

(3) 分期: COPD 按病程可分为急性加重期和稳定期。①急性加重期指在短期内胸闷、气急、发绀、呼吸困难明显加重, 咳嗽、咳痰频繁剧烈, 脓痰量增多, 可伴发热。②稳定期指咳嗽、咳痰、气喘等症状稳定或症状轻微。

(4) 并发症: 自发性气胸、肺部感染、呼吸衰竭等。

【护理评估】

1. 病史

(1) 现病史: 询问患者的起病时间、主要症状及特点, 有无诱因、加重或缓解的相关因素; 观察咳嗽的性质、严重程度, 咳痰的量、性质、颜色、黏稠度、气味等。

(2) 既往史: 询问患者既往患病情况、检查、治疗经过及结果, 是否对某些药物

过敏。

(3) 个人史和生活史：了解患者的性别、年龄、职业、经济状况、居住和工作环境状况、生活方式，有无吸烟、饮酒等不良嗜好。

2. 身体评估

- (1) 一般状况：意识、面容与表情、体位、生命体征，注意热型和呼吸型态等。
- (2) 营养状况：进食情况，注意有无消瘦或体重下降。
- (3) 睡眠状况：有无失眠、嗜睡等。
- (4) 皮肤和黏膜状况：有无口唇、甲床发绀，有无球结膜充血水肿。
- (5) 胸部检查：有无肺气肿体征，如视诊桶状胸、胸部呼吸活动减弱，触诊语颤减弱，叩诊过清音、心浊音界缩小、肝上界下移，听诊呼吸音减弱、呼气延长、心音遥远等。

3. 实验室及其他检查

- (1) 血常规：有无白细胞计数升高、中性粒细胞核左移、淋巴细胞升高等。
- (2) 血气分析：有无 PaO_2 降低和（或） PaCO_2 升高。
- (3) X 线检查：有无肺纹理增粗和紊乱、炎症性浸润影、两肺透亮度增加、肋间隙增宽等。
- (4) 肺功能检查：有无第 1 秒用力呼气量占用力肺活量百分比 ($\text{FEV}_1/\text{FVC}\%$) 降低、第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比 ($\text{FEV}_1\%$ 预计值) 降低、肺总量 (TLC) 升高、功能残气量 (FRC) 和残气量 (RV) 升高、肺活量 (VC) 降低等。

4. 心理—社会评估

- (1) 对疾病的发生、病程、预后及健康保健知识是否了解。
- (2) 有无焦虑、恐惧、悲观、沮丧等不良心理反应。
- (3) 家庭成员组成，家庭经济状况，文化、教育背景，家庭成员对患者所患疾病的认识和对患者的关怀和支持程度，医疗费用的来源和支付方式，居住地有无初级卫生保健设施，等等。

【护理诊断 / 问题】

- (1) 气体交换受损：与气道阻塞、肺组织弹性降低、通气 / 血流比例失调致通气和换气功能障碍有关。（首优问题）
- (2) 清理呼吸道无效：与分泌物增多且黏稠、无效咳嗽有关。
- (3) 活动无耐力：与疲劳、呼吸困难、氧供与氧耗失衡有关。
- (4) 营养失调（低于机体需要量）：与食欲减退、呼吸困难和呼吸道感染致消耗增加且摄入不足有关。
- (5) 焦虑：与供氧不足、健康状况改变、病情危重有关。
- (6) 潜在并发症：自发性气胸、肺部感染、呼吸衰竭、肺性脑病等。

【护理措施】

1. 应急处理——针对首优问题采取的护理措施

(1) 安置患者：①协助患者取半卧位或端坐位，抬高床头，此卧位可因重力作用使膈肌位置下降，胸腔容量扩大，肺活量增加，患者呼吸困难症状减轻，晚期患者可采取身体前倾位，使辅助呼吸肌共同参与呼吸；②室温 22~24℃，湿度 65%~75%，保持室内空气流通，禁止吸烟。

(2) 病情观察：①观察患者生命体征及神志变化；②观察呼吸困难的程度，与活动及体位的改变是否有关；③观察咳嗽、咳痰状况，注意痰液的性状、量和颜色变化；④监测动脉血气分析和水、电解质、酸碱平衡状况；⑤观察有无肺心病、呼吸衰竭等并发症的发生。

