

JICUH HULI

基础护理

主 编 史伦梅 严 妍 王 苹



江西高校出版社
JIANGXI UNIVERSITIES AND COLLEGES PRESS

图书在版编目 (CIP) 数据

基础护理 / 史伦梅, 严妍, 王苹主编. -- 南昌 :
江西高校出版社, 2024.12.--ISBN 978-7-5762-5915

-5

I. R47

中国国家版本馆 CIP 数据核字第 2024UX4475 号

策划编辑 汪莹
责任编辑 李丹 叶姗
装帧设计 黄静
责任印刷 张靓兰

出版发行 江西高校出版社
社址 江西省南昌市新建区工业二路 508 号
邮政编码 330100
总编室电话 0791-88504319
销售电话 0791-88511423
网 址 www.juacp.com
印 刷 南昌市光华印刷有限责任公司
经 销 全国新华书店
开 本 787 毫米 × 1092 毫米 1/16
印 张 22
字 数 499 千字
版 次 2024 年 12 月第 1 版
印 次 2024 年 12 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5762-5915-5
定 价 85.00 元

目 录

模块一 日常护理

项目一 医院认知与医院环境的调控	1
任务一 医院的认知	1
任务二 医院环境调控	5
项目二 入院与出院护理	15
任务一 入院护理	15
任务二 运送患者技术	25
任务三 卧位安置技术	31
任务四 出院护理	39
项目三 生命体征的观察与护理	42
任务一 体温的观察与护理	42
任务二 脉搏的观察与护理	54
任务三 呼吸的观察与护理	60
任务四 血压的观察与护理	67
项目四 医疗与护理文件记录	78
任务一 医疗与护理文件的认知	78
任务二 医疗与护理文件书写	82

模块二 生活护理

项目五 清洁卫生护理	93
任务一 口腔护理	93
任务二 皮肤护理	98

项目六 饮食与营养 112

- 任务一 医院饮食 112
- 任务二 特殊饮食护理 116

模块三 治疗护理

项目七 医院感染的预防和控制 124

- 任务一 医院感染的认知 124
- 任务二 清洁、消毒、灭菌 127
- 任务三 手卫生 138
- 任务四 无菌技术 141
- 任务五 隔离技术 152

项目八 患者的安全与护士的职业防护 164

- 任务一 患者的安全 164
- 任务二 护士的职业防护 169

项目九 给药技术 174

- 任务一 给药基本认知 174
- 任务二 口服给药法 180
- 任务三 注射给药法及药物过敏试验 184
- 任务四 其他给药技术 215

项目十 静脉输液与输血 221

- 任务一 静脉输液 221
- 任务二 静脉输血 235

项目十一 冷、热疗法 246

- 任务一 概述 246
- 任务二 冷、热疗法的应用 249

项目十二 排泄护理	263
任务一 排尿护理	263
任务二 排便护理	278
项目十三 标本采集	294
任务一 标本采集的意义和原则	294
任务二 各种标本的采集技术	296
项目十四 病情观察及危重症患者的护理	310
任务一 危重症患者的护理	310
任务二 常用急救技术	315
项目十五 临终护理	328
任务一 濒死与死亡认知	328
任务二 临终关怀	331
任务三 临终患者及家属的护理	335
任务四 死亡后的护理	340
参考文献	343

项目四 医疗与护理文件记录

项目目标

» 知识目标

1. 正确描述医疗与护理文件的记录原则及管理要求。
2. 正确叙述医嘱处理的注意事项。
3. 正确陈述病区交接班报告书写顺序及要求。
4. 能说出体温单绘制的内容和注意事项。

» 技能目标

1. 正确分析医疗与护理文件记录的重要性。
2. 正确区分医嘱的种类。
3. 根据所提供的资料，正确绘制体温单和处理各种医嘱。
4. 运用本项目所学的知识，准确书写出入液记录单、特殊护理记录单、病区交接班报告。
5. 结合临床实践，完成一份完整的护理病历。

