



永州职业技术学院
YONG ZHOU VOCATIONAL TECHNICAL COLLEGE

专业技能抽考题库

专业名称：护理(中韩合作办学)

专业代码：520201H

所属专业群：护理专业群

永州职业技术学院

永州职业技术学院护理（中韩合作办学）

专业技能考核题库

一、专业名称及适用对象

专业名称：护理（中韩合作办学）

专业代码：520201H

适用对象：在籍毕业年级学生

二、考核目标

本专业坚持立德树人，培养理想信念坚定，德智体美劳全面发展，传承“楚怡”职业教育精神，贯彻“人民至上、生命至上”理念，弘扬“心忧天下、敢为人先、经世致用”的湖湘精神，具备敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆的职业素养，能坚持不懈品格、精益求精品质、创新升华品性的湖湘工匠精神的复合型技术技能人才。通过开展技能考核，测试学生服务母婴、儿童、成人及老年群体的评估与分析能力及所需的技能要求，在考核技能的同时对学生的职业素养进行综合评价。

本专业技能考核标准涉及的课程有健康评估、基础护理、儿科护理、妇产科护理、内科护理、外科护理、急危重症护理、老年护理等多门专业核心课程。测试学生规范运用常用基础护理技术和专科护理技术对患者进行救治与护理、健康教育以及信息沟通的能力，考查学生的爱伤意识、服务意识、安全意识、质量意识、环保意识、团队协作以及精益求精的工匠精神等职业素养。通过开展专业技能考核，增强学生创新创业能力，促进学生个性化发展。同时也可促使学校进一步完善实践教学体系，加强实践教学管理，深入推动产教融合，深化工学结合教学模式改革；促进学校改善教学条件，提升专业建设水平，推进临床护理新技术、新工艺、新标准融入专业教学，起到“以考促教、以考促建”的目的。其最终目的是提升课程教学的有效性，提高学生实践能力和教师教学水平，培养适应社会与人民健康需求发展需要的复合型技术技能人才。

三、考核题库

本专业技能考核题库分为母婴护理、儿童护理、成人护理和老年护理四个模块，每个模块下以临床岗位典型工作任务为项目设置试题，每道题必含案例分析和 2 项

护理技能，共 47 个试题，涵盖 48 个技能点，低难度试题占 14.9%，高难度试题占 27.7%。具体见表 1。

表 1 护理专业技能考核题库统计表

模块名称	模块编号	项目名称	试题编号	测试技能点	难易程度		
					较难	中等	较易
母婴护理	M	早产儿的护理	M-1-1	护理评估		√	
				暖箱护理			√
				鼻饲技术	√		
		足月儿的护理	M-1-2	护理评估		√	
				新生儿沐浴		√	
				新生儿抚触	√		
		新生儿呼吸窘迫综合征患儿护理	M-1-3	护理评估		√	
				暖箱护理			√
				氧气吸入		√	
		产褥期患者的护理	M-1-4	护理评估		√	
				留置导尿（女性）	√		
				会阴擦洗			√
		妊娠期高血压患者的护理	M-1-5	护理评估		√	
				四步触诊		√	
				生命体征测量		√	
		妊娠期糖尿病患者的护理	M-1-6	护理评估		√	
				四步触诊		√	
				快速血糖的测定			√
		前置胎盘患者的护理	M-1-7	护理评估		√	
				会阴擦洗			√
				密闭式静脉输液	√		
儿童护理	E	肺炎患儿护理	E-2-1	护理评估		√	
				母乳喂养指导		√	
				电动吸引器吸痰（经口腔）		√	
		急性肾炎患儿护理	E-2-2	护理评估		√	
				体格测量			√
				密闭式静脉输液	√		
		先心病患儿护理	E-2-3	护理评估		√	
				体格测量			√
				超声雾化吸入		√	
		口炎患儿护理	E-2-4	护理评估		√	
				体格测量			√

			口腔护理		√		
		维生素 D 缺乏性佝偻病患儿的护理	E-2-5	护理评估	√		
			母乳喂养指导		√		
			肌肉注射	√			
		腹泻患儿护理	E-2-6	护理评估		√	
			密闭式静脉输液	√			
			红臀的护理		√		
		新生儿寒冷损伤综合征患儿护理	E-2-7	护理评估		√	
			暖箱护理			√	
			鼻饲技术	√			
		新生儿黄疸患儿护理	E-2-8	护理评估		√	
			母乳喂养指导		√		
			静脉血标本采集	√			
成人护理	C	支气管扩张患者的护理	C-3-1	护理评估		√	
				超声雾化吸入		√	
				体位引流			√
		肺炎患者的护理	C-3-2	护理评估		√	
				胸背叩击排痰		√	
				电动吸引器吸痰（经口腔）		√	
		慢阻肺患者的护理	C-3-3	护理评估		√	
				氧气吸入		√	
				呼吸功能训练			√
		高血压合并糖尿病患者的护理	C-3-4	护理评估		√	
				胰岛素笔注射			√
				生命体征测量		√	
		心肌梗死患者的护理	C-3-5	护理评估		√	
				心电图技术	√		
				氧气吸入		√	
		风湿性心脏病患者的护理	C-3-6	护理评估		√	
				心脏评估（心瓣膜听诊）		√	
				心电图技术	√		
		急性胰腺炎患者的护理	C-3-7	护理评估		√	
				心电监护		√	
				密闭式静脉输液	√		
肝炎患者的护理	C-3-8	护理评估		√			
		静脉血标本采集	√				
		密闭式静脉输液	√				
糖尿病患者的护理	C-3-9	护理评估		√			
		快速血糖测定			√		
		糖尿病患者食谱制定	√				
甲亢患者的护理	C-3-10	护理评估		√			
		甲状腺检查评估	√				
		静脉血标本采集	√				
脑出血患者的护理	C-3-11	护理评估		√			
		无菌技术	√				

			鼻饲技术	√		
蛛网膜下腔出血患者的护理	C-3-12		护理评估		√	
			脑膜刺激征检查		√	
			床上擦浴		√	
过敏性休克患者的护理	C-3-13		护理评估		√	
			青霉素药物过敏试验	√		
			心肺复苏	√		
心脏骤停患者的护理	C-3-14		护理评估		√	
			心肺复苏	√		
			密闭式静脉输液	√		
淹溺患者的护理	C-3-15		护理评估		√	
			氧气吸入		√	
			密闭式静脉输液	√		
上消化道大出血并休克患者的护理	C-3-16		护理评估		√	
			心电监护		√	
			密闭式静脉输液	√		
腹外疝患者的护理	C-3-17		护理评估		√	
			肌肉注射	√		
			外科洗手（免刷手消毒方法）、穿无菌手术衣、戴无菌手套操作	√		
痔患者的护理	C-3-18		护理评估		√	
			外科洗手（免刷手消毒方法）、穿无菌手术衣、戴无菌手套操作	√		
			青霉素药物过敏试验	√		
机械性肠梗阻患者的护理	C-3-19		护理评估		√	
			口腔护理		√	
			密闭式静脉输液	√		
前列腺增生患者的护理	C-3-20		护理评估		√	
			膀胱冲洗			√
			静脉血标本采集	√		
直肠癌患者的护理	C-3-21		护理评估		√	
			静脉血标本采集	√		
			结肠造口护理	√		
颅脑外伤患者的护理	C-3-22		护理评估		√	
			超声波雾化吸入		√	
			气管切开护理	√		
胆石症患者的护理	C-3-23		护理评估		√	
			“T”管引流的护理		√	
			青霉素药物过敏试验	√		
乳腺癌患者的护理	C-3-24		护理评估		√	
			留置导尿（女性）	√		
			膀胱冲洗			√
阑尾炎患者的护理	C-3-25		护理评估		√	
			无菌技术	√		
			青霉素药物过敏试验	√		

		外伤患者腕关节包扎的护理	C-3-26	护理评估		√	
				生命体征测量		√	
				四肢绷带包扎		√	
年人 护理	老年高血压患者的护理	L-4-1		案护理评估		√	
				口服给药			√
				氧气吸入		√	
	帕金森患者的护理	L-4-2		护理评估		√	
				口服给药			√
				助行器使用	√		
	老年痴呆（中后期）患者的护理	L-4-3		护理评估		√	
				床上擦浴		√	
				老年人饮食照护		√	
	肩周炎老年患者的护理	L-4-4		护理评估		√	
				拔罐		√	
				快速血糖测定			√
	骨质疏松患者的护理	L-4-5		护理评估		√	
				助行器使用	√		
				跌倒的预防			√
	脑梗塞患者的护理	L-4-6		护理评估		√	
				床上擦浴		√	
				老年人饮食照护		√	

（一）案例

模块一 母婴护理

M-1-1 早产儿的护理

一、任务描述

患儿，女，孕 34 周平产出生，出生体重 1.98kg，Apgar 评分 1 分钟 6 分，10 分钟 7 分，吸奶无力，体格检查：体温 35.8℃，心肺无异常，腹平软。

任务 1：请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请为患儿给予暖箱护理。

任务 3：请为患儿进行鼻饲操作保证营养。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 模拟人；(3) 处置室备有生活垃圾桶、医用垃圾桶	

类型	基本实施条件	备注
用物	暖箱使用用物： （1）手消毒剂；（2）温箱；（3）蒸馏水；（4）床单；（5）尿布、（7）盆子、（8）毛巾、（9）消毒液 鼻饲技术用物： （1）胃管单巾铺盘（内置：一次性治疗碗、纱布块若干、胃管、注射器、石蜡油棉球、压舌板）；（2）听诊器；（3）流质饮食、温开水；（4）手电筒；（5）医用胶布；（6）无菌手套；（7）弯盘；（8）一次性治疗巾；（9）无菌纱布；（10）无菌棉签；（11）松节油（按需准备）；（12）石蜡油（按需准备）	工作服、帽子、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：暖箱的使用：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：鼻饲技术：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估：

（1）身体状况：早产儿，孕 34 周平产出生。出生体重 1.98kg，Apgar 评分 1 分钟 6 分，10 分钟 8 分，吸奶无力，体温 35.8℃，心肺无异常，腹平软。

2. 护理诊断：

- （1）营养失调：低于机体需要量 与早产吸吮无力有关。
- （2）体温过低：与体温中枢发育不完善、皮下脂肪薄有关。
- （3）有感染的危险：与早产儿免疫功能低下有关。

3. 护理计划：

- （1）早产儿吸吮逐渐有力，能获得足量营养。
- （2）早产儿体温逐渐上升，恢复正常。
- （3）早产儿不发生感染。

4. 护理措施：

- （1）环境 室内温度应保持在 24-26℃，相对湿度为 55%-65%。
- （2）合理喂养 根据早产儿的吸吮和耐受情况选择合适的喂养方式，满足营养的需要。
- （3）维持体温正常，给予暖箱保暖。
- （4）预防感染，加强口腔、皮肤及脐部的护理。加强消毒管理，防止交叉感染，严格遵守操作规程。

(5) 病情观察：密切监测生命体征，面色，血氧饱和度等。准确记录 24 小时出入量，监测体重，并记录，有缺氧症状者给予氧气吸入。

5. 护理评价：

- (1) 早产儿得到足量营养。
- (2) 早产儿体温维持正常。
- (3) 早产儿没有发生感染。

任务 2：见模块一 表 4 M-4 暖箱的使用 评分标准

任务 3：见模块三 表 26 C-26 鼻饲技术 评分标准

M-1-2 足月儿的护理

一、任务描述

吴女士，28 岁，顺产一男婴。新生儿出生后第二天，生命体征平稳，遵医嘱对新生儿进行沐浴和新生儿抚触。

任务 1：请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请对该男婴儿进行新生儿沐浴。

任务 3：请对该男婴儿进行新生儿抚触。

二、实施条件类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟新生儿护理室；(2) 处置室	
资源	(1) 沐浴室；(2) 新生儿沐浴模型；(3) 新生儿床单位；(4) 背景音乐；(5) 新生儿家长（主考学校准备）；(6) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(7) 室温计	
用物	新生儿沐浴用物： (1) 尿片；(2) 新生儿衣裤；(3) 浴巾；(4) 婴儿洗发沐浴液；(5) 手消毒剂；(6) 病历本；(7) 笔；(8) 水温计；(9) 5%鞣酸软膏；(10) 指甲剪；(11) 无菌棉签 新生儿抚触用物： (1) 抚触台；(2) 新生儿抚触模型；(3) 新生儿床单位；(4) 背景音乐；(5) 新生儿家长（主考学校准备）；(6) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(7) 室温计；(8) 尿片；(9) 新生儿衣裤；(10) 浴巾；(11) 婴儿润肤油；(12) 手消毒剂；(13) 病历本；(14) 笔	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：新生儿沐浴：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

任务 3: 新生儿抚触: 30 分钟 (其中用物准备 15 分钟, 操作 15 分钟)。

四、评分标准

任务 1: 案例评估与分析

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 新生儿出生后第二天, 生命体征平稳。

2. 护理诊断:

(1) 有窒息的危险 与呛奶、呕吐有关。

(2) 有体温改变的危险 与体温调节中枢发育不完善有关。

(3) 有感染的危险 与新生儿免疫功能不足及皮肤黏膜屏障功能有关。

3. 护理计划:

(1) 合理喂养, 足月儿不发生窒息。

(2) 合理保暖, 足月儿维持正常体温。

(3) 严格消毒隔离, 做好清洁卫生, 足月儿不发生感染。

4. 护理措施:

(1) 指导家长合理喂养, 喂奶后给予竖抱拍背, 取右侧卧位, 专人看护, 溢奶时立即清理口鼻, 保持呼吸道通畅。

(2) 维持体温的稳定 密切监测体温变化, 因地制宜采取不同的保暖措施, 使新生儿处于“适中温度”。

(3) 预防感染 加强口腔、皮肤及脐部的护理。加强消毒管理, 防止交叉感染, 严格遵守操作规程。

5. 护理评价:

(1) 足月儿没有发生窒息。

(2) 足月儿体温维持正常。

(3) 足月儿没有发生感染。

任务 2: 见模块一 表 5 M-5 新生儿沐浴 评分标准

任务 3: 见模块一 表 6 M-6 新生儿抚触 评分标准

M-1-3 新生儿呼吸窘迫综合征患儿护理

一、任务描述

早产儿, 自然分娩, 生后 4 小时出现呼吸困难, 加重 2 小时, 拒乳, 口唇发绀,

三凹征明显，肺部听诊呼吸音减低。胸部 X 线：肺透明度低，并有细小斑点及网状阴影。被诊断为新生儿呼吸窘迫综合征。

任务 1：请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请为该患儿进行暖箱护理。

任务 3：请为该患儿进行氧气吸入。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 模拟人；(3) 处置室备有生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	暖箱使用用物： (1) 手消毒剂；(2) 温箱；(3) 蒸馏水；(4) 床单；(5) 尿布、(7) 盆子、(8) 毛巾、(9) 消毒液 氧气吸入用物： (1) 氧气筒；(2) 氧气表；(3) 湿化瓶（内盛蒸馏水或冷开水或 20%~30%乙醇 1/3~1/2 满）；(4) 通气管；(5) 一次性双腔鼻导管；(6) 无菌纱布；(7) 小药杯盛冷开水；(8) 棉签；(9) 笔；(10) 弯盘；(11) 扳手；(12) 输氧卡；(12) 手消毒剂；(14) 手电筒；(16) 病历本及护理记录本（按需准备）	工作服、帽子、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：暖箱的使用：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：氧气吸入：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：早产儿，自然分娩。生后 4 小时出现呼吸困难，加重 2 小时，拒乳，口唇发绀，三凹征明显，肺部听诊呼吸音减低。

(2) 辅助检查：胸部 X 线：肺透明度低，并有细小斑点及网状阴影。

2. 护理诊断：

(1) 自主呼吸障碍 与缺乏 PS 导致肺不张、呼吸困难有关。

(2) 气体交换受损 与 PS 缺乏、肺泡萎缩肺透明膜形成有关。

(3) 有感染的危险 与免疫力低下有关。

3. 护理计划:

- (1) 患儿能维持自主呼吸。
- (2) 患儿气体交换正常。
- (3) 患儿未发生感染。

4. 护理措施:

(1) 一般护理

1) 保持呼吸道通畅;

2) 保暖: 置患儿于适中温度环境中, 相对湿度在 55%~65%, 使患儿皮肤温度保持在 36.5℃左右;

3) 喂养: 保证营养供给, 不能吸乳、吞咽者可用鼻饲法或静脉补充营养。

4) 预防感染: 做好各项消毒隔离工作。

(2) 病情观察 监测患儿生命体征, 若有变化及时通知医生。

(3) 对症护理 供氧及辅助呼吸。

(4) 用药护理 协助医生尽早将肺表面活性物质由气管导管直接滴入肺内。

(5) 心理护理 向家长介绍疾病, 心理疏导。

5. 护理评价:

(1) 患儿自主呼吸恢复, 呼吸道通畅。

(2) 患儿气体交换正常, 呼吸平稳。

(3) 患儿没有发生感染。

任务 2: 见模块一 表 4 M-4 暖箱的使用 评分标准

任务 3: 见模块四 表 8 L-8 氧气吸入 评分细则

M-1-4 产褥期患者的护理

一、任务描述

王女士, 29 岁, 会阴侧切分娩一活男婴, 产后 2 天, 自诉下腹部阵发性胀痛, 哺乳时加剧。查: T: 37.3℃, P: 84 次/分, BP: 113/83mmHg, R: 18 次/分, 子宫底脐下 2 指, 收缩良好, 恶露为红色, 量少, 无臭味。会阴切口微红, 明显水肿, 无脓性分泌物。乳房充盈可, 无胀痛。实验室检查: 血红蛋白 110g/L, 红细胞计数 $3.6 \times 10^{12}/L$, 白细胞总数 $10 \times 10^9/L$ 。产妇自述母乳喂养不太顺利, 已有 3 小时没喂奶了。

任务 1: 请对患者进行护理评估, 提出主要的护理诊断、护理计划, 制定有针对性的护理措施, 并评价护理措施的有效性。

任务 2: 请为王女士进行留置导尿(女性)。

任务 3: 请为王女士进行会阴擦洗。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	环境符合操作要求
资源	(1) 病床; (2) 志愿者(主考学校随机指定); (4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(5) 屏风	设备完好、准备齐全
用物	<p>留置导尿(女性)用物: (1) 无菌导尿包(内装止血钳 2 把、弯盘、治疗碗、一个小药杯内置棉球数个、一个空小药杯、石蜡油棉球瓶、纱布数块、孔巾 1 块); (2) 留置导尿管 1 根; (3) 集尿袋 1 个; (4) 无菌手套 2 副; (5) 皮肤消毒液; (6) 会阴消毒包(内装治疗碗、弯盘、止血钳 1 把、棉球数个); (7) 无菌持物钳及筒; (8) 生理盐水及注射器; (9) 一次性垫巾; (10) 大浴巾; (11) 便盆及便盆巾(按需准备); (12) 病历本及护理记录单(按需准备); (13) 尿管标识贴; (14) 手消毒剂; (15) 锐器盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶</p> <p>会阴擦洗用物: (1) 一次性无菌会阴垫; (2) 一次性手套 1 副; (3) 无菌包(内含会阴擦洗盘 1 个, 盘内放置消毒弯盘 1 个、治疗碗 1 个、无菌镊子或卵圆钳 2 把、若干消毒干棉球、若干无菌纱布); (4) 0.5% 碘附溶液; (5) 手消毒剂</p>	操作者工作服、帽子、口罩等由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: 留置导尿(女性): 20 分钟(其中用物准备 10 分钟, 操作 10 分钟)。

任务 3: 会阴擦洗: 20 分钟(其中用物准备 10 分钟, 操作 10 分钟)。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 产后 2 天, 自诉下腹部阵发性胀痛, 哺乳时加剧。查: T37.3℃, P84 次/分, BP113/83mmHg, R18 次/分, 子宫底脐下 2 指, 收缩良好, 恶露为红色, 量少, 无臭味。会阴切口微红, 明显水肿, 无脓性分泌物。乳房充盈可, 无胀痛。

(2) 辅助检查: 血红蛋白 110g/L, 红细胞计数 $3.6 \times 10^{12}/L$, 白细胞总数 $10 \times 10^9/L$ 。

2. 护理诊断:

- (1) 疼痛 与产后宫缩痛、会阴伤口有关。
- (2) 舒适的改变 与产后宫缩痛、会阴切开及恶露有关。
- (3) 焦虑 与担心产褥期恢复预后有关。
- (4) 有感染的危险 与会阴切开有关。

3. 护理计划:

- (1) 产后宫缩痛 2-3 天逐渐减轻消失。
- (2) 产妇表示不适程度逐渐减轻。
- (3) 产妇情绪逐渐稳定, 能够配合治疗护理。
- (4) 产妇会阴水肿逐渐消失, 住院期间不发生感染。

4. 护理措施:

(1) 一般护理: 提供良好的休息环境, 指导产妇有足够的营养和睡眠, 鼓励产妇适当活动, 做产后保健操, 促进康复。

(2) 病情观察: 密切监测生命体征变化, 注意子宫收缩、宫底高度、恶露情况。

(3) 会阴护理: ①密切观察会阴侧切伤口, 注意水肿程度及有无感染。②勤换会阴垫, 大便后用水清洗, 会阴擦洗每日 2-3 次。③嘱产妇取会阴伤口对侧卧位。④遵医嘱予 50%MgSO₄ 会阴湿热敷或远红外线灯照射每日 2 次, 促进水肿的消退及伤口愈合。

(4) 母乳喂养指导: 对产妇进行母乳喂养知识和技能的评估, 鼓励并指导母乳喂养。

(5) 心理护理: 向产妇及家属讲解产褥期相关知识, 减轻病人的心理负担, 缓解焦虑心情。

5. 护理评价:

- (1) 产后宫缩痛 2 天后自然消失。
- (2) 产妇产后 3 天会阴水肿消退, 舒适度增加。
- (3) 产妇情绪稳定, 主动参与新生儿及自我护理。
- (4) 产妇体温正常, 住院期间未发生感染。

任务 2: 见模块一 表 8 M-8 留置导尿(女性) 评分标准

任务 3: 见模块一 表 3 M-3 会阴擦洗 评分标准

M-1-5 妊娠期高血压患者的护理

一、任务描述

王女士，28岁，停经34+1周，尿蛋白(+++)，水肿(++)，血压：160/110mmHg。询问病史：患者末次月经时间2022年5月27日。停经1个月余有恶心、呕吐，停经3个月自愈，停经4个月开始感胎动。在当地医院产前检查3次，于孕30周检查时发现尿蛋白(++)，血压：120/80mmHg，无水肿。孕32周时偶有头晕，心慌，血压：160/110mmHg，并水肿，尿蛋白(+++)，入院对症处理(措施不详)2周，症状未见好转。遂转院治疗。无高血压、肾炎等慢性病史、无外伤手术史药物过敏史。婚育史：结婚2年，1年前人工流产1次。诊断为：妊娠高血压疾病。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请对王某进行四步触诊。

任务3：请给王某进行生命体征测量。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 床单位；(2) 孕妇产前检查模型；(3) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(4) 屏风(5) 志愿者(学校随机指定)	
用物	四步触诊用物： (1) 软尺；(2) 笔；(3) 孕产妇保健手册；(4) 手消毒剂 生命体征测量用物： (1) 治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计(水银柱甩至35℃以下)；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 电子血压计；(4) 听诊器(按需准备)；(5) 表(有秒针)；(6) 弯盘；(7) 记录本和笔；(8) 手消毒剂；(9) 一次性袖带垫巾	
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟；

任务2：四步触诊：20分钟(其中用物准备10分钟，操作10分钟)。

任务3：生命体征测量：20分钟(其中用物准备10分钟，操作10分钟)。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

- (1) 身体状况: 水肿(++), 血压 160/110mmHg。
- (2) 辅助检查: 尿蛋白(+++)

2. 护理诊断:

- (1) 体液过多 下腔静脉回流受阻或营养不良性低蛋白血症有关。
- (2) 有受伤的危险 与发生抽搐有关。
- (3) 潜在并发症: 胎盘早期剥离。

3. 护理计划:

- (1) 孕妇妊娠期水肿得到控制。
- (2) 孕妇明确孕期保健的重要性, 配合产前检查及治疗。
- (3) 孕妇在妊娠期病情缓解, 未发生子痫及并发症。

4. 护理措施

(1) 一般护理

- 1) 保证休息: 建议病人住院治疗。保证充分的睡眠每日休息不少于10小时, 以左侧卧位为宜。
- 2) 调整饮食: 食盐不必严格限制, 指导孕妇进食富含蛋白质, 维生素, 铁, 钙, 锌等微量元素含量高的食物。
- 3) 密切监护母儿状态: 询问孕妇是否出现头痛、视力改变、上腹不适等症状。每日测体重及血压, 每日或隔日复查尿蛋白。定期监测胎儿发育状况和胎盘功能。
- 4) 间断吸氧: 可增加血氧含量, 改善全身主要脏器和胎盘的氧供。

(2) 用药护理 首选硫酸镁。

密切监测用药效果和不良反应, 注意事项: ①膝腱反射必须存在; ②呼吸不少于16次/分; ③尿量每24小时不少于600ml, 或每小时不少25ml。备好10%的葡萄糖酸钙注射液, 以便出现毒性作用时及时予以解毒。

(3) 健康教育

应使病人掌握识别不适症状及用药后的不适反应。还应掌握产后的自我护理方法, 加强母乳喂养的指导。

5. 护理评价:

- (1) 孕妇妊娠期水肿得到控制。

(2) 孕妇明确孕期保健的重要性，配合产前检查及治疗。

(3) 孕妇在妊娠期病情缓解，未发生子痫及并发症。

任务2: 见模块一 表2 M-2 四步触诊 评分标准

任务3: 见模块三 表20 C-20生命体征测量 评分标准

M-1-6 妊娠期糖尿病患者的护理

一、任务描述

邓女士，31岁，停经23周，自诉心悸，出汗，饥饿感，呕吐等症状，体查：空腹血糖：7.3mmol/L，胎心134次/分。于2022年6月3日以妊娠期糖尿病（GDM）收入院。

任务1: 请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2: 请对邓某进行四步触诊。

任务3: 请给邓某进行快速血糖的测定。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 床单位；(2) 孕妇产前检查模型；(3) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(4) 屏风；(5) 志愿者（学校随机指定）	
用物	四步触诊用物： (1) 软尺；(2) 笔；(3) 孕产妇保健手册；(4) 手消毒剂 快速血糖测定用物： (1) 血糖仪、采血笔及针头、配套试纸；(2) 75%乙醇；(3) 手消毒剂；(4) 无菌棉签；(5) 记录本；(6) 治疗单；(7) 笔；(8) 弯盘	
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务1: 案例分析 30分钟；

任务2: 四步触诊: 20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

任务3: 快速血糖测定: 20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

四、评分标准

任务1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 胎心134次/分。

(2) 辅助检查: 空腹血糖: 7.3mmol/L。

2. 护理诊断:

(1) 营养失调 与血糖代谢异常有关。

(2) 知识缺乏 缺乏血糖监测、妊娠合并糖尿病自我管理等相关知识。

3. 护理计划:

(1) 孕妇及家人能够描述个体化饮食方案, 体重增长保持正常范围。

(2) 孕妇及家人能描述监测血糖的方法, 掌握发生高血糖及低糖的症状及应对措施, 维持母婴健康。

4. 护理措施:

(1) 孕期母婴监护 指导孕妇每周测量体重、宫高、腹围; 每天监测血压, 定期监测胎心音等, 确保胎儿安全。

(2) 营养治疗 通过个体化的饮食方案实现血糖控制, 饮食方案的设计应综合考虑个人饮食习惯、体力活动水平、血糖水平及孕妇妊娠期生理学特点, 将血糖维持在正常水平, 减少酮症的发生。

(3) 运动干预 安全有效的运动有利于改善妊娠糖尿病病人对葡萄糖的有效利用, 改善葡萄糖代谢异常, 降低血糖水平。

(4) 合理用药 首选胰岛素治疗。

(5) 心理支持 维护孕妇自尊, 积极开展心理疏导。

(6) 健康教育 定期监测血糖, 按计划到医院复查。鼓励胰岛素治疗的产妇母乳喂养。

5. 护理评价:

(1) 孕妇及家人掌握饮食治疗原则, 营养摄入满足营养需求, 母婴健康。

(2) 孕妇血糖控制良好, 无并发症发生。

任务 2: 见模块一 表 2 M-2 四步触诊 评分标准

任务 3: 见模块三 表 15 C-15 快速血糖测定 评分标准

M-1-7 前置胎盘患者的护理

一、任务描述

王女士，女，29岁，孕5产0。因停经37周，阴道流血2小时急诊入院。孕妇于4个月前行产前检查一次，未发现异常，今晨6:00突然出现阴道出血，量约500ml，无腹痛等不适，于8:00急诊入院。体查：T36.6℃，P104次/分，R20次/分，Bp90/60mmHg，心肺检查无异常，腹隆如足月妊娠大小，肝脾扪诊不满意，双下肢无水肿。产科检查：宫高30cm，腹围88cm，胎方位RSA，胎心率160次/分，无宫缩。B超检查诊断为：部分性前置胎盘。入院后急诊行剖宫产术。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请对刘某进行会阴擦洗。

任务3：请给刘某进行密闭式静脉输液。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(5) 静脉输液模型(6) 治疗车、治疗盘；(7) 屏风	
用物	会阴擦洗用物： (1) 一次性无菌会阴垫；(2) 一次性手套1副；(3) 无菌包（内含会阴擦洗盘1个，盘内放置消毒弯盘1个、治疗碗1个、无菌镊子或止血钳2把、若干消毒干棉球、若干无菌纱布）；(4) 0.5%碘伏溶液；(5) 手消毒剂 密闭式静脉输液用物： (1) 一次性密闭式输液器；(2) 输液架；(3) 剪刀；(4) 皮肤消毒剂；(5) 无菌棉签；(6) 弯盘；(7) 一次性止血带；(8) 瓶签；(9) 输液溶液；(10) 输液贴；(11) 小枕及一次性垫巾；(12) 笔；(13) 输液卡；(14) 手消毒剂；(15) 夹板和绷带（按需准备）；(16) 一次性手套（按需准备）；(17) 急救盒（按需准备）；(18) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟；

任务2：会阴擦洗：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

任务3：密闭式静脉输液：30分钟（其中用物准备15分钟，操作15分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估：

(1) 身体状况：孕5产0。因停经37周，阴道流血2小时。体查：T36.6℃，P104

次/分，R20次/分，Bp90/60mmHg，心肺检查无异常，腹隆如足月妊娠大小，肝脾叩诊不满意，双下肢无水肿。产科检查：宫高30cm，腹围88cm，胎方位RSA，胎心率160次/分，无宫缩。

(2) 辅助检查：B超检查诊断为：部分性前置胎盘。

2. 护理诊断：

(1) 组织灌注量不足 与阴道出血有关。

(2) 恐惧 与出血所致休克，危及母婴生命有关。

(3) 有感染的危险 与前置胎盘剥离面靠近子宫颈口，细菌易经阴道上行感染有关。

(4) 潜在并发症：产后出血、胎儿窘迫。

3. 护理计划：

(1) 孕妇住院期间组织灌注充足，未发生阴道出血。

(2) 孕妇恐惧心理有所改善，情绪逐渐稳定。

(3) 孕妇住院期间不发生感染。

(4) 孕妇住院期间不发生后出血、胎儿窘迫等并发症。

4. 护理措施：

(1) 嘱孕妇绝对卧床休息，并观察血压、脉搏、呼吸、面色与阴道流血情况，及早发现大出血征兆。观察孕妇宫缩情况，必要时遵医嘱使用宫缩抑制剂。严禁做肛门检查或阴道检查。

(2) 理解、同情孕妇的感受，耐心倾听孕妇的诉说。创造安静、无刺激的环境，避免与其他具有焦虑情绪的孕妇或亲友接触，避免与抢救或危重孕妇同居一室。充分介绍病室环境及同室病友，以减轻陌生感。

(3) 对孕妇及其家属进行适当的安慰，表明医务人员对其病情的详细了解和关心，以增加安全感。

(4) 在治疗过程中，给予孕妇适当的信息，使其对病情有所了解，增加信任感。

(5) 鼓励家属给予爱的表达。

(6) 指导孕妇使用放松术，如听音乐、看书报、与同室产妇交谈等。

(7) 必要时遵医嘱使用镇静剂。

5. 护理评价：

- (1) 孕妇住院期间组织灌注充足，未发生阴道出血。
- (2) 孕妇恐惧心理有所改善，情绪逐渐稳定。
- (3) 孕妇住院期间不发生感染。
- (4) 孕妇住院期间不发生产后出血、胎儿窘迫等并发症。

任务 2: 见模块一 表 3 M-3 会阴擦洗 评分标准

任务 3: 见模块三 表 25 C-25 密闭式静脉输液 评分标准

模块二 儿童护理

E-2-1 肺炎患儿的护理

一、任务描述

果果，女，6 个月，因“发热、咳嗽 4 天，气促 1 天”入院。患儿 6 天前无明显诱因出现发热、咳嗽，体温波动在 38.6-39.1℃，咳嗽呈阵发性，有痰不易咳出，伴有流涕、鼻塞。在当地医院诊断为“上感”，给予感冒冲剂口服和退热处理。近 1 天来，患儿咳嗽渐加重，伴有喘憋，咳嗽时偶有痰液咳出，痰液黏稠色黄。

体格检查：T 39.0℃，P 150 次/分，R 45 次/分，体重 8kg，身高 68cm。面色略苍白，精神萎靡，咽部充血，口周发绀，鼻翼扇动，有轻度的三凹征。心音低钝，律齐，腹平软，肝肋下 2cm。听诊双肺可闻及较密集中细湿啰音，肠鸣音正常。

辅助检查：WBC $14 \times 10^9/L$ ，N 0.80，L 0.20。胸片显示：双肺下野点片状阴影。
任务 1: 请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2: 请对果果的家长进行母乳喂养指导。

任务 3: 遵医嘱给果果进行电动吸引器吸痰（经口腔）。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶 (5) 治疗车、治疗盘；(6) 屏风	
用物	母乳喂养指导用物： (1) 床单位；(2) 婴儿床单位；(3) 产妇（由主考学校准备志愿者）；(4) 靠背椅；(5) 踏板；(6) 处置室设有洗手设备、医用垃圾桶、生活垃圾桶；(7) 哺乳抱枕；(8) 屏风；(9) 室温计 电动吸引器吸痰（经口腔）用物： (1) 电动吸引器、连接导管；(2) 盛	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备

类型	实施条件	备注
	有消毒液的消毒瓶；（3）一次性带手套式吸痰管；（4）无菌纱布；（5）有盖罐 2 只（试吸罐和冲洗罐，内盛无菌生理盐水）；（6）手电筒；（7）听诊器；（8）治疗巾；（9）弯盘；（10）笔；（11）记录单；（12）压舌板、张口器、舌钳（按需准备）；（13）电插板（按需准备）；（14）病历本及护理记录单（按需准备）	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：母乳喂养指导：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

任务 3：电动吸引器吸痰（经口腔）：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）身体状况：6 天前无明显诱因出现发热、咳嗽，体温波动在 38.6-39.1℃，咳嗽呈阵发性，有痰不易咳出，伴有流涕、鼻塞。T 39.0℃，P 150 次/分，R 45 次/分，体重 8kg，身高 68cm。面色略苍白，精神萎靡，咽部充血，口周发绀，鼻翼扇动，有轻度的三凹征。心音低钝，律齐，腹平软，肝肋下 2cm。听诊双肺可闻及较密集中细湿啰音，肠鸣音正常。

（2）辅助检查：WBC $14 \times 10^9/L$ ，N 0.80，L 0.20。胸片显示：双肺下野点片状阴影。

2. 护理诊断：

- （1）气体交换受损 与肺部炎症有关。
- （2）清理呼吸道无效 与呼吸道分泌物过多，痰液黏稠、无力排痰有关。
- （3）体温过高 与肺部感染有关。

3. 护理计划：

- （1）患儿气促、发绀症状逐渐改善以至消失，呼吸平稳。
- （2）患儿能顺利有效地咳出痰液，呼吸道通畅。
- （3）患儿体温恢复正常。

4. 护理措施：

(1) 改善呼吸功能：保持室内空气清新，温湿度适宜，患儿卧床休息，减少活动。遵医嘱给氧，氧流量为2-4L/min，氧浓度不超过50%-60%。

(2) 保持呼吸道通畅：及时清除患儿口鼻分泌物，经常变换体位，以减少肺部淤血，促进炎症吸收。遵医嘱进行雾化吸入，利于痰液咳出。

(2) 维持体温正常：密切监测体温变化，遵医嘱药物降温。

(3) 观察病情：观察神志、面色、呼吸、心率等生命体征，观察有无呕吐、腹胀、肠鸣音减弱或消失等情况。

5. 护理评价：

(1) 患儿是否能顺利有效地咳出痰液，呼吸道通畅。

(2) 患儿气促、发绀症状是否逐渐改善以至消失，呼吸平稳。

(3) 患儿体温及其他生命体征是否恢复正常。

任务2：见模块一 表7 M-7 母乳喂养指导 评分标准

任务3：见模块四 表9 L-9 电动吸引器吸痰（经口腔）评分标准

E-2-2 急性肾炎患儿护理

一、任务描述

患儿，男，1岁。近3日，家长发现男孩晨起双眼睑和下肢水肿，且逐渐加重，活动后水肿可减轻，并伴有食欲减退、恶心、呕吐和尿量减少，尿色呈洗肉水样，要求入院治疗。查体：体温 36.8℃，脉搏 84 次/分，呼吸 22 次/分，血压 140/100mmHg。实验室检查：尿蛋白(++)，肉眼血尿，血沉加快，血清抗链球菌溶血素“O”滴度升高，尿素氮、肌酐正常。诊断为急性肾小球肾炎，要求患儿绝对卧床休息。

任务 1：请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请对患儿进行体格测量（体重、身高、头围和胸围测量）。

任务 3：请对患儿进行密闭式静脉输液。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	环境符合操作要求
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶	设备完好、准备齐全

