

## 附件 1

# “巾帼英雄杯”全省护理技能大赛（外科篇）操作标准及评分表

## 1. 护理技能操作标准及评分表—心电监测

项目		操作流程	分值	扣分细则	扣分	备注
操作前准备 12 分	评估	1. ①评估患者诊断、病情（2 分）；②核对患者，评估患者的认知、心理反应和合作程度（2 分）；③询问过敏史、疾病史（2 分）	6			
		2. 环境整洁、安静、安全，光线充足	1			
	护士	3. 检查或修剪指甲，洗手，戴口罩，着装整洁	1			
	用物	4. 检查并备齐用物：心电监护仪，酒精棉球，电极片，纱布，记录纸笔，医嘱执行单（PDA），速干（免洗）手消毒剂，医疗垃圾桶，生活垃圾桶，可回收垃圾桶。 必要时：电插板、胶布、屏风	4	用物准备缺一项扣 0.5 分，最多扣 3 分		
操作过程 68 分		1. 双人核对医嘱、床号、姓名、住院号	2			
		2. 采用两种及以上方法核对患者床号、姓名、住院号	2			
		3. ①自我介绍（介绍选手编号）（0.5 分）；②解释操作目的、程序（1 分）；③如何配合（1 分）；④询问二便（0.5 分）	3			
		4. 拉围帘或屏风遮挡（1 分），协助患者取适当体位（1 分）	2			
		5. 再次核对	2			
		6. 连接心电监护仪电源（1 分），开机检查性能完好（1 分），校对时间（1 分）	3			
		7. 解开衣服暴露患者胸部（1 分），检查皮肤（2 分），酒精（生理盐水）棉球擦拭相应部位皮肤（1 分）	4			
		8. 贴电极 RA 于右侧锁骨中线第 2 肋间（1 分），RL 于右侧锁骨中线第 5、6 肋间（1 分），LA 于	7			

	左侧锁骨中线第2肋间（1分），LL于左侧锁骨中线第5、6肋间（1分），V避开除颤部位的其他胸壁位置（1分），整理导线（1分），遮盖患者胸部（1分）				
	9. 检查肢体活动度（1分），皮肤情况（1分），扪及肱动脉搏动处（2分），血压袖带绑于患者肘窝上两横指（2分），松紧以一手指为宜（2分），测量血压（1分），整理导线（1分）	10			
	10. 检查手指皮肤（1分）、运动（1分）、循环情况（1分）、指甲（3分），正确连接血氧饱和度传感器（1分），整理导线（1分）	8			
	11. 根据情况选择模式（1分）、适当的导联（1分）、振幅（1分），调节报警上下线（4分），根据病情确定测定血压的间隔时间（1分）	8			
	12. 严密观察病情（1分），异常情况及时记录并报告医生（1分），告知患者或家属目前心率、血压、血氧饱和度（1分），适当安抚患者（1分）	4			
	13. 交代注意事项：防牵拉脱落（1分），防水或血液污染（1分），如感觉心慌不适、疼痛、皮肤瘙痒、红疹等应及时告知（2分），定时更换电极片、袖带、氧饱和度探头位置（2分），心电监护仪附近禁止使用电子产品，以免干扰监测准确度（2分）	8			
	14. 再次核对	2			
	15 协助患者取舒适体位（1分），整理床单位（1分），拉开围帘（1分）	3			
操作后处理 8分	1. 清理用物，按规范处理	3			
	2. 洗手	1			
	3. 记录开始时间、监测值，并签全名	4			
综合评价 12分	1. 关爱患者，护患沟通有效	4			
	2. 操作过程中注意观察患者反应，适时安抚情绪	4			
	3. 操作者综合评价（逻辑性、熟练程度）	4			

