

专科护理技术操作规范 及护理管理工作流程

ZHUANKE HULI JISHU CAOZUO GUIFAN
JI HULI GUANLI GONGZUO LIUCHENG

主 编/王曙霞 张亚军 马向鹰 邢淑芳



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

专科护理技术操作规范及 护理管理工作流程

ZHUANKE HULI JISHU CAOZUO GUIFAN JI
HULI GUANLI GONGZUO LIUCHENG

二 策划编辑 程晓红
二 封面设计 吴朝洪

二 销售分类 临床医学/护理学

帐号: 31553059
密码: 31553059

ISBN 978-7-5091-3279-1



9 787509 132791 >

定价: 46.00元

本书为跨媒体智能图书
可凭账号、密码上网免费阅读
网址: <http://ebook.pmmp.com.cn>

专科护理技术操作规范及护理管理工作流程

ZHUANKE HULI JISHU CAOZUO GUIFAN JI HULI GUANLI GONGZUO LIUCHENG

主 编 王曙霞 张亚军 马向鹰 邢淑芳

副主编 郭丽君 仝丽娟 马淑贤 邵凤英

倪文茹 张丽华

编 委 (以姓氏笔画为序)

马丽娟 马丽萍 王小立 王玉花

王月英 王冬梅 王志华 王敏慧

王淑文 王淑杰 古中笑 田凤华

付淑华 吕 艳 吕坤英 刘力欣

刘凤琴 刘秀红 刘海菊 刘淑娥

安明媛 孙玉娟 苏玉荣 苏玉洁



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

专科护理技术操作规范及护理管理工作流程/王曙霞等主编. —北京:人民军医出版社, 2010.1

ISBN 978-7-5091-3279-1

I. ①专… II. ①王… III. ①护理—技术操作规程 IV. ①R473-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 215095 号

策划编辑:程晓红 文字编辑:杨善芝 责任审读:黄栩兵

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8718

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:24.25 字数:575 千字

版、印次:2010 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3500

定价:46.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

编者以《临床技术操作规范·护理学分册》和《内蒙古自治区医院护理工作规范2008版》为基础,以全国卫生系统护士岗位技能训练教材为依据,以护士、护师、主管护师资格考试大纲为参考,详细介绍了临床专科护理技能培训,并把各类护理人员的工作职责以流程图的形式具体化、标准化,重点介绍了医院护理管理工作的关键流程和应急预案,具体包括专科护理技术操作规范、护理技术操作评分标准、护理工作流程、护理岗位职责及评价标准和护理应急预案及护理流程五部分,对专科护理技能训练、护理工作流程、护理岗位职责等项目进行了程序细化,并为临床护理人员考核制订了评分标准。本书科学性、指导性及可操作性较强,适合于医院临床护理和护理管理人员阅读。

编审委员会名单

主任委员	孟昭均	马天山	斯钦德力格尔	吕泉
副主任委员	王洪武	王曙霞	祁占午	杨庆艳
委 员	李秀英	张亚军	郭淑荣	付淑华
	党秀华	孙国霞	杨奉筠	郭永明
	毕书峰	宋海波	陈静	刘凤英
	赵炜	刘桂琴	王晓娟	高文华
	张洁	韩晓会	邵东燕	朝鲁门
	徐妍	许泽梓	李有波	梅迎红
	李兵	郝金凤	迟雪峰	

序

护理工作作为医疗卫生事业的重要组成部分,与人民的身体健康和生命安全密切相关。广大护理工作者在维护和促进人民健康方面担负着重要责任,在构建和谐医患关系中发挥着重要作用。随着我国科学技术的飞速发展和人民生活水平的不断提高,人民群众对护理服务质量和护理水平的需求越来越高,加强护理的专业化建设、强化专科护理技能培训、提升护理人员专科护理技术水平已成为护理学科发展的必然趋势。面对这种形势,无论是护理管理部门还是广大护理工作者,都希望能有一部简明、实用的专业书籍指导具体工作。因此,《专科护理技术操作规范和护理管理工作流程》一书便应运而生。

《专科护理技术操作规范和护理管理工作流程》一书的出版面世,凝聚了多位资深从事护理管理工作、临床护理工作者的心血。此书以《临床技术操作规范·护理学分册》和《内蒙古自治区医院护理工作规范 2008 版》为基础,内容丰富翔实,言简意赅,具有科学性、实用性、指导性和可操作性,既是一部指导临床护理操作的专业技术书,又是一部规范临床专科护理操作标准和护理管理的专业管理书,必将对规范护理管理、提高护理服务水平起到积极的推动作用。

护理工作是知识、技能、爱心的结合,责任重大,使命光荣。广大护理工作者默默无闻的工作,维护了人们的健康,保护了社会生产力,促进了经济社会的和谐发展。让我们继续发扬南丁格尔精神,救人与危难之中,以优质高效的服务再树白衣天使的光辉形象,为促进医疗卫生事业的持续稳定发展,提高人民群众的健康水平作出新的更大的贡献。

内蒙古自治区赤峰市卫生局局长



二〇〇九年十月二十日

前 言

随着医学科学技术和护理学科的迅猛发展,医院的现代化建设步伐突飞猛进,对护理管理水平,护理人员专科护理知识、技术的要求越来越高。护理的专业化建设、专科护士技能培训已成为提升护理学科水平的必然发展方向。卫生部《中国护理事业发展规划纲要(2005—2010年)》和《医院评价指南》的颁布,进一步明确了在新的历史条件下,我国护理事业发展的指导思想、基本策略、总体目标和主要任务,对进一步规范护理管理、规范临床护理技术操作提出了新的更高的要求。因此,不断加强医院护理管理,提高专科护理水平,是适应医院现代化管理、促进医学科学和护理科学快速发展、满足人民群众健康服务需求的必然趋势。

根据形势发展的需要,医院的护理管理人员不能仅凭借经验开展管理工作,护理技术考核也不能停留在三基(基础理论、基本技能、基础护理)的检查考核上,这不利于护士专科水平的提高和临床护理学科的发展;临床护理人员更应当有严格执行核心制度和各项职责的强烈责任心、能动性和紧迫感。为此,我们组织了长期从事临床护理工作、护理教学工作、具有医院护理管理丰富经验的护理专家和各专科护士长参与,编写了《专科护理技术操作规范及护理管理工作流程》一书。便于广大护士执行,便于管理人员督查。

本书是以中华医学会《临床技术操作规范·护理学分册》、《内蒙古自治区医院护理工作规范 2008 版》为基础(其中:为节省版面,《内蒙古自治区医院护理工作规范 2008 版》的护理技术操作规范中所含的专科护理操作技术,如 PICC 护理技术等,没有在本书“专科护理技术操作规范”部分重复)以全国卫生系统护士岗位技能训练教材为依据,以护士、护师、主管护师资格考试大纲为参考,经过专家们认真和广泛的讨论、反复修改而编写的。本书以护理科学管理、临床专科护理技能培养为重点,把各类护理人员的职责以工作流程的形式具体化、标准化,并在护理专科技能操作过程中融入了以人为本、以病人为中心的人性化服务理念,系统总结了护理管理和专科护理技术操作的成功经验,涵盖了临床各个专科护理。本书内容丰富,具有科学性、指导性、可操作性,能够适应各级各类医疗机构临床护理工作的需要,既是一部指导护理临床操作的专业技术书,又是一部规范临床专科护理操作标准、规范护理管理的专业管理书。

本书作为医院护理管理工作的一个蓝本,有些应急预案可以根据本院实际情况制定具体的实施措施,灵活运用,并可以根据本院护士的排班情况,参照制定本院护士各班次的具体工作流程,涵盖护士职责和核心制度落实的内容。在使用、执行过程中,如有与《临床技术操作规范·护理学分册》和《内蒙古自治区医院护理工作规范 2008 版》有矛盾或冲突的地方,请以以前两者为准。

广大编写人员为本书的出版付出了辛勤的劳动,但由于时间仓促,水平有限,难免存在不足,敬请护理界同仁不吝赐教,提出宝贵意见,以便不断改进和完善。

编委会

二〇〇九年十月二十日

目 录

第一部分 专科护理技术规范

第1章 内科系统护理技术规范	(1)
第一节 呼吸内科护理技术规范	(1)
一、体位引流护理技术规范	(1)
二、纤维支气管镜检查护理配合技术规范	(2)
三、张力性气胸紧急排气法的护理配合技术规范	(3)
四、结核菌素试验(PPD)护理技术规范	(3)
五、肺活检护理配合技术规范	(4)
六、胸腔穿刺术护理配合技术规范	(5)
第二节 心血管内科护理技术规范	(6)
一、心电图检查护理技术规范	(6)
二、动态心电图检查护理技术规范	(6)
三、动态血压监测护理技术规范	(7)
四、人工心脏起搏术护理配合技术规范	(8)
五、心包穿刺术护理配合技术规范	(8)
六、阿托品试验护理技术规范	(9)
七、普萘洛尔试验护理技术规范	(10)
第三节 神经内科护理技术规范	(11)
一、偏瘫患者翻身护理技术规范	(11)
二、腰椎穿刺术护理配合技术规范	(11)
三、脑血管造影术护理配合技术规范	(12)
四、脊髓造影术护理配合技术规范	(13)
第四节 消化内科护理技术规范	(13)
一、腹腔穿刺术护理配合技术规范	(13)
二、肝穿刺术护理配合技术规范	(14)
三、上消化道内镜检查护理配合技术规范	(15)
四、三腔双囊管压迫护理技术规范	(16)
五、十二指肠引流术护理配合技术规范	(17)
六、纤维结肠镜检查术护理配合技术规范	(18)
七、自体腹水浓缩回输术护理配合技术规范	(19)
八、胃液采集护理技术规范	(19)
第五节 肾内科护理技术规范	(20)

一、肾穿刺活检术护理配合技术操作规范·····	(20)
二、腹膜透析护理技术操作规范·····	(21)
三、血液透析护理技术操作规范·····	(22)
第六节 内分泌、血液内科护理技术操作规范·····	(23)
一、血糖监测护理技术操作规范·····	(23)
二、胰岛素泵使用护理技术操作规范·····	(24)
三、胰岛素笔使用护理技术操作规范·····	(24)
四、口服葡萄糖耐量试验护理技术操作规范·····	(25)
五、骨髓穿刺术护理配合技术操作规范·····	(26)
六、 ¹³¹ 碘吸收试验护理技术操作规范·····	(26)
七、螺内酯试验护理技术操作规范·····	(27)
第七节 小儿内科护理技术操作规范·····	(28)
一、小儿颈外静脉穿刺采血护理技术操作规范·····	(28)
二、婴幼儿股静脉穿刺采血护理技术操作规范·····	(28)
三、鼻饲喂乳护理技术操作规范·····	(29)
四、儿科约束法护理技术操作规范·····	(30)
第八节 精神科护理技术操作规范·····	(31)
一、电休克治疗(ECT)的护理技术操作规范·····	(31)
二、无抽搐电休克治疗(MECT)的护理技术操作规范·····	(33)
三、约束带的使用护理技术操作规范·····	(34)
四、嗜食的急救护理技术操作规范·····	(35)
五、常温人工冬眠治疗的护理技术操作规范·····	(36)
六、工娱治疗的护理技术操作规范·····	(37)
七、音乐治疗的护理技术操作规范·····	(37)
第2章 外科系统护理技术操作规范·····	(39)
第一节 手术室护理技术操作规范·····	(39)
一、手臂消毒护理技术操作规范·····	(39)
二、穿无菌手术衣技术操作规范·····	(39)
三、连台手术更换手术衣技术操作规范·····	(40)
四、用无菌持物钳铺盖无菌车技术操作规范·····	(41)
五、手术区皮肤消毒技术操作规范·····	(42)
六、手术区铺单技术操作规范·····	(42)
七、各种手术体位摆放技术操作规范·····	(43)
第二节 普外科护理技术操作流程规范·····	(44)
一、备皮技术操作规范·····	(44)
二、换药技术操作规范·····	(45)
三、人工肛门护理技术操作规范·····	(46)
四、肠内营养泵使用技术操作规范·····	(46)
第三节 骨外科护理技术操作规范·····	(47)

一、皮牵引术护理配合技术操作规范	(47)
二、骨牵引术护理配合技术操作规范	(48)
三、关节持续被动活动器护理技术操作规范	(49)
四、关节腔封闭式连续冲洗护理技术操作规范	(50)
五、轴线翻身技术操作规范	(50)
第四节 神经外科护理技术操作规范	(51)
一、创腔引流护理技术操作规范	(51)
二、腰椎穿刺脑脊液置换术护理配合技术操作规范	(52)
第五节 心胸外科护理技术操作规范	(53)
一、动脉血气标本采集护理技术操作规范	(53)
二、全胃肠外营养(TPN)护理技术操作规范	(54)
三、气管切开术护理配合技术操作规范	(54)
四、气管切开伤口换药护理技术操作规范	(55)
五、带氧雾化护理技术操作规范	(56)
第六节 泌尿外科护理技术操作规范	(57)
一、尿道扩张术护理配合技术操作规范	(57)
二、耻骨上膀胱穿刺造口术护理配合技术操作规范	(57)
三、膀胱镜检查护理配合技术操作规范	(58)
第3章 妇产科、新生儿科护理技术操作规范	(60)
第一节 妇科护理技术操作规范	(60)
一、阴道灌洗护理技术操作规范	(60)
二、阴道擦洗上药护理技术操作规范	(61)
三、外阴湿热敷护理技术操作规范	(61)
第二节 产科护理技术操作规范	(62)
一、腹部四步触诊护理技术操作规范	(62)
二、骨盆外测量护理技术操作规范	(63)
三、无激惹试验(NST 试验)护理技术操作规范	(63)
四、胎动计数护理技术操作规范	(64)
五、肛门检查护理技术操作规范	(64)
六、缩宫素引产护理技术操作规范	(65)
七、人工破膜护理技术操作规范	(66)
八、产程图绘制护理技术操作规范	(66)
九、接生的护理技术操作规范	(67)
十、人工剥离胎盘护理技术操作规范	(69)
十一、会阴切开缝合护理技术操作规范	(69)
第三节 新生儿护理技术操作规范	(70)
一、新生儿评分护理技术操作规范	(70)
二、新生儿复苏护理技术操作规范	(71)
三、新生儿沐浴护理技术操作规范	(72)

四、新生儿游泳护理技术操作规范	(73)
五、臀部护理技术操作规范	(74)
六、卡介苗接种护理技术操作规范	(74)
七、乙肝疫苗接种护理技术操作规范	(75)
第4章 五官科护理技术操作规范	(76)
第一节 眼科护理技术操作规范	(76)
一、视力检查护理技术操作规范	(76)
二、眼压测量护理技术操作规范	(76)
三、眼部备皮护理技术操作规范	(77)
四、泪道冲洗护理技术操作规范	(78)
五、结膜下注射护理技术操作规范	(79)
第二节 耳鼻喉科护理技术操作规范	(80)
一、咽喉部喷雾护理技术操作规范	(80)
二、外耳道滴药护理技术操作规范	(80)
第5章 急诊、急救护理技术操作规范	(82)
第一节 院前急救护理技术操作规范	(82)
一、简易呼吸器使用技术操作规范	(82)
二、环甲膜穿刺护理技术操作规范	(83)
三、绷带包扎护理技术操作规范	(83)
四、止血带止血法护理技术操作规范	(84)
第二节 院内急救护理技术操作规范	(85)
气管插管术护理配合技术操作规范	(85)
第三节 重症监护护理技术操作规范	(86)
一、呼吸机使用护理技术操作规范	(86)
二、经口咽通气道气管内吸痰护理技术操作规范	(87)
三、中心静脉压监测护理技术操作规范	(88)
四、有创动脉血压监测护理技术操作规范	(89)
五、经膀胱腹腔内压监测护理技术操作规范	(90)
六、漂浮导管插入术护理配合技术操作规范	(91)
七、气压治疗仪使用护理技术操作规范	(92)
八、振动排痰机使用护理技术操作规范	(93)
九、亚低温治疗仪使用护理技术操作规范	(94)

第二部分 专科护理技术操作评分标准

第6章 内科系统护理技术操作评分标准	(96)
第一节 呼吸内科护理技术操作评分标准	(96)
一、体位引流护理技术操作评分标准	(96)
二、纤维支气管镜检查护理配合技术操作评分标准	(97)

三、张力性气胸紧急排气法的护理配合技术操作评分标准	(98)
四、结核菌素试验(PPD)护理技术操作评分标准	(99)
五、肺活检护理配合技术操作评分标准	(100)
六、胸腔穿刺术护理配合技术操作评分标准	(101)
第二节 心血管内科护理技术操作评分标准	(102)
一、心电图检查护理技术操作评分标准	(102)
二、动态心电图检查护理技术操作评分标准	(103)
三、动态血压监测技术操作评分标准	(104)
四、人工心脏起搏术护理配合技术操作评分标准	(105)
五、心包穿刺术护理配合技术操作评分标准	(106)
六、阿托品试验护理技术操作评分标准	(107)
七、普萘洛尔试验护理技术操作评分标准	(108)
第三节 神经内科护理技术操作评分标准	(109)
一、偏瘫患者翻身护理技术操作评分标准	(109)
二、腰椎穿刺术护理配合技术操作评分标准	(110)
三、脑血管造影术护理配合技术操作评分标准	(112)
四、脊髓造影术护理配合技术操作评分标准	(113)
第四节 消化内科护理技术操作评分标准	(114)
一、腹腔穿刺术护理配合技术操作评分标准	(114)
二、肝穿刺术护理配合技术操作评分标准	(115)
三、上消化道内镜检查护理配合技术操作评分标准	(116)
四、三腔双囊管压迫护理技术操作评分标准	(117)
五、十二指肠引流术护理配合技术操作评分标准	(119)
六、纤维结肠镜检查术护理配合技术操作评分标准	(120)
七、自体腹水浓缩回输术护理配合技术操作评分标准	(121)
八、胃液采集护理技术操作评分标准	(122)
第五节 肾内科护理技术操作评分标准	(123)
一、肾穿刺活检术护理配合技术操作评分标准	(123)
二、腹膜透析护理技术操作评分标准	(124)
三、血液透析护理技术操作评分标准	(126)
第六节 内分泌、血液内科护理技术操作评分标准	(127)
一、血糖监测护理技术操作评分标准	(127)
二、胰岛素泵使用护理技术操作评分标准	(128)
三、胰岛素笔使用护理技术操作评分标准	(129)
四、口服葡萄糖耐量试验技术操作评分标准	(130)
五、骨髓穿刺术护理配合技术操作评分标准	(131)
六、 ¹³¹ 碘吸收试验护理技术操作评分标准	(132)
七、螺内酯试验护理技术操作评分标准	(133)
第七节 小儿内科护理技术操作评分标准	(134)

一、小儿颈外静脉穿刺采血护理技术操作评分标准	(134)
二、婴幼儿股静脉穿刺采血护理技术操作评分标准	(135)
三、鼻饲喂乳护理技术操作评分标准	(136)
四、儿科约束法护理技术操作评分标准	(137)
第八节 精神科护理技术操作评分标准	(139)
一、电休克治疗(ECT)护理技术操作评分标准	(139)
二、无抽搐电休克治疗(MECT)护理技术操作评分标准	(140)
三、约束带的使用护理技术操作评分标准	(141)
四、窒食的急救护理技术操作评分标准	(141)
五、常温人工冬眠治疗护理技术操作评分标准	(142)
六、工娱治疗护理技术操作评分标准	(143)
七、音乐治疗护理技术操作评分标准	(144)
第7章 外科系统护理技术操作评分标准	(145)
第一节 手术室护理技术操作评分标准	(145)
一、手臂消毒技术操作评分标准	(145)
二、穿无菌手术衣技术操作评分标准	(146)
三、连台手术更换手术衣技术操作评分标准	(147)
四、用无菌持物钳铺盖无菌车技术操作评分标准	(148)
五、手术区皮肤消毒技术操作评分标准	(149)
六、手术区铺单技术操作评分标准	(150)
七、各种手术体位摆放技术操作评分标准	(151)
第二节 普外科护理技术操作评分标准	(152)
一、备皮技术操作评分标准	(152)
二、换药技术操作评分标准	(153)
三、人工肛门护理技术操作评分标准	(154)
四、肠内营养泵使用技术操作评分标准	(155)
第三节 骨外科护理技术操作评分标准	(156)
一、皮牵引术护理配合技术操作评分标准	(156)
二、骨牵引术护理配合技术操作评分标准	(157)
三、关节持续被动活动器护理技术操作评分标准	(158)
四、关节腔闭合式连续冲洗护理技术操作评分标准	(159)
五、轴线翻身技术操作评分标准	(160)
第四节 神经外科护理技术操作评分标准	(162)
一、创腔引流护理配合技术操作评分标准	(162)
二、腰椎穿刺脑脊液置换术护理配合技术操作评分标准	(163)
第五节 心胸外科护理技术操作评分标准	(164)
一、动脉血气标本采集护理技术操作评分标准	(164)
二、全胃肠外营养(TPN)护理技术操作评分标准	(165)
三、气管切开术护理配合技术操作评分标准	(166)

四、气管切开伤口换药护理技术操作评分标准	(167)
五、带氧雾化护理技术操作评分标准	(168)
第六节 泌尿外科护理技术操作评分标准	(169)
一、尿道扩张术护理配合技术操作评分标准	(169)
二、耻骨上膀胱穿刺造口术护理配合技术操作评分标准	(170)
三、膀胱镜检查护理配合技术操作评分标准	(172)
第 8 章 妇产科、新生儿科护理技术操作评分标准	(174)
第一节 妇科护理技术操作评分标准	(174)
一、阴道灌洗护理技术操作评分标准	(174)
二、阴道擦洗上药护理技术操作评分标准	(175)
三、外阴湿热敷护理技术操作评分标准	(176)
第二节 产科护理技术操作评分标准	(177)
一、腹部四步触诊护理技术操作评分标准	(177)
二、骨盆外测量护理技术操作评分标准	(178)
三、无激惹试验(NST 试验)护理技术操作评分标准	(179)
四、胎动计数护理技术操作评分标准	(180)
五、肛门检查护理技术操作评分标准	(181)
六、缩宫素引产护理技术操作评分标准	(182)
七、人工破膜护理技术操作评分标准	(183)
八、产程图绘制护理技术操作评分标准	(184)
九、接生的护理技术操作评分标准	(185)
十、人工剥离胎盘护理技术操作评分标准	(187)
十一、会阴切开缝合护理技术操作评分标准	(188)
第三节 新生儿护理技术操作评分标准	(189)
一、新生儿评分护理技术操作评分标准	(189)
二、新生儿复苏护理技术操作评分标准	(190)
三、新生儿沐浴护理技术操作评分标准	(191)
四、新生儿游泳护理技术操作评分标准	(192)
五、臀部护理技术操作评分标准	(194)
六、卡介苗接种护理技术操作评分标准	(195)
七、乙肝疫苗接种护理技术操作评分标准	(196)
第 9 章 五官科护理技术操作评分标准	(197)
第一节 眼科护理技术操作评分标准	(197)
一、视力检查护理技术操作评分标准	(197)
二、眼压测量护理技术操作评分标准	(198)
三、眼部备皮护理技术操作评分标准	(199)
四、泪道冲洗护理技术操作评分标准	(200)
五、结膜下注射护理技术操作评分标准	(201)
第二节 耳鼻喉科护理技术操作评分标准	(202)

一、咽喉部喷雾护理技术操作评分标准	(202)
二、外耳道滴药护理技术操作评分标准	(203)
第 10 章 急诊、急救护理技术操作评分标准	(204)
第一节 院前急救护理技术操作评分标准	(204)
一、简易呼吸器使用技术操作评分标准	(204)
二、环甲膜穿刺护理技术操作评分标准	(205)
三、绷带包扎护理技术操作评分标准	(206)
四、止血带止血法护理技术操作评分标准	(207)
第二节 院内急救护理技术操作评分标准	(208)
气管插管术护理配合技术操作评分标准	(208)
第三节 重症监护护理技术操作评分标准	(210)
一、呼吸机使用护理技术操作评分标准	(210)
二、经口咽通气道气管内吸痰护理技术操作评分标准	(211)
三、中心静脉压监测护理技术操作评分标准	(212)
四、有创动脉血压监测护理技术操作评分标准	(213)
五、经膀胱腹腔内压监测护理技术操作评分标准	(214)
六、漂浮导管插入术护理配合技术操作评分标准	(215)
七、气压治疗仪使用护理技术操作评分标准	(216)
八、振动排痰机使用护理技术操作评分标准	(217)
九、亚低温治疗仪使用护理技术操作评分标准	(218)

第三部分 护理工作流程

第 11 章 护理质量安全管理工作流程	(219)
第一节 护理部安全管理工作流程	(219)
一、护理部质量控制流程	(219)
二、突发事件护理人员紧急调配流程	(220)
三、护理查房流程	(221)
四、护理会诊流程	(222)
五、皮肤压疮上报处理流程	(223)
六、护理缺陷处理流程	(224)
七、护理服务问题收集的渠道与程序	(225)
八、护理交接班流程	(225)
九、药物不良反应质量控制关键流程	(226)
十、危重患者质量控制关键流程	(227)
十一、围术期质量控制关键流程	(228)
十二、护理文书书写质量控制关键流程	(229)
十三、输血质量控制关键流程	(230)
十四、静脉输液质量控制关键流程	(231)

十五、护理新技术报批准入流程	(232)
十六、新护士岗前教育培训流程	(233)
第二节 病区安全护理管理与工作流程	(234)
一、患者入院护理工作流程	(234)
二、患者转科护理工作流程	(235)
三、患者出院护理工作流程	(235)
四、病区接急诊患者护理工作流程	(236)
五、医嘱转抄执行审核流程	(237)
六、口服药审核执行流程	(238)
七、医嘱总查对流程	(239)
八、用药观察流程	(240)
九、住院患者健康教育流程	(241)
十、护理单元质量控制流程	(242)
十一、病房护士长质量监督管理流程	(243)
十二、物品损坏报废处理流程	(244)
十三、病区医疗废物无害化处理流程	(245)
十四、输血流程	(246)
十五、患者发生输血反应处理流程	(247)
十六、患者发生输液反应处理流程	(248)
十七、手术室与病房/(ICU)之间的管理流程	(249)
第三节 精神科护理安全管理工作流程	(250)
一、封闭病房新入院患者关键护理流程	(250)
二、患者外出检查、治疗关键护理流程	(251)
三、患者服药关键护理流程	(251)
第 12 章 护理教学科研工作流程及评价标准	(252)
第一节 护理教学工作流程与评价标准	(252)
一、临床护理课堂教学工作流程与评价标准	(252)
二、实习准备工作流程与评价标准	(252)
三、实习生入院(科)教育流程与评价标准	(254)
四、临床科室带教一般流程与评价标准	(255)
五、各班次带教工作流程与评价标准	(255)
六、实习生出科考试流程与评价标准	(260)
七、实习生/实习小组组长座谈会流程与评价标准	(261)
八、临床护理带教交流会流程与评价标准	(261)
第二节 护理科学研究工作流程与评价标准	(261)
一、护理科研选题工作流程与评价标准	(261)
二、申请护理科研课题鉴定流程与评价标准	(262)
三、护理科研课题评奖申报流程与评价标准	(262)
第三节 护理论文撰写流程与评价标准	(263)

一、护理论文撰写流程与评价标准	(263)
二、护理论文发表流程与评价标准	(266)

第四部分 护理岗位职责及评价标准

第 13 章 护理管理岗位职责及评价标准	(267)
第一节 护理行政岗位职责及评价标准	(267)
一、护理部主任岗位职责及评价标准	(267)
二、护理部干事岗位职责及评价标准	(268)
三、科护士长岗位职责及评价标准	(269)
第二节 病区护理岗位职责及评价标准	(270)
一、病区护士长岗位职责及评价标准	(270)
二、主班护士岗位职责及评价标准	(271)
三、治疗室护士岗位职责及评价标准	(272)
四、责任护士岗位职责及评价标准	(273)
五、药班护士岗位职责及评价标准	(275)
六、副班护士岗位职责及评价标准	(275)
七、护理班(基础护理)护士岗位职责及评价标准	(276)
八、中午班护士岗位职责及评价标准	(277)
九、小夜班护士岗位职责及评价标准	(278)
十、大夜班护士岗位职责及评价标准	(278)
十一、换药室护士岗位职责及评价标准	(279)
十二、办公室护士岗位职责及评价标准	(280)
第 14 章 特殊科室护理岗位职责及评价标准	(282)
第一节 急诊科护理岗位职责及评价标准	(282)
一、急诊科护士长岗位职责及评价标准	(282)
二、急诊科护士岗位职责及评价标准	(283)
第二节 手术室护理岗位职责及评价标准	(285)
一、手术室护士长岗位职责及评价标准	(285)
二、手术室护士岗位职责及评价标准	(286)
第三节 重症医学科/ICU 护理岗位职责及评价标准	(290)
一、重症医学科护士长岗位职责及评价标准	(290)
二、重症医学科/ICU 护士岗位职责及评价标准	(292)
第四节 产房(分娩室)护理岗位职责及评价标准	(295)
一、产房(分娩室)护士长岗位职责及评价标准	(295)
二、产房(分娩室)助产士(护士)岗位职责及评价标准	(296)
第五节 消毒供应中心(CSSD)护士长岗位职责及评价标准	(299)
一、CSSD 护士长岗位职责及评价标准	(299)
二、CSSD 护士岗位职责及评价标准	(300)

第六节 血液净化中心护理岗位职责及评价标准	(303)
一、血液净化中心护士长岗位职责及评价标准	(303)
二、血液净化中心护士岗位职责及评价标准	(304)
第七节 门诊系统护理岗位职责及评价标准	(308)
一、门诊部护士长岗位职责及评价标准	(308)
二、导医护士岗位职责及评价标准	(309)
三、分诊护士岗位职责及评价标准	(310)
四、各科室门诊护士岗位职责及评价标准	(311)
五、门诊注射室护士岗位职责及评价标准	(312)
六、高压氧护士岗位职责及评价标准	(313)
七、放射线科(放射中心)护士岗位职责及评价标准	(314)
八、内镜室护士岗位职责及评价标准	(315)

第五部分 护理应急预案及护理流程

第 15 章 病区护理应急预案及护理流程	(316)
第一节 住院患者紧急状态时应急预案及护理流程	(316)
一、患者突发病情变化时的应急预案及护理流程	(316)
二、患者突发猝死时的应急预案及护理流程	(317)
三、患者有自杀倾向时的应急预案及护理流程	(317)
四、患者坠床、摔倒时的应急预案及护理流程	(318)
五、患者发生输血反应时的应急预案及护理流程	(318)
六、患者发生输液反应时的应急预案及护理流程	(319)
七、患者化疗药物外渗时应急预案及护理流程	(320)
八、患者发生精神症状时的应急预案及护理流程	(320)
九、病房发现传染病患者时的应急预案及护理流程	(321)
十、消化道大出血时的应急预案及护理流程	(321)
十一、误吸时应急预案及护理流程	(322)
十二、急性喉阻塞的应急预案及护理流程	(323)
十三、创伤性休克的应急预案及护理流程	(323)
十四、心源性休克的应急预案及护理流程	(324)
十五、急性心肌梗死的应急预案及护理流程	(325)
十六、急性肺水肿的应急预案及护理流程	(326)
十七、急性肺栓塞的应急预案及护理流程	(327)
十八、腹部创伤的应急预案及护理流程	(328)
十九、电击伤的应急预案及护理流程	(329)
二十、溺水的应急预案及护理流程	(330)
二十一、中暑的应急预案及护理流程	(331)
二十二、有机磷农药中毒的应急预案及护理流程	(331)

二十三、急性一氧化碳中毒的应急预案及护理流程	(332)
第二节 意外事故紧急状态时的应急预案及护理流程	(332)
一、停电或突然停电的应急预案及护理流程	(332)
二、火灾紧急疏散患者的应急预案及护理流程	(333)
三、失窃的应急预案及护理流程	(334)
四、遭遇暴徒的应急预案及护理流程	(335)
五、地震的应急预案及护理流程	(335)
六、使用呼吸机过程中突然断电的应急预案及护理流程	(336)
七、突然停氧的应急预案及护理流程	(337)
八、救治批量患者的应急预案及护理流程	(338)
九、医护人员发生针刺伤的应急预案及护理流程	(339)
十、吸引装置故障的应急预案及护理流程	(340)
第三节 护理单元高危患者应急预案及护理流程	(340)
一、急性呼吸衰竭的应急预案及护理流程	(340)
二、急性肾衰竭的应急预案及护理流程	(341)
三、重症哮喘的应急预案及护理流程	(342)
四、药物中毒的应急预案及护理流程	(343)
五、脑出血的应急预案及护理流程	(344)
六、脑疝的应急预案及护理流程	(344)
七、癫痫持续状态的应急预案及护理流程	(345)
八、糖尿病酮症酸中毒的应急预案及护理流程	(346)
九、甲状腺功能亢进危象的应急预案及护理流程	(346)
十、急腹症的应急预案及护理流程	(347)
十一、开放性骨折的应急预案及护理流程	(348)
十二、急性胸部外伤的应急预案及护理流程	(349)
十三、自发性气胸的应急预案及护理流程	(350)
十四、大咯血的应急预案及护理流程	(351)
十五、膀胱破裂的应急预案及护理流程	(352)
十六、大面积烧伤的应急预案及护理流程	(352)
十七、产后大出血的应急预案及护理流程	(353)
十八、新生儿窒息的应急预案及护理流程	(354)
十九、小儿惊厥的应急抢救预案及护理流程	(355)
二十、患者突发急性左侧心力衰竭的应急预案及护理流程	(356)
二十一、患者突发高血压危象的应急预案及护理流程	(357)
二十二、患者突发窒息时的应急预案及护理流程	(357)
二十三、患者突发急性重症胰腺炎时的应急预案及护理流程	(358)
第 16 章 精神科患者突发事件防范应急预案及护理流程	(359)
住院患者紧急状态时应急预案及护理流程	(359)
一、自缢防范应急预案及护理流程	(359)

二、冲动防范应急预案及护理流程	(360)
三、外走防范应急预案及护理流程	(361)
四、吞服异物防范应急预案及护理流程	(362)
五、嗜食防范应急预案及护理流程	(363)
六、精神科药物过量防范应急预案及护理流程	(365)

第一部分 专科护理技术操作规范

第1章 内科系统护理技术操作规范

第一节 呼吸内科护理技术操作规范

一、体位引流护理技术操作规范

【目的】 协助排痰,维持呼吸道通畅。

【评估】 患者体质、病变的部位、咯血情况,向患者告知并解释以取得合作。

【用物准备】 软枕3个、木椅、可调节床、痰杯、毛巾、水杯。

【操作步骤】

(1)衣帽整洁,进行查对,向患者告知并解释以取得合作。

(2)根据肺部病变的部位取适当体位。

(3)指导患者先做深呼吸运动,然后鼓励患者咳嗽以促进痰液引流,必要时协助叩背。留取标本。

(4)按医疗废物处理规定,将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。

(5)记录排出的痰量、颜色、性质,遵医嘱送检标本。

【操作流程】 着装→评估→备齐用物→告知→解释→体位→技术操作→整理用物→送检标本→洗手→记录。

【注意事项】

(1)体质虚弱、严重心功能不全、大咯血者慎用。

(2)引流过程中患者出现面色苍白、发绀、胸闷、呼吸困难、心悸、大汗时应停止引流,卧床休息。

(3)每次引流后指导患者进行深呼吸和有效咳嗽。

(4)备好吸痰装置,必要时吸痰。

(5)严重心血管疾病、近期内有大量咯血者禁忌体位引流。

二、纤维支气管镜检查护理配合技术操作规范

【目的】

- (1)用于原因不明的咯血,以协助诊断。
- (2)内科治疗无效需局部止血治疗者。
- (3)需做肺组织活检或支气管肺泡灌洗者。
- (4)作为选择性支气管造影、肺组织活检及支气管肺泡灌洗等的辅助操作。
- (5)用于各种气管疾病的明确诊断。

【评估】 评估患者病情、配合手术程度、了解病史及体格检查、术前排空大小便,向患者解释并取得同意及合作。

【用物准备】 纤维支气管镜、活检钳、冷光源、负压吸引装置、照相机、标本瓶、玻璃片、玻璃皿各一个、95%乙醇、5ml及20ml注射器各2个、内径1~2mm硅胶管1~2根及常规消毒用治疗盘、喉头喷雾器、2%利多卡因或0.5%~1%丁卡因、氯麻液、阿托品等。

【操作步骤】

- (1)操作者洗手,戴口罩,着装整齐,佩戴胸牌。
- (2)核对床号、姓名、床头卡。
- (3)向患者解释检查目的,签署知情同意书。术前4h禁饮食,避免情绪紧张,取得患者同意及配合。
- (4)术前30min遵医嘱为患者皮下注射阿托品0.5~1mg,精神紧张者同时给予适量镇静药;术前15min咽喉部喷雾2%利多卡因,每隔2~3min1次,共3次,喷雾时嘱患者深吸气;术前10min行环甲膜穿刺,向气管内滴注2%利多卡因3~4ml。
- (5)嘱患者去枕仰卧在检查台上,肩下垫一薄枕,头稍后仰;检查侧鼻孔滴入氯麻液数滴,麻醉成功后,术者将镜管经患者鼻腔或口腔置入,经咽喉、气管插入左右支气管及分支。
- (6)镜管逐渐深入过程中随时调节镜管的弯曲度并详细观察喉、气管、左右支气管的形状。术中保证患者呼吸通畅,及时吸出痰液及分泌物,吸引顺序应由近而远,时间不宜过长;有刺激性咳嗽时给予麻醉药;对心肺功能低下的患者应给予高流量氧气吸入。
- (7)协助医师在病变部位取活体组织病理检查,必要时行局限性支气管碘油造影;将标本用纸片取下,置入95%乙醇瓶内固定送检;取出活组织不得少于3块;用细胞刷取呼吸道分泌物时,将细胞刷经活检镜送入气道。在医师指导下伸出刷头,取病变处分泌物后仍留在活检钳孔外,与纤维支气管镜一道取出;将分泌物涂在玻璃上,置入95%乙醇中固定送检,涂片不得少于5张。

(8)检查完毕,安置患者,嘱患者术后2h内禁食,并严密观察病情。活检或刷检后痰中可少量带血,如有大咯血应及时通知医师对症处理。

【操作流程】 着装→评估→备物→解释→签字→术前准备→卧位→协助检查→留取标本→安置患者→整理用物→送检标本→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)术前应仔细检查所用器械及光源,保证各部分工作良好。
- (2)有义齿者检查前要取出。
- (3)受检者有呼吸困难、低氧表现时,镜检时给予吸氧。

(4)插入动作必须轻柔,避免过强刺激或损伤,若发现明显发绀、呼吸不规则或声门紧闭、心律失常或心率过快,应立即退出纤维支气管镜,停止检查。

(5)检查时若分泌物太多应及时吸出,时间不宜过长以免造成通气不足,导致缺氧。

(6)若镜面模糊可注入生理盐水数毫升并立即吸出以冲洗镜面。

(7)术毕应禁食水2小时,待麻醉作用消失后方可进食,以免发生误吸。

(8)术后24小时观察体温和肺部啰音,对有肺部感染者应常规给予抗生素数日。

(9)凡施行了组织活检者均有不同程度出血,及时采取止血药物治疗。

三、张力性气胸紧急排气法的护理配合技术操作规范

【目的】 张力性气胸须尽快排气。使高压的胸内积气排出,缓解呼吸困难等。

【评估】 患者病情、意识状态、肺部病变的情况,做好解释并取得合作。

【用物准备】 可用气胸箱接一粗针头或100ml的注射器、治疗盘一套、无菌治疗巾、2%利多卡因、气胸针、胶布、纱布。

【操作步骤】

(1)核对床号、姓名,解释操作目的、方法,签署知情同意书。

(2)检查气胸器装置是否完好。

(3)协助患者仰卧位,双手抱头,根据X线胸片选择最佳进针位置。

(4)常规消毒铺巾,2%利多卡因局部麻醉。

(5)协助术者进行穿刺,严格观察病情变化。

(6)排气完毕拔出气胸针,盖上纱布,按压1秒钟后胶布固定。次日摄胸片复查。

(7)整理器材及用物,严密观察患者呼吸、脉搏、血压等。

(8)洗手并做好记录。

【操作流程】 着装→评估→备物→告知并解释→签字→检查→卧位→消毒→穿刺排气→固定→整理用物→洗手→记录→次日摄片。

【注意事项】

(1)精神紧张或频咳者可酌情服用镇静药或镇咳药。

(2)肺被压缩 $<20\%$,临床上症状轻微者,一般无需抽气,气体常能自行吸收。

(3)排气速度不宜过快,第一次以800~1000ml为宜。

四、结核菌素试验(PPD)护理技术操作规范

【目的】 测定人体是否感染过结核杆菌。

【评估】 患者病情,询问有无药物过敏史,向患者做解释,以取得患者配合。

【用物准备】 无菌持物钳、无菌纱布、碘伏、70%乙醇、砂轮、棉签、弯盘。1ml一次性注射器2支、药物、注射单及笔。

【操作步骤】

(1)核对床号、姓名,评估患者,询问有无药物过敏史,向患者做解释,以取得患者配合。

(2)洗手,戴口罩,备齐用物。

(3)在治疗室备①铺治疗盘;②按注射法配制结核菌素纯蛋白衍生物溶液,用1ml注射器取原液0.1ml加生理盐水稀释至0.25ml(稀释液:2U/0.1ml),用另1支1ml注射器取原液

0.1ml(原液 5U/0.1ml),置于预先备好的无菌盘内。

(4)整理治疗台。

(5)携用物至患者床旁,再次核对患者床号、姓名,做好解释。

(6)按照皮内注射的方法,分别在患者左右前臂内侧没有瘢痕处皮内注射 0.1ml。

(7)记录注射时间,记录原液和稀释液的注射部位。

(8)指导患者如有不适随时告知。询问患者需要,整理床单位。

(9)处理用物,洗手,摘口罩。

(10)48~72 小时内观察反应并记录结果。

【操作流程】 着装→评估→核对→备物→配药→核对→解释→注射→记录→整理用物→观察→记录。

【注意事项】

(1)严格执行查对制度及无菌操作原则。

(2)药液必须现配现用。

(3)注射部位不可揉、擦、抓,以免局部感染,避免肥皂水刺激。

(4)判断结果时必须光线充足的地方,被检验者手臂肌肉要放松。

五、肺活检护理配合技术操作规范

【目的】

(1)肺部弥漫性病变性质不明者。

(2)肺周边型肿块、结节和浸润影,经其他检查未能定性者。

【评估】 患者病情,健康状况及配合程度,做好解释并取得合作。

【用物准备】 治疗盘内置碘酒、乙醇瓶、利多卡因、盐酸肾上腺素、标本瓶、纱布、棉签、胸穿包、无菌自动活检枪及穿刺切割针、无菌手套、氧气、水封瓶。

【操作步骤】

(1)核对床号、姓名,解释操作目的、方法,签署知情同意书。

(2)洗手,戴口罩,备齐用物。

(3)协助术者插入纤维支气管镜,按常规顺序对可见范围进行检查。

(4)依照术前定位将活检钳、刮匙或毛刷由选定的支气管口插入。

(5)在 X 线引导下转动体位,多轴透视,将活检器械送达周围肺组织或欲活检的病灶处。

(6)张开活检器,置入组织内,呼气末关闭活检器使其钳夹病灶肺组织并缓缓撤出。

(7)陪护患者回病房,指导患者卧床休息如有不适随时告知。询问患者需要,整理床单位。

(8)处理用物,洗手,做好记录。

【操作流程】 着装→评估→备物→解释→签字→协助检查→取肺组织→标本送检→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)麻醉要求比常规纤维支气管镜检查要高,保证患者较安静地接受检查。

(2)术前对病灶的定位应尽可能准确,尤其是偏上的孤立性病灶。

(3)应用活检钳进行活检时,应在吸气时张开钳子,呼气末关闭并缓缓撤出,如此反复取组织 3~4 次。

(4)对于可能发生的气胸、大出血等应准备充分的抢救措施。

六、胸腔穿刺术护理配合技术操作规范

【目的】

- (1)胸腔积液性质不明者,做诊断性穿刺。
- (2)大量胸腔积液压迫,导致呼吸循环障碍者。
- (3)结核性胸膜炎化学疗法后中毒症状减轻仍有较多积液者。
- (4)肺炎并发胸膜炎胸腔积液较多者。
- (5)外伤性血气胸、脓胸或恶性胸腔积液需胸腔内注入药物者。

【评估】 患者对此操作的认知程度、患者病情及出血状况、环境准备,做好解释并取得合作。

【用物准备】 基础治疗盘1套,胸腔穿刺包,无菌手套,一次性注射器(5ml、20ml或50ml)各1支,试管,量杯,靠背椅,治疗卡。2%利多卡因10ml,需注药者按医嘱准备。

【操作步骤】

- (1)着装整洁(仪表、洗手、戴口罩),进行查对,向患者解释告知取得合作。
- (2)签署胸腔穿刺术知情同意书。嘱患者排大小便。遵医嘱给予心电监测及呼吸监测。
- (3)协助患者面向椅背坐于靠背椅上,双手平放椅背上或仰卧于床上。协助术者定位为叩诊呼吸音消失的部位。
- (4)局部皮肤消毒,术者戴无菌手套铺无菌孔巾,打开胸前穿刺包,配合术者再次常规消毒穿刺部位,协助固定孔巾。以2%利多卡因逐层浸润麻醉直达胸膜。
- (5)抽液、抽气时,不宜过快过多,防止抽液过多过快时胸膜腔内压力骤然下降,发生肺水肿或循环障碍、纵隔移位等意外。首次抽液的排液量不宜超过700ml,以后每次抽液量不应超过1000ml。
- (6)术中密切观察,要注意询问患者有无异常的感觉,如患者有任何不适,应减慢抽吸或立即停止抽液,若患者感觉头晕、心悸、冷汗、面色苍白、脉细、四肢发凉,提示患者可能出现“胸膜反应”,应立即停止抽液,使患者平卧,密切观察血压,防止休克,必要时按医嘱皮下注射0.1%肾上腺素0.5ml。
- (7)留取标本送检。
- (8)操作完毕,术者拔出穿刺针,按压穿刺点防止出血。用无菌纱布覆盖穿刺点并用胶布固定。协助医师完成胸腔穿刺操作。
- (9)按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。
- (10)记录抽取的气量和液量及其色、质、量、时间。

【操作流程】 着装→评估→备物→告知→签署知情同意书→取体位→穿刺抽液→观察→留取标本→送检标本→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)严格执行无菌操作,避免胸腔感染。
- (2)抽取液体时不可过快、过多,第一次抽液量不超过700ml,以后每次一般不超过1000ml。
- (3)局部麻醉应充分,固定好穿刺针,避免刺破肺组织。加紧乳胶管避免气体进入胸腔。

(4)穿刺过程中患者出现头晕、心悸、面色苍白、出汗、气短时,应立即停止操作进行处理。

(5)抽液后患者应卧床休息,必要时复查胸透,观察有无气胸并发症。注意观察生命体征,告知患者如有不适立即报告护士,有病情变化护士立即通知医师给予处理,留取标本送检。

第二节 心血管内科护理技术规范

一、心电图检查护理技术规范

【目的】 了解心电图异常改变,指导临床治疗。

【评估】 病情、心理因素、室内温度,检查床的宽度、强光刺激情况,解释并取得合作。

【用物准备】 心电图机、导联线、电极板、地线、导电膏或生理盐水、棉签、检查床、备用心电图纸;室内温度不低于 18℃,避免强光刺激;检查床的宽度不窄于 80cm,以免肢体紧张引起肌电干扰。

【操作步骤】

(1)操作者洗手,戴口罩,着装整齐,佩戴胸牌。

(2)准备用物、核对床号、姓名、床头卡。

(3)向患者解释检查的目的和意义,取得合作。

(4)酌情关闭门窗,必要时拉上窗帘或遮挡屏风,保护患者隐私,注意保暖。

(5)协助患者平卧,安静休息 3~5min,解开上衣,充分暴露胸部及四肢末端。

(6)在受检者四肢末端内侧及胸部涂抹导电膏,连接肢体导联:红色导联电极与右前臂相接,黄色导联电极与左前臂相接,绿色导联电极与左下肢相接,黑色导联电极与右下肢相接。

(7)连接胸导联,有 6 个不同颜色的球形电极:红色(V_1)放在胸骨右缘第 4 肋间,黄色(V_2)放在胸骨左缘第 4 肋间,绿色(V_3)放在黄色与棕色之间,棕色(V_4)放在左锁骨中线与第 5 肋间交接处,黑色(V_5)放在左腋前线与棕色同一水平,紫色(V_6)放在左腋中线与棕色同一水平。

(8)调节控制按钮,校对标准电压,一般为 1mV,选择纸速,一般为 25mm。

(9)启动导联选择按钮,按开始键,按顺序做 12 导联心电图,保持基线平稳,每个导联记录 3~4 个完整的心电周期,并根据需要加做特殊导联和决定描记时间的长短。

【操作流程】 着装→评估→检查→核对→解释→连接→校对→描图→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)操作前指导患者先休息 3~5 分钟。

(2)操作过程中排除干扰,平静呼吸。

二、动态心电图检查护理技术规范

【目的】 能够发现一过性异常心电图改变,指导及评价治疗。

【评估】 患者情况、机器性能、记录仪各项功能是否完好,做好解释并取得合作。

【用物准备】 动态心电图记录器、电极贴片、导电膏、胶布、95%乙醇、纱布、电池、记录表格。

【操作步骤】

- (1)操作者洗手,戴口罩,着装整齐,佩戴胸牌。
 - (2)检查机器性能,对电阻抗、心电图波形进行测试,检查记录仪各项功能是否正常,电极、导联线电缆有无折损,电池电力是否充足,保持良好状态。
 - (3)核对床号、姓名、床头卡。
 - (4)向患者解释检查目的、方法、注意事项,取得配合。
 - (5)检查前3天停用抗心律失常药、抗心绞痛药及其他影响心电图改变的药物。
 - (6)用95%乙醇擦去放置电极部位皮肤表面的油脂;将正极置于体表常规 V_1 、 V_5 处,负极置于胸骨左,右缘第2肋,地线置于胸骨柄上部,固定牢固,连接、调整好记录器,将于身体一侧。
 - (7)指导并协助患者详细记录活动日志,并交代患者避免剧烈活动,不可进入强磁场区,不可触摸电极及周围皮肤。
 - (8)检查结束后,取下电极并擦拭干净。
 - (9)取下记录器,将信息输入分析系统,对心电图资料进行检查、判断、修改、编辑,打印出心电图图例及有关数据和图表,作出诊断报告。
- 【操作流程】** 着装→评估→检查→核对→解释→放置电极→指导记录→取下电极→取下记录器→作出诊断。
- 【注意事项】** 检查前3天停用抗心律失常药、抗心绞痛药及其他影响心电图改变的所有药物。

三、动态血压监测护理技术操作规范

【目的】

- (1)不稳定高血压的监测及降压药物效果评价。
- (2)观察患者24~72h血压动态变化,为诊断、治疗提供依据。

【评估】 患者的病情、配合程度,电池的性能、记录仪各项功能是否完好,做好解释并取得合作。

【用物准备】 血压记录仪、电池、信息回放系统、95%乙醇、纱布、电极贴片、导电膏、胶布。

【操作步骤】

- (1)操作者洗手,戴口罩,着装整齐,佩戴胸牌。
- (2)核对床号、姓名,耐心解释动态血压检查的目的、临床意义及注意事项,取得患者合作。
- (3)将电池装入血压记录仪中,打开主机,连接记录仪,选择设置监护时间。
- (4)将袖带放置于上肢肘窝处,连接袖带与记录仪,将记录仪放置于身体一侧。
- (5)试测量血压1次,自动充气测压时,放松上肢,手臂自然下垂,检查血压显示情况,无误后嘱患者在有自我感觉时自测血压。
- (6)整理用物,记录监测时间及生命体征变化。

【操作流程】 着装→评估→核对→备齐用物→解释→装电池→设置时间→连接袖带与记录仪→试测→整理用物→洗手。

【注意事项】 检查前1天停用降压药,监测前安静休息,活动后应休息5~10分钟再测量。

四、人工心脏起搏术护理配合技术操作规范

【目的】 使心脏发生收缩,维持排血功能,保证全身各器官血流供给。

【评估】 患者的病情、配合程度,电池的性能,做好解释并取得合作。

【用物准备】 起搏器(分为定频型、按需型、心房同步起搏器、双点按需型或房室顺序型),并检查其有效日期、性能,用分析仪测试起搏器功能、频率、幅度、脉冲、电池的电压,以及电源、起搏分析仪、电极、导线、75%乙醇、无菌手术包及器械、2%利多卡因、抗生素、急救药品与器械(包括除颤器、心脏监护仪等)。

【操作步骤】

- (1)着装整洁,洗手,戴口罩,佩戴胸牌。
- (2)核对床号、姓名。
- (3)协助做好术前各项检查:彩色多普勒、血常规、出凝血常规、血生化等。
- (4)向患者解释手术目的及注意事项,说明可能的并发症,取得患者配合并签署协议书。
- (5)备皮,碘及抗生素过敏试验,术前禁食6小时;术前肌注地西洋10mg,排空膀胱。
- (6)关闭门窗,遮挡屏风,取合适卧位使静脉充盈,暴露,便于穿刺。头静脉穿刺时取去枕平卧,头偏向对侧,股静脉穿刺时取平卧位,下肢外展。
- (7)连接心电监护仪,记录生命体征,建立静脉通路,保证及时、安全用药。
- (8)2%利多卡因局部皮肤麻醉。
- (9)协助术者做好起搏器安置工作,固定电极导管,指导患者深呼吸或做咳嗽运动,观察有无起搏脱落现象。
- (10)埋置永久起搏器在皮下组织与胸肌膜间,临时起搏时要妥善固定引出导线,防止滑脱牵拉电极导线导致脱位,协助穿刺处下肢制动。
- (11)局部给予抗生素,导管引出处皮肤给予75%乙醇湿敷,无菌敷料包扎,保持敷料清洁。
- (12)安置患者于监护室,心电监护48~72小时,密切观察生命体征变化,观察心率与起搏频率是否一致,每天记录12导联心电图,连续3天,必要时记录心电图,估计电极位置。
- (13)观察电极导管有无移位和感染、心脏穿孔、起搏器失灵、起搏器引起的心律失常等并发症;观察有无感染迹象。
- (14)整理用物,记录手术过程。

【操作流程】 着装→评估→核对→解释→术前检查→签署同意书→术前准备→协助卧位→协助麻醉→穿刺→制动下肢→观察→记录→指导→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)术中避免咳嗽及深呼吸。
- (2)保持功能良好,告知患者远离磁场。
- (3)适量活动,定期复查,告知更换电池指征。

五、心包穿刺术护理配合技术操作规范

【目的】

- (1)明确心包积液的病因。

(2)抽取心包积液,以解除压塞症状。

(3)心包腔内注入药物。

【评估】 患者病情、配合手术程度、心脏功能,术前排空大小便,环境准备充分,做好解释并取得合作。

【用物准备】 常规消毒治疗盘、一次性心包穿刺包、一次性注射器(10ml)1支、肝素帽、量杯、心脏除颤器、心脏监护仪、治疗卡、2%利多卡因及各种抢救药品。

【操作步骤】

(1)着装整洁(仪表、洗手、戴口罩),查对,向患者解释告知取得合作。

(2)签署心包穿刺术知情同意书,遵医嘱常规给予心电、血压监测并记录。

(3)患者取半卧位或坐位。

(4)输入生理盐水 500ml,静脉滴注,6~8滴/分钟。

(5)患者取坐位或半卧位,暴露前胸、上腹部。剑突下与左肋缘相交的夹角处。左侧第五肋间,心浊音界内侧1~2cm处。

(6)消毒局部皮肤,覆盖消毒孔巾局部麻醉。

(7)穿刺成功后,通过导丝将心包穿刺导管插入心包腔内,即可抽液。抽液速度宜缓慢,防止空气进入心包内。

(8)将抽取的液体按需要分别盛于试管内送检,协助医师完成心包穿刺操作。

(9)术毕留置导管;观察穿刺部位;冲洗导管每日1次。

(10)按规定将用过的材料放入垃圾袋内,洗手。

(11)记录穿刺全过程,记录抽液总量。

【操作流程】 着装→评估→查对→解释→签署同意书→摆放体位→建立静脉通道→定位→麻醉→穿刺→抽液→送检标本→整理用物→记录。

【注意事项】

(1)术前应向患者解释,消除顾虑,并嘱其在穿刺过程中切勿咳嗽或者深呼吸。

(2)此手术有一定危险性,要严密观察心电图、血压监护的变化。

(3)抽液量第一次不宜超过100~200ml,以后再抽渐增到300~500ml。抽液速度要慢,过快、过多使大量血回心可导致肺水肿。

(4)如抽出鲜血,立即停止抽吸,并严密观察有无心脏压塞出现。

(5)术中若患者感到不适,如心跳加快、出冷汗、头晕、气短等,应立即停止操作,做好急救准备。

(6)取下空针前夹闭橡皮管,以防空气进入。

(7)术中、术后均需密切观察呼吸、血压、脉搏等的变化。

六、阿托品试验护理技术操作规范

【目的】 鉴别迷走神经张力增加所致的心动过缓和病态窦房结综合征所致的心动过缓。

【评估】 患者心率、配合程度、有无禁忌证,解释目的和注意事项,以取得患者的合作。

【用物准备】 心电图机,注射用治疗盘,10%葡萄糖、阿托品,10ml注射器。

【操作步骤】

(1)操作者洗手,戴口罩,着装整齐,佩戴胸牌。

(2)核对床号、姓名。

(3)耐心解释试验目的和注意事项,以取得患者的合作。

(4)做 12 导联心电图,以备对照。

(5)患者取平卧位,抽吸 0.5~1mg 阿托品加入葡萄糖 10ml 中,稀释后在 1 分钟内静脉推注,并立即描记心电图。

(6)在 5 分钟、7 分钟、10 分钟、15 分钟、20 分钟分别描记心电图 1 次,并观察结果,严密观察药物不良反应及心率、心律变化。

(7)8 次试验结果进行对照,认真分析试验结果,结合临床症状作进一步确诊:注射阿托品,心率 $\geq 100/\text{min}$ 则为阴性,提示迷走神经张力增高所致的心动过缓;心率 $\leq 100/\text{min}$ 为阳性,提示为窦房结功能低下所致的心动过缓。

(8)操作结束指导患者休息,整理用物,洗手。

【操作流程】 着装→评估→核对→备齐用物→解释→做 12 导联心电图→推注阿托品→分别描记心电图→分析结果→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)试验中使患者消除紧张情绪,放松四肢。前列腺肥大、青光眼、对颠茄类药物过敏的患者忌做该试验。

(2)卧位时头痛,重者有头晕、恶心、呕吐,应立即通知医师,遵医嘱输入盐水改善症状。

七、普萘洛尔试验护理技术操作规范

【目的】 通过受体阻断药来鉴别非特异性 ST-T 改变与冠心病 ST-T 的改变,鉴别自主神经功能紊乱与心脏器质性病变。

【评估】 患者病情、生命体征、配合程度、心脏功能等,做好解释以取得患者的合作。

【用物准备】 心电图机,普萘洛尔 10~20mg,备用药物阿托品。

【操作步骤】

(1)操作者洗手,戴口罩,着装整齐,佩戴胸牌。

(2)核对床号、姓名。

(3)耐心解释试验目的和注意事项,取得患者合作。

(4)试验前做 12 导联心电图,以备对照。

(5)患者口服普萘洛尔 20mg。

(6)服药后 1 小时描记 12 导联心电图,观察结果。

(7)服药后 2 小时描记 12 导联心电图,观察患者自我症状变化,并详细记录,如出现心动过缓等异常情况,要及时遵医嘱给予阿托品等药物。

(8)3 次心电图进行对照,认真分析试验结果,结合临床症状作进一步确诊:服药后心电图恢复正常为阳性,反之为阴性,阳性多提示冠心病。

(9)操作结束指导患者休息,整理用物,洗手。

【操作流程】 着装→评估→核对→备齐用物→解释→做 12 导联心电图→口服普萘洛尔→分别描记心电图→分析结果→整理用物→洗手。

【注意事项】 试验前 3 天停用洋地黄、钙离子拮抗药、利尿药等有关药物。

第三节 神经内科护理技术操作规范

一、偏瘫患者翻身护理技术操作规范

【目的】 防止并发症发生。

【评估】 患者病情、意识状态、肢体肌力,向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合。

【用物准备】 6个枕头、1块板。

【操作步骤】

- (1)着装整洁(仪表、洗手、戴口罩),查对。向患者解释告知取得合作。
- (2)建立严格的翻身交接班制度,每1~2小时翻身1次(防压疮)。
- (3)由仰卧位开始,患者双手交叉握住,由健侧上肢带动患侧上肢伸直。
- (4)健侧腿伸到患腿膝关节下方。
- (5)以躯干为轴向患侧或健侧转向。
- (6)护士站在患侧协助。
- (7)护士协助整理体位,使之处于舒适的侧卧位。
- (8)按要求垫枕,摆放良肢位。
- (9)整理用物,洗手,做好记录。

【操作流程】 着装→评估→查对→解释→卧位→正确翻身→摆放肢体→整理床单位→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)翻身动作轻柔防止拖、拉、拽等,防止偏瘫的肢体发生半脱位。
- (2)病情不稳定的患者翻身次数适当减少。

二、腰椎穿刺术护理配合技术操作规范

【目的】

- (1)测定颅内压,进行脑脊液动力学、细胞学、生化学、细菌学、病理学检查。
- (2)诊断是否有蛛网膜下腔出血、脑出血。
- (3)通过脑脊液冲洗置换、椎管内药物注入、放脑脊液对疾病进行治疗。
- (4)进行椎管造影、脑脊液核素扫描等检查。
- (5)用于腰椎麻醉。

【评估】 患者病情,配合手术程度,术前排空大小便情况,解释告知取得合作。

【用物准备】 一次性腰穿包、治疗盘、无菌手套、2%利多卡因,根据需要准备鞘内注射药物、治疗卡。

【操作步骤】

- (1)着装整洁(仪表、洗手、戴口罩),查对,向患者解释告知取得合作。
- (2)签署腰椎穿刺术知情同意书。协助患者排大小便。
- (3)患者取侧卧位,屈颈、屈髋、屈膝到胸前双手抱膝,使腰椎后凸成弓形,腰椎间隙增大,可使穿刺顺利,提高穿刺成功率。

第一部分 专科护理技术操作规范

(4)打开腰穿包,协助术者定位及手术野消毒腰椎 3~4 或 4~5 椎间隙,铺无菌巾,再次核实所需要物品齐全无误。

(5)协助术者戴无菌手套,抽取麻醉药进行局部麻醉。告知患者如有脚麻、触电感及时向术者说明。

(6)核实穿刺点无误后穿刺,术中扶持患者保持正确体位。

(7)穿刺成功后,拔出针芯,立即协助术者接上压力表,见脑脊液流入压力表的连接管中,然后嘱患者全身放松,颈及下肢不再维持过度屈曲位,平静呼吸。留取标本及时送检。穿刺结束后纱布固定。

(8)观察患者呼吸、面色、心率、意识情况。

(9)按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。

【操作流程】 着装→评估→核对→备齐用物→告知→解释→签署同意书→摆放体位→配合麻醉→配合穿刺→协助测压→观察病情→整理用物→洗手→记录→送检标本。

【注意事项】

(1)穿刺结束后嘱患者去枕平卧 4~6 小时,之后仍以卧床休息为主,24 小时不宜淋浴。

(2)及时送检脑脊液标本,以免影响检验结果。

(3)颅内压高的患者不宜过多放脑脊液,防止脑疝。

(4)若脑脊液自硬膜穿刺孔外漏引起低颅压综合征,可表现为坐起或站立时头痛加重,平卧位头痛减轻,重者有头晕、恶心、呕吐,应通知医师,遵医嘱输入低渗盐水,改善症状。

三、脑血管造影术护理配合技术规范

【目的】 颈段和颅内动脉检查以协助诊断。

【评估】 患者病情,心理因素及护理体检的情况和配合能力,术前排空大小便情况,解释告知取得合作。

【用物准备】 对比剂、局麻药、抗凝药及急救药品;检查 DSA 机器设备及抢救设备;备好穿刺针、导管、导丝、生理盐水、股动脉穿刺包、无菌手套、沙袋等。

【操作步骤】

(1)核对床号、姓名,向患者解释检查过程,消除顾虑及紧张,签署知情同意书。

(2)术前做普鲁卡因和碘过敏试验;检查出凝血时间及心、肝、肾功能;穿刺部位备皮;术前 4 小时禁食;术前 30 分钟排空大小便。

(3)在医护人员陪同下平车运送患者到导管室。

(4)密切配合术者行脑血管造影术,严密观察病情、主诉、生命体征的变化。

(5)造影完毕,拔管,穿刺部位加压包扎。

(6)观察有无并发症,并及时对症治疗。观察患者神志变化、不适主诉。接患者回病房。

(7)股动脉穿刺者肢体制动 6~12 小时,必要时用约束带适当约束术肢,术后卧床 24 小时,同时应观察足背动脉搏动和远端皮肤颜色、温度等。

(8)术后 24 小时多饮水,以促进造影剂排泄,做好记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→核对→解释→签字→术前准备→术中配合→术后护理→做好记录。

【注意事项】

- (1)术前6小时使用盐水100ml+尼莫地平10mg预防痉挛。
- (2)术前注意动作轻柔,首先用肝素,尽量用导丝引导导管,术后观察患者四肢活动情况。
- (3)每次造影时间为3秒,接着用肝素盐水。
- (4)术前一定要空腹、以免发生过敏反应、引起呕吐、阻塞呼吸道。

四、脊髓造影术护理配合技术操作规范

【目的】 确定椎管有无阻塞及阻塞的位置和形状,达到诊断脊髓疾病的目的。

【评估】 患者病情,心理因素及护理体检的情况和配合能力,术前排空大小便情况,解释告知取得合作。

【用物准备】 治疗盘、局麻药、急救药品;机器设备及抢救设备;备好穿刺针、造影剂、腰穿包、注射器、无菌手套等。

【操作步骤】

(1)造影前准备:①告知患者及家属脊髓造影的必要性和方法,以及造影过程中可能发生的反应,消除紧张、恐惧心理,征得家属的签字同意和患者的配合;②做碘油和碘水造影者应做碘过敏试验;③造影前6小时禁食,做好皮肤准备;④备好各种用物和抢救药品。

(2)造影后护理:①做脊髓空气造影的患者,应取头低足高位24~48小时,防止空气过多进入颅内引起头痛等症状;脊髓碘油造影者要适当抬高头部,取头高足低位,防止碘油进入颅内;碘水造影后可取平卧位;②观察生命体征,肢体活动及膀胱功能情况,若有排尿困难、疼痛应做相应处理;③协助卧床患者做好生活护理。

【操作流程】 着装→评估→核对→备物→解释→签字→术前准备→陪检→术毕→卧位→观察病情→协助生活护理→记录。

【注意事项】

(1)造影前需进行碘过敏和麻醉剂试验、摄脊椎平片、造影当天禁食一餐、情绪紧张者可给予镇静药、碘水脊髓造影前嘱患者多饮水。

(2)造影后患者需仰卧在床上、抬高头部保持至少6小时、24小时内尽量避免活动、不可弯身下俯以减少造影后反应、鼓励患者进流质或正常饮食、多饮水。

第四节 消化内科护理技术操作规范

一、腹腔穿刺术护理配合技术操作规范

【目的】

(1)抽取腹水化验检查,明确腹水性质。

(2)适量放腹水缓解压迫症状。

(3)腹腔内注射药物及腹水浓缩回输等。

【评估】 患者病情、意识状态,注意患者安全,做好环境准备,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 基础治疗盘、腹腔穿刺包、量杯、腹带及中单、卷尺,按医嘱准备药物及2%利多卡因1支,治疗卡。

【操作步骤】

- (1) 着装整齐,进行核对,备齐用物携至床旁,向患者告知并解释操作目的以取得合作。
- (2) 签署腹腔穿刺术知情同意书。嘱患者排尿(防穿刺损伤膀胱),清洁局部皮肤。
- (3) 铺中单,取半卧位或平卧位,腹水少量者取左侧位,腰背部铺好腹带,测腹围、脉搏、血压及腹部体征并记录。
- (4) 协助术者配合定位,选择适宜穿刺点。常规皮肤消毒,铺无菌孔巾,配合局部麻醉。
- (5) 术者左手固定穿刺部位皮肤,右手持针经麻醉处垂直刺入腹壁,待针尖抵抗感突然消失时,表示针尖已穿过壁腹膜,即可抽取腹水。
- (6) 术中协助留取标本,注意观察生命体征。术中患者如出现面色苍白、心慌、头晕、出汗、血压下降、腹痛等症状,应停止放液,安静平卧,并遵医嘱给予输液、扩容等对症处理。如腹水为血性,则留取标本后即拔针。
- (7) 放液:用消毒血管钳固定针头,与针座连接引流管,以输液夹子调整滴速;放液速度不宜过快,放液量不宜超过3 000ml。
- (8) 术毕:术者取出穿刺针,用无菌纱布按压穿刺点数分钟,用胶布固定。测腹围,自上而下逐层束腹带。协助医生完成腹腔穿刺操作。
- (9) 按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。
- (10) 记录腹水颜色、形状和量,放腹水后腹围。遵医嘱送检标本。

【操作流程】 着装→评估→备物→告知并解释→签署知情同意书→穿刺抽液→观察→留取标本→送检标本→整理用物→洗手→测量→记录。

【注意事项】

- (1) 术后嘱患者卧床休息,保持穿刺点位于上方,如不适应立即报告医师。
- (2) 腹带不宜过紧,以防造成呼吸困难。
- (3) 穿刺处如有腹水外渗,及时更换敷料及腹带,防止穿刺处感染。
- (4) 如放液流出不畅,可嘱患者稍微变换体位或将穿刺针稍做移动,以助液体流出通畅。
- (5) 严格无菌操作,防止腹腔内感染。
- (6) 如有肝性脑病先兆、包虫病、结核性腹膜炎、卵巢囊肿者禁忌穿刺。

二、肝穿刺术护理配合技术规范

【目的】

- (1) 肝疾病性质不明,需取活检组织病理检查以明确诊断。
- (2) 确定患者肝组织损伤程度,观察肝病的发展与转归。
- (3) 为肝脓肿患者穿刺抽吸脓液和注射药物,达到治疗目的。

【评估】 患者病情、心理状态、对肝穿刺意义的认知程度,注意患者安全,做好环境准备,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 基础治疗盘、无菌肝穿刺包、穿刺针、无菌手套、一次性注射器(10 ml)2支、4%甲醛溶液标本瓶、沙袋、腹带、无菌敷料、治疗巾,遵医嘱准备治疗药物、局麻用药2%利多卡因、生理盐水、治疗卡。

【操作步骤】

- (1) 操作者洗手、戴口罩、着装整齐、佩戴胸牌。

(2)核对床号、姓名、床头卡。

(3)向患者解释检查目的、意义、方法、操作配合及注意事项。

(4)签署肝穿刺知情同意书。为患者测量血压脉搏并记录。

(5)遵医嘱用药,嘱患者排尿,协助患者取仰卧位,身体右侧靠近床沿,并将右手至于枕后,让患者保持固定的体位,训练其深呼吸和屏吸呼吸方法,以利于术中配合。

(6)协助术者定位,配合常规消毒皮肤,铺无菌孔巾,用2%利多卡因由皮肤至肝被膜进行局部麻醉。

(7)术者进针时嘱患者深吸气,然后呼气末屏气,将穿刺针迅速刺入肝内并立即抽出。总计穿刺深度不超过6cm。

(8)穿刺过程中,观察患者面色、血压、脉搏的变化。

(9)协助术者取下孔巾,用腹带束紧、沙袋加压包扎4~6小时。

(10)遵医嘱将所抽肝组织放入4%甲醛固定液中或涂于载玻片上及时送检。

(11)按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内。洗手。

(12)测量血压脉搏并记录穿刺结果。

【操作流程】 着装→评估→核对→解释→签同意书→肝穿刺→束腹带→观察→记录→留取标本送检→休息→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)术后绝对卧床休息6~8小时,定时测量血压、脉搏、呼吸,开始4小时内每15分钟测1次。如发现头晕、脉搏细弱、血压下降、面色苍白、出冷汗、烦躁不安、呼吸困难等出血征象时,应立即通知医师紧急处理。

(2)若穿刺部位疼痛明显,应仔细检查原因,如果是一般组织创伤性疼痛,可遵医嘱应用止痛药,同时密切观察生命体征。若发现气胸、胸膜休克或胆汁性腹膜炎时,应及时处理。

(3)观察伤口有无渗血,如敷料有渗血,及时更换,防止穿刺部位感染。

(4)禁忌证:全身情况衰竭及严重贫血者,有出血倾向者,大量腹水、肝包虫病、肝血管瘤、肝外梗阻性黄疸者等。

三、上消化道内镜检查护理配合技术操作规范

【目的】

(1)诊断食管、胃、十二指肠疾病。

(2)取异物、息肉摘除、胃镜下止血等。

【评估】 患者病情,询问有无青光眼、高血压、心脏病及药物过敏史,做好环境准备,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 内镜、冷光源、吸引器、内镜台车、治疗者、基础治疗盘、一次性注射器(10ml)1支、弯盘、牙垫、手套、纱布、纸巾、垫巾、管道清洁刷、活检钳、标本固定瓶、黏膜染色剂、喷酒导管小毛巾、含酶洗漱剂、消毒液、治疗卡、镇静药、解痉药、去泡剂、咽喉麻醉药、盐水。

【操作步骤】

(1)衣帽整洁,进行查对,向患者告知目的并解释注意事项以取得合作。

(2)签署胃镜检查知情同意书。

(3)检查前需禁食、禁水、禁药6小时,幽门梗阻者应先洗胃再检查。

第一部分 专科护理技术操作规范

(4)检查前取下活动义齿、眼镜,解开衣领、腰带。

(5)询问有无青光眼、高血压、心脏病及药物过敏史,如有以上情况应与检查医师取得联系。

(6)备齐用物,于检查前 10 分钟进行咽喉麻醉。

(7)帮助患者取左侧卧位,双腿屈曲躺于检查床上,在患者颌下放一弯盘,嘱患者张口咬住牙垫。

(8)协助操作者进行胃镜检查,观察患者反应,发现异常立即通知医师并遵医嘱进行处理。

(9)操作中留取活检或治疗,注意观察患者生命体征。

(10)操作完毕,应用纱布将镜身外黏液擦掉,并嘱患者将口腔内容物吐出,用纸巾擦拭口唇。

【操作流程】 着装→评估→备物→签署同意书→取卧位→嘱患者咬住牙垫→胃镜检查→擦拭患者口唇→洗手→记录→送检标本。

【注意事项】

(1)检查后少数患者出现咽痛、咽喉部异物感,嘱患者不要用力咳嗽,以免损伤咽喉部黏膜。

(2)胃镜检查和治疗后注意有无腹痛、呕血或黑粪,发现异常立即通知医师。

(3)严重心、肺疾病、上消化道大量出血、生命体征不稳者、精神异常不能配合检查者、急性咽炎者、明显主动脉瘤、腐蚀性食管炎性期、疑有胃肠穿孔者禁忌做胃镜检查。

四、三腔双囊管压迫护理技术规范

【目的】 应用于食管、胃底静脉曲张破裂患者的压迫止血。

【评估】 患者病情、心理,对疾病的认知程度,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 三腔双囊管、止血钳 3 把、无菌手套、弯盘 1 个、治疗碗 1 个、一次性注射器(5ml、20ml、50ml)各 1 支、纱布、液状石蜡、棉签、线绳、蝶形胶布、治疗巾、0.5kg 重物滑轮牵引固定架、压力计、剪刀、治疗卡。

【操作步骤】

(1)着装整洁(仪表,洗手、戴口罩),查对、向患者解释并告知以取得合作。

(2)签署三腔双囊管知情同意书。

(3)协助患者侧卧,颌下铺一治疗巾,用棉签清洁鼻腔。

(4)检查胃囊、食管囊充气情况并分别做标记。用液状石蜡润滑三腔双囊管前端和双气囊。

(5)协助术者将三腔双囊管经鼻腔缓慢插入至咽喉处(15cm)嘱患者做吞咽动作,插管至 55cm 时自胃管抽吸胃液。

(6)协助检查管端确在胃内,将胃囊注气 200~300ml,测量压力 50~70mmHg,轻轻外拉至遇阻力说明胃囊已压迫胃底。

(7)协助术者酌情将食管气囊充盈,一般注气 80~120ml,压力 30~40mmHg。

(8)严密监测生命体征和抽吸胃液。

(9)拉紧后用蝶形胶布将管固定在患者面部。

(10)协助患者平卧后,用绳线系于三腔双囊管尾端通过滑轮支架和重物牵拉床尾。牵引

方向与鼻孔平行。

(11)协助医师完成三腔双囊管操作。

(12)按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。

(13)记录插管结果(包括注气量、胃液量)及时间。

【操作流程】 着装→评估→备物→告知并解释→签署同意书→插胃管→检查确在胃内→注气→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)三腔双囊管压迫期间,每2小时抽吸胃液1次,每4小时测量气囊压力一次,24~48小时放气1次,放气时间一般为20~30分钟。严密监测生命体征及胃肠减压引流情况并做好记录。

(2)出血停止后,遵医嘱放松牵引或放去气囊气体,继续观察24小时,无继续出血后由医师决定拔管时间。

(3)气囊压迫一般3~4天,一般不超过10天。因压迫过久可使胃、食管黏膜因缺血而糜烂。

(4)拔管前,将气囊内余气抽净,遵医嘱给患者口服液状石蜡20~30ml,慢慢拔出三腔双囊管,用力不可过猛,防止撕脱黏膜引起再次出血。

(5)气囊压迫期间密切观察患者的变化,因胃囊充气不足,漏气或牵拉过大,会出现三腔双囊管向外滑脱,气囊压迫咽喉部,会导致患者呼吸困难甚至窒息,应立即放松牵引,放出气囊内的气体。

五、十二指肠引流术护理配合技术规范

【目的】 引出十二指肠液及胆汁进行检查以协助诊断肝、胆、胰腺、十二指肠等脏器的炎症、结石、寄生虫等疾病,同时可以注入药物达到直接治疗的作用。

【评估】 患者病情,意识状态,患者配合检查程度,积极做好术前准备,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 治疗碗1个(内放纱布1块,镊子1把)、十二指肠引流管1条、50ml注射器1支、无菌液状石蜡、无菌手套、治疗巾、弯盘、油布、纱布、夹子、pH试纸、硫酸镁、打火机和乙醇灯。另备试管。

【操作步骤】

(1)操作者洗手、戴口罩、着装整齐、佩戴胸牌。

(2)核对床号、姓名、床头卡。

(3)向患者解释检查目的、意义、方法、操作配合及注意事项。

(4)协助患者用消毒液漱口后,戴无菌手套,将消毒的十二指肠引流管经口插入胃内,把胃内容物全部抽出,注入温水50ml。

(5)嘱患者取右侧卧位,臀部垫高,每1~2分钟将引流管吞咽入约1cm,需30~60分钟可达十二指肠内,送入不可过快,以免引流管头端在胃内迂回。

(6)当第二标记(55~60cm)到达切牙以后,下送时应间断抽取少量液体,根据液体性质判断引流管头端位置,如呈淡黄色、较清澈、黏稠,酚红实验为红色时,表示管端已进入十二指肠内,若为黄色则示仍在胃中。

第一部分 专科护理技术操作规范

(7)当引流管的第三标记(75cm)已达切牙时,即可用胶布固定于面部,管外端置于床面之下,液体自然流出,根据需要留取各段引流液标本,标记清楚,及时送检。

(8)检查完毕,迅速拔出引流管。

(9)及时协助患者洗漱,协助患者休息

(10)整理用物,记录引流物性状、量、颜色

【操作流程】 着装→评估→签署知情同意书→术前准备→备物→告知并解释→经口插入十二指肠引流管→整理用物→记录→送检标本。

【注意事项】

(1)操作过程中,嘱患者勿将唾液咽下,以免影响检查效果。

(2)抽取胃液时,应将胃液全部抽出。

(3)如插管已达到规定的深度,仍不见碱性液体流出,说明引流管可能盘绕在胃中,可将引流管抽出少许,重新吞入。必要时肌内注射阿托品 0.5mg,以松弛幽门,或借助 X 线透视下协助插管。若经 3 小时仍未能进入十二指肠,则终止检查。

六、纤维结肠镜检查术护理配合技术操作规范

【目的】

(1)对原因不明的结肠出血、慢性腹泻,做纤维结肠镜检查明确诊断。

(2)结肠息肉需电凝切除者或结肠术后需复查者。

【评估】 患者病情、意识状态,患者配合检查程度,积极做好术前准备,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 常规消毒用治疗盘、纤维结肠镜、5ml 注射器 2 支、50ml 注射器 1 支、长棉棒、扩肛器、液状石蜡、手套、盛有固定液的标本容器、另备阿托品 0.5mg,地西洋 10mg

【操作步骤】

(1)操作者洗手、戴口罩、着装整齐、佩戴胸牌。

(2)核对床号、姓名,向患者解释检查的目的、意义、方法、操作配合及注意事项。

(3)协助患者取膝胸卧位或左侧卧位。

(4)协助术者行纤维结肠镜检查,指导患者张口深呼吸并协助患者仰卧。

(5)根据观察情况,协助术者摄像,取活检组织行细胞学等检查。

(6)插镜过程中,密切观察患者反应,及时给予行为配合指导,以减轻不适。

(7)检查完毕,尽量抽出积气,保持肛门清洁,观察 20~30 分钟患者无不适,送至病室休息。

(8)清洗,消毒结肠镜,整理用物。

【操作流程】 着装→评估→签署知情同意书→术前准备→备物→告知并解释→协助左侧卧位→纤维结肠镜检→整理用物→记录→送检标本。

【注意事项】

(1)检查结束后,嘱患者去厕所排气。

(2)当医师进行插入窥镜时(由于结肠壁较薄),应观察患者的脉搏、面色及有无剧烈腹痛如发现异常及时通知医师。

(3)操作前认真检查光源及线路是否正常。

(4)检查后2小时,可进少渣饮食,3天内不宜做灌肠检查,以防穿孔。

七、自体腹水浓缩回输术护理配合技术操作规范

【目的】 用于难治性腹水的治疗,减轻腹水患者的腹胀症状,减少因大量放腹水而造成的蛋白质丢失。

【评估】 病情及配合程度,询问病史、体格检查以排除禁忌证,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 基础治疗盘1套、腹水浓缩机1台、腹水浓缩器1副、动静脉血液管1根、一次性大静脉营养袋1~2个(3000ml)、无菌手套2副、无菌排气针头2个、一次性注射器(5ml)2个、洁净瓶塞1个、输液网套2个、治疗卡、5mg地塞米松1~2支,12500U肝素1支、500ml生理盐水2瓶。

【操作步骤】

(1)仪表端庄、服装整洁、备齐用物。

(2)告知患者操作目的及注意事项,签署自体腹水浓缩回输术知情同意书。

(3)核对患者床号、姓名,协助患者取舒适卧位。

(4)配合医师正确使用腹水浓缩机器。

(5)放腹水。

(6)腹水浓缩。

(7)协助医师完成自体腹水浓缩回输术操作。

(8)整理用物,洗手,做好记录。

【操作流程】 着装→评估→备物→告知并解释→签署同意书→准备仪器→放腹水→腹水浓缩→自体腹水回输→整理用物→洗手→记录→送检标本。

【注意事项】

(1)癌性腹水、血性腹水、食管胃底静脉曲张有活动性出血倾向或有出血史的患者、腹腔感染及心功能不全者为腹水回输的禁忌证。

(2)腹腔穿刺后的腹水标本送常规化验检查,白细胞 $<30/\text{ml}$ 方可进行回输。

(3)进行腹腔穿刺和腹水浓缩过程中应严格执行无菌操作。

(4)浓缩后的腹水不易放置过久以防污染和细菌生长繁殖,浓缩后的腹水应为浅黄色,如发现腹水颜色发黑,有絮状物、沉淀物时,应考虑被污染不能再回输给患者。

(5)给患者进行浓缩腹水静脉回输时应注意控制滴速,要严密观察病情,注意患者主诉,如有寒战、发热应立即停止腹水回输,按输液反应处理。

(6)在腹水浓缩过程中,腹水浓缩机下端引流瓶中的滤出液应及时清理。

八、胃液采集护理技术操作规范

【目的】 收集患者空腹及用刺激药后胃液标本测定胃液量、胃液酸度及pH,用于评定胃黏膜的分泌功能检查。

【评估】 患者病情,患者和家属的配合程度,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【准备用物】 无菌胃管、无菌手套、胶布、听诊器、5ml注射器1支、50ml注射器1支、负压吸引器、五肽胃泌素、液状石蜡、生理盐水、10ml注射器2支等。

【操作步骤】

(1)操作者洗手、戴口罩、着装整齐,佩戴胸牌。

(2)核对床号、姓名、床头卡。

(3)向患者解释检查的目的、方法、注意事项,取得合作。

(4)协助患者取坐位,术者戴手套,将消毒的胃管经鼻或口插入胃内 50~55cm 深度即可到达胃大弯黏液池。以 50ml 注射器接于胃管外端抽吸胃液(或以负压泵持续吸引),抽满后注入容器内,再接管继续抽吸。嘱患者变换体位(仰、侧、俯卧及坐位),尽量将胃内液体抽吸干净,然后拔管,密切观察患者反应。

(5)给予五肽促胃液素(或大剂量组胺)肌内注射,胃液分析,需于注药前留取 1 小时胃液(插管后最初抽出的胃液弃去),注药后继续留取 1 小时胃液。每 15 分钟胃液装一瓶,将上述 5 瓶胃液计量送检。

(6)协助患者漱口、洗脸。指导患者卧床休息。

(7)整理用物、洗手,记录胃液量、性质、颜色,观察患者反应。

【操作流程】 着装→评估→核对→解释→插入胃管→抽净胃液→注入五肽促胃液素→协助漱口→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)插管时注意观察病情变化,防止发生误吸。

(2)抽吸胃液时注意观察胃液颜色,如有血性液抽出立即停止操作,积极治疗。

第五节 肾内科护理技术操作规范

一、肾穿刺活检术护理配合技术操作规范

【目的】 通过肾穿刺获取活体标本,以明确病理诊断。

【评估】 患者对此项操作的认知程度,了解患者有无出血倾向,术前练习俯卧位,屏气 30 秒掌握情况,患者卧床饮水、排尿是否掌握,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 基础治疗盘 1 套、无菌纱布 3~5 块、肾穿刺针、一次性注射器、垫巾、饮水管、便盆、无菌手套、胶布、硬板床、B 超机、硬枕、纱布治疗卡。局部麻醉药、标本固定液。

【操作步骤】

(1)术前 1 天护士对患者进行肾穿刺活检术相关知识及注意事项的健康宣教。

(2)着装整齐,查对,向患者解释告知取得合作。

(3)签署肾穿刺术知情同意书。

(4)患者取俯卧位,腹下垫硬枕,将肾顶向背侧。

(5)穿刺点定位,消毒,铺无菌孔巾并逐层麻醉。

(6)B 超定位,穿刺取材。

(7)标本固定,送检。

(8)拔针压迫穿刺部位 2~3 分钟,覆盖纱布,压沙袋协助医师完成肾穿操作。

(9)穿刺后,去掉腹部垫枕,整理患者衣服,平车送患者回病房,将患者平移到床上。

(10)测量生命体征每 30 分钟 1 次,共测 4 次。询问患者有无腰痛、腹痛、心慌、恶心等不

适。

(11)嘱患者多饮水,防止出血后血凝块所致尿路梗阻,留取术后前3次尿液,观察有无肉眼血尿。

(12)术后绝对平卧4~6小时,24小时内尽可能卧床。术后24小时病情平稳无明显腰痛即可床边活动。

(13)每30分钟巡视患者1次,满足患者生活需要。

(14)按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。

(15)测量血压、脉搏并记录穿刺结果。

【操作流程】 着装→评估→解释→签字→卧位→配合麻醉→穿刺→标本送检→术毕卧床→指导→观察→整理用物→记录

【注意事项】

(1)术后1周内避免腰部、背部受力运动。

(2)1个月内不进行剧烈运动。

(3)半年内不从事重体力劳动。

(4)生命体征平稳可于术后6小时解除沙袋。

二、腹膜透析护理技术操作规范

【目的】 利用腹膜的半透膜功能,使透析液与腹膜毛细血管的血液之间进行物质交换,清除代谢产物与过多水分,纠正水电解质、酸碱紊乱,保持体内环境恒定。

【评估】 患者病情,测体重,做好环境准备,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 腹膜透析液1袋、一次性碘伏帽1只、管路架子2个、75%乙醇、输液架、台秤1架、塑料筐1个、清洁擦布1块、治疗卡。

【操作步骤】

(1)着装整洁(仪表,洗手、戴口罩),查对,向患者解释告知取得合作

(2)签署腹膜透析术知情同意书。

(3)带患者到专门的腹透房间,对于卧床患者,护士携用物至床旁。

(4)用消毒液擦拭操作台,从恒温箱中取出腹透液(37~38℃)用75%乙醇擦拭外包装,称重并记录。

(5)悬挂透析液,高于患者腹部50~60cm,将引流袋放于塑料筐内,置于低与患者腹部50~60cm的位置,夹闭入液管路。

(6)左手同时持短管和双联系接口,右手拉开接口拉环弃去,取下短管的碘伏帽弃去,迅速将双手联系系统与短管相连,连接时将短管口朝下,悬拧外管路至与短管完全密合。

(7)折断腹膜透析出口塞,打开入液路夹子5秒钟,观察腹透液流入引流袋,夹闭出液管道。

(8)打开短管开关,保持接口处无菌,开始引流,同时观察引流液是否浑浊,引流完毕,关闭短管开关。

(9)打开短管开关灌注腹透液,灌注结束后关闭短管开关,夹闭入液管路。

(10)取一次性碘伏帽,将短管与双联系统分开,将短管口朝下,旋拧碘伏帽至完全闭合,将短管妥善固定。

第一部分 专科护理技术操作规范

(11)腹透液按引流液处理方法进行消毒处理。按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。

(12)称量透出液,做好记录。

【操作流程】 着装→评估→查对→告知并解释→签署同意书→备齐用物→取透析液→连接管路→引流→灌注→整理用物→记录。

【注意事项】

(1)腹透液悬挂不宜过高,以防压力过大损伤腹膜。

(2)灌注时速度应慢,透析液温度适宜。

(3)如发现流出液浑浊或同时伴有发热、腹痛应立即通知医师,留取透析液标本送检,按医嘱进行相应处理。

(4)发现引流液中的絮状物或血块阻塞引流不畅时立即通知医师,遵医嘱给予肝素或尿激酶入腹透液,并保留 2 小时切记不可抽吸,以免将大网膜吸入腹透管微孔。

(5)胸、腹部大手术 3 天内,妊娠、肿瘤晚期的患者不宜做此项治疗。

三、血液透析护理技术操作规范

【目的】 清除体内多余水分及代谢废物(如尿素氮、肌酐等)或毒物,纠正水、电解质与酸碱平衡,以治疗急慢性肾衰竭和某些药物中毒等疾病。

【评估】 患者病情,测体重,做好环境准备,告知患者操作目的及注意事项并取得合作。

【用物准备】 基础治疗 1 套、止血带 1 根、输液管 1 根、网套 2 个、透析机 1 台、透析器 1 个、透析管路 1 套、16 号穿刺针 2 个、棉签数包、治疗巾 1 块、止血钳 4 把、一次性注射器(20ml)1 支、胶布 6 条、创可贴 2 个、棉球 2 个、弹力绷带 2 个、治疗卡。无菌生理盐水 4 瓶。

药物准备:抗凝药(肝素 1 支或低分子肝素 1 支,A、B 透析液)。

【操作步骤】

(1)着装整洁(仪表,洗手、戴口罩),查对。向患者解释告知取得合作。

(2)签署血液透析术知情同意书。测体重,取仰卧位。

(3)开机:连接 A、B 透析液,机器自检后预冲状态。

(4)连接透析器及管路,用生理盐水预冲透析管路每个环节、排尽空气;连接空气、静脉压等监测器。

(5)患者取仰卧位,选择内瘘及静脉穿刺点,铺治疗巾,常规消毒,穿刺、固定,静脉推注首剂肝素。

(6)连接动静脉穿刺针,固定。打开夹子开泵,将血引至静脉壶时关泵。以止血钳夹住静脉管,排尽空气,并接静脉穿刺针,打开夹子,钳子固定,打开静脉压监测夹子,开泵,将血流速由小到大逐渐调至 50~100~150~200ml/min,遵医嘱设置治疗数据。

(7)监测:治疗时间遵医嘱,通常为 3~5 小时。

(8)术毕消毒穿刺针点,拔出穿刺针,动静脉穿刺点以创可贴敷盖,上置棉球,并以弹力绷带加压固定 30 分钟,测体重。

(9)整理用物,按规定将用过的垃圾分类放入垃圾袋内,洗手。

(10)每小时测血压、脉搏,观察病情变化并记录。

【操作流程】 着装→评估→核对→解释→签署同意书→仰卧位→开机自检→连接管路→

穿刺→设置参数→监测并记录→测体重→整理用物→洗手→测量血压、脉搏→记录。

【注意事项】

- (1)严格执行无菌操作。
- (2)严密观察意识、血压、脉搏、体温变化,注意有无低血压、发热、高血压及心律失常。
- (3)观察透析器及管路有无凝血、漏血,穿刺部位有无渗血,穿刺针脱落。
- (4)透析结束回血时,全程用生理盐水回血,禁止打开气泡监测夹子,严防空气进入体内。
- (5)无肝素透析患者,平均每20~30分钟用100~200ml生理盐水冲洗管路,观察管路有无凝血现象,如果凝血严重,需立即结束透析。
- (6)在透析过程中,除特殊医疗外,尽量不输血液制品或黏稠度较高的液体,防止阻塞透析器,造成凝血现象。

第六节 内分泌、血液内科护理技术操作规范

一、血糖监测护理技术操作规范

【目的】 快速方便的监测血糖,为控制血糖提供依据。

【评估】 患者手指皮肤黏膜是否完整、有无瘢痕、有无局部感染情况,患者合作程度,血糖试纸的有效期,试纸是否与密码相符,血糖试纸的插口处是否污染,解释告知并取得合作。

【用物准备】 血糖监测仪、匹配的血糖试纸、采血笔、采血针或一次性安全锁卡式采血针、75%乙醇棉签、干棉签、治疗卡。

【操作步骤】

- (1)着装整洁(仪表、洗手、戴口罩),查对,向患者解释告知取得合作。
- (2)确认患者是否符合空腹或餐后2小时血糖测定要求,指导患者长期监测血糖方法。
- (3)患者取舒适体位,温水洗手,使手臂下垂10~15秒。
- (4)根据要求把采血针头装入采血笔备用或备一次性安全锁卡式采血针。
- (5)打开血糖仪,插入或调试代码与将要使用的试纸瓶上代码完全一致,并出现滴血标识。
- (6)消毒手指尖侧面,待干,将采血笔或一次性安全锁卡式采血针固定在手指采血部位按中间按钮,将一大滴血滴入或吸入试纸试孔待全部滴或吸满,足够量的血正确滴入或吸入后,待屏幕上显示血糖的测定值。使手指向上用无菌干棉签按压采血部位。
- (7)从血糖仪中取下用过的试纸,关闭血糖仪。
- (8)按规定将用过的材料分类放入医疗垃圾袋内。
- (9)洗手,把血糖结果记录在血糖监测记录单上。

【操作流程】 着装→评估→核对→解释→装采血针→调代码→插入试纸→检测→关闭血糖仪→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)当仪器出现 NOTENOUGH BLOOD RETEST,表示血量太少需重新采血。
- (2)手不要接触测试孔,瓶装试纸应盖紧。防止氧化。
- (3)血糖仪用后消毒处理(用棉棒或软布用清水清洁仪器,不可用酒精擦拭)。
- (4)试纸应保持干燥,不可长时间暴露空气中,也不可沾染乙醇等液体。

(5) 针头刺破指尖面侧后不要过度挤压滴血, 以免影响检测结果。

二、胰岛素泵使用护理技术操作规范

【目的】 模拟人体胰腺分泌功能, 全面有效的降低高血糖水平, 从而达到控制糖尿病的目的。

【评估】 患者及家属对此项治疗目的的认识程度, 机器性能, 患者血糖水平, 解释告知并取得合作。

【用物准备】 治疗盘内盛: 胰岛素泵、储药器、输注导管、弯盘、胰岛素注射液、无菌胶贴、75%乙醇、碘伏、无菌棉签。必要时备胰岛素泵专用枪。

【操作步骤】

(1) 核对姓名、床号, 解释应用胰岛素泵目的, 取得配合。

(2) 洗手, 戴口罩, 备齐用物。

(3) 正确安装胰岛素泵及各部件。安装好胰岛素及输注导管, 排尽输注导管内的空气, 根据医嘱调节基础率或餐前大剂量。

(4) 携用物至病床旁, 取脐周 5cm 以外不影响穿衣服的部位, 常规消毒, 待干。

(5) 将输注针头刺入消毒部位皮下, 用无菌胶贴固定, 并注明穿刺时间。

(6) 检查胰岛素泵是否在工作状态。

(7) 将胰岛素泵妥善固定在患者皮带或腰带上。

(8) 向患者说明应用胰岛素泵后的注意事项, 必要时告知患者饮食能量计算方法。

(9) 整理床单位及用物, 询问患者需要。

(10) 洗手, 记录应用胰岛素泵的时间。

【操作流程】 着装→评估→核对→备物→再核对→安装调试→消毒→注射→固定胰岛素泵→告知患者→整理→洗手→记录。

【注意事项】

(1) 严格执行无菌操作原则, 预防感染。

(2) 根据医嘱调整基础量或餐前大剂量, 每日检查并核对。

(3) 经常检查输注导管是否通畅, 发现问题及时解决。

(4) 应用胰岛素泵时应避开瘢痕和硬结部位, 以免影响药物吸收。

(5) 定时为患者监测血糖, 血糖过高或过低及时通知医师。

(6) 经常巡视, 防止输注针脱落。

(7) 观察穿刺部位皮肤有无红肿并及时更换输注针头及无菌胶贴。

三、胰岛素笔使用护理技术操作规范

【目的】 用于注射胰岛素, 确保其注射剂量准确, 有效地减轻注射部位疼痛。

【评估】 患者及家属对此项治疗目的的认识程度, 正确安装胰岛素笔及各配件(笔、笔芯、针头), 解释告知并取得合作。

【用物准备】 治疗盘内盛: 75%乙醇、棉签、胰岛素笔、针头、笔芯、弯盘、注射单。

【操作步骤】

(1) 核对、解释。

- (2)洗手,戴口罩,正确安装胰岛素笔及各配件(笔、笔芯、针头)。
- (3)调试胰岛素笔,确保注射前胰岛素已处于针尖备用的注射状态。
- (4)准确调节注射剂量,准备注射。
- (5)选择注射部位,消毒皮肤、待干。
- (6)再次核对床号、姓名、注射剂型及剂量,实施注射。捏起注射部位皮肤垂直或倾斜 45° 进针,缓慢完全按下注射推键,并将针头保留在皮下6~10秒,在缓慢拔出针头之前,一直紧按注射推键不放松。
- (7)注射结束,套上外针帽,取下针头,妥善处理废针头及用物。
- (8)洗手,记录注射时间并签名,告知患者按时进餐。

【操作流程】 着装→评估→核对→备物→再核对→安装调试→消毒→注射→整理→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)严格执行无菌技术操作。
- (2)胰岛素剂型及剂量必须准确无误
- (3)注射完毕,至少停留6秒以上拔针。
- (4)每次注射之前,排尽空气(预混胰岛素应先摇匀再排尽空气)。
- (5)注射之后,应检查剂量显示窗,确认读数已回0。
- (6)注射悬浮型胰岛素制剂时,如在笔芯架的显示窗可见笔芯橡皮活塞,不再进行注射,应及时更换笔芯。

四、口服葡萄糖耐量试验护理技术规范

【目的】 利用口服葡萄糖可刺激胰岛B细胞引起胰岛素释放增加,从而可反映B细胞的功能状态,对糖尿病的诊断、分型及治疗有一定价值。糖尿病疑似者确诊,糖尿病高危人群均应做口服75g葡萄糖耐量试验(OGTT),进一步明确诊断。

【评估】 患者年龄、病情、合作程度等,告知试验的目的、性质及注意事项并取得合作。

【用物准备】 基础治疗盘1套、垫巾1块、止血带1根、胶贴1包、一次性采血针5支、一次性生化采血管5个、治疗卡。75g葡萄糖粉或50%葡萄糖溶液150ml,儿童为每千克体重1.75g、总量不超过75g。

【操作步骤】

- (1)着装整洁(仪表,洗手、戴口罩),查对,向患者解释告知取得合作。
- (2)禁食至少10小时,清晨进行试验。试验前3天每日进食糖类量不可少于200g(生重)。
- (3)空腹抽静脉血,测血糖。
- (4)75g葡萄糖溶于200ml水中或50%葡萄糖溶液150ml加水150ml,从喝第一口糖水开始计时,于3~5分钟内饮完。
- (5)于服糖后30分钟、60分钟、120分钟、180分钟取静脉血测血糖。
- (6)标本注明时间顺序,及时送检,准确记录,告知患者进食。
- (7)按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。

【操作流程】 着装→评估→解释→禁食→抽血→口服糖水→分别抽血→标本送检→整理

用物→洗手。

【注意事项】

- (1) 饮糖水后诱发呕吐终止试验,试验过程中避免剧烈活动,保持情绪稳定,禁止吸烟。
- (2) 试验过程中停服一切药物,试验后方可进食。

五、骨髓穿刺术护理配合技术规范

【目的】

- (1) 观察骨髓内细胞形态及分类,以协助诊断血液系统疾病,做骨髓细菌培养或涂片。
- (2) 败血症或某些传染病需骨髓细菌培养及涂片检查某些寄生虫病。
- (3) 用于骨髓移植时骨髓采集,恶性肿瘤骨髓转移。

【评估】 患者生命体征及配合能力,检测患者有无出血倾向,向患者解释告知取得合作。

【用物准备】 基础治疗盘 1 套、骨髓穿刺包、无菌手套、一次性注射器(5ml 和 20ml)各 1 支、治疗巾、清洁干燥玻片 6~8 片、推片 1 张;如做骨髓培养另备细菌培养瓶、乙醇灯、火柴、治疗卡。局部麻醉药 2%利多卡因。

【操作步骤】

- (1) 着装整洁(仪表、洗手、戴口罩),查对,向患者解释告知取得合作。
- (2) 签署骨髓穿刺术知情同意书。
- (3) 协助患者取适当体位。如在胸骨及髂前上棘穿刺取仰卧位,在髂后上棘及棘突穿刺取俯卧位,腓骨穿刺取侧卧位。
- (4) 选择髂前上棘穿刺点、髂后上棘穿刺点、胸骨穿刺点。
- (5) 暴露穿刺部位,协助术者打开骨穿包,戴无菌手套。配合常规消毒皮肤,铺无菌孔巾。用 2%利多卡因局部麻醉。
- (6) 术者穿刺,抽吸骨髓,涂片。
- (7) 按压穿刺点,用无菌敷料覆盖固定。血小板减少者至少按压 3~5 分钟,并注意观察穿刺部位有无出血。术毕协助医师完成骨髓涂片操作。
- (8) 按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,清洗穿刺针,洗手。

【操作流程】 着装→评估→核对→解释→签署同意书→体位→选择部位→消毒→局麻→穿刺→包扎→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】 保持局部干燥,避免感染,若局部出现触痛和发红,可能是感染的征象,应及时处理。

六、¹³¹碘吸收试验护理技术规范

【目的】 用甲功仪体外测量口服碘口服液后 2 小时、4 小时、24 小时甲状腺摄¹³¹碘率,判断甲状腺功能。

【评估】 患者年龄、病情、合作程度、了解试验的性质等,向患者解释告知取得合作。

【用物准备】 测碘仪;碘口服液。

【操作步骤】

- (1) 操作者洗手、戴口罩、着装整洁、佩戴胸牌。
- (2) 核对床号、姓名、床头卡。

- (3)向患者说明试验的目的、方法、注意事项、取得患者合作。
- (4)指导患者空腹服碘 2~10 单位,同时计时。
- (5)服碘后 3 小时及 24 小时各测验吸碘率 1 次,必要时 6 小时加测 1 次,根据测得的数据描绘吸碘率曲线,并判断结果。
- (6)按规定将用过的材料分类放入医疗垃圾袋内,洗手。
- (7)洗手,记录试验过程。

【操作流程】 着装→评估→核对→备物→解释→指导服碘→计时→分别测验→记录→描绘曲线。

【注意事项】

- (1)试验前 3 个月禁做碘造影试验,停用抗甲状腺药物、皮质类固醇、对氨水杨酸、促甲状腺激素、碘胺药及避孕药等。
- (2)试验前 1 个月禁食含碘高的食物,试验前 1 天晚饭后禁食。

七、螺内酯试验护理技术操作规范

【目的】 本试验有助于醛固酮增多症的诊断。

【评估】 患者一般情况及配合情况,对试验的原理、方法、注意事项熟知程度,向患者解释告知取得合作。

【用物准备】 基础治疗盘 1 套、垫巾 1 块、止血带 1 根、胶贴 1 包、一次性采血针 10 支、一次性生化采血管 10 个、干燥尿管若干、血压计、听诊器、储尿罐及量杯各 1 个,螺内酯片。

【操作步骤】

- (1)操作者洗手、戴口罩、着装整洁、佩戴胸牌。
- (2)查对床号、姓名,向患者解释操作目的,取得合作。
- (3)给患者食用固定饮食(每日饮食含钠 160mmol、钾 60mmol)7~14 天,饮用纯净水。
- (4)食用固定饮食的第 3 日留取 24 小时尿查钾、钠、氯。
- (5)第 4 日晨采血查钾、钠、氯及二氧化碳结合力(或血气分析)1 次。
- (6)从第 4 日起,遵医嘱每日口服螺内酯片 60~80mg,1 次/6 小时,隔 2~4 天测定 24 小时尿钾、钠、氯和血钾、钠、氯及二氧化碳结合力 1 次。
- (7)对照期及实验期每日早、晚各测量血压 1 次并记录。
- (8)按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内。
- (9)洗手,记录试验过程。

【操作流程】 着装→评估→核对→解释→签署同意书→备物→固定饮食→留尿→采血→口服螺内酯→检验→测血压→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)留取 24 小时尿查钾、钠、氯时,需加甲苯 10ml 防腐,并注意准确记录 24 小时尿量。
- (2)试验前向患者解释试验目的、吃固定饮食意义,以取得其配合,要求所配给的饮食全部吃完,不随便增加其他食物。
- (3)按医嘱服药及测量血压,并做好记录。
- (4)试验期间如螺内酯服至每日 320mg,血钾仍无明显反应,遵医嘱增加剂量和延长试验时间,但大剂量长期服用螺内酯男性可引起乳腺发育,女性可引起月经紊乱,应注意观察。

第七节 小儿内科护理技术操作规范

一、小儿颈外静脉穿刺采血护理技术操作规范

【目的】 用于3岁以下婴幼儿和肥胖儿童血标本的采集。

【评估】 患儿心、肺功能以及凝血情况,观察颈静脉充盈情况,评估患儿合作程度,向患儿家属解释告知取得合作。

【用物准备】 治疗盘内放置:碘伏、无菌棉签、采血试管、化验单、5ml注射器1~2个、棉垫1块。

【操作步骤】

- (1)洗手、戴口罩、备齐用物,携至患儿床旁,合理放置用物。
- (2)核对床号、姓名、化验单、采血试管;将患儿抱至床边。
- (3)向家长做好解释工作。
- (4)检查注射器有无过期,包装是否完好,取出注射器,检查有无漏气、损伤。
- (5)助手将患儿仰卧于床边,头偏向一侧,将棉枕垫于其肩下,助手面向患儿,用双臂按住患儿躯干及上肢,一手扶头一手扶肩,暴露颈外静脉。
- (6)操作者站在患儿床头,再次进行核对。
- (7)常规消毒患儿穿刺部位皮肤6~8cm,待干,重复消毒,左手绷紧欲穿刺部位皮肤下方,右手持注射器沿颈外静脉平行穿刺,见有回血后左手放松皮肤,固定针管,右手抽针栓取足血量,左手以无菌棉球轻压穿刺处同时快速拔出针头,助手按压穿刺部位5分钟或直至不出血为止。按压时切勿按压颈动脉窦。
- (8)操作者将血液缓慢注入试管内,进行第3次核对。
- (9)观察穿刺部位有无出血,协助其坐起,取舒适体位。
- (10)清理用物,洗手记录,将血标本连同化验单及时送检。

【操作流程】 着装→评估→核对→卧位→消毒→穿刺→取标本→再次核对→整理→洗手→记录→送检。

【注意事项】

- (1)严格执行查对制度及无菌操作规程。
- (2)密切观察患儿面色及呼吸情况,发现不适立即停止操作。
- (3)穿刺颈静脉时,不可过分压迫及弯曲颈部,头、肩、颈应处于同一水平位。
- (4)婴幼儿抽取血液应慢慢抽吸,抽吸过快更难抽出血液。
- (5)严重的心肺疾患者,有出血倾向者,垂危患儿以及新生儿均不宜用此法。

