

附件 4

各项护理技术操作标准

备注：

1、每项护理操作项目要点与细节请考生参考人民卫生出版社出版的第 6 版《基础护理学》；

2、多数项目在操作同时应有口述部分，旨在考核考生与患者沟通交流等语言表达综合能力，请考生注意。



（一）单人徒手心肺复苏操作标准（床上操作）

操作步骤	操作标准
用物准备	纱布（至少 2 块），手电筒，病人床下备垃圾桶
操作准备	（操作开始计时）是否着装整齐，仪表端庄，动作迅速
判断意识	确认患者有无意识
判断脉搏	确认抢救开始时间，判断呼吸、脉搏
复苏体位	去枕头后仰，将患者摆置正确体位
胸外按压	<ol style="list-style-type: none"> 1. 抢救者站位 2. 按压部位及手法 3. 按压方法 4. 按压深度，成人 5-6 厘米 5. 按压频率，每分钟 100-120 次
清除气道	清除口鼻腔分泌物
开放气道	仰头提颏法
人工呼吸	呼吸频率，每 5-6 秒一次呼吸
操作要点	按压和通气比 30:2，完成 5 个循环。
有效指征判断	进行复苏效果评估：判断呼吸、脉搏，检查瞳孔，确认复苏成功时间。
操作后体位	恢复气道，嘱患者平卧头偏向一侧，整理病人。
病人评估	患者有无并发症发生（操作计时结束）
整体评估	护士急救意识强，操作熟练，手法正确，程序规范，动作敏捷。
	操作时间要求在 4 分钟内。



(二) 铺床法 (麻醉床) 操作标准

操作步骤	操作标准
目的	1. 便于接收和护理麻醉手术后的患者 2. 使患者安全、舒适、预防并发症 3. 保护被褥不被血液或呕吐物污染
操作前准备	1. 护士准备: 是否着装整洁、修剪指甲、洗手、戴口罩。(操作开始计时) 2. 用物准备: 床垫、床褥、大单、中单 2 条和橡胶单 2 条、被套、棉胎、枕芯、枕套、床刷、快速手消、开口器、牙垫、治疗碗、氧气导管、吸痰管、棉签、压舌板、纱布 电筒、血压计、听诊器、治疗巾、弯盘、胶布、护理记录单、笔、输液架 3. 环境准备
操作过程	1. 将备品推至床旁, 移开床旁桌椅 2. 检查床铺是否安全, 扫床 3. 铺床褥 4. 铺大单 5. 铺橡胶单、中单 6. 铺棉被 7. 折被筒 8. 将盖被三折叠于背门一侧 9. 套枕套 10. 移回床旁桌床旁凳, 动作轻稳。 11. 将麻醉护理盘放置于床旁桌上, 其他物品按需放置。 12. 操作完毕, 洗手或用快速手消毒剂消毒双手。(计时结束)
评价	1. 操作时间 8 分钟。 2. 无掀抖重复或床单落地。 3. 操作动作轻柔, 手法正确, 环境整洁。
注意事项	1. 符合铺床的实用、耐用、舒适、安全的原则。 2. 床单中线于床中线对齐。 3. 被套充实, 盖被平整, 两边内折对称, 枕套平整、充实, 开口背门。 4. 注意省时、节力。床单位整洁美观。 5. 中单要遮盖橡胶单, 避免橡胶单与患者皮肤接触而引起患者的不适。



（三）非同步心脏电除颤术（除颤仪使用） 操作标准

操作 步骤	操 作 标 准
操 作 前 准 备	（操作开始计时）是否服装整洁，仪表端庄，戴口罩
	用物准备：除颤仪，导电糊、除颤电极片、手消毒液均在有效期内，特护记录单，2块纱布；车下备医疗垃圾桶、生活垃圾桶
	抢救室里有一名 CPR 患者，遵医嘱立即除颤。
操 作 过 程	正确安装除颤器
	涂抹导电糊
	打开除颤器开关，确认电复律方式，遵医嘱调节除颤能量
	电极板放置位置正确
	充电
	再次观察心电示波，确认患者为室颤。
	除颤安全意识明确
	放电！
	除颤仪除颤能量调零，关机。
	立即进行从胸外心脏按压开始的 5 个周期的 CPR。
	观察心电波形
	安慰患者
	观察除颤部位皮肤损伤情况
	整理病人衣服及床单元，垫枕，取舒适卧位。
	整理用物，消毒备用。
洗手，记录。（计时结束）	
评 价	1.操作时间 5 分钟，操作动作迅速、准确、有效、抢救成功
	2.病人皮肤完整、无烧伤，病人无特殊不适感
	3.床单位整洁