» 素质目标

培养学生细心、耐心、吃苦耐劳和全心全意为患者服务的理念。

任务一 医疗与护理文件的认知

◆ 【任务导入】

情境案例：某患者入院分娩。根据护士记录，凌晨 2:45 开始使用静脉缩宫素诱发分娩。按照操作规定，使用缩宫素的患者应该持续监护以防止子宫收缩过强引起胎儿窒息或子宫破裂等并发症的发生。然而，直至凌晨 5:15，护士的护理记录单上仍未记录患者使用缩宫素后的临床表现。分娩后，患者由于出现严重子宫出血且无法止血而不得不行全宫切除术。后来患者向法院起诉并控告医院，称其并发症的发生是由于不当的缩宫素使用和用药后病情监护缺乏造成的。虽然负责手术的两名医生都证明用药的同时确实进行了监护，然而他们却没有证据证明他们按照医院的规定对患者诊断和治疗，包括患者对治疗的反应的信息进行详细的记录。因此，患者胜诉并获得了赔偿。

◆◆ 【任务目标】

1. 本案例中护士的过错在哪里?
2. 此类错误应如何避免?

◆◆ 【重点】

1. 医疗与护理文件的记录原则。
2. 病历的排列顺序。

◆◆ 【难点】

医疗与护理文件的记录原则。

◆◆ 【任务分析】

医疗与护理文件包括医疗文件和护理文件两部分, 是医院和患者重要的档案资料, 也是教学、科研、管理以及法律上的重要资料。

表 4-1

任务分析	知识点分析	学习笔记与说明
一、医疗与护理文件的记录	1. 记录的意义 (1) 提供信息。医疗与护理文件是关于患者病情变化、诊疗护理以及疾病转归全过程的客观全面、及时动态的记录, 是医护人员进行正确诊疗、护理的依据, 同时也是加强各级医护人员之间交流与合作的纽带。护理记录内容, 如体温、脉搏、呼吸、血压、出入量、危重患者观察记录等, 常是医生了解患者的病情进展、进行明确诊断并制订和调整治疗方案的重要参考依据。 (2) 提供教学与科研资料。标准、完整的医疗护理记录体现了理论在实践中的具体应用, 是最好的教学资料。一些特殊病例还可以作为个案教学分析与讨论的素材。完整的医疗护理记录也是科研的重要资料, 尤其是对回顾性研究具有重要的参考价值。同时, 它也为流行病学研究、传染病管理、防病调查等提供了统计学方面的资料, 是卫生管理机构制订和调整政策的重要依据。 (3) 提供评价依据。各项医疗与护理记录, 如护理记录单、危重患者护理观察记录等的书写可在一定程度上反映出—个医院的医疗护理服务质量, 医院管理、学术及技术水平, 它既是医院护理管理的重要信息资料, 又是医院进行等级评定及对护理人员考核的参考资料。 (4) 提供法律依据。医疗与护理记录是具有法律效力的文件, 是为法律所认可的证据。其内容反映了患者在住院期间接受治疗与护理的具体情形, 在法律上可作为医疗纠纷、人身伤害、保险索赔、犯罪刑事案件及遗嘱查验的证明。凡涉及以上诉讼案件, 调查处理时都要将病案、护理记录作为依据加以判断, 以明确医院及医护人员有无法律责任。因此, 只有认真对待各项记录的书写, 对患者住院期间的病情、治疗、护理做好及时、完整、准确地记录, 才能—在发生纠纷时提供有效的依据, 并保护医务人员自身的合法权益。	

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记与说明
一、医疗与护理文件的记录	2. 记录的原则 及时、准确、完整、简要、清晰是书写各项医疗与护理记录的基本原则。 (1)及时。医疗与护理记录必须及时，不得延后或提前，更不能漏记、错记，以保证记录的时效性，维持最新资料。如因抢救急重症患者未能及时记录的，有关医护人员应当在抢救结束后 6 h 内据实补记，并注明抢救完成时间和补记时间。 (2)准确。是指记录的内容必须在时间、内容及可靠程度上真实、无误，尤其对患者的主诉和行为应进行详细、真实、客观的描述，必要时可成为重要的法律依据。记录者必须是执行者。记录的时间应为实际给药、治疗、护理的时间，而不是事先安排的时间。有书写错误时应在错误处用所书写的钢笔在错误字词上划线删除或修改，并在上面签全名。 (3)完整。眉栏、页码须填写完整。各项记录，尤其是护理表格应按要求逐项填写，避免遗漏。记录应连续，不留空白。每项记录后签全名，以示负责。如患者出现病情恶化、拒绝接受治疗护理或有自杀倾向、意外、请假外出、并发症先兆等特殊状况，应详细记录并及时汇报、交接班等。 (4)简要。记录内容应重点突出、简洁、流畅。应使用医学术语和公认的缩写，避免笼统、含糊不清或多修辞，方便医护人员快速获取所需信息。 (5)清晰。按要求分别使用红、蓝(黑)钢笔书写。一般白班用蓝(黑)钢笔，夜班用红钢笔记录。字迹清楚，字体端正，保持表格整洁，不得涂改、剪贴和滥用简化字  考点提示 医疗与护理文件记录的原则	
二、医疗与护理文件的管理	医疗与护理文件是医院重要的档案资料，由门诊病历和住院病历两部分组成。门诊病历包括首页、副页和各种检查报告单；住院病历包括医疗记录、护理记录、检查记录和各种证明文件等。由于医疗与护理文件是医护人员临床实践的原始文件记录，对医疗、护理、教学、科研、执法等方面都至关重要，所以无论是在患者住院期间还是患者出院后均应妥善管理。 1. 管理要求 (1)各种医疗与护理文件按规定放置，记录和使用后必须放回原处。 (2)必须保持医疗与护理文件的清洁、整齐、完整，防止污染、破损、拆散、丢失。	