## 2. 护理技能操作标准及评分表—静脉留置针输液

项目		操作流程	分值	扣分细则	扣分	备注
操作前准备 15 分	评估	1. ①评估患者的年龄、病情、过敏史、静脉治疗方案、药物性质等，选择合适的输注途径和静脉治疗工具；②评估置管部位血管条件及周围皮肤情况；③评估患者心理状态、对留置针输液的认识及合作程度等	4	评估项目缺一项扣 0.5 分，最多扣 2 分		
		2. 环境整洁、安静、安全、光线充足（1 分），符合无菌操作原则（1 分）	2			
	护士	3. 检查或修剪指甲，洗手，戴口罩，着装整洁	1			
	用物	4. 备齐用物：按医嘱准备药物，胶贴，型号大小合适的静脉留置针，无菌透明敷贴，治疗盘，输液器，弯盘，无菌治疗巾，无菌盘，无菌棉签，消毒液，止血带，手套，小垫枕（必要时），速干（免洗）手消毒剂，医嘱单，医嘱执行单（PDA），医疗垃圾桶，生活垃圾桶，锐器盒，瓶套（必要时）	6	用物准备缺一项扣 0.5 分，最多扣 4 分		
		5. 检查所备药品及物品名称，有效期，包装是否完整，有无变质、异味、潮解、沉淀、浑浊等。	2	检查项目缺一项扣 0.5 分，最多扣 1 分；有物品未在有效期内扣 1 分		
操作过程 61 分	1. 双人核对医嘱：床号、姓名、住院号、药名、剂量、浓度、给药方法、时间		2	未检查扣 2 分；检查项目缺一项扣 0.25 分		
	2. 规范书写瓶签(1 分)，将瓶签贴于输液瓶(袋)上（视为配液）（1 分）		2			
	3. 采用两种及以上方法核对患者床号、姓名、住院号；核对药名、浓度、剂量、用法、时间		2	项目缺一项扣 0.25 分		
	4. ①自我介绍（介绍选手编号）（0.5 分）；②解释操作目的、程序（1 分）；③如何配合（1 分）；④询问二便（0.5 分）		3			
	5. 洗手（1 分），消毒瓶塞，待自然干燥，插入输液器，关闭调节器（1 分）		2			
	6. 协助患者取适当体位，暴露输液部位。		1			
	7. 铺治疗巾或小垫枕，扎止血带，选择合适静脉，松止血带		3	静脉选择不合理扣 2 分		
	8. 洗手		1			
	9. 消毒皮肤，稍用力由内向外环形消毒（1 分），直径≥8cm（1 分），待自然干燥		2			
	10. 再次核对姓名、床号、住院号、药名、浓度、剂量、用法、时间		2	项目缺一项扣 0.25 分		
	11. 准备留置针(1 分)，无菌透明敷贴及胶贴(2		3			

	分)				
	12. 在穿刺点上方约 10cm 处扎止血带 (1 分), 活结尾端向上 (1 分)	2			
	13. 再次消毒皮肤, 稍用力由内向外环形消毒 (1 分), 直径 $\geq 8\text{cm}$ (1 分), 自然干燥。	2			
	14. 洗手 (1 分), 戴手套 (1 分), 将输液瓶挂于输液架上, 排尽空气 (2 分)	4			
	15. 取留置针连接输液器 (1 分), 左右转动针芯 (1 分), 再次排气 (1 分)	3			
	16. 绷紧穿刺部位皮肤以 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 角穿刺 (1 分), 见回血后降低角度再进 0.2cm (1 分), 固定导管座, 退针芯约 0.2cm, 再将导管送入血管 (1 分), 拔出针芯规范处置 (1 分)	4			
	17. 一手固定针柄, 另一手松开止血带, 打开调节器	2			
	18. 无菌透明敷贴以穿刺点为中心无张力粘贴 (1 分), 塑形固定 (1 分), 平整、无气泡 (0.5 分), 覆盖白色隔离塞 (0.5 分), 延长管成 U 型胶布固定, 固定肝素帽三叉处及输液连接处 (0.5 分), 勿贴于无菌透明敷贴上 (0.5 分), 肝素帽高于导管尖端 (0.5 分), 与血管平行勿压在穿刺上方血管 (0.5 分), 将注明置管日期的小胶贴贴在不遮挡穿刺点的位置 (1 分)	6			
	19. 脱手套 (1 分), 洗手 (1 分)	2			
	20. 根据患者的年龄、病情、药物性质或医嘱 (2 分), 正确调节滴速 (1 分)	3			
	21. 再次核对姓名、床号、住院号、药名、浓度、剂量、用法、时间	2	项目缺一项扣 0.25 分		
	22. 撤除治疗巾或小垫枕, 协助置舒适位置 (1 分), 整理床单位 (1 分)	2			
	23. 告知注意事项: 勿随意调节滴速开关, 避免液体滴入过快过慢, 避免穿刺部位肢体过度活动, 避免输液管道受压、扭曲、牵拉, 如感觉心慌不适、发现点滴不畅、局部红肿、疼痛、出汗、皮肤瘙痒、红疹等应及时告知, 呼叫器放于患者可及处	6	项目缺一项扣 0.5 分, 最多不超过 4 分		
操作后处理 8 分	1. 清理用物规范处理	3			
	2. 洗手	1			
	3. 记录输液时间, 签全名	4			
综合评价 16 分	1. 关爱患者, 护患沟通有效	4			
	2. 操作过程中注意观察患者反应, 适时安抚情绪	4			
	3. 操作过程中无菌观念强, 无污染	4			
	4. 操作者综合评价 (逻辑性、熟练程度)	4			

