

常德职业技术学院 学生专业技能考核标准

护 理

2019 年 8 月

目 录

一、专业名称及适用对象.....	1
二、考核目标.....	1
三、考核内容.....	1
模块一 专业基本技能.....	1
项目一 生命体征测量(成人)	1
项目二 快速血糖测定(成人)	3
项目三 口腔护理	4
项目四 无菌技术操作	5
项目五 穿脱隔离衣与手的消毒	7
项目六 药物过敏试验(青霉素)	8
项目七 肌肉注射(成人)	9
项目八 密闭式静脉输液	11
项目九 氧气吸入疗法(氧气筒供氧)	13
项目十 电动吸引器吸痰(经鼻腔)	14
项目十一 四肢绷带包扎	15
项目十二 单人徒手心肺复苏(成人)	17
项目十三 心电监护仪的使用(成人)	18
模块二 岗位核心技能.....	19
项目十四 四步触诊	19
项目十五 新生儿抚触	21
项目十六 留置导尿术(女性)	22
四、评价标准.....	24
五、抽考方式.....	28
六、附录.....	29

常德职业技术学院学生专业技能考核标准

一、专业名称及适用对象

1. 专业名称

护理（专业代码：620201）。

2. 适用对象

护理专业全日制在籍毕业年级学生。

二、考核目标

本专业技能考核标准对接临床护理工作的实际需求和不同岗位的具体工作任务，设置了专业基本技能、岗位核心技能 2 个技能模块，专业基本技能设置了护理评估、生活护理、医院感染防控、注射给药护理、急救护理等内容，岗位核心技能设置了母婴护理、管道护理，主要测试学生常用的临床护理操作技能。在技能考核的同时注重考核学生以人为本、生命至上、爱岗敬业的职业素养和人际沟通能力。通过技能考核促进学校加强高职护理专业教学基本条件建设，深化课程教学改革，强化实践教学环节，提高实训教学效果，激发学生的积极性和创造力，提高学生解决问题的能力，促进教学和临床工作的有机结合，全面提高我院护理人才培养水平和质量。

三、考核内容

依据护士执业资格考试大纲和临床护理岗位的基本要求，技能考核内容涉及基础护理、内科护理、外科护理、急危重症护理、妇产科护理、儿科护理等多个岗位能力需求，包含 16 个项目。

模块一 专业基本技能

项目一 生命体征测量（成人）

1. 基本要求

能告知病人测量生命体征的目的、方法及注意事项；能根据病人的情况选择生命体征的测量方法、确定测量时间及部位；能严格遵守查对制度，按操作流程完成生命体征的测量，动作规范、熟练，记录结果准确，并能根据测量结果进行

健康指导。

2. 操作规范

(1) 核对。核对病人个人信息（床号、姓名、住院号等）。

(2) 评估及准备。①病人：评估病情、治疗、心理情况、皮肤粘膜状况，有无影响生命体征测量结果的因素（如测量前有情绪激动、运动、进食、洗澡、冷疗热疗等，应休息 30 分钟后再测），选择合适的测量方式，向病人解释生命体征测量的目的、配合方法和注意事项。②环境：室温适宜、光线充足、安静。③操作者：着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：已消毒的体温计、盛有消毒液的容器、血压计、听诊器、弯盘、一次性袖带垫巾、卫生纸、纱布、棉花、润滑油、免洗手消毒剂、病历本、笔。评估用物的性能，将准备好的用物按照使用先后顺序放于治疗车上。

(3) 测量体温。①携用物至病人床旁，再次核对姓名、床号及住院号，并解释。②消毒双手，戴好口罩。③根据病情协助病人取合适体位。④根据病人病情选择体温测量方法，并指导测量：a. 口温：将口表水银端斜放于舌下热窝，嘱其紧闭口唇勿用牙咬，3 分钟后取出擦干，看明度数并记录；b. 腋温：协助病人解开衣扣，擦干腋下汗液，将体温计水银端放于腋窝深处，紧贴皮肤，嘱屈臂过胸夹紧，10 分钟后取出擦净，看明度数并记录；c. 肛温：协助病人取侧卧位、俯卧位或屈膝仰卧位，用布帘 / 屏风遮挡，充分暴露肛门部位，检查有无肛周赘肉等异常情况，用润滑油润滑肛表水银端，避开肛周赘肉插入肛门 3~4cm，固定肛表，3 分钟后取出，用纱布擦净肛表及病人肛周，看明度数并记录。帮助病人穿好裤子，取舒适体位。⑤用卫生纸擦净体温计，置于消毒液容器内进行初步消毒。

(4) 测量脉搏。①指导病人放松，手臂置于舒适位置，腕部伸直，掌心朝上，操作者将示指、中指、无名指的指端按在桡动脉表面，压力大小适中，一般病人脉搏计数 30 秒，再乘以 2，脉搏记录方式为：**次/分。②异常脉搏测 1 分钟；脉搏细弱触不清者，用听诊器听心率 1 分钟；脉搏短绌者由两人同时分别计数心率和脉率 1 分钟，脉搏短绌值记录为：心率/脉率次/分。

(5) 测量呼吸。①操作者保持诊脉手势，观察病人胸腹部的起伏，一起一伏为 1 次呼吸，一般病人呼吸计数 30 秒，再乘以 2。②呼吸异常的病人计数 1

分钟；气息微弱不易观察者取少许棉花置于病人鼻孔前，观察棉花吹动情况，计数 1 分钟。呼吸记录方式为：**次/分。

(6) 测量血压。①帮助病人取坐位或仰卧位，露出手臂至肩部，伸直肘部，手掌向上，放平血压计，使血压计水银柱的“0”刻度和肱动脉、心脏处于同一水平面上，用一次性袖带垫巾缠于肘窝上 2~3cm，在垫巾上缠绕好袖带，松紧以能放入一指为度，打开水银槽开关。②将听诊器胸件放于肱动脉搏动处，轻轻加压固定，关闭气门，打气至肱动脉搏动音消失，汞柱再上升 20~30 mmHg (2.6~4.0 kPa)。③以每秒 3~4 mmHg (0.5 kPa) 的速度缓慢放出袖带中空气，使汞柱渐渐下降。④当听到第一个动脉搏动声时水银柱凸面高度的刻度值为收缩压；继续缓慢放气，至动脉搏动音消失或变声时水银柱凸面高度的刻度值为舒张压。继续放气至“0”水平。⑤松开袖带，排尽袖带内余气，关闭气门整理袖带放入盒内，将血压计向右倾斜 45°，使水银流回槽内，关闭汞槽开关，盖上盒盖。⑥血压值记录为：收缩压/舒张压 mmHg (kPa)。

(7) 测量后处理。①将一次性袖带垫巾放入医用垃圾桶，帮助病人整理衣袖和床单位，取舒适体位。②消毒双手、取下口罩。③告知测量结果并进行健康教育。④按要求初步处理用物。

3. 职业素养要求

动作规范，操作熟练；态度和蔼，语言亲切，沟通有效；结果判断准确，解释合理。

项目二 快速血糖测定(成人)

1. 基本要求

能告知病人进行快速血糖测定的目的、方法及注意事项；能根据病人的病情，选择血糖测定的时间和部位，操作前确保快速血糖仪能有效使用；能严格遵守查对制度、无菌技术操作原则，动作熟练规范，准确地完成快速血糖测定；能根据病情正确判断血糖测定结果的临床意义，同时进行健康指导。

2. 操作规范

(1) 评估及准备。①病人：核对医嘱单、治疗卡、病人床号、姓名；向病人解释并取得合作；评估病人全身情况、进食情况、心理状态、对疾病知识了解程度；采血部位选择恰当，符合病人意愿，评估采血部位皮肤情况。②环境：环

境清洁，光线充足，温、湿度适宜。③操作者：着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：血糖仪、采血笔及针头、配套试纸、75%乙醇、免洗手消毒剂、无菌棉签、记录本、治疗单、笔、弯盘；逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置。

(2) 采血前。①再次核对病人姓名、床号。②做好解释，安慰病人。③开机，检查血糖仪性能是否良好，确认血糖仪条码与试纸条码一致，将试纸插入机内。

(3) 采血。①正确选择采血部位，75%乙醇消毒皮肤，待干。②正确安装采血针头，调节合适档位深度。③快速采血，减轻病人痛苦。④用干棉签拭去第1滴血，将第2滴血轻触试纸测试区。⑤读取血糖值。⑥取出试纸，关闭仪器。⑦整理用物，针头丢入锐器盒，试纸丢入医用垃圾桶内集中处理。⑧洗手，记录测试结果并告知病人，做相关解释。