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记与说明
二、医疗与护理文件的管理	(3)患者及家属不得随意翻阅医疗与护理文件,不得擅自将医疗护理文件带出病区;因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时,应当由病区指定专门人员负责携带和保管。 (4)医疗与护理文件应妥善保存。各种记录保存期限为: ①体温单、医嘱单、特别护理记录单作为病历的一部分随病历放置,患者出院后送病案室长期保存。 ②门(急)诊病历档案的保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于15年。 ③病区交接班报告本由病区保存1年,以备需要时查阅。 (5)患者本人或其代理人、死亡患者近亲属或其代理人、保险机构有权复印或复制患者的门(急)诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。 (6)发生医疗事故纠纷时,应于医患双方同时在场的情况下封存或启封死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊记录、病程记录、各种检查报告单、医嘱单等,封存的病历资料可以是复印件,封存的病历由医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员保管。 2. 病历排列顺序 (1)住院期间病历排列顺序 ①体温单(按时间先后倒排); ②医嘱单(按时间先后倒排); ③入院记录; ④病史及体格检查; ⑤病程记录(手术、分娩记录单等); ⑥会诊记录; ⑦各种检验和检查报告; ⑧护理记录单; ⑨长期医嘱执行单; ⑩住院病历首页; ⑪门诊和(或)急诊病历。 (2)出院(转院、死亡)后病历排列顺序 ①住院病历首页; ②出院或死亡记录; ③入院记录; ④病史及体格检查;	

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记与说明
二、医疗与护理文件的管理	⑤病程记录； ⑥各种检验及检查报告单； ⑦护理记录单； ⑧医嘱单(按时间先后顺排)； ⑨长期医嘱执行单； ⑩体温单(按时间先后顺排)； 门诊病历一般由患者自行保管	

任务二 医疗与护理文件书写

◆◆ 【任务导入】

情境案例：患者刘某，女性，20岁，患者于两天前淋雨受凉后高热，最高达40℃，服用退烧药后出汗多，体温下降，但不久体温又开始升高，并有咳嗽，痰不多，白色黏液，咳时伴胸痛，急诊收入院。查体：体温39.5℃，脉搏96次/min，呼吸21次/min，血压120/80 mmHg，两肺底可闻及干湿啰音，心(-)，腹(-)。医嘱：急查血常规，胸部X线片，青霉素皮试，青霉素400万单位静脉滴注，每日2次。

◆◆ 【任务目标】

1. 上述医嘱各属于哪一类？
2. 各类医嘱有何特点？如何处理各类医嘱？

◆◆ 【重点】

1. 体温单的绘制。
2. 医嘱的种类及医嘱处理的注意事项。
3. 病区交接班报告的书写顺序及要求。

◆◆ 【难点】

1. 体温单的绘制。
2. 准确书写出入液记录单、特殊护理记录单、病区交接班报告。

◆◆ 【任务分析】

医疗与护理文件的书写，包括填写体温单、处理医嘱、记录特别护理记录单和书写病区交接班报告等。随着我国经济建设的迅速发展和现代医学模式的转变，以及人们对医疗保健需求的日益增长，认真、客观地填写各类护理文件已成为护理人员必须掌握的基本技能。

