

专科护理技术 操作流程及评分标准

主编 马美丽 高晓燕 王景梅



Zhuanke Huli Jishu
Caozuo Liucheng
Ji Pingfen Biaozhun

 军事医学科学出版社

专科护理技术操作流程 及评分标准

主 编	马美丽	高晓燕	王景梅	
副主编	庄美丽	丁全菊	刘 伟	王 蕾
	周启蕾	刘丽云		
编 委	王 秀	崔福秀	王小青	潘秀慧
	满晓明	韩洪芬	董 美	王文采
	丁 菊	刘枫枫	孙玲玲	梁 芳
	肖 雯	生 霞	张均凤	安淑华
	杨丽霞	王暖霞	薛 娇	丁 凤
	逢锦涵	李乐红	郝少华	郭丽梅
	田明霞	贾 琳	杨照娟	肖 笑
	张 烨	张 雪	黄 磊	苏秀梅
	逢锦涵	仇美玲	逢淑秀	逢翠翠
	朱奇丽			

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

专科护理技术操作流程及评分标准/马美丽,高晓燕,王景梅主编.
—北京:军事医学科学出版社,2014.5
ISBN 978-7-5163-0411-2

I. ①专… II. ①马… ②高… ③王… III. ①护理—技术操作
规程 IV. ①R472-65

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第083126号

策划编辑:赵艳霞 责任编辑:于庆兰
出版人:孙宇
出版:军事医学科学出版社
地址:北京市海淀区太平路27号
邮编:100850
联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195
编辑部:(010)66931038,66931039
86702759,86703183
传真:(010)63801284
网址:<http://www.mmsp.cn>
印装:三河市双峰印刷装订有限公司
发行:新华书店

开本:710mm×1000mm 1/16
印张:16.5
字数:402千字
版次:2014年5月第1版
印次:2014年5月第1次
定价:35.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

保障优质护理服务的深入开展,加强护士临床护理操作技能的培训,不仅要加强“三基”(基础理论、基础知识、基础技能)的培训,还应加大“三专”(专科理论、专科知识、专科技能)的培训。目前临床各专科护理新技术、新方法迅猛发展,较多临床护士在执行专科护理操作时标准不一,操作过程中多侧重于操作步骤,而缺乏操作中与患者的沟通交流和对患者关心体贴,不能很好地适应责任制整体化护理的要求,鉴于此,编者结合自己丰富的临床护理实践经验,组织全院各临床专科护理骨干,本着为患者提供高质量的、安全的、以人为本的护理服务为原则,结合各专科发展,参考国际、国内先进的护理理念,编写了这本《专科护理技术操作流程及评分标准》。

该书本着应用临床、指导实践的原则,全面系统地将内科、外科、妇产科、儿科、五官科、手术室、急危重症、透析及 PICC 各专科常用护理技术操作项目逐一细化编写成操作流程和评分标准,共分为 9 个章节 132 个操作项目,每一操作项目本着深化“以患者为中心、以质量为核心”的服务理念,注重了操作前评估、操作过程中与患者的交流、关心体贴及操作后整体评价,并将每一操作步骤和评分标准进行细化,使护理人员在培训中更加明确每一步骤的操作方法和评分原则,指导护理人员在临床实践中更加规范、科学地为患者实施护理活动,提高专科护理技术水平,通过精湛的、人性化的护理技能操作,为患者提供更高质量的优质护理。本书实用性、指导性、可操作性强,可作为指导专科护理人员临床工作和培训的参考用书。

本书的编撰得到青岛市黄岛区人民医院领导的大力支持与帮助,得到了青岛市护理学会王玉玲理事长的指导与帮助,在此一并表示感谢。由于编者水平有限,编写时间仓促,错误和疏漏之处,恳请广大同仁、专家给予批评指正。

