

江苏省高等教育自学考试

护理专业实践技能考核大纲
(大专层次)

南京医科大学

(二〇二〇年三月版)

护理专业实践技能考核大纲(大专层次)

为了提高在职护理人员的道德法律素养和护理专业理论、技术及管理水平，以适应护理学科发展需求，为国家造就和选拔培养合格的具有大专学历层次的护理人才，根据培养目标，结合临床工作实际，制定本实践技能考核大纲供自学考试护理专业大专层次考生使用。

一、考核目标

1. 熟练掌握护理专业基本理论，并应用于护理工作实践。
2. 熟练掌握专科护理技术操作及护理技术管理，同时掌握护理技术操作中的理论并能解决临床护理问题。
3. 培养应变能力，以满足病人护理的需要。
4. 培养具有良好的医德与素养，热爱护理专业、全心全意为人民服务的全面发展的护理人才。

二、考核对象

凡参加江苏省护理专业自学考试，所有理论课成绩合格(公共课除外)的考生，均可凭单科成绩合格证书到主考学校报考。

三、考核时间

每年进行 2 次，具体时间另行通知。

四、考核方法

根据报考人员情况，分批分期安排，以考核护理实践技能为主，但必须阐述其理论依据，护理程序贯彻始终。满分为 100 分，技术操作流程占总分的 55%-70%；回答提问占总分的 10%（包括操作目的，注意事项及其相关理论）；准备工作 10%-25%（包括评估、病人、环境、护士、物品准备等）；终末质量 10%。

五、实习

在县以上医院实习三个月，按考核要求进行训练，实习证明供考核时参考。

考核说明

1. 每项技术操作满分为 100 分，分四部分。

(1) 准备工作：包括评估病人、病人准备、环境准备、护士准备、物品准备。共 10-25 分。

(2) 操作流程：55-70 分

(3) 终末质量：10 分

(4) 理论回答：10 分

2. 准备工作：

(1) 护士准备：仪表大方、举止得体、衣服整洁、态度和蔼，交流恰当。操作前、后要洗手，戴好口罩。

(2) 评估病人：根据操作目的、医嘱等评估病人病情、合作情况。

(3) 病人准备：核对病人，向病人解释治疗目的，注意事项等，消除病人心理疑虑，以取得病人合作。

(4) 环境准备：根据操作项目准备适宜环境。

(5) 物品准备：用物备齐并检查，确保在有效期内、完好备用。

3. 操作流程：必须符合实践技能考核大纲之要求、规范。

4. 终末质量：操作前物品放置合理，取用方便，按操作流程熟练操作，稳、准、轻、安全、运用节力原则、严格无菌技术操作原则、操作结束后安置病人合适体位，整理床单元。观察并评价病人的效果，其需要满足程度。用物处置恰当。

5. 理论回答：主要回答操作项目的目的、注意事项等相关理论。

6. 抽签考核两项操作，总时间 20 分钟。每项操作满分 100 分，平均后总分达到 60 分及以上为考试合格。

护理实践技能考核项目

一、铺床法	
1.铺备用床法	6
2.铺麻醉床法	7
二、无菌技术基本操作	
3.铺无菌盘法	8
4.戴、脱无菌手套法	9
三、注射法	
5.皮内注射法	10
6.肌内注射法	11
7.周围静脉密闭式输液法	12
四、沐浴法	
8.床上擦浴法	14
五、灌肠法	
9.不保留灌肠法	15
10.保留灌肠法	16
六、冷与热的应用	
11.温水（酒精）擦浴法	17
七、导尿术	
12.男、女病人留置导尿术	18
八、T、P、R、BP 测量法	
13.T、P、R 测量法	20
14.血压测量法	21
九、急救技术	
15.洗胃法(电动洗胃)	22
16.鼻氧管给氧法（氧气筒、中心供氧）	23
17.吸痰法（电动吸引器、中心吸引）	25
18.心肺复苏术	26
十、其他	
19.口腔护理	27
20.鼻饲法	28
21.超声雾化吸入法	29
22.穿、脱隔离衣法	30
23.搬运病人法	31

一、护理实践技能考核目的要求

一、铺床法

对住院病人而言，床单位是病人休息、睡眠、饮食、排泄、活动和治疗的最基本的生活单位，因而护理人员应随时提供给病人一个整洁、美观、舒适及安全的床单位。因不同床使用目的不同，铺法也有差异；床铺得平整，可增进病人身体及心理舒适，能使病人心情舒畅，增强战胜疾病的信心，预防并发症的发生。

目的要求

- (1) 熟悉铺床法的目的；
- (2) 掌握备用床、麻醉床的铺床方法；
- (3) 要求在铺各种床及更换床单时，应用力学原理进行操作；
- (4) 5分钟内完成(备用床)。

二、无菌技术操作

无菌技术是医疗、护理操作中防止发生感染和交叉感染的一项重要而基本的操作。在无菌技术操作管理上，要求并保证任何一个环节上都不能违反操作规程，否则会造成感染，给病人带来不应有的痛苦和危害。

目的要求

- (1) 明确无菌技术的概念和目的；
- (2) 掌握无菌技术的操作原则；
- (3) 熟练掌握无菌技术操作方法及注意事项。

三、注射法

目的要求

- (1) 明确各种注射法的原则；
- (2) 掌握各种注射的操作方法；
- (3) 掌握静脉输液法的观察技巧、并发症的预防及处理方法；
- (4) 掌握静脉输液法的故障排除及滴速计算；
- (5) 掌握静脉输液时的常见反应及处理。

四、沐浴法

目的要求

- (1) 熟悉床上擦浴法的目的；
- (2) 掌握床上擦浴法的操作程序；
- (3) 掌握对久病卧床病人床上擦浴时的注意事项。

五、灌肠法

目的要求

- (1) 熟练掌握不保留灌肠和保留灌肠的目的；
- (2) 掌握不保留灌肠、保留灌肠的操作方法；
- (3) 掌握不保留灌肠、保留灌肠的注意事项；
- (4) 掌握大量不保留灌肠溶液配制的计算方法。

六、冷与热的应用

目的要求

- (1) 熟悉冷和热疗的应用目的；
- (2) 熟悉影响冷和热疗效的因素；
- (3) 掌握温水擦浴法的操作方法；
- (4) 掌握冷疗和热疗时的注意事项。

七、导尿术

目的要求

- (1) 了解男、女病人导尿的目的及其解剖位置；
- (2) 掌握男、女病人导尿术的操作步骤；
- (3) 掌握男、女病人导尿的注意事项。

八、体温、脉搏、呼吸、血压的测量法

目的要求

- (1) 了解测量 T、P、R、BP 的重要性；
- (2) 掌握测量 T、P、R、BR 的操作方法，并正确记录；
- (3) 掌握影响 T、P、R、BP 测量的因素。

九、急救技术

1. 洗胃法 目的要求

- (1) 了解电动洗胃机的结构并熟悉其原理；
- (2) 掌握电动洗胃机的操作步骤；
- (3) 掌握在洗胃过程中的病人变化及注意事项；
- (4) 掌握口服有机磷农药中毒病人洗胃液的选择、配制及温度。

2. 鼻氧管给氧法（氧气筒、中心供氧） 目的要求

- (1) 熟悉氧气筒和氧气表的构造、氧气表的装卸法；
- (2) 掌握中心供氧装置的氧气表装卸法；
- (3) 掌握给氧指征，正确供给病人氧气；
- (4) 掌握给氧浓度和氧流量的换算方法；
- (5) 掌握用氧的注意事项。

3. 吸痰法（电动吸引器、中心吸引） 目的要求

- (1) 了解电动吸痰器的构造及其原理；

- (2) 熟悉呼吸道的结构和功能;
- (3) 掌握电动吸痰器、中心吸引吸痰的操作方法;
- (4) 掌握操作中的注意事项。

4. 心肺复苏术 目的要求

- (1) 掌握并判断心跳呼吸停止的指征;
- (2) 掌握心肺复苏的程序;
- (3) 掌握在模型上的抢救操作规范。

十、其他

1. 口腔护理 目的要求

- (1) 熟悉口腔护理的目的和意义;
- (2) 掌握口腔护理的操作步骤及注意点。

2. 鼻饲法 目的要求

- (1) 明确饮食与人类健康和疾病的关系;
- (2) 掌握鼻饲法的操作要求及注意事项。

3. 超声雾化吸入法 目的要求

- (1) 熟悉超声雾化吸入法的目的及其原理;
- (2) 掌握超声雾化吸入法的操作步骤;
- (3) 掌握病人吸入后的效果评价。

4. 穿脱隔离衣法 目的要求

- (1) 了解隔离的目的、意义;
- (2) 掌握隔离衣的穿、脱程序及注意事项。

5. 病人搬运法(轮椅法) 目的要求

- (1) 了解搬运病人的目的;
- (2) 熟练区分不同病情的病人, 采用不同的搬运方法;
- (3) 掌握搬运步骤及注意事项。

二、护理实践技能考核总操作规程

(一)基础护理技术操作规程

基础护理技术操作是护士必须掌握的基本技能，是临床护理工作的基本功，此次实践技能考核有些方面虽同以往操作技术，但必须用所学理论指导护理实践，使其操作有理论依据，应用护理程序，加强对业务技术质量评价，以达到有效管理，通过技术考核使应考者知识、技术、管理等方面有新的提高。

1. 制订护理技术操作规程的原则

- (1) 根据技术操作的目的要求，制订操作方法步骤；
- (2) 技术操作的步骤，必须符合人体解剖、生理、心理、病理特点，避免增加病人身心痛苦；
- (3) 各项技术操作应分别严格遵守清洁、消毒、无菌原则，防止交叉感染；
- (4) 各项技术操作的目的，必须符合疾病的诊断、治疗要求，确保病人安全。