表 4-2

任务分析	知识点分析	学习笔记
一、体温单	体温单主要用于记录患者的生命体征及其他情况，内容包括患者的出入院、手术、分娩、转科或死亡时间，体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入量、身高、体重等，<u>住院期间体温单排在病历的最前面</u>，以便于查阅。 1. 眉栏 (1)用蓝(黑)钢笔填写患者姓名、年龄、性别、科别、床号、入院日期及住院病历号等项目。 (2)填写“日期”栏时，每页第一天应填写年、月、日，其余六天只写日。如在六天中<u>遇到新的年度或月份开始</u>，则应填写年、月、日或月、日。 (3)填写“住院天数”栏时，从患者入院当天为第一天开始填写，直至出院。 (4)<u>填写“手术(分娩)后天数”栏时，用红钢笔填写，以手术(分娩)次日为第一日，依次填写至第十四天为止</u>。若在十四天内进行第二次手术，则将第一次手术8日数作为分母，第二次手术日数作为分子进行填写。 2. 40~42℃横线之间 (1)用红钢笔在40~42℃横线之间相应的时间格内纵向填写患者入院、转入、手术、分娩、出院、死亡等，除了手术不写具体时间外，其余均采用24h制，精确到分钟。 (2)填写要求。 ①入院、转入、分娩、出院、死亡等项目后写“于”或划一竖线，其下用中文书写时间。如“入院于十时二十分”。 ②手术不写具体手术名称和具体手术时间。 ③转入时间由转入病区填写，如“转入于二十时三十分”。 3. 体温、脉搏曲线的绘制和呼吸的记录 (1)体温曲线的绘制。 ①体温符号：<u>口温以蓝点“●”表示，腋温以蓝叉“×”表示，肛温以蓝圈“○”表示</u>。 ②<u>每一小格为0.2℃</u>，将实际测量的度数，用蓝笔绘制于体温单35~42℃的相应时间格内，<u>相邻温度用蓝线相连，相同两次体温间可不连线</u>。 ③<u>物理或药物降温30min后，应重测体温，测量的体温以红圈“○”表示，画在物理降温前温度的同一纵格内，并用红虚线与降温前的温度相连</u>，下次测得的温度用蓝线仍与降温前温度相连。 ④<u>体温低于35℃时，为体温不升，应在35℃线以下相应时间纵格内用红钢笔写“不升”，不再与相邻温度相连</u>。	

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记
一、体温单	⑤若患者体温与上次温度差异较大或与病情不符时，应重新测量，重测相符者在原体温符号上方用蓝笔写上一小写英文字母“v”(verified, 核实)。 ⑥若患者因拒测、外出进行诊疗活动或请假等原因未能测量体温时，则在体温单 40~42℃ 横线之间用红钢笔在相应时间纵格内填写“拒测”、“外出”或“请假”等，并且前后两次体温断开不相连。 ⑦需每两小时测一次体温时，应记录在 q2 h 体温专用单上。 (2)脉搏、心率曲线的绘制。 ①脉搏、心率符号：<u>脉率以红点“●”表示，心率以红圈“○”表示。</u> ②每一小格为 4 次/min，将实际测量的脉率或心率，用红笔绘制于体温单相应时间格内，相邻脉率或心率以红线相连，相同两次脉率或心率间可不连线。 ③脉搏与体温重叠时，先画体温符号，再用红笔在外画红圈“○”。如系肛温，则先以蓝圈表示体温，其内以红点表示脉搏。 ④脉搏短绌时，相邻脉率或心率用红线相连，在脉率与心率之间用红笔画线填满。	
	(3)呼吸的记录。 ①将实际测量的呼吸次数，以阿拉伯数字表示，免写计量单位，用红钢笔填写在相应的呼吸栏内，<u>相邻的两次呼吸上下错开记录，每页首记呼吸从上开始写。</u> ②使用呼吸机患者的呼吸以Ⓡ表示，在体温单相应时间内顶格用黑笔画Ⓡ。 4. 底栏 底栏的内容包括血压、入量、尿量、大便次数、体重、身高及其他等。数据以阿拉伯数字记录，免写计量单位，用蓝(黑)钢笔填写在相应栏内。 (1)血压以毫米汞柱(mmHg)为单位填入。新入院患者应记录血压，根据患者病情及医嘱测量并记录。 ①记录方式：<u>收缩压/舒张压。</u> ②一日内连续测量血压时，则上午的血压写在前半格内，下午血压写在后半格内；术前血压写在前面，术后血压写在后面。 ③如为下肢血压应当标注。 (2)入量以毫升(mL)为单位，记前一日 24 h 的总入量在相应的日期栏内，每天记录 1 次。也有的体温单中入量和出量合在一栏内记录，则将前一日 24 h 的出入总量填写在相应日期栏内，分子为出量、分母为入量。	