编者
2014 年 4 月

目 录

第一章 内科常用专科护理技术操作流程及评分标准	(1)
一、泵入特殊药物操作流程及评分标准	(1)
二、穿脱隔离衣操作流程及评分标准	(3)
三、放置口咽通气管操作流程及评分标准	(5)
四、冠状动脉造影术护理流程及评分标准	(7)
五、口服洋地黄药物操作流程及评分标准	(9)
六、口罩使用技术操作流程及评分标准	(11)
七、叩击震颤排痰操作流程及评分标准	(12)
八、留置针封管技术操作流程及评分标准	(14)
九、气道吸入剂的使用操作流程及评分标准	(16)
十、体位引流术操作考核标准	(18)
十一、吞咽训练操作流程及评分标准	(20)
十二、硝普钠药液泵入操作流程及评分标准	(22)
十三、协助患者翻身及有效咳嗽操作流程及评分标准	(24)
十四、腰穿术后护理操作流程及评分标准	(26)
十五、氟尿嘧啶泵入操作流程及评分标准	(28)
十六、配制化疗药物操作流程及评分标准	(30)
第二章 外科常用专科护理技术操作流程及评分标准	(32)
一、鼻肠管护理操作流程及评分标准	(32)
二、肠道手术肠道准备操作流程及评分标准	(34)
三、腹部手术后促进肠蠕动恢复操作流程及评分标准	(36)
四、腹腔引流护理操作流程及评分标准	(38)
五、更换胸腔闭式引流瓶操作流程及评分标准	(40)
六、下肢骨牵引术后护理操作流程及评分标准	(42)
七、骨折患者局部冷敷操作流程及评分标准	(44)
八、光子治疗仪的操作流程及评分标准	(45)
九、呼吸肌功能锻炼操作流程及评分标准	(46)
十、甲状腺术前体位练习操作流程及评分标准	(48)

十一、经鼻肠管行肠内营养护理操作流程及评分标准	(49)
十二、经皮肝穿刺置管引流术(PTCD)护理流程及评分标准	(51)
十三、烤灯操作流程及评分标准	(53)
十四、末梢血运观察护理指导操作流程及评分标准	(54)
十五、皮牵引患者的护理操作流程及评分标准	(56)
十六、频谱仪的使用操作流程及评分标准	(58)
十七、普外科备皮操作流程及评分标准	(60)
十八、气管食管推移训练操作流程及评分标准	(62)
十九、乳腺癌术后患肢功能锻炼操作流程及评分标准	(64)
二十、深静脉置管维护操作流程及评分标准	(66)
二十一、生长抑素泵入操作流程及评分标准	(68)
二十二、术前术后呼吸功能锻炼操作流程及评分标准	(70)
二十三、胃手术前洗胃术操作流程及评分标准	(72)
二十四、腰背肌功能锻炼操作流程及评分标准	(74)
二十五、有效排痰操作流程及评分标准	(76)
二十六、预防术后下肢静脉血栓形成操作流程及评分标准	(78)
二十七、直肠代膀胱皮肤造口护理操作流程及评分标准	(80)
二十八、保留灌肠操作流程及评分标准	(82)

第三章 妇产科常用专科护理技术操作流程及评分标准	(84)
一、妇科腹部手术备皮操作流程及评分标准	(84)
二、妇科腹部手术术后促进肠蠕动恢复操作流程及评分标准	(86)
三、腹腔引流护理操作流程及评分标准	(87)
四、妇科膀胱灌注操作流程及评分标准	(89)
五、会阴擦洗操作流程及评分标准	(91)
六、阴道擦洗的操作流程及评分标准	(93)
七、阴道或宫颈局部上药操作流程及评分标准	(95)
八、坐浴护理配合的操作流程及评分标准	(97)
九、输卵管通液术的护理配合操作流程及评分标准	(99)
十、人工流产的护理配合操作流程及评分标准	(101)
十一、药物流产的护理配合流程及评分标准	(103)
十二、妊高征抽搐患者的护理操作流程及评分标准	(105)
十三、产科应用硫酸镁的操作流程及评分标准	(107)
十四、硫酸镁注射液泵入操作流程及评分标准	(109)
十五、产妇会阴消毒技术操作流程及评分标准	(111)
十六、孕妇待产时产程观察操作流程及评分标准	(113)

