



医护睿读

常用护理技术 操作与考评

CHANGYONG HULI JISHU
CAOZUO YU KAOPING

该书详细介绍了生命体征的测量、无菌隔离技术、各种注射穿刺、吸氧、吸痰等护理技术操作程序及评分标准，简明归纳了急救、用药、院感管理、标本留取及特殊症状的护理，其目的是普及急救监护知识，培养护理人员的应急能力，使其掌握必备的护理技术，进一步加强院内感染的预防和控制工作，增加护理人员掌握运用临床化验标本留取及参考值知识，全面提高护理人员执业素质和实际操作能力。

赵成香 等 主编



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS



医护睿读

常用护理技术 操作与考评

该书详细介绍了生命体征的测量、无菌隔离技术、各种注射穿刺、吸氧、吸痰等护理技术操作程序及评分标准，简明归纳了急救、用药、院感管理、标本留取及特殊症状的护理，其目的是普及急救监护知识，培养护理人员的应急能力，使其掌握必备的护理技术，进一步加强院内感染的预防和控制工作，增加护理人员掌握运用临床化验标本留取及参考值知识，全面提高护理人员执业素质和实际操作能力。

赵成香 等 主编



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

本书共分 27 章 85 节,详细介绍了生命体征的测量、无菌隔离技术、各种注射穿刺、吸氧、吸痰等护理技术操作程序及评分标准,简明归纳了急救、用药、院感管理、标本留取及特殊症状的护理,其目的是普及急救监护知识,培养护理人员的应急能力,掌握必备的护理技术,进一步加强院内感染的预防和控制工作,使护理人员掌握临床化验标本留取及参考值知识,全面提高护理人员执业素质和实际操作能力。

本书是护理人员技术操作培训较好的教材,同时也适用于护理管理部门考试考核。

图书在版编目(CIP)数据

常用护理技术操作与考评/赵成香等主编. —上海:

上海交通大学出版社,2014

ISBN 978-7-313-10909-5

I. ①常… II. ①赵… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 036684 号

常用护理技术操作与考评

主 编: 赵成香 等

出版发行: 上海交通大学出版社

邮政编码: 200030

出 版 人: 韩建民

印 制: 常熟文化印刷有限公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

字 数: 491 千字

版 次: 2014 年 3 月第 1 版

书 号: ISBN 978-7-313-10909-5/R

定 价: 45.00 元

地 址: 上海市番禺路 951 号

电 话: 021-64071208

经 销: 全国新华书店

印 张: 20

印 次: 2014 年 3 月第 1 次印刷

版权所有 侵权必究

告读者: 如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话: 0512-52219025

常用护理技术操作与考评

主 编 赵成香 刘凤芳 李洪英 隋清华 赵晓燕 殷 慧
刘桂荣

副主编(按姓氏笔画排序)

王 会 王晓云 孙 平 孙 磊 孙继兰 朱 琳
朱丽华 江兆梅 任 晴 任思侠 刘瑞菊 李庆莉
李晓慧 李露美 杨 会 杨 萍 钟 美 胡化侠
赵玲利 顾苏敏 高颜颜

编 委(按姓氏笔画排序)

王 会 王晓云 孙 平 朱 琳 朱丽华 孙 磊
孙继兰 江兆梅 任 晴 任思侠 刘凤芳 刘桂荣
刘瑞菊 李庆莉 李洪英 李晓慧 李露美 杨 会
杨 萍 钟 美 胡化侠 赵成香 赵玲利 赵晓燕
殷 慧 顾苏敏 高颜颜 隋清华

Preface

前言

随着医学科学的迅速发展,护理学科对护理人员提出了更高的要求,作为专业技术人才,护理人员必须掌握广博的知识和娴熟的操作技能,才能为广大人民群众提供高质量和高效率的服务。

《常用护理技术操作与考评》由具有丰富的实践经验和较高的理论水平护理专家组成的编委会负责编写,全书共分27章85节,第1~21章为常用护理操作技术及评分标准,详细介绍了生命体征的测量、铺床、皮肤护理、口腔护理、鼻饲等基础护理操作步骤和量化评分,简明归纳了无菌隔离技术,各种注射、输液、输血、穿刺、灌肠、导尿、常用管道的护理技术,以及吸氧、吸痰、洗胃等急救护理技术的操作程序与考核标准;第22~26章阐述的是急救监护、特殊症状护理、常用药物应用及医院感染管理;第27章为化验标本的留取。