二、婴幼儿股静脉穿刺采血护理技术操作规范

【目的】 用于早产儿、新生儿及不易从四肢静脉和颈外静脉进行静脉穿刺采血的婴幼儿血标本的采集。

【评估】 患儿病情、凝血情况、穿刺处周围皮肤情况、患儿合作程度,向患儿家属解释告知取得合作。

【用物准备】 碘伏、无菌棉签、弯盘、采血试管、化验单、5ml 注射器 1~2 个、棉垫。

【操作步骤】

(1) 核对, 向家长做好解释, 并做好会阴部的清洁准备。

(2) 洗手, 戴口罩, 备齐用物, 携用物至患儿床旁, 再次核对床号、姓名、检验项目、所需血量及合适试管。再次向家长解释。

(3) 患儿取仰卧位, 脱去一侧裤腿, 用尿布覆盖会阴部位, 大腿下垫一棉垫, 将患儿两腿分开成蛙状, 助手固定患儿, 操作者站立于穿刺侧, 在患儿腹股沟中、内 1/3 交界处, 用左手示指触摸股动脉搏动, 用碘仿消毒操作者左手示指及患儿穿刺部位皮肤, 待干。

(4) 检查注射器包装是否完好, 有无漏气, 取出注射器。

(5) 再次核对床号、姓名、检验项目、所需血量及合适试管。

(6) 再次消毒操作者左手示指及患儿穿刺部位皮肤, 待干, 用左手示指触摸股动脉搏动后, 右手立即持注射器呈 45° 刺入搏动点内侧 0.5cm 处, 一般刺入 2~5cm 后向上提针, 并同时抽吸见有回血时, 立即停止提针, 左手固定并抽足所需血量, 拔出针头。

(7) 由助手按压穿刺部位 2~3 分钟或直至不出血为止并观察局部有无出血。

(8) 操作者立即将血液注入试管中, 再次仔细核对。

(9) 整理患儿衣裤, 包好包被。

(10) 收拾用物, 整理床单位, 询问家长有无需要。

(11) 洗手, 摘下口罩, 并登记标本送检。

【操作流程】 着装→评估→核对→解释→再核对→卧位→再消毒→穿刺→采血→再次核对→整理用物→洗手→记录→送检。

【注意事项】

(1) 严格执行查对制度及无菌技术操作规程。

(2) 病情危重, 虚弱患儿慎用, 在操作中注意观察患儿面色、神志、呼吸。

(3) 有出血或凝血功能障碍者禁用此法, 以免引起内出血。

(4) 穿刺处严格消毒皮肤, 并遮盖尿道口, 防止尿液污染。

(5) 进针部位准确, 避免误伤动脉, 如误入动脉, 应立即拔出针头, 按压穿刺处至出血停止。

三、鼻饲喂乳护理技术操作规范

【目的】 为病情严重、口腔疾患、吸吮及吞咽能力较弱的早产儿, 不能经口进食者提供所需营养。

【评估】 患儿日龄, 既往残留食物情况, 确定所需奶的种类、奶量、间隔时间, 患儿既往有无呕吐、窒息, 鼻腔、口腔黏膜有无受损、炎症。向患儿家属解释、告知取得合作。

【用物准备】 奶液、奶牌、温开水、无菌持物镊、治疗巾、治疗碗、棉签、胶布、婴儿胃管、10ml 注射器、弯盘、听诊器、剪刀、手电筒、压舌板、盛有清水的水杯、治疗盘。

【操作步骤】

(1) 核对。

(2) 更换尿布, 洗手, 戴口罩。

(3) 将配制好的奶液及其他用物携至床旁。若为母婴同室的患儿还应做好对患儿家属的

解释工作。

(4)核对患儿床号、姓名、住院号及奶牌。

(5)患儿取仰卧位,垫治疗巾于颌下,备好胶布。

(6)检查鼻腔或口腔黏膜有无炎症、受损,清洁鼻腔。

(7)检查一次性胃管有无漏气、过期,测量长度做好标记。

(8)戴手套,右手持镊夹住胃管,左手托住胃管,注意无菌操作原则,沿一侧鼻孔缓慢插入。插管过程中要密切观察患儿有无呛咳、呼吸困难、发绀,如有异常,立即拔管,暂停片刻后重新缓慢插入。插到标记长度时,用胶布固定胃管于口周及耳部。

(9)检查胃管有无盘绕口腔中,并确定胃管进入胃内。

(10)再次核对患儿床号、姓名、住院号及奶牌。

(11)测试奶液温度。滴1~2滴奶液于前臂下段内侧,以温热不烫皮肤为宜。

(12)用10ml注射器抽吸奶液缓慢注入,完毕后注入2ml温开水。将胃管尾端固定在合适部位。

(13)使患儿右侧卧位或头偏向一侧,注意观察有无呕吐和溢奶现象。

(14)整理床单位。

(15)处理用物。洗手并记录进奶量。

【操作流程】 着装→评估→核对→备物→鼻饲前准备→插胃管→鼻饲→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)鼻饲的患儿每日做好口腔护理,每日更换鼻饲注射器。每周更换胃管1次,并从另一侧鼻孔插入。

(2)插管时动作轻柔,鼻饲速度应缓慢、均匀,奶液温度适宜。

(3)每次鼻饲前要检查胃管是否在胃内,抽吸残留奶液并做好记录,喂奶后注入少许温开水。

四、儿科约束法护理技术操作规范

【目的】

(1)保证患儿安全防止意外发生。

(2)便于诊疗护理操作顺利进行。

【评估】 患儿身体状况,家长对操作的理解程度,向患儿及家长解释、告知取得合作。

【用物准备】 根据患儿约束部位准备用物、治疗卡;全身约束(凡能包裹患儿全身的一切物品,如大毛巾、毛毯、大单等。手足约束法:手足约束带或纱布棉垫与绷带)。

【操作步骤】

(1)着装整洁、进行查对。备齐用物,带至床旁,向患儿及家长告知并解释操作目的、注意事项以取得合作。

(2)安抚患儿,避免引起患儿情绪不安。

(3)全身约束法:①将大单平整折成自患儿肩部至踝部的长度将患儿仰卧于中间;②用近护士侧大单经患儿胸腹部包紧其同侧上肢、躯干和双下肢,从患儿对侧腋窝处整齐地掖于身下,再将大单的另一侧包裹手臂及躯干紧掖于靠护士一侧身下。绷带围绕双臂打活结系好,松

紧适宜。

(4)手足约束法。患儿平卧,姿势舒适,用约束带打成死结,套在手腕或足踝部,以棉垫衬垫,松紧以插入两指为宜。另一端系在床栏上。

(5)整理患儿床单位。按规定将用过的材料分类放入垃圾袋,洗手。

(6)记录约束时间及部位,并交接班。

【操作流程】 着装→评估→核对→备物→解释→约束→整理用物→洗手→记录→交接班。

【注意事项】

(1)使用约束带过程中要经常更换体位。

(2)严密观察局部皮肤血液循环状况,避免皮肤受损,必要时局部按摩或加衬棉垫。

(3)约束期间保证肢体处于功能位,保持适当的活动度。

(4)长时间约束者,每2小时松解1次,并活动肢体。

(5)双套结在使用中易造成血液循环障碍。改用死结保证约束带松紧适宜。

第八节 精神科护理技术操作规范

一、电休克治疗(ECT)的护理技术操作规范

【目的】

(1)电休克治疗是一种利用短暂适量的电流刺激大脑,引起患者短暂的意识丧失和全身性抽搐发作,以达到控制精神病症状的一种治疗方法。

(2)配合医师完成电休克治疗的护理。

【评估】

(1)询问患者身体状况,了解患者既往有无中枢神经系统疾患及严重躯体并发症,有无严重骨关节病、视网膜脱落、青光眼、全身感染性疾患。

(2)测量生命体征,评估患者生命体征是否在禁忌范围内。

(3)评估患者的营养状况、年龄。

(4)告知患者电休克治疗的目的、方法、注意事项,取得患者配合。

【用物准备】 电疗机、治疗床、头枕及胸枕各1个、盐水或导电胶、毛巾、牙垫、约束带、氧气、吸痰器、简易人工呼吸机、开口器、舌钳、阿托品、洛贝林、抢救用药等。

【操作步骤】

(1)洗手、戴口罩。

(2)治疗前护理

①向家属告知进行治疗的必要性、疗效、可能出现的不良反应和风险,取得家属的知情同意;

②向患者解释治疗的意义、方法和效果,以解除患者的误解和顾虑,取得患者的合作;

③治疗前详细了解病史,进行全面体格检查;

④治疗前4小时禁食、水,防止治疗中出现呕吐引起吸入性肺炎;

⑤延后(患者完全清醒后或ECT术后2小时)服用晨间口服药物;

- ⑥测量生命体征并记录,生命体征有异常者报告医师暂停治疗;
- ⑦遵医嘱于治疗前 15 分钟皮下注射阿托品 0.5~1.0mg、洛贝林 0.3mg;
- ⑧嘱患者排空大小便,防止患者痉挛发作时便溺于床上;
- ⑨协助患者取下活动性义齿、眼镜、发卡,防止痉挛时异物坠入气管或发生外伤。

(3)治疗时护理

- ①协助患者仰卧于治疗床上,四肢自然伸直,尽量放松;
- ②松解患者的领扣和裤带,以免影响呼吸;
- ③在患者颈部及肩胛骨下方各置一硬枕,使脊柱伸张;
- ④将牙垫置于患者上、下臼齿之间,嘱其咬紧,以免痉挛发作时损伤齿、唇、舌;
- ⑤将生理盐水或导电胶涂于患者两侧颞部,以免皮肤灼伤;
- ⑥治疗时 4 名护士立于患者两侧,分别保护患者两侧的肩、肘、髌、膝关节等处,患者痉挛时随着患者的抽动自然按扶,以防骨折、脱臼或肌损伤;

⑦患者痉挛停止后,迅速撤出患者肩胛下方的枕头,将头部侧转,使口腔分泌物自动流出,观察患者自主呼吸恢复情况。若患者自主呼吸恢复不好,遵医嘱给予呼吸兴奋药、吸氧、人工呼吸等抢救措施;

⑧患者的自主呼吸和睫毛反射恢复后,擦去导电胶及口角分泌物,取出牙垫,检查口腔情况,将患者送回病房休息。

(4)治疗后护理

- ①回病房后,协助患者平卧头偏向一侧,以利于口腔分泌物流出,预防吸入性肺炎;
- ②专人守护患者,若出现兴奋躁动,给予保护性措施,患者意识未完全清醒前,勿让其下床活动,严防摔伤;
- ③注意观察脉搏、呼吸、血压,发现异常及时报告医师急救处理;
- ④观察牙齿有无松动,口、唇、舌有无外伤,完全清醒后下床活动时注意观察肢体活动情况,如有问题及时报告医师并做处理;
- ⑤患者完全清醒后协助患者进食、服药。若患者入睡,不可唤醒急于进食,以免发生噎食。若患者出现恶心、呕吐,应取侧卧位,可暂不进食,严重者给予对症处理;
- ⑥如患者有大小便失禁,应及时为患者更换衣裤;
- ⑦个别患者苏醒后可有记忆力减退、定向障碍,有时会找不到自己的床位等,应帮助患者料理个人生活,防止发生意外。

(5)告知患者电休克治疗的目的、方法、注意事项,取得患者配合。

【操作流程】 着装→核对→评估→备物→核对→告知、解释→再核对→治疗前准备→ECT 操作→整理用物→ECT 后观察、护理→记录→交接班。

【注意事项】

- (1)治疗前 4 小时禁食、水。
- (2)嘱患者排空大小便,穿宽松内衣,取下眼镜、活动义齿、发卡。
- (3)严格执行查对制度,防止差错。
- (4)治疗期间保证患者营养,增强体质,提高患者对治疗的耐受性。

二、无抽搐电休克治疗(MECT)的护理技术操作规范

【目的】

(1)应用肌松弛药与麻醉药,使患者在麻醉状态下接受治疗。每次治疗是通过给人体一个短时间限量电流刺激,在脑内诱发一次癫痫发作,这种发作会使人体内发生某些生物学变化,从而使精神症状减轻甚至消失。

(2)配合医师完成无抽搐电休克治疗的护理。

(3)因肌松药可引起心血管和肺部并发症,故患有心血管及呼吸系统疾病的患者慎用。

【评估】

(1)询问患者躯体情况,了解患者有无心血管及呼吸系统疾病。

(2)测量生命体征,评估患者生命体征是否在正常范围内。

【用物准备】 治疗床、无抽搐电休克机、心电监护仪、麻醉机、氧气、牙垫、吸痰器、喉镜、气管插管、导丝、一次性电极、通电用电极片2个、头带1条、压舌板、开口器、舌钳,丙泊酚注射液200mg、硫酸阿托品1mg、氯琥珀胆碱注射液100mg、0.9%氯化钠500ml,输液器、三通管、抢救用药等。

【操作步骤】

(1)洗手、戴口罩。

(2)治疗前护理:与电休克治疗前护理相同,不同之处如下

①治疗前禁食禁水时间一般为6~8小时,因治疗时给患者行基础麻醉,禁食禁水时间短有可能使患者将呕吐物吸入气管而导致不良后果。

②治疗前要备好牙垫、麻醉药品及无抽搐电休克机、心电监护仪、麻醉机。

(3)治疗时护理

①协助患者仰卧于治疗床上,安抚患者,减轻焦虑、恐惧,四肢自然伸直,尽量放松。

②松解患者的领扣和裤带,以免影响呼吸。

③将血氧探头夹于患者右手中指上。

④0.9%氯化钠打开静脉通路,确定穿刺成功,针头在血管内,遵医嘱静脉依次注射硫酸阿托品1mg、丙泊酚注射液静脉注射5ml左右给氧气吸入,到患者睫毛反射迟钝或消失,呼之不应,推之不动为止。静脉滴注0.9%氯化钠2ml后,氯琥珀胆碱1ml(50mg)以注射用水稀释到3ml快速静脉注射(10秒钟注完)。

⑤协助医师将牙垫置于患者上、下臼齿之间,以保护牙齿、唇、舌。

⑥停止供氧。经静脉给药后通电治疗,立即协助医师紧托患者下颌头后仰,当脸面部和四肢肢端抽搐将结束时加压人工呼吸、供氧,直至自主呼吸完全恢复,拔除静脉针头,将患者送回观察室,专人监护。

(4)治疗后护理

①维持呼吸道通畅,将患者头偏向一侧,仔细观察有无呼吸道阻塞或呼吸困难;

②治疗后专人监护,防止患者在意识障碍过程中坠床和跌伤;

③监测呼吸、脉搏直到意识完全清醒;

④意识恢复2小时后护士协助服药并进流食或半流食,防止出现吞咽困难;

⑤注意观察静脉注射部位,如出现肿胀、瘀斑遵医嘱给予外敷。

(5)指导患者

①告知患者无抽搐电休克治疗的目的、方法、注意事项,取得患者配合;

②指导患者治疗2小时后进流食或半流食,不要急于下床活动。

【操作流程】 核对→评估→备物→告知、解释→再核对→治疗前准备→MECT操作→整理用物→治疗后观察、护理→指导→记录→交接班。

【注意事项】

(1)治疗前6~8小时禁食、水、药。

(2)治疗前排空大小便、穿宽松内衣、取掉眼镜、活动义齿、发卡及各种饰品。

(3)严格执行查对制度,防止差错。

(4)严防药液外漏,造成局部组织坏死。

(5)治疗期间保证患者入量,以增加患者对治疗的耐受性。

三、约束带的使用护理技术操作规范

【目的】

(1)控制患者危险行为的发生(如自杀、自伤、极度兴奋冲动、毁物、有明显攻击行为),避免患者伤害他人或自伤。

(2)意识障碍、谵妄、躁动的患者防止坠床。

(3)对治疗护理不合作的患者保证治疗得以实施。

【评估】

(1)患者病情(有无自杀、自伤、冲动伤人、毁物倾向)。

(2)对治疗护理依从性。

(3)意识状态和肢体活动。

【用物准备】 约束带2~4条,必要时备胸带1条,准备好需要肌肉注射和静脉输液的药物。

【操作步骤】

(1)患者安置在指定房间。

(2)查对保护性约束医嘱及家属知情同意书。

(3)携用物至床旁,核对患者姓名,做好解释工作(使用约束带的目的)尽量争取患者配合。

(4)根据患者情况,选择约束部位(常用部位为腕、踝关节),患者平卧,护士立于患者两侧,将约束带叠“8”字环套,再对折或双套结,将套结套在约束部位,再打一个结,使手脚不易脱出。首先约束双上肢手腕,必要时约束双下肢踝关节,四肢约束后患者处于舒适的功能位。必要时加用胸带1条。将约束带固定于床上。

(5)约束部位应放衬垫、松紧适宜(能放进1或2横指为宜)、血供良好。

(6)约束操作时用力不要过猛,避免患者受伤。

(7)整理床单元,注意保暖。

(8)指导患者:①讲解住院治疗的必要性,帮助患者稳定情绪;②保护性约束的目的、方法、持续时间。

【操作流程】 着装→核对→备物→评估→再核对→解释→约束→整理用物→记录→交接班。

【注意事项】

(1)约束带的使用一定要在护士的监护之下,并保证被约束患者不受其他患者的伤害,防止自行解开或被其他患者解开约束带而发生危险。

(2)加强巡视,每15分钟巡视1~2次,观察患者约束部位血液循环情况及松紧度,定时更换体位,或每2小时活动肢体1次,夜间患者入睡解除约束。

(3)做好被约束患者的生活护理,保证入量,协助大小便,保持床铺清洁干燥。

(4)交班记录完整(约束的原因、时间,约束带的数目、约束部位、肢体情况、解除约束时间、配合情况)。

四、噎食的急救护理技术操作规范

【目的】 清除梗塞于咽部的食物,保持呼吸道通畅,缓解呼吸困难。

【评估】

(1)患者病情、精神科药物不良反应的知晓程度。

(2)患者进食能力、方式和安全性。

(3)评估患者进食过程中有无面部涨红、呛咳反射、胸闷、窒息感,意识清晰与否。

【用物准备】 根据噎食情况准备相应用物,如穿刺针、抢救药物等。

【操作步骤】

(1)就地抢救,分秒必争,立即清除口咽部食物,解开衣领,疏通呼吸道,同时通知医师。

(2)意识清醒的患者用中指、示指从患者口腔中抠出存留食物。

(3)如不能缓解,用手指清除无效者、意识尚清醒的患者,采用立位或坐位,抢救者站在患者身后,双手环绕患者腰间,左手握拳,使拇指关节突出部顶住患者腹部正中线脐上部位,右手握住左拳,连续快速向后上方用力冲击,推压5或6次,然后再拍打后背数次,常可将食物咳出。

(4)昏迷的患者:采用仰卧位,救者面对患者跪姿跨于患者髋部,双手掌根放在胸廓下脐上的腹部,快速冲击压迫患者腹部,促使食物排出。

(5)患者为儿童时,可将儿童扛到肩上,使其腹部与救者肩部相抵用力跳起,反复数次。

(6)身体肥胖者以及孕妇,不应采取腹部冲击法,应使用胸部冲击法。患者坐位或站位,救者站在患者身后,双手从其腋下穿过至胸前,左手握拳,并用拇指侧顶在患者胸骨中部,右手握住左拳向后上方冲击、挤压,压迫胸骨6~8次,直到食物被咳出。(注意冲击压迫不要用力过大,防止造成胸骨骨折)。

(7)如果以上方法不能将食物排出,应立即用环甲膜穿刺针或12~18号的无菌针头在甲状软骨下缘与环状软骨上缘的中间部位(喉结最突出的正下方),消毒皮肤后刺入气管,改善呼吸道受阻情况,协助医师行气管切开、心肺复苏术。

(8)指导患者:①讲解药物的不良反应的表现及进食注意事项;②向患者讲解进食方法、速度在消化吸收中的作用;③预防噎食的应对方法;④出现吞咽困难时向医师、护士及时正确表达的方法及重要意义。

【操作流程】 评估→备物→清除口咽部食物→冲击、压迫上腹部(肥胖者及孕妇使用胸部冲击法)→环甲膜穿刺术→气管切开→心肺复苏术。

【注意事项】

- (1)遇到噎食患者,一定要分秒必争,就地抢救。
- (2)吞咽困难患者看护下进流食或半流食。
- (3)行腹部冲击挤压时注意力度适宜,压迫部位准确,防止压住胸骨剑突导致胸骨骨折。
- (4)对突然发生噎食的患者护士需用手指将食物从口中抠出,当手指伸入患者口腔时应注意不要被患者反射性咬合动作咬伤手指,可在伸手之前用随手可及的物品如筷子、勺等垫在患者上下牙齿之间。

五、常温人工冬眠治疗的护理技术操作规范

【目的】 体内注入几种神经阻滞药混合液(如盐酸氯丙嗪、氟哌啶醇、盐酸异丙嗪、氯硝西泮),引起自主神经和内分泌系统的抑制,使机体进入与动物自然冬眠相似的状态,疗效适于精神分裂症偏执型、急性发病及病程短的患者,控制患者各种运动性兴奋。

【评估】

- (1)患者病情(有无冲动、伤人、毁物等行为)、用药史、不良反应。
- (2)营养状态、注射部位组织情况,躯体情况(血压低于 80/50mmHg 或高于 150/90mmHg,孕妇、心力衰竭等禁忌)。
- (3)药物的性质、作用及不良反应。
- (4)患者对药物的了解程度及心理反应。

【用物准备】 治疗盘内放 5ml 一次性注射器、皮肤消毒剂、无菌棉签、砂轮、启瓶器、注射药物、手消毒液、注射卡。

【操作步骤】

- (1)保持室内安静,空气流通,光线不宜太强。
- (2)戴口罩,洗手。
- (3)核对医嘱(三查八对),严格无菌操作制度。
- (4)耐心解释,取得患者合作,治疗前排空大小便。
- (5)一般在第 1 次开始治疗前 10~30 分钟测生命体征 1 次,以后每日测 2 次。
- (6)选择舒适体位及注射部位,常规消毒皮肤,待干。
- (7)再次核对,检查药液、注射器;消毒安瓿、吸药、排尽空气。
- (8)绷紧皮肤,一手持注射器,固定针栓,将针头快速垂直刺入,深度为针梗 2/3。固定针栓,抽回血,缓慢注入,观察反应。
- (9)干棉签按压、拔针。
- (10)再次核对。
- (11)肌内注射后肌注部位红外线灯照射 30 分钟或贴敷土豆片。
- (12)整理用物、洗手、记录。
- (13)指导患者:①告知患者所注射的药物的作用、不良反应及注意事项;②告知患者应多休息、避免运动幅度过大,防止直立性虚脱;③告知患者注射时勿紧张,肌放松。

【操作流程】 核对→评估→备物→解释→再核对→肌注→观察→再核对→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)严格无菌操作,应有计划地更换注射部位。

(2)观察肌内注射部位有无红、肿、热、痛。

(3)严密观察病情,如出现轻度不良反应,如口干、便秘、心慌等可酌情处理,出现严重不良反应,如心律失常、心率过快或过慢、血压过低或过高,呼吸过慢等应暂停治疗。

(4)护理人员应将患者的精神状态,药物反应及治疗时所用的物品等认真交接班,并做好护理记录。

六、工娱治疗的护理技术操作规范

【目的】 通过工作、劳动、娱乐和文体活动,丰富和调节患者的住院生活,缓解精神症状,提高社会适应能力,促进康复。

【评估】

(1)患者病情(有无自伤、自杀、伤人、冲动、外走行为)、意识状态、心理状态、合作程度。

(2)根据疾病恢复程度、爱好、安排工娱治疗的时间和种类

【用物准备】 备齐各种工娱治疗物品。

【操作步骤】

(1)工疗时间:8:00~10:00、娱疗时间 2:30~4:30。

(2)体育健身活动:每日组织患者做早操、工间操、打乒乓球、羽毛球、篮球、棋牌类活动等。

(3)劳作:组织患者进行折纸、手工编织、十字绣等。

(4)文娱活动:教唱歌、器乐演奏、跳舞、卡拉 OK 比赛,节日组织大型联欢会等。

(5)学习与健康教育:组织患者每日读书、读报、画画、练毛笔字、看新闻,举办卫生知识讲座、座谈康复体会等。

(6)指导患者:①鼓励患者参加工娱治疗,改善负面情绪,增强治疗的信心;②恢复期患者多参加工娱治疗、集体活动,可调节心理状态,提高患者回归社会的适应能力,为出院做准备。

【操作流程】 核对→评估→备物→健身活动→手工编织→文娱活动→读书、读报→知识讲座→观察→清点用物→记录→交接班。

【注意事项】

(1)工娱治疗应有计划,统筹安排,在工娱活动中出现各种心理问题要及时疏导,出现急躁情绪而放弃活动时护士要帮助患者寻找原因,给予启发和鼓励。

(2)护士根据患者病情、爱好选择不同项目,充分调动患者主观能动性,以达到有效治疗目的。

(3)护士应指导患者完成治疗内容,鼓励患者参加,表现突出者适当给予精神和物质奖励。

(4)工作娱乐活动中,必须保证患者安全,严密观察病情,防止发生意外;各种物品应认真清点,切勿丢失,做好交接班。

七、音乐治疗的护理技术操作规范

【目的】 音乐有良好的松弛肌肉、镇静、催眠作用,可以调节异常情绪,有利于患者的身心健康,即能丰富患者住院生活,又能促使减少精神疾病症状。

【评估】

(1)评估患者的疾病类型、情绪状态、文化程度、欣赏水平。

(2)注意患者的优势情绪,并注意选择乐曲。

【用物准备】 音乐治疗机、DVD、光盘、耳机、音乐收听室。

【操作步骤】

(1) 音乐收听室幽静整洁,室内空气新鲜,陈设简洁幽雅,光线柔和。

(2) 负责治疗的护士通过查阅病历,了解其现病情,做到心中有数。

(3) 结合患者病情、情绪状态、年龄、文化程度、欣赏水平,选择不同乐曲。

①对情绪兴奋的患者,先让其听节奏欢快的曲子如“西班牙斗牛士”等,使患者的兴奋情绪借助音乐充分释放出来,转而再让其听节奏缓慢的、具有镇静性的音乐如“二泉映月”等曲子,使其兴奋情绪最终平静下来,从而达到控制兴奋的作用。

②对情绪抑郁、悲观厌世的患者,可先听节奏缓慢音调低沉的乐曲如“梁祝”等,患者的忧伤情绪宣泄后,再让其听明朗欢快充满希望的乐曲,如歌曲“好运来”等,从而使患者情绪兴奋,增强生活的信心和勇气。

(4) 治疗护士要主动热情,启发、诱导、鼓励患者参加治疗,调动患者的主观能动性,认真观察治疗中的反应。

(5) 音乐治疗时采用耳机收听方式,协助患者掌握好音量的大小,以免长期超大音量造成听力障碍。

(6) 治疗时间不宜过长,每次 1 小时左右。

(7) 治疗时做好安全护理,管理好电源,防止患者发生意外。

(8) 注意观察患者的病情变化,详细记录治疗效果。

(9) 治疗结束后整理用物,清洁卫生,开窗通风。

(10) 指导患者:①告知患者音乐治疗的目的,取得患者配合;②告知患者掌握好音量的大小,声音不可过大,以免造成听力障碍。

【操作流程】 核对→评估→备物→告知→了解现病情→选择乐曲→观察→安全护理→整理用物→记录。

【注意事项】

(1) 严重的意识障碍、极度兴奋、躁动,有冲动攻击行为及高热者禁止音乐治疗。

(2) 做好音乐治疗设施安全保护工作,管理好电源,防止患者发生意外。

(3) 根据病情有计划地选择适宜的乐曲。

(4) 治疗护士掌握好音乐治疗机的音量,防止超大音量造成患者听力障碍。

第2章 外科系统护理技术操作规范

第一节 手术室护理技术操作规范

一、手臂消毒护理技术操作规范

【目的】 通过机械性刷洗和化学消毒的方法,去除手及手臂皮肤上的暂存菌及部分居留菌,以预防患者术中感染。

【评估】 操作环境是否清洁宽敞、符合无菌操作要求。

【用物准备】 无菌软毛刷、普通肥皂液、消毒肥皂液、无菌擦手巾、手臂消毒液。

【操作步骤】

(1) 着装整洁,戴帽子时将头发全部遮挡,口罩遮住口鼻,勿戴饰品及手表,修剪指甲。长袖洗手衣应卷袖过肘,至肘上10cm。

(2) 普通肥皂液清洗双手及上臂,至肘关节上10cm。

(3) 取无菌软毛刷蘸消毒肥皂液按指尖、指甲、指缝、手指、手掌、手背、手腕、前臂的顺序刷洗,至肘关节上10cm。

(4) 双手交替刷洗3遍,每遍刷洗3分钟。

(5) 流动水冲净肥皂液,冲洗时双手向上屈肘,使水从指尖向肘部流下。

(6) 无菌毛巾擦干手及手臂,按手到手臂方向擦。

(7) 取消毒液涂于手及手臂一遍,再取少量涂于双手。

(8) 双手悬空举在胸前,用肩膀推开手术间门,待手臂干燥穿无菌手术衣。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→用物准备→普通洗手→消毒肥皂液刷手3遍→擦干→涂消毒液→进入手术间→准备穿无菌手术衣。

【注意事项】

(1) 刷洗时应特别注意刷洗甲缘、掌纹及腕部的皱褶处。

(2) 在刷洗和冲洗过程中,应保持双手向上,使污水顺肘部流下以免流水污染手部。

(3) 双手交替刷洗时应更换无菌刷。

(4) 双手消毒后悬于胸前,不可高举过头,也不可低于脐部。

二、穿无菌手术衣技术操作规范

【目的】 在手术人员体表建立无菌屏障,防止手术人员身体与服装所带的微生物感染患者。

【评估】 操作环境是否清洁宽敞,无菌包是否符合要求。

【用物准备】 手术器械车、无菌手术衣包(内有无菌手术衣数件)、无菌手套。

【操作步骤】

- (1) 着装整洁,戴帽子时将全部头发遮挡,口罩遮住口鼻,勿戴装饰品及手表。
- (2) 准备用物,将无菌手术衣包置于器械车上,检查灭菌日期、有无潮湿、破损。
- (3) 手臂消毒,巡回护士协助将手术衣包打开。
- (4) 取出无菌手术衣,选择较宽敞的地方。
- (5) 认清衣服的上下、正反面并注意衣服的折法;提住衣领,向两边分开,轻轻抖开手术衣。
- (6) 将手术衣轻轻向前上方抛起,看准袖筒入口,两手臂顺势伸入袖内,手向前伸直。
- (7) 请巡回护士从身后抓住两侧的衣领角向后拉并系好领带,两臂向前伸出袖口。
- (8) 戴无菌手套。

(9) 解开胸前衣带的活结,右手捏住三角部相连的腰带,递给巡回护士或已穿好手术衣和戴好手套的手术人员,巡回护士应用无菌钳夹住腰带尾端绕过穿衣者背后,使手术衣遮盖背部,再递给穿衣者,穿衣者系好腰带,穿衣完毕。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→准备用物→手臂消毒→穿无菌手术衣→戴无菌手套→准备手术。

【注意事项】

- (1) 取衣时要整件一次拿起,不能只抓衣领将手术衣拖出无菌区。
- (2) 穿衣时,双手不能高举过头或伸向两侧,不可碰触未消毒物品。
- (3) 未戴手套的手不能触及手术衣的正面,更不能将手插入胸前衣袋里。传递腰带时,不能与协助穿衣人员手相接触。
- (4) 穿好手术衣后,如手术不能立即开始,应将双手置于胸前,不可将双手置于腋下或下垂过腰,上举过肩。
- (5) 选择手术间内较宽敞处站立等待,不得离开手术间,不可接触非无菌物品。
- (6) 发现手术衣破损、潮湿要及时更换。

三、连台手术更换手术衣技术规范

【目的】 进行连台手术时,必须更换手术衣及手套,以重新建立无菌屏障,防止交叉感染。

【评估】 手术间环境是否清洁宽敞、符合无菌操作原则。

【用物准备】 手术器械车、无菌手术衣包(内有无菌手术衣数件)、无菌手套。

【操作步骤】

(1) 脱手术衣

① 个人脱手术衣法:左手抓住右肩手术衣,自上拉下,使衣袖向外翻。同法拉下左肩手术衣。脱下全部手术衣,使衣里外翻,保护手臂及洗手衣裤不被手术衣外面所污染。将脱下的手术衣扔于污衣袋中。

② 他人协助脱衣法:自己双手抱肘,由巡回护士将手术衣系带解开,由肩部向肘部翻转,然后再向手的方向扯脱,如此则手套的腕部就随着翻转于手上。

(2) 脱手套

① 先用戴手套的手提取另一手的手套外面脱下手套,不可触及皮肤。

② 用已脱手套的拇指伸入另一戴手套的手掌部以下,并用其他各指协助,提起手套翻转脱下,手部皮肤不接触手套的外面。

③亦可用右手插入左手手套翻折部(左手套的外面),将左手手套脱至手掌部,再以左手拇指插入右手手套的内面脱去右手手套,最后用右手指在左手掌部(左手套的内面)推下左手手套。脱第一只手套时勿将手套全部脱去,留住部分以帮助脱另一只手套。

(3)涂擦手臂消毒液。

(4)穿无菌手术衣。

(5)戴无菌手套,准备手术。

【操作流程】 衣帽整洁→评估→准备用物→清洗手套→脱手术衣→脱手套→手臂消毒→穿无菌手术衣→戴无菌手套→准备手术。

【注意事项】

(1)脱手术衣时,先洗掉手套的污迹,注意勿溅湿手术衣。

(2)脱手套时,手不可接触手套的外面及其他任何物品。

(3)脱手术衣及手套过程中,如手臂被污染,应重新刷手。

四、用无菌持物钳铺盖无菌车技术规范

【目的】

(1)建立无菌区域,放置手术用各种无菌物品,防止手术器械、物品污染。

(2)便于管理手术器械、敷料,防止遗漏。

【评估】 操作环境是否清洁宽敞,物品摆放是否合理。

【用物准备】 手术器械车、无菌敷料包、无菌手术衣包、手术器械、各种手术用一次性物品、无菌持物钳包(镊子罐1个、持物钳2把)。

【操作步骤】

(1)着装整洁,洗手,戴口罩,备齐用物。

(2)选择清洁、宽敞、明亮的环境放置手术器械车、将无菌敷料包放于车中央。

(3)检查无菌敷料、器械、物品、有效期及包布有无潮湿及破损。

(4)将主敷料包放于器械车中央,用手打开外层包布。

(5)双手各拿1把无菌持物钳先展开左右两侧桌单,再打开近侧桌单,抽出灭菌指示卡,检查是否达到灭菌效果。

(6)绕至手术车对侧打开另一侧桌单。

(7)取1块治疗巾铺于器械车左边,将器械打开。器械放于无菌车左下角,手术衣放于右下角。

(8)一次性物品置于无菌车上。

(9)物品准备完毕,用持物钳将盖单盖好(方法同打桌单)。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→准备用物→选择操作环境→打开外层包布→打开内层桌单→置手术用品于无菌器械台上→铺盖盖单。

【注意事项】

(1)打无菌包时,手及未消毒的物品不可触及无菌包内面,操作时不可跨越无菌区。

(2)器械台面要干燥平整,四层以上,各边布单下垂超过30cm。

(3)台面边缘以下视为有菌区,物品不可超过台缘,戴无菌手套的手不可扶持无菌台边缘。

五、手术区皮肤消毒技术规范

【目的】 杀灭切口及周围皮肤上的致病菌,防止切口感染。

【评估】 患者合作程度,手术部位,手术区皮肤准备情况及有无破损。

【用物准备】 无菌持物钳、消毒碗、消毒纱布、消毒液。

【操作步骤】

(1)着装整洁,戴帽子时将全部头发遮挡,口罩遮住口鼻,勿佩戴饰品及手表。

(2)手臂消毒。

(3)用消毒纱布蘸取 2%~3% 的碘酊,以手术切口为中心向周围涂擦两遍,待干后用 75% 乙醇脱碘两遍。或直接用 0.5% 碘伏涂擦 2~3 遍。

(4)消毒范围:手术切口及周围 15cm 以内的皮肤。

(5)消毒液的选择:成人用 2%~4% 碘酊消毒,75% 乙醇脱碘,或用 0.5% 碘伏消毒。小儿用 0.5% 碘伏消毒。口腔、会阴黏膜用 0.5% 碘伏消毒。

6. 如为感染伤口或肛门会阴处,则应由周围向感染或肛门会阴处消毒。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→手臂消毒→选择消毒液→第一遍消毒→更换消毒钳→第 2、3 遍消毒→消毒液涂擦手臂→穿无菌手术衣。

【注意事项】

(1)消毒液量不可过多,以免造成皮肤损伤。

(2)消毒时要稍用力,涂擦第 2 遍时应更换消毒钳。

(3)消毒范围不可小于切口周围 15cm,如需延长切口,则需扩大消毒范围。

(4)消毒时应由手术中心向四周涂擦(如为感染伤口或肛门区手术,则自手术区周围涂向感染伤口或会阴、肛门处),已经接触污染部位的药液纱布不应再返擦清洁处皮肤。

(5)消毒者的手切勿接触患者皮肤或其他物品,消毒后手臂应再用消毒液涂抹 1 遍,然后穿无菌手术衣。

六、手术区铺单技术规范

【目的】 遮盖手术患者除切口所必需区域以外的其他部位,使手术切口周围成为一个较大范围的无菌区域,以避免和尽量减少手术中的污染。

【评估】 患者手术体位,手术部位,术野大小。

【用物准备】 无菌器械台、各种规格手术巾、布巾钳、切口保护膜。

【操作步骤】

(1)着装整洁,戴帽子时将全部头发遮挡,口罩遮住口鼻,勿佩戴饰品及手表。

(2)铺单医生只手臂消毒,洗手护士手臂消毒后穿无菌手术衣,戴无菌手套。

(3)手术区皮肤消毒。

(4)铺单

①腹部手术铺单:洗手护士将治疗巾折边 1/3,第 1、2、3 块折边向医师,第 4 块向自己,按顺序传递给医师;医师接过治疗巾,折边向下,前 3 块依次铺于切口对侧、下方和上方,第 4 块铺于近侧;4 把布巾钳夹住治疗巾交角处,避免移动。将 2 块无菌中单分别铺于切口上、下方;铺开腹洞单。将开腹洞单孔对准切口,短端向头部,长端向下肢,先上后下分别展开,上端遮住

麻醉头架,下端遮住器械托盘,两侧和足端下垂超过手术台 30cm。

②胸部手术铺单法:将 4 块双折的无菌中单分别铺于背侧身下、遮盖肩部及头架、胸侧身下及切口下方;将 4 块折边的治疗巾铺于切口四周,顺序同腹部铺单,布巾钳夹住治疗巾交角处,或贴切口保护膜;将 1 块双折中单铺于器械托盘上;铺胸单盖住全身及器械托盘;在麻醉架上横铺 1 块大单,以保护无菌区。

③会阴部手术铺单法:用一双折无菌中单铺于患者臀下;4 块治疗巾分别铺于手术切口周围,切口下面的治疗巾盖住肛门;将 1 块双折的中单铺于腹部器械盘上;器械护士与一位医师共同铺会阴单。

④上肢手术铺单法:将一双折中单铺于患肢下手术桌上;1 块双折或四折治疗巾围绕手术部位上方,裹住气囊止血带,一把巾钳固定;1 块双折治疗巾或中单包裹手术部位以下的前臂和手,用绷带包扎固定。患肢下再铺 1 块大单;1 块大单横铺于手术部位上缘覆盖头架及上身,与患肢下大单连接处用 2 把组织钳固定,铺中单覆盖身体未铺单部分。

⑤下肢手术铺单法:患肢下横铺 2 块中单,自臀部向下并覆盖健侧下肢;1 块双折治疗巾遮盖会阴部;1 块双折治疗巾围绕手术部位上方,裹住气囊止血带,1 把巾钳固定;1 块大单铺于患肢下方,双折中单包裹足及手术切口以下区域,绷带包扎固定;1 块大单铺于手术部位以上,覆盖上身及麻醉架,与患肢下所铺大单连接处用 2 把组织钳固定。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→准备用物→摆放手术体位→手臂消毒→穿无菌手术衣、带无菌手套→手术部位消毒→传递无菌手术巾→按不同手术部位铺巾。

【注意事项】

(1)传递无菌巾时,洗手护士将无菌巾两上角内翻包住双手,不得与铺巾医师未戴手套的手接触。

(2)铺单前要确定切口部位,放置准确,已铺下的无菌巾只能由切口处向外移,不可由四周向内移。

(3)铺巾顺序应按先铺相对污染处,再铺清洁处。一般按先下后上,先对侧后近侧的原则铺置。

(4)手术切口周围、器械台、器械托盘要求铺 4 层以上无菌单,其他区域 2 层以上。

(5)手术床边缘无菌巾至少下垂 30~40cm。

(6)手术巾如有破损,污渍、潮湿,均不可使用。

七、各种手术体位摆放技术操作规范

【目的】 充分暴露手术野,维持患者正常的呼吸功能,避免肢体、关节和神经受压,保证手术顺利进行。

【评估】 患者年龄、身体状况和手术方式、手术部位、麻醉方法及合作程度。

【用物准备】 各种尺寸体位垫、支臂架、头圈、足圈、腿架、髂托、约束带等。

【操作步骤】

(1)着装整洁,洗手,戴帽子、口罩。

(2)核对患者姓名、床号、诊断、手术部位。向患者解释操作目的、方法,取得合作。

(3)摆放各种手术体位

①平卧位:将一中单横向对折横铺于手术床上 1/3 部,置患者平卧于手术床上,双臂用中

单约束在身体两侧;头部放一海绵头圈,膝下腘窝处放一软垫,使腹部放松,腰部放置一软垫,增加舒适度;约束带约束膝关节,松紧适宜;足跟放置足圈,防止肩部受压;放置麻醉架,器械托盘,调节手术灯光。

②垂头仰卧位:患者平卧于手术床,头部置于手术床头板上,肩部超过背板边缘;四肢摆放固定同平卧位。肩下放一软垫;足底放置脚托板,足跟放置足圈;放低头板,使头后仰 $60^{\circ}\sim 70^{\circ}$,以充分暴露术野;使手术床抬至头高脚低 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$,有利于头颈部静脉回流,减少创面出血;放置麻醉架,器械托盘,调节手术灯光。

③侧卧位:麻醉后,将患者翻转与手术床呈 90° 侧卧;腋下垫一软垫,头部垫软垫及海绵头圈,与肩同高;双上肢放于上下2层托手架上,并用弹力绷带固定,松紧适宜,露出手指,便于观察末梢循环;髂托固定下腹部及臀部;下方下肢自然伸直,上方下肢适当屈曲,双膝及踝部放置软垫垫高,双下肢接触部放软垫相隔;约束带约束膝关节处;放置麻醉架,器械托盘,调节手术灯光。

④俯卧位:麻醉后,将患者翻转成俯卧,同时,置头部于头托上,使口鼻位于头托空隙处,保证患者呼吸通畅;胸部及髂部各放一较厚软枕,以减少胸部受压,保持患者呼吸通畅。两手臂用中单约束于身体两侧;小腿胫前部放置一软枕,抬高足部,使小腿微曲;约束带约束下肢,松紧适宜;放置麻醉架,器械托盘,调节手术灯光。

⑤膀胱截石位:患者麻醉后,将患者下移,使臀部略超过手术背板下缘;两大腿外展 $60^{\circ}\sim 90^{\circ}$,分别放于两侧腿架上,根据不同手术需要调整大腿前屈角度;两上肢约束于两侧托手架上,尽量减小外展角度,最大不超过 90° ;臀下放一软垫,以减轻局部受压,并充分暴露术野,腰部垫软垫,保证患者舒适;放下或取走手术床腿板;放置麻醉头架,器械托盘,调节手术灯光。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→准备用物→评估→核对、解释→按要求摆放体位→放置体位垫、托手架、腿架等→约束→固定→整理用物。

【注意事项】

- (1)根据不同手术需要,将用物准备齐全。
- (2)保证体位固定牢靠,充分暴露术野。
- (3)骨隆突受压部位需垫软垫,防止受压。体位垫大小、厚度适宜。
- (4)胸腹不可受压,以免影响呼吸。
- (5)上肢外展不超过 90° ,以免造成损伤。
- (6)约束带松紧适宜,既起到约束作用,又不可造成损伤。
- (7)患者体表不可接触金属,以防烧伤。

第二节 普外科护理技术操作流程规范

一、备皮技术操作规范

【目的】 彻底清洁皮肤,去除手术区皮肤污垢及毛发,预防手术切口感染。

【评估】 病室环境,患者病情、身体状况、认知程度及自理能力。评估手术方式,备皮部位清洁度、毛发情况、皮肤有无破损。

【用物准备】 一次性备皮包(治疗碗、弯盘、棉签、纱布、一次性备皮刀)、肥皂水、液状石

蜡、一次性垫单、毛巾、热水、手电筒。

【操作步骤】

- (1) 着装整洁,佩戴胸牌,洗手、戴口罩。
- (2) 备齐用物,携至床旁。
- (3) 核对床号、姓名、手术部位。
- (4) 向患者解释操作目的及方法,取得合作。
- (5) 协助患者取适当体位,遮挡患者,于患者身下垫一次性垫单,暴露需备皮部位,评估局部皮肤情况。
- (6) 肥皂水涂抹局部,绷紧皮肤,备皮刀剃净毛发。
- (7) 热水浸湿的毛巾擦净肥皂液,检查备皮部位毛发是否剃除干净及皮肤有无损伤。
- (8) 如为腹部手术,先用液状石蜡将脐部污垢软化再用棉签涂乙醇去除。
- (9) 活动自如患者嘱其沐浴,卧床患者给予床上擦浴。
- (10) 妥善安置患者,整理用物。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→备齐用物→核对、解释→取合适体位,遮挡患者→涂擦肥皂水→刮净毛发→检查皮肤情况→安置患者→整理用物。

【注意事项】

- (1) 备皮刀片必须锐利,绷紧皮肤,并顺着毛发方向剃刮,动作轻柔,避免刮伤皮肤。
- (2) 备皮要在手术前一天或当天进行,不可距手术时间太久。
- (3) 皮肤如有刮伤或发红等,应及时通知医师并记录。

二、换药技术操作规范

【目的】 检查伤口,更换敷料;保持伤口清洁,控制感染,促进伤口愈合。

【评估】 患者身体状况,合作程度,伤口大小、愈合情况,有无感染。

【用物准备】 无菌换药包(弯盘、治疗碗、镊子)、无菌敷料、碘伏、生理盐水、棉球、75%乙醇、胶布,必要时备汽油。

【操作步骤】

- (1) 衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手、戴口罩。
 - (2) 核对床号、姓名,向患者解释操作目的、方法,取得合作。
 - (3) 根据需要选择合适敷料。
 - (4) 置患者于适当体位,暴露伤口,注意遮挡患者。
 - (5) 用手揭除外层敷料,再用镊子揭除内层敷料及引流物。如敷料粘连,先用盐水棉球浸湿松动后再揭除。
 - (6) 双手执镊清洁伤口,1把镊子接触伤口,另1把传递敷料,碘伏消毒伤口及周围皮肤。
 - (7) 盐水棉球清洗创面,擦去伤口分泌物、脓液或坏死皮肤,有引流者更换引流物。
 - (8) 覆盖无菌纱布,一般6~8层,胶布、绷带固定。
- 【操作流程】** 衣帽整齐→评估→准备用物→核对、解释→摆放体位、暴露伤口→取下敷料→消毒→清理伤口→放置引流物→包扎、固定→告知注意事项→整理用物。

【注意事项】

- (1) 严格遵守无菌操作原则。

(2)换药时,要按照从清洁、污染、感染、特殊感染的原则进行,避免交叉感染。

(3)包扎伤口时,要保持良好血液循环,不可固定太紧。包扎肢体时,要从远端到近端,促进静脉回流。

三、人工肛门护理技术规范

【目的】

(1)保持人工肛门周围皮肤清洁,防止肠液对周围皮肤刺激或浸渍。

(2)帮助患者掌握人工肛门自我护理的方法。

【评估】 病室环境,患者意识状态、身体状况、合作程度、自理能力、视力,造口类别。

【用物准备】 治疗碗内盛生理盐水、镊子、棉球、纸巾、造口尺寸表、笔、剪刀、肛袋、方便夹、纱布、手套、一次性垫单、治疗巾。

【操作步骤】

(1)着装整洁,佩戴胸牌,戴口罩,帽子,洗手。

(2)备齐用物,携至床旁。

(3)核对患者姓名、床号。

(4)向患者解释,取得合作。

(5)协助患者取合适体位,床头抬高 30° 。

(6)暴露造口部位,铺垫单及治疗巾于造口侧下方。

(7)戴手套,取下原来的人工肛门袋,放入垃圾袋。

(8)纸巾擦净造口周围粪便,用镊子夹生理盐水棉球由外向内清洁造口周围皮肤及造口。

(9)测量造口口径大小,在肛袋底板保护纸上做记号,用剪刀裁剪开孔。

(10)纸巾擦干造口周围皮肤,粘贴肛袋,排出空气,开口拉手反褶,夹子夹好。

(11)协助患者取舒适体位,向患者做健康指导。

(12)整理用物,洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对、解释→取适当体位→暴露造口→取下原来造口袋→清洁造口及周围皮肤→测量造口口径,底板开孔→粘贴造口袋→安置患者→健康指导→整理用物。

【注意事项】

(1)粘贴肛袋时,确保造口周围皮肤清洁干燥。

(2)3~5天更换底板,如有渗漏应立即更换。

(3)撕离造口袋时注意保护周围皮肤,防止损伤。

(4)粘贴肛袋底板时,要避免有皱褶,必要时用防漏膏。

(5)粘贴完肛袋后,嘱患者用手轻压5~10分钟。

四、肠内营养泵使用技术规范

【目的】 通过肠内营养泵,准确、匀速向胃肠内输入营养液,保证患者机体需要,促进胃肠功能恢复。

【评估】 病室环境,患者营养状况、体位、舒适度及合作程度。

【用物准备】 营养泵1套,输液盘,配置好的营养液。

【操作步骤】

- (1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手、戴口罩。
- (2)备齐用物,携至床旁。
- (3)核对患者姓名、床号。
- (4)向患者解释,取得合作。
- (5)协助患者取舒适体位。用20ml温开水冲洗胃管,确保管腔通畅。
- (6)将连上输液器的输液袋(瓶)挂在输液架上,用固定夹将营养泵固定在输液袋(瓶)下方,打开输液器开关,将营养液充入输液器中,注入“莫非管”中的营养液不得超过水位线。
- (7)将“莫非管”、胶管及输液管按使用要求安装到泵上。
- (8)打开营养泵开关,将速率调至所需值。
- (9)按快进键将输液器中气体排尽,将输液器输出接头和导管连上。
- (10)按启动键泵即间断向肠(胃)内输入营养液。
- (11)安置患者舒适体位,观察患者有无不良反应,交代注意事项。
- (12)整理用物,洗手、记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对、解释→安装营养泵→打开开关→调整速率→排气→连接肠胃管→启动营养泵→告知注意事项→安置患者→整理用物。

【注意事项】

- (1)严格执行无菌操作,防止医源性感染。
- (2)营养泵严禁用于静、动脉及可能进入空气的输液场合。
- (3)应选用营养泵指定的专用输液器。
- (4)首次使用前应在关机状态下连续充电18小时,并按营养泵使用说明正确操作。

第三节 骨外科护理技术操作规范

一、皮牵引术护理配合技术操作规范

【目的】 皮牵引是皮肤牵拉使牵引力直接加于皮肤,间接牵拉骨骼,以维持复位后的位置。可缓解疼痛,减轻关节面所承受的压力,使局部充分休息,从而达到治疗目的。

【评估】 患者的意识、生命体征,患肢的皮肤颜色、温度、感觉、肢体运动功能,患肢股动脉、腘动脉、足背动脉搏动情况,患者疼痛程度等。

【用物准备】 皮牵引带(根据肢体的粗细选择)、棉垫、牵引架、线绳、牵引锤。

【操作步骤】

(1)皮牵引带操作:①核对医嘱;②配合医师清洁牵引部位皮肤,协助患者取平卧位,在皮牵引带上、下端加棉垫,用皮牵引带包裹患肢,注意松紧度要适宜;③调整皮牵引带至肢体功能位,保持皮牵引持续有效。

(2)枕颌带牵引操作:①配合医师协助患者取坐位或平卧位,用枕颌带托住下颌和后枕部使用扩展弓穿入枕颌带两孔内,使两侧牵引带保持比头稍宽的距离;②于扩展弓中央系一牵引绳,置于床头滑轮上,加上重量牵引。

【操作流程】 着装→评估→准备→核对→皮牵引带上、下端垫棉垫→用皮牵引带包裹

患肢→调整皮牵引带至肢体功能位→洗手→记录牵引时间。

【注意事项】

- (1) 观察牵引过程中皮肤情况,防止皮肤损伤、破溃及压疮发生。
- (2) 牵引带松紧要适宜,应经常观察患肢末梢血供情况。
- (3) 保持牵引有效,保持患肢功能位,牵引重量要适宜,过轻易畸形愈合,过重造成骨折不愈合。
- (4) 保持适宜的温度,避免室温过低,加盖被子时勿压在牵引绳上面,以免影响牵引力。
- (5) 枕颌牵引时,保持下颌皮肤干燥清洁。

二、骨牵引术护理配合技术规范

【目的】 骨牵引是利用克氏针、斯氏针穿入骨内对某部位进行的牵引,牵引力直接作用于骨骼,起复位、固定作用。常用于颅骨、股骨髁上、胫腓骨远端等牵引。

【评估】 患者的意识、生命体征,患肢的皮肤颜色、温度、感觉、肢体运动功能,患肢股动脉、腘动脉、足背动脉搏动情况,患者疼痛程度、凝血功能等。

【用物准备】

(1) 物品准备:基础治疗盘 1 套、无菌手套、10ml 注射器 2 支、络合碘、治疗卡、牵引弓、手摇钻、牵引针、骨锤、牵引绳、滑轮、重锤及锤托、肢架、牵引支架。

(2) 药物准备:局麻药。

【操作步骤】

(1) 颅骨牵引:备头皮,取仰卧位,颈部用枕头固定。在两侧乳突之间画一条冠状线,再沿鼻尖至枕外粗隆画一条矢状线,将牵引弓的交叉部支点对准两线支点,将牵引弓两端的钩尖置于横线上充分撑开,钩尖的落点做切口标记。络合碘消毒皮肤,标记点用 1%利多卡因局麻,在标记点各做一小横切口至骨膜,并做剥离,用手摇钻在横切口顺牵引钩方向钻孔,钻入颅骨外板(小儿 3mm,成人 4mm)安牵引弓,并将牵引弓两侧螺钉拧紧,防止松脱或向内挤刺入颅内。系紧牵引绳,通过床头的滑轮进行牵引,床头抬高 20cm 作为对抗牵引。牵引重量根据创伤程度决定,一般为 6~8kg。

(2) 股骨髁上牵引:将患肢置于布朗架上,自髌骨上缘近侧 1cm 内,画一条与股骨垂直的横线,老年人打钉应距髌骨上缘高一些,青壮年打钉应距髌骨上缘近一些。再沿腓骨小头前缘与股骨内髁隆起最高点,分别做一条与髌骨上缘横线相交的垂直线,相交的两个点做标记,即斯氏针的进出点。消毒后局部麻醉,自大腿内侧标记点刺入斯氏针直至股骨,保持水平位并与股骨垂直,锤击针尾,斯氏针穿出外侧皮肤标记点,两侧外露的牵引针等长,用络合碘消毒两侧针眼且套上无菌小瓶保护,小腿和足部用胶布辅助牵引,防止患肢旋转和足下垂。安牵引弓,通过布朗架的滑轮开始牵引,将床尾抬高 20~25cm,作为对抗牵引。根据病情决定牵引力一般按体重的 $1/8 \sim 1/7$ 计算,年老体弱及病理性骨折患者,可按体重的 $1/9$ 计算。小腿辅助牵引的重量为 1.5~2.5kg,足部皮肤牵引重量为 0.25~0.5kg。

(3) 胫腓骨远端牵引:将患肢置于布朗架上,助手固定患者足跟部及脚维持稳定,消毒后给予局部麻醉,自内踝尖向上 3cm 左右,内侧无肌腱处,将斯氏针或克氏针尖端经皮肤刺入至胫骨,用手摇钻,与胫骨垂直穿过踝上经腓骨至皮外。两侧外露的针等长,安置牵引弓进行牵引,一般牵引重量为 4~6kg。

【操作流程】 着装→评估→准备→配合医师选择穿刺点并标记→消毒皮肤→局部麻醉→切开皮肤→插入牵引针→消毒两侧针孔并包扎→安装牵引弓、牵引绳、滑轮、牵引支架→持续牵引→处理用物→洗手、记录牵引时间。

【注意事项】

- (1)需抬高床尾或行颅骨牵引者,做好棉圈,避免颅底枕部受压。
- (2)针孔用无菌纱布覆盖,2~3天换药1次,如有分泌物及时换药。
- (3)保持牵引持续有效,根据病情调节牵引重量,不可随意改变体位。
- (4)翻身或改变体位时,注意牵引方向是否有效。颅骨牵引患者,翻身时头颈与躯干保持在轴线上,不可扭曲和摆动头部,以防脱位压迫脊髓,造成脊髓损伤甚至死亡。
- (5)协助患者进行功能锻炼,防止肌萎缩和关节僵硬。
- (6)定时翻身按摩受压部位,防止压疮发生。

三、关节持续被动活动器护理技术规范

【目的】

- (1)促进患肢的血液循环,防止静脉血栓形成。
- (2)防止周围肌、软组织萎缩和关节粘连。
- (3)促进关节活动,改善关节活动角度。

【评估】 患者的意识、生命体征、疼痛程度,患肢的皮肤颜色、温度、感觉、肢体运动功能,患肢股动脉、腘动脉、足背动脉搏动情况等。

【用物准备】 肢体持续被动活动器(CPM机)1台、接线板、防护套、治疗卡。

【操作步骤】

- (1)向患者告知取得合作。
- (2)检查 CPM 机是否处于备用状态,将 CPM 机妥善放置在病床上,接通电源。
- (3)将患者患肢置于 CPM 机上,固定好防护套。
- (4)调节活动器轴心与关节位置一致,将患肢固定稳妥,上好固定带,防止患肢离开机器支架,达不到活动要求的角度。
- (5)遵医嘱选择活动时间和活动角度,一般开始角度控制在 30° ,每日增加 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$,增加幅度以患者感到不痛为宜。每日2次,每次30~60分钟,早期运动幅度每2分钟为一个周期,每个周期逐渐增加1分钟,7~14天为1个疗程。

【操作流程】 着装→评估→准备(操作者、用物、患者)→检查机器、接好电源→将患肢置于 CPM 机上→固定防护套→调节活动轴心→固定患肢→调节活动时间和角度→整理用物、洗手。

【注意事项】

- (1)使用前向患者说明治疗过程中可能出现的情况、注意事项及作用,使患者主动配合治疗。
- (2)根据手术部位类型而区别,一般应从小角度到大角度,循序渐进,不可操之过急,以患者能忍受为宜。伤口渗血多时,及时停止训练,查找原因。
- (3)使用前要调整好杆的长度,拧紧旋扭,摆放好适当的体位,系好固定带,防止肢体脱机受损,达不到要求的活动角度。

(4)使用过程中,关节内手术后有负压吸引管先夹闭,停机后再开放,避免引流液回流造成感染。

(5)切口愈合后,主动活动无疼痛及肿胀消退,2~4周方可脱机自行锻炼。

(6)加强机器的维护与保养,出现故障及时检修,关节重建术后者,停机不能超过2天。持续使用时中间应有间隔,防止机器损坏。

四、关节腔闭合式连续冲洗护理技术规范

【目的】 应用于骨髓炎或化脓性关节炎和关节手术后感染的患者。连续闭合冲洗可以更彻底清楚坏死组织及炎症,防止继发感染,促进伤口愈合,并保持关节腔内一定的液体充盈,避免关节粘连。

【评估】 患者的意识、生命体征,患肢的皮肤颜色、温度、感觉、肢体运动功能,患肢股动脉、腘动脉、足背动脉搏动情况,关节局部有无红肿等。

【用物准备】 进水管、引流管、无菌冲洗液、引流袋、络合碘、治疗卡。

【操作步骤】

(1)连续冲洗法:进水管24小时滴注冲洗液至关节腔或骨髓腔内,引流管持续不断地将冲洗液排出。

(2)间歇保留冲洗法:根据医嘱将冲洗液滴入关节腔内,保留30分钟后,通过引流管排出。冲洗次数根据医嘱进行。

【操作流程】 着装→评估→核对医嘱→备无菌冲洗液→连接进水管→引流管接引流袋→开始冲洗。

【注意事项】

(1)患肢抬高,保持冲洗管道的通畅,以防止管道扭曲而影响疗效。

(2)冲洗液瓶应有标记,避免误为静脉补液。

(3)根据病情选择入量。

(4)观察引流液的颜色、性质和量,术后24小时若有较多渗血,应较快滴入冲洗液,每隔2~3小时宜加快滴注30秒,也可在第1、2天加快滴速达80~100滴/分钟,以免渗血凝固或脱落的坏死组织堵塞管腔。

(5)保持进水管比出水管口高,观察切口有无肿胀。冲洗液面距床面高60cm,天气寒冷时应将冲洗液加温后冲洗。

(6)加强生命体征和局部切口的观察,如体温正常,切口局部无炎症,引流液清澈无浑浊,可根据医嘱拔管,拔管时先拔去进水管,继续引流1~3天后切口内无渗出物可拔出引流管。

(7)保持切口局部清洁、干燥,如有渗出及时更换敷料。

(8)应积极让患者进行关节的主动和被动功能锻炼。

五、轴线翻身技术规范

【目的】

(1)协助颅骨牵引、脊椎损伤、脊椎手术、髋关节术后的患者在床上翻身。

(2)预防脊椎再损伤及关节脱位。

(3)预防压疮、坠积性肺炎等并发症,增加患者舒适感。

【评估】 患者的意识、生命体征、四肢运动功能,患者皮肤情况。

【用物准备】 清洁大单、翻身枕、小沙袋、薄枕、颈托、治疗卡。

【操作步骤】

(1)向患者解释翻身的目的,取得患者的合作。

(2)移开患者的枕头,松开被尾。

(3)两位操作者立于患者同侧,将患者平移至操作者同侧床旁。

(4)一名操作者将手置于患者的肩和腰部,另一操作者将两手分别置于腰和臀部,使躯体保持在同一水平位,翻转至侧卧位。

(5)将一翻身枕放于背部支持身体,另一翻身枕放于两膝之间并使双膝自然弯曲。

(6)整理患者床单位。

【操作流程】 着装→评估→准备→去掉患者的枕头→松开被尾→搬患者至同侧床旁→翻身→垫翻身枕→整理床单位。

【注意事项】

(1)翻转患者时,应注意保持脊椎平直,以维持脊柱的正确生理弯度,避免由于躯干扭曲,加重脊柱骨折、脊髓损伤和关节脱位。翻身角度不可超过 60° ,避免由于脊柱负重增大而引起关节突骨折。

(2)患者有颈椎损伤时,应有另一位护理人员负责支托患者的头部、颈部,保持颈椎平直。

(3)翻身时注意为患者保暖并防止坠床。

(4)准确记录翻身时间。

第四节 神经外科护理技术操作规范

一、创腔引流护理技术操作规范

【目的】

(1)引流手术残腔内的血性液体和气体,使残腔逐步闭合。

(2)减少局部积液或形成假性囊肿的机会。

【评估】 患者病情、生命体征、清醒患者询问有无头痛等,做好环境准备,解释并取得合作。

【用物准备】 治疗盘、无菌换药包、无菌手套、治疗巾、生理盐水、一次性无菌引流袋1个、络合碘、乙醇纱条、棉球、纱布、治疗卡。

【操作步骤】

(1)着装整洁(仪表、洗手、戴口罩)查对,向患者解释告知取得合作。

(2)协助为患者摆好体位,暴露引流管区域。

(3)固定头部、防止头部摇动,对意识不清者或小儿应予以约束。

(4)引流管口常规消毒,将引流管夹闭,在严格无菌情况下更换引流装置。

(5)严密观察引流量、颜色、性质及引流速度并记录,发生异常变化立即通知医师紧急处理。

(6)创口引流瓶或袋放置于头旁枕上或枕边,高度与头部创腔保持一致,以维持正常颅内

第一部分 专科护理技术操作规范

压,保持整个引流装置密闭无菌。

(7)创腔引流一般放置 3~4 天,拔管前夹闭引流管 24 小时,观察患者有无头痛加重、恶心、呕吐、意识改变、体温升高等,如无不适方可拔管。

(8)按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。

(9)记录引流的颜色、性质和量。

【操作流程】 着装→评估→备物→告知并解释→体位→固定→消毒→更换引流袋→观察→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)严格无菌操作,患者头枕治疗巾,每日更换头部无菌治疗垫巾,在无菌操作下更换引流装置,防止颅内感染。

(2)术后早期,创口引流瓶或袋放置于头旁枕上或枕边,高度与头部创腔保持一致,以保证创腔内一定的液体压力,避免脑组织移位,有可能撕破大脑上静脉。

(3)手术 48 小时后,可将引流瓶略放低,以期较快引出创腔内液体,使脑组织膨出,减少局部残腔,避免局部积液造成颅内压增高。

(4)术后早期引流量多,应适当抬高引流瓶(或袋)。

二、腰椎穿刺脑脊液置换术护理配合技术操作规范

【目的】

(1)测量颅内压并减压。

(2)脑脊液动力学检查。

(3)鞘内注入药物,治疗颅内炎症或进行化疗。

(4)了解颅脑外伤、脑血管疾病患者有无蛛网膜下腔出血及出血转归情况。

【评估】 患者病情、生命体征、清醒患者询问有无头痛、腰椎疾患等,做好环境准备,解释并取得合作。

【用物准备】 治疗盘、腰椎穿刺包、测压管、无菌换药包、无菌手套、治疗巾、生理盐水、麻药、注射器(5ml)1 个、络合碘、乙醇纱条、棉球、纱布、治疗卡。

【操作步骤】

(1)着装整洁(仪表、洗手、戴口罩)查对,向患者解释告知取得合作。

(2)协助医师为患者摆好体位,暴露腰椎穿刺区域。

(3)清醒患者取侧卧位,并尽力将腰部向后凸,使头和双膝尽量靠近——呈“虾米”状,在医师操作时不能动,对意识不清者或小儿应予约束。

(4)以穿刺点为中心消毒 10cm 范围。

(5)操作过程严密观察患者面色、意识、呼吸、脉搏,如有异常及时通知操作医师。

(6)严密观察脑脊液引流量、颜色、性质及引流速度并记录,发生异常变化立即通知医师紧急处理。

(7)穿刺完毕,协助和指导患者全身放松,去枕平卧 4~6 小时,做好病情观察与生活护理,鼓励患者多饮水补充水分,防止发生低颅压、减少头痛等并发症。

(8)及时将脑脊液标本送检,以免影响检查结果。

(9)指导患者保护穿刺局部,敷料不得弄湿、污染,24 小时不宜沐浴,以免引起局部、椎管

内或颅内感染。

(10)按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。

【操作流程】 着装→评估→备物→告知并解释→体位→固定→消毒→观察指导→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)严格无菌操作,防止椎管内或颅内感染。

(2)术中严密观察患者变化及脑脊液色、量、性状。

(3)手术后病人去枕平卧 4~6 小时,防止脑脊液自穿刺点流出,引起低颅压。

第五节 心胸外科护理技术操作规范

一、动脉血气标本采集护理技术操作规范

【目的】

(1)通过动脉血液气体分析,明确患者的氧供、氧耗情况。

(2)知道呼吸机各参数的调整。

【评估】 患者的意识、生命体征,采血动脉搏动情况、局部皮肤有无感染、硬结。

【准备用物】 一次性血气针(或一次性 2ml 注射器 2 支、0.5ml 肝素、橡胶塞 1 个)、治疗盘、棉签、络合碘、无菌纱布、治疗卡。

【操作步骤】

(1)核对并观察患者病情,向患者及家属告知,取得合作。

(2)2ml 注射器抽取少量肝素湿润空针后排尽(若为血气针不需抽取肝素)。

(3)选择动脉(一般为桡动脉、股动脉、肱动脉、足背动脉等),消毒穿刺局部皮肤。

(4)戴无菌手套,左手中、示指在欲穿刺动脉搏动最明显处固定于两指之间,右手持注射器,在两指之间垂直(股动脉)或与动脉走行呈 $40^{\circ}\sim 50^{\circ}$ (桡动脉)刺入动脉。

(5)见有鲜红色血液涌入注射器,即以右手固定注射器,左手抽动注射器活塞抽取血液至所需量(1ml 左右)。

(6)迅速拔出针头,立即将针头刺入橡胶塞,并轻轻转动注射器使血液与肝素混匀。

(7)拔针后局部用无菌纱布按压止血 5~10 分钟或至不出血为止。

(8)在化验单上填写采血时患者的吸氧浓度、体温、近期血红蛋白含量,立即送检。

(9)整理用物,洗手,记录操作过程。

【操作流程】 着装→评估→准备→核对、告知→抽取肝素→选择血管→左手固定血管→穿刺→抽血→拔针→按压→填写化验单→送检→记录。

【注意事项】

(1)严格执行查对制度和无菌操作原则。

(2)拔针后用无菌纱布按压止血 5~10 分钟,以防出血或形成血肿。

(3)拔针后立即将针头刺入橡胶塞,以隔绝空气,并立即送检,保证化验结果的准确。

(4)新生儿选择血管以桡动脉为宜,因股动脉穿刺垂直进针可能会损伤髋关节。

(5)若患者饮热水、洗澡、运动,需休息 30 分钟后再抽血,避免影响检查结果。

(6)有出血倾向的患者应谨慎。

二、全胃肠外营养(TPN)护理技术操作规范

【目的】 不能由肠道供给营养者,直接从周围静脉或中心静脉供给每日所需营养素。

【评估】 患者的意识、生命体征、营养状况,周围血管情况或中心静脉置管局部有无渗血、红肿、是否通畅、固定是否牢固、置管时间,营养液量、成分,患者前1天尿量,离子、蛋白化验结果等。

【用物准备】 输液器、注射器、静脉留置针、3L 营养袋、各种营养素、络合碘、无菌棉签、治疗卡,必要时备中心静脉导管1套。

【操作步骤】

- (1)核对患者,解释用药目的,取得合作。
- (2)核对营养素种类,在严格无菌操作下密闭式配置当日的 TPN 液。
- (3)携用物置患者床旁,核对患者姓名、床号。
- (4)无菌操作下进行周围静脉穿刺或中心静脉穿刺置管。
- (5)连接 3L 营养袋,调节输入速度,24 小时匀速输入,输液卡签字。
- (6)向患者交代注意事项。
- (7)整理用物,洗手,做好记录。

【操作流程】 着装→评估→核对→准备→核对→配液→静脉穿刺→连接 3L 袋→调节速度→签字→整理→记录。

【注意事项】

- (1)TPN 液必须在无菌条件下当日配置,配好后立即输入或放入冰箱内 4℃ 左右保存,用前 1~2 小时取出恢复常温,24 小时匀速输入。
- (2)配置 TPN 液时,葡萄糖酸钙与脂肪乳应分开加入,不可原液直接接触,以免钙磷结合,产生磷酸钙沉淀。
- (3)定时观察营养液的输注情况,发现问题及时处理。
- (4)严禁其他药物和营养液通路输入,以免影响药物的稳定性。
- (5)中心静脉置管者每日消毒穿刺部位更换透明贴膜,观察有无渗血,保持通畅。
- (6)静脉留置针应 3 天更换 1 次。

三、气管切开术护理配合技术操作规范

【目的】 保持气道通畅,解除二氧化碳潴留及缺氧。适用于长期应用呼吸器,痰液黏稠,位置较深的患者。

【评估】 患者的意识、口唇有无发绀、呼吸频率、节律、深浅度,血压、心率、心律,双侧肺呼吸音、颈部情况、凝血功能等。评估其心理状况及配合程度。有无呼吸分泌物排出的能力。

【准备用物】 气管切开包、适当型号气管套囊、气囊测压仪、氧气/呼吸机、吸引器急救车、一次性注射器、(10ml)2 支、药品、一次性吸痰管、吸引器、生理盐水、消毒纱布、无菌纱布、无菌血管钳、或镊子、治疗卡。

【操作步骤】

- (1)核对患者,向患者解释告知取得合作。

- (2)协助患者取仰卧位,头颈保持正中位。
 - (3)配合术者消毒皮肤,铺无菌巾,局部麻醉。
 - (4)配合术者行气管切开术插入气管套囊。
 - (5)适时地进行气管内吸痰,严格遵守无菌操作原则。
 - (6)固定气管套管,用一块纱布垫于伤口与套管之间,气管套管上的带子系于颈部,打成死结以牢固固定,松紧以容纳一指为宜。
 - (7)密切观察切开处有无渗血、出血,观察并记录血压、脉搏、呼吸情况,观察患者的反应,有无面色苍白、发绀、出汗、呼吸困难、皮下气肿、疼痛。
 - (8)切口周围的纱布每日2次定时更换,保持清洁干燥,经常检查切口及其周围皮肤有无感染湿疹等。
 - (9)若使用金属带套囊导管,其内套囊每6小时取出、消毒更换1次,取出内套管前必须充分吸痰,应注意固定外管,将活瓣打开顺套管弯度轻轻取出,防止外套脱落,放入消毒的内套管后,注意关好活瓣,定期换管,居家时需要医师指导下更换。
 - (10)气囊每6小时放气1次,放气前充分吸净口鼻腔内分泌物,标记并交班气囊内充气量和放气时间,充气量要恒定。
 - (11)对神志不清或躁动的患者使用约束带,经家属同意约束四肢。
 - (12)待患者自主呼吸平稳,咳痰有力后拔除气管导管,拔管前充分吸痰和口鼻腔内的分泌物,抽出气囊气体,连接吸痰管带负压拔除气管导管。
 - (13)拔管后及时清除窦道内分泌物,经常更换纱布,使窦道逐渐愈合。
 - (14)整理用物,洗手。
 - (15)记录气管插管全过程及插管后吸痰情况。
- 【操作流程】** 着装→评估→备物→核对→协助取卧位→消毒、铺巾、麻醉→切开→插管→吸痰→固定气管套管→观察→更换敷料→整理→记录。

【注意事项】

- (1)严格无菌操作,吸痰管一次一用。
- (2)变换体位,整理床铺时注意套管位置。
- (3)当患者出血严重时立即通知医师处理。
- (4)每次吸痰时间<15秒,以免造成缺氧。

四、气管切开伤口换药护理技术规范

【目的】 保持伤口干燥,预防感染。

【评估】 患者的意识、口唇有无发绀、呼吸频率、节律、深浅度,血压、心率、心律,双侧肺呼吸音、自觉症状。

【用物准备】 治疗盘、碘伏消毒棉球、无菌生理盐水棉球、无菌持物钳2把、无菌镊子1把、无菌剪刀1把、无菌纱布3块、无菌手套、弯盘、同型号套管1套以备急用、治疗卡。

【操作步骤】

- (1)核对床号、姓名,向患者做好解释,取得合作。
- (2)协助患者取仰卧位或半卧位,头稍后仰颈部伸直充分暴露气管切开部位。
- (3)充分吸尽气管和口鼻腔内分泌物。

第一部分 专科护理技术操作规范

(4)操作者无菌戴手套,一手捏住外套管托,稍向外提起,另一手持无菌镊子或血管钳松动并取出原有敷料。

(5)用生理盐水棉球擦洗切口及周围皮肤,清除痂皮及分泌物,再用络合碘棉球充分消毒切口及周围皮肤。

(6)用剪刀将纱布从中间剪开 2/3 长度,再用血管钳持纱布从套管托下两侧分别轻轻塞入并平铺。

(7)将提起的套管向下复位,用胶布固定纱布开口处。

(8)用 2 层湿纱布盖于套管口。

(9)清理用物,消毒备用。

(10)洗手,记录。

【操作流程】 着装→评估→备物→核对→协助取卧位→充分吸痰→取下原有敷料→消毒切口→放入新敷料→覆盖套管口→整理→记录。

【注意事项】

(1)操作时动作要轻柔。

(2)换药前充分吸尽气道和口鼻腔内分泌物。

(3)更换纱布和消毒时应注意固定好套管,以免套管脱出,纱布要挑出线头。

(4)根据窦道口情况,选用不同的换药药物和时间。

(5)若为传染性较强的细菌感染,应按控制医院感染消毒隔离原则进行,防止交叉感染。

(6)换药时应备置入管芯的气管外套管,以防脱管时急用。

五、带氧雾化护理技术操作规范

【目的】

(1)解痉平喘,稀释痰液。

(2)消除气管炎症。

【评估】 患者的意识、口唇有无发绀、呼吸频率、节律、深浅度,血压、心率、心律,双侧肺呼吸音、自觉症状。

【用物准备】 吸氧装置(氧气表、湿化瓶)、药物雾化罐、治疗卡。

【操作步骤】

(1)核对患者床号、姓名,解释取得合作。

(2)洗手、戴口罩,备齐用物,安装并检查吸氧装置。

(3)根据医嘱配置雾化药液,加入雾化罐。

(4)携带雾化用物到病房,再次核对。

(5)根据需和患者病情协助患者取适当体位(半卧位)。

(6)将雾化器与氧气表相连,将氧气流量调至 5 升/分钟。

(7)待雾喷出后将口含嘴放入患者口中,嘱患者含紧口含嘴,做缓慢深大的呼吸并注意观察用药效果。

(8)雾化完毕,取出口含嘴,关闭氧气表开关,鼓励并协助患者咳痰。

(9)整理用物及床单位,协助患者取舒适体位。

【操作流程】 着装→评估→核对→准备用物→取合适体位→配药→安装并检查氧气表→

连接→雾化→观察→整理用物。

【注意事项】

- (1)指导患者正确使用雾化罐。
- (2)观察药物疗效及有无不良反应。
- (3)鼓励并协助患者咳痰。

第六节 泌尿外科护理技术操作规范

一、尿道扩张术护理配合技术操作规范

【目的】 扩张尿道,以治疗尿道狭窄。检查尿道有无狭窄及狭窄的部位及程度,探查尿道及膀胱内有无结石或异物。

【评估】 患者病情、身体状况、合作程度及操作环境。

【用物准备】 无菌包1个、尿道探子1套、无菌手套、一次性注射器、表面麻醉药、碘伏。

【操作步骤】

- (1)着装整洁,洗手,戴口罩。
- (2)核对患者姓名、床号。
- (3)向患者解释操作目的、注意事项,取得合作。
- (4)协助患者取平卧位,双下肢屈曲外展,暴露会阴部。
- (5)协助消毒外生殖器及会阴部,铺洞巾,注入表面麻醉剂,保留2~5分钟。
- (6)选择型号合适的尿道探子,一般从18~20号开始扩张。尿道探子涂抹润滑剂,提起阴茎,将尿道探子轻轻插入尿道,至尿道球部时,将探子提起垂直通过尿道球部,至尿生殖膈稍有阻力,将探子轻轻压平继续推进至膀胱。女患者选择女性扩张器。
- (7)观察患者反应,尿道探子保留2分钟后拔出。
- (8)如需继续扩张,则选择大一型号的尿道探子同法扩张,直至达到治疗检查目的。
- (9)术毕,协助患者穿好衣裤,卧床休息数分钟,观察患者一般状况良好,方可离开操作台。
- (10)整理用物,做好记录。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→准备用物→核对、解释→摆放体位→协助消毒、铺巾→选择合适探子→扩张尿道→术毕协助患者穿衣→观察→送回病室→整理用物。

【注意事项】

- (1)严格执行无菌技术及消毒制度,防止医源性感染。
- (2)合理摆放体位,充分暴露术野。
- (3)尿道探子准备型号齐全,从小号依次扩张。
- (4)术中密切观察患者血压、心率、呼吸等,如有不良反应及时处理。

二、耻骨上膀胱穿刺造口术护理配合技术操作规范

【目的】 用于梗阻性膀胱排空障碍所致尿潴留、阴茎或尿道损伤等。

【评估】 患者病情、身体状况、合作程度及操作环境。

【用物准备】 穿刺套管针、套、无菌刀片、双腔气囊导尿管、一次性注射器、洞巾、弯盘、一

第一部分 专科护理技术操作规范

次性引流袋、无菌手套、无菌纱布、无菌生理盐水 10ml,碘伏、2%利多卡因,必要时备无菌丝线。

【操作步骤】

- (1)衣帽整齐,洗手,戴口罩。
- (2)核对患者姓名、床号。
- (3)向患者解释操作目的,注意事项,取得合作。
- (4)清洁下腹部皮肤,备皮范围包括:上平脐,下至会阴,两侧至髂前上棘,肚脐部污物清除干净。
- (5)膀胱充盈满意后协助患者取平卧位,协助患者脱掉衣裤,暴露穿刺部位,治疗巾垫于患者臀下。
- (6)打开膀胱穿刺包,配合消毒穿刺周围皮肤,包括穿刺周围直径超过 20cm 的皮肤,待干,操作者戴无菌手套,铺洞巾行局部麻醉。
- (7)于耻骨联合上方一横指处做 1cm 长的皮肤切口,切开腹白线。将穿刺针沿切口垂直刺入膀胱,见有尿液流出即拔出针芯,用相应管径的导尿管从套管针腔内侧置入膀胱,退出针套,导尿管留于原位,用注射器抽取 10ml 生理盐水注入导尿管水囊内,牵拉尿管至有阻力,连接一次性引流袋。必要时用丝线将其固定于皮肤上。
- (8)取无菌纱布覆盖膀胱造瘘周围皮肤并固定,妥善固定膀胱造口管。
- (9)术中密切观察生命体征,有无面色苍白,发绀、出汗、呼吸困难、疼痛等,及时给予处理。
- (10)术毕,协助患者穿好衣裤,卧床休息数分钟,观察患者一般状况良好,方可离开操作台。
- (11)整理用物,做好记录。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→准备用物→核对、解释→摆放体位→协助消毒→铺巾、麻醉→穿刺→放置并固定尿管→纱布覆盖切口、固定→术毕协助患者穿衣→观察→送回病室→整理用物。

【注意事项】

- (1)严格执行无菌技术及消毒制度,防止医源性感染。
- (2)对膀胱高度充盈又极度衰弱的患者,首次放尿量不超过 1 000ml,以免膀胱内压急速降低而导致出血或休克。
- (3)急性尿潴留时,1 次放尿一般不超过 400ml,1 小时后再放。
- (4)术中密切观察患者血压,心率、呼吸等,如有不良反应及时处理。

三、膀胱镜检查护理配合技术操作规范

【目的】

- (1)用于诊断膀胱、尿道及上尿路疾患。
- (2)确定血尿的原因及出血部位,行逆行造影。
- (3)确定膀胱肿瘤部位及大小或膀胱肿瘤活检,确定及取出膀胱异物或结石等。

【评估】 患者病情、身体状况、合作程度及操作环境。

【用物准备】 灭菌处置好的膀胱镜、尿道专用麻醉药 2 支、一次性注射器、洞巾、弯盘、无菌手套、无菌生理盐水、无菌换药盒内备碘伏棉球。

【操作步骤】

- (1) 着装整洁,洗手,戴口罩。
- (2) 核对患者姓名、床号。
- (3) 向患者解释操作目的、方法、可能出现的不适,取得合作。
- (4) 协助患者取截石位,使会阴部放松,消毒外生殖器及会阴,操作者戴无菌手套,铺洞巾。
- (5) 经尿道注入尿道专用麻醉药 10ml,检查器械完好,5 分钟后开始进镜。女患者较容易放镜鞘,进尿道后稍微向上挑,轻轻向内插即可进入膀胱。男患者将阴茎提起,镜鞘插至球部尿道后轻轻下压镜体,镜鞘可自然滑入膀胱。
- (6) 取出闭孔器,测量残余尿并观察尿的颜色、性状、然后镜鞘内安上观察镜,注水口连接无菌生理盐水行膀胱冲洗至膀胱充盈,边注水边观察,检查时利用镜体的进退旋转及角度变化使视野达到每个部位,一般从里边开始顺时针旋转检查,看清后逐渐外退并重复上述旋转动作,最后检查膀胱颈以减少不适,双侧输尿管口不能确认时需多观察片刻,待输尿管口张开喷尿时即可确定。
- (7) 检查结束后,拔出观察镜,排空膀胱,插入闭孔器,轻轻向外取出镜子。
- (8) 协助患者穿好衣裤,观察患者一般状况良好,方可离开手术台。
- (9) 整理用物,做好记录。

【操作流程】 衣帽整齐→评估→准备用物→核对、解释→摆放体位→协助消毒,铺巾、麻醉→插入镜鞘→放置观察镜→向膀胱内注水、观察→取出镜子、排空膀胱→协助患者穿衣→观察→送回病室→整理用物。

【注意事项】

- (1) 严格执行无菌技术及消毒制度,防止医源性感染。
- (2) 合理摆放体位,保证患者舒适,避免腿部神经损伤。
- (3) 检查时要求动作轻柔,尽量缩短检查时间,减少不必要的损伤。
- (4) 检查后嘱患者多饮水,并常规口服抗菌药物 2~3 天,防止感染。

第3章 妇产科、新生儿科护理技术操作规范

第一节 妇科护理技术操作规范

一、阴道灌洗护理技术操作规范

【目的】 清洁阴道,促进阴道血液循环,减少阴道分泌物,缓解局部充血,常用于控制和治疗阴道炎、宫颈炎;用于妇科手术前的阴道准备。

【评估】 患者外阴情况;评估阴道分泌物量、性状、气味等。

【用物准备】 垫巾、灌洗头、灌洗桶、橡皮管、弯盘、污物桶、便盆、灌洗药液、阴道用药、无菌棉球、无菌镊子2把。

【操作步骤】

- (1)工作人员衣帽整洁,洗手,戴口罩,佩戴胸牌。
- (2)备齐用物。
- (3)核对患者姓名、床号,向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合。
- (4)行会阴擦洗,嘱患者保持膀胱截石位。
- (5)将灌洗桶挂至距离床沿60~70cm高处,连接橡皮管排去管内空气,试水温适当后备用。
- (6)用灌洗液先冲洗外阴部,然后将小阴唇分开,把灌洗头沿阴道纵侧壁方向插入至后穹隆处,边灌洗边在阴道左右上下移动。
- (7)灌洗液即将流完时(约剩100ml),拔出灌洗头,再冲洗1次外阴,然后扶患者坐于便盆,使阴道内液体流出。
- (8)撤离便盆,协助患者擦净外阴,穿好衣裤,向患者交代注意事项。
- (9)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估患者→准备用物→核对、解释→取膀胱截石位→挂灌洗桶→连接橡皮管→试水温→冲洗外阴、阴道→拔出灌洗头→再冲洗外阴→安置患者→交代注意事项→整理用物。

【注意事项】

- (1)灌洗液以41~43℃或患者感觉舒适为宜。
- (2)宫颈癌有活动性出血、阴道有出血者不做阴道灌洗。
- (3)灌洗头插入不宜过深,灌洗时,动作要轻柔,勿损伤阴道和宫颈组织。
- (4)灌洗桶与床沿的距离不超过70cm,以免压力过大,水流过速,使灌洗液或污物进入子宫腔。

二、阴道擦洗上药护理技术操作规范

【目的】 清洁阴道,阴道上药、用药及术前准备。

【评估】 患者外阴情况;评估阴道分泌物量、性状、气味等。

【用物准备】 窥阴器、长镊或海绵钳、药物、碘伏棉球、无菌干纱球、一次性手套。

【操作步骤】

- (1)工作人员衣帽整洁,洗手,戴口罩,佩戴胸牌。
- (2)备齐用物。
- (3)核对患者姓名,向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合。
- (4)协助患者取膀胱截石位。
- (5)用碘仿棉球先擦洗外阴部,再置窥阴器暴露宫颈,依次擦洗宫颈→阴道穹隆→阴道壁。
- (6)用干纱球擦净多余消毒液。
- (7)遵医嘱局部置药,可用喷粉管将药粉喷于宫颈上,若是药片需放置于后穹隆。
- (8)取出窥阴器,防止将药物带出。
- (9)协助患者擦净外阴,穿好衣裤,向患者交代注意事项。
- (10)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估患者→准备用物→核对、解释→取膀胱截石位→碘伏棉球擦洗外阴→置窥阴器→擦洗宫颈、阴道穹隆、阴道壁→干纱球擦洗→置药→取出窥阴器→安置患者→交代注意事项→整理用物。

【注意事项】 充分暴露宫颈,擦洗要彻底;注意保暖、遮挡患者。

三、外阴湿热敷护理技术操作规范

【目的】 热敷可促进血液循环,增强局部白细胞的吞噬作用和组织活力,刺激局部组织的生长和修复;用于会阴水肿、血肿、伤口硬结及早期感染患者。

【评估】 患者有无外阴红肿、抓痕、溃疡、粗糙。

【用物准备】 水袋、无菌镊2把、无菌纱布2块、弯盘1个、垫巾2块,50%硫酸镁溶液。

【操作步骤】

- (1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,戴口罩,洗手。
- (2)备齐用物。
- (3)推治疗车于床旁,查对床号、姓名,向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合。
- (4)患者脱下右侧裤腿,嘱患者仰卧,双腿屈曲、外展,臀下置一垫巾。
- (5)把所需要的热溶液倒入弯盘内,将纱布浸透并用双手持镊子把纱布拧至不滴水,温度适宜后用镊子将纱布铺平放于需热敷的部位。
- (6)垫巾塑料面朝内盖于纱布上,外放热水袋(水温60~70℃)盖好被子。
- (7)热敷后协助患者穿好衣裤,安置患者于舒适体位,向患者交代注意事项。
- (8)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估患者→准备用物→核对、解释→安置体位→臀下置垫巾→热敷→垫巾→放热水袋→盖被子→安置患者→交代注意事项→整理用物。

【注意事项】

- (1)有血迹及分泌物时,应先冲洗外阴。
- (2)保暖和遮挡患者。
- (3)物品均为灭菌消毒物品。
- (4)湿热敷的温度一般为 $41\sim 48^{\circ}\text{C}$ 或以患者感觉舒适为宜,防止烫伤。湿热敷时间为 $20\sim 30$ 分钟, $1\sim 2$ 次/天。
- (5)湿热敷过程中要注意观察会阴伤口,发现异常,应及时报告医师,遵医嘱给予相应处理。
- (6)休克、虚脱、昏迷、感觉迟钝等产妇尤应警惕防止烫伤。
- (7)在湿热敷过程中,要经常巡视病房,询问患者温度是否适宜,及时调整。

第二节 产科护理技术操作规范

一、腹部四步触诊护理技术操作规范

【目的】 检查子宫大小、胎产式、胎先露、胎方位及先露是否衔接。

【评估】 孕妇的孕周大小及胎动情况;孕妇自理能力、合作程度。

【用物准备】 检查床。

【操作步骤】

- (1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,戴口罩,洗手。
 - (2)备齐用物。
 - (3)核对孕妇姓名,告知孕妇检查的目的、步骤,以取得合作。
 - (4)孕妇排尿后仰卧于检查床上,头部稍抬高,露出腹部,双腿略屈曲分开,放松腹肌。
 - (5)检查者站在床右侧面向孕妇头部,双手触摸子宫底部,了解子宫高度及子宫外形。再以双手在宫底部相对应部位轻推,判断占据宫底的胎儿部分,如为胎头则硬而圆有浮球感,如为胎臀则软而宽,且形状不规则。
 - (6)检查者双手分别置于孕妇腹部两侧,一手固定,另一手轻轻向深部按压,两手交替,辨别胎背及四肢的位置,胎背感觉平坦饱满,应注意胎背是向前、向侧或向后;高低不平者为胎儿肢体,可变形且有时有肢体活动。
 - (7)将右手拇指与其他 4 指分开,置于耻骨联合上方,握住先露部,鉴别是胎头或胎臀,并轻轻左右推动,以确定是否衔接。
 - (8)检查者面向孕妇足端,两手分别放于先露部的两侧,在近骨盆入口方向向下轻轻深按,核对第 3 步的诊断是否正确,并确定先露部分入盆程度,若先露部活动,且居骨盆入口以上称“浮”;部分入盆稍可活动称“半固定”,不能活动则称“固定”。
 - (9)协助孕妇整理衣物,安置患者于舒适体位,向患者交代注意事项。
- 【操作流程】** 着装整齐→评估孕妇→备齐用物→核对、解释→摆正卧位→技术操作→协助孕妇整理衣物→安置孕妇→交代注意事项。
- 【注意事项】** 检查者动作要轻并熟练;四步触诊的顺序要正确。

二、骨盆外测量护理技术操作规范

【目的】 了解骨盆大小、形态,估计足月胎儿能否顺利通过产道。

【评估】 骨盆大小、形态,孕妇自理能力、合作程度。

【用物准备】 检查床、骨盆外测量器。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,戴口罩,洗手。

(2)备齐用物。

(3)核对孕妇姓名,告知孕妇检查的目的及方法,取得合作。

(4)孕妇仰卧于检查床上,测量者站在床的右侧。

(5)髂棘间径:取伸腿仰卧位,测量左右髂前上棘外缘间距离,正常为23~26cm。

(6)髂嵴间径:取伸腿仰卧位,测量左右髂嵴外缘间距离,正常为25~28cm。

(7)骶耻外径:取左侧卧位,右腿伸直,左腿弯曲,测量第五腰椎棘突下凹陷处至耻骨联合上缘中点间的距离,正常值为18~20cm。

(8)坐骨结节间径:取仰卧位,两腿弯曲外展,双手抱膝,测量两坐骨结节内缘间的距离,正常值为8.5~9.5cm。

(9)耻骨弓角度:用两拇指从耻骨弓顶端沿两侧耻骨降支平行放置,两拇指形成的角度即耻骨弓角度,正常值为90°。

(10)协助孕妇整理衣物,整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估孕妇→准备用物→核对、解释→安置体位→测量→安置患者→整理用物。

【注意事项】 动作要轻柔;注意保暖和遮挡患者;测量数据要准确;在初诊时应对孕妇进行骨盆外测量,特别是对初孕妇及有难产史或胎儿较大的经产妇尤为必要。

三、无激惹试验(NST 试验)护理技术操作规范

【目的】 监测胎儿在子宫内的情况。

【评估】 孕妇局部皮肤情况,孕周大小、胎方位、胎动情况、孕妇自理能力、合作程度。

【用物准备】 胎心监护仪1台、耦合剂、打印纸、卫生纸。

【操作步骤】

(1)护士衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物。

(3)核对孕妇姓名,向孕妇解释操作目的,以取得合作。

(4)孕妇安静休息30分钟,排尿后取半卧位或左侧卧位。

(5)打开稳压器,开启电源,将测胎心探头涂适量的耦合剂,置于腹部胎心音最强的部位,测宫缩探头置于子宫底部,稍加压固定。

(6)安置妥当后,连续监护20分钟,在描记胎心率的同时,孕妇自觉有胎动时,手按机钮在描记胎心率的纸上做出记号。如20分钟内无胎动再延长20分钟,以等待睡眠中的胎儿醒来,这时可用手推胎体唤醒胎儿,亦可用变换体位的方法如左、右侧位或仰卧位,所采用的各种措施,应在记录纸上标明。

第一部分 专科护理技术操作规范

(7) 监护结束, 关闭电源开关, 用卫生纸擦净探头及孕妇腹壁耦合剂。

(8) 协助孕妇穿好衣裤, 整理用物。

(9) 对结果进行分析。

【操作流程】 着装整齐→评估孕妇→备齐用物→核对、解释→安置体位→连接胎心监护仪→监护→记录→整理→分析。

【注意事项】

(1) 环境整洁、舒适、安静、温度适宜。

(2) 各种探头应轻拿轻放防止跌落或压碎; 探头固定应松紧适宜; 胎心音部位应明确。

四、胎动计数护理技术操作规范

【目的】 监测胎儿在子宫内的情况。

【评估】 孕妇的意识状态、自理能力、合作程度。

【用物准备】 记录纸、笔、纽扣、小盒 1 个。

【操作步骤】

(1) 准备用物。

(2) 安置孕妇于环境整洁、安静的房间。

(3) 孕妇取卧位或坐位, 手掌轻轻置于腹部, 呼吸要平稳, 情绪要放松, 排除一切干扰和杂念。

(4) 孕妇注意胎儿活动, 用纽扣做标记, 胎动 1 次放 1 粒纽扣在盒子中, 如连续动几下也算 1 次, 1 小时后盒子中的纽扣数即为 1 小时的胎动数。

(5) 早、中、晚数 3 次胎动, 1 次 1 小时, 将 3 次胎动数相加再乘以 4, 即为 12 小时胎动数, 对所测结果进行记录并分析。

(6) 向患者告知注意事项。

【操作流程】 评估孕妇→准备用物→准备环境→安置孕妇体位→计数→记录→分析→向患者告知。

【注意事项】

(1) 环境要整洁、安静; 孕妇体位要舒适。

(2) 记录数据要准确。

五、肛门检查护理技术操作规范

【目的】 肛查能了解宫颈软硬程度、厚薄, 宫口扩张程度, 是否破膜, 盆腔大小, 确定胎位以及胎头下降程度。

【评估】 肛门及外阴皮肤情况, 了解孕周及产程开始情况, 阴道出血、流液情况。

【用物准备】 灭菌卫生纸、指套、肥皂水。

【操作步骤】

(1) 工作人员衣帽整洁, 佩戴胸牌, 洗手, 戴口罩。

(2) 备齐用物。

(3) 将用物移至床旁, 核对孕妇的姓名、床号, 向孕妇解释肛诊的目的。

(4) 嘱孕妇仰卧位, 将两大腿屈曲分开, 充分暴露外阴部。

(5)检查者站在孕妇右侧,检查前用消毒纸遮盖阴道口避免粪便污染阴道。右手示指戴指套蘸肥皂水轻轻伸入直肠内,拇指伸直,其余各指屈曲以利示指深入。

(6)检查者在直肠内的示指向后触及尾骨尖端,了解尾骨活动度,再查两侧坐骨棘是否突出并确定胎头高低,然后用指端掌侧探查子宫颈口,摸清其四周边缘,估计宫口扩张的厘米数。当宫口近开全时,仅能摸到一个窄边。当宫口开全时,则摸不到宫口边缘。未破膜者在胎头前方可触到有弹性的胎胞,已破膜者则能直接触到胎头。若无胎头水肿,还能看清颅缝及囟门的位置,有助于确定胎位。若触及有血管搏动的索状物,考虑为脐带先露或脐带脱垂,需及时处理。

(7)协助孕妇穿好衣裤,整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估孕妇→备齐用物→核对、解释→技术操作→整理用物。

【注意事项】

(1)怀疑或诊断前置胎盘者禁止做肛诊。

(2)有阴道出血者禁止做肛诊。

(3)临产后应适时在宫缩时进行,次数不应过多。临产初期隔2~4小时查1次,经产妇或宫缩频者间隔应缩短,总产程<10次。

六、缩宫素引产护理技术规范

【目的】 用于协调性宫缩乏力、排除头盆不称、胎位异常、骨盆狭窄;无胎儿窘迫。适用于中期妊娠引产。

【评估】 孕妇的全身情况,胎儿的胎心、胎动,孕妇的宫颈成熟度、宫缩及骨盆等情况。

【用物准备】 10%葡萄糖500ml、缩宫素10U、1ml注射器1支、输液器1套、留置针1个、记录纸、基础治疗盘1个。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物。

(3)协备用物至床前,核对孕妇的姓名、床号,向孕妇解释缩宫素引产的目的。

(4)让孕妇取合适的体位,排空膀胱,选择合适的血管。

(5)先用10%葡萄糖500ml静脉滴注,调节为每分钟8滴,然后将2.5U缩宫素加入充分摇匀,每隔15分钟观察1次子宫收缩、胎心、血压、脉搏,并予记录。

(6)无异常情况且宫缩弱时,可逐渐加快滴速,一般不超过40滴/分,如宫缩仍较弱,可增加缩宫素浓度至1%,即5U缩宫素加入500ml葡萄糖液中,并重新调整滴数,直至子宫收缩达到持续40~60秒,间隔2~4分钟为好。如中期妊娠引产可稍增大浓度,根据宫缩情况,调整滴数或浓度。

(7)安置孕妇于舒适体位或左侧卧位,向孕妇交代注意事项。

(8)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估孕妇→备齐用物→核对、解释→安置体位→就是存在→定期观察→调整滴数或浓度→安置孕妇→整理用物→告知注意事项

【注意事项】

(1)缩宫素静脉滴注,必须专人监护,随时调节剂量、浓度、和滴速。

(2)子宫收缩(持续超过1分钟,间歇少于2分钟),血压升高或胎心异常,应立即停止缩宫

素滴注。

(3)嘱孕妇勿调节输液速度。

七、人工破膜护理技术规范

【目的】

(1)当宫口近开全时,胎膜未破。

(2)用于引产。

【评估】 孕妇、胎儿情况;评估孕妇的宫缩、宫口扩张及先露下降情况;监测孕妇血压、呼吸、脉搏。

【准备用物】 有齿钳,消毒手套。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物。

(3)备用物至床旁,核对孕妇的姓名、床号,向孕妇解释操作目的,以取得合作。

(4)孕妇取膀胱截石位,常规消毒、铺无菌巾。

(5)术者先用手指触及前羊膜囊,然后另手持齿钳,或穿刺针在阴道内手指的指引下,钳破或刺破胎膜,使羊水缓慢流出。

(6)安置孕妇于舒适体位,向孕妇交代注意事项。

(7)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估孕妇→备齐用物→核对、解释→孕妇取膀胱截石位→技术操作→安置孕妇→告知注意事项→整理用物。

【注意事项】

(1)若羊水过多,应在较高位置破膜,穿刺孔宜小,以利缓慢流出,防止负压骤减,引起胎盘早剥。

(2)破膜后立即听取胎心音,并观察羊水流出量、颜色、性状,记录破膜时间。

(3)破膜应在宫缩间歇期进行,见羊水流出,注意有无脐带脱垂或脐带先露发生。

(4)破膜后嘱孕妇取臀高位、卧床休息,避免羊水流尽。

(5)严格无菌操作。

八、产程图绘制护理技术规范

【目的】 产程图反映宫口扩张及先露下降程度,指导产程的处理。

【评估】 孕妇的宫缩、宫口扩张及先露下降情况;评估产程进展情况。

【准备用物】 产程图坐标纸,红、蓝铅笔,尺,消毒手套,常规会阴冲洗消毒及肛门检查用品,无菌巾。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物。

(3)备用物至床旁,核对孕妇的姓名、床号,向孕妇解释操作目的,以取得合作。

(4)嘱孕妇仰卧位,将两大腿屈曲分开,充分暴露外阴部,常规会阴冲洗消毒、铺无菌巾。

(5)检查者戴无菌手套或指套,行阴道或肛门检查。

(6)产程图以临产时间(小时)为横坐标,以宫口扩张程度(cm)为纵坐标在左侧,先露下降程度(cm)在右侧,画出坐标图备用。

(7)临产后开始画产程图,把每次阴道或肛门检查所得的宫口扩张及先露高低情况,记录在坐标图上,用红色“O”表示宫口扩张,用蓝色“X”表示先露部最低点所处的水平,并用红线连接“O”,蓝线连接“X”,所绘制的两条曲线分别为宫口扩张和胎头下降曲线。

①宫口扩张曲线:将第一产程分为潜伏期和活跃期。潜伏期是指从临产出现规律宫缩至宫口扩张3cm。此期间扩张速度较慢,平均2~3小时扩张1cm,需8小时,最大时限16小时。活跃期是指宫口扩张3~10cm,此期间扩张速度加快,需4小时,最大时限为8小时。活跃期又分3期,即加速期,是指宫口扩张3~4cm,约需1小时30分钟;最大加速期,是指宫口扩张4~9cm,约需2小时;减速期,是指宫口扩张9~10cm,约需30分钟。

②胎头下降曲线:以胎头颅骨最低点与坐骨棘平面关系标明胎头下降程度。坐骨棘平面是判断胎头高低的标志。胎头颅骨最低点平坐骨棘平面时,以“O”表达;在坐骨棘平面上1cm时,以“-1”表达;在坐骨棘平面下1cm时,以“+1”表达,其余以次类推。潜伏期胎头下降不明显,活跃期下降加快,平均每小时下降0.86cm,可作为估计分娩难易的有效指标。

(8)安置孕妇于舒适体位,向孕妇交代注意事项。

(9)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估孕妇→备齐用物→核对、解释→孕妇取仰卧位→技术操作→记录在坐标图上→绘制产程图→安置孕妇→告知注意事项→整理用物。

【注意事项】

(1)怀疑或诊断前置胎盘者禁止做肛诊或阴道检查。

(2)有阴道出血者禁止做肛诊或阴道检查。

(3)临产后应适时在宫缩时进行肛查,次数不应过多。临产初期隔2~4小时查1次,经产妇或宫缩频繁者间隔应缩短,总产程<10次。

(4)阴道检查严格执行无菌操作原则,防止感染。

(5)检查结果应及时准确地画在产程图上,以指导产程的处理。

九、接生的护理技术操作规范

【目的】 使胎儿安全娩出,保护会阴,避免胎儿娩出时产妇会阴严重裂伤。

【评估】 孕妇、胎儿情况,监测孕妇血压、呼吸、脉搏、宫缩;监测胎儿胎心率、胎动;评估孕妇的膀胱充盈、会阴体的弹性及皮肤情况。

【用物准备】

(1)物品准备:产包、新生儿复苏辐射台、复苏器、大小面罩、各种型号气管插管、吸引器、吸痰管、新生儿喉镜、氧气、注射器。

(2)药品准备:肾上腺素、生理盐水、纳洛酮、缩宫素、维生素K₁。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物。

(3)协备用物至床前,核对孕妇的姓名、床号,向孕妇解释操作目的,以取得合作。

(4)指导孕妇正确屏气,当子宫收缩时,先深吸一口气,然后闭上嘴随子宫收缩如排便样向下屏气用力,以加速产程进展;当子宫收缩的间歇期,全身肌肉放松,安静休息。医务人员应及时给予产妇鼓励以增强信心。

(5)当初产妇宫口开全、经产妇宫口开大3~4cm时,应做好接生的准备工作,如调整床角度、产时会阴冲洗消毒。接生人员按无菌操作常规刷手消毒,助手协助打开产包,接生者铺产台准备接生。

(6)接生者协助胎头俯屈,在胎头拨露时,右手持一接生巾保护会阴,左手在子宫收缩时协助胎头俯屈,用力适度,使胎头以最小径线(枕下前囟径)在子宫收缩间歇期缓慢地通过阴道口以避免会阴严重裂伤。胎头娩出后,右手仍应保护会阴,不要急于娩出胎肩,先用左手自胎儿鼻根部向下挤压,挤出口、鼻内的黏液和羊水,挤压用力要适度。然后协助胎头外旋转,使胎儿双肩径与骨盆出口前后径相一致。左手将胎儿颈部向下压,使前肩自耻骨弓下先娩出,继之再托胎儿颈部向上使后肩从会阴体前缘缓慢娩出。双肩娩出后,保护会阴的右手方可松开,将接生巾压向产妇臀下,防止接生巾污染其他用物,最后双手协助胎体及下肢以侧位娩出,将新生儿轻柔放在产台上。在距脐根部15~20cm处,用两把止血钳夹住脐带,在两钳之间剪断脐带。将计血器垫于产妇臀下计量出血量。

(7)新生儿护理

①置新生儿仰卧位于辐射台上,迅速擦干新生儿身上的羊水和血迹,撤掉湿巾,呈头稍后仰位。注意新生儿保暖。用吸痰管清除新生儿口、鼻腔的黏液和羊水,以免吸入肺内。当呼吸道黏液和羊水已吸净而仍无哭声时,可用手触摸新生儿背部或轻弹足底以诱发呼吸。新生儿大声啼哭,表示呼吸道已畅通。

②用2.5%碘酊消毒脐带根部周围,直径约5cm,以脐轮为中心向上消毒约5cm。用75%乙醇脱碘2遍,注意将碘脱净,在距脐根部1cm处用止血钳夹住并在止血钳上方剪断脐带,将气门芯套在距脐带根部0.5cm处。用0.5%碘酊消毒脐带断端,注意药液不可触及新生儿皮肤以免灼伤,以无菌纱布包好,外套止血带圈。将新生儿托起,让产妇看清性别交给台下护士。

③为新生儿测量体重、身长,做全身初步检查,了解有无产伤、畸形等,检查后记录。在新生儿记录单上按左足印,右手带腕条,写明母亲姓名、新生儿性别、出生时间,肌内注射维生素K₁。处理时注意保暖。

④新生儿娩出后30分钟内,尽早与母亲进行皮肤接触30分钟以上,以增进母子间的感情,促进母乳喂养成功。

(8)第三产程的处理

①判断胎盘剥离征象,如胎盘已剥离,助手可轻压产妇子宫底,接生者一手轻轻牵拉脐带使胎盘娩出。当胎盘娩出至阴道口时,接生者用双手握住胎盘向同一方向旋转,同时缓缓向外牵拉,协助胎膜完整剥离排出。如在排出过程中,发现胎膜部分断裂,可用止血钳将断裂上端的胎膜全部夹住,再继续向原方向旋转,直至胎膜完全排出,胎盘胎膜完全娩出后,立即静脉或肌内注射缩宫素10U,按摩子宫刺激其收缩,减少出血。在按摩子宫的同时注意观察阴道出血量。

②将胎盘铺平,用纱布将母体面的血块轻轻擦掉,观察胎盘母体面有无缺损,并测量缺损面积,母体面检查完毕后将胎盘提起,检查胎膜是否完整,仔细检查胎儿面边缘有无断裂血管,以便及时发现副胎盘,如有副胎盘、部分胎盘或大块胎膜残留时应报告医师酌情处理。测量胎盘大小和脐带长度,检查脐带内血管。