2. 执行护理技术操作规程的原则

- (1) 首先要了解技术操作的目的，收集病人资料，进行评估，掌握病情，不可盲目执行操作；
- (2) 执行各项技术操作之前，做好计划，备齐用物，并做好病人解释、安抚工作，增加安全感，取得病人合作；
- (3) 严格执行查对制度，遵守操作规程，防止意外，确保安全；
- (4) 实施技术操作时，按局部解剖、生理特点，技术娴熟，取得良好效果；
- (5) 操作中，严密观察病人生命体征变化；
- (6) 根据不同的技术操作，遵守清洁、消毒、无菌原则；
- (7) 遵守省时、节力、避免疲劳、安全的原则，提高工作效率；
- (8) 操作结束后评价病人效果。

(二)基础护理技术操作总要求

严格遵守护理技术操作规程，护理程序贯穿始终。

1. 明确每项操作的目的、方法，准备物品齐全、适用；
2. 严格查对制度，防止差错发生；
3. 室内光线充足，温、湿度适宜，必要时给予便器，一切操作避免在病人进餐、休息或医师查房时进行；
4. 做好病人心理护理，了解病人心理状况，做好解释工作，使病人处于最佳配合接受治疗的心理状态；
5. 严格执行无菌技术，衣帽整齐，戴好口罩(手套)，操作前、后要洗手；
6. 注意病人卧姿，除必需暴露部分外，其余部分应遮挡；

7. 必须掌握各项技术操作的基本原则，有疑问时应及时查问清楚，方可执行；
8. 护理技术操作完毕，整理床铺，使病人舒适，床单整洁；
9. 整理用物浸泡、清洗、消毒，物归原处；
10. 做好记录或登记工作。

(三) 无菌技术操作原则

1. 明确无菌与非无菌相关概念，洁污物品分开放置；
2. 无菌操作者身体应与无菌区保持一定距离；
3. 取用无菌物品时，应使用无菌持物钳，应面向无菌区；
4. 手臂应在腰部或治疗台面以上，不可跨越无菌区，手不可触及无菌物品；
5. 无菌物品一经取出，即使未用，也不可放回；
6. 避免对无菌区谈笑、咳嗽、打喷嚏；
7. 无菌物品可疑或已污染，应予更换并重新灭菌；
8. 一套无菌物品只供一人使用。

(四) 注射原则

1. 遵医嘱给药；
2. 严格遵守无菌操作原则和消毒隔离原则，防止交叉感染；
3. 注射前先向病人解释清楚，选好部位，避免紧张；
4. 认真执行查对制度，
5. 根据治疗目的选择注射方法和部位；
6. 根据药量、刺激性强弱、粘稠度，选择注射器和针头；
7. 多种药物注射应注意配伍禁忌；
8. 长期注射的病人应更换部位；
9. 严格遵守药液的稀释时间，抽好的药液应立即注射；
10. 熟练掌握无痛注射技术，做到二快一慢。

三、护理实践技能考核各项操作规程

一、铺床法

1. 备用铺床法

(1) 目的：保持病室整洁美观、准备接受新病人。

(2) 注意事项：

- a. 符合铺床的实用、耐用、舒适、安全原则；
- b. 操作前要检查床的各部件，确保完好备用；操作中注意床单中线对齐、床基平整紧扎，被头充实、盖被平整；
- c. 注意省时、节力；
- d. 同病室病友用餐、治疗时应暂停铺床。

(3) 操作步骤：

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估：床单位的各项设施完备良好	5
	环境：病房环境整洁、光线充足，无人治疗或进餐	5
	护士：仪表符合要求、修剪指甲、洗手、戴口罩	4
	用物准备与检查：大单、被套、棉胎、枕套、枕芯	6
操作流程 60分	移开床旁桌、椅	2
	按需翻转床垫	2
	铺大单： 大单中线对齐放于床垫上，向床头、床尾散开； 铺近侧床头床角；近侧床尾床角； 移至床中间，大单中部塞于床垫下； 同法铺对侧大单 (大单折叠或放置方式不利于一次性展开者扣5分) (操作不流畅者扣3-5分，有碎杂小动作者扣3-5分)	20
	铺盖被： 被套中线对齐床面，齐床头平铺于大单上； 被套尾部开口端的上层打开约1/3；放入棉胎； 展开棉胎对齐拉平吻合好；折成被筒；盖被尾端内折平床尾 (被套折叠或放置方式不利于一次性展开扣5分) (棉胎折叠或放置方式不利于一次性展开扣5分) (操作不流畅扣3-5分，有碎杂小动作扣3-5分)	25
	套枕套： 拍松枕芯，套枕套，开口端背门，将枕头横放于床头盖被上	6
	移回床旁桌、床旁椅	2
终末质量 10分	处理用物、洗手、脱口罩	3
	操作省时节力，按时完成	2
	床单平整紧扎	2
	被套与被子贴合紧密，内折部分平整	2
	床单、被套的中线对齐	2
	枕芯枕套贴合，放置妥当	2

2. 麻醉床铺法

(1) 目的:

- a. 便于接受和护理麻醉手术后的病人;
- b. 使病人安全舒适, 预防并发症;
- c. 保持床单位清洁, 不被呕吐物或血液所污染, 便于更换。

(2) 注意事项:

- a. 应将全部被单更换为清洁被单;
- b. 病人所用盖被厚薄视季节及室温加以调节;
- c. 根据麻醉方式和手术部位确定一次性中单铺设位置;
- d. 保证护理术后病人的用物齐全, 使病人能及时得到抢救和护理。

(3) 操作步骤: (以为胸腹部手术病人准备麻醉床为例)

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估: 病人病情、手术方式、麻醉方式等及床单元各项设施完备良好	6
	环境: 病房环境整洁、光线充足, 无人治疗或进餐	2
	护士: 仪表符合要求、仪表符合、修剪指甲、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查: 大单、被套、枕套、一次性中单 2 条、床刷及套、弯盘; 麻醉护理盘及抢救物品分别放妥(口述): 麻醉护理盘(常用)无菌巾内用物: 张口器、压舌板、舌钳、牙垫、通气导管、治疗碗、镊子、鼻氧管、吸痰导管、纱布数块; 无菌巾外用物: 血压计、听诊器、护理记录单、笔、治疗巾、弯盘、胶布、小剪刀、电筒、棉签一包、管道固定标识; 另外准备: 心电监护、输液架、吸痰、吸氧装置、胃肠减压器等	10
操作流程 60分	移开床旁桌、椅	1
	按需翻转床垫	1
	铺大单: 中线对齐放于床垫上, 向床头、床尾散开; 铺近侧床头床角; 近侧床尾床角; 移至床中间处, 大单中部塞于床垫下; 距床头约 50cm 处铺中单, 齐床头铺另一中单, 均塞于床垫下; 同法铺对侧大单、中单 (大单折叠或放置方式不利于一次性展开者扣 5 分) (操作不流畅扣 3-5 分, 碎杂小动作扣 3-5 分, 中单位置不当扣 3-5 分)	20
	铺盖被: 被套中线对齐床面, 齐床头平铺于大单上; 被套尾部开口端的上层打开约 1/3; 放入棉胎; 展开棉胎对齐拉平吻合好; 折成被筒; 盖被尾端内折平床尾; 盖被扇形三折置于一侧床边 (被套折叠或放置方式不利于一次性展开扣 5 分) (棉胎折叠或放置方式不利于一次性展开扣 5 分) (操作不流畅扣 3-5 分, 有碎杂小动作扣 3-5 分)	25
	套枕套: 拍松枕芯, 套枕套, 开口端背门, 将枕头立于床头并固定	6
	移回床旁桌、放床旁椅于盖被三折侧	3
	麻醉护理盘、抢救物品分别放好(口述)	2
	处理用物、洗手、脱口罩	2
终末质量 10分	操作省时省力, 按时完成	2
	床单平整紧扎	2
	被套与被子贴合紧密, 内折部分平整、三折便于搬运病人上床	2
	床单、被套的中线对齐、中单位置正确 枕芯枕套贴合, 放置妥当	2

二、无菌技术操作

3. 铺无菌盘法

(1) 目的：将无菌治疗巾铺在清洁、干燥的治疗盘内，使其内面为无菌区，放置无菌物品，供治疗和护理操作使用。

(2) 注意事项：

- a. 铺无菌盘区须宽敞、清洁干燥，无菌巾、治疗盘避免潮湿；
- b. 衣物及其他非无菌物品不可触及和跨越无菌区；
- c. 铺好的无菌盘保存期不超过 4h。

(3) 操作步骤：

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	环境：操作室安静整洁，温湿度适宜，光线适中；半小时内停止打扫、减少走动；操作台宽阔、清洁、干燥、平坦	6
	护士：仪表符合要求，指甲已修剪，洗手、戴口罩	4
	用物准备并检查：无菌持物钳/镊、无菌巾包、无菌碗、无菌纱布罐、无菌溶液；清洁干燥治疗盘、棉签、碘伏溶液、弯盘、纸、笔、洗手液	10
操作流程 60分	物品布局合理（布局合理的要求为：尽可能减少跨越机会）	4
	将无菌包放置在操作台上打开（依次揭开左右两角，再解开内角）	6
	用无菌持物钳夹取无菌巾，置于备好的治疗盘内	2
	按原折痕回包	3
	注明开包时间，口述 24h 内有效	2
	将取出的治疗巾双折铺于治疗盘内	3
	治疗巾上层扇形折叠，无菌面向上	4
	打开无菌碗	3
	放置无菌碗	2
	去除瓶盖，消毒无菌溶液瓶塞	4
	打开无菌纱布罐，用无菌持物镊夹取一块无菌纱布	2
	垫纱布打开无菌溶液瓶塞	2
	瓶签向手心，旋转冲洗瓶口	3
	倒溶液于无菌碗内	3
	盖瓶塞	2
	记录开瓶时间并签名，口述余液可保存 24h，做清洁溶液使用	2
	移动无菌碗至中间，拉下上层无菌巾，与下层无菌巾边缘对齐	4
折叠治疗巾	3	
注明铺盘时间并签名，口述 4h 内有效	2	
终末处置、洗手、脱口罩	4	
终末质量 10分	程序正确，动作规范、熟练	4
	遵循无菌原则，无污染	6