本书的目的是普及急救监护知识和常用技术,培养护理人员的应急能力,掌握皮试液的配制及各系统重要药物应用的护理技术,进一步提高对精神病患者的防护技术,加强院内感染的预防和控制工作,使护理人员掌握临床化验标本留取及参考值知识,全面提高护理人员的执业素质和实际操作能力。

在本书编写中,我们力求深入浅出,简便易懂,结构严谨,一目了然,注重新技术和新方法的介绍,也有总结和归纳的内容,重点突出实用性、可操作性,为广大护理人员提供实用性强、操作性强的参考资料。

本书是护理人员较好的技术操作培训教材,同时也适用于护理管理部门考试考核。

由于编者水平所限,书中存在的不成熟和疏漏之处,恳请护理界同仁批评指正。

编者

2014年2月

Contents

目 录

第一章 生命体征测量	1
第一节 体温、脉搏、呼吸的测量	1
第二节 血压测量法	3
第二章 铺床法	6
第一节 铺备用床	6
第二节 铺麻醉床	9
第三节 铺暂空床	12
第四节 卧床患者更换床单	15
第三章 无菌技术	17
第一节 无菌技术概念	17
第二节 无菌持物钳的使用	18
第三节 无菌容器使用	20
第四节 取用无菌溶液	21
第五节 无菌包的使用	22
第六节 铺无菌盘法	24
第四章 隔离技术	26
第一节 隔离概念	26
第二节 洗手法	27
第三节 戴无菌手套	30
第四节 穿脱隔离衣	31
第五章 注射技术	34
第一节 皮内注射法	34
第二节 肌肉注射法	36
第三节 皮下注射法	39
第四节 静脉注射法	40

第六章 静脉输液及输血	43
第一节 静脉输液(密闭式)	43
第二节 静脉输血	45
第七章 口腔护理	49
第八章 皮肤护理	52
第一节 手法按摩	52
第二节 预防压疮	53
第九章 鼻饲法	57
第十章 超声雾化吸入	60
第十一章 灌肠术	63
第一节 大量不保留灌肠	63
第二节 小量不保留灌肠	65
第三节 清洁灌肠	66
第四节 保留灌肠	68
第五节 肛管排气	69
第十二章 导尿术	71
第一节 女患者导尿术	71
第二节 男患者导尿术	73
第十三章 冷热疗法	76
第一节 热疗法	76
第二节 冷疗法	81
第十四章 保护性约束技术	86
第十五章 换药术	88
第十六章 穿刺术	90
第一节 静脉穿刺采血	90
第二节 静脉穿刺套管针留置技术	91
第三节 胸腔穿刺	93
第四节 腹腔穿刺	95

第五节	腰椎腔穿刺	97
第六节	耻骨上膀胱穿刺	99
第十七章	吸痰法	101
第一节	电动吸引器吸痰法	101
第二节	气管插管(切开)吸痰法	102
第十八章	吸氧法	106
第一节	氧气吸入(鼻导管法)	106
第二节	中心供氧	108
第十九章	洗胃术	110
第一节	催吐洗胃术	110
第二节	胃管洗胃术	111
第三节	电动洗胃机洗胃术	113
第二十章	心肺复苏术	116
第一节	人工呼吸	116
第二节	胸外心脏按压术	117
第二十一章	常用管道护理技术	119
第一节	一般伤口引流管护理	119
第二节	脑室引流的护理	121
第三节	气管插管护理	123
第四节	胸腔引流管护理	126
第五节	胃肠减压术护理	129
第六节	双气囊三腔管压迫止血护理	131
第七节	T型引流管护理	133
第八节	导尿管留置术	135
第九节	膀胱冲洗术	137
第十节	负压引流术	139
第二十二章	药物应用及护理	142
第一节	给药基本原则	142
第二节	口服给药法	143
第三节	雾化吸入疗法	145
第四节	临床皮试液的配制及临床应用	147
第五节	常用药物应用及护理	155