(3) 氧疗护理：①给予持续(>15 小时/天)低流量(1~2 L/min)鼻导管吸氧，睡眠时间不可间断；②注意观察氧疗的效果、氧疗后紫绀及呼吸困难症状有无减轻，根据病情变化及时调整用氧浓度及时间；③注意用氧安全，告诫患者及其家属勿擅自停用氧气及调整氧浓度，病室内严禁烟火；④对 COPD 慢性呼吸衰竭者提倡进行长期家庭氧疗(LTOT)。

(4) 咳嗽、咳痰的护理：①对痰液黏稠、不易咳出者，用超声或氧气雾化吸入，以加强气道湿化，使痰液稀释易于咳出，同时解除局部炎症，改善气道阻塞症状；②翻身、叩背，指导患者有效咳嗽，患者取坐位，双脚着地，双手环抱一个枕头，有助于膈肌上升，先进行数次深而缓慢的腹式呼吸，再深吸后屏气 3~5 s，身体前倾，从胸腔进行 2~3 次短而有力的咳嗽，咳出痰液；③痰多黏稠、无力咳出者，用电动吸引器或中心负压吸引装置进行吸痰。

链接

医用振动排痰仪的使用

医用振动排痰仪根据胸部物理治疗原理在身体表面产生特定方向周期变化的治疗力来进行排痰。其中，垂直方向治疗力产生的叩击、震颤可促使呼吸道黏膜表面黏液和代谢物松动和液化；水平方向治疗力产生的定向挤推、震颤帮助已液化的黏液排出体外。当患者痰液黏稠、不易咳出时，振动排痰可以使痰液易于咳出，利于肺炎控制，减少气管插管的风险。操作方法如下。

- (1) 评估患者，根据病情和体质情况调节振动的速度和时间。
- (2) 操作时沿患者肋缘自下而上振动，注意叩击头与患者肋缘充分紧密贴合。
- (3) 每一位置持续振动 1~2 min，叩击头上移时需继续持续振动。
- (4) 当给予患者患侧振动治疗时，应注意振动位置，避开伤口 10 cm。
- (5) 在振动治疗的过程中，注意观察患者生命体征、倾听患者不适主诉。
- (6) 治疗结束后 5~10 min，协助患者拍背咳痰。

2. 其他护理措施

(1) 饮食护理：①给予患者高热量、高蛋白、高维生素、易消化的清淡饮食，以补充消耗，改善营养状况，增强体质；②少食多餐，避免过多进食豆类等产气食物，以免影响膈肌活动而造成呼吸困难加重，避免辛辣刺激性食物，戒烟、酒；③鼓励患者多饮水，以保持呼吸道黏膜湿润，有利于痰液的排出。

(2) 基础护理：①保持床单位及患者皮肤清洁干燥，长期卧床患者加强皮肤护理，以防压疮发生；②做好口腔护理，防止口腔异味和口腔感染，增加患者食欲；③对于神志不清者，加强安全护理，预防坠床及误吸的发生；④女患者做好会阴护理，防止尿路感染的发生。

(3) 用药护理：①根据药敏试验选用有效抗生素，及时控制感染；②遵医嘱给予支气管舒张剂、止咳祛痰药、强心利尿药；③密切观察药物的疗效及不良反应。

(4) 心理护理：①主动接近患者，倾听患者诉说，了解其焦虑的程度；②讲解疾病相关知识，鼓励患者进行听音乐、下棋、看电视等娱乐活动，以分散注意力，减轻焦虑；③帮助患者了解自己的病情，缓解其紧张、焦虑、抑郁、悲观等不良情绪，增强其战胜疾病的信心。

3. 健康教育

(1) 知识宣教：向患者及其家属介绍 COPD 虽是不可逆的病变，但积极预防和治疗可减少急性发作、改善呼吸功能、延缓病情、提高生命质量；指导患者避免各种可使病情加重的因素，如戒烟、改善环境卫生、加强劳动保护等，生活中注意防寒保暖，体育锻炼，增强机体抵抗力；向患者及其家属讲解 COPD 的基本知识，使其了解发病原因、诱因、治疗原则，能够主动地配合治疗。

