Q/DHFL

敦煌市社会福利院企业标准

Q/DHFL 113—2016

|  |
| --- |
|  |

接诊患者服务流程

|  |
| --- |
|  |
|  |

2016 - 02 - 01发布

2016 - 03 - 01实施

敦煌市社会福利院   发布

接诊患者服务流程

1. 范围

标准规定了敦煌市社会福利院为患病提供接诊服务的要求。

本标准适用于敦煌市社会福利院。

1. 护士接诊服务流程
   1. 接诊护士负责接诊急诊患者，24小时值班，应按患者病情轻、重、急分别处理。
   2. 对外伤的患者，接诊护士应做相应的初步处理，如止血包扎、固定制动等。
   3. 高热患者按医嘱给予测量体温、物理降温，并安排床位、保暖等。在病历上做相应的记录，并按医嘱给予治疗及护理。
   4. 急诊护士接到危重患者直接送入抢救室，通知相关医生抢救，并参加抢救工作，开通各种抢救通道，准备各种抢救仪器。遇到因科内条件限制不能处理的急诊患者，立即拨打120急救电话，送往市医院进行救治。

Q/DHFL

敦煌市社会福利院企业标准

Q/DHFL 114—2016

|  |
| --- |
|  |

生命体征测量操作流程

|  |
| --- |
|  |
|  |

2016 - 02 - 01发布

2016 - 03 - 01实施

敦煌市社会福利院   发布

生命体征测量操作流程

1. 范围

本标准规定了敦煌市社会福利院生命体征测量操作流程基本内容。

本标准适用于敦煌市社会福利院。

1. 操作要求
   1. 体温的测量
      1. 测量目的：测量、记录患者体温。监测体温变化，分析热型及伴随症状。
      2. 评估患者：询问、了解患者的身体状况，向患者解释测量体温的目的，取得患者的配合。评估患者适宜的测温方法。
      3. 操作要点：
2. 洗手，检查体温计是否完好，将水银柱甩至35度以下。
3. 根据患者病情、年龄等因素选择测量方法。
4. 测腋温时应当擦干腋下的汗液，将体温计水银端放于患者腋窝深处并贴紧皮肤，防止脱落。测量5—10分钟后取出。
5. 测口温时应当将水银端斜放于患者舌下，闭口3分钟后取出。
6. 测肛温时应当先在肛表前端涂润滑剂，将肛温计的水银端轻轻插入肛门3-4厘米，3分钟后取出。用消毒纱布擦拭体温计。
7. 读取体温数，消毒体温计。
   * 1. 指导患者：
8. 告知患者测口温前15-30分钟勿进食过冷、过热食物，测口温时闭口用鼻呼吸，勿用牙咬体温计。
9. 根据患者实际情况，可以指导患者学会正确测量体温的方法。
10. 注意事项
11. 婴幼儿、意识不清或者不合作的患者测体温时，护理人员应当守候在患者身旁。
12. 如有影响测量体温的因素时，应当推迟30分钟测量。
13. 发现体温和病情不符时，应当复测体温。
14. 极度消瘦的患者不宜测腋温。
15. 如患者不慎咬破汞温度计，应当立即清除口腔内玻璃碎片，再口服蛋清或者牛奶延缓汞的吸收。若病情允许，服富含纤维食物以促进汞的排泄
    1. 脉搏的测量
       1. 测量目的
16. 测量患者的脉搏，判断有无异常情况。
17. 监测脉搏变化，间接了解心脏的情况。
    * 1. 评估患者：
18. 询问、了解患者的身体状况。
19. 向患者讲解测量脉搏的目的，取得患者的配合。
    * 1. 操作要点:
20. 协助患者采取舒适的姿势，手臂轻松置于床上或者桌面。
21. 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。
22. 一般患者可以测量30秒，脉搏异常的患者，测量1分钟，核实后，报告医师。
    * 1. 指导要点：
23. 告知患者测量脉搏时的注意事项。
24. 根据患者实际情况，可以指导患者学会正确测量脉搏的方法。
    * 1. 注意事项
25. 如患者有紧张、剧烈运动、哭闹等情况，需稳定后测量。
26. 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。
    1. 呼吸的测量
       1. 测量目的：测量患者的呼吸频率；监测呼吸变化。
       2. 评估患者：询问、了解患者的身体状况及一般情况。
       3. 操作要点：
27. 观察患者的胸腹部，一起一伏为一次呼吸，测量30秒。
28. 危重患者呼吸不易观察时，用少许棉絮置于患者鼻孔前，观察棉花吹动情况，计数1分钟。
    * 1. 注意事项
29. 呼吸的速率会受到意识的影响，测量时不必告诉患者。