第二十三章 精神科护理技术	166
第一节 精神科特殊症状的护理	166
第二节 精神科意外事件的处理	168
第三节 电抽搐治疗的护理	170
第四节 无抽搐电休克治疗的护理	172
第二十四章 急诊抢救技术	173
第二十五章 急救监护技术	189
第一节 心肺脑复苏术	189
第二节 气道通路的建立	192
第三节 静脉输液通路的建立	199
第四节 心电监护	203
第五节 血氧监护	205
第六节 血气分析	208
第七节 血流动力学监测	211
第八节 呼吸机参数设置与报警处理	214
第九节 肾功能监测	217
第十节 中枢神经系统功能监测	219
第二十六章 医院感染管理	221
第一节 医院感染概念	221
第二节 医院感染诊断标准	223
第三节 医院感染监测	237
第四节 常见的医院感染	254
第五节 医院感染的预防和控制	255
第六节 医院感染暴发流行抢救预案	282
第二十七章 临床常用检验标本的留取	289
第一节 临床常用检验标本留取	289
第二节 常用检验参考值及临床意义	294
参考文献	309

第一章

生命体征测量

第一节 体温、脉搏、呼吸的测量

一、准备

仪表:着装整洁,佩戴胸牌,洗手、戴口罩。

用物:测温盘内盛体温计、纱布、记录本、红蓝圆珠笔、秒表、弯盘、体温单、格尺。

环境:整洁、安静、光线充足,为女性测腋温应用屏风遮挡。

二、操作步骤

1. 测量方法

(1) 测量腋温:备齐用物,清点体温计数目,检查体温计有无破损,并用纱布擦干,水银柱甩至 35°C 以下。

(2) 对新患者给以解释,解开衣扣,擦干腋下汗液,将体温计水银端置腋窝深处紧贴皮肤夹紧,屈臂过胸。

(3) 10 min 后取出,检视度数,记录。

(4) 测量脉搏:在患者情绪稳定,卧位舒适时,将食指、中指、无名指的指腹平放于桡动脉处,按压力量适度,数半分钟所得数 $\times 2$,异常者应数 1 min。

(5) 测量呼吸:将手仍按在桡动脉处,似诊脉,观察患者胸、腹部的起伏,数半分钟所得数 $\times 2$,如呼吸不规则要数 1 min。

(6) 记录每分钟脉搏、呼吸次数。

(7) 整理用物及患者床位单元。

2. 绘制

将所测得体温、脉搏、呼吸绘制在体温单上,体温为蓝“ $\times$ ”,(口腔温度以蓝点表示“ $\bullet$ ”、直肠温度以蓝圈表示“ $\bigcirc$ ”);脉搏为红“.”,相邻两次用同色线连接,当体温与脉搏重叠时,先画体温,然后在体温外面一红圈表示脉搏,相邻两次用同色线连接;呼吸用蓝笔上下交错记录于呼吸栏内。

三、思考题

(1) 常见的热型有哪些? 试举例说明。

① 稽留热:体温持续在 $39.5\sim 40.0^{\circ}\text{C}$,达数日或数周,24 h 波动范围不超过 1.0°C 。常见

于急性传染病,如伤寒等。

② 弛张热:体温在 39.0°C 以上,但波动幅度大,24 h 体温差在 1.0°C 以上,最低体温仍高于正常水平。常见于败血症等。

③ 间歇热:高热与正常体温交替有规律地反复出现,间歇数小时、1 天、2 天不等。常见于疟疾等。

④ 不规则热:体温在 24 h 中变化不规则,持续时间不定。常见于流行性感冒、肿瘤性发热等。

(2) 消毒与检测体温计的方法有哪些?