（四）气道内吸引（经鼻吸痰法、中心负压） 操作标准

操作 步骤	操 作 标 准
操作 前 准 备	（计时开始）核对床号、姓名、腕带
	护理评估：（1）患者年龄、病情、意识治疗等情况（2）患者呼吸、痰量、鼻腔情况、痰液粘稠度和部位（3）患者心理状态、合作程度
	患者准备：对清醒患者进行解释操作的目的、方法、注意事项，取得患者配合
	用物准备：压力表、吸引器瓶、连接管 2 根、无菌盘、盛有生理盐水的治疗碗 2 个、纱布一块或一次性纸巾、一次性吸痰管 1-2 根、吸痰管内自带手套一只、听诊器、瓶口贴一个、手电筒 1 个、洗手液、医嘱单、记录单、医用垃圾桶、生活垃圾筒
操 作 过 程	护士准备：是否洗手，戴口罩。检查用物。
	携用物至患者床旁，核对床号、姓名、腕带；使患者头面向操作者；物品摆放合理。
	安装压力表
	吸引器瓶放于床头，连接管道，调节负压
	连接吸痰连接管，检查是否漏气 连接吸痰管
	吸痰，手法正确
	观察病人的反应、吸出痰液的色、质、量，气道的通畅情况等 指导患者有效咳痰
	冲洗管道，妥善放置连接管
	吸痰结束，进行吸痰效果评价，安置患者体位
	整理用物 洗手，记录（计时结束）
口述提问	表达清楚，音量适中、内容准确、语句通顺、流利
评 价	患者愿意配合、有安全感。患者呼吸道痰液及时吸出、气道通畅、呼吸功能改善。操作规范熟练有序。
	操作过程中进行有效的人文沟通，充分体现人文关怀精神，患者满意。举止端庄，仪表大方，遵循查对制度。
	有效应变，动作轻柔，记录字迹工整，符合要求操作时间要求在 9 分钟内



(五) 静脉采血技术操作标准

操作 步骤	操作标准
操作 前 准备	(计时开始) 护理评估:①核对医嘱、患者信息 ②询问是否按要求禁食等准备工作 ③告知患者操作目的及方法 ④患者采血部位皮肤、血管情况 ⑤意识状态 ⑥合作程度, 指导配合
	护士准备: 是否着装整洁、修剪指甲、仪表端庄, 语言柔和恰当、态度和蔼可亲.
	用物准备: 治疗盘、采血针、真空采血试管、强力碘棉签、输液贴、弯盘、止血带、手套、治疗巾、试管标签、检验单(医嘱单)、速干手消毒液、试管架、医用/生活垃圾桶、锐器盒
	环境评估
操作 过 程	洗手、戴口罩, 检查用物
	再次核对医嘱, 正确粘贴试管标签
	携用物至患者旁, 核对患者信息
	协助患者取舒适体位
	系止血带, 选择血管, 松开止血带
	垫治疗巾
	以穿刺点为中心进行环状皮肤消毒
	戴手套
	系止血带
	取出采血针
	嘱患者握拳, 再次核对
	一次穿刺成功
	连接采血管
	拔管
	与抗凝剂混匀
	拔针
	再次核对
	告知采血后注意事项、告知结果出来的时间, 观察患者针孔皮肤情况
	脱手套
	协助患者取舒适体位, 整理床单元
整理用物	
洗手, 记录(计时结束)	
评价	举止端庄、仪表大方、口述流利、遵循查对制度, 操作规范熟练有序, 符合无菌技术原则
	操作过程中进行有效沟通, 充分体现人文关怀, 患者满意
	有效应变、动作轻柔、记录字迹工整, 符合要求, 操作时间要求在9分钟内