(2) 饮食指导：向患者及其家属宣传饮食治疗的意义和原则，解释摄取足够的营养对满足机体需要、保持和恢复体力的重要性；鼓励患者进食，与患者及其家属共同制订高热量、高蛋白、高维生素的饮食计划，经常变换食谱，增加食物的色、香、味，以刺激食欲，注意做到少食多餐，避免因饱胀而引起呼吸不畅。

(3) 呼吸功能锻炼指导：急性症状控制后，指导患者尽早进行呼吸肌锻炼，如缩唇呼吸、膈式/腹式呼吸，以增强胸、膈呼吸肌肌力和耐力，改善呼吸功能。

(4) 家庭氧疗技术指导：教会患者及其家属家庭氧疗的方法，讲解氧疗装置的更换及清洁、消毒等注意事项。

(5) 自我监测病情指导：告知患者发现气促、咳嗽、咳痰、发热等症状明显或出现并发症表现时，应及时就医，以防病情恶化；说明药物的治疗目的、使用方法、剂量和不良反应，告知遵医嘱合理用药的重要性，避免药物滥用。

【护理评价】

- (1) 患者能够进行有效咳嗽，呼吸道通畅。
- (2) 患者咳嗽次数减少或消失，痰量减少或无咳痰。
- (3) 患者无发绀，呼吸频率、深度和节律趋于正常或呼吸平稳。

- (4) 患者日常活动量增加,不感到疲劳。
- (5) 患者营养状况改善。
- (6) 患者的焦虑、恐惧等不良情绪得到缓解,能够主动配合治疗和护理。
- (7) 患者住院期间无并发症发生。

三、慢性阻塞性肺疾病患者护理技能综合实训及考核标准



吸氧技术

表 3-3 吸氧技术操作程序及考核标准

班级 姓名 学号 计时 得分										
项目	分值	项目内容	操作要求	评分等级				得分		
				A	B	C	D			
目的	3		通过给氧纠正各种原因造成的缺氧状态,促进组织新陈代谢,维持机体生命活动	3	2	1	0			
仪表	2		仪表端庄,服装整洁	2	1	0	0			
操作前准备	16	患者准备	- 评估患者的病情、生命体征、SpO_2 - 评估患者口唇、甲床、皮肤的颜色 - 评估患者的意识状态及合作程度	2	1	0	0			
		环境准备	安静整洁,温湿度适宜	2	1	0	0			
		护士准备	洗手,戴口罩	2	1	0	0			
		用物准备	- 氧气表、湿化瓶内装有 $1/2 \sim 2/3$ 蒸馏水 - 治疗车上层:吸氧管、无菌棉签、治疗碗(一个盛有冷开水,一个放置通气管和纱布)、弯盘、胶布、记录单、笔、免洗手消毒液	1	0	0	0			
			治疗车下层:生活垃圾桶、医疗垃圾桶	3	2	1	0			
操作过程	65	核对解释	携用物至床旁,核对患者信息,解释操作目的并取得合作	2	1	0	0			
		安置体位	协助患者取舒适卧位	2	1	0	0			
		连接	- 取下氧气端口防尘盖 - 安装氧气表、通气管、湿化瓶	2	1	0	0			
				3	2	1	0			
		检查	确认氧气表安装稳妥,检查吸氧装置是否通畅	4	3	2	1			
		湿润鼻腔	检查患者鼻腔通畅情况,清洁鼻腔分泌物	3	2	1	0			
		连接	连接吸氧管与氧气表	3	2	1	0			