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记
一、体温单	(3)尿量。 ①以毫升(mL)为单位,记前一日24 h的尿液总量,每天记录1次。 ②排尿符号:导尿以“C”表示;尿失禁以“※”表示。例如:“1500/C”表示导尿患者排尿1500 mL。 (4)大便次数。 ①记前一日的大便次数,每天记录1次。 ②大便符号:未解大便以“0”表示;大便失禁以“※”表示;人工肛门以“★”表示;灌肠以“E”表示,灌肠后排便以E作分母、排便作分子表示,例如,“1/E”表示灌肠后排便1次;“1²/E”表示自行排便1次,灌肠后又排便2次;“4/2E”表示灌肠2次后排便4次。 (5)体重以千克(kg)为单位填入。一般新入院患者当日应测量体重并记录,根据患者病情及医嘱测量并记录。<u>病情危重或卧床不能测量的患者,应在体重栏内注明“卧床”。</u> (6)身高以厘米(cm)为单位填入,一般新入院患者当日应测量身高并记录。 (7)“其他”栏作为机动,根据病情需要填写,如特殊用药、腹围、药物过敏试验、记录管路情况等。使用HIS系统的医院,可在系统中建立可供选择项,在相应空格栏中予以体现。 (8)页码用蓝(黑)钢笔逐页填写。 随着现代科学技术的飞速发展,医院信息化的普及,部分医院陆续开始使用电子体温单。电子体温单采用信息录入、储存、查询、打印等一系列电子信息自动化程序,只要键入的信息准确无误,则版面清晰完整、美观,绘制准确规范,而且具有预警系统,最大限度地帮助护理人员及时采取护理措施并认真记录,也避免了手绘体温单出现的画图不准确、字迹潦草、涂改、错填、漏填、信息不符、续页时间序号错误等问题。同时电子体温单也面临着打印成本、数据的安全性和保密性、程序设计缺陷等方面的问题,还需不断改进和完善,使临床护理工作更加及时、准确、有效,以便更能满足现代医疗护理发展的需求	
二、医嘱单	医嘱是医生根据患者病情的需要,为达到诊治的目的而拟定的书面嘱咐,由医护人员共同执行。医嘱的内容包括:日期、时间、床号、姓名、护理常规、护理级别、饮食、体位、药物(注明剂量、用法、时间等)各种检查及治疗、术前准备和医生护士的签名。一般由医生开写医嘱,护士负责核对、执行。 1. 与医嘱相关的表格 (1)医嘱记录单是医生开写医嘱所用,<u>包括长期医嘱单和临时医嘱单</u>,存于病历中,作为整个诊疗过程的记录之一和结算依据,也是护士执行医嘱的依据。	

