

<<临床护理操作培训手册>>

图书基本信息

书名：<<临床护理操作培训手册>>

13位ISBN编号：9787509163368

10位ISBN编号：7509163366

出版时间：2013-1

出版时间：郭淑明、贾爱芹 人民军医出版社 (2013-01出版)

作者：郭淑明

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<临床护理操作培训手册>>

内容概要

《临床护理操作培训手册》分3个方面编写。

首先介绍了基础护理技术操作，包括各种注射法、穿刺法、铺床法、吸氧法、吸痰法、导尿法、晨晚间护理等60项基础护理操作。

其次为专科护理技术操作，分别对内科、外科、妇产、儿科、五官、急危重症以及中医等学科的92项护理技术操作逐一进行了介绍，每项操作涵盖核心理论、操作前评估、操作步骤、操作后处理、效果评价等内容。

最后讲解了24种临床护理技术操作中常见的并发症预防与处理方法，对提高护理质量具有一定指导意义。

<<临床护理操作培训手册>>

书籍目录

第1章基础护理技术操作部分 一、洗手法 二、生命体征测量法 三、无菌技术操作法 四、皮下注射法 五、肌内注射法 六、静脉注射法 七、皮内注射法 八、密闭式静脉输液法 九、密闭式静脉输血法 十、体表静脉留置针输液法 十一、经外周静脉中心静脉(PICC)置管术 十二、口服给药法 十三、吸氧法 十四、吸痰法 十五、雾化吸入法 十六、约束带使用法 十七、口腔护理 十八、鼻饲法 十九、留置胃管法 二十、微量注射泵操作技术 二十一、输液泵操作技术 二十二、血糖监测法 二十三、静脉采血术 二十四、动脉采血术 二十五、股静脉血采集术 二十六、痰标本采集法 二十七、尿标本采集法 二十八、粪便标本采集法 二十九、咽拭子标本采集法 三十、女病人导尿术(一次性导尿包) 三十一、女病人导尿术 三十二、女患者更换尿垫法 三十三、男病人导尿术(一次性导尿包) 三十四、男病人导尿术 三十五、男患者会阴护理 三十六、男患者更换尿垫法 三十七、灌肠术 三十八、床上使用尿壶 三十九、床上使用便盆 四十、铺备用床法 四十一、铺暂空床法 四十二、铺麻醉床法 四十三、卧床病人更换床单法 四十四、协助患者床上移动 四十五、协助患者翻身及有效咳嗽 四十六、协助患者更衣 四十七、轮椅转运法 四十八、平车转运法 四十九、物理降温法 五十、乙醇擦浴法 五十一、床上洗头法 五十二、床上擦浴法 五十三、压疮预防法 五十四、患者入院护理 五十五、患者出院护理 五十六、晨间护理 五十七、晚间护理 五十八、协助患者进食进水 五十九、穿脱使用过的隔离衣 六十、尸体料理法

第2章内科护理技术操作部分 一、十八导联心电图检查 二、床旁心电监护仪的使用 三、腹膜透析术 四、体位引流术 五、双囊三腔管操作配合技术 六、漂浮导管插入配合技术操作 七、口服葡萄糖耐量试验

第3章外科护理技术操作部分 一、备皮法 二、换药法 三、胃肠减压术 四、T形管引流护理 五、造瘘口护理技术 六、胸膜腔闭式引流护理 七、密闭式膀胱冲洗法 八、皮温测量法 九、股四头肌功能锻炼法 十、腰背肌功能锻炼法 十一、膝关节康复器(CPM)操作法 十二、轴线翻身法 十三、下肢牵引患者更换床单法 十四、动静脉泵操作法 十五、中心静脉压(CVP)的测量法 十六、外科刷手法

第4章妇产科/儿科护理技术操作部分 一、产时会阴冲洗消毒法 二、产后会阴冲洗法 三、铺产台 四、接生 五、会阴切开缝合术 六、会阴擦洗法 七、阴道冲洗上药法 八、坐浴 九、会阴湿热敷

第5章五官科护理技术操作部分 第6章急危重症科护理技术操作部分 第7章中医护理技术操作部分 第8章临床护理技术操作并发症的预防与处理 附录A 附录B 附录C

<<临床护理操作培训手册>>

章节摘录

版权页：插图：处理：立即停止输血和输液。

让患者取半坐位，给氧。

利尿、强心，必要时可放血以迅速降低血容量。

5.大量输血的并发症（1）低体温 预防：大量输血前，在室温下将库血放置片刻，使其自然升温，20℃左右为宜。

处理：加温输血肢体，注意给输血肢体保暖。

保持室温恒定26~28℃，随时观察病人皮肤颜色。

（2）出血倾向 预防：大量输血前，应详细了解受血者的病情，包括心、肺、肝、肾等重要器官的功能状态。

做好交叉配血，配血前后都需密切观察体温、心率、血压、呼吸、肺部啰音、颈静脉充盈情况。

处理：及时查PLT计数、凝血时间、凝血酶原时间、APTT、纤维蛋白原、优球蛋白的溶解时间、3P试验、FDP、D-二聚体等以助诊断，分析原因。

每输入1500ml库存血应给500ml新鲜血，应给予钾剂。

（3）电解质、酸碱平衡紊乱枸橼酸钠中毒 预防：大量输血，监测血电解质、pH。

注意观察有无枸橼酸钠引起的低钙情况。

处理：应给予钙剂，防高血钾。

代谢性酸中毒的患者，给予5%碳酸氢钠纠治。

六、周围静脉留置针并发症预防及处理 1.静脉炎 预防：严格执行无菌操作。

选择粗直、弹性好的静脉，位置便于固定，力争一次穿刺成功。

对血管刺激性较强的药物前后应用生理盐水冲管，以减少静脉炎的发生。

留置针留置期间，指导患者不宜过度活动穿刺肢体。

营养不良、免疫力低下的患者应加强营养，增强机体对血管壁创伤的修复能力和对局部抗炎能力。

处理：立即给予拔管，嘱患者抬高患肢制动，以促进静脉回流缓解症状。

在肿胀部位用50%硫酸镁或土豆片等湿敷每次20min，每天4次。

2.液体渗漏 预防：妥善固定导管。

嘱患者避免留置针肢体过度活动，必要时可适当约束肢体。

注意穿刺部位上方衣服勿过紧。

加强对穿刺部位的观察及护理。

处理：对液体外渗者，给予50%硫酸镁、土豆片等湿敷。

3.皮下血肿 预防：护理人员应熟练掌握穿刺技术，穿刺时动作应轻、巧、稳、准。

依据不同的血管情况，把握好进针角度，提高一次性穿刺成功率。

处理：可行冷敷或热敷，每日1~2次。

4.导管堵塞 预防：在静脉营养输液后应彻底冲洗管道，每次输液完毕应正确封管。

根据患者的具体情况，选择合适的封管液浓度及用量，并注意推注速度不可过快。

采取正压封管，即边推注封管液边夹紧留置针塑料管上的夹子，夹子尽量夹在塑料管的近心端。

<<临床护理操作培训手册>>

编辑推荐

《临床护理操作培训手册》中所有操作均以表格形式展现给读者，清晰明了，便于学习和考评，可供各级医院护理人员参考使用。

<<临床护理操作培训手册>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>