③胎盘娩出后,用无菌纱布擦净外阴血迹。仔细检查会阴、小阴唇内侧、尿道口周围、阴道壁及宫颈有无裂伤。如有裂伤,应立即按解剖结构缝合。

(9)安置产妇于舒适体位。

(10)整理用物,清洗消毒器械。

(11)产妇在分娩室观察1~2小时,母婴无异常送回母婴同室,通知病房护士。

【操作流程】 着装整齐→评估孕妇→备齐用物→核对、解释→技术操作→安置产妇→整理用物→消毒器械→送回母婴同室→通知病房护士。

【注意事项】

(1)严密观察产程、监测胎心,发现异常报告医师。

(2)严格执行无菌操作原则,防止产褥感染;保护会阴,避免会阴裂伤。

(3)处理脐带,注意药液不可触及新生儿皮肤以免灼伤;注意新生儿的保暖。

(4)检查胎盘、胎膜是否完整,防止残留;加强孕、产妇监护,防止坠床。

十、人工剥离胎盘护理技术操作规范

【目的】 用手剥离并取出滞留于子宫腔内的胎盘。

【评估】 产妇的全身情况;子宫收缩、阴道出血情况;胎盘滞留的原因。

【用物准备】 灭菌手套、手术衣、消毒棉球。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,洗手,戴口罩,佩戴胸牌。

(2)备齐用物。

(3)协备用物至床前,核对患者的姓名、床号,向孕妇解释操作目的,以取得合作。

(4)取膀胱截石位,外阴重新消毒,术者更换手术衣及手套。

(5)一手置于腹部宫底部,另一手沿脐带伸入宫腔,摸到胎盘边缘,掌面向胎盘的母体面,以手掌的尺侧缘慢慢将胎盘自宫壁分离,等全部胎盘剥离后,握住胎盘并将胎盘娩出。

(6)安置产妇于舒适体位,向产妇交代注意事项。

(7)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估患者→备齐用物→核对、解释→取膀胱截石位→技术操作→安置产妇→告知注意事项→整理用物。

【注意事项】

(1)操作应轻柔,切忌强行剥离或用手抓挖宫腔,以免损伤子宫。

(2)检查胎盘、胎膜是否完整。

(3)术后注意观察有无发热、阴道分泌物异常等特征,必要时按医嘱给予抗生素。

十一、会阴切开缝合护理技术操作规范

【目的】 避免会阴严重裂伤,避免早产儿在产道内压迫过久,产妇有并发症时缩短第二产程。

【评估】 孕妇的全身状况、子宫收缩、胎儿情况;会阴体的弹性及高度。

【用物准备】 侧切缝合包内有包布1块、接生巾1块,侧切剪刀1把、线剪1把、持针器1把、有齿小镊子1把、止血钳2把、纱布5块,肠线、丝线,20毫升注射器、7号长针,碘伏。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,洗手,戴口罩,佩戴胸牌。

(2)备齐用物。

(3)核对孕妇的床号、姓名,向孕妇解释操作目的,以取得合作。

(4)取膀胱截石位,外阴重新消毒,会阴侧斜切开术。

①麻醉:阴部神经阻滞及局部浸润麻醉。术者左手指在阴道内触及左坐骨棘作引导,右手持内有1%利多卡因的注射器,在左坐骨结节内侧向坐骨棘下方刺入,经回抽无血后注药10ml,做阴部神经阻滞麻醉,然后边退针边注药5~10ml,做扇形局部浸润麻醉。

②切开:术者左手中、示指伸入胎先露与阴道侧后壁之间,右手持会阴切开剪自会阴后联合处斜向左下方与正中呈45°,一次剪开皮肤和阴道黏膜,一般长3~4cm。

缝合:用0号铬制肠线缝合阴道黏膜、肌层及皮下组织,最后4号丝线缝合皮肤。

(5)安置孕妇于舒适体位,向孕妇交代注意事项。

(6)整理用物;清洗消毒器械。

【操作流程】 着装整齐→评估孕妇→备齐用物→核对、解释→取膀胱截石位→技术操作→安置孕妇→告知注意事项→整理用物→清洗消毒器械。

【注意事项】

(1)常规做肛门检查,如有肠线穿过直肠黏膜,应立即拆除重新缝合。

(2)伤口要对称缝合,勿留无效腔。

(3)出血点应予结扎。

(4)嘱产妇保持外阴清洁,尽量采取右侧卧位。

第三节 新生儿护理技术操作规范

一、新生儿评分护理技术操作规范

【目的】 判断有无新生儿窒息及窒息的严重程度。

【评估】 新生儿的心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色。

【用物准备】 钟表1只、听诊器1个、清洁毛巾。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁、洗手、戴口罩,佩戴胸牌。

(2)备齐用物。

(3)预热红外线辐射保温台(新生儿出生前)。

(4)新生儿出生后立即用毛巾擦干全身的羊水,防止蒸发散热,吸出口鼻腔的痰液及羊水,也提供轻微刺激,同时根据新生儿的心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色等按阿氏评分法(表1-3-1)进行第1次评分。

(5)阿氏评分五项分数相加,每项0~2分,总分为10分。8~10分属正常新生儿;4~7分属轻度窒息,需清理呼吸道、人工呼吸、吸氧等处理;0~3分属重度窒息,需紧急抢救,行喉镜在直视下气管内插管并吸氧。5分钟后再作第二次评分。

(6)如新生儿情况不好,第2次评分后每5分钟评分1次,同时做好监护和抢救。

表 1-3-1 阿氏评分

体征	0 分	1 分	2 分
心率	无	<100/min	>100/min
呼吸	无	呼吸表浅,哭声弱	哭声响亮
肌张力	松弛	四肢屈曲	四肢活动
喉反射	无反应	有动作,皱眉	哭或喷嚏
皮肤颜色	青紫或苍白	躯干红,四肢青紫	全身红润

【操作流程】 着装整齐→评估新生儿→备齐用物→预热保温台→出生后用毛巾擦干全身的羊水→清理呼吸道→第1次评分→第2次评分→以后每5分钟评分1次→做好监护和抢救。

【注意事项】

- (1)调至适宜温度,避免新生儿的热量散失。
- (2)表有秒针以便计算。
- (3)正确评估新生儿,处于抢救状态;新生儿评分与监护抢救同时进行。

二、新生儿复苏护理技术操作规范

【目的】 保持气道畅通,建立呼吸,维持正常循环。

【评估】 新生儿的呼吸、心率和皮肤颜色。

【用物准备】

- (1)药品准备:肾上腺素、纳洛酮、注射用水等急救药品。
- (2)物品准备:基础治疗盘、氧气、新生儿面罩气囊复苏器、低压吸引器,各种型号的气管插管、吸痰器、新生儿喉镜、垫巾、胶布、剪刀、胃管。

【操作步骤】

- (1)工作人员衣帽整洁,洗手、戴口罩,佩戴胸牌。
- (2)备齐用物。
- (3)预热红外线辐射保温台(新生儿出生前)。
- (4)新生儿的复苏应遵循 ABC 方案,其步骤如下。

①建立畅通的气道:a.摆好复苏的体位。置新生儿于辐射热源保温区,擦干身上的羊水、血迹,撤去湿巾。新生儿仰卧、肩部垫高2~3cm,呈轻微颈伸仰位,使呼吸道畅通。b.吸净口腔、鼻腔的黏液。吸口腔黏液时,应注意吸引时间不超过10秒,压力要适度,吸管插入深度要适当。使用机械吸痰时,应控制吸引压力即吸管闭合时负压不超过100mmHg。c.必要时协助医生气管插管以保证气道畅通。气管插管的指征:需长时间正压给氧人工呼吸、用气囊面罩复苏器人工呼吸无效、需要气管内吸痰及可疑膈疝者。

②诱发呼吸:a.对新生儿进行触觉刺激,以帮助建立呼吸。若新生儿无自主呼吸,进行触觉刺激(采用轻弹足底或摩擦背部)能刺激呼吸出现。b.必要时正压人工呼吸,可用面罩气囊或气管插管正压给氧。正压给氧的两项指征是无呼吸或仅喘和心率<100/min。正压给氧的操作是检查复苏气囊并接上氧气,选择大小合适的面罩接在气囊上。将面罩置于患儿面部形

第一部分 专科护理技术操作规范

成密闭,即给 100%浓度氧气正压 15~30 秒的人工呼吸,频率为每分钟 40~60 次,手指压与放时间比为 1:1.5,首次呼吸所需压力为 30~40cmH₂O,以后为 20cmH₂O。

③维持循环:a.胸外按压的指征为 100%浓度氧加压呼吸 15~30 秒后,心率少于每分钟 60 次或每分钟 60~80 次且无上升趋势。胸外按压有两种方法。一是双指法,用一手的中指和示指或中指与环指的指尖压迫胸骨,没硬垫时用另一只手支撑患儿背部。二是拇指法,用双手拇指压迫胸骨下 1/3 处,双手环绕患儿胸廓,其余手指支撑患儿背部。压迫深度应为 1.3~1.8cm,速度应为每分钟 120 次,每按压 3 次行人工呼吸 1 次。b.遵医嘱使用药物。

(5)术后观察新生儿体温、呼吸、心率、尿量及皮肤颜色,发现异常及时报告医师。

(6)整理用物;清洗消毒器械。

【操作流程】 着装整齐→评估新生儿→备齐用物→预热保温台→复苏技术操作→术后评估→整理用物。

【注意事项】

(1)面罩正压给氧时,面罩型号一定要正确,面罩过大可能损伤眼睛,过小则不能遮盖口鼻。

(2)正压给氧 2 分钟以上者需插胃管,避免气体过多进入胃内,引起腹胀。

三、新生儿沐浴护理技术操作规范

【目的】 保持新生儿皮肤清洁、舒适、避免感染。

【评估】 新生儿全身情况,皮肤污染程度。

【用物准备】 备好新生儿衣服、尿布、柔软易吸水的大毛巾、无刺激性浴液、消毒棉签、无菌纱布、婴儿爽身粉、75%乙醇、一次性塑料布等。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,修剪指甲,戴口罩。

(2)备齐用物。

(3)室温应调节在 26~28℃,沐浴水温在 38~42℃。沐浴以流动的水为宜。

(4)铺设大毛巾,解开新生儿包被,检查腕条。核对新生儿性别、产妇姓名、床号,脱去其衣服、尿布。

(5)用手腕内侧或手被测温,铺塑料布于沐浴床并温热。

(6)以左前臂托住新生儿背部,左手托住其头部,将婴儿下肢夹在左腋下,移至沐浴池,先洗净脸部,将婴儿头枕在左手腕上,用拇指和中指捏住新生儿双耳(防止水流入耳孔),然后依次洗头、颈、腋下、上肢、手、躯干、下肢,最后洗腹股沟、臀部及外生殖器,注意洗净皮肤皱褶处,然后用温水冲洗干净。洗腹部时应避免沾湿脐部。

(7)将新生儿抱至处置台上,用大毛巾沾干全身,脐带用 75%乙醇棉签擦拭,在颈部、腋下、腹股沟处撒少量爽身粉。穿衣服、包尿布。

(8)查对腕条、床头卡、放回婴儿床。

(9)送回母婴同室,核对产妇姓名、床号,向家属交代注意事项。

(10)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估新生儿→准备用物→察看沐浴环境→核对→技术操作→告知注意事项→整理用物。

【注意事项】

- (1)动作轻柔、敏捷,注意保暖,防止新生儿受凉及损伤。
- (2)沐浴时勿使水进入耳、鼻、口、眼内。
- (3)洗浴时应在新儿吃奶后1小时,沐浴露不要直接倒在新儿皮肤上。
- (4)洗浴时应注意观察新儿全身情况,发现异常情况及时处理并报告医师。
- (5)颈下撒爽身粉时要用手掌遮盖新儿口鼻,防止粉末吸入呼吸道。
- (6)腕条脱落应及时补上。
- (7)保持室温、水温恒定,沐浴环境必须舒适、无风无尘。

四、新生儿游泳护理技术操作规范

【目的】 有利于新生儿胎粪早排除;加快新生儿生理性黄疸早消退;能加快新生儿免疫系统的完善,提高免疫力;能促进新生儿神经系统的发育,增加新生儿应激力;能增加对食物的吸收,使新生儿体重增加。

【评估】 新生儿全身情况,脐带有无红肿、渗液、结痂等;皮肤有无损伤、皮疹。

【用物准备】 水池(水温适宜 37~38℃)、一次性水袋、泳圈、脐带防水贴、水温表、基础治疗盘。

【操作步骤】

- (1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。
- (2)备齐用物。
- (3)调节室温、室内环境。
- (4)核对产妇、新生儿姓名,向新生儿家属解释游泳的目的,以取得配合。
- (5)放一次性水袋于池中,加温水测量水温。
- (6)测量婴儿颈围,选择适当的泳圈,检查泳圈有无破损,气囊充气。
- (7)脐部贴好脐带防水贴,将泳圈从前到后套入新生儿颈部,扣好双重保险粘贴。
- (8)将新生儿逐渐缓慢放入水中,医务人员协助新生儿肢体伸展活动,并给予轻柔抚触。游泳时间在 10~20 分钟。
- (9)一手托住新生儿颈部,一手抓住新生儿双腿离开水池,在工作台上取下泳圈,擦干身体,取下护脐贴,消毒脐部,穿衣。
- (10)查对腕条、床头卡、放回婴儿床。
- (11)送回母婴同室,核对产妇姓名、床号,向家属交代注意事项。
- (12)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估新生儿→备齐用物→核对、解释→调节室温→准备水池→测水温→技术操作→查对腕条→送回新生儿→整理用物。

【注意事项】

- (1)室内清洁温馨,温度适宜(28℃),水温适宜(37~38℃)。
- (2)气囊充气不宜过饱(90%);动作轻柔,防水贴无皱褶,泳圈进行安全监测,保险粘贴牢固。
- (3)注意保暖,防止受凉;医护人员应始终在旁呵护,新生儿头部在水面之上。

五、臀部护理技术操作规范

【目的】 保持新生儿臀部清洁、舒适,避免发生红臀、溃疡或皮疹。

【评估】 新生儿有无红臀、溃疡或皮疹;臀部的清洁度。

【用物准备】 尿布 1 块、小毛巾 1 块、护臀霜或鞣酸软膏。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物。

(3)核对新生儿腕条,向家属解释操作的目的,以取得配合。

(4)排尿后撤去尿布,用湿纸巾擦净会阴部及臀部,更换清洁尿布。

(5)排粪后用温水清洁臀部,小毛巾蘸干,涂护臀霜,更换清洁尿布。

(6)协助新生儿取舒适体位。

(7)向家属交代注意事项。

(8)整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估新生儿→备齐用物→核对、解释→技术操作→告知注意事项→整理用物。

【注意事项】 动作轻柔,敏捷,注意保暖,尿布松紧大小适当。

六、卡介苗接种护理技术操作规范

【目的】 通过人工自动免疫产生抗体,防止结核杆菌感染。

【评估】 新生儿全身状态,有无发热;接种部位有无损伤、皮疹。

【用物准备】 基础治疗盘 1 个、卡介苗专用注射器、卡介苗及缓冲液、卡介苗接种卡片。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物。

(3)严格掌握接种指征。

(4)核对、检查药液及卡介苗专用注射用水,无菌开启药瓶,注入注射用水。

(5)抽吸药液。

(6)核对新生儿腕条、床头卡,向家属解释操作的目的,以取得配合。

(7)取右侧卧位,暴露左上臂三角肌,75%乙醇消毒待干,左手绷紧皮肤,右手持针呈 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$ 刺入,皮内注射,顺时针方向旋转针头 45° 拔针。

(8)再次核对药液。

(9)整理新生儿衣物,再次核对腕条及床头卡。

(10)填写卡介苗接种登记卡(三联单)。

(11)向家长交代注意事项及可能出现的反应。

(12)对接种后废弃的注射器及安瓿要正确妥善处理。

【操作流程】 着装整齐→评估新生儿→备齐用物→核对、解释→技术操作→核对腕条及床头卡→告知注意事项→用物处理。

【注意事项】

(1)注射前核对卡介苗品名、剂量、批号和有效期,接种前需先振荡菌苗使之均匀,吸入注射器内也应随时摇匀,如发现有不可摇散的颗粒、药瓶有破漏、瓶签不清楚以及菌苗过期等情况都应废弃。接种时注意记录批号。

(2)卡介苗是活菌苗,应保存在冰箱内($2\sim 8^{\circ}\text{C}$)。

(3)卡介苗为低毒性活结核杆菌,多余菌苗应放入医用垃圾袋内。

(4)注射部位不宜过深,局部呈皮丘、变白为宜。

(5)安瓿打开后应在1小时内用完,不可在阳光下接种,否则影响效果。

(6)1个月接种不同疫苗时,不可在同一侧肢体接种。

七、乙肝疫苗接种护理技术操作规范

【目的】 通过人工自动免疫,使新生儿体内产生抗体,防止乙肝病毒感染。

【评估】 新生儿全身状态,有无发热;接种部位有无损伤、皮疹。

【用物准备】 基础治疗盘1个、乙肝疫苗专用注射器、乙肝疫苗接种卡片、乙肝疫苗。

【操作步骤】

(1)工作人员衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物。

(3)严格掌握接种指征,核对新生儿出生时间,有无禁忌证。

(4)自冰箱内取出乙肝疫苗,检查有效期,充分摇匀,无菌开启安瓿,使用乙肝疫苗专用注射器抽吸疫苗。

(5)核对新生儿腕条、床头卡,向家属解释操作的目的,以取得配合。

(6)取左侧卧位,暴露新生儿右臂三角肌,皮肤常规消毒待干。

(7)左手绷紧皮肤,右手持注射器与皮肤呈 $70^{\circ}\sim 90^{\circ}$,快速刺入针头的 $2/3$,固定针管放松皮肤,回抽无血后注入疫苗。快速拔出针头,用消毒干棉球按压针眼部位。

(8)再次核对药液。

(9)整理新生儿衣物,再次核对腕条及床头卡。

(10)填写乙肝疫苗接种登记卡(三联单)。

(11)向家长交代注意事项及可能出现的反应。

(12)正确妥善处理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估新生儿→备齐用物→技术操作→核对腕条及床头卡→告知注意事项→整理用物。

【注意事项】

(1)出生后24小时内注射乙肝疫苗。

(2)新生儿体重 $<2\,500\text{g}$,暂不接种,待体重增长到 $2\,500\text{g}$ 后到指定医院补种。

(3)无论产妇是否感染乙肝病毒,新生儿均注射 $10\mu\text{g}$ 乙肝疫苗。

第4章 五官科护理技术操作规范

第一节 眼科护理技术操作规范

一、视力检查护理技术操作规范

【目的】 检查患者的视力情况,以便更好地观察病情进展及时对患者进行治疗。

【评估】 评估患者视力情况如有无散瞳、应用药物及佩戴眼镜情况等。

【用物准备】 眼罩、视力表、方凳、视杆、纸、笔。

【操作步骤】

(1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)准备用物。

(3)核对床号、姓名、眼别。

(4)向患者解释检查目的,并讲解检查方法及配合方式,取得患者的配合。

(5)协助患者取坐位或立位,用眼罩遮盖一侧眼镜,顺序先右后左,嘱咐患者勿用手压迫眼球。

(6)根据患者情况选择合适的检查距离,平面镜反射检查距离缩短一半。

(7)在检查时从上至下,把能辨认的最小视标一行的字号记录下来。

(8)记录测试数值,整理用物。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→解释→技术操作→记录数值→整理用物。

【注意事项】

(1)视力表高度1.0行视标应与被检查眼在同一水平线。

(2)检查距离为5m。

(3)先右眼,后左眼。先查裸眼视力,后查矫正视力。每个视标分辨时间不得超过2~3秒。检查时不能眯眼。

(4)检查过程中勿压迫眼球,以免造成视物模糊,影响结果。

二、眼压测量护理技术操作规范

【目的】 眼科常用的辅助检查方法。

【评估】 患者病情,角膜情况,有无传染性眼病。

【用物准备】 眼压计、表面麻醉药(0.4%盐酸奥布卡因)、氯霉素眼药水、记录单、笔。

【操作步骤】

(1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)准备用物。

(3)核对床号、姓名及眼别。

(4)向患者解释检查目的,并讲解检查方法及配合方式,取得患者的配合。

(5)指测法:嘱被检者自然向下注视,检查者双手的示指尖置于一眼的上睑上方,中指和无名指固定于前额部做支撑,两个示指通过眼睑交替对眼球的巩膜轻轻施加压力,以巩膜的弹性张力估计眼压的高低。

(6)眼压计测量法:测量前将眼压计垂直放置于校准台上,校准指针为“0”。协助患者取仰卧位,用表面麻醉药做结膜囊表面麻醉2~3次,观察药物反应。用75%乙醇消毒眼压计底板,并用消毒棉擦干。嘱患者双眼向正上方注视一固定目标,或注视自己的手指,使角膜保持水平正中位置。检查者以左手拇、示指轻轻分开眼睑,并将其固定于上、下眶缘。右手持眼压计垂直地轻放在角膜中央,轻轻放下砝码托架,避免对眼压计施加任何压力。同时观察眼压计指针所批示的刻度,然后提起眼压计。如指针所指示刻度小,应依次加7.5、10.0或15.0砝码重新测量,直至指针所示刻度在3~7范围为止。所测数据以分数式记录,分子示砝码质量,分母为刻度指数,然后查表换算实际压力。

(7)测量后滴入氯霉素眼药水。

(8)整理用物,擦干眼压计备用。

(9)洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→解释→测量眼压→滴入眼药水→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)测眼压时动作要轻柔,避免对眼球施加任何压力而影响结果。

(2)测量眼压时眼压计应垂直轻放和移开,避免自身阻力。

(3)测量后避免揉眼,防止角膜损伤。

(4)结膜囊滴抗生素眼药水,防止感染。

(5)眼压计放置在角膜时间不宜过长,连续测量不宜超过3次。

(6)有角膜伤口或传染性结膜炎的患者勿测眼压。

三、眼部备皮护理技术操作规范

【目的】 眼科各种内眼、外眼手术前常规准备。

【评估】 患者病情,眼部情况、有无传染性眼病。

【用物准备】 治疗盘内放眼科剪刀、治疗巾、0.5%红霉素眼药膏、棉签、弯盘、纱布。

【操作步骤】

(1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)准备用物。

(3)核对床号、姓名、眼别及手术部位。

(4)向患者解释操作目的,备皮的范围等,并讲解操作方法及配合方式,取得患者的配合。

(5)根据手术方式选择、暴露备皮部位:内眼手术,剪除患侧上下眼睑睫毛;外眼手术,剪除患侧上下眼睑睫毛以及眉毛、鬓角。

(6)再次核对患者床号、姓名、眼别及手术部位。

(7)剪睫毛方法:垫治疗巾于枕下,协助患者取平卧位,护士立于患者床头。

(8)用棉签蘸取红霉素眼膏涂于眼科剪刀刀刃上,沿上下睑缘剪除睫毛至根部。操作中指导患者放松,勿做眨眼动作。

(9)操作后清理留在上下睑缘的睫毛,避免落入患者眼内。

(10)备皮后用无菌纱布遮盖术眼。

(11)安置患者。

(12)整理用物,按规定处理用物。

(13)洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→解释→患者取平卧位→剪睫毛→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)操作中严格执行“三查八对”。

(2)操作时动作轻柔、避免损伤局部皮肤。

(3)操作后用无菌纱布覆盖,保持清洁。

四、泪道冲洗护理技术操作规范

【目的】

(1)检查泪道是否通畅。

(2)内眼手术或泪道手术前常规准备。

(3)从泪道注入药物治疗慢性泪囊炎。

【评估】 患者病情及泪道情况。

【用物准备】 泪道冲洗针头,一次性注射器 5ml、泪点扩张器、生理盐水或氯霉素眼药水、纱布、表面麻醉药(0.4%盐酸奥布卡因)。

【操作步骤】

(1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)准备用物。

(3)核对床号、姓名、眼别。

(4)向患者解释操作目的,并讲解操作方法及配合方式,取得患者的配合。

(5)再次核对床号、姓名、眼别。

(6)患者取仰卧位,护士站在患者头侧,向结膜囊内滴入表面麻醉药(0.4%盐酸奥布卡因)共2~3次,每次间隔3分钟。用左手拇指轻轻向下拉开下睑内眦部,充分暴露下泪小点。

(7)右手持含有冲洗液的注射器,将前端的冲洗针头垂直睑缘插入下泪小点1mm,然后转水平进入下泪小管,注入冲洗液,边注射边询问患者口中有无液体流入,并观察液体有无反流、回流,以及有无脓液冲出。

(8)冲洗完毕,用纱布擦干眼部。

(9)安置患者,整理用物,按规定处理用物。

(10)洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→解释→患者取平卧位→再次核对→麻醉→冲洗→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)操作前向患者做好解释工作,以取得合作。
- (2)泪点狭窄者,先用泪点扩张器扩张泪点再进行冲洗。
- (3)要按泪道走行方向进针,避免形成假道。
- (4)注水时不能过分加压,避免组织水肿。
- (5)操作时要谨慎、细心,若进针遇阻力不可强行推进,以免损伤泪道。

五、结膜下注射护理技术操作规范

【目的】

- (1)取角膜异物后或手术后预防感染。
- (2)眼球手术的局部浸润麻醉。

【评估】 患者病情及眼部情况。

【用物准备】 棉签、一次性注射器(2.5ml)、表面麻醉药(0.4%盐酸奥布卡因)、抗生素眼药水、眼罩或纱布、胶布。

【操作步骤】

- (1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。
- (2)准备用物。
- (3)核对床号、姓名、眼别、注射液。
- (4)向患者解释操作目的,并讲解操作方法及配合方式,取得患者的配合。
- (5)再次核对患者床号、姓名、眼别、注射液。
- (6)患者取坐位或仰卧位,站在患者对面或头侧,向结膜囊内滴入表面麻醉药2~3次,每次间隔3分钟。
- (7)左手示指与拇指分开上下睑,嘱患者向注射部位相反的方向注视,将针头在角膜缘后5mm处,避开血管,倾斜刺入球结膜下,进针角度与眼球表面呈 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$,缓缓将药液注入,此时可见球结膜呈鱼泡样隆起。刺入时应无阻力,如刺入时阻力大,可能是碰到巩膜,应拔出、重新刺入。
- (8)注射完毕,拔出针头。遵医嘱眼部用药,盖眼罩或纱布覆盖。
- (9)遵医嘱取下眼罩或打开纱布,按时用药。
- (10)协助患者取舒适卧位。
- (11)整理用物,按规定处理用物。
- (12)洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→解释→患者取平卧位→再次核对→麻醉→注射→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)注射时嘱患者应向任一方向注视不动,以防发生意外。
- (2)注射针头不可垂直于眼球,以免刺入眼内。
- (3)注射时要避开血管,并经常更换部位,以免形成粘连。
- (4)每次注射量一般不超过1ml。

第二节 耳鼻喉科护理技术操作规范

一、咽喉部喷雾护理技术操作规范

【目的】 检查前的咽喉部麻醉；局部用药。

【评估】 患者病情、咽喉部情况及心理状态。

【用物准备】 喷雾器、压舌板、额镜、立灯、间接喉镜、药液。

【操作步骤】

(1)衣帽整齐，佩戴胸牌，洗手，戴口罩。

(2)准备用物。

(3)核对床号、姓名、药液。

(4)向患者解释操作目的，并讲解操作方法及配合方式，取得患者的配合。

(5)再次核对患者床号、姓名、药液。

(6)戴额镜。

(7)协助患者取坐位，嘱患者张口，用压舌板压低舌面，观察口腔有无溃疡、感染出血等。

(8)嘱患者发“啊”的长音，取喷雾器自上而下对准腭垂、软腭、咽后壁、舌根，再从右到左或从左到右对准腭扁桃体、咽喉壁、腭咽弓、腭舌弓反复喷药 3~4 次，将喷雾器头弯折向下，嘱患者伸舌，用纱布包裹舌前 1/3 处，将舌拉出，张口深呼吸时将喷雾器弯头对准咽喉部，喷入药物，喷头勿触及咽部，以免引起患者恶心。观察患者反应，嘱其将药物吐出。

(9)整理用物，安置患者取舒适体位。

(10)洗手，记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→解释→再次核对→技术操作→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)喷药时喷头勿触及患者咽部，以免引起恶心。

(2)喷药后 2 小时内禁食水，以免引起呛咳。

二、外耳道滴药护理技术操作规范

【目的】 消炎、止痛、局部用药。

【评估】 患者病情、生命体征及外耳道情况。

【用物准备】 治疗盘 1 个，治疗巾、棉签、无菌小棉球、滴耳药液、3%过氧化氢溶液、生理盐水。

【操作步骤】

(1)衣帽整齐，佩戴胸牌，洗手，戴口罩。

(2)准备用物。

(3)核对患者床号、姓名、耳别及药水。

(4)向患者解释操作目的，并讲解操作方法及配合方式，取得患者的配合。

(5)再次核对患者床号、姓名、耳别及药水。

(6)嘱患者取侧卧位,头部垫治疗巾,头偏向健侧,患耳朝上。

(7)用生理盐水棉签擦拭外耳道内的分泌物。必要时用3%过氧化氢擦拭,擦干。

(8)轻拉耳郭,充分暴露外耳道。

(9)将药液顺外耳道后壁缓慢滴入药液3~5滴后,轻压耳屏,使药液充分进入中耳腔,将小棉球塞入外耳道,避免药液流出而影响药效。

(10)嘱患者保持原体位3~5分钟后,坐起,观察反应。

(11)整理用物,安置患者取舒适体位;洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→解释→再次核对→患者取侧卧位→擦拭外耳道→滴药→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)药液温度要与体温接近,否则可刺激内耳引起眩晕等症状。

(2)滴药时,小儿应将耳郭向后下方牵拉,成年人则向后上方牵拉。

第5章 急诊、急救护理技术操作规范

第一节 院前急救护理技术操作规范

一、简易呼吸器使用技术操作规范

【目的】

- (1)保持呼吸道通畅,改善通气功能。
- (2)对于呼吸骤停或呼吸功能严重障碍的患者可代替其自主呼吸。
- (3)加压给氧,改善患者低氧血症。

【评估】 患者有无自主呼吸及呼吸形态,呼吸道是否通畅,有无活动性义齿,患者的意识、脉搏、血压情况。

【用物准备】 简易呼吸器、连接管、面罩、氧气装置、纱布、弯盘。

【操作步骤】

- (1)着装整齐,佩戴胸牌。
- (2)判断患者意识及呼吸,如无意识或无自主呼吸。
- (3)呼救。
- (4)患者仰卧,去枕,头后仰,清除口腔内可见异物及义齿。
- (5)拉开床头使之离墙 40~60cm,摆正头位,操作者站立在患者头顶位置。
- (6)连接面罩、储气袋、氧气连接管,接氧气调节氧流量每分钟 8~10L。
- (7)将面罩充分罩住患者口鼻,一手固定面罩,采用“EC”手法。
- (8)用另外一只手按压球体,将气体送入肺内,送气时间为 1 秒,规律地按压球体。
- (9)挤压球体:成人每分钟 10~12 次、儿童每分钟 14~20 次、婴儿每分钟 35~40 次,成人每次可吸入 400~600ml 的气体(一般患者 $VT 5ml/kg$,一侧肺切除 $VT 200\sim 300ml$)若双手挤压可提供 800~1 000ml 的潮气量。
- (10)随时观察应用效果及患者的情况。
- (11)安置患者取舒适体位,整理床单位,清理用物。
- (12)脱手套;洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→操作前评估→清理口腔→畅通气道→连接面罩、呼吸囊及氧气→固定面罩→挤压气囊→观察患者情况→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)选择合适的面罩,鸭嘴阀是否正常,氧气管连接是否结实,接通氧气后氧气袋充分鼓起。
- (2)观察使用简易呼吸器后患者发绀缓解情况。
- (3)使用完毕将简易呼吸器各配件依次拆开,置于 2%戊二醛溶液中浸泡 0.5~1 小时,取

出后使用清水冲洗所有配件,储气袋禁止浸泡,用75%乙醇消毒,特殊感染者用环氧己烷熏蒸,消毒后连接好备用。

二、环甲膜穿刺护理技术操作规范

【目的】 在呼吸复苏过程中进行紧急的气道开放,为进一步的救治工作赢得时间。

【评估】 患者的意识状态及呼吸形态。

【用物准备】 16号粗针头1~4个、T形管、氧气及氧气连接管、橡胶手套。

【操作步骤】

(1)着装整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)准备好用物。

(3)患者取仰卧位,肩下垫枕,头向后仰。

(4)消毒穿刺部位皮肤,戴手套。

(5)用示指触摸甲状软骨与环状软骨之间凹陷的穿刺部位,左手拇指及中指将两侧皮肤绷紧,右手将环甲膜穿刺针垂直刺入,有落空感提示已进入喉腔,如取出针芯有气体冲出,表明穿刺成功。病情危急时,可不作局部麻醉。

(6)固定针头后连接供氧装置,若气道内有分泌物及时吸出。

(7)安置患者取舒适体位。

(8)整理用物,洗手并记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→患者取仰卧位→技术操作→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)穿刺时要正确定位,垂直进针,防止出血或皮下气肿。

(2)必须回抽有空气,确定针尖在喉腔内才能注射药物。

(3)做好气管切开或气管插管的准备。

三、绷带包扎护理技术操作规范

【目的】 利用最快捷的方法,采取最快的速度,对患者的伤口进行包扎、固定。

【评估】 患者病情、意识状态、受伤部位及伤口情况,根据需要采用合适的包扎材料及包扎方法。

【用物准备】 绷带、三角巾、无菌纱布、丁字带、干净毛巾等。

【操作步骤】

(1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)根据患者受伤情况备齐用物,根据需要采用合适的包扎材料及包扎方法。

(3)核对患者姓名,向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合。

(4)协助患者取合适的体位。

(5)伤口要先用无菌纱布盖住。

(6)选择宽窄合适的绷带,右手持绷带,从远心端开始向近心端包扎,先用环形包扎法包扎2~3圈,再根据包扎部位选择合适的包扎方法,如螺旋形包扎法适用于上臂、躯干大腿;螺旋反折包扎法适用于前臂、小腿;八字形包扎法适用于踝关节、腕关节,最后再用环形包扎法包扎

2~3 圈。

(7)用别针或胶布固定。

(8)安置患者取舒适体位,向患者交代注意事项。

(9)整理用物。

(10)观察患者情况,转送患者。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对→解释→技术操作→告知注意事项→整理用物→转运。

【注意事项】

(1)根据伤口的大小,以及所处的部位,选择合适的包扎材料及方法,操作轻巧快捷,松紧适宜,牢固可靠。

(2)包扎后要使肢体保持功能位。

(3)包扎要松紧适宜,要露出肢体的末端,随时观察血液循环情况,认真交接。

四、止血带止血法护理技术操作规范

【目的】 四肢大动脉出血时通过应用止血带而达到应急止血的目的。

【评估】 患者病情、意识情况、创伤的部位、伤口情况、出血的性质及量等。

【用物准备】 适合上、下肢使用的止血带各 1 条,大、小毛巾数块。

【操作步骤】

(1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)根据患者受伤情况备齐用物。

(3)核对患者,解释操作目的及方法,取得患者的配合。

(4)将患者安置合适体位。

(5)用大小合适的毛巾垫于出血肢体上 1/3 处,抬高患肢。

(6)选择粗细合适的止血带,在靠近伤口近端的地方,打止血带。

(7)方法:左手捏住止血带短端,以示指、中指置于止血带短头下,右手执止血带长端,将止血带拉直后,以长端压住短端绕 2 圈,左手两指夹住长端皮管,在缠绕的皮管下拉出,起到压迫作用。

(8)检查止血的效果及肢体远端的动脉搏动情况。

(9)记录使用日期、时间、部位,做好标记,便于观察。

(10)整理用物,安置患者于舒适体位。

(11)观察患者情况,转送患者。

【操作流程】 评估患者→准备工作→核对→解释→安置合适体位→技术操作→记录→整理用物→观察→转运患者。

【注意事项】

(1)打止血带要注意部位准确、松紧适宜、衬垫加好、标记明显。

(2)松紧度以达到远端动脉搏动消失、不出血为宜,不要过紧。

(3)止血带一次限于 1 小时左右,每隔 30~60 分钟松开 1~2 分钟。

第二节 院内急救护理技术操作规范

气管插管术护理配合技术操作规范

【目的】 将气管导管经口腔或鼻腔插入到气管内,借以保持呼吸道畅通,以利于清除呼吸道分泌物,保证有效地通气,为有效给氧、人工正压呼吸及气管内给药提供了条件。

【评估】 患者的意识、呼吸状态及牙齿情况。

【用物准备】 气管插管、咽喉镜、开口器、压舌板、宽胶布、导管芯、牙垫、气囊测压表或5ml注射器、吸引装置、吸痰管、听诊器、简易呼吸器、氧气装置、橡胶手套。

【操作步骤】

(1)经口明视插管术:为最常用的方法。

①着装整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

②准备用物,评估患者的意识、呼吸状态及牙齿情况。

③核对患者床号、姓名。

④戴手套,用吸痰管吸净患者口鼻分泌物,去除义齿。

⑤选择气管导管,安装好喉镜片,检查电池、灯泡及喉镜各部位。

⑥拉开床头使之离墙有40~60cm,取下床头,用简易呼吸器辅助呼吸,高浓度给氧2~3分钟。

⑦患者取仰卧位,头向后仰,使口、咽和气管基本保持在一条轴线上,可在患者的肩部垫一枕头,使头尽量后仰以利于喉头的充分暴露;操作者站在患者的头顶部位。

⑧昏迷或牙关紧闭者,可应用开口器。

⑨用右拇指与示指推开患者下唇及下颌,使嘴张开,左手持喉镜柄,顺右侧舌面插入,压住舌头,挑起,暴露声门。

⑩右手持气管插管,前端对准声门,轻柔地将导管插入气管,插过声门1cm左右,导管插入的同时,迅速抽出导管芯,再将导管端旋转插入2cm左右,将牙垫置于导管一边,移去咽喉镜同时用手固定好导管。

⑪迅速接上简易呼吸器,挤压呼吸囊,观察胸廓是否有起伏并用听诊器听两肺呼吸音是否对称。

⑫若确定已进入气管内,用气囊测压表或5ml注射器向气囊内充气,并测量气囊压力在绿区范围(18.4~21.8cmH₂O);也可采用最小闭合技术进行测量,方法:注气→听漏气声→再抽气(0.25~0.5ml)→再听漏气声→再注气(0.25~0.5ml)→听不到漏气声为止。

⑬再次用吸痰管清除呼吸道内的分泌物。

⑭妥善固定导管和牙垫,用记号笔在导管上做标记,并用软尺测量气管插管外露长度(门齿到导管末端的距离)。

⑮安置患者取舒适体位。

⑯整理用物,洗手,记录患者情况及气管插管外露长度。

⑰拍胸部X线片,检查气管插管前端在气管内的位置(胸3~4椎体之间),如果过深或过浅应重新调整。

(2)经鼻腔明视插管术:操作步骤同经口明视插管术。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→摆放体位→气管插管技术操作→妥善固定→做标记并测量外露长度→安置病人→整理用物→洗手、记录→拍胸部 X 线片。

【注意事项】

(1)应按置管的目的和患者的不同选择插管方法,若需较长时间置管可选经鼻腔插管,而手术麻醉一般选经口插管。

(2)对经鼻插管者,应先检查鼻腔是否有鼻中隔歪曲异常等,选择通气良好鼻孔。

(3)操作喉镜时,不应以切牙(门齿)为支持点,以防切牙脱落。

(4)对颈短、喉结过高、体胖而难以暴露声门者,可借助手按压喉结、肩部垫高以便清楚暴露声门。

(5)插管时,喉头声门应充分暴露,动作要轻柔、准确而迅速,以防损伤组织,尽量减少患者的缺氧时间以免发生心搏骤停或迷走反射亢进等并发症而产生不良后果。

(6)插管后应立即检查两肺呼吸音是否对称,以确保导管位置正确,防止过深或过浅。导管插入深度一般为鼻尖至耳垂外加 4~5cm(小儿 2~3cm),然后适当固定,以防止引起单侧通气或滑脱。

(7)经口插管留置时间一般不超过 72 小时,鼻插管不超过 1 周。

(8)拔除气管导管时,应注意发生喉头水肿的可能,采取必要的防范措施。

(9)拔管后应观察患者发音情况,必要时给予适当的对症处理。若发现由于杓状关节脱位而导致的发音困难,应及时给予复位。

(10)每 4~8 小时监测气囊压力,并气囊放气 10~15 分钟而后再次注气。进食前监测气囊压力,患者咳嗽时、气道痉挛时不要测压。

第三节 重症监护护理技术操作规范

一、呼吸机使用护理技术操作规范

【目的】

(1)保持呼吸道通畅,改善通气功能。

(2)提高肺通气量,改善肺换气功能。

【评估】 患者意识、呼吸情况、呼吸音及血气分析情况。

【用物准备】 呼吸机 1 台、模拟肺、管路 1 套、氧气、蒸馏水、听诊器、呼吸过滤器、呼吸机连接管。

【操作步骤】

(1)衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物,放置合适。

(3)选择合适的呼吸机管路,正确连接。

(4)检查电源及接通电源线,连接压缩空气及氧气接头。

(5)检查呼吸机各项工作性能是否正常,各管道间的连接是否紧密、有无漏气,各附件是否齐全。

- (6)接上模肺,检测呼吸机,确认呼吸机正常工作。
- (7)根据患者的情况选择合适的呼吸模式,设置呼吸机参数。
- (8)向湿化瓶内加蒸馏水至水位线,打开湿化器开关。如需设置湿化温度,将调节湿化温度在32~37℃。
- (9)核对,解释。
- (10)将呼吸机送气管道末端与患者面罩或气管导管紧密连接好。
- (11)机械通气开始后,立即听诊双肺呼吸音。
- (12)在使用呼吸机期间,可根据患者自主呼吸情况选择控制呼吸或辅助呼吸。监测血气分析及患者的生命体征变化,保证呼吸道通畅。
- (13)安置患者取舒适体位,整理床单位,清理用物。
- (14)洗手、记录。
- (15)患者自主呼吸恢复,达到停机要求时,应及时撤除呼吸机。
- (16)呼吸机的消毒:拆下呼吸机管道,在1 000mg/L的含氯消毒液内浸泡0.5~1小时后拿出,清水冲净晾干待用,呼吸机机身用消毒液纱布擦拭干净。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→连接机器→技术操作→观察→安置患者→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)经常添加湿化器内蒸馏水,使之保持在所需刻度处。
- (2)始终保持集水瓶在低位,随时倾倒集水瓶内的水,避免水反流入机器或气管内。
- (3)观察湿化器的温度应保持在32~37℃,避免温度过高烫伤患者呼吸道黏膜或温度过低使呼吸道黏膜干燥。
- (4)每日冲洗呼吸机上过滤网。
- (5)每周更换呼吸机管道。
- (6)调节呼吸机机臂时,应将呼吸机管路取下调节好后再安装,以免在调节时将气管导管拉出。
- (7)特殊感染患者应尽量使用一次性呼吸机管道。
- (8)对感染患者使用的硅胶管道应浸泡在2 000mg/L含氯消毒液内1小时后拿出,清水冲净晾干待用,必要时可送供应室进行环氧乙烷消毒灭菌。

二、经口咽通气道气管内吸痰护理技术操作规范

【目的】 通过利用口咽通气道对一些未做气管插管和气管切开的患者进行气管内吸痰,保持患者呼吸道通畅及有效地通气。

【评估】 观察患者神志、呼吸状况、听诊(气管及两肺)是否有痰鸣音,判断痰液的多少和位置。

【用物准备】 中心负压装置、口咽通气道、吸痰盘:治疗碗1个,蒸馏水1瓶,一次性吸痰包数个、听诊器、污物桶、头皮针、吸氧管。

【操作步骤】

- (1)衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。
- (2)备齐用物携至患者床前,核对床号及姓名。

(3)向患者或家属做操作前的解释工作,取得合作;帮助患者选择适当的体位(侧卧或平卧)。

(4)安装中心负压吸引装置,调节压力(成人 40~50kPa,儿童<40kPa,)。检查吸痰装置,观察吸力,关闭开关。

(5)打开冲洗水瓶(生理盐水或无菌蒸馏水),将溶液倒入治疗碗内。

(6)根据患者的年龄选择大小合适的口咽通气道,将患者取平卧位,开放气道,肩部垫小枕,尽量使头后仰,放置口咽通气道;正确的放置方法是将口咽通气道像压舌板一样平行送入口腔,压住舌面向后送入,当前端置于舌根之后再口咽管旋转 90°卡住固定,再放置吸痰管;也可先将吸痰管放在口咽通气道内再一同放入口腔,观察患者的呼吸或嘱患者咳嗽(小儿可按压气管使其咳嗽)。

(7)在患者吸气或咳嗽时将吸痰管插入到气管内,如患者剧烈咳嗽说明吸痰管进入气管,反之说明误入食管,可将管拔出后重新插入。上下移动吸痰管刺激患者咳嗽,尽量将痰液彻底吸净,每次吸痰时间不宜过长,必要时可不接负压,将吸痰管放在气管内,让患者休息片刻,再重复上述动作。

(8)吸痰完毕,将吸痰管放于黄色垃圾袋内弃掉,冲洗负压吸引管。如需再次吸痰应重新更换吸痰管。

(9)吸痰过程中观察患者的生命体征变化及口唇有无发绀,吸痰的同时要保证足够的氧气吸入(可将吸氧管前端接头皮针与吸痰管一同放在口咽通气道内)。

(10)清洁患者口腔,协助患者取舒适体位。

(11)整理用物,洗手,观察、记录患者情况、吸痰效果及痰液性状、量等。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→操作→观察→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

(1)操作时动作应轻柔、准确、快速,每次吸痰时间不超过 15 秒。

(2)注意吸痰管插入是否顺利,如误入食管应将管拔出让患者休息后重新插入。

(3)在患者深吸气或咳嗽时将吸痰管插入到气管内,深度不宜超过 20cm。

(4)吸痰过程中避免损伤气管黏膜,引起出血。

(5)吸痰过程中应密切观察患者的病情变化,如发现心率、血压、呼吸、血氧饱和度的有明显变化时,应立即停止操作,给予高浓度氧气吸入。

(6)整个吸痰过程要严格执行无菌操作。

三、中心静脉压监测护理技术操作规范

【目的】

(1)判断体内循环血容量、静脉回心血量、右心功能。

(2)指导补血、补液的用量和速度,指导利尿药的应用。

【评估】 观察患者神志、生命体征及有无躁动、咳嗽等

【操作步骤】

(1)开放式测压法

①用物准备:一次性输液管,有刻度的标尺、三通、输液架、胶布、记号笔。

②操作步骤:衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩;备齐用物携至患者床前,核对床号及姓名;

检查中心静脉置管是否通畅,患者取平卧位;连接,用一次性输液器与刻有 cmH_2O 的标尺一起固定在立式输液架上。标尺的零点应该与右心房处于同一水平(即腋中线与第4肋交点处);调节三通开关,将连接管内充满液体,排净空气,一端与输液器相连,另一端接中心静脉导管;管内液面高度一般比估计的压力高 $2\sim 4\text{cmH}_2\text{O}$,注意液体不能从管口上端溢出;关闭输液器开关,调节三通开关,使测压管与静脉导管相通,即可测压;当测压管内的液面下降至有轻微波动不再下降时,测压管内液体凹面所对的刻度数字,即中心静脉压;测压完毕,调节三通开关,关闭测压管,重新使静脉导管与输液管相通继续输液,保持静脉导管通畅;整理用物,洗手,记录中心静脉压数值。

(2) 闭式测压法

①用物准备:一次性压力传感器、压力袋、袋装肝素水、三通及多功能监护仪1台。

②操作步骤:衣帽整洁、佩戴胸牌,洗手,戴口罩;备齐用物携至患者床前,核对床号及姓名;检查中心静脉导管是否通畅,患者取平卧位;将导管末端与测压装置相连,通过三通开关使导管尾端与输液装置和压力换能器、多功能监护仪相连;压力换能器应与右心房处于同一水平(腋中线与第四肋间交点),转动三通使换能器与中心静脉导管相通,每次测压前应调定零点,从而获得连续的中心静脉压波形及数值;中心静脉压正常值为 $5\sim 12\text{cmH}_2\text{O}$,如果 $\text{CVP}<2\sim 5\text{cmH}_2\text{O}$,提示右心房充盈欠佳或血容量不足, $\text{CVP}>15\sim 20\text{cmH}_2\text{O}$,提示右心功能不良或血容量超负荷;测量完毕,调节三通开关,关闭测压管,重新使静脉导管与输液管相通继续输液,保持静脉导管通畅;协助患者取舒适体位;洗手、记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→备齐用物→核对患者→连接测压装置→校对零点→观察→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)严格无菌操作,确保连接牢固、可靠,防止管道脱开造成出血。
- (2)穿刺部位每日用 0.5% 碘仿消毒,更换敷料1次;同时观察有无红、肿、分泌物,若有应立即拔出并做细菌培养。
- (3)开放式测压法每日更换输液器1次。
- (4)每次测压前均需调零点。
- (5)每 $30\sim 60$ 分钟测1次,并根据病情随时测定,同时做好记录。
- (6)若患者有躁动、咳嗽、呕吐、抽搐或用力时均影响 CVP 水平,应在安静 $10\sim 15$ 分钟后测。
- (7)每天用肝素生理盐水冲洗导管1次,抽血后也应冲洗,预防发生血栓,操作过程中注意预防空气栓塞。
- (8)测压通路不能输入特殊药物和高浓度的钾,以免测压时药物输入中断或输入过快引起病情变化。

四、有创动脉血压监测护理技术操作规范

【目的】 进行连续、直接、动态的血压监测,及时、准确反映患者血压变化。

【评估】 观察患者神志、生命体征及有无躁动。

【用物准备】 一次性压力传感器、延长管、压力袋、袋装肝素水、三通、皮肤消毒物品、穿刺针及多功能监护仪1台。

【操作步骤】

- (1)衣帽整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。
- (2)备齐用物携至患者床前,核对床号及姓名。
- (3)向患者或家属说明穿刺目的,取得合作。
- (4)患者平卧位,待穿刺的前臂伸直,掌心向上并固定,腕部垫一小枕手背屈曲 60°。
- (5)摸清桡动脉搏动,前臂与手部常规备皮,范围约 20cm×10cm,应以桡动脉穿刺处为中心。术者戴无菌手套,铺无菌巾,在桡动脉搏动最清楚的远端用 2%利多卡因做浸润局部麻醉至桡动脉两侧,以免穿刺时引起桡动脉痉挛。
- (6)在腕褶痕上方 1cm 处摸清桡动脉后,用粗针头穿透皮肤做一引针孔。
- (7)用带有注射器的套管针从引针孔进针,套管针与皮肤呈 30°,与桡动脉走行相平行进针,当针头穿过桡动脉壁时突破坚韧组织的落空感,并有血液呈搏动状涌出,证明穿刺成功。此时即将套管针放低,与皮肤呈 10°,再将其向前推进 2mm,使外套管的圆锥口全部进入血管腔内,用手固定针芯,将外套管送入桡动脉内并推至所需深度,拔出针芯,妥善固定。
- (8)将外套管连接测压装置,将压力传感器置于无菌治疗巾中防止污染。
- (9)压力袋内放入袋装 1 000ml 0.9%生理盐水+肝素 20mg。
- (10)将压力袋与传感器连接好,压力袋内充分加压至绿区,并与动脉紧密相连。
- (11)压力传感线另一端与监护仪压力模块相连,调节监护仪压力通道。
- (12)调节压力传感器使之与大气相同,校对零点,再次调节传感器,监护仪上显示连续的动脉压及压力波形。
- (13)安置患者舒适体位,整理用物。
- (14)洗手,记录并随时观察动脉血压的变化。

【操作流程】 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→解释→取平卧位→技术操作→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)注意压力及各波形变化,及时准确地记录生命体征。
- (2)校对零点,换能器的高度应与心脏在同一水平。
- (3)每次经测压管抽取动脉血后,均应立即用肝素盐水进行快速冲洗,以防凝血。管道内如有血块堵塞时应及时予以抽出,切勿将血块推入,以防发生动脉栓塞。
- (4)保持测压管道通畅,妥善固定套管、延长管及测压肢体,防止导管受压、扭曲或脱落。
- (5)应经常检查并保持压力袋的压力在正常范围内。
- (6)严格执行无菌技术操作,穿刺部位每 24 小时用碘伏消毒及更换敷料 1 次。
- (7)置管时间一般不应超过 7 天,一旦发现感染迹象应立即拔除导管。

五、经膀胱腹腔内压监测护理技术操作规范

【目的】 通过对膀胱压的监测,及时发现腹腔内高压,给予治疗、护理,监测,预防腹腔间室综合征的发生,降低患者病死率。

【评估】 观察患者意识状态及生命体征情况。

【用物准备】 一次性压力传感器、压力袋、50ml 注射器、500ml 袋装盐水、一次性引流袋、三通 2 个、多功能监护仪 1 台、导尿包内含 Foley 导尿管、无菌剪刀。

【操作步骤】

- (1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。
- (2)备齐用物,放置妥当。
- (3)核对患者姓名、床号,做好解释工作,取得患者或家属的配合。
- (4)经尿道插入 Foley 导尿管,测压前保证尿液引流通畅。
- (5)将一次性引流袋的前端与导尿管相连,中间用无菌剪刀剪断,并排连接 2 个三通,末端再连接引流袋,分别在三通上放置 50ml 注射器和盐水压力套装,将压力传感器的前端与监护仪的压力模块相连接。
- (6)将患者取平卧位,将压力转换器放在耻骨联合水平处,将转换器通大气压,转换器调零点即可。
- (7)将膀胱排空后,经导尿管注入生理盐水 50ml,关闭注射器连接阀,打开与压力传感器相通的连接阀,监护仪上 UBP 显示的数值即为腹内压(单位 mmHg)。
- (8)测压完毕,调节三通开关,关闭测压管,重新使尿管与引流袋相连接,引出尿液。
- (9)整理用物,洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→备齐用物→核对→解释→操作→整理用物→洗手→记录。

【注意事项】

- (1)患者取平卧位,去除棉被压迫,烦躁患者给予适当镇静药物。
- (2)整个过程中注意无菌操作。
- (3)向膀胱内注入生理盐水 50ml,因 50ml 的灌注量膀胱压与腹内压大致相等,注入速度宜缓慢,生理盐水温度以 37~40℃ 为宜,防止温度低引起膀胱痉挛。
- (4)压力传感器的位置应固定在耻骨联合水平,高于耻骨联合水平可使测量值偏小;低于耻骨联合水平可使测量值偏高。
- (5)应用机械通气及 PEEP 的患者,测压读数时在病情允许的情况下脱离呼吸机片刻或暂停使用 PEEP,因病情无法脱呼吸机患者应减去呼气末正压(PEEP)值等于 UBP 值,以排除正压通气对腹内压的影响。
- (6)专人动态测量,每日至少测量 2 次,以减少人为误差。

六、漂浮导管插入术护理配合技术规范

【目的】 对急性心肌梗死或其他危重患者的中心静脉压、肺小动脉嵌入压、每分心搏量、心排血量等血流动力学指标进行监测,以观察、判断病情和指导治疗,观察疗效。

【评估】 观察患者意识状态及生命体征情况。

【用物准备】 基础治疗盘 1 套、压力连接管、三通、输液器、无菌手套、一次性注射器 10 支、18 号穿刺针 1 支、多功能监护仪、除颤器、压力传感器及其测压管 1 套、漂浮导管 1 套、敷料包 1 个、器械包 1 个等抢救器材、治疗卡,2%利多卡因 10ml、1:1 000 肝素水 1 000ml、生理盐水 1 000ml 及急救药品。

【操作步骤】

- (1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。
- (2)准备用物。

- (3)核对患者,向患者或家属解释告知取得合作。
 - (4)签署漂浮导管插入术知情同意书。
 - (5)遵医嘱给患者进行心电监护、建立静脉通道、鼻导管吸氧、床旁准备必要的抢救器材。配合术者消毒皮肤、铺无菌巾。
 - (6)用肝素盐水冲洗穿刺器械、连接管及导管。
 - (7)将漂浮导管置入经颈内、锁骨下或静脉穿刺置入的鞘管内,在压力监测下推送导管,确定位置正确后将导管锁定在鞘管上,用透明胶布包扎。
 - (8)配合术者监测:①协助测量肺动脉压及中心静脉压,将测压系统连接于所需测压的管腔上,打开压力传感器的三通开关通大气,校对零点后测压。②协助测肺毛细血管嵌入压时,先将气囊注入 1.5ml 气体后,再按上述步骤进行导管测压。③协助测心排量,需 2 人同时进行,即一人操作机器,一人快速推注 0~5℃ 的冰盐水 5ml,以液体与血液的温度差来测定心排量。(正常值为右房压 0~8mmHg;右室压 20~25/0~8mmHg;肺动脉压 20~25/8~14mmHg;肺毛细血管嵌压 6~12mmHg)。
 - (9)术毕,整理用物,按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手。
 - (10)记录过程。
- 【操作流程】** 着装整齐→评估→准备用物→核对患者→解释→签知情同意书→操作→整理用物→洗手→记录。
- 【注意事项】**
- (1)严格无菌操作,严密监测心电、血压变化。
 - (2)注意保持导管通畅,防止血栓形成,持续用肝素生理盐水冲洗,滴速每分钟 5~10 滴,每隔 1~2 小时用 1:1000 肝素生理盐水冲洗导管 1 次,每次 2~3ml,当冲管时遇有阻力,切忌用力推注液体,以防栓子脱落造成栓塞。
 - (3)嘱患者插管肢体保持伸直位,不能过度弯曲,以防管道脱落移位。
 - (4)测量肺毛细血管嵌压后应及时放出气体,以免因气囊充盈将肺小动脉嵌入时间过长,而引起局部组织损伤。
 - (5)导管保留期间,应每日消毒并更换穿刺部位敷料。

七、气压治疗仪使用护理技术规范

- 【目的】** 预防或减少患者下肢静脉血栓的形成。
- 【评估】** 观察患者病情、生命体征及有无禁忌。
- 【用物准备】** 治疗车、气压治疗仪 1 台、插排 1 个。
- 【操作步骤】**
- (1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。
 - (2)备齐用物,推至患者床旁。
 - (3)核对患者,向患者或家属解释取得合作。
 - (4)协助患者取平卧位。
 - (5)连接电源。
 - (6)把适配器与机器插口相连接:①“↑”部分向上,紧紧插入;②如使用一侧护套,用空气插头堵塞另一边。

(7)暴露双下肢。

(8)套上护套:①注意护套内不要进入毛发,衣角及其他异物;②同时使用脚底刺激板,效果更佳;③套好护套后拉拉链,拉链应拉到头。

(9)将适配器上的插头与护套上的插孔按顺序相连接。

(10)检查插孔是否连接正确,有无松脱漏气情况。

(11)设定参数,每次治疗时间 15~20 分钟,压力范围 0.1~0.2kgf/cm²。

(12)整理用物,安置患者于舒适卧位。

(13)洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→备齐用物→核对患者→解释→连接仪器→套上护套→调节参数→机器治疗→整理用物→安置患者→洗手→记录。

【注意事项】

(1)脚部患有急性炎症或化脓性炎症的患者禁用;下肢静脉切开或静脉输液者禁用。

(2)使用过程中感觉异常或感觉痛苦时,暂停使用,每次使用应在 30 分钟以内。

(3)机器运行时,防止管道扭曲受压。

八、振动排痰机使用护理技术操作规范

【目的】 应用不同的叩击头叩打胸背部,借助振动,使分泌物松脱而有利于排出体外。

【评估】 观察患者病情、生命体征及有无禁忌证。

【用物准备】 振动排痰机 1 台、一次性鞋套、治疗单。

【操作步骤】

(1)衣帽整齐,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物,推至患者床旁。

(3)核对患者,向患者或家属解释取得合作。

(4)治疗前,先了解患者的病情、体征、X 线胸片情况,以判断治疗的频率及重点治疗部位。

(5)将连接好的叩击头放在主机边的支架上,叩击头外套一次性鞋套,通电(主机指示灯亮)。

(6)帮助患者取侧卧位。

(7)旋转开关控制按钮,调节至所要求的 CPS 速度设定处。建议初始频率设定为 20CPS (儿童 15CPS)。

(8)旋转定时控制按钮,设定治疗时间 5~20 分钟。

(9)治疗时选择适当的叩击头,接上叩击接合器,直接将叩击头作用于胸廓,一手轻轻握住叩击头手柄,另一手引导叩击头,轻加压力(1kg 左右),以便感觉患者的反应。

(10)治疗时平稳握住叩击头,由下而上,由外向内叩击,每个部位叩击 30 秒左右,然后移到下一部位,直至整个胸廓。

(11)在肺下叶及重点感染部位,可适当延长叩击时间,同时加大一些压力,可增加频率,促进痰液排出。

(12)治疗时,向左旋转 CPS 旋钮至暂停位置即可暂停治疗。

(13)向右旋转 CPS 旋钮,调节至所要求的 CPS 设定值时即可继续治疗。电机再次启动,

计时器将继续累加治疗时间。

(14)治疗结束时,时间退到 00:00,仪器自动停止振动,继而自动断电。

(15)治疗后,要观察患者情况及痰量、性质、颜色的变化。

(16)合理安置患者于舒适体位。

(17)整理用物,将用过的叩击头外套按分类放入垃圾袋内。

(18)洗手,记录。

【操作流程】 着装整齐→评估→备齐用物→核对患者→解释→技术操作→治疗后观察→整理用物→安置患者→洗手→记录。

【注意事项】

(1)基本治疗频率为 15~35CPS。

(2)为避免交叉感染,叩击头外罩应用一次性鞋套,一人一换。

(3)每日治疗 2~4 次,在餐前 1~2 小时或餐后 2 小时进行治疗,治疗前进行 20 分钟雾化治疗,治疗后 5~10 分钟吸痰。

(4)对于无自主咳痰能力及昏迷的患者,操作中随时观察患者的反应,随时吸痰。

九、亚低温治疗仪使用护理技术操作规范

【目的】 降低体温,降低基础代谢率,降低脑耗氧量。

【评估】 观察患者的意识、生命体征及有无禁忌证。

【用物准备】 亚低温治疗仪 1 台、蒸馏水、乙醇 500ml、电源。

【操作步骤】

(1)着装整洁,佩戴胸牌,洗手,戴口罩。

(2)备齐用物,至患者床旁,认真核对床号、姓名。

(3)向患者及家属详细讲解使用冰毯的目的,取得配合。

(4)使用前向机器内的水箱加乙醇 500ml,缓慢加蒸馏水至水位线处。

(5)将毯面平铺于患者背下(大单下面),铺设时避免毯面出现折叠或皱褶。用连接管将主机与毯面连接好,连接体温传感器,避免连接管扭曲。

(6)接通机器电源,将体温传感器头置于腋窝内。

(7)评估患者体温情况,根据患者具体体温情况设定机器水温及所要达到体温的上下限,按体温开关及水温开关“ON/OFF”,液晶屏上显示“开”,机器正常运转。

(8)在使用过程中,若想停止治疗,可再次按体温开关及水温开关“ON/OFF”,液晶屏上对应的“开”消失,相应设置停止工作。

(9)洗手,做好记录,内容包括:冰毯开启时间、工作状态、体温变化、皮肤的情况等。

(10)患者体温降至需要范围时,先将腋窝传感器撤离,再关掉电源,撤去冰毯,清洁消毒备用。

【操作流程】 着装整齐→评估→备齐用物→核对患者→解释→向机器内注水→连接→设置体温及水上下线→机器正常运转→洗手→记录。

【注意事项】

(1)严重心肺疾患、失血性休克、精神病,妊娠期妇女、3 岁以下儿童或 70 岁以上老年人禁止使用。

- (2) 携带心脏起搏器、外科置入物患者禁止使用。
- (3) 护士要经常观察治疗仪的工作情况,如出现报警或异常情况,应立即停止治疗撤下冰毯。
- (4) 放置冰毯期间,加强基础护理,防止冻伤,严格交接班。

第二部分 专科护理技术操作评分标准

第6章 内科系统护理技术操作评分标准

第一节 呼吸内科护理技术操作评分标准

一、体位引流护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、佩戴胸牌、洗手	5	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分，不洗手扣1分		
	评估患者病情、意识状态、肺部病变的部位	5	未评估扣5分，评估不全一处扣2分		
	备齐用物：软枕3个、木椅、可调节床、痰杯、毛巾、水杯	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 50分	核对患者床号、姓名、床头卡	5	未做查对扣5分，少一项扣2分		
	向患者解释操作目的及方法，取得患者的配合	10	未做解释扣10分，解释不全一处扣2分		
	协助患者取适宜体位	5	体位不符合要求扣5分		
	指导患者先做深呼吸运动，然后鼓励患者咳嗽以促进痰液引流，必要时协助叩背	12	一处不符合要求扣4分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 35分	按规定用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手	10	整理用物不符合要求扣5分,未按要求洗手扣5分		
	记录排出的痰量、颜色、性质	3	未做记录扣3分 记录不全一项扣1分		
	遵医嘱送检标本	5	不符合要求扣5分		
	评估操作过程是否正确、是否符合操作原则;体位是否舒适;向患者告知注意事项,观察患者情况	8	未评估扣8分 一项不符合要求扣2分		
	提问目的、注意事项	12	一项内容不全或错误扣2分		
	操作过程与患者及家属沟通顺利	5	无沟通或沟通无效扣5分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者排痰彻底、无不快感	10	不符合全过程要求酌情扣2~10分		

二、纤维支气管镜检查护理配合技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者病情、配合手术程度、了解病史及体格检查、术前排空大小便	10	未评估/评估不全一项扣2分		
	备齐用物:纤维支气管镜、活检钳、冷光源、负压吸引装置、照相机、标本瓶、玻璃片、玻璃皿各1个、95%乙醇、5ml及20ml注射器各2个、内径1~2mm硅胶管1~2根及常规消毒用治疗盘、喉头喷雾器、2%利多卡因或0.5%~1%丁卡因、氯麻液、阿托品等	10	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 55分	核对患者床号、姓名、床头卡。解释并告知患者操作目的及注意事项,取得配合	10	无核对扣5分,未解释、告知扣5分		
	签署纤维支气管镜检查知情同意书	2	术前未签字扣2分		
	术前4小时禁饮食,术前30分钟遵医嘱为患者皮下注射阿托品,咽喉部喷雾、环甲膜穿刺、气管内滴药	13	术前准备不足一项扣2分,操作顺序不合理扣3分		
	协助患者卧位、协助术者将镜管经患者鼻腔或口腔置入,留取标本送检	15	取卧位不合理扣5分,镜管置入不正确扣5分,取标本不合格扣5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
	术中注意观察生命体征的变化,必要时吸氧	3	不符合观察要求扣 3 分		
	检查完毕,安置患者休息,嘱患者术后 2 小时内禁食,整理用物	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	2	未按规定整理用物扣 2 分		
	洗手,记录	3	未洗手扣 1 分,未记录扣 2 分		
	操作过程中能与患者良好沟通	2	无沟通或无效沟通扣 2 分		
操作后评估 20 分	严密观察病情,活检或刷检后痰中可少量带血,如有大咯血应及时报告医师对症处理	3	观察病情不及时扣 3 分,观察不全面酌情扣 1~3 分		
	提问目的、注意事项	14	一项内容回答不全或错误扣 1 分		
	操作质量:动作熟练、准确、患者安全无不适感	3	不符合要求扣 1 分		

三、张力性气胸紧急排气法的护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、佩戴胸牌、洗手	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,不洗手扣 1 分,未佩戴胸牌扣 1 分		
	评估患者病情、意识状态、肺部病变的情况	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 2 分		
	备齐用物:气胸箱接一粗针头或 100ml 的注射器、治疗盘 1 套、无菌治疗巾、2%利多卡因、气胸针、胶布、纱布	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 60 分	核对患者床号、姓名、床头卡	5	未作查对扣 5 分,少一项扣 2 分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未作解释扣 5 分,解释不全一处扣 2 分		
	签署知情同意书	5	未签署同意书扣 5 分		
	检查气胸器装置是否完好	5	未做检查扣 5 分,		
	协助患者取适宜体位	5	体位不符合要求扣 5 分		
	常规消毒、铺巾、局部麻醉	5	一项不符合要求扣 5 分		
	协助术者进行穿刺,严格观察病情变化	10	术中配合不当扣 5 分,观察病情不及时扣 5 分		
	拔针、按压、固定,次日拍片	10	操作不符合要求一项扣 2 分,未及时拍 X 线片扣 4 分		
	按规定用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手	10	整理用物不符合要求扣 5 分,未按要求洗手扣 5 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25分	评估操作过程是否正确、是否符合操作原则,观察患者是否及时、操作后病情缓解的情况	3	未评估扣3分,一项不符合要求扣1分		
	提问目的、注意事项	12	一项内容回答不全或错误扣3分		
	操作过程与患者及家属沟通顺利	5	无沟通或沟通不顺利扣5分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者排痰彻底、无不适感	5	不符合全过程要求酌情扣2~10分		

四、结核菌素试验(PPD)护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20分	衣帽整洁、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一项不符合要求扣1分		
	评估患者,询问有无药物过敏史,向患者做解释,以取得患者配合	10	未评估扣10分 评估不全一项扣2分		
	备齐用物:无菌持物钳、无菌纱布、碘伏、70%乙醇、砂轮、棉签、弯盘、1ml注射器2支、药物、注射单及笔、无菌治疗巾	5	少1件或1件不符合要求扣2分		
操作流程 60分	核对床号,姓名,备齐用物	5	未做核对扣3分 用物不全扣2分		
	在治疗室备药	5	操作不符合要求扣5分		
	整理治疗台	2	不符合要求一项扣2分		
	携用物至患者床旁,再次核对患者床号,姓名,做好解释	5	未核对扣3分 未解释扣2分		
	按照皮内注射的方法,分别在患者左右前臂内侧没有瘢痕处皮内注射0.1ml	20	注射方法不符合规范要求扣10分 不符合无菌要求扣10分		
	记录注射时间,记录原液和稀释液的注射部位	9	不符合记录要求一项扣3分		
	指导患者如有不适随时告知、询问患者需要	2	不符合要求扣2分		
	整理用物、床单位	1	整理用物不符合要求扣1分		
	洗手,摘口罩	3	未洗手扣3分		
	48~72小时内观察反应并记录结果	5	未及时观察、记录扣5分		
	操作过程与患者沟通顺利	3	无沟通或沟通不顺利扣3分		
操作后评估 20分	评估操作过程是否正确、是否符合无菌操作原则、试验是否成功	5	评估结果不符合要求酌情扣2~5分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容不全或错误扣2分		
	操作质量:动作熟练、准确、患者配合操作	5	不符合全过程要求酌情扣1~5分		

五、肺活检护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 30 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、戴口罩、洗手、	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情,健康状况及配合程度	5	未评估扣 5 分 评估不全一处扣 1 分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	解释不充分扣 3 分,未作解释扣 4 分, 患者不配合扣 1 分		
	备齐用物:治疗盘内置碘酒、乙醇瓶、利多卡因、盐酸肾上腺素、标本瓶、纱布、棉签,胸穿包、无菌自动活检枪及穿刺切割针,无菌手套、氧气、水封瓶	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
	签署地塞米松抑制试验知情同意书	5	未按要求签字扣 5 分		
操作流程 35 分	核对患者床号、姓名、床头卡	4	未核对扣 4 分		
	协助术者插入纤支镜,按常规顺序对可见范围进行检查	4	不符合要求扣 4 分		
	依照术前定位将活检钳、刮匙或毛刷由选定的支气管口插入	4	不符合要求扣 4 分		
	在X线引导下转动体位,多轴透视,将活检器械送达外周肺组织或预活检的病灶处	4	操作不符合要求扣 4 分		
	张开活检器,置入组织内,呼气末关闭活检器,使其钳夹下肺组织并缓缓撤出,取标本送检	4	标本留取不规范扣 4 分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	5	用物整理不符合要求扣 5 分		
	洗手、记录实验过程	5	未洗手扣 3 分 记录不符合要求扣 2 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	无沟通或沟通无效酌情扣 1~5 分		
操作后评估 35 分	评估病情变化、配合成度、有无出血	10	未评估扣 3 分,评估不全一项扣 1 分, 实验失败扣 3 分		
	提问目的、注意事项	18	一项内容回答不全或回答错误扣 3 分		
	操作质量:动作轻巧、准确;整个过程符合操作原则,重视安全护理	7	操作不符合要求扣 2~7 分		

六、胸腔穿刺术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	仪表端庄、服装整洁、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分，不洗手扣1分，未佩戴胸牌扣1分		
	评估患者对此操作的认知程度、患者病情及出血状况、环境准备	10	未评估扣10分，少评估一项扣5分		
	备齐用物：基础治疗盘1套，胸腔穿刺包、无菌手套、一次性注射器(5ml、20ml或50ml)各1支、试管、量杯、靠背椅、治疗卡、2%利多卡因10ml，需注药者按医嘱准备	10	少1件用物扣1分		
操作流程 55分	核对患者姓名、床号、床头卡	3	核对不全一项扣1分		
	向患者解释操作目的、方法、注意事项、取得患者的配合	9	一项不符合要求扣3分		
	签署胸腔穿刺术知情同意书	2	未签署同意书扣2分		
	嘱患者排大小便，遵医嘱给予心电监测及呼吸监测	10	未告知大小便扣2分，监测心电、呼吸方法错误各扣4分		
	协助患者取适宜体位	1	卧位不舒适、不方便操作扣1分		
	协助局部皮肤消毒、麻醉	4	一处不符合要求扣2分		
	协助术者抽液、抽气、注意观察病情	5	操作不符合要求扣1~5分		
	术中留取标本，注意观察患者生命体征	4	一项不符合要求扣2分		
	术毕包扎固定，协助患者取舒适卧位	4	一项不符合要求扣2分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	3	用物处理不符合要求扣3分		
	洗手、记录	3	未洗手扣1分，记录内容不全酌情扣2分		
	遵医嘱送检标本	2	标本送检不符合要求扣2分		
	操作过程中能与患者良好沟通，取得合作	5	不能沟通/无效沟通扣5分		
操作后评估 20分	评估患者生命体征、胸腔穿刺部位有无出血、渗出等情况	5	伤口包扎不符合要求扣2分，操作过程用物污染扣3分		
	提问目的、注意事项	10	一项错误/未回答扣1分		
	操作质量：动作轻巧、迅速、准确；患者无不适感，整个过程符合操作原则	5	不符合操作质量要求扣2分		

第二节 心血管内科护理技术操作评分标准

一、心电图检查护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,未佩戴胸牌扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估患者病情、心理因素、室内温度、检查床的宽度、强光刺激	5	评估不符合要求一项扣 1 分		
	备齐用物:心电图机、导联线、电极板、地线、导电膏或生理盐水、棉签、检查床、备用心电图纸	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 70 分	核对床号、姓名,向患者解释检查的目的和意义,取得合作	13	未核对扣 3 分 一项解释不全面扣 5 分		
	酌情关闭门窗、保护患者隐私	2	不符合要求扣 2 分		
	协助患者平卧,安静休息 3~5 分钟,解开上衣,充分显露胸部及四肢末端	5	卧位不符合要求扣 3 分 显露不充分扣 2 分		
	连接肢体导联	8	连接错误扣 2~8 分		
	连接胸导联	12	各导联安置部位不够准确扣 2~12 分		
	调节控制按钮,校对标准电压,一般为 1mV,选择纸速,一般为 25mm/s	10	操作不熟练扣 4 分 电压、纸速调节不当各扣 3 分		
	启动导联选择按钮,按开始键,按顺序做 12 导联心电图,保持基线平稳,每个导联记录 3~4 个完整的心电周期,并根据需要加做特殊导联和决定描记时间的长短	15	操作顺序错误扣 5 分 心电图基线不稳扣 5 分 心电周期不符合要求扣 5 分		
	整理用物、洗手	2	整理用物不正确扣 2 分		
	准确记录病情变化及检查结果	3	记录不够详细准确扣 1~3 分		
操作后评估 15 分	评估患者病情变化、操作熟练程度,操作之前能与患者良好沟通	8	评估病情不到位酌情扣 1~5 分 对操作不熟练、导致失败扣 5 分 不能良好沟通扣 3 分		
	提问目的、注意事项	6	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:动作熟练、准确、患者安全无不适感	1	操作不符合要求扣 1 分		

二、动态心电图检查护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者情况、机器性能、记录仪各项功能是否完好	10	评估内容不全酌情扣2~10分		
	备齐用物:动态心电图记录器、电极贴片、导电膏、胶布、95%乙醇、纱布、电池、记录表格	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 60分	核对床号、姓名	2	未核对扣2分		
	解释目的和注意事项,取得患者的配合	5	解释不全酌情扣1~5分		
	检查机器性能,对电阻、心电图波形进行测试,检查记录仪各项功能是否正常,电极、导联线、电缆有无折损,电池电力是否充足,保持良好状态	10	未做机器性能检查酌情扣2~10分		
	连接电极、调整好记录器,将于身体一侧	10	电极连接不合理扣5分 记录器调整不符合要求扣5分		
	指导并协助患者详细记录活动日志	5	指导不符合要求扣2~5分 患者未能连续记录活动日志扣1~5分		
	交代患者注意事项	5	不了解注意事项的内容酌情扣1~5分		
	检查结束后,取下电极并擦拭干净	3	操作不符合要求扣3分		
	取下记录器,将信息输入分析系统,作出诊断报告	10	输入资料不够准确酌情扣2~10分		
	整理用物、洗手	5	整理用物、洗手不正确扣2~5分		
	观察患者病情变化,准确记录	5	记录不够详细准确,字迹欠清楚扣5分		
操作后评估 20分	评估操作过程中能否与患者良好沟通,观察病情及时、准确、到位	10	不能良好沟通扣5分 观察病情不到位扣5分		
	提问目的、注意事项	5	一项内容回答不全或回答错误扣2.5分		
	用物准备齐全,符合要求,物品放置有序,监测方法熟练,指导到位	5	对监测方法不熟知,导致检查失败扣5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

三、动态血压监测技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分，未佩戴胸牌扣 1 分，不洗手扣 1 分		
	评估患者的病情，配合程度、检查仪的性能、电池的性能	10	未对患者进行评估扣 5 分 未对检测仪评估扣 5 分 评估内容一项不全扣 2 分		
	备齐用物：血压记录仪、电池、信息回放系统、95%乙醇、纱布、电极贴片、导电膏、胶布	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 2 分		
操作流程 50 分	核对床号、姓名，耐心解释目的和注意事项，以取得患者的合作	7	未核对扣 2 分 患者不了解目的和注意事项扣 5 分		
	将电池装入血压记录仪中，打开主机，连接记录仪，选择设置监护时间	10	操作不准确、不熟练扣 5 分 参数设定不准确扣 5 分		
	将袖带放置于上肢肘窝处，连接袖带与记录仪，将记录仪放置于身体一侧	15	袖带放置松紧不适扣 5 分 连接管受压，扭曲扣 10 分		
	试测量血压 1 次，自动充气测压时，放松上肢，手臂自然下垂，检查血压显示情况	5	操作不符合要求扣 5 分 测压方法不正确扣 5 分		
	无误后嘱患者在有自我感觉时自测血压	3	指导患者不到位扣 3 分		
	整理用物，记录监测时间及生命体征变化	5	整理用物不正确扣 2 分 记录不够详细准确扣 3 分		
	操作过程中能与患者良好沟通	5	不能良好沟通扣 5 分		
操作后评估 25 分	评估患者病情变化，携带过程中如果出现不良反应，立即报告医师，准确记录	11	观察病情不到位扣 5 分 监测方法不熟、监测失败扣 10 分 记录不够详细准确扣 6 分		
	提问目的、注意事项	9	一项内容回答不全或回答错误扣 3 分		
	操作熟练、向患者宣教到位	5	不符合规范酌情扣 1~5 分		

四、人工心脏起搏术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	仪表端庄、服装整洁、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分，不洗手扣1分，未佩戴胸牌扣1分		
	备齐用物：起搏器、起搏分析仪、电极、导线、75%乙醇、无菌手术包及器械、2%利多卡因、抗生素、急救药品与器械（包括除颤器）、心脏监护仪等	10	少1件用物扣1分		
	协助做好术前各项检查：彩色多普勒、血常规、出凝血时间，血生化等及环境准备	10	少一项扣2分		
操作流程 50分	核对后向患者解释手术目的及注意事项，说明可能的并发症，取得患者配合并签署协议书	10	未做解释扣5分 未执行知情签字扣5分 解释不全一项扣2分		
	再次核对患者姓名、床号、床头卡	2	一项核对不全扣1分		
	进行术前备皮，碘及抗生素过敏试验，术前禁食6小时，用药，排空膀胱	5	一处不符合要求扣1分		
	关闭门窗，记录生命体征，连接心电监护仪，建立静脉通路	3	操作不符合要求一项扣1分		
	协助完成局部麻醉，手术指导患者深呼吸或做咳嗽运动，注意观察病情变化	10	无菌操作不严格扣2分 麻醉效果不满意扣2分 手术切口选择不合理扣2分 观察患者不及时扣4分		
	协助穿刺下肢制动	1	制动不符合要求扣1分		
	局部给予抗生素，导管引出处皮肤给予75%乙醇湿敷，无菌敷料包扎，定时换药，保持敷料清洁、干燥	5	不符合操作要求扣1~5分		
	协助术者常规消毒皮肤，铺无菌巾，配合局部麻醉	5	操作不符合要求扣5分		
	安置患者于监护室，心电监护48~72小时，密切观察生命体征变化	2	不符合要求扣2分		
	做好病情观察记录	2	未及时记录扣2分		
	整理用物，记录手术过程	5	用物处理不符合要求扣2分 记录不及时、准确扣3分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25 分	术后指导:定期测试起搏器,保持功能良好,告知患者远离磁场,适量活动,定期复查,掌握更换电池指征	10	指导不全面酌情扣 2~10 分		
	提问目的,注意事项	10	一项错误或未回答扣 5 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	3	不能沟通或无效沟通扣 3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感,整个过程符合操作原则	2	不符合操作质量要求扣 2 分		

五、心包穿刺术护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,未佩戴胸牌扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估患者病情,配合手术程度,心脏功能,术前排空大小便,环境准备	10	未评估病情扣 10 分 少评估一项扣 2 分		
	备齐用物:常规消毒治疗盘、一次性心包穿刺包、一次性注射器(10ml)1 支、肝素帽、量杯、心脏除颤器、心脏监护仪、治疗卡、2%利多卡因及各种抢救药品	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 55 分	核对患者床号、姓名,告知患者操作目的及注意事项,取得配合	10	无核对扣 5 分 未告知扣 5 分 告知不全一项扣 1 分		
	签署心包穿刺术知情同意书	3	术前未签字扣 3 分		
	建立静脉通路	3	操作不符合要求扣 1~3 分		
	协助患者取适宜卧位,显露穿刺部位	5	未协助取卧位或卧位错误扣 5 分		
	协助术者消毒皮肤,铺无菌巾局部麻醉	10	操作过程污染扣 5 分 操作顺序不合理扣 5 分		
	注意观察患者生命体征,协助穿刺	5	观察病情不及时扣 2 分 配合穿刺不符合无菌要求扣 3 分		
	术毕,记录抽液总量,留置导管,用无菌纱布覆盖后固定	8	操作不符合要求一项扣 2 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	观察局部有无渗血,将抽取的液体送检	2	留取标本不合格扣2分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	2	未按规定整理用物扣2分		
	洗手,做好记录	5	未洗手扣3分 未记录扣2分		
	操作过程中能与患者良好沟通	2	不能良好沟通扣2分		
	评估患者反应,监测生命体征,术后嘱患者静卧4小时,观察局部有无渗血,协助医生冲洗导管	5	评估不全酌情扣1~5分 穿刺敷料不洁扣5分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:配合熟练、准确、患者安全无不适感、无菌观念强,向患者宣教到位	5	不符合要求酌情扣1~5分		

六、阿托品试验护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估病情及患者配合程度,有无禁忌证	10	未评估病情扣5分 少评估一项扣5分		
	备齐用物:心电图机、注射用治疗盘、10%葡萄糖、阿托品、10ml注射器	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 50分	核对床号、姓名,耐心解释试验目的和注意事项,以取得患者的合作	5	未核对扣2分 解释不到位酌情扣1~3分		
	做12导联心电图,以备对照	10	12导联位置安置不准确扣5分 心电图基线不稳扣5分		
	患者取平卧位,0.5~1mg阿托品稀释后在1分钟内静脉推注,并立即描记心电图	10	静脉注药操作不符合要求扣5分 图形有干扰扣5分		
	在第5、7、10、15、20分钟分别描记心电图1次,并观察结果	10	图形有干扰,未详细描记时间扣5分 未按规定及时做心电图扣5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
	严密观察药物不良反应及心率、心律变化	1	观察病情不及时扣 1 分		
	几次试验结果进行对照:注射阿托品,心率 ≥ 100 次/分钟则为阴性,提示迷走神经张力增高所致的心动过缓;心率 ≤ 100 次/分钟为阳性,提示为窦房结功能低下所致的心动过缓	5	不能正确判断结果扣 5 分		
	操作结束,指导患者休息,多进水	2	不符合要求扣 2 分		
	整理用物,洗手	5	整理用物不正确扣 2 分 不洗手扣 3 分		
	操作过程中能与患者良好沟通	2	不能良好沟通扣 5 分		
操作后评估 30 分	给药过程中出现不良反应,立即报告医师并要准确记录	10	观察病情不及时扣 5 分 记录不及时准确扣 5 分 对试验方法不熟练致试验失败扣 10 分		
	提问目的、注意事项	15	一项内容回答不全或回答错误扣 5 分		
	操作质量:整个过程符合操作原则,操作熟练,无菌观念强,向患者宣教到位	5	不规范操作与宣教酌情扣 1~5 分		

七、普萘洛尔试验护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,未佩戴胸牌扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估患者病情、生命体征、配合程度、心脏功能等	6	未评估病情扣 6 分 少评估一项扣 2 分		
	备齐用物:心电图机,普萘洛尔 10~20mg,备用药物阿托品	9	少 1 件或 1 件不符合要求扣 3 分		
操作流程 65 分	核对床号、姓名,耐心解释试验目的和注意事项,以取得患者的合作。	8	未核对扣 3 分 解释不充分扣 1~5 分		
	试验前做 12 导联心电图,以备对照	20	12 导联位置安置不准确扣 10 分 心电图基线不稳有干扰扣 10 分		
	患者口服普萘洛尔 20mg	5	给药剂量不准确扣 5 分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
	服药后1小时描记12导联心电图,观察结果	5	服药后未及时描记心电图扣3分 心电图描记不准确扣2分		
	服药后2小时描记12导联心电图,观察患者自我症状变化,并详细记录	10	未及时描记心电图扣5分 观察病情不及时扣5分		
	3次心电图进行对照确诊:服药后心电图恢复正常为阳性,反之为阴性,阳性多提示冠心病	5	未掌握试验结果扣5分		
	操作结束指导患者休息,整理用物	2	整理用物不正确扣2分		
	洗手,记录结果	5	未洗手扣2分 未及时记录结果扣3分		
	操作过程中能与患者良好沟通	5	不能良好沟通扣5分		
	操作后评估 15分	5	未作评估扣2分 对试验方法不熟悉扣3分 试验失败扣5分		
	提问目的、注意事项	8	一项内容回答不全或回答错误扣4分		
	操作熟练,向患者宣教到位	2	不符合规范酌情扣1~2分		

第三节 神经内科护理技术操作评分标准

一、偏瘫患者翻身护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者病情、意识状态、肢体肌力,向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	10	未评估扣5分 未解释扣5分 评估不全一处扣1分		
	备齐用物:6个枕头1块板	5	少1件或1件不符合要求扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

操作 流程 65 分	核对患者姓名、床号、床头卡,根据病情需要协助患者取适宜体位	10	未核对扣 5 分 卧位不符合要求扣 5 分		
	由仰卧位开始	2	错误开始扣 2 分		
	患者双手交叉握住,由健侧上肢带动患侧上肢伸直	20	翻身时拉、拽、托等动作扣 2~10 分 方法错误一处扣 5 分		
	健侧腿伸到患腿膝关节下方	3	方法错误扣 3 分		
	以躯干为轴向患侧或健侧转向	5	安全措施不够扣 5 分		
	护士站在患侧协助	3	未协助扣 3 分 站错位置扣 1~3 分		
	协助整理体位,使之处于舒适的侧卧位	5	体位不舒适扣 5 分		
	按要求垫枕摆放良肢位	10	良肢位摆放不当扣 10 分		
	向患者告知注意事项,加强安全防护措施,整理用物、洗手、记录	5	告知不全扣 2 分 无安全措施扣 3 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	2	无沟通或低效沟通扣 1~2 分		
操作后评估 15 分	评估卧位是否舒适,肢体保持良肢位;肢体末梢血液循环良好;无并发症发生	7	肢体未保持良肢位扣 4 分 卧位不适扣 3 分		
	提问目的、注意事项	3	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感,整个过程符合操作原则,重视安全护理	5	不符合全过程要求酌情扣 1~5 分		

二、腰椎穿刺术护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,未佩戴胸牌扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估患者病情,配合手术程度,术前排空大小便	10	未评估病情扣 5 分 不能配合手术扣 3 分 未指导术前排空大小便扣 2 分		
	备齐用物:一次性腰穿包、治疗盘、无菌手套、2%利多卡因,根据需要准备鞘内注射药物、治疗卡	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		

(续 表)

操作流程 60分	核对患者床号、姓名,解释、告知患者操作目的及注意事项,注意患者安全	10	无核对扣5分 未解释、告知扣5分		
	签署腰椎穿刺术知情同意书	4	术前未签字扣4分		
	患者取侧卧位,屈颈、屈髋、屈膝到胸前,双手抱膝,使腰椎后凸成弓形	5	未协助取卧位或卧位错误扣5分		
	打开腰穿包,协助术者定位、消毒、铺无菌巾,再次核实所需物品齐全无误	5	配合过程污染扣3分 打开腰穿包方法不正确扣2分		
	配合术者抽取麻醉药进行局部麻醉,核实穿刺点无误后穿刺	6	一项不符合操作要求扣3分		
	穿刺成功后,拔出针芯,立即协助术者接上压力表,见脑脊液流入压力表的连接管中,然后嘱患者全身放松,颈及下肢不再维持过度屈曲位,平静呼吸	10	测压不正确扣5分 穿刺不顺利扣5分 指导不正确扣5分		
	留取脑脊液标本并及时送检,穿刺结束后以纱布覆盖穿刺处并固定	5	留取标本不合格扣5分		
	术后观察患者呼吸、面色、心率、意识情况	5	观察不及时扣5分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	2	未按规定整理用物扣2分		
	洗手,记录	5	未洗手扣2分,未记录扣3分		
操作后评估 20分	操作过程中能与患者良好沟通	3	不能良好沟通扣3分		
	严密监测生命体征,观察患者病情穿刺后注意局部有无出血,去枕平卧4~6小时,颅内高压者平卧24小时,颅内压低者取头低位	6	少一项或未做观察、评估扣2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:动作熟练、准确、患者安全无不适感	2	不符合要求扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣2分		

三、脑血管造影术护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,未佩戴胸牌扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估患者的一般资料、心理因素及护理体检的情况和配合能力	10	少评估一项扣 2 分		
	备齐用物:对比剂、局麻药、抗凝药及急救药品;检查 DSA 机器设备及抢救设备;备好穿刺针、导管、导丝,生理盐水,股动脉穿刺包,无菌手套,沙袋等	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 55 分	核对患者的床号、姓名、床头卡	3	未核对扣 3 分 少核对一项扣 1 分		
	解释操作目的及注意事项,取得配合	10	少解释/告知一项扣 5 分		
	签署脑血管造影术知情同意书	2	未签署同意书扣 2 分		
	术前准备、医护陪同下去导管室	10	术前准备不充分一项扣 2 分		
	显露穿刺部位,常规消毒皮肤,铺无菌孔巾,用 2%利多卡因局部麻醉	10	一项不符合要求扣 2 分 操作过程有污染扣 2 分		
	造影完毕,拔管,穿刺部位加压包扎	5	不符合操作要求扣 5 分		
	观察有无并发症,接患者回病房	3	观察病情不符合要求扣 3 分		
	肢体制动 6~12 小时,必要时用约束带适当约束肢体,术后卧床 24 小时,术后 24 小时多饮水,以促进造影剂排泄,做好记录	10	一项不符合要求扣 1 分		
	操作过程与患者及家属沟通顺利	2	沟通无效或未沟通扣 2 分		
操作后评估 20 分	评估操作过程是否正确、是否符合操作原则,患者主动配合操作	6	一项不符合要求扣 2 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:动作熟练、准确、符合无菌原则、患者安全无不快感	4	不符合全过程要求酌情扣 1~4 分		

四、脊髓造影术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分，未佩戴胸牌扣1分，不洗手扣1分		
	评估患者的一般资料、心理因素及护理体检的情况和配合能力	10	少评估一项扣2分		
	备齐用物：治疗盘、局麻药、急救药品；机器设备及抢救设备；备好穿刺针、造影剂、腰穿包、注射器、无菌手套等	10	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 50分	核对患者的床号、姓名、床头卡	3	未核对扣3分 少核对一项扣1分		
	解释操作目的及注意事项，取得配合	10	少解释及告知一项扣5分		
	签署脊髓造影术知情同意书	2	未签署同意书扣2分		
	术前准备：造影前6小时禁食，做好皮肤准备，医护陪同下去导管室	10	术前准备不充分一项扣2分		
	备好各种用物和抢救药品	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	造影完毕，拔管，穿刺部位包扎	5	不符合操作要求扣5分		
	观察有无并发症，接患者回病房	5	观察管理患者不符合要求扣2~5分		
	取适当卧位、做好记录	8	一项不符合要求扣4分		
	操作过程与患者及家属沟通顺利	2	沟通无效或未沟通扣2分		
操作后评估 25分	造影后护理 ①做脊髓空气造影的患者，应取头低足高位24~48小时，脊髓碘油造影者取头高足低位；碘水造影后可取平卧位；②观察生命体征，肢体活动及膀胱功能情况，若有排尿困难，疼痛等，应做相应处理；③协助卧床患者做好生活护理	12	一项不符合要求扣4分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量：动作熟练、准确、符合无菌原则、患者安全无不适感	3	不符合全过程要求酌情扣1~3分		

第四节 消化内科护理技术操作评分标准

一、腹腔穿刺术护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20 分	仪表端庄、服装整洁、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分，不洗手扣 1 分、未佩戴胸牌扣 1 分		
	评估患者病情、意识状态，告知患者操作目的及注意事项，注意患者安全、做好环境准备	10	未评估及告知各扣 5 分，少一项扣 2 分		
	备齐用物：基础治疗盘、腹腔穿刺包、量杯、腹带及中单、卷尺、按医嘱准备药物及 2%利多卡因 1 支、治疗卡	5	少 1 件用物扣 1 分		
操作流程 55 分	核对患者姓名、床号、床头卡	3	一项核对不全扣 1 分		
	向患者解释操作目的，告知操作的方法取得患者的配合	10	一处不符合要求扣 5 分		
	签署腹腔穿刺术知情同意书	3	未签署同意书扣 3 分		
	清洁皮肤，指导患者排尿	2	清洁皮肤不合格扣 2 分		
	协助患者取适宜体位	2	卧位不舒适扣 2 分		
	协助术者测量腹围，做好记录	5	一处不符合要求扣 5 分		
	协助术者常规消毒皮肤，铺无菌巾，配合局部麻醉	5	操作不符合要求扣 5 分		
	术中留取标本，注意观察患者生命体征	4	一项不符合要求扣 2 分		
	术毕包扎固定，测腹围、束腹带	5	操作不符合要求扣 5 分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	3	用物处理不符合要求扣 3 分		
	洗手；记录：记录腹水颜色、形状和量，放腹水后腹围	8	未洗手扣 3 分 记录内容不全酌情扣 1~5 分		
	遵医嘱送检标本	2	标本送检不符合要求扣 2 分		
	操作过程中能与患者良好沟通，取得合作	3	不能沟通/无效沟通扣 3 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25分	评估患者生命体征、腹部及穿刺部位有无出血情况	5	伤口包扎不符合要求扣2分 操作过程用物污染扣3分		
	提问目的、注意事项	18	一项错误或未回答扣2分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感,整个过程符合操作原则	2	不符合操作质量要求扣2分		

二、肝穿刺术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者病情、心理状态、对肝穿刺意义的认知程度	10	未评估病情扣10分 评估不全一项扣2分		
	备齐用物:基础治疗盘、无菌肝穿刺包、穿刺针、无菌手套、一次性注射器(10ml)2支、4%甲醛溶液标本瓶、沙袋、腹带、无菌敷料、治疗巾,遵医嘱准备治疗药物、局部麻醉用药2%利多卡因、生理盐水、治疗卡	10	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 50分	携用物至床旁,核对患者床号、姓名,告知患者操作目的及注意事项	10	未做核对扣3分 解释告知不全酌情扣1~5分		
	签署肝穿刺术知情同意书	3	未执行签字同意扣3分		
	协助排空小便,患者取仰卧位	2	一项不符合要求扣1分		
	协助术者定位	2	不符合定位要求扣2分		
	协助术者常规消毒皮肤,铺无菌巾,配合局部麻醉	6	一处不符合要求扣2分		
	操作者指导患者呼吸方法,利于穿刺配合	2	未正确指导扣2分		
	术中协助留取标本,注意观察患者生命体征	5	标本留取不正确扣2分 观察生命体征不及时扣3分		
	术毕纱布覆盖后固定,束腹带	3	伤口固定不符合要求扣3分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25 分	协助患者取舒适体位;向患者告知注意事项	7	不符合卧位要求扣 2 分 未告知注意事项扣 5 分		
	整理用物,按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手,记录	5	用物处理不正确扣 2 分 操作完毕未洗手扣 2 分 记录不及时扣 1 分		
	操作中能与患者良好沟通并取得合作	5	不符合沟通要求扣 5 分		
	评估患者生命体征、绝对卧床休息情况,观察穿刺部位有无渗血,是否及时更换敷料和腹带	12	一处不符合要求扣 3 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	用物处理不符合规范酌情扣 1~3 分		

三、上消化道内镜检查护理配合技术操作评分标准 (100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,不洗手扣 1 分、未佩戴胸牌扣 1 分		
	评估患者病情,询问有无青光眼、高血压、心脏病及药物过敏史,做好环境准备	10	少评估一项扣 2 分		
	备齐用物:内镜、冷光源、吸引器、内镜台车、治疗者、基础治疗盘、一次性注射器(10ml)1 支、弯盘、牙垫、手套、纱布、纸巾、垫巾、管道清洁刷、活检钳、标本固定瓶、黏膜染色剂、喷洒导管小毛巾、含酶洗液、消毒液、治疗卡、镇静药、解痉药、去泡剂、咽喉麻醉药、盐水	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 55 分	核对后告知患者操作目的及注意事项,注意患者安全、签署胃镜检查知情同意书	7	未核对、告知酌情扣 1~5 分 未签署胃镜检查知情同意书扣 2 分		
	检查前需禁食、禁水、禁药 8 小时,取下活动义齿、眼镜,解开衣领、腰带	5	未做术前准备扣 2 分 术前准备不充分酌情扣 2~5 分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
	核对患者床号、姓名,向患者解释操作方法,取得患者的配合	10	核对内容不全扣5分 未做解释扣5分		
	检查前10分钟进行咽喉麻醉	3	未麻醉扣3分		
	帮助患者取左侧卧位	5	卧位不舒适或错误各扣5分		
	协助操作者进行胃镜检查,密切观察患者反应	5	一处不符合要求扣5分		
	留取活检或治疗,观察患者生命体征	5	留取活检或治疗方法不正确扣3分 观察患者生命体征不及时扣2分		
	操作完毕,安置好患者,正确处理镜身	5	未处理镜身扣2分 未安置患者扣3分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	5	未按规定整理用物扣5分		
	洗手,记录检查结果	5	未洗手扣3分 未记录扣2分		
操作后评估 20分	评估术后腹痛、呕血或黑粪等情况,观察病情、指导饮食注意事项	5	未作评估或指导扣5分 指导不全一项扣1分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感,整个过程符合操作原则	5	不符合全过程要求酌情扣1~5分		

四、三腔双囊管压迫护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	仪表端庄、服装整洁、洗手、佩戴胸牌	5	一项不符合要求扣1分		
	评估患者病情、心理、对疾病的认知程度	10	评估不充分酌情扣2~10分		
	备齐用物:三腔双囊管、止血钳3把、无菌手套、弯盘1个、治疗碗1个、一次性注射器(5ml、20ml、50ml)各1支、纱布、液状石蜡、棉签、线绳、蝶形胶布、治疗巾、0.5kg重物滑轮牵引固定架、压力计、剪刀、治疗卡	10	少1件用物扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 50 分	核对患者姓名、床号,向患者解释操作目的、方法,取得患者的配合	10	未做核对扣 2 分 解释不符合要求扣 2~8 分		
	签署腹腔穿刺术知情同意书	2	未签署腹腔穿刺术知情同意书扣 2 分		
	指导患者排空尿,协助患者取侧卧位	2	一处不符合要求扣 1 分		
	检查胃囊、食管充气情况并分别做标记	10	一处不符合要求扣 5 分		
	液状石蜡润滑三腔双囊管前端和双气囊	2	操作不符合要求扣 2 分		
	协助术者将三腔双囊管经鼻腔缓慢插入至咽喉处(15cm)嘱患者做好咽吞动作,插管至 55cm 时自胃管抽吸胃液	5	插管动作不熟练扣 2 分 指导患者配合无效扣 1 分 未成功抽吸到胃液扣 2 分		
	胃囊、食管囊注气、测压力	4	注气、测压力方法错误一处扣 2 分		
	术毕抽吸胃液,测量生命体征	3	不符合要求扣 2 分		
	固定胃管,取舒适卧位、牵引	3	不符合要求酌情扣 1~3 分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	3	用物处理错误扣 2 分		
	洗手,记录插管结果(包括注气量、胃液量)及时间	3	一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中与患者沟通良好	3	沟通无效或无沟通扣 2 分		
操作后评估 25 分	评估三腔双囊管固定情况是否良好,操作过程用物有无污染,记录抽取胃液和测量气囊压力的时间,严密监测生命体征	10	三腔双囊管固定不符合要求扣 3 分 操作过程用物污染扣 2 分 观察记录不符合要求扣 3 分		
	提问目的、注意事项	10	目的 1 条错误扣 5 分 注意事项 1 条错误扣 2 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感,整个过程符合操作原则	5	不符合要求酌情扣 1~3 分		

五、十二指肠引流术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者病情、意识状态、患者配合检查程度,积极做好术前准备	10	未评估病情扣5分 少评估一项扣1分 术前准备不充分扣5分		
	备齐用物:治疗碗1个(内放纱布1块、镊子1把)、十二指肠引流管1根、50ml注射器1支、无菌液状石蜡、无菌手套、治疗巾、弯盘、油布、纱布、夹子、pH试纸、硫酸镁、打火机和乙醇灯另备试管	10	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 50分	核对床号、姓名、床头卡,解释操作目的及方法,取得患者的配合	10	无核对扣2分 未解释全面扣2~8分		
	协助患者用消毒液漱口后,插入胃管、注水50ml	10	一处不符合要求扣5分		
	指导患者取右侧卧位,臀部垫高,每1~2分钟将引流管咽入约1cm,需30~60分钟可达十二指肠内	10	未协助取卧位或卧位错误扣5分 引流管咽入不符合要求扣5分		
	分别在第2标记(55~60cm)、第3标记(75cm)时间段抽取少量液体,根据需要留取各段引流液标本,及时送检	8	留取标本不符合要求酌情扣2~8分		
	检查完毕拔出引流管,及时协助患者洗漱,协助患者休息	2	操作不符合要求扣2分		
	整理用物,洗手,记录引流物性状、量、颜色	8	一处不符合要求扣8分		
	操作过程中能与患者良好沟通	2	不能良好沟通扣2分		
操作后评估 25分	操作后评估患者无不适,送病室休息,操作过程用物无污染,向患者告知注意事项	8	一项不符合要求扣2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣1~3分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感,整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

六、纤维结肠镜检查术护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,未佩戴胸牌扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估患者病情、意识状态、患者配合检查的程度	5	评估病情不符合要求酌情扣 1~5 分		
	备齐用物:常规消毒用治疗盘、纤维结肠镜、5ml 注射器 2 支、50ml 注射器 1 支、长棉棒、扩肛器、液状石蜡、手套、盛有固定液的标本容器,另备阿托品 0.5mg、地西泮 10mg	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 55 分	核对患者姓名、床号,向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	10	无核对扣 2 分 未解释及告知各扣 4 分		
	协助患者取膝胸卧位或左侧卧位	5	未协助取卧位或卧位错误扣 5 分		
	协助术者行纤维结肠镜检查,指导患者张口深呼吸和协助患者变换仰卧位	10	一处不符合要求扣 5 分		
	铺治疗巾放置弯盘,协助操作者进行结肠镜检查	2	不符合操作要求扣 2 分		
	密切观察患者反应,发现异常立即通知医师并遵医嘱进行处理	2	观察不及时扣 2 分		
	操作过程中能与患者良好沟通	6	不能良好沟通扣 6 分		
	协助术者摄像,取活检组织	6	一处不符合要求扣 3 分		
	检查完毕患者无不适,送病室休息,向患者告知注意事项	10	一处不符合要求扣 5 分		
	整理用物、洗手、记录、送检标本	4	一处不符合要求扣 1 分		
操作后评估 25 分	操作后评估:患者情况良好,操作过程用物无污染	8	未做评估扣 4 分 操作过程污染酌情扣 1~4 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感,整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣 1~4 分		

七、自体腹水浓缩回输术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 30分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分，未佩戴胸牌扣1分，不洗手扣1分		
	评估病情及配合程度，询问病史、体格检查以排除禁忌证，签署自体腹水浓缩回输术知情同意书	15	一项不符合要求扣5分		
	备齐用物：基础治疗盘1套、腹水浓缩机1台、腹水浓缩器1副、动静脉血液管1根、一次性大静脉营养袋1~2个(3000ml)、无菌手套2副、无菌排气针头2个、一次性注射器(5ml)2个、洁净瓶塞1个、输液网套2个、治疗卡、5mg地塞米松1~2支、12500单位肝素1支、500ml生理盐水2瓶	10	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 45分	再次核对患者床号、姓名	2	核对不符合要求扣2分		
	协助患者取舒适卧位	3	卧位不舒适扣3分		
	配合医师正确使用腹水浓缩机器	2	操作不熟练扣2分		
	放腹水，腹水浓缩	10	操作过程未遵守无菌原则扣10分		
	由治疗护士按常规输液法，用输血器将浓缩的腹水通过静脉输入患者体内，同时将地塞米松2mg从输液器滴壶注入	10	操作步骤安排不合理扣5分 术中观察病情不及时扣5分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内，洗手	5	用物处理不正确扣3分 操作完毕未洗手扣2分		
	操作过程中能与患者良好沟通，取得合作	3	不符合沟通要求扣3分		
	协助患者取舒适体位	5	体位不舒适扣5分		
	向患者告知术后注意事项，整理用物	5	告知与指导不正确扣5分		
操作后评估 25分	1. 操作后严密观察病情变化，每30分钟巡视1次 2. 注意患者主诉，如有寒战、发热，应立即报告医师，按输液反应处理	12	一处不符合要求扣6分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	配合熟练，无菌观念强，向患者宣教到位	3	操作过程污染不符合规范酌情扣1~3分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

八、胃液采集护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25 分	衣帽整齐、戴口罩,洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,未佩戴胸牌扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估患者病情,患者和家属的配合程度	10	未评估病情扣 10 分 少评估一项扣 2 分		
	备齐用物:无菌胃管、无菌手套、胶布、听诊器、5ml 注射器 1 支、50ml 注射器 1 支、负压吸引器、五肽胃泌素、液状石蜡、生理盐水等	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 50 分	核对床号、姓名、床头卡,向患者解释检查的目的、方法、注意事项,取得合作	10	未核对扣 3 分 解释不充分扣 5 分 患者不明白操作目的扣 2 分		
	协助患者取坐位,将消毒的胃管经鼻或口插入胃内 50~55cm 深度即可到达胃大弯黏液池,抽吸胃液嘱患者变换体位(仰、侧、俯卧及坐位),尽量将胃内液体抽吸干净,然后拔管,密切观察患者反应	8	卧位不舒适、操作不熟练、插入长度不准确、引流不够通畅各扣 2 分		
	给予五肽促胃液素(或大剂量组胺)肌肉注射	5	注药不符合要求扣 5 分		
	胃液分析,需于注药前留取 1 小时胃液(插管后最初抽出的胃液弃去),注药后继续留取 1 小时胃液每 15 分钟胃液装 1 瓶,将上述 5 瓶胃液计量送检	10	收集标本不正确扣 5 分 送检不及时扣 5 分		
	协助患者漱口、洗脸指导患者卧床休息	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	整理用物,按规定将用过的材料放入垃圾袋内分类处理	5	整理用物不正确扣 5 分		
	洗手,记录胃液量、性质、颜色,观察患者反应	5	不洗手扣 2 分 记录不及时准确扣 3 分		
	操作过程中能与患者良好沟通	2	不能良好沟通扣 2 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25分	评估患者病情变化、服药过程中出现不良反应,立即报告医师,准确记录	12	一项未做扣4分 对试验方法不熟知,导致试验失败扣12分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣5分		
	操作熟练、向患者宣教到位,用物准备齐全,顺序摆放合理,符合要求	3	不规范操作与宣教酌情扣1~3分		