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记
二、医嘱单	(2)各种执行卡包括服药单、注射单、治疗单、输液单、饮食单等,护士将医嘱转录于各种执行卡上,以便于治疗和护理的实施。 (3)长期医嘱执行单是护士执行长期注射给药后的记录,包括序号式、表格式和粘贴式三种。序号式和表格式长期医嘱执行单用于护士执行医嘱后直接书写执行时间和签名;粘贴式长期医嘱执行单用于粘贴各种执行卡的原始记录。 2. 医嘱的种类 (1)长期医嘱指自医生开写医嘱起至医嘱停止,有效时间在 24 h 以上的医嘱。如一级护理、心内科护理常规、低盐饮食、硝酸异山梨酯 10 mg po tid。当医生注明停止时间后医嘱失效。 (2)临时医嘱有效时间在 24 h 以内,应在短时间内执行,有的需立即执行(st),通常只执行一次,如 0.1% 盐酸肾上腺素 1 mL H st;有的需在限定时间内执行,如会诊、手术、检查、X 线摄片及各项特殊检查等。另外,出院、转科、死亡等也列入临时医嘱。 (3)备用医嘱根据病情需要分为长期备用医嘱和临时备用医嘱两种。 ①长期备用医嘱:指有效时间在 24 h 以上,必要时用,两次执行之间有时间间隔,由医生注明停止日期后方失效。如哌替啶 50 mg im q6h prn。 ②临时备用医嘱:指自医生开写医嘱起 12 h 内有效,必要时用,过期未执行则失效。如索米痛 0.5 g po sos。需一日内连续用药数次者,可按临时医嘱处理。如奎尼丁 0.2 g q2 h × 5。 3. 医嘱的处理 (1)长期医嘱的处理。医生开写长期医嘱于长期医嘱单上,注明日期和时间,并签上全名。护士将长期医嘱单上的医嘱分别转录至各种执行卡上(如服药单、注射单、治疗单、输液单、饮食单等),转录时须注明执行的具体时间并签全名。定期执行的长期医嘱应在执行卡上注明具体的执行时间。如硝苯地平 10 mg tid,在服药单上则应注明硝苯地平 10 mg 8 am、12 n、4 pm。护士执行长期医嘱后应在长期医嘱执行单上注明执行的时间,并签全名。若使用序号式长期医嘱执行单,务必保证长期医嘱执行单上的序号与长期医嘱序号对应,与执行医嘱的内容相一致。 (2)临时医嘱的处理。医生开写临时医嘱于临时医嘱单上,注明日期和时间,并签上全名。需立即执行的医嘱,护士执行后,必须注明执行时间并签上全名。有限定执行时间的临时医嘱,护士应及时转录至临时治疗本或交接班记录本上。会诊、手术、检查等各种申请单应及时送到相应科室。	考点提示 医嘱的种类和各种医嘱的概念

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记
二、医嘱单	(3)备用医嘱的处理。 (1)长期备用医嘱的处理：由医生开写在长期医嘱单上，必须注明执行时间，如哌替啶 50 mg im q6h pm。护士每次执行后，在临时医嘱单内记录执行时间并签全名，以供下一班参考。 (2)临时备用医嘱的处理：由医生开写在临时医嘱单上，12 h 内有效。如地西泮 5 mg po sos，<u>过时未执行</u>，则由护士用红笔在该项医嘱栏内写“未用”二字。 (4)停止医嘱的处理。停止医嘱时，应把相应执行单上的有关项目注销，同时注明停止日期和时间，并在医嘱单原医嘱后，填写停止日期、时间，最后在执行者栏内签全名。 (5)重整医嘱的处理。凡长期医嘱单超过 3 张，或医嘱调整项目较多时需重整医嘱。<u>重整医嘱时，由医生进行，在原医嘱最后一行下面划一红横线，在红线下用蓝(黑)钢笔填写“重整医嘱”，再将红线以上有效的长期医嘱，按原日期、时间的排列顺序转录红线下。转录完毕核对无误后签上全名。当患者手术、分娩或转科后，也需重整医嘱，即在原医嘱最后一项下面划一红横线，并在其下用蓝(黑)钢笔写“术后医嘱”“分娩医嘱”“转入医嘱”等，然后再开写新医嘱，<u>红线以上的医嘱自行停止</u>。医生重整医嘱后，由当班护士核对无误后在整理之后的有效医嘱执行者栏内签上全名。</u>	
	4. 注意事项 (1)<u>医嘱必须经医生签名后方为有效。在一般情况下不执行口头医嘱，在抢救或手术过程中医生下口头医嘱时，执行护士应先复诵一遍，双方确认无误后方可执行，事后应及时据实补写医嘱，6 h 内补齐。</u> (2)处理医嘱时，应先急后缓，即先执行临时医嘱，再执行长期医嘱。 (3)对有疑问的医嘱，必须核对清楚后方可执行。 (4)医嘱需每班、每日核对，每周总查对，查对后签全名。 (5)凡需下一班执行的临时医嘱要交接班，并在护士交接班记录上注明。 (6)凡已写在医嘱单上而又不需执行的医嘱，不得贴盖、涂改，应由医生在该项医嘱的第二字上重叠用红笔写“取消”字样，并在医嘱后用蓝(黑)钢笔签全名。 各医院医嘱的书写和处理方法不尽相同，目前，有些医院使用医嘱本；有的则由医生将医嘱直接写在医嘱记录单上，护士执行；有的使用计算机医嘱处理系统(见二维码“计算机在医嘱处理中的应用”)  考点提示 医嘱的处理方法和注意事项	