① 体温计的清洁消毒法。常用的消毒溶液有 1% 消毒灵、250 mg/L “84” 消毒液、70% 乙醇、1% 过氧乙酸等。采用有盖的塑料盒盛装消毒溶液浸泡体温计,消毒溶液每天更换一次,盛装容器每周消毒一次。

● 口表、腋表消毒法:浸泡于消毒液中,30 min 后取出,用手将汞柱甩至 35.0°C 以下,再放入另一消毒液容器中浸泡 30 min 后取出,用冷水冲洗,再用消毒纱布擦干,存放于清洁盒内备用。

● 肛表消毒法:用消毒液纱布将肛表擦净,再按上法另行消毒。

② 体温计的检查法。定期检查以保证体温计的准确性,将所有体温计的汞柱甩至 35.0°C 以下,同时放入 40.0°C 的温水中,3 min 后取出检视,如读数相差 0.2°C 以上或汞柱有裂隙的体温计,则不要再使用。

(3) 发热的种类有哪些? 请举例说明。

① 低热:口腔温度 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$,如结核病、风湿热。

② 中等热:口腔温度 $38.1\sim 38.9^{\circ}\text{C}$,如一般感染性疾病。

③ 高热:口腔温度 $39\sim 40.9^{\circ}\text{C}$,如急性感染。

④ 过高热:口腔温度 40°C 以上,如中暑。

(4) 短绌脉的测量与绘制方法是什么?

① 测量方法:两人同时测量,一人听心率,另一人测脉搏,同时开始测 1 min,以分数形式记录心率/脉搏。

② 绘制方法:脉率以“·”表示,相邻脉搏用红线相连;心率以红“○”表示,相邻的心率也用红线相连;在脉率和心率两曲线之间用红笔划线填满,脉搏与心率相遇可用“⊙”表示。

(5) 异常呼吸的种类有哪些?

① 呼吸速率的改变:每分钟超过 24 次称为呼吸增快,少于 10 次称为呼吸缓慢。

② 呼吸节律的改变:中枢性呼吸功能不全时,可发生呼吸节律紊乱,如潮式呼吸、间断呼吸。

③ 呼吸深浅度的改变:有深度呼吸和浮浅性呼吸。

④ 呼吸声响的改变:如蝉鸣样呼吸、鼾声呼吸。

⑤ 呼吸困难:吸气性呼吸困难、呼气性呼吸困难、混合性呼吸困难。

四、考核标准

体温、脉搏、呼吸测量的评分标准

项目	考核内容	分值	评分标准	扣分	得分
仪表	仪表端庄,衣帽整齐,服装整洁,挂牌上岗	10	一项不符合要求扣 1 分		
准备	洗手、戴口罩,用物准备齐全	10	缺一项扣 1 分		
评估	评估患者意识、病情及合作程度	10	未评估扣 1 分		
操作程序	备齐用物,清点体温计数目,检查有无破损,并用纱布擦干,水银柱甩至 35℃ 以下	5	缺一项或一项不符合要求扣 1 分		
	对患者作好解释,使其配合,解开衣扣,擦干腋下汗液,将体温计水银端置腋窝深处紧贴皮肤夹紧,屈臂过胸,10 min 后取出,检视度数,记录	10	未解释,操作方法不正确或一项不符合要求扣 1 分		
	测量脉搏,患者情绪稳定,卧位舒适,将食指、中指、无名指的指腹平放于桡动脉处,按压力量适度,数半分钟,异常者应数 1 min	20	食指、中指、无名指放置位置不对或一项不符合要求扣 1 分		
	测量呼吸时,将手仍按在桡动脉处,似诊脉,观察患者胸、腹部的起伏,数半分钟,如呼吸不规则要数 1 min	10	缺一项或一项不符合要求扣 1 分		
	记录每分钟脉搏、呼吸次数,整理用物及患者单元	5	缺一项扣 1 分		
评价	动作熟练、轻稳,手法正确,态度和蔼	10	一项不符合要求扣 1 分		
提问	(1) 常见的几种热型 (2) 异常呼吸的种类	10	回答不完整或缺一条扣 1 分		
时间	全程 10 min		每超过 30 s 扣 1 分		
总分		100			