4. 戴、脱无菌手套法

(1) 目的：进行无菌技术操作，保持无菌区及无菌物品的无菌。

(2) 注意事项：

- a. 必须选择适合自己手尺寸的手套；
- b. 注意手指甲宜剪短，以防刺破手套；
- c. 戴上无菌手套之双手套保持于腰部以上、视线范围内；
- d. 戴手套中或进行无菌操作时发现手套破损，立即更换；
- e. 脱手套时须将手套口翻转脱下，避免污染操作者的手部；
- f. 可疑污染，立即更换。

(3) 操作步骤：

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	环境：操作室安静整洁，温湿度适宜，光线适中；半小时内停止打扫、减少走动；操作台宽阔、清洁、干燥、平坦	6
	护士：仪表符合要求，指甲已修剪，七步洗手、戴口罩	6
	用物准备与检查：无菌手套（包装、有效期和尺寸）、弯盘、洗手液	8
操作流程 60分	将无菌手套放置在操作台上撕开外包装 物品布局合理（布局合理的要求为：尽可能减少跨越机会）	2
	分次提取法： 打开手套袋；取出一只手套；对准五指戴上；掀起另一口袋口；戴手套的手指插入另一手套的反折部的内面；取出手套；对准五指戴上	40
	一次性提取法： 两手同时掀开手套袋开口处；一只手捏住两只手套的反折部位；取出手套（稍向前方提出）；对准五指戴上一只手套；戴手套的手指插入另一手套的反折部的内面；同法戴上另一只手套	40
	调整手套贴合紧密	4
	双手置于腰部以上水平、视线范围内	4
	口述操作完毕，翻转脱手套，置黄色垃圾袋内	4
	终末处置	2
	洗手、脱口罩	4
终末质量 10分	程序正确，动作规范、熟练	4
	遵循无菌原则，无污染	6

三、注射法

5. 皮内注射法

(1) 目的：进行药物过敏试验，以观察有无过敏反应；预防接种；局部麻醉的起始步骤。

(2) 注意事项：

- a. 严格执行查对制度，遵守无菌操作原则；
- b. 做药物过敏试验前，应详细询问病人的用药史、过敏史及家族史；备好急救药品；
- c. 做药物过敏试验消毒皮肤忌用碘酊、碘伏，以免影响对局部反应的观察；
- d. 药物过敏试验结果如为阳性，告知病人及家属，不能再用该药物，并记录在病历上。

(3) 操作步骤：

项目	具体内容	分值
准备工作 25分	查看病历，了解病人病情，核对医嘱单及执行单	2
	对照医嘱执行单，核对病人腕带或床头卡、询问病人姓名	2
	评估：病情、年龄、意识、合作程度、用药史、过敏史、家族史及注射部位皮肤状况	4
	病人：向病人解释，病人了解注射药物的目的、配合及注意事项	2
	环境：安静、整洁、明亮、适于操作	2
	护士：仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查：①注射盘、75%酒精、无菌棉签、无菌纱布包（内含2块无菌纱布）、注射器（1ml，2ml）、皮试液（已配制），0.1%盐酸肾上腺素；②医嘱单、执行单。③治疗车、洗手液、锐器盒、医疗垃圾桶、生活垃圾桶；对照医嘱单或执行单两人查对药物	4
	取出无菌纱布，铺简易无菌盘	2
	抽吸适量皮试液置于无菌盘内	2
	再次查对药物名称、剂量等	1
操作流程 55分	携物至床旁，对照医嘱执行单核对病人姓名、腕带与药物（操作前）	3
	协助病人取舒适体位，选择注射部位	4
	常用部位为前臂掌侧下段（口述）	2
	消毒皮肤，方法正确，范围大于5cm，待干	6
	对照医嘱执行单核对病人姓名、腕带与药物（操作中）	3
	再次排尽空气	2
	一手绷紧皮肤，一手持注射器，针尖斜面朝上，针头与皮肤呈5°角刺入皮内，待针尖斜面进入皮内后，放平注射器，固定针栓	8
	注入0.1ml使局部形成一皮丘	4
	注射完毕，迅速拔针，勿按压	2
	看表计时，20分钟后观察结果	4
	对照医嘱执行单核对病人姓名、腕带与药物（操作后）	3
	病人教育：嘱病人勿离开病区，勿揉搓和抓挠穿刺部位；告知病人如有不适及时告诉医护人员	3
整理床单位，协助病人取舒适体位	2	
按垃圾分类处理用物	2	
洗手、脱口罩，记录	4	
终末质量 10分	严格执行注射原则	2
	按药物要求配制皮试液，剂量准确，现配现用	3
	配备抢救药品及物品，及时处理过敏反应	3
	与病人沟通有效，体现以病人为中心原则，态度和蔼、充满人文关怀	2

6. 肌内注射法

(1) 目的：不宜或不能口服或静脉注射的药物注射，且要求比皮下注射更快发挥疗效时。

(2) 注意事项：

- a. 严格执行查对制度，遵守无菌操作原则；
- b. 两种药物同时注射时，注意配伍禁忌；
- c. 2岁以下婴幼儿不宜臀大肌注射，最好选择臀中肌和臀小肌注射；
- d. 若针头折断，应稳定情绪，嘱病人保持原位不动，同时尽快用无菌持物钳夹住断端取出，如断端全部埋入肌肉，应快速通知医生处理；
- e. 对长期注射者，应交替更换部位。

(3) 操作步骤：

项目	具体内容	分值
准备 工作 25分	查看病历，了解病人病情，核对医嘱单及执行单	2
	对照医嘱执行单，核对病人腕带或床头卡、询问病人姓名	2
	评估：病情、过敏史、意识、合作程度，用药史、过敏史，注射部位皮肤	4
	病人：向病人解释，病人了解注射药物的目的、配合及注意事项	2
	环境：安静、整洁、明亮、适于操作	2
	护士：仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查：①注射盘、0.5%碘伏、75%酒精、无菌棉签、无菌纱布包（内含2块无菌纱布）、注射器（2ml或5ml）、药物（对照医嘱单或执行单两人查对）；②医嘱单、执行单；③治疗车、洗手液、锐器盒、医疗垃圾桶、生活垃圾桶	4
		2
	安瓿划痕，消毒2次后待干	2
	取无菌纱布铺简易无菌盘	2
	抽吸药液，不余、不漏、不污染，排气，置于无菌盘内	2
	再次查对药物名称、剂量等	1
操 作 流 程 55分	对照医嘱执行单核对病人姓名、腕带与药物（操作前）	3
	协助病人取合适体位，遮挡病人	4
	定位注射部位（边定位边口述）	6
	消毒皮肤2次待干	4
	对照医嘱执行单核对病人姓名、腕带与药物（操作中）	3
	再次排气，准备干棉签	4
	一手绷紧皮肤，一手持注射器固定针栓，将针头迅速垂直刺入肌内1/2~2/3	6
	推药：抽无回血后，缓慢匀速推药，观察病人反应	6
	拔针：注射完毕后快速拔针；按压；交待按压时间，立即将针头放入锐器盒	6
	对照医嘱执行单核对病人姓名、腕带与药物（操作后）	3
安置病人，去除遮挡，交代注意事项	4	
按规定处置用物	2	
洗手、脱口罩，处理医嘱	4	
终末 质量 10分	查对规范	4
	严格执行注射原则	4
	流程熟练，动作规范，人文关怀到位	2

7. 周围静脉密闭式输液法

(1) 目的:

- a. 纠正水电解质失调、维持酸碱平衡;
- b. 补充营养、维持热量;
- c. 输入药物、治疗疾病; 输入脱水剂、提高血液渗透压、减轻脑水肿、降低颅内压;
- d. 抢救休克、增加循环血量、维持血压。

(2) 注意事项:

- a. 严格无菌操作及查对制度;
- b. 注意药物配伍禁忌; 输液瓶加药时, 应有计划安排输入液体顺序;
- c. 长期输液者, 注意保护静脉;
- d. 对小儿、昏迷或不合作者输液时以夹板固定, 并加强观察;
- e. 输液时加强巡回, 观察有无局部肿胀、渗漏及其他故障, 观察有无输液反应;
- f. 连续输液应每天更换输液管, 并及时更换输液瓶。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	查阅病历, 了解病情, 核对医嘱单及执行单	1
	对照医嘱执行单, 核对病人腕带或床头卡、询问病人姓名	2
	评估: 病人病情、肢体活动度、穿刺部位皮肤与血管, 过敏史、用药史等	3
	病人: 向病人解释, 病人了解输液的目的、配合及注意事项解释操作目的, 指导病人提前如厕等	2
	环境: 安静、整洁、明亮、适于操作	1
	护士: 仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查: ①注射盘内: 一次性输液器、0.5%碘伏、无菌棉签、胶布、遵医嘱备药液(对照医嘱单或执行单两人查对药物), 弯盘、小垫枕、必要时输液架; ②医嘱单、执行单、输液巡回卡; ③治疗车、洗手液、锐器盒、医疗垃圾桶、生活垃圾桶	2
	对照医嘱执行单转抄瓶贴, 双人查对转抄内容和药物	2
	瓶口消毒2次后待干	2
	插输液器	2
	再次查对药物名称、剂量等	1
操作流程 60分	对照医嘱执行单核对病人姓名、腕带与药物(操作前)	3
	协助病人取舒适体位	1
	去除输液器包装, 旋紧头皮针	2
	第一次排气(药液不滴出), 检查无气泡	6
	垫小垫枕, 备好输液贴	2
	再次确定穿刺部位, 消毒—扎止血带—再消毒	3
	对照医嘱执行单核对病人姓名、腕带与药物(操作中)	3
	再次排气, 确认输液管路无气泡	4
	进针: 嘱病人握拳, 绷紧皮肤15-30度进针, 见回血后放平, 再进针少许	4
嘱病人松拳、松止血带、松调节器, 观察溶液滴入顺畅	4	

	固定：先针柄、后针眼、再环绕	2
	根据病情调节滴速	3
	对照医嘱执行单核对病人姓名、腕带与药物（操作后）	3
	撤去垫枕与止血带，安置舒适体位，告知注意事项	4
	处理用物，洗手，记录输液巡回卡	2
	（口述）输液过程中巡视，巡视内容：输液瓶液量、滴速、管路、穿刺部位与病人反应	2
	巡视后再次记录输液巡回卡	2
	取下输液巡回卡，确认输液已结束并记录	2
	揭去胶贴，关闭调节器，拔针并按压	2
	按规定处理用物	2
	安置病人，交代注意事项	2
	洗手、脱口罩，记录	2
终末质量 10分	严格查对制度	3
	严格无菌操作原则	2
	流程熟练，动作规范	2
	注重爱伤观念，体现人文关怀	3

四、沐浴法

8. 床上擦浴法

(1) 目的:

- 去除皮肤污垢，保持皮肤清洁，促进身心舒适；
- 促进皮肤血液循环，增强皮肤排泄功能，预防感染和压疮；
- 为护士提供观察病人的病情并与其建立良好护患关系的机会；
- 增加身体活动，防止肌肉挛缩和关节僵硬等并发症的发生。

(2) 注意事项:

- 擦洗时应注意保护隐私和保暖，控制室温，随时调节水温，防止病人受凉；
- 动作轻、敏捷，减少翻动次数，通常 15-30 分钟内完成操作；
- 注意病人的病情变化及皮肤情况，如出现寒战、面色苍白等，立即停擦给予处理；
- 擦浴过程中，遵循节力原则。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备 工作 20分	评估：病人年龄、病情、意识、心理状态、合作程度、皮肤情况等	6
	病人：向病人解释，病人了解操作的目的、配合及注意事项	2
	环境：病房环境整洁、光线充足、温湿度适宜、关闭门窗、围帘遮挡	4
	护士：仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查：护理车上层：大浴巾 2、毛巾 2、浴皂或浴液、病人衣裤、50%乙醇、棉签、胶布、弯盘、梳子、剪刀、护理用品、脸盆 2、水桶 2(一桶盛 50-52° C 的热水，一桶装污水)，另备清洁衣裤等；护理车下层：便盆、便盆布、医疗垃圾桶、生活垃圾桶	6
操作 流程 60分	备齐用物至床旁，向病人解释，遮挡、关门窗、给予便盆	6
	移椅松开盖被、浴毯遮盖病人、备水	2
	擦洗面部和颈部： 颈下垫浴巾→湿毛巾洗脸及颈口	4
	擦洗上肢和手： 脱近侧衣袖（有外伤者先脱侧健后脱患侧，穿时反之）下垫浴巾→擦上肢，三步法→脱上衣，同法擦洗对侧上肢→双手置盆中洗净或分别洗手	15
	换水擦洗胸腹及背： 同法擦洗胸、腹、背、臀→穿清洁上衣	6
	换水、盆及毛巾擦洗会阴： 脱裤→会阴冲洗或擦洗	4
	换水、盆及毛巾擦洗下肢、足部： 肢体下垫浴巾→先擦洗近侧后擦洗对侧（注意擦洗干净皮肤皱折处），擦洗方法同上肢→双脚分别置盆中洗净→穿清洁裤	15
	注意保暖，观察皮肤，受压部位 50%酒精按摩	4
	整理床铺酌情换床单及被套，安置好病人	2
清理用物归还原处、洗手、记录	2	
终末 质量 10分	程序正确，操作规范	4
	沟通有效，体现人文关怀	4
	省时省力，病人舒适	2

五、灌肠法

9. 不保留灌肠法(大量不保留)

(1) 目的:

- 刺激肠蠕动、软化和清除粪便，排除肠内积气，减轻腹胀；
- 清洁肠道，为手术、检查、分娩作准备；
- 稀释和清除肠内有害物质，减轻中毒；
- 为高热病人降温。

(2) 注意事项:

- 灌肠中如有腹胀或便意，应作深呼吸。灌入液体宜保留 5-10 分钟；
- 掌握溶液的温度、量、浓度、流速及压力，伤寒病人灌肠量小于 500ml，压力要低；
- 肝脏病人禁用肥皂水灌肠，以减少氨的产生和吸收；充血性心力衰竭和水钠潴留病人禁用 0.9%氯化钠溶液灌肠；
- 灌肠中注意观察病人的脉速、面色、腹痛情况，如有意外，立即停灌，通知医生；
- 严格掌握禁忌证，急腹症、消化道出血、妊娠等不宜灌肠；
- 指导病人养成定时排便，改善饮食结构，加强运动。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备 工作 20分	查阅病历、了解病情，明确灌肠目的及有无禁忌证	2
	对照医嘱执行单，核对病人腕带或床头卡、询问病人姓名	2
	评估：年龄、病情、临床诊断、意识、心理、配合能力、排便情况、肛周情况等	6
	病人：向病人解释，病人了解灌肠目的，配合要点、注意事项等	2
	环境：光线充足、调节室温、关闭门窗、围帘遮挡	2
	护士：仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查：治疗盘内灌肠筒或一次性灌肠器一付、灌肠溶液、肛管、弯盆、肥皂液或石蜡油(润肛管用)、棉签、卫生纸、一次性垫巾、便盆、便盆布、输液架、水温计、绒毯(盖被)、清洁手套	2
口述：灌肠溶液的种类、量、温度与配置方法	2	
操作 流程 60分	备齐用物，带至床旁，核对病人，松开床尾，关门窗、遮挡病人	4
	悬挂灌肠筒，评估并调整液面高度	4
	病人侧卧体位，臀部靠近床沿	4
	褪下裤子，垫治疗巾，弯盘放于臀旁	4
	戴手套，连接肛管，润滑肛管，排气	6
	显露肛门，插管 7-10cm	6
	扶持固定肛管，松夹开始灌肠	4
	观察病人反应与液面下降情况	2
	(口述) 常见异常情况的处理方法：①病人主诉有便意，嘱其深呼吸或调慢灌肠速度；②病人主诉心慌出冷汗时，立即停止灌肠并告知医生；③液面不下降时，轻轻来回挪动旋转肛管	6
	灌肠结束后夹管，拔出肛管，清洁肛周，撤去用物	4
	协助病人穿好裤子，取舒适体位，整理床单元，拉开围帘	4
	交代病人尽量保留 5-10 分钟	4
	口述：观察灌肠后排便情况	2
按照规定处置用物	2	
洗手、脱口罩，处理医嘱，记录	4	
终末 质量 10分	执行查对制度	3
	沟通交流与人文关怀	4
	流程熟练，动作规范	3

10. 保留灌肠法

(1) 目的:

自肛门灌入药物，保留在直肠或结肠内，通过肠粘膜吸收，达到治疗目的；用于镇静催眠，肠内杀菌。

(2) 注意事项:

- a. 嘱病人保留溶液 60 分钟，使粪便软化，不能忍耐时给便盆；
- b. 液面距肛门不超过 30 厘米；
- c. 药液温度 39-41℃，药液量不超过 200ml。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备 工作 20 分	接到医嘱，查阅病历、了解病情，明确灌肠目的及有无禁忌证	2
	对照医嘱执行单，核对病人腕带或床头卡、询问病人姓名	2
	评估：年龄、病情、临床诊断、意识、心理、配合能力、排便情况、肛周情况等	6
	病人：向病人解释，病人了解灌肠目的，配合要点、注意事项等，嘱病人排便排尿	2
	环境：光线充足、调节室温、关闭门窗、围帘遮挡	2
	护士：仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查：治疗盘内备注洗器、药杯或量杯盛指定溶液、肛管 14-16 号、温开水 5-10ml、弯盘、卫生纸、一次性垫巾、肥皂液或石蜡油(润肛管用)、血管钳、便盆、便盆布、小枕、清洁手套	4
操作 流程 60 分	备齐用物，带至床旁，核对病人、松开床尾，关门窗遮挡病人	4
	根据病情取卧位，露臀移至床边	4
	臀部下垫小垫巾	4
	抬高臀部 10 厘米，弯盘置臀边	6
	连接、润滑肛管前端	4
	排气，夹管	6
	显露肛门，肛管插入直肠 15~20 厘米	6
	慢速流入药液	4
	注入温开水 5~10 毫升	4
	夹管，拔管，清洁肛周，轻揉肛门	4
	协助病人穿好裤子，取舒适体位，整理床单元，拉开围帘	4
	嘱病人保留 1 小时以上拔管	4
	按照规定处置用物	2
	洗手、脱口罩，处理医嘱，记录	4
终末 质量 10 分	程序正确，操作规范，按时完成	3
	沟通有效，体现人文关怀	4
	严格执行查对制度	3