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记
三、出入液记录单	人体每日液体的正常摄入量和排出量之间保持着动态的平衡。当摄入水分减少或是由于疾病导致水分排出过多，都可引起机体不同程度的脱水，应及时经口或其他途径(静脉或皮下等)补液以纠正脱水；相反，如果水分过多积聚在体内，则会出现水肿，应限制水分摄入。为此，护理人员有必要掌握正确地测量和记录患者每日液体的摄入量和排出量，以作为了解病情、作出诊断、决定治疗方案的重要依据。常用于休克、大面积烧伤、大手术后或心脏病、肾脏疾病、肝硬化腹水等患者。 1. 记录内容和要求 (1)每日摄入量包括每日的饮水量、食物中的含水量、输液量、输血量等。患者饮水时应使用固定的饮水容器，并测定其容量；固体食物应记录单位数量或重量，如米饭1中碗(约100 g)、苹果1个(约100 g)等，再根据医院常用食物含水量及各种水果含水量核算其含水量。 (2)每日排出量主要为尿量，此外其他途径的排出液，如大便量、呕吐物量、咯出物量(咯血、咳痰)、出血量、引流量、创面渗液量等，也应作为排出量加以测量和记录。除大便记录次数外，液体以毫升(mL)为单位记录。为了记录的准确性，昏迷患者、尿失禁患者或需密切观察尿量的患者，最好留置导尿；婴幼儿测量尿量可先测量干尿布的重量，再测量湿尿布的重量，两者之差即为尿量；对于不易收集的排出量，可依据定量液体浸润棉织物的情况进行估算。 2. 记录方法 (1)用蓝(黑)钢笔填写眉栏各项，包括患者姓名、科别、床号、住院病历号、诊断及页码。 (2)日间7时至19时用蓝(黑)钢笔记录，夜间19时至次晨7时用红钢笔记录。 (3)记录同一时间的摄入量和排出量，在同一横格上开始记录；对于不同时间的摄入量和排出量，应各自另起一行记录。 (4)12 h或24 h就患者的出入量做一次小结或总结。12 h做小结，用蓝(黑)钢笔在19时记录的下面一格上下各画一横线，将12 h小结的液体出入量记录在划好的格子上；24 h做总结，用红钢笔在次日早晨7时记录的下面一格上下各画一横线，将24 h总结的液体出入量记录在划好的格子上，需要时应分类总结，并将结果分别填写在体温单相应的栏目上。 (5)不需继续记录出入液量后，记录单无需保存	
	 医院常用食物含水量  各种水果含水量	

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记
四、特别护理记录单	凡危重、抢救、大手术后、特殊治疗或需严密观察病情者，须做好特别护理观察记录，以便及时了解和全面掌握患者情况，观察治疗或抢救后的效果。 1. 记录内容 包括患者生命体征、出入量、病情动态、护理措施、药物治疗效果及反应等。 2. 记录方法 (1)用蓝(黑)钢笔填写眉栏各项，包括患者姓名、年龄、性别、科别、床号、住院病历号、入院日期、诊断等。 (2)日间7时至19时用蓝(黑)钢笔记录，夜间19时至次晨7时用红钢笔记录。 (3)及时准确地记录患者的体温、脉搏、呼吸、血压、出入量等。计量单位写在标题栏内，记录栏内只填数字。记录出入量时，除填写量外，还应将颜色、性状记录于病情栏内，并将24 h总量填写在体温单的相应栏内。 (4)病情及处理栏内要详细记录患者的病情变化，治疗、护理措施以及效果，并签全名。 (5)12 h或24 h就患者的总出入量、病情、治疗护理做一次小结或总结。12 h小结用蓝(黑)钢笔书写，24 h总结用红钢笔书写，以便于下一班快速、全面地掌握患者的情况。 (6)患者出院或死亡后，特别护理记录单应随病历留档保存。此外，除了特别护理记录单外，护理观察记录单还包括一般护理记录单和手术护理记录单。一般护理记录单是护士遵照医嘱和患者的病情，对一般患者住院期间护理过程的客观记录；手术护理记录单是巡回护士对手术患者手术中护理情况及所用器械、敷料的记录。护理观察记录单是护理人员在向患者实施护理过程中的原始有力的证据，应当规范、认真、客观地书写，患者出院或死亡后，随病历留档保存。	
五、病区交接班报告	病区交接班报告是由值班护士书写的书面交接班报告，其内容为值班期间病区的情况及患者病情的动态变化。通过阅读病区交接班报告，接班护士可全面掌握整个病区的患者情况、明确需继续观察的问题和实施的护理。 1. 交接班内容 (1)出院、转出、死亡患者：出院者写明离开时间；转出者注明转往的医院、科别及转出时间；死亡者简要记录抢救过程及死亡时间。 (2)新入院及转入患者应写明入院或转入的原因、时间、主诉、主要症状、体征、既往重要病史(尤其是过敏史)，存在的护理问题以及下一班需观察及注意的事项，给予的治疗，护理措施及效果。	