### 3. 护理技能操作标准及评分表--留置导尿

项目		操作流程	分值	扣分细则	扣分	备注
操作前准备 12 分	评估	1. ①了解患者年龄、性别、生活自理能力、膀胱充盈度及会阴部皮肤黏膜情况，有无红肿（2 分）；②了解诊断、病情、治疗，男性患者有无前列腺疾病（2 分）；③患者心理状态及合作程度（2 分）	6			
		2. 环境整洁、安静、安全、光线充足，符合无菌操作原则	1			
	护士	3. 检查或修剪指甲，洗手，戴口罩，着装整洁	1			
	用物	4. 检查并备齐用物：治疗盘、初步消毒用物，一次性导尿包，速干（免洗）手消毒剂，弯盘，一次性垫巾或小橡胶单和治疗巾一套，浴巾或毛毯，医嘱执行单（PDA），医疗垃圾桶，生活垃圾桶，可回收垃圾桶，根据环境情况酌情准备屏风	4	用物准备缺一项扣 0.5 分，最多扣 2 分		
操作过程 69 分	1. 双人核对医嘱、床号、姓名、住院号		2			
	2. 采用两种及以上方法核对患者床号、姓名、住院号		2			
	3. ①自我介绍（介绍选手编号）（0.5 分）；②解释操作目的、程序（1 分）；③如何配合（1 分）；④询问二便（0.5 分）		3			
	4. 拉围帘或屏风遮挡（1 分），协助患者取适当体位（1 分）		2			
	5. 松开床尾被盖（1 分），帮助患者脱去对侧裤腿，盖在近侧腿部（1 分），并盖上毛毯或浴巾，对侧腿用盖被遮盖（1 分）		3			
	6. 协助患者取仰卧位或屈膝仰卧位（1 分），两腿略外展，暴露外阴（1 分）		2			
	7. 将一次性横单或小橡胶单和治疗巾垫于患者臀下		1			
	8. 洗手		1			
	9. 初次消毒：一手戴手套（1 分） 女性：阴阜→大阴唇→小阴唇→尿道口至肛门（4 分） 男性：阴阜→阴茎→阴囊→尿道口→龟头→冠状沟（4 分） 由外向内（1 分），自上而下（1 分），每个棉球只用一次（1 分），撤消毒物品（1 分）		9			
	10. 洗手		1			
	11. 将导尿包放在患者两腿之间，按无菌技术操作原则打开导尿包（2 分）		2			

	12. 取出无菌手套，按无菌技术操作原则戴好无菌手套（2分），取出孔巾，铺在患者的外阴部形成无菌区并暴露出外阴（2分）	4			
	13. 按操作顺序整理好用物（1分），取出导尿管，检查尿管（1分），用润滑剂润滑导尿管前段（2分），将导尿管和集尿袋的引流管连接（1分）	5			
	14. 二次消毒： 女性：分开并固定小阴唇，消毒尿道口→小阴唇→尿道口（4分） 男性：纱布包住阴茎，暴露尿道口→尿道口→龟头→冠状沟→尿道口（4分） 由内而外再向内（1分），自上而下（1分），妥善放置污棉球（1分）	7			
	15. 插尿管 女性：持续固定小阴唇（2分），嘱患者张口呼吸（1分），镊子夹持导尿管对准尿道口轻轻插入尿道4~6cm（2分），见尿后再插入5~7cm（约至导尿管长度的50%）（2分） 男性：纱布固定阴茎并提起，使之与腹壁呈60°角（2分），嘱患者张口呼吸（1分）镊子夹持导尿管对准尿道口轻轻插入尿道20~22cm（2分），见尿后直插至导尿管Y型处（2分）	7			
	16. 连接注射器根据导尿管上注明的气囊容积注入等量的无菌液体（1分），轻拉导尿管有阻力感，即证实导尿管固定于膀胱内（1分）	2			
	17. 夹闭引流管（1分），撕开洞巾（0.5分），擦净外阴（0.5分），包裹用物，放置医疗垃圾桶（1分）	3			
	18. 脱手套（1分），洗手（1分），集尿袋固定于床沿下，开放导尿管（2分）	4			
	19. 贴尿管标识（1分），协助患者穿裤，协助患者取舒适体位（1分），交代注意事项（3分）	5			
	20. 再次核对	2			
	21. 整理床单位（1分），拉开围帘（1分）	2			
操作后处理 7分	1. 清理用物，按规范处理	3			
	2. 洗手	1			
	3. 记录开始时间、尿液颜色、性质、量等，并签全名	3			
综合评价 12分	1. 关爱患者，动作轻柔准确无损伤，护患沟通有效	3			
	2. 操作过程中注意观察患者反应，适时安抚情绪	3			
	3. 严格无菌操作原则，无菌观念强	3			
	4. 操作者综合评价（逻辑性、熟练程度）	3			