十七、产科应用缩宫素引产的操作流程及评分标准	(116)
十八、缩宫素注射液应用的护理观察流程及评分标准	(118)
十九、产前氧气吸入(中心供氧式)技术操作流程及评分标准	(120)
二十、产后出血患者的护理操作流程及评分标准	(122)
二十一、产科腹部手术备皮操作流程及评分标准	(124)
二十二、剖宫产手术前护理操作流程及评分标准	(126)
二十三、剖宫产术后护理操作流程及评分标准	(128)
二十四、母乳喂养技术操作流程及评分标准	(130)
二十五、听胎心音技术操作流程及评分标准	(132)
二十六、听胎心音技术(孕 12 ~ 20 周)操作流程及评分标准	(134)
二十七、新生儿脐部护理技术操作流程及评分标准	(136)
二十八、新生儿眼部护理操作及流程及评分标准	(138)
二十九、新生儿臀部护理操作及流程及评分标准	(139)
三十、新生儿肌肉注射技术操作标准	(140)
三十一、新生儿沐浴技术操作流程及评分标准	(142)
三十二、新生儿抚触技术操作流程及评分标准	(144)
 第四章 儿科常用专科护理技术操作流程及评分标准	(146)
一、新生儿复苏术操作流程及评分标准	(146)
二、新生儿皮肤护理操作流程及评分标准	(148)
三、脐部护理操作流程及评分标准	(150)
四、臀部护理操作流程及评分标准	(152)
五、母乳喂养操作流程及评分标准	(153)
六、小儿约束法操作流程及评分标准	(155)
七、更换尿布法操作流程及评分标准	(157)
八、早产儿暖箱的应用操作流程及评分标准	(159)
九、光照疗法操作流程及评分标准	(161)
十、人工喂养——配奶操作流程及评分标准	(163)
十一、人工喂养——温奶操作流程及评分标准	(164)
十二、人工喂养——奶瓶喂养法操作流程及评分标准	(165)
十三、人工喂养——滴管喂养法操作流程及评分标准	(167)
十四、婴幼儿服药法操作流程及评分标准	(169)
十五、婴幼儿灌肠法操作流程及评分标准	(171)
十六、股静脉采血法操作流程及评分标准	(173)
十七、婴幼儿桡动脉采血法操作流程及评分标准	(175)
十八、新生儿尿标本留取法操作流程及评分标准	(177)

十九、新生儿体重测量法操作流程及评分标准	(178)
二十、新生儿听力筛查法操作流程及评分标准	(179)
二十一、新生儿经皮胆红素测量法操作流程及评分标准	(181)
二十二、臀部频谱(红外线)治疗法操作流程及评分标准	(183)
二十三、鹅口疮护理操作流程及评分标准	(184)
二十四、新生儿沐浴法操作流程及评分标准	(185)
二十五、新生儿家庭式沐浴法操作流程及评分标准	(187)
二十六、新生儿抚触法操作流程及评分标准	(189)
二十七、新生儿洗胃法操作流程及评分标准	(191)
二十八、儿科中药贴敷操作流程及评分标准	(193)
二十九、儿科留置针封管技术流程及评分标准	(195)
三十、儿科氧气驱动雾化吸入操作流程及评分标准	(197)
 第五章 五官科常用专科护理技术操作流程及评分标准	 (199)
一、鼻腔滴药法操作流程及评分标准	(199)
二、滴耳药法操作流程及评分标准	(201)
三、滴眼药水的操作流程及评分标准	(202)
四、涂眼药膏的操作流程及评分标准	(204)
 第六章 手术室常用专科护理技术操作流程及评分标准	 (205)
一、膀胱截石位摆放操作流程及评分标准	(205)
二、气管插管配合操作流程及评分标准	(207)
三、外科刷手操作流程及评分标准	(209)
四、遮背式手术衣、无接触戴无菌手套操作流程及评分标准	(211)
 第七章 重症监护专项护理技术操作流程及评分标准	 (213)
一、成人经口气管插管操作流程及评分标准	(213)
二、心电图机操作流程及评分标准	(215)
三、心肺复苏机操作流程及评分标准	(217)
四、膨肺吸痰操作流程及评分标准	(219)
五、更换气管切开敷料操作流程及评分标准	(221)
六、更换深静脉穿刺处贴膜操作流程及评分标准	(223)
七、更换呼吸机管路操作流程及评分标准	(225)
八、呼吸机用后终末消毒操作流程及评分标准	(227)
九、气管插管患者口腔冲洗操作流程及评分标准	(228)