续表

项目	分值	项目内容	操作要求	评分等级				得分
				A	B	C	D	
操作过程	65	调节检查	- 口述：根据患者病情调节氧流量，轻度缺氧 1 ~ 2 L/min，中度缺氧 2 ~ 4 L/min，重度缺氧 4 ~ 6 L/min，小儿 1 ~ 2 L/min - 将鼻氧管末端放入水中，观察有无气泡逸出	4	3	2	1	
		插管	吸氧管插入患者鼻孔，调节舒适	3	2	1	0	
		固定	导管环绕患者耳部，松紧适宜	3	2	1	0	
		整理	整理床单位	2	1	0	0	
		洗手记录	记录吸氧的时间、氧流量、患者反应	2	1	0	0	
		观察	- 观察患者缺氧症状是否改善、SpO₂ 变化、氧气装置是否通畅、湿化瓶内的蒸馏水量 - 氧疗的不良反应	4	3	2	1	
		停氧	- 向患者解释 - 取下吸氧管 - 关闭流量开关 - 清洁鼻部，安置患者于舒适体位，询问需要 - 整理床单位 - 卸下湿化瓶、通气管、氧气表 - 盖好氧气端口防尘盖 - 用物按规定处理	2	1	0	0	
		洗手记录	记录停氧时间及效果	2	1	0	0	
		规范熟练	- 程序正确、操作熟练、动作规范 - 按时完成 - 保证患者安全并做好职业防护	3	2	1	0	
		护患沟通	- 护患沟通有效，符合临床实际 - 自然真诚，没有表演痕迹 - 操作过程体现人文关怀	1	0	0	0	
综合评价	14	关键环节	- 装表、卸表顺序正确 - 氧流量调节正确 - 垃圾处理正确	2	1	0	0	
				2	1	0	0	
				1	0	0	0	
总分	100							



表 3-4 雾化吸入技术操作程序及考核标准

雾化吸入技术

班级	姓名	学号	计时	得分					
项目	分值	项目内容	操作要求	评分等级				得分	
				A	B	C	D		
目的	4		• 湿化气道：常用于呼吸道湿化不足、痰液黏稠、气道不畅者，也可作为气管切开后常规治疗手段 • 控制感染：消除炎症，控制呼吸道感染，常用于咽喉炎、支气管扩张、肺炎、肺脓肿、肺结核等患者 • 改善通气：解除支气管痉挛，保持呼吸道通畅，常用于支气管哮喘等患者 • 祛痰镇咳：减轻呼吸道黏膜水肿，稀释痰液，协助祛痰	4	2	1	0		
仪表	2		• 仪表端庄，服装整洁	2	1	0	0		
操作前准备	20	患者准备	• 评估患者的病情及治疗情况、用药史、过敏史 • 评估患者的呼吸道是否通畅，面部及口腔黏膜有无感染、溃疡等 • 评估患者的意识状态及合作程度	3	1	0	0		
		环境准备	• 安静整洁，温湿度适宜	2	1	0	0		
		护士准备	• 洗手，戴口罩	2	1	0	0		
		用物准备	• 治疗车上层：氧气雾化吸入器、氧气装置一套（湿化瓶勿放水）、弯盘、药液（遵医嘱准备）、生理盐水	5	4	3	0		
			• 治疗车下层：锐器盒、医用垃圾桶、生活垃圾桶	3	2	1	0		
操作过程	56	核对解释	• 携用物至床旁，核对患者信息，解释操作目的并取得合作	4	2	1	0		
		安置体位	• 协助患者取舒适卧位	3	2	1	0		
		检查	• 使用前检查雾化器各部件是否完好，有无松动、脱落、漏气等异常情况	5	3	1	0		
		加药	• 七步洗手 • 遵医嘱将药液稀释注入雾化器的药杯内	5	3	2	0		
		连接	• 将雾化器的接气口连接于中心吸氧装置的输氧管上	6	3	2	0		
		调节	• 调节氧流量，一般为 6～8 L/min	4	3	2	1		
		开始雾化	• 指导患者手持雾化器，将口含嘴放入口中，紧闭口唇，用嘴深吸气，用鼻呼气，如此反复呼吸，直至药液吸完（时间不超过 20 min）	8	3	2	0		

续表

项目	分值	项目内容	操作要求	评分等级				得分
				A	B	C	D	
操作过程	56	结束雾化	• 再次核对, 取出雾化器, 关闭氧气开关	9	6	3	0	
		操作后处理	• 协助患者擦干面部, 清洁口腔, 取舒适卧位, 整理床单位	8	6	4	2	
		洗手记录	• 记录雾化开始与持续时间, 患者的反应及效果	4	3	2	0	
综合评价	18	规范熟练	• 程序正确、操作熟练、动作规范	4	3	2	1	
			• 按时完成	2	0	0	0	
			• 保证患者安全并做好职业防护	2	1	0	0	
		护患沟通	• 护患沟通有效, 符合临床实际	1	0	0	0	
			• 自然真诚, 没有表演痕迹	1	0	0	0	
			• 操作过程体现人文关怀	1	0	0	0	
		关键环节	• 雾化吸入操作顺序正确	4	2	0	0	
			• 氧流量调节正确	2	1	0	0	
			• 垃圾处理正确	1	0	0	0	
总分	100							