第二节 血压测量法

一、准备

仪表:着装整洁,佩戴胸牌,洗手、戴口罩。

用物:血压计、听诊器、记录单、笔。

环境:整洁、安静、光线充足。

二、操作方法

(1) 备齐用物,携至床旁,核对患者,说明目的,嘱其休息 10~15 min。

(2) 检查血压表有无裂痕,指针是否保持在零位,输气球及连接管有无漏气。

(3) 患者取坐位或卧位,被测肢体(肱动脉)与心脏位于同一水平,暴露一臂。坐位:平第四肋软骨;卧位:肱动脉平腋中线。

(4) 伸直肘部,手掌向上并外展 45° ,肱动脉应与血压计表、心脏在同一水平上。

(5) 放平血压表,驱尽袖带内的空气,平整无褶地缠于上臂中部,松紧以放入一指为宜,袖带下缘距肘窝 $2\sim 3\text{ cm}$ 。

(6) 戴好听诊器,触摸肱动脉搏动,将听诊器头紧贴肱动脉处,用手固定,另一手关螺旋帽。

(7) 握住气球,向袖带内打气至肱动脉搏动音消失再升高 $20\sim 30\text{ mmHg}$ ($2.67\sim 4\text{ kPa}$),然后慢慢放气,准确测量收缩压和舒张压的数值。

(8) 测量完毕,排尽袖带内余气,拧紧气门上螺旋帽,整理血压表并妥善放置。

(9) 整理病床单元,爱护体贴患者,协助患者取舒适体位。

(10) 将数值记录于记录单上。

三、思考题

(1) 何为高血压? 何为低血压?

① 高血压:收缩压达到 21.0 kPa (160 mmHg)或以上,或舒张压在 12.6 kPa (95 mmHg)或以上。

② 临界高血压:血压值在正常和高血压之间,其收缩压在 $18.8\sim 21.2\text{ kPa}$ ($141\sim 159\text{ mmHg}$);或舒张压在 $12.1\sim 12.5\text{ kPa}$ ($91\sim 94\text{ mmHg}$)。

③ 低血压:收缩压低于 12.0 kPa (90 mmHg),舒张压低于 8.0 kPa (60 mmHg)。常见于休克、心肌梗死等。

(2) 测量血压的注意事项有哪些?

① 测量前应认真检查血压计是否完整、无损、准确,指针是否在“0”点,橡胶管和气球是否漏气。

② 测血压时,血压计表应和肱动脉、心脏在同一水平上。若肢体过高,测得的血压偏低,相反,测得的血压偏高。

③ 听诊器头不应塞入袖带中,否则会使血压偏低。

④ 如发现血压听不清或异常时,应重测,先将袖带内气体驱尽,指针降至“0”点,稍待片刻,再进行测量,直至听清、听准为止。

⑤ 须密切观察血压者,应尽量做到定时间、定部位、定血压计。对偏瘫患者,应在健侧手臂上测量。

⑥ 血压计要定期进行检查,保持准确性,应平稳放置,不可倒置,打气不可过猛,用后袖带内空气要放尽,平卷,注意螺旋帽不要掉落。

⑦ 血压计勿放在高温、潮湿的地方,以免橡胶变质、金属生锈。

(3) 下肢血压的测量方法是什么?

