

静脉输液操作规程及评价标准

项目	操作规程	评分标准
操作准备	护士准备: 衣帽整洁, 修剪指甲, 洗手, 戴口罩, 戴手表。	
	用物准备: ①治疗车上层: 注射盘用物一套 (0.5%碘伏或2%碘酊及75%酒精、无菌棉签、急救药品)、弯盘、液体及药物 (按医嘱准备)、加药用注射器及针头、止血带、输液敷贴或胶布、小垫枕、治疗巾、砂轮、输液器及型号合适的一次性头皮钢针、瓶贴、输液卡、速干手消毒剂。 ②治疗车下层: 利器盒, 生活垃圾桶、医用垃圾桶。 ③其他: 输液架, 必要时备小夹板, 特殊药物需备警示标识。必要时备启瓶器及瓶套。	
评估10分	1. 核对患者	①未核对患者扣2分
	2. 评估患者: 年龄、病情、治疗方案、过敏史、用药史、穿刺部位皮肤、血管情况、心肺功能、自理能力及合作程度, 是否排尿、排便	①每缺一项扣0.5分, 扣完为止
	3. 解释: 向患者及家属解释输液的目的、方法、注意事项及配合要点	①未向患者解释扣2分
	环境: 整洁、安静、安全、光线明亮。(口述)	①缺一项扣0.5分
操作程序75分	配制药液: ①双人核对医嘱、输液卡和药液。 ②检查输液用具和药液的质量。 ③按医嘱加入药物: 做到消毒药瓶或安瓿方法正确, 抽吸药物剂量准确。④根据医嘱 (输液卡上内容) 填写输液贴, 并将其倒贴于输液瓶 (袋) 上。⑤以无菌方式将输液器插入配好的药瓶 (袋) 中。 ⑥整理用物, 洗手。	①未双人核对扣1分。 ②加药前未检查用品扣2分 ③未检查药物扣2分 ④未严格无菌操作扣1分 ⑤未正确填写输液贴扣1分 ⑥未将输液贴倒贴在输液瓶上扣0.5分 ⑦未按无菌操作插入输液器扣1分 ⑧加药后未整理扣0.5分 ⑨未洗手扣1分
	2. 核对患者: ①携用物至患者床旁。②双向核对床号、姓名, 核对腕带信息及所输药物的药名、浓度、剂量、给药时间和给药方法。③协助取舒适体位。	①未携用物至床边扣1分 ②未核对患者扣2分 ③未核对药物扣2分 ④未协助取舒适体位扣1分。
	3. 排气: 挂输液瓶 (袋) 于输液架上, 连接一次性头皮钢针, 排尽管道内的空气, 关闭调节器, 正确放置输液管。	①排气一次不成功扣5分 ②浪费药液扣1分 ③连接一次性头皮钢针及输液接头不正确扣1分 ④输液管放置不当扣1分
	4. 选择血管及消毒: ①选择血管方法正确, 兼顾病人意愿。 ②将小垫枕放于穿刺肢体下, 上铺治疗巾。 ③距穿刺点上6-8cm处扎止血带, 用消毒液以穿刺点为中心环形消毒皮肤2遍 (2遍消毒方向相反), 直径大于5cm, 自然待干。 ④准备输液敷贴或胶布。	①静脉选择不当扣1分 ②未询问患者意愿扣1分 ③未垫小垫枕扣0.5分 ④未铺治疗巾扣0.5分 ⑤扎止血带位置、力度不正确扣1分 ⑥消毒不规范扣1分 ⑦未准备输液敷贴或胶布扣1分
	5. 静脉穿刺: 一次性钢针穿刺: ①再次核对。 ②再次排气。 ③嘱患者握拳, 左手绷紧皮肤, 右手持针柄, 针头斜面朝上与皮肤呈15°~30°角进针。 ④见回血后降低角度再平行进针少许。 ⑤松开止血带, 嘱患者松拳, 打开调节器。 ⑥观察滴速及穿刺点局部情况, 询问患者有无不适。	①未再次核对扣1分 ②未再次排气扣1分 ③未嘱患者握拳扣2分 ④未绷紧皮肤扣1分 ⑤进针角度不正确扣1分 ⑥回血后未降低角度再平行进针扣1分 ⑦未松开止血带扣2分 ⑧未嘱患者松拳扣2分 ⑨未打开调节器扣1分 ⑩未观察滴速扣1分 ⑪未观察穿刺点局部情况扣1分 ⑫未询问患者主诉扣1分 ⑬穿刺失败扣7分 (扣完17分止)