类型	基本实施条件	备注
用物	<p>体格测量用物: (1) 电子体重秤; (2) 一次性垫巾; (3) 软尺; (4) 身高测量器; (5) 手消毒液; (6) 护理记录单 (按需准备)</p> <p>密闭式静脉输液用物: (1) 一次性密闭式输液器; (2) 输液架; (3) 剪刀; (4) 皮肤消毒剂; (5) 无菌棉签; (6) 弯盘; (7) 一次性止血带; (8) 瓶签; (9) 输液溶液; (10) 输液贴; (11) 小枕及一次性垫巾; (12) 笔; (13) 输液卡; (14) 手消毒剂; (15) 夹板和绷带 (按需准备); (16) 一次性手套 (按需准备); (17) 急救盒 (按需准备); (18) 病历本及护理记录单 (按需准备)</p>	操作者工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: 体格测量: 14 分钟 (其中用物准备 7 分钟, 操作 7 分钟)。

任务 3: 密闭式静脉输液: 30 分钟 (其中用物准备 15 分钟, 操作 15 分钟)。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 晨起双眼睑和下肢水肿, 且逐渐加重, 活动后水肿可减轻, 并伴有食欲减退、恶心、呕吐和尿量减少, 尿色呈洗肉水样。查体: 体温 36.8℃, 脉搏 84 次/分, 呼吸 22 次/分, 血压 140/100mmHg。

(2) 辅助检查: 实验室检查: 尿蛋白(++), 肉眼血尿, 血沉加快, 血清抗链球菌溶血素“O”滴度升高, 尿素氮、肌酐正常。

2. 护理诊断:

(1) 体液过多 与肾小球滤过率下降致水钠潴留有关。

(2) 活动无耐力 与水肿、血压升高有关。

(3) 潜在并发症: 严重循环充血、高血压脑病、急性肾衰竭。

3. 护理计划:

(1) 患儿尿量增加, 水肿消退。

(2) 患儿活动耐力逐步恢复, 肉眼血尿消失, 血压维持在正常范围。

(3) 患儿无并发症发生或发生时能得到及时发现与处理。

4. 护理措施:

(1) 一般护理：起病 2 周内应卧床休息，强调卧床休息的重要性，可以减轻心脏负担，改善肾血流量，预防并发症的发生。

(2) 病情观察：严密观察血压和心率变化，警惕并发症的发生，注意水肿程度及部位，做好出入量记录，观察尿量及尿色。

(3) 用药护理 遵医嘱给予利尿药和降压药，观察药物疗效和不良反应。

(4) 饮食护理：给予高糖、维生素、适量蛋白质、适量脂肪的低热饮食。限制盐和水的摄入，有氮质血症时应限制蛋白质的摄入。

(5) 心理护理：了解患儿及家长的心态及其对本病的认识程度，做好健康宣教，使患儿及家长消除焦虑和沮丧情绪，树立战胜疾病的信心，积极配合治疗和护理。

(6) 健康指导：向患儿和家长介绍本病为自限性疾病，预后良好。

5. 护理评价：

(1) 患儿尿量是否增加，水肿是否消退。

(2) 患儿活动耐力逐步恢复，肉眼血尿消失，血压维持在正常范围。

(3) 不出现并发症或出现时能得到及时发现与处理。

任务 2：见模块二 表 2 E-2 体格测量 评分标准

任务 3：见模块三 表 25 C—25 密闭式静脉输液 评分标准

E-2-3 先天性心脏病患儿护理

一、任务描述

患儿，男，1 岁。生后不久即出现喂养困难，面色苍白，近一年来经常活动后气促、发绀，因发热 1 天入院。查体：呼吸稍快，面色略发绀，胸骨左缘第 3-4 肋间闻及 II~III 级粗糙全收缩期杂音，肺动脉瓣区第二心音亢进。心电图提示左、右心室肥大。诊断为先天性心脏病（室间隔缺损）、上呼吸道感染，医嘱：吸氧 0.5~1L/min。

任务 1：请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请对患儿进行体格测量（体重、身高、头围和胸围测量）。

任务 3：请对患儿行氧气筒给氧。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	环境符合操作要求

类型	基本实施条件	备注
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶；(4) 多功能护理模型	设备完好、准备齐全
用物	体格测量用物: (1) 电子体重秤；(2) 一次性垫巾；(3) 软尺；(4) 身高测量器；(5) 手消毒液；(6) 护理记录单（按需准备） 氧气吸入用物: (1) 氧气筒；(2) 氧气表；(3) 湿化瓶（内盛蒸馏水或冷开水或 20%~30%乙醇 1/3~1/2 满）；(4) 通气管；(5) 一次性双腔鼻导管；(6) 无菌纱布；(7) 小药杯盛冷开水；(8) 棉签；(9) 笔；(10) 弯盘；(11) 扳手；(12) 输氧卡；(12) 手消毒剂；(14) 手电筒；(16) 病历本及护理记录本（按需准备）	操作者工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: 体格测量: 14 分钟（其中用物准备 7 分钟，操作 7 分钟）。

任务 3: 氧气吸入: 20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 生后不久即出现喂养困难, 面色苍白, 近一年来经常活动后气促、发绀, 因发热 1 天入院。查体: 呼吸稍快, 面色略发绀, 胸骨左缘第 3-4 肋间闻及 II~III 级粗糙全收缩期杂音, 肺动脉瓣区第二心音亢进。

(2) 辅助检查: 心电图提示左、右心室肥大。

2. 护理诊断:

(1) 活动无耐力 与体循环血容量减少有关。

(2) 营养失调: 低于机体需要量 与体循环血量减少引起喂养困难有关。

(3) 有感染的危险 与机体抵抗力下降有关。

3. 护理计划:

(1) 患儿能进行适当的活动, 满足基本生活所需。

(2) 患儿获得足够的营养, 满足生长发育需要。

(3) 患儿不发生感染。

4. 护理措施:

(1) 一般护理: 建立合理的生活制度, 安排规律的作息时间, 保证睡眠和休息。保持环境安静, 集中治疗和护理, 尽量避免哭闹及情绪激动。

(2) 病情观察:注意观察有无心率增快、呼吸困难、泡沫样痰、水肿等心力衰竭的表现。

(3) 发热的护理: 密切监测体温变化, 发热者给予松解衣服, 多饮水等物理降温, 必要时遵医嘱给予药物降温。

(4) 预防感染 及时加减衣物, 避免受凉引起呼吸道感染。注意保护性隔离, 以免交叉感染。

(5) 饮食护理: 供给充足能量、蛋白质和维生素, 保证营养需要。喂养困难的时要耐心喂养, 少量多餐, 勿进食过饱。

(6) 健康指导: 指导家长掌握先天性心脏病的日常护理, 建立合理的生活制度, 遵从医嘱合理用药, 预防感染和其他并发症。

5. 护理评价:

(1) 患儿活动耐力是否提高。

(2) 营养摄入是否满足机体需要, 生长发育接近正常儿童。

(3) 是否发生感染或感染后得到及时有效的处理。

任务 2: 见模块二 表 2 E-2 体格测量 评分标准

任务 3: 见模块四 表 8 L-8 氧气吸入 评分标准

E-2-4 口炎患儿护理

一、任务描述

患儿, 男, 1 岁。因发热 2 天、拒食半天来医院就诊, 体温: 38.7℃, 护士体格检查时发现口腔颊黏膜、牙龈、舌有多处溃疡, 上面覆盖黄白色纤维素性渗出物, 颌下淋巴结肿大。诊断: 疱疹性口炎。遵医嘱给予 3%过氧化氢溶液清洁口腔, 局部喷西瓜霜, 孩子因疼痛而哭闹, 家长很是焦虑。

任务 1: 请对患儿进行护理评估, 提出主要的护理诊断、护理计划, 制定有针对性的护理措施, 并评价护理措施的有效性。

任务 2: 请对患儿进行体格测量(体重、身高、头围和胸围测量)。

任务 3: 请对患儿进行口腔护理。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	环境符合操作要求

类型	基本实施条件	备注
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶；(4) 屏风	设备完好、准备齐全
用物	体格测量用物： (1) 电子体重秤；(2) 一次性垫巾；(3) 软尺；(4) 身高测量器；(5) 手消毒液；(6) 护理记录单（按需准备） 口腔护理用物： (1) 口腔护理包（治疗碗 2 个、无菌棉球若干、止血钳 2 把、纱布两块）；(2) 一次性压舌板；(3) 手电筒；(4) 治疗巾；(5) 弯盘；(6) 口腔护理液；(7) 一次性手套；(8) 无菌棉签、剪刀；(9) 病历本；(10) 笔；(11) 漱口杯；(12) 吸管；(13) 开口器（按需准备）；(14) 外用药物（按需准备）；(15) 病历本及护理记录单（按需准备）	操作者工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟；

任务 2：体格测量：14 分钟（其中用物准备 7 分钟，操作 7 分钟）。

任务 3：口腔护理：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：发热 2 天、拒食半天来医院就诊，体温：38.7℃，护士体格检查时发现口腔颊黏膜、牙龈、舌有多处溃疡，上面覆盖黄白色纤维素性渗出物，颌下淋巴结肿大。

(2) 心理状况：询孩子因疼痛而哭闹，家长很是焦虑。

2. 护理诊断：

(1) 口腔黏膜受损 与口腔炎症有关

(2) 体温过高 与口腔炎症有关

(3) 疼痛 与口腔黏膜糜烂、溃疡有关

3. 护理计划：

(1) 口腔溃疡愈合。

(2) 未出现高热及并发症。

(3) 疼痛缓解，患儿情绪稳定，能够配合治疗。

4. 护理措施：

(1) 口腔护理：保持口腔黏膜湿润和清洁，多饮水，进食后漱口。用 3%过氧化氢溶液清洗每日 2-4 次。以餐后 1 小时左右为宜，动作应轻、快、准。

(2) 正确涂药：遵医嘱喷西瓜霜，喷药后嘱患儿闭口 10 分钟，不可立即漱口饮水或进食。

(3) 疼痛的护理：清洁口腔时应注意手法，用棉签在溃疡面上滚动式涂药，切不可摩擦，以免扩大创面或疼痛加重。

(4) 发热的护理：密切监测体温变化，发热者给予松解衣服，多饮水等物理降温，必要时遵医嘱给予药物降温。

(5) 饮食护理：以高热量、高蛋白、含丰富维生素的温凉流质或半流质饮食为宜，避免摄入刺激性或粗硬食物。

(6) 健康指导向家长讲解口炎相关知识；指导家长食具专用，做好清洁消毒工作，培养良好的饮食习惯，培养进食后漱口的卫生习惯。

5. 护理评价：

(1) 口腔溃疡是否愈合。

(2) 是否出现高热及并发症。

(3) 是否疼痛缓解，患儿能配合治疗。

任务 2：见模块二 表 2 E-2 体格测量 评分标准

任务 3：见模块四 表 6 L-6 口腔护理 评分标准

E-2-5 维生素 D 缺乏性佝偻病患儿的护理

一、任务描述

小西，男，5 个月。1 月前因“汗多、夜间哭闹，烦躁不安”来院就诊，完善检查后诊断为“维生素 D 缺乏性佝偻病”，遵医嘱在家口服维生素 D，现上述症状无明显改善遂来院就诊。体格检查：T 36.6℃，P 110 次/分，R 34 次/分，发育营养尚可，枕秃，前囟 2cm×1.5cm，未出牙，肋缘外翻，肝右肋下 1cm，脾(-)。肌张力正常，神经系统未见异常。

辅助检查：血清钙、磷正常，血碱性磷酸酶升高；血常规示 Hb 120g/L，RBC $5.0 \times 10^{12}/L$ ，WBC $9.8 \times 10^9/L$ ，大便及尿常规未见异常；腕部正位片示骨骺端钙化带模糊不清。

医嘱：维生素 D2 注射液 5mg，肌肉注射。

任务 1：请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请对小西的家长进行母乳喂养指导。

任务 3：遵医嘱给小西肌内注射维生素 D2。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(5) 模型；(6) 治疗车、治疗盘；(7) 屏风	
用物	母乳喂养指导用物： (1) 床单位；(2) 婴儿床单位；(3) 产妇（由主考学校准备志愿者）；(4) 靠背椅；(5) 踏板；(6) 处置室设有洗手设备、医用垃圾桶、生活垃圾桶；(7) 哺乳抱枕；(8) 屏风；(9) 室温计 肌内注射用物： (1) 无菌纱布；(2) 无菌注射盘、无菌有盖方盘；(3) 砂轮；(4) 药物（遵医嘱）；(5) 一次性注射器（根据需要选择合适型号）；(6) 弯盘；(7) 注射卡和笔；(8) 无菌棉签；(9) 手消毒剂；(10) 皮肤消毒液；(11) 必要时配抢救盒；(12) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟；

任务 2：母乳喂养指导：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

任务 3：肌内注射：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：1 月前因“汗多、夜间哭闹，烦躁不安”来院就诊，完善检查后诊断为“维生素 D 缺乏性佝偻病”，遵医嘱在家口服维生素 D，现上述症状无明显改善遂来院就诊。体格检查：T 36.6℃，P 110 次/分，R 34 次/分，发育营养尚可，枕秃，前囟 2cm×1.5cm，未出牙，肋缘外翻，肝右肋下 1cm，脾(-)。肌张力正常，神经系统未见异常。

(2) 辅助检查：血清钙、磷正常，血碱性磷酸酶升高；血常规示 Hb 120g/L，

RBC $5.0 \times 10^{12}/L$, WBC $9.8 \times 10^9/L$, 大便及尿常规未见异常; 腕部正位片示骨骺端钙化带模糊不清。

2. 护理诊断:

- (1) 营养失调: 低于机体需要量 与日光照射不足和维生素D过少有关。
- (2) 生长发育迟缓 与钙磷异常致骨骼、神经发育迟缓有关。
- (3) 知识缺乏: 患儿家长缺乏佝偻病的预防和护理知识。

3. 护理计划:

- (1) 患儿能获得足量的维生素D, 临床症状逐渐减轻或消失。
- (2) 患儿生长发育达正常标准。
- (3) 患儿家长能说出佝偻病的预防和护理要点。

4. 护理措施:

(1) 户外活动: 指导家长带患儿进行户外活动, 让患儿直接接受阳光照射。每次10分钟开始, 逐渐延长至1小时以上, 保证每日1-2小时的户外活动。

(2) 用药护理: 遵医嘱给患儿正确肌肉注射维生素D₂, 注射后观察有无硬结、红肿等情况; 注意患儿有无便秘、腹泻、食欲减退等不适。

(3) 生活护理: 保持室内空气新鲜, 温湿度适宜, 阳光充足, 避免交叉感染。

(4) 饮食护理: 指导患儿家长正确进行母乳喂养; 按时引入换乳期食物, 给予富含维生素D、钙、磷和蛋白质的食物。

(5) 健康教育: 向家长讲述疾病的预防和护理知识, 鼓励患儿家长坚持母乳喂养和户外活动; 告知患儿家长出院后遵医嘱正确服用维生素D, 并密切观察有无如有便秘、腹泻、恶心、呕吐等维生素D中毒的表现。

5. 护理评价

- (1) 患儿临床症状是否减轻或消失。
- (2) 患儿生长发育是否接近或达到正常标准。
- (3) 患儿家长是否知晓佝偻病的预防和护理要点。

任务2: 见模块一 表7 M-7 母乳喂养指导 评分标准

任务3: 见模块三 表23 C-23 肌内注射 评分标准

E-2-6 腹泻患儿护理

一、任务描述

可可，男，10个月，平素体重9.5kg，6月因疾病断母乳。因“腹泻、呕吐3天，加重1天”入院。患儿3天前开始出现腹泻，呈黄色稀水样便，每日5-6次，量中等，有时呕吐，为胃内容物，呈非喷射状，量少。伴轻咳、流涕。1天前大便次数增多，每日10余次，为明确诊治，遂来医就诊。发病后患儿食欲减退，精神萎靡，尿量稍少。

体格检查：T 38.2℃，P 138次/分，R 42次/分，W 8.4kg，精神萎靡，皮肤干燥，弹性差，前囟和眼窝凹陷，口腔黏膜干燥，咽红，出牙4颗，双肺(-)，心音有力，腹稍胀，肠鸣音4次/分，肛周皮肤潮红，有散在皮疹，四肢稍凉，膝腱反射正常，肛周皮肤发红。

辅助检查：血钠132mmol/L，血钾3.2mmol/L，血HCO₃⁻16mmol/L。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理问题，制定有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务1：请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：遵医嘱给可可进行静脉输液。

任务3：请对可可的家长进行红臀的护理指导。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(5) 静脉输液模型(6) 治疗车、治疗盘；(7) 屏风	
用物	密闭式静脉输液用物： (1) 一次性密闭式输液器；(2) 输液架；(3) 剪刀；(4) 皮肤消毒剂；(5) 无菌棉签；(6) 弯盘；(7) 一次性止血带；(8) 瓶签；(9) 输液溶液；(10) 输液贴；(11) 小枕及一次性垫巾；(12) 笔；(13) 输液卡；(14) 手消毒剂；(15) 夹板和绷带（按需准备）；(16) 一次性手套（按需准备）；(17) 急救盒（按需准备）；(18) 病历本及护理记录单（按需准备） 红臀护理用物： (1) 纸尿裤；(2) 小盆；(3) 小毛巾2条；(4) 湿纸巾；(5) 温水；(6) 护臀膏；(7) 手消毒剂；(8) 温湿度计	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务 2：密闭式静脉输液：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：红臀的护理：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）身体状况：患儿 3 天前开始出现腹泻，呈黄色稀水样便，每日 5-6 次，量中等，有时呕吐，为胃内容物，呈非喷射状，量少。伴轻咳、流涕。1 天前大便次数增多，每日 10 余次，为明确诊治，遂来医就诊。发病后患儿食欲减退，精神萎靡，尿量稍少。

（2）辅助检查：血钠 132mmol/L ，血钾 3.2mmol/L ，血 $\text{HCO}_3^-16\text{mmol/L}$ 。

2. 护理诊断：

（1）腹泻 与感染有关。

（2）皮肤完整性受损 与大便次数增多刺激臀部皮肤有关。

（3）体液不足 与腹泻、呕吐体液丢失过多和摄入不足有关。

3. 护理计划：

（1）患儿腹泻、呕吐次数逐渐减少至停止，大便性状正常。

（2）患儿脱水和电解质紊乱得以纠正。

（3）患儿臀部皮肤保持完整、无破损。

4. 护理措施：

（1）一般护理：给予流质或半流质饮食如粥、面条，少量多餐，随着病情稳定和好转，逐步过渡到正常饮食。

（2）病情观察：监测生命体征，体温过高时应给患儿多饮水、擦干汗液、及时更换汗湿的衣服，并予物理降温。观察并记录大便情况。观察有无水、电解质和酸碱平衡紊乱的表现。

（3）对症护理：选用吸水性强、柔软布质纸质尿布，勤更换。每次便后用温水清洗臀部并擦干，以保持皮肤清洁干燥。

（4）用药护理：维持水、电解质及酸碱平衡：遵医嘱静脉补液。按医嘱选用抗生素以控制感染。严格执行消毒隔离，护理患儿前后认真洗手。

5. 护理评价：

（1）患儿大便次数是否减少。

(2) 脱水、电解质及酸碱平衡紊乱是否得到纠正，尿量有无增加。

(3) 臀部皮肤是否恢复正常。

任务2: 见模块三 表25 C-25 密闭式静脉输液 评分标准

任务3: 见模块二 表3 E-3 红臀的护理 评分标准

E-2-7 新生儿寒冷损伤综合征患儿护理

一、任务描述

足月儿，体重 2300 克，年龄为 4 日，生后第 2 日开始拒乳，哭声小，下肢外侧皮肤颜色发红、发硬和水肿。体格检查：体温不升，肛温 29℃，皮肤黄染，心肺无异常；白细胞计数和中性粒细胞基本正常。

任务 1: 请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2: 请为患儿给予暖箱。

任务 3: 请为患儿进行鼻饲操作保证营养。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 标准化家属；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	暖箱的使用用物: (1) 手消毒剂；(2) 温箱；(3) 蒸馏水；(4) 床单；(5) 尿布、(7) 盆子、(8) 毛巾、(9) 消毒液 鼻饲技术用物: (1) 胃管单巾铺盘（内置：一次性治疗碗、纱布块若干、胃管、注射器、石蜡油棉球、压舌板）；(2) 听诊器；(3) 流质饮食、温开水；(4) 手电筒；(5) 医用胶布；(6) 无菌手套；(7) 弯盘；(8) 一次性治疗巾；(9) 无菌纱布；(10) 无菌棉签；(11) 松节油（按需准备）；(12) 石蜡油（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: 暖箱的使用: 20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3: 鼻饲技术: 30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 足月儿, 体重2300克, 年龄为4日, 生后第2日开始拒乳, 哭声小, 下肢外侧皮肤颜色发红、发硬和水肿。体格检查: 体温不升, 肛温29℃, 皮肤黄染, 心肺无异常

(2) 辅助检查: 实验室检查白细胞计数和中性粒细胞基本正常。

2. 护理诊断:

(1) 体温过低: 与体重过轻、皮下脂肪薄有关。

(2) 皮肤完整性受损的危险 与皮下水肿硬肿有关。

(3) 有营养失调的危险: 低于机体需要量 与早产儿需要更多热量而患儿拒乳有关。

3. 护理计划:

(1) 体温恢复正常

(2) 皮肤完整, 硬肿消退

(3) 营养状况正常

4. 护理措施:

(1) 复温 原则是循序渐进, 逐渐复温。

(2) 合理喂养 给予鼻饲技术, 做好鼻饲管及口腔护理。

(3) 加强消毒管理, 防止交叉感染, 严格遵守操作规程。

(4) 病情观察: 监测体温, 每隔1小时, 测量体温一次, 体温正常6小时后改为4小时一次。监测呼吸、心率、呼吸、硬肿程度及范围等。

(5) 向家属介绍有关硬肿症的疾病知识。

5. 护理评价:

(1) 体温是否恢复正常。

(2) 皮肤是否完整, 硬肿是否消退。

(3) 营养状况是否正常。

任务2: 见模块一 表4 M-4 暖箱的使用 评分标准

任务3: 见模块三 表26 C-26 鼻饲技术 评分标准

E-2-8 新生儿黄疸患儿护理

一、任务描述

李毛毛，女，5天。因“皮肤、巩膜黄染1天”入院。患儿系足月顺产，无窒息抢救史，昨天家长发现患儿皮肤黄，巩膜发黄，逐渐加重，昨天夜间开始患儿精神欠佳、吃奶少、哭声弱，无气促，无青紫。为进一步治疗来我院就诊。患儿家长对患儿病情十分紧张，担心可能的不良后果。

体格检查：T 37.5℃，R 45次/分，P 135次/分，全身皮肤严重黄染，巩膜中重度黄染，颈软，双侧瞳孔等圆等大，对光反射灵敏，口唇红润，双肺听诊呼吸音粗，未闻及干湿性音，心音有力，心率135次/分，心律齐。腹平软，脐周皮肤轻度红肿，有少量渗液，肝脾肋下未及，肠鸣音正常。四肢肌张力正常，原始反射可引出。

辅助检查：总胆红素：359.1 μ mol/L(21mg/dl)，直接胆红素：21.6 μ mol/L(1.2mg/L)；血常规：WBC $20 \times 10^9/L$ ；HGB 201g/L；PLT $196 \times 10^9/L$ 。

入院诊断：1. 新生儿高胆红素血症；2. 新生儿败血症。

医嘱：静脉采血。

任务1：请对患儿进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请对李毛毛的家长进行母乳喂养指导。

任务3：遵医嘱给李毛毛进行静脉采血。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 模拟人；(3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(4) 屏风	
用物	母乳喂养指导用物： (1) 床单位；(2) 婴儿床单位；(3) 产妇(由主考学校准备志愿者)；(4) 靠背椅；(5) 踏板；(6) 处置室设有洗手设备、医用垃圾桶、生活垃圾桶；(7) 哺乳抱枕；(8) 屏风；(9) 室温计 静脉采血用物： (1) 注射盘(内装皮肤消毒液、无菌棉签、注射小垫枕、一次性垫巾)；(2) 真空采血针；(3) 真空采血管；(4) 一次性手套；(5) 一次性止血带；(6) 化验单、笔；(7) 弯盘；(8) 锐器盒；(9) 手消毒剂；(10) 病历本及护理记录单(按需准备)	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务 2：母乳喂养指导：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

任务 3：静脉采血：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）身体状况：患儿系足月顺产，无窒息抢救史，昨天家长发现患儿皮肤黄，巩膜发黄，逐渐加重，昨天夜间开始患儿精神欠佳、吃奶少、哭声弱，无气促，无青紫。

（2）辅助检查：总胆红素：359.1 μ mol/l(21mg/dl)，直接胆红素：21.6 μ mol/(1.2mg/)；血常规：WBC 20 $\times 10^9$ /L；HGB 201g/L；PLT 196 $\times 10^9$ /L。

2. 护理诊断：

- （1）潜在并发症：胆红素脑病。
- （2）皮肤完整性受损 与脐部感染有关。
- （3）体温升高 与感染有关。

3. 护理计划：

- （1）患儿胆红素水平恢复正常。
- （2）患儿脐部干燥、无红肿、渗液。
- （3）体温恢复正常。

4. 护理措施：

- （1）降低胆红素：遵医嘱实施光照疗法，并做好相应护理。
- （2）观察病情：观察皮肤黏膜、巩膜的色泽。观察有无拒食嗜睡、肌张力减退等胆红素脑病的早期表现，如有立即通知医生，做好抢救准备。
- （3）维持体温稳定：给予物理降温；遵医嘱使用抗生素。
- （4）脐部护理：用碘伏或 75%乙醇消毒脐部，每天 2-3 次，保持脐部干燥。

5. 护理评价：

- （1）患儿黄疸消退，没有发生胆红素脑病。
- （2）患儿脐部干燥，无红肿、渗液。
- （3）患儿体温恢复正常。

任务 2：见模块一 表 7 M-7 母乳喂养指导 评分标准

任务 3：见模块二 表 4 E-4 静脉血标本采集（真空管）评分标准

模块三 成人护理

C-3-1 支气管扩张患者的护理

一、任务描述

李**，女，25岁，因咳大量脓痰、反复咯血10年，加重3天入院。体格检查：T36.8℃，P85次/分，R22次/分，BP132/80mmHg。神志清楚，口唇无发绀，左上肺呼吸音粗，可闻及中等水泡音。心率85次/分，律齐，无杂音，腹软，无异常。胸部X线：左下肺纹理增多、紊乱。临床初步诊断支气管扩张。患者自述幼儿时期曾患支气管肺炎，并知晓自身疾病情况，能积极配合治疗。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请对李某进行超声雾化吸入。

任务3：请对李某进行体位引流。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、锐器盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 电源插头；(6) 多功能护理人；(7) 屏风。	
用物	超声波雾化吸入法用物： (1) 超声波雾化吸入器一套；(2) 水温计；(3) 弯盘；(4) 冷蒸馏水；(5) 无菌方盘（内放已抽好药液的注射器）(6) 纱布或纸巾；(7) 一次性治疗巾；(8) 手电筒；(9) 手消毒剂；(10) 笔；(11) 病历本及治疗卡；(12) 治疗车；(13) 锐器盒、医疗垃圾桶和生活垃圾桶 体位引流用物： (1) 听诊器；(2) 治疗巾；(3) 吸管；(4) 一次性纸杯2个（1个内盛温水）；(5) 纸巾；(6) 软枕；(7) 医嘱单；(8) 护理记录单；(9) 笔；(10) 手消毒剂；(11) 医用垃圾桶；(12) 生活垃圾桶	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：超声波雾化吸入法：18分钟（其中用物准备9分钟，操作9分钟）。

任务3：体位引流：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

四、评分标准

任务1：

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 患者咳大量脓痰、反复咯血10年, 加重3天; 左上肺呼吸音粗, 可闻及中等水泡音。

(2) 辅助检查: 胸部X线检查: 左下肺纹理增多、紊乱。

2. 护理诊断:

(1) 清理呼吸道无效 与痰多粘稠和无效咳嗽有关。

(2) 营养失调: 低于机体的的需要量 与慢性感染导致机体消耗有关。

(3) 有窒息的危险 与痰多、粘稠、大咯血不能及时排出有关。

3. 护理计划:

(1) 患者能有效咳嗽、咳痰, 保持呼吸道通畅。

(2) 患者营养状态保持正常。

(3) 患者未发生窒息, 或窒息被及时发现并得到及时处理。

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

1) 环境: 安静舒适, 温湿度适宜。

2) 体位: 少量咯血以静卧休息为主, 大咯血患者绝对卧床休息, 尽量避免搬动, 取患侧卧位。

3) 饮食: 给予高热量、高蛋白、富含维生素饮食, 避免刺激性食物诱发咳嗽, 鼓励患者多喝水, 每天1500ml以上, 稀释痰液。

(2) 病情观察: 观察痰液的量、颜色、性质、气味和体位的关系; 观察患者缺氧的情况, 是否有呼吸困难; 备好急救药品, 预防窒息。

(3) 对症护理: 做好体位引流的护理。

1) 评估患者病情和用餐情况, 引流前向患者解释引流目的和配合方法。

2) 根据病变部位选择合适体位。

3) 指导患者深呼吸和有效咳嗽, 并辅以雾化吸入、胸背扣击, 提高引流效果, 每次15-30分钟。

4) 引流过程注意观察患者呼吸、面色, 有无发绀、窒息先兆表现, 如有发生立即终止引流, 给予相关处理。

5) 做好口腔护理, 记录痰液颜色、量、性质。

(4) 用药护理: 遵医嘱使用抗生素、祛痰剂、支气管舒张药和止血药, 观察疗

效和不良反应。

(5) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，缓解不良情绪，积极配合治疗。

5. 护理评价：

(1) 患者能有效咳嗽、咳痰，保持呼吸道通畅。

(2) 患者营养状态保持正常。

(3) 患者未发生窒息。

任务2：见模块二 表5 E-5 雾化吸入 评分标准

任务3：见模块三 表4 C-4 体位引流 评分标准

C-3-2 肺炎患者的护理

一、任务描述

张某，女，72岁，因“受凉后发热、咳嗽、咳痰2天”入院。体格检查：T39.2℃，P112次/分，R30次/分；神志清楚，口唇发绀，呼吸急促；左下肺呼吸运动减弱，语音震颤增强，叩诊浊音，可闻及支气管呼吸音及湿啰音。辅助检查：白细胞 $13 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞80%，X线胸片示左下肺大片浸润阴影。诊断“肺炎球菌肺炎”。医嘱给予抗感染、降温、止咳、祛痰等治疗。患者入院后多次向医护人员询问病情。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请为张某进行胸背叩击排痰。

任务3：请对张某进行电动吸引器吸痰（经口腔）。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、锐器盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 电源插头；(6) 多功能护理人；(7) 屏风。	
用物	叩背排痰用物： (1) 听诊器；(2) 治疗巾；(3) 吸管；(4) 一次性纸杯2个（1个内盛温水）；(5) 纸巾；(6) 软枕；(7) 医嘱单；(8) 护理记录单；(9) 笔；(10) 手消毒剂；(11) 医用垃圾桶；(12) 生活垃圾桶 电动吸引器吸痰（经口腔）用物： (1) 电动吸引器、连接导管；(2) 盛有消毒液的消毒瓶；(3) 一次性带手套式吸痰管；(4) 无菌纱布；(5) 有盖罐2只（试吸罐和冲洗罐，内盛无菌生理盐水）；(6) 手电筒；(7) 听诊器；(8) 治疗巾；(9) 弯盘；(10) 笔；(11) 记录单；(12) 压	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备

类型	基本实施条件	备注
	舌板、张口器、舌钳（按需准备）；（13）电插板（按需准备）；（14）病历本及护理记录单（按需准备）	
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：叩背排痰：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

任务3：电动吸引器吸痰（经口腔）：25分钟（其中用物准备10分钟，操作15分钟）。

四、评分标准

任务1：

1. 护理评估：

（1）身体状况：患者发热、咳嗽、咳痰，T39.2℃，P112次/分，R30次/分，口唇发绀，呼吸急促；左下肺呼吸运动减弱，语音震颤增强，叩诊浊音，可闻及支气管呼吸音及湿啰音。

（2）辅助检查：白细胞 $13 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞80%，X线胸片示左下肺大片浸润阴影。

2. 护理诊断：

- （1）体温过高 与肺部感染有关。
- （2）清理呼吸道无效 与痰多粘稠和无效咳嗽有关。
- （3）气体交换受损 与肺部感染有关。
- （4）潜在并发症：感染性休克。

3. 护理计划：

- （1）患者体温恢复正常。
- （2）患者能有效咳嗽、咳痰，保持呼吸道通畅。
- （3）患者呼吸困难缓解。
- （4）患者未出现并发症。

4. 护理措施：

（1）一般护理：

12) 体位：急性期卧床休息，取半坐卧位，减轻呼吸困难。

2) 饮食：给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化质饮食，鼓励患者多饮水，

稀释痰液，促进痰液排出。

3) 生活护理：做好口腔护理，保持口腔湿润、舒适。

(2) 病情观察：观察体温、脉搏、呼吸、血压、神志和尿量变化，注意有无休克征象。

(3) 对症护理：

1) 发热护理：监测体温变化，发热时先进行物理降温如酒精试浴、冷敷，必要时遵医嘱给予药物降温，注意不宜使用阿司匹林，降温后及时更换汗湿衣物和被褥，注意保暖，多饮温水，补充液体。

2) 咳嗽咳痰护理：指导患者深呼吸和有效咳嗽，必要时给予雾化吸入，协助翻身拍背，促进痰液排出。

3) 感染性休克的护理：患者取仰卧中凹位，迅速给予高流量吸氧4-6L/min，建立两条静脉通道，遵医嘱补液。注意体温、脉搏、呼吸、血压及神志的变化，记录24小时出入量。患者口唇红润、肢端温暖、收缩压>90mmHg、尿量>30ml/h以上，提示血容量已补足。

(4) 用药护理：遵医嘱给予抗感染药物，做好过敏试验，观察疗效和不良反应。

(5) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，缓解紧张情绪，积极配合治疗。

5. 护理评价：

(1) 患者体温恢复正常。

(2) 患者能有效咳嗽、咳痰，保持呼吸道通畅。

(3) 患者呼吸困难得到缓解。

(4) 患者未出现并发症。

任务2：见模块三 表3 C-3 叩背排痰 评分标准

任务3：见模块三 表9 L-9 电动吸引器吸痰（经口腔） 评分标准

C-3-3 慢阻肺患者的护理

一、任务描述

李**， 男性，73岁，退休工人。因反复咳嗽、咳痰、喘憋15余年，受凉后出现发热、咳黄粘痰、痰不易咳出、喘息加重2天入院。查体：T38.5℃，P98次/分，R28次/分，Bp128/72mmHg。神志清楚，消瘦，口唇发绀，胸廓呈桶状胸，肋间隙增

宽，呼吸运动减弱，触诊语颤减低，叩诊呈过清音，双肺呼吸音粗，可闻及明显干湿性啰音，心律规整，各瓣膜无病理性杂音，双下肢无水肿。辅助检查：血常规：WBC $10.9 \times 10^9/L$ ，N70.7%；L16.6%。血气分析：PaO₂53mmHg，PaCO₂62mmHg。胸部X线：双下肺纹理明显增粗、紊乱，两肺透亮度增加，肋间隙增宽。肺功能检查：FEV₁/FVC 65%，FEV₁为72%预计值。入院诊断：慢性阻塞性肺疾病（急性加重期）。入院后遵医嘱给予抗感染、解痉、平喘、止咳、祛痰等对症支持治疗。有长期吸烟史43年，今年第三次因“COPD急性发作”住院。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请给予李某氧气吸入。

任务3：李某经过治疗后病情缓解，请指导李某进行呼吸功能训练。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(4) 屏风	
用物	氧气吸入用物： (1) 氧气筒；(2) 氧气表；(3) 湿化瓶（内盛蒸馏水或冷开水或20%~30%乙醇1/3~1/2满）；(4) 通气管；(5) 一次性双腔鼻导管；(6) 无菌纱布；(7) 小药杯盛冷开水；(8) 棉签；(9) 笔；(10) 弯盘；(11) 扳手；(12) 输氧卡；(12) 手消毒剂；(14) 手电筒；(16) 病历本及护理记录本（按需准备） 呼吸功能锻炼用物： (1) 蜡烛；(2) 打火机；(3) 医嘱单；(4) 护理记录单；(5) 笔(6) 手消毒剂	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟；

任务2：氧气吸入：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

任务3：呼吸功能锻炼：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

四、评分标准

任务1：

1. 护理评估

(1) 身体状况：患者发热、咳黄粘痰、痰不易咳出、喘息，T38.5℃，P98次/分，R28次/分，消瘦，口唇发绀，胸廓呈桶状胸，肋间隙增宽，呼吸运动减弱，触

诊语颤减低，叩诊过清音，双肺呼吸音粗，可闻及明显干湿性啰音。

(2) 辅助检查：血常规：WBC $10.9 \times 10^9/L$ ，N70.7 %；L 16.6 %。血气分析：PaO₂53mmHg，PaCO₂62mmHg。胸部X线：双下肺纹理明显增粗、紊乱，两肺透亮度增加，肋间隙增宽。肺功能检查：FEV₁/FVC65%，FEV₁为72%预计值。

2. 护理诊断：

- (1) 气体交换受损 与气道阻塞、通气不足有关。
- (2) 清理呼吸道无效 与痰多粘稠和无效咳嗽有关。
- (3) 体温过高 与肺部感染有关。
- (4) 活动无耐力 与呼吸困难、氧供与氧耗失衡有关。

3. 护理计划：

- (1) 患者呼吸困难缓解，学会呼吸功能训练方法。
- (2) 患者能有效咳嗽、咳痰，保持呼吸道通畅。
- (3) 患者体温恢复正常。
- (4) 患者活动耐力增强。