续表

任务分析	知识点分析	学习笔记
五、病区交接班报告	(3)危重患者、有异常情况以及做特殊检查或治疗的患者应写明主诉、生命体征、神志、病情动态、特殊抢救及治疗护理,下一班需重点观察和注意的事项。 (4)手术患者准备:手术的患者应写明术前准备和术前用药情况等。当天手术患者需写明麻醉种类,手术名称及过程,麻醉清醒时间,回病房后的生命体征、伤口、引流、排尿及镇痛药使用情况。 (5)产妇应报告胎次、产式、产程、分娩时间、会阴切口或腹部切口及恶露情况等;自行排尿时间;新生儿性别及评分。 (6)老年、小儿及生活不能自理的患者应报告生活护理情况,如口腔护理、压疮护理及饮食护理等。 此外,还应报告上述患者的心理状况和需要接班者重点观察及完成的事项。夜间记录还应注明患者的睡眠情况。 2. 书写顺序 (1)用蓝(黑)钢笔填写眉栏各项,如病区、日期、时间、患者总数和入院、出院、转出、转入、手术、分娩、病危及死亡患者数等。 (2)<u>先写离开病区的患者(出院、转出、死亡),再写进入病区的患者(入院、转入),最后写本班重点患者(手术、分娩、危重及有异常情况的患者)。</u>同一栏内的内容,按床号先后顺序书写报告。 3. 书写要求 (1)应在经常巡视和了解患者病情的基础上认真书写。 (2)书写内容应全面、真实、简明扼要、重点突出。 (3)字迹清楚、不得随意涂改、粘贴,日间用蓝(黑)钢笔书写,夜间用红钢笔书写。 (4)填写时,先写姓名、床号、住院病历号、诊断,再简要记录病情、治疗和护理。 (5)<u>对新入院、转入、手术、分娩患者,在诊断的右下角分别用红笔注明“新”“转入”“手术”“分娩”,危重患者用红笔注明“危”或做红色标记“※”。</u> (6)写完后,注明页数并签全名。 (7)护士长应对每班的病区交接班报告进行检查,符合质量后签全名  考点提示 交接班报告的书写顺序	
六、护理病历	在临床应用护理程序的过程中,有关患者的健康资料、护理诊断、护理目标、护理措施、护理记录和效果评价等,均应有书面记录,这些记录构成护理病历。 目前,各医院护理病历的设计不尽相同,一般包括入院评估表、住院评估表、护理计划单、护理记录单、出院指导和健康教育等	



护理病历的记录

计算机在医嘱处理
中的应用

各种医疗文件的范例

体温记录单

住院病案号: 3456789

姓名: 李 性别: 女 年龄: 50岁 入院日期: 2023-12-28 科别: 内科 床号: 31床

日期	2023-12-28	29	30	31	2024-1-1	2	3
住院日数	1	2	3	4	5	6	7
手术日数			1	2	11-0/3	1/4	2/5
时 间	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22
脉搏							
体温							
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
40							
20							
呼吸	20	18	20	22	20	18	20
大便次数	1	2/E	0	0	0	0	
血压mmHg	120/80	124/82	120/80	110/74	120/80	120/80	100/60
身 高 cm							
体 重 kg	65						
总入量 ml		2200	2200	1800	2200	1800	
总出量 ml							
引流量 ml							
尿 量 ml		1200	1200	1400/C	1500/C	1200/C	
过敏药物							

第 1 页

图 4-1 体温单 (范例)



1. 什么是医疗文件?
2. 医嘱的种类有哪些? 各种医嘱的概念及有效时间是什么?
3. 如何处理各类医嘱? 处理时的注意事项有哪些?
4. 出入液量的记录内容包括哪些?
5. 病室交接班报告的顺序是什么?
6. 体温单绘制中体温的符号、脉搏的符号分别是什么?



医疗与护理文件
记录 - 自测题

江西高校出版社