六、冷和热的应用

11. 温水（乙醇）擦浴法

(1) 目的:

- a. 减轻局部充血或出血;
- b. 减轻疼痛;
- c. 控制炎症扩散;
- d. 降低体温。

(2) 注意事项:

- a. 密切注意病人情况：寒颤、面色苍白、脉细及呼吸异常时立即停止操作;
- b. 禁擦胸前、腹部、后颈及足底，这些部位反应敏感，也易引起不良反应。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估：年龄、病情、体温、意识、治疗情况、有无乙醇过敏史、皮肤情况、活动能力、合作程度以及心理反应	8
	病人：向病人解释，病人了解操作目的，配合要点、注意事项等	2
	环境：调节室温、关闭门窗、围帘遮挡	2
	护士：仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
操作流程 60分	用物准备与检查：治疗碗内盛 32-34℃的温水或 25%-35%酒精 100-200ml、温度约 30℃，另备小毛巾 2 条、大毛巾、冰袋及套、热水袋及套、衣裤一套、便器等	6
	备齐用物，带至床旁，核对病人、关门窗遮挡病人	4
	松开床尾，脱去上衣	2
	置冰袋于头部，热水袋置足底	4
	擦浴上肢： 露一上肢，下垫大浴布→小毛巾拧半干套手上，擦 3 分钟→由颈外侧沿上臂外侧至手背→由侧胸经腋窝沿上臂内侧擦至手掌→大浴巾擦干皮肤→同法擦拭另一上肢	12
	擦浴腰背部： 病人侧卧下垫浴巾，擦拭全背 5 分钟（后项、胸前区、腹部等禁擦。）→穿上衣	5
	擦浴下肢： 露出一下肢，下垫大浴巾→小毛巾拧半干，擦 3 分钟→由髌骨沿大腿外侧至足背→由腹股沟沿大腿内侧至内踝→由臀下沿大腿后腘窝至足跟→大浴巾擦干皮肤→同法擦拭另一侧→穿裤子	18
	观察： 病人有无寒颤、面色苍白、脉细及呼吸异常	5
	移去热水袋，安置体位	2
	整理床铺、开窗、拉开围帘	2
用物处理	2	
30 分钟后测体温并记录于体温单上，体温降至 39℃ 以下时，取下冰袋	4	
终末质量 10分	程序正确，操作规范	4
	观察病人情况，体现人文关怀	4
	省时省力，病人舒适	2

七、导尿术

12. 男、女病人留置导尿管

(1) 目的:

a. 用于协助诊断，留尿标本作细菌培养，测膀胱容量、压力检查残余尿量，以鉴别尿闭和尿潴留；

b. 为尿潴留病人放出尿液，减轻痛苦。；

c. 盆腔手术前插管排空膀胱，避免术时误伤膀胱；

d. 昏迷、尿失禁或会阴部有损伤病人进行保留导尿，使局部干燥；

e. 抢救危重、休克病人，记录尿量；

f. 泌尿手术或其他手术留置导尿，促进膀胱功能恢复及伤口愈合。

(2) 注意事项:

a. 严格按照无菌操作原则，防误插阴道，防感染；

b. 选择合适导尿管，动作轻慢，以免损伤尿道粘膜；

c. 若膀胱高度膨胀者第一次导尿量不超过 1000ml，防腹压突降引起虚脱，膀胱粘膜充血发生血尿；

d. 留置导尿管间日常护理：①倾听病人主诉，观察尿液形状，定期放尿并做好记录；②定期消毒，保持尿道口清洁；③定期更换集尿袋与尿管，④间歇夹管，训练膀胱功能；⑤加强健康教育，鼓励病人多饮水。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	接到医嘱，查阅病历，了解病情，明确留置导尿目的	2
	对照医嘱执行单，核对病人腕带或床头卡、询问病人姓名	2
	评估：年龄、病情、临床诊断、意识、心理、配合能力、膀胱充盈度、会阴部与下肢活动情况等	6
	病人：向病人解释，病人了解导尿目的，配合要点、注意事项等	2
	环境：光线充足、调节室温、关闭门窗、围帘遮挡	2
	护士：仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查：治疗车上层：一次性无菌导尿包(包括初步消毒、再次消毒和导尿用物)、弯盆、一次性垫巾、浴巾、手消毒液；治疗车下层：便盆、生活垃圾桶、医疗垃圾桶	4
操作流程 60分	导尿前准备、初次消毒	
	核对病人，关闭门窗、拉起围帘	2
	暴露会阴，屈膝外展，垫好中单，做好保暖	2
	打开导尿包，将初次消毒用具放在病人两腿间，戴手套	2
	初次消毒： 女：阴阜、大阴唇、小阴唇、尿道口 男：阴阜、阴茎与阴囊、尿道口、龟头、冠状沟	4
	移去初次消毒用物，脱手套，再次洗手	2
	再次消毒、插尿管	
	导尿包放在病人两腿间，按照无菌原则打开	2
	戴手套，铺孔巾、放弯盘靠近会阴处	4
润滑导尿管（此时可抽去女病人导尿管的导丝）	2	
备好消毒棉球、注射器、尿标本试管	2	

	再次消毒 女：尿道口、两侧小阴唇、再次尿道口 男：尿道口、龟头与冠状沟	4
	插尿管：女 4-6cm，男 20-22cm（阴茎与腹部呈 60 度角） 见尿流出后再插 7-10cm	4
	固定：气囊注液，回拉固定（此时抽去男病人导尿管的导丝）	2
	导尿后处理 夹闭集尿袋，分离尿管与集尿袋，留取尿标本 （过程中注意反折尿管，防止尿液流出）	2
	撤去导尿用物，集尿袋挂于床旁，脱手套	2
	标签填写留置时间与气囊所充液量，贴在尿管尾端	2
	整理衣物与床单元，协助病人取舒适卧位，拉开围帘	2
	处理用物，送检尿标本	2
	洗手、脱口罩，处理医嘱，记录	2
	拔管 接到拔管医嘱后，核实并明确原因	2
	核对病人，解释拔管的原因，拉起围帘	2
	夹闭集尿袋开关	2
	戴手套，观察标识上所写的气囊充液量，抽出所充液体	2
	快速拔管	2
	协助病人穿好裤子，取舒适体位，整理床单元，拉开围帘	2
	处理用物	2
	洗手、脱口罩，处理医嘱，记录	2
终末 质量 10 分	严格查对制度、无菌原则	6
	沟通交流与人文关怀	2
	流程熟练，动作规范	2

八、T、P、R、BP 测量法

13. T、P、R 测量法

(1) 目的:

通过观察 T、P、R 变化, 了解病人病情、疾病发生和发展规律, 协助医生作出正确诊断, 并为预防、治疗和护理工作提供依据。

(2) 注意事项:

- a. 测温前后, 清点体温计数量、有无损坏, 甩表时不得触及他物;
- b. 腹泻、肛门、直肠手术者不得用肛表测温, 坐浴、灌肠后 30 分钟方可测温;
- c. 发现体温与病情不符时应在重新测量, 以防误差。或用肛温、口温测, 以作对照;
- d. 测口温若误吞水银可口服蛋白水或牛奶使蛋白与汞结合延缓汞吸收, 最后排出体外;
- e. 体温计使用后宜选用化学消毒剂消毒;
- f. 数脉搏时, 不得用拇指, 易致与病人脉搏相混淆;
- g. 病人剧烈活动后, 需休息体温 20 分钟后测脉;
- h. 如发现脉短绌, 应由两人同时测, 一人测脉一人听心率, 同时开始并应正确记录, 如心率/脉温单率/分;
- i. 数呼吸不使病人注意, 根据病人胸腹起伏, 危重病人应数 1 分钟。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备 工作 20 分	评估: 年龄, 病情, 意识与合作程度, 影响准确测量的因素: 半小时内有无剧烈运动、有无进食饮水、双侧上肢活动度及有无静脉输液等	8
	病人: 向病人解释, 病人了解操作目的, 配合要点、注意事项等	2
	环境: 安静、整洁、光线充足	2
	护士: 仪表符合要求、指甲已修剪、洗手、戴口罩	2
操作 流程 60 分	用物准备与检查: 体温计、听诊器、纱布、秒表、笔、记录单、洗手液、体温单等	6
	身份识别: 核对床头卡, 询问床号姓名, 核对腕带	4
	放体温表: 擦拭对侧腋窝	4
	正确放置体温表	4
	协助病人屈臂过胸, 看表读出时间	4
	测量脉搏: 取近侧病人前臂, 手心向上	4
	以食指、中指、无名指按于桡动脉上	4
	计数 30s	2
	测量呼吸: 保持原体位不动	4
	观察胸廓起伏, 计数 30s	4
	告知病人所测脉搏与呼吸次数, 并简要解释有无异常	4
	取体温表: 看表, 口述 10 分钟到	2
	取出体温表	2
	读数, 甩表, 放入使用后体温罐内	6
安置病人于舒适卧位, 整理床单元	4	
终末处理: 体温表浸泡消毒	4	
洗手, 脱口罩, 记录	4	
终末 质量 10 分	查对规范	4
	操作流畅, 测量准确	4
	沟通自然, 注重人文关怀	2