4. 护理措施：

- (1) 一般护理：
 - 1) 环境：安静舒适，温湿度适宜。
 - 2) 体位：急性加重期应卧床休息，协助患者取舒适体位，呼吸困难者取半坐卧位；视病情安排活动，以不感到疲劳为宜；
 - 3) 饮食：给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化质饮食，鼓励患者多饮水，稀释痰液，促进痰液排出。
 - 4) 生活护理：做好口腔护理，保持口腔湿润、舒适。
- (2) 病情观察：观察咳嗽、咳痰及呼吸困难的程度，监测动脉血气分析值的变化。
- (3) 对症护理：
 - 1) 氧疗的护理：给予患者1-2L/min低流量低浓度持续给氧，观察氧疗效果及有无氧疗副作用，注意用氧安全。提倡长期家庭氧疗。
 - 2) 呼吸功能训练：缓解期指导患者进行缩唇呼吸和腹式呼吸，改善呼吸功能。
 - 3) 发热护理：监测体温变化，发热时先进行物理降温，必要时遵医嘱给予药物降温，降温后及时更换汗湿衣物和被褥，注意保暖，多饮温水，补充液体。

4) 咳嗽咳痰护理：指导患者深呼吸和有效咳嗽，必要时给予雾化吸入，协助翻身拍背，促进痰液排出。

(4) 用药护理：遵医嘱应用抗生素、支气管舒张药和祛痰药，注意观察药物疗效及不良反应。

(5) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，缓解紧张情绪，积极配合治疗。

5. 护理评价：

(1) 患者呼吸困难是否缓解，是否学会呼吸功能训练方法。

(2) 患者能否有效咳嗽、咳痰，保持呼吸道通畅。

(3) 患者体温是否恢复正常。

(4) 患者活动耐力是否增强。

任务2：见模块四 表8 L-8 氧气吸入 评分标准

任务3：见模块三 表2 C-2 呼吸功能锻炼 评分标准

C-3-4 高血压合并糖尿病患者的护理

一、任务描述

患者李 XX，女性，57 岁，高血压、糖尿病病史十余年，降压、降糖药物服用不规律。近日出现头痛、头晕、夜间失眠、疲乏无力、有多尿现象，遂入院治疗。查：T36.8℃，P110 次/分，R24 次/分，Bp170/100mmHg。神志清楚，精神欠佳，心率 110 次/分，律齐，无杂音，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。血糖及肝肾功能示：空腹血糖 12.1mmol/L，ALT 105 U/L，AST 50 U/L，尿蛋白定量 860 mg /24 小时，BUN 7.5mmol/L。既往有高血压病史 10 余年，口服降压药：尼群地平，卡托普利，血压控制良好。曾有不稳定心绞痛发生。并知晓自身疾病情况，能积极配合治疗。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请遵医嘱对李某使用胰岛素笔注射。

任务 3：请对李某进行生命体征的测量。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	

资源	(1) 治疗台；(2) 志愿者（主考学校准备）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	胰岛素注射用物： (1) 治疗盘；(2) 75%酒精棉签；(3) 无菌干棉签；(4) 胰岛素注射笔；(5) 注射针头；(6) 注射执行单 生命体征测量用物： (1) 治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计（水银柱甩至 35℃以下）；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 电子血压计；(4) 听诊器（按需准备）；(5) 表(有秒针)；(6) 弯盘；(7) 记录本和笔；(8) 手消毒剂；(9) 一次性袖带垫巾	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟；

任务 2：胰岛素注射：16 分钟（其中用物准备 8 分钟，操作 8 分钟）。

任务 3：生命体征测量：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估

(1) 身体状况：患者头痛、头晕、夜间失眠、疲乏无力、有多尿现象。神志清楚，精神欠佳，心率 110 次/分，律齐，无杂音，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。

(2) 辅助检查：血糖及肝肾功能示：空腹血糖 12.1mmol/L，ALT 105 U/L，AST 50U/L，尿蛋白定量 860mg/24 小时，BUN 7.5mmol/L。

2. 护理诊断：

- (1) 疼痛:头痛 与血压升高有关
- (2) 营养失调:低于机体需要量 与胰岛素分泌或作用缺陷引起代谢紊乱有关。
- (3) 知识缺乏 缺乏高血压和糖尿病的预防和自我管理知识。

3. 护理计划：

- (1) 患者头痛、头晕减轻或消失。
- (2) 患者体重恢复正常并保持稳定。
- (3) 患者能坚持长期用药，血压、血糖控制在理想水平。。

4. 护理措施：

- (1) 一般护理：

1) 环境：安静舒适，温湿度适宜。避免环境嘈杂、劳累、情绪激动、精神紧张等不良因素。

2) 体位：患者头痛时嘱其卧床休息，抬高床头，改变体位的动作要慢。指导患者使用放松技术，如心理训练、缓慢呼吸等。

3) 饮食：给予低钠、低脂、补充适量蛋白质、高纤维素、富含维生素饮食，戒烟限酒，每日按照糖尿病饮食原则安排食物。

(2) 病情观察：注意观察患者的精神状态、生命体征、血糖及体重的变化，注意观察患者有无头痛、头晕、疲乏无力等不适症状，一旦发现，立刻报告医生并协助处理。

(3) 对症护理：直立性低血压的预防和护理。

①预防：避免长时间站立，尤其在服药后最初几个小时内；改变姿势，特别是从卧、坐位起立时动作宜缓慢；服药时间可选在平静休息时，服药后继续休息一段时间再下床活动。

②表现：乏力、头晕、心悸、出汗、恶心、呕吐等。

③处理：采取下肢抬高位平卧，以促进下肢血液回流。

(4) 用药护理：指导患者遵医嘱合理使用降血压和降血糖的药物，并观察用药的疗效及不良反应。

(5) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，缓解不良情绪，积极配合治疗。

5. 护理评价：

(1) 患者头痛、头晕消失。

(2) 患者体重恢复正常并保持稳定。

(3) 患者能坚持长期用药，血压、血糖控制在理想水平。

(3) 患者是否能坚持长期用药，血压、血糖控制在理想水平。

任务 2：见模块三 表 16 C-16 胰岛素注射 评分标准

任务 3：见模块三 表 20 C-20 生命体征测量（成人） 评分标准

C-3-5 心肌梗死患者的护理

一、任务描述

刘**，男，65岁，因突发心前区持续性疼痛、呼吸困难，伴左肩臂酸胀1小时，自含硝酸甘油片未见好转，急诊入院。体格检查：T36.9℃，P76次/分，R22次/分，

BP160/90mmHg。神志清楚，精神差，心电图提示：II、III、AVF 导联 ST 段弓背向上抬高，肌钙蛋白：17.87ug/L。既往有高血压病史 6 年，未规律治疗。诊断：冠心病；急性下壁心肌梗死；高血压病。入院后行溶栓、扩血管等治疗，现患者入院第二天病情稳定。患者知晓自身疾病情况，不积极配合治疗。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请对刘某进行床旁心电图复查。

任务 3：请对刘某进行氧气吸入。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(5) 屏风；(6) 电源插头	
用物	心电图用物： (1) 心电图设备；(2) 无菌棉签；(3) 一次性手套；(4) 消毒酒精；(5) 心电图纸；(6) 弯盘；(7) 医嘱单；(8) 笔；(9) 病历本；(10) 手消毒剂； 氧气吸入用物： (1) 氧气筒；(2) 氧气表；(3) 湿化瓶（内盛蒸馏水或冷开水或 20%~30%乙醇 1/3~1/2 满）；(4) 通气管；(5) 一次性双腔鼻导管；(6) 无菌纱布；(7) 小药杯盛冷开水；(8) 棉签；(9) 笔；(10) 弯盘；(11) 扳手；(12) 输氧卡；(12) 手消毒剂；(14) 手电筒；(16) 病历本及护理记录本（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：心电图技术：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：氧气吸入：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：患者突发心前区持续性疼痛、呼吸困难，伴左肩臂酸胀 1 小时。神志清楚，精神差。

(2) 辅助检查：心电图提示：II、III、AVF 导联 ST 段弓背向上抬高，肌钙蛋白：17.87ug/L。

2. 护理诊断：

- (1) 疼痛：心前区疼痛 与心肌缺血坏死有关。
- (2) 活动无耐力 与心功能下降有关。
- (3) 潜在并发症：心力衰竭、心律失常、心源性休克、猝死。

3. 护理计划：

- (1) 患者心前区疼痛减轻或消失。
- (2) 患者活动耐力逐渐增强。
- (3) 患者未发生并发症，或者并发症能及时发现并处理。

4. 护理措施：

(1) 一般护理：

1) 环境：安静舒适，温湿度适宜。安置患者于冠心病监护（CCU），向患者介绍CCU的情况及心电监护仪的作用，消除患者的焦虑、恐惧。

2) 体位：患者根据病情安置于半卧位或平卧位，发病24h内绝对卧床休息。无并发症者，逐渐增加活动。

3) 饮食：疼痛剧烈时暂禁食，饮食应低钠、低脂、低热量、高纤维为宜，清淡易消化，避免过饱，保持大便通畅。

(2) 病情观察：严密监测心率、心律、心电图、血压的变化，观察尿量、意识改变。

(3) 对症护理：心源性休克的护理：

1) 建立静脉通道，用右旋糖苷或5%~10%葡萄糖溶液静滴，以补充血容量。

2) 补充血容量后血压仍较低，可用多巴胺、间羟胺或去甲肾上腺素加入5%葡萄糖溶液中静滴使血压升高。

3) 经过上述处理血压仍不升、皮肤紫绀、四肢厥冷等，用硝普钠、硝酸甘油或酚妥拉明加入5%葡萄糖溶液中静滴。

(4) 用药护理：指导患者遵医嘱合理使用药物，并观察用药的疗效及不良反应。

(5) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，缓解不良情绪，积极配合治疗。

5. 护理评价：

- (1) 患者疼痛减轻或消失。
- (2) 患者活动能力和耐力增强。
- (3) 患者无并发症发生。

任务2: 见模块三 表9 C-9 心电图技术 评分标准

任务3: 见模块四 表8 L-8 氧气吸入 评分标准

C-3-6 风湿性心脏病患者的护理

一、任务描述

申某,男,35岁,因劳累后心悸10年、活动后心慌气短、乏力1周入院,收住心内科。患者10年前开始出现劳累后心悸、气短,近1周出现稍活动后心慌气短、乏力,夜间不能平卧,无发热、胸痛。体格检查:T38.9℃,P68次/分,R22次/分,BP92/60mmHg。神志清楚,口唇发绀,心尖搏动向左下移位,心尖区可听到舒张期杂音。心电图检查示:二尖瓣型P波;胸部X线检查示:心影呈梨形;超声心动图示:呈“城墙样”改变。既往有风湿热病史15余年。患者知晓自身疾病情况,能积极配合治疗。诊断:二尖瓣狭窄。

任务1: 请对患者进行护理评估,提出主要的护理诊断、护理计划,制定有针对性的护理措施,并评价护理措施的有效性。

任务2: 请对申某进行心脏听诊检查。

任务3: 请给申某进行心电图检查。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	
资源	(1) 病床; (2) 志愿者(主考学校随机指定); (3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(4) 屏风	
用物	心电图用物: (1) 心电图设备; (2) 无菌棉签; (3) 一次性手套; (4) 消毒酒精; (5) 心电图纸; (6) 弯盘; (7) 医嘱单; (8) 笔; (9) 病历本; (10) 手消毒剂 心脏听诊用物: 听诊器、医嘱单、洗手液	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员,考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1: 案例分析 30分钟。

任务2: 心脏听诊: 14分钟(其中用物准备7分钟,操作7分钟)。

任务3: 心电图技术: 20分钟(其中用物准备10分钟,操作10分钟)。

四、评分标准

任务1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 患者劳累后心悸, 近 1 周出现稍活动后心慌气短、乏力, 夜间不能平卧, 无发热、胸痛。查 T38.9℃。神志清楚, 口唇发绀, 心尖搏动向左下移位, 心尖区可听到舒张期杂音。

(2) 辅助检查: 心电图检查示: 二尖瓣型 P 波; 胸部 X 线检查示: 心影呈梨形; 超声心动图示: 呈“城墙样”改变。

2. 护理诊断:

(1) 体温过高 与风湿活动和合并感染有关。

(2) 活动无耐力 与瓣膜狭窄, 心输出量减少有关。

(3) 潜在并发症 心力衰竭、心律失常、血栓栓塞等。

3. 护理计划:

(1) 患者体温恢复正常。

(2) 患者活动耐力逐渐增加。

(3) 患者未出现并发症, 或者出现并发症能及时发现并处理。

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

1) 环境: 安静舒适, 温湿度适宜。

2) 体位: 患者卧床休息, 取半卧位, 限制活动量, 病情稳定后适当活动, 增加心脏储备力, 但应避免过度劳累。

3) 饮食: 给予患者高蛋白、高维生素、低胆固醇、低钠的易消化食物, 少量多餐, 避免过饱。

(2) 病情观察: 密切观察生命体征的变化, 观察能否平卧, 有无端坐呼吸, 观察患者发绀是否减轻。注意观察有无心衰、血栓栓塞的表现, 一旦发现, 立即报告医生, 及时处理。

(3) 用药护理: 指导患者遵医嘱合理使用药物, 并观察用药的疗效及不良反应。苄星青霉素又称长效青霉素, 使用前, 询问青霉素过敏史, 常规青霉素皮试; 注射后观察过敏反应和注射局部的疼痛、压痛反应。服用华法林可导致各种出血, 应观察是否有鼻出血、牙龈出血、血尿、柏油样大便等表现, 用药期间需定期测量凝血酶原时间。

(4) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，鼓励家属与患者多交流，为患者提供心里支持。

5. 护理评价

- (1) 患者体温恢复正常。
- (2) 患者活动耐力增加。
- (3) 患者未出现并发症。

任务 2：见模块三 表 6 C-6 心瓣膜听诊 评分标准

任务 3：见模块三 表 9 C-9 心电图技术 评分标准

C-3-7 急性胰腺炎患者的护理

一、任务描述

刘某，男性，30 岁，销售员，昨晚晚餐时进食偏多，饮半斤白酒，饭后 1 小时出现中上腹痛，持续伴阵发性加剧，感恶心，呕吐胃内容物 4 次，约 300ml，伴腹胀。查体：T38.5℃，P100 次/分，R22 次/分，BP100/70mmHg；精神萎靡，表情痛苦，紧张不安；腹软，中上腹压痛明显，无反跳痛。实验室检查：WBC $10.2 \times 10^9/L$ ，N 84%；血淀粉酶 600U/L，尿淀粉酶 1800U/L。既往有胆石症病史 6 年，未规律治疗。初步诊断为“急性胰腺炎”。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请对刘某进行心电监护。

任务 3：请对刘某进行密闭式静脉输液。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1)床单位；(2)志愿者(主考学校随机指定)；(3)屏风或布帘	
用物	心电监护用物： （1）治疗盘：心电监护仪及模块、导联线、电极片、配套的测血压袖带、SpO ₂ 传感器；（2）75%酒精纱布或棉球；（3）清洁纱布；（4）医嘱单；（5）护理记录单；（6）弯盘；（7）笔；（8）手消毒剂及挂架；（9）医疗垃圾桶、生活垃圾桶 密闭式静脉输液用物： （1）一次性密闭式输液器；（2）输液架；（3）剪刀；（4）皮肤消毒剂；（5）无菌棉签；（6）弯盘；（7）一次性止血带；（8）瓶签；（9）输液溶液；（10）输液贴；（11）小枕及一次性垫巾；（12）笔；（13）输液卡；（14）手消毒剂；（15）夹板和绷带（按需准备）；（16）一次性手套（按需准备）；（17）急救盒（按需准备）；	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备

类型	基本实施条件	备注
	(18) 病历本及护理记录单 (按需准备)	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: 心电监护: 25 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 15 分钟)。

任务 3: 密闭式静脉输液: 30 分钟 (其中用物准备 15 分钟, 操作 15 分钟)。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 饭后 1 小时出现持续性伴阵发性加剧的中上腹痛、恶心、呕吐、腹胀。T38.5℃, 精神萎靡, 表情痛苦, 中上腹压痛明显。

(2) 辅助检查: WBC $10.2 \times 10^9/L$, N 84%; 血淀粉酶 600U/L, 尿淀粉酶 1800U/L。

2. 护理诊断:

(1) 疼痛: 腹痛 与胰腺及其周围组织炎症、水肿或出血坏死有关。

(2) 体温过高 与胰腺坏死、继发感染有关。

(3) 营养失调: 低于机体需要量 与呕吐、禁食有关。

(4) 有体液不足的危险 与呕吐、禁食、胃肠减压有关。

3. 护理计划:

(1) 患者腹痛逐渐减轻。

(2) 患者体温下降或恢复正常。

(3) 患者营养得到及时补充, 营养状况得以改善。

(4) 患者体液维持平衡。

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

1) 环境: 安静舒适, 温湿度适宜。

2) 体位: 嘱患者绝对卧床休息, 采取弯腰屈膝侧卧位, 减轻疼痛。

3) 饮食: 禁食禁饮, 胃肠减压。

(2) 病情观察: 密切监测患者的生命体征、神志、皮肤粘膜色泽和温度、尿量等的变化, 遵医嘱采集标本查电解质及血、尿淀粉酶情况。

(3) 用药护理:

1) 指导患者行深呼吸、听音乐等非药物方法缓解疼痛。腹痛剧烈时遵医嘱给予阿托品、盐酸哌替啶等药物止痛, 禁用吗啡, 注意用药后观察腹痛有无减轻和药物不良反应。

2) 给予患者物理降温, 必要时遵医嘱予以药物降温。

3) 遵医嘱给予抗生素抗感染治疗。

(4) 心理护理: 向患者介绍疾病相关知识, 缓解紧张情绪, 积极配合治疗。

5. 护理评价:

(1) 患者腹痛明显减轻。

(2) 患者感染得到控制, 体温恢复正常。

(3) 患者病情稳定, 营养得到及时补充, 营养状况良好。

(4) 患者体液维持平衡, 未发生水、电解质及酸碱平衡紊乱。

任务2: 见模块三 表8 C-8心电监护 评分标准

任务3: 见模块三 表25 C-25密闭式静脉输液 评分标准

C-3-8 肝炎患者的护理

一、任务描述

张某, 女, 52岁, 因两年前出现体力下降, 不能胜任日常工作和体育活动, 伴纳差, 饭量比原来减少一半, 恶心, 厌油, 皮肤瘙痒, 近半个月来症状有所加重, 收治入院。体格检查: T36.5℃, P76次/分, R20次/分, BP144/90mmHg。神志清楚, 营养欠佳, 精神差, 皮肤、巩膜轻度黄染, 未见肝掌、蜘蛛痣。腹肌软上腹轻压痛, 无反跳痛。实验室检查: HBsAg (+), HBeAg: (+), HBcAb (+)。患者自述既往有乙肝病史10年, 并知晓自身疾病情况, 能积极配合治疗。诊断: 慢性乙型肝炎。

任务1: 请对患者进行护理评估, 提出主要的护理诊断、护理计划, 制定有针对性的护理措施, 并评价护理措施的有效性。

任务2: 请对张某进行静脉血标本采集。

任务3: 请对张某进行密闭式静脉输液。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	

类型	基本实施条件	备注
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(5) 屏风；(6) 污衣桶	
用物	静脉血标本采集用物： (1) 注射盘(内装皮肤消毒液、无菌棉签、注射小垫枕、一次性垫巾)；(2) 真空采血针；(3) 真空采血管；(4) 一次性手套；(5) 一次性止血带；(6) 化验单、笔；(7) 弯盘；(8) 锐器盒；(9) 手消毒剂；(10) 病历本及护理记录单（按需准备） 密闭式静脉输液用物： (1) 一次性密闭式输液器；(2) 输液架；(3) 剪刀；(4) 皮肤消毒剂；(5) 无菌棉签；(6) 弯盘；(7) 一次性止血带；(8) 瓶签；(9) 输液溶液；(10) 输液贴；(11) 小枕及一次性垫巾；(12) 笔；(13) 输液卡；(14) 手消毒剂；(15) 夹板和绷带（按需准备）；(16) 一次性手套（按需准备）；(17) 急救盒（按需准备）；(18) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：静脉血标本采集：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：密闭式静脉输液：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：患者纳差、恶心、厌油、皮肤瘙痒症状加重，神志清楚，营养欠佳，精神差，皮肤、巩膜轻度黄染，上腹轻压痛。

(2) 辅助检查：实验室检查：HBsAg (+)，HBeAg (+)，HBcAb (+)。

2. 护理诊断：

(1) 活动无耐力 与肝细胞严重受损有关。

(2) 营养失调：低于机体需要量 与肝功能减退引起食欲下降有关。

(3) 有感染的危险 与机体免疫低下有关。

(4) 有皮肤完整性受损的危险 与营养不良、皮肤干燥、瘙痒有关。

(5) 潜在并发症：上消化道出血、肝性脑病。

3. 护理计划：

(1) 患者活动能力和耐力逐渐增强。

(2) 患者营养状况逐步改善。

(3) 患者未出现感染。

(4) 患者未出现皮肤完整性受损。

(5) 患者未发生并发症，或出现并发症能及时发现并进行及时处理。

4. 护理措施：

(1) 一般护理：

1) 环境：安静舒适，温湿度适宜。

2) 体位：多卧床休息，防止疲劳过度。

3) 饮食：给予清淡、易消化、富含营养为宜，适当进食富含蛋白质、维生素、矿物质食物，忌烟、酒，切记暴饮暴食。

(2) 病情观察：密切观察生命体征、神志状态、皮肤及巩膜黄染的程度，消化道症状和腹部体征等。

(3) 对症护理：做好皮肤护理，保持皮肤舒适，避免因干燥而引起瘙痒抓破；皮肤瘙痒时，嘱患者不搔抓皮肤，以免引起皮肤破损、出血和感染，可用炉甘石洗剂止痒。

(4) 用药护理：遵医嘱给予保肝药、抗病毒药、免疫调节剂等，观察药物疗效及不良反应，不滥用药物、禁用损害肝脏的药物。

(5) 心理护理：向患者介绍疾病相关知识，缓解不良情绪，积极配合治疗。

5. 护理评价：

(1) 患者活动能力和耐力逐渐增强。

(2) 患者营养状况逐步改善。

(3) 患者未出现感染。

(4) 患者未出现皮肤完整性受损。

(5) 患者未发生并发症。

任务2：见模块二 表4 E-4 静脉血标本采血 评分标准

任务3：见模块三 表25 C-25 密闭式静脉输液 评分标准

C-3-9 糖尿病患者的护理

一、任务描述

患者冯某，男，77岁，退休多年。因视物模糊、四肢麻木2年，病情加重伴体重下降半月入院。既往有糖尿病史10年。查随机血糖22.7mmol/L，身高175cm，

体重 76kg。患者自诉经常感觉腿脚酸麻痛，视物模糊，近半月来体重下降了 5kg，平时喜欢饮酒，吸烟 50 年，其父亲曾患糖尿病过世。

诊断：2 型糖尿病；糖尿病周围神经病变；糖尿病视网膜病变。

医嘱：测空腹血糖 Qd。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请遵医嘱为冯某进行快速血糖测定。

任务 3：请遵医嘱为冯某进行糖尿病患者食谱制定。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	快速血糖测定用物： (1) 血糖仪、采血笔及针头、配套试纸；(2) 75%乙醇；(3) 无菌棉签；(4) 弯盘；(5) 医嘱单；(6) 治疗卡；(7) 笔；(8) 手消毒剂；(9) 锐器盒；(10) 医用垃圾桶；(11) 生活垃圾桶 糖尿病患者食谱制定用物： (1) 食材卡；(2) 计算器；(3) 成人每日每千克理想体重所需总热量卡；(4) 草稿纸；(5) 笔；(6) 病历本；(7) 手消毒剂；(8) 生活垃圾桶	
用物	(1) 皮肤消毒液；(2) 手消毒剂；(3) 无菌盘；(4) 胰岛素笔；(5) 胰岛素针头；(6) 病历本及护理记录单（按需准备）；(7) 弯盘；	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：快速血糖测定：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：糖尿病患者食谱制定：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估

(1) 身体状况：患者视物模糊、四肢麻木 2 年，病情加重伴体重下降半月，身高 175cm，体重 76kg。

(2) 辅助检查：查随机血糖 22.7mmol/L。

2. 护理诊断：

- (1) 营养失调：高于机体的需要量 与胰岛素分泌或作用缺陷有关。
- (2) 有感染的危险 与高血糖、营养不良、微循环障碍等有关。
- (3) 潜在并发症： 酮症酸中毒、低血糖、糖尿病足。
- (4) 知识缺乏 缺乏糖尿病的预防和自我管理知识。

3. 护理计划：

- (1) 患者体重恢复正常，血糖、血脂正常或维持正常水平。
- (2) 患者未发生感染，如果发生感染能够被及时发现并处理。
- (3) 患者未出现并发症，或者并发症能及时发现并处理。
- (4) 患者知晓糖尿病的预防和自我管理知识。

4. 护理措施：

(1) 一般护理：

1) 休息与运动：有急性并发症应卧床休息，病情稳定后应进行有氧运动，如散步、慢跑、打太极等；运动选择餐后 1~2 小时为宜，避免空腹进行，外出运动时携带糖果以免发生低血糖；运动量为每周运动至少 150 分钟，每次 30-40 分钟，运动强度以脉率=170-年龄为主；外出运动需有人陪伴，防止发生意外。

2) 饮食护理：饮食原则控制总热量，以高碳水化合物、低脂肪、适量蛋白质和高纤维素的食物为主，做到定时、定量进餐，合理加餐，严格控制各种甜食，戒烟限酒。

(2) 病情观察：定期监测血糖、血脂、血压、体重，并控制在正常水平；观察患者有无心慌、出汗、饥饿感等低血糖的反应或出现食欲减退、恶心、呕吐、头痛、烦躁等急性并发症症状，立即报告医生，及时处理。

(3) 用药护理：嘱患者按时按量规律用药，告知药物使用注意事项，并观察用药的疗效及不良反应，定期监测血糖及肝肾功能；使用胰岛素时详细讲解胰岛素的相关知识，告知并教会患者胰岛素的注射方法、部位、保管、低血糖的预防及处理。

(4) 并发症护理：

1) 酮症酸中毒急救配合与护理：绝对卧床休息，注意保暖，给予吸氧；立即开放两条静脉通道，准确执行医嘱确保液体及胰岛素的输入；加强生活护理，注意皮肤、口腔护理；严密观察患者的生命体征、神志，记录 24h 出入水量等；定期监测血糖，预防感染，合理饮食，不随意减药，保证充足水分。

2) 低血糖的护理：初用各种降糖药物从小剂量开始，根据血糖水平逐步调整剂量，速效或短效胰岛素注射后应及时进餐；定时、定量进餐，避免饮酒；合理安排运动，运动时胰岛素宜注射在腹部，避免空腹进行，随身携带糖果，如出现低血糖反应立即服用。

3) 糖尿病足护理：每天检查足部，了解足部有无感觉减退、皮肤颜色温度的改变及皮肤损伤的情况；保持足部清洁干燥，避免感染；并选择合适的鞋袜，不穿露趾鞋或拖鞋，趾甲不宜剪得太短，避免足部受伤；谨防烫伤或冻伤；每天进行步行运动、泡脚或按摩腿部促进肢体的血液循环；积极控制血糖和说服患者戒烟，正确处理伤口，并及时就医。

(5) 心理护理：向患者讲解糖尿病的相关知识，改变不良的生活习惯，保持情绪稳定，缓解焦虑心情，积极配合治疗。

5. 护理评价：

(1) 患者体重恢复正常，血糖、血脂维持正常水平。

(2) 患者未发生感染。

(3) 患者未出现并发症。

(4) 患者知晓糖尿病的预防和自我管理知识。

任务 2：见模块三 表 15 C-15 快速血糖测定 评分标准

任务 3：见模块三 表 17 C-17 糖尿病患者食谱制定 评分标准

C-3-10 甲亢患者的护理

一、任务描述

刘**，女性，37 岁，因怕热多汗、疲乏无力、夜间失眠、多食易饥半年，加重 1 月来院就诊。经医院门诊检查：FT3（游离三碘甲腺原氨酸）：31pmol/L（正常：3-9pmol/L），FT4（游离甲状腺素）：90pmol/L（正常：9-25pmol/L），诊断为甲状腺功能亢进而入院治疗。体查：T36.5℃，P108 次/分，R20 次/分，Bp130/80mmHg。双手平伸时手指有微颤，眼球突出，眼裂增宽。甲状腺弥漫性 II 度肿大，扪诊有震颤，可闻及血管杂音。心律齐，无杂音。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请你对刘某进行甲状腺检查评估。

任务 3：请你遵医嘱对刘某进行静脉血标本采集。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 屏风；(3) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、注射器输液器回收桶、生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒、止血带浸泡桶、器械浸泡桶；	
用物	静脉血标本采集用物： (1) 手消毒剂 (2) 一次性注射器；(3) 一次性手套；(4) 剪刀；(5) 皮肤消毒剂；(6) 无菌棉签；(7) 弯盘；(8) 压脉带；(9) 小枕及一次性垫巾；(10) 医嘱单；(11) 病历本；(12) 笔；(13) 砂轮；(14) 输液贴；	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：甲状腺评估：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：静脉血标本采集：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

1. 护理评估

(1) 身体状况：怕热多汗、疲乏无力、夜间失眠、多食易饥半年，加重 1 月。

双手平伸时手指有微颤，眼球突出，眼裂增宽。甲状腺弥漫性 II 度肿大，扪诊有震颤，可闻及血管杂音。

(2) 辅助检查：FT3（游离三碘甲状腺原氨酸）：31pmol/L（正常：3-9pmol/L），FT4（游离甲状腺素）：90pmol/L（正常：9-25pmol/L）。

2. 护理诊断：

(1) 营养失调：低于机体的需要量 与代谢率增高致分解代谢加速有关

(2) 活动无耐力 与甲亢致肌无力、心悸有关。

(3) 自我形象紊乱 与甲亢所致突眼等有关。

(4) 潜在并发症：甲状腺危象。

3. 护理计划：

(1) 患者营养状况得到改善，体重恢复正常。

(2) 患者活动耐力逐渐增加。

(3) 患者能积极面对疾病导致的形象改变。

(4) 患者住院期间未发生甲状腺危象。

4. 护理措施：

(1) 营养失调：低于机体的需要量

1) 给予高热量、高蛋白、高维生素、富含矿物质、低纤维素、清淡易消化食物，避免生冷、油腻食物，禁食含碘丰富的食物及刺激性饮料，如海产品、浓茶、咖啡等。

2) 多饮水，以补充出汗丢失的水分。

3) 定期监测体重。

(2) 活动无耐力

1) 合理安排休息与活动，适当增加休息时间，保证充足睡眠，活动时以不感到疲劳、不加重病情为度。

2) 各项治疗护理操作尽量集中进行，使患者有充分的休息时间。

3) 保持病室安静、通风良好；协助患者做好生活护理。

(3) 自我形象紊乱

1) 告知患者引起突眼的原因，随病情好转后会逐渐恢复正常。

2) 做好眼部护理，白天外出时可戴墨镜，晚上睡觉时取高枕卧位，双眼覆盖生理盐水纱布，必要时白天用眼药水、晚上用眼膏保护眼睛。

3) 鼓励患者积极参与社交活动。

(4) 潜在并发症：甲状腺危象。

1) 密切观察患者的神志、生命体征尤其是体温、心率的变化，一旦发现患者出现高热、脉快而弱、意识障碍等表现，应立刻报告医生并协助处理。

2) 指导患者避免感染、严重精神刺激、创伤等诱因，学会自我心理调适

3) 指导患者按时按量规律用药，学会观察药物疗效及不良反应。

5. 护理评价：

(1) 患者营养状况得到改善，体重恢复正常。

(2) 患者活动耐力增强。

(3) 患者心态良好，能积极参与社交活动。

(4) 患者住院期间未发生甲状腺危象。

任务 2：见模块三 表 13 C-13 甲状腺评估 评分标准

任务 3：见模块二 表 4 E-4 静脉血标本采集（真空管）评分标准

C-3-11 脑出血患者的护理

一、任务描述

薛**，男，55岁，因“头部外伤伴意识丧失1小时余”入院，急诊头颅CT示：颅内高密度影像，考虑颅内血肿。急诊在全麻下行右侧开颅血肿清除术+去骨瓣减压术，术毕保留经口气管插管转入病房监护。体查：T 37.1℃，P 98次/分，R 22次/分，BP 128/86mmHg。患者浅昏迷，左侧瞳孔3mm，对光反射迟钝，右侧瞳孔5mm，对光反射迟钝，双下肢肌力1级，肌张力下降，硬膜外引流管一根接负压袋，硬膜下引流管一根接引流袋，引出血性液体。遵医嘱予止血、抑酸、抗感染、改善脑代谢等治疗。诊断：急性重型颅脑损伤；脑疝；外伤性蛛网膜下腔出血；右侧颞骨骨折。患者家属述，患者既往有高血压病史，一直服用降压药治疗。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请对薛某按无菌技术准备物品，便于鼻饲。

任务3：请为薛某实施鼻饲技术。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 屏风	
用物	无菌技术用物： (1) 无菌持物钳及筒；(2) 无菌敷料缸（内备纱布数块）；(3) 无菌巾包（2块无菌巾）；(4) 无菌治疗碗包；(5) 有盖方盒（内盛血管钳）；(6) 无菌棉签；(7) 消毒液；(8) 无菌溶液；(9) 无菌手套；(10) 清洁治疗盘；(11) 弯盘；(12) 标签纸、笔 鼻饲技术用物： (1) 胃管单巾铺盘（内置：一次性治疗碗、纱布块若干、胃管、注射器、石蜡油棉球、压舌板）；(2) 听诊器；(3) 流质饮食、温开水；(4) 手电筒；(5) 医用胶布；(6) 无菌手套；(7) 弯盘；(8) 一次性治疗巾；(9) 无菌纱布；(10) 无菌棉签；(11) 松节油（按需准备）；(12) 石蜡油（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：无菌技术：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

任务 3：鼻饲技术：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）身体状况：患者浅昏迷、经口气管插管，呼吸、血压暂稳定，左侧瞳孔3mm，右侧瞳孔5mm，对光反射迟钝，双下肢肌力1级，肌张力下降，听诊肺部有痰鸣音。

（2）辅助检查：头颅CT示：颅内高密度影像，考虑颅内血肿。

2. 护理诊断：

（1）意识障碍 与脑出血、脑水肿致大脑功能损伤有关。

（2）清理呼吸道无效 与意识障碍不能自行排痰有关。

（3）营养失调：低于机体需要量 与意识障碍不能进食、脑损伤后高代谢等有关。

（4）潜在并发症：压疮、误吸、肺部感染、泌尿系统感染。

3. 护理计划：

（1）患者意识障碍程度减轻。

（2）患者呼吸道保持通畅，呼吸平稳。

（3）患者营养状况维持良好。

（4）患者未发生并发症或并发症得到及时发现和处理。

4. 护理措施：

（1）一般护理：

1) 环境：安静舒适，温湿度适宜，调节室温18-20℃，湿度50%-60%。

2) 体位：绝对卧床休息，头部避免搬动，抬高床头15-30°，头偏一侧，避免误吸，瘫痪肢体保持功能位。

3) 饮食：急性期禁食，遵医嘱给予静脉营养，必要时给予鼻饲饮食，保证足够的营养供给。

（2）病情观察：密切观察患者体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔、血氧饱和度，注意呼吸频率、深度及节律变化。

（3）对症护理：

1) 评估患者病情和吞咽情况，吞咽障碍时，给予鼻饲，做好鼻饲管的护理。

2) 保持呼吸道通畅：观察呼吸道是否通畅，及时清除呼吸道分泌物，痰液粘

稠时按医嘱气管内滴药，雾化吸入，翻身、拍背，便于痰液排出；必要时机械吸痰。

3) 做好皮肤护理、口腔护理、尿管护理，满足患者日常生活需求。

(4) 用药护理：遵医嘱使用抗生素、止血药和改善脑代谢药，观察药物的疗效和不良反应。

(5) 心理护理：向患者和家属介绍疾病相关知识，缓解不良情绪，积极配合治疗。

5. 护理评价：

(1) 患者意识障碍程度减轻。

(2) 患者呼吸道保持通畅，呼吸平稳。

(3) 患者营养状况维持良好。

(4) 患者未发生并发症。

任务2：见模块三 表22 C-22 无菌技术 评分标准

任务3：见模块三 表26 C-26 鼻饲技术 评分标准

C-3-12 蛛网膜下腔出血患者的护理

一、任务描述

李某，女，40岁，因“突发头痛、呕吐1h”入院。1h前患者因情绪激动后突然出现头痛，呈全剧烈头痛，呈全头痛，进行性加重，伴有恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物，4~5次，出现一过性右下肢无力，无视物旋转，无抽搐及意识障碍，为求诊治急入我院，查体：T 36.5℃，P 76次/分，R 20次/分，BP 150/105mmHg，神志清楚，精神状态差，言语清晰，颈项强直，脑膜刺激征(+)，头颅CT检查示“蛛网膜下腔出血”，收住我科。发病以来精神差，睡眠差，心情焦虑，未进饮食，无大小便失禁。患者否认外伤病史，既往体健，无高血压、心脏病等慢性疾病。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请对李某进行脑膜刺激征检查。

任务3：请对李某进行床上擦浴。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	环境符合操作要求

类型	基本实施条件	备注
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 屏风	
用物	脑膜刺激征检查用物： (1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(5) 屏风；(6) 电源插头 床上擦浴用物： (1) 按摩膏（或润肤霜）；(2) 温水；(3) 大浴巾；(4) 小方毛巾 2~3 条；(5) 弱酸性溶液（或香皂）；(6) 清洁衣裤；(7) 水桶 2 个（盛热水和污水用）(8) 水温计(9) 热水壶装有热水(10) 脸盆、足盆、会阴盆；(11) 以下用物必要时可选备：便盆、指甲剪、护理记录单	操作者工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟；

任务 2：脑膜刺激征检查：10 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 5 分钟）。

任务 3：床上擦浴：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：患者因情绪激动后突然发生全头痛，进行性加重，伴有恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物，非喷射性呕吐；颈项强直，脑膜刺激征(+)，出现一过性右下肢无力，精神差。