患者平卧或俯卧,袖带应宽大,缠于大腿下部,使其下缘在腘窝上 $3\sim 5\text{ cm}$ 处,将听诊器置于腘窝动脉搏动处,测量并记录下肢血压。

四、评分标准

血压测量评分标准

项目	考核内容	分值	评分标准	扣分	得分
仪表	仪表端庄,衣帽整齐,服装整洁,挂牌上岗	10	一项不符合要求扣 1 分		
准备	洗手、戴口罩,用物准备齐全	10	缺一项扣 1 分		
评估	评估患者病情及合作程度	10	未评估扣 1 分		
操作程序	将用物携至床旁,查对患者,说明目的,检查血压表	5	未查对或缺一项扣 1 分		
	患者取坐位或卧位,被测肢体(肱动脉)与心脏位于同一水平,暴露一臂。坐位:平第四肋软骨;卧位时肱动脉平腋中线。伸直肘部,手掌向上,肱动脉应与血压计表、心脏在同一水平上	10	取体位不正确,肱动脉与血压计表、心脏不在同一水平上或一项不符合要求扣 1 分		
	驱尽血压表袖带内的空气,平整无褶地缠于上臂中部,袖带下缘距肘窝 2~3 cm。戴好听诊器,触摸肱动脉搏动,将听诊器头紧贴肱动脉处,用手固定,另一手关螺旋帽。握住气球向袖带内打气至肱动脉搏动音消失再稍微升高一点,然后慢慢放气,准确测量收缩压和舒张压的数值	20	未驱尽血压表袖带内的空气或一项不符合要求扣 1 分		
	测量完毕,排尽袖带内余气,整理血压表并妥善放置	10	未排尽袖带内余气或一项不符合要求扣 1 分		
	整理病床单元,将血压值记录于记录单上	5	缺一项扣 1 分		
评价	动作熟练、轻稳,手法正确,态度和蔼	10	一项不符合要求扣 1 分		
提问	(1) 何为高血压 (2) 测量血压的注意事项有哪些	10	缺一条扣 1 分		
时间	全程 5 min		每超过 30 s 扣 1 分		
总分		100			

(赵成香)

第二章

铺床法

第一节 铺备用床

一、三单法

1. 准备

仪表:着装整洁、洗手、戴口罩、佩戴胸牌。

用物:床、床垫、床褥、大单 3 个、毛毯、枕芯、枕套、床头橱、凳子。

2. 操作步骤

(1) 备齐用物携至患者床旁,移床旁凳至床尾,将用物放于凳子上面。

(2) 移开床头橱离床 20 cm,折叠床褥放床尾凳上。

(3) 翻转床垫(自上而下或自近至远侧均可)铺床褥。

(4) 铺床基单,中缝对齐展开,先铺床头,后铺床尾,各床角折成 45° 角塞于床垫下,再沿床边将中间部分拉紧展平塞于床垫下,转至对侧同法铺好。

(5) 按上法将贴身单反铺于床上,上端反折 10 cm 与床头齐,床尾折成 45° 角塞于垫下;铺毛毯上端距床头 15 cm,床尾铺成直角;铺罩单正面向上,对准中线,上端与床头齐,床尾折成 45° 角垂于床边,转至对侧,整理床头,以同法逐层铺好床尾。

(6) 套枕套,两角充实,开口背门,双手从床尾拉至床头。

(7) 将床头橱、床旁凳移回原处。

(8) 保持床铺整洁美观。

二、被套法

1. 准备

仪表:着装整洁、洗手、戴口罩、佩戴胸牌。

用物:床、床垫、床褥、大单、被套、毛毯或棉被、枕芯、枕套、床头橱、凳子。

2. 操作步骤

(1) 备齐用物,按铺床先后顺序置护理车推至患者床旁,移床旁凳至床尾,将用物置凳子上面,移开床头橱离床 20 cm。

(2) 折床褥于床尾凳上,翻转床垫,上缘需紧靠床头,铺床褥。

(3) 铺床基单,正面向上,中缝对齐展开,先铺床头,后铺床尾,各床角折成 45° 角塞于床垫下,中间部分拉紧展平塞于床垫下,转至对侧同法铺好。

(4) 套被套。

① “S”式法:将被套正面向外,开口朝向床尾,中缝对齐展开平铺于床基单上,将棉被或毛毯竖叠三折成“S”形放入被套开口处,并拉向被套封口展开,右手固定被头,左手将被套开口处拉向床尾,拉平盖被系带,使盖被上缘距床头 15 cm,把近侧盖被边缘拉平向内折叠与床沿齐,床尾多余部分塞于床垫下,转至对侧,同法折叠盖被铺成被筒。

② 卷筒法:被套反面向外,开口朝向床尾,中缝对齐展开平铺于床基单上,将棉被或毛毯平铺于被套上,以卷筒式从开口处将棉被和被套一并翻转至被头,右手固定被头,使被套与棉被紧贴,左手将翻转的被套与棉被拉向床尾,并铺平使中缝对齐系带,拉盖被使其上缘距床头 15 cm,折叠盖被两侧边缘,床尾多余部分塞于床垫下。

(5) 套枕套,四角充实,开口背门,双手从床尾拉至床头。

(6) 整理病床单元,将床头橱、床旁凳移回原处。

(7) 保持床铺整洁美观。

三、思考题

(1) 铺备用床的目的是什么?