(4) 健康指导。给予饮食、运动及血糖监测方法的相关指导。

3. 职业素养要求

操作规范，动作熟练、轻柔；沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适。

项目三 口腔护理

1. 基本要求

根据病人病情需要，进行口腔观察，选择合适的口腔护理溶液；为病人进行特殊口腔护理，妥善处理活动义齿，做好病人及家属口腔保健指导；操作规范，动作轻柔；严格执行查对制度；对异常情况的判断和处理迅速、及时、正确。

2. 操作规范

(1) 评估及准备。①病人：核对医嘱；评估病人全身情况：年龄、病情、意识状态；评估病人口腔情况，选择合适漱口溶液，有无松动性牙齿和活动性义齿；评估病人心理状况，解释并取得合作。②环境：清洁、安静、明亮，符合口腔护理要求。③操作者：着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：口腔护理盘(治疗碗2个、无菌棉球若干、止血钳2把、纱布2块)、一次性压舌板、手电筒、治疗巾、弯盘、口腔护理液、一次性手套、无菌棉签、剪刀、病历本、笔、漱口杯、吸管、开口器(按需准备)、

外用药物(按需准备)、病历本及护理记录单(按需准备);逐一对用物进行检查,漱口液选择正确,质量符合要求;摆放有序,符合操作原则。

(2) 口腔护理。①携带用物至病人床旁,核对病人床号、姓名。②向病人或家属解释口腔护理的目的、配合方法及注意事项。③协助病人取合适体位,头偏向一侧(右侧),面向护士。④戴手套,取治疗巾铺于颌下,弯盘放于口角旁。⑤先湿润口唇与口角,再协助病人用吸水管吸水漱口(昏迷病人禁忌漱口)。⑥嘱病人张口(昏迷病人使用开口器协助张口),观察口腔情况,有活动性义齿的取下义齿,用冷开水冲洗干净浸于冷水中。⑦嘱病人咬合上下齿,用压舌板撑开左侧颊部,夹棉球由内向外纵向擦洗牙齿左外侧面,同法擦洗对侧。⑧嘱病人张口(用开口器协助昏迷病人张口),依次擦洗牙齿左上内侧面、左上咬合面、左下内侧面、左下咬合面、弧形擦洗左侧颊部,同法擦洗右侧。⑨擦洗舌面、舌下及硬腭部。⑩再次漱口(昏迷病人禁忌漱口)。⑪遵医嘱给口腔黏膜异常者用药。⑫再次评估口腔情况。⑬清点棉球数量,根据需要协助病人佩戴义齿(昏迷病人取下开口器)。⑭取下治疗巾,协助病人取舒适卧位,整理床单位。⑮按规定处理用物,脱手套。⑯洗手,取下口罩,记录。

(3) 健康指导。询问病人的感受,进行健康指导。

3. 职业素养要求

护患沟通有效,病人合作,并知晓口腔卫生保健知识;仪表举止大方得体,关爱病人,体现整体护理理念;操作规范,流程熟练,正确选择口腔护理液。

项目四 无菌技术操作

1. 基本要求

为进行无菌技术操作做好环境准备,能正确区分无菌区、非无菌区并准确判断无菌物品的有效期限;能够按照无菌技术操作原则完成无菌技术基本操作,包括使用无菌持物钳、无菌容器、无菌包、铺无菌盘、取无菌溶液、戴无菌手套;能严格遵守无菌技术操作原则。

2. 操作规范

(1) 评估及准备。①环境:清洁、干燥、宽敞、明亮,操作前 30 分钟通风,停止清扫地面,减少人员走动;湿式清洁治疗台、治疗盘和治疗车等;治疗室每日常用紫外线照射消毒一次。②操作者:着装整洁,戴好口罩、圆筒帽、挂表,按

七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。③用物：无菌持物钳及筒、无菌敷料缸（内备纱布若干）、无菌巾包、无菌治疗碗包、无菌有盖方盘（内盛血管钳1把）、弯盘、便签和笔、清洁治疗盘1个、无菌溶液及启瓶器、无菌棉签、消毒液、免洗手消毒剂、无菌手套、急救盒（按需准备）、病历本及护理记录单（按需准备）。评估无菌物品名称、灭菌日期、灭菌效果及物品质量，将准备好的用物按照使用先后顺序放于治疗车上。

（2）双巾铺盘。①取治疗盘放于合适的位置。②查对无菌巾包，解开系带绕好，逐层打开无菌巾包，用无菌持物钳夹取无菌巾一块，余物按原折痕折好。③打开无菌巾，由对侧向近侧平铺于治疗盘上，无菌面向上（无菌巾遮盖住治疗盘边缘）。④将无菌治疗碗包托在手上，解开系带绕好，向外打开包布一角，另一手依次打开其他三角，抓住包布四角包住一手，露出无菌治疗碗并稳妥地放入无菌盘内（无菌包布不能接触治疗盘内的无菌巾），将包布折好放于治疗车的下层。⑤取出无菌溶液，核对瓶签上的名称、剂量、浓度和有效期，检查瓶盖有无松动，瓶身有无裂缝，以及溶液的澄清度，确定溶液无变色、混浊及沉淀等。用启瓶器撬开铝盖，常规消毒瓶塞边缘与瓶口接缝处。取一块无菌纱布遮盖瓶塞与瓶口，一手持无菌纱布打开橡胶塞，一手持溶液瓶，瓶签朝掌心，先倒出少量溶液于弯盘内冲洗瓶口，再由原处倒适量溶液至无菌治疗碗中，倒溶液后立即盖好瓶塞，取下纱布。⑥在无菌溶液瓶签上注明开瓶日期、时间并签名。⑦根据需要用无菌持物钳夹其他物品放于无菌盘内（血管钳放在无菌盘内，纱布/敷料1块放于无菌盘右侧）。⑧打开无菌巾包，用无菌持物钳夹1块无菌巾打开，由近侧向对侧铺于无菌盘上，边缘对合整齐，四边向上反折1次；将包布放于治疗车下层。⑨记录铺盘日期、时间并签名。⑩托盘，将无菌手套和铺好的无菌盘放在治疗台上。⑪打开无菌盘上层无菌治疗巾一侧，无菌面向上，露出纱布边缘，不露出无菌碗。⑫再次检查手套，由近侧至对侧取出手套后戴手套。⑬取无菌纱布擦拭手套，在操作前，双手应微举于胸前。⑭将无菌血管钳放在治疗碗中，托碗操作。⑮将使用过的治疗碗放于治疗车下层，脱手套。⑯消毒双手，取下口罩。按要求初步处理用物。

3. 职业素养要求

无菌观念强，无菌区域清楚；动作熟练，操作规范，流程娴熟；态度严谨，

慎独精神强；突发事件处理合适。

项目五 穿脱隔离衣与手的消毒

1. 基本要求

根据病人病情需要，选择合适的隔离种类，并能正确区分污染区、半污染区和清洁区；能正确进行手的清洗与消毒；能按照不同传播途径疾病的隔离要求正确穿(戴)、脱隔离衣、帽及口罩；能严格遵守隔离原则。

2. 操作规范

(1) 评估及准备。①环境：环境清洁、干燥、宽敞。②操作者：着洗手衣、裤（洗手衣扎于洗手裤内），卷袖过肘、戴圆筒帽、剪指甲、取下手表及饰物，检查双手无伤口；洗手、戴口罩。③用物：隔离衣清洁、干燥、无破洞，长短大小合适，能遮盖工作服，挂放得当（挂在半污染区清洁面朝外，挂在污染区污染面朝外），腰带在胸前系一活结；消毒液浓度合适。

(2) 穿隔离衣。①取下隔离衣，清洁面朝自己，不污染手。②穿衣袖，隔离衣的污染面勿触及头面部、口罩、工作服等。③将手朝上，衣袖尽量抖至腕关节以下，扣好领扣。④扣好肩扣，扣好袖口。⑤捏住隔离衣外面两侧边缘，在背后将清洁面相贴边缘对齐，向一侧折叠，一手按住折叠处，另一手将腰带拉至背后压住折叠处，将腰带在背后交叉，回到前面系一活结，散端向下系好，手勿触及衣内面。⑥进入隔离病房护理病人。

(3) 脱隔离衣及手的消毒。①出隔离病房，解开腰带，在前面系一活结。②解开肩扣、袖扣，将衣袖塞至工作服衣袖内(勿污自身)，暴露双手及腕部。③消毒手：双手浸泡于消毒液中搓擦 2 分钟，彻底揉搓手腕、手掌、手背、手指各面，拇指，指腹和指尖，在流动水下按七步洗手法洗手 2 遍，擦干或烘干。④解开领扣。⑤脱衣袖。⑥两手于肩缝处对齐肩缝和衣袖。⑦对齐衣领，衣服两边对齐，清洁面朝外挂在隔离衣架上(半污染区)。