(2) 辅助检查：头颅CT示蛛网膜下腔出血。

2. 护理诊断：

(1) 疼痛：头痛 与脑水肿、颅内压增高、血液刺激脑膜有关。

(2) 焦虑 与剧烈头痛，担心疾病预后有关。

(3) 自理缺陷 与长期卧床有关。

(4) 潜在并发症：再出血、脑血管痉挛、脑疝。

3. 护理计划：

(1) 患者头痛逐渐减轻或消失。

(2) 患者焦虑情绪能得到缓解，能够积极配合治疗。

(3) 患者能完成一些简单的自理工作。

(4) 患者未发生并发症或并发症得到及时发现和处理。

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

1) 环境: 提供安静舒适, 温湿度适宜, 调节室温 $18\sim 20^{\circ}\text{C}$, 湿度 $50\%\sim 60\%$, 治疗护理集中进行, 利于患者休息。

2) 体位: 绝对卧床休息4-6周, 头部抬高 $15\sim 30^{\circ}$, 以减轻脑水肿。避免一切可能使患者血压和颅内压增高的因素, 包括移动头部、用力咳嗽、用力排便、情绪激动等。

3) 饮食: 给予高热量、高蛋白、高维生素、清淡、易消化的饮食, 保证足够的营养供给, 多食蔬菜和水果, 保持大便通畅, 避免用力排便, 必要时给予缓泻剂。

(2) 病情观察: 密切观察患者体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔、血氧饱和度, 详细记录24h出入水量。如出现剧烈头痛、呕吐、抽搐、甚至昏迷等, 应警惕再出血; 如出现神志障碍加深、呼吸脉搏变慢、瞳孔散大等, 提示脑疝形成, 应立即通知医师, 给予及时抢救处理。

(3) 对症护理:

1) 评估患者头痛的部位、性质、持续时间和缓解方式, 并耐心解释。

2) 告知患者缓解疼痛的方法, 如深呼吸、听音乐、转移注意力等, 必要时遵医嘱使用镇痛剂。

3) 保持呼吸道通畅, 及时清除呼吸道分泌物, 定时翻身、拍背。

4) 做好皮肤护理, 口腔护理、尿管护理, 满足患者日常生活需求。

(4) 用药护理: 根据医嘱治疗和观察药物疗效。甘露醇应快速静滴, 注意观察尿量, 记录24小时出入量, 定期复查电解质; 尼莫地平可致皮肤发红、多汗、心动过缓或过速、胃肠不适、血压下降等, 应适当控制输液速度, 密切观察有无不良反应发生。

(5) 心理护理: 耐心讲解病情及预后, 予心理支持, 使患者情绪稳定, 安心接受治疗。

5. 护理评价:

(1) 患者头痛逐渐减轻或消失。

(2) 患者焦虑情绪能得到缓解, 能够积极配合治疗。

(3) 患者能完成一些简单的自理工作。

(4) 患者未发生并发症。

任务2: 见模块三 表14 C-14 脑膜刺激征检查 评分标准

任务3: 见模块四 表7 L-7 床上擦浴 评分标准

C-3-13 过敏性休克患者的护理

一、任务描述

郑**, 男, 65岁。因车祸后全身多处软组织挫裂伤, 伤口污染严重, 经清创缝合后, 医嘱青霉素静脉滴注, 预防伤口感染。护士询问患者无药物过敏史后, 遵医嘱执行青霉素皮肤过敏试验, 约5分钟后患者突发呼吸困难, 进而意识丧失, 瘫倒于座椅上, 呼之不应。

任务1: 请对患者进行护理评估, 提出主要的护理诊断、护理计划, 制定有针对性的护理措施, 并评价护理措施的有效性。

任务2: 请对郑某某遵医嘱实施青霉素药物过敏试验。

任务3: 请对郑某某实施单人徒手心肺复苏。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 模拟处置室;	
资源	(1) 病床(带硬板); (2) 志愿者(主考学校随机指定); (3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒; (4) 屏风; (5) 心肺复苏模型;	
用物	青霉素药物过敏试验用物: (1) 过敏药物专用注射盘; (2) 无菌纱布; (3) 皮肤消毒剂; (4) 弯盘; (5) 试验药物和生理盐水注射液; (6) 砂轮和启瓶器; (7) 注射卡、无菌棉签、标签纸和笔; (8) 1ml 注射器和 5ml 注射器; (9) 急救盒(内备 0.1%盐酸肾上腺素、地塞米松、砂轮和注射器); (10) 吸痰管、氧气导管、氧气及吸引装置(口述); (11) 手消毒剂; (12) 病历本及护理记录单(按需准备) 心肺复苏用物: (1) 人工呼吸膜(纱布); (2) 纱布(清除口腔异物); (3) 手电筒; (4) 挂表; (5) 弯盘; (6) 抢救记录卡(单); (7) 笔; (8) 手消毒剂	工作服、帽子、口罩、挂表、由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1: 案例分析 30 分钟。

任务2: 青霉素皮肤过敏试验: 30 分钟(其中用物准备 10 分钟, 操作 20 分钟)。

任务3: 心肺复苏: 10 分钟(其中用物准备 5 分钟, 操作 5 分钟)。

四、评分标准

1. 护理评估

(1) 身体状况：因车祸后全身多处软组织挫裂伤，伤口污染严重，经清创缝合后，医嘱青霉素静脉滴注，预防伤口感染。护士询问患者无药物过敏史后，遵医嘱执行青霉素皮肤过敏试验，约5分钟后患者突发呼吸困难，进而意识丧失，瘫倒于座椅上，呼之不应。

2. 护理诊断

- (1) 急性循环障碍 与青霉素过敏、心脏收缩功能障碍有关；
- (2) 组织灌注量不足 与青霉素过敏所致的周围循环衰竭有关；
- (3) 气体交换受损 与喉头水肿、支气管痉挛有关。

3. 护理计划

- (1) 患者复苏成功，恢复有效循环；
- (2) 患者组织灌注良好，末梢循环恢复好；
- (3) 患者呼吸功能恢复，气道通畅，呼吸平稳。

4. 护理措施

(1) 一旦确认患者心脏骤停，立即向周围人员呼救，启动应急反应系统，就地立即进行徒手心肺复苏术(CPR)。

(2) 立即遵医嘱皮下注射0.1%盐酸肾上腺素，迅速建立静脉通道，遵医嘱及时准确给予各种抗过敏性休克抢救药物，密切观察药物的治疗效果。

(3) 给予患者高流量吸氧，以纠正缺氧、改善呼吸。

(4) 复苏成功后，持续心电监护，密切监测意识、瞳孔、生命体征、尿量等。

(5) 做好患者和家属心理护理。

5. 护理评价

- (1) 患者复苏是否成功，是否恢复有效循环；
- (2) 患者组织灌注、末梢循环是否恢复；
- (3) 患者呼吸功能是否恢复。

任务2：见模块三 表24 C-24 青霉素皮肤过敏试验 评分标准

任务3：见模块三 表7 C-7 心肺复苏（成人） 评分标准

C-3-14 心脏骤停患者的护理

一、任务描述

王*, 女, 65 岁, 教师, 冠心病, 今日如厕后突然猝死, 由家人急送入院。查体: 呼之不应, 颈动脉搏动未触及, 胸廓无起伏。紧急呼救的同时行单人徒手心肺复苏, 医嘱快速建立静脉通道。

任务 1: 请对患者进行护理评估, 提出主要的护理诊断、护理计划, 制定有针对性的护理措施, 并评价护理措施的有效性。

任务 2: 请对王某实施单人徒手心肺复苏;

任务 3: 请对王某快速建立静脉通道, 遵医嘱实施静脉输液。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 模拟处置室	
资源	(1) 病床(带硬板); (2) 志愿者(主考学校随机指定); (3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒; (4) 屏风; (5) 心肺复苏模型;	
用物	密闭式静脉输液用物: (1) 一次性密闭式输液器; (2) 输液架; (3) 剪刀; (4) 皮肤消毒剂; (5) 无菌棉签; (6) 弯盘; (7) 一次性止血带; (8) 瓶签; (9) 输液溶液; (10) 输液贴; (11) 小枕及一次性垫巾; (12) 笔; (13) 输液卡; (14) 手消毒剂; (15) 夹板和绷带(按需准备); (16) 一次性手套(按需准备); (17) 急救盒(按需准备); (18) 病历本及护理记录单(按需准备) 心肺复苏用物: (1) 人工呼吸膜(纱布); (2) 纱布(清除口腔异物); (3) 手电筒; (4) 挂表; (5) 弯盘; (6) 抢救记录卡(单); (7) 笔; (8) 手消毒剂	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: 心肺复苏: 10 分钟(其中用物准备 5 分钟, 操作 5 分钟)。

任务 3: 密闭性静脉输液: 30 分钟(其中用物准备 15 分钟, 操作 15 分钟)。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 患者因冠心病入厕后突然猝死, 呼之不应, 颈动脉搏动未触及, 胸廓无起伏。

2. 护理诊断:

(1) 急性循环障碍 与心脏收缩功能障碍有关。

(2) 组织灌注量不足 与急性循环功能障碍有关。

(3) 气体交换受损 与微循环障碍、缺氧和呼吸形态改变有关。

3. 护理计划:

- (1) 患者复苏成功, 恢复有效循环;
- (2) 患者心脏功能恢复, 组织灌注良好, 末梢循环恢复好;
- (3) 患者呼吸功能恢复, 气道通畅, 呼吸平稳;

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

- 1) 环境: 环境安全, 符合各类抢救的要求。
- 2) 体位: 患者取仰卧位, 卧于硬板床或地板上。

(2) 病情观察

持续心电监护, 密切监测意识、瞳孔、生命体征、尿量等变化。

(3) 对症处理:

1) 一旦确认患者心脏骤停, 立即向周围人员呼救, 启动应急反应系统, 积极就地抢救, 立即进行徒手心肺复苏术(CPR)。

2) 在徒手心肺复苏的同时应争分夺秒给予高生命支持措施: 当发生心室颤动和无脉搏室性心动过速时, 应快速给予电除颤; 呼吸未恢复时尽快气管内插管, 以人工气囊挤压或呼吸机进行辅助呼吸和给氧。

(4) 药物护理: 立即遵医嘱皮下注射肾上腺素, 迅速建立静脉通道, 遵医嘱及时准确给予各种心跳骤停的抢救药物。

(5) 复苏成功后护理:

- 1) 严密监测患者呼吸、意识、瞳孔、心率、血压、体温的病情变化。
- 2) 加强呼吸道管理, 气管内插管患者定时翻身、拍背, 及时吸痰, 保证呼吸道通畅。
- 3) 严密监测尿量变化, 心肺复苏后, 应严格记录 24 小时出入量。

(6) 心理护理:

- 1) 安抚患者, 保持患者情绪稳定, 使患者配合治疗。
- 2) 与家属沟通, 获得理解和支持, 鼓励家属及时给予患者关心安慰。

5. 护理评价

- (1) 患者复苏是否成功, 是否恢复有效循环;
- (2) 患者心脏功能是否恢复, 组织灌注、末梢循环是否恢复;

(3) 患者呼吸功能是否恢复。

任务 2: 见模块三 表 7 C-7 心肺复苏(成人) 评分标准

任务 3: 见模块三 表 25 C-25 密闭式静脉输液 评分标准

C-3-15 淹溺患者的护理

一、任务描述

患者王**, 女性, 20 岁。溺水后被他人救起送到医院。护理体检: 血压 80/50mmHg, 脉搏 130 次/分钟, 呼吸 34 次/分钟, SaO₂74%, 口鼻有大量的泡沫溢出, 面色苍白, 意识模糊, 全身湿冷。

任务 1: 请对患者进行护理评估, 提出主要的护理诊断、护理计划, 制定有针对性的护理措施, 并评价护理措施的有效性。

任务 2: 请对王某进行氧气吸入的护理。

任务 3: 请对王某快速建立静脉通道, 遵医嘱实施静脉输液。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	
资源	(1) 病床; (2) 模拟人; (3) 处置室备有生活垃圾桶、医用垃圾桶	
用物	氧气吸入用物: (1) 氧气筒; (2) 氧气表; (3) 湿化瓶(内盛蒸馏水或冷开水或 20%~30%乙醇 1/3~1/2 满); (4) 通气管; (5) 一次性双腔鼻导管; (6) 无菌纱布; (7) 小药杯盛冷开水; (8) 棉签; (9) 笔; (10) 弯盘; (11) 扳手; (12) 输氧卡; (12) 手消毒剂; (14) 手电筒; (16) 病历本及护理记录本(按需准备) 密闭式静脉输液用物: (1) 一次性密闭式输液器; (2) 输液架; (3) 剪刀; (4) 皮肤消毒剂; (5) 无菌棉签; (6) 弯盘; (7) 一次性止血带; (8) 瓶签; (9) 输液溶液; (10) 输液贴; (11) 小枕及一次性垫巾; (12) 笔; (13) 输液卡; (14) 手消毒剂; (15) 夹板和绷带(按需准备); (16) 一次性手套(按需准备); (17) 急救盒(按需准备); (18) 病历本及护理记录单(按需准备)	工作服、帽子、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: 氧气吸入: 20 分钟(其中用物准备 10 分钟, 操作 10 分钟)。

任务 3: 密闭式静脉输液: 30 分钟(其中用物准备 15 分钟, 操作 15 分钟)。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 溺水后被他人救起送到医院。护理体检: 血压 80/50mmHg, 脉搏 130 次/分钟, 呼吸 34 次/分钟, 口鼻有大量的泡沫溢出, 面色苍白, 意识模糊, 全身湿冷。

(2) 辅助检查: SaO₂74%。

2. 护理诊断:

(1) 气体交换受损: 与气道不畅, 有效肺组织减少有关。

(2) 有窒息的危险: 与喉头痉挛有关。

(3) 焦虑或恐惧: 与呼吸困难有关。

3. 护理计划:

(1) 活动能力和耐力逐渐增强。

(2) 未发生并发症, 未出现明显药物副作用。

(3) 情绪逐渐稳定, 能够配合治疗。

4. 护理措施:

(1) 一般护理: 换下湿衣裤, 盖被子保暖, 卧床休息。

(2) 病情观察: 密切观察患者呼吸、心率变化, 无心搏、呼吸患者, 立即给予心肺脑复苏及进一步生命支持。连接心电监护如为心室纤颤或无脉性室速立即给予除颤; 有心搏、呼吸, 给予鼻导管或面罩吸氧, 使指氧饱和度在95%以上。

(3) 气道护理: 及时清除呕吐物和分泌物, 保持呼吸道通畅, 必要时协助医师给予气管插管、人工呼吸机辅助呼吸, 使血氧分压维持在85~100mmHg。

(4) 心理护理: 安慰鼓励患者, 消除患者淹溺后的恐惧心理。

5. 护理评价:

(1) 活动能力和耐力是否逐渐增强。

(2) 有无发生并发症, 有无发生药物副作用。

(3) 情绪是否逐渐稳定, 能否配合治疗。

任务2: 见模块四 表8 L-8 氧气吸入 评分标准

任务3: 见模块三 表25 C-25 密闭式静脉输液 评分标准

3-16 上消化道大出血并休克患者的护理

一、任务描述

张某，男，45岁，肝硬化病史5年。今天中午饮酒后出现恶心、呕血，呕吐鲜血约1200ml，呕血后感头晕、乏力、心慌、口渴。体格检查：神志清楚，面色苍白，皮肤湿冷，T 38.0℃，R 21次/分，Bp 75/50mmHg，P 120次/分。胃镜检查示“食管-胃底静脉曲张破裂出血”。临床诊断：肝硬化，上消化道大出血，失血性休克。医嘱给予卧床休息、心电监护、输液、止血等治疗。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请为张某进行心电监护。

任务3：请为张某进行密闭式静脉输液。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗台；(2) 病床；(3) 志愿者（学校随机指定）；(4) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(5) 静脉输液模型(6) 治疗车、治疗盘；(7) 屏风；(8) 电源及插线板	
用物	心电监护用物： (1) 心电监护仪及导联线、配套的测血压袖带、SpO ₂ 传感器；(2) 75%酒精纱布或棉球；(3) 止血钳；(4) 一次性电极片；(5) 清洁纱布；(6) 弯盘；(7) 医嘱单；(8) 记录单；(9) 笔；(10) 手消毒剂及挂架 密闭式静脉输液用物： (1) 一次性密闭式输液器；(2) 输液架；(3) 剪刀；(4) 皮肤消毒剂；(5) 无菌棉签；(6) 弯盘；(7) 一次性止血带；(8) 瓶签；(9) 输液溶液；(10) 输液贴；(11) 小枕及一次性垫巾；(12) 笔；(13) 输液卡；(14) 手消毒剂；(15) 夹板和绷带（按需准备）；(16) 一次性手套（按需准备）；(17) 急救盒（按需准备）；(18) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：心电监护：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

任务3：密闭式静脉输液：30分钟（其中用物准备15分钟，操作15分钟）。四、

评分标准

任务1：

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 患者饮酒后出现恶心、呕血, 呕吐鲜血约1200ml, 呕血后感头晕、乏力、心慌、口渴。体格检查: 神志清楚, 面色苍白, 皮肤湿冷, T 38.0℃, R 21次/分, Bp 75/50mmHg, P120次/分。

(2) 辅助检查: 胃镜检查示“食管-胃底静脉曲张破裂出血”

2. 护理诊断:

(1) 组织灌注量改变 与上消化道大出血有关。

(2) 自理缺陷 与医源性限制有关。

(3) 焦虑 与担心再次出血、担心预后有关。

3. 护理计划:

(1) 组织灌注量恢复正常, 生命体征正常。

(2) 卧床期间能满足日常生活需求。

(3) 情绪逐渐稳定, 能积极够配合治疗。

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

1) 休息与体位: 绝对卧床休息, 取中凹卧位。

2) 饮食护理: 暂时禁食, 待止血后1~2d才逐渐进高热量、高维生素流质饮食, 限制钠和蛋白质摄入, 避免粗糙、坚硬、刺激性食物, 并注意细嚼慢咽, 防止损伤曲张静脉而再次出血。

(2) 病情观察: 进行心电监护, 严密观察生命体征、神志、尿量, 观察呕吐物和粪便的性质、颜色及量, 观察皮肤黏膜色泽及温度, 记录24h出入水量, 监测血象、血清电解质和血气分析的变化。

(3) 对症护理: 维持患者呼吸道通畅, 呕吐时病人头偏向一侧, 清除口腔血液和呕吐物, 以防窒息或误吸, 给予吸氧。

(4) 用药护理: 迅速建立2条静脉通道, 遵医嘱快速输液以补充血容量, 遵医嘱给予止血药治疗, 观察止血效果和药物不良反应。

(5) 心理护理: 关心体贴病人, 解释检查、治疗、护理措施的目的和意义, 加强巡视, 陪伴病人, 清除血迹、污物, 以减少对病人的不良刺激。

5. 护理评价:

(1) 组织灌注量恢复正常, 生命体征正常。

(2) 卧床期间能满足日常生活需求。

(3) 情绪逐渐稳定，能积极够配合治疗。

任务 2: 见模块三 表 8 C-8 心电监护（成人） 评分标准

任务 3: 见模块三 表 25 C-25 密闭式静脉输液 评分标准

C-3-17 腹外疝患者的护理

一、任务描述

张**，男，55 岁，发现右侧腹股沟肿物 2 年。患者于 2 年前出现右侧腹股沟可复性肿块，并逐渐增大。近一月来肿块增大明显，伴下腹坠胀不适而入院。患者担心病情，紧张焦虑面容，体格检查：腹平坦，软，右侧腹股沟可见 3×4 cm 椭圆形肿块，表面光滑，质软，平卧位肿块可完全消失，压内环肿块不再出现。肿物透光试验阴性。临床诊断：右侧腹股沟可复性斜疝。医嘱要求完善术前准备，拟行右侧腹股沟斜疝无张力修补术，术前 30 分钟给予阿托品 0.5mg 肌肉注射。

任务 1: 请对张某进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2: 请为张某执行术前医嘱：阿托品 0.5mg 肌肉注射。

任务 3: 请配合手术实施，术前行外科洗手（免刷手消毒方法）、穿无菌手术衣、戴无菌手套操作。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室；(4) 模拟手术室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；(4) 屏风；(5) 肌肉注射模型；(6) 洗手设施：洗手池、非手触式水龙头、流动水、洗手流程图	
用物	肌肉注射用物： (1) 无菌纱布；(2) 无菌注射盘、无菌有盖方盘；(3) 砂轮；(4) 药物（遵医嘱）；(5) 一次性注射器（根据需要选择合适型号）；(6) 弯盘；(7) 注射卡和笔；(8) 无菌棉签；(9) 手消毒剂；(10) 皮肤消毒液；(11) 必要时配抢救盒；(12) 病历 外科洗手用物： (1) 洗手液（在有效期内）；(2) 外科手消毒剂（在有效期内）；(3) 干手纸/毛巾；(4) 收纳筐；(5) 计时装置；(6) 无菌手术衣（无破损）；(7) 无菌手套（型号正确）；(8) 无菌持物钳	工作服、帽子、口罩、挂表、洗手衣裤由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: 肌肉注射: 20 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 10 分钟)。

任务 3: 外科洗手 (免刷手消毒方法)、穿无菌手术衣、戴无菌手套: 24 分钟 (其中用物准备 12 分钟, 操作 12 分钟)。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 腹平坦, 软, 右侧腹股沟可见 $3\times 4\text{cm}$ 椭圆形肿块, 表面光滑, 质软, 平卧位肿块可完全消失, 压内环肿块不再出现。

(2) 辅助检查: 肿物透光试验阴性。

2. 护理诊断:

(1) 舒适的改变: 下腹坠胀 与右侧腹股沟疝突出有关。

(2) 知识缺乏 缺乏腹外疝成因、预防腹内压力升高及术前准备的相关知识。

(3) 焦虑 与疝块突出不适、担心手术及治疗效果有关。

3. 护理计划:

(1) 患者病情稳定, 腹部坠胀感减轻或消失;

(2) 患者能表述预防腹内压力升高、术前配合的相关知识;

(3) 患者焦虑减轻, 情绪稳定, 积极配合术前准备。

4. 护理措施:

(1) 舒适改变的护理

1) 休息与活动: 指导患者术前多卧床休息, 离床活动时使用疝带压迫住疝环口, 减轻下腹坠胀感, 避免疝嵌顿。

2) 病情观察: 密切观察患者有无腹痛、腹胀、恶心呕吐等症状, 若出现明显腹痛, 伴疝块突然增大、紧张发硬、触痛、不能回纳, 应高度警惕嵌顿疝, 立即报告医生, 配合紧急处理。

3) 术前准备: 消除、控制引起腹内压升高的因素, 如咳嗽、便秘、排尿困难等, 注意保暖, 保持大便通畅, 吸烟者应于术前两周戒烟; 配合做好一般术前准备, 如皮肤准备、药物过敏试验、术前用药等

(2) 知识缺乏的护理

1) 向患者解释造成腹外疝的原因和诱发因素, 手术治疗的必要性和配合要点。

- 2) 嘱患者注意保暖，预防感冒咳嗽；保持大便通畅，吃蔬菜等粗纤维食物。
- 3) 术后避免重体力劳动，预防疝复发。

(3) 焦虑的护理：

- 1) 积极与患者沟通，了解其顾虑，减轻其心理负担，帮助缓解焦虑情绪。
- 2) 为患者提供腹外疝疾病相关知识，使患者了解病情，减轻焦虑心理。

5. 护理评价：

- (1) 患者舒适感增加，腹部坠胀有减轻；
- (2) 患者能正确表述预防腹内压力升高、术前配合等相关知识；
- (3) 患者情绪稳定，能积极配合治疗。

任务2：见模块三 表23 C-23肌肉注射 评分标准

任务3：见模块三 表18 C-18外科洗手（免刷手消毒方法）、穿无菌手术衣、戴无菌手套 评分标准

C-3-18 痔患者的护理

一、任务描述

李**，男性，40岁，因“排便后肛门肿物脱出，无法回纳，伴剧烈疼痛”而就诊。患者自诉约一年前始，感排便后肛门外有肿物脱出，可自行回纳，伴大便带血，鲜红色，量少，且时感肛周皮肤瘙痒不适。两日前排便后肛门肿物增大，无法回纳，伴疼痛剧烈难忍，门诊以“混合痔并嵌顿”收入院治疗。患者惧怕排便，有便秘，诉平日饮食喜饮酒，好食辣。医嘱给予对症处理，减轻局部水肿，减轻疼痛，手法还纳，做好肠道准备，择期手术治疗。

任务1：请对李某进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请配合手术实施，术前执行外科洗手（免刷手消毒方法）、穿无菌手术衣、戴无菌手套操作。

任务3：请为患者进行青霉素药物过敏试验。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室；(4) 模拟手术室	

类型	基本实施条件	备注
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 灌肠模型；(4) 屏风；(5) 生活垃圾桶、医用垃圾桶；(5) 输液架；(6) 洗手设施：洗手池、非手触式水龙头、流动水、洗手流程图	
用物	外科洗手用物： (1) 洗手液（在有效期内）；(2) 外科手消毒剂（在有效期内）；(3) 干手纸/毛巾；(4) 收纳筐；(5) 计时装置；(6) 无菌手术衣（无破损）；(7) 无菌手套（型号正确）；(8) 无菌持物钳 青霉素药物过敏试验用物： (1) 过敏药物专用注射盘；(2) 无菌纱布；(3) 皮肤消毒剂；(4) 弯盘；(5) 试验药物和生理盐水注射液；(6) 砂轮和启瓶器；(7) 注射卡、无菌棉签、标签纸和笔；(8) 1ml 注射器和 5ml 注射器；(9) 急救盒（内备 0.1% 盐酸肾上腺素、地塞米松、砂轮和注射器）；(10) 吸痰管、氧气导管、氧气及吸引装置（口述）；(11) 手消毒剂；(12) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表、洗手衣裤由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：外科洗手（免刷手消毒方法）、穿无菌手术衣、戴无菌手套：24 分钟（其中用物准备 12 分钟，操作 12 分钟）。

任务 3：青霉素药物过敏试验，30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：约一年前始，感排便后肛门外有肿物脱出，可自行回纳，伴大便带血，鲜红色，量少，且时感肛周皮肤瘙痒不适。现排便后肛门肿物增大，无法回纳，伴疼痛剧烈难忍，门诊诊断：混合痔并嵌顿。

(2) 心理社会状况：病情反复发作，患者感觉痛苦。

2. 护理诊断：

(1) 疼痛 与混合痔并嵌顿有关。

(2) 便秘 与排便出血、疼痛、不良饮食、排便习惯有关。

(3) 知识缺乏 缺乏痔的治疗护理和预防术后复发的康复知识。

3. 护理计划：

(1) 患者疼痛减轻或消失；

(2) 患者能养成良好的饮食、排便习惯，保持大便通畅；

(3) 患者能积极配合治疗，准确表达治疗护理配合要点及术后康复的相关知

识。

4. 护理措施：

（1）疼痛的护理

1) 缓解疼痛：遵医嘱肛管内纳入消炎止痛栓、肛门坐浴，减轻局部肿胀、疼痛、瘙痒症状；及时还纳痔块。

2) 病情观察：观察疼痛的症状有无加重，痔块、便血等情况。

3) 术前准备：术前1日进流质饮食，术日晨禁食；排空大便，必要时遵医嘱清洁灌肠；配合做好其它术前准备，如皮肤准备、药物过敏试验、术前用药等。

（2）便秘的护理

1) 饮食护理：指导患者多饮水，多食新鲜蔬菜、水果和富含膳食纤维的食物，避免饮酒，忌食辛辣刺激食物。

2) 保持大便通畅：指导患者养成良好的排便习惯，防止便秘，必要时遵医嘱给予缓泻剂。

（3）知识缺乏的护理

1) 指导患者避免久坐久站，适当运动。

2) 保持良好健康的饮食习惯，不饮酒，少吃辛辣食物。

3) 养成良好的排便习惯，保持大便通畅，保持肛周卫生。

5. 护理评价：

（1）患者疼痛减轻；

（2）患者能养成良好的饮食、排便习惯，保持大便通畅；

（3）患者能积极配合治疗，准确表达治疗护理配合要点及术后康复的相关知识。

任务2：见模块三 表18 C-18 外科洗手（免刷手消毒方法）、穿无菌手术衣、戴无菌手套 评分标准

任务3：见模块三 表24 C-24 青霉素皮肤过敏试验 评分标准

C-3-19 机械性肠梗阻患者的护理

一、任务描述

王*，男，72岁，因腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排气、排便2天入院。既往曾于5年前行胃大部切除术。查体：精神差，营养中等，心肺无异常，腹膨隆，可

见肠型，全腹轻度压痛、无反跳痛、肌紧张，叩鼓音，肠鸣音亢进，偶可闻气过水声。立位腹平片，可见多个液平面。入院诊断：急性肠梗阻。医嘱要求严格禁食、胃肠减压，经静脉补充水分、电解质，维持体液平衡，口腔护理 2 次/日，保持口腔清洁，密切观察病情变化，做好术前准备，必要时手术治疗。

任务 1：请对王某进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请为王某进行口腔护理。

任务 3：请为王某进行密闭式静脉输液。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、锐器盒；	
用物	<p>口腔护理：（1）口腔护理包（治疗碗 2 个、无菌棉球若干、止血钳 2 把、纱布两块）；（2）一次性压舌板；（3）手电筒；（4）治疗巾；（5）弯盘；（6）口腔护理液；（7）一次性手套；（8）无菌棉签、剪刀；（9）病历本；（10）笔；（11）漱口杯；（12）吸管；（13）开口器（按需准备）；（14）外用药物（按需准备）；（15）病历本及护理记录单（按需准备）</p> <p>密闭式静脉输液用物：（1）一次性密闭式输液器；（2）输液架；（3）剪刀；（4）皮肤消毒剂；（5）无菌棉签；（6）弯盘；（7）一次性止血带；（8）瓶签；（9）输液溶液；（10）输液贴；（11）小枕及一次性垫巾；（12）笔；（13）输液卡；（14）手消毒剂；（15）夹板和绷带（按需准备）；（16）一次性手套（按需准备）；（17）急救盒（按需准备）；（18）病历本及护理记录单（按需准备）</p>	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：口腔护理：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

任务 3：密闭式静脉输液：30 分钟（其中用物准备 15 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：腹部膨隆，可见肠型，全腹轻度压痛，叩鼓音，肠鸣音亢进，偶可闻气过水声，腹平片可见多个液平面。

(2) 心理状况：患者精神差，担心观察治疗效果不佳而致手术。

2. 护理诊断：

- (1) 急性疼痛 与肠管痉挛、肠壁缺血、蠕动增强有关。
- (2) 体液不足 与频繁呕吐、肠腔积液、禁饮食、胃肠减压等有关。
- (3) 知识缺乏 缺乏疾病的治疗、护理、手术配合的相关知识。
- (4) 潜在并发症：肠坏死、腹膜炎、感染性休克、肠痿等。

3. 护理计划：

- (1) 患者病情稳定，腹痛症状逐渐减轻或消失；
- (2) 患者症状缓解，体液平衡得以维持；
- (3) 患者能说出治疗、护理、手术配合相关的重要知识；
- (4) 患者的并发症得到有效的预防，或发生并发症能及时发现和处理。

4. 护理措施：

(1) 一般护理：①休息与活动：患者卧床休息，给予半卧位，以减轻腹胀对呼吸循环系统的影响。②禁食、胃肠减压：严格禁食水，密切观察记录胃液的性质和量。

(2) 病情观察：密切观察患者意识、生命体征、腹痛、呕吐、腹胀、肛门排气排便情况，有无腹膜刺激征等，高度警惕绞窄性肠梗阻的发生。

(3) 对症护理：①呕吐：嘱患者坐起或头偏向一侧，避免误吸引起肺炎或窒息，及时清除呕吐物，给予漱口，保持口腔清洁，并做好口腔护理，认真记录。②疼痛：病情观察期间禁用吗啡类止痛剂，以免掩盖病情。可以遵医嘱选用其他止痛药。③维持体液平衡：遵医嘱静脉输液，维持水、电解质、酸碱平衡。

(4) 术前准备：遵医嘱做好备皮、配血、过敏试验、补足液体等术前常规准备。

(5) 心理护理：积极沟通，耐心解释安慰、稳定患者情绪，向患者和家属介绍有关肠梗阻的知识，讲述治疗措施、必要时手术治疗的必要性和重要性，减少不必要的紧张和担忧，使之积极配合治疗和护理。

5. 护理评价：

- (1) 患者疼痛减轻或消失；
- (2) 患者体液维持平衡，生命体征稳定；
- (3) 患者能正确表述治疗、护理、手术配合相关的重要知识；
- (4) 患者未发生并发症。

任务 2: 见模块四 表 6 L-6 口腔护理 评分标准

任务 3: 见模块三 表25 C-25密闭式静脉输液 评分标准

C-3-20 前列腺增生患者的护理

一、任务描述

李**, 男, 67 岁, 因排尿困难入院, 诊断为良性前列腺增生症, 完善术前准备后在硬膜外麻醉下行经尿道前列腺电切术, 术中出血约 100ml, 术后回病房, 麻醉已清醒, 查 T 36.5℃, P 82 次/分, R 20 次/分, Bp 144/98mmHg。膀胱冲洗液呈淡红色。遵医嘱给予止血、抗感染、补液、膀胱冲洗等对症支持治疗。现术后第 5 日, 病人床上大便后, 引流出的尿液颜色明显加深呈红色血性, 尿管引流不畅, 病人情绪明显紧张, 诉下腹部疼痛。

任务 1: 请对患者进行护理评估, 提出主要的护理诊断、护理计划, 制定有针对性的护理措施, 并评价护理措施的有效性。

任务 2: 请对李某进行膀胱冲洗护理。

任务 3: 请对李某进行静脉血标本采集。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房; (2) 模拟治疗室; (3) 处置室	环境符合操作要求
资源	(1) 病床; (2) 志愿者(主考学校随机指定); (4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(5) 屏风; (6) 电源插头	设备完好、准备齐全
用物	膀胱冲洗用物: (1) 治疗盘; (2) 无菌膀胱冲洗装置; (3) 冲洗液; (4) 一次性无菌治疗巾; (5) 一次性无菌引流袋 1 个; (6) 清洁手套; (7) 血管钳 1 把; (8) 弯盘 1 个; (9) 棉签; (10) 络合碘; (11) 膀胱冲洗标签; (12) 生活、医疗垃圾桶 (13) 手消毒剂; (14) 病历 (15) 治疗卡; (16) 笔; (17) 标签贴; (18) 输液架 静脉血标本采集用物: (1) 注射盘(内装皮肤消毒液、无菌棉签、注射小垫枕、一次性垫巾); (2) 真空采血针; (3) 真空采血管; (4) 一次性手套; (5) 一次性止血带; (6) 化验单、笔; (7) 弯盘; (8) 锐器盒; (9) 手消毒剂; (10) 病历本及护理记录单(按需准备)	操作者工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员, 考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: 膀胱冲洗: 20 分钟(其中用物准备 10 分钟, 操作 10 分钟)。

任务 3: 静脉血标本采集: 25 分钟 (其中用物准备 10 分钟, 操作 15 分钟)。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 因排尿困难入院, 诊断为良性前列腺增生症, 在硬膜外麻醉下行经尿道前列腺电切术。现术后第 5 日, 病人床上大便后, 引流出的尿液颜色明显加深呈红色血性, 尿管引流不畅, 诉下腹部疼痛。

(2) 心理-社会状况: 病人情绪明显紧张。

2. 护理诊断:

(1) 疼痛 与用力排便后前列腺窝出血, 导致引流不畅, 膀胱痉挛有关。

(2) 焦虑 与出血、疼痛、担心预后有关。

(3) 潜在并发症: 出血、感染、下肢静脉血栓等。

3. 护理计划:

(1) 患者尿管引流通畅, 疼痛明显缓解。

(2) 患者疼痛减轻, 出血停止, 情绪稳定。

(3) 患者未发生并发症, 或发生并发症时, 能及时准确处理。

4. 护理措施:

(1) 疼痛的护理

1) 保持引流通畅。

2) 遵医嘱给予药物解痉止痛。

3) 按摩腹部、热敷会阴部可有效减轻疼痛。

4) 遵医嘱止血: ①前列腺窝出血用气囊尿管牵拉压迫前列腺窝止血, ②术后早期禁止灌肠或肛管排气, 术后保持排便通畅, 避免用力排便、腹压增高引起出血。③遵医嘱正确给予止血药物治疗或输血。

(2) 焦虑的护理

1) 及时安慰患者, 缓解病人紧张焦虑情绪。

2) 积极采取止血、止痛治疗和护理, 尽快缓解病情, 缓解焦虑心情。

(3) 预防并发症

1) 预防出血: 妥善固定尿管防止气囊移位导致前列腺窝出血; 保持大便通畅; 避免早期剧烈运动。

2) 预防感染：多饮水，保持引流通畅，遵医嘱合理使用抗生素，防止上行性感染。

3) 预防下肢静脉血栓：鼓励病人床上活动，促进下肢静脉血液回流。

5. 护理评价：

(1) 患者疼痛明显缓解。

(2) 患者情绪逐渐稳定，能积极配合治疗和护理。

(3) 患者未发生并发症。

任务2：见模块三 表12 C-12 膀胱冲洗 评分标准

任务3：见模块二 表4 E-4静脉血标本采集（真空管）评分标准

C-3-21 直肠癌患者的护理

一、任务描述

李**，女性，56岁。因患“直肠癌”已行Miles手术后5天。体查：T36.8℃，P78次/分，R20次/分，BP120/60mmHg。患者面容消瘦，发病以来体重下降3kg。左下腹乙状结肠造口黏膜红润，表面光滑湿润，造口周围皮肤未见异常。患者神情焦虑，担心结肠造口影响今后的生活及工作。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请对李某进行周围静脉血标本采集。

任务3：请指导李某结肠造口护理。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 模拟人；(3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(4) 屏风；	
用物	<p>静脉采血用物：(1) 注射盘(内装皮肤消毒液、无菌棉签、注射小垫枕、一次性垫巾)；(2) 真空采血针；(3) 真空采血管；(4) 一次性手套；(5) 一次性止血带；(6) 化验单、笔；(7) 弯盘；(8) 锐器盒；(9) 手消毒剂；(10) 病历本及护理记录单(按需准备)</p> <p>肠造口护理用物：(1) 治疗碗2个；(2) 治疗巾；(3) 清洁手套；(4) 纱布或柔软毛巾2块；(5) 温生理盐水或温开水100ml；(6) 造口量尺；(7) 造口袋一套(底板、袋)；(8) 造口固定腰带；(9) 棉签；(10) 剪刀；(11) 医嘱单；(12) 记录单；(13) 笔；(14) 手消毒剂。必要时备皮肤护肤粉、皮肤保护膜、防漏膏或防漏条，一次性</p>	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备