#### 4.护理技能操作标准及评分表--氧气吸入（氧气筒）

项目		操作流程	分值	扣分细则	扣分	备注
操作前准备 15分	评估	1. ①了解患者诊断、病情，对疾病的认识（1分）；②对吸氧的心理反应与合作程度等（1分）；③呼吸道是否通畅（1分）；④呼吸形态，缺氧的程度（1分）；⑤检查鼻腔黏膜有无破损，是否通畅（1分）；⑥询问鼻腔疾病史（1分）	6			
		2. 环境整洁、安静、光线充足，用氧环境安全，远离火源	2			
	护士	3. 检查或修剪指甲，洗手，戴口罩，着装整洁	1			
	用物	4. 检查并备齐用物：治疗盘，治疗碗（内盛灭菌蒸馏水），纱布，棉签，氧气湿化瓶，鼻氧管，弯盘，扳手，氧气筒供氧设备，灭菌蒸馏水（带湿化液的一次性吸氧套件），氧气记录卡，速干（免洗）手消毒剂，医疗垃圾桶，生活垃圾桶，可回收垃圾桶	6	用物准备缺一项扣0.5分，最多扣4分		
操作过程 65分		1. 双人核对医嘱、床号、姓名、住院号	2			
		2. 采用两种及以上方法核对患者床号、姓名、住院号	2			
		3. ①自我介绍（介绍选手编号）（0.5分）；②解释操作目的、程序（1分）；③如何配合（1分）；④询问二便（0.5分）	3			
		4. 协助患者取舒适体位	2			
		5. 氧气筒妥善固定放置（2分），打开氧气筒总开关吹净瓶口灰尘（2分），关总开关（2分）	6			
		6. 安装上正氧气压力表（3分），再开总开关检查有无漏气（1分）	4	氧气压力表安装位置不正扣2分		
		7. 湿化瓶内倒入1/3~1/2的灭菌蒸馏水（4分），安装湿化瓶（2分）/（或使用带湿化液的一次性吸氧套件）	6			
		8. 再次检查鼻腔（1分），清洁湿润鼻腔（2分）	3			
		9. 再次核对	2			
		10. 连接鼻氧管（1分），打开流量开关（1分），根	6			

	据病情或医嘱调节氧流量（4分）				
	11. 将鼻氧管前端放入治疗碗中湿润（2分），检查是否通畅（2分）	4	滴水扣1分		
	12. 安置鼻氧管（2分），调节松紧度（3分），妥善固定（3分）	8			
	13. 告知患者及家属安全用氧知识（8分），如感觉心慌不适、呼吸费力、疼痛等应及时告知（2分）	10			
	14. 再次核对	2			
	15. 协助取舒适体位（1分），整理床单元（1分）	2			
	16. 观察患者缺氧症状及有无不良反应（1分），氧气装置有无漏气（1分），是否通畅（1分）	3			
操作后处理 8分	1. 清理用物，按规范处理	3			
	2. 洗手	1			
	3. 记录病情、开始用氧时间、氧流量、签全名	4			
综合评价 12分	1. 关爱患者，护患沟通有效	4			
	2. 操作过程中注意观察患者反应，适时安抚情绪	4			
	3. 操作者综合评价（逻辑性、熟练程度）	4			



## 5. 护理技能操作标准及评分表—胃肠减压

项目		操作要点与评分	分值	扣分细则	扣分	备注
操作前准备 15 分	评估	1. ①了解患者病情、诊断、治疗（1 分）；②了解患者心理状态、合作程度（1 分）；③查看患者鼻粘膜有无肿胀、炎症、鼻中隔偏曲、鼻息肉、鼻漏、鼻腔手术史、鼻腔通畅度（4 分）；④查看患者口腔有无活动性义齿（1 分）	7			
		2. 环境整洁宽敞，光线充足，适宜操作	1			
	护士	3. 检查或修剪指甲、洗手、戴口罩、着装整洁	1			
	用物	4. 检查并备齐用物：治疗盘，胃管，液状石蜡，注射器，镊子或止血钳，压舌板，纱布，听诊器，手套，胶布，别针，治疗巾，弯盘，一次性负压引流器，治疗碗，温开水，棉签，胃管标签，记录纸笔，医嘱执行单（PDA），速干（免洗）手消毒剂，医疗垃圾桶，生活垃圾桶，可回收垃圾桶，必要时备漱口或口腔护理用物及松节油	6	用物准备缺一项扣 0.5 分，最多扣 4 分		
操作过程 65 分		1. 双人核对医嘱、床号、姓名、住院号	2			
		2. 采用两种及以上方法核对患者床号、姓名、住院号	2			
		3. ①自我介绍（介绍选手编号）（0.5 分）；②解释操作目的、程序（1 分）；③如何配合（1 分）；④询问二便（0.5 分）	3			
		4. 取舒适卧位（1 分），必要时，取下眼镜（0.5 分），义齿放妥（0.5 分），准备胶布（1 分）	3			
		5. 颌下铺治疗巾（2 分），初次定位（2 分），放置弯盘（2 分），再次检查选择鼻腔（2 分），清洁鼻腔（1 分）	9			
		6. 洗手（1 分），戴手套（2 分），检查胃管通畅度（2 分），测量胃管置入长度（2 分），作好记号（2 分）	9			
		7. 润滑胃管前端（2 分），沿选定鼻孔轻稳准插入（2 分）	4			
		8. 插至 10~15cm 嘱清醒患者做吞咽动作，安抚患者/昏迷患者将患者托起头部下颌靠近胸骨柄（4 分），顺势将胃管插至预定长度（3 分）	7			
		9. 确认胃管在胃内（3 分），夹闭胃管（1 分），为患者清洁面部（1 分），在鼻翼及颊部规范固定（4 分），脱手套（1 分），洗手（1 分）	11			