30. 如患者有紧张、剧烈运动、哭闹等，需稳定后测量。
31. 呼吸不规律的患者及婴儿应当测量1分钟。
    1. 血压的测量
       1. 测量目的
32. 测量、记录患者的血压，判断有无异常情况。
33. 监测血压变化，间接了解循环系统的功能状况。
    * 1. 评估患者：
         1. 询问、了解患者的身体情况；
         2. 告诉患者测量血压的目的，取得患者的配合。
         3. 操作要点：
34. 检查血压计。
35. 协助患者采取坐位或者卧位，保持血压计零点、肱动脉与心脏同一水平。
36. 驱尽袖带内空气，平整地缠于患者上臂中部，松紧以能放入一指为宜，下缘距肘窝2-3厘米。
37. 听诊器置于肱动脉位置。
38. 按照要求测量血压，正确判断收缩压与舒张压。
39. 测量完毕，排尽袖带余气，关闭血压计。
40. 记录血压数值。
    * 1. 指导患者：
41. 告知患者测血压时的注意事项。
42. 根据患者实际情况，可以指导患者或者家属学会正确测量血压的方法。
    * 1. 注意事项
43. 保持测量者视线与血压计刻度平行。
44. 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。
45. 按照要求选择合适袖带。
46. 若衣袖过紧或者太多时，应当脱掉衣服，以免影响测量结果。
47. 生命体征监测操作流程一，按医院要求着装。
48. 服务要求
    1. 评估
       1. 评估病人的病历：姓名、性别、年龄、入院时间、入院原因、有无过敏史、既往史；各项化验有无明显异常、心电图是否正常；近几天的生命体征是否正常。
       2. 到病房评估病人
49. 自我介绍：您好，我是您的责任护士，我是\*\*\*，一会儿我要给您测量生命体征，包括测量：体温、脉搏、呼吸、血压。您不用紧张，不会感觉疼痛的。
50. 在三十分钟内您没有剧烈运动、进行冷热敷、吃过凉过热的食物？有没有淋浴？
51. 检查腋下有无破损、伤口、出汗。
52. 检查测量脉搏部位肢体活动度，有无皮肤破损，如果患者有动静脉造瘘应测健侧肢体。
53. 检查被测量血压侧肢体有无偏瘫、功能障碍、皮肤有无损伤。
54. 患者意识清楚，可与护士配合。
    1. 准备
       1. 操作护士：护士回治疗室后，六部洗手法洗手、戴口罩。
       2. 用物准备：清洁干燥治疗车、快速手消、大治疗盘：容器两个（一个是清洁容器、一个为盛放使用后体温计）、手表（有秒针）、体温计（水银柱已甩至35°并检查）、必要时准备棉球（测量呼吸时用）----清点、检查并擦干体温计。
       3. 血压计、听诊器，记录单、笔-----检查血压计、听诊器是否完好。
    2. 服务过程
       1. 核对并向病人解释，给予舒适、安全卧位，并注意保暖
       2. 体温测量：协助患者解开衣物，有汗应擦干腋下，将体温计水银端放置于病人腋窝深处贴紧皮肤、屈臂过胸加紧。解释：体温计请您夹好，您不要动，过十分钟以后我会给您取出体温计，现在给您测量脉搏。
       3. 测量脉搏：协助患者手臂放松，手臂向上，护士将食指、中指、无名指的指端放在病人的桡动脉表面，计数30秒。
       4. 测量呼吸：测量脉搏后手仍然按在病人的手腕上，观察患者的腹部或胸部的起伏，一呼一吸为一次，计数为30秒。
       5. 测量血压：
55. 协助患者取卧位或坐位（被测肢体的肱动脉、心脏、血压及零点处于同一水平位置，坐位时平第四肋，卧位时平腋中线）。
56. 协助患者暴露被测肢体。
57. 打开血压计开关，驱尽袖带内空气，正确捆绑袖带于测量部位（袖带下缘距肘第
58. 窝上2-3cm；袖带松紧度，以可以放心一指为宜），听诊器胸件置于肱动脉搏动处，轻加压（操作者蹲下，使目光与水银柱平行）。
59. 松开气门匀速缓慢放气，速度以4mmHg为宜，同时听搏动音并双眼平视水银柱下降所指刻度，当听到第一声搏动，所指刻度数值为收缩压，继续放气当听到声音突然减弱或消失时，所指的刻度为舒张压。
60. 协助患者安全、舒适卧位，整理用物。
    * 1. 取回体温计、血压计，读表正确（手不接触水银柱），体温计放入含氯消毒液容器内。 向患者告知体温、脉搏、血压值，告知患者注意事项和呼叫器的使用方法。整理患者床单位，感谢患者配合。
      2. 操作后
61. 洗手、记录，推治疗车回治疗室。
62. 回治疗室后处理用物。
63. 生命体征的监测及护理。
64. 生命体征指标