14. 血压测量法

(1) 目的:

通过测量 BP, 观察并判断异常血压及病情变化, 了解疾病发生和发展规律, 协助医生作出正确诊断, 并为预防、治疗和护理工作提供依据。

(2) 注意事项:

- a. 测量前检查血压计汞柱有无破损, 是否保持“0”点处, 橡胶管和输气球是否漏气;
- b. 袖带的宽窄要符合标准;
- c. 测压时血压计“0”点应使肱动脉、心脏处于同一水平。坐位时肱动脉平第四肋软骨, 卧位时和腋中线平。注意位置不准影响测压结果;
- d. 发现血压听不清应重测放尽袖带气体等片刻重测量, 听清为止;
- e. 对严密观察血压的病人应定时、定部位、定体位和定血压计;
- f. 偏瘫病人测 BP 应用健侧;
- g. 按 WHO 统一规定以动脉消失音为舒张压, 当变音和消失音有差异的危重病人应记录两个读数;
- h. 为防止血压计本身的误差, 水银不足测得血压偏低。检查方法: 充气后, 关闭水银活门, 如水银可达顶部表示水银足;
- i. 血压计平放不可倒置, 用后水银入槽, 关闭活门, 防止水银外溢, 袖带气放尽平卷放于盒内, 轻关防水银柱压碎。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估: 年龄, 病情, 意识与合作程度, 影响准确测量的因素: 半小时内有无剧烈运动、有无进食饮水、双侧上肢活动度及有无静脉输液等	8
	病人: 向病人解释, 病人了解操作目的、方法、配合要点、注意事项等	2
	环境: 安静、整洁、光线充足	2
	护士: 仪表符合要求、指甲已修剪、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查: 血压计、听诊器、小垫枕、笔、记录单、洗手液等	6
操作流程 60分	身份识别: 核对床头卡, 询问床号姓名, 核对腕带、取合适体位	4
	测量血压: 酌情处理近侧上臂衣物(可隔较薄衣物测量血压)	4
	打开血压计, 放置妥当(水银柱垂直于地面)	4
	肘横纹上两横指处缠绕袖带, 松紧适宜	6
	触摸肱动脉搏动, 正确放置听诊器听件	6
	加压充气, 使水银柱升至恰当高度	8
	缓慢均匀放气, 听音判断	6
	告知病人血压数值, 并简要解释有无异常	4
	解开袖带, 整理病人衣物	4
	整理袖带, 正确关闭血压计	4
	安置病人于舒适卧位, 整理床单元	2
	终末处理: 血压计、听诊器擦拭消毒	4
洗手, 脱口罩, 记录	4	
终末质量 10分	查对规范	4
	操作流畅, 测量准确	4
	沟通自然, 注重人文关怀	2

九、急救技术

15. 全自动洗胃机洗胃法

(1) 目的:

- a. 清除胃内毒物，减少毒物吸收；
- b. 利用不同洗胃液进行急性食物或药物中毒的中和解毒；
- c. 减轻幽门梗阻者潴留物对胃黏膜的刺激，减轻胃黏膜水肿和炎症。

(2) 注意事项:

- a. 注意了解病人中毒的时间、途径、毒物种类、性质、量、来院前处理措施等；
- b. 准确掌握洗胃禁忌症和适应症。禁忌症有强腐蚀性毒物中毒、肝硬化伴食管胃底静脉曲张、胸主动脉瘤、近期内有上消化道出血及胃穿孔等；
- c. 急性中毒且意识清晰者，应紧急采用“口服催吐法”，以减少毒物的吸收；
- d. 选择合适的洗胃液，如中毒物质不明可选用温开水或生理盐水，待毒物性质明确后再更换合适的洗胃液；
- e. 洗胃过程中应密切观察病人及洗出液，出现异常立即处理并及时记录。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估：①病人年龄、病情、意识、瞳孔、医疗诊断、生命体征、洗胃目的、中毒情况等；②病人口鼻粘膜有无损伤，有无活动义齿（如有，需取出）；③病人心理状态及对洗胃的耐受能力、合作程度	6
	病人：向病人解释，病人了解操作目的、方法、配合要点、注意事项等	2
	环境：温湿度适宜，光线充足，有电源及插座，宽敞，围帘遮挡	4
	护士：仪表符合要求，洗手，戴口罩	2
	用物准备与检查：全自动洗胃机一套、洗胃溶液（根据评估结果选择、10-20L、25~38℃各1分）、水桶2只、洗胃管、镊子、纱布、压舌板、塑料围裙或橡胶单、治疗巾、水温计、弯盘、棉签、50ml 注洗器、听诊器、手电筒、石蜡油、胶布，必要时备开口器、舌钳、牙垫等	6
操作流程 60分	正确连接各管道，放置管道末端于正确桶内	8
	接通电源，检查洗胃机性能完好，关闭电源	3
	核对病人、取合适体位、胸前放置塑料围裙或橡胶单及治疗巾	3
	用石蜡油润滑洗胃管前端	3
	测量长度（前额发际至剑突+10cm）	5
	从口腔插入约 55~60cm	5
	验证：通过三种检测方法确定洗胃管在胃内（如毒物不明，留取标本送检），固定	5
	连接进胃管道与洗胃管	5
	接通电源，按“开始”键开始洗胃	2
	观察及处理异常情况：病人反应、洗出液的性质、颜色、量等	4
	洗出液澄清无味时，待洗胃机刚转至“进胃”状态时按“暂停”键	4
	拔管	6
	漱口、清理面部、安置病人，整理用物	3
	清洁及排空洗胃机	2
洗手、脱口罩、记录	2	
终末质量 10分	熟悉仪器，正确连接管道及使用	2
	操作熟练、轻巧、稳重	3
	正确选择洗胃溶液，注意观察	3
	沟通交流与人文关怀	2

16. 鼻氧管给氧法（中心供氧、氧气筒）

（1）目的：

- a. 纠正缺氧状态，提高动脉血氧分压和动脉血氧饱和度，增加动脉血氧含量；
- b. 促进组织新陈代谢，维持机体生命活动。

（2）注意事项：

- a. 严格遵守操作规程，注意用氧安全，做好“四防”（防火、防油、防震、防热）；
- b. 使用氧气时应先调流量后应用；停氧时应先拔管再关氧气；中途改变流量应先分离鼻氧管，调节好流量再接上；
- c. 经常巡视用氧情况，注意观察给氧效果；
- d. 压力表显示 0.5MPa（5kg/cm²）时应更换氧气筒，以免灰尘进入，再充气时引起爆炸；
- e. 氧气筒上应悬挂“满”或“空”的标志，便于及时调换；
- f. 学会氧浓度和氧流量换算。

（3）操作步骤：

中心供氧给氧

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估：年龄、病情、意识、缺氧程度、血气分析结果、鼻腔情况、心理状态、合作程度	6
	病人：向病人解释，病人了解操作目的、配合要点、注意事项等	2
	环境：光线充足，远离火源和热源、有禁烟火标志	4
	护士：仪表符合要求，洗手，戴口罩	2
	用物准备与检查：氧气表、湿化瓶（湿化液不合适扣 1 分、液面不符合 1/3-1/2 满扣 1 分）、鼻氧管、小药杯（含冷开水）、手电筒、棉签、纱布、弯盘、用氧记录单等	6
操作流程 60分	核对病人，安置舒适卧位	2
	装表，检查	2
	清洁鼻腔	2
	连接鼻氧管	2
	根据病情调节氧流量，检查有无漏气	10
	确认氧气流出通畅	2
	佩戴鼻氧管：方向正确，松紧适宜	8
	洗手、记录给氧时间、氧流量、病人反应、签名	8
	交代注意点：氧气四防、氧流量、下床活动等	6
	处理给氧医嘱	2
	巡视、观察与记录： 缺氧改善情况、氧流量、湿化液液面高度、氧疗副作用等	4
	核对病人，停止用氧	2
	取下鼻氧管，纱布包裹末端，酌情清洁面部	2
	关闭氧气表	2
	观察鼻腔情况，安置病人于舒适卧位	2
卸表	1	
洗手、记录停止用氧时间	2	
用物处理	1	
终末质量 10分	安全意识与查对制度	4
	操作熟练、轻巧	3
	注意与病人沟通、有爱伤观念	3

氧气筒给氧

项目	具体内容	分值	
准备工作 20分	评估：年龄、病情、意识、缺氧程度、血气分析结果、鼻腔情况、心理状态、合作程度	6	
	病人：向病人解释，病人了解操作目的、配合要点、注意事项等	2	
	环境：光线充足，远离火源和热源、有禁烟火标志	4	
	护士：仪表符合要求，洗手，戴口罩	2	
	用物准备与检查：氧气筒、氧气表、湿化瓶（湿化液不合适扣1分、液面不符合1/3-1/2满扣1分）、扳手、鼻氧管、小药杯（含冷开水）、手电筒、棉签、纱布、弯盘、用氧记录单等	6	
操作流程 60分	给氧前 10分	检查氧气筒及各部件	1
		打开并迅速关闭总开关以清洁气门	2
		装表，连接湿化瓶	4
		开氧气表开关，查氧气流出是否通畅、有无漏气	2
		关氧气表开关	1
	给氧 35分	核对病人	2
		清洁鼻腔	2
		连接鼻氧管	2
		根据病情调节氧流量，检查有无漏气	10
		确认氧气流出通畅	2
		佩戴鼻氧管：方向正确，松紧适宜	8
		洗手，记录给氧时间、氧流量、病人反应、签名	5
	给氧后 15分	交代注意点：氧气四防、氧流量、下床活动等	3
		处理给氧医嘱	1
		巡视、观察与记录：缺氧改善情况、氧气流量、湿化液液面高度、氧疗副作用等（口述）	4
		核对病人，停止用氧	1
		取下鼻氧管，纱布包裹末端，酌情清洁面部	2
		关闭氧气表	1
终末质量 10分	观察鼻腔情况，安置病人于舒适卧位	1	
	卸表：关总开关，放余气，关氧气表开关，卸湿化瓶、氧气表	3	
	洗手、记录停止用氧时间、用物处理	3	
	安全意识与查对制度	3	
	操作熟练、轻巧	4	
	注意与病人沟通、有爱伤观念	3	