	7. 固定： 一次性钢针：以输液敷贴（或胶布）固定针柄，固定针眼部位，最后将针头附近的输液管环绕后固定。必要时用夹板固定关节。	①固定不牢扣 1 分 ②固定不美观扣 1 分（针体勿外露，针眼需盖布敷料胶布）。
	8. 调节滴速：根据病情、年龄、药物性质调节滴速。	①一项未评估扣 1 分 ②未调节滴速扣 1 分
	9. 操作后核对：再次核对患者床号、姓名及所输药物信息。	①未核对患者身份扣 1 分 ②未核对药物扣 1 分
	10. 操作后处理： ①撤去治疗巾，取出止血带和小垫枕。 ②整理床单位，协助患者取舒适体位。 ③将呼叫器放置于患者易取处，交代注意事项。 ④用物分类处理，洗手、记录。	①未撤去治疗巾和小垫枕扣 0.5 分 ②未取出止血带扣 0.5 分 ③未整理床单位扣 0.5 分 ④未协助患者取舒适体位扣 1 分 ⑤未将呼叫器放置于患者易取处扣 1 分 ⑥未交待注意事项扣 2 分 ⑦未进行用物分类处理扣 1 分 ⑧未洗手扣 1 分 ⑨未记录扣 0.5 分
	11. 输液中巡视： ①输液过程中定时巡视患者，做到“四看”，观察有无输液反应。②特殊患者及特殊用药者做好巡视记录	①未定时巡视输液情况扣 2 分 ②特殊患者及特殊用药者未做好巡视记录扣 2 分
	12. 输液完毕后处理： ①核对，确认全部液体输入完毕。 ②关闭调节器，以无菌棉签或输液敷贴轻按穿刺点上方，快速拔出穿刺针，按压局部 3~5 分钟至不出血。 ③整理床单位，协助患者取舒适体位。 ④用物分类处理，洗手、记录。	①输液完毕未核对扣 1 分 ②拔针前未关闭输液器扣 1 分 ③未整理床单位扣 0.5 ④未协助患者取舒适体位扣 0.5 分 ⑤未进行用物分类处理扣 1 分 ⑥未洗手扣 1 分 ⑦未记录扣 1 分 ⑧拔针后按压部位出现皮下血肿扣 4 分
效果评价 15分	①仪表端庄，态度认真 ②关心患者，动作轻柔 ③操作程序正确，动作熟练，遵守无菌原则 ④时间不超过 8 分钟	①仪表不端庄，态度不认真扣5分。 ②动作不轻柔扣 5 分。 ③动作不熟练，未遵守无菌原则扣 5 分。 ④ 超过8分钟，立即停止操作。（未操作的步骤不给分）

1、静脉输液目的：

- 1) 补充水分及电解质，预防和纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱。
- 2) 增加循环血液，改善微循环，维持血压及微循环灌注量。
- 3) 供给营养物质，促进组织修复，增加体重，维持正氮平衡。
- 4) 输入药物，治疗疾病。

2、注意事项：

- 1) 对需要长期静脉输液的病人，要注意保护和有计划地合理使用静脉。一般从远端小静脉开始。
- 2) 及时更换输液瓶，输液完毕后及时拔针，防止空气进入血管形成气栓。
- 3) 根据病人年龄、病情、药物性质调节滴速。
- 4) 注意观察病情和药物反应，一旦发生输液反应及时处理。
- 5) 根据病情需要安排输液顺序，注意配伍禁忌。
- 6) 输入刺激性或特殊药物时，应先确认针头已刺入静脉内、液体滴入通畅、病人无不适后，再输入药物。
- 7) 连续输液 24h 应更换输液器一次。
- 8) 严格执行无菌操作和查对制度，杜绝差错事故发生。