(3) 送洗。不再穿的隔离衣（隔离衣每天更换，如有潮湿或污染,应立即更换），脱下后污染面在内卷好，放入污衣桶内。

3. 职业素养要求

操作规范、动作熟练；遵循隔离技术操作原则，无菌观念强；沟通有效，配合默契。

项目六 药物过敏试验(青霉素)

1. 基本要求

了解病人病情，询问病人“三史”（用药史、过敏史和家族史）；告知病人进行药物过敏试验后的注意事项；能准确配制青霉素皮内试验液，并能正确判断青霉素皮试结果；能准确进行注射部位的定位和消毒，正确实施皮内注射；做到动作连贯有序，过程完整，方法正确，进针角度、深度准确；严格遵守注射原则和查对制度，无菌观念强；具有高度的工作责任感，保证病人用药安全，无差错发生；关爱病人做好心理护理及用药指导。

2. 操作规范

(1) 核对。核对医嘱、注射卡，确认医嘱有效。

(2) 评估及准备。①病人：核对病人个人信息（床号、姓名、住院号），评估病情、治疗情况、进食情况，详细询问病人的用药史、过敏史和家族史，选择注射部位。②环境：符合配药和注射操作要求，备有相应抢救设施。③操作者：着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：过敏药物专用注射盘内放已经铺好的无菌盘、无菌纱布数块、皮肤消毒剂、弯盘、试验药物（以1支80万U的青霉素为例）、生理盐水注射液1支（10ml/支）、砂轮、启瓶器、注射卡、无菌棉签、1ml注射器1个、5ml注射器1个、急救盒[内备0.1%盐酸肾上腺素1支（1mg/支）、地塞米松1支（5mg/支）、砂轮和2.5ml注射器1个]和急救装置（吸痰管、氧气导管、氧气与吸引装置等）、免洗手消毒剂、笔。评估药物的名称、浓度、剂量、有效期、使用时间和方法。操作前湿式清洁治疗台和治疗车，将准备好的用物按照使用先后顺序放于治疗车上。

(3) 配置药物过敏试验溶液。①查对注射卡及药物，将4ml生理盐水注入测试药物的密封瓶内，摇匀使其充分溶解。②用1ml注射器抽取上液0.1ml，加生理盐水至1ml，摇匀。③将注射器内药液推掉0.9ml，余0.1ml，加生理盐水至1ml，摇匀。④再次推掉0.9ml药液，余0.1ml，加生理盐水至1ml，摇匀。⑤再次查对无误后摇匀，将配好的过敏试验溶液做好标记放入无菌盘内。再次核对药物，签名。⑥消毒双手、取下口罩。⑦请他人核对并签名。⑧按要求初步处理用物。

(4) 注射。①携用物至病人床旁（注射室），再次核对病人信息（床号、姓名、住院号），查对注射卡及药物，解释并取得病人配合。②消毒双手，戴口罩。③根据病情协助病人取合适体位。④选定注射部位（前臂掌侧下段），用 75%乙醇（若对乙醇过敏，则用生理盐水）消毒（清洁）注射部位皮肤 2 次（忌用含碘消毒剂），待干。⑤再次核对药物，排气。⑥左手绷紧皮肤，针头斜面向上与皮肤呈 5° 角或与皮肤几乎平行刺入皮内，左手大拇指固定针栓，另一手推注射器，注入 0.1 ml 药液，使局部皮肤呈一圆形隆起，见皮肤变白并显露毛孔。⑦迅速拔出针头，分离针头后将针头放入锐器盒，一次性注射器集中处理。⑧再次核对，记录注射时间并签名。⑨急救盘置于病人床旁。⑩消毒双手，取下口罩。交待注意事项（不按压注射部位；不离开注射室；20 分钟后看结果，如为首次注射 30 分钟之后判断结果；有不适及时告知医护人员）。按要求初步处理用物。

(5) 观察。巡视病人，听取主诉，了解注射部位的情况。

(6) 结果判断。①结果判定方法：皮丘无隆起、局部无红肿、病人无自觉症状为阴性；皮丘隆起，局部出现红肿硬结，直径大于 1 cm，或皮丘周围有伪足、痒感，或出现过敏性休克等表现为阳性。②告知病人过敏试验结果。③记录结果：阳性用红色（+）记录，并在体温单、医嘱单、病历卡、注射卡、床头/尾卡、门诊卡等处醒目标志，及时通知医生更换药物；阴性用蓝色（-）记录。

3. 职业素养要求

制度和规范落实好，做到病人、药物、剂量、时间、方法准确；无菌观念强；操作规范，技术熟练；态度和蔼，语言亲切，沟通有效；结果的判断正确，问题处理及时。

项目七 肌内注射（成人）

1. 基本要求

能准确评估病人病情，选择合适的注射部位；能正确抽吸药物，做到剂量准确、不浪费药液；能准确进行注射部位的定位和消毒，正确实施肌内注射法；做到作连贯有序，过程完整，方法正确，进针角度、深度准确；严格遵守注射原则和执行查对制度，无菌观念强；具有高度的工作责任感，保证病人用药安全，无差错发生；关爱病人做好心理护理及正确进行用药指导。

2. 操作规范

(1) 核对。核对医嘱、注射卡，确认医嘱有效。

(2) 评估及准备。①病人：核对病人个人信息（床号、姓名、住院号），评估病情、心理状况、用药史、过敏史、家族史、肢体活动度，解释肌肉注射的目的、配合要点及注意事项；选择合适的注射部位，注射部位皮肤无红肿、硬结、瘢痕、皮肤病等情况。②环境：明亮、清洁、安静，符合配药和注射要求，保护病人隐私（必要时用布帘 / 屏风遮挡）。③操作者：着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：免洗手消毒剂、注射卡、药物、无菌纱布、砂轮、一次性注射器（根据需要选择合适型号）、弯盘、无菌棉签、皮肤消毒剂、启瓶器、无菌盘、笔、急救盒[按需准备，内备 0.1% 盐酸肾上腺素 1 支（1 mg/支）、地塞米松 1 支（5 mg/支）、砂轮和 2.5 ml 注射器 1 个]。评估药物和用物，操作前湿式清洁治疗台和治疗车，将准备好的用物按照使用先后顺序放于治疗台上。

(3) 备药。①核对注射卡、药物，用含碘消毒剂消毒砂轮和安瓿、划痕并用 75%乙醇去除锯屑（若有蓝色标记的为易折安瓿，则不须划痕），用纱布包住折断。②按小安瓿抽药法抽吸药液，排净空气，再次核对无误后放入无菌盘内备用并签名。③请他人核对并签名。④按要求初步处理用物。⑤消毒双手、取下口罩。

(4) 注射。①携用物至病人床旁（注射室），再次核对姓名、床号及住院号，并解释。②根据病情协助病人取合适体位（侧卧位：下腿弯曲，上腿伸直；坐位：注射侧脚尖点地；俯卧位：双腿脚尖相对脚跟分开）。③消毒双手，戴好口罩。④正确选择注射部位：a. 臀大肌。用十字法或连线法定位（两者任选其一）。十字法：从臀裂顶点向左或右作一水平线，从髂嵴最高点作一垂线，将一侧臀部分成 4 个象限，取外上象限并避开内角为注射部位；连线法：取髂前上棘与尾骨末端连线的外上 1/3 处为注射部位。b. 股外侧肌。取大腿中段外侧，髌关节下 10cm，膝关节上 10cm，宽约 7.5cm 的范围为注射部位。c. 上臂三角肌。取上臂外侧、肩峰下 2~3 横指处为注射部位。⑤常规消毒注射部位皮肤，直径不小于 5cm，待干。⑥再次核对药物并排气（不浪费药液）。⑦左手绷紧皮肤，右手持针呈执笔式，中指固定针栓，垂直快速进针，针梗没入 1/2~2/3（消瘦者酌减），右手固定针栓，回抽活塞无回血后，左手缓慢注入药液，注意观察病人反应，并与其

交流，分散其注意力，减轻疼痛。⑧注射完毕，快速拔针，干棉签按压针眼，将针头置入锐器盒内，一次性注射器放入医用垃圾桶集中处理。⑨再次核对、记录。⑩消毒双手，取下口罩。

(5) 注射后处理。①协助病人取舒适体位，进行健康教育。②按要求初步处理用物。③巡视病房，与病人沟通，评估用药后的反应。

3. 职业素养要求

态度和蔼，沟通良好，病人及家属满意；操作规范，动作轻柔，尽量做到无痛注射；严格执行查对制度，无菌观念强；对不适的判断和处理迅速、及时、正确。

项目八 密闭式静脉输液

1. 基本要求

能根据病人病情、年龄、治疗需要，选择合适的穿刺部位；能正确抽吸药物，做到剂量、浓度准确；能正确实施静脉输液；操作连贯有序，过程完整，方法正确，排气顺畅，进针角度、深度准确，尽量做到一针见血；能正确、及时处理输液故障；严格遵守注射原则和查对制度，无菌观念强；具有高度的工作责任感，保证病人用药安全，无差错发生；关爱病人做好心理护理及用药指导。