第五节 肾内科护理技术操作评分标准

一、肾穿刺活检术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者对此项操作的认识程度,了解患者有无出血倾向,术前练习俯卧位,屏气30秒掌握情况,患者对卧床饮水,排尿是否掌握	10	未评估病情或评估不全扣5分 未指导训练酌情扣1~5分		
	备齐用物:基础治疗盘1套、无菌纱布3~5块、肾穿刺针、一次性注射器、垫巾、饮水管、便盆、无菌手套、胶布、硬床板、B超机、硬枕、纱布、治疗卡、局部麻醉药、标本固定液	10	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 50分	携用物至床旁,核对患者床号、姓名,告知患者操作目的及注意事项	10	未核对扣2分 未解释、告知各扣4分		
	签署肾穿刺术知情同意书	3	未签署知情同意书扣3分		
	协助患者取适宜卧位	2	不符合卧位要求扣2分		
	协助术者常规消毒皮肤,铺无菌巾,配合局部麻醉	6	一处不符合要求扣2分		
	标本固定,送检,拔针压迫穿刺部位2~3分钟,覆盖纱布	5	不符合要求扣5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25分	术中注意观察患者生命体征、尿量、颜色	3	观察病情不及时扣1~3分		
	术毕,协助患者取舒适体位,向患者告知注意事项,运送患者回病房	10	不符合卧位要求扣3分 未告知注意事项扣5分 未送患者安全回病房扣2分		
	整理用物,按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手,记录穿刺结果	8	用物处理不正确扣3分 操作完毕未洗手扣2分 未及时记录扣3分		
	操作中能与患者良好沟通并取得合作	3	不符合沟通要求扣3分		
	患者绝对卧床4小时,平卧24小时,严密监测生命体征,观察患者病情,每30分钟巡视1次;术后嘱患者多饮水,保证尿量生命体征平稳,可于术后6小时解除沙袋	15	一处不符合要求扣3~5分		
	提问目的、注意事项	8	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作熟练,无菌观念强,向患者宣教到位	2	不符合要求扣2分		

二、腹膜透析护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者病情、测体重、环境准备、在透析室操作	4	未评估患者扣4分 评估不全酌情扣1~4分		
	用物准备:腹膜透析液1袋,一次性碘伏帽1只、管路架子2个、75%乙醇、输液架、台秤1架、塑料筐1个、清洁抹布1块,治疗卡	5	缺少1件扣1分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 65分	核对患者床号、姓名,告知患者操作目的及注意事项,注意患者安全	10	未核对扣3分 未告知或告知不全扣1~7分		
	签署腹膜透析术知情同意书,带患者到专门的腹透房间,对于卧床患者,护士携用物至床旁,取得配合	3	未签知情同意书扣3分		
	取腹膜透析液,用1000mg/L文华消毒液擦拭操作台,从恒温箱中取出腹透液(37~38℃)用75%乙醇擦拭外包装,称重并记录	6	每项不正确操作各扣3分		
	悬挂透析液,高于患者腹部,引流袋低于患者腹部的位置,夹闭入液管路	6	悬挂位置不正确各扣3分		
	左手同时持短管和双联系统接口,将双联系统与短管相连	10	操作步骤不正确扣5分 无菌操作不严格扣5分		
	折断腹膜透析液出口塞,打开入液管路,夹闭出液管路	5	操作不规范扣5分		
	观察引流液,关闭短管开关	5	操作不规范扣5分		
	取一次性碘仿帽,将短管与双联系统分开,将短管口朝下,旋拧碘仿帽至完全闭合,将短管妥善固定	10	操作步骤不正确扣5分 无菌操作不严格扣5分		
	按规定将用过的材料放入垃圾袋内分类处理,洗手、做好记录	10	用物处理不正确扣5分 操作完毕未洗手扣2分 未及时记录扣3分		
操作后评估 20分	严密观察患者生命体征,30分钟巡视1次,发现流出液浑浊或同时伴有发热、腹痛应立即报告医师,留取透析液标本送检,观察管口处有无感染	6	一项不符合要求扣3分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	操作质量:整个过程符合操作原则,配合熟练,无菌观念强,向患者宣教到位	2	不符合全过程要求酌情扣1~2分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

三、血液透析护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 30 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分，未佩戴胸牌扣 1 分，不洗手扣 1 分		
	评估患者病情、测体重，环境准备，在血液透析室操作，注意患者安全	10	未测患者病情扣 5 分 未测体重扣 2 分 环境、安全未评估扣 3 分		
	备齐用物：基础治疗 1 套、止血带 1 根、输液管 1 根、网套 2 个、透析机 1 台、透析器 1 个、透析管路 1 套、16 号穿刺针 2 个、棉签数包、治疗巾 1 块、止血钳 4 把、一次性注射器(20ml)1 支、胶布 6 条、创可贴 2 个、棉球 2 个、弹力绷带 2 个、治疗卡、无菌生理盐水 4 瓶、抗凝药(肝素 1 支或低分子肝素 1 支，A、B 透析液)	14	少 1 件扣 1 分		
操作流程 50 分	核对患者床号、姓名，告知患者操作目的及注意事项，取得配合	10	未核对扣 3 分 未告知或告知不全扣 1~7 分		
	签署血液透析术知情同意书	1	未签知情同意书扣 1 分		
	连接 A、B 透析液，机器自检后呈预冲状态	10	不符合规范酌情扣 2~10 分		
	患者仰卧位，选择内瘘及静脉穿刺点，静脉推注首剂肝素	8	穿刺局部血肿，穿刺针脱落各扣 2 分 不符合无菌操作原则扣 4 分		
	连接动脉穿刺针，固定，打开夹子开泵，将血流速由小到大遵医嘱设置治疗数据	10	操作步骤不正确扣 5 分 参数设置不正确扣 5 分		
	治疗时间遵医嘱，通常为 3~5 小时	1	不符合治疗时间扣 1 分		
	消毒穿刺点，拔出穿刺针，弹力绷带加压固定 30 分钟，测体重	2	不符合规范酌情扣 2 分		
	按规定将用过的材料放入垃圾袋内分类处理	3	用物处理不正确扣 3 分		
	洗手，做好记录	5	操作完毕未洗手扣 3 分 未做记录扣 2 分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	严格执行无菌操作,观察患者的病情变化,观察透析器有无漏血、穿刺部位有无渗血、穿刺针脱落、凝血等现象,回血时严防空气进入	5	一项不符合要求扣1分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合操作规范酌情扣2分		
	操作质量:配合熟练,无菌观念强,向患者宣教到位,整个过程符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣1~3分		

第六节 内分泌、血液内科护理技术操作评分标准

一、血糖监测护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者手指皮肤黏膜是否完整、有无瘀痕、有无局部感染情况,患者合作程度,血糖试纸的有效期,试纸是否与代码相符,血糖试纸的插口处是否污染	15	评估项目不全酌情扣2~15分		
	备齐用物:血糖检测仪、匹配的血糖试纸、采血笔、采血针或一次性安全锁卡式采血针、75%乙醇、干棉签、治疗卡	5	少1件扣1分		
操作流程 50分	核对患者床号、姓名,告知患者操作目的及注意事项,注意患者安全	10	未核对扣2分 未告知酌情扣2~8分		
	根据要求把采血针头装入采血笔备用,准备一次性安全锁卡式采血针	2	不符合无菌要求扣2分		
	打开血糖仪,插入调试代码与将要使用的试纸瓶上代码完全一致	3	不符合操作要求扣3分		
	当屏幕上闪现出滴血提示时,可轻轻插入试纸(应根据所使用血糖仪型号而定)	5	不符合操作要求扣5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25 分	消毒手指,待干,将采血针固定在手指采血部位按中间按钮,将一大滴血滴或吸入试纸试孔待全部滴满,足够量的血正确滴或吸入后,待屏幕上显示血糖的测定值,使手指向上无菌干棉签按压采血部位	15	一次性穿刺未成功扣 5 分 操作不符合无菌要求扣 5 分 操作顺序不合理扣 5 分		
	从血糖仪中取下用过的试纸,关闭血糖仪	5	不符合操作要求扣 5 分		
	把用过的试纸及垃圾分类放入废物收集袋中,按规定将用过的针头放入利器盒	3	用物处理不符合要求扣 3 分		
	洗手,记录	5	未洗手扣 3 分 未及时记录扣 2 分		
	操作过程中能与患者良好沟通	2	未沟通或沟通无效扣 2 分		
	长期监测血糖的患者,指导患者自我血糖监测的方法,告知患者穿刺后按压 1~2 分钟	8	一处不符合要求扣 4 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全扣 2 分		
	血糖仪的代码与试纸代码一致	3	不符合要求扣 3 分		
	操作熟练,无菌观念强,向患者宣教到位	4	不符合全过程要求酌情扣 1~4 分		

二、胰岛素泵使用护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 30 分	衣帽整洁、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一项不符合要求扣 1 分		
	核对患者床号、姓名,评估患者及家属对此项治疗目的的认识程度,机器性能、患者血糖水平,解释目的,配合要求	15	未做核对扣 5 分 未评估扣 5 分 解释不全一项扣 1 分		
	备齐用物:治疗盘、胰岛素泵、储药器、输注导管、弯盘、胰岛素注射液、无菌胶贴、75%乙醇、碘伏、无菌棉签,必要时备胰岛素泵专用枪	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 45分	正确安装胰岛素泵各部件,调试准确	10	安装或调试错误扣5~10分		
	携用物至病床旁,再次核对床号、姓名、注射剂型及剂量,设定基础率,餐前大剂量	10	核对不全扣5分 设定基础率不准确扣5分		
	取脐周5cm以外不影响穿衣服的部位,常规消毒,待干	5	不符合消毒要求扣5分		
	输注针头刺入消毒部位皮下,无菌胶贴固定,注明穿刺时间	5	注射方法不规范扣5分		
	检查胰岛素泵的工作状态并固定	5	检查不仔细扣2分 固定不安全扣3分		
	向患者告知应用胰岛素后的注意事项	3	未作指导扣3分		
	协助患者取舒适卧位	2	卧位不舒适扣2分		
	整理床单位、清理用物	3	未整理床单位扣1分 用物处理不符合要求扣2分		
	洗手,记录胰岛素泵应用的时间	2	未洗手扣2分		
操作后评估 25分	评估操作过程是否正确、是否符合操作原则	5	不符合要求扣5分		
	提问目的、注意事项	14	一项内容不全或错误扣2分		
	操作过程与患者沟通顺利	3	无沟通或沟通不顺利扣3分		
	操作质量:动作熟练、准确、患者安全、配合操作	3	不符合全过程要求酌情扣3分		

三、胰岛素笔使用护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 30分	衣帽整洁、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一项不符合要求扣1分		
	核对患者床号、姓名,评估患者及家属对此项治疗目的的认识程度,解释目的,配合要求,正确安装胰岛素笔及各配件(笔、笔芯、针头)	20	未做核对扣5分 未评估扣5分 解释不全一项扣1分 安装或调试错误扣5~10分		
	备齐用物:治疗盘内盛75%乙醇、棉签、胰岛素笔、针头、笔芯、弯盘、注射单	5	少1件或1件不符合要求扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 50分	携用物至病床旁,再次核对床号、姓名、注射剂型及剂量	10	少核对一项扣2分		
	选择注射部位,消毒皮肤,待干	5	不符合消毒要求扣5分		
	垂直或倾斜45°进针,缓慢完全按下注射推键,注射完毕停留6~10秒钟拔针	15	注射方法不规范扣5分 不符合无菌原则扣5分 拔针方法错误扣5分		
	整理床单位,妥善处理废弃针头及用物	5	整理用物不符合要求扣5分		
	协助患者取舒适卧位	5	卧位不舒适扣5分		
	洗手,摘口罩记录	5	未洗手扣2分 未记录扣3分		
	操作过程与患者沟通顺利	5	无沟通或沟通不顺利扣5分		
操作后评估 20分	评估操作过程是否正确、是否符合操作原则	3	不符合操作要求扣3分		
	提问目的、注意事项	14	一项内容不全或错误扣2分		
	操作质量:动作熟练、准确、符合无菌原则、患者安全、配合操作	3	不符合全过程要求酌情扣3分		

四、口服葡萄糖耐量试验技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者病情、合作程度、环境舒适安全	5	少评估一项扣2分,		
	备齐用物:基础治疗盘1套、垫巾1块、止血带1根、胶贴1包、一次性采血针5支、一次性生化采血管5个、治疗卡、75g葡萄糖粉或50%葡萄糖溶液150ml、儿童为每千克体重1.75g、总量不超过75g	10	少1件或1件不符合要求扣1分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 55分	核对患者床号、姓名,告知患者操作目的及注意事项,取得配合	10	未核对扣2分 告知不全酌情扣2~8分		
	禁食至少10小时,清晨进行试验,试验前3天每日进食糖类量不可少于200g	5	饮食不符合要求扣1~5分		
	空腹抽静脉血,测血糖	10	抽取血标本不符合要求扣2~10分		
	75g无水葡萄糖溶于200ml水中(水温以20~30℃为宜),从喝第一口糖水开始计时,于3~5分钟内饮完	5	不符合要求扣5分		
	于服糖后30分钟、60分钟、120分钟、180分钟取静脉血测血糖	15	采血方法错误、不符合无菌要求、时间掌握不准确各扣5分		
	标本注明时间顺序,及时送检,准确记录	5	不符合操作要求酌情扣1~5分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手	5	未按规定处理用物扣3分 未按规定洗手扣2分		
操作后评估 25分	操作步骤正确,患者无不适、无并发症发生	5	对试验方法不熟知,导致试验失败扣5分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作熟练,无菌观念强,向患者宣教到位	5	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

五、骨髓穿刺术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 30分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者生命体征及配合能力,检测患者有无出血倾向并报告医师	15	少评估一项扣3分		
	备齐用物:基础治疗盘1套、骨髓穿刺包、无菌手套、一次性注射器(5ml和20ml)各1支、治疗巾、清洁干燥玻片6~8片、推片1张;如做骨髓培养另备细菌培养瓶、酒精灯、火柴、治疗卡、局部麻醉药2%利多卡因	10	少1件或1件不符合要求扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 50分	核对患者的床号、姓名、床头卡	3	未核对扣3分 少核对一项扣1分		
	解释操作目的及注意事项,取得配合	10	少解释及告知一项扣5分		
	签署骨髓穿刺术知情同意书	2	未签署同意书扣2分		
	协助患者取舒适卧位	5	卧位不利于操作扣5分		
	显露穿刺部位,常规消毒皮肤,铺无菌孔巾,用2%利多卡因局部麻醉	15	一项不符合要求扣5分		
	抽吸骨髓,涂片	5	不符合无菌操作要求扣5分		
	包扎、固定局部穿刺点	4	不符合操作要求扣4分		
	整理用物,洗手,记录数值	3	一项不符合要求扣1分		
	操作过程与患者及家属沟通顺利	3	沟通无效或未沟通扣3分		
操作后评估 20分	评估操作过程是否正确、是否符合操作原则,患者主动配合操作	6	一项不符合要求扣2分		
	提问目的、注意事项	12	一项内容回答不全或回答错误扣3分		
	操作质量:动作熟练、准确、符合无菌原则、患者安全无不适感	2	不符合全过程要求酌情扣1~2分		

六、¹³¹碘吸收试验护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者病情、合作程度、环境舒适、安全	10	未评估扣10分,少评估一项扣2分		
	备齐用物:测碘仪、碘口服液	4	少1件或一件不符合要求扣2分		
操作流程 60分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣5分		
	向患者说明试验的目的、方法、注意事项,取得患者合作	10	未履行告知义务酌情扣2~10分		
	指导患者空腹服碘2~10单位,同时计时	10	一项不符合要求扣5分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	服碘后3小时及24小时各测验吸碘率1次,必要时6小时加测1次,根据测得的数据描绘吸碘率曲线,并判断结果	20	测验时间不准扣10分 描绘的曲线不精确扣10分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内,洗手	5	未按规定处理用物扣3分 未按规定洗手扣2分		
	操作过程中与患者良好沟通	5	无效沟通或无沟通扣5分		
	对试验结果进行正确判断	5	未能及时正确判断结果扣5分		
	操作步骤正确,患者无不适、无并发症发生	5	对试验方法不熟知,导致试验失败扣5分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作熟练、准确、患者无不适感、向患者宣教到位	5	不符合全过程要求酌情扣1~5分		

七、螺内酯试验护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者一般情况及配合情况、对试验的原理、方法、注意事项的熟知程度	5	未评估或评估不全扣1~5分		
	备齐用物:基础治疗盘1套、垫巾1块、止血带1根、胶贴1包、一次性采血针10支、一次性生化采血管10个、干燥尿管若干、血压计、听诊器、储尿罐及量杯各1个,螺内酯片	10	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者床号、姓名、床头卡	2	无核对扣2分		
	告知患者操作目的及注意事项,注意患者安全、取得患者的配合	15	未告知扣15分 告知不全一项扣3分		
	签署螺内酯试验知情同意书	3	未签知情同意书扣3分		
	给患者食用固定饮食7~14天,饮用纯净水	5	饮食指导不全酌情扣1~5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
	饮食的第3天留取24小时尿,查钾、钠、氯	5	标本留取不正确扣5分		
	第4天晨采血查血钾、钠、氯及二氧化碳结合力1次	5	标本留取不规范扣5分		
	第4天起,遵医嘱每日口服螺内酯片60~80mg,6小时1次	10	指导用药不规范扣10分		
	隔2~4天测定24小时尿钾、钠、氯和血钾、钠、氯及二氧化碳结合力1次	5	操作不符合要求酌情扣1~5分		
	对照期及实验期每日早、晚各测量血压1次并记录	4	血压未及时测量记录扣2~4分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	5	未按规定整理用物扣5分		
	洗手、做好记录	5	未洗手扣3分 未记录扣2分		
	操作过程中能与患者良好沟通	1	不能良好沟通扣1分		
操作后评估 15分	评估患者病情变化及配合情况,试验操作是否成功	3	一项未做评估扣1分 操作不熟练致试验失败扣3分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作熟练、准确、患者无不适感	2	不符合规范酌情扣1~2分		

第七节 小儿内科护理技术操作评分标准

一、小儿颈外静脉穿刺采血护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整洁、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一项不符合要求扣1分		
	评估患儿心、肺功能以及凝血情况;观察颈静脉充盈情况;评估患儿合作程度	5	未评估扣5分		
	备齐用物:碘伏、无菌棉签、采血试管、化验单、5ml注射器1~2个、棉垫1块	5	少1件或1件不符合要求扣1分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 60分	核对床号、姓名、床头卡、化验单、试管，向家长解释	10	未做查对扣5分 未做解释扣5分		
	摆好体位、充分显露静脉	5	未摆放体位扣2分 显露静脉不充分扣3分		
	操作者站在患儿床头，再次进行核对	5	无再次核对扣5分		
	常规消毒患儿穿刺部位皮肤6~8cm，待干，重复消毒	10	不符合消毒规范一项扣5分		
	沿颈外静脉平行穿刺，固定针管采血	10	不符合操作规范酌情扣2~10分		
	按压穿刺部位，再次核对	10	按压方法不正确扣10分		
	整理用物，洗手	5	整理用物不符合规范扣3分 未洗手扣2分		
	做好记录，签全名	3	未记录扣2分 未签名扣1分		
	登记标本送检	2	未及时送检扣2分		
操作后评估 25分	评估操作过程是否正确、是否符合无菌操作原则	5	不符合要求扣5分		
	提问目的、注意事项	12	一项内容不全或错误扣2分		
	操作过程与患者及家属沟通顺利	3	无沟通或沟通不顺利扣3分		
	操作质量：动作熟练、准确、患儿安全	5	不符合全过程要求酌情扣1~5分		

二、婴幼儿股静脉穿刺采血护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整洁、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一项不符合要求扣1分		
	评估患儿病情、凝血情况；穿刺处周围皮肤情况；患儿合作程度	5	未评估扣5分 评估不全酌情扣1~5分		
	备齐用物：碘伏、无菌棉签、弯盘、采血试管、化验单、5ml注射器1~2个、棉垫	5	少1件或1件不符合要求扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 60分	核对床号、姓名、检验项目、所需血量及合适试管,并向家长解释	10	未做查对扣5分 未做解释扣5分 核对解释不全酌情扣2~10分		
	取仰卧位,两腿分开成蛙腿状,助手协助固定肢体	10	未摆放体位扣5分 显露静脉不充分扣5分		
	常规消毒穿刺部位(腹股沟中,内1/3交界处)	5	不符合消毒规范每次扣5分		
	左手示指触摸股动脉搏动直接或斜刺抽血	10	不符合操作规范酌情扣2~10分		
	按压穿刺部位,再次核对床号,姓名,检验项目	10	按压方法不正确扣5分 无再次核对扣5分		
	管理患儿,整理用物,洗手	7	未管理患儿扣2分 整理用物不符合规范扣3分 未洗手扣2分		
	做好记录、签全名	5	未记录扣5分		
	登记标本送检	3	未及时送检标本扣3分		
操作后评估 25分	评估操作过程是否正确、是否符合无菌操作原则	5	不符合要求一处扣1分		
	提问目的、注意事项	12	一项内容不全或错误扣2分		
	操作过程与患者及家属沟通顺利	3	无沟通或沟通不顺利扣5分		
	操作质量,动作熟练、准确、患儿安全配合	5	不符合全过程要求酌情扣1~5分		

三、鼻饲喂乳护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	衣帽整洁、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一项不符合要求扣1分		
	评估患儿日龄、既往残留情况,确定所需奶的种类、奶量、间隔时间,患儿既往有无呕吐、窒息,鼻腔、口腔黏膜有无受损、炎症及阻塞	10	未评估扣10分 评估不全一项扣1分		
	备齐用物:奶液、奶牌、温开水、无菌持物镊、治疗巾、治疗碗、棉签、胶布、婴儿胃管、10ml注射器、弯盘、听诊器、剪刀、手电筒、压舌板、水杯、治疗盘	10	少1件或1件不符合要求扣1分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 50分	核对床号、姓名,并向家长解释	5	未做查对、解释扣5分		
	更换尿布,洗手,戴口罩	5	操作不符合要求扣5分		
	将配制好的奶液及其他用物携至床旁,再次核对患儿床号、姓名、住院号及奶牌	10	配制奶液不符合要求扣5分 不符合核对要求一项扣1分		
	患儿取仰卧位,备好胶布	3	卧位不舒适扣3分		
	检查鼻腔或口腔黏膜有无炎症、受损,清洁鼻腔	2	未做检查扣2分		
	检查胃管有无漏气、过期,测量长度,做好标记	5	不符合操作规范酌情扣1~5分		
	插入胃管,固定,确定胃管在胃内	10	插入胃管不符合要求一处扣1分 检测胃管位置不符合要求扣2~6分		
	再次核对,测奶温,注奶,完毕后注入温开水,使患儿右侧卧位或头偏向一侧	5	不符合操作要求酌情扣1~5分		
	观察有无呕吐或溢奶,整理用物、床单位	3	一项不符合操作要求扣1分		
	洗手,并记录进奶量,签全名	2	未洗手扣1分 未及时记录奶量扣1分		
操作后评估 25分	评估操作过程是否正确、是否符合操作原则	5	不符合要求扣5分		
	提问目的、注意事项	12	一项内容不全或错误扣3分		
	操作过程与患儿家属沟通顺利	5	无沟通或沟通不顺利扣5分		
	操作质量:动作熟练、准确、患儿安全配合	3	不符合全过程要求酌情扣1~5分		

四、儿科约束法护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 25分	衣帽整洁、戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一项不符合要求扣1分		
	评估患儿身体状况,家长对操作的理解程度,向患儿及家长解释、告知取得合作	10	未评估扣5分 评估不全一项扣2分		
	备齐用物:根据患儿约束部位准备用物、治疗卡全身约束:凡能包裹患儿全身的一切物品,如大毛巾、毛毯、大单等,手足约束法:手足约束带或纱布棉垫与绷带	10	少1件或1件不符合要求扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 50 分	核对床号、姓名,向患儿及家属解释、告知,取得合作	10	核对不全一项扣 1 分 解释不合理酌情扣 1~5 分		
	安抚患儿,避免引起患儿情绪不安	2	未做安抚扣 2 分		
	全身约束法:①将大单平整折成自患儿肩部至踝部的长度将患儿仰卧于中间;②用近护士侧大单经患儿胸腹部包紧其同侧上肢、躯干和双下肢,从患儿对侧腋窝处整齐的掖于身下,再将大单的另一侧包裹手臂及躯干紧掖于靠护士一侧身下,绷带围绕双臂打活结系好,松紧适宜	20	一项不符合要求扣 5 分 患儿不舒适扣 5 分 松紧度不适扣 5 分 患儿不够安全扣 5 分		
	手足约束法:患儿平卧,姿势舒适,用约束带打成死结,套在手腕或足踝部,以棉垫衬垫,松紧以插入两指为宜另一端系在床栏上	10	不符合操作要求扣 5 分 患儿不舒适扣 5 分		
	整理患儿床单位,按规定将用过的材料分类放入垃圾袋,洗手	3	整理用物不符合要求扣 1 分 未洗手扣 2 分		
	记录约束时间及部位,并交接班	5	未记录扣 2 分 未交接班扣 3 分		
操作后评估 25 分	评估操作过程是否正确、是否符合操作原则	5	不符合要求扣 5 分		
	提问目的、注意事项	14	一项内容不全或错误扣 2 分		
	操作过程与患者沟通顺利	3	无沟通或沟通不顺利扣 3 分		
	操作质量:动作熟练、准确、患者安全、配合操作	3	不符合全过程要求酌情扣 3 分		

第八节 精神科护理技术操作评分标准

一、电休克治疗(ECT)护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	一项不符合要求扣1分		
	评估患者病情、配合程度,了解病史及体格检查,术前排空尿液和粪便,取下义齿及眼镜等	5	未评估扣5分,评估不全一项扣2分		
	备齐用物:电疗机、治疗床、头枕及胸枕各1个、盐水或导电胶、毛巾、牙垫、约束带、氧气、吸痰器、简易人工呼吸机、开口器、舌钳、阿托品、洛贝林、抢救用药等	10	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 60分	签署家属知情同意书,查对医嘱	5	术前未签字扣3分,未查医嘱扣2分		
	核对患者姓名,解释并告知治疗意义、方法和效果,取得配合	10	未核对扣5分,未解释、告知扣5分		
	术前4小时禁食、水,术前30分钟测生命体征,术前15分钟遵医嘱皮下注射阿托品、洛贝林	10	术前准备不足一项扣2分		
	协助患者仰卧位,松解领扣和腰带,协助术者电休克治疗,患者痉挛时自然按扶四肢	10	操作顺序不合理扣2分		
	治疗中注意观察生命体征的变化	10	不符合观察要求扣10分		
	患者自主呼吸恢复后送观察室,专人监护	5	无专人监护扣5分		
	监测生命体征,异常时报告医师急救处理	5	不符合要求扣1~5分		
	整理用物,洗手,记录	5	未整理用物扣2分,未洗手扣1分,未记录扣2分		
操作后评估 20分	治疗前准备,治疗中、治疗后观察及护理	5	治疗前准备不充分扣2分,治疗中、治疗后观察护理不全面扣3分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:操作熟练、准确,病情观察及时、护理到位	5	不符合全程要求酌情扣1~5分		

二、无抽搐电休克治疗(MECT)护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	一项不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情,测量生命体征	5	未评估、评估不全一项扣 2 分		
	备齐用物:治疗床、无抽搐电休克机、心电图监护仪、麻醉机、氧气、牙垫、吸痰器、喉镜、气管插管、导丝、一次性电极、通用电极片 2 个、头带 1 条、压舌板、开口器、舌钳、丙泊酚注射液 200mg、硫酸阿托品 1mg、氯琥珀胆碱注射液 100mg、0.9%氯化钠 500ml、输液器、三通管、抢救用药等	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 60 分	签署家属知情同意书,查对医嘱	4	术前未签字扣 2 分,未查对医嘱扣 2 分		
	核对患者床号、姓名,解释并告知治疗意义、方法和效果,取得配合	5	未核对扣 2 分,未解释、告知扣 3 分		
	术前 6~8 小时禁食、水、药,排空尿液和粪便,取下眼镜、活动义齿等	6	术前准备不足一项扣 2 分		
	将血氧探头夹于患者右手手指上,打开静脉通路,依次静脉注射阿托品、丙泊酚、氯琥珀胆碱,吸氧,协助医师将牙垫置于患者上、下白齿之间,通电治疗,加压人工呼吸	36	操作顺序不合理扣 4 分		
	治疗中注意观察生命体征的变化	3	不符合观察要求扣 3 分		
	患者自主呼吸恢复后送观察室,专人监护,监测生命体征直到意识完全清醒,意识恢复,2 小时后协助患者服药并进食	3	一项不符合要求扣 1 分		
	整理用物,洗手,记录	3	一项做不到扣 1 分		
	治疗前准备,治疗中、治疗后观察、护理	5	治疗前准备不充分扣 2 分,观察、护理不全面扣 3 分		
操作后评估 20 分	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	操作质量:操作熟练、准确,病情观察及时、护理到位	5	不符合全程要求酌情扣 1~5 分		

三、约束带的使用护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	一项不符合要求扣1分		
	评估患者病情、依从性、意识状态	5	未评估扣5分		
	备齐用物:约束带2~4条,必要时备胸带1条,准备好需要肌注和静脉输液的药物	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 60分	核对医嘱,签署家属知情同意书	10	未核对医嘱扣5分,家属未签字扣5分		
	核对患者姓名,解释并告知约束的目的	10	未核对扣5分,未解释、告知扣5分		
	协助患者卧位,选择约束部位,约束部位放衬垫,松紧适宜,约束带固定于床上	20	未放衬垫扣5分,松紧度未能放进1或2横指扣10分,约束带固定不符合要求扣5分		
	四肢约束后患者处于舒适的功能位	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	约束操作时用力适当	5	用力不当酌情扣1~5分		
	操作过程中能与患者良好沟通	5	无沟通扣5分		
	整理床单元,注意保暖	3	未整理床单元扣1分,未保暖扣2分		
	洗手,记录	2	未洗手扣1分,未记录扣1分		
	评估操作过程是否正确	10	不符合要求扣1~10分		
操作后评估 25分	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作熟练,患者安全、舒适	5	不符合要求扣1分		

四、喂食的急救护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整洁、佩戴胸牌	2	一项不符合要求扣1分		
	评估患者病情、药物不良反应、进食能力	10	未评估扣10分		
	备齐用物:根据喂食情况准备相应用物,如穿刺针、抢救药物等	3	少1件或1件不符合要求扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 70 分	及时发现患者噎食,就地抢救,抠出患者口腔中存留食物,解开衣领	10	发现不及时扣 5 分,未就地抢救扣 2 分,未抠出口腔中存留食物扣 3 分		
	意识清醒者冲击、压迫上腹部 6~8 次	10	不符合操作规范酌情扣 2~10 分		
	昏迷患者仰卧位,救者面对患者跪姿跨于患者髋部,双手掌根冲击、压迫患者腹部	10	不符合操作规范酌情扣 2~10 分		
	儿童扛到肩上,使其腹部与救者肩部相抵用力跳起,反复数次	10	不符合操作规范酌情扣 2~10 分		
	肥胖者及孕妇胸部冲击法	10	不符合操作规范酌情扣 2~10 分		
	以上方法无效立即行环甲膜穿刺术	10	不符合操作规范酌情扣 2~10 分		
	协助医生行气管切开、心肺复苏术	10	护理配合不及时到位扣 2~10 分		
操作后评估 15 分	评估操作过程是否及时、规范	3	不符合要求扣 3 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:发现及时、动作熟练	2	不符合要求扣 1 分		

五、常温人工冬眠治疗护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整洁、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一项不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情、体格检查、配合程度	5	未评估扣 5 分		
	备齐用物:治疗盘内放 5ml 一次性注射器、皮肤消毒剂、无菌棉签、砂轮、启瓶器、注射药物、手消毒液、注射卡	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 60 分	核对患者姓名,解释并告知患者操作目的及注意事项,取得配合	10	未核对扣 5 分,未解释扣 5 分		
	治疗前测生命体征	5	未测生命体征扣 5 分		
	选择舒适体位及注射部位	5	未选择舒适体位扣 2 分,未有计划的选择注射部位扣 3 分		
	再次核对,常规消毒皮肤、待干	10	无再次核对扣 5 分,不符合消毒规范扣 5 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
	注射药物,观察反应	5	不符合操作规范扣1~3分,未观察患者反应扣2分		
	按压穿刺部位,再次核对	10	一项不符合要求扣5分		
	肌注后肌注部位红外线灯照射30分钟或贴敷土豆片	5	未按要求做扣5分		
	整理用物,洗手,记录	10	整理用物不符合规范扣3分,未洗手扣3分,未记录扣4分		
操作后评估 25分	评估操作过程是否正确,是否符合无菌操作原则	5	不符合要求扣5分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作过程中与患者沟通顺利	5	无沟通或沟通不顺利扣5分		
	操作质量:动作熟练、准确、患者安全	5	不符合要求扣1分		

六、工娱治疗护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整洁、佩戴胸牌	5	一项不符合要求扣1分		
	评估患者病情、合作程度	5	未评估扣5分		
	备齐用物:备齐各种工娱治疗物品	5	一项物品准备不符合要求扣1分		
操作流程 60分	核对患者姓名,了解病情及爱好	5	未核对扣3分,未了解患者病情扣2分		
	解释并告知患者工娱治疗的目的,取得配合	5	未解释扣5分		
	体育健身活动有护士陪同、指导	10	无护士陪同扣10分		
	手工编织有护士演示、指导	10	无护士演示、指导扣10分		
	文娱活动有护士组织、演练	10	无护士组织、演练扣10分		
	学习与健康教育有专人组织、讲课	10	无专人组织、讲课扣10分		
	观察患者参加活动时的情绪、病情变化	5	观察不及时扣1~5分		
	清点工娱治疗物品,做好记录	5	未清点物品扣3分,未记录扣2分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25 分	评估患者参加工娱活动的病情变化	5	观察不全面扣 1~5 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	活动过程中与患者沟通顺利	5	无沟通或沟通不顺利扣 5 分		
	操作质量:各项活动有专人陪同,患者安全	5	不符合活动要求扣 1~5 分		

七、音乐治疗护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整洁、佩戴胸牌	5	一项不符合要求扣 1 分		
	评估患者的疾病类型、文化程度、情绪状态	5	未评估扣 5 分		
	备齐用物:音乐治疗机、DVD、光盘、耳机、音乐收听室	5	一项物品准备不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者姓名,查阅病历,了解现病情	5	未核对扣 3 分,未了解现病情扣 2 分		
	解释并告知患者音疗的目的,注意事项,取得配合	5	未解释扣 5 分		
	音乐收听室幽雅整洁、空气新鲜、光线柔和	10	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	结合患者病情、情绪状态,选择乐曲	20	未按患者病情选择乐曲扣 20 分		
	协助患者掌握好音量的大小,控制治疗时间	5	音量控制不好扣 3 分,治疗时间不按要求扣 2 分		
	管理好电源,做好安全护理	10	未按要求管理扣 10 分		
	观察患者的病情变化,记录治疗效果	5	观察不全面扣 2 分,未记录扣 3 分		
	整理用物,清洁卫生,开窗通风	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	评估患者参加音疗的病情变化	5	观察不全面扣 1~5 分		
操作后评估 20 分	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:动作熟练,专人陪同,患者安全	5	不符合活动要求扣 1~5 分		

第7章 外科系统护理技术操作评分标准

第一节 手术室护理技术操作评分标准

一、手臂消毒技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣、帽、拖鞋、口罩符合手术室要求,去除饰物,修剪指甲	5	一处不符合要求扣1分		
	评估操作环境是否清洁宽敞、符合无菌操作要求	5	未评估扣5分		
	备齐用物:无菌软毛刷、普通肥皂液、消毒肥皂液、无菌擦手巾2块、手臂消毒液	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	普通肥皂液清洗双手及上臂,至肘关节上10cm	6	洗手方法、顺序错误各扣2分,未保持肘部向下扣2分		
	取无菌软毛刷蘸取消毒肥皂液	4	不符合无菌要求扣4分		
	按指尖→指甲→指缝→手指→手掌→手背→前臂→上臂顺序刷洗	10	顺序错误扣5分,遗漏一处扣1分		
	左右手臂交替刷洗时更换毛刷	5	未更换毛刷扣5分		
	重复刷洗3遍	3	少刷1遍扣1分		
	每遍3分钟	3	1遍时间不够扣1分		
	刷洗时保持肘部向下	5	不符合要求扣5分		
	取无菌小毛巾擦干手和手臂	4	方法、顺序错误各扣2分		
	取消毒液涂抹手及前臂,由指尖向上不超过刷手范围,无遗漏	9	一处不符合要求扣2分,超过范围扣3分		
	再取少量消毒液涂抹手部	5	未涂抹扣5分,有遗漏扣2分		
	用身体推门进入手术间,保持手臂无污染	6	推门方法错误扣3分,手臂污染扣3分		
	双手悬举于胸前,不可高举过头,也不可低于脐部	3	不符合要求扣3分		
	干燥后穿无菌手术衣	2	手臂未干燥扣2分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	刷手顺序,范围符合要求,衣服保持整洁干燥	5	不符合要求酌情扣分		
	提问操作目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:动作娴熟、有条不紊、无菌观念强	5	根据完成情况,酌情扣 1~5 分		

二、穿无菌手术衣技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣、帽、拖鞋、口罩符合手术室要求,去除饰物,修剪指甲	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估操作环境是否清洁宽敞,无菌包是否符合要求	5	未评估扣 5 分		
	备齐用物:手术器械车、无菌手术衣包、无菌手套	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	手臂消毒,巡回护士协助将手术衣包打开	5	不符合无菌原则扣 5 分		
	取衣时要整件一次拿起,不能只抓衣领将手术衣拖出无菌区	5	不符合要求扣 1~5 分		
	取出无菌手术衣,选择较宽敞的地方	3	不符合要求扣 3 分		
	认清衣服的上下、正反面并注意衣服的折法	6	一处不符合要求扣 2 分		
	提住衣领,向两边轻轻抖开手术衣,手臂伸直,不可过低或过高	6	一处不符合要求扣 1 分		
	上抛手术衣,双手同时伸入衣袖内,向前平伸,巡回护士协助系好领带	15	未有上抛动作扣 5 分,双手未准确伸入衣袖扣 5 分,双臂过高过低或向外伸展扣 5 分		
	戴好手套,解开胸前系带递给巡回护士	10	戴手套不符合要求扣 5 分,未戴手套解系带扣 5 分		
	原地转动 1 圈,使手术衣将身体全部遮盖	10	转动方向相反扣 5 分,碰触巡回护士或周围物品扣 5 分		
	穿好手术衣后,将双手置于胸前,不可将双手置于腋下,不可高于肩部或低于腰部	5	一处不符合要求扣 1 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	穿手术衣方法正确,穿后整齐美观	5	一处不符合要求扣2分		
	叙述操作目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:动作娴熟、轻巧、有条不紊,遵守无菌操作原则	5	根据完成情况,酌情扣1~5分		

三、连台手术更换手术衣技术操作评分标准(100)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	按要求更换手术室专用衣、帽、拖鞋、戴口罩,帽子遮住全部头发,口罩遮住口鼻	5	一处不符合要求扣1分		
	评估手术间环境是否清洁宽敞、符合无菌操作原则	5	环境不符合要求扣5分		
	备齐用物:手术器械车、无菌手术衣包、手套	5	少1件或1件不符合要求扣1分,器械车不洁扣1分,无菌包过期或潮湿扣1分		
操作流程 60分	手术完毕,洗去手套的污渍和血迹	5	溅湿或污染手术衣扣5分		
	巡回护士协助解开系带,洗手护士自己左手抓住右肩手术衣,自上拉下,使衣袖向外翻。同法拉下左肩手术衣	10	衣袖未外翻,污染手臂,一侧扣5分		
	用戴手套的手提取另一手的手套外面翻转脱下手套,不可触及皮肤	10	方法不正确扣5分,触及皮肤扣5分		
	已脱手套的手伸入另一只手的手套掌侧内面,翻转脱下手套	10	方法不正确扣5分,污染手臂扣5分		
	消毒液擦拭手臂	5	不符合要求扣5分		
	穿无菌手术衣(按穿无菌手术衣法)	10	不符合要求酌情扣分		
	戴无菌手套(按无接触戴无菌手套法)	10	不符合要求酌情扣分		
操作后评估 25分	脱手套、手术衣方法、顺序正确,手臂无污染,穿后整齐美观	10	一处不符合要求扣1分		
	提问操作目的、注意事项	5	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:动作娴熟、轻巧、有条不紊,遵守无菌操作原则	10	根据完成情况,酌情扣1~10分		

四、用无菌持物钳铺盖无菌车技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣、帽、拖鞋、口罩符合手术室要求,去除饰物,修剪指甲	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估操作环境是否清洁宽敞,物品摆放是否合理	5	一处不符合要求扣 1 分		
	备齐用物:手术器械车、无菌敷料包、无菌手术衣包、手术器械、各种手术用一次性物品、无菌持物钳包	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	检查无菌敷料包、器械、物品、有效期、包布有无潮湿及破损	10	未检查扣 5 分,漏查 1 件扣 1 分		
	将主敷料包放于器械车中央	4	不符合要求扣 4 分		
	用手打开外层包布,不可触及包布内面	4	污染包布内面扣 4 分		
	用无菌持物钳先展开左右两侧桌单,再打开近侧桌单	6	一处不符合要求扣 2 分		
	用持物钳抽出灭菌指示卡,检查是否达到灭菌效果	5	未检查扣 5 分		
	绕至手术车对侧打开另一侧桌单	5	不符合要求扣 5 分		
	取一块治疗巾铺于器械车左边,边缘不超出无菌车,不跨越无菌区	5	一处不符合要求扣 1 分		
	将器械打开放于无菌车左下角,手术衣放于右下角	6	一处不符合要求扣 1 分		
	一次性物品打于无菌车上,查看灭菌日期、有无破损潮湿	10	未先盖近侧扣 5 分		
	物品准备完毕,用持物钳先将近侧盖单盖好	5	未先盖近侧扣 5 分		
	绕至对侧盖另一侧盖单	5	不符合要求扣 5 分		
操作后评估 20 分	整个过程保持无菌车无菌,不被污染	4	不符合要求酌情扣分		
	提问操作目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	操作质量:动作娴熟、轻巧、有条不紊,遵守无菌操作原则,符合操作流程	6	根据完成情况,酌情扣 1~6 分		

五、手术区皮肤消毒技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣、帽、口罩、拖鞋符合手术室要求,去除饰物,修剪指甲	5	一处不符合要求扣1分		
	评估患者合作程度,手术部位,手术区皮肤准备情况及有无破损	5	未评估扣5分,1处不符合要求扣1分		
	备齐用物:无菌持物钳、消毒碗、消毒纱布、消毒液	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	根据年龄、手术部位选择合适的消毒液	10	消毒液选择错误扣10分		
	用消毒纱布蘸取2~3%的碘酊,以手术切口为中心向周围涂擦2遍	6	顺序错误扣4分,少1遍扣2分		
	待干后用75%乙醇脱碘2遍,或直接用0.5%碘伏涂擦2~3遍	6	碘酊未干扣2分,脱碘少1遍扣2分		
	消毒液量不可过多,以免造成皮肤损伤	5	不符合要求扣5分		
	消毒范围:手术切口及周围15cm以内的皮肤	10	不符合要求扣10分		
	消毒时要稍用力,涂擦第2遍时应更换消毒钳	8	一处不符合要求扣4分		
	已经接触污染部位的药液纱布不应再返擦清洁处皮肤	5	不符合要求扣5分		
	消毒者的手切勿接触患者皮肤或其他物品	4	一处不符合要求扣4分		
	如为感染伤口或肛门会阴处,则应由周围向感染或肛门会阴处消毒	5	顺序错误扣5分		
	消毒后手臂应再用消毒液涂抹一遍,然后穿无菌手术衣	6	一处不符合要求扣2分		
操作后评估 20分	操作后评估:手术区消毒彻底,脱碘彻底,无皮肤损伤	4	一处不符合要求扣1分		
	提问操作目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:动作娴熟、轻巧、有条不紊,遵守无菌操作原则,符合操作流程	6	根据熟练度及完成情况,酌情扣1~6分		

六、手术区铺单技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣、帽、拖鞋、口罩符合手术室要求,去除饰物,修剪指甲	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者手术体位、手术部位、术野大小	5	未评估扣 5 分,一处不符合要求扣 1 分		
	备齐用物:无菌器械台、各种规格手术巾、布巾钳、切口保护膜	5	少一件或一件不符合要求扣 1 分		
操 作 流 程 65 分	将治疗巾折边 1/3,前 3 块折边向医师依次传递	6	一块不符合要求扣 2 分		
	第 4 块折边向自己传递	2	不符合要求扣 2 分		
	传递无菌巾时,洗手护士将无菌巾两上角内翻包住双手	4	一侧不符合要求扣 2 分		
	传递过程中不得与铺巾医师未戴手套的手接触	5	不符合要求扣 5 分		
	按不同手术部位铺置顺序传递	10	传递错误 1 次扣 1 分		
	铺巾顺序应按先铺相对污染处,再铺清洁处	3	不符合要求扣 3 分		
	按先下后上,先对侧后近侧的原则铺置	8	一块铺错扣 1 分		
	手术切口周围、器械台、器械托盘要求铺 4 层以上无菌单,其他区域 2 层以上	6	一处不符合要求扣 1 分		
	手术巾如有破损、污渍、潮湿,均不可使用	6	一处不符合要求扣 2 分		
	铺单前确定切口部位,放置准确	5	不符合要求扣 5 分		
	已铺下的无菌巾只能由切口处向外移,不可由四周向内移	5	一处不符合要求扣 1 分		
	无菌巾至少下垂 30~40cm	5	一处不符合要求扣 1 分		
操作后评估 20 分	手术巾传递准确,手术切口显露范围合适	4	一处不符合要求扣 2 分		
	提问操作目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	操作质量:动作娴熟、轻巧、有条不紊,遵守无菌操作原则	6	根据完成情况,酌情扣 1~6 分		

七、各种手术体位摆放技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣、帽、拖鞋、口罩符合手术室要求,去除饰物,修剪指甲	6	一处不符合要求扣1分		
	评估患者年龄、身体状况、手术方式、手术部位、麻醉方法及合作程度	4	未评估扣4分,少评估一处扣1分		
	根据不同体位所需备齐用物:各种尺寸体位垫、支臂架、头圈、足圈、腿架、髂托、约束带	5	少一件或一件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣5分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者配合	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	根据手术名称、手术部位、确定所需要摆放的体位	5	体位选择错误扣5分		
	将患者置于多功能手术台上,注意保暖	2	不符合要求扣2分		
	根据需要摆放各种手术体位:平卧位、垂头仰卧位、侧卧位、俯卧位、膀胱结石位	25	一处不符合要求扣5分		
	骨隆突受压部位垫软垫,防止受压	5	一处未垫扣1分		
	体位垫大小、厚度适宜	3	不符合要求扣3分		
	身体空隙处垫软垫,增加舒适度	3	一处未垫扣1分		
	约束带松紧适宜,既固定牢固,又无损伤	4	过松或过紧各扣2分		
	将手术床调至需要角度	3	不符合要求扣3分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	根据沟通程度及患者配合情况酌情扣分		
操作后评估 20分	患者舒适,固定妥善,肢体骨隆突无受压,充分显露术野	4	一处不符合要求扣1分		
	提问操作目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:动作娴熟、轻巧、有条不紊,根据手术需要快捷摆放合适体位	6	根据完成情况,酌情扣1~6分		

第二节 普外科护理技术操作评分标准

一、备皮技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情、意识状态、合作程度，手术部位皮肤情况；操作环境清洁湿润、温度适宜	5	未评估扣 5 分，少评估一处扣 1 分		
	备齐用物：一次性备皮包（治疗碗、弯盘、棉签、纱布、一次性备皮刀）、肥皂水、液状石蜡、一次性垫单、毛巾、温水、手电筒	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名、手术部位	5	未核对扣 5 分		
	向患者解释操作目的及方法，取得患者的配合	5	解释不充分扣 3 分，患者不配合扣 2 分		
	协助患者取适宜体位	3	不符合要求扣 3 分		
	显露需备皮部位，遮挡患者	3	不符合要求扣 3 分		
	于患者身下垫一次性垫单	4	未垫单扣 4 分		
	肥皂水涂抹局部，绷紧皮肤，剃净毛发，要顺毛发方向	9	一处不符合要求扣 3 分		
	温水浸湿的毛巾擦净肥皂液	3	一处不符合要求扣 1 分		
	用手电检查备皮部位毛发是否剃除干净及皮肤有无损伤	12	未用电扣 2 分，剔除不干净扣 5 分，皮肤损伤扣 5 分		
	保持床单、患者衣服干燥	4	一处不符合要求扣 2 分		
	协助患者取舒适体位，整理床单位	4	一处不符合要求扣 2 分		
	嘱其沐浴，卧床患者给予床上擦浴	4	未告知扣 4 分		
	操作过程能与患者良好沟通，取得合作	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	整理用物，洗手	4	用物整理不符合要求扣 2 分，未洗手扣 2 分		
操作后评估 20 分	备皮完全，符合手术备皮范围，皮肤无损伤	4	一处不符合要求扣 2 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	操作质量：动作娴熟、轻巧、有条不紊，患者无不适感	6	根据完成情况酌情扣 1~6 分		

二、换药技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣1分		
	评估患者病情、意识状态、合作程度、伤口情况,操作环境清洁湿润,温度适宜	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:无菌换药包(弯盘、治疗碗、镊子)、无菌敷料、碘伏、生理盐水、棉球、75%乙醇、胶布、汽油	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣5分		
	解释操作目的、方法,取得患者配合	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	协助患者取适宜体位,显露伤口	5	一处不符合要求扣1分		
	用手揭除外层敷料	2	不符合要求扣2分		
	用镊子揭除内层敷料及引流物	3	不符合要求扣3分		
	如敷料粘连,须用盐水棉球浸湿松动后再揭除	3	不符合要求扣3分		
	双手执镊清洁伤口	3	不符合要求扣3分		
	一把镊子接触伤口,另一把传递敷料,双镊不交叉、碰触	5	一处不符合要求扣1分		
	碘仿棉球消毒伤口,清洁伤口由中心向四周涂擦,感染伤口相反	3	消毒顺序错误扣3分		
	盐水棉球清洗创面,清除伤口分泌物、脓液或坏死皮肤,并更换引流物	5	一处不符合要求扣1分		
	覆盖无菌纱布,一般6~8层	2	层数不够扣2分		
	胶布、绷带固定松紧适宜,保证良好血液循环	6	一处不符合要求扣2分		
	协助患者取舒适体位、告知注意事项,整理床单位	5	一处不符合要求扣1分		
	操作过程中与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	整理用物,洗手。用后物品处理符合消毒技术规范,垃圾分类处理	8	一处不符合要求扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	伤口清理干净,无感染	4	一处不符合要求扣 2 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感;包扎外形美观、松紧度适宜,床铺无污染,遵守无菌操作原则	6	不符合全过程要求酌情扣 1~6 分		

三、人工肛门护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估病室环境、患者意识状态、身体状况,合作程度、自理能力、视力、造口类别	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:治疗碗内盛生理盐水、镊子、棉球、纸巾、造口尺寸表、笔、剪刀、肛袋、方便夹、纱布、手套、一次性垫单,治疗巾	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣 5 分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取适宜体位,显露造口部位	4	一处不符合要求扣 2 分		
	铺垫单及治疗巾于造口侧下方,注意遮挡患者	4	一处不符合要求扣 2 分		
	戴手套,取下原来的人工肛门袋,放入垃圾袋;取肛袋时勿损伤皮肤	6	未戴手套扣 3 分,皮肤损伤扣 3 分		
	纸巾擦净造口周围粪便	3	未擦干净扣 3 分		
	用镊子夹生理盐水棉球由外向内清洁造口周围皮肤及造口,棉球不可过湿	8	消毒顺序错误扣 5 分,棉球过湿扣 3 分		
	测量造口口径大小	5	测量不准确扣 5 分		
	在肛袋底板保护纸上做记号,用剪刀裁剪开孔	5	开孔尺寸不合适扣 5 分		
	纸巾擦干造口周围皮肤,将肛袋粘贴牢固,排出空气	6	一处不符合要求扣 2 分		
	协助患者取舒适体位,整理床单位	4	一处不符合要求扣 2 分		
	向患者告知注意事项,自我护理方法	5	未告知扣 5 分,告知不全扣 1 分		
	整理用物,洗手	5	一处不符合要求扣 1 分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	患者舒适,床铺清洁、平整;造口袋安装正确,固定牢靠;患者掌握自我护理方法	4	一处不符合要求扣1分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:操作熟练、迅速、准确,向患者宣教仔细、到位	6	根据完成情况酌情扣1~6分		

四、肠内营养泵使用技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣1分		
	评估病室环境、患者营养状况、体位、舒适度及合作程度	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:营养泵一套、碘伏、棉签、配置好的营养液	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对床号、姓名	5	未核对扣5分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	协助患者取舒适体位	2	不符合要求扣2分		
	用20ml温开水冲洗胃管,确保管腔通畅	5	未冲洗扣5分		
	将输液袋(瓶)连接输液器挂在输液架上	5	一处不符合要求扣1分		
	用固定夹将营养泵在输液袋(瓶)下方固定在输液架上,要求固定牢靠	6	固定方法错误扣3分,不牢固扣3分		
	打开输液器开关,将营养液充入输液器中,注入“莫非管”中的营养液不得超过水位线	5	一处不符合要求扣1分		
	将“莫非管”、胶管及输液管按使用要求安装到泵上	5	一处不符合要求扣1分		
	按快进键将输液器中气体排尽	8	未排气扣5分,气体未排尽扣3分		
	将输液器输出接头与导管连上,启动营养泵	5	一处不符合要求扣1分		
	协助患者取舒适体位,整理床单位	4	一处不符合要求扣2分		
	向患者告知注意事项	5	未告知扣5分,告知不全扣1分		
	整理用物,洗手	5	一处不符合要求扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	患者无不适,营养泵安装方法、步骤正确,营养泵工作正常,无故障	4	一处不符合要求扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	操作质量:操作熟练、迅速、准确;正确掌握营养泵的使用与维护	6	根据完成情况酌情扣 1~6 分		

第三节 骨外科护理技术操作评分标准

一、皮牵引术护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	仪表端庄,着装整洁,洗手、戴口罩	3	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估病患者的意识、生命体征,患肢的皮肤颜色、温度、感觉、肢体运动功能,患肢股动脉、腘动脉、足背动脉搏动情况,患者疼痛程度等	6	未评估扣 2 分,评估不全一处扣 1 分		
	告知:向患者告知操作目的,取得合作		未告知扣 2 分,告知不到位扣 1 分		
	备齐用物 环境准备:保持病室清洁湿润,舒适安全,注意患者保暖	6	用物少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分 环境不符合要求扣 1 分		
操作 流程 60 分	核对患者床号、姓名,按要求摆好体位	10	未核对床号、姓名扣 5 分,体位摆错扣 5 分		
	配合医师清洁牵引部位皮肤	5	皮肤清洁不符合要求扣 3 分		
	在皮牵引带上、下两端垫上棉垫	7	未垫棉垫扣 10 分		
	用皮牵引带包裹患肢	8	包裹不到位扣 4 分		
	调节适宜的松紧度	10	未调节松紧度扣 10 分,过紧或过松扣 5 分		
	将皮牵引带调整至肢体功能位置,保持持续牵引	10	肢体位置不正确扣 5 分		
	整理用物、床单位,协助患者取舒适体位,告知注意事项,向患者致谢	10	一处不符合要求扣 1 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25分	牵引术后护理:观察牵引处皮肤血供状况、肢体位置是否正确,注意患肢保暖,胶布过敏者立即停止牵引	5	未评估扣4分,评估不全一处扣1分		
	用后物品处置符合消毒技术规范,脱手套、洗手,记录	5	不符合规范酌情扣1~3分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	终末质量:全过程稳、准、轻、快,符合操作原则 时间:全程10分钟,其中准备用物3分钟,操作流程5分钟,回答问题2分钟	5	顺序颠倒扣1分,物品掉地一件扣1分,不符合全过程要求酌情扣1~3分 时间每超过30秒扣1分		

二、骨牵引术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	仪表端庄,着装整洁,洗手、戴口罩、戴手套	4	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者的意识、生命体征,患肢的皮肤颜色、温度、感觉、肢体运动功能,患肢股动脉、腘动脉、足背动脉搏动情况,患者疼痛程度、凝血功能等 告知:向患者告知操作目的,取得合作	6	未评估扣2分,评估不全一处扣1分 未告知扣2分,告知不到位扣1分		
	用物准备:备齐用物 环境准备:清理探视人员,关好门窗,调节室温	5	用物少1件或1件不符合要求扣1分 环境不符合要求扣1分		
操作流程 55分	核对患者床号、姓名,按要求摆好体位	5	未核对床号、姓名扣5分,体位摆错扣3分		
	配合医师选择进针点并标记,清洁并用络合碘消毒皮肤	10	进针点选错配合不熟练扣3分,皮肤清洁消毒不符合要求扣3分		
	实施局部麻醉	5	配合不熟练扣2分		
	将牵引针穿入骨骼,消毒两侧针孔,用无菌敷料包扎	10	配合不熟练、无菌观念不强各扣5分		
	安装牵引弓、牵引绳、滑轮、牵引支架	10	配合不熟练、物品准备不到位各扣5分		
	调节牵引力量进行牵引	5	力量选择过大或过小扣5分		
	整理用物、床单位,协助患者取舒适体位,告知注意事项,向患者致谢	10	未按规定处理垃圾扣3分 告知不到位扣2分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 30分	观察牵引针有无偏移、螺母松紧以防松脱,长期牵引注意皮肤变化,观察有无并发症	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	用后物品处置符合消毒技术规范、脱手套、洗手,记录	10	不符合规范酌情扣1~3分 未洗手扣2分 未记录扣5分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	终末质量:全过程稳、准、轻、快,配合熟练,无菌观念强,向患者宣教到位。	5	顺序颠倒扣1分,物品掉地1件扣1分,不符合全过程要求酌情扣1~3分		

三、关节持续被动活动器护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	仪表端庄,着装整洁,洗手、戴口罩、戴手套	4	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者的意识、生命体征、疼痛程度,患肢的皮肤颜色、温度、感觉、肢体运动功能,患肢股动脉、腘动脉、足背动脉搏动情况等	6	未评估扣2分,评估不全一处扣1分		
	告知:向患者告知操作目的,取得合作		未告知扣2分,告知不到位扣1分		
	备齐用物 环境准备:保持病室清洁湿润,舒适安全,注意患者保暖	5	用物少1件或1件不符合要求扣1分 环境不符合要求扣1分		
操作流程 55分	核对患者床号、姓名	5	未核对床号、姓名扣5分		
	检查CPM机于完好的备用状态	5	未检查扣5分		
	将CPM机妥善放置在患者床上,接通电源	5	一处操作不到位扣2分		
	将CPM机放入患者患肢下,调节活动器轴心与患肢关节位置一致	10	动作粗暴扣5分,调节不到位扣5分		
	固定防护套,妥善牢固的固定患肢	10	固定不妥各扣5分		
	遵医嘱调节活动时间和角度	5	调节不正确扣3分		
	整理用物、床单位,协助患者取舒适体位,告知注意事项,向患者致谢	10	未按规定处理垃圾扣3分 告知不到位扣2分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 30分	固定带固定到位,防止达不到效果 伤口渗血多时及时停止训练,查找原因 训练后护理:观察病情变化	10	固定不到位扣2分 伤口渗血多时没及时停止训练查找原因扣4分 训练后没有观察病情变化扣3分		
	用后物品处置符合消毒技术规范,脱手套、洗手,记录	5	不符合规范酌情扣1~2分 未洗手扣1分 未记录扣2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	终末质量:全过程稳、准、轻、快,向患者宣教到位	5	顺序颠倒扣1分,不符合全过程要求酌情扣1~5分		

四、关节腔闭合式连续冲洗护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	仪表端庄,着装整洁,洗手、戴口罩	3	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者的意识、生命体征,患肢的皮肤颜色、温度、感觉、肢体运动功能,患肢股动脉、腘动脉、足背动脉搏动情况,关节局部有无红肿等 告知:向患者告知操作目的,取得合作	6	未评估扣2分,评估不全一处扣1分, 未告知扣2分,告知不全扣1分		
	备齐用物 环境准备:保持病室清洁湿润,舒适安全,注意患者保暖	6	用物少一件或一件不符合要求扣1分 环境不符合要求扣1分		
操作流程 60分	核对患者床号、姓名,患肢抬高	10	未核对床号、姓名扣5分 患肢未抬高扣5分		
	连续冲洗:进水管24小时滴注冲洗液至关节腔或骨髓腔内,引流管持续不断的将冲洗液排出	10	管路连接错误扣5分 冲洗速度调节不到位导致管路堵塞扣5分		
	间歇保留冲洗法 根据医嘱将冲洗液滴入关节腔内,保留30分钟后,通过引流管排出。冲洗次数根据医嘱进行	10	管路连接错误扣5分 冲洗速度调节不到位导致管路堵塞扣5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25 分	冲洗液有明显标记	5	没有标记扣 5 分, 标记不清晰扣 3 分。		
	保持进水管比引流口高, 冲洗液面距床面高 60cm, 天气寒冷时应将冲洗液加温后冲洗。	10	进水口低于引流口扣 4 分 冲洗液液面距床面距离过高或过低扣 3 分 天气寒冷时冲洗液未加温扣 3 分		
	保持切口清洁干燥, 如有渗出及时更换敷料	5	切口有渗出未及时更换敷料扣 5 分		
	用后物品处置符合消毒技术规范, 脱手套、洗手, 记录	10	用后材料未按规定放入垃圾袋内扣 4 分 未记录出入量扣 5 分		
	冲洗过程中护理: 患肢抬高, 保持冲洗管路通畅, 观察引流液量、颜色、性质, 并准确记录。注意患肢保暖 胶布过敏者立即停止牵引	5	未评估扣 4 分, 评估不全一处扣 1 分		
	整理用物, 床单位, 协助患者取舒适体位, 告知注意事项, 向患者致谢	5	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	终末质量: 全过程稳、准、轻、快, 无菌观念强, 符合操作原则	5	顺序颠倒扣 1 分, 物品掉地一件扣 1 分, 不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

五、轴线翻身技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	仪表端庄, 着装整洁, 洗手、戴口罩	3	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分, 不洗手扣 1 分		
	评估: 患者的意识、生命体征、四肢运动功能及皮肤情况 告知: 向患者告知操作目的及注意事项, 取得合作	6	未评估扣 3 分, 评估不到位扣 1 分 未告知扣 3 分, 告知不到位扣 1 分		
	备齐用物 环境准备: 保持病室清洁湿润, 舒适安全, 注意患者保暖	6	用物少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分 环境不符合要求扣 2 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 55 分	核对患者床号、姓名	5	未核对床号、姓名扣 5 分		
	移开患者的枕头,松开被尾	5	未移开枕头扣 3 分,未松开被尾扣 3 分,以上两项操作不到位各扣 1 分		
	两位操作者站于患者同侧,将患者平移至操作者同侧床旁	12	未把患者抬起拖拉患者扣 3 分 平移位置错误扣 5 分		
	一名操作者将手置于患者的肩和腰部,另一操作者将两手分别置于腰和臀部,使躯体保持在同一水平位,翻转至侧卧位	13	操作者双手放置位置不准确扣 4 分 翻转时用力不同步扣 4 分		
	将一翻身枕放于背部支持身体,另一翻身枕放于两膝之间并使双膝自然弯曲	10	两个翻身枕位置放置不到位,患者不够舒适扣 4 分 患者双膝没有自然弯曲处于功能位扣 3 分		
	整理用物、床单位	5	用物、床单位整理不到位扣 3 分		
	洗手,记录	5	未洗手扣 2 分 未记录扣 3 分		
操作后评估 30 分	观察患者翻身前后的病情变化,着床及骨突部位皮肤的变化	10	未观察病情变化扣 5 分 未观察和评估着床及骨突部位皮肤的变化扣 5 分 观察不到位各扣 3 分		
	协助患者取舒适体位,告知注意事项,向患者致谢	5	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	终末质量:全过程稳、准、轻、快,注意给患者保暖,符合操作原则	5	顺序颠倒扣 1 分,物品掉地一件扣 1 分,不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

第四节 神经外科护理技术操作评分标准

一、创腔引流护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分，未佩戴胸牌扣 1 分，不洗手扣 1 分		
	评估患者病情、生命体征，清醒患者询问有无头痛等主要症状，做好环境准备	5	未评估病情扣 5 分，少评估一项扣 1 分		
	备齐用物：治疗盘、无菌换药包、无菌手套、治疗巾、生理盐水、一次性无菌引流袋 1 个、络合碘、棉球、乙醇纱条、纱布、治疗卡	10	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 60 分	核对患者床号、姓名，解释告知患者操作目的及注意事项，注意患者安全	10	未核对及解释扣 5 分，未告知扣 5 分		
	引流放置时间 3~4 天	2	不掌握扣 2 分		
	引流管消毒范围(10cm)摆好患者体位	10	备皮不符合要求扣 5 分，体位摆放不合理扣 5 分		
	对意识不清及小儿进行约束，防止患者将引流管拔出	10	引流管意外拔出扣 10 分		
	术中严密观察患者的意识及生命体征	5	观察不及时扣 5 分		
	引流管高度与头部创腔保持一致	5	引流管固定位置不标准扣 5 分		
	严密观察引流液性质、量、颜色及引流速度	5	观察不及时扣 5 分，观察不全面一项扣 1 分		
	保持头部伤口敷料的干燥如发现渗出及时更换	5	敷料渗出未及时更换扣 5 分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	3	未按规定整理用物扣 3 分		
	洗手，记录	5	未洗手扣 3 分，未记录扣 2 分		
操作后评估 20 分	评估患者引流管通畅情况、意识状态好转情况、生命体征变化情况	2	未作评估扣 2 分		
	提问目的、注意事项	16	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作过程符合无菌原则，用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣 1~2 分		

二、腰椎穿刺脑脊液置换术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 20分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	衣帽、口罩、鞋不整洁各扣1分，未佩戴胸牌扣1分，不洗手扣1分		
	评估患者病情、生命体征，清醒患者询问有无头痛等主要症状，做好环境准备	5	未评估病情扣5分，少评估一项扣1分		
	备齐用物：治疗盘、一次性腰椎穿刺包、测压管、无菌换药包、无菌手套、治疗巾、生理盐水、麻药、注射器(5ml)1个、络合碘、棉球、纱布、治疗卡、乙醇纱条	10	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 60分	核对患者床号、姓名，解释告知患者操作目的及注意事项，注意患者安全	10	无核对及解释扣5分，未告知扣5分		
	消毒范围(10cm)，为患者取合适体位	10	消毒不符合要求扣5分，体位摆放不合理扣5分		
	对意识不清及小儿进行约束，防止针尖碰到神经或针头断裂	10	特殊病人无控制措施扣10分		
	术中严密观察患者的意识及生命体征	5	观察不及时扣5分		
	严密观察脑脊液性质、量、颜色及引流速度	5	观察不及时扣5分，观察不全面一项扣1分		
	穿刺完毕，协助和指导患者全身放松，去枕平卧4~6小时	7	未指导放松扣2分，未告知去枕平卧时间扣5分		
	保持头部伤口敷料的干燥如发现渗出及时更换	5	敷料渗出未及时更换扣5分		
	按规定将用过的材料分类放入垃圾袋内	3	未按规定整理用物扣3分		
	洗手，记录	5	未洗手扣3分，未记录扣2分		
操作后评估 20分	评估患者术后整体情况、意识状态好转情况、生命体征变化情况	2	未作评估扣2分		
	提问目的、注意事项	16	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作过程符合无菌原则，用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		

第五节 心胸外科护理技术操作评分标准

一、动脉血气标本采集护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	仪表端庄,着装整洁,洗手、戴口罩	4	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估患者的意识、生命体征、采血动脉搏动情况、局部皮肤有无感染	5	未评估扣 4 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:一次性血气针(或一次性 2ml 注射器)2 支、0.5ml 肝素、橡胶塞各 1 个、治疗盘、棉签、络合碘、无菌纱布、无菌手套、治疗卡	6	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	不核对床号、姓名扣 5 分		
	向患者解释,协助患者取舒适体位,选择穿刺部位。	10	未解释扣 2 分,解释不全扣 1 分,态度不认真、语言不亲切各扣 2 分,体位不舒适扣 2 分 未选择评估动脉扣 3 分。		
	抽取少量肝素湿润注射器后排尽	5	未抽取肝素扣 3 分,没充分湿润扣 1 分,没排尽扣 1 分		
	消毒穿刺部位皮肤,戴手套	5	消毒面积不够扣 2 分,没戴手套扣 3 分		
	固定动脉,穿刺,抽血	15	固定手法不正确扣 3 分 进针角度不正确扣 3 分,穿刺未成功扣 5 分 抽血量过多或过少扣 4 分		
	拔针、按压	15	按压不正确导致出血扣 5 分 拔针后没立即刺入橡胶塞扣 5 分 未轻轻旋转混匀扣 5 分		
	填写化验单,立即送检	5	化验单未填吸氧浓度、体温、血红蛋白值扣 3 分 未立即送检扣 2 分		
	整理用物、床单位,协助患者取舒适体位,告知注意事项,向患者致谢	5	一处不符合要求扣 1 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	操作后评估:患者病情、患者是否舒适	5	未评估扣4分,评估不全一处扣1分		
	用后物品处置符合消毒技术规范,脱手套、洗手,记录	5	不符合规范酌情扣1~3分		
	终末质量:全过程稳、准、轻、快,无菌观念强、符合操作原则	5	顺序颠倒扣1分,物品掉地1件扣1分 不符合全过程要求酌情扣1~3分		
	提问目的、注意事项	5	一项内容回答不全或回答错误扣1分		

二、全胃肠外营养(TPN)护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	仪表端庄,着装整洁,洗手、戴口罩	4	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,不洗手扣1分		
	操作前评估:患者病情、营养状况,告知,取得合作	5	未评估扣4分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:输液器、注射器、静脉留置针、3L营养袋、各种营养素、络合碘、无菌棉签、治疗卡,必要时备中心静脉导管1套。	6	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	配置当日的TPN液	10	无菌观念不强扣3分 未放入冰箱保存或现用现配扣2分 葡萄糖酸钙与脂肪乳没有分开加入扣3分		
	再次核对患者床号、姓名	5	不核对床号、姓名扣5分		
	向患者解释,协助患者取舒适体位,	5	未解释扣2分,解释不全扣1分,态度不认真、语言不亲切各扣1分,体位不适扣1分		
	静脉穿刺	15	穿刺不熟练扣2分,穿刺不成功扣5分		
	连接3L营养袋	10	连接错误扣3分		
	调节输入速度	10	速度调节不符合24小时匀速输入扣3分		
	整理用物、床单位,协助患者取舒适体位,告知注意事项,向患者致谢	10	注意事项告知不全扣2分,未帮助患者取舒适体位扣2分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	操作后评估,患者病情、患者是否舒适	5	未评估扣4分,评估不全一处扣1分		
	用后物品处置符合消毒技术规范,脱手套、洗手,记录	5	不符合规范酌情扣1~3分		
	终末质量:全过程稳、准、轻、快,无菌观念强、符合操作原则	5	顺序颠倒扣1分,物品掉地1件扣1分,不符合全过程要求酌情扣1~3分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		

三、气管切开术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室:

姓名:

职称:

得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	仪表端庄,着装整洁,洗手、戴口罩	4	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者的意识、口唇有无发绀、呼吸频率、节律、深浅度,血压、心率、心律,双侧肺呼吸音、颈部情况、凝血功能等	5	未评估扣4分,评估不全一处扣1分		
	准备用物:气管切开包、适当型号气管套囊、气囊测压仪、氧气/呼吸机、吸引器、急救车、一次性注射器、(10ml)2支、药品、一次性吸痰管、吸引器、生理盐水、消毒纱布、无菌纱布、无菌血管钳或镊子、治疗卡	6	少1件或1件不符合要求扣0.5分		
操作流程 60分	核对患者床号、姓名	5	未核对床号、姓名扣5分		
	协助患者取仰卧位,头颈保持正中位	5	卧位不符合要求扣3分		
	消毒术区皮肤,配合铺无菌孔巾,局部麻醉	10	消毒面积不够扣2分,配合不熟练扣2分		
	配合术者行气管切开术,插入气管套管	10	配合不熟练,物品递送不到位扣3分		
	固定气管套管	5	导管固定不妥扣3分,局部污染扣2分		
	进行气管内吸痰	5	动作不够轻柔扣2分,局部污染扣2分		
	更换切口敷料,保持清洁干燥,预防感染	5	污染后未及时更换扣2分		
	更换消毒内套管	5	取出方法不熟练扣2分,取出前未充分吸痰扣2分,消毒方法不正确扣2分		
	定时气囊放气、充气	5	没标记放气、充气量和时间扣2分,充气量不恒定扣2分,放气不及时扣1分		
	整理用物、床单位,协助患者取舒适体位,告知注意事项,向患者致谢	5	用后物品处置不符合消毒技术规范扣2分,未与患者良好沟通扣2分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25分	观察:观察患者的病情变化,切口有无渗血、出血,观察患者的反应,有无面色苍白、发绀、出汗、呼吸困难、皮下气肿、疼痛	5	未评估扣4分,评估不全一处扣1分		
	脱手套、洗手,记录	5	不符合规范酌情扣1~3分		
	终末质量:全过程动作熟练、迅速、准确,无菌观念强、符合操作原则	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		

四、气管切开伤口换药护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	仪表端庄,着装整洁,洗手、戴口罩	4	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,不洗手扣1分		
	评估患者的意识、口唇有无发绀、呼吸频率、节律、深浅度,血压、心率、心律,双侧肺呼吸音、自觉症状	5	未评估扣4分,评估不全一处扣1分		
	准备用物:治疗盘、络合碘、消毒棉球、无菌生理盐水棉球、无菌持物钳2把、无菌镊子1把、无菌剪刀1把、无菌纱布3块、无菌手套、弯盘、同型号套管1套以备急用、治疗卡	6	少1件或1件不符合要求扣0.5分		
操作流程 60分	核对患者床号、姓名	5	未核对床号、姓名扣5分		
	协助患者取仰卧位或半卧位	5	卧位不符合要求扣3分		
	取出原有敷料	10	未轻轻外提外套管扣2分,动作不够轻柔导致套管活动幅度过大使患者剧烈咳嗽扣3分		
	充分吸尽气管和口鼻腔内的分泌物	10	吸痰不充分扣2分,动作不够轻柔扣2分,有污染扣2分		
	消毒并观察切口情况	10	未清除痂皮和分泌物扣2分,消毒不符合要求扣3分		
	更换新的敷料	10	动作不够轻柔导致套管活动幅度过大使患者剧烈咳嗽扣3分		
	覆盖套管口	5	纱布未用盐水浸湿扣3分		
	整理用物、床单位,协助患者取舒适体位,告知注意事项,向患者致谢	5	用后物品处置不符合消毒技术规范扣2分,未与患者良好沟通扣2分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25 分	观察:观察患者的病情变化,切口有无渗血、出血,呼吸情况,听呼吸音	5	未评估扣 4 分,评估不全一处扣 1 分		
	脱手套、洗手,记录	5	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	终末质量:全过程动作熟练、迅速、准确,无菌观念强、符合操作原则	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		

五、带氧雾化护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	仪表端庄,着装整洁,洗手、戴口罩	4	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	评估患者的意识、口唇有无发绀、呼吸频率、节律、深浅度,血压、心率、心律,双侧肺呼吸音、自觉症状	5	未评估扣 4 分,评估不全一处扣 1 分		
	准备用物:吸氧装置(氧气表、湿化瓶、四防卡)、药物雾化罐、治疗卡	6	少 1 件或 1 件不符合要求扣 0.5 分		
操作流程 60 分	核对患者床号、姓名	5	未核对床号、姓名扣 5 分		
	安装并检查吸氧装置	5	安装不熟练扣 2 分,未检查扣 2 分		
	配置药物	10	配置不符合要求扣 5 分		
	协助患者取合适体位	10	卧位不符合要求扣 3 分		
	将雾化器与氧气表相连,将氧气流量调至每分钟 5 升	10	连接错误扣 5 分,流量调节不准确扣 3 分		
	待雾喷出后将口含嘴放入患者口中,嘱患者含紧口含嘴,做缓慢深大的呼吸并注意观察用药效果	10	一处操作不符合要求扣 2 分,对患者指导不正确扣 3 分		
	雾化完毕,取出口含嘴,关闭氧气表开关,鼓励并协助患者咳嗽	5	操作顺序不正确扣 3 分,未鼓励并协助患者咳嗽扣 2 分		
	整理用物、床单位,协助患者取舒适体位,向患者致谢	5	用后物品处置不符合消毒技术规范扣 2 分,未与患者良好沟通扣 2 分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 25分	观察:观察药物疗效及有无不良反应	5	未评估扣4分,评估不全一处扣1分		
	脱手套、洗手,记录	5	不符合规范酌情扣1~3分		
	终末质量:全过程动作熟练、迅速、准确,无菌观念强、符合操作原则	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		

第六节 泌尿外科护理技术操作评分标准

一、尿道扩张术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣1分		
	评估患者病情、身体状况、合作程度;操作环境清洁,温度适宜	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:无菌包1个、尿道探子1套、无菌手套、一次性注射器、表面麻醉剂、碘伏	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣5分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者配合	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	协助患者取平卧位,双下肢屈曲外展,显露会阴部	6	卧位不舒适扣3分,会阴显露不充分扣3分		
	协助消毒外生殖器及会阴部,顺序由四周向中心方向,铺洞巾	10	消毒方向错误扣5分,违反无菌原则扣1~5分		
	由尿道外口注入表面麻醉剂,保留2~5分钟	3	麻醉效果不满意扣3分		
	选择型号合适的尿道探子,一般从18~20号开始扩张,尿道探子涂抹润滑剂,递于医师	4	型号选择不准确扣2分,未涂润滑剂扣2分		
	提起阴茎,将尿道探子轻轻插入尿道,至尿道球部时,将探子提起垂直通过尿道球部,至尿生殖膈稍有阻力,将探子轻轻压平继续推进至膀胱。女患者选择女性扩张器	5	一处不符合要求扣1分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
	尿道探子保留 2 分钟后拔出	2	不符合要求扣 2 分		
	观察患者反应,观察血压、心率、呼吸、有无面色苍白,发绀、出汗、呼吸困难、疼痛等,及时给予处理	5	一处观察不到扣 1 分		
	如需继续扩张,则选择大一型号的尿道探子同法扩张,直至达到治疗检查目的	2	传递探子型号不准确扣 2 分		
	术毕,协助患者穿好衣裤,卧床休息数分钟,观察患者一般状况良好,送回病室	5	一处不符合要求扣 1 分		
	向患者告知注意事项	3	未告知扣 2 分,告知不全扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	整理用物,洗手;按消毒技术规范处理器械,垃圾分类处理	5	处理不符合要求扣 5 分		
操作后评估 20 分	物品准备充分,传递器械快速准确,及时发现病情变化	4	一处不符合要求扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:配合熟练,流畅,无菌观念强,向患者宣教到位	6	不符合全过程要求酌情扣 1~6 分		

二、耻骨上膀胱穿刺造口术护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情、身体状况、合作程度,操作环境清洁,温度适宜	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:穿刺套管针 1 套、无菌刀片、双腔气囊导尿管、一次性注射器、洞巾、弯盘、一次性引流袋、无菌手套、无菌纱布、无菌生理盐水 10ml,碘仿、2%利多卡因,必要时备无菌丝线	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 65分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣5分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	患者膀胱充盈满意后协助其取平卧位,协助患者脱掉衣裤,显露穿刺部位	5	一处不符合要求扣1分		
	治疗巾垫于患者臀下	2	不符合要求扣2分		
	打开膀胱穿刺包,配合消毒穿刺周围皮肤,包括穿刺周围直径超过15cm的皮肤,待干	5	一处不符合要求扣1分		
	操作者戴无菌手套,铺洞巾,协助局部麻醉	6	不符合无菌扣3分,麻醉不满意扣3分		
	协助医师穿刺膀胱,置入尿管	5	一处不符合要求扣1分		
	用注射器抽取10ml生理盐水注入导尿管水囊内,牵拉尿管至有阻力,连接一次性引流袋。必要时用丝线将其固定于皮肤上	5	一处不符合要求扣1分		
	取无菌纱布覆盖膀胱造口周围皮肤并固定,妥善固定膀胱造口管	5	一处不符合要求扣1分		
	观察患者反应,观察血压、心率、呼吸、有无面色苍白,发绀、出汗、呼吸困难、疼痛等,及时给予处理	8	一处观察不到扣1分		
	术毕,协助患者穿好衣裤,卧床休息数分钟,观察患者一般状况良好,送回病室	4	一处不符合要求扣1分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	整理用物,洗手;按消毒技术规范处理器械,垃圾分类处理	5	未洗手扣2分,用物处理不符合规范扣3分		
操作后评估 20分	物品准备充分,传递器械快速准确,及时发现病情变化	4	一处不符合要求扣1分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:配合熟练,流畅,无菌观念强,向患者宣教到位	6	根据完成情况酌情扣1~6分		

三、膀胱镜检查护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情、身体状况、合作程度,操作环境清洁,温度适宜	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:灭菌处置好的膀胱镜、尿道专用麻醉剂 2 支、一次性注射器、洞巾、弯盘、无菌手套、无菌生理盐水、无菌换药碗内备碘仿棉球	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣 5 分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取截石位,使会阴部放松,消毒外生殖器及会阴	5	一处不符合要求扣 1 分		
	治疗巾垫于患者臀下	2	不符合要求扣 2 分		
	操作者戴无菌手套,铺洞巾,协助操作者经尿道注入尿道专用麻醉药 10ml	6	不符合无菌扣 3 分,麻醉不满意扣 3 分		
	检查器械完好,5 分钟后开始进镜	2	不符合要求扣 2 分		
	女患者较容易放镜鞘,男患者将阴茎提起,镜鞘插至球部尿道后轻轻下压镜体,镜鞘可自然滑入膀胱	2	一处不符合要求扣 1 分		
	取出闭孔器,测量残余尿并观察尿的颜色、性状	3	一处不符合要求扣 1 分		
	镜鞘内安上观察镜,注水口连接无菌生理盐水行膀胱冲洗至膀胱充盈,边注水边观察	5	一处不符合要求扣 1 分		
	检查时利用镜体的进退旋转及角度变化使视野到达每个部位,一般从里边开始向外顺时针旋转检查,最后检查膀胱颈以减少不适	5	一处不符合要求扣 1 分		
	双侧输尿管口不能确认时需多观察片刻,待输尿管口张开喷尿时即可确定	2	不符合要求扣 2 分		
	观察患者反应,观察血压、心率、呼吸、有无面色苍白,发绀、出汗、呼吸困难、疼痛等	8	一处观察不到扣 1 分		
	术毕,协助患者穿好衣裤,卧床休息数分钟,观察患者一般状况良好,送回病室	5	一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	整理用物,洗手;按消毒技术规范处理器械,垃圾分类处理	5	未洗手扣 2 分,用物处理不符合规范扣 3 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	物品准备充分,传递器械快速准确,及时发现病情变化	4	一项不符合要求扣1分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:配合熟练,流畅,无菌观念强,向患者宣教到位	6	根据完成情况酌情扣1~6分		

第8章 妇产科、新生儿科护理技术操作评分标准

第一节 妇科护理技术操作评分标准

一、阴道灌洗护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	每项不合格扣1分		
	评估患者外阴情况：评估阴道分泌物量、性状、气味等	5	未评估扣5分，评估不全一处扣1分		
	备齐用物：垫巾、灌洗头、灌洗桶、橡皮管、弯盘、污物桶、便盆、灌洗药液、阴道用药、无菌棉球、无菌镊子2把	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者姓名、床号，向患者解释操作目的，以取得配合	6	一处不符合要求扣2分		
	行会阴擦洗，嘱患者保持膀胱截石位	6	一处不符合要求扣3分		
	将灌洗桶挂至距离床沿60~70cm高处	4	不符合要求扣4分		
	连接橡皮管排去管内空气，试水温	6	一处不符合要求扣2分		
	先冲洗外阴部	3	未冲洗外阴扣3分		
	将小阴唇分开，把灌洗头沿阴道纵侧壁方向插入至后穹隆处，边灌洗边在阴道左右上下移动	10	灌洗阴道不符合要求扣6分，一处不符合要求扣2分		
	灌洗液约剩100ml，拔出灌洗头，再冲洗1次外阴	5	未冲洗外阴扣3分，灌洗液流尽扣2分		
	然后扶患者坐于便盆，使阴道内液体流出	4	不符合要求扣4分		
	撤离便盆，协助患者擦净外阴，穿好衣裤	6	一处不符合要求扣2分		
	向患者交代注意事项	5	交代不清扣1~5分		
	整理用物	5	不符合要求扣5分		
	操作过程中能与患者良好沟通，取得合作	5	不符合要求扣5分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	阴道清洁,阴道分泌物减少,局部充血缓解	4	未评估扣4分,评估不全一项扣1分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感,未损伤阴道组织及宫颈,整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

二、阴道擦洗上药护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	每项不合格扣1分		
	评估患者外阴情况;评估阴道分泌物量、性状、气味等	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:窥阴器、长镊或海绵钳、药物、碘仿棉球、无菌干纱球、一次性手套	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者姓名,床号	4	未核对扣4分		
	向患者解释操作目的及方法,取得配合	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	取膀胱截石位	3	不符合要求扣3分		
	用碘仿棉球擦洗外阴部	7	未擦洗扣7分		
	置窥阴器显露宫颈	4	不符合要求扣4分		
	依次擦洗宫颈→阴道穹隆→阴道壁	10	顺序错误扣4分,一处不擦扣2分		
	用干纱球擦净多余消毒液	5	不擦扣5分		
	遵医嘱局部置药,可用喷粉管将药粉喷于宫颈上,若是药片需放置于后穹隆	5	不符合要求扣5分		
	取出窥阴器,防止将药物带出	4	不符合要求扣4分		
	协助患者擦净外阴,穿好衣裤	6	一处不符合要求扣3分		
	向患者交代注意事项	4	交代不清扣1~4分		
	整理用物	3	不符合要求扣3分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	阴道清洁,阴道上药成功	4	未评估扣4分,评估不全一项扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感;整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

三、外阴湿热敷护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	每项不合格扣1分		
	评估患者有无外阴红肿、抓痕、溃疡、粗糙	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:水袋、无菌镊2把、无菌纱布2块、弯盘1个、垫巾2块,50%硫酸镁溶液	5	每件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者姓名、床号	4	未核对扣4分		
	向患者解释操作目的及方法,取得配合	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	产妇脱下右侧裤腿,嘱产妇仰卧,双腿屈曲、外展	4	不符合要求扣4分		
	臀下置一垫巾	4	未垫扣4分		
	把所需要的热溶液倒入弯盘内	5	不符合要求扣5分		
	将纱布浸透	5	未浸透扣5分		
	并用双手持镊子把纱布拧至不滴水	5	滴水扣5分		
	温度适宜后用镊子将纱布铺平放于需热敷的部位	5	不符合要求扣5分		
	垫巾塑料面朝内盖于纱布上	5	不符合要求扣5分		
	外放热水袋(水温60~70℃)盖好被子	5	不符合要求扣5分		
	热敷后协助产妇穿好衣裤,安置产妇于舒适体位	5	不符合要求扣5分		
	向患者交代注意事项	5	交代不清扣1~5分		
	整理用物	3	不符合要求扣3分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣5分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	会阴血肿、水肿减轻,外阴伤口情况	4	一处不符合要求扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感;整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

第二节 产科护理技术操作评分标准

一、腹部四步触诊护理技术操作评分标准(100分)

科室:

姓名:

职称:

得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	每项不合格扣1分		
	评估孕妇的孕周大小及胎动情况;孕妇自理能力、合作程度	8	未评估扣8分,评估不全一处扣2分		
	备齐用物:检查床	2	未准备扣2分		
操作流程 65分	核对孕妇姓名、床号	5	未核对扣5分		
	告知孕妇检查的目的、步骤,以取得合作	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	孕妇排尿后仰卧于检查床上,头部稍抬高,露出腹部,双腿略屈曲分开,放松腹肌	5	一处不符合要求扣1分		
	检查者站在床右侧面向孕妇头部	3	不符合要求扣3分		
	双手摸清子宫高度及子宫外形,再以双手摸清宫底的胎儿部分	10	位置错误扣5分,辨别错误扣5分		
	检查者双手分别置于孕妇腹部两侧,辨别胎背及四肢的位置	10	位置错误扣5分,辨别错误扣5分		
	将右手拇指与其他四指分开,置于耻骨联合上方,握住先露部,进一步查清是胎头或胎臀,并左右推动以确定是否衔接	10	位置错误扣5分,辨别错误扣5分		
	检查者面向孕妇足端	3	不符合要求扣3分		
	两手分别放于先露部的两侧,向骨盆入口方向向下深压,再次判断先露部的诊断是否正确,并确定先露部入盆的程度	10	位置错误扣5分,辨别错误扣5分		
	协助患者取舒适体位	4	不符合要求扣4分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	4	不符合要求扣4分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:操作动作轻柔、熟练;四步触诊的顺序正确;患者无不适感	6	不符合全过程要求酌情扣1~6分		

二、骨盆外测量护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	每项不合格扣1分		
	评估骨盆大小、形态,孕妇自理能力、合作程度	8	未评估扣8分,评估不全一处扣2分		
	备齐用物:检查床、骨盆外测量器	2	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对孕妇姓名、床号	5	未核对扣5分		
	解释操作目的及方法	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	孕妇仰卧于检查床上,测量者站在床的右侧	5	不符合要求扣5分		
	髂棘间径:取伸腿仰卧位,测量左右髂前上棘外缘间距离,正常为23~26cm	8	体位错误扣2分,测量方法错误扣3分,未述正常值扣3分		
	髂嵴间径:取伸腿仰卧位,测量左右髂嵴外缘间距离,正常为25~28cm	8	体位错误扣2分,测量方法错误扣3分,未述正常值扣3分		
	骶耻外径:取左侧卧位,右腿伸直,左腿弯曲,测量第5腰椎棘突下凹陷处至耻骨联合上缘中点间的距离,正常值为18~20cm	8	体位错误扣2分,测量方法错误扣3分,未述正常值扣3分		
	坐骨结节间径:取仰卧位,两腿弯曲外展,双手抱膝,测量两坐骨结节内缘间的距离,正常值为8.5~9.5cm	8	体位错误扣2分,测量方法错误扣3分,未述正常值扣3分		
	耻骨弓角度:用两拇指从耻骨弓顶端沿两侧耻骨降支平行放置,两拇指形成的角度即耻骨弓角度,正常值为90°	8	体位错误扣2分,测量方法错误扣3分,未述正常值扣3分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣5分		
	安置孕妇	3	不符合要求扣3分		
	整理用物	2	不符合要求扣2分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	骨盆大小,骨盆的形态,足月胎儿能否顺利通过产道	4	未评估扣4分,一处不符合要求扣1分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作轻柔;注意保暖和遮挡;患者无不快感;测量数据要准确,整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

三、无激惹试验(NST 试验)护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣1分		
	评估孕妇局部皮肤、孕周大小、胎方位、胎动,孕妇自理能力、合作程度	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:胎心监护仪1台、耦合剂、打印纸、卫生纸	4	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者姓名、床号	4	未核对扣4分		
	孕妇安静休息30分钟,排尿,取半卧位或左侧卧位	6	一处不符合要求扣2分		
	向患者解释操作目的及方法,取得配合	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	打开稳压器,开启电源	4	不符合要求扣4分		
	将测胎心探头涂适量的耦合剂,置于腹部胎心音最强的部位	7	不涂耦合剂扣2分,位置错误扣5分		
	测宫缩探头置于子宫底部,稍加压固定	5	位置错误扣5分		
	连续监护20分钟	5	不符合要求扣5分		
	孕妇有胎动时,手按机钮在描记纸上作出记号	5	不符合要求扣5分		
	如20分钟内无胎动再延长20分钟;手推胎体唤醒胎儿或变换体位;所采用的各种措施,应在记录纸上标明	6	一处不符合要求扣2分		
	关闭电源开关,用卫生纸擦净探头及孕妇腹壁耦合剂	5	不关电源扣2分,不清洁扣3分		
	协助孕妇穿好衣裤	3	不符合要求扣3分		
	整理用物	5	不符合要求扣5分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	胎心的速率、胎动后的反映;胎儿在子宫内的情况	4	一处不符合要求扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣 1~2 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:动作轻巧、操作熟练;患者无不适感;整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣 1~4 分		

四、胎动计数护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣 1 分		
	评估孕妇的意识状态、自理能力、合作程度	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 2 分		
	备齐用物:记录纸、笔、纽扣、小盒 1 个	4	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	安置孕妇于环境整洁、安静的房间	5	不符合要求扣 5 分		
	孕妇取卧位或坐位	5	不符合要求扣 5 分		
	手掌轻轻置于腹部,呼吸要平稳,情绪要放松,排除一切干扰和杂念	5	不符合要求扣 5 分		
	孕妇注意胎儿活动	5	不符合要求扣 5 分		
	用纽扣做标记,胎动 1 次放 1 粒纽扣在盒子中,如连续动几下也算 1 次,1 小时后盒子中的纽扣数即为 1 小时的胎动数	5	计数不准确扣 5 分		
	早中晚数 3 次胎动,1 次 1 小时	10	漏 1 次扣 2 分,时间不够扣 4 分		
	将 3 次胎动数相加再乘以 4,即为 12 小时胎动数	5	计算错误扣 5 分		
	对所测结果进行记录	5	不记录扣 5 分		
	分析	5	不分析扣 5 分		
	向患者告知注意事项	5	不符合要求扣 5 分		
	整理用物	5	不符合要求扣 5 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣 5 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	胎儿在宫内的情况	4	未评估扣4分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣5分		
	操作质量:计数及时准确,整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

五、肛门检查护理技术操作评分标准(100分)

科室:

姓名:

职称:

得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣1分		
	评估肛门及外阴皮肤情况,了解孕周及产程开始情况,阴道出血、流液情况	6	未评估扣6分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:灭菌卫生纸、指套、肥皂水	3	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者姓名、床号	4	未核对扣4分		
	向患者解释操作目的及方法,以取得合作	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	产妇仰卧位,大腿屈曲分开,显露外阴部	4	不符合要求扣4分		
	检查者站在产妇右侧	3	不符合要求扣3分		
	检查前用消毒纸遮盖阴道口	4	不符合要求扣4分		
	右手示指戴指套,蘸肥皂水	4	不符合要求扣4分		
	伸入直肠内,拇指伸直,其余各指屈曲	4	不符合要求扣4分		
	检查者在直肠内的示指向后触及尾骨尖端,了解尾骨活动度	4	不符合要求扣4分		
	再查两侧坐骨棘是否突出,并确定胎头高低	4	不符合要求扣4分		
	然后用指端掌侧探查子宫颈口,摸清其四周边缘,估计宫口扩张的厘米数	4	不符合要求扣4分		
	当宫口近开全时,仅能摸到一个窄边;当宫口开全时,则摸不到宫口边缘	4	不符合要求扣4分		
	未破膜者在胎头前方可触到有弹性的胎胞;已破膜者则能直接触到胎头	4	不符合要求扣4分		
	若无胎头水肿,还能看清颅缝及囟门的位置	4	不符合要求扣4分		
	若触及有血管搏动的索状物,考虑为脐带先露或脐带脱垂	4	不符合要求扣4分		
	协助孕妇穿好衣裤	2	不符合要求扣2分		
	整理用物	2	不符合要求扣2分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	宫颈硬度、厚薄,宫口扩张、是否破膜,盆腔大小,胎位以及胎头下降	5	一处不符合要求扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:动作轻巧、准确;患者无不适感;整个过程符合操作原则	5	不符合全过程要求酌情扣 1~5 分		

六、缩宫素引产护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣 1 分		
	评估孕妇的全身情况,胎儿的胎心、胎动,孕妇的宫颈成熟度、宫缩及骨盆等情况	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:10%葡萄糖 500ml、缩宫素 10U、1ml 注射器 1 支、输液器 1 套、留置针 1 个、记录纸、基础治疗盘 1 个	4	少 1 件或 1 件不符合要求扣 0.5 分		
操作流程 65 分	核对患者姓名、床号	2	不符合要求扣 2 分		
	向患者解释操作目的及方法	5	解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	让患者取合适的体位,排空膀胱	4	不符合要求扣 4 分		
	选择合适的血管	2	不符合要求扣 2 分		
	先用 10%葡萄糖 500ml 静脉滴注,调节为每分钟 8 滴	8	静脉滴注不符合要求扣 5 分,未调节滴数扣 3 分		
	然后将 2.5 单位缩宫素加入充分摇匀	5	不符合要求扣 5 分		
	每隔 15 分钟观察 1 次子宫收缩、胎心、血压、脉搏	8	未按要求观察一项扣 2 分		
	记录	2	未记录扣 2 分		
	无异常情况且宫缩弱时,可逐渐加快滴速,一般不超过每分钟 40 滴	5	未述扣 5 分		
	如宫缩仍较弱,可增加缩宫素浓度至 1%,即 5U 缩宫素加入 10%的葡萄糖液中	5	未述扣 5 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	重新调整滴数,直至子宫收缩达到持续40~60秒,间隔2~4分钟为好	5	未述扣5分		
	协助患者取舒适体位	2	不符合要求扣2分		
	向患者告知注意事项	5	告知不清扣5分		
	整理用物	2	不符合要求扣2分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣5分		
	宫缩、胎心、胎动、用药后反应	4	一处不符合要求扣1分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;液体通畅;整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

七、人工破膜护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣1分		
	评估孕妇、胎儿情况;评估孕妇的宫缩及宫口扩张情况;监测孕妇血压、呼吸、脉搏	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:有齿钳、消毒手套	4	1件不符合要求扣2分		
操作流程 65分	核对患者姓名、床号	4	未核对扣4分		
	向患者解释操作目的及方法,以取得合作	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	孕妇取膀胱截石位	5	不符合要求扣5分		
	常规消毒	10	消毒不规范扣5分,顺序错误扣1~5分		
	铺无菌巾	5	不符合要求扣5分		
	术者用手指触及前羊膜囊	8	未触及膜囊扣8分		
	然后另手持齿钳或穿刺针,钳破或刺破胎膜,使羊水缓慢流出	10	不符合要求酌情扣1~10分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	安置孕妇于舒适体位	5	不符合要求扣 5 分		
	向孕妇交代注意事项	5	交代不清扣 5 分		
	整理用物	3	不符合要求扣 3 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣 5 分		
	破膜后患者的反应,宫缩、胎心、胎动,羊水流出血量、颜色、性状	5	一处不符合要求扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	1	不符合规范酌情扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:动作轻巧、未损伤宫颈及阴道;患者无不适感;整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣 1~4 分		

八、产程图绘制护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	每项不合格扣 1 分		
	评估孕妇的宫缩、宫口扩张及先露下降情况;评估产程进展情况	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:产程图坐标纸、红蓝铅笔、尺、消毒手套、常规会阴冲洗消毒及肛门检查用品、无菌巾	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣一分		
操作流程 65 分	核对患者姓名、床号	4	未核对扣 4 分		
	向患者解释操作目的及方法,以取得合作	5	解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	孕妇取膀胱截石位	3	不符合要求扣 3 分		
	常规会阴冲洗消毒	8	不符合要求扣 1~8 分		
	铺无菌巾	3	不符合要求扣 3 分		
	检查者戴无菌手套或指套	5	不符合要求扣 5 分		
	行阴道或肛门检查	8	不符合要求扣 1~8 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
	临产后开始画产程图	5	未画图扣5分		
	把每一次阴道或肛门检查所得的宫口扩张及先露高低情况,记录在坐标图上	5	未记录扣5分		
	用红色“O”表示宫口扩张,用蓝色“X”表示先露部最低点所处的水平,并用红线连接“O”,蓝线连接“X”,绘制出宫口扩张和胎头下降曲线	5	曲线不符合要求扣5分		
	协助患者取舒适体位	3	不符合要求扣3分		
	整理用物	6	不符合要求扣6分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣5分		
操作后评估 20分	宫口扩张及先露下降情况,产程进展情况	4	一处不符合要求扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作轻巧、记录准确;患者无不适感;整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

九、接生的护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	3	每项不符合要求扣0.5分		
	评估孕妇、胎儿情况,监测孕妇血压、呼吸、脉搏、宫缩;监测胎儿胎心率、胎动;评估孕妇的膀胱充盈、会阴体的弹性及皮肤情况	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	物品准备:产包、新生儿复苏辐射台、复苏器、大小面罩、各种型号气管插管、吸引器、吸痰管、新生儿喉镜、氧气、注射器 药品准备:肾上腺素、生理盐水、纳洛酮、缩宫素、维生素K ₁	7	少1件或1件不符合要求扣0.5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 65 分	核对孕妇姓名、床号,向患者解释操作目的,指导产妇正确屏气	3	一项不符合要求扣 1 分		
	调整床角度,产时会阴冲洗消毒,接生人员刷手消毒,助手协助打开产包,接生者铺产台准备接生	10	一项不符合要求扣 2 分		
	左手协助胎头俯屈,右手保护会阴,先用左手自胎儿鼻根部向下挤压,然后协助胎头外旋转	8	一项不符合要求扣 2 分		
	左手将胎儿颈部向下压,使前肩自耻骨弓下先娩出;再托胎儿颈部向上使后肩娩出	4	一项不符合要求扣 2 分		
	松开保护会阴的右手,将接生巾压向产妇臀下	2	不符合要求扣 2 分		
	双手协助胎体及下肢以侧位娩出,将新生儿轻柔放在产台上断脐,将计血器垫于产妇臀下计量出血量	3	一项不符合要求扣 1 分		
	擦干新生儿,撤掉湿巾,吸净口、鼻腔的黏液和羊水,无哭声可触摸新生儿背部或轻弹足底诱发呼吸	4	一项不符合要求扣 1 分,		
	处理脐带;托起新生儿,让产妇看清性别交护士	6	不符合要求扣 6 分		
	为新生儿测量体重、身长;查体;记录;在记录单上按左足印;右手带腕条;肌肉注射维生素 K ₁	7	一项不符合要求扣 1 分		
	新生儿生后 30 分钟内,与母亲皮肤接触 30 分钟以上	2	不符合要求扣 2 分		
	娩出胎盘,静脉或肌注缩宫素 10 单位,按摩子宫	4	不符合要求扣 4 分		
	检查胎盘、胎膜是否完整;有无副胎盘	2	不符合要求扣 2 分		
	检查软产道有无裂伤,有裂伤,按解剖结构缝合	4	不符合要求扣 4 分		
	协助产妇取舒适体位;整理用物;操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	63	一项不符合要求扣 2 分		
操作后评估 20 分	新生儿安全,会阴无Ⅲ度裂伤,阴道出血多少	3	不符合要求扣 3 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	提问目的、注意事项	10	一项回答不全或不回答扣 2 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;操作顺序正确,整个过程符合操作原则	4	不符合全过程酌情扣 1~4 分		

十、人工剥离胎盘护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣1分		
	评估产妇的全身情况、子宫收缩、阴道出血情况；胎盘滞留的原因	5	未评估扣5分，评估不全一处扣1分		
	备齐用物：灭菌手套、手术衣、消毒棉球	4	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对产妇姓名、床号	5	未核对扣5分		
	向产妇解释操作目的及方法，取得产妇的配合	5	解释不充分扣3分，患者不配合扣2分		
	取膀胱截石位	4	不符合要求扣4分		
	外阴重新消毒	7	顺序错误扣3分，不规范扣4分		
	术者更换手术衣及手套	6	一项不符合要求扣3分		
	一手置于腹部宫底部	4	不符合要求扣4分		
	另一手沿脐带伸入宫腔	4	不符合要求扣4分		
	摸到胎盘边缘，掌面向胎盘的母体面	4	不符合要求扣4分		
	以手掌的尺侧缘慢慢将胎盘自宫壁分离，等全部胎盘剥离后，握住胎盘并将胎盘娩出	8	不符合要求扣8分		
	安置产妇于舒适体位	4	不符合要求扣4分		
	向产妇交代注意事项	5	交代不清扣5分		
	整理用物	4	不符合要求扣4分		
	操作过程中能与患者良好沟通，取得合作	5	不符合要求扣5分		
操作后评估 20分	胎盘胎膜娩出完整，阴道出血减少	4	未评估扣4分，一处不符合要求扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量：动作轻巧、迅速、准确；未损伤子宫，整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

十一、会阴切开缝合护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	3	每项不合格扣 0.5 分		
	评估孕妇的全身状况、子宫收缩、胎儿情况；会阴体的弹性及高度	5	未评估扣 5 分，评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物：侧切缝合包内有包布 1 块、接生巾 1 块、侧切剪刀 1 把、线剪 1 把、持针器 1 把、有齿小镊子 1 把、止血钳 2 把、纱布 5 块、肠线、丝线、1% 利多卡因 10ml、20ml 注射器、7 号长针、碘伏	7	少 1 件或 1 件不符合要求扣 0.5 分		
操作流程 65 分	核对孕妇姓名、床号	2	未核对扣 2 分		
	向孕妇解释操作目的及方法，取得孕妇的配合	5	解释不充分扣 3 分，孕妇不配合扣 2 分		
	取膀胱截石位	2	不符合要求扣 2 分		
	外阴重新消毒	7	顺序错误扣 3 分，不规范扣 4 分		
	麻醉：术者左手手指在阴道内触及左坐骨棘作引导，右手持内有 1% 利多卡因的注射器	2	不符合要求扣 2 分		
	在左坐骨结节内侧向坐骨棘下方刺入，经回抽无血后注药 10ml，做阴部神经阻滞麻醉	4	不符合要求扣 4 分		
	然后边退针边注药 5~10ml，做扇形局部浸润麻醉	4	不符合要求扣 4 分		
	切开：术者左手中示指伸入胎先露与阴道侧后壁之间	4	不符合要求扣 4 分		
	右手持会阴切开剪自会阴后联合处斜向左下方与正中线呈 45°	4	不符合要求扣 4 分		
	一次剪开皮肤和阴道黏膜，一般长 3~4cm	6	长度错误扣 3 分，一次未剪开扣 3 分		
	缝合：用 0 号铬制肠线缝合阴道黏膜、肌层及皮下组织，最后 1 号丝线缝合皮肤	10	未按层缝合扣 5 分，对合不好扣 5 分		
	操作过程中能与孕妇良好沟通，取得合作	5	不符合要求扣 5 分		
	协助产妇取舒适体位	2	不符合要求扣 2 分		
	向产妇告知注意事项	3	告知不清扣 3 分		
	整理用物	5	不符合要求扣 5 分		

(续表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	产程缩短,避免会阴严重裂伤,减少新生儿并发症	4	未评估扣4分,一处不符合要求扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;会阴保持完整,整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

第三节 新生儿护理技术操作评分标准

一、新生儿评分护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣1分		
	评估新生儿的心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:钟表1只、听诊器1个及清洁毛巾	4	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	预热红外线辐射保温台(新生儿出生前)	5	不预热扣5分		
	新生儿出生后立即用毛巾擦干全身的羊水	5	不符合要求扣5分		
	吸出口鼻腔的痰液及羊水	5	不吸或不规范扣5分		
	根据新生儿的心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色等,按阿氏评分法进行第1次评分	10	一项不评扣2分		
	阿氏评分5项分数相加,8~10分属正常新生儿	4	评估错误扣4分		
	4~7分属轻度窒息,需清理呼吸道、人工呼吸、吸氧等处理	9	一项处理错误扣3分		
	0~3分属重度窒息,需紧急抢救,行喉镜在直视下气管内插管并吸氧	10	不插管扣7分,不吸氧扣3分		
	5分钟后再作第2次评分	4	不评分扣4分		
	如新生儿情况不好,第2次评分后每5分钟评分1次,同时做好监护和抢救	8	不评分或不做准备各扣4分		
	协助新生儿取舒适体位;整理用物	5	一处不符合要求扣2.5分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	新生儿心率、呼吸、肌张力、喉反射及皮肤颜色	5	一项不评扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣 1~2 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:评分准确;新生儿处理及时,整个过程符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

二、新生儿复苏护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	3	每项不合格 0.5 分		
	评估新生儿的呼吸、心率和皮肤颜色	5	未评估扣 5 分		
	药品准备:肾上腺素、纳洛酮、注射用水等急救药品。 物品准备:基础治疗盘、氧气、新生儿面罩气囊复苏器、低压吸引器,各种型号的气管插管、吸痰器、新生儿喉镜、垫巾、胶布、剪刀、胃管	7	少 1 件或 1 件不符合要求扣 0.5 分		
操作流程 65 分	预热保温台	2	未预热扣 2 分		
	置新生儿于辐射热源保温区,擦干身上的羊水、血迹;撤去湿巾;新生儿仰卧、肩部垫高 2~3cm,呈轻微颈伸仰位	6	一处不符合要求扣 2 分		
	吸净口腔、鼻腔的黏液	4	不符合要求扣 4 分		
	必要时协助医师气管插管以保证气道畅通	6	不符合要求扣 6 分		
	对新生儿进行触觉刺激,轻弹足底或摩擦背部	5	无刺激扣 5 分		
	必要时正压人工呼吸,可用面罩气囊或气管插管正压给氧。检查复苏气囊并接上氧气,选择大小合适的面罩接在气囊上。将面罩置于患儿面部形成密闭,即给 100%浓度氧气正压 15~30 秒的人工呼吸,频率为每分钟 40~60 次,手指压与放时间比为 1:1.5,首次呼吸所需压力为 30~40cm H ₂ O,以后为 20cmH ₂ O	16	给氧方法不符合要求扣 7 分,给氧浓度、频率、比例一项不符合要求扣 3 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	胸外按压。拇指法:用双手拇指压迫胸骨下1/3,双手环绕病儿胸廓,其余手指支撑病儿背部。双指法:用一手的中指和示指或中指与环指的指尖压迫胸骨,没有硬垫时用另一只手支撑患儿背部。压迫深度应为1.3~1.8cm,速度应为每分钟120次,每按压3次行人工呼吸1次	16	按压方法不符合要求扣7分,按压深度、速度、比例一项不符合要求扣3分		
	遵医嘱使用药物	5	不符合要求扣5分		
	协助新生儿取舒适体位,整理用物	5	一处不符合要求扣2.5分		
	新生儿体温、呼吸、心率、尿量及皮肤颜色	5	一处不符合要求扣1分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣3分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;复苏有效;整个过程符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣1~3分		