准备接受新患者,保持病室整洁、美观。

(2) 铺备用床的注意事项有哪些?

① 患者进食或做治疗时应暂停铺床。

② 病床应铺得平整、舒适、美观。

③ 操作中注意节力,以减少体力消耗和缩短铺床时间。铺床时,身体靠近床边,上身保持直立,两腿前后分开稍屈膝,有助于扩大支撑面,增加身体的稳定性,同时手和臂的动作要协调配合,动作应连贯,避免多余的动作。

④ 铺床毕,整理病床单元及用物,保持病室整齐划一。

四、评分标准

备用床(三单法)评分标准

项目	考核内容	分值	评分标准	扣分	得分
仪表	仪表端庄,衣帽整齐,服装整洁,挂牌上岗	10	一项不符合要求扣 1 分		
准备	洗手、戴口罩,用物齐全	10	缺一项扣 1 分		
评估	评估环境是否清洁,物品有无损坏,季节是否适宜	10	评估少一项扣 1 分		
操作程序	携用物于床旁,移床头橱,床尾凳	5	少移一件扣 1 分		
	铺大单:中缝对齐展开,先铺床头,后铺床尾,各床角折成 45°角塞于床垫下,再沿床边将中间部分拉紧塞于床垫下,转至对侧同法铺好	10	中缝不正或折角松动(1 个)及单子不平整各扣 1 分		

(续表)

项目	考核内容	分值	评分标准	扣分	得分
操作程序	铺衬单:上端反折 10 cm 与床头齐,床尾折成 45° 角塞于垫下;铺毛毯上端距床头 15 cm,床尾铺成直角;铺罩单:正面向上,对准中线,上端与床头齐,床尾折成 45° 角垂于床边,转至对侧铺好	20	衬单反折尺寸不对,床尾折角松动一个,毛毯上端未距床头 15 cm 或铺罩表面不平整,中线不齐等各扣 1 分		
	套枕套:两角充实,开口背门放置	10	放置不正确或一项不符合要求扣 1 分		
	移回床头橱、床旁凳	5	少移一项扣 1 分		
评价	动作轻稳,节力,手法正确	10	一项不符合要求扣 1 分		
提问	铺备用床的目的及注意事项是什么	10	回答缺一条扣 1 分		
时间	全程 6 min		每超过 30 s 扣 1 分		
总分		100			

备用床(被套法)评分标准

项目	考核内容	分值	评分标准	扣分	得分
仪表	仪表端庄,衣帽整齐,服装整洁,挂牌上岗	10	一项不符合要求扣 1 分		
准备	洗手、戴口罩,用物齐全	10	缺一项扣 1 分		
评估	评估环境是否清洁,物品有无损坏,季节是否适宜	10	未评估扣 1 分		
操作程序	携用物于床旁,移开床头橱,床尾凳	5	少移一件扣 1 分		
	铺大单:中缝对齐展开,先铺床头,后铺床尾,各床角折成 45° 角塞于床垫下,再沿床边将中间部分拉紧塞于床垫下,转至对侧同法铺好	10	大单中线不正或折角松动(1 个)及单子不平整各扣 1 分		
	铺被套:以“S”式法为例,正面向外,开口朝向床尾,中缝对齐展开平铺于床基单上,将棉被或毛毯竖叠塞入展开,拉平盖被系带,上缘距床头 15 cm,把近侧盖被边缘拉平向内折叠与床沿齐,床尾多余部分塞于床垫下,转至对侧,同法折叠盖被铺成被筒	20	盖被未距床头 15 cm,中线不正或一项不符合要求各扣 1 分		
	套枕套:两角充实,开口背门放置	10	放置不正确或一项不符合要求扣 1 分		
	移回床头橱、床旁凳	5	少移一件扣 1 分		
评价	动作轻稳,节力,手法正确	10	一项不符合要求扣 1 分		
提问	铺备用床的目的及注意事项是什么	10	回答缺一条扣 1 分		
时间	全程 6 min		每超过 30 s 扣 1 分		
总分		100			