2. 操作规范

(1) 核对。核对医嘱单、输液卡，确认医嘱有效。

(2) 评估及准备。①病人：核对病人个人信息（床号、姓名、住院号），评估全身和局部情况、心理状况，有可能发生过敏反应的药物应评估用药史、过敏史和家族史，告知病人静脉输液目的、方法及配合要点，嘱/助病人大小便。②环境：清洁、宽敞、明亮，符合配药和静脉输液的环境要求。③操作者：着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：免洗手消毒剂、一次性密闭式输液器、一次性注射器、一次性手套、剪刀、皮肤消毒剂、无菌棉签、弯盘、压脉带、无菌纱布、溶液、药物、砂轮、输液贴、小枕与一次性垫巾、笔、输液卡、医嘱单、输液架、瓶签/记号笔、网套（按需准备）、夹板及绷带（按需准备）。评估药物和用物的性能、质量和有效期等；操作前湿式清洁治疗台与治疗车，将准备好的用物按照使用先后顺序放于治疗车上。

(3) 备药。①查对输液卡、药物和溶液，检查药物有效期、质量、批号、

规格；检查瓶口有无松动、瓶身有无破损、液体澄明度（有无沉淀、浑浊、絮状物、变色）等。②在输液瓶上注明病人及药物信息（或贴上有以上信息的瓶签）。③启开瓶盖（必要时套网套）。④遵医嘱抽吸药液加入输液瓶内。⑤再次核对输液卡、药物和溶液，无误后在输液卡上签名。⑥检查输液器，关调节器开关后，取出粗针头插入输液瓶内。⑦请他人核对并签名。⑧按要求初步处理用物。⑨消毒双手，取下口罩。

（4）输液。①携用物至病人床旁（留观室），核对姓名并解释。②消毒双手、戴口罩。③根据病情协助病人取舒适卧位。④备好输液贴，再次查对后挂输液瓶，排尽空气。戴手套。⑤选择合适血管（一般选择粗直、弹性好、易于固定的静脉，避开关节和静脉瓣，下肢静脉不应作为成年人穿刺血管的常规部位），穿刺部位下垫一次性垫巾与小枕，扎压脉带。⑥常规消毒皮肤，待干，再次排气。⑦左手绷紧穿刺部位下端皮肤，穿刺针与皮肤呈 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 角斜行进针，见回血后再进针少许，松开压脉带，打开调节器，嘱病人松拳，输液通畅后妥善固定（一条贴膜固定针柄，一条带棉片贴膜固定穿刺处，一条贴膜将头皮针胶管成S形固定，必要时用胶带加固，做到牢固、美观）。⑧脱手套，根据药物及病情调节滴速。⑨再次核对无误后，记录输液时间、滴速、签名并挂于输液架上。⑩消毒双手、取下口罩。帮助病人取合适体位，整理床单位；进行健康教育（告知病人及家属不可随意调节滴速，穿刺部位的肢体避免过度用力或剧烈活动，出现异常及时告知医护人员）；按要求初步处理用物。

（5）观察。输液过程中巡视病人，听取主诉，及时、正确处理输液故障及不良反应，为继续输液者更换药物。

（6）拔针。①消毒双手，戴好口罩。②输液完毕，取下输液贴，拔针后按压至局部无出血（一般按压2~3分钟，有出血倾向者按压5~10分钟）。③按要求初步处理用物（一次性输液管、注射器毁形；垃圾分类处理）。④消毒双手，取下口罩。⑤对病人进行个性化健康教育。

3. 职业素养要求

操作规范，技术熟练，一针见血及一次性排气成功；态度和蔼，语言亲切，沟通有效，病人及家属满意；制度落实到位，做到病人、药物、剂量、时间、方法准确，无菌观念强；问题的判断和处理及时、有效。

项目九 氧气吸入疗法(氧气筒供氧)

1. 基本要求

能根据病情需要为病人实施氧疗，包括安装与拆卸氧气表、指导病人及家属安全用氧，正确停氧；能严格执行查对制度；操作规范，方法正确，动作敏捷；关心病人，及时巡视；及时观察氧疗效果；对不适的判断和处理迅速、及时、正确。

2. 操作规范

(1) 核对。核对医嘱。

(2) 评估及准备。①病人：核对病人个人信息（床号、姓名、住院号），评估病情、治疗、心理状况、鼻腔情况，选择合适的给氧方式（单侧或双侧鼻导管给氧），解释吸氧的目的、配合方法及注意事项。②环境：清洁、宽敞、明亮，无人吸烟；氧气筒放置位置应避免阳光直射，远离明火、暖气、易燃易爆物品。③操作者：着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：免洗手消毒剂、输氧卡、氧气表、扳手、湿化瓶（瓶内盛 1/3~1/2 无菌水，急性肺水肿病人用氧时湿化瓶中准备 20%~30%乙醇）、一次性双腔鼻导管（或一次性单腔鼻导管）、治疗碗（内盛通气管和纱布若干）、小药杯（内盛冷开水）、无菌棉签若干、笔、剪刀、手电筒、病历本。评估用物的性能、质量和有效期等，操作前 30 分钟湿式清洁治疗车，将准备好的用物按照使用先后顺序放于治疗车上。

(3) 装氧气表。①消毒双手，戴口罩。②打开总开关约 1/4 圈，放出少量氧气，迅速关好总开关。③连接氧气表于气门上，一手托住氧气表，另一手先初步旋紧，然后将表稍后倾，再用扳手旋紧，氧气表应与地面垂直。④用纱布持通气管接于氧气表上，将湿化瓶连接于氧气表上。⑤关流量开关，打开总开关，开流量开关，检查装置各衔接处有无漏气，氧气流出是否通畅，关上流量开关，备用。

(4) 给氧。①携带用物至病人床旁，核对病人信息。帮助病人取半坐卧位、坐位或者平卧位，头偏向一侧。②用湿棉签清洁鼻孔。③连接双腔（单腔）鼻导管于氧气表上，打开流量开关，确定氧气流出通畅后，调节给氧流量。④轻轻插入鼻腔。⑤观察病人无呛咳等不适后固定。⑥评估病人用氧后的反应，记录给氧

的时间和流量，挂输氧卡。⑦整理床单位，消毒双手，取下口罩。⑧向病人及家属交待用氧过程中的注意事项（远离明火及取暖装置；不可自行调节给氧流量或其他开关；有不适及时告知）。⑨按要求初步处理用物。

（5）观察。输氧过程中要经常巡视，听取病人的主诉，检查氧疗装置有无漏气，管道连接是否紧密，呼吸是否通畅，密切观察氧疗效果。

（6）停氧。①核对停氧医嘱。②将停氧用物，携带至床旁，核对病人个人信息（床号、姓名、住院号）并解释，消毒双手，戴口罩。③用纱布包住鼻导管拔出，关总开关，分离鼻导管，放入医用垃圾桶内，无余氧时关流量开关。④记录停氧时间。⑤安置病人，帮其取舒适体位并清洁鼻腔，必要时帮助漱口或洗脸。⑥消毒双手，取下口罩。⑦健康教育。

（7）卸氧气表。①取下湿化瓶、通气管。②一手托氧气表，另一手先用扳手旋松氧气表的螺帽，再用手旋开，将氧气表卸下，妥善放置。③按要求初步处理用物。

3. 职业素养要求

态度和蔼，语言亲切，沟通良好，病人及家属满意；操作规范，动作敏捷，用氧安全；及时巡视，对不适的判断和处理迅速、及时、正确。

项目十 电动吸引器吸痰(经鼻腔)

1. 基本要求

能对病人的缺氧程度进行评估和肺部听诊；能完成电动吸引器吸痰；操作中能严格遵守无菌技术操作原则；操作后能进行维持呼吸道通畅的健康指导；操作规范、流程熟练，对病人不适的判断和处理迅速、及时、正确。

2. 操作规范

（1）评估及准备。①病人：核对医嘱；评估全身情况：年龄、病情、意识状态、生命体征；评估局部情况：呼吸困难、发绀的程度，肺部呼吸音，鼻腔、咽部黏膜情况；评估病人心理状况，解释并取得合作。②环境：清洁、安静、明亮，温湿度适宜。③操作者：着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：电动吸引器、电插板、盛有消毒液的消毒瓶、一次性吸痰管、无菌盘内置无菌血管钳数把、无菌纱布、敷料缸内盛无菌生理盐水、无菌手套、手电筒、听诊器、治疗巾、弯盘、笔、记录单、病历本及护理记