三、新生儿沐浴护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手,修剪指甲,佩戴胸牌	6	每项不合格扣1分		
	评估新生儿全身情况,皮肤污染程度	5	未评估扣5分,评估不全一处扣2.5分		
	备齐用物:备好新生儿衣服、尿布、柔软易吸水的大毛巾、无刺激性浴液、消毒棉签、无菌纱布,婴儿爽身粉、75%乙醇、一次性塑料布等	4	少1件或1件不符合要求扣0.5分		
操作流程 65分	调节室温在26~28℃,水温在38~42℃,沐浴的水以流动的水为宜	6	一处不符合要求扣2分		
	铺设大毛巾,解开新生儿包被,检查腕条	3	一处不符合要求扣1分		
	核对新生儿性别、产妇姓名、床号,脱去其衣服、尿布	5	一处不符合要求扣1分		
	用手腕内侧或手被测水温,铺塑料布于沐浴床并温热	6	一处不符合要求扣2分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	以左前臂托住新生儿背部,左手托住其头部,将婴儿下肢夹在左腋下,移至沐浴池	2	抱新生儿姿势不正确扣 2 分		
	洗净脸部,将儿头枕在左手腕上,用拇指和中指捏住新生儿双耳,洗头、颈、腋下、上肢、手、躯干、下肢,最后洗腹股沟、臀部及外生殖器	24	顺序错误扣 2 分,漏洗一处扣 2 分		
	然后用温水冲洗干净,洗腹部时应注意避免沾湿脐部	6	湿脐部扣 2 分,冲洗不符合要求扣 4 分		
	将新生儿抱至处置台上,用大毛巾沾干全身,脐带用 75%乙醇棉签擦拭,在颈部、腋下、腹股沟处撒少量爽身粉,穿衣服,包尿布	6	一处不符合要求扣 1 分		
	查对腕条、床头卡、放回婴儿床,送回母婴同室	4	一处不符合要求扣 1 分		
	核对产妇姓名、床号,整理用物	3	一处不符合要求扣 1 分		
	新生儿皮肤清洁、舒适;观察新生儿沐浴后的反应	4	一处不符合要求扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣 1~2 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	操作质量:动作轻柔、敏捷,注意保暖,整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣 1~4 分		

四、新生儿游泳护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	5	每项不合格扣 1 分		
	评估新生儿全身情况,脐带有无红肿、渗液、结痂等;皮肤有无损伤、皮疹	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:水池、一次性水袋、泳圈、脐带防水贴、水温表、基础治疗盘	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 65分	调节室温、室内环境	2	一处不符合要求扣1分		
	核对产妇姓名、新生儿腕带,向家属解释游泳的目的	6	一处不符合要求扣2分		
	放一次性水袋于池中,加温水、测量水温	6	一处不符合要求扣2分		
	测量婴儿颈围,选择适当的泳圈,检查泳圈有无破损,气囊充气	8	一处不符合要求扣2分		
	脐部贴好脐带防水贴,将泳圈从前到后套入婴儿颈部,扣好双重保险粘贴	6	一处不符合要求扣2分		
	将婴儿逐渐缓慢放入水中,医务人员协助婴儿肢体伸展活动,并给予轻柔抚触。游泳时间在10~20分钟	8	时间不够扣2分 一处不符合要求扣2分		
	一手托住婴儿颈部,一手抓住婴儿双腿离开水池	4	一处不符合扣2分		
	在工作台上取下泳圈,擦干身体,取下护脐贴,消毒脐部,穿衣	10	一处不符合扣2分		
	查对腕条、床头卡、放回婴儿床	6	一处不符合扣2分		
	送回母婴同室,核对产妇姓名、床号	6	一处不符合扣2分		
	整理用物	3	不符合要求3分		
操作后评估 20分	观察新生儿的反应,评估新生儿的皮肤清洁度	4	未评估扣4分,一处不符合要求扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣1~2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:动作轻柔;新生儿无不适感;医务人员始终在旁呵护;整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

五、臀部护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣 1 分		
	评估新生儿有无红臀、溃疡或皮疹；臀部的清洁度	5	未评估扣 5 分，评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物：尿布 1 块、小毛巾 1 块、护臀霜或鞣酸软膏	4	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对新生儿腕条	5	不符合要求扣 5 分		
	向家属解释操作的目的，以取得配合	5	不符合要求扣 5 分		
	排尿后撤去尿布	5	不符合要求扣 5 分		
	用湿纸巾擦净会阴部及臀部	7	不符合要求酌情扣 1~7 分		
	更换清洁尿布	5	不符合要求扣 5 分		
	排尿、排粪后用温水清洁臀部	7	不符合要求酌情扣 1~7 分		
	小毛巾蘸干	6	不符合要求酌情扣 1~6 分		
	涂护臀霜	5	不符合要求扣 5 分		
	更换清洁尿布	5	不符合要求扣 5 分		
	协助新生儿取舒适体位	5	不符合要求扣 5 分		
	向家属交代注意事项	5	不符合要求扣 5 分		
	整理用物	5	不符合要求扣 5 分		
操作后评估 20 分	臀部清洁、舒适	4	未评估扣 4 分，一处不符合要求扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	2	不符合规范酌情扣 1~2 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量：动作轻柔、敏捷、准确；新生儿不哭闹；整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣 1~4 分		

六、卡介苗接种护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣1分		
	评估新生儿全身状态,有无发热;接种部位有无损伤、皮疹	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:基础治疗盘1个、卡介苗专用注射器、卡介苗及缓冲液、卡介苗接种卡片	4	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	严格掌握接种指征	5	不掌握接种指征扣5分		
	核对、检查药液及卡介苗专用注射用水	4	一项未核对扣2分		
	无菌开启药瓶,注入注射用水	6	一处不符合要求扣3分		
	抽吸药液	4	抽吸药液不规范酌情扣1~4分		
	核对新生儿腕条、床头卡	4	一处不符合要求扣2分		
	向家属解释操作的目的,以取得配合	5	解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	取右侧卧位,显露左上臂三角肌	4	一处不符合要求扣2分		
	75%乙醇消毒待干	4	不符合要求扣4分		
	左手绷紧皮肤,右手持针呈10°~15°刺入,皮内注射	9	一处不符合要求扣3分		
	顺时针方向旋转针头45°拔针	4	不符合要求扣4分		
	再次核对药液	2	未核对药液扣2分		
	整理新生儿衣物	2	不整理扣2分		
	再次核对腕条及床头卡	4	未核对一项扣2分		
	填写卡介苗接种登记卡(三联单)	4	不符合要求扣4分		
	向家长交代注意事项及可能出现的反应	4	一项不符合要求扣2分		
操作后评估 20分	新生儿接种后全身和局部反映	3	不符合要求扣3分		
	对接种后废弃的注射器及安瓿要正确妥善处理	3	不符合规范酌情扣1~3分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣1~4分		

七、乙肝疫苗接种护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、戴口罩、洗手、佩戴胸牌	6	每项不合格扣 1 分		
	评估新生儿全身状态、有无发热；接种部位有无损伤、皮疹	5	未评估扣 5 分，评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物：基础治疗盘 1 个、乙肝疫苗专用注射器、乙肝疫苗接种卡片、乙肝疫苗	4	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作 流程 65 分	严格掌握接种指征	5	不掌握接种指征扣 5 分		
	核对新生儿出生时间	2	未核对扣 2 分		
	自冰箱内取出乙肝疫苗，检查有效期；充分摇匀；无菌开启安瓿；使用乙肝疫苗专用注射器；抽吸疫苗	10	一处不符合要求扣 2 分		
	核对新生儿腕条、床头卡	4	一处不符合要求扣 2 分		
	向家属解释操作的目的，以取得配合	5	解释不充分扣 3 分，患者不配合扣 2 分		
	取左侧卧位，显露新生儿右臂三角肌	4	一处不符合要求扣 2 分		
	皮肤常规消毒待干	4	不符合要求扣 4 分		
	左手绷紧皮肤，右手持注射器与皮肤呈 70°~90°，快速刺入针头的 2/3，固定针管放松皮肤，回抽无血，注入疫苗	12	一处不符合要求扣 2 分		
	快速拔出针头，用消毒干棉球按压针眼部位	4	一处不符合要求扣 2 分		
	再次核对药液	2	不符合要求扣 2 分		
	整理新生儿衣物	2	不整理扣 2 分		
	再次核对腕条及床头卡	4	一处不符合要求扣 2 分		
	填写乙肝疫苗接种登记卡(三联单)	3	不符合要求扣 3 分		
	向家长交代注意事项及可能出现的反应	4	一处不符合要求扣 2 分		
操作后评估 20 分	新生儿接种后全身和局部反应	3	不符合要求扣 3 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量：动作轻柔、迅速、准确；整个过程符合操作原则	4	不符合全过程要求酌情扣 1~4 分		

第9章 五官科护理技术操作评分标准

第一节 眼科护理技术操作评分标准

一、视力检查护理技术操作评分标准(100分)

科室:	姓名:	职称:	得分:		
程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣1分		
	评估患者病情、视力情况,如有无散瞳、应用药物及佩戴眼镜情况	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:眼罩、视力表、方凳、视杆	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣5分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未作解释扣5分,解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	协助患者取坐位或立位	5	一处不符合要求扣1分		
	用眼罩遮盖一侧眼镜,顺序先右后左	7	顺序错误扣5分,眼罩遮盖错误扣2分		
	嘱咐患者勿用手压迫眼球	5	不符合要求扣5分		
	根据患者情况选择合适的检查距离	8	不符合要求一处扣4分		
	视力表的照明符合要求	5	视力表光线不符合要求扣5分		
	在检查时从上至下,把能辨认的最小视标一行的字号记录下来	8	顺序颠倒扣5分,一处不符合要求扣2分		
	整理用物	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	洗手,记录	7	未洗手扣3分,一处不符合要求扣1分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣5分		
操作后评估 20分	视力检查过程是否顺利,所测数值是否准确	4	未评估扣4分,评估不全一项扣2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	操作质量:动作熟练、迅速、准确;患者配合良好,无紧张情绪,无不快感	6	不符合全过程要求酌情扣1~6分		

二、眼压测量护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情、角膜情况、有无传染性眼病	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:眼压计、表面麻醉药(0.4%盐酸奥布卡因)、氯霉素眼药水、记录单、笔	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣 5 分,核对不全一处扣 1 分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未做解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取仰卧位	5	不符合要求扣 5 分		
	测量前将眼压计垂直放置于校准台上,校准指针为“0”	6	未检测眼压计扣 6 分,检测错误扣 3 分		
	表面麻醉药做结膜囊表面麻醉 2~3 次	5	未做表麻扣 5 分,次数不够扣 1 分		
	75%乙醇消毒眼压计底板	3	表面麻醉次数不够扣 1 分未消毒扣 3 分,消毒方法不对扣 1 分		
	嘱患者双眼向正上方注视一固定目标,使角膜保持水平正中位置	5	手法不符合要求酌情扣 1~5 分		
	眼压计垂直地轻放在角膜中央观察指针所批示的刻度,然后提起眼压计	8	眼压计未垂直放、施加压力过大各扣 4 分		
	测量后滴入氯霉素眼药水	5	测量后未滴眼药水扣 5 分		
	整理用物	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	擦干眼压计备用	3	未擦干眼压计扣 3 分		
	洗手,记录	5	未洗手扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣 5 分		
操作后评估 20 分	操作过程是否正确;测量数值是否准确	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

三、眼部备皮护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣1分		
	评估患者病情,眼部情况、有无传染性眼病	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:治疗盘内放眼科剪刀、治疗巾、0.5%红霉素眼药膏、棉签、弯盘、纱布	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对床号、姓名、眼别及手术部位	5	未核对扣5分,核对不全一处扣1分		
	向患者解释操作目的及方法、备皮的范围,取得患者的配合	5	未做解释扣5分,解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	备皮部位:剪除患侧上下眼睑睫毛	3	部位选择错误扣3分		
	再次核对床号、姓名、眼别及手术部位	5	未再次核对酌情扣1-5分		
	垫治疗巾于枕下	2	未垫治疗巾扣2分		
	患者取平卧位,护士立于患者床头	5	不符合要求扣5分		
	用棉签蘸取红霉素眼膏涂于眼科剪刀刀刃上,沿上下睑缘剪除睫毛至根部	8	操作手法不符合要求扣6分,部位不准确扣2分		
	操作后清理留在上下睑缘的睫毛,避免落入患者眼内	5	一处不符合要求扣2分		
	备皮后用无菌纱布遮盖术眼	3	不符合要求扣3分		
	操作中指导患者放松,勿做眨眼动作	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	备皮区皮肤清洁,备皮区皮肤无损伤	4	一项不符合要求扣2分		
	整理用物,关心患者,安置患者	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	洗手,记录	5	未洗手扣3分,一处不符合要求扣1分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣5分		
操作后评估 20分	睫毛剪除是否符合要求,范围是否准确	4	未评估扣4分,评估不全一项扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣1~3分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作后质量:动作轻巧、稳当、符合操作原则;患者无不快感	3	不符合全过程要求酌情扣1~3分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

四、泪道冲洗护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情及泪道情况	5	未评估扣 5 分		
	备齐用物：泪道冲洗针头，一次性注射器 2~5ml、泪点扩张器、生理盐水或 0.25%氯霉素眼药水、纱布、表面麻醉药	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名、眼别	5	未核对扣 5 分，核对不全一项扣 1 分		
	向患者解释操作目的，并讲解操作方法及配合方式，取得患者的配合	5	未做解释扣 5 分，解释不充分扣 3 分，患者不配合扣 2 分		
	再次核对床号、姓名、眼别	5	未再次核对酌情扣 1~5 分		
	患者取仰卧位，护士站在患者头侧	5	不符合要求扣 5 分		
	向结膜囊内滴入表面麻醉药 2~3 次，每次间隔 3 分钟	5	未麻醉扣 5 分，麻醉间隔时间、次数不符合要求各扣 1 分		
	拉开下睑内眦部，充分显露下泪小点	5	不符要求酌情扣 1~5 分		
	将注射器前端的冲洗针头垂直睑缘插入下泪小点 1mm，然后转水平进入下泪小管，注入冲洗液	8	抽取冲洗液方法错误扣 2 分，冲洗方法错误扣 5 分，一处不符合要求扣 1 分		
	询问患者口中有无液体流入，并观察液体有无反流、回流及有无脓液冲出	7	一处不符合要求扣 1 分		
	冲洗完毕，用纱布擦干眼部	3	不符合要求扣 3 分		
	恢复眼睑	2	不符合要求扣 2 分		
	整理用物，关心患者，安置患者于舒适体位	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	洗手，记录，判断结果	5	未洗手扣 3 分，一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通，取得合作	5	不符合要求扣 5 分		
操作后评估 20 分	泪道冲洗过程是否顺利；是否能对泪道情况作出正确判断	4	未评估扣 4 分，评估不全一项扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合要求酌情扣 1~3 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作后质量：动作轻巧、有条不紊；符合操作原则；患者无不适感与疼痛感	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

五、结膜下注射护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣1分		
	评估患者眼部情况	5	未评估扣5分		
	备齐用物：棉签、一次性注射器(2.5ml)、表面麻醉药、抗生素眼药水、眼罩或纱布、胶布	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者床号、姓名、眼别、注射液	5	未核对扣5分，核对不全一项扣1分		
	向患者解释操作目的，并讲解操作方法及配合方式，取得患者的配合	5	未作解释扣5分，解释不充分扣3分，患者不配合扣2分		
	再次核对床号、姓名、眼别及注射液	5	未再次核对酌情扣1-5分		
	取坐位或仰卧位，护士站在患者头侧	5	不符合要求扣5分		
	向结膜囊内滴入表面麻醉药2~3次，每次间隔3分钟	5	未麻醉扣5分，麻醉时间、次数不符合要求各扣1分		
	患者向注射部位相反的方向注视	5	不符合要求扣5分		
	将针头在角膜缘后5mm处，避开血管，倾斜刺入球结膜下，进针角度与眼球表面呈10°~15°，缓缓将药液注入，此时可见球结膜呈鱼泡样隆起	10	抽取冲洗液错误扣2分，注射方法错误扣5分，一处不符合要求扣1分		
	恢复眼睑	3	不符合要求扣5分		
	遵医嘱眼部用药，盖眼罩或纱布覆盖	7	一处不符合要求扣2分		
	整理用物，关心患者，安置患者于舒适体位	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	洗手，记录	5	未洗手扣3分，一处不符合要求扣1分		
	操作过程中能与患者良好沟通，取得合作	5	不符合要求扣5分		
操作后评估 20分	结膜下注射过程是否顺利；结膜下注射后效果	4	未评估扣4分，评估不全一项扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣1~3分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作后质量：动作轻巧、稳当、有条不紊；符合操作原则；结膜下注射后无异常情况出现	3	不符合全过程要求酌情扣1~3分		

第二节 耳鼻喉科护理技术操作评分标准

一、咽喉部喷雾护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情、咽喉部情况及心理状态	5	未评估扣 5 分		
	备齐用物：喷雾器、压舌板、额镜、立灯、间接喉镜、药液、纱布	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名、药液	5	未核对扣 5 分，核对不全一项扣 1 分		
	向患者解释操作目的，并讲解操作方法及配合方式，取得患者的配合	5	未做解释扣 5 分，解释不充分扣 3 分，患者不配合扣 2 分		
	再次核对患者床号、姓名、药液	5	未再次核对酌情扣 1~5 分，		
	戴额镜	4	未戴额镜扣 4 分		
	协助患者取坐位	5	不符合要求扣 3 分		
	嘱患者张口，用压舌板压低舌面，观察口腔有无溃疡、感染、出血等。	4	未观察扣 4 分，观察不全少一项扣 1 分		
	取喷雾器自上而下对口腔内及咽喉部喷入药物，喷头勿触及咽部，以免引起患者恶心	12	顺序不对、部位不全各扣 5 分，患者出现恶心扣 2 分，一处不符合要求扣 1 分		
	观察患者反应，嘱其将药物吐出	5	不符合要求扣 5 分		
	整理用物，安置患者于舒适体位	5	不符合要求酌情扣 1-5 分		
	向患者告知注意事项	5	未告知注意事项扣 5 分，		
	洗手，记录	5	未洗手扣 3 分，一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通，取得合作	5	不符合要求扣 5 分		
操作后评估 20 分	咽喉部喷雾过程是否顺利；咽喉部喷雾后效果	4	未评估扣 4 分，评估不全一项扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	操作后质量：动作轻巧、稳当、有条不紊；符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

二、外耳道滴药护理技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣1分		
	评估患者病情、外耳道情况及生命体征	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	备齐用物：治疗盘1个、治疗巾、棉签、无菌小棉球、滴耳药液、3%过氧化氢溶液、生理盐水	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者床号、姓名、耳别、药水	5	未核对扣5分，核对不全一项扣1分		
	向患者解释操作目的，并讲解操作方法及配合方式，取得患者的配合	5	未做解释扣5分，解释不充分扣3分，患者不配合扣2分		
	再次核对患者床号、姓名、耳别、药水	5	未再次核对酌情扣1~5分		
	取侧卧位，头部垫治疗巾，头偏向健侧，患耳朝上	7	体位不符合要求扣1~5分，未垫治疗巾扣2分		
	用棉签擦拭外耳道内的分泌物，必要时用3%过氧化氢擦拭，擦干	4	未擦拭外耳道扣3分，未擦干扣1分		
	轻拉耳廓，充分显露外耳道	4	不符合要求酌情扣1~4分		
	将药液顺外耳道后壁缓慢滴入药液3~5滴后，轻压耳屏，使药液充分进入中耳腔，将小棉球塞入外耳道，避免药液流出而影响药效	10	滴药液方法错误扣5分，一处不符合要求扣2分		
	嘱患者保持原体位3~5分钟后坐起	5	不符合要求扣5分		
	观察患者反应，滴药后的效果	5	不符合要求扣5分		
	整理用物，安置患者于舒适体位	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	洗手，记录	5	未洗手扣3分，一处不符合要求扣1分		
	操作过程中能与患者良好沟通，取得合作	5	不符合要求扣5分		
操作后评估 20分	外耳道滴药过程是否顺利，滴药后效果	4	未评估扣4分，评估不全一项扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣1~3分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	操作后质量：动作轻巧、稳当、有条不紊；符合操作原则，患者滴药后感觉舒适	3	不符合全过程要求酌情扣1~3分		

第 10 章 急诊、急救护理技术操作评分标准

第一节 院前急救护理技术操作评分标准

一、简易呼吸器使用技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者有无自主呼吸及呼吸型态, 呼吸道是否通畅, 有无义齿, 患者的意识、脉搏、血压情况	5	未评估扣 5 分, 评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物: 简易呼吸器、连接管、面罩、氧气装置、纱布、弯盘	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	呼救	2	不符合要求扣 2 分		
	患者仰卧, 去枕, 头后仰, 清除口腔内可见异物及义齿	6	未取下义齿扣 3 分, 一处不符合要求扣 1 分		
	拉开床头使之离墙 40~60cm, 摆正头位, 操作者站立在患者头顶位置	5	一项不符合要求扣 2 分		
	连接面罩、储气袋、氧气连接管、接氧气, 调节氧流量至每分钟 8~10L	10	一处连接错误扣 2 分		
	面罩充分罩住患者口鼻, 一手固定面罩, 采用“EC”手法	8	手法错误扣 4 分, 面罩未罩住口鼻扣 4 分		
	按压球体, 将气体送入肺内, 送气时间 1 秒, 规律性地按压球体, 提供足够吸气/呼气时间	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	成人每分钟 10~12 次、儿童每分钟 14~20 次、婴儿每分钟 35~40 次, 成人每次可吸入 400~600ml 的气体	5	频率错误扣 5 分		
	随时观察应用效果及患者的情况; 观察患者胸廓是否起伏, 判断通气量是否合适	8	未观察扣 8 分, 观察不全一项扣 2 分		
	清洁患者口鼻及面部	6	一项不符合要求扣 2 分		
	安置患者于舒适体位, 整理床单位, 清理用物	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	脱手套, 洗手, 记录	5	未洗手扣 3 分, 一处不符合要求扣 1 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	简易呼吸器操作是否有效;操作后效果及患者状态	4	未评估扣 4 分,评估不全一处扣 2 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作稳重、熟练应变力强,关爱患者,有效沟通,操作时间<5 分钟	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分,每超过 1 分钟扣 1 分		

二、环甲膜穿刺护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	不符合要求一处扣 1 分		
	评估患者的意识状态及呼吸形态	5	未作评估扣 5 分		
	备齐用物:16 号粗针头 1~4 个、T 形管、氧气连接管、氧气装置、橡胶手套	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者	5	未核对患者扣 5 分		
	向患者解释操作目的,并讲解操作方法及配合方式,取得患者的配合	5	未做解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	患者取仰卧位,肩下垫枕,头向后仰	5	不符合要求扣 5 分		
	选择穿刺部位:甲状软骨与环状软骨之间的凹陷处	6	未选择穿刺部位扣 6 分,部位选择错误扣 3 分		
	消毒穿刺部位皮肤,戴手套	3	未消毒扣 2 分,未戴手套扣 1 分		
	左手示指触摸穿刺部位,拇指及中指将两侧皮肤绷紧;右手将穿刺针垂直刺入	8	穿刺未一次成功各扣 5 分,穿刺针未垂直刺入扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	穿刺成功后,固定针头	5	未固定扣 5 分,固定方法错误扣 3 分,		
	连接氧气装置	3	不符合要求扣 3 分		
	吸出气道内的分泌物	7	方法错误、不符合无菌操作原则各扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	安置患者于舒适体位,整理用物	8	用物整理不符合要求扣 5 分,一处不符合要求扣 1 分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20 分	洗手,记录	5	未洗手扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣 5 分		
	环甲膜穿刺是否成功;穿刺后效果及患者状态	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 2 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 2 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、稳当、有条不紊;符合操作原则,患者滴药后感觉舒适	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

三、绷带包扎护理技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、洗手、戴口罩、佩戴胸牌	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者病情、意识状态、受伤部位及伤口情况	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:绷带、三角巾、无菌纱布、丁字带、干净毛巾等	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	选择包扎的材料	2	材料选择错误扣 2 分		
	核对患者姓名	5	不符合要求扣 5 分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未做解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取适宜体位	5	不符合要求扣 5 分		
	伤口要先用无菌纱布覆盖	3	不符合要求扣 3 分		
	选择宽窄合适的绷带,右手持绷带,从远心端开始向近心端包扎	8	未从远心端开始包扎扣 5 分,一处不符合要求扣 2 分		
	先用环形包扎法包扎 2~3 圈,根据包扎部位选择合适的包扎方法,最后再用环形包扎法包扎 2~3 圈	10	顺序错误扣 5 分,一处不符合要求扣 2 分		
	固定绷带	5	不固定扣 5 分,固定不牢扣 1 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作后评估 20分	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣5分		
	协助患者取舒适体位向患者告知注意事项	8	未告知注意事项扣5分, 一处不符合要求扣1分		
	整理用物	5	用物整理不符合要求扣5分		
	观察患者情况,转送患者	4	不符合要求扣4分		
	肢体包扎、固定情况;肢体是否保持功能位;肢体末梢血液循环良好	4	未评估扣4分,评估不全一项扣2分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣2分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣1~3分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;患者无不适感;包扎外形美观,松紧度适宜,牢固可靠;整个过程符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣1~3分		

四、止血带止血法护理技术操作评分标准(100分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、洗手、戴口罩、佩戴胸牌	5	一处不符合要求扣1分		
	评估患者病情、意识状态、受伤部位及伤口情况、出血的性质及量	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:适合上、下肢使用的止血带,大、小毛巾数块	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者姓名	5	未核对扣5分		
	向患者解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣5分,解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	协助患者取适宜体位	5	不符合要求扣5分		
	用大小合适的毛巾垫于出血肢体上1/3处抬高患肢	8	未垫毛巾扣2分,位置不对扣3分,未抬高患肢各扣3分		
	选择粗细合适的止血带,在靠近伤口近端的地方,打止血带,起到压迫作用	8	打止血带方法错误扣5分,一处不符合要求扣2分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
	检查止血的效果及肢体远端的动脉搏动情况,记录使用日期、时间、部位,做好标记,便于观察	10	未检查、未记录扣 5 分,检查不全面、记录不全面各扣 2 分,少一处扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣 5 分		
	向患者告知注意事项	5	未告知注意事项扣 5 分		
	整理用物,协助患者取舒适体位	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	观察患者情况,转送患者	3	不符合要求扣 1~3 分		
	转运过程中止血带每隔 30~60 分钟松开 1~2 分钟	6	未按时松开止血带扣 4 分,松开时间不准确扣 2 分		
操作后评估 20 分	止血效果;远端肢体颜色,感觉有无异常,远端动脉搏动情况	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、准确;止血效果满意	3	符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

第二节 院内急救护理技术操作评分标准

气管插管术护理配合技术操作评分标准(100 分)

科室: 姓名: 职称: 得分:

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、洗手、戴口罩、佩戴胸牌	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者的意识、呼吸状态及牙齿情况	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:气管插管、咽喉镜、开口器、压舌板、宽胶布、导管芯、牙垫、气囊测压表或 5ml 注射器、吸引装置、吸痰管、听诊器、简易呼吸器及氧气装置	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		

(续 表)

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣 5 分		
	戴手套	2	未戴手套扣 2 分		
	用吸引管吸净患者口鼻分泌物,去除假牙;检查、安装喉镜	5	未取出义齿、喉镜安装错误各扣 2 分,一处不符合要求扣 1 分		
	拉开床头使之离墙有 40~60cm,取下床头,用简易呼吸器辅助呼吸,高浓度给氧 2~3 分钟	3	一处不符合要求扣 1 分		
	患者取仰卧位,头向后仰,操作者站在患者的头顶	3	一处不符合要求扣 1 分		
	用右拇指与食指推开患者下唇及下颌,使口张开,左手插入喉镜,暴露声门	5	一处不符合要求扣 1 分		
	右手将气管导管插入气管,插过声门 1cm 左右,导管插入的同时,迅速抽出导管芯,再将导管端旋转插入 2cm 左右	10	方法错误扣 5 分,插入过深或过浅各扣 2 分,一次未成功扣 5 分,一处不符合要求扣 1 分		
	挤压呼吸囊,观察胸廓是否有起伏并用听诊器听两肺呼吸音是否对称。	4	未听诊呼吸音扣 2 分,一处不符合要求扣 1 分		
	塞牙垫,并固定,用注射器或气囊测压表向套囊内注入空气	6	不固定扣 5 分,固定不牢扣 2 分,一处不符合要求扣 1 分		
	并用记号笔在导管上做标记,并用软尺测量气管插管外露长度	7	未做记号、未测量各扣 3 分,测量方法错误扣 1 分		
	安置患者,整理用物	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	洗手,记录患者情况及气管插管外露长度	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	检查气管插管前端在气管内的位置,调整插管位置	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
操作后评估 20 分	是否保持呼吸道畅通保障有效通气,利于分泌物清除;插管后患者的状态	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不紊	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

第三节 重症监护护理技术操作评分标准

一、呼吸机使用护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、洗手、戴口罩、佩戴胸牌	5	一处不符合要求扣 1 分		
	评估患者意识、呼吸情况、呼吸音及血气分析情况	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:呼吸机 1 台、模肺、管路 1 套、氧气、蒸馏水、听诊器、呼吸过滤器、呼吸机连接管	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣 5 分		
	向患者或家属解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取适宜体位	3	不符合要求扣 3 分		
	选择合适的呼吸机环路连接,检查连接是否正确;连接电源、氧气、压缩空气,打开电源	8	呼吸机环路连接错误扣 5 分,一处不符合要求扣 1 分		
	接上模肺,检测呼吸机,确认呼吸机正常工作,打开湿化器,设置水温(温度 32~37℃)	7	未检测扣 3 分,检测方法错误扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	根据患者的情况选择合适的呼吸模式,将呼吸机和患者连接	6	选择模式不合适、人机对抗各扣 4 分		
	观察各项参数设置是否正确	5	不符合要求扣 5 分		
	观察患者胸壁运动是否对称协调,用听诊器评估两侧呼吸音是否对称	6	一处不符合要求扣 3 分		
	协助患者取舒适体位,整理床单位	5	不符合要求扣 5 分		
	向患者或家属交代注意事项,整理用物	5	一处不符合要求扣 1 分		
	洗手,记录	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣 5 分		
操作后评估 20 分	呼吸机参数是否设置,患者是否出现人机对抗,缺氧症状是否改善	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不紊	3	符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

二、经口咽通气道气管内吸痰护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、洗手、戴口罩、佩戴胸牌	5	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣 1 分,未佩戴胸牌扣 1 分,不洗手扣 1 分		
	观察患者神志、呼吸状况,听诊(气管及两肺)是否有痰鸣音,判断痰液的多少和位置	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:中心负压装置、口咽通气道、吸痰盘、治疗碗 1 个、蒸馏水 1 瓶、一次性吸痰包数个、听诊器、污物桶、头皮针、吸氧管	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣 5 分		
	向患者或家属解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取适宜体位	3	不符合要求扣 3 分		
	检查吸引装置,压力调节适宜	4	不符合要求酌情扣 1~4 分		
	倒无菌蒸馏水,选择合适的口咽通气道,将患者取平卧位,开放气道,肩部垫小枕,尽量使头后仰,放置口咽通气道,再放置吸痰管	10	体位错误、口咽通气道放置方法错误各扣 5 分,误入食管扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	观察患者的呼吸或嘱患者咳嗽(小儿可按压气管使其咳嗽),确认吸痰管在气管内	5	判断方法错误扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	吸气或咳嗽时将吸痰管插入到气管内,上下移动吸痰管将痰液吸净,每次吸痰时间不宜过长	10	吸痰手法错误、不符合无菌要求各扣 5 分,一处不符合要求扣 1 分		
	吸痰过程中观察患者的生命体征变化及口唇有无发绀,吸痰时要保证氧气吸入	8	一处不符合要求扣 1 分		
	协助患者取舒适体位,整理床单位	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	整理用物,洗手、记录	5	一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求扣 5 分		
操作后评估 20 分	痰鸣音是否减少、吸痰效果、吸痰管处理是否正确	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不紊	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

三、中心静脉压监测护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、洗手、戴口罩、佩戴胸牌	5	一处不符合要求扣 1 分		
	观察患者神志、生命体征及有无躁动、咳嗽等	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:一次性压力传感器、延长管、压力袋、袋内装肝素水、三通、多功能监护仪 1 台	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣 5 分		
	向患者或家属解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	检查中心静脉置管是否通畅	5	不符合要求扣 5 分		
	协助患者取平卧位	5	不符合要求扣 5 分		
	正确连接测压装置,通过压力连接管和三通开关,使导管尾端与输液装置和压力换能器、多功能监护仪相连	10	连接错误扣 5 分,每错一处扣 1 分,不符合无菌操作原则扣 5 分		
	调节监护仪压力通道	4	未设置扣 4 分,设置错误扣 2 分		
	压力换能器应与右心房处于同一水平(腋中线与第四肋间交点),转动三通使换能器中心导管相通校对零点,监护仪显示数据及波形	6	未校对零点扣 5 分,零点位置错误扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	每次测压前应调定零点	4	不符合要求扣 4 分		
	中心静脉压正常值:5~12cmH ₂ O。如果 CVP<25cmH ₂ O,提示右心房充盈欠佳或血容量不足;CVP>20cmH ₂ O,提示右心功能不良或血容量超负荷	6	未掌握 CVP 正常值及 CVP 数值意义各扣 3 分,		
	测量完毕,调节三通开关,保持静脉导管通畅。协助患者取舒适体位,整理床单位	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	整理用物,洗手,记录	5	一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
操作后评估 20 分	CVP 数值是否准确,患者的心功能及容量情况	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不紊	3	符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

四、有创动脉血压监测护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、洗手、戴口罩、佩戴胸牌	5	一处不符合要求扣 1 分		
	观察患者神志、生命体征及有无躁动	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:一次性压力传感器、延长管、压力袋、袋装肝素水、三通、皮肤消毒物品、穿刺针、多功能监护仪 1 台	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣 5 分		
	向患者或家属解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取平卧位	5	不符合要求扣 5 分		
	进行桡动脉穿刺,消毒范围 20cm × 10cm,穿刺成功后妥善固定	7	消毒范围不够扣 2 分,不符合无菌要求扣 3 分,固定不牢扣 2 分		
	将压力袋及传感器连接好,压力袋内充分加压至绿区,并与动脉紧密相连	10	连接错误扣 5 分,每连接错误一处扣 1 分,不符合无菌要求扣 5 分		
	调节监护仪压力通道	4	未设置扣 4 分,设置错误扣 2 分		
	将压力传感器置于无菌治疗巾中	3	不符合要求扣 3 分		
	每 24 小时局部消毒并更换 1 次治疗巾	5	不符合要求扣 5 分		
	校对零点,监护仪显示数据及波形	6	未校对零点扣 5 分,方法错误扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	协助患者取舒适体位,整理床单位	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	整理用物,洗手、记录	5	一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
操作后评估 20 分	动脉血压数值是否准确,能否直接反应患者血压情况	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不紊,符合操作原则	3	符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

五、经膀胱腹腔内压监测护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、洗手、戴口罩、佩戴胸牌	5	一处不符合要求扣 1 分		
	观察患者意识状态及生命体征情况	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:一次性压力传感器、压力袋、50ml 注射器、500ml 袋装盐水、一次性引流袋、三通 2 个、多功能监护仪 1 台、导尿包内含 Foley 导尿管、无菌剪刀	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣 5 分		
	向患者或家属解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取平卧位	5	不符合要求扣 5 分		
	留置导尿,过程顺利,排空尿液严格无菌操作	7	导尿不成功不得分,不符合无菌要求扣 5 分,一处不符合要求扣 1 分		
	正确连接测压装置,将压力传感器置于无菌治疗巾中防止污染	10	连接错误扣 5 分,每错一处扣 1 分,不符合无菌要求扣 5 分		
	每 24 小时局部消毒并更换 1 次治疗巾	5	不符合要求扣 5 分		
	压力转换器放在耻骨联合水平处,将转换器通大气压,转换器校对零点	5	未校对零点扣 5 分,零点位置错误扣 3 分		
	将膀胱排空后,经导尿管注入生理盐水 50ml,关闭注射器连接阀,打开与压力传感器相通的连接阀,监护仪 UBP 显示的数值即为腹内压(单位 mmHg)	8	未排空膀胱、注入盐水量错误、注入速度过快各扣 2 分,一处符合要求扣 1 分		
	协助患者取舒适卧位,整理用物	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	洗手,记录	5	一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
操作后评估 20 分	膀胱压数值是否准确,能否直接反映患者腹腔内压情况	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不紊,符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

六、漂浮导管插入术护理配合技术操作评分标准(100分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15分	衣帽整齐、洗手、戴口罩、佩戴胸牌	5	衣、帽、口罩、鞋不整洁各扣1分,未佩戴胸牌扣1分,不洗手扣1分		
	观察患者意识状态及生命体征情况	5	未评估扣5分,评估不全一处扣1分		
	备齐用物:基础治疗盘1套、压力连接管、三通、输液器、无菌手套、一次性注射器10支、18号穿刺针1支、多功能监护仪、除颤器、压力传感器及其测压管1套、漂浮导管1套、敷料包1个、器械包1个等抢救器材、治疗卡、药物	5	少1件或1件不符合要求扣1分		
操作流程 65分	核对患者床号、姓名	5	未核对扣5分		
	向患者或家属解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣5分,解释不充分扣3分,患者不配合扣2分		
	签署漂浮导管插入术知情同意书	6	未签署同意书扣6分		
	协助患者取平卧位	5	不符合要求扣5分		
	心电监护、建立静脉通道、鼻导管吸氧、床旁准备必要的抢救器材	4	一处不符合要求扣1分		
	配合术者消毒皮肤、铺无菌巾;洗穿刺器械,连接管及导管;将漂浮导管置入经颈内、锁骨下或股静脉穿刺置入的鞘管内,在压力监测下推送导管,确定位置正确后将导管锁定在鞘管上,用透明胶布包扎	10	一处不符合要求扣1分		
	校对零点	5	未校对零点扣5分		
	测量肺动脉压及中心静脉压、肺毛细血管嵌压、心排量方法正确	10	测量方法错误不得分,一处不符合要求扣1分		
	协助患者取舒适卧位,整理用物	5	不符合要求酌情扣1~5分		
	洗手,记录	5	一处不符合要求扣1分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	一处不符合要求扣5分		
操作后评估 20分	患者的意识状态及生命体征变化	4	未评估扣4分,评估不全一项扣1分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣1分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣1~3分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不紊,符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣1~3分		

第二部分 专科护理技术操作评分标准

七、气压治疗仪使用护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	观察患者病情、生命体征及有无禁忌	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:治疗车、气压治疗仪 1 台、插排 1 个	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名、医嘱及治疗计划	5	未核对扣 5 分 核对不全一处扣 1 分		
	向患者或家属解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取舒适卧位,注意保暖	5	不符合要求扣 5 分		
	连接电源;把适配器与机器插口相连接	3	连接错误扣 3 分		
	显露双下肢,套上护套,同时使用脚底刺激板	4	一处不符合要求扣 1 分		
	护套内不要进入毛发、衣角及其他异物	3	不符合要求扣 3 分		
	套好护套后拉拉链,拉链应拉到头	2	拉链未拉到头扣 2 分		
	检查插口是否连接正确,有无松脱漏气情况	10	连接错误扣 4 分,未检查扣 5 分,检查不全一处扣 1 分		
	设定参数,每次治疗时间 15~20 分钟,范围 0.1~0.2kgf/cm ² 。	8	一处不符合要求扣 2 分		
	使用过程中观察患者有感觉异常或感觉痛苦	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	协助患者取舒适卧位;整理用物	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	洗手,记录	5	一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
操作后评估 20 分	气压治疗的效果及患者的反应	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不紊,符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

八、振动排痰机使用护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	观察患者病情、生命体征及有无禁忌	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:振动排痰机 1 台、一次性鞋套、治疗单	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操作流程 65 分	核对患者床号、姓名、医嘱及治疗计划	5	未核对扣 5 分,核对不全一处扣 1 分		
	向患者或家属解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取侧卧位,注意保暖	5	不符合要求扣 5 分		
	治疗前,先了解患者的病情、体征、X 线胸片情况,判断治疗的频率及重点治疗部位	7	一处不符合要求扣 1 分		
	连接电源,根据成人或儿童设定 CPS 速度,设定治疗时间 5~20 分钟	6	一处不符合要求扣 2 分		
	选择适当的叩击头,叩击头外套,一次性鞋套,接上叩击接合器,直接将叩击头作用于胸廓,一手轻轻握住叩击头手柄,另一手引导叩击头,轻加压力(1kg 左右),以便感觉患者的反应	10	叩击头选择错误扣 4 分、压力过大或过小各扣 3 分,未套一次性鞋套扣 2 分,一处不符合要求扣 1 分		
	治疗时平稳握住叩击头,由下而上,由外向里叩击,每个部位叩击 30 秒左右,然后移到下一部位,直至整个胸廓	7	顺序颠倒扣 4 分,一处不符合要求扣 1 分		
	使用过程中观察患者有感觉异常或感觉痛苦	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	协助患者取舒适卧位,整理用物	5	不符合要求酌情扣 1 分		
	洗手,记录	5	一处不符合要求扣 1~5 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
操作后评估 20 分	振动排痰的效果、患者的情况及痰液的量、性质	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不稳,符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

九、亚低温治疗仪使用护理技术操作评分标准(100 分)

科室： 姓名： 职称： 得分：

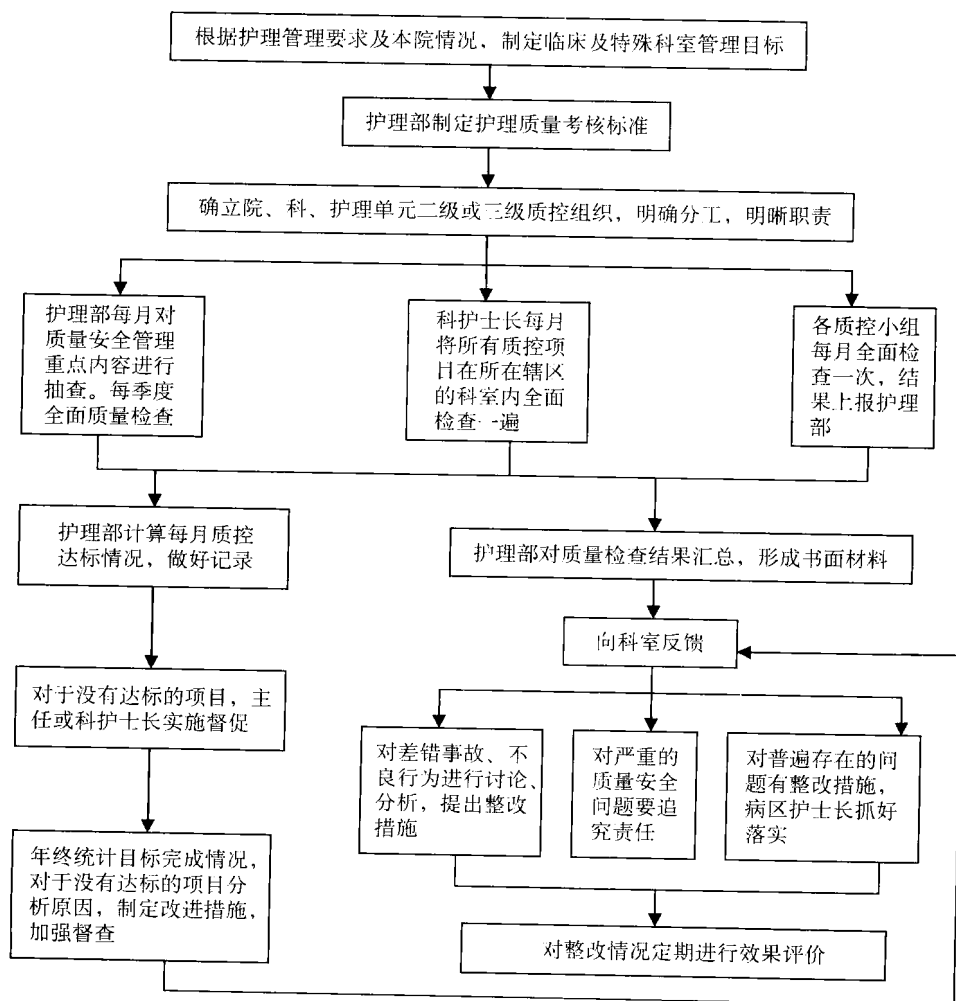
程序	实施要点	分值	评分标准	扣分	得分
操作前准备 15 分	衣帽整齐、佩戴胸牌、洗手、戴口罩	5	一处不符合要求扣 1 分		
	观察患者病情、生命体征及有无禁忌	5	未评估扣 5 分,评估不全一处扣 1 分		
	备齐用物:亚低温治疗仪 1 台、蒸馏水、乙醇、电源	5	少 1 件或 1 件不符合要求扣 1 分		
操 作 流 程 65 分	核对患者床号、姓名、医嘱及治疗计划	5	未核对扣 5 分,核对不全一处扣 1 分		
	向患者或家属解释操作目的及方法,取得患者的配合	5	未解释扣 5 分,解释不充分扣 3 分,患者不配合扣 2 分		
	协助患者取舒适卧位	5	不符合要求扣 5 分		
	向机器内加入乙醇 500ml 和蒸馏水至水位线	4	水位不够,加入液体错误各扣 2 分		
	将毯面平铺于患者背下(大单下面),铺设时避免毯面出现折叠或皱褶,用连接管将主机与毯面连接好,连接体温传感器,避免连接管扭曲	10	连接错误、操作不熟练各扣 3 分,一处不符合要求扣 1 分		
	接通电源,将腋温传感器头置于腋窝内	3	不符合要求扣 3 分		
	评估患者体温情况,根据患者体温设定机器水温及所要达到体温的上下限,按体温开关及水温开关“ON/OFF”,液晶屏上显示“开”,机器正常运转	8	设置不符合要求不得分,不符合要求一处扣 1 分		
	观察患者病情变化及体温情况	5	一处不符合要求扣 1 分		
	先将腋窝传感器撤离,再关掉电源,撤去冰毯,清洁消毒备用	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	协助患者取舒适卧位,整理用物	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
	洗手,记录	5	一处不符合要求扣 1 分		
	操作过程中能与患者良好沟通,取得合作	5	不符合要求酌情扣 1~5 分		
操作后评估 20 分	振肺排痰的效果、患者的情况及痰液的量、性质	4	未评估扣 4 分,评估不全一项扣 1 分		
	提问目的、注意事项	10	一项内容回答不全或回答错误扣 1 分		
	用后物品处理符合消毒技术规范	3	不符合规范酌情扣 1~3 分		
	操作质量:动作轻巧、迅速、有条不紊,符合操作原则	3	不符合全过程要求酌情扣 1~3 分		