第八章 透析常用专科护理技术操作流程及评分标准	(230)
一、配制血液透析 B 液操作流程及评分标准	(230)
二、动静脉内瘘穿刺上机操作流程及评分标准	(232)
三、动静脉内瘘穿刺下机操作流程及评分标准	(234)
四、深静脉置管上机操作流程及评分标准	(236)
 第九章 PICC 专科护理技术操作流程及评分标准	 (238)
一、PICC 置管术操作流程及评分标准	(238)
二、PICC 冲管、更换正压接头技术操作流程及评分标准	(241)
三、PICC 冲管输液操作流程及评分标准	(243)
四、PICC 堵管溶栓操作流程及评分标准	(245)
五、PICC 封管操作流程及评分标准	(247)
六、PICC 更换贴膜操作流程及评分标准	(249)
七、PICC 拔管技术操作流程及评分标准	(251)



续表

项目	操作要领	评分	评分方法及扣分标准	扣分
操作步骤 60 分	6. 打开固定正压接头的胶布,消毒正压接头,松开留置针的小夹子,检查确认留置针在血管内后,将延长管或输液器连接正压接头(松开输液器调节夹),按 START 键,开始泵入药液,用胶布妥善固定 7. 用药过程注意巡视观察穿刺部位皮肤情况及用药后的反应,随时查看输液泵或微量泵的工作状态(口述) 8. 在泵入血管活性药物或高浓度药物(钾液、胰岛素)时,要根据监测指标遵医嘱及时调整微量泵速度 9. 再次核对患者及药物名称、剂量和泵入速度 10. 整理用物、洗手、签名	10 5 5 5 3	消毒不合要求扣 4 分 未确认留置针在血管内扣 4 分 固定不当扣 2 分 未观察扣 5 分 未及时调节扣 5 分 未核对一项扣 1 分 不合要求一项扣 1 分	
指导要点 5 分	1. 告知患者使用微量泵或输液泵的目的、输入药物的名称、输液速度 2. 告知患者输液肢体不要进行剧烈活动 3. 告知患者及家属不要随便搬动或调节微量泵,以保证用药安全 4. 告知患者有不适感或机器报警声及时通知医护人员	5	未指导一项扣 1 分	
操作后评 10 分	1. 患者卧位舒适 2. 用物按消毒原则处理 3. 操作规范、熟练 4. 有爱伤观念 5. 无菌观念强	2 2 2 2 2	不合要求一项扣 2 分	
提问 5 分	1. 使用微量注射泵或输液泵的目的:准确控制输液速度,使药物速度均匀、用量准确并安全地进入患者体内发生作用 2. 使用微量注射泵或输液泵的注意事项 (1) 正确设定输液速度及其他必需参数,防止设定错误延误治疗 (2) 护士随时查看微量注射泵或输液泵的工作状态,及时排除报警、故障,防止液体输入失控 (3) 注意观察穿刺部位皮肤情况,防止发生液体外渗,出现外渗及时给予相应处理 3. 应急处理 (1) 突然停电时,应立即手动按照医嘱要求速度推注药液,并按停电的应急预案处理 (2) 输液泵、注射泵报警,应立即检查,排除故障;不能排除的故障,立即更换机器,联系设备科检修	5	缺一条扣 0.5 分	