表 3-5 吸痰技术操作程序及考核标准

吸痰技术

班级 _____ 姓名 _____ 学号 _____ 计时 _____ 得分 _____

项目	分值	项目内容	操作要求	评分等级				得分
				A	B	C	D	
目的	3		• 清除呼吸道分泌物, 保持呼吸道通畅 • 促进呼吸功能, 改善肺通气 • 预防并发症发生	3	2	1	0	
仪表	2		• 仪表端庄, 服装整洁	2	1	0	0	
操作前准备	14	患者准备	• 了解吸痰的目的、方法、注意事项及配合要点 • 体位舒适, 情绪稳定	2	1	0	0	
		环境准备	• 安静整洁, 温湿度适宜	2	1	0	0	
		护士准备	• 洗手, 戴口罩	2	1	0	0	

续表

项目	分值	项目内容	操作要求	评分等级				得分
				A	B	C	D	
操作前准备	14	用物准备	- 治疗车上层：一次性使用吸痰包，含一次性弯盘、一次性无菌治疗碗、镊子、无菌纱布、治疗巾、无菌生理盐水纱布、吸痰管（内含无菌手套1只）、0.9%氯化钠溶液500 mL（瓶装）、听诊器、弯盘、治疗盘、记录单、医嘱单、电动吸痰器包括连接管、盛有消毒液的瓶（放于床头），必要时备压舌板、张口器、舌钳、电插板等 - 治疗车下层：医用垃圾桶、生活垃圾桶	4	3	2	0	
				2	1	0	0	
操作过程	63	核对解释	- 七步洗手、戴口罩 - 核对患者信息（床号、姓名、住院号） - 向患者或家属解释操作目的并取得合作	2	1	0	0	
		评估患者	- 评估患者病情、意识、生命体征、SpO₂ - 肺部听诊痰鸣音（带听诊器），部位正确（左右锁骨中线上、中、下部）	2	1	0	0	
		吸痰准备	- 给予患者高流量吸氧3~5 min（口述） - 检查吸引器各处连接是否正确、有无漏气；打开吸痰器开关，反折连接管前端调节负压，一般成人40.0~53.3 kPa（300~400 mmHg），儿童<40.0 kPa（300 mmHg） - 协助患者取去枕仰卧位、铺治疗巾于颌下 - 七步洗手	2	1	0	0	
				4	3	2	1	
				3	2	1	0	
		检查	- 检查并打开一次性使用吸痰包，核对药液标签，检查药液质量，打开瓶装生理盐水，倒生理盐水（瓶签向掌心，冲洗瓶口，从原处倒出） - 注明开瓶日期和时间	1	0	0	0	
				1	0	0	0	
		打开连接	打开吸痰管包装，戴无菌手套，取出吸痰管连接于连接管上	2	1	0	0	
		试吸	试吸生理盐水，检查吸痰管是否通畅，同时润滑吸痰管前端	6	3	2	0	
		吸痰	- 一手反折吸痰管末端（阻断负压），戴手套手持吸痰管前端，插入患者口咽部（10~15 cm），遇阻力后略上提，放开吸痰管末端，先吸净口咽部分泌物，再吸气管内分泌物 - 插管时不可有负压，以免引起呼吸道黏膜损伤 - 若气管切开吸痰，注意无菌操作，先吸气管切开处，再吸口（鼻）部 - 吸痰时左右旋转，自深部向上吸净痰液，每次吸痰时间<15 s - 吸痰过程中密切观察患者痰液情况、生命体征、SpO₂（口述）	8	6	4	0	
				2	1	0	0	
				2	1	0	0	
				4	3	2	0	
				2	1	0	0	