17.吸痰法

(1) 目的:

- a.清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅；
- b.预防肺部并发症发生；

(2) 注意事项:

- a.吸痰前检查装置连接是否正确；
- b.严格执行无菌操作，每吸痰一次应更换吸痰管；
- c.吸痰动作轻柔，防止损伤呼吸道粘膜；
- d.痰液粘稠时，可配合叩击、雾化吸入等，提高吸痰效果；
- e.贮液瓶吸出液不要过满，并及时倒出，以免溢出损坏机器；
- f.每次吸痰时间不超过 15 秒，必要时，吸痰前后提高吸氧浓度。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估：年龄、病情、意识、呼吸状况、呼吸道分泌物排出能力、口鼻腔情况（有义齿应取下）、听诊痰鸣音等	6
	病人：向病人解释，病人了解操作目的、配合要点、注意事项等，必要时做深呼吸、有效咳嗽等	4
	环境：温湿度适宜，光线充足，有电源及插座或中心吸引管道、围帘遮挡	2
	护士：仪表符合要求，洗手，戴口罩	2
	用物准备与检查：吸痰罐一套（注明开启日期及吸痰前后字样）、一次性吸痰管数根（内有一次性手套）、听诊器、手电筒、记录单、纱布等；电动吸引器或中心吸引装置（负压表、痰液收集器、连接管 2 根），必要时备压舌板、开口器、舌钳、接线板等	6
操作流程 60分	核对病人，取合适体位（将头转向操作者，必要时抬高床头 30°）	2
	接通电源，检查吸引器性能或者连接中心吸引装置、调节负压（成人 0.04-0.053Mpa 或 300-400mmHg；儿童<0.04MPa 或 300mmHg；新生儿 80mmHg）	10
	撕开吸痰管外包装，戴手套	4
	取出并连接吸痰管，打开吸引器开关或负压表开关	4
	试吸通畅	2
	阻断负压，插吸痰管	8
	吸痰，边旋转边向上提拉，一次吸痰时间小于 15s	10
	观察病人反应及吸出痰液的性质、量等	2
	分离吸痰管，脱手套	4
	冲洗管道，根据病情换管和/或换部位再吸，关负压	4
	清理面部、观察口鼻粘膜、听诊、安置病人	5
	整理用物	2
	洗手、脱口罩，记录	3
终末质量 10分	严格执行无菌原则与查对制度	2
	操作熟练、轻巧、稳重	3
	注重与病人的沟通	2
	保护呼吸道粘膜，有爱伤观念	3

18.单人徒手心肺复苏（成人）

（1）目的：

对各种原因引起呼吸心跳停止的病人进行抢救，维持基本脏器灌注，为心、肺、脑复苏并恢复功能奠定基础。

（2）注意事项：

a.判断意识应在 10 秒内完成；

b.尽量减少抢救中断，操作途中若需换人，应在按压、吹气间隙进行，且中断时间不得超过 10 秒；

c.怀疑颈椎受伤者，注意保护颈椎；

d.反对跳跃式或冲击式心脏按压。

（3）操作步骤：

项目	具体内容	分值		
准备 工作 10分	环境：评估周围环境安全，适宜抢救	4		
	个人：做好个人防护	4		
	用物：纱布、弯盘、记录单等	2		
操作流程 70分	判断 15分	判断反应：轻拍病人肩部，在病人耳边高声呼叫病人	5	
		确认病人意识丧失后立即呼救，启动急救系统，看表、记录时间	5	
		判断脉搏：大于 5 秒，小于 10 秒，同时观察呼吸	5	
	胸外 心脏 按压 25分		安置病人仰卧平地或硬板床，头颈躯干成一条直线，两臂放于身体两侧	2
			松开病人衣扣、裤带	2
			确定胸外心脏按压的位置：两乳头连线中点	6
			按压手法：一手掌根置于按压位置，另一手掌压在左手背上，十指锁扣，下方手指翘起不接触胸壁，双侧肘关节伸直，垂直向下按压	6
			连续匀速按压 30 次	2
			按压深度：胸骨下陷 5-6cm	4
			按压频率：100~120 次/分钟，每次按压后使胸廓充分回弹	3
	开放 气道 8分		判断颈部有无损伤	1
			检查口腔，清除分泌物或异物，取下活动义齿	2
			打开气道，方法正确	5
	人工 呼吸 12分		一手捏住病人鼻孔，一手保持气道开放状态	2
			包严病人口唇，不留空隙，吹气 1 秒，500~600ml	5
			吹气同时观察胸廓是否隆起	3
	判断 效果 8分		吹气两次，两次吹气间隔 1 秒，放开鼻翼	2
			按压与人工呼吸比：30：2，做 5 个循环	2
			判断：颈动脉搏动、呼吸、瞳孔、面色、甲床等	4
	整理 2分		口述复苏成功、尽早开展高级生命支持，整理病人衣服，头偏向一侧	2
		洗手，记录	2	
终末 质量 10分		符合抢救程序，操作敏捷，动作熟练	4	
		有效开放气道，人工呼吸与心脏按压方法正确	4	
		动作不粗暴，体现人文关怀	1	
		正确评估复苏指标，适时终止操作	1	

十、其它

19.口腔护理

(1) 目的:

- a.保持口腔清洁、润湿，预防感染；
- b.清除口腔异味，增进食欲，促进舒适；
- c.观察并了解病人病情。

(2) 注意事项:

- a.动作轻柔，勿损伤口腔粘膜及牙龈，弯血管钳不可触及粘膜，擦舌及硬歌勿触及咽部，以免口引起恶心；
- b.有活动性假牙者，先取出义齿用冷水洗净，放清水浸泡备用，漱口后戴上以维持正常功能及美观；昏迷病人义齿放清水中保存，每日更换清水，不可放酒精内浸泡；
- c.昏迷病人禁漱口，浸水棉球不可过湿，棉球夹紧，防脱落于口腔，误入气管；
- d.每次擦洗用一个棉球，一个棉球擦洗一个部位；
- e.挤棉球的手法正确，棉球不宜过湿，不得污染；
- f.擦洗顺序为自上而下，由内而外。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备 工作 20分	评估：病情、口腔卫生状况、有无义齿、溃疡、自理能力、心理状态等	6
	病人：向病人解释，病人了解操作目的、操作过程及配合要点等	2
	环境：安静、整洁、光线充足	2
	护士：仪表符合要求、指甲已修剪、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查：口护包（治疗碗1个、足够的棉球、血管钳、镊子、治疗巾），根据病人情况备合适的漱口液（4分），手电筒，压舌板，漱口杯内备温开水和吸管，弯盘，必要时备石蜡油、开口器、外用药、棉签等	8
操作 流程 60分	核对病人	2
	倒漱口液，湿润并清点棉球数量	4
	安置合适体位，颌下铺治疗巾，置弯盘	4
	必要时取下义齿，漱口	2
	嘱病人咬合上下齿，撑开颊部；先对侧后近侧纵向擦洗牙列外侧面	6
	嘱病人张口，纵向擦洗对侧上牙列内侧面，横向擦洗咬合面	4
	嘱病人张口，纵向擦洗对侧下牙列内侧面、横向擦洗咬合面	4
	撑开颊部，弧形擦洗对侧颊部	2
	同法擦洗近侧（真做，不可口述）	10
	擦洗硬腭、舌面、舌下	6
	擦洗完毕，再次清点棉球数量	4
	再次漱口	2
	擦干口周，再次评估口腔情况，酌情涂药	4
	撤去用物，安置病人、整理床单位	2
终末处置、洗手、脱口罩，纪录	4	
终末 质量 10分	查对规范	2
	操作流畅，擦洗动作轻柔	4
	沟通自然，注重人文关怀	4

20.鼻饲法

(1) 目的:

维持不能或不允许经口进食者（如昏迷病人、口腔疾患或口腔术后病人、有吞咽困难者等）的营养和治疗。

(2) 注意事项:

a.插管和拔管动作应轻柔，避免损伤食管粘膜，尤其是通过食管 3 个狭窄部位：环状软骨水平处，平气管分叉处，食管通过膈肌处。拔管时，边擦边拔；

b.插入胃管至 10~15cm（咽喉部）时，若为清醒病人，嘱其做吞咽动作；若为昏迷病人，则用左手将其头部托起，使下颌靠近胸骨柄，以利插管；

c.胃管如误入气管，应立即拔出胃管；

d.每次鼻饲前应确定胃管留置时间、插入长度，证实胃管在胃内且通畅，并用少量温水润滑管道后再进行喂食，鼻饲完毕后再次注入少量温开水，保持管道通畅；

e.新鲜果汁与奶液分别注入，防止产生凝块；药片应研碎溶解后注入；

f.每次鼻饲量不超过 200ml，鼻饲间隔时间大于 2 小时；

g.食管静脉曲张、食管梗阻者禁忌鼻饲；

h.长期鼻饲者应每天进行口腔护理；定期更换胃管，一般晚间拔管，次晨再从另一侧鼻孔插入。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估：年龄、病情、意识、营养、有无鼻饲禁忌证、吞咽功能、鼻腔情况、有无义齿、活动能力、心理状态及合作程度等	6
	病人：向病人解释，病人了解操作目的、操作过程、配合要点及注意事项	2
	环境：安静、整洁、光线充足	2
	护士：仪表符合要求，洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查：治疗巾、一次性胃管、石蜡油、镊子、纱布、手电筒、听诊器、压舌板、胶布、胃管标识、橡皮筋、别针、棉签、喂食器、温开水、营养液（≤200ml，38~40℃各 2 分）、弯盘、松节油；一次性手套	8
操作流程 60分	核对病人，安置合适体位，治疗巾铺在病人颌下及胸前	2
	备好听诊器、喂食器、胶布、确定剑突位置，清洁一侧鼻腔	3
	取出胃管，确认胃管末端处于闭合状态，润滑胃管前端	3
	测量胃管插入长度（发际至剑突，约 45-55cm）	5
	插入胃管，查看胃管是否在口腔中盘曲	8
	两种确认胃管在胃内方法：注空气听到气过水声，抽吸见胃液	4
	胶布固定胃管，填写、粘贴胃管标签	3
	插管后让病人适当休息后再灌注食物（口述）	2
	确认胃管在位，注入适量温开水--缓慢注入鼻饲液--再注入适量温开水	8
	包裹、固定胃管末端，嘱病人保持原卧位 20-30 分钟，以防呕吐与反流	2
	处理用物，洗手，记录	3
	核对病人，解释拔管的原因，交待配合要点	2
	置弯盘于病人颌下，确认胃管末端处于闭合状态，去除胶布	2
	戴手套，一手持纱布靠近鼻孔包裹胃管，嘱病人深呼吸，在呼气时拔管，到咽喉处快速拔出，将胃管和脱下的手套一起防止黄色垃圾袋	6
观察置管鼻腔有无粘膜损伤，处理胶布痕迹	2	
协助病人漱口，安置舒适体位，处理用物	3	
洗手、脱口罩，记录	2	
终末质量 10分	严格执行查对制度	2
	沟通自然，体现人文关怀	4
	流程顺畅，动作熟练规范	4

21. 超声雾化吸入法

超声波雾化是应用超声波能，把药液变成细微的气雾，随病人的吸气而进入呼吸道。雾量大小可调节，雾滴小而均匀，药液随着深而慢的吸气可被吸到终末支气管及肺泡。

(1) 结构：超声波发生器、水准槽、雾化罐、螺纹管和口含嘴(或备面罩)。

(2) 原理：当超声波发生器作输出高频电能，使水槽底部晶体换能器发生超声波能，作用于雾罐内的液体，破坏了药液表面张力和惯性成为微细的雾滴，通过导管输送给病人。

(3) 目的：

- a. 控制感染：消炎、镇咳、祛痰(稀化痰液，以利排痰)；
- b. 改善通气功能：解除支气管痉挛，保持气道通畅；
- c. 预防呼吸道感染：常用于胸部手术前、后；
- d. 湿化气道：常用于呼吸道湿化不足、痰液粘稠、气道不畅者。

(4) 注意事项：

- a. 使用前，先检查机器各部有无松动、脱落等异常情况；
- b. 水槽底部的电晶片和雾化罐底部的透声膜薄而脆易破，操作中动作轻、防止损坏；
- c. 水槽内保持足够的水量，水槽和雾化罐中切忌温水或热水，水温超过 50℃应停机；
- d. 观察病人痰液排出情况，如痰液粘稠经湿化后不易咳出，应予以拍背等协助排痰。

(5) 操作步骤：

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估：病情、意识、合作程度、治疗情况、用药史、对治疗的了解、呼吸道情况、面部及口腔黏膜等情况	6
	病人：向病人解释，病人了解操作目的、操作过程、配合要点及注意事项	2
	环境：病房环境整洁、光线充足	2
	护士：仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查：超声雾化器一套、药液、冷蒸馏水、水温计、治疗巾、电插板，常用药物：抗生素，解痉药。检查仪器部件是否完好	2
	水槽内加冷蒸馏水至水位线，雾化罐内加生理盐水 30-50ml，加药	4
	旋紧罐盖，连接导管	2
操作流程 60分	备齐用物带至床边，核对病人、病人取舒适体位，治疗巾铺于颌下	8
	接通电源预热 3-5 分钟	4
	打开雾化开关，即工作开关	4
	调至所需时间，按需调节雾量	8
	“口含嘴”放入病人口中，指导病人深呼吸（吸入一般 20 分钟）	10
	治疗毕，取下口含嘴	4
	关雾化开关，再关电源开关	8
	擦干面部、安置病人卧位舒适、整理床单位	6
	处理用物、洗手、脱口罩、记录	8
终末质量 10分	程序正确，操作规范，按时完成	4
	沟通有效，体现人文关怀	3
	严格执行无菌操作原则和查对制度	3

22. 穿、脱隔离衣法

(1) 目的:

保护医务人员避免血液、体液和其他感染性物质污染, 或用于保护病人避免感染。

(2) 注意事项:

- a. 隔离衣只能在规定的区域穿脱, 穿前应检查有无潮湿、破损, 长短完全盖住工作衣;
- b. 穿衣前应将一切物品准备好, 避免穿着隔离衣到清洁区取物;
- c. 穿衣时, 避免污染衣领、面部、帽子和清洁面, 并始终保持衣领清洁;
- d. 穿衣后, 双臂保持在腰部以上, 视线范围, 限在规定区域内不得去清洁区;
- e. 挂衣时, 半污染区隔离衣清洁面向外, 污染区隔离衣污染面向外。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估: 病情、治疗与护理、隔离的种类、及措施、穿隔离衣的环境等	6
	环境: 安静、整洁、光线充足、宽敞	2
	护士: 仪表符合要求、修剪指甲、洗手、戴口罩、取下腕表、卷袖过肘	8
	用物准备与检查: 隔离衣、挂衣架等, 隔离衣符合要求等	4
操作流程 60分	穿隔离衣: 持衣领取下隔离衣	2
	先穿左手再穿右手	4
	系衣领(或结带)	4
	系衣袖(扣袖口)	1
	分别将两侧衣边捏至前面	4
	对齐两侧衣边在身后叠紧	4
	腰带背后交叉回到前面打活结	4
	扣好隔离衣后缘下部的扣子(有的无扣)	2
	脱隔离衣: 松开后缘下部的扣子(有的无扣)	2
	松开腰带在前面打一活结	4
解袖口塞好衣袖过肘	4	
消毒手和手臂, 解领口	4	
右手伸入左袖的清洁面拉下	4	
左手在袖内拉右袖的污染面	4	
两手在袖内解开腰带并脱下衣袖	4	
挂衣钩: 提起衣领, 隔离衣两边对齐挂好备用	4	
终末处理: 所有操作用品按消毒隔离要求处理	2	
洗手, 脱口罩, 记录	3	
终末质量 10分	查对规范、操作流畅	5
	穿、脱隔离衣不污染	5

23. 病人搬运法（轮椅法）

(1) 目的:

- a. 运送不能行走但能坐起的病人入院、出院、检查、治疗及室外活动;
- b. 帮助病人下床活动, 促进血液循环和体力恢复。

(2) 注意事项:

- a. 应经常查轮椅, 各部件保持完好状态, 随时取用;
- b. 推轮椅下坡时速度要慢, 病人的头和背应向后靠, 并抓紧扶手, 以免发生意外;
- c. 病人如有下肢浮肿、溃疡或关节疼痛, 可将脚踏板抬起, 垫以软枕;
- d. 随时注意病人面色和脉搏, 有无疲劳头晕等不适。

(3) 操作步骤:

项目	具体内容	分值
准备工作 20分	评估: 体重、意识、病情与躯体活动能力, 病人损伤部位和合作程度等	6
	病人: 向病人解释, 病人了解运送目的、过程、注意事项、合作要点	4
	环境: 移开障碍物、保证环境宽敞	2
	护士: 仪表符合要求、洗手、戴口罩	2
	用物准备与检查: 轮椅 (5分)、按季节备检查衣服或毛毯、软枕等	6
操作流程 60分	推轮椅至床旁, 核对病人	2
	椅背平床尾 (或推至床边, 和床成 45° 角)、椅面朝向床头	2
	刹车固定椅轮, 翻上脚踏板	6
	天冷时准备病人外衣, 或如用毛毯: 毛毯单层平均铺椅上, 上端高于病人 15cm (以扶手为基点)	2
	撤盖被至床尾成暂空床、协助穿衣裤、袜、鞋子	4
	协助病人下床、上轮椅, 病人扶椅子的扶手、往后坐并靠椅背	8
	整理好衣服, 避免受凉, 如用毛毯: 毛毯上端沿病人颈部向外, 翻折 10cm, 别针固定成大衣翻领状, 围两臂成袖筒, 别针于腕部固定前胸不得外露, 再用毛毯将上身和腰部围好, 避免受凉	6
	脱鞋并将双下肢及脚包好放在脚踏板上, 鞋子装入袋内带上	4
	运送病人, 途中观察、沟通	6
	协助病人下轮椅、上床: 下轮椅法同上轮椅法、协助病人上床	12
	安置好病人, 整理床单位, 注意倾听病人主诉	4
推回轮椅, 固定刹车, 洗手, 脱口罩, 记录	4	
终末质量 10分	程序正确, 操作规范	3
	沟通有效, 体现人文关怀	3
	保证病人的安全	4