二、穿脱隔离衣操作流程及评分标准

科室_____ 姓名_____ 分数_____ 日期_____

项目	操作要领	评分	评分方法及扣分标准	扣分
操作前准备 10 分	1. 护士准备:洗手,戴隔离帽、口罩,取下手表,卷袖过肘(冬季卷过前臂中段) 2. 环境准备:操作环境整洁,宽敞,用物摆放合理 3. 用物准备:隔离衣,挂衣架,刷手及洗手设备	4 2 4	挽袖过低扣 1 分 未摘手表扣 1 分 未戴隔离帽扣 1 分 未评估环境扣 1 分 用物摆放不合理扣 1 分 备物不齐缺一件扣 0.5 分 备物不合要求扣 1 分	
操作步骤 70 分	一、穿隔离衣 1. 取隔离衣:手持衣领取下隔离衣,清洁面向自己,将衣领两端向外折齐,露出肩袖内口 2. 持领穿袖:一手持衣领,另一手伸入袖内,举起手臂将衣袖抖上,换手持衣领,依上法穿好另一袖 3. 扣好衣扣:两手持衣领,由前向后理顺领边,扣上领扣,再扣肩扣、袖扣 4. 系好腰带:将隔离衣一侧衣缝(约在腰下 5cm 处)稍向前拉,见到衣边缘则捏住,同法捏住另一侧边缘,双手在背后将边缘对齐,向一侧折叠;一手按住折叠处,另一手松开腰带活结并拉至背后,压住折叠处,将两侧腰带在背后交叉,绕到前面打一活结 二、脱隔离衣 1. 解腰带:解开腰带,在前面打一活结 2. 解袖口:解开袖扣及肩扣,在肘部将部分衣袖塞入工作服袖下,暴露前臂 3. 消毒双手:消毒双手并擦干 4. 解开衣领	7 8 8 10 6 6 6 5	持衣手法不正确扣 2 分 肩袖内口暴露不全扣 1 分 隔离衣触地或碰物扣 2 分 污染衣领扣 3 分 不合要求一袖扣 2 分 衣袖触及面部、衣领各扣 2 分 扣扣顺序颠倒扣 5 分 手触及衣内面扣 1 分 污染一处扣 2 分 手碰触隔离衣内面扣 1 分 后侧边缘对不齐扣 1 分 未折叠衣襟扣 2 分 折叠处松散扣 3 分 腰带未在背后交叉扣 2 分 未打活结扣 1 分 腰带未打结扣 4 分 腰带触地扣 2 分 污染一次扣 2 分 套塞衣袖不合要求扣 2 分 污染前臂裸露皮肤扣 2 分 消毒双手不合格扣 5 分 未擦干扣 1 分 解开衣领污染扣 5 分	



续表

项目	操作要领	评分	评分方法及扣分标准	扣分
操作步骤 70 分	5. 脱下衣袖:一手伸入另一侧袖口内,拉下衣袖过手,再用衣袖遮住的手在另一衣袖的外面拉下此衣袖,两手在袖内使衣袖对齐,逐渐退至衣肩,再以一手握住两肩缝处,退出另一手 6. 挂于衣钩:两手持领,将隔离衣两边对齐,挂在衣钩上;需更换的隔离衣,脱下后清洁面向外卷好,投入污物袋中 7. 消毒双手	7 5 2	衣袖污染手或手臂扣 3 分 双手触及隔离衣外面扣 3 分 肩缝未对齐扣 1 分 悬挂不合要求扣 5 分 污染面向外卷叠扣 3 分 卷叠不合要求扣 3 分 未消毒双手扣 2 分	
操作后评价 10 分	1. 隔离观念强,操作者、环境及物品无污染 2. 手的消毒方法正确,冲洗彻底,隔离衣未被溅湿	5 5	无菌观念不强扣 3 分 污染一处扣 2 分 消毒双手不合格扣 2 分 溅湿衣服扣 3 分	
提问 10 分	1. 目的:保护工作人员和患者,避免交叉感染 2. 注意事项 (1)隔离衣的长短要合适,须全部遮盖工作服,隔离衣有破损时不能使用 (2)隔离衣需每日更换,如有潮湿或污染,应及时更换 (3)穿脱隔离衣应注意始终保持衣领与清洁面的清洁 (4)消毒手时,注意不可沾湿隔离衣,同时避免隔离衣触及其他物品 3. 应急处理:如污染衣领或清洁面,及时更换隔离衣	3 5 2	缺一条扣 2 分	