体温、脉搏、呼吸、血压是人体四大生命体征。生命体征是机体生命活动的主要客观反映，是衡量机体生理健康的基本指标。通过准确地测量体温、脉搏、呼吸、血压，可以观察病情变化，为疾病的诊断、治疗及护理提供依据。

* 1. 体温
     1. 体温是指身体内部胸腔、腹腔和中枢神经的温度，也称体核温度。皮肤温度称体壳温度，它可随环境温度和衣着的薄厚而变化。体核温度较体壳温度高且稳定。
     2. 正常体温范围：体温以口腔温度、直肠温度或腋下温度为标准。正常体温范围为：口腔温度：36.3℃-37.2℃；直肠温度：36.5℃-37.5℃；腋下温度：36℃-37℃.
     3. 体温的生理变化：正常人的体温在24小时中不是恒定的，受年龄、饮食、运动、内分泌和情绪等诸多因素的影响而出现生理性的波动，但温度值始终保持在正常范围内。
     4. 异常体温的观察

1. 发热：体温升高超过正常范围。
2. 根据发热程度分为：①低热：口温不超过38℃，常见于活动性结核病、风湿热。②中等热：口温在38℃-38.5℃，常见于一般感染性疾病。③高热：口温在39℃-41℃，常见于急性感染。④过高热：口温超过41℃，见于中暑。
3. 根据体温变化特点，发热表现有下列4种常见热型：稽留热、间歇热、弛张热和不规则热。
4. 发热过程分3个阶段：①体温上升期：特点为产热大于散热。病人临床表现为畏寒、皮肤苍白、无汗。②高热持效期：特点为产热与散热在较高水平上平衡。病人表现为颜面潮红、皮肤灼热、口干、呼吸心率较快。③退热期：特点为散热增加，产热趋于正常。表现为大量出汗，皮肤温度降低 。
   * 1. 高热病人护理：
5. 注意对高热病人体温的监测。每4小时测体温一次。待体温恢复正常3日，可减为每日测体温2次。
6. 采用物理降温，用冰袋冷敷头部或置于腋下、腹股沟、颈部等大血管处。体温超过39.5℃，给予温水擦浴或酒精擦浴。
7. 补充营养和水分。供给高热能、高蛋白的流质或半流饮食，鼓励病人多饮水，或经静脉补充水分、营养物质及电解质。
8. 预防并发症。做好口腔和皮肤护理，防止在机体抵抗力降低时并发其它感染。
9. 卧床休息。避免体力消耗过多，减轻头晕、心慌、全身无力等症状，促进康复。
   1. 脉搏
      1. 心脏每收缩、舒张一次，在外周动脉上便出现一次搏动，即为脉搏。心脏收缩时，动脉内压力增加，管壁扩张；心脏舒张时动脉内压力下降，管壁回缩。大动脉这种有节律的舒缩，向外周血管传布，就产生了脉搏。
      2. 正常脉搏
10. 脉率：即搏动频率。正常情况下脉搏和率是一致的，脉搏反映心率的次数。健康成人脉率为每分钟60-90次。
11. 脉律：即搏动的节律。正常脉律每次间隔时间相等，脉律反映心搏节律及心脏功能。
12. 脉搏强弱：取决于脉压大小及动脉充盈度。
13. 动脉壁性质：即动脉紧张度，正常动脉血管直而光滑，柔韧富有弹性。
    * 1. 异常脉搏的观察和护理
         1. 异常脉搏类型
14. 频率异常：包括速脉和缓脉。速脉每分钟心率在100次以上。多见于运动后、发热、甲亢、疼痛、低血压时。缓脉每分钟心率在60次以下，多见于房室传导阻滞及颅内压增高病人。
15. 节律异常：脉搏搏动不规则，间隔时间长短不匀，称不整脉或心率失常。有以下几种类型：间歇脉、脉搏短绌。脉搏短绌：即在单位时间内脉率少于心率，且细数不规则。
16. 强弱改变：包括洪脉、丝脉。
    * + 1. 护理：
17. 脉搏测量部位:浅表靠近骨骼的大动脉均可用于测量脉搏。常用部位：桡动脉、颞动脉、颈动脉、足背及腘动脉等。
18. 测量方法：用食指、中指、无名指指端按在动脉上，压力适中，测量半分钟。节律异常病人、危重病人应测量1分钟，并记录。
19. 注意事项：测量脉搏前应使病人安静休息15分钟后再测量。住院病人每日测体温时，常规测脉搏。发现脉率与节律异常时，应重复测量，力求准确；脉搏细弱不易计数时应听心率。对短绌脉病人需两人同时测量，一人听心率，一人测脉搏。服用洋地黄类药物的病人，用药前必须先测量脉搏，脉率低于60次每分，应及时与医生联系。
    1. 呼吸
       1. 呼吸是人体内外环境之间的气体交换，主要是吸入氧气，呼出二氧化碳的过程。
       2. 正常呼吸：健康成人在安静状态下每分钟呼吸16-20次，深度均匀。
       3. 呼吸的生理变化：呼吸的频率及深浅可随年龄、活动、情绪、意志等因素影响而改变。如小儿呼吸频率快于老人，女性快于男性，活动后快于休息、睡眠时，情绪激动时可明显增快。此外，意志对呼吸有一定的控制。
       4. 异常呼吸的观察和护理
          1. 异常呼吸的类型：
20. 频率异常包括增快和徐缓两种：一种是呼吸增快：每分钟呼吸超过24次，常见于高热、缺氧等症病人。另一种是呼吸徐缓：每分钟呼吸低于12次。常见于颅脑疾患所致颅压升高或药物抑制呼吸中枢及糖尿病昏迷等病人。
21. 节律异常包括以下两种：一种是潮式呼吸，是病人病危时的严重症状，表明呼吸衰竭，濒临死亡。另一种是间断呼吸：表现为呼吸和呼吸暂停交替出现。
22. 呼吸深浅度的改变：深度呼吸，呼吸深大而有规律，多见于代谢性酸中毒；表浅呼吸，呼吸幅度小且不规则，有时呈叹息样，多见于濒死病人。
23. 呼吸气息异常，包括蝉鸣样呼吸、鼾声样呼吸。⑤呼吸困难：指呼吸频率、节律、深浅度均发生改变，致使气体交换不足，机体缺氧。病人表现为胸闷、呼吸费力不能平卧、烦躁、口唇指（趾）甲紫绀、鼻翼扇动等。
    * + 1. 异常呼吸病人的护理：
24. 保持室内空气新鲜，病室内禁止吸烟。
25. 调节体位，可抬高床头，以利于胸部扩张。
26. 保持呼吸道通畅，有分泌物时应及时清除。
27. 精神安慰，如守候在病人身旁以增加病人心理上的安全感。
28. 呼吸护理技术的运用，给氧及气管切开后呼吸器的应用。
    1. 血压
       1. 血压是指血液在血管内流动时对血管壁的侧压力。
       2. 正常血压：正常成年人收缩压为12-18.6kpa（90-140mmHg）,舒张压为8-12kpa(60-90mmHg).