类型	基本实施条件	备注
	引流袋	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：静脉采血：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：肠造口护理：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：“直肠癌”行Miles手术后5天。T36.8℃，P78次/分，R20次/分，BP120/60mmHg，患者面容消瘦，发病以来体重下降3kg。造口黏膜红润，表面光滑湿润，造口周围皮肤未见异常。

(2) 心理状况：患者神情焦虑，担心结肠造口影响今后的生活及工作。

2. 护理诊断：

(1) 焦虑 与对癌症治疗缺乏信心及担心结肠造口影响生活、工作有关。

(2) 营养失调 低于机体需要量 与癌肿慢性消耗、手术创伤等有关。

(3) 知识缺乏 缺乏结肠造口术后的护理知识。

(4) 自我形象紊乱 与肠造口术后方式改变有关。

3. 护理计划：

(1) 患者情绪稳定，焦虑减轻能够配合治疗。

(2) 患者营养状况得以维持或改善。

(3) 患者了解疾病的相关知识，能熟练进行结肠造口自我护理。

(4) 患者能接受造口并适应新的排便方式。

4. 护理措施：

(1) 焦虑的护理

1) 帮助患者正确认识疾病，讲解成功的案例，提高战胜疾病的信心。

2) 给患者提供舒适的环境，关心患者，告诉其正确的自我调节方法。

3) 引导患者对现状的自我认同，取得家属的理解及支持，以缓解焦虑心情。

(2) 营养失调的护理

1) 评估患者生命体征及营养状态。

2) 做好饮食指导：注意饮食卫生，多饮水。食高热量、高蛋白、高维生素、少渣的熟食。避免进食胀气、有刺激性气味、辛辣刺激及高膳食纤维的食物。

3) 每周测体重并监测有关营养指标，以评价患者的营养状况。

(3) 知识缺乏的护理

1) 指导患者学会观察肠造口的活力、高度及形状与大小，注意有无肠段回缩、出血、坏死等。

2) 指导患者进行肠造口护理：①两件式造口袋操作流程：取袋-观察并清洁皮肤（用生理盐水）-裁剪造口袋底板（大于造口直径 2 毫米）-粘贴底板-扣好造口袋。②及时更换造口袋：造口袋内充满 1/3 排泄物时应更换。③保持造口周围皮肤清洁、干燥，必要时可使用防漏膏/氧化锌软膏。

3) 指导患者进行结肠灌洗。

(4) 自我形象紊乱的护理：

1) 帮助患者及家属逐渐接受造口，并参与造口护理。

2) 进行造口护理时保护患者隐私，维护患者尊严。

3) 组织讲座及病友联谊会以提高患者信心，恢复正常生活。

5. 护理评价：

(1) 患者情绪稳定，食欲、睡眠状况良好。

(2) 患者营养状况得到改善。

(3) 患者了解疾病的相关知识，能熟练进行结肠造口自我护理。

(4) 患者能接受造口并适应新的排便方式。

任务 2：见模块二 表 4 E-4 静脉血标本采集（真空管）评分标准

任务 3：见模块三 表 10 C-10 肠造口护理 评分标准

C-3-22 骨折患者的护理

一、任务描述

患者李某，男，35 岁，因车祸致右下肢疼痛。120 到达后查体：右下肢疼痛、压痛、肿胀、活动受限和畸形，考虑右下肢骨折。120 急诊入院后查体 T36.4℃，P96 次/min，R22 次/min，BP130/85mmHg。X 线检查示右下肢胫腓骨骨折，诊断：右下

肢胫腓骨粉碎性骨折。立即行胫腓骨切开复位内固定术，现患者麻醉已清醒，自述伤口疼痛、咳嗽无力，痰液不易咳出，听诊喉中可闻及痰鸣音。

任务 1：请对入院后的患者进行护理评估，提出主要的护理问题，制定有针对性的护理措施，并评估护理措施的有效性。

任务 2：请在车祸现场对李某进行右下肢固定。

任务 3：请对李某进行超声波雾化吸入。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室；(4) 模拟车祸现场	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 多功能护理人 (4) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(5) 电源插头	
用物	超声雾化吸入用物：(1) 超声波雾化吸入器一套；(2) 水温计；(3) 弯盘；(4) 冷蒸馏水；(5) 无菌方盘（内放已抽好药液的注射器）(6) 纱布或纸巾；(7) 一次性治疗巾；(8) 手电筒；(9) 手消毒剂；(10) 笔；(11) 病历本及治疗卡；(12) 治疗车；(13) 锐器盒、医疗垃圾桶和生活垃圾桶 固定术操作作用物： (1) 夹板（长、短夹板各一）；(2) 无菌手套；(3) 三角巾、绷带；(4) 敷料；(5) 护理记录单、笔；(6) 手消毒剂	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟；

任务 2：四肢固定术：15 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：超声波雾化吸入：18 分钟（其中用物准备 9 分钟，操作 9 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 健康史：车祸致右下肢损伤急诊入院

(2) 身体状况：T36.4℃，P96次/min，R22次/min，BP130/85mmHg。

(3) 辅助检查：X线检查示右下肢胫腓骨骨折。

2. 护理问题：

(1) 急性疼痛 与肌肉骨骼损伤有关。

(2) 清理呼吸道无效 与患者咳嗽无力、痰液粘稠，不能有效排出分泌物有

关。

(3) 有感染的危险 与皮肤受损、骨折及内固定术有关。

3. 护理目标:

- (1) 患者疼痛逐渐缓解或者消失。
- (2) 患者呼吸道通畅, 痰液易于咳出。
- (3) 患者感染得到控制或无感染发生。

4. 护理措施:

(1) 急性疼痛的护理

1) 一般护理

①休息与体位 患者处于安静、整洁、温湿度适宜的病室, 抬高床头 $15^{\circ} - 30^{\circ}$ 的斜坡位。

②建立规律的生活习惯 定时进餐, 并根据患者的口味适当调整饮食, 尽可能在患者喜欢的基础上调整营养结构, 保证营养的供给。

③加强营养 给予高蛋白、高热量、高钙、高铁、高维生素饮食, 以供给足够营养。适当增加膳食纤维的摄入, 多喝水, 防止便秘及肾结石的发生。避免进食牛奶、糖等易产气的食物。

④给予患者生活上的照顾, 满足患者基本的生活需要, 协助其生活起居、饮食、卫生等。保持室内环境卫生、清洁, 以增加患者舒适感。

2) 病情观察: 严密监测患者意识、瞳孔变化, 生命体征、肢体活动和情况。

3) 减轻疼痛①受伤 24 小时内局部冷敷, 使血管收缩, 减少血液和淋巴液渗出, 减轻水肿及疼痛;②24 小时后局部热敷可减轻肌肉的痉挛及关节、骨骼的疼痛, 促进渗出液回吸收;③受伤肢体应固定, 并将患肢抬高, 以减轻肿胀引起的疼痛;④疼痛原因明确时, 可根据医嘱使用止痛药;⑤执行护理操作时动作要轻柔、准确, 避免粗暴剧烈, 如移动患者时, 应先取得患者配合, 在移动过程中, 对损伤部位重点扶托保护, 缓慢移至舒适体位, 争取一次性完成, 以免引起和加重患者疼痛。

(2) 清理呼吸道无效患者的护理

及时清除气道分泌物, 遵医嘱进行雾化吸入, 必要时遵医嘱吸痰。吸痰时, 动作轻柔迅速, 严格无菌操作, 吸痰前后给予患者高流量吸氧, 吸痰过程中密切观察患者的病情, 生命体征、血氧饱和度等。

5. 护理效果评价:

- (1) 患者疼痛缓解或减轻。
- (2) 患者痰液易于排出，呼吸道通畅，未发生缺氧征象。
- (3) 患者未发生感染或发生时得到及时处理。

任务2：见模块三 成人护理 表5 C-5 四肢固定术 评分标准

任务3：见模块二 儿童护理 表5 E-5雾化吸入 评分标准

C-3-23 胆石症患者的护理

一、任务描述

李某，女，40岁，1天前进食油腻食物后，突发上腹部持续性疼痛，伴阵发性加剧，向右肩背部放射，既往有右上腹疼痛发作史。查体：体温 39℃，脉搏 96 次/分，血压 90/60mmHg。右上腹压痛、反跳痛、肌紧张，墨菲氏征（+）。白细胞 20 ×10⁹/L，中性 95%。B超提示胆管扩张，胆囊内有强回声光团。诊断为急性胆囊炎（结石性）、胆管炎。行胆囊切除及胆总管探查术，术后“T”管引流。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：手术后请你为患者进行“T”管引流护理。

任务3：请你为患者进行青霉素药物过敏试验。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1)床单位；(2)志愿者(主考学校随机指定)；(3)治疗车、治疗盘；(4)医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(5)屏风或布帘；(6)“T”管引流模型	
用物	<p>“T”管引流护理用物：(1)无菌引流袋；(2)治疗巾；(3)棉签；(4)碘伏；(5)清洁手套；(6)弯盘；(7)血管钳；(8)治疗卡；(9)病历本；(10)标签；(11)手消毒剂；(12)笔。(13)治疗车、治疗盘；(14)医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(15)屏风或床帘。</p> <p>青霉素药物过敏试验用物：(1)过敏药物专用注射盘；(2)无菌纱布；(3)皮肤消毒剂；(4)弯盘；(5)试验药物和生理盐水注射液；(6)砂轮和启瓶器；(7)注射卡、无菌棉签、标签纸和笔；(8)1ml注射器和5ml注射器；(9)急救盒(内备0.1%盐酸肾上腺素、地塞米松、砂轮和注射器)；(10)吸痰管、氧气导管、氧气及吸引装置(口述)；(11)手消毒剂；(12)病历本及护理记录单(按需准备)</p>	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1: 案例分析 30 分钟。

任务 2: “T”管引流护理: 20 分钟(其中用物准备 10 分钟,操作 10 分钟)。

任务 3: 青霉素药物过敏试验: 30 分钟(其中用物准备 10 分钟,操作 20 分钟)。

(3) 评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 既往有右上腹疼痛发作史。突发上腹部持续性疼痛,伴阵发性加剧,向右肩背部放射,查体: 体温 39℃,脉搏 96 次/分,血压 90/60mmHg。右上腹压痛、反跳痛、肌紧张,墨菲氏征(+)

(2) 辅助检查: 白细胞 $20 \times 10^9/L$,中性 95%。B 超提示胆管扩张,胆囊壁增厚,胆囊内有强回声光团。

2. 护理诊断:

(1) 疼痛 与术后伤口疼痛有关

(2) 体温过高 与急性胆囊炎、胆道感染有关。

(3) 潜在并发症: 感染、出血、胆漏等。

3. 护理计划 :

(1) 腹痛减轻或消失。

(2) 体温恢复正常。

(3) 未发生并发症。

4. 护理措施:

(1) 疼痛护理:

1) 观察疼痛的性质、程度、持续时间等。

2) 卧床休息,取舒适卧位(血压正常取半坐卧位)以缓解疼痛。

3) 禁饮禁食,胃肠减压。

4) 必要时遵医嘱予解痉止痛药物。

(2) 体温过高的护理:

1) 严密监测体温变化。

2) 降温: 根据体温升高的程度,采用温水擦浴、冰敷等物理降温方法,必要时使用药物降温。

3) 控制感染: 遵医嘱合理使用抗生素。

(3) 预防并发症的护理

1) 感染：观察患者的体温、腹部体征等，遵医嘱合理使用抗生素。

2) 术后出血的观察：观察引流液的量、色及性状等，如有异常，应立即联系医生，并配合抢救。

3) 胆漏：注意观察腹腔引流管是否有胆汁引出或出现发热、腹痛、黄疸等状况立即联系医生并协助处理。

5. 护理评价：

(1) 病人疼痛减轻。

(2) 病人体温恢复正常。

(3) 病人未发生并发症。

任务 2：见模块三 表 11 C-11 “T”管引流护理 评分标准

任务 3：见模块三 表 24 C-24 青霉素药物过敏试验 评分标准

C-3-24 乳腺癌患者的护理

一、任务描述

高**，女，45 岁。3 个月前无意中发现左侧乳房有一小指头大小的无痛性肿块，近 1 个月来肿块逐渐增大，甚为忧虑，故来院就诊。门诊拟“左乳腺肿物”收住入院。体格检查：左侧乳房外上象限可见局限性凹陷，双侧乳头不对称，左侧乳头略向下凹陷（为近期出现），无疼痛和乳头溢液。左侧乳房可扪及 1 个 3cm×2cm 大小的肿块，质地较硬，边界欠清楚，表面不光滑，活动度尚可，与胸肌无粘连；左侧腋窝可触及 2 个 1.5cm×1.5cm 肿大的淋巴结，活动良好，无粘连。发病以来，患者体重下降 2kg。临床诊断为乳腺癌。医嘱要求完善术前准备，拟第三日行乳腺癌改良根治术。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请为高女士术前留置导尿；

任务 3：请为高女士留置导尿进行一次膀胱冲洗。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室；(4) 模拟手术间	

类型	基本实施条件	备注
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶；(4) 屏风；(5) 器械台车；(6) 多功能护理人	
用物	<p>留置导尿用物：(1) 无菌导尿包(内装止血钳 2 把、弯盘、治疗碗、一个小药杯内置棉球数个、一个空小药杯、石蜡油棉球瓶、纱布数块、孔巾 1 块)；(2) 留置导尿管 1 根；(3) 集尿袋 1 个；(4) 无菌手套 2 副；(5) 皮肤消毒液；(6) 会阴消毒包(内装治疗碗、弯盘、止血钳 1 把、棉球数个)；(7) 无菌持物钳及筒；(8) 生理盐水及注射器；(9) 一次性垫巾；(10) 大浴巾；(11) 便盆及便盆巾（按需准备）；(12) 病历本及护理记录单（按需准备）；(13) 尿管标识贴；(14) 手消毒剂；(15) 锐器盒、生活垃圾桶、医用垃圾桶</p> <p>膀胱冲洗用物：(1) 治疗盘；(2) 无菌膀胱冲洗装置；(3) 冲洗液；(4) 一次性无菌治疗巾；(5) 一次性无菌引流袋 1 个；(6) 清洁手套；(7) 血管钳 1 把；(8) 弯盘 1 个；(9) 棉签；(10) 络合碘；(11) 膀胱冲洗标签；(12) 生活、医疗垃圾桶 (13) 手消毒剂；(14) 病历 (15) 治疗卡；(16) 笔；(17) 标签贴；(18) 输液架</p>	工作服、帽子、口罩、挂表、洗手衣裤由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：留置导尿术：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

任务 3：膀胱冲洗：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

(3) 评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：左侧乳房外上象限可见局限性凹陷，双侧乳头不对称，左侧乳头略向下凹陷（为近期出现），无疼痛和乳头溢液。左侧乳房可扪及 1 个 3cm×2cm 大小的肿块，质地较硬，边界欠清楚，表面不光滑，活动度尚可，与胸肌无粘连；左侧腋窝可触及 2 个 1.5cm×1.5cm 肿大的淋巴结，活动良好，无粘连。发病以来，患者体重下降 2kg。

(2) 心理状况：患者“甚为忧虑”。

2. 护理诊断：

(1) 焦虑/恐惧 与对癌症的恐惧、担心预后与术后乳房缺失、死亡的威胁等有关

(2) 知识缺乏 缺乏术前配合、乳房自查等知识

(3) 自我形象紊乱 与左侧乳房局限性凹陷等外观改变有关

3. 护理计划:

- (1) 患者焦虑减轻, 情绪稳定, 积极配合治疗;
- (2) 患者能表述术前配合、乳房自查的相关知识;
- (3) 患者能够积极面对自我形象的变化。

4. 护理措施:

(1) 焦虑的护理:

1) 了解和关心患者, 鼓励患者表达对疾病和手术的顾虑与担心, 有针对性地进行心理护理。

2) 请曾接受过类似手术且已痊愈者现身说法, 帮助患者渡过心理调适期。

(2) 健康指导:

1) 向患者和家属解释手术的必要性和重要性, 告知术前准备的配合要点;

2) 乳房自查知识: ①自查时间: 每月一次, 最好选在每次月经周期的第 7-10 天或月经结束后 2~3 天。②自查方法: a. 视诊: 站在镜前取各种姿势(两臂放松垂于身体两侧、向前弯腰或双手上举置于头后), 观察双侧乳房的大小和外形是否对称; 有无局限性隆起、凹陷或皮肤橘皮样改变; 有无乳头回缩或抬高等。b. 触诊: 平卧或侧卧, 肩下垫软薄枕或将手臂置于头下进行触诊。一侧手的示指、中指和无名指并拢, 用指腹在对侧乳房上进行环形触摸, 要有一定的压力。从乳房外上象限开始检查, 依次为外上、外下、内下、内上象限, 然后检查乳头、乳晕, 最后检查腋窝有无肿块, 乳头有无溢液。若发现肿块和乳头溢液, 及时到医院做进一步检查。

(3) 自我形象紊乱的护理

1) 告诉患者行乳房重建的可能, 鼓励其树立战胜疾病的信心。

2) 对已婚患者, 应同时对其丈夫进行心理辅导, 使之逐渐接受妻子手术后身体形象的改变, 鼓励夫妻双方坦诚相待, 取得丈夫的理解、关心和支持。

5. 护理评价:

- (1) 患者情绪逐渐稳定, 积极配合治疗;
- (2) 患者能正确表述术前配合、健侧乳房自查等相关知识;
- (3) 患者能接受乳房外形改变。

任务 2: 见模块一 表 7 M-7 留置导尿 评分标准

任务 3: 见模块三 表 12 C-12 膀胱冲洗 评分标准

C-3-25 阑尾炎患者的护理

一、任务描述

张某，男，30岁，因突发转移性右下腹痛伴恶心呕吐4小时入院，入院后完善相关检查B超检查提示坏疽性阑尾炎，急诊行阑尾切除术，手术顺利。今术后第3天，查体：T：38.9℃，P：86次/分，R：20次/分，BP 120/75mmHg。腹腔引流管拔出，肛门已排气、排便，改清流质为低脂半流质饮食。患者主诉切口红肿疼痛。患者神情紧张，担心切口愈合不良影响今后的生活及工作。临床诊断：急性阑尾炎术后。

任务一：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务二：请执行无菌技术操作。

任务三：请你对患者进行青霉素药物过敏试验。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、	
用物	无菌技术操作作用物： (1) 无菌持物钳及筒；(2) 无菌敷料缸（内备纱布数块）；(3) 无菌巾包（2块无菌巾）；(4) 无菌治疗碗包；(5) 有盖方盒（内盛血管钳）；(6) 无菌棉签；(7) 消毒液；(8) 无菌溶液；(9) 无菌手套；(10) 清洁治疗盘；(11) 弯盘；(12) 标签纸、笔 青霉素药物过敏试验用物： (1) 过敏药物专用注射盘；(2) 无菌纱布；(3) 皮肤消毒剂；(4) 弯盘；(5) 试验药物和生理盐水注射液；(6) 砂轮和启瓶器；(7) 注射卡、无菌棉签、标签纸和笔；(8) 1ml注射器和5ml注射器；(9) 急救盒（内备0.1%盐酸肾上腺素、地塞米松、砂轮和注射器）；(10) 吸痰管、氧气导管、氧气及吸引装置（口述）；(11) 手消毒剂；(12) 病历本及护理记录单（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：无菌技术操作：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

任务3：青霉素药物过敏试验：30分钟（其中用物准备10分钟，操作20分钟）。

四、评分标准

任务1：

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 阑尾炎术后 3 天, T: 38.9℃, P: 86 次/分, R: 20 次/分, BP 120/75mmHg。腹腔引流管拔出, 肛门已排气、排便, 改清流质为低脂半流质饮食。患者切口红肿疼痛, 挤压后发现切口内有少许脓液溢出。

(2) 心理社会状况: 患者神情紧张, 担心切口愈合不良影响今后的生活及工作。

2. 护理诊断:

(1) 疼痛 与切口感染有关。

(2) 体温过高 与切口感染有关。

(3) 焦虑 与缺乏疾病相关知识及担心切口影响生活、工作有关

3. 护理计划:

(1) 患者切口疼痛减轻或缓解。

(2) 患者体温恢复正常。

(3) 患者情绪稳定, 焦虑减轻能够配合治疗。

4. 护理措施:

(1) 疼痛的护理

1) 遵医嘱予以切口护理, 保持切口敷料清洁、干燥, 及时更换被渗血渗液污染的敷料。

2) 遵医嘱应用有效抗生素, 以有效控制感染, 减轻疼痛。

3) 采取合适的体位以缓解疼痛。嘱患者活动时注意保护切口, 动作幅度不宜过大。

4) 合理饮食, 促进切口愈合。

5) 采取听音乐等放松技术转移患者注意力, 必要时遵医嘱给予止痛药;

(2) 体温过高的护理

1) 密切观察记录患者体温的变化情况。

2) 遵医嘱与予物理降温, 必要时予药物应用, 并注意观察记录。

3) 卧床休息, 吸氧。遵医嘱合理补液, 防止体温骤降引起虚脱。

4) 保证营养的摄入。宜清淡、易消化、高能量、富含维生素的流质或半流质饮食。

5) 保持床单位清洁, 擦洗、更衣、换床单时避免着凉。

(3) 焦虑的护理

- 1) 评估患者焦虑的程度及原因，鼓励患者表达内心感受，满足患者合理需要。
- 2) 向患者讲解疾病的相关知识及术后康复知识，增强患者积极配合治疗的信心。
- 3) 给患者提供舒适安静的环境，关心患者，告诉其正确的自我调节方法。
- 4) 鼓励家属多关心及支持患者，以缓解其焦虑心情。

5. 护理评价：

- (1) 患者切口疼痛减轻或缓解。
- (2) 患者体温恢复正常。
- (3) 患者情绪稳定，焦虑减轻能够配合治疗。

任务 2：见模块三 表 22 C-22 无菌技术操作 评分标准

任务 3：见模块三 表 24 C-24 青霉素药物过敏试验 评分标准

C-3-26 外伤患者腕关节包扎的护理

一、任务描述

张某某，男性，36 岁，因右腕部疼痛伴活动受限 1 小时急诊入院。患者 1 小时前洗澡时不慎摔倒，右腕部着地，当即出现右腕部疼痛伴活动受限。体格检查：患者痛苦表情，右腕部肿胀、淤青，活动受限。辅助检查：X 线右腕部未见骨折影像。诊断：右腕部软组织挫伤。医嘱：测量生命体征；右腕部绷带包扎固定。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请为张某测量生命体征。

任务 3：请为张某某执行右腕部绷带包扎。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟小手术室；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 治疗床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 治疗车、治疗盘；(4) 医疗垃圾桶、生活垃圾桶；(5) 屏风	
用物	四肢绷带包扎用物： (1) 弹力绷带卷；(2) 剪刀；(3) 纱布；(4) 胶布；(5) 医嘱单；(6) 治疗单；(7) 笔；(8) 手消毒剂。 生命体征测量用物： (1) 治疗盘内备清洁干燥的容器放已消毒的体温计（水银柱甩至 35℃以下）；(2) 盛有消毒液的容器；(3) 电子	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备

	血压计；（4）听诊器（按需准备）；（5）表（有秒针）；（6）弯盘；（7）记录本和笔；（8）手消毒剂；（9）一次性袖带垫巾	
测评专家	每 10 名学生配备一名测评专家，测评专家要求具备中级以上职称	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：生命体征测量：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：绷带包扎：15 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

（1）身体状况：右腕部肿胀、淤青，活动受限。

（2）辅助检查：X 线右腕部未见骨折影像。

2. 护理问题：

（1）疼痛 与右腕部损伤有关。

（2）有周围血管或神经功能障碍的危险 与损伤及固定有关。

（3）知识缺乏：缺乏损伤后肢体活动及功能锻炼的相关知识。

3. 护理目标：

（1）患者自述疼痛逐渐缓解或消失。

（2）患者未发生相关并发症。

（3）患者能说出伤后肢体活动及功能锻炼的相关要求。

4. 护理措施：

（1）疼痛护理：

①遵医嘱给予局部关节绷带包扎外固定；

②维持受伤关节的功能位，抬高伤肢、暂制动；

③疼痛剧烈时，遵医嘱给予药物止痛；

④受伤局部早期可冷敷，12 小时后可热敷。

（2）有周围血管或神经功能障碍危险的护理：

①维持受伤关节的功能位；

②观察患肢血运、感觉和运动，发现异常及时通知医生并协助处理。

(3) 知识缺乏的护理：评估患者及家属缺乏的相关知识并给与肢体活动及功能锻炼的相关知识指导。

5. 护理评价：

- (1) 患者疼痛逐渐缓解。
- (2) 患者未发生相关并发症。
- (3) 患者能说出肢体活动及功能锻炼的相关要求。

任务 2：见模块三 表 20 C-20 生命体征测量（成人）评分标准

任务 3：见模块三 表 19 C-19 四肢绷带包扎 评分标准

模块四 老年护理

L-4-1 老年高血压患者的护理

一、任务描述

余**，男，62 岁。高血压病史 10 余年，吸烟史 20 余年，身体肥胖，间断服降压药，血压波动 170-140/100-90mmHg，半个月来工作劳累，近日剧烈头痛，头晕，血压 190/110mmHg，家属遂急诊送入院。入院诊断：高血压病。遵医嘱静脉滴注硝苯地平 10mg Tid，卡托普利(国产)25 mg Tid。经过 7 天治疗，症状消失，血压为 130/90mmHg。

任务 1：请对余某进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请协助余某口服降压药。

任务 3：请为余某进行氧气吸入。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(4) 屏风	
用物	<p>口服给药用物： (1) 服药本；(2) 药车或药盘；(3) 小药卡；(4) 药杯；(5) 药匙（按需准备）；(6) 量杯（按需准备）；(7) 滴管（按需准备）；(8) 研钵（按需准备）；(9) 湿纱布（按需准备）；(10) 治疗巾；(11) 水壶内备温开水；(12) 盛小药杯的小桶；(13) 一次性水杯（按需准备）</p> <p>氧气吸入用物： (1) 氧气筒；(2) 氧气表；(3) 湿化瓶（内盛蒸馏水或冷开水或 20%~30%乙醇 1/3~1/2 满）；(4) 通气管；(5) 一次性双腔鼻导管；(6) 无菌纱布；(7) 小药杯盛冷开水；(8) 棉签；(9) 笔；</p>	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备

类型	基本实施条件	备注
	(10) 弯盘；(11) 扳手；(12) 输氧卡；(12) 手消毒剂；(14) 手电筒； (16) 病历本及护理记录本（按需准备）	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：口服给药：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：老年人跌倒的预防：20 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：患者有高血压病史 10 余年、吸烟史 20 余年，身体肥胖；间断服降压药，半个月来工作过度劳累，近日剧烈头痛，头晕，血压 190/110mmHg。

2. 护理诊断：

- (1) 疼痛：头痛 与血压升高有关。
- (2) 有受伤的危险 与头晕有关。
- (3) 知识缺乏：缺乏高血压的危害和自我保健知识。

3. 护理计划：

- (1) 患者血压平稳，头痛减轻。
- (2) 患者无跌倒发生。
- (3) 患者保健意识增强，能坚持合理用药。

4. 护理措施：

(1) 一般护理：住院期间卧床休息，减少活动量，做好病人翻身活动；保持病房安静，做到“四轻”；合理膳食，适当补充蛋白质，多吃蔬菜，减少钠盐摄入，减少脂肪摄入。

(2) 病情观察：评估患者头痛程度、持续时间、是否伴有眼花、耳鸣等症状。观察患者血压改变，每天监测血压，预防高血压急症等并发症的发生。

(3) 用药护理：遵医嘱用药，降低血压。观察硝苯地平有无血压快速下降、心跳加速、面红等，观察卡托普利有无咳嗽发生。告知用药依从性的重要性，坚持规律服药。

(4) 心理护理：告知患者头痛发生的原因，减轻患者的心理负担，缓解焦虑、紧张心情。

5. 护理评价：

(1) 患者血压是否控制在适宜的范围内，头痛是否减轻。

(2) 患者有无跌倒发生。

(3) 患者保健意识是否增强，能否坚持合理用药。

任务2：见模块三 表21 C-21 口服给药 评分标准

任务3：见模块四 表8 L-8 氧气吸入 评分标准

L-4-2 帕金森患者的护理

一、任务描述

陈**，男，65岁，动作缓慢，右侧肢体不自主震颤、僵硬5年，累及左侧3年，门诊以“帕金森病”收入院。患者5年前无明显诱因出现右上肢远端不自主震颤，以安静状态下明显，紧张激动时加重，平静放松后减轻，睡后消失；伴右下肢体活动不灵活、僵硬。症状逐渐加重，波及左侧肢体。无站立头晕、吞咽困难、饮水呛咳、大小便失禁、平衡障碍。口服美多巴可减轻上述症状，药效逐新减退，药量逐新增加，药物峰期可出现肢体不自主扭动表现，现口服美多巴 250mg tid，一天之中上述症状波动明显。查体：生命体征平稳，认知功能正常，面部表情少，少言寡语。因病情影响，老人近期食欲较差。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请为陈某进行口服给药。

任务3：请协助陈某助行器使用。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(4) 屏风	
用物	口服给药用物： (1) 服药本；(2) 药车或药盘；(3) 小药卡；(4) 药杯；(5) 药匙（按需准备）；(6) 量杯（按需准备）；(7) 滴管（按需准备）；(8) 研钵（按需准备）；(9) 湿纱布（按需准备）；(10) 治疗巾；(11) 水壶内备温开水；(12) 盛小药杯的小桶；(13) 一次性水杯（按需准备）	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备

类型	基本实施条件	备注
	助行器使用用物：（1）腋杖（2）护腰带（3）防滑垫（4）防滑鞋（5）洗手液（6）记录本（7）签字笔	
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：口服给药：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

任务 3：助行器使用：20 分钟（其中用物准备 5 分钟，操作 15 分钟）。

四、评分标准

任务 1

1. 护理评估：

（1）身体状况：患者动作缓慢，右侧肢体不自主震颤、僵硬5年，累及左侧3年。生命体征平稳，认知功能正常，面部表情少，少言寡语，近期食欲较差。

2. 护理诊断：

（1）躯体活动障碍 与黑质病变、锥体外系功能障碍所致震颤、肌强直、体位不稳、随意运动异常有关

（2）长期自尊低下与震颤、流涎、面肌强直等身体形象改变和言语障碍、生活依赖他人有关

（3）有受伤的危险 与动作缓慢，肢体不自主震颤有关

（4）有皮肤受损的危险 与震颤和不自主运动，患者出汗多，易刺激皮肤有关

3. 护理计划：

（1）患者活动时躯体功能保持稳定，提高生活自理能力。

（2）患者能够调整心态，乐观面对生活。

（3）患者未发生烧伤、烫伤、跌倒等意外。

（4）患者皮肤完好，未发生感染。

4. 护理措施：

（1）一般护理：下肢行动不便、起坐困难者，配备高位坐厕、高脚椅、手杖、床铺护栏、室内或走道扶手等辅助设施；保证床的高度适中；将呼叫器置于床边，生活日用品，如茶杯、毛巾、纸巾、便器、手杖等固定放置于患者伸手可及处，以方便取用。

(2) 饮食护理：给予高热量、高维生素、高纤维素、低盐、低脂、适量优质蛋白的易消化饮食，鼓励患者多食新鲜蔬菜、水果，补充水分，保持大便通畅；高蛋白饮食能降低左旋多巴类药物的疗效，故不宜盲目给予过多蛋白质；槟榔为拟胆碱能食物，能降低抗胆碱能药物的疗效，应避免食用。

(3) 安全护理：①上肢震未能控制、日常生活动作笨拙者，谨防烧伤、烫伤，如避免自行使用液化气炉灶，不自己倒开水；端碗持筷困难者，准备大把手的餐具，选用不易打碎的不锈钢饭碗、水杯和汤勺。②有幻觉、错觉、欣快、抑郁、精神错乱、意识模糊或智能障碍者，应专人陪护，保管好药物，按时服药，每次送药到口。③严格交接班，禁止患者自行使用锐利器械和危险品；智能障碍者，安置在有严密监控的病区，避免发生自伤、坠床、坠楼、走失、伤人等意外。

(4) 皮肤护理：因震颤和自主运动，患者出汗多，易刺激皮肤，有不舒适感，皮肤抵抗力降低，容易导致皮肤破损和继发皮肤感染，应保持皮肤清洁。中晚期患者因运动障碍，卧床时间增多，应勤翻身、勤擦洗，每天 1-2 次，防止局部皮肤受压，改善全身血液循环，预防压疮。

(5) 心理护理：耐心讲解病情及预后，鼓励家属陪伴和帮助，予心理支持，使患者情绪稳定，安心接受治疗。

5. 护理评价：

- (1) 患者活动时躯体功能是否能保持稳定，生活自理能力是否提高。
- (2) 患者能否调整心态，乐观面对生活。
- (3) 患者有无发生烧伤、烫伤、跌倒等意外。
- (4) 患者是否发生了皮肤感染。

任务2：见模块三 表21 C-21 口服给药 评分标准

任务3：见模块四 表4 L-4 助行器使用评分标准

L-4-3 老年痴呆（中后期）患者的护理

一、任务描述

王**，女，73岁，已婚，退休教师。8年前开始出现记忆力下降，经常出门忘记关门，重复买同样的物品。4年前症状逐渐加重，不知道今天是几号，出门找不到回家路，不认识自己的儿女，不会使用筷子、勺子吃饭，回答问题答非所问，写不出完整的句子，家属送来医院就诊。患者既往体健。诊断为阿尔茨海默病，给予

多奈哌齐治疗，MMSE 评分 7 分。近 2 个月来，卧床不起，四肢不能自主活动，大小便失禁。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请对王某进行床上擦浴。

任务 3：请对王某进行饮食照护。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室。	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶；(4) 屏风；(4) 电源插头。	
用物	床上擦浴用物： (1) 按摩膏（或润肤霜）；(2) 温水；(3) 大浴巾；(4) 小方毛巾 2~3 条；(5) 弱酸性浴液（或香皂）；(6) 清洁衣裤；(7) 水桶 2 个（盛热水和污水用）(8) 水温计(9) 热水壶装有热水(10) 脸盆、足盆、会阴盆；(11) 以下用物必要时可选备：便盆、指甲剪、护理记录单 饮食照护用物： (1) 餐桌板(2) 餐盘(3) 毛巾(4) 汤勺(5) 米饭及碗(6) 菜及碗(7) 筷子(8) 水杯内盛温水(9) 吸管(10) 软枕	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：床上擦浴：30 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 20 分钟）。

任务 3：老年人饮食照护：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：患者出现认知障碍、记忆力减退、自理能力缺陷，不知道今天是几号，不认识自己的儿女，卧床不起，四肢不能自主活动。

(2) 辅助检查：MMSE 评分 7 分。

2. 护理诊断：

(1) 自理能力缺陷 与认知行为障碍有关。

(2) 语言沟通障碍 与思维障碍有关。

(3) 躯体移动障碍 与神经、肌肉受损有关。

3. 护理计划:

- (1) 患者的基本生活需求得到满足。
- (2) 患者能够用别的方式表达自己的需求。
- (3) 患者不出现不活动的合并症, 表现为无压疮。

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

- 1) 环境: 创造一个安静、舒适的睡眠环境, 陪伴安慰患者入睡。
- 2) 体位: 保持皮肤干净清洁完整, 定时给予按摩, 每2小时翻身1次。
- 3) 饮食: 协助患者进餐, 给予高营养、易消化的软质食物。
- 4) 卫生: 协助患者个人卫生, 包括洗脸、洗手、刷牙、梳头、洗澡等。定时协助排尿排便, 便后温水清洁皮肤。

(2) 病情观察: 观察患者进食、睡眠、活动、皮肤和大小便情况。

(3) 康复护理:

- 1) 运动康复: 保持肢体良肢位, 协助患者进行肢体的被动和主动运动锻炼, 防止肢体畸形和关节挛缩。
- 2) 智能康复训练: 鼓励患者多回忆过去的生活经历, 对容易忘记的事情设立提醒标志, 以帮助记忆; 进行拼图游戏、计算能力训练等智力锻炼。

(4) 心理护理: 鼓励家人多陪伴老人; 多安慰、支持、鼓励老人; 尊重老人, 对老人说话时要和颜悦色, 回答询问时语速要缓慢; 要有足够耐心态度温和, 体贴周到。

5. 护理评价:

- (1) 患者基本生理需求得到满足。
- (2) 患者能用其他的方式表达自己的需求。
- (3) 患者为无压疮发生。

任务2: 见模块四 表7 L-7床上擦浴 评分标准

任务3: 见模块四 表3 L-3 老年人饮食照护 评分标准

L-4-4 肩周炎老年患者的护理

一、任务描述

王**, 女, 77岁, 退休干部, 平日在家居住。半年前因受风寒后出现右肩部疼

痛不适，右肩关节上举、旋后功能活动受限，呈酸痛，右上下肢放射痛及麻木症状、天气阴冷后疼痛麻木明显，休息后稍减轻，期间至当地社区医院治疗，症状时好时坏，反复发作，无发热寒战，无头痛头晕，无胸闷胸痛，无腹痛腹泻，无恶心呕吐，无尿急尿频尿痛等症状。近期患者感肩关节活动受限，疼痛加重，夜不能寐。

任务 1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务 2：请对王某进行拔罐。

任务 3：请为王某快速血糖测定。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 处置室设有洗手设备、生活垃圾桶、医用垃圾桶、(4) 屏风；(5) 电源插头	
用物	拔罐用物： 玻璃罐；(2) 棉球；(3) 95%酒精；(4) 打火机；(5) 消毒棉球；(6) 软枕或体位垫数个；(7) 记录单；(8) 笔；(9) 手消毒剂；(10) 屏风（必要时备）；(11) 纱布； 快速血糖测定用物： (1) 血糖仪、采血笔及针头、配套试纸；(2) 75%乙醇；(3) 无菌棉签；(4) 弯盘；(5) 医嘱单；(6) 治疗卡；(7) 笔；(8) 手消毒剂；(9) 锐器盒；(10) 医用垃圾桶；(11) 生活垃圾桶	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每 10 名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务 1：案例分析 30 分钟。