三、放置口咽通气管操作流程及评分标准

科室 _____ 姓名 _____ 分数 _____ 日期 _____

项目	操作要领	评分	评分方法及扣分标准	扣分
操作前准备 10 分	1. 衣帽整洁、洗手、戴口罩 2. 核对医嘱单、执行单 3. 环境安静、整洁,室温适宜 4. 用物准备:根据患者情况备口咽通气道、开口器、舌钳	2 3 2 3	每项不合格扣 1 分 漏核对一项扣 1.5 分 环境不符合要求扣 2 分 用物缺一件扣 0.5 分	
评估解释 10 分	1. 携用物至床旁,查对床号、姓名 2. 评估患者病情、年龄及口咽通气管型号 3. 告知患者或家属操作的目的,做好解释,以取得合作	4 3 3	漏核对一项扣 2 分 漏评估一项扣 1 分 未解释扣 3 分	
操作步骤 60 分	1. 查对床号、姓名 2. 戴手套 3. 开放气道:放平床头,松开衣领,取平卧位,头后仰,使上呼吸道三轴线(口、咽、喉尽量呈一直线走向) 4. 清洁口鼻腔内分泌物、呕吐物,保持呼吸道通畅,有假牙者应取出 5. 选择合适的口咽通气管 6. 对于意识不清者,操作者用一手的拇指与食指将患者的上唇齿与下唇齿分开,另一手将口咽通气管从后白齿处插入,操作时注意动作轻柔,准确 7. 直接放置:将通气管的咽弯曲沿舌面顺势送至上咽部,将舌根与口咽后壁分开 8. 反向插入法:把口咽管的咽弯曲部分向腭部插入口腔,当其内口接近口咽后壁时(已通过悬雍垂),即将其旋转 180°,借患者吸气时顺势向下推送,弯曲部分下面压住舌根,弯曲部分上面抵住口咽后壁。虽然后者比前者操作难度大,但在开放气道及改善通气方面更为可靠 9. 测试人工气道是否通畅:以手掌放于通气管外侧,于呼气期感觉是否有气流呼出,或以少许棉絮放于通气管外,观察其在呼吸中的运动幅度,此外还应观察胸壁运动幅度和听诊双肺呼吸音 10. 检查口腔,以防止舌或唇夹置于牙和口咽通气管之间 11. 固定:置管成功后,用胶布交叉固定,避免脱出 12. 再次查对 13. 整理用物、脱手套,洗手,并记录	2 2 3 5 3 5 10 10 5 5 5 2 3	未查对一项扣 1 分 未戴手套扣 2 分 未有效地开放气道扣 3 分 手法不正确扣 2 分 未清理气道扣 5 分 一处不符合要求扣 1 分 型号不合适扣 3 分 手法不正确扣 2 分 动作粗暴扣 3 分 手法不正确扣 5 分 动作粗暴扣 3 分 手法不正确扣 5 分 动作粗暴扣 3 分 未测试扣 5 分 气道不通畅不得分 未检查扣 5 分 固定不牢固扣 5 分 未查对扣 2 分 漏一项扣 1 分	