录单(按需准备)、免洗手消毒剂;逐一对用物进行检查,质量符合要求;摆放有序,符合操作原则。

(2) 吸痰。①携带用物至病人床旁,核对床号、姓名并解释。给病人高流量吸氧 3~5 分钟(口述)。②消毒液挂瓶挂于床头,连接负压瓶与橡胶管,接通电源,打开开关,检查是否通畅和有无漏气。③正确调节负压(成人 40~53.3kPa,小儿 13.3~40kPa、新生儿 13.3kPa)。④协助病人头偏向护士,头略后仰。⑤消毒双手,戴口罩。颌下铺巾、放置弯盘。⑥打开无菌盘,打开吸痰管包装,戴手套,取吸痰管,衔接,踩下脚踏板开关,试吸无菌生理盐水,湿润及检查导管是否通畅。⑦放松脚踏板,用戴手套的手持吸痰管经鼻腔插入 20~25cm 至气管。⑧踩动脚踏板,将吸痰管左右旋转,向上提拉(依次吸尽气道内、咽喉、鼻腔的痰液,一次吸痰时间不超过 15 秒)。⑨注意观察病人。⑩吸痰完毕,给病人高流量吸氧 3~5 分钟(口述),分离吸痰管,抽吸生理盐水冲净管道内痰液。将连接导管末端插入消毒液挂瓶内。⑪取纱布擦净病人口鼻,撤去治疗巾、弯盘,脱下手套,检查鼻腔黏膜情况。⑫听诊呼吸音,判断吸痰效果。⑬消毒双手,取下口罩,记录。⑭协助病人取舒适卧位,整理床单位。⑮关闭电源开关、清理用物,储液瓶及时倾倒(液体不得超过容积的 2/3),清洁消毒备用,吸痰用物每日更换。

(3) 健康指导:做好有效咳嗽、叩击拍背等通畅呼吸道的健康指导。

3. 职业素养

遵守无菌技术操作原则,无菌观念强;操作规范,动作轻柔;护患沟通良好,健康指导有效;仪表、举止大方得体,关爱病人。

项目十一 四肢绷带包扎

1. 基本要求

能认真检查伤情,并根据受伤部位正确选择包扎方法;能按照绷带包扎原则正确完成不同部位的伤口包扎;包扎过程中能密切观察病情,对病人的不适能迅速、及时判断和处理;有较强的急救意识。

2. 操作规范

(1) 评估及准备。①病人:核对医嘱、治疗卡,确认医嘱;核对病人,评估病情,检查病人损伤部位和程度,向病人解释并取得合作。②环境:符合包扎

操作要求。③操作者：着装整洁，挂表；消毒双手方法正确，戴口罩。④用物：弹力绷带卷、剪刀、纱布、胶布、医嘱单、治疗单、笔、免洗手消毒剂、三角巾、夹板(按需准备)；逐一对用物进行检查，质量符合要求；摆放有序，符合操作原则。

(2) 包扎前。携用物到病人床旁，再次核对病人、治疗卡；向病人解释包扎的目的，取得病人配合，沟通有效；协助病人取舒适体位；选用宽度适宜绷带。

(3) 包扎中。①包扎时，绷带卷轴朝上，需平贴包扎部位从远心端向近心端方向包扎。②据受伤部位选择包扎方法：a. 环形包扎法。适用于绷带包扎开始与结束时，固定带端及颈、腕、胸、腹等周径相近部位的小伤口。右手拿绷带，左手将绷带一边拉出，然后在包扎部位做环形的重叠缠绕，下一周将上一周绷带完全覆盖（不少于2周），再用胶布将带尾固定，或将带尾中间剪开分成2头，避开伤区打结固定。b. 螺旋形包扎法。适用于包扎周径基本相同的部位，如上臂、大腿等。先将绷带以环形包扎法包扎2周，稍微倾斜（ $<30^{\circ}$ ），然后螺旋向上缠绕，后一周遮盖上一周绷带的 $1/3\sim 1/2$ ，最后再次将绷带以环形法包扎2周后固定；c. 螺旋反折法。适用于周径不等的部位，如前臂、小腿等，先将绷带以环形法包扎2周，稍微倾斜（ $<30^{\circ}$ ），然后螺旋向上缠绕，每一周均把绷带向下反折一定角度，随后遮盖其上一周 $1/3\sim 1/2$ ，反折部位应相同，使之呈现一直线，最后再次将绷带以环形法包扎2周后固定。注意不可在伤口或骨隆突处反折；d. “8”字形包扎法。适用于屈曲的关节，如肘、肩、髋、膝等部位。先屈曲关节，然后将绷带以环形法在关节远心端处包扎2周，随后右手将绷带从右下越过关节向左上包扎，绕过后，再从右上（近心端）越过关节向左下包扎，使呈“8”字形，每一周覆盖上一周 $1/3\sim 1/2$ ，最后环形包扎2周固定。③包扎松紧适宜。④包扎中密切观察肢体末梢的感觉、运动、温度。⑤包扎完毕，并用胶布或撕开尾带打结固定，方法正确。

(4) 包扎后。协助病人取舒适体位；整理用物，消毒双手，取下口罩；记录包扎日期、时间、包扎部位；告知注意事项。

(5) 解除绷带。解除绷带方法正确。

3. 职业素养

操作中始终坚持包扎原则，包扎整齐美观；操作熟练，包扎方法正确；护士

仪态端庄，关爱病人，注意观察病情；护患沟通有效，病人合作。

项目十二 单人徒手心肺复苏(成人)

1. 基本要求

能够迅速、准确对病人情况进行初步评估；能按照单人徒手心肺复苏的步骤进行正确操作；准确评估复苏效果，做好复苏后处理；有较强的急救意识。

2. 操作规范

(1) 评估及准备。①病人：判断意识，检查呼吸，判断颈动脉是否有搏动，时间不超过 10 秒钟。如病人无意识、无呼吸、无颈动脉搏动，立即呼救。②环境：评估周围环境安全。③操作者：着装整洁。④用物：无菌纱布或人工呼吸膜、脚踏板（按需准备）、手电筒、抢救记录单、挂表、笔。

(2) 病人体位准备。①确认病人睡于硬板床或地板上，取仰卧位。②解开衣扣，松解腰带（病人体位准备要求在 5 秒钟内完成）。

(3) 胸外心脏按压。①方法：操作者站在病人身体右侧。两手掌根部重叠置于胸骨中、下 1/3 交界处，手指抬起不触及胸壁；肘关节伸直，借助身体重力垂直向下按压，使胸骨下陷 5~6cm 后立刻放松，按压和放松时间一致，放松时手掌不离开按压部位。按压频率 100~120 次/分钟。②连续胸外心脏按压 30 次。

(4) 保持呼吸道通畅。①检查颈部有无损伤，无损伤者将头偏向一侧，用纱布或者手帕等物品清除口腔分泌物、异物等。②根据病人情况采取合适的开放气道的方法：a. 仰头抬颏法（首选此法）：操作者以一手的小鱼际肌（手掌外侧缘）置于病人的前额，另一手示指、中指置于下颏，将下颏骨上提，使下颏角与耳垂的连线和地面垂直。b. 托下颌法：双肘置于病人头部两侧，将双手示指、中指、无名指放在病人下颌角后方，向前抬起下颌，双拇指推开病人口唇，用手掌根部及腕部使头后仰。此法适用于颈部损伤病人。

(5) 人工呼吸。①方法：操作者一手将病人的下颌向上抬起，另一手以拇指和示指捏紧病人的鼻孔；正常呼吸后，双唇包绕病人口部，形成封闭腔，把病人口唇完全包住，向病人口内吹气，每次应持续 1 秒钟以上，直至病人胸廓向上抬起。每次吹气量为 400~600 ml。然后使病人的口张开，并松开捏鼻的手指，观察胸廓起伏情况。②连续人工呼吸 2 次，在 10 秒内完成。

(6) 连续操作。以胸外心脏按压:人工呼吸为 30:2 的比例进行,连续操作 5 个周期。

(7) 判断复苏是否有效。评估病人是否有呼吸音、颈动脉是否有搏动、瞳孔是否由大变小等,并报告评估情况,在 10 秒钟内完成。

(8) 复苏后处理。帮助病人取合适体位,口述进一步生命支持。整理用物,医用垃圾分类处理。洗手,记录。

3. 职业素养要求

操作规范,动作熟练、敏捷,急救意识强;按压力度合适,不损伤其他脏器;态度严谨,突发事件处理合适。操作结束后向病人家属告知急救结果以及下一步处理意见。

项目十三 心电监护仪的使用(成人)