	10. 检查负压器（1分），正确连接负压器（1分），妥善固定负压器（2分）	4			
	11. 观察患者反应（1分）、胃液颜色（1分）、性状（1分）、量（1分）	4			
	12. 交代注意事项：防牵拉脱落（1分），防扭曲受压折叠（1分）如有疼痛、恶心呕吐等不适及时告知（1分）	3			
	13. 再次核对	2			
	14. 协助患者取舒适体位（1分），整理床单位（1分）	2			
操作后处理 8分	1. 清理用物，按规范处理	3			
	2. 洗手	1			
	3. 记录插管时间、置入深度、胃液颜色、性质、量，并签全名	4			
综合评价 12分	1. 关爱患者，护患沟通有效	4			
	2. 操作过程中注意观察患者反应，适时安抚情绪	4			
	3. 操作者综合评价（逻辑性、熟练程度）	4			

## 6. 护理技能操作标准及评分表——气管切开伤口护理

项目		操作流程	分值	扣分细则	扣分	备注
操作前准备 15 分	评估	1. ①评估患者病情、年龄、意识、自理能力、合作程度、心理反应（2 分）；②评估患者气管切口情况、导管固定、颈部皮肤、气囊压力（一次性导管）情况（2 分）；③呼吸情况，呼吸道分泌物的量、粘稠度（2 分）	6			
		2. 环境：病室温度、湿度适宜、整洁、光线充足（1 分），符合无菌操作原则（1 分）	2			
	护士	3. 检查或修剪指甲，洗手，戴口罩，着装整洁	1			
	用物	4. 备齐用物：治疗盘，治疗巾，治疗碗，止血钳，开口纱，纱布，消毒剂，生理盐水，一次性吸痰管，弯盘，手套，同型号已消毒内导管（金属导管），记录纸笔，医嘱执行单（PDA），速干（免洗）手消毒剂，医疗垃圾桶，生活垃圾桶，可回收垃圾桶，必要时备电插座板，消毒小桶	4	缺一项扣 0.5 分，最多扣 2 分。		
		5. 检查所备药品及物品名称，有效期，包装是否完整，有无变质、异味、潮解、沉淀、浑浊等	2	检查项目缺一项扣 0.5 分，最多扣 1 分；有物品未在有效期内扣 1 分。		
操作过程 65 分	1. 双人核对医嘱、床号、姓名、住院号		2			
	2. 采用两种及以上方法核对患者床号、姓名、住院号		2			
	3. ①自我介绍（介绍选手编号）（0.5 分）；②解释操作目的、程序（1 分）；③如何配合（1 分）；④询问二便（0.5 分）		3			
	4. 拉围帘或屏风遮挡（1 分），根据操作需要安置合理体位（1 分）		2			
	5. 给予高浓度吸氧		1			
	6. 铺治疗巾，置弯盘于合适位置（0.5 分），用清洁止血钳揭开气管切开处覆盖纱布放入弯盘内（0.5 分）		1			
	7. 检查吸痰器性能（1 分），调节负压（1 分），关吸引器开关（1 分）		3			
	8. 洗手（1 分），检查并打开吸痰管外包装头部，右手戴无菌手套（1 分），将吸痰管抽出盘绕在右手中（1 分），与吸引装置连接，试		4			

吸生理盐水检查导管是否通畅（1分）				
9. 无负压状态将吸痰管轻轻插入气管导管内（2分），旋转上提吸尽气道内分泌物（2分）	4			
10. 吸痰完毕冲洗吸痰管（1分），分离吸痰管翻转手套包裹放入医疗垃圾袋（1分），继续高浓度吸氧（1分）	3			
11. 一手持止血钳固定外套管（1分），另一手持止血钳打开套管开关（1分），取出内套管和套管处的开口纱（1分）（使用一次性气管导管者只需取下开口纱）	3			
12. 洗手（1分），按无菌技术揭开气管切开治疗盘（1分），戴手套（1分）	3			
13. 用生理盐水棉球清洁导管（1分），导管底座（1分）及气管切开周围皮肤（2分）由上到下，由内到外，每个棉球限用一次（1分）	5			
14. 再用消毒剂以切口为中心（1分），由内向外消毒切口周围皮肤（2分），直径8cm（1分），由中向外消毒两侧颈带（1分），待干（1分）	6			
15. 一手持止血钳轻轻提起并固定系带（1分），另一手用止血钳取无菌开口纱（1分），覆盖气管切开伤口（2分）	4			
16. 夹取消毒内套管轻轻放入外套管中（1分），锁住开关（1分）	2			
17. 检查套管系带松紧适度（必要时更换）	2			
18. 用两层无菌湿纱布遮盖气管套管口（1分），脱手套（1分），洗手（1分）	3			
19. 严密观察患者呼吸道是否通畅，患者反应（面色、呼吸、心率、血压），气管导管有无脱出等	2			
20. 调节氧流量	1			
21. 交代注意事项：勿自行调节氧流量（1分），避免其他物品遮盖气管切开导管口（1分），勿自行拔除导管（1分），如感觉呼吸费力、心慌不适、大汗淋漓、咳嗽等应及时告知（1分）	4			
22. 再次核对	2			