任务 2：拔罐：25 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 15 分钟）。

任务 3：快速血糖测定：20 分钟（其中用物准备 10 分钟，操作 10 分钟）。

四、评分标准

任务 1：

1. 护理评估：

身体状况：患者受风寒后会出现右肩部疼痛不适，右肩关节上举、旋后功能活动受限，呈酸痛，右上下肢放射痛及麻木症状、天气阴冷后疼痛麻木明显，近期患者感肩关节活动受限，疼痛加重，夜不能寐。

2. 护理诊断：

(1) 疼痛 与肩关节周围的筋膜发生病变或者损伤有关。

(2) 自理能力缺陷 与关节活动受限有关。

(3) 睡眠形态改变 与疾病引起的疼痛影响睡眠有关。

3. 护理计划:

(1) 患者疼痛逐渐减轻或消失。

(2) 病人能恢复到原来的生活自理水平。

(3) 患者自诉睡眠状态有所改善。

4. 护理措施:

(1) 一般护理:

1) 环境: 提供安静舒适, 温湿度适宜, 调节室温18-20℃, 湿度50%-60%, 治疗护理集中进行, 利于患者休息。

2) 体位: 休息时尽量取侧卧位、健侧卧位或仰卧位, 并不定时改变卧位。

3) 饮食: 应加强营养, 多吃富含钙、磷, 具有补益肝肾, 滋养经脉的食物, 做到合理搭配, 对症进食、饮食有度、防止偏食。

4) 生活: 注意防寒保暖, 协助患者穿衣、梳头、系腰带等。协助患者解除生活中的困难, 鼓励患者主动进行锻炼, 做力所能及的事, 协助其完成日常的洗漱活动, 将日常所需物放置于患者易取处。

(2) 对症护理:

1) 评估患者疼痛的部位、性质、持续时间和缓解方式, 并耐心解释。

2) 告知患者缓解疼痛的方法, 如深呼吸、听音乐、转移注意力等。

3) 缓解疼痛可采用吊带制动的方法, 使肩关节得以充分休息。

4) 配合拔罐、推拿、低、中频脉冲电治疗、红外线照射、中药外洗外敷等治疗方法解除疼痛。

(3) 用药护理: 根据医嘱治疗和观察药物疗效。遵医嘱服用消炎镇痛类药物, 密切观察有无不良反应发生。

(4) 康复护理: 嘱咐患者注意日常活动及休息时肩关节的摆放位置以促进患肩康复, 防止局部软组织的痉挛及挛缩。日常活动时应尽量避免过度劳累及提重物。

(5) 心理护理: 耐心讲解病情及预后, 予心理支持, 使患者情绪稳定, 安心接受治疗。

5. 护理评价:

(1) 患者疼痛减轻。

(2) 病人恢复到原来的生活自理水平。

(3) 患者夜晚能睡6小时，睡眠状态有所改善。

任务2: 见模块四 表5 L-5 拔罐 评分标准

任务3: 见模块三 表15 C-15 快速血糖测定 评分标准

L-4-5 骨质疏松患者的护理

一、任务描述

张某，男，67岁，经常感觉脚底无力，像踩了棉花的感觉，周身疼痛不适，5年前开始驼背，背部成弓形，1月前不慎摔倒，摔倒后不能自己起身，路过行人拨打120送到医院就诊，入院后进行相关检查，影像学检查提示骨质疏松改变；予以改善骨质等对症支持治疗，2周后患者病情有所好转出院。出院后患者希望学会使用助行器辅助行走。临床诊断：骨质疏松。

任务1: 请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2: 请你对患者进行助行器：双腋杖摆至步、摆过步、四点步、三点步、二点步的应用训练。

任务3: 请指导患者进行跌倒的预防。

二、实施条件

类型	基本实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；	
资源	(1) 病床；(2) 志愿者（主考学校随机指定）；(3) 生活垃圾桶、医用垃圾桶、	
用物	助行器使用用物： (1) 腋杖(2) 护腰带(3) 防滑垫(4) 防滑鞋(5) 洗手液(6) 记录本(7) 签字笔 老人跌倒的预防用物： (1) 治疗盘、弯盘；(2) 病历本、记录本；(3) 跌倒评估单、笔；(4) 血压计；(5) 听诊器；(6) 高危跌倒标识牌；(7) 必要时备约束带；(8) 手消毒剂	工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1: 案例分析 30分钟；

任务2: 助行器使用: 30分钟(其中用物准备5分钟,操作25分钟)。

任务3: 老年人跌倒的预防: 18分钟(其中用物准备9分钟,操作9分钟)。

四、评分标准

任务 1:

1. 护理评估:

(1) 身体状况: 经常感觉脚底无力, 像踩了棉花的感觉, 周身疼痛不适, 5年前开始驼背, 背部成弓形, 1月前不慎摔倒, 摔倒后不能自己起身。

(2) 辅助检查: 影像学检查提示骨质疏松改变。

2. 护理诊断:

(1) 有受伤的危险 与骨质疏松导致骨骼脆性增加有关。

(2) 疼痛 骨痛与骨质疏松有关。

(3) 活动无耐力 与日常体力活动不足有关

3. 护理计划:

(1) 患者知晓预防跌倒的措施, 未发生跌倒。

(2) 患者主诉疼痛减轻或消失。

(3) 患者活动能力和耐力逐渐增强。

4. 护理措施:

(1) 生活护理: 适当运动可增加和保持骨量, 户外运动至少1小时/日, 饮食应选择富含钙质及蛋白质的食物, 清淡易消化饮食, 禁烟酒, 避免咖啡及浓茶等。

(2) 指导患者正确服用钙剂及止痛药, 并告知药物的可能出现的不良反应及注意事项。

(3) 预防跌倒: 保持居室环境灯光明暗适宜和地面干燥防滑, 走道通畅, 无障碍物, 告知患者选择合适的裤子并穿防滑鞋。

(3) 心理护理: 解释疾病过程, 减轻患者的心理负担, 缓解焦虑心情。

5. 护理评价:

(1) 患者无跌倒发生。

(2) 中层得疼痛是否减轻。

(3) 活动能力和耐力是否逐渐增强。

任务2: 见模块四 表4 L-4 助行器使用评分标准

任务3: 见模块四 表2 L-2 老年人跌倒的预防评分标准

L-4-6 脑梗塞患者的护理

一、任务描述

患者张某，女，86岁。1周前出现左侧肢体麻木，今日晨起出现左侧口角流涎，左下肢站立不稳，言语不清入院。自诉头痛，头晕，视物模糊，浑身无力。既往有“高血压”、“糖尿病”史30余年。查体：T36.5℃，P96次/分，R24次/分，BP160/100mmHg。身高155cm，体重76Kg。左侧上肢肌力3级，左下肢肌力2级。CT检查：提示基底动脉双侧腔梗。初步诊断：脑梗塞。患者及家属都非常紧张，不知道该如何应对疾病。

任务1：请对患者进行护理评估，提出主要的护理诊断、护理计划，制定有针对性的护理措施，并评价护理措施的有效性。

任务2：请为张某进行床上擦浴。

任务3：请为张某进行饮食照护。

二、实施条件

类型	实施条件	备注
场地	(1) 模拟病房；(2) 模拟治疗室；(3) 处置室	环境符合操作要求
资源	(1) 治疗台；(2) 志愿者（主考学校准备）；(3) PT训练床	设备完好、准备齐全
用物	床上擦浴用物： (1) 按摩膏（或润肤霜）；(2) 温水；(3) 大浴巾；(4) 小方毛巾 2~3条；(5) 弱酸性浴液（或香皂）；(6) 清洁衣裤；(7) 水桶 2个（盛热水和污水用）(8) 水温计(9) 热水壶装有热水(10) 脸盆、足盆、会阴盆；(11) 以下用物必要时可选备：便盆、指甲剪、护理记录单 饮食照护用物： (1) 餐桌板(2) 餐盘(3) 毛巾(4) 汤勺(5) 米饭及碗(6) 菜及碗(7) 筷子(8) 水杯内盛温水(9) 吸管(10) 软枕	操作者工作服、帽子、口罩、挂表由主考学校准备
测评专家	每10名学生配备一名考评员，考评员要求具备中级以上职称。	

三、考核时量

任务1：案例分析 30分钟。

任务2：床上擦浴：30分钟（其中用物准备10分钟，操作20分钟）。

任务3：老年人饮食照护：20分钟（其中用物准备10分钟，操作10分钟）。

四、评分标准

任务1：

1. 护理评估：

(1) 身体状况：患者1周前出现左侧肢体麻木，今日晨起出现左侧口角流涎，左下肢站立不稳，言语不清入院。自诉头痛，头晕，视物模糊，浑身无力，BP160/100mmHg，左侧上肢肌力3级，左下肢肌力2级。

(2) 辅助检查：CT检查：提示基底动脉双侧腔梗。

2. 护理诊断：

(1) 躯体移动障碍 与肢体麻木、偏瘫或平衡能力降低有关

(2) 语言沟通障碍 与大脑语言中枢功能受损有关

(3) 吞咽障碍 与意识障碍或延髓麻痹有关

(4) 焦虑 与突发症状、机体功能障碍有关

3. 护理计划：

(1) 日常生活自理能力逐渐恢复。

(2) 能采取有效沟通方式表达自己的需要和情感。

(3) 吞咽障碍逐渐缓解。

(4) 保持乐观情绪，配合治疗和护理。

4. 护理措施：

(1) 一般护理：

1) 环境：安静舒适，温湿度适宜，调节室温18-20℃，湿度50%-60%。

2) 体位：取平卧位，头部禁用冷敷，以免脑血管收缩导致血流缓慢，而使脑血流量减少。

3) 饮食：为患者提供低盐、低脂、低胆固醇、丰富维生素及足量纤维素的无刺激性饮食，防止误吸发生。

(2) 病情观察：密切观察生命体征、意识状态和瞳孔变化，及时发现有无脑梗死加重及头痛、呕吐等颅内压增高的征象，发现异常应及时与医生联系并配合处理。

(3) 对症护理：鼓励患者进行长期被动和主动锻炼，应先在床上练习，能下床后再逐渐增加活动，同时注意练习手部精细动作。通过康复训练促进神经功能的恢复，从而提高生活质量和工作能力，最终重返家庭和社会。

(4) 用药护理：遵医嘱正确使用溶栓、抗凝药物，严格注意药物剂量，检查凝血功能，观察生命体征变化及有无全身皮肤黏膜出血或内脏出血，尤其要警惕颅内出血。

(5) 心理护理：向患者解释病情，帮助患者正视现实，说明积极配合治疗和护

理有助于病情恢复和改善预后。

5. 护理评价：

- (1) 日常生活自理能力是否逐渐恢复。
- (2) 是否能采取有效沟通方式表达自己的需要和情感。
- (3) 吞咽障碍是否逐渐缓解。
- (4) 情绪是否稳定，能否配合治疗。

任务2：见模块四 表7 L-7 床上擦浴 评分标准

任务3：见模块四 表3 L-3 老年人饮食照护 评分标准

(二) 评分标准

模块一 母婴护理技能项目评分标准

表 1 M-1 案例评估与分析评分标准

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
护理方案	护理评估 (10分)	准确性	列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估	10			
	护理诊断 (20分)	准确性	列出 2-5 个护理诊断	20			
	护理计划 (10分)	规范性	描述规范	5			
		针对性	目标有针对性	5			
	护理措施 (50分)	科学性	护理措施科学合理	20			
		针对性	能在分析案例的基础上提出有针对性的措施，措施有效，能达到预期目标	30			
护理评价 (10分)	有效性	解决了护理问题，护理目标有效达成	10				

表 2 M-2 四步触诊评分标准

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
操作评估 <20分>	孕(产)妇 <8分>	1. 核对孕(产)妇信息，了解妊娠情况、心理状态、合作程度		3			
		2. 向孕(产)妇解释检查目的和配合方法		3			

考核内容	考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注	
	3.嘱孕(产)妇排空膀胱	2				
环境 <3分>	符合产前检查室要求	3				
操作者 <5分>	1.着装整洁	2				
	2.修剪指甲,七步洗手法洗手	3				
用物 <4分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分,最多扣2分);逐一 对用物进行检查,质量符合要求	4				
操作 实施 (60分)	测量宫高 和腹围 <12分>	1.拉上布帘或屏风遮挡	2			
		2.协助孕(产)妇于平卧位,头部稍垫高,双腿略屈曲 稍分开,暴露腹部	2			
		3.测量宫高(耻骨联合上缘中点到子宫底的距离) ,读数准确	3			
		4.测量腹围(绕腹部最高点测量腹周径),读数准确	3			
		5.判断宫高、腹围是否与孕周相符(口述)	2			
	第一步 手法 <8分>	1.双手置子宫底部,了解子宫外形并测得宫底高度,然 后以两手指腹相对轻推,判断宫底部的胎儿部分,检查 方法正确,动作轻柔	6			
		2.子宫底部胎儿部分判断正确	2			
	第二步 手法 <10分>	1.左右手分别置于腹部左右侧,一手固定,另一手轻轻 深按检查,两手交替,分辨胎背及胎儿四肢的位置。检 查方法正确,动作轻柔	6			
		2.胎背与肢体位置判断正确	4			
	第三步 手法 <10分>	1.右手拇指与其余4指分开,置于耻骨联合上方握住胎 先露部,进一步查清是胎头或胎臀,左右推动以确定是 否衔接。检查方法正确,动作轻柔	6			
		2.胎先露部位及衔接情况判断正确	4			
	第四步 手法 <10分>	1.左右手分别置于胎先露部的两侧,向骨盆入口方向向 下深按,再次核对胎先露部的诊断是否正确,并确定胎 先露部入盆的程度。检查方法正确,动作轻柔	6			
		2.核实胎先露部位,判定胎先露部入盆程度正确	4			
	操作后 处理 <10分>	1.协助孕(产)妇穿好衣裤后缓慢坐起,询问感受	3			
		2.整理用物	2			
		3.消毒双手	1			
		4.告知检查结果并记录,健康指导正确,预约下次检 查时间	4			
	操作评价 <20分>	1.语言亲切,沟通有效,孕(产)妇合作,健康指导合 适	4			
		2.态度和蔼,关心体贴,注意隐私保护	4			
		3.仪表举止大方得体,关爱患者,体现整体护理理念	4			
4.操作规范,动作熟练		4				
5.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣满4 分为止		4				
总分		100				

表3 M-3 会阴擦洗评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作评估 <20分>	患者 <10分>	1. 核对患者信息	1			
		2. 告知会阴擦洗的目的，解释并取得合作，确认无碘剂过敏	3			
		3. 嘱患者排空膀胱	3			
		4. 评估患者会阴情况：会阴有无红肿，有无留置尿管；分泌物有无异味	3			
	环境 <2分>	现场环境符合操作要求	2			
	操作者 <3分>	着装整洁	3			
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；逐一对照用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
操作实施 (60分)	会阴擦洗 <50分>	1. 协助患者脱去对侧裤脚盖在近侧腿部，对侧腿用盖被遮盖，充分暴露外阴部	5			
		2. 协助患者取屈膝仰卧位，双膝屈曲向外分开，暴露外阴，屏风遮挡	5			
		3. 臀下垫一次性无菌会阴垫	5			
		4. 打开无菌包，将消毒棉球放置弯盘内，倒入碘伏溶液	5			
		5. 将会阴擦洗盘放置床边，戴一次性手套，将一个消毒弯盘置于患者会阴部	5			
		6. 用一把无菌镊子或卵圆钳夹取干净的药液棉球，再用另一把镊子或卵圆钳夹住棉球进行擦洗	5			
		7. 第1遍要求由外向内、自上而下、先对侧后近侧，按照阴阜→大腿内侧上1/3→大阴唇→小阴唇→会阴及肛门的顺序擦洗	7			
		8. 第2遍要求由内向外、自上而下、先对侧后近侧，按照小阴唇→大阴唇→阴阜→大腿内侧上1/3→会阴、肛周，每擦洗一个部位更换一个棉球	7			
		9. 第3遍顺序同第2遍（口述）	6			
	操作后处理 <10分>	1. 撤去用物，协助患者穿好裤子，取舒适体位，整理床单位	4			
	2. 整理用物	3				
	3. 消毒双手	3				
操作评价 <20分>	1. 操作规范，动作熟练	5				
	2. 态度和蔼，关心体贴，注意隐私保护	5				
	3. 语言亲切，沟通有效，患者合作，健康教育合适	5				
	4. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5				
总分			100			

表4 M-4 暖箱的使用评分标准

考核内容	考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
------	----------	----	----	----	----

操作评估 <15分>	患儿 <6分>	1.评估患儿的诊断、胎龄、日龄、体重及身体状况	3			
		2.穿单衣,裹尿布	3			
	环境 <3分>	无阳光直射或风吹,避免靠近火炉或者暖气	3			
	操作者 <3分>	穿戴整齐,修剪指甲,洗手,戴口罩	3			
	用物 <3分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分,最多扣2分);逐一对用物进行检查,质量符合要求;按操作先后顺序放置	3			
操作实施 (65分)	入箱前准备 <20分>	1.检查暖箱的性能是否完好,做好消毒工作	4			
		2.将适量的蒸馏水加入水槽内至水位指示线	4			
		3.铺好箱内婴儿床的棉垫、床单(出生体重低于1000g的早产儿,箱内一切用物均需经过高压消毒)	4			
		4.根据患儿的日龄、体重将暖箱调温至所需温度预热,湿度设定正确	4			
		5.给患儿清洁皮肤,穿单衣、裹好尿布放于箱内	4			
	入箱护理 <13分>	1.密切观察患儿面色、呼吸、心率、体温变化,记录体温和箱温	3			
		2.各种操作集中进行尽量少开箱门以免箱内温度波动	5			
		3.接触患儿前必须洗手,每日清洁暖箱,更换水槽中蒸馏水,每周更换暖箱,以便清洁,并用紫外线照射消毒	5			
	出箱后护理 <17分>	1.检查患儿全身情况,根据室温给患儿穿上适宜的衣服	5			
		2.患儿出暖箱后应密切注意体温、体重及吸奶等情况	5			
		3.口述出箱后暖箱消毒方法正确	5			
		4.洗手记录,整理用物	2			
	出暖箱条件 <15分>	1.体重达2000g左右或以上,体温正常者	5			
		2.室温24-26℃时,患儿能保持正常体温	5			
		3.患儿在暖箱内生活1个月以上,体重虽然不到2000g,但一般情况良好	5			
操作评价 <20分>	1.准备齐全、有序、合理	6				
	2.患儿安全,无损伤	6				
	3.操作规范、动作轻巧、准确、安全,能掌握相关理论	8				
总分			100			

表5 M-5 新生儿沐浴(盆浴)评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作评估	新生儿 <4分>	1.核对新生儿基本信息,评估新生儿皮肤、喂奶时间和睡眠情况等	2			

<20分>		2. 向家长解释沐浴的目的、时间和注意事项	2			
	环境 <2分>	明亮、清洁、安静，室温调至26~28℃；操作前半小时湿式清洁治疗车和操作台	2			
	操作者 <4分>	1. 着装整齐	2			
		2. 指甲已修剪，口述洗手方法正确	2			
用物 <10分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，扣完10分为止）；逐一用物进行评估，质量符合要求；按操作先后顺序放置	10				
操作 实施 (60分)	沐浴前 准备 <12分>	1. 系好围裙，调试水温，在盆底垫大毛巾	2			
		2. 将新生儿抱至散包台，解开包被，再次核对新生儿基本信息	4			
		3. 评估新生儿全身情况，脱新生儿衣裤动作熟练（保留纸尿裤），用大毛巾包裹新生儿全身，口述评估情况	6			
	沐浴 <32分>	1. 清洗头面部时抱姿正确，新生儿安全，面部清洗方法正确，动作轻柔	9			
		2. 防止水流入耳道方法正确，头发清洗方法正确，及时擦干	5			
		3. 将新生儿抱回散包台，解开大毛巾，取下纸尿裤	2			
		4. 清洗躯干时抱姿正确，换手时动作熟练，新生儿安全	4			
		5. 按顺序擦洗新生儿全身，沐浴液冲洗干净，动作轻柔、熟练，新生儿安全，及时将新生儿抱起放于大毛巾中，迅速包裹拭干水份	12			
	沐浴后 处理 <16分>	1. 新生儿脐部评估及护理方法正确	3			
		2. 新生儿臀部护理正确，给新生儿穿衣方法正确，动作熟练	5			
		3. 脱去围裙，将新生儿安置妥当，并告知家长沐浴情况及沐浴后的注意事项	4			
		4. 垃圾初步处理正确，及时消毒双手，记录沐浴情况	4			
	操作评价 <20分>	1. 新生儿、环境、自身、用物的评估及准备工作到位	4			
2. 操作规范，手法正确，动作熟练，操作过程中新生儿安全		4				
3. 和新生儿及家属沟通有效，取得合作		4				
4. 态度和蔼，仪表举止大方，关爱新生儿		4				
5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止		4				
总分			100			

表6 M-6 新生儿抚触评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	新生儿 <5分>	1. 核对新生儿基本信息	2			
		2. 抚触时间选择恰当	3			
	环境 <5分>	符合抚触要求	5			
	操作者 <5分>	1. 着装整洁	2			
2. 手上无饰品，指甲已修剪，消毒双手方法正确		3				

	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；逐一对照用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
操作 实施 (60分)	抚触前 准备 <7分>	1. 解开新生儿包被，再次核对信息	2			
		2. 检查新生儿全身情况	2			
		3. 口述沐浴情况	1			
		4. 将新生儿仰卧位放浴巾上，注意保暖	2			
	头面部 抚触 <7分>	1. 倒适量润肤油于掌心，摩擦均匀，搓暖双手	1			
		2. 头面部按顺序抚触，动作娴熟，避开囟门；感情交流自然	6			
	胸部抚触 <5分>	双手交叉进行胸部抚触，力度合适，避开乳头；感情交流自然	5			
	腹部抚触 <8分>	双手依次进行腹部抚触，动作娴熟，情感交流自然、真切	8			
	上肢抚触 <8分>	手臂、手腕、掌心、手指、手背等不同部位抚触方法正确，情感交流自然	8			
	下肢抚触 <8分>	大腿、小腿、踝部、足跟、脚掌心、脚趾、足背抚触方法正确，情感交流自然	8			
		调整新生儿体位为俯卧位	2			
	背部抚触 <7分>	背部和脊柱抚触方法正确，新生儿舒适	5			
臀部抚触 <3分>		臀部抚触方法正确	3			
抚触后 处理 <7分>	1. 检查新生儿皮肤情况（口述：兜好尿布，注意保暖）	2				
	2. 新生儿安置妥当，与家属沟通有效	3				
	3. 医用垃圾初步处理正确	1				
	4. 消毒洗手方法正确，记录及时	1				
操作评价 <20分>	1. 与家属沟通有效，取得合作	4				
	2. 态度和蔼，关爱新生儿，操作过程中与新生儿在情感、语言、目光等方面的交流自然	4				
	3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念	4				
	4. 操作规范，动作熟练	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4				
总分			100			

表7 M-7 母乳喂养指导评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	产妇及婴儿 <9分>	1. 评估产妇对母乳喂养的认识与配合程度	3			
		2. 评估婴儿情况，有无母乳喂养禁忌证	3			
		3. 评估产妇乳房情况及有无母乳喂养禁忌证	3			
	环境 <2分>	清洁、安静，光线明亮，温度适宜	2			
操作者 <4分>	1. 衣帽整洁，佩戴挂表	2				
	2. 洗手/消毒手方法正确	2				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	用物 <5分>	用物准备齐全<少一个扣0.5分,最多扣2分>; 逐一对用物进行评估,质量符合要求;按操作先后顺序放置	5			
操作 实施 (60分)	产妇洗手 <4分>	1.指导产妇洗手(口述:指导产妇使用肥皂水清洗双手)	2			
		2.指导产妇必要时清洁乳头及乳晕	2			
	指导 哺乳体位 <6分>	根据分娩情况、全身情况及产妇意愿选择合适的哺乳体位	6			
	指导 哺乳姿势 <10分>	指导哺乳姿势讲述清楚,产妇能理解,姿势合适	10			
	指导正确托 乳房 (6分)	指导产妇正确托乳房方法正确,产妇能正确完成	6			
	指导帮助婴 儿含接 (10分)	指导产妇帮助婴儿含接乳头方法正确,乳房没有堵住婴儿鼻孔	10			
	判断婴儿是 否正确含接 <10分>	能口述判断婴儿是否正确含接乳头的指征	10			
	哺乳后 指导 <6分>	1.交换乳房哺乳时机及哺乳时间指导正确	2			
		2.指导退出乳头方法正确	2			
		3.指导排出婴儿胃内空气方法正确	2			
操作后 处理 <8分>	1.指导产妇哺乳后抱婴儿体位正确,婴儿睡眠体位正确,产妇能正确完成	2				
	2.整理床单位,协助产妇取舒适卧位	2				
	3.整理用物,垃圾初步处理正确	2				
	4.及时消毒双手,方法正确,记录	2				
操作评价 <20分>	1.操作规范,动作熟练,指导有效	4				
	2.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣完4分为止	4				
	3.着装规范、符合要求	4				
	4.举止大方、无多余动作	4				
	5.语言亲切,态度和蔼,关爱患者	2				
	6.健康指导内容和方式正确	2				
总分			100			

表8 M-8 留置导尿(女性)评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <9分>	1.核对医嘱	2			
		2.评估患者全身情况:年龄、病情、意识状态	3			
		3.评估患者会阴及膀胱充盈情况	2			
		4.评估患者心理状况,解释并取得合作,嘱有自理能力	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		患者自行清洗会阴				
	环境 <3分>	清洁、宽敞、明亮，关闭门窗、屏风遮挡	3			
	操作者 <3分>	1. 着装整洁，戴好口罩帽子，挂表	1			
		2. 消毒双手，方法正确	2			
	用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5			
操作 实施 (60分)	初步 消毒 <18分>	1. 携用物至床旁，再次核对解释，拉上窗帘或屏风遮挡	2			
		2. 了解外阴清洗情况	1			
		3. 体位安置符合操作要求，铺一次性垫巾，暴露外阴，	2			
		4. 打开消毒包方法正确，倒入消毒液适量	2			
		5. 戴无菌手套方法正确	2			
		6. 右手持止血钳夹消毒液棉球擦洗：从上至下、从外向内，一个棉球限用一次、消毒方向不折返，间不留空隙，动作轻柔，关心患者	7			
		7. 医用垃圾初步处理正确	2			
	再次 消毒 <22分>	1. 开无菌导尿包无污染，倒入适量消毒液、生理盐水，放入无菌导尿管、无菌注射器和集尿袋	2			
		2. 戴无菌手套方法正确	2			
		3. 铺巾方法正确，无污染，无菌巾与孔巾构成一无菌区	4			
		4. 检查气囊，无漏气	2			
		5. 连接导尿管与集尿袋，润滑尿管	2			
		6. 左手分开并固定小阴唇，右手持血管钳夹棉球消毒尿道口、两侧小阴唇内侧、尿道口，每个棉球用一次，污棉球及用过的血管钳放弯盘内并移开，消毒符合要求，顺序正确，动作轻柔	10			
	插管 固定 <11分>	1. 插管动作轻柔，口述插管深度（插入尿道约4~6cm，见尿液流出再插入7~10cm）	2			
		2. 根据导尿管上注明的气囊容积向气囊注入等量的无菌生理盐水，轻拉导尿管有阻力感	4			
		3. 固定集尿袋，开放导尿管	2			
		4. 及时撤下用物，注意保护隐私和保暖	1			
		5. 脱手套，标签注明置管日期、时间、操作者	2			
	导尿后 处理 <9分>	1. 撤出浴巾，协助患者穿裤子及取舒适体位，整理床单位	2			
		2. 消毒双手，方法正确；取下口罩；记录	2			
3. 健康指导内容正确，方式合适		3				
4. 医用垃圾初步处理正确		2				
操作评价 <20分>	1. 患者满意	4				
	2. 护患沟通有效，患者合作	4				
	3. 仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念	4				
	4. 操作规范，流程熟练	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4				
总分			100			

模块二 儿童护理模块技能项目评分标准

表 1 E-1 案例评估与分析评分标准

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
护理方案	护理评估 (10分)	准确性	列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估	10			
	护理诊断 (20分)	准确性	列出 2-5 个护理诊断	20			
	护理计划 (10分)	规范性	描述规范	5			
		针对性	目标有针对性	5			
	护理措施 (50分)	科学性	护理措施科学合理	20			
		针对性	能在分析案例的基础上提出有针对性的措施,措施有效,能达到预期目标	30			
护理评价 (10分)	有效性	解决了护理问题,护理目标有效达成	10				

表 2 E-2 体格测量评分标准

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
操作评估 <20分>	患儿 <6分>	个人信息及合作情况		4			
		时间选择恰当		2			
	环境 <4分>	室内安静、清洁、温暖、光线明亮		4			
	操作者 <4分>	着装整洁,端庄大方		2			
		修剪指甲,消毒双手方法正确		2			
用物 <6分>	用物准备齐全(每少一样扣0.5分,最多扣2分) 逐一对用物进行检查,质量符合要求,摆放有序		6				
操作实施 (60分)	核对患儿 <4分>	1. 核对患儿信息		2			
		2. 解释体格测量的目的		2			
	体重测量 <12分>	1. 将电子体重秤接通电源,确认功能正常		2			
		2. 将一次性垫巾铺在体重秤上		2			
		3. 去除儿童衣服及尿布,将婴儿轻轻放于秤盘上,数值稳定后准确读数并记录		8			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	身高测量 <13分>	1. 将一次性垫巾铺在测量板上，患儿仰卧量板中线上	2			
		2. 将头顶部轻触测量板顶端，头部扶正，双手自然伸平	2			
		3. 左手按住患儿双膝，使双腿伸直，右手推动滑板至两足底，准确读数并记录	9			
	头围测量 <13分>	1. 协助儿童取坐位或立位	2			
		2. 左手拇指将软尺零点固定于儿童头部一侧眉弓上缘，右手持软尺紧贴头皮绕枕骨结节最高点至另一侧眉弓上缘，回到零点	9			
		3. 准确读出头围数值并记录	2			
	胸围测量 <12分>	1. 协助儿童取坐位或立位，两臂自然平放或下垂	2			
		2. 左手将软尺零点固定于儿童一侧乳头下缘，右手持软尺紧贴皮肤，经背部两侧肩胛骨下缘绕胸一周回至零点	8			
		3. 取平静呼吸时吸、呼气的平均数并记录	2			
	操作后处理 <6分>	1. 安置妥当，与家长沟通有效	2			
		2. 告知家属测量的结果并对其宣教	2			
		3. 整理用物，垃圾分类处理	1			
		4. 洗手	1			
操作评价 <20分>	1. 体格测量有效	5				
	2. 动作轻柔，语言亲切，操作规范	5				
	3. 沟通有效，解释合理	5				
	4. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5				
总分			100			

表3 E-3 红臀的护理评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患儿 <5分>	1. 核对患儿基本信息	2			
		2. 评估患儿臀部皮肤情况	3			
	环境 <5分>	符合红臀的护理要求	5			
	操作者 <5分>	1. 着装整洁	2			
2. 手上无饰品，指甲已修剪，消毒双手方法正确		3				
用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作 实施 (60分)	准备患儿 <7分>	1. 再次核对患儿基本信息	3			
		2. 患儿取仰卧位	2			
		3. 解开包被、尿裤	2			
	臀部清洁 <10分>	1. 轻提患儿双足，用温水从前向后清洗臀部	5			
		2. 用小毛巾吸干皮肤水分，将清洁纸尿裤垫于臀下，动作娴熟，感情交流自然	5			
	臀部护理 <33分>	轻度	1. 红臀部位局部涂抹鞣酸软膏	2		
2. 环形按摩，动作娴熟，情感交流自然、真切			2			

	红臀	3.兜好松紧适宜、透气纸尿裤，感情交流自然	2				
		4.每2小时更换一次（口述）	5				
		重度红臀	1.红臀部位充分暴露在空气中或阳光下，暴露10-20分钟，每天2-3次（口述）	5			
			2.暴露期间注意保暖（口述）	5			
			3.放射状涂抹鞣酸软膏，动作娴熟，情感交流自然、真切	5			
	4.兜好松紧适宜、透气纸尿裤，感情交流自然		2				
	护理后处理 <10分>	5.根据需要及时更换纸尿裤（口述）	5				
		1.帮助患儿穿好衣物	2				
		2.婴儿安置妥当，与家属沟通有效	4				
		3.整理用物，医用垃圾初步处理正确	2				
4.消毒洗手方法正确，记录及时		2					
操作评价 <20分>	1.与家属沟通有效	4					
	2.态度和蔼，关爱患儿，操作过程中与婴儿在情感、语言、目光等方面的交流自然	4					
	3.仪表举止大方得体，关爱患儿人，体现整体护理理念	4					
	4.操作规范，动作熟练	4					
	5.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4					
总分		100					

表4 E-4 静脉血标本采集(真空管)评分标准

考核内容	考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注	
操作评估 <20分>	患者 <10分>	1.核对医嘱、检验单	2			
		2.全身情况：病情、意识、检查项目、采血前的用药情况，是否进餐	3			
		3.局部情况：注射部位皮肤有无瘢痕、硬结、炎症；静脉充盈度及管壁弹性；肢体活动情况，若一侧肢体有静脉输液，应在对侧肢体采血	3			
		4.评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <<2分>	环境清洁、干燥、明亮，符合注射要求	2			
	自身 <3分>	1.着装整洁，端庄大方	1			
		2.消毒双手/消毒手方法正确，戴口罩	2			
用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作实施 (60分)	采集前准备 <11分>	1.标本容器标签粘贴正确，核对检验单及标本容器	4			
		2.核对患者、解释合理，患者体位合适，选择血管正确	4			
		3.备好一次性止血带、小枕及一次性垫巾	3			
	采集过程 <40分>	1.正确消毒双手，戴手套及口罩，扎一次性止血带，注射部位皮肤消毒符合要求，待干（消毒两遍，消毒范围不小于5cm，中间不留缝隙），嘱患者握拳	8			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		2. 穿刺前核对, 备干棉签	4			
		3. 正确持采血针, 绷紧皮肤, 持针方法正确 (针头斜面向上与皮肤呈15° ~30° 角刺入静脉内), 见回血后抽取所需血量	10			
		4. 根据检验目的的不同将标本注入不同标本容器内	4			
		5. 松一次性止血带, 松拳, 采血完毕快速拔针, 按压得当, 沟通到位	8			
		6. 正确处理采血针及其他医用垃圾	4			
		7. 再次核对检验单, 将真空采血管上的条码粘贴在检验单上	2			
		操作后处理 <9分>	1. 脱手套, 消毒双手, 取下口罩	2		
2. 记录, 健康指导内容合理	3					
3. 将标本送检, 按规定对物品进行分类处理	4					
操作评价 <20分>	1. 患者满意, 穿刺部位皮肤无肿胀、疼痛	4				
	2. 操作规范, 流程熟练, 严格遵守查对制度和无菌技术操作原则	4				
	3. 仪表举止大方得体, 关爱患者, 体现整体护理理念	4				
	4. 护患沟通有效, 患者合作, 并知道静脉血标本采集的目的和意义	4				
	5. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满4分为止	4				
总分			100			

表 5 E-5 超声波雾化吸入评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作评估 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱	2			
		2. 评估患者全身情况: 病情、意识状态、肢体活动能力、治疗情况、用药史、过敏史	2			
		3. 评估患者局部情况: 呼吸道是否通畅、面部及口腔黏膜有无感染、溃疡等	3			
		4. 评估患者心理状况, 解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	环境清洁、安静, 光线、温湿度适宜	2			
	操作者 <4分>	1. 着装整洁 2. 洗手方法正确, 戴口罩	2 2			
用物 <5分>	用物准备齐全 (少一个扣 0.5 分, 最多扣 2 分); 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	5				
操作实施 (60分)	雾化前准备 <15分>	1. 检查雾化器各部件是否完好, 有无松动、脱落等异常情况	3			
		2. 连接雾化器各部件	3			
		3. 水槽内加冷蒸馏水, 水量要求浸没雾化罐底部的透声膜	3			
		4. 核对医嘱、治疗卡 (单), 将已抽好的药物加入雾化罐内, 将雾化罐放入水槽, 盖紧水槽盖	6			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
考核内容	雾化吸入 <25分>	1. 携用物至床旁，核对患者床号、姓名、手腕带并解释	3			
		2. 协助患者取合适卧位，颌下铺巾	3			
		3. 接通电源，打开电源开关，调整定时开关至所需时间，打开雾化开关，调节雾量	7			
		4. 二次核对	2			
		5. 将口含嘴放入患者口中（也可使用面罩罩住患者口鼻部）	5			
		6. 指导患者闭口深呼吸，告知患者或家属注意事项	5			
	雾化完毕 <5分>	1. 雾化完毕（口述），取下口含嘴或面罩	2			
		2. 先关雾化开关，再关电源开关	3			
	操作后 处理 <15分>	1. 清洁患者面部，取下治疗巾	3			
		2. 协助患者取舒适卧位，整理床单位，健康指导	4			
		3. 分类处置用物，放掉水槽内的水并擦干，将口含嘴、雾化罐、螺纹管浸泡于消毒液内 1 小时，再洗净晾干备用（口述）	4			
		4. 洗净双手，取下口罩，记录	4			
	操作评价 <20分>	1. 患者满意，呼吸道通畅，感觉舒适	4			
2. 操作规范，流程熟练		4				
3. 护患沟通良好，健康指导有效		4				
4. 仪表、举止大方得体，关爱患者		4				
5. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣满 4 分为止		4				
总分			100			

模块三 成人护理技能项目评分标准

表 1 C-1 案例评估与分析评分标准

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
护理方案	护理评估 (10分)	准确性	列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估	10			
	护理诊断 (20分)	准确性	列出 2-5 个护理诊断	20			
	护理计划 (10分)	规范性	描述规范	5			
		针对性	目标有针对性	5			
	护理措施 (50分)	科学性	护理措施科学合理	20			
		针对性	能在分析案例的基础上提出有针对性的措施, 措施有效, 能达到预期目标	30			
护理评价 (10分)	有效性	解决了护理问题, 护理目标有效达成	10				