1. 基本要求

能准确评估病人的病情;告知病人心电监护的目的、方法及注意事项;正确连接心电监护仪,监测心电图、心率、血压、呼吸、血氧饱和度;正确设置各项参数的报警值;能识别常见的异常波形;正确记录测量结果和判断病情;能对监护仪进行常规维护。

2. 操作规范

(1) 评估及准备。①病人:核对病人个人信息(床号、姓名、住院号),评估病情、意识、心理状态及皮肤情况;向病人及家属解释心电监护的目的、配合要点与注意事项;根据病情,协助病人取正确、舒适的体位。②环境:清洁、安静,光线明亮,无电磁波干扰,室温不低于 18℃,准备布帘或屏风,关好门窗。③操作者:着装整洁,戴好帽子、挂表,免洗手消毒剂消毒双手。④用物:心电监护仪及导联线(包括各项目连接导联线、配套的血压袖带)、无菌纱布、75%乙醇 1 瓶、生理盐水纱布、无菌棉签、一次性电极片 3~5 张、免洗手消毒剂、护理记录单、笔。

(2) 开机。连接电源及各项目导联线,将电极片与导联线相连接,打开主机开关。

(3) 监测。①心电图监测:充分暴露病人安置电极片的部位,选定无破损、无异常的皮肤为粘贴电极片处,用生理盐水纱布擦拭皮肤上的汗渍和污垢,再用

75%乙醇棉签涂擦一遍。安放电极片：a. 五导联：左臂电极在左锁骨中线锁骨下或左上肢连接躯干的部位，右臂电极在与左臂对称部位，左腿电极在左锁骨中线第 6、7 肋间或左髂部，右腿电极在与左腿电极对称部位，胸部电极在胸骨左缘第 4 肋间；b. 三导联：选择左臂、右臂、左腿电极的放置部位，位置同五导联），调节波幅，显示波形和数据，选择 P、QRS、T 波显示清晰的导联，常用 II 导联，心电监护波形走速为 25mm/s。②呼吸监测：显示呼吸的波形和数据，呼吸监护波形走速为 6.25mm/s。③血氧饱和度监测（SpO₂）：选择指（趾）甲条件好的手指或脚趾，连接心率、血氧饱和度探头于病人指（趾）端，使红外线光源对准指（趾）腹，指套松紧适宜。调整及显示波形和数据。④无创血压监测：一般选择右上肢（如有患肢，选择健肢）。距肘窝 2~3cm 处缠好袖带，松紧以能容纳一指为宜，被测肢体的肱动脉与心脏位于同一水平。选择成人、儿童、新生儿的不同测压模式，设置手动测压或自动定时测压方式。

（4）参数调整。根据病情正确设置各报警值并打开报警系统。心率报警值设置为病人基础心率的±20%；呼吸报警值下限为 8~10 次/分，上限为 35 次/分；血氧饱和度报警值为 90%；收缩压报警值下限为 90mmHg，上限为 140mmHg；舒张压报警值下限为 60mmHg，上限为 90mmHg。

（5）观察。将显示屏调至主屏幕，如有异常及时报告医生。

（6）操作后处理。整理床单位，协助病人取舒适体位，放好呼叫器。告知病人不要自行移动或者摘除电极片；避免在监测仪附近使用手机，以免干扰监测波形；电极片周围皮肤如有痒痛感或其他不适及时告诉医护人员。清理用物，按要求初步处理用物。操作者免洗手消毒剂消毒双手，在护理记录单上记录心电监护开始时间和病人心率、血压、呼吸、血氧饱和度。

3. 职业素养要求

态度和蔼，关心病人；操作熟练，各参数报警值设置正确；动作轻柔，注意隐私保护；语言亲切，与病人沟通有效。

模块二 岗位核心技能

项目十四 四步触诊

1. 基本要求

能取得病人的配合；为病人正确实施四步触诊，并根据检查结果判断胎儿大

小与孕周是否相符、确定胎位及先露入盆情况，做好检查过程中病人的心理护理。

2. 操作规范

(1) 评估及准备。①病人：核对病人个人信息（姓名、床号、住院号、年龄、孕周），了解病人全身情况、妊娠经过、心理状态、合作程度；解释四步触诊的目的与配合方法；检查前嘱病人排空膀胱。②环境：明亮、清洁、安静，保护病人隐私（用布帘 / 屏风遮挡）。③操作者：着装整洁，戴好帽子，修剪指甲，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：软尺、孕产妇保健手册、笔、免洗手消毒剂。

(2) 测量宫高和腹围。①拉好布帘或用屏风遮挡，协助病人仰卧于检查床上，头部稍垫高，暴露腹部，双腿略屈曲稍分开，腹肌放松。②检查者站在病人右侧，右手持软尺零端置于耻骨联合上缘中点，左手找到宫底部，拉紧软尺并读数。③将软尺经脐绕腹部一周，测量腹围并读数。④判断宫底高度、腹围与孕周是否相符。

(3) 第一步手法。检查者面向病人头端，两手置于宫底部，两手指腹相对交替轻推，判断在宫底部的胎儿部分。若为胎头则硬而圆且有浮球感，若为胎臀则柔软而宽且形态不规则。

(4) 第二步手法。检查者面向病人头端，两手掌分别置于腹部左右两侧，一手固定，另一手轻轻深按进行检查，两手交替，分辨胎背与胎儿肢体的位置。触到平坦饱满部分为胎背，触到可变形的高低不平部分为胎儿肢体。

(5) 第三步手法。检查者面向病人头端，右手拇指与其余四指分开，置于耻骨联合上方，握住胎先露部，进一步确认胎先露部位，左右推动以确定是否衔接。若胎先露部仍可摇动，表示尚未衔接；若胎先露部不能被推动，表示已衔接。

(6) 第四步手法。检查者面向病人足端，两手分别置于胎先露部的两侧，沿骨盆入口向下深按，再次核实胎先露的诊断是否正确，并确定胎先露入盆程度。

(7) 检查后处理。①协助病人穿好衣裤并缓慢坐起，询问病人有无不适。②整理用物。③免洗手消毒剂消毒双手。④告知病人检查结果并记录在孕产妇保健手册上，进行孕期健康教育，预约下次检查时间。

3. 职业素养要求

操作规范，动作熟练；态度和蔼，关心体贴，注意隐私保护；语言亲切，沟

通有效，双方配合良好，健康教育正确。

项目十五 新生儿抚触

1. 基本要求

能向家属解释抚触的意义、方法、时间和注意事项；能正确为新生儿进行抚触，手法正确，与新生儿及家长进行良好的情感交流，采用合适的方式对家属进行健康指导。

2. 操作规范

(1) 评估及准备。①新生儿：核对新生儿基本信息是否与母亲相符，并向家长解释抚触的意义、方法、时间（新生儿两次喂奶之间，处于清醒、安静状态时，最好在沐浴后，午睡醒后或晚上睡前）和注意事项。②环境：明亮、清洁、安静；室温调至 26~28℃，湿度 50%~60%；选择中速、轻柔而有节奏的背景音乐。③操作者：着装整洁，戴好帽子，取下手上的饰品，修剪指甲，按七步洗手法洗手，并保持心情舒畅，在抚触过程中用安慰性语言和亲切目光与新生儿进行交流。④用物：尿片、替换的衣物、浴巾、婴儿润肤油、免洗手消毒剂、病历本、笔。评估用物的性能、质量和有效期等；将准备好的用物按照使用先后顺序放于抚触台上。

(2) 抚触前准备。①将新生儿抱至散包台上，解开包被，核对新生儿胸牌、手圈（床号、姓名、性别、日龄）。②在散包台上脱去新生儿衣服，检查全身、四肢活动情况及皮肤有无红肿、破损。③新生儿沐浴后擦干全身（口述），将其放在浴巾上，暴露新生儿身体（注意保暖），开始进行抚触。

(3) 头面部抚触。①额部：取适量婴儿润肤油倒入掌心，摩擦均匀，搓暖双手。用两手拇指指腹从前额中心开始，轻轻往外推压。②下颌部：用双手拇指指腹分别从下颌中央向外上方滑至耳前，使新生儿上下唇呈微笑状。③头部：左手置新生儿头右侧枕部，将头略抬离床面，右手四指并拢，用指腹从前额发际触向枕后，再滑至耳后，中指在耳后乳突部停留片刻，避开囟门。

(4) 胸部抚触。双手放在新生儿两侧肋下缘，右手从新生儿胸部的左外下方（左侧肋下缘）向右侧上方交叉推进，至右侧肩部；换左手，方法同前。在新生儿胸部画一个大的交叉，避开乳头。

(5) 腹部抚触。①两手依次从新生儿的右下腹→右上腹→左上腹→左下腹

移动，呈顺时针方向画半圆，避开脐部。②用右手在新生儿左腹由上向下画一个英文字母 I；自新生儿的右上腹→左上腹→左下腹画一个倒写 L (LOVE)；再由新生儿右下腹→右上腹→左上腹→左下腹画一个倒写 U (YOU)；做这个动作时，用关爱的语调向新生儿说“我爱你”(I LOVE YOU)，与新生儿进行情感交流。