	23. 协助患者取舒适体位（1分），整理床单位（1分），拉开围帘（1分）	3			
操作后处理 8分	1. 清理用物规范处理	3			
	2. 洗手	1			
	3. 记录患者反应、气管导管、痰液情况，签全名	4			
综合评价 12分	1. 关爱患者，护患沟通有效	3			
	2. 操作过程中注意观察患者反应，确保安全，适时安抚情绪	3			
	3. 操作过程中无菌观念强，无污染	3			
	4. 操作者综合评价（逻辑性、熟练程度）	3			

## 7. 护理技能操作标准及评分表—腹部查体

项目		操作流程	分值	扣分细则	扣分	备注
操作前准备 6分	评估	1. ①了解患者诊断，评估患者病情（1分）； ②评估患者的认知、心理反应和合作程度（1分）	2			
		2. 环境整洁、安静、安全，光线充足柔和	1			
	护士	3. 检查或修剪指甲，洗手，戴口罩，着装整洁	1			
	患者	4. 患者准备：排空膀胱	1			
	用物	5. 皮尺、听诊器，记录纸笔，速干（免洗）手消毒剂	1			
操作过程 80分	体位摆放 4分	1. ①自我介绍（介绍选手编号），解释操作目的、程序（1分）；②如何配合（1分）	2			
		2. 拉围帘或屏风遮挡（0.5分），协助患者取适当体位：仰卧位（0.5分），正确暴露腹部（1分）	2			
	视诊 10分	1. 位于患者右侧，切线位观察	1			
		2. 腹部外形：对称平坦（0.5分）、膨隆（0.5分）、凹陷（0.5分）、舟状腹（0.5分）	2			
		3. 呼吸运动：呼吸是否自如，胸式呼吸或腹式呼吸为主	1			
		4. 胃肠型及蠕动波	1			
		5. 腹壁其他情况：皮肤完整性，有无皮疹、色素、腹纹、疤痕、疝等	2			
		6. 有无腹壁静脉曲张，若有曲张时，需检查血流方向	1			
		7. 测量腹围：正常腹式呼吸（0.5分），用软尺经脐绕腹一周（1分），汇报结果（0.5分）。	2			
	听诊 7分	1. 肠鸣音：听诊-右下腹（1分），汇报结果（1分）	2			
		2. 血管杂音：腹主动脉（0.5分）；肾动脉（0.5分）；髂动脉（0.5分）；股动脉（0.5分）；静脉性杂音（0.5分），汇报结果（0.5分）	3			
		3. 振水音：听诊器放于上腹部（0.5分），同时以冲击触诊法振动上腹部（0.5分），汇报结果（1分）	2			
	叩诊	1. 手法正确	1			

	16分	2. 普遍叩诊：从左下象限逆时针至右下象限再至脐部结束（1分），汇报叩诊结果（1分）	2			
		3. 肝脏叩诊：肝上界叩诊（1分），肝下界叩诊（1分），肝区叩击痛（1分）	3			
		4. 移动性浊音：患者仰卧；从腹中部脐平面开始向左侧叩诊，直达左侧髂腰肌边缘（0.5分），叩诊板指位置固定（0.5分），改变卧位（0.5分），重新叩诊该处（0.5分）；同法叩诊另一侧（2分）	4			
		5. 膀胱叩诊：患者仰卧位，叩诊膀胱区（1分），判断膀胱膨胀的程度（1分）	2			
		6. 肋脊角叩诊：患者取坐位或侧卧位（1分），左手掌平放肾区处（1分），右手握拳叩击左手背（1分），汇报叩诊结果（1分）	4			
	触诊 43分	1. 体位：患者取仰卧位，双腿屈起稍分开	1			
		2. 嘱患者作缓慢腹式呼吸	1			
		3. 操作者温暖双手	1			
		4. 触诊顺序正确（1分），由浅入深（0.5分），部位顺序正确（0.5分）	2			
		5. 腹壁紧张度：浅部触诊法（1.5分），汇报结果（0.5分）	2			
		6. 压痛及反跳痛：深压触诊法（1.5分），报告有无压痛及反跳痛（0.5分），麦氏点（1分），尿路压痛点（1分），上输尿管点（1分），中输尿管点（1分），肋脊点（1分），肋腰点（1分）	8			
		7. 腹部肿块：深部滑行触诊，必要时双手触诊法（1分），判断有无肿块（1分）有肿块需描述大小、部位、质地、表面状态、压痛、边界运动度、搏动性与邻近脏器的关系（2分）	4			
		8. 肝脏触诊：多用深部滑行触诊或双手触诊法或勾指触诊（1分），触诊手法正确（4分），记录肝脏在右锁骨中线肋弓下（1分），剑突下至肝脏下缘的垂直距离（1分），注意大小、质地、边缘和表面状态、压痛（肝颈静脉回流）、搏动及肝区摩擦感、肝震颤（2分）	9			
		9. 胆囊触诊：肿大的胆囊用深部滑行触诊（1分），触诊手法正确（1分），汇报结果（2分）	4			
		10. 脾脏触诊：深部滑行触诊或双手触诊法，（1分），触诊手法正确（2分），注意大小、	7			