续表

项目	操作要领	评分	评分方法及扣分标准	扣分
指导要点 5分	1. 指导清醒患者张口配合 2. 指导家属防止口咽通气管脱出或被拔出	2 3	未指导一项扣2~3分	
操作后评价 10分	1. 操作规范、熟练 2. 熟悉口咽管性能、维护与保养 3. 动作轻柔,有爱护观念 4. 完成时间在20秒以内	3 2 3 2	不熟练扣3分 不熟悉扣2分 动作粗暴扣3分 超时1分钟扣1分	
提问 5分	1. 目的:为开放气道争取时间,清理呼吸道分泌物,保证氧供 2. 注意事项 (1)昏迷或半昏迷患者放置口咽通气管可能会因刺激而导致呕吐或喉痉挛 (2)不正确的插入可将舌推向咽部而致进一步的梗阻 (3)管腔太小时会将舌头推向口咽部而致梗阻,太大时则将阻塞气管 (4)放置前未清除口咽分泌物可能导致误吸 (5)为避免误吸及呕吐,患者呕吐反射恢复后应立即拔管 3. 口咽通气管的护理要点 (1)保持管道通畅:及时吸痰,清理呼吸道,防止误吸,甚至窒息。吸痰前后吸入高浓度氧,达到清理呼吸道的目的 (2)加强气道湿化:口咽管外口盖一层生理盐水纱布,既湿化气道又防止吸入异物和灰尘 (3)监测生命体征:严密观察病情变化,随时记录,并备好各种抢救物品和器械,必要时配合医生行气管插管术 (4)做好口腔护理	5	漏答一项扣0.5分	

四、冠状动脉造影术护理流程及评分标准

科室 _____ 姓名 _____ 分数 _____ 日期 _____

项目	操作要领	评分	评分方法及扣分标准	扣分
操作前准备 10 分	1. 着装整洁,洗手、戴口罩 2. 核对医嘱单、执行单 3. 环境准备:安静、安全、适合操作 4. 用物准备:血压计、听诊器、心电监护仪 5. 仪器准备:检查心电监护仪完好	2 2 2 2 2	不合要求一项扣 1 分 未查对一项扣 1 分 环境不合要求扣 2 分 用物缺一项扣 1 分 未检查扣 2 分	
评估解释 10 分	1. 查对患者床号、姓名 2. 评估患者病情、意识状态、自理能力、合作程度、穿刺部位皮肤情况、过敏史、用药史、不良反应史 3. 向患者解释手术的目的、方法及注意事项,取得合作	3 4 3	未查对一项扣 1.5 分 未评估一项扣 0.5 分 未解释扣 3 分	
操作步骤 55 分	1. 术前护理 (1) 术前指导:向患者说明介入治疗的必要性、手术过程及术后成功的获益等,进行呼吸、闭气、咳嗽训练以便术中配合,进行床上排尿、排便训练,避免术后因卧位不习惯引起排便困难 (2) 遵医嘱口服抗血小板聚集药物(阿司匹林 300mg,氯吡格雷 300mg) (3) 会阴部及双上肢备皮,留置静脉套管针 2. 术后护理 (1) 生命体征的观察:体温、脉搏、呼吸、血压、心电监护等,其中心电、血压监护 24 小时 (2) 穿刺部位护理 ① 经股动脉穿刺:拔除鞘管前该侧肢体平伸,防止折断鞘管。拔除后穿刺处加压包扎,盐袋压迫 6~8 小时,患肢制动 24 小时,观察局部有无出血、渗血 ② 经桡动脉穿刺:穿刺处加压止血包扎,6~12 小时后根据情况减压,穿刺处肢体勿弯曲,勿施力,勿提重物,患肢末端手指可做轻微活动,以防血栓形成 (3) 观察足背动脉及桡动脉搏动是否良好,注意插管肢体的皮肤、温度、湿度,以了解其供血情况 (4) 饮食指导:进食清淡易消化的饮食,多饮水加速造影剂的排出,以防对肾脏等器官的损害。一般情况下,排尿达 800ml 后可停止饮水 3. 洗手、记录	10 2 5 3 12 12 4 5 2	未说明一项扣 1 分 未训练一项扣 1 分 漏口服药物扣 2 分 缺一项扣 2 分 未观察扣 3 分 未加压包扎扣 2 分 未制动患肢扣 2 分 未观察扣 2 分 其余不合要求一项扣 2 分 未加压包扎扣 2 分 未制动患肢扣 2 分 未活动手指扣 2 分 未观察一项扣 1 分 未指导扣 5 分 不合要求一项扣 1 分	