(6) 上肢抚触。①一手托起新生儿一侧上肢，从上臂至手腕部，分段轻轻挤捏，或者双手夹住小手臂，上下搓滚。②用拇指指腹从新生儿手掌面向手指方向推进，再用拇、食指和中指轻轻提拉每个手指。③两手拇指置于新生儿掌心，两手交替用四指指腹由腕部向指头方向抚触手背。用相同的方法抚触对侧上肢。

(7) 下肢抚触。①一手托起新生儿一侧下肢，从大腿至踝部，分段轻轻挤捏，或者双手夹住大腿，上下搓滚。②用拇指指腹从新生儿足跟向脚趾方向推进，再抚触每个脚趾。③两手拇指置于新生儿脚掌心，两手交替用四指指腹由踝部向脚趾方向抚触足背。用相同的方法抚触对侧下肢。

(8) 背部抚触。①将新生儿调整为俯卧位，双手平行放在新生儿背部，沿脊柱两侧，用双手由内向外、自上而下抚触背部。②两手交替用四指指腹从颈部开始，沿脊柱滑至臀部。

(9) 臀部抚触。两手示指、中指、无名指指腹在新生儿臀部做环行抚触。

(3) ~ (9) 每个动作重复 4~6 次。

(10) 抚触后处理。①检查新生儿皮肤情况，兜好尿布，穿好衣服。②将新生儿送回病房，向家属交代抚触后注意事项。③按要求初步处理用物。④洗手，记录新生儿抚触情况。

3. 职业素养要求

操作规范、手法正确；技能熟练、动作轻柔；关怀亲切，沟通有效。

项目十六 留置导尿术(女性)

1. 基本要求

能评估病人的病情、合作程度、膀胱充盈度、会阴情况及操作环境；能根据评估结果，准备用物，按照护理程序的方法为病人实施留置导尿术。

2. 操作规范

(1) 核对。核对医嘱。

(2) 评估及准备。①病人：核对病人个人信息(床号、姓名、住院号)，评

估病情、治疗、用药、膀胱充盈度、会阴部皮肤粘膜情况，告知病人导尿的目的和配合方法，并嘱咐病人自行冲洗会阴或帮助冲洗会阴。②环境：符合无菌技术操作的要求，并注意保护病人的隐私，操作前关好门窗，床单位用布帘 / 屏风遮挡。③操作者：着装整洁，戴好口罩、帽子、挂表，按七步洗手法洗手或用免洗手消毒剂消毒双手。④用物：免洗手消毒剂、无菌导尿包[内装血管钳 2 把、弯盘 1 个、治疗碗 1 个、小药杯（内置无菌棉球若干）、石蜡油棉球瓶、纱布若干、孔巾 1 块]、无菌手套 2 双、消毒液（0.1%苯扎溴铵或 0.05%碘伏溶液）、会阴消毒包（内盛治疗碗 1 个、弯盘 1 个、棉球若干、血管钳 1 把）、无菌持物钳及筒、生理盐水及注射器、一次性气囊导尿管 2 根、一次性垫巾、浴巾、集尿袋 1 个、导管标签。评估用物的性能、质量、消毒灭菌日期和效果等。操作前湿式清洁治疗车，将准备好的用物按照使用先后顺序放于治疗车上。

（3）初步消毒。①携用物至病人床旁（留观室），再次核对姓名、床号及住院号，向病人作好解释，了解外阴清洗情况。②便盆放于操作侧病床下。③将病人两手放于胸前，松开床尾盖被斜盖于一侧；协助病人脱去近侧裤腿，盖在对侧腿部，近侧下肢用浴巾遮盖。④将一次性垫巾垫于病人臀下，协助取屈膝仰卧位，两腿略外展，暴露外阴。⑤打开会阴消毒包，倒消毒液于盛有棉球的治疗碗内，戴手套，弯盘置于会阴旁。⑥右手持血管钳夹浸有消毒液的棉球按照“自上而下、由外至内”的原则消毒会阴部，一个棉球限用一次、消毒方向不折返，消毒顺序为：阴阜→腹股沟→大阴唇→小阴唇外侧→小阴唇内侧→尿道口及会阴→肛门。⑦消毒完毕，脱下手套，清理用物，置于治疗车下层。

（4）再次消毒。①在病人两腿之间打开导尿包，倒消毒液于小药杯内，备好集尿袋。②戴无菌手套，铺孔巾，与导尿包形成一无菌区；摆放包内无菌用物，检查导尿管，连接集尿袋，用石蜡油棉球润滑导尿管前端，放置于无菌治疗碗内备用。③根据导尿管上注明的气囊容积用注射器抽取无菌生理盐水备用。④左手分开并固定小阴唇，右手持血管钳夹棉球自上而下，由内向外，分别消毒尿道口、两侧小阴唇内侧、尿道口，每个棉球用一次，用过的棉球及血管钳放于弯盘内并移开。

（5）插管与固定。①将放置导尿管的治疗碗置于会阴旁，嘱病人深呼吸，右手用另一血管钳夹持导尿管轻轻插入尿道约 4~6cm，见尿液流出再插入 7~

10cm，向气囊注入生理盐水，轻拉导尿管有阻力感，即证实导尿管已固定于膀胱内。②撤下孔巾，擦净外阴，导尿用物集中包好放于治疗车下层；撤出一次性垫巾，放在治疗车下层，脱去手套。③将集尿袋妥善固定在低于耻骨联合的高度。④记录并贴好导管标签（记录管道名称、置管时间及操作者）。

（6）导尿后处理。①询问病人感受，撤下浴巾，协助病人穿裤并取舒适卧位，整理床单位。②消毒双手，取下口罩，记录。③向病人交待注意事项，进行健康教育，按要求初步处理用物。

3. 职业素养要求

操作熟练，方法正确，动作轻柔；无菌观念强，无污染；语言亲切，沟通有效；关心体贴，保护隐私及注意保暖；整理用物及时、正确。

四、评价标准

1. 评价方式

本专业技能考核采取过程考核与结果考核相结合，技能考核与职业素养考核相结合。根据考生操作的规范性、熟练程度等因素评价过程成绩；根据操作完成效果和用时量等因素评价结果成绩。

2. 分值分配

本专业技能考核满分为 100 分，其中评估及准备 20 分，技能操作占 60 分，完成效果占 20 分。

3. 技能评价要点

根据模块中考核项目的不同，重点考核学生对该项目所必须掌握的技能和要求。虽然不同考试题目的技能侧重点有所不同，但每位学生完成任务的总工作量和难易程度基本相同。各模块和项目的技能评价要点如表 4-1 所示。

表 4-1 各模块和项目的技能评价要点

模块	项目	评价要点
专业基本技能	生命体征测量（成人）	严格查对和消毒隔离制度； 评估病人，解释操作目的及配合方法，环境符合测量生命体征的要求，护士准备充分，用物准备齐全、摆放有序； 体位舒适，测量方法合适、符合规范，计时精确，测量结果准确，健康指导到位；

		病人安全、满意，护士语言亲切，态度和蔼，关爱病人，体现以病人为中心；能在规定的时间内完成。
	快速血糖测定（成人）	真核对医嘱、核对病人； 严格遵守无菌技术操作技术原则； 评估病人病情及病人进餐情况；评估病人的心理状况、合作程度，解释操作目的及配合方法；评估环境是否适合操作；操作者准备充分，用物准备齐全；血糖仪、测试纸条、血糖测试笔的安装备用；取得病人合作，正确留取血滴，血量合适，与测试纸接触，判断结果； 根据病情和测定结果，对病人进行健康指导；
	口腔护理	严格执行查对制度； 评估病人，解释操作目的及配合方法，环境符合操作要求，选择合适的口腔护理溶液，护士准备充分，用物准备齐全，摆放有序； 取得病人合作，体位舒适，口腔擦洗顺序正确，手法熟练规范，动作轻柔，健康指导正确； 病人口腔清洁、舒适，了解口腔保健知识，护士语言亲切，态度和蔼，护患沟通有效； 能在规定的时间内完成。
	无菌技术操作	严格遵守无菌技术操作原则； 评估环境，环境符合无菌技术操作要求，护士准备充分，用物准备齐全、摆放有序； 无菌持物钳、无菌容器、无菌包使用方法正确，无菌盘铺盘符合操作要求，取无菌溶液方法正确，戴、脱无菌手套规范； 动作熟练，无菌观念强； 能在规定的时间内完成。
	穿脱隔离衣与手的消毒	评估病人，解释隔离目的，环境符合穿脱隔离衣及手消毒的要求，护士准备充分，用物准备齐全、摆放有序； 手持隔离衣方法正确，穿、脱隔离衣符合要求，手消毒到位，隔离衣挂放区域及方法准确，隔离衣送洗规范； 动作熟练，隔离观念强，无污染； 能在规定的时间内完成。
	药物过敏试验（青	严格查对和消毒隔离制度，无菌观念强；