		质地、压痛、边缘、切迹、表面状态、脾区摩擦感（2分），汇报结果并记录（1分），轻度肿大时只作第Ⅰ测量；明显肿大时加测第Ⅱ线和第Ⅲ线测量（1分）			
		11. 膀胱触诊：单手滑动触诊法，患者仰卧双下肢屈曲，触诊手法正确（1分），汇报检查结果（1分）	2		
		12. 协助患者取舒适体位（1分），整理床单位（0.5分），拉开围帘（0.5分）	2		
操作后处理 6分		1. 清理用物，按规范处理	2		
		2. 洗手	1		
		3. 记录检查结果，并签全名	3		
综合评价 8分		1. 关爱患者护患沟通有效，避免过多转换体位	2		
		2. 操作过程中注意观察患者反应，及时告知检查结果适时安抚情绪	2		
		3. 操作手法规范流畅，隐私保护到位	2		
		4. 操作者综合评价（逻辑性、熟练程度）	2		



## 8. 护理技能操作标准及评分表—肢体止血包扎

项目		操作流程	分值	扣分细则	扣分	备注
操作前准备 15 分	评估	1. 评估患者受伤原因、体位、意识；测量生命体征（口述）（1 分）、安抚患者（1 分），嘱咐保持体位不动（1 分），介绍配合事项（1 分）；检查伤口大小、有无异物及骨折断端、肢体有无肿胀畸形（2 分），评估出血类型，需口述（1 分），选择正确的止血方法（2 分）	9			
		2. 环境安全，宽敞，明亮	1			
	护士	3. 检查或修剪指甲、洗手、戴口罩、着装整洁（1 分），佩戴橡胶手套（1 分）	2			
	用物	4. 备齐用物：无菌纱布、衬垫、止血带、标签、绷带、三角巾、剪刀、胶布，必要时准备夹板、颈托，速干（免洗）手消毒剂，医疗垃圾桶，生活垃圾桶，可回收垃圾桶	3	用物准备缺一项扣 0.5 分，最多扣 2 分		
操作过程 61 分		1. ①自我介绍（介绍选手编号）（0.5 分）；②解释操作目的、程序（1 分）；③如何配合（1 分）；④询问二便（0.5 分）	3			
		2. 动脉出血时，先指压对应动脉止血，部位准确，并口述动脉名称（静脉出血时，无菌敷料覆盖伤口，压迫止血）（4 分）评估肢体体位改变是否会造成二次损伤（有无骨折或脱位）（2 分），抬高患肢（1 分）	7			
		3. 止血带止血：部位正确（上肢上臂 1/3，下肢大腿中上部）（2 分），规范加衬垫，（1 分）正确使用止血带止血，压力适中（使用充气止血带时，上肢压力设置高于收缩压 70mmHg，下肢高 100mmHg）（2 分），口述止血带止血时间控制要求：越短越好，在有替代的有效止血措施前不松解（2 分）	7			
		4. 评估出血情况（1 分）、评估远端动脉搏动情况（1 分）、皮温（1 分）、皮色（1 分）及运动（1 分）感觉（1 分），写标签贴，内容完整（日期、时间 24 小时制，精确到分钟）、显眼位置（3 分）	9			
		5. 根据伤口情况，选择合适敷料（敷料覆盖面积大于伤口周围至少 3cm）（4 分），无菌敷料覆盖伤口，（4 分）取肢体功能位（4 分）	12			