续表

项目	操作要领	评分	评分方法及扣分标准	扣分
指导要点 5分	1. 术后严密监护,注意患者的生命体征 2. 注意穿刺部位有无血肿及出血 3. 注意观察足背动脉搏动情况 4. 注意患者的下肢静脉回流 5. 术后用药指导	1 1 1 1 1	缺一条扣1分	
操作后评价 10分	1. 术前、术后护理规范、熟练 2. 指导到位 3. 观察、记录认真	4 3 3	护理不规范扣2分 护理不熟练扣2分 指导不到位扣3分 观察、记录不认真扣3分	
提问 10分	1. 目的:明确诊断,进一步明确冠状动脉的范围、程度,选择治疗方案 2. 注意事项 (1)如发生胸闷、胸痛等症状立即通知医护人员,24小时心电监测,以便于观察病情 (2)如床上排尿困难可通过听流水声、热敷下腹部等方法诱导排尿,仍不能自行排尿者,需实施导尿术导出尿液 (3)腰酸、腹胀的患者起床活动后腰酸、腹胀自然会消失,可帮助热敷、适当按摩减轻症状 3. 应急处理 (1)迷走反射性低血压:随时备好利多卡因、阿托品、多巴胺等抢救药物,连接心电、血压监护除颤仪,密切观察心率、心律、呼吸、血压的变化,迷走反射性低血压常表现为血压下降伴随心率减慢、恶心、呕吐、出冷汗,严重时心脏停搏。一旦发现应立即报告医生并积极配合处理。此外,静滴硝酸甘油时要严格掌握滴数,并监测血压 (2)皮下血肿:穿刺处血肿多见于肥胖、高血压、术后压迫时间过短或过早移动肢体。对产生局部血肿者,第一时间通知医生,局部制动加压,用圆珠笔标记出血肿边缘,观察有无继续扩散	10 5 5 20	缺一条扣1分	

五、口服洋地黄药物操作流程及评分标准

科室_____ 姓名_____ 分数_____ 日期_____

项目	操作要领	评分	评分方法及扣分标准	扣分
操作前准备 10 分	1. 着装整洁、洗手、戴口罩 2. 核对医嘱、执行单、药物 3. 备齐用物, 物品放置合理、有序: 发药车上放服药单、温开水、备用药盒, 必要时备量杯、研磨器	3 4 3	不合要求一项扣 1 分 未核对一项扣 1.5 分 用物缺一件扣 0.5 分 物品放置不合理扣 1 分	
评估解释 10 分	1. 携用物至床旁, 查对患者床号、姓名 2. 评估患者的自理能力、吞咽能力, 有无口腔或食管疾患, 是否有恶心、呕吐症状, 用药史, 药物过敏史以及是否具备洋地黄药物的相关知识 3. 向患者做好解释, 取得合作	3 4 3	未核对一项扣 1.5 分 未评估过一项扣 0.5 分 未解释扣 3 分	
操作步骤 60 分	1. 严格三查八对 2. 测脉搏、心率注意节律变化, 若脉搏低于 60 次/分, 禁服 3. 协助患者取舒适体位, 病情允许尽量取坐位或半坐位 4. 准备温开水并协助患者服药 5. 鼻饲患者给药时, 应当将药物研碎溶解后由胃管注入(口述) 6. 亲自看着患者服下药物, 若患者不在病房或因故暂不能服药者, 暂不发药, 做好交班(口述) 7. 严密观察患者用药后的毒性反应 8. 再次查对并签名 9. 整理用物、洗手、记录	10 10 5 5 5 10 5 5 5	未查对一项扣 1 分 未测量扣 10 分 卧位不适扣 5 分 不合要求扣 5 未口述扣 5 分 未口述扣 5 分 未观察扣 5 分 未查对扣 5 分 不合要求一项扣 1.5 分	
指导要点 5 分	指导患者严格按照时间、剂量服用药物	5	未指导一项扣 1 分	
操作后评价 10 分	1. 操作规范、熟练 2. 查对规范 3. 操作时间 8 分钟	3 4 3	操作不熟练扣 2 分 查对不规范扣 4 分 时间每延长 1 分钟 1 分	