表 2 C-2 呼吸功能锻炼评分标准

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
操作评估 <20分>	患者 <10分>	1. 核对医嘱单、查阅病历		2			
		2. 核对患者床号、姓名, 解释并取得合作		4			
		3. 评估患者的呼吸情况、意识状态		4			
	环境 <2分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜		2			
	操作者 <3分>	1. 着装整洁		1			
		2. 洗手或手消毒		2			
用物 <5分>	用物准备齐全 (每少一样扣 0.5 分, 最多扣 2 分) 逐一对用物进行检查, 质量符合要求, 摆放有序		5				
操作实施 (60分)	操作前 <5分>	1. 再次核对患者床号、姓名		2			
		2. 向患者解释, 取得配合		3			
	缩唇呼吸 <20分>	1. 协助患者取合适体位 (立位、坐位或仰卧位)		5			
		2. 用鼻深吸气, 呼气时口缩成吹口哨状, 使气体通过缩窄的口型缓缓呼出		8			
3. 吸: 呼时间为 1: 2 或 1: 3, 可与吹蜡烛火苗结合练习 (呼气流量以能使距离口唇 15~20cm 处, 与口唇同水平的蜡烛火焰随气流倾斜又不熄灭为宜。)		7					

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
腹式呼吸 <30分>	腹式呼吸 <30分>	1. 协助患者取合适体位（立位、坐位或仰卧位）	5			
		2. 双手分别放前胸部及腹部，以感受胸腹起伏	5			
		3. 用鼻深吸气，腹部微微隆起；用口缓慢呼气，腹部凹陷（进行至少1分钟的演示）	10			
		4. 缩唇呼吸与腹式呼吸结合练习，每天训练2~3次，每次10~20分钟，每分钟7~8次（口述）	7			
		5. 观察患者训练中是否有呼吸困难或胸闷等症状，如有不适，立即停止操作（口述）	3			
	操作后 <5分>	1. 协助患者取舒适卧位，整理床单位	2			
		2. 洗手，记录	1			
		3. 给予饮食、运动及呼吸功能锻炼等方面的健康教育	2			
操作评价 <20分>	1. 患者安全、满意	4				
	2. 演示、指导方法正确，患者能掌握操作要领	4				
	3. 沟通有效，解释合理，配合良好，健康教育内容和方式合理	4				
	4. 关爱患者，语言亲切，态度和蔼	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止	4				
总分			100			

表3 C-3 胸背叩击排痰评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <10分>	1. 核对医嘱单、查阅病历	2			
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作	2			
		3. 评估患者病情、咳嗽能力、影响咳痰的因素、合作能力、是否进食，有无禁忌证	3			
		4. 肺部听诊痰鸣音，确定病变部位	3			
	环境 <2分>	清洁、安静、明亮，温湿度适宜，关门窗或屏风遮挡	2			
	操作者 <3分>	着装整洁、指甲已剪（口述）、七步洗手法洗手、戴好口罩	3			
用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作 实施 (60分)	操作前 <5分>	1. 携用物至患者床旁，再次核对患者床号、姓名	2			
		2. 向患者解释，取得配合	3			
	叩背 <30分>	1. 患者穿单层上衣，根据痰液滞留部位，协助取合适体位（如取侧卧位胸前及双膝置软枕，如取坐位胸前抱软枕）	5			
		2. 治疗巾垫于颌下	2			
		3. 叩击方法：将五指并拢呈空杯状，利用腕力，快速有力叩击胸壁或背部	7			
4. 叩击原则：从下至上、从外至内（背部从第10肋间隙，胸部从第6肋间隙，向上叩击至肩部），注意避开乳房、	7					

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
考核内容	有效咳嗽 <16分>	心脏、骨突部位（如脊椎、肩胛骨、胸骨）及衣服拉链、纽扣等				
		5. 力度适宜，患者不感到疼痛	3			
		6. 每一肺叶叩击 1-3 分钟，每次叩击 5-15 分钟，每分钟叩击 120-180 次（口述，考核叩击 2-3 分钟即可）	3			
		7. 操作中注意观察患者病情变化，询问有无不适，如出现发绀、呼吸困难立即停止操作	3			
		1. 指导患者先进行深而慢的腹式呼吸 5-6 次	3			
		2. 深吸气后屏气 3-5 秒，身体前倾，进行 2-3 次短促有力的咳嗽，咳嗽时同时收缩腹肌，或用手按压上腹部，帮助咳嗽	4			
		3. 重复做 2-3 次，休息几分钟后重新开始（口述），如有排痰，及时擦拭清理	2			
	操作后 <9分>	4. 听诊肺部，判断排痰效果	3			
		5. 观察并记录痰液量、性质，必要时送检	2			
		6. 协助患者漱口，面部清洁	2			
		1. 协助患者取舒适体位，整理床单位	2			
		2. 整理用物，垃圾分类处理	2			
		3. 洗手并记录	2			
		4. 给予饮食、运动等方面的健康教育	3			
操作评价 <20分>	1. 操作规范，流程熟练	5				
	2. 患者满意，呼吸道通畅	5				
	3. 沟通有效，解释合理	5				
	4. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣满 5 分为止	5				
总分			100			

表 4 C-4 体位引流评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <10分>	1. 核对医嘱，查阅病历	2			
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作	2			
		3. 评估患者的生命体征，意识状态，咳嗽、咳痰情况，进食情况	3			
		4. 肺部听诊痰鸣音，确定病变部位	3			
	环境 <3分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜	3			
	操作者 <2分>	着装整洁，符合操作要求	2			
	用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣 0.5 分，最多扣 2 分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5			
操作前	1. 再次核对患者床号、姓名	2				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作实施 (60分)	<5分>	2. 向患者解释, 取得配合	3			
	操作中 <45分>	1. 根据患者病变部位, 确定引流体位(原则: 病变部位在上, 引流支气管开口朝下)	10			
		2. 协助患者摆好体位	10			
		3. 进行胸背叩击, 指导患者深呼吸和有效咳嗽	10			
		4. 口述: 每天引流 1-3 次, 每次 15-20 分钟	5			
		5. 指导患者将痰液吐入一次性纸杯漱口后漱口	3			
		6. 操作中注意观察患者病情变化, 询问有无不适, 如出现发绀、呼吸困难立即停止引流	5			
		7. 听诊肺部, 判断引流效果	2			
	操作后 <10分>	1. 协助取舒适体位, 整理床单位	3			
		2. 整理用物, 垃圾分类处理	2			
		3. 洗手并记录	3			
		4. 给予饮食、运动等方面的健康教育	2			
	操作评价 <20分>	1. 操作规范, 流程熟练	5			
		2. 患者满意, 引流有效	5			
3. 沟通有效, 解释合理		5				
4. 在规定时间内完成, 每超过 1 分钟扣 1 分, 扣满 5 分为止		5				
总分			100			

表5 C-5 四肢固定术考核评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
评估及准备 <20分>	病人 <12分>	1.判断伤员意识, 与伤员交流, 做好人文关怀	4			
		2.表明身份, 检查伤情	6			
		3.呼唤、寻求他人协助救护	2			
	环境 <2分>	现场环境安全、清洁, 通风良好	2			
	操作者 <2分>	1.着装整洁, 端庄大方	1			
2.消毒双手、戴口罩		1				
用物 <4分>	夹板、敷料、三角巾、绷带等(用物准备少一项扣 1 分)	4				
实施 <60分>	夹板固定法 <30分>	1.夹板选择合理, 放置方法、位置正确	8			
		2.在关节、骨突处放棉垫保护, 空隙处用柔软物品填实	6			
		3.肘关节、踝关节等处于功能位	4			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		4. 固定夹板上下两端。固定时应先固定肢体近心端，再固定远心端。	6			
		5. 松紧适度，检查伤肢末梢血液循环，运动及感觉。	6			
	其他固定方式 <10分>	1. 三角巾固定方式正确、妥当，保护患肢	4			
		2. 现场无夹板、三角巾等用物时，能就地取材，且方式方法正确	4			
		3. 帮助患者整理床单位，取合适体位	2			
	整理记录 <10分>	1. 协助病人取舒适体位，迅速转移至院内救治	4			
		2. 按要求分类处理用物	3			
		3. 消毒双手，取下口罩，记录	3			
	健康指导 <10分>	1. 嘱患者患肢制动	5			
		2. 向家属解释介绍病情，取得合作	5			
评价 <20分>	1. 固定方法正确	5				
	2. 处于功能位，保护患肢	5				
	3. 操作熟练流畅	5				
	4. 沟通良好，取得合作	5				
总分			100			

表6 C-6 心脏评估(心瓣膜听诊)评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <5分>	评估患者病情、合作程度，评估胸部皮肤情况，被检查者无紧张、恐惧心理，对检查者配合	5			
	环境 <5分>	环境清洁，光线充足，温、湿度适宜，有床帘或屏风	5			
	操作者 <5分>	衣帽整齐，戴口罩，胸卡、洗手，不佩戴首饰，剪净指甲	5			
	用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣0.5分，最多扣2分）；逐一对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
操作 实施 (60分)	听诊前 <5分>	1. 与被检查者进行良好沟通，告知在检查过程中被检查需要配合的注意事项 2. 床帘或屏风遮挡患者，保护患者隐私	5			
	听诊中 <50分>	1. 受检者坐位/卧位/站立位，检查者站在受检者右侧 2. 受检者松解衣扣，注意防止过多暴露	5			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		3. 按逆时针方向听诊各瓣膜区 准确找到各瓣膜区位置：二尖瓣区（心尖区）、肺动脉瓣区（胸骨左缘第二肋间）、主动脉瓣第一听诊区（胸骨右缘第二肋间）、主动脉瓣第二听诊区（胸骨左缘第三四肋间）、三尖瓣区（胸骨左缘第四五肋间）	35			
		4. 评估听诊内容：心音、心律、心率、是否有杂音	10			
	听诊后 <5分>	1. 被检查者扣好衣服 2. 口述听诊结果	5			
操作评价 <20分>		1. 能对异常的听诊结果进行简单临床分析。 1) 在瓣膜区听到杂音可能是什么问题？ 2) 心率多少说明不正常？	10			
		2. 关爱患者，沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	2			
		3. 患者安全、满意	3			
		4. 操作规范，动作熟练、轻柔	3			
		5. 整理用物、洗手	2			
总分			100			

表7 C-7 单人徒手心肺复苏（成人）评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <10分>	1. 评估患者意识（5秒内完成），呼吸及大动脉搏动（5~10秒完成），报告结果	5			
		2. 确认患者意识丧失，呼救，计时	5			
	环境 <2分>	现场环境符合复苏要求	2			
	操作者 <3分>	着装整洁	3			
	用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣0.5分，最多扣2分）；逐一 对用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5			
操作 实施 (60分)	胸外心脏 按压 <15分>	1. 患者置于硬板床，取仰卧位	2			
		2. 去枕，头、颈、躯干在同一轴线上，双手放于两侧，身 体无扭曲（口述）	2			
		3. 胸外按压部位：胸骨中下1/3交界处	2			
		4. 按压方法：两手掌根部重叠，手指翘起不接触胸壁，上 半身前倾，两臂伸直，垂直向下用力	5			
		5. 按压深度：胸骨下陷5~6cm	2			
		6. 按压频率：100~120次/分	2			
	保持呼吸 道通畅 <7分>	1. 检查口腔，清除口腔分泌物及异物，取出活动性义齿（口 述）	3			
	2. 判断颈部有无损伤，根据不同情况采取合适方法开放气 道	4				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	人工呼吸 <8分>	1. 捏住患者鼻孔，双唇完全包绕患者口部，缓慢向患者口内吹气，直至患者胸廓抬起（潮气量为 500~650ml）	3			
		2. 吹气毕，观察胸廓情况，完成 2 次人工呼吸	5			
	连续操作 <20分>	1. 胸外心脏按压与人工通气比例 30: 2	5			
		2. 连续操作 5 个周期，在规定时间内完成（按压错误一次扣 0.1 分，吹气错误一次扣 0.2 分，频率错误酌情扣分）	15			
	判断复苏 效果 <5分>	1. 颈动脉恢复搏动	1			
		2. 自主呼吸恢复	1			
		3. 散大的瞳孔缩小，对光反射存在	1			
		4. 收缩血压大于 60mmHg（口述）	1			
		5. 面色、口唇、甲床和皮肤色泽转红	1			
	复苏后 处理 <5分>	1. 协助取舒适体位，口述进一步生命支持	2			
		2. 嘱患者绝对卧床休息，不要紧张，向家属介绍病情	1			
		3. 整理用物，医用垃圾分类处理	1			
		4. 洗手并记录	1			
操作评价 <20分>	1. 复苏有效	4				
	2. 急救意识强，动作迅速，操作规范	4				
	3. 态度严谨，突发事件处理合适	4				
	4. 沟通有效，解释合理	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣满 4 分为止	4				
总分			100			

表 8 C-8 心电监护（成人）评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱、治疗卡	3			
		2. 核对患者，解释目的，取得合作，协助患者取舒适卧位	3			
		3. 评估患者病情、皮肤情况、上肢活动情况、指甲情况、有无过敏史、有无起搏器（评估的肢体与指甲不能为同一侧，错或漏一项扣 0.5 分）	3			
	环境 <2分>	评估患者周围环境、光照情况及有无电磁波干扰，确定符合心电监护仪使用要求，注意隐私保护	2			
	操作者 <4分>	1. 着装整洁	2			
		2. 消毒双手，方法正确；戴口罩	2			
用物 <5分>	用物准备齐全（每少一样扣 0.5 分，最多扣 2 分）；逐一对照用物进行检查，质量符合要求；按操作先后顺序放置	5				
操作 实施	开机 <5分>	1. 再次核对，告知配合要点，取得患者合作	2			
		2. 连接电源，开机，检查监护仪功能是否完好	2			
		3. 正确连接各导连线，并将电极片与 ECG 各导连线电极相连	1			

(60分)		接, 连接血氧饱和度插件, 连接血压计袖带				
	心电图监测 <13分>	1. 暴露电极安放部位并清洁局部皮肤	2			
		2. 正确安放电极片: 右上(RA): 胸骨右缘锁骨中线第一肋间; 左上(LA): 胸骨左缘锁骨中线第一肋间; 右下(RL): 右锁骨中线剑突水平处; 左下(LL): 左锁骨中线剑突水平处; 胸导(C): 胸骨左缘第四肋间; 为患者系好衣扣(位置错误一处扣1分, 未扣好衣物扣1分)	6			
		3. 选择(P、QRS、T波)显示清晰的导联(II导联)	3			
		4. 调整波形走速为25mm/s	2			
	呼吸监测 <4分>	1. 显示呼吸的波形和数据	2			
		2. 调整波形走速为6.25mm/s	2			
	血氧饱和度监测 <4分>	1. 将血氧饱和度传感器安放在患者身体的合适部位, 红点对指甲, 与血压计袖带相反肢体	2			
		2. 显示血氧饱和度的波形和数据	2			
	无创血压监测 <8分>	1. 距肘窝上2~3cm处缠好测血压袖带, 松紧以能容纳一至两指为宜	3			
		2. 测血压肢体与心脏处于同一水平, 伸肘并稍外展	3			
		3. 按测量键, 设定测量间隔时间	2			
	心电图判读 <5分>	根据所给常见异常心电图图示, 进行准确判读	5			
	报警设置 <4分>	根据患者情况, 设定正常成人各报警上下限参数(错误一个扣0.5分, 最多扣2分, 不会设定扣4分)	4			
	观察 <1分>	将显示屏调至主屏幕	1			
	操作后处理 <6分>	1. 协助患者取舒适体位, 整理床单位	1			
		2. 对患者和家属进行健康指导	2			
		3. 整理用物, 医用垃圾初步处理正确	2			
		4. 消毒双手、记录	1			
	停止监护 <10分>	1. 取得患者及家属配合	2			
2. 关闭监护仪, 撤除导联线及电极片方法正确		2				
3. 协助患者取舒适体位并根据病情进行健康指导		2				
4. 整理用物, 医用垃圾初步处理正确		2				
5. 消毒双手, 方法正确, 记录		2				
操作评价 <20分>	1. 操作规范, 动作熟练	4				
	2. 查对到位, 各项参数调节正确	4				
	3. 态度和蔼, 体现人文关怀, 保护患者隐私	4				
	4. 沟通良好, 患者合作	4				
	5. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满4分为止	4				
总分		100				

表9 C-9 心电图技术操作评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作	患者	评估: 核对患者床号姓名, 评估患者病情、合作程度, 评估胸部	5			

评估 <20分>	<5分>	皮肤情况				
	环境 <5分>	环境清洁, 光线充足, 温、湿度适宜, 有床帘或屏风	5			
	操作者 <5分>	衣帽整齐, 戴口罩, 胸卡、洗手	5			
	用物 <5分>	用物准备齐全(每少一样扣0.5分, 最多扣2分), 逐一对用物进行评估, 质量符合要求, 摆放有序	5			
操作实施 (60分)	操作前 <15分>	1. 核对医嘱, 解释操作目的	5			
		2. 检查导联线是否紧密, 连接心电图机电源	5			
		3. 指导与检查患者身上无干扰物品	5			
	操作中 <40分>	1. 协助患者取平卧位, 遮挡屏风, 暴露导联连接身体的部位	5			
		2. 选择导联位置正确	5			
		3. 在导联连接位置涂抹导电胶(两侧腕关节屈侧上方约3cm, 两内踝上部约7cm, V ₁ 导联: 胸骨右缘第四肋; V ₂ 导联: 胸骨左缘第四肋; V ₃ 导联: V ₂ 和V ₄ 连线中点; V ₄ 导联: 左锁骨中线第五肋; V ₅ 导联: 左腋前线V ₄ 同一水平; V ₆ 导联: 左腋中线V ₄ 同一水平;)	4			
		4. 连接各导联, 各导联标记正确(12个导联)	15			
		5. 协助患者整理衣物、盖被	5			
		6. 正确记录(患者姓名、年龄、作图时间)	3			
		7. 撤除导联, 协助患者整理衣服	3			
操作后 <5分>	告知患者检查结果, 做好宣教	5				
操作评价 <20分>	1. 关爱患者, 沟通有效, 配合良好, 健康指导内容和方式合适	5				
	2. 患者安全、满意	5				
	3. 操作规范, 动作熟练、轻柔	3				
	4. 整理用物	3				
	5. 掌握操作目的、注意事项	4				
总分			100			

表 10 C-10 肠造口护理评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <5分>	1. 核对医嘱、治疗卡, 确认医嘱	2			
		2. 核对患者, 评估病情, 意识、心理状态、手术方式、造口的类型、造口周围皮肤情况及造口有无异常情况、患者及家属对造口的认知情况及患者自我照顾能力	3			
	环境 <3分>	清洁、安静, 光线明亮, 室温适宜, 注意隐私保护	3			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	操作者 <6分>	1. 着装整洁, 符合操作要求	2			
		2. 消毒双手方法正确, 戴口罩	4			
	用物 <6分>	用物准备齐全(每少一样扣0.5分, 最多扣2分), 逐一对用物进行评估, 质量符合要求, 摆放有序	6			
操作 实施 <60分>	取下原来的 底板 <10分>	1. 再次核对, 告知配合要点及注意事项, 取得配合	2			
		2. 拉上床帘或屏风遮挡, 协助患者取平卧位, 暴露造口侧腹壁	2			
		3. 造口侧下方铺治疗巾	1			
		4. 戴手套, 自上而下轻柔剥除造口袋, 一手轻按腹壁, 一手将旧造口袋底盘轻柔撕除	5			
	清洁造口 <6分>	1. 用温生理盐水纱布清洁造口及周围皮肤	3			
		2. 用小方纱或纸巾擦干皮肤, 必要时涂造口护肤粉及皮肤保护膜	3			
	粘贴 造口袋 <21分>	1. 脱手套, 用造口量尺测量造口大小	4			
		2. 用剪刀修剪底盘中心孔, 底盘中心孔大于造口周径1-2mm	4			
		3. 用手指磨平磨滑孔边缘, 试戴修剪好的造口底盘	4			
		4. 撕去底盘粘贴纸, 由下往上粘贴底盘, 并按压底盘3-5分钟	5			
		5. 关好造口袋的排放口, 将造口袋与底盘连接, 检查并夹好便袋夹	4			
	操作后 处理 <13分>	1. 撤离治疗巾, 协助患者戴造口袋固定腰带, 整理床单位, 协助患者取舒适体位, 放好呼叫器	5			
		2. 整理用物, 医用垃圾初步处理正确	3			
		3. 消毒双手, 指导患者饮食、活动、衣着、沐浴等知识	5			
	观察记录 <10分>	1. 观察造口黏膜及周围皮肤情况	2			
		2. 观察患者及家属对造口的接受程度及反应	2			
3. 记录造口评估情况及处理措施		3				
4. 记录排泄物的性质、颜色、量、气味		3				
操作评价 <20分>	1. 操作规范, 手法正确, 动作熟练、轻柔	10				
	2. 态度和蔼, 体现人文关怀	5				
	3. 沟通良好, 患者合作	5				
总分			100			

表 11 C-11 “T”管引流护理评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱、执行卡	3			
		2. 核对患者, 评估病情、“T”管引流情况	3			
		3. 解释操作目的, 取得患者合作	3			
	环境	清洁、宽敞、明亮、温湿度适宜, 注意保护隐私	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	<2分>					
操作者	<4分>	1. 着装整洁, 符合操作要求	2			
		2. 消毒双手, 方法正确	2			
用物	<5分>	用物准备齐全(每少一样扣0.5分, 最多扣2分); 逐一 对用物进行检查, 质量符合要求	5			
操作 实施 <60分>	操作前 <3分>	再次核对, 拉上床帘或屏风。协助患者取平卧或半卧位, 暴 露“T”管及右侧腹壁	3			
	操作中 <42分>	1. 戴清洁手套	2			
		2. 治疗巾铺于引流管的下方	3			
		3. 置弯盘于“T”管与引流袋接口下方	3			
		4. 夹管: 用血管钳夹闭引流管管口近端	3			
		5. 初消毒: 用碘伏棉签消毒“T”管接口处	6			
		6. 分离引流袋, 并置于医用垃圾袋, 脱手套	5			
		7. 再消毒: 用碘伏棉签消毒“T”管引流口(由内向外消毒管 口及外周)	5			
		8. 连接: 检查引流袋, 出口处拧紧, 一手握住引流管, 将引 流袋与引流管连接牢固	5			
		9. 固定: 将引流袋挂于床边, 引流袋应低于“T”型引流管平 面	5			
		10. 保持有效引流: 松开血管钳, 观察引流通畅情况	5			
	操作后 <15分>	1. 撤去治疗巾、弯盘	2			
		2. 协助患者取舒适体位, 整理床单位	3			
		3. 整理用物, 垃圾分类处理	2			
		4. 消毒双手, 在标签上注明引流袋更换的日期和时间, 并贴 于引流袋醒目处	4			
		5. 记录	2			
		6. 健康指导(防脱管、防逆流、低脂饮食、多饮水)	2			
	操作评价 <20分>	1. 严格执行无菌操作, 无菌观念强	4			
2. 操作规范, 动作熟练精准		4				
3. 态度和蔼, 关爱患者, 体现人文关怀		4				
4. 注意保护患者隐私; 沟通良好, 患者合作		4				
5. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满4分为止		4				
总分			100			

表 12 C-12 膀胱冲洗评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估	患者 <10分>	1. 核对医嘱单, 治疗卡	2			
		2. 评估患者病情、意识状态、心理状态、合作程度等	3			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注	
<20分>		3. 评估尿液的色、量、性状，有无尿频、尿急、尿痛及尿管通畅情况。	5				
	环境<2分>	清洁、宽敞、明亮、温湿度适宜、有屏风遮挡	2				
	操作者<3分>	衣帽整洁、洗手、戴口罩	3				
	用物<5分>	用物准备齐全（每少一样扣0.5分，最多扣2分），逐一用物进行检查，质量符合要求	5				
<60分>	核对解释<7分>	1. 携用物至床旁，再次核对患者，拉上床帘或屏风，解释膀胱冲洗目的及方法，以便取得患者的配合	4				
		2. 协助患者取舒适体位，暴露尿管。	3				
	排气连接<18分>	1. 将膀胱冲洗液悬挂在输液架上并排气	2				
		2. 操作者戴手套	2				
		3. 在引流管与引流袋连接处垫治疗巾	1				
		4. 置弯盘于尿管与引流袋连接处的下方	2				
		5. 在尿管尾端分叉处夹闭尿管	3				
		6. 分离三腔尿管冲洗腔引流袋，并置入医疗垃圾袋内	2				
		7. 消毒三腔尿管冲洗腔管口：由内向外消毒管口及外周	4				
		8. 将膀胱冲洗装置与三腔尿管冲洗腔连接	2				
	冲洗并观察<11分>	1. 打开夹闭尿管的血管钳，夹闭尿管引流腔，打开冲洗管开关，调节速度60-80滴/分。	4				
		2. 待患者有尿意或滴入200-300毫升液体后关闭冲洗管，打开夹闭的引流管，如此反复。	4				
		3. 评估冲洗液的入量、出量、颜色、性质，膀胱有无憋胀感	3				
	冲洗后处置<18分>	1. 冲洗完毕关闭冲洗管开关，夹闭尿管	2				
		2. 分离冲洗管并将冲洗管置入医疗垃圾袋内，脱手套	2				
		3. 消毒三腔尿管管口：由内向外消毒管口及外周，连接引流袋，妥善固定，位置低于耻骨联合水平，松开血管钳	6				
		4. 撤去治疗巾、弯盘，协助患者取舒适卧位整理床单位	2				
		5. 整理用物，垃圾分类处理	2				
		6. 消毒双手，在标签上注明引流袋更换日期和时间，并贴于引流袋醒目处	2				
		7. 记录	2				
	健康指导<6分>	告知注意事项	①多饮水	2			
			②防脱管	2			
③防尿液逆流			2				
操作评价<20分>	1. 无菌意识强，动作熟练，操作规范	4					
	2. 沟通有效，解释合理	4					

考核内容	考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	3. 注重人文关怀	4			
	4. 能及时观察患者的病情变化及冲洗效果	4			
	5. 在规定时间内完成, 每超过 1 分钟扣 1 分, 扣满 4 分为止	4			
总分		100			

表 13 C-13 甲状腺评估评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作评估 <15分>	患者 <5分>	1. 核对患者, 评估病情	2			
		2. 解释操作目的, 取得患者合作	3			
	环境 <3分>	环境清洁, 光线充足, 温、湿度适宜	3			
	操作者 <2分>	着装整洁仪表端庄, 衣冠整齐, 不佩戴首饰, 剪净指甲	2			
	用物 <5分>	用物准备齐全 (少一个扣 0.5 分, 最多扣 2 分) 逐一对用物进行检查, 质量符合要求	5			
操作实施 <60分>	操作前 <10分>	1. 告知被检查者在检查过程中需要配合的注意事项	5			
		2. 受检者坐位, 充分暴露颈部	5			
	操作中 <45分>	1. 视诊: 观察甲状腺的大小和对称性	3			
		2. 评估时嘱患者做吞咽动作, 可见甲状腺随吞咽而上下移动, 由此可以与颈前其他肿块鉴别	5			
		3. 触诊峡部: 位于患者的前面用拇指或位于其后面, 用食指从胸骨上切迹向上触诊, 若触到气管前软组织并随吞咽在手指下滑动, 进一步判断有无增厚和肿块	5			
		3. 触诊侧叶: 选择前面触诊或者后面触诊	2			
		4. 前面触诊: 位于被检查者前面, 一手拇指施压于一侧甲状软骨, 将气管推向对侧, 另一手示指、中指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺侧叶, 拇指在胸锁乳突肌前缘触诊, 配合吞咽动作, 可触及被挤压的甲状腺, 用同样的方法评估另一侧甲状腺	12			
		5. 后面触诊: 检查者位于被检查者背后, 一手示指、中指施压于一侧甲状软骨, 将气管推向对侧, 另一手拇指在对侧胸锁乳突肌后缘向前推挤甲状腺, 示指、中指在其前缘触诊甲状腺	12			
	6. 听诊: 当触到甲状腺增大时, 如在甲状腺闻及低调的连续性静脉“嗡嗡”音, 是血管增多、增粗、血流加速的结果	6				
	操作后 <10分>	1. 口述检查结果	3			
		2. 嘱患者卧床休息, 向患者与家属介绍病情	3			
3. 整理用物		2				
4. 洗手并记录		2				

操作评价 <20分>	1. 能阐述甲状腺增大的病因与分度。 (甲状腺增大可分为三度: 不能看出增大但能触及者为I度, 能看到增大又能触及, 但在胸锁乳头肌以内者为II度, 超过胸锁乳突肌外缘者为III度)	10			
	2. 动作轻柔, 操作规范	3			
	3. 态度严谨, 突发事件处理合适	3			
	4. 沟通有效, 患者满意	2			
	5. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满2分为止	2			
总分		100			

表 14 C-14 神经系统评估 (脑膜刺激征) 评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <10分>	1. 全身情况: 目前的健康状态、生命体征、意识状态	5			
		2. 心理情况: 有无紧张恐惧心理, 对评估的要求及合作程度	5			
	环境 <3分>	现场环境安静、干燥、整洁、光线适中、室温适宜	3			
	操作者 <2分>	衣帽整洁、挂表, 洗手/消毒手方法正确, 剪指甲	2			
	用物 <5分>	用物准备齐全 (少一个扣0.5分, 最多扣2分) 逐一对用物进行检查, 质量符合要求	5			
操作 实施 <60分>	舒适 环境 <4分>	1. 安排合适的评估环境, 关门窗或屏风遮挡	4			
	有效 沟通 <4分>	2. 对患者先作自我介绍, 说明评估的目的, 获得患者的认可	4			
	脑膜刺激 征检查 <30分>	3. 颈强直: 患者去枕仰卧, 评估者以一手托患者枕部, 另一只手置于患者前胸, 使下颌向胸骨柄方向做被动屈颈。 (口述: 如这一被动屈颈检查时感觉到抵抗力增强, 即为颈部阻力增高或颈强直。)	10			
		4. Kernig 征 (克氏征): 患者仰卧, 将患者一侧下肢的髋关节和膝关节屈曲呈直角, 再用左手置于膝部固定, 用右手抬起小腿。(口述: 观察患者膝关节能否伸达 135° 以上, 如伸膝受阻且伴疼痛与屈肌痉挛, 则为阳性。)	10			
		5. Brudzinski 征 (布鲁津斯基征): 患者去枕仰卧, 双下肢伸直, 以右手置于患者前胸, 左手置于其枕后, 托起头部, 使头部前屈, 观察其膝关节是否同时弯曲。(口述: 当头部前屈时, 双髋与膝关节同时屈曲则为阳性。)	10			
	报告检查 结果 <16分>	1. 报告检查结果: 脑膜刺激征阳性或阴性。(正常人脑膜刺激征阴性)	8			
2. 脑膜刺激征阳性见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血和颅内压增高等		8				
检查后	1. 协助取舒适体位	2				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	处理 <6分>	2. 向患者及家属介绍病情及进行健康指导	2			
		3. 整理用物, 洗手并记录	2			
操作评价 <20分>		1. 患者安全、满意	4			
		2. 操作规范, 动作熟练、轻柔	4			
		3. 沟通有效, 配合良好, 健康教育内容和方式合适	4			
		4. 语言亲切, 态度和蔼, 关爱患者	4			
		5. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣完4分为止	4			
总分			100			

表 15 C-15 快速血糖测定评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <10分>	1. 核对医嘱	2			
		2. 核对患者床号、姓名, 解释并取得合作	2			
		3. 评估患者全身情况、进食情况、心理状态、对疾病知识了解程度	3			
		4. 采血部位选择恰当, 符合患者意愿, 评估采血部位皮肤情况	3			
	环境 <3分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜	3			
	操作者 <2分>	着装整洁, 符合操作要求	2			
用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分, 最多扣2分) 逐一对用物进行检查, 质量符合要求	5				
操作 实施 <60分>	操作前 <15分>	1. 再次核对患者床号、姓名	5			
		2. 向患者解释, 取得配合	5			
		3. 再次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	5			
	采血 <40分>	1. 正确选择采血部位, 75%乙醇消毒皮肤, 待干	5			
		2. 正确安装采血针头, 调节合适档位深度	5			
		3. 开机, 将试纸插入机内	5			
		4. 快速采血, 减轻患者痛苦	5			
		5. 用干棉签拭去第一滴血, 用试纸条吸取第二滴血	5			
		6. 用棉签按压采血部位	5			
		7. 读取血糖值	5			
	8. 取出试纸, 关闭仪器	5				
操作后 <5分>	1. 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	2				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		2. 洗手，记录测试结果并告知患者，做相关解释	2			
		3. 给予饮食、运动及血糖监测方法的相关指导	1			
操作评价 <20分>		1. 患者安全、满意	4			
		2. 操作规范，动作熟练、轻柔	4			
		3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	4			
		4. 语言亲切，态度和蔼，关爱患者	4			
		5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止	4			
总分			100			

表 16 C-16 胰岛素注射评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <10分>	1. 核对医嘱，查阅病历	3			
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作	3			
		3. 评估患者局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘢痕等情况	4			
	环境 <2分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜	2			
	操作者 <3分>	着装整洁，符合操作要求	3			
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求	5			
操作 实施 <60分>	操作前 <5分>	1. 再次核对患者床号、姓名	2			
		2. 向患者解释，取得配合	3			
	操作中 <50分>	1. 核对医嘱	2			
		2. 按治疗卡取胰岛素笔（检查有效期、剂型、质量）胰岛素量是否足够，检查胰岛素注射针头包装及有效期	4			
		3. 安装胰岛素笔芯，确保胰岛素剂型与医嘱相符	4			
		4. 将胰岛素笔在手掌间水平滚搓10次，再上下摇动10次，直至胰岛素药液呈均匀白色雾状	4			
		5. 消毒胰岛素笔芯前端，撕去胰岛素针头保护片，顺时针旋转紧安装针头，摘下针头保护帽	4			
		6. 确定显示窗为0，调1~2个单位的胰岛素，将注射笔针头向上，轻弹笔芯架，完全按下注射推键，直到针尖出现胰岛素滴液（若无液滴出现，需重复上述步骤，直到液滴出现），表现排气成功	4			
		7. 旋转剂量显示窗，调至需要注射的剂量	4			
		8. 选择合适的注射部位：首选腹部（脐周5cm以外），其次选大腿外侧、臀部、上臂外侧	4			
9. 检查注射部位皮肤有无疤痕、硬结、感染	4					
	10. 消毒：75%酒精消毒注射部位，待干	4				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		11. 再次查对床号、姓名、胰岛素剂量、剂型，选择合适的注射部位和角度进针	5			
		12. 按下注射推键，缓慢注射胰岛素；注射完毕后，针头在皮下停留 10 秒以上，将针头拔出	5			
		13. 用棉签按压注射点，不宜揉或挤压穿刺点	2			
	操作后 <5 分>	1. 协助患者取舒适体位，整理床单位	1			
		2. 整理用物，垃圾分类处理	1			
		3. 洗手并记录	1			
		4. 给予进餐时间及注意事项的相关指导	2			
操作评价 <20 分>	1. 操作流程准确	5				
	2. 态度严谨，动作轻柔，操作规范	5				
	3. 沟通有效，患者满意	5				
	4. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣满 5 分为止	5				
总分			100			

表 17 C-17 糖尿病患者食谱制定评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20 分>	患者 <10分>	1. 核对医嘱，查阅病历	3			
		2. 核对患者床号、姓名，解释并取得合作	3			
		3. 评估患者的病情和饮食习惯	4			
	环境 <2分>	环境清洁、光线充足、温湿度适宜	2			
	操作者 <3分>	着装整洁，符合操作要求	3			
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣 0.5 分，最多扣 2 分）；逐一对用物进行检查，质量符合要求	5			
操作 实施 <60分>	核对解释 <5分>	1. 再次核对患者床号、姓名	2			
		2. 向患者解释，取得配合	3			
	分析计算 <35分>	1. 计算标准体重	7			
		2. 判断体型	7			
		3. 判断体力劳动程度	7			
		4. 计算每天所需总热量	7			
		5. 换算食品交换份数	7			
安排饮食	1. 进餐分配	8				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	<20分>	2. 早餐食材的选择与准备举例	8			
		3. 整理用物	4			
操作评价 <20分>		1. 患者满意, 感觉清洁、舒适、安全	5			
		2. 护士操作规范, 流程熟练	5			
		3. 护患沟通有效, 患者合作, 理解饮食治疗的重要性	5			
		4. 在规定的时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满5分为止	5			
总分			100			

表 18 C-18 外科洗手 (免刷手消毒方法)、穿无菌手术衣、戴无菌手套操作评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	环境 <5分>	环境清洁, 地面干燥, 符合无菌操作要求	5			
	操作者 <7分>	着装整洁, 规范, 口罩帽子佩戴规范, 指甲平短、清洁, 不涂指甲油	7			
	用物 <8分>	用物准备齐全 (少一个扣 0.5 分, 最多扣 2 分) 逐一对用物进行检查, 质量符合要求, 摆放有序	8			
操作 实施 <60分>	外科洗手 <30分>	1. 清洁洗手 <10分>	①流动水下淋湿双手、手臂	1		
			②取适量洗手液均匀涂抹	1		
			③按七步洗手法揉搓双手	4		
			④交替揉搓双前臂至上臂下 1/3	4		
		2. 冲洗、干手 <8分>	①正确冲净: 沿一个方向冲洗手及手臂, 应始终保持指尖朝上、肘朝下的姿势	4		
			②干手: 使用无菌毛巾或纸巾擦干, 不可回擦。	4		
		3. 外科手消毒 <12分>	①取适量免冲洗消毒剂于一侧掌心, 揉搓另一侧指尖、手背、手腕, 将剩余的手消毒剂环转揉搓前臂至上臂下 1/3。	3		
			②取适量免冲洗消毒剂于另一侧掌心, 步骤同上	3		
			③消毒双手: 取适量免冲洗消毒剂按七步洗手法揉搓双手至手腕部, 自然待干。	4		
			④涂抹部位无遗漏	2		
		穿无菌手 术衣、戴无 菌手套 <30分>	1. 拿取无菌手术衣	4		
			2. 提领, 抖开	4		
3. 向上轻抛, 双手伸入衣袖, 向前平行伸展, 手不出袖口	5					