第三部分 护理工作流程

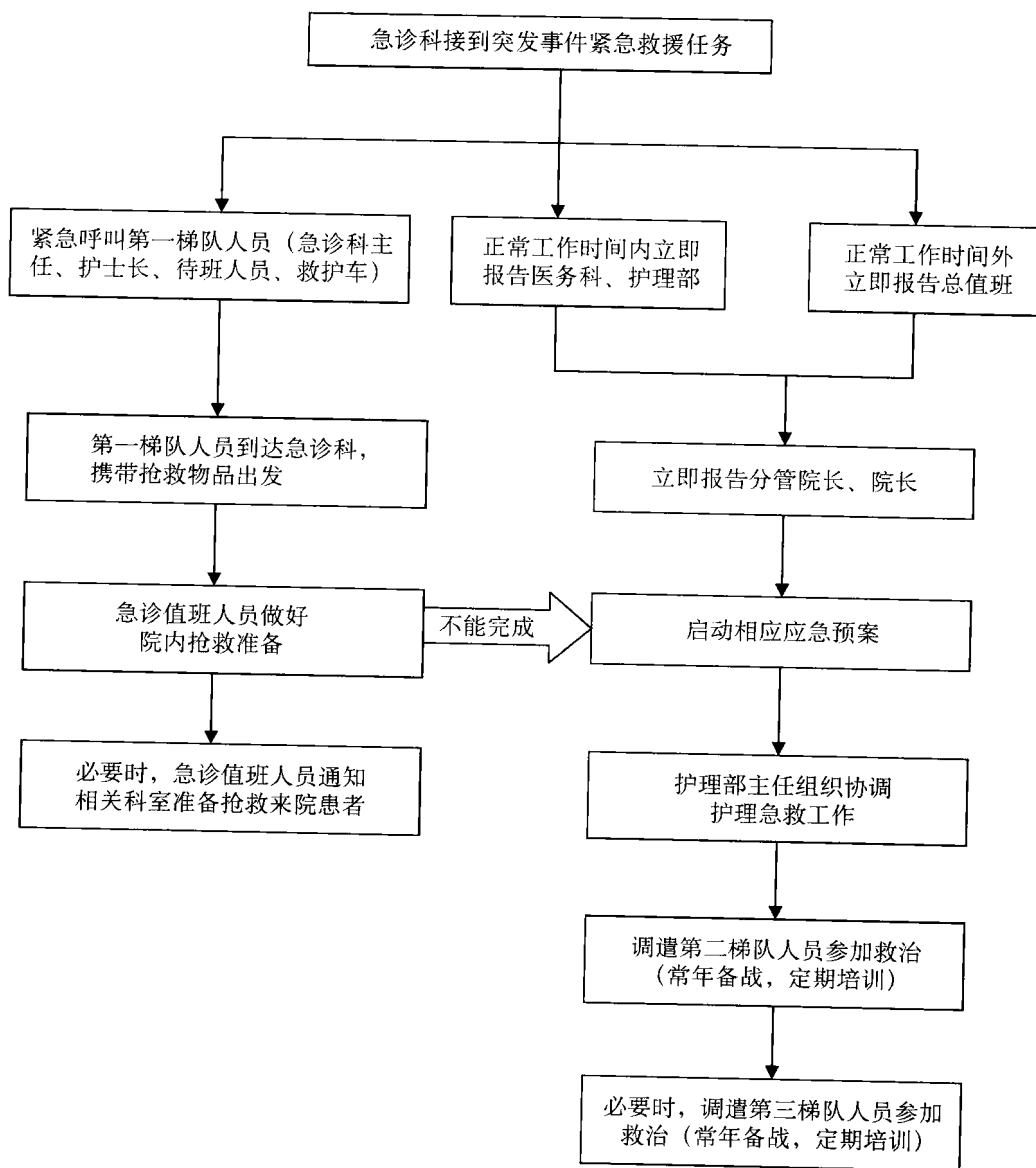
第 11 章 护理质量安全管理工作流程

第一节 护理部安全管理工作流程

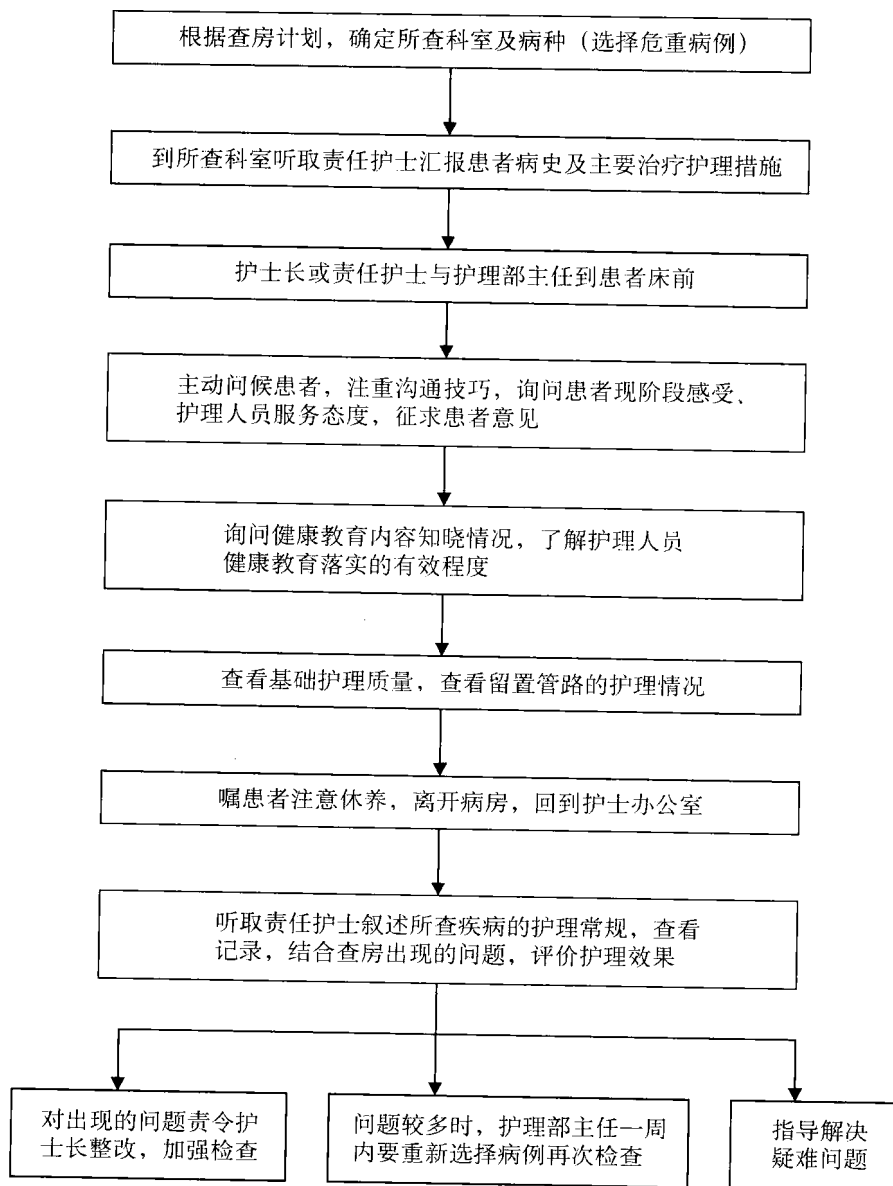
一、护理部质量控制流程



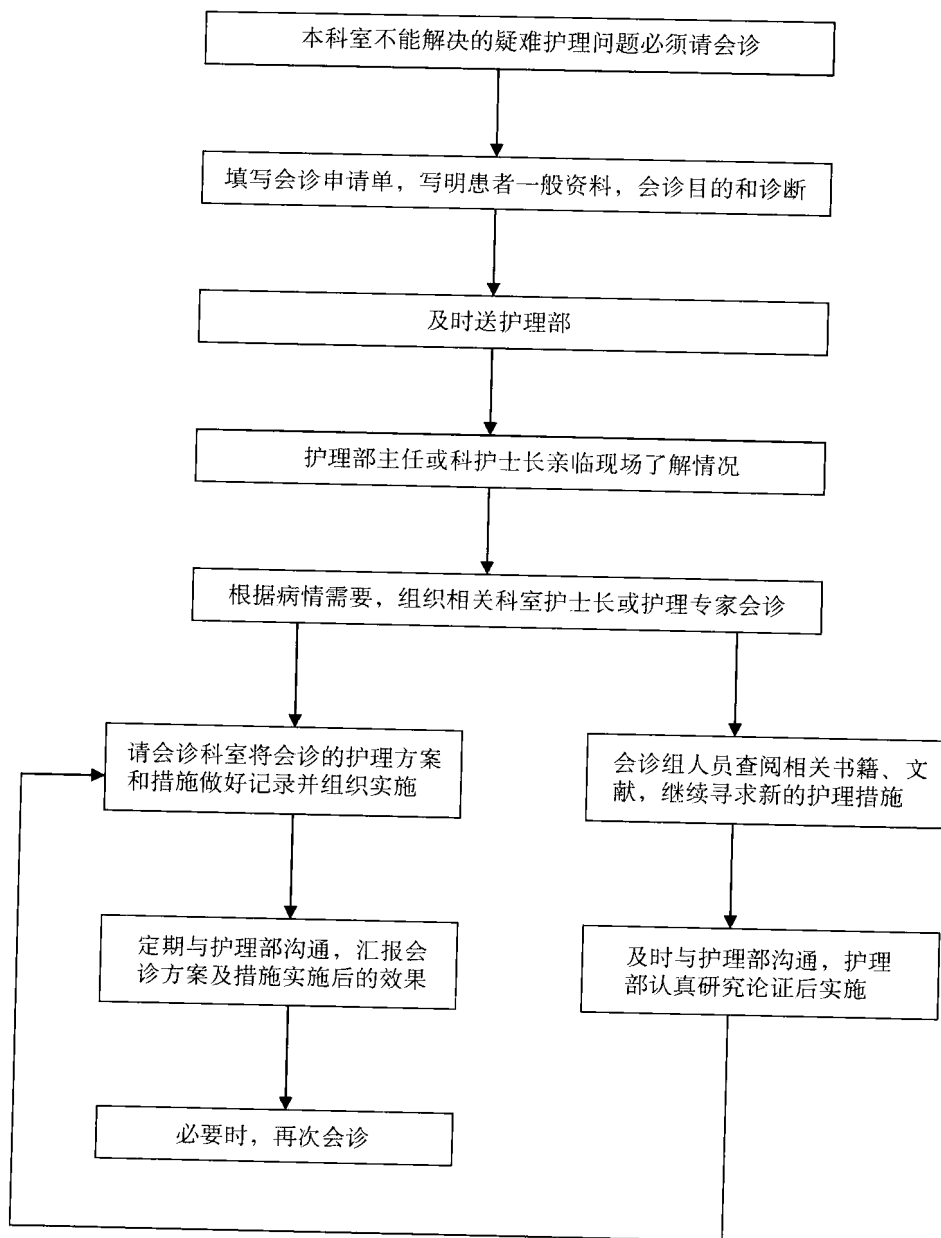
二、突发事件护理人员紧急调配流程



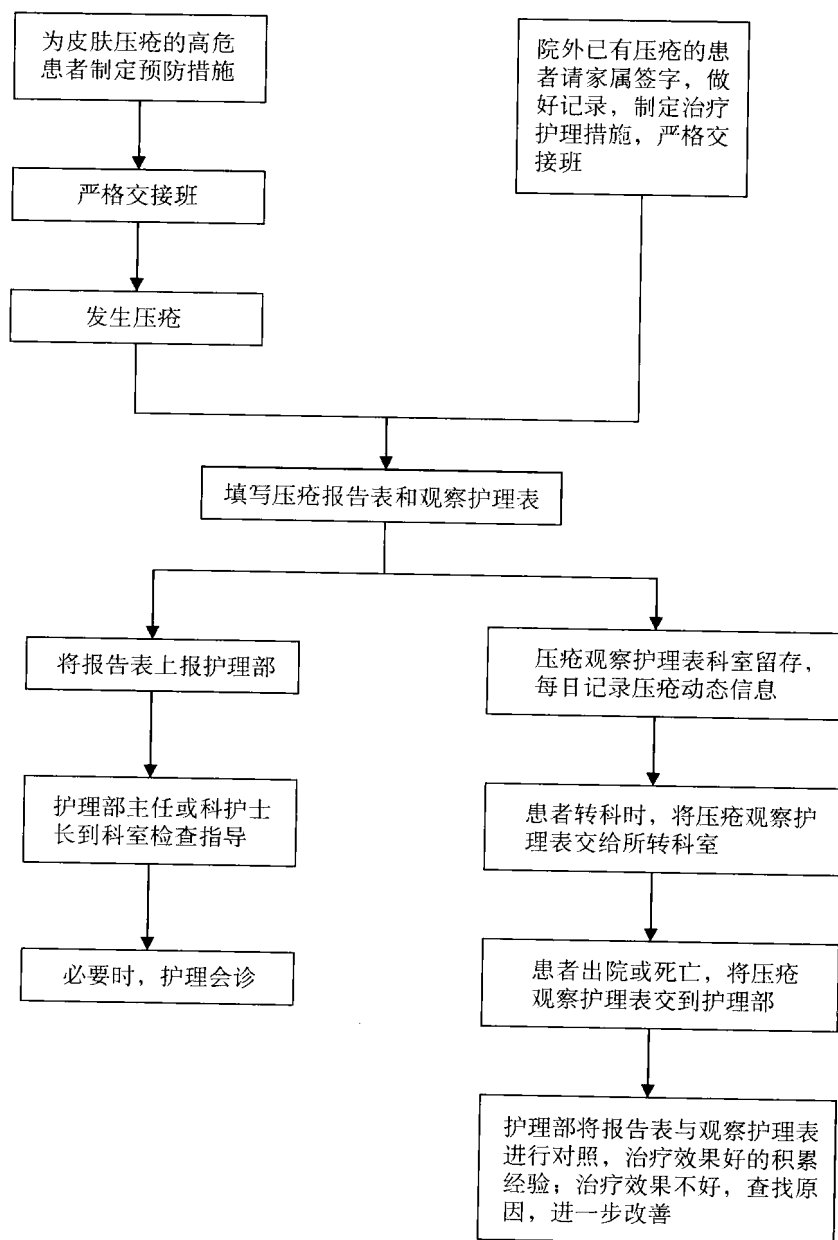
三、护理查房流程



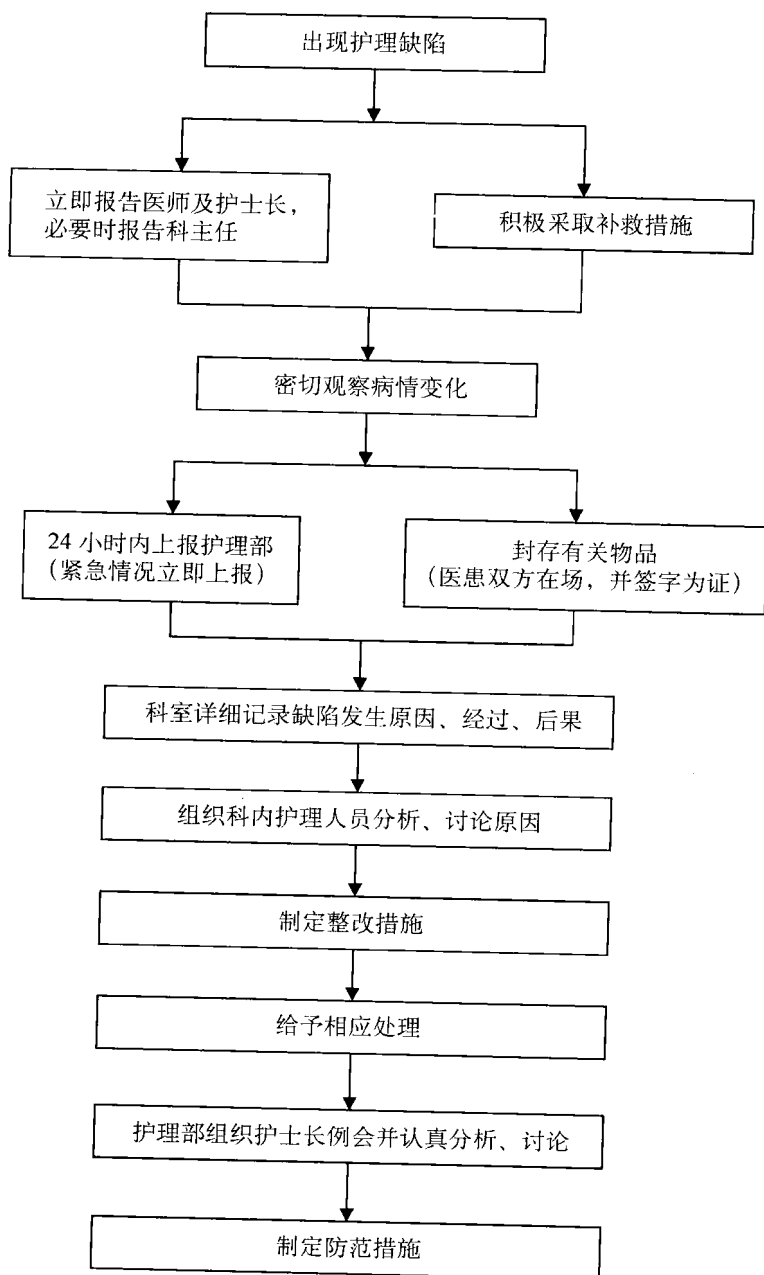
四、护理会诊流程



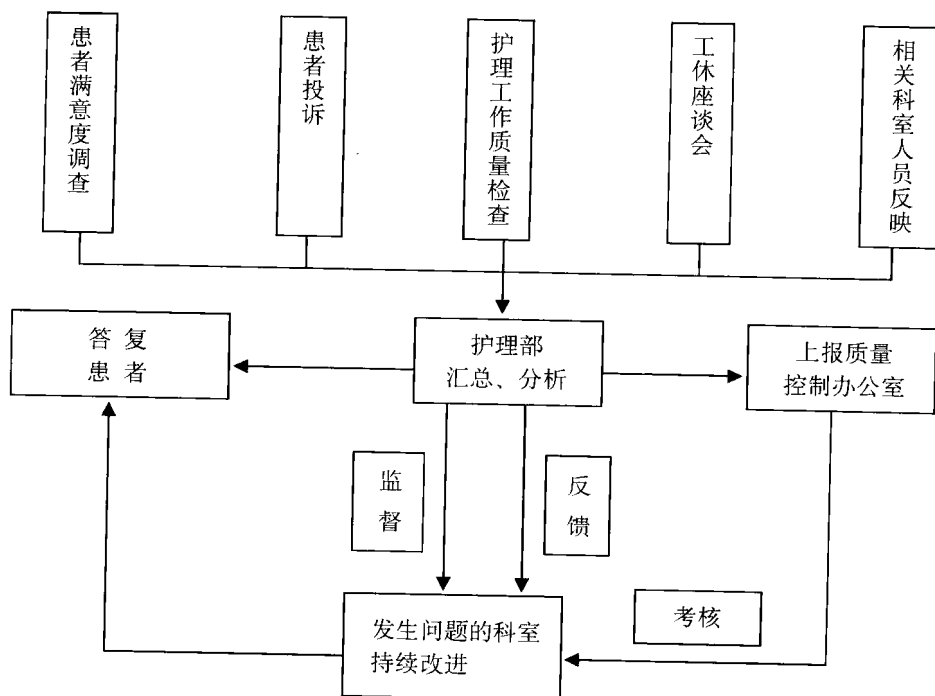
五、皮肤压疮上报处理流程



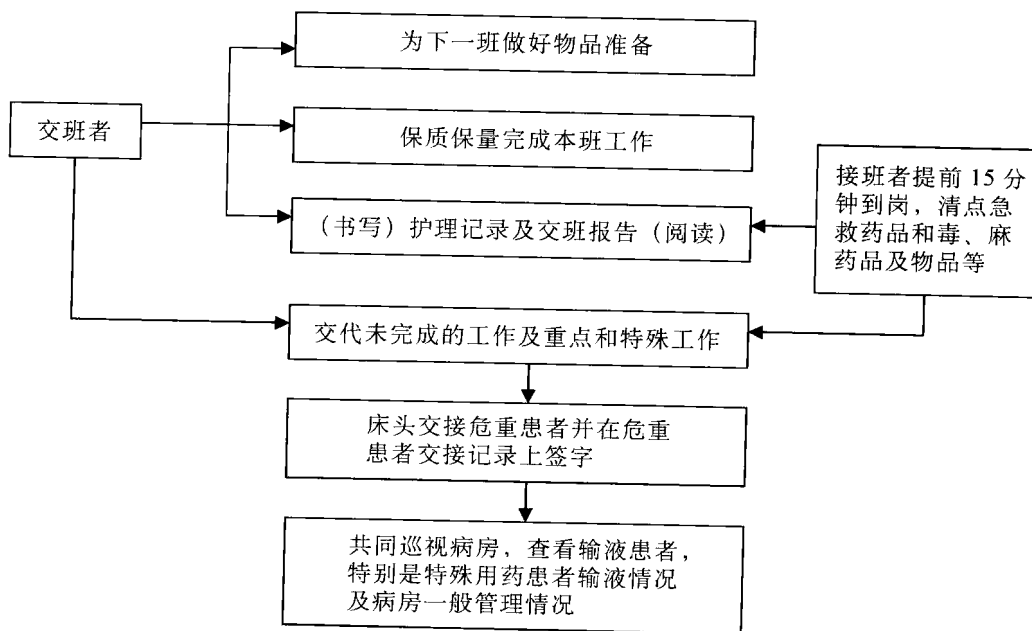
六、护理缺陷处理流程



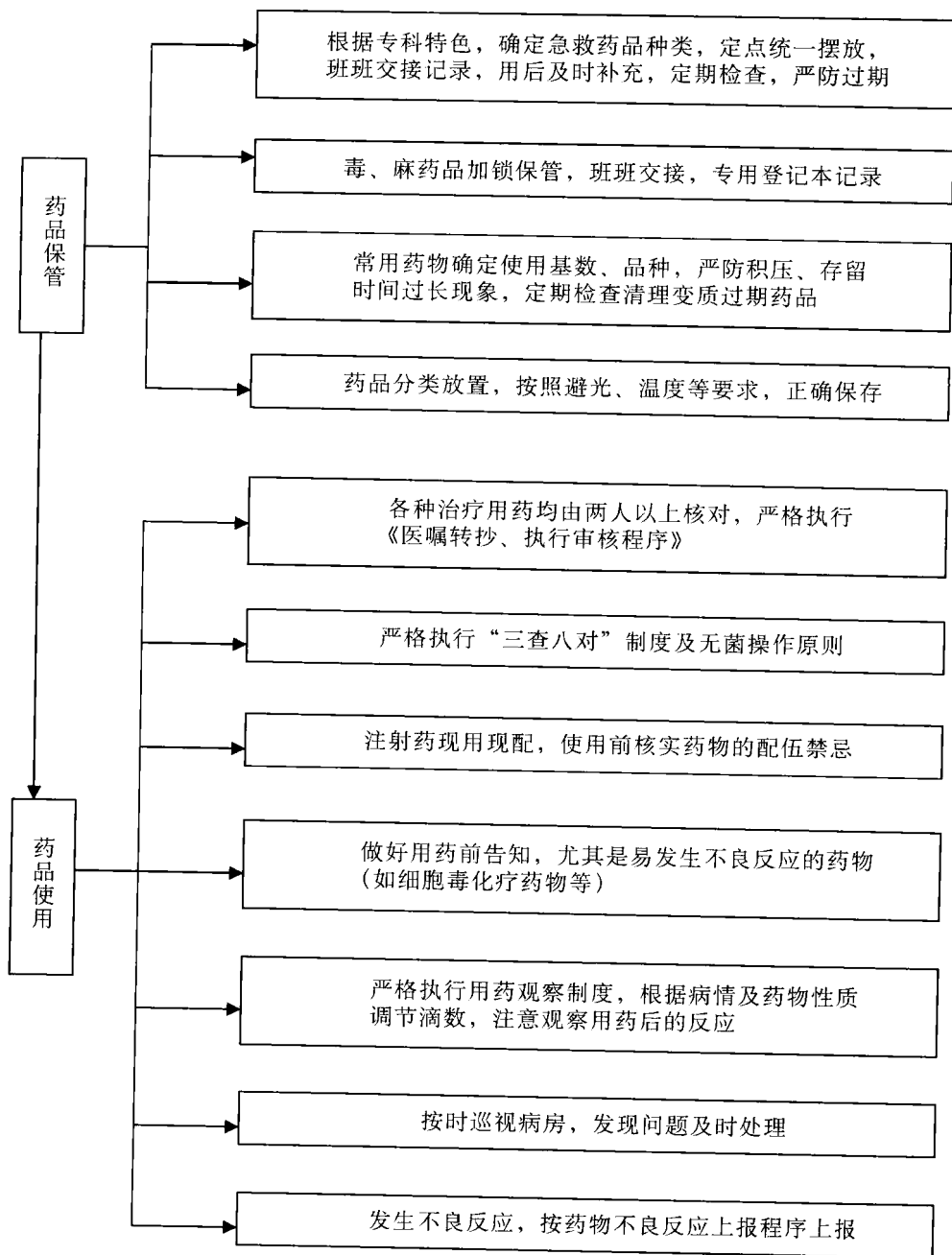
七、护理服务问题收集的渠道与程序



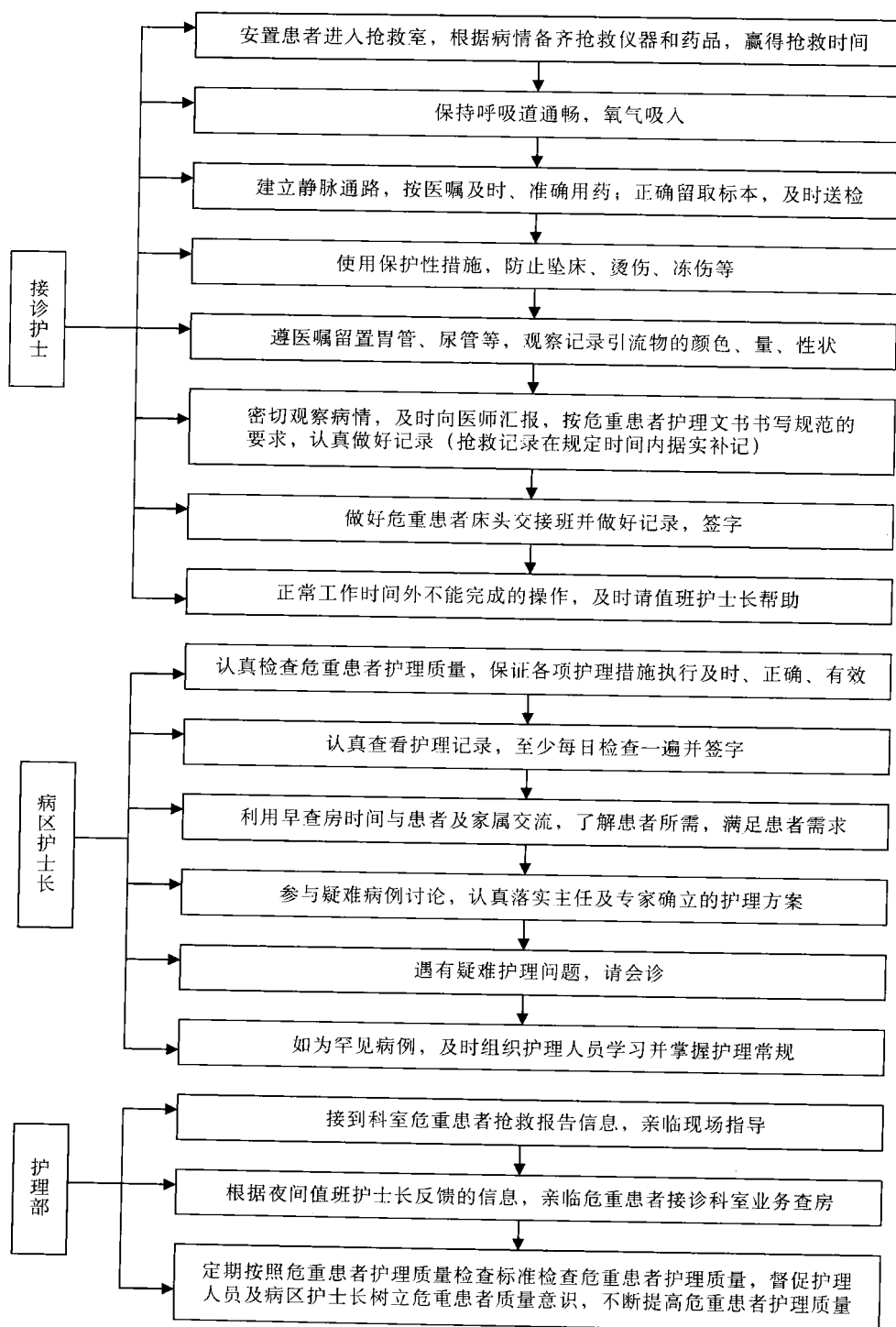
八、护理交接班流程



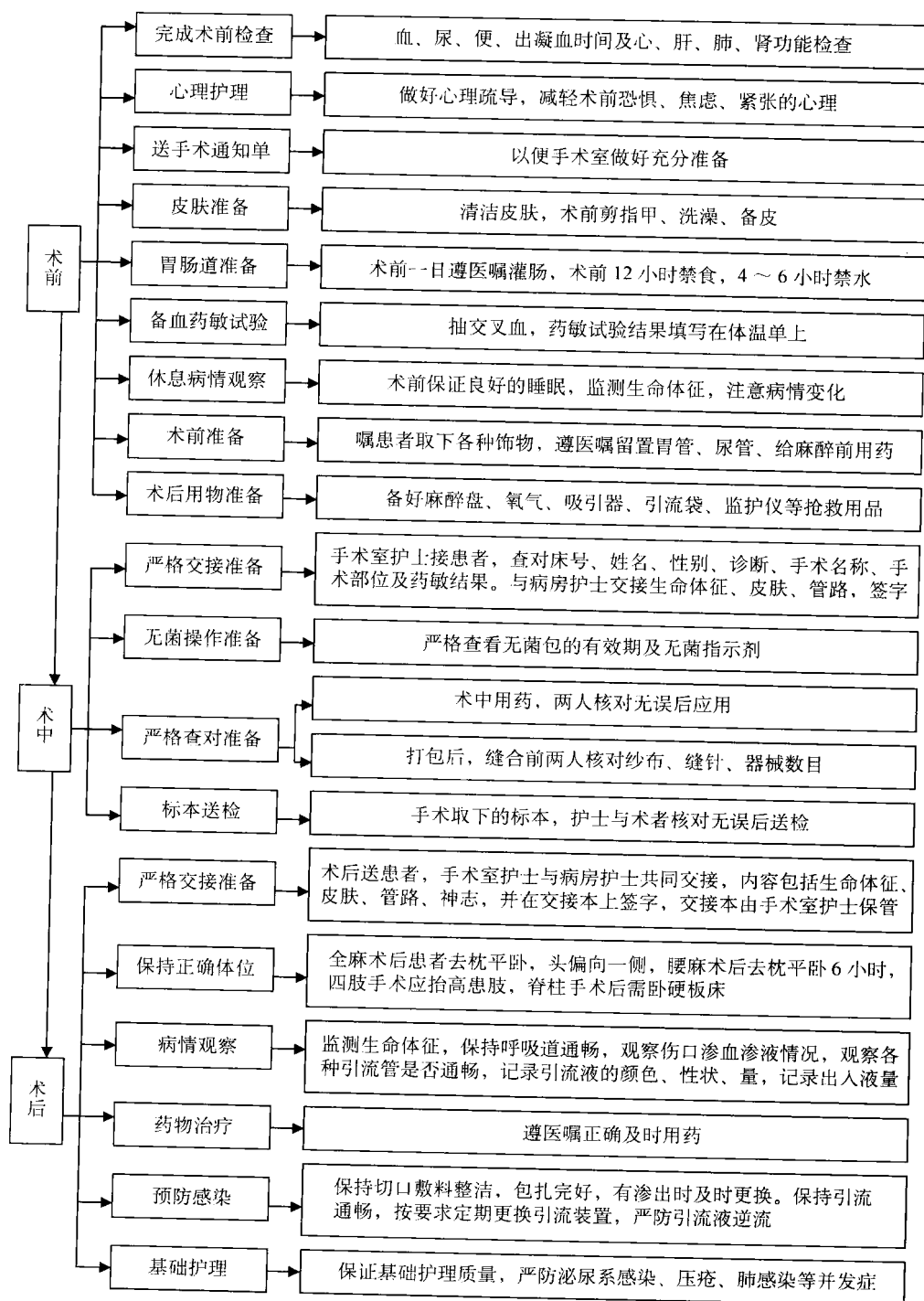
九、药物不良反应质量控制关键流程



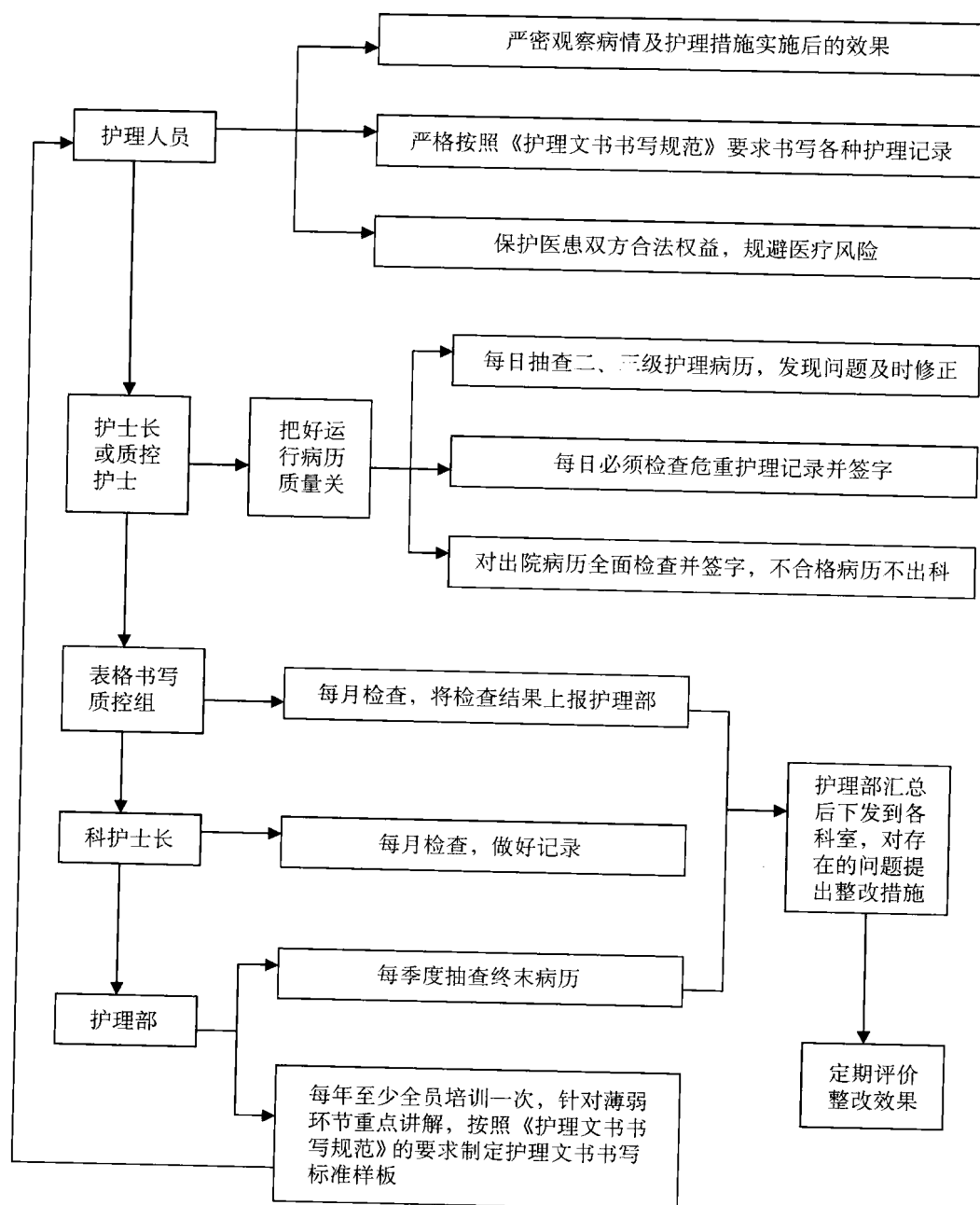
十、危重患者质量控制关键流程



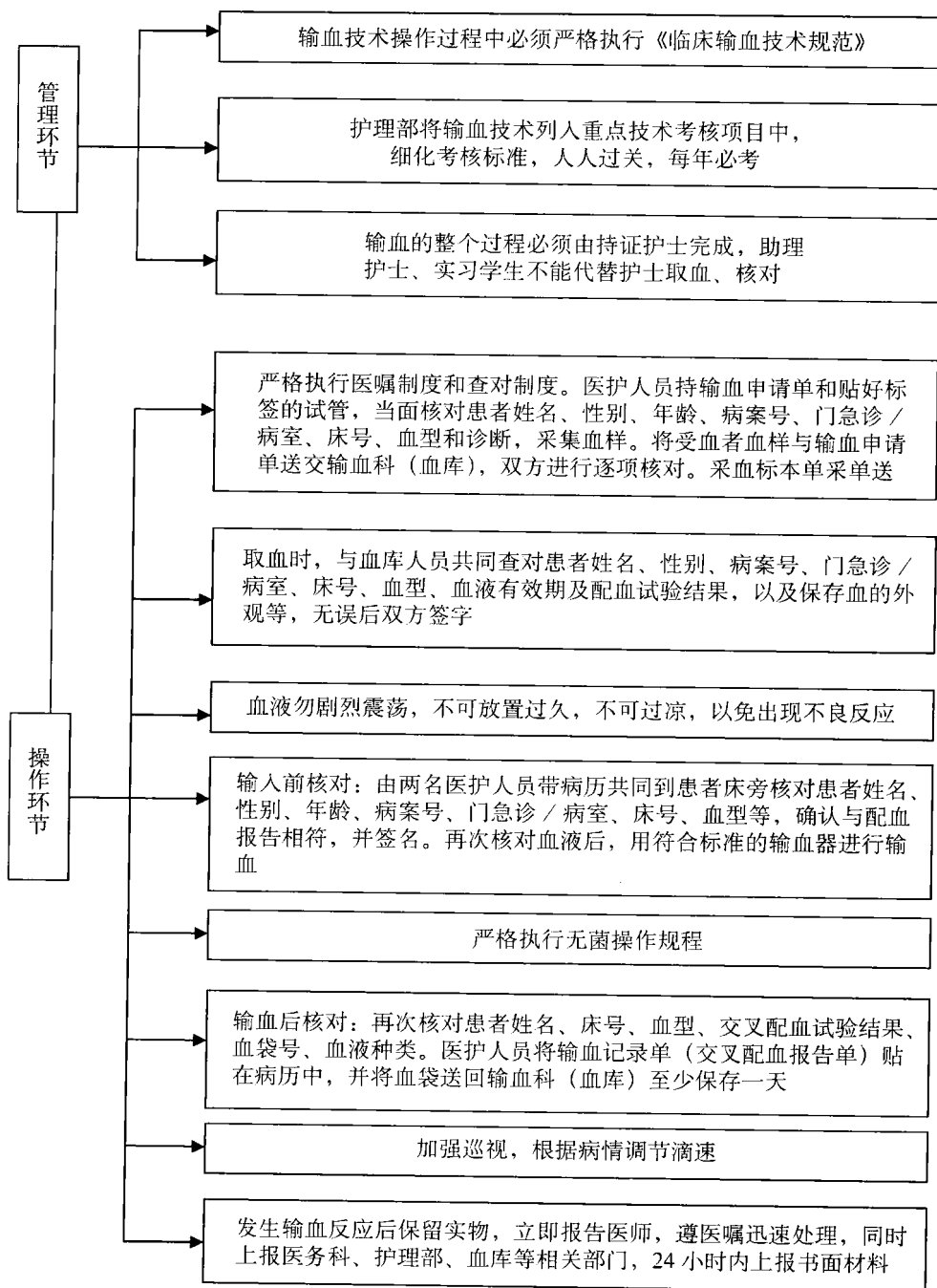
十一、围术期质量控制关键流程



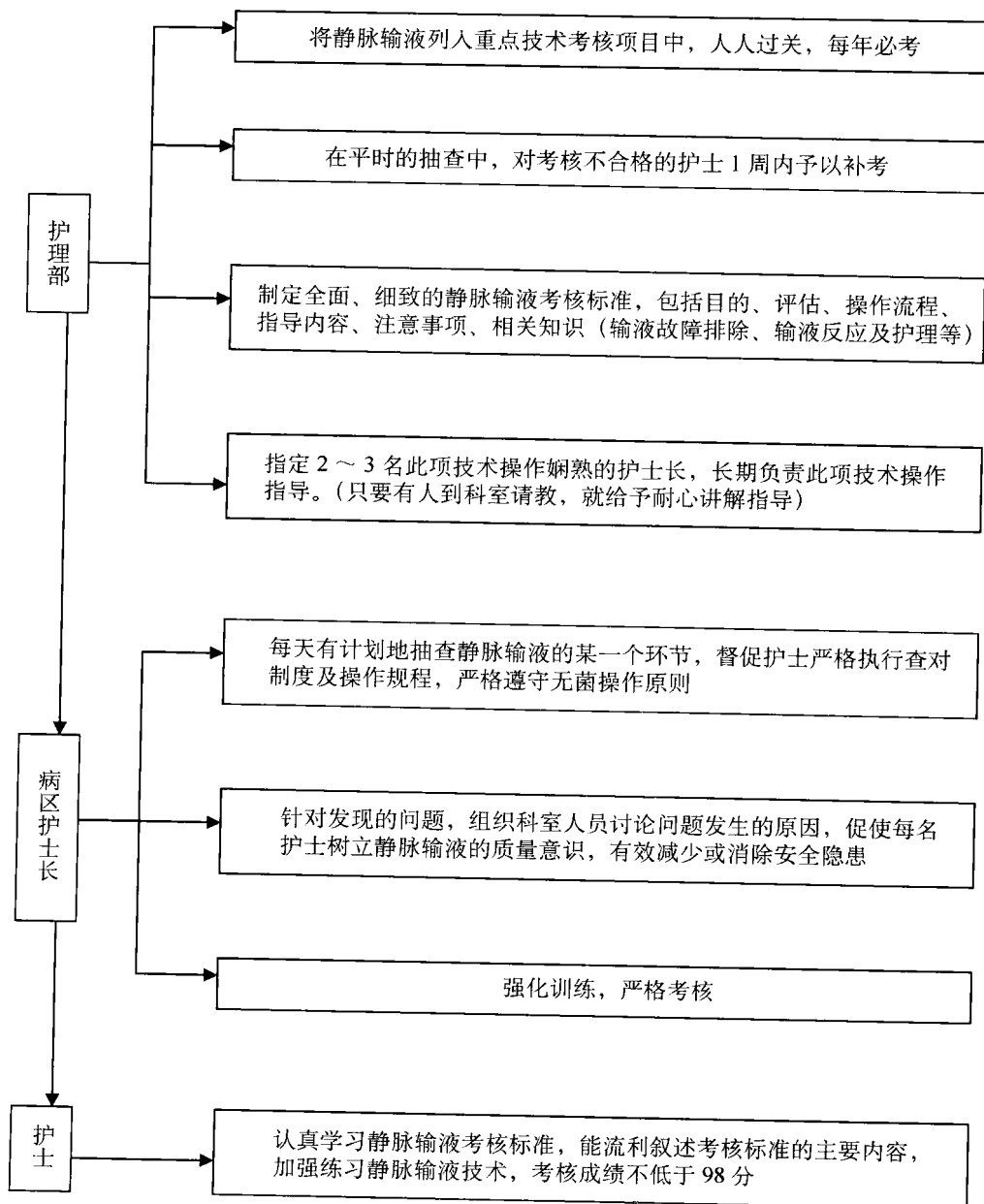
十二、护理文书书写质量控制关键流程



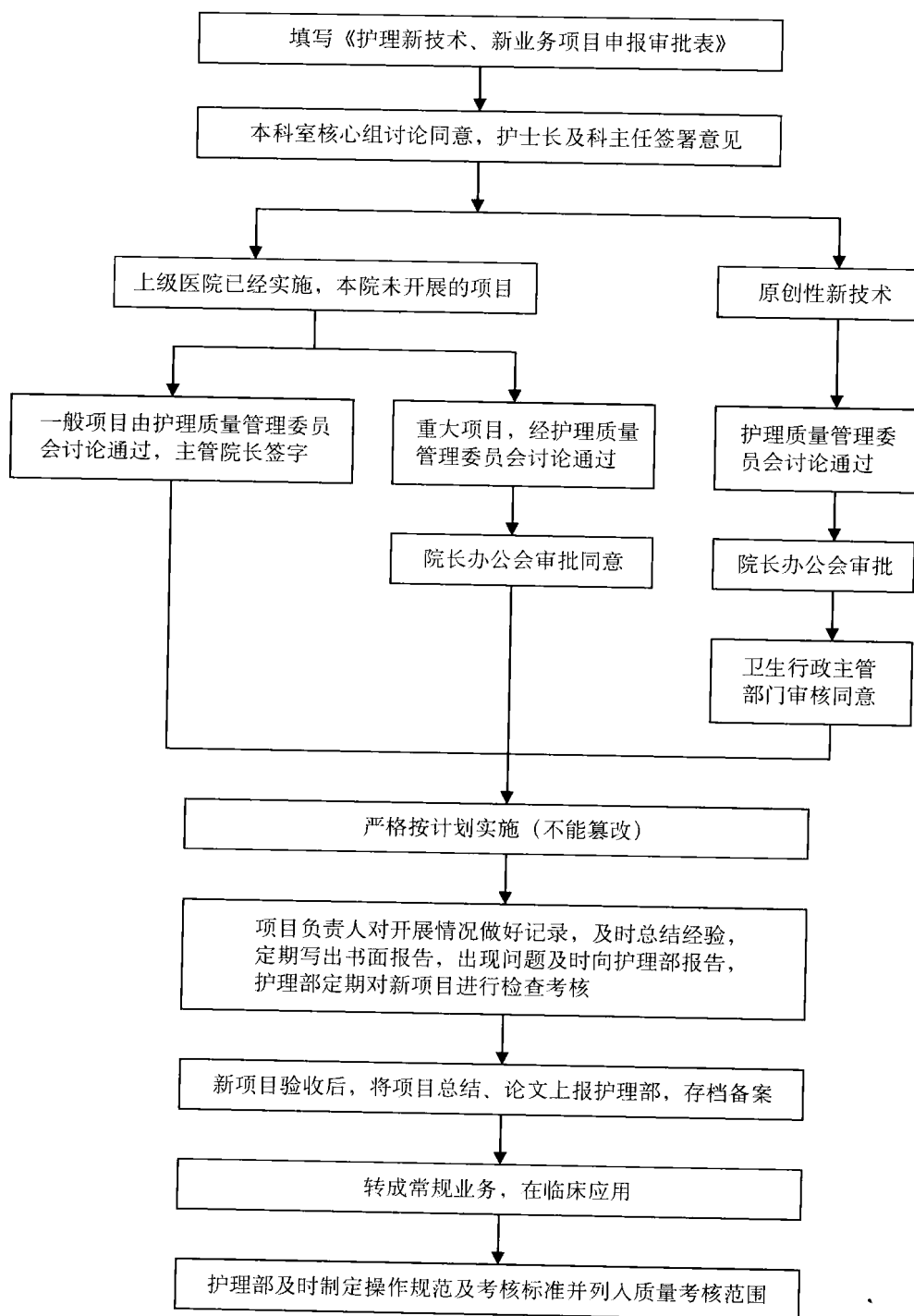
十三、输血质量控制关键流程



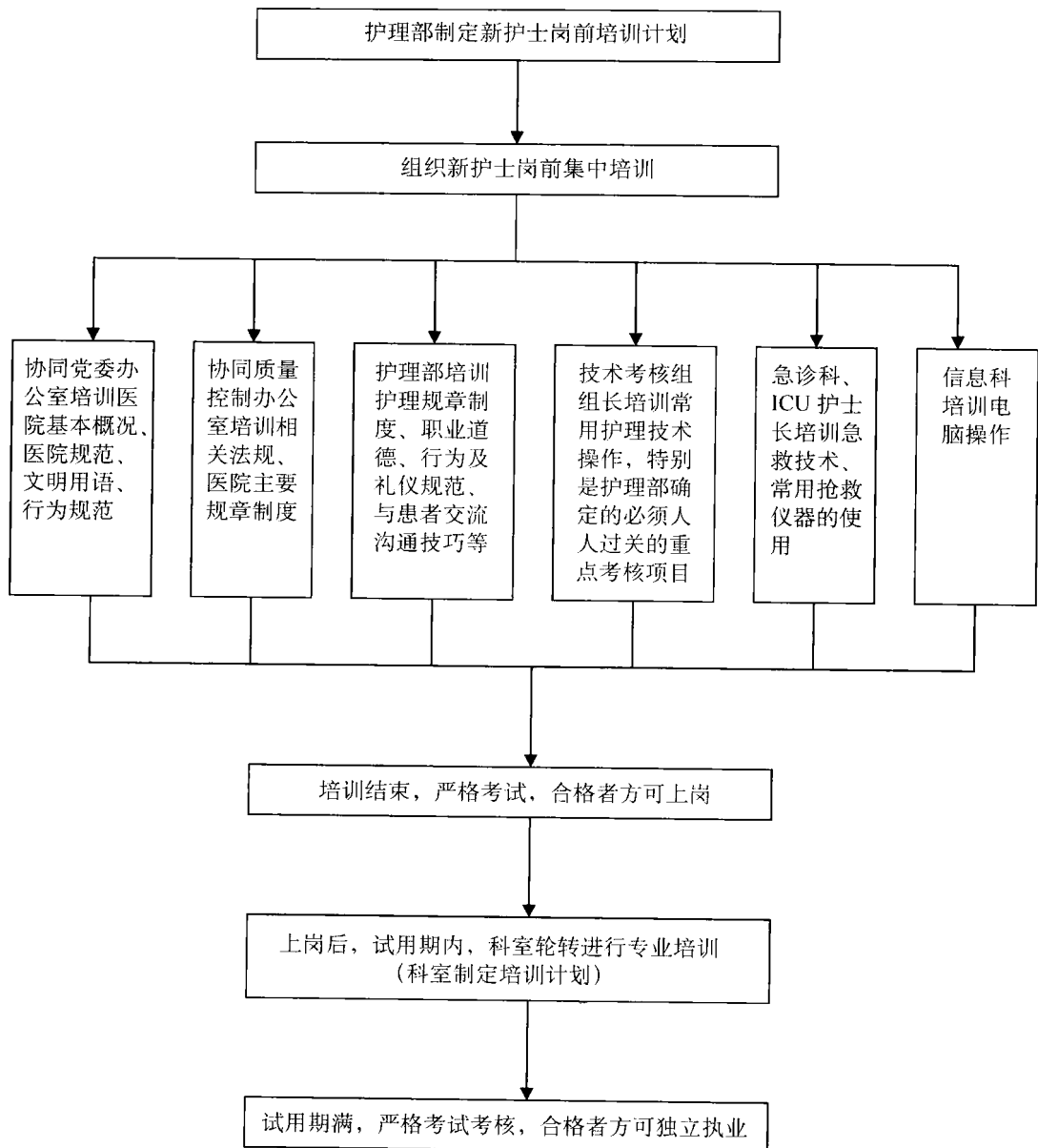
十四、静脉输液质量控制关键流程



十五、护理新技术报批准入流程

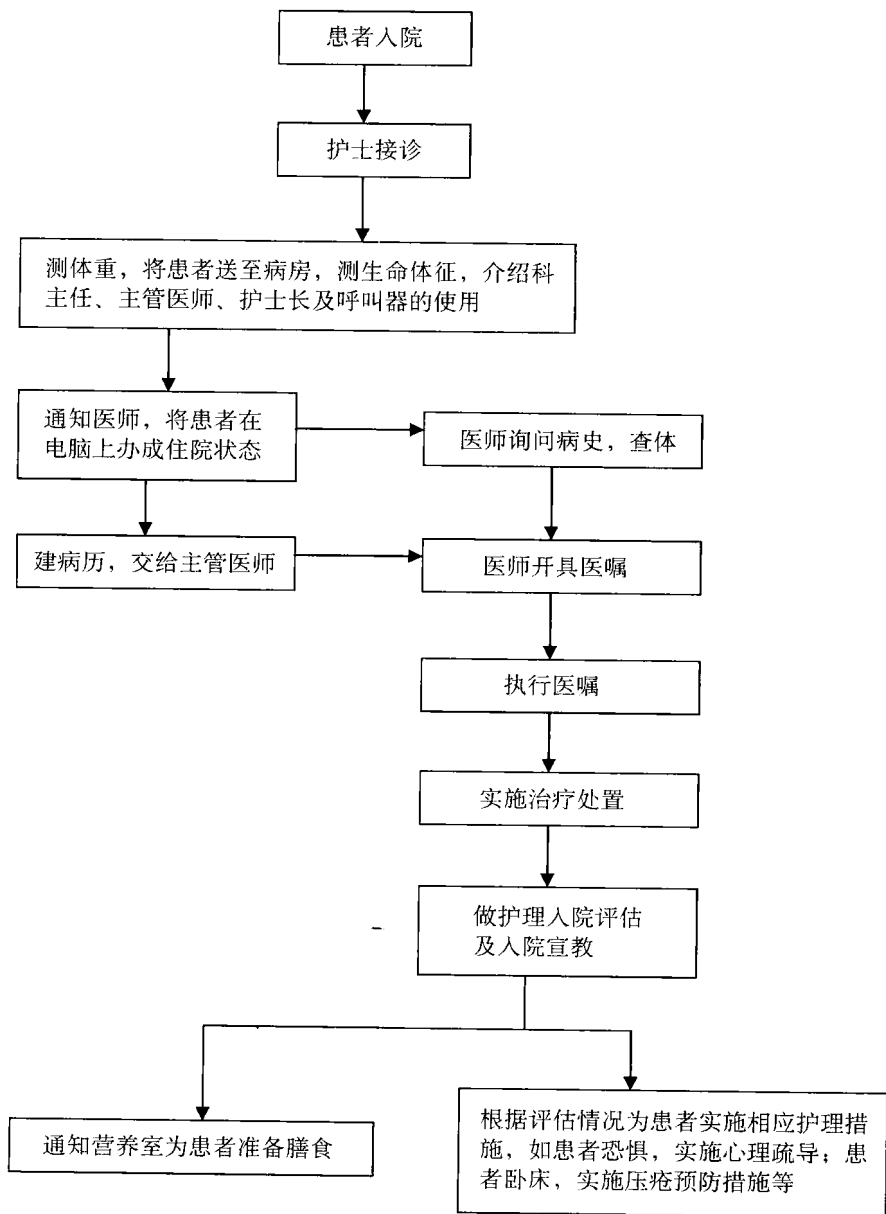


十六、新护士岗前教育培训流程

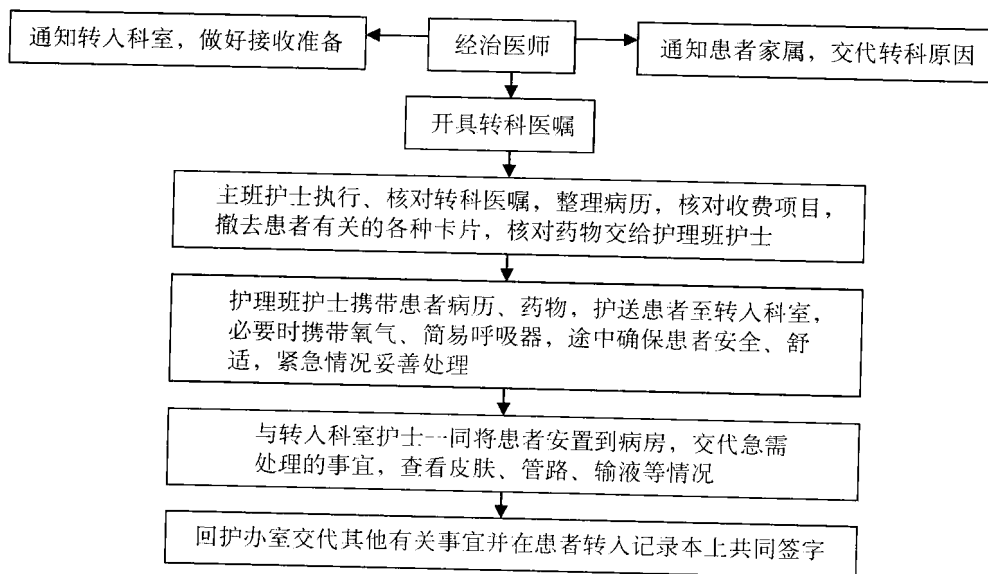


第二节 病区安全护理管理与工作流程

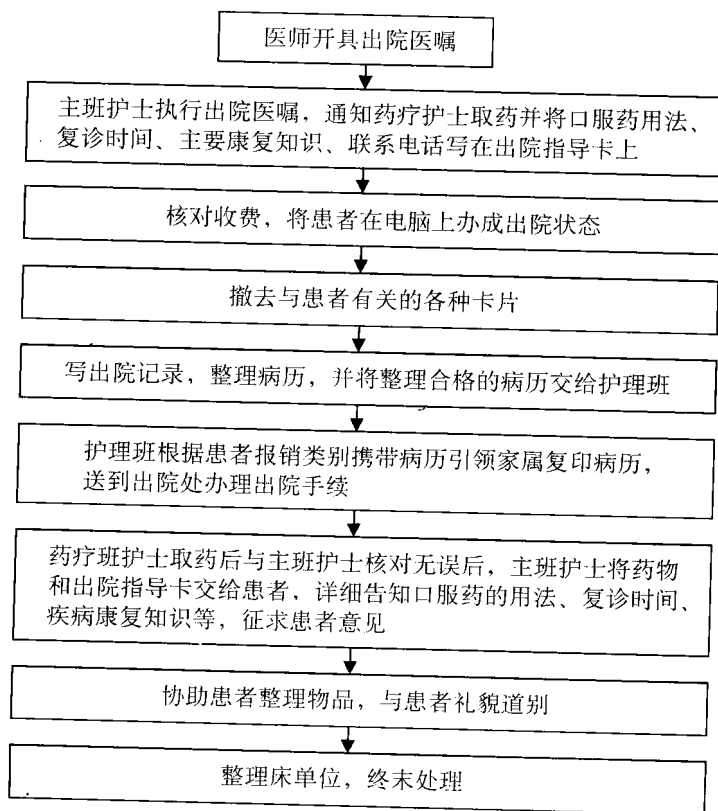
一、患者入院护理工作流程



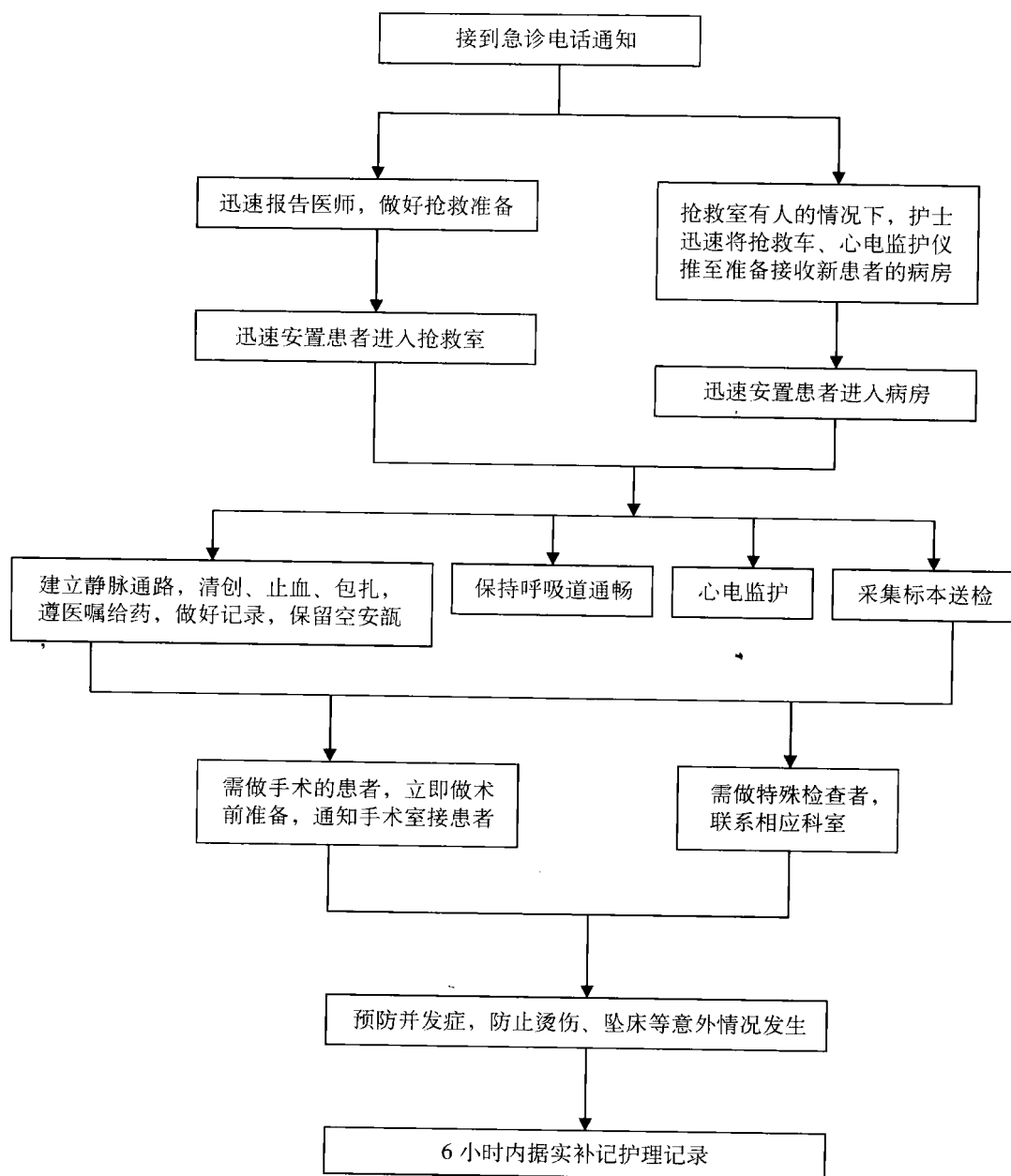
二、患者转科护理工作流程



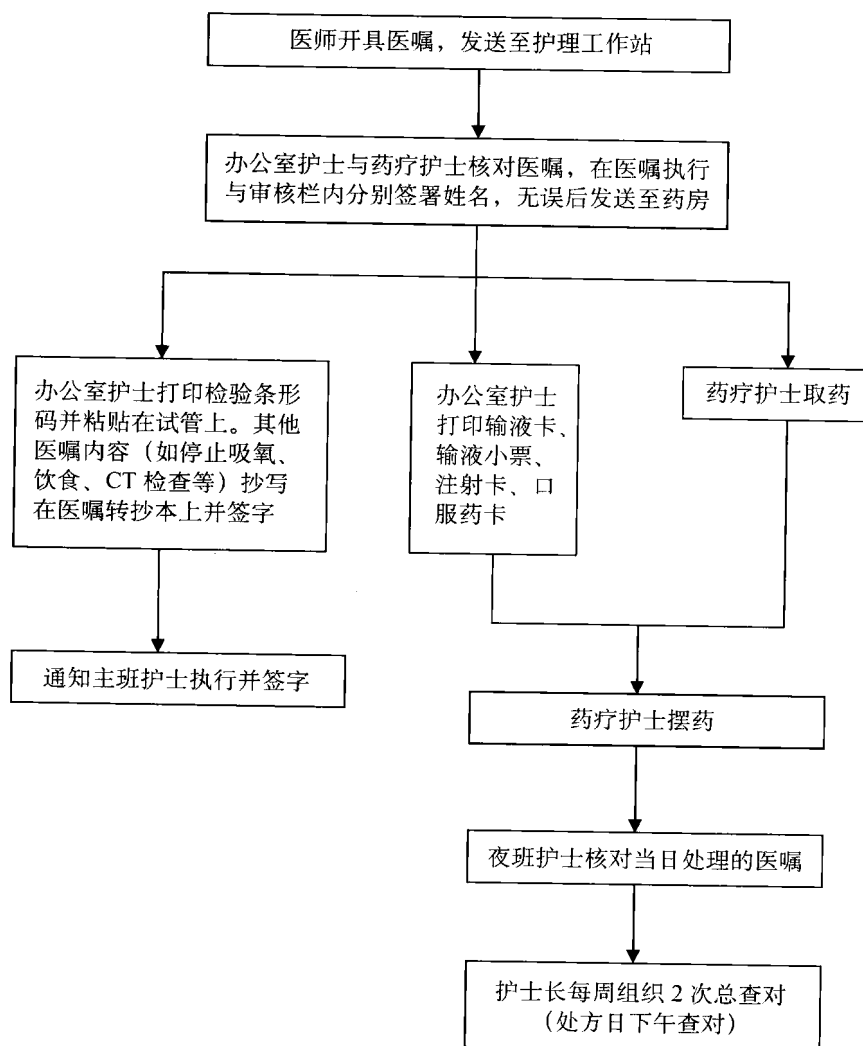
三、患者出院护理工作流程



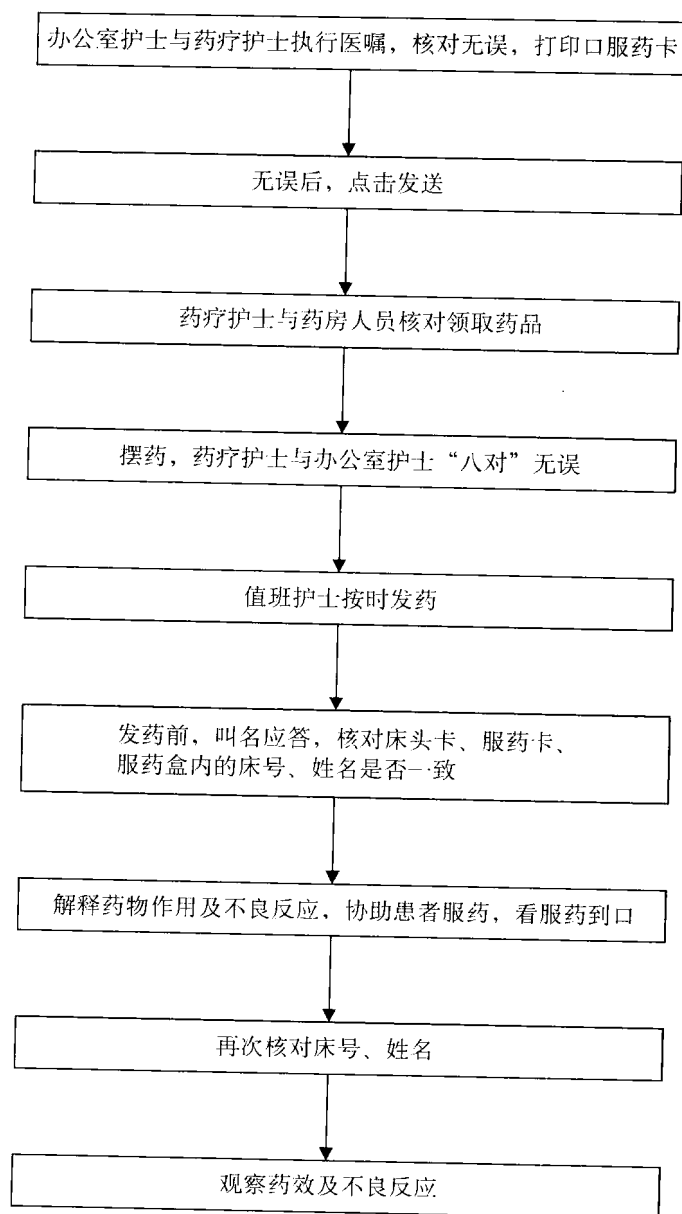
四、病区接急诊患者护理工作流程



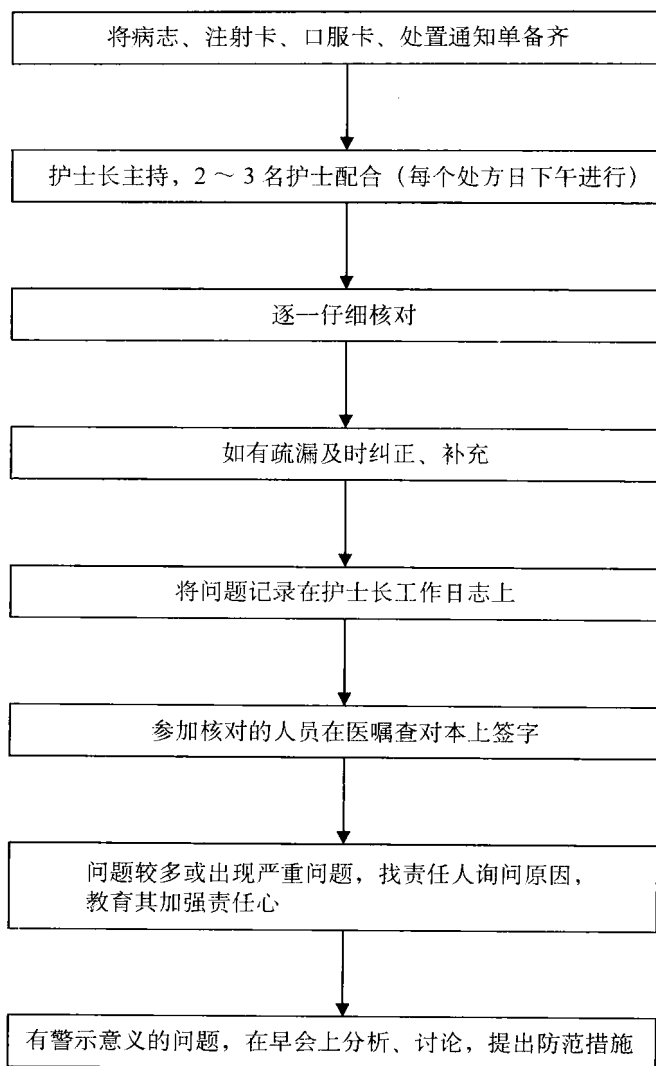
五、医嘱转抄执行审核流程



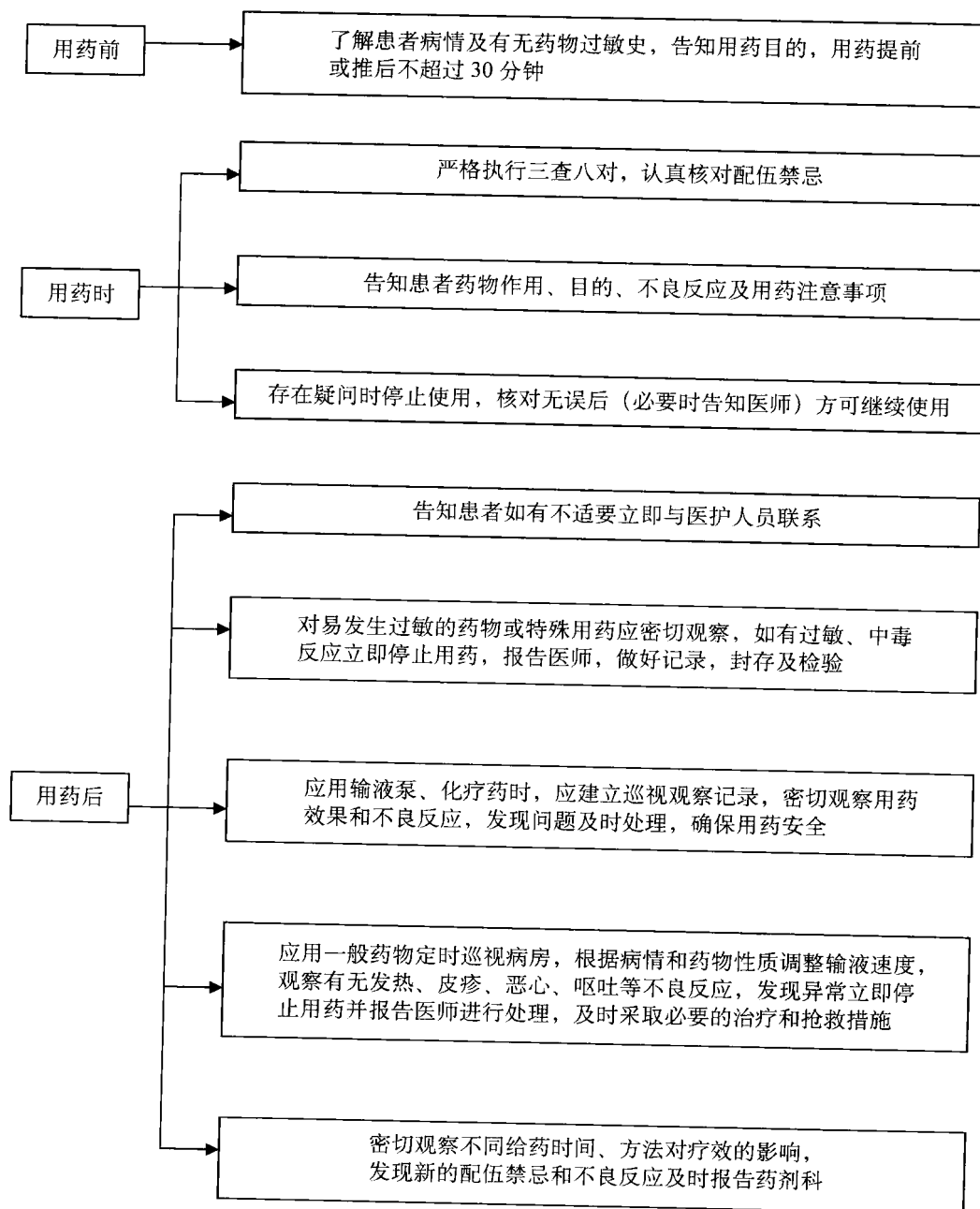
六、口服药审核执行流程



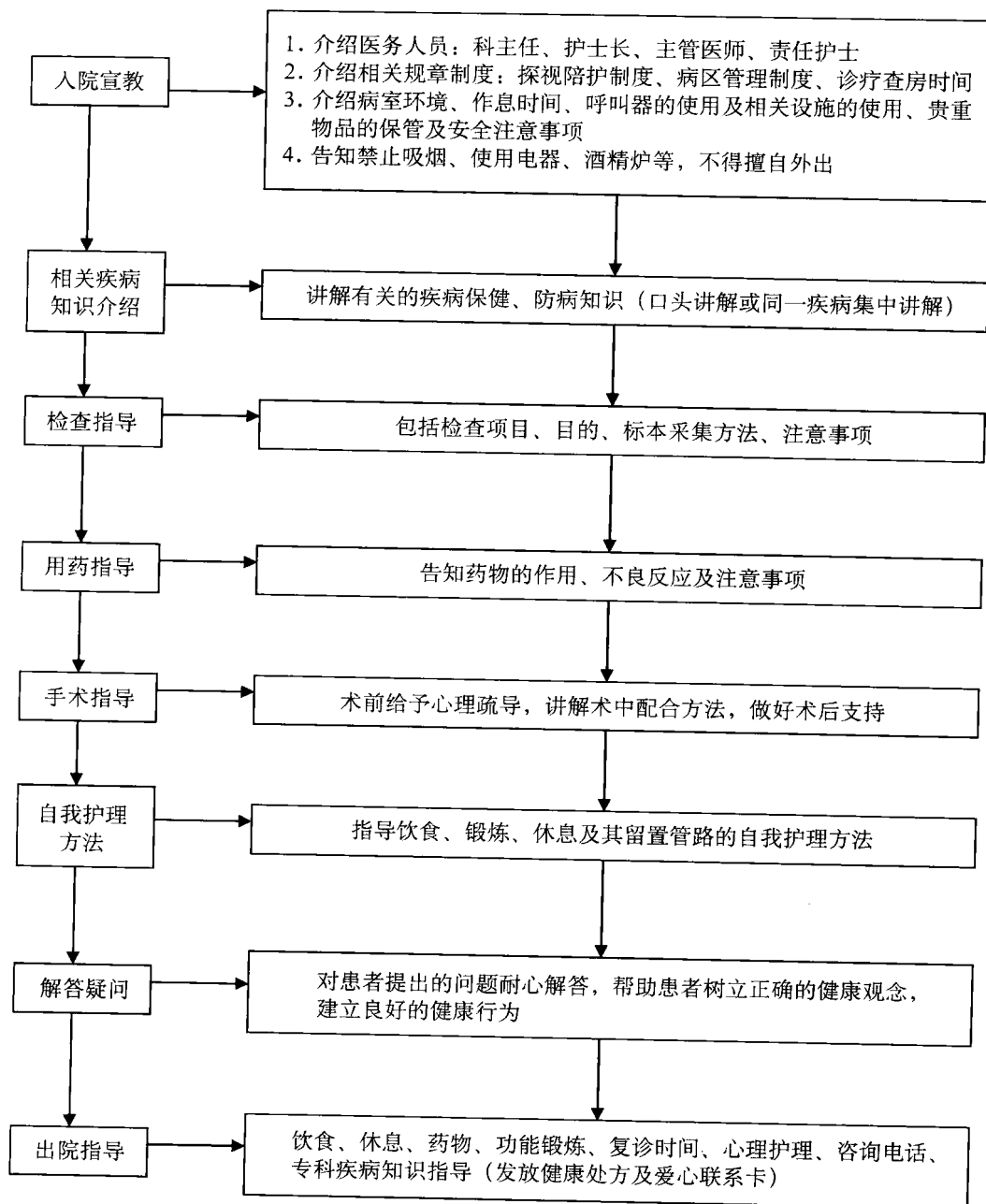
七、医嘱总查对流程



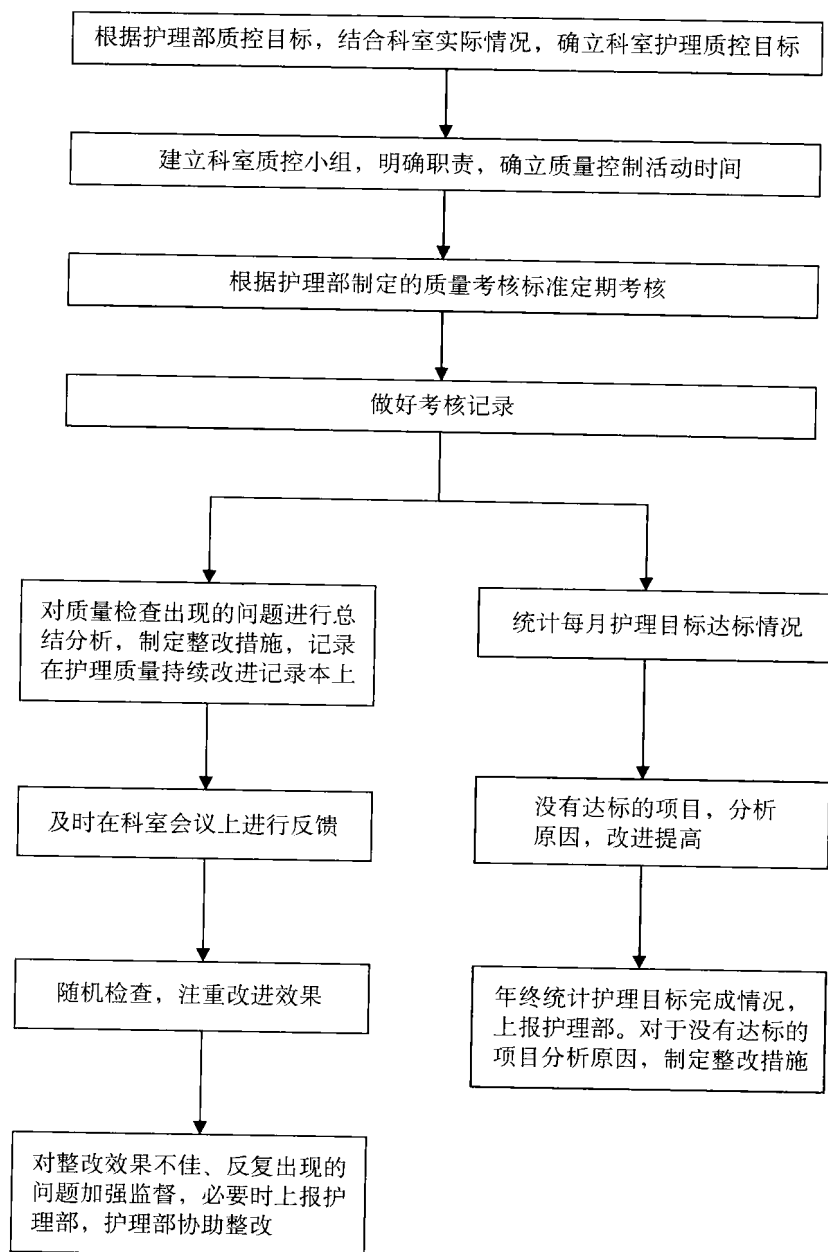
八、用药观察流程



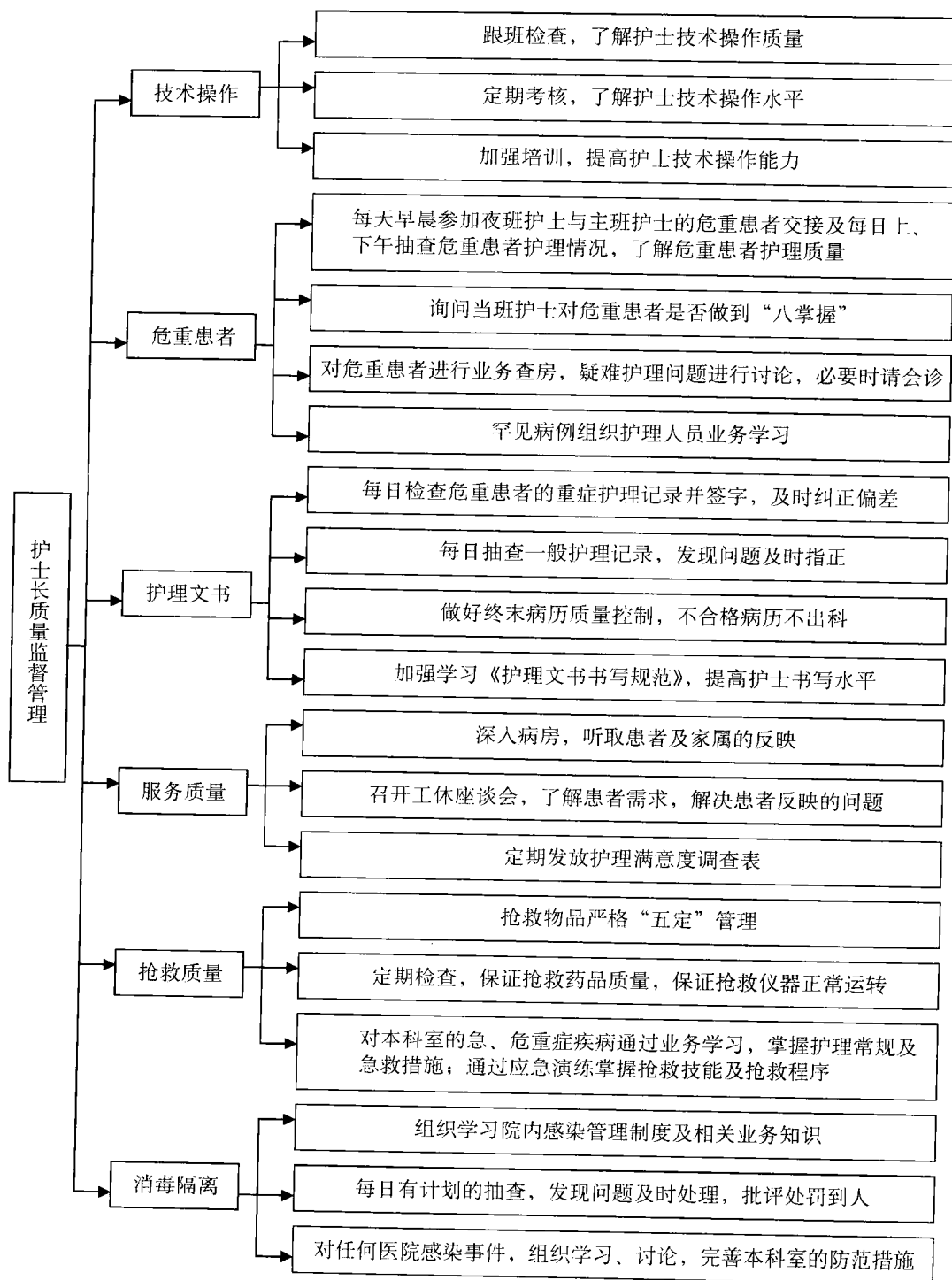
九、住院患者健康教育流程



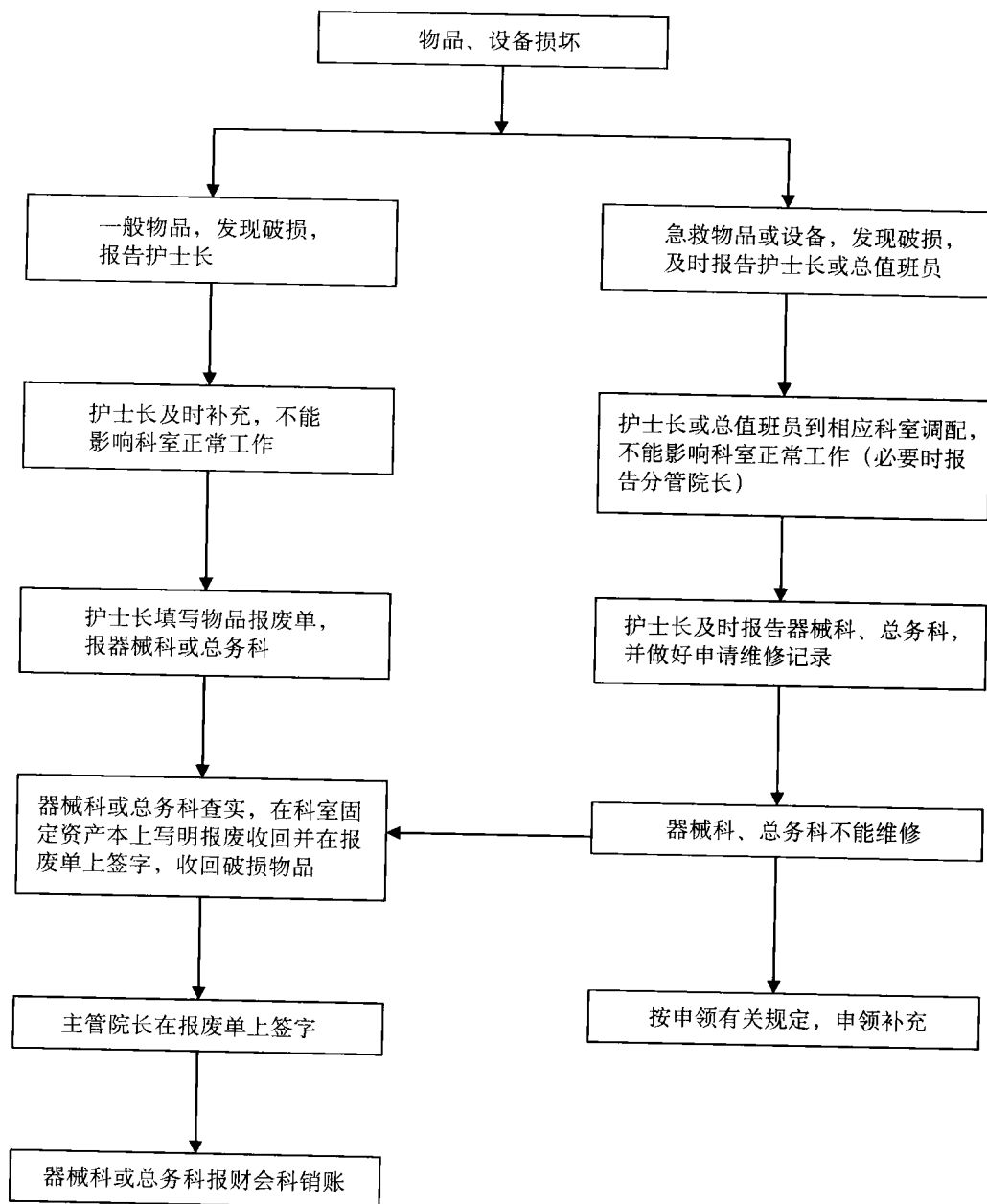
十、护理单元质量控制流程



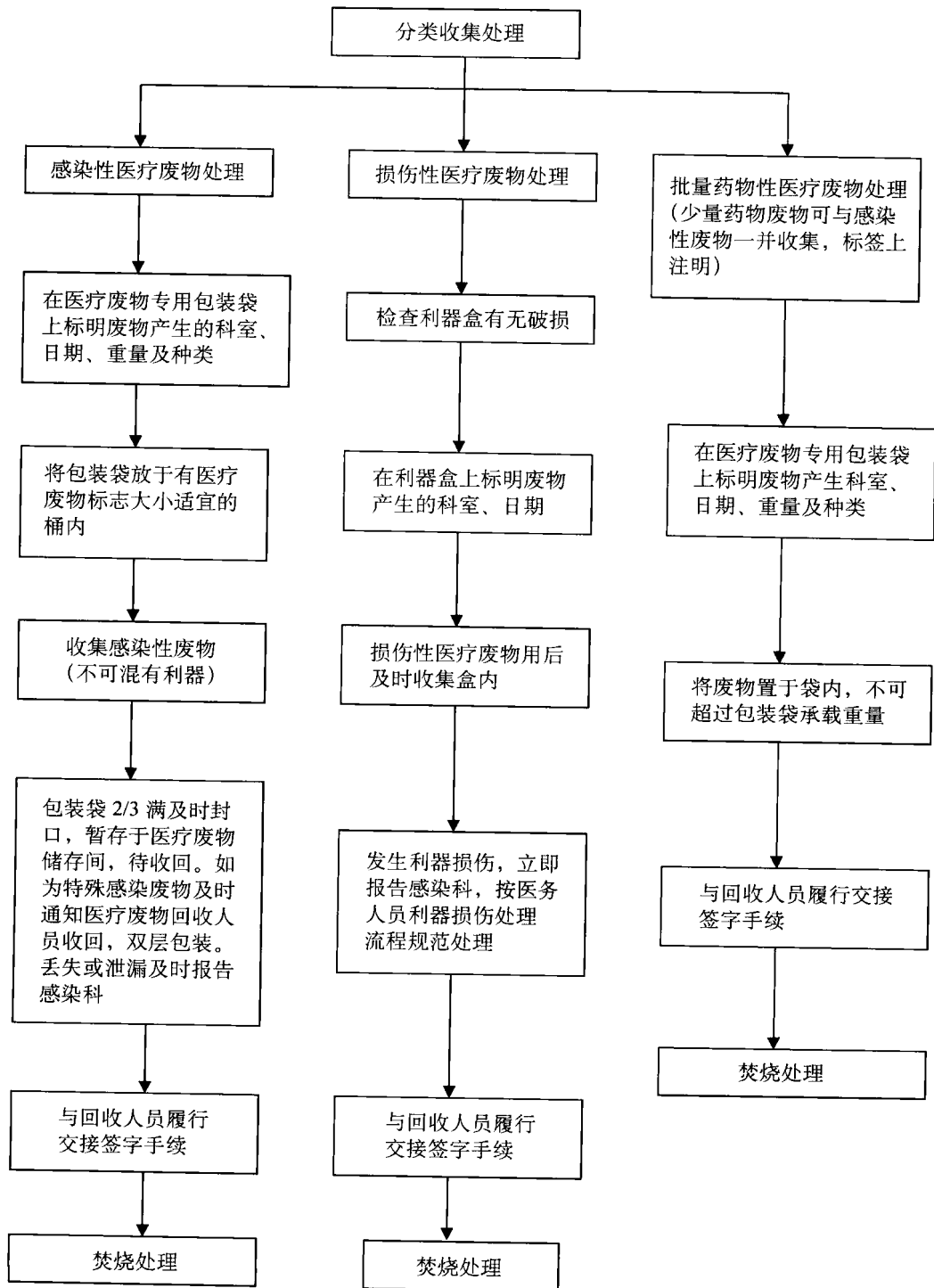
十一、病房护士长质量监督管理流程



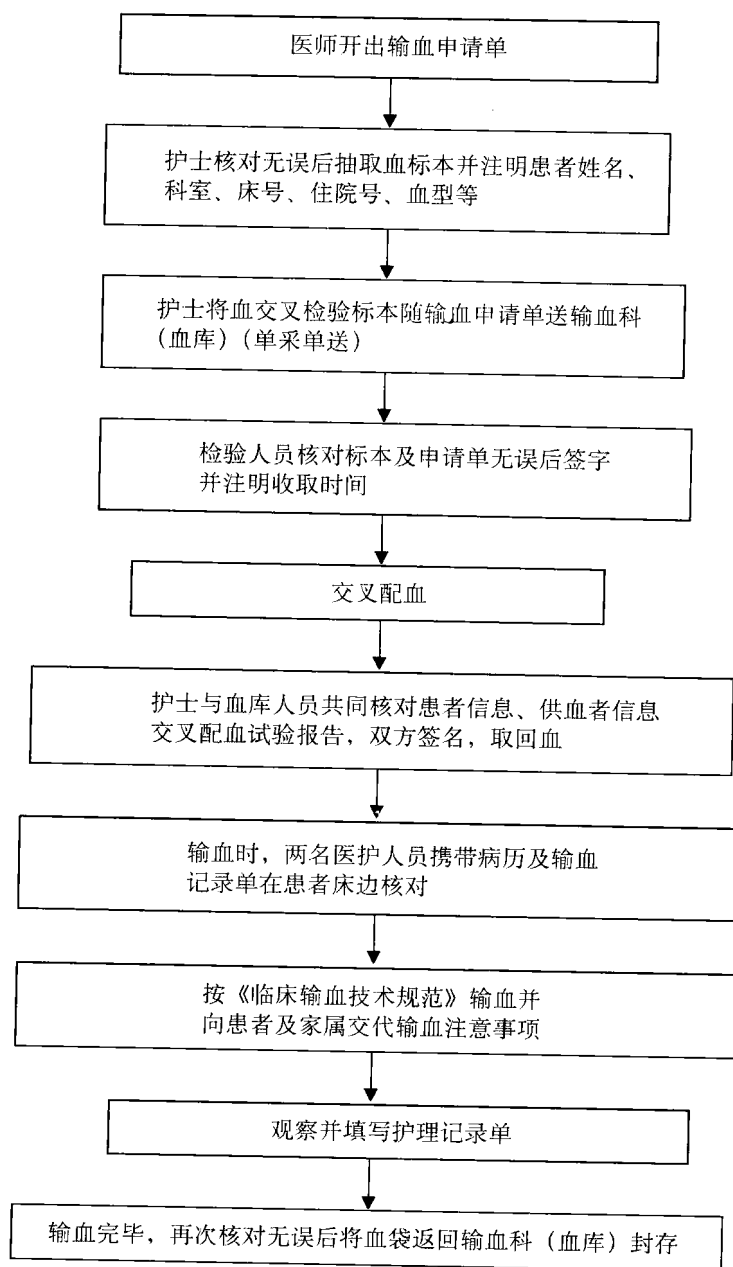
十二、物品损坏报废处理流程



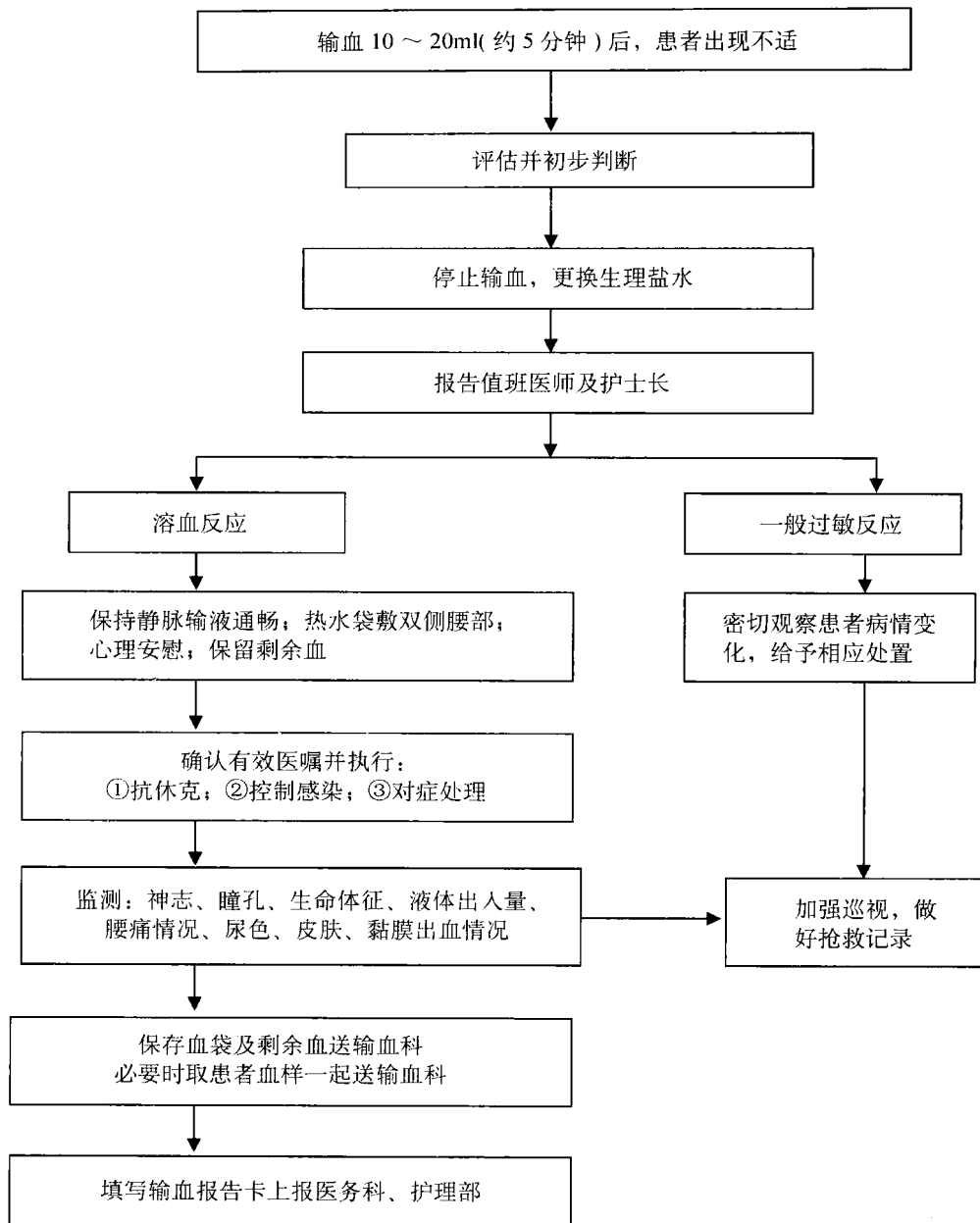
十三、病区医疗废物无害化处理流程



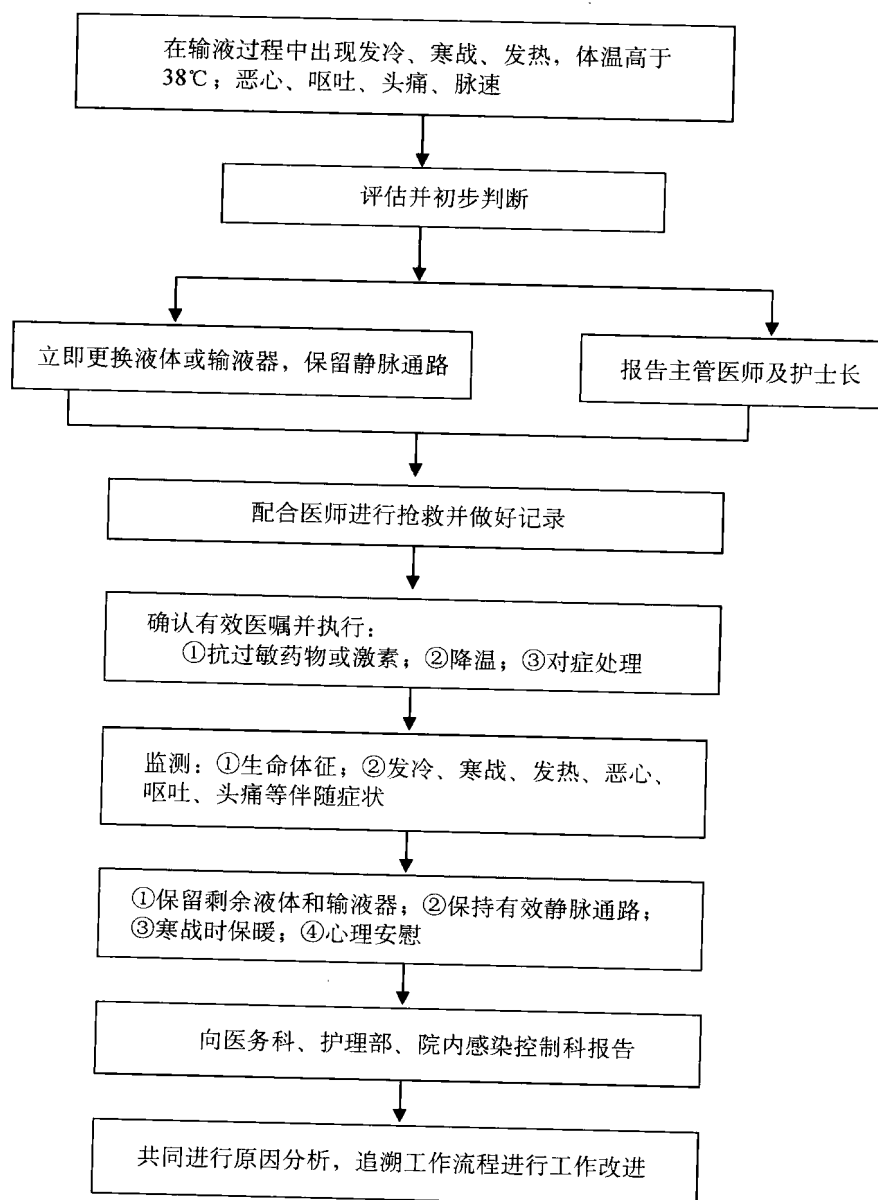
十四、输血流程



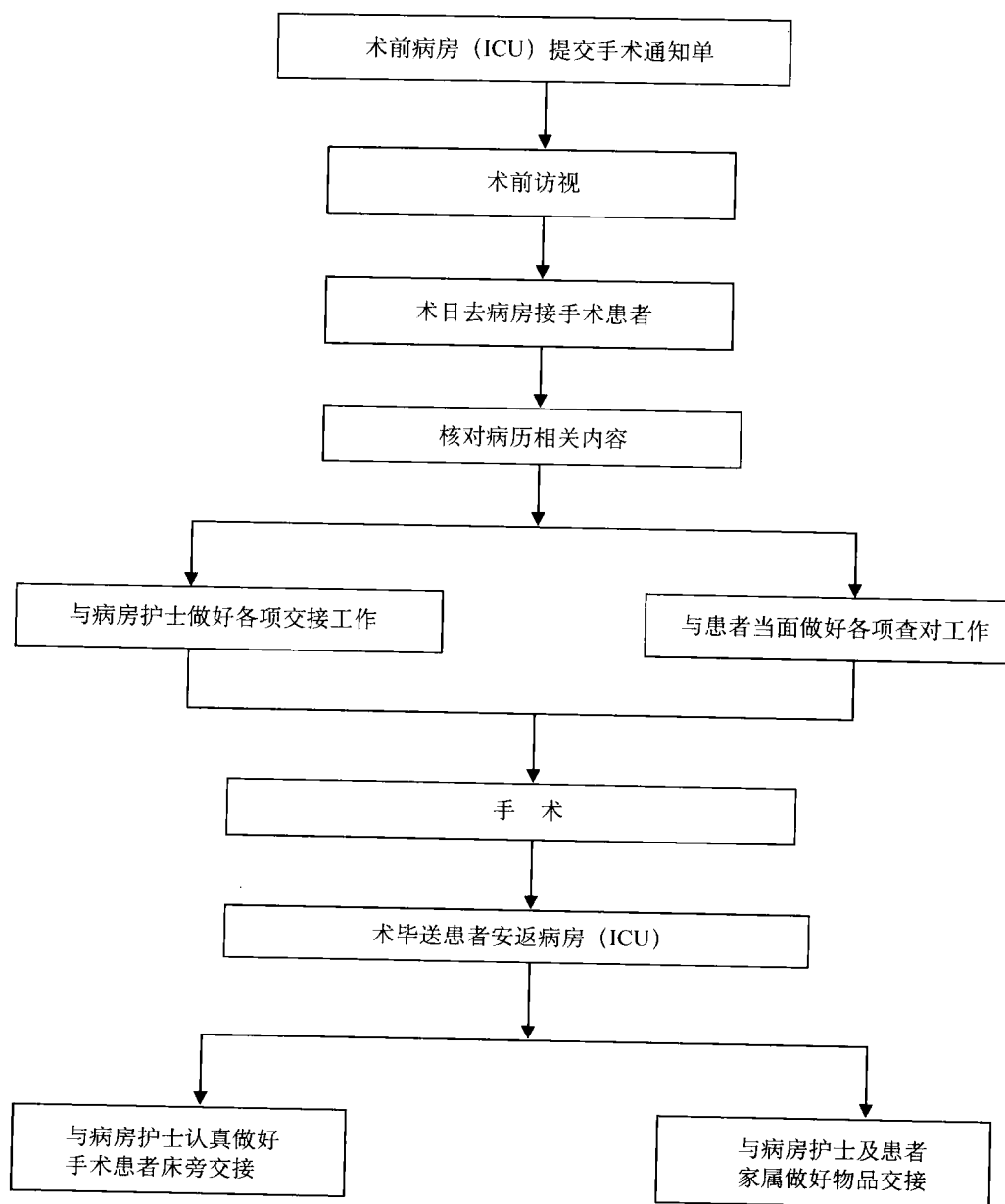
十五、患者发生输血反应处理流程



十六、患者发生输液反应处理流程

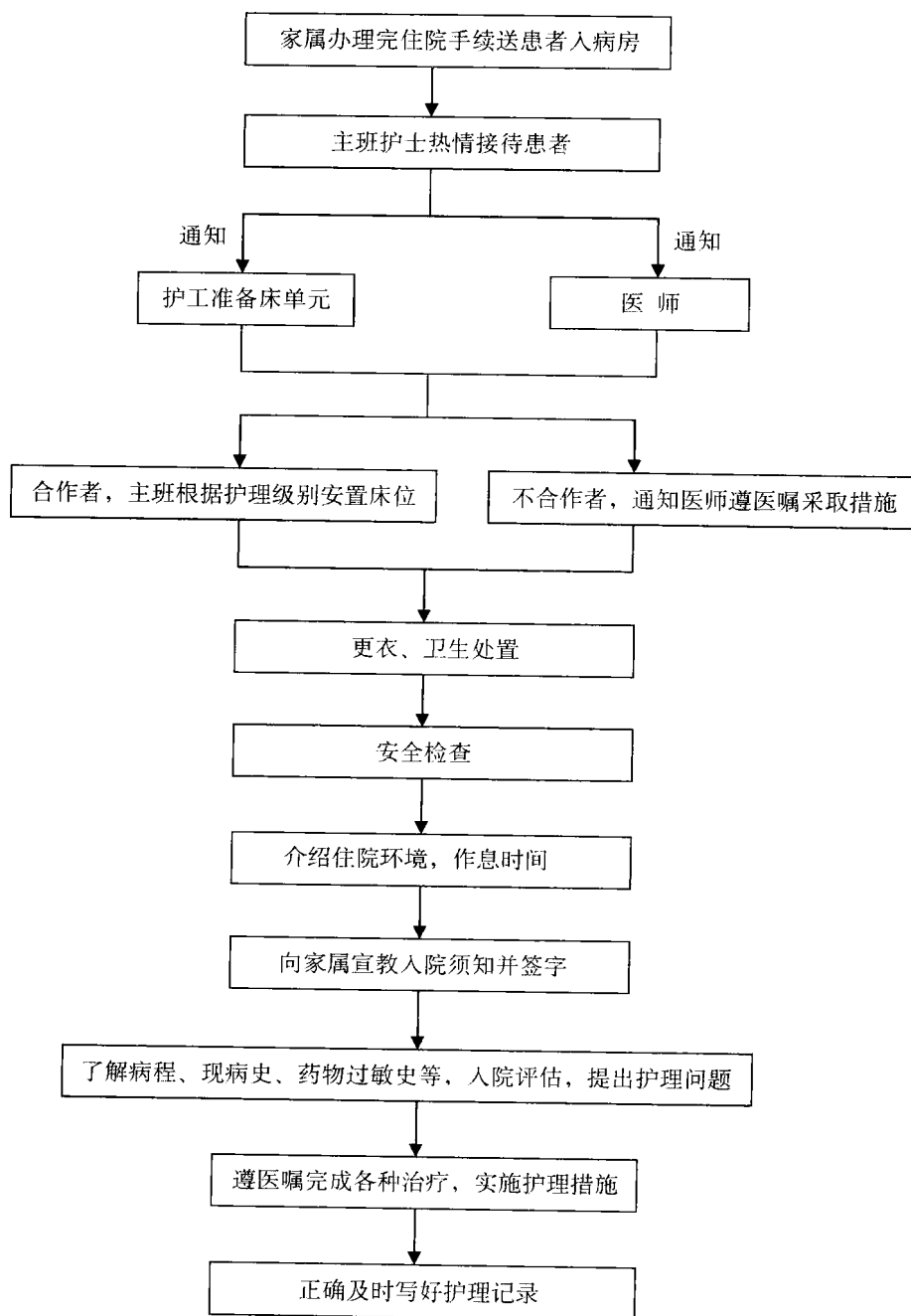


十七、手术室与病房 /ICU 之间的管理流程

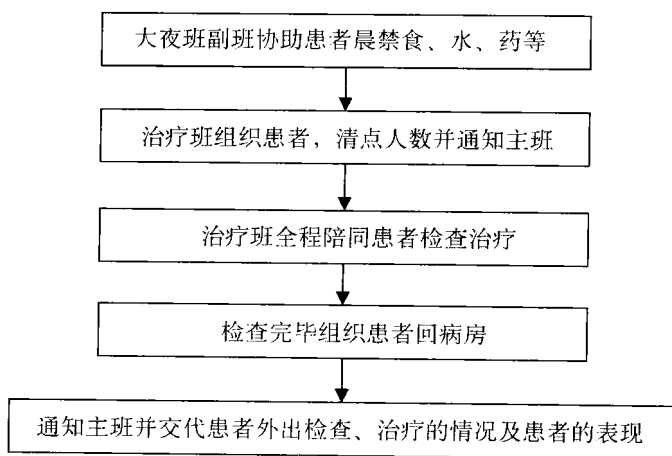


第三节 精神科护理安全管理工作流程

一、封闭病房新入院患者关键护理流程

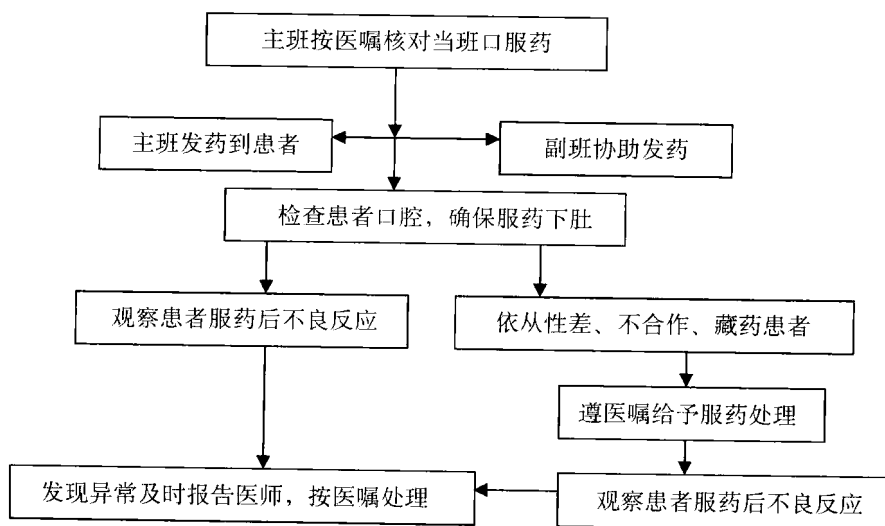


二、患者外出检查、治疗关键护理流程



- 注：1. 大夜班副班协助患者做好外检前准备，如禁食、水、药，如厕，穿病号服等。
2. 护理班、治疗班清点外检患者数目送患者至检查室或治疗室
3. 患者外出检查或治疗如 2 人以上，需 2 名以上护理人员陪检（夜班危重患者转院治疗报告护士长，另行安排相关人员陪检）。
4. 陪检或治疗过程中，护士不得离开患者。
5. 患者回病房后陪检护士向主班交班。

三、患者服药关键护理流程



第 12 章 护理教学科研工作流程及评价标准

第一节 护理教学工作流程与评价标准

一、临床护理课堂教学工作流程与评价标准

临床护理课堂教学工作流程与评价标准见表 3-12-1。

表 3-12-1 临床护理课堂教学流程与评价标准

时间(每周三下午)	工作流程	评价标准
3:00~3:10	备齐课堂教学所需物品至多媒体教室,打开并检查设备,投影图像清晰,音响效果正常,光线适宜	教学环境整洁安静,光线适宜
3:10~3:20	课前点名,记录实习生出勤情况	真实、清晰
3:20~3:30	主讲教师现场解答实习生在临床护理工作中遇到的疑难问题	解答理论联系实际,效果好
3:30~4:50	授课	理论联系实际,具有针对性,实用性强,对临床实习具有指导作用。教师授课口齿清晰,语言流畅,通俗易懂
4:50~5:00	解答实习生课堂疑问	思路清晰,解答清楚
5:00~5:10	授课结束,关闭电源,整理教学用物,关好门窗	教学仪器设备完好,处于备用状态;教室整洁
5:10~5:30	授课教师与临床教学办公室进行多媒体教室交接	物品交接清楚

二、实习准备工作流程与评价标准

1. 实习准备工作流程与评价标准见表 3-12-2。

表 3-12-2 护理部实习准备工作流程与评价标准

时间(实习前两周)	工作流程	评价标准
周一	召开护士长及带教教师会议,总结上学年带教工作,讨论本学年带教计划和任务,护士长及带教教师写出上学年带教总结和本学年带教计划。布置并征集本学年每周 1 次公共课题目	计划有明确带教目标,有具体实施,有阶段性考核
周二	确定实习人数并分组,选出实习队长,并安排实习轮换表 召开临床护理带教经验交流会	实习队长组织能力强,实习时间分配合理 经验交流效果好
周三	根据带教教师和实习生座谈会内容修订带教教师意见与建议反馈表、实习生意见与建议反馈表	密切联系临床带教与实习,体现实习生工作积极性、专业知识掌握的程度、沟通能力及组织纪律性
周四~下周四	组织带教科室教学水平评估,听取科室带教教师带教计划汇报,查看讲课记录、护理查房记录(科室小讲课与护理查房每周各 1 次,有记录) 听取公共课试讲并现场评分	带教计划切实可行,各种记录内容齐全 教师授课口齿清晰流畅;教学内容理论联系实际,体现本病区专科护理特点
周五上午	汇总各带教科室教学水平评估结果,并提出整改意见。 评选优秀带教教师参加本学年公共课授课。安排本学年公共课时间表,并下发各带教科室	课程内容及时间安排合理,可实施性强
周五下午	协助临床教学办公室安排实习生住宿,并检查其安全状况	住宿环境安全,方便学生实习
周六上午	迎接实习学生,介绍医院环境,协助解决实习存在的问题 召开实习组长会议,安排入院教育、实习轮转、公共课教学 做好常规工作与学生实习工作的衔接	学生无陌生感,教师及学生家长满意 实习工作开展顺利 各项工作衔接良好

2. 临床科室实习准备工作流程与评价标准见表 3-12-3。

表 3-12-3 临床科室实习准备工作流程与评价标准

时间(实习前两周)	工作流程	评价标准
周一	召开临床护理带教会议(科室全体医护人员参加),总结上学年带教情况,查找存在问题,讨论整改措施 布置公共课试讲、护理教学查房及小讲课比赛	带教总结到位,计划目标明确,会议记录详细 内容体现专科护理特点
周二	护士长及带教教师参加护理部临床护理带教经验交流会 召开科室带教会议,总结科室带教经验,讨论并修改科室带教制度及实施方案,制定本学年科室带教计划	准时参加,认真记录;会议记录清晰,教师带教意识强,带教计划切实可行

(续 表)

时间(实习前两周)	工作流程	评价标准
周三	组织科内试讲,选拔优秀者参加护理部公共课试讲 组织护理查房、科室小讲课比赛,优秀者承担本学年护理实习带教主讲任务	授课内容丰富,密切联系临床实际,充分体现专科特点 教师授课口齿清晰,语言流畅,教学效果良好
周四	安排护理查房及科室小讲课每周各1次 确定带教教师(有3年以上工作经验,带教意识强,有一定带教能力,年终考试成绩 ≥ 80 分),每位带教教师有具体的带教计划和实施方案;及时总结评价带教工作,并制订下一步带教计划	授课内容理论联系实际体现实用性 带教教师符合要求,带教方案及实施计划切实可行
周五至下周五	参加护理部教学评估,根据护理部安排进行本学年公共课试讲	科室带教有计划,有实施方案,有记录 试讲有讲义、课件,使用多媒体教学
周六	根据护理部对各科室教学水平评估的反馈意见,讨论修订科室带教计划	带教计划体现专科特点,切实可行

三、实习生入院(科)教育流程与评价标准

1. 实习生入院(科)教育流程与评价标准见表 3-12-4。

表 3-12-4 护理部实习生入院教育工作流程与评价标准

时 间	工作流程	评价标准
8:30~8:50	迎接实习学生入院 召开实习生入院教育大会 院领导致欢迎辞	实习生着装符合要求;树立正确的学习目标
8:50~9:30	介绍医院护理管理体系、护理管理模式及护理服务理念	培养实习生严肃认真的工作态度、严谨的工作作风
9:30~9:50	主管教学副主任介绍医院相关规章制度、实习轮转制度、实习考核制度、实习请假制度	实习生了解有关规章制度
9:50~10:10	护士长代表讲话	结合临床护理实际及实习目标,鼓励实习生成为一名优秀护士
10:10~10:30	上届实习生介绍实习心得	有广泛性、代表性
10:30~11:30	专人带领实习生讲解医院布局环境	熟悉医院科室分布

2. 临床科室实习生入科教育工作流程与评价标准见表 3-12-5。

表 3-12-5 临床科室实习生入科教育工作流程与评价标准

时 间	工作流程	评价标准
8:00~8:20	介绍科主任、护士长及科室工作人员,实习生进行自我介绍	实习生与科室成员相互了解
8:20~8:40	介绍科室环境、物品存放位置等	实习生熟悉工作环境
8:40~9:00	介绍交接班、病房管理、陪护人员管理、健康教育、带教讲课、护理查房等规章制度	实习生了解各项规章制度的要点
9:00~9:10	介绍各班次职责、工作流程	讲解清晰,实习生熟悉各项工作要点
9:10~9:20	介绍科室带教计划、考核细则、教学目标	实习生明确教学目标及有关要求
9:20	安排带教教师与实习生进行一对一带教	掌握护理的基础知识、基本理论和基本技能

四、临床科室带教一般流程与评价标准

临床科室带教一般流程与评价标准见表 3-12-6。

表 3-12-6 临床科室带教一般流程与评价标准

序号	工作流程	评价标准
1	提前排班:向上一实习科室了解实习生实习情况并排班	熟悉实习生基本情况
2	实习生入科,带教教师介绍科室布局、环境、物品放置、病房与床位设置,介绍护士长及科室成员	实习生熟悉科室环境、设施及工作人员
3	进行入科教育,学习医院及科室各项管理制度,按教学大纲要求安排理论学习和实践学习	实习生熟悉院内、科内规章制度,了解科室业务学习安排
4	实习生按实习计划跟班实习,熟悉常见疾病的种类,发病原因、发病机制、临床表现、防治原则、护理常规,并按护理程序实施护理	实习生熟悉专科疾病特点,掌握各班次工作程序
5	根据科室业务学习计划,安排护理理论考核、护理技术考核	实习生掌握业务学习内容,熟练掌握基础护理和专科护理操作
6	指导实习生认真书写实习小结	实习生书写认真,内容符合实际
7	召开实习生小组会议,征求意见和建议,改进带教工作 护士长、带教组长根据实习生实习表现、考核成绩写出实习鉴定	实习鉴定客观、真实反映实习情况
8	本科室实习结束后送实习生到下一实习科室,向护士长及带教教师介绍实习生情况	实习生情况交接清楚

五、各班次带教工作流程与评价标准

1. 责任班护士带教工作流程与评价标准见表 3-12-7。

第三部分 护理工作流程

表 3-12-7 责任班护士带教工作流程与评价标准

时 间	工作流程	评价标准
7:30~7:45	提前到岗、更衣,做好交接班前准备	仪表端庄,佩戴胸牌,衣帽整洁,淡妆上岗
7:45~8:00	介绍责任班护士工作内容	实习生了解工作内容
8:00~8:20	参加晨会,与夜班护士床头交接班,危重患者病情做到“八交八接”(患者、病情、管道、皮肤、床铺、陪护、饮食、心理)	实习生掌握分管患者夜间病情、治疗、护理及效果
8:20~8:40	晨间护理	实习生掌握晨间护理内容、方法及要求
8:40~9:00	指导实习生完成分管患者的肌肉注射	实习生掌握肌肉注射的目的、部位、方法,做到“两快一慢”、无痛注射
9:00~11:00	指导实习生完成静脉输液、静脉注射等常规治疗护理工作,指导实习生执行临时医嘱 根据护理级别与实习生共同制定特级护理、I级护理患者的护理目标、护理计划,及时巡视患者,发现病情变化及时处理,观察药物疗效、患者有无不良反应 指导实习生接待新入院患者,介绍病区环境、饮食、陪护、探视、安全等规章制度,进行健康教育,耐心解答患者提出的问题;指导实习生做好出院患者的出院指导,护送患者离院,做好床单位终末处理;随时向实习生进行医德和专业思想教育	实习生操作熟练,规范、准确无误 实习生熟悉患者情况(床号、姓名、性别、年龄、诊断、辅助检查、治疗、护理、饮食、心理状态、主治医师) 实习生能完成新患者接诊、患者出院指导、床单位终末处理,掌握沟通技巧,学会关爱患者,养成良好的护理品质
11:30~11:50	指导实习生协助患者完成生活护理,进行自理能力训练	实习生能协助并指导患者进行生活护理和自理能力训练
11:50~12:00	床头交接班	实习生掌握危重患者病情变化
13:30~14:00	床头交接班	实习生了解中午班患者病情变化、治疗、护理效果等
14:00~15:30	制订并完成危重患者的护理计划,执行临时医嘱	实习生掌握护理计划制订的要点,正确执行临时医嘱
15:30~17:00	指导实习生完成患者常规治疗护理工作,及时巡视病房,解决患者的护理问题 热情接待新入院患者,整理病室环境	实习生能够完成各项常规治疗,解决临床护理问题
17:00~17:30	指导实习生书写护理记录,与小夜班护士床头交接班	实习生掌握护理记录书写的方法,规范使用医学术语;护理记录有护理问题、护理措施、护理效果及其评价

2. 主班护士带教工作流程与评价标准见表 3-12-8。

表 3-12-8 主班护士带教工作流程与评价标准

时 间	工作流程	评价标准
7:30~8:00	提前到岗,更衣 介绍本班护士主要工作内容,清点办公用品、毒麻药品等,并做好登记	仪表端庄,佩戴胸牌,衣帽整洁 实习生熟知主要工作内容,领会物品、药品交接班的重要性
8:00~8:20	带领实习生参加晨会交班,了解夜间患者病情、治疗、护理及其效果;危重患者床头交接班	实习生了解夜间患者病情、治疗、护理及其效果;掌握危重患者床头交接的重点
8:20~8:30	指导实习生整理办公物品,及时补充各种表格、办公用品、试管、标本容器等	实习生掌握办公室管理的要求及方法
8:30~8:40	指导实习生认真核对夜间医嘱,检查督促护工送检标本	实习生核对医嘱无误
8:40~8:50	检查各种申请单、会诊单的送出情况	确保各项检查、会诊及时进行
8:50~11:50	与值班医师共同查房,指导实习生正确处理医嘱,并及时通知有关护士执行 指导实习生按要求接待新患者,送患者到床前(危重患者先协助其取舒适卧位卧床休息),及时通知主管医师、护士、护士长,建立病历 指导实习生协助出院患者办理出院手续	实习生正确掌握医嘱的处理方法 实习生态度和蔼、通知及时,掌握建立病历、办理出院手续的方法
11:50~12:00	整理并补充办公物品、毒麻药品,与中午班护士交接班	物品、药品账物相符,办公室清洁整齐
13:30~13:40	指导实习生认真清点办公用品、毒麻药品与中午班护士交接班	账物相符,实习生熟悉中午班患者病情、治疗、护理及效果
13:40~15:30	指导实习生查对中午班医嘱,协助责任护士整理病房环境、测量体温、绘制体温单,有发热患者及时通知医师	实习生掌握体温单的绘制及书写规范,体温单绘制整洁、准确
15:30~17:20	处理医嘱并教授实习生处理医嘱的方法,打印发放患者一日费用清单,检查督促会诊执行情况,粘贴返回病房的化验单于患者病历上	实习生掌握长期、临时医嘱的处理、电脑计费 and 一日清单打印
17:20~17:30	整理麻毒药品,做好交接班前的准备工作	实习生掌握交接班前的各项准备工作

3. 治疗班护士带教工作流程与评价标准见表 3-12-9。

表 3-12-9 治疗班护士带教工作流程与评价标准

时 间	工作流程	评价标准
7:30~8:00	更衣,向实习生介绍本班主要工作内容 指导实习生清点治疗室物品、药品并登记,与夜班护士交接班	仪表端庄,佩戴胸牌,衣帽整洁 实习生了解治疗班工作内容,掌握交接班内容

第三部分 护理工作流程

(续 表)

时 间	工作流程	评价标准
8:00~9:00	指导实习生配置静脉输液药物	实习生掌握配药的方法和注意事项,做到现用现配,严格“三查八对”,严格无菌技术操作
9:00~9:30	指导实习生整理敷料、填写敷料单,领取一次性治疗及消毒用品,更换消毒液	实习生了解领取治疗物品的工作程序,正确配制消毒液
9:30~11:00	指导实习生执行临时医嘱的药物准备(药房取药) 审核并送出院病历到病案室	实习生能正确执行临时医嘱,领取药物无误
11:00~11:30	摆放次日静脉用药,补充当日缺药	实习生掌握摆药的方法
11:30~12:00	与实习生共同清理治疗室药品、卫生 与中班护士交接班	实习生熟悉治疗室管理方法;治疗室药品标签清楚、摆放整齐;治疗室环境整洁
13:30~13:40	与实习生共同清点治疗室物品、药品 与中班护士交接班	治疗物品、药品账物相符,治疗室整洁
14:00~16:00	核对已摆放的次日静脉用药,整理治疗室药品、液体	实习生掌握核对医嘱的方法,摆药准确
16:00~16:30	更换消毒液(周一消毒,取回当日消毒物品), 整理并补充敷料,填写敷料单	实习生了解消毒液的使用原则、物品的消毒方法
16:30~17:00	检查抢救车药品、急救物品并及时补充 整理冰箱内药品及物品,保持冰箱卫生,合理放置	实习生熟悉急救车药品、急救用物的管理制度、冰箱使用及管理制度,急救车及物品处于应急备用状态
17:00~17:30	填写工作量,整理治疗室,做好下班准备。与小夜班护士交接班	治疗室整洁,交接班严格

4. 中午班护士带教工作流程与评价标准见表 3-12-10。

表 3-12-10 中午班护士带教工作流程与评价标准

时 间	工作流程	评价标准
7:30~8:00	提前到岗,更衣,认真讲解本班主要工作内容	仪表端庄,佩戴胸牌,衣帽整洁;实习生了解本班主要工作
8:00~9:00	带领实习生协助治疗护士配制静脉用药	实习生掌握静脉用药注意事项、药物配伍禁忌,严格“三查八对”和严格无菌技术操作
9:00~10:00	带领实习生协助责任护士完成静脉输液	实习生掌握静脉穿刺技术
10:00~11:15	执行临时医嘱,摆当天口服药;测试体温并绘制体温单	实习生严格“三查八对”,掌握体温测量与体温单绘制方法
11:45~12:00	清点办公室、治疗室物品,与值班护士、治疗护士交接班;与责任护士床头交接班	实习生掌握交接班内容、患者病情、治疗、护理及效果;物品、药品账物相符

(续 表)

时 间	工作流程	评价标准
12:00~13:30	带领实习生完成整个病区患者的治疗护理工作 迎接新患者,详细介绍病房环境、规章制度, 送患者至床前,并通知医师 及时巡视病房,发现患者病情变化及时通知 医师,并做出正确处理	实习生了解病区常规治疗护理工作 实习生掌握新入院患者的接诊方法

5. 小夜班护士带教工作流程与评价标准见表 3-12-11。

表 3-12-11 小夜班护士带教工作流程与评价标准

时 间	工作流程	评价标准
14:00~14:30	提前到岗,更衣 清点物品并记录,进行床头交接班	仪表端庄,佩戴胸牌,衣帽整洁,环境清 洁,物品、药品账物相符 实习生了解白班患者病情变化、治疗及 护理效果
14:30~16:30	指导实习生核对医嘱并签名;核对次日静脉用药 并签名	实习生医嘱核对认真,及时发现问题并 通知带教教师处理
16:30~18:30	准备次晨所需各种标本容器,按要求嘱次晨抽血 患者注意禁食、抽血时间等;巡视病房	实习生熟悉各项检查的目的、要求,能 进行有效的语言沟通
18:30~19:00	指导实习生完成晚间护理及常规治疗,按时发放 口服药、测量体温、脉搏并绘制在体温单上 整理治疗室,紫外线照射消毒并登记,按分级护理 及时巡视病房	实习生严格“三查八对”,准确无误完成 各项工作 实习生掌握紫外线消毒方法,及时观察 患者病情变化
19:00~19:15	指导实习生按分级护理要求严密巡视病房,观察 输液有无渗漏、伤口有无渗出等情况,协助不能 自理的患者翻身,及时倾倒便器 为发热患者测量体温、脉搏并绘制在体温单上 记录危重患者出入量,倾倒引流液,书写护理记 录,填写工作日志	实习生掌握病房巡视的内容、要点,及 时发现病情变化,长期卧床患者无 压疮 实习生测量方法正确,体温单绘制准确, 护理记录书写规范
19:15~19:45	巡视危重患者,动员探视人员离开 协助生活不能自理的患者进行晚间护理,保持病 室整洁安静,光线适宜 确保患者安全,危重、昏迷、躁动、婴幼儿留陪护并 加床挡,锁病区大门	实习生掌握夜间病房管理要求、晚间护 理目的,患者清洁、舒适、安全,促进 睡眠
19:45~20:00	整理办公室、治疗室内物品、药品,与大夜班护士 书面、床头交接班	物品、药品账物相符,实习生掌握患者 病情,交接内容清楚

第三部分 护理工作流程

6. 大夜班护士带教工作流程与评价标准见表 3-12-12。

表 3-12-12 大夜班护士带教工作流程与评价标准

时 间	工作流程	评价标准
19:45~20:00	更衣,清点物品并记录,与小夜班护士书面和床头交接班;介绍大夜班工作内容	仪表端庄,佩戴胸牌,衣帽整洁;实习生熟悉物品、药品交接班制度,做到账物相符;熟悉患者病情交接内容,责任明确
20:00~24:00	指导实习生完成各项常规治疗护理工作,根据分级护理按时巡视病房,观察病情变化,协助患者翻身,做好皮肤护理、安全护理	实习生掌握巡视病房的内容及要求,及时发现患者病情变化,注意长期卧床患者无压疮
24:00~4:00	核对当日医嘱、用药及各种处置,查缺补漏	认真核对,准确无误
4:00~6:00	指导实习生按时测量体温、脉搏、呼吸、血压,并绘制在体温单上,记录出入量	实习生掌握生命体征的测量、记录、绘制方法,准确记录出入量
6:00~7:00	指导实习生按要求留取各种检验标本。	实习生掌握留取各种标本的操作要领
7:00~7:45	按时发放口服药,协助患者洗漱、服药、进餐;动员家属离开病房 书写护理记录	实习生掌握协助患者服药、进餐的注意事项 实习生掌握护理记录书写要求
7:45~8:00	整理办公室、治疗室,做好交班准备	办公室、治疗室整洁,严格交接班

六、实习生出科考试流程与评价标准

实习生出科考试流程与评价标准见表 3-12-13。

表 3-12-13 实习生出科考试流程与评价标准

序号	工作流程	评价标准
1	准备:带教教师按照教学大纲要求确定考试范围并出题	试题理论联系实际,实用性强体现专业特点;实习生了解考试的范围
2	布置:提前 1~2 周通知实习生考试时间、地点、方式等	实习生了解考试要求
3	指导:按带教计划完成教学内容,指导实习生复习重点内容	实习生能掌握专科护理知识
4	考试:护士长、带教教师组织考核	严格考试纪律,无作弊现象
5	反馈:考核结束由护士长、带教教师阅卷,对存在的问题及时反馈给实习生	实习生业务水平有所提高,掌握实习大纲规定的实习内容
6	总结:科室召开带教会议,总结经验,查找问题,并进行整改	问题清晰,有整改措施,带教能力和教学水平不断提高

七、实习生/实习小组组长座谈会流程与评价标准

实习生座谈会流程与评价标准见表 3-12-14。

表 3-12-14 实习生(实习小组组长)座谈会流程与评价标准

序号	工作流程	评价标准
1	护理部根据实习情况,按时召开实习生座谈会 会议准备:前一周向各科带教组长了解实习中存在的问题及实习生对带教的意见和建议;通知实习生组长开会时间,并要求汇总实习中存在的问题、意见及建议	随时掌握实习生的实习动态,客观评价带教教师和实习生教学与实习的优点、存在问题、意见及建议
2	召开会议:护理部派专人组织会议并做好记录,带教组长代表和实习生组长按时参加会议,将收集的信息在会议上进行反馈 主持人听取双方反馈信息后及时总结,表扬先进和优秀教师及实习生,协调双方意见分歧;并将有关信息反馈给护士长或学生处	会议气氛融洽,互相交流,有效沟通 总结全面,协调有效
3	主持人传达护理部下一步有关实习管理精神和具体措施,并按要求检查落实情况	实习计划落实到位

八、临床护理带教交流会流程与评价标准

临床护理带教交流会流程与评价标准见表 3-12-15。

表 3-12-15 临床护理带教交流会流程与评价标准

序号	工作流程	评价标准
1	会议准备:确定会议时间,通知参会人员,包括实习小组长、各科临床带教教师及护士长,邀请学校有关人员参加,联系会议地点	会议准备周全
2	护理部对临床护理带教工作作出评价,提出量化数据,介绍带教经验	评价客观,总结经验
3	邀请学校到会人员讲话,交流教学管理经验	临床教学经验有所提高
4	请各实习小组长评价临床护理带教工作	评价实事求是
5	请各科临床带教教师及护士长评价实习情况	评价客观、全面
6	进行带教交流,总结优点,找出不足,并协商改进措施	问题准确,措施到位

第二节 护理科学研究工作流程与评价标准

一、护理科研选题工作流程与评价标准

护理科研选题工作流程与评价标准见表 3-12-16。

第三部分 护理工作流程

表 3-12-16 护理科研选题工作流程与评价标准

序号	工作流程	评价标准
1	观察与思考:在大量浏览有关科研资料的基础上进行观察思考,把护理实践中大量、普遍存在的问题引入选题	收集资料广泛
2	查看国内外同类课题文献,掌握课题研究信息和发展动态,找出问题,确定研究方向	调研查新,选题准确,有创意
3	选题要求:新——他人未涉足的领域、未解决的问题、独创的新技术或在技术上有突破性进展等;势——分析医学、护理学和社会的发展趋势,寻找创造性思维的原动力,如重视人的亚健康状态、心理卫生、社会环境、保健康复、生存质量等;特——选题切忌平庸、内容重复,要有创意	选题实用性强

二、申请护理科研课题鉴定流程与评价标准

申请护理科研课题鉴定流程与评价标准见表 3-12-17。

表 3-12-17 申请护理科研课题鉴定流程与评价标准

序号	工作流程	评价标准
1	准备:完成合同或计划任务书规定的各项要求;技术资料齐全,符合科技档案管理要求;应用技术成果必须经过实践验证,具备推广应用条件或已开始推广应用;不存在成果完成单位或人员名次排列等权属方面的争议;有经认定的科技信息机构出具的查新报告	资料齐全,有推广价值
2	申请鉴定:完成合同约定计划任务书规定的任务要求,技术资料齐全,由研究者及其所在单位按照规定形式、内容和程序,向有关机构提出“科技成果鉴定申请报告书”	客观真实
3	初审和组织鉴定:按规定填写科学技术成果鉴定申请表、计划任务书或合同书、单位起草完成科学技术成果鉴定证书、结题报告、项目来源表及行政主管部门要求的其他文件,有关科技行政管理机构聘请同行专家,按照规定形式和程序,对科技成果进行审查和评价,并做出相应结论	积极申请鉴定,评价科学公正
4	颁发证书:颁发科技成果鉴定成果证书和科技成果登记证书	按规定领取证书

三、护理科研课题评奖申报流程与评价标准

护理科研课题评奖申报流程与评价标准见表 3-12-18。

表 3-12-18 护理科研课题评奖申报流程与评价标准

序号	工作流程	评价标准
1	准备:有科研课题计划任务书或合同书、科技成果鉴定证书,项目完成或实践应用 1 年以上,其功能稳定可靠;科研论文在成果所属学科领域全国核心期刊正式发表 1 年以上,科技著作公开发行 2 年以上,科技教材已经在 2 届以上学生教学中使用;有查新报告	资料准备齐全,申报符合条件

(续表)

序号	工作流程	评价标准
2	申请:准备申报书、鉴定证书、相关专业专家推荐书、查新报告书、科研论文及被引用和摘录情况检索、技术研究报告、专利证书、最新版本的科技著作样书,有关应用的推广,经济社会效益的证明	按规定提出申请,具有实用推广价值
3	评奖:由省部科技成果司对项目归类组织初审,提出初审意见和评审等级建议,再由奖励委员会进行复审	积极申请鉴定评奖
4	颁奖:包括科学技术进步奖、自然科学奖、技术发明奖	按规定领取获奖证书

第三节 护理论文撰写流程与评价标准

一、护理论文撰写流程与评价标准

护理论文撰写流程与评价标准见表 3-12-19。

表 3-12-19 护理论文撰写流程与评价标准

步骤	工作流程	评价标准
选题	1. 提出问题:选题范围不可过大、涉及面不宜太宽、题目避免重复、结合自己熟悉的专业内容选题 2. 查阅文献:按文献主题词查找,查阅记录出处,简要记录所需要的内容 3. 确立课题或论题 4. 假设形成 5. 问题陈述	选题对临床护理工作具有指导意义,有创新。 查阅文献由近期到远期,以近年发表的资料为主要参考 确立的课题或论题有创新,具有普遍性及指导意义 具有可行性 条理清晰
设计	1. 确立研究对象,即样本。严格规定总体条件,按照随机原则选取样本 2. 设对照组:对照组和实验组在尽可能相同的条件下观察实验对象的性别、年龄、病情、病种或指标、方法、仪器等方面的因素,对照方法有自身对照(对照组和实验组数据来源于同一组样本)和组间对照(相比较的两组数据来自两组不同受试者) 3. 随机分组:按照随机原则分组,使每个受试者均有同等机会进入实验组或对照组,排除研究者主观因素或其他方面误差,使所抽取的样本具有代表性,能够代表总体。方法有执币法、摸球法、抽签法 4. 观察指标:确定研究数据的观察指标,结合相关专业知识和统计学要求,选择多个指标,采用化验、仪器等方法,可测量,有较好的重现性,能够反映研究内容且具有特异性选择的观察指标,其灵敏度能反映出指标的真正效果,能够连续取样测试,稳定性与准确性与实验条件相匹配 5. 确认变量:确认自变量,是能够影响研究目的的主要因素;确认依变量,尽量排除干扰要素	具备足够样本数量,具有代表性,样本符合原则 符合对照原则 符合随机原则 符合客观性、合理性、灵敏性、关联性原则 变量设计具有可行性

(续 表)

步骤	工作流程	评价标准
实验与观察	1. 按照科研设计要求进行实验,严格遵循实事求是的原则;实验条件保持在可控制范围 2. 观察时真实记录各种数据,不可虚报	科学严谨,实事求是,认真仔细 数据准确、真实
资料收集与整理	1. 收集资料:选用观察法进行资料收集,应注意保持被研究对象或观察处在自然状态和真实情况下。应用问卷调查时应注意问卷设计具有可行性,适时使用诱导性语言,问卷题目应通俗易懂,用词准确,问题简短明确,相同形式的内容应集中编排,空间适当,卷面清洁,留有足够空间 2. 整理:审核每份调查材料的准确性与完整性,如有缺项、漏项、不符等,要本人重新填写。对已获得的数据进行必要的专业统计、人工和计算机等检查。根据研究对象的特征分组,一般 8~15 人为一组。按分组要求设计、整理图表,并进行统计学处理	收集资料准确、真实、齐全 材料准确、完整;数据精确、真实 分组合理 数据符合统计学要求
书写论文提纲	1. 设计论文的基本格式,根据研究内容逐项填写 2. 资料的取舍做到论点突出,论据可靠,论证有力	条理清晰。重点突出
撰写论文第一步:确立论文题目	题目应概括论文的主要内容,不可过长,一般不超过 20 个汉字,英文题目不超过 10 个英文实词;若文题必须长时,可用附题说明,并在附题前用破折号与主题分开;题目一般不用简称或外文缩写,必须用时只能用公认和常用名称;文题尽量不加标点符号	题目准确、简短、醒目、新颖、具有吸引力
第二步:作者署名和单位	1. 作者署名和工作单位写在文题下面 2. 2 名及 2 名以上作者时,要将主要作者列在前面,一般按实际贡献大小排列 3. 在每一名作者姓名之间空一格,不加任何标点符号 4. 作者署名必须真实 5. 在多个单位协作完成的情况下,论文署名按参加工作的主次,上下或前后排列,各自注明单位名称后空两格再写作者姓名,对集体研究成果可署集体名称 6. 论文发表前如某单位参加者调往其他单位时,可以在该作者署名右上角加注符号,并在同页脚注中予以说明	署名正确、真实
第三步:摘要(内容提要)	1. 摘要用第三人称概述,避免与文章标题或前言在用词上明显重复,不能出现“本人”字样 2. 摘要书写应简明扼要,从目的、方法、结果、结论四个方面概括论述 3. 摘要应着重说明研究工作的创新之处,使读者在较短时间内了解论文概况 4. 摘要不列图表、没有引文,尽量不使用缩略语、不分段,独立成章。字数在 200 字左右为宜	简明扼要,说明问题

(续 表)

步骤	工作流程	评价标准
第四步:关键词	1. 关键词是说明文章主要内容的单词、词组或短语,以便在文献检索时通过此词组迅速查找有关文献 2. 关键词可以从文题、摘要、正文中,特别是文中大小标题中选择,也可参考美国出版的《Index Medicus》 3. 列出的关键词各词间不用标点符号,空格书写或用分号隔开,最后一个词末不加标点符号	一般3~5个关键词,要用规范语言做关键词,用原形词,不用缩略语
第五步:正文	1. 前言(引言或导言):叙述本课题研究背景和预期目的,介绍立题依据、研究工作的重要性和假设等;不宜用国内首创、填补空白等语言描述 2. 材料与方法:也称资料来源或临床资料与方法,包括研究对象的条件、抽样方法、观察项目、研究步骤、收集资料的场所,选用的量表和仪器、研究工作的信度、资料整理与统计学处理方法等 3. 结果:即论文的核心部分,包括观察到的现象和收集的数据,经过整理和必要的统计学处理后用文字形式报告出来,冗长时可用统计图或图表归纳研究结果,但文中图表不宜过多,力求简练,能用文字说明的内容一般不用图表 4. 讨论与分析:讨论与本文结果有关的问题,分析多结合相关理论。在分析的基础上提出新的观点和概念。比较研究结果和有关文献报道的异同,从不同角度分析,并提出见解,以充实论点。结论应从研究结果的分析中得出,应慎重,不能以一次结果就得出结论 5. 参考文献:一般引用期刊和书籍,在参考文献中列出作者直接阅读过的文章。内部刊物、内部资料等不列入参考文献中。一般一篇文章列出5~10篇。文中若有引文,应在引文最后句号的右上角标注带阿拉伯数字的方括号的角码,角码所采用的顺序编码与文后参考文献列出的文献序号相对应,说明文中某些论点、数据、资料或方法的出处。参考文献作者1~3名全部列出,3名以上只列前3名后加“等”或其他相应文字。外文期刊名称用缩写以《Index Medicus》中的格式为准,中文期刊用全名。每条参考文献均需著录起止页。参考文献必须由作者核对无误。参考文献按引用先后顺序用阿拉伯数字标出排列于文末	简明扼要,点明主题 叙述详细具体 结果真实明确,表达清楚 分析深入,说明问题 格式正确
修改	修改时至少阅读两遍,以发现问题,找出修改方向及具体内容。对文章用词、语法、标点、符号等不妥之处加以改正。请同行或造诣深者审阅并提出指导意见	文章整体结构合理,论点、论据与结论辩证统一,语法、修辞等规范
定稿	将论文全部内容按写作要求及图表处理规定整理	稿件齐全、清楚

二、护理论文发表流程与评价标准

护理论文发表工作流程与评价标准见表 3-12-20。

表 3-12-20 护理论文发表工作流程与评价标准

序号	工作流程	评价标准
1	论文按杂志社编辑部要求重新审核	无差错、无遗漏
2	论文全部内容,如打印稿、手写稿、光盘、软盘等全部整理完毕	内容一致
3	护理部加盖公章或开具介绍信,注明第一作者姓名、性别、出生年月、学历、职称、职务	详细登记
4	按要求汇寄稿件及审稿费	
5	经审核拟定刊登,修改稿寄回时,按修改意见及时修改整理后与编辑部联系	及时沟通
6	自留底稿	保存完整

第四部分 护理岗位职责及评价标准

第 13 章 护理管理岗位职责及评价标准

第一节 护理行政岗位职责及评价标准

一、护理部主任岗位职责及评价标准

(一) 护理部主任岗位职责

1. 在院长领导下负责全面护理工作,制订护理发展规划及管理目标,并做到年有计划和总结,季有安排,月有重点。
2. 全面部署,严格督促、检查护理岗位责任制和各项护理制度、操作规程的落实、执行情况,及时研究解决护理工作中存在的问题。
3. 定期召开护士长例会、全院护理人员大会,布置、总结、分析、交流护理工作情况和经验。
4. 深入各科室,了解护理工作情况,定期组织护理查房,参与组织指导突发事件的护理抢救和技术指导及疑难问题的会诊工作。
5. 制订在职护士继续教育、进修计划、考核制度及落实措施。定期对全院护理人员进行业务技术训练和考试、考核,并建立技术档案。
6. 对护理人员进行医德素质教育,掌握全院护理人员的工作、学习、思想情况。负责全院护理人员的调配和护士长聘任,并向院长提出护理人员的升、调、奖、惩意见。
7. 对护理差错事故提出处理意见,并组织专题讨论。
8. 加强信息管理,建立护理质量控制系统和考评制度,充分发挥各级护理管理人员的作用。
9. 运用国内外先进技术和经验,指导临床护理实践及新技术的推广、使用。制订护理科研计划,并组织实施。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

(二) 护理部主任工作评价标准

护理部主任工作评价标准见表 4-13-1。

表 4-13-1 护理部主任工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:45~8:00	1. 着护士服 2. 浏览医院的工作网站,做好参加医院中层干部以上人员晨会前的准备	着装符合要求;衣帽整洁,淡妆上岗 及时了解医院的工作安排和精神,对科室反应的意见做到及时反馈
8:00~8:20	参加晨会,重点汇报;夜班值班人员汇报值班情况,前一天全院的工作量,各职能部门收集到临床一线的意见和建议	及时反馈临床一线发现的问题,对护理工作取得成绩和不足及时向科室反馈并制定整改措施
8:20~8:40	阅读医院的最新文件,新闻,星期一安排本周的工作重点	对护理有关的文件及精神,及时贯彻执行;本周重点计划合理,落实到位
8:40~9:00	按照科务会计划安排好工作,根据科室的工作量,合理调配护理人员	计划合理,指令清楚,调配及时,落实到位
9:00~12:00	有计划的深入临床一线进行访视。访视的内容:督导并检查护理质量;访视科室上报的危重患者;征求患者、陪护及科主任、护士长、医护人员对护理工作的意见和建议;有重点的访视危重患者及开展新业务,新技术,有特殊治疗和护理患者的科室	访视及时有效,对存在的问题及时制定整改措施。合理使用和调配护理人力资源。护理人员按护理程序工作,护理措施落实到位
13:30~17:30	有计划的接待来访人员和护士长 参加院内外有关会议 周四下午参加医院的院长办公会	及时了解有关信息,做好与外援的交流与沟通,了解护士长的工作情况,指导协助护士长解决科室存在的问题
	周五下午召开每两周一次的全员护士长会议:反馈护理质量,总结护理工作,布置近期护理工作,通报有关的护理信息 对遇到的有关护理问题及时提出整改措施并落实相关制度	开会准时,人员齐全,到会人员掌握会议的内容与精神,及时传达到全员护理人员 提高应急能力,确保全院护理工作良性运转

二、护理部干事岗位职责及评价标准

(一) 护理部干事岗位职责

1. 在护理部主任领导下进行工作,协助护理部主任分管相应的工作。
2. 负责处理护理部所分工的日常事务,有关事情经请示后给予答复。
3. 了解院内护理工作信息,及时反馈,并提出改进意见。
4. 负责通知及准备有关会议事务,并做好会议记录、整理、归档工作。
5. 负责全院护理人员考试成绩的录入、统计、汇总、存档。
6. 负责护理部有关文件的打印、复印、分发等工作,收集、登记、统计、保管护理部有关资料。
7. 负责本部门物品的请领、保管和协助护理部主任完成部分文书工作。

8. 负责接待参观、来访及来电、来信的处理工作。
9. 负责全院护士注册及护士学分登记等具体工作。
10. 完成领导交给的各项临时性工作。

(二) 护理部干事工作评价标准

护理部干事工作评价标准见表 4-13-2。

表 4-13-2 护理部干事工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:45~8:00	整理, 清扫办公室	办公室空气清新, 整洁有序
8:00~8:20	进入办公网站, 查看办公信息, 将有关文件下载并打印, 存档分类保存	掌握办公动态
8:20~8:30	将最新文件, 新闻递交主任查阅	准确及时传递医院工作信息, 无遗漏
8:30~9:00	参加科务会(周一)	做好记录, 合理安排工作
10:00~11:30	参加护理质量检查, 督导全院危重患者护理	检查, 分析护理工作中存在的问题和不足, 及时汇报并提出合理化建议
13:30~18:00	接听电话, 接待来客 草拟文书 协助主任做好全院护理工作调配	主动, 热情, 礼貌, 语言得体 及时, 认真, 符合要求 做好协调工作, 保证人员到位, 确保护理工作良性运转
17:30~18:00	整理办公室	办公室整洁有序

三、科护士长岗位职责及评价标准

(一) 科护士长岗位职责

1. 在护理部领导和科主任业务指导下, 负责所属科室的临床护理、教学、科研及护士继续教育的管理工作。
2. 根据护理部的工作计划, 结合本科情况制订本科护理工作计划, 组织实施, 准确及时传达护理部各项工作指令, 组织、指导本科各病区完成护理部布置的任务。并定期总结汇报。
3. 督促本科各病区认真执行各项规章制度、护理技术操作规程。
4. 全面了解本科业务情况, 参加科主任查房, 组织和指导本科护理查房及护理会诊, 参与和指导本科危重患者的抢救及护理工作。
5. 组织本科各病房护士长及护理人员的业务培训, 注重护士素质的培养, 并负责对本科护理人员的考试考核工作。
6. 督促和检查本科各病区护理质量, 发现问题及时解决, 把好质量关。
7. 对护理人员发生的差错、事故及时上报护理部, 并组织本科护理人员对差错、事故进行分析, 总结经验教训, 采取改进和防范措施。
8. 根据护理教学计划和目标, 每月对临床教学质量进行检查。
9. 密切与各科室、各部门的联系, 加强沟通、协调和配合。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

(二) 科护士长工作评价标准

科护士长工作评价标准见表 4-13-3。

表 4-13-3 科护士长工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
8:00~8:30	有计划参加病房晨会交接班,了解病房夜间工作情况	准时参加,特殊问题重点协调,发现问题及时处理并给予指导
8:30~12:00	调配、督导,参与本系统病房的护理工作 执行护理工作计划(年计划,周计划,医院护理工作安排等)	确保本系统病房的护理工作顺利进行 执行计划准确,及时
13:30~17:30	向病房护士长及护理人员了解工作情况,发现问题及时处理 向各科主任,医师了解护理工作情况,加强医护联系 征求患者对护理工作意见,发现问题及时处理,提高患者满意度	问题处理及时,能对护理工作给予指导 掌握本科室护理人员工作状况,调动护理人员的工作积极性 患者满意率逐步提高达 100%

第二节 病区护理岗位职责及评价标准

一、病区护士长岗位职责及评价标准

(一) 病区护士长岗位职责

1. 在护理部主任和科主任业务指导下,负责本病区护理工作,并协助科主任做好病房管理;是本病区护理质量安全管理及持续改进第一责任人,应对护理部负责。
2. 根据护理部及科室内工作计划,制定病区护理工作计划,并组织实施。认真做好护理质量检查、记录和统计工作。
3. 合理安排和检查本病区的护理工作,落实质量控制方案,参与并指导疑难、危重患者的护理和抢救工作。
4. 负责本病区护理人员的素质培养工作。
5. 督促护理人员严格执行各项规章制度和操作规程,严防护理缺陷。对本病区发生的护理缺陷,及时报告护理部,并查明原因,组织整改。
6. 参加科主任查房,参加科内会诊及疑难危重病例、死亡病例的讨论。
7. 负责组织护理会诊,护理查房,积极开展护理科研工作和护理经验总结。
8. 负责实习护士、进修护士的学习安排和带教护士的带教工作。
9. 组织护理人员业务学习及技术训练,实施“三基三严”培训工作。
10. 定期督促检查仪器、设备、物品、药品的请领及保管。
11. 负责组织实施健康教育及健康干预工作。
12. 定期召开工休座谈会,不断改进病区管理工作,听取患者对医疗、护理及饮食卫生等方面意见。

(二) 病区护士长工作评价标准

病区护士长工作评价标准见表 4-13-4。

表 4-13-4 病区护士长工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~8:00	了解危重患者夜间病情变化,检查夜班护理工作质量 做好一天工作安排	掌握危重患者病情变化,正确评价夜班护士工作并做出指导 工作安排合理明确
8:00~8:20	参加晨会,听取夜班护士及夜班医师交班报告 及时传达医院各项工作精神	全面掌握患者病情动态变化 人人领会贯通,认真执行
8:20~9:00	参加床头交接班,重点查看危重患者病情变化 检查晨间护理是否彻底有效 有针对性参加科主任查房	严格“八交”内容,做到“八知道” 晨间护理彻底有效 及时落实医生对护理工作的要求
9:00~11:30	督导各班工作执行情况,主持参与危重患者抢救,参与新入院或危重、特殊治疗患者护理工作	及时发现各班工作中存在的问题,并给予指导,确保严格遵守操作规程,护患关系融洽,满足患者的合理要求
11:30~12:00	督导当班护士加强病房安全管理 做好交接班准备工作	杜绝安全隐患 严格交接班制度
14:00~17:00	执行护士长周计划	确保落实
17:00~17:30	巡视病房,检查晚间落实情况;征求患者意见,做好指导	发现问题及时解决,逐步提高患者满意度

二、主班护士岗位职责及评价标准**(一) 主班护士岗位职责**

1. 在护士长的领导下工作。
2. 严格交接班制度,做到八交(患者总数、出入院、转科、死亡、手术、分娩、抢救、危重患者情况)、八知道(姓名、性别、年龄、床号、诊断、病情、治疗、护理)。
3. 参加晨会、床头交接班。
4. 接收新入院、转入患者、了解并协助患者的各种需求,适时完成健康教育。
5. 安排患者陪检工作。
6. 巡视病房、观察病情变化,完成护理记录。
7. 为出院患者做出院指导。
8. 协助生活不能自理的患者进餐,了解饮食情况。
9. 测体温并绘制。
10. 负责标本采集,记录出入量及特别护理记录单,监测生命体征。
11. 经常和患者交谈,帮助患者了解自己的疾病情况和为恢复健康所采取的各项措施,鼓励患者发挥主观能动性战胜疾病。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

(二)主班护士工作评价标准

主班护士工作评价标准见表 4-13-5。

表 4-13-5 主班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~8:00	提前上岗,巡视病房,根据病情合理安排陪床	衣帽整洁,初步掌握夜间患者病情变化,为治疗护理做好准备
8:00~8:30	参加晨会交接班 参加危重、疑难病例讨论	认真听取交班内容,了解患者的治疗和护理重点
8:30~9:00	床头交接班 参加晨间护理 安排患者陪检工作	严格“八交”内容,做到“八知道” 保持病室整洁,空气新鲜 患者外出检查、治疗有人陪护
9:00~11:00	查看已转抄、打印的医嘱单,执行医嘱 为入院及转入患者,做好入院宣教,帮助患者及家属尽快熟悉病房环境,做好患者卫生处置;巡视病房,了解并协助解决患者的各种需求,适时完成健康教育 观察病情变化,制订护理计划,实施护理措施,并做好护理记录 指导辅助护士、护理员工作,落实基础护理,完成周计划 为出院患者做出院指导,送出院患者至电梯口 进行出院后床单位的终末处置,床单位整洁,消毒备用	认真审核医嘱,执行三查八对 做到“热情接、耐心讲、主动帮” 做到“细心观、认真做、真实记” 做到“亲切送”
11:00~12:00	测 11 时体温并绘制 发 12 时口服药 协助生活不能自理的患者进食午餐	绘制准确 协助患者按时服用,做好药物的名称、作用及注意事项等宣教内容 患者按时顺利进餐
12:00~13:00	核对当日医嘱 执行临时医嘱并负责更换液体	认真核对并签全名 及时更换液体
13:00~13:50	随时巡视病房观察病情变化 书写护理记录及交班报告	按级别护理巡视病房 护理文书书写规范
13:50~14:00	整理卫生,保持清洁,整理物品,物归原处 与小夜班床头交接班	办公环境清洁整齐 严格“八交”内容,做到“八知道”

三、治疗室护士岗位职责及评价标准

(一)治疗室护士岗位职责

1. 执行交接班制度。
2. 各种治疗用品、药品,做好分类存放,保证无过期失效,每日清点,认真交接班。
3. 负责静脉输液、输血、肌肉注射等治疗的准备工作,操作中要严格遵守无菌操作原则
4. 执行消毒隔离制度,按时执行日程、周程。

5. 及时准确执行医嘱,做到“三查八对”。
6. 随时巡视病房,进行健康宣教。
7. 做好医用垃圾的分类处理。
8. 督促检查工作人员严格执行治疗室制度。
9. 负责治疗室的清洁、卫生工作。

(二)治疗室护士工作评价标准

治疗室护士工作评价标准见表 4-13-6。

表 4-13-6 治疗室护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
8:00~8:30	协助配置第一瓶常规药液,并溶解 8 时常规静脉注射用药	严格遵守“三查八对”及无菌原则
8:30~9:00	更换无菌物品,填充无菌物品,更换物品浸泡消毒液	严格遵守“三查八对”及无菌原则,消毒液的浓度符合检测标准
9:00~9:30	清洗器械包装,贴 3M 胶带,准备消毒	器械清洗干净,包装符合要求
9:30~10:00	整理治疗室用物,擦拭治疗室地面及桌面	保持治疗室地面及桌面清洁
10:00~10:30	每周—物品大消毒并贴 3M 胶带,擦拭紫外线灯管并做好记录 每周五进行治疗室大搞卫生 每月定期做物品表面及空气培养并做好登记	待消毒物品包装符合要求;紫外线灯管检测达标 清扫彻底,无卫生死角 培养符合标准,准确登记
10:30~12:00	请领医嘱用药	请领及时、准确
14:00~15:30	请领临床用药,摆放次日常规液体、静脉用药及肌内注射用药等	做到“三查八对”,确保准确无误
15:30~16:00	领回消毒包,补充无菌物品	及时领取,执行无菌原则
16:00~16:30	整理冰箱,定期除霜	冰箱正常运作,药品摆放整齐
16:30~17:00	每周—检查抢救设备性能、补充药品基数	做到抢救物品处于完好备用状态,抢救药品无过期,基数正确
17:00~17:30	整理治疗室,擦拭地面及桌面,准备与小夜班交班	保持治疗室清洁

四、责任护士岗位职责及评价标准

(一)责任护士岗位职责

1. 在护士长的领导下,对患者要做到“八知道”。
2. 对新入院患者做好安排及介绍,通过与患者交谈、查体、根据病情变化和诊疗计划掌握患者需要解决的问题,密切观察病情变化,随时进行处理。
3. 及时准确写好护理记录,向患者交代各项特殊检查的内容及注意事项。
4. 负责患者服药、各种注射、治疗及临床护理。
5. 及时巡视病房,全面了解病情,按要求观察病情变化并记录,做好住院评估和疾病知识宣教。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

6. 负责标本采集、记录出入量,监测生命体征。
7. 经常和患者交谈,帮助患者了解自己疾病情况和为恢复健康所采取的各项措施,鼓励患者发挥主观能动性战胜疾病。
8. 定期参加查房,了解患者的病情及特殊治疗的意图。
9. 负责实习护士的临床带教工作。
10. 负责出院、转科、死亡患者单位的处理、隔离、消毒工作。
11. 做好患者的健康教育及出院指导工作。

(二)责任护士工作评价标准

责任护士工作评价标准见表 4-13-7。

表 4-13-7 责任护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:50~8:00	提前上岗位,清点物品	衣帽整洁,淡妆上岗;清点及时并签全名,账物相符
8:00~8:30	参加晨会交接班	认真听取交班报告,了解患者的护理重点
8:30~9:00	参加床头交接班 参加晨间护理及危重患者抢救 核对夜间医嘱 检查督促标本留送	严格“八交”,做到“八知道” 保持病室整洁,空气新鲜,患者卧位舒适,危重患者抢救到位 认真核对并签全名 标本及时送检
9:00~10:30	处理医嘱,转抄各种治疗卡,按医嘱更换护理及饮食标记,并向患者说明 热情接待新入院及转入院患者,协助办理相关手续,送患者至床旁,通知分管护士及主管医师,做好入院健康宣教 书写整理出院病历及出院指导,并督促患者填写医疗服务质量调查表	确保医嘱处理及时准确,患者掌握自己的饮食种类 热情接待,使患者尽快熟悉病房环境 遵照护理文书书写规范,保证患者及时满意的出院
10:30~11:00	协助患者结算当日各项费用	账目清晰,无漏错记
11:00~12:00	打印并发送患者费用一日清单 整理、填充表格内容 整理护士站卫生 做好床头交接班	及时发放清单,准确解答患者疑问 表格齐全,表格清洁整齐 保持护士站清洁整齐 严格“八交”、做到“八知道”
13:30~14:00	清点交接物品并登记 核对午间医嘱并签全名	账目相符,登记清楚 核对认真
14:00~16:00	执行临时医嘱 准备次日手术用物、查看皮肤情况、做心理护理	医嘱执行准确及时 保证手术用物齐全,健康宣教到位
16:00~17:00	核对当日医嘱,每周一、周四全面核对医嘱	核对认真,准确无误
17:00~7:30	整理护士站卫生 参加床头交接班	保持护士站清洁整齐 严格“八交”、做到“八知道”

五、药班护士岗位职责及评价标准

(一)药班护士岗位职责

1. 负责毒、麻、限剧药和贵重药物的请领与保管,有检查有记录。
2. 负责病室口服药、注射药、静脉溶液、外用药物的请领。
3. 负责急救车物品和药品的清点与请领。
4. 负责注射药的准备,严格执行查对制度。
5. 负责准备、发放口服药、做到发药到口,及时收回药杯,定时清洗、消毒。
6. 每日检查无菌物品的消毒日期,保持无菌物品的清洁整齐,定期进行大消毒。
7. 负责与供应室交换消毒物品,每日清点无菌物品有记录,保持药柜、药车清洁,整齐。
8. 负责进修护士及实习学生的临床带教工作。

(二)药班护士工作评价标准

药班护士工作评价标准见表 4-13-8。

表 4-13-8 药班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评价标准
7:45~8:00	提前上岗 查对贵重药品	着装整齐 账目相符,登记清楚
8:00~8:30	参加晨会交接班	了解患者的治疗及护理情况
8:30~9:00	准备发放口服药、做到发药到口、定时清洗消毒	准确无误,符合要求
9:00~10:00	严格查对制度、准备注射药	认真执行“三查八对”
10:00~10:30	与供应室交换消毒物品 清点无菌物品有记录	严格遵守无菌原则 记录准确无误
10:30~11:00	每周五彻底清扫药柜、药车、保持清洁、整齐 每日检查无菌物品的消毒日期,每周进行大消毒	药柜、药车清洁符合要求 严格执行无菌操作原则
11:00~12:00	请领外用药	准确及时
13:30~17:00	请领溶液,请领毒、麻、限剧药和贵重药物 发放静脉溶液 准备口服药、注射药 请领并检查急救车物品和药品,并且记录	及时准确,有记录 发放准确及时,严格执行“三查七对”制度
17:00~17:30	整理用物 交接班	清洁整齐 严格“八交”“八知道”

六、副班护士岗位职责及评价标准

(一)副班护士岗位职责

1. 在护士长的领导下进行工作。
2. 全面了解患者情况,巡视病房,参与抢救工作。
3. 协助药班护士执行、查对医嘱,严格执行查对制度。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

4. 参与处置,严格执行无菌技术操作。
5. 主动接待患者及来访者,服务周到热情。
6. 办公室、值班室整洁,做好医疗器械、医疗文件、办公物品保管工作。
7. 管理护理员、清洁工,完成周程、日程。
8. 协助护士长工作。

(二)副班护士工作评价标准

副班护士工作评价标准见表 4-13-9。

表 4-13-9 副班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
8:00~8:30	与治疗护士共同核对静脉用药(床号、姓名、浓度、剂量、时间、用法、有效期)核对无误后签全名 配置静脉用药,遵照医嘱安排输液顺序	核对准确,及时无误 严格无菌操作,输液顺序安排合理
8:30~9:30	溶解静脉注射药物并执行静脉注射顺序	遵守无菌操作规程,注射时间符合规定
9:30~11:00	巡视病房、更换静脉液体,观察病情变化,与分管护士沟通,并遵医嘱给予对症处理 执行临时医嘱	按护理级别巡视病房,更换液体及时准确 及时准确
11:00~11:30	协助患者进午餐	患者顺利进餐
11:30~12:00	与分管护士交接班(出入院情况、病情变化、需继续执行的治疗及护理项目等)	交接清楚、全面,保证患者治疗及护理的连续性
12:00~15:00	核对上午医嘱 完成患者午间治疗、护理	核对认真签全名 准确及时完成各项护理
15:00~16:00	巡视病房,观察病情变化,更换静脉液体,并遵医嘱给予对症处理 打扫治疗室、更衣室卫生 准备交接班	按护理级别巡视病房,更换液体及时准确 清洁整齐 严格“八交”“八知道”

七、护理班(基础护理)护士岗位职责及评价标准

(一)护理班(基础护理)护士岗位职责

1. 完成晨、晚间护理。
2. 完成患者的基础护理、保持“六洁”“四无”(六洁:头发、皮肤、口腔、会阴、手指甲、脚趾甲清洁;四无:无压疮、无坠床、无护理并发症、无差错事故)。
3. 协助患者进食午餐及晚餐。
4. 做好患者被褥清洁整理工作。
5. 测量下午生命体征并记录。
6. 经常巡视病房,维持病房秩序、保持病室整洁、安静安全。
7. 统计出入量、患者出院后完成终末处置、铺备用床。
8. 完成晚间护理、满足患者生活需要。

(二) 护理班(基础护理)护士工作评价标准

护理班(基础护理)护士工作评价标准见表 4-13-10。

表 4-13-10 护理班(基础护理)护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~9:00	请陪护人员离开病房,参加晨间护理	保持病房整洁,空气新鲜,患者卧位舒适
9:00~12:00	完成患者的基础护理,如更换吸氧管、吸痰管等。 协助患者进食午餐	患者保持“四无”(无压疮、无坠床、无护理并发症、无差错事故) 患者按时、顺利就餐
13:30~14:30	协助测量下午体温、脉搏、呼吸、血压,并且记录	准确测量,异常情况及时汇报
14:30~16:00	完成患者下午基础护理	同前
16:00~16:30	统计出入量,患者出院后完成终末处置,铺备用床	出入量统计准确,终末消毒符合要求
16:30~17:45	完成晚间基础护理 协助患者进食晚餐	保持病房整洁、安静、安全 患者顺利进餐
17:45~18:00	与小夜班交接班	严格“八交”“八知道”

八、中班护士岗位职责及评价标准**(一) 中班护士岗位职责**

1. 严格交接班制度。
2. 负责病区治疗任务,严格“三查八对”制度,严格执行无菌技术。
3. 负责测日间体温,填写体温单,并且绘制体温单。
4. 严格消毒隔离制度,负责无菌物品的消毒工作。负责一次性医用垃圾毁形并记录。
5. 负责中午本病区一切护理工作,保持各室物品放置有序,清洁整齐。
6. 负责中午各室常规紫外线照射消毒。

(二) 中班护士工作评价标准

中班护士工作评价标准见表 4-13-11。

表 4-13-11 中班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
11:30~12:00	提前上岗、清点物品 床头交接班	衣帽整齐,清点及时并签名,账务相符 严格“八交”“八知道”
12:00~13:30	完成日间治疗护理 巡视病房,更换静脉液体,观察病情变化 书写护理记录	准确及时完成治疗和护理 按护理级别巡视病房,液体更换及时准确 符合护理记录书写规范
13:30~14:00	一次性医用垃圾毁形并记录 整理卫生 床头交接班	记录清楚,处理符合“医院感染管理规范” 清洁整齐 严格“八交”“八知道”

九、小夜班护士岗位职责及评价标准

(一)小夜班护士岗位职责

1. 严格交接班,查阅医嘱本、交班本、体温单,查看护理记录、出入量记录。
2. 清点毒、麻药及物品并记录、签名。
3. 认真听取交班,危重患者床头交接班,巡视患者,查看输液及引流是否通畅并清点患者人数。
4. 密切观察生命体征,认真记好护理记录和出入量记录,发现问题及时与医生联系。
5. 核对医嘱、化验单、检查单,通知手术患者禁食、水。
6. 整理各室使之保持清洁整齐,做到物归原处。
7. 做好熄灯前的准备工作,如危重患者翻身、倾倒及分发便器、关窗,巡视患者并及时解决患者需求。
8. 及时处理并执行临时医嘱。
9. 定时巡视患者,观察病情,发现问题及时处理。

(二)小夜班护士工作评价标准

小夜班护士工作评价标准见表 4-13-12。

表 4-13-12 小夜班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
14:00~14:30	清点物品 阅读交班报告及重点患者护理记录 床头交接班	清点及时并签名,账务相符 全面掌握患者病情动态变化 严格“八交”“八知道”
14:30~16:30	根据患者病情及护理级别及时巡视病房,观察记录病情变化,提供人性化服务 做好病房管理及安全管理,确保护理安全 查看全部治疗本,完成夜间常规治疗护理内容	及时发现病情变化,通知医师进行处理,杜绝发生差错事故,与患者和家属做好沟通 准确无误
16:30~18:30	核对白班医嘱 核对次日静脉用药、肌内注射用药,准备手术用药和物品,执行临时医嘱 将入院及出院患者信息登记在住院患者登记簿上	核对认真仔细并签名 核对认真仔细并签名 登记信息全面,字迹清晰
18:30~19:00	测 7 时体温并绘制,如有异常,及时通知医师 浸泡碘仿、乙醇、盐水棉球,以备次日使用	绘制清晰、正确 遵守无菌原则,满足次日所需
19:00~19:45	书写护理记录及交班报告	符合护理文书书写规范
19:45~20:00	与大夜班床头交接班	严格“八交”“八知道”