(六) 密闭式静脉输液技术操作标准

操作 步骤	操作标准
操作 前 准 备	(计时开始) 核对床号、姓名、腕带
	护理评估: (1) 患者年龄、病情、意识状态及营养状况等 (2) 患者心理状态及配合程度 (3) 穿刺部位的皮肤、血管状况及肢体活动度
	患者准备: (1) 了解静脉输液的方法、注意事项及配合要点 (2) 输液前排尿或排便 (3) 取舒适体位
	环境准备
	用物准备: 治疗盘、安尔碘消毒棉签、输液器一套、输液贴、医嘱所需药液、剪刀、弯盘、一次性治疗巾、止血带、医嘱本、巡视卡、洗手液, 医用/生活垃圾桶、锐器盒、剪刀; 输液架
操作 过 程	洗手、戴口罩。检查用物
	遵医嘱备药液, 链接输液器, 注明时间、签名, 再次核对医嘱, 整理操作台
	携用物至患者床旁, 核对床号、姓名、腕带。协助病人舒适卧位
	初次排气。
	选择静脉, 垫一次性治疗巾
	消毒皮肤, 进行二次排气
	再次核对, 穿刺
	固定针头
	调节滴速, 再次核对医嘱, 协助患者取舒适卧位 向患者说明已完成静脉穿刺, 告之注意事项
整理患者及用物, 洗手, 在输液巡视卡上记录, 操作者签名。(计时结束)	
口述	表达清楚, 音量适中、内容准确、语句通顺、流利
评价	正确执行无菌操作和查对制度, 无差错发生。操作程序清晰、规范, 静脉穿刺一次成功, 无局部、全身不适和不良反应
	操作过程中进行有效沟通, 充分体现人文关怀, 患者满意。举止端庄, 仪表大方, 操作规范熟练有序
	记录字迹工整, 符合要求, 有效应变, 动作轻柔全部操作时间要求在 10 分钟内完成



(七) 皮内注射技术操作标准

操作 步骤	操 作 标 准
操作 前 准 备	(计时开始) 护理评估: (1) 患者病情、治疗情况、用药史、药物过敏史及家族史 (2) 患者意识状态、心理状态、对药物认知及合作程度 (3) 患者注射部位的皮肤情况
	护士准备: 是否衣帽整洁, 修剪指甲, 洗手、戴口罩。
	用物准备: 治疗盘, 无菌治疗巾, 无菌持物钳(镊), 75%乙醇, 瓶口贴, 无菌棉签, 剪刀, 医嘱用药, 1ml 注射器, 备用针头, 弯盘, 注射卡, 纱布, 洗手液, 医嘱本, 锐器盒, 医用/生活垃圾筒, 做药物过敏试验时备 0.1%盐酸肾上腺素, 5ML 注射器。
	患者准备: (1) 了解皮内注射的目的、方法、注意事项及配合要点 (2) 取舒适体位并暴露注射部位
	环境准备: 清洁、安静、光线适宜
操作 过 程	核对医嘱, 写注射卡, 根据医嘱取药。用小纱布擦去瓶体灰尘, 检查药液, 启开瓶盖
	铺无菌盘
	常规消毒药液瓶口
	检查注射器, 抽取所需药液
	置换针头, 并固定。核对医嘱。将注射器放于无菌治疗巾中
	携用物至病室。核对床号、姓名及用药史、过敏史、家族史。选择注射部位 常规消毒皮肤
	取出注射器, 排气, 进针
	推注药液, 拔针
	再次核对, 整理用物, 整理床单位, 协助病人取舒适卧位, 洗手, 记录(计时结束)
口 述 提 问	1. 皮内注射要点: (1) 进针要快, 拔针要快。 (2) 不能用棉签按压。 (3) 深度为将针尖斜面完全浸入。
	2. 过敏试验时的健康教育: 嘱病人勿按揉局部, 暂无离开病房, 20 分钟后观察结果, 如有不适立即告诉护士
评 价	注射过程严格按注射原则进行, 未发生感染; 操作过程中进行有效沟通, 充分体现人文关怀, 患者满意
	举止端庄, 仪表大方, 操作规范, 熟练有序, 遵循查对制度
	有效应变, 动作轻柔, 操作时间要求在 9 分钟内