	6. 根据受伤部位，选择合适的包扎方式，（前臂螺旋形或螺旋反折形包扎、下肢螺旋反折形包扎、关节 8 字形包扎、肢体末端或头部回返式包扎）（4 分），包扎手法正确（2 分），松紧适宜（松紧度以敷料固定皮肤不产生勒痕为宜）（4 分）包扎层次分明、美观（2 分）打结位置正确（不在伤口上或肢体内侧）（2 分）	14			
	7. 评估远端动脉搏动情况（1 分）、皮温（1 分）、皮色（1 分）及运动（1 分）感觉（1 分）	5			
	8. 取肢体功能位，根据不同部位，正确摆放固定（上肢外伤，坐位将患肢用三角巾或绷带悬吊于胸前，卧位则适当抬高患肢；下肢外伤适当抬高患肢，以促进血液回流）	3			
	9. 整理患者衣裤，调整卧位	1			
操作后处理 8 分	1. 清理用物，按规范处理	3			
	2. 洗手	1			
	3. 记录病情、签全名	4			
综合评价 16 分	1. 程序正确, 操作规范、娴熟，操作过程中动作敏捷迅速，急救意识强	4			
	2. 关爱患者，爱伤观念强，护患沟通有效，操作过程中注意观察患者反应，适时安抚情绪	4			
	3. 案例分析正确，后续处理完善合理（保暖、合适体位、补液、吸氧、心电监护）	4			
	4. 操作者综合评价（逻辑性、熟练程度）	4			

## 9. 护理技能操作标准及评分表—伤口换药

项目		操作流程	分值	扣分细则	扣分	备注
操作前 准备 17 分	评估	1. ①评估患者病情、年龄、意识、自理能力、进餐时间、合作程度（2 分）；②评估伤口：伤口部位、伤口类型（2 分）；③伤口敷料、引流管情况（2 分）	6			
		2. 环境整洁、安静、安全、光线充足（1 分），符合无菌操作原则（1 分）	2			
	护士	3. 检查或修剪指甲，洗手，戴口罩，着装整洁	1			
	用物	4. 备齐用物：治疗盘、一次性使用无菌换药包，生理盐水，一次性治疗巾，消毒液，敷料，胶布，手套，记录纸笔，医嘱执行单（PDA），速干（免洗）手消毒剂，医疗垃圾桶，生活垃圾桶，可回收垃圾桶，锐器桶	6	用物准备缺一项扣 0.5 分，最多扣 4 分		
		5. 检查所备药品及物品名称，有效期，包装是否完整，有无变质、异味、潮解、沉淀、浑浊等	2			
操作过程 59 分	1. 双人核对医嘱、床号、姓名、住院号		2			
	2. 采用两种及以上方法核对患者床号、姓名、住院号		2			
	3. ①自我介绍（介绍选手编号）（0.5 分）；②解释操作目的、程序（1 分）；③如何配合（1 分）；④询问二便（0.5 分）。		3			
	4. 拉围帘或屏风遮挡（1 分），根据操作需要安置舒适体位（1 分），暴露伤口所在的部位（1 分），铺治疗巾（1 分）		4			
	5. 洗手（1 分），开包（1 分），倾倒生理盐水及消毒剂（2 分）		4			
	6. 戴手套（1 分），揭开敷料：由伤口外侧向伤口方向撕下胶布，顺毛发生长方向移去外层敷料（3 分），脱手套（1 分）		5			
	7. 洗手（1 分），戴手套（1 分），镊子轻夹内层敷料（若粘连较紧，应先用盐水浸湿后再揭去），与伤口纵向保持一致揭去内层敷料（3 分）		5			
	8. 评估伤口情况：伤口外观、大小、气味，分泌物的颜色、量、性质，肉芽组织的生长情况，有无潜行，窦道或接管，周围皮肤情况，有无浸渍，颜色异常等		4	评估缺一项扣 0.5 分，最多扣 2 分		

	9. 伤口周围皮肤消毒：清洁伤口棉球从内到外环形旋转清洗消毒切口周围皮肤 5cm 以上，（化脓伤口由外向内消毒）	8			
	10. 生理盐水棉球轻轻清洗创面	3			
	11. 干棉球或干纱布从内向外拭去伤口多余生理盐水	2			
	12. 选择合适的湿性愈合敷料覆盖伤口(1 分)，覆盖无菌干纱布，面积（1 分）、厚度（1 分）适宜，选择胶布或绷带正确固定（1 分）	4			
	13. 撤治疗巾（1 分），脱手套（1 分），洗手（1 分）	3			
	14. 交代注意事项：勿私自去除胶布及敷料（1 分），注意休息避免剧烈运动（1 分），如感觉皮肤瘙痒、伤口疼痛、心慌不适、咳嗽、大便不畅等应及时告知（2 分），饮食清淡营养均衡、避免辛辣刺激（1 分）	5			
	15. 再次核对	2			
	16. 协助患者取舒适体位（1 分），整理床单位（1 分），拉开围帘（1 分）	3			
操作后处理 8 分	1. 清理用物规范处理	3			
	2. 洗手	1			
	3. 记录换药时间，伤口情况，签全名	4			
综合评价 16 分	1. 关爱患者，护患沟通有效	4			
	2. 操作过程中注意观察患者反应，适时安抚情绪	4			
	3. 操作过程中无菌观念强，无污染	4			
	4. 操作者综合评价（逻辑性、熟练程度）	4			