十、大夜班护士岗位职责及评价标准

(一)大夜班护士岗位职责

1. 严格交接班,查阅医嘱本、交班本、体温本,查看护理记录、出入量记录。
2. 清点毒、麻药及物品并记录、签名。

3. 认真听取交班,危重患者床头交接班,巡视患者,查看输液及引流是否通畅并清点患者人数。

4. 负责后夜口服药、注射针剂、做治疗及护理工作。

5. 经常巡视病房,密切观察危重患者的生命体征及病情变化,发现问题及时处理。

6. 负责处理并执行临时医嘱。

7. 负责治疗室紫外线照射消毒。

8. 倾倒各种引流液、引流瓶、更换引流袋,并做好记录。

9. 书写夜间护理记录及总结出入量。

10. 协助一、二级护理患者的晨晚间护理,督促三级护理患者洗漱,协助分发早餐、喂饭。

11. 协助取血,留取各种标本。

12. 为当日手术患者做好术前准备:如放置胃管、尿管及注射术前针等。

13. 参加早晨交班。

(二)大夜班护士工作评价标准

大夜班护士工作评价标准见表 4-13-13。

表 4-13-13 大夜班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
19:45~20:00	清点物品 阅读交班报告及重点患者护理记录 床头交接班	清点及时并签名,账务相符 全面掌握患者病情动态变化 严格“八交”“八知道”
20:00~21:30 21:30~0:00	根据患者病情及护理级别及时巡视病房,观察记录病情变化 做好病房管理及安全管理 为一级护理患者做好晚间护理	及时发现病情变化,通知医生进行处理,杜绝发生差错事故,杜绝安全隐患 保持“六洁”
0:00~4:00	查看全部治疗本,按时完成常规治疗护理内容 核对全天医嘱	核对认真仔细并签名 核对认真仔细并签名
4:00~6:00	将本班入院及出院患者登记在住院患者登记簿上 紫外线消毒治疗室 1 小时、消毒期间减少进入次数避免影响消毒效果及造成人身伤害	登记信息全面,字迹清晰 消毒时间符合要求,登记准确及时
6:00~7:00	开走廊顶灯,关地灯 抽取空腹血,督促指导患者留取化验标本 测量 6 时生命体征 为当日手术患者进行术前准备,如留置导尿、胃肠减压	正确指导,准确留取标本 操作正确 绘制清晰 严格控制无菌操作原则
7:00~8:00	一、二级护理患者晨间护理 督促卫生员、护理员整理床单位 书写护理记录及早会交班报告,晨会交班	分级符合要求,病区安静、整洁 符合护理文书书写规范 晨会交班准备充分

十一、换药室护士岗位职责及评价标准

(一)换药室护士岗位职责

1. 在护士长领导下负责换药室的工作。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

2. 负责换药室卫生清洁,保持室内整齐、肃静。
3. 负责换药室内一切物品的交接、请领、保管、消毒,保证供应及时。
4. 负责室内空气及各种换药物品的细菌培养和登记工作。
5. 配合医生对较重和较复杂患者的处置工作。
6. 督促指导医护人员,严格执行各项规章制度和无菌技术操作规程,防止院内感染和医疗差错事故发生。

(二)换药室护士工作评价标准

换药室护士工作评价标准见表 4-13-14。

表 4-13-14 换药室护士工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
7:50~8:00	提前上岗,清点物品	衣帽整齐,清点及时并签名,账务相符
8:00~8:30	参加晨会交接班	认真听取交班内容,了解患者的治疗和护理
8:30~10:30	与消毒供应中心室更换无菌物品、补充物品, 更换物品浸泡消毒液 整理换药室、擦拭换药室地面及桌面 做好各类切口更换敷料的准备工作 督促检查工作人员执行无菌操作技术	严格遵守无菌操作原则,消毒液符合检测标准 保持换药室清洁 严格遵守无菌操作原则 有效到位
10:30~11:30	每周五下午进行换药室大扫除 每月定期做物品表面及空气培养,并做好登记	清扫彻底,无死角 培养符合标准,准确登记
11:30~12:00	做好换药室统计次数 清点器械交班	统计精确 严格交接班
13:30~16:30	更换消毒包、填充无菌物品 随时接待临时伤口更换敷料	严格遵守无菌操作原则
17:00~17:30	整理换药室、交接班	换药室清洁整齐,物品清单并签名

十二、办公室护士岗位职责及评价标准

(一)办公室护士岗位职责

1. 在护士长领导下,负责病房全面管理,督促检查各班护理人员认真贯彻岗位职责及各项规章制度。
2. 负责医嘱的处理、核对、录入、打印工作,掌握患者的病情。
3. 负责患者会诊、检查、转科安排及各种检查通知单的外送工作。
4. 协助护士长检查各班执行医嘱情况及护理记录书写情况。
5. 负责各种化验、检查的联系、药品请领、容器准备工作。
6. 协助护士长解决护理工作中出现的紧急情况,并参加危重患者的抢救工作。
7. 负责并指导实习学生带教工作。
8. 对实习生、进修护士及低年资护士实行“三基”“三严”训练,努力提高教学质量。
9. 负责指导疑难、重症患者的护理及新技术工作。

10. 保持办公室及护士站的物品到位、清洁、整齐以及表格的齐备。

11. 护士长不在时,负责安排检查各班工作、处理科内事务。

(二)办公室护士工作评价标准

办公室护士工作评价标准见表 4-13-15。

表 4-13-15 办公室护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:45~8:00	提前上岗,统一着装	衣帽整洁,淡妆上岗
8:00~8:30	参加晨会 参加危重、疑难病例讨论	认真听取交班内容,了解患者的治疗和护理重点
8:30~9:30	参加床头交接班、掌握患者的病情 处理医嘱、核对、录入、打印工作	严格“八交”“八知道” 医嘱处理准确无误
9:30~11:00	协助护士长检查各班医嘱执行情况 检查护理记录书写 参与危重患者的抢救	及时发现各班存在的问题并给予指导
11:00~12:00	联系患者转科、检查、会诊安排、各种检查通知单的外送	及时畅通
14:00~14:30	负责各种特殊化验、检查的联系 药品请领、容器准备工作	及时到位及时准确
14:30~15:00	指导带教	理论联系实际,突出本专科特点
15:00~16:00	指导疑难、重病患者的护理	及时发现问题,帮助解决问题
16:00~17:00	根据体温草录,绘制体温单	绘制清晰准确
17:00~17:30	清洁工作 填充表格,整理文书	保持护士站清洁 表格齐全

第 14 章 特殊科室护理岗位职责及评价标准

第一节 急诊科护理岗位职责及评价标准

一、急诊科护士长岗位职责及评价标准

(一) 急诊科护士长岗位职责

1. 在护理部主任领导和科主任业务指导下,负责急诊科室的护理行政业务管理,定期向护理部汇报工作情况。
2. 组织安排、督促检查护理人员做好急诊抢救工作。
3. 督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程,复杂的技术要亲自参加或指导,严防差错事故发生。
4. 加强护理人员的业务学习和急诊技术训练,有计划地进行考试、考核,提高急诊抢救质量和应急能力。
5. 负责各种急救药品、器材、监护仪器、用品的预算、请领、保管工作,做到“四定”(定专人管理、定位放置、定物品数量、定期检查消毒),保持良好备用状态。
6. 负责护理人员排班,检查护理质量,总结经验。
7. 保持室内清洁整齐,做好消毒隔离和防止院内感染工作。
8. 经常巡视观察患者,认真检查各班工作完成情况。
9. 负责指导和管理学习、进修人员,按要求完成教学计划。
10. 准确、及时护士长管理运行文件,接受护理部考核。

(二) 急诊科护士长工作评价标准

急诊科护士长工作评价标准见表 4-14-1。

表 4-14-1 急诊科护士长工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
7:30~8:00	着装 了解危重患者夜间病情变化 检查夜班护理工作质量:各室环境卫生、仪器设备维护、消毒隔离、护理并发症等	精神饱满、仪表端庄 掌握危重患者病情变化 正确评价夜班护士工作并作出督促与指导
8:00~8:20	参加晨会,听取夜班护士及夜班医生交班报告 及时传达医院及护理部的各项工作精神 检查抢救记录、重症记录单书写情况	全面掌握患者病情动态、对夜班护士病情报告作出评价、指导 人人领会精神,认真执行 书写项目内容全面,符合规范要求,审核后签全名

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
8:20~9:00	带领护士床头交接班,重点查看危重患者病情变化 做好一天工作安排 参加晨间护理、指导护士工作 有针对性参加科主任查房	严格“八交”内容,做到“八知道” 工作安排合理、明确 晨间护理全面、有效 及时落实医师对护理工作的要求
9:00~12:00	查房,督导各班工作执行情况,主持参与危重患者抢救 参与新入院或危重,特殊治疗患者护理工作及技术指导	及时发现各班工作中存在的问题,并给予指导,确保严格遵守操作规程 了解患者需求,满足患者的合理要求,护患关系融洽
13:30~17:00	执行护士长周计划安排 巡视病房,督导午后各班工作执行情况,主持参与危重患者抢救	确保重点工作有效落实 及时发现各班工作中存在的问题,并给予指导,严格遵守操作规程
17:00~17:30	检查各种急救药品、器材、监护仪器、用品的预算、请领、保管工作,做到“四定”,保持良好备用状态,做好指导。 检查就诊现状及工作秩序,征求患者意见 根据患者情况调配好夜班护理值班人员	发现问题及时解决,保证工作需要 方便患者,患者满意率逐步提高达 100% 做好评估,合理配备护理人员

二、急诊科护士岗位职责及评价标准

(一)急诊科护士岗位职责

1. 在护士长领导下进行急诊抢救与护理工作,认真做好急诊患者的分诊工作。
2. 坚守岗位,急诊患者来诊时,立即通知值班医师,在医师未到之前,可行必要的急救措施,随即向医师报告处理经过和患者情况。
3. 准备各种急救所需用品、器材、敷料,用后及时更换、补充、消毒,确保抢救无误。在急救过程中,应迅速准确地配合医师进行抢救工作。
4. 经常巡视留观患者的病情变化,发现异常及时报告。
5. 认真执行各项规章制度和技术操作规程,正确执行医嘱,做好查对和交接班工作,不断提高业务能力和抢救工作质量,防止差错事故发生。
6. 危重患者或需手术的患者,由护士送至病区或手术室。
7. 预防院内感染,发现传染患者及时报告并做好消毒隔离工作。
8. 参加护理教学和科研工作,不断提高护理质量。

(二)急诊科护士工作评价标准

1. 值班护士工作评价标准 见表 4-14-2。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

表 4-14-2 值班护士评价标准

时间	工作 流程	评 价 标 准
7:45~8:00	参加晨会 与大夜班床头交接班	认真听取交班内容、了解患者的治疗和护理重点 严格“八交”内容,做到“八知道”
8:30~9:00	协助晨间护理 随同医生查房,了解留观患者诊断、病情变化及治疗情况	病房整洁、空气新鲜,患者卧位舒适 全面了解病情,做到“八知道”
9:00~9:30	根据患者治疗情况,收取留观患者费用,整理护士办公室卫生	收费合理,办公室整洁
9:30~12:00	巡视病房、掌握患者的周转情况,对出入院患者及时做好留观登记 对观察室需抢救患者积极组织相关人员进行抢救,填写危重护理记录单并开具抢救费用 对出院患者进行床单元终末处理 协助分管护士遵医嘱完成患者治疗和护理 与中午班护士床头交接班	按护理级别巡视病房,床位安排合理,登记准确 抢救及时、熟练,记录填写及时、准确床单元处理符合要求 确保患者治疗、护理措施落实到位 严格“八交”内容,做到“八知道”
13:15~13:30	清点物品、床头交接班、了解留观患者人数	账物相符、登记清楚
13:30~17:00	同 9:30~12:00 工作内容 整理护士办卫生,补充办公用品 将前一天急诊工作量上报给门诊部 参加晚间护理 书写交接班报告,准备交班	同 9:30~12:00 标准 办公室清洁、物品齐全 工作量上报及时、准确 病房整洁、安全 交接班报告书写规范

2. 分诊护士工作评价标准 见表 4-14-3。

表 4-14-3 分诊护士工作评价标准

时间	工作 流程	评 价 标 准
7:45~8:00	衣帽整齐,提前 15 分钟到岗,清点分诊台物品,登记了解就诊区患者情况,参加晨会交接班	着装整洁,账物相符,登记清楚 保持就诊秩序良好
8:00~8:30	更换诊床及平车上的一次性床单,整理分诊台和诊室卫生	保持分诊台、诊室及平车整洁
8:30~11:45	热情接待患者,解答咨询,负责挂号、分诊及导诊,测量生命体征并记录 对来诊的危重患者,用平车接诊,送至抢救室 对涉及法律问题及群体伤、病者,分诊登记要全面、详细,并合理组织分流,迅速抢救,于第一时间报告有关领导及保卫部门 管理好急救患者化验单,并贴在病历上	急诊患者登记全面,分诊迅速,准确率>90%,根据病情轻、重、缓、急,合理安排就诊顺序 危重患者能得到迅速抢救 维持好就诊秩序、抢救迅速、报告及时 化验单妥善保管无丢失

(续 表)

时间	工作流程	评价标准
11:45~12:45	整理分诊台急诊室卫生,维持就医秩序,准备交班	分诊台急诊室整洁,就医秩序良好,交班认真、无疑问
13:30~17:30	同 8:00~12:00 的工作流程	同 8:00~12:00 的工作标准

3. 抢救室护士工作评价标准 见表 4-14-4。

表 4-14-4 抢救室护士工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
7:45~8:00	提前 15min 到岗,清点抢救物品 了解夜班抢救患者的治疗及护理情况,与大夜班护士床头交接班	着装整齐、账物相符、登记清楚
8:00~12:00	检查抢救车内物品、药品的数量及有效期 对各抢救仪器进行保养,性能调试 及时补充抢救室、洗胃室内所需物品及药品 协助医师进行急症患者抢救,观察患者病情变化并做好记录 经抢救病情稳定者,护送入观察室或入院继续治疗,若抢救无效患者死亡,按死亡患者程序处理 负责抢救室、洗胃室地面、物品的卫生、消毒,抢救使用的各种管道及时更换或消毒	抢救车内物品及药品账物相符,定位放置,无过期失效 各抢救仪器定位放置,性能良好,处于备用状态 用物准备齐全,保证抢救使用 急救协调能力强,技术熟练,及时发现病情变化,协助医师处理 转运患者安全,死亡患者处理符合规定 室内整洁、物品放置规范,各种管道更换及时、消毒符合无菌原则
13:30~17:30	同 8:00~12:00 的工作流程	同 8:00~12:00 的工作标准

第二节 手术室护理岗位职责及评价标准

一、手术室护士长岗位职责及评价标准

(一) 手术室护士长岗位职责

1. 在护理部主任领导下,负责本室业务行政管理、护理教学和手术安排。
2. 根据手术室业务和人员情况,合理调配分工,配合医师完成手术。
3. 督促检查各级人员对规章制度、技术操作、无菌原则等执行情况。
4. 组织护理人员的业务学习,定期考试、考核,不断提高业务水平。
5. 严格执行消毒隔离制度,督促检查消毒工作,按规定进行空气、手和物品的细菌培养,监测灭菌效果。
6. 认真执行查对和交接班制度,严防差错事故发生。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

7. 负责手术室的药品、器材、敷料、卫生设备等物品的预算、请领、报销工作。随时检查急诊手术、抢救物品的准备情况,毒、麻、限剧药、贵重器械的管理情况。

8. 督促手术标本的保留和及时送检。

9. 制订教学计划,完成教学任务。

10. 经常征求有关科室意见,改进工作,准确、及时填写护理管理记录,接受护理部考核。

(二)手术室护士长工作评价标准

手术室护士长工作评价标准见表 4-14-5。

表 4-14-5 手术室护士长工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~8:00	着装 检查夜班护理工作质量:各室环境卫生、仪器设备维护、消毒隔离	着装整齐,符合管理规范要求 正确评价夜班护士工作并作出指导
8:00~8:30	组织晨会,听取夜班护士交班报告,了解夜间手术情况 及时传达医院及护理部各项工作精神,提出科室工作要求 做好一天工作安排:各科手术具体安排,根据手术室业务和人员情况,合理调配分工,配合医生完成手术,日常工作	全面掌握手术动态 人人领会精神,认真执行 工作安排合理、任务明确,保证质量
8:20~9:00	检查、指导各手术间护士做好术前准备、接待手术患者,核查病区术前准备情况	准备工作充分、物品齐全严格执行 查对制度
9:00~12:00	随时巡视,督促检查各岗位护士对规章制度、技术操作、无菌原则等执行情况 参与急诊、危重、特殊手术患者的手术过程及抢救,做好配合手术及抢救的组织工作 随时检查急诊手术、抢救物品的准备情况,毒、麻、限剧药、贵重器械的管理情况	及时发现工作中存在的问题,并给予指导,确保严格遵守操作规程 维持抢救秩序有条不紊,配合积极有效
13:30~14:30	督促手术标本的保留和及时送检 执行护士长周计划	确保标本的安全送检 确保落实
14:30~15:30	督促检查消毒工作,按规定进行环境清洁、空气、手和物品的细菌培养,监测灭菌效果	严格执行消毒隔离制度,各种监测 灭菌效果达标
15:30~17:00	检查手术室的药品、器材、敷料、卫生设备等物品的预算、请领、报销工作 制订教学计划,完成教学任务	专人管理,账物相符,无浪费 定期考试、考核,不断提高业务水平
17:00~17:30	经常征求有关科室意见,改进工作,准确、及时填写护理管理记录,接受护理部考核	发现问题及时解决,科室满意率逐步提高达 100%

二、手术室护士岗位职责及评价标准

(一)手术室护士岗位职责

1. 在手术室护士长领导下进行工作。

2. 服从护士长分工和调配,担当器械、巡回护士工作,并负责手术前后房间、器械、敷料、物品及贵重器材的准备和整理工作。

3. 严格执行手术室的各项规章制度和技术操作规程,检查指导进入手术室人员的无菌操作。

4. 主动、及时、准确地配合手术及积极参加抢救工作。

5. 注意固定手术体位,避免发生并发症。严格执行查对制度,缝合前要认真清点器械、纱布,做好双登记、双签字记录。

6. 认真执行消毒隔离制度,定期进行室内清扫、空气消毒及温湿度调节,保持室内整洁、肃静。

7. 负责护生及进修护士的教学工作。

8. 负责督促送检手术采集的标本。

(二)巡回护士岗位职责及评价标准

1. 巡回护士岗位职责

(1) 负责准备及检查手术用品、药品是否齐全,无影灯、吸引器、电刀等器械性能是否良好。

(2) 负责接手术患者,核对患者相关信息。

(3) 检查手术野备皮情况,妥善安排好患者尿管及引流管,保管好病房带来物品,术后带回。患者义齿及贵重物品不得带入手术室。

(4) 负责开放静脉通道,保持通畅。

(5) 协助上台手术人员穿无菌衣,与洗手护士和医师清点术中用品。

(6) 关闭体腔及深部组织前,协助洗手护士核对术中用品,记录并签字。

(7) 负责特殊感染术后消毒处理工作。

(8) 术毕送患者返回病房,并与病房护士交接。

2. 巡回护士工作评价标准 见表 4-14-6。

表 4-14-6 巡回护士工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
术前1天 15:00~17:30	巡回护士手持手术通知单,访视患者,了解患者病情,交代术中注意事项,做好心理护理	访视及时,掌握患者病情,减轻患者焦虑
17:00~18:30	填写手术访视单,准备手术所需物品 检查所需仪器功能 制定次日手术患者护理计划和护理措施	术前准备完善 仪器功能正常 护理计划和护理措施适当
手术当日		
7:30~8:00	携手术通知单到病区接患者	
8:00~8:20	与病房护士和核对病例,术前准备情况 查对患者,将患者移至手术车上,备齐手术用物,嘱患者将影响手术物品如义齿,眼镜和贵重物品等交给家属	术前准备充分,查对准确无误 勿伤及患者,移动平稳。确保患者安全,物品安置妥善

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
8:20~8:50	与患者交流,减轻恐惧心理,接患者入手术间,移至手术床上,盖好盖被 建立静脉通路,麻醉开始,守候于床边,严密观察,提供所需物品	患者情绪稳定,卧位舒适 静脉穿刺准确,便于术中观察。物品供应及时
9:00~9:30	取手术体位,骨骼,隆突受压处垫软垫保护。放好头架与托盘,勿接触患者,固定牢固,摆好适当脚凳 清点物品,准确记录并与器械护士核对	体位摆放准确,脚凳高度适合。无压疮发生 清点无误,记录详细准确
9:30~12:00	暴露术野,调整无影灯,灯光对准术野,无菌灯罩防止与手术者头部碰撞而被污染 做好患者的皮肤消毒保护,防止碘酊烧伤,电刀烧伤,皮肤压伤 协助医师穿手术衣 连接吸引器,电刀或其他连接线,再次调节灯光 切开皮肤时注意有无体位改变。变换体位时,检查接触患者的所有物品是否按压患者 密切观察患者的生命体征变化,发现异常时及时通知麻醉医师或手术者 保持静脉通畅,主动供应物品,不离手术间,及时准确填写护理记录,有导尿者观察尿量并记录,根据患者及手术者需求调节室温	术野暴露充分,无影灯高度适中 消毒液选择正确,量适中,皮肤无损伤 严格无菌操作,无污染 各导线连接准确,无牵连,折叠,挤压 保持良好体位 生命特征平稳,异常变化处理准确及时 配合积极主动,物品齐全,项目记录准确。室内温度适宜
12:00~12:30	手术完毕,协助包扎刀口 清点患者带来的物品(病例,X线片等) 送患者回病房,与病房护士交接物品及患者情况并登记签名 补充手术间各种用品 整理手术间	刀口包扎清理,整齐,美观 物品清点无误 物品及患者情况交接清楚 用物齐全,处于备用状态 用物规范放置,清洁无尘
手术后 1 天 16:30~17:30	访视患者,征求患者及家属意见,采纳合理化建议 观察手术切口愈合状况,并记录	访视及时,沟通良好 观察认真,记录详细

(三)洗手护士岗位职责及评价标准

1. 洗手护士岗位职责

- (1)严格遵守无菌操作原则,熟悉各种手术步骤,与术者密切配合。
- (2)负责准备手术所需器械、敷料,发现不合格的器械、敷料及时更换。
- (3)与医生、巡回护士共同清点手术物品,做好术前准备工作。
- (4)严格遵守操作规程,主动配合医生完成手术。
- (5)关闭体腔及深部组织前,与巡回护士、术者仔细清点手术物品。
- (6)保留切除下来的组织,需送检者交有关人员处理。

(7)负责清洗吸引器瓶及管道;对精密器械妥善处理。

(8)负责对感染手术物品进行消毒处理。

2. 洗手护士工作评价标准 见表 4-14-7。

表 4-14-7 洗手护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
术前 1 天 16:30~17:30	访视患者,征求患者及家属意见,采纳合理化建议 备齐第一台手术所需物品,查对灭菌有效期	访视及时,了解患者病情,沟通有效 物品齐备
手术当日 7:30~8:20	查对患者和手术部位 再次查对手术用物及灭菌有效期 备好手术所需的无菌物品及一次性物品 常规刷手及臂部,穿灭菌服,戴灭菌手套 器械车置于方便铺巾区域使用的位置,协助铺巾工作 将所有灭菌导线及管道放于方便手术医师用的位置,并固定在铺巾上,将接口端递于巡回护士	查对患者及手术部位准确 保证无菌 手术用物准确到位 严格无菌操作 位置摆放合理 各种导线及管道固定牢固,无扭曲打折
9:00 至手术 结束	传递手术中所需的器械 注意手术过程,预见并提供手术医生所需器械及物品 保持手术区及器械整洁,及使用灭菌纱布擦去器械上的血迹及组织 使用钝器时要小心保护切口 常用吸引器头部吸进灭菌液体以防阻塞 如使用切开器时,注意头部在创口里的位置,勿压迫血管或神经 将切除的任何血管、皮肤、骨或软骨妥善保存,以备重新植入创口 送快速病理的组织标本,放在标本袋内 密切注意针、器械及纱布的位置,以免放错位置或留在创口里,清点手术过程中所有摆上手术台的物品。在关闭创口前和关闭创口后,同巡回护士共同仔细清点两遍,关闭切口前共同清点一遍 提供刀口辅料,保持辅料外层清洁 常规病理组织标本交手术医师送检,交班后相互签名 对所有设备导线进行除污和清洁,放于指定位置 仔细清洗器械 将术中损坏的器械做标记,报告主管进行修理或更换 将污染的巾单就地打包投入污物车内,弃去废料及垃圾,空针浸泡,锐气置于锐器盒内 未用过的物品送回病房	准确及时 掌握手术步骤,熟悉局部 器械车管理规范,使用中器械无血迹,结痂 吸引器通畅,吸引有效 位置正确 切除的组织保持湿润,无丢失 物品清点 密封标本准确送达 准确无误 刀口辅料整洁,美观 标本保存好,交接清楚 设备导线处于备用状态 清洗符合流程,器械清洗后无血迹,管腔无阻塞 器械检查认真,损坏器械更换器械及时 污物和锐器处置合乎要求,无渗漏,不落地 未用物品分类准确,放置规范

第四部分 护理岗位职责及评价标准

(四)器械护士岗位职责及评价标准

1. 器械护士岗位职责

(1)全面负责敷料室、器械室的管理工作。

(2)负责次日手术特殊器械的准备。注意精细器械的保管,用毕及时查收。

(3)每日与供应室联系,检查各种器械、敷料包基数,及时补充,保证常规手术和急诊手术使用。

2. 器械护士工作评价标准 见表 4-14-8。

表 4-14-8 器械护士工作评价标准

时 间	工作流程	评价标准
8:00~9:00	参加晨会,听从护士长对当日手术的安排及物品准备要求 对前日准备的器械、物品进一步检查,供应到位	全面掌握手术动态 器械准备符合手术要求
9:00~10:30	检查各种器械、敷料包基数,与供应室联系,补充完备 及时了解术中需要的器械、敷料	补充及时 术中供应及时、准确
10:30~14:00	整理下台的手术器械及敷料,进行初步消毒后送供应室灭菌	消毒符合要求,及时剔出坏损器械
14:00~16:00	清理、检查当日使用的精密仪器,按要求进行维护保养 查收灭菌后的手术包及物品 做好手术室的药品器械、敷料的消毒、保管	检查调试,认真仔细,保持性能良好 核对认真,基数相符 账物相符,无浪费,准备齐全
16:00~17:30	查阅手术预约单,根据手术种类准备次日手术所需的器械、敷料、用物 特殊仪器做好消毒 准备好急诊手术所需的器械及用物	熟悉各种手术的器械及用物,准备齐全 仪器功能良好

第三节 重症医学科/ICU 护理岗位职责及评价标准

一、重症医学科护士长岗位职责及评价标准

(一)重症医学科/ICU 护士长岗位职责

1. 在护理部领导和科主任的业务指导下,根据护理部工作计划,制订本病区护理计划,并组织实施。

2. 负责本病区护理人员、患者、探视人员的组织管理及环境、物品、药品管理等工作。

3. 根据病房的情况和护士的能力及要求,合理安排班次,在满足护理工作需要的同时尽量满足护士的需求。

4. 督促护理人员严格执行各项规章制度和技术操作规程,确保护理安全和护理质量。

5. 每日主持晨会交班和床旁交接班,组织、指导并参与危重、大手术后抢救患者的护理。

6. 参加科主任查房,参加科内会诊、大手术或新开展手术、疑难病例、死亡病例的讨论,了解所有患者病情。

7. 加强对护理人员的业务技术培训,有计划地进行“三基”、专科理论和专科技能的培训,提高重症监护专业水平。

8. 加强护理质量管理和风险管理,按照护理质量标准督促、检查和评估护理工作,重点评价对患者的护理效果,及时帮助解决护理工作中的疑难问题。

9. 组织本病房护理查房和护理会诊,积极开展新技术新业务及护理科研工作。

10. 根据教学计划,管理和指导带教人员及实习、进修护理人员,完成临床教学任务。

11. 督促做好消毒隔离工作,防止交叉感染。

12. 定期召开工作人员、病员及陪护人座谈会,听取意见,不断改进护理工作。

13. 密切与各科室、各部门的联系,加强沟通、协调和配合。

(二)重症医学科/ICU 护士长工作评价标准

重症医学科/ICU 护士长工作评价标准见表 4-14-9。

表 4-14-9 重症医学科/ICU 护士长工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~8:00	着装 了解危重患者夜间病情变化,检查夜班护理工作质量	符合工作要求 掌握危重患者病情变化,正确评价夜班护士工作并作出指导
8:00~8:30	参加晨会,听取夜班护士及医师交班报告 及时传达医院及护理部各项工作精神 做好一天工作安排	全面掌握患者病情动态变化 人人领会贯通,认真执行 工作安排合理明确
8:30~9:00	带领护士床头交接班,重点查看危重患者病情变化 有针对性参加科主任查房 参加晨间护理、指导护士工作	严格“八交”内容,做到“八知道” 及时落实医师对护理工作的要求 晨间护理彻底、有效
9:00~12:00	随时巡视,督促检查各岗位护士护理计划落实情况 参与危重、疑难、特殊手术患者的抢救与护理,做好配合抢救的组织工作 做好转入、转出患者的床位调控	及时发现工作中存在的问题,并给予指导,确保严格遵守操作规程 救护有条不紊,配合积极有效 合理调节床位,发挥重症监护病房功效
13:30~14:30	执行护士长周计划 随时检查抢救物品的准备情况,毒、麻、限剧药、贵重器械的管理情况	确保落实 发现问题及时解决,保证工作需要
14:30~15:30	督促检查消毒工作,按规定进行环境清洁、空气、手和物品的细菌培养,监测消毒效果。 防止交叉感染 接待病员及陪护探视人员,听取意见,不断改进护理工作	严格执行消毒隔离制度,各种监测灭菌效果达标 发现问题及时解决,患者满意率逐步提高达 100%
15:30~17:00	检查各种急救药品、器材、监护仪器、用品的请领、保管、准备工作,做到“四定”,保持良好备用状态,做好指导 制订教学计划,完成教学任务	专人管理,账物相符,无浪费,发现问题及时解决,保证工作需要 定期考试、考核,不断提高业务水平

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
17:00~17:30	密切与各科室、各部门的联系,加强沟通、协调和配合。改进工作 巡视病房,检查晚间护理落实情况;做好指导 根据患者情况调配好夜班护理值岗人员	发现问题及时解决,科室满意率逐步提高达100% 发现问题及时解决,无护理并发症 做好评估,合理配备护理人员

二、重症医学科/ICU 护士岗位职责及评价标准

(一)重症监护病房/ICU 护士岗位职责

1. 在科主任、护士长的领导及护师的指导下进行护理工作。
2. 自觉执行医院和科室的各项工作及管理制度、岗位职责和护理技术操作规程,严防护理差错事故的发生。
3. 具备良好的职业道德和护士素质,贯彻整体护理思想,运用护理程序护理危重患者。
4. 参加所管患者的医师查房,及时了解患者的治疗护理重点。
5. 对患者的病情要熟悉了解,包括患者的姓名、年龄、诊断、手术时间、手术名称、治疗、用药、饮食、重要化验值、心理状况等。
6. 所有患者均须详细记录护理记录,每小时必须记录1次患者的生命体征,必要时随时记录。
7. 负责患者的所有治疗、护理和用药,正确执行医嘱,做到及时、准确、无误。
8. 全面掌握为患者实施的监护方法,如心电监护、血压监测、中心静脉压监测、人工气道管理、机械通气的监护、呼吸监测等。
9. 认真做好危重患者的抢救、护理工作及各种抢救仪器、物品、药品的准备和保管工作。
10. 密切观察并记录患者的病情变化,及时发现异常情况,及时报告医师,及时处理。
11. 严格执行无菌技术规程,做好相关的消毒隔离工作,保证患者的医疗护理安全,积极采取措施,防止发生护理并发症。
12. 协助医师进行各种诊疗工作,负责所有检验标本的采集,并督促外勤人员及时送到检验科室。
13. 对新入院或转入的患者及家属做好入科介绍。办理患者入院、出院、转科、转院等手续,做好有关护理文件的登记工作。
14. 及时了解患者的需求,认真解答患者及家属提出的问题,如涉及病情要请医师回答。
15. 参加护理教学和业务学习,工作中应不断总结经验,积极想办法解决护理工作中的疑难问题。

(二)重症监护病房/ICU 护士工作评价标准

1. 办公室护士工作评价标准 见表4-14-10。

表 4-14-10 办公室护士工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
7:45~8:00	提前上岗,统一着装	衣帽整洁,淡妆上岗
8:00~8:30	参加晨会 参加危重、疑难病例讨论 了解夜班患者动态	认真听取交班内容,了解患者的治疗和护理重点
8:30~9:30	参加床头交接班、掌握患者的病情接好办公用物并登记 核对夜班医嘱 核对、录入,打印所有患者的决算并登记,打印一日清单	严格“八交”“八知道”,保持办公室清洁、整齐 准确无误 认真解答患者及家属提出的问题
9:30~11:00	接待新患者,安排床位 处理医嘱、转抄白班医嘱,每天打印长期、临时医嘱单,督促治疗组的护士及时执行医嘱 协助护士长检查各班医嘱执行情况 参与危重患者的抢救	热情接待,安排及时 医嘱处理准确无误,及时准确、发现各班存在的问题并给予指导 确保严格遵守无菌操作规程
11:00~12:00	联系患者转科、检查、会诊 安排各种检查通知单的外送	及时畅通
14:00~14:30	负责各种特殊化验、检查的联系 总核对医嘱 整理转出、死亡患者的化验单	及时到位 准确无误 全面、准确、细致
14:30~15:00	指导带教、护理教学和业务学习	理论联系实际,突出本专科特点
15:00~16:00	根据体温单草录,绘制体温单 检查护理记录书写	绘制清晰准确 及时发现问题,帮助解决问题
16:00~17:00	指导疑难、重病患者的护理	解决护理工作中的疑难问题
17:00~17:30	清洁工作 填充表格,整理文书	保持护士站清洁 表格齐全

2. 白班护士工作评价标准 见表 4-14-11。

表 4-14-11 白班护士工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
7:45~8:00	提前上岗,统一着装	衣帽整洁,淡妆上岗
8:00~8:30	参加朝会,床头交接班,根据病情,对所负责患者的一般情况,病史,病情,诊断治疗,心理状况及生活习惯,饮食等做全面了解	严格“八交”“八知道” 及时进行护理体检
8:30~9:30	备齐医疗器械,抢救药品,各类无菌包,并有标志,分类存放,定期检查无菌包的有效期 负责敷料、一次性用物的领取,并负责各种特殊治疗包的借还工作 参加医师对所负责患者的查房	准备用物齐全,保持无菌柜及药柜的整齐,清洁,标签清楚 往来账物清楚 及时落实医生对护理工作的要求

第四部分 护理岗位职责及评价标准

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
9:30~12:00	完成本班患者的一切治疗与护理工作 经常巡视病房,有效的预防各种并发症,及时发现病情变化中的先兆症状 对病区严格管理,保持床单位的整洁,干燥,随时准备接收新患者	及时,准确,技术熟练,遵守护理操作规程 工作有主动性,预见性,护理措施到位 使病区保持整齐,舒适,安静,安全
12:00~14:30	进行营养及饮食护理,喂药、功能恢复的护理 核对上午医嘱,处理中班医嘱	细致周到,关心患者 医嘱处理准确无误
14:30~17:00	完成下午的各项治疗,护理工作,处理临时医嘱 按时巡视病房,掌握危重患者的全部抢救治疗,护理工作,随时应急抢救 指导护生,进修生开展工作,做好医师与家属的联络工作 清点麻醉急救药,认真交接班,保证药品质量,无过期,霉变药品 对抢救仪器进行清洁、消毒、维护	严格核对,遵守护理操作规程 急救协调能力强,技术熟练,及时发现病情变化,协助医师处理 理论联系实际,突出本专科特点 抢救车内物品及药品账物相符,定位放置,无过期失效 各抢救仪器定位放置,性能良好,处于备用状态
17:00~18:00	做好口腔护理,晚间护理 负责中班三测并绘制三测单 保持换药室,治疗室的整齐,清洁,并做好相应的消毒隔离工作	彻底有效 绘制清晰准确 确保严格遵守无菌操作原则
18:00~19:00	填写病史日志,按要求书写交班报告,做好交班工作 总结白班出入水量	登记记录全面 计量准确

3. 夜班护士工作评价标准 见表 4-14-12。

表 4-14-12 夜班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
19:00~20:00	到患者床头交接。认真接清患者动态,护理,特殊治疗,各项检查 认真接清用物,麻醉药品并登记,物品数量及麻醉剧毒药物 核对下午医嘱,处理晚班医嘱	严格“八交”“八知道” 严格执行交接班制度 医嘱处理准确无误
20:00~22:00	保持病房安静,检查门窗,水电开关,注意节约及安全保卫工作 整理办公室,治疗室,做好环境、物品清洁卫生,及各项消毒工作 准备好夜班肌内注射,静脉用药 准备和核对次晨采集生化标本容器	病房整洁、安全 室内整洁、物品放置规范,消毒措施符合无菌原则 用物准备齐全 核对准确无误

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
22:00~6:00	负责夜班的一切治疗和护理 加强巡视工作,密切观察病情变化,随时做好各项 护理记录,随时准备接收新患者 办好夜班转入、转出及死亡患者的手续及料理工作 负责夜班三测并绘制三测单	及时、准确,技术熟练,遵守护理操作规程 及时发现病情变化,协助医师处理 转运患者安全,死亡患者处理符合规定 绘制清晰准确
6:00~7:00	准确采集和收集各种化验标本 按要求书写交班报告,做好交班工作 总 24 小时出入水量	标本采集符合要求 交接班报告书写规范 计量准确
7:00~8:00	做好晨间护理 填写病史日志,做好交班准备工作	晨间护理彻底有效 内容齐全

第四节 产房(分娩室)护理岗位职责及评价标准

一、产房(分娩室)护士长岗位职责及评价标准

(一)产房(分娩室)护士长岗位职责

1. 在护理部和科主任的业务指导下,根据护理部及科内工作计划,制订本科室具体计划,并组织实施,定期总结汇报。
2. 负责本病房护理人员及环境、物品、药品的管理。
3. 负责对本科室护理人员的执业指导,教育护理人员加强责任心、改善服务态度,遵守劳动纪律,密切医护配合。
4. 合理安排工作,及时组织、指导并参与危重孕产妇及新生儿的抢救及护理工作。
5. 经常督促、检查产房各项规章制度、护理常规的执行情况,指导助产士严格执行接产技术操作规程,及时完善各种接产表格填写。发现问题及时讨论,提出整改意见,避免事故隐患及失误,确保母婴安全。
6. 检查、指导助产士正确观察产程,开展母婴保健知识指导。
7. 组织产房护理人员学习新业务、新知识、新技术及新仪器的使用,定期对助产士进行考试、考核,完成护理人员培训计划。
8. 加强护理质量管理,按照护理质量标准督促、检查和评估护理工作。
9. 根据教学计划,管理和指导带教人员及实习、进修护理人员,完成临床教学任务。
10. 组织拟定本病房护理科研计划,积极开展新业务、新技术及护理科研工作。
11. 督促检查卫生员做好卫生和消毒隔离,做好传染病产妇的隔离及物品处理工作,防止交叉感染。
12. 密切与各科室、各部门的联系,加强沟通、协调和配合。
13. 负责管理发放新生儿出生证明。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

(二)产房(分娩室)护士长工作评价标准

产房(分娩室)护士长工作评价标准见表 4-14-13。

表 4-14-13 产房(分娩室)护士长工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
7:30~8:00	着装 了解待产、剖宫产患者夜间病情变化,检查夜班护理工作质量 做好一天工作安排	着装整洁、仪表端庄 掌握特殊产妇患者的动态变化,正确评价夜班护士工作并作出指导 工作安排合理明确
8:00~8:20	参加晨会,听取夜班护士及医师交班报告 及时传达医院及护理部的各项工作精神	全面掌握患者病情动态变化 人人领会贯通,认真执行
8:20~9:00	带领护士床头交接班,重点查看危重患者病情变化 参加晨间护理 有针对性参加科主任查房	严格“八交”内容,做到“八知道” 晨间护理措施适当、有效 及时落实医师对护理工作的要求
9:00~12:00	督导各岗位护士工作执行情况,参与新入院或危重,特殊孕、产妇及患者护理工作,主持参与危重患者抢救 随时巡视病房,了解孕产妇及患者的诊断、治疗、思想、护理情况,获取对护理工作的要求及意见	及时发现各班工作中存在的问题,并给予指导,确保严格遵守操作规程 护患关系融洽,满足患者的合理要求
13:30~14:30	跟班工作,深入检查了解护理人员的技术操作和临床护理	确保严格遵守无菌操作规程
14:30~15:30	检查、指导治疗室、人流室、产房、洗婴室、仓库的药品、器械、敷料、被服等保管使用消毒情况,做到物品定位、定量、定期消毒,器械性能良好 督促检查卫生员做好卫生和消毒隔离,做好传染病产妇的隔离及物品处理工作,防止交叉感染	及时发现各班存在的问题并给予指导,保证工作需要 严格执行消毒隔离制度,各种监测灭菌效果达标
15:30~17:00	进行护理查房和护理业务学习 审查出院病历及护理文书质量。整理出院病历归档	定期考试、考核,不断提高业务水平 保证护理文书质量
17:00~17:30	巡视病房,检查晚间护理落实情况;征求患者意见,做好指导	发现问题及时解决,患者满意率逐步提高达 100%

二、产房(分娩室)助产士(护士)岗位职责及评价标准

(一)产房(分娩室)助产士(护士)岗位职责

1. 在护士长的领导和医师的指导下进行工作。
2. 严格执行各项规章制度及技术操作规程。
3. 正确运用护理程序,及时完成各项护理工作。

4. 参加危重患者的抢救及护理。

5. 了解产妇分娩前后的情况,负责正常产妇接产工作。协助医师进行难产的接产工作,做好接产准备,严密观察产程,发现异常,立即采取紧急措施,并报告医师。

6. 参加主治医师、住院医师查房以及疑难病例、死亡病例的讨论。

7. 参加护理查房、护理会诊、护理病案讨论以及业务学习和技术训练。

8. 参与护理教学和科研。

9. 参加本科护理差错、事故的讨论,提出鉴定意见及预防措施。

10. 根据患者需要,提供必需的便民服务。

11. 为孕妇及家属提供护理咨询和进行健康教育。

(二)产房(分娩室)助产士(护士)工作评价标准

1. 主班护士工作评价标准 见表 4-14-14。

表 4-14-14 主班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:45~8:00	着装	着装整齐、淡妆上岗
8:00~8:20	与夜班助产士床头交接产妇情况,听取胎心,准确记录胎心,如有异常,应做胎心监护	掌握孕妇产程进展情况
8:20~8:40	与主管班进行晨间护理	病室空气新鲜、患者卧位舒适
8:40~11:30	接待新入产妇,介绍环境,进行产前宣教 处理医嘱,通知副主班执行 按护理级别巡视病房,观察产妇的宫缩及胎心变化,及时做好高危妊娠与病理妊娠产妇的治疗与护理 为择期剖宫产者做术前准备,为胎膜早破产妇做会阴消毒 观察待产产妇的宫缩,宫口开大 3cm 后交与副主班,进行“一对一”导乐陪伴分娩 产妇进入产房后,整理待产床	入院宣教到位,产妇熟悉病房环境及分娩注意事项 执行医嘱无误 巡视及时、各项工作落实到位 术前准备符合要求 备皮符合手术标准,严格执行导乐常规 更换及时
11:30~12:00	与主管班交接班	严格交接班制度
12:00~16:30	工作流程同 8:00~12:00	同 8:00~12:00
16:30~17:30	整理病房与待产室卫生与夜班交接班	整洁严格交接班制度

2. 副班护士工作评价标准 见表 4-14-15。

表 4-14-15 副班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:45~8:00	提前到岗,着装 清点物品(毒麻药品、卡孕栓等)	着装整齐、淡妆上岗 严格交接班制度

第四部分 护理岗位职责及评价标准

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
8:00~11:40	与主班进行床头交接班,严密观察产程进展,宫口开大 3cm (初产妇)、宫口容指松的产妇(经产妇)、实行“一对一”导乐全程陪伴分娩,并认真记录。为产妇做好生活和心理护理,随时与家属交代产妇的产程进展情况 产妇宫口开全时,准备物品,上台接生,检测胎心和宫缩的变化,遵医嘱进行静脉输液、及时应用药物,指导产妇用力配合产程,并为产妇做好心理护理 书写产程分娩记录,整理病历,观察产后 2 小时内血压及阴道出血情况 发放产妇意见表 书写护理交接报告 观察 2 小时后,护送产妇、新生儿回病房	沟通有效,产妇情绪稳定,积极配合,无差错、事故发生 产妇情绪稳定,配合产程,严格“三查八对”,执行无菌操作 观察、记录及时、准确 产妇满意率 100% 字迹清晰 严格床前母婴交接
13:30~16:00	工作流程同 8:00~11:40	同 8:00~11:40
16:00~16:45	领取物品与药物,特殊药物随时取回	特殊药物有专人负责管理
16:45~17:30	整理卫生,与夜班交班,宫口开大 3cm 的初待产妇,交与夜班导乐班	环境整洁,各项物品整齐划一,严格交接班

3. 主管班护士工作评价标准 见表 4-14-16。

表 4-14-16 主管班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:45~8:00	着装 巡视病房,与产妇交流,询问夜间情况	着装整齐、淡妆上岗 沟通良好
8:00~8:20	参加全科大交班,了解产妇情况	按时参加交接班
8:20~8:40	与主班进行晨间护理	保持床单元整齐、清洁
8:40~9:20	整理辅料,污染用物及器械送供应室消毒 检查各项用药是否齐全,及时补充,浸泡各类消毒棉球 保持产房及护士站卫生,整理用品及表格 紫外线消毒产房并做记录 检查整理抢救车	物品齐全充足 物品整齐,方便使用 处于备用状态
9:20~11:15	难产接生时,协助上台接生,行剖宫产术时,去手术室接回新生儿 胎儿娩出后,断脐、及时清理口鼻分泌物,行肌注等各项婴儿处置,协助母婴皮肤三接触 30 分钟 收取各项应缴费用 整理出院患者病历,负责修改病历	呼吸道清洁、通畅,断脐无菌操作, 刀口辅料清洁,母婴接触到位 费用明确、合理 各项记录完整无误
11:15~11:40	接替主班工作	严格交接班

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
13:30~14:30	接班,巡视病房,了解产妇动态、检查上午分娩登记,交班是否完善 协助主班准备第 2 天手术患者,备皮、备血、嘱患者术前 6 小时禁食	各项记录真实、准确 术前准备符合标准
14:30~17:00	工作流程同 8:00~11:40	同 8:00~11:40
17:00~17:30	检查物品是否齐全,负责器械保养,物品大消毒,及时补充,保证夜间使用	做到用物齐全,各种仪器处于备用状态

第五节 消毒供应中心(CSSD)护士长岗位职责及评价标准

一、CSSD 护士长岗位职责及评价标准

(一)CSSD 护士长岗位职责

1. 在护理部主任(总护士长)领导下,负责本科室业务技术、教学、科研和行政管理工作。
2. 负责制定科室年度工作计划和质量质控方案。并组织实施、检查、总结、记录。
3. 制定 CSSD 各项常规制度及各项技术操作规程。并督促贯彻执行。
4. 指导各岗位人员工作,并检查其完成情况;参与解决各种设备运转过程中的故障处理和技术疑难问题,并及时向有关部门汇报。
5. 组织开展业务学习、技术革新和科研工作,不断学习新理论,引进新技术,掌握新技能。
6. 督促检查各项医疗物品领取、供应、清点及消耗情况。
7. 监督本室环境清洁及安全。
8. 定期征求临床各科室意见,及时沟通、协调好各方面工作。

(二)CSSD 护士长工作评价标准

CSSD 护士长工作评价标准见表 4-14-17。

表 4-14-17 CSSD 护士长工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:45~8:00	着装 做好一天工作安排	着装整齐,符合管理要求 工作安排合理明确
8:00~8:20	组织晨会,听取夜班护士交班报告 及时传达医院各项工作精神	掌握全院各部门物品消毒供应动态 人人领会贯通,认真执行
8:20~9:00	合理配备人力,安排各岗人员的工作 参与、指导各岗位工作的操作,制定各岗人员工作细则并定期修正	工作安排合理 优化各岗位操作流程
9:00~12:00	督导各班工作完成情况,按各岗人员工作细则,检查、指导工作流程落实情况 检查、指导供应中心各项常规制度及各项技术操作规程的执行	及时发现各班工作中存在的问题,并给予指导 确保严格遵守各项规章

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
13:30~14:30	执行护士长周计划 组织业务学习,解决业务疑难问题 组织科室工作差错、事故的讨论,提出鉴定意见及预防措施	确保落实 定期对本室人员进行考核,提高服务质量 确保有效预防差错、事故的发生
14:30~15:30	督促本室环境清洁及安全 检查无菌物品的质量控制及各项监测制度的落实	发现问题及时解决 确保供应灭菌物品合格率 100%
15:30~17:00	督促检查各项医疗物品领取、供应、清点及消耗情况 检查各种登记记录	供应及时、账物相符、无浪费 审核后存档
17:00~17:30	征求临床各科室意见,改进工作	发现问题及时解决,科室满意率逐步提高达 100%

二、CSSD 护士岗位职责及评价标准

(一)CSSD 护士岗位职责

1. 在护士长的领导下,严格执行各项规章制度及技术操作规程。
2. 负责重复使用的诊疗器械、器具和物品的回收,清洗消毒、灭菌及无菌物品的供应工作。
3. 熟练掌握各种设备的操作规程,并做好维护及保养。
4. 负责各类器械、物品的清洗、消毒、灭菌、储存、发放的质量控制及监测工作,并及时准确做好记录,做到可追溯。
5. 及时下收、下送与临床各科室加强沟通,征求意见,不断改进工作。
6. 参加本科室差错、事故的讨论,提出鉴定意见及预防措施,并严格执行。
7. 负责工作区的环境清洁及安全,做好个人防护。
8. 积极参加护理业务学习和技术操作训练。

(二)CSSD 护士工作评价标准

1. 下收、下送组护士工作评价标准 见表 4-14-18。

表 4-14-18 下收、下送组护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~7:40	戴口罩、帽子,双层橡胶手套,备好回收车	着装整齐,防护措施到位;回收车全封闭;下收、下送洁污分开,密闭运送;按预约单有计划装车
7:40~8:30	到各科收取重复使用的诊疗器械、器具、和物品 根据预约单下送无菌物品	污染器械和特殊感染器械分类清楚,按要求操作 数目核对清楚,并记录病房护士签字
8:30~9:00	与清洗间工作人员清点交接回收器械 清洗、消毒回收、下送车放到专用位置备用	清点数目记录及时、双签字 工作到位,有记录

2. 回收、清洗组护士工作评价标准 见表4-14-19。

表4-14-19 回收、清洗组护士工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
7:30~19:00	戴口罩、帽子,双层橡胶手套,防水工作服、防目眼镜 对回收物进行清点、分类、检查 根据器械物品材质、精密程度、污染情况等进行分类处理;污染物品先消毒,后清洗 被朊毒体、气性坏疽及等突发原因不明传染病病原体污染的诊疗器材、器具和物品,使用者应双层密封包装并注明感染性疾病名称,由CSSD单独回收处理 清洗步骤:冲洗—洗涤—漂洗—终末漂洗 清洗方法包括机械清洗和手工清洗 消毒:首选机械热力消毒,也可选用75%乙醇、酸性氧化电位水等 干燥:首选干燥设备进行,低纤维絮布、压力气枪、95%乙醇进行 工作结束,整理环境,关闭各种电源、水源开关	着装整齐,防护措施到位 手工清洗时水温宜15~30℃ 机械清洗操作程序应遵循生产厂家指导手册 掌握特殊污染物品的处理方法 终末漂洗应用软水、纯化水或蒸馏水进行清洗消毒质量检测达标 不应使用自然干燥法进行 环境清洁,物品摆放整齐,无安全隐患

3. 检查、包装组护士工作评价标准 见表4-14-20。

表4-14-20 检查、包装组护士工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
8:00~19:30	戴口罩、帽子,手套 备好用物 器械检查与保养 采用目测或光源放大镜对干燥的每件器械、器具和物品进行检查 清洗质量不合格的,应重新处理 带光源器械应进行绝缘性能等安全性检查 应使用润滑剂进行器械保养 包装前应依据器械装配的技术规程或图示,核对器械的种类、规格和数量,拆卸的器械应进行组装 手术器械应摆放在篮筐或有孔的盘中进行配套包装 盘、盆、碗等宜单独包装 剪刀和血管钳等轴节类器械不应完全锁扣 灭菌包重量、体积符合要求 正确选择包装材料及方法 按要求封包 灭菌物品包装有明确的标识,应注明物品名称。灭菌前注明灭菌器编号、灭菌批次、灭菌日期和失效日期 与灭菌员进行物品交接并记录	着装规范 用物齐全 器械表面及关节、齿牙处应光洁、无血渍、污渍、水垢等残留物质和锈斑;功能完好,无损毁 不应使用液状石蜡等非水溶性的产品作为润滑剂 包装材料合格,包装闭合密封性完好,标识清楚准确 器械包重不宜超7kg;敷料包不宜超5kg 下排气压力蒸汽灭菌包体积不宜超30cm×30cm×25cm;脉动真空压力蒸汽灭菌包体积不宜超过30cm×30cm×50cm 标识应具有可追溯性 记录详细

第四部分 护理岗位职责及评价标准

4. 灭菌组护士工作评价标准 见表 4-14-21。

表 4-14-21 灭菌护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~20:00	着装 检查高压灭菌器压力表、真空表、冲洗排气孔 检查蒸汽压力 预真空灭菌器每日空载做 B-D 试验 按操作规程进行物品的灭菌 压力蒸汽灭菌前准备:每天设备运行前进行安全检查;进行灭菌器的预热;空载进行 B-D 试验 按要求装载灭菌物品 按要求进行灭菌操作:应观测并记录灭菌时的温度、压力、时间等灭菌参数及设备运行情况。灭菌过程的监测应符合 WS310.3 中的相关规定 无菌物品卸载:从灭菌器卸载取出的物品,待温度降至室温时方可移动,冷却时间应>30min。每批次应确认灭菌过程合格,包内、包外化学指示物合格;无湿包现象,防止无菌物品损坏和污染 按要求每周做生物监测,对置入物及置入型器械每批次做生物监测,生物监测合格后方可发放 低温灭菌:如环氧乙烷、过氧化氢低温等离子灭菌按标准进行化学检测、生物监测、工艺监测	着装整齐、仪表端庄 压力表、真空表指针指在零位、排气孔通畅 预真空灭菌器 B-D 试验合格并记录 无菌物品包装完好,各项监测及干燥达标,灭菌物品合格率达 100%确保安全 各项操作严格执行操作流程 各种监测有记录、并签字,存档备查 各种灭菌器使用中应遵循厂家使用说明

5. 无菌物品储存、发放组护士工作评价标准 见表 4-14-22。

表 4-14-22 无菌物品储存、发放组护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
8:00~20:00	按要求着装 准备下送物品 灭菌后物品分类、分架存放在无菌物品存放区。一次性使用无菌物品应去除外包装后,进入无菌物品存放区 存放架距地面高 20~25cm,离墙 5~10cm,距天花板 50cm	着装整齐 接触无菌物品前应洗手或手消毒 无菌物品存放规范

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
	无菌物品储存有效期:环境的温、湿度达到 WS310.1 的规定时,纺织品材料包装的无菌物品有效期宜为 14d;未达到标准时,有效期宜为 7 天。一次性纸袋包装的有效期为一个月;一次性皱纹纸、无纺布包装的无菌物品,有效期宜为 6 个月;一次性纸塑袋包装的无菌物品,有效期宜为 6 个月。硬质容器包装的无菌物品,有效期宜为 6 个月 无菌物品发放:应遵循先进先出原则。确认无菌物品的有效性。置入物及置入性手术器械应生物监测合格后,方可发放。应做好发放记录 工作结束后清点物品,核对无菌物品数目,完成记录	无过期物品 发放记录应具有可追溯性 数目准确,有签字

第六节 血液净化中心护理岗位职责及评价标准

一、血液净化中心护士长岗位职责及评价标准

(一)血液净化中心护士长岗位职责

1. 在护理部领导和科主任的业务指导下,根据护理部及科内工作计划,制订本病房具体计划,并组织实施。
2. 负责本科室护理人员及环境、物品、药品的管理。
3. 根据血透患者的需要和护理人员情况,合理安排工作,组织、指导并参与急重患者的透析抢救工作。
4. 经常督促检查护理人员严格执行各项规章制度和技术操作规程,落实各项工作完成情况及机器使用、运转情况,发现问题及时解决,防止发生差错事故。
5. 加强护理质量管理,按照护理质量标准督促、检查和评估护理工作,重点评价对患者的护理效果。
6. 检查、指导护士正确运用护理程序 and 开展健康教育。
7. 组织本科室护理查房、业务学习,及时掌握新仪器新技术的使用,提高专业水平,定期对护士进行考试、考核,完成护理人员培训计划。
8. 根据教学计划,管理和指导带教人员及实习、进修护理人员,完成临床教学任务。
9. 组织拟定本病房护理科研计划,积极开展新业务、新技术及护理科研工作。
10. 督促所属人员做好透析中心院内感染控制,按规定做好相应监测(空气、透析液、反渗水),定期进行透析机、水处理机的大消毒。
11. 定期召开工休座谈会,征求意见,改进护理服务。密切与各科室、各部门的联系,加强沟通、协调和配合。

(二)血液净化中心护士长工作评价标准

血液净化中心护士长工作评价标准见表 4-14-23。

第四部分 护理岗位职责及评价标准

表 4-14-23 血液净化中心护士长工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~8:00	着装 了解夜间透析患者情况,检查夜班护理工作质量	仪表端庄 正确评价夜班护士工作并作出指导
8:00~8:20	组织晨会,听取夜班护士及夜班医生交班报告 及时传达医院各项工作精神 做好一天工作安排	全面掌握透析患者病情动态变化 人人领会贯通,认真执行 工作安排合理明确
8:20~9:00	检查、指导日常患者血液透析术前准备及机器运转情况 参与、指导患者血液透析上机的操作	及时发现存在的问题,确保物品齐全、机器运转安全 确保严格执行查对制度,遵守操作规程
9:00~12:00	参与、指导患者透析期间的护理及患者的管理,了解患者需求 做好危重、特殊透析患者护理和抢救配合 督促检查护士各项规章制度和技术操作规程、落实各项工作完成情况及机器使用、运转情况	护患关系融洽,满足患者的合理要求 配合积极主动,确保透析安全 发现问题及时解决,防止发生差错事故
13:30~14:30	参与、指导患者血液透析下机的操作,观察患者病情变化	严格遵守操作规程
14:30~15:30	检查各种急救药品、器材、监护仪器、用品的预算、请领、保管工作,做到“四定”,保持良好备用状态,做好指导	发现问题及时解决,保证工作需要专人管理、账物相符
15:30~17:00	执行护士长周计划 督促检查消毒工作,按规定进行环境、物表的清洁 督促所属人员做好透析中心院内感染控制,按规定做好相应监测(空气、透析液、反渗水),定期进行透析机、水处理机的大消毒	确保落实 严格执行消毒隔离制度,各种项目监测效果达标
17:00~17:30	征求患者意见,做好指导	发现问题及时解决,患者满意率逐步提高 达 100%

二、血液净化中心护士岗位职责及评价标准

(一)血液净化中心护士岗位职责

1. 血液透析室护士应在专科医师指导及护士长领导下工作,负责血液透析室患者日常透析期间的护理及患者的管理。

2. 认真遵守医院各种规章制度,各项护理工作制度和操作规程,准确及时地完成各项护理工作及技术操作。

3. 正确执行医嘱,遵循医师的诊治计划并制定相应的护理计划,协助医生做好各种诊疗工

作。

4. 透析过程中,经常巡视患者,密切观察患者病情,并及时记录,有问题及时处理。

5. 了解患者病情、饮食、生活等情况,为患者进行相关指导,积极开展各种形式的健康教育,做好患者的饮食管理和生活指导。

6. 保持血液透析室整洁,维护血液透析室秩序,为患者创造清洁、舒适、整齐、安静的治疗环境。

7. 做好血液透析室的消毒隔离及物品请领、管理。

8. 积极参加业务学习,认真学习新技术,不断丰富血液净化方面的理论及实践知识,为患者接受高品质的透析创造良好条件。

(二)血液净化中心护士工作评价标准

1. 责任班护士工作评价标准 见表 4-14-24。

表 4-14-24 责任班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~7:40	着装	着装整齐、仪表端庄
7:40~8:00	冲洗管路透析器:核对患者管路及透析器,按顺序冲洗,签全名,严格无菌操作	无残留消毒液及热源
8:00~9:30	测量患者血压、脉搏及透析前体重,核对机器运转状态 穿刺:穿刺前动、静脉内瘘穿刺点周围有无红肿、感染、内瘘通畅性是否良好,深静脉置管处有无感染,按静脉内瘘穿刺方法穿刺 穿刺成功后,连接患者管路与透析器 根据医嘱设定目标出水量、治疗时间、肝素量、离子浓度及血泵速度 在病历详细登记各项数值并签全名	血压、脉搏测量无误,机器处于备用状态 动、静脉内瘘及深静脉置管处通畅无感染,穿刺成功率 100%,严格无菌操作,“三查八对” 连接无误 各数值设定准确 登记准确
9:30~9:40	整理工作台,机器及床单元	清洁、整齐、无污渍
9:40~11:00	密切巡视,观察病情变化,及时处理并发症,观察穿刺点有无渗血、针头是否移位、测量血压及脉搏并记录,严密观察机器运转状态 根据医嘱进行输血、输液、采血、静脉推注等各种治疗 对患者进行健康教育,协助生活护理	机器运转正常,患者无不良反应 治疗及时准确 态度和蔼,语言通俗易懂,患者感觉舒适
11:00~11:30	交接班:床头交接、重点患者重点交接	交接清楚
11:30~12:00	协助患者进午餐	患者舒适、食欲良好
12:00~14:30	治疗结束后,将体外循环血液回输入体内 拔针后,准确按压穿刺点 根据医嘱用药,观察药物反应 测量治疗后血压、脉搏、体重并记录	回血干净无残留 穿刺点无渗血 用药准确无误 无漏测、漏记

第四部分 护理岗位职责及评价标准

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
14:30~15:30	准备暂空床;更换床单、被罩 书写护理记录,进行本班工作总结	床单元整洁 认真、真实、客观、全面

2. 治疗班护士工作评价标准 见表 4-14-25。

表 4-14-25 治疗班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~7:40	着装 清点用物	着装整齐、仪表端庄 账物相符
7:40~8:00	冲洗管路透析器;核对患者管路及透析器,按顺序冲洗,签全名,严格无菌操作	无残留消毒液及热源
8:00~9:30	测量患者血压、脉搏及透析前体重,核对机器运转状态 穿刺:穿刺前动、静脉内瘘穿刺点周围有无红肿、感染、内瘘通畅性是否良好,深静脉置管处有无感染,按静脉内瘘穿刺方法穿刺 穿刺成功后,连接患者管路与透析器 根据医嘱设定目标出水量、治疗时间、肝素量、离子浓度及血泵速度 在病历详细登记各项数值并签全名	血压、脉搏测量无误,机器处于备用状态 动、静脉内瘘及深静脉置管处通畅无感染,穿刺成功率 100%,严格无菌操作,“三查八对” 连接无误 各数值设定准确 登记准确
9:30~10:00	将使用的空瓶移至污物间,整理治疗室及治疗车的卫生	治疗室内物品清洁、放置有序
10:00~11:30	协助患者完成缴费、取药、计账,准备患者用药	服务热情,缴费、取药、计账,备药无误
11:30~12:00	协助患者进午餐	患者舒适、食欲良好
12:00~14:30	治疗结束后,将体外循环血液回输入体内 拔针后,准确按压穿刺点 根据医嘱用药,观察药物反应 测量治疗后血压、脉搏、体重并记录	回血干净无残留 穿刺点无渗血 用药准确无误 无漏测、漏记
14:30~15:30	将使用的空瓶移至污物间,整理治疗室及治疗车的卫生,准备第 2 天用药	治疗室内物品清洁、放置有序,药品准备无误

3. 辅助班护士工作评价标准 见表 4-14-26。

表 4-14-26 辅助班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
10:30~11:00	提前到岗,按要求着装	着装整齐、仪表端庄
11:00~11:30	交接班:床头交接、重点患者重点交接	交接清楚

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
11:30~12:00	协助患者进午餐	患者舒适、食欲良好
12:00~14:00	治疗结束后,将体外循环血液回输入体内 拔针后,准确按压穿刺点 根据医嘱用药,观察药物反应 测量治疗后血压、脉搏、体重并记录	回血干净无残留 穿刺点无渗血 用药准确无误 无漏测、漏记
14:00~14:30	整理工作台、机器及床单元	清洁、整齐、无污渍及灰尘
14:30~17:30	密切巡视,观察病情变化,及时处理并发症,观察穿刺点有无渗血、针头是否移位、测量血压及脉搏并记录,严密观察机器运转状态 根据医嘱进行输血、输液、采血、静推等各种治疗 对患者进行健康教育,协助生活护理	机器运转正常,患者无不良反应 治疗及时准确 态度和蔼,语言通俗易懂
17:30~18:30	治疗结束后,将体外循环血液回输入体内 拔针后,准确按压穿刺点 根据医嘱用药,观察药物反应 测量治疗后血压、脉搏、体重并记录	回血干净无残留 穿刺点无渗血 用药准确无误 无漏测、漏记
18:30~19:00	准备暂空床:更换床单、被罩 书写护理记录,进行本班工作总结	床单元整洁 认真、真实、客观、全面,签全名

4. 夜班护士工作评价标准 见表 4-14-27。

表 4-14-27 夜班护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
19:00~19:30	接班:清点用物,擦洗机器	物品齐全,无损坏,机器无污渍、血渍
19:30~20:00	配置次日透析用浓缩液	密封保存
20:00~21:00	通知次日患者 污染注射器、输液器放置污物间 紫外线消毒透析室、治疗室并记录	时间准确无遗漏 按规定放置处理 消毒达标,登记无误
21:00~21:40	启动透析机自动消毒水处理程序 患者病历、透析器、管路放在机器上面以备 自动消毒水处理程序结束关电源、水源、门窗	操作准确 无差错、方便使用 水电无漏关
21:40~6:00	随时接应急诊患者	人员、机器及物品在备用状态下
6:00~7:30	开启机器,做准备工作,反渗机水源,电源打开 至自动位,透析机打开至准备位接浓缩液 核对冲洗机器液体、抗凝药 备齐穿刺所需用品	准备工作充分 核对无误 物品准备齐全

第七节 门诊系统护理岗位职责及评价标准

一、门诊部护士长岗位职责及评价标准

(一)门诊部护士长岗位职责

1. 在护理部主任和门诊部主任领导下,负责门诊护理行政管理,督促检查护理人员和卫生员完成所分工的任务。
2. 制定工作计划,负责护理人员分工排班,经常检查护理质量,复杂的技术应亲自执行或指导护士操作。搞好传、帮、带,不断提高技术水平。
3. 督促护理人员认真执行各项规章制度和技术操作规程,严防差错事故,并且检查各诊室做好开诊前准备及卫生宣传工作。
4. 督促教育护理人员改善服务态度,经常巡视候诊患者的病情变化,对较重的患者应提前诊治或送急诊科处理。
5. 督促卫生员保持门诊的整洁,做好消毒隔离工作,及时供应开水和饮具。
6. 组织护理人员、卫生员业务学习,指导实习护士的工作,开展护理科研,及时总结经验。
7. 检查门诊各诊室对药品、器材、被服用品的保管和使用情况,遇有遗失或损坏,应查明原因,给予适当处理。

(二)门诊部护士长工作评价标准

门诊部护士长工作评价标准见表 4-14-28。

表 4-14-28 门诊部护士长工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~8:00	巡查门诊大厅及各诊区开诊前的准备工作和护理人员的到岗情况,发现问题及时协助解决	着装整齐,认真监督,确保准时开诊,工作有序
8:00~8:30	巡视各诊区了解患者的动态和护理人员的工作情况,帮助协调解决遇到的问题	保证就诊秩序井然
8:30~9:00	巡查门诊就诊环境是否清洁与安全	环境清洁,安全
9:00~9:30	检查门诊各班治疗、护理工作完成情况	确保严格按医嘱执行
9:30~10:30	检查护理人员是否能严格执行各项规章制度和技术操作规程	无差错事故发生
10:30~11:00	监督护理人员服务态度是否主动热情,卫生宣教是否到位	热情主动为患者服务
11:00~11:30	检查护理文件及记录	及时、准确、完整的填写
11:30~12:00	组织发放《门诊患者满意度调查表》,将征得意见进行记录、分析、总结	护患关系良好,患者满意率在 95% 以上
14:00~15:00	执行周计划	确保计划按时完成
15:00~15:30	深入门诊各科室了解当天护理工作情况,及时发现处理疑难问题	确保护理工作顺利进行

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
15:30~16:30	与科主任及护理部沟通,将患者的需求、诊区存在的问题等及时上报,以便协助解决	沟通有效,问题及时解决
16:30~17:30	巡查各诊区、大厅,了解门诊工作量,进行当天工作总结	为次日工作做好准备

二、导医护士岗位职责及评价标准

(一)导医护士岗位职责

1. 在护士长的领导下进行工作。
2. 仪表端庄,举止大方,以饱满的精神面貌,面带微笑迎接每个患者。
3. 树立患者至上的观念,语言文明,礼貌待患,态度和蔼,服务周到。
4. 熟悉各专科专家的特长及各种检查项目、仪器。
5. 根据病情做好分诊工作。
6. 遇到抢救患者,通知医务人员,同时通知医务科、护理部,以便及时组织抢救。
7. 负责每天有关统计报表。
8. 负责患者办理入院手续,并引导到病房护士站,交给病房护士。
9. 帮助患者划价、挂号取药,告知用药方法。

(二)导医护士工作评价标准

导医护士工作评价标准见表 4-14-29。

表 4-14-29 导医护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:20~7:30	导医人员统一着装,准备上岗	仪表端庄、精神饱满、淡妆上岗
7:30~8:00	摆放各种宣传材料、用消毒液擦拭导医台 检查轮椅充气是否足量,擦干净后推出备用 播放大屏幕内容,如各种收费标准、专家介绍、健康教育知识等 清洗保温桶并打满开水,以备患者饮用	环境整洁、服务设施齐全良好,满足工作需要
8:00~10:00	接待就诊患者,主动介绍门诊环境、科室分布、医院设备等;解答患者咨询,为患者提供方便措施 对残疾人、老年人等行动不便患者应主动接待,提供平车、轮椅等服务或搀扶到诊室就诊,合理安排优先检查。对急危患者,立即送急诊科处理	热情主动,规范服务,使患者熟悉就医流程,正确引导患者就医 按轻、重、缓、急合理安排患者就诊,为急重患者的抢救赢得时间
10:00~11:00	经常巡视大厅及各层诊区,引导患者挂号、候诊、检查、就医 发放患者满意度调查表,收集患者的意见,及时为患者提供方便	及时解决患者就医过程中遇到的问题,维持良好的就诊秩序

(续 表)

时间	工作流程	评价标准
11:00~11:30	为患者提供开水及一次性水杯,发送《导医手册》《常见疾病知识问答》等卫生宣传资料	方便患者,做好健康宣教工作
13:30~17:00	同上午 8:00~11:30 时	同上午 8:00~11:30 时
17:00~17:30	领取、补充各种宣传资料,检查轮椅是否齐全完好 关闭所有门窗和电器,整理用物	为次日工作做好充分准备

三、分诊护士岗位职责及评价标准

(一)分诊护士岗位职责

1. 统一着装、仪表端庄微笑服务。
2. 保持诊室物品摆放有序,处于备用状态,做好医师开诊前准备工作。
3. 落实好门诊首诊负责制。
4. 热情主动接待就诊患者,发现问题及时处理。
5. 解答各种咨询。
6. 准确分诊,按疾病轻重及先后顺序安排就诊、保持良好的就医环境。
7. 进行卫生宣教,发放健康教育材料。
8. 添加整理表格保证工作需要
9. 保管好化验单并正确分发。
10. 及时准确填写传染卡。

(二)分诊护士评价标准

分诊护士工作评价标准见表 4-14-30。

表 4-14-30 分诊护士工作评价表

时间	工作流程	评价标准
7:30~7:45	分诊人员统一着装,准备上岗	仪表端庄、精神饱满、淡妆上岗
7:45~8:00	做好医师开诊前准备工作:将处方、化验单、特检单、压舌板、听诊器、血压计、体温表等用品检查准备好,按顺序放在诊桌上 打开电脑,使之保持工作状态	诊室物品摆放有序,处于备用状态,保持诊室空气新鲜
8:00~11:00	接待就诊患者,解答各种咨询 按疾病轻、重、缓、急及挂号先后顺序安排患者就诊,把分诊情况输入电脑 引领患者到相应的诊室就诊	热情主动,耐心解答 保持良好的就诊环境,准确分诊 落实好门诊首问负责制
11:00~12:00	加强候诊区巡视 分发健康教育材料,适时进行卫生宣教 随时整理添加所需表格、用物	巡视及时,发现问题及时处理 宣教有效,患者了解疾病相关知识 保证工作需要

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
13:30~17:30	同上午 8:00~11:00 按时发放检验后的化验单;填报传染卡	同上午 8:00~11:00 保管好化验单并正确分发,及时正确,填报传染卡
17:00~17:30	做好次日开诊的准备工作,整理诊室,检查补充各种表格、压舌板是否充足,检查关闭血压计并回收 整理补充健康教育栏内各种宣传材料 对诊室空气、物品进行消毒处理 水龙头、各种电器,检查关闭所有门窗	诊区整洁、安全,物品准备齐全 补充各种宣传材料,保证工作需要

四、各科室门诊护士岗位职责及评价标准

(一)各科室门诊护士岗位职责

1. 在门诊主任和护士长领导下进行工作。
 2. 负责器械的消毒和开诊前的准备工作。
 3. 协助医生完成相关工作,根据医嘱对患者进行处置。
 4. 负责诊疗室的整洁、安静,维持就诊秩序。
 5. 经常观察候诊患者的病情变化,对较重的患者应提前诊治或送急诊室处置。
 6. 加强组织纪律性,坚守工作岗位,积极主动服务。
 7. 负责候诊教育和健康教育,加强与患者的交流。
 8. 做好消毒隔离工作,防止交叉感染。
 9. 认真执行各项规章制度和技术操作规程,严格查对制度,防止差错事故的发生,做好交接班工作。
 10. 按照分工,负责领取、保管药品器材和其他物品。
 11. 严格执行首问负责制。
- ##### (二)各科室门诊护士工作评价标准
- 各科室门诊护士工作评价标准见表 4-14-31。

表 4-14-31 各科室门诊护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:30~7:45	提前上岗、着装整洁	仪表端庄、精神饱满、淡妆上岗
7:45~8:00	清扫整理工作环境,开窗通风 备好健康宣传材料,播放幻灯、录像,准备迎接就诊患者	诊区环境整洁、空气新鲜服务设施齐全

(续 表)

时间	工作流程	评价标准
8:00~10:00	引导患者进入分诊室,根据病情进行分诊,测量生命体征 送患者至专科诊室,协助医生查体 为老、弱、残患者提供帮助,患者有特殊处置、检查或病情严重、行动不便者由护士护送	准确分诊,使患者熟悉就医流程,正确引导患者就医 保护患者隐私 满足患者需要,落实好门诊首问负责制
10:00~12:00	执行医嘱,完成患者各种治疗护理:换药室护士负责换药全程护理;门诊手术室护士负责手术患者术前、术中、术后护理;处置室护士负责各种处置。 健康咨询,发放健康宣传资料 需住院患者由导诊护士护送至住院处 需复诊患者由候诊护士约定时间,指导咨询	严格无菌操作规程 耐心解答,征求意见,改进工作 患者掌握复诊时间,按时复诊
13:30~17:00	同 8:00~12:00 工作内容 为患者查找化验单;填报传染卡	同 8:00~12:00 工作内容 保管好化验单并正确分发
17:00~17:30	做好次日工作前的准备	物品准备齐全,诊区整洁、安全

五、门诊注射室护士岗位职责及评价标准

(一)门诊注射室护士岗位职责

1. 认真执行各项护理制度,护理常规和技术操作规程。准确、及时地完成各项护理工作。
2. 熟练掌握本科业务知识,掌握各种注射药物的剂量、用法、药理作用及禁忌证,掌握各种皮试液的浓度及阳性判断,掌握过敏性休克的判断及抢救原则。
3. 注射做到一人一针一管,处理符合消毒隔离要求。
4. 输液过程中主动巡视,及时排除故障。
5. 掌握消毒溶液的浓度,浸泡时间,配制方法及有效期。各室定时清洁消毒,定期做细菌学监测。
6. 准备必要的抢救用物,定期检查以备应急使用。

(二)门诊注射室护士工作评价标准

门诊注射室护士工作评价标准见表 4-14-32。

表 4-14-32 门诊注射室护士工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
7:45~8:00	提前上岗 清点物品	衣帽整齐,清点及时并签名,账物相符,登记清楚
8:00~8:30	参加晨会,交接班	严格“八交”“八知道”

(续 表)

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
8:30~11:00	更换无菌物品,送物品消毒 准确及时完成各项护理工作,严格无菌操作 输液过程中主动巡视,及时排除故障	严格遵守无菌操作原则 备好抢救物品、药品以备急用
11:00~12:00	核对医嘱 每周检查无菌物品的消毒日期 每月做细菌学监测	核对认真仔细并签名 无菌物品符合要求 培养符合标准,准确登记
14:00~17:00	取回无菌物品,严格无菌操作 记录并上报前一日工作量	严格遵守无菌操作原则 登记信息全面,字迹清晰
17:00~17:30	补充物品 清洁卫生,整理用物 交接班	物品齐全 卫生清洁 严格“八交”“八知道”

六、高压氧护士岗位职责及评价标准

(一)高压氧护士岗位职责

1. 在主任和护士长的领导下进行工作。
2. 严格执行医嘱,遵守各项规章制度,按时完成治疗、护理工作。
3. 认真做好进舱治疗的安全教育,详细介绍进舱须知,认真落实进舱人员的安全措施,指导正确使用氧气面罩。
4. 熟知氧舱应急流程及患者发生意外的抢救流程。
5. 严格遵守操作规程和治疗方案,负责氧舱操作。
6. 认真填写各项护理、治疗及操作记录。
7. 做好清洁卫生和消毒隔离工作。
8. 操作结束,对氧舱认真检查,确保患者安全。

(二)高压氧护士工作评价标准

高压氧护士工作评价标准见表 4-14-33。

表 4-14-33 高压氧护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:45~8:00	提前上岗、着装 清点物品	衣帽整齐 清点及时并签名,账物相符
8:00~8:30	参加晨会	及时了解患者的病情变化
8:30~9:00	进行安全检查	环境、仪器安全备用
9:00~11:00	患者进舱吸氧。详细介绍进舱须知、落实进舱人员的安全措施,正确操作方法,负责氧舱操作并密切观察舱内患者用氧后反应	患者知晓进舱的具体方法,注意事项等, 对患者安全措施到位

(续 表)

时间	工作流程	评价标准
11:00~12:00	填写各项护理、治疗及操作记录	操作正确,严密观察患者情况登记信息全面,字迹清晰
14:00~17:00	同 8:30~12:00	同 8:30~12:00
17:00~17:30	对氧舱内进行安全检查 清洁卫生、补充物品	氧舱安全 卫生清洁、物品齐全

七、放射线科(放射中心)护士岗位职责及评价标准

(一)放射线科(放射中心)护士岗位职责

1. 在科主任领导下进行工作。
2. 认真执行岗位责任制,遵守劳动纪律。
3. 严格操作规程,仔细查对,做好放射线登记工作。
4. 保证检查秩序良好,做好检查前准备工作,合理给药,做好宣教工作。如需做 CT 增强的患者,检查前需做试敏,备好抢救用物,与急诊护士共同判断试敏结果。检查过程中严密观察病情变化,保证检查顺利进行。
5. 做好科内工作量统计,及时上报。负责材料请领、保管工作。
6. 负责将检查结果准确及时的下送到相关科室。
7. 做好室内清洁卫生工作,严格终末消毒。

(二)放射线科(放射中心)护士工作评价标准

放射线科(放射中心)护士工作评价标准见表 4-14-34。

表 4-14-34 放射线科(放射中心)护士工作评价标准

时间	工作流程	评价标准
7:45~8:00	提前上岗 清点物品	衣帽整齐 清点及时并签名,账物相符
8:00~8:30	参加晨会	及时了解患者的病情变化
8:30~9:00	划费	准确无差错
9:00~9:30	维持检查秩序	井然有序
9:30~10:00	做检查前准备、合理用药、做好宣教 做增强 CT 查看试敏,备好抢救用品,检查过程中严密观察病情变化	准备充分,宣教到位 抢救用品齐全,病情观察严密
11:00~12:00	做好登记 保持室内卫生清洁	登记信息全面,字迹清晰 清洁整齐
14:00~15:00	下送检查结果	下送及时
15:00~16:00	统计工作量并上报	统计全面准确
16:00~17:00	请领材料	及时准确
17:00~17:30	做好室内清洁卫生、严格终末消毒	卫生清洁,消毒符合要求

八、内镜室护士岗位职责及评价标准

(一) 内镜室护士岗位职责

1. 在主任和护士长的领导下开展工作。
2. 指导患者做好各项检查、治疗前准备工作。
3. 协助医师镜检,做好组织、细胞学检查等取材工作。
4. 负责检查后的器材清洁、整理、消毒、分类保养工作。
5. 将标本及时送检和发送报告单。
6. 做好记录单的登记、保管,病例资料的存档、索引的编排和整理等工作。
7. 严格落实“内镜的医院感染管理”规范要求。
8. 尊重患者隐私权利。

(二) 内镜室护士工作评价标准

内镜室护士工作评价标准见表 4-14-35。

表 4-14-35 内镜室护士工作评价标准

时 间	工 作 流 程	评 价 标 准
7:45~8:00	提前上岗 清点物品	衣帽整齐 清点及时并签名,账务相符
8:00~8:30	参加晨会	及时了解患者的病情变化
8:30~9:00	交换无菌物品、配制消毒液 指导患者做准备工作 标本送检 协助医师镜检、配合取材工作 器材清洁、整理、消毒、保养工作	严格遵守无菌操作原则 指导有效 标本送检及时 器材整理规范清洁,保养、消毒 符合要求
14:00~15:00	发送报告单	发送及时
15:00~16:00	请领材料物品	及时准确
16:00~17:00	记录单的登记、保管、病例资料存档索引编排 和整理等工作	登记信息全面,字迹清晰
17:00~17:30	清洁卫生工作 做好交接班工作	卫生清洁 严格交接班

第五部分 护理应急预案及护理流程

第 15 章 病区护理应急预案及护理流程

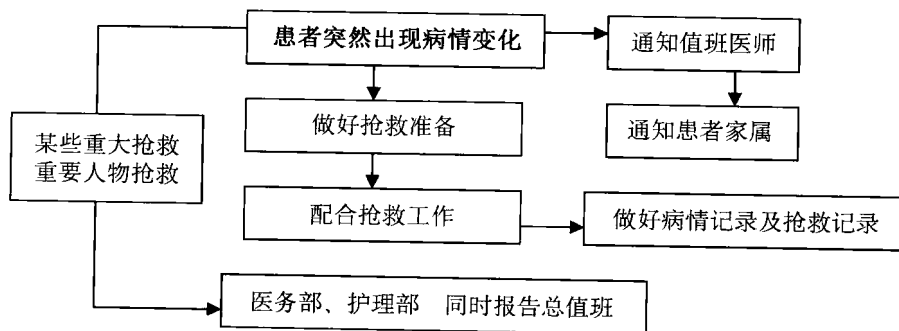
第一节 住院患者紧急状态时应急预案及护理流程

一、患者突发病情变化时的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 值班护士立即通知值班医师(如医师手术或会诊,可先实施必要的抢救措施,如:吸氧、吸痰、建立静脉通道、测血压、行胸外心脏按压等)。
2. 立即做好抢救的准备工作。
3. 积极配合医师抢救。
4. 通知患者家属。
5. 做好病情记录及抢救记录。
6. 某些重大抢救或对重要人物抢救,应及时报告医务科、护理部,同时报告总值班室。

(二)护理流程

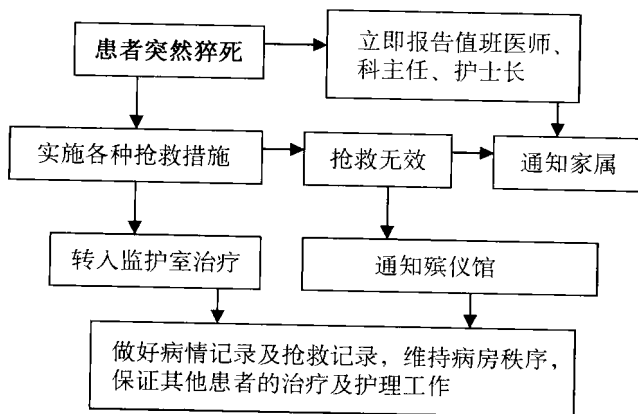


二、患者突发猝死时的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 患者突然发生猝死护士应立即抢救,同时通知医师,必要时报告科主任、护士长。
2. 通知家属。
3. 配合医师进行抢救,必要时向院总值班室、医务科或护理部汇报抢救情况及结果。
4. 如患者抢救无效死亡,通知殡仪馆将尸体接走。
5. 做好病情记录及抢救记录。
6. 在抢救过程中,要注意对同室患者进行保护。

(二) 护理流程

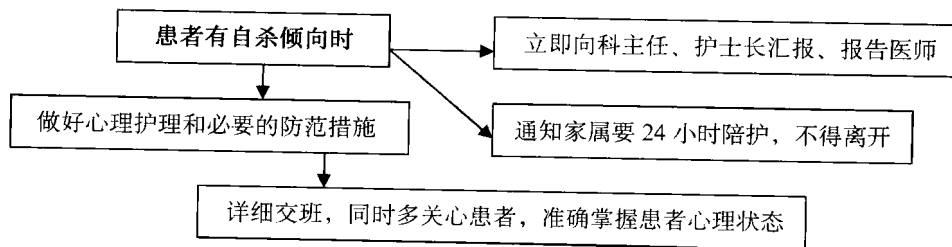


三、患者有自杀倾向时的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 值班护士发现患者有自杀倾向时,应立即报告医师,并向科主任、护士长汇报,必要时报告护理部及总值班。
2. 向患者提供心理治疗和心理护理。
3. 做好必要的防范措施,没收锐利的物品,锁好门窗,防止意外。
4. 通知家属要 24 小时陪护,不得离开。
5. 详细交班,同时多关心患者,准确掌握患者心理状态。

(二) 护理流程

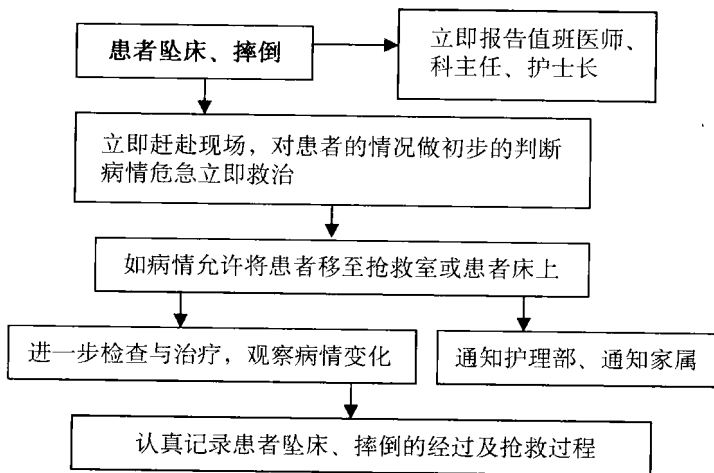


四、患者坠床、摔倒时的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 患者因不慎坠床、摔倒,护士应立即赶赴现场并同时报告医师。
2. 对患者的情况做初步的判断,如测量血压、心率、呼吸、判断患者意识等。
3. 待医师检查患者后,再搬动患者。
4. 进行必要的检查,如 X 线检查等,及时治疗。
5. 协助医师处理,通知家属,向护理部汇报。
6. 认真记录患者坠床、摔倒的经过及抢救过程。

(二)护理流程

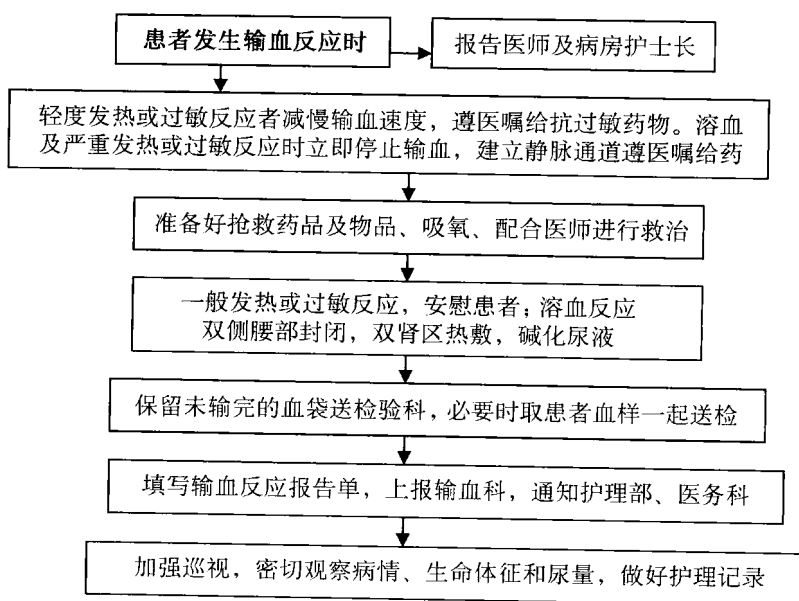


五、患者发生输血反应时的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 患者发生发热或过敏反应者减慢输血速度,遵医嘱给抗过敏药物。溶血、发热或严重过敏反应时立即停止输血,建立静脉通道。
2. 报告医师及病房护士长,并保留未输完的血袋,以备检验。
3. 准备好抢救药品及物品,配合医师进行救治,并给予氧气吸入,出现溶血反应者双侧腰部封闭,双肾区热敷,碱化尿液。
4. 应密切观察病情变化并做好记录,安慰患者,减少患者的焦虑。
5. 填写输血反应报告单,上报输血科,同时上报护理部、医务科。
6. 怀疑溶血等严重反应时,保留血袋及抽取患者血样一起送输血科。
7. 加强巡视,密切观察病情、生命体征和尿量,做好护理记录。

(二) 护理流程

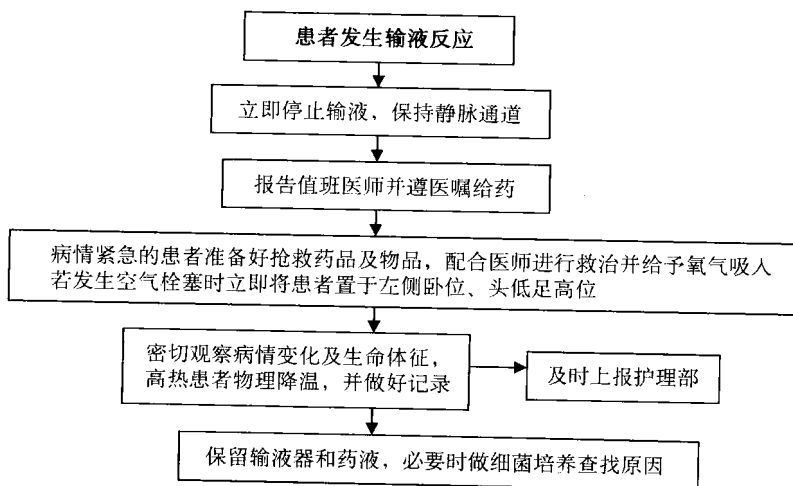


六、患者发生输液反应时的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 患者发生输液反应时，值班护士应立即停止输液，保留静脉通道。
2. 报告值班医师，按医嘱给药，高热患者物理降温。
3. 必要时准备好抢救药品及物品，配合医师进行救治，并给予氧气吸入。
4. 出现空气栓塞时立即将患者置于左侧卧位、头低足高位。
5. 密切观察病情变化及生命体征，并做好记录，安慰患者，减少患者的焦虑。
6. 应及时上报护理部。

(二) 护理流程

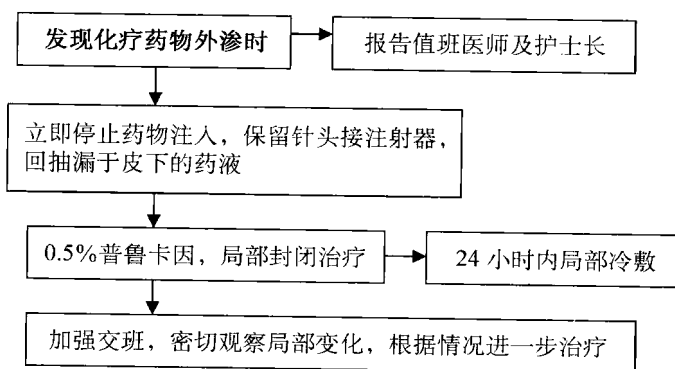


七、患者化疗药物外渗时应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 值班护士立即停止化疗药物的注入,可保留针头接注射器,回抽漏于皮下的药液,然后拔出针头。
2. 发生化疗药外渗后要及时报告值班医师及护士长。
3. 用 0.5%普鲁卡因 5ml(2%普鲁卡因 1ml+生理盐水 4ml)局部封闭,封闭的量可以根据需要配制。
4. 外渗 24 小时内可以局部冷敷,冷敷时注意观察,防止冻伤。
5. 避免局部受压,外渗局部肿胀严重者可可用硫酸镁湿敷。

(二)护理流程

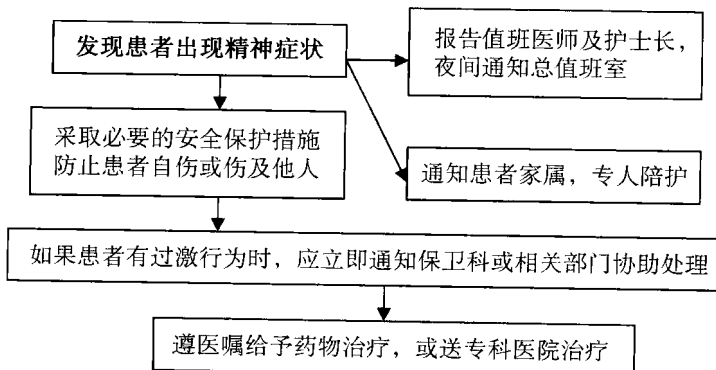


八、患者发生精神症状时的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 发现患者出现精神症状时应立即报告值班医师及护士长。
2. 采取安全保护措施,防止患者自伤或伤及他人。
3. 协助医师通知患者家属,专人陪护。
4. 如果患者有过激行为时,应立即通知保卫科或相关部门协助处理。
5. 遵医嘱给予药物治疗或送专科医院治疗。

(二)护理流程

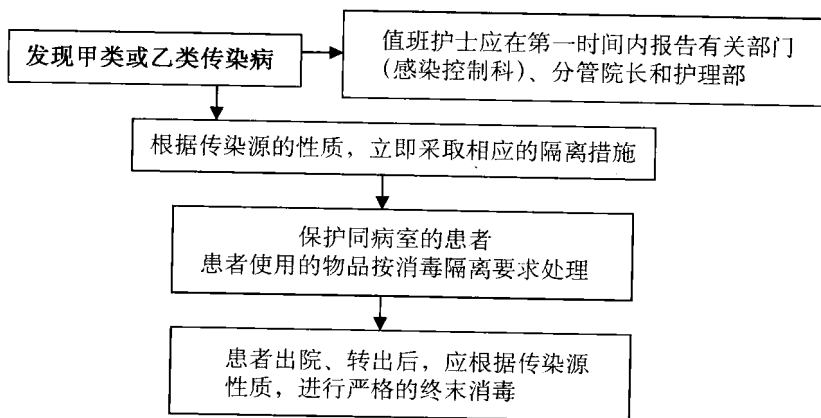


九、病房发现传染病患者时的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 发现甲类或乙类传染病, 护士长及值班护士应在第一时间内报告有关部门(感染控制科)及分管院长和护理部。
2. 根据传染源的性质, 立即采取相应的隔离措施。
3. 保护同病室的患者。
4. 患者使用的物品按消毒隔离要求处理。
5. 患者出院、转出后, 应根据传染源性质进行严格的终末消毒。

(二) 护理流程

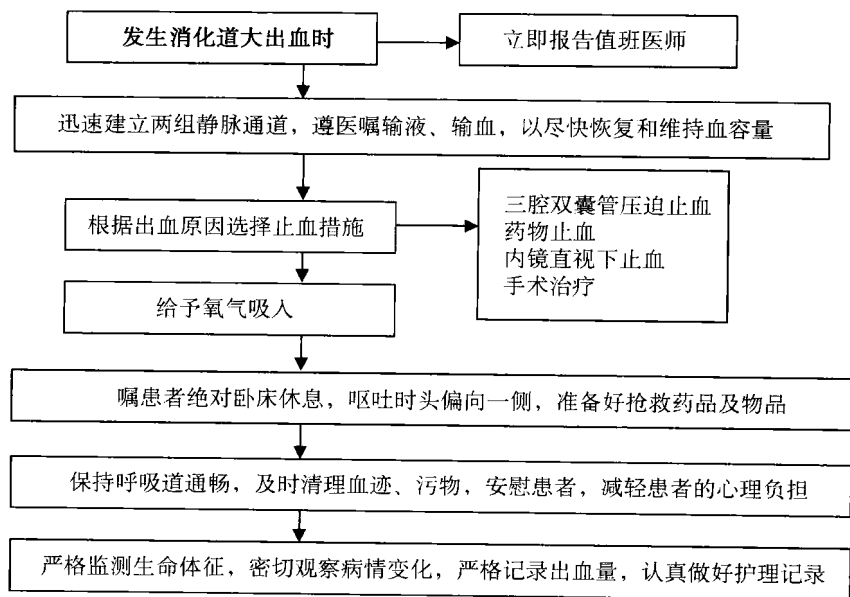


十、消化道大出血时的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 出血时, 患者绝对卧床休息, 头部稍抬高并偏向一侧, 防治呕出的血液吸入呼吸道。
2. 值班护士立即通知值班医师, 准备好抢救车、负压吸引器, 积极配合抢救。
3. 迅速建立有效静脉通道, 按医嘱输液、输血及应用各种止血治疗措施。
4. 及时清除血迹、污物, 必要时应用负压吸引器清除呼吸道分泌物。
5. 给予氧气吸入。
6. 做好心理护理, 关心安慰患者。
7. 严密监测患者的心率、血压、呼吸和神志变化, 必要时进行心电监护。
8. 准确记录出入量。观察呕吐物和粪便的性质及量, 判断患者的出血量。
9. 熟练掌握三腔双囊管的操作方法, 做好插管前后的观察护理。
10. 认真做好护理记录, 加强巡视和交接班。

(二) 护理流程

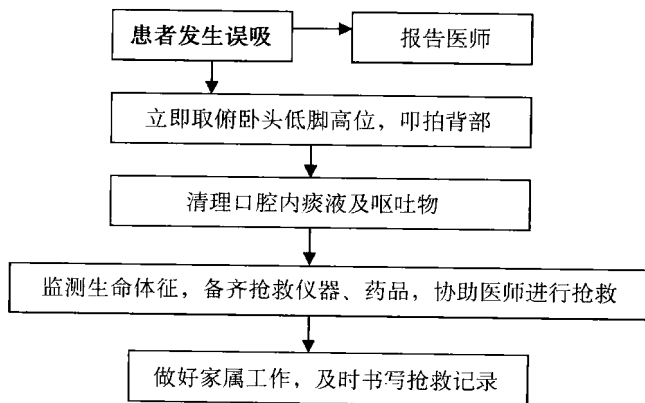


十一、误吸时应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 当发现患者发生误吸时，立即使患者采取俯卧位，头低脚高，叩拍背部，尽可能使吸入物排出，并通知医师。
2. 及时清理口腔内痰液、呕吐物等。
3. 测生命体征和血氧饱和度，并备好抢救仪器和物品；如出现严重发绀、意识障碍及呼吸频率、深度异常，在采取简易呼吸器维持呼吸同时，急请麻醉科插管吸引、气管镜吸引或气管切开。
4. 建立静脉通路。
5. 通知家属，向家属交代病情。
6. 做好护理记录。

(二) 护理流程

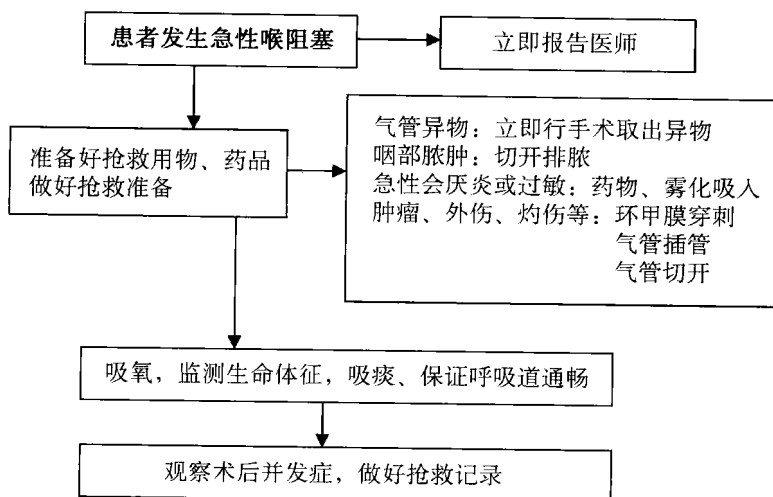


十二、急性喉阻塞的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 患者发生急性喉阻塞立即报告医师。
2. 做好气管插管、气管切开、异物取出等准备。
3. 明确诊断。如因异物引起,立即行手术取出异物;咽部脓肿所致,应协助医师及早切开排脓;急性喉炎、会厌炎所致,遵医嘱尽早应用糖皮质激素,雾化吸入,足量抗生素;由过敏所致,遵医嘱立即用药,雾化吸入;短时间不能解除病因的(如肿瘤、外伤、灼烧、火器伤等)并出现Ⅲ度呼吸困难的,立即准备好抢救用物,并协助医师进行环甲膜穿刺或气管插管或气管切开。
4. 给予氧气吸入,严密观察患者生命体征,及时吸出呼吸道分泌物。
5. 建立静脉通道,安慰患者和家属,给患者提供心理护理服务。
6. 抢救结束后,及时准确记录抢救过程。

(二)护理流程



十三、创伤性休克的应急预案及护理流程

(一)应急预案

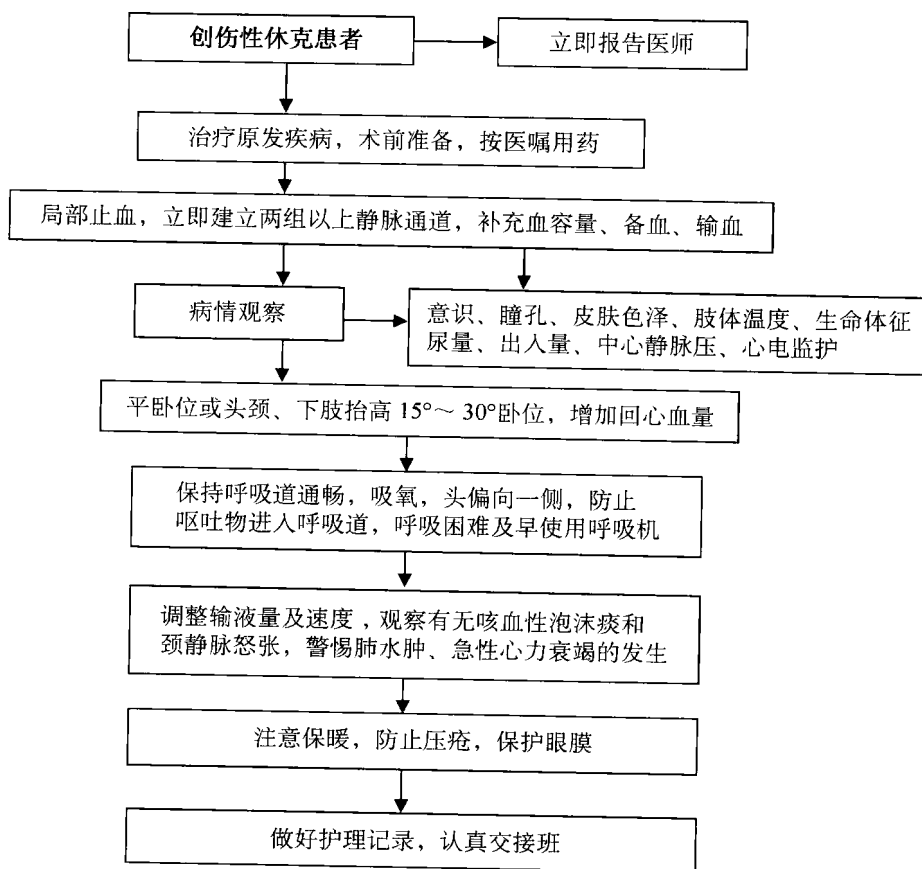
1. 立即报告医师建立两组以上静脉通道,迅速纠正循环血容量不足。
2. 快速止血,积极治疗原发疾病;快速配合急诊手术,按医嘱用药。
3. 平卧位或头颈、下肢抬高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 卧位,增加回心血量。
4. 保持呼吸道通畅,吸氧,头偏向一侧,防止呕吐物进入呼吸道,呼吸困难及早使用呼吸机。
5. 抽取各种血标本,急送交叉血,以备输血。
6. 密切观察生命体征和中心静脉压的变化,随时调整输液量及速度,同时观察患者有无咳嗽、咳血性泡沫痰和颈静脉怒张,警惕肺水肿、急性心力衰竭的发生。
7. 准确记录尿量、出入量,做各种必需皮试及辅助检查。
8. 注意体温的变化,低血容量性休克注意保暖,提高室温、加棉被保暖,不能用热水袋等加

第五部分 护理应急预案及护理流程

温。感染性休克出现高热时,采取降温措施。

9. 详记护理记录,时间准确到分钟,认真交接班。

(二) 护理流程



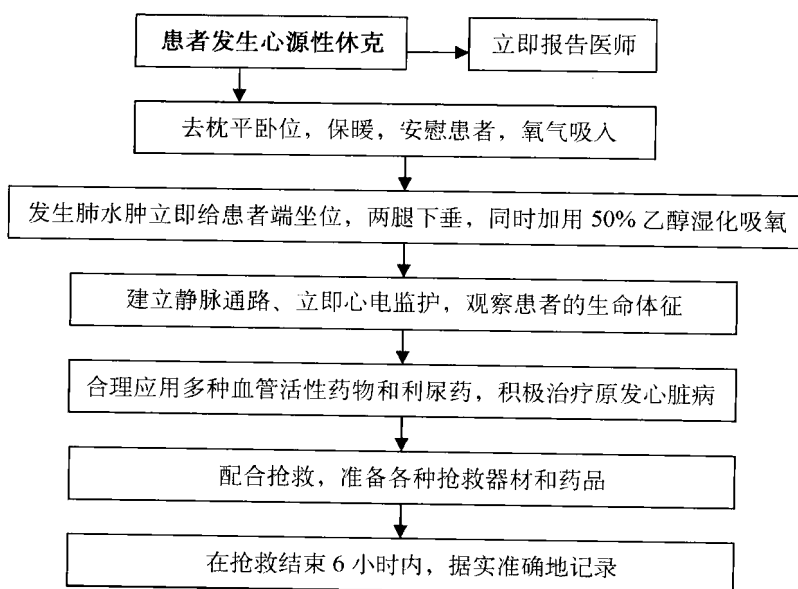
十四、心源性休克的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 患者有心源性休克的表现时应立即报告医师。
2. 去枕平卧位, 保暖, 安慰患者, 给氧气吸入, 流量每分钟 3~4L, 休克解除后可减慢至每分钟 1~2L 流速维持, 如发生急性肺水肿时, 立即协助患者端坐位, 两腿下垂, 以减少静脉回流, 同时加用 50% 乙醇湿化吸氧, 以降低肺泡表面张力, 保持呼吸道通畅, 以免发生窒息。
3. 建立静脉通路, 保证血容量的补充, 并注意输液速度的控制。
4. 立即心电监护, 观察心电示波的变化, 及时发现各种恶性心律失常, 严密观察患者的生命体征、意识、神志、面色、颈静脉及末梢循环、尿量、CVP、血气分析情况, 提供病情变化的动态信息, 并及时通知医师。
5. 严格执行医嘱, 遵医嘱合理应用多种血管活性药物和利尿药, 纠正水、电解质及酸碱平衡失调, 积极治疗原发心脏病。
6. 积极配合抢救, 准备各种抢救器材和药品, 分秒必争, 以挽救患者的生命。