毒素)	<p>评估病人，问“三史”方法正确，解释操作目的及配合方法及时到位，环境符合注射的要求，护士准备充分，用物准备齐全、摆放有序；</p> <p>药物配制方法正确，剂量准确。注射操作规范熟练。结果判断正确，问题处理及时有效；</p> <p>病人安全、满意，护士语言亲切、态度和蔼，关爱病人。与病人沟通有效，健康指导内容和方式合适；</p> <p>能在规定的时间内完成。</p>
肌肉注射（成人）	<p>评估病人，解释操作目的及配合方法及时到位，环境符合注射的要求，保护病人隐私，护士准备充分，用物准备齐全、摆放有序；</p> <p>抽吸药物剂量准确，注射部位定位准确，注射时间、方法正确，技术熟练、轻柔；病人安全、满意，护士语言亲切、态度和蔼，关爱病人，与病人沟通有效，健康指导内容和方式合适；</p> <p>能在规定的时间内完成。</p>
密闭式静脉输液	<p>严格查对和消毒隔离制度，无菌观念强；</p> <p>评估病人，解释操作目的及配合方法及时到位，环境符合输液的要求，护士准备充分，用物准备齐全、摆放有序；</p> <p>排气一次成功，穿刺一针见血，记录输液的时间、滴速准确。输液故障处理及时有效；</p> <p>病人满意，护士与病人沟通有效，关爱病人，健康指导内容和方式合适；能在规定的时间内完成。</p>
氧气吸入疗法(氧气筒供氧)	<p>认真核对医嘱、核对病人；</p> <p>评估病人病情、缺氧的程度；鼻腔有无分泌物、黏膜有无红肿等；心理状况、合作程度；评估环境，病房有无明火、热源，氧气筒上有没有“四防”标志；操作者准备充分，用物准备齐全；</p> <p>正确安装、连接氧气表，熟练完成给氧的操作并交代注意事项；给氧完毕，迅速拔管、卸载氧气表，进行健康指导；</p> <p>病人及家属满意，态度和蔼，沟通有效；操作规范，动作敏捷；关心病人，及时观察病人缺氧改善情况；</p> <p>能在规定的时间内完成。</p>
电动吸引器吸痰	<p>核对医嘱、核对病人；</p>

	(经鼻腔)	<p>评估病情、呼吸困难与发绀程度；评估环境、操作者准备充分，用物准备齐全，摆放有序，严格遵守无菌技术操作原则；</p> <p>电动吸引器工作正常，储液瓶与安全瓶、管道衔接正确，接通电源；负压调节合适；熟练吸痰，同一部位一次吸痰时间合适；吸痰完毕，肺部听诊，判断吸痰效果，进行健康指导；</p> <p>操作规范，动作敏捷；病人满意，态度和蔼，沟通有效；能在规定的时间内完成。</p>
	四肢绷带包扎	<p>核对医嘱、核对病人个人信息；</p> <p>评估病情、受伤部位及伤后处理情况，解释操作目的及配合方法，环境符合包扎的要求；操作者准备充分，用物准备齐全，摆放有序；</p> <p>根据伤情选择正确的包扎方法，方法正确，松紧适宜；包扎过程中密切观察肢体末梢的感觉、运动、温度是否正常；包扎的肢体应保持功能位；必要时用三角巾固定。</p> <p>操作规范，动作敏捷；病人满意，态度和蔼，沟通有效；能在规定的时间内完成。</p>
	单人徒手心肺复苏 (成人)	<p>判断病人意识、颈动脉搏动、检查呼吸、观察胸廓有无起伏，方法正确。</p> <p>评估环境；用物准备齐全，摆放有序。</p> <p>病人取仰卧位；胸外心脏按压定位准确，按压深度、频率合适；连续 30 次；</p> <p>畅通气道方法正确，动作规范；连续人工呼吸 2 次，方法正确，潮气量合适。以胸外心脏按压与人工呼吸 30:2 的比例进行，连续操作 5 个循环。</p> <p>复苏效果评价方法正确，判断准确。记录抢救的时间。</p> <p>操作规范，动作熟练、敏捷，急救意识强；</p> <p>能在规定的时间内完成。</p>
	心电监护仪的使用 (成人)	<p>核对医嘱、核对病人信息；</p> <p>评估病情、意识及皮肤情况；解释操作目的及配合方法，环境符合心电监护的要求；操作者准备充分，用物准备齐全，摆放有序；</p> <p>体位舒适，安放电极片进行心电图监测位置准确；血氧饱</p>

		<p>和度监测(SpO₂)指夹安放正确；袖带安放部位准确，松紧适宜。各参数报警值设置正确；记录心电监护开始时间、心率、血压、呼吸、血氧饱和度；</p> <p>操作规范，动作熟练、敏捷；</p> <p>态度和蔼，病人满意，护士与病人沟通有效，健康指导内容和方式合适；</p> <p>能在规定的时间内完成。严格执行查对和消毒隔离制度；</p>
岗位核心技能	四步触诊	<p>严格执行查对和消毒隔离制度</p> <p>评估孕妇，解释操作目的及配合方法，环境符合四步触诊的要求，护士准备充分，用物准备齐全、摆放有序。</p> <p>体位舒适，保护隐私，四步触诊手法正确、符合规范，计时精确检查结果准确，健康指导到位；</p> <p>孕妇安全、满意，护士语言亲切，态度和蔼，沟通有效，双方配合良好，关爱病人，体现以病人为中心；</p> <p>能在规定的时间内完成。</p>
	新生儿抚触	<p>严格执行查对和消毒隔离制度；</p> <p>向家属解释操作目的及注意事项，评估新生儿，环境符合抚触的要求，护士准备充分，用物准备齐全、摆放有序；</p> <p>新生儿体位舒适，抚触手法正确、符合规范，技能熟练、动作轻柔；计时精确，感情自然，情感交流到位；</p> <p>新生儿安全、配合良好，家长满意，护士语言亲切，态度和蔼，沟通有效，关爱病人，体现以病人为中心；</p> <p>能在规定的时间内完成。</p>
	留置导尿术（女性）	<p>严格遵守无菌技术操作原则；</p> <p>评估病人，解释操作目的及配合方法，环境符合留置导尿术的要求，护士准备充分，用物准备齐全、摆放有序；</p> <p>体位正确、两次消毒方法正确、插管长度正确、具有个性化的健康指导能力、操作熟练、动作轻柔；</p> <p>病人安全、满意、无相关操作并发症的发生，护士语言亲切，态度和蔼，关爱病人，保护病人隐私；</p> <p>能在规定的时间内完成。</p>

五、考核方式

本专业技能考核为现场操作考核，成绩评定采用过程考核与结果考核相结合。具体方式如下：

1. 学生参考模块确定：遵循“难易搭配”的原则，规定每名考生必须考核专业基本技能和岗位核心技能中的各 1 个项目，学生成绩=专业基本技能模块项目成绩(70%)+岗位核心技能模块项目成绩(30%)；

2. 试题抽取方式：学生在相应模块题库中随机抽取 1 道试题考核。

六、附录

1. 国家相关法律法规

本标准主要参考的法律法规有《护士条例》和《医疗事故处理条例》，见表 6-1。

表 6-1 国家相关法律法规

序号	标准号	法律或法规名称	发布单位	出版社
1	ISBN9787509303900	护士条例	国务院法制办公室	中国法制出版社
2	ISBN9787509321737	医疗事故处理条例	国务院法制办公室	中国法制出版社

2. 行业相关规范与标准

本专业标准主要依据护理行业临床护理实践指南及技术规范，见表 6-2。

表 6-2 行业相关规范与标准

序号	标准号	规范或标准名称	发布单位	出版社
1	ISBN9787117102001	护士守则	中华护理学会	人民卫生出版社
2	ISBN9787535767042	湖南省医院护理工作规范	湖南省卫生厅	湖南科学技术出版社
3	ASIN: B071VY9D6V	常用 50 项护理操作技术操作教学光盘	中华医学会	中华医学电子音像出版社
4	ISRCCN-M22-10-0056-0 /V. R	医院基本护理操作技术系列教学片	四川大学	人民卫生出版社
5	ISBN9787566714241	高等职业院校学生专业技能抽查标准与题库丛书护理		湖南大学出版社
6	ISBN9787535792877	湖南省常用护理操作技术规范		湖南科学技术出版社