(八) 无菌技术操作标准

操作 步骤	操 作 标 准
操作 前 准 备	(计时开始) 是否着装整洁、修剪指甲、仪表端庄、动作规范、举止文雅、注意节力
	用物: 治疗车、无菌治疗巾包、无菌弯盘包、无菌溶液瓶、一次性无菌手套包、擦布、无菌持物钳(镊)及容器包、治疗盘、治疗碗、无菌有盖方盘(内放弯盘)
操作 过 程	无菌持物钳 洗手、戴口罩 1.每个无菌干罐只放一把无菌持物钳(镊),盛有无菌持物钳(镊)的无菌干罐保存在无菌包内,使用前开包,4小时更换一次;2.取、放无菌持物钳(镊)时应先闭合钳端,不可触及容器口边缘;3.始终保持钳(镊)端向下,不可触及非无菌区;4.无菌持物钳(镊)只能用于夹取无菌物品,不可用于夹取油纱、换药或皮肤消毒;5.到远处取物时,应连同容器一并搬移,就地使用。
	无菌容器 拿起容器盖,平移稳妥;无菌钳(镊)取无菌物品正确;手持无菌容器时,不可触及容器内面及边缘;严密盖好无菌容器
	取用无菌溶液 取无菌溶液,核对标签,擦净盖及瓶颈灰尘,检查药液,冲洗瓶口,倒出溶液至无菌容器中,在瓶签上注明开瓶日期及时间并签名
	无 菌 包 正确取一块治疗巾放于治疗盘中
	铺无 菌 盘 单层底铺盘法
	弯盘 包 检查无菌包,正确取弯盘放于铺好的无菌区内,铺好无菌盘
	戴脱 无菌 手套 洗手,检查手套,按无菌技术原则和方法戴无菌手套,按要求脱下手套,洗手(计时结束)
评价	操作规范,熟练有序
	符合无菌操作原则
	时间 7 分钟



(九) 氧气吸入技术（中心供氧）操作标准

操作步骤	操作标准
操作前准备	(计时开始) 核对床号、姓名、腕带
	<p>护理评估：(1) 患者病情、意识、呼吸状况、合作程度及缺氧程度 (2) 患者鼻腔有无鼻息肉、鼻中隔偏曲或分泌物阻塞等情况 (3) 环境准备：整洁、安静、安全、舒适 (4) 协助患者取半坐卧位 (5) 供氧装置是否完好备用</p> <p>患者准备：向患者及家属解释氧气吸入目的及注意事项</p> <p>用物准备：治疗盘（内放氧气表），一次性使用吸氧管（带湿化瓶）2 个、治疗碗 1 个内盛适量蒸馏水、棉签罐、弯盘内放纱布两块或面巾纸、手电筒一个、血氧指套、剪刀、医嘱单、吸氧记录单，洗手液；治疗车下：医用/生活垃圾桶</p>
操作过程	洗手，戴口罩。检查用物
	携用物至患者床旁，核对床号、姓名、腕带。清洁两侧鼻腔
	将湿化瓶和氧气表安装到中心供氧装置上，打开氧气表开关，关闭开关，连接鼻导管，打开氧气表开关，按医嘱要求调节氧流量
	检查鼻导管是否通畅
	插入鼻导管
	妥善固定鼻导管
	指导患者正确呼吸
	再次核对氧流量及患者姓名
	整理用物，洗手，记录用氧时间及流量。评估用氧疗效
	停止吸氧时：取下鼻导管。用纱布或面巾纸擦净患者鼻部。
	再关闭流量表开关
	安置患者舒适体位
口述提问	表达清楚，音量适中、内容准确、语句通顺、流利
	<p>举止端庄，仪表大方，遵循查对制度，操作规范熟练有序</p> <p>患者愿意配合、有安全感。患者及家属了解用氧的相关知识。患者缺氧症状缓解。未见呼吸道损伤及其他意外发生</p> <p>操作过程中进行有效沟通，充分体现人文关怀，患者满意操作时间要求在 8 分钟内</p>