7. 保持患者舒适,绝对卧床,避免过多搬动,减少干扰。
8. 在抢救结束 6 小时内,据实准确地记录抢救过程

(二) 护理流程

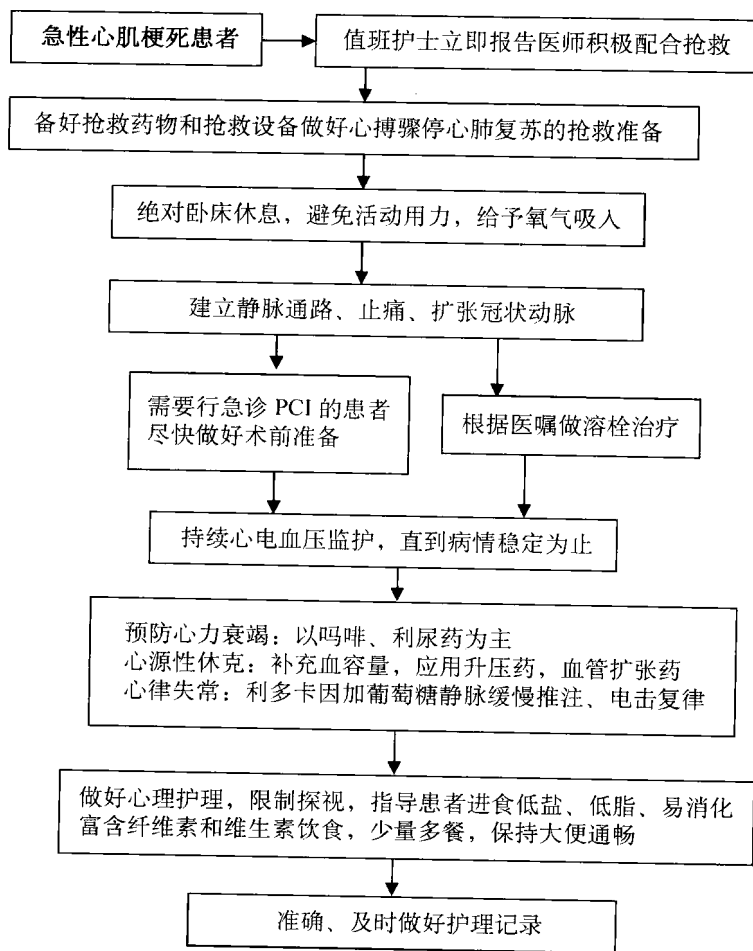


十五、急性心肌梗死的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 接收急性心肌梗死患者后,立即备好床单元、氧气,准备好抢救药物和多参数监护仪,除颤仪等抢救设备,做好心搏骤停心肺复苏的抢救准备,积极配合抢救。
2. 患者入病房后,护理分两组:一组迅速安置患者,绝对卧床休息,给予氧气吸入,做监护及心电图,观察血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度、体温、意识,并做好记录。二组立即使用套管针于左上肢建立静脉通路,遵医嘱给予镇痛,扩张冠状动脉及抢救药物。
3. 再灌注心肌:根据医嘱和病情对需要做溶栓治疗的。快速准确给予溶栓药物,及时观察药物疗效及不良反应。需要行急诊 PCI 的患者,尽快做好术前准备。
4. 持续心电血压监护,识别各种恶性心律失常,每 15~30 分钟观察血压、脉搏、呼吸、尿量,直到病情稳定为止。预防心力衰竭,心源性休克,心律失常等潜在并发症。
5. 做好心理护理,限制探视人员。
6. 指导患者进食低盐、低脂、易消化、富含纤维素和维生素饮食,少量多餐,保持大、小便通畅,预防便秘,必要时给予灌肠和留置导尿。
7. 及时做好特护记录。

(二) 护理流程

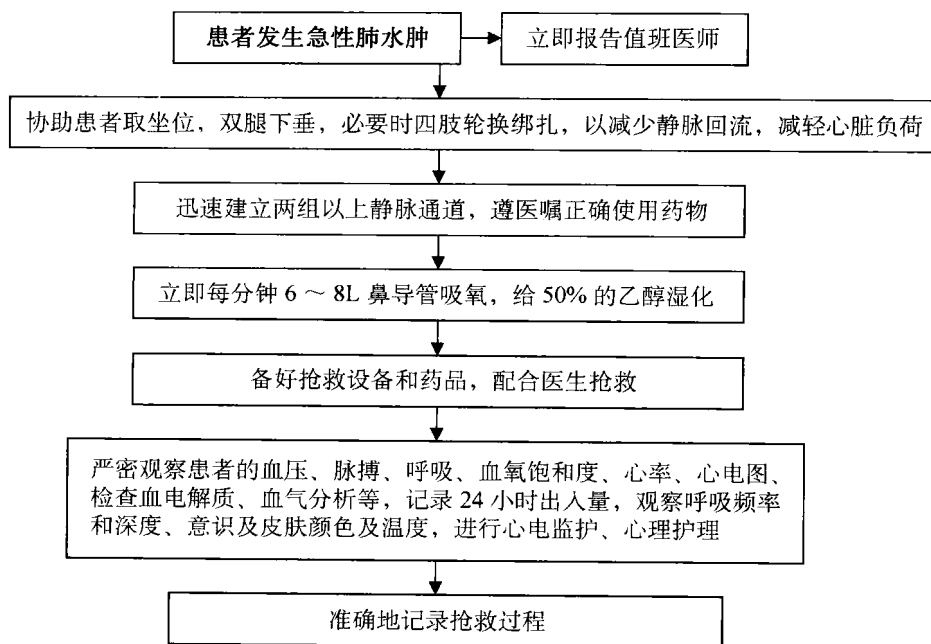


十六、急性肺水肿的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 当发现患者出现急性肺水肿时，立即报告医师，同时协助患者取坐位，双腿下垂，必要时四肢轮扎，以减少静脉回流，减轻心脏负荷。
2. 立即高流量鼻导管吸氧，每分钟 6~8L，可给 50% 的乙醇湿化，若患者不能耐受，可降低乙醇浓度至 30% 或间歇使用。
3. 迅速建立两组以上静脉通道，遵医嘱正确使用药物，并注意用药的注意事项。
4. 备好抢救设备和药品，配合医师抢救。
5. 严密观察患者的血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度、心率、心电图，检查血电解质、血气分析等，记出入量，观察呼吸频率和深度，意识及皮肤颜色及温度，进行心电监护、心理护理。
6. 准确地记录抢救过程。

(二) 护理流程

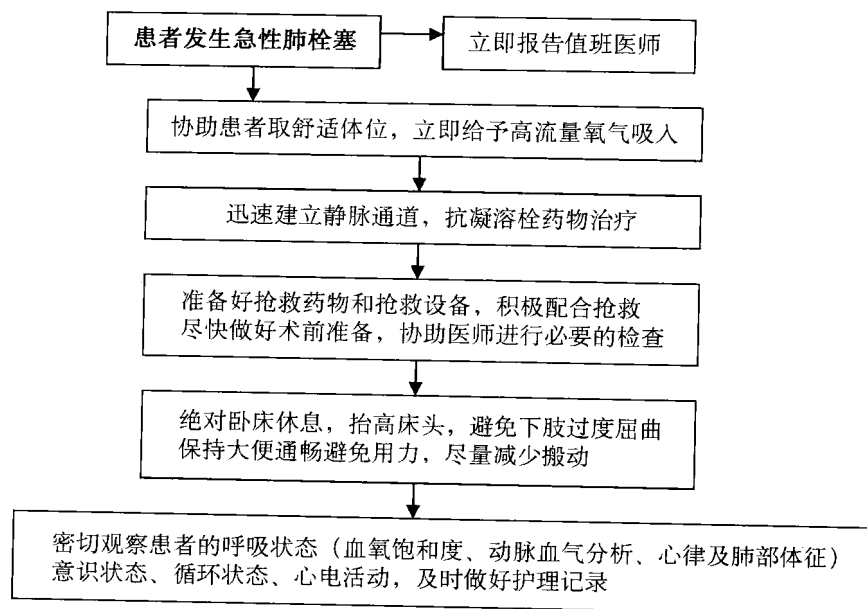


十七、急性肺栓塞的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 患者发生急性肺栓塞，立即通知医师。
2. 协助患者取舒适体位，给予高流量氧气吸入。
3. 迅速建立静脉通道，根据医嘱溶栓治疗。
4. 准备好抢救药物和抢救设备，积极配合抢救，协助医师进行必要的检查。
5. 需要行急诊肺动脉导管碎解和取栓的患者，尽快做好术前准备，留取并送检化验标本，备皮，做药物过敏试验。
6. 绝对卧床休息，抬高床头，避免下肢过度屈曲，保持大便通畅，避免用力，尽量减少搬动。
7. 密切观察患者的呼吸状态(血氧饱和度、动脉血气分析、心律、及肺部体征)；意识状态、循环状态、心电活动。
8. 及时做好护理记录。

(二) 护理流程

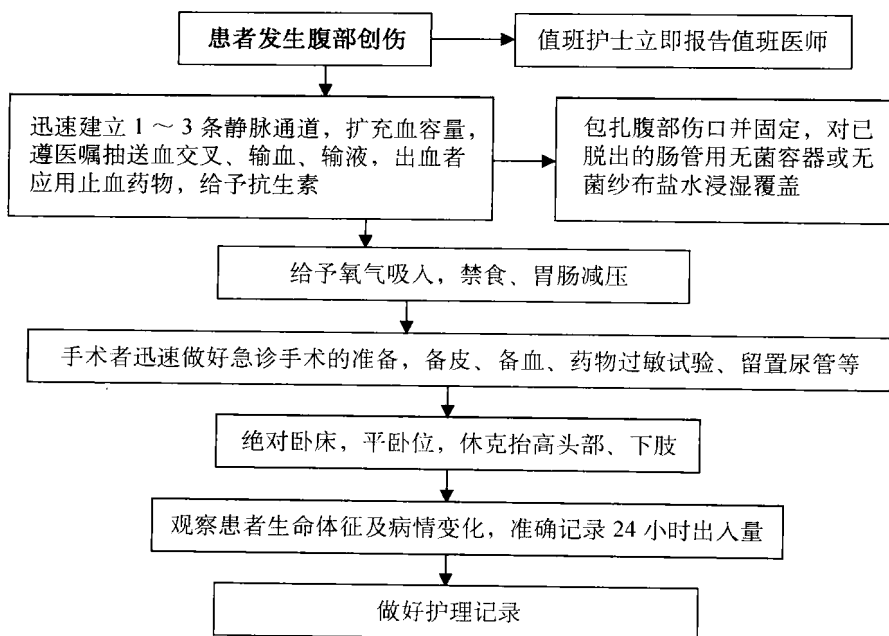


十八、腹部创伤的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 值班护士立即通知值班医师，做好抢救的准备工作，积极配合医师抢救。
2. 防止休克、抗感染，迅速建立 1~3 条静脉通道，扩充血容量，遵医嘱抽送血交叉、输血、输液、出血者应用止血药物，给予抗生素。
3. 做必要的腹部创伤处理：开放性腹外伤时及时止血并用无菌纱布包扎腹部伤口并固定，对已脱出的肠管用无菌容器或无菌纱布盐水浸湿覆盖。
4. 给予氧气吸入，禁食、胃肠减压。
5. 根据病情若需手术者，迅速做好急诊手术的准备，备皮、备血、药物过敏试验、留置尿管等。
6. 绝对卧床，平卧位，休克抬高头部、下肢。
7. 观察患者生命体征及病情变化，准确记录 24 小时出入量。
8. 做好护理记录。

(二) 护理流程

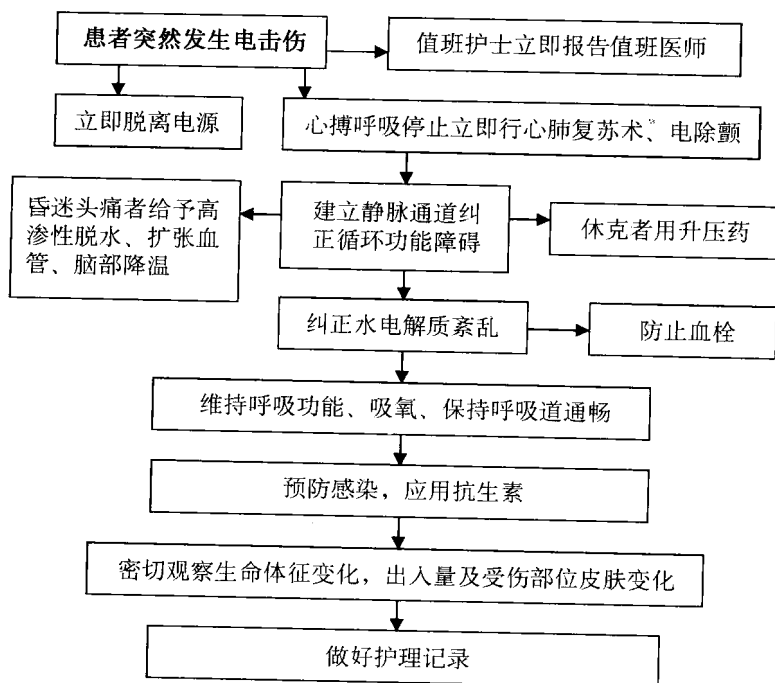


十九、电击伤的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 立即脱离电源, 心搏呼吸停止立即行心肺复苏术。
2. 保持呼吸道通畅, 吸氧, 必要时配合医师为患者做气管切开。
3. 值班护士立即报告值班医师, 同时可先实施必要的抢救措施。
4. 做好抢救的准备工作, 积极配合医师抢救。
5. 纠正循环功能障碍。
6. 纠正水电解质紊乱。
7. 局部伤口处理。
8. 密切观察生命体征变化, 出入量及受伤部位皮肤变化。观察有无并发症。
9. 做好护理记录。

(二) 护理流程

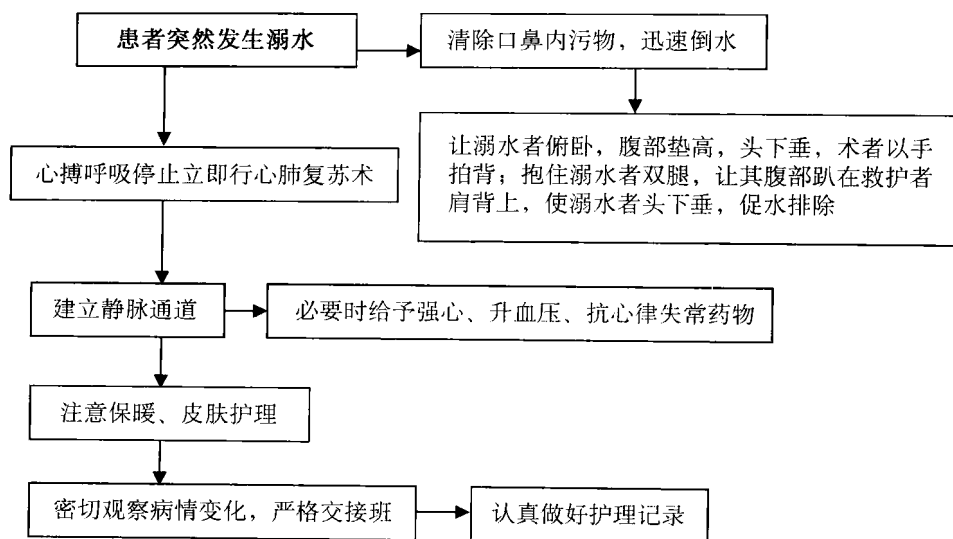


二十、溺水的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 立即畅通呼吸道，清除口鼻内污物，迅速控出呛入的水。
2. 心搏呼吸停止立即行心肺复苏术。
3. 值班护士立即报告值班医师，同时先实施必要的抢救措施，如吸氧、吸痰、建立静脉通道、测血压等。
4. 注意保暖、皮肤护理。
5. 继续做好抢救的准备工作，积极配合医师抢救。
6. 密切观察病情变化，严格交接班。
7. 认真做好护理记录。

(二) 护理流程

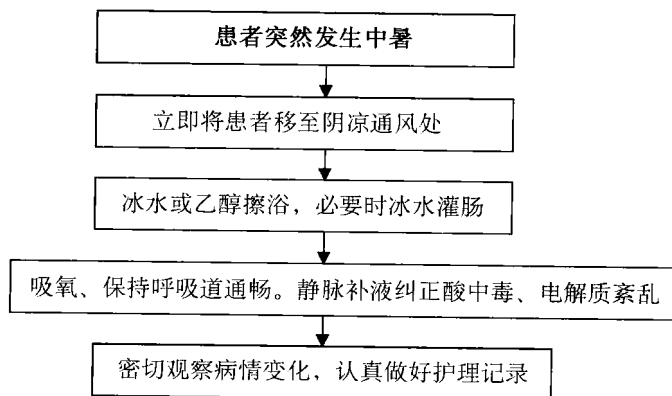


二十一、中暑的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 脱离现场，立即将患者移至阴凉通风处。
2. 物理降温，冰水或乙醇擦浴，必要时冰水灌肠。
3. 药物降温，氯丙嗪、吲哚美辛栓肛注、激素治疗。
4. 支持疗法，吸氧、保持呼吸道通畅。静脉补液纠正酸中毒、电解质紊乱。
5. 密切观察病情变化，认真做好护理记录。

(二) 护理流程



二十二、有机磷农药中毒的应急预案及护理流程

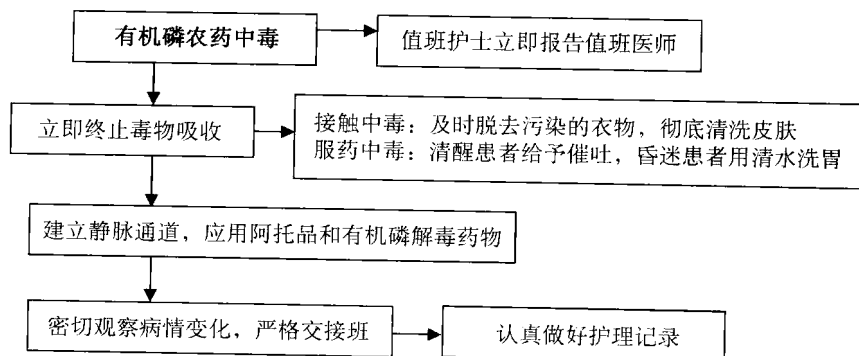
(一) 应急预案

1. 立即终止毒物吸收，尽早彻底反复洗胃。值班护士立即报告值班医师。
2. 保持呼吸道通畅，平卧头偏向一侧。

第五部分 护理应急预案及护理流程

3. 立即做好抢救的准备工作,建立静脉通道,积极配合医师抢救。
4. 有机磷解毒药物的应用。
5. 密切观察病情变化,认真做好护理记录,严格交接班。

(二)护理流程

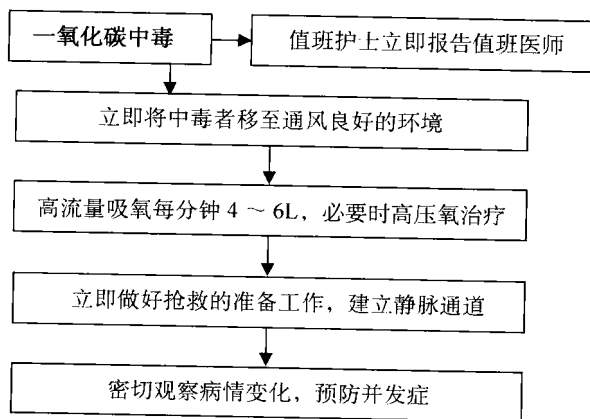


二十三、急性一氧化碳中毒的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 立即将中毒者移至通风良好的环境。值班护士立即报告值班医师。
2. 高流量吸氧每分钟 4~6L。
3. 立即做好抢救的准备工作,建立静脉通道。积极配合医师抢救。
4. 某些重大抢救,应及时上报医务科、护理部,同时通知总值班室。
5. 密切观察病情变化,认真做好护理记录,严格交接班。

(二)护理流程



第二节 意外事故紧急状态时的应急预案及护理流程

一、停电或突然停电的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 通知停电后,立即做好停电准备,备好应急灯、手电、蜡烛等,如有抢救患者使用抢救设

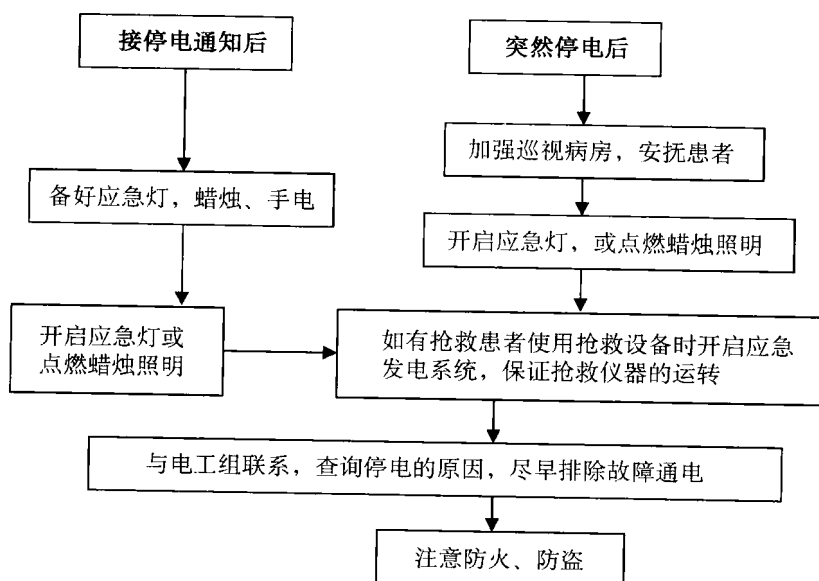
备时,开启应急发电系统。

2. 突然停电后,开启应急灯或点燃蜡烛照明,如有抢救患者使用抢救设备时,开启应急发电系统。

3. 通过电话与电工组联系,查询停电的原因,尽早排除故障通电。

4. 加强巡视病房,安抚患者,同时注意防火、防盗。

(二) 护理流程

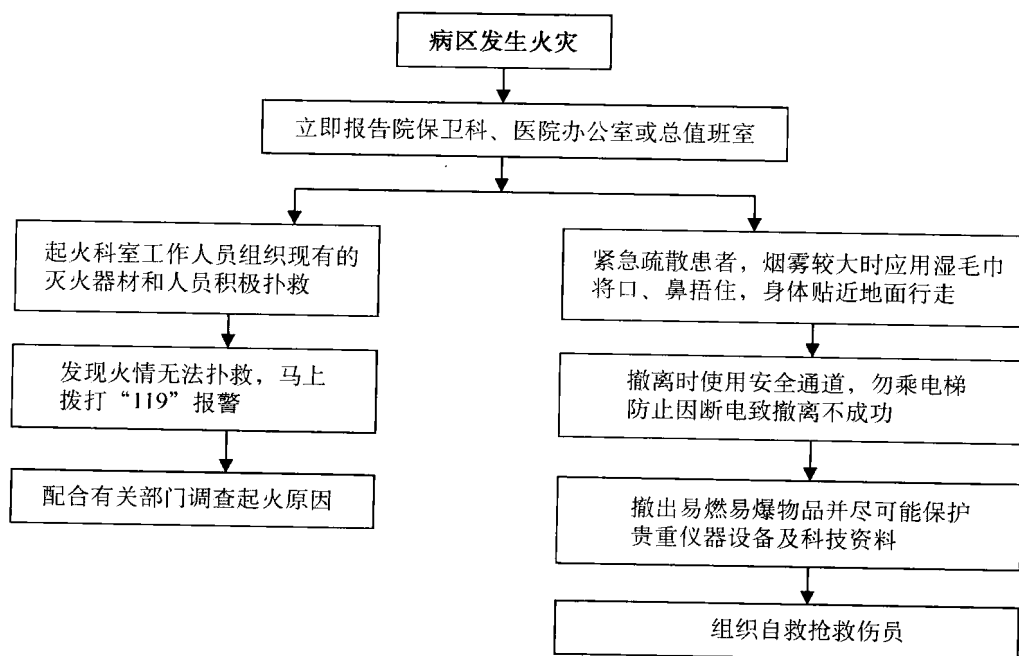


二、火灾紧急疏散患者的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 病区发生火灾立即报告院保卫科、医院办公室或总值班室。
2. 集中现有的器材和人员积极扑救。
3. 发现火情无法扑救, 马上拨打“119”报警, 并告知火灾的准确方位。
4. 关好邻近房间的门窗, 减少火势扩散速度。
5. 将患者撤离疏散到安全地带。烟雾较大时应用湿毛巾将口、鼻捂住, 身体贴近地面行走。
6. 撤出易燃易爆物品并尽可能保护贵重仪器设备及科技资料。
7. 撤离时使用安全通道, 勿乘电梯, 防止因断电致撤离不成功。

(二) 护理流程

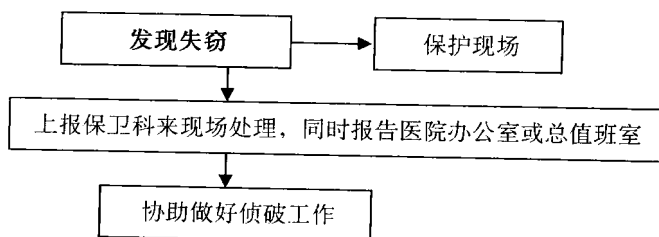


三、失窃的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 发现失窃，保护现场。
2. 电话通知保卫科来现场处理，同时通知医院办公室或总值班。

(二) 护理流程

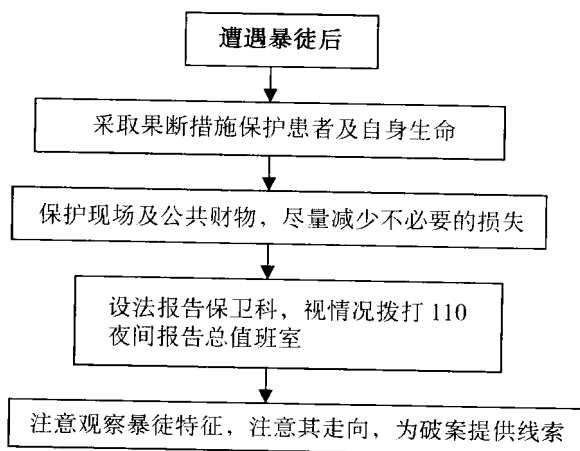


四、遭遇暴徒的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 遭遇暴徒后,沉着冷静,观察暴徒特征。采取果断措施保护患者及自身生命。
2. 保护现场及公共财物,尽量减少不必要的损失。
3. 设法报告保卫科,视情况拨打 110,夜间报告总值班室。
4. 暴徒逃走,注意其走向,为破案提供线索。

(二) 护理流程

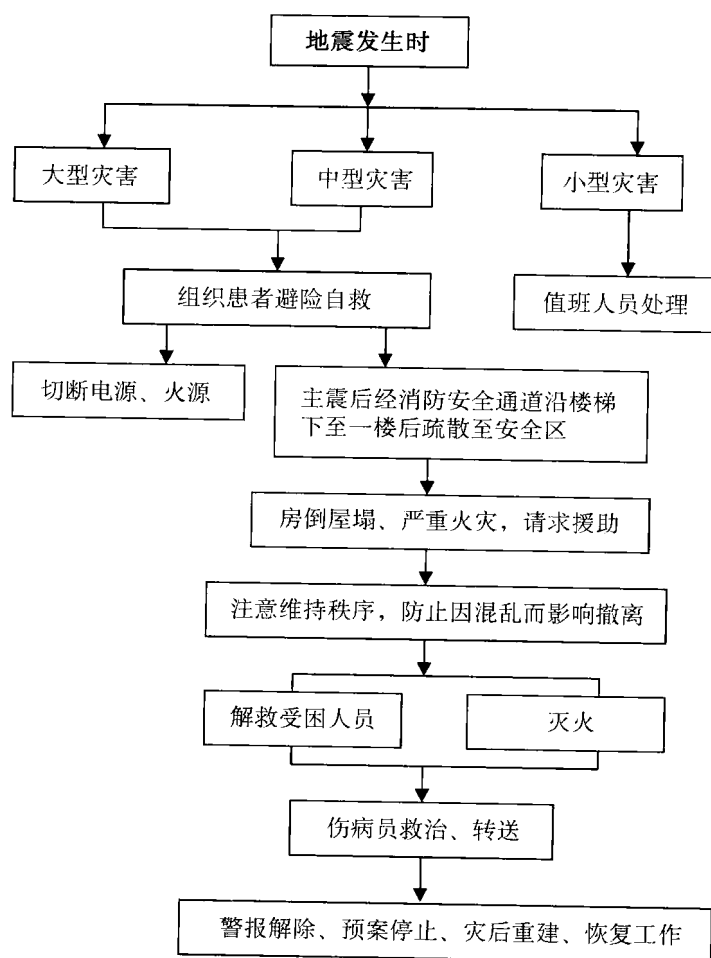


五、地震的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 破坏性地震发生后,各科护士长和护理人员必须以最快的方式赶到医院,负责组织抢险救灾。
2. 各病区医务人员坚守岗位,稳定患者情绪,组织患者避险自救,让患者远离玻璃门窗、保护好头部,就近躲在坚固的床下、桌子下或墙角,关闭各种仪器电源,嘱患者不要跳楼,防止摔伤、电击伤、踩伤等意外事故。
3. 各病区在得到上级确有大震的指令或主震结束后,方可下令疏散住院患者。
4. 紧急疏散,各病区经消防安全通道沿楼梯下至一楼后疏散至安全区。
5. 震后医务人员迅速对摔伤、砸伤、烧伤、踩伤的患者实施救治。
6. 将本病区地震中患者情况向医务科和护理部汇报。

(二) 护理流程



六、使用呼吸机过程中突然断电的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 护士熟知使用呼吸机患者的病情。
2. 住院患者使用呼吸机过程中, 如果突然遇到意外停电, 医护人员应采取补救措施, 以保护患者的安全。
3. 部分呼吸机本身带有蓄电池, 在平时应定时充电, 使蓄电池处于饱和状态, 以保证在出现突发情况时能够正常运转。
4. 突然断电时, 护士应携带简易呼吸器到患者床前, 同时报告值班医师, 观察患者面色、呼吸、意识及呼吸机工作情况。

5. 当呼吸机不能正常工作时,护士应立即停止应用呼吸机,用简易呼吸器维持患者呼吸。如果患者自主呼吸良好,应给予鼻导管吸氧,观察患者的呼吸、面色、意识等情况。

6. 立即与有关部门联系(电工组、总值班),迅速采取各种措施,尽快恢复通电。

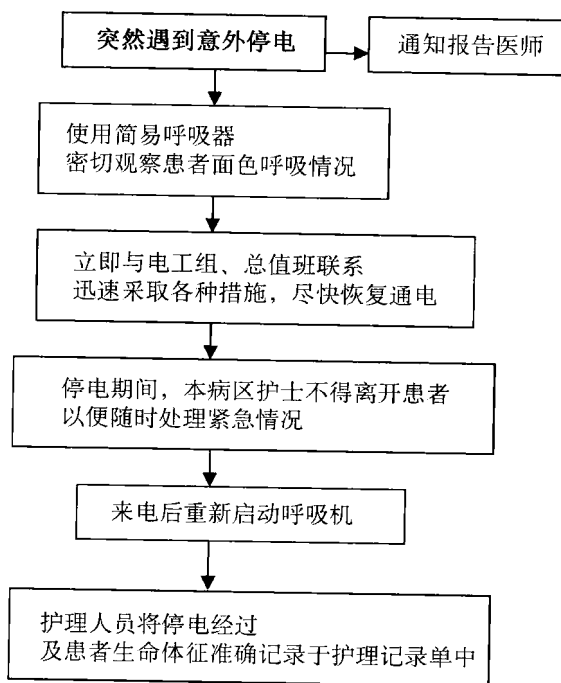
7. 停电期间,护士不得离开患者,以便随时处理紧急情况。

8. 护理人员应按医嘱给予患者药物治疗。

9. 来电后按医嘱根据患者情况调整呼吸机参数,重新将呼吸机与患者呼吸道连接。

10. 护理人员将停电经过及患者生命体征准确记录于护理记录单中。

(二) 护理流程



七、突然停氧的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 吸氧过程中吸氧装置出现故障。

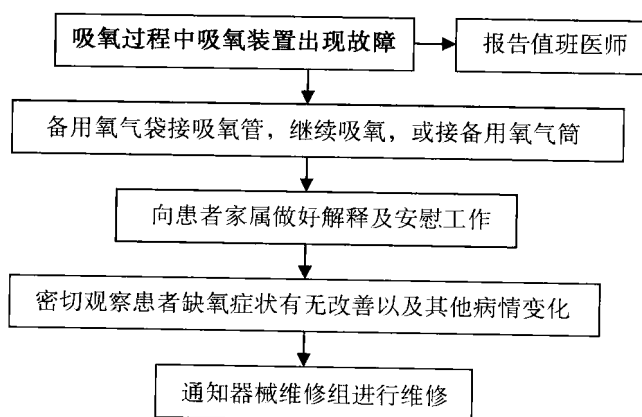
2. 立即打开备用氧气袋,试好流量连接吸氧管,继续为患者吸氧,并向患者家属做好解释及安慰工作。

3. 必要时将备用氧气筒装置推至床旁,给予吸氧。

4. 应用过程中密切观察患者缺氧症状有无改善以及其他病情变化。

5. 通知器械维修组进行维修。

(二) 护理流程

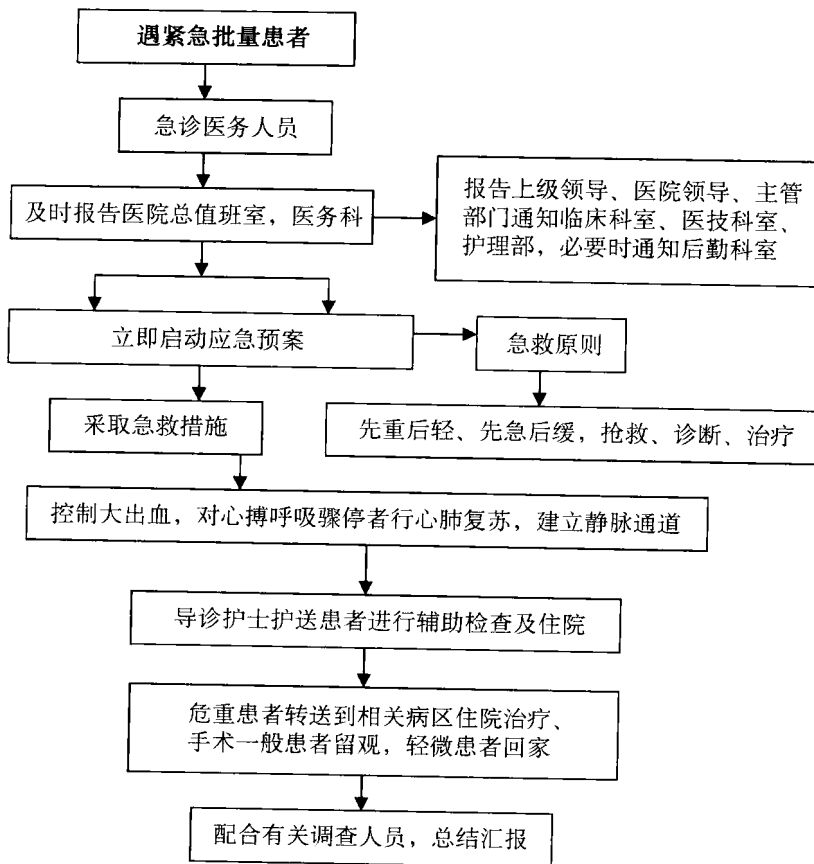


八、救治批量患者的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 遇紧急批量患者,急诊医务人员及时报告医院总值班、医务科,立即启动应急预案。
2. 报告上级领导、医院领导、主管部门,通知临床科室、医技科室、护理部,必要时通知后勤科室。
3. 急救原则先重后轻、先急后缓、抢救、诊断、治疗。
4. 护理部主任接到报告后,立即带领护理应急小组参加院内抢救工作,启动护理应急预案程序。
5. 急诊抢救组:急诊科护士长负责带领急诊科护士启动对危重患者抢救,门诊护士长负责带领门诊护士启动转送程序。
6. 手术抢救组:手术室护士长负责带领手术室护士启动对危重患者抢救及手术的程序。

(二) 护理流程



九、医护人员发生针刺伤的应急预案及护理流程

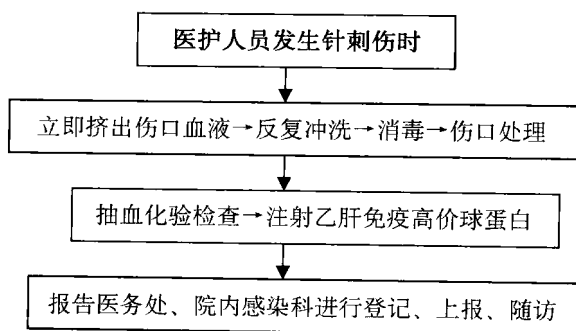
(一) 应急预案

1. 医护人员在进行医疗操作时应特别注意防止被感染的锐器划伤刺破。如不慎被乙型肝炎、丙型肝炎、HIV 感染的尖锐物体划伤刺破时, 应立即挤出伤口血液, 然后用肥皂水和清水冲洗, 再用碘酊和乙醇消毒, 必要时去外科进行伤口处理, 并进行血源性传播疾病的检查和随访。

2. 被乙型肝炎、丙型肝炎阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后, 应在 24 小时内去检验科抽血检查乙型肝炎、丙型肝炎抗体, 必要时同时抽血对比。同时注射乙型肝炎免疫高价球蛋白, 按 1 个月、3 个月、6 个月接种乙肝疫苗。

3. 被 HIV 阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后, 应在 24 小时内去检验科抽血查 HIV 抗体, 必要时可同时与患者的血对比, 按 1 个月、3 个月、6 个月复查。同时口服拉米夫定(贺普丁)每日 1 片, 并报告医务处、院内感染科进行登记、上报、随访等。

(二) 护理流程

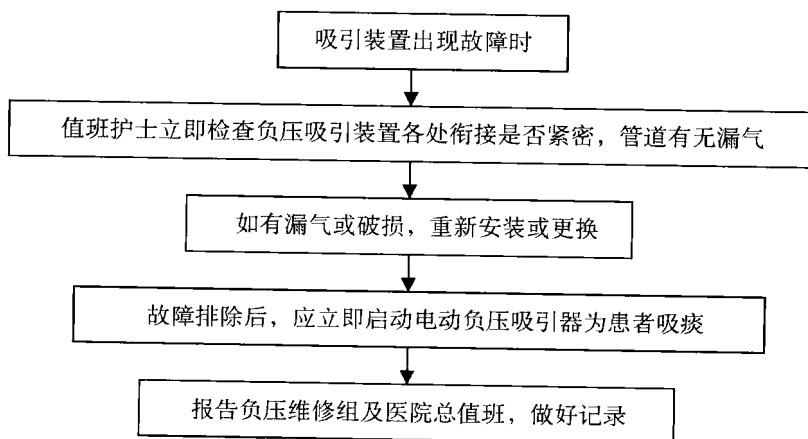


十、吸引装置故障的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 吸引装置出现故障时,值班护士检查负压吸引装置各处衔接是否紧密,负压装置连接的顺序是否正确。
2. 如有漏气或破损,重新安装或更换。
3. 故障排除后,应立即启动电动负压吸引器为患者吸痰。
4. 报告负压维修组及医院总值班,做好记录。

(二) 护理流程



第三节 护理单元高危患者应急预案及护理流程

一、急性呼吸衰竭的应急预案及护理流程

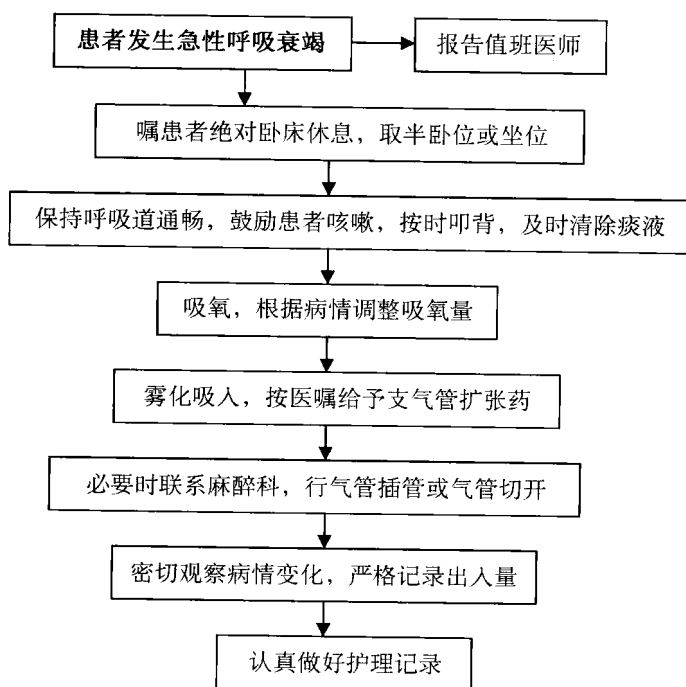
(一) 应急预案

1. 患者发生急性呼吸衰竭时,嘱患者绝对卧床休息,取坐位或半卧位。告知家属通知值班

医师。

2. 保持呼吸道通畅,鼓励患者咳嗽,按时叩背,及时清除痰液。
3. 吸氧,根据病情调整吸氧量。
4. 建立静脉通道,按医嘱给药,准备好抢救车、负压吸引器,积极配合抢救。
5. 雾化吸入,按医嘱给予支气管扩张药。
6. 必要时联系麻醉科,行气管插管或气管切开人工器械辅助呼吸。
7. 做好心理护理,关心安慰患者。
8. 密切观察病情变化,严格记录出入量。
9. 熟练掌握呼吸机的性能和操作规程。
10. 认真做好护理记录,加强巡视,严格交接班。

(二) 护理流程



二、急性肾衰竭的应急预案及护理流程

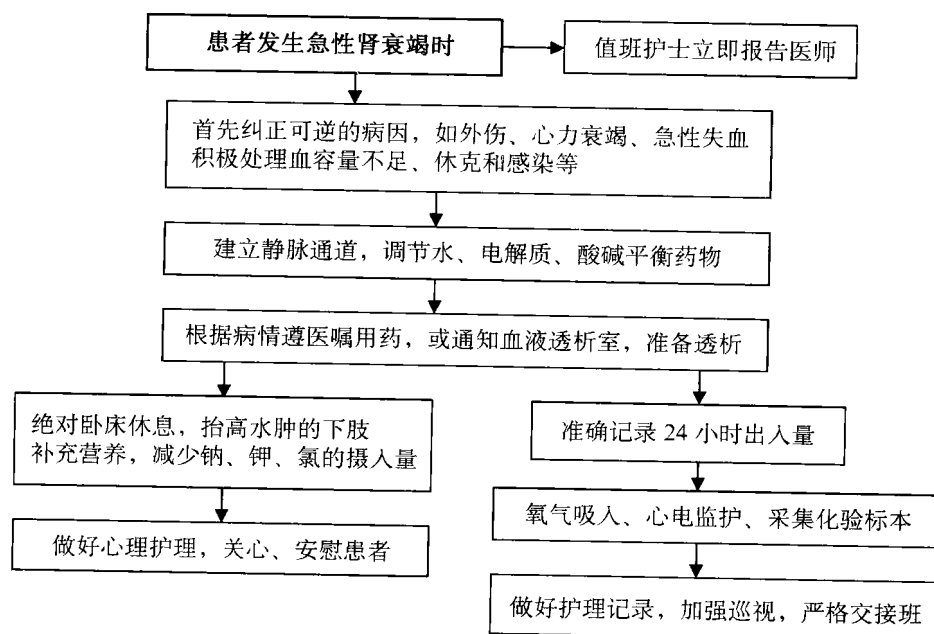
(一) 应急预案

1. 患者发生急性肾衰竭时,要绝对卧床休息,以减轻肾负担。有恶心、呕吐的患者,将头部偏向一侧,防止呕吐物误入呼吸道。
2. 值班护士立即报告医师,准备好抢救物品,积极配合抢救。
3. 值班医护人员通知血液透析室,准备透析。
4. 建立静脉通道,遵医嘱给调节水、电解质、酸碱平衡的药物。
5. 采集血尿标本,了解离子(特别是钾离子)及肾功能情况。

第五部分 护理应急预案及护理流程

6. 氧气吸入。
7. 心电监护,监测心率、心律、血压情况,观察是否有高血钾特异心电图表现。
8. 准确记录 24 小时出入量。
9. 做好患者心理护理,关心、安慰患者。
10. 认真做好护理记录,加强巡视,严格交接班。

(二) 护理流程

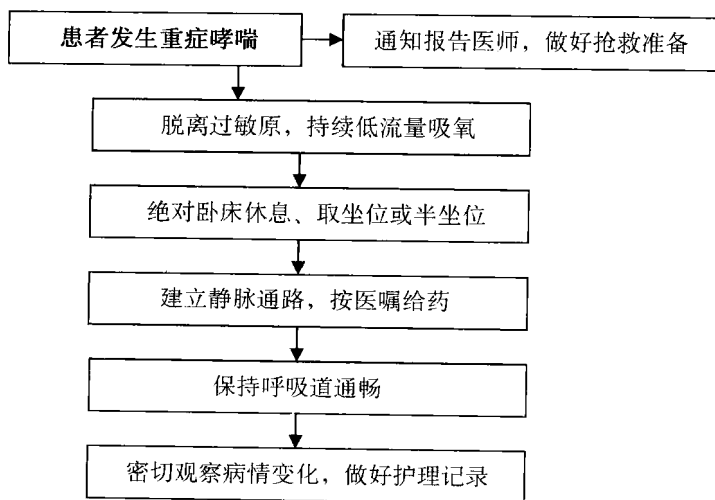


三、重症哮喘的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 患者发生重症哮喘、脱离过敏原,报告值班医师。
2. 绝对卧床休息、取坐位或半坐位。
3. 持续雾化吸入。
4. 建立静脉通路,按医嘱给药。
5. 持续低流量吸氧。
6. 守护和安慰患者。
7. 保持呼吸道通畅,以免导致呼吸衰竭。
8. 密切观察病情变化。
9. 认真做好护理记录,加强巡视。

(二) 护理流程

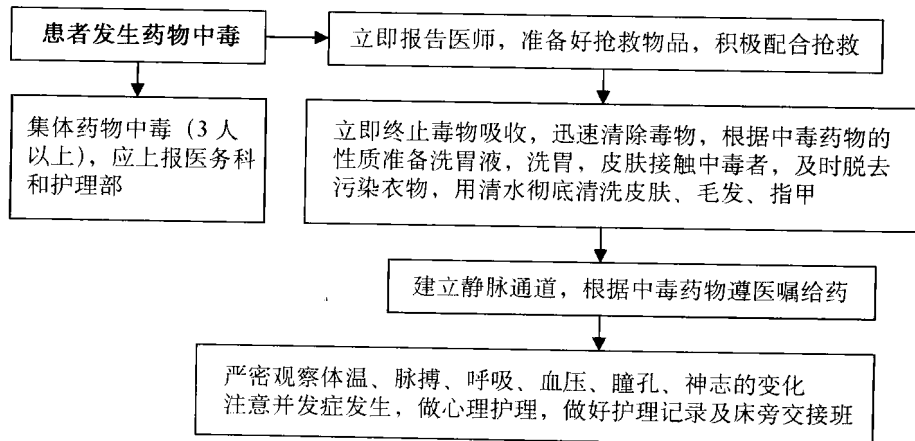


四、药物中毒的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 患者发生药物中毒就诊时，值班护士应立即将患者安置在抢救床上。报告值班医师。
2. 立即终止毒物吸收，迅速清除毒物，根据中毒药物的性质准备洗胃液，遵医嘱洗胃，清醒时给予催吐药，洗清为止。皮肤接触中毒者，及时脱去污染衣物，用清水彻底清洗皮肤、毛发、指甲。
3. 建立静脉通道，根据中毒药物遵医嘱给药。
4. 病情紧急的患者应准备好抢救物品及药品，配合医师进行抢救，如心肺复苏、吸痰、吸氧等。
5. 严密观察体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔、神志的变化，注意并发症发生，做心理护理，做好护理记录及床旁交接班。
6. 集体药物中毒（3 人以上），应上报医务科和护理部。

(二) 护理流程

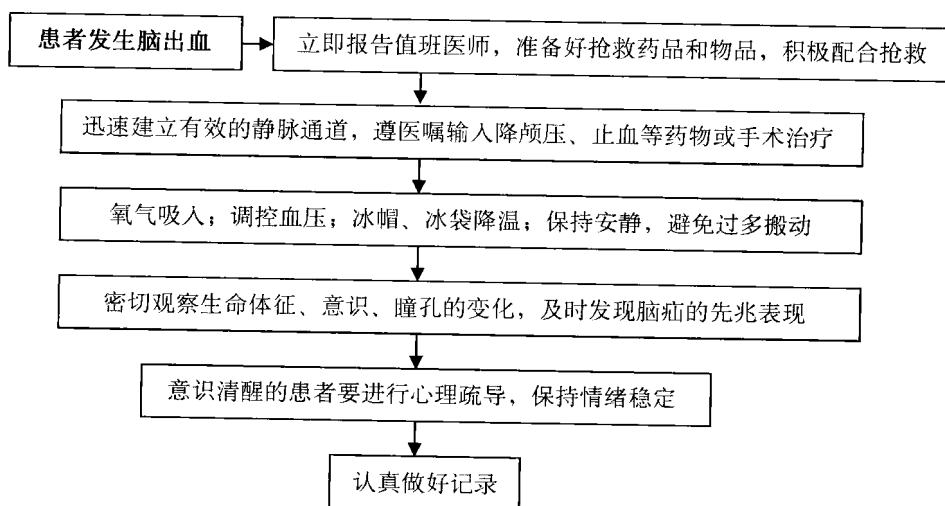


五、脑出血的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 发生脑出血时,患者要保持安静,卧床休息,抬高床头 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$,减少搬动。
2. 立即报告值班医师,准备好抢救药品和物品,积极配合抢救。
3. 迅速建立有效的静脉通道,遵医嘱输入降颅内压、止血药物或手术治疗。
4. 确保气道通畅,及时清除口鼻腔内分泌物和呕吐物,舌后坠者使用口咽通气道。
5. 给予氧气吸入;调控血压;冰帽、冰袋降温;保持安静,避免过多搬动。
6. 密切观察生命体征、意识、瞳孔的变化,及时发现脑疝的先兆表现。
7. 意识清醒的患者要进行心理疏导,保持情绪稳定,减少探视。
8. 认真做好记录,加强巡视,认真交班。

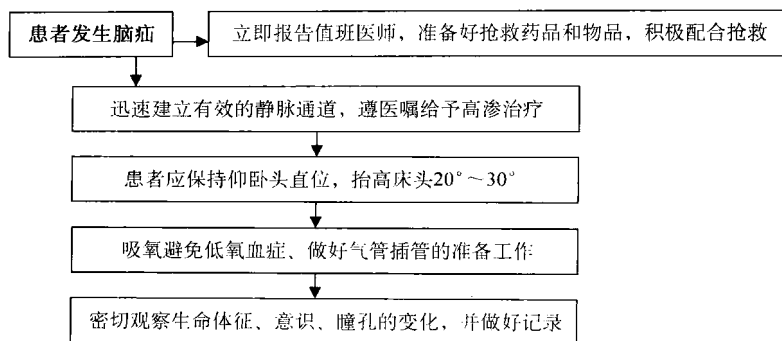
(二)护理流程



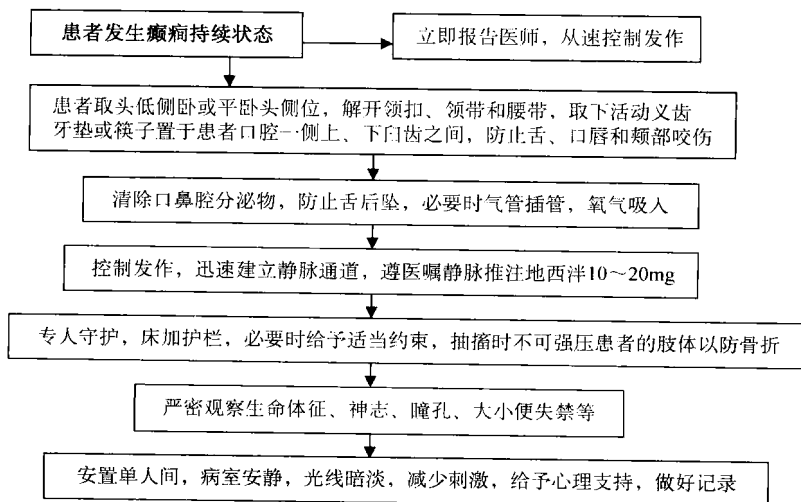
六、脑疝的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 立即报告值班医师,准备好抢救药品和物品,积极配合抢救。
2. 患者应保持仰卧头直位,抬高床头 $20^{\circ}\sim 30^{\circ}$,避免颈静脉受压。
3. 迅速建立有效的静脉通道,遵医嘱给予高渗治疗,避免输注含糖液体或低渗液体。
4. 清除口鼻腔分泌物和呕吐物,但应减少频率,防止频繁吸痰引起颅内压增高。
5. 吸氧避免低氧血症。
6. 密切观察生命体征、意识、瞳孔的变化,并做好记录。
7. 做好气管插管的准备工作。
8. 转入监护室进一步治疗。

(二) 护理流程**七、癫痫持续状态的应急预案及护理流程****(一) 应急预案**

1. 发生癫痫持续状态时，患者取头低侧卧或平卧头侧位，下颌稍向前，解开领扣、领带和腰带，取下活动义齿。
2. 牙垫或压舌板置于患者口腔一侧上、下臼齿之间，防止舌、口唇和颊部咬伤。
3. 立即报告医师，从速控制发作，准备好抢救车、负压吸引器积极配合抢救。
4. 迅速建立静脉通道，遵医嘱静脉推注地西洋 10~20mg。
5. 清除口鼻腔分泌物，防止舌后坠，必要时气管插管，插胃管防止误吸。
6. 氧气吸入，保证有效通气。
7. 专人守护，床加护栏，必要时给予适当约束，抽搐时不可强压患者的肢体。以防骨折，对严重躁动的患者，应加强安全保护，防止自伤或他伤。
8. 严密观察生命体征、神志、瞳孔、大小便失禁等。
9. 观察发作的类型，记录发作时的表现、持续时间与频率。
10. 安置单人房，病室安静，光线暗淡，减少刺激，给予心理支持。

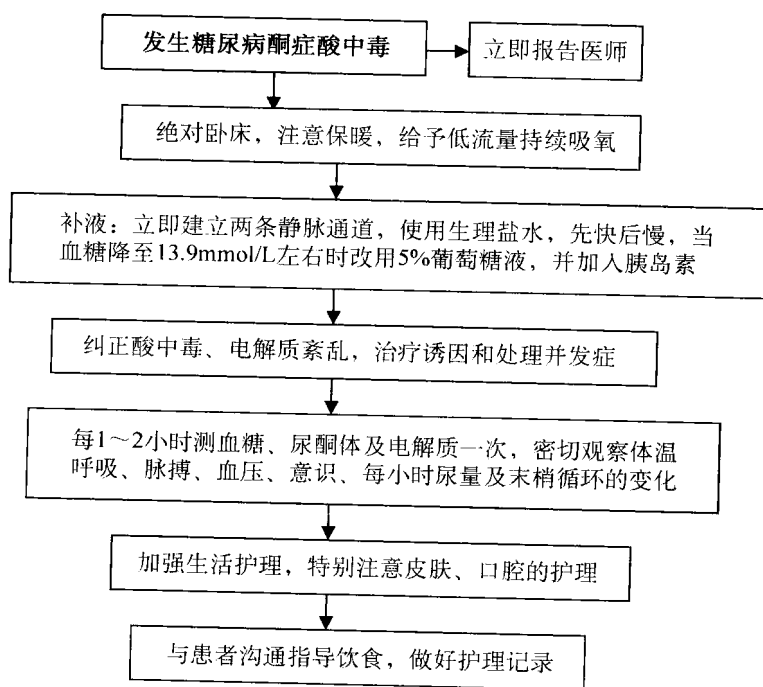
(二) 护理流程

八、糖尿病酮症酸中毒的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 患者绝对卧床休息,注意保暖,给予低流量持续吸氧;昏迷患者保持呼吸道通畅,取侧卧位或平卧位,头偏向一侧,按昏迷常规护理。
2. 补液:快速建立两路静脉通路,使用生理盐水,先快后慢,当血糖降至13.9mmol/L左右时改用5%葡萄糖液,并加入胰岛素。如患者无心力衰竭,在2小时内输入1 000~2 000ml,以迅速补充血容量。在第2~6小时可输1 000~2 000ml,最初24小时补液总量4 000~5 000ml,严重失水者可达6 000~8 000ml。
3. 胰岛素治疗:遵医嘱小剂量胰岛素静脉滴注。
4. 纠正酸中毒、电解质紊乱。
5. 治疗诱因和处理并发症。
6. 每1~2小时测血糖、尿酮体及电解质一次,密切观察体温、呼吸、脉搏、血压、意识、每小时尿量及末梢循环的变化,并做好护理记录。
7. 加强生活护理,特别注意皮肤、口腔的护理。
8. 病情稳定后与患者沟通,指导患者饮食。

(二)护理流程



九、甲状腺功能亢进危象的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 绝对卧床休息,呼吸困难时取半坐位,立即氧气吸入,迅速建立静脉通道。
2. 及时准确按医嘱使用PTU、复方碘溶液、肾上腺素能受体阻滞药、氢化可的松等药物。

使用药物的过程注意观察病情变化,观察中毒或过敏。

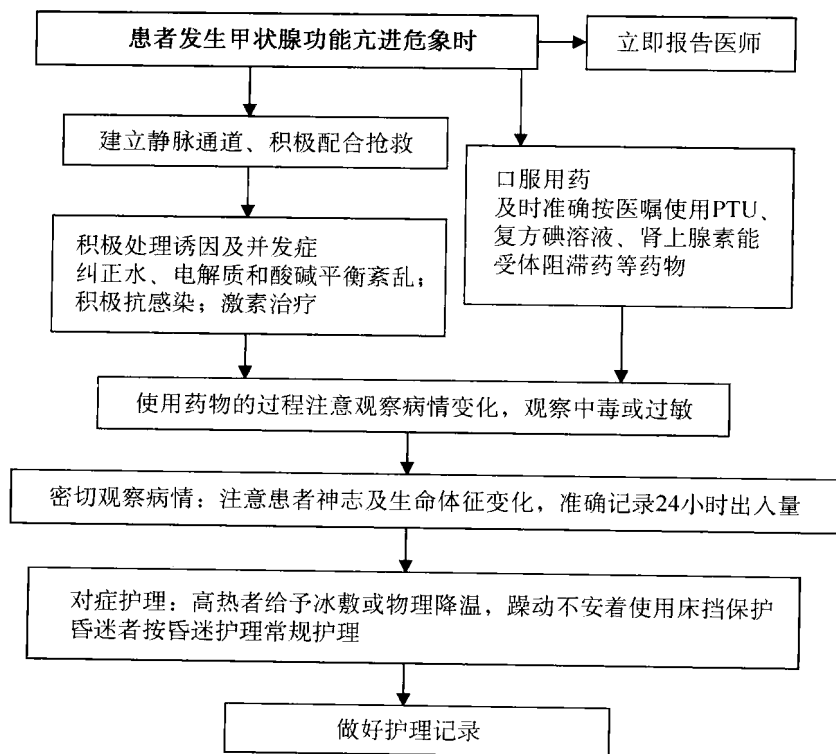
3. 密切观察病情:注意患者神志及生命体征变化,准确记录 24 小时出入量。

4. 对症护理:高热者给予冰敷或物理降温,躁动不安者使用床挡保护;昏迷者加强皮肤护理、口腔护理、定时翻身、防止压疮、肺炎发生。

5. 积极处理诱发因素对症支持治疗:监护心、脑、肾功能;纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱;积极抗感染、治疗各种并发症。

6. 做好护理记录。

(二) 护理流程

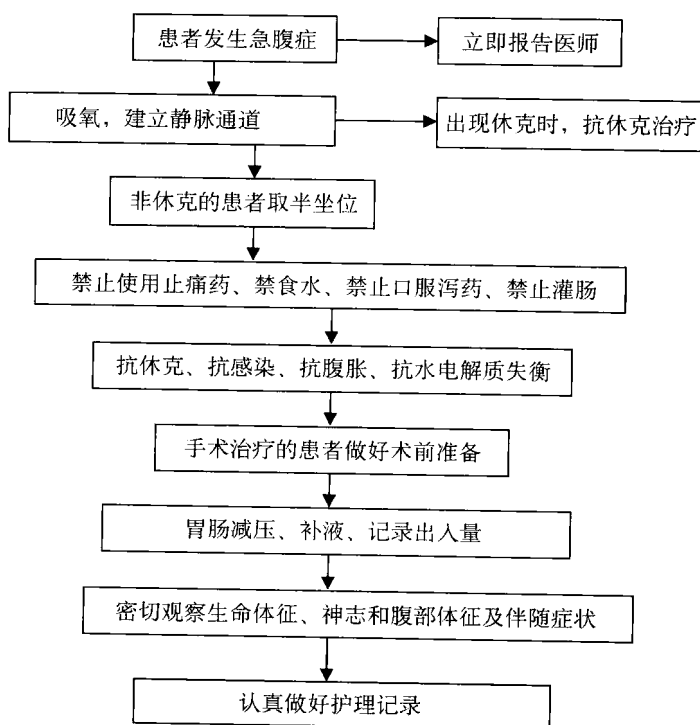


十、急腹症的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 非休克的患者取半坐位,减轻腹壁张力,减轻疼痛。出现休克时,抗休克治疗。
2. 给予吸氧,建立静脉通路。
3. 四禁:禁止使用止痛药、禁食水、禁止口服泻药、禁止灌肠。
4. 四抗:抗休克、抗感染、抗腹胀、抗水电解质失衡。
5. 胃肠减压、补液、记录出入量。
6. 密切观察生命体征和腹部体征。
7. 手术治疗的患者做好术前准备。
8. 做好护理记录。

(二) 护理流程

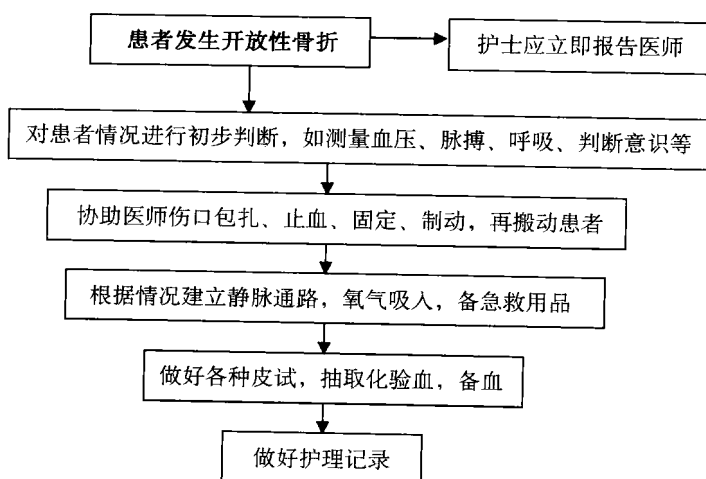


十一、开放性骨折的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 护士应立即赶赴现场并同时报告医师。
2. 对患者情况进行初步判断, 如测量血压、脉搏、呼吸、判断意识等。
3. 医生检查患者后, 协助医师伤口包扎、止血、固定、制动, 再搬动患者。
4. 根据情况建立静脉通路, 氧气吸入, 备急救用品。
5. 做好各种皮试, 抽取化验血, 备血。
6. 做好护理记录。

(二) 护理流程

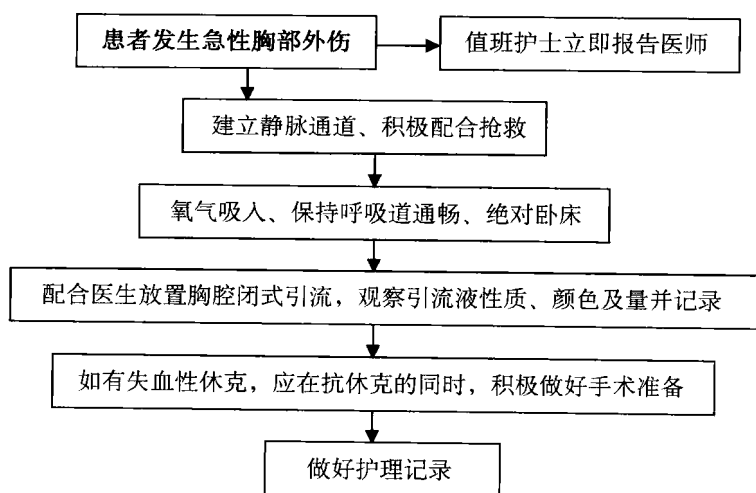


十二、急性胸部外伤的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 立即通知医师，使用套管针或大针头建立两条以上静脉通路，给予氧气吸入，应用心电监护，通知患者禁饮食。
2. 保持呼吸道通畅，及时清理呼吸道分泌物，呕吐时头偏向一侧，避免误吸，观察呕吐物性质、量及颜色并记录。
3. 遵医嘱应用止血药，激素。
4. 密切观察患者神志、面色、口唇、指甲的颜色。每 15~30 分钟测量生命体征一次，严重者 5 分钟测一次，病情稳定后遵医嘱测量生命体征。
5. 备好抢救用物，药物。
6. 配合医师放置胸腔闭式引流管，观察引流液性质、颜色及量并记录，如有失血性休克，应在抗休克的同时，积极做好手术准备。
7. 患者病情危重时，平卧位，绝对卧床，稳定后改半卧位。
8. 做好护理记录。

(二) 护理流程

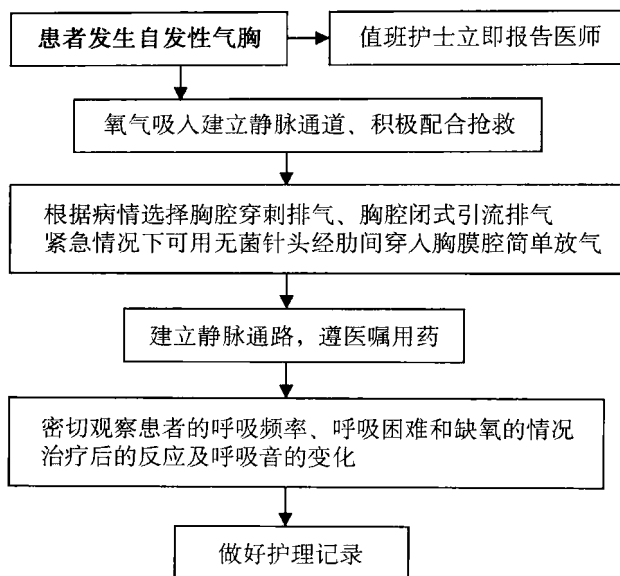


十三、自发性气胸的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 急性自发气胸时患者绝对卧床休息，避免用力、屏气、咳嗽等增加胸腔内压，血压平稳取半坐卧位。
2. 立即给予氧气吸入，通知其他医务人员。
3. 根据病情选择胸腔穿刺排气、胸腔闭式引流排气，紧急情况下可用 12~16 号无菌针头经肋间穿入胸膜腔，排除胸腔高压气体；首次放气不可过多、过快，一般不超过 1 000ml。
4. 建立静脉通路，遵医嘱用药。
5. 病情观察：密切观察患者的呼吸频率、呼吸困难和缺氧的情况，治疗后的反应及呼吸音的变化。
6. 做好护理记录。

(二) 护理流程

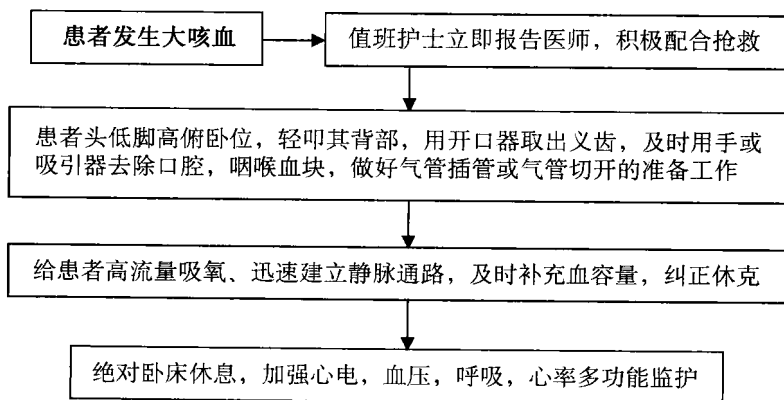


十四、大咯血的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 患者发生大咯血引起窒息，应立即取头低脚高 45° 俯卧位，面部侧向一边，轻叩其背部。用开口器取出义齿，及时用手或吸引器去除口腔，咽喉血块。
2. 给患者高流量吸氧。做好气管插管或气管切开的准备工作，以解决呼吸道阻塞。
3. 迅速建立静脉通路，根据医嘱及时使用强有效的止血药物，同时准备呼吸兴奋药。
4. 及时补充血容量，纠正休克，并做好输血准备。
5. 加强心电，血压，呼吸，心率多功能监护，如有异常及时报告医师采取措施。
6. 患者病情好转，生命体征逐渐平稳后，护理人员告知患者绝对卧床休息，取患侧卧位。

(二) 护理流程

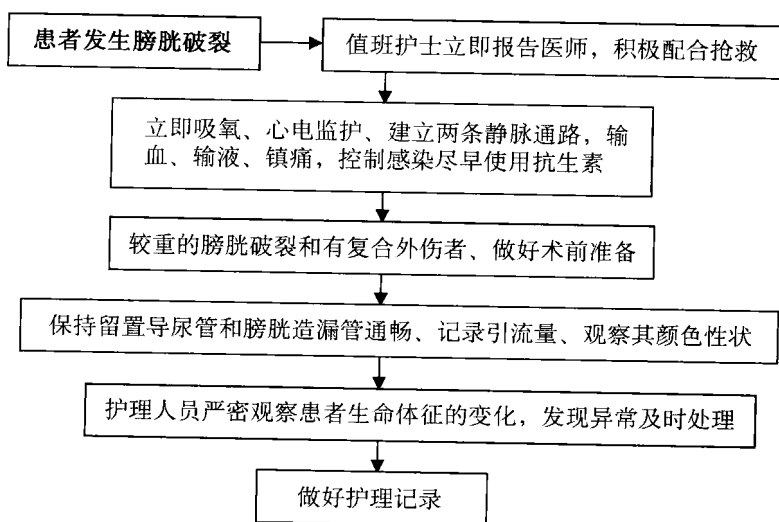


十五、膀胱破裂的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 值班护士立即报告报告医师。
2. 膀胱破裂伴有失血性休克的立即做好抢救准备工作,吸氧、心电监护、建立两条静脉通路,输血、输液、镇痛,控制感染尽早使用抗生素。
3. 较重的膀胱破裂和有复合外伤者,做好术前准备,应及时进行手术。
4. 避免尿液进一步外渗,充分引流外渗的尿液,尽早闭合膀胱壁的缺损。
5. 观察血尿和腹膜刺激症状,判断有无再出血发生,记录 24 小时尿液的颜色、性状、量。
6. 护理人员严密观察患者生命体征的变化,发现异常及时处理。
7. 做好护理记录。

(二)护理流程



十六、大面积烧伤的应急预案及护理流程

(一)应急预案

1. 患者发生大面积烧伤,评估烧伤面积、深度将患者合理安排重症监护病室,实行保护性隔离,进行 24 小时监护。
 2. 保持呼吸道通畅,吸氧,必要时行气管插管或气管切开。
 3. 迅速建立两组静脉通路,首先给予乳酸林格液 500ml 然后根据医嘱进行补液治疗。
- 在补液的同时应根据烧伤面积与深度制定液体复苏方案(尤其第 1 个 24 小时第 1 个 8 小时补液量及追加补液时),注意晶体、胶体、水分交替合理输入及补液的速度,并详细记录 24 小

时补液量,同时采血标本送血常规、生化检验,以及交叉配血。

4. 进行生命体征及心电血氧饱和监测。

5. 有其他复合伤的患者,危及生命时给予相应处置,其他待休克纠正后,采取相应的急救措施。

6. 留置导尿管、监测尿量、颜色、pH 值、尿比重。

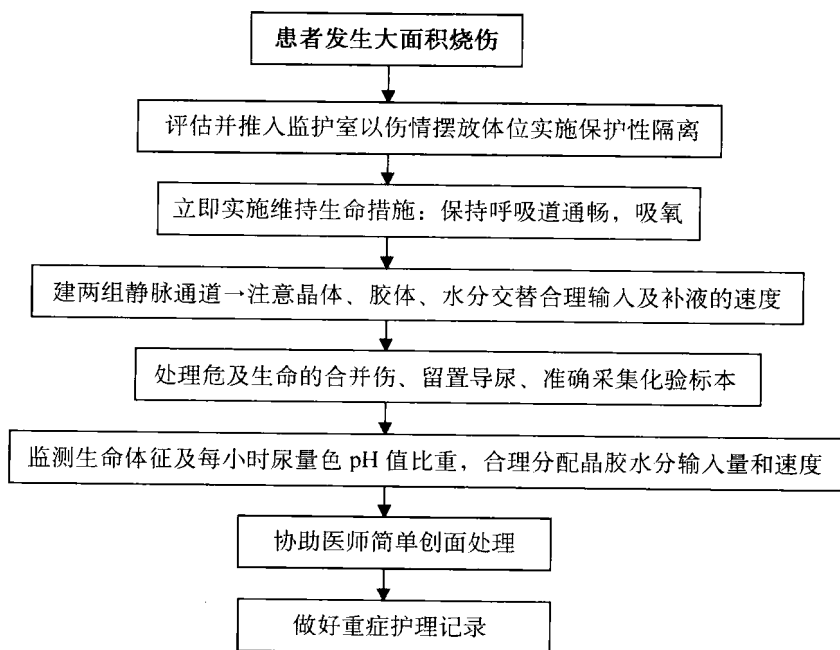
7. 观察和预防并发症,保持室内温 $28\sim 32^{\circ}\text{C}$;湿度 $40\%\sim 50\%$ 。观察尿量色、pH 比重。血生化及血气结果等。根据病情调节滴速。

8. 进行卫生处置,脱去烧焦或污染的衣服,剃去烧伤邻近部位的毛发,协助医师对创面的处理。

9. 心理护理:安慰鼓励患者,使其情绪稳定,积极配合治疗,与家属沟通,做好精神安慰,患者剧痛,烦躁不安,可适当给予镇静止痛药。

10. 做好重症记录,详细记录液体的出入量,治疗方案及病情变化。

(二)护理流程



十七、产后大出血的应急预案及护理流程

(一)应急预案

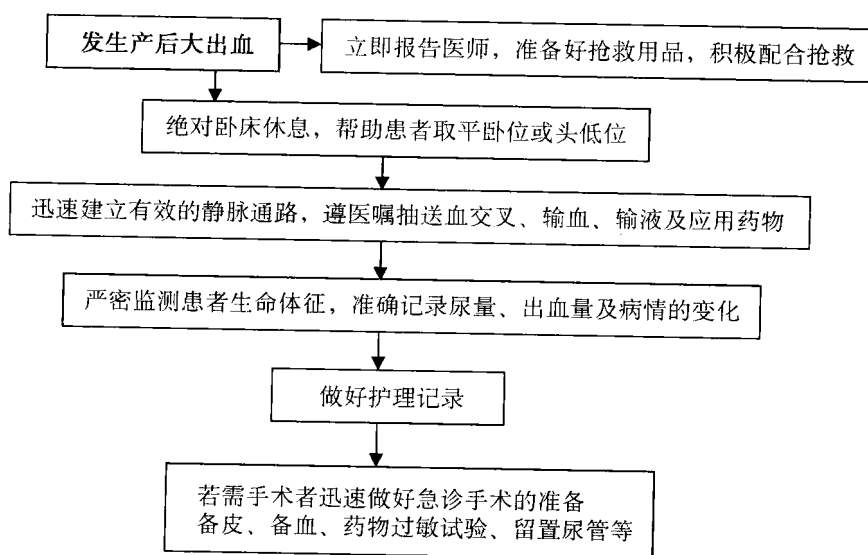
1. 患者绝对卧床休息,取平卧位或头低位,以增加脑血流量及氧的供应。

2. 迅速建立有效的静脉通路,立即报告医师,准备好抢救用品,积极配合抢救。

第五部分 护理应急预案及护理流程

3. 遵医嘱抽送血交叉、输血、输液及应用药物。
4. 给予氧气吸入,注意保暖。
5. 严密监测患者的血压、脉搏、呼吸、体温及神志的变化,必要时进行心电监护,准确记录尿量、出血量及病情的变化。
6. 观察宫底的高度,机械性刺激子宫收缩,准确记录出血量。
7. 遵医嘱急查血常规、凝血测试。
8. 根据病情若需手术者,迅速做好急诊手术的准备,备皮、备血、药物过敏试验、留置尿管等。
9. 做好护理记录。

(二)护理流程



十八、新生儿窒息的应急预案及护理流程

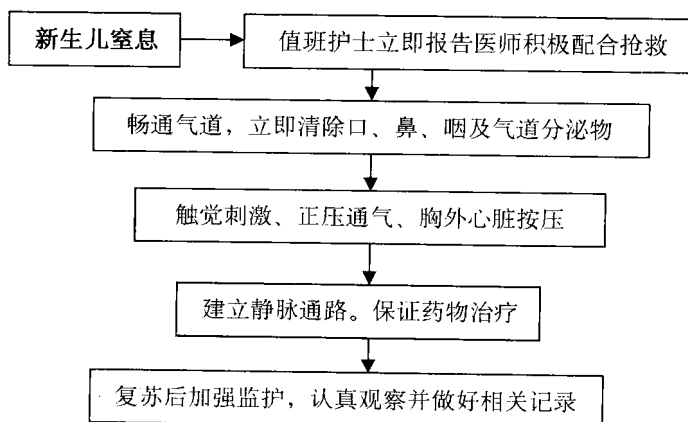
(一)应急预案

1. 畅通气道、建立呼吸:立即清除口、鼻、咽及气道分泌物。拍打足底和摩擦患儿背部,使呼吸出现。
2. 正压通气:如无自主呼吸或心率每分钟小于 100 次,立即用复苏器加压给氧,通气频率每分钟 40~60 次,吸呼比 1:2,氧流量每分钟大于 5L。如仍无规律呼吸或心率每分钟小于 100 次,须进行气管插管正压通气。
3. 恢复循环:胸外心脏按压,维持正常循环,按压频率每分钟 120 次,按压深度 1.5~2cm。
4. 药物治疗:建立静脉通路,保证药物应用。
5. 复苏后加强监护,将患儿放在保暖台上,温热毛巾擦干全身,减少散热,摆好体位,肩部

垫高 2~2.5cm,使颈部轻微伸仰。认真观察并做好相关记录。

6. 整个治疗护理过程中注意患儿保温,维持肛温在 36.5~37℃。

(二) 护理流程

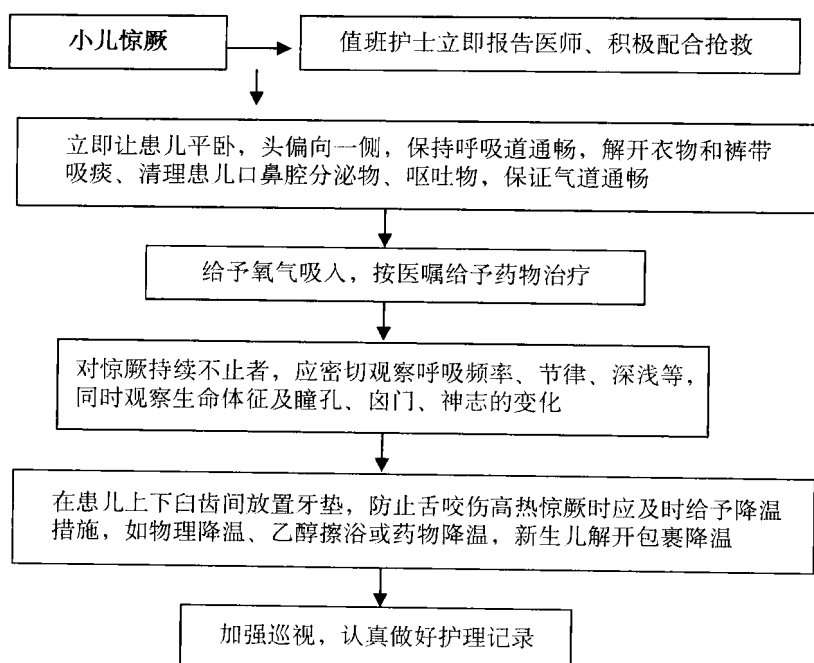


十九、小儿惊厥的应急抢救预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 惊厥患儿应就地抢救,立即让患儿平卧,头偏向一侧,保持呼吸道通畅,解开衣物和裤带。
2. 清理患儿口鼻腔分泌物、呕吐物,保证气道通畅。鼻导管吸氧每分钟 0.5~1.5L,面罩每分钟 2~3L,若有窒息,应立即行人工呼吸。
3. 高热惊厥时应及时给予降温措施,如物理降温、乙醇擦浴或药物降温,新生儿解开包裹降温。
4. 按医嘱使用地西泮、苯巴比妥等止惊药物。也可针刺人中、合谷穴止惊。
5. 惊厥时可将纱布包裹的压舌板或开口器放于上下门齿之间。床边放置床挡,防止坠床。
6. 对惊厥持续不止者,应密切观察呼吸频率、节律、深浅等,同时观察生命体征及瞳孔、囟门、神志的变化。
7. 加强巡视,认真做好护理记录。

(二) 护理流程

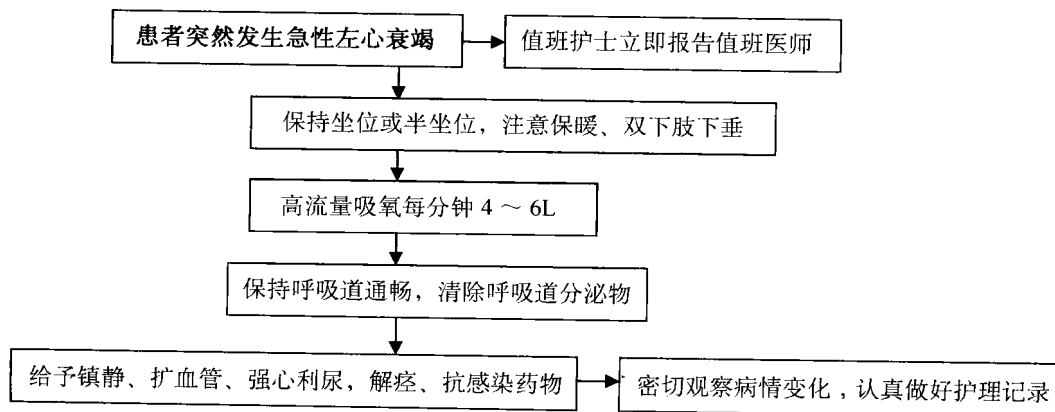


二十、患者突发急性左侧心力衰竭的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 值班护士立即报告值班医师。
2. 保持坐位或半卧位，双下肢下垂，注意保暖。
3. 高流量吸氧每分钟 4~6L，湿化瓶内加 30% 乙醇。
4. 保持呼吸道通畅，清除呼吸道分泌物。
5. 迅速建立两条静脉通道，按医嘱给予镇静、扩血管、强心、利尿、解痉、抗感染药物治疗。
6. 密切观察病情变化，认真做好护理记录。

(二) 护理流程

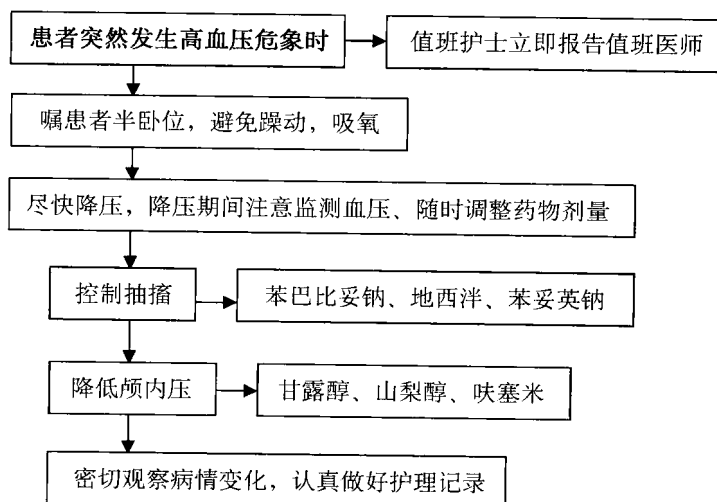


二十一、患者突发高血压危象的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 值班护士立即报告值班医师。
2. 嘱患者半卧位, 避免躁动, 吸氧。
3. 尽快降压, 降压期间注意监测血压、随时调整药物剂量。
4. 控制抽搐。
5. 降低颅内压。
6. 密切观察病情变化, 认真做好护理记录。

(二) 护理流程

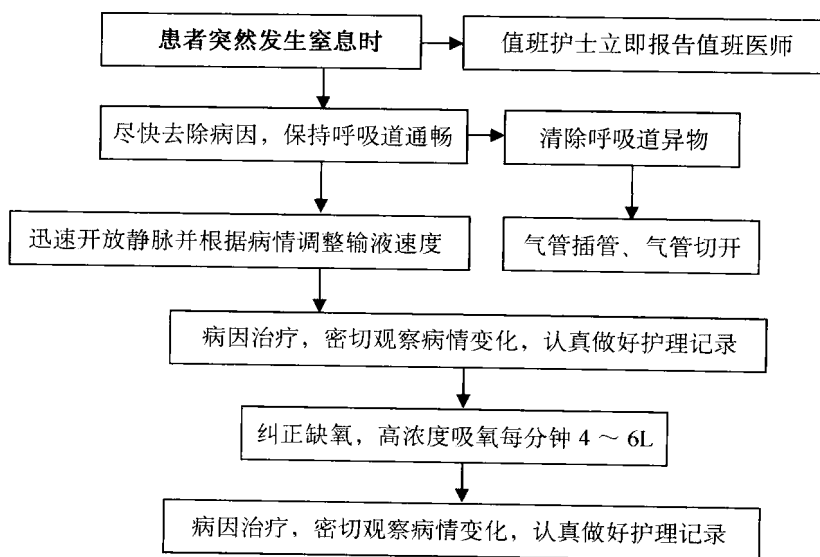


二十二、患者突发窒息时的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 尽快去除病因, 保持呼吸道通畅。值班护士立即报告值班医师。
2. 迅速开放静脉, 并根据病情调整输液速度。
3. 纠正缺氧、病情监测。
4. 做好气管插管和气管切开的护理。
5. 密切观察病情变化, 认真做好护理记录, 严格交接班。

(二) 护理流程

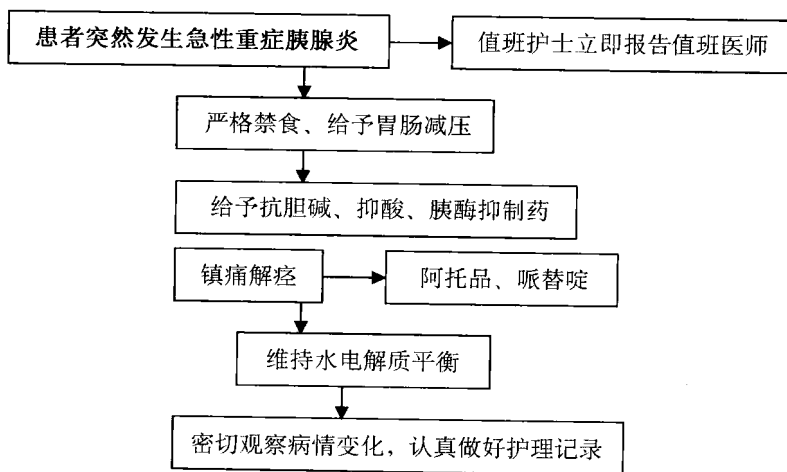


二十三、患者突发急性重症胰腺炎时的应急预案及护理流程

(一) 应急预案

1. 值班护士立即报告值班医师。
2. 严格禁食、给予胃肠减压。
3. 根据医嘱给予抗胆碱、抑酸、胰酶抑制药、氟尿嘧啶等药物。
4. 镇痛解痉。
5. 维持水电解质平衡。
6. 密切观察病情变化, 认真做好护理记录, 严格交接班。

(二) 护理流程



第 16 章 精神科患者突发事件防范应急预案及护理流程

住院患者紧急状态时应急预案及护理流程

一、自缢防范应急预案及护理流程

(一)自缢防范应急预案

精神障碍患者由于受病态支配,常可发生一些意外,如自缢、自伤等,为防止此类事件的发生,特制定本预案,最大限度减少损失,降低发生率。

1. 加强巡视,对病区内消极抑郁,有自杀倾向的患者,做到心中有数,密切观察患者的病情变化,防意外发生。

2. 严格做好危险物品的保管工作,对消极患者重点做好安全检查,反复向家属交代病情,取得家属的配合,严防危险物品带进病区,杜绝不安全因素。

3. 做好心理护理,调动患者的情绪,帮助患者学习新的应对技巧。

4. 患者安排在指定房间易观察的位置,避免独处,多鼓励患者参加集体活动和工娱活动,以转移、分散患者的消极自杀意念。

5. 护理人员要有高度的责任感,对有消极意念的患者,重点巡视并加强交接班制度。尤其夜间、凌晨、午睡、饭前和交接班及节假日等医护人员少的情况下,应密切观察,特别要注意防范。

6. 严重消极的患者不离护理人员视线,24 小时监护,必要时设专人陪护。

7. 一旦发现患者自缢,应采取如下措施

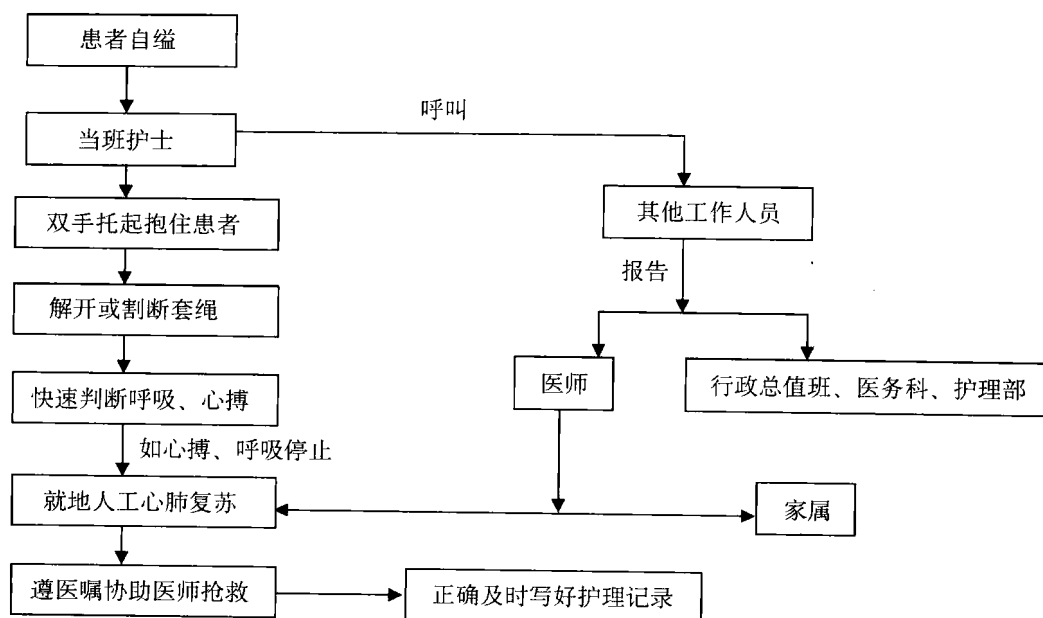
(1)即刻用双手将患者向上托起抱住自缢者,解松或割断套绳,然后将其平卧,就地抢救,快速判断有无呼吸、心跳。如果呼吸心搏已停止,立即将自缢者下颌用力向上向后托起,打开气道,进行人工呼吸和胸外心脏按压。呼叫另一当班者,让其立即报告其他工作人员。

(2)视病情给氧,医师到达后,遵医嘱协助做好抢救及护理工作。

(3)在抢救的同时,由医师及时通知患者家属来院。

(4)正确及时写好护理记录:发现患者自缢的时间、地点、生命体征、病情变化、主要抢救过程、患者转归情况或死亡。

(二)自缢护理流程



二、冲动防范应急预案及护理流程

(一)冲动防范应急预案

冲动行为是指直接伤害他人的躯体或某一物体的严重破坏性攻击行为,给患者及周围环境造成危害,因此在日常护理工作中采取恰当的护理措施,预防及终止冲动行为的发生,特制定本预案。

1. 将患者安置在重症监护室或单间小病室,室内设施除病床外尽量简单,做好病区危险品的管理工作。

2. 掌握病情的动态变化规律,多方面了解患者的心理需求,及时满足患者的合理要求,避免与患者发生正面冲突,减少诱发因素。

3. 指导患者用非破坏性的行为表达和发泄情感,帮助患者建立社会能接受的行为模式,对其在幻听、妄想支配下出现的过激行为要及时疏导和阻止。

4. 加强巡视,对有冲动倾向的患者其动态表现不离护理人员的视线范围内,力争将冲动行为控制在萌芽状态。

5. 对情绪不稳,激惹性高的患者应因势利导,鼓励患者以可控制、可接受的方式表达出来,严格防止激惹、威胁、惩罚患者,并及时与医师联系处理,有效控制精神症状。

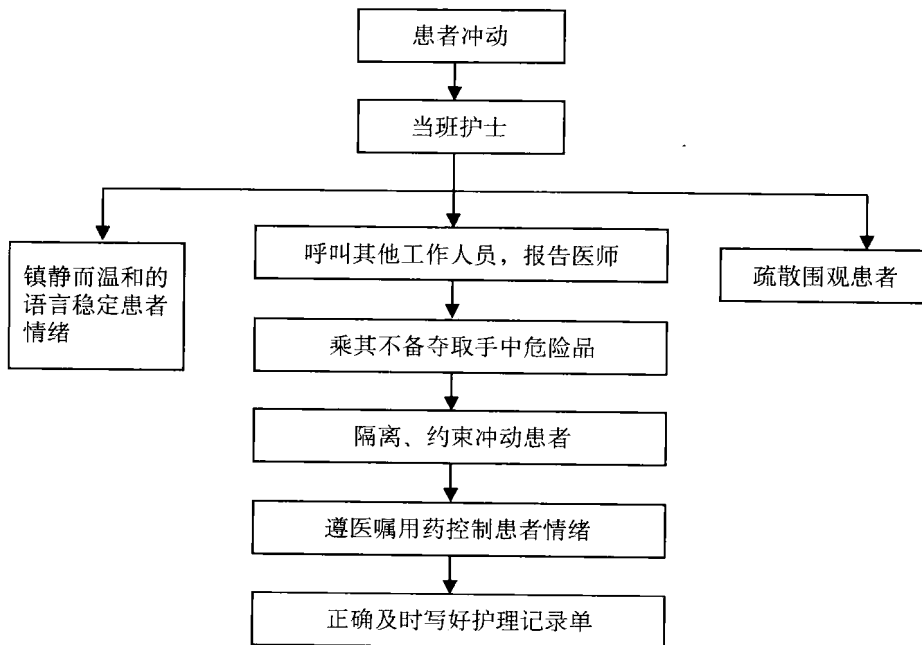
6. 一旦发生患者冲动,当班护士应立即呼叫其他工作人员协助,同时稳定患者情绪,疏散围观患者。

7. 如果患者手中有危险品,应与其他工作人员协助巧妙夺取。

8. 遵医嘱给予暂时约束,并用药物控制患者的情绪,并做好心理护理和基础护理。

9. 正确及时写好护理记录。

(二) 冲动应急护理流程



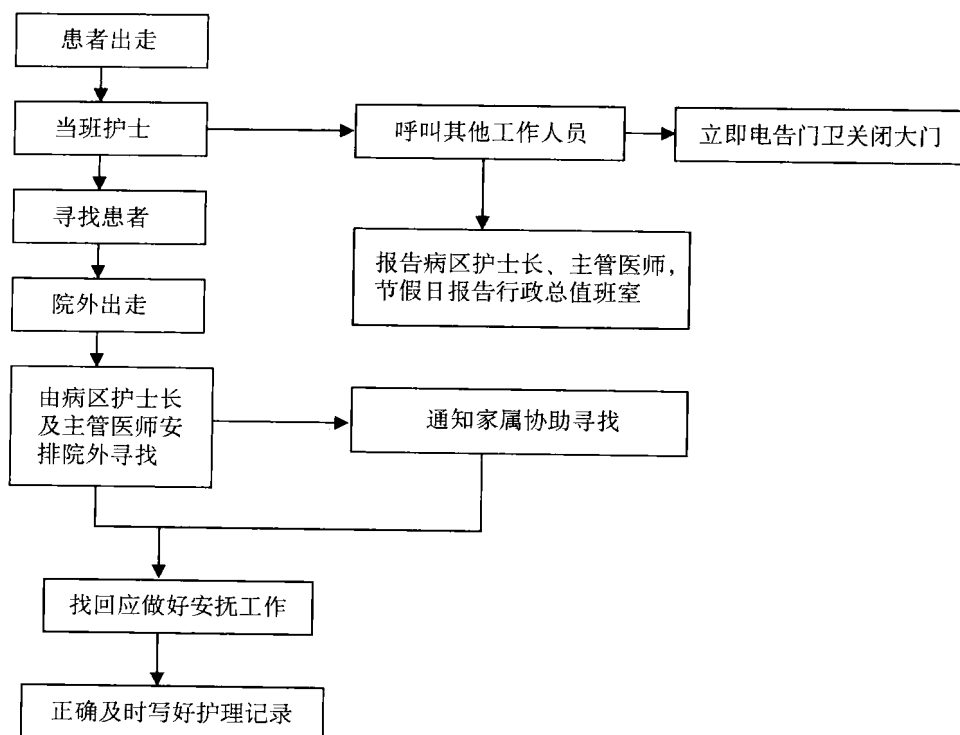
三、外走防范应急预案及护理流程

(一) 外走防范应急预案

精神患者由于发病期间缺乏自知力，个别患者不安心住院而出现外走行为。为防止外走行为发生现制定如下预案。

1. 及时了解病情，掌握其外走原因及可疑迹象，及时采取措施，谨防患者出走。
2. 交接班时，重点清点此类患者，做到心中有数，对可能会发生外走行为的患者，适当限制活动范围。
3. 鼓励患者多参加集体活动，以转移患者的出走想法。
4. 杜绝一切可能造成外走的因素，如随手锁门，及时检查门窗，钥匙严加保管。
5. 对外走企图强烈的患者不宜带出病区活动，患者活动须在护理人员视野内，必要时遵医嘱暂时约束保护。
6. 一旦发现患者外走，当班者应呼叫其他工作人员电告门卫关好大门，防范患者走出院外，迅速展开寻找，同时报告所在病区护士长、主管医师。
7. 如患者已离开医院，则应采取如下措施
 - (1) 立即报告护理部，节假日报告行政总值班室，同时通知家属协助寻找。
 - (2) 同时组织工作人员在市内有关车站寻找，沿患者可能回家或亲友家的路线寻找。
 - (3) 若有外走患者的消息，则组织人员派车接回。

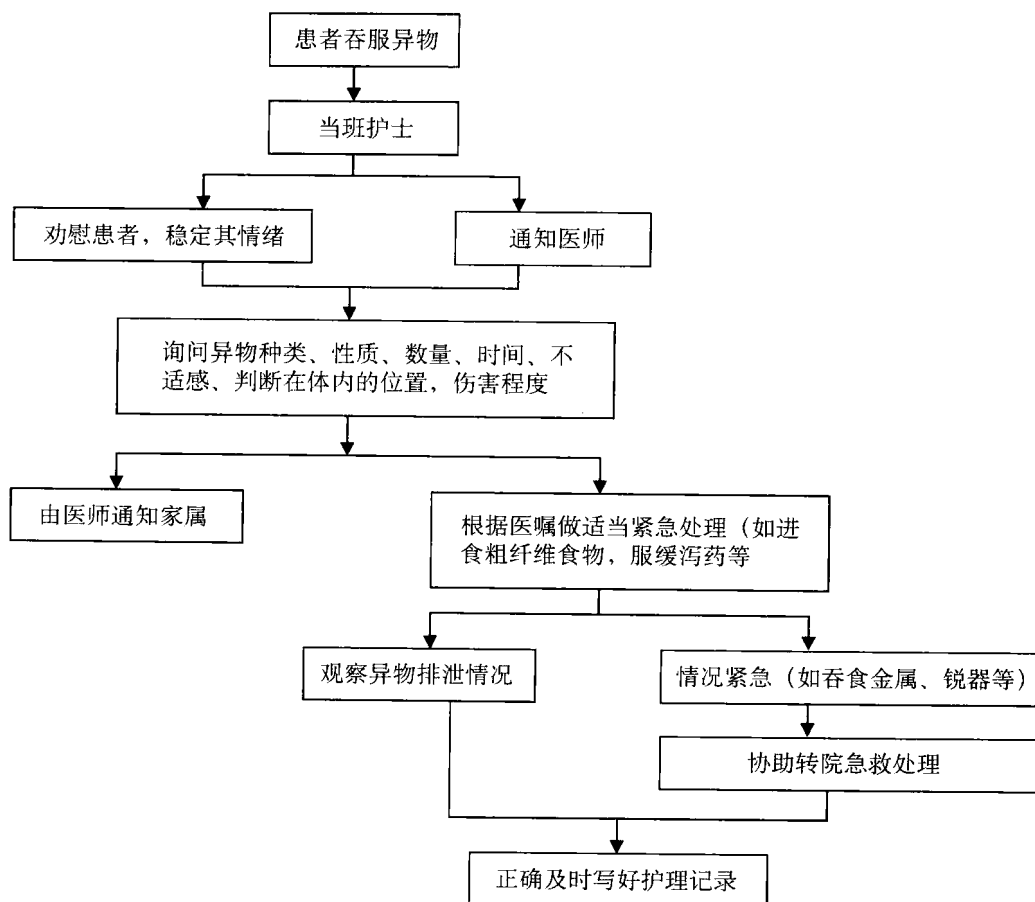
(二) 出走护理流程



四、吞服异物防范应急预案及护理流程

(一) 吞服异物防范应急预案

1. 病区危险品严加保管,班班做好安全检查,随时搜集危险品。
2. 患者入院、外出活动返回病房时防止患者拾取各种危险品。
3. 家属探视时当班护士检查所带物品,杜绝危险物品流入病区。
4. 对有食异物史的患者要加强看护,对有严重消极企图、有明显食异物的患者及时与医师联系,必要时遵医嘱给予约束保护或家属协同看护。
5. 一旦发现患者吞服异物,当班护士要立即劝慰,稳定其情绪,同时报告医师。
6. 询问患者异物种类、性质、数量、时间、不适感,判断在体内的位置,伤害程度。
7. 根据医嘱做适当紧急处理,如进粗纤维食物,给予缓泻药等。同时由医师通知家属。
8. 观察异物排泄情况,如吞食金属异物、锐器等,协助转院急救处理。
9. 正确及时写好护理记录。

(二) 吞服异物护理流程**五、噎食防范应急预案及护理流程****(一) 噎食防范应急预案**

精神障碍患者由于受病态所致，常因抢食、暴食、药物不良反应导致噎食，引起呼吸抑制，危及生命。因此根据患者不同特点，积极预防，进行护理干预。

1. 精神障碍患者集体用餐，进餐时要严密观察患者进食情况，劝导患者细嚼慢咽，防止噎食。
2. 对抢食、暴食的的患者，安排单独进餐，分量分次配给，并劝其缓慢进食，禁止患者将馒头带回病室。
3. 对年老或药物反应严重、吞咽困难的患者，给予流质或半流质饮食，专人守护进食或喂食。必要时鼻饲或静脉维持营养。
4. 电休克治疗患者完全清醒后看护患者进流食，进食速度要缓慢。
5. 发现噎食者，就地急救，分秒必争，立即清除口咽部食物，疏通呼吸道，同时报告医师。具体采取如下措施：

(1) 用中指、示指从患者口腔中抠出存留食物。

(2) Heimlic 手法：双手环绕患者腰间，左手握拳并用拇指顶住患者胸廓下和脐上的腹部，

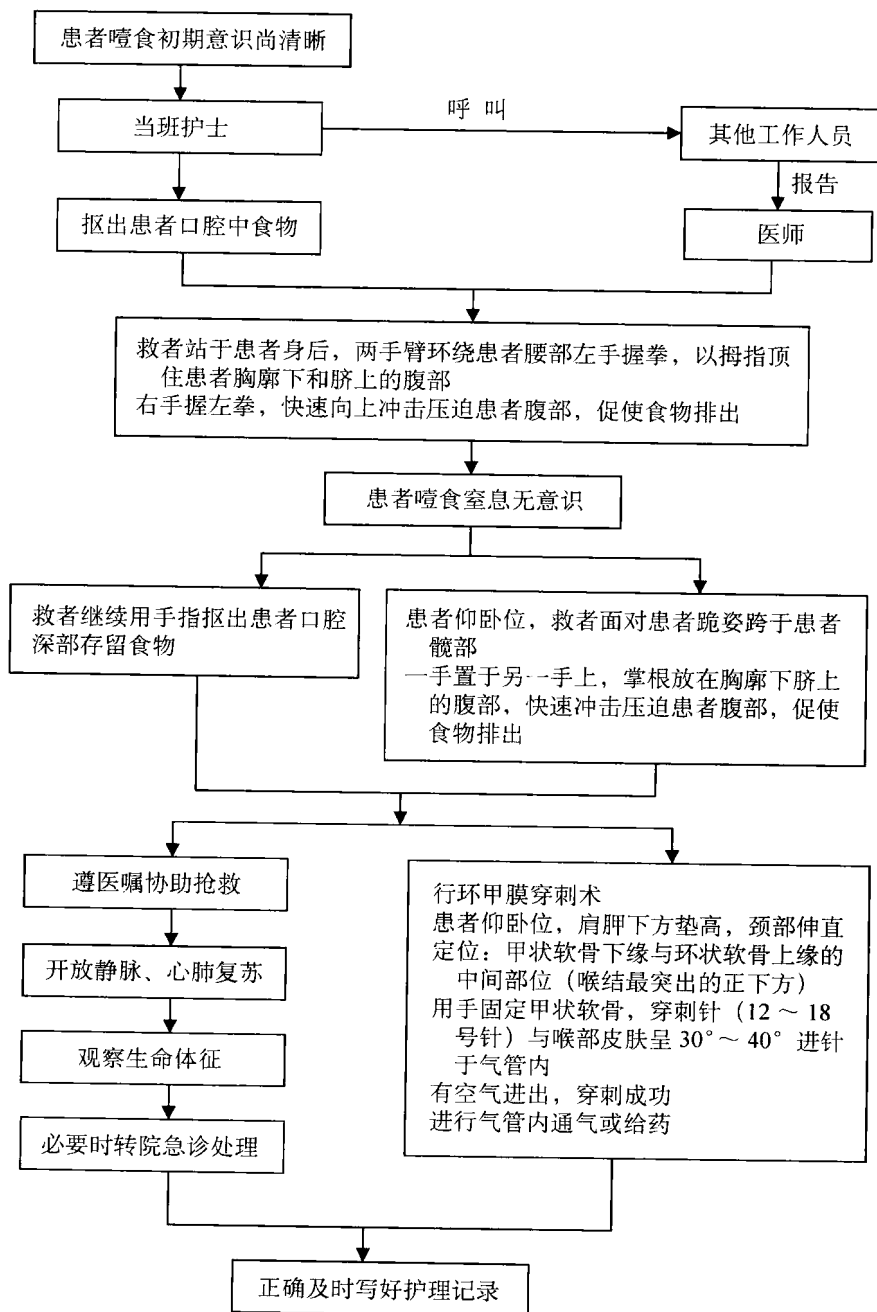
第五部分 护理应急预案及护理流程

右手握左拳,快速向上冲击压迫患者腹部,促使食物排出。

(3)如窒息无意识,患者取仰卧位,救者面对患者跪姿跨于患者髌部,一手置于另一手上,掌根放在胸廓下脐上的腹部,快速冲击压迫患者腹部,促使食物排出。同时开放静脉,心肺复苏。

(4)如以上措施无效,行环甲膜穿刺术。

(二)噎食护理流程



六、精神科药物过量防范应急预案及护理流程

(一)精神科药物过量防范应急预案

1. 病区药品应妥善管理,养成随手关门习惯,防止患者擅自进入治疗室取药。
2. 亲视服药,发药到口,检查口腔,以保证服药下肚,严防患者藏药积攒后一次性吞服,同时看护好药盘防止患者擅自取药。
3. 护士每日认真检查床单元和零食柜,杜绝药品藏入床褥间和零食柜内,对有消极企图的患者重点认真检查。
4. 假出院或请假外出返院,家属探视时,当班护士要认真做好安全检查,防止药品私自带入。
5. 一旦发生服药过量事件,立即将患者安置到抢救室进行急救。应采取如下措施。
 - (1)促进毒物排泄。洗胃前遵医嘱抽出少量胃液,做药物定性定量试验。清醒患者口服温开水、生理盐水或 1:5 000 高锰酸钾溶液后催吐,如此反复进行直至吐出液体变清为止。如意识不清或不适合催吐者,遵医嘱给予温开水或 1:5 000 高锰酸钾溶液反复洗胃。口服或灌入引流液均需见出量后再服入或灌入,每次 300~500ml,直至引流液与口服或灌注液颜色相同为止。在洗胃过程中要密切观察患者生命体征。
 - (2)建立静脉通道并保持通畅。维持液体出入量的平衡,视病情调整输液速度,防止肺水肿。
 - (3)及时清除口鼻及上呼吸道内的分泌物,吸氧,保持呼吸道通畅。
 - (4)配合医生做好各项抢救措施,准备该类药物中毒的急救药物和器械。
 - (5)去枕平卧,尽量少搬动头部,以避免直立性低血压。
 - (6)密切观察生命体征及病情变化,记录 24 小时出入量。发现异常及时通知医生并做好相应记录。
 - (7)注意保暖,做好口腔、皮肤及会阴部的护理,定时翻身,预防压疮。
 - (8)症状缓解后仍需密切观察 2~3 日,以防“回跳”现象。

(二)精神科药物过量护理流程