		4. 巡回护士协助穿衣	2			
		5 戴无菌手套 (无接触式)	戴左手手套	5		
			戴右手手套	5		
		6. 系腰带, 遮盖背部	3			
		7. 未操作时, 双手置于胸前或插入胸前口袋中	2			
		操作评价 <20分>	1. 操作规范, 流程熟练	4		
			2. 外科洗手方法正确, 时间合理	4		
3. 穿无菌手术衣、戴无菌手套未污染, 无菌观念强	4					
4. 具有团队合作意识	4					
5. 在规定时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满4分为止	4					
总分		100				

表 19 C-19 四肢绷带包扎评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <6分>	1. 核对医嘱、治疗卡, 确认医嘱	2			
		2. 核对患者, 评估病情, 检查患者损伤部位和程度, 向患者解释并取得合作	4			
	环境 <4分>	清洁、宽敞、明亮、温湿度适宜, 符合包扎操作要求	4			
	操作者 <4分>	1. 着装整洁, 挂表	2			
		2. 消毒双手方法正确, 戴口罩	2			
用物 <6分>	用物准备齐全 (少一个扣0.5分, 最多扣2分) 逐一对用物进行检查, 质量符合要求, 摆放有序	6				
操作 实施 <60分>	包扎前 <8分>	1. 携用物到患者床旁, 再次核对患者、治疗卡	2			
		2. 协助患者取舒适体位	2			
		3. 选用宽度适宜绷带	4			
	包扎中 <40分>	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	5			
		2. 根据受伤部位选择包扎方法, 包扎方法正确	20			
		3. 包扎松紧适宜, 外观整洁	5			
		4. 包扎中密切观察肢体末梢的感觉、运动、温度	5			
		5. 包扎完毕, 并用胶布或撕开尾带打结固定, 方法正确	5			
	包扎后 <8分>	1. 协助患者取舒适体位	2			
		2. 整理用物, 消毒双手, 取下口罩	2			
		3. 记录包扎日期、时间、包扎部位	2			
		4. 告知注意事项	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	解除绷带 <4分>	解除绷带方法正确	4			
操作评价 <20分>		1. 操作中始终坚持包扎原则，包扎整齐美观	4			
		2. 操作熟练，包扎方法正确	4			
		3. 护士仪态端庄，关爱患者，注意观察病情	4			
		4. 护患沟通有效，患者合作	4			
		5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4			
总分			100			

表 20 C-20 生命体征测量（成人）评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱	2			
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态、影响因素	3			
		3. 评估患者局部情况，选择合适测量部位及方法	2			
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	清洁、宽敞、明亮、安静，符合生命体征测量要求	2			
	操作者 <4分>	1. 衣帽整洁，佩戴挂表	2			
		2. 洗手/消毒手方法正确，戴口罩	2			
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一对照用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作 实施 <60分>	测量 体温 <10分>	1. 再次核对个人信息并进行有效沟通，体位准备符合要求	2			
		2. 选择体温测量方法合适，指导正确，患者安全	4			
		3. 测温时间符合要求	2			
		4. 读数准确、记录及时	2			
	测量 脉搏 <10分>	1. 沟通有效，患者放松，手臂置于舒适位置	2			
		2. 测量方法、时间正确	3			
		3. 脉率值记录正确	2			
		4. 如有异常脉搏：判断正确，处理及时	3			
	测量 呼吸 <10分>	1. 沟通有效，患者放松	2			
		2. 测量方法、时间正确	3			
		3. 呼吸记录正确	2			
		4. 如有异常呼吸：判断正确，处理及时	3			
	测量 血压 <18分>	1. 沟通有效，体位准备符合要求	2			
		2. 垫一次性垫巾，袖带缠绕部位正确，松紧度适宜	4			
		3. 被测动脉和心脏在同一水平	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
测量后处理 <12分>		4. 血压读数准确	2			
		5. 血压计处理方法正确，一次性垫巾处理正确	4			
		6. 协助患者取舒适卧位，整理床单位，血压值记录正确	4			
		1. 及时消毒双手，方法正确；取下口罩	3			
		2. 告知测量结果，并合理解释	4			
		3. 健康指导到位	3			
		4. 医用垃圾初步处理正确	2			
操作评价 <20分>	1. 患者安全、满意	4				
	2. 操作规范，动作熟练、轻柔，测量结果准确	4				
	3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	4				
	4. 语言亲切，态度和蔼，关爱患者	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止	4				
总分			100			

表 21 C-21 口服给药评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作评估 <20分>	患者 <10分>	1. 核对医嘱、服药本	2			
		2. 评估患者全身情况：年龄、体重、病情、意识状态、用药史、过敏史等	3			
		3. 评估患者局部情况：是否留置鼻饲管、有无口腔、食道疾患，有无吞咽困难、呕吐及禁食等	3			
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	病室环境清洁、光线适宜、用物放置整齐，符合操作要求	2			
	操作者 <3分>	1. 衣帽整洁，消毒双手/洗手方法正确，佩戴口罩	2			
		2. 了解药物的性质、服药方法、注意事项及药物的副作用	1			
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作实施 <60分>	备药 <18分>	1. 查对服药本、小药卡	2			
		2. 小药卡按床号顺序插在药盘上，并核对无误	4			
		3. 根据服药本配药：先配固体药，后配水剂和油剂	9			
		4. 全部药物配完后，根据服药本核对后盖上治疗巾	3			
	发药 <30分>	1. 再次核对：在发药前请别人再核对一次，无误后方可发药	4			
		2. 发药：按时发药，核对床号、姓名，同一患者的药一次取离药盘，发给患者	6			
		3. 向患者交代服药注意事项，看服到口	8			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
发药后的处理<12分>		4. 耐心听取患者的疑问，再次核对无误后解释清楚	6			
		5. 患者不在或因故暂不能服药者，应将药物取回保管，并交班	6			
		1.再次核对无误后收回药杯	2			
		2. 药杯处理:先浸泡消毒，然后冲洗清洁，消毒待干后备用	4			
		3. 整理:整理用物，清洁药盘	2			
		4.消毒双手，取下口罩，记录	2			
	5.观察患者服药效果，听取患者主诉，及时发现并处理用药后反应	2				
操作评价<20分>		1. 患者安全，能准时、按剂量口服药物	4			
		2. 操作规范，坚持三查八对	4			
		3. 护患沟通有效，患者合作	4			
		4. 仪表举止大方得体，关爱患者，用药指导有效	4			
		5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4			
总分			100			

表 22 C-22 无菌技术操作评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作评估<20分>	环境<6分>	清洁、干燥、宽敞、明亮，环境符合无菌技术操作要求	6			
	操作者<9分>	1.着装整洁，戴圆筒帽，端庄大方	5			
		2.修剪指甲，消毒双手，戴口罩	4			
用物<5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作实施<60分>	铺无菌巾<9分>	1.治疗盘位置合适，再次评估无菌巾包	1			
		2.打开无菌巾包方法正确，手不跨越无菌区	2			
		3.用无菌持物钳取巾，退后一步接巾，持巾正确无污染	2			
		4.及时还原无菌巾包，无跨越	2			
		5.打开无菌巾，铺于治疗盘上，无污染，方法正确	2			
	递无菌治疗碗<8分>	1.再次检查无菌治疗碗包，并打开，无污染	4			
		2.递无菌治疗碗于无菌盘内，无污染	3			
		3.包布放置妥当	1			
	倒无菌	1.再次检查无菌溶液	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	溶液 <12分>	2.开瓶盖，冲洗瓶口	2			
		3.倒无菌溶液于无菌治疗碗内，高度合适，溶液无溅出，无污染，不跨越无菌区	5			
		4.及时盖好瓶盖，记录开瓶时间，签名	3			
	取无菌物品 <5分>	取血管钳及无菌纱布放于无菌盘内，方法正确，无跨越	5			
	盖无菌巾 <5分>	1.再次取无菌巾打开，盖于无菌盘上，边缘对合整齐，区域无交叉，四侧边缘部分各向上反折1次，不暴露无菌物品，	3			
		2.记录铺无菌盘日期和时间，签名	2			
	戴、脱手套 <18分>	1.托盘，将无菌手套和铺好的无菌盘放在治疗台上	2			
		2.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	2			
		3.再次检查手套，取出手套后戴手套，方法正确，无污染	6			
		4.取无菌纱布涂擦手套，在操作前，双手应微举于胸前	2			
		5.正确打开剩余的无菌区域	2			
		6.将使用过的治疗碗放于治疗车下层，脱手套，方法正确	4			
	操作后处理 <3分>	1.垃圾初步处理正确	2			
2.消毒双手，取下口罩		1				
操作评价 <20分>	1.坚持无菌技术操作原则，无菌观念强	3				
	2.操作规范，流程熟练	2				
	3.跨越无菌区一次扣2分，污染一次扣5分，无菌物品掉地上或其他严重污染及时更换扣10分，无菌物品严重污染不更换继续使用则考核为“不合格”	10				
	4.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满5分为止	5				
总分			100			

表 23 C-23 肌内注射评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作评估 <20分>	患者 <9分>	1.核对医嘱、注射卡	2			
		2.评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态等	3			
		3.评估患者局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘢痕等情况，肢体活动度良好	2			
		4.评估患者心理状况，解释并取得合作	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	环境 <2分>	环境符合注射要求，保护隐私	2			
	操作者 <4分>	1. 衣帽整洁，佩戴挂表	2			
		2. 洗手/消毒手方法正确，戴口罩	2			
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作 实施 <60分>	准备药物 <13分>	1. 核对注射卡、药物	2			
		2. 规范抽吸药液，剂量准确，无污染、无浪费	4			
		3. 再次核对并签名	2			
		4. 请他人核对并签名	3			
		5. 医用垃圾初步处理正确	2			
	肌内注射 <40分>	1. 带用物至患者床旁，核对床号、姓名，并解释	2			
		2. 协助患者取合适体位	3			
		3. 注射部位选择合适，定位方法正确并能口述	6			
		4. 注射部位皮肤消毒符合要求（消毒两遍，消毒直径不小于5cm，不留缝隙，待干）	4			
		5. 注射前核对，排尽空气，备干棉签	3			
		6. 持针方法正确，皮肤绷紧，进针角度、深度合适，进针后回抽无回血，注射一次成功	13			
		7. 缓慢推药并口述，询问患者感受	4			
		8. 注射完毕快速拔针并按压	2			
		9. 及时处理注射器和针头	3			
	整理记录 <5分>	1. 整理床单位，帮助患者取舒适体位	1			
		2. 医用垃圾初步处理正确	2			
		3. 消毒双手，取下口罩，记录	2			
	健康指导 <2分>	健康指导内容、方式合适	2			
	操作评价 <20分>	1. 遵守原则和规范，无菌观念强，做到了“五个准确”	4			
2. 动作轻柔，运用无痛注射技术		4				
3. 护患沟通良好，健康指导有效		4				
4. 仪表举止端庄，关爱患者		4				
5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止		4				
总分		100				

表 24 C-24 青霉素药物过敏试验评分标准

考核内容	考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
------	----------	----	----	----	----

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作评估 <20分>	患者 <9分>	1.核对医嘱、注射卡	2			
		2.评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态、用药史、过敏史、家族史等	2			
		3.评估患者局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘢痕等情况，肢体活动度良好	3			
		4.评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	符合配药和注射要求，抢救设施到位	2			
	操作者 <4分>	1.衣帽整洁，挂表	2			
		2.洗手/消毒手方法正确，戴口罩	2			
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作实施 <60分>	配置药液 <19分>	1.认真执行三查八对	3			
		2.配制溶媒选择正确	2			
		3.过敏试验溶液浓度正确，遵守无菌技术操作原则	8			
		4.标明过敏药物皮试液，请他人核对	3			
		5.医用垃圾初步处理正确	3			
	皮内注射 <32分>	1.患者信息核对到位，解释规范	2			
		2.协助患者取舒适卧位	2			
		3.注射部位选择正确	2			
		4.皮肤消毒液的选择及消毒方法正确，直径大于5cm	3			
		5.注射前再次核对药物	3			
		6.持针方法正确，进针角度、深度符合要求，推注药量准确	8			
		7.注射后核对并记录	2			
		8.急救盘放置妥当	2			
		9.及时消毒双手，方法正确；取下口罩	2			
		10.注意事项交待到位，患者理解	3			
11.医用垃圾初步处理正确		3				
巡视观察 <4分>	巡视病房，听取患者主诉，了解皮丘情况，及时发现并处理不适反应	4				
结果判断 <5分>	皮试结果判断准确，告知患者并及时记录	5				
操作评价 <20分>	1.患者安全、满意	4				
	2.操作规范，动作熟练、轻柔	4				
	3.沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适	4				
	4.语言亲切，态度和蔼，关爱患者	4				
	5.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣完4分为止	4				
总分			100			

表 25 C-25 密闭式静脉输液评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <9分>	1.核对医嘱、输液卡	2			
		2.评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态等	3			
		3.评估患者局部情况，选择合适注射部位：无红肿、硬结、瘀痕等情况，肢体活动度良好	2			
		4.评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	治疗室及病室环境均符合输液要求	2			
	操作者 <4分>	1.衣帽整洁，挂表	2			
		2.消毒双手/洗手方法正确，戴口罩	2			
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作 实施 <60分>	药液准备 <13分>	1.核对输液卡，评估药物	2			
		2.输液瓶瓶签上书写内容准确	2			
		3.添加药液执行三查八对，无菌观念强	2			
		4.配药者签名，请他人核对并签名	2			
		5.检查输液器，关调节器开关，一次性输液器插入正确	3			
		6.医用垃圾初步处理正确	2			
	核对排气 <10分>	1.再次核对输液卡、患者、药液，协助合适体位	4			
		2.备好输液贴，再次查对后挂输液瓶	2			
		3.初次排气一次成功，药液无浪费	4			
	穿刺固定 <14分>	1.垫垫枕，扎止血带位置正确，穿刺部位消毒方法正确	4			
		2.再次排气，嘱握拳，绷紧皮肤，穿刺一针见血	4			
		3.松止血带，嘱松拳，开调节器，确定液体滴入顺畅	4			
		4.用输液贴固定牢固、美观	2			
	调节滴速 <4分>	1.根据病情、药物，调节输液速度	2			
		2.记录输液的时间、滴速并签名	2			
	整理指导 <9分>	1.整理床单位，帮患者取舒适体位	2			
		2.医用垃圾初步处理正确，消毒双手，脱口罩	3			
		3.健康指导有效，患者能理解和复述	4			
	观察拔针 <6分>	1.（口述）巡视病房，及时发现并处理输液故障、不适反应	2			
		2.再次核对，解释，消毒双手、戴口罩	2			
3.拔针方法、按压时间及方式正确，穿刺部位无出血、肿胀		2				
再次整理	1.医用垃圾初步处理正确	1				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	<2分>	2.消毒双手，取下口罩	1			
	健康指导 <2分>	指导患者对拔针部位进行正确按压和护理	2			
操作评价 <20分>		1.患者安全、满意	4			
		2.操作规范，坚持三查八对，无菌观念强	4			
		3.护患沟通有效，患者合作	4			
		4.仪表举止大方得体，关爱患者，体现整体护理理念	4			
		5.在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满4分为止	4			
总分			100			

表 26 C-26 鼻饲技术评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <9分>	1.核对医嘱	2			
		2.评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态	3			
		3.评估患者局部情况，选择合适的鼻孔	2			
		4.评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2分>	清洁、宽敞、明亮、安静，符合操作要求	2			
	操作者 <4分>	1.衣帽整洁，佩戴挂表	2			
2.洗手/消毒手方法正确，戴口罩		2				
用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作 实施 <60分>	插入胃管 <20分>	1.再次核对解释，取合适体位	2			
		2.打开胃管包，颌下铺治疗巾，棉签清洁鼻腔，准备胶布	4			
		3.戴手套，检查胃管，测量并标记插入深度	6			
		4.润滑胃管，缓慢插入胃管	2			
		5.口述插管三种反应处理	6			
	验证固定 <10分>	1.确认胃管在胃内（三种方法，一种展示，其他两种口述）	6			
		2.将胃管用胶布固定在鼻翼及颊部	4			
	胃管喂食 <20分>	1.喂食前向患者解释清楚	2			
		2.鼻饲液温度 38~40℃（口述）	2			
		3.连接注射器于胃管末端，回抽见胃液再注入少量温开水	4			
		4.缓慢注入适量鼻饲液，最后再注入温开水	4			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		5.将胃管末端反折，用纱布包好，用橡皮圈扎紧，用别针固定于枕旁或患者衣领处	6			
		6.记录置管日期、时间、深度、操作者，贴标签在胃管上	2			
	整理记录 <6分>	1.医用垃圾初步处理正确	2			
		2.消毒双手方法正确，取下口罩	2			
		3.记录鼻饲时间、鼻饲液及量、患者反应等	2			
	健康指导 <4分>	询问患者感觉，向患者交待注意事项（嘱患者维持原卧位 20-30 分钟）	4			
操作评价 <20分>	1.患者安全、家属满意	4				
	2.操作规范，动作熟练、轻柔	4				
	3.沟通有效，配合良好，与家属健康指导内容和方式合适	4				
	4.语言亲切，态度和蔼，关爱患者	4				
	5.在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分,扣完 4 分为止	4				
总分			100			

模块四 老年护理技能项目评分标准

表 1 L-1 案例评估与分析评分标准

考核内容		考核点及评分要求		分值	扣分	得分	备注
护理 方案	护理评估 (10分)	准确性	列出对护理对象身体状况及辅助检查的评估	10			
	护理诊断 (20分)	准确性	列出 2-5 个护理诊断	20			
	护理计划 (10分)	规范性	描述规范	5			
		针对性	目标有针对性	5			
	护理措施 (50分)	科学性	护理措施科学合理	20			
		针对性	能在分析案例的基础上提出有针对性的措施,措施有效,能达到预期目标	30			
护理评价 (10分)	有效性	解决了护理问题,护理目标有效达成	10				

表 2 L-2 老年人跌倒的预防评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	老人 <9分>	1. 评估老人的肢体活动情况和皮肤情况	5			
		2. 评估老人的心理状况,解释并取得合作	4			
	环境 <2分>	清洁、宽敞、明亮、安全,符合操作要求	2			
	操作者 <4分>	1. 衣帽整洁,挂表	2			
		2. 洗手/消毒手方法正确	2			
用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分,最多扣2分)逐一对照用物进行检查,质量符合要求,摆放有序	5				
操作 实施 <60分>	跌倒 评估 <40分>	1. 再次核对老人信息并进行有效沟通,嘱老人放松	3			
		2. 测量血压	4			
		3. 评估方法合适,指导正确,老人安全	2			
		4. 评估内容全面(跌倒史,疾病诊断、行走辅助、药物治疗、步态、认知状况、日常生活能力、居家环境)	28			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		5. 记录评估结果	3			
健康指导 <20分>		1. 告知评估结果，并合理解释，必要时放标识牌及使用约束带	5			
		2. 健康指导到位（环境、安全、生活、饮食、用药、疾病、检查、锻炼等）	15			
操作评价 <20分>		1. 老年人安全、满意	5			
		2. 操作规范，动作熟练、轻柔，评估内容全面、结果准确	5			
		3. 沟通有效，配合良好，健康指导内容和方式合适并有效	5			
		4. 语言亲切，态度和蔼，关爱老人	5			
总分			100			

表3 L-3 老年人饮食照护评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注	
操作 评估 <20分>	老人 <10分>	评估老人身体情况、肢体活动情况、吞咽反射情况、有无义齿、是否需要排便	5				
		评估是否需要排便，评估体位是否符合进餐要求	5				
	环境 <2分>	宽敞明亮；房间内无人打扫房间，无异味；温湿度适宜。	2				
	操作者 <3分>	着装整洁、洗手	3				
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5				
操作 实施 <60分>	准备老人 <20分>	1. 核对老人信息，解释目的、方法和配合要点	6				
		2. 说明进食的时间和本次进食的食物，取得配合	3				
		3. 将床摇起与床水平线呈30度，协助老人取半卧位，在下肢腘窝处垫软枕或摇起呈屈膝状，胸前放置餐桌板	6				
		4. 为老人洗手，胸前放置毛巾	5				
	协助喂食 <32分>		1. 前臂内测试水温，先喂1/3勺温开水	6			
			2. 用手腕内侧触及碗壁估计食物温热程度	6			
			3. 以汤匙喂食，食物量为汤匙的1/3，待老人完全咽下后再喂食下一口	6			
			4. 询问口味是否合适	3			
			5. 按固-液交替方式继续喂食，叮嘱老人进餐时细嚼慢咽，以免发生呛咳，直到食物吃完	6			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		6. 喂食毕，协助老人漱口，用毛巾擦净嘴角水痕，清洁老人双手	5			
	整理记录 <5分>	1. 撤出治疗巾，收拾餐具，取下餐桌板	3			
		2. 洗手并记录	2			
	健康指导 <3分>	叮嘱老人进餐后不能立即平卧，保持进餐体位 30 分钟后卧床休息	3			
操作评价 <20分>		1. 沟通有效	5			
		2. 安全意识强，动作轻松，操作规范	5			
		3. 态度亲切，及时发现并处理异常情况	5			
		4. 在规定时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣满 5 分为止	5			
总分			100			

表 4 L-4 助行器的使用评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <15分>	患者 <5分>	核对医嘱及患者一般情况，包括姓名、年龄、病情等	5			
	环境 <2分>	清洁、宽敞、明亮、温度适宜，符合助行器的使用操作要求	2			
	操作者 <4分>	着装整洁，仪表大方，态度有亲和力	4			
	用物 <4分>	用物准备齐全（少一个扣 0.5 分，最多扣 2 分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	4			
操作 实施 <70分>	解释沟通 <5分>	到患者身旁，解释双腋杖的应用目的、配合方法及注意事项	5			
	双腋杖的 佩戴 <10分>	1. 患者呈站立位	2			
		2. 双腋杖夹在腋窝和手臂之间	2			
		3. 腋杖高度应为身高减 40cm	2			
		4. 双手支撑在腋杖把手处	2			
		5. 把手平齐患者股骨大转子	2			
	摆至步 <11分>	1. 在开始进行步行训练时可使用这种方法	1			
		2. 患者双侧手同时将腋杖伸出	3			
		3. 通过手支撑腋杖把手处，将双脚拖至腋杖附近	3			
		4. 双脚不超过腋杖底部的连线	3			
		5. 连走三步	1			
	摆过步 <11分>	1. 多在摆至步成功后开始应用	1			
		2. 患者双侧手同时将腋杖伸出	3			
		3. 通过手支撑腋杖把手处，将双脚拖至腋杖前	3			
4. 双脚每次都超过腋杖底部的连线		3				
5. 连走三步		1				
四点步 <11分>	1. 步行稳定性好，但速度较慢，步态接近正常步行	1				
	2. 患者先伸健侧腋杖，再出患侧腿	3				
	3. 患者伸患侧腋杖，再出健侧腿	3				

		4. 行走轨迹例如：健侧腋杖-患腿-患侧腋杖-健腿	3			
		5. 连走三步	1			
	三点步 <11分>	1. 步行速度快，稳定性良好	1			
		2. 患者双侧手同时将腋杖伸出	3			
		3. 患者迈患侧腿，再迈健侧腿	3			
		4. 行走轨迹例如：双腋杖-患腿-健腿	3			
		5. 连走三步	1			
	两点步 <11分>	1. 口述：两点步需患者掌握四点步行后训练，稳定性不如四点步，但步行速度比四点步快	1			
		2. 患者健侧腋杖，同时迈患侧的腿	3			
		3. 患者再伸出患侧腋杖，同时健侧的腿	3			
		4. 行走轨迹正确：如健侧腋杖+患腿-患侧拐杖+健腿	3			
5. 连走三步		1				
操作评价 <15分>	1. 操作规范，动作熟练	3				
	2. 态度和蔼，关爱患者	3				
	3. 注意保护患者安全	3				
	4. 沟通良好，取得患者合作	3				
	5. 在规定时间内完成，每超过1分钟扣1分，扣满3分为止	3				
总分		100				

表5 L-5 拔罐评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <10分>	熟悉病情，核对患者姓名，医嘱；	5			
		评估患者病情、心理状况，拔罐部位皮肤情况，解释并取得合作；	5			
	环境 <3分>	模拟病房清洁、宽敞、明亮、安静，操作台干净卫生，符合评估要求	2			
	操作者 <2分>	1. 衣帽整洁，挂表 2. 洗手/消毒手方法正确	3			
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分） 逐一对用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	5			
操作 实施 <60分>	拔罐前 <15分>	1. 再次核对个人信息并进行有效沟通，嘱患者放松	2			
		2. 嘱患者俯卧治疗床上	5			
		3. 遵医嘱选择拔火罐适应部位	2			
		4. 暴露施术部位，注意保暖	2			
		5. 施术部位消毒	2			
		6. 检查罐口有无缺损裂缝，选择合适的火罐	2			
	拔罐中 <30分>	1. 一手持火罐，灌口朝下	5			
		2. 另一手持止血钳夹95%酒精棉球，点火（注意酒精棉球不可滴酒精、以免烫伤皮肤）	5			
	3. 持止血钳夹点燃的95%酒精棉球，在火罐中后部绕1~2周后迅速抽出	5				
	4. 迅速将罐口扣在选定部位上不动，待吸牢后撒手；（操作要稳、准、快）	2				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
		5. 根据医嘱实施闪罐或留罐及留罐的数量（留罐时间 5-15 分钟）	2			
		6. 将未燃完火棉球稳妥投入备水小口瓶中熄灭	1			
		7. 观察患者反应，若局部疼痛加重、过紧，或晕罐应停止拔罐并及时起罐；随时检查罐口吸附情况，局部皮肤紫红色为度，其疗效最佳	5			
		8. 起罐：手法轻，以一手按压罐边的皮肤，使空气进入罐内，即可将罐取下	5			
	拔罐后 <15 分>	1. 交代患者，皮肤局部潮红、瘙痒、嘱咐患者不可乱抓数小时后或数日即可消除，若出现水泡，小水泡无需处理，大水疱则用一次性注射器抽出液体，涂龙胆紫等无菌消毒处理	5			
		2. 协助患者衣着，整理床单位，清理用物	5			
		3. 详细记录治疗后的情况，并签名	5			
操作评价 <20 分>	1. 患者安全、满意	5				
	2. 操作规范，动作熟练	5				
	3. 体位合理，操作熟练及局部皮肤吸附力，操作后局部皮肤情况；患者生理、心理感受以及目标达到程度	5				
	4. 在规定的时间内完成，每超过 1 分钟扣 1 分，扣满 5 分为止	5				
总分			100			

表 6 L-6 口腔护理评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20 分>	患者 <10 分>	1. 核对医嘱	2			
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识状态	3			
		3. 评估患者口腔情况，选择合适漱口溶液：有无松动性牙齿和活动性义齿	3			
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <2 分>	清洁、安静、明亮，符合口腔护理要求	2			
	操作者 <4 分>	1. 着装整洁，端庄大方	2			
		2. 洗手，戴口罩	2			
用物 <4 分>	用物准备齐全（少一个扣 0.5 分，最多扣 2 分） 逐一用物进行检查，质量符合要求，摆放有序	4				
操作 实施 <60 分>	准备患者 <10 分>	1. 带用物至患者床旁，核对患者床号、姓名	3			
		2. 向患者或家属解释口腔护理的目的、配合方法及注意事项	3			
		3. 协助患者取合适体位，头偏向一侧（右侧），面向护士	4			
	擦洗口腔 <33 分>	1. 戴手套，取治疗巾铺于颌下，弯盘放于口角旁	3			
		2. 先湿润口唇与口角，再协助患者用吸水管吸水漱口	4			
		3. 嘱患者张口（昏迷患者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	4			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注	
		4.嘱患者咬合上下齿,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	5				
		5.嘱患者张口(用开口器协助昏迷患者张口),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	10				
		6.擦洗硬腭、舌面及舌下	3				
		7.再次漱口,评估口腔情况	4				
		整理记录 <13分>	1.遵医嘱给口腔黏膜异常者用药(口述)	2			
			2.清点棉球数量,根据需要协助患者佩戴义齿	2			
			3.取下治疗巾,协助患者取舒适卧位,整理床单位	3			
	健康指导 <4分>	4.按规定处理用物	2				
		5.脱手套,洗手,取下口罩,记录	4				
	操作评价 <20分>		1.患者满意,口腔清洁、舒适、无口腔黏膜、牙龈出血	4			
2.护患沟通有效,患者合作,并知道口腔卫生保健知识			4				
3.仪表举止大方得体,关爱患者,体现整体护理理念			4				
4.操作规范,流程熟练,正确选择口腔护理液			4				
5.在规定时间内完成,每超过1分钟扣1分,扣满4分为止			4				
总分			100				

表7 L-7 床上擦浴评分标准

考核内容		技术要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <7分>	1.核对患者的床号、姓名、手腕带	2			
		2.意识状况、活动能力、皮肤情况及合作程度、伤口及引流管情况	3			
		3.解释操作目的,按需要给予便器	2			
	环境 <3分>	关闭门窗,调节室温24℃以上,屏风遮挡	3			
	操作者 <3分>	衣帽整洁、修剪指甲,洗手,戴口罩	3			
操作 实施 <60分>	上身擦浴 <33分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分,最多扣2分)逐一对用物进行检查,质量符合要求,摆放有序	7			
		1.将用物带至患者床旁,核对床号、姓名、手腕带,解释目的	2			
		2.根据病情放平床头及床尾支架,放平近侧床挡,松开床尾盖被,协助患者移近护士,取舒适卧位	2			
		3.将脸盆和香皂放在床旁椅上,倒热水至脸盆(2/3满),测试水温	2			
		4.擦洗面部:用微湿温热小毛巾包在手上成手套状,擦拭面部(顺序:内眦→外眦→额部→面颊→鼻翼→耳廓→耳后→颌下→颈部),清洗毛巾后再用较干的毛巾擦拭一遍	5			

		5. 擦上肢、胸、腹部：协助患者脱上衣（先脱近侧，再脱远侧，如有肢体外伤或活动障碍，应先脱健侧，再脱患侧），擦洗部位下铺浴巾。分别用涂香皂的湿毛巾、清洁毛巾依次擦洗一侧上肢、胸、腹部，用较干毛巾再擦一遍，最后用浴巾擦干。同法擦洗对侧（口述）。注意洗净腋窝、指尖、乳房下皱褶处、脐部	9			
		6. 擦后颈、背、臀部：协助患者侧卧或俯卧，依次擦洗后颈部、背部、臀部	5			
		7. 擦洗后酌情用按摩膏按摩受压部位（鱼际肌按摩脊柱两旁，拇指指腹按摩椎间，受压处局部按摩），根据季节涂护肤品	5			
		8. 协助患者穿清洁上衣（先穿对侧，后穿近侧，如有肢体外伤或活动障碍，应先穿患侧，后穿健侧）	3			
	下身擦浴 <17分>	1. 擦下肢：换水、协助患者平卧、脱裤，擦洗近侧下肢，同法擦洗另一侧	5			
		2. 洗脚：换水、盆、毛巾，将双脚移入盆内浸泡、洗净、擦干	5			
		3. 清洗会阴：换水、盆、毛巾、洗净会阴	5			
		4. 穿上清洁裤子	2			
	整理记录 <10分>	1. 观察患者面色、生命体征及病情变化	2			
		2. 按需剪患者指（趾）甲、梳发、涂护肤品（口述）	1			
		3. 协助患者取舒适体位	2			
		4. 整理床单位，按需更换床单	2			
		5. 整理用物，垃圾分类处理	2			
6. 洗手并记录		1				
操作评价 <20分>	1. 操作时动作规范、熟练、轻柔	4				
	2. 操作中体现出对患者的人文关怀	4				
	3. 举止端庄，仪表大方	4				
	4. 沟通有效，解释合理	4				
	5. 在规定时间内完成，每超过一分钟扣1分，扣满4分为止	4				
总分		100				

表 8 L-8 氧气吸入评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱、输氧卡	2			
		2. 评估患者全身情况：年龄、病情、意识、生命体征、缺氧的原因、表现和程度	2			
		3. 评估患者局部情况：鼻腔有无分泌物、黏膜有无红肿，鼻中隔是否偏曲，鼻腔是否通畅等	3			
		4. 评估患者心理状况，解释并取得合作	2			
	环境 <3分>	清洁、宽敞、明亮、安全、舒适，病房无明火，远离热源	3			
	操作者 <3分>	1. 消毒双手、戴口罩	2			
	2. 着装整洁，端庄大方	1				
	用物 <5分>	用物准备齐全（少一个扣0.5分，最多扣2分）；检查氧气筒内是否有氧，氧气表有无漏气，四防标志是否明显，逐一对用物进行评估，质量符合要求；摆放有序，符合操作要求	5			
操作	装表	1. 带用物至床旁，核对床号、姓名、手腕带并解释	2			

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
实施 <60分>	<12分>	2. 协助患者取舒适体位	2			
		3. 冲尘, 上氧气表, 连接通气管、湿化瓶,	4			
		4. 按关流量开关—开总开关—开流量开关的程序检查氧气表是否装好, 装置是否漏气, 再关流量开关, 备用	4			
	给氧 <28分>	1. 检查、清洁双侧鼻腔	4			
		2. 连接鼻导管, 遵医嘱调节氧流量	4			
		3. 湿化并检查鼻导管是否通畅	3			
		4. 插管、固定(将导管环绕患者耳部向下放置, 长期输氧者将导管绕至枕后固定, 调整松紧度)	5			
		5. 消毒双手、取下口罩, 记录给氧时间及流量, 挂输氧卡	4			
		6. 交待用氧注意事项	4			
		7. 观察及评估患者缺氧改善情况	4			
	停氧 <8分>	1. 遵医嘱停氧, 带用物至床旁, 核对床号、姓名, 与患者沟通。消毒双手, 戴口罩。	4			
		2. 拔出鼻导管, 关总开关-放余氧-关氧流量表开关, 分离鼻导管、通气管、湿化瓶, 卸表	4			
	整理记录 <8分>	1. 协助患者取舒适卧位, 整理床单位	3			
		2. 按规定分类处理用物	2			
3. 消毒双手, 取下口罩, 记录停氧时间		3				
健康指导 <4分>	做好安全用氧的健康指导	4				
操作评价 <20分>	1. 患者满意, 缺氧症状改善, 感觉舒适、安全	4				
	2. 操作规范, 流程熟练, 氧疗装置无漏气	4				
	3. 仪表举止大方得体, 关爱患者, 体现整体护理理念	4				
	4. 护患沟通有效, 患者合作, 并知道安全用氧的知识	4				
	5. 在规定的时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满4分为止	4				
总分			100			

表9 L-9 电动吸引器吸痰(经口腔)评分标准

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
操作 评估 <20分>	患者 <9分>	1. 核对医嘱	2			
		2. 评估全身情况: 年龄、病情、意识状态、血氧饱和度	2			
		3. 评估局部情况: 呼吸困难、发绀的程度, 肺部呼吸音, 口腔黏膜情况	3			
		4. 评估患者心理状况, 解释并取得合作	2			
	环境 <3分>	清洁、安静、明亮, 温湿度适宜	3			
操作者	1. 消毒双手、戴口罩	2				

考核内容		考核点及评分要求	分值	扣分	得分	备注
	<3分>	2. 着装整洁, 端庄大方	1			
	用物 <5分>	用物准备齐全(少一个扣0.5分, 最多扣2分) 逐一对用物进行检查, 质量符合要求, 摆放有序	5			
操作 实施 <60分>	调节 负压 <10分>	1. 带用物至患者床旁, 核对床号、姓名、手腕带并解释。给患者高流量吸氧3~5分钟(口述)	2			
		2. 消毒液挂瓶挂于床头, 连接负压瓶与连接导管, 接通电源, 打开开关, 检查是否通畅和有无漏气	3			
		3. 根据年龄正确调节负压, 并口述负压 (成人40~53.3kPa, 小儿13.3~40kPa、新生儿<13.3kPa)	5			
	铺巾 <6分>	1. 协助患者头偏向护士, 头略后仰	3			
		2. 消毒双手, 戴口罩。颌下铺巾、放置弯盘	3			
	试吸 <6分>	1. 打开吸痰管包装, 戴手套, 取吸痰管, 衔接	2			
		2. 打开开关, 试吸无菌生理盐水, 湿润及检查导管是否通畅	4			
	吸痰 <17分>	1. 反折吸痰管末端, 用戴手套的手持吸痰管前端, 插入口咽部(10~15cm)	5			
		2. 放松吸痰管末端, 将吸痰管左右旋转, 向上提拉(口述: 吸痰时间不超过15秒)	5			
		3. 吸痰管退出后, 抽吸生理盐水冲净管道内痰液, 分离吸痰管, 将连接导管末端插入消毒液挂瓶内	5			
		4. 给患者高流量吸氧3~5分钟(口述)	2			
	评价 效果 <8分>	1. 取纱布擦净患者脸部分泌物, 撤去治疗巾、弯盘, 脱下手套, 检查鼻腔黏膜情况	4			
2. 听诊呼吸音, 判断吸痰效果		4				
整理 记录 <9分>	1. 协助患者取舒适卧位, 整理床单位	3				
	2. 关闭电源开关、清理用物, 口述处理(储液瓶及时倾倒, 瓶内液体不得超过容积的2/3, 吸痰用物每日更换)	3				
	3. 消毒双手, 取下口罩, 记录痰液的颜色、性状和量	3				
健康 指导 <4分>	做好有效咳嗽等通畅呼吸道的健康指导	4				
操作评价 <20分>	1. 遵守无菌技术操作原则, 无菌观念强	4				
	2. 操作规范, 动作轻柔	4				
	3. 护患沟通良好, 健康指导有效	4				
	4. 仪表、举止大方得体, 关爱患者	4				
	5. 在规定的时间内完成, 每超过1分钟扣1分, 扣满4分为止	4				
总分		100				