40岁以后每增长10岁，收缩压提高1kpa,而舒张压无年龄界限。收缩压和舒张压之差称脉压差。一般为4-5.3kpa(30-40mmHg )。

* + 1. 血压的生理变化

1. 年龄和性别：中年以前女性比男性偏低1kpa左右，中年后差别较小。老年人血压高于年轻人。
2. 昼夜和睡眠：清晨因睡眠时基础代谢低，血压略有下降；傍晚或劳累后血压稍有升高。
3. 环境的影响：在寒冷环境中血压可上升；在高温环境中血压可降低。
4. 体位的影响：收缩压在卧位时比站立时高，而舒张压卧位时比站立时低。
5. 不同测量部位的影响：一般右上肢血压高于左上肢，下肢血压高于上肢。
6. 饮食影响：饮食中盐的摄入量对血压有很大影响，食盐过多易发生高血压。此外，进食后血压可略升高。
   * 1. 异常血压的观察及护理
        1. 异常血压：
7. 高血压：收缩压在22kpa以上或舒张压在13kpa以上。
8. 临界高血压血压值介于正常及高血压之间。收缩压波动在20kpa或舒张压在12.3-13kpa,即使尚未发现心、脑、肾器官损伤，也属于临界高血压。
9. 低血压：血压值低于10.7/6.67kpa(80/50mmHg)为低血压。
10. 脉压差异常：脉压增大〉5.3kpa（40mmHg），常见于主动脉关闭不全、主动脉硬化等疾病。脉压差﹤3.3-4kpa(25-30mmHg)，常见于心包炎、心包积液、早期休克等疾病。
    * + 1. 血压异常病人的护理：
11. 发现血压异常时，应首先排除外界因素干扰（如血压计问题），进行复测或请他人检测。
12. 安慰病人，结合病情给予合理的解释。
13. 立即卧床休息，通知主管医生并做好应急处理准备。