续表

项目	分值	项目内容	操作要求	评分等级				得分
				A	B	C	D	
操作过程	63	冲洗	• 吸痰完毕抽吸生理盐水冲洗吸痰管，将吸痰管与连接管断开，一根吸痰管只使用一次（口述）	4	2	1	0	
			• 将吸痰管连同手套弃于污染垃圾桶内，关闭吸引器，将连接管插入盛有消毒液的瓶中浸泡	2	1	0	0	
		观察	• 气道是否通畅；患者的反应，如面色、呼吸、心率、血压等；吸出痰液的色、质量	2	1	0	0	
			• 肺部听诊判断吸痰效果（左右锁骨中线上、中、下部）	2	1	0	0	
		安置卧位	• 妥善安置患者，取舒适卧位，整理床单位	3	2	1	0	
		整理用物	• 垃圾分类处理	4	2	0	0	
洗手记录	• 七步洗手 • 记录吸痰时间，痰液的量、色、性状、黏稠度，患者的反应及效果	2	1	0	0			
		2	1	0	0			
综合评价	18	规范熟练	• 程序正确、操作熟练、动作规范	4	3	2	1	
			• 按时完成	2	0	0	0	
			• 保证患者安全并做好职业防护	2	1	0	0	
		护患沟通	• 护患沟通有效，符合临床实际	1	0	0	0	
			• 自然真诚，没有表演痕迹	1	0	0	0	
			• 操作过程体现人文关怀	1	0	0	0	
关键环节	• 吸痰吸入操作顺序正确	4	2	0	0			
	• 压力调节正确	2	1	0	0			
	• 垃圾处理正确	1	0	0	0			
总分	100							

四、慢性阻塞性肺疾病评估量表

表 3-6 日常能力评定量表

姓名 _____ 科室 _____ 床号 _____ 住院号 _____ 责任医生 _____

Barthel 指数评定量表 (BI)			日期					
项目	内容说明	分值						
进食	完全独立	10						
	需部分帮助	5						
	需极大帮助	0						
洗澡	完全独立	5						
	需部分帮助	0						
修饰	完全独立	5						
	需部分帮助	0						

续表

Barthel 指数评定量表 (BI)			日期						
项目	内容说明	分值							
穿衣	完全独立	10							
	需部分帮助	5							
	需极大帮助	0							
控制大便	可控制	10							
	偶尔控制	5							
	完全失控	0							
控制小便	可控制	10							
	偶尔控制	5							
	完全失控	0							
如厕	完全独立	10							
	需部分帮助	5							
	需极大帮助	0							
床椅转移	完全独立	15							
	需部分帮助	10							
	需极大帮助	5							
	完全依赖	0							
平地行走	完全独立	15							
	需部分帮助	10							
	需极大帮助	5							
	完全依赖	0							
上下楼梯	完全独立	10							
	需部分帮助	5							
	需极大帮助	0							
总分									
自理能力等级	重度依赖 (≤ 40 分)								
	中度依赖 (41 ~ 60 分)								
	轻度依赖 (61 ~ 99 分)								
	无需依赖 (100 分)								
责任护士									

注: 1. 根据患者的实际情况, 在每个项目对应的得分上划“√”, 得出 Barthel 指数总分。

2. 患者自理能力发生变化时随时评估。

五、慢性阻塞性肺疾病护理技能评价表

表 3-7 慢性阻塞性肺疾病护理技能评价表

班级	组别	组长	小组得分	评分者		
	任务	操作者	完成情况	分值	得分	
基础知识	1. 慢性阻塞性肺疾病的病因、临床表现及并发症			10		
	2. 案例中患者的护理问题、首优问题，针对首优问题应采取的护理措施			10		
	3. 吸氧的指征，缺氧程度的划分，吸氧浓度的计算			10		
	4. 氧疗的副作用			10		
	5. 动脉血气分析的正常值及临床意义			10		
	6. 常用雾化吸入药物及其作用			10		
	7. 吸痰的操作要点及注意事项			10		
基本技能	1. 请为该患者实施吸氧技术			5		
	2. 请为该患者实施雾化吸入技术			5		
	3. 请为该患者实施吸痰技术			10		
	4. 请为该患者进行健康宣